

## **Vorlage zur Kenntnisnahme**

für die Sitzung der Bezirksverordnetenversammlung am 14.07.2016

1. Gegenstand der Vorlage: Vorlage zur Kenntnisnahme für die BVV,  
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung Marzahn-Hellersdorf  
Schuljahr 2014/15

2. Die BVV wird um Kenntnisnahme gebeten:

Als Anlage übergibt das Bezirksamt die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung  
Marzahn-Hellersdorf Schuljahr 2014/15 mit der Bitte um Kenntnisnahme.

Komoß  
Bezirksbürgermeister

Dagmar Pohle  
Bezirksstadträtin für Gesundheit und Soziales

Anlage

# Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung

## Marzahn-Hellersdorf

Schuljahr 2014 / 15



Helene Souza / pixelio.de



Hajo Rebers / pixelio.de



S. Hofschaefer / pixelio.de

**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, Jugendamt Marzahn-Hellersdorf, Ove Fischer, Suchthilfekordinator, 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, Martina Hänel, Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen, Leiterin des Gesundheitsamtes Marzahn-Hellersdorf
Ansprechpartnerin: E-Mail:	Marion Augustin marion.augustin@ba-mh.berlin.de

Berlin, Juni 2016



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

## Vorwort



Foto: DIE LINKE.Berlin

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen für das Schuljahr 2014/2015 geben Aufschluss über die soziale und gesundheitliche Situation eines ganzen Geburtsjahrganges. Solche Vollerhebungen sind einzigartig. Der vorliegende Bericht enthält die Ergebnisse von über 2.000 untersuchten Kindern.

Erstmalig enthält der Bericht kompakte Übersichten der Ergebnisse im langjährigen Zeitverlauf. Etwas detaillierter als im Vorjahr wird die Thematik der Rücksteller und ihre Entwicklung untersucht. Der Vergleich mit dem Berliner Durchschnitt und den anderen Bezirken ermöglicht eine Einordnung der Ergebnisse in den gesamtstädtischen Kontext. Erstmals gibt es dabei einen Vergleich unterhalb der Bezirksebene - für die Prognoseräume der Stadt. Dieser zeigt die extreme sozialräumliche Differenzierung im Bezirk Marzahn-Hellersdorf - vom berlinweiten Spitzenreiter Biesdorf bis zum Schlusslicht Hellersdorf.

In bewährter Weise werden die Ergebnisse auch kleinräumig auf Ebene der Stadtteile (Bezirksregionen) dargestellt. Diese machen die Heterogenität innerhalb des Bezirks deutlich und zeigen gleichzeitig sozialräumliche Schwerpunkte für Prävention und Unterstützungsbedarfe auf. Methodisch wurden im Bericht neue Wege gegangen, um die Übersichtlichkeit, Wertung und Verständlichkeit zu erleichtern und die Informationen kompakter zu gestalten. Diese Form soll in der künftigen Berichterstattung weiterentwickelt und optimiert werden, um den Umfang in lesefreundlichen und zeitsparenden Grenzen zu halten.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein enger Zusammenhang zwischen dem Bildungshintergrund der Eltern und den sprachlichen, kognitiven und motorischen Fähigkeiten der Kinder besteht. Bildung und individuelle Förderung der Kinder im Elternhaus sind wesentliche Grundlagen, um den Kindern gute Voraussetzungen für einen erfolgreichen und unbeschwerten Schulbeginn mitzugeben. Es wird außerdem deutlich, wie wichtig der Besuch einer Kita für die Förderung der Kinder ist.

Daher ermuntere ich Sie - lesen Sie diese aufschlussreiche Analyse zur gesundheitlichen und sozialen Lage der 5- bis 6-Jährigen im Bezirk Marzahn-Hellersdorf von Berlin.

Ihre Anregungen, Hinweise und Wünsche nehmen die Verfasserin und ich gern entgegen.

Der Bericht steht im Internet zum Download bereit:

<http://www.berlin.de/ba-marzahn-hellersdorf/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/qualitaetsentwicklung-planung-und-koordination-des-oeffentlichen-gesundheitsdienstes/downloads/#einschulungsuntersuchungen>

Dagmar Pohle

Bezirksstadträtin für Gesundheit und Soziales

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Einführung .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Praxisbezug der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen.....</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>Kernaussagen der Einschulungsuntersuchung 2014 .....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Entwicklungstendenzen.....</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>Eckdaten der untersuchten Population .....</b>	<b>7</b>
5.1	Anzahl und Geschlecht der untersuchten Kinder.....	7
5.2	Herkunft der Kinder und Verständigung in deutscher Sprache .....	8
5.2.1	Migrationshintergrund .....	8
5.2.2	Verständigung in deutscher Sprache mit Kindern nichtdeutscher Herkunft .....	9
<b>6</b>	<b>soziale Lage, familiäre Situation und Kitabesuch .....</b>	<b>10</b>
6.1	Sozialer Status .....	10
6.2	Bildungsstand der Eltern .....	12
6.3	Erwerbstätigkeit der Eltern .....	12
6.4	Familienstruktur .....	13
6.5	Kita-Besuch.....	14
<b>7</b>	<b>Gesundheits- und Risikoverhalten .....</b>	<b>15</b>
7.1	Gesundheitliche Vorsorge.....	15
7.1.1	Früherkennungsuntersuchungen .....	15
7.1.2	Impfstatus.....	19
7.1.3	Zahngesundheit.....	21
7.2	Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten.....	23
7.2.1	Medienkonsum.....	23
7.2.2	Rauchverhalten der Eltern.....	25
<b>8</b>	<b>Gesundheitszustand und Entwicklungsauffälligkeiten .....</b>	<b>27</b>
8.1	Körpergewicht .....	27
8.2	Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen.....	28
8.2.1	Auffälligkeiten in der motorischen und kognitiven Entwicklung .....	28
8.2.2	Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung .....	33
8.2.3	Emotionale/soziale Entwicklung .....	39
<b>9</b>	<b>Förderempfehlungen.....</b>	<b>41</b>
9.1	Schulischer Förderbedarf .....	42
9.2	Empfehlungen zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs .....	44
<b>10</b>	<b>Rücksteller aus dem Vorjahr: Entwicklung und Entwicklungsstand.....</b>	<b>46</b>
10.1	Altersstruktur und Geschlecht der Rücksteller .....	46

10.2	Entwicklungsbedingungen.....	47
10.3	Entwicklungsfortschritte und Entwicklungsstand .....	48
<b>11</b>	<b>Kleinräumige Auswertung – Die Stadtteile im Vergleich .....</b>	<b>50</b>
11.1	Sozialstruktur.....	50
11.1.1	Anzahl und Herkunft der Kinder.....	51
11.1.2	Familienstruktur .....	52
11.1.3	Soziale Lage .....	53
11.1.4	Kitabesuch .....	53
11.2	Ausgewählte gesundheitliche Aspekte .....	54
11.2.1	Über- und Untergewicht .....	54
11.2.2	Früherkennungsuntersuchungen .....	55
11.2.3	Impfstatus.....	56
11.2.4	Zahngesundheit .....	56
11.3	Ausgewählte Problemlagen in den Stadtteilen .....	57
<b>12</b>	<b>Berlin-Vergleich.....</b>	<b>60</b>
12.1	Bezirks-Vergleich .....	60
12.1.1	häusliche und soziale Umfeldfaktoren .....	60
12.1.2	Gesundheitsvorsorge und Gesundheitszustand.....	61
12.1.3	Testergebnisse des Entwicklungs-Screenings .....	61
12.2	Prognoseräume im Vergleich .....	63
<b>13</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>65</b>
13.1	Ergebnisse Bezirk.....	65
13.2	Ergebnisse Stadtteile .....	67
13.3	Ergebnisse Berlin-Vergleich.....	68
<b>14</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>69</b>

## 1 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 2014/15 vor. Sie bezieht sich auf alle untersuchten Kinder und nicht nur auf die Kinder, die eingeschult wurden.

Die Untersuchungen wurden von Oktober 2013 bis August 2014 durchgeführt (einzelne Fälle noch im September 2014) und erfolgten berlinweit einheitlich anhand standardisierter Tests.

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 29 Kinder, die, mit Ausnahme von Treptow-Köpenick, aus allen Berliner Bezirken kommen. Am häufigsten waren es – wie schon im Vorjahr - Kinder aus Tempelhof-Schöneberg (6 Kinder), gefolgt von Steglitz-Zehlendorf und Lichtenberg (je 4 Kinder).

Weitere Abweichungen von der Gesamtzahl von 2.936 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 den Fällen wird gesondert darauf hingewiesen.

Ein Vergleich mit den anderen Bezirken bzw. mit dem Berliner Durchschnitt bietet die Möglichkeit, die bezirklichen Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung im gesamtstädtischen Maßstab einzuordnen. Die Werte des Berliner Vergleichs weichen leicht von den Zahlen für den Bezirk in diesem Bericht ab, da die Auswertung für Berlin insgesamt, die von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales vorgenommen wird, sich nur auf die Kinder bezieht, die **erstmalig untersucht** werden. Dies ist ein anderes methodisches Herangehen als im vorliegenden Bericht, der auf **alle untersuchten** Kinder Bezug nimmt.

## 2 Praxisbezug der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen

Die Einschulungsuntersuchungen sind einerseits für die Feststellung des Entwicklungsstandes jedes Kindes notwendig, andererseits liefern sie wichtige Gesundheits- und Sozialdaten für Intervention, Prävention und Gesundheitsförderung auch auf der Ebene der Stadtteile.

Aus den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchung können Gesundheitsziele formuliert werden, deren Zielerreichung anhand ausgewählter Indikatoren kontrolliert werden kann. So stellen die Daten der Einschulungsuntersuchung im Land Berlin eine Bezugsgröße für die Überprüfung von Gesundheitszielen im Bereich der Kindergesundheit dar. Die Landesgesundheitskonferenz 2007 vereinbarte das Gesundheitsziel „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“.



Dabei wurden die folgenden **drei Handlungsfelder** ausgewählt:

1. Ernährung,
2. Bewegung und
3. Sprachentwicklung.

Für diese drei Komplexe wurden Ziele formuliert, die sich anhand der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen auch quantifizieren lassen:

- Erhöhung des Anteils der Kinder mit Normalgewicht
- Erhöhung des Anteils der Kinder mit unauffälligen motorischen Entwicklungsbefunden
- Erhöhung des Anteils von Kindern mit unauffälligen sprachlichen Entwicklungsbefunden.

Im Fokus standen Kinder/Familien mit sozialen Problemlagen und Kinder mit Migrationshintergrund. Daher wurden folgende Unterziele zum Abbau von Benachteiligung festgelegt:

- Halbierung vorhandener Unterschiede zwischen
  - Kindern mit und ohne Migrationshintergrund und
  - Kindern der oberen/mittleren sozialen Schicht und der unteren sozialen Schicht.

Im Land Berlin insgesamt wurden in zwei der drei Handlungsfelder die Ziele nicht erreicht. Die Unterziele zum Abbau der Benachteiligung wurden ebenfalls verfehlt. Daher wird gegenwärtig eine Überprüfung bzw. Neuorientierung der gesundheitlichen Ziele im Land Berlin angestrebt.

Ungeachtet dessen könnte die oben dargestellte Herangehensweise für den Bezirk ein Ansatz zum Aufstellen von Kindergesundheitszielen sein. Anhand der Indikatoren der Einschulungsuntersuchung ist die Zielerreichung dann messbar.

Die Auswahl der Indikatoren und Formulierung der Entwicklungsziele könnte auf Grundlage des vorliegenden Berichts erfolgen, denn die landesweit formulierten Ziele spiegeln z.T. nicht den Handlungsbedarf in Marzahn-Hellersdorf wider oder sind so hoch gesteckt, dass sie für den Bezirk unrealistisch sind.

Wie der vorliegende Bericht und auch der nachstehende Vergleich zeigt, ist Marzahn-Hellersdorf in einer Vielzahl von Testergebnissen weit bis sehr weit vom Berliner Durchschnittswert entfernt. Da heißt es, realistische Ziele für den Bezirk zu formulieren. Auch eine Schwerpunktsetzung auf bestimmte Zielgruppen müsste in Marzahn-Hellersdorf anders ausfallen. Zwar besteht im Bezirk auch ein Unterschied zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Im Gegensatz zum Berliner Durchschnitt sind es in Marzahn-Hellersdorf aber häufig die deutschen Kinder mit den schlechteren Testergebnissen. Das betrifft in erster Linie die motorischen Fähigkeiten, z.T. auch die Sprachentwicklung. Der Fokus beim Abbau von Benachteiligung müsste sich im Bezirk nicht auf den Migrationshintergrund richten, sondern vielmehr auf den Bildungshintergrund der Eltern. Das wird an den großen Unterschieden der Ergebnisse der Kinder in Abhängigkeit von ihrer sozialen Herkunft sichtbar.

Zur Veranschaulichung werden im Folgenden die Zielwerte Berlins und die Ist-Werte in Marzahn-Hellersdorf gegenüber gestellt.

Daraus geht u.a. hervor, dass beim Handlungsfeld Bewegung der Bezirk bezüglich der Verringerung der Differenz zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund weit übers Ziel „hinausgeschossen“ ist, da die Kinder mit Migrationshintergrund bessere Ergebnisse erzielen als die Kinder ohne Migrationshintergrund. Das trifft auch für den Indikator „Pseudowörter“ zu.



In der folgenden Tabelle sind die Werte, in denen Marzahn-Hellersdorf die Berliner Kindergesundheitsziele deutlich übertroffen hat, grün gekennzeichnet. Rote Zahlen weisen auf die Indikatoren hin, bei denen die bezirklichen Ergebnisse extrem weit von den Berliner Gesundheitszielen abweichen.

**Tab. 1: Gesundheitsziele Berlins und Zielabweichung Marzahn-Hellersdorf**

Gesundheitsziel		Anteil der Kinder mit Normalgewicht bzw. unauffälligen Testergebnissen erhöhen			Verringerung der Differenz zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund um ...% Punkte			Verringerung der Differenz zwischen Kindern der oberen/mittleren und der unteren Schicht um ... % Punkte		
Bereich	Indikator	Zielwert Berlin	Istwert Marzahn-Hellersdorf	Abweichung vom Ziel in %Punkten	Zielwert Berlin	Istwert Marzahn-Hellersdorf	Abweichung vom Ziel in %Punkten	Zielwert Berlin	Istwert Marzahn-Hellersdorf	Abweichung vom Ziel in %Punkten
<b>Ernährung</b>										
	Normalgewicht	83,0	79,8	3,2	3,0	3,3	0,3	3,0	3,7	0,7
<b>Bewegung</b>										
	Körperkoordination	75,0	69,7	5,3	2,0	-10,3	-12,3	3,0	9,0	6
	Visuomotorik	77,0	56,3	20,7	6,0	-3,4	-9,4	9,5	20,3	10,8
<b>Sprachentwicklung</b>										
	Pseudowörter	78,0	62,1	15,9	3,0	-13,5	-16,5	7,0	13,5	6,5
	Wörter ergänzen	71,0	54,9	16,1	14,0	18,2	4,2	11,5	14,4	2,9
	Sätze nachsprechen	75,0	55,4	19,6	20,0	34,0	14,0	14,0	25,1	11,1

### 3 Kernaussagen der Einschulungsuntersuchung 2014

Bei der folgenden Auswertung wird deutlich, dass es für die gesundheitliche Entwicklung der Kinder entscheidend ist, in welchem sozialen Umfeld sie aufwachsen. Kinder, deren Eltern über einen geringen Bildungs- und Erwerbsstatus verfügen, weisen häufiger Entwicklungsverzögerungen und –störungen auf und sind in ihrem häuslichen Umfeld eher ungünstigen Bedingungen und gesundheitsrelevanten Risikofaktoren ausgesetzt. Soziale Problemlagen und die daraus resultierenden gesundheitlichen Risiken konzentrieren sich in Marzahn-Hellersdorf in den Stadtteilen Hellersdorf-Nord, Marzahn-Nord und Hellersdorf-Ost. In diesen drei Stadtteilen sind die Schwerpunkte gesundheitlicher Prävention und Förderung zu setzen.

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

Auch wenn der Besuch einer Kindertagesstätte die sozialen Benachteiligungen nicht ausgleichen kann, so wirkt er sich insbesondere bei einem längeren Aufenthalt positiv auf die gesundheitliche Situation und den Entwicklungsstand der Kinder aus. Das betrifft vor allem Kinder, deren Elternhaus keine ausreichende Förderung gewährleisten kann. In Marzahn-Hellersdorf besuchten 84 % der Kinder eine Kita länger als zwei Jahre. Das sind zwei Prozentpunkte weniger als im Vorjahr. Bei allen Untersuchungsfeldern gibt es signifikante Unterschiede in Abhängigkeit von der Dauer des Kitabesuchs. Je länger die Kinder in der Kita waren, desto besser waren ihr Gesundheitszustand und ihre motorischen, kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten.

Wie schon bei den Einschulungsuntersuchungen der vergangenen Jahre erreichten die Mädchen bei den standardisierten Tests bessere Ergebnisse als die Jungen. Die Jungen fielen besonders durch Probleme bei der Visuomotorik und den Sprachtests auf. Dementsprechend wurde ihnen häufiger Förderbedarf attestiert.

Eine besondere Gruppe bilden die Kinder, die im Jahr zuvor von der Einschulung zurückgestellt und ein zweites Mal zur Einschulungsuntersuchung vorgestellt wurden. Das zusätzliche Jahr der Förderung in einer Kita konnte offenbar dazu genutzt werden, die Testergebnisse zu verbessern.

Dennoch hatten diese Kinder immer noch mehr Probleme bei der Bewältigung der Aufgabenstellungen als die regulär eingeschulten Kinder. 41 % wiesen Sprachdefizite auf und knapp ein Viertel zeigte auffällige Ergebnisse bei der Körperkoordination und der Visuomotorik. 71 % erhielten Empfehlungen für schulische Fördermaßnahmen und jedes fünfte Kind eine sonderpädagogische Förderempfehlung.

Im Vergleich mit den anderen Berliner Bezirken wachsen überdurchschnittlich viele Kinder in Marzahn-Hellersdorf unter ungünstigen sozialen und familiären Bedingungen auf. Dementsprechend ist der Anteil der Kinder mit Entwicklungsdefiziten und –verzögerungen in Marzahn-Hellersdorf höher als im Berliner Durchschnitt. Das betrifft vor allem die visuomotorischen und sprachlichen Fähigkeiten.

Innerhalb des Bezirkes gibt es ein deutliches Gefälle zwischen den Großsiedlungen und den Siedlungsgebieten. Die Kinder in den Großsiedlungen nehmen im gesamtstädtischen Vergleich eher hintere Rangplätze ein, d.h. sie wachsen in einem ungünstigen sozialen und familiären Umfeld auf und weisen entsprechend häufiger Entwicklungsdefizite auf. Die Kinder in den Siedlungsgebieten hingegen nehmen im berlinweiten Ranking vordere Rangplätze mit günstigen Aufwuchsbedingungen und positiven Testergebnissen ein.

## 4 Entwicklungstendenzen

- Die Zahl der untersuchten und der eingeschulten Kinder steigt.
- Die Zahl der zurückgestellten Kinder steigt ebenfalls.

### **Soziales und häusliches Umfeld:**

- Der Anteil der Kinder in der oberen Statusgruppe nimmt leicht zu, der Anteil in der unteren und mittleren Statusgruppe sinkt leicht.
- Zunahme von Kindern nichtdeutscher Herkunft.
- Der Anteil der Alleinerziehenden ist konstant.
- Die Elternhäuser, in denen geraucht wird, werden weniger.
- Der Anteil der Kinder mit über zweijährigem Kitabesuch ist leicht gesunken.

### **Untersuchungs- und Testergebnisse:**

- Bei den meisten Ergebnissen gibt es keine Veränderungen gegenüber dem Vorjahr.
- In zwei der fünf Sprach- und Sprechtests gab es deutliche Verbesserungen, dennoch hat fast ein Drittel der Kinder Sprachdefizite.
- Positive Entwicklungstendenzen gibt es bei der emotional-sozialen Entwicklung.
- Leichter Rückgang der schulischen Förderempfehlungen.

Die nachstehende Tabelle enthält einen Überblick über ausgewählte Ergebnisse und Entwicklungstendenzen. Bei den Testergebnissen sind signifikante Veränderungen gegenüber dem Vorjahr farbig unterlegt. Es handelt sich ausschließlich um positive Entwicklungen, daher sind sie – in Anlehnung an das Prinzip einer Ampel - grün eingefärbt.

Tab. 2: Ausgewählte Ergebnisse und Entwicklungen seit 2010 (in %)

Jahr	2010	2011	2012	2013	2014	
untersuchte Kinder	1.806	2.012	2.479	2.709	2.936	
darunter Rücksteller aus Vorjahr	163	204	267	321	424	
erfolgte Rückstellungen	nicht in Datensatz enthalten		310	410	474	
<b>familiäres und soziales Umfeld</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	
untere Statusgruppe	24,7	22,7	23,1	21,3	20,0	
mittlere Statusgruppe	63,2	63,2	65,1	65,1	64,2	
obere Statusgruppe	12,1	14,1	11,8	13,6	15,9	
nichtdeutsche Herkunft	15,1	16,6	20,1	16,8	18,1	
Alleinerziehend	38,9	39,2	37,9	38,1	37,4	
davon mit einem Erwachsenen <sup>1</sup>	27,3	29,2	30,0	28,3	25,7	
Fremdunterbringung	1,7	1,4	2,6	2,2	1,9	
Raucherhaushalt	52,0	51,6	51,4	49,9	48,1	
eigener Fernseher	23,0	22,7	22,8	18,7	18,7	
tgl. TV-Konsum von über 2 Std.	2,0	7,4	9,9	7,9	6,5	
Kitabesuch über 2 Jahre	89,3	88,7	87,3	86,4	84,4	
kein Kitabesuch	1,9	1,9	2,0	2,8	2,5	
<b>Untersuchungsergebnisse</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	
U1 bis U8 vollständig	78,6	77,0	78,7	84,2	85,2	
Übergewicht (inkl. Adipositas)	9,6	8,6	9,6	9,1	9,6	
Zähne sanierungsbedürftig	19,5	20,3	19,5	18,3	17,8	
Entwicklungs-screening: auffällige Ergebnisse	Körperkoordination	9,2	17,7	20,0	18,6	18,3
	Visuomotorik	19,2	23,3	30,5	31,5	30,4
	visuelle Wahrnehmung	6,9	17,6	24,3	23,8	23,7
	Mengenvorwissen	nicht erhoben		11,8	11,8	10,4
	Pseudowörter nachsprechen	10,9	18,5	21,2	19,5	19,8
	Wörter ergänzen	10,9	18,6	24,0	25,0	18,1
	Sätze nachsprechen	12,8	23,5	29,3	29,4	29,1
	Pluralbildung	nicht erhoben		18,7	17,4	18,4
Artikulationsfehler	26,2	35,9	37,3	37,9	31,3	
unzureichende Deutschkenntnisse bei Kindern nichtdt. Herkunft	20,9	22,8	22,1	31,1	31,6	
Sprachdefizite	nicht ermittelt		26,0	30,5	30,0	
Auffälligkeiten emotional-soziale Entwicklung	15,7	17,2	24,0	28,0	21,5	
schulische Förderempfehlung	38,2	50,2	52,0	55,9	52,9	
sonderpädagogische Förderempfehlung	7,5	9,4	13,2	12,9	10,0	

<sup>1</sup> Das alleinerziehende Elternteil lebt mit (mindestens) einer weiteren erwachsenen Person im Haushalt. Meist ist es ein neuer Partner, bei sehr jungen Alleinerziehenden manchmal auch die Eltern.

## 5 Eckdaten der untersuchten Population

### 5.1 Anzahl und Geschlecht der untersuchten Kinder

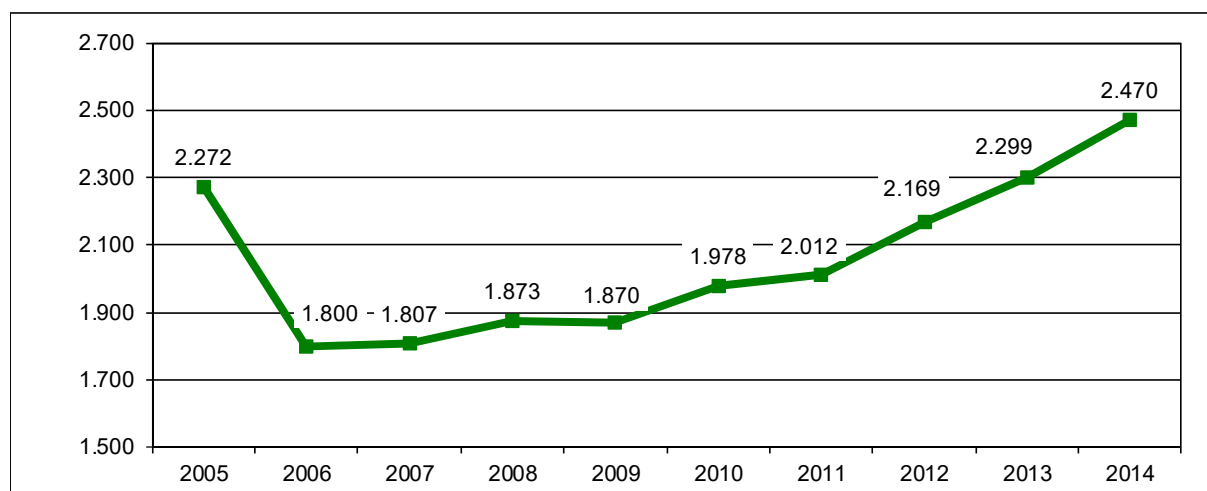
Für das Schuljahr 2014/15 wurden in Marzahn-Hellersdorf 2.936 Kinder untersucht. Das waren 227 Kinder mehr als im Vorjahr. 424 Kinder wurden nach einer Rückstellung im Vorjahr erneut untersucht. Das waren 103 mehr als im Vorjahr. Weitere 474 Kinder (16 %) wurden von der Schulaufsicht für ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt. Gegenüber dem Vorjahr ist das eine Zunahme um 64 Kinder. Viele werden im nächsten Jahr erneut untersucht und dann eingeschult. Eine Rückstellung um ein weiteres Jahr ist nicht möglich. Aus amtsärztlicher Sicht war eine Rückstellung für 425 Kinder erforderlich, die darüber hinaus gehenden 49 Rückstellungen erfolgten auf Wunsch der Eltern durch die Schulaufsicht. Die Rückstellungen auf Elternwunsch sind in den letzten Jahren vereinfacht worden. In der Regel wird dem Wunsch der Eltern entsprochen. Ebenfalls auf Elternwunsch wurden 8 Kinder vorzeitig eingeschult.

**Tab. 3: Anzahl und Geschlecht der untersuchten Kinder**

Schuljahr	Gesamt	davon						
		Jungen	Mädchen	Anteil weiblich	Rücksteller aus dem Vorjahr	Rückstellung vom KJGD empfohlen	von der Schulaufsicht zurückgestellt	
		Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	Anzahl	%
2012/13	2.479	1.302	1.177	47,5	267	276	310	12,5
2013/14	2.709	1.450	1.259	46,5	321	380	410	15,1
2014/15	2.936	1.550	1.386	47,2	424	425	474	16,1

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

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



## 5.2 Herkunft der Kinder und Verständigung in deutscher Sprache

### 5.2.1 Migrationshintergrund

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 soll die soziokulturelle Prägung, die das Kind erfahren hat, erfasst werden. 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:

- Das Kind besitzt nicht die deutsche Staatsangehörigkeit.
- Beide Eltern sind im Ausland geboren oder beide Eltern besaßen bei der Geburt des Kindes 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.

531 Kinder bzw. 18 % der untersuchten Kinder hatten einen Migrationshintergrund. Im Berliner Durchschnitt liegt dieser Anteil etwa doppelt so hoch. Im Vergleich zum Vorjahr gingen die Anzahl und der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund zurück.

**Tab. 4: Herkunft der untersuchten Kinder seit 2010 (absolut und in Prozent)**

Schul-jahr	Herkunft								Gesamt
	deutsch		nichtdeutsch		darunter				
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	osteuropäisch		sonstige		
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
2010	1.676	84,7	302	15,3	182	9,2	120	6,1	1.978
2011	1.677	83,3	335	16,7	226	11,2	109	5,4	2.012
2012	1.980	79,9	335	16,7	345	13,9	154	6,2	2.479
2013	2.255	83,2	499	20,1	292	10,8	162	6,0	2.709
2014	2.403	81,9	454	16,8	339	11,6	194	6,5	2.936

Die Kinder mit Migrationshintergrund kommen aus 59 verschiedenen Ländern von 4 Kontinenten.

Die häufigsten Herkunftsländer sind:

**Tab. 5: Ausgewählte Herkunftsländer (absolut und in Prozent)**

Jahr Herkunftsländer	2012		2013		2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Russland	175	35,1	160	35,2	123	23,2
Vietnam	91	18,2	100	22	115	21,7
Kasachstan	67	13,4	30	6,6	70	13,2
Polen	33	6,6	34	7,5	53	10
Türkei	15	3	8	1,8	10	1,9
Ukraine	11	2,2	15	3,3	18	3,4
andere	107	21,4	107	23,6	142	23
<b>nichtdeutsche Herkunft insg.</b>	<b>499</b>	<b>100</b>	<b>454</b>	<b>100</b>	<b>531</b>	<b>100</b>

### 5.2.2 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.

168 Kinder, das sind fast ein Drittel der Kinder nichtdeutscher Herkunft, haben unzureichende Deutschkenntnisse. Mit dem zahlenmäßigen Anstieg der Kinder nichtdeutscher Herkunft stieg auch die Zahl derer mit unzureichenden Deutschkenntnissen. 111 Kinder, das sind 21 % der Kinder mit Migrationshintergrund, sind nicht in Deutschland geboren. Aus den Daten geht nicht hervor, wie lange sie schon in Deutschland leben. Die Daten zeigen aber, dass 57 Kinder mit Migrationshintergrund unzureichende Deutschkenntnisse haben, obwohl sie seit der Geburt in Deutschland leben.

**Tab. 6: Kinder nichtdeutscher Herkunft mit unzureichenden Deutschkenntnissen seit 2011**

Jahr	Anzahl	Anteil an Kindern nichtdeutscher Herkunft (in %)
2011	76	22,8
2012	109	22,1
2013	141	31,1
2014	168	31,6

## 6 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.

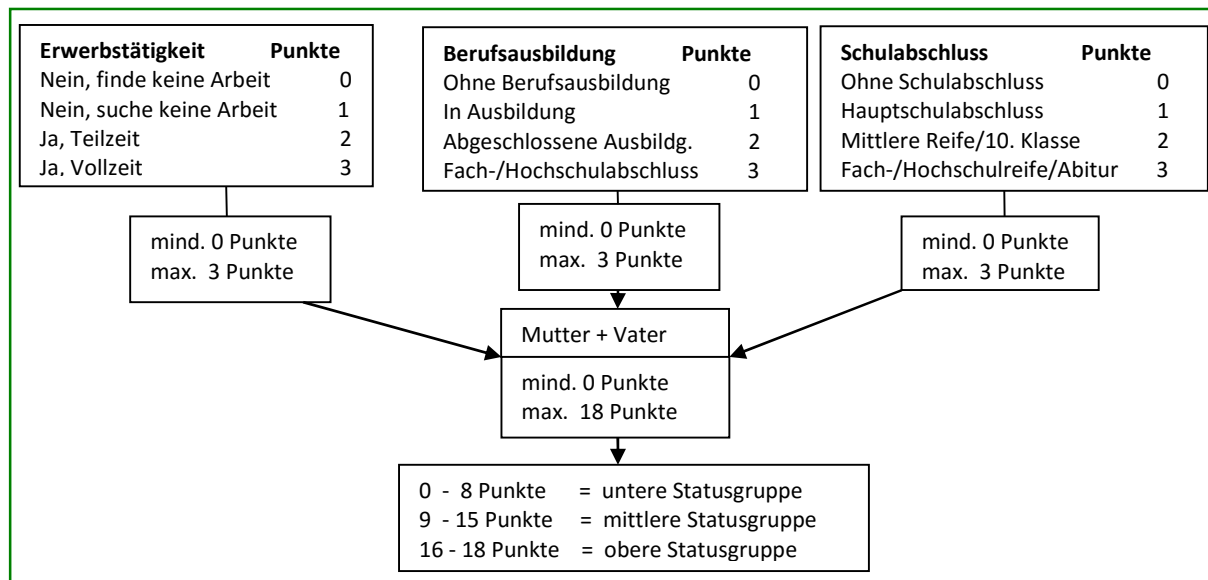
### 6.1 Sozialer Status

Finanzielle Problemlagen und Bildungsarmut sind Risikofaktoren, die guten Entwicklungsbedingungen eines Kindes entgegenstehen. Einkommensarmut wird bei der Einschulungsuntersuchung nicht erfasst, lässt sich aber hilfsweise 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 43 %. Der Berliner Durchschnitt liegt mit 31 % deutlich darunter (Augustin, M. 2014). Es gibt nur zwei Berliner Bezirke, in denen der Anteil der unter 6-jährigen Kinder in SGB II-Familien höher liegt (Neukölln und Spandau).

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.<sup>2</sup>

**Abb. 2: Schema zur Ermittlung der Sozialstatusgruppen**



**Der Sozialstatus bei der Einschulungsuntersuchung ist somit wesentlich geprägt vom Bildungsgrad der Eltern.** Der Bildungsstand hat einen erheblichen Einfluss auf die gesunde Entwicklung eines

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

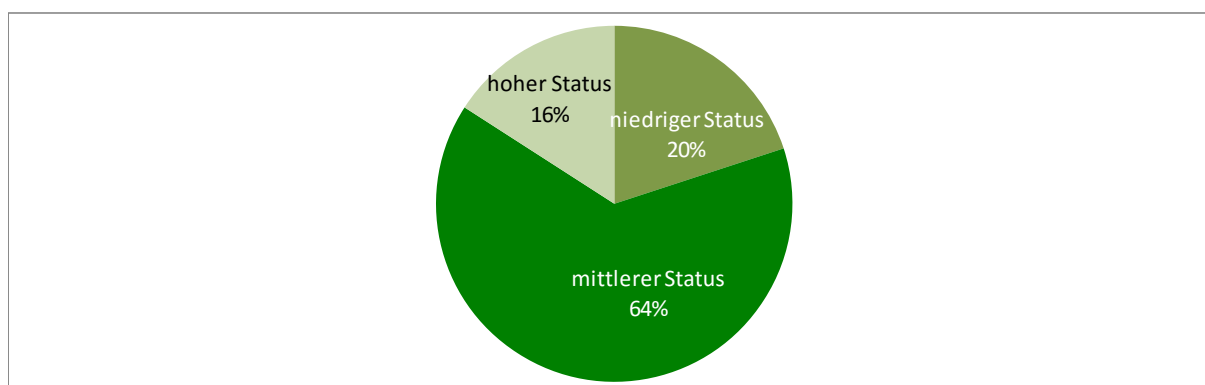


Kindes. Er beeinflusst die Erziehungs- und Medienkompetenz sowie das Gesundheitsverhalten der Eltern, die sich auf das Kind auswirken.

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 16 % zur oberen Statusgruppe, was an dem geringen Anteil an Eltern mit höheren und hohen Bildungsabschlüssen liegt. In Berlin insgesamt ist der Anteil der oberen Statusgruppe mehr als doppelt so hoch. Nur im Bezirk Neukölln ist der Anteil der Kinder in der oberen Statusgruppe geringer als in Marzahn-Hellersdorf.

Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich der Anteil der Familien in der oberen Statusgruppe um zwei Prozentpunkte (wie schon im Vorjahr), während der Anteil in der unteren und der mittleren Statusgruppe jeweils um einen Prozentpunkt sank.

**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 herkunftsdeutsche Familien, Paarfamilien und Familien mit bis zu zwei Kindern.

So gehören nur 6 % aller Alleinerziehenden zur oberen Statusgruppe, aber 34 % zur unteren Statusgruppe. Dies resultiert u.a. aus dem geringeren Bildungsgrad und dem höheren Anteil an alleinerziehenden Müttern ohne Arbeit.

Kinder mit Migrationshintergrund sind vor allem in der unteren Statusgruppe häufiger vertreten als Kinder ohne Migrationshintergrund. In der oberen Statusgruppe ist der Unterschied zwischen den herkunftsdeutschen Kindern und denen mit Migrationshintergrund gering ausgeprägt.

**Tab. 7: Verteilung der Statusgruppen nach Herkunft, Familienkonstellation und Kinderzahl (%)**

	niedriger Status	mittlerer Status	hoher Status
Marzahn-Hellersdorf insgesamt	20,0	64,2	15,9
<b>HERKUNFT</b>			
deutsche Herkunft	18,5	65,2	16,3
nichtdeutsche Herkunft	28,6	58,1	13,2
<b>FAMILIENTYP</b>			
Elternpaar	11,4	66,7	22,0
Alleinerziehend	34,1	60,4	5,5
<b>KINDERZAHL</b>			
ein Kind	15,0	70,3	14,7
zwei Kinder	16,6	64,0	19,4
drei Kinder	31,0	56,2	12,7
vier Kinder	35,5	56,1	8,4
fünf oder mehr Kinder	53,2	46,8	--

## 6.2 Bildungsstand der Eltern

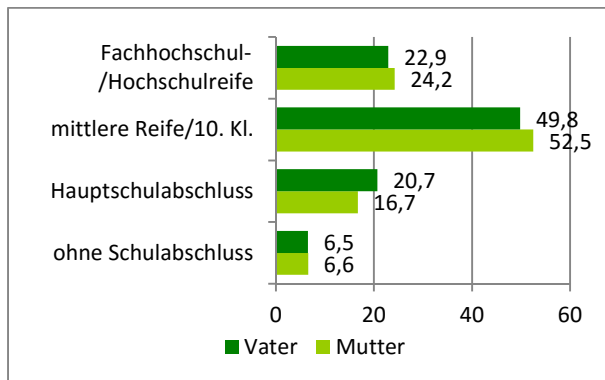
Mehr als die Hälfte aller Elternteile in Marzahn-Hellersdorf besitzen den Abschluss der 10. Klasse. Fast ein weiteres Viertel die Fachhochschul- oder Hochschulreife. Dabei ist der Anteil die Mütter mit einem höheren Schulabschluss etwas höher als der der Väter.

7 % der Eltern verfügen über keinen Schulabschluss.

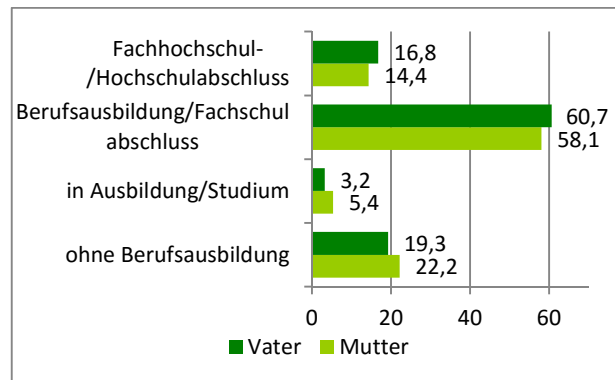
Der überwiegende Teil der Eltern hat einen Berufs- oder Fachschulabschluss. Im Gegensatz zum Schulabschluss überwiegt hier der Anteil der Väter mit einem höheren Ausbildungsabschluss.

Jedes fünfte Elternteil verfügt über keinen Berufsabschluss. Hier ist der Anteil bei den Mütter mit 22 % etwas höher als der Anteil unter den Vätern.

**Abb. 4: höchster Schulabschluss der Eltern (%)**



**Abb.5: höchster Berufsabschluss der Eltern (%)**



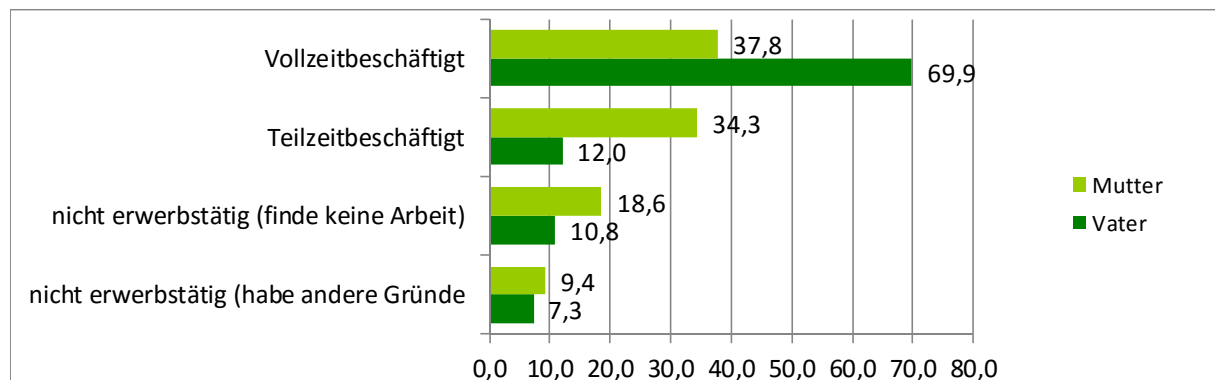
## 6.3 Erwerbstätigkeit der Eltern

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

Fast drei Viertel der Mütter (72 %) ist erwerbstätig, nahezu die Hälfte davon in Teilzeit. 82 % der Väter sind erwerbstätig, aber nur 12 % in Teilzeit.

Der Anteil derer, die keine Arbeit finden oder aus anderen Gründen nicht arbeiten (z.B. wegen Kinderbetreuung), ist bei den Müttern mit 28 % deutlich höher als bei den Vätern (18 %).

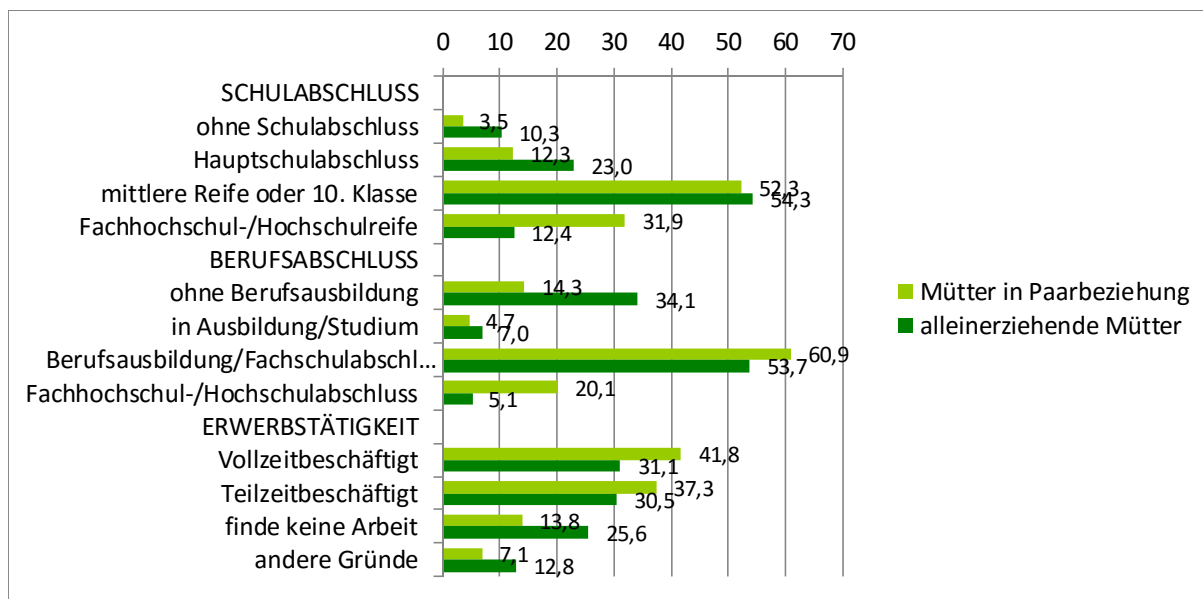
**Abb. 6: Erwerbstätigkeit der Eltern (%)**



Insbesondere alleinerziehende Mütter finden schwieriger Arbeit und arbeiten seltener in Vollzeit als Mütter in Partnerschaften. Sie haben aber auch häufiger einen geringeren Bildungsgrad. 10 % der Alleinerziehenden haben keinen Schulabschluss. Das ist dreimal so häufig wie bei Müttern in Partnerschaften. Weitere 23 % verfügen über einen Hauptschulabschluss. Das ist fast doppelt so häufig wie bei Müttern in Partnerschaften. Dementsprechend haben die alleinerziehenden Mütter

seltener einen beruflichen Abschluss. Jede dritte alleinerziehende Mutter hatte keinen Berufsabschluss.

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



Das Bildungsniveau und die berufliche Qualifikation sind somit ein wesentlicher Grund für die schlechte soziale Lage vieler Alleinerziehender, nicht allein die Familienkonstellation.

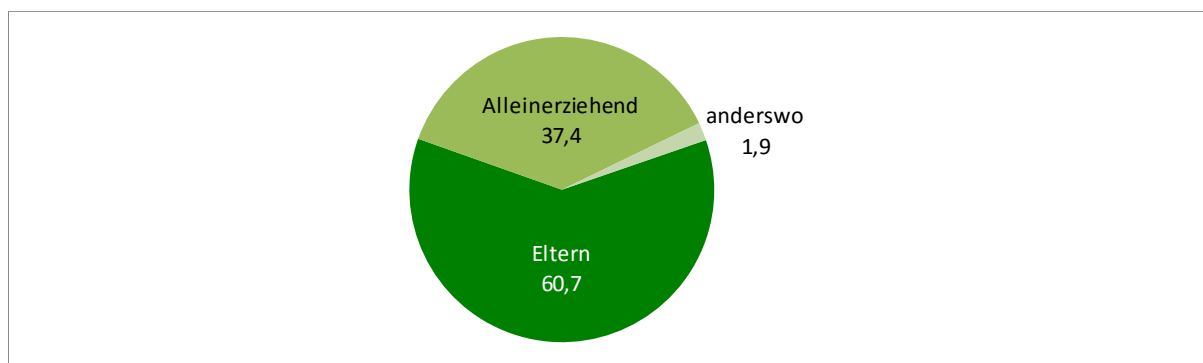
Alleinerziehende Mütter und Väter tragen zumeist die alleinige tägliche Verantwortung und Arbeit im Zusammenhang mit der Erziehung des Kindes und sind damit einer höheren Belastung ausgesetzt als Eltern in Paarbeziehungen.

#### 6.4 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 Paarbeziehungen leben. Überforderungen und Probleme der Eltern können auch Auswirkungen auf die Entwicklung und das gesunde Heranwachsen der Kinder haben.

37 % aller untersuchten Kinder leben nur mit einem Elternteil zusammen, 61 % mit beiden Eltern und 2 % sind fremd untergebracht, d.h. bei Pflege- oder Großeltern oder in einem Heim.

**Abb. 8: Familienstruktur der untersuchten Kinder (in %)**



In 11 % der alleinerziehenden Haushalte lebt mindestens eine weitere erwachsene Person. Manchmal sind es die Großeltern(teile), vor allem bei sehr jungen Müttern. Meist ist es der (neue) Partner der Mutter.

Der Anteil Alleinerziehender ist unter den Eltern mit Migrationshintergrund mit 34 % nur etwas geringer als bei herkunftsideutschen Eltern, wo er bei 38 % liegt. Den höchsten Anteil Alleinerziehender gibt es bei vietnamesischen Familien mit 59 %. Gegenüber dem Vorjahr ist das ein Anstieg um 10 %. Am geringsten ist der Anteil der Alleinerziehenden bei Familien aus Kasachstan. Ihr Anteil beträgt 22 %, was gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung um 5 % bedeutet.

## 6.5 Kita-Besuch

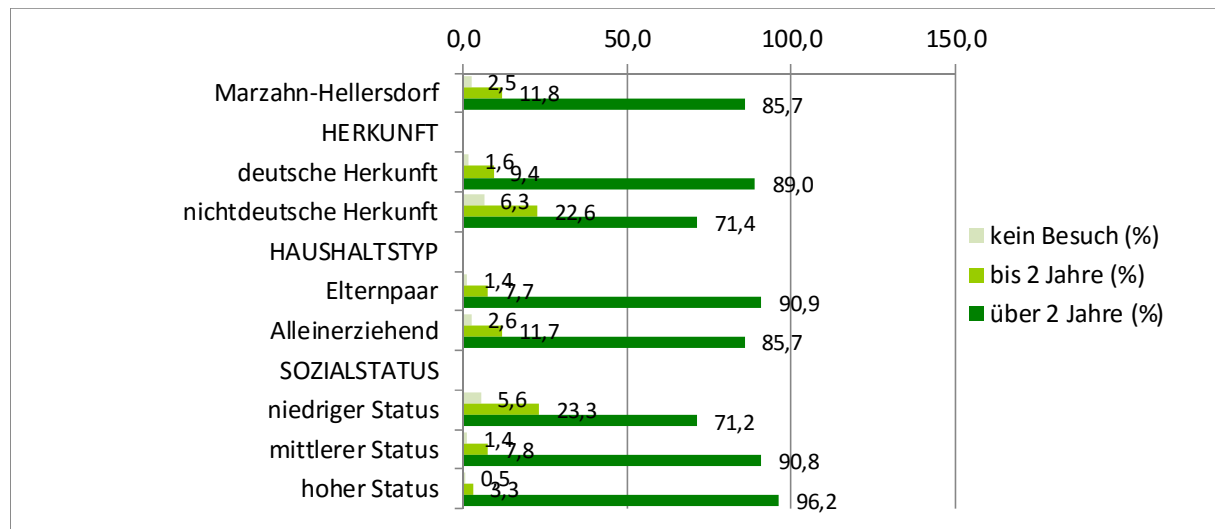
Der Kitabesuch bietet, neben der sozialen Integration, die Möglichkeit für Maßnahmen der Intervention, Prävention und Gesundheitsförderung. Die Dauer des Kita-Besuchs hat einen positiven Einfluss auf die gesundheitliche, soziale und sprachliche Entwicklung des Kindes.

97 % der Kinder haben eine Kita oder eine andere Kindereinrichtung besucht. 86 % waren dort länger als zwei Jahre. Nur 3 % der Kinder waren nie in einer Kindereinrichtung.

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 23 % weniger als zwei Jahre.

Die gleiche Verteilung findet sich bei Kindern mit Migrationshintergrund.

**Abb. 9: Anteil der Kinder nach Kitabesuchsdauer, Herkunft und Sozialstatus (%)**



Gerade Kinder der unteren Statusgruppe, für deren körperliche und geistige Entwicklung sich ein Kita-Besuch vorteilhaft auswirken würde, besuchen eher seltener bzw. kürzer eine Kindereinrichtung.

Der Anteil der Kinder, die vor dem Schuleintritt keine Kindereinrichtung besuchen, ist gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert.

**Tab. 8: Anteil der Kinder nach Kitabesuchsdauer seit 2010 (in %)**

Schuljahr	kein Besuch	bis 2 Jahre	über 2 Jahre
2010	1,8	8,8	89,4
2011	1,9	9,4	88,7
2012	2,0	10,7	87,3
2013	2,8	10,6	86,4
2014	2,5	11,8	85,7

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 8).

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.

Seit 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.

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 2013 und 2014**

Betreuungszeit	2013	2014
ganztags erweitert (über 9 Stunden)	32 %	33 %
ganztags (7 bis 9 Stunden)	41 %	39 %
Teilzeit (5 bis 7 Stunden)	19 %	21 %
halbtags (4 bis 5 Stunden)	7 %	7 %

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

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

## 7 Gesundheits- und Risikoverhalten

### 7.1 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 die Inanspruchnahme von Impfungen und 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.

#### 7.1.1 Früherkennungsuntersuchungen

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

**Tab. 10: Zeitpunkt der Untersuchung nach Alter des Kindes**

Art	Untersuchungszeitpunkt <sup>3</sup>
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

Um möglichst viele Eltern zur Teilnahme an diesen Untersuchungen zu bewegen, wurde mit dem Inkrafttreten des Berliner Kinderschutzgesetzes 2009<sup>4</sup> das verbindliche Einladungswesen eingeführt. Alle Kinderärztinnen und -ärzte müssen durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U9 an die Zentrale Stelle an der Berliner Charité melden. Erfolgt innerhalb des vorgesehenen Untersuchungszeitraums keine Rückmeldung schickt die Zentrale Stelle an alle Eltern die mit ihren Kindern nicht zur Früherkennungsuntersuchung waren, eine schriftliche Erinnerung, ihre Kinder beim Kinderarzt bzw. bei der Kinderärztin zur Untersuchung vorzustellen. Erfolgt auch nach dieser Erinnerung keine Untersuchung, wird der zuständige Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) informiert. Aufgabe des KJGD ist es dann, Kontakt zur Familie aufzunehmen und die Eltern über den Sinn und Zweck der Vorsorgeuntersuchung aufzuklären, um sie zu überzeugen, diese wahrzunehmen.

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.

### 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 exakt der Vorjahreswert.

Bei 19 % der Kinder 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. Hier sollte überlegt werden, welche Wege und Möglichkeiten es gibt, dass diese Kinder frühzeitig ihr Untersuchungsheft bekommen

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

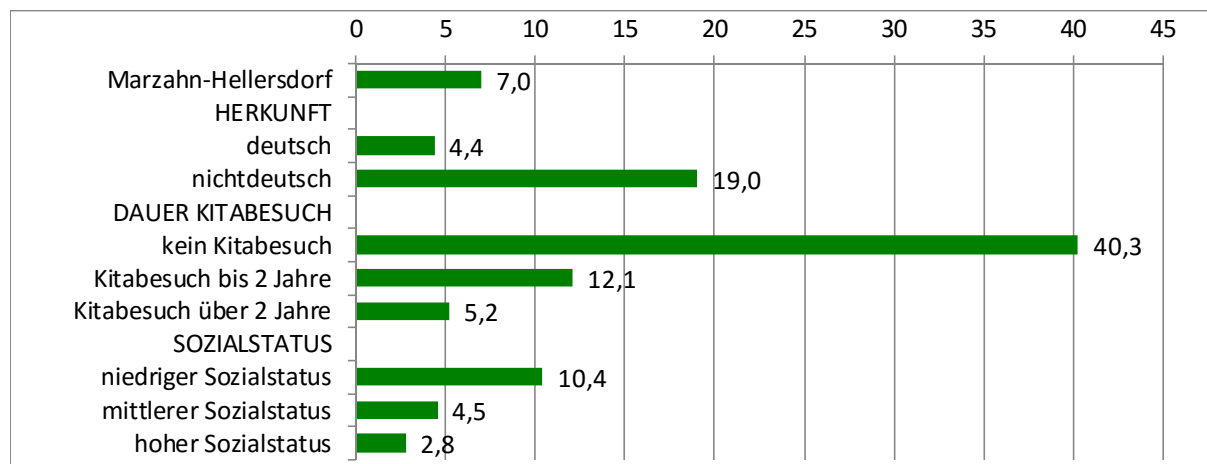
<sup>4</sup> Berliner Gesetz zum Wohl und Schutz des Kindes vom 17. Dezember 2009

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.

Bei 10 % der Kinder mit niedrigem Sozialstatus fehlte das Untersuchungsheft. Bei den Kindern der oberen Statusgruppe waren es nur 3 %.

40 % der Kinder ohne Kitabesuch hatten kein Vorsorgeheft (mit), während es bei den Kindern mit einem Kitabesuch von über 2 Jahren nur 5 % waren.

**Abb. 10: Anteil der Kinder mit fehlendem Vorsorgeheft nach Sozialstatus, Dauer des Kitabesuchs und Herkunft (in %)**



### Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung

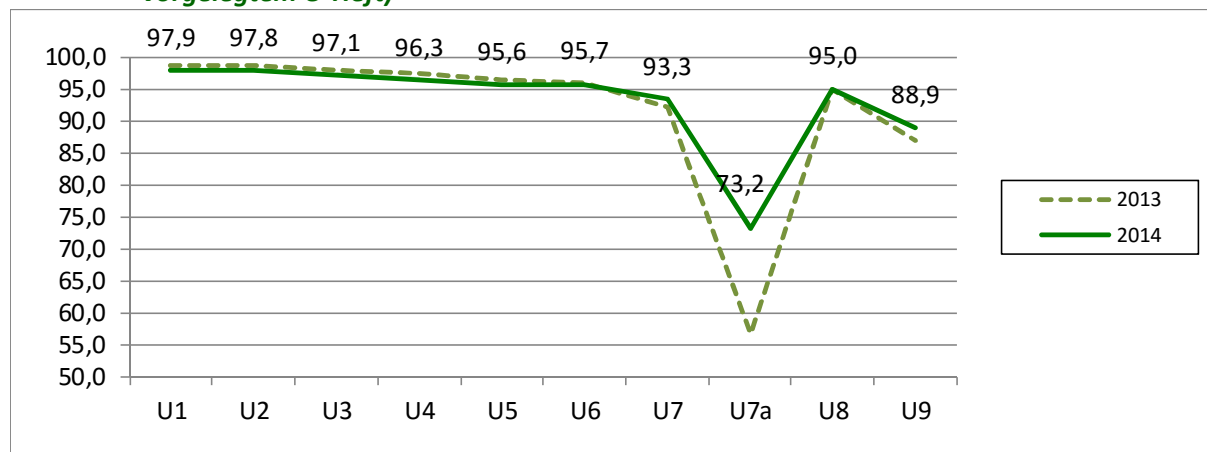
Bei 85 % der Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeuntersuchungsheft wurden die U1 - U8 vollständig wahrgenommen (ohne Berücksichtigung der U7a). Im Vorjahr waren es 84 %.

Die U7a, die 2008 eingeführt wurde, wird nur von 73 % der Eltern wahrgenommen, während die Inanspruchnahme aller anderen Untersuchungen bei über 90 % liegt (ausgenommen die U9).

Die untersuchenden Ärztinnen und Ärzte des KJGD machen 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. Das betrifft aber nur 424 untersuchte Kinder bzw. 14 %. Die niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte geben für die U7a Ergänzungsbögen aus. 27 % aller Kinder hatten keine U7a.

Der Anteil der Inanspruchnahme der U7a ist gegenüber dem Vorjahr deutlich gestiegen. Da es sich hierbei um eine sehr wichtige Untersuchung handelt, um rechtzeitig mögliche Entwicklungsverzögerungen zu erkennen und zu behandeln, ist eine weitere Erhöhung der Inanspruchnahme dringend anzustreben.

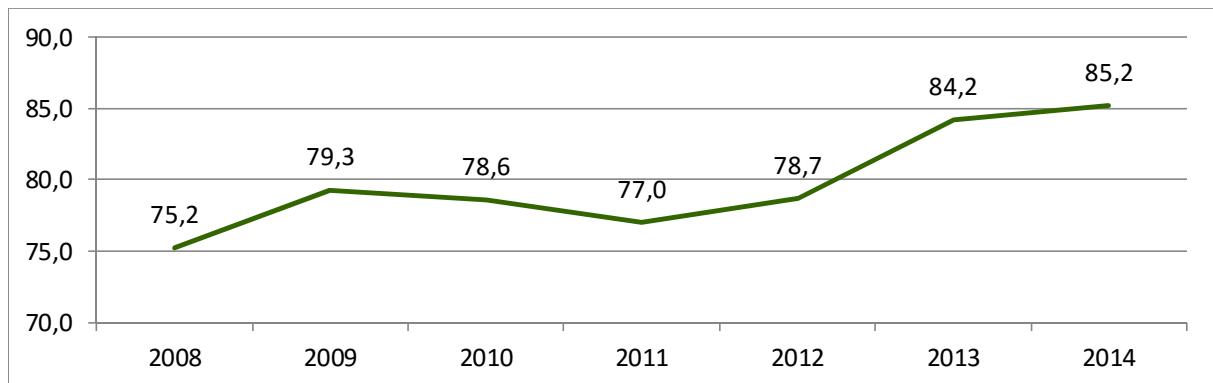
**Abb. 11: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen 2013 und 2014 (in % der Kinder mit vorgelegtem U-Heft)**





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

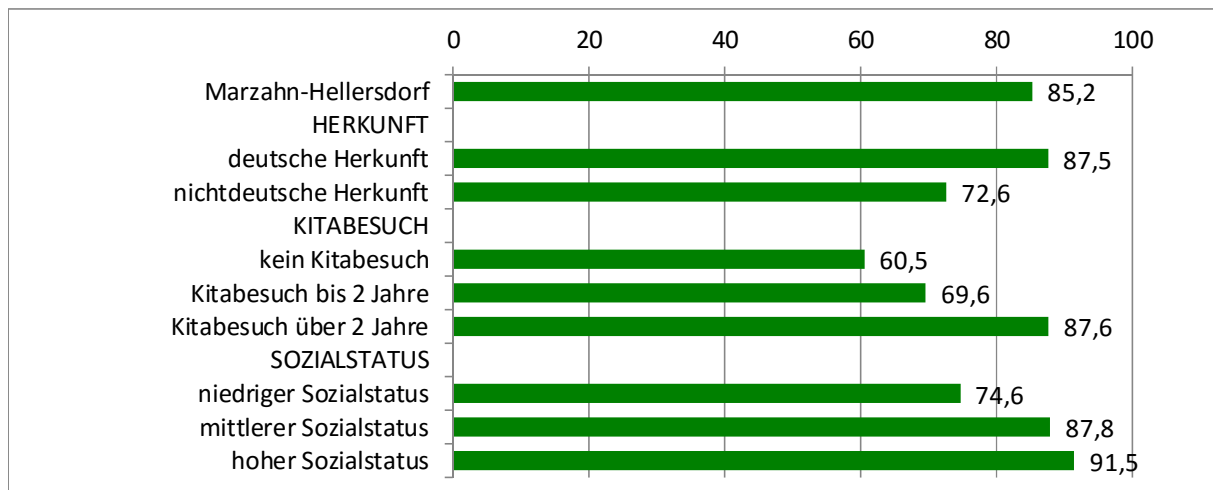
**Abb. 12: Anteil der Kinder mit vollständiger U1 – U8 seit 2008 (in % der Kinder mit vorgelegtem U-Heft)**



Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen hängt eng mit dem Sozialstatus und damit mit 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. 13: Vollständige U1-U8 (ohne U7a) nach Herkunft, Sozialstatus und Kita-Besuch (in %)**



#### 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 zweimaliger 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.

Kinderschutz ist eine zentrale Aufgabe des Jugendamtes, die in enger Kooperation mit dem Gesundheitsamt erfolgt.

*Frau Krauß, bezirkliche Kinderschutzkoordinatorin, zur Situation in Marzahn-Hellersdorf:*

In den letzten Jahren ist durch das in Berlin installierte Netzwerk Kinderschutz die mediale Aufmerksamkeit und die Sensibilisierung der Bevölkerung zum Thema Kinderschutz gestiegen. Das hat zur Folge, dass ein stetiger Anstieg von Fallzahlen im Bezirk zu verzeichnen ist. Hinzu kommen Zuzüge von Familien, bei denen eine Krisenintervention notwendig wird.

In den Jahren 2009 bis 2013 hatte der Bezirk Marzahn-Hellersdorf die meisten Zuzüge von Familien mit Leistungen im Bereich „Hilfen zur Erziehung“ in ganz Berlin zu verzeichnen.

Lagen die Meldungen von Kinderschutzfällen im Jugendamt Marzahn-Hellersdorf 2009 noch bei 374 Fällen, steigerten sie sich bis zum Jahr 2015 auf 586 Fälle. Im Jahr 2013 war die höchste Anzahl der Kinderschutzfälle mit 630 Meldungen erreicht.

Die Anzahl der von den Gefährdungsmeldungen betroffenen Kindern und Jugendlichen lag 2015 bei 794. Die Altersgruppe der 6 < 14-Jährigen war wie die Jahre zuvor an erster Stelle, gefolgt von der Altersgruppe der 3 < 6-Jährigen.

Die Familienkonstellation zeigt eindeutig und das über Jahre hinweg, dass alleinerziehende Eltern an erster Stelle im Bezirk Marzahn-Hellersdorf von Kinderschutzmeldungen betroffen sind. Im Jahr 2015 waren das 315 von den insgesamt 586 Kinderschutzmeldungen.

Die Gefährdungslagen sind Vernachlässigung, häusliche Gewalt, verwaarloste Wohnungen, Suchtverhalten und psychische Erkrankungen der Eltern. Körperliche und psychische Misshandlung sind im oberen Bereich der Kinderschutzmeldungen zu finden.

Im Jahr 2015 erfolgten durch das Jugendamt 49 Inobhutnahmen (zeitlich begrenzte Herausnahme aus dem elterlichen Haushalt zum Schutz der Kinder und Jugendlichen). Die stationäre Unterbringung mit Einwilligung der Sorgeberechtigten erfolgte 2015 bei 55 Kindern und Jugendlichen.

Um die Intervention im Kinderschutz fachlich und inhaltlich nachhaltig zu verbessern und sicherzustellen, gibt es seit Januar 2016 ein Kriseninterventionsteam im Jugendamt Marzahn-Hellersdorf.

Mit dem Einsatz eines Kriseninterventionsteam wird das Ziel verfolgt, die Arbeit im Kinderschutz effektiver zu gestalten und den Regionalen Sozialdienst zu entlasten. Es erfolgt eine intensivere Ressourcenprüfung (mit Blick in den sozialen Raum), um die Verweildauer in Einrichtungen bei Inobhutnahmen zu verkürzen oder im besten Fall zu vermeiden.

Durch das Kriseninterventionsteam werden alle neu eingehenden Kinderschutzmeldungen entgegengenommen und bearbeitet. Wird nach Prüfung festgestellt, dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, erfolgt durch das Kriseninterventionsteam die Installation von geeigneten Schutzmaßnahmen für das betroffene Kind oder / und Jugendlichen.

### **7.1.2 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.

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

In Deutschland besteht keine Impfpflicht. Die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut gibt jährlich Impfeempfehlungen heraus, die dem neuesten Stand der Wissenschaft entsprechen<sup>5</sup>.

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 Impftrate von 97 % als sehr gut. Diese Werte gelten auch als Ziel und Maßstab für Deutschland. **Die 95 %-Rate wurde 2014 in Marzahn-Hellersdorf als einzigem Berliner Bezirk erreicht.**

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

Bei 7,8 % der Kinder lag kein Impfausweis vor. Wie beim Vorsorgeheft hatten Kinder aus bildungsfernem Elternhaus, aus Familien mit Migrationshintergrund, ohne Kitabesuch oder mit kurzer Kitabesuchsdauer seltener einen Impfausweis dabei. Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der Kinder ohne Impfausweis leicht gestiegen (2013: 6,6 %).

Dank den sehr engagierten Kinderärztinnen und –ärzten im Bezirk verfügen die Kinder in Marzahn-Hellersdorf über einen sehr guten Durchimpfungsgrad. Bei allen 12 Impfungen, die vor dem sechsten Lebensjahr von der DTIKO empfohlen sind, haben die Kinder in Marzahn-Hellersdorf die höchste Impftrate aller Bezirke.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Impftrate sogar leicht verbessert. Eine deutliche Steigerung gab es bei den Impfungen gegen Pneumokokken.

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

Impfung	2012	2013	2014
Polio	98,0	97,1	97,6
Tetanus	98,6	97,7	98,0
Diphtherie	98,4	97,6	97,7
Pertussis	97,4	96,8	97,0
Masern	95,2	94,3	95,7
Mumps	95,1	94,3	95,6
Röteln	95,1	94,2	95,6
HiB	96,0	95,0	95,8
Hepatitis B	93,4	91,4	92,5
Pneumokokken	69,7	78,7	84,9
Varizellen	86,0	89,9	92,4
Meningokokken	92,4	91,6	93,1

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 nicht ganz so gut immunisiert. Ausnahmen bilden die Impfungen gegen Masern und Varizellen. Die Unterschiede sind aber nicht signifikant.

<sup>5</sup> [http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Aktuell/98\\_0es/Impfkalender.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Aktuell/98_0es/Impfkalender.pdf?__blob=publicationFile)

**Tab. 12: Impfrate nach Sozialstatus (in %)**

Impfung	unterer Sozialstatus	mittlerer Sozialstatus	oberer Sozialstatus
Polio	96,4	98,4	98,7
Tetanus	97,3	98,5	99,0
Diphtherie	97,3	98,5	99,0
Pertussis	96,2	97,9	97,7
Masern	96,2	96,0	96,1
Mumps	95,9	95,9	96,1
Röteln	95,9	95,9	96,1
HiB	94,1	97,2	96,1
Hepatitis B	91,4	93,7	93,0
Pneumokokken	82,1	86,0	88,9
Varizellen	94,8	93,3	88,1
Meningokokken	92,1	93,5	93,8

### 7.1.3 Zahngesundheit

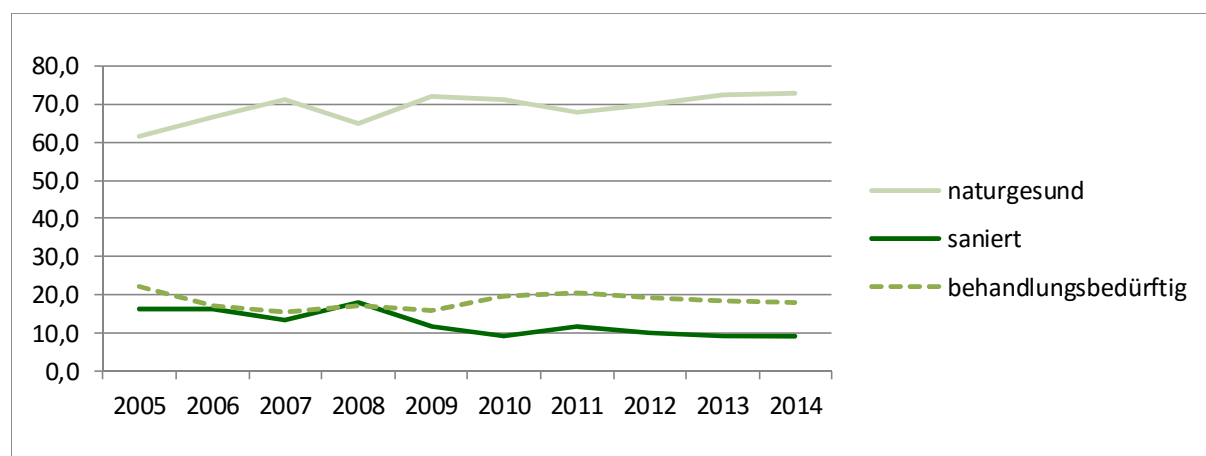
Bei der Einschulungsuntersuchung untersuchen die Kinderärztinnen und -ärzte auch die Zähne der Kinder. Dabei geht es primär darum, den Gebisszustand als Parameter für das Gesundheitsverhalten zu erfassen.

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 73 % der Kinder waren die Zähne naturgesund und bei 9 % zahnärztlich versorgt. 18 % der Kindergebisse waren behandlungsbedürftig.

Im Zeitvergleich steigt der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen leicht. Der Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen und sanierten Zähnen geht ganz leicht zurück.

**Abb. 14: Entwicklung des Anteils der Kinder mit versorgten Zähnen (naturgesund und saniert) und nicht versorgten Zähnen in Marzahn-Hellersdorf (%)**



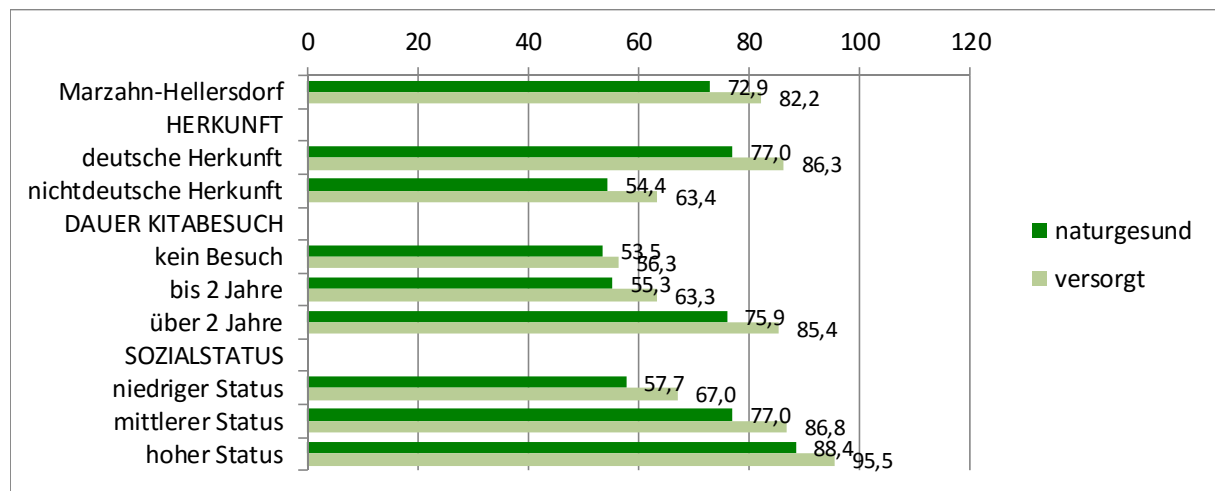
Zwischen Zahngesundheit, Herkunft, sozialem Status und Gesundheitsverhalten besteht ein enger Zusammenhang.

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 besser. Nur 52 % der vietnamesischen Kinder hatten versorgte Zähne und nur 44 % ein naturgesundes Gebiss. Bei den russischen Kindern waren es mit 75 % bzw. 67 % deutlich mehr.

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 bei Bedarf eher behandelt. Jedes dritte Kind bildungsferner Eltern hat ein behandlungsbedürftiges Gebiss und nur 58 % hatten naturgesunde Zähne. 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. Hier macht sich bemerkbar, dass in den Kitas auf gesundheitsbewusste Ernährung und Zahnpflege geachtet wird.

**Abb. 15: Anteil der Kinder mit versorgtem Gebiss bzw. naturgesunden Zähnen in Abhängigkeit von Herkunft, Sozialstatus und Kitabesuch (%)**

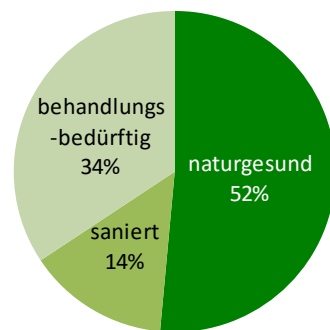


#### Exkurs: Untersuchungsergebnisse des zahnärztlichen Dienstes

Aus der Zahnuntersuchung bei der ESU lassen sich Aussagen zum Gesundheitsverhalten in der Familie und Korrelationen ableiten.

Zahnmedizinisch valide Befunde werden durch den Zahnärztlichen Dienst (ZÄD) des Gesundheitsamtes erhoben. Unabhängig von der Einschulungsuntersuchung untersucht der Zahnärztliche Dienst die Kinder vor Schuleintritt in den Kitas. Im Zeitraum der Einschulungsuntersuchungen wurden vom ZÄD 2.113 Kita-Kinder im Alter von 5 und 6 Jahren untersucht. Davon hatten 52 % naturgesunde Zähne, 14 % ein saniertes Gebiss und 34 % behandlungsbedürftige Zähne. Das sind 20 % weniger naturgesunde Zähne und fast doppelt so häufig behandlungsbedürftige Zähne als aus dem Zahnstatus der Einschulungsuntersuchung hervorgeht. Die Daten ermöglichen zwar keine Korrelationen zum Sozialstatus oder zum Migrationshintergrund, dafür valide Aussagen zur tatsächlichen Zahngesundheit der Kinder.

**Abb. 16: Gebisszustand der 5-6-Jährigen Kita-Kinder gemäß Untersuchungen des zahnärztlichen Dienstes**



## 7.2 Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten

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

Dazu gehören der Medienkonsum der Kinder sowie das Rauchverhalten der Eltern.

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

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

### 7.2.1 Medienkonsum

#### Fernsehkonsument

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.

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).

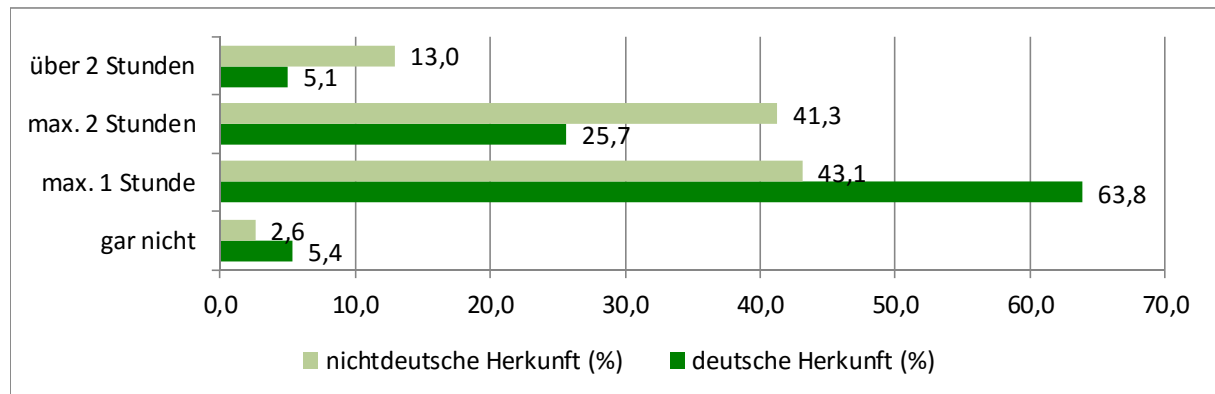
Den Angaben zufolge sehen 5 % der Kinder im Bezirk nicht täglich fern. Weitere 61 % der Kinder sehen maximal eine Stunde täglich fern.

28 % der Kinder sitzen bis zu 2 Stunden täglich vor dem Fernseher und 6 % sogar mehr als 2 Stunden.

Im Vergleich zum Vorjahr ist ein leichter Rückgang des Fernsehkonsums zu verzeichnen. Da es sich um freiwillige Angaben der Eltern handelt, die mit den o.g. Einschränkungen zum Wahrheitsgehalt zu betrachten sind, sind Aussagen zu Entwicklungstendenzen nur bedingt möglich.

Kinder mit Migrationshintergrund sehen häufiger und länger fern als Kinder ohne Migrationshintergrund. Bei Kindern mit Migrationshintergrund war der Anteil derer, die täglich mehr als zwei Stunden fernsehen, mehr als doppelt so hoch wie bei herkunftsdeutschen Kindern. Dies muss nicht unbedingt die tatsächlichen Unterschiede widerspiegeln, sondern könnte z.T. auch darauf beruhen, dass bei Eltern mit Migrationshintergrund die Frage wahrheitsgemäßer beantwortet wird, weil der hohe Medienkonsum der Kinder weniger kritisch gesehen wird.

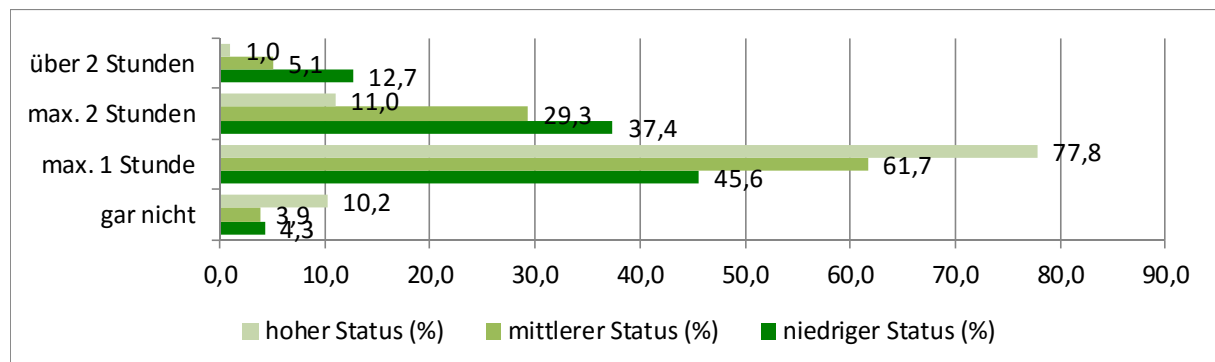
**Abb. 17: Täglicher Fernsehkonsum der Kinder nach Herkunft (in %)**



Zwischen den Geschlechtern gibt es keine Unterschiede.

Erhebliche Unterschiede beim Fernsehkonsum gibt es in Abhängigkeit vom Bildungshintergrund der Eltern: je höher der Sozialstatus, desto niedriger ist der Fernsehkonsum der Kinder. 13 % der Kinder der unteren Statusgruppe sehen den Angaben zufolge täglich mehr als zwei Stunden fern. Das sind 13 x mehr als in der unteren Statusgruppe und doppelt so hoch wie in der mittleren Statusgruppe. Auch hier könnte das gesellschaftlich angepasste Antwortverhalten eine Rolle spielen.

**Abb. 18: Täglicher Fernsehkonsum der Kinder nach Sozialstatus (%)**



Kinder der oberen Statusgruppe verfügen auch seltener über ein eigenes Fernsehgerät.

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

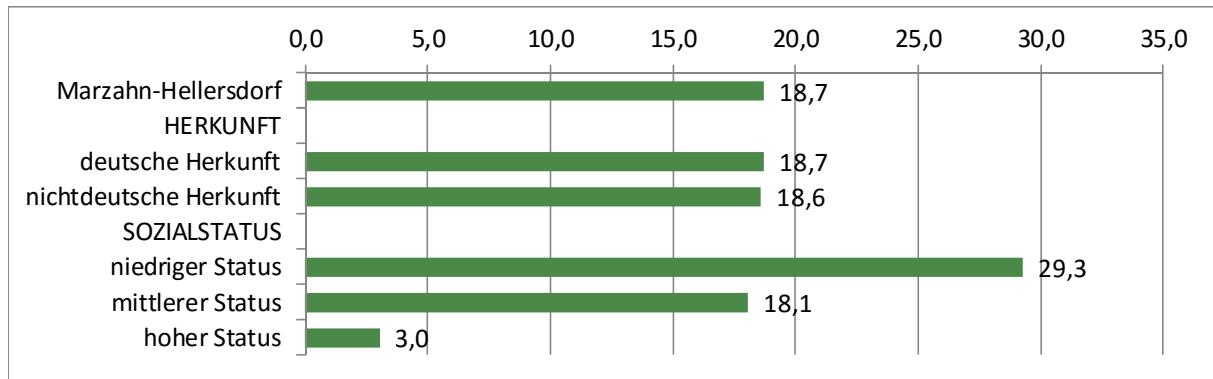
19 % der Kinder in Marzahn-Hellersdorf haben, bevor sie in die Schule kommen, ein eigenes Fernsehgerät. Das ist der gleiche Wert wie im Vorjahr. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die



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: 29 % der Kinder aus der unteren sozialen Statusgruppe besitzen einen eigenen Fernseher, während es bei Kindern der oberen sozialen Statusgruppe nur 3 % sind.

**Abb. 19: Anteil der Kinder mit eigenem TV-Gerät nach Herkunft und Sozialstatus (in %)**



### Nutzung elektronischer Spiele

Neben dem Fernsehkonsum wird auch nach der Dauer der Beschäftigung mit Computerspielen gefragt. Die Zeit, die damit verbracht wird, kommt zur täglichen Fernsehzeit noch hinzu, so dass die empfohlene Medienzeit bei den meisten Kindern überschritten wird.

43 % der Kinder spielt täglich mit elektronischen Spielen. Dabei gibt es signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern. 50 % der Jungen, aber nur 34 % der Mädchen spielen täglich.

### 7.2.2 Rauchverhalten der Eltern

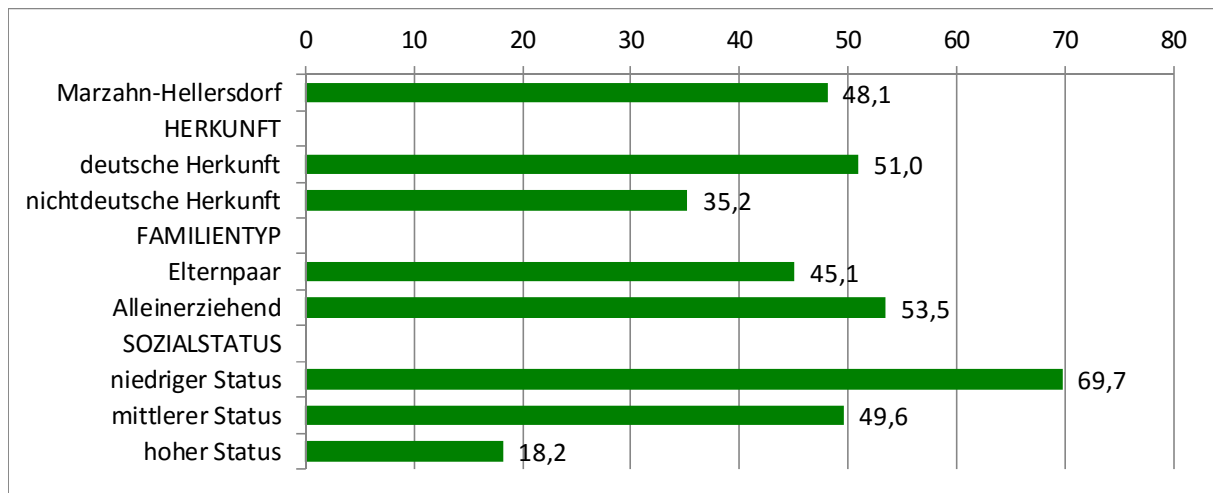
Die Frage nach dem Rauchen haben 93 % der Eltern beantwortet, so dass die Ergebnisse repräsentativ sind.

In fast der Hälfte der Haushalte raucht mindestens ein Elternteil. Gegenüber dem Vorjahr ist ein leichter Rückgang um 2 Prozentpunkte zu verzeichnen.

Je niedriger der soziale Status, desto häufiger wird geraucht. In Familien mit niedrigem sozialen Status wird dreimal so häufig geraucht wie in Familien mit hohem sozialem Status: In 70 % der Elternhäuser mit geringem Sozialstatus wird geraucht. In Familien mit hohem sozialem Status sind es nur 18 %.

In 51 % der herkunftsdeutschen Familien wird geraucht, was erheblich häufiger ist als in Migrantenfamilien (35 %). Gegenüber dem Vorjahr ist bei herkunftsdeutschen Familien ein leichter Rückgang um zwei Prozentpunkte zu verzeichnen, bei Familien mit Migrationshintergrund eine leichte Steigerung um einen Prozentpunkt.

**Abb. 20: Anteil der Familien mit mindestens einem rauchenden Elternteil nach Herkunft, Familientyp und Status (in %)**



### Präventionsansätze im Bezirk (von Ove Fischer, bezirklicher Suchtkoordinator)

Mit der Problematik von Alkohol- und Nikotinkonsum setzten sich die JugendFilmTage 2014 auseinander, die für Marzahn-Hellersdorfer Schulklassen durchgeführt wurden.

Im Berliner Landesprogramm „[Berlin qualmfrei](#)“ zur Förderung des Nichtrauchens wurde explizit das Passivrauchen thematisiert. So entstanden zwei Flyer „Mama denkt (gerade nicht) an dich“ und „Papa würde (fast) alles für dich tun“ und es wurde eine DVD zum Thema Feinstaubbelastung von Kleinkindern durch Passivrauchen im Auto (siehe auch [www.berlin-suchtpraevention.de](#)) produziert.

Innerhalb der Berliner Jahreskampagne „Na klar ...!“ wurden neue Aufklärungsmaterialien erstellt sowie Fachveranstaltungen wie zum Beispiel „Generation Mischkonsum“ durchgeführt (siehe auch [www.praevention-na-klar.de](#)).

Die AG Prävention des Suchtverbundes und weitere Kooperationspartner wie zum Beispiel das Ordnungsamt waren 2015 innerhalb der Aktionswoche „Alkohol? Weniger ist besser!“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen mit verschiedenen Angeboten sehr aktiv (siehe auch [www.aktionswoche-alkohol.de](#)).

Die AG IPSE (Interinstitutionelles Projekt zur Stärkung der Erziehungskompetenz) hat u.a. Flyer zu den Themen „Sucht?“, „Null Bock auf Schule“ und „Zeugnisse“ veröffentlicht (zu finden auf: [www.ipse-mh.blogspot.de](#)).

## 8 Gesundheitszustand und Entwicklungsauffälligkeiten

### 8.1 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)<sup>2</sup> errechnet.

80 % der untersuchten Kinder im Bezirk waren normalgewichtig. Das entspricht exakt der Vorjahreswert. 10 % der Kinder waren untergewichtig, 3 % sogar deutlich untergewichtig. Ebenfalls 10 % der Kinder waren übergewichtig, 4 % sogar stark übergewichtig, also adipös.

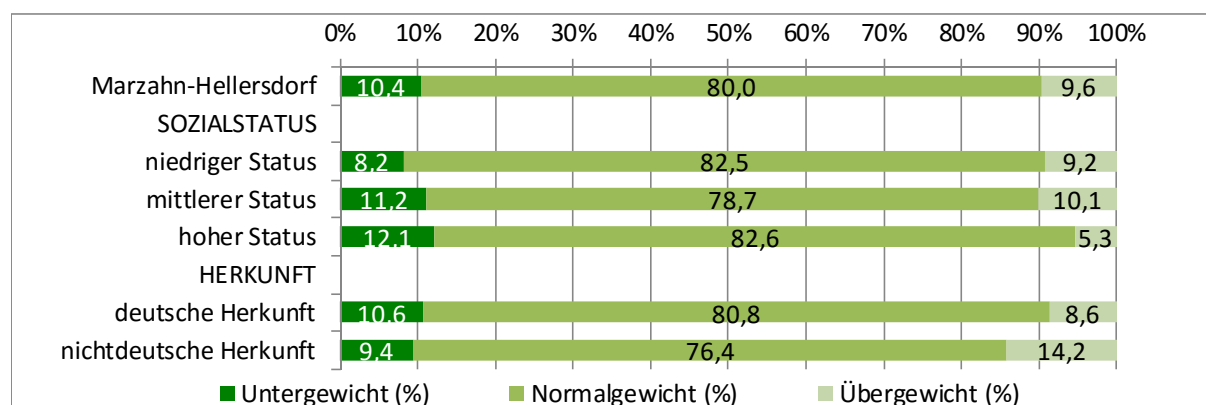
Unterschiede gibt es hinsichtlich des sozialen Status und der Herkunft.

Je höher der soziale Status, desto höher ist der Anteil normalgewichtiger Kinder. In Familien mit geringem Sozialstatus war der Anteil der übergewichtigen Kinder mehr als dreimal höher als bei Kindern aus bildungsnahen Elternhäusern. Demgegenüber findet sich bei diesen Kindern ein höherer Anteil mit Untergewicht.

14 % der Kinder mit Migrationshintergrund haben Übergewicht. Die Hälfte davon ist adipös.

Überproportional häufig wurde Übergewicht bei vietnamesischen Kindern (19,3 %) und Kindern aus Polen (19,8 %) festgestellt. Demgegenüber wies kein Kind aus der Ukraine Übergewicht auf, jedoch 33 % Untergewicht. Den höchsten Anteil von Kindern mit Normalgewicht hatten mit 88 % Kinder aus Kasachstan.

**Abb. 21: Körpergewicht in Abhängigkeit vom sozialen Status und Herkunft (in %)**



#### Präventionsansätze im Bezirk (von Kerstin Moncorps, bezirkliche Gesundheitsförderung)

Das Netzwerk „Gesund ins Leben“<sup>6</sup> unterstützt Eltern in der Zeit von der Schwangerschaft bis zum Kleinkindalter mit bundesweit einheitlichen, verständlichen und leicht umsetzbaren Empfehlungen zu einer ausgewogenen Ernährung und zur Vorbeugung von Allergien.

Vermittelt über Leistungsanbieter der gesundheitlichen Versorgung und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe können sie in die Angebotspalette der Frühen Hilfen eingebunden werden und so von Anfang an das gesunde Aufwachsen der Kinder unterstützen.

<sup>6</sup> Vgl. [www.gesund-ins-leben.de](http://www.gesund-ins-leben.de)

## 8.2 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.

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. Diese Tests sind 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.

Die Hälfte aller Kinder in Marzahn-Hellersdorf weist bei der Einschulungsuntersuchung Entwicklungsdefizite 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. Kinder benötigen häusliche Anregung und Förderung, damit sich die motorischen und sprachlichen Fähigkeiten optimal entwickeln können. Angesichts prekärer finanzieller Verhältnisse, damit einhergehender weitergehender sozialer (Multi)Problemlagen und - wie es der Bonner Neuropädiater Schlack formuliert - zunehmender „edukatorischer Insuffizienz“ der Eltern, d.h. erzieherischer Schwäche, sind diese Eltern nicht in der Lage, ihrem Kind die notwendigen Anregungen zu vermitteln (Schlack). 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. 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)

### 8.2.1 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 früher beginnt und weiter steigt.

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.

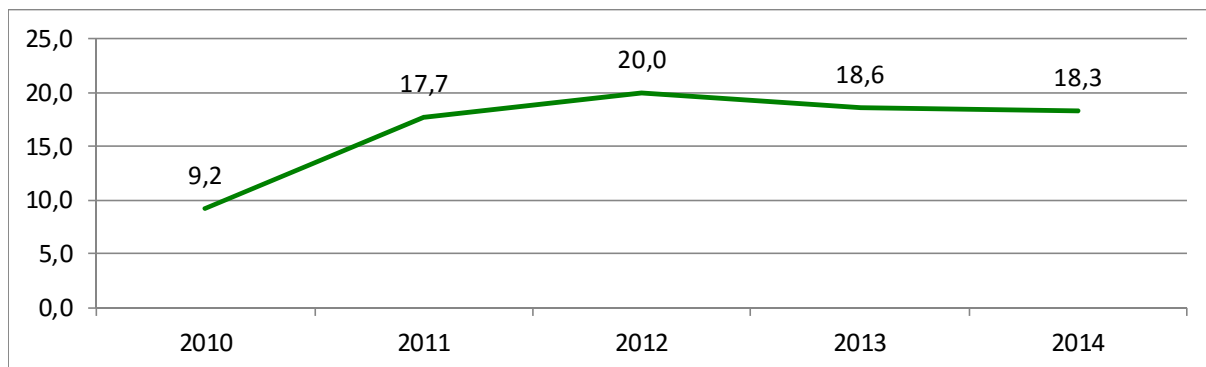
### Grobmotorik und Körperkoordination

Grobmotorik ist ein wichtiger Bestandteil der kindlichen Entwicklung und notwendig für das Gleichgewicht, die koordinatorischen Fähigkeiten, die Raumorientierung sowie die Geschicklichkeit und sie ist Grundlage für die feinmotorische Entwicklung.

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.

18 % der Kinder wiesen auffällige Befunde auf. Gegenüber dem Vorjahr ist keine Veränderung zu verzeichnen. Bezogen auf die letzten vier Jahre bewegt sich der Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen bei der Körperkoordination um die 18 % und unterliegt seitdem keinen größeren Schwankungen. Im Gesamtberliner Vergleich ist das ein relativ hoher Wert (Rang 3).

**Abb. 22: Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen beim Test Körperkoordination seit 2010 (%)**

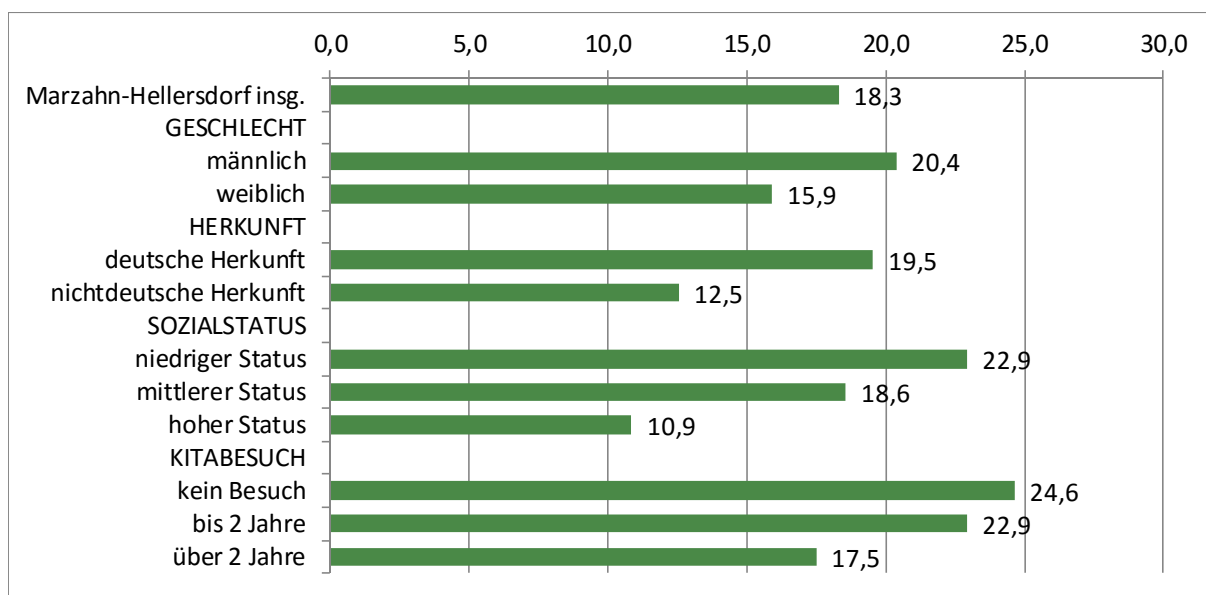


**Jungen** haben häufiger Probleme mit ihrer Körperkoordination und der Grobmotorik als Mädchen.

Fast jedes vierte Kind der unteren Sozialstatusgruppe weist Auffälligkeiten bei der Körperkoordination auf.

Herkunftsdeutsche Kinder schneiden bei diesem Test deutlich schlechter ab als Kinder mit Migrationshintergrund. Jedes fünfte herkunftsdeutsche Kind weist auffällige Befunde auf und ein Viertel der Kinder ohne Kita-Besuch.

**Abb. 23: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test zur Körperkoordination nach Geschlecht, Herkunft und Sozialstatus (in %)**



### Exkurs: Ergebnisse des Tests „Körperkoordination“ in den bewegungsfreundlichen Kitas

Kitas bieten gute Voraussetzungen, um Bewegungsmangel und den damit verbundenen Folgen entgegenzuwirken. Im Bezirk Marzahn-Hellersdorf gibt es 10 „Bewegungsfreundliche Kitas“, die es als Schwerpunkt ihrer Arbeit ansehen, die Bewegungspotentiale der Kinder aufzugreifen und die vorhandenen motorischen Fähigkeiten der Kinder auszubauen.<sup>7</sup>

Ein Vergleich der Testergebnisse der Kinder aus bewegungsfreundlichen Kitas mit den übrigen Kitas zeigt, dass die Kinder der bewegungsfreundlichen Kitas durchschnittlich bessere Testergebnisse bei der Körperkoordination aufweisen, als die Kinder aus den anderen Kitas. So hatten in den 6 bewegungsfreundlichen Kitas der Großsiedlung nur 15 % der Kinder auffällige Testergebnisse während es bei den anderen Kitas der Großsiedlung 21 % waren. Der Unterschied würde noch größer ausfallen, aber es gibt einen „Ausreißer“ unter den bewegungsfreundlichen Kitas, der den Durchschnitt hebt.

### Best-Practice:

Die Stadt Mülheim 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. Den Sportgutschein dürfen alle Grundschüler in Anspruch nehmen, die keinem Sportverein als Mitglied angehören. Er kann während der gesamten Grundschulzeit, das heißt von der 1. bis zur 4. Klasse, eingelöst werden. Die Gutscheine werden nicht allein bei der Schuleingangsuntersuchung ausgegeben, sondern auch bei der Erstberatung im [Kommunalen Integrationszentrum](#).<sup>8</sup>

### 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.

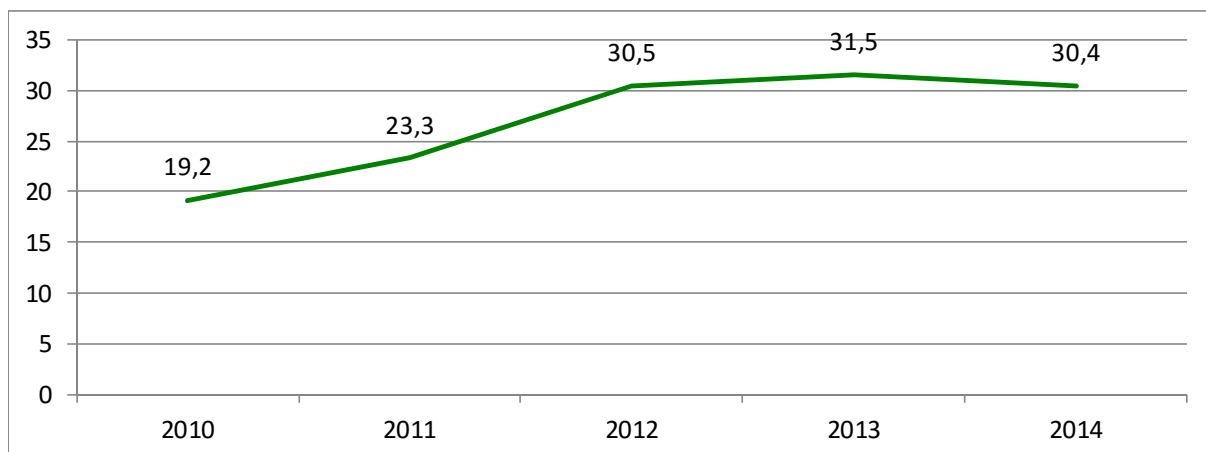
Störungen in der Visuomotorik ziehen auch Störungen beim Schreiben und Zeichnen nach sich. Es zeigen sich Schwierigkeiten beim Abzeichnen von Mustern und beim Abschreiben von Wörtern. Meist werden auch die gewünschten Schreibformen nicht genau in die vorgedruckte Linie gebracht.

**30 % der Kinder in Marzahn-Hellersdorf wurde ein auffälliger Befund** im Bereich der Visuomotorik attestiert. Gegenüber dem Vorjahr ist das ein leichter Rückgang um einen Prozentpunkt. Seit drei Jahren stagnieren die Werte auf hohem Niveau.

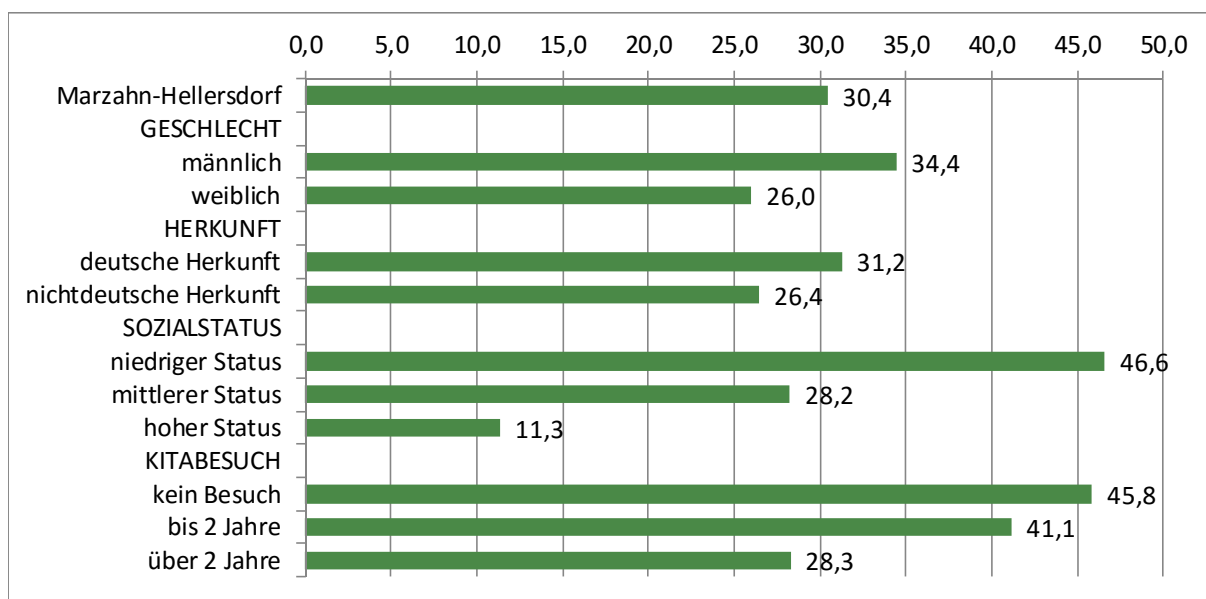
Im Gesamtberliner Maßstab hat der Bezirk bei diesem Test seit Jahren den schlechtesten Wert aller Bezirke. Er liegt knapp 10 Prozentpunkte über dem Berliner Durchschnitt.

<sup>7</sup> Nähere Information unter: <http://www.berlin.de/ba-marzahn-hellersdorf/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/qualitaetsentwicklung-planung-und-koordination-des-oeffentlichen-gesundheitsdienstes/gesundheitsfoerderung/artikel.382763.php> (Zugriff: 02/2016)

<sup>8</sup> [https://www.muelheim-ruhr.de/cms/44\\_vereine\\_nehmen\\_sportgutscheine\\_an.html](https://www.muelheim-ruhr.de/cms/44_vereine_nehmen_sportgutscheine_an.html)

**Abb. 24: Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen beim Test „Visuomotorik“ seit 2010**

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 Sozialstatus der Eltern. 46 % der Kinder der unteren sozialen Statusgruppe weisen 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. 25: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich der Visuomotorik nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kitabesuchs (in %)**

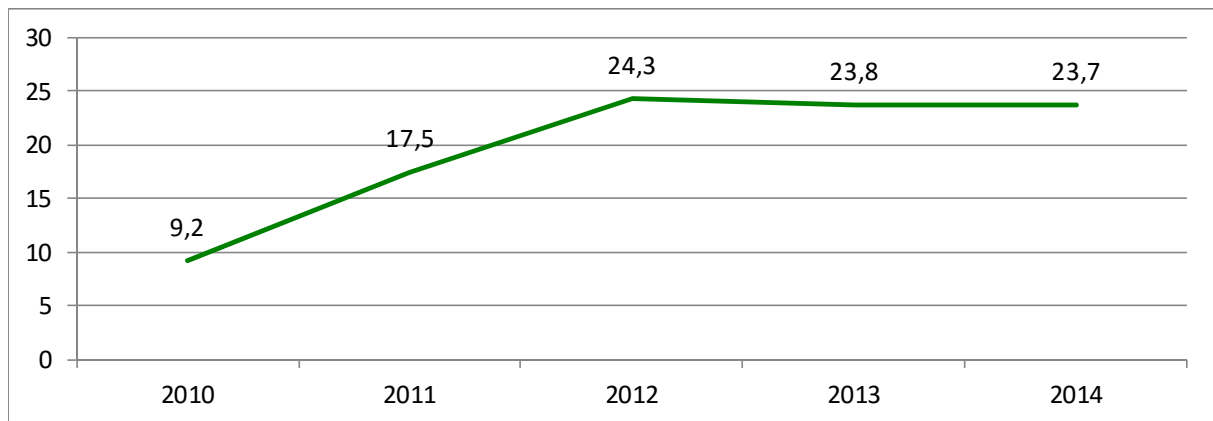
Visuelle Wahrnehmung ist notwendig, um visuelle Reize zu erkennen, zu unterscheiden, zu interpretieren und sie in Verbindung mit früheren Erfahrungen zu bringen, z.B. Lesen von Buchstaben.

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.

24 % der Kinder haben auffällige Testergebnisse im Bereich der visuellen Wahrnehmung. Die Ergebnisse sind seit drei Jahren unverändert.



**Abb. 26: Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen beim Test „visuelle Wahrnehmung“ seit 2010 (in %)**



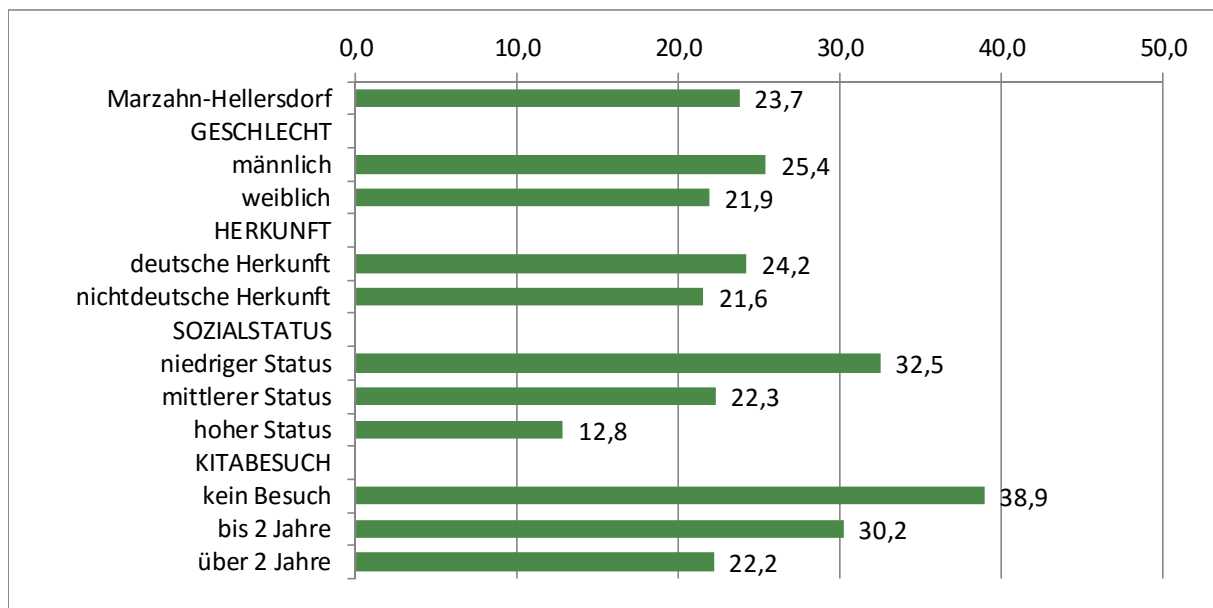
Auch hier sind Jungen etwas häufiger auffällig als Mädchen.

Wie bei den übrigen Tests zur körperlichen und kognitiven Entwicklung hatten Kinder aus sozial schwachen Familien häufiger Defizite.

Die herkunftsdeutschen Kinder schneiden auch bei diesem Test schlechter ab als Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund.

Ein deutliches Gefälle gibt es in Abhängigkeit vom Kitabesuch.

**Abb. 27: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich der visuellen Wahrnehmung nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kitabesuchs (in %)**



### Mengenvorwissen

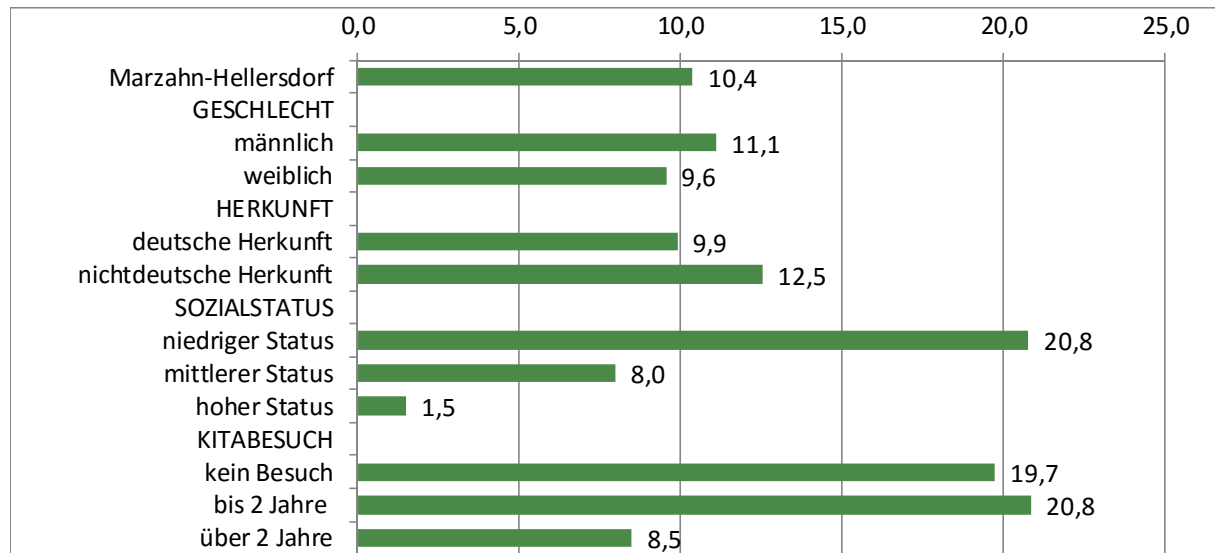
Das Mengenvorwissen zählt zu den sogenannten mathematischen Vorläuferfähigkeiten. Dieser Testbereich besteht aus zwei Untertests: die simultane Mengenerfassung, bei der die Anzahl von Objekten ohne Zählen zu schätzen ist und der Mengenvergleich, bei dem das Grundverständnis von "mehr" und "weniger" im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

10 % der Kinder wiesen auffällige Befunde auf. Im Gesamtberliner Maßstab nimmt der Bezirk damit einen mittleren Rang ein. Gegenüber dem Vorjahr gab es eine leichte Verbesserung um einen Prozentpunkt. Dieser Test wurde erst 2012 in das Untersuchungsprogramm aufgenommen.

Zwischen den Geschlechtern gab es kaum Unterschiede. Kinder mit Migrationshintergrund schnitten etwas schwächer ab als herkunftsdeutsche Kinder.

Deutliche Unterschiede gab es 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 9 % der Kinder mit einem über zweijährigen Kitabesuch wurden auffällige Befunde festgestellt, bei Kindern mit kürzerer Kitabesuchsdauer bzw. ohne Kitabesuch waren es 20 % bzw. 21 %.

**Abb. 28: Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen beim Test „Mengenvorwissen“ nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kitabesuches (in %)**



### 8.2.2 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 ähnlich klingende 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

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.

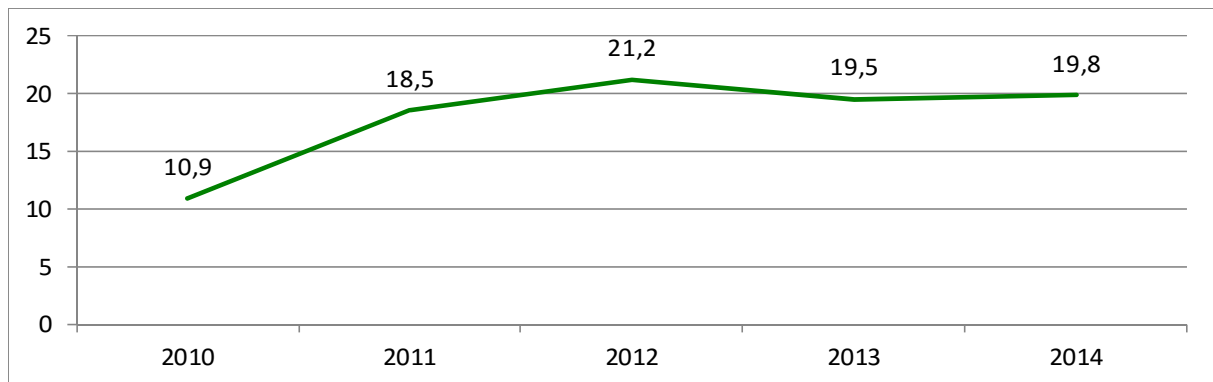
### Test „Pseudowörter nachsprechen“

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

Beim diesem Test wiesen 20 % der Kinder auffällige Befunde auf.

Gegenüber dem Vorjahr ist keine Veränderung festzustellen. Seit Jahren liegt der Bezirk mit diesen Testergebnissen auf Rang 1 im Bezirksvergleich, d.h. kein Bezirk weist einen höheren Anteil an Kindern mit auffälligen Ergebnissen auf. Der Unterschied zum Berliner Durchschnitt ist erheblich und beträgt 9 Prozentpunkte, d.h. es gibt in Marzahn-Hellersdorf fast doppelt so häufig auffällige Ergebnisse wie in Berlin insgesamt.

**Abb. 29: Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen beim Test „Pseudowörter nachsprechen“ seit 2010 (in %)**

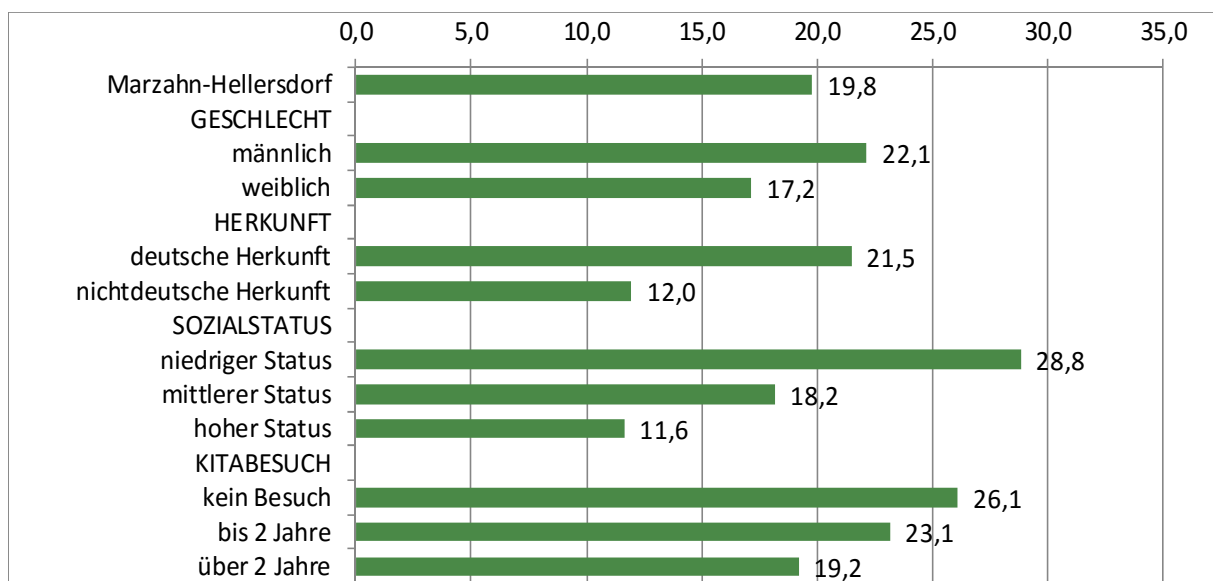


Mädchen schnitten bei dem Test etwas besser ab als Jungen.

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

29 % der Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern waren nicht in der Lage, die Wörter richtig nachzusprechen. Bei Kindern der oberen Statusgruppe waren es nur 12 %.

**Abb. 30: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test „Pseudowörter nachsprechen“ nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kitabesuchs (in %)**



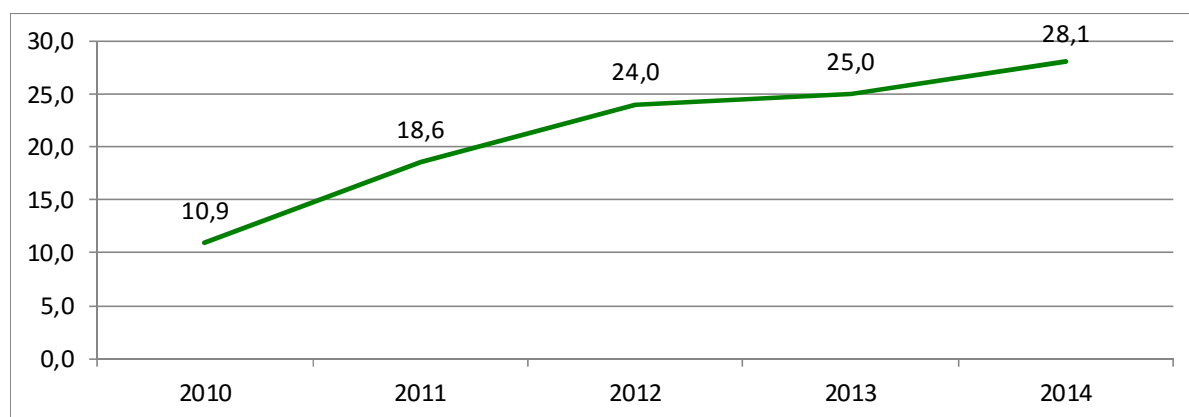
### Test „Wörter ergänzen“

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 28 % der Kinder wurden Auffälligkeiten festgestellt. Gegenüber dem Vorjahr gab es eine weitere Verschlechterung um 3 Prozentpunkte.

Auch bei diesem Test hat Marzahn-Hellersdorf den schlechtesten Wert aller Bezirke.

**Abb. 31: Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen beim Test „Wörter ergänzen“ seit 2010 (in %)**



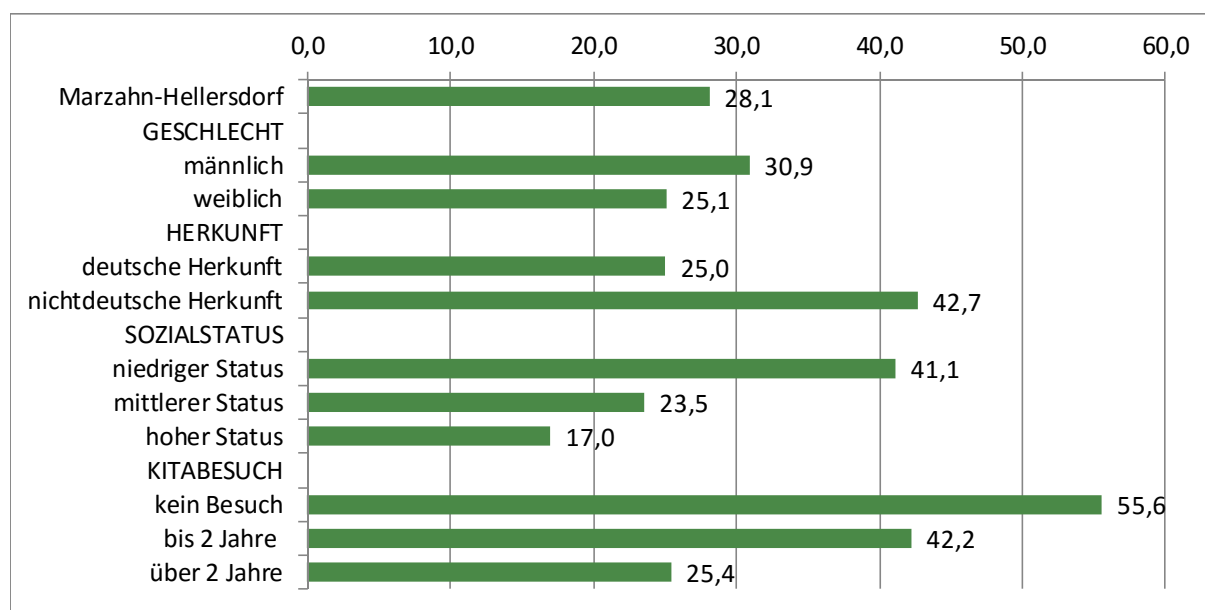
Jungen schnitten etwas schlechter ab als Mädchen.

Kinder mit Migrationshintergrund hatten häufiger Probleme, die Wörter zu ergänzen, als herkunftsdeutsche Kinder.

Wie bei allen anderen Tests haben Kinder bildungsarmer Familien erheblich häufiger auffällige Befunde als Kinder der mittleren oder oberen Statusgruppe.

Deutliche Unterschiede gibt es in Abhängigkeit von der Kitabesuchsdauer.

**Abb. 32: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test „Wörter ergänzen“ nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kita-Besuch (in %)**

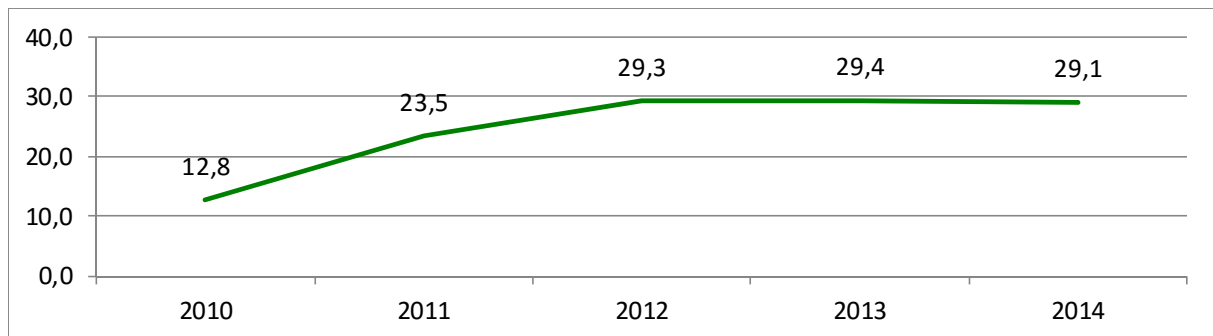


### Test „Sätze nachsprechen“

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.

29 % der Kinder waren nicht ausreichend in der Lage, die vorgesprochenen Sätze nachzusprechen. Gegenüber dem Vorjahr gibt es keine Veränderung. Die Ergebnisse sind seit drei Jahren konstant. Im Gesamtberliner Kontext belegt der Bezirk Rang 2. Nur Reinickendorf hat einen höheren Anteil an Kindern mit auffälligen Ergebnissen bei diesem Test.

**Abb. 33: Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen beim Test „Sätze nachsprechen“ seit 2010**



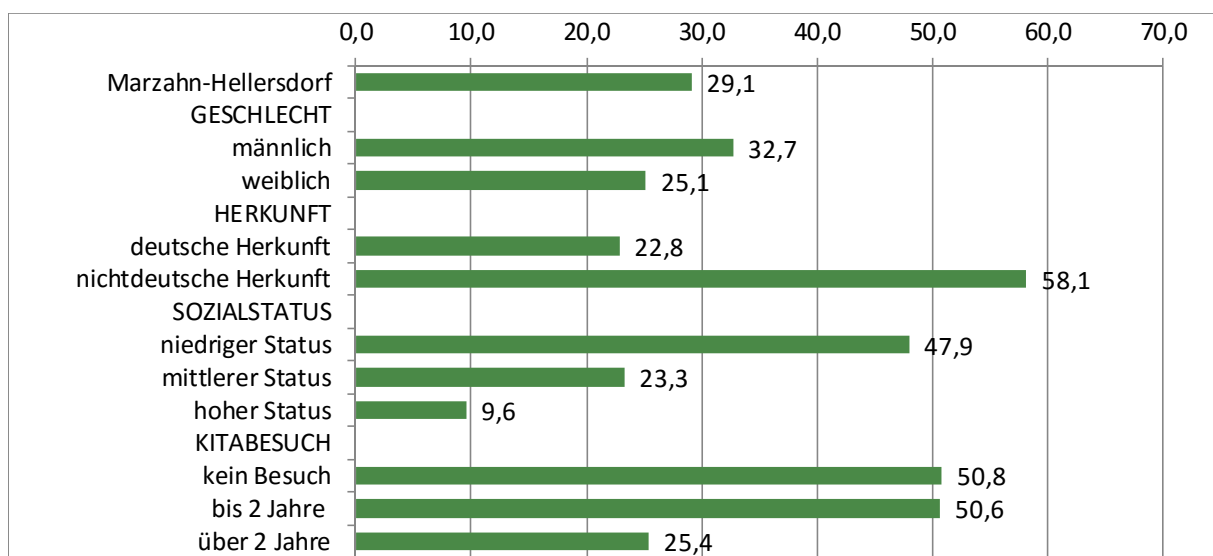
Die Ergebnisse der Jungen waren schlechter als die der Mädchen.

58 % der Kinder mit Migrationshintergrund konnten die Sätze nicht wie erforderlich nachsprechen. Dies liegt z.T. daran, dass sie die deutsche Sprache nicht so gut beherrschen, wie Kinder mit deutscher Muttersprache.

Ganz erheblich ist der Unterschied in Abhängigkeit vom Bildungsniveau der Eltern. Bei fast jedem zweiten Kind aus bildungsfernen Familien wurde ein auffälliger Befund festgestellt. Bei Kindern der oberen Statusgruppe waren es nur 10 %.

Der längere Besuch einer Kita wirkt sich eindeutig förderlich auf die Sprachentwicklung aus. 25 % der Kinder, die länger als zwei Jahre die Kita besuchten, wiesen auffällige Befunde auf. Bei Kindern ohne Kitabesuch war der Anteil mit 51 % doppelt so hoch. Zwischen den Kindern ohne Kita-Besuch und denen mit einer Kitabesuchsdauer von weniger als 2 Jahren gab es keinen Unterschied.

**Abb. 34: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test „Sätze nachsprechen“ nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kita-Besuchs (in %)**



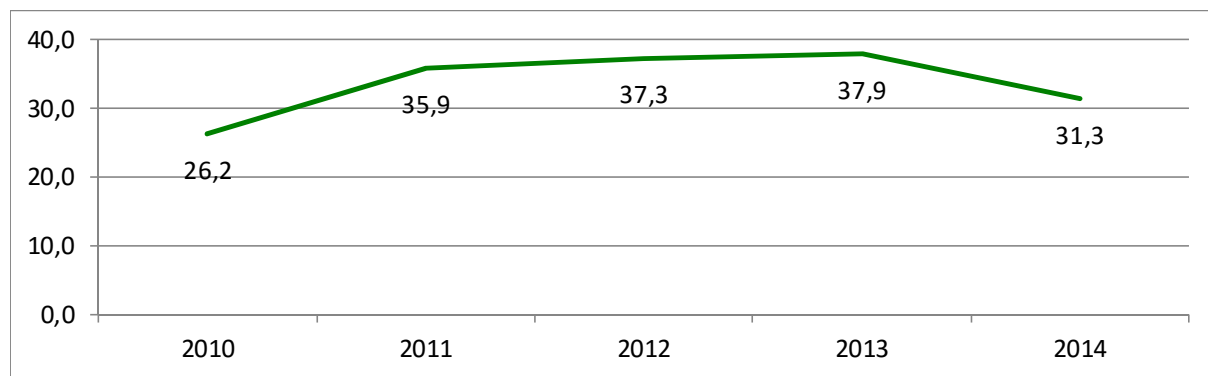
**Test Artikulation**

Bei diesem 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.

69 % der Kinder hatten keine Artikulationsfehler, 14 % hatten in einer Lautgruppe Artikulationsfehler, 8 % in zwei Lautgruppen und 9 % in drei und mehr Lautgruppen.

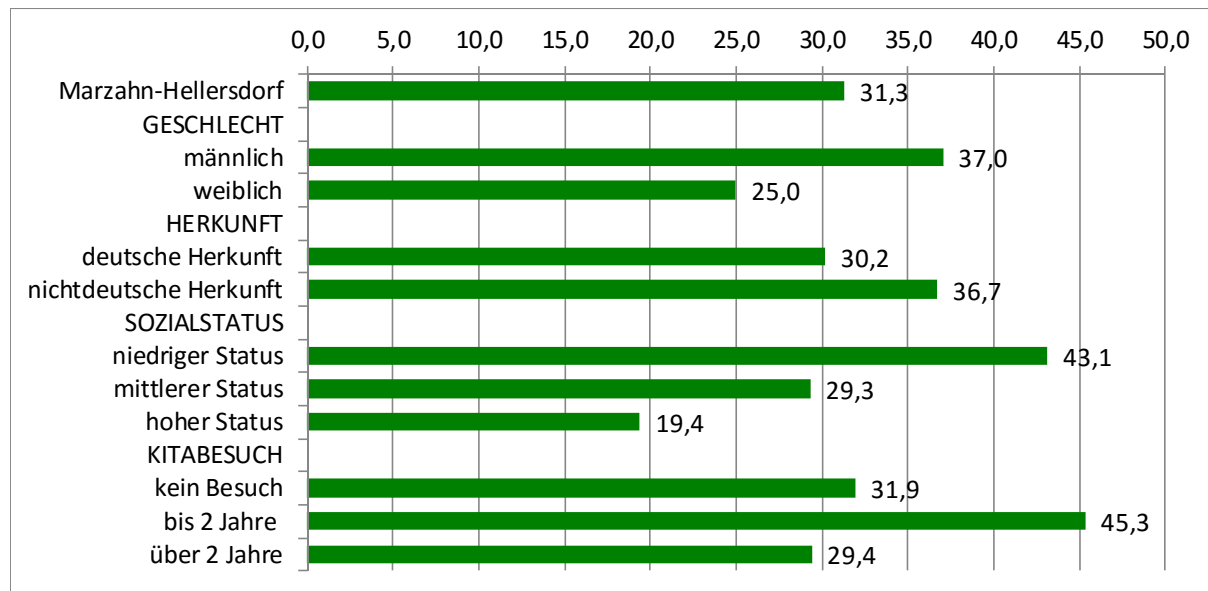
Gegenüber dem Vorjahr gab es bei diesem Test eine deutliche Verbesserung.

**Abb. 35: Anteil der Kinder mit Artikulationsfehlern seit 2010 (in %)**



Bei diesem Test hatten Jungen, Kinder aus sozial benachteiligten Familien und Kinder nichtdeutscher Muttersprache am häufigsten Fehler. Eine Ausnahme bilden hier die Kinder ohne Kitabesuch, die fast genauso gut abschneiden wie Kinder mit über 2-jähriger Kitabesuchsdauer und besser sind als die Kinder, die kürzer als 2 Jahre die Kita besucht haben. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die absolute Zahl der Kinder, die nicht in der Kita waren, mit 72 Kindern sehr gering ist.

**Abb. 36: Kinder mit Artikulationsstörungen nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kitabesuchs (%)**



## 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, nicht durchgeführt.

18 % der Kinder hatten auffällige Testergebnisse. Gegenüber dem Vorjahr ergibt sich ein leichter Anstieg um einen Prozentpunkt. Da der Test erst 2012 in die Untersuchung aufgenommen wurde, sind noch keine längerfristigen Entwicklungstendenzen aufzeigbar.

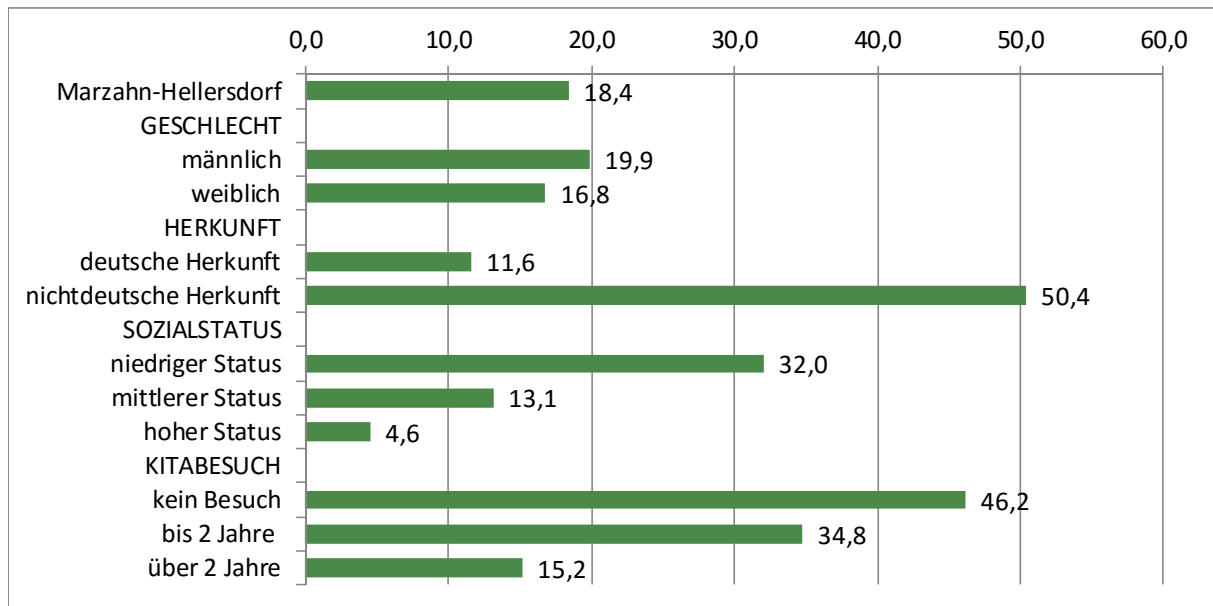
Bei diesem Test haben Jungen häufiger auffällige Ergebnisse als Mädchen.

50 % der Kinder mit Migrationshintergrund hatten auffällige Testergebnisse, was z.T. darauf zurückzuführen ist, dass Deutsch nicht ihre Muttersprache ist.

32 % der Kinder der unteren sozialen Statusgruppe hatten Schwierigkeiten bei der Pluralbildung. In der oberen Statusgruppe waren es nur 5 %.

Ebenfalls klare Unterschiede gibt es hinsichtlich der Dauer des Kita-Besuchs. 46 % der Kinder ohne Kita-Besuch hatten Probleme mit der Pluralbildung, während es bei Kindern mit über zweijährigem Kita-Besuch nur 15 % waren.

**Abb. 37: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test Pluralbildung nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kitabesuches (in %)**



## Sprachdefizite

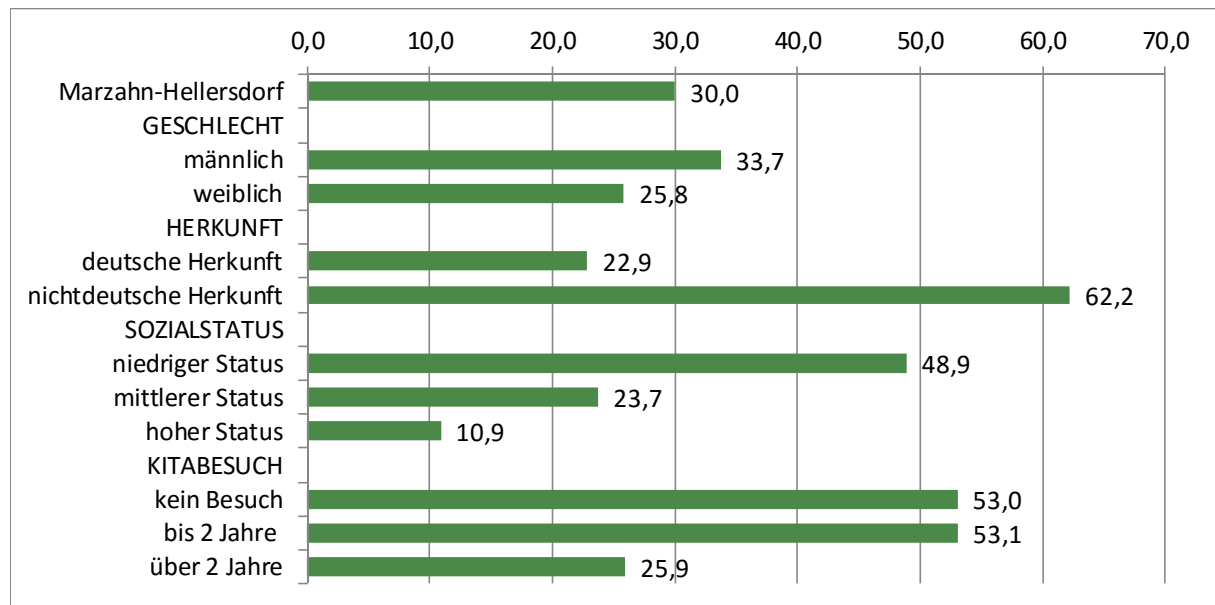
Zur Zusammenfassung der sprachlichen Fähigkeiten wurde 2012 erstmals ein kombinierter Sprachindikator „Sprachdefizite“ ermittelt. Dieser setzt sich zusammen aus dem Test „Sätze nachsprechen“ und den Kenntnissen der deutschen Sprache bei Kindern nichtdeutscher Herkunft. Danach werden als Kinder mit Sprachdefiziten 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

**30 % der Kinder wiesen Sprachdefizite** auf. Das waren 861 Kinder, davon 538 Kinder mit deutscher Muttersprache (23 % aller herkunftsdeutschen Kinder) und 321 Kinder nichtdeutscher Herkunft (62 % aller Kinder nichtdeutscher Herkunft).

Gegenüber dem Vorjahr gibt es keine Veränderung. Dieser Indikator wird erst seit 2012 ermittelt, so dass noch keine längerfristigen Entwicklungstendenzen dargestellt werden können.

**Abb. 38: Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kitabesuchs (in %)**



### 8.2.3 Emotionale/soziale Entwicklung

Emotionale und soziale Kompetenzen hängen eng zusammen und beeinflussen wesentlich die Qualität der sozialen Beziehungen und den Umgang miteinander. 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 zeigen wenig prosoziales Verhalten (z.B. Teilen, Kooperieren, soziale Interaktion).

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

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. Es gibt in Berlin zwar die Möglichkeit bei der Einschulungsuntersuchung einen zusätzlichen Test durchzuführen, um die emotionale und soziale Entwicklung des Kindes zu beurteilen (SDQ Strengths & Difficulties Questionnaires). Dieser Test wird in Marzahn-Hellersdorf nicht als Standard-Subtest bei der Einschulungsuntersuchung durchgeführt, da die Nachbetreuung der Kinder im Bezirk nur unzureichend gewährleistet ist. Darüber hinaus werden bei Auffälligkeiten 15 bis 20 Minuten mehr für die Auswertung der Ergebnisse und die anschließende Beratung der Eltern benötigt. Diese zusätzliche Zeit steht bei den Einschulungsuntersuchungen nicht zur Verfügung. Die nachstehenden Ergebnisse beruhen daher auf der (subjektiven) Einschätzung des untersuchenden Arztes bzw. der Ärztin.

22 % der Kinder weisen Auffälligkeiten im emotional-sozialen Verhalten auf. Gegenüber dem Vorjahr sank der Anteil um 6 Prozentpunkte.

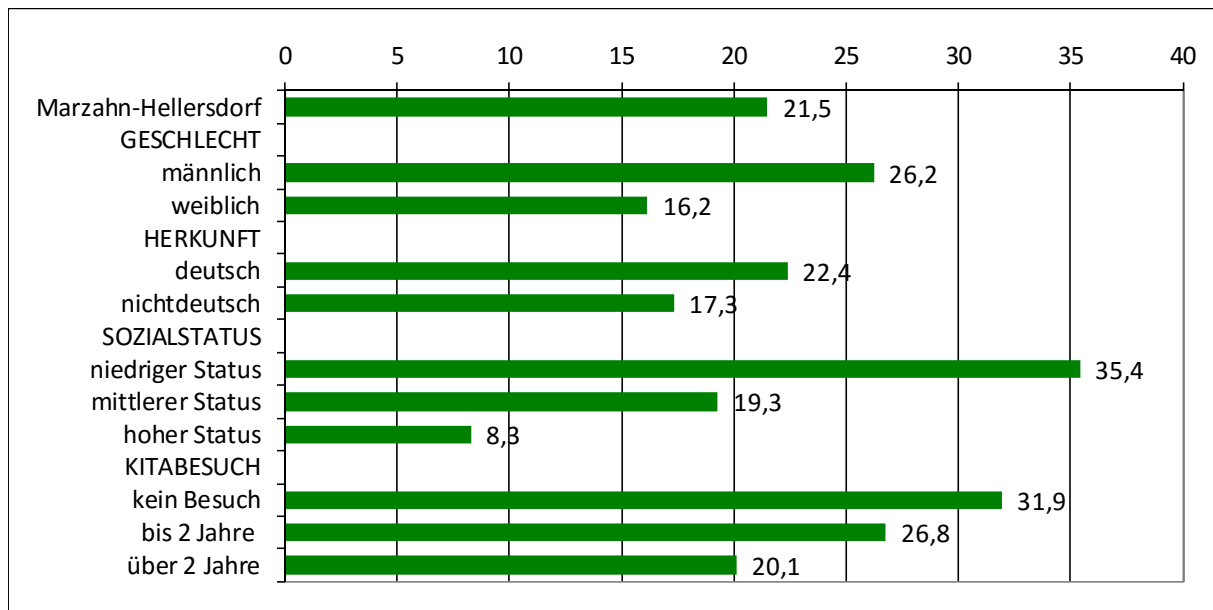
Deutliche Unterschiede gibt es zwischen den Geschlechtern: bei 26 % der Jungen wurden auffällige Befunde diagnostiziert, bei den Mädchen war dies bei 16 % der Fall. Der Anteil verhaltensauffälliger



Kinder war bei den herkunftsdeutschen Kindern mit 22 % höher als bei Kindern mit Migrationshintergrund (17 %).

Am deutlichsten ist der Unterschied in Abhängigkeit vom sozialen Status der Eltern und damit vom Bildungsstand: 35 % der Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern wurden Störungen im sozialen-emotionalen Bereich bescheinigt. Bei Kindern aus Familien mit hohem sozialem Status war das nur bei 8 % der Fall.

**Abb. 39: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich emotional-soziale Entwicklung nach Geschlecht, Herkunft, sozialem Status und Kita-Besuch (in %)**



Angesichts zunehmender schwieriger sozialer und familiärer Konstellationen (finanzielle Armut, Bildungsferne, fehlende Tagesstruktur, Alleinerziehung oder konfliktbeladene Paarbeziehung, 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.

## 9 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.

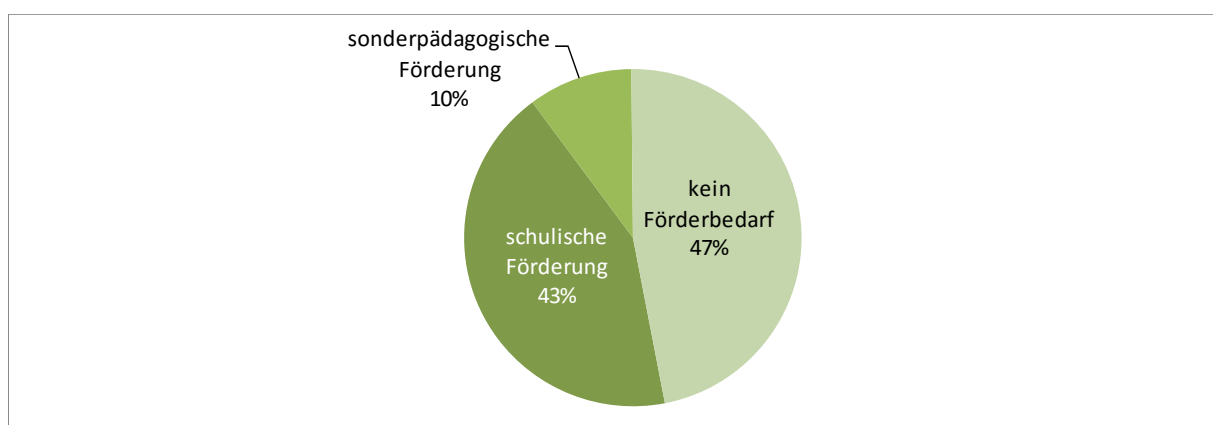
Eine Förderempfehlung erfolgt aufgrund der medizinischen Befunde verbunden mit der Einschätzung der untersuchenden Mediziner\_innen.

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 besser gebildeten oder situierten Elternhäusern. Fehlt die Unterstützung im Elternhaus wird 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 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 2014 wurde 1.553 Kindern eine schulische Förderempfehlung ausgesprochen. Das sind 39 mehr als im Vorjahr und 53 % aller Kinder, wovon 295 Kinder bzw. 10 % aller untersuchten Kinder eine sonderpädagogische Förderempfehlung erhielten (eine sonderpädagogische Förderempfehlung beinhaltet gleichzeitig eine schulische Förderempfehlung).

**Abb. 40: Anteil der Kinder nach Förderempfehlung (in %)**



## 9.1 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 benötigt. 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. Ob und inwieweit das Kind im Schulalltag gezielt beobachtet oder gefördert wird und werden kann, obliegt der Schule und ihren Kapazitäten.

Schulische Förderempfehlungen werden für folgende Förderfelder ausgesprochen:

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

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.).

Von den insgesamt **1.553 Kindern mit schulischer Förderempfehlung**, haben 630 Kinder (41 % der Kinder mit Förderempfehlung) Förderbedarf in einem Förderfeld, weitere 379 Kinder (24 %) in zwei Förderfeldern und 544 Kinder (35 %) in drei oder mehr Förderfeldern.

Der größte Bedarf an Förderung besteht im Bereich der **sprachlichen Entwicklung**. Für 36 % der Kinder wurde eine Förderempfehlung ausgesprochen. Bei den Kindern mit Migrationshintergrund lag dieser Anteil bei 73 %, bei den Kindern mit deutscher Muttersprache bei 48 %.

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.

Am zweithäufigsten wurden Förderempfehlungen im Bereich der Visuomotorik, gefolgt von der visuellen Wahrnehmung ausgesprochen.

Da mehr Kinder untersucht wurden als im Vorjahr, sank zwar der Anteil der Kinder mit schulischer Förderempfehlung, die absoluten Zahlen stiegen jedoch. So gab es in den Bereichen Sprache, visuelle Wahrnehmung und Visuomotorik mehr Kinder mit schulischer Förderempfehlung als im Vorjahr. In den Bereichen der körperlich-motorischen und emotionalen/sozialen Entwicklung sowie Lernen ging die Zahl der Kinder mit schulischer Förderempfehlung zurück.

**Tab. 13: Schulische Förderempfehlungen nach Förderfeldern 2013 und 2014**

Förderfeld	2013		2014	
	abs.	%	abs.	%
Sprache	1.035	38,2	1.047	35,7
visuelle Wahrnehmung	542	20,0	581	19,8
Visuomotorik	850	31,4	893	30,4
körperlich-motorische Entwicklung	313	11,6	286	9,7
emotionale/soziale Entwicklung	689	25,4	532	18,1
Lernen	382	14,1	290	9,9
<b>insgesamt</b>	<b>1.514</b>	<b>55,9</b>	<b>1.553</b>	<b>52,9</b>

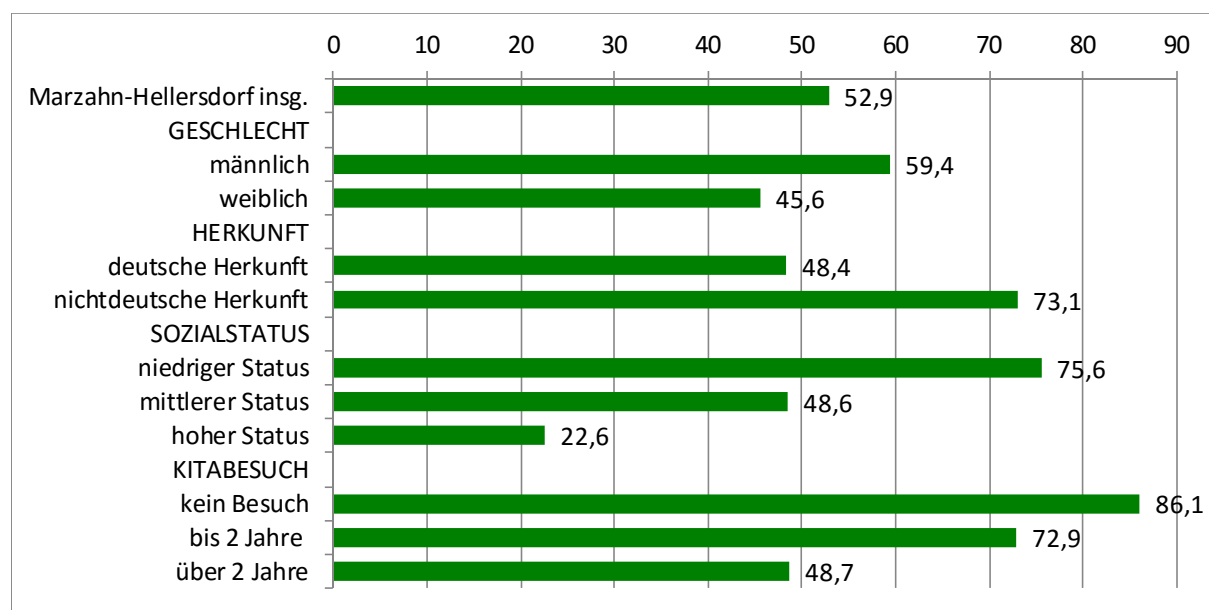
Der Förderbedarf differiert in Abhängigkeit von Geschlecht, Herkunft, sozialem Status und Kita-Besuch.

**Jungen bedürfen deutlich häufiger einer Förderung als Mädchen.** Für 921 Jungen wurde eine Förderempfehlung ausgesprochen. Das sind 59 % aller untersuchten Jungen. Bei den Mädchen waren es nur 632, was 46 % aller Mädchen entspricht.

Für 76 % 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 dreimal so hoch.

Kinder mit Migrationshintergrund haben häufiger Förderbedarf als herkunftssprachliche 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. 41: Schulische Förderempfehlung nach Geschlecht, Herkunft, Sozialstatus und Dauer des Kita-Besuchs (in %)**

## 9.2 Empfehlungen zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs

Bestehen beim Kind erhebliche Defizite in einem oder mehreren Bereichen empfiehlt der Kinderarzt/die Kinderärztin den Eltern, 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 (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 Festlegung der Förderschwerpunkte (vgl. § 32 SopädVO 2005).

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.

2014 wurde den Eltern von 295 Kindern empfohlen, einen Antrag auf sonderpädagogische Förderung zu stellen. Das sind 55 Kinder weniger als im Vorjahr.

Insgesamt wurde bei 10 % der Kinder sonderpädagogischer Förderbedarf gesehen.

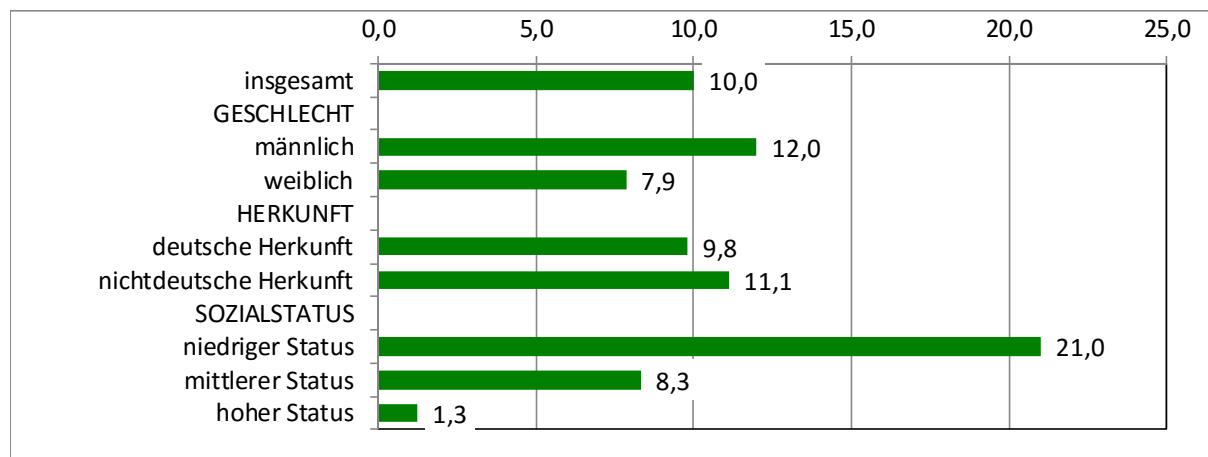
Mehr als die Hälfte (56 %) der sonderpädagogischen Förderempfehlungen bezog sich auf Sprach- und Sprechprobleme der Kinder. **Es gab in allen Förderschwerpunkten einen Rückgang gegenüber dem Vorjahr.**

Für 12 % der Jungen und 8 % der Mädchen wurden sonderpädagogische Förderempfehlungen ausgesprochen.

Hinsichtlich des Migrationshintergrundes gibt es keine signifikanten Unterschiede.

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.

Jedem fünften Kind aus sozial belasteten und bildungsfernen Haushalten wurde eine sonderpädagogische Förderung empfohlen. Bei Kindern aus der oberen sozialen Statusgruppe waren es nur 2 %.

**Abb. 42: Anteil der Kinder mit sonderpädagogischer Förderempfehlung nach Geschlecht, Herkunft und sozialem Status (%)**

Die nachstehende Tabelle zeigt die Anzahl und den Anteil der Kinder, denen 2013 und 2014 eine sonderpädagogische Förderung empfohlen wurde, unterteilt nach Förderschwerpunkten.

**Tab. 14: Förderschwerpunkte nach Behinderungsart und Anzahl der Kinder in Marzahn-Hellersdorf mit empfohlenem sonderpädagogischem Förderbedarf 2013 und 2014**

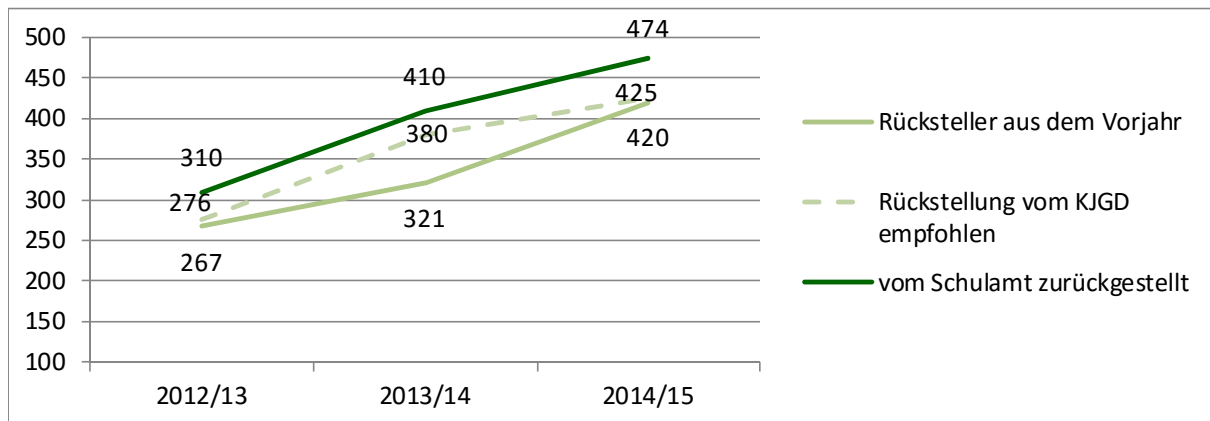
Förder-schwerpunkte	Merkmal	2013		2014	
		Anzahl	Anteil an allen Kindern (in %)	Anzahl	Anteil an allen Kindern (in %)
Sehen	Blind und hochgradig sehgeschädigt	5	0,2	1	0
Hören	Gehörlos und hochgradig hörgeschädigt	6	0,2	6	0,2
Körperliche und motorische Entwicklung	Körperliche Behinderung	27	1,0	18	0,6
Sprache	Sprachbehinderung	169	6,2	164	5,6
Geistige Entwicklung	hochgradige Beeinträchtigung der intellektuellen Fähigkeiten	79	2,9	65	2,2
Autistische Behinderung	Erhebliche Entwicklungs- und Kommunikations-störungen, Autismus	10	0,4	3	0,1
Lernen	erhebliche Beeinträchtigung des Lern- und Leistungsverhaltens, Lernbehinderung	53	2,0	35	1,2
Emotionale und soziale Entwicklung	Erhebliche Beeinträchtigung der emotionalen und sozialen Entwicklung, Verhaltensstörungen	60	2,2	56	1,9
<b>Gesamt<sup>9</sup></b>		<b>350</b>	<b>12,9</b>	<b>295</b>	<b>10</b>

<sup>9</sup> Da es Kinder mit Mehrfachbehinderungen gibt, ergibt die Addition nicht die Gesamtzahl der Kinder mit Förderempfehlung.

## 10 Rücksteller aus dem Vorjahr: Entwicklung und Entwicklungsstand

Jährlich werden mehr Kinder vom Schulbesuch zurückgestellt. Im Jahr 2014 wurde 410 Kindern seitens des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes aufgrund ihres Entwicklungsstandes eine Rückstellung empfohlen. Weitere 64 Kinder wurden von der Schulaufsicht auf Wunsch der Eltern zurückgestellt. Mit Blick auf das künftig gesenkte Einschulungsalter wurde im Vergleich zum Vorjahr die Rückstellung auf Elternwunsch erleichtert. Insgesamt wurden 16 % der untersuchten Kinder für ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt. In diesem einen Jahr besteht die Pflicht zum Besuch einer Kita.

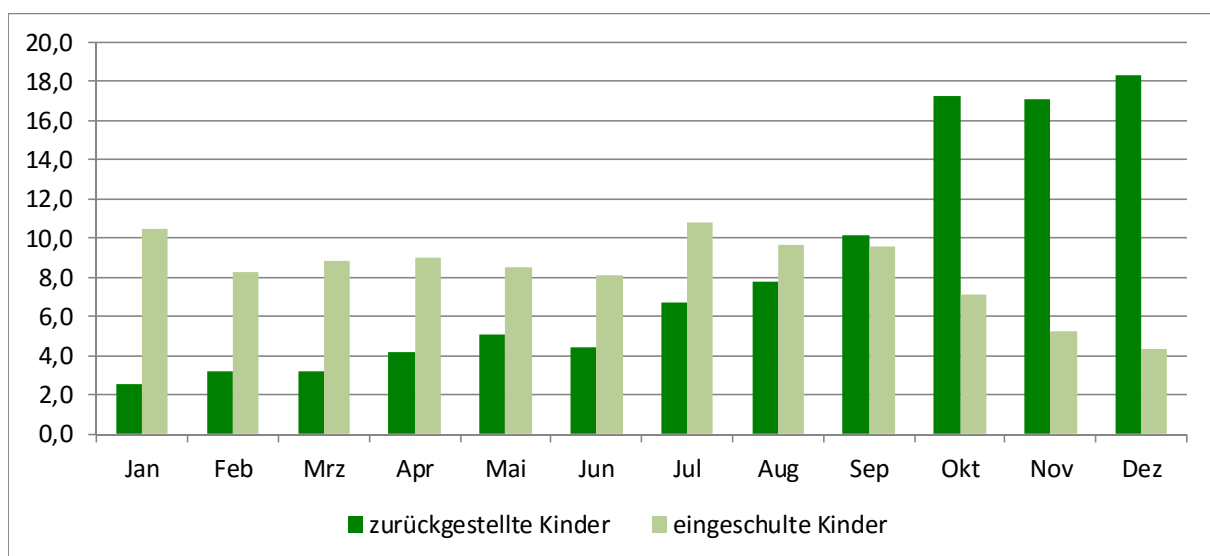
**Abb. 43: Entwicklung der Rückstellungen seit 2012**



### 10.1 Altersstruktur und Geschlecht der Rücksteller

53 % der zurückgestellten Kinder sind in den letzten drei Monaten des Jahres geboren. Sie sind damit im Durchschnitt jünger als die regulär eingeschulten Kinder. In diesem Alter können sich einige Monate Altersunterschied hinsichtlich des Entwicklungsstandes bemerkbar machen.

**Abb. 44: Vergleich der Geburtsmonate der Rücksteller und der eingeschulten Kinder (in %)**



Jungen werden signifikant häufiger zurückgestellt als Mädchen. 66 % der Rücksteller sind Jungen und nur 33 % sind Mädchen.

## 10.2 Entwicklungsbedingungen

Ein Vergleich der eingeschulten Rücksteller aus dem Vorjahr mit den Kindern, die regulär eingeschult wurden, zeigt bei den Rückstellern nachteilige Aufwuchsbedingungen im häuslichen Bereich und eine schlechtere gesundheitliche Lage.

Die zurückgestellten Kinder kommen häufiger aus bildungsfernen und sozial schwachen Familien sowie alleinerziehenden Haushalten und sind auch häufiger fremduntergebracht. Ihr täglicher Fernsehkonsum ist höher und in ihren Kinderzimmern steht häufiger ein eigenes Fernsehgerät.

Bei der Dauer des Kitabesuchs gibt es keine Unterschiede, da sie ein Jahr älter sind und damit länger in die Kita gehen konnten.

Sie haben seltener alle Vorsorgeuntersuchungen, ihr Gebiss ist seltener versorgt und sie kommen häufiger untergewichtig auf die Welt. Sie sind auch bei der Einschulungsuntersuchung häufig noch untergewichtig. Leider geht aus den Daten der Einschulungsuntersuchung nicht hervor, ob die Kinder als „Frühchen“ zur Welt gekommen sind und daraus das geringe Geburtsgewicht resultiert oder ob es Folge mangelnder Versorgung im Mutterleib ist.

Eine Übersicht zu den o.g. Merkmalen und den Unterschieden enthält die nachstehende Tabelle.

**Tab. 15: Vergleich der Rücksteller aus dem Vorjahr mit den regulär eingeschulten Kindern: soziales Umfeld und gesundheitliche Situation**

Merkmal		2014 eingeschulte Rücksteller aus dem Vorjahr (Jg. 2007)	2014 regulär eingeschulte Kinder (Jg. 2008)
Sozialstatus	untere Statusgruppe	30,2	15,0
	mittlere Statusgruppe	56,9	66,9
	obere Statusgruppe	12,9	18,1
familiäres und soziales Umfeld	deutsche Herkunft	82,7	79,2
	nichtdeutsche Herkunft	17,3	18,9
	Alleinerziehend	40,6	35,4
	Fremdunterbringung	1,9	1,0
	mind. ein Raucher	48,6	45,4
	eigener Fernseher	17,0	18,3
	tgl. TV-Konsum > 1 Stunde	39,9	33,1
	kein Kitabesuch	1,9	2,6
	Kitabesuch < 2 Jahre	12,3	9,3
	Kitabesuch > 2 Jahre	85,7	88,1
gesundheitliche Situation	Gebiss mit Karies	22,4	9,3
	Gebiss versorgt	76,4	83,6
	U1 bis U8 vollständig	86,0	85,4
	Untergewicht	9,0	9,9
	Übergewicht (inkl. Adipositas)	9,5	9,8
	Geburtsgewicht < 1.500g	2,0	0,3
	Geburtsgewicht 1.500 < 2.500g	7,8	5,7



### 10.3 Entwicklungsfortschritte und Entwicklungsstand

Ziel der Rückstellungen 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.

#### **Wie haben sich die Rücksteller aus dem Vorjahr entwickelt und welchen Entwicklungsstand haben die Rücksteller aus dem Vorjahr im Vergleich zu den regulär eingeschulten Kindern?**

Inwieweit es gelungen ist, die Fähigkeiten jedes einzelnen Kindes in dem zusätzlichen Jahr vor dem Schulbesuch weiter zu entwickeln und zu verbessern, lässt sich aus den Daten nicht ablesen, da es sich um anonymisierte Daten handelt. Ein direkter Vergleich ist damit nicht möglich. Es lassen sich jedoch die Testergebnisse von 2013 der Kinder, die im Vorjahr zurückgestellt wurden, mit den Kindern vergleichen, die 2014 bereits ein Jahr älter waren, d.h. die im Vorjahr zurückgestellt wurden. Dabei handelt es sich nicht 100prozentig um die gleichen Kinder, da durch Zu- und Fortzüge ein Teil der Kinder nicht mit denen des Vorjahres identisch ist.

Dennoch zeigt der Vergleich eindrucksvoll, dass die Testergebnisse des Vorjahres, also des Jahres in dem die Kinder zurückgestellt wurden, erheblich schwächer waren als im darauffolgenden Jahr. Bei allen Tests sank der Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen deutlich. Teilweise halbierte sich der Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden, so z.B. bei der Körperkoordination, der visuellen Wahrnehmung. Beim Test zur Visuomotorik sank der Anteil von 62 % auf 37 %, beim Mengenvorwissen sogar von 32 % auf 12 %. Bei den sprachlichen Tests sank der Anteil der auffälligen Befunde um durchschnittlich 10 bis 20 Prozentpunkte.

Dementsprechend sank der Anteil der Kinder mit schulischer bzw. sonderpädagogischer Förderempfehlung.

Daraus wird ersichtlich, dass die Kinder in dem einen Jahr zusätzlicher Förderung große Fortschritte in ihrer Entwicklung gemacht haben.

Am auffälligsten ist der Unterschied bei den Deutschkenntnissen der Kinder nichtdeutscher Herkunftssprache. Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund und unzureichenden Deutschkenntnissen sank von 48 % in 2013 auf 6 % ein Jahr später.

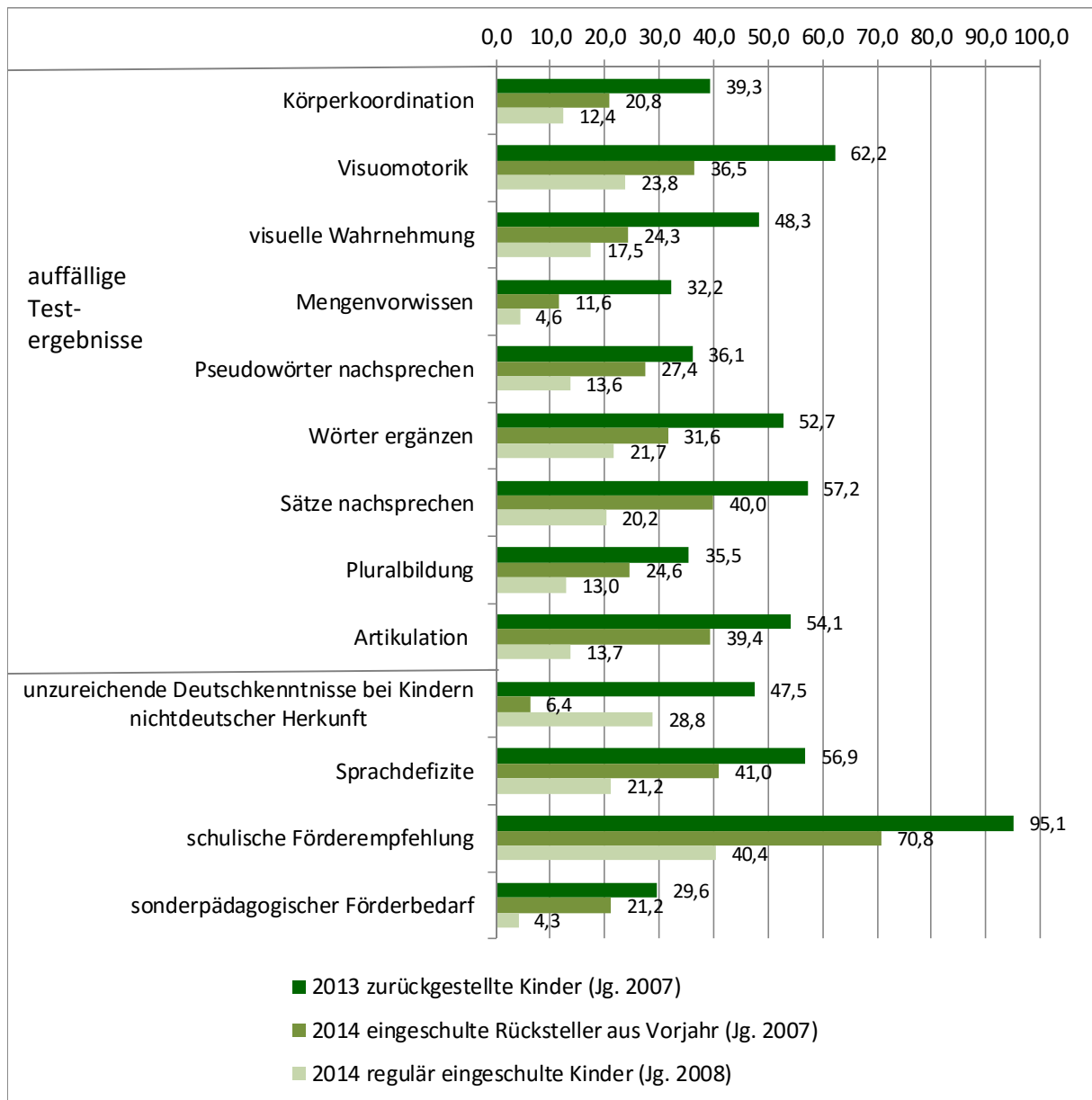
Dennoch ist es in dem einen Jahr nicht möglich, alle Rücksteller auf das Niveau der regulär eingeschulten Kinder zu bringen, wie der nachstehende Vergleich zeigt.

Trotz eines zusätzlichen Jahres in der Kita zeigen sich erhebliche Unterschiede bei den Entwicklungsauffälligkeiten. Die Rücksteller des Vorjahres schneiden wesentlich schwächer ab als die jüngeren – regulär eingeschulten - Kinder. Dementsprechend liegt der Anteil des empfohlenen schulischen bzw. sonderpädagogischen Förderbedarfs deutlich höher als bei den regulär eingeschulten Kindern.

Die Rücksteller des Vorjahres kommen doppelt so häufig aus bildungsfernen und sozial schwachen Elternhäusern als ihre jüngeren künftigen Schulkameraden (30 % zu 15 %). Die Förderung in der Kita allein reicht nicht aus, um Entwicklungsrückstände auszugleichen. Eine adäquate Förderung dieser Kinder ist auch im Elternhaus erforderlich. Häusliche Defizite können von der Kita allein nicht ausgeglichen werden.

Die folgende Grafik zeigt den Vergleich der Testergebnisse der 2013 zurückgestellten Kinder (Jahrgang 2007) mit den Testergebnissen, die im Folgejahr, also 2014 – nach einem Jahr zusätzlicher Förderung – erreicht wurden und den Testergebnissen, die die 2014 regulär eingeschulten Kinder (Jahrgang 2008) erreichten.

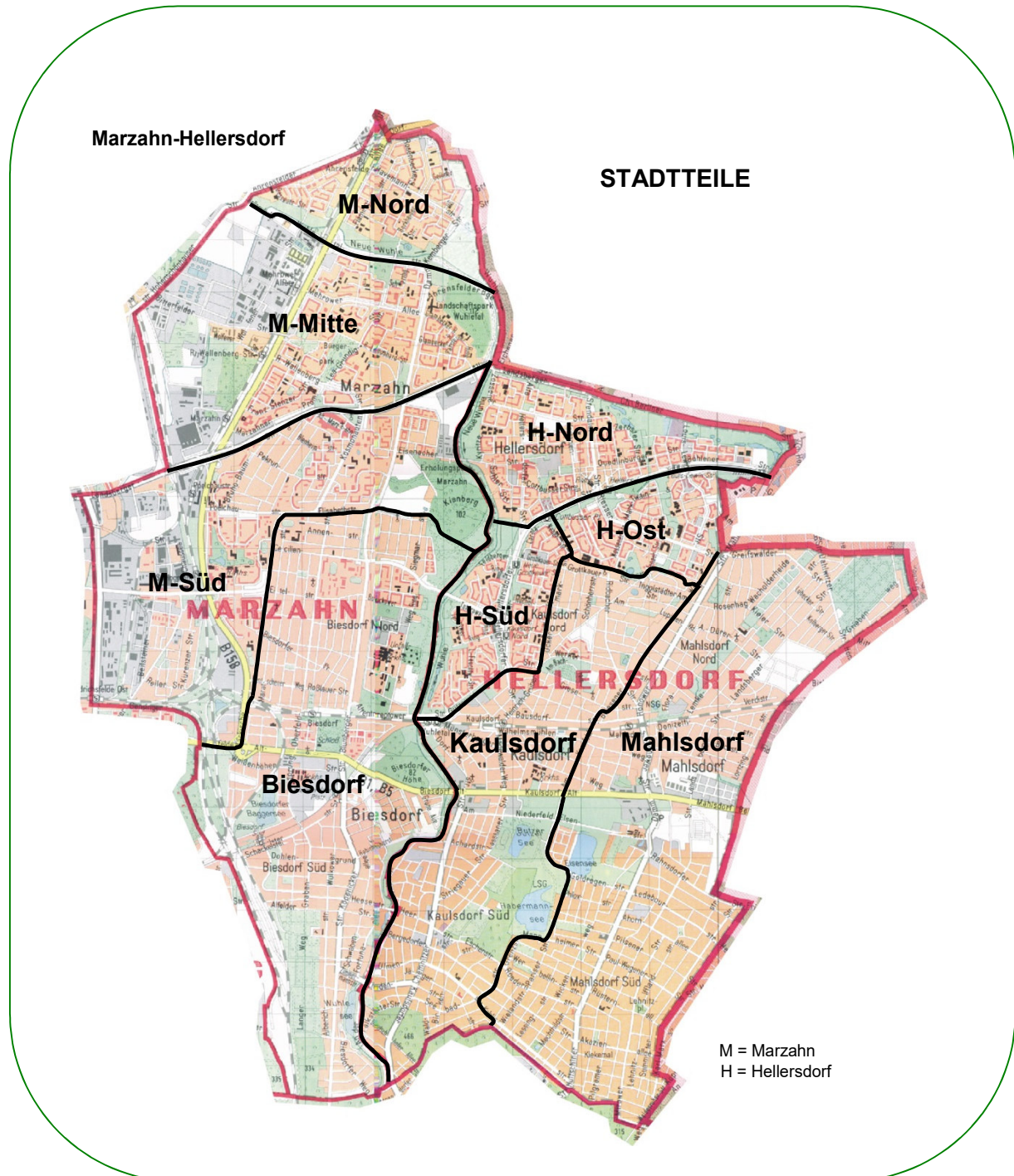
**Abb. 45: Vergleich der Testergebnisse der 2013 zurückgestellten Kinder im Jahr der Rückstellung, der Ergebnisse der Rücksteller des Vorjahres in 2014 mit den Ergebnissen der 2014 regulär eingeschulten Kinder (Anteil an der jeweils betrachteten Gruppe in %)**



## 11 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.

**Abb. 46: Stadtteile Marzahn-Hellersdorf**



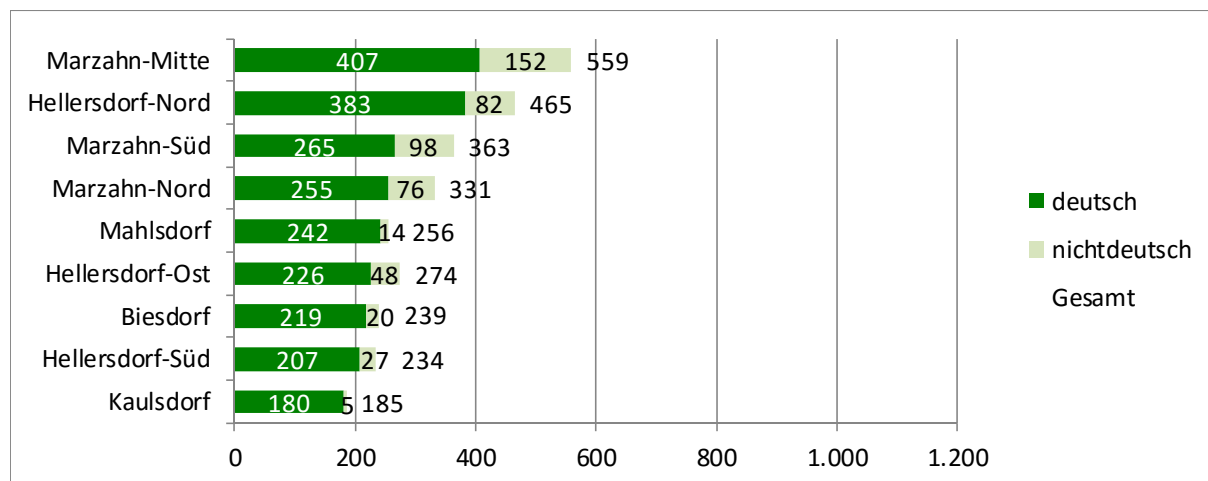
## 11.1 Sozialstruktur

### 11.1.1 Anzahl und Herkunft der Kinder

In die kleinräumige Betrachtung fließen nur die Kinder ein, die zum Zeitpunkt der Untersuchung im Bezirk wohnten. Das waren 2.906 Kinder, was 99 % aller untersuchten Kinder entspricht.

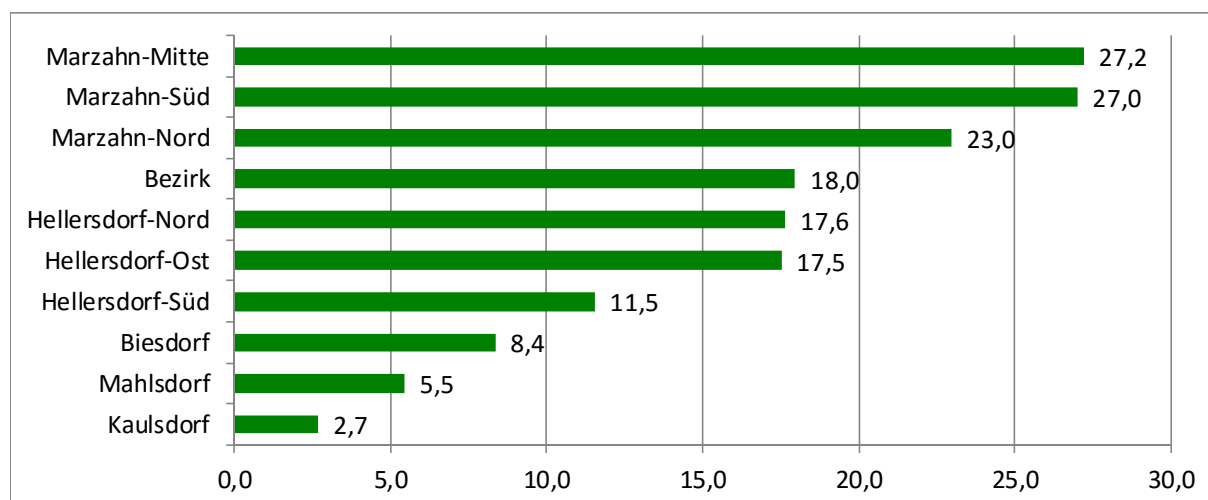
Die meisten untersuchten Kinder waren aus Marzahn-Nord, dem einwohnerstärksten Stadtteil, die wenigsten aus Kaulsdorf.

**Abb. 47: Anzahl der untersuchten Kinder nach Stadtteilen und Herkunft**



Der Migrantanteil differiert zwischen den Stadtteilen erheblich. Er reicht von 27 % in Marzahn-Mitte und Marzahn-Süd bis zu 3 % in Kaulsdorf.

**Abb. 48: Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund nach Stadtteilen (in %)**



In den drei Marzahner Stadtteilen wohnen 68 % der russischen, 82 % aller ukrainischen und 77 % der kasachischen Kinder.

39 % aller vietnamesischen Kinder wohnen in Marzahn-Mitte, weitere 20 % in Marzahn-Süd und weitere 19 % in Marzahn-Nord. Das sind 78 % aller vietnamesischen Kinder. Jeweils 7 % der vietnamesischen Kinder wohnen in den drei Stadtteilen der Großsiedlung Hellersdorf.

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die absoluten Zahlen aller Kinder nach Herkunft sowie gesondert über den Anteil der osteuropäischen und vietnamesischen Kinder in den jeweiligen Stadtteilen.

**Tab. 16: Herkunft der Kinder nach Stadtteilen (absolut und in Prozent)**

Stadtteil	insgesamt	Herkunft				
		deutsch	nichtdeutsch		darunter aus:	
		absolut	absolut	%	Osteuropa %	Vietnam %
Marzahn-Nord	331	255	76	23,0	16,0	6,3
Marzahn-Mitte	559	407	152	27,2	16,1	7,9
Marzahn-Süd	363	265	98	27,0	19,6	6,1
Hellersdorf-Nord	465	383	82	17,6	11,6	1,5
Hellersdorf-Ost	274	226	48	17,5	10,2	2,9
Hellersdorf-Süd	234	207	27	11,5	6,0	3,4
Biesdorf	239	219	20	8,4	5,4	0,4
Kaulsdorf	185	180	5	2,7	1,1	0,0
Mahlsdorf	256	242	14	5,5	3,9	0,4
<b>Bezirk</b>	<b>2.906</b>	<b>2.384</b>	<b>522</b>	<b>18,0</b>	<b>11,5</b>	<b>3,9</b>

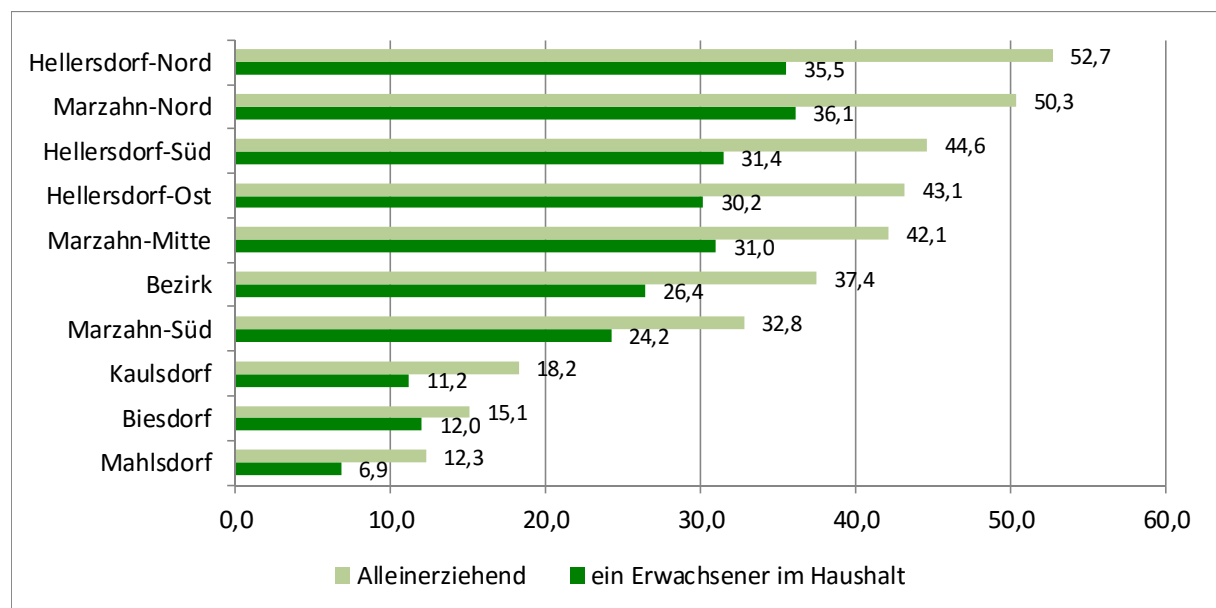
### 11.1.2 Familienstruktur

Den höchsten Anteil Alleinerziehender gibt es in den beiden sozial schwachen Stadtteilen Hellersdorf-Nord und Marzahn-Nord mit 53 % bzw. 50 %. Der Anteil der Alleinerziehenden ist in den Stadtteilen der Siedlungsgebiete vergleichsweise gering.

Alleinerziehend heißt nicht immer, dass nur ein Erwachsener im Haushalt lebt. Teilweise wohnt ein (neuer) Partner mit in der Wohnung. Die Differenz zwischen denen, die als Alleinerziehende ohne Partner leben und den Alleinerziehenden in Partnerschaft ist in den Stadtteilen sehr unterschiedlich. In den Siedlungsgebieten liegt der Unterschied unter 10 %, während in Hellersdorf-Nord die Differenz 17 % beträgt. Hier sind 53 % alleinerziehend, was den höchsten Wert aller Stadtteile darstellt. 36 % leben allein mit den Kindern bzw. dem Kind. Das sind genauso viel wie in Marzahn-Nord, wo 50 % angaben, alleinerziehend zu sein.

Demgegenüber leben in Biesdorf relativ wenige Alleinerziehende, die jedoch nahezu alle ohne eine weitere erwachsene Person im Haushalt leben.

**Abb. 49: Anteil der Alleinerziehenden und Anteil der alleinerziehenden Haushalte mit nur einem Erwachsenen nach Stadtteilen (%)**



### 11.1.3 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 6.1 ausführlich erläutert.

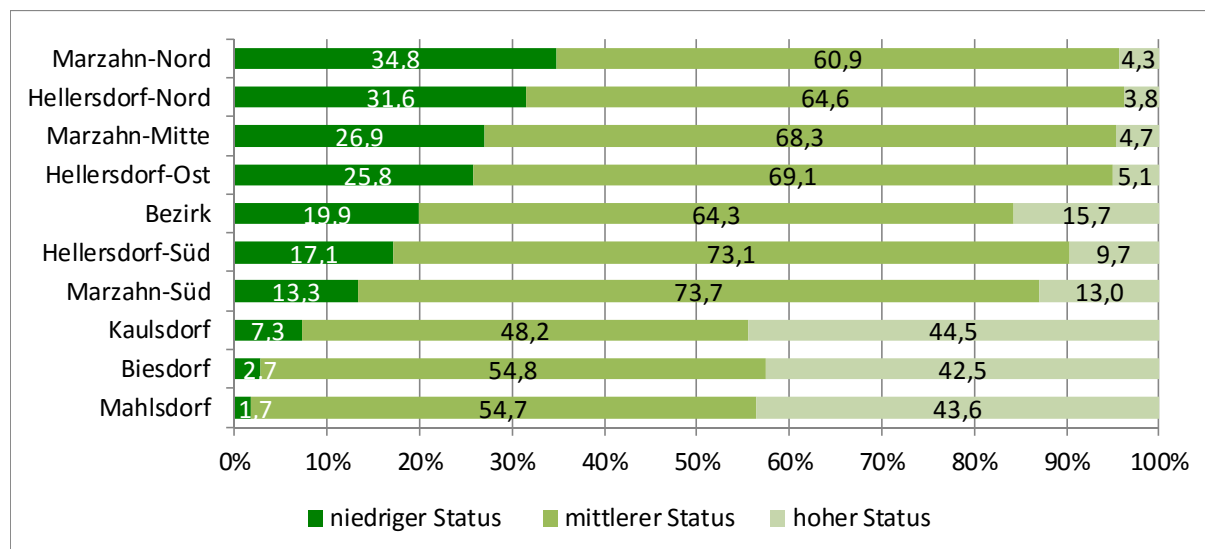
In Marzahn-Nord gehören 35 % der Kinder zur unteren Sozialstatusgruppe, d.h. sie kommen aus bildungsfernen und z.T. arbeitslosen Elternhäusern. Der Anteil der Kinder, die der oberen Statusgruppe zuzuordnen sind, liegt bei 4 %. Ähnlich ist die soziale Situation in Hellersdorf-Nord. Hier gehören 32 % der Kinder zur unteren Sozialstatusgruppe und nur 4 % zur oberen, das sind weniger als in jedem anderen Stadtteil.

In Marzahn-Mitte und Hellersdorf-Ost gehört etwa jedes vierte Kind zur unteren sozialen Statusgruppe und nur 5 % zur oberen Statusgruppe.

In Hellersdorf-Süd und Marzahn-Süd gibt es mit 13 % bzw. 17 % wesentlich weniger Kinder in der unteren Statusgruppe als in den nördlichen Stadtteilen der Großsiedlung. Demgegenüber ist der Anteil der Kinder in der oberen Statusgruppe entsprechend höher. In Hellersdorf-Süd gehören 10 % der Kinder dazu, in Marzahn-Süd sind es 13 %.

In den Siedlungsgebieten finden sich kaum Kinder aus der unteren sozialen Statusgruppe. Es handelt sich in Kaulsdorf und Mahlsdorf z.T. 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 zehnmal höher als in den nördlichen Stadtteilen der Großsiedlung.

**Abb. 50: Soziale Statusgruppen nach Stadtteilen (%)**



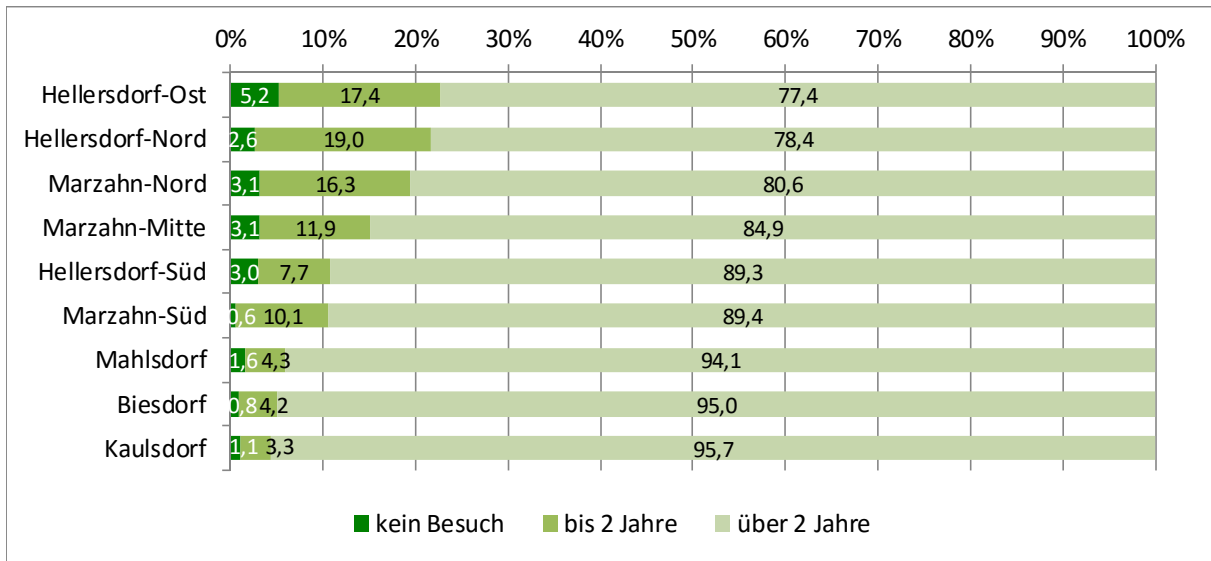
### 11.1.4 Kitabesuch

Die soziale Struktur in den Stadtteilen spiegelt sich auch in der Dauer des Kitabesuchs wider. In Hellersdorf-Ost, Hellersdorf-Nord, Marzahn-Nord und Marzahn-Mitte ist der Anteil der Kinder der unteren Statusgruppe am höchsten und der Anteil der Kinder mit über 2-jährigem Kitabesuch am geringsten. Der vergleichsweise hohe Anteil an Kindern ohne Kitabesuch in Hellersdorf-Ost hängt u.a. auch damit zusammen, dass hier 8,4 % der Kinder nicht seit der Geburt in Deutschland leben. Das ist der höchste Wert aller Stadtteile. Hinzu kommt, dass die Anzahl der Kinder in diesem Stadtteil insgesamt vergleichsweise gering ist. Auch in Hellersdorf-Nord und Marzahn-Mitte ist der Anteil der Kinder ohne Kitabesuch mit jeweils 3 % vergleichsweise hoch. Auch der Anteil der Kinder, die nicht seit der Geburt in Deutschland leben, ist mit 6 % bzw. 5 % höher als in den anderen Stadtteilen.



In den Stadtteilen mit einem hohen Anteil an Kindern aus bildungsnahen Elternhäusern ist der Anteil der Kinder mit über zweijähriger Kitabesuchsdauer am höchsten.

**Abb. 51: Anteil der Kinder nach Kitabesuchsdauer und Stadtteilen (in %)**



## 11.2 Ausgewählte gesundheitliche Aspekte

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

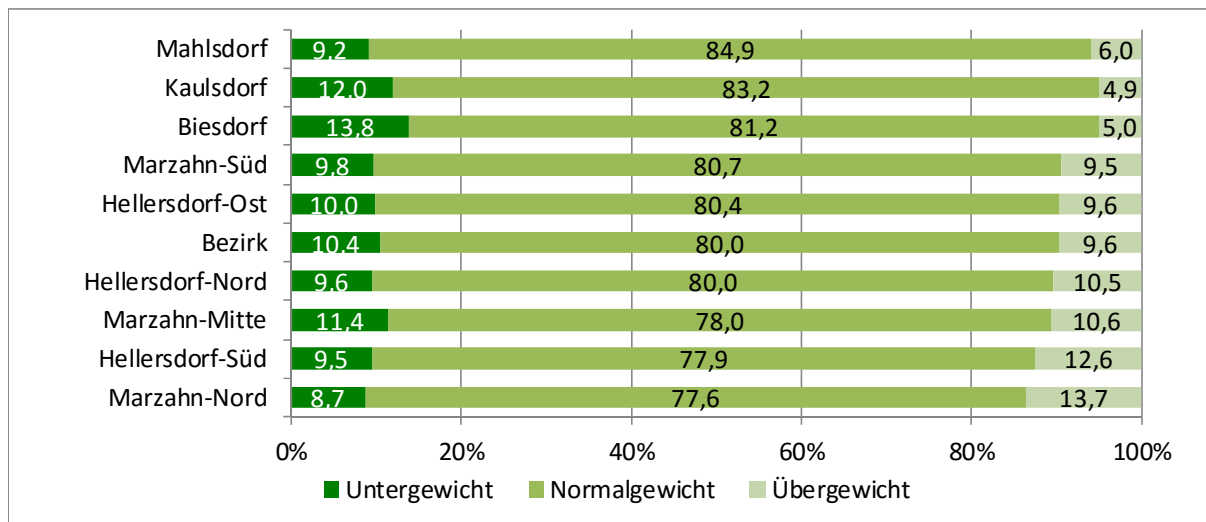
### 11.2.1 Über- und Untergewicht

Den höchsten Anteil **normalgewichtiger** Kinder gibt es in Mahlsdorf mit 85 %, gefolgt von Kaulsdorf und Biesdorf mit 83 % bzw. 81 %. Die geringsten Anteile haben Marzahn-Nord, Marzahn-Mitte und Hellersdorf-Süd mit jeweils 78 %.

Den höchsten Anteil **übergewichtiger** Kinder gibt es in Marzahn-Nord mit 14 % und Hellersdorf-Süd (13 %). In den übrigen Stadtteilen der beiden Großsiedlungen liegt der Wert um die 10 %. Demgegenüber ist der Anteil der Kinder mit Übergewicht in den Siedlungsgebieten mit 5 - 6 % deutlich geringer.

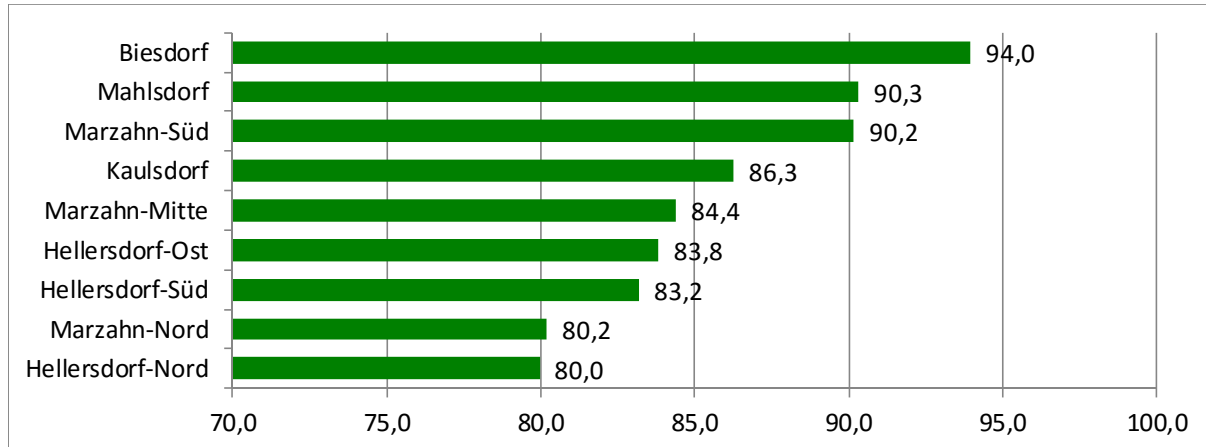
Den höchsten Anteil **untergewichtiger** Kinder gibt es in Biesdorf mit 14 %, gefolgt von Kaulsdorf und Marzahn-Mitte. Den geringsten Anteil an Kindern mit Untergewicht gibt es in Marzahn-Nord mit 9 %. Ähnliche Werte gibt es in den Stadtteilen der Großsiedlung Hellersdorf und in Mahlsdorf. Die Unterschiede zwischen den Stadtteilen sind gering.

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

**Abb. 52: Über-, Unter- und Normalgewicht nach Stadtteilen (%)**

### 11.2.2 Früherkennungsuntersuchungen

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

**Abb. 53: Kinder mit vollständiger U1-U8 (ohne U7a) nach Stadtteilen (nur Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft, in Prozent)**

Nur in den Stadtteilen der Großsiedlung Marzahn ist eine Erhöhung der Inanspruchnahmequote gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Sie beträgt 3 – 4 Prozentpunkte. In allen anderen Stadtteilen stagnierte die Inanspruchnahmequote bzw. war leicht rückläufig (Mahlsdorf, Kaulsdorf und Hellersdorf-Süd).



### 11.2.3 Impfstatus

In Abhängigkeit von der jeweiligen konkreten Impfung (s. Tab. 17) variiert der Impfstatus zwischen den Stadtteilen.

Den besten Impfstatus haben die Kinder in Marzahn-Süd. Bei 8 von 12 Impfungen haben sie die höchste Durchimpfungsrate. Kaulsdorf hat in 7 der 12 Impfungen den geringsten Durchimpfungsgrad. Auffallend ist in Marzahn-Mitte der geringe Anteil an Kindern mit Masern-Mumps-Röteln-Impfung.

In der folgenden Tabelle ist der höchste Wert aller Stadtteile grün gekennzeichnet, der niedrigste rot. Der vergleichsweise geringe Impfstatus in Kaulsdorf und der gute Status in Marzahn-Mitte werden dadurch verdeutlicht.

**Tab. 17: Impfstatus nach Stadtteilen (in % aller Kinder mit vorgelegtem Impfpass)**

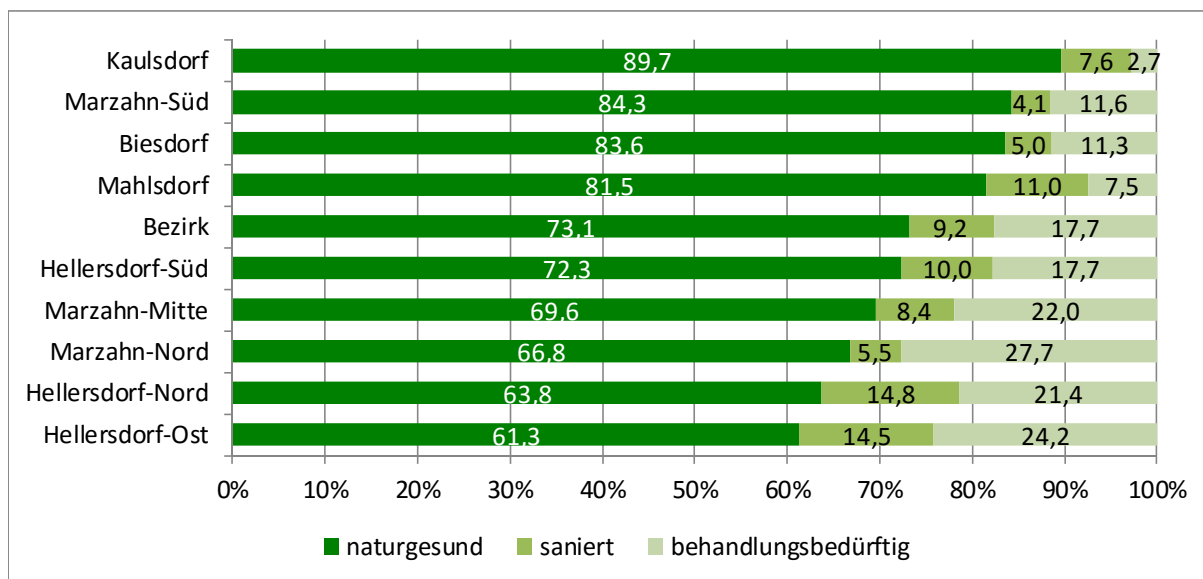
Impfung	M-Nord	M-Mitte	M-Süd	H-Nord	H-Ost	H-Süd	Biesdorf	Kaulsdorf	Mahlsdorf
Diphtherie	98,0	96,9	98,8	97,6	97,4	99,1	98,7	96,7	98,8
Pertussis	97,3	95,5	98,5	96,7	97,0	99,1	96,9	95,0	98,0
Tetanus	98,0	96,9	99,1	97,6	97,4	99,1	98,7	96,7	98,8
Polio	98,0	96,5	98,8	96,9	98,3	97,7	98,2	96,1	98,8
HiB	96,3	93,6	97,9	94,8	97,0	97,3	96,5	93,4	97,6
Hepatitis B	92,7	92,2	94,1	89,4	91,5	96,8	94,7	87,8	94,4
Pneumokokken	86,0	83,1	88,8	80,9	83,4	88,1	89,9	84,0	85,1
Masern	95,3	93,8	98,8	93,9	97,0	96,8	96,5	94,5	97,2
Mumps	95,3	93,8	98,5	93,6	97,0	96,8	96,5	94,5	97,2
Röteln	95,3	93,8	98,5	93,6	97,0	96,8	96,5	94,5	97,2
Varizellen	94,3	90,9	97,6	92,0	96,2	95,0	89,0	86,2	88,7
Meningokokken	93,3	92,0	95,6	91,3	95,3	94,5	93,0	92,3	92,3
Heft vorhanden	90,3	91,9	93,4	90,8	85,8	93,6	94,6	97,8	96,1

### 11.2.4 Zahngesundheit

Wie in Kapitel 7.1.3 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.

Da der Zahnstatus stark vom sozialen Status abhängt, ist der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss in den Stadtteilen mit schwacher Sozialstruktur am geringsten. Er beträgt in Hellersdorf-Ost nur 61 %, in Hellersdorf-Nord 64 % und in Marzahn-Nord 67 %.

In Kaulsdorf hingegen haben 90 % aller Kinder naturgesunde Zähne. Das ist der höchste Wert aller Stadtteile. Hier ist auch der Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen mit 3 % am geringsten.

**Abb. 54: Zahnstatus nach Stadtteilen (in %)**

### 11.3 Ausgewählte Problemlagen in den Stadtteilen

Vor allem in den sozial schwächsten Stadtteilen Marzahn-Nord, Hellersdorf-Nord und Hellersdorf-Ost konzentrieren sich die Problemlagen der Kinder.

**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 der Visuomotorik, der Pluralbildung und dem Mengenvorwissen. Auffällige Befunde in der Visuomotorik hatten 42 % aller Kinder, was erheblich über dem bezirklichen Durchschnitt von 30 % liegt. Die Vorsorgeuntersuchungen werden nur in Hellersdorf-Nord seltener wahrgenommen als in Marzahn-Nord. Die Zähne der Kinder sind häufiger sanierungsbedürftig als in den anderen Stadtteilen und es gibt keinen Stadtteil mit einem höheren Anteil an übergewichtigen Kindern.

**Hellersdorf-Nord** weist die schlechtesten Ergebnisse in den Tests zur sprachlichen Entwicklung auf. Dementsprechend werden hier 41 % der Kinder Sprachdefizite attestiert. Im Test Mengenvorwissen lag der Anteil von Kindern mit auffälligen Befunden nur in Marzahn-Nord höher. Jedes fünfte Kind hatte keine durchgängigen, also vollständigen, Vorsorgeuntersuchungen. Das sind mehr als in jedem anderen Stadtteil.

**Hellersdorf-Ost** hat ähnlich unzureichende Testergebnisse in der sprachlichen Entwicklung wie Hellersdorf-Nord. Dementsprechend ist der Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten fast genauso hoch (40 %). Mit 36 % hat Hellersdorf-Ost den höchsten Anteil an auffälligen Ergebnissen beim Test zur Körperkoordination. Bei der visuellen Wahrnehmung wiesen 35 % der Kinder auffällige Werte auf, was ebenfalls der höchste Wert aller Stadtteile ist.

54 % der Kinder nichtdeutscher Herkunft verfügen über unzureichende Deutschkenntnisse. Auch das ist der höchste Wert aller Stadtteile.

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.

**Marzahn-Mitte** hat den zweithöchsten Anteil an Kindern mit Förderempfehlung (67 %). Unzureichende Deutschkenntnisse haben 41 % der Kinder mit nichtdeutscher Herkunftssprache, was (gemeinsam mit Marzahn-Nord) den zweithöchsten Wert aller Stadtteile darstellt.

**Marzahn-Süd** belegt Rang 3 beim Anteil der Kinder mit schulischer Förderempfehlung. In der Visuomotorik beträgt der Anteil der Kinder mit auffälligen Testergebnissen 37 %. Mehr sind es nur in Marzahn-Nord. Ansonsten bewegen sich die Testergebnisse um den bezirklichen Durchschnittswert, bei den Sprachfähigkeiten sogar darunter, d.h. die Ergebnisse sind besser als im Bezirk insgesamt. Die Deutschkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft sind besser als in den anderen Stadtteilen der Großsiedlung. Und auch die Vorsorgeuntersuchungen werden häufiger wahrgenommen als in den anderen Stadtteilen der Großsiedlung.

**Hellersdorf-Süd** hat mit 13 % den zweithöchsten Anteil an Kindern mit Übergewicht. Bei der Körperkoordination sind die Testergebnisse deutlich schlechter als im bezirklichen Durchschnitt. Die sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten der Kinder fallen etwas schwächer aus als im bezirklichen Durchschnitt, aber besser als in den übrigen Stadtteilen der Großsiedlung Hellersdorf.

**Biesdorf** weist von allen Stadtteilen die besten Testergebnisse auf. Etwas über dem bezirklichen Durchschnitt und damit für Biesdorf vergleichsweise hoch ist der Anteil der nichtdeutschen Kinder mit unzureichenden Sprachkenntnissen. Dabei sind 99 % der Kinder in Deutschland geboren. Allerdings sind die absoluten Zahlen sehr gering, da der Migrantenanteil in Biesdorf sehr niedrig ist.

**Kaulsdorf und Mahlsdorf** weisen ähnliche Testergebnisse auf. Die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder sind nur teilweise besser als in den Großsiedlungen und deutlich schwächer als in Biesdorf. Zum Teil liegen sie deutlich über dem bezirklichen Durchschnitt. Die Deutschkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft sind, anders als in Biesdorf, durchweg gut bis sehr gut. Dabei ist zu beachten, dass auch hier nur sehr wenige Kinder nichtdeutscher Herkunftssprache leben.

In der nachstehenden Tabelle sind ausgewählte Problemlagen der einzelnen Stadtteile übersichtlich dargestellt. Um auffällige Wert auf den „ersten Blick“ wahrzunehmen, wurde ein Bewertungsraster nach dem Modell einer Ampel entwickelt. Dazu wurde für jedes Merkmal ein Schwellenwert festgelegt, der eine günstige bzw. ungünstige Ist-Situation aufzeigt. Günstige Werte werden grün und ungünstige Werte rot bzw. orange gekennzeichnet.

Umgesetzt in die Farben der Ampel bedeutet das:

rot	außergewöhnlich stark vom Durchschnitt abweichend, sehr hoher Anteil auffälliger Befunde
orange	überdurchschnittlich ungünstig, hoher Anteil auffälliger Befunde
grün	überdurchschnittlich günstig

#### Zur Methodik:

Es wurde die statistische Methode der Standardabweichung genutzt. Die Abweichungen der Indikatorwerte für die einzelnen Stadtteile nach oben oder nach unten vom Referenzwert „Bezirkdurchschnitt“ werden wie folgt gekennzeichnet:

- Abweichungen vom Referenzwert nach unten, die über die Standardabweichung hinausgehen, werden als besonders günstig bewertet und grün markiert.
- Werte, die zwischen der halben und der einfachen Standardabweichung nach oben vom Referenzwert abweichen, wurden orange gekennzeichnet.
- Werte jenseits der einfachen Standardabweichung sind rot unterlegt.
- Werte im Bereich zwischen der halben Standardabweichung oben und einer Standardabweichung nach unten sind durchschnittlich und werden nicht gekennzeichnet.

Tab. 18: Ausgewählte Problemlagen in den Stadtteilen von Marzahn-Hellersdorf (in %)

Stadtteile	Zähne- sanie- rungs- bedürftig	Über- gewicht (inkl. Adi- positas)	U1 bis U8 un- voll- ständig	Entwicklungs Screening: auffällige Ergebnisse (%)									unzurei- chende Deutsch- kennt- nisse bei ndh Kd.	sonder- pädago- gischer Förder- bedarf	schu- lische 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	27,7	13,7	19,8	11,3	42,1	24,8	14,5	17,2	28,6	35,1	25,7	36,3	40,8	20,2	72,5
Marzahn-Mitte	22,0	10,6	15,6	11,4	35,6	21,5	13,3	9,2	23,6	30,1	23,6	31,8	40,8	13,8	67,1
Marzahn-Süd	11,6	9,5	9,8	10,1	37,2	25,2	9,2	9,6	20,0	25,8	15,7	25,8	12,2	9,6	64,3
Hellersdorf-Nord	21,4	10,5	20,0	30,1	32,4	31,2	13,8	33,9	38,5	39,7	24,3	40,7	26,8	10,3	53,1
Hellersdorf-Ost	24,2	9,6	16,2	36,0	31,4	34,6	12,5	32,8	40,7	39,1	25,3	40,1	54,2	7,7	52,9
Hellersdorf-Süd	17,7	12,6	16,8	26,2	30,8	25,6	11,1	28,4	30,6	34,6	14,2	34,9	18,5	7,3	46,6
Biesdorf	11,3	5,0	6,0	8,0	11,3	6,3	2,5	1,7	4,3	3,4	2,9	4,2	25,0	3,8	34,3
Kaulsdorf	2,7	4,9	13,7	18,0	18,4	19,5	3,2	28,9	32,4	23,6	9,8	23,6	0,0	4,9	29,7
Mahlsdorf	7,5	6,0	9,7	16,3	14,2	17,8	3,2	22,8	31,5	15,9	6,4	15,9	0,0	2,7	18,4
Bezirk	17,7	9,6	14,7	18,2	30,3	23,7	10,3	19,6	27,9	29,0	18,2	29,8	31,2	10,0	52,8

Die rot unterlegten Werte in weißer Schrift weisen auf Stadtteile mit ungünstigen Werten, d.h. mit besonders auffälligen Ergebnissen, hin (+ 1,0 SD).

Die orange unterlegten Werte weisen auf einen hohen Anteil an Kindern mit auffälligen Ergebnissen hin (0,5 - 1,0 SD)

Die grün unterlegten Werte weisen auf Stadtteile mit niedrigen, d.h. günstigen Werten hin (- 1,0 SD).

## 12 Berlin-Vergleich

Durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales werden ausgewählte Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung<sup>10</sup> der Berliner Bezirke und Prognoseräume<sup>11</sup> ausgewertet. Im Folgenden werden die Ergebnisse für den Bezirk Marzahn-Hellersdorf im Vergleich zu den anderen Bezirken bzw. dem Berliner Durchschnitt und den Prognoseräumen der Stadt dargestellt und ein Ranking gebildet. Damit lassen sich die vorliegenden Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung Marzahn-Hellersdorf in den Gesamtberliner Kontext einordnen.

In der Auswertung der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales werden nur die Kinder berücksichtigt, die erstmals untersucht wurden. Rücksteller aus dem Vorjahr sind, anders als in der bezirklichen Auswertung, nicht enthalten. Dementsprechend weichen die folgenden Werte etwas von den Ergebnissen der bezirksinternen Auswertung ab.

### 12.1 Bezirks-Vergleich

#### 12.1.1 häusliche und soziale Umfeldfaktoren

Wie in den Vorjahren weisen die Kinder in Marzahn-Hellersdorf im Vergleich zu den anderen Bezirken in einer Vielzahl von Merkmalen schlechtere Werte auf. Das betrifft sowohl die familiären und sozialen Umfeldfaktoren als auch die Testergebnisse des Entwicklungs-Screenings.

Von allen Berliner Bezirken hatte Marzahn-Hellersdorf bei der ESU 2014 (wie schon 2012 und 2013) **den höchsten Anteil**

- Alleinerziehender,
- an Kindern mit eigenem Fernsehgerät,
- von Kindern mit täglichem Fernsehkonsum,
- an Raucherhaushalten.

Auffallend ist der geringe Anteil von Kindern in der oberen Statusgruppe, d.h. erwerbstätige Eltern mit hohem Bildungsgrad. In Marzahn-Hellersdorf zählen nur 16 % der Kinder dazu. Im Berliner Durchschnitt ist ihr Anteil mehr als doppelt so hoch. Nur in Neukölln ist dieser Anteil geringer als in Marzahn-Hellersdorf.

Auch der Anteil von Kindern nichtdeutscher Muttersprache ist in Marzahn-Hellersdorf sehr gering. Er liegt bei 18 % und damit nur halb so hoch wie im Berliner Durchschnitt.

Mehr als zwei Drittel der Kinder leben mit nur einem Elternteil zusammen. Das sind mehr als in jedem anderen Bezirk. Der Anteil der fremduntergebrachten Kinder ist mit 1,5 % der zweithöchste aller Berliner Bezirke.

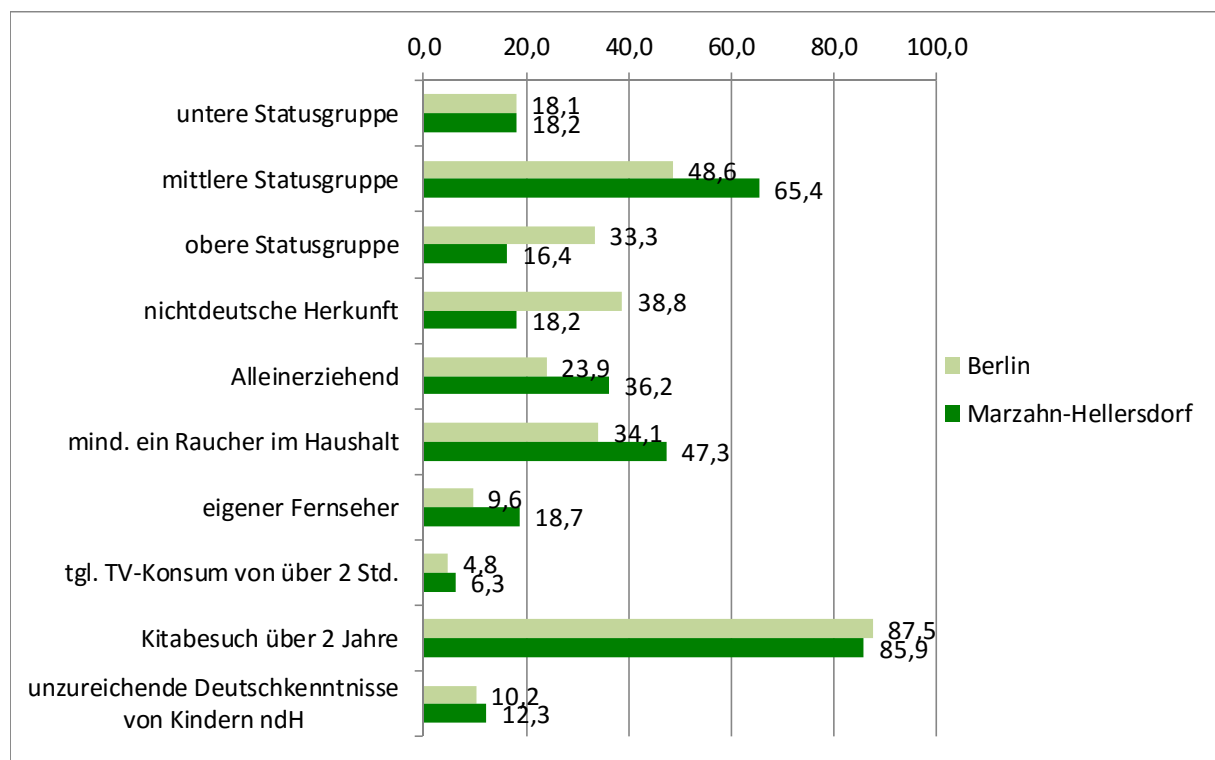
Die nachstehende Grafik zeigt die z.T. gravierenden Unterschiede in den häuslichen Aufwuchsbedingungen zwischen Marzahn-Hellersdorf und Berlin insgesamt.

---

<sup>10</sup> [Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2014](#)

<sup>11</sup> Es gibt in Berlin 60 Prognoseräume, einer blieb bei der ESU-Auswertung unberücksichtigt, da dort keine Kinder leben. In Marzahn-Hellersdorf gibt es vier Prognoseräume: Marzahn, Hellersdorf, Biesdorf und Mahlsdorf/Kaulsdorf.

**Abb. 55: Anteil der Kinder nach ausgewählten Umfeldfaktoren im Vergleich von Berlin und Marzahn-Hellersdorf (in %)**



### 12.1.2 Gesundheitsvorsorge und Gesundheitszustand

Nach wie vor sehr gut ist die **Durchimpfungsrate** der Kinder im Berlin-Vergleich. In allen 12 Impfungen wiesen die Kinder aus Marzahn-Hellersdorf die höchste Impfquote auf. Mit einem Impfgrad von 96 % bei der Masernimpfung überschreitet Marzahn-Hellersdorf als einziger Berliner Bezirk die 95 %-Grenze, die von der WHO als „gut“ bewertet wird im Kampf gegen die Eliminierung von Masern.

Der Anteil der Kinder mit Normalgewicht liegt bei 80 %, was den vorletzten Rang im Vergleich der Bezirke darstellt. Die Abweichung vom Berliner Durchschnitt ist gering, da die Werte der Bezirke eng beieinander liegen. Mit einem Anteil von 11 % untergewichtigen Kindern hat Marzahn-Hellersdorf den zweithöchsten Wert aller Berliner Bezirke. Beim Übergewicht liegt der Bezirk knapp unter dem Berliner Durchschnitt.

Die Zahngesundheit ist etwas ungünstiger als in Berlin insgesamt.

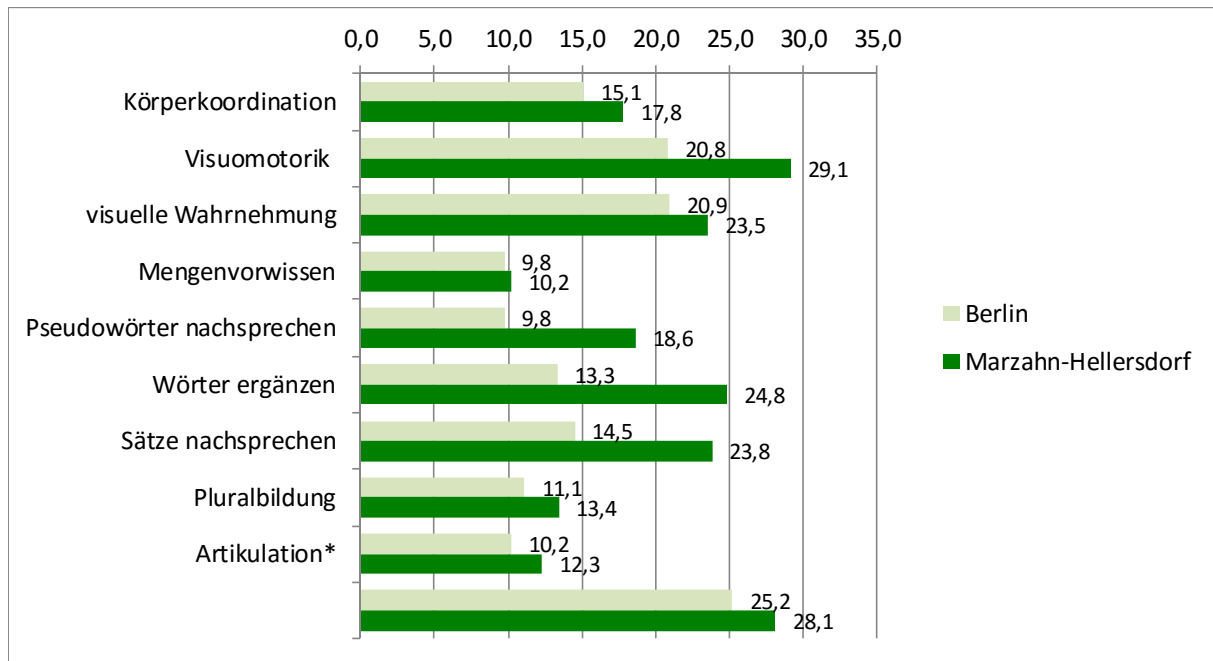
### 12.1.3 Testergebnisse des Entwicklungs-Screenings

Die ungünstigen häuslichen Bedingungen spiegeln sich auch in den Testergebnissen des Entwicklungs-Screenings wider.

Die Kinder aus Marzahn-Hellersdorf wiesen bei den Tests zur Visuomotorik und bei zwei der vier Sprachtests die schwächsten Ergebnisse aller Bezirke auf. Beim Test „Sätze nachsprechen“ belegten sie den vorletzten Rang aller Bezirke. Aus dem Test „Sätze nachsprechen“ und den deutschen Sprachkenntnissen wird der Indikator „Sprachdefizite“ gebildet. Der Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten liegt in Marzahn-Hellersdorf bei 28 % (viertletzter Rang), obwohl der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund mit 16 % der drittniedrigste aller Bezirke ist (Berlin 33 %). Die Sprachdefizite der Kinder in Marzahn-Hellersdorf sind nicht primär – wie in Bezirken mit hohem Migrantenanteil – auf unzureichende Deutschkenntnisse zurückzuführen. Abgesehen vom Ranking

sind auch die Prozentwerte zu beachten. So war der Anteil auffälliger Testergebnisse beim Sprechen teilweise doppelt so hoch wie im Berliner Durchschnitt.

**Abb. 56: Anteil der Kinder mit auffälligen Testergebnissen im Vergleich von Berlin und Marzahn-Hellersdorf**



#### Exkurs: Sprachstandsfeststellung in Kitas und Kindertagespflege<sup>12</sup>

Eine Besserung scheint auch für die Zukunft nicht in Sicht. Die unzureichenden Sprachfähigkeiten, vor allem der Kinder mit deutscher Muttersprache, zeigen sich bereits in der Kita bei den jährlichen Sprachstandsfeststellungen. In 2014 wurden die Kinder des Jahrgangs 2009 getestet (Einschulung erfolgt im Schuljahr 2015/16). Dabei wurde in Marzahn-Hellersdorf bei 16,5 % aller herkunftsdeutschen Kinder Sprachförderbedarf festgestellt. Das ist der höchste Wert aller Bezirke. Der Berliner Durchschnitt liegt bei 8,5 %! Bei den Kindern nichtdeutscher Herkunft lag der Anteil in Marzahn-Hellersdorf bei 45,1 %. Auch das ist der höchste Wert aller Bezirke. Der Berliner Durchschnitt liegt bei 33,2 %.

Eine Übersicht über die genannten und weitere Indikatoren, den bezirklichen Wert im Vergleich zum Berliner Durchschnitt und den entsprechenden Rangplatz des Bezirkes je Merkmal findet sich in der folgenden Tabelle.

**Bitte bei den nachstehenden Tabellen 3 und 4 beachten:** der höchste Wert erhält den höchsten Rangplatz (Rang 1 von 12 Bezirken bzw. von 59 Prognoseräumen), wobei der höchste Wert oft negativ besetzt ist (z.B. auffällige Ergebnisse beim Screening), aber nicht immer. Wenn das Merkmal positiv besetzt, d.h. erstrebenswert ist, ist ein hoher Wert und damit ein hoher Rangplatz positiv (z.B. ein hoher Anteil geimpfter Kinder oder ein hoher Anteil normalgewichtiger Kinder).

Auffällige Rangplätze wurden farblich unterlegt (positiv = grün, negativ = orange)

<sup>12</sup> Quelle: SenBJW, Sprachstandsfeststellung Kinder in Kitas und Kindertagespflege – Auswertung 2014 -

Tab. 19: Ausgewählte Ergebnisse im Überblick und Vergleich zu Berlin

ESU 2014		Berlin	Marzahn-Hellersdorf	Rang ... von 12 Bezirken
Merkmal		%	%	
Sozialstatus	untere Statusgruppe	18,1	18,2	6
	mittlere Statusgruppe	48,6	65,4	1
	obere Statusgruppe	33,3	16,4	11
familiäres und soziales Umfeld	nichtdeutsche Herkunft	38,8	18,2	10
	Alleinerziehend	23,9	36,2	1
	Fremdunterbringung	1,0	1,5	2
	mind. 1 Raucher im Haushalt	34,1	47,3	1
	eigener Fernseher	9,6	18,7	1
	täglicher TV-Konsum	91,3	95,0	1
	tgl. TV-Konsum von über 2 Std.	4,8	6,3	4
	Kitabesuch über 2 Jahre	87,5	85,9	8
	kein Kitabesuch	2,0	2,6	5
Vorsorge	U1 bis U8 vollständig	85,4	86,6	7
	Impfstatus	höchste Impfrate bei allen 12 Impfungen!		
Gesundheitszustand	Untergewicht	8,4	10,6	2
	Normalgewicht	82,6	79,9	11
	Übergewicht (inkl. Adipositas)	9,1	9,7	6
	Zähne versorgt	86,8	83,2	8
	Zähne sanierungsbedürftig	8,2	9,7	4
	abgefault oder Extraktion	5,0	7,1	5
Entwicklungs-screening: auffällige Ergebnisse	Körperkoordination	15,1	17,8	3
	Visuomotorik	20,8	29,1	1
	visuelle Wahrnehmung	20,9	23,5	4
	Mengenvorwissen	9,8	10,2	6
	Pseudowörter nachsprechen	9,8	18,6	1
	Wörter ergänzen	13,3	24,8	1
	Sätze nachsprechen	14,5	23,8	2
	Pluralbildung	11,1	13,4	5
	Artikulation <sup>13</sup>	29,4	28,6	7
unzureichende Deutschkenntnisse von Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache		10,2	12,3	2
Sprachdefizite <sup>14</sup>		25,2	28,1	4

<sup>13</sup> Mindestens eine Lautgruppe ist betroffen<sup>14</sup> kombinierter Indikator aus den Ergebnissen des Tests "Sätze nachsprechen" und Kinder nichtdeutscher Herkunft mit unzureichenden Deutschkenntnissen



## 12.2 Prognoseräume<sup>15</sup> im Vergleich

Für einige Merkmale hat die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales die Ergebnisse auch auf Ebene der Prognoseräume ausgewertet. Dabei ist zu beachten, dass die Indikatoren nicht immer identisch sind mit denen des Bezirksvergleichs.

Der Vergleich der Prognoseräume zeigt, dass die negativen Werte für den Bezirk auf die Ergebnisse der Kinder in der Großsiedlung zurückzuführen sind. Gleichzeitig wird der große Unterschied zwischen Siedlungsgebiet und Großsiedlung sichtbar.

Im Vergleich aller **59 Prognoseräume** Berlins werden die nachteiligen häuslichen Bedingungen und der hohe Anteil von Kindern mit auffälligen Testergebnissen im Entwicklungs-Screening in der **Großsiedlung** deutlich.

Das betrifft vor allem die Großsiedlung Hellersdorf. In keinem anderen Prognoseraum der Stadt leben die Kinder häufiger mit nur einem Elternteil, in Raucherhaushalten und mit einem eigenen Fernsehgerät im Zimmer als in der Großsiedlung Hellersdorf.

Schlagwortartig lassen sich die Ergebnisse für die **Großsiedlung Hellersdorf** im Vergleich zu den anderen Prognoseräumen der Stadt wie folgt zusammenfassen:

- gehäuft nachteilige häusliche Bedingungen:  
s.o. Raucherhaushalte, Alleinerziehende, eigenes Fernsehgerät
- Vergleichsweise kurze Kita-Besuchsdauer:  
nur 81 % der Kinder waren zum Untersuchungszeitpunkt länger als zwei Jahre in der Kita. Das bedeutet Rang 54 und heißt, dass es nur fünf Prognoseräume in Berlin gibt, in denen der Anteil geringer ist.
- Unzureichende Deutschkenntnisse und geringes sprachliches Vermögen:  
Der Anteil von Kindern nichtdeutscher Herkunft ist mit 16 % relativ gering. Diese Kinder sprechen jedoch vergleichsweise seltener bzw. schlechter Deutsch als in den meisten anderen Prognoseräumen Berlins. Auch die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder insgesamt, also einschließlich derer mit deutscher Muttersprache, sind in Hellersdorf häufig unterentwickelt. 37 % der Kinder werden Sprachdefizite bescheinigt, was Rang 10 bedeutet. Angesichts des geringen Anteils von Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache ist der Wert sehr hoch (Zum Vergleich: Rang 43 beim Anteil Kinder nichtdeutscher Herkunft).
- Auch die motorischen Fähigkeiten weisen häufiger Auffälligkeiten auf. Im Bereich der Visuomotorik schnitten nur fünf Prognoseräume schwächer ab.
- Vergleichsweise schlechter Gesundheitszustand:  
Fast jedes fünfte Kind hat unversorgte Zähne (Rang 11) und mit einem Anteil von 10 % übergewichtigen Kindern liegt die Großsiedlung Hellersdorf insgesamt auf Rang 18 und damit im vorderen Bereich.
- Positiv ist für Hellersdorf, wie für den gesamten Bezirk, die hohe Durchimpfungsrate bei Masern zu nennen.

Die **Großsiedlung Marzahn** liegt bei den meisten Merkmalen im Ranking knapp hinter Hellersdorf. Das betrifft vor allem den Anteil der Alleinerziehenden und der Raucherhaushalte (jeweils Rang 4) und der Besitz eines eigenen TV-Geräts im Kinderzimmer (Rang 3).

---

<sup>15</sup> Es gibt in Berlin 60 Prognoseräume, einer blieb bei der ESU-Auswertung unberücksichtigt, da dort keine Kinder leben. In Marzahn-Hellersdorf gibt es vier Prognoseräume: Marzahn, Hellersdorf, Biesdorf und Mahlsdorf/Kaulsdorf.

Der Anteil der Kinder, die länger als 2 Jahre die Kita besuchen, liegt in Marzahn zwar um 5 Prozentpunkte höher als in Hellersdorf (85 %), aber damit befindet sich Marzahn auf Rang 43 und somit im hinteren Drittel.

Der Anteil der Kinder mit unversorgten Zähnen ist sogar noch etwas höher als in Hellersdorf (Rang 8) und auch in der Visuomotorik schneiden sie etwas schwächer ab als Hellersdorf. Hier belegt Marzahn den zweiten Rang, d.h. lediglich ein Prognoseraum hat einen höheren Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten in der Visuomotorik. In Marzahn betrifft es mehr als jedes dritte Kind.

Der Anteil der Kinder nichtdeutscher Herkunft ist mit 27 % deutlich höher als in Hellersdorf, im Gesamtberliner Maßstab bedeutet dies aber nur Rang 37. Bei diesen Kindern ist, wie in Hellersdorf, der Anteil von Kindern, die nicht oder unzureichend Deutsch sprechen, ebenfalls sehr hoch. Es betrifft jedes dritte Kind. Damit liegt Marzahn auf Rang 16, einen Platz vor Hellersdorf. Im Test „Sätze nachsprechen“ liegt der Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen bei 23 %, was Marzahn einen vorderen Rang 7 beschert. Dementsprechend ist der Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten vergleichsweise hoch. Er beträgt 30 %, was deutlich weniger ist als in Hellersdorf und Rang 16 bedeutet (Hellersdorf Rang 10).

Die **Siedlungsgebiete** sind gekennzeichnet von ausgezeichneten häuslichen und sozialen Aufwuchsbedingungen, auch im Gesamtberliner Maßstab. So gibt es nur drei Prognoserräume in Berlin, in denen es weniger Raucherhaushalte gibt, als in Biesdorf. Bei den Alleinerziehenden gibt es nur 4 Prognoserräume, die einen geringeren Anteil ausweisen als Mahlsdorf/Kaulsdorf (14 % bzw. Rang 55). Ähnliche Werte weist Biesdorf auf (15 % und Rang 52)

Im Prognoseraum Mahlsdorf/Kaulsdorf ist der Anteil von Kindern nichtdeutscher Herkunft mit 5 % geringer als in allen anderen Prognoserräumen der Stadt. Auch in Biesdorf ist er mit 8 % sehr niedrig (Rang 56).

Der Anteil der Kinder, die 2 Jahre und länger die Kita besuchen, liegt in beiden Gebieten bei 94 % womit sie sich unter den ersten 15 Rängen befinden.

Mit einer Durchimpfungsrate von 97 % bei der Masernimpfung belegt Biesdorf den ersten Rang aller Berliner Prognoserräume. Kurz darauf folgt auf Rang 3 der Prognoseraum Kaulsdorf/Mahlsdorf mit einem Durchimpfungsgrad von 96 %.

Das sprachliche Niveau der Kinder aus Biesdorf ist das Beste aller Prognoserräume der Stadt. Der Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten liegt bei 3 %. Dies liegt nicht nur am geringen Migrantenanteil in Biesdorf, denn auch bei Test „Sätze nachsprechen“ gab es keinen Prognoseraum in Berlin, der besser abschnitt.

Im Prognoseraum Kaulsdorf/Mahlsdorf sind die Zähne überdurchschnittlich gut versorgt. Nur 4 % der Kinder hatten unversorgte Zähne. Nur in 5 Prognoserräumen der Stadt lag der Wert darunter.

Eine Übersicht über die Indikatorenwerte und die daraus resultierende Rangfolge der einzelnen Prognoserräume des Bezirks enthält die nachstehende Tabelle. Auffallend positive oder negative Ränge wurden farblich unterlegt (positiv = grün, negativ = orange).

Tab. 20: Ausgewählte Ergebnisse der Prognoseräume (PGR) von Marzahn-Hellersdorf und Ranking im Vergleich zu anderen Prognoseräumen in Berlin

Merkmal		Marzahn		Hellersdorf		Biesdorf		Mahlsdorf/Kaulsdorf	
		%	Rang... von 59 PGR	%	Rang... von 59 PGR	%	Rang... von 59 PGR	%	Rang... von 59 PGR
familiäres und soziales Umfeld	nichtdeutsche Herkunft	26,7	37	15,9	43	8,1	56	4,5	59
	Alleinerziehend	40,3	4	48,1	1	15,3	52	13,5	55
	Mindestens 1 Raucher im Haushalt	51,9	4	58,9	1	17,3	56	25,6	41
	eigener Fernseher	20,9	3	25,7	1	4,0	44	5,8	32
	Kitabesuch unter 2 Jahre	14,8	16	19,2	5	5,8	47	5,9	44
Vorsorge	U8 vorhanden	95,0	23	94,0	33	98,5	1	97,2	7
	Masernimpfung (≥ 2 Impfdosen)	95,7	8	95,8	6	97,0	1	95,9	3
Gesundheitszustand	Übergewicht (inkl. Adipositas)	11,5	12	10,4	18	4,3	52	5,6	47
	Zähne unversorgt	20,5	8	19,3	11	11,5	29	3,7	54
Entwicklungs-screening: auffällige Ergebnisse	Visuomotorik	36,7	2	29,9	6	12,0	51	15,4	44
	Sätze nachsprechen	23,4	7	33,6	4	1,5	59	16,4	19
Anteil der Kinder ndH mit unzureichenden Deutschkenntnissen an allen Kindern ndH		32,1	16	31,1	17	/		/	
Sprachdefizite**		30,2	16	37,0	10	2,9	59	16,6	37

Die orange unterlegten Werte weisen auf einen Rang unter den ersten 10 bei negativ besetzten Indikatoren hin.

Die grün unterlegten Werte weisen auf einen Rang unter den ersten 10 bei positiv besetzten Indikatoren bzw. auf einen Rang unter den letzten 10 bei negativ besetzten Indikatoren hin.

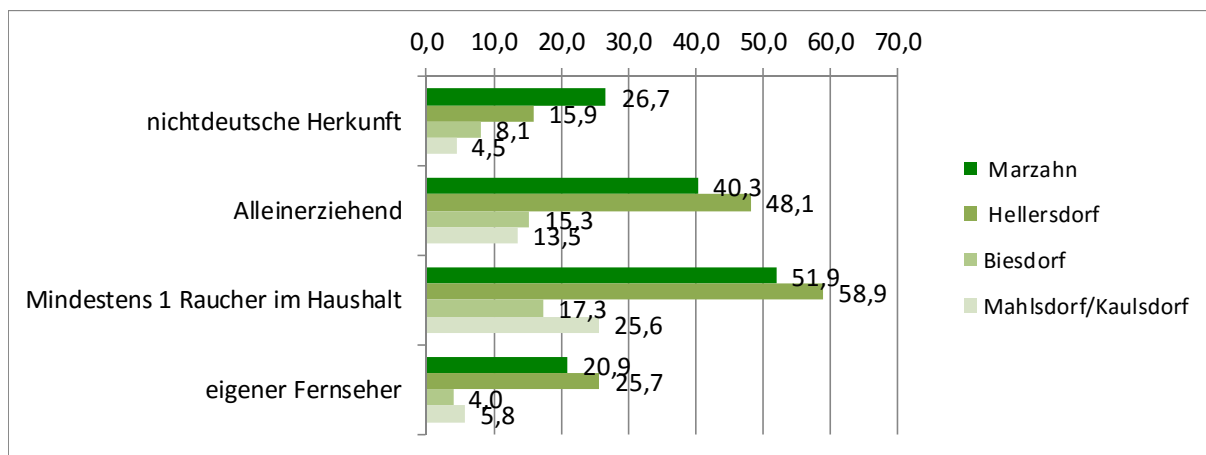
\* 7 PGR in Berlin sind entfallen, da es dort weniger als 30 Kinder gab. Das trifft u.a. auf Biesdorf und Kaulsdorf/Mahlsdorf zu, so dass bei diesem Indikator nur 53 PGR berücksichtigt sind

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

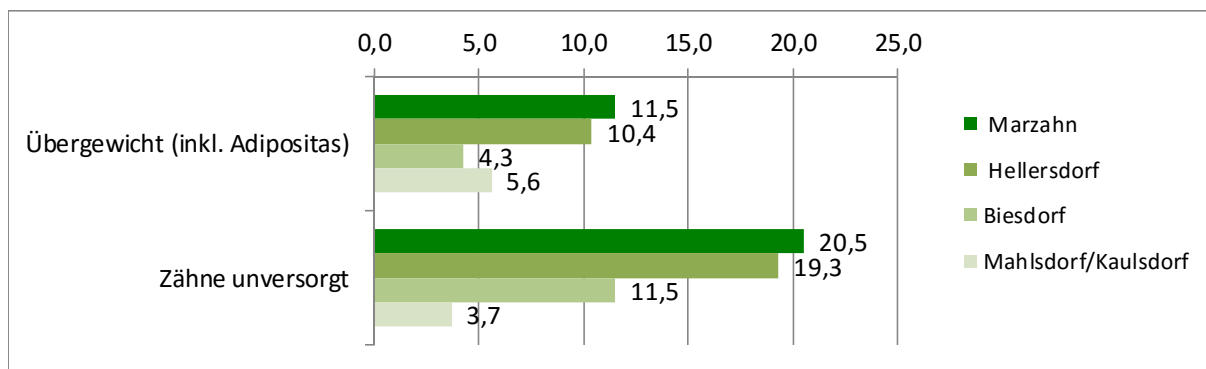
/ weniger als 30 Kinder im PGR

Zur Veranschaulichung der Differenzierung der einzelnen Indikatoren in den jeweiligen Prognoseräumen zeigen die folgenden Abbildungen die o.g. Werte im direkten Vergleich.

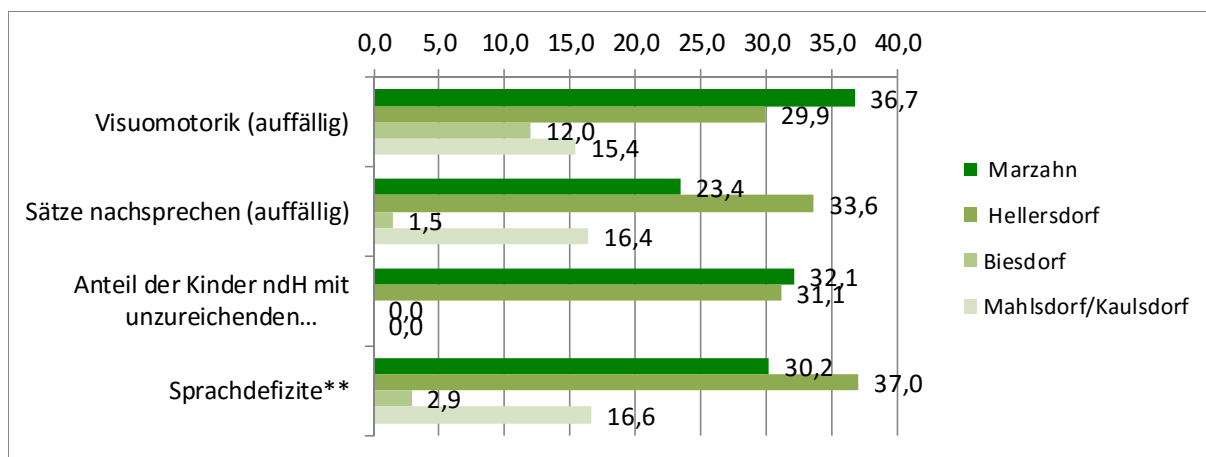
**Abb. 57: Ausgewählte Indikatoren zum häuslichen und familiären Umfeld nach Prognoseräumen (Anteil der erstmals untersuchten Kinder in Prozent)**



**Abb. 58: Ausgewählte Indikatoren zum Gesundheitszustand nach Prognoseräumen (Anteil der erstmals untersuchten Kinder in Prozent)**



**Abb. 59: Ausgewählte Indikatoren zum Entwicklungsstand nach Prognoseräumen (Anteil der erstmals untersuchten Kinder in Prozent)**



## 13 Zusammenfassung

### 13.1 Ergebnisse Bezirk

Für den Schulbeginn 2014/15 wurden 2.936 Kinder untersucht. Das waren 227 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 gegenüber dem Vorjahr um 77 Kinder gestiegen und beläuft sich auf 531 Kinder. Das entspricht 18 % aller Kinder. 111 dieser Kinder sind nicht seit Geburt in Deutschland (4 % aller Kinder). Fast ein Drittel der Kinder mit Migrationshintergrund hat unzureichende Deutschkenntnisse.

Insgesamt sind die Bedingungen im häuslichen und sozialen Umfeld für ein gesundes Aufwachsen der Kinder nicht immer optimal.

Jedes fünfte Kind gehört zur unteren **Sozialstatusgruppe** und fast zwei Drittel zur mittleren Statusgruppe. Der Anteil der Familien in der oberen Statusgruppe beträgt 16 % und stieg damit gegenüber dem Vorjahr um 2 %, während der Anteil in der unteren und der mittleren Statusgruppe jeweils um 1 % sank.

37 % der untersuchten Kinder lebten mit einem **alleinerziehenden Elternteil** zusammen, wobei in 11 % dieser Haushalte mindestens ein weiterer Erwachsener wohnte. Die tatsächliche Zahl der Alleinerziehenden ist also etwas niedriger als die rechtliche.

98 % der Kinder haben eine **Kita** besucht. 86 % waren dort länger als zwei Jahre. Nur 2 % der Kinder waren nie in einer Kindereinrichtung.

**Vorsorgeuntersuchungen:** 85 % der Kinder haben die Vorsorgeuntersuchungen U1-U8 vollständig wahrgenommen. Das ist eine Steigerung gegenüber dem Vorjahr um einen Prozentpunkt.

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

**Impfstatus:** Die Kinder aus Marzahn-Hellersdorf verfügen über einen sehr guten Impfstatus, der sich gegenüber dem Vorjahr noch leicht verbessert hat. Entgegen dem bundesdeutschen Trend sind die Kinder aus sozial schwachen Familien schlechter immunisiert als Kinder der mittleren und oberen sozialen Statusgruppe. Im gesamtstädtischen Vergleich weist Marzahn-Hellersdorf die höchste Durchimpfungsrate aller Bezirke auf.

**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 waren normalgewichtig. Das ist ein Prozentpunkt weniger als im Vorjahr. 10 % der Kinder waren untergewichtig und ebenfalls 10 % der Kinder waren übergewichtig.

**Motorische und kognitive Fähigkeiten:** 18 % der Kinder wiesen Auffälligkeiten in ihren körperkoordinatorischen Fähigkeiten auf. Bei der Visuomotorik betraf es 30 %. Im Gesamtberliner Maßstab erreicht Marzahn-Hellersdorf bei diesem Test seit Jahren die schwächsten Ergebnisse aller Bezirke. Im Testbereich Mengenvorwissen hatten nur 10 % der Kinder auffällige Ergebnisse, was dem Berliner Durchschnitt entspricht. Gegenüber dem Vorjahr zeigt sich hier eine leichte Verbesserung um 1,4 Prozentpunkte.

**Sprachliche Fähigkeiten:** 29 % der Kinder weisen Sprachdefizite<sup>16</sup> auf. Das betrifft vor allem Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder der unteren sozialen Statusgruppe. 91 % der Kinder mit Sprachdefiziten leben seit ihrer Geburt in Deutschland. In einem der vier Sprachtests und bei der Artikulation gab es gegenüber dem Vorjahr erhebliche Verbesserungen.

Bei allen Tests zeigt sich, dass Kinder der unteren Sozialstatusgruppe, was zumeist gleichzusetzen ist mit geringer Bildung, und Kinder, die weniger als zwei Jahre die Kita besucht haben, signifikant häufiger auffällige Befunde aufwiesen.

Insgesamt unterschieden sich die Testergebnisse kaum gegenüber dem Vorjahr. In zwei Tests gab es erhebliche Verbesserungen, signifikante Verschlechterungen gab es nicht.

Rückläufig ist die Zahl der Kinder mit Störungen im **emotionalen-sozialen Bereich**. Wurden im Vorjahr 28 % der Kinder auffällige Befunde in der emotional-sozialen Entwicklung attestiert, waren es 2014 nur 22 %.

#### **Förderempfehlungen:**

Für 53 % der untersuchten Kinder wurde eine **schulische Förderempfehlung** ausgesprochen, darunter 10 % mit sonderpädagogischer Förderempfehlung. Das ist ein leichter Rückgang um drei Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr. Das betrifft sowohl schulische als auch sonderpädagogische Förderempfehlungen. Besonders häufig betrifft es Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern.

Da mehr Kinder als im Vorjahr untersucht wurden, ist die absolute Zahl der schulischen Förderempfehlungen größer geworden. Der größte Bedarf an Förderung besteht im Bereich der sprachlichen Entwicklung und der Visuomotorik. Für 36 % der Kinder wurde eine schulische Förderung im Bereich der Sprachentwicklung empfohlen und für 30 % der Kinder im Bereich der Visuomotorik.

Bei allen vorgenannten Merkmalen zeigt sich der starke Zusammenhang zum sozialen Status, zur Dauer des Kitabesuchs und zum Migrationshintergrund. Kinder mit hohem sozialen Status, mit einer längeren Kitabesuchsdauer und ohne Migrationshintergrund verfügen über einen besseren Vorsorgestatus, Gesundheitszustand und Entwicklungsstand.

---

<sup>16</sup> 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.

## 13.2 Ergebnisse Stadtteile

Die meisten untersuchten Kinder wohnten in Marzahn-Mitte (559 Kinder), die wenigsten in Kaulsdorf (185 Kinder).

Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund ist in Marzahn-Mitte und Marzahn-Süd mit 27 % am höchsten, gefolgt von Marzahn-Nord (23 %). Den geringsten Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund gibt es in Kaulsdorf mit 3 %.

Den höchsten Anteil an Alleinerziehenden gibt es in Hellersdorf-Nord mit 53 %, gefolgt von Marzahn-Nord (50 %). Die wenigsten Alleinerziehenden finden sich in den Siedlungsgebieten. Hier liegt der Anteil zwischen 12 % (Mahlsdorf) und 18 % in Kaulsdorf.

Die soziale Lage ist in den nördlichen Stadtteilen der Großsiedlung (Marzahn-Nord, Hellersdorf-Nord, Marzahn-Mitte und Hellersdorf-Ost) schwierig. Hier liegt der Anteil der Kinder, die aus bildungsfernen Elternhäusern kommen, d.h. zur unteren Sozialstatusgruppe gehören, zwischen 26 % (Hellersdorf-Ost) und 35 % (Marzahn-Nord). Der Anteil der Kinder aus der oberen Sozialstatusgruppe ist in diesen Stadtteilen sehr gering und beträgt 4 % bis 5 %.

Demgegenüber gehören in den Stadtteilen der Siedlungsgebiete über 40 % der Kinder zur oberen Sozialstatusgruppe und weniger als 8 % zur unteren Statusgruppe. In Mahlsdorf sind es nicht einmal 2 %.

Die **Dauer des Kitabesuchs** ist stark sozial determiniert und ist in den Siedlungsgebieten dementsprechend länger als in den nördlichen Stadtteilen der Großsiedlungen.

Gleiches gilt für die Zahngesundheit. Der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss ist in den Stadtteilen mit schwacher Sozialstruktur am geringsten. In Hellersdorf-Ost, Hellersdorf-Nord und in Marzahn-Nord liegt der Anteil bei unter 70 %, während er in Kaulsdorf mit 90 % am höchsten ist.

Der **Impfstatus** der Kinder kann in allen Stadtteilen als sehr gut eingeschätzt werden. Den besten Impfstatus haben die Kinder in Marzahn-Süd. Bei 8 von 12 Impfungen haben sie die höchste Durchimpfungsrate. Kaulsdorf hat in 7 der 12 Impfungen den geringsten Durchimpfungsgrad.

### Ausgewählte Problemlagen in den Stadtteilen:

**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 der Visuomotorik, der Pluralbildung und dem Mengenvorwissen.

**Hellersdorf-Nord und Hellersdorf-Ost** weisen den höchsten Anteil an Kindern mit Sprachdefiziten auf sowie mit auffälligen Befunden in der Körperkoordination. In Hellersdorf-Ost haben 54 % der Kinder mit Migrationshintergrund unzureichende Deutschkenntnisse, was mehr ist als in allen anderen Stadtteilen. Hier gibt es auch den höchsten Anteil an Kindern mit auffälligen Werten bei der visuellen Wahrnehmung.

Die Testergebnisse in **Marzahn-Mitte, Marzahn-Süd und Hellersdorf-Süd** bewegen sich weitestgehend um den bezirklichen Durchschnitt. In Marzahn-Süd ist der hohe Anteil an Kindern mit vollständigen Vorsorgeuntersuchungen hervorzuheben und der hohe Anteil von Kindern nichtdeutscher Herkunft mit guten und sehr guten Deutschkenntnissen.

**Biesdorf** weist von allen Stadtteilen die besten Testergebnisse auf.

**Kaulsdorf und Mahlsdorf** weisen ähnliche Testergebnisse wie Biesdorf auf. Die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder sind hingegen deutlich schwächer als in Biesdorf. Zum Teil liegen sie deutlich über dem bezirklichen Durchschnitt, d.h. sie sind teilweise schlechter als einigen Stadtteilen der Großsiedlung.

### 13.3 Ergebnisse Berlin-Vergleich

Ein Vergleich der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen in Marzahn-Hellersdorf mit den Ergebnissen der anderen Berliner Bezirke und Berlins insgesamt ermöglicht eine in den gesamtstädtischen Kontext.

Wie in den Vorjahren weisen die Kinder in Marzahn-Hellersdorf im Vergleich zu den anderen Bezirken in einer Vielzahl von Merkmalen schlechtere Werte auf. Das betrifft sowohl die familiären und sozialen Umfeldfaktoren als auch die Testergebnisse des Entwicklungs-Screenings.

Von allen Berliner Bezirken hatte Marzahn-Hellersdorf bei der ESU 2014 (wie schon 2012 und 2013) **den höchsten Anteil**

- Alleinerziehender,
- an Kindern mit eigenem Fernsehgerät,
- von Kindern mit täglichem Fernsehkonsum,
- an Raucherhaushalten.

Auffallend ist der geringe Anteil von Kindern in der oberen Statusgruppe, d.h. mit bildungsnahem und erwerbstätigem Elternhaus. Nur in Neukölln ist der Anteil der Kinder in der oberen Statusgruppe niedriger.

Die ungünstigen häuslichen Bedingungen spiegeln sich auch in den Testergebnissen des Entwicklungs-Screenings wider.

Die Kinder aus Marzahn-Hellersdorf wiesen bei den Tests zur Visuomotorik und bei zwei der vier Sprachtests die schwächsten Ergebnisse aller Bezirke auf. Der Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten liegt in Marzahn-Hellersdorf bei 28 % (viertletzter Rang), obwohl der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund mit 16 % der drittniedrigste aller Bezirke ist (Berlin 33 %). Die Sprachdefizite der Kinder in Marzahn-Hellersdorf sind nicht primär – wie in Bezirken mit hohem Migrantenanteil - auf unzureichende Deutschkenntnisse zurückzuführen.

Als positiv ist der sehr gute Impfstatus der Kinder aus Marzahn-Hellersdorf hervorzuheben. In allen 12 Impfungen haben die Kinder die höchste Durchimpfungsrate aller Bezirke.

**Ein Vergleich der 59 Berliner Prognoseräume** mit den 4 Prognoseräumen von Marzahn-Hellersdorf<sup>17</sup> zeigt die enorme Spreizung und ein erhebliches Gefälle der Ergebnisse in den beiden Großsiedlungen einerseits und dem Siedlungsgebiet andererseits. Während die Kinder in den Siedlungsgebieten zumeist vordere (günstige) Rangplätze im Gesamtberliner Vergleich belegen, finden sich die Kinder in den Großsiedlungen häufig am Ende der Rangliste wieder. Vor allem die Großsiedlung Hellersdorf ist gekennzeichnet durch ungünstige häusliche und soziale Aufwuchsbedingungen der Kinder, die sich in Entwicklungsdefiziten niederschlagen und in schwach ausgeprägten kognitiven und körperlichen Fähigkeiten. Demgegenüber weisen die Siedlungsgebiete, insbesondere Biesdorf, auch im gesamtstädtischen Maßstab, sehr gute Bedingungen für die Kinder auf, die sich in entsprechend guten Testergebnissen und einem guten Gesundheitszustand der Kinder äußern. So ist der Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten in Biesdorf so gering wie in keinem anderen Prognoseraum Berlins.

---

<sup>17</sup> Die vier Prognoseräume in Marzahn-Hellersdorf sind die Großsiedlung Marzahn, die Großsiedlung Hellersdorf, Biesdorf und Mahlsdorf/Kaulsdorf



## 14 Literaturverzeichnis

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

### Internet:

**Augustin, M. (2014):** Sozialbericht 2014 Marzahn-Hellersdorf. Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf (Hrsg.), Verfügbar unter: <http://www.berlin.de/ba-marzahn-hellersdorf/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/qualitaetsentwicklung-planung-und-koordination-des-oeffentlichen-gesundheitsdienstes/downloads/#sozialberichterstattung> (Zugriff:01/2016)

**Bettge, S., Oberwöhrmann, S. (2012):** Grundauswertung 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](http://www.gsi-berlin.info/gsi_suchen.asp) (Zugriff: 01/2016)

**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](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-006l_S2k_Sprachentwicklungsstoerungen_Diagnostik_2013-06_01.pdf) (Zugriff: 01/2016)

**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: 01/2016)