

Vorlage zur Kenntnisnahme

für die Sitzung der Bezirksverordnetenversammlung am 25.10.2012

1. Gegenstand der Vorlage: Vorlage zur Kenntnisnahme für die BVV,
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2011

2. Die BVV wird um Kenntnisnahme gebeten:

Als Anlage übergibt das Bezirksamt die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2011.

Komoß
Bezirksbürgermeister

Dagmar Pohle
Bezirksstadträtin für Gesundheit, Soziales und
Planungskoordination

Anlage

**Ergebnisse der
Einschulungsuntersuchungen
Schuljahr 2011/2012**

Gesundheitsberichterstattung



Marzahn
Hellersdorf

Impressum

- Herausgeber: Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin
Abteilung Gesundheit, Soziales und Planungscoordination
- Autorin: Marion Augustin, Gesundheits- und Sozialberichterstattung,
Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf
- Fachliche Unterstützung: Dipl. med. Sigrun Brandl, Kinderärztin für die neonatologische
Versorgung in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe im Vivantes-
Klinikum Hellersdorf
Petra Fiebig, Koordinatorin für die Tagesbetreuung von Kindern,
Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf
Ove Fischer, Suchthilfekoordinator Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf
Waltraud Hunger, Koordinatorin für Kinderschutz des Kinder- und
Jugendgesundheitsdienstes 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
Dipl. med. Barbara Egel, Leiterin des Kinder- und Jugendpsychiatrischen
Dienstes (KJPD) Marzahn-Hellersdorf
- Ansprechpartnerin: Marion Augustin
E-Mail: marion.augustin@ba-mh.verwalt-berlin.de

Berlin, August 2012



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

Inhaltsverzeichnis

Seite

Vorwort	
1. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	1
1.1 Familiäre Bedingungen und soziale Umfeldfaktoren	1
1.2 Gesundheitsvorsorge, Gesundheitszustand und gesundheitliche Problemlagen	2
1.3 Entwicklungstendenzen	4
1.4 Fazit und Ausblick	4
2. Einführung	6
3. Eckdaten der untersuchten Population	7
3.1 Anzahl und Geschlecht	7
3.2 Herkunft	7
4. Soziale Lage, soziales Umfeld und soziale Integration	8
4.1 Sozialer Status	8
4.2 Bildungsstand der Eltern	11
4.3 Erwerbstätigkeit der Eltern	12
4.4 Familienstruktur	13
4.5 Kita-Besuch	14
4.6 Deutschkenntnisse	16
5. Gesundheits- und Risikoverhalten	17
5.1 Gesundheitliche Vorsorge	17
5.1.1 Früherkennungsuntersuchungen	17
Exkurs: Das verbindliche Einladungswesen	17
Exkurs: Kinderschutz	21
5.1.2 Impfstatus	22
5.1.3 Zahngesundheit	25
5.2 Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten	30
5.2.1 Medienkonsum	30
5.2.2 Rauchverhalten der Eltern	35
6. Gesundheitszustand und Entwicklungsauffälligkeiten	38
6.1. Körpergewicht	38
6.2 Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen	42
6.2.1 Auffälligkeiten in der motorischen und kognitiven Entwicklung	42
6.2.2 Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung	48
Exkurs: Zusammenhang von Sprache, Wahrnehmung und Bewegung	56
6.2.3 Emotionale/soziale Entwicklung	58
7. Förderempfehlungen	62

7.1	Schulischer Förderbedarf	64
7.2	Empfehlungen zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs	66
8.	Kleinräumige Auswertung – Die Stadtteile im Vergleich	70
8.1	Sozialstruktur	71
8.1.1	Herkunft	71
8.1.2	Familienstruktur	72
8.1.3	Soziale Lage	73
8.2	Ausgewählte gesundheitliche Aspekte	74
8.2.1	Über- und Untergewicht	74
8.2.2	Früherkennungsuntersuchungen	76
8.2.3	Impfstatus	76
8.2.4	Zahngesundheit	77
9.	Literaturverzeichnis	78

Vorwort



Jährlich finden die gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen aller Schulanfängerinnen und -anfänger statt. Die Einschulungsuntersuchungen werden berlinweit nach einheitlichem Standard von den Kinderärztinnen und -ärzten des öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes vorgenommen. Dabei wird der Gesundheits- und Entwicklungsstand des Kindes geprüft und festgestellt, ob gesundheitliche oder entwicklungsbezogene Einschränkungen bestehen, die für den Schulbesuch von Bedeutung sind, so dass das Kind in der Schule gegebenenfalls besonders gefördert werden muss.

Neben der gesundheitlichen Untersuchung wird auch die soziale Situation der Schulanfänger/-innen erfasst, da das familiäre Umfeld einen erheblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Kinder hat. Dieser wird ganz wesentlich durch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen beeinflusst, wie gesunde Ernährung, ausreichende Bewegung oder Zahnpflege. Der Grundstein dafür wird im Kindesalter durch die Erziehung und Vorbildwirkung der Eltern gelegt. Es werden auch Aussagen zum Medienkonsum und zum Rauchverhalten in der Familie getroffen. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem Kinder aus sozial schwachen und bildungsfernen Elternhäusern häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Entwicklungsverzögerungen haben.

Im Vergleich zu den Vorjahren haben sich die positiven Tendenzen beim Vorsorge- und Impfstatus der Kinder verstetigt. Es zeichnet sich aber ein hoher und gestiegener Präventions- und Förderbedarf in den Bereichen der Sprachfähigkeit sowie der motorischen und kognitiven Entwicklung ab.

In den Bericht wurden stellenweise Praxiserfahrungen, Best-Practice-Beispiele und bestehende präventive Maßnahmen aufgenommen. Am Ende der einzelnen Kapitel sind die zentralen Ergebnisse zusammengefasst, teilweise werden Empfehlungen für Politik, Verwaltung und Praxis gegeben. In diesem Zusammenhang bedanke ich mich für die fachliche Unterstützung der unterschiedlichsten Bereiche bei der Erstellung dieses Berichtes.

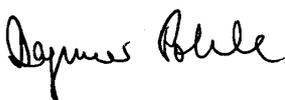
Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen sind ebenso wie die Gesundheitsberichte Impulsgeber für die Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern in unserem Bezirk. Kindergesundheit stand daher mehrfach im Mittelpunkt bezirklicher Gesundheitskonferenzen. Auch die diesjährige Gesundheitskonferenz wird sich am 19. Oktober 2012 dem gesunden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen im Bezirk widmen.

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

Der Bericht ist im Internet abrufbar unter:

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

Anregungen und Hinweise werden gern entgegengenommen.

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

Dagmar Pohle
Bezirksstadträtin für Gesundheit,
Soziales und Planungscoordination

1. Zusammenfassung

Für den Schulbeginn 2011/12 wurden 2.012 Kinder untersucht. Das waren 34 Kinder mehr als im Vorjahr. **Seit 2006 steigt die Zahl der Schulanfänger/innen kontinuierlich an.**

51,5% der untersuchten Kinder waren Jungen, 49,5% Mädchen.

335 Kinder bzw. 17% der untersuchten Kinder hatten einen Migrationshintergrund. Das sind 32 Kinder mehr als im Vorjahr. Mit 17 Kindern bzw. 5% der Migrantenkinder war eine Verständigung in deutscher Sprache kaum oder gar nicht möglich.

1.1 Familiäre Bedingungen und soziale Umfeldfaktoren

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

Die Auswertung der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung 2011 zeigt, dass die Einschüler/innen aus Marzahn-Hellersdorf im Vergleich zu den Kindern der anderen Berliner Bezirke z.T. unter deutlich ungünstigeren Bedingungen aufwachsen. Es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die ein gewisses Risikopotential für ein gesundes und entwicklungsgerechtes Aufwachsen von Kindern bergen.

Dazu gehören u.a. folgende Faktoren, die bei der Einschulungsuntersuchung (ESU) erfasst werden:

- geringer Bildungsstand
- niedriger Sozialstatus
- alleinerziehende Elternteile
- Rauchen
- übermäßiger und unkontrollierter Fernsehkonsum

Marzahn-Hellersdorf weicht dabei negativ vom Berliner Durchschnitt ab und belegt im Vergleich mit den anderen Berliner Bezirken häufig unrühmliche Spitzenplätze.

Mehr als die Hälfte aller Elternteile in Marzahn-Hellersdorf besitzt den Abschluss der 10. Klasse, das ist mehr als in jedem anderen Bezirk. Der Berliner Durchschnitt liegt bei 33%. Demgegenüber ist der Anteil von Eltern mit Fachhochschul- bzw. Hochschulreife mit 25% nur halb so hoch wie im Berliner Durchschnitt. 23,4% der Mütter haben keinen oder einen Hauptschulabschluss (Ø Berlin: 20,1%).

Der **soziale Status** der Familie bei der ESU ergibt sich aus Schul- und Berufsabschluss der Eltern sowie deren Erwerbsstatus. Fast zwei Drittel der Kinder zählen in Marzahn-Hellersdorf zur mittleren Sozialstatusgruppe aufgrund des hohen Anteils an Eltern mit mittlerem Schulabschluss im Bezirk. Demgegenüber gehören nur 14% zur oberen Statusgruppe, was an dem geringen Anteil an Eltern mit höheren und hohen Bildungsabschlüssen liegt. Hinsichtlich des Anteils der Kinder mit einem niedrigen Sozialstatus liegt der Bezirk mit Rang 7 von 12 im Mittelfeld. Der Sozialstatusindex der ESU ist nicht vergleichbar mit sozialer Schichtzugehörigkeit, auch lässt sich daraus nicht die Einkommenssituation der Familie ableiten. **Einkommensarmut** ist ein weiterer Risikofaktor, der guten Entwicklungsbedingungen eines Kindes entgegensteht. Einkommensarmut lässt sich hilfsweise aus dem Bezug von Transferleistungen ableiten. Hier belegt Marzahn-Hellersdorf bei Kindern unter 6 Jahren Rang 3 im Berliner Vergleich. Der Anteil der Kinder unter 6 Jahren in Marzahn-Hellersdorf, die von Sozialgeld leben, liegt bei 46% und damit deutlich über dem Berliner Durchschnitt von 35% (Abgestimmter Datenpool 2011).

38,5% der Einschüler/innen leben mit nur einem Elternteil zusammen. Damit hat Marzahn-Hellersdorf den **höchsten Anteil Alleinerziehender** von allen Bezirken (Ø Berlin: 25,5%). Insbesondere bei geringem Bildungsstand dieser Elternteile ist Alleinerziehung häufig verbunden mit dem Risiko von materieller Armut und Überforderung.

98,1% der Kinder haben eine **Kita** oder andere Kindereinrichtung besucht. Im Berliner Durchschnitt waren es mit 98,3% geringfügig mehr.

In mehr als der Hälfte der Familien (51,6%) raucht mindestens ein Elternteil. Das ist der **höchste Anteil rauchender Elternteile** aller Berliner Bezirke. Der Berliner Durchschnitt liegt bei 38,2%. In Familien mit geringem Sozialstatus ist dieser Anteil mit 71,5% fast fünfmal höher als in Familien mit hohem sozialem Status (14,1%).

Den Angaben zufolge sehen nur 5% der Kinder im Bezirk nicht täglich fern, im Berliner Durchschnitt sind es doppelt so viel. Weitere 56% der Kinder sehen maximal eine Stunde täglich fern. Fast 2/3 der Kinder sitzt bis zu 2 Stunden täglich vor dem Fernseher (Berlin 23%) und 7% sogar mehr als 2 Stunden. Übermäßiger Fernsehkonsum wird u.a. dadurch begünstigt, dass das Kind einen eigenen Fernseher besitzt. In Marzahn-Hellersdorf hat fast jedes vierte Kind, bevor es in die Schule kommt, ein **eigenes Fernsehgerät**. Das ist doppelt so viel wie im Berliner Durchschnitt und **mehr als in jedem anderen Bezirk**.

1.2 Gesundheitsvorsorge, Gesundheitszustand und gesundheitliche Problemlagen der Einschüler/innen

1.2.1 Gesundheitsvorsorge

Vorsorgeuntersuchungen: 77% der Kinder hatten die Vorsorgeuntersuchungen U1-U8 vollständig wahrgenommen. Im Berliner Durchschnitt waren es mit 79% etwas mehr.

Mit zunehmendem Alter des Kindes sinkt der Grad der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung. Zum Ende des 1. Lebensjahres, der U6, liegt der Inanspruchnahmegrad noch bei über 95%, während die U8 am Ende des 3. Lebensjahres nur noch von 87% der Eltern wahrgenommen wird.

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

Impfstatus: Die Kinder aus Marzahn-Hellersdorf verfügen über den besten Impfstatus aller Bezirke. Bei 10 von 12 Impfungen weist der Bezirk die höchste Durchimpfungsrate aller Bezirke auf. Entgegen den gesamtberliner Ergebnissen sind die Kinder aus sozial schwachen Familien schlechter immunisiert als Kinder der mittleren und oberen Sozialstatusgruppe.

1.2.2 Gesundheitszustand

Die **Zahngesundheit** ist in starkem Maße durch Zahnpflege, Prophylaxe und Ernährung beeinflussbar und damit von der Erziehung, dem Bildungsniveau und dem Gesundheitsverhalten im Elternhaus abhängig.

Nur bei knapp 80% der Kinder waren die Zähne naturgesund bzw. zahnärztlich versorgt. Jedes fünfte Kind hat nicht behandelte, versorgungsbedürftige Zähne. Im Berliner Durchschnitt waren die Zähne der Kinder zu 86% versorgt bzw. naturgesund. Marzahn-Hellersdorf liegt damit auf dem vorletzten Rang, nur die Zähne der Neuköllner Kinder sind schlechter versorgt.

Der Gebisszustand der Kinder in Marzahn-Hellersdorf hat sich in den vergangenen zwei Jahren verschlechtert, sowohl hinsichtlich der natürlichen Zahngesundheit als auch der zahnärztlichen Behandlungsbedürftigkeit.

Über- und Untergewicht:

Fast 80% der einzuschulenden Kinder im Bezirk war normalgewichtig, was knapp unter dem Berliner Durchschnitt von 81% liegt. 11,6% der Kinder waren untergewichtig und 8,6% der Kinder waren übergewichtig. Damit gibt es im Bezirk mehr unter- als übergewichtige Kinder. Mehr untergewichtige Kinder als in Marzahn-Hellersdorf gibt es nur in Pankow. Der Berliner Durchschnitt liegt bei 9,3%.

Bei den übergewichtigen Kindern belegt Marzahn-Hellersdorf einen mittleren sechsten Rang. Der Berliner Durchschnitt liegt mit 9,5% nur 1,1% Punkte höher als in Marzahn-Hellersdorf.

1.2.3 Gesundheitliche Problemlagen: Entwicklungsverzögerungen und Defizite

Die eingangs beschriebene Häufung sozialer und häuslicher Belastungsfaktoren, unter denen viele Kinder in Marzahn-Hellersdorf aufwachsen, bedingen wesentlich die Testergebnisse der ESU hinsichtlich der sprachlichen, kognitiven und motorischen Fähigkeiten der Kinder.

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

Sprachliche Entwicklung:

Bei der ESU werden vier standardisierte Tests durchgeführt, um die Sprach- und Sprechfähigkeiten der Kinder einzuschätzen. Dabei geht es nicht um Deutschkenntnisse (Kinder mit weniger als guten Deutschkenntnissen werden von diesen Tests ausgeschlossen), sondern um Sprachfehler, Schwierigkeiten in der Artikulation und Aussprache, beim Nachsprechen von Wörtern oder/und Sätzen sowie Probleme beim Satzbau.

In drei der vier Tests schnitten die Kinder aus Marzahn-Hellersdorf schlechter ab als die Kinder aller anderen Bezirke. In einem Test gab es nur einen Bezirk mit schlechteren Ergebnissen. In drei der vier Tests wurden den Kindern aus Marzahn-Hellersdorf doppelt so häufig auffällige Befunde attestiert als das im Berliner Durchschnitt der Fall war.

Je nach Test wiesen 18% - 35% der Kinder auffällige Befunde bei den Sprachtests auf:

- Pseudowörter: 19% auffällig, (Ø Berlin 8%), Rang 1, zzgl. 17% grenzwertige Befunde
- Wörter ergänzen: 18% auffällig, (Ø Berlin 9%), Rang 1, zzgl. 16% grenzwertige Befunde
- Sätze nachsprechen: 22% auffällig, (Ø Berlin 12%), Rang 2, zzgl. 15% grenzwertige Befunde
- Kinder mit Artikulationsstörungen: 35%, Rang 1, (Ø Berlin 29%)

Da viele Kinder nur in einem bis zwei der vier Sprachtests auffällige Befunde aufwiesen und in anderen unauffällig waren, ist der Anteil der Kinder mit auffälligen Werten für den gesamten Testbereich der Sprache und des Sprechens höher als in jedem einzelnen Test für sich.

Insgesamt hatten 1.175 Kinder bzw. 42% auffällige Befunde in einem oder mehreren der Tests im sprachlichen Bereich. Vor allem Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder der unteren Sozialstatusgruppe weisen Defizite im sprachlichen Bereich auf.

Diese schlechten Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen des **Sprachstandstests**, der in den Kitas durchgeführt wird. Bei der Sprachstandsfeststellung 2012 hatten 21% der Kinder Sprachförderbedarf (Rang 3, Ø Berlin 17%). Dieser Rang ist aber nur auf die geringe Anzahl Kinder nichtdeutscher Herkunftssprache im Bezirk zurückzuführen, da die Deutschkenntnisse in die Ergebnisse einfließen. Bei differenzierter Betrachtung schneidet Marzahn-Hellersdorf am schlechtesten von allen Bezirken ab: unter den Kindern deutscher Herkunft haben 16,3% Sprachförderbedarf, was den höchsten Wert aller Bezirke darstellt (Ø Berlin 8,6%), bei den Kindern mit Migrationshintergrund sind es 45,3%, was ebenfalls den höchsten Wert darstellt (Ø Berlin 34,4%).

Motorische und kognitive Fähigkeiten:

Bei der ESU werden drei Tests durchgeführt, um die motorischen und kognitiven Fähigkeiten bzw. den Entwicklungsstand zu testen. In zwei dieser drei Tests hatten die Marzahn-Hellersdorfer Kinder die schlechtesten Ergebnisse aller Bezirke.

- Körperkoordination: 18% Kinder wiesen auffällige Befunde auf (Rang 1, Ø Berlin 11%, hinzu kommen 13% mit grenzwertigen Befunden).
- Visuomotorik: 24% auffällig (Rang 1, Ø Berlin 15%, zzgl. 12% grenzwertig).

Höhere Werte gibt es in keinem anderen Berliner Bezirk.

Im dritten Test, dem zur Einschätzung der visuellen Wahrnehmung, hatten 18% der Kinder auffällige Befunde und 12% grenzwertige, was Rang 3 aller Bezirke bedeutet (Ø Berlin 13%).

Die Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern hatten bei den Tests durchschnittlich dreimal häufiger auffällige Befunde als Kinder der oberen Sozialstatusgruppe.

Förderempfehlungen:

Aufgrund der medizinischen Befunde und unter Berücksichtigung des sozialen Umfeldes des Kindes werden Förderempfehlungen ausgesprochen. Für fast die Hälfte (49,8%) der untersuchten Kinder wurde eine schulische Förderempfehlung ausgesprochen. Jungen sind signifikant häufiger betroffen als Mädchen, Kinder mit Migrationshintergrund mehr als herkunftsdeutsche Kinder.

Ganz entscheidend hängt der Förderbedarf vom Bildungshintergrund der Eltern und ihrem sozialen Status ab. Fast $\frac{3}{4}$ der Kinder der unteren Sozialstatusgruppe erhielten eine Förderempfehlung, in der oberen Sozialstatusgruppe waren es nicht einmal $\frac{1}{4}$.

Der größte Bedarf an Förderung besteht im Bereich der sprachlichen Entwicklung. Jedes dritte Kind weist hier Entwicklungsstörungen auf.

Der Anteil der Kinder mit Förderempfehlung steigt seit Jahren, erfuhr aber gegenüber dem Vorjahr eine erhebliche Steigerung um über 10% Punkte, was aufgrund der verschlechterten Testergebnisse folgerichtig ist.

1.3 Entwicklungstendenzen

Auffällig ist eine negative Entwicklung der Testergebnisse vor allem in den letzten beiden Jahren. Kein anderer Berliner Bezirk hat eine solch negative Entwicklungstendenz zu verzeichnen.

Das Entwicklungsniveau der Kinder im Bereich der sprachlichen Entwicklung und der motorischen und kognitiven Fähigkeiten liegt deutlich unter Berliner Durchschnitt.

Die Verschlechterung des Entwicklungsstandes der Kinder zeigt sich auch in der Zunahme der Rückstellungen von Kindern aufgrund von Entwicklungsverzögerungen. Wurden im Jahr 2010 noch 200 von 2.183 Kindern zurückgestellt (9,2%), waren es 2011 schon 266 von 2.277 Kindern (11,7%).

1.4 Fazit und Ausblick

In erster Linie ist die soziale Lage, vor allem der Bildungshintergrund der Eltern, entscheidend für die gesundheitlichen Entwicklungsbedingungen des Kindes, insbesondere die altersentsprechende Förderung im familiären Umfeld und damit für den Entwicklungsstand des Kindes. Des Weiteren spielen die Familienverhältnisse, d.h. das Familienklima, der familiäre Zusammenhalt sowie das Erziehungsverhalten der Eltern, eine wichtige Rolle.

„Insbesondere Familien in sozial benachteiligten und prekären Lebenslagen – verbunden mit einem niedrigen Bildungsniveau oder ungünstigen sozio-ökonomischen Bedingungen – gelingt es oftmals nicht, die Bedürfnisse ihrer Kinder in ausreichender Weise zu erfüllen, ihnen genügend Zeit und Aufmerksamkeit zu widmen und ihnen anregungsreiche Bedingungen des Aufwachsens zu bieten.“ (Robert-Koch-Institut 2008, S. 76)

Die **häuslichen und sozialen Umfeldbedingungen** sind für viele Kinder im Bezirk **nicht optimal**. Die Zahl der Familien mit multiplen Problemlagen nimmt zu, ebenso die Anzahl Alleinerziehender und sehr junger Eltern mit unzureichendem Bildungshintergrund. Sie sind häufig mit der Bildung und Erziehung ihrer Kinder überfordert. Unzureichende Zahnpflege, falsche Ernährung, Rauchen in der Wohnung, übermäßiger und unkontrollierter Fernsehkonsum und damit verbunden unzureichende Aktivierung und Anregung prägen die häusliche Situation vieler Kinder.

Der **Entwicklungszustand** der Kinder in Marzahn-Hellersdorf hinsichtlich ihrer sprachlichen, motorischen und kognitiven Fähigkeiten ist durchschnittlich **schlechter** als der der Kinder der anderen Bezirke. Insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten und bildungsfernen Elternhäusern sind davon betroffen. Da diese Familien gehäuft in den nördlichen Gebieten der Großsiedlung leben, gibt es hier eine räumliche Konzentration von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen bzw. besonderen Hilfe- und Unterstützungsbedarfen. Das betrifft vor allem Hellersdorf-Nord und Marzahn-Nord.

97% der Kinder haben eine Kita besucht, dennoch kommen **vor allem Kinder aus sozial schwachen und bildungsfernen Familien mit Entwicklungsrückständen und –defiziten** in die Schule. Wenn das Elternhaus die notwendigen Anregungen nicht geben kann, die das Kind für eine altersgerechte

Entwicklung braucht, sind Kita und Schule gefragt. Dennoch setzt diese Förderung oftmals zu spät ein. Denn die „zentralen Entwicklungsaufgaben liegen im Alter von bis zu zwei Jahren im Aufbau des Urvertrauens durch emotionale und sichere Bindungen, in der Entwicklung der sensomotorischen Intelligenz und der grundlegenden motorischen Funktionen. Im Alter von zwei bis vier Jahren stehen die Sprachentwicklung und die Verfeinerung motorischer Funktionen im Vordergrund.“ (ebd., S. 76)

In den meisten Kitas im Bezirk wurde und wird das Personal umfassend qualifiziert, um dem wachsenden Förderbedarf der Kinder gerecht zu werden. Trotz unterschiedlichster Maßnahmen zur Förderung der Kinder, die in der Kita durchgeführt werden, führen diese auf Dauer nicht zum gewünschten Erfolg, wenn die Grundlagen im frühen Kindesalter nicht gelegt wurden und die begleitende Unterstützung durch das Elternhaus fehlt. „Die primäre und damit einflussreichste Sozialisationsinstanz im Leben eines Kleinkindes bildet die Familie“ (ebd., S. 76).

Die Ursachen der stark negativen Entwicklungstendenz sind näher zu untersuchen. Aus den Kitas und den Jugendeinrichtungen der Großsiedlung wird berichtet, dass in den letzten beiden Jahren verstärkt Zuzüge von sozial schwachen Familien mit Kindern zu verzeichnen sind. Dabei handelt es sich gehäuft um Kinder mit Entwicklungsverzögerungen oder –defiziten. So diagnostizierte der KJGD 2011 bei den Schulaufnahmeuntersuchungen von zugezogenen Schüler/innen bei 31,3% der untersuchten Kinder nicht behandelte Befunde, die einer weiteren Behandlung bedürfen. Bei den Kita-Früherkennungsuntersuchungen betraf es 24,4% der Kinder und bei der Kitaaufnahmeuntersuchung 19,9%.

Der Verdrängungsprozess sozial schwacher Familien aus der Innenstadt nach Marzahn-Hellersdorf aufgrund steigender Mieten (vgl. Demographiebericht) ist in vollem Gange und wird diese negative Entwicklungsspirale weiter befördern. Das wird erhebliche Auswirkungen auf Schule und Kita haben, qualitative und quantitative. Aber auch der öffentliche Gesundheitsdienst und das Jugend- und Sozialamt werden sich auf steigende Fallzahlen einstellen müssen.

2. Einführung

Vor Aufnahme in die Schule muss jedes Kind gemäß § 55a Abs. 5 Berliner Schulgesetz 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 Marzahn-Hellersdorf für das Schuljahr 2011/12 vor. Insgesamt wurden vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Marzahn-Hellersdorf 2.269 Kinder untersucht. Darin enthalten sind 200 Rücksteller aus dem Vorjahr. Dementsprechend wurden 89,2% der untersuchten Kinder 2005 geboren, die übrigen 10,6% mit dem Geburtsjahr 2004 sind Rücksteller aus dem letzten Jahr. In der vorliegenden Auswertung nicht enthalten sind 266 Kinder, die bei der diesjährigen Untersuchung aufgrund von Entwicklungsverzögerungen zurückgestellt wurden. Diese werden im nächsten Jahr erneut untersucht und dann eingeschult. Eine Rückstellung um ein weiteres Jahr ist nicht möglich.

In den Schuljahren 2005 bis 2009 waren aufgrund der Regelungen im Berliner Schulgesetz von 2004 keine Rückstellungen möglich. Da sich diese Praxis nicht bewährt hat, wurde das Schulgesetz 2010 dahingehend geändert, dass Kinder wieder für ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt werden können, wenn Entwicklungsrückstände des Kindes dies erforderlich machen.

Die Untersuchungen wurden von November 2010 bis September 2011 durchgeführt und erfolgten berlinweit einheitlich anhand eines standardisierten Fragebogens.

Zur besseren Einordnung der Daten werden Vergleiche zu den anderen Berliner Bezirken und zum Berliner Durchschnitt angestellt. Die Daten zum Berlinvergleich beziehen sich auf die Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2011 der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales von Dr. Susanne Bettge und Dr. Sylke Oberwöhrmann, wenn nicht anders angegeben. Zudem erfolgt eine Darstellung im zeitlichen Verlauf, um Entwicklungstendenzen aufzuzeigen. Da sich der Fragebogen zur Einschulungsuntersuchung im Laufe der Jahre verändert hat, sind nicht alle Indikatoren im Zeitverlauf verfügbar oder vergleichbar.

Nach jedem Abschnitt erfolgt eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse. Darüberhinaus werden Empfehlungen für Politik, Verwaltung und/oder Praxis gegeben.

In einigen Kapiteln wird anhand von Praxisbeispielen geschildert, wie sich die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung in der täglichen Arbeit mit den Kindern bzw. deren Eltern widerspiegeln, aber auch, welche Anstrengungen für eine bessere Förderung der Kinder bereits unternommen werden.

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 bzw. wurden. 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 8 Kinder.

Es treten immer wieder Abweichungen von der Gesamtzahl der 2.012 untersuchten Kinder auf. Diese resultieren aus fehlenden Angaben im Fragebogen. Sie sind in ihrer Größenordnung nicht relevant. Anders ist es bei Fragen, die auf freiwilliger Basis beantwortet werden konnten. In diesen Fällen wird gesondert darauf hingewiesen.

3. Eckdaten der untersuchten Population

3.1 Anzahl und Geschlecht der Einschüler/innen

Zum Schulbeginn 2011/12 wurden in Marzahn-Hellersdorf 2.012 Kinder eingeschult. Das waren 34 Kinder mehr als im Vorjahr.

Tab. 1: Anzahl und Geschlecht der eingeschulten Kinder seit 2005

Schuljahr	Geschlecht		Gesamt	Anteil weiblich	Veränderung ggü. Vorjahr absolut
	Jungen	Mädchen			
2005	1.167	1.105	2.272	48,6%	
2006	926	874	1.800	48,6%	-472
2007	902	905	1.807	50,1%	7
2008	1.007	866	1.873	46,2%	66
2009	970	900	1.870	48,1%	-3
2010	1.011	967	1.978	48,9%	108
2011	1.017	995	2.012	49,5%	34

3.2 Herkunft

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

Methodik

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

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

- Beide Eltern sind im Ausland geboren.
- Beide Eltern besaßen bei der Geburt nicht die deutsche Staatsangehörigkeit (unabhängig davon, ob sie mittlerweile eingebürgert sind).
- Mindestens ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren oder besaß bei Geburt 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.

Ergebnisse:

335 Kinder bzw. 17% der untersuchten Kinder hatten einen Migrationshintergrund.

Jedes siebte Kind, das 2011 in Marzahn-Hellersdorf in die Schule kam, hatte somit einen Migrationshintergrund. Bei einer durchschnittlichen Klassenstärke von 25 Kindern lernen fast vier Kinder nichtdeutscher Herkunftssprache in jeder Klasse. Allerdings sagen diese Durchschnittswerte

nichts über die tatsächliche Zusammensetzung aus, da die Verteilung der Kinder mit Migrationshintergrund in den Stadtteilen sehr unterschiedlich ist. Mehr dazu im Kapitel 8.

Berlin-Vergleich:

Im Vergleich zu anderen Bezirken ist der Anteil von 17% von Einschüler/innen mit Migrationshintergrund in Marzahn-Hellersdorf der drittniedrigste nach Treptow-Köpenick und Pankow. Der Berliner Durchschnitt liegt bei 37%.

Entwicklungstendenz:

Tab. 2: Herkunft der Einschüler/innen seit 2005

Schuljahr	Herkunft						Gesamt
	Deutschland		ehemaliger Ostblock		sonstige		
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
2005	1.998	88,0%	206	9,1%	66	2,9%	2.270
2006	1.569	87,2%	186	10,3%	45	2,5%	1.800
2007	1.565	86,8%	171	9,5%	67	3,7%	1.803
2008	1.623	86,8%	167	8,9%	80	4,3%	1.870
2009	1.602	85,7%	176	9,4%	92	4,9%	1.870
2010	1.677	84,7%	183	9,2%	120	6,1%	1.980
2011	1.677	83,3%	226	11,2%	109	5,4%	2.012

Bei fast $\frac{3}{4}$ der Kinder osteuropäischer Herkunft in Marzahn-Hellersdorf stammen die Eltern aus der russischen Föderation (105 Kinder bzw. 5,2% aller Kinder) und Kasachstan (59 Kinder bzw. 2,9%). 70% der Kinder aus „sonstigen Staaten“ sind vietnamesischer Herkunft (77 Kinder bzw. 3,8% aller Kinder).

4. soziale Lage, soziales Umfeld und soziale Integration

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 dieser und anderer Einschulungsuntersuchungen belegen, dass Kinder aus bildungsfernen und sozial benachteiligten Familien häufiger Entwicklungsdefizite und einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Kinder aus bildungsnahen und sozial höher gestellten Familien. Insofern kommt der sozialen Lage eine besondere Bedeutung für die gesunde und altersgerechte Entwicklung zu.

4.1 Sozialer Status

Der Sozialstatusindex der ESU ist nicht vergleichbar mit der sozialen Schichtzugehörigkeit, auch lässt sich daraus nicht die Einkommenssituation der Familie ableiten. Finanzielle Problemlagen sind ein Risikofaktor, der guten Entwicklungsbedingungen eines Kindes entgegensteht. Einkommensarmut lässt sich hilfsweise aber aus dem Bezug von Transferleistungen ableiten. Der Anteil der Kinder unter 6 Jahren in Marzahn-Hellersdorf, die in Familien mit Hartz IV-Bezug leben, liegt bei 45,6%, was Rang 3 im Berliner Vergleich bedeutet. Der Berliner Durchschnitt liegt mit 34,5% erheblich darunter (vgl. Arbeitsmarktdaten 2011).

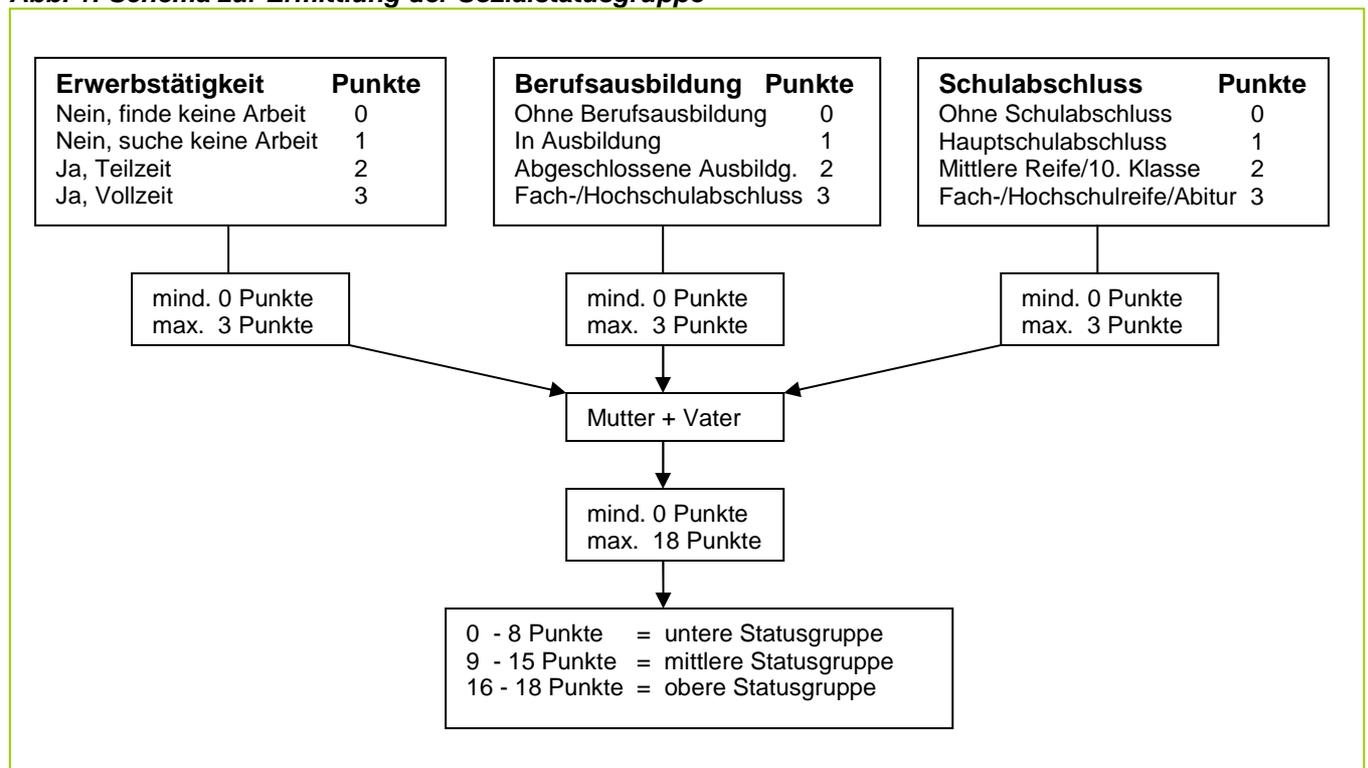
Methodik:

Zur Beschreibung der sozialen Lage der Familien der Einschüler/innen wurden bis 2008 Erwerbstätigkeit und Schulbildung der Eltern zur Bildung eines sog. Schichtindex herangezogen. Angaben zur Einkommenssituation werden bei der ESU nicht erhoben.

Seit 2009 wird durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales eine neue Berechnungsmethode für den Index verwendet. Dieser neue Index heißt **Sozialstatusindex** und bezieht neben Schulabschluss und Erwerbsstatus nunmehr Angaben zur Berufsausbildung der Eltern mit ein. Alle Merkmale werden gleich gewichtet, wobei für jedes der drei Merkmale pro Elternteil 0 bis 3 Punkte vergeben werden. Wie auch bisher werden bei fehlenden Angaben eines Elternteils die Punktzahlen des anderen Elternteils in dem jeweiligen Merkmal verdoppelt, sofern wenigstens für einen Elternteil vollständige Angaben zu allen drei Merkmalen vorliegen.¹

Dieser neue Statusindex kann rückwirkend bis 2007 verglichen werden.

Abb. 1: Schema zur Ermittlung der Sozialstatusgruppe

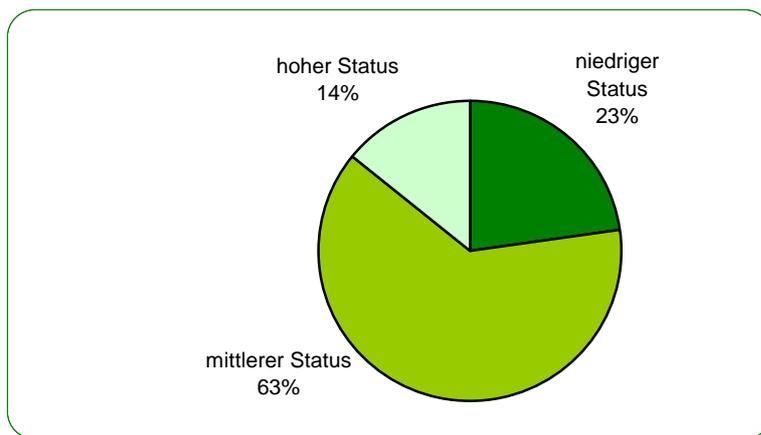


Der Sozialstatus in der ESU ist somit wesentlich geprägt vom Bildungsgrad der Eltern. Der Bildungsstand hat einen erheblichen Einfluss auf die gesunde Entwicklung eines Kindes. Er beeinflusst die Erziehungs- und Medienkompetenz sowie das Gesundheitsverhalten der Eltern, die sich auf das Kind auswirken.

Ergebnisse:

Fast zwei Drittel der Kinder zählen in Marzahn-Hellersdorf zur mittleren Statusgruppe. Dies erklärt sich vor allem aus dem hohen Anteil an Eltern mit mittlerem Schulabschluss im Bezirk. Demgegenüber gehören nur 14% zur oberen Statusgruppe, was an dem geringen Anteil an Eltern mit höheren und hohen Bildungsabschlüssen liegt.

¹ ausführliche Beschreibung der Methodik s. Sozialstruktur und Kindergesundheit, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Bettge S., Oberwöhrmann S. u. a. 2010

Abb. 2: Anteil der Kinder nach Sozialstatus der Familien**Berlin-Vergleich:**

Marzahn-Hellersdorf hat den höchsten Anteil an Familien in der mittleren Statusgruppe.

Demgegenüber ist der Anteil der Familien in der oberen Statusgruppe der Zweitniedrigste. Nur in Neukölln gehören weniger Familien zur oberen Statusgruppe.

Zur unteren Statusgruppe gehört fast jede vierte Familie in Berlin. Hier liegt der Bezirk im Berliner Mittelfeld.

Korrelationen:

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

So gehören nur 5% aller Alleinerziehenden zur oberen Statusgruppe, aber 37,7% zur unteren Statusgruppe. Dies erklärt sich u.a auch aus dem geringeren Bildungsgrad und dem hohen Anteil an Müttern ohne Arbeit. Sie sind tendenziell auch schlechter gestellt als Migrantenfamilien.

Tab. 3: Verteilung der Statusgruppen nach Herkunft, Familienkonstellation und Kinderzahl

	niedriger Status	mittlerer Status	hoher Status
Berlin	20,6	49,8	29,6
Marzahn-Hellersdorf	22,7	63,2	14,1
HERKUNFT			
deutsche Herkunft	21,3	64,0	14,8
nichtdeutsche Herkunft	31,4	58,8	9,8
FAMILIENTYP			
Elternpaar	13,7	66,6	19,8
Alleinerziehend	37,7	57,4	4,9
KINDERZAHL			
ein Kind	26,1	41,1	33,6
zwei Kinder	38,2	44,4	52,6
drei Kinder	21,4	10,4	10,9
vier Kinder	7,8	2,5	2,4
fünf oder mehr Kinder	6,5	1,6	0,4

Die Hälfte der Familien mit vier Kindern und 58% aller Familien mit 5 und mehr Kindern gehören zur unteren Statusgruppe. Mit steigender Kinderzahl sinkt der soziale Status und steigt das Armutsrisiko.

Obwohl vietnamesische Kinder die zweitgrößte Migrantengruppe bilden, findet sich unter ihnen kein Kind mit hohem sozialem Status. 55,5% der vietnamesischen Kinder gehören zur unteren Statusgruppe. Die vietnamesischen Familien sind mit 66% überproportional häufig alleinerziehend. Auch unter den russischen und kasachischen Kindern gehören nur 7,5 bzw. 8,5 zur oberen Statusgruppe und jedes vierte zur unteren.

Entwicklungstendenzen:

Der Anteil der Familien in der unteren Statusgruppe hat sich seit 2007 verringert, insbesondere zugunsten der Familien in der oberen Statusgruppe. Das ist vor allem auf die Zunahme höherer Bildungs- und Berufsabschlüsse zurückzuführen.

Tab. 4: Entwicklung des Anteils der Familien nach Sozialstatusgruppen seit 2007:

Jahr	Untere Statusgruppe	Mittlere Statusgruppe	Obere Statusgruppe
2007	25,9	62,2	11,9
2008	22,6	62,7	14,7
2009	25,8	62,2	11,9
2010	24,7	63,2	12,0
2011	22,7	63,2	14,1

4.2 Bildungsstand der Eltern

Methodik:

Erfragt wird der höchste Schulabschluss und der höchste Berufsabschluss der Eltern. Die Beantwortung dieser Frage erfolgt auf freiwilliger Basis. Angaben zur Schulbildung der Mütter wurden in 95% der Fälle gemacht, aber nur für 75% der Väter.

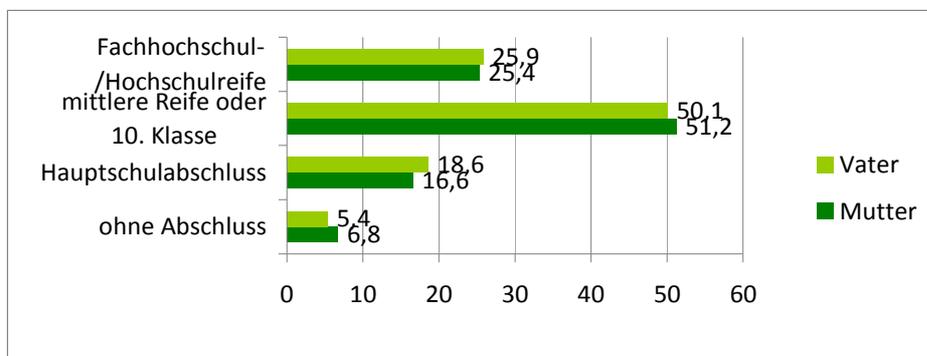
Ergebnisse und Berlin-Vergleich:

Mehr als die Hälfte aller Elternteile in Marzahn-Hellersdorf besitzen den Abschluss der 10. Klasse, das sind mehr als in jedem anderen Bezirk. Der Berliner Durchschnitt liegt bei 34,3% bei den Müttern und 31,1% bei den Vätern.

Demgegenüber ist der Anteil von 25% von Eltern mit Fachhochschul- bzw. Hochschulreife sehr gering zum Berliner Durchschnitt. In Berlin beträgt er bei den Müttern 45,6% und bei den Vätern 49,2%.

Damit ist der Anteil der Mütter mit einem höheren Schulabschluss in Marzahn-Hellersdorf der zweitniedrigste aller Bezirke. Geringer ist er nur bei den Neuköllner Müttern (24%). Bei den Vätern ist es der drittletzte Rang.²

Abb. 3: höchster Schulabschluss der Eltern (%)

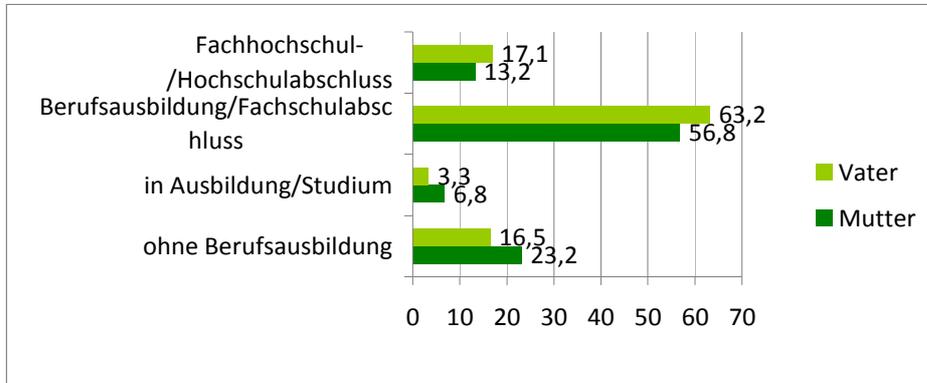


Ähnlich sieht es bei den Berufsabschlüssen aus. Der Anteil der Eltern mit Berufs- oder Fachschulabschluss ist mit 63,2% bei den Vätern und 56,8% bei den Müttern am höchsten bzw.

² Daten wurden als Sonderauswertung zur Verfügung gestellt von der Senatsverwaltung Gesundheit und Soziales; S. Oberwöhrmann (2012)

zweithöchsten in ganz Berlin. Der Berliner Durchschnitt liegt bei 41,2% bei den Vätern und 41,0% bei den Müttern. Der Anteil der Eltern mit Fachhochschul- bzw. Hochschulabschlüssen ist in Marzahn-Hellersdorf geringer als in allen anderen Bezirken. Bei den Müttern in Marzahn-Hellersdorf sind es 13,2% (Berlin: 29,8%), bei den Vätern 17,1% (Berlin: 36,2%).

Abb. 4: höchster Berufsabschluss der Eltern (%)



Der Anteil von Eltern mit einem höheren bzw. hohen Bildungsabschluss ist in Marzahn-Hellersdorf der geringste in ganz Berlin. Dafür ist der Anteil der Eltern mit mittleren Bildungsabschlüssen am höchsten.

4.3 Erwerbstätigkeit der Eltern

Zwei Drittel der Mütter (67%) sind erwerbstätig, nahezu die Hälfte davon in Teilzeit. Der Anteil derer, die keine Arbeit finden oder aus anderen Gründen nicht arbeiten (z.B. wegen Kinderbetreuung), liegt bei den Müttern mit 22% deutlich höher als bei den Vätern mit 8%.

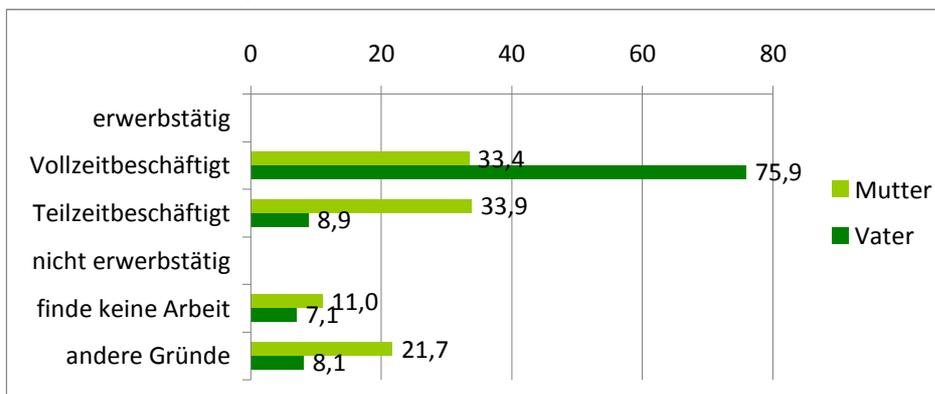
Berlin-Vergleich:

Im Berliner Vergleich stellen die 33% vollzeiterwerbstätige Mütter Rang 3 aller Bezirke dar (Berlin 27,6%), d.h. es gehen vergleichsweise viele Mütter Vollzeit arbeiten. Die 75,9% vollzeiterwerbsfähigen Väter bedeuten hingegen einen mittleren Rang.

Die 11% der Mütter, die keine Arbeit finden, also unfreiwillig zu Hause bleiben, stellen im Berlin-Ranking ebenfalls Rang 3 dar. Nur in Neukölln und Mitte, also Bezirken mit einem sehr hohen Migrantenanteil, ist der Anteil der Mütter, die keine Arbeit finden, etwas höher.

Mütter in Marzahn-Hellersdorf arbeiten vergleichsweise häufig in Vollzeit, sind aber auch vergleichsweise häufig arbeitslos. Dies bedeutet, dass sie häufiger einer Berufstätigkeit nachgehen bzw. nachgehen wollen, als dies im Berliner Durchschnitt der Fall ist.

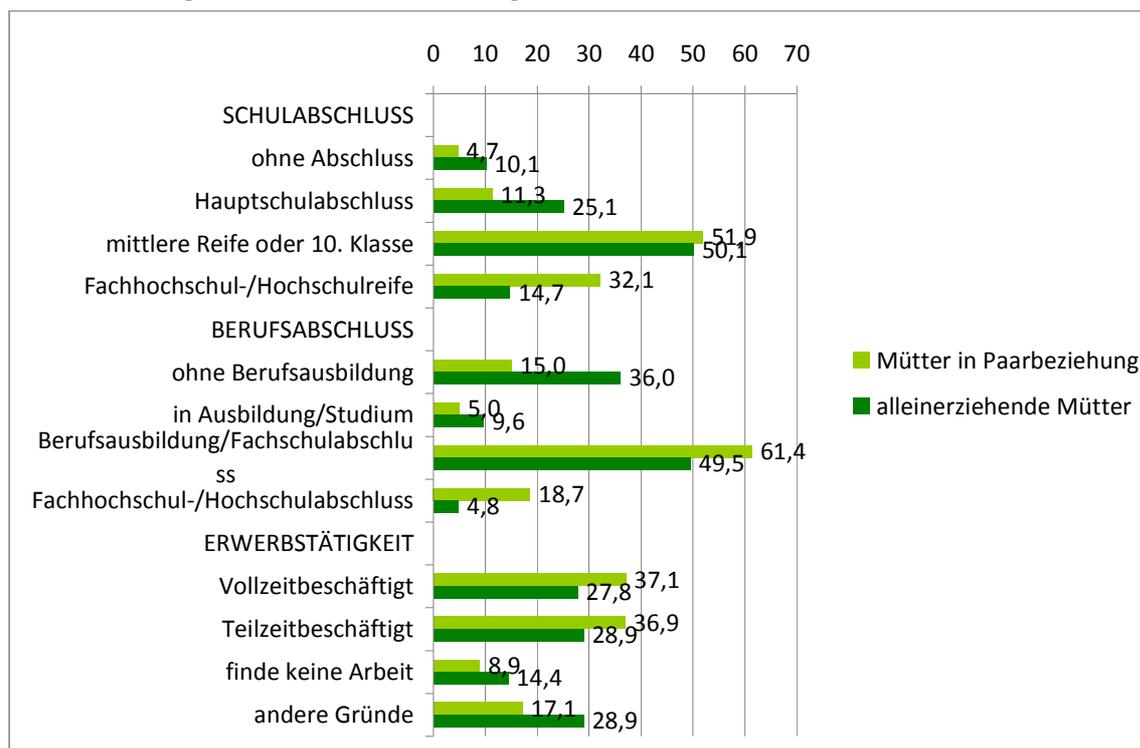
Abb. 5: Erwerbstätigkeit der Eltern



Korrelationen:

Insbesondere alleinerziehende Mütter finden schwieriger Arbeit und arbeiten seltener in Vollzeit als Mütter in Paarbeziehungen. Sie haben aber auch häufiger einen geringeren Bildungsgrad. 10% der Alleinerziehenden haben keinen Schulabschluss und 25% einen Hauptschulabschluss. Bei den Müttern in Paarbeziehungen sind es nicht einmal halb so viel: 4,7% bzw. 11%.

Das Bildungsniveau ist somit einer der Hauptgründe, wenn Alleinerziehende sozial schlechter gestellt sind und weniger die Familienkonstellation. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass alleinerziehende Mütter und Väter aufgrund der Tatsache, dass sie de facto zumeist die alleinige tägliche Verantwortung und Arbeit im Zusammenhang mit der Erziehung des Kindes tragen, einer höheren Belastung ausgesetzt sind und damit eher einer besonderen Unterstützung bedürfen.

Abb. 6: Bildungsniveau und Erwerbstätigkeit der Mütter nach Haushaltsstruktur**4.4 Familienstruktur**

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

Methodik:

Als Alleinerziehend gelten die Familien, in denen nur 1 Erwachsener im Haushalt lebt.

Ergebnisse:

39% aller Einschüler/innen leben nur mit einem Elternteil zusammen, 60% mit beiden Eltern und 1% ist fremd untergebracht, d.h. bei Pflegeeltern oder in einem Heim.

Berlin-Vergleich:

Marzahn-Hellersdorf hat mit 39% den höchsten Anteil an alleinerziehenden Elternteilen bei den Einschüler/innen. Der Berliner Durchschnitt liegt bei 25%. Dementsprechend ist der Anteil der Kinder, die mit beiden Elternteilen zusammenleben, mit 60% der niedrigste. Der Berliner Durchschnitt beträgt 74%.

Marzahn-Hellersdorf hat nicht nur bei den Einschüler/innen den höchsten Anteil an Alleinerziehenden, sondern auch bei allen Familien mit Kindern unter 18 Jahren: hier sind es 44% (vgl. Mikrozensus 2010).

Korrelationen:

Der Anteil Alleinerziehender ist unter den Eltern mit Migrationshintergrund mit 33,9% deutlich geringer als bei herkunftsdeutschen Eltern. Hier liegt er bei 40,3%. Den höchsten Anteil Alleinerziehender gibt es bei den vietnamesischen Familien: Zwei von drei Kindern leben mit nur einem Elternteil zusammen.

Entwicklungstendenz:

Tab. 5: Kind lebt überwiegend bei ... (in %)

Jahr	Eltern	Alleinerziehend	anderswo
2005	62,4	36,2	1,4
2006	62,3	36,0	1,8
2007	59,6	38,0	2,4
2008	60,7	37,6	1,6
2009	61,1	37,3	1,7
2010	59,1	38,8	2,1
2011	59,7	39,1	1,1

36,1% der Einschüler/innen sind Einzelkinder, das sind mehr als in allen anderen Berliner Bezirken. Im Berliner Durchschnitt sind es 28,2%.

4.5 Kita-Besuch

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

Ergebnisse:

98,1% der Kinder haben eine Kita oder andere Kindereinrichtung besucht. 88,7% davon waren länger als zwei Jahre in einer Kindereinrichtung.

Berlin-Vergleich:

Im Berliner Durchschnitt besuchten etwas mehr, und zwar 89,2% der Kinder, eine Einrichtung länger als zwei Jahre. Damit belegt Marzahn-Hellersdorf Rang 9 beim bezirklichen Ranking. Nur in drei Bezirken gab es geringere Werte. Die Spannbreite zwischen den Bezirken ist gering.

Korrelationen:

Beim Kita-Besuch gibt es erhebliche Unterschiede in Abhängigkeit vom sozialen Status. 17% der Kinder aus Familien mit geringem Sozialstatus haben weniger als zwei Jahre eine Einrichtung besucht, während es bei Kindern mit hohem Sozialstatus 3% waren. Je besser das Bildungsniveau der Eltern und damit der soziale Status, desto länger besuchen die Kinder eine Tageseinrichtung.

Diese Unterschiede gelten auch für den Einrichtungsbesuch überhaupt: Während 4,4% der Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern nie in eine Kita o. ä. Einrichtung gegangen sind, waren es bei Kindern aus bildungsnahen Familien nur 0,4%.

Auch Kinder von Alleinerziehenden bzw. Kinder mit Migrationshintergrund besuchen kürzer die Kita als Kinder, die mit Elternpaaren zusammen leben bzw. herkunftsdeutsche Kinder. Ein ganz enger Zusammenhang besteht zwischen Dauer des Kitabesuchs und Bildungsstand der Eltern, der bei Alleinerziehenden und Migrantenfamilien oft niedrig ist, wie dem Kapitel 4.2 zu entnehmen war.

Tab. 6: Anteil der Kinder nach Kitabesuchsdauer und Herkunft, Haushaltskonstellation und Sozialstatus

	kein Besuch (%)	bis 2 Jahre (%)	über 2 Jahre (%)
Berlin	1,7	9,1	89,2
Marzahn-Hellersdorf	1,9	9,5	88,7
MIGRATIONSHINTERGRUND			
deutsche Herkunft	1,5	8,4	90,1
nichtdeutsche Herkunft	4,0	14,9	81,1
HAUSHALTSTYP			
Elternpaar	1,4	7,7	90,9
Alleinerziehend	2,6	11,7	85,7
SOZIALSTATUS			
niedriger Status	4,4	17,3	78,3
mittlerer Status	0,8	6,6	92,6
hoher Status	0,4	3,2	96,4

Entwicklungstendenz:

Der Anteil der Kinder, die vor dem Schuleintritt keine Kindereinrichtung besuchen, ist in den vergangenen Jahren stetig gesunken, ebenso der Anteil der Kinder mit einem Kitabesuch bis zu zwei Jahren. Gegenüber dem Vorjahr ist hingegen eine leicht rückläufige Entwicklung zu Ungunsten längerer Kitabesuchsdauer zu verzeichnen.

Tab. 7: Anteil der Kinder nach Kitabesuchsdauer seit 2005

Schuljahr	kein Besuch	bis 2 Jahre	über 2 Jahre
2005	3,6%	10,5%	86,0%
2006	4,1%	11,6%	84,2%
2007	3,4%	10,2%	86,3%
2008	2,7%	11,0%	86,3%
2009	2,6%	9,3%	88,1%
2010	1,8%	8,8%	89,4%
2011	1,9%	9,4%	88,7%

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 6).

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

Aus der Praxis:

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

Es gab zum Stichtag 31.12.2011 in Marzahn-Hellersdorf 83 Kitas, in denen insgesamt 9.311 Kinder betreut wurden. Das waren 214 Kinder mehr als im Vorjahr. Hinzu kommen 226 Kinder in 48 Tagespflegestellen.

Betreuungszeit	Anteil
ganztags erweitert (über 9 Stunden)	29,5 %
ganztags (7-bis 9 Stunden)	41,2 %
Teilzeit (5- bis 7 Stunden)	17,6 %
halbtags (4- bis 5 Stunden)	12,6 %

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

Wenn die Eltern keine Arbeit haben, besteht i.d.R. kein Anspruch auf eine Ganztagsbetreuung, d.h. die Kinder sind nur wenige Stunden in der Kita. Wenn sich diese Stunden der Anwesenheit vorzugsweise auf die Essens- und Schlafzeiten konzentrieren und das Kind zu den Beschäftigungszeiten, z.B. am Morgen, noch nicht in der Kita ist, sind die Fördermöglichkeiten für diese Kinder nur beschränkt. Doch gerade für Kinder aus sozial schwachen und bildungsfernen Familien ist aufgrund fehlender Anregung im Elternhaus die Förderung durch die Kita besonders nötig, wie die nachfolgenden Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung zeigen.

4.6 Deutschkenntnisse

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.

Methodik:

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

Die Angaben sagen nichts über die Sprachentwicklung der Kinder aus. Diese wird mit einem Sprachentwicklungstest geprüft. Wenn Kinder mehrsprachig aufwachsen und sie weisen eine Sprachentwicklungsstörung auf, dann tritt diese in allen Sprachen auf (vgl. Leitlinie SES 2011, S. 12).

Ergebnisse:

77% der Kinder nichtdeutscher Herkunftssprache sprachen gut deutsch. Mit 17 Kindern (5% der Migrantenkinder) war hingegen keine oder kaum eine Verständigung in deutscher Sprache möglich und weitere 59 Kinder (= 18%) sprachen flüssig, jedoch fehlerhaft.

Die Kinder sprechen insgesamt besser deutsch als ihre Eltern. Der begleitende Elternteil wurde unter den gleichen Gesichtspunkten bewertet wie das Kind. Im Ergebnis sprachen die Mütter besser deutsch als die begleitenden Väter. Dabei ist zu vermuten, dass das Kind zumeist von dem Elternteil begleitet wurde, das besser deutsch spricht.

5. Gesundheits- und Risikoverhalten

5.1 Gesundheitliche Vorsorge

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

5.1.1 Früherkennungsuntersuchungen

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

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

Exkurs: Das verbindliche Einladungswesen

Neben der Steigerung der Teilnehmeraten an den Vorsorgeuntersuchungen soll das verbindliche Einladungswesen frühe und regelmäßige Kontakte zum Gesundheitssystem ermöglichen, vor allem, um rechtzeitig Entwicklungsstörungen der Kinder zu erkennen. Es dient gleichzeitig als niedrigschwelliges Angebot zur Beratung beim Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) und somit als Kontaktmöglichkeit zu Hilfsangeboten, da mit der Einladung entsprechende Informationen zur Kontaktaufnahme übermittelt werden.

An der Berliner Charite wurde eigens für das Einladungswesen eine Zentrale Stelle eingerichtet: das Berliner Kinder-Vorsorgezentrum. An das Zentrum müssen alle Ärztinnen und Ärzte durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U9 melden. Erfolgt innerhalb des vorgesehenen Untersuchungszeitraums keine Rückmeldung, schickt das Zentrum an alle Eltern, die mit ihren Kindern nicht zur Früherkennungsuntersuchung waren, eine schriftliche Erinnerung, ihre Kinder beim Kinderarzt zur Untersuchung vorzustellen. Erfolgt auch nach dieser Erinnerung keine Untersuchung, wird der zuständige 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 dazu zu bewegen, diese wahrzunehmen. Die Kontaktaufnahme erfolgt telefonisch oder schriftlich. 2011 hat der KJGD aus diesem Grund 3.519 Familien in Marzahn-Hellersdorf kontaktiert. Davon wurden 2.376 Familien, das sind 68%, telefonisch informiert und beraten, bei weiteren 504 Familien (14%) wurden nach vorheriger Ankündigung Hausbesuche durchgeführt. Weitere 145 Familien (4,1%) kamen mit ihren Kindern in die Beratungsstelle des KJGD.

Der persönliche Kontakt zum Kind gibt die Möglichkeit, sich einen Eindruck vom gesundheitlichen Zustand des Kindes zu machen und ggf. Entwicklungsverzögerungen oder -störungen zu erkennen und entsprechende Unterstützungsmaßnahmen anzuregen bzw. einzuleiten. Der Hausbesuch ermöglicht gleichzeitig eine Orientierung zur Familiensituation, auch unter dem Aspekt der Sicherung des Kindeswohls. Gefährdende Umstände für das Kind können so frühzeitig erkannt werden, um entsprechende Interventionen einleiten zu können.

Mit all diesen Maßnahmen soll die Inanspruchnahmequote der Vorsorgeuntersuchung erhöht und gleichzeitig der Kinderschutz verbessert werden. Dennoch bleibt die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchung freiwillig und ist einzig und allein die Entscheidung der Eltern.

Es werden keine Hausbesuche durchgeführt, wenn die Eltern nachvollziehbare Gründe nennen, warum die jeweilige Vorsorgeuntersuchung nicht erfolgt ist und keine Anhaltspunkte einer Kindeswohlgefährdung vorliegen.

Wird trotz schriftlicher Ankündigung beim ersten Hausbesuch niemand zu Hause angetroffen, erfolgt eine zweite Kontaktaufnahme. Erfolgt auch hierauf keine Reaktion der Eltern wird der Vorgang abgeschlossen, es sei denn, es liegen gewichtige Anhaltspunkte einer Kindeswohlgefährdung vor.

Diese Situation kann nicht befriedigen, insbesondere, wenn die Eltern bereits beim Angebot für einen Ersthäusbesuch nach Geburt des Kindes nicht auf die (ebenfalls zweimalige) Kontaktaufnahme des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes reagiert haben. Bei dieser Konstellation sollte überlegt werden, ob der KJGD oder das Jugendamt nochmals auf die Eltern zugeht.

Neu bei den Früherkennungsuntersuchungen ist seit dem Jahr 2008 die U 7a, die zwischen dem 34. - 36. Lebensmonat durchgeführt wird, da in diesem Alter wichtige Entwicklungsschritte stattfinden. Schwerpunkte der U7a sind das Erkennen und Behandeln von Sehstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Übergewicht, Sprachentwicklungsstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien.

Tab. 8: Zeitpunkt der Untersuchung nach Alter des Kindes

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

Das Vorsorgeuntersuchungsheft

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

Ergebnisse:

Bei 93% der Kinder lag das Vorsorgeheft vor. Dies ist ein deutlicher Anstieg gegenüber 88% aus dem Vorjahr.

Korrelationen:

Bei 2/3 der Kinder ohne Vorsorgeuntersuchungsheft fehlte auch der Impfausweis. Signifikante Zusammenhänge bestehen zwischen fehlendem Untersuchungsheft und Herkunft des Kindes sowie Dauer des Kitabesuchs.

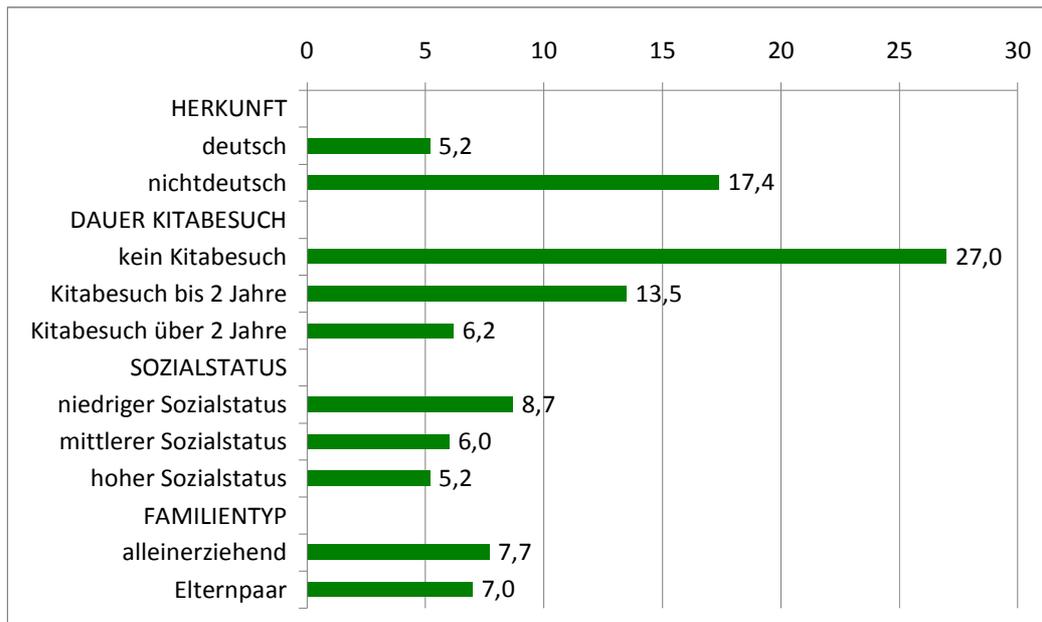
³ Davon abweichend gibt es altersabhängig zeitliche Toleranzgrenzen für die Untersuchung von bis zu 2 Monaten, in denen das Kind noch untersucht wird.

17% der Kinder nichtdeutscher Herkunft und 5% der herkunftsdeutschen Kinder hatten kein Vorsorgeheft mit. Noch erheblicher ist der Unterschied hinsichtlich der Dauer des Kitabesuchs. Bei 27% der Kinder, die keine Kita besucht haben, fehlte das Untersuchungsheft. Auch wenn es sich hier nur um 10 Kinder handelt, scheint der Informationsfluss unzureichend zu sein, möglicherweise auch die soziale Integration. Hinzu kommen 56 Kinder, für die keine Angaben dazu vorliegen.

In Bezug auf den Sozialstatus gilt: je höher der Bildungsgrad bzw. der Status, desto häufiger wurde das Vorsorgeheft mitgebracht.

Zwischen Alleinerziehenden und Elternpaaren gab es kaum Unterschiede. Bei beiden Familientypen lag die „Vergessensrate“ bei 7%.

Abb. 7: Anteil der Kinder mit fehlendem Vorsorgeheft nach Familientyp, Sozialstatus, Dauer des Kitabesuchs und Herkunft



Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung

Bei der Auswertung wurde die U9 nicht mit einbezogen, da nicht alle Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung älter als 65 Monate waren und die U9 bis zum Ende des 64. Lebensmonats durchgeführt werden kann.

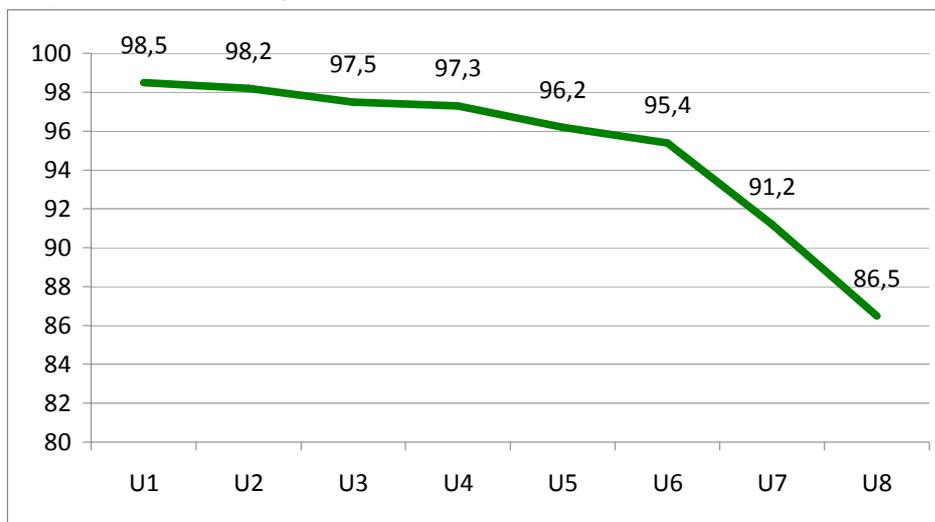
Die U7a wurde erst 2008 eingeführt und erfolgt zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat. Damals war die Mehrheit der jetzt untersuchten Kinder noch nicht in dem vorgeschriebenen Untersuchungsalter. Daher sind die Ergebnisse nicht repräsentativ und werden hier nicht dargestellt. Die untersuchenden Ärztinnen und Ärzte des KJGD machten die Erfahrung, dass diese Untersuchung bei vielen Eltern nicht bekannt ist und deshalb nicht wahrgenommen wurde. In den Vorsorgeheften, die vor 2008 ausgegeben wurden, ist die U 7a noch nicht erfasst. Es werden den Eltern jedoch von den niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten Ergänzungsbögen für die U 7a ausgegeben.

Ergebnisse:

Bei 77,0% der Kinder, bei denen das Vorsorgeuntersuchungsheft vorlag, wurden die U1-U8 vollständig wahrgenommen.

Mit zunehmendem Alter des Kindes sinkt der Grad der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung. Bis zum 1. Lebensjahr, zur U6, liegt der Inanspruchnahmegrad noch bei über 95%, während die U8 nur noch von 86,5% der Eltern wahrgenommen wird.

Abb. 8: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen 2011 (nur Kinder mit vorgelegtem U-Heft, ohne U7a und U9)



Berlin-Vergleich:

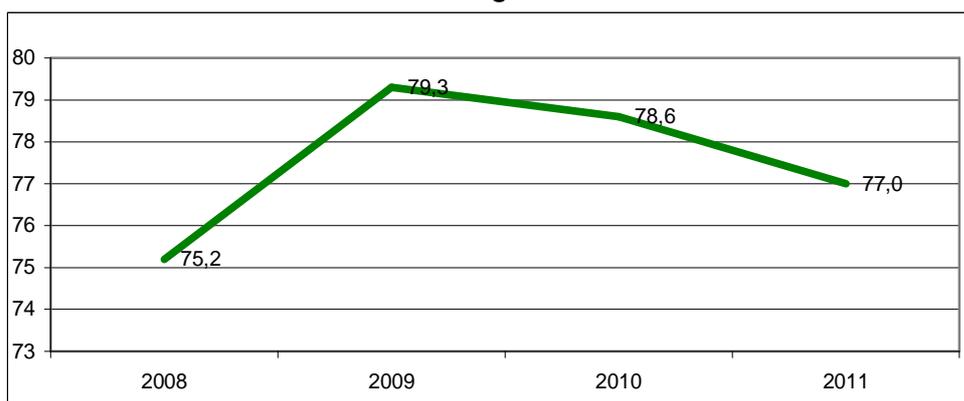
Hinsichtlich der Vollständigkeit der Vorsorgeuntersuchungen lag Marzahn-Hellersdorf mit 77% im Berlinvergleich auf Rang 8, der Berliner Durchschnitt lag mit 78,8% etwas höher.

Entwicklungstendenzen:

Im zeitlichen Entwicklungsverlauf zeichnet sich seit zwei Jahren eine negative Tendenz hinsichtlich der Inanspruchnahme aller Vorsorgeuntersuchungen ab. Das zentrale Einladungs- und Erinnerungswesen, das 2010 eingeführt wurde, scheint sich (noch) nicht förderlich auszuwirken. Eine fundierte Aussage ist jedoch erst einige Zeit nach Etablierung möglich.

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, sind die Untersuchungen freiwillig. Information und Erinnerung der Eltern sind unterstützende Maßnahmen, die Entscheidung für die Untersuchung treffen letztendlich die Eltern.

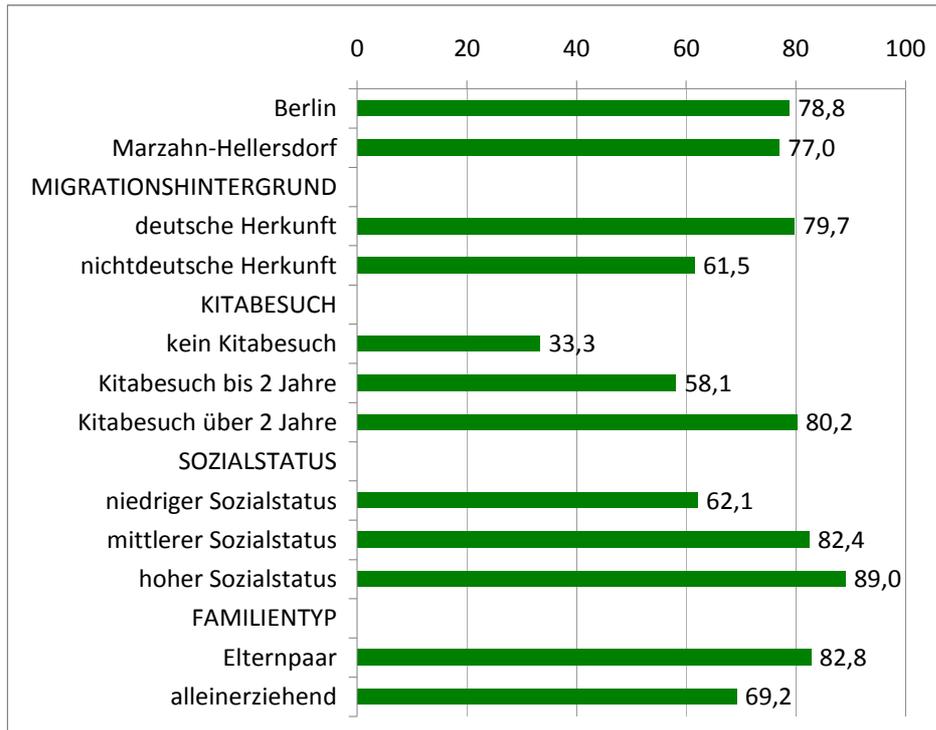
Abb. 9: Anteil der Kinder mit vollständiger U1 – U8 seit 2008



Korrelationen:

Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen hängt eng mit dem Sozialstatus und damit dem Bildungsgrad der Eltern zusammen und variiert stark in Abhängigkeit von der Dauer des Kitabesuchs. Aber auch zwischen Alleinerziehenden und Paaren sowie 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. 10: Vollständige U1-U8 (ohne U 7a) nach Herkunft, Status, Kita-Besuch und Familientyp

Nur jedes zweite vietnamesische Kind hat alle Vorsorgeuntersuchungen. Damit sind die vietnamesischen Kinder deutlich schlechter in das Früherkennungssystem eingebunden als andere Familien mit Migrationshintergrund.

Exkurs Kinderschutz:

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

Wie dem bezirklichen Kinderschutzbericht zu entnehmen ist, ist die Zahl der Kinder, bei denen eine Kindeswohlgefährdung vorlag, gegenüber dem Vorjahr um 5 auf 111 Fälle gestiegen, gegenüber den Jahren 2008 und 2009 ist es ein deutlicher Rückgang (280 bzw. 251). In weiteren 306 Fällen konnte eine Kindeswohlgefährdung nicht ausgeschlossen werden. Hier wird ein Hilfe- und Schutzkonzept durchgeführt, bis eine Kindeswohlgefährdung ausgeschlossen werden kann (vgl. bezirkliche Kinderschutzmeldungen 2011).

Angestiegen ist die Zahl der Meldungen auf Kindeswohlgefährdung. Sie lag 2011 bei 671, das ist mehr als in den Jahren zuvor. Die Sensibilisierung des Umfeldes und einfachere Zugangswege sind sicher Gründe dafür. Angestiegen sind vor allem Meldungen über Kindeswohlgefährdung bei Kindern von 3 bis 5 Jahren. In 2011 waren es 234 Meldungen. Das sind 57 Gefährdungsmeldungen mehr als im Vorjahr. Das ist ein Anstieg um 13,2%, was den höchsten Anstieg aller Altersgruppen bedeutet.

60% der Kinderschutzmeldungen betreffen Kinder von Alleinerziehenden. Marzahn-Hellersdorf hat mit 44% den höchsten Anteil Alleinerziehender aller Bezirke (Mikrozensus 2010).

Vor allem Alleinerziehende und bildungsferne Eltern sind oftmals mit der Fürsorge und Erziehung ihrer Kinder überfordert. Das Jugendamt hat zunehmend mit Familien mit Multiproblemlagen zu tun, deren Unterstützung die Einbeziehung verschiedenster Fachdienste, z.B. aus dem Gesundheitsbereich, erfordert.⁴

⁴ Information von Ute Krauß, Kinderschutzbeauftragte des Jugendamtes Marzahn-Hellersdorf

Zentrale Ergebnisse

Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen ist trotz des zentralen Einladungs- und Erinnerungswesens nicht gestiegen.

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

Gestiegen ist die Zahl der Eltern, die das Vorsorgeheft zur Einschulungsuntersuchung mitbringen.

Empfehlungen für...

... Politik

Eine höhere Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchung würde sich fördernd auf das Inanspruchnahmeverhalten auswirken.

... Verwaltung

Zur Verbesserung des Kinderschutzes wird empfohlen, dass Familien, die weder auf die zweimalige Kontaktaufnahme des KJGD im Rahmen des verbindlichen Einladungswesens noch auf das zweifache Angebot des KJGD zum Hausbesuch nach der Geburt des Kindes nicht reagiert haben, erneut Unterstützung angeboten wird. Dies kann auch durch das Jugendamt erfolgen.

5.1.2 Impfstatus

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

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

In Deutschland besteht keine Impfpflicht. Die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut gibt jährlich Impfeempfehlungen heraus, die dem neuesten Stand der Wissenschaft entsprechen. Entsprechend diesen Empfehlungen erhalten Kinder im ersten bis Anfang des zweiten Lebensjahres insgesamt bis zu vier Impfungen (zumeist als Kombinationsimpfstoff) gegen die Infektionskrankheiten (vgl. Tab. 9).

Tab. 9: Impfkalender der Ständigen Impfkommission (STIKO)

Impfungen gegen	Vollendeter Lebensmonat					Vollendetes Lebensjahr
	2	3	4	11 - 14	15 - 23	
Grundimmunisierung – Diphtherie – Tetanus – Keuchhusten – Hepatitis B – Polio – HiB	1. Impfung	2. Impfung	3. Impfung	4. Impfung		Auffrischung - Tetanus - Diphtherie - Keuchhusten
Pneumokokken	1. Impfung	2. Impfung	3. Impfung	4. Impfung		
Grundimmunisierung – Masern – Mumps – Röteln – Varizellen				1. Impfung	2. Impfung	
Meningokokken				Impfung ab dem vollendeten 12. Lebensmonat		

Eine zweite Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln (Kombinationsimpfstoff) ist erforderlich, um Impflücken zu schließen, da nur 95% der Erstimpflinge eine Immunität entwickeln. Diese erfolgt zumeist vor dem zweiten Geburtstag, kann aber auch später nachgeholt werden.

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 Impfquote von 97% als sehr gut. Diese Werte gelten auch als Ziel und Maßstab für Deutschland.

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

Methodik:

Zur Registrierung der Impfungen erhalten die Kinder Impfausweise. Diese Ausweise sind zur Einschulungsuntersuchung mitzubringen. Anhand des Impfausweises wird der Impfstatus geprüft.

Bei 6,8% der Kinder lag kein Impfausweis vor. Wie beim Vorsorgeheft hatten Kinder aus bildungsfernem Elternhaus, aus Migrantenfamilien, ohne Kitabesuch oder mit kurzer Kitabesuchsdauer seltener einen Impfausweis dabei. Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der Kinder ohne Impfausweis leicht gestiegen (2010: 6,3%).

Ergebnisse:

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

Berlin-Vergleich:

Der Durchimpfungsgrad der Kinder in Marzahn-Hellersdorf ist der höchste in ganz Berlin. Bei 10 von 12 Impfungen haben die Marzahn-Hellersdorfer Kinder die höchste Durchimpfungsrate. Lediglich bei der Impfung gegen Pneumokokken belegen sie Rang 2 und gegen Varizellen Rang 3 im Berlin-Vergleich.

Entwicklungstendenz:

Im Vergleich zu den Vorjahren hat sich die Impfrate weiter verbessert bzw. ist auf gleich hohem Niveau geblieben. Insbesondere bei Masern, Mumps und Röteln sind die Impfraten stark gestiegen.

Tab. 10: Durchimpfungsraten für Standardimpfungen (vollständig geimpfte Kinder in % - nur Kinder mit vorgelegtem Impfausweis) in Marzahn-Hellersdorf seit 2005

Impfung	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Polio	99,1	99,6	98,9	99,7	98,1	97,5	97,9
Tetanus	99,2	99,4	99,4	99,5	98,3	98,1	98,5
Diphtherie	99,3	99,3	99,1	99,3	98,2	98,1	98,3
Pertussis	92,0	95,5	96,2	97,0	97,5	97,3	97,4
Masern	79,3	85,1	89,6	92,0	93,3	93,7	94,5
Mumps	79,2	84,8	89,4	91,9	93,2	93,7	94,4
Röteln	79,0	84,4	89,3	91,8	93,1	93,7	94,3
HiB	94,2	95,9	96,2	96,5	96,4	95,5	95,6
Hepatitis B	93,0	96,0	97,2	97,9	92,4	91,5	92,5

Korrelationen:

In Berlin insgesamt, aber auch in der Bundesrepublik, nimmt die Inanspruchnahme von Impfungen mit zunehmendem sozialen Status ab. In Marzahn-Hellersdorf ist es umgekehrt, d.h. je höher der soziale Status ist, desto höher der Durchimpfungsgrad. Kinder bildungsferner Eltern sind am schlechtesten immunisiert. Die besten Impfungen haben die Kinder mit hohem bzw. mittlerem sozialen Status, jeweils in Abhängigkeit von der Impfung. Bei Masern, Mumps, Röteln sowie Tetanus und Pertussis sind die Kinder aus Familien mit mittlerem Sozialstatus am besten geimpft.

Tab. 11: Impfrate nach Sozialstatus (%)

Impfung	unterer Sozialstatus	mittlerer Sozialstatus	oberer Sozialstatus
Polio	98,4	97,9	97,9
Tetanus	97,6	99,0	98,7
Diphtherie	97,6	98,8	98,3
Pertussis	95,9	98,2	97,9
Masern	93,0	95,6	95,0
Mumps	93,0	95,4	95,0
Röteln	93,0	95,4	95,0
HiB	94,9	96,3	97,1
Hepatitis B	92,4	92,8	93,7
Pneumokokken	40,7	52,6	56,3

Aus der Praxis/Maßnahmen:

Ziel des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) ist es, alle Impflücken zu schließen. Bei jeder Vorstellung eines Kindes erfolgt die Impfausweiskontrolle, sofern das Impfbuch vorgelegt wird. Bei Feststellung von Impflücken werden die Eltern darüber unterrichtet und sie haben dann die Möglichkeit, das Kind, wenn es gesund ist, nach ausführlicher Aufklärung sofort beim KJGD impfen zu lassen. Sie können das Kind auch beim nächsten Kinderarztbesuch impfen lassen. Es gibt auch Eltern, die die Impfung ablehnen. Egal welche Alternative die Eltern wählen, sie wird in den Impfausweisen dokumentiert. Ab dem Schuljahr 2012 sind durch den KJGD Impfausweiskontrollen in den Grundschulen vorgesehen.

Zentrale Ergebnisse

Der Impfstatus im Bezirk hat sich gegenüber den Vorjahren weiter verbessert und ist der Höchste in Berlin. Bei 10 von 12 Impfungen weist der Bezirk die höchste Durchimpfungsrate aller Bezirke auf!

Gestiegen ist auch der Anteil der Eltern, die die Impfausweise der Kinder zur Einschulungsuntersuchung mitbrachten. Lediglich 7% legten keinen Impfausweis vor. Das sind 4% weniger als im Vorjahr.

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

5.1.3 Zahngesundheit

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

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.

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

Ergebnisse:

Nur bei knapp 80% der Kinder waren die Zähne naturgesund bzw. zahnärztlich versorgt.

Berlin-Vergleich:

Im Berliner Durchschnitt waren die Zähne von 86,4% versorgt bzw. naturgesund. Marzahn-Hellersdorf liegt damit auf dem vorletzten Rang, nur die Zähne der Neuköllner Kinder sind schlechter versorgt. Vor zwei Jahren lag der Anteil der Kinder mit versorgten Zähnen in Marzahn-Hellersdorf noch bei 84%, was etwas besser war als der Berliner Durchschnitt.

Entwicklungstendenz:

Der Gebisszustand der Kinder in Marzahn-Hellersdorf hat sich in den vergangenen zwei Jahren wieder verschlechtert, nachdem es von 2005 bis 2009 eine positive Entwicklung gab, sowohl hinsichtlich der natürlichen Zahngesundheit als auch der zahnärztlichen Behandlungsbedürftigkeit. Jedes fünfte Kind hat nicht behandelte, versorgungsbedürftige Zähne.

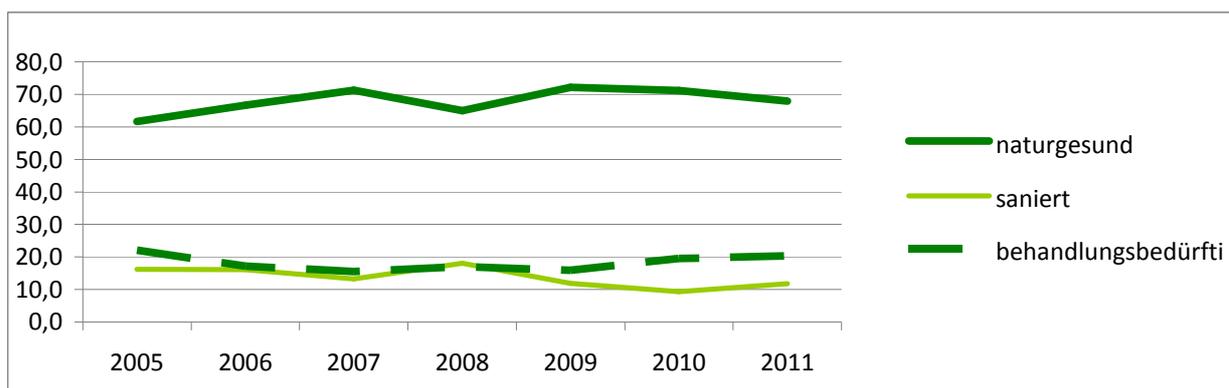
Auch der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss ging zurück und liegt mit 67,9% deutlich unter dem Berliner Durchschnitt von 76,7%.

Tab. 12: Anteil der Kinder mit versorgten Zähnen (naturgesund und saniert) und nicht versorgten Zähnen seit 2005 in Marzahn-Hellersdorf (ESU)

Schuljahr		Zähne versorgt			Zähne nicht versorgt
		naturgesund	saniert	insgesamt	behandlungsbedürftig
2005		61,7	16,2	77,9	22,1
2006		66,7	16,1	82,8	17,2
2007		71,2	13,3	84,5	15,5
2008		65,0	18,0	83,0	17,0
2009		72,2	11,9	84,1	15,9
2010		71,2	9,3	80,5	19,5
2011	Marzahn-Hellersdorf	67,9	11,8	79,7	20,3
	Ø Berlin	76,7	9,7	86,4	13,6

In den letzten drei Jahren stieg der Anteil der Kinder mit sanierten, aber auch der mit behandlungsbedürftigen Zähnen, während der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen rückläufig war.

Abb. 11: Anteil der Kinder mit versorgten Zähnen (naturgesund + saniert) und nicht versorgten Zähnen seit 2005 in Marzahn-Hellersdorf



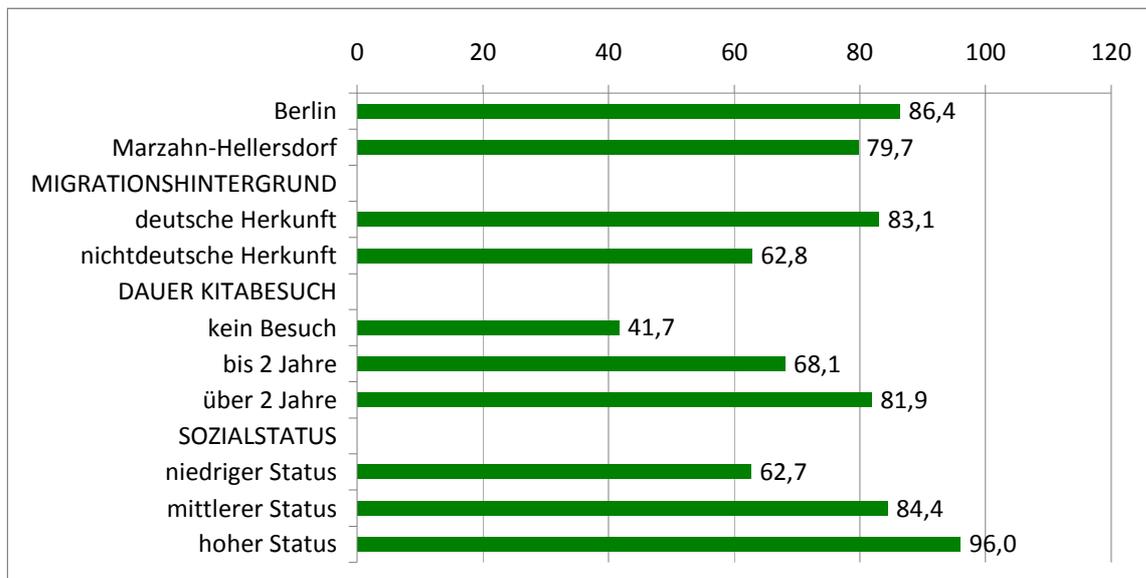
Korrelationen:

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

In Elternhäusern **nichtdeutscher Herkunft und in sozial benachteiligten Familien** wird der Zahngesundheit bzw. der Prävention kein so hoher Stellenwert beigemessen wie in herkunftsdeutschen Familien und Familien mit höherem sozialem Status. Die Zahngesundheit ist bei herkunftsdeutschen Kindern am besten. Nur jedes zweite vietnamesische Kind hat versorgte Zähne. Ganz erhebliche Unterschiede zeigen sich in Abhängigkeit vom Bildungshintergrund: je höher der soziale Status, desto besser werden die Zähne gepflegt, d. h. das Gebiss ist gesünder und wird auch bei Bedarf eher behandelt. Mehr als jedes dritte Kind bildungsferner Eltern hat ein behandlungsbedürftiges Gebiss. Dabei ist zu beachten, dass es sich hier um 5-jährige Kinder handelt, die noch ihr Milchgebiss haben. Die Gesundheit des Milchgebisses ist Voraussetzung für ein gesundes, gut mineralisiertes und funktionierendes bleibendes Gebiss.

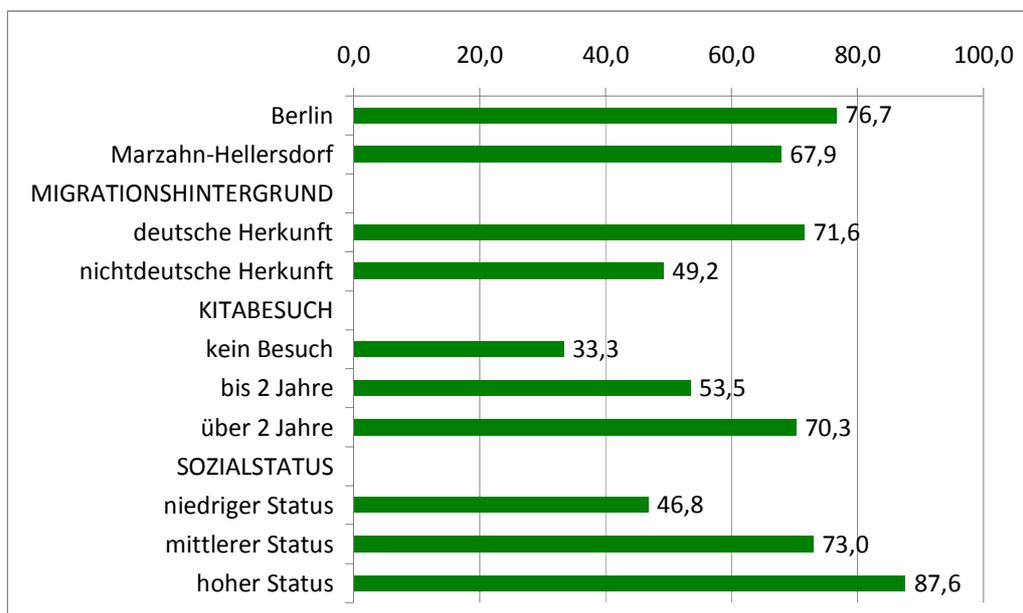
Auch die **Dauer des Kitabesuchs** hat Einfluss auf die Zahngesundheit. Je länger die Kinder die Kita besuchen, desto besser ist ihr Gebisszustand.

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



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

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



Aus der Zahnuntersuchung bei der ESU lassen sich nur diese allgemeinen Aussagen sowie die Korrelationen ableiten, jedoch keine zahnmedizinisch validen Befunde.

Um Aussagen zur tatsächlichen Zahngesundheit der Kinder im Bezirk machen zu können, müssen die Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchung durch den Zahnärztlichen Dienst (ZÄD) des Gesundheitsamtes ausgewertet werden. Die Untersuchungen des ZÄD ermöglichen aufgrund der fachärztlichen Qualifikation der Zahnärztinnen bzw. Zahnärzte und der fachgerechten Ausstattung mit zahnmedizinischen Instrumenten qualifiziertere Aussagen zur Zahngesundheit der Kinder.

Daher werden hier die Ergebnisse der **Untersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes** aus den Schuljahren 2010 und 2011 hinzugezogen. Die Daten ermöglichen zwar keine Korrelationen zum Sozialstatus oder zum Migrationshintergrund, dafür valide Aussagen zur Zahngesundheit der Kinder.

Tab. 13: Zahnstatus der 5- und 6-jährigen Kitakinder im Schuljahr 2010/11 im Ergebnis der Untersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes

Jahr	untersuchte Kinder	Zähne versorgt			Zähne nicht versorgt
		naturgesund	saniert	insgesamt	behandlungsbedürftig
	absolut	%	%	%	%
2010	1.693	49,1	10,3	59,4	40,6
2011	1.796	51,1	11,5	62,6	37,4

Der Vergleich zeigt, dass die Zahngesundheit der Kinder erheblich schlechter ist, als durch die ESU erfasst werden kann. Die Behandlungsbedürftigkeit der Zähne der Kinder ist doppelt so hoch wie von den Ärztinnen und Ärzten in der ESU festgestellt wurde. Die Zahnärztinnen bescheinigten nur gut der Hälfte der Kinder ein naturgesundes Gebiss, während der Anteil bei der ESU bei 68% liegt.

10% der Kitakinder in Marzahn-Hellersdorf haben Zahn- und Kieferfehlstellungen, aber nur 2,1% sind in kieferorthopädischer Behandlung. Das ist u.a. deshalb erwähnenswert im Rahmen der Auswertung der Einschulungsuntersuchung, weil Zahn- und Kieferfehlstellungen Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme und die Aussprache haben können. Kieferorthopädische Behandlungen werden von den Krankenkassen nur in Ausnahmefällen vor dem 12. Lebensjahr übernommen. Da eine kieferorthopädische Behandlung sehr kostspielig ist, bleibt die Mehrheit der Kinder im Grundschulalter unbehandelt, mit allen Auswirkungen auf das bleibende Gebiss, Aussprache oder Nahrungsaufnahme (vgl. Statistische Kurzinformation 2012).

Aus der Praxis:

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

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

Zentrale Ergebnisse

Der Gebisszustand der Marzahn-Hellersdorfer Einschulkinder hat sich in den vergangenen zwei Jahren verschlechtert und ist deutlich schlechter als im Berliner Durchschnitt.

Der Zustand des Gebisses und auch die Versorgung der Zähne stehen in engem Zusammenhang zum sozialen Status und Bildungsgrad der Eltern. 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, der Dauer des Kitabesuchs und vom kulturellen Hintergrund. In Elternhäusern nichtdeutscher Herkunft und in bildungsfernen Familien wird der Zahngesundheit bzw. der Prävention ein geringerer Stellenwert eingeräumt, was sich im schlechteren Zustand der Zähne zeigt. Je höher der soziale Status, desto besser werden die Zähne gepflegt, d. h. das Gebiss ist gesünder und wird auch bei Bedarf eher behandelt.

Empfehlungen für...

... Verwaltung

Die Ergebnisse zur Zahngesundheit im Rahmen der ESU dokumentieren in erster Linie das Gesundheitsverhalten der Familie und keine zahnärztliche Diagnose.

Erstrebenswert wäre in diesem Zusammenhang, wenn es gelänge, die Daten beider Untersuchungen, d. h. Einschulungsuntersuchung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) und zahnärztliche Untersuchung des Zahnärztlichen Dienstes (ZÄD) zusammenzuführen, um den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Zahngesundheit medizinisch fundiert nachweisen und daraus entsprechende Schlussfolgerungen und Maßnahmen ableiten zu können.

5.2 Gesundheitsrelevantes Risikoverhalten

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

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

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

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

5.2.1 Medienkonsum

Fernsehkonsum

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

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

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

Methodik:

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 oft untertrieben wird, um gesellschaftskonforme Angaben zu machen. Für Vorschulkinder wird eine tägliche Medienzeit von höchstens 30 Minuten empfohlen (vgl. Aufenanger 2004).

Ergebnisse:

Den Angaben zufolge sehen nur 5% der Kinder im Bezirk nicht täglich fern. Weitere 56% der Kinder sehen maximal eine Stunde täglich fern.

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

Fast 2/3 der Kinder sitzt bis zu 2 Stunden täglich vor dem Fernseher (Berlin 23%) und 7% sogar mehr als 2 Stunden.

Berlin-Vergleich:

Der Anteil der Kinder, die nicht täglich fernsehen, ist im Berliner Durchschnitt doppelt so hoch wie in Marzahn-Hellersdorf. Auch bei den Kindern mit einer täglichen Fernsehzeit von bis zu einer Stunde liegt der Anteil in Berlin mit 60% etwas höher als der in Marzahn-Hellersdorf.

Korrelationen:

Kinder mit Migrationshintergrund sehen deutlich mehr fern als Kinder ohne Migrationshintergrund, vor allem länger. Bei Kindern mit Migrationshintergrund lag der Anteil derer, die täglich mehr als 3 Stunden fernsehen, dreimal höher als bei herkunftsdeutschen Kindern. Dies muss nicht unbedingt die tatsächlichen Unterschiede widerspiegeln, sondern könnte z.T. auch darauf beruhen, dass bei Eltern

mit Migrationshintergrund der hohe Medienkonsum der Kinder weniger kritisch gesehen wird und die Frage somit wahrheitsgemäßer beantwortet wird. Dennoch ist anhand der Ergebnisse davon auszugehen, dass Kinder mit Migrationshintergrund einen höheren Fernsehkonsum haben als herkunftsideutsche Kinder. Dies wird auch durch den Berlinweiten Vergleich gestützt. Danach sehen mit 43,7% doppelt so viel Migrantenkinder mehr als zwei Stunden täglich fern als herkunftsideutsche Kinder (20,5%).

Zwischen den Geschlechtern gibt es keine Unterschiede.

Deutliche Unterschiede hinsichtlich des Fernsehkonsums gibt es in Abhängigkeit vom Bildungshintergrund der Eltern: je höher der Sozialstatus, desto niedriger ist der Fernsehkonsum der Kinder. 15% der Kinder der oberen Statusgruppe sehen den Angaben zufolge nicht täglich fern. Das sind fünfmal mehr als in den anderen Statusgruppen. Angesichts des sehr großen Unterschieds zur mittleren Statusgruppe könnte es sich hier eventuell vermehrt um gesellschaftlich „erwartete“ Auskünfte handeln.

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

Tab. 14: Täglicher Fernsehkonsum nach Geschlecht, sozialer Lage, Familienkonstellation und Herkunft (in Prozent)

	gar nicht (%)	max. 1 Stunde (%)	max. 2 Stunden (%)	über 2 Stunden (in %)
Berlin	10,5	60,4	23,1	6,0
Marzahn-Hellersdorf	4,9	56,4	31,2	7,4
Geschlecht				
männlich	5,1	55,9	31,9	7,1
weiblich	4,7	57,1	30,5	7,7
Migrationshintergrund				
deutsche Herkunft	5,3	59,3	29,5	5,9
nichtdeutsche Herkunft	3,1	42,0	39,8	15,0
Familientyp				
Elternpaar	5,4	58,6	29,9	6,0
Alleinerziehend	4,2	53,0	33,3	9,5
Sozialstatusgruppen				
niedriger Status	3,0	48,5	34,6	13,9
mittlerer Status	3,5	58,6	32,0	5,9
hoher Status	15,3	67,1	15,3	2,4
eigener Fernseher				
Kind ohne TV	6,0	60,7	28,1	5,2
Kind mit TV	1,7	43,7	41,5	13,1

Kinder mit eigenem Fernsehgerät

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

Ergebnisse:

Fast jedes vierte Kind in Marzahn-Hellersdorf hat, bevor es in die Schule kommt, ein eigenes Fernsehgerät.

Berlin-Vergleich:

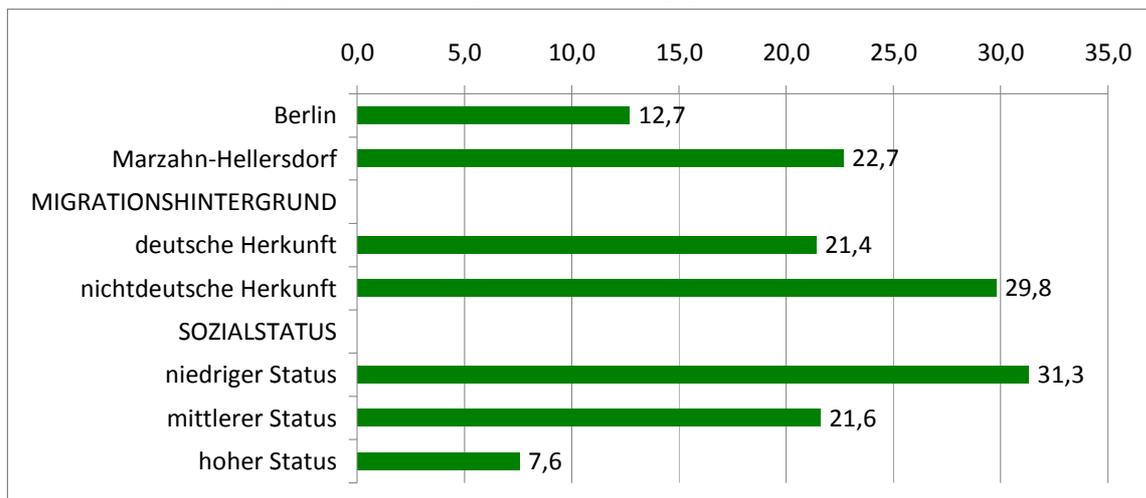
In keinem anderen Bezirk haben so viele Schulanfänger/innen einen eigenen Fernseher im Kinderzimmer wie in Marzahn-Hellersdorf. Hier haben fast doppelt so viele Kinder ihr eigenes Fernsehgerät wie im Berliner Durchschnitt.

Korrelationen:

Kinder nichtdeutscher Herkunft, Kinder Alleinerziehender und Kinder der unteren sozialen Statusgruppe verfügen häufiger über ein eigenes Fernsehgerät.

Geschlechterspezifische Unterschiede sind nicht signifikant.

Abb. 14: Kinder mit eigenem Fernsehgerät in Abhängigkeit von Herkunft und Sozialstatus

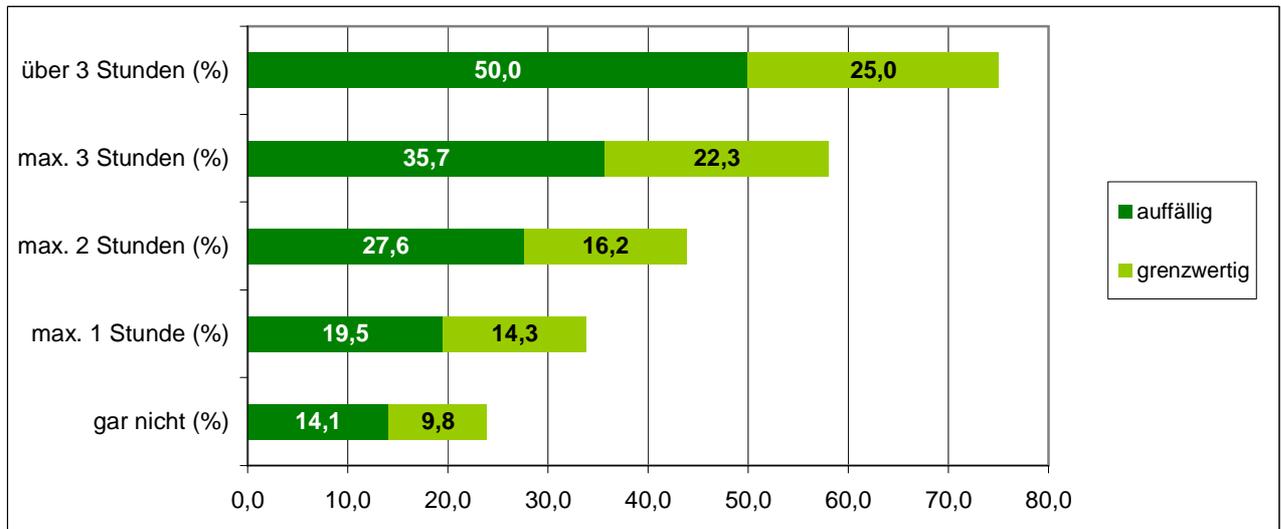


Auffallend ist, dass Kinder mit hohem Fernsehkonsum hinsichtlich ihrer Fähigkeit, Sätze nachzusprechen, deutlich schlechter abschnitten als Kinder mit geringem oder ohne Fernsehkonsum. Die Hälfte der Kinder mit einem Fernsehkonsum von über drei Stunden täglich war nicht in der Lage, die vorgeschprochenen Sätze problemlos nachsprechen, während es bei Kindern ohne Fernsehkonsum bzw. mit einem Konsum von bis zu einer Stunde weniger als 20% waren.

Durch das Nachsprechen von einfachen Sätzen werden das Speichern grammatikalischer Strukturen und das entsprechende Abrufen vollständiger Sätze überprüft. Kinder mit Schwierigkeiten in der expressiven Sprachentwicklung zeigen in diesem Bereich gehäuft Auffälligkeiten (vgl. Doepfner et al. 2005, S. 11).

Dies könnte darauf hindeuten, dass ein hoher Fernsehkonsum die Konzentrationsfähigkeit des Kindes mindert. Denn bei der Fähigkeit, einzelne Wörter zu ergänzen, Pseudowörter nachzusprechen oder sich zu artikulieren, gab es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Fernsehkonsums.

Abb. 15: Täglicher Fernsehkonsum und auffällige bzw. grenzwertige Befunde beim SENS-Test „Sätze nachsprechen“⁵



Bei den Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache ist auffällig, dass Kinder, die unzureichend deutsch sprechen, einen deutlich höheren Fernsehkonsum haben als Kinder mit guten und sehr guten Deutschkenntnissen. Im Umkehrschluss bedeutet das: Migrantenkinder mit einem hohen Fernsehkonsum sprechen am schlechtesten Deutsch.

Nutzung elektronischer Spiele

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

Ergebnisse:

Fast jedes zweite Kind (46,5%) spielt täglich mit elektronischen Spielen.

Korrelationen:

Anders als beim Fernsehkonsum ist hier ein Unterschied zwischen den Geschlechtern zu verzeichnen. Jungen spielen öfter mit elektronischen Spielen als Mädchen. Auch unter den exzessiven Spielern sind Jungen häufiger vertreten als Mädchen.

Wie beim Fernsehkonsum besteht auch hier ein enger Zusammenhang zur sozialen Lage. Kinder mit geringem sozialem Status beschäftigen sich deutlich mehr mit virtuellen Spielen als Kinder aus Familien mit höherem sozialem Status. Während fast dreiviertel der Kinder aus der oberen Sozialstatusgruppe überhaupt keine Computerspiele spielen, sind es bei Kindern bildungsferner Eltern weniger als die Hälfte. Auch ist die Spieldauer bei Kindern der unteren Sozialstatusgruppe deutlich länger. Noch häufiger und auch länger spielen die Kinder mit Migrationshintergrund.

⁵ Auf die Tests zu den sprachlichen Fähigkeiten der Kinder wird im Kapitel 3.2.5 ausführlich eingegangen.

Tab. 15: Tägliche Beschäftigung mit virtuellen Spielen nach Geschlecht, sozialer Lage und Herkunft (in Prozent)

	gar nicht (%)	max. 1 Stunde (%)	max. 2 Stunden (%)	über 2 Stunden (%)
Marzahn-Hellersdorf	53,5	40,6	4,9	1,0
Geschlecht				0,0
männlich	51,0	42,4	5,7	1,0
weiblich	56,2	38,6	4,1	1,0
Migrationshintergrund				0,0
deutsche Herkunft	56,1	39,2	4,1	0,7
nichtdeutsche Herkunft	40,2	48,3	9,1	2,4
Sozialstatusgruppen				0,0
niedriger Status	46,8	44,7	6,9	1,6
mittlerer Status	51,7	42,9	4,5	0,8
hoher Status	72,7	25,7	1,6	0,0

Aus der Praxis/Maßnahmen:

(Ove Fischer, bezirklicher Suchthilfekoordinator)

Die AG IPSE (Interinstitutionelles Projekt zur Stärkung der Erziehungskompetenz), die seit 2004 auch das Lokale Bündnis für Familie des Bezirkes ist, hat in den vergangenen Jahre 21 thematische Elterninformationen aus dem Lebensbereich zwischen Erziehung und Partnerschaft herausgegeben, u.a. einen Flyer zum Thema Fernsehen. Diese liegen auch in russischer, vietnamesischer und deutscher Sprache vor. Ein Flyer zum Thema Medien wird gerade erstellt.

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

Zentrale Ergebnisse

22,7% der Einschüler/innen in Marzahn-Hellersdorf haben ein eigenes Fernsehgerät im Kinderzimmer, das ist mehr als in allen anderen Bezirken und fast doppelt so häufig wie im Berliner Durchschnitt. Der Anteil der Kinder, der täglich fern sieht ist, liegt in Marzahn-Hellersdorf bei 95% und ist damit der höchste in ganz Berlin (90%).

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

Kinder mit Migrationshintergrund und einem hohen Fernsehkonsum sprechen schlechter deutsch als Migrantenkinder mit geringerem Medienkonsum.

Unabhängig von der Herkunftssprache haben Kinder mit hohem Fernsehkonsum größere Probleme bei der expressiven Sprachentwicklung. Fehlen sprachliche Anregungen, insbesondere im Elternhaus, kann dies zu Sprachverarmung und Sprachentwicklungsstörungen führen.

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

Empfehlungen für...

.... Praxis

Präventive Maßnahmen sollten vorrangig darauf ausgerichtet sein, Kinder und Eltern zu einer maßvollen und geregelten Nutzung der verschiedenen Medien zu befähigen.

5.2.2 Rauchverhalten der Eltern

Die Frage nach dem Rauchen haben 95% der Eltern beantwortet, so dass die Ergebnisse repräsentativ sind.

Ergebnisse:

In mehr als der Hälfte der Haushalte (51,6%) raucht mindestens ein Elternteil.

Berlin-Vergleich:

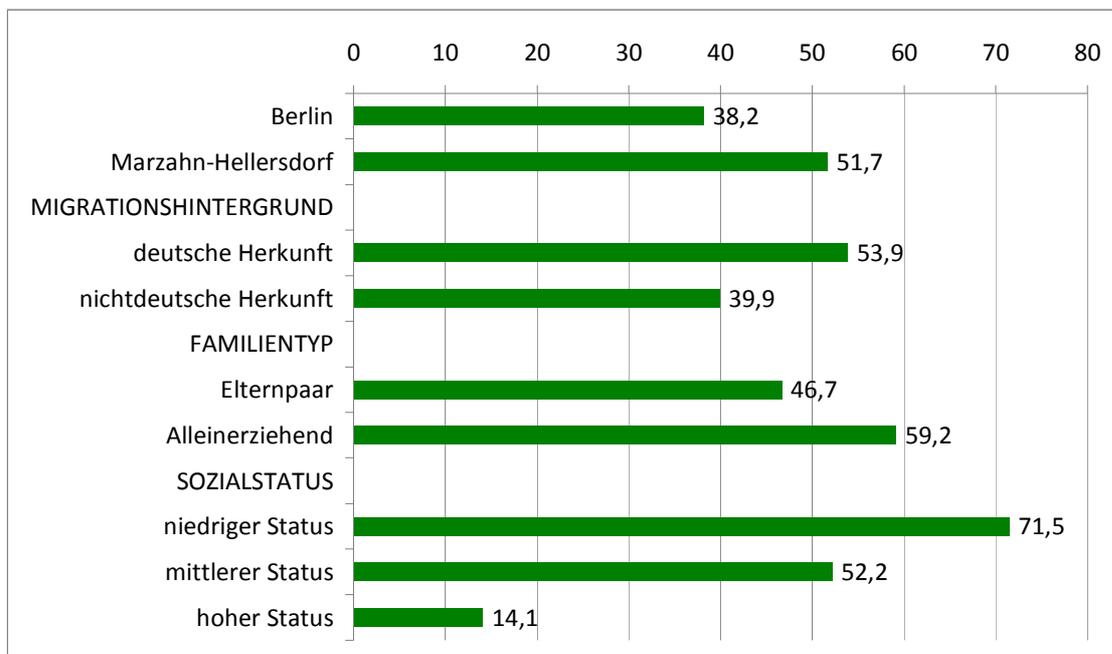
Im Berliner Durchschnitt wird nur in 38,2% der Haushalte geraucht. Damit sind die Schulneulinge in Marzahn-Hellersdorf häufiger häuslichem Tabakrauch ausgesetzt als ihre Pendanten in den anderen Bezirken.

Korrelationen:

Je niedriger der soziale Status, desto häufiger wird geraucht. In Familien mit niedrigem sozialen Status wird 5x häufiger geraucht als in Familien mit hohem sozialem Status: In 72% der Elternhäuser mit geringem Sozialstatus wird geraucht. In Familien mit hohem sozialem Status sind es nur 14%.

In herkunftsdeutschen Familien wird erheblich häufiger geraucht als in Migrantenfamilien. Alleinerziehende rauchen ebenfalls deutlich öfter als Mütter in Paarbeziehungen.

Abb. 16: Anteil rauchender Eltern(teile) nach Herkunft, Familienkonstellation und sozialem Status



Wie im Kapitel 6.1 zum Untergewicht dargestellt wird, rauchen viele Mütter in der Schwangerschaft. Bei der ESU wird nicht danach gefragt und dementsprechend nicht unterschieden, ob der Vater oder die Mutter raucht. Den Ergebnissen der KiGGS-Studie zufolge gaben gut 17% der Mütter zu, während der Schwangerschaft geraucht zu haben, Frauen mit niedrigem Sozialstatus zu 31%, bei Frauen mit hohem Sozialstatus waren es 8%. Es kann aber angenommen werden, dass die Frage nach dem Rauchen in der Schwangerschaft nicht immer korrekt beantwortet wurde, da dies nicht gesellschaftlichen Normen entspricht, so dass der aktuelle Rauchstatus zusätzlich einen gewissen Anhaltspunkt dafür liefert, welche Größenordnung das Rauchen in der Schwangerschaft tatsächlich einnimmt (vgl. KiGGS-Studie, S. 671 ff.).

Aber auch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft schädigt das ungeborene Leben und kann sich auf die gesunde Entwicklung des Kindes auswirken. Gemäß der KiGGS-Studie sind es vor allem Frauen mit hohem Sozialstatus, die während der Schwangerschaft auf Alkohol nicht verzichten. Mit 20,3% sind es zweieinhalbmal mehr als in der unteren Statusgruppe (8,5%). (KiGGS-Studie, S. 672ff)

Aus der Praxis:

... der Entbindungsstation des Vivantes-Klinikums Hellersdorf:

(Auszug aus einer E-Mail von Frau Dipl.-med. Sigrun Brandl, Kinderärztin für die neonatologische Versorgung in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe im Vivantes-Klinikum Hellersdorf an Marion Augustin, Verfasserin des vorliegenden Berichts am 07.08.2012)

„Auch wir (auf der Entbindungsstation, Anmerkung d. Verf.) beobachten über Jahre mit Sorge, dass vermehrt Schwangere und Stillende rauchen. In unserem Patientenkontext sind das mindestens 50%!!

....

Wir erleben es häufig, dass die Frauen ein schlechtes Gewissen haben, aber Rauchen ist eben eine Sucht und nicht so leicht aufzugeben. Andere fühlen sich durch unsere Gespräche oder Hinweise allerdings total genervt und bringen das auch zum Ausdruck.“ (ebd.)

Einerseits sind diese Aufklärungsversuche im Krankenhaus schon zu spät, auch wenn es nie zu spät ist, mit dem Rauchen aufzuhören. Andererseits muss das Krankenhaus auch auf seine Wirtschaftlichkeit achten und kann es sich nicht leisten, dadurch möglicherweise Patientinnen zu verlieren.

Sie schreibt weiter:

„Die Aufklärung der Familien hätte wirklich hohe Priorität. Ich glaube allerdings, dass schon frühzeitig in der Schule Aufklärung betrieben werden müsste (schon in der Grundschule...).

Solange die "gesellschaftlichen etablierten" Drogen, wie Alkohol und Nikotin, aber verharmlost werden, wird sich kaum was tun.“ (ebd.)

Präventionsansätze im Bezirk:

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

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

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

Die Kampagne „Nüchtern betrachtet – Bewusst erlebt“ richtet sich jedes Jahr an alle Berliner/innen mit dem Aufruf, über einen Zeitraum von vier Wochen auf jeglichen Alkoholkonsum zu verzichten (siehe auch www.nuechtern-betrachtet-berlin.de).

Die AG IPSE (Interinstitutionelles Projekt zur Stärkung der Erziehungskompetenz) hat u.a. einen Flyer zum Thema „Sucht?“ veröffentlicht (vgl. in Kürze: www.ipse-mh.blogspot.de).

Zentrale Ergebnisse

In mehr als der Hälfte der Haushalte (51,6%) der Einschüler/innen in Marzahn-Hellersdorf raucht mindestens ein Elternteil, im Berliner Durchschnitt sind es nur 38,2%. Marzahn-Hellersdorf ist damit der Bezirk mit dem höchsten Anteil rauchender Eltern bei Einschüler/innen. Das ist seit 2006, dem Beginn der Auswertungen, unverändert.

Je niedriger der soziale Status, desto häufiger wird geraucht. In Familien mit niedrigem sozialen Status wird 5x häufiger geraucht als in Familien mit hohem sozialem Status: In 72% der Elternhäuser mit geringem Sozialstatus wird geraucht. In Familien mit hohem sozialem Status sind es nur 14%.

In 54% der herkunftsdeutschen Familien wird geraucht und nur in 40% der Migrantenfamilien.

60% der Alleinerziehenden rauchen und damit deutlich öfter als Eltern(teile), die als Paar zusammen leben (47%).

Empfehlungen für...

... Praxis

Der hohe Anteil rauchender Schwangerer macht weiterhin Aufklärung erforderlich. Diese sollte bereits in der Grundschule beginnen.

6. Gesundheitszustand und Entwicklungsauffälligkeiten

6.1 Körpergewicht

Übergewicht und Adipositas¹ sind ein zunehmendes gesundheitliches Problem in Deutschland. Bereits 9,1% der 3- bis 6-Jährigen sind übergewichtig, davon 2,9% adipös (vgl. KiGGS-Studie 2007, S. 738).

Hauptursache ist ein Missverhältnis der Energiebilanz, das zurückzuführen ist auf

- ungünstige Ernährung (zu viel Fett, zu viel gezuckerte Getränke, zu viele kalorienreiche Zwischenmahlzeiten, Fehlen von geregelten Hauptmahlzeiten) und
- mangelnde Bewegung (zu viel Fernsehen, Computer).

Nur in wenigen Fällen kann eine andere Erkrankung, z.B. eine Hormonstörung, als Ursache festgestellt werden (vgl. AG Adipositas).

Die Grundlagen für Übergewicht und Fettleibigkeit werden bereits im Vorschulalter gelegt und viele übergewichtige Kinder und Jugendliche nehmen die Dickleibigkeit mit ins Erwachsenenalter.

Übergewicht birgt schon bei Kindern gesundheitliche Probleme wie

- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Verdauungsstörungen
- Herz- und Kreislauferkrankungen
- Bluthochdruck
- Stoffwechselstörungen (z.B. Typ-2-Diabetes, die früher nur beim älteren Menschen auftrat)

Neben den gesundheitlichen Problemen hat Übergewicht auch Einfluss auf die Psyche der Kinder. Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl sind wenig oder nicht vorhanden, sie werden von anderen Kindern ausgegrenzt und gehänselt. Die Folgen können soziale Isolation und psychische Störungen, wie Depressionen, Ängste, Essstörungen oder auch Verhaltensauffälligkeiten, sein.

Leichtes **Untergewicht** gerade bei Kindern in der Wachstumsphase birgt im Normalfall keinerlei Risiken. Problematisch wird es, wenn dem wachsenden Körper Nährstoffe fehlen. Dann leidet nicht nur das Längenwachstum und das Immunsystem, sondern auch das Gehirn, so dass auch die schulischen Leistungen in Mitleidenschaft gezogen werden können.

Methodik:

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

Dabei gibt es verschiedene Auffassungen, bei welchen Grenzwerten Übergewicht und Adipositas vorliegen. Auf die verschiedenen Ansichten bzw. Referenzsysteme soll im Folgenden aber nicht näher eingegangen werden (ausführliche Informationen vgl. Gesundheitsberichterstattung in Berlin 2003, S. 51 ff).

In Abhängigkeit vom Referenzsystem wurden sogenannte BMI-Normwertetabellen entwickelt, die Alter und Geschlecht des Kindes berücksichtigen und aus denen sich ablesen lässt, ob beim Kind Über-, Unter oder Normalgewicht vorliegt.

Die Gesundheitsberichterstattung im Land Berlin orientiert sich bei den Grenzwerten an den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kinder- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft und verwendet die BMI-Normwertetabelle von Kromeyer-Hauschild.

Diese bilden daher auch die Grundlage unserer nachstehenden Berechnungen und Aussagen.

¹ Adipositas = Fettsucht, starkes Übergewicht mit krankhaften Auswirkungen

Ergebnisse:

Knapp 80% der einzuschulenden Kinder im Bezirk war normalgewichtig. 11,6% der Kinder war untergewichtig, 3,3% sogar deutlich untergewichtig. 8,6% der Kinder waren übergewichtig, 3,5% stark übergewichtig, also adipös. Damit gibt es im Bezirk mehr unter- als übergewichtige Kinder. Das ist in der Hälfte der Berliner Bezirke der Fall, vor allem und am stärksten ausgeprägt in Bezirken mit guter Sozialstruktur, wie Pankow (13,1% zu 4,2%) oder Treptow-Köpenick (10,6% zu 6,4%).

Berlin-Vergleich:

Im Berliner Durchschnitt lag der Anteil der Normalgewichtigen mit 81% etwas über dem Marzahn-Hellersdorfer Durchschnitt von 80%. Damit belegt der Bezirk Rang 9 von 12.

Einen höheren Anteil untergewichtiger Kinder als in Marzahn-Hellersdorf gibt es nur in Pankow. Der Berliner Durchschnitt liegt bei 9,3%.

Bei den übergewichtigen Kindern belegt Marzahn-Hellersdorf einen mittleren sechsten Rang. Der Berliner Durchschnitt liegt mit 9,5% nur 1,1% Punkte höher als in Marzahn-Hellersdorf.

Korrelationen:

Bundesweit und auch in Berlin ist festzustellen, dass Kinder deutscher Herkunft seltener übergewichtig sind als Kinder nichtdeutscher Herkunft. Dies betrifft insbesondere türkische und arabischstämmige Kinder. Diese Herkunftsgruppen sind in Marzahn-Hellersdorf jedoch so gut wie nicht vertreten. Insgesamt sind Migrantenkinder seltener normalgewichtig als herkunftsdeutsche Kinder. Einen hohen Anteil untergewichtiger Kinder gibt es bei den russischen und den vietnamesischen Kindern (12,4% bzw. 11,7%). Übergewicht findet man vor allem bei den Kindern aus Kasachstan (13,8%) und ebenfalls bei den russischen Kindern (13,4%). Bei den vietnamesischen Kindern sind 8,8% übergewichtig.

Vor allem Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus leiden eher an Unter- als an Übergewicht, wobei der Gewichtsstatus auch stark kulturell geprägt ist.

Deutliche Unterschiede gibt es zwischen den Geschlechtern: 13,7% der Jungen sind untergewichtig, während es bei den Mädchen nur 9,8% sind. Beim Übergewicht sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede nicht so ausgeprägt.

Tab. 16: Über- und Untergewicht in Marzahn-Hellersdorf nach Geschlecht, Sozialstatus und Herkunft

	deutliches Untergewicht (%)	Untergewicht (%)	Normalgewicht (%)	Übergewicht (%)	Adipositas (%)
Marzahn-Hellersdorf	3,3	8,4	79,7	5,1	3,5
Berlin	2,6	6,7	81,1	5,6	3,9
GESCHLECHT					
Männlich	3,3	10,4	78,1	4,5	3,8
Weiblich	3,4	6,4	81,2	5,8	3,2
SOZIALSTATUS					
niedriger Status	3,5	7,5	77,8	6,2	5,0
mittlerer Status	3,0	8,0	80,8	4,6	3,6
hoher Status	4,4	12,4	80,0	2,8	0,4
HERKUNFT					
deutsche Herkunft	3,5	8,3	80,4	4,6	3,3
nichtdeutsche Herkunft	2,7	8,8	76,4	7,9	4,2

Ein Zusammenhang von Über- bzw. Untergewicht besteht auch zum Geburtsgewicht: 15% der untergewichtigen Kinder kamen bereits mit einem sehr geringen Geburtsgewicht (unter 2.500 g) auf die Welt, bei den Normalgewichtigen waren es nur 5% und nur 2,5% der Kinder, die heute Übergewicht aufweisen, waren bei ihrer Geburt sehr leicht.

Insgesamt waren 6,7% der Kinder bei ihrer Geburt leichter als 2.500 g. Der Berliner Durchschnitt liegt mit 6,2% etwas darunter.

Kinder mit geringem Geburtsgewicht sind häufiger bei Müttern der unteren Statusgruppe zu finden. 9,2% der Mütter der unteren Sozialstatusgruppe brachten Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 2.500 g zur Welt, während es bei der mittleren und oberen Statusgruppe nur 5,1% bzw. 5,4% waren.

Rauchen in der Schwangerschaft kann u.a. dazu führen, dass Kinder zu früh geboren werden und dadurch ein zu geringes Geburtsgewicht haben. Der Anteil der rauchenden Eltern ist in Marzahn-Hellersdorf höher als in den anderen Bezirken (vgl. Kapitel 5.2.2). Verlässliche Angaben, wie viele Mütter während der Schwangerschaft das Rauchen einstellen, gibt es nicht. Nach Schätzung der Kinderärztin Sigrun Brandl auf der Entbindungsstation des Vivantes-Klinikums Hellersdorf, in dem ein Großteil der Hellersdorfer Mütter entbinden, rauchen ca. 50% der werdenden Mütter in der Schwangerschaft und während der Stillzeit weiter.

Aus der Praxis:

... der Entbindungsstation des Vivantes-Klinikums Hellersdorf:

(Auszug aus einer E-Mail von Frau Dipl.-med. Sigrun Brandl, Kinderärztin für die neonatologische Versorgung in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe im Vivantes-Klinikum Hellersdorf an Marion Augustin, Verfasserin des vorliegenden Berichts am 07.08.2012)

Bei vielen Raucherinnen „sind die Kinder schon bei der Geburt untergewichtig, da aus dem Rauchen häufig eine Insuffizienz der Plazenta und damit eine Minderversorgung des ungeborenen Kindes resultiert. Zur nutritiven Unterversorgung kommt natürlich oft eine Sauerstoffmangelsituation, die unter Wehen oft zu einem pathologischen Kardiotokogramm und damit zu operativen geburtshilflichen Maßnahmen führt (Kaiserschnitt, Sauglocke).“ (Dr. S. Brandl 2012)

Nach ihrer Einschätzung ist der Anteil der untergewichtig und reif geborenen, d.h. keine Frühgeborenen, auffallend hoch. Es sind oft sog. „kleingerauchte“ Kinder, die sich aufgrund des Nikotinkonsums der Mutter während der Schwangerschaft nicht ausreichend entwickeln konnten. Statistische Auswertungen zur Zahl der reif geborenen untergewichtigen Kinder gibt es nicht, könnten aber bei entsprechenden personellen Kapazitäten für das Klinikum in Hellersdorf erfolgen.

Leider gibt es zum Untergewicht von Kindern kaum Untersuchungen und Veröffentlichungen, so dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse nicht vorliegen.

Präventive Maßnahmen im Bezirk:

(Kerstin Moncorps, Koordinatorin für Gesundheitsförderung)

Mangelnde Bewegung und Fehlernährung sind Hauptursachen für Übergewicht. Da fast alle Kinder im Bezirk in die Kita gehen, kommt diesen Einrichtungen diesbezüglich eine wichtige Erziehungsaufgabe zu.

Rahmenbedingungen hierfür finden sich im „Berliner Bildungsprogramm“ (2004), in dem u. a. die Bildungsbereiche Körper, Bewegung und Gesundheit als Schwerpunkt benannt wurden und im bezirklichen Konzept der bewegungsfreundlichen Kitas. Bewegungsfreundliche und anregende Gestaltung der Kitaräume und Außenanlagen bieten den Kindern Möglichkeiten und Anreize zur Bewegung und Entspannung und sind Mindestanforderung des Konzeptes. In einem entsprechenden Auditverfahren können Kitas seit 2000 das Prädikat „Bewegungsfreundliche Kita“ erwerben. Bisher haben acht Kitas im Bezirk das Prädikat erhalten und turnusmäßig erfolgreich verteidigt.

Die vom Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum Berlin – Brandenburg e.V. in Kooperation mit dem Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin (Plan- und Leitstelle Gesundheit und Soziales), der GesundheitswerkSTADT Marzahn-Hellersdorf (Arbeitsgruppe Entspannung-Wahrnehmung-Bewegung) und der Humboldt-Universität zu Berlin (Institut für Sportwissenschaften) durchgeführte Untersuchung zu „Bewegungsangeboten in Kindertagesstätten in Berlin Marzahn-Hellersdorf 2005“ erbrachte u. a. folgende Ergebnisse:

Der ganzheitliche Ansatz der bewegungsfreundlichen Kitas hat positive Auswirkungen auf die Konzentrationsfähigkeit und den Body Mass Index der Kinder. Bezüglich der motorischen Fertigkeiten ließen sich keine Unterschiede feststellen.

Eltern und Erzieher/innen aus bewegungsfreundlichen Kitas schätzen ihre Kinder als bewegungsfreundlicher, ausdauernder, konzentrierter und ungeduldiger ein als Eltern und Erzieher/innen aus den Vergleichskitas.

Kitas mit der Beköstigungsform „selbstkochend“ können einen wichtigen Beitrag zur Prävention von Übergewicht und Adipositas leisten, da sie die Möglichkeit haben, vor Ort qualitativ und quantitativ auf die Ernährung der Kinder Einfluss zu nehmen. Die Einbeziehung der Kinder erfolgt z. B. über Projekte zur gesunden Ernährung und Lebensweise.

Zumeist kann dem Problem des Über- oder Untergewichts durch Umstellung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens begegnet werden. Dazu bedarf es in erster Linie der Mitwirkung der Eltern, Aufklärung und Unterstützung.

Mit dem bezirklichen Netzwerk „Rund um die Geburt“ bietet sich die Möglichkeit, werdende und junge Eltern über Multiplikatorinnen/Multiplikatoren zu gesundheits- und entwicklungsfördernden Themen zu informieren und aufzuklären.

Die vorhandenen Netzwerke in den Stadtteilen, insbesondere die, die sich im Rahmen der BZgA-Aktion „Ich geh zur U! Und du?“ gebildet haben, sollten genutzt werden, um auch rund um das Thema „gesunde Ernährung und Bewegung“ aktiv zu wirken.

Leider reichen die Ressourcen der Stadtteilzentren nicht aus, das Netzwerk diesbezüglich thematisch auszuweiten.

Zentrale Ergebnisse

Nur 80% Kinder hatten entsprechend ihrer Größe Normalgewicht. 9% waren übergewichtig und 12% waren untergewichtig. Damit waren mehr Kinder unter- als übergewichtig. Übergewicht findet sich häufiger bei Kindern mit Migrationshintergrund, insbesondere bei denen kasachischer und russischer Herkunft.

Auch Untergewicht kann gesundheitliche Auswirkungen auf die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes haben. Insbesondere Kinder aus sozial besser gestellten Familien sind häufiger untergewichtig.

Empfehlungen für...

.... Praxis

Hauptursachen für Übergewicht sind Bewegungsarmut und Fehlernährung. Da mangelnde Bewegung auch Auswirkungen auf solche Fähigkeiten wie Körperkoordination und Grobmotorik haben und es in diesem Bereich erhebliche Defizite gibt (vgl. Kapitel 6.2.1), sollte schon im Kita-Alter für ausreichend Bewegung gesorgt werden.

Einen wichtigen Beitrag dazu leisten die Kitas im Bezirk mit entsprechenden Konzepten und Projekten für mehr Bewegung und gesündere Ernährung.

Der hohe Anteil rauchender Schwangerer zeigt, dass hier weiterhin Aufklärung erforderlich ist. Diese sollte bereits in der Grundschule beginnen.

6.2 Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen

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

Die Hälfte aller Kinder in Marzahn-Hellersdorf weist bei der Einschulungsuntersuchung Entwicklungsstörungen im motorischen, sprachlichen, kognitiven und/oder sozial-emotionalen Bereich auf. Besonders häufig betroffen sind Kinder aus sozial schwächeren Familien, insbesondere bei niedrigem Bildungsniveau der Eltern.

„Insbesondere Familien in sozial benachteiligten und prekären Lebenslagen – verbunden mit einem niedrigen Bildungsniveau oder ungünstigen sozio-ökonomischen Bedingungen – gelingt es oftmals nicht, die Bedürfnisse ihrer Kinder in ausreichender Weise zu erfüllen, ihnen genügend Zeit und Aufmerksamkeit zu widmen und ihnen anregungsreiche Bedingungen des Aufwachsens zu bieten.“ (Robert-Koch-Institut 2008, S. 76)

Immer mehr Kinder können nicht mehr auf einem Bein balancieren, Stifte in der Hand halten oder sich verständlich artikulieren. Eine Ursache ist darin zu sehen, dass die Kinder in der Frühphase ihrer Entwicklung nicht genügend gefördert werden. Kinder brauchen Anregung, damit sich ihre motorischen und sprachlichen Fähigkeiten optimal entwickeln können.

Dabei kommt der Herkunftsfamilie eine herausragende Bedeutung zu. Wenn diese aufgrund des geringen Bildungshintergrundes, prekärer finanzieller Verhältnisse, damit einhergehender weitergehender sozialer (Multi)Problemlagen, erzieherischer Unsicherheit bzw. Inkompetenz nicht in der Lage ist, ihrem Kind diese Anregungen zu vermitteln, 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 oftmals zu spät ein. Denn die „zentralen Entwicklungsaufgaben liegen im Alter von bis zu zwei Jahren im Aufbau des Urvertrauens durch emotionale und sichere Bindungen, in der Entwicklung der sensomotorischen Intelligenz und der grundlegenden motorischen Funktionen. Im Alter von zwei bis vier Jahren stehen die Sprachentwicklung und die Verfeinerung motorischer Funktionen im Vordergrund.“ (ebd., S. 76)

Zur Feststellung des Entwicklungsstandes der Kinder wird bei der Einschulungsuntersuchung ein standardisierter Test durchgeführt (S-ENS: Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen). Dabei werden die motorischen, kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten des Kindes getestet. Dieser Test ist berlinweit einheitlich wie die gesamte Einschulungsuntersuchung.

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

6.2.1 Auffälligkeiten in der motorischen und kognitiven Entwicklung

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

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

Grobmotorik und Körperkoordination

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

Methodik:

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 10 Sekunden schafft.

Ergebnisse:

17,6% der Kinder wiesen auffällige Befunde auf und weitere 12,6% grenzwertige Befunde.

Berlin-Vergleich:

Der Anteil von 17,6% auffällige Befunde stellt den **höchsten Wert** in Berlin dar! Der Berliner Durchschnitt liegt bei 11,2% und damit um fast 6% Punkte darunter.

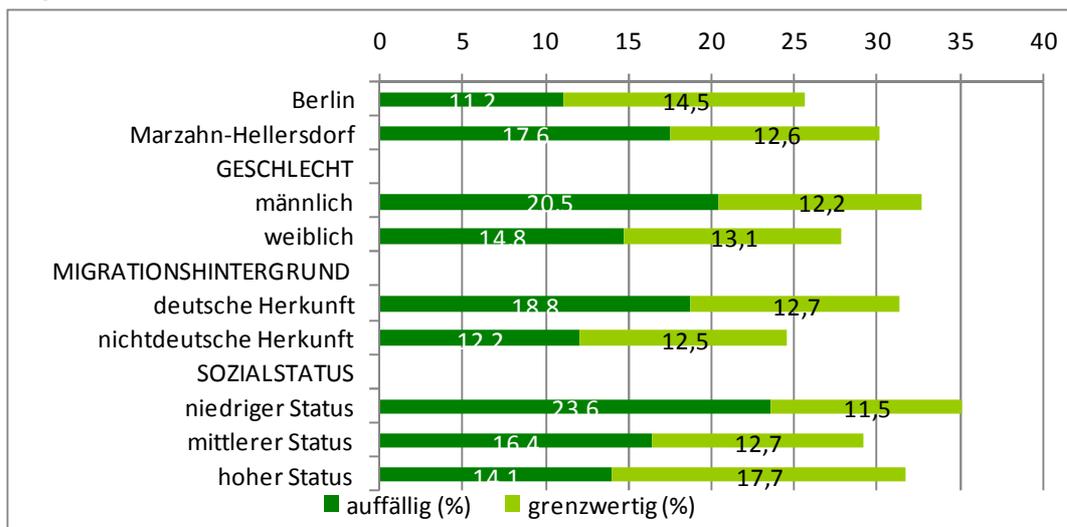
Die Kinder in Marzahn-Hellersdorf treiben deutlich seltener Sport als in allen anderen Bezirken, zumindest in Sportvereinen. Nur 4,5% der unter 6-Jährigen ist Mitglied in einem Sportverein. Im Berliner Durchschnitt sind es 14,3% (vgl. Statistik Bericht BV 1-j/12).

Über alle Altersgruppen hinweg ist der Anteil der Einwohner/innen, die Sport im Verein treiben, der geringste aller Bezirke. Die Möglichkeiten zum Sporttreiben im Verein sind im Bezirk beschränkt. In Marzahn-Hellersdorf sind 73 Sportvereine registriert. In den anderen Bezirken sind es mit durchschnittlich 160 mehr als doppelt so viel.

Korrelationen:

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

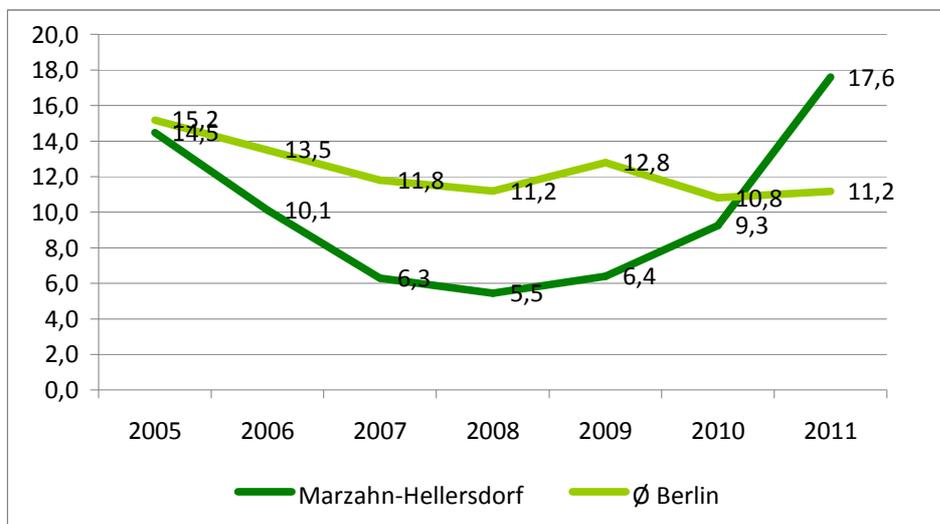
Abb. 17: Anteil der Kinder mit auffälligen und grenzwertigen Befunden beim Test zur Körperkoordination nach Geschlecht, Herkunft und Sozialstatus



Entwicklungstendenzen:

Der Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden in der Körperkoordination hat sich in den letzten drei Jahren **mehr als verdreifacht!** Insbesondere gegenüber dem letzten Jahr, als der Bezirk noch unter dem Berliner Durchschnitt lag, ist ein starker Anstieg zu verzeichnen.

Abb. 18: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden in der Körperkoordination in Marzahn-Hellersdorf und in Berlin seit 2005



Diese dramatische Entwicklung sollte Anlass sein, die Bewegungsförderung der Kinder im Bezirk erneut stärker in den Fokus zu rücken. Dabei gilt es, den natürlichen Bewegungsdrang der Kinder zu nutzen und gemeinsam mit ihnen Angebote auszuwählen und zu entwickeln.

Aus der Praxis:

... des Jugendamtes Marzahn-Hellersdorf (Jugendhilfebericht Marzahn Hellersdorf 2010)

Kinder beschäftigen sich immer häufiger in sitzender Position, vorzugsweise mit Angeboten der Spiel- und Informationstechnologie (Erfahrungen aus zweiter Hand). Dies belegt auch folgender Erfahrungsbericht aus der Arbeit des regionalen Sozialdienstes des Jugendamtes. „In den Regionen wird wahrgenommen, dass es Kita-Kindern und Grundschülerinnen und -schülern oft an altersentsprechenden Basiskompetenzen fehlt, nicht selten auch im motorischen Bereich. Wenn ein Kind meint, es könne Fußball spielen und sich dann zeigt, dass zwar keine konkrete motorische

‚Ballerfahrung‘, sondern vielmehr eine ‚Medienkompetenz‘ in Form von PC-Spiel gemeint ist, dann macht das nachdenklich.“

Gute Beispiele (K. Moncorps)

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

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

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

Zentrale Ergebnisse

Die motorischen Fähigkeiten der Kinder haben dramatisch nachgelassen. 17,5% der Kinder hatten auffällige Befunde im Bereich der Körperkoordination. Das sind mehr als in allen anderen Berliner Bezirken und liegt 4% Punkte über dem Berliner Durchschnitt.

Der Anteil der Kinder mit unzureichenden motorischen Fähigkeiten hat sich in den letzten drei Jahren verdreifacht! Diese dramatische Entwicklung sollte Anlass sein, Maßnahmen zur Bewegungsförderung der Kinder stärker in den Fokus zu rücken.

Herkunftsdeutsche Kinder weisen häufiger Defizite in ihrer Motorik auf als Kinder mit Migrationshintergrund.

Empfehlungen für...

... Politik und Verwaltung

Rahmenbedingungen für Bewegung, Spiel und Sport schaffen, z. B. durch die Bereitstellung von Ressourcen, Berücksichtigung von ausreichenden Bewegungsräumen bei der Planung.

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

.... Praxis

Bewegung, Spiel und Sport in die Lebenswelten von Kindern integrieren und damit ihre gesundheitliche und soziale Entwicklung fördern

Ausgleich sozialer Benachteiligung durch Nutzung von Sportangeboten in einem Sportverein für Kinder aus sozial benachteiligten Familien, z. B. über das Bildungs- und Teilhabepaket

Kooperation und Vernetzung zum Ausbau der Angebote, z.B. LSB "Schule und Verein" und Angebote der Krankenkassen

Visuomotorik und visuelle Wahrnehmung

Im Testbereich „**Visuomotorik**“ der Einschulungsuntersuchung soll das Kind die Strichzeichnung eines Drachens 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. Es werden meist auch die gewünschten Schreibformen nicht genau in die vorgedruckte Linie gebracht.

Ergebnisse:

Fast jedem vierten Kind in Marzahn-Hellersdorf wurde ein auffälliger Befund im Bereich der Visuomotorik attestiert. Weitere 12,4% hatten grenzwertige Befunde. Damit haben mehr als ein Drittel der Kinder Probleme in diesem Bereich.

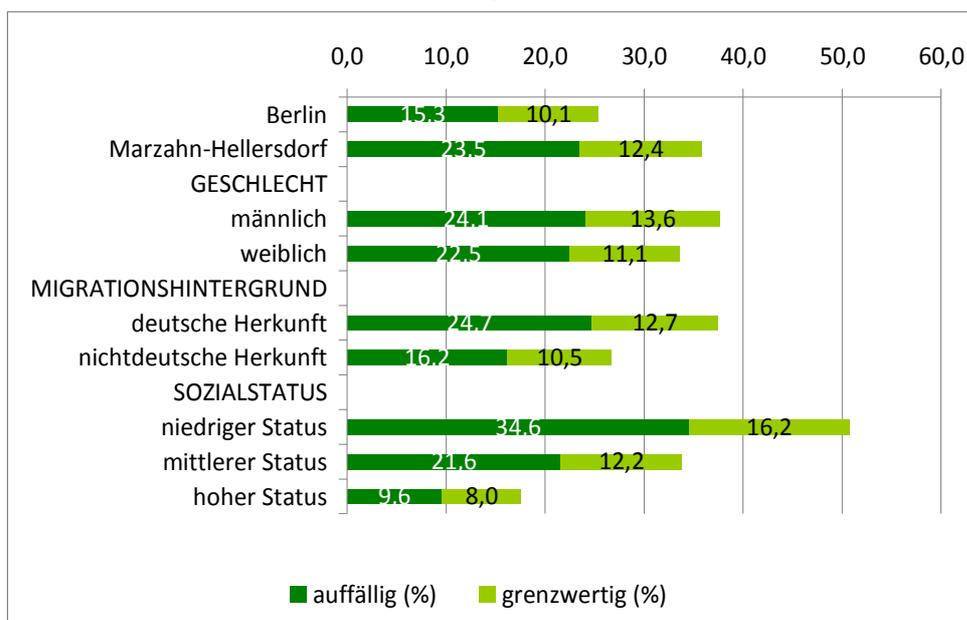
Berlin-Vergleich:

Wie im Bereich der Körperkoordination ist auch das der **höchste Wert aller Berliner Bezirke**. Der Berliner Durchschnitt für auffällige Befunde liegt bei 15%.

Korrelationen:

Ebenfalls wie bei der Körperkoordination schneiden Jungen etwas schlechter ab als Mädchen, Kinder deutscher Herkunft schlechter als herkunftsdeutsche Kinder und ebenso stark auffällig ist der große Unterschied zwischen den Kindern in Abhängigkeit vom Bildungshintergrund der Eltern. Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern haben mehr als dreimal so oft auffällige Befunde wie Kinder aus Familien mit hohem sozialem Status.

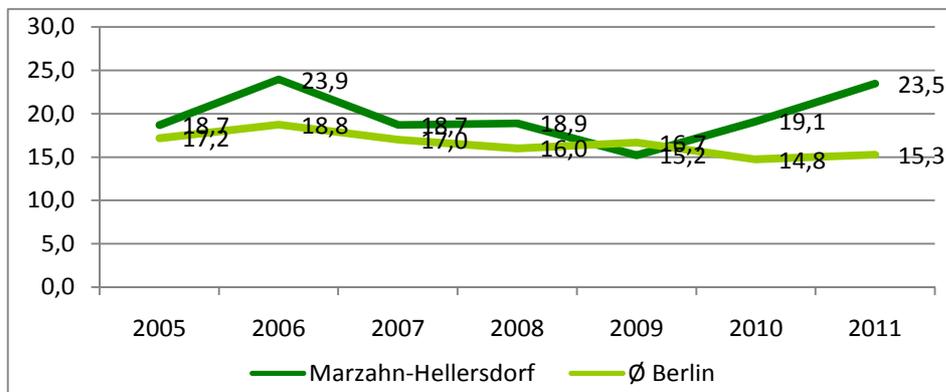
Abb. 19: Anteil der Kinder mit auffälligen und grenzwertigen Befunden im Bereich der Visuomotorik nach Geschlecht, Herkunft und Sozialstatus



Entwicklungstendenzen:

Seit zwei Jahren ist ein starker Anstieg der auffälligen Befunde im Bereich der Visuomotorik zu verzeichnen. Der Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten liegt heute 8% Punkte höher als 2009 und damit 8% über dem Berliner Durchschnitt.

Abb. 20: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden in der Visuomotorik in Marzahn-Hellersdorf und in Berlin seit 2005



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

Methodik:

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.

Ergebnisse:

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

Berlin-Vergleich:

Im Berliner Vergleich bedeutet das Rang 3, d.h. zwei Bezirke hatten schlechtere Werte. Der Berliner Durchschnitt liegt bei 13,0%.

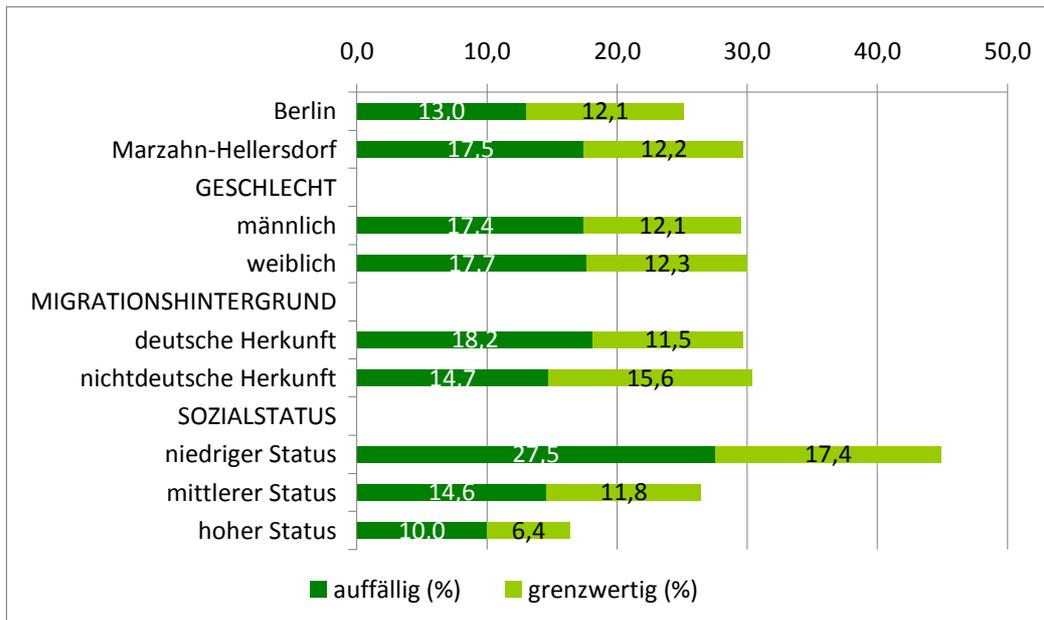
Korrelationen:

Zwischen den Geschlechtern gibt es keine Unterschiede.

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

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

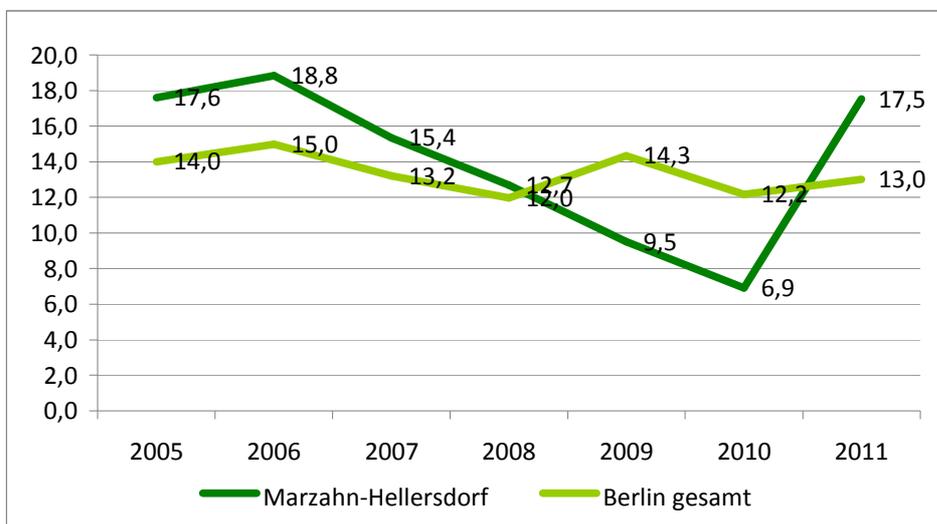
Abb. 21: Anteil der Kinder mit auffälligen und grenzwertigen Befunden im Bereich der visuellen Wahrnehmung nach Geschlecht, Herkunft und Sozialstatus



Entwicklungstendenzen:

Nach einer positiven Entwicklung in den Jahren 2006 – 2010 ist im Vergleich zum letzten Jahr eine erhebliche Verschlechterung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeiten der Einschüler/innen zu verzeichnen. Der Anstieg von 7% auf über 17% beträgt mehr als 10%Punkte.

Abb. 22: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden in der visuellen Wahrnehmung in Marzahn-Hellersdorf und in Berlin seit 2005



Zentrale Ergebnisse

Im Bereich der Visuomotorik und visuellen Wahrnehmung ist der Anteil der Kinder mit **auffälligen Befunden sehr hoch** und liegt **deutlich über dem Berliner Durchschnitt**.

Fast jedes vierte Kind (23,4%) wies in den Visuomotorik-Tests auffällige Befunde auf. Das ist der **höchste Anteil von allen Bezirken** (Berlin: 15,3%). Seit zwei Jahren ist hier ein **starker Anstieg** zu verzeichnen. Der Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten liegt 2011 um 10%Punkte höher als zwei Jahre zuvor.

In der visuellen Wahrnehmung hatten 17,6% der Kinder auffällige Befunde (Berlin: 13,0%). Gegenüber dem Vorjahr ist erstmals seit 2006 ein Anstieg zu verzeichnen, der mit über 10%Punkten erheblich ausfällt.

Kinder aus der unteren sozialen Statusgruppe haben dreimal häufiger auffällige Befunde als Kinder der oberen Statusgruppe.

In der motorischen und der kognitiven Entwicklung der Kinder ist eine **starke negative Entwicklungstendenz** zu beobachten. Dies hat dazu geführt, dass der Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden in zwei der drei Testbereiche der höchste aller Berliner Bezirke ist.

6.2.2 Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung

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

Dabei ist zu unterscheiden zwischen Sprachauffälligkeiten und Sprachentwicklungsstörungen. Umgebungsbedingungen, insbesondere das häusliche Umfeld, können die Sprachentwicklung ungünstig beeinflussen, so dass phänomenologisch ähnlich sprachliche Auffälligkeiten wie bei Sprachentwicklungsstörungen auftreten. Sprachentwicklungsstörungen liegen bei zeitlicher und inhaltlicher Abweichung von der normalen Sprech- und Sprachentwicklung im Kindesalter vor. Bei umgebungsbedingten Sprachauffälligkeiten ist eine nichtmedizinische, (heil-)pädagogische Sprachförderung angezeigt, während Sprachentwicklungsstörungen einer medizinisch indizierten Sprachtherapie bedürfen (vgl. SES, Interdisziplinäre S2k-Leitlinie 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 ist und die Kinder genügend Gelegenheit zur Kommunikation in diesen Sprachen erhalten. Treten Sprachentwicklungsstörungen bei diesen Kindern auf, betrifft das alle Sprachen. (ebd.)

Methodik:

Bei der Feststellung der sprachlichen Fähigkeiten werden vier Tests durchgeführt:

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

Für richtiges Nachsprechen bzw. Aussprechen werden Punkte vergeben.

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

Test „Pseudowörter nachsprechen“

Das Kind soll Fantasiewörter nachsprechen, z.B. Maramula. Damit wird die Gedächtnisspanne und Artikulationsgenauigkeit unbekannter Begriffe geprüft.

Ergebnisse:

Beim diesem Test wiesen 18,8% der Kinder auffällige Befunde auf und fast genauso viel grenzwertige Befunde.

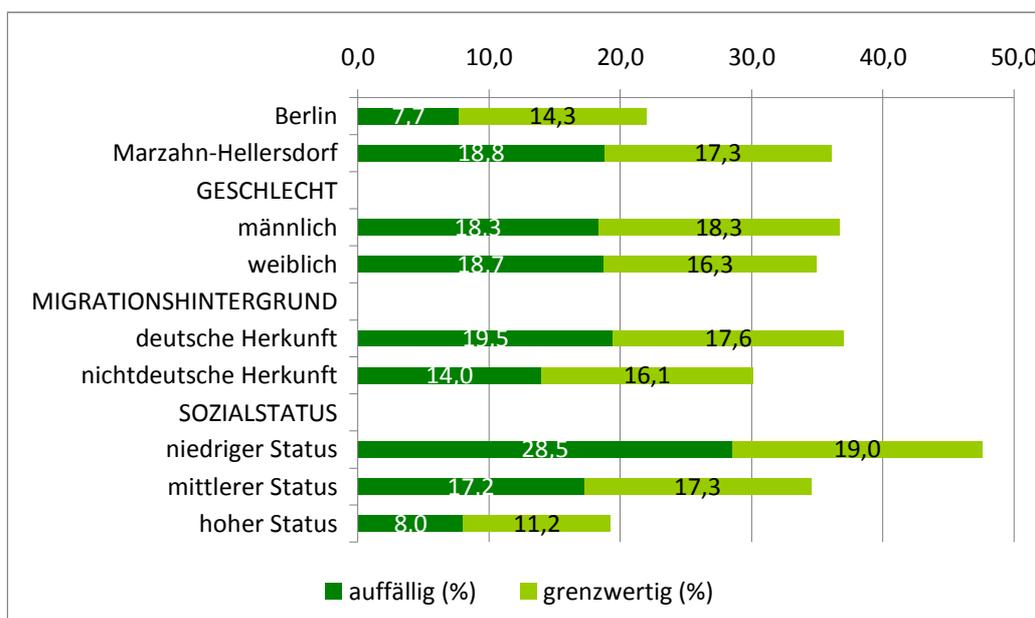
Berlin-Vergleich:

Der Anteil der Marzahn-Hellersdorfer Kinder mit auffälligen Befunden ist mehr als doppelt so hoch wie im Berliner Durchschnitt (7,7%). Es ist der höchste Anteil aller Berliner Bezirke.

Korrelationen:

- Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es nicht.
- Die Kinder mit Migrationshintergrund sprachen die Wörter besser nach als die herkunftsdeutschen Kinder.
- Mehr als jedes vierte Kind aus bildungsfernen Elternhäusern war nicht in der Lage, die Wörter richtig nachzusprechen. Bei weiteren 19% waren die Befunde grenzwertig. Der Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden liegt bei Kindern des unteren Sozialstatus dreieinhalb Mal höher als bei Kindern der oberen Statusgruppe.

Abb. 23: Ergebnisse des Tests „Pseudowörter nachsprechen“ nach Geschlecht, Herkunft und Sozialstatus

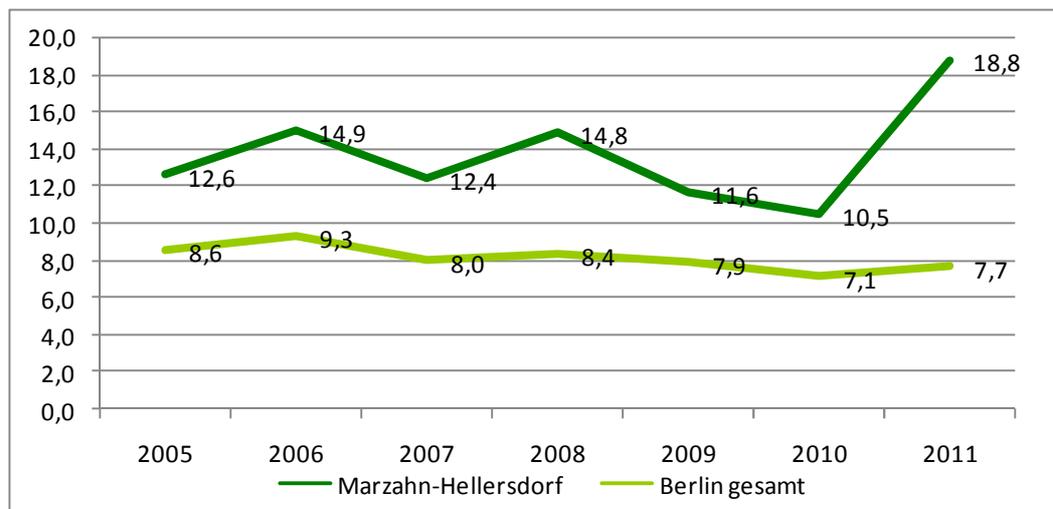


Entwicklungstendenzen:

2011 war der Anteil an Kindern mit auffälligen Befunden bei diesem Test der höchste, der je in Marzahn-Hellersdorf erreicht wurde.

In den vergangenen Jahren gab es stets leichte Auf- und Abwärtsbewegungen bei den Ergebnissen dieses Tests. In diesem Jahr ist ein auffälliger Ausschlag nach oben festzustellen. Ob dies nur eine Ausnahme ist oder ob hier ein negativer Entwicklungstrend beginnt, müssen die Auswertungen der nächsten Jahre zeigen.

Abb. 24: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test „Pseudowörter“ in Marzahn-Hellersdorf und in Berlin seit 2005



Test „Wörter ergänzen“

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

Ergebnisse:

Bei 17,5% der Kinder wurden Auffälligkeiten festgestellt, bei weiteren 16,2% grenzwertige Befunde. Damit hatte mehr als jedes dritte Kind bei diesem Test Probleme. Da hier auf alle Kinder reflektiert wird und der Anteil der Kinder nichtdeutscher Herkunft im Bezirk gering ist, betrifft es in hohem Maße herkunftsdeutsche Kinder.

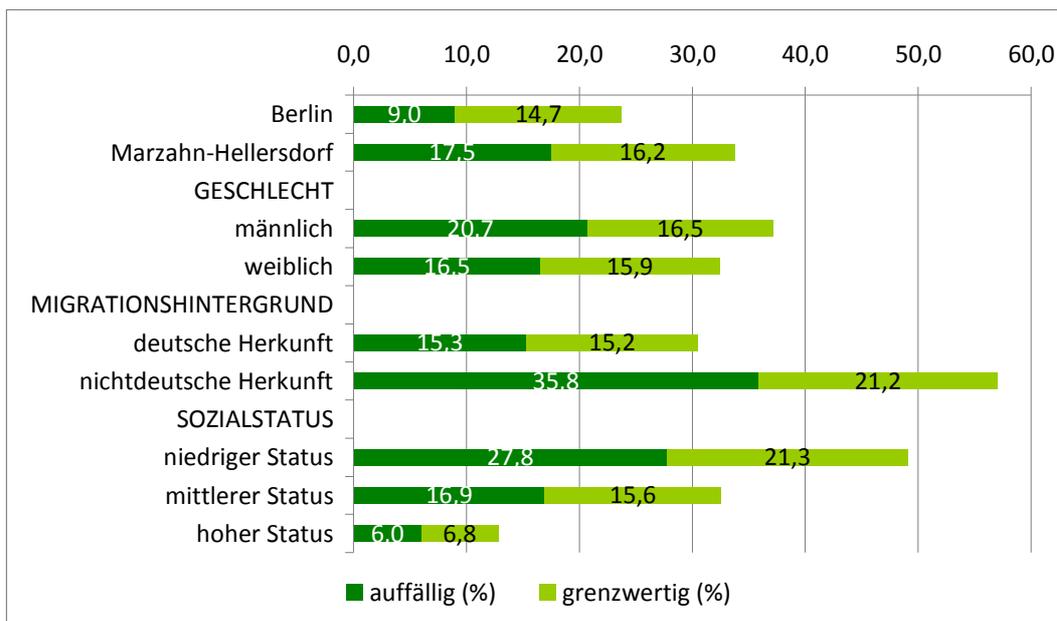
Berlin-Vergleich:

Der Wert von 17,5% in Marzahn-Hellersdorf ist doppelt so hoch wie im Berliner Durchschnitt und der **höchste Anteil von allen Berliner Bezirken**. Wenn man berücksichtigt, dass der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund der drittniedrigste und nur halb so hoch wie im Berliner Durchschnitt ist, wird deutlich, dass es sich in großem Umfang um herkunftsdeutsche Kinder handelt, die nicht altersentsprechend in der Lage sind, einfache deutsche Wörter zu erkennen und richtig nachzusprechen.

Korrelationen:

- Jungen schnitten etwas schlechter ab als Mädchen.
- Kinder mit Migrationshintergrund hatten mehr als doppelt so häufig Probleme damit, die Wörter zu ergänzen, wie Kinder, deren Muttersprache deutsch ist. Der hohe Prozentsatz herkunftsdeutscher Kinder ist hier eher als problematisch anzusehen.
- Wie bei allen anderen Tests haben Kinder bildungsarmer Familien erheblich häufiger auffällige Befunde als Kinder der mittleren oder oberen Statusgruppe.

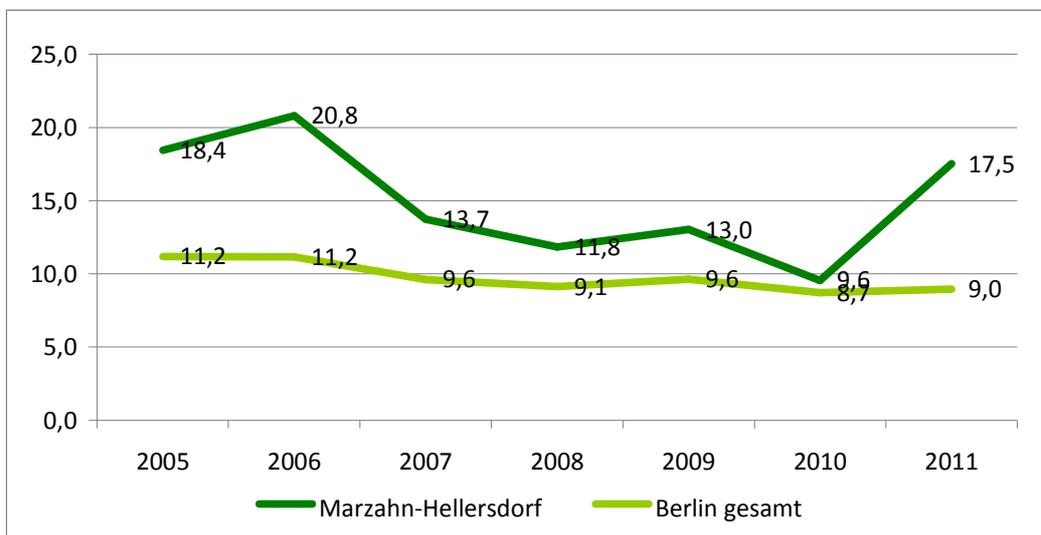
Abb. 25: Ergebnisse des Tests „Wörter ergänzen“ nach Geschlecht und Herkunft und Sozialstatus



Entwicklungstendenzen:

Nach einer positiven Entwicklung in den Jahren von 2006 – 2010 ist bei diesem Test in 2011 ein erheblicher Anstieg der Kinder mit auffälligen Befunden zu verzeichnen.

Abb. 26: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test „Wörter ergänzen“ in Marzahn-Hellersdorf und in Berlin seit 2005



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.

Ergebnisse:

Der dritte Test zur Feststellung der sprachlichen Fähigkeit ergibt ähnliche Befunde wie der Test „Wörter ergänzen“. Fast jedes vierte Kind war nicht ausreichend in der Lage, die vorgesprochenen Sätze nachzusprechen. Weitere 15,3% hatten grenzwertige Befunde.

Berlin-Vergleich:

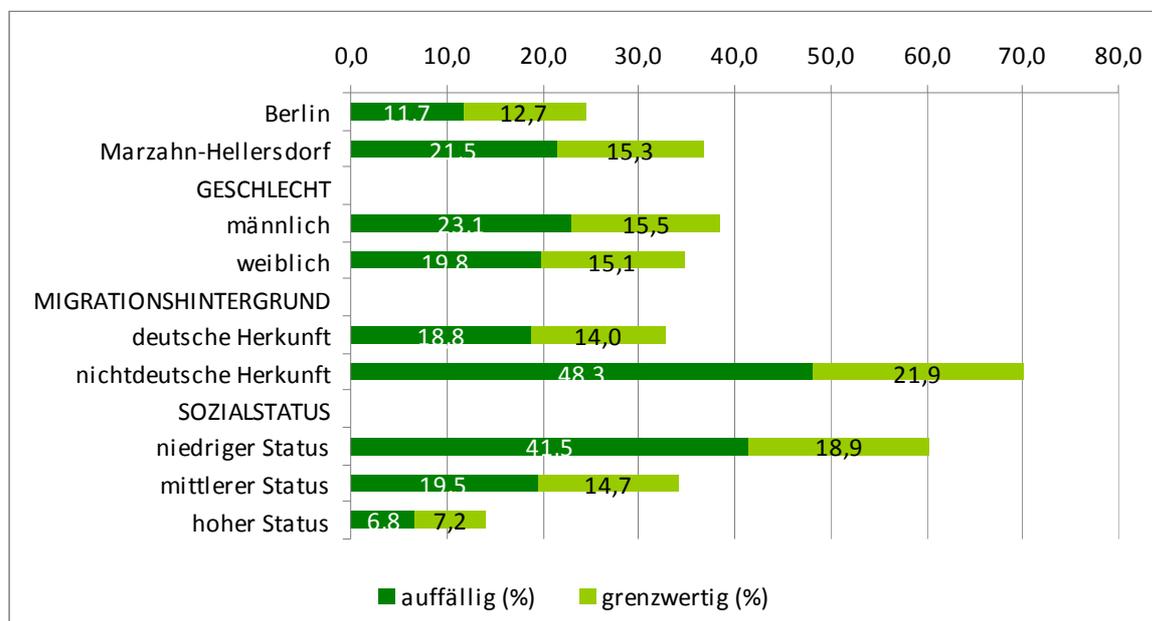
Der Berliner Durchschnitt war mit 9% auffälliger Befunde knapp halb so hoch wie in Marzahn-Hellersdorf. Der Bezirk belegt damit **den vorletzten Rang** im Berliner Vergleich.

Korrelationen:

Die Ergebnisse der Jungen waren etwas schlechter als die der Mädchen und Kinder mit Migrationshintergrund schneiden deutlich schlechter ab als die herkunftsdeutschen.

Ganz eklatant ist der Unterschied in Abhängigkeit vom Bildungsniveau der Eltern. Kinder aus bildungsfernen Familien hatten fast siebenmal häufiger auffällige Befunde als Kinder der oberen Statusgruppe.

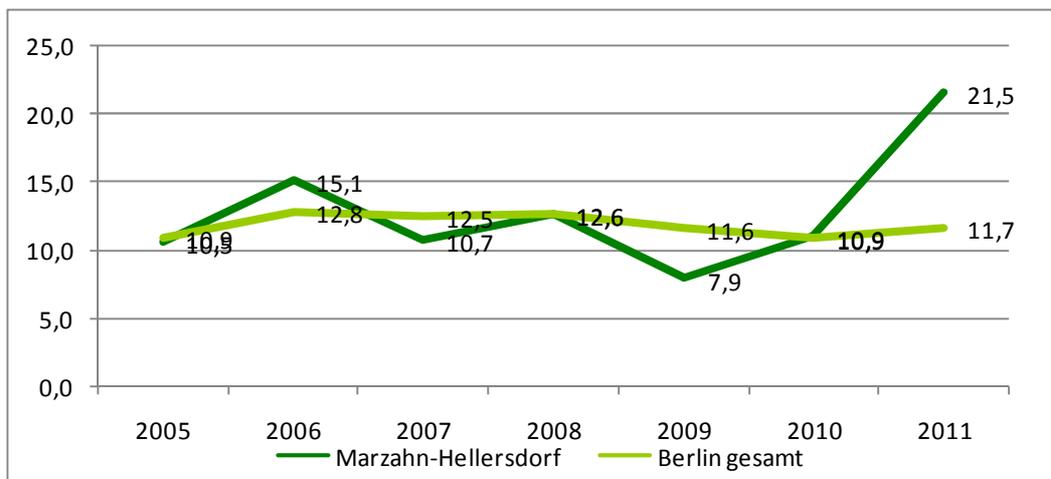
Abb. 27: Ergebnisse des Tests „Sätze nachsprechen“ nach Geschlecht, Herkunft und Sozialstatus



Entwicklungstendenzen:

Seit **zwei Jahren ist eine deutliche Negativentwicklung** bei diesem Test zu konstatieren. Gegenüber dem Vorjahr hat sich der Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test „Sätze nachsprechen“ verdoppelt.

Abb. 28: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden beim Test „Sätze nachsprechen“ in Marzahn-Hellersdorf und in Berlin seit 2005



Test Artikulation:

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

Ergebnisse:

64,6% der Kinder hatten keine Artikulationsfehler, 17,1% hatten in einer Lautgruppe Artikulationsfehler, 9,2% in zwei Lautgruppen, 7,1% in drei bis vier und 1,8% in fünf und mehr Lautgruppen.

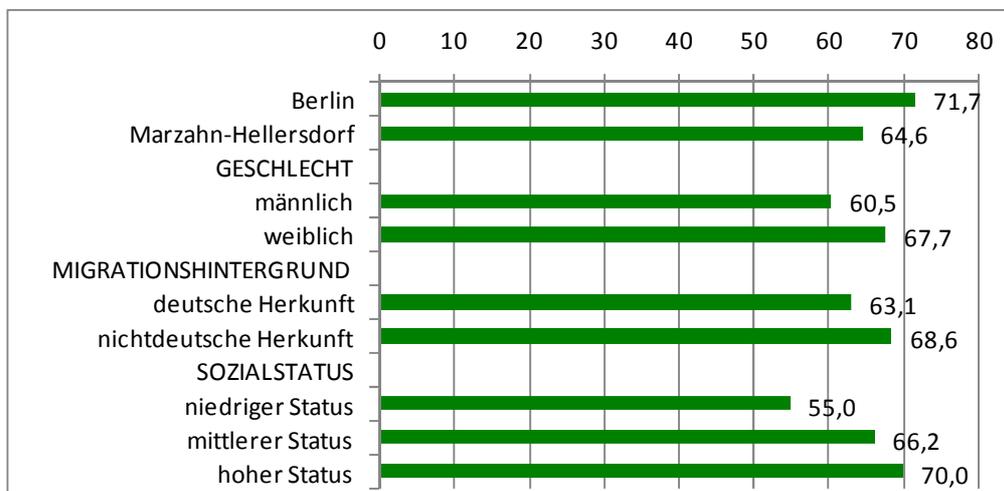
Berlin-Vergleich:

Im Berliner Durchschnitt hatten 71,7% keine Artikulationsfehler. Marzahn-Hellersdorf hat den **höchsten Anteil an Kindern mit Artikulationsfehlern**.

Korrelationen:

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

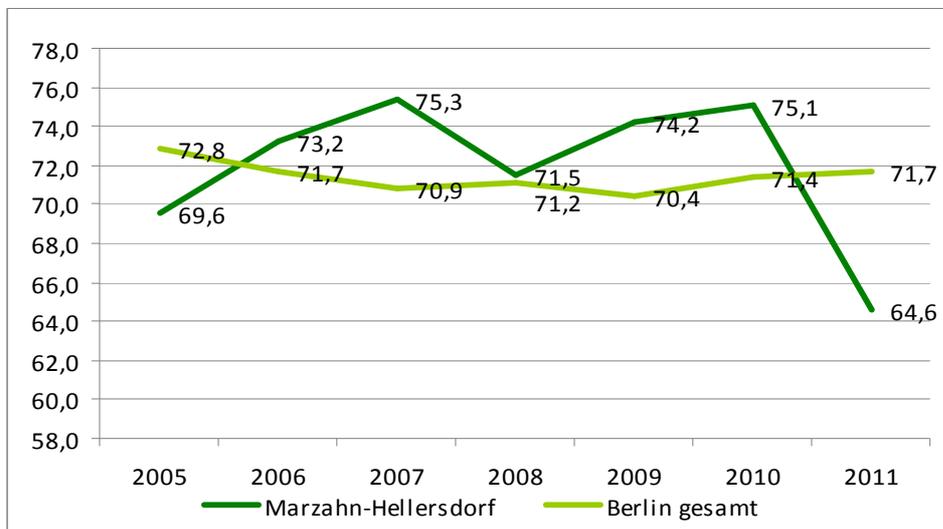
Abb. 29: Kinder ohne Artikulationsstörungen nach Geschlecht, Herkunft und Sozialstatus



Entwicklungstendenzen:

Auch bei diesem Test ist eine deutliche Verschlechterung gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Hatte der Bezirk seit 2006 stets bessere Werte als der Berliner Durchschnitt vorzuweisen, ist in 2011 ein erheblicher Absturz zu verzeichnen. 64,6% ist der schlechteste Wert aller Berliner Bezirke.

Abb. 30: Anteil der Kinder ohne Artikulationsfehler in Marzahn-Hellersdorf und in Berlin seit 2005

**Zusammenfassung Sprachtests**

Anhand der Ergebnisse der Sprachtests erfolgt eine zusammenfassende Gesamteinschätzung des Arztes/der Ärztin zu den sprachlichen Fähigkeiten des Kindes.

Da viele Kinder nur in einem bis zwei der vier Sprachtests auffällige Befunde aufwiesen und in anderen ohne Befund waren, ist der Anteil der Kinder mit auffälligen Werten für den gesamten Testbereich der Sprache und des Sprechens höher als in jedem einzelnen Test für sich.

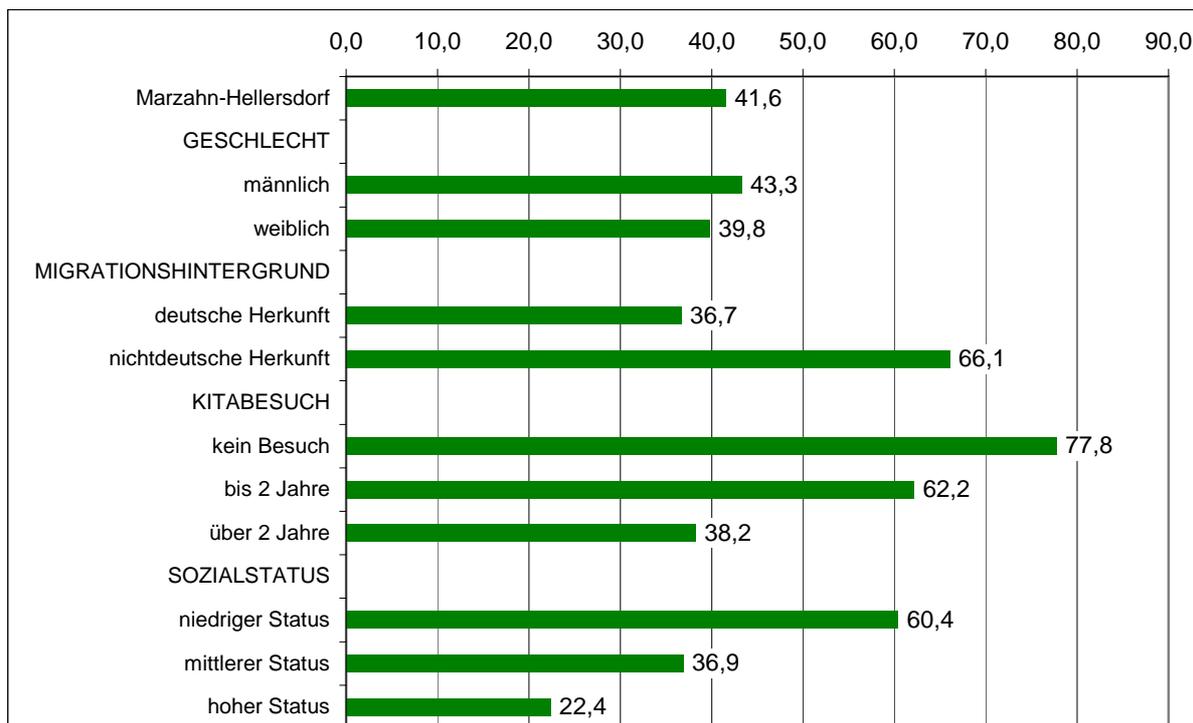
Ergebnisse:

Insgesamt hatten 1.175 Kinder bzw. 41,6% auffällige Befunde in einem oder mehreren der Tests im sprachlichen Bereich.

Differenziert nach Geschlecht, Herkunft, Kitabesuchsdauer und sozialem Status ergibt sich zusammenfassend das gleiche Bild, das sich bei den einzelnen Tests zeigte:

- Jungen haben etwas häufiger Probleme als Mädchen.
- Der Anteil unter den Migrantenkindern ist höher als unter den herkunftsdeutschen Kindern.
- Am deutlichsten ist der Unterschied in Abhängigkeit vom Sozialstatus.

Abb. 31: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden in den Tests zur sprachlichen Entwicklung nach Geschlecht, Herkunft, Dauer des Kitabesuchs und sozialem Status



In absoluten Zahlen sind es mehrheitlich deutschsprachige Kinder bildungsferner Eltern, die Probleme mit der Sprache und dem Sprechen haben. Wird mit dem Kind zu Hause wenig gesprochen bzw. kommt es selbst nur selten zu Wort, fehlt also die notwendige Ansprache und Übung, können Sprachauffälligkeiten und Sprachentwicklungsstörungen die Folge sein. Im Kapitel 5.2.1 wurde bereits auf den Zusammenhang von übermäßigem Fernsehkonsum und sprachlichen Fähigkeiten eingegangen.

Vergleich mit Sprachstandsfeststellungstest:

Ein Jahr bevor die Kinder in die Schule kommen, wird in der Kita ein Sprachstandstest durchgeführt. Die schlechten Ergebnisse des ESU decken sich mit den Ergebnissen des **Sprachstandstests**. Bei der Sprachstandsfeststellung 2012 hatten 21% der Kinder Sprachförderbedarf (Rang 3, Ø Berlin 17%). Dieser Rang ist aber nur auf die geringe Anzahl von Kindern mit Migrationshintergrund im Bezirk zurückzuführen, da die Deutschkenntnisse in die Ergebnisse einfließen. Bei differenzierter Betrachtung scheidet Marzahn-Hellersdorf am schlechtesten von allen Bezirken ab: unter den Kindern deutscher Herkunft haben 16,3% Sprachförderbedarf, was den höchsten Wert aller Bezirke darstellt (Ø Berlin 8,6%), bei den Kindern mit Migrationshintergrund sind es 45,3%, was ebenfalls den höchsten Wert darstellt (Ø Berlin 34,4%). (vgl. SenBJW III B 3)

Aus der Praxis:

... des Jugendamtes (Petra Fiebig, Koordinatorin für die Tagesbetreuung von Kindern)

„Ob Kinder erfolgreich in der Schule sind, hängt entscheidend davon ab, wie gut sie die deutsche Sprache beherrschen und wie resilient sie gegen ungünstige Lebenslagen sind. Vor diesem Hintergrund ist die Sprachförderung eine zentrale Schwerpunktaufgabe in den Kitas.

Sprachförderung ist als integrativer Bestandteil der pädagogischen Arbeit daher im gesamten Tagesablauf zu verstehen. Maßnahmen wie integrierte Sprachförderprogramme, gezielte Sprachkonzepte, aber insbesondere das Sprachlerntagebuch unterstützen die Arbeit der Erzieher/innen hinsichtlich der Sprachförderung in den Kitas.

Durch die Arbeit mit dem Sprachlerntagebuch erfolgt eine langfristige Beobachtung und Dokumentation der Sprachentwicklung. Die Erzieher/innen verfügen somit über eine fundierte

Grundlage, frühzeitig bestehende Defizite zu erkennen, den notwendigen Unterstützungsbedarf zu bestimmen und individuelle Fördermaßnahmen für das Kind abzuleiten.

In Marzahn-Hellersdorf besteht überwiegend bei Kindern deutscher Herkunftssprache Förderbedarf. Die Dauer des Kita-Besuches der Kinder mit Sprachförderung lag zwischen 12 – 36 Monaten. Doch die Kita allein kann die Defizite nicht beheben. Der Erwerb der Sprache braucht einen Kontext, zu dem entsprechende Rahmenbedingungen und ein stabiles Beziehungsgefüge gehören. Diese sind bei vielen Kindern in unserem Bezirk nicht gegeben. Der Zusammenhang von Armut, Gesundheit und Bildung ist Ursache für schwierige biographische Entwicklungen von Kindern.

Investition in die Bildung der Kinder, insbesondere in die Sprachentwicklung, ist eine entscheidende Investition in die langfristige Prävention von Armut - denn wir sind bereits eingetreten in den negativen Kreislauf der Regeneration von bildungsfernen und von Armut betroffenen Familien.“

Trotz vielfältiger Anstrengungen, die auch von Erfolgen gekrönt werden, bleiben diese Bemühungen fast fruchtlos, wenn keine begleitende Unterstützung im Elternhaus erfolgt. Diese unterbleibt aus unterschiedlichen Gründen, z.B. weil die Eltern selbst nicht in der Lage sind, ihr Kind in geeigneter Weise zu unterstützen, insbesondere in bildungsfernen Familien. Aber es gibt auch Eltern, die den Unterstützungsbedarf ihres Kindes nicht akzeptieren, d.h. ihn bagatellisieren oder leugnen, Defizite ihrer Kinder negieren und damit eine entsprechende Hilfestellung verweigern. In diesen Fällen geraten die Kinder in Konflikte durch unterschiedliche Ansichten und Handlungsweisen von Elternhaus und Kita bzw. ggf. später Schule.

Sämtliche Konzepte in Kita und Schule zur Förderung der Kinder können nur nachhaltig wirken, wenn das Elternhaus diese mitträgt und das Kind auch zu Hause unterstützt.

Exkurs: Zusammenhang von Sprache, Wahrnehmung und Bewegung

Der Prozess des Spracherwerbs ist Teil der Gesamtentwicklung des Kindes. Er kann nicht isoliert betrachtet werden. Bei der Sprachentwicklung beeinflussen sich motorische, sensorische, kognitive, emotionale und soziale Entwicklungsprozesse gegenseitig. Aufgrund dieser gegenseitigen Beeinflussung ziehen Störungen in einem Entwicklungsbereich meist Störungen oder Auffälligkeiten in anderen Entwicklungsbereichen nach sich.

Sprache ist eng verbunden mit Wahrnehmungsprozessen. Visuelles Erkennen und Differenzieren sind wichtige Voraussetzungen für die Entwicklung von Sprache, da Sprache auf visuelle Aspekte von Objekten wie Form oder Farbe bezogen ist. Blinde Kinder haben einen verzögerten Spracherwerb, da sie Objekte nicht sehen können, sondern durch Ertasten vergleichen und erkennen müssen, was ungleich länger dauert.

Neben der Wahrnehmung spielen die motorischen Fähigkeiten des Kindes eine wesentliche Rolle für den Spracherwerb. Entwicklungspsychologisch betrachtet, ist Bewegung Voraussetzung für den Spracherwerb.

Bewegung ist entwicklungsfördernd und kann sich insbesondere in den ersten sechs Lebensjahren positiv auf die Sprachentwicklung auswirken (vgl. Zimmer R. 2.0).

Zentrale Ergebnisse

41% der untersuchten Kinder haben Aussprachestörungen, Schwierigkeiten in der Artikulation oder beim Nachsprechen von Wörtern oder/und Sätzen sowie Probleme beim Satzbau.

Kinder mit Migrationshintergrund hatten häufiger auffällige Sprachbefunde als Kinder ohne Migrationshintergrund.

Signifikant ist der Unterschied in Abhängigkeit vom Bildungsstand der Eltern bzw. ihrem sozialen Status. Kinder bildungsferner Eltern hatten insgesamt dreimal, bei einzelnen Tests bis zu siebenmal häufiger auffällige Befunde als Kinder der oberen Statusgruppe. Insgesamt wiesen 60% der Kinder

der unteren Sozialstatusgruppe auffällige Befunde in den Tests zur sprachlichen Entwicklung auf, während es bei Kindern der oberen Statusgruppe 22% waren.

In Abhängigkeit von der Kitabesuchsdauer verbessern sich die Befunde der Sprachtests. Je länger die Kinder in der Kita sind, desto besser ist ihr Sprachvermögen.

Im Vergleich zum Vorjahr ist eine deutliche Verschlechterung zu verzeichnen. Im Ergebnis haben die Marzahn-Hellersdorfer Einschüler/innen in drei der vier Sprachtests die schlechtesten Resultate aller Berliner Bezirke erzielt.

Diese Bilanz deckt sich mit den Ergebnissen der Sprachstandsfeststellungstests, die in den Kitas durchgeführt wird. Auch hier haben die Kinder aus Marzahn-Hellersdorf am schlechtesten abgeschnitten.

6.2.3 Emotionale/soziale Entwicklung

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

Methodik

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

Während die Prüfung der motorischen, kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten des Kindes anhand einheitlicher standardisierter Tests vorgenommen wird, gestaltet sich die Einschätzung der emotional-sozialen Fähigkeiten des Kindes schwieriger, da in Berlin bei der Einschulungsuntersuchung keine entsprechenden Tests bzw. Befragungen durchgeführt werden. Ab dem Schuljahr 2013 besteht in Berlin erstmals die Möglichkeit, bei der Einschulungsuntersuchung die psychische Gesundheit der Kinder anhand eines zusätzlichen Fragebogens zu erheben. Es handelt sich hierbei nicht um eine Standarduntersuchung, sondern jeder Bezirk kann selbst entscheiden, ob er diese Erhebung durchführt. Voraussetzung dafür ist die gesicherte Nachbetreuung der Kinder. Das wird in unserem Bezirk extrem schwierig, da es in Marzahn-Hellersdorf nur einen niedergelassenen Kinderpsychiater gibt und die Kapazitäten des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) äußerst begrenzt sind. Erst wenn diese Untersuchung in allen Bezirken verbindlich würde, wären vergleichbare Aussagen zu emotional-sozialen Entwicklungsständen der Kinder möglich. Derzeit wird nach Augenschein beurteilt und unterliegt der Einschätzung der untersuchenden Kinderärztinnen und -ärzte, so dass es sich immer um ein subjektives Ergebnis handelt.

Ergebnisse:

17,2% der Kinder weisen Auffälligkeiten im emotional-sozialen Verhalten auf.

Berlin-Vergleich:

Einen Vergleich zu den anderen Berliner Bezirken gibt es nicht, da die Ergebnisse aufgrund der Subjektivität der Einschätzung nicht berlinweit ausgewertet werden.

Die Ergebnisse im Marzahn-Hellersdorf decken sich aber mit den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)². (vgl. KiGGS-Studie 2007, S. 533)

² Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, in Bundesgesundheitsblatt Band 50, Heft 5/6, S. 533. An der bundesweiten Studie haben über 17.000 Kinder und Jugendliche aus 167 Orten der Bundesrepublik mit ihren Eltern teilgenommen.

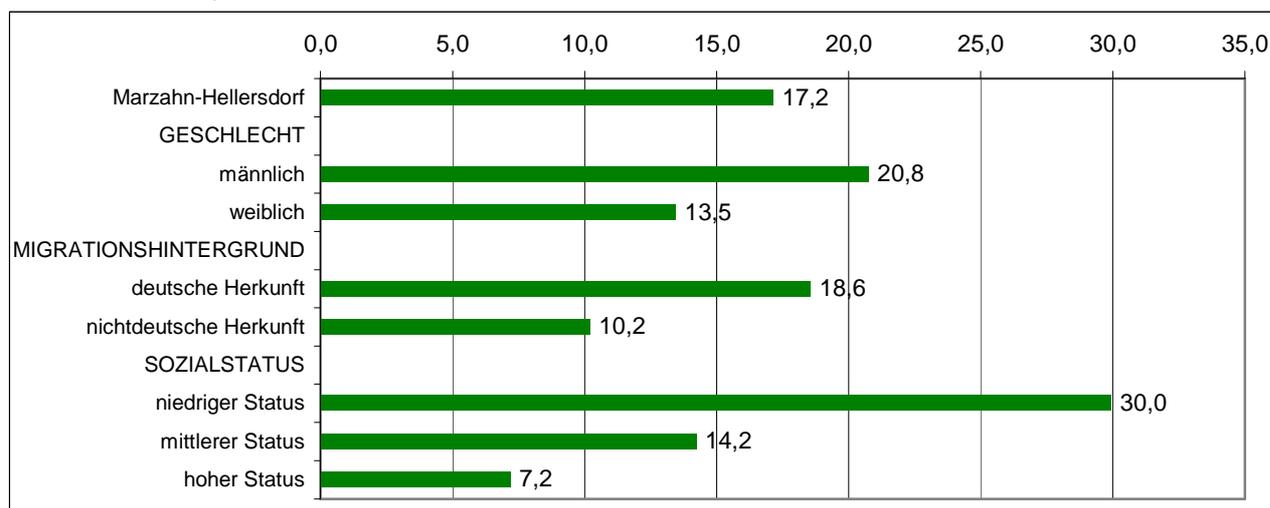
Da psychische Auffälligkeiten und Störungen im Kindes- und Jugendalter, wie z.B. Hyperaktivität, Depression oder allgemeine Gewaltbereitschaft, in Deutschland in den letzten Jahren in den Fokus der Aufmerksamkeit rückten, wurde in Ergänzung zu der KiGGS-Studie die sogenannte Bella-Studie durchgeführt. Beide Studien, letztere ganz speziell, widmen sich ausführlich psychischen Problemen, Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen.

Gemäß der KiGGS-Studie hatten 14,6% der 3-6-jährigen Kinder Hyperaktivitätsprobleme, 20,5% Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, 35% wiesen Verhaltensauffälligkeiten auf und 13% emotionale Probleme. (vgl. ebd. S. 788ff)

Korrelationen:

Deutliche Unterschiede gibt es zwischen den Geschlechtern: bei 20,8% der Jungen wurden auffällige Befunde diagnostiziert, bei den Mädchen waren es nur 13,5%. Der Anteil verhaltensauffälliger Kinder war bei den herkunftsdeutschen Kindern mit 18,6% erheblich höher als bei Migrantenkinder (10,2%). Am deutlichsten ist der Unterschied in Abhängigkeit vom sozialen Status der Eltern und damit vom Bildungsstand: Fast jedem dritten Kind aus bildungsfernen Elternhäusern wurden Störungen im sozialen-emotionalen Bereich bescheinigt. Bei Kindern aus Familien mit hohem sozialem Status waren es nur 7,2%.

Abb.32: Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich emotional-soziale Entwicklung nach Geschlecht, Herkunft und sozialem Status



Auch diese Einschätzungen decken sich mit den Ergebnissen der KiGGS-Studie. Sie stellt hinsichtlich emotionaler und Verhaltens- und Hyperaktivitätsprobleme sowie bei Problemen im Umgang mit Gleichaltrigen in allen Fällen eine deutlich höhere Prävalenz bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus fest. Danach wiesen 21,4% der 3–6-Jährigen mit einem niedrigen Sozialstatus Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten auf, weitere 22,4% zeigten grenzwertiges Verhalten (vgl. ebd. S. 784ff).

Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey werden folgende Risikofaktoren für psychische Probleme und Auffälligkeiten genannt:

- ein niedriger sozioökonomischer Status,
- beengte Wohnverhältnisse,
- die Unvollständigkeit der Familie.

Daneben sind Gewalterfahrung, sehr frühe oder sehr späte Elternschaft, Frühgeburtlichkeit, Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft sowie andere prä- und perinatale Komplikationen von Bedeutung (vgl. ebd. S. 801).

Danach ist Marzahn-Hellersdorf risikoprädestiniert, dass aufgrund psychosozialer Ursachen Entwicklungsstörungen gehäuft auftreten als in anderen Berliner Bezirken. Dies ergibt sich zumindest statistisch gesehen aus bezirklichen Vergleichen:

- die Sozialstruktur ist schlechter als im Berliner Durchschnitt und liegt im letzten Viertel im bezirklichen Vergleich,
- die Wohnfläche je Einwohner/in ist mit 36,3 m² die viertkleinste aller Bezirke und um 2,1 m² kleiner als im Berliner Durchschnitt (vgl. Statistischer Bericht F I 1-j/11),
- Marzahn-Hellersdorf hat von allen Bezirken den höchsten Anteil Alleinerziehender, nicht nur bei den Eltern der Einschüler/innen, sondern auch insgesamt bei Familien mit Kindern unter 18 Jahren (44%, vgl. Mikrozensus 2010) und den höchsten Anteil unverheirateter Eltern (vgl. Statistischer Bericht A II 1-j/10 2010),
- sehr frühe Elternschaften finden sich in Marzahn-Hellersdorf häufiger als in anderen Bezirken: 22,8 von 1.000 Mädchen im Teenageralter (13<20 Jahre) haben 2010 in Marzahn-Hellersdorf ein Kind geboren. Das ist der höchste Anteil aller Bezirke. Der Berliner Durchschnitt ist mit 10,6 je 1.000 Mädchen dieser Altersgruppe nur halb so hoch (vgl. Statistischer Bericht A II 1-j/10 2010).

Entwicklungstendenzen:

Angesichts der schwierigen sozialen und familiären Konstellation (finanzielle Armut, Bildungsferne, fehlende Tagesstruktur, Alleinerziehung oder konfliktbeladene Paarbeziehung, fehlende familiäre Unterstützung und Anerkennung) von immer mehr Kindern im Bezirk nimmt das Risiko von emotional-sozialen Entwicklungsstörungen zu.

Aus der Praxis:

... des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) Marzahn-Hellersdorf

Die Leiterin des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) Marzahn-Hellersdorf, Dipl.-Med. Barbara Egel, beschreibt die derzeitige Situation so:

„Es ist unstrittig, dass sozial belastete, bildungsferne und strukturarme Familien, wie wir sie in unserem Bezirk leider zunehmend erleben, eine Hochrisikopopulation darstellen für die Entwicklung von bindungsgestörten Kindern. In einer Mutter-Kind-Konstellation (z.B. bei psychisch kranker Mutter – meist alleinerziehend – mit wechselnden Partnern wegen der besagten emotionalen Instabilität – ohne stabilisierende Rahmenbedingungen, z.B. durch Arbeit) ist das Risiko massiv erhöht, durch frühkindlichen Stress, Traumata, Deprivation persistierende Entwicklungsstörungen auszubilden, die sich dann im Schulalter auch auf die Lernfähigkeit auswirken.

Diese Zusammenhänge sind neurowissenschaftlich inzwischen aufgezeigt und können nicht einfach ignoriert werden. Bei Bezirksvergleichen wird m. E. die Komponente der sozialen Verelendung zu wenig berücksichtigt. Migrantenfamilien haben sicher spezielle Probleme, können jedoch oft viel bessere emotionale Bindungen gewährleisten als die in unserem Bezirk inzwischen gehäuft vorkommenden hoch pathologischen Familienkonstellationen...“

... des Jugendamtes (Jugendhilfebericht 2010)

Auch aus dem Jugendamt wird über eine steigende Tendenz psychischer Probleme mit ihren Folgen bei den Kindern berichtet. Im Jugendhilfebericht 2010 heißt es dazu: „Beobachtet wird eine massive Beeinträchtigung im Selbstbewusstsein und Selbstwerterleben, ein Mangel an positiven Werten und Idealen sowie Gleichgültigkeit gegenüber gesellschaftlich akzeptierten Werten, Regeln und Normen des Zusammenlebens. Störungen im affektiven Bereich bei Kindern, Jugendlichen und Eltern nehmen zu. Das zeigt sich u. a. in einer mangelnden Eltern-Kind-Bindung, in der Zunahme an Resignation, Lethargie und Perspektivlosigkeit, in sexueller und emotionaler Verwahrlosung, in massiven Kommunikationsdefiziten, im Verlust von Sicherheit, Geborgenheit und Verlässlichkeit. Die Leistungserbringer in den Hilfen zur Erziehung treffen auf eine ansteigende Zahl von Klientinnen und Klienten mit Bindungsstörungen, auf zunehmende Rollenverschiebungen bei Suchtfamilien, die Abnahme der Reflexionsfähigkeit und der Fähigkeit zur Empathie. Zu verzeichnen ist ein zunehmendes Gewalt- und Aggressionspotential in den Familien, bei Kindern und Jugendlichen, Verweigerung gegenüber Pflichten, eine geringe Fähigkeiten zur adäquaten Konfliktlösung. Es mangelt an Willenskraft und Anstrengungsbereitschaft.

Bei Eltern dieser Zielgruppe ist ein zunehmendes Wissensdefizit über die kindlichen Bedürfnisse und Entwicklungsbesonderheiten festzustellen.

Helferinnen, Helfer, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter registrieren den Anstieg psychosomatischer Störungen bei Kindern/Jugendlichen, eine drastische Zunahme psychisch auffälliger Eltern, Kinder und Jugendlicher sowie frühkindlicher Störungen.“

Präventionsansätze in Marzahn-Hellersdorf:

Seit 2010 gibt der Bezirk jeder Familie, in der ein Kind geboren wird, einen Familiengutschein in Höhe von 40 Euro. Dieser dient dazu, Angebote wie Babymassage, Eltern-Kind-Kurse oder Elternkurse anzunehmen, die die Bindung zwischen Mutter/Vater und Kind stärken. 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“. Der Bezirk übernahm die Finanzierung.

Zentrale Ergebnisse

17,2% der Kinder wiesen auffällige Befunde im Bereich der emotional-sozialen Entwicklung auf. Jungen waren mit 20,8% signifikant häufiger betroffen als Mädchen mit 13,5%.

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

7. Förderempfehlungen

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

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

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

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

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

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

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

Ergebnisse:

2011 wurde 1.002 Kindern eine schulische Förderempfehlung ausgesprochen. Das sind so viel wie nie zuvor. **Damit benötigt jedes zweite Kind eine Förderung durch die Schule.** 189 dieser Kinder erhielten eine sonderpädagogische Förderempfehlung. Das betrifft fast jedes zehnte Kind.

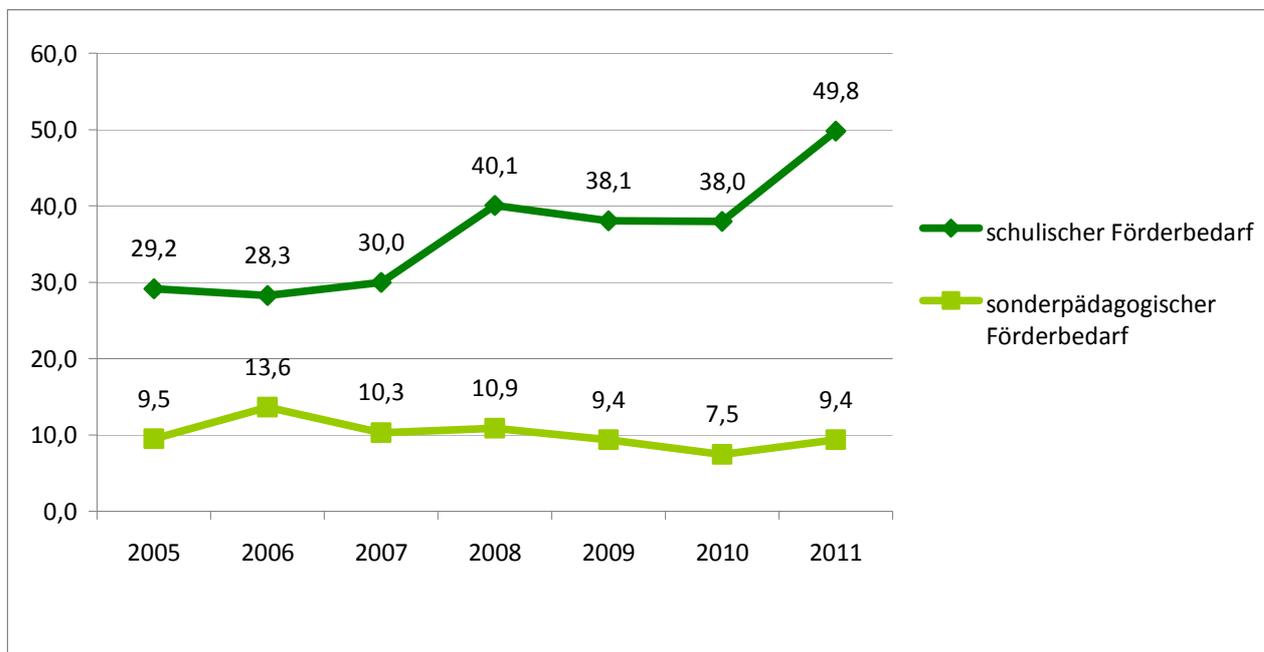
Entwicklungstendenzen:

Tab. 17: Kinder mit Förderempfehlung seit 2005

Jahr	Kinder insg.	schulische Förderung		darunter sonderpädagogische Förderung	
	Anzahl	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
2005	2.075	605	29,2	197	9,5
2006	1.584	448	28,3	216	13,6
2007	1.637	491	30,0	169	10,3
2008	1.690	677	40,1	184	10,9
2009	1.855	706	38,1	174	9,4
2010	1.977	751	38,0	148	7,5
2011	2.012	1.002	49,8	189	9,4

Der Anteil der Kinder mit Förderbedarf ist seit 2006 von Jahr zu Jahr gestiegen. Einen sprunghaften Anstieg von fast 12% Punkten gab es vor allem gegenüber dem Vorjahr. Angesichts der schlechter gewordenen Ergebnisse der SENS-Tests (vgl. Kapitel 6.2) ist das nur folgerichtig.

Abb. 33: Entwicklung des Anteils der Kinder mit Förderempfehlung seit 2005



Korrelationen:

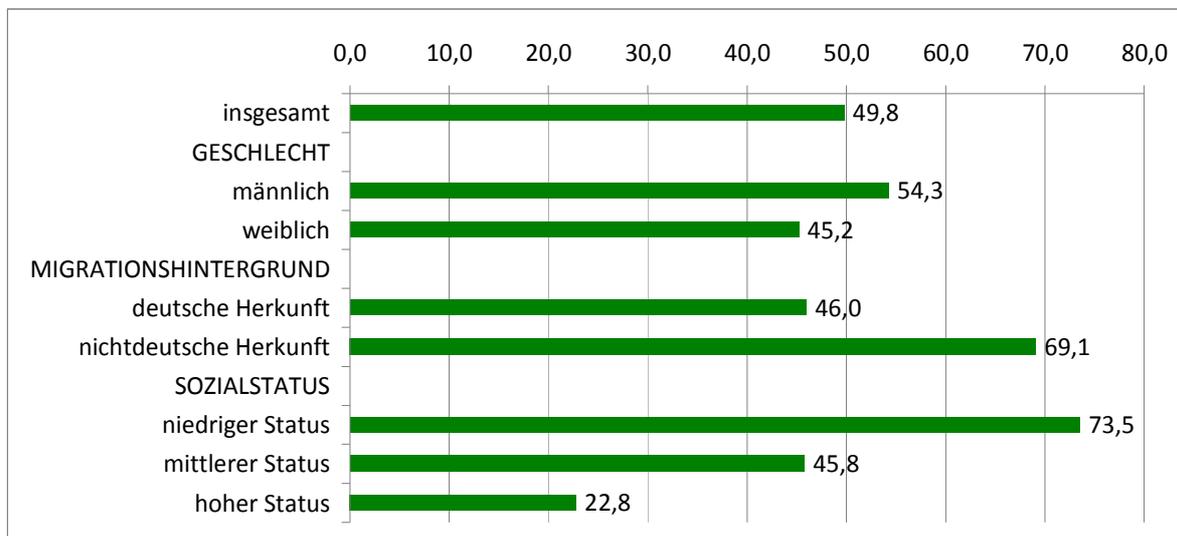
Der Förderbedarf differiert in Abhängigkeit von Geschlecht, Herkunft und sozialem Status.

Jungen bedürfen häufiger einer Förderung als Mädchen. Für 552 Jungen wurde eine Förderempfehlung ausgesprochen. Das ist mehr als die Hälfte aller untersuchten Jungen. Bei den Mädchen waren es nur 450, was 45% aller Mädchen entspricht.

Für fast dreiviertel aller 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 herkunftsideutsche Kinder. Dieser resultiert jedoch häufig aus ihren sprachlichen Defiziten.

Abb. 34: Schulische Förderempfehlung nach Geschlecht, Herkunft und Sozialstatus



7.1 Schulischer Förderbedarf

Für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und -defiziten, die nicht so schwerwiegend sind, dass sie als Behinderung einzustufen sind und für die eine sonderpädagogische Antragstellung nicht infrage kommt, kann im Ergebnis der Einschulungsuntersuchung die Empfehlung zur schulischen Förderung stehen. Ziel dieser Empfehlung ist es, die Schule bzw. die Lehrkräfte darauf hinzuweisen, in welchen Bereichen ein Kind Schwächen hat und zusätzliche Unterstützung, verstärkte Hilfe und/oder Aufmerksamkeit benötigt.

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

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

Schulische Förderempfehlungen werden für folgende Förderfelder ausgesprochen:

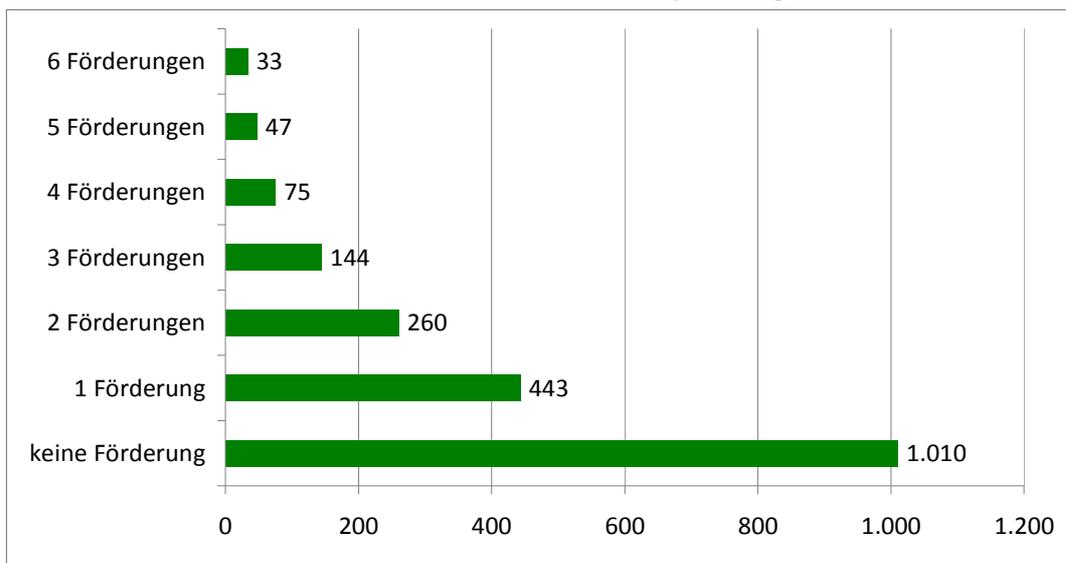
- Sprache,
- visuelle Wahrnehmung,
- Visuomotorik,
- körperlich-motorische Entwicklung,
- emotional-soziale Entwicklung und
- Lernen.

Insgesamt erhielten 1.002 Kinder eine schulische Förderempfehlung.

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

So hängen z. B. Wahrnehmung und Motorik eng zusammen. Ohne Bewegung werden bestimmte Wahrnehmungsleistungen nicht entwickelt und ohne entsprechende Wahrnehmungen werden motorische Fähigkeiten nicht ausgebildet. Fehlt das eine, entwickelt sich das andere nicht. Daher ist oftmals eine Förderung auf mehreren Gebieten gleichzeitig erforderlich.

Abb. 35: Anzahl der Kinder mit schulischer Förderempfehlung nach Anzahl der Förderfelder



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

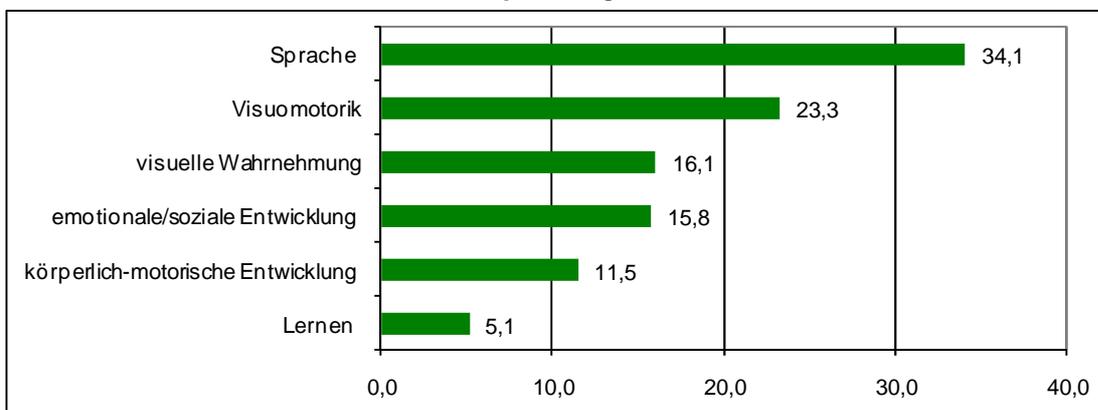
Untersuchungen zufolge werden von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Berlin für Kinder bis zu 6 Jahren etwa doppelt so viel Therapien zur Förderung der kognitiven, sprachlichen oder motorischen Entwicklung, z.B. Ergotherapie oder Logopädie, verordnet als das es nach medizinischen Kriterien nötig wäre (vgl. Kinder- und Jugendärzte im Netz 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 (Schlack 2012).

Der größte Bedarf an Förderung besteht im Bereich der **sprachlichen Entwicklung**. Für jedes dritte Kind wurde eine Förderempfehlung ausgesprochen.

Hochgerechnet bedeutet dies, dass in jeder Klasse etwas acht Kinder lernen³, die besonderer Unterstützung im sprachlichen Bereich bedürfen.

Häufig sind die Auffälligkeiten im Sprachgebrauch durch Anrengungsarmut und/oder unzureichende bzw. falsche Sprachvorbilder bedingt. In diesen Fällen ist zwar keine Sprachtherapie erforderlich, wohl aber eine Sprachförderung.

Abb. 36: Anteil der Kinder mit Förderempfehlung nach Förderfeldern 2011



³ Es werden 26 Kinder pro Klasse angenommen.

Am zweithäufigsten wurden Förderempfehlungen im Bereich der Visuomotorik, gefolgt von der visuellen Wahrnehmung ausgesprochen. Auch hier spiegeln sich die Ergebnisse des SENS-Tests wider.

15,8% der Kinder erhielten eine Förderempfehlung im Bereich der emotionalen-sozialen Entwicklung. Sie wird z.B. bei Verhaltensauffälligkeiten oder emotionalen Problemen ausgesprochen. Durchschnittlich lernen damit in jeder Klasse ca. drei Schüler/innen mit Defiziten in ihrem Sozialverhalten. Wenn man berücksichtigt, dass Kinder aus der unteren sozialen Schicht häufiger von emotionalen/sozialen Entwicklungsstörungen betroffen sind, ist davon auszugehen, dass es in Gebieten mit schlechter Sozialstruktur mehr als drei Kinder je Klasse mit Verhaltensauffälligkeiten sind. Unter ihnen gibt es unauffällige, ruhige Kinder, aber bereits ein einziges Kind mit starken Verhaltensauffälligkeiten (z.B. ADHS⁴) kann das Unterrichtsgeschehen stark stören. Darunter leiden nicht nur das betroffene Kind, sondern auch Lehrkräfte und Mitschüler/innen.

Fehlende bzw. ungenügende Förderung kann zu massiven Problemen bei Kindern in der Schulanfangsphase führen.

Kinder mit multiplen Entwicklungsdefiziten (Wahrnehmungsentwicklung, Aufmerksamkeitsdefizite, mangelnde Konzentrationsfähigkeit etc.), Defiziten in der psychosozialen Entwicklung und Mängeln oder geringen Erfahrungen in der Gruppensozialisation gehen in der üblichen Lerngruppe von 24 und mehr Schüler/innen und einem Lehrer/einer Lehrerin mit ihrem Förderbedarf unter.⁵ Diese Kinder reagieren bei entsprechender psychischer Verfassung auf diese Überforderung mit starken Verhaltensauffälligkeiten wie aggressivem, störendem, teilweise fremdgefährdendem oder autoaggressivem Verhalten. Ordnungsmaßnahmen, dauerhafte Krankschreibung oder Vorstellung bei Kinderpsychiatern und Kinderpsychiaterinnen, Jugendämtern und psychosozialen Diensten sind die Folge. Statt einer Förderung und Integration findet eine Ausgrenzung statt. Diese Kinder scheitern frühzeitig am System Schule.

Entwicklungstendenzen nach Förderfeldern:

Gegenüber den Vorjahren gibt es vor allem bei der visuellen Wahrnehmung und beim Lernen einen Anstieg der Förderempfehlungen.

Tab. 18: schulische Förderempfehlungen nach Förderfeldern 2009 – 2011

	2009		2010		2011	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Sprache	449	24,2	539	32,5	686	34,1
visuelle Wahrnehmung	263	14,2	194	9,8	323	16,1
Visuomotorik	368	19,8	413	21,0	468	23,3
körperlich-motorische Entwicklung	190	10,2	191	9,7	231	11,5
emotionale/soziale Entwicklung	entfällt		303	15,4	317	15,8
Lernen	entfällt		49	2,5	103	5,1
insgesamt⁶	706	38,1	751	38,2	1.002	49,8

⁴ ADS = Aufmerksamkeitsdefizitstörung bzw. ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist eine im Kindesalter beginnende psychische Störung, die sich primär durch leichte Ablenkbarkeit und geringes Durchhaltevermögen sowie ein leicht aufbrausendes Wesen mit der Neigung zum Handeln ohne nachzudenken, häufig in Kombination mit Hyperaktivität (ADHS) auszeichnet.

⁵ Hier und im folgenden die Erfahrungen der KJPD der Berliner Bezirksämter auf ihrer Arbeitsbesprechung am 19.05.06.

⁶ Da einige Kinder Förderbedarf in mehreren Förderfeldern haben, ergibt die Addition der Anzahl der zu fördernden Kinder nicht die Gesamtzahl der Kinder mit Förderbedarf, sondern die Anzahl der empfohlenen Fördermaßnahmen.

3.2.1 Empfehlungen zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs

Besteht bei auffälligen Befunden der Verdacht auf eine Behinderung des Kindes kann der Kinderarzt/die Kinderärztin den Eltern empfehlen, einen Antrag auf Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf zu stellen. Dieser Antrag sollte schon vor der Einschulung von den Eltern gestellt werden.

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

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

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

In Marzahn-Hellersdorf gibt es seit 2009 sogenannte INKA-Schulen. An insgesamt acht Schulen wird der Schulversuch „INKA - inklusive Schule auf dem Weg“ durchgeführt. Dabei werden Kinder mit und ohne Behinderung zusammen beschult. An den Inklusionsschulen werden keine Feststellungsverfahren in den Bereichen Lernen und emotionale soziale Entwicklung durchgeführt. Diese Schulen sind theoretisch mit genügend Personal und der nötigen Infrastruktur für die Förderung der Schüler/innen ausgestattet. Inwieweit die Realität eine adäquate praktische Umsetzung zulassen, soll in der Modellphase erprobt werden.

Nähere Informationen dazu:

<http://ods3.schule.de/bics/son/wir-in-berlin/inka-portal/index.php?menuid=18> und <http://www.berlin.de/sen/bjw/presse/archiv/20111102.1410.361888.html>

Die Verordnung über die sonderpädagogische Förderung von 2005 (Sonderpädagogikverordnung – SopädVO) umfasst in Abhängigkeit von der Behinderungsart acht Förderschwerpunkte.

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

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

Ergebnisse:

2011 wurde den Eltern von 189 Kindern empfohlen, einen Antrag auf sonderpädagogische Förderung zu stellen. Das sind 41 Kinder mehr als im Vorjahr. Damit wurde bei jedem 10. Kind sonderpädagogischer Förderbedarf gesehen.

Wie schon in den Vorjahren bezieht sich die Mehrheit (56,6%) der sonderpädagogischen Förderempfehlungen auf Sprach- und Sprechprobleme der Kinder.

Die nachstehende Tabelle zeigt die Anzahl und den Anteil der Kinder, denen 2010 und 2011 eine sonderpädagogische Förderung empfohlen wurde, unterteilt nach Förderschwerpunkten.

Tab. 19: Förderschwerpunkte nach Behinderungsart und Anzahl der Kinder in Marzahn-Hellersdorf mit empfohlenem sonderpädagogischem Förderbedarf 2010 und 2011

8 Förder-schwerpunkte	Merkmal	2010		2011	
		Anzahl	Anteil an allen Schülern	Anzahl	Anteil an allen Schülern
1. Sehen	Blinde und hochgradig Sehgeschädigte/-behinderte	1	0,1	1	0,0%
2. Hören	Gehörlose und hochgradig Hörgeschädigte	4	0,2	5	0,2%
3. Körperliche und motorische Entwicklung	Körperlich Behinderte	29	1,5	10	0,5%
4. Sprache	Sprachbehinderte	86	4,4	107	5,3%
5. Geistige Entwicklung	Geistig Behinderte	51	2,6	42	2,1%
6. Autistische Behinderung	Erhebliche Entwicklungs- und Kommunikationsstörungen, Autismus	6	0,3	8	0,4%
7. Lernen	Lernbehinderte	15	0,8	19	0,9%
8. Emotionale und soziale Entwicklung	Erhebliche Beeinträchtigung der emotionalen und sozialen Entwicklung, Verhaltensstörungen	22	1,1	31	1,5%
Gesamt⁷		148	7,5	189	9,4%

Entwicklungstendenzen:

Die stärksten Anstiege gegenüber dem Vorjahr sind im Bereich der sprachlichen und der emotional-sozialen Entwicklung zu verzeichnen.

Die Zahl der Kinder mit körperlichen Behinderungen ist deutlich zurückgegangen.

Insgesamt stieg die Zahl der Kinder mit sonderpädagogischer Förderempfehlung um 41 Kinder bzw. 28%.

Aus der Praxis:

.... des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Marzahn-Hellersdorf (Dipl. med. Juan Carlos Ramirez Henao, Leiter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Marzahn-Hellersdorf)

Nicht bei allen Kindern, für die die Kinderärztinnen und -ärzte eine sonderpädagogische Förderung empfehlen, wird der Förderantrag auch von den Eltern gestellt oder der Förderbedarf letztendlich festgestellt.

Nach § 5 Abs. 3 der Verordnung über den Bildungsgang der Grundschule (Grundschulverordnung) soll der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst am Ende des ersten Schulhalbjahres von der Schule informiert werden, welche Förderungsmaßnahmen in der Schule durchgeführt wurden und wie der Entwicklungsstand des Kindes im Vergleich zum Schulbeginn ist.

Die Einverständniserklärung über die Rückmeldung obliegt den Eltern. Wird diese verweigert, so ist keine Nachkontrolle möglich.

Der Anzahl der Rückmeldungen der Schulen an den KJGD nimmt stetig zu, erfolgt aber zum Teil erst am Ende des zweiten Schulhalbjahres.

2011 hat der KJGD 907 Rückmeldebogen mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten an die Schulen gesendet, davon wurden nur 475 wieder an den KJGD zurückgeschickt. Das ist gerade mal etwas mehr als die Hälfte (52%).

⁷ Da es Kinder mit Mehrfachbehinderung gibt, ergibt die Summe nicht die Gesamtzahl.

Bei den anderen Kindern mit empfohlenem Förderbedarf kann nicht gesagt werden, ob und in welcher Weise diese Kinder gefördert wurden. Die Kinderärztinnen und -ärzte haben somit keine Möglichkeit, die weitere Entwicklung des Kindes zu beobachten.

Besonders kritisch ist der fehlende Informationsrücklauf an den KJGD angesichts des großen Anteils an Kindern aus sozial schwachen Elternhäusern, für die sonderpädagogische Förderung empfohlen wird. Stellen die Eltern diesen Antrag nicht, weil sie deren Notwendigkeit nicht erkennen (können oder wollen), dann kann der Antrag später zwar noch von der Schule gestellt werden, dabei entgeht dem Kind jedoch wertvolle Zeit frühkindlicher Förderung. Die Rückinformation an den KJGD ist darüber hinaus erforderlich, um auch an dieser Stelle Prävention, Intervention oder/und Therapie im Rahmen des Kinderschutzes zu gewährleisten.

Eine sonderpädagogische Förderung kann jeder Zeit attestiert werden, das bedeutet, die Schule kann diese im 1., 2., oder 3. Jahr oder später beantragen. Für Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Bereich Lernen oder emotionale soziale Entwicklung wird in der Regel bis zum 3. Schuljahr gewartet bis ein Antrag gestellt wird. Ausnahmen sind möglich. Ein Antrag auf Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs „Lernen“ sollte nur in Grenzfällen zur geistigen Behinderung empfohlen werden. Ein Antrag auf Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs „Emotionale-soziale Entwicklung“ sollte nur in Zusammenhang mit Eingliederungshilfen nach SGB VIII empfohlen werden.

Korrelationen:

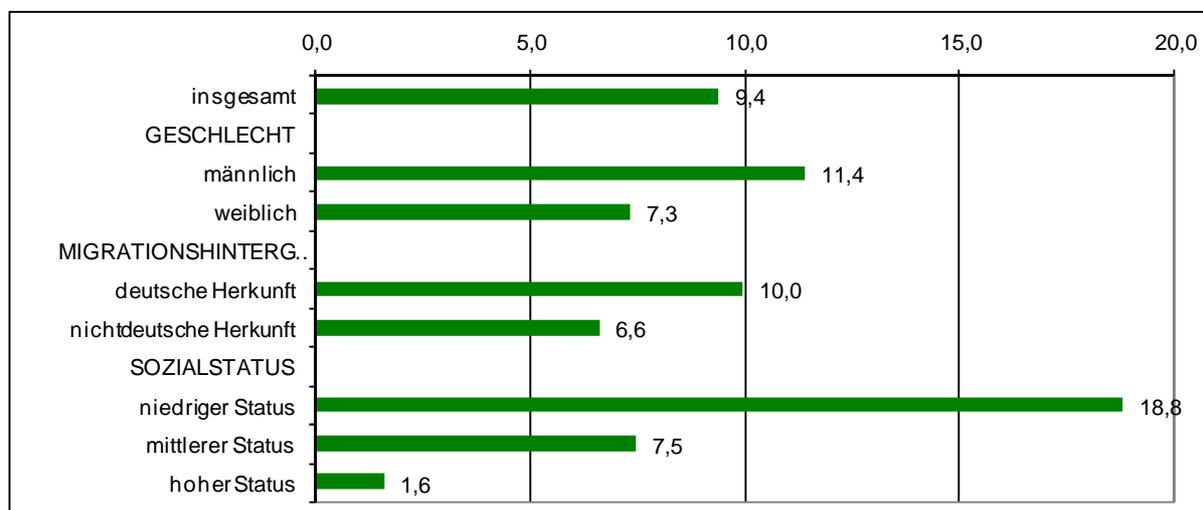
Für 11,4% der Jungen und 7,8% der Mädchen wurden sonderpädagogische Förderempfehlungen ausgesprochen. Jungen sind damit signifikant häufiger betroffen als Mädchen.

Der Anteil ist unter herkunftsdeutschen Kindern mit 10% deutlich höher als unter den Kindern nichtdeutscher Herkunft, der bei 6,6% liegt.

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

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

Abb. 37: Anteil der Kinder mit sonderpädagogischer Förderempfehlung nach Geschlecht, Herkunft und sozialem Status (%)



Der enge Zusammenhang zwischen sozialer Lage und sonderpädagogischen Förderempfehlungen wird vor allem bei den Förderschwerpunkten Sprache und geistige Entwicklung sichtbar. Sprachförderung wurde 9,4% der Kinder der unteren Statusgruppe empfohlen, während dies bei Kindern mit hohem sozialem Status 0,4% waren. Behinderungen in der geistigen Entwicklung waren bei 5,7% der Kinder der unteren sozialen Statusgruppe festzustellen, in der oberen Statusgruppe bei keinem Kind.

Zentrale Ergebnisse

Für fast die Hälfte (49,8%) der untersuchten Kinder wurde eine **schulische Förderempfehlung** ausgesprochen. Jungen sind signifikant häufiger betroffen als Mädchen, Kinder mit Migrationshintergrund mehr als herkunftsdeutsche Kinder.

Ganz entscheidend hängt der Förderbedarf vom Bildungshintergrund der Eltern und ihrem sozialen Status ab. Fast $\frac{3}{4}$ der Kinder der unteren Sozialstatusgruppe erhielten eine Förderempfehlung, in der unteren Sozialstatusgruppe waren es nicht einmal $\frac{1}{4}$.

Der größte Bedarf an Förderung besteht im Bereich der sprachlichen Entwicklung. Jedes dritte Kind weist hier Entwicklungsstörungen auf, die einen Förderbedarf empfehlen lassen. Das betrifft zahlenmäßig vorwiegend Kinder ohne Migrationshintergrund.

Der Anteil der Kinder mit Förderempfehlung steigt seit Jahren, erfuhr aber gegenüber dem Vorjahr eine erhebliche Steigerung um über 10% Punkte.

Für 9,4% aller Schulanfänger/innen wurde eine **sonderpädagogische Förderempfehlung** ausgesprochen. Jede zweite Empfehlung bezog sich auf Sprachförderung.

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

8. Kleinräumige Auswertung – Die Stadtteile im Vergleich

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

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

Abb. 38: Stadtteile Marzahn-Hellersdorf



8.1 Sozialstruktur

8.1.1 Herkunft

In der Großsiedlung Marzahn gibt es eine Konzentration von Kindern nichtdeutscher Muttersprache. Dort wohnen fast 80% aller Kinder mit Migrationshintergrund. Zum überwiegenden Teil handelt es sich um Kinder von Spätaussiedler/innen. Die zweitgrößte Migrantengruppe ist vietnamesischer Herkunft.

Tab. 20: Herkunft der Einschüler/innen nach Stadtteilen

Stadtteil	insg.	Herkunft			darunter aus:	
		deutsch	nichtdeutsch		ehemal. Ostblock	Vietnam
		absolut	absolut	Anteil	Anteil	Anteil
Marzahn-Nord	260	187	73	28,1	19,6	7,7
Marzahn-Mitte	367	282	85	23,2	15,5	5,7
Marzahn-Süd	255	185	70	27,5	16,9	7,1
Hellersdorf-Nord	306	260	46	15,0	9,8	3,9
Hellersdorf-Ost	171	159	12	7,0	5,8	1,2
Hellersdorf-Süd	165	144	21	12,7	10,3	1,8
Biesdorf	178	164	14	7,9	5,1	0,6
Kaulsdorf	136	128	8	5,9	3,7	--
Mahlsdorf	163	159	4	2,5	2,5	--
Bezirk	2.001	1.668	333	16,6	11,3	3,8

Entwicklungstendenz:

Seit 2008 ist der Anteil von Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache stetig gestiegen, insgesamt um 3,3% Punkte. Zwischen den Stadtteilen gibt es dabei erhebliche Unterschiede.

In Marzahn-Nord, dem Stadtteil mit dem traditionell höchsten Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund, sinkt dieser Anteil seit 2009 kontinuierlich. Demgegenüber ist vor allem in Marzahn-Süd und Marzahn-Mitte ein starker Anstieg der Kinder mit Migrationshintergrund zu verzeichnen. In Marzahn-Süd hat sich der Anteil der Migrantenkinder gegenüber 2009 verdoppelt und in Marzahn-Mitte stieg er um 8%Punkte.

In Hellersdorf-Ost, Hellersdorf-Süd und im Siedlungsgebiet gibt es nur sehr wenige Kinder mit Migrationshintergrund, so dass sich aus geringen zahlenmäßigen Veränderungen große prozentuale Veränderungen ergeben, die aber keine Signifikanz besitzen.

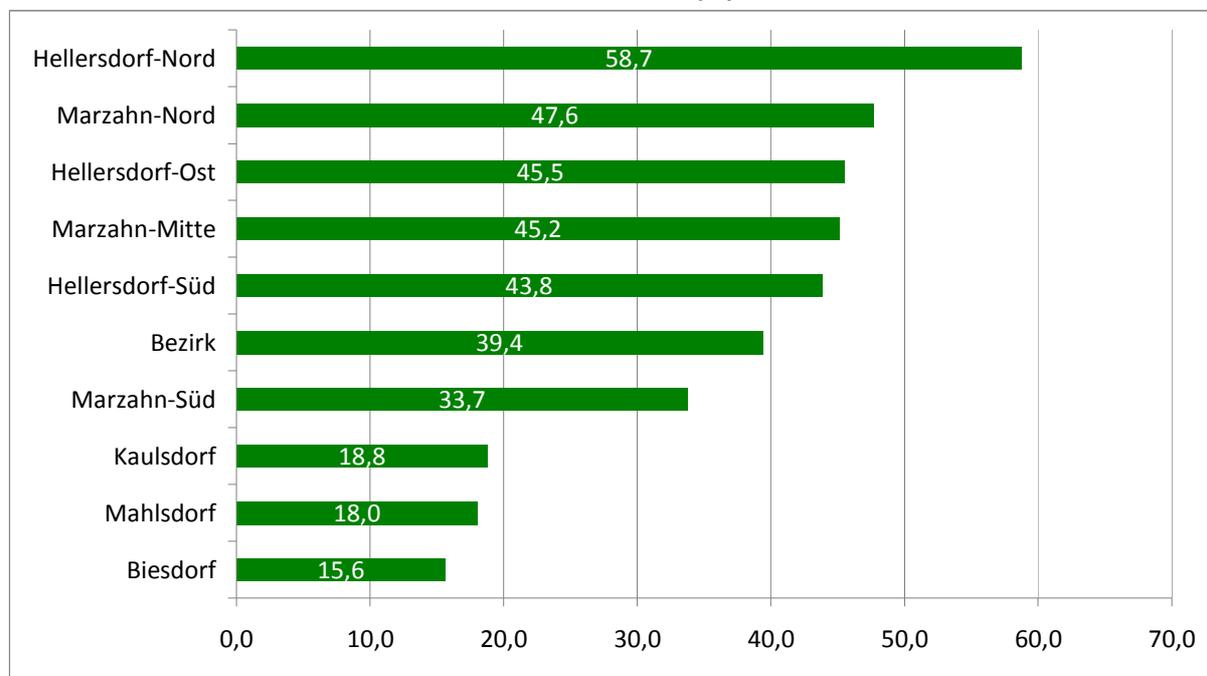
Tab. 21: Anteil der Einschüler/innen mit Migrationshintergrund je Stadtteil und Veränderung seit 2008 (%)

Stadtteil	2008	2009	2010	2011
Marzahn-Nord	30,4	33,9	30,3	28,1
Marzahn-Mitte	16,3	15,7	19,4	23,2
Marzahn-Süd	21,6	13,8	23,9	27,5
Hellersdorf-Nord	11,0	14,2	14,7	15,0
Hellersdorf-Ost	4,8	4,9	8,0	7,0
Hellersdorf-Süd	9,9	17,6	9,1	12,7
Biesdorf	6,1	3,1	5,6	7,9
Kaulsdorf	2,6	2,8	2,6	5,9
Mahlsdorf	2,7	5,3	5,3	2,5
Bezirk	13,3	14,3	15,1	16,6

8.1.2 Familienstruktur

Den mit Abstand höchsten Anteil Alleinerziehender gibt es in Hellersdorf-Nord mit fast 60%, gefolgt von Marzahn-Nord mit 48% und Hellersdorf-Ost (46%). Diese Stadtteile sind auch die mit der schwächsten Sozialstruktur. Im Siedlungsgebiet ist der Anteil der Alleinerziehenden vergleichsweise gering und liegt bei unter 20%.

Abb. 39: Anteil der Alleinerziehenden nach Stadtteilen (%)



Entwicklungstendenz:

Vor allem in Marzahn-Nord und Hellersdorf-Nord ist ein Anstieg Alleinerziehender zu verzeichnen.

Im Siedlungsgebiet sind aufgrund sehr kleiner absoluter Zahlen keine Aussagen zu Entwicklungstendenzen möglich.

Tab. 22: Anteil der Alleinerziehenden seit 2008 nach Stadtteilen (%)

Stadtteil	2008	2009	2010	2011
Marzahn-Nord	41,8	43,3	47,4	47,6
Marzahn-Mitte	46,4	40,5	46,9	45,2
Marzahn-Süd	37,7	34,4	37,2	33,7
Hellersdorf-Nord	53,4	49,3	48,2	58,7
Hellersdorf-Ost	50,8	49,6	48,4	45,5
Hellersdorf-Süd	48,4	54,9	49,4	43,8
Biesdorf	19,4	15,1	18,0	15,6
Kaulsdorf	16,8	13,2	19,1	18,8
Mahlsdorf	9,3	14,8	17,4	18,0
Bezirk	37,8	37,6	38,9	39,4

8.1.3 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 4.1 ausführlich erläutert.

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

In Marzahn-Nord und Hellersdorf-Nord gehören mehr als ein Drittel der Kinder zur unteren Sozialstatusgruppe, kommen damit aus bildungsfernen und zumeist arbeitslosen Elternteilen. Der Anteil der Kinder, die der oberen Statusgruppe zuzuordnen sind, ist marginal und liegt in Marzahn-Nord bei 1,3%, was der geringste Wert aller Stadtteile ist, und in Hellersdorf-Nord bei ebenfalls geringen 3,8%.

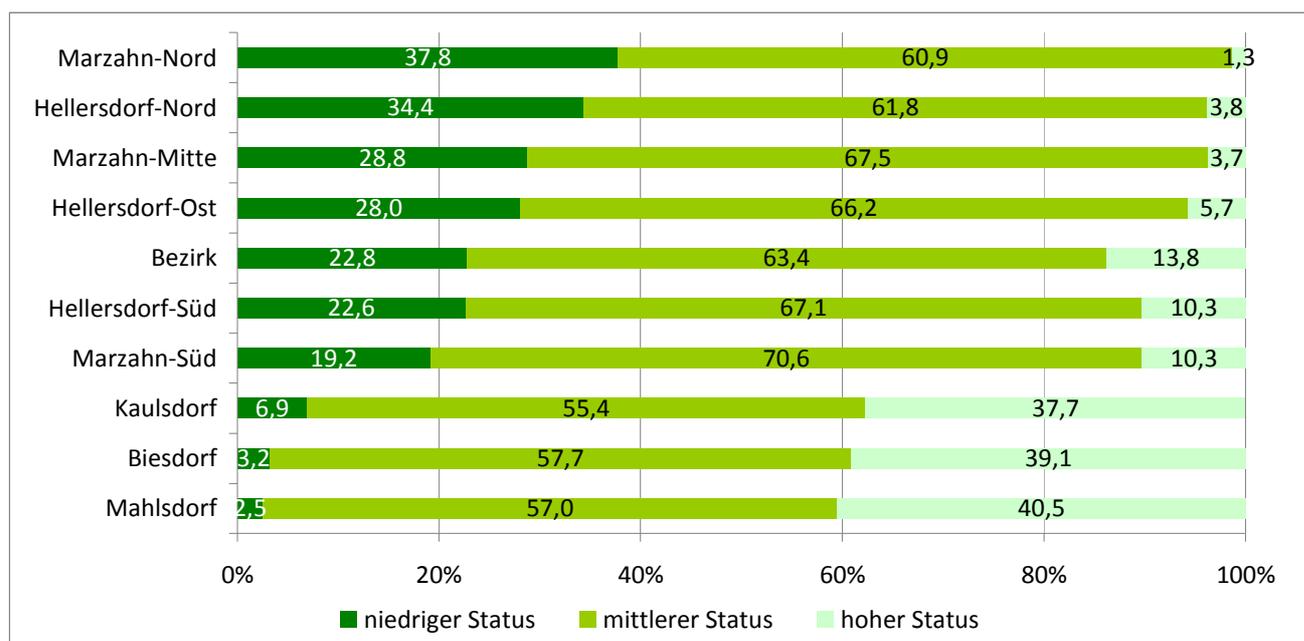
Die beiden geografisch gesehen mittleren Stadtteile der beiden Großsiedlungen, Marzahn-Mitte und Hellersdorf-Ost, ähneln sich stark hinsichtlich ihrer Sozialstruktur. Der Anteil der Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern liegt bei 28% bzw. 29% und der Anteil der Kinder aus der oberen Statusgruppe bei 3,7% bzw. 5,7%.

Auffallend für alle diese Stadtteile ist der sehr geringe Anteil von Kindern, die der oberen Statusgruppe zuzuordnen sind.

Auch die beiden südlichen Stadtteile der Großsiedlung Hellersdorf-Süd und Marzahn-Süd haben eine ähnliche Sozialstruktur. Sie unterscheiden sich nur in dem etwas höheren Anteil an Kindern der unteren Sozialstatusgruppe von 22,6% in Hellersdorf-Süd gegenüber 19,2% in Marzahn-Süd. In beiden Stadtteilen gehören 10,3% der Kinder zur oberen Statusgruppe.

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

Abb. 40: soziale Statusgruppen nach Stadtteilen (%)



8.2 Ausgewählte gesundheitliche Aspekte

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

8.2.1 Über- und Untergewicht

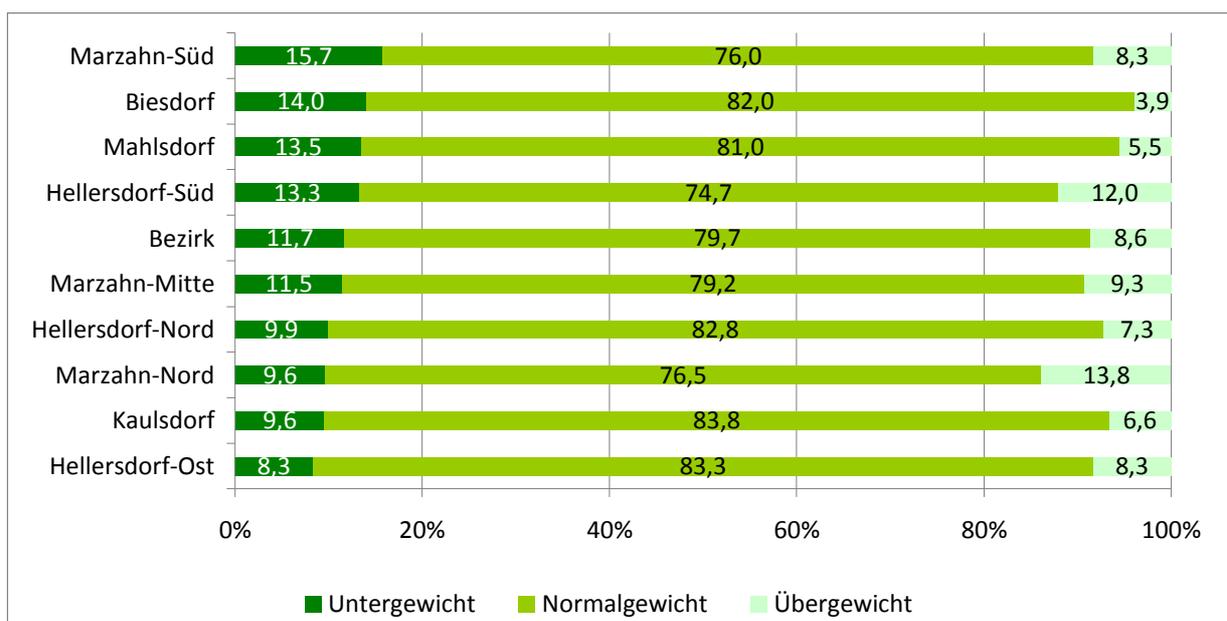
Den höchsten Anteil **normalgewichtiger** Kinder gibt es in Kaulsdorf mit 83,8%, gefolgt von Hellersdorf-Ost (83,3%) und Hellersdorf-Nord (82,8). Die geringsten Anteile haben Hellersdorf-Süd mit 74,7%, Marzahn-Süd (76,0) und Marzahn-Nord (76,5%).

Den höchsten Anteil **übergewichtiger** Kinder gibt es in Marzahn-Nord mit 13,8% und Hellersdorf-Süd (12,0%). Marzahn-Nord ist der einzige Stadtteil im Bezirk, der mehr über- als untergewichtige Kinder hat.

Den höchsten Anteil **untergewichtiger** Kinder gibt es mit 15,7% in Marzahn-Süd, den geringsten Anteil in Hellersdorf-Ost (8,3%).

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

Abb. 41: Über-, Unter- und Normalgewicht nach Stadtteilen (%)



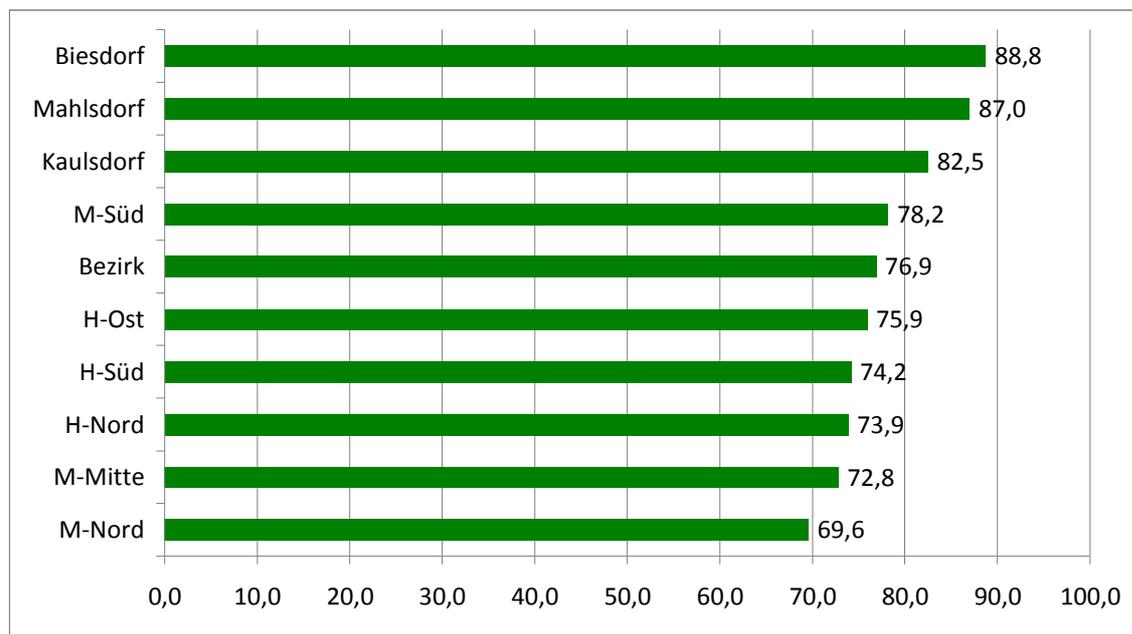
8.2.2 Früherkennungsuntersuchungen

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

Die Eltern im Siedlungsgebiet nehmen mit ihren Kindern deutlich häufiger die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch als die Eltern in der Großsiedlung. Den besten Vorsorgestatus weisen die Kinder in Biesdorf auf. Bei 88,8% der Kinder waren alle Vorsorgeuntersuchungen dokumentiert. In Mahlsdorf waren es 87% und in Kaulsdorf 82,5%.

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

Abb. 42: Kinder mit vollständiger U1-U8 (ohne U7a) nach Stadtteilen (nur Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft, in Prozent)



Die Teilnahmequote an den einzelnen Vorsorgeuntersuchungen ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tab. 23: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung nach Stadtteilen (nur Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft, in Prozent)

Stadtteil	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8
M-Nord	97,9	96,7	96,3	97,1	95,8	94,6	86,7	79,2
M-Mitte	98,5	98,2	97,0	95,8	95,2	93,7	92,5	83,9
M-Süd	98,7	98,7	98,3	97,4	96,6	94,4	89,7	87,6
H-Nord	97,9	97,6	96,9	96,5	94,4	95,5	88,5	86,4
H-Ost	98,8	98,8	96,9	97,5	94,4	95,1	92,0	84,6
H-Süd	97,4	97,4	96,7	95,4	96,0	94,0	89,4	88,7
Biesdorf	100,0	100,0	100,0	100,0	99,4	99,4	96,4	92,9
Kaulsdorf	98,4	97,6	97,6	98,4	96,8	95,2	93,7	90,5
Mahlsdorf	99,4	99,4	99,4	99,4	99,4	98,7	94,8	91,6
Bezirk	98,5	98,2	97,5	97,3	96,2	95,4	91,1	86,5

Entwicklungstendenz:

Es zeigt sich in den einzelnen Stadtteilen ein recht unterschiedliches Bild. Entwicklungstendenzen lassen sich daraus nicht ableiten.

Tab. 24: Anteil der Kinder mit vollständiger U1-U8 (ohne U7a) nach Stadtteilen seit 2009

Stadtteil	2009	2010	2011
Marzahn-Nord	74,6	67,7	69,6
Marzahn-Mitte	75,0	75,1	72,8
Marzahn-Süd	76,4	82,1	78,2
Hellersdorf-Nord	76,5	73,4	73,9
Hellersdorf-Ost	79,4	82,6	75,9
Hellersdorf-Süd	83,1	79,2	74,2
Biesdorf	83,9	92,4	88,8
Kaulsdorf	82,3	78,5	82,5
Mahlsdorf	91,4	85,3	87,0
Bezirk	79,3	78,5	76,9

8.2.3 Impfstatus

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

Den **besten Impfstatus** haben die Kinder in **Hellersdorf-Nord**. Bei acht von 12 Impfungen haben sie die höchste Durchimpfungsrate. Auch die Kinder in den Stadtteilen des Siedlungsgebietes haben einen sehr hohen Durchimpfungsgrad. Die **geringste Impftrate haben die Kinder in Marzahn-Nord**. In 7 von 12 Impfungen haben sie den niedrigsten Durchimpfungsgrad aller Stadtteile, bei vier weiteren Impfungen die zweitniedrigste Rate. Dies stellt aber nur eine Rangfolge dar. Die Unterschiede sind nicht signifikant.

Bezogen auf den Gesamtbezirk ergab die Korrelation des Impfstatus mit der sozialen Lage, dass – entgegen dem Berliner und bundesdeutschen Trend - die Kinder mit geringem Sozialstatus schlechter geimpft sind als die mit hohem. Im Ergebnis der stadtteilbezogenen Auswertung scheinen die beiden Stadtteile mit der schlechtesten Sozialstruktur gegenläufige Ergebnisse hinsichtlich des Impfstatus aufzuweisen. Die Unterschiede sind nicht signifikant, so dass sie vernachlässigt werden können. Der Impfstatus der Kinder kann in allen Stadtteilen als sehr gut eingeschätzt werden.

Tab. 25: Impfstatus nach Stadtteilen

Impfung	M-Nord	M-Mitte	M-Süd	H-Nord	H-Ost	H-Süd	Biesdorf	Kaulsdorf	Mahlsdorf
Diphtherie	96,8	98,2	97,4	99,6	99,4	98,7	97,7	97,7	99,3
Pertussis	95,5	97,3	97,0	98,6	97,5	97,4	97,7	96,9	99,3
Tetanus	96,8	98,5	97,9	99,6	99,4	98,7	98,8	97,7	99,3
Polio	96,0	98,2	96,6	99,3	98,8	98,7	97,7	96,9	98,7
HiB	93,5	95,3	95,7	96,8	95,0	95,5	94,7	96,1	98,0
Hepatitis B	90,7	92,3	95,3	92,5	90,7	94,2	90,1	93,0	94,7
Pneumokokken	49,8	44,1	44,6	42,1	39,8	59,0	54,4	61,7	69,1
Masern	91,5	94,7	94,4	97,1	94,4	91,0	95,3	95,3	96,1
Mumps	91,5	94,7	94,4	96,8	94,4	91,0	95,3	95,3	95,4
Röteln	91,5	94,7	94,4	96,8	94,4	91,0	95,3	95,3	95,4
Varizellen	53,8	65,1	63,5	67,9	62,1	67,3	57,9	64,8	63,8
Meningokokken	86,6	89,1	91,8	91,8	94,4	91,0	89,5	91,4	91,4
Heft vorhanden	92,3	91,0	91,8	93,8	94,7	91,0	94,9	92,6	94,5

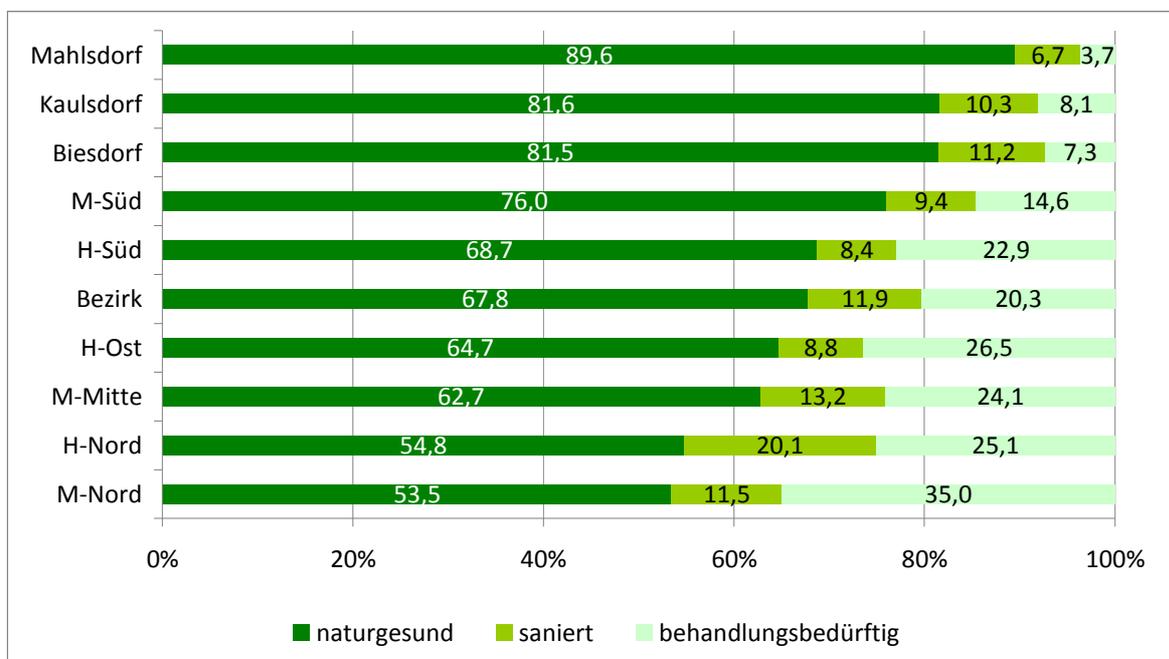
8.2.4 Zahngesundheit

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

Da der Zahnstatus stark vom sozialen Status abhängt, ist der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss in den Stadtteilen mit schwacher Sozialstruktur am geringsten, d.h. in Marzahn-Nord und in Hellersdorf-Nord. In beiden Stadtteilen haben die Kinder den geringsten Anteil naturgesunder Zähne. Sie unterscheiden sich jedoch deutlich hinsichtlich des Sanierungsbedarfs. In Marzahn-Nord haben 35% der Kinder behandlungsbedürftige Zähne, in Hellersdorf-Nord sind es hingegen nur 25,1%. Der Anteil der Kinder mit sanierten Zähnen ist hier doppelt so hoch wie in Marzahn-Nord. Das betrifft die Kinder mit und ohne Migrationshintergrund gleichermaßen.

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

Abb. 43: Zahnstatus nach Stadtteilen (in Prozent)



9. Literaturverzeichnis

Arbeitsmarktdaten (2011): Bundesagentur für Arbeit/Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool

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

Bettge, S., Oberwöhrmann, S. et al. (2010): Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht: Sozialstruktur und Kindergesundheit, Ein Atlas für Berlin auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008

Doepfner, M. et al. (2005): S-ENS Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen, Göttingen Hogrefe Verlag

Gesundheitsberichterstattung in Berlin 2003: Spezialbericht 2003 – 2, Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Krug, S. et al. (2012): Zum Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt 2012-Band 55-Heft 1. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Paul-Ehrlich-Institut, Robert-Koch-Institut (Hrsg.). Springer Medizin Verlag. Würzburg: Stürtz GmbH.

KiGGS-Studie (2007): Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys; Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 5/6, Mai/Juni 2007

KiSchuG (2009): Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes vom 17. Dezember 2009. In: Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin, 65. Jahrgang Nr. 33, 30. Dezember 2009, S. 875

Lohauß, P., Rockmann, U., Rehkämper, K., Wendt, W. (2010): Bildung in Berlin und Brandenburg 2010. Ein indikatorengestützter Bericht zur Bildung im Lebenslauf. Autorengruppe Regionale Bildungsberichterstattung Berlin-Brandenburg im Auftrag der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Berlin und des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport Brandenburg (Hrsg.)

Mikrozensus (2010): Statistischer Bericht A I 11 – j / 10. Ergebnisse des Mikrozensus im Land Berlin 2010, Haushalte, Familien und Lebensformen. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.)

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

Statistischer Bericht A II 1-j/10 (2010): Eheschließungen, Geborene und Gestorbene 2010, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.)

Statistik Bericht BV 1-j/12: Statistischer Bericht, Sportvereine im Land Berlin am 1.1.2012, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.)

Statistischer Bericht F I 1-j/11 (2011): Fortschreibung Wohngebäude und Wohnungsbestand 31.12.2011, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.)

Statistische Kurzinformation (2012): Mundgesundheit Berliner Kinder und Jugendlicher im Schuljahr 2010/2011. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Hrsg.)

SenBJW III B 3: Senatsverwaltung für Bildung, Jugend, Wissenschaft: Sprachstandsfeststellung Kinder in Kitas und Kindertagespflege, SenBJW III B 3

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

Internet:

AG Adipositas: Arbeitsgemeinschaft Adipositas Verfügbar unter: [www. a-g-a.de](http://www.a-g-a.de) (Zugriff: 08/2012)

Augustin, M. (2010): Basisbericht soziale Lage 2010. Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf (Hrsg.), Verfügbar unter: <http://www.berlin.de/ba-marzahn-hellersdorf/verwaltung/gesundheit/ges.soz.berichte.html> (Zugriff: 08/2012)

Bettge S., Oberwöhrmann S. (2011): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2011, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Druckversion der Tabellen und der Erläuterungen zur Methodik aus dem Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (Hrsg.). Verfügbar: http://www.gsi-berlin.info/gsi_suchen.asp (Zugriff: 08/2012)

Jugendhilfebericht 2010 Marzahn Hellersdorf (2010): Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf, Abt. Jugend und Familie: Einsichten in die Jugendhilfe Realität. Ein Erkenntnisbericht zu sozialen Herausforderungen und strukturellen Entwicklungen des Jugendamtes in Marzahn-Hellersdorf, Berlin 2010; Verfügbar unter: <http://drive-t.ba-mh.verwalt-berlin.de/oneNet/NetStorage/Allg/b-portal/fachaemter/jug/berichte/Jugendhilfebericht%202010.pdf> (Zugriff: 08/2012)

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_Diagnostik_Sprachentwicklungsstoerungen_2011-12.pdf (Zugriff: 08/2012)

Opper, Elke (2009): Kurzfassung Ergebnisse Motorik-Modul. Universität Karlsruhe und Institut für Sport und Sportwissenschaft (Hrsg.). Verfügbar unter: https://www.sport.uni-karlsruhe.de/motorik-modul/downloads/pressemitteilung_Maerz_2009.pdf (Zugriff: 1. August 2012)

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/bvkj/contentkin/show.php3?id=429&nodeid=64&nodeid=64&query=entwicklung> (Zugriff: 08/2012)

SchulG (2004): Schulgesetz für das Land Berlin vom 26. Januar 2004. In: Berliner Rechtsvorschriften. Stand: 21. Mai 2012. Kulturbuch-Verlag GmbH (Hrsg.). Verfügbar unter: http://www.kulturbuch-verlag.de/online/brv_aktuell/PDF/2230-1.pdf (Zugriff: 31. Juli 2012).

Schulstatistik (2010/11): Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Verfügbar unter: http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-bildung/bildungsstatistik/eckdaten_allgemeinbildende_schulen_2011_12.pdf?start&ts=1322052334&file=eckdaten_allgemeinbildende_schulen_2011_12.pdf (Zugriff: 08/2012)

SenGesSoz: Landesgesundheitskonferenz Berlin – Gesundheitsziele. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Hrsg.). Verfügbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gesundheit/gesundheitspolitik/igk/gesundheitsziele/> (Zugriff: 30. Juli 2012).

Zimmer, Renate : Sprachliche Förderung in der Kita 2.0, Bewegung und Sprache, Verknüpfung des Entwicklungs- und Bildungsbereichs Bewegung mit der sprachlichen Förderung in Kindertagesstätten, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) Verfügbar unter: http://www.dji.de/bibs/384_Expertise_Bewegung_Zimmer.pdf (Zugriff: 2.8.2012)