

IM FOKUS Gesundheitsberichterstattung
Schleswig-Holstein

Kindergesundheit in Schleswig-Holstein

Ergebnisse der Untersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste
und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein

Untersuchungsjahr 2023/24



INHALT

1. Einleitung	3
2. Methodik	5
2.1 Schuleingangsuntersuchung	6
2.2 Erhebungsinstrumente und Indikatoren	7
2.3 Datenauswahl und -analyse	8
3. Ergebnisse	10
3.1 Soziodemographie und familiäre Situation	11
3.2 Gewicht und Body-Mass-Index	13
3.3 Sehen	14
3.4 Hören	15
3.5 Körperkoordination	16
3.6 Sprachentwicklung und Sprachkompetenz	17
3.7 Konzentrationsfähigkeit und selektive Aufmerksamkeit	23
3.8 Zahlen- und Mengenvorwissen	24
3.9 Kognition und visuelle Wahrnehmung	25
3.10 Visuomotorik	26
3.11 Verhalten	27
3.12 Förderbedarfe	28
3.13 Heilpädagogische Maßnahmen und Heilmittel	31
3.14 Beurteilung der Schulfähigkeit	34
3.15 Früherkennungsuntersuchungen	35
3.16 Impfungen	36
4. Zahnärztliche Untersuchungen	39
4.1 Beschreibung der Untersuchung	40
4.2 Datenerfassung	40
4.3 Befunde	42
4.4 Zusammenfassung und Fazit der zahnärztlichen Untersuchungen	44
5. Zusammenfassung	45
6. Quellen	49
7. Anhang	51

IMPRESSUM

Herausgeberin | Landesregierung Schleswig-Holstein

Ministerium für Justiz und Gesundheit, Lorentzendamm 35, 24103 Kiel

Autor und Autorin | Dr. Daniel Bremer Ministerium für Justiz und Gesundheit

Nele Rindt Zahnärztlicher Dienst, Fachdienst Gesundheit, Hansestadt Lübeck

Datenmanagement | Andrea Rieck, Dr. Susanne Elsner, Hannah Baltus und Dr. Nina Hartmann

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, UKSH, Universität zu Lübeck (Direktor: Prof. Dr. Alexander Katalinic)

Fachliche Begleitung | Dr. Ioana Klopff Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Gesundheitsamt Rendsburg-Eckernförde

Dr. Swantje Gebhardt Jugendzahnärztlicher Dienst, Fachdienst Gesundheit, Ostholstein Dr. Maria Schmidt Jugendzahnärztlicher Dienst,

Fachdienst Gesundheit, Neumünster Christian Ebeling Sachgebiet Gesundheitlicher Umwelt- und Infektionsschutz, Fachdienst

Gesundheit, Schleswig-Flensburg PD Dr. Annette Fox-Boyer Institut für Gesundheitswissenschaften, Universität zu Lübeck

Prof. Dr. Solveig Chilla Institut für Sonderpädagogik, Europa-Universität Flensburg

Danksagung | Für die Bereitstellung der Daten danken wir den Fachdiensten Gesundheit der Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein.

Gestaltung | Benno Jonitz, Kiel

Kiel, November 2025

1

Einleitung



Die Kindheit ist geprägt durch eine Reihe von Entwicklungsphasen mit jeweils unterschiedlichen Rahmenbedingungen für das kindliche Wohlbefinden, die körperliche und psychische Gesundheit sowie verschiedene Erkrankungsrisiken (Robert Koch-Institut 2023a). Die Gesundheit von Kindern wird dabei vom familiären und sozialen Umfeld und Strukturen, wie z. B. (medizinischen) Versorgungsangeboten beeinflusst (Robert Koch-Institut 2023a). Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten im Kindesalter (und Jugendalter) sind in einem besonderen Maße relevant, da sie sich signifikant auf die Gesundheit im späteren Erwachsenenalter auswirken (Robert Koch-Institut 2023a). Der vorliegende Bericht zu den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen fokussiert auf die zeitlichen Trends der Untersuchungsjahre 2014/15 bis 2023/24. Der Bericht liefert dadurch Hinweise im Sinne einer Child Public Health Surveillance, wie sich die Gesundheit der einzuschulenden Kinder in Schleswig-Holstein in den vergangenen Jahren – unter anderem vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie – entwickelt hat.

Im zahnärztlichen Kapitel werden die Ergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen im Schuljahr 2024/25 vorgestellt. Zahn- und Mundgesundheit ist ein wichtiger Bestandteil der Allgemeingesundheit. Gesunde Zähne sind Voraussetzung für eine adäquate Ernährung, für die Sprachentwicklung und die psychosoziale Entwicklung von Kindern. Kariöse Zähne können Gesundheit, Wohlbefinden und die gesamte Entwicklung des Kindes erheblich beeinträchtigen. Werden die Kinder von Anfang an zu adäquater Zahnpflege angeleitet und wird auf eine gesunde Ernährung geachtet, haben sie gute Chancen auf Zahn- und Mundgesundheit auch im Erwachsenenalter. Die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen liefern sowohl auf Landesebene als auch auf kommunaler Ebene Erkenntnisse über die Entwicklung der Zahngesundheit von Schulkindern.

2

Methodik



2.1

Schuleingangsuntersuchung

Die Schuleingangsuntersuchung (SEU) dient der Erhebung der jeweils individuellen körperlichen, kognitiven und psychosozialen Entwicklung des Kindes unter schulrelevanten Gesichtspunkten. Zentrales Element der SEU ist dabei die frühzeitige Identifizierung möglicher Förderbedarfe, um für jedes Kind einen guten Start in die Schullaufbahn zu ermöglichen.

Zur SEU werden vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) der Kreise und kreisfreien Städte alle Kinder eines Jahrgangs eingeladen, die bis zum 30. Juni des Einschulungsjahres das sechste Lebensjahr vollenden und hierdurch schulpflichtig werden. Die SEU wird durch die KJGD der Kreise und kreisfreien Städte von erfahrenen Teams aus (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzten sowie medizinischen Fachangestellten (MFA) durchgeführt.

»Die Schuleingangsuntersuchung dient der Erhebung der jeweils individuellen körperlichen, kognitiven und psychosozialen Entwicklung des Kindes unter schulrelevanten Gesichtspunkten.«

Regelmäßig besteht die SEU aus zwei Teilen: Zunächst dokumentieren die MFA die von den Eltern mitgebrachten Informationen (z. B. durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen,

Elternfragebogen), führen einen Seh- und Hörtest durch, messen Größe und Gewicht und geben dem Kind einige Aufgaben zur Erfassung der psychosozialen und kognitiven Entwicklung. Danach untersuchen die Ärztinnen und Ärzte auf dieser Grundlage insbesondere die sprachliche Entwicklung, Grob- und Feinmotorik, Körperkoordination sowie die kognitive Entwicklung des Kindes und führen eine körperliche Untersuchung durch. Die Ärztinnen und Ärzte nehmen zudem eine Impfberatung gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Instituts (STIKO) vor. Im Anschluss an die Untersuchung besprechen sie die Befunde sowie möglicherweise vorhandene ärztliche Empfehlungen mit den Eltern. Zudem informieren sie die Eltern über gegebenenfalls vorliegende schulrelevante Befunde, die im Interesse des Kindes an die zukünftige Grundschule weitergeleitet werden, um dem Kind einen optimalen Start in die Schullaufbahn zu ermöglichen.

Alle angehenden Schülerinnen und Schüler einer öffentlichen Schule in Schleswig-Holstein sind nach § 27 Abs. 1 Schulgesetz (SchulG) in Verbindung mit § 2 Abs. 1 der Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben gesetzlich verpflichtet, sich vor dem Besuch der Grundschule schulärztlich untersuchen zu lassen. Nach § 7 Abs. 1 Gesundheitsdienstgesetz (GDG) nehmen die Kreise und kreisfreien Städte die schulärztlichen Aufgaben wahr. Bei diesem Fokusbericht handelt es sich um eine Gesundheitsberichterstattung im Sinne des § 6 GDG.

2.2

Erhebungsinstrumente und Indikatoren

Bei der Schuleingangsuntersuchung handelt es sich um ein standardisiertes Verfahren, das nach den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten (KJGD) Schleswig-Holstein festgelegten und im Arbeitshandbuch „S1/Z1-Untersuchungen“ der KJGD hinterlegten Standards, durchgeführt wird. Das Handbuch berücksichtigt die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse der verschiedenen Fachgesellschaften und wird laufend aktualisiert. Zur Gewährleistung einer objektiven Befundung steht das Handbuch den beteiligten Gesundheitsberufen zur Verfügung. Es finden regelmäßige interne Team-Schulungen der KJGD für die Wahrung der Qualitätsanforderungen statt.

Zur standardisierten Erfassung des individuellen Entwicklungsstandes setzen die KJGD das „Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen“ (SOPESS) ein (Petermann et al. 2009). Weiterhin setzen die KJGD den Fragebogen „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ, Version „Eltern 4-17“) zum Verhaltens-Screening ein (Goodman et al. 1998, Koglin et al. 2007). Das Ausfüllen des SDQ-Fragebogens durch die Eltern erfolgt auf freiwilliger Basis.

»Bei der Schuleingangsuntersuchung handelt es sich um ein standardisiertes Verfahren.«

Zudem werden das Alter, das Körpergewicht und die Körpergröße der Kinder erhoben. Daraus werden z. B. die Perzentile für den Body-Mass-Index der Kinder errechnet, um Übergewicht, Adipositas und Untergewicht zu identifizieren (Kromeyer-Hauschild et al. 2001).

Um im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung eine Darstellung einzelner Aspekte auch unter Berücksichtigung bestimmter soziodemographischer Merkmale zu ermöglichen, werden die Eltern gebeten, auf freiwilliger Basis u. a. Angaben zu einer möglichen Migrationsbiografie, der in der Familie überwiegend gesprochenen Sprache, der Familienstruktur, der elterlichen Schulabschlüsse, der elterlichen Berufstätigkeit (Vollzeit/Teilzeit/nicht berufstätig) sowie zur vorschulischen Betreuungssituation des Kindes zu machen.

Zum Zweck der Gesundheitsberichterstattung des Landes Schleswig-Holstein wird ein Teil der Daten anonymisiert jährlich von den KJGD an das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Universität zu Lübeck) übermittelt. Dort werden die Daten aus den Kreisen und kreisfreien Städten zusammengeführt und überprüft. Das Institut stellt die anonymisierten Daten dem Ministerium für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein zur Verfügung. Auf dieser Datenbasis wird regelmäßig ein Bericht zu den SEU erstellt. In den Jahren während der COVID-19-Pandemie fanden die SEU aufgrund der hohen Belastungen durch den Infektionsschutz in den Gesundheitsämtern unvollständig statt und es wurden keine Daten an das Institut bzw. das Ministerium übermittelt. Die Datenübermittlung konnte ab dem Untersuchungsjahr 2021/2022 größtenteils wiederaufgenommen werden.

2.3

Datenauswahl und -analyse

Im vorliegenden Bericht werden die Daten der Untersuchungsjahre 2014/15 bis 2023/24 dargestellt (Tab. 1). Für die Untersuchungsjahre 2019/20 und 2020/21 liegen aufgrund der COVID-19-Pandemie keine Daten vor. Die ausgewerteten Daten beziehen sich auf die durchgeführten Einschulungsuntersuchungen der sogenannten „S1-Kinder“¹.

Jahr der Untersuchung	Anzahl der ausgewerteten S1-Kinder	Anzahl der Gesundheitsdienste*
2014/15	23.873	16
2015/16	24.403	16
2016/17	22.123	14
2017/18	22.912	14
2018/19	23.319	14
2021/22	11.853	7
2022/23	23.205	14
2023/24	25.408	15

Tab. 1: Anzahl der Kinder (S1) im Datensatz und Anzahl der Gesundheitsdienste in Schleswig-Holstein, deren Daten berücksichtigt werden konnten, nach Untersuchungsjahr.

* 15 Gesundheitsämter der Kreise und kreisfreien Städte zzgl. des Dänischen Gesundheitsdienstes.

Im Untersuchungsjahr 2021/22 wurden die Daten von sieben Gesundheitsämtern in die Analysen einbezogen. Diese sieben Gesundheitsämter haben (nahezu) sämtliche Kinder, die zur Einschulung gemeldet waren, untersuchen können. Die übrigen Gesundheitsämter haben aufgrund von Personalmangel im KJGD, verschärft durch die COVID-19-Pandemie, lediglich einen Teil der Kinder untersuchen können. In den übrigen Untersuchungsjahren konnte die große Mehrheit der Gesundheitsämter eine Vollerhebung bei den

einzuschulenden Kindern durchführen. In Einzelfällen konnte nur eine Teilerhebung erfolgen oder die Daten konnten aus technischen Gründen nicht zur Verfügung gestellt werden.

»In sieben von acht Untersuchungsjahren konnte die große Mehrheit der Gesundheitsämter eine Vollerhebung bei den einzuschulenden Kindern durchführen.«

Die Kreise und kreisfreien Städte, die Teilerhebungen durchgeführt haben, wurden in den Analysen nicht berücksichtigt. Aufgrund der begrenzten Untersuchungskapazitäten haben sich Gesundheitsämter, die nur einen Teil der Kinder untersuchen konnten, auf diejenigen Kinder konzentriert, die (nach Information der Schulen) erhöhte Förderbedarfe haben. Entsprechend handelt es sich hierbei um eine sehr spezifische und nicht-zufällige Auswahl, die mit den Vollerhebungen der anderen Kreise und kreisfreien Städte sowie den zurückliegenden Untersuchungsjahren nicht vergleichbar ist. Eine Berücksichtigung dieser Daten würde zu Verzerrungen führen und Fehlschlüsse begünstigen.

Der Kreis Plön führt eine von den übrigen Kreisen und kreisfreien Städten abweichende SEU durch. Hierbei werden nicht alle Kinder grundsätzlich von Ärztinnen oder Ärzten untersucht, sondern bei bestimmten Kriterien (z. B. nach auffälligen Tests durch medizinische Fachangestellte, bei fehlendem Nachweis der U9, etc.). Daher sind bei einzelnen Befunden die aus dem Kreis Plön vorliegenden Daten nicht vollständig mit denen der übrigen Kreise und kreisfreien Städte vergleichbar. Dies ist bei der Bewertung der Ergebnisse (siehe Kap. 3) zu berücksichtigen.

Insgesamt wurden die Datensätze, zu denen keine oder unplausible Angaben zum Geschlecht und Alter des Kindes vorhanden waren, für die Auswertungen nicht berücksichtigt. In einigen Darstellungen in diesem Bericht können einzelne Untersuchungsjahre nicht berichtet werden, wenn aus verschiedenen Gründen einzelne Daten nicht erhoben, nicht standardisiert oder aufgrund

¹ Jedes einzuschulende Kind erhält eine Schuleingangsuntersuchung, auch S1 genannt. Im Falle einer Beurlaubung eines Kindes erfolgt eine erneute Untersuchung, die mit der S1-Untersuchung inhaltlich deckungsgleich ist. Sie wird Z1 genannt. Die Kinder, die eine Z1-Untersuchung erhalten haben, sind nicht in den Daten enthalten.

technischer Probleme nicht übermittelt werden konnten. In einigen Fällen wurden zudem die Daten eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt von der Auswertung ausgeschlossen, wenn >50 % der Daten für das Kollektiv fehlten. In den Fällen, in denen die Ergebnisse durch einen relativ großen Anteil fehlender Angaben mit einer gewissen Unsicherheit behaftet sind, werden entsprechende Hinweise gegeben. Zudem sind die detaillierten Zahlen im Anhang hinterlegt.

»Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über die möglichen Veränderungen im Entwicklungsstand der einzuschulenden Kinder, insbesondere vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie und weiteren gesellschaftlichen Entwicklungen.«

Die Auswertungen in diesem Bericht sind deskriptiver Natur. Es werden absolute und relative Häufigkeiten berichtet. Wenn möglich und inhaltlich sinnvoll, erfolgen Subgruppenanalysen, zum Beispiel nach dem Geschlecht der Kinder, dem formalen Schulabschluss der Eltern, der in der Familie gesprochenen Sprache oder der Migrationsbiografie der Eltern. Wie bereits im letzten Bericht, wurde auch für diesen Bericht der analytische Schwerpunkt auf die zeitlichen Trends gelegt, um einen Überblick über die möglichen Veränderungen im Entwicklungsstand der einzuschulenden Kinder, insbesondere vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie, zu erhalten (Ministerium für Justiz und Gesundheit 2023).

3

Ergebnisse



3.1

Soziodemographie und familiäre Situation

Der Anteil der Mädchen liegt im Untersuchungsjahr 2023/24 bei 49 % und der der Jungen bei 51 %. Zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung sind die Kinder im Mittel 6,1 Jahre alt. Diese Werte

entsprechen denen der vorangegangenen Untersuchungsjahre. Tabelle 2 zeigt eine Übersicht der familiären Situation der untersuchten Kinder für das Untersuchungsjahr 2023/24. Im Untersuchungsjahr

»Mit Blick auf die zurückliegenden Untersuchungsjahre hat sich der Anteil der Eltern mit einem hohen Schulabschluss von Jahr zu Jahr erhöht.«

	N	%
höchster formaler Schulabschluss der Eltern (Angaben vorhanden: 78,9 %)		
kein / Niedriger (Förder-, Hauptschule)	2.710	13,5 %
Mittlerer (Realschule)	5.417	27,0 %
Hoher (Gymnasium)	11.907	59,4 %
Migrationsbiografie (MB) der Eltern (Angaben vorhanden: 87 %)		
keine MB der Eltern	15.270	69,1 %
MB eines Elternteils	2.243	10,1 %
MB beider Elternteile	4.590	20,8 %
Sprache, die in der Familie überwiegend gesprochen wird (Angaben vorhanden: 96,4 %)		
Deutsch	17.801	72,7 %
Mehrsprachig mit Deutsch	2.558	10,4 %
Mehrsprachig ohne Deutsch (andere Sprache)	4.137	16,9 %
Familienstruktur: Eltern (Angaben vorhanden: 92,6 %)		
beide leibliche Eltern	19.388	82,4 %
Alleinerziehende/r	3.173	13,5 %
Elternteil mit Partner	642	2,7 %
Großeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern oder Heim	322	1,4 %
Familienstruktur: Kinder (Angaben vorhanden: 95,8 %)		
Anzahl der in der Familie lebenden Kinder (Range: 1 bis 14 Kinder)	24.335	2,3 (Mittelwert)
Berufstätigkeit der Eltern (Angaben vorhanden: 69,2 %)		
Beide Vollzeit (inkl. Ausbildung / Studium)*	2.504	14,2 %
Beide Teilzeit (inkl. Minijobber)*	751	4,3 %
Beide nicht berufstätig (inkl. Elternzeit)*	605	3,4 %
Voll- und Teilzeit	10.421	59,3 %
Vollzeit und nicht berufstätig	2.879	16,4 %
Teilzeit und nicht berufstätig	428	2,4 %
*In diesen Kategorien sind ebenfalls die Eltern enthalten, die alleinerziehend sind.		
Betreuung (Tagesmutter, Krippe oder Kita) (Angaben vorhanden: 97,3 %)		
mindestens 3 Tage pro Woche Fremdbetreuung	24.727	97,0 %

Tab. 2: Soziodemographie und familiäre Situation der untersuchten Kinder für das Untersuchungsjahr 2023/24.
Anmerkung: Durch Rundung der Prozentwerte kann es vorkommen, dass die Summe nicht exakt 100 % beträgt.

2023/24 haben knapp 79 % der Eltern Angaben zu ihrem höchsten Schulabschluss gemacht. Relevant ist dabei der höchste von einem der Elternteile erreichte Schulabschluss. Rund 59,5 % der Eltern geben einen hohen, 27,0 % einen mittleren und 13,5 % einen niedrigen oder keinen Schulabschluss an. Auch wenn sich aus dem formalen Schulabschluss keine direkte Aussage zum jeweiligen Bildungsstand und beruflichem Qualifikationsniveau im Einzelfall ableiten lässt, so eignet sich die vorgenommene Betrachtung zumindest als Indikator für den familiären Bildungshintergrund. Mit Blick auf die zurückliegenden Untersuchungsjahre hat sich der Anteil der Eltern mit einem hohen Schulabschluss von Jahr zu Jahr tendenziell erhöht (2014/15: 44,7 %). Die Anteile der Eltern mit einem mittleren (2014/15: 36,7 %) oder niedrigeren (18,6 %) Abschluss haben sich entsprechend verringert. Die diesjährigen Werte (2023/24) sind vergleichbar mit denen des Vorjahres (2022/23).

Zur Migrationsbiografie haben sich circa 87 % der Eltern geäußert. 69,1 % der Eltern berichten, dass sie keine Migrationsbiografie haben. Bei 10,2 % der Kinder hat ein Elternteil eine Migrationsbiografie und bei 20,8 % haben beide Eltern eine Migrationsbiografie. Der Anteil der Eltern ohne Migrationsbiografie lag in den vorangegangenen Untersuchungsjahren im Durchschnitt bei 76,4 %. Der Anteil der Elternpaare mit einseitiger Migrationsbiografie lag im Schnitt bei 8,8 % und mit beidseitiger Migrationsgeschichte bei 16,7 %.

»Die Anteile der Kinder, die in ihrer Familie überwiegend mit einer anderen Sprache oder zweisprachig aufwachsen, haben sich über die letzten Jahre erhöht.«

Die Angaben zur in der Familie überwiegend gesprochenen Sprache sind nahezu vollständig vorhanden (96,4 %). Fast drei Viertel der Eltern geben an, dass in der Familie deutsch gesprochen wird (72,7 %). Eine andere Sprache wird in 10,4 % der Familien gesprochen und 16,9 % der Eltern nennen neben Deutsch noch eine weitere Sprache. Die Migrationsbiografie der Eltern ist mit der Familiensprache eng verbunden. Entsprechend

haben sich die Anteile der Kinder, die in ihrer Familie überwiegend mit einer anderen Sprache (2014/15: 5,0 %) oder zweisprachig (2014/15: 13,6 %) aufwachsen, über die letzten Jahre erhöht. Die diesjährigen Werte (2023/24) sind vergleichbar mit denen des Vorjahres (2022/23).

Die große Mehrheit der Kinder lebt mit ihren beiden leiblichen Eltern zusammen (82,4 %). 13,5 % der Eltern sind alleinerziehend, 2,7 % leben mit einem Elternteil und einer Partnerin / einem Partner und 1,4 % der Kinder leben mit Großeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern oder im Heim. Hierzu liegen 92,6 % der Angaben vor. Diese Zahlen sind über die vergangenen Jahre hinweg relativ stabil geblieben. Im Durchschnitt leben die untersuchten Kinder in einem Haushalt mit 2,3 Kindern (Angaben liegen für knapp 95,8 % der Kinder vor).

Zur Berufstätigkeit der Eltern liegen für 69,2 % der Kinder Angaben vor. Die Mehrzahl der Eltern sind in Voll- und Teilzeit tätig (59,3 %). In 14,2 % der Familien arbeiten beide Eltern in Vollzeit, in 4,3 % der Familien beide in Teilzeit und in 3,4 % der Familien sind beide nicht berufstätig. In 16,4 % der Familien arbeitet ein Elternteil in Vollzeit und der andere ist nicht berufstätig und in 2,4 % der Familien arbeitet ein Elternteil in Teilzeit und der andere ist nicht berufstätig. Auch hier sind die Anteile vergleichbar mit denen der letzten Untersuchungsjahre.

»Die familiäre Lebenssituation der Kinder, die Berufstätigkeit der Eltern sowie die Fremdbetreuung war, bezogen auf die Anteile in den einzelnen Gruppen, über die letzten Jahre relativ stabil.«

97,0 % der Eltern gaben an, dass ihr einzuschulendes Kind mindestens ein begonnenes Jahr in der Fremdbetreuung (außerhalb der Familie) verbracht hat. Dieser Wert verhält sich im Vergleich zu früheren Messzeitpunkten relativ stabil. Fremdbetreuung ist hier als eine Betreuung bei einer Tagesmutter / einem Tagesvater, in einer Krippe oder einer Kita an mindestens 3 Tagen pro Woche definiert. Hierzu haben rund 97,3 % der Eltern Angaben gemacht.

3.2

Gewicht und Body-Mass-Index

Während der Schuleingangsuntersuchung wird bei den Kindern die Körpergröße sowie das Körpergewicht standardisiert gemessen und daraus der Body-Mass-Index (BMI) errechnet. Größe und Gewicht unterliegen bei Kindern jedoch ständigen natürlichen Entwicklungen. Daher werden die errechneten BMI-Werte in alters- und geschlechtsdifferenzierende Perzentilenkurven einer Referenzgruppe übertragen (Kromeyer-Hauschild et al. 2001). Werte unterhalb des 10. Perzentils sind dabei als Untergewicht definiert. Werte oberhalb des 90. bis zum 97. Perzentil gelten als Übergewicht, oberhalb des 97. Perzentils als starkes Übergewicht bzw. Adipositas.

Insgesamt 11,7 % der untersuchten Kinder haben Übergewicht oder sind adipös (Abb. 1 & Anhang Tab. 9). 5,3 % der Kinder leiden an starkem Übergewicht bzw. Adipositas. Relevante Unterschiede bei den Geschlechtern lassen sich in der Gesamtbetrachtung nicht erkennen. Die Werte sind über die Jahre relativ stabil, zeigen jedoch einen ganz leichten Trend nach oben an.

»11,7 % der untersuchten Kinder haben Übergewicht oder sind adipös. 5,3 % der Kinder leiden an starkem Übergewicht bzw. Adipositas.«

Werden die Daten zum BMI in Abhängigkeit zum Bildungsstand der Eltern gesetzt, sind deutliche Unterschiede erkennbar (Abb. 2). Die niedrigsten Anteile der einzuschulenden Kinder mit Übergewicht (einschließlich Adipositas) und Adipositas zeigen sich über alle Jahre bei Familien mit einem hohen formalen Schulabschluss der Eltern, die höchsten Anteile bei Familien mit niedrigem elterlichem Bildungsstand. Bei letzterer Gruppe sind die Anteile über die Jahre stärker angestiegen als bei den anderen beiden Gruppen.

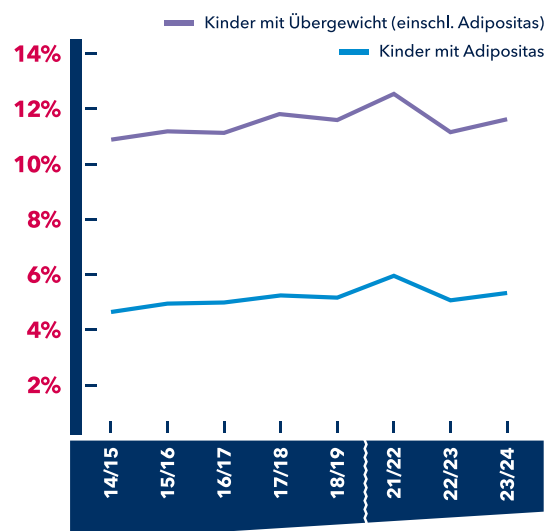


Abb. 1: Anteile der einzuschulenden Kinder mit Übergewicht einschließlich Adipositas (>90. Perzentil des BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)) und mit Adipositas (>97. Perzentil des BMI) nach Untersuchungsjahr in %.

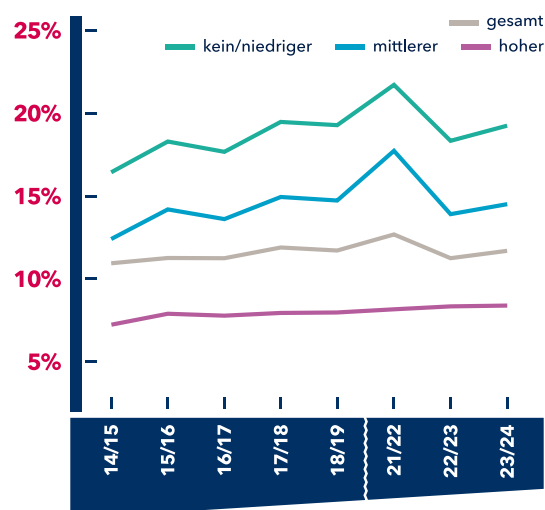


Abb. 2: Anteile der einzuschulenden Kinder mit Übergewicht einschließlich Adipositas (>90. Perzentil des BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)) nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

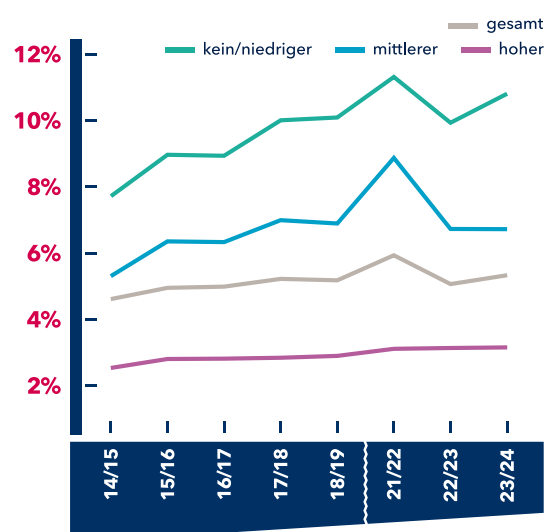


Abb. 3: Anteile der einzuschulenden Kinder mit Adipositas (>97. Perzentil des BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)) nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

3.3

Sehen

Bei den Kindern wird das Sehvermögen mit einem Nah- und Fernvisustest für die Sehschärfe sowie einem Stereotest für das räumliche Sehen untersucht. Ab einem Visus von $<0,7$ auf mindestens einem Auge oder einem auffälligen Stereotest liegt ein kontrollbedürftiger Befund vor, der durch eine Augenärztin oder einen Augenarzt abgeklärt werden sollte. Bei Kindern, die zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Sehhilfe tragen, wird das Sehvermögen grundsätzlich mit und ohne diese getestet, um damit einerseits die Korrektur zu verifizieren und andererseits schulrelevante Empfehlungen für das Tragen einer Brille (z. B. für Sport) auszusprechen.

16,5 % der Kinder hatten eine kontrollbedürftige Einschränkung des Sehvermögens (Abb. 4 & Anhang Tab. 10). Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen zeigen sich auf Basis der Daten nicht. Der Anteil der Kinder mit kontrollbedürftigen Befunden bei der Beurteilung des Sehvermögens ist im hier dargestellten Beobachtungszeitraum – mit der Ausnahme des Untersuchungsjahres 2021/22 – relativ konstant geblieben. Im Untersuchungsjahr 2021/22 hatte sich der Anteil im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren geringfügig erhöht.

»16,5 % der Kinder hatten eine kontrollbedürftige Einschränkung des Sehvermögens.«

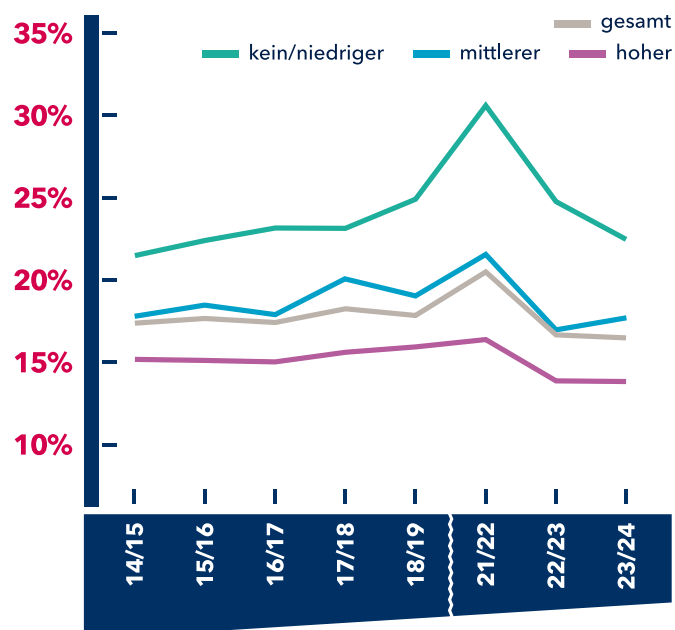


Abb. 4: Anteile der Kinder mit kontrollbedürftigen Befunden bei der Beurteilung des Sehvermögens nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

Abbildung 4 zeigt die Entwicklungen des Sehvermögens unter Berücksichtigung des elterlichen Bildungsstandes. Dabei zeigt sich, dass Kinder aus einem Elternhaus mit niedrigerem Bildungsstand über alle Jahre hinweg stärker betroffen sind als andere Kinder.

3.4

Hören

Das Hörvermögen der Kinder wird mittels eines Audiometers unter Benutzung von Kopfhörern mit Schallschutzklappen untersucht. Ein kontrollbedürftiger Befund liegt vor, wenn das Kind bei einer Lautstärke von 30 dB mindestens zwei ausgespielte Frequenzen zwischen 250 Hz und 6000 Hz auf mindestens einem Ohr nicht wahrnehmen kann. Ein kontrollbedürftiger Befund sollte durch eine HNO-Ärztin oder einen HNO-Arzt abgeklärt werden.

Bei insgesamt 7,8 % der untersuchten Kinder wurden kontrollbedürftige Befunde zum Hörvermögen festgestellt (Abb. 5 & Anhang Tab. 11). Seit 2018/19 zeigt sich ein leichter Trend nach oben. In den Folgejahren zeichnet sich zudem eine kleine Differenz zwischen Mädchen und Jungen ab.

»Bei insgesamt 7,8 % der untersuchten Kinder wurden kontrollbedürftige Befunde zum Hörvermögen festgestellt.«

Unter Berücksichtigung des formalen familiären Bildungsstandes zeigen Kinder aus Familien mit hohem elterlichem Bildungsstand insgesamt seltener Auffälligkeiten als Kinder aus Familien mit einem niedrigeren oder mittleren Schulabschluss (Abb. 6). Die Anteile der drei Gruppen haben sich im Untersuchungsjahr 2023/24 wieder etwas angenähert.

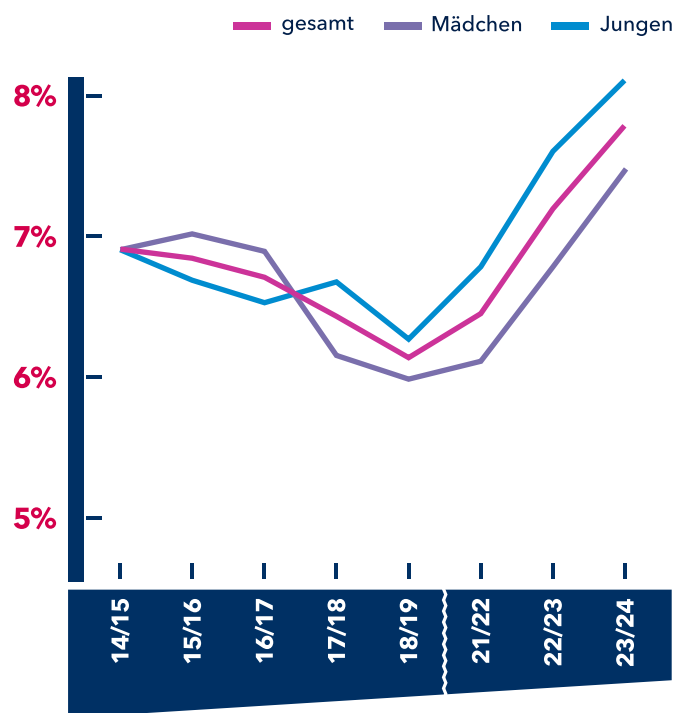


Abb. 5: Anteile der Kinder mit kontrollbedürftigen Befunden bei der Beurteilung des Hörvermögens nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

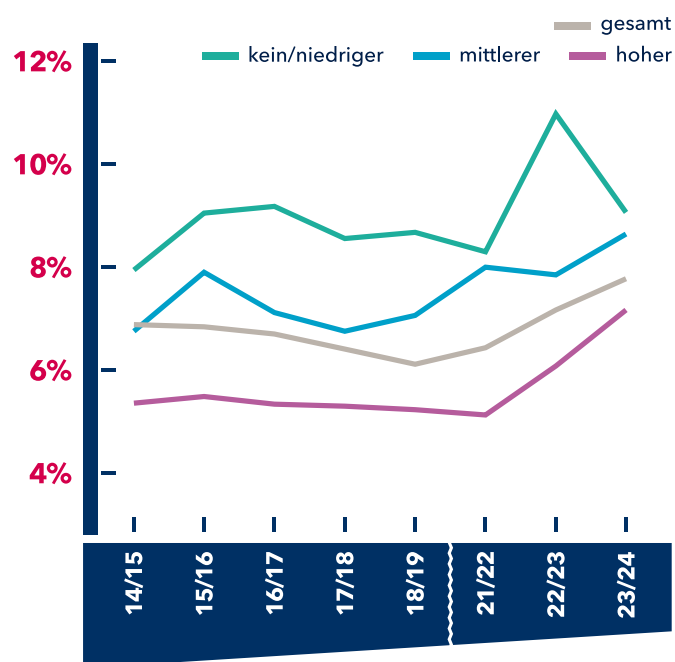


Abb. 6: Anteile der Kinder mit kontrollbedürftigen Befunden bei der Beurteilung des Hörvermögens nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

3.5

Körperkoordination

Die Körperkoordination beschreibt das Zusammenwirken insbesondere von Muskulatur und Nervensystem bei Bewegungsabläufen. Sie bestimmt die Entwicklung von elementaren sowie komplexen Bewegungsmustern. Koordinierte Bewegung ist auch relevant für die Sprachentwicklung sowie die psychosoziale und emotionale Entwicklung. In der Schuleingangsuntersuchung wird die grobmotorische Körperkoordination u. a. durch einen Unter-test des SOPESS untersucht. Es werden verschiedene Bewegungsmuster analysiert, die das Kind nach Aufforderung durchführen soll.

7,9 % der untersuchten Kinder zeigten schulrelevante Befunde zur grobmotorischen Körperkoordination (Abb. 7 & Anhang Tab. 12). Jungen sind hiervon deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Bis zum Jahr 2021/22 zeigt sich eine leicht fluktuierende, aber insgesamt relativ konstante Entwicklung. Im Untersuchungsjahr 2022/23 zeigte sich ein geringfügiger Anstieg, der sich mit den Werten des Untersuchungsjahres 2023/24 wieder etwas relativiert hat.

»7,9 % der untersuchten Kinder zeigten schulrelevante Befunde zur grobmotorischen Körperkoordination.«

Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstand der Eltern sind erheblich häufiger von Einschränkungen der grobmotorischen Körperkoordination betroffen als Kinder aus Familien mit hohem oder mittlerem elterlichen Bildungshintergrund (Abb. 8). Zudem zeigt diese Gruppe von Kindern seit dem Jahr 2014/15 die stärkste Zunahme schulrelevanter Befunde im Bereich der grobmotorischen Körperkoordination.

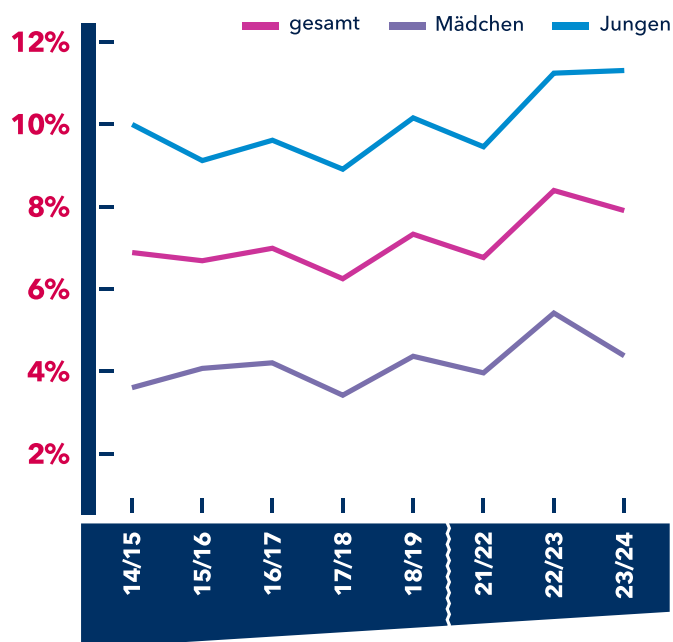


Abb. 7: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der grobmotorischen Körperkoordination nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

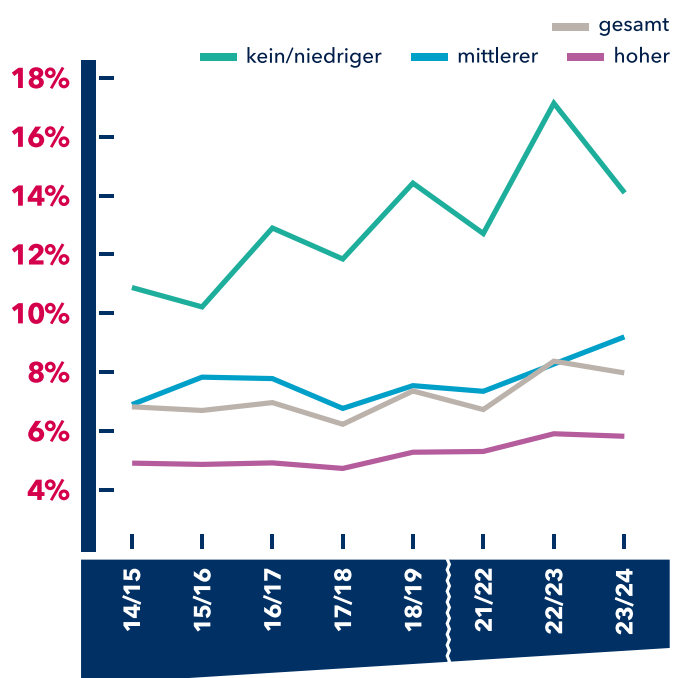


Abb. 8: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der grobmotorischen Körperkoordination nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

3.6

Sprachentwicklung und Sprachkompetenz

Der Erwerb von Sprache ist ein zentraler Teil der kindlichen Entwicklung. Weite Teile der Sprachentwicklung werden bereits im Vorschulalter abgeschlossen. Für die Beurteilung des Sprachvermögens werden u. a. im Rahmen des SOPESS-Untertests Aufgaben zu Präpositionen, zur Pluralbildung sowie zu Pseudowörtern und zur Artikulation durchgeführt. Auffälligkeiten, die möglicherweise einen sprachtherapeutischen Bedarf begründen, können insbesondere bei Kindern mit einer familiären Migrationsbiografie teilweise schwierig zu interpretieren sein, da medizinische Störungen der Sprach- und Sprechentwicklung von pädagogischen Sprachdefiziten abzugrenzen sind, für die gegebenenfalls sprachpädagogische Fördermaßnahmen, wie z. B. DaZ-Klassen, empfohlen werden.²

Untersuchte Kinder, die in ihrer Familie mehrsprachig (mit oder ohne deutsche Sprache) aufgewachsen sind und sich mit der deutschen Sprache nicht verständlich machen können, sind in den folgenden Auswertungen zu Störungen der Sprach- und Sprechentwicklung nicht enthalten, um Verzerrungen in den Ergebnissen zu vermeiden. In absoluten Zahlen sind das im Durchschnitt über die letzten zehn Jahre ca. 350 Kinder pro Untersuchungsjahr (1,6 % der jährlich untersuchten Kinder).

Störungen der Sprach- und Sprechentwicklung

23,3 % der untersuchten Kinder zeigen schulrelevante Befunde bei der Beurteilung des Sprach- und Sprechvermögens (Abb. 9 & Anhang Tab. 13). Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen (26,5 % vs. 20,0 %). Im Untersuchungsjahr 2023/24 sind die Anteile wieder leicht angestiegen.

»Rund 23,3 % der untersuchten Kinder zeigen schulrelevante Befunde bei der Beurteilung des Sprach- und Sprechvermögens.«

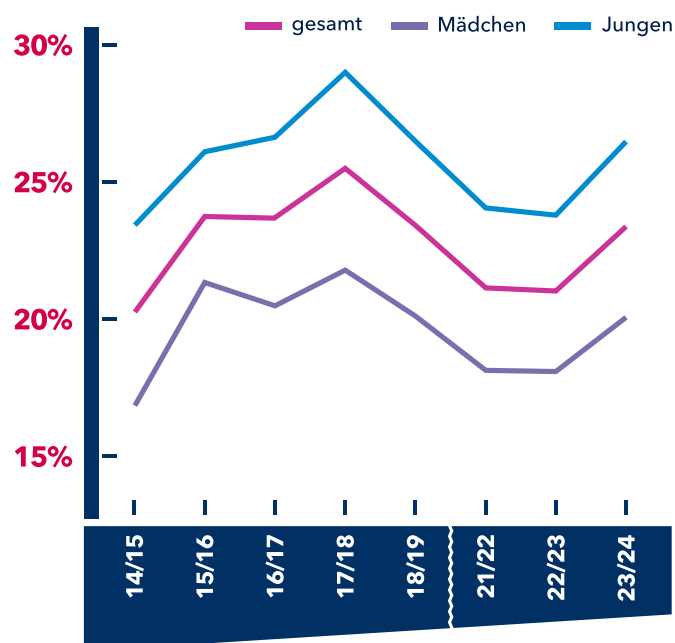


Abb. 9: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Sprach- und Sprechvermögens nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

Die Eltern werden im Rahmen der SEU auch gefragt, welche Sprache im Alltag der Familie überwiegend gesprochen wird. Hierbei wird unterschieden zwischen Deutsch, Mehrsprachigkeit ohne Deutsch sowie Mehrsprachigkeit mit Deutsch. Bei der Betrachtung der Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Sprach- und Sprechvermögens, differenziert nach in der Familie überwiegend gesprochener Sprache, wird deutlich, dass der Sprachkontakt, den die Kinder zum Deutschen haben, die Ergebnisse stark beeinflussen (Abb. 10).

² DaZ = Deutsch als Zweitsprache; Schülerinnen und Schüler, die über keine oder lediglich sehr geringe Deutschkenntnisse verfügen, haben die Möglichkeit, eine Deutsch-Intensivklasse zu besuchen. Ziel einer solchen DaZ-Klasse ist es, die Schülerinnen und Schüler auf den Regelunterricht vorzubereiten und die aktive Teilnahme in der Regelklasse zu ermöglichen.

Mehr als die Hälfte der Kinder, die mehrsprachig ohne Deutsch in der Familie aufwachsen, weisen Auffälligkeiten auf (56,2 %). Der Anteil der Kinder, die Deutsch (17,9 %) oder mehrere Sprachen einschließlich Deutsch (31,3 %) in der Familie

sprechen und einen schulrelevanten Befund zeigen, ist zwar geringer, aber dennoch sehr hoch.

Zudem zeigen Kinder aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungsstand erheblich höhere Anteile an Auffälligkeiten der Sprach- und Sprechentwicklung, insbesondere dann, wenn die in der Familie überwiegend gesprochene Sprache berücksichtigt wird (Abb. 11).

33,7 % der deutschsprachigen Kinder aus Familien mit formal niedrigem Bildungsniveau zeigen diesbezüglich schulrelevante Befunde, während diese Anteile bei mittlerem (21,3 %) oder hohem (13,5 %) Bildungsstand der Eltern deutschsprachiger Kinder deutlich niedriger sind. Bei Kindern, die mehrsprachig ohne Deutsch aufwachsen, liegt der Anteil schulrelevanter Befunde in diesem Bereich bei 60,4 % (niedriger elterlicher Bildungsstand), 56,0 % (mittlerer elterlicher Bildungsstand) und 51,5 % (hoher elterlicher Bildungsstand). Die Werte in der Gruppe der Kinder, die mehrsprachig ohne Deutsch aufwachsen, sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da die absoluten Fallzahlen verhältnismäßig klein sind. Für Kinder, die mehrsprachig mit Deutsch aufwachsen, ergeben sich Anteile von 42,2 % (niedriger Schulabschluss), 31,9 % (mittlerer Schulabschluss) und 25,0 % (hoher Schulabschluss). In nahezu sämtlichen Gruppen ist für das Untersuchungsjahr 2023/24 ein Anstieg zu verzeichnen.

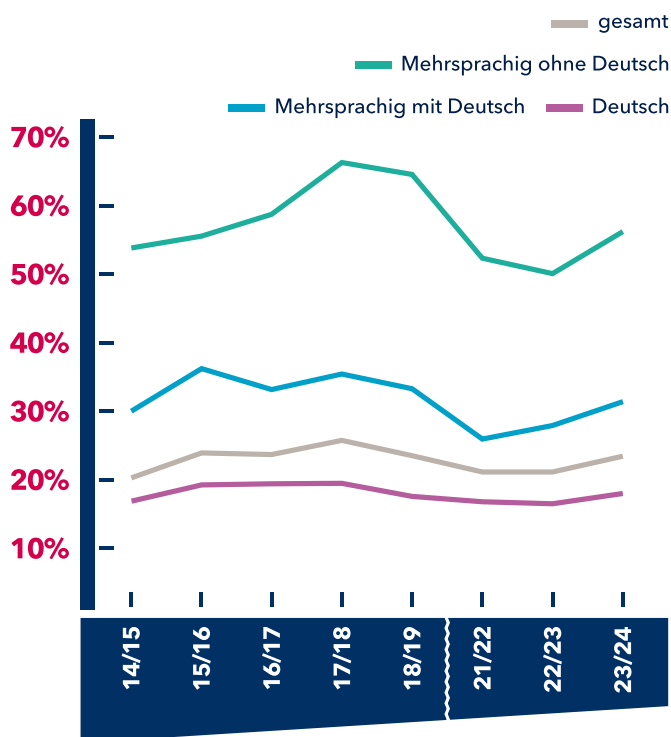


Abb. 10: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Sprach- und Sprechvermögens nach in der Familie überwiegend gesprochener Sprache und Untersuchungsjahr in %.

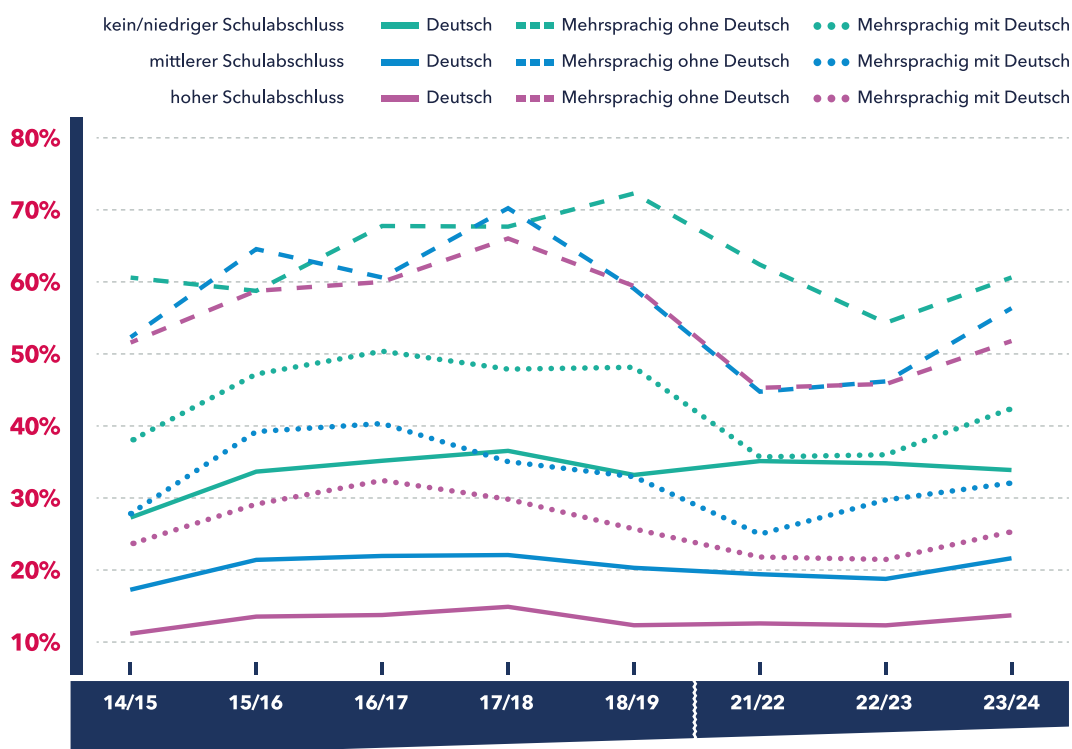


Abb. 11: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Sprach- und Sprechvermögens nach in der Familie überwiegend gesprochener Sprache, formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch

Die Kompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch wird anhand der Gesamtbetrachtung der Kommunikation mit dem Kind während der Untersuchung und der Ergebnisse der Sprachuntertests des SOPESS beurteilt. Kinder, die dabei flüssig und fehlerfrei bzw. mit nur leichten Fehlern in Deutsch sprechen, werden als sprachkompetent in der Sprache Deutsch eingeschätzt. Kinder, die in der deutschen Sprache erhebliche Fehler machen, nur sehr wenige Worte oder gar kein Deutsch sprechen, werden als nicht sprachkompetent eingeschätzt.

Die Bewertung der Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch erfolgt während der SEU in Schleswig-Holstein nach unterschiedlichen Kriterien in Abhängigkeit der internationalen Biografie der Eltern bzw. der in der Familie überwiegend gesprochenen Sprache. Die folgende Darstellung der Ergebnisse der Sprachkompetenz wird entsprechend nach der in der Familie überwiegend gesprochenen Sprache differenziert gezeigt, um die Vergleichbarkeit innerhalb der Gruppen zu gewährleisten.

»Mit Blick auf die Sprachfähigkeit im Deutschen zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der in der Familie überwiegend gesprochenen Sprache.«

Mit Blick auf die Sprachkompetenz zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit der in der Familie überwiegend gesprochenen Sprache (Abb. 12 & Anhang Tab. 14-16).

Während in mehrsprachigen (mit Deutsch) Familien mehr als die Hälfte (57,7 %) der untersuchten Kinder sprachkompetent in der Unterrichtssprache Deutsch waren, so gilt das bei Familien, in denen Deutsch keine Alltagssprache ist, für weniger als ein Fünftel (16,3 %) der Kinder. In beiden Gruppen ist über die Jahre ein sinkender Trend zu beobachten. Dabei ist es wichtig zu betonen, dass eine Mehrsprachigkeit nicht zwangsläufig eine geringere Sprachfähigkeit im Deutschen zur Folge haben muss. Vielmehr zeigt sich hier der Effekt der Dauer und Intensität des Kontakts mit der deutschen

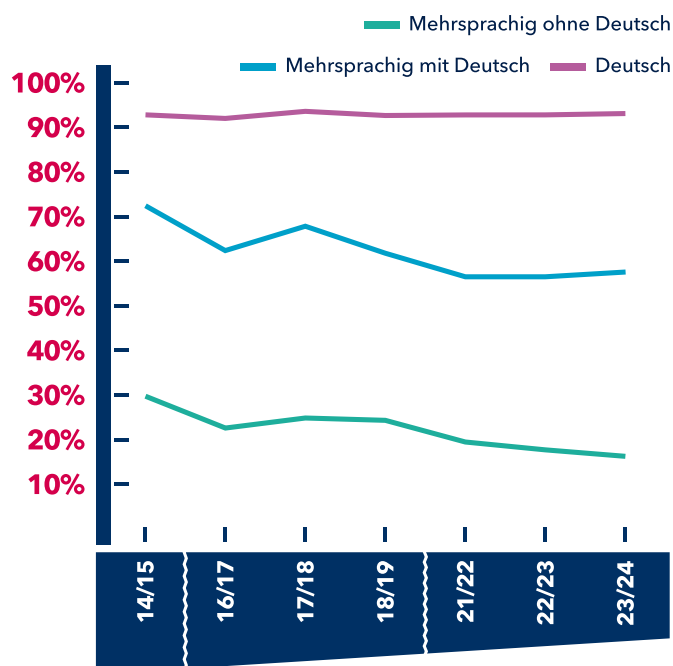


Abb. 12: Anteil der sprachkompetenten Kinder nach in der Familie überwiegend gesprochener Sprache und Untersuchungsjahr in %.

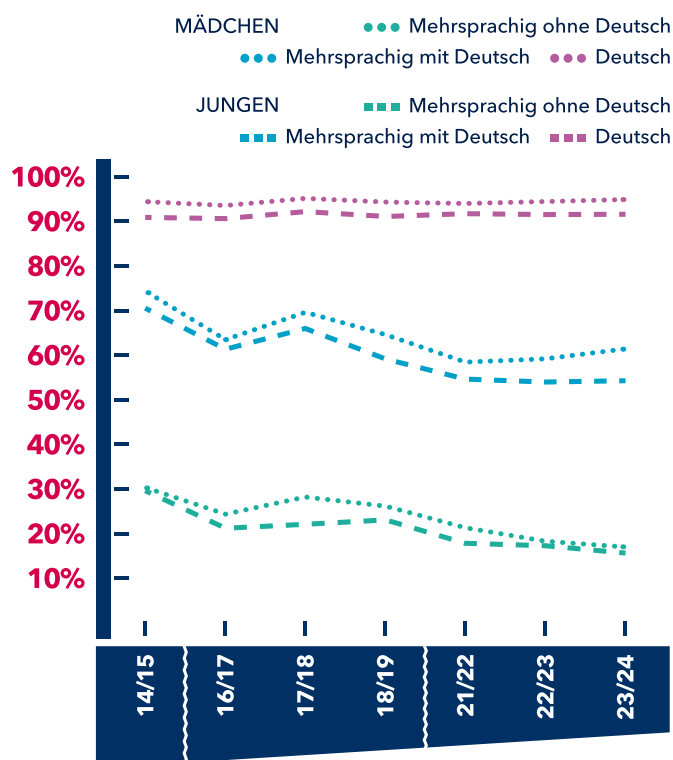


Abb. 13: Anteile der sprachkompetenten Kinder nach in der Familie überwiegend gesprochener Sprache, Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

Sprache. Dieser hängt vor allem davon ab, wie lange die Kinder vor der SEU bereits in Deutschland gelebt haben. Der Anteil der sprachkompetenten

Kinder, die ausschließlich mit Deutsch als Familiensprache aufwachsen, liegt stabil bei 92,0 bis 93,0 %. Bei den Darstellungen zur Sprachkompetenz ist zudem zu beachten, dass für das Untersuchungsjahr 2015/16 nicht ausreichend Daten für die Auswertung vorlagen.

Bei der Betrachtung der Gruppen nach Familiensprache und Geschlecht fällt auf, dass Mädchen insgesamt etwas sprachkompetenter als Jungen sind (Abb. 13).

»Die Sprachfähigkeiten im Deutschen der Kinder wird nicht nur von der Familiensprache, sondern auch vom Bildungsstand der Eltern beeinflusst.«

Abbildung 14 zeigt die Unterschiede in der Sprachkompetenz der Kinder in Abhängigkeit ihrer Familiensprache und des elterlichen Bildungsstandes. Dabei wird deutlich, dass die Sprachkompetenz der Kinder nicht nur von der Familiensprache, sondern auch vom Bildungsstand der Eltern beeinflusst wird. Je höher der Bildungsstand der Eltern,

desto höher die Sprachkompetenz der Kinder. Dies trifft auf alle drei Gruppen der Familiensprache (Deutsch, Mehrsprachigkeit ohne Deutsch, Mehrsprachigkeit mit Deutsch) zu.

In der Sprachgruppe „Deutsch“ zeigt sich ein relativ stabiles Kompetenzlevel in allen drei Bildungsgruppen. Abnehmende Trends in der Sprachkompetenz über die Zeit lassen sich in den Sprachgruppen „Mehrsprachigkeit ohne Deutsch“ und „Mehrsprachigkeit mit Deutsch“ unabhängig vom Bildungsstand der Eltern beobachten. Dort hat sich der Anteil sprachkompetenter Kinder seit dem Untersuchungsjahr 2014/15 teilweise mehr als halbiert. Eine Erklärung könnte sein, dass in diesen Jahren der Anteil an Familien mit internationaler Biografie zugenommen hat. Das heißt, einige Kinder hatten den Umständen entsprechend begrenzten Kontakt mit der deutschen Sprache, da sie möglicherweise erst kurz vor der SEU nach Deutschland gekommen sind. Da die Information über die Dauer, die ein Kind bereits vor der SEU in Deutschland gelebt hat, in den Daten fehlt, kann an dieser Stelle lediglich vorsichtig gemutmaßt werden. In einigen Gruppen hat sich der Anteil der sprachkompetenten Kinder im Untersuchungsjahr 2023/24 im Vergleich zum Vorjahr (2022/23) stabilisiert.

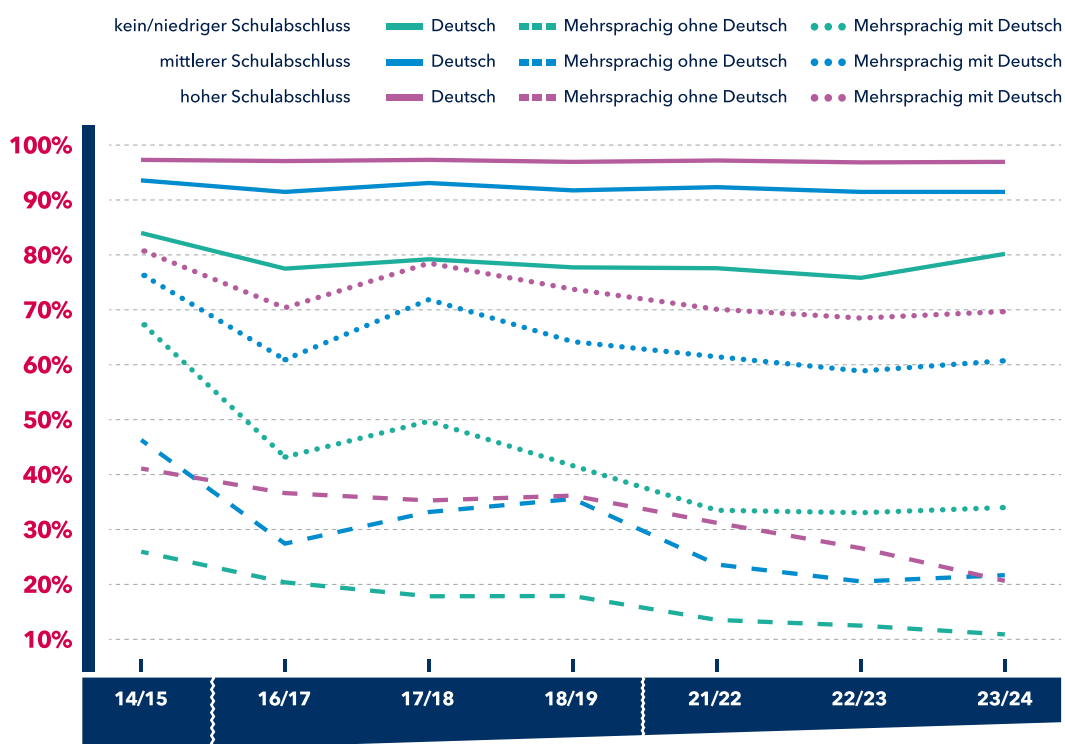


Abb. 14: Anteile der sprachkompetenten Kinder nach in der Familie überwiegend gesprochener Sprache, formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

»Je höher die Anzahl der begonnenen Betreuungsjahre war, desto höher war der Anteil der sprachkompetenten Kinder.«

Betrachtet man, unabhängig von der Familiensprache, die Anteile der sprachkompetenten Kinder unter Berücksichtigung der Jahre vorschulischer Betreuung außerhalb der Familie (z. B. Tagesmütter, Krippe, Kita) an mindestens drei Tagen pro Woche, ist erkennbar, dass Kinder mit einer Fremdbetreuung sprachkompetenter sind als Kinder ohne Betreuungserfahrung außerhalb der Familie (Abb. 15).

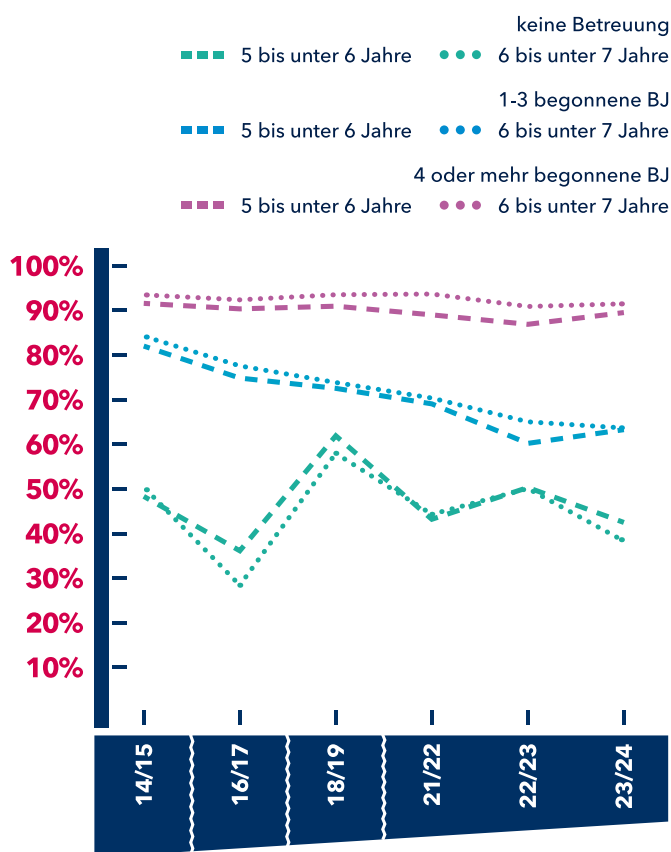


Abb. 15: Anteile der sprachkompetenten Kinder (5 bis unter 7-Jährige) nach begonnenen Betreuungsjahren (BJ) und Untersuchungsjahr in %.

Je höher die Anzahl der begonnenen Betreuungsjahre war, desto höher war auch der Anteil der sprachkompetenten Kinder. Die Sprachkompetenz im Deutschen von Kindern, die ein bis drei begonnene Betreuungsjahre absolviert haben, ist jedoch seit dem Untersuchungsjahr 2014/15 um ein Fünftel bis ein Viertel gesunken. Große Unterschiede in der Sprachkompetenz zwischen Fünf- bis Sechsjährigen und Sechs- bis Siebenjährigen sind nicht zu beobachten.

DaZ-Klasse

Die regelmäßige Förderung nicht-sprachkompetenter Kinder erfolgt über DaZ-Klassen (Deutsch als Zweitsprache). Hierbei wird im Rahmen der SEU zum einen festgehalten, ob eine DaZ-Maßnahme empfohlen wird und ob ein Kind über eine DaZ-Klasse aktuell bereits gefördert wird.

Abbildung 16 zeigt die Anteile der Kinder mit der Empfehlung für pädagogischen Sprachförderbedarf im Rahmen einer DaZ-Klasse, differenziert nach Alltagssprache in der Familie und Untersuchungsjahr. Fast die Hälfte (47,2 %) aller Kinder, die in ihrer Familie überwiegend eine andere Sprache als Deutsch sprechen, erhalten eine Empfehlung für eine DaZ-Klasse. Bei Kindern, die in ihrer Familie mit Deutsch und einer weiteren Sprache aufwachsen, liegt der Anteil mit einer Empfehlung für eine DaZ-Klasse im Untersuchungsjahr 2023/24 bei 12,3 %. Insgesamt erhielten im aktuellen Untersuchungsjahr 2023/24 7,3 % aller untersuchten Kinder eine solche Empfehlung.

»Insgesamt erhielten im aktuellen Untersuchungsjahr 2023/24 7,3 % aller untersuchten Kinder eine Empfehlung für eine DaZ-Klasse.«

Während der Untersuchung wird nicht nur die Empfehlung für eine DaZ-Klasse dokumentiert, sondern auch, ob eine solche Förderung gegebenenfalls bereits durchgeführt wird. Bei Kindern, die in ihrer Familie überwiegend eine andere Sprache sprechen, war dies bei 1,3 % der Kinder der Fall (Abb. 17). Bei Kindern, die in ihrer Familie mehrsprachig aufwachsen, lag der Anteil bei 0,1 %. Insgesamt befanden sich 0,2 % der untersuchten Kinder zum Zeitpunkt der SEU bereits in einer DaZ-Klasse.

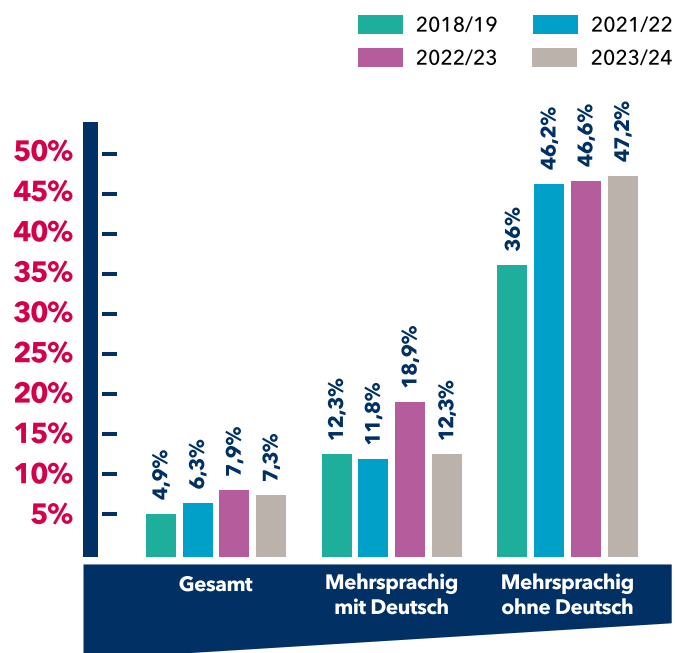


Abb. 16: Anteile der Kinder mit der Empfehlung für pädagogischen Sprachförderbedarf im Rahmen einer DaZ-Klasse nach Alltagssprache in der Familie und Untersuchungsjahr in %.

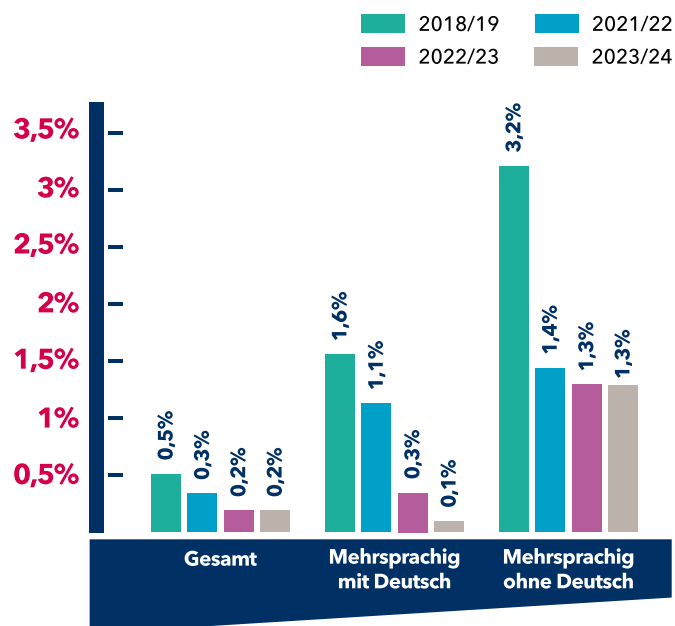


Abb. 17: Anteile der Kinder mit bereits laufendem pädagogischen Sprachförderbedarf im Rahmen einer DaZ-Klasse nach Alltagssprache in der Familie und Untersuchungsjahr in %.

3.7

Konzentrationsfähigkeit und selektive Aufmerksamkeit

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird weiterhin die selektive Aufmerksamkeit u. a. mithilfe des entsprechenden Untertests SOPESS untersucht. Im deutschen Sprachraum wird dies häufig auch als Konzentrationsfähigkeit bezeichnet. Hierunter wird die Fähigkeit verstanden, relevante von irrelevanten Reizen zu differenzieren und entsprechend zu reagieren. Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit, insbesondere bei klinisch relevanten Störungen (z. B. ADHS), können erhebliche Folgen für den schulischen Entwicklungsverlauf betroffener Kinder haben.

Insgesamt 7,2 % der untersuchten Kinder zeigten schulrelevante Befunde einer eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit (Abb. 18 & Anhang Tab. 17). Jungen (10,3 %) waren dabei mehr als doppelt so häufig betroffen als Mädchen (4,0 %). Zudem fällt auf, dass die Anteile betroffener Kinder in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen haben, wobei auch dieser Trend sich überwiegend auf Jungen beschränkt. Bei den Jungen hat sich der Anteil in den letzten zehn Jahren verdoppelt.

»Insgesamt 7,2 % der untersuchten Kinder zeigten schulrelevante Befunde einer eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit.«

Unter zusätzlicher Betrachtung des Bildungsstandes der Eltern ist zu erkennen, dass insbesondere Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstand (14,9 %) erheblich häufiger betroffen sind als Kinder aus Familien mit hohem (4,9 %) oder mittlerem (7,5 %) elterlichen Bildungsstand (Abb. 19). In den letzten Jahren ist bei allen drei Gruppen ein ansteigender Trend zu erkennen.

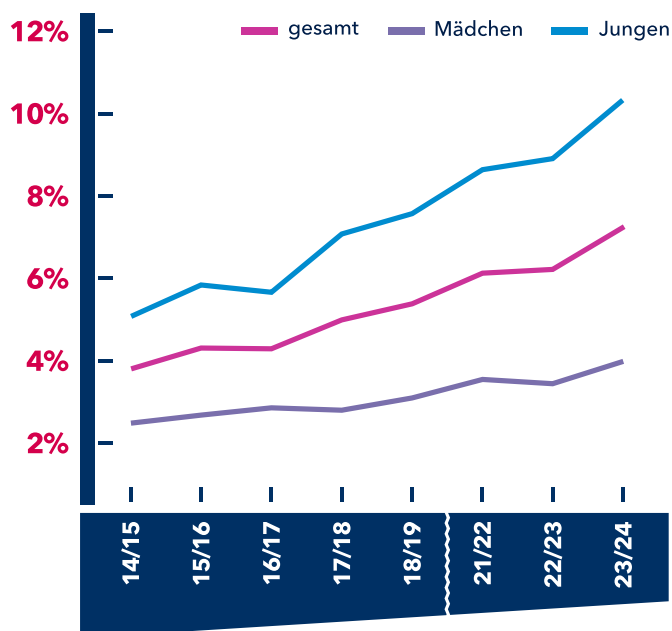


Abb. 18: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der selektiven Aufmerksamkeit nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

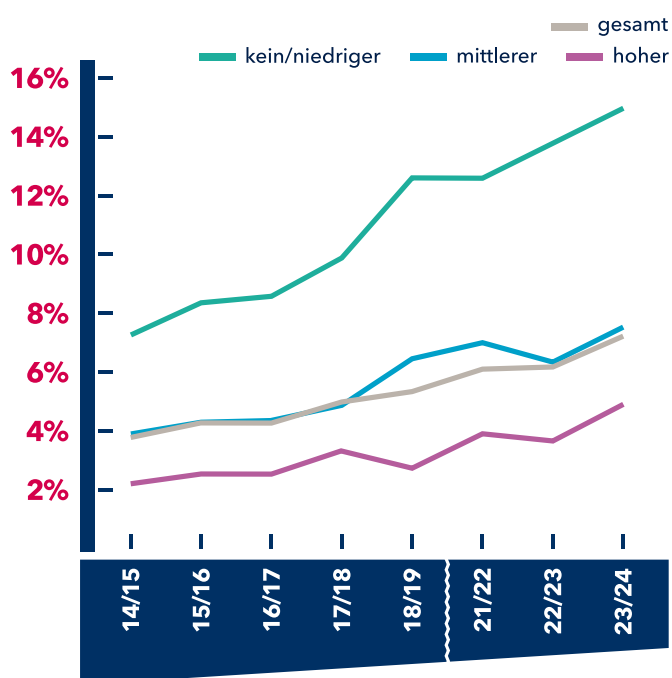


Abb. 19: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der selektiven Aufmerksamkeit nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

3.8

Zahlen- und Mengenvorwissen

Primäre mathematische Fähigkeiten entwickeln sich bereits im Kleinkind- und Vorschulalter. Hierzu zählt insbesondere das Grundverständnis für kardinale (Mengenbezug) und ordinale (Reihenbezug) Zahlenaspekte. Sie sind von großer Bedeutung für die Entwicklung sekundärer mathematischer Fähigkeiten, die über den Mathematikunterricht vermittelt werden. Im Rahmen des SOPESS werden verschiedene Aufgaben zur standardisierten Beurteilung des Zahlen- und Mengenvorwissens durchgeführt. Untersucht wird das Zählen, die Simultanerfassung und der Mengenvergleich.

Schulrelevante Befunde zeigten sich bei 6,8 % der untersuchten Kinder, wobei Jungen insgesamt häufiger betroffen waren als Mädchen (Abb. 20 & Anhang Tab. 18). In der Gesamtbetrachtung fällt ein ansteigender Trend auf. Der Anteil der Jungen mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Zahlen- und Mengenvorwissens hat sich in den letzten zehn Jahren verdoppelt. Bei der Bewertung der Daten aus dem Untersuchungsjahr 2014/15 ist Vorsicht geboten, da der Anteil fehlender Werte relativ hoch ist (39,2 %).

»Es zeigten sich bei 6,8 % der untersuchten Kinder schulrelevante Befunde im Zahlen- und Mengenvorwissen.«

Bei zusätzlicher Betrachtung des elterlichen Bildungsstandes in den Familien zeigt sich, dass Kinder aus Familien mit niedrigerer Bildung erheblich häufiger von schulrelevanten Befunden zum Zahlen- und Mengenvorwissen betroffen sind (15,6 %) als andere Kinder (mittlerer Schulabschluss: 7,1 %, hoher Schulabschluss: 3,7 %) (Abb. 21). Auch ist bei ihnen seit dem Untersuchungsjahr 2015/16 (9,0 %) ein deutlich stärker ansteigender Trend zu erkennen, der sich seitdem stetig

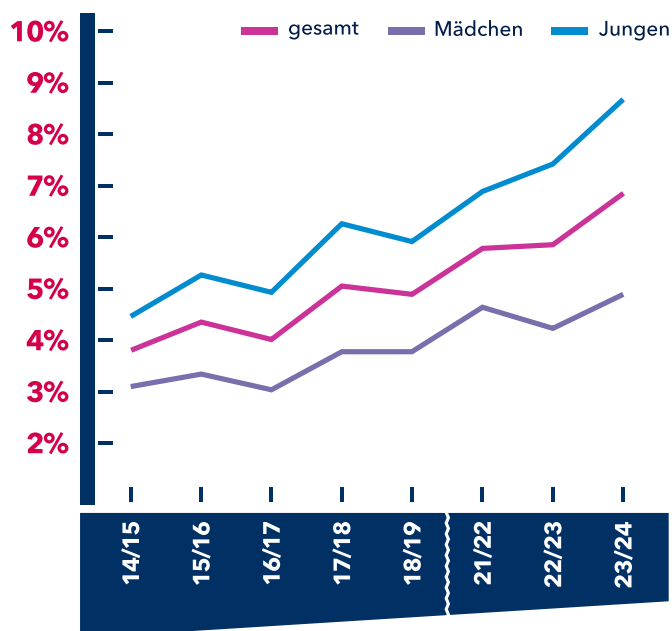


Abb. 20: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Zahlen- und Mengenvorwissens nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

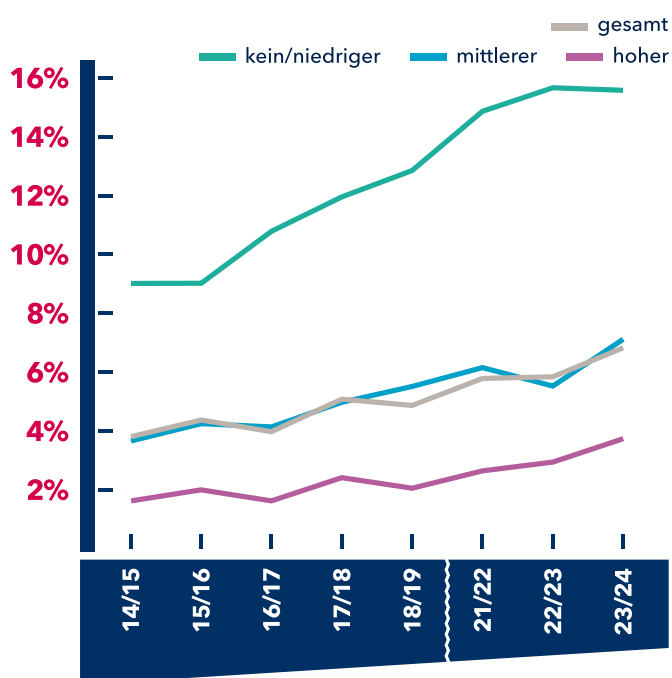


Abb. 21: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Zahlen- und Mengenvorwissens nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

fortgesetzt hat. Bei Kindern aus einem Elternhaus mit mittlerem und höherem Schulabschluss zeigt sich über die Jahre ein leicht ansteigender Trend.

3.9

Kognition und visuelle Wahrnehmung

Kognition umschreibt im Wesentlichen alle Gesamtprozesse geistiger Wahrnehmung und Verarbeitung. Über den SOPESS werden den Kindern Aufgaben zur visuellen Wahrnehmung und zum Schlussfolgern gestellt. Die Fähigkeiten des Erkennens von Zusammenhängen sowie aus Gegebenem etwas Neues abzuleiten, sind für das Lernen von elementarer Bedeutung. Logisches Denken bzw. Intelligenz ist bei Kindern im Vorschulalter zwar noch nicht umfassend untersuchbar, grundlegende Aussagen zu Fähigkeiten des Schlussfolgerns können jedoch insbesondere aus der Verarbeitung visueller Reize abgeleitet werden. Aus den Aufgaben lassen sich so Kompetenzen zum Erkennen gleicher Objekte, zur Einordnung in Kategorien sowie zum Herstellen von Analogien aufzeigen.

Bei insgesamt 6,2 % der untersuchten Kinder wurden schulrelevante Befunde der Kognition festgestellt (Abb. 22 & Anhang Tab. 19). Jungen sind dabei doppelt so häufig betroffen (8,2 %) wie Mädchen (4,0 %). In der zeitlichen Entwicklung der Gesamtbetrachtung lässt sich ein leicht steigender Verlauf beobachten.

»Bei insgesamt 6,2 % der untersuchten Kinder wurden schulrelevante Befunde der Kognition festgestellt.«

Kinder aus Familien mit hohem elterlichem Bildungsstand sind mit einem Anteil von 3,4 % erheblich seltener von schulrelevanten Befunden der Kognition und visuellen Wahrnehmung betroffen als Kinder aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungsstand (13,8 %) (Abb. 23). Seit dem Untersuchungsjahr 2016/17 zeigt sich der steigende Trend in der Gruppe der Kinder aus Familien mit niedrigerer formaler Bildung am deutlichsten.

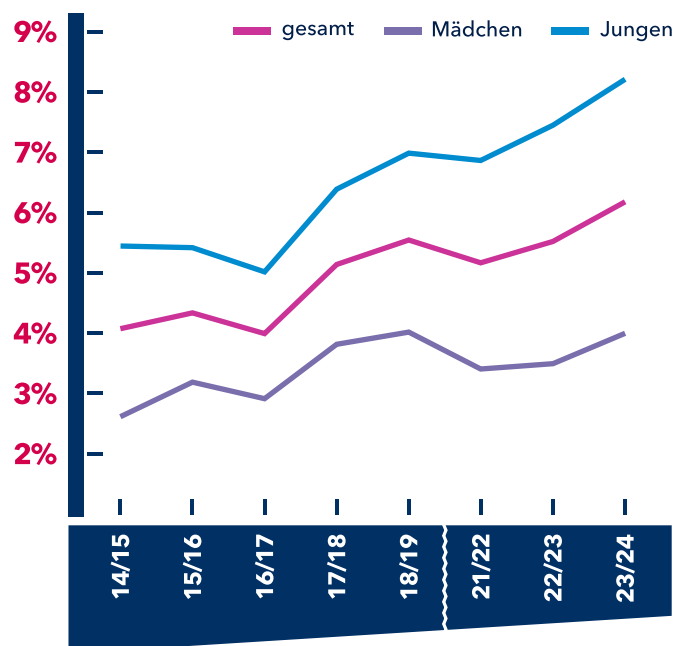


Abb. 22: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der Kognition nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

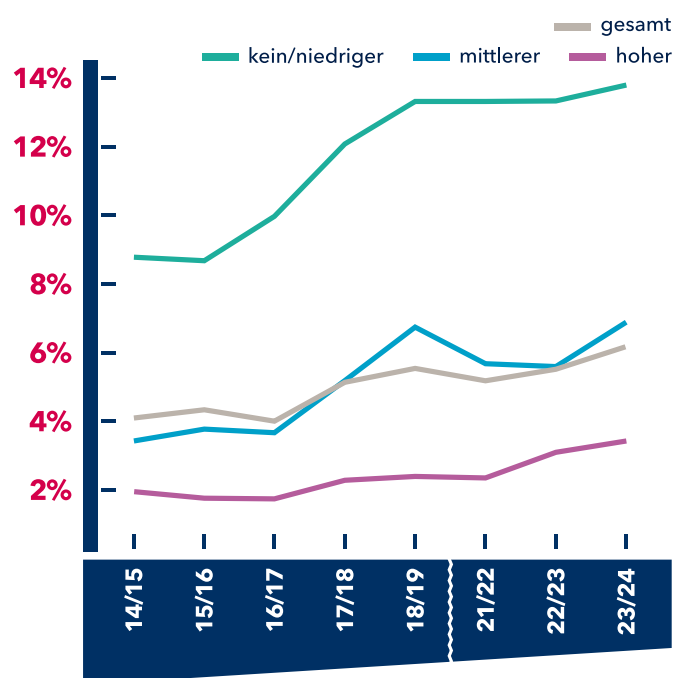


Abb. 23: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der Kognition nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

3.10

Visuomotorik

Der Visuomotorik kommt im Schulalltag eine große Bedeutung zu, insbesondere bei den Bewegungsabläufen der Stifthaltung und des Schreibens. Visuomotorik beschreibt das Zusammenspiel von visueller Wahrnehmung und motorischen Funktionen. Die Okulomotorik, also die Blickfolgebewegung durch die äußere Augenmuskulatur, ist dabei ebenso relevant wie die Akkommodation, also die Fähigkeit der Linse, die Brechkraft des Auges an verschiedene Entfernungen anzupassen. Zusätzlich muss die koordinierte feinmotorische Bewegung der Hand gesteuert werden. Die Untersuchung der Visuomotorik erfolgt im Rahmen des SOPESS durch das zeichnerische Ergänzen und das Nachzeichnen verschiedener Formen.

12,2 % der untersuchten Kinder zeigten im Untersuchungsjahr 2023/24 schulrelevante Befunde zur Visuomotorik (Abb. 24 & Anhang Tab. 20). Jungen sind dabei im Vergleich zu Mädchen mehr als doppelt so häufig betroffen. Insgesamt ist in der zeitlichen Entwicklung ein leicht ansteigender Trend zu erkennen. Bei den Darstellungen zur Visuomotorik ist zu beachten, dass für das Untersuchungsjahr 2016/17 keine Daten für die Auswertung vorlagen.

»12,2 % der untersuchten Kinder zeigten schulrelevante Befunde zur Visuomotorik.«

Kinder aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungsstand zeigen erheblich häufiger schulrelevante Auffälligkeiten der Visuomotorik als Kinder aus den anderen elterlichen Bildungsgruppen (Abb. 25). Ihr Anteil liegt im Untersuchungsjahr 2023/24 mit 23,8 % fast 10 Prozentpunkte über dem Anteil der Kinder aus Familien mit einem mittleren Bildungsstand (14,2 %) und mehr als dreimal so hoch wie der Anteil der Kinder mit Eltern, die einen höheren formalen Schulabschluss aufweisen (7,8 %). In allen drei Bildungsgruppen sind über die Jahre steigende Trends zu beobachten. Am deutlichsten

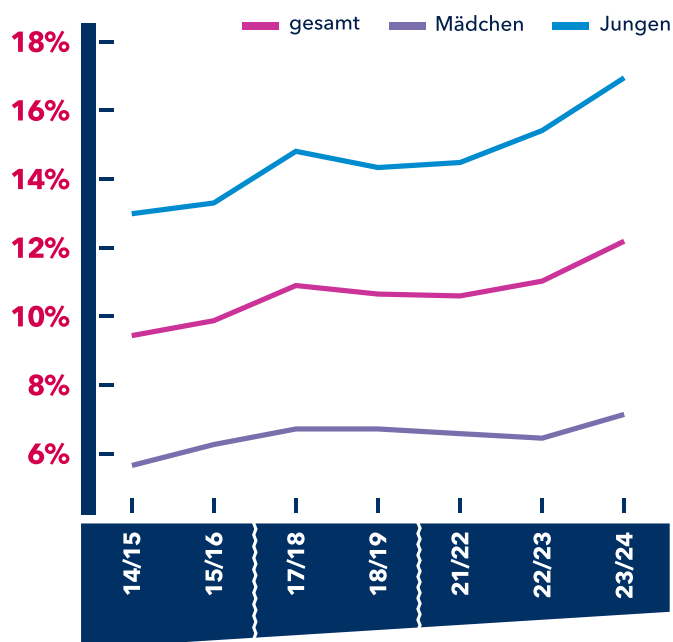


Abb. 24: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der Visuomotorik nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

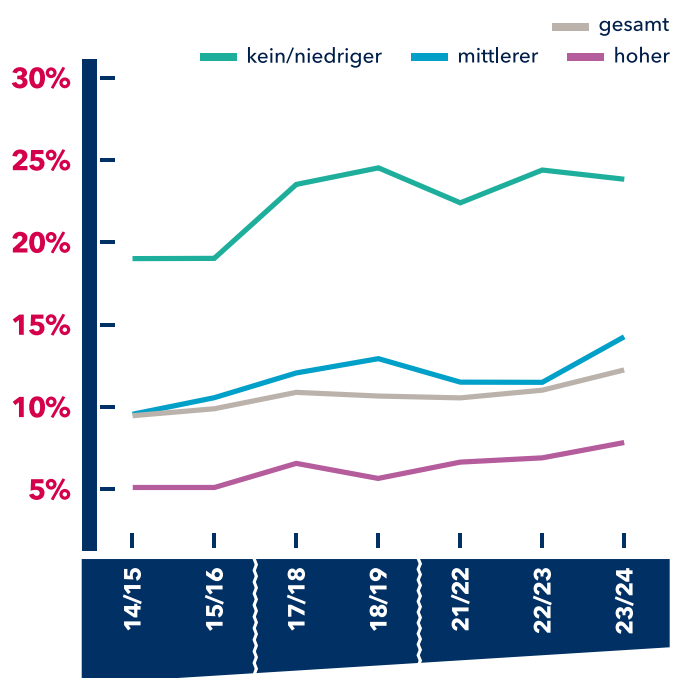


Abb. 25: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der Visuomotorik nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

fällt der Trend in der Gruppe der Kinder aus einem Elternhaus mit einem niedrigen und mittleren Bildungsstand aus.

3.11

Verhalten

Die Verhaltensweisen von Vorschulkindern sind, nicht anders als bei älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, durch eine besonders ausgeprägte Heterogenität gekennzeichnet. Bei den meisten Kindern führt dieses hohe Maß an Individualität zu keinen relevanten Entwicklungsschwierigkeiten. Einige Kinder können jedoch auch Verhaltensweisen entwickeln, die ihr soziales Umfeld vor erhebliche Herausforderungen stellen. Dem zukünftigen Setting Schule kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu, da dieses für viele Jahre eine zentrale Rolle im Leben der Kinder spielen wird. Die Kinder müssen sich in einem neuen Umfeld zurechtfinden und neue soziale Bindungen knüpfen. Daher ist es von großer Bedeutung, relevante Verhaltensauffälligkeiten frühzeitig zu identifizieren, um die Kinder in ihrer weiteren Entwicklung bestmöglich fördern zu können und gegebenenfalls im Verlauf der Schullaufbahn entstehende Konflikte und Probleme weitestmöglich zu begrenzen.

Die objektive Einschätzung des Verhaltens der Kinder kann dabei auch für die Ärztinnen und Ärzte herausfordernd sein. Die ärztliche Beurteilung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung basiert dabei auf der Gesamtbetrachtung aus erfolgter Anamnese, der Eigenbeobachtung während der Untersuchung (inklusive der Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion) sowie der Auswertung des freiwilligen Elternfragebogens SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman et al. 1998) und dem freiwilligen Entwicklungsbogen der Kita, der eine Einschätzung der pädagogischen Fachkräfte beinhaltet.

Insgesamt sind nach ärztlicher Einschätzung bei 9,8 % der untersuchten Kinder schulrelevante Verhaltensauffälligkeiten festzustellen (Abb. 26 & Anhang Tab. 21). Mädchen sind deutlich seltener betroffen als Jungen (6,3 % vs. 13,2 %). In der Gesamtbetrachtung zeigt sich eine ansteigende Entwicklung an schulrelevanten Verhaltensauffälligkeiten über die letzten Jahre. In den letzten zehn Jahren hat sich dabei der Anteil bei den Jungen verdoppelt. Bei den Darstellungen zum Verhalten ist zu beachten, dass für das Untersuchungsjahr 2017/18 keine Daten für die Auswertung vorlagen.

»Insgesamt sind nach ärztlicher Einschätzung bei 9,8 % der untersuchten Kinder schulrelevante Verhaltensauffälligkeiten festzustellen.«

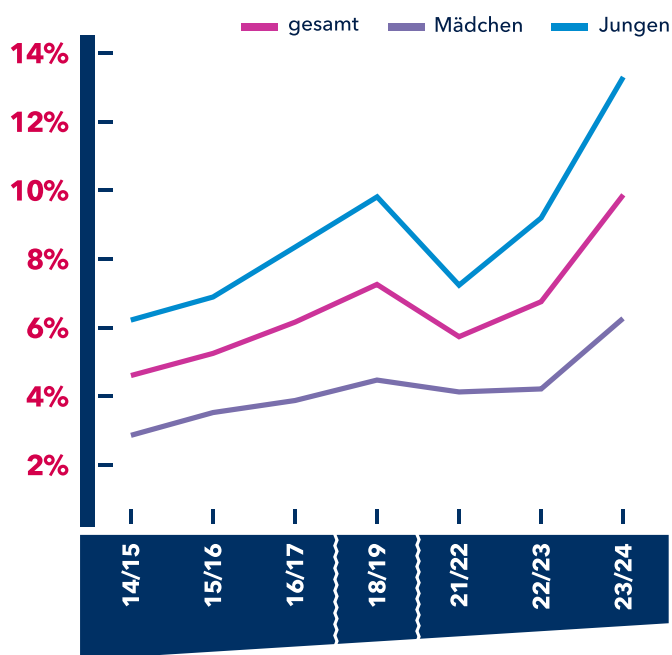


Abb. 26: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Verhaltens nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

Unter Berücksichtigung des elterlichen Bildungshintergrundes fällt auf, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstand der Eltern häufiger betroffen sind (16,8 %) als Kinder aus Familien mit mittlerem elterlichen Bildungsstand (12,0 %) und mit hohem elterlichen Bildungsstand (7,2 %) (Abb. 27). Die Anteile der Kinder zeigen in der zeitlichen Entwicklung insgesamt einen deutlichen Anstieg, der sich mit dem aktuellen Untersuchungsjahr 2023/24 verstärkt fortsetzt.

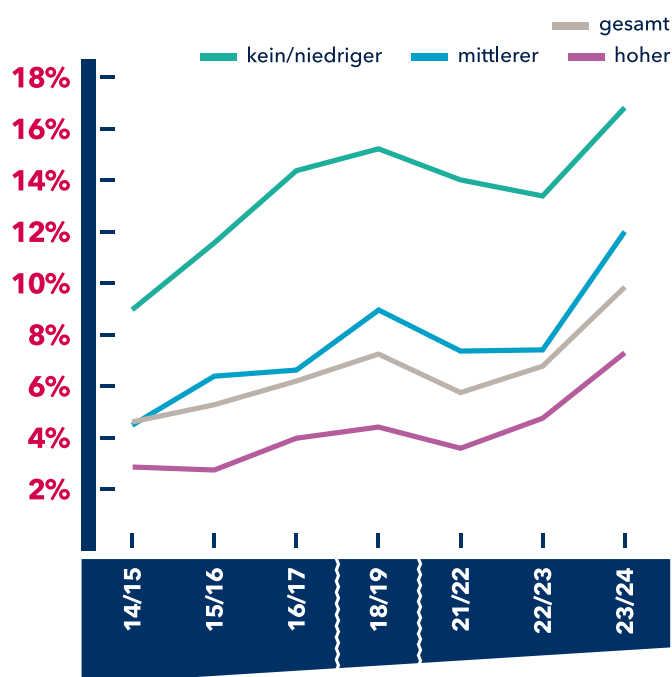


Abb. 27: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Verhaltens nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

3.12

Förderbedarfe

Ein zentrales Element der Schuleingangsuntersuchung ist die Identifizierung möglicher pädagogischer Förderbedarfe der Kinder. Dies soll gewährleisten, dass erforderliche Hilfen und Förderungen rechtzeitig beginnen können. Neben dem individualmedizinischen Recht der Kinder auf

ein gesundes Aufwachsen ist eine effektive Förderung auch relevant, um eine bessere Chancengleichheit von Kindern während der Schullaufbahn zu gewährleisten.

»Ein zentrales Element der Schuleingangsuntersuchung ist die Identifizierung möglicher Förderbedarfe der Kinder.«

Im Rahmen der Beurteilung wird zwischen mäßigem und hohem pädagogischen Förderbedarf unterschieden. Ein mäßiger Förderbedarf wird dann angenommen, wenn diesem regelmäßig mit den der Grundschule zur Verfügung stehenden Mitteln effektiv begegnet werden kann (z. B. flexible Eingangsstufe oder Schulassistenten). Ein hoher Förderbedarf kann einen sonderpädagogischen Förderbedarf im Sinne von § 3 der Landesverordnung über sonderpädagogische Förderung (SoFVO) implizieren. Dieser liegt vor, wenn ein Kind aufgrund von Förderbedarfen, einer Behinderung oder chronischen Krankheit nur mit besonderer Hilfe am Unterricht teilnehmen kann.

Alle identifizierten Förderbedarfe werden in Schwerpunkte unterteilt, welche sich aus § 45 Abs. 2 Schulgesetz (SchulG) ergeben (Lernen, Sprache, emotionale und soziale Entwicklung, geistige Entwicklung, körperliche und motorische Entwicklung, Hören, Sehen, autistisches Verhalten und dauerhaft kranke Kinder). Im Rahmen der SEU können dabei bis zu vier Förderbedarfe priorisiert werden. Die Differenzierung ist relevant, da so auf die unterschiedlichen Anforderungen an die Förderung von Kindern mit z. B. körperlichen oder geistigen Behinderungen eingegangen werden kann. Die Förderschwerpunkte nach § 45 Abs. 2 SchulG beziehen sich zwar zunächst auf einen möglichen sonderpädagogischen Förderbedarf, die entsprechende Kategorisierung erfolgt im Rahmen der SEU jedoch auch für einen identifizierten mäßigen Förderbedarf. Bei dem Schwerpunkt geistige Entwicklung und bei DaZ-Bedarfen wird stets ein hoher Förderbedarf angenommen.

»Bei mehr als einem Viertel (27,5 %) der untersuchten Reguläreinschülerinnen und -schüler wurden Förderbedarfe identifiziert.«

Bei mehr als einem Viertel (27,5 %) der untersuchten Reguläreinschülerinnen und -schüler (diese sind sechs Jahre und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) wurden Förderbedarfe identifiziert (Abb. 28 & Anhang Tab. 22). Seit dem Untersuchungsjahr 2014/15 ist insgesamt ein steigender Trend bei den Förderbedarfen zu erkennen (17,3 %). Sowohl die mäßigen als auch die hohen dokumentierten Förderbedarfe haben sich in dem genannten Zeitraum erhöht. Die Anteile der Kinder mit mäßigem Förderbedarf lagen bis 2022/23 etwas über den Anteilen der Kinder mit hohen Förderbedarfen. Die Anteile der mäßigen und hohen Förderbedarfe sind im Vergleich zum Vorjahr konstant geblieben.

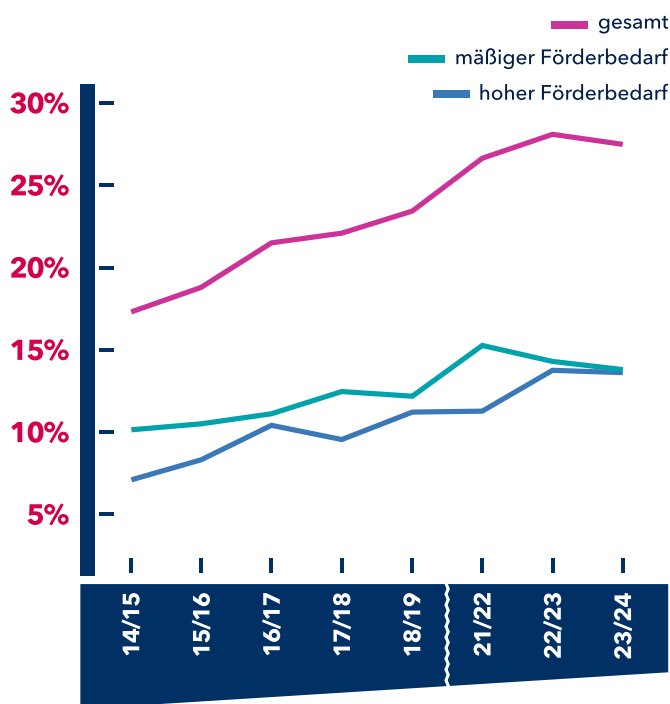


Abb. 28: Anteile der Kinder (Reguläreinschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit Förderbedarf nach Höhe des Förderbedarfs und Untersuchungsjahr in %.

Jungen sind sowohl bei mäßigem als auch bei hohem Förderbedarf häufiger betroffen als Mädchen (Abb. 29 & 30). Bei der Betrachtung der zeitlichen Entwicklungen ist bei Mädchen und Jungen eine kontinuierliche Zunahme der Förderbedarfe insgesamt zu erkennen, die sich zuletzt etwas

abgeschwächt hat bzw. stabilisiert hat. Insbesondere im Bereich der dokumentierten hohen Förderbedarfe haben sich die Anteile bei beiden Geschlechtern seit 2014/15 in etwa verdoppelt (Abb. 29). Die Anteile der Kinder mit mäßigem Förderbedarf sind bis 2021/22 gestiegen, jedoch sowohl bei den Mädchen und Jungen zuletzt etwas gesunken (Abb. 30).

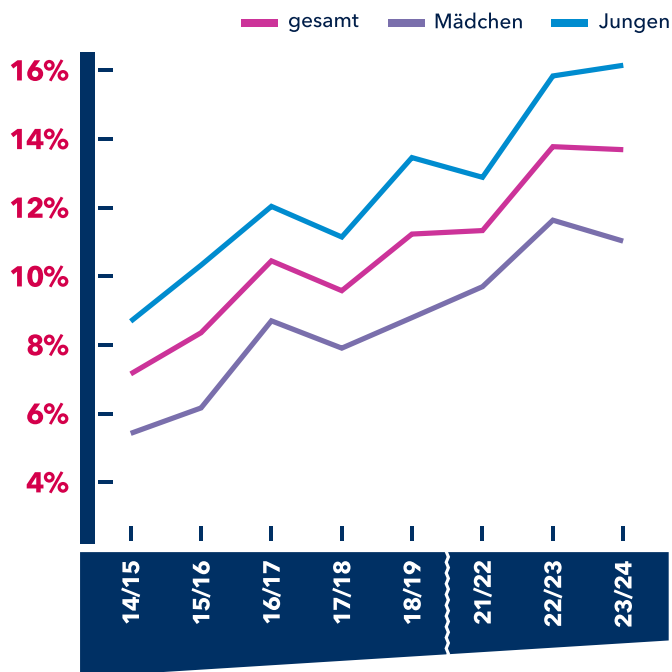


Abb. 29: Anteile der Kinder (Reguläreinschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit hohem Förderbedarf nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

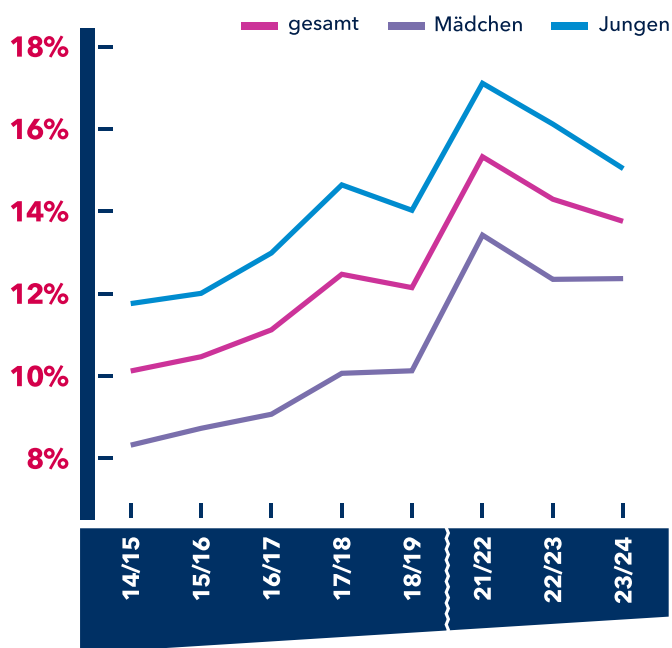


Abb. 30: Anteile der Kinder (hier: Reguläreinschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit mäßigem Förderbedarf nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

Unter Berücksichtigung des elterlichen Bildungshintergrundes wird deutlich, dass Kinder aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungshintergrund beim hohen bzw. sonderpädagogischen Förderbedarf drei- bis viermal häufiger betroffen sind als Kinder aus Familien mit mittlerem oder hohem Bildungshintergrund der Eltern (Abb. 31). Hinzu kommt, dass die Bedarfe in Familien mit formal niedrigerem Bildungshintergrund bis 2022/23 einen erheblich stärkeren Anstieg beobachten lassen. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil in dieser Gruppe jedoch von 31,3 % auf 27,5 % leicht gesunken.

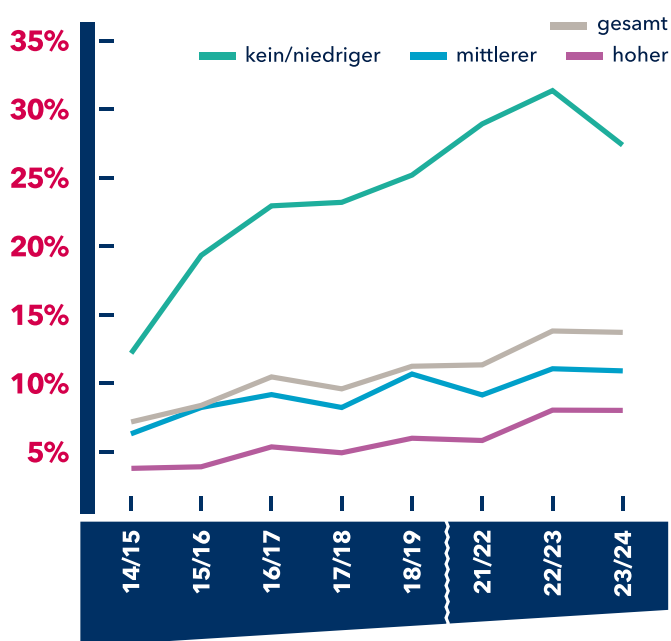


Abb. 31: Anteile der Kinder (Reguläreinschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit hohem Förderbedarf nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

Beim mäßigen Förderbedarf fallen die Unterschiede zwischen Kindern aus einem Elternhaus mit niedrigerem Bildungshintergrund und einer Familie mit höherem Bildungshintergrund geringer aus als beim hohen Förderbedarf (Abb. 32). Dennoch sind mit 21,2 % auch hier deutlich mehr Kinder aus Familien mit niedrigerer Schulbildung der Eltern betroffen als Kinder aus Familien mit mittlerem (15,3 %) bzw. hohem (10,9 %) elterlichen Bildungshintergrund. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum sind die Werte relativ stabil geblieben.

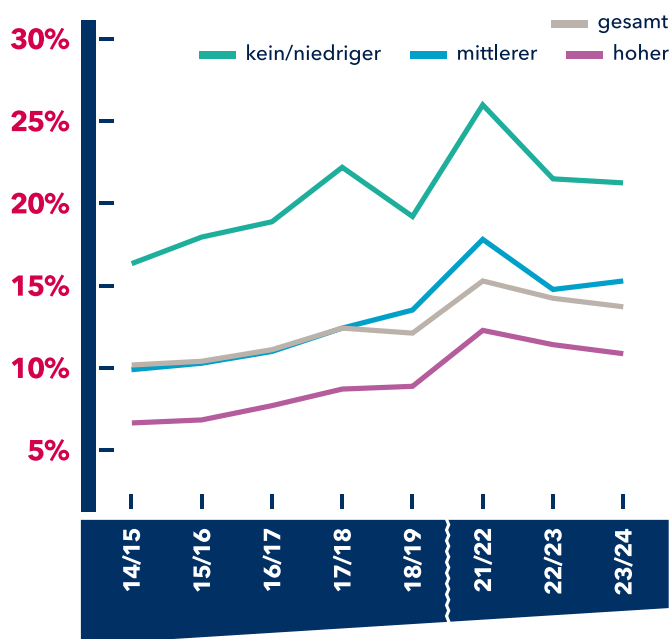


Abb. 32: Anteile der Kinder (Reguläreinschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit mäßigem Förderbedarf nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

3.13

Heilpädagogische Maßnahmen und Heilmittel

Während der Schuleingangsuntersuchung wird ermittelt, ob die untersuchten Kinder heilpädagogische Förderung oder bestimmte Heilmittel (Sprachtherapie, Ergotherapie, Physiotherapie) derzeit und/oder in der Vergangenheit in Anspruch genommen haben. Zudem wird festgehalten, ob eine heilpädagogische Förderung oder Heilmittel erstmals empfohlen oder erneut empfohlen werden, falls sie bereits früher stattgefunden haben.

»Betrachtet man die Lebenszeitprävalenzen, wird Sprachtherapie insgesamt am häufigsten (25,9 % der Kinder) in Anspruch genommen.«

Betrachtet man die Lebenszeitprävalenzen³ (Abb. 33), wird Sprachtherapie insgesamt am häufigsten (25,9 % der Kinder) in Anspruch genommen. Ergotherapie (15,5 %), Physiotherapie (11,0 %) und heilpädagogische Förderung (10,4 %) werden jeweils seltener in Anspruch genommen. Die zeitlichen Verläufe der Lebenszeitprävalenz für Logopädie und heilpädagogische Förderung sind insgesamt betrachtet relativ stabil. Im Bereich der Physiotherapie zeichnet sich seit 2015/16 ein leicht sinkender und bei der Ergotherapie seit 2018/19 ein leicht steigender Trend ab. Für das Untersuchungsjahr 2017/18 lagen keine auswertbaren Daten vor.

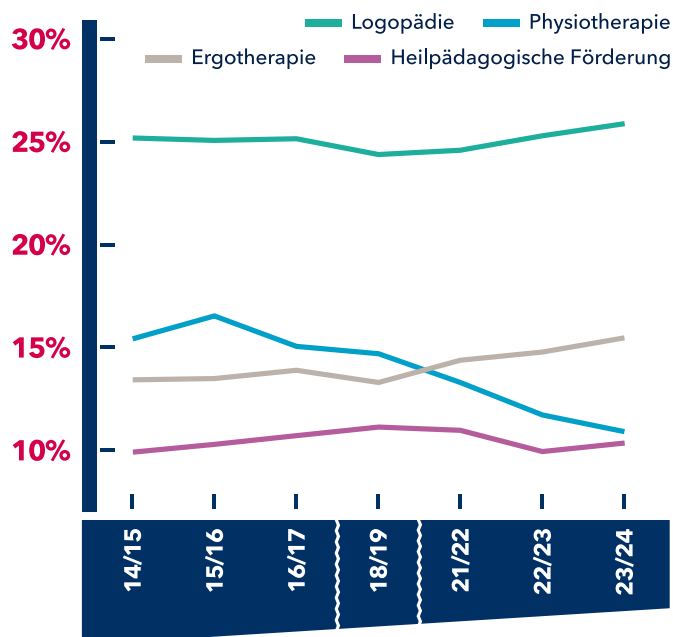


Abb. 33: Anteile der Kinder, bei denen heilpädagogische Maßnahmen oder Heilmittel bereits in Anspruch genommen wurden, aktuell in Anspruch genommen werden oder (erneut) empfohlen werden, nach Art der Fördermaßnahme (Heilpädagogik, Physio-, Ergo- und Sprachtherapie) und Untersuchungsjahr in %.

Für die beschriebenen Heilmittel bzw. die heilpädagogische Förderung wird zudem festgestellt, ob diese früher stattfand oder derzeit stattfindet sowie ob diese jetzt erstmals oder wiederholt empfohlen wird.

Heilpädagogische Förderung

Für die heilpädagogische Förderung lässt sich erkennen, dass der weit überwiegende Teil betroffener Kinder eine bereits stattfindende Förderung aktuell in Anspruch nimmt (Abb. 34 & Anhang Tab. 23). Eine erstmalige oder wiederholte Empfehlung zur Förderung ist nur bei wenigen Kindern erforderlich. Die leichten Trends nach unten oder oben finden auf einem niedrigen Niveau statt.

³ Der Begriff Lebenszeitprävalenz bezeichnet im Allgemeinen den Anteil der Menschen in einer Population, die im Laufe ihres Lebens mindestens einmal an einer bestimmten Krankheit, Störung oder einem bestimmten Gesundheitsproblem erkrankt sind. Hier bezieht sich der Begriff auf die Inanspruchnahme und Empfehlung von heilpädagogischen Maßnahmen und Heilmitteln.

»Für die heilpädagogische Förderung lässt sich erkennen, dass der weit überwiegende Teil betroffener Kinder aktuell eine Förderung in Anspruch nimmt.«

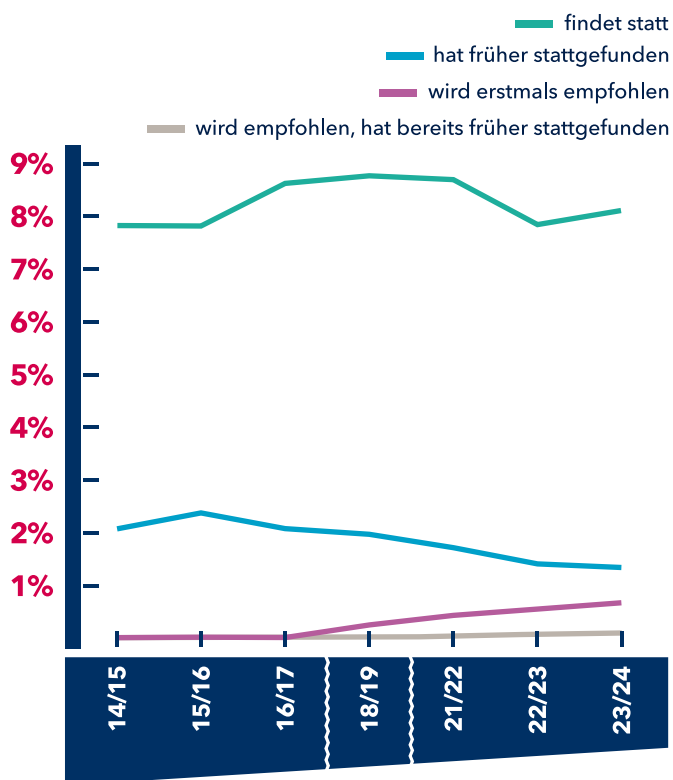


Abb. 34: Anteile der Kinder mit heilpädagogischem Förderbedarf nach Stand der Maßnahmen und Untersuchungsjahr in %.

»Der überwiegende Teil der Kinder nahm in der Vergangenheit Physiotherapie in Anspruch. Insgesamt nahm die frühere Inanspruchnahme seit 2015/16 stärker ab.«

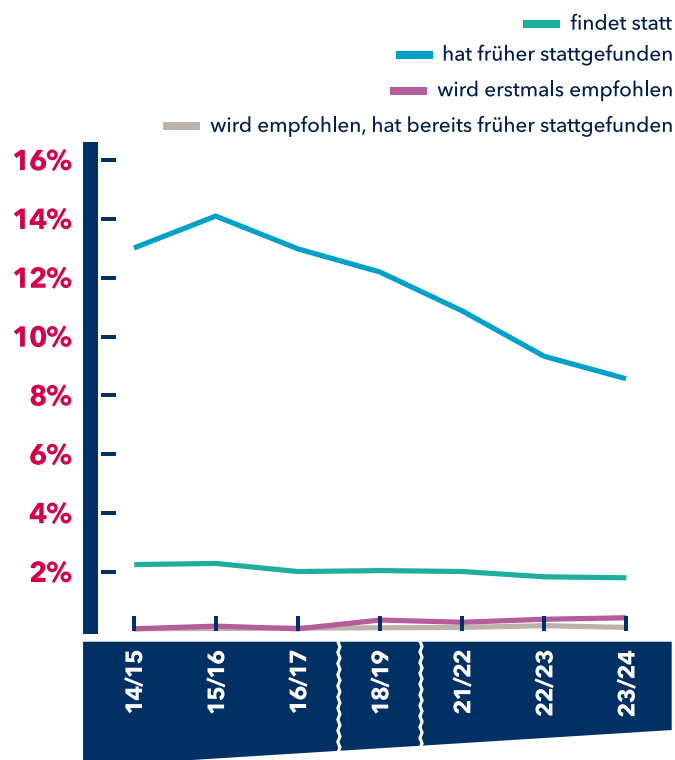


Abb. 35: Anteile der Kinder mit physiotherapeutischem Förderbedarf nach Stand der Maßnahmen und Untersuchungsjahr in %.

Physiotherapie

Bei der Physiotherapie hat die Inanspruchnahme zum überwiegenden Teil in der Vergangenheit stattgefunden (8,6 %) (Abb. 35 & Anhang Tab. 23). Empfehlungen für eine erstmalige oder erneute Physiotherapie sind sehr selten zu beobachten (< 2,0 %).

Im aktuellen Untersuchungsjahr (2023/24) setzt sich der sinkende Trend bei physiotherapeutischen Maßnahmen, die früher stattgefunden haben, weiter fort. Eine Auswirkung dieser Entwicklung auf aktuelle Empfehlungen zur Physiotherapie ist allerdings nicht erkennbar.

Ergotherapie

Ergotherapeutische Maßnahmen finden bei betroffenen Kindern überwiegend aktuell statt (7,3 %) oder werden erstmals empfohlen (5,1 %) (Abb. 36 & Anhang Tab. 23). Letzterer Wert (5,1 %) ist der höchste Anteil an Erstempfehlungen unter den betrachteten Heilmitteln (Heilpädagogische Förderung, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie). Seit 2014/15 ist hier ein steigender Trend zu beobachten (2,3 %). Bei 2,6 % der untersuchten Kinder hat eine Ergotherapie früher stattgefunden.

»Ergotherapeutische Maßnahmen finden bei betroffenen Kindern überwiegend aktuell statt oder werden erstmals empfohlen.«

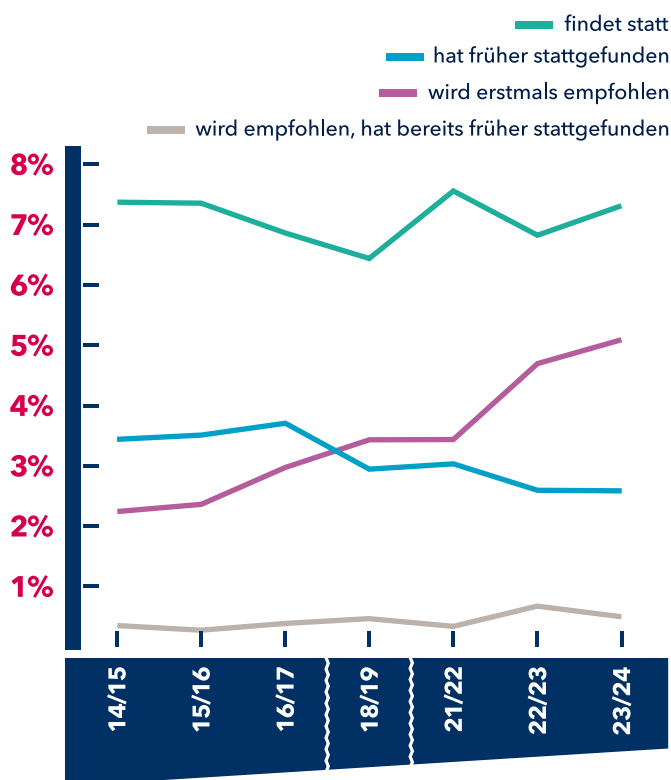


Abb. 36: Anteile der Kinder mit ergotherapeutischem Förderbedarf nach Stand der Maßnahmen und Untersuchungsjahr in %.

Sprachtherapie

13,5 % der untersuchten Kinder nahmen zum Zeitpunkt der SEU eine sprachtherapeutische Behandlung in Anspruch (Abb. 37 & Anhang Tab. 23). Das ist in der Kategorie der höchste Anteil unter den Heilmitteln (Heilpädagogische Förderung, Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie). Für 3,9 % der untersuchten Kinder wurde eine entsprechende Behandlung erstmals empfohlen (2014/15: 1,5 %). In der zeitlichen Entwicklung ist bei den erstmaligen Empfehlungen ein leichter Aufwärtstrend, bei den früher stattgefundenen Behandlungen ein leichter Abwärtstrend zu verzeichnen.

»13,5 % der untersuchten Kinder nahmen zum Zeitpunkt der SEU eine sprachtherapeutische Behandlung in Anspruch.«

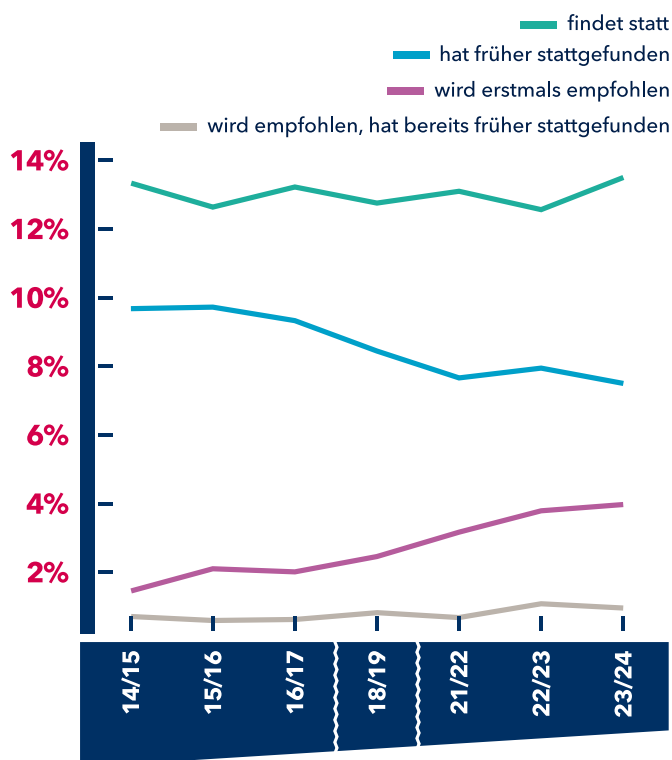


Abb. 37: Anteile der Kinder mit sprachtherapeutischem Förderbedarf nach Stand der Maßnahmen und Untersuchungsjahr in %.

3.14

Beurteilung der Schulfähigkeit

Nach § 22 Abs. 1 SchulG werden in Schleswig-Holstein grundsätzlich alle Kinder, die bis zum 30. Juni eines jeweiligen Kalenderjahres das sechste Lebensjahr vollenden, schulpflichtig ab dem in diesem Jahr beginnenden Schuljahr. Bei Kindern ohne ausreichende Sprachkompetenz in Deutsch erstreckt sich die Schulpflicht auch auf Sprachförderkurse vor Aufnahme in die Schule. Zurückstellungen sind im Schulgesetz nicht vorgesehen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Kinder entsprechend ihrem individuellen Entwicklungsstand effektiv gefördert werden (z. B. durch die flexible Eingangsstufe). Beurlaubungen können jedoch aus gesundheitlichen Gründen erfolgen. Nach einem entsprechenden Erlass des für Bildung zuständigen Ministeriums vom 27. März 2014 steht als leitendes Prinzip das Kindeswohl im Mittelpunkt. Gesundheitliche Gründe für eine Beurlaubung können insbesondere in einer Frühgeburtlichkeit (<37. Schwangerschaftswoche), gravierenden medizinischen Erkrankungen oder einer sozial-emotionalen Entwicklungsverzögerung mit Gefährdung der seelischen Gesundheit durch die Einschulung liegen.

Kinder, die zum Stichtag am 30. Juni noch nicht schulpflichtig werden, können nach § 22 Abs. 3 SchulG auf Antrag der Eltern dennoch in die Grundschule aufgenommen werden, wenn ihre körperliche, kognitive, emotionale und soziale Entwicklung erwarten lässt, dass sie erfolgreich in der Eingangsphase mitarbeiten können (Kann-Kinder).

»Im Untersuchungsjahr 2023/24 wurde für 2,3 % der untersuchten und nach Stichtag regulär einzuschulenden Kinder eine Empfehlung zur Beurlaubung ausgesprochen.«

Im Untersuchungsjahr 2023/24 wurde für 2,3 % der untersuchten und nach Stichtag regulär einzuschulenden Kinder eine Empfehlung zur Beurlaubung ausgesprochen (Abb. 38 & Anhang Tab. 24).

Der Anteil entspricht in etwa dem des Vorjahres. In absoluten Zahlen handelt es sich im Untersuchungsjahr 2023/24 um 568 Kinder, die nicht regulär eingeschult werden konnten. Im Jahr 2014/15 waren es 305 Kinder. Für das Untersuchungsjahr 2018/19 lagen nicht ausreichend Daten für die Auswertung vor.

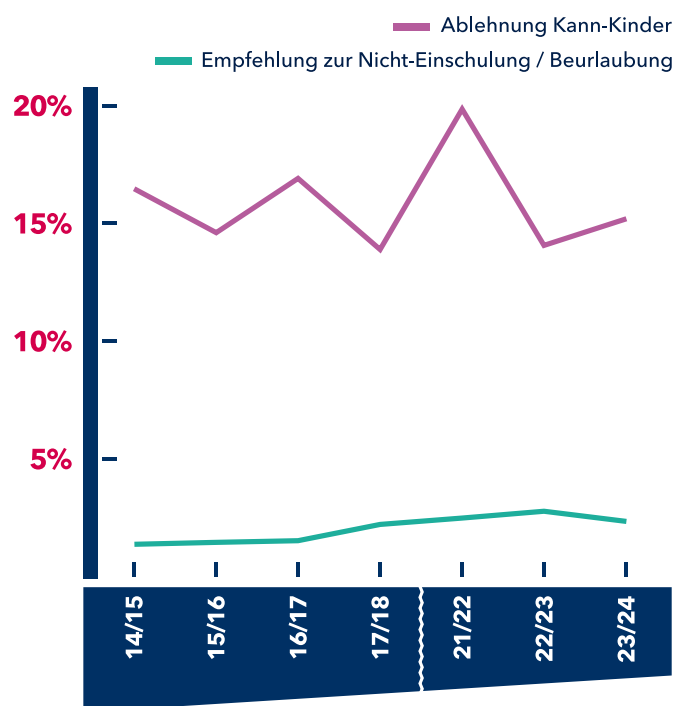


Abb. 38: Anteile der Kinder mit einer Empfehlung zur Nicht-Einschulung / Beurlaubung (Reguläreinschülerinnen und -schüler) und Anteil der Kann-Kinder mit einer Empfehlung zur Einschulungsablehnung nach Untersuchungsjahr in %.

Bei 15,2 % der untersuchten Kann-Kinder wurde keine vorzeitige Einschulung empfohlen (Abb. 38 & Anhang Tab. 24). Insgesamt betrachtet ist die zeitliche Entwicklung des Anteils der Kann-Kinder ohne ärztliche Empfehlung einer vorzeitigen Einschulung abgesehen von kleineren Schwankungen konstant. Bei der Betrachtung der Zahlen der Kann-Kinder ist zu beachten, dass es sich um eine vergleichsweise kleine Gruppe im niedrigen dreistelligen Bereich handelt.

»Bei 15,2 % der untersuchten Kann-Kinder wurde keine vorzeitige Einschulung empfohlen.«

3.15

Früherkennungs- untersuchungen

Nach § 26 SGB V haben gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres einen Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Die Grundlagen entsprechender Untersuchungen für Kinder in den ersten sechs Lebensjahren sind in der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt. Für privat krankenversicherte Kinder werden regelmäßig vergleichbare Untersuchungen angeboten (in der Regel identisch). Für die Untersuchungen U3 bis U9 wird in Schleswig-Holstein zudem ein in § 7a Gesundheitsdienstgesetz (GDG) gesetzlich verankertes Einladungs- und Erinnerungsverfahren durchgeführt. Die Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes bei der Schuleingangsuntersuchung ist freiwillig. Der Bitte der Ärztinnen und Ärzte des KJGD um Einsicht sind im Untersuchungsjahr 2023/24 92,5 % der Sorgeberechtigten (23.490 von 25.408) nachgekommen. Dieser Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr stabil geblieben.

»Sämtliche Teilnahmequoten liegen im Untersuchungsjahr 2023/24 weiterhin auf einem hohen Niveau.«

Mit Blick auf die Früherkennungsuntersuchungen zeigt sich, dass sämtliche Teilnahmequoten im Untersuchungsjahr 2023/24 insgesamt weiter auf einem hohen Niveau liegen (im Durchschnitt 95,7 %) (Abb. 43⁴ & Anhang Tab. 25).

»Im Untersuchungsjahr 2023/24 erfolgte bei 97,6 % der Kinder mit vorliegendem Vorsorgeheft die U9 durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin.«

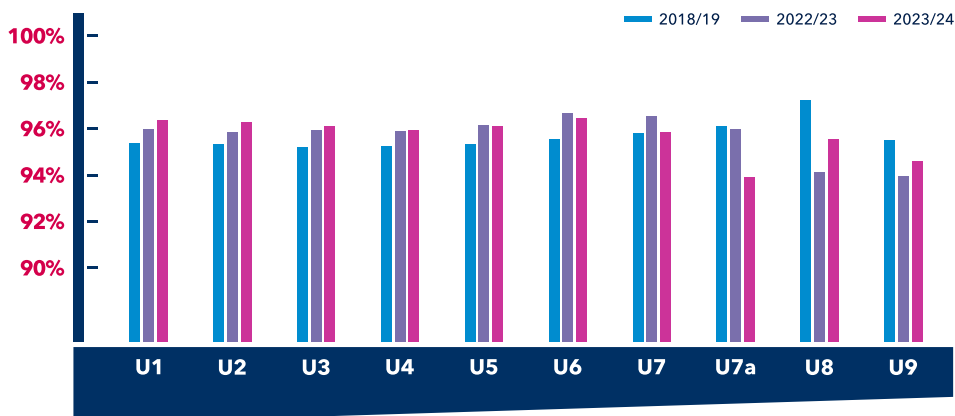
Die Mehrheit der Teilnahmequoten (U1 bis U7 und U9) ist im Vergleich zum vorangegangenen Untersuchungsjahr 2022/23 stabil geblieben und somit weiterhin etwas höher als im letzten Untersuchungsjahr vor der Pandemie (2018/19). Die Teilnahmequote bei der U7a ist etwas geringer als im Vorjahr und die der U8 wiederum etwas höher.

Für die U9, regelmäßig die letzte Untersuchung vor der Schuleingangsuntersuchung, wird weiterhin dokumentiert, ob diese in einer allgemeinärztlichen Praxis oder bei einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin durchgeführt wurde. Dabei zeigt sich, dass im Untersuchungsjahr 2023/24 bei 97,6 % der Kinder mit vorliegendem Vorsorgeheft die U9 durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin erfolgte. Über die Jahre ist hier landesweit ein leichter Anstieg zu erkennen (2014/15: 91,7 %).

Abb. 39: Anteile der Kinder mit vorgelegtem U-Heft und absolvierten Früherkennungsuntersuchungen nach U-Untersuchung und Untersuchungsjahr in %.

Anzahl der Kinder mit vorgelegtem U-Heft:
2018/19 = 21.520, 2022/23 = 21.434,
2023/24 = 23.490

Anmerkung:
Für das Untersuchungsjahr 2018/19 liegen keine auswertbaren Daten vor. Die Auswertung der U9 wurde auf Kinder beschränkt, die zum Zeitpunkt der SEU mindestens 64 Lebensmonate alt waren, da die U9 zwischen dem 60. und 64. Lebensmonat durchgeführt werden soll.



4 Die in Abbildung 43 gezeigten Untersuchungsquoten orientieren sich an der Berechnungssystematik des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (AOLG 2003). Das heißt, die Untersuchungsquoten beziehen sich stets auf die Anzahl der Kinder mit einem vorgelegtem U-Heft. Das wurde in den vorangegangenen Berichten zu den Untersuchungsjahren 2021/22 und 2022/23 noch anders gehandhabt, sodass berichtsübergreifende Vergleiche nicht empfohlen werden.

3.16

Impfungen

Nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 der Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben führen die Ärztinnen und Ärzte der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste während der SEU eine Impfberatung durch. Dafür werden die Eltern gebeten, den Impfpass des einzuschulenden Kindes vorzulegen. Die aggregierten und anonymisierten Daten über den Impfstatus der Kinder werden gemäß § 34 Abs. 11 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) an das Robert Koch-Institut übermittelt. Beim Untersuchungsjahrgang 2023/24 haben 94,0 % der Eltern (23.879 von 25.406) den Impfpass ihres Kindes vorgelegt. Dieser Wert entspricht dem Anteil des letzten Untersuchungsjahres 2022/23.

»Beim Untersuchungsjahrgang 2022/23 haben 94 % der Eltern den Impfpass ihres Kindes vorgelegt.«

Bei der Vorlage des Impfpasses wird die Art und die Anzahl der zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung durchgeführten Standardimpfungen dokumentiert. Es werden diejenigen Impfungen als durchgeführt dokumentiert, die die zum Zeitpunkt der Untersuchung gültigen Anforderungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) erfüllen. Bei

der Betrachtung der folgenden Auswertung gilt es zu beachten, dass Informationen zum konkreten Zeitpunkt der einzelnen Impfungen und zum verabreichten Impfstoff nicht dokumentiert werden. Entsprechend können lediglich näherungsweise Aussagen darüber getroffen werden, ob die Impfschemata dem aktuellen Impfkalender der STIKO entsprechen (Robert Koch-Institut 2024). Durch die Neu- und Weiterentwicklung von (Kombinations-) Impfstoffen, entstehen zudem neue Impfschemata, die sich folglich in aktualisierten Impfempfehlungen und Impfkalendern niederschlagen. Hierbei ist zu bedenken, dass stets einige Zeit vergeht, bis sich das Impfverhalten bei allen Beteiligten einer neuen Impfempfehlung angepasst hat. So gibt es immer eine gewisse Übergangsphase, in der noch verschiedene Impfschemata bzw. Impfstoffe verwendet werden. Darüber hinaus enthalten Impfempfehlungen meist Ausnahmen für bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie z. B. Frühgeborene, oder modifizierte Impfschemata, wenn die Grundimmunisierung nicht zeitgerecht im Säuglingsalter begonnen wird. Teilweise sind bei einem verspäteten Beginn ab einem Alter von 12 Monaten weniger Impfungen notwendig.

Tabelle 3 zeigt für die Untersuchungsjahre 2022/23 und 2023/24 eine Übersicht des Status der Impfungen, die für die Altersgruppe der einzuschulenden Kinder von der STIKO empfohlen werden (ergänzend siehe: Anhang Tab. 26).

Tab. 3: Status der Impfungen (Anteil in %), die für die Altersgruppe der einzuschulenden Kinder von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden, der Kinder mit vorgelegtem Impfpass für die Untersuchungsjahre 2022/23 und 2023/24 (GI = Grundimmunisierung).

Definitionen zur Grundimmunisierung (GI):
Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, Hib, Hepatitis B, Pneumokokken = mindestens 3 Dosen
Rotavirus = 2 bis 3 Impfungen je nach verwendetem Impfstoff („Rotarix“, „RotaTeq“)

Anzahl der Kinder mit vorgelegtem Impfpass:
2022/23 = 21.831, 2023/24 = 23.879

Anmerkung:
Die in Tabelle 3 gezeigten Impfquoten orientieren sich an der Berechnungssystematik des Robert Koch Instituts und des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (AOLG 2003). Das heißt, die Impfquoten beziehen sich stets auf die Anzahl der Kinder mit einem vorgelegten Impfpass. Das wurde in den vorangegangenen Berichten zu den Untersuchungsjahren 2021/22 und 2022/23 noch anders gehandhabt, sodass berichtsübergreifende Vergleiche nicht empfohlen werden.

Impfung	Impfstatus	2022/23: Anteil in %	2023/24: Anteil in %
Diphtherie	GI vollst.	95,8	96,1
	GI begonnen, aber unvollst.	1,7	1,7
Tetanus	GI vollst.	96,0	96,2
	GI begonnen, aber unvollst.	1,6	1,6
Pertussis	GI vollst.	95,3	95,7
	GI begonnen, aber unvollst.	1,8	1,6
Polio	GI vollst.	95,5	95,8
	GI begonnen, aber unvollst.	1,8	1,5
Haemophilus influenzae Typ b (Hib)	GI vollst.	94,1	94,3
	GI begonnen, aber unvollst.	1,2	1,4
Hepatitis B	GI vollst.	93,0	93,3
	GI begonnen, aber unvollst.	1,3	1,4
Masern	mind. 1 Dosis	99,1	99,3
	mind. 2 Dosen	96,9	97,4
Mumps	mind. 1 Dosis	98,8	99,0
	mind. 2 Dosen	96,8	97,3
Röteln	mind. 1 Dosis	98,5	99,0
	mind. 2 Dosen	96,5	97,2
Varizellen	mind. 1 Dosis	93,2	94,1
	mind. 2 Dosen	91,4	92,3
Meningokokken C	mind. 1 Dosis	92,0	92,0
Pneumokokken	GI vollst.	84,1	82,9
	GI begonnen, aber unvollst.	7,4	9,1
Rotavirus	mind. 2 Dosen	71,8	69,1
	genau 1 Dosis	2,6	3,2

»Die Impfquoten mit einer vollständigen Grundimmunisierung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, Hib und Hepatitis B liegen zwischen 93,3 % und 96,2 %.«

Bei Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, Hib und Hepatitis B wurde seit 1994 eine Sechsfachimpfung bei Säuglingen im 3+1-Impf-schema empfohlen, um eine Grundimmunisierung herzustellen (Ständige Impfkommission 2020). Seit Juni 2020 empfiehlt die STIKO für Säuglinge die Sechsfachimpfung nach dem 2+1 Schema, das Impfungen im Alter von zwei, vier und elf

Monaten vorsieht, um eine Grundimmunisierung zu erreichen (STIKO 2020)⁵. Die Impfquoten mit mindestens drei Impfungen liegen bei den genannten Erkrankungen zwischen 93,3 % und 96,2 %. Das nationale Impfquotenziel zur Grundimmunisierung liegt bei diesen Erkrankungen bei einer Impfquote von 95 % (Nationale Lenkungsgruppe Impfen 2023). Der Anteil der Kinder mit einer vollständigen Grundimmunisierung liegt bei Hib (94,3 %) und Hepatitis B (93,3 %) knapp unter dem Impfquotenziel. Bei 1,4 % der Kinder wurde die Grundimmunisierung jeweils begonnen, aber noch nicht abgeschlossen. Die Impfquoten im Untersuchungsjahr 2023/24 sind vergleichbar mit denen des vorangegangenen Jahres (2022/23).

⁵ Frühgeborene sollen jedoch weiterhin nach dem 3+1-Schema geimpft werden.

Unabhängig vom Impfschema ist gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis im Alter von fünf bis sechs Jahren im Rahmen der U9 eine Auffrischungsimpfung empfohlen. Dies beeinflusst vermutlich die Impfquote mit mindestens vier Impfungen bei den drei Erkrankungen. Hier wird die Erhöhung der Inanspruchnahme der Auffrischungsimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis auf 90 % und mehr angestrebt.

»Bei den Impfungen gegen Pneumokokken wird eine vollständige Grundimmunisierung bei 82,9 % der Kinder erreicht.«

Bei den Impfungen gegen Pneumokokken wird eine vollständige Grundimmunisierung bei 82,9 % der Kinder erreicht. Bei 9,1 % der Kinder wurde eine Grundimmunisierung begonnen, aber noch nicht abgeschlossen. Auch bei Impfungen gegen Pneumokokken wurde vor einigen Jahren das Impfschema von vier auf drei Impfungen umgestellt, sodass der Anteil mit mindestens vier Impfungen erwartungsgemäß deutlich niedriger ausfällt. Bei einer Infektion sind insbesondere Säuglinge, Kleinkinder und ältere Menschen von der Möglichkeit schwerer Erkrankungen und Komplikationen gefährdet. Ab dem Alter von fünf Jahren wäre eine Impfung dann nicht mehr grundsätzlich empfohlen, auch wenn die Grundimmunisierung gar nicht oder unvollständig erfolgt ist. Eine Impfempfehlung gibt es dann nur für Personen mit relevanten Grunderkrankungen (z. B. einer Immunschwäche oder chronischen Krankheiten) oder erst wieder für Menschen ab 60 Jahre und älter.

»94,1 % bis 99,3 % der Kinder haben mindestens eine Impfdosis gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen erhalten.«

Bei Masern, Mumps, Röteln und Varizellen werden für eine vollständige Grundimmunisierung jeweils 2 Impfungen empfohlen. Der Anteil der Kinder im Untersuchungsjahr 2023/24, die mindestens eine Impfdosis erhalten haben, liegt bei Masern bei 99,3 %, bei Mumps bei 99,0 %, bei Röteln bei 99,0 %

und bei Varizellen bei 94,1 %. Bei der Gabe von mindestens zwei Impfdosen ergeben sich Quoten von 92,3 % bis 97,4 %. Die Impfquoten sind im Vergleich zum Vorjahr (2022/23) leicht angestiegen. Das nationale Impfquotenziel liegt auch bei diesen Impfungen bei 95 %. Die Masern- und Röteln-elimination in Deutschland ist ein erklärtes Ziel von Bund und Ländern (Bundesministerium für Gesundheit 2015). Hohe Impfquoten und ein hoher Anteil an zeitgerecht geimpften Kindern leisten einen unverzichtbaren Beitrag für eine breite Immunität in der Bevölkerung (Robert Koch-Institut 2023b). Nach § 20 IfSG müssen Kinder, die in einer Kita oder Kindertagespflege betreut werden sollen, und Schülerinnen und Schüler einen ausreichenden Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern nachweisen. Eine Immunität von 95 % in der Bevölkerung gilt als Voraussetzung für eine schnelle Unterbrechung von Infektionsketten und könnte sogar die langfristige Elimination der Masern und Röteln ermöglichen (Robert Koch-Institut 2023b).

»Die Quote der Kinder mit mindestens einer Impfung gegen Meningokokken C liegt bei 92,0 % und mit mindestens zwei Impfungen gegen Rotaviren bei 69,1 %.«

Gegen Meningokokken C ist lediglich eine Impfdosis notwendig, die Quote liegt bei 92,0 % und ist vergleichbar mit dem Vorjahr. Die Anzahl der für eine Grundimmunisierung notwendigen Impfdosen divergiert bei der Impfung gegen das Rotavirus, je nach verwendetem Impfstoff, zwischen zwei und drei Impfungen. Im Untersuchungsjahrgang 2023/24 beträgt die Impfquote 69,1 % bei mindestens zwei erhaltenen Impfungen und 3,2 % bei mindestens einer erhaltenen Impfung. Die Impfquote bei mindestens zwei Dosen ist im Vergleich zum Untersuchungsjahr 2022/23 um 2,7 % Prozentpunkte zurückgegangen.

Im Rahmen der Impfkampagne Schleswig-Holstein stellt die Landesregierung unter www.schleswig-holstein.de/impfen umfangreiche Information für die Bevölkerung und Fachöffentlichkeit zur Verfügung.

4

Zahnärztliche Untersuchungen



4.1

Beschreibung der Untersuchung

Ein gesundes Gebiss ermöglicht einem Kind, gesund ins Leben zu starten. Es ermöglicht, sich gut zu ernähren und sich gut zu artikulieren. Es erhöht die Lebensqualität und die Wahrscheinlichkeit, auch als Erwachsener von einem gesunden Gebiss zu profitieren. Es gehört zu den Grundvoraussetzungen für die körperliche, geistige und soziale Entwicklung eines Kindes.

»Ein gesundes Gebiss gehört zu den Grundvoraussetzungen für die körperliche, geistige und soziale Entwicklung eines Kindes.«

Die Hauptaufgabe der Zahnärztlichen Dienste in den Gesundheitsämtern in Schleswig-Holstein ist die Reihenuntersuchung in Kindertagesstätten, Grundschulen, Förderzentren und auch weiterführenden Schulen. Nach einheitlichen Untersuchungsstandards werden dabei Zahnerkrankungen (vor allem Karies), Kieferfehlstellungen und Erkrankungen des Zahnhalteapparats erfasst.

Die Reihenuntersuchungen ermöglichen den Kindern einen niedrigschwelligen Zugang zur zahnärztlichen Kontrolle und die Sorgeberechtigten erhalten einen Hinweis auf eventuell notwendigen Behandlungsbedarf. Dies wiederum erhöht die Chance auf eine frühzeitige und unkomplizierte Behandlung.

Auf kommunaler Ebene bieten die so erfassten Daten zur Zahngesundheit die Möglichkeit einer zielgerichteten Betreuung und Intensivierung von zahnmedizinischer Gruppenprophylaxe in Einrichtungen mit einer hohen Kariesdichte. Zudem bilden sie die Grundlage für einen landes- oder bundesweiten Vergleich bezüglich der Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein.

4.2

Datenerfassung

Die Erfassung der zahnärztlichen Befunde erfolgte im Schuljahr 2024/25 in den Kreisen und kreisfreien Städten in unterschiedlichen Fachanwendungen bzw. Dokumentationsprogrammen (Tab. 4). In neun Kreisen wird inzwischen die Software Mikropro genutzt, sechs Kreise nutzen weiterhin GUDental. Der Dänische Gesundheitsdienst erfasst seine Daten mit ISGA. Langfristig ist eine einheitliche EDV anstrebenswert. Durch die unterschiedlichen Programme mit unterschiedlichen Voreinstellungen sind keine absolut identischen Filterparameter möglich. Die dadurch entstandenen Abweichungen sind jedoch so gering, dass sie vernachlässigt werden konnten. Der Kreis Dithmarschen konnte noch keine statistische Auswertung seiner zahnärztlichen Untersuchungen liefern. Im Kreis Plön wurde im Schuljahr 2024/25 nicht an Grundschulen untersucht.

»Die Datenerfassung der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein erfolgt nach landeseinheitlichen, verbindlichen Untersuchungsrichtlinien, den sogenannten Untersuchungsstandards.«

Das vorliegende Berichtskapitel konzentriert sich bei der Beschreibung der Mundgesundheit auf die Karies, die trotz des stetigen Rückgangs insgesamt weiterhin als eine der meistverbreiteten chronischen Erkrankungen gilt. In diesem Kapitel geht es einerseits darum, wie hoch die Anzahl der behandlungsbedürftigen Kinder in der Gruppe der Grundschüler insgesamt (1. – 4. Klasse) ist. Andererseits geht es darum, wie viele Kinder der ersten Klasse Karies haben oder hatten und wie viele von ihnen ein erhöhtes Kariesrisiko haben.

Die Auswertung der Reihenuntersuchungen erfolgt über einen international angewendeten Index, der die Summe aller kariösen („decayed“), wegen Karies fehlender („missing“) und wegen Karies restaurativ behandelte („filled“) Zähne beschreibt.

kreisfreie Stadt / Kreis	Datenerfassung	berichteter Untersuchungsgrad der Grundschulen (GS)
Flensburg	Mikropro ³	93 % (13 von 14 GS)
Kiel	GUdental ¹	100 %
Lübeck	Mikropro ³	36 von 39 GS und 5 Förderzentren
Neumünster	Mikropro ³	92 %
Dithmarschen	Mikropro ³	-
Herzogtum Lauenburg	GUdental ¹	alle GS untersucht bis auf 5
Nordfriesland	GUdental ¹	unvollständig
Ostholstein	Mikropro ³	100 %
Pinneberg	Mikropro ³	vollständig
Plön	Mikropro ³	-
Rendsburg-Eckernförde	GUdental ¹	vollständig
Schleswig-Flensburg	Mikropro ³	70 %
Segeberg	Mikropro ³	76 %
Steinburg	GUdental ¹	83 %
Stormarn	GUdental ¹	35 von 35 GS (ohne 2 Privatschulen)
Dänischer Gesundheitsdienst	ISGA ²	33 %

¹ GUdental, software.house informationstechnik AG, Kiel

² ISGA, Computer Zentrum Strausberg GmbH, Strausberg

³ Mikropro, Mikroprojekt GmbH, Kaiserslautern

Tab. 4: Übersicht der Datenerfassung und des Untersuchungsgrades der Grundschulen nach Region für das Schuljahr 2024/25.

Dieser dmf (t) / DMF (T) Index gibt somit Auskunft über die sogenannte Karieserfahrung. Im Zahnstatus eines Kindes werden die durch Karies geschädigten (d = decayed), fehlenden (m = missing) oder gefüllten (f = filled) Zähne (t = teeth) festgehalten. Als „decayed“ gelten Zähne mit kariösen Defekten, die über den Schmelz hinaus bis ins Zahnbein reichen, als „missing“ nur die Zähne, die infolge von Karies fehlen. Die Bezeichnung dmf(t) bezieht sich auf die Milchzähne und DMF(T) auf die bleibenden Zähne. Anhand der dmf(t)- und DMF(T)-Werte kann die Anzahl der Kinder mit naturgesundem Gebiss genauso ermittelt werden wie der Anteil der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko.

Als naturgesund gilt ein Gebiss, wenn der dmf(t)- und DMF(T)-Wert gleich null sind. Für das Kariesrisiko sind von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege e. V. (DAJ 2000) Richtwerte für die jeweiligen Altersgruppen festgelegt. Demnach liegt bei den Sechs- bis Siebenjährigen, die den überwiegenden Teil der Erstklässlerinnen und Erstklässler ausmachen, ein erhöhtes Kariesrisiko vor, wenn mehr als fünf Zähne insgesamt bereits Karieserfahrung haben oder mindestens ein

bleibender Zahn eine unbehandelte Karies aufweist, also wenn $\text{dmf}(t)/\text{DMF}(T) > 5$ oder $\text{D}(T) > 0$.

Als behandlungsbedürftig gelten Zähne mit einer manifesten akuten Karies. Das bedeutet, dass die Karies unbehandelt ist und bereits den Schmelz durchdrungen und das Zahnbein (Dentin) erreicht hat. Im vorliegenden Berichtskapitel wird der Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen an der Gesamtzahl der untersuchten Grundschulkinder (1.-4. Klasse) gemessen. Bei dieser Vergleichszahl geht es also nicht um das individuelle Kariesrisiko, sondern um das Verhältnis der Anzahl untersuchter Grundschulkinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen zu denen mit naturgesundem oder saniertem Gebiss.

Insgesamt wurden 87.074 Grundschulkinder (Klasse 1 bis 4) im Schuljahr 2024/25 von einem Zahnarzt oder einer Zahnärztin des öffentlichen Gesundheitsdienstes gesehen. Davon waren 24.126 Kinder in der ersten Klasse (im Alter von 6 bis 7 Jahren). Das entspricht 92 % aller Schülerinnen und Schüler dieser Jahrgangsstufe.

kreisfreie Stadt / Kreis	untersuchte Grundschulkinder (1.-4. Klasse)	untersuchte Kinder der 1. Klasse*	gemeldete Kinder der 1. Klasse	Untersuchungs- grad 1. Klasse in %
Flensburg	2.594	589	725	81,2
Kiel	7.790	2.701	2.107	100,0
Lübeck	6.392	1.685	2.044	82,4
Neumünster	2.937	745	806	92,4
Dithmarschen	-	-	-	-
Herzogtum Lauenburg	7.328	2.058	2.220	92,7
Nordfriesland	3.156	1.069	1.367	78,2
Ostholstein	6.371	1.562	1.733	90,1
Pinneberg	12.475	3.092	3.373	91,7
Plön	-	-	-	-
Rendsburg-Eckernförde	10.006	2.673	2.693	99,3
Schleswig-Flensburg	4.581	1.505	1.828	82,3
Segeberg	8.494	2.430	2.843	85,5
Steinburg	4.728	1.240	1.382	89,7
Stormarn	9.578	2.553	2.561	99,7
Dänischer Gesundheitsdienst	644	224	635	35,3
Schleswig-Holstein	87.074	24.126	26.317	91,7

* Nach Möglichkeit wurde zusätzlich der Filter 6-7-Jährige gesetzt.

Tab. 5: Untersuchungsgrad der Grundschulkinder und Kinder der 1. Klasse des Schuljahres 2024/25.

4.3 Befunde

63,9% aller schleswig-holsteinischen Kinder in der ersten Klasse des Schuljahres 2024/25 haben naturgesunde Zähne (Tab. 6). Dies ist ein weiterer Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren (Schuljahr 2023/24: 62,1 %). Immer mehr Kinder sind ohne Karieserfahrung, das heißt, sie haben aktuell keine Karies und keinen wegen Karies behandelten Zahn im Mund. Während in den Kreisen Nordfriesland, Stormarn und Ostholstein mehr als 70% kariesfreie, naturgesunde Gebisse erfasst wurden, war dieser Anteil in Neumünster und Lübeck bei etwa 50%.

»63,9 % aller schleswig-holsteinischen Kinder in der ersten Klasse des Schuljahres 2024/25 haben ein naturgesundes Gebiss.«

Der landesweite durchschnittliche dmf(t)/ DMFT(T) – Wert hat sich kaum verändert und liegt im Schuljahr 2024/25 bei 1,51. (Schuljahr 2023/24: 1,46). Dieser Wert gibt die Anzahl der durch Karies geschädigten (d=decayed), fehlenden (M= missing) oder gefüllten (f=filled) Zähne an, wobei hierbei

bleibende und Milchzähne zusammengefasst sind. Die Kreise Nordfriesland und Stormarn weisen die niedrigsten Durchschnittswerte auf (0,99). In Neumünster sind dagegen durchschnittlich 2,4 Zähne je Kind (1. Klasse) von Karies betroffen.

»Der landesweite dmf(t)/DMF(T)-Wert ist in der Höhe (1,51) vergleichbar zum Vorjahr (1,46).«

11,9% der untersuchten Erstklässler sind als Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko einzuordnen (Tab. 7). Für das Kariesrisiko sind von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. Richtlinien für verschiedenen Altersgruppen festgelegt. Ein 6- bis 7-jähriges Kind zählt dazu, wenn mehr als 5 Zähne insgesamt Karieserfahrung haben oder ein bleibender Zahn eine unbehandelte Karies aufweist, also der dmf(t)/DMF(T) > 5 oder D(T) > 0 ist. Hier sind die Anteile in Lübeck (21%) und Neumünster (18%) besonders hoch. In Nordfriesland und Stormarn zählen nur ca. 6% der Erstklässlerinnen und Erstklässler zur den Kindern mit Kariesrisiko.

»Der Anteil an Kindern mit Kariesrisiko hat sich geringfügig von 11,5 % auf 11,9 % erhöht.«

kreisfreie Stadt / Kreis	untersuchte Kinder (1. Klasse)	Anzahl der Kinder mit naturgesunden Zähnen	Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen in %	Durchschnitt dmft-Wert*
Flensburg	589	347	58,9	1,60
Kiel	2.701	1.620	60,0	1,60
Lübeck	1.685	880	52,2	1,78
Neumünster	745	347	46,6	2,41
Dithmarschen	-	-	-	-
Herzogtum Lauenburg	2.058	1.277	62,1	1,38
Nordfriesland	1.069	777	72,7	0,99
Ostholstein	1.562	1.140	73,0	
Pinneberg	3.092	1.910	61,8	1,70
Plön	-	-	-	-
Rendsburg-Eckernförde	2.673	1.694	63,4	1,45
Schleswig-Flensburg	1.505	1.005	66,8	1,25
Segeberg	2.430	1.718	70,7	1,36
Steinburg	1.240	697	56,2	1,97
Stormarn	2.553	1.849	72,4	0,99
Dänischer Gesundheitsdienst	224	150	67,0	1,11
Schleswig-Holstein	24.126	15.411	63,9	1,51

* Der dmft(t)- Wert gibt die Anzahl der durch Karies geschädigten (d = decayed), fehlenden (m = missing) oder gefüllten (f = filled) Zähne (t = teeth) an, wobei sich der dmft(t) auf die Milch- und der DMF(T) auf die bleibenden Zähne bezieht.

Tab. 6: Anzahl der untersuchten Erstklässlerinnen und Erstklässlern, Anzahl und Anteil derjenigen mit naturgesunden Zähnen sowie Durchschnitt des dmft-Wertes nach Region für das Schuljahr 2024/25.

kreisfreie Stadt / Kreis	Anzahl der untersuchten Kinder (1. Klasse)	Anzahl der Kinder mit Kariesrisiko	Anteil der Kinder mit Kariesrisiko in %
Flensburg	589	84	14,3
Kiel	2.701	344	12,7
Lübeck	1.685	352	20,9
Neumünster	745	137	18,4
Dithmarschen	-	-	-
Herzogtum Lauenburg	2.058	236	11,5
Nordfriesland	1.069	69	6,5
Ostholstein	1.562	132	8,5
Pinneberg	3.092	489	15,8
Plön	-	-	-
Rendsburg-Eckernförde	2.673	310	11,6
Schleswig-Flensburg	1.505	164	10,9
Segeberg	2.430	175	7,2
Steinburg	1.240	196	15,8
Stormarn	2.553	164	6,4
Dänischer Gesundheitsdienst	224	19	8,5
Schleswig-Holstein	24.126	2.871	11,9

Tab. 7: Anzahl der Erstklässlerinnen und Erstklässler, Anzahl und Anteil (in %) der Kinder mit Kariesrisiko nach Region für das Schuljahr 2024/25.

Die Behandlungsbedürftigkeit wurde anhand der Anzahl der Grundschulkinder (Klasse 1 bis 4) mit behandlungsbedürftigen Zähnen und deren prozentualen Anteil an der Anzahl der untersuchten Grundschulkinder gemessen (Tab. 8). 17,5 % der untersuchten Grundschulkinder in Schleswig-Holstein wiesen zum Zeitpunkt der Untersuchung unbehandelte, kariöse Zähne auf, waren also behandlungsbedürftig. Dieser Wert ist etwas niedriger als im

Vorjahr (Schuljahr 2023/24: 19,2 %). Auch hier sind Unterschiede zwischen den Kreisen zu beobachten (Neumünster: 32,2 %; Stormarn: 9,6 %).

»Im Schuljahr 2024/25 hatten 17,5 % der untersuchten Grundschulkinder behandlungsbedürftige Zähne.«

kreisfreie Stadt / Kreis	Anzahl der untersuchten Kinder (1.- 4. Klasse)	davon behandlungs- bedürftig	Anteil in %
Flensburg	2.594	400	15,4
Kiel	7.790	1.200	15,4
Lübeck	6.392	1.774	27,8
Neumünster	2.937	945	32,2
Dithmarschen	-	-	-
Herzogtum Lauenburg	7.328	1.251	17,1
Nordfriesland	3.156	453	14,4
Ostholstein	6.371	870	13,7
Pinneberg	12.475	2.339	18,7
Plön	-	-	-
Rendsburg-Eckernförde	10.006	1.823	18,2
Schleswig-Flensburg	4.581	787	17,2
Segeberg	8.494	1.461	17,2
Steinburg	4.728	902	19,1
Stormarn	9.578	920	9,6
Dänischer Gesundheitsdienst	644	85	13,2
Schleswig-Holstein	87.074	15.210	17,5

Tab. 8: Anzahl der untersuchten Grundschülerinnen und -schüler, Anzahl und Anteil (in %) der behandlungsbedürftigen Kinder nach Region für das Schuljahr 2024/25.

4.4

Zusammenfassung und Fazit der zahnärztlichen Untersuchungen

Die im Schuljahr 2024/25 von den zahnärztlichen Diensten in Schleswig- Holstein erfassten Daten zeigen, dass der Anteil an Erstklässlerinnen und Erstklässlern mit naturgesunden Zähnen weiter ansteigt. Auch beim Anteil der behandlungsbedürftigen Grundschulkinder ist eine geringe Reduktion beobachtbar. Trotz dieser positiven Entwicklung darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Karieslast insgesamt immer noch zu hoch ist. 36,1 %

der 6- bis 7-jährigen Kinder der ersten Klassen haben bereits Karieserfahrung. Die durchschnittliche Anzahl der Zähne mit Karieserfahrung pro Kind ist nicht gesunken. Eine Verbesserung in der Gruppe der Kinder mit Kariesrisiko im Schuljahr 2024/25 nicht erkennbar.

Es zeigt sich, dass von der Karieserkrankung Teile der Kinder besonders betroffen sind. Die regionalen Unterschiede dabei sind erheblich und erfordern eine gezielte Förderung in den entsprechenden Bereichen. Insgesamt sind die Präventionsangebote zur Sicherung der erreichten Fortschritte in der Reduktion der Karies bei Schulkindern aufrechtzuerhalten. Für die Kinder mit Kariesrisiko müssen die Präventionsangebote intensiviert werden.

5

Zusammenfassung



Bei der Einordnung der Ergebnisse muss stets beachtet werden, dass eine Beschränkung der Datenauswertung auf die Kreise und kreisfreien Städte mit einer näherungsweisen Vollerhebung erfolgte. Das betrifft vor allem das Untersuchungsjahr 2021/22, in dem lediglich die Hälfte der Kreise und kreisfreien Städte annähernd vollständig untersuchen konnten. Hierdurch könnte es zu möglichen Verzerrungen durch regionale Effekte kommen.

Bei einzelnen Indikatoren zeigten sich höhere Anteile fehlender Werte, wodurch mögliche Verzerrungen nicht auszuschließen sind. Die Ursache hierfür könnte insbesondere in einer zum Untersuchungszeitpunkt noch uneinheitlichen Datenerfassung bzw. Dokumentation liegen. Derzeit befindet sich eine weitgehende Vereinheitlichung der Datenerfassung, auch softwareseitig, in den Gesundheitsämtern in der Umsetzung, sodass mögliche Verzerrungen in Zukunft geringer ausfallen könnten.

In einer Gesamtbetrachtung der erhobenen Daten zeigt sich, dass die Anteile auffälliger Befunde im Bereich der Sprache (23,3 %) und des

»Die Anteile auffälliger Befunde im Bereich der Sprache (23,3 % der Kinder) und des Sehvermögens (16,5 % der Kinder) sind nach wie vor am größten.«

Sehvermögens (16,5 %) nach wie vor am größten sind, gefolgt von den Bereichen Visuomotorik (12,2 %) und Übergewicht einschließlich Adipositas (11,7 %) (Abb. 40). Die übrigen Bereiche, wie das Verhalten (9,8 %), das Hörvermögen (7,8 %), die grobmotorische Körperkoordination (7,9 %), die selektive Aufmerksamkeit (7,2 %) sowie das Zahlen- und Mengenvorwissen (6,8 %) und die visuelle Wahrnehmung (6,2 %), liegen jeweils zwischen fünf und zehn Prozent. Vergleichbare Zahlen zeigen sich auch in anderen Bundesländern, wie z. B. Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Sachsen-Anhalt (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2024, Bantel et al. 2021, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Schmidt & Schürhoff 2024, Tempel 2023, Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt 2022).



Abb. 40: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden nach Untersuchungsjahr in %.

»Im Vergleich zum Vorjahr sind die Anteile schulrelevanter Befunde des Sprach- und Sprechvermögens und beim Verhalten leicht gestiegen.«

Eine leichte Zunahme im Vergleich zum Vorjahr 2022/23 erfolgte zum Beispiel bei schulrelevanten Befunden des Sprach- und Sprechvermögens (+2,4 Prozentpunkte) und beim Verhalten (+3,1 Prozentpunkte). Die übrigen Bereiche zeigen sich im Vergleich zum Untersuchungsjahr 2022/23 relativ stabil (bis zu einem Prozentpunkt mehr oder weniger). Im aktuellen Untersuchungsjahr liegen die Anteile schulrelevanter Befunde in einigen Bereichen leicht über dem 10-Jahresdurchschnitt (2014/15 bis 2023/24), wie zum Beispiel beim Verhalten (+3,3 Prozentpunkte), bei der selektiven Aufmerksamkeit (+1,9 Prozentpunkte) sowie beim Zahlen- und Mengenvorwissen (+1,8 Prozentpunkte) und bei der Visuomotorik (+1,5 Prozentpunkte).

»Insgesamt gilt mit Blick auf den Großteil der auffälligen Befunde, dass insbesondere Jungen stärker betroffen sind.«

Insgesamt gilt mit Blick auf den Großteil der auffälligen Befunde, dass insbesondere Jungen stärker betroffen sind. In nahezu allen schulrelevanten Befunden ist der Anteil der Jungen höher. Lediglich geringe Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen sind beim Übergewicht (einschließlich Adipositas) sowie beim Seh- und Hörvermögen zu beobachten. Die Verteilung zu Ungunsten der Jungen ist nicht unerwartet, da sie von Studien zu schulrelevanten Entwicklungsstörungen vielfach wissenschaftlich belegt ist (Schmid 2017).

»Insbesondere Kinder aus einem Elternhaus mit formal niedrigem Bildungsstand sind in sämtlichen Bereichen deutlich stärker von schulrelevanten Befunden betroffen.«

Neben den Jungen sind insbesondere Kinder aus einem Elternhaus mit formal niedrigem Bildungsstand in sämtlichen Bereichen deutlich stärker von schulrelevanten Befunden betroffen. Teilweise sind die Unterschiede zu den beiden anderen Bildungsgruppen erheblich. Sowohl die oben genannten

zeitlichen Trends als auch die Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Gruppen zeigen sich auch in anderen Bundesländern, wie z. B. Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Sachsen-Anhalt (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2024, Bantel et al. 2021, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Schmidt & Schürhoff 2024, Tempel 2023, Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt 2022).

Bei der Betrachtung der Bereiche Übergewicht und Sprachkompetenz fällt zudem auf, dass sich die Diskrepanz beim Anteil auffälliger Befunde bei den Kindern aus einem Elternhaus mit einem niedrigen Schulabschluss im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen nochmals erhöht hat. In anderen Bereichen haben sich die Unterschiede etwas verringert, wie zum Beispiel beim Sehen und Hören, bei der grobmotorischen Körperkoordination, beim Zahlen- und Mengenvorwissen sowie bei der Visuomotorik und dem Verhalten. Diese Annäherung kommt unter anderem dadurch zustande, dass sich die Anteile schulrelevanter Befunde bei den beiden anderen Bildungsgruppen teilweise stärker erhöht haben.

»Bei der Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch zeigen sich große Unterschiede in den Anteilen an sprachkompetenten Kindern, in Abhängigkeit der in der Familie überwiegend gesprochenen Sprache.«

Im Rahmen der Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch zeigen sich große Unterschiede in den Anteilen an sprachkompetenten Kindern, in Abhängigkeit der in der Familie überwiegend gesprochenen Sprache. Die Anteile sprachkompetenter Kinder, die Deutsch als Familiensprache haben, liegen über die Jahre relativ stabil bei circa 93,0 %. Die Anteile sprachkompetenter Kinder in der Unterrichtssprache Deutsch, die mehrsprachig aufwachsen, sind grundsätzlich deutlich niedriger und über die letzten Jahre deutlich gesunken (mehrsprachig ohne Deutsch: 2014/15: 29,6 %; 2023/24: 16,3 %; mehrsprachig mit Deutsch: 2014/15: 72,2 %; 2023/24: 57,7 %). Bei der Betrachtung dieser Zahlen ist es zusätzlich wichtig zu beachten, dass die Anteile der Kinder, die mehrsprachig aufwachsen, in der Gesamtkohorte der einzuschulenden Kinder über die vergangenen Jahre einen stetig wachsenden Anteil darstellen (mehrsprachig ohne Deutsch: 2014/15: 5,0 %; 2023/24:

10,4 %; mehrsprachig mit Deutsch: 2014/15: 13,6 %; 2023/24: 16,9 %). Das heißt, die relativen Anteile sprachkompetenter Kinder in der Unterrichtssprache Deutsch sind dort nicht nur gesunken, sondern diese betreffen auch in absoluten Zahlen eine immer größere Gruppe an Kindern.

Darüber hinaus zeigt sich erneut, dass die jeweiligen Anteile an sprachkompetenten Kindern vor allem bei Kindern aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungshintergrund deutlich geringer ausfallen (Gambaro et al. 2019). Bei der Betrachtung der vorschulischen Betreuungsjahre bestätigt sich die Beobachtung, dass die Fremdbetreuung grundsätzlich einen förderlichen Faktor bzgl. der Sprachkompetenz darstellt. Das Vorhandensein und die Dauer einer Fremdbetreuung erhöhen die Sprachkompetenz im Deutschen. Auffällig ist zudem ein deutlicher Abwärtstrend beim Anteil sprachkompetenter Kinder in der Gruppe, die ein bis drei Betreuungsjahre vorweisen (2014/15: 82,0 % bis 84,1 %;

von Kann-Kindern sind die Zahlen relativ stabil (2022/23: 14,1 %; 2023/24: 15,2 %).

Sowohl bei den Teilnahmequoten der Früherkennungsuntersuchungen als auch bei den Impfquoten (der Impfungen nach den Empfehlungen der STIKO) sind im Vergleich zum Vorjahreszeitraum größtenteils vergleichbare Werte zu beobachten. Bei den Früherkennungsuntersuchungen gab es bei der U7a einen leichten Rückgang um 2,1 Prozentpunkte (2022/23: 96,0 %; 2023/24: 93,9 %). Bei den Impfquoten zeigten die Daten beim Rotavirus (mindestens zwei Impfdosen) eine Verringerung um 2,6 Prozentpunkte (2022/23: 71,8 %; 2023/24: 69,1 %). Das nationale Impfziel von 95 % wurde bei den Impfungen gegen Haemophilus influenzae Typ b (94,3 %) und Hepatitis B (93,3 %) im Untersuchungsjahr 2023/24 knapp verfehlt.

»Der Anteil der Erstklässlerinnen und Erstklässler mit naturgesundem Gebiss steigt weiter an.«

Die im Schuljahr 2024/25 ermittelten Zahlen zeigen einerseits, dass der Anteil der Erstklässlerinnen und Erstklässler mit naturgesundem Gebiss weiter ansteigt (Schuljahr 2022/23: 59,2 %; 2023/24: 62,1 %; 2024/25: 63,9 %). Andererseits konnten keine nennenswerten Verbesserungen im Hinblick auf die Anzahl an Karies erkrankter Zähne pro Kind (2022/23: 1,50; 2023/24: 1,46; 2024/25: 1,51) oder das Kariesrisiko (2022/23: 11,2 %; 2023/24: 11,5 %; 2024/25: 11,9 %) erreicht werden. Der Anteil der behandlungsbedürftigen Kinder an den Grundschulen (2022/23: 17,9 %; 2023/24: 19,2 %; 17,5 %) liegt wieder auf dem Niveau des Schuljahres 2022/23.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen erneut die große Bedeutung der Schuleingangs- und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen für jedes einzelne Kind, aber auch für den Bereich Child Public Health insgesamt. Entsprechend bleibt es weiterhin wichtig, dass sämtliche Kreise und kreisfreie Städte den Eltern und ihren einzuschulenden Kindern eine Schuleingangsuntersuchung anbieten, um schulrelevante Befunde und Förderbedarfe sowie ihre zeitlichen Entwicklungen noch besser erkennen zu können. Darüber hinaus sollten Angebote vorschulischer Betreuungs-, Bildungs- sowie Förder- und Freizeitangebote genutzt und nach Möglichkeit gestärkt werden, um einen möglichst chancengleichen und erfolgreichen Start in die Schullaufbahn aller Kinder zu erreichen.

»Der Anteil der Kinder sowohl mit hohen bzw. sonderpädagogischen als auch mäßigen Förderbedarfen ist im Vergleich zum Vorjahr relativ stabil.«

2023/24: 63,5 % bis 63,6 %).

Der Anteil der Kinder sowohl mit hohen bzw. sonderpädagogischen als auch mäßigen Förderbedarfen ist im Beobachtungszeitraum 2014/15 bis 2023/24 auf jeweils circa 14,0 % gestiegen. Die Werte sind vergleichbar mit denen des Vorjahres. Der zuvor ansteigende Trend zeigt sich auch in anderen Studien (Kuger et al. 2022). Auch hier sind Jungen und Kinder aus Familien mit formal niedrigerer Bildung stärker betroffen.

Bezüglich der Beurteilung der Schulfähigkeit der untersuchten Kinder zeigt sich im Untersuchungszeitraum ein ähnlicher Anteil bei den Beurteilungsempfehlungen bei Regulaerschülerinnen und -schülern im Vergleich zum Vorjahr (2022/23: 2,8 %; 2023/24: 2,3 %). Auch bei den Empfehlungen aus ärztlicher Sicht zur vorzeitigen Nicht-Einschulung

»Die Zahlen zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen und die Impfquoten sind vergleichbar mit denen des Vorjahres.«

Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (2003).

Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Dritte, neu bearbeitete Fassung. Band 1.

Bantel S et al. (2021).

Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover. Bundesgesundheitsbl 64, 1541–1550. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03446-2>.

Bundesministerium für Gesundheit (2015). Nationaler Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland. Online abrufbar (13.01.2025): https://www.nali-impfen.de/fileadmin/pdf/NationalerAktionsplan_Elimination_Masern_und_Roeteln_in_Deutschland.pdf.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) (2000). Grundsätze für Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V. Online abrufbar (14.01.2025): <https://daj.de/wp-content/uploads/2024/04/grundsaeetze.pdf>.

Gambaro L et al. (2019). Sprachkompetenz von Kindern: Unterschied nach Bildung der Eltern im unteren Leistungsbereich besonders groß. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (DIW). DIW Wochenbericht 16/17, S. 285-292. Online abrufbar (25.09.2023): https://doi.org/10.18723/diw_wb:2019-16-3.

Goodman R et al. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. European Child & Adolescent Psychiatry. 7 (3): 125–130. doi:10.1007/s007870050057.

Koglin U et al. (2007). Deutsche Version des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu). Diagnostica, 53, pp. 175-183. Online abrufbar (25.09.2023): <https://doi.org/10.1026/0012-1924.53.4.175>.

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

Kuger S et al. (2022). Die Kindertagesbetreuung während der COVID-19-Pandemie, Ergebnisse einer interdisziplinären Studie. Bielefeld: wbv Publikation, DOI: 10.3278/9783763973279.

Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (2022). Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen im ersten Corona-Jahr (2020). Presseinformation Nr. 02/2022. Halle, 15. Februar 2022. Online abrufbar (17.01.2025): https://verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/LAV_Verbraucherschutz/Presseinformationen/Presseinformationen_2022/20220215_PI_GBE_Ergebnisse_SEU_Corona.pdf.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2023). Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen. Vergleich des Einschulungsjahrgangs 2022 mit drei Einschulungsjahrgängen vor der Corona-Pandemie (2017-2019). Online abrufbar (17.01.2025): https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/ges_bericht/ergebnisse_schuleingangsuntersuchungen_nrw_2022.pdf.

6 Quellen

Ministerium für Justiz und Gesundheit, Landesregierung Schleswig-Holstein (2023). Kindergesundheit in Schleswig-Holstein. Ergebnisse der Untersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein. Untersuchungsjahr 2021/22. Online abrufbar (13.01.2025): https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/G/gesundheitsvorsorge/gesundheitsdienste/Downloads/bericht_kindergesundheit.pdf?__blob=publicationFile&v=4.

Nationale Lenkungsgruppe Impfen (2023). Nationale Impfstrategien und Impfziele. Online abrufbar (13.01.2025): <https://www.nali-impfen.de/impfen-in-deutschland/nationale-impfstrategien-impfziele/>.

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2024). Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung. Vergleich von Daten ausgewählter Kommunen vor, während und nach der Corona-Pandemie. Online abrufbar (14.01.2025): <https://www.nlga.niedersachsen.de/seu/schuleingangsuntersuchungen-200115.html>.

Petermann F et al. (2009). Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen, SOPESS, Handanweisungen zur Durchführung und Auswertung. Hrsg.: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA NRW), Düsseldorf.

Robert Koch-Institut (2023a). Kinder- und Jugendgesundheit. Online abrufbar (13.01.2025): https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/K/Kinder_Jugendgesundheit/Kinder_Jugendgesundheit_node.html.

Robert Koch-Institut (2023b). Elimination der Masern und Röteln in Deutschland. Online abrufbar (02.10.2025): <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Eliminationsprogramme/elimination-masern-roeteln-deutschland.html>.

Robert Koch-Institut (2024). Impfkalender – Empfehlungen der Ständigen Impfkommission. Online abrufbar (13.01.2025): https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Aktuelles/Impfkalender.pdf?__blob=publicationFile.

Schmid R (2017). Junge zu sein – ein Entwicklungsrisiko? Kinderärztliche Praxis, 2017; 88 (6) S. 363. Online abrufbar (14.01.2025): <https://www.kinderaerztliche-praxis.de/a/entwicklungsstoerungen-junge-zu-sein-ein-entwicklungsrisiko-1851232>.

Schmidt C & Schürhoff J (2024). Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie – Erkenntnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen im Hochsauerlandkreis. Fachtagung „Kommunale Gesundheitsberichterstattung. 10.10.2024, Essen. Online abrufbar (17.01.2025): https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/service/Veranst/241010_gbe/Abstract_Schuerhoff.pdf.

STIKO (Ständige Impfkommission) (2020). Wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung der 6-fach Impfung (DTaP-IPV-Hib-HepB) nach dem 2+1-Impfschema. Epid Bull; 26:3-21.

Tempel G (2023). Kindergesundheit nach dem Lockdown – Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Bremen. Gesundheitswesen; 85(S 01): S76. DOI: 10.1055/s-0043-1762810.



Anhang

		Untergewicht (< 10. Perzentil)	Normalgewicht (10. bis 90. Perzentil)	Übergewicht (> 90. bis 97. Perzentil)	Adipositas (> 97. Perzentil)
2014/15	n	2.196	18.425	1.459	1.069
	%	9,5%	79,6%	6,3%	4,6%
2015/16	n	2.128	18.898	1.487	1.171
	%	9,0%	79,8%	6,3%	4,9%
2016/17	n	1.925	16.946	1.317	1.060
	%	9,1%	79,8%	6,2%	5,0%
2017/18	n	1.966	17.442	1.461	1.153
	%	8,9%	79,2%	6,6%	5,2%
2018/19	n	1.852	17.681	1.435	1.143
	%	8,4%	80,0%	6,5%	5,2%
2021/22	n	1.010	8.950	761	679
	%	8,9%	78,5%	6,7%	6,0%
2022/23	n	1.925	18.034	1.383	1.136
	%	8,6%	80,2%	6,2%	5,1%
2023/24	n	2.134	19.780	1.573	1.324
	%	8,6%	79,7%	6,3%	5,3%

Anhang-Tab. 9: Anzahl und Anteil der einzuschulenden Kinder in Perzentilen des Body-Mass-Index (BMI) nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001) nach Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23	2023/24
Anzahl der Kinder	N	23.865	24.382	22.119	22.910	23.319	11.853	23.205	25.408
fehlende Angaben	n	129	213	645	145	267	123	397	515
	%	0,5%	0,9%	2,9%	0,6%	1,1%	1,0%	1,7%	2,0%
gültige Angaben	n	23.736	24.169	21.474	22.765	23.052	11.730	22.808	24.893
Summe ABDX	n	7.356	7.906	7.399	8.385	8.099	4.612	6.904	7.836
	%	31,0%	32,7%	34,5%	36,8%	35,1%	39,3%	30,3%	31,5%
X: nicht behandlungsbedürftig	n	3.213	3.626	3.663	4.227	3.984	2.208	3.108	3.736
	%	13,5%	15,0%	17,1%	18,6%	17,3%	18,8%	13,6%	15,0%
B: Behandlung ausreichend	n	2.346	2.390	2.122	2.257	2.267	1.070	1.718	1.951
	%	9,9%	9,9%	9,9%	9,9%	9,8%	9,1%	7,5%	7,8%
A: Arztüberweisung	n	1.787	1.876	1.603	1.887	1.824	1.326	2.068	2.139
	%	7,5%	7,8%	7,5%	8,3%	7,9%	11,3%	9,1%	8,6%
D: Leistungs- beeinträchtigung	n	10	14	11	14	24	8	10	10
	%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	4.143	4.280	3.736	4.158	4.115	2.404	3.796	4.100
	%	17,5%	17,7%	17,4%	18,3%	17,9%	20,5%	16,6%	16,5%

Anhang-Tab. 10: Beurteilung des Sehvermögens nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23	2023/24
Anzahl der Kinder	N	23.865	24.382	22.119	22.910	23.319	11.853	23.205	25.408
fehlende Angaben	n	124	170	688	142	246	128	373	448
	%	0,5%	0,7%	3,1%	0,6%	1,1%	1,1%	1,6%	1,8%
gültige Angaben	n	23.741	24.212	21.431	22.768	23.073	11.725	22.832	24.960
Summe ABDX	n	1.751	1.810	1.589	1.614	1.564	782	1.714	2.062
	%	7,4%	7,5%	7,4%	7,1%	6,8%	6,7%	7,5%	8,3%
X: nicht behandlungsbedürftig	n	111	153	151	152	151	27	73	120
	%	0,5%	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%	0,2%	0,3%	0,5%
B: Behandlung ausreichend	n	626	662	540	612	514	225	490	695
	%	2,6%	2,7%	2,5%	2,7%	2,2%	1,9%	2,1%	2,8%
A: Arztüberweisung	n	978	964	871	821	860	517	1.127	1.228
	%	4,1%	4,0%	4,1%	3,6%	3,7%	4,4%	4,9%	4,9%
D: Leistungs- beeinträchtigung	n	36	31	27	29	39	13	24	19
	%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	1.640	1.657	1.438	1.462	1.413	755	1.641	1.942
	%	6,9%	6,8%	6,7%	6,4%	6,1%	6,4%	7,2%	7,8%

Anhang-Tab. 11: Beurteilung des Hörvermögens nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23	2023/24
Anzahl der Kinder	N	23.865	24.382	22.119	22.910	23.319	11.853	23.205	25.408
fehlende Angaben	n	4.181	4.395	3.280	949	1.532	154	739	147
	%	17,5%	18,0%	14,8%	4,1%	6,6%	1,3%	3,2%	0,6%
gültige Angaben	n	19.684	19.987	18.839	21.961	21.787	11.699	22.466	25.261
Summe ABDX	n	3.306	3.582	3.455	3.563	4.244	2.251	4.259	5.693
	%	16,8%	17,9%	18,3%	16,2%	19,5%	19,2%	19,0%	22,5%
X: nicht behandlungsbedürftig	n	1.953	2.250	2.140	2.196	2.645	1.462	2.377	3.693
	%	9,9%	11,3%	11,4%	10,0%	12,1%	12,5%	10,6%	14,6%
B: Behandlung ausreichend	n	846	763	702	800	933	399	949	1.079
	%	4,3%	3,8%	3,7%	3,6%	4,3%	3,4%	4,2%	4,3%
A: Arztüberweisung	n	497	552	591	563	659	390	933	921
	%	2,5%	2,8%	3,1%	2,6%	3,0%	3,3%	4,2%	3,6%
D: Leistungs- beeinträchtigung	n	10	17	22	4	7	0	0	0
	%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	1.353	1.332	1.315	1.367	1.599	789	1.882	2.000
	%	6,9%	6,7%	7,0%	6,2%	7,3%	6,7%	8,4%	7,9%

Anhang-Tab. 12: Beurteilung der grobmotorischen Körperkoordination nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23	2023/24
Anzahl der Kinder	N	22.938	21.447	21.268	21.734	22.086	11.401	22.089	23.842
fehlende Angaben	n	3.157	3.217	872	818	2.951	43	621	78
	%	13,8%	15,0%	4,1%	3,8%	13,4%	0,4%	2,8%	0,3%
gültige Angaben	n	19.781	18.230	20.396	20.916	19.135	11.358	21.468	23.764
Summe ABDX	n	5.970	6.128	6.598	7.822	6.994	4.126	7.009	8.612
	%	30,2%	33,6%	32,3%	37,4%	36,6%	36,3%	32,6%	36,2%
X: nicht behandlungsbedürftig	n	1.964	1.790	1.772	2.489	2.518	1.725	2.507	3.068
	%	9,9%	9,8%	8,7%	11,9%	13,2%	15,2%	11,7%	12,9%
B: Behandlung ausreichend	n	3.035	3.127	3.585	3.808	3.013	1.285	2.286	3.014
	%	15,3%	17,2%	17,6%	18,2%	15,7%	11,3%	10,6%	12,7%
A: Arztüberweisung	n	971	1.209	1.241	1.524	1.460	1.116	2.216	2.530
	%	4,9%	6,6%	6,1%	7,3%	7,6%	9,8%	10,3%	10,6%
D: Leistungs- beeinträchtigung	n	0	2	0	1	3	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	4.006	4.338	4.826	5.333	4.476	2.401	4.502	5.544
	%	20,3%	23,8%	23,7%	25,5%	23,4%	21,1%	21,0%	23,3%

Anhang-Tab. 13: Beurteilung des Sprach- und Sprechvermögens nach Befund und Untersuchungsjahr.

Hinweis: Kinder, die mehrsprachig aufwachsen und sich mit der deutschen Sprache nicht verständlich machen können, werden hier nicht berücksichtigt.

Familiensprache: Deutsch			2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23	2023/24
Anzahl der Kinder	N		18.865	17.141	16.820	16.811	17.240	8.228	16.335	17.801
fehlende Angaben / nicht beurteilbar	n		2.600	12.412	3.654	1.753	695	332	828	518
	%		13,8%	72,4%	21,7%	10,4%	4,0%	4,0%	5,1%	2,9%
gültige Angaben	n		16.265	4.729	13.166	15.058	16.545	7.896	15.507	17.283
1. kein Deutsch	n		33		27	25	34	13	42	42
	%		0,2%		0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%
2. radebrechendes Deutsch	n		125		138	90	141	56	145	157
	%		0,8%		1,0%	0,6%	0,9%	0,7%	0,9%	0,9%
3. flüssiges Deutsch mit erheblichen Fehlern	n		1.044		898	842	1.044	496	922	987
	%		6,4%		6,8%	5,6%	6,3%	6,3%	5,9%	5,7%
4. flüssiges Deutsch mit leichten Fehlern	n		5.611		5.428	6.135	8.544	4.289	7.623	9.504
	%		34,5%		41,2%	40,7%	51,6%	54,3%	49,2%	55,0%
5. fehlerfreies und flüssiges Deutsch	n		9.452		6.675	7.966	6.782	3.042	6.775	6.593
	%		58,1%		50,7%	52,9%	41,0%	38,5%	43,7%	38,1%
Sprachkompetent (Summe 4 und 5)	n		15.063		12.103	14.101	15.326	7.331	14.398	16.097
	%		92,6%		91,9%	93,6%	92,6%	92,8%	92,8%	93,1%

Anhang-Tab. 14: Beurteilung der Sprachkompetenz nach Sprache, die in der Familie überwiegend gesprochen wird (= Deutsch) und nach Untersuchungsjahr.

Familiensprache: Deutsch			2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23	2023/24
Anzahl der Kinder	N		1.160	1.437	1.573	1.963	1.882	984	2.202	2.558
fehlende Angaben / nicht beurteilbar	n		58	1.214	125	350	97	66	129	129
	%		5,0%	84,5%	7,9%	17,8%	5,2%	6,7%	5,9%	5,0%
gültige Angaben	n		1.102	223	1.448	1.613	1.785	918	2.073	2.429
1. kein Deutsch	n		183		296	257	274	195	527	573
	%		16,6%		20,4%	15,9%	15,4%	21,2%	25,4%	23,6%
2. radebrechendes Deutsch	n		225		431	392	480	292	635	752
	%		20,4%		29,8%	24,3%	26,9%	31,8%	30,6%	31,0%
3. flüssiges Deutsch mit erheblichen Fehlern	n		368		393	561	594	251	543	708
	%		33,4%		27,1%	34,8%	33,3%	27,3%	26,2%	29,1%
4. flüssiges Deutsch mit leichten Fehlern	n		262		254	336	375	153	308	363
	%		23,8%		17,5%	20,8%	21,0%	16,7%	14,9%	14,9%
5. fehlerfreies und flüssiges Deutsch	n		64		74	67	62	27	60	33
	%		5,8%		5,1%	4,2%	3,5%	2,9%	2,9%	1,4%
Sprachkompetent (Summe 4 und 5)	n		326		328	403	437	180	368	396
	%		29,6%		22,7%	25,0%	24,5%	19,6%	17,8%	16,3%

Anhang-Tab. 15: Beurteilung der Sprachkompetenz nach Sprache, die in der Familie überwiegend gesprochen wird (= mehrsprachig ohne Deutsch) und nach Untersuchungsjahr.

Familiensprache: Deutsch			2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23	2023/24
Anzahl der Kinder	N		3.138	2.955	3.204	3.244	3.285	2.431	4.194	4.137
fehlende Angaben / nicht beurteilbar	n		235	2.506	604	944	330	474	450	580
	%		7,5%	84,8%	18,9%	29,1%	10,0%	19,5%	10,7%	14,0%
gültige Angaben	n		2.903	449	2.600	2.300	2.955	1.957	3.744	3.557
1. kein Deutsch	n		42		33	27	47	47	115	81
	%		1,4%		1,3%	1,2%	1,6%	2,4%	3,1%	2,3%
2. radebrechendes Deutsch	n		123		200	169	254	206	488	362
	%		4,2%		7,7%	7,3%	8,6%	10,5%	13,0%	10,2%
3. flüssiges Deutsch mit erheblichen Fehlern	n		643		748	542	830	597	1.022	1.062
	%		22,1%		28,8%	23,6%	28,1%	30,5%	27,3%	29,9%
4. flüssiges Deutsch mit leichten Fehlern	n		1.360		1.166	1.093	1.412	884	1.585	1.542
	%		46,8%		44,8%	47,5%	47,8%	45,2%	42,3%	43,4%
5. fehlerfreies und flüssiges Deutsch	n		735		453	469	412	223	534	510
	%		25,3%		17,4%	20,4%	13,9%	11,4%	14,3%	14,3%
Sprachkompetent (Summe 4 und 5)	n		2.095		1.619	1.562	1.824	1.107	2.119	2.052
	%		72,2%		62,3%	67,9%	61,7%	56,6%	56,6%	57,7%

Anhang-Tab. 16: Beurteilung der Sprachkompetenz nach Sprache, die in der Familie überwiegend gesprochen wird (= mehrsprachig mit Deutsch) und nach Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23	2023/24
Anzahl der Kinder	N	23.865	24.382	22.119	22.910	23.319	11.853	23.205	25.408
fehlende Angaben	n	5.690	5.920	3.226	4.891	4.860	50	699	63
	%	23,8%	24,3%	14,6%	21,3%	20,8%	0,4%	3,0%	0,2%
gültige Angaben	n	18.175	18.462	18.893	18.019	18.459	11.803	22.506	25.345
Summe ABDX	n	1.881	1.935	1.989	2.184	2.400	1.632	2.837	3.664
	%	10,3%	10,5%	10,5%	12,1%	13,0%	13,8%	12,6%	14,5%
X: nicht behandlungsbedürftig	n	1.188	1.142	1.182	1.289	1.412	911	1.442	1.836
	%	6,5%	6,2%	6,3%	7,2%	7,6%	7,7%	6,4%	7,2%
B: Behandlung ausreichend	n	334	379	386	472	528	367	755	948
	%	1,8%	2,1%	2,0%	2,6%	2,9%	3,1%	3,4%	3,7%
A: Arztüberweisung	n	359	402	414	421	457	354	640	880
	%	2,0%	2,2%	2,2%	2,3%	2,5%	3,0%	2,8%	3,5%
D: Leistungs- beeinträchtigung	n	0	12	7	2	3	0	0	0
	%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	693	793	807	895	988	721	1.395	1.828
	%	3,8%	4,3%	4,3%	5,0%	5,4%	6,1%	6,2%	7,2%

Anhang-Tab. 17: Beurteilung der selektiven Aufmerksamkeit nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23	2023/24
Anzahl der Kinder	N	23.865	24.382	22.119	22.910	23.319	11.853	23.205	25.408
fehlende Angaben	n	9.357	6.663	5.962	5.568	4.857	54	710	90
	%	39,2%	27,3%	27,0%	24,3%	20,8%	0,5%	3,1%	0,4%
gültige Angaben	n	14.508	17.719	16.157	17.342	18.462	11.799	22.495	25.318
Summe ABDX	n	1.764	2.393	2.008	2.665	2.551	2.308	3.285	4.404
	%	12,2%	13,5%	12,4%	15,4%	13,8%	19,6%	14,6%	17,4%
X: nicht behandlungsbedürftig	n	1.209	1.622	1.359	1.787	1.650	1.625	1.968	2.677
	%	8,3%	9,2%	8,4%	10,3%	8,9%	13,8%	8,7%	10,6%
B: Behandlung ausreichend	n	266	337	285	419	450	325	659	864
	%	1,8%	1,9%	1,8%	2,4%	2,4%	2,8%	2,9%	3,4%
A: Arztüberweisung	n	288	420	359	458	445	358	658	863
	%	2,0%	2,4%	2,2%	2,6%	2,4%	3,0%	2,9%	3,4%
D: Leistungs- beeinträchtigung	n	1	14	5	1	6	0	0	0
	%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	555	771	649	878	901	683	1.317	1.727
	%	3,8%	4,4%	4,0%	5,1%	4,9%	5,8%	5,9%	6,8%

Anhang-Tab. 18: Beurteilung des Zahlen- und Mengenvorwissens nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23	2023/24
Anzahl der Kinder	N	23.865	24.382	22.119	22.910	23.319	11.853	23.205	25.408
fehlende Angaben	n	5.658	5.931	5.784	4.932	5.491	49	59	83
	%	23,7%	24,3%	26,1%	21,5%	23,5%	0,4%	0,3%	0,3%
gültige Angaben	n	18.207	18.451	16.335	17.978	17.828	11.804	23.146	25.325
Summe ABDX	n	1.841	1.967	1.691	2.278	2.463	1.359	2.557	3.269
	%	10,1%	10,7%	10,4%	12,7%	13,8%	11,5%	11,0%	12,9%
X: nicht behandlungsbedürftig	n	1.096	1.167	1.038	1.353	1.475	749	1.281	1.711
	%	6,0%	6,3%	6,4%	7,5%	8,3%	6,3%	5,5%	6,8%
B: Behandlung ausreichend	n	359	353	302	452	485	271	603	761
	%	2,0%	1,9%	1,8%	2,5%	2,7%	2,3%	2,6%	3,0%
A: Arztüberweisung	n	373	434	340	470	501	339	673	797
	%	2,0%	2,4%	2,1%	2,6%	2,8%	2,9%	2,9%	3,1%
D: Leistungs- beeinträchtigung	n	13	13	11	3	2	0	0	0
	%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	745	800	653	925	988	610	1.276	1.558
	%	4,1%	4,3%	4,0%	5,1%	5,5%	5,2%	5,5%	6,2%

Anhang-Tab. 19: Beurteilung der visuellen Wahrnehmung nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23	2023/24
Anzahl der Kinder	N	23.865	24.382	22.119	22.910	23.319	11.853	23.205	25.408
fehlende Angaben	n	6.332	6.560	22.119	3.345	3.110	47	703	85
	%	26,5%	26,9%	100,0%	14,6%	13,3%	0,4%	3,0%	0,3%
gültige Angaben	n	17.533	17.822		19.565	20.209	11.806	22.502	25.323
Summe ABDX	n	3.242	3.472		3.869	4.124	2.192	4.373	5.690
	%	18,5%	19,5%		19,8%	20,4%	18,6%	19,4%	22,5%
X: nicht behandlungsbedürftig	n	1.581	1.712		1.736	1.973	941	1.895	2.607
	%	9,0%	9,6%		8,9%	9,8%	8,0%	8,4%	10,3%
B: Behandlung ausreichend	n	832	818		1.034	1.039	549	1.096	1.362
	%	4,7%	4,6%		5,3%	5,1%	4,7%	4,9%	5,4%
A: Arztüberweisung	n	826	932		1.096	1.109	702	1.382	1.721
	%	4,7%	5,2%		5,6%	5,5%	5,9%	6,1%	6,8%
D: Leistungs- beeinträchtigung	n	3	10		3	3	0	0	0
	%	0,0%	0,1%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	1.661	1.760		2.133	2.151	1.251	2.478	3.083
	%	9,5%	9,9%		10,9%	10,6%	10,6%	11,0%	12,2%

Anhang-Tab. 20: Beurteilung der Visuomotorik nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23	2023/24
Anzahl der Kinder	N	23.865	24.382	22.119	22.910	23.319	11.853	23.205	25.408
fehlende Angaben	n	2.982	3.146	777	22.901	622	2	0	1
	%	12,5%	12,9%	3,5%	100,0%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%
gültige Angaben	n	20.883	21.236	21.342		22.697	11.851	23.205	25.407
Summe ABDX	n	3.583	3.443	3.548		3.553	1.660	3.412	5.023
	%	17,2%	16,2%	16,6%		15,7%	14,0%	14,7%	19,8%
X: nicht behandlungsbedürftig	n	2.617	2.325	2.231		1.910	979	1.850	2.529
	%	12,5%	10,9%	10,5%		8,4%	8,3%	8,0%	10,0%
B: Behandlung ausreichend	n	723	848	1.003		1.205	396	1.031	1.564
	%	3,5%	4,0%	4,7%		5,3%	3,3%	4,4%	6,2%
A: Arztüberweisung	n	240	263	305		435	285	531	930
	%	1,1%	1,2%	1,4%		1,9%	2,4%	2,3%	3,7%
D: Leistungs- beeinträchtigung	n	3	7	9		3	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	966	1.118	1.317		1.643	681	1.562	2.494
	%	4,6%	5,3%	6,2%		7,2%	5,7%	6,7%	9,8%

Anhang-Tab. 21: Beurteilung des Verhaltens nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23	2023/24
Hoher Förderbedarf	Nein	20.857	20.947	18.666	19.602	19.694	10.006	19.132	21.060
	Ja	1.604	1.910	2.178	2.076	2.490	1.277	3.059	3.340
	keine Angabe	2	4	1		8			
	Gesamt	22.463	22.861	20.845	21.678	22.192	11.283	22.191	24.400
Mäßiger Förderbedarf	Nein	20.187	20.468	18.527	18.977	19.490	9.555	19.020	21.039
	Ja	2.276	2.392	2.318	2.701	2.697	1.728	3.171	3.361
	keine Angabe		1			5			
	Gesamt	22.463	22.861	20.845	21.678	22.192	11.283	22.191	24.400

Anhang-Tab. 22: Anzahl der Kinder (Reguläreinschülerinnen und -schüler im Alter von 6 Jahren und mehr zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) nach Höhe des Förderbedarfs und Untersuchungsjahr.

	2014/15	2015/16	2016/17	2018/19	2021/22	2022/23	2023/24
Heilpädagogische Förderung							
keine Maßnahme	21.488	21.877	19.731	20.726	10.551	20.888	22.779
findet statt	1.864	1.906	1.905	2.044	1.031	1.820	2.058
hat früher stattgefunden	501	586	464	468	205	335	351
wird empfohlen, hat bereits früher stattgefunden	0	6	0	13	10	23	39
wird erstmals empfohlen	0	7	1	68	56	139	181
Gesamt	23.853	24.382	22.101	23.319	11.853	23.205	25.408
Physiotherapie							
keine Maßnahme	20.180	20.342	18.787	19.893	10.278	20.482	22.622
findet statt	540	561	445	478	234	423	462
hat früher stattgefunden	3.113	3.440	2.867	2.837	1.293	2.165	2.184
wird empfohlen, hat bereits früher stattgefunden	14	9	10	28	16	48	37
wird erstmals empfohlen	16	30	10	83	32	86	103
Gesamt	23.863	24.382	22.119	23.319	11.853	23.204	25.408
Ergotherapie							
keine Maßnahme	20.655	21.093	19.039	20.219	10.151	19.773	21.478
findet statt	1.762	1.792	1.515	1.501	894	1.584	1.856
hat früher stattgefunden	822	856	822	689	361	601	655
wird empfohlen, hat bereits früher stattgefunden	86	66	86	111	40	159	128
wird erstmals empfohlen	538	575	657	799	406	1.087	1.291
Gesamt	23.863	24.382	22.119	23.319	11.852	23.204	25.408
Logopädie							
keine Maßnahme	17.852	18.274	16.553	17.635	8.937	17.330	18.838
findet statt	3.179	3.082	2.928	2.970	1.554	2.913	3.423
hat früher stattgefunden	2.312	2.371	2.061	1.963	909	1.843	1.908
wird empfohlen, hat bereits früher stattgefunden	168	142	141	186	78	242	237
wird erstmals empfohlen	354	512	436	564	374	877	1.002
Gesamt	23.865	24.381	22.119	23.318	11.852	23.205	25.408

Anhang-Tab. 23: Anzahl der Kinder, bei denen heilpädagogische Maßnahmen oder Heilmittel bereits in Anspruch genommen wurden, aktuell in Anspruch genommen werden oder (erneut) empfohlen werden, nach Art der Fördermaßnahme (Heilpädagogik, Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie) und Untersuchungsjahr.

	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23	2023/24
Empfehlung Nicht-Einschulung / Beurlaubung								
Nein	21.492	21.846	19.882	18.432		9.009	20.969	23.832
Ja	305	331	312	415		228	593	568
Keine Angabe	666	684	651	2.831	22.192	2.046	629	
Gesamt	22.463	22.861	20.845	21.678	22.192	11.283	22.191	24.400
Ablehnung Kann-Kind								
Nein	1.172	1.299	1.033	1.061	895	299	843	855
Ja	230	222	210	171	169	74	138	153
Keine Angabe			31		63	197	33	
Gesamt	1.402	1.521	1.274	1.232	1.127	570	1.014	1.008

Anhang-Tab. 24: Anzahl der Kinder mit einer Empfehlung zur Nicht-Einschulung / Beurlaubung (Reguläreinschülerinnen und -schüler) und Anteil der Kann-Kinder mit einer Empfehlung zur Einschulungsablehnung nach Untersuchungsjahr.

Untersuchung absolviert?	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23	2023/24
U-Heft lag vor:								
Ja	22.142	20.019	19.759		21.520	10.887	21.434	23.490
Untersuchung absolviert:								
Ja								
U1	21.697	19.533	19.135		20.524	10.239	20.567	22.632
U2	21.699	19.536	19.128		20.512	10.241	20.545	22.613
U3	21.662	19.497	19.105		20.484	10.261	20.554	22.570
U4	21.648	19.490	19.115		20.495	10.269	20.553	22.528
U5	21.650	19.505	19.129		20.513	10.322	20.601	22.565
U6	21.710	19.556	19.159		20.560	10.436	20.717	22.648
U7	21.700	19.543	19.140		20.613	10.484	20.692	22.507
U7a	18.891	19.076	18.921		20.679	10.480	20.570	22.052
U8	21.681	19.532	19.213		20.923	10.404	20.176	22.438
U9	21.159	19.039	18.820		20.555	9.942	20.143	22.212

Anhang-Tab. 25: Anzahl der Kinder mit vorgelegtem U-Heft und absolvierten Früherkennungsuntersuchungen nach Untersuchung (U1 bis U9) und Untersuchungsjahr.

		2022/23: Anzahl	2023/24: Anzahl
Impfheft hat vorgelegen?	Ja	21.831	23.879
Impfung	Impfstatus		
Diphtherie	GI vollst.	20.919	22.938
	GI begonnen, aber unvollst.	368	395
Tetanus	GI vollst.	20.968	22.970
	GI begonnen, aber unvollst.	358	393
Pertussis	GI vollst.	20.800	22.848
	GI begonnen, aber unvollst.	383	390
Polio	GI vollst.	20.853	22.865
	GI begonnen, aber unvollst.	389	370
Haemophilus influenzae Typ b (Hib)	GI vollst.	20.538	22.528
	GI begonnen, aber unvollst.	263	346
Hepatitis B	GI vollst.	20.300	22.280
	GI begonnen, aber unvollst.	288	341
Masern	mind. 1 Dosis	21.637	23.710
	mind. 2 Dosen	21.158	23.257
Mumps	mind. 1 Dosis	21.562	23.646
	mind. 2 Dosen	21.135	23.225
Röteln	mind. 1 Dosis	21.496	23.637
	mind. 2 Dosen	21.076	23.213
Varizellen	mind. 1 Dosis	20.356	22.465
	mind. 2 Dosen	19.947	22.032
Meningokokken C	mind. 1 Dosis	20.095	21.974
Pneumokokken	GI vollst.	18.364	19.796
	GI begonnen, aber unvollst.	1.616	2.176
Rotavirus	mind. 2 Dosen	15.667	16.509
	genau 1 Dosis	572	759

Anhang-Tab. 26: Anzahl der Kinder mit vorgelegtem Impfheft und durchgeführten Impfungen, die für die Altersgruppe der einzuschulenden Kinder von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden, nach Impfung und Untersuchungsjahr.