

IM FOKUS Gesundheitsberichterstattung
Schleswig-Holstein

Kindergesundheit in Schleswig-Holstein

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

Untersuchungsjahr 2021/22





Kerstin von der Decken
Ministerin für Justiz und Gesundheit
des Landes Schleswig-Holstein

Liebe Leserinnen und Leser,

jedes Jahr werden in Schleswig-Holstein etwa 25.000 Kinder in die erste Klasse der Grundschule eingeschult. Für die Kinder beginnt damit ein neuer, in ihrer weiteren Entwicklung ganz zentraler, Lebensabschnitt. Die Schule wird dabei für die Kinder viel mehr sein als „nur“ Unterricht, sie wird auch zu einem bedeutenden sozialen Lern- und Lebensraum werden.

Die Entwicklung von Kindern ist sehr individuell. Darum ist es wichtig, sicherzustellen, dass sie den Anforderungen an den neuen Lebensraum Schule gewachsen sind und dass dafür möglicherweise notwendige Hilfen und Förderungen frühzeitig identifiziert werden. Darüber hinaus leisten die Schuleingangsuntersuchungen einen wertvollen Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung.

Mein besonderer Dank gilt deshalb den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste sowie der Zahnärztlichen Dienste in den Gesundheitsämtern der Kreise und kreisfreien Städte sowie dem Dänischen Gesundheitsdienst, die mit viel Engagement die Kinder untersuchen, Eltern und Schulen beraten sowie gegebenenfalls weitere Hilfen vermitteln.

In den vergangenen Jahren hat die COVID-19 Pandemie unser aller Leben maßgeblich beeinflusst. Für Vorschulkinder gilt das sogar für einen

zeitlichen Großteil ihres bisherigen Lebens. Gerade Kindern und Jugendlichen wurden in dieser Zeit enorme und bisher nie dagewesene Einschränkungen abverlangt. Daher soll der vorliegende Bericht auch einen Beitrag dafür leisten, mögliche Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheit der Kinder besser zu erkennen.

Ich hoffe, die Lektüre dieses Berichts regt Sie dazu an, an einer weiteren Verbesserung der Gesundheit von Kindern in Schleswig-Holstein mitzuwirken und ihnen damit auch einen erfolgreichen Start in die Schullaufbahn zu ermöglichen.

Ihre

A handwritten signature in blue ink that reads "Kerstin von der Decken". The signature is written in a cursive, flowing style.

Kerstin von der Decken
Ministerin für Justiz und Gesundheit
des Landes Schleswig-Holstein

INHALT

1. Einleitung	4
2. Methodik	6
2.1 Schuleingangsuntersuchung	7
2.2 Erhebungsinstrumente und Indikatoren	8
2.3 Datenauswahl und -analyse	9
3. Ergebnisse	11
3.1 Soziodemographie und familiäre Situation	12
3.2 Gewicht und Body-Mass-Index	14
3.3 Sehen	16
3.4 Hören	17
3.5 Körperkoordination	18
3.6 Sprachentwicklung und Sprachkompetenz	19
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	33
3.15 Früherkennungsuntersuchungen	34
3.16 Impfungen	35
4. Zahnärztliche Untersuchungen	37
4.1 Beschreibung der Untersuchung	38
4.2 Datenerfassung	38
4.3 Befunde	40
4.4 Zusammenfassung und Fazit der zahnärztlichen Untersuchungen	42
5. Zusammenfassung & Fazit	43
6. Quellen	46
7. Anhang	48

IMPRESSUM

Herausgeberin | Landesregierung Schleswig-Holstein
Ministerium für Justiz und Gesundheit, Lorentzendamms 35, 24103 Kiel

Autorin und Autoren | Timo Klösches und Dr. Daniel Bremer Ministerium für Justiz und Gesundheit
Nele Rindt Zahnärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Lübeck

Datenmanagement | Andrea Rieck, Dr. Susanne Elsner, Hannah Baltus und Nina Hartmann
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Universität zu Lübeck

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

Danksagung | Für die Bereitstellung der Daten danken wir den Gesundheitsämtern bzw. den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten der Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein.

Gestaltung | Benno Jonitz, Kiel

Kiel, November 2023

1

Einleitung



Die COVID-19 Pandemie war ein höchst einschneidendes und herausforderndes Ereignis. Nicht nur für die Gesundheit erkrankter Menschen, sondern auch für die Aufrechterhaltung medizinischer und pflegerischer Versorgung. Die Auswirkungen der Pandemie trafen alle Bevölkerungsgruppen. Einschränkungen zum Infektionsschutz (z. B. temporäre Schließungen von Kitas und Schulen) trafen jedoch Kinder und Jugendliche in einem stärkeren Ausmaß als viele andere Bevölkerungsgruppen (Leopoldina 2021, BMG & BMFSFJ 2021).

In der Folge zeigen viele Untersuchungen, dass sich die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der Pandemie verschlechtert zu haben scheint. Bei vulnerablen Gruppen können sich dabei auch mittel- und langfristige Defizite ergeben. Dies gilt insbesondere bei bereits bestehenden Ungleichheiten und Entwicklungsrisiken (Leopoldina 2021). Vorschulkinder haben dabei jedoch teilweise andere Anforderungen an ihre Alltagsgestaltung als ältere Kinder und Jugendliche und könnten daher auch von anderen Auswirkungen betroffen sein. Vorschulkinder zeigen insbesondere eine höhere Abhängigkeit von sozialen und familiären Ressourcen als ältere Kinder und Jugendliche (Rademacher & Koglin 2020).

Die während der COVID-19 Pandemie vielfach entstandenen Veränderungen familiärer Lebensrealitäten, z. B. durch unterschiedliche Möglichkeiten von Homeoffice und dem Wegfall von Betreuungsangeboten für Kinder, sowie die Sorge vor z. B. Erkrankungen, Arbeitsplatzverlust und wirtschaftlichem Abstieg, haben in vielen Familien zu zunehmendem Stress und einem schlechteren Familienklima geführt (Langmeyer et al. 2020). Untersuchungen haben gezeigt, dass während der COVID-19 Pandemie psychische Belastungen bei Vorschulkindern, trotz im Gegensatz zu Jugendlichen nur gering wahrgenommener virusspezifischer Ängste, zugenommen haben und sich insbesondere in einer Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten und Hyperaktivität zeigen (Maldei-Gohring et al. 2022).

Der vorliegende Fokusbericht über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen im Untersuchungsjahr 2021/22 ermöglicht insoweit auch einen Vergleich der untersuchten Jahrgänge vor und nach der COVID-19 Pandemie und liefert dadurch Hinweise, wie sich die Pandemie auf die Gesundheit der einzuschulenden Kinder in Schleswig-Holstein ausgewirkt hat.

2

Methodik



2.1

Schuleingangs- untersuchung

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.

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

Regelmäßig besteht die SEU aus zwei Teilen: Zunächst dokumentieren die medizinischen Fachangestellten (MFA) die von den Eltern mitgebrachten Informationen (z. B. durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Elternfragebogen), führen einen Seh- und Hörtest durch, messen Größe und Gewicht und machen mit dem Kind einige Aufgaben zur Erfassung der körperlichen Entwicklung. Danach untersuchen die Schulärztinnen und Schulärzte auf dieser Grundlage insbesondere die sprachliche Entwicklung, Grob- und Feinmotorik, Körperkoordination sowie die kognitive

Entwicklung des Kindes und führen eine körperliche Untersuchung durch. Die Schulärztinnen und Schulärzte nehmen zudem eine Impfberatung gemäß den Empfehlungen der ständigen Impfkommission des Robert Koch-Instituts (STIKO) vor, besprechen im Anschluss an die Untersuchung die Befunde sowie möglicherweise vorhandene ärztliche Empfehlungen und Überweisungen mit den Eltern und informieren sie über gegebenenfalls vorliegende schulrelevante Befunde, die im Interesse des Kindes an die zukünftige Grundschule weitergeleitet werden sollen, 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, dessen Durchführung im Arbeitshandbuch „S1/Z1-Untersuchungen“ der KJGD hinterlegt ist. Zur Gewährleistung einer objektiven Befundung steht das Handbuch den beteiligten Gesundheitsberufen zur Verfügung.

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) zum Verhaltens-Screening ein (Goodman et al. 1998). Das Ausfüllen des SDQ-Fragebogens durch die Eltern erfolgt auf freiwilliger Basis.

Zudem werden das Alter, das Körpergewicht und die Körpergröße der Kinder erhoben. Daraus werden z. B. die Perzentile für den Body-Mass-Index für die 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 zum Beispiel 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) gesendet. Dort werden die übermittelten 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 lediglich unvollständig statt und es wurden keine Daten an das Institut bzw. das Ministerium übermittelt. Die Datenübermittlung konnte für das Untersuchungsjahr 2021/2022, zumindest in großen Teilen, wiederaufgenommen werden.

2.3

Datenauswahl und -analyse

In Schleswig-Holstein wurden im Untersuchungsjahr 2021/2022 von 27.588 gemeldeten einzuschulenden Kindern insgesamt 18.536 Kinder untersucht (Tab. 1). Davon wurden 17.736 einzuschulende Kinder erstmalig untersucht. Sieben Gesundheitsämter (Kiel, Herzogtum-Lauenburg, Ostholstein, Pinneberg, Plön, Steinburg und der Dänische Gesundheitsdienst) 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, 34-62 % der Kinder untersuchen können. In Neumünster konnten keine Untersuchungen stattfinden.

Kreis / kreisfreie Stadt	Gemeldete einzuschulende Kinder*	Erneute Untersuchung (Z1)	Erstmalige Untersuchung (S1)	Anzahl untersuchter Kinder (S1+Z1)	Anteil der untersuchten Kinder (S1+Z1) an den gemeldeten Kindern*
Flensburg	686	9	223	232	34%
Kiel	2.182	46	2.155	2.201	101%
Lübeck	1.935	52	768	820	42%
Neumünster	709	0	0	0	0%
Dithmarschen	1.086	32	475	507	47%
Herzogtum Lauenburg	2.069	47	2.077	2.124	103%
Nordfriesland	1.409	23	607	630	45%
Ostholstein	1.673	44	1.629	1.673	100%
Pinneberg	3.302	166	3.141	3.307	100%
Plön	1.207	72	1.135	1.207	100%
Rendsburg-Eckernförde	2.400	102	1.389	1.491	62%
Schleswig-Flensburg	1.798	17	970	987	55%
Segeberg	2.707	95	977	1.072	40%
Steinburg	1.233	58	1.175	1.233	100%
Stormarn	2.583	29	426	455	18%
Dänischer Gesundheitsdienst	609	8	589	597	98%
Gesamt	27.588	800	17.736	18.536	67%

*In einigen Kreisen / kreisfreien Städten ist die Anzahl der untersuchten Kinder höher als die Anzahl der gemeldeten Kinder. Diese Diskrepanz ist u. a. durch Zu- und Wegzüge von schulpflichtigen Kindern zu erklären. Weitere Unschärfen ergeben sich aus der teilweise nicht eindeutigen Klassenzuordnung (erweiterte Schuleingangsstufe). Zudem finden Einschulungen von Kindern mit Flüchtlingserfahrung im gesamten Jahresverlauf statt. Zu guter Letzt sind ggf. nicht alle Schülerinnen und Schüler an Privatschulen vom Schulamt erfasst.

Tab. 1: Anzahl der gemeldeten einzuschulenden Kinder und schulärztlich durchgeführte Untersuchungen in Schleswig-Holstein im Untersuchungsjahr 2021/2022.

Im vorliegenden Bericht werden die Daten der Gesundheitsämter ausgewertet, die im Untersuchungsjahr 2021/22 eine Vollerhebung erreicht haben. Das heißt, die folgenden Auswertungen beziehen sich auf sechs Kreise und kreisfreie Städte sowie den Dänischen Gesundheitsdienst und umfassen die Daten aus den Untersuchungsjahren 2014/15, 2015/16, 2016/17, 2017/18, 2018/2019 und 2021/22 (Tab. 2). Aufgrund der COVID-19 Pandemie liegen für die Untersuchungsjahre 2019/20 und 2020/21 keine Daten vor.

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 nach bestimmten Kriterien (z. B. nach auffälligen Tests durch Medizinische Fachangestellte, 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.

Kreis / kreisfreie Stadt	14/15	15/16	16/17	17/18	18/19	21/22
Kiel	1.888	1.899	2.030	2.016	1.923	2.151
Herzogtum Lauenburg	1.694	1.716	1.759	1.773	1.826	2.077
Ostholstein	1.506	1.596	1.507	-	1.517	1.628
Pinneberg	2.753	2.739	2.793	2.794	2.820	3.132
Plön	1.055	1.106	666	1.033	1.004	1.135
Steinburg	1.071	1.063	1.069	1.098	-	1.148
Dänischer Gesundheitsdienst	538	504	569	515	544	583
Gesamt	10.505	10.623	10.393	9.229	9.634	11.854

Tab. 2: Anzahl der erstmalig durchgeführten Einschulungsuntersuchungen (S1) in ausgewählten Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein der Untersuchungsjahre 2014/15, 2015/16, 2016/17, 2017/18, 2018/2019 und 2021/22.

Die Kreise und kreisfreien Städte, die Untersuchungsquoten von 34-62 % aufweisen, werden in den folgenden Analysen nicht berücksichtigt. Aufgrund der begrenzten Untersuchungskapazitäten haben sich Gesundheitsämter, die nur einen Teil der Kinder untersuchen konnten, auf diejenigen Kinder konzentriert, die voraussichtlich 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.

Insgesamt wurden die Datensätze, zu denen keine 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 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.

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 oder der Migrationsbiografie der Eltern. Für diesen Bericht wurde 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.

3

Ergebnisse



3.1

Soziodemographie und familiäre Situation

Der Anteil der Mädchen liegt im Untersuchungsjahr 2021/22 bei 49 % und der der Jungen bei 51 %. Zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung sind die Kinder im Mittel 6,1 Jahre alt. Diese Werte entsprechen in etwa denen der vorangegangenen Untersuchungsjahre.

Tabelle 3 zeigt eine Übersicht der familiären Situation der untersuchten Kinder für das Untersuchungsjahr 2021/22. Die Zahlen des dargestellten Untersuchungsjahres ähneln den Untersuchungsjahren vor der COVID-19 Pandemie (2014/15 bis 2018/19).

	N	%
Höchster formaler Schulabschluss der Eltern (Angaben vorhanden: 73,8%)		
Kein / niedriger (Förder-, Hauptschule)	935	10,69%
Mittlerer (Realschule)	2.324	26,58%
Hoher (Gymnasium)	5.485	62,73%
Migrationsbiografie (MB) der Eltern (Angaben vorhanden: 79,9%)		
Keine MB der Eltern	7.198	75,99%
MB eines Elternteils	839	8,86%
MB beider Elternteile	1.435	15,15%
Sprache, die in der Familie überwiegend gesprochen wird (Angaben vorhanden: 98,2%)		
Deutsch	8.230	70,68%
Zweisprachig (eine davon deutsch)	2.430	20,87%
Eine andere Sprache	984	8,45%
Familienstruktur: Eltern (Angaben vorhanden: 84,6%)		
Beide leibliche Eltern	8.284	82,57%
Alleinerziehende/r	1.321	13,17%
Elternteil mit Partner	311	3,10%
Großeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern oder Heim	117	1,17%
Familienstruktur: Kinder (Angaben vorhanden: 79,8%)		
Anzahl der in der Familie lebenden Kinder	9.463	2,19 (Mittelwert)
Berufstätigkeit der Eltern (Angaben vorhanden: 37,5%)		
Beide Vollzeit (inkl. Ausbildung / Studium)*	692	15,58%
Beide Teilzeit (inkl. Minijobber)*	279	6,28%
Beide nicht berufstätig (inkl. Elternzeit)*	220	4,95%
Voll- und Teilzeit	2.447	55,10%
Vollzeit und nicht berufstätig	712	16,03%
Teilzeit und nicht berufstätig	91	2,05%
*In diesen Kategorien sind ebenfalls die Eltern enthalten, die alleinerziehend sind.		
Betreuung (Tagesmutter, Krippe oder Kita) (Angaben vorhanden: 77,9%)		
Mindestens 3 Tage pro Woche Fremdbetreuung	8.931	96,70%

Tab. 3: Soziodemographie und familiäre Situation der untersuchten Kinder für das Untersuchungsjahr 2021/22.

Im Untersuchungsjahr 2021/22 haben knapp 74 % der Eltern Angaben zu ihrem höchsten Schulabschluss gemacht. Relevant ist dabei der höchste von einem der Elternteile erreichte Schulabschluss. Rund 62,7 % der Eltern geben einen hohen, 26,6 % einen mittleren und 10,7 % einen niedrigen Schulabschluss an. Auch wenn sich aus dem formalen Schulabschluss keine direkte Aussage zum jeweiligen Bildungsstand im Einzelfall ableiten lässt, so eignet sich die vorgenommene Betrachtung zumindest als Indikator für den familiären Bildungsstand.

Zur Migrationsbiografie haben sich circa 80 % der Eltern geäußert. 76,0 % der Eltern berichten, dass sie keine Migrationsbiografie haben. Bei 8,9 % der Kinder hat ein Elternteil eine Migrationsbiografie und bei 15,2 % haben beide Eltern eine Migrationsbiografie. Die Angaben zur in der Familie überwiegend gesprochenen Sprache sind nahezu vollständig vorhanden (98,2 %). Fast drei Viertel der Eltern geben an, dass in der Familie deutsch gesprochen wird. Eine andere Sprache wird in 8,5 % der Familien gesprochen und ein Fünftel der Eltern nennen neben Deutsch noch eine weitere Sprache.

Die große Mehrheit (82,6 %) der Kinder leben mit ihren beiden leiblichen Eltern zusammen. 13,2 % der Eltern sind alleinerziehend, 3,1 % leben mit einem Elternteil und einer Partnerin / einem Partner und 1,2 % der Kinder leben mit Großeltern,

Pflegeeltern, Adoptiveltern oder im Heim. Hierzu liegen 84,6 % der Angaben vor. Im Durchschnitt leben die untersuchten Kinder in einem Haushalt mit 2,2 Kindern (Angaben liegen für knapp 80 % der Kinder vor).

Zur Berufstätigkeit der Eltern liegen lediglich für 37,5 % der Kinder Angaben vor. Entsprechend sind diese Angaben mit Unsicherheit behaftet. Die Anteile entsprechen jedoch in etwa denen der vorangegangenen Untersuchungsjahre. Die Mehrheit der Eltern (55,1 %) sind in Voll- und Teilzeit tätig. In 15,6 % der Familien arbeiten beide in Vollzeit, in 6,3 % der Familien beide in Teilzeit und in 5 % der Familien sind beide nicht berufstätig. In 16 % der Familien arbeitet ein Elternteil in Vollzeit und der andere ist nicht berufstätig und in 2 % der Familien arbeitet ein Elternteil in Teilzeit und der andere ist nicht berufstätig.

96,7 % der Eltern geben an, dass ihr einzuschulendes Kind mindestens ein begonnenes Jahr in der Fremdbetreuung (außerhalb der Familie) verbracht hat. Fremdbetreuung ist hier als eine Betreuung bei einer Tagesmutter / einem Tagesvater, einer Krippe oder einer Kita an mindestens 3 Tagen pro Woche definiert. Hierzu haben rund 78 % der Eltern Angaben gemacht.

3.2

Gewicht und Body-Mass-Index

Während der Schuleingangsuntersuchung wird bei den Kindern standardisiert die Körpergröße sowie das Körpergewicht 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.

Übergewicht (einschließlich Adipositas)

Insgesamt 12,7 % der untersuchten Kinder haben Übergewicht oder sind adipös (Abb. 1 & Anhang Tab. 10). Relevante Unterschiede bei den Geschlechtern lassen sich in der Gesamtbetrachtung nicht erkennen. Die Anteile sind im Untersuchungsjahr 2021/22 gegenüber den Jahren vor der COVID-19 Pandemie stärker angestiegen. Verglichen mit dem durchschnittlichen Ergebnis der Untersuchungsjahre 2014/15 bis 2018/19 (10,8 % übergewichtige oder adipöse Kinder) zeigt sich in Abbildung 1 im aktuellen Beobachtungszeitraum 2021/22 eine Zunahme der übergewichtigen oder adipösen Kinder (>90. Perzentil) um knapp 18 %.

Starkes Übergewicht/Adipositas

6,0 % der untersuchten Kinder hatten starkes Übergewicht bzw. Adipositas (>97. Perzentil) (Abb. 2 & Anhang-Tab. 10). Betrachtet man nur diese Kinder, lässt sich – verglichen mit Kindern mit Übergewicht (>90. bis einschließlich 97. Perzentil) – im aktuellen Untersuchungsjahr mit einer Zunahme um ca. 27 % eine deutliche Steigerung gegenüber den durchschnittlichen Anteilen vor der Pandemie (4,7 %) erkennen. Bei einer isolierten Betrachtung der Adipositas sind Jungen in den letzten Jahren etwas häufiger betroffen als Mädchen. Werden die Daten zum BMI in Abhängigkeit zum Bildungsstand der Eltern gestellt, sind deutliche Unterschiede erkennbar.

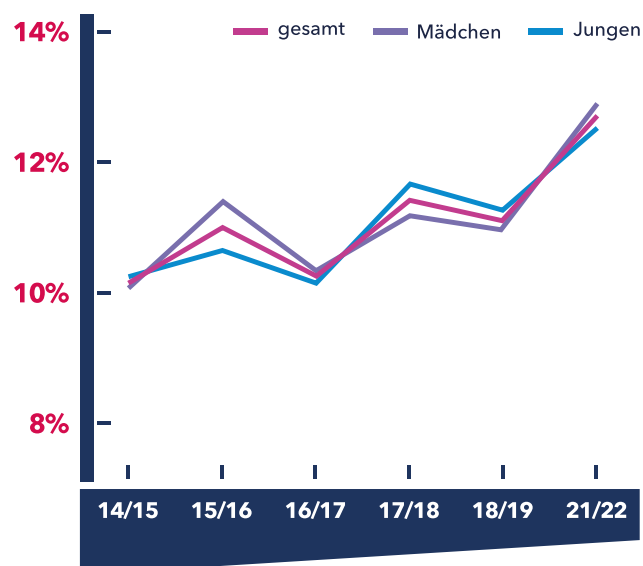


Abb. 1: Anteile der einzuschulenden Kinder mit Übergewicht einschließlich Adipositas (> 90. Perzentil des BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

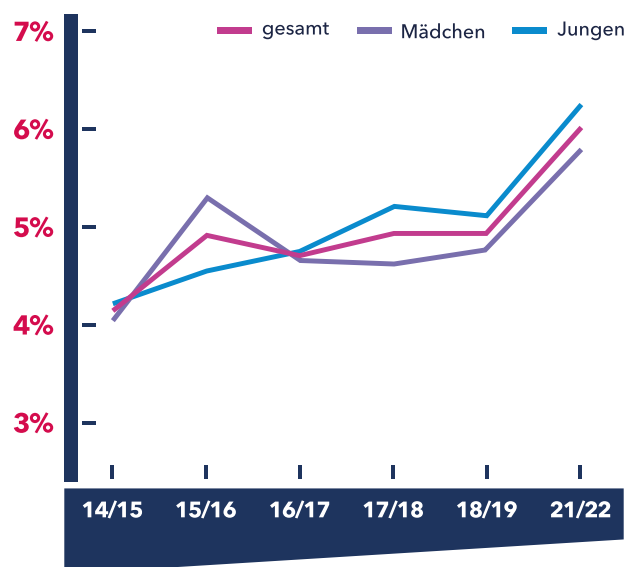


Abb. 2: Anteile der einzuschulenden Kinder mit Adipositas (> 97. Perzentil des BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

Die niedrigsten Anteile zeigen sich über alle Jahre bei Familien mit hohem Bildungsabschluss der Eltern, die höchsten Anteile bei Familien mit niedrigem elterlichem Bildungsstand. Im Vergleich zu den durchschnittlichen Werten vor der COVID-19 Pandemie (2015-2019) fällt weiterhin auf, dass im aktuellen Untersuchungsjahr die Anteile der übergewichtigen oder adipösen Kinder bei den Familien mit mittlerem Bildungsabschluss überproportional stark angestiegen sind. Diese Entwicklungen lassen sich sowohl bei einer kombinierten Betrachtung (>90. Perzentil; Abb. 3) als auch bei einer isolierten Betrachtung nur der Adipositas (>97. Perzentil; Abb. 4) vergleichbar beobachten.

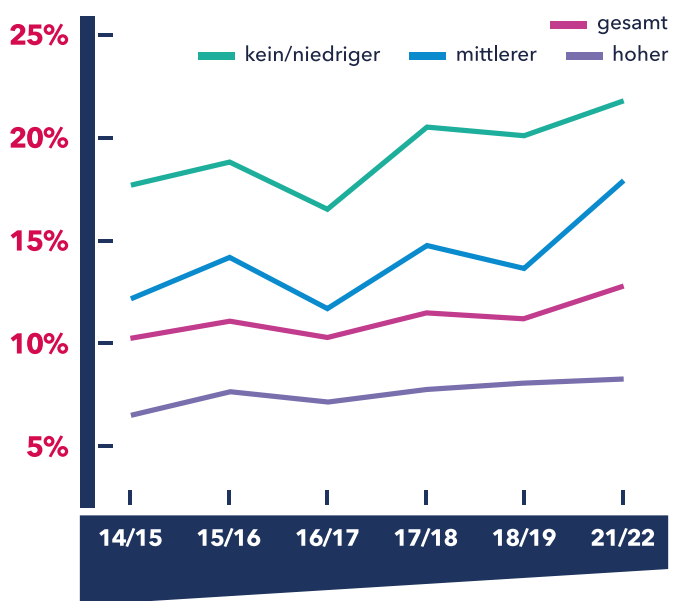


Abb. 3: Anteile der einzuschulenden Kinder mit Übergewicht einschließlich Adipositas (> 90. Perzentil des BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)) nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

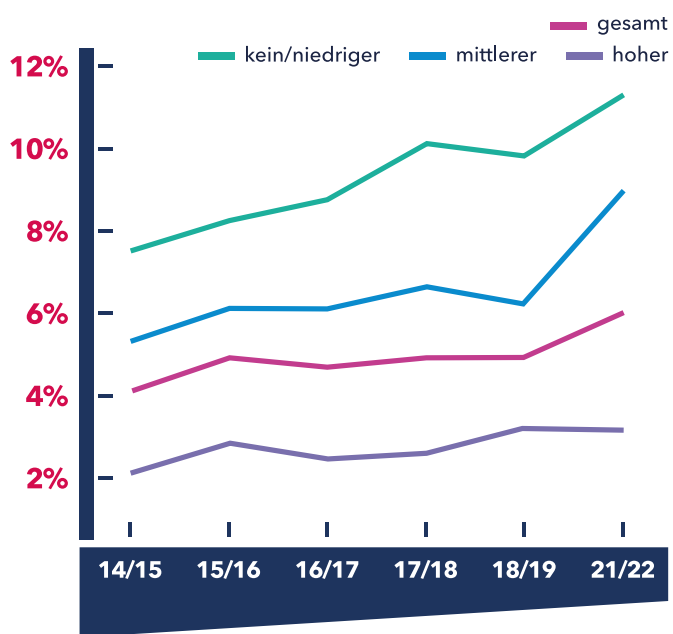


Abb. 4: Anteile der einzuschulenden Kinder mit Adipositas (> 97. Perzentil des BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)) nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

Untergewicht

8,9 % der untersuchten Kinder zeigten Untergewicht, wobei die vorliegenden Daten nicht zwischen Untergewicht (3. bis <10. Perzentil) und starkem Untergewicht (<3. Perzentil) differenzieren (Abb. 5 & Anhang Tab. 10). Insgesamt ist der Trend in den letzten Jahren leicht rückläufig. Deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern lassen sich im Mittel nicht erkennen.

Bei der Betrachtung in Abhängigkeit des elterlichen Bildungsstandes zeigt sich, dass bei Kindern aus Familien mit hohem Bildungsstand über alle dargestellten Jahrgänge hinweg der Anteil von Kindern mit Untergewicht höher ist als in Familien mit mittlerem oder niedrigem Bildungsstand der Eltern (Abb. 6).

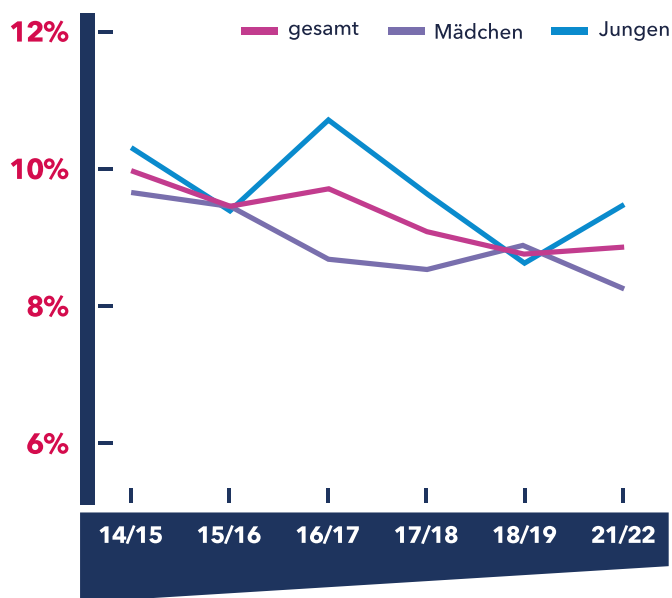


Abb. 5: Anteile der einzuschulenden Kinder mit Untergewicht (< 10. Perzentil des BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

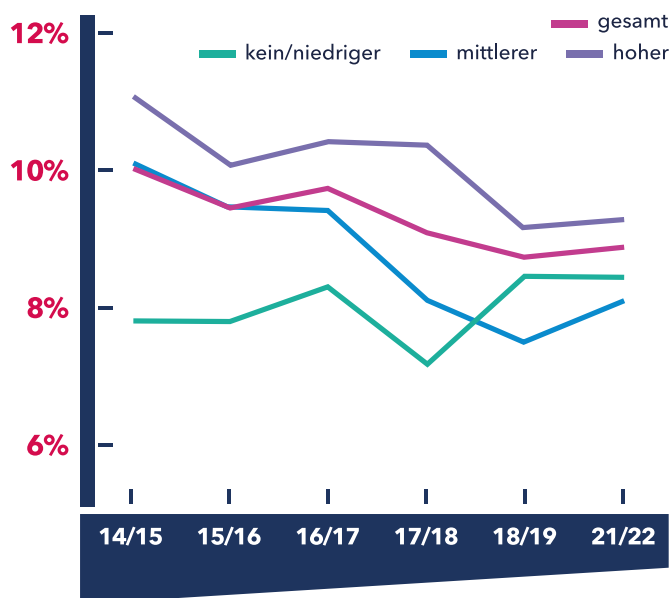


Abb. 6: Anteile der einzuschulenden Kinder mit Untergewicht (< 10. Perzentil des BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)) nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

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 schulrelevanter Befund vor. Bei Kindern, die zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Sehhilfe tragen, wird das Sehvermögen grundsätzlich mit dieser getestet.

20,5 % der Kinder hatten eine schulrelevante Einschränkung des Sehvermögens (Abb. 7 & Anhang Tab. 11). Mädchen sind etwas häufiger betroffen als Jungen. Der Anteil der untersuchten Kinder mit schulrelevanten Befunden zum Sehvermögen hat gegenüber den Vorjahren zugenommen. Es zeigt sich insbesondere eine Zunahme der augenärztlichen Überweisungen gegenüber dem Untersuchungsjahr 2018/19 um etwa 31 % bzw. gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2015 bis 2019 um etwa 36 %.

Betrachtet man die Entwicklungen beim Sehvermögen unter Berücksichtigung des elterlichen Bildungsstandes, zeigt sich, dass Kinder aus einem Elternhaus mit niedrigerem Bildungsstand nicht nur über alle Jahre stärker betroffen sind als andere Kinder, sie sind auch von der beschriebenen Zunahme im aktuellen Untersuchungsjahr überproportional stark betroffen (Abb. 8).

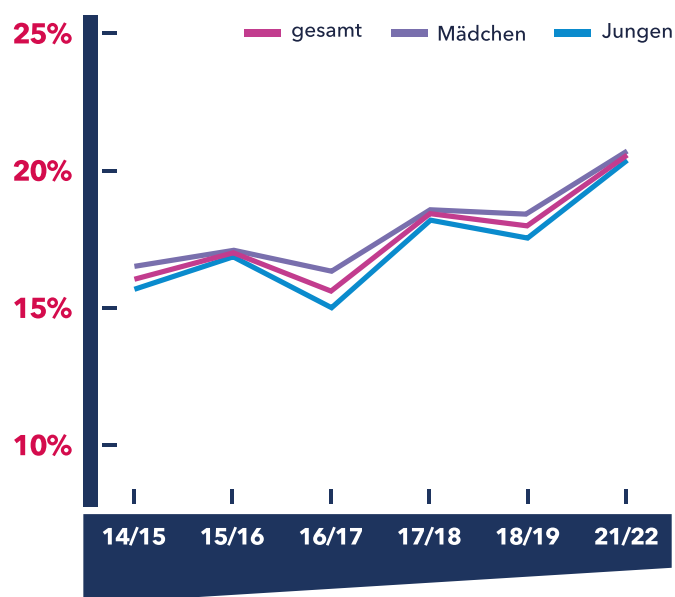


Abb. 7: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Sehvermögens nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

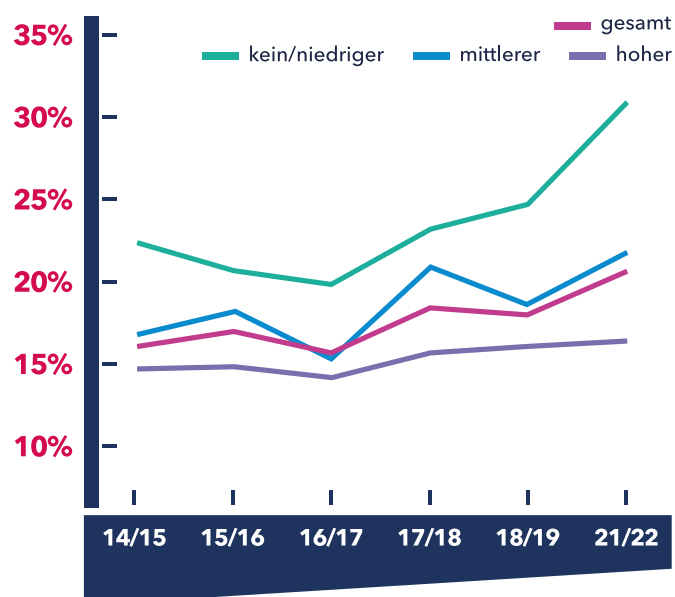


Abb. 8: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Sehvermögens nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

3.4

Hören

Das Hörvermögen der Kinder wird mittels eines Audiometers unter Benutzung von Kopfhörern mit Schallschutzklappen untersucht. Ein schulrelevanter Befund liegt vor, wenn das Kind bei einer Lautstärke von 30 dB zwei ausgespielte Frequenzen zwischen 250 Hz und 6.000 Hz auf mindestens einem Ohr nicht wahrnehmen kann.

Bei insgesamt 6,4 % der untersuchten Kinder wurden schulrelevante Befunde zum Hörvermögen festgestellt (Abb. 9 & Anhang Tab. 12). Über die dargestellten Jahre lassen sich hierbei keine relevanten Geschlechterunterschiede sowie eine im Wesentlichen konstante Entwicklung beobachten.

Unter Berücksichtigung des formalen familiären Bildungsstandes zeigen Kinder aus Familien mit hohem elterlichem Bildungsstand insgesamt seltener Auffälligkeiten als Kinder aus Familien mit einem niedrigeren Schulabschluss (Abb. 10).

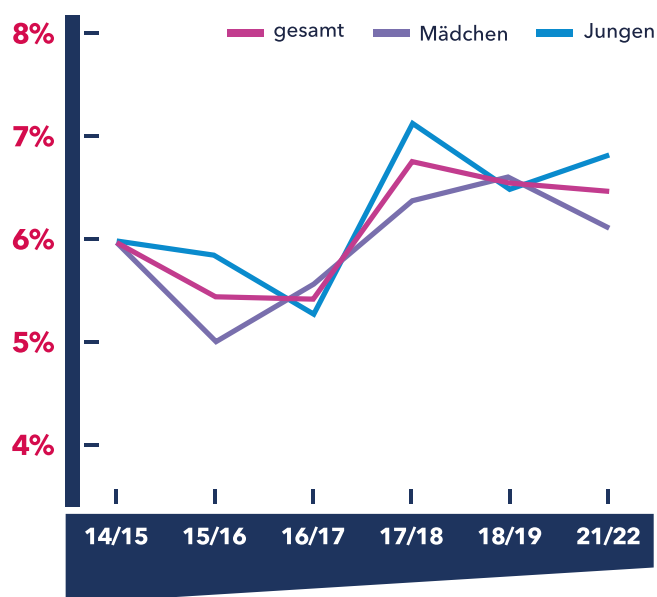


Abb. 9: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Hörvermögens nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

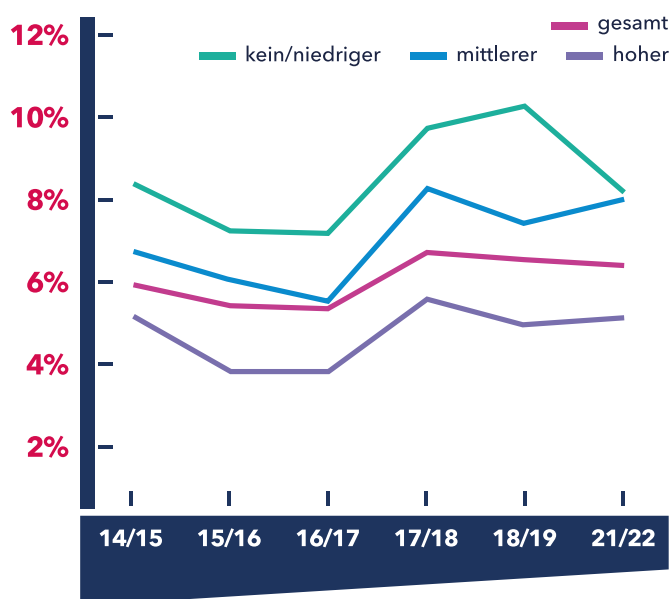


Abb. 10: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Hörvermögens nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

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 den SOPESS untersucht. Es werden verschiedene Bewegungsmuster analysiert, die das Kind auf Aufforderung durchführen soll.

6,7 % der untersuchten Kinder zeigten schulrelevante Befunde zur grobmotorischen Körperkoordination (Abb. 11 & Anhang Tab. 13). Jungen sind hiervon deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Über alle Jahre betrachtet, zeigt sich eine insgesamt stagnierende Entwicklung.

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. 12).

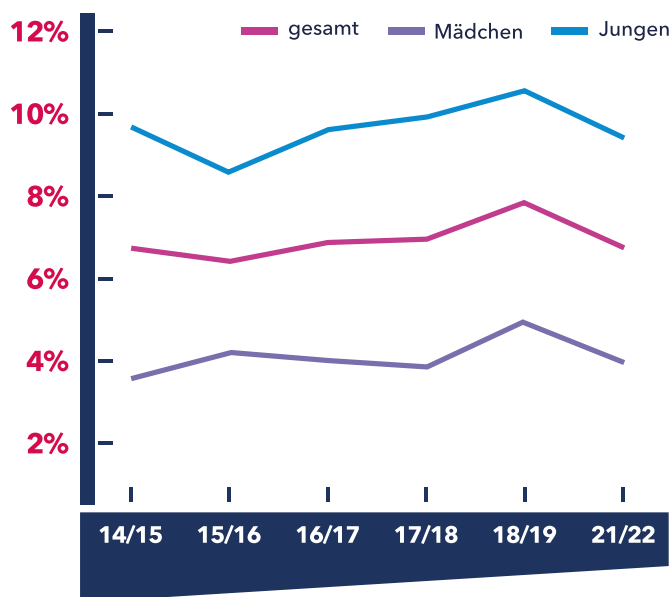


Abb. 11: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der grobmotorischen Körperkoordination nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

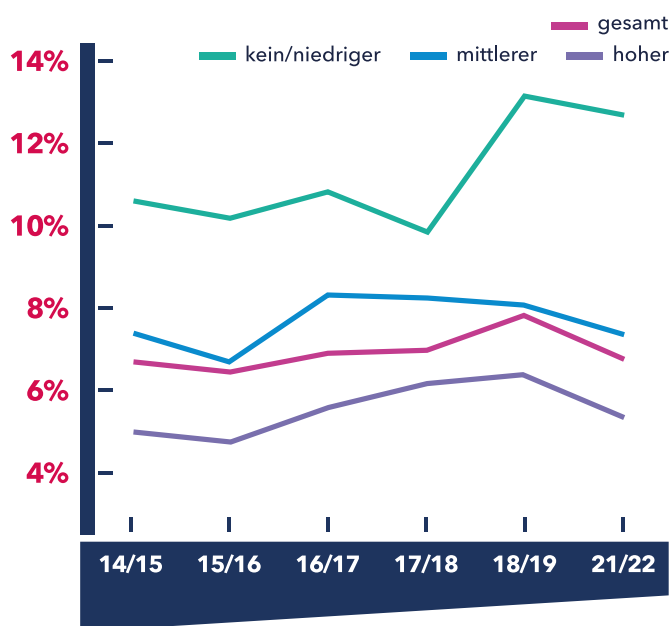


Abb. 12: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der grobmotorischen Körperkoordination nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

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 schulärztliche Beurteilung des Sprechvermögens werden im Rahmen des SOPESS Aufgaben zur Entwicklung der phonologischen Bewusstheit sowie von Wortschatz und Grammatik durchgeführt. Auffälligkeiten, die möglicherweise einen logopädischen Therapiebedarf 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.¹

Störungen der Sprach- und Sprechentwicklung

22,3 % der untersuchten Kinder zeigen schulrelevante Befunde bei der Beurteilung von Sprachstörungen und des Sprechvermögens (Abb. 13 & Anhang-Tab. 14). Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen.

Kinder aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungsstand zeigen erheblich höhere Anteile an Störungen zur Sprach- und Sprechentwicklung (Abb. 14). 39,7 % der Kinder aus diesen Familien zeigen diesbezüglich schulrelevante Befunde, während diese Anteile bei hohem (15,8 %) oder mittlerem (22,0 %) Bildungsstand der Eltern deutlich niedriger sind.

In der zeitlichen Entwicklung der vergangenen Jahre betrachtet, ist keine eindeutige Trendentwicklung nach oben oder unten zu erkennen. Jedoch fällt auf, dass die Anteile der untersuchten Kinder, die nach schulärztlicher Einschätzung zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht oder nicht ausreichend behandelt wurden und daher eine

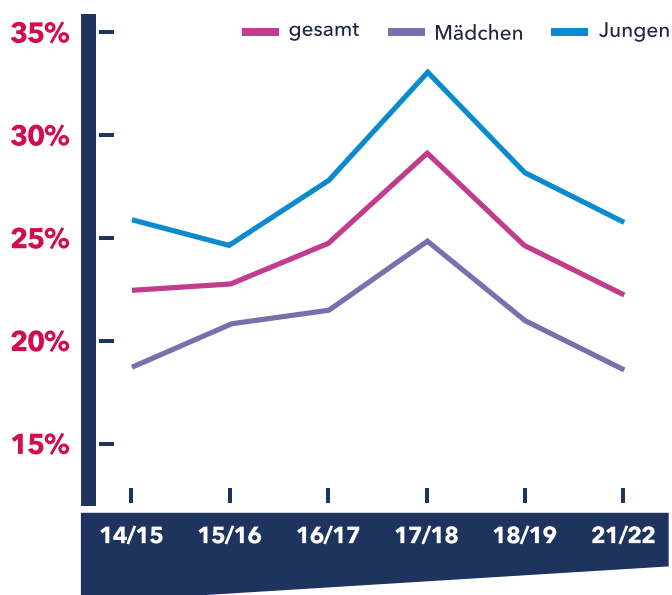


Abb. 13: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung von Sprachstörungen und des Sprechvermögens nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

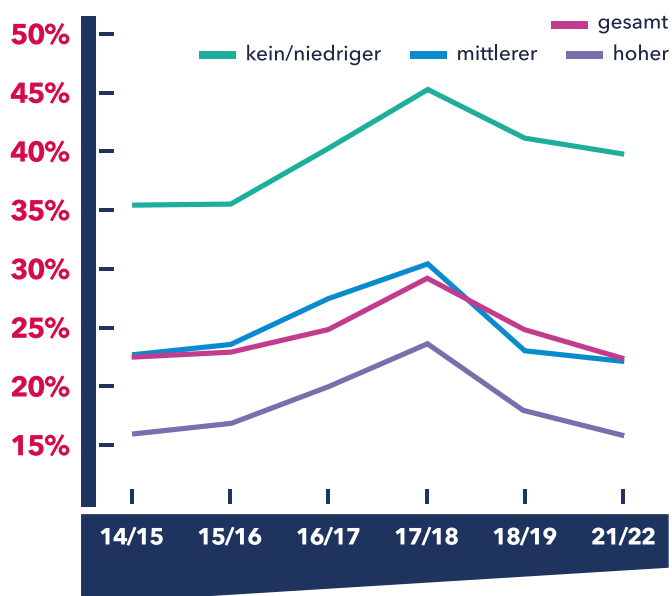


Abb. 14: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung von Sprachstörungen und des Sprechvermögens nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

(fach-)ärztliche Überweisung erhielten, in den vergangenen Jahren ansteigend sind. Im Vergleich zum Untersuchungsjahr 2014/15 ist dieser Anteil im Untersuchungsjahr 2021/22 um mehr als 73 % angestiegen (Anhang-Tab. 14). Auch im Vergleich zum Untersuchungsjahr 2018/19 ist dieser Anteil um knapp 15 % gestiegen.

¹ 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.

Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch

Die Kompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch wird anhand der Gesamtbetrachtung der Kommunikation mit dem Kind während der Untersuchung schulärztlich beurteilt. Kinder, die dabei flüssig und mit keinen oder nur leichten Fehlern in Deutsch kommunizieren können, werden als sprachkompetent eingeschätzt. Kinder, die in der deutschen Sprache erhebliche Fehler machen, nur radebrechend oder gar kein Deutsch sprechen, werden als nicht sprachkompetent eingeschätzt.

In der Gesamtbetrachtung waren im Untersuchungsjahr 2021/22 ca. 80 % der Kinder sprachkompetent (Abb. 15 & Anhang Tab. 15). Mädchen zeigen sich insgesamt etwas sprachkompetenter als Jungen. In der longitudinalen Entwicklung ist über die letzten Jahre bei beiden Geschlechtern ein insgesamt leicht abnehmender Trend zu erkennen, das heißt, die Anzahl sprachkompetenter Kinder sinkt.

niedrigen Schulabschluss sprachkompetent in der Unterrichtssprache Deutsch (gegenüber 70,7 % im Untersuchungsjahr 2014/15).

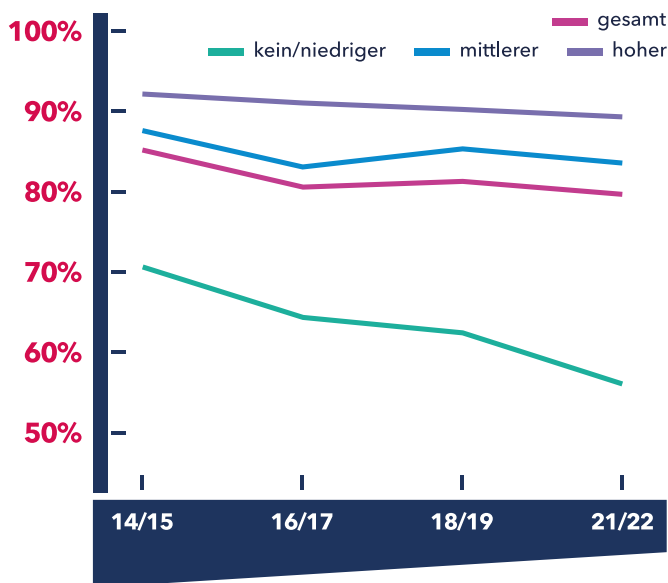


Abb. 16: Anteile der sprachkompetenten Kinder nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

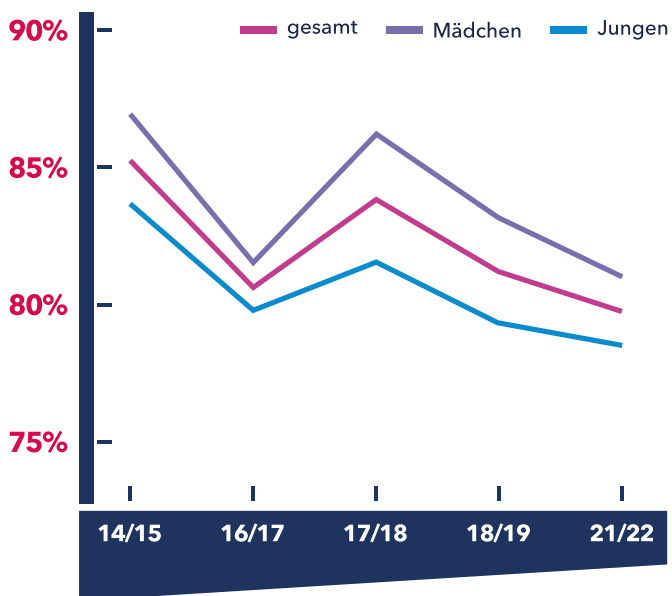


Abb. 15: Anteile der sprachkompetenten Kinder nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

Ein abnehmender Trend an Sprachkompetenz lässt sich besonders deutlich bei Kindern aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungsstand beobachten (Abb. 16). Im Vergleich zum Untersuchungsjahr 2014/15 ging der Anteil der sprachkompetenten Kinder aus diesen Familien um mehr als 20 % zurück. Mit einem Anteil von 56,2 % war im Untersuchungsjahr 2021/22 nur noch etwa jedes zweite Kind aus einem Elternhaus mit einem

Der Anteil sprachkompetenter Kinder bei Familien mit beidseitiger elterlicher Migrationsbiografie ist erheblich niedriger (38,2 %) als bei Familien mit einseitiger (80,2 %) oder ohne Migrationsbiografie (90,6 %) (Abb. 17).

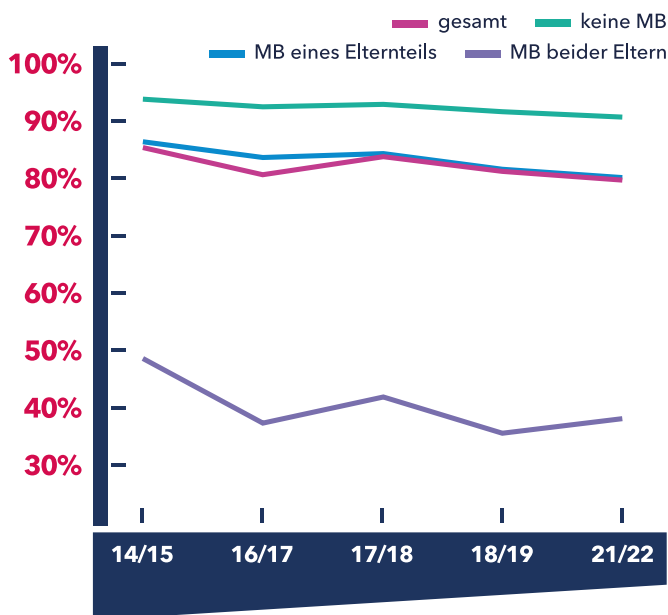


Abb. 17: Anteile der sprachkompetenten Kinder nach Migrationsbiografie der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

Die Eltern werden im Rahmen der SEU auch gefragt, welche Sprache im Alltag der Familie überwiegend gesprochen wird. Hierbei wird unterschieden zwischen Deutsch, einer anderen Sprache sowie einem mehrsprachigen Alltag, soweit Deutsch eine der verwendeten Sprachen ist. Unter Berücksichtigung dieser Angaben lässt sich erkennen, dass die im Alltag verwendete Sprache der Familie womöglich einen stärkeren Einfluss auf die Sprachkompetenz der Kinder hat als die elterliche Migrationsbiografie. Während in mehrsprachigen Familien mehr als die Hälfte (56,6 %) der untersuchten Kinder sprachkompetent in der Unterrichtssprache Deutsch waren, so galt das bei Familien, in denen Deutsch keine Alltagssprache ist, nur für weniger als ein Fünftel (19,7 %) der Kinder (Abb. 18).

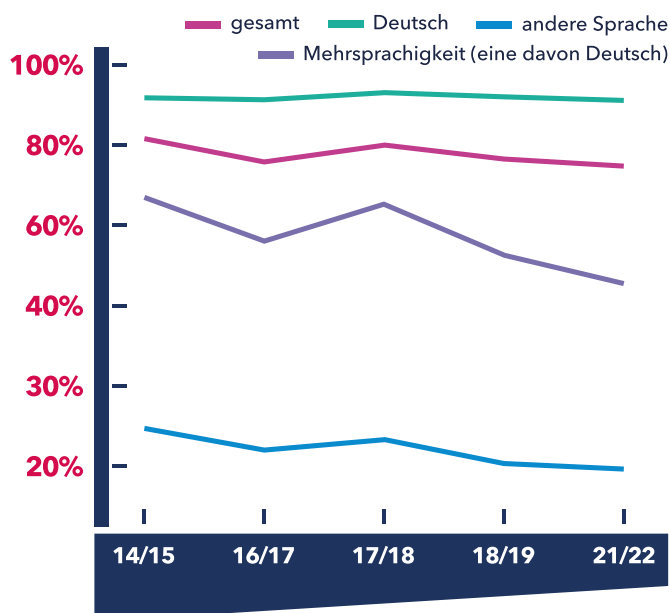


Abb. 18: Anteil der sprachkompetenten Kinder nach in der Familie überwiegend gesprochener Sprache und Untersuchungsjahr in %.

Betrachtet man die Anteile der sprachkompetenten Kinder unter Berücksichtigung der Jahre vorschulischer Betreuung außerhalb der Familie (z. B. Tagesmütter) oder in Kindertagesstätten an mindestens drei Tagen pro Woche, ist erkennbar, dass Kinder mit vier oder mehr begonnenen Betreuungsjahren in mehr als 93 % der Fälle sprachkompetent waren (Abb. 19). Je niedriger die Anzahl der begonnenen Betreuungsjahre war, desto niedriger war auch der Anteil der sprachkompetenten Kinder.

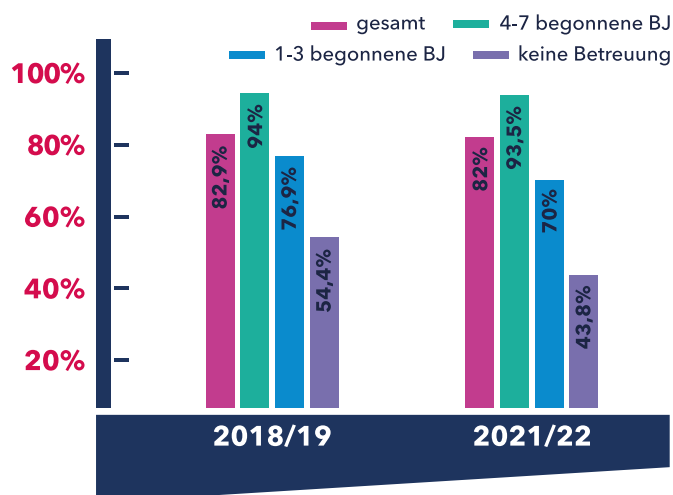


Abb. 19: Anteile der sprachkompetenten Kinder (6 bis unter 7-Jährige) nach begonnenen Betreuungsjahren (BJ) und Untersuchungsjahr in %.

Da während der COVID-19 Pandemie Kindertageseinrichtungen zu bestimmten Zeiten aus Gründen des Infektionsschutzes vorübergehend geschlossen wurden, stellt sich die Frage, ob ein Vergleich der Zeiträume vor und nach der Pandemie möglicherweise erkennbare Veränderungen der Sprachkompetenz erkennen lässt. Kinder mit vier oder mehr begonnenen Betreuungsjahren zeigen hierbei im Untersuchungsjahr 2021/22 grundsätzlich keine Unterschiede in der Sprachkompetenz im Vergleich zum Untersuchungsjahr 2018/19, dem letzten vor der Pandemie. Bei Kindern mit weniger als drei begonnenen Betreuungsjahren zeigt sich hingegen ein Rückgang des Anteils sprachkompetenter Kinder um etwa 10 %. Dies könnte darauf hindeuten, dass Kinder mit insgesamt vier oder mehr Betreuungsjahren Schließungen von Betreuungseinrichtungen während der Pandemie insgesamt besser kompensieren konnten als Kinder mit weniger Betreuungsjahren.

DaZ-Klasse

Die regelmäßige Förderung nicht-sprachkompetenter Kinder erfolgt über DaZ-Klassen (Deutsch als Zweitsprache). Hierbei wird im Rahmen der SEU festgehalten, ob eine DaZ-Maßnahme schulärztlich empfohlen wird und ob ein Kind über eine DaZ-Klasse aktuell bereits gefördert wird. Für 6,3 % der Kinder wurde eine DaZ-Maßnahme empfohlen, 0,3 % der untersuchten Kinder befanden sich zum Zeitpunkt der SEU bereits in einer DaZ-Klasse (Abb. 20).

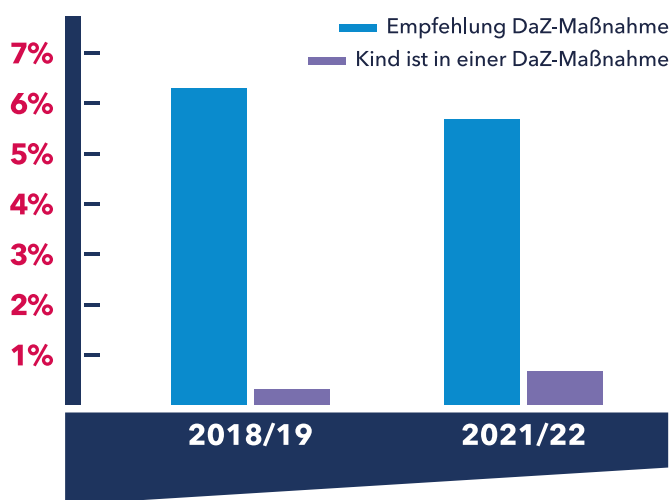


Abb. 20: Anteile der Kinder mit pädagogischem Sprachförderbedarf im Rahmen einer DaZ-Klasse nach Stand der Maßnahme und Untersuchungsjahr in %.

Bei der Betrachtung der Entwicklung dieser Anteile vor und nach der COVID-19 Pandemie lässt sich erkennen, dass der Anteil der Empfehlungen einer DaZ-Maßnahme um mehr als 10 % zugenommen hat. Gleichzeitig hat der Anteil der Kinder, die aktuell bereits in einer DaZ-Maßnahme eine Förderung in der Unterrichtssprache Deutsch erhalten, um mehr als 57 % abgenommen. Diese Reduktion ist jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da die absolute Anzahl der Kinder relativ gering ist (<100 Fälle).

3.7

Konzentrationsfähigkeit und selektive Aufmerksamkeit

Im Rahmen des SOPESS wird weiterhin die selektive Aufmerksamkeit der Kinder 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 6,1 % der untersuchten Kinder zeigten schulrelevante Befunde einer eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit (Abb. 21 & Anhang-Tab. 16). Jungen waren dabei mehr als doppelt so häufig betroffen wie Mädchen. Zudem fällt auf, dass die Anteile betroffener Kinder in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen haben, wobei auch dieser Trend sich überwiegend auf Jungen beschränkt.

Unter zusätzlicher Betrachtung des Bildungsstandes der Eltern ist zu erkennen, dass insbesondere Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstand (12,6 %) erheblich häufiger betroffen sind als Kinder aus Familien mit hohem (3,9 %) oder mittlerem (7,0 %) elterlichen Bildungsstand (Abb. 22). In den letzten Jahren ist ein insgesamt leicht ansteigender Trend zu erkennen.

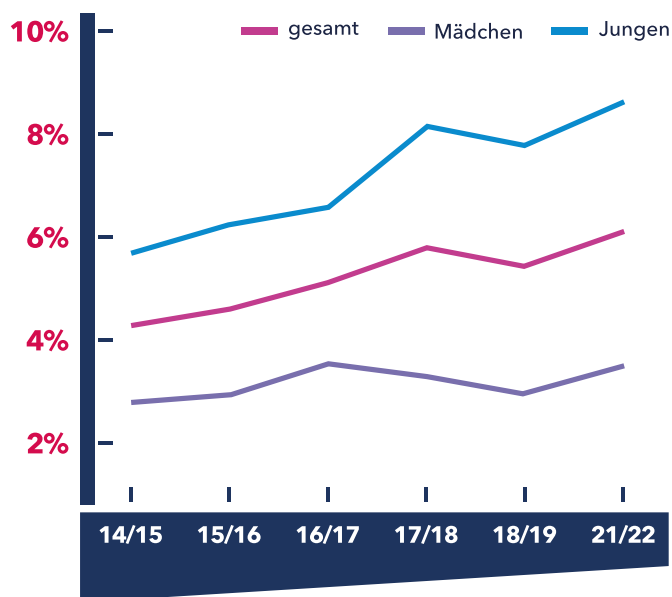


Abb. 21: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der selektiven Aufmerksamkeit nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

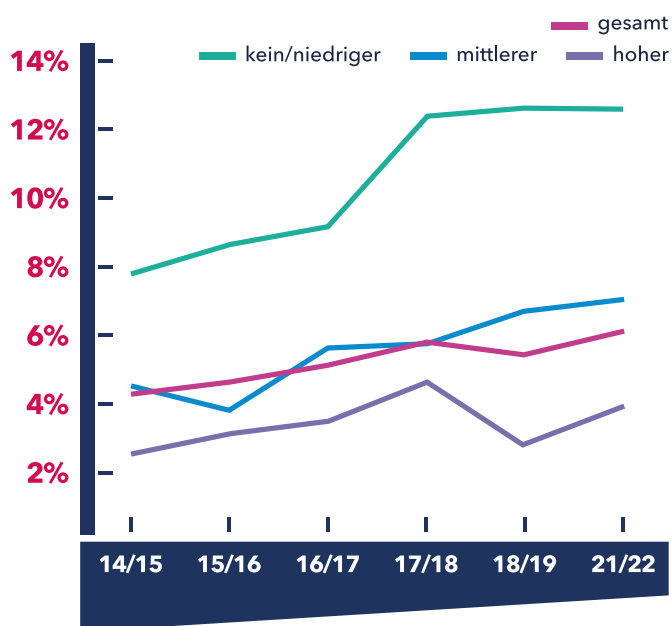


Abb. 22: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der selektiven Aufmerksamkeit nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

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. Sie untersuchen das Zählen, die Simultanerfassung und den Mengenvergleich.

Schulrelevante Befunde zeigten sich bei 5,8 % der untersuchten Kinder, wobei Jungen insgesamt häufiger betroffen waren als Mädchen (Abb. 23 & Anhang-Tab. 17). In der Gesamtbetrachtung fällt ein leicht ansteigender Trend in der Entwicklung auf. Bei der Bewertung der Daten aus dem Untersuchungsjahr 2014/15 ist Vorsicht geboten, da der Anteil fehlender Werte relativ hoch ist (34 %).

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 als andere Kinder (Abb. 24). Auch ist bei ihnen ein deutlich stärker ansteigender Trend zu erkennen, der sich im aktuellen Untersuchungsjahr gegenüber 2018/19 noch einmal verstärkt hat.

Bei Kindern aus einem Elternhaus mit höherem Schulabschluss zeigt sich eine überwiegend konstante Entwicklung, wobei sich unabhängig vom elterlichen Bildungshintergrund gegenüber dem Untersuchungsjahr 2018/19 eine Zunahme an schulrelevanten Befunden zeigt.

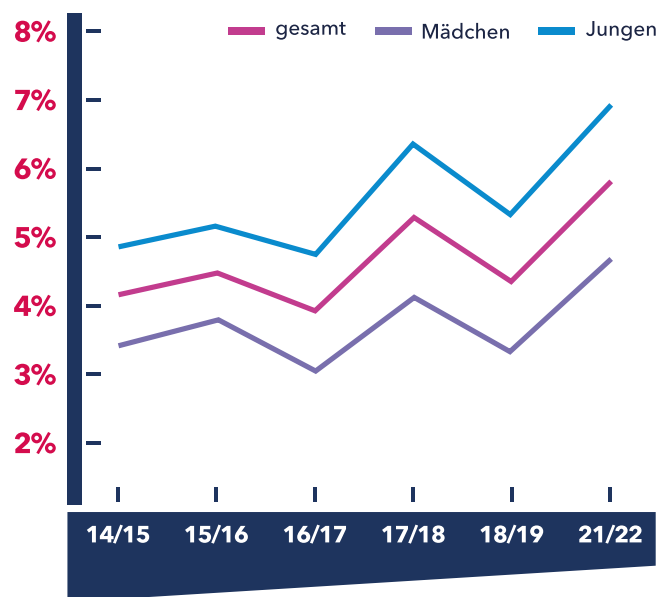


Abb. 23: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Zahlen- und Mengenvorwissens nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

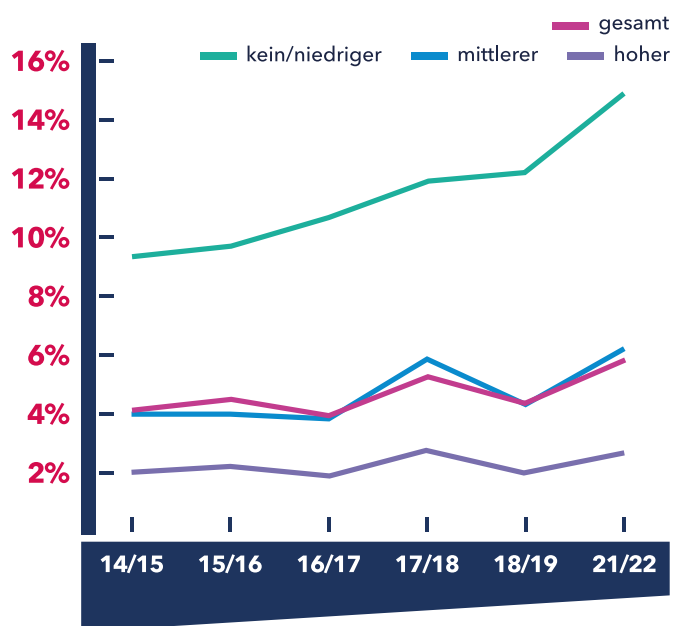


Abb. 24: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Zahlen- und Mengenvorwissens nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

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 5,2 % der untersuchten Kinder wurden schulrelevante Befunde zur Kognition festgestellt (Abb. 25 & Anhang Tab. 18). Jungen sind dabei etwa doppelt so häufig betroffen wie Mädchen. In der zeitlichen Entwicklung der Gesamtbetrachtung lässt sich ein überwiegend konstanter Verlauf beobachten. Bei der Bewertung der Daten aus dem Untersuchungsjahr 2016/17 ist Vorsicht geboten, da der Anteil fehlender Werte vergleichsweise groß ist (32 %).

Kinder aus Familien mit hohem elterlichem Bildungsstand sind mit einem Anteil von 2,4 % erheblich seltener von schulrelevanten Befunden der Kognition und visuellen Wahrnehmung betroffen als insbesondere Kinder aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungsstand (13,3 %) (Abb. 26). Während bei Kindern aus Familien mit höherer formaler Bildung ein über die letzten Jahre konstanter Verlauf zu erkennen ist, zeigt sich bei Kindern aus Familien mit niedrigerem Schulabschluss ein ansteigender Trend.

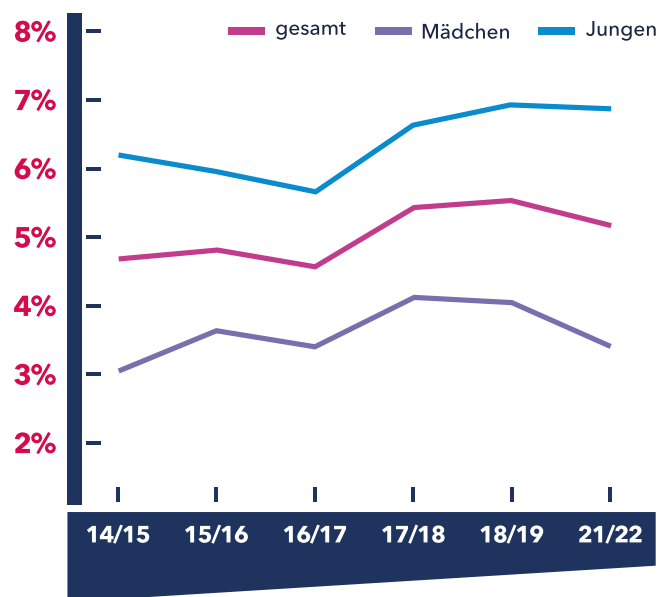


Abb. 25: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der visuellen Wahrnehmung nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

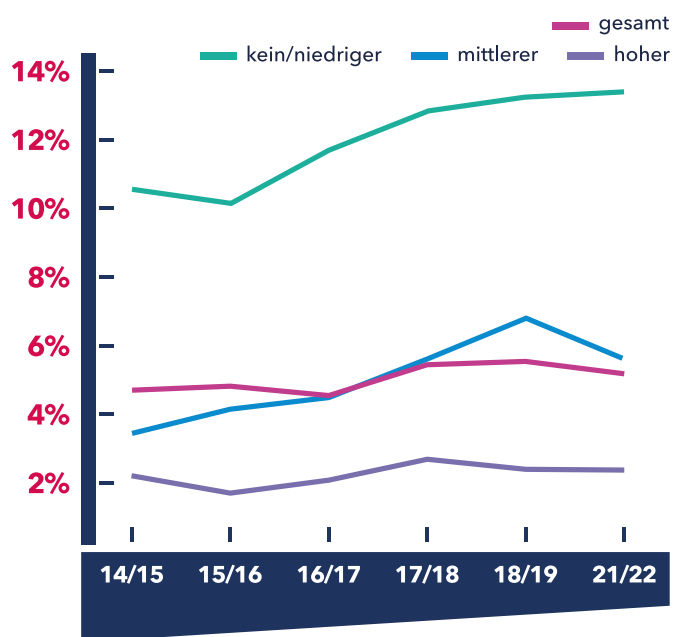


Abb. 26: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der visuellen Wahrnehmung nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

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 Akkomodation, 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.

10,6 % der untersuchten Kinder zeigten im aktuellen Untersuchungsjahr schulrelevante Befunde zur Visuomotorik (Abb. 27 & Anhang-Tab. 19). Jungen sind dabei im Vergleich zu Mädchen mehr als doppelt so häufig betroffen. Insgesamt ist in der zeitlichen Entwicklung kein auf- oder absteigender Trend zu erkennen.

Kinder aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungsstand zeigen erheblich häufiger schulrelevante Auffälligkeiten der Visuomotorik als Kinder aus bildungsnaheren Familien (Abb. 28). Es lässt sich bei Kindern aus einem Elternhaus mit einem niedrigen Bildungsstand in den letzten Jahren zudem eine leicht zunehmende Entwicklung erkennen.

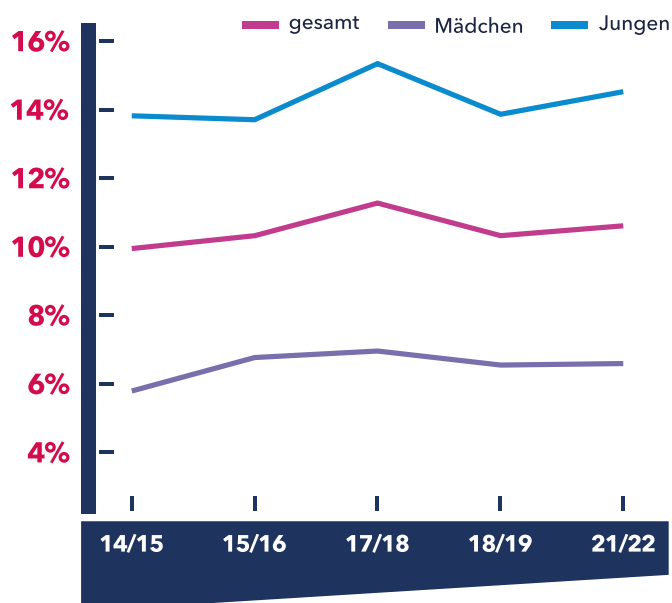


Abb. 27: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der Visuomotorik nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

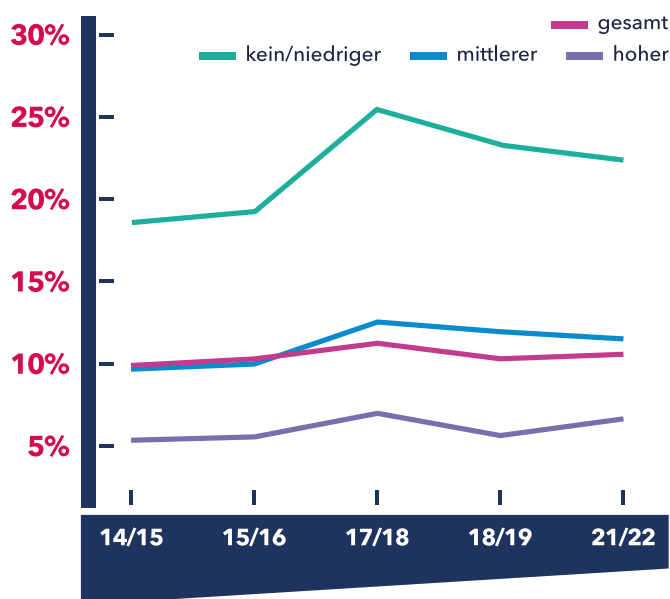


Abb. 28: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der Visuomotorik nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

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 dieser 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 Schulärztinnen und Schulärzte herausfordernd sein. Die ärztliche Beurteilung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung basiert dabei auf der Gesamtbetrachtung aus erfolgter Anamnese, der Eigenbeobachtung während der Untersuchung sowie der Auswertung des freiwilligen Elternfragebogens SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman et al. 1998).

Insgesamt sind nach ärztlicher Einschätzung bei 5,8 % der untersuchten Kinder schulrelevante Verhaltensauffälligkeiten festzustellen (Abb. 29 & Anhang-Tab. 20). Mädchen sind deutlich seltener betroffen als Jungen. In der Gesamtbetrachtung zeigt sich eine ansteigende Entwicklung an schulrelevanten Verhaltensauffälligkeiten über die letzten Jahre.

Unter Berücksichtigung des elterlichen Bildungshintergrundes fällt auf, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstand der Eltern fast viermal häufiger betroffen sind als Kinder aus Familien mit hohem elterlichem Bildungsstand und fast doppelt so häufig wie Kinder aus Familien mit mittlerem elterlichem Bildungsstand (Abb. 30).

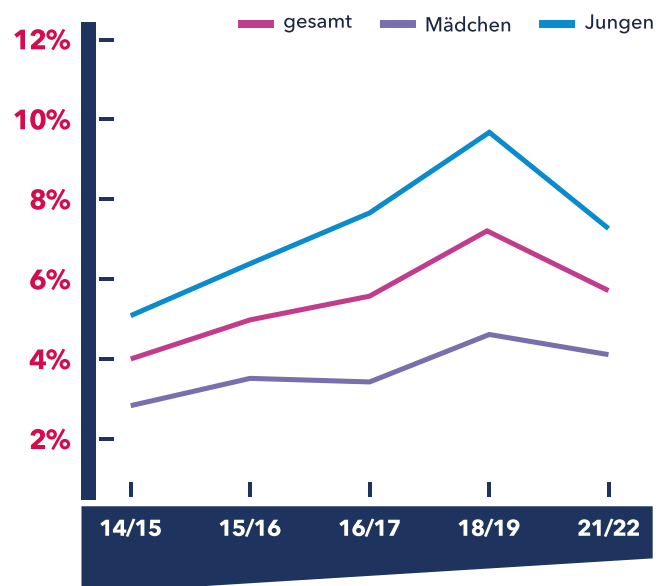


Abb. 29: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Verhaltens nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

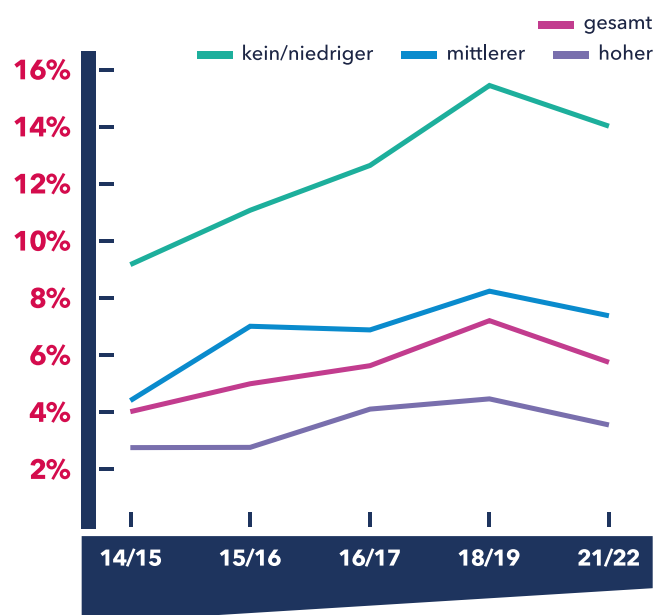


Abb. 30: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Verhaltens nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

Der Anteil dieser Kinder zeigt in der zeitlichen Entwicklung auch einen deutlicheren Anstieg.

Bei der Beurteilung der zeitlichen Entwicklung (Abb. 29 & 30) fällt ein unerwarteter Gipfel im Untersuchungsjahr 2018/19 mit anschließendem Abfallen der Anteile auf. Für diese Entwicklung findet sich fachlich zunächst keine schlüssige Erklärungsmöglichkeit. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Daten aus den Untersuchungsjahren 2018/19 und 2021/22 in diesem Zusammenhang teilweise weniger aussagekräftig sein könnten als in anderen Jahren.

3.12

Förderbedarfe

Ein zentrales Element der Schuleingangsuntersuchung ist die Identifizierung möglicher 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.

Im Rahmen der schulärztlichen Beurteilung wird zwischen mäßigem und hohem 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 Schulasistenz). Ein hoher Förderbedarf stellt grundsätzlich einen Verdacht auf sonderpädagogischen Förderbedarf im Sinne von § 3 der Landesverordnung über sonderpädagogische Förderung (SoFVO) dar. Dieser liegt vor, wenn ein Kind aufgrund einer Behinderung, Entwicklung oder chronischen Krankheit nur mit besonderer Hilfe am Unterricht teilnehmen kann.

Alle identifizierten Förderbedarfe werden schulärztlich 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 Schwerpunkte dokumentiert 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 den Schwerpunkten geistige Entwicklung, Sehen und autistisches Verhalten wird aus schulärztlicher Sicht immer, bei DaZ-Bedarfen meist, ein hoher Förderbedarf angenommen.

Bei mehr als einem Viertel der untersuchten Kinder (26,6 %) wurden insgesamt Förderbedarfe identifiziert, bei 11,3 % aller untersuchten Kinder war dies ein hoher bzw. sonderpädagogischer Förderbedarf (Abb. 31 & Anhang-Tab. 21).

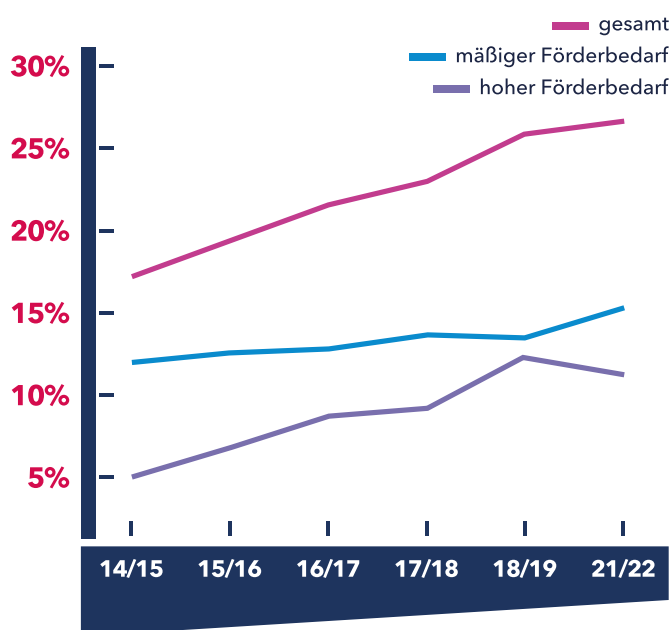


Abb. 31: Anteile der Kinder (Reguläreinschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit Förderbedarf nach Höhe des Förderbedarfs und Untersuchungsjahr in %.

Jungen sind in beiden Bereichen häufiger betroffen als Mädchen. Bei Betrachtung der zeitlichen Entwicklung ist eine kontinuierliche Zunahme der Förderbedarfe insgesamt zu erkennen (Abb. 31). Im Vergleich zum Untersuchungsjahr 2014/15 sind diese um mehr als 50 % angestiegen. Diese Entwicklung geht dabei weit überwiegend auf eine starke Zunahme hoher Förderbedarfe (Abb. 32) zurück, während die Entwicklung mäßiger Förderbedarfe über diesen Zeitraum nur einen moderaten Anstieg erkennen lässt (Abb. 33).

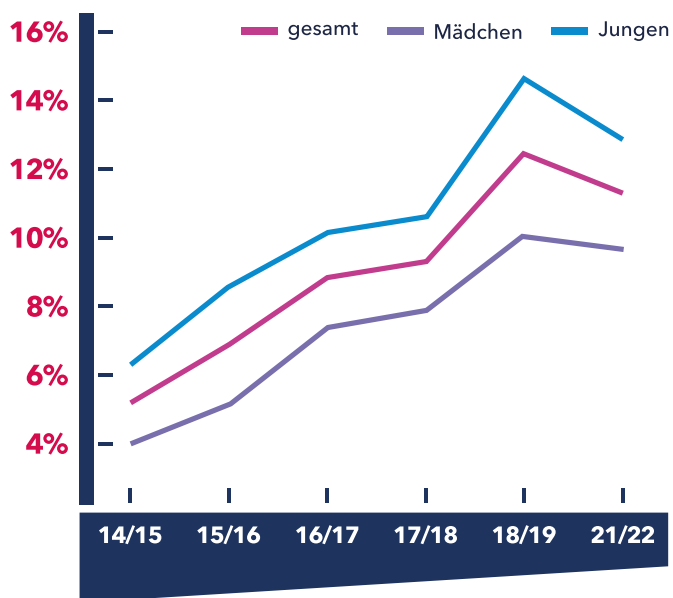


Abb. 32: Anteile der Kinder (Reguläreinschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit hohem Förderbedarf nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

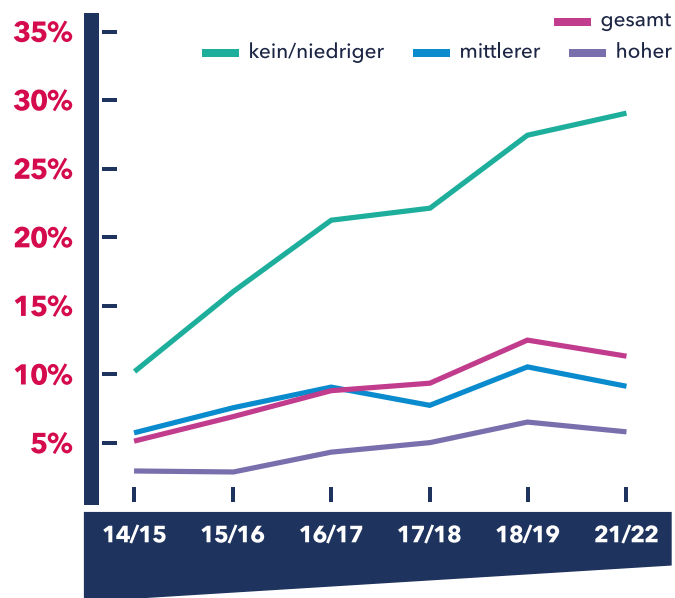


Abb. 34: Anteile der Kinder (Reguläreinschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit hohem Förderbedarf nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

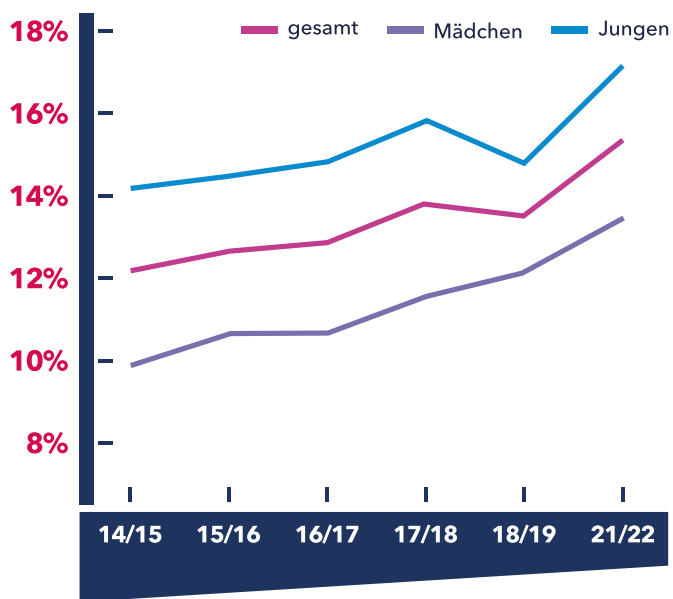


Abb. 33: Anteile der Kinder (hier: Reguläreinschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit mäßigem Förderbedarf nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

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. 35). Dennoch sind mit 26,0 % auch hier deutlich mehr Kinder aus Familien mit niedrigerer Schulbildung der Eltern betroffen als Kinder aus Familien mit mittlerem (17,8 %) bzw. hohem (12,3 %) elterlichen Bildungshintergrund.

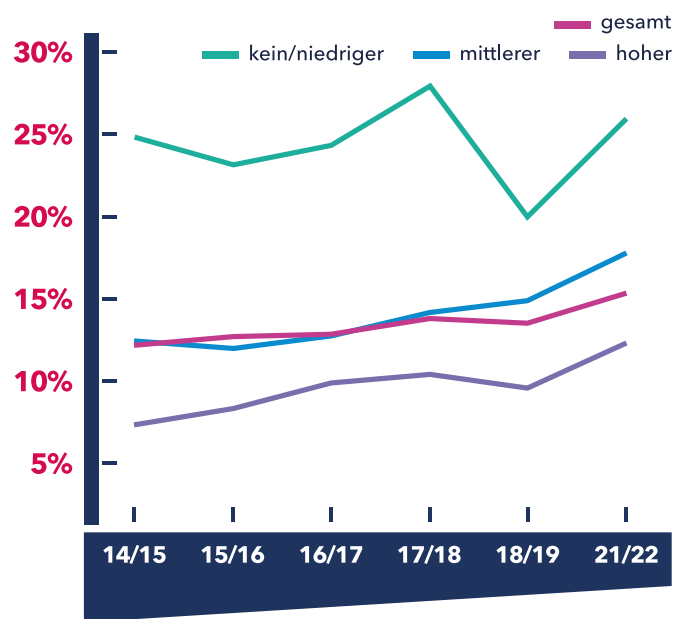


Abb. 35: Anteile der Kinder (Reguläreinschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit mäßigem Förderbedarf nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

Unter Berücksichtigung des elterlichen Bildungshintergrundes wird deutlich, dass Kinder aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungshintergrund beim hohen bzw. sonderpädagogischen Förderbedarf fast viermal häufiger betroffen sind als Kinder aus Familien mit mittlerem oder hohem Bildungshintergrund der Eltern (Abb. 34). Hinzu kommt, dass die Bedarfe in Familien mit formal niedrigerem Bildungshintergrund einen erheblich stärkeren Anstieg beobachten lassen.

Weiterhin zeigte sich beim mäßigen Förderbedarf in den Jahren vor der COVID-19 Pandemie eine weitgehend konstante oder nur leicht ansteigende Entwicklung über alle Bildungshintergründe hinweg. Im aktuellen Untersuchungsjahr sind jedoch deutliche Anstiege zum letzten Untersuchungsjahr vor der Pandemie (2018/19) zu erkennen, ebenfalls über alle Bildungshintergründe hinweg. So fällt z. B. auch bei Kindern aus Familien mit hohem elterlichem Bildungshintergrund eine Zunahme der mäßigen Förderbedarfe um etwa 29 % auf.

Kinder aus Familien mit beidseitiger Migrationsbiografie der Eltern haben erheblich häufiger sowohl mäßige als auch hohe Förderbedarfe im Vergleich zu Kindern aus anderen Familien (Abb. 36 & 37). Dies könnte in vielen Fällen durch höhere Bedarfe an pädagogischer Sprachförderung (DaZ-Maßnahmen) begründet sein. Kinder aus Familien mit Migrationsbiografie eines Elternteils zeigen bei den Förderbedarfen nur geringe Unterschiede zu Kindern aus Familien ohne Migrationsbiografie.

In der zeitlichen Entwicklung findet sich unter Betrachtung der Migrationsbiografie bei den mäßigen Förderbedarfen eine konstante bis moderat ansteigende Entwicklung (Abb. 37), während bei den hohen bzw. sonderpädagogischen Förderbedarfen eine deutlich zunehmende Entwicklung der Bedarfe bei Kindern aus Familien mit beidseitiger elterlicher Migrationsbiografie zu beobachten ist (Abb. 36).

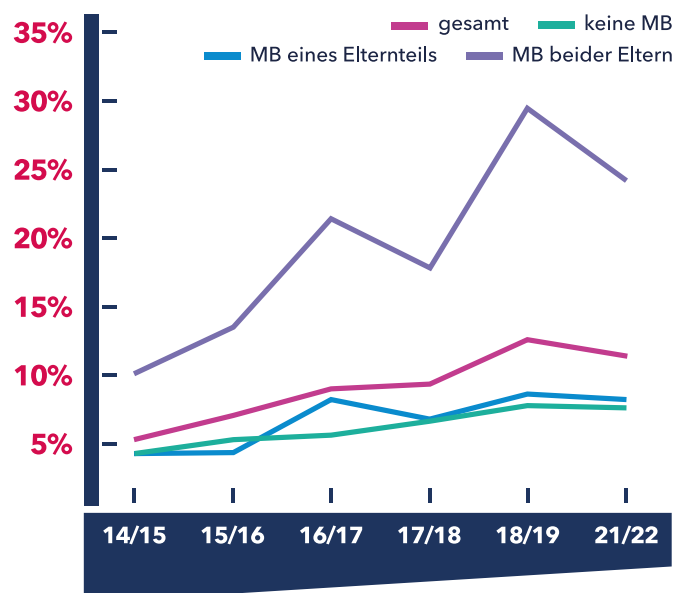


Abb. 36: Anteile der Kinder (Reguläreinschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit hohem Förderbedarf nach Migrationsbiografie der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

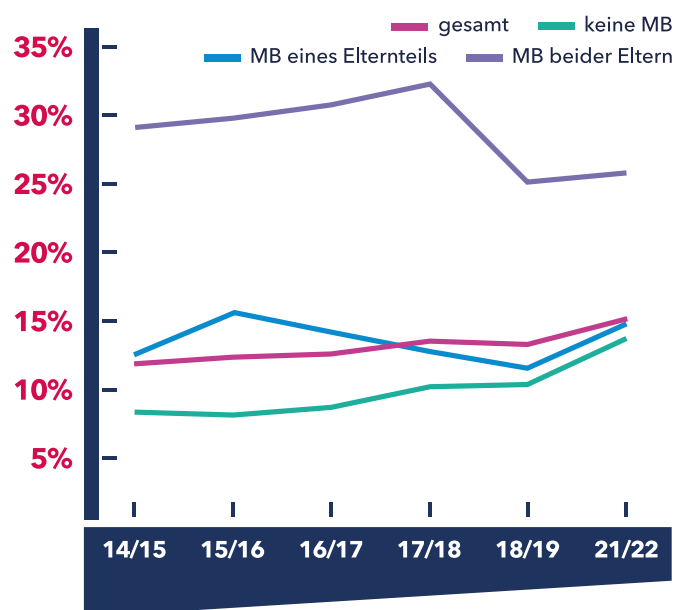


Abb. 37: Anteile der Kinder (Reguläreinschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit mäßigem Förderbedarf nach Migrationsbiografie der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

3.13

Heilpädagogische Maßnahmen und Heilmittel

Während der Schuleingangsuntersuchung wird ermittelt, ob die untersuchten Kinder heilpädagogische Förderung oder bestimmte Heilmittel (Logopädie, Ergotherapie, Krankengymnastik) 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 (Abb. 38) wird Logopädie insgesamt am häufigsten (24,6 % der Kinder) in Anspruch genommen. Ergotherapie (14,4 %), Krankengymnastik (13,3 %) und heilpädagogische Förderung (11,0 %) werden jeweils seltener in Anspruch genommen.

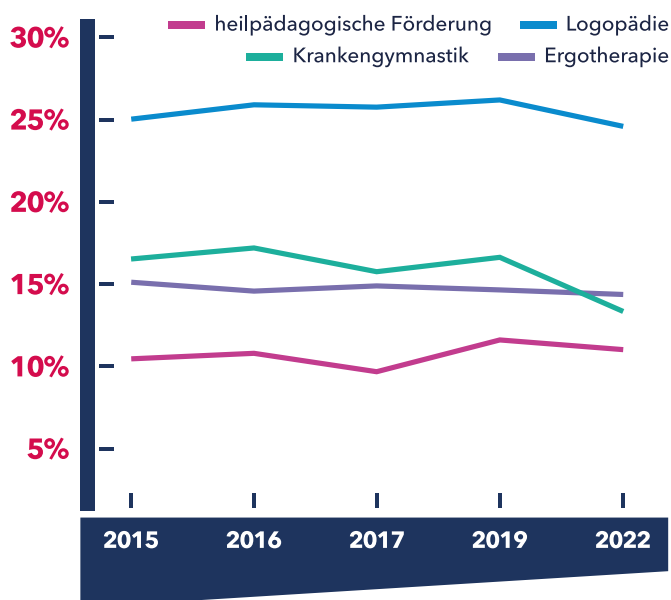


Abb. 38: Anteile der Kinder (Reguläreinschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit hohem Förderbedarf nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

Für die beschriebenen Heilmittel bzw. die heilpädagogische Förderung wird zudem festgestellt, ob diese früher oder derzeit stattfand 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. 39 & Anhang-Tab. 22). Eine erstmalige oder wiederholte Empfehlung zur Förderung ist nur bei wenigen Kindern erforderlich. Eindeutige Trends zu möglichen Veränderungen dieser Anteile sind nicht zu erkennen.

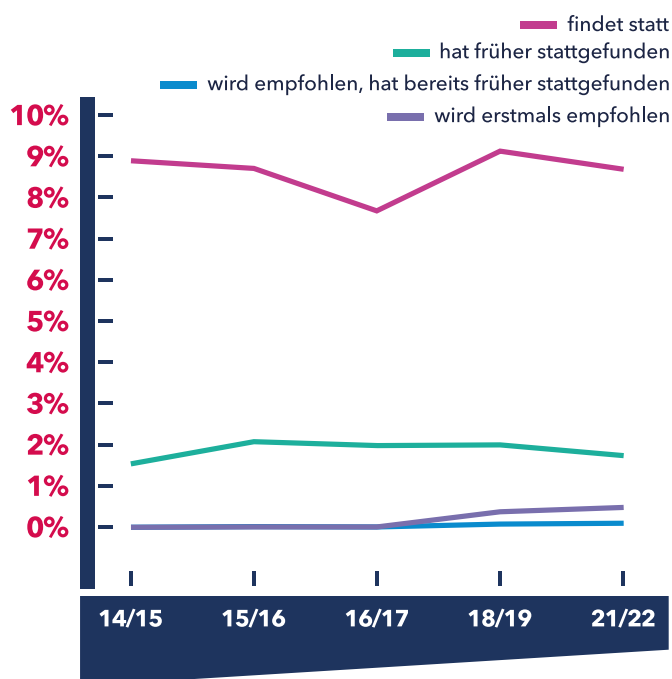


Abb. 39: Anteile der Kinder mit heilpädagogischem Förderbedarf nach Stand der Maßnahmen und Untersuchungsjahr in %.

Krankengymnastik

Bei der Krankengymnastik hat die Inanspruchnahme zum überwiegenden Teil in der Vergangenheit stattgefunden (Abb. 40 & Anhang-Tab. 22). Empfehlungen für eine erstmalige oder erneute Krankengymnastik sind sehr selten zu beobachten.

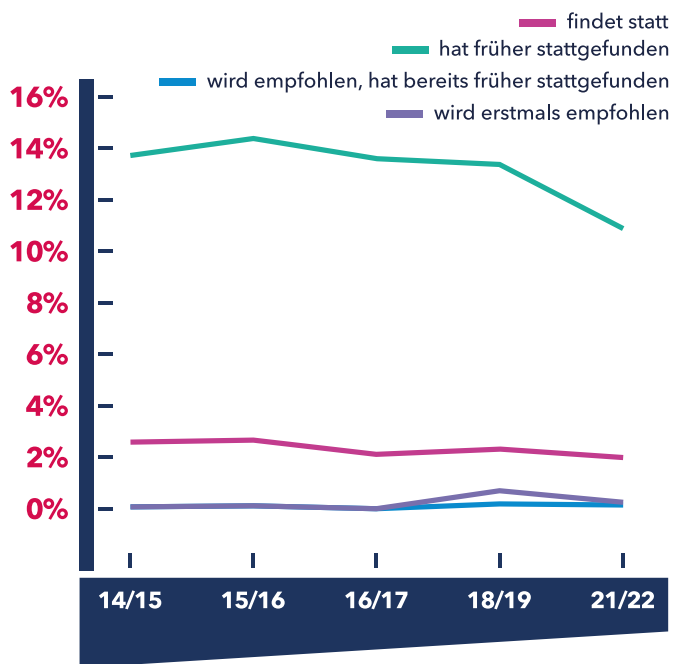


Abb. 40: Anteile der Kinder mit krankengymnastischem Förderbedarf nach Stand der Maßnahmen und Untersuchungsjahr in %.

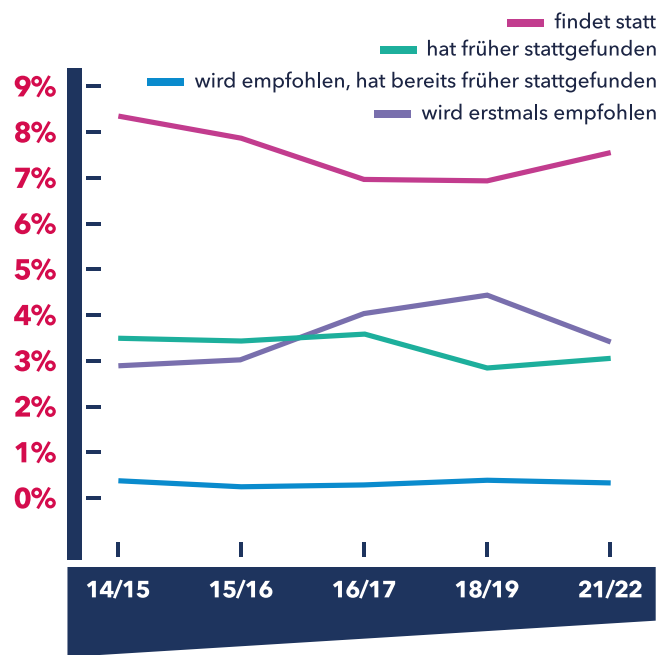


Abb. 41: Anteile der Kinder mit ergotherapeutischem Förderbedarf nach Stand der Maßnahmen und Untersuchungsjahr in %.

In der zeitlichen Entwicklung fällt im aktuellen Untersuchungsjahr eine abnehmende Behandlungsprävalenz früher stattgefundenener krankengymnastischer Therapie auf. Dies könnte z. B. auf seltener ärztlich verschriebene oder tatsächlich in Anspruch genommene Behandlungen während der COVID-19 Pandemie hindeuten. Eine Auswirkung dieser Entwicklung auf aktuelle schulärztliche Empfehlungen zur Krankengymnastik ist allerdings nicht erkennbar. Ob sich in einer mittel- oder langfristigen Entwicklung hier möglicherweise Auswirkungen zeigen werden, kann erst in Zukunft beobachtet werden.

Ergotherapie

Ergotherapeutische Maßnahmen finden bei betroffenen Kindern überwiegend entweder aktuell statt oder haben in der Vergangenheit stattgefunden und sind danach nicht weiter erforderlich (Abb. 41 & Anhang-Tab. 22). Bei 3,4 % der untersuchten Kinder wurde jedoch eine Ergotherapie während der SEU erstmals empfohlen. Dies ist der höchste Anteil an Erstempfehlungen unter den analysierten Heilmitteln. Erkennbare Trends zur zeitlichen Entwicklung lassen sich nicht beobachten.

Logopädie

13,1 % der untersuchten Kinder nahmen zum Zeitpunkt der SEU eine logopädische Behandlung in

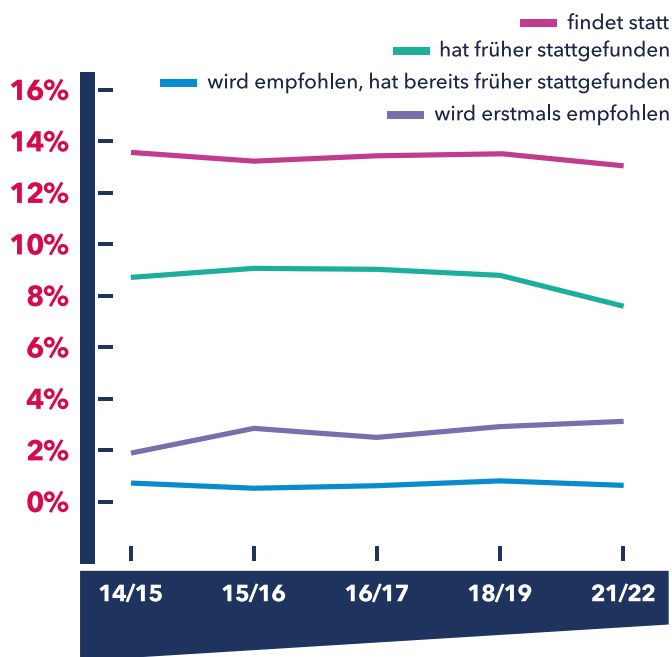


Abb. 42: Anteile der Kinder mit logopädischem Förderbedarf nach Stand der Maßnahmen und Untersuchungsjahr in %.

Anspruch (Abb. 42 & Anhang-Tab. 22). Dies ist der dazu höchste Anteil unter den Heilmitteln. Für 3,2 % der untersuchten Kinder wurde eine entsprechende Behandlung erstmals empfohlen. In der zeitlichen Entwicklung ist bei den erstmaligen Empfehlungen ein leichter Aufwärtstrend, bei den früher stattgefundenen (und abgeschlossenen) Behandlungen ein leichter Abwärtstrend zu verzeichnen.

3.14

Beurteilung der Schulfähigkeit

Nach § 22 Abs. 1 SchulG werden in Schleswig-Holstein grundsätzlich alle Kinder, die 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 2021/22 wurde für 2,4 % der untersuchten und nach Stichtag regulär einzuschulenden Kinder eine schulärztliche Empfehlung zur Beurlaubung ausgesprochen (Abb. 43 & Anhang-Tab. 23). In der zeitlichen Analyse der Situation vor und nach der COVID-19 Pandemie (Durchschnitt 2015-2019: 1,7 %) fällt auf, dass der Anteil an Beurlaubungen angestiegen ist. Auch wenn sich diese Veränderung, aufgrund der insgesamt

niedrigen Anteile von Beurlaubungen, in der Summe auf eine vergleichsweise kleinere Zahl von Kindern auswirkt, könnte es darauf hindeuten, dass einige Kinder aufgrund der Pandemie nicht regulär eingeschult werden konnten. Ob und inwieweit möglicherweise COVID-19 Infektionen der Kinder selbst hierzu beigetragen haben könnten, kann aus den Daten nicht abgeleitet werden.

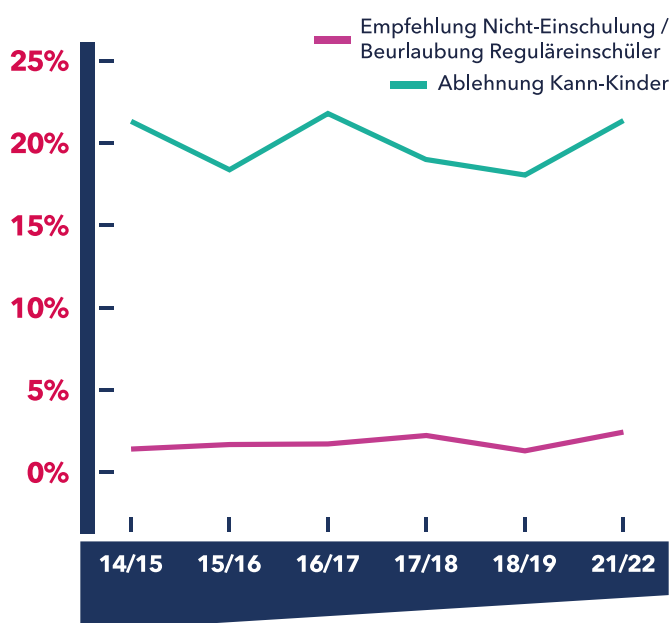


Abb. 43: Anteile der Kinder mit einer Empfehlung zur Nicht-Einschulung / Beurlaubung (Reguläreinschülerinnen und -schüler) und Anteil der Kann-Kinder mit einer Empfehlung zur Einschulungsablehnung nach Untersuchungsjahr in %.

Bei 21,3 % der untersuchten Kann-Kinder wurde schulärztlich eine Ablehnung des Antrags auf vorzeitige Einschulung empfohlen (Abb. 43 & Anhang-Tab. 23). Im Rahmen der zeitlichen Entwicklung fällt hier, trotz eines Anstiegs im Vergleich zum Untersuchungsjahr 2018/19, kein langfristiger Trend auf. Bei der Betrachtung der Zahlen der Kann-Kinder ist zu beachten, dass es sich um eine vergleichsweise kleine Gruppe handelt (im Durchschnitt 390 Kinder pro Jahr).

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 (i.d.R. 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 Schulärztinnen und Schulärzte um Einsicht kommen jährlich ca. 90 % der Sorgeberechtigten nach.

Bezogen auf die Kinder, für die eine quantitative Auswertung der Teilnahmen an den U-Untersuchungen durchgeführt werden konnte, zeigt sich, dass die Teilnahmequoten zwar insgesamt auf einem hohen Niveau liegen (> 96 %), jedoch in den vergangenen Jahren ein leichter Rückgang bei allen U-Untersuchungen beobachtet werden kann (Abb. 44 & Anhang-Tab. 24).

Die im Untersuchungsjahr 2021/22 registrierten Teilnahmequoten fallen hingegen erwartungsgemäß niedriger aus, da während der COVID-19 Pandemie sowohl wegen einer befürchteten Überlastung der niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte, als auch aus möglicher elterlicher Sorge vor einer Ansteckung in den Praxen, weniger Untersuchungen als in der Vergangenheit durchgeführt worden sein könnten. Aus diesen Gründen hatte der G-BA während der Pandemie die Toleranzfristen einzelner U-Untersuchungen ausgesetzt. Hierdurch sollte erreicht werden, dass auch während der für das Gesundheitssystem erheblich belastenden Situation der Pandemie möglichst viele Kinder die jeweils anstehenden Früherkennungsuntersuchungen erfahren konnten.

Für die U9, regelmäßig die letzte Untersuchung vor der Schuleingangsuntersuchung, wird weiterhin dokumentiert, ob diese in einer pädiatrischen oder in einer hausärztlichen Praxis durchgeführt wurde. Dabei zeigt sich, dass im Untersuchungsjahr 2021/22 bei mehr als 96 % der Kinder mit vorliegendem Vorsorgeheft die U9 durch einen Pädiater oder eine Pädiaterin erfolgte. Über die Jahre ist hier landesweit ein leichter Anstieg zu erkennen. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass insbesondere in ländlichen Regionen die Suche nach einer fachärztlich-pädiatrischen Versorgung eine zunehmende Herausforderung für die Eltern sein kann.

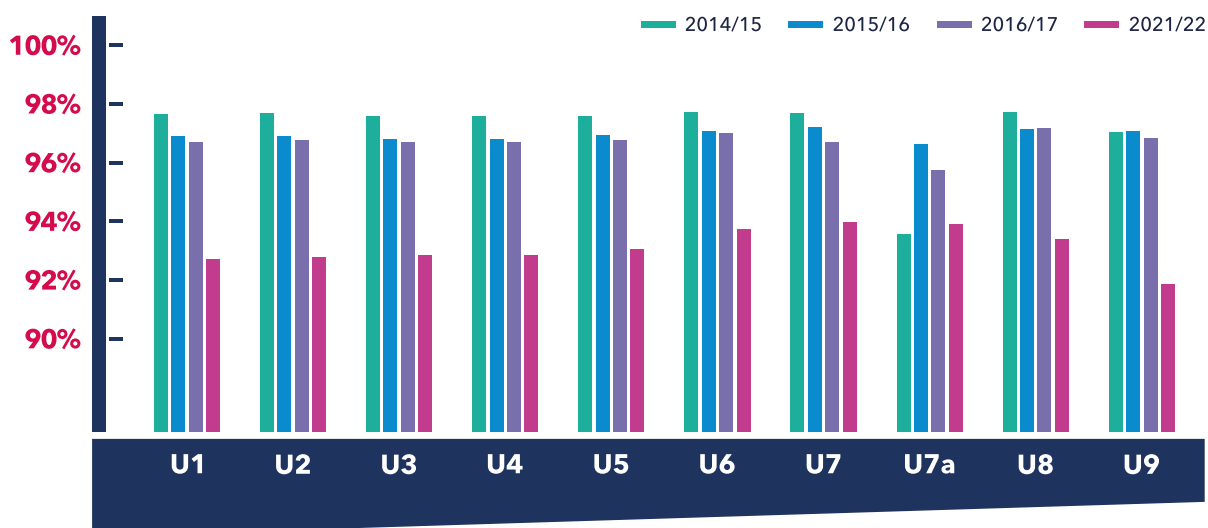


Abb. 44: Anteile der Kinder mit absolvierten Früherkennungsuntersuchungen nach U-Untersuchung und Untersuchungsjahr in %.
Anmerkung: Für die Untersuchungsjahre 2017/18 und 2018/19 liegen keine auswertbaren Daten vor.

3.16 Impfungen

Nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 der Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben führen die Schulpflichtärztinnen und Schulpflichtärzte 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 2021/21 haben 94,1 % der Eltern (11.114 von 11.809) den Impfpass ihres Kindes vorgelegt. Im Vergleich zu den letzten Untersuchungsjahren ist der Anteil erneut etwas angestiegen (2016/17: 88,5 %, 2017/18: 90,5 %, 2018/19: 90,5 %). Der Vergleich mit den Werten vorangegangener Untersuchungsjahre ist jedoch nur eingeschränkt möglich, da sich die Grundgesamtheit der untersuchten Kinder unterscheidet und in dem vorliegenden Bericht lediglich ein Teil der Kreise und kreisfreien Städte in die Auswertungen eingeht.

Bei der Vorlage des Impfpasses wird die Art und die Anzahl der zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung durchgeführten Standardimpfungen dokumentiert. 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 Ständigen Impfkommission (STIKO) entsprechen (Robert Koch-Institut 2023). Durch die Neu- und Weiterentwicklung von (Kombinations-)Impfstoffen, entstehen zudem neue Impfschemata, die sich folglich in aktualisierten Impfpfehlungen und Impfkalendern niederschlagen. Hierbei ist zu bedenken, dass stets einige Zeit vergeht, bis sich das Impfverhalten bei allen Beteiligten einer neuen Impfpfehlung angepasst hat. So gibt es immer eine gewisse Übergangsphase, in der noch verschiedene Impfschemata bzw. Impfstoffe verwendet werden. Darüber hinaus enthalten Impfpfehlungen meist Ausnahmen für bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie z. B. Frühgeborene.

Tabelle 4 zeigt für das Untersuchungsjahr 2021/22 eine Übersicht der Impfquoten und die Anzahl der Impfungen, die für die Altersgruppe der einzuschulenden Kinder von der STIKO empfohlen werden (siehe auch: Anhang-Tab. 25).

	keine Impfung	mind. 1x	mind. 2x	mind. 3x	mind. 4x
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	4,62%	95,38%	94,63%	93,78%	89,02%
Diphtherie	4,36%	95,64%	94,83%	94,06%	89,65%
Tetanus	4,03%	95,97%	95,15%	94,36%	89,75%
Pertussis (Keuchhusten)	4,75%	95,25%	94,40%	93,58%	89,48%
Hepatitis B	7,68%	92,32%	91,66%	90,90%	86,30%
Haemophilus influenzae Typ b (Hib)	6,13%	93,87%	93,23%	92,34%	88,05%
Pneumo- kokken	10,59%	89,41%	87,86%	80,05%	8,20%
Masern	3,34%	96,66%	94,65%		
Mumps	3,54%	96,46%	94,56%		
Röteln	3,57%	96,43%	94,54%		
Varizellen (Windpocken)	8,94%	91,06%	88,81%		
Meningo- kokken C	10,30%	89,70%			
Rotaviren	32,39%	67,61%	64,56%	11,91%	

Tab. 4: Impfquoten (in %) der Impfungen, die für die Altersgruppe der einzuschulenden Kinder von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden nach Anzahl der Impfungen für das Untersuchungsjahr 2021/22 (Grundimmunisierung = hervorgehobene Zahlen).

Bei Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b und Hepatitis B wurde seit 1994 eine Sechsfachimpfung bei Säuglingen im 3+1-Impfschema empfohlen, um eine Grundimmunisierung herzustellen (Ständige Impfkommission 2020). Die Impfquoten gegen diese Erkrankungen mit mindestens vier Impfungen liegen zwischen etwa 86 % und 90 %. 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). Die Impfquoten mit mindestens drei Impfungen liegen bei den genannten Erkrankungen zwischen ca. 91 % und 95 %. Das nationale Impfquotenziel zur Grundimmunisierung liegt bei diesen Erkrankungen bei einer Impfquote von 95 % (Nationale Lenkungsgruppe Impfen 2023).

Der Anteil der nicht geimpften Kinder liegt im Untersuchungsjahr 2021/22 bei den sechs genannten Erkrankungen zwischen ca. 4 % und 7 %.

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 Impfquote von etwa 80 % erreicht (mindestens drei Impfungen). Ca. 8 % der Kinder weisen mindestens vier Impfungen auf. Auch hier wurde vor einigen Jahren das Impfschema von vier auf drei Impfungen umgestellt, sodass der Anteil mit mindestens vier Impfungen erwartungsgemäß deutlich niedriger ausfällt.

Die Impfquoten bei Masern, Mumps und Röteln zur Grundimmunisierung liegen zwischen ca. 94 % und 95 %. Dies entspricht näherungsweise dem nationalen Impfquotenziel von 95 %. Der Anteil der Kinder, die keine Impfung erhalten haben, liegt etwas über 3 %. Die Masern- und Rötelnelimination in Deutschland ist ein erklärtes Ziel von Bund und Ländern (Bundesministerium für Gesundheit 2015). Hohe Impfquoten leisten einen unverzichtbaren Beitrag für eine breite Immunität in der Bevölkerung. Nach § 20 IfSG müssen Schülerinnen und Schüler einen ausreichenden Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern nachweisen. Etwas niedriger fällt die Impfquote bei Impfungen gegen Varizellen aus. Die Quote der Kinder mit einer Grundimmunisierung liegt hier bei knapp 89 %. Gegen Meningokokken C ist lediglich eine Impfdosis notwendig. Die Quote liegt bei knapp 90 %.

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 2021/22 beträgt die Impfquote ca. 65 % bei mindestens zwei und ca. 12 % bei mindestens drei erhaltenen Impfungen. Der Anteil der nicht geimpften Kinder liegt bei rund 32 %.

Bei einem groben Vergleich der Impfquoten mit zurückliegenden Untersuchungsjahrgängen lässt sich festhalten, dass die Impfquoten im Untersuchungsjahrgang 2021/22 mehrheitlich um 1 bis 2 Prozentpunkte zurückgegangen sind, und zwar sowohl bei der Grundimmunisierung als auch bei unvollständigen Impfserien. Insbesondere bei Impfungen gegen Pneumokokken ist in der Kategorie „mindestens drei Impfungen“ potentiell ein etwas stärker ausgeprägter Rückgang der Impfquote zu beobachten.

Bei den Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln ist ein anderes Muster zu erkennen. Hier zeigen sich, zumindest bei der Grundimmunisierung (mindestens zwei Impfungen), stabile Impfquoten bzw. ganz leichte Anstiege in den Quoten. Eine positive Entwicklung ist ebenfalls bei den Impfungen gegen Rotaviren zu beobachten. Hier zeigen sich hohe einstellige Steigerungen der Impfquoten bei Kindern mit mindestens einer oder mindestens zwei Impfungen.

Auf der anderen Seite legen die Daten nahe, dass der Anteil der Kinder, die keine Impfung erhalten haben, mit Ausnahme der Impfung gegen Rotaviren, um 1 bis 3 Prozentpunkte zugenommen hat. Über die Gründe geben die Daten der Schuleingangsuntersuchungen zunächst keine Informationen. Jedoch sind im Zuge der COVID-19 Pandemie auch die Teilnahmequoten für die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen rückläufig gewesen. Impftermine sind mit diesen Untersuchungen regelmäßig verbunden. Hier wird zu beobachten sein, ob dieser Rückgang zukünftig wieder vollständig aufgeholt wird.

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

Die zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter in den Kreisen und kreisfreien Städten haben die Aufgabe, sowohl auf eine Sicherstellung der Chancengleichheit bei allen Kindern und Jugendlichen als auch auf eine weitere Verbesserung ihrer Zahn- und Mundgesundheit hinzuwirken. Die dazu durchgeführten Untersuchungen finden zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) gemäß § 21 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) in Verbindung mit § 7 GDG (Gesundheitsdienstgesetz des Landes Schleswig-Holstein) in den einzelnen Einrichtungen (Kindertagesstätten, Grundschulen, Förderzentren und weiterführenden Schulen) in Form einer Reihenuntersuchung statt. Nach einheitlichen Untersuchungsstandards werden dabei Zahnerkrankungen (vor allem Karies) jedes einzelnen Zahns sowie Kieferfehlstellungen und Erkrankungen

des Zahnhalteapparates erfasst. Die zahnärztlichen Untersuchungen finden nicht während der Schuleinganguntersuchung, sondern erst nach der Einschulung in der Eingangsstufe der Grundschule statt. Daher muss bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden, dass es sich zwar grundsätzlich um die gleichen Kinder, jedoch zu unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkten handelt.

4.2

Datenerfassung

Die Datenerfassung der zahnmedizinischen Dienste in Schleswig-Holstein erfolgte im Schuljahr 2022/23 mit verschiedenen Dokumentationsprogrammen nach landeseinheitlichen, verbindlichen Untersuchungsrichtlinien, den sog. „Untersuchungsstandards“ (Tab. 5).

Kreis / kreisfreie Stadt	Datenerfassung	Untersuchungsgrad der Grundschulen
Flensburg	ISGA ²	9 von 14 Grundschulen
Kiel	GUdental ¹	alle Grundschulen, außer 2
Lübeck	Mikropro ³	vollständig
Neumünster	GUdental ¹	vollständig
Dithmarschen	GUdental ¹	29 von 42 Grundschulen
Herzogtum Lauenburg	GUdental ¹	1.880 Erstklässler
Nordfriesland	GUdental ¹	1.128 von 1.325 gemeldeten Schülerinnen und Schüler
Ostholstein	Mikropro ³	keine Abgaben
Pinneberg	GUdental ¹	60 von 65 Grundschulen
Plön	Mikropro ³	alle Grundschulen, es wurde ausschließlich die erste Klassenstufe untersucht
Rendsburg-Eckernförde	GUdental ¹	13 Grundschulen fehlen
Schleswig-Flensburg	Mikropro ³	22 von 44 Grundschulen
Segeberg	GUdental ¹	2.161 von 2.707 gemeldeten Grundschülerinnen und -schüler
Steinburg	GUdental ¹	21 von 28 Grundschulen
Stormarn	GUdental ¹	35 Grundschulen
Dänischer Gesundheitsdienst	keine Angabe	11 Grundschulen

¹ GUdental, software.house informationstechnik AG, Kiel

² ISGA, Computer Zentrum Strausberg GmbH, Strausberg

³ Mikropro, Mikroprojekt GmbH, Kaiserslautern

Tab. 5: Übersicht der Datenerfassung und des Untersuchungsgrades der Grundschulen nach Region für das Schuljahr 2022/23.

Mundgesundheit bedeutet weitaus mehr als Zahngesundheit. Aufgrund der großen Bedeutung von Karies als Volkserkrankung konzentriert sich die folgende Auswertung auf die Häufigkeit und Behandlungsbedürftigkeit wegen Karies. Behandlungsbedürftigkeit wegen Kieferfehlstellungen, Trauma, Zahnfehlbildungen werden nicht ausgewertet.

Als Indikatoren werden der Prozentsatz der „naturgesunden“ Kinder sowie der durchschnittliche dmf(t)- Wert herangezogen. „Naturgesund“ bedeutet in dem Zusammenhang ein völlig intaktes, kariesfreies Gebiss. Kein Zahn musste bislang wegen Karies behandelt oder entfernt werden. Der dmf(t)-Wert gibt hingegen die Anzahl der durch Karies geschädigten (d= decayed), fehlenden (m= missing) oder gefüllten (f= filled) Zähne (t=teeth) an, wobei sich der dmf(t) auf die Milch- und der DMF(T) auf die bleibenden Zähne bezieht.

Eine wichtige Rolle spielt das für jedes Kind einzeln erhobene „Kariesrisiko“. Es wird altersspezifisch nach bundesweit einheitlichen Kriterien definiert (DAJ - Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.). Bei den Erstklässler-Kindern (Sechs- bis Siebenjährige) besteht nach dieser Definition ein erhöhtes Kariesrisiko, wenn der dmf(t)/DMF(T) >5 oder D(T) > 0. In Worten bedeutet das: Ein Erstklässler-Kind ist ein „Risikokind“, sobald mehr als 5 (Milch-)zähne insgesamt oder ein bleibender Zahn kariös ist.

In den aufgesuchten Einrichtungen können nicht alle Kinder untersucht werden. Bei den fehlenden Schülerinnen und Schülern handelt es sich in der Regel um Kinder, die aus Krankheitsgründen am Tag der Untersuchung nicht in der Einrichtung anzu-treffen waren, vereinzelt lehnen die Sorgeberechtigten die Teilnahme ab.

Unterschiedliche Untersuchungsprioritäten führen in einigen Kreisen, neben fehlenden personellen Ressourcen, dazu, dass eine flächendeckende Untersuchung der Grundschulen nicht erreicht werden konnte. Eine Vergleichbarkeit der Daten der unterschiedlichen

Kreise ist schon aus diesem Grund nicht vollständig gegeben. Auch die Betrachtung der jeweiligen Landesdurchschnitte muss auf diesem Hintergrund kritisch gelesen und interpretiert werden.

Im Schuljahr 2022/23 konnten sämtliche Zahnärztlichen Dienste in den Kreisen und kreisfreien Städte ihre originären Aufgaben wieder wahrnehmen und, anders als in den zwei Schuljahren zuvor, zahlreiche Reihenuntersuchungen durchführen. Neben Kindern und Jugendlichen in Kindertagesstätten, Förderzentren und weiterführenden Schulen wurden in Schleswig-Holstein ebenfalls 74.176 Kinder in Grundschulen untersucht (Tab. 6). Das entspricht ca. 80 % der gemeldeten Kinder. Der Untersuchungsgrad liegt damit etwa auf dem Vorpandemie-Niveau. Ca. 23.000 davon waren 6- bis 7-jährige Kinder in den ersten Klassen, über deren Zahngesundheit im weiteren genauer berichtet wird.

Kreis / kreisfreie Stadt	Untersuchte Grundschul-kinder (1.-4. Klasse)	Untersuchte Erstklässler	Gemeldete Erstklässler	Untersuchungsgrad 1. Kl. in %*
Flensburg	1.089	419	686	61,1
Kiel	7.649	2.234	2.290	97,6
Lübeck	6.772	1.675	1.933	86,7
Neumünster	2.810	753	780	96,5
Dithmarschen		1.262	1.086	116,2
Herzogtum Lauenburg	6.719	1.880	2.096	89,7
Nordfriesland	3.229	1.128	1.325	85,1
Ostholstein	3.079	830	1.451	57,2
Pinneberg	11.405	3.307	3.598	91,9
Plön	1.113	1.113	1.297	85,8
Rendsburg-Eckernförde	6.802	1.788	3.188	56,1
Schleswig-Flensburg	2.375	700	1.798	38,9
Segeberg	7.601	2.161	2.707	79,8
Steinburg	3.742	1.045	1.358	77,0
Stormarn	8.997	2.444	2.583	94,6
Dänischer Gesundheitsdienst	794	293	325	90,2
Schleswig-Holstein	74.176	23.032	28.501	80,8

*Untersuchungsrate über 100% ergeben sich aus Zu-/ Abgängen im laufenden Schuljahr, ebenso aus der nicht eindeutigen Klassenzuordnung (Erweiterte Schuleingangsstufe). Einschulungen von z. B. geflüchteten Kindern finden im gesamten Jahresverlauf statt. Ggf. sind nicht alle Schülerinnen und Schüler an Privatschulen vom Schulamt erfasst.

Tab. 6: Untersuchungsgrad der Grundschüler/ Erstklässler des Schuljahres 2022/23.

4.3

Befunde

59,2 % aller untersuchten schleswig-holsteinischen Kinder in der ersten Klasse des Schuljahres 2022/23 haben ein naturgesundes Gebiss (Tab. 7). Das heißt, bei diesen Kindern ist bislang kein einziger Zahn an Karies erkrankt oder deswegen behandelt worden.

Die deutlichsten Abweichungen bei der Kariesfreiheit sind in Neumünster (48,6 % naturgesund) und im Kreis Dithmarschen (77 % naturgesund) zu verzeichnen.

Der dmft(t)-Index lag in Schleswig-Holstein im Schuljahr 2022/23 bei 1,5. Das heißt, jedes Kind (1. Klasse) hatte durchschnittlich 1,5 an Karies erkrankte Zähne. Die höchsten Werte wurden in Neumünster (2,2) und im Kreis Steinburg (2,16) festgestellt. Auffällig ist der höhere Anteil an Kindern mit höheren dmft(t)-Werten in den kreisfreien Städten gegenüber den Kreisen in Schleswig-Holstein. Deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegen der Kreis Stormarn (dmft(t): 0,87) und der Kreis Dithmarschen (dmft(t): 0,68). Im Vergleich zu den Vorjahren gibt es hier kaum Veränderungen.

Das „Kariesrisiko“ ist ein altersabhängiger Index, der gemäß der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) dann vorliegt, wenn bei 6- bis 7-jährigen Kindern der dmft(t)-Wert oder der DMF(T)-Wert > 5 und/oder der D(T)-Wert > 0 ist. Ein hoch kariöses Milchgebiss bedeutet ein hohes Risiko, auch im bleibenden Gebiss frühzeitig Karies zu entwickeln.

11,2 % der untersuchten Kinder (1. Klasse) sind als Kinder mit einem Kariesrisiko einzustufen (Tab. 8). Im Vergleich zu den Vorjahren ist lediglich eine geringe Veränderung zu verzeichnen (2015/16: 11,3 %; 2016/17: 12,2 %; 2017/18: 12,1 %). Die Anteile in Neumünster und im Kreis Steinburg sind vergleichsweise hoch (18,3 % und 17,8 %).

Kreis / kreisfreie Stadt	Untersuchte Kinder (1. Klasse)	Anzahl der Kinder mit naturgesunden Zähnen	Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen in %	Durchschnitt dmft-Wert*
Flensburg	419	219	52,3	1,86
Kiel	2.234	1.277	57,2	1,67
Lübeck	1.675	971	58,0	1,90
Neumünster	753	366	48,6	2,20
Dithmarschen	1.262	972	77,0	0,68
Herzogtum Lauenburg	1.880	1.173	62,4	1,44
Nordfriesland	1.128	743	65,9	1,18
Ostholstein	830	-	-	-
Pinneberg	3.307	1.946	58,8	1,74
Plön	1.113	763	68,6	1,30
Rendsburg-Eckernförde	1.788	1.039	58,1	1,71
Schleswig-Flensburg	700	401	57,3	1,35
Segeberg	2.161	1.298	60,1	1,43
Steinburg	1.045	522	50,0	2,16
Stormarn	2.444	1.744	71,4	0,87
Dänischer Gesundheitsdienst	293	201	68,6	0,95
Schleswig-Holstein	23.032	13.635	59,2	1,50

*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. 7: Anzahl der untersuchten Erstklässlerinnen und Erstklässlern, Anzahl und Anteil derjenigen mit naturgesunden Zähnen sowie Durchschnitt des dmft-Wertes nach Region für das Schuljahr 2022/23.

Weitere interessante Aspekte bei der Betrachtung der Mundgesundheit stellen die Behandlungsbedürftigkeit und der Sanierungsgrad der Zähne dar. Als saniert gelten Kinder, deren Zähne vollständig zahnärztlich versorgt worden sind. Die Behandlungsbedürftigkeit nach Landeskriterien umschließt Kinder mit kariösen Zähnen, wobei – vereinfacht dargestellt – die Milchzähne ausgenommen werden, bei denen der Zahnwechsel kurz bevorsteht.

17,9 % der Grundschülerinnen und -schüler waren zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht vollständig zahnmedizinisch versorgt (Tab. 9). Hier gibt es große Unterschiede zwischen den Kreisen, bzw. kreisfreien Städten. So sind in Neumünster und Lübeck bei fast jedem dritten Kind (33,7 % bzw. 28,2 %) die Zähne nicht vollständig versorgt. Im Kreis Stormarn und in den Schulen, die vom dänischen Gesundheitsdienst untersucht wurden, sind lediglich bei jedem zehnten Kind (11,6 % bzw. 10,2 %) die Zähne nicht vollständig saniert.

Kreis / kreisfreie Stadt	Anzahl der untersuchten Kinder (1. Klasse)	Anzahl der Kinder mit Kariesrisiko	Anteil der Kinder mit Kariesrisiko in %
Flensburg	419	69	16,47
Kiel	2.234	263	11,77
Lübeck	1.675	267	15,94
Neumünster	753	138	18,33
Dithmarschen	1.262	53	4,20
Herzogtum Lauenburg	1.880	190	10,11
Nordfriesland	1.128	80	7,09
Ostholstein	830	67	8,07
Pinneberg	3.307	528	15,97
Plön	1.113	123	11,05
Rendsburg-Eckernförde	1.788	222	12,42
Schleswig-Flensburg	700	38	5,43
Segeberg	2.161	218	10,09
Steinburg	1.045	186	17,80
Stormarn	2.444	127	5,20
Dänischer Gesundheitsdienst	293	13	4,44
Schleswig-Holstein	23.032	2.582	11,21

Tab. 8: Anzahl der Erstklässlerinnen und Erstklässler, Anzahl und Anteil (in %) der Kinder mit Kariesrisiko nach Region für das Schuljahr 2022/23.

Kreis / kreisfreie Stadt	Anzahl der untersuchten Kinder (1.- 4. Klasse)	davon behandlungsbedürftig	Anteil in %
Flensburg	1.089	235	21,58
Kiel	7.649	1.490	19,48
Lübeck	6.772	1.909	28,19
Neumünster	2.810	946	33,67
Dithmarschen	-	-	-
Herzogtum Lauenburg	6.719	1.227	18,26
Nordfriesland	3.229	623	19,29
Ostholstein	3.079	-	-
Pinneberg	11.405	1.675	14,69
Plön	1.113	154	13,84
Rendsburg-Eckernförde	6.802	1.151	16,92
Schleswig-Flensburg	2.375	500	21,05
Segeberg	7.601	1.377	18,12
Steinburg	3.742	892	23,84
Stormarn	8.997	995	11,06
Dänischer Gesundheitsdienst	794	81	10,20
Schleswig-Holstein	74.176	13.255	17,87

Tab. 9: Anzahl der untersuchten Grundschülerinnen und -schüler, Anzahl und Anteil (in %) der behandlungsbedürftigen Kinder nach Region für das Schuljahr 2022/23.

4.4

Zusammenfassung und Fazit der zahnärztlichen Untersuchungen

Die Zahnärztlichen Dienste der Kreise und kreisfreien Städte konnten im Untersuchungsjahr 2022/23 insgesamt 23.032 Kinder der ersten Klasse in den Grundschulen untersuchen. Das entspricht in etwa einer Untersuchungsquote von 81 %. Damit liegt der Untersuchungsgrad wieder etwa auf dem Niveau vor der COVID-19-Pandemie.

Insgesamt stellen die hier zusammengetragenen Ergebnisse lediglich einen kleinen Teil der von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein erfassten Daten dar. Im vorliegenden Bericht wurde der Fokus auf ausgewählte Indikatoren gelegt, um einen Überblick über die aktuelle Situation der Zahngesundheit der Kinder zu geben.

59,2 % aller untersuchten schleswig-holsteinischen Kinder in der ersten Klasse des Schuljahres 2022/23 haben ein naturgesundes Gebiss. Das heißt, bei diesen Kindern ist bislang kein einziger Zahn an Karies erkrankt oder deswegen behandelt worden. Der dmf(t)-Index lag in Schleswig-Holstein im Schuljahr 2022/23 bei 1,5. Das heißt, jedes Kind in der 1. Klasse hatte durchschnittlich 1,5 an Karies erkrankte Zähne. Zudem sind 11,2 % der untersuchten Kinder in der 1. Klasse als Kinder mit einem Kariesrisiko einzustufen. Im Vergleich zu den

Vorjahren ist lediglich eine geringe Veränderung zu verzeichnen (2015/16: 11,3 %; 2016/17: 12,2 %; 2017/18: 12,1 %). Darüber hinaus waren 17,9 % der Grundschülerinnen und -schüler zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht vollständig zahnmedizinisch versorgt. Bei den hier genannten Indikatoren konnten jeweils deutliche Unterschiede in den Prävalenzen zwischen verschiedenen Kreisen und kreisfreien Städten beobachtet werden.

Dies ist insbesondere bei der Implementierung von Präventionsangeboten und Projekten zur Gesundheitsförderung durch das Land oder den jeweiligen Kreis bzw. die kreisfreie Stadt zu berücksichtigen, um Maßnahmen bedarfsgerecht und zielführend umzusetzen. Die Analysen zeigen, dass der Bedarf weiterhin vorhanden ist.

Durch die jugendzahnärztlichen Dienste werden die Kinder mit Kariesrisiko mit erhöhtem Betreuungsbedarf und ihre Familien zuverlässig erkannt. Es können Maßnahmen zur Unterstützung dieser Familien ergriffen werden, damit die Kinder die ihnen zustehende zahnärztliche Behandlung und Unterstützung bei der Zahnpflege erhalten. Das ist ein wichtiger Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit und bedarf einer entsprechenden Ausstattung mit ausreichend personellen Ressourcen.

5

Zusammenfassung & Fazit



Bei der Einordnung der Ergebnisse muss stets bedacht werden, dass eine Beschränkung der Datenauswertung auf die Kreise und kreisfreien Städte mit einer Vollerhebung im Untersuchungsjahr 2021/22 erfolgte. Hierdurch könnte es zu möglichen Verzerrungen durch regionale Effekte kommen. Bei einzelnen Indikatoren zeigten sich höhere Anteile fehlender oder unplausibler Werte, wodurch mögliche Verzerrungen nicht auszuschließen sind. Die Ursache dafür 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.

In einer Gesamtbetrachtung der während der Schuleingangsuntersuchungen in Schleswig-Holstein im Untersuchungsjahr 2021/22 erhobenen Daten zeigt sich, dass in vielen Bereichen die Anteile auffälliger Befunde zugenommen haben. Das gilt insbesondere für Kinder aus einem Elternhaus mit formal niedrigem Bildungshintergrund, bei denen die entsprechenden Anteile fast durchgängig überproportional angestiegen sind. Jungen sind bei der Betrachtung der Ergebnisse häufig stärker von auffälligen Befunden betroffen als Mädchen. Diese Verteilung ist grundsätzlich nicht unerwartet, eine deutliche Jungenwendigkeit bei schulrelevanten Entwicklungsstörungen ist wissenschaftlich vielfach belegt (Schmid 2017).

Besonders auffällig ist eine starke Zunahme Übergewichtiger (+18 %) und vor allem auch stark Übergewichtiger bzw. adipöser (+27 %) Kinder im Vergleich zu den Jahren vor der COVID-19 Pandemie. Dabei kann Adipositas bei Kindern zu erheblichen gesundheitlichen Folgen (z. B. Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Insulinresistenzen sowie Asthma und orthopädische Probleme) bis ins Erwachsenenalter führen (Friedemann et al. 2012; Gililand et al. 2003; Wills 2004; Lifshitz 2008; Taylor et al. 2006). Ursachen für die Zunahme von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen während der Pandemie finden sich unter anderem in einem Rückgang von Bewegung und häufiger konsumierten Süßwaren (Joisten 2022). Viele Sport- und Freizeitangebote für Kinder waren aus Infektionsschutzgründen nur eingeschränkt verfügbar. Die ansteigenden Entwicklungen bei

Übergewicht und Adipositas müssen weiterhin im Kontext einer, insbesondere bei der Adipositas, überwiegend konstanten Entwicklung in den vier Jahren vor der Pandemie bewertet werden.

Weiterhin ist auffällig, dass die schulrelevanten Befunde zum Sehvermögen bei den Kindern nach der Pandemie um 36 % zugenommen haben. Dies könnte darauf hindeuten, dass Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19 Pandemie möglicherweise Auswirkungen auf das Sehvermögen von Kindern gehabt haben könnten. Eine mögliche Ursache dafür könnte z. B. in einem vermehrten häuslichen Aufenthalt der Kinder während der Pandemie sein. So zeigte beispielsweise eine Untersuchung aus China (Jiaxing Wang et al. 2021), dass bei einer Zunahme von häuslicher Isolation bei Kindern eine vermehrte Entwicklung von Kurzsichtigkeit beobachtet wurde. Eine weitere Ursache könnte auch in einer eventuell geringeren Inanspruchnahme ärztlicher Behandlungen während der COVID-19 Pandemie liegen.

Im Rahmen der Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch zeigt sich vor allem bei Kindern aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungshintergrund sowie aus Familien, in denen Deutsch keine im Alltag gesprochene Sprache ist, dass die jeweiligen Anteile an sprachkompetenten Kindern deutlich rückläufig sind. Dieses Bild zeigte sich grundsätzlich bereits vor Beginn der Pandemie, wurde jedoch in deren Verlauf weiter verstärkt. Bei gleichzeitiger Betrachtung der vorschulischen Betreuungsjahre fällt wiederum auf, dass besonders lange in Kitas betreute Kinder über die Jahre nur wenig Veränderungen in der Sprachkompetenz zeigen. Daraus lässt sich ableiten, dass eine vermehrte Inanspruchnahme vorschulischer Betreuung, insbesondere für Kinder aus Familien mit niedrigerer Schulbildung sowie im Alltag weniger häufig deutschsprechenden Familien, die Sprachkompetenz der Kinder erhöhen und eine erfolgreiche Beschulung mit Beginn der Einschulung fördern kann. Die Erforderlichkeit einer möglichst gezielten Förderung von Kindern aus einem Elternhaus mit niedrigerer Schulbildung wird umso deutlicher unter der Berücksichtigung, dass diese Kinder insgesamt noch deutlich stärker betroffen sein könnten, als es viele mittelwertbasierte Betrachtungen aufzeigen (Gambaro et al. 2019).

Auch beim Zahlen- und Mengenvorwissen zeigte sich ein ansteigender Trend auffälliger Ergebnisse grundsätzlich bereits vor der Pandemie. Jedoch hat dieser bei den Kindern aus Familien mit einem formal niedrigeren Bildungshintergrund deutlich stärker zugenommen als in den Jahren vor der Pandemie. Dieser Effekt zeigt sich auch in den Schuleingangsstudien anderer Bundesländer (z. B. Bremen: Tempel 2023; Niedersachsen: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2023), weshalb in diesem Zusammenhang pandemiebedingte Beschränkungen für die Kinder die Ursache für diese Entwicklung sein könnten.

Der Anteil der Kinder mit Förderbedarfen ist nach der Pandemie gestiegen. Während die Anteile bei Kindern mit hohem bzw. sonderpädagogischem Förderbedarf, insbesondere aus Familien mit niedrigerer Bildung, bereits zuvor anstiegen und während der Pandemie keine erkennbar veränderte Entwicklung zeigen, ist bei den mäßigen Förderbedarfen eine Zunahme über alle Bildungshintergründe der Eltern hinweg zu verzeichnen. Auch der Abschlussbericht der Corona-KiTa-Studie (Kuger et al. 2022) zeigt einen Anstieg der Förderbedarfe bei Vorschulkindern durch die Pandemie.

Bei den Teilnahmequoten der Früherkennungsuntersuchungen konnten während der COVID-19 Pandemie merkliche Rückgänge verzeichnet werden. Diese scheinen auf die während der Pandemie bestehende starke Belastung des gesundheitlich-ambulanten Versorgungssystems, einer daraus folgenden vorübergehenden Aussetzung einzelner Toleranzzeiten der Untersuchungen sowie auf mögliche Sorgen von Eltern zurückzuführen zu sein. Dies könnte auch eine leichte Zunahme des Anteils an Kindern erklären, die (bis auf Rotaviren) keine Impfungen nach den Empfehlungen der STIKO erhalten haben, da Impfungen regelmäßig gemeinsam mit den Früherkennungsuntersuchungen erfolgen.

In den übrigen Untersuchungsbereichen finden sich keine schulrelevanten Befunde, die sich nach der COVID-19 Pandemie erkennbar anders entwickelt haben als zuvor. Einzelne Bereiche, wie z. B.

Verhaltensauffälligkeiten oder Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit zeigen dennoch einen über die Jahre kontinuierlichen Anstieg betroffener Kinder, welcher bei zukünftigen Planungen von Förderungen berücksichtigt werden sollte. Bei der Analyse der zahnärztlichen Untersuchungen zeigt sich eine überwiegend konstante Entwicklung, sowohl beim Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen als auch beim Kariesrisiko, auch wenn es regionale Unterschiede gibt.

Bezüglich der Beurteilung der Schulfähigkeit der untersuchten Kinder lässt sich nach der Pandemie eine Zunahme an Beurteilungsempfehlungen erkennen. Dies könnte sowohl mit Befunden durch Beschränkungen während der Pandemie als auch mit den Folgen möglicher COVID-19 Infektionen bei den Kindern selbst in Zusammenhang stehen. Die Ursachen sind jedoch aus den vorliegenden Daten nicht ableitbar.

Die Daten legen nahe, dass auch viele Vorschulkinder unter den Auswirkungen der COVID-19 Pandemie gelitten haben. Um einen möglichst chancengleichen und erfolgreichen Start in die Schullaufbahn aller Kinder zu erreichen, sollten die Angebote vorschulischer Betreuungs-, Bildungs- und Freizeitangebote genutzt und nach Möglichkeit ausgebaut werden. (1) Kinder sollten möglichst lange Zugang zu umfangreicher vorschulischer Betreuung (z. B. in Kitas) erhalten. (2) Die Bewegung von Kindern sollte weiter gefördert werden, z. B. durch mehr Sport- und Freizeitangebote für Vorschulkinder. (3) Die Förderungen und Unterstützungen sollten sich noch gezielter an Kinder aus gefährdeten Familien richten. (4) Kinder mit entsprechendem Förderbedarf sollten möglichst frühzeitig und umfassend Zugang zu pädagogischer Sprachförderung (z. B. in DaZ-Klassen) erhalten.

Um schulrelevante Befunde und Förderbedarfe sowie ihre zeitlichen Entwicklungen noch besser erkennen zu können, sollte wieder in möglichst allen Gesundheitsämtern eine schulärztliche Vollerhebung im Rahmen der Schuleingangsstudien erfolgen.

Asher ME et al. (1995). International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): rationale and methods. *European respiratory journal*, 8(3), 483-491.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) & BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2021). Bericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“. Online abrufbar (25.09.2023): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/IMA_Kindergesundheit_Abschlussbericht_BMG-BMFSFJ.pdf.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015). Nationaler Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland. Online abrufbar (25.09.2023): https://www.nali-impfen.de/fileadmin/pdf/NationalerAktionsplan_Elimination_Masern_und_Roeteln_in_Deutschland.pdf.

DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.) (2000). Grundsätze für Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V. Online abrufbar (25.09.2023): <https://www.daj.de/grundsätze.49.o.html>.

Friedemann et al. (2012) Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. *The BMJ* 345:e4759.

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.

Gilliland et al. (2003). Obesity and the risk of newly diagnosed asthma in school-age children. *American journal of epidemiology*, 158(5), 406-415.

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.

Wang et al. (2021). Progression of Myopia in School-Aged Children After COVID-19 Home Confinement. *JAMA Ophthalmology* 2021; 139(3): 293-300. doi:10.1001/jamaophthalmol.2020.6239.

Joisten C (2022). Bewegungsman- gel und mögliche gesundheitliche Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf Kinder und Jugendliche. *Forum Kind Jugend Sport*, 3:107-112. Online abrufbar (25.09.2023): <https://doi.org/10.1007/s43594-022-00074-9>.

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.

6 Quellen

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

Langmeyer A et al. (2020). Kindsein in Zeiten von Corona, Erste Ergebnisse zum veränderten Alltag und zum Wohlbefinden von Kindern. Deutsches Jugendinstitut. Online abrufbar (25.09.2023): https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/dasdj/themen/Familie/DJI_Kindsein_Corona_Erste_Ergebnisse.pdf.

Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften (2021). Kinder und Jugendliche in der Coronavirus-Pandemie: psychosoziale und edukative Herausforderungen und Chancen. Online abrufbar (25.09.2023): https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2021_Corona_Kinder_und_Jugendliche.pdf.

Lifshitz F (2008). Obesity in children. *Journal of clinical research in pediatric endocrinology*, 1(2), 53.

Maldei-Gohring T et al. (2022).

Ein halbes Leben lang Corona, Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Vorschulkindern und deren Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 31, pp. 91-99. Online abrufbar (25.09.2023): <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000374>.

NaLI (Nationale Lenkungsgruppe Impfen) (2023). Nationale Impfstrategien und Impfziele. Online abrufbar (25.09.2023): <https://www.nali-impfen.de/impfen-in-deutschland/nationale-impfstrategien-impfziele/>.

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2023). Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung, Vergleich von Daten ausgewählter Kommunen vor und während der Corona-Pandemie. Online abrufbar (25.09.2023): https://www.nlga.niedersachsen.de/download/192677/Bericht_Ergebnisse_der_Schuleingangsuntersuchung_vor_und_nach_der_Corona-Pandemie.pdf.

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.

Rademacher A & Koglin U (2020). Selbstregulation als Mediator für den Zusammenhang zwischen Erziehung und der Entwicklung von Verhaltensproblemen und sozial-emotionalen Kompetenzen bei Grundschulkindern. *Kindheit und Entwicklung*, 29, pp. 21-29. Online abrufbar (25.09.2023): <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000297>.

RKI (Robert Koch-Institut)

(2023). Impfkalender – Empfehlungen der Ständigen Impfkommission. Online abrufbar (25.09.2023): 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 (25.09.2023): <https://www.kinderaerztliche-praxis.de/a/entwicklungsstoerungen-junge-zu-sein-ein-entwicklungsrisiko-1851232>.

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.

Taylor et al. (2006). Orthopedic complications of overweight in children and adolescents. *Pediatrics*, 117(6), 2167-2174.

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.

Wills M (2004). Orthopedic complications of childhood obesity. *Pediatric physical therapy*, 16(4), 230-235.

7

Anhang

Kreis / kreisfreie Stadt	Untergewicht (< 10. Perzentil)	Normalgewicht (10. bis 90. Perzentil)	Übergewicht (> 90. bis 97. Perzentil)	Adipositas (> 97. Perzentil)
2014/15	1.014	8.104	612	421
%	9,99%	79,83%	6,03%	4,15%
2015/16	970	8.179	627	505
%	9,43%	79,55%	6,10%	4,91%
2016/17	969	7.981	551	470
%	9,72%	80,04%	5,53%	4,71%
2017/18	800	6.987	571	433
%	9,10%	79,48%	6,50%	4,93%
2018/19	825	7.552	581	466
%	8,75%	80,14%	6,17%	4,94%
2021/22	1.011	8.942	762	685
%	8,87%	78,44%	6,68%	6,01%

Anhang-Tab. 10: 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
Anzahl der Kinder	N	10.505	10.623	10.393	9.229	9.634	11.854
Fehlende Angaben	n	37	52	503	50	150	123
	%	0,35%	0,49%	4,84%	0,54%	1,56%	1,04%
Gültige Angaben	n	10.468	10.571	9.890	9.179	9.484	11.731
Summe ABDX	n	3.309	3.646	3.584	3.672	3.664	4.613
	%	31,61%	34,49%	36,24%	40,00%	38,63%	39,32%
X: Nicht behandlungsbedürftig	n	1.627	1.849	2.037	1.985	1.957	2.208
	%	15,54%	17,49%	20,60%	21,63%	20,63%	18,82%
B: Behandlung ausreichend	n	896	863	821	824	879	1.070
	%	8,56%	8,16%	8,30%	8,98%	9,27%	9,12%
A: Arztüberweisung	n	780	930	721	859	820	1.327
	%	7,45%	8,80%	7,29%	9,36%	8,65%	11,31%
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	6	4	5	4	8	8
	%	0,06%	0,04%	0,05%	0,04%	0,08%	0,07%
Schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	1.682	1.797	1.547	1.687	1.707	2.405
	%	16,07%	17,00%	15,64%	18,38%	18,00%	20,50%

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

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22
Anzahl der Kinder	N	10.505	10.623	10.393	9.229	9.634	11.854
Fehlende Angaben	n	40	68	514	55	147	128
	%	0,38%	0,64%	4,95%	0,60%	1,53%	1,08%
Gültige Angaben	n	10.465	10.555	9.879	9.174	9.487	11.726
Summe ABDX	n	653	622	584	671	678	782
	%	6,24%	5,89%	5,91%	7,31%	7,15%	6,67%
X: Nicht behandlungsbedürftig	n	29	49	51	53	57	27
	%	0,28%	0,46%	0,52%	0,58%	0,60%	0,23%
B: Behandlung ausreichend	n	207	188	205	249	237	225
	%	1,98%	1,78%	2,08%	2,71%	2,50%	1,92%
A: Arztüberweisung	n	407	370	318	360	361	517
	%	3,89%	3,51%	3,22%	3,92%	3,81%	4,41%
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	10	15	10	9	23	13
	%	0,10%	0,14%	0,10%	0,10%	0,24%	0,11%
Schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	624	573	533	618	621	755
	%	5,96%	5,43%	5,40%	6,74%	6,55%	6,44%

Anhang-Tab. 12: Beurteilung des Hörvermögens nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22
Anzahl der Kinder	N	10.505	10.623	10.393	9.229	9.634	11.854
Fehlende Angaben	n	148	119	150	136	109	154
	%	1,41%	1,12%	1,44%	1,47%	1,13%	1,30%
Gültige Angaben	n	10.357	10.504	10.243	9.093	9.525	11.700
Summe ABDX	n	1.825	1.922	2.014	1.886	2.107	2.251
	%	17,62%	18,30%	19,66%	20,74%	22,12%	19,24%
X: Nicht behandlungsbedürftig	n	1.129	1.248	1.310	1.252	1.361	1.462
	%	10,90%	11,88%	12,79%	13,77%	14,29%	12,50%
B: Behandlung ausreichend	n	394	326	332	288	361	399
	%	3,80%	3,10%	3,24%	3,17%	3,79%	3,41%
A: Arztüberweisung	n	296	341	357	342	379	390
	%	2,86%	3,25%	3,49%	3,76%	3,98%	3,33%
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	6	7	15	4	6	0
	%	0,06%	0,07%	0,15%	0,04%	0,06%	0,00%
Schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	696	674	704	634	746	789
	%	6,72%	6,42%	6,87%	6,97%	7,83%	6,74%

Anhang-Tab. 13: Beurteilung der grobmotorischen Körperkoordination nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22
Anzahl der Kinder	N	10.505	10.623	10.393	9.229	9.634	11.854
Fehlende Angaben	n	158	100	121	188	145	70
	%	1,50%	0,94%	1,16%	2,04%	1,51%	0,59%
Gültige Angaben	n	10.347	10.523	10.272	9.041	9.489	11.784
Summe ABDX	n	3.477	3.658	3.700	3.901	3.702	4.546
	%	33,60%	34,76%	36,02%	43,15%	39,01%	38,58%
X: Nicht behandlungsbedürftig	n	1.156	1.262	1.160	1.270	1.359	1.920
	%	11,17%	11,99%	11,29%	14,05%	14,32%	16,29%
B: Behandlung ausreichend	n	1.678	1.601	1.778	1.731	1.450	1.357
	%	16,22%	15,21%	17,31%	19,15%	15,28%	11,52%
A: Arztüberweisung	n	643	791	762	899	890	1.269
	%	6,21%	7,52%	7,42%	9,94%	9,38%	10,77%
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	0	4	0	1	3	0
	%	0,00%	0,04%	0,00%	0,01%	0,03%	0,00%
Schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	2.321	2.396	2.540	2.631	2.343	2.626
	%	22,43%	22,77%	24,73%	29,10%	24,69%	22,28%

Anhang-Tab. 14: Beurteilung von Sprachstörungen und des Sprechvermögens nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22
Anzahl der Kinder	N	10.505	10.623	10.393	9.229	9.634	11.854
Fehlende Angaben / nicht beurteilbar	n	1.651	9.349	1.680	2.608	516	876
	%	15,72%	88,01%	16,16%	28,26%	5,36%	7,39%
Gültige Angaben	n	8.854	1.274	8.713	6.621	9.118	10.978
1. Kein Deutsch	n	140		188	116	169	259
	%	1,58%		2,16%	1,75%	1,85%	2,36%
2. Radebrechendes Deutsch	n	249		440	251	422	571
	%	2,81%		5,05%	3,79%	4,63%	5,20%
3. Flüssiges Deutsch mit erheblichen Fehlern	n	922		1.060	703	1.123	1.390
	%	10,41%		12,17%	10,62%	12,32%	12,66%
4. Flüssiges Deutsch mit leichten Fehlern	n	3.063		3.507	2.282	4.876	5.450
	%	34,59%		40,25%	34,47%	53,48%	49,64%
5. Fehlerfreies und Flüssiges Deutsch	n	4.480		3.518	3.269	2.528	3.308
	%	50,60%		40,38%	49,37%	27,73%	30,13%
Sprachkompetent (Summe 4 und 5)	n	7.543		7.025	5.551	7.404	8.758
	%	85,19%		80,63%	83,84%	81,20%	79,78%

Anhang-Tab. 15: Beurteilung der Sprachkompetenz nach Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22
Anzahl der Kinder	N	10.505	10.623	10.393	9.229	9.634	11.854
Fehlende Angaben	n	1.178	1.205	1.374	63	119	50
	%	11,21%	11,34%	13,22%	0,68%	1,24%	0,42%
Gültige Angaben	n	9.327	9.418	9.019	9.166	9.515	11.804
Summe ABDX	n	899	943	1.056	1.185	1.250	1.632
	%	9,64%	10,01%	11,71%	12,93%	13,14%	13,83%
X: nicht behandlungsbedürftig	n	497	508	594	654	733	911
	%	5,33%	5,39%	6,59%	7,14%	7,70%	7,72%
B: Behandlung ausreichend	n	170	181	183	221	223	367
	%	1,82%	1,92%	2,03%	2,41%	2,34%	3,11%
A: Arztüberweisung	n	232	248	273	308	291	354
	%	2,49%	2,63%	3,03%	3,36%	3,06%	3,00%
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	0	6	6	2	3	0
	%	0,00%	0,06%	0,07%	0,02%	0,03%	0,00%
Schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	402	435	462	531	517	721
	%	4,31%	4,62%	5,12%	5,79%	5,43%	6,11%

Anhang-Tab. 16: Beurteilung der selektiven Aufmerksamkeit nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22
Anzahl der Kinder	N	10.505	10.623	10.393	9.229	9.634	11.854
Fehlende Angaben	n	3.576	1.248	2.851	90	106	54
	%	34,04%	11,75%	27,43%	0,98%	1,10%	0,46%
Gültige Angaben	n	6.929	9.375	7.542	9.139	9.528	11.800
Summe ABDX	n	944	1.312	1.064	1.646	1.402	2.308
	%	13,62%	13,99%	14,11%	18,01%	14,71%	19,56%
X: nicht behandlungsbedürftig	n	656	891	768	1.164	986	1.625
	%	9,47%	9,50%	10,18%	12,74%	10,35%	13,77%
B: Behandlung ausreichend	n	124	165	109	196	173	325
	%	1,79%	1,76%	1,45%	2,14%	1,82%	2,75%
A: Arztüberweisung	n	163	247	183	285	237	358
	%	2,35%	2,63%	2,43%	3,12%	2,49%	3,03%
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	1	9	4	1	6	0
	%	0,01%	0,10%	0,05%	0,01%	0,06%	0,00%
Schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	288	421	296	482	416	683
	%	4,16%	4,49%	3,92%	5,27%	4,37%	5,79%

Anhang-Tab. 17: Beurteilung des Zahlen- und Mengenvorwissens nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22
Anzahl der Kinder	N	10.505	10.623	10.393	9.229	9.634	11.854
Fehlende Angaben	n	1.163	1.199	3.374	93	751	49
	%	11,07%	11,29%	32,46%	1,01%	7,80%	0,41%
Gültige Angaben	n	9.342	9.424	7.019	9.136	8.883	11.805
Summe ABDX	n	1.005	1.050	857	1.244	1.315	1.359
	%	10,76%	11,14%	12,21%	13,62%	14,80%	11,51%
X: nicht behandlungsbedürftig	n	570	598	538	751	825	749
	%	6,10%	6,35%	7,66%	8,22%	9,29%	6,34%
B: Behandlung ausreichend	n	187	176	132	198	192	271
	%	2,00%	1,87%	1,88%	2,17%	2,16%	2,30%
A: Arztüberweisung	n	239	268	179	292	296	339
	%	2,56%	2,84%	2,55%	3,20%	3,33%	2,87%
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	9	8	8	3	2	0
	%	0,10%	0,08%	0,11%	0,03%	0,02%	0,00%
Schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	435	452	319	493	490	610
	%	4,66%	4,80%	4,54%	5,40%	5,52%	5,17%

Anhang-Tab. 18: Beurteilung der visuellen Wahrnehmung nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22
Anzahl der Kinder	N	10.505	10.623	10.393	9.229	9.634	11.854
Fehlende Angaben	n	1.164	1.163	10.393	56	56	47
	%	11,08%	10,95%	100,00%	0,61%	0,58%	0,40%
Gültige Angaben	n	9.341	9.460	0	9.173	9.578	11.807
Summe ABDX	n	1.538	1.688		1.710	1.838	2.192
	%	16,47%	17,84%		18,64%	19,19%	18,57%
X: nicht behandlungsbedürftig	n	610	713		678	853	941
	%	6,53%	7,54%		7,39%	8,91%	7,97%
B: Behandlung ausreichend	n	432	403		420	406	549
	%	4,62%	4,26%		4,58%	4,24%	4,65%
A: Arztüberweisung	n	494	567		609	578	702
	%	5,29%	5,99%		6,64%	6,03%	5,95%
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	2	5		3	1	0
	%	0,02%	0,05%		0,03%	0,01%	0,00%
Schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	928	975		1.032	985	1.251
	%	9,93%	10,31%		11,25%	10,28%	10,60%

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

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22
Anzahl der Kinder	N	10.505	10.623	10.393	9.229	9.634	11.854
Fehlende Angaben	n	58	44	103	9.229	3	2
	%	0,55%	0,41%	0,99%	100,00%	0,03%	0,02%
Gültige Angaben	n	10.447	10.579	10.290	0	9.631	11.852
Summe ABDX	n	2.223	2.002	2.064		1.770	1.660
	%	21,28%	18,92%	20,06%		18,38%	14,01%
X: nicht behandlungsbedürftig	n	1.801	1.475	1.489		1.076	979
	%	17,24%	13,94%	14,47%		11,17%	8,26%
B: Behandlung ausreichend	n	319	424	459		497	396
	%	3,05%	4,01%	4,46%		5,16%	3,34%
A: Arztüberweisung	n	102	101	111		195	285
	%	0,98%	0,95%	1,08%		2,02%	2,40%
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	1	2	5		2	0
	%	0,01%	0,02%	0,05%		0,02%	0,00%
Schulrelevante Befunde (Summe ABD)	n	422	527	575		694	681
	%	4,04%	4,98%	5,59%		7,21%	5,75%

Anhang-Tab. 20: Beurteilung des Verhaltens nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22
Hoher Förderbedarf	Nein	9.344	9.497	8.936	7.983	7.979	10.047
	Ja	510	700	861	814	1.132	1.278
	Keine Angabe	274	0	258	0	64	0
	Gesamt	10.128	10.197	10.055	8.797	9.175	11.325
Mäßiger Förderbedarf	Nein	8.659	8.908	8.537	7.585	7.881	9.588
	Ja	1.195	1.289	1.260	1.212	1.231	1.737
	Keine Angabe	274	0	258	0	63	0
	Gesamt	10.128	10.197	10.055	8.797	9.175	11.325

Anhang-Tab. 21: Anzahl der Kinder (Reguläreinschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) nach Höhe des Förderbedarfs und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2018/19	2021/22
Heilpädagogische Förderung	keine Maßnahme	9.402	9.479	9.387	8.523	10.552
	findet statt	933	924	796	877	1.031
	hat früher stattgefunden	162	220	207	191	205
	wird empfohlen, hat bereits früher stattgefunden	0	0	0	8	10
	wird erstmals empfohlen	0	0	0	35	56
	Gesamt	10.497	10.623	10.390	9.634	11.854
Krankengymnastik	keine Maßnahme	8.773	8.797	8.754	8.038	10.279
	findet statt	273	282	220	225	234
	hat früher stattgefunden	1.443	1.528	1.414	1.287	1.293
	wird empfohlen, hat bereits früher stattgefunden	6	2	3	19	16
	wird erstmals empfohlen	8	14	2	65	32
Gesamt	10.503	10.623	10.393	9.634	11.854	
Ergotherapie	keine Maßnahme	8.919	9.076	8.848	8.228	10.152
	findet statt	875	834	724	668	894
	hat früher stattgefunden	365	365	372	274	361
	wird empfohlen, hat bereits früher stattgefunden	40	26	30	37	40
	wird erstmals empfohlen	304	322	419	427	406
Gesamt	10.503	10.623	10.393	9.634	11.853	
Logopädie	keine Maßnahme	7.877	7.878	7.723	7.113	8.938
	findet statt	1.425	1.410	1.402	1.306	1.554
	hat früher stattgefunden	921	966	940	849	909
	wird empfohlen, hat bereits früher stattgefunden	78	59	67	79	78
	wird erstmals empfohlen	204	309	261	286	374
Gesamt	10.505	10.622	10.393	9.633	11.853	

Anhang-Tab. 22: 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, Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie) und Untersuchungsjahr.

	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22
Empfehlung Nicht-Einschulung / Beurlaubung						
Nein	9.713	10.028	9.502	8.601	8.762	11.049
Ja	141	169	168	196	116	276
Keine Angabe	274	0	385	0	297	0
Gesamt	10.128	10.197	10.055	8.797	9.175	11.325
Ablehnung Kann-Kind						
Nein	297	338	244	350	376	273
Ja	80	76	68	82	83	74
Keine Angabe	0	0	26	0	0	180
Gesamt	377	414	338	432	459	527

Anhang-Tab. 23: 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	2018/19	2021/22
U1					
Nein	229	300	303	1.313	805
Ja	9.544	9.330	8.872	8.321	10.240
Keine Angabe	732	993	1.218	0	809
Gesamt	10.505	10.623	10.393	9.634	11.854
U2					
Nein	228	298	297	1.313	800
Ja	9.545	9.338	8.878	8.321	10.242
Keine Angabe	732	987	1.218	0	812
Gesamt	10.505	10.623	10.393	9.634	11.854
U3					
Nein	237	308	306	1.323	794
Ja	9.536	9.312	8.869	8.311	10.262
Keine Angabe	732	1.003	1.218	0	798
Gesamt	10.505	10.623	10.393	9.634	11.854
U4					
Nein	247	311	307	1.309	790
Ja	9.526	9.312	8.868	8.325	10.270
Keine Angabe	732	1.000	1.218	0	794
Gesamt	10.505	10.623	10.393	9.634	11.854
U5					
Nein	236	294	298	1.318	773
Ja	9.537	9.328	8.877	8.316	10.323
Keine Angabe	732	1.001	1.218	0	758
Gesamt	10.505	10.623	10.393	9.634	11.854
U6					
Nein	221	282	278	1.300	701
Ja	9.552	9.358	8.897	8.334	10.441
Keine Angabe	732	983	1.218	0	712
Gesamt	10.505	10.623	10.393	9.634	11.854
U7					
Nein	225	268	306	1.272	675
Ja	9.548	9.355	8.869	8.362	10.489
Keine Angabe	732	1.000	1.218	0	690
Gesamt	10.505	10.623	10.393	9.634	11.854
U7a					
Nein	630	319	391	1.234	683
Ja	9.143	9.109	8.784	8.400	10.486
Keine Angabe	732	1.195	1.218	0	685
Gesamt	10.505	10.623	10.393	9.634	11.854
U8					
Nein	224	275	262	1.130	739
Ja	9.549	9.339	8.913	8.504	10.412
Keine Angabe	732	1.009	1.218	0	703
Gesamt	10.505	10.623	10.393	9.634	11.854
U9					
Nein	281	275	286	1.095	877
Ja	9.262	9.120	8.729	8.333	9.896
Keine Angabe	719	988	1.201	0	818
Gesamt	10.262	10.383	10.216	9.428	11.591

Anhang-Tab. 24: Anzahl der Kinder mit absolvierten Früherkennungsuntersuchungen nach Untersuchung (U1 bis U9) und Untersuchungsjahr.

	Keine Impfung	Mind. 1x	Mind. 2x	Mind. 3x	Mind. 4x	k. A.	Anzahl Kinder	Gültige Werte
Poliomyelitis	525	10.829	10.744	10.648	10.107	500	11.854	11.354
Diphtherie	495	10.859	10.767	10.680	10.179	500	11.854	11.354
Tetanus	458	10.896	10.803	10.714	10.190	500	11.854	11.354
Pertussis	539	10.815	10.718	10.625	10.160	500	11.854	11.354
Masern	380	10.987	10.759			487	11.854	11.367
Mumps	402	10.965	10.749			487	11.854	11.367
Röteln	406	10.961	10.746			487	11.854	11.367
Varizellen	1.015	10.338	10.083			501	11.854	11.353
Hepatitis B	872	10.475	10.401	10.314	9.792	507	11.854	11.347
Pneumokokken	1.201	10.145	9.969	9.083	930	508	11.854	11.346
Haemophilus influenzae Typ b	696	10.654	10.582	10.481	9.994	504	11.854	11.350
Meningokokken C	1.169	10.179				506	11.854	11.348
Rotaviren	3.295	6.878	6.568	1.212		1.681	11.854	10.173

Anhang-Tab. 25: Anzahl der Impfungen, die für die Altersgruppe der einzuschulenden Kinder von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden, für das Untersuchungsjahr 2021/22.