Schleswig-Holstein
Der echte Norden

Schleswig-Holstein
Ministerium für Justiz
und Gesundheit

IM FOKUS **Gesundheitsberichterstattung Schleswig-Holstein**

Kindergesundheit in Schleswig-Holstein

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

Untersuchungsjahr 2022/23

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

Liebe Leserinnen und Leser,

die Gesundheit unserer Kinder ist von grundlegender Bedeutung für die Zukunft unserer Gesellschaft und das Gemeinwohl. Sie spielt eine Schlüsselrolle in der individuellen Entwicklung. Sie hat weitreichende Auswirkungen auf das Leben im Erwachsenenalter. Die körperliche und psychische Gesundheit der heranwachsenden Generation zu schützen und zu fördern, wird dabei in einer sich rasant verändernden Welt immer herausfordernder.

Zur Prävention und Gesundheitsförderung leisten die Schuleingangsuntersuchungen einen wertvollen Beitrag – und zwar für jedes einzelne Kind, aber auch für die Kindergesundheit im Land insgesamt. In Schleswig-Holstein werden jedes Jahr mehr als 20.000 Kinder untersucht, die eingeschult werden. Ziel und Zweck der Untersuchungen ist es, sicherzustellen, dass die Kinder den Anforderungen an die Lebens- und Lernwelt Schule gewachsen sind und dass dafür möglicherweise notwendige Hilfen und Förderungen frühzeitig identifiziert werden.

Diese wichtige Arbeit, zu der auch die Beratung von Eltern und Schulen und die Vermittlung von Hilfen und Maßnahmen gehört, wird von den Mitarbeitenden der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Kreise und kreisfreien Städte sowie vom Dänischen Gesundheitsdienst geleistet. Zudem stellen die Mitarbeitenden der Zahnärztlichen Dienste die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Kitas, Grundschulen und weiterführenden Schulen sicher und beraten Kinder, Eltern und Multiplikatoren zum Thema Zahngesundheit mit dem Ziel, dass alle Kinder von den zahnärztlichen Präventionsangeboten profitieren und bei Bedarf eine zahnärztliche Versorgung erhalten. Allen Beteiligten, die sich in den Bereichen engagieren, gilt daher mein besonderer Dank.

Die Schuleingangsuntersuchungen haben insbesondere vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie an Bedeutung gewonnen. Die Daten, die bei den Schuleingangs- und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen erhobenen werden, helfen zudem, Entwicklungen in der Gesundheit der Kinder zu beobachten und bei Bedarf gegenzusteuern.

Ich wünsche Ihnen bei der Lektüre dieses Berichts spannende Einblicke. Die Landesregierung und alle Beteiligten eint das Ziel, dass alle Kinder in Schleswig-Holstein entsprechend ihrer Bedarfe gesehen und gefördert werden und gesund aufwachsen können.

Ihre

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 ... 25
   3.8 Zahlen- und Mengenvorwissen ... 26
   3.9 Kognition und visuelle Wahrnehmung ... 27
   3.10 Visuomotorik ... 28
   3.11 Verhalten ... 29
   3.12 Förderbedarfe ... 30
   3.13 Heilpädagogische Maßnahmen und Heilmittel ... 33
   3.14 Beurteilung der Schulfähigkeit ... 35
   3.15 Früherkennungsuntersuchungen ... 36
   3.16 Impfungen ... 38
4. Zahnärztliche Untersuchungen 41
   4.1 Beschreibung der Untersuchung ... 42
   4.2 Datenerfassung ... 43
   4.3 Befunde ... 45
   4.4 Zusammenfassung und Fazit der zahnärztlichen Untersuchungen ... 47
5. Zusammenfassung & Fazit 48
6. Quellen 53
7. Anhang 55

IMPRESSUM

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

Autor und Autorin | **Dr. Daniel Bremer** Ministerium für Justiz und Gesundheit
Dr. Katrin Wildhagen Zahnärztlicher Dienst, Fachdienst Gesundheit, Stormarn

Datenmanagement | **Andrea Rieck**, **Dr. Susanne Elsner**, **Hannah Baltus** und **Dr. Nina Hartmann**
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, UKSH, Universität zu Lübeck (Direktor: Prof. Dr. Alexander Katalinic)

Fachliche Begleitung | **Dr. Ioana Klopf** Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Gesundheitsamt Rendsburg-Eckernförde **Dr. Lydia Hübner** Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Gesundheitsamt Ostholstein **Dr. Swantje Gebhardt** Jugendzahnärztlicher Dienst, Fachdienst Gesundheit, Ostholstein **Dr. Maria Schmidt** Jugendzahnärztlicher Dienst, Fachdienst Gesundheit, Neumünster **Christian Ebeling** Sachgebiet Gesundheitlicher Umwelt- und Infektionsschutz, Fachdienst Gesundheit, Schleswig-Flensburg **PD Dr. Annette Fox-Boyer** Institut für Gesundheitswissenschaften, Universität zu Lübeck **Prof. Dr. Solveig Chilla** Institut für Sonderpädagogik, Europa-Universität Flensburg

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

Gestaltung | **Benno Jonitz**, Kiel

Kiel, April 2025

1

Einleitung

Die Kindheit ist geprägt durch eine Reihe von Entwicklungsphasen mit jeweils unterschiedlichen Rahmenbedingungen für das kindliche Wohlbefinden, die körperliche und psychische Gesundheit sowie verschiedene Erkrankungsrisiken (Robert Koch-Institut 2023). Die Gesundheit von Kindern wird dabei vom familiären und sozialen Umfeld und Strukturen, wie z. B. (medizinischen) Versorgungsangeboten beeinflusst (Robert Koch-Institut 2023). Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten im Kindesalter (und Jugendalter) sind in einem besonderen Maße relevant, da sie sich signifikant auf die Gesundheit im späteren Erwachsenenalter auswirken (Robert Koch-Institut 2023).

»Die COVID-19 Pandemie hat die Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern in besonderer Weise beeinflusst.«

Die COVID-19 Pandemie hat die Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen durch die vielfältigen Veränderungen in den Lebensbedingungen von Kindern in besonderer Weise beeinflusst (Robert Koch-Institut 2023). Einschränkungen zum Infektionsschutz (z. B. temporäre Schließungen von Kitas und Schulen) trafen Kinder und Jugendliche in einem stärkeren Ausmaß als viele andere Bevölkerungsgruppen (Leopoldina 2021, Bundesministerium für Gesundheit & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2021).

Folglich zeigen viele Untersuchungen, dass sich die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der Pandemie verschlechtert hat. Bei vulnerablen Gruppen können sich dabei auch mittel- und langfristige Defizite ergeben. Dies gilt insbesondere bei bereits bestehenden Ungleichheiten und Entwicklungsrisiken (Leopoldina 2021). Kinder im Vorschulalter 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).

»Kinder im Vorschulalter haben andere Anforderungen an ihre Alltagsgestaltung als ältere Kinder und Jugendliche und könnten daher auch von anderen Auswirkungen betroffen sein.«

Die während der COVID-19 Pandemie vielfach entstandenen Veränderungen familiärer Lebensrealitäten haben in vielen Familien zu mehr Problemen und einem schlechteren Familienklima geführt (Langmeyer et al. 2020). Untersuchungen haben gezeigt, dass während der COVID-19 Pandemie psychische Belastungen bei Vorschulkindern zugenommen haben und sich insbesondere in einer Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten und Hyperaktivität zeigen (Maldei-Gohring et al. 2022).

»Der vorliegende Fokusbericht ermöglicht einen Vergleich der untersuchten Jahrgänge einzuschulender Kinder vor, während und nach der COVID-19 Pandemie.«

Der vorliegende Fokusbericht über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen im Untersuchungsjahr 2022/23 ermöglicht insoweit auch einen Vergleich der untersuchten Jahrgänge vor, während und nach der COVID-19 Pandemie. Der Bericht liefert dadurch Hinweise im Sinne einer Child Public Health Surveillance, wie sich die Gesundheit der einzuschulenden Kinder in Schleswig-Holstein in den vergangenen Jahren – unter anderem vor dem Hintergrund der COVID-19 Pandemie – entwickelt hat.

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 För derbedarfe, um für jedes Kind einen guten Start in die Schullaufbahn zu ermöglichen.

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

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

Regelmäßig besteht die SEU aus zwei Teilen: Zunächst dokumentieren die MFA die von den Eltern mitgebrachten Informationen (z. B. durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Elternfragebogen), führen einen Seh- und Hörtest durch, messen Größe und Gewicht und geben dem Kind einige Aufgaben zur Erfassung der 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. Im Anschluss an die Untersuchung besprechen sie die Befunde sowie möglicherweise vorhandene ärztliche Empfehlungen mit den Eltern. Zudem informieren sie die Eltern über gegebenenfalls vorliegende schulrelevante Befunde, die im Interesse des Kindes an die zukünftige Grundschule weitergeleitet werden 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 Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD) hinterlegt ist. Das Handbuch berücksichtigt die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse der verschiedenen Fachgesellschaften und wird laufend aktualisiert. Zur Gewährleistung einer objektiven Befundung steht das Handbuch den beteiligten Gesundheitsberufen zur Verfügung.

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, Koglin et al. 2007). 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).

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

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 unvollständig statt und es wurden keine Daten an das Institut bzw. das Ministerium übermittelt. Die Datenübermittlung konnte seit dem Untersuchungsjahr 2021/2022, aber in großen Teilen, wiederaufgenommen werden.

2.3

Datenauswahl und -analyse

Im vorliegenden Bericht werden die Daten der Untersuchungsjahre 2014/15 bis 2022/23 dargestellt (Tab. 1). Für die Untersuchungsjahre 2019/20 und 2020/21 liegen aufgrund der COVID-19 Pandemie keine Daten vor. Die ausgewerteten Daten beziehen sich auf die durchgeführten Einschulungsuntersuchungen der sogenannten „S1-Kinder“[1].

Jahr der Untersuchung	Anzahl der ausgewerteten S1-Kinder	Anzahl der Gesundheitsdienste*
2014/15	23.873	16
2015/16	24.403	16
2016/17	22.123	14
2017/18	22.912	14
2018/19	23.319	14
2021/22	11.853	7
2022/23	23.206	13

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

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

Im Untersuchungsjahr 2021/22 wurden die Daten von sieben Gesundheitsämtern in die Analysen einbezogen. Diese sieben Gesundheitsämter haben (nahezu) sämtliche Kinder, die zur Einschulung gemeldet waren, untersuchen können. Die übrigen Gesundheitsämter haben aufgrund von Personalmangel im KJGD, verschärft durch die COVID-19 Pandemie, lediglich einen Teil der Kinder untersuchen können. In den übrigen Untersuchungsjahren konnte die große Mehrheit der Gesundheitsämter eine Vollerhebung bei den einzuschulenden Kindern durchführen. In Einzelfällen konnte nur eine Teilerhebung erfolgen oder die Daten konnten aus technischen Gründen nicht zur Verfügung gestellt werden.

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

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

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

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

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

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

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

Die Auswertungen in diesem Bericht sind deskriptiver Natur. Es werden absolute und relative Häufigkeiten berichtet. Wenn möglich und inhaltlich sinnvoll, erfolgen Subgruppenanalysen, zum Beispiel nach dem Geschlecht der Kinder, dem formalen Schulabschluss der Eltern, der in der Familie gesprochenen Sprache oder der Migrationsbiografie der Eltern. Wie bereits im letzten Bericht, wurde auch für diesen Bericht der analytische Schwerpunkt auf die zeitlichen Trends gelegt, um einen Überblick über die möglichen Veränderungen im Entwicklungsstand der einzuschulenden Kinder, insbesondere vor dem Hintergrund der COVID-19 Pandemie, zu erhalten (Ministerium für Justiz und Gesundheit2023).

3

Ergebnisse

3.1

Soziodemographie und familiäre Situation

Der Anteil der Mädchen liegt im Untersuchungsjahr 2022/23 bei 49 % und der der Jungen bei 51 %. Zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung sind die Kinder im Mittel 6,2 Jahre alt. Diese Werte entsprechen denen der vorangegangenen Untersuchungsjahre. Tabelle 2 zeigt eine Übersicht der familiären Situation der untersuchten Kinder für das Untersuchungsjahr 2022/23.

	N	%
höchster formaler Schulabschluss der Eltern (Angaben vorhanden: 83,5 %)		
Kein / niedriger (Förder-, Hauptschule)	2.373	12,3 %
Mittlerer (Realschule)	5.467	28,2 %
Hoher (Gymnasium)	11.525	59,5 %
Migrationsbiografie (MB) der Eltern (Angaben vorhanden: 88,8%)		
Keine MB der Eltern	14.114	68,5 %
MB eines Elternteils	2.074	10,1 %
MB beider Elternteile	4.421	21,5 %
Sprache, die in der Familie überwiegend gesprochen wird (Angaben vorhanden: 98 %)		
Deutsch	16.335	71,9 %
Mehrsprachig mit Deutsch	2.203	9,7 %
Mehrsprachig ohne Deutsch (andere Sprache)	4.194	18,4 %
Familienstruktur: Eltern (Angaben vorhanden: 92,6 %)		
Beide leibliche Eltern	17.779	82,8 %
Alleinerziehende/r	2.776	12,9 %
Elternteil mit Partner	682	3,2 %
Großeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern oder Heim	248	1,2 %
Familienstruktur: Kinder (Angaben vorhanden: 79,8 %)		
Anzahl der in der Familie lebenden Kinder (Range: 1 bis 11 Kinder)	18.418	2,2 (Mittelwert)
Berufstätigkeit der Eltern (Angaben vorhanden: 75,6 %)		
Beide Vollzeit (inkl. Ausbildung / Studium)*	2.328	13,3 %
Beide Teilzeit (inkl. Minijobber)*	655	3,7 %
Beide nicht berufstätig (inkl. Elternzeit)*	701	4,0 %
Voll- und Teilzeit	10.374	59,2 %
Vollzeit und nicht berufstätig	2.967	16,9 %
Teilzeit und nicht berufstätig	508	2,9 %
*In diesen Kategorien sind ebenfalls die Eltern enthalten, die alleinerziehend sind.		
Betreuung (Tagesmutter, Krippe oder Kita) (Angaben vorhanden: 97,3 %)		
Mindestens 3 Tage pro Woche Fremdbetreuung	22.588	96,0 %

Tab. 2: Soziodemographie und familiäre Situation der untersuchten Kinder für das Untersuchungsjahr 2022/23.

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

Im Untersuchungsjahr 2022/23 haben knapp 84 % der Eltern Angaben zu ihrem höchsten Schulabschluss gemacht. Relevant ist dabei der höchste von einem der Elternteile erreichte Schulabschluss. Rund 59,5 % der Eltern geben einen hohen, 28,2 % einen mittleren und 12,3 % einen niedrigen oder keinen Schulabschluss an. Auch wenn sich aus dem formalen Schulabschluss keine direkte Aussage zum jeweiligen Bildungsstand und beruflichem Qualifikationsniveau im Einzelfall ableiten lässt, so eignet sich die vorgenommene Betrachtung zumindest als Indikator für den familiären Bildungshintergrund. Mit Blick auf die zurückliegenden Untersuchungsjahre hat sich der Anteil der Eltern mit einem hohen Schulabschluss von Jahr zu Jahr erhöht (2014/15: 44,7 %). Die Anteile der Eltern mit einem mittleren (2014/15: 36,7 %) oder niedrigeren (18,6 %) Abschluss haben sich entsprechend verringert.

Zur Migrationsbiografie haben sich circa 89 % der Eltern geäußert. 68,5 % der Eltern berichten, dass sie keine Migrationsbiografie haben. Bei 10,1 % der Kinder hat ein Elternteil eine Migrationsbiografie und bei 21,5 % haben beide Eltern eine Migrationsbiografie. Der Anteil der Eltern ohne Migrationsbiografie lag in den vorangegangenen Untersuchungsjahren im Durchschnitt bei 76,4 %. Der Anteil der Elternpaare mit einseitiger Migrationsbiografie lag im Schnitt bei 8,4 % und mit beidseitiger Migrationsgeschichte bei 15,2 %.

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

Die Angaben zur in der Familie überwiegend gesprochenen Sprache sind nahezu vollständig vorhanden (98,0 %). Fast drei Viertel der Eltern geben an, dass in der Familie deutsch gesprochen wird. Eine andere Sprache wird in 9,7 % der Familien gesprochen und 18,4 % der Eltern nennen neben Deutsch noch eine weitere Sprache. Die Migrationsbiografie der Eltern ist mit der Familiensprache eng verbunden. Entsprechend haben sich die Anteile der Kinder, die in ihrer Familie überwiegend mit einer anderen Sprache (2014/15: 5,0 %) oder zweisprachig (2014/15: 13,6 %) aufwachsen, über die letzten Jahre erhöht.

Die große Mehrheit (82,8 %) der Kinder leben mit ihren beiden leiblichen Eltern zusammen. 12,9 % der Eltern sind alleinerziehend, 3,2 % leben mit einem Elternteil und einer Partnerin / einem Partner und 1,2 % der Kinder leben mit Großeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern oder im Heim. Hierzu liegen 92,6 % der Angaben vor. Diese Zahlen sind über die vergangenen Jahre hinweg relativ stabil geblieben. Im Durchschnitt leben die untersuchten Kinder in einem Haushalt mit 2,2 Kindern (Angaben liegen für knapp 80 % der Kinder vor).

Zur Berufstätigkeit der Eltern liegen für drei Viertel der Kinder Angaben vor. Die Mehrzahl der Eltern (59,2 %) sind in Voll- und Teilzeit tätig. In 13,3 % der Familien arbeiten beide in Vollzeit, in 3,7 % der Familien beide in Teilzeit und in 4,0 % der Familien sind beide nicht berufstätig. In 16,9 % der Familien arbeitet ein Elternteil in Vollzeit und der andere ist nicht berufstätig und in 2,9 % der Familien arbeitet ein Elternteil in Teilzeit und der andere ist nicht berufstätig. Auch hier sind die Anteile vergleichbar mit denen der letzten Untersuchungsjahre.

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

96,0 % der Eltern gaben an, dass ihr einzuschulendes Kind mindestens ein begonnenes Jahr in der Fremdbetreuung (außerhalb der Familie) verbracht hat. Dieser Wert verhält sich im Vergleich zu früheren Messzeitpunkten relativ stabil. Fremdbetreuung ist hier als eine Betreuung bei einer Tagesmutter / einem Tagesvater, in einer Krippe oder einer Kita an mindestens 3 Tagen pro Woche definiert. Hierzu haben rund 97,3 % der Eltern Angaben gemacht.

3.2

Gewicht und Body-Mass-Index

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

Übergewicht (einschließlich Adipositas)

Insgesamt 11,2 % 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. Der ganz leichte Anstieg (um ca. ein Prozentpunkt), der im Untersuchungsjahr 2021/22 beobachtet wurde, setzt sich im Untersuchungsjahr 2022/23 nicht fort. Der aktuelle Anteil entspricht dem durchschnittlichen Ergebnis der Untersuchungsjahre 2014/15 bis 2021/22 (11,6 % übergewichtige oder adipöse Kinder).

»11,2 % der untersuchten Kinder haben Übergewicht oder sind adipös.«

Starkes Übergewicht/Adipositas

5,1 % der untersuchten Kinder hatten starkes Übergewicht bzw. Adipositas (>97. Perzentil) (Abb. 2 & Anhang Tab. 10). Auch hier hat sich die Erhöhung des Anteils im Vergleich zum Vorjahr nicht fortgesetzt, sondern der Anteil stark übergewichtiger Kinder bewegt sich im Durchschnitt der vergangenen Untersuchungsjahre (5,2 %). Es sind keine relevanten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen zu beobachten.

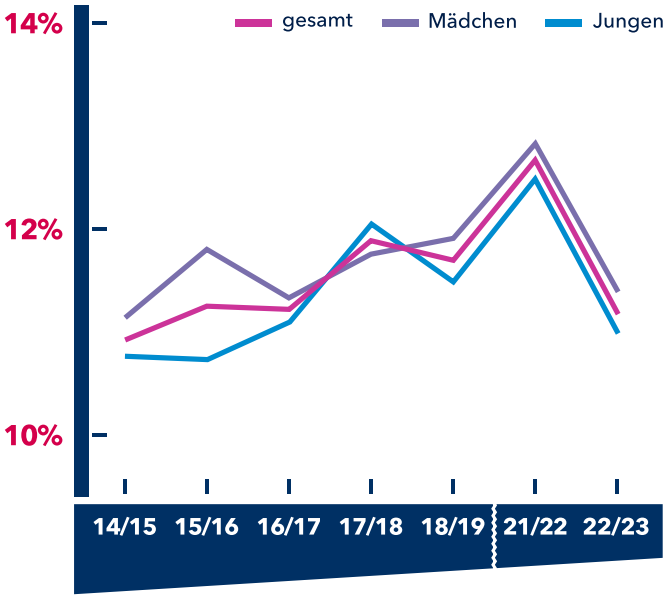

Abb. 1: Anteile der einzuschulenden Kinder mit Übergewicht einschließlich Adipositas (>90. Perzentil des BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

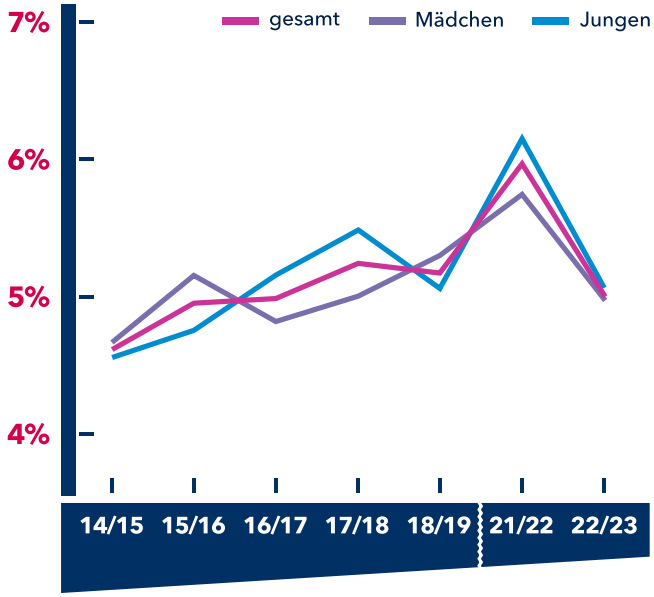

Abb. 2: Anteile der einzuschulenden Kinder mit Adipositas (>97. Perzentil des BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

»5,1 % der untersuchten Kinder hatten starkes Übergewicht bzw. Adipositas.«

Werden die Daten zum BMI in Abhängigkeit zum Bildungsstand der Eltern gesetzt, sind deutliche Unterschiede erkennbar. Die niedrigsten Anteile der einzuschulenden Kinder mit Übergewicht einschließlich Adipositas zeigen sich über alle Jahre bei Familien mit einem hohen formalen Schulabschluss der Eltern, die höchsten Anteile

bei Familien mit niedrigem elterlichem Bildungsstand. Bis zum Untersuchungsjahr 2021/22 war ein leichter, aber stetiger Anstieg der Anteile in allen drei Gruppen zu beobachten. Dieser Trend hat sich mit dem aktuellen Untersuchungsjahr (2022/23) nicht überall fortgesetzt. Die Anteile bei Familien mit niedrigem oder mittlerem Schulabschluss sind im Untersuchungsjahr 2022/23 auf die Werte des letzten Messzeitpunkts vor der COVID-19-Pandemie (2018/19) gesunken. Diese Entwicklungen lassen sich sowohl bei einer kombinierten Betrachtung (>90. Perzentil; Abb. 3) als auch bei einer isolierten Betrachtung der Adipositas (>97. Perzentil; Abb. 4) vergleichbar beobachten.

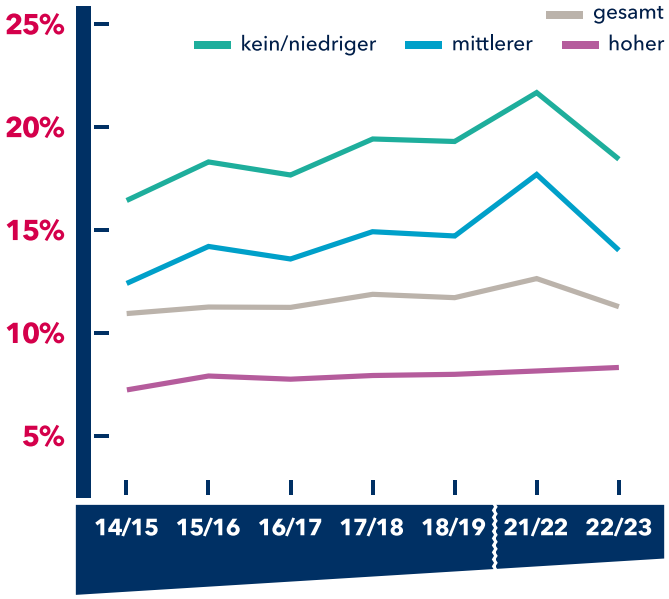

Abb. 3: Anteile der einzuschulenden Kinder mit Übergewicht einschließlich Adipositas (>90. Perzentil des BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)) nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

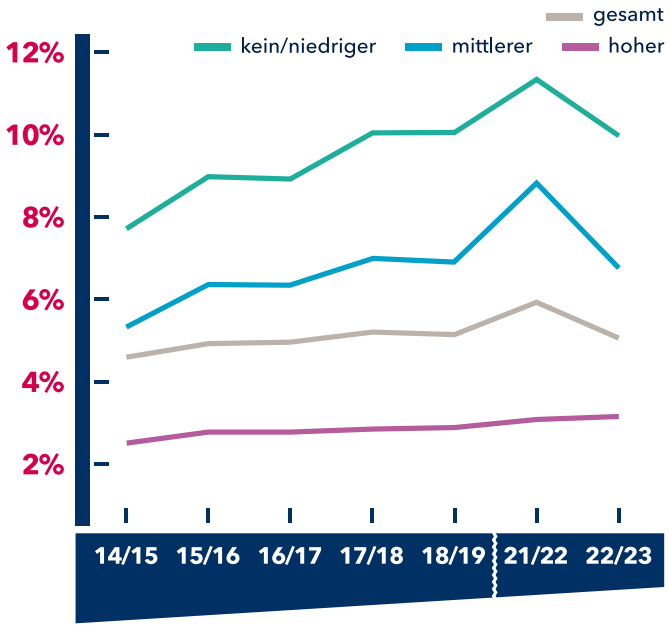

Abb. 4: Anteile der einzuschulenden Kinder mit Adipositas (>97. Perzentil des BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)) nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

Untergewicht

8,6 % 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.

»8,6 % der untersuchten Kinder zeigten Untergewicht.«

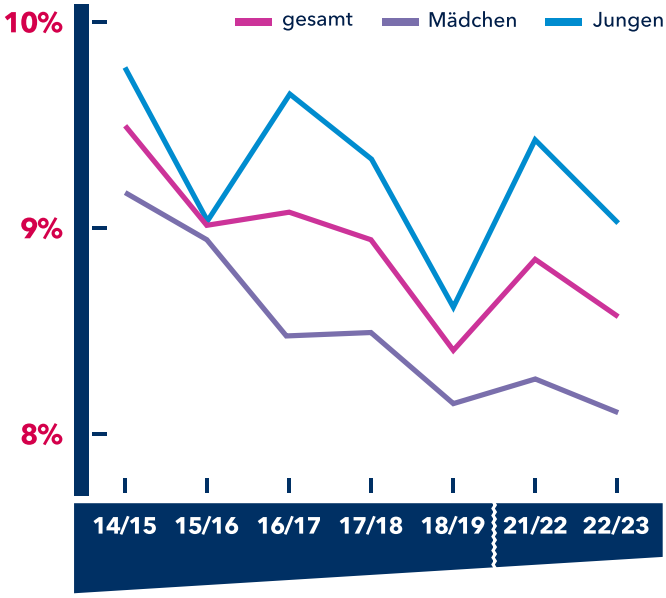

Abb. 5: Anteile der einzuschulenden Kinder mit Untergewicht (<10. Perzentil des BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)) nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

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

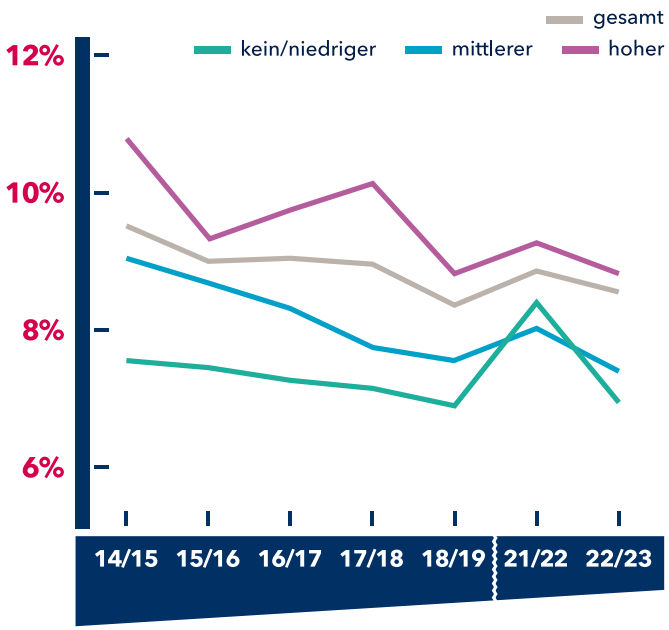

Abb. 6: Anteile der einzuschulenden Kinder mit Untergewicht (<10. Perzentil des BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)) nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

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 kontrollbedürftiger Befund vor, der durch eine Augenärztin oder einen Augenarzt abgeklärt werden sollte. Bei Kindern, die zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Sehhilfe tragen, wird das Sehvermögen grundsätzlich mit und ohne dieser getestet, um damit einerseits die Korrektur zu verifizieren und andererseits schulrelevante Empfehlungen für das Tragen einer Brille (z. B. für Sport) auszusprechen.

16,7 % der Kinder hatten eine kontrollbedürftige Einschränkung des Sehvermögens (Abb. 7 & Anhang Tab. 11). Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen zeigen sich auf Basis der Daten nicht. Der Anteil der Kinder mit kontrollbedürftigen Befunden bei der Beurteilung des Sehvermögens ist im hier dargestellten Beobachtungszeitraum – mit der Ausnahme des Untersuchungsjahres 2021/22 – relativ konstant geblieben. Im Untersuchungsjahr 2021/22 hatte sich der Anteil im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren geringfügig erhöht.

»16,7 % der Kinder hatten eine kontrollbedürftige Einschränkung des Sehvermögens.«

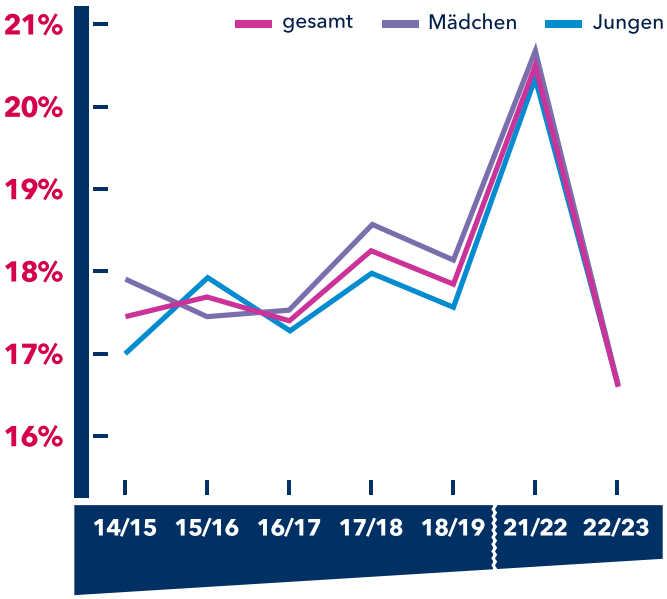

Abb. 7: Anteile der Kinder mit kontrollbedürftigen Befunden bei der Beurteilung des Sehvermögens nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

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 zeigen zudem auch eine leichte Zunahme in den letzten Jahren (Abb. 8). Der vergleichsweise starke Anstieg im Untersuchungsjahr 2021/22 hat sich im aktuellen Jahr nicht fortgesetzt, denn der Anteil ist wieder auf den Wert des Jahres 2018/19 gesunken.

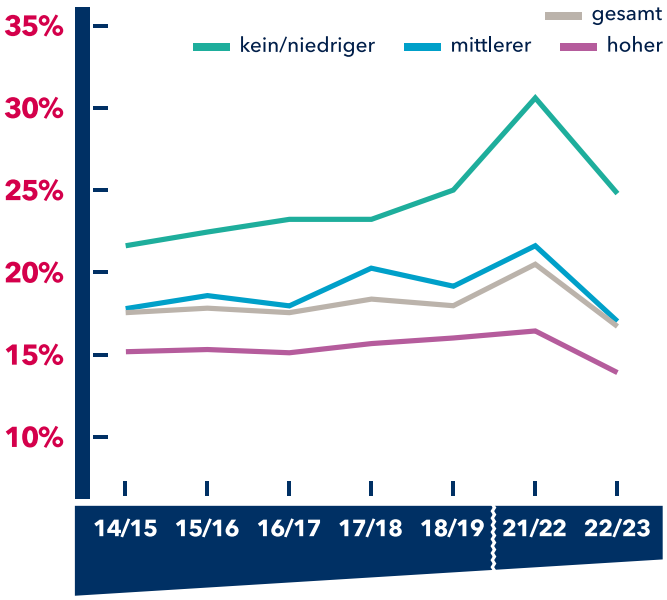

Abb. 8: Anteile der Kinder mit kontrollbedürftigen Befunden bei der Beurteilung des Sehvermögens nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

3.4
Hören

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

Bei insgesamt 7,2 % der untersuchten Kinder wurden kontrollbedürftige Befunde zum Hörvermögen festgestellt (Abb. 9 & Anhang Tab. 12). Über die dargestellten Jahre lassen sich hierbei keine deutlichen Geschlechterunterschiede sowie eine im Wesentlichen konstante Entwicklung beobachten. Seit 2018/19 zeigt sich – insbesondere bei den Jungen – ein ganz leichter Trend nach oben, den es in den Folgejahren weiter zu verfolgen gilt.

»Bei insgesamt 7,2 % der untersuchten Kinder wurden kontrollbedürftige Befunde zum Hörvermögen festgestellt.«

Unter Berücksichtigung des formalen familiären Bildungsstandes zeigen Kinder aus Familien mit hohem elterlichem Bildungsstand insgesamt seltener Auffälligkeiten als Kinder aus Familien mit einem niedrigeren Schulabschluss (Abb. 10). In der Gruppe der Kinder aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungsstand ist im Vergleich zu den Vorjahren eine Zunahme um etwa ein Drittel zu beobachten.

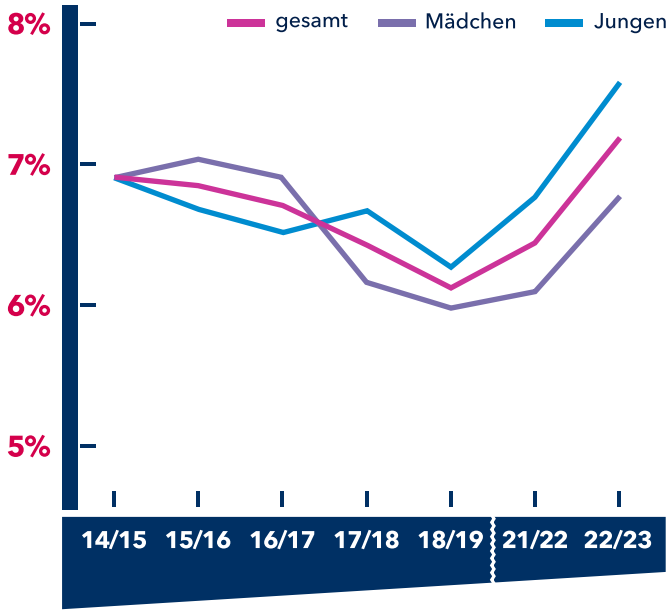

Abb. 9: Anteile der Kinder mit kontrollbedürftigen Befunden bei der Beurteilung des Hörvermögens nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

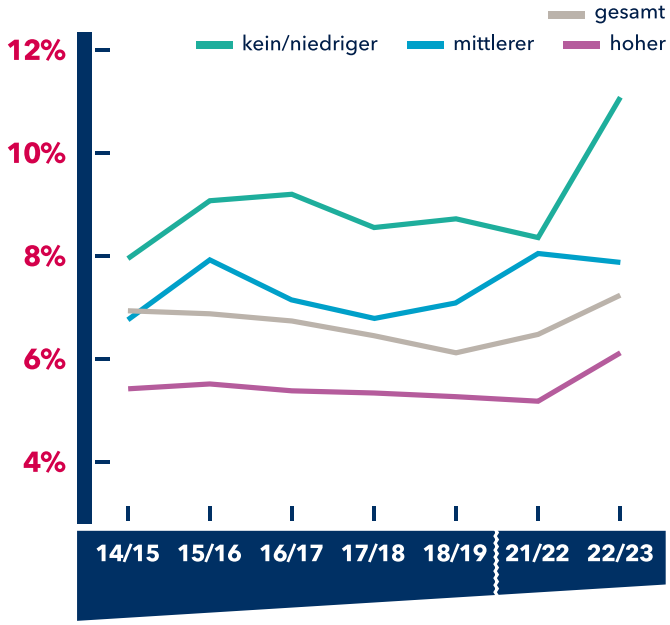

Abb. 10: Anteile der Kinder mit kontrollbedürftigen Befunden bei der Beurteilung des Hörvermögens nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

3.5 Körperkoordination

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

8,4 % der untersuchten Kinder zeigten schulrelevante Befunde zur grobmotorischen Körperkoordination (Abb. 11 & Anhang Tab. 13). Jungen sind hiervon deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Bis zum Jahr 2021/22 zeigt sich eine leicht fluktuierende, aber insgesamt relativ konstante Entwicklung. Im aktuellen Jahr ist ein Anstieg um ca. ein Viertel zu verzeichnen, sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen.

»8,4 % der untersuchten Kinder zeigten schulrelevante Befunde zur grobmotorischen Körperkoordination.«

Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstand der Eltern sind erheblich häufiger von Einschränkungen der grobmotorischen Körperkoordination betroffen als Kinder aus Familien mit hohem oder mittlerem elterlichen Bildungshintergrund (Abb. 12). Zudem zeigt diese Gruppe von Kindern seit dem Jahr 2014/15 mit knapp 58,0 % die stärkste Zunahme an schulrelevanten Befunden im Bereich der grobmotorischen Körperkoordination.

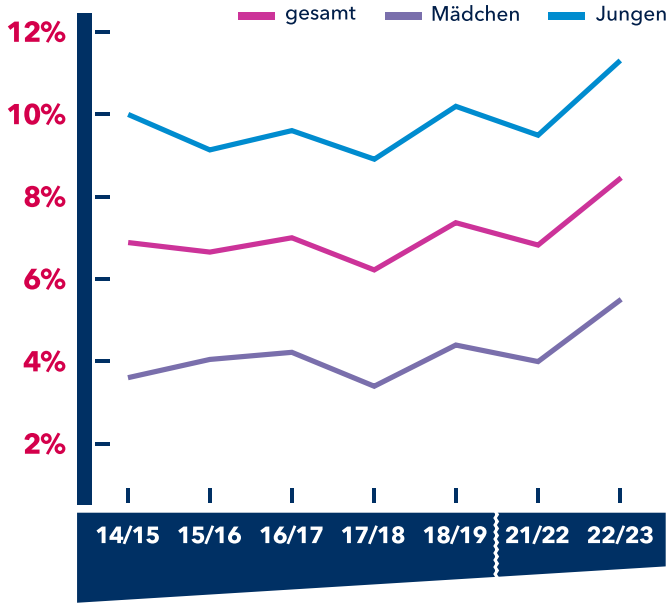

Abb. 11: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der grobmotorischen Körperkoordination nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

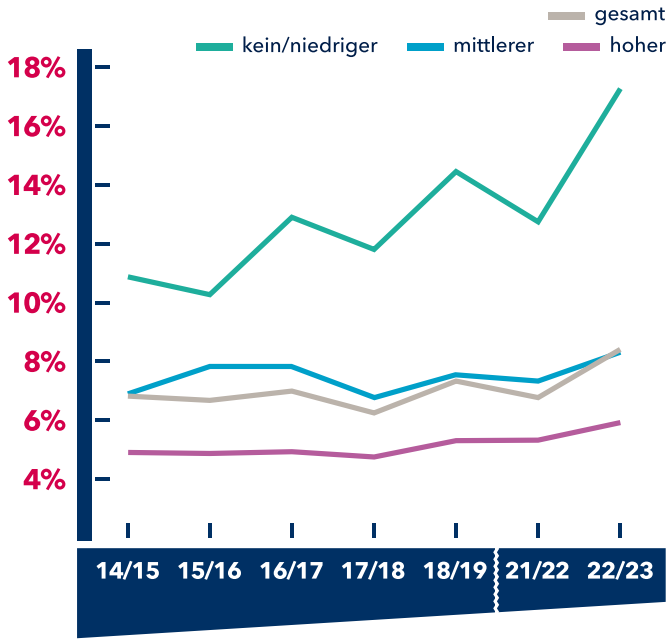

Abb. 12: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der grobmotorischen Körperkoordination nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

3.6 Sprachentwicklung und Sprachkompetenz

»Rund 21,0 % der untersuchten Kinder zeigen schulrelevante Befunde bei der Beurteilung von Sprachstörungen und des Sprechvermögens.«

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 Sprachvermögens werden im Rahmen des SOPESS Aufgaben zu Präpositionen, zur Pluralbildung sowie zu Pseudowörtern und zur Artikulation durchgeführt. Auffälligkeiten, die möglicherweise einen sprachtherapeutischen Bedarf begründen, können insbesondere bei Kindern mit einer familiären Migrationsbiografie teilweise schwierig zu interpretieren sein, da medizinische Störungen der Sprach- und Sprechentwicklung von pädagogischen Sprachdefiziten abzugrenzen sind, für die gegebenenfalls sprachpädagogische Fördermaßnahmen, wie z. B. DaZ-Klassen, empfohlen werden.[2]

Untersuchte Kinder, die in ihrer Familie mehrsprachig (mit oder ohne deutsche Sprache) aufgewachsen sind und sich mit der deutschen Sprache nicht verständlich machen können, sind in den folgenden Auswertungen zu Störungen der Sprach- und Sprechentwicklung nicht enthalten, um Verzerrungen in den Ergebnissen zu vermeiden. In absoluten Zahlen sind das im Durchschnitt über die letzten Jahre ca. 300 Kinder pro Untersuchungsjahr (1,4 % der jährlich untersuchten Kinder).

Störungen der Sprach- und Sprechentwicklung

Rund 21,0 % der untersuchten Kinder zeigten schulrelevante Befunde bei der Beurteilung von Sprachstörungen und des Sprechvermögens (Abb. 13 & Anhang Tab. 14). Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen. Im Untersuchungsjahr 2022/23 haben sich die Anteile weiter den Werten des hier dargestellten Ausgangsjahres 2014/15 angenähert, nachdem sie zwischenzeitlich angestiegen und wieder gesunken sind.

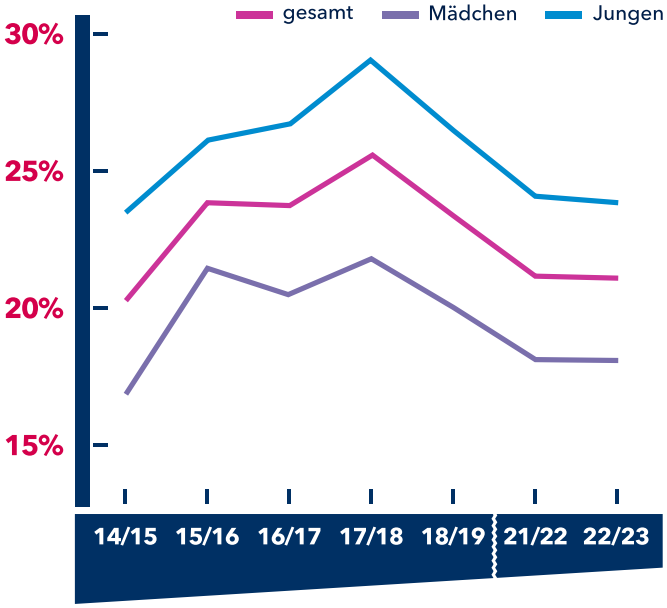

Abb. 13: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung von Sprachstörungen und des Sprechvermögens nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

Die Eltern werden im Rahmen der SEU auch gefragt, welche Sprache im Alltag der Familie überwiegend gesprochen wird. Hierbei wird unterschieden zwischen Deutsch, Mehrsprachigkeit ohne Deutsch sowie Mehrsprachigkeit mit Deutsch. Bei der Betrachtung der Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung von Sprachstörungen und des Sprechvermögens, differenziert nach in der Familie überwiegend gesprochener Sprache, wird deutlich, dass der Sprachkontakt, den die Kinder zum Deutschen haben, die Ergebnisse stark beeinflussen (Abb. 14).

Die Hälfte (50,0 %) der Kinder, die mehrsprachig ohne Deutsch in der Familie aufwachsen, weisen entsprechende Auffälligkeiten auf. Der Anteil der Kinder, die Deutsch (16,3 %) oder mehrere Sprachen inklusive Deutsch (27,8 %) in der Familie sprechen und einen schulrelevanten Befund zeigen, ist geringer, wobei die Höhe der Anteile nicht unerheblich ist.

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

Zudem zeigen Kinder aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungsstand erheblich höhere Anteile an Störungen zur Sprach- und Sprechentwicklung, insbesondere auch dann, wenn die in der Familie überwiegend gesprochene Sprache berücksichtigt wird (Abb. 15).

34,6 % der deutschsprachigen Kinder aus bildungsärmeren Familien zeigen diesbezüglich schulrelevante Befunde, während diese Anteile bei mittlerem (18,6 %) oder hohem (12,2 %) Bildungsstand der Eltern deutschsprachiger Kinder deutlich niedriger sind. Bei Kindern, die mehrsprachig ohne Deutsch aufwachsen, liegt der Anteil schulrelevanter Befunde in diesem Bereich bei 53,9 % (niedriger elterlicher Bildungsstand), 45,8 % (mittlerer elterlicher Bildungsstand) und 45,6 % (hoher elterlicher Bildungsstand). Für Kinder, die mehrsprachig mit Deutsch aufwachsen, ergeben sich Anteile von 35,6 % (niedriger Schulabschluss), 29,5 % (mittlerer Schulabschluss) und 21,4 % (hoher Schulabschluss).

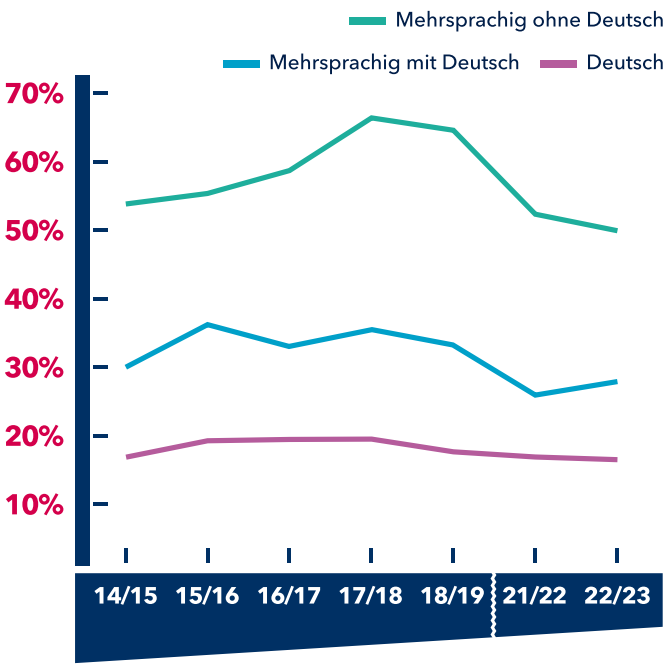

Abb. 14: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung von Sprachstörungen und des Sprechvermögens nach in der Familie überwiegend gesprochener Sprache und Untersuchungsjahr in %.

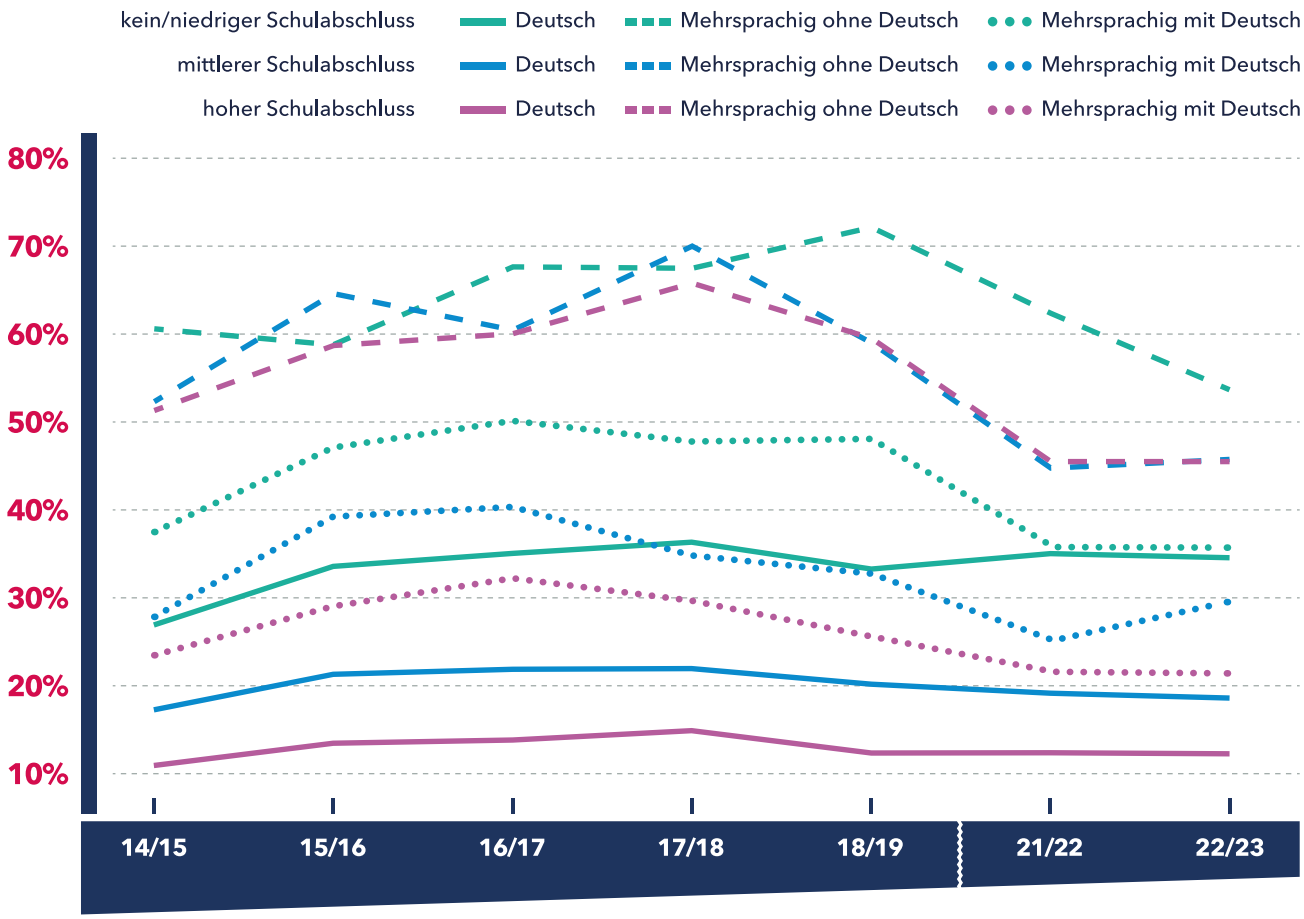

Abb. 15: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung von Sprachstörungen und des Sprechvermögens nach in der Familie überwiegend gesprochener Sprache, formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch

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

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

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

Mit Blick auf die Sprachkompetenz zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit der in der Familie überwiegend gesprochenen Sprache (Abb. 16 & Anhang Tab. 15-17).

Während in mehrsprachigen Familien mit Deutsch 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, für weniger als ein Fünftel (17,8 %) der Kinder. In beiden Gruppen ist über die Jahre ein sinkender Trend zu beobachten. Dabei ist es wichtig zu betonen, dass eine Mehrsprachigkeit nicht zwangsläufig eine geringere Sprachfähigkeit im Deutschen zur Folge haben muss. Vielmehr zeigt sich hier der Effekt der Dauer und Intensität des Kontakts mit der deutschen Sprache. Dieser hängt vor allem davon ab, wie lange die Kinder vor der SEU bereits in Deutschland gelebt haben. Der Anteil der sprachkompetenten Kinder, die ausschließlich mit Deutsch als Familiensprache aufwachsen, liegt stabil bei 92,0 %. Bei den Darstellungen zur Sprachkompetenz ist zudem zu beachten, dass für das Untersuchungsjahr 2015/16 nicht ausreichend Daten für die Auswertung vorlagen.

Bei der Betrachtung der Gruppen nach Familiensprache und Geschlecht fällt auf, dass Mädchen insgesamt etwas sprachkompetenter als Jungen sind (im Mittel drei bis vier Prozentpunkte).

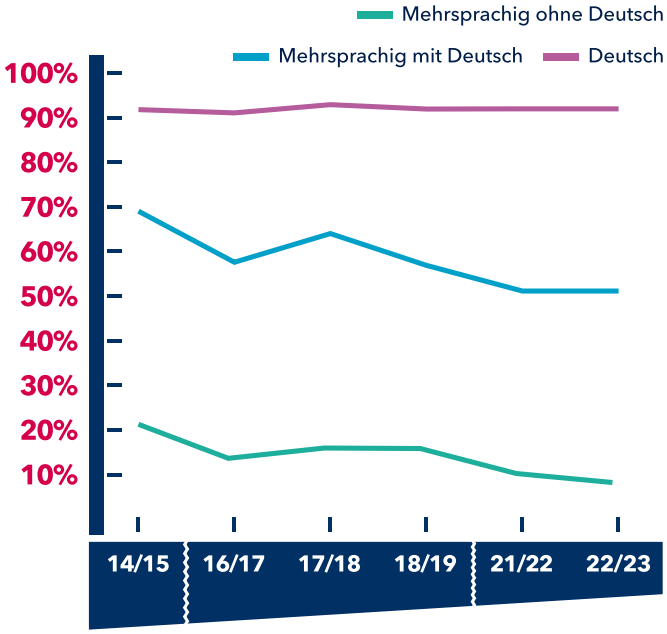

Abb. 16: Anteil der sprachkompetenten Kinder nach in der Familie überwiegend gesprochener Sprache und Untersuchungsjahr in %.

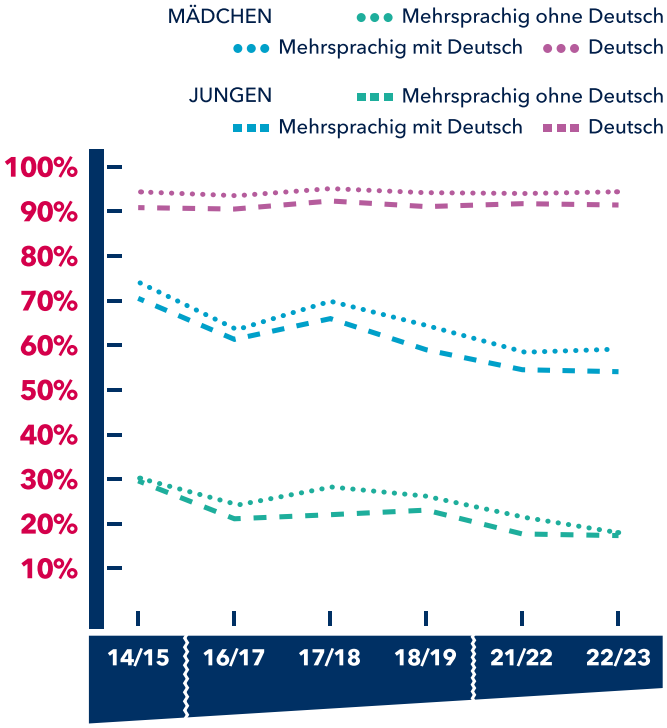

Abb. 17: Anteile der sprachkompetenten Kinder nach in der Familie überwiegend gesprochener Sprache, Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

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

Abbildung 18 zeigt die Unterschiede in der Sprachkompetenz der Kinder in Abhängigkeit ihrer Familiensprache und des elterlichen Bildungsstandes. Dabei wird deutlich, dass die Sprachkompetenz der Kinder nicht nur von der Familiensprache, sondern auch vom Bildungsstand der Eltern beeinflusst wird. Je höher der Bildungsstand der Eltern, desto höher die Sprachkompetenz der Kinder. Dies trifft auf alle drei Gruppen der Familiensprache (Deutsch, Mehrsprachigkeit ohne Deutsch, Mehrsprachigkeit mit Deutsch) zu.

In der Sprachgruppe „Deutsch“ zeigt sich ein sinkendes Kompetenzlevel, wenn die Eltern keinen oder einen niedrigen formalen Schulabschluss haben. Abnehmende Trends in der Sprachkompetenz über die Zeit lassen sich ebenfalls in den Sprachgruppen „Mehrsprachigkeit ohne Deutsch“ und „Mehrsprachigkeit mit Deutsch“ unabhängig vom Bildungsstand der Eltern beobachten. Dort hat sich der Anteil sprachkompetenter Kinder seit dem Untersuchungsjahr 2014/15 teilweise mehr als halbiert. Eine Erklärung könnte sein, dass in diesen Jahren der Anteil an Familien mit internationaler Biografie zugenommen hat. D. h., einige Kinder hatten den Umständen entsprechend begrenzten Kontakt mit der deutschen Sprache, da sie möglicherweise erst kurz vor der SEU nach Deutschland gekommen sind. Da die Information über die Dauer, die ein Kind bereits vor der SEU in Deutschland gelebt hat, in den Daten fehlt, kann an dieser Stelle lediglich vorsichtig gemutmaßt werden.

In der Sprachgruppe „Deutsch“ zeigt sich ein sinkendes Kompetenzlevel, wenn die Eltern keinen oder einen niedrigen formalen Schulabschluss haben. Abnehmende Trends in der Sprachkompetenz über die Zeit lassen sich ebenfalls in den Sprachgruppen „Mehrsprachigkeit ohne Deutsch“ und „Mehrsprachigkeit mit Deutsch“ unabhängig vom

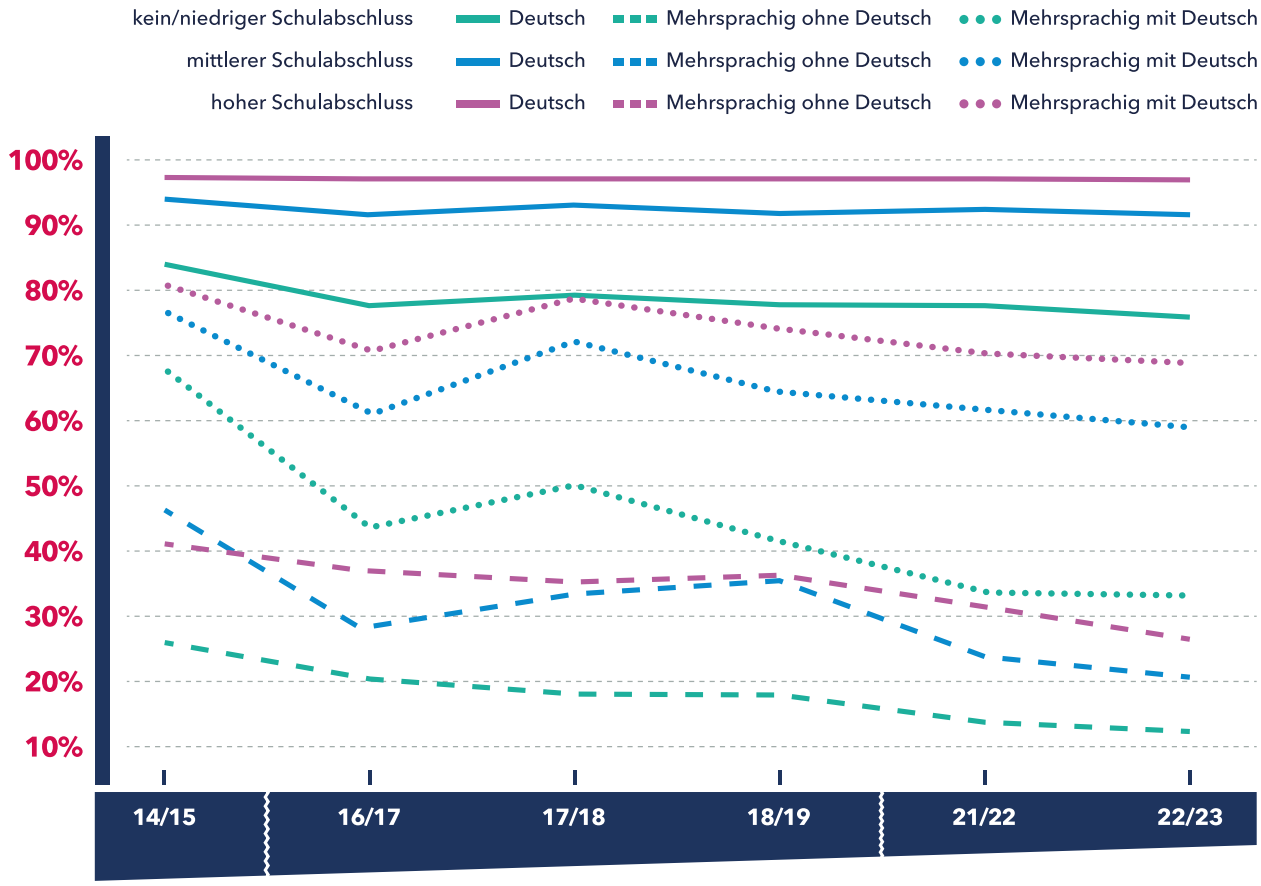

Abb. 18: Anteile der sprachkompetenten Kinder nach in der Familie überwiegend gesprochener Sprache, formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

Bildungsstand der Eltern beobachten. Dort hat sich der Anteil sprachkompetenter Kinder seit dem Untersuchungsjahr 2014/15 teilweise mehr als halbiert. Eine Erklärung könnte sein, dass in diesen Jahren der Anteil an Familien mit internationaler Biografie zugenommen hat. D. h., einige Kinder hatten den Umständen entsprechend begrenzten Kontakt mit der deutschen Sprache, da sie möglicherweise erst kurz vor der SEU nach Deutschland gekommen sind. Da die Information über die Dauer, die ein Kind bereits vor der SEU in Deutschland gelebt hat, in den Daten fehlt, kann an dieser Stelle lediglich vorsichtig gemutmaßt werden.

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

Betrachtet man, unabhängig von der Familiensprache, die Anteile der sprachkompetenten Kinder unter Berücksichtigung der Jahre vorschulischer Betreuung außerhalb der Familie (z. B. Tagesmütter, Krippe, Kita) an mindestens drei Tagen pro Woche, ist erkennbar, dass Kinder mit einer Fremdbetreuung sprachkompetenter sind als Kinder ohne Betreuungserfahrung außerhalb der Familie (Abb. 19)

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

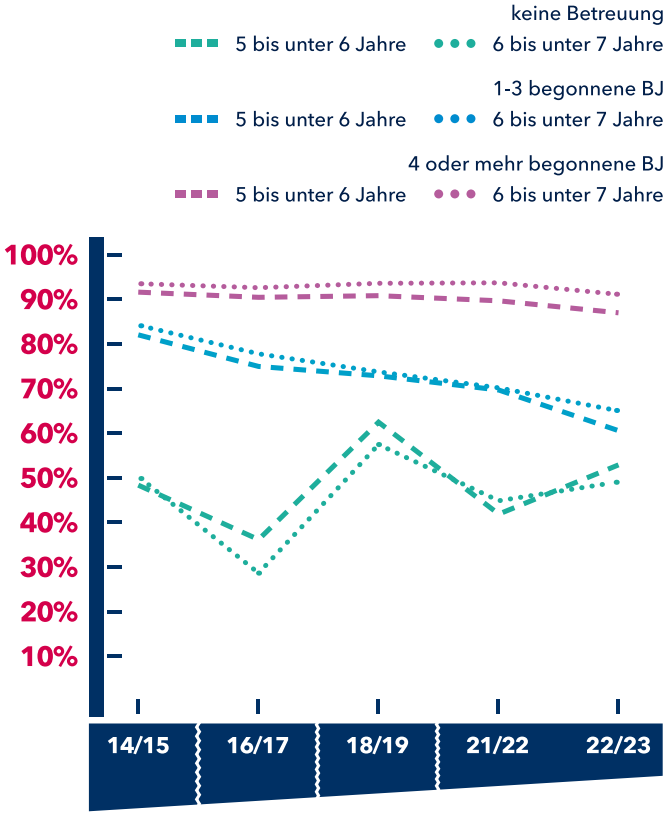

Abb. 19: Anteile der sprachkompetenten Kinder (5 bis unter 7-Jährige) nach begonnenen Betreuungsjahren (BJ) und Untersuchungsjahr in %.

DaZ-Klasse

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

Abbildung 20 zeigt die Anteile der Kinder mit der Empfehlung für pädagogischen Sprachförderbedarf im Rahmen einer DaZ-Klasse, differenziert nach Alltagssprache in der Familie und Untersuchungsjahr. Fast die Hälfte (46,6 %) aller Kinder, die in ihrer Familie überwiegend eine andere Sprache als Deutsch sprechen, erhalten eine Empfehlung für eine DaZ-Klasse. Auch bei Kindern, die in ihrer Familie mit Deutsch und einer weiteren Sprache aufwachsen, hat sich der Anteil mit einer Empfehlung für eine DaZ-Klasse in den letzten Jahren erhöht (18,9 %). Insgesamt erhielten im aktuellen Untersuchungsjahr 2022/23 knapp 8,0 % aller untersuchten Kinder eine solche Empfehlung. Im Untersuchungsjahr 2018/19 waren es noch ca. 5,0 %. Während der Untersuchung wird nicht nur die

»Insgesamt erhielten im aktuellen Untersuchungsjahr 2022/23 knapp 8,0 % aller untersuchten Kinder eine Empfehlung für eine DaZ-Klasse.«

Empfehlung für eine DaZ-Klasse dokumentiert, sondern auch, ob eine solche Förderung gegebenenfalls bereits durchgeführt wird. Bei Kindern, die in ihrer Familie überwiegend eine andere Sprache sprechen, war dies bei 1,3 % der Kinder der Fall (Abb. 21). Bei Kindern, die in ihrer Familie mehrsprachig aufwachsen, lag der Anteil bei 0,3 %. Insgesamt befanden sich 0,2 % der untersuchten Kinder zum Zeitpunkt der SEU bereits in einer DaZ-Klasse. In allen drei dargestellten Gruppen ist ein leicht sinkender Trend zu beobachten.

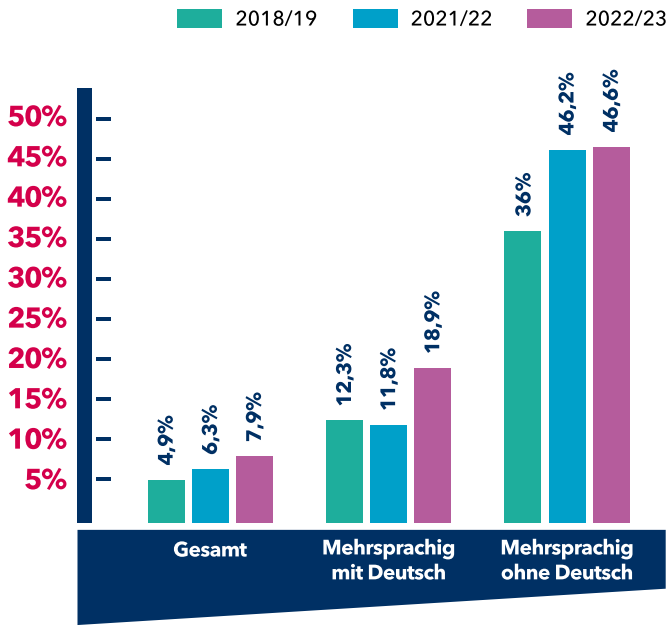

Abb. 20: Anteile der Kinder mit der Empfehlung für pädagogischen Sprachförderbedarf im Rahmen einer DaZ-Klasse nach Alltagssprache in der Familie und Untersuchungsjahr in %.

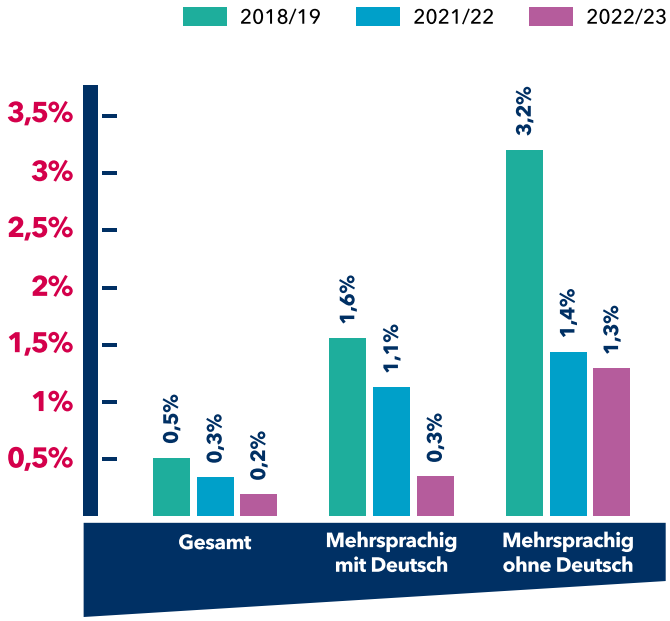

Abb. 21: Anteile der Kinder mit bereits laufendem pädagogischen Sprachförderbedarf im Rahmen einer DaZ-Klasse nach Alltagssprache in der Familie und Untersuchungsjahr in %.

3.7

Konzentrationsfähigkeit und selektive Aufmerksamkeit

Im Rahmen 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 6,2 % der untersuchten Kinder zeigten schulrelevante Befunde einer eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit (Abb. 22 & Anhang Tab. 18). Jungen (8,9 %) waren dabei mehr als doppelt so häufig betroffen wie Mädchen (3,4 %). Zudem fällt auf, dass die Anteile betroffener Kinder in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen haben, wobei auch dieser Trend sich überwiegend auf Jungen beschränkt.

»Insgesamt 6,2 % der untersuchten Kinder zeigten schulrelevante Befunde einer eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit.«

Unter zusätzlicher Betrachtung des Bildungsstandes der Eltern ist zu erkennen, dass insbesondere Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstand (13,8 %) erheblich häufiger betroffen sind als Kinder aus Familien mit hohem (3,7 %) oder mittlerem (6,4 %) elterlichen Bildungsstand (Abb. 23). In den letzten Jahren ist ein insgesamt leicht ansteigender Trend zu erkennen.

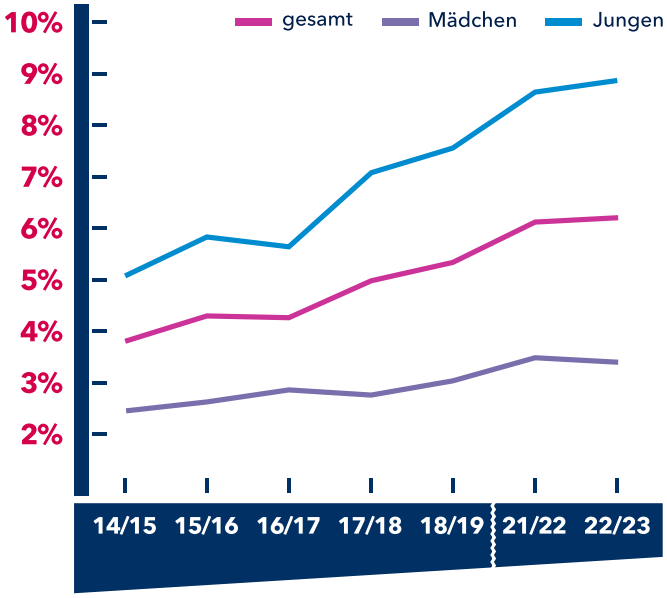

Abb. 22: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der selektiven Aufmerksamkeit nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

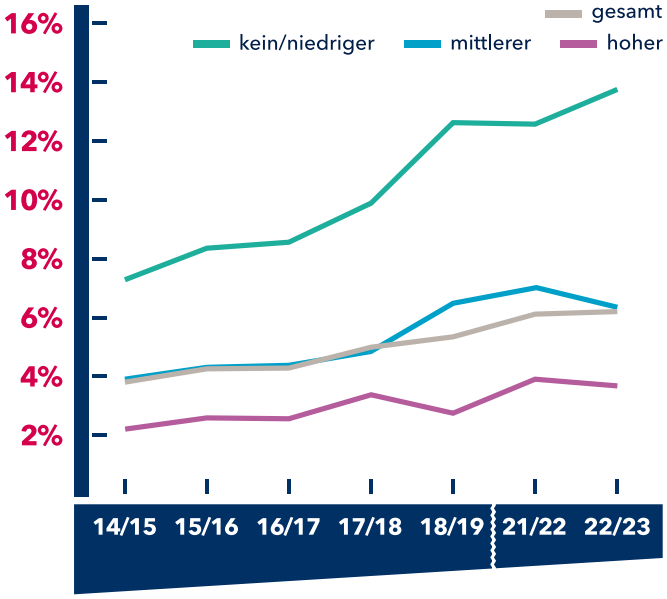

Abb. 23: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der selektiven Aufmerksamkeit nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

3.8 Zahlen- und Mengenvorwissen

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

Schulrelevante Befunde zeigten sich bei 5,9 % der untersuchten Kinder, wobei Jungen insgesamt häufiger betroffen waren als Mädchen (Abb. 24 & Anhang Tab. 19). In der Gesamtbetrachtung fällt ein leicht ansteigender Trend auf. Bei der Bewertung der Daten aus dem Untersuchungsjahr 2014/15 ist Vorsicht geboten, da der Anteil fehlender Werte relativ hoch ist (39,2 %).

»Es zeigten sich bei 5,9 % der untersuchten Kinder schulrelevante Befunde im Zahlen- und Mengenvorwissen.«

Bei zusätzlicher Betrachtung des elterlichen Bildungsstandes in den Familien zeigt sich, dass Kinder aus Familien mit niedrigerer Bildung erheblich häufiger von schulrelevanten Befunden zum Zahlen- und Mengenvorwissen betroffen sind (15,7 %) als andere Kinder (mittlerer Schulabschluss: 5,5 %, hoher Schulabschluss: 3,0 %) (Abb. 25). Auch ist bei ihnen seit dem Untersuchungsjahr 2015/16 (9,0 %) ein deutlich stärker ansteigender Trend zu erkennen, der sich seitdem stetig fortgesetzt hat. Bei Kindern aus einem Elternhaus mit mittlerem und höherem Schulabschluss zeigt sich über die Jahre ein leicht ansteigender Trend.

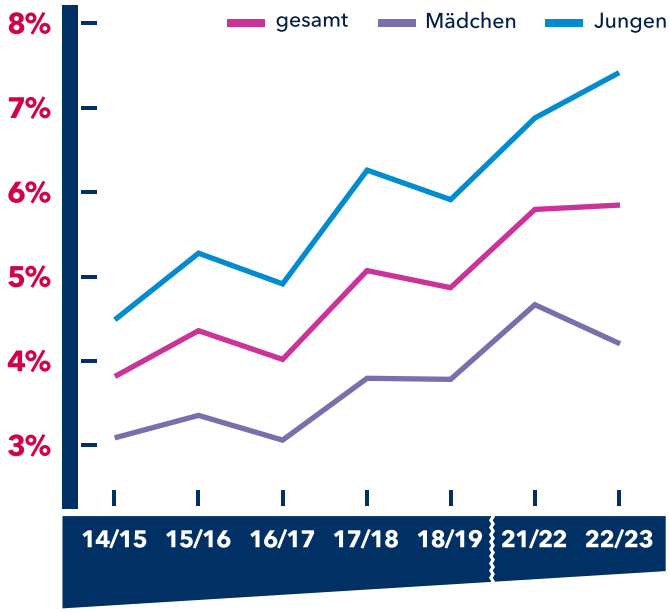

Abb. 24: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Zahlen- und Mengenvorwissens nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

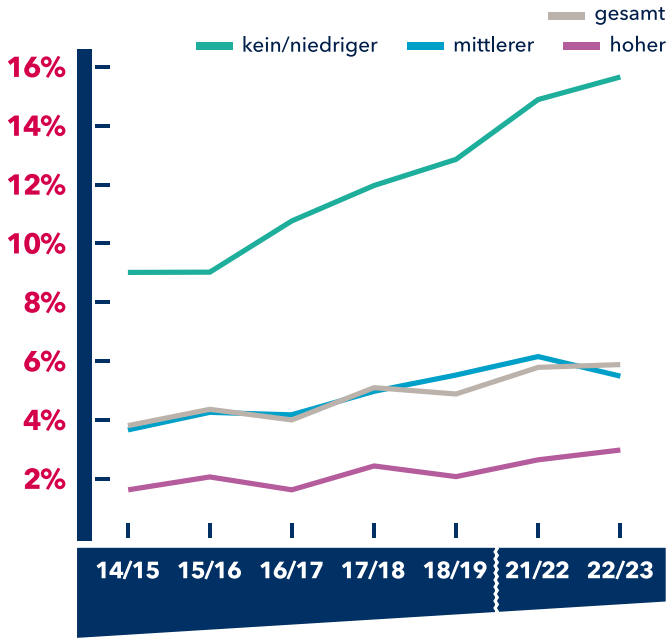

Abb. 25: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Zahlen- und Mengenvorwissens nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

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 5,5 % der untersuchten Kinder wurden schulrelevante Befunde zur Kognition festgestellt (Abb. 26 & Anhang Tab. 20). Jungen sind dabei etwa doppelt so häufig betroffen (7,4 %) wie Mädchen (3,5 %). In der zeitlichen Entwicklung der Gesamtbetrachtung lässt sich ein leicht steigender Verlauf beobachten.

»Bei insgesamt 5,5 % der untersuchten Kinder wurden schulrelevante Befunde zur Kognition festgestellt.«

Kinder aus Familien mit hohem elterlichem Bildungsstand sind mit einem Anteil von 3,1 % erheblich seltener von schulrelevanten Befunden der Kognition und visuellen Wahrnehmung betroffen als insbesondere Kinder aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungsstand (13,3 %) (Abb. 27). Seit dem Untersuchungsjahr 2016/17 zeigt sich der steigende Trend in der Gruppe der Kinder aus Familien mit niedrigerer formaler Bildung am deutlichsten.

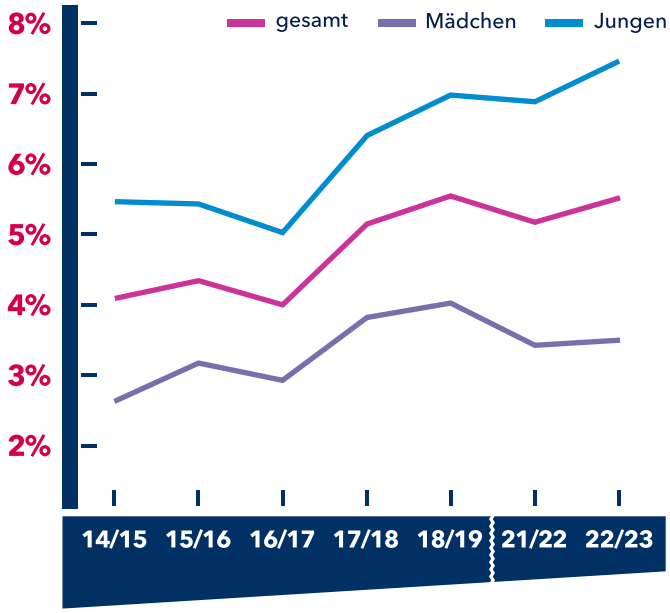

Abb. 26: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der visuellen Wahrnehmung nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

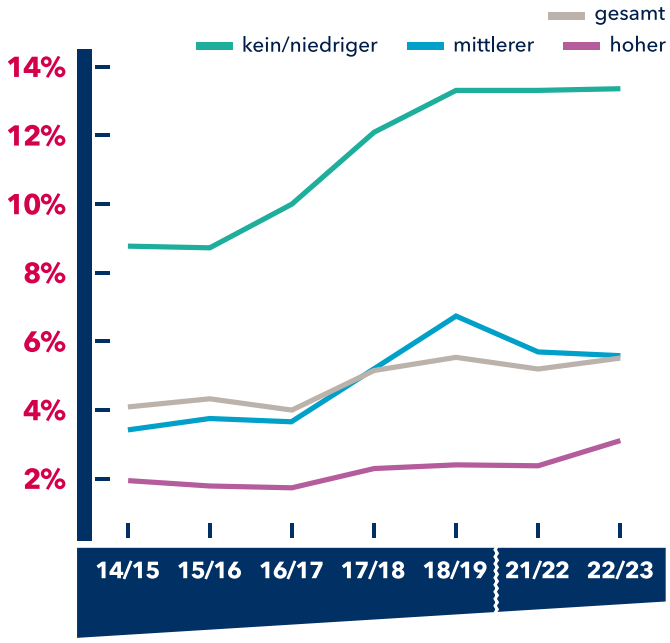

Abb. 27: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der visuellen Wahrnehmung nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

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 Akkommodation, also die Fähigkeit der Linse, die Brechkraft des Auges an verschiedene Entfernungen anzupassen. Zusätzlich muss die koordinierte feinmotorische Bewegung der Hand gesteuert werden. Die Untersuchung der Visuomotorik erfolgt im Rahmen des SOPESS durch das zeichnerische Ergänzen und das Nachzeichnen verschiedener Formen.

11,0 % der untersuchten Kinder zeigten im Untersuchungsjahr 2022/23 schulrelevante Befunde zur Visuomotorik (Abb. 28 & Anhang Tab. 21). Jungen sind dabei im Vergleich zu Mädchen mehr als doppelt so häufig betroffen. Insgesamt ist in der zeitlichen Entwicklung ein gering ansteigender Trend zu erkennen. Bei den Darstellungen zur Visuomotorik ist zu beachten, dass für das Untersuchungsjahr 2016/17 keine Daten für die Auswertung vorlagen.

»11 % der untersuchten Kinder zeigten im Untersuchungsjahr 2022/23 schulrelevante Befunde zur Visuomotorik.«

Kinder aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungsstand zeigen erheblich häufiger schulrelevante Auffälligkeiten der Visuomotorik als Kinder aus den anderen elterlichen Bildungsgruppen (Abb. 29). Ihr Anteil liegt im Untersuchungsjahr 2022/23 mit 24,4 % mehr als doppelt so hoch wie der Anteil der Kinder aus Familien mit einem mittleren Bildungsstand (11,5 %) und mehr als dreimal so hoch wie der Anteil der Kinder mit Eltern, die einen höheren formalen Schulabschluss aufweisen (6,9 %). In allen drei Bildungsgruppen sind über die Jahre leicht steigende Trends zu beobachten, wobei er am deutlichsten in der Gruppe der Kinder aus einem Elternhaus mit einem niedrigen Bildungsstand ausfällt.

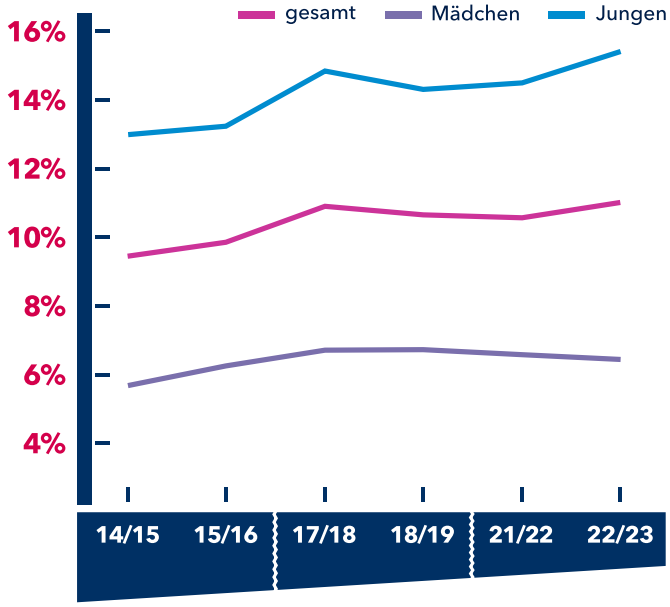

Abb. 28: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der Visuomotorik nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

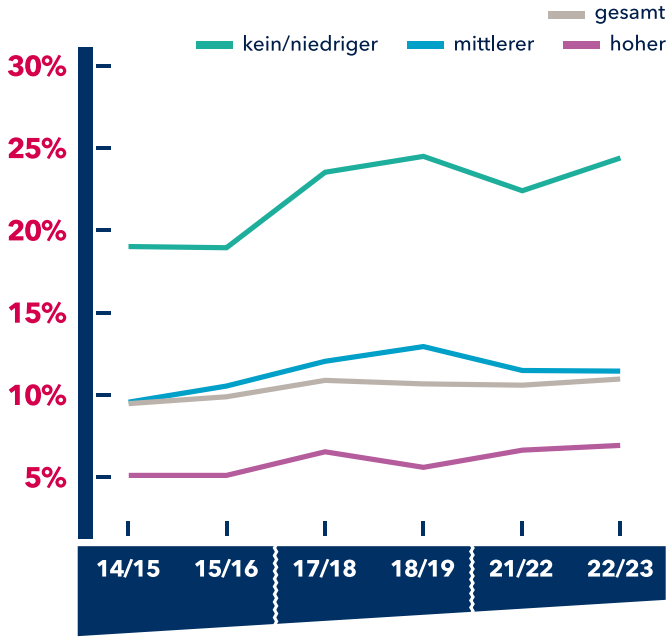

Abb. 29: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der Visuomotorik nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

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 (inklusive der Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion) sowie der Auswertung des freiwilligen Elternfragebogens SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman et al. 1998) und dem freiwilligen Entwicklungsbogen der Kita, der eine Einschätzung der pädagogischen Fachkräfte beinhaltet.

»Insgesamt sind nach ärztlicher Einschätzung bei 6,7 % der untersuchten Kinder schulrelevante Verhaltensauffälligkeiten festzustellen.«

Insgesamt sind nach ärztlicher Einschätzung bei 6,7 % der untersuchten Kinder schulrelevante Verhaltensauffälligkeiten festzustellen (Abb. 30 & Anhang Tab. 22). Mädchen sind deutlich seltener betroffen als Jungen. In der Gesamtbetrachtung zeigt sich eine ansteigende Entwicklung an schulrelevanten Verhaltensauffälligkeiten über die letzten Jahre. Bei den Darstellungen zum Verhalten ist zu beachten, dass für das Untersuchungsjahr 2017/18 keine Daten für die Auswertung vorlagen.

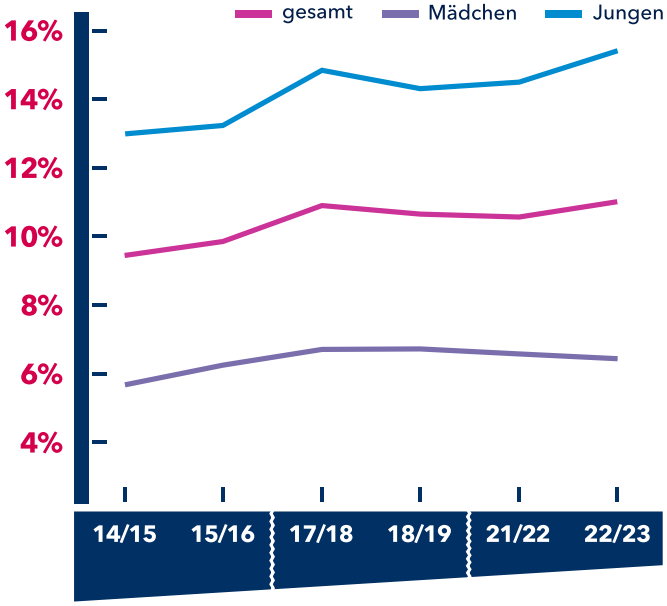

Abb. 30: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Verhaltens nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

Unter Berücksichtigung des elterlichen Bildungshintergrundes fällt auf, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstand der Eltern fast dreimal häufiger betroffen sind (13,4 %) als Kinder aus Familien mit hohem elterlichem Bildungsstand (4,7 %) und fast doppelt so häufig wie Kinder aus Familien mit mittlerem elterlichem Bildungsstand (7,4 %) (Abb. 31). Der Anteil dieser Kinder zeigt in der zeitlichen Entwicklung insgesamt auch einen deutlicheren Anstieg. In den letzten beiden Untersuchungsjahren (2021/22, 2022/23) sind teilweise leicht sinkende Werte zu beobachten.

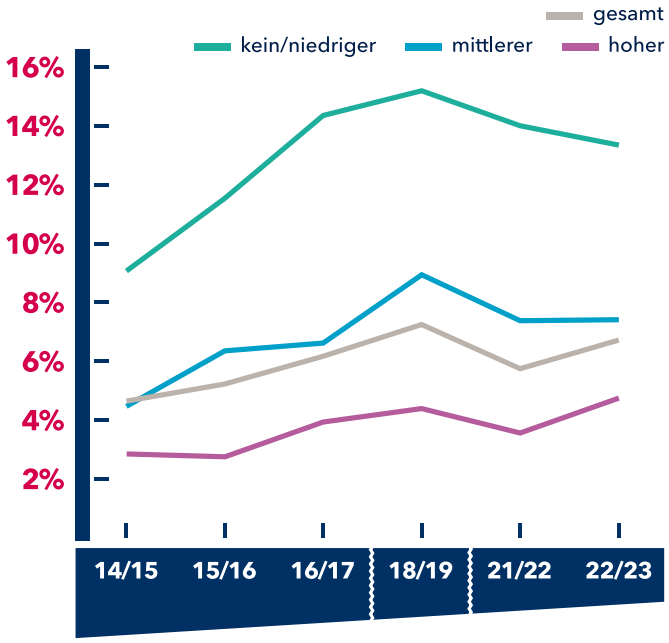

Abb. 31: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Verhaltens nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

3.12 Förderbedarfe

Ein zentrales Element der Schuleingangsuntersuchung ist die Identifizierung möglicher pädagogischer Förderbedarfe der Kinder. Dies soll gewährleisten, dass erforderliche Hilfen und Förderungen rechtzeitig beginnen können. Neben dem individualmedizinischen Recht der Kinder auf ein gesundes Aufwachsen ist eine effektive Förderung auch relevant, um eine bessere Chancengleichheit von Kindern während der Schullaufbahn zu gewährleisten.

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

Im Rahmen der schulärztlichen Beurteilung wird zwischen mäßigem und hohem pädagogischen Förderbedarf unterschieden. Ein mäßiger Förderbedarf wird dann angenommen, wenn diesem regelmäßig mit den der Grundschule zur Verfügung stehenden Mitteln effektiv begegnet werden kann (z. B. flexible Eingangsstufe oder Schulassistenz). 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 Förderbedarfe priorisiert werden. Die Differenzierung ist relevant, da so auf die unterschiedlichen Anforderungen an die Förderung von Kindern mit z. B. körperlichen oder geistigen Behinderungen eingegangen werden kann.

Die Förderschwerpunkte nach § 45 Abs. 2 SchulG beziehen sich zwar zunächst auf einen möglichen sonderpädagogischen Förderbedarf, die entsprechende Kategorisierung erfolgt im Rahmen der SEU jedoch auch für einen identifizierten mäßigen Förderbedarf. Bei 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 (28,1 %) der untersuchten Reguläreinschüler-innen und -schüler wurden insgesamt Förderbedarfe identifiziert.«

Bei mehr als einem Viertel (28,1 %) der untersuchten Reguläreinschülerinnen und -schüler (diese sind sechs Jahre und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) wurden insgesamt Förderbedarfe identifiziert (Abb. 32 & Anhang Tab. 23). Seit dem Untersuchungsjahr 2014/15 ist insgesamt ein steigender Trend bei den Förderbedarfen zu erkennen (17,3 %). Das entspricht über die Jahre einem Anstieg um fast 40 %. Sowohl die mäßigen als auch die hohen dokumentierten Förderbedarfe haben sich in dem genannten Zeitraum erhöht. Die Anteile der Kinder mit mäßigen Förderbedarfen lagen stets etwas über den Anteilen der Kinder mit hohen Förderbedarfen, wobei sich die Kurven seit dem vorangegangenen Messzeitpunkt (2021/22) sehr angenähert haben. Die mäßigen Bedarfe sind um einen Prozentpunkt gesunken (14,3 %) und die hohen Bedarfe um drei Prozentpunkte weiter angestiegen (13,8 %).

Jungen sind sowohl bei mäßigem als auch bei hohem Förderbedarf häufiger betroffen als Mädchen (Abb. 33 & 34). Bei der Betrachtung der zeitlichen Entwicklungen ist bei Mädchen und Jungen eine kontinuierliche Zunahme der Förderbedarfe insgesamt zu erkennen. Insbesondere im Bereich der dokumentierten hohen Förderbedarfe haben sich die Anteile bei beiden Geschlechtern seit 2014/15 in etwa verdoppelt (Abb. 33). Die Anteile der Kinder mit mäßigem Förderbedarf sind bis 2021/22 gestiegen, jedoch sowohl bei den Mädchen und Jungen zuletzt etwas gesunken (Abb. 34).

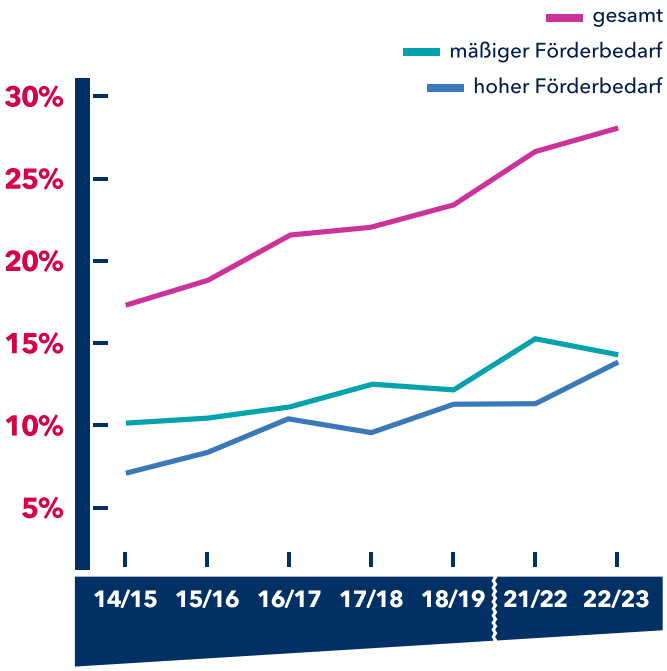

Abb. 32: Anteile der Kinder (Reguläreinschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit Förderbedarf nach Höhe des Förderbedarfs und Untersuchungsjahr in %.

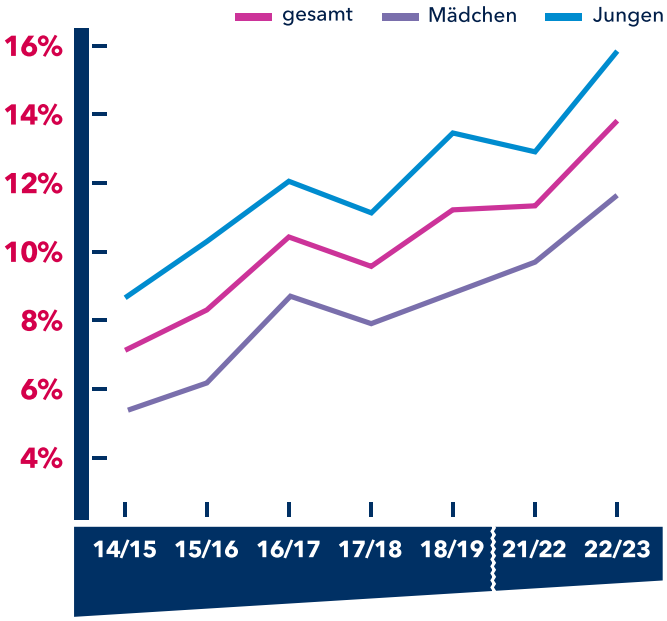

Abb. 33: Anteile der Kinder (Reguläreinschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit hohem Förderbedarf nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

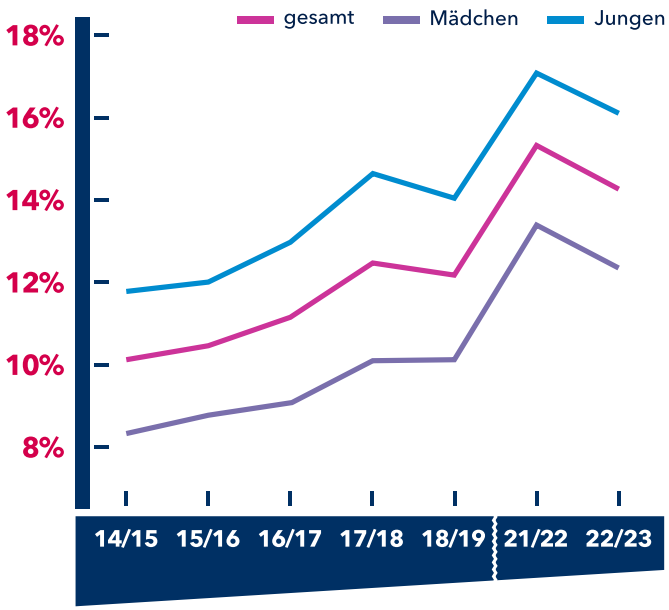

Abb. 34: Anteile der Kinder (hier: Regulär einschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit mäßigem Förderbedarf nach Geschlecht und Untersuchungsjahr in %.

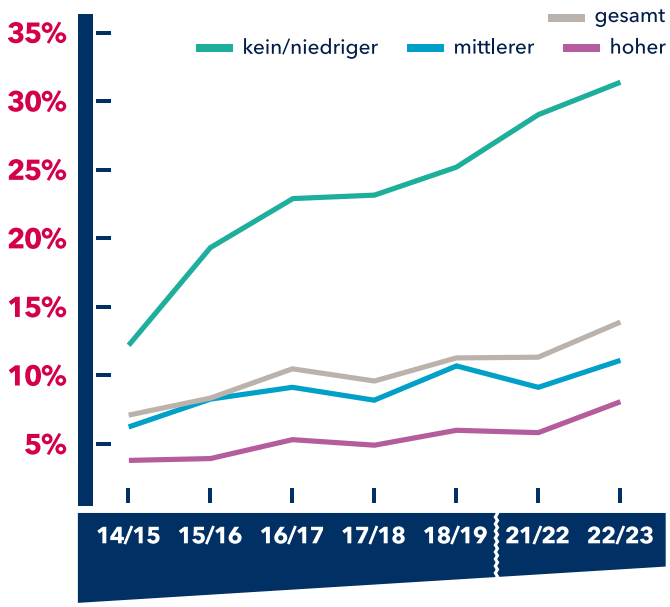

Abb. 35: Anteile der Kinder (Regulär einschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit hohem Förderbedarf nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

Unter Berücksichtigung des elterlichen Bildungshintergrundes wird deutlich, dass Kinder aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungshintergrund beim hohen bzw. sonderpädagogischen Förderbedarf drei- bis viermal häufiger betroffen sind als Kinder aus Familien mit mittlerem oder hohem Bildungshintergrund der Eltern (Abb. 35). Hinzu kommt, dass die Bedarfe in Familien mit formal niedrigerem Bildungshintergrund einen erheblich stärkeren Anstieg beobachten lassen.

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. 36). Dennoch sind mit 21,5 % auch hier deutlich mehr Kinder aus Familien mit niedrigerer Schulbildung der Eltern betroffen als Kinder aus Familien mit mittlerem (14,9 %) bzw. hohem (11,4 %) elterlichen Bildungshintergrund. Bemerkenswert ist, dass die leicht sinkenden Zahlen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum 2021/22 in der Gruppe der Kinder aus Familien mit einem niedrigeren Bildungsstand am deutlichsten hervortreten.

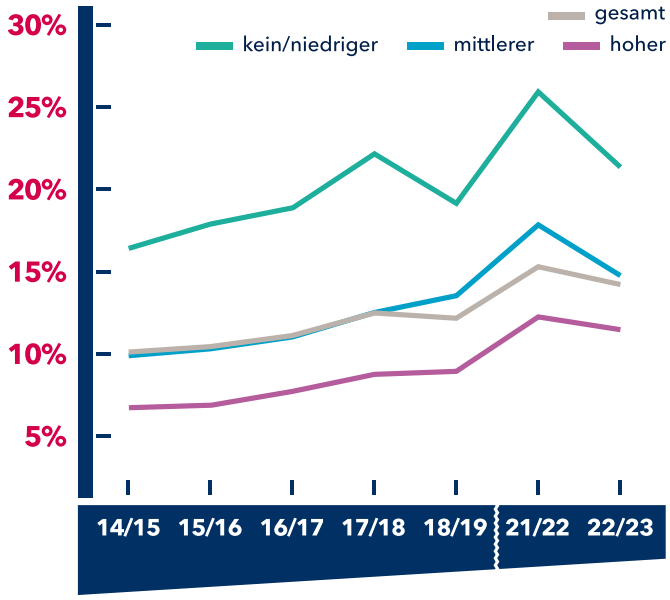

Abb. 36: Anteile der Kinder (Regulär einschülerinnen und -schüler mit 6 Jahren und älter zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) mit mäßigem Förderbedarf nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

3.13 Heilpädagogische Maßnahmen und Heilmittel

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

»Betrachtet man die Lebenszeitprävalenzen, wird Sprachtherapie insgesamt am häufigsten (25,3 % der Kinder) in Anspruch genommen.«

(Abb. 37), wird Sprachtherapie insgesamt am häufigsten (25,3 % der Kinder) in Anspruch genommen. Ergotherapie (14,8 %), Physiotherapie (11,7 %) und heilpädagogische Förderung (10,0 %) werden jeweils seltener in Anspruch genommen. Die zeitlichen Verläufe der jeweiligen Lebenszeitprävalenz sind insgesamt betrachtet relativ stabil. Im Bereich der Physiotherapie zeichnet sich seit 2018/19 ein leicht sinkender und bei der Ergotherapie ein leicht steigender Trend ab.

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

Heilpädagogische Förderung

Für die heilpädagogische Förderung lässt sich erkennen, dass der weit überwiegende Teil betroffener Kinder eine bereits stattfindende Förderung aktuell in Anspruch nimmt (Abb. 38 & Anhang Tab. 24). Eine erstmalige oder wiederholte Empfehlung zur Förderung ist nur bei wenigen Kindern erforderlich. Die leichten Trends nach unten oder oben finden auf einem relativ niedrigen Niveau statt.

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

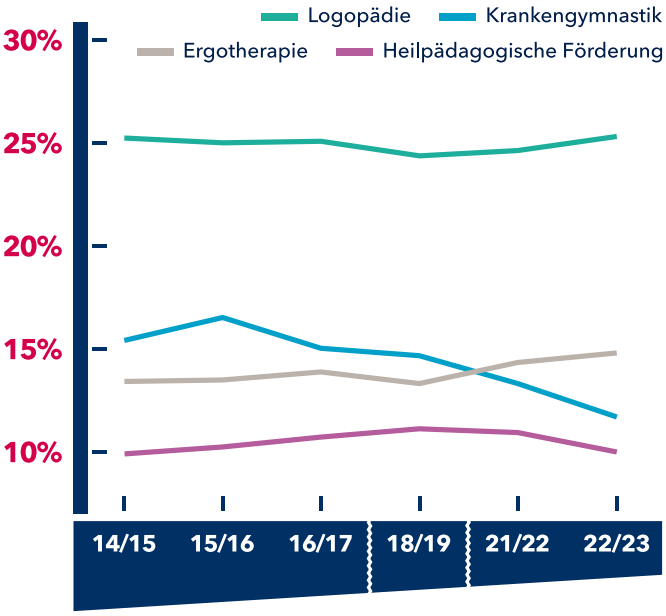

Abb. 37: Anteile der Kinder, bei denen heilpädagogische Maßnahmen oder Heilmittel bereits in Anspruch genommen wurden, aktuell in Anspruch genommen werden oder (erneut) empfohlen werden, nach Art der Fördermaßnahme (Heilpädagogik, Physio-, Ergo- und Sprachtherapie) und Untersuchungsjahr in %.

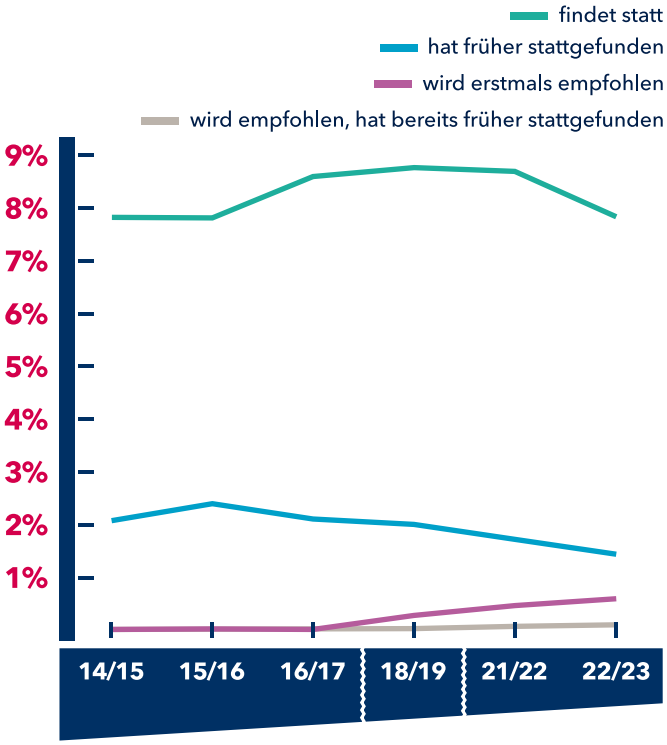

Abb. 38: Anteile der Kinder mit heilpädagogischem Förderbedarf nach Stand der Maßnahmen und Untersuchungsjahr in %.

Physiotherapie

Bei der Physiotherapie hat die Inanspruchnahme zum überwiegenden Teil in der Vergangenheit stattgefunden (9,3 %) (Abb. 39 & Anhang Tab. 24). Empfehlungen für eine erstmalige oder erneute Physiotherapie sind sehr selten zu beobachten (< 2,0 %).

»Der überwiegende Teil der Kinder nahm in der Vergangenheit Physiotherapie in Anspruch. Insgesamt nahm die frühere Inanspruchnahme seit 2016/17 stärker ab.«

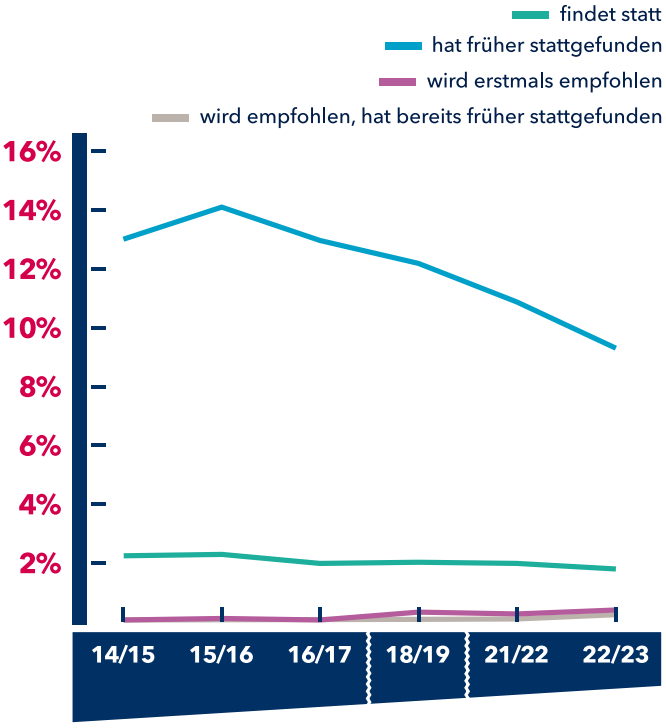

Abb. 39: Anteile der Kinder mit physiotherapeutischem Förderbedarf nach Stand der Maßnahmen und Untersuchungsjahr in %.

In der zeitlichen Entwicklung fällt im Untersuchungsjahr 2022/23 eine abnehmende Behandlungsprävalenz früher stattgefundener physiotherapeutischer Therapie auf. Entsprechend setzt sich der Trend, der im Untersuchungsjahr 2015/16 (14,1 %) begonnen hat, weiter fort. Eine Auswirkung dieser Entwicklung auf aktuelle schulärztliche Empfehlungen zur Physiotherapie ist allerdings nicht erkennbar.

Ergotherapie

Ergotherapeutische Maßnahmen finden bei betroffenen Kindern überwiegend aktuell statt (6,8 %) oder werden erstmals empfohlen (4,7 %) (Abb. 40 & Anhang Tab. 24). Letzterer Wert (4,7 %) ist der höchste Anteil an Erstempfehlungen unter den betrachteten Heilmitteln (Heilpädagogische Förderung, Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie). Seit 2014/15 ist hier ein steigender Trend zu beobachten (2,3 %). Bei 2,6 % der untersuchten Kinder hat eine Ergotherapie früher stattgefunden.

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

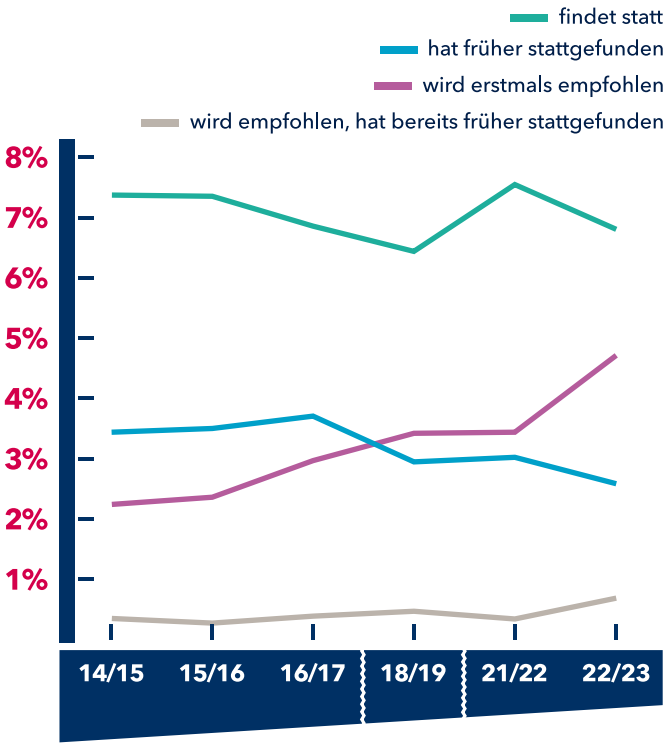

Abb. 40: Anteile der Kinder mit ergotherapeutischem Förderbedarf nach Stand der Maßnahmen und Untersuchungsjahr in %.

Sprachtherapie

12,6 % der untersuchten Kinder nahmen zum Zeitpunkt der SEU eine sprachtherapeutische Behandlung in Anspruch (Abb. 41 & Anhang Tab. 24). Dies ist der dazu höchste Anteil unter den Heilmitteln (Heilpädagogische Förderung, Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie). Für 3,8 % der untersuchten Kinder wurde eine entsprechende Behandlung erstmals empfohlen (2014/15: 1,5 %). In der zeitlichen Entwicklung ist bei den erstmaligen Empfehlungen ein leichter Aufwärtstrend, bei den früher stattgefundenen (und abgeschlossenen) Behandlungen ein leichter Abwärtstrend zu verzeichnen.

»12,6 % der untersuchten Kinder nahmen zum Zeitpunkt der SEU eine sprachtherapeutische Behandlung in Anspruch.«

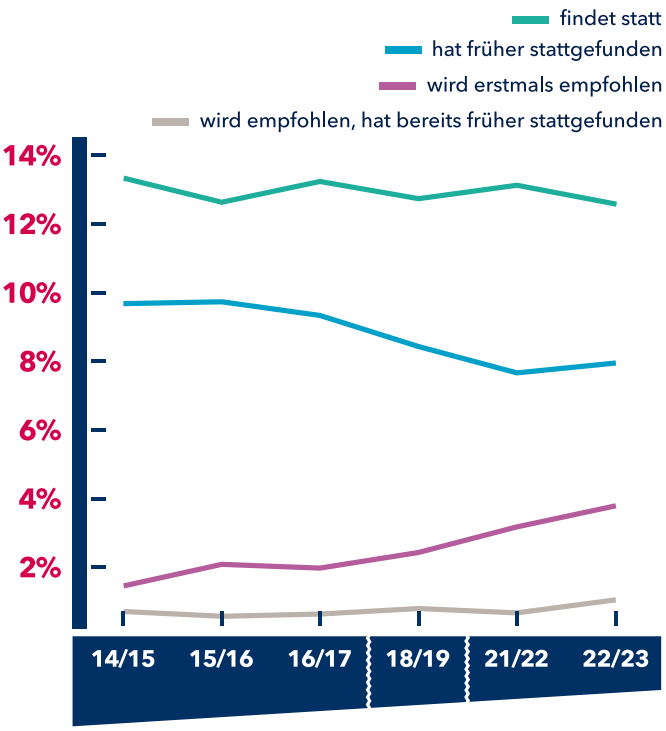

Abb. 41: Anteile der Kinder mit sprachtherapeutischem Förderbedarf nach Stand der Maßnahmen und Untersuchungsjahr in %.

3.14 Beurteilung der Schulfähigkeit

Nach § 22 Abs. 1 SchulG werden in Schleswig-Holstein grundsätzlich alle Kinder, die 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 2022/23 wurde für 2,8 % der untersuchten und nach Stichtag regulär einzuschulenden Kinder eine schulärztliche Empfehlung zur Beurlaubung ausgesprochen.«

Im Untersuchungsjahr 2022/23 wurde für 2,8 % der untersuchten und nach Stichtag regulär einzuschulenden Kinder eine schulärztliche Empfehlung zur Beurlaubung ausgesprochen (Abb. 42 & Anhang Tab. 25). Für das Untersuchungsjahr 2018/19 lagen nicht ausreichend Daten für die Auswertung vor. In der zeitlichen Analyse der Situation fällt auf, dass sich der Anteil an Beurlaubungen seit 2014/15 verdoppelt hat (1,4 %). Auch wenn sich die Anteilswerte im niedrigen einstelligen Bereich bewegen, zeigt der Blick auf die absoluten Zahlen, dass im Untersuchungsjahr fast 600 Kinder nicht regulär eingeschult werden konnten. Im Jahr 2014/15 waren es noch etwas mehr als 300.

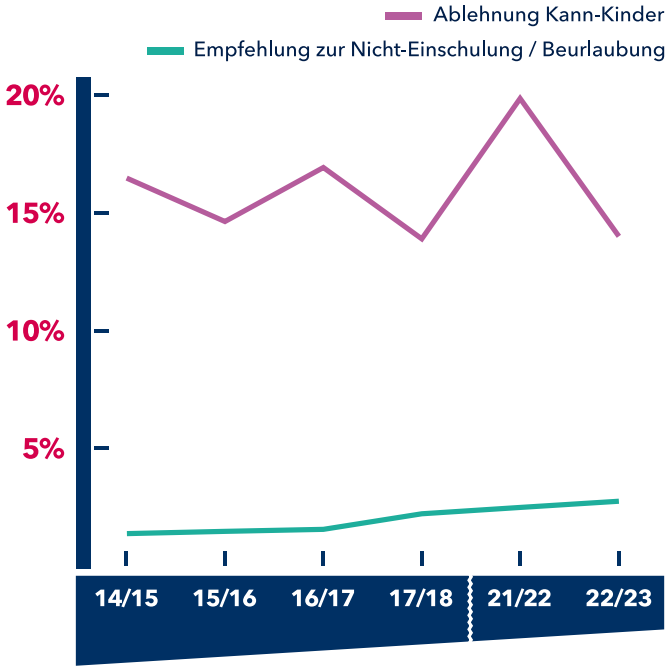

Abb. 42: Anteile der Kinder mit einer Empfehlung zur Nicht-Einschulung / Beurlaubung (Regulär einschülerinnen und -schüler) und Anteil der Kann-Kinder mit einer Empfehlung zur Einschulungsablehnung nach Untersuchungsjahr in %.

Bei 14,1 % der untersuchten Kann-Kinder wurde schulärztlich keine vorzeitige Einschulung empfohlen (Abb. 42 & Anhang Tab. 25). Beim Anteil der Kann-Kinder ohne ärztliche Empfehlung einer vorzeitigen Einschulung ist keine eindeutige zeitliche Entwicklung zu erkennen, da der Wert schwankt. Auffällig ist der Ausschlag nach oben im Untersuchungsjahr 2021/22 (19,8 %), der ggf. durch die COVID-19-Pandemie begründet sein kann. Bei der Betrachtung der Zahlen der Kann-Kinder ist zu beachten, dass es sich um eine vergleichsweise kleine Gruppe im niedrigen dreistelligen Bereich handelt.

»Bei 14,1 % der untersuchten Kann-Kinder wurde schulärztlich keine vorzeitige Einschulung empfohlen.«

3.15 Früherkennungsuntersuchungen

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 sind im Untersuchungsjahr 2022/23 92,5 % der Sorgeberechtigten nachgekommen. Dieser Anteil ist seit 2015/16 um zehn Prozentpunkte angestiegen (82,1 %).

»Mit Blick auf die Früherkennungsuntersuchungen zeigt sich, dass sämtliche Teilnahmequoten im Untersuchungsjahr 2022/23 insgesamt wieder auf einem hohen Niveau liegen. «

Mit Blick auf die Früherkennungsuntersuchungen zeigt sich, dass sämtliche Teilnahmequoten im Untersuchungsjahr 2022/23 insgesamt wieder auf einem hohen Niveau liegen (im Durchschnitt 96,6 %) (Abb. 43 & Anhang Tab. 26). Die durch die COVID-19-Pandemie verursachte Reduktion der Teilnahmequoten im vorangegangen Untersuchungsjahr 2021/22 konnte weitestgehend ausgeglichen werden. Die Werte entsprechen größtenteils wieder denen vor der COVID-19-Pandemie bzw. sind teilweise sogar etwas höher (z. B. bei der U6, U7 und U7a). Im Fall der U8 und U9 ist das vorpandemische Niveau noch nicht wieder erreicht worden. Insgesamt liegen die Teilnahmequoten jedoch weiterhin unter den Werten des Untersuchungsjahres 2014/15 (im Durchschnitt 97,9 %).

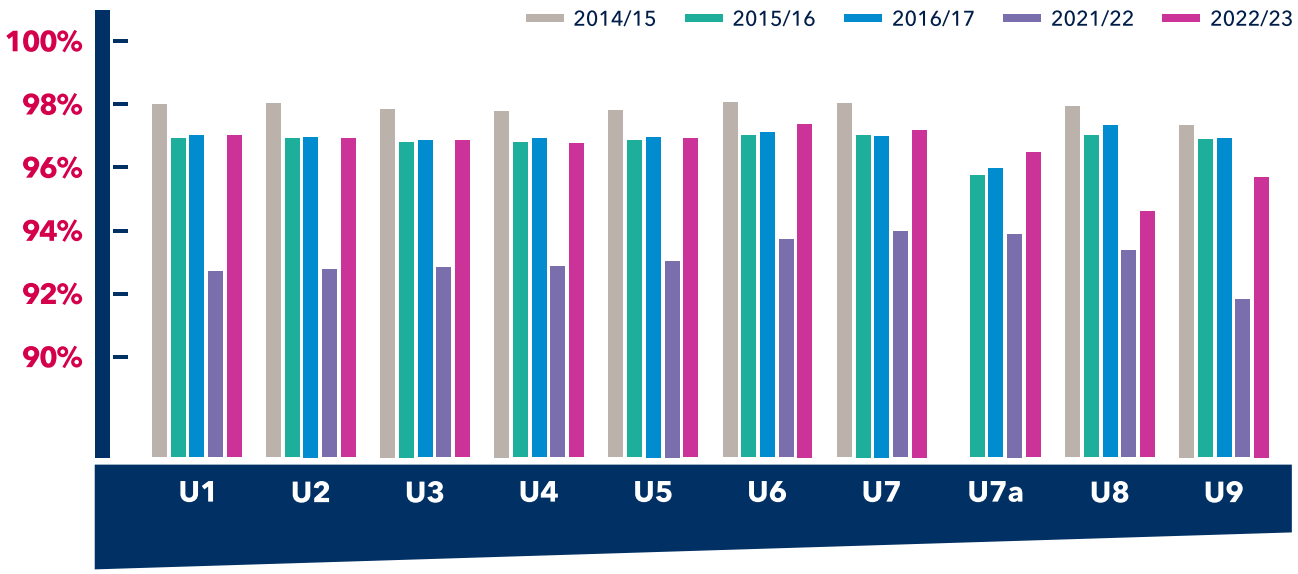

Abb. 43: Anteile der Kinder mit absolvierten Früherkennungsuntersuchungen nach U-Untersuchung und Untersuchungsjahr in %.

Anmerkung: Für die Untersuchungsjahre 2017/18 und 2018/19 liegen keine auswertbaren Daten vor. Zudem waren die Zahlen für die U7a im Untersuchungsjahr 2014/15 nicht auswertbar. Die Auswertung der U9 wurde auf Kinder beschränkt, die zum Zeitpunkt der SEU mindestens 64 Lebensmonate alt waren, da die U9 zwischen dem 60. Und 64. Lebensmonat durchgeführt werden soll.

Die im Untersuchungsjahr 2021/22 registrierten Teilnahmequoten fallen 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 wurden. 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.

»Im Untersuchungsjahr 2022/23 erfolgte bei 96,5 % der Kinder mit vorliegendem Vorsorgeheft die U9 durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin.«

Für die U9, regelmäßig die letzte Untersuchung vor der Schuleingangsuntersuchung, wird weiterhin dokumentiert, ob diese in einer hausärztlichen Praxis oder bei einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin durchgeführt wurde. Dabei zeigt sich, dass im Untersuchungsjahr 2022/23 bei 96,5 % der Kinder mit vorliegendem Vorsorgeheft die U9 durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin erfolgte. Über die Jahre ist hier landesweit ein leichter Anstieg zu erkennen (2015/16: 92,1 %). Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass insbesondere in ländlichen Regionen die Suche nach einer Versorgung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin eine zunehmende Herausforderung für die Eltern sein kann.

3.17
Impfungen

Nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 der Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben führen die Ärztinnen und Ärzte der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste während der SEU eine Impfberatung durch. Dafür werden die Eltern gebeten, den Impfpass des einzuschulenden Kindes vorzulegen. Die aggregierten und anonymisierten Daten über den Impfstatus der Kinder werden gemäß § 34 Abs. 11 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) an das Robert Koch-Institut übermittelt. Beim Untersuchungsjahrgang 2022/23 haben 94,4 % der Eltern (21.831 von 23.136) 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 %, 2021/22: 94,1 %).

»Beim Untersuchungsjahrgang 2022/23 haben 94,4 % der Eltern (21.831 von 23.136) den Impfpass ihres Kindes vorgelegt.«

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 2024). Durch die Neu- und Weiterentwicklung von (Kombinations-) Impfstoffen, entstehen zudem neue Impfschemata, die sich folglich in aktualisierten Impfempfehlungen und Impfkalendern niederschlagen. Hierbei ist zu bedenken, dass stets einige Zeit vergeht, bis sich das Impfverhalten bei allen Beteiligten einer neuen Impfempfehlung angepasst hat. So gibt es immer eine gewisse Übergangsphase, in der noch verschiede Impfschemata bzw. Impfstoffe verwendet werden. Darüber hinaus enthalten Impfempfehlungen meist Ausnahmen für bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie z. B. Frühgeborene, oder modifizierte Impfschemata, wenn die Grundimmunisierung nicht zeitgerecht im Säuglingsalter begonnen wird. Teilweise sind bei einem verspäteten Beginn ab einem Alter von 12 Monaten weniger Impfungen notwendig.

Tabelle 3 zeigt für das Untersuchungsjahr 2022/23 eine Übersicht der Impfquoten und die Anzahl der Impfungen, die für die Altersgruppe der einzuschulenden Kinder von der STIKO empfohlen werden (ergänzend siehe: Anhang Tab. 27).

	keine Impfung	mind. 1x	mind. 2x	mind. 3x	mind. 4x
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	1,1 %	98,9 %	98,1 %	**97,2 %**	92,2 %
Diphtherie	1,0 %	99,0 %	98,1 %	**97,3 %**	92,5 %
Tetanus	0,9 %	99,1 %	98,2 %	**97,4 %**	92,5 %
Pertussis (Keuchhusten)	1,1 %	98,9 %	97,9 %	**97,1 %**	83,4 %
Masern	0,7 %	99,3 %	**97,1 %**		
Mumps	0,8 %	99,2 %	**97,2 %**		
Röteln	0,8 %	99,2 %	**97,2 %**		
Varizellen (Windpocken)	2,2 %	97,8 %	**95,8 %**		
Hepatitis B	1,8 %	98,2 %	97,5 %	**96,8 %**	92,2 %
Pneumokokken	2,6 %	97,4 %	96,3 %	**89,5 %**	5,6 %
Haemophilus influenzae Typ b (Hib)	1,5 %	98,5 %	97,9 %	**97,3 %**	93,1 %
Meningokokken C	2,5 %	**97,5 %**			
Rotaviren	4,7 %	95,3 %	**92,0 %**	12,0 %	

Tab. 3: Impfquoten (in %) der Impfungen, die für die Altersgruppe der einzuschulenden Kinder von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden nach Anzahl der Impfungen für das Untersuchungsjahr 2022/23

(Grundimmunisierung = hervorgehobene Zahlen).

»Die Impfquoten mit mindestens drei Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b und Hepatitis B liegen zwischen 96,8 % und 97,4 %.«

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 83,4 % und 93,1 %. 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 96,8 % und 97,4 %. 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 2022/23 bei den sechs genannten Erkrankungen zwischen 0,9 % und 1,8 %.

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 89,5 % erreicht.«

Bei den Impfungen gegen Pneumokokken wird eine Impfquote von 89,5 % erreicht (mindestens drei Impfungen). 5,6 % 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. Bei einer Infektion sind insbesondere Säuglinge, Kleinkinder und ältere Menschen von der Möglichkeit schwerer Erkrankungen und Komplikationen gefährdet. Ab dem Alter von fünf Jahren wäre eine Impfung dann nicht mehr grundsätzlich empfohlen, auch wenn die Grundimmunisierung gar nicht oder unvollständig erfolgt ist. Eine Impfempfehlung gibt es dann erst wieder für Menschen 60 Jahre und älter.

»Die Impfquoten bei Masern, Mumps und Röteln zur Grundimmunisierung liegen etwas über 97 %.«

Die Impfquoten bei Masern, Mumps und Röteln zur Grundimmunisierung liegen etwas über 97 %. Dies übertrifft das nationale Impfquotenziel von 95 %. Der Anteil der Kinder, die keine Impfung erhalten haben, liegt unter 1 %. 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 Kinder, die in einer Kita oder Kindertagespflege betreut werden sollen, und Schülerinnen und Schüler einen ausreichenden Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern nachweisen.

»Die Quote der Kinder mit einer Grundimmunisierung gegen Varizellen liegt bei 95,8 %, gegen Meningokokken C bei 97,5 % und gegen Rotaviren bei 92,0 %.«

Die Quote der Kinder mit einer Grundimmunisierung (mindestens zwei Impfungen) gegen Varizellen liegt bei 95,8 %. Gegen Meningokokken C ist lediglich eine Impfdosis notwendig und die Quote liegt bei 97,5 %. 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 2022/23 beträgt die Impfquote 92,0 % bei mindestens zwei und 12,0 % bei mindestens drei erhaltenen Impfungen. Der Anteil der nicht geimpften Kinder lag bei 4,7 %.

Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum sind sämtliche Impfquoten gestiegen (Tab. 4). Das war nicht nur bei den Quoten der unvollständigen Impfserien der Fall, sondern auch in Bezug auf die Grundimmunisierungen. Der Anteil der Kinder, die keine Impfungen erhalten haben, hat sich im Durchschnitt über alle oben genannten Krankheiten um vier bis fünf Prozentpunkte reduziert (in diesem Durchschnitt sind die Impfungen gegen Rotaviren nicht enthalten; hier ging der Anteil der Nicht-Impfung um 27,7 % zurück).

»Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum sind sämtliche Impfquoten gestiegen.«

Insbesondere bei Impfungen gegen Pneumokokken ist in der Kategorie „mindestens drei Impfungen" ein etwas stärker ausgeprägter Anstieg der Impfquote zu beobachten (um 9,5 Prozentpunkte). Bei der einfachen Impfung gegen Meningokokken C hat sich die Impfquote um fast acht Prozentpunkte erhöht und bei der Impfung gegen Varizellen (zwei Impfungen) um sieben Prozentpunkte.

Auch bei mindestens zwei Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln sowie mindestens drei Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b und Hepatitis B sind positive Entwicklungen um zwei bis sechs Prozentpunkte zu beobachten.

Mit den Impfungen wird es sich insgesamt ähnlich verhalten wie mit den Früherkennungsuntersuchungen, da Impftermine mit diesen Untersuchungen regelmäßig verbunden sind. Im Zuge der COVID-19-Pandemie sind im Untersuchungsjahr 2021/22 auch die Teilnahmequoten für die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen rückläufig gewesen und im Untersuchungsjahr 2022/23 wieder angestiegen.

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

	keine Impfung	mind. 1x	mind. 2x	mind. 3x	mind. 4x
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	-3,56	3,56	3,43	**3,44**	3,22
Diphtherie	-3,38	3,38	3,23	**3,24**	2,88
Tetanus	-3,11	3,11	3,04	**3,05**	2,77
Pertussis (Keuchhusten)	-3,62	3,62	3,53	**3,52**	-6,06
Masern	-2,66	2,66	**2,43**		
Mumps	-2,77	2,77	**2,67**		
Röteln	-2,78	2,78	**2,70**		
Varizellen (Windpocken)	-6,71	6,71	**6,97**		
Hepatitis B	-5,85	5,85	5,82	**5,90**	5,91
Pneumokokken	-7,97	7,97	8,39	**9,45**	-2,57
Haemophilus influenzae Typ b (Hib)	-4,63	4,63	4,61	**4,90**	5,01
Meningokokken C	-7,83	**7,83**			
Rotaviren	-27,71	27,71	**27,40**	0,06	

Tab. 4: Unterschied in den Impfquoten (in Prozentpunkten) für das Untersuchungsjahr 2022/23 im Vergleich zum Vorjahr 2021/22 der Impfungen, die für die Altersgruppe der einzuschulenden Kinder von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden nach Anzahl der Impfungen

(Grundimmunisierung = hervorgehobene Zahlen).

4

Zahnärztliche Untersuchungen

4.1

Beschreibung der Untersuchung

Ein gesundes Gebiss gehört zu den Grundvoraussetzungen für die körperliche, geistige und soziale Entwicklung eines Kindes. Gesunde Zähne sind sowohl beim Essen mit ihrer Beiß- und Kaufunktion, als auch beim Sprechen für die Lautbildung unentbehrlich. Auch aus ästhetischen Gesichtspunkten kann ein gesundes Gebiss die Lebensqualität erhöhen. Somit tragen die Zahnärztlichen Dienste mit ihren Maßnahmen zur Vermeidung und Vorbeugung von Zahnerkrankungen zur körperlichen, geistigen und sozialen Entwicklung eines Kindes bei.

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

Eine der Hauptaufgaben der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter in Schleswig-Holstein ist die Reihenuntersuchung in Kindertagesstätten, Grundschulen, Förderzentren und weiterführenden Schulen. Die gesetzliche Grundlage hierfür findet sich im SGB V, § 21 „Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)“ und im GDG § 7 „Kinder- und Jugendgesundheit“ als „Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) insbesondere durch regelmäßige Untersuchungen zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen in Kindertagesstätten und Schulen“. Nach einheitlichen Untersuchungsstandards werden dabei Zahnerkrankungen (vor allem Karies) sowie Kieferfehlstellungen und Erkrankungen des Zahnhalteapparates erfasst.

Die Reihenuntersuchung ermöglicht den Kindern einen niedrigschwelligen Zugang zur zahnärztlichen Kontrolle, und die Sorgeberechtigten erhalten einen Hinweis auf eventuell notwendigen Handlungsbedarf. Dies wiederum erhöht die Chance auf eine frühzeitige und unkomplizierte Behandlung.

Die bei der Reihenuntersuchung gewonnenen statistischen Werte helfen nicht nur bei der Planung der intensiven Betreuung von Einrichtungen mit einer sehr hohen Kariesdichte bei den Kindern. Sie erlauben auch einen Überblick über die aktuelle Lage und die Entwicklungen im Hinblick auf vorherige Untersuchungen. Die Erfassung der landkreisbezogenen Daten bietet die Grundlage für einen landes- und bundesweiten Vergleich der Daten bezüglich der Kinder- und Jugendzahngesundheit.

4.2 Datenerfassung

Die Datenerfassung der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein nach landeseinheitlichen, verbindlichen Untersuchungsrichtlinien, den sogenannten Untersuchungsstandards, erfolgte im Schuljahr 2023/24 in allen Kreisen und kreisfreien Städten EDV-basiert mit verschiedenen Dokumentationsprogrammen (Tab. 5). Während fünf Kreise und Kiel noch mit GUdental arbeiteten und Flensburg und der Dänische Gesundheitsdienst mit ISGA, hatten die übrigen sechs Kreise sowie Neumünster und Lübeck bereits Mikropro eingeführt. Langfristig wird eine für alle Kreise einheitliche EDV angestrebt. Durch die unterschiedlichen Programme und durch die aktuelle Einführung von Mikropro in einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten waren keine absolut identischen Filter-Parameter möglich. Die dadurch entstandenen Abweichungen sind jedoch so gering, dass sie vernachlässigt werden konnten. Der Kreis Dithmarschen konnte EDV-bedingt keine statistischen Auswertungen liefern.

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

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

Kreis / kreisfreie Stadt	Datenerfassung	berichteter Untersuchungsgrad der Grundschulen (GS)
Flensburg	ISGA[2]	vollständig (14 von 14 GS)
Kiel	GUdental[1]	vollständig
Lübeck	Mikropro[3]	38 von 39 GS
Neumünster	Mikropro[3]	vollständig (12 von 12 GS, Waldorfschule nicht)
Dithmarschen	GUdental[1]	
Herzogtum Lauenburg	GUdental[1]	22 untersuchte Einrichtungen
Nordfriesland	GUdental[1]	unvollständig
Ostholstein	Mikropro[3]	29 von 38 GS
Pinneberg	GUdental[1]	vollständig (inkl. Sonderschulen, ohne Privatschulen)
Plön	Mikropro[3]	vollständig
Rendsburg-Eckernförde	GUdental[1]	51 von 68 GS, 4 Sonderschulen
Schleswig-Flensburg	Mikropro[3]	77 % der GS, 85 % der Kinder der 1. Klasse
Segeberg	GUdental[1]	4.894 von 9.177 Grundschülerinnen und -schülern
Steinburg	GUdental[1]	29 von 29 GS (ohne 1 Waldorfschule, inkl. 1 Förderschule)
Stormarn	GUdental[1]	34 GS
Dänischer Gesundheitsdienst	ISGA[2]	14 GS, 5 Gemeinschaftsschulen

[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 2023/24.

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

Als naturgesund gilt ein Gebiss, wenn der dmf(t)- und DMF(T)-Wert gleich null sind. Für das Kariesrisiko sind von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ 2000) Richtwerte für die jeweiligen Altersgruppen festgelegt. Demnach liegt bei den Sechs- bis Siebenjährigen, die den überwiegenden Teil der Erstklässlerinnen und Erstklässler ausmachen, ein erhöhtes Kariesrisiko vor, wenn mehr als fünf Zähne insgesamt bereits Karieserfahrung haben oder mindestens ein bleibender Zahn eine unbehandelte Karies aufweist, also wenn dmf(t)/DMF(T) > 5 oder D(T) > 0.

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

»Neben Kindern und Jugendlichen in Kindertagesstätten, Förderzentren und weiterführenden Schulen wurden in Schleswig-Holstein im Schuljahr 2023/2024 insgesamt 82.191 Kinder in Grundschulen untersucht.«

Neben Kindern und Jugendlichen in Kindertagesstätten, Förderzentren und weiterführenden Schulen wurden in Schleswig-Holstein (ohne Kreis Dithmarschen; Statistik konnte dort nicht erfasst werden) im Schuljahr 2023/2024 insgesamt 82.191 Kinder in Grundschulen untersucht (Tab. 6). Davon waren 23.213 Erstklässlerinnen und Erstklässler (6- bis 7-jährige Kinder). Das ist ein geringer Anstieg der Zahlen gegenüber dem Vorjahr.

Kreis / kreisfreie Stadt	untersuchte Grundschulkinder (1.-4. Klasse)	untersuchte Kinder der 1. Klasse*	gemeldete Kinder der 1. Klasse	Untersuchungsgrad 1. Klasse in %**
Flensburg	1.923	734	754	97,3 %
Kiel	7.968	2.236	1.998	111,9 %
Lübeck	6.635	1.794	2.106	85,2 %
Neumünster	2.849	752	797	94,4 %
Dithmarschen				
Herzogtum Lauenburg	6.060	1.798	1.865	96,4 %
Nordfriesland	3.163	1.033	1.482	69,7 %
Ostholstein	4.284	1.096	1.617	67,8 %
Pinneberg	12.093	3.217	3.246	99,1 %
Plön	4.589	1.157	1.305	88,7 %
Rendsburg-Eckernförde	6.929	2.257	2.498	90,4 %
Schleswig-Flensburg	5.700	1.632	1.880	86,8 %
Segeberg	4.853	1.286	2.365	54,4 %
Steinburg	4.868	1.369	1.475	92,8 %
Stormarn	9.234	2.455	2.579	95,2 %
Dänischer Gesundheitsdienst	1.043	397	442	89,8 %
Schleswig-Holstein	**82.191**	**23.213**	**26.409**	**87,9 %**

* Nach Möglichkeit wurde zusätzlich der Filter 6-7-Jährige gesetzt; in Flensburg nur der Filter 6-7-Jährige.

** 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 Grundschulkinder und Kinder der 1. Klasse des Schuljahres 2023/24.

4.3 Befunde

62,1 % aller schleswig-holsteinischen Kinder in der ersten Klasse des Schuljahres 2023/24 haben ein naturgesundes Gebiss (Tab. 7). Dies ist ein weiterer Anstieg im Vergleich zum Vorjahr und folgt dem positiven Trend hin zu mehr Kindern ohne Karieserfahrung. Hingegen hat sich der landesweite dmf(t)/DMF(T)-Wert kaum verändert.

»62,1 % aller schleswig-holsteinischen Kinder in der ersten Klasse des Schuljahres 2023/24 haben ein naturgesundes Gebiss.«

Während im Kreis Stormarn mit dem landesweit höchsten Anteil von 73,4 % fast drei Viertel der untersuchten Erstklässlerinnen und Erstklässler ein kariesfreies Gebiss aufweisen konnten, waren dies in Neumünster mit dem landesweit niedrigsten Anteil lediglich 50,3 %.

»Der landesweite dmf(t)/DMF(T)-Wert liegt mit 1,46 fast unverändert zum Vorjahr und den Zahlen vor der Corona-Pandemie.«

Der dmf(t)/DMF(T)-Wert, der sich aus dem Verhältnis der Anzahl der Zähne mit Karieserfahrung zur Anzahl der naturgesunden Zähne errechnet, weist eine ähnliche Tendenz auf: Der Dänische Gesundheitsdienst und der Kreis Stormarn haben mit 0,92 den geringsten Durchschnittswert, Neumünster hat mit einem Durchschnittswert von 2,22 den höchsten Anteil an Zähnen mit Karieserfahrung, dicht gefolgt von Lübeck mit einem Durchschnittswert von 2,10. Der landesweite Wert liegt mit 1,46 fast unverändert zum Vorjahr und den Zahlen vor der Corona-Pandemie.

Kreis / kreisfreie Stadt	untersuchte Kinder (1. Klasse)	Anzahl der Kinder mit naturgesunden Zähnen	Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen in %	Durchschnitt dmft-Wert*
Flensburg	734	434	59,1 %	1,66
Kiel	2.236	1.271	56,8 %	1,74
Lübeck	1.794	972	54,2 %	2,10
Neumünster	752	378	50,3 %	2,22
Dithmarschen				
Herzogtum Lauenburg	1.798	1.064	59,2 %	1,60
Nordfriesland	1.033	730	70,7 %	0,95
Ostholstein	1.096	744	67,9 %	1,20
Pinneberg	3.217	1.877	58,3 %	1,80
Plön	1.157	792	68,5 %	1,13
Rendsburg-Eckernförde	2.257	1.422	63,0 %	1,36
Schleswig-Flensburg	1.632	1.067	65,4 %	1,24
Segeberg	1.286	862	67,0 %	1,13
Steinburg	1.369	732	53,5 %	1,93
Stormarn	2.455	1.801	73,4 %	0,92
Dänischer Gesundheitsdienst	397	280	70,5 %	0,92
Schleswig-Holstein	**23.213**	**14.426**	**62,1 %**	**1,46**

* Der dmf(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 dmf(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 2023/24.

Der Anteil an Kindern mit Kariesrisiko hat sich, wenn auch minimal, von 11,2 % auf 11,5 % erhöht (Tab. 8). Der Anteil der Erstklässlerinnen und Erstklässler mit erhöhtem Kariesrisiko ist beim Dänischen Gesundheitsdienst mit 3,0 % am geringsten. Den höchsten Wert meldet Neumünster mit 18,8 %.

»Der Anteil an Kindern mit Kariesrisiko hat sich, wenn auch minimal, von 11,2 % auf 11,5 % erhöht.«

Die Behandlungsbedürftigkeit wurde anhand der Anzahl der Grundschulkinder (Klasse 1-4) mit behandlungsbedürftigen Zähnen und deren prozentualem Anteil an der Anzahl der untersuchten Grundschüler gemessen (Tab. 9). Im Schuljahr 2023/24 hatten 19,2 % der untersuchten Grundschulkinder behandlungsbedürftige Zähne.

Kreis / kreisfreie Stadt	Anzahl der untersuchten Kinder (1. Klasse)	Anzahl der Kinder mit Kariesrisiko	Anteil der Kinder mit Kariesrisiko in %
Flensburg	734	102	13,9 %
Kiel	2.236	305	13,6 %
Lübeck	1.794	330	18,4 %
Neumünster	752	141	18,8 %
Dithmarschen			
Herzogtum Lauenburg	1.798	218	12,1 %
Nordfriesland	1.033	48	4,6 %
Ostholstein	1.096	98	8,9 %
Pinneberg	3.217	483	15,0 %
Plön	1.157	98	8,5 %
Rendsburg-Eckernförde	2.257	237	10,5 %
Schleswig-Flensburg	1.632	117	7,2 %
Segeberg	1.286	118	9,2 %
Steinburg	1.369	206	15,0 %
Stormarn	2.455	152	6,2 %
Dänischer Gesundheitsdienst	397	13	3,3 %
Schleswig Holstein	**23.213**	**2.666**	**11,5 %**

Tab. 8: Anzahl der Erstklässlerinnen und Erstklässler, Anzahl und Anteil (in %) der Kinder mit Kariesrisiko nach Region für das Schuljahr 2023/24.

Kreis / kreisfreie Stadt	Anzahl der untersuchten Kinder (1.- 4. Klasse)	davon behandlungsbedürftig	Anteil in %
Flensburg	1.923	271	14,1 %
Kiel	7.968	1.431	18,0 %
Lübeck	6.635	2.083	31,4 %
Neumünster	2.849	932	32,7 %
Dithmarschen			
Herzogtum Lauenburg	6.060	1.129	18,6 %
Nordfriesland	3.163	559	17,7 %
Ostholstein	4.284	665	15,5 %
Pinneberg	12.093	2.560	21,2 %
Plön	4.589	750	16,3 %
Rendsburg-Eckernförde	6.929	1.318	19,0 %
Schleswig-Flensburg	5.700	1.071	18,8 %
Segeberg	4.853	941	19,4 %
Steinburg	4.868	997	20,5 %
Stormarn	9.234	929	10,1 %
Dänischer Gesundheitsdienst	1.043	118	11,3 %
Schleswig-Holstein	**82.191**	**15.754**	**19,2 %**

Tab. 9: Anzahl der untersuchten Grundschülerinnen und -schüler, Anzahl und Anteil (in %) der behandlungsbedürftigen Kinder nach Region für das Schuljahr 2023/24.

Wie die Übersicht zeigt, weist Neumünster mit 32,7 %, gefolgt von Lübeck mit 31,4 %, den höchsten Wert auf, während Stormarn mit 10,1 % und der Dänische Gesundheitsdienst mit 11,3 % die niedrigsten Werte aufweisen. Auch hier sind nur geringe Veränderungen zum Vorjahr zu beobachten.

4.4

Zusammenfassung und Fazit der zahnärztlichen Untersuchungen

Die im Schuljahr 2023/24 ermittelten Zahlen zeigen einerseits, dass der Anteil der Erstklässlerinnen und Erstklässler mit naturgesundem Gebiss weiter ansteigt. Andererseits konnten keine nennenswerten Verbesserungen im Hinblick auf das Kariesrisiko oder den Anteil der behandlungsbedürftigen Kinder an den Grundschulen erreicht werden.

Diese Ergebnisse zeigen, dass es nach wie vor wichtig ist, die Präventionsangebote durch das Land oder den jeweiligen Kreis bzw. die kreisfreie Stadt aufrechtzuerhalten und zielgerecht zu intensivieren. Die Statistik ist dabei ein wichtiges Hilfsmittel, um Risikogruppen und regionale Besonderheiten aufzudecken.

Der Informationsaustausch zwischen den unterschiedlichen Zahnärztlichen Diensten und die Erfassung weiterer Daten zum Sozialstatus der Schülerinnen und Schüler könnten zur Identifizierung von Risikogruppen beitragen. Diese auszumachen und mit gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erreichen, bleibt eines der wichtigsten Ziele für die zukünftigen Programme der Zahnärztlichen Dienste.

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 näherungsweisen Vollerhebung erfolgte. Das betrifft vor allem das Untersuchungsjahr 2021/22, in dem lediglich die Hälfte der Kreise und kreisfreien Städte annähernd vollständig untersuchen konnten. Hierdurch könnte es zu möglichen Verzerrungen durch regionale Effekte kommen.

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

In einer Gesamtbetrachtung der erhobenen Daten zeigt sich, dass die Anteile auffälliger Befunde im Bereich der Sprache (21,0 %) und des Sehvermögens (16,7 %) nach wie vor am größten sind, gefolgt von den Bereichen Übergewicht einschließlich Adipositas (11,2 %) und Visuomotorik (11,0 %) (Abb. 44). Die übrigen Bereiche, wie die grobmotorische Körperkoordination (8,4 %), Hörvermögen (7,2 %), Verhalten (6,7 %), selektive Aufmerksamkeit (6,2 %) sowie das Zahlen- und Mengenvorwissen (5,9 %) und die visuelle Wahrnehmung (5,5 %), liegen jeweils zwischen fünf und neun Prozent. Vergleichbare Zahlen zeigen sich auch in anderen Bundesländern, wie z. B. Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Sachsen-Anhalt (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2024, Bantel et al. 2021, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Schmidt & Schürhoff 2024, Tempel 2023, Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt 2022).

»Die Anteile auffälliger Befunde im Bereich der Sprache (21,0 % der Kinder) und des Sehvermögens (16,7 %) sind nach wie vor am größten.«

Abb. 44: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden nach Untersuchungsjahr in %.

»In einigen Bereichen hat der Anteil der schulrelevanten Befunde leicht zugenommen und in anderen leicht abgenommen.«

In einigen Bereichen hat der Anteil der schulrelevanten Befunde leicht zugenommen und in anderen leicht abgenommen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass ein gewisses Maß an Schwankungen in den Zahlen normal ist, sodass kleinere Veränderungen nicht überinterpretiert werden dürfen. Eine leichte Zunahme im Vergleich zum Vorjahr 2021/22 erfolgte z. B. bei der grobmotorischen Körperkoordination (+1,6 Prozentpunkte). Eine leichte Abnahme im Vergleich zum vorherigen Untersuchungsjahr ist beim Sehvermögen (-3,9 Prozentpunkte) und beim Übergewicht einschließlich Adipositas (-1,4 Prozentpunkte) zu beobachten. Die übrigen Bereiche zeigen sich im Vergleich zum Untersuchungsjahr 2021/22 relativ stabil. Mit Blick auf den gesamten Beobachtungszeitraum 2014/15 bis 2022/23 sind in einigen Bereichen jedoch insgesamt leicht steigende Zahlen festzustellen, wie z. B. bei der Visuomotorik, der grobmotorischen Körperkoordination, dem Hörvermögen, der selektiven Aufmerksamkeit und dem Zahlen- und Mengenvorwissen.

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

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

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

Neben den Jungen sind insbesondere Kinder aus einem Elternhaus mit formal niedrigem Bildungsstand in sämtlichen Bereichen deutlich stärker von schulrelevanten Befunden betroffen. Teilweise sind die Unterschiede zu den beiden anderen Bildungsgruppen erheblich. Bei der Betrachtung der Bereiche grobmotorischer Körperkoordination, selektiver Aufmerksamkeit, Zahlen- und Mengenvorwissen sowie Visuomotorik fällt zudem auf, dass sich die Diskrepanz beim Anteil auffälliger Befunde bei den Kindern aus einem Elternhaus mit einem niedrigen Schulabschluss im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen nochmals erhöht hat. Sowohl die oben genannten zeitlichen Trends als auch die Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Gruppen zeigen sich auch in anderen Bundesländern, wie z. B. Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Sachsen-Anhalt (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2024, Bantel et al. 2021, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Schmidt & Schürhoff 2024, Tempel 2023, Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt 2022).

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

Im Rahmen der Sprachkompetenz in der Unterrichtssprache Deutsch zeigen sich große Unterschiede in den Anteilen an sprachkompetenten Kindern in Abhängigkeit der in der Familie überwiegend gesprochenen Sprache. Die Anteile sprachkompetenter Kinder, die Deutsch als Familiensprache haben, liegen über die Jahre relativ stabil bei 92,0 %.

Die Anteile sprachkompetenter Kinder in der Unterrichtssprache Deutsch, die mehrsprachig aufwachsen, sind grundsätzlich deutlich niedriger und über die letzten Jahre deutlich gesunken (mehrsprachig ohne Deutsch: 2014/15: 29,7 %; 2022/23: 17,8 %; mehrsprachig mit Deutsch: 2014/15: 72,2 %; 2022/23: 56,6 %). Bei der Betrachtung dieser Zahlen ist es zusätzlich wichtig zu beachten, dass die Anteile der Kinder, die mehrsprachig aufwachsen, in der Gesamtkohorte der einzuschulenden Kinder über die vergangenen Jahre einen stetig wachsenden Anteil darstellen (mehrsprachig ohne Deutsch: 2014/15: 4,9 %; 2022/23: 9,5 %; mehrsprachig mit Deutsch: 2014/15: 13,2 %; 2022/23: 18,1 %). Das heißt, die relativen Anteile sprachkompetenter Kinder in der Unterrichtssprache Deutsch sind dort nicht nur gesunken, sondern diese betreffen auch in absoluten Zahlen eine immer größere Gruppe an Kindern.

Darüber hinaus zeigt sich erneut, dass die jeweiligen Anteile an sprachkompetenten Kindern vor allem bei Kindern aus Familien mit niedrigem elterlichem Bildungshintergrund deutlich geringer ausfallen (Gambaro et al. 2019). Bei der Betrachtung der vorschulischen Betreuungsjahre bestätigt sich die Beobachtung, dass die Fremdbetreuung grundsätzlich ein förderlicher Faktor bzgl. der Sprachkompetenz darstellt. Das Vorhandensein und die Dauer einer Fremdbetreuung erhöhen die Sprachkompetenz im Deutschen. Auffällig ist zudem ein deutlicher Abwärtstrend beim Anteil sprachkompetenter Kinder in der Gruppe, die ein bis drei Betreuungsjahre vorweisen (2014/15: 82,0 % bis 84,1 %; 2022/23: 60,6 % bis 65,0 %).

»Der Anteil der Kinder sowohl mit hohen bzw. sonderpädagogischen als auch mäßigen Förderbedarfen ist weiter gestiegen.«

Der Anteil der Kinder sowohl mit hohen bzw. sonderpädagogischen als auch mäßigen Förderbedarfen ist im Beobachtungszeitraum 2014/15 bis 2022/23 auf ca. 14,0 % gestiegen. Dieser Trend setzt sich auch in den Pandemiejahren fort und zeigt sich auch in anderen Studien (Kuger et al. 2022). Auch hier sind Jungen und Kinder aus Familien mit formal niedrigerer Bildung stärker betroffen.

Bezüglich der Beurteilung der Schulfähigkeit der untersuchten Kinder zeigt sich im Untersuchungszeitraum ein leicht steigender Trend bei den Beurlaubungsempfehlungen bei Regulärschülerinnen und -schülern (2014/15: 1,4 %; 2022/23: 2,8 %). Mit Blick auf den Zeitverlauf bei den Empfehlungen aus ärztlicher Sicht zur vorzeitigen Nicht-Einschulung von Kann-Kindern sind einige Schwankungen nach oben und unten zu erkennen, sodass sich kein eindeutiger Trend ableiten lässt.

»Bei den Teilnahmequoten der Früherkennungsuntersuchungen als auch bei den Impfquoten sind deutliche positive Steigerungen zu erkennen.«

Sowohl bei den Teilnahmequoten der Früherkennungsuntersuchungen als auch bei den Impfquoten

(der Impfungen nach den Empfehlungen der STIKO) sind deutliche Steigerungen zu erkennen, sodass weitestgehend das vorpandemische Niveau der Quoten wieder erreicht wird bzw. teilweise sogar darüber hinaus geht. Bei den Teilnahme- und Impfquoten wurden während der COVID-19 Pandemie merkliche Rückgänge verzeichnet werden.

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

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

Um einen möglichst chancengleichen und erfolgreichen Start in die Schullaufbahn aller Kinder zu erreichen, sollten die Angebote vorschulischer Betreuungs-, Bildungs- sowie Förder- und Freizeitangebote genutzt und nach Möglichkeit ausgebaut werden. (1) Kinder sollten möglichst lange Zugang zu umfangreicher frühkindlicher Bildung und vorschulischer Betreuung (z. B. in Kitas) erhalten. (2) Die Bewegung von Kindern sollte weiter gefördert werden, z. B. durch mehr Sport- und Freizeitangebote für Kinder und den Ausbau öffentlicher Bewegungsräume im Wohnumfeld. (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 Kitas und DaZ-Klassen) erhalten.

Um schulrelevante Befunde und Förderbedarfe sowie ihre zeitlichen Entwicklungen noch besser erkennen zu können, sollten sämtliche einzuschulende Kinder in allen Gesundheitsämtern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen gesehen werden.

6 Quellen

Bantel S et al. (2021). Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover. Bundesgesundheitsbl 64, 1541–1550. https://doi.org/10.1007/s00103-021-03446-2.

Bundesministerium für Gesundheit & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2021). Bericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona". Online abrufbar (13.01.2025): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/IMA_Kindergesundheit_Abschlussbericht_BMG-BMFSFJ.pdf.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Langmeyer A et al. (2020). Kindsein in Zeiten von Corona, Erste Ergebnisse zum veränderten Alltag und zum Wohlbefinden von Kindern. Deutsches Jugendinstitut. Online abrufbar (13.01.2025): https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/dasdji/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 (13.01.2025): https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2021_Corona_Kinder_und_Jugendliche.pdf.

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 (13.01.2025): https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000374.

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

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

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

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

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 (13.01.2025): https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000297.

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

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

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

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

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

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

7 Anhang

	Untergewicht (< 10. Perzentil)	Normalgewicht (10. bis 90. Perzentil)	Übergewicht (> 90. bis 97. Perzentil)	Adipositas (> 97. Perzentil)
2014/15	2.196	18.425	1.459	1.069
%	9,49 %	79,59 %	6,30 %	4,62 %
2015/16	2.128	18.898	1.487	1.171
%	8,98 %	79,79 %	6,28 %	4,94 %
2016/17	1.925	16.946	1.317	1.060
%	9,06 %	79,75 %	6,20 %	4,99 %
2017/18	1.966	17.442	1.461	1.153
%	8,93 %	79,20 %	6,63 %	5,24 %
2018/19	1.852	17.681	1.435	1.143
%	8,38 %	79,96 %	6,49 %	5,17 %
2021/22	1.010	8.950	761	679
%	8,86 %	78,51 %	6,68 %	5,96 %
2022/23	1.925	18.034	1.383	1.136
%	8,56 %	80,23 %	6,15 %	5,05 %

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	2022/23
Anzahl der Kinder	N	23.873	24.403	22.123	22.912	23.319	11.853	23.206
fehlende Angaben	n	129	213	646	145	267	123	397
	%	0,54 %	0,87 %	2,92 %	0,63 %	1,14 %	1,04 %	1,71 %
gültige Angaben	n	23.744	24.190	21.477	22.767	23.052	11.730	22.809
Summe ABDX	n	7.357	7.911	7.401	8.386	8.099	4.612	6.905
	%	30,98 %	32,70 %	34,46 %	36,83 %	35,13 %	39,32 %	30,27 %
X: nicht behandlungsbedürftig	n	3.213	3.630	3.663	4.227	3.984	2.208	3.108
	%	13,53 %	15,01 %	17,06 %	18,57 %	17,28 %	18,82 %	13,63 %
B: Behandlung ausreichend	n	2.346	2.390	2.124	2.257	2.267	1.070	1.718
	%	9,88 %	9,88 %	9,89 %	9,91 %	9,83 %	9,12 %	7,53 %
A: Arztüberweisung	n	1.788	1.877	1.603	1.888	1.824	1.326	2.069
	%	7,53 %	7,76 %	7,46 %	8,29 %	7,91 %	11,30 %	9,07 %
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	10	14	11	14	24	8	10
	%	0,04 %	0,06 %	0,05 %	0,06 %	0,10 %	0,07 %	0,04 %
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	**n**	**4.144**	**4.281**	**3.738**	**4.159**	**4.115**	**2.404**	**3.797**
	%	**17,45 %**	**17,70 %**	**17,40 %**	**18,27 %**	**17,85 %**	**20,49 %**	**16,65 %**

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

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23
Anzahl der Kinder	N	23.873	24.403	22.123	22.912	23.319	11.853	23.206
fehlende Angaben	n	124	170	688	142	246	128	373
	%	0,52 %	0,70 %	3,11 %	0,62 %	1,05 %	1,08 %	1,61 %
gültige Angaben	n	23.749	24.233	21.435	22.770	23.073	11.725	22.833
Summe ABDX	n	1.751	1.813	1.590	1.614	1.564	782	1.714
	%	7,37 %	7,48 %	7,42 %	7,09 %	6,78 %	6,67 %	7,51 %
X: nicht behandlungsbedürftig	n	111	153	152	152	151	27	73
	%	0,47 %	0,63 %	0,71 %	0,67 %	0,65 %	0,23 %	0,32 %
B: Behandlung ausreichend	n	626	662	540	612	514	225	490
	%	2,64 %	2,73 %	2,52 %	2,69 %	2,23 %	1,92 %	2,15 %
A: Arztüberweisung	n	978	967	871	821	860	517	1.127
	%	4,12 %	3,99 %	4,06 %	3,61 %	3,73 %	4,41 %	4,94 %
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	36	31	27	29	39	13	24
	%	0,15 %	0,13 %	0,13 %	0,13 %	0,17 %	0,11 %	0,11 %
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	**n**	**1.640**	**1.660**	**1.438**	**1.462**	**1.413**	**755**	**1.641**
	%	**6,91 %**	**6,85 %**	**6,71 %**	**6,42 %**	**6,12 %**	**6,44 %**	**7,19 %**

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

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23
Anzahl der Kinder	N	23.873	24.403	22.123	22.912	23.319	11.853	23.206
fehlende Angaben	n	4.184	4.395	3.283	949	1.532	154	739
	%	17,53 %	18,01 %	14,84 %	4,14 %	6,57 %	1,30 %	3,18 %
gültige Angaben	n	19.689	20.008	18.840	21.963	21.787	11.699	22.467
Summe ABDX	n	3.306	3.584	3.455	3.563	4.244	2.251	4.259
	%	16,79 %	17,91 %	18,34 %	16,22 %	19,48 %	19,24 %	18,96 %
X: nicht behandlungsbedürftig	n	1.953	2.251	2.140	2.196	2.645	1.462	2.377
	%	9,92 %	11,25 %	11,36 %	10,00 %	12,14 %	12,50 %	10,58 %
B: Behandlung ausreichend	n	846	763	702	800	933	399	949
	%	4,30 %	3,81 %	3,73 %	3,64 %	4,28 %	3,41 %	4,22 %
A: Arztüberweisung	n	497	553	591	563	659	390	933
	%	2,52 %	2,76 %	3,14 %	2,56 %	3,02 %	3,33 %	4,15 %
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	10	17	22	4	7	0	0
	%	0,05 %	0,08 %	0,12 %	0,02 %	0,03 %	0,00 %	0,00 %
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	**n**	**1.353**	**1.333**	**1.315**	**1.367**	**1.599**	**789**	**1.882**
	%	**6,87 %**	**6,66 %**	**6,98 %**	**6,22 %**	**7,34 %**	**6,74 %**	**8,38 %**

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

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23
Anzahl der Kinder	N	22.945	21.457	21.271	21.735	22.086	11.401	22.090
fehlende Angaben	n	3.160	3.218	872	818	2.951	43	621
	%	13,77 %	15,00 %	4,10 %	3,76 %	13,36 %	0,38 %	2,81 %
gültige Angaben	n	19.785	18.239	20.399	20.917	19.135	11.358	21.469
Summe ABDX	n	5.971	6.132	6.599	7.823	6.994	4.126	7.009
	%	30,18 %	33,62 %	32,35 %	37,40 %	36,55 %	36,33 %	32,65 %
X: nicht behandlungsbedürftig	n	1.964	1.792	1.772	2.490	2.518	1.725	2.507
	%	9,93 %	9,83 %	8,69 %	11,90 %	13,16 %	15,19 %	11,68 %
B: Behandlung ausreichend	n	3.036	3.127	3.586	3.808	3.013	1.285	2.286
	%	15,34 %	17,14 %	17,58 %	18,21 %	15,75 %	11,31 %	10,65 %
A: Arztüberweisung	n	971	1.211	1.241	1.524	1.460	1.116	2.216
	%	4,91 %	6,64 %	6,08 %	7,29 %	7,63 %	9,83 %	10,32 %
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	0	2	0	1	3	0	0
	%	0,00 %	0,01 %	0,00 %	0,00 %	0,02 %	0,00 %	0,00 %
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	**n**	**4.007**	**4.340**	**4.827**	**5.333**	**4.476**	**2.401**	**4.502**
	%	**20,25 %**	**23,80 %**	**23,66 %**	**25,50 %**	**23,39 %**	**21,14 %**	**20,97 %**

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

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

Familiensprache: Deutsch		**2014/15**	**2015/16**	**2016/17**	**2017/18**	**2018/19**	**2021/22**	**2022/23**
Anzahl der Kinder	N	18.868	17.144	16.821	16.812	17.240	8.228	16.335
fehlende Angaben / nicht beurteilbar	n	2.602	12.415	3.655	1.754	695	332	828
	%	13,79 %	72,42 %	21,73 %	10,43 %	4,03 %	4,04 %	5,07 %
gültige Angaben	n	16.266	4.729	13.166	15.058	16.545	7.896	15.507
1. kein Deutsch	n	33		27	25	34	13	42
	%	0,20 %		0,21 %	0,17 %	0,21 %	0,16 %	0,27 %
2. radebrechendes Deutsch	n	125		138	90	141	56	145
	%	0,77 %		1,05 %	0,60 %	0,85 %	0,71 %	0,94 %
3. flüssiges Deutsch mit erheblichen Fehlern	n	1.044		898	842	1.044	496	922
	%	6,42 %		6,82 %	5,59 %	6,31 %	6,28 %	5,95 %
4. flüssiges Deutsch mit leichten Fehlern	n	5.611		5.428	6.135	8.544	4.289	7.623
	%	34,50 %		41,23 %	40,74 %	51,64 %	54,32 %	49,16 %
5. fehlerfreies und flüssiges Deutsch	n	9.453		6.675	7.966	6.782	3.042	6.775
	%	58,12 %		50,70 %	52,90 %	40,99 %	38,53 %	43,69 %
sprachkompetent (Summe 4 und 5)	**n**	**15.064**		**12.103**	**14.101**	**15.326**	**7.331**	**14.398**
	%	**92,61 %**		**91,93 %**	**93,64 %**	**92,63 %**	**92,84 %**	**92,85 %**

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

Familiensprache: andere Sprache		**2014/15**	**2015/16**	**2016/17**	**2017/18**	**2018/19**	**2021/22**	**2022/23**
Anzahl der Kinder	N	1.163	1.443	1.575	1.964	1.882	984	2.203
fehlende Angaben / nicht beurteilbar	n	58	1.220	126	350	97	66	130
	%	4,99 %	84,55 %	8,00 %	17,82 %	5,15 %	6,71 %	5,90 %
gültige Angaben	n	1.105	223	1.449	1.614	1.785	918	2.073
1. kein Deutsch	n	183		297	258	274	195	527
	%	16,56 %		20,50 %	15,99 %	15,35 %	21,24 %	25,42 %
2. radebrechendes Deutsch	n	226		431	392	480	292	635
	%	20,45 %		29,74 %	24,29 %	26,89 %	31,81 %	30,63 %
3. flüssiges Deutsch mit erheblichen Fehlern	n	368		393	561	594	251	543
	%	33,30 %		27,12 %	34,76 %	33,28 %	27,34 %	26,19 %
4. flüssiges Deutsch mit leichten Fehlern	n	264		254	336	375	153	308
	%	23,89 %		17,53 %	20,82 %	21,01 %	16,67 %	14,86 %
5. fehlerfreies und flüssiges Deutsch	n	64		74	67	62	27	60
	%	5,79 %		5,11 %	4,15 %	3,47 %	2,94 %	2,89 %
sprachkompetent (Summe 4 und 5)	**n**	**328**		**328**	**403**	**437**	**180**	**368**
	%	**29,68 %**		**22,64 %**	**24,97 %**	**24,48 %**	**19,61 %**	**17,75 %**

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

Familiensprache: zweisprachig und eine davon Deutsch		**2014/15**	**2015/16**	**2016/17**	**2017/18**	**2018/19**	**2021/22**	**2022/23**
Anzahl der Kinder	N	3.139	2.956	3.205	3.244	3.285	2.431	4.194
fehlende Angaben / nicht beurteilbar	n	235	2.507	604	944	330	474	450
	%	7,49 %	84,81 %	18,85 %	29,10 %	10,05 %	19,50 %	10,73 %
gültige Angaben	n	2.904	449	2.601	2.300	2.955	1.957	3.744
1. kein Deutsch	n	42		33	27	47	47	115
	%	1,45 %		1,27 %	1,17 %	1,59 %	2,40 %	3,07 %
2. radebrechendes Deutsch	n	123		200	169	254	206	488
	%	4,24 %		7,69 %	7,35 %	8,60 %	10,53 %	13,03 %
3. flüssiges Deutsch mit erheblichen Fehlern	n	643		748	542	830	597	1.022
	%	22,14 %		28,76 %	23,57 %	28,09 %	30,51 %	27,30 %
4. flüssiges Deutsch mit leichten Fehlern	n	1.361		1.167	1.093	1.412	884	1.585
	%	46,87 %		44,87 %	47,52 %	47,78 %	45,17 %	42,33 %
5. fehlerfreies und flüssiges Deutsch	n	735		453	469	412	223	534
	%	25,31 %		17,42 %	20,39 %	13,94 %	11,39 %	14,26 %
sprachkompetent (Summe 4 und 5)	**n**	**2.096**		**1.620**	**1.562**	**1.824**	**1.107**	**2.119**
	%	**72,18 %**		**62,28 %**	**67,91 %**	**61,73 %**	**56,57 %**	**56,60 %**

Anhang-Tab. 17: Beurteilung der Sprachkompetenz nach Sprache, die in der Familie überwiegend gesprochen wird (= mehrsprachig mit Deutsch) und nach Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23
Anzahl der Kinder	N	23.873	24.403	22.123	22.912	23.319	11.853	23.206
fehlende Angaben	n	5.691	5.929	3.228	4.893	4.860	50	699
	%	23,84 %	24,30 %	14,59 %	21,36 %	20,84 %	0,42 %	3,01 %
gültige Angaben	n	18.182	18.474	18.895	18.019	18.459	11.803	22.507
Summe ABDX	n	1.881	1.937	1.989	2.184	2.400	1.632	2.837
	%	10,35 %	10,49 %	10,53 %	12,12 %	13,00 %	13,83 %	12,60 %
X: nicht behandlungsbedürftig	n	1.188	1.144	1.182	1.289	1.412	911	1.442
	%	6,53 %	6,19 %	6,26 %	7,15 %	7,65 %	7,72 %	6,41 %
B: Behandlung ausreichend	n	334	379	386	472	528	367	755
	%	1,84 %	2,05 %	2,04 %	2,62 %	2,86 %	3,11 %	3,35 %
A: Arztüberweisung	n	359	402	414	421	457	354	640
	%	1,97 %	2,18 %	2,19 %	2,34 %	2,48 %	3,00 %	2,84 %
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	0	12	7	2	3	0	0
	%	0,00 %	0,06 %	0,04 %	0,01 %	0,02 %	0,00 %	0,00 %
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	**n**	**693**	**793**	**807**	**895**	**988**	**721**	**1.395**
	%	**3,81 %**	**4,29 %**	**4,27 %**	**4,97 %**	**5,35 %**	**6,11 %**	**6,20 %**

Anhang-Tab. 18: Beurteilung der selektiven Aufmerksamkeit nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23
Anzahl der Kinder	N	23.873	24.403	22.123	22.912	23.319	11.853	23.206
fehlende Angaben	n	9.360	6.672	5.965	5.570	4.857	54	710
	%	39,21 %	27,34 %	26,96 %	24,31 %	20,83 %	0,46 %	3,06 %
gültige Angaben	n	14.513	17.731	16.158	17.342	18.462	11.799	22.496
Summe ABDX	n	1.764	2.397	2.008	2.665	2.551	2.308	3.285
	%	12,15 %	13,52 %	12,43 %	15,37 %	13,82 %	19,56 %	14,60 %
X: nicht behandlungsbedürftig	n	1.209	1.626	1.359	1.787	1.650	1.625	1.968
	%	8,33 %	9,17 %	8,41 %	10,30 %	8,94 %	13,77 %	8,75 %
B: Behandlung ausreichend	n	266	337	285	419	450	325	659
	%	1,83 %	1,90 %	1,76 %	2,42 %	2,44 %	2,75 %	2,93 %
A: Arztüberweisung	n	288	420	359	458	445	358	658
	%	1,98 %	2,37 %	2,22 %	2,64 %	2,41 %	3,03 %	2,92 %
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	1	14	5	1	6	0	0
	%	0,01 %	0,08 %	0,03 %	0,01 %	0,03 %	0,00 %	0,00 %
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	**n**	**555**	**771**	**649**	**878**	**901**	**683**	**1.317**
	%	**3,82 %**	**4,35 %**	**4,02 %**	**5,06 %**	**4,88 %**	**5,79 %**	**5,85 %**

Anhang-Tab. 19: Beurteilung des Zahlen- und Mengenvorwissens nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23
Anzahl der Kinder	N	23.873	24.403	22.123	22.912	23.319	11.853	23.206
fehlende Angaben	n	5.659	5.940	5.787	4.934	5.491	49	59
	%	23,70 %	24,34 %	26,16 %	21,53 %	23,55 %	0,41 %	0,25 %
gültige Angaben	n	18.214	18.463	16.336	17.978	17.828	11.804	23.147
Summe ABDX	n	1.841	1.973	1.691	2.278	2.463	1.359	2.557
	%	10,11 %	10,69 %	10,35 %	12,67 %	13,82 %	11,51 %	11,05 %
X: nicht behandlungsbedürftig	n	1.096	1.172	1.038	1.353	1.475	749	1.281
	%	6,02 %	6,35 %	6,35 %	7,53 %	8,27 %	6,35 %	5,53 %
B: Behandlung ausreichend	n	359	353	302	452	485	271	603
	%	1,97 %	1,91 %	1,85 %	2,51 %	2,72 %	2,30 %	2,61 %
A: Arztüberweisung	n	373	435	340	470	501	339	673
	%	2,05 %	2,36 %	2,08 %	2,61 %	2,81 %	2,87 %	2,91 %
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	13	13	11	3	2	0	0
	%	0,07 %	0,07 %	0,07 %	0,02 %	0,01 %	0,00 %	0,00 %
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	**n**	**745**	**801**	**653**	**925**	**988**	**610**	**1.276**
	%	**4,09 %**	**4,34 %**	**4,00 %**	**5,15 %**	**5,54 %**	**5,17 %**	**5,51 %**

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

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23
Anzahl der Kinder	N	23.873	24.403	22.123	22.912	23.319	11.853	23.206
fehlende Angaben	n	6.335	6.569	22.123	3.347	3.110	47	703
	%	26,54 %	26,92 %	100,00 %	14,61 %	13,34 %	0,40 %	3,03 %
gültige Angaben	n	17.538	17.834	0	19.565	20.209	11.806	22.503
Summe ABDX	n	3.242	3.472		3.869	4.124	2.192	4.373
	%	18,49 %	19,47 %		19,78 %	20,41 %	18,57 %	19,43 %
X: nicht behandlungsbedürftig	n	1.581	1.712		1.736	1.973	941	1.895
	%	9,01 %	9,60 %		8,87 %	9,76 %	7,97 %	8,42 %
B: Behandlung ausreichend	n	832	818		1.034	1.039	549	1.096
	%	4,74 %	4,59 %		5,28 %	5,14 %	4,65 %	4,87 %
A: Arztüberweisung	n	826	932		1.096	1.109	702	1.382
	%	4,71 %	5,23 %		5,60 %	5,49 %	5,95 %	6,14 %
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	3	10		3	3	0	0
	%	0,02 %	0,06 %		0,02 %	0,01 %	0,00 %	0,00 %
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	**n**	**1.661**	**1.760**		**2.133**	**2.151**	**1.251**	**2.478**
	%	**9,47 %**	**9,87 %**		**10,90 %**	**10,64 %**	**10,60 %**	**11,01 %**

Anhang-Tab. 21: Beurteilung der Visuomotorik nach Befund und Untersuchungsjahr.

		2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23
Anzahl der Kinder	N	23.873	24.403	22.123	22.912	23.319	11.853	23.206
fehlende Angaben	n	2.985	3.146	778	22.903	622	2	0
	%	12,50 %	12,89 %	3,52 %	99,96 %	2,67 %	0,02 %	0,00 %
gültige Angaben	n	20.888	21.257	21.345	0	22.697	11.851	23.206
Summe ABDX	n	3.583	3.444	3.548		3.553	1.660	3.412
	%	17,15 %	16,20 %	16,62 %		15,65 %	14,01 %	14,70 %
X: nicht behandlungsbedürftig	n	2.617	2.325	2.231		1.910	979	1.850
	%	12,53 %	10,94 %	10,45 %		8,42 %	8,26 %	7,97 %
B: Behandlung ausreichend	n	723	848	1.003		1.205	396	1.031
	%	3,46 %	3,99 %	4,70 %		5,31 %	3,34 %	4,44 %
A: Arztüberweisung	n	240	264	305		435	285	531
	%	1,15 %	1,24 %	1,43 %		1,92 %	2,40 %	2,29 %
D: Leistungsbeeinträchtigung	n	3	7	9		3	0	0
	%	0,01 %	0,03 %	0,04 %		0,01 %	0,00 %	0,00 %
schulrelevante Befunde (Summe ABD)	**n**	**966**	**1.119**	**1.317**		**1.643**	**681**	**1.562**
	%	**4,62 %**	**5,26 %**	**6,17 %**		**7,24 %**	**5,75 %**	**6,73 %**

Anhang-Tab. 22: Beurteilung des Verhaltens nach Befund und Untersuchungsjahr.

	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23
Hoher Förderbedarf							
Nein	20.865	20.968	18.669	19.603	19.694	10.006	19.133
Ja	1.604	1.910	2.179	2.077	2.490	1.277	3.059
Keine Angabe	2	4	1		8		
Gesamt	**22.471**	**22.882**	**20.849**	**21.680**	**22.192**	**11.283**	**22.192**
Mäßiger Förderbedarf							
Nein	20.195	20.487	18.531	18.979	19.490	9.555	19.021
Ja	2.276	2.394	2.318	2.701	2.697	1.728	3.171
Keine Angabe		1			5		
Gesamt	**22.471**	**22.882**	**20.849**	**21.680**	**22.192**	**11.283**	**22.192**

Anhang-Tab. 23: Anzahl der Kinder (Regulareinschülerinnen und -schüler im Alter von 6 Jahren und mehr zum Stichtag 30. Juni des jeweiligen Einschulungsjahres) nach Höhe des Förderbedarfs und Untersuchungsjahr.

	2014/15	2015/16	2016/17	2018/19	2021/22	2022/23
Heilpädagogische Förderung						
keine Maßnahme	21.496	21.898	19.735	20.726	10.551	20.889
findet statt	1.864	1.906	1.905	2.044	1.031	1.820
hat früher stattgefunden	501	586	464	468	205	335
wird empfohlen, hat bereits früher stattgefunden		6		13	10	23
wird erstmals empfohlen		7	1	68	56	139
Gesamt	**23.861**	**24.403**	**22.105**	**23.319**	**11.853**	**23.206**
Krankengymnastik						
keine Maßnahme	20.188	20.363	18.791	19.893	10.278	20.483
findet statt	540	561	445	478	234	423
hat früher stattgefunden	3.113	3.440	2.867	2.837	1.293	2.165
wird empfohlen, hat bereits früher stattgefunden	14	9	10	28	16	48
wird erstmals empfohlen	16	30	10	83	32	86
Gesamt	**23.871**	**24.403**	**22.123**	**23.319**	**11.853**	**23.205**
Ergotherapie						
keine Maßnahme	20.663	21.112	19.043	20.219	10.151	19.774
findet statt	1.762	1.792	1.515	1.501	894	1.584
hat früher stattgefunden	822	857	822	689	361	601
wird empfohlen, hat bereits früher stattgefunden	86	66	86	111	40	159
wird erstmals empfohlen	538	576	657	799	406	1.087
Gesamt	**23.871**	**24.403**	**22.123**	**23.319**	**11.852**	**23.205**
Logopädie						
keine Maßnahme	17.859	18.293	16.557	17.635	8.937	17.331
findet statt	3.180	3.084	2.928	2.970	1.554	2.913
hat früher stattgefunden	2.312	2.371	2.061	1.963	909	1.843
wird empfohlen, hat bereits früher stattgefunden	168	142	141	186	78	242
wird erstmals empfohlen	354	512	436	564	374	877
Gesamt	**23.873**	**24.402**	**22.123**	**23.318**	**11.852**	**23.206**

Anhang-Tab. 24: Anzahl der Kinder, bei denen heilpädagogische Maßnahmen oder Heilmittel bereits in Anspruch genommen wurden, aktuell in Anspruch genommen werden oder (erneut) empfohlen werden, nach Art der Fördermaßnahme (Heilpädagogik, Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie) und Untersuchungsjahr.

	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23
Empfehlung Nicht-Einschulung / Beurlaubung							
Nein	21.498	21.866	19.704	18.434		9.009	20.970
Ja	305	331	312	415		228	593
Keine Angabe	668	685	833	2.831	22.192	2.046	629
Gesamt	**22.471**	**22.882**	**20.849**	**21.680**	**22.192**	**11.283**	**22.192**
Ablehnung Kann-Kind							
Nein	1.172	1.299	1.033	1.061	895	299	843
Ja	230	222	210	171	169	74	138
Keine Angabe			31		63	197	33
Gesamt	**1.402**	**1.521**	**1.274**	**1.232**	**1.127**	**570**	**1.014**

Anhang-Tab. 25: Anzahl der Kinder mit einer Empfehlung zur Nicht-Einschulung / Beurlaubung (Regulareinschülerinnen und -schüler) und Anteil der Kann-Kinder mit einer Empfehlung zur Einschulungsablehnung nach Untersuchungsjahr.

Untersuchung absolviert?	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2021/22	2022/23
U1							
Nein	445	623	597		2.795	805	641
Ja	21.701	19.536	19.136		20.524	10.240	20.568
Keine Angabe	1.727	4.244	2.390	22.912		808	1.997
Gesamt	**23.873**	**24.403**	**22.123**	**22.912**	**23.319**	**11.853**	**23.206**
U2							
Nein	443	626	603		2.807	800	661
Ja	21.703	19.539	19.129		20.512	10.242	20.546
Keine Angabe	1.727	4.238	2.391	22.912		811	1.999
Gesamt	**23.873**	**24.403**	**22.123**	**22.912**	**23.319**	**11.853**	**23.206**
U3							
Nein	480	646	622		2.835	794	669
Ja	21.666	19.500	19.106		20.484	10.262	20.555
Keine Angabe	1.727	4.257	2.395	22.912		797	1.982
Gesamt	**23.873**	**24.403**	**22.123**	**22.912**	**23.319**	**11.853**	**23.206**
U4							
Nein	494	648	615		2.824	790	689
Ja	21.652	19.493	19.116		20.495	10.270	20.555
Keine Angabe	1.727	4.262	2.392	22.912		793	1.962
Gesamt	**23.873**	**24.403**	**22.123**	**22.912**	**23.319**	**11.853**	**23.206**
U5							
Nein	492	636	602		2.806	773	660
Ja	21.654	19.508	19.130		20.513	10.323	20.603
Keine Angabe	1.727	4.259	2.391	22.912		757	1.943
Gesamt	**23.873**	**24.403**	**22.123**	**22.912**	**23.319**	**11.853**	**23.206**
U6							
Nein	432	607	575		2.759	701	565
Ja	21.714	19.559	19.160		20.560	10.441	20.719
Keine Angabe	1.727	4.237	2.388	22.912		711	1.922
Gesamt	**23.873**	**24.403**	**22.123**	**22.912**	**23.319**	**11.853**	**23.206**
U7							
Nein	442	601	595		2.706	675	603
Ja	21.704	19.546	19.141		20.613	10.489	20.696
Keine Angabe	1.727	4.256	2.387	22.912		689	1.907
Gesamt	**23.873**	**24.403**	**22.123**	**22.912**	**23.319**	**11.853**	**23.206**
U7a							
Nein	3.251	851	796		2.640	683	755
Ja	18.895	19.086	18.922		20.679	10.486	20.577
Keine Angabe	1.727	4.466	2.405	22.912		684	1.874
Gesamt	**23.873**	**24.403**	**22.123**	**22.912**	**23.319**	**11.853**	**23.206**
U8							
Nein	461	605	528		2.396	739	1.156
Ja	21.685	19.534	19.214		20.923	10.412	20.183
Keine Angabe	1.727	4.264	2.381	22.912		702	1.867
Gesamt	**23.873**	**24.403**	**22.123**	**22.912**	**23.319**	**11.853**	**23.206**
U9							
Nein	583	615	602		2.420	888	908
Ja	21.163	19.042	18.821		20.555	9.953	20.151
Keine Angabe	1.703	4.323	2.342	22.409		820	1.837
Gesamt	**23.449**	**23.980**	**21.765**	**22.409**	**22.975**	**11.661**	**22.896**

Anhang-Tab. 26: 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	226	21.223	21.034	20.855	19.785	1.757	23.206	21.449
Diphtherie	209	21.296	21.090	20.926	19.901	1.701	23.206	21.505
Tetanus	196	21.335	21.143	20.976	19.921	1.675	23.206	21.531
Pertussis	239	21.189	20.985	20.808	17.878	1.778	23.206	21.428
Masern	148	21.655	21.168			1.403	23.206	21.803
Mumps	165	21.574	21.140			1.467	23.206	21.739
Röteln	171	21.551	21.123			1.484	23.206	21.722
Varizellen	462	20.369	19.955			2.375	23.206	20.831
Hepatitis B	383	20.589	20.446	20.301	19.340	2.234	23.206	20.972
Pneumokokken	535	19.990	19.757	18.372	1.155	2.681	23.206	20.525
Haemophilus influenzae Typ b	316	20.804	20.667	20.540	19.657	2.086	23.206	21.120
Meningokokken C	508	20.101				2.597	23.206	20.609
Rotaviren	799	16.267	15.694	2.042		6.140	23.206	17.066

Anhang-Tab. 27: Anzahl der Impfungen, die für die Altersgruppe der einzuschulenden Kinder von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden, für das Untersuchungsjahr 2022/23.