

Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2018/2019 bis 2024/2025





Vorwort

Eine gute altersgemäße Entwicklung ist eine wichtige Voraussetzung für den erfolgreichen Start von Kindern in ihre Schullaufbahn. Nur wer die benötigten körperlichen, mentalen und sprachlichen Fähigkeiten mitbringt, kann vom Schulunterricht in vollem Umfang profitieren. Um festzustellen, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind, werden die zu Einschulung im Landkreis Darmstadt-Dieburg vorgesehenen Kinder eines jeden Jahrgangs im Vorfeld der Einschulung durch das Gesundheitsamt der Wissenschaftsstadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg untersucht.

Erstmals wurden nun die vorhandenen Daten aus den Einschulungsuntersuchungen mehrerer Jahrgänge umfassend für den Landkreis Darmstadt-Dieburg ausgewertet. Es werden viele interessante Ergebnisse und Zusammenhänge aufgezeigt und Förderbedarfe deutlich gemacht. So zeigen sich beispielsweise geschlechterspezifische Entwicklungsunterschiede, aber auch Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund.

Besonders deutlich wird die große Bedeutung eines längerfristigen Besuchs einer Kindertagesstätte für die Entwicklung im Vorschulalter. Dort wird durch eine vielseitige Förderung der Kinder der Grundstein für einen erfolgreichen Bildungsweg gelegt. Die Ergebnisse des vorliegenden Berichtes können dazu dienen präventive Leistungen und Maßnahmen zur vorschulischen Entwicklungsförderung der Kinder noch besser an die Bedarfe anzupassen.

Mein besonderer Dank gilt dem Gesundheitsamt der Wissenschaftsstadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg für die Bereitstellung der Daten und die Unterstützung dieser Veröffentlichung.

Klaus Peter Schellhaas
Landrat



Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einschulungsuntersuchungen im Landkreis Darmstadt-Dieburg	3
1.1. Einleitung	3
1.2. Grundlagen und Ablauf der Einschulungsuntersuchung	3
1.3. Methodische Anmerkungen	6
1.4. Statistische Grunddaten der untersuchten Kinder	9
2. Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen	13
2.1. Bekannte Förderbedarfe	14
2.2. Vorsorgeuntersuchungen und Impfstatus	17
2.3. Gewicht	24
2.4. Sehen und Hören	27
2.5. Wahrnehmung und Informationsverarbeitung	31
2.6. Körperkoordination	34
2.6.1. Grobmotorik	34
2.6.2. Feinmotorik	37
2.6.3. Visuomotorik	39
2.7. Sprachfertigkeit	42
2.7.1. Sprachentwicklung	43
2.7.2. Deutschkenntnisse	45
2.8. Schulempfehlung und empfohlene Maßnahmen	52
2.9. Besuch einer Kindertagesstätte	58
3. Fazit	74
Abbildungsverzeichnis	76
Literaturverzeichnis	79



1. Einschulungsuntersuchungen im Landkreis Darmstadt-Dieburg

1.1. Einleitung

Ein gelungener Start in die Schullaufbahn bildet ein gutes Fundament für den weiteren Bildungs- und Lebensweg. Mit den Einschulungsuntersuchungen wird festgestellt, ob die Kinder eines einzuschulenden Jahrgangs bereits über die schulisch relevanten Fähigkeiten verfügen. Die Untersuchungen sind aber nicht nur für die Einschätzung der Schulfähigkeit, sondern auch präventiv wichtig. Durch die Untersuchungen können besondere Bedürfnisse frühzeitig erkannt werden. Gezielte Fördermaßnahmen können dabei helfen, spätere schulische Schwierigkeiten zu vermeiden. Schwierigkeiten beim Schulstart können verringert werden, indem individuelle Förderungen und Maßnahmen angestoßen werden. Wenn Kinder bei der Einschulung ein unentdecktes Defizit in ihrer Entwicklung haben, kann sich dies auf den Erfolg in ihrer gesamten Schullaufbahn auswirken.

Die Auswertung der durch die Einschulungsuntersuchungen gewonnenen Daten bietet eine gute Möglichkeit zur Einschätzung von Gesundheit und Entwicklungsstand nahezu vollständiger Jahrgänge. Durch diese routinemäßige und standardisierte Reihenuntersuchung liegen vergleichbare Daten zu Kindern aus verschiedenen sozialen Umfeldern vor. Die Untersuchungsergebnisse zeigen den Entwicklungsstand der einzuschulenden Kinder auf und machen Förderbedarfe sichtbar. Die Einschulungsuntersuchung ist in Deutschland die einzige standardisierte Reihenuntersuchung, die komplette Jahrgänge umfasst. Sie bietet daher eine einzigartige Chance Informationen über den Gesundheits- und Entwicklungsstand sowie die Gesundheitsvorsorge einer Altersgruppe zu treffen.

Der vorliegende Bericht fasst erstmalig die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen für den Landkreis Darmstadt-Dieburg zusammen. Das erste Kapitel befasst sich zunächst mit den Grundlagen und dem Ablauf der Untersuchungen und der Methodik der Auswertung. Außerdem werden die statistischen Grunddaten der im Datensatz enthaltenen Kinder dargestellt. Das zweite Kapitel befasst sich mit den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchungen. Zu verschiedenen untersuchten Parameter werden Auswertungen vorgestellt. Von besonderem Interesse sind dabei Unterschiede in der Entwicklung und im Gesundheitszustand bei verschiedenen Gruppen. So wird hinterfragt, ob die Daten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen oder zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund aufzeigen.

Für diese erste Betrachtung der Einschulungsuntersuchungen wurden die sieben Einschulungsjahrgänge 2018/2019 bis 2024/2025 ausgewertet. Durch diese Zeitreihe wird es möglich eventuell bestehende Trends zu erkennen. Der Vergleich der Ergebnisse aus mehreren Jahrgängen miteinander reduziert zudem das Risiko für falsche Schlüsse aus den Daten.

1.2. Grundlagen und Ablauf der Einschulungsuntersuchung

In Hessen werden Kinder in der Regel mit sechs Jahren eingeschult. Das bedeutet, dass für alle Kinder, die bis zum 1. Juli eines Jahres ihren sechsten Geburtstag haben ab dem 1. August des gleichen Jahres die Schulpflicht beginnt. Auf Antrag der Eltern können auch später im Jahr geborene Kinder im gleichen Jahr eingeschult werden, sie werden auch als Kannkinder bezeichnet. Alle zum Schulbesuch angemeldeten Kinder werden durch das zuständige Gesundheitsamt zu einer schulärztlichen Untersuchung eingeladen (vgl. www.schulaemter.hessen.de).

Die Einschulungsuntersuchungen werden in Hessen von den Gesundheitsämtern einheitlich durchgeführt. Das wesentliche Ziel der Untersuchungen ist es, frühzeitig festzustellen, ob Gesundheits- oder Entwicklungsstörungen einem erfolgreichen Besuch der Schule entgegenstehen. Wenn ein Förderbedarf für das Kind besteht, wird dies als Ergebnis der Untersuchung festgehalten und die Eltern werden zu entsprechenden Maßnahmen beraten (vgl. Deutscher Bundestag 2006, S.4).



Im Hessischen Schulgesetz (HSchG) ist festgelegt, dass Kinder, Jugendliche und volljährige Schüler und Schülerinnen dazu verpflichtet sind, an schulärztlichen Untersuchungen teilzunehmen, wenn diese erforderlich werden. Das HSchG regelt auch, dass schulpflichtige Kinder, deren körperlicher, seelischer oder geistiger Entwicklungsstand noch nicht für einen Schulbesuch genügt, auf Antrag der Eltern für ein Jahr von der Teilnahme am Unterricht zurückgestellt werden können. Hierfür ist eine schulärztliche Untersuchung verpflichtend. Kinder, die nach dem 1. Juli des entsprechenden Jahres ihren sechsten Geburtstag haben, können hingegen auf Antrag der Eltern in die Schule aufgenommen werden. Eine Entscheidung über die Aufnahme wird von der Schulleitung unter Berücksichtigung des schulärztlichen Gutachtens getroffen (vgl. HSchG §§ 58 und 71).

Für die Untersuchung der einzuschulenden Kinder im Landkreis Darmstadt-Dieburg ist das Gesundheitsamt der Wissenschaftsstadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg zuständig. Der Großteil der Untersuchungen findet im Gesundheitsamt in Darmstadt statt. Einige der Untersuchungsteams führten aber auch Untersuchungen vor Ort in den Grundschulen durch. Die Kinder und ihre Eltern werden vom Gesundheitsamt zu einem Untersuchungstermin eingeladen. Der verpflichtende Charakter der Schuleingangsuntersuchung führt dazu, dass in der Regel die Jahrgänge vollständig untersucht werden.

Bei der Einschulungsuntersuchung werden das Hör- und Sehvermögen, die körperliche Entwicklung, der allgemeine Entwicklungsstand und der Gesundheitszustand des Kindes untersucht. Hierbei wird insbesondere darauf geachtet, ob altersabweichende Entwicklungen, chronische Erkrankungen oder Behinderungen vorliegen. In diesen Fällen können individuelle Lernförderbedarfe für die Kinder definiert werden (vgl. *Verwaltungsverband für das Gesundheitsamt für die Stadt Darmstadt und den Landkreis Darmstadt-Dieburg 2024*, S. 3).

Bei der Anamnese werden zunächst einige Informationen über die Kinder vermerkt. Hierzu gehören neben Geburtsdatum, Geschlecht, Wohnort, der zuständigen Grundschule, der Staatsangehörigkeit des Kindes und der Eltern auch Angaben zur Anzahl der Geschwister, zum Geburtsgewicht, zum Migrationshintergrund und zur Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte (Kita).

Erfragt wird außerdem, ob das Kind bereits eine Förderung wie etwa Ergotherapie, Sprachtherapie oder Krankengymnastik erhalten hat oder ob es an einem Sprachscreening teilgenommen hat. Vermerkt wird auch wenn es sich um ein Kind mit einer Behinderung oder einem Förderbedarf handelt, das in der Kindertagesstätte einen Integrationsplatz hat. Es werden außerdem die Vollständigkeit der beim Kinderarzt durchgeführten Vorsorge-Untersuchungen und der Impfstatus laut Impfausweis des Kindes ermittelt. Verzeichnet werden zudem bereits bekannte chronische Erkrankungen oder Behinderungen des Kindes. Die Angaben zu chronischen Erkrankungen und Behinderungen sind freiwillig und erfolgen durch die Eltern, in der Regel werden entsprechende Arztbriefe mit den festgestellten Befunden mitgebracht.

Im Rahmen der körperlichen Untersuchungen wird ein Seh- und Hörscreening durchgeführt. Im Hörscreening werden mit einem geeichten Audiometer mit 20 dB verschiedene Tonfrequenzen gemessen. Die Sehschärfe wird mit einem Sehtestgerät für das rechte und linke Auge getrennt für die Ferne mit Hilfe von E-Haken getestet. Beide Augen werden zusätzlich mit einer Vorschaltlinse auf Weitsichtigkeit untersucht. Ist bereits eine Brille vorhanden, erfolgt die Prüfung mit und auch ohne Brille, um die Bedeutung des Brillentragens zu dokumentieren. Zur Erfassung des Schielens wird das Stereosehen mit dem Lang-II-Test überprüft, bei dem Stereo-Bilder erkannt werden sollten. Zur Prüfung des Farbsinns werden Ishihara-Farbtafeln eingesetzt, hier sollten die gezeigten Bilder oder Ziffern benannt oder nachgefahren werden können.

Zur körperlichen Untersuchung gehören außerdem eine Sicht- und Tastuntersuchung sowie das Abhören von Herz und Lunge. Weitere Bestandteile sind die Messung von Puls und Blutdruck sowie die Feststellung von Gewicht und Körpergröße. Aus den körperlichen Untersuchungen folgen Einschätzungen zum Ernährungszustand sowie zum Zustand von Haut, Haaren und Nägeln, der



Muskulatur und des Skelettes, des Hals-Nasen-Ohren-Bereiches, von Atmung, Herz und Kreislauf, Neurologie, Stoffwechsel und Bauchraum.

Durch ein standardisiertes Entwicklungsscreening nach SOPESS (Sozialpediatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen) werden die Fähigkeiten des Kindes mit verschiedenen Untersuchungen erfasst. SOPESS wurde vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen in Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten der Gesundheitsämter Nordrhein-Westfalens und der Universität Bremen entwickelt. Das Screening dient dazu medizinisch relevante Entwicklungsauffälligkeiten zu erkennen (vgl. www.lzg.nrw.de/nocms/jahresberichte/reports/2023/up3/sopess_punkte/sopess.html).

Für die einzelnen Untersuchungsteile wird jeweils festgehalten, ob der Befund in Ordnung ist, also keine Abweichung von der Regel festzustellen ist, ob es sich um einen grenzwertigen Befund handelt, ob es sich um einen neuen auffälligen Befund handelt oder ob er auffällig ist und bereits bekannt ist/behandelt wird. Grenzwertige Befunde weichen zwar von der Regel ab, werden aber nicht als behandlungsbedürftig eingeschätzt. Auffällige Befunde sind hingegen medizinisch oder therapeutisch schulrelevant. Sollte ein Untersuchungsteil nicht durchgeführt werden können oder abgebrochen werden, wird der Befund als unbekannt vermerkt.

Die Grobmotorik und Körperkoordination wird durch Bewegungsübungen, wie das Seitwärts-springen mit beiden Beinen, untersucht. Für die Überprüfung von Feinmotorik und Visuomotorik werden Aufgaben mit einem Stift durchgeführt. Hierbei wird die Händigkeit des Kindes vermerkt, und beurteilt, wie gut das Nachzeichnen von Formen gelingt.

Im Bereich der Sprache ist zwischen der medizinischen und der pädagogischen Einschätzung zu unterscheiden. Die medizinische Einschätzung umfasst Faktoren von Sprachentwicklungsverzögerungen wie beispielsweise Artikulationsstörungen. Die pädagogische Einschätzung umfasst die Deutschkenntnisse. Zunächst wird dokumentiert ob die Erstsprache des Kindes Deutsch oder eine andere Sprache ist. Für Kinder mit einer nichtdeutschen Erstsprache wird für die Deutschkenntnisse festgestellt ob das gesprochene Deutsch fehlerfrei ist, flüssig mit leichten Fehlern, flüssig mit erheblichen Fehlern, rudimentär oder ob kein Deutschverständnis vorliegt. Zudem wird bei Kindern mit nichtdeutscher Erstsprache auch für die Hauptbezugsperson dokumentiert, wie gut ihre Deutschkenntnisse sind. Es folgt ein Test zur Artikulation, bei dem die Aussprache des Kindes bei bestimmten Lauten beurteilt wird. Anschließend erfolgt ein Test der auditiven Informationsverarbeitung. Außerdem werden Aufgaben zur Grammatik gestellt. Im freien Gespräch wird zusätzlich die Sprachfertigkeit festgestellt, die in die Gesamtbeurteilung der Sprache mit einfließt.

Zur Beurteilung der visuellen Wahrnehmung wird ein Test mit Matritzenaufgaben durchgeführt. Solche Aufgaben erfordern neben der visuellen Erfassung der Formen, eine logische Verarbeitung und die Fähigkeit Beziehungen zu erkennen und Schlussfolgerungen zu ziehen.

Wichtige Vorerfahrungen für die mathematische Fertigkeit der Kinder sind das Zählen und die Erfassung von Mengen. Wenn Vorkenntnisse beim Zählen oder der Mengenerfassung zu gering sind oder gänzlich fehlen, können die betroffenen Kinder sich im Mathematikunterricht schwertun (vgl. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2024, S. 39).

Während der Untersuchungen fließen auch die nebenbei gemachten Beobachtungen des Arztes oder der Ärztin mit in das Ergebnis ein, beispielsweise zu Stifthaltung, Linienführung und Fingeropposition bei der Feinmotorik oder allgemeine Beobachtungen zur Körperkoordination für die Grobmotorik. Das Verständnis für die gestellten Aufgaben in der Untersuchungssituation fließt in die Beurteilung von Wissen und Denken mit ein. Beobachtungen zur Motivation und Bereitschaft zur Mitarbeit bei den gestellten Aufgaben sowie der Umgang mit den Eltern und den Untersuchenden fließen mit ein in die allgemeine Beurteilung von Psyche und Verhalten.



Als Resultat der abgeschlossenen Untersuchungen wird nach sorgfältigem Abwägen der Ergebnisse angegeben, ob ein regulärer Schulbesuch für das Kind empfohlen wird. Abweichend dazu kann eine schulärztliche Empfehlung zur Vorstellung in einem Beratungs- und Förderzentrum für Kinder mit speziellem Förderbedarf gegeben werden. Bei Kindern, die nach dem 1. Juli geboren wurden und damit keine Regelkinder für das entsprechende Schuljahr sind, können schulärztliche Bedenken gegen eine vorzeitige Einschulung vermerkt werden. Für Regelkinder mit Geburtstag bis zum 1. Juli kann eine schulärztliche Empfehlung zur Zurückstellung von der Einschulung in die Kindertagesstätte oder Vorklasse erfolgen. Zusätzlich können verschiedene Maßnahmen zur Förderung des Kindes und weitere Hilfen wie beispielsweise Sozialdienst oder Erziehungsberatung empfohlen werden.

Beim Abschlussgespräch mit den Eltern werden die entsprechenden Befunde und Empfehlungen besprochen, gegebenenfalls erfolgt eine Impfberatung. Festgestellte medizinische Empfehlungen, wie etwa eine erforderliche logopädische Sprachförderung, werden für den behandelnden Kinderarzt in einem Schreiben zusammengefasst. Bei festgestellten Defiziten und Einschränkungen der Kinder erhalten die entsprechenden Schulen Informationen hierzu, um sich schon vor Schulbeginn auf die Bedürfnisse ihrer künftigen Schülerinnen und Schüler einstellen zu können.

Trotz der Anwendung standardisierter Kriterien ist jede Untersuchung auch eine Momentaufnahme, die eine qualifizierte Einordnung durch den Arzt oder die Ärztin erfordert. Geringfügige Unterschiede in der Beurteilung, besonders bei Kindern an der Schwelle zu einer Auffälligkeit, sind methodisch bedingt und schmälern die Belastbarkeit der Gesamtergebnisse nicht.

Die gesundheitliche Entwicklung von Kindern wird auch von äußeren Faktoren wie dem sozialen Status der Familie beeinflusst. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben erheblich höhere gesundheitliche Risiken. Sie sind beispielsweise häufiger übergewichtig, psychisch auffällig und leiden öfter an chronischen Erkrankungen als Kinder aus statushöheren Familien. Zu diesem Schluss kommt der vom Robert-Koch-Institut durchgeführte Kinder- und Jugendsurvey. In vielen Bundesländern werden bei der Einschulungsuntersuchung auch Angaben zur Bildung, zum Erwerbsstatus und zum Einkommen der Eltern abgefragt, um diese Zusammenhänge sichtbar zu machen. In Hessen ist dies aufgrund des strengeren Datenschutzes nicht möglich, da diese Angaben nicht unmittelbar für die Schulempfehlung relevant sind (vgl. Stadt Kassel und Gesundheitsamt Region Kassel 2018, S. 14).

1.3. Methodische Anmerkungen

Es wurden anonymisierte Daten aus sieben Einschulungsjahrgängen ausgewertet. Vor der Auswertung der Daten wurde der Datensatz bereinigt, wodurch es zu leichten Unterschieden in der Anzahl der untersuchten Kinder je Jahrgang im Vergleich mit den Angaben in den Tätigkeitsberichten des Gesundheitsamtes der Wissenschaftsstadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg kommt. Diese Korrektur im Datensatz betrifft beispielsweise Kinder ohne eingetragene Schulempfehlung, Kinder mit Wohnorten außerhalb des Landkreises Darmstadt-Dieburg oder Kinder die zum Zeitpunkt der Untersuchung acht Jahre oder älter waren.

Aus dem Ausland im Alter von bis unter sieben Jahren zugezogene Kinder werden regulär im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen mit untersucht und sind dementsprechend auch im hier ausgewerteten Datensatz enthalten. Im Alter von sieben bis 21 Jahren aus dem Ausland zuziehende Kinder und Jugendliche werden als sogenannte Seiteneinsteiger ebenfalls durch das Gesundheitsamt auf ihre Schultauglichkeit hin untersucht. Die Untersuchungsergebnisse dieser Seiteneinsteiger sind nicht in den hier ausgewerteten Daten enthalten.

Die standardisierte Erfassung der Befunde erfolgt mittels des SOPESS-Bogens (Details siehe vorangegangenes Kapitel), um eine interpersonelle und interkommunale Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Im Zuge der fortlaufenden Qualitätssicherung wird dieses Instrument regelmäßig modifiziert



und an neue Erkenntnisse angepasst. Diese gezielten Überarbeitungen optimieren die Datenqualität, schränken jedoch punktuell die lückenlose Vergleichbarkeit mit früheren Erhebungsjahren ein und sollten insbesondere bei der Betrachtung von Trends berücksichtigt werden.

Die Datensätze der meisten Jahrgänge enthalten Angaben zur Staatsangehörigkeit und zum Migrationshintergrund der untersuchten Kinder. Die Angaben zur Staatsangehörigkeit des Kindes und der Eltern sind allerdings freiwillig, sodass nicht für alle Kinder Informationen hierzu in den Datensätzen vorliegen. Aufgrund einer Aktualisierung des Erhebungsbogens liegen für das Schuljahr 2018/2019 abweichend zu den anderen Jahren nur Angaben zum Geburtsland des Kindes und nicht zu seiner Staatsangehörigkeit vor. Die Zahlen für dieses Schuljahr sind daher nur bedingt mit den anderen zu vergleichen, da auch in Deutschland geborene Kinder durchaus eine ausländische Staatsangehörigkeit haben können. Für das Schuljahr 2019/2020 sind keine Angaben zur Staatsangehörigkeit der Kinder im Datensatz enthalten.

Die Staatsangehörigkeiten sind im Datensatz unterschiedlich gut aufgeschlüsselt. Staatsangehörigkeiten eines konkreten Landes werden nur für Deutschland und die Türkei vermerkt. Die Türkei wird allerdings nur separat aufgeführt, weil sie auf zwei Kontinenten liegt. Die übrigen Staatsangehörigkeiten werden aufgeschlüsselt nach Regionen oder Kontinenten wie Westeuropa, Osteuropa, Nordamerika/Australien/Neuseeland, Mittel- und Südamerika, Asien, Afrika, Arabische Staaten. Hinzu kommen unbekannte Staatsangehörigkeiten.

Da nicht für alle Jahre im Datensatz Angaben zur Staatsangehörigkeit vorhanden sind, wird in Kapitel 2 nur zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund unterschieden, da diese Angaben für alle Jahrgänge vorliegen. Dies umfasst eine größere Anzahl von Kindern als die Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Kinder mit Migrationshintergrund können die deutsche Staatsbürgerschaft haben. Aber auch alle Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit haben einen Migrationshintergrund. Bei der Einschulungsuntersuchung werden unter Menschen mit Migrationshintergrund all jene Kinder verstanden, die entweder selbst oder bei denen mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist. Hierzu gehören zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer und Ausländerinnen; zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte; (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler und mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Nachkommen der drei zuvor genannten Gruppen. Die Definition des Migrationshintergrundes wird für die Einschulungsuntersuchungen immer wieder etwas angepasst.

Aus den Angaben zu Gewicht, Körpergröße und Alter wurde der Body-Mass-Index (BMI) berechnet. Dieser ergibt sich durch Körpergewicht/Körperlänge² (kg/m²). Für Kinder und Jugendliche gelten andere Abstufungen des BMI als für Erwachsene, da sie sich noch im Wachstum befinden.

Der BMI wurde mit dem Verfahren nach Kromeyer-Hauschild eingeordnet (vgl. Kromeyer-Hauschild et al. 2001). Anhand einer Referenzgruppe von Kindern wurden sogenannte Perzentilwerte für Kinder in Deutschland festgelegt, die als Grenzwerte für Untergewicht, Übergewicht und Adipositas dienen. Für den BMI von Kindern und Jugendlichen gibt ein bestimmter Perzentilwert an, welcher Anteil der gleichaltrigen Kinder einen niedrigeren oder gleichen BMI hat. Bei einem BMI mit der Perzentile 97 haben demnach 97 % der Kinder im gleichen Alter und mit gleichem Geschlecht einen niedrigeren oder den gleichen BMI. Da Jungen und Mädchen sich im Wachstum und der Körperzusammensetzung unterscheiden, werden für die beiden Geschlechter separate Perzentilkurven verwendet.

Es wurden vier Gewichtsgruppen gebildet: Untergewichtig (BMI-Perzentile unter 10), Normalgewicht (BMI-Perzentile 10 bis <90), Übergewichtig (BMI-Perzentile 90 bis <97) und Adipös, also stark übergewichtig (BMI-Perzentile ab 97). In diese Gewichtsgruppen werden die ermittelten BMI-Werte der einzelnen Kinder geschlechts- und altersspezifisch eingeordnet.



Tabelle 1: Einordnung des Body-Mass-Index zu Gewichtsgruppen über Perzentilwerte
(vgl. Kromeyer-Hauschild et al. 2001, S. 812f)

Altersgruppe (Jahre)	Untergewicht (unter P10)		Übergewicht (ab P90)		Adipositas (ab P97)	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Unter 5,5	<13,80	<13,61	>17,61	>17,69	>19,02	>19,16
5,5 bis 5,9	<13,80	<13,60	>17,71	>17,83	>19,19	>19,40
6,0 bis 6,4	<13,79	<13,59	>17,86	>17,99	>19,44	>19,67
6,5 bis 6,9	<13,82	<13,62	>18,07	>18,21	>19,76	>20,01
7,0 bis 7,4	<13,88	<13,69	>18,34	>18,51	>20,15	>20,44
7,5 bis 7,9	<13,96	<13,80	>18,65	>18,86	>20,60	>20,93

Zur Ermittlung des Impfstatus werden die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts herausgegebenen Impfeempfehlungen zugrunde gelegt. Für alle Kinder im Datensatz wird zunächst ermittelt, ob es Eintragungen zu Impfungen gibt oder ob alle Felder leer geblieben sind oder mit unbekannt markiert wurden. Ist letzteres der Fall wurde für die Kinder angenommen, dass kein Impfausweis vorgelegt wurde. Für alle Kinder mit Eintragungen zu Impfungen wurden exemplarisch die Einträge zu Poliomyelitis (Kinderlähmung), Masern und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ausgewertet. Die Vorlage des Impfausweises und des Vorsorgeheftes erfolgt im Rahmen der Einschulungsuntersuchung auf freiwilliger Basis.

Für die Kinder bei denen ein Vorsorgeheft für die U-Untersuchungen vorgelegt wurde wird festgestellt, ob die Untersuchungen vollständig sind. Da einige der untersuchten Kinder erst nach ihrer Geburt nach Deutschland zugezogen sind, ist ein unvollständiges Vorsorgeheft nicht immer aussagekräftig. Daher wird für diese Auswertung außerdem betrachtet, ob die U8 vorliegt, (im Alter von 46 bis 48 Monaten durchzuführen) und/oder ob die U9 vermerkt ist, die im Alter von 60 bis 64 Monaten durchgeführt wird. Da einige Kinder bei ihrem Termin jünger als 64 Monate waren, ist davon auszugehen, dass die U9 teils erst nach der Einschulungsuntersuchung erfolgt ist.

Da die Kinder bei ihrer Einschulungsuntersuchung nicht alle gleich alt sind hat dies auch Auswirkungen auf die Angaben zur Dauer ihres Besuchs einer Kindertagesstätte. Ein mit 4,9 Jahren untersuchtes Kind kann nicht so viele Jahre in eine Kita gegangen sein wie ein mit 6,5 Jahren untersuchtes Kind. Dies sollte bei der Betrachtung der Auswertungen mit bedacht werden. Es ist davon auszugehen, dass sich bei den jüngeren Kindern die Dauer des Kita-Besuchs bis zum Schulbeginn noch weiter erhöht. Bei der Abfrage des Kita-Besuchs wurde für die Schuljahre vor 2024/2025 nur der Besuch von Kitas in Deutschland erfasst. Ab dem Datensatz 2024/2025 werden auch bereits im Ausland besuchte Kindertagesstätten berücksichtigt.

Einige der Befunde wurden auf mögliche Zusammenhänge mit verschiedenen Variablen wie Geschlecht, Kindergartenbesuch oder Migrationshintergrund hin untersucht. Diese Betrachtungen sind als rein deskriptive Zusammenhänge zu verstehen, die keinen direkten Rückschluss auf eine alleinige Kausalität zulassen. Ob diese Zusammenhänge eine statistische Signifikanz aufweisen wurde nicht berechnet. Es ist davon auszugehen, wie bereits oben beschrieben, dass ungemessene



Hintergrundfaktoren, wie etwa der Sozialstatus der Familien, die Ergebnisse maßgeblich beeinflussen. Aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen des Landes Hessen konnten diese Faktoren nicht direkt erhoben werden.

1.4. Statistische Grunddaten der untersuchten Kinder

Üblicherweise werden alle Kinder eines Schuljahrganges untersucht, wie es das hessische Schulgesetz verpflichtend vorsieht. Für die Untersuchung des Einschulungsjahrgangs 2021/2022 ergaben sich starke Einschränkungen durch die Corona-Pandemie. Auch der Einschulungsjahrgang 2023/2024 konnte, durch Personalengpässe bedingt, nicht vollständig untersucht werden. Die Vergleichbarkeit dieser beiden Jahrgänge mit den anderen Jahrgängen ist daher eingeschränkt. Dies sollte bei der Betrachtung der folgenden Zahlen und Auswertungen berücksichtigt werden.

Für die sieben Jahrgänge 2018/2019 bis 2024/2025 enthielt der Datensatz die Untersuchungsergebnisse von insgesamt 17.532 Kindern. Die Anzahl der pro Jahrgang untersuchten Kinder variiert in den vollständig untersuchten Jahrgängen zwischen 2.568 und 3.086 Kindern. In den durch die Corona-Pandemie und Personalengpässe nicht vollständig untersuchten Jahrgängen 2021/2022 und 2023/2024 liegt die Anzahl der erfassten Untersuchungen mit 1.492 beziehungsweise 1.955 Kindern deutlich niedriger. Da die Reihenfolge der Untersuchungen auf Kinder mit prioritärem Unterstützungsbedarf ausgerichtet ist, können sich die Ergebnisse dieser Jahrgänge, wenn keine Vollerhebung möglich ist, leicht zuungunsten einer repräsentativen Verteilung verschieben. Abweichungen zu den vorherigen oder den folgenden Jahrgängen müssen daher nicht zwingend auf eine tatsächliche Veränderung in der Population hinweisen.

Tabelle 2: Untersuchte Kinder nach Alter und Geschlecht in den einzelnen Untersuchungsjahrgängen

	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22*	2022/23	2023/24*	2024/25
Untersuchte Kinder gesamt	2.651	2.701	2.568	1.492	3.079	1.955	3.086
Jungen	1.393 52,5 %	1.331 49,3 %	1.376 53,6 %	768 51,5 %	1.603 52,1 %	984 50,3 %	1.554 50,4 %
Mädchen	1.258 47,5 %	1.370 50,7 %	1.192 46,4 %	724 48,5 %	1.476 47,9 %	971 49,7 %	1.532 49,6 %
jünger als 6 Jahre	1.174 44,3 %	1.184 43,8 %	1.033 40,2 %	263 17,6 %	1.083 35,2 %	760 38,9 %	1.216 39,4 %
6 Jahre alt	1.455 54,9 %	1.504 55,7 %	1.487 57,9 %	1.191 79,8 %	1.944 63,1 %	1.169 59,8 %	1.833 59,4 %
7 Jahre alt	22 0,8 %	13 0,5 %	48 1,9 %	38 2,6 %	52 1,7 %	26 1,3 %	37 1,2 %

*Für die Schuljahre 2021/2022 und 2023/2024 wurden nicht alle einzuschulenden Kinder untersucht

In den meisten der hier betrachteten sieben Untersuchungsjahrgänge waren es etwas mehr Jungen als Mädchen. Nur im Schuljahr 2019/2020 wurden geringfügig mehr Mädchen als Jungen untersucht. Ob für die Gesundheit und den Entwicklungsstand der Kinder ein Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht wird in den einzelnen folgenden Kapiteln untersucht.

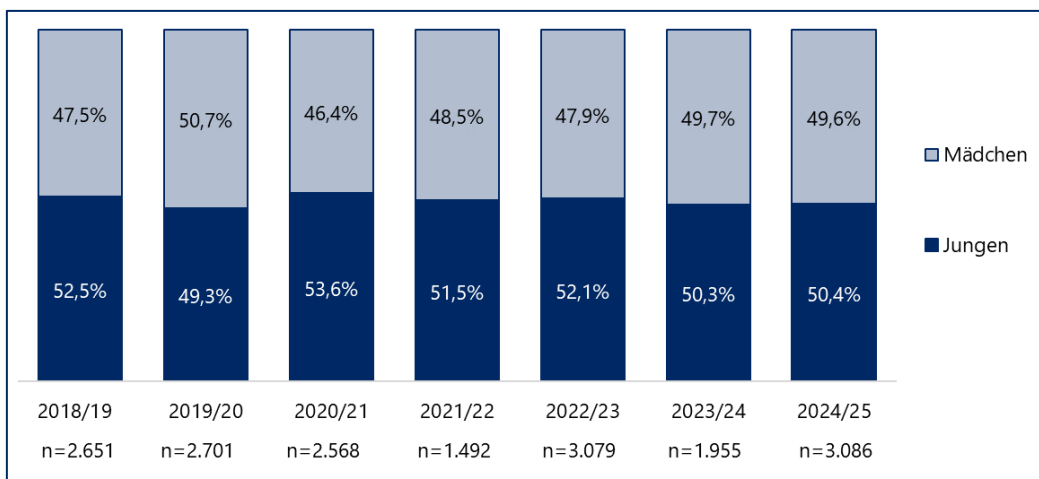


Abbildung 1: Untersuchte Kinder nach Geschlecht

Die meisten Kinder sind zum Zeitpunkt ihrer Einschulungsuntersuchung sechs Jahre alt. In allen hier betrachteten Jahrgängen sind dies deutlich mehr als die Hälfte aller untersuchten Kinder. Im aufgrund der Einschränkungen während der Corona-Pandemie nicht vollständig untersuchten Jahrgang 2021/2021, sind sogar fast 80 Prozent der untersuchten Kinder sechs Jahre alt. Der zweithöchste Anteil entfällt jeweils auf Kinder die jünger als sechs Jahre sind. Außer im nicht repräsentativen Schuljahr 2021/2022 liegt der Anteil der unter sechs Jahre alten Kinder immer bei über 35 %. Ein nur sehr geringer Anteil von jährlich rund ein bis zwei Prozent der untersuchten Kinder war zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits sieben Jahre alt.

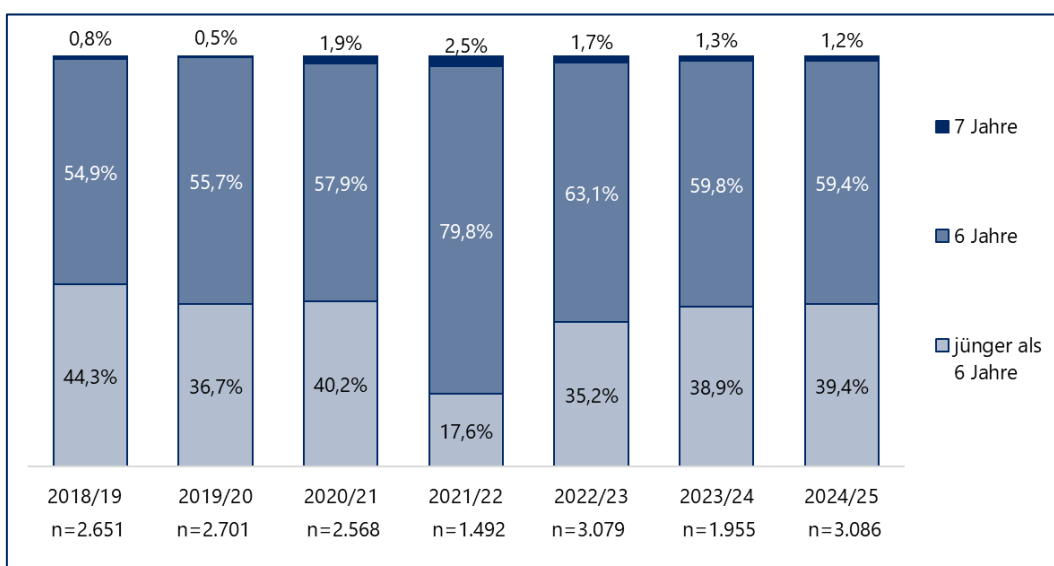


Abbildung 2: Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung

Zur Staatsangehörigkeit liegen Angaben für 14.831 Kinder vor, das entspricht rund 85 % aller untersuchten Kinder. Ursächlich für die geringe Anzahl der Einträge zur Staatsangehörigkeit ist, dass für das Schuljahr 2019/2020 keine Angaben hierzu im Datensatz enthalten sind. Für das Schuljahr 2018/2019 sind aufgrund einer Formularaktualisierung nur Angaben zum Geburtsland der Kinder und nicht zu ihrer Staatsangehörigkeit angegeben, weshalb diese Zahlen nur bedingt mit den anderen Jahrgängen zu vergleichen sind. Da auch in Deutschland geborene Kinder nur unter bestimmten Bedingungen eine deutsche Staatsbürgerschaft bei Geburt erhalten können, dürfte der tatsächliche Anteil der Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit im Schuljahr 2018/2019 etwas



höher sein als hier dargestellt. Bei den Informationen zur Staatsangehörigkeit des Kindes und der Eltern handelt es sich in der Einschulungsuntersuchung um freiwillige Angaben.

Tabelle 3: Untersuchte Kinder nach Staatsangehörigkeit

	2018/19*	2019/20*	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25
Deutsch	2.369 89,4 %	/	2.223 86,6 %	1.262 84,6 %	2.542 82,6 %	1.594 81,5 %	2.528 81,9 %
Nichtdeutsch	277 10,4 %	/	340 13,2 %	222 14,9 %	515 16,7 %	348 17,8 %	531 17,2 %
Staatsangehörigkeit unbekannt	5 0,2 %	/	5 0,2 %	8 0,5 %	22 0,7 %	13 0,7 %	27 0,9 %
Westeuropa	59	/	71	33	63	40	70
Osteuropa	69	/	80	63	166	126	180
Amerika, Australien/ Neuseeland	12	/	13	5	11	4	4
Asien	54	/	76	47	138	92	103
Afrika	9	/	21	20	41	32	54
Türkei	6	/	32	20	64	33	73
Arabische Staaten	68	/	47	34	32	21	47

* SJ 2018/2019 = Geburtsland Kind statt Staatsangehörigkeit Kind; SJ 2019/2020 Staatsangehörigkeit Kind nicht im Datensatz angegeben

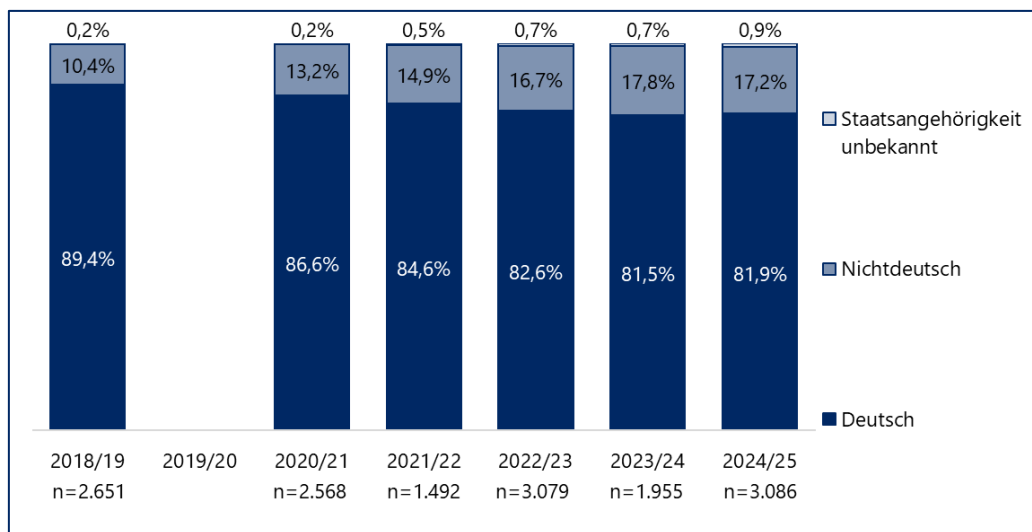


Abbildung 3: Untersuchte Kinder nach Staatsangehörigkeit

In allen Jahrgängen liegt der Anteil der Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit bei mehr als 80 %. Der Anteil der Kinder mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit ist im Einschulungsjahrgang 2023/2024 mit 17,8 % am höchsten – allerdings wurden in diesem Jahrgang nicht alle Kinder untersucht. Dennoch ist bei der Betrachtung der hierfür aussagekräftigen Jahrgänge eine steigende Tendenz für den Anteil der Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit zu erkennen.

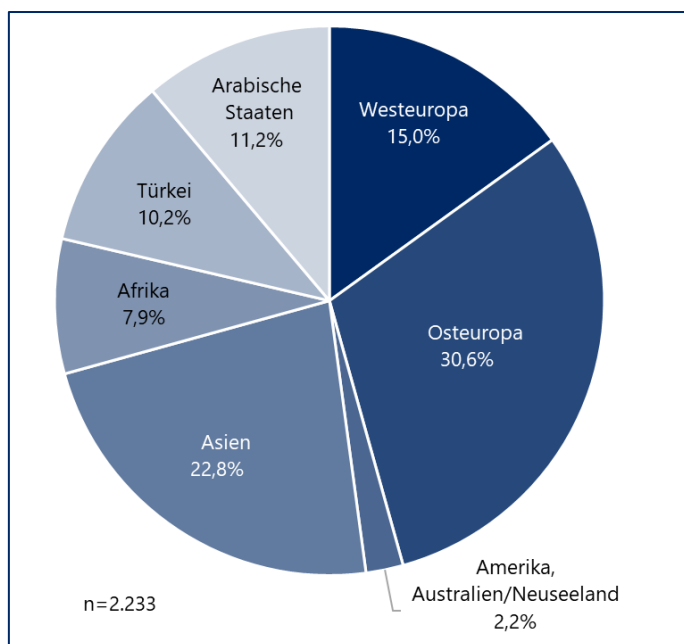


Abbildung 4: Staatsangehörigkeiten der ausländischen Kinder 2018/2019 bis 2024/2025

In allen hier betrachteten Jahrgängen hat der größte Anteil der Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit jene eines osteuropäischen Landes. Im Durchschnitt aller Jahre hat mit 30,6 % fast jedes dritte nichtdeutsche Kind eine osteuropäische Staatsbürgerschaft. Hierunter fallen auch Kinder aus der Ukraine, was den Anstieg der Zahl osteuropäischer Kinder ab dem Jahrgang 2022/2023 erklären könnte, da dies der erste Untersuchungsjahrgang seit dem Beginn des Kriegs in der Ukraine war. Am zweithäufigsten sind asiatische Staatsangehörigkeiten mit im Schnitt 22,8 % der ausländischen Kinder und am dritthäufigsten haben die Kinder die Staatsangehörigkeit eines



westeuropäischen Landes. Im Durchschnitt der ausgewerteten Jahrgänge hat jedes zehnte nicht-deutsche Kind die Staatsangehörigkeit der Türkei.

Zusätzlich zur Staatsangehörigkeit ist im Datensatz auch eine Information zum Migrationshintergrund enthalten, die für alle Jahrgänge angegeben ist. Bei der Einschulungsuntersuchung werden unter Menschen mit Migrationshintergrund all jene Kinder verstanden, die entweder selbst oder bei denen mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist.

Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund ist erheblich höher als der Anteil der Kinder mit ausländischer Staatsbürgerschaft, da viele Kinder ausländischer Eltern bereits bei ihrer Geburt die Voraussetzungen für eine deutsche Staatsangehörigkeit erfüllen. In allen hier betrachteten Jahren haben mehr als 30 Prozent der Kinder einen Migrationshintergrund, in den letzten Jahren hat sich dieser Anteil oberhalb von 40 Prozent etabliert. Ob sich die Gesundheit und der Entwicklungsstand der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden, wird in den einzelnen folgenden Kapiteln untersucht.

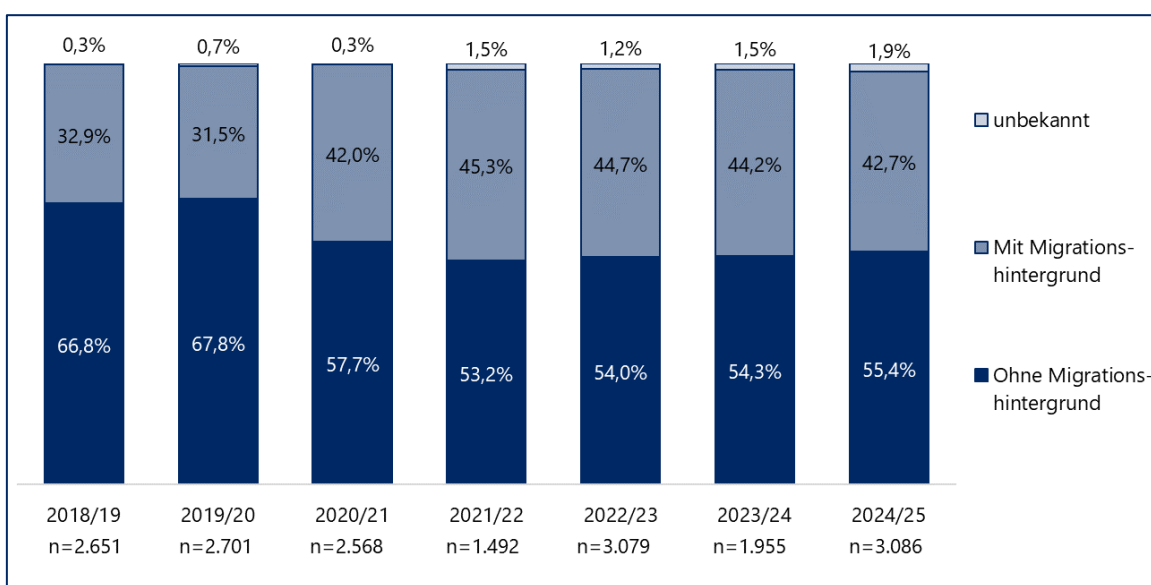


Abbildung 5: Untersuchte Kinder nach Migrationshintergrund

Für alle sieben Untersuchungsjahrgänge zusammen wurde bei insgesamt 7.038 Kindern ein Migrationshintergrund vermerkt, das sind 40,1 % aller untersuchten Kinder. In den einzelnen Städten und Gemeinden ist der Migrationsanteil unterschiedlich groß. Vor allem in eher ländlicheren Gemeinden sind die Migrationsanteile etwas geringer, während sie insbesondere in städtisch geprägten Kommunen höher liegen. Die Durchschnittswerte der einzelnen Städte und Gemeinden für den Migrationshintergrund in den Jahrgängen 2018/2019 bis 2024/2025 liegen zwischen 20,2 % und 48,0 %.

2. Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen

Aus der Vielzahl von durchgeführten Tests und erfolgten Angaben zur Anamnese während der Einschulungsuntersuchung kann hier nur ein Teil ausgewertet werden. Ausgewählt wurden im Bereich der körperlichen Merkmale die bereits bekannten Förderbedarfe, das Körpergewicht, sowie das Seh- und Hörvermögen. Beim Entwicklungsstand werden die Wahrnehmung und Informationsverarbeitung, die Körperkoordination und die Sprachfertigkeit näher betrachtet. Ein Kapitel befasst sich mit dem Einfluss des Besuchs einer Kindertagesstätte auf die Untersuchungsergebnisse zu den vorgenannten Parametern. Auch die ausgesprochenen Schulempfehlungen und weitere empfohlene Maßnahmen werden ausgewertet.



2.1. Bekannte Förderbedarfe

Bei einigen Kindern wird während der Einschulungsuntersuchung erkannt, dass für ihre Entwicklung ein Förderbedarf oder ein Hinweis auf eine Erkrankung besteht. Für viele Kinder ist aber schon vor der Einschulungsuntersuchung bekannt, dass sie einen Förderbedarf haben. So wird beispielsweise im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) festgestellt, ob sich das Kind altersgemäß entwickelt. Ist dies nicht der Fall können frühzeitig Maßnahmen ergriffen werden, um das Kind in seiner Entwicklung zu fördern. Bei der Einschulungsuntersuchung geben die Eltern an, ob und wenn ja welche Frühförderung das Kind erhalten hat.

Das freiwillige Angebot einer Frühförderung steht per Gesetz Kindern im Vorschulalter zu, die eine Behinderung haben oder von einer Behinderung bedroht sind. Dies schließt auch Entwicklungsbeeinträchtigungen und Verhaltens- und sozialemotionale Störungen mit ein. In Zusammenarbeit mit den Eltern, der Kinderarztpraxis und weiteren Kooperationspartnern soll eine individuelle Frühförderung den betroffenen Kindern dabei helfen, ihre Fähigkeiten und Potenziale zu entfalten und an ihrer Lebenswelt teilzuhaben. Entsprechend dem individuellen Förderbedarf der Kinder kann eine Förderung unterschiedliche Schwerpunkte haben. Häufig sind auf medizinisch-therapeutischer Ebene Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie in die Frühförderung eingebunden. Durch die Physiotherapie soll die motorische Entwicklung der Kinder gefördert und die Bewegungsmöglichkeiten im Alltag erleichtert werden. Die Ergotherapie fördert die Handlungskompetenzen der Kinder zur Alltagsbewältigung durch sensomotorische, emotionale und soziale Erfahrungen. Die Sprachtherapie fördert die Ausdrucksmöglichkeiten der Kinder und unterstützt sie bei ihrer Kommunikationsbereitschaft und kommunikativen Kompetenz (vgl. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration 2014, S. 6ff).

Laut der hessischen Vereinbarung zur Integration von Kindern mit Behinderung vom vollendeten ersten Lebensjahr bis Schuleintritt in Tageseinrichtungen für Kinder vom 1. August 2014 steht ein Integrationsplatz in einer Kindertagesstätte mit der Vollendung des ersten Lebensjahres allen Kindern zu, die eine Behinderung haben oder von einer Behinderung bedroht sind. Ein wichtiges Ziel ist es hierbei, Kinder mit Behinderung ganzheitlich zu fördern und in die Gesellschaft einzugliedern. In den hier betrachteten sieben Untersuchungsjahrgängen hatten insgesamt 677 der untersuchten Kinder einen solchen Integrationsplatz im Kindergarten. Dies entspricht einem Anteil von 3,8 % aller Kinder. Da die Angabe des Integrationsplatzes freiwillig ist, kann der tatsächliche Anteil hiervon abweichen.

Von allen in den Jahren 2018/2019 bis 2024/2025 untersuchten Kinder haben 3.466 eine Angabe zu mindestens einer erfolgten Art der Frühförderung. Das ist mit einem Anteil von 19,8 % rund jedes fünfte Kind. In den einzelnen Jahren liegt dieser Anteil zwischen 15,8 % und 23,5 % der Kinder. Der höchste Anteil liegt dabei im Schuljahr 2018/2019 vor, in den letzten Jahren sind die Anteile etwas geringer.

Der Datensatz enthält Angaben dazu, ob das Kind bereits in einer Frühberatungsstelle für entwicklungsgefährdete Kinder betreut/behandelt wird und zu den speziellen Frühförderungen durch Ergotherapie, logopädischer Sprachtherapie und Physiotherapie. Von den Kindern mit Angaben zu einer erfolgten Frühförderung wurden 2.623 Kinder nur in einer Förderart unterstützt. Für 526 Kinder sind zwei Förderarten angegeben, für 251 Kinder sind es drei Förderarten und einen Eintrag in gleich allen vier Förderkategorien des Datensatzes haben 66 Kinder. Am häufigsten ist dabei die Kombination aus Logopädie und Ergotherapie.

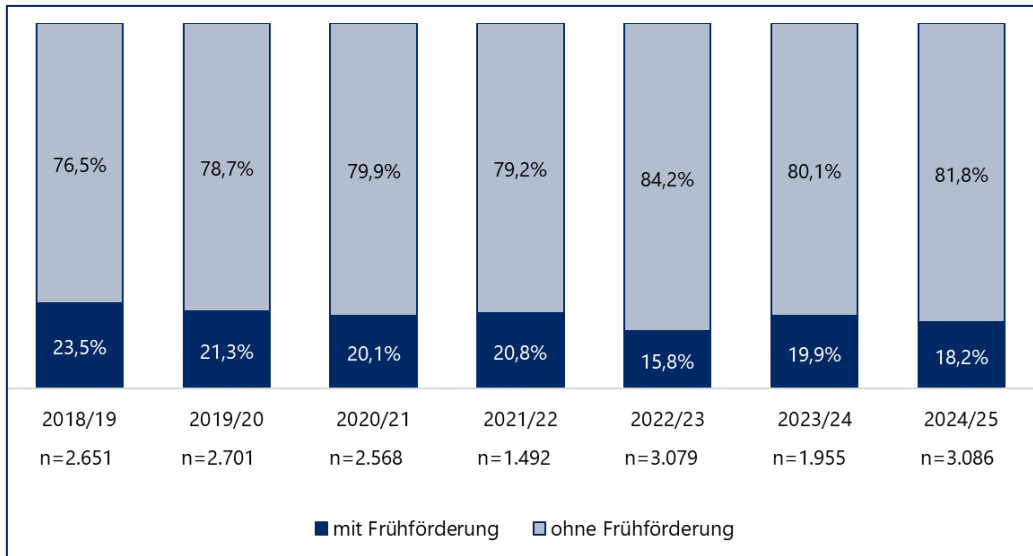


Abbildung 6: Angaben zu bereits erfolgter Frühförderung

Ein besonders großer Teil der untersuchten Kinder wird in allen Jahrgängen bereits durch eine Sprachtherapie gefördert. Im Durchschnitt der sieben betrachteten Jahre erhielten 15,3 % aller Kinder bereits vor ihrer Einschulung eine solche logopädische Unterstützung. In den einzelnen Jahren ist dies jeweils die häufigste Art der Frühförderung mit Anteilen von 12,3 % bis 18,0 % aller Kinder. Am zweithäufigsten ist in allen Jahren eine Förderung durch Ergotherapie. In den einzelnen Jahren wurden zwischen 4,8 % und 7,4 % der untersuchten Kinder bereits ergotherapeutisch unterstützt. Im Durchschnitt aller sieben Jahre erhielten 5,8 % aller Kinder schon vor ihrer Einschulungsuntersuchung eine ergotherapeutische Förderung. Am dritthäufigsten sind Förderungen durch Physiotherapie angegeben, insgesamt erhielten 3,0 % aller untersuchten Kinder eine physiotherapeutische Frühförderung, in den einzelnen Jahrgängen liegen die Anteile zwischen 1,7 % und 4,2 %.

Tabelle 4: Einträge zu erfolgten Frühförderungen nach Förderart (inklusive Mehrfachnennungen) und Integrationsplätze in Kindertagesstätten

	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25
Durch Frühberatungsstelle betreut	58	53	79	63	53	55	94
Ergotherapie	162	155	177	111	152	119	149
Sprachtherapie	477	424	379	248	380	318	463
Physiotherapie	113	107	109	47	55	33	59
Integrationsplatz	104	94	110	88	96	84	101

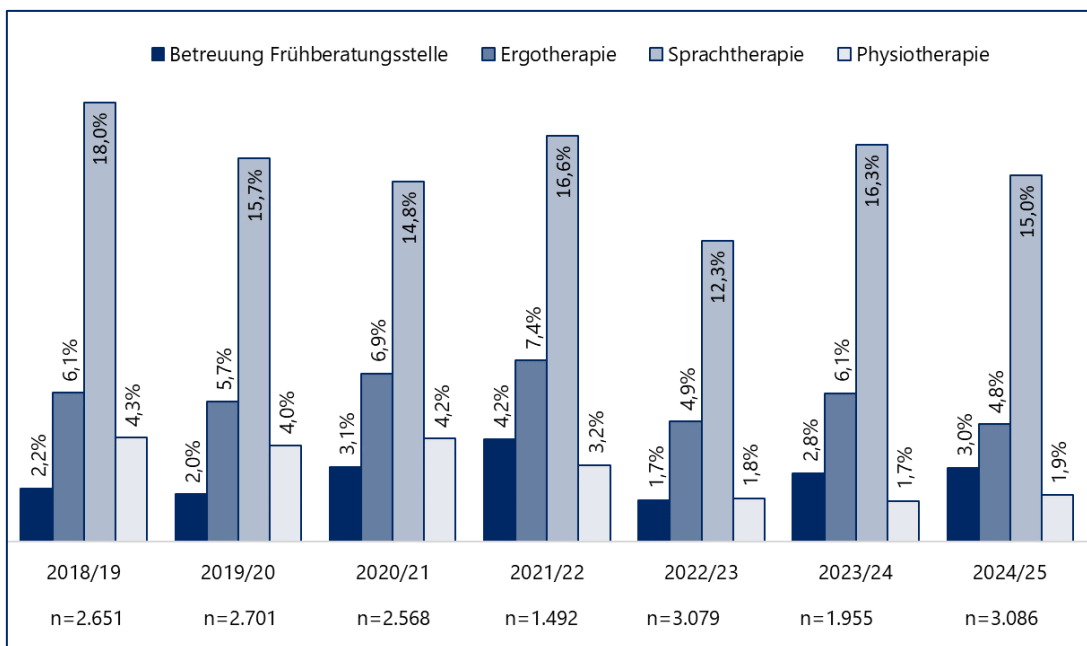


Abbildung 7: Anteil der verschiedenen Frühförderungen an allen untersuchten Kindern

Einen eindeutigen Unterschied gibt es in der Häufigkeit der Frühförderungen bei Mädchen und Jungen. Von allen in den sieben Jahren vermerkten 3.466 Kindern mit einer Frühförderung sind fast zwei Drittel Jungen. Im Durchschnitt der sieben Jahrgänge haben 24,7 % der Jungen bereits eine Frühförderung erhalten, das entspricht jedem vierten Jungen. Bei den Mädchen liegt der Anteil der Frühförderungen mit 14,5 % deutlich niedriger. Der deutlich höhere Anteil der Jungen mit Frühförderung zeigt sich auch in jedem einzelnen Jahrgang. In den einzelnen Jahren haben zwischen 21,8 % und 28,3 % der Jungen bereits eine Frühförderung erhalten, bei den Mädchen liegen die Anteile in den einzelnen Jahrgängen zwischen 9,3 % und 18,3 %.

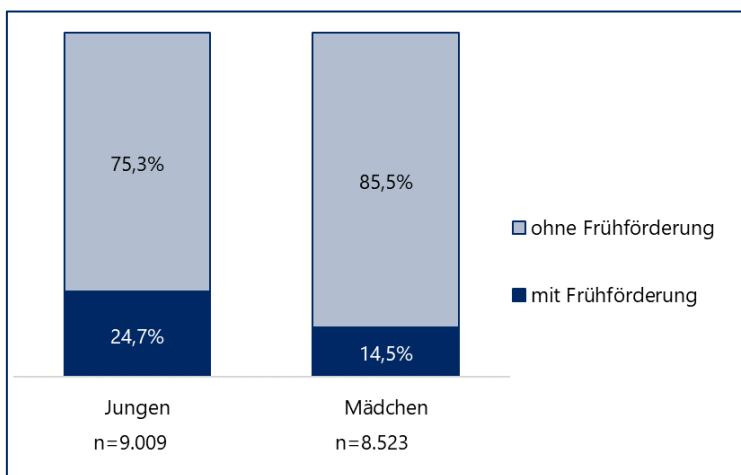


Abbildung 8: Frühförderung nach Geschlecht 2018/19 bis 2024/25

Auch für das Merkmal des Migrationshintergrundes ist ein Unterschied bei der Frühförderung sichtbar. Im Durchschnitt der sieben Jahre haben 22,0 % der Kinder ohne Migrationshintergrund eine Frühförderung erhalten. Bei den Kindern mit Migrationshintergrund liegt dieser Anteil mit nur 16,5% deutlich niedriger. In den einzelnen Jahrgängen haben Kinder ohne Migrationshintergrund zu 17,0 % bis 26,7 % eine Frühförderung erhalten, bei Kindern mit Migrationshintergrund liegen die Anteile in den einzelnen Jahrgängen zwischen 14,5 % und 18,8 %. In jedem einzelnen Jahr liegt der



Anteil der Frühförderungen bei den Kindern mit Migrationshintergrund niedriger als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund.

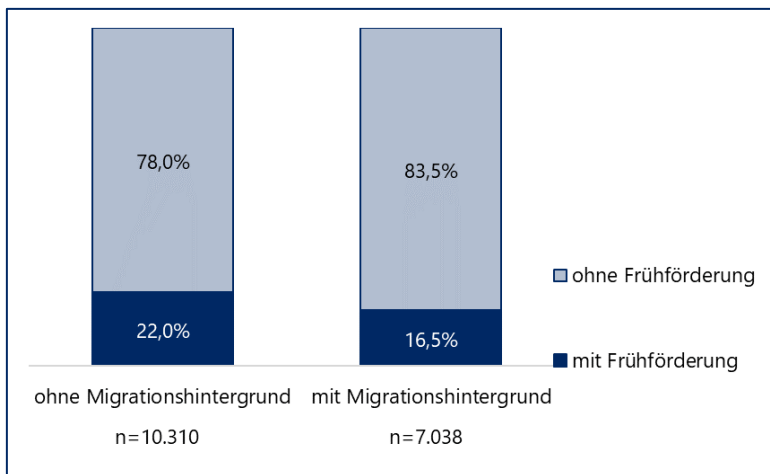


Abbildung 9: Frühförderung nach Migrationshintergrund 2018/19 bis 2024/25

2.2. Vorsorgeuntersuchungen und Impfstatus

Der Impfstatus der Kinder und die Information, ob die Vorsorgeuntersuchungen vollständig durchgeführt wurden, geben einen Hinweis darauf, welchen Stellenwert die Gesundheitsvorsorge für die Familien im Landkreis hat.

Die Kindervorsorgeuntersuchungen dienen der Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die die Entwicklung des Kindes in körperlicher, geistiger oder sozialer Hinsicht gefährden. In Hessen sind diese U-Untersuchungen bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres laut Hessischem Kindergesundheitsschutz-Gesetz verpflichtend. Vorgenommen werden diese Vorsorgeuntersuchungen in Kinderarztpraxen. Die Kosten hierfür werden für gesetzlich versicherte Kinder von den Krankenkassen übernommen (vgl. www.verwaltungsportal.hessen.de/leistung?leistung_id=L100001_9844150).

Folgende Vorsorgeuntersuchungen sind gesetzlich vorgeschrieben:

- U1 Unmittelbar nach der Geburt
- U2 3.-10. Lebenstag
- U3 4.-5. Lebenswoche
- U4 3.-4. Lebensmonat
- U5 6.-7. Lebensmonat
- U6 10.-12. Lebensmonat
- U7 21.-24. Lebensmonat
- U7a 34.-36. Lebensmonat
- U8 46.-48. Lebensmonat
- U9 60.-64. Lebensmonat

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung soll von den Eltern das Kinderuntersuchungsheft vorgelegt werden, in dem die Teilnahme an den Untersuchungen dokumentiert wird. Die Vorlage erfolgt auf freiwilliger Basis. Es wird festgestellt ob alle erforderlichen Untersuchungen durchgeführt wurden beziehungsweise, falls dies nicht der Fall ist, welche Untersuchungen durchgeführt wurden.



Hierbei ist anzumerken, dass Kinder, die noch nicht seit ihrer Geburt in Deutschland leben, kein vollständiges Untersuchungsheft haben können, da mehrere der Untersuchung bereits in den ersten Lebenswochen stattfinden. Da im Datensatz aber nicht ersichtlich ist, ob die Kinder in Deutschland oder im Ausland geboren wurden, kann ein entsprechender Zusammenhang nicht hergestellt werden. Die hier aufgeführten Ergebnisse sind daher vor diesem Hintergrund zu betrachten.

Einige Kinder haben bei der Untersuchung noch nicht den 64. Lebensmonat vollendet, daher kann eine fehlende U9 auch noch nach dem Termin der Einschulungsuntersuchung erfolgt sein. Daher soll vor allem das Vorhandensein der U8 als Hinweis darauf dienen, ob die Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen wurden. Alle in der Einschulungsuntersuchung untersuchten Kinder haben das entsprechende Alter für die U8 vollendet.

Im Durchschnitt der sieben hier betrachteten Jahre wurde für 92,3 % aller zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Kinder ein Vorsorgeheft vorgelegt. Der Anteil der Kinder für die ein Vorsorgeheft vorgelegt wurde ist dabei in den einzelnen Jahrgängen recht ähnlich und liegt zwischen 91,1 % und 93,3 %. Die Grundgesamtheit bei der folgenden prozentualen Betrachtung bezieht sich auf alle Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft.

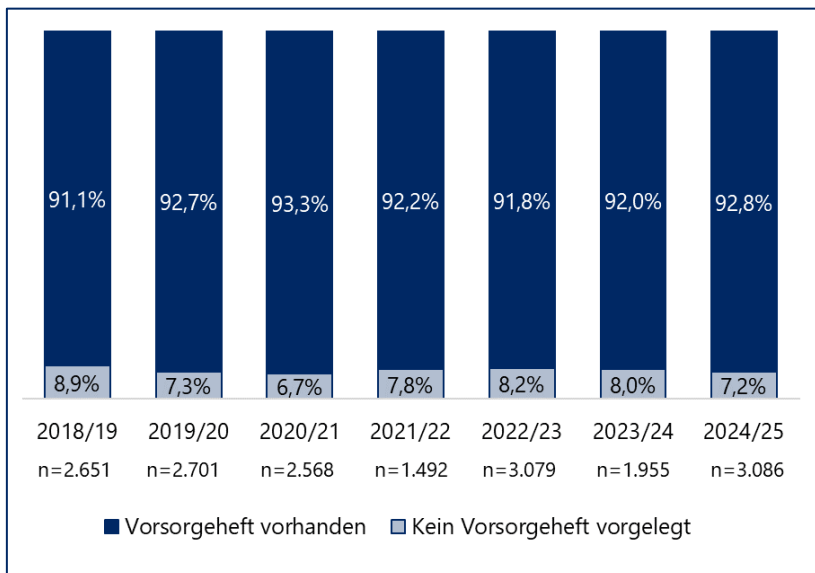


Abbildung 10: Anteil der Kinder mit und ohne vorgelegtes Vorsorgeheft

Von den Kindern, für die ein Vorsorgeheft vorgelegt wurde, hat eine große Mehrheit an allen Untersuchungen von der U2 bis zur U9 teilgenommen. Im Durchschnitt aller sieben Jahre liegt der Anteil der Kinder mit vollständigen Vorsorgeuntersuchungen bei 88,6 %. In den einzelnen Jahren schwankt dieser Anteil zwischen 86,4 % und 90,3 %, wobei kein Trend zu erkennen ist.



Tabelle 5: Durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen in den einzelnen Untersuchungsjahrgängen

	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25
Kein Vorsorgeheft vorgelegt	237 8,9 %	198 7,3 %	171 6,7 %	117 7,8 %	252 8,2 %	156 8,0 %	221 7,2 %
Vorsorgeheft vorhanden	2.414 91,1 %	2.503 92,7 %	2.397 93,3 %	1.375 92,2 %	2.827 91,8 %	1.799 92,0 %	2.865 92,8 %
U2 bis U9 komplett durchgeführt	2.170 89,9 %	2.260 90,3 %	2.125 88,7 %	1.199 87,2 %	2.455 86,8 %	1.554 86,4 %	2.575 89,9 %
Inkomplett, aber U8 durchgeführt	188 7,8 %	187 7,5 %	200 8,3 %	132 9,6 %	278 9,8 %	194 10,8 %	200 7,0 %
Inkomplett, U8 fehlt, U9 vorhanden	42 1,7 %	45 1,8 %	56 2,3 %	30 2,2 %	61 2,2 %	34 1,9 %	70 2,4 %
Inkomplett, U8 und U9 fehlen	14 0,6 %	11 0,4 %	16 0,7 %	14 1,0 %	33 1,2 %	17 0,9 %	20 0,7 %

Unter den insgesamt 1.842 Kindern mit inkomplettem Vorsorgestatus sind besonders viele Kinder mit Migrationshintergrund, ihr Anteil liegt hier bei 70 Prozent. Anhand der individuellen Einträge lässt sich erkennen, dass bei vielen dieser Kinder offenbar ein Zuzug aus dem Ausland erfolgte, da die frühen U-Untersuchungen als nicht erfolgt eingetragen sind und später die erforderlichen Untersuchungen fortlaufend durchgeführt wurden. Es gibt allerdings, unabhängig vom Migrationshintergrund, auch Kinder, bei denen die U-Untersuchungen lückenhaft durchgeführt wurden.

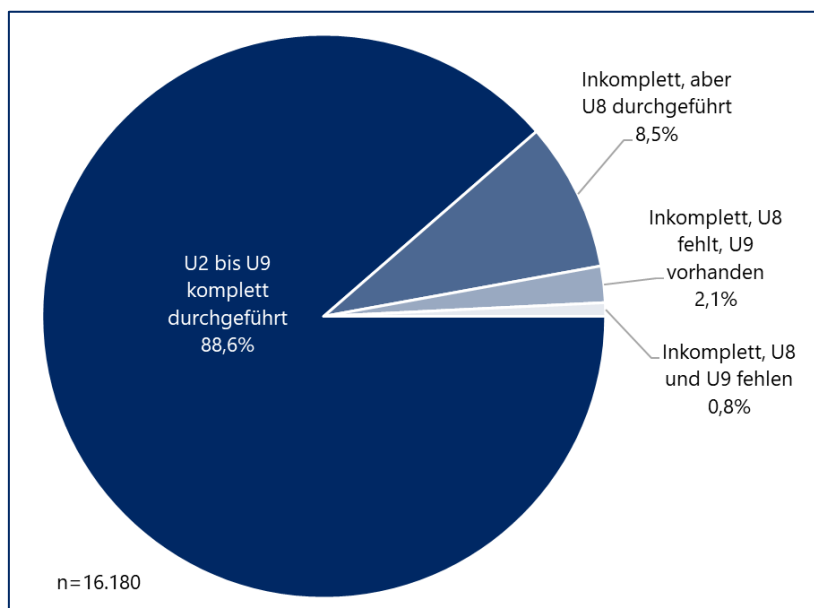


Abbildung 11: Durchgeführte U-Untersuchungen bei Kindern mit vorgelegtem Vorsorgeheft 2018/2019 bis 2024/2025



Bei 8,5 % der Kinder sind die Vorsorgeuntersuchungen zwar nicht komplett, aber die U8 wurde durchgeführt und bei 2,1 % der Kinder fehlt zwar die U8, aber die U9 ist vorhanden. Somit haben fast alle Kinder an der im Alter von knapp vier Jahren durchzuführenden U8 oder an der mit fünf Jahren durchzuführenden U9 teilgenommen. Nur für 0,8 % der Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft wurde festgestellt, dass sowohl die U8 als auch die U9 nicht stattgefunden haben.

Zwischen den Geschlechtern gibt es bei der Vollständigkeit der U-Untersuchungen nur einen geringfügigen Unterschied. Von den Mädchen, für die ein Vorsorgeheft vorgelegt wurde, haben 88,3 % an allen Untersuchungen teilgenommen, bei den Jungen sind es 88,9 %.

Einen deutlichen Unterschied gibt es allerdings beim Migrationshintergrund der Kinder. Während 94,7 % der Kinder ohne Migrationshintergrund und mit vorgelegtem Vorsorgeheft einen kompletten Vorsorgestatus haben, ist dies bei den Kindern mit Migrationshintergrund nur zu 78,4 % der Fall. Hier ist wieder zu berücksichtigen, wie bereits oben beschrieben, dass Kinder, die noch nicht seit ihrer Geburt in Deutschland leben, kein vollständiges Untersuchungsheft haben können, da mehrere der Untersuchungen bereits in den ersten Lebenswochen stattfinden.

In den einzelnen Städten und Gemeinden gibt es nur geringe Unterschiede in der Vollständigkeit der Vorsorgeuntersuchungen. Einen vollständigen Vorsorgestatus haben in allen Städten und Gemeinden mindestens 85 % der Kinder, für die ein Vorsorgeheft vorgelegt wurde. Die U8 ist in den einzelnen Städten und Gemeinden bei 95,5 % bis 98,6 % der Kinder eingetragen.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil in der Gesundheitsvorsorge der Kinder sind Impfungen. Sie helfen einerseits dabei die Kinder selbst vor ansteckenden Krankheiten zu schützen, sie tragen aber auch dazu bei, dass andere Menschen durch die sogenannte Herdenimmunität mitgeschützt werden. Welche Impfungen empfohlen werden und wie viele Impfungen bis zum vollständigen Impfschutz erforderlich sind wird in Deutschland durch die Ständige Impfkommission (STIKO) festgelegt. Bei der Einschulungsuntersuchung wird der Impfausweis auf die Vollständigkeit des Impfschutzes hin überprüft.

Einige Impfungen mit besonders hoher Relevanz werden im Folgenden gesondert betrachtet. Hierzu zählt der in der Regel als Kombinationsimpfung mit einem Sechsfach-Impfstoff verabreichte Schutz vor Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b und Hepatitis B. Laut STIKO sind für eine vollständige Grundimmunisierung drei Impfungen erforderlich, die üblicherweise innerhalb des ersten Lebensjahres erfolgen. Weiterhin sollte eine Impfung gegen Mumps, Masern und Röteln vorgenommen werden. Diese wird als dreifach-Impfstoff (MMR) oder als Vierfach-Impfstoff zusätzlich mit einem Schutz gegen Windpocken (MMRV) verabreicht. Erforderlich sind für den Impfschutz zwei Impfungen, die gegen Ende des ersten Lebensjahres und im zweiten Lebensjahr vorgenommen werden sollten (vgl. www.infektionsschutz.de/impfen/fuer-kinder-0-12-jahre/).

In der Auswertung wird als Indikator für den Sechsfach-Impfstoff die erfolgte Impfung gegen Poliomyelitis (vollständige Grundimmunisierung bei dreimaliger Impfung) verwendet. Da in Deutschland in letzter Zeit vermehrt Polioviren (Auslöser der Kinderlähmung) im Abwasser nachgewiesen wurden, ist der Impfschutz vor Kinderlähmung von besonderem Interesse.

Für Masern besteht seit dem Jahr 2020 eine Impfpflicht für Kinder in Schulen und Kindertagesstätten. Durch die Betrachtung der hier ausgewerteten Zeitreihe können erste Rückschlüsse gezogen werden, ob die Impfpflicht sich positiv auf die Anzahl der gegen Masern geimpften Kinder auswirkt.

Da der Landkreis Darmstadt-Dieburg im Risikogebiet für die von Zecken übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) liegt, soll außerdem betrachtet werden, wie hoch der Anteil der gegen FSME geimpften Kinder ist. Die STIKO empfiehlt für in Risikogebieten lebende Kinder eine FSME-



Impfung ab dem Alter von einem Jahr. Für eine vollständige Grundimmunisierung sind drei Impfstoffdosen erforderlich.

Die Vorlage des Impfausweises erfolgt auf freiwilliger Basis. Die Vollständigkeit des Impfschutzes kann hier daher nur für jene Kinder festgestellt werden, für die auch ein Impfnachweis vorlag. Für 16.614 aller in den Jahrgängen 2018/2019 bis 2024/2025 untersuchten Kinder wurde ein Impfausweis vorgelegt, dies entspricht einem Anteil von 97,4 %. In den einzelnen Jahren wurden für 92,5 % bis 96,6 % der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung ein Impfausweis vorgelegt. Der Impfstatus wird hier anhand der Kinder mit vorgelegtem Nachweis berechnet. Es handelt sich damit um den maximal anzunehmenden Durchimpfungsgrad.

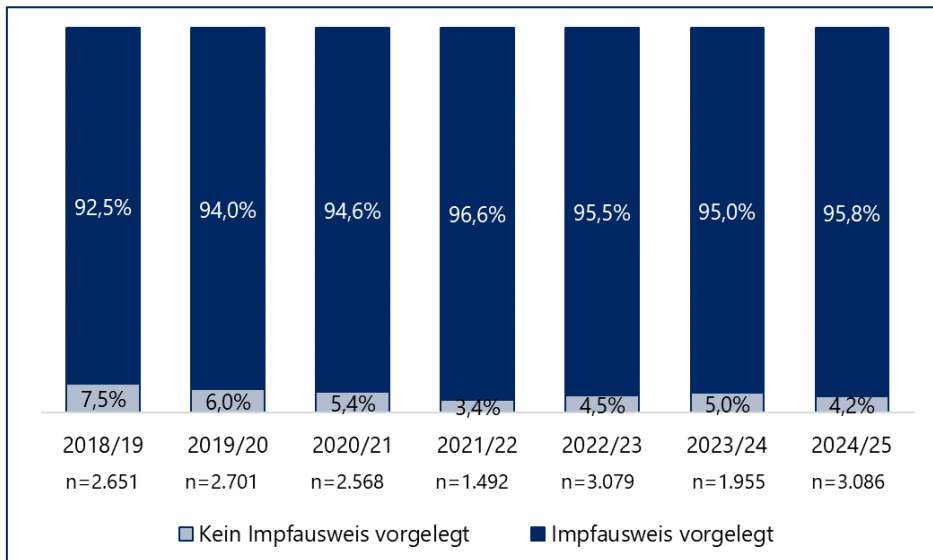


Abbildung 12: Anteil der Kinder mit und ohne vorgelegten Impfausweis

Für die Feststellung der vollständigen Grundimmunisierung wird für die Auswertung die Anzahl der im Datensatz vermerkten Impfungen mit dem Impfkalender des Robert-Koch-Instituts abgeglichen. Hierbei wird die erforderliche Anzahl der Impfungen für die Grundimmunisierung im Kleinkindalter verwendet. Für einige Impfungen, darunter die in der Sechsfachimpfung enthaltene Immunisierung gegen Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten, ist bereits im Alter von fünf bis sechs Jahren die erste Auffrischung notwendig. Da aber ein Teil der Kinder im Datensatz noch jünger als sechs Jahre ist, wird hier der Stand der Grundimmunisierung ausgewertet.

Für die Polio-Impfung und damit auch für die anderen im Sechsfach-Impfstoff enthaltenen Erkrankungen ist allgemein eine gute Impfquote festzustellen. Von den in den sieben Jahren untersuchten Kindern mit vorgelegtem Impfausweis sind 95,0 % vollständig gegen Poliomyelitis grundimmunisiert. In den einzelnen Jahren liegen die Anteile ähnlich hoch und bewegen sich zwischen 94,5 % und 96,5 %. Im Jahr 2021/2022 mit einem etwas geringeren Wert von 89,7 % gegen Poliomyelitis geimpften Kindern konnte coronabedingt nur ein Teil der Kinder an der Einschulungsuntersuchung teilnehmen, was zu statistischen Abweichungen führt.

Auch bei der Masern-Impfung ist eine gute Impfquote festzustellen. Von allen Kindern mit vorgelegtem Impfausweis haben im Durchschnitt der sieben Jahre 95,6 % eine vollständige Grundimmunisierung gegen Masern. Schon 2018/2019 lag die Quote bei 94,0 %, in den Folgejahren ist sie aber weiter angestiegen auf bis zu 97,4 % im Jahr 2024/2025.

Für die Impfung gegen FSME zeigt sich, obwohl der Landkreis Darmstadt-Dieburg als Risikogebiet eingestuft ist, ein deutlich geringerer Anteil an Kindern mit vollständiger Grundimmunisierung als für die meisten anderen Impfungen. Im Durchschnitt aller sieben betrachteten Untersuchungsjahre



sind mit 49,2 % etwas weniger als die Hälfte der Kinder vollständig gegen FSME geimpft. Da es keine spezifische Behandlung für eine FSME gibt, ist die Impfung eine wichtige Schutzmaßnahme. Innerhalb der hier betrachteten Zeitreihe lässt sich allerdings eine leichte Tendenz zu einem steigenden Anteil an gegen FSME geimpften Kindern erkennen. Lagen die Anteile 2018/2019 und 2019/2020 noch unter 48 %, können für die letzten drei Jahren jeweils Anteile von über 50 % festgestellt werden.

Tabelle 6: Impfstatus ausgewählter Impfungen in den einzelnen Untersuchungsjahrgängen

	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25
Kein Impfausweis vorgelegt	198 7,5 %	163 6,0 %	138 5,4 %	50 3,4 %	139 4,5 %	98 5,0 %	131 4,2 %
Impfausweis vorgelegt	2.453 92,5 %	2.538 94,0 %	2.429 94,6 %	1.442 96,6 %	2.940 95,5 %	1.857 95,0 %	2.955 95,8 %
Polio-Impfschutz vollständig (3)	2.367 96,5 %	2.439 96,1 %	2.332 96,0 %	1.294 89,7 %	2.792 95,0 %	1.770 95,3 %	2.792 94,5 %
Masern-Impfschutz vollständig (2)	2.307 94,0 %	2.394 94,3 %	2.263 93,2 %	1.377 95,5 %	2.828 96,2 %	1.807 97,3 %	2.879 97,4 %
FSME-Impfschutz vollständig (3)	1.129 46,0 %	1.208 47,6 %	1.133 50,8 %	707 49,0 %	1.556 52,9 %	933 50,2 %	1.508 51,0 %

Für die übrigen Impfungen liegen im Durchschnitt der sieben hier betrachteten Untersuchungsjahrgänge verschiedene gute Impfquoten vor. Erwartungsgemäß sind sie bei jenen im sechsfach-Kombinations-Impfstoff besonders hoch. Bei den Impfungen für die eine Einzelentscheidung erforderlich ist, liegen die Impfquoten eher niedriger. In der folgenden Tabelle sind einige der im Rahmen der Einschulungsuntersuchung eingetragenen Impfungen aufgeführt. Betrachtet wird der gesamte Untersuchungszeitraum für die sieben Jahre 2018/2019 bis 2024/2025. Die prozentualen Anteile richten sich nach der Zahl der Kinder für die ein Impfausweis vorgelegt wurde. Hinter den einzelnen Impfungen ist die Anzahl der laut RKI notwendigen Impfdosen für die Grundimmunisierung in Klammern vermerkt.



Tabelle 7: Grundimmunisierung gegen wichtige Infektionskrankheiten 2018/2019 bis 2024/2025

	Grundimmunisierung vollständig		Teilgeimpft	
Tetanus (3) (Wundstarrkrampf)	15.898	(95,7 %)	306	(1,8 %)
Diphtherie (3)	15.869	(95,5 %)	304	(1,8 %)
Pertussis (3) (Keuchhusten)	15.808	(95,1 %)	284	(1,7 %)
Poliomyelitis (3) (Kinderlähmung)	15.786	(95,0 %)	312	(1,9 %)
Hib (3) (Haemophilus influenzae B)	15.529	(93,5 %)	283	(1,7 %)
HBV (3) (Hepatitis B Virus)	15.266	(91,9 %)	286	(1,7 %)
HAV (2) (Hepatitis A Virus)	466	(2,8 %)	239	(1,4 %)
Mumps/Masern/Röteln (2)	15.877	(95,6 %)	462	(2,8 %)
Varizellen (2) (Windpocken)	14.816	(89,2 %)	430	(2,6 %)
FSME (3) (Frühsommer- Meningoenzephalitis)	8.174	(49,2 %)	1.744	(10,5 %)
Rotaviren (2) (Darminfektion)	7.580	(45,6 %)	287	(1,7 %)
Meningokokken C (1)	15.216	(91,6 %)	-	-
Pneumokokken (3)	13.844	(83,3 %)	1.054	(6,3 %)

Bei der Impfung gegen Poliomyelitis ist kein Unterschied zwischen den Geschlechtern festzustellen. Im betrachteten Zeitraum sind von den Jungen und von den Mädchen jeweils 95,0 % vollständig gegen Poliomyelitis grundimmunisiert. Bei der Masern-Impfung ist die Grundimmunisierung im Durchschnitt aller sieben Jahrgänge bei den Jungen mit 95,9 % geringfügig höher als bei den Mädchen mit 95,2 %. Ein leichter Unterschied zeigt sich bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Die Kinder mit Migrationshintergrund sind gegen Masern zu 94,8 % und gegen Poliomyelitis zu 92,2 % vollständig grundimmunisiert. Für Kinder ohne Migrationshintergrund liegen die Anteile jeweils etwas höher: für vollständige Masernimpfungen bei 96,1 % und für Polioimpfungen bei 96,8 %.

In den einzelnen Städten und Gemeinden gibt es nur geringe Unterschiede beim Impfstatus der Kinder. Von allen Kindern, für die ein Impfausweis vorgelegt wurde, sind in den einzelnen Städten und Gemeinden zwischen 93,2 % und 97,1 % gegen Poliomyelitis und zwischen 93,1 % bis 97,6 % gegen Masern vollständig grundimmunisiert.



2.3. Gewicht

Übergewicht erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und auch für Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Ernährungswissenschaftliche Forschungen haben ergeben, dass bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen eine Reduktion des Gewichts häufig keinen dauerhaften Erfolg hat und sie oftmals auch im Erwachsenenalter übergewichtig bleiben. Es ist daher besonders wichtig, dass bereits bei Kleinkindern auf gesunde Ernährung und genügend Bewegung geachtet wird, um die Entstehung von Übergewicht und Adipositas von vornherein zu verhindern (vgl. Stadt Kassel und Gesundheitsamt Region Kassel 2018, S. 47 und 101f).

Zusätzlich zu den körperlichen Folgen von Übergewicht kann dieses auch Auswirkungen auf die seelische Gesundheit eines Kindes haben. Psychische Probleme, die sich beispielsweise durch depressive Symptome, Angststörungen und Verhaltensauffälligkeiten zeigen, treten bei übergewichtigen Kindern deutlich öfter auf als bei gleichaltrigen Kindern mit Normalgewicht. Eine wichtige Rolle bei den seelischen Belastungen übergewichtiger Kinder spielen häufig soziale Ausgrenzung und Mobbing (vgl. www.kindergesundheit.de/Info/Newsletter/_docs/NL_01_26_Uebergewicht.pdf).

Häufige Ursachen für Übergewicht sind falsche Ernährungsgewohnheiten, zu wenig körperliche Aktivität, genetische Veranlagung, aber auch die frühkindliche Prägung sowie soziodemografische und psychosoziale Faktoren. Nur selten ist eine Primärerkrankung die Ursache für das Übergewicht. Ursachen für Untergewicht können genetische Veranlagung, Essstörungen, körperliche Ursachen oder psychosoziale Belastungen sein. Starkes Untergewicht kann auch weitere gesundheitliche Probleme wie eine erhöhte Infektanfälligkeit, eine geringe körperliche Belastbarkeit oder auch psychosoziale Schwierigkeiten mit sich bringen (vgl. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2018, S. 35).

Wie in Kapitel 1.3. bereits beschrieben, wird für die Analyse der Daten der errechnete BMI alters- und geschlechtsspezifisch eingeordnet in die vier Gruppen Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas (starkes Übergewicht). Für insgesamt 17.224 Kinder (98,2 %) sind im Datensatz Angaben zu Größe und Gewicht vorhanden, sodass der BMI bestimmt werden kann. Die im Folgenden angegebenen Prozentwerte beziehen sich jeweils nur auf diese Grundgesamtheit.

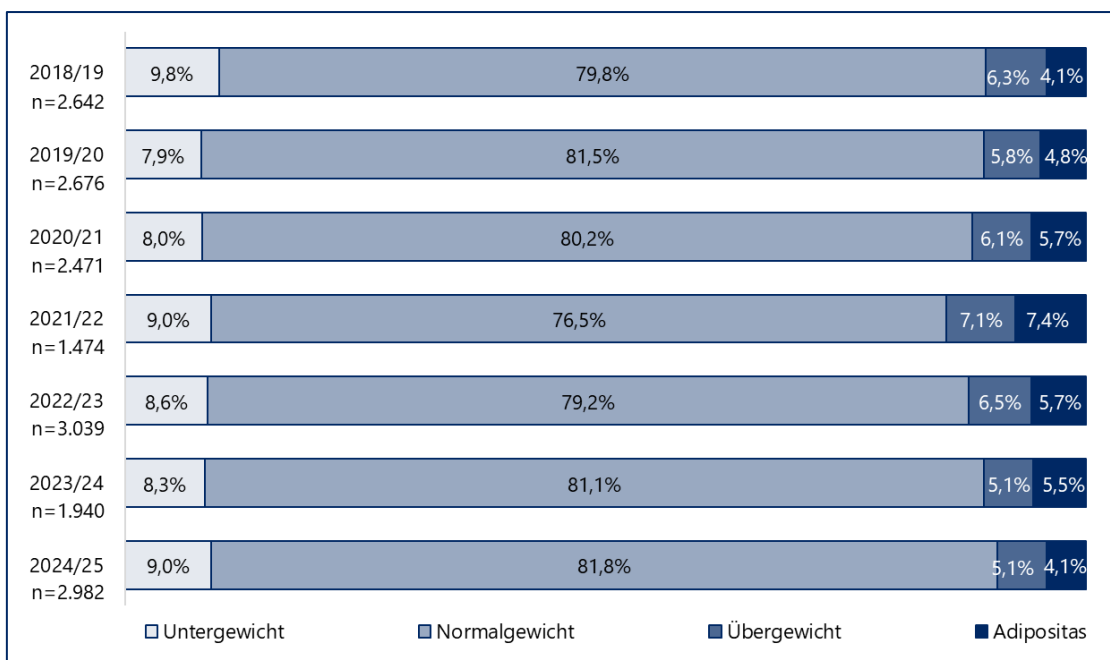


Abbildung 13: : Anteile der Kinder in den verschiedenen Gewichtskategorien



Im gesamten Zeitraum der Jahrgänge 2018/2019 bis 2024/2025 sind 80,2 % der Kinder, für die ein BMI berechnet werden konnte, normalgewichtig. In den einzelnen Jahren variieren die Anteile des Normalgewichts zwischen 76,5 % und 81,8 %. Untergewichtig sind in den einzelnen Jahren zwischen 7,9 % und 9,8 % der Kinder, im Durchschnitt aller sieben Jahre liegt der Anteil untergewichtiger Kinder bei 8,7 %. Etwas höher ist der Anteil der Kinder, die einen BMI oberhalb des Normalgewichts haben. Im Durchschnitt der sieben Jahre sind 11,1 % der Kinder übergewichtig oder sogar adipös, also stark übergewichtig. In den einzelnen Jahrgängen trifft dies auf 9,2 % bis 14,5 % der Kinder zu.

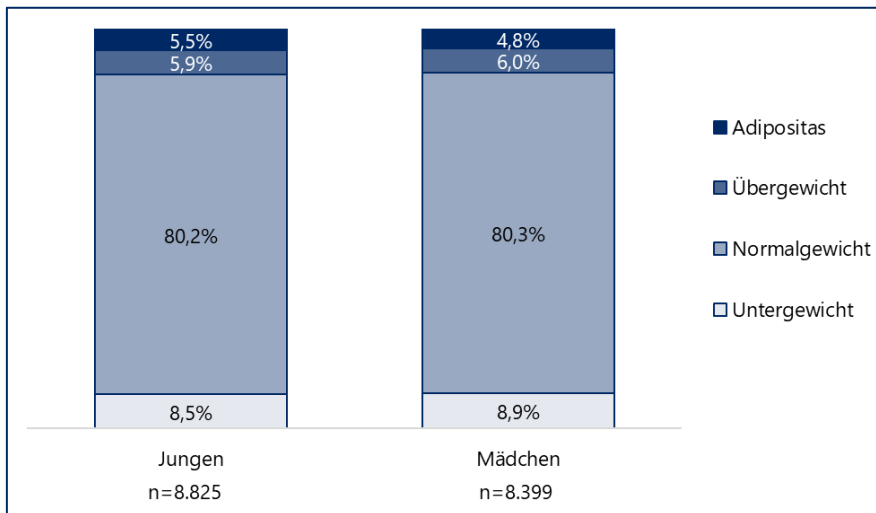


Abbildung 14: Gewichtskategorien nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025

Die Einordnung des BMI in die Gewichtskategorien zeigt nur einen geringen Unterschied zwischen Mädchen und Jungen. Die Anteile normalgewichtiger Kinder sind bei Jungen (80,2 %) und bei Mädchen (80,3 %) nahezu gleich groß. Das Gleiche gilt für Übergewicht mit 5,9 % bei den Jungen und 6,0 % bei den Mädchen. Bei den Mädchen ist allerdings mit 8,9 % ein etwas höherer Anteil untergewichtig als bei den Jungen mit 8,5 %. Bei den Jungen ist dagegen ein etwas höherer Anteil von 5,5 % als adipös einzustufen als bei den Mädchen mit 4,8 %.

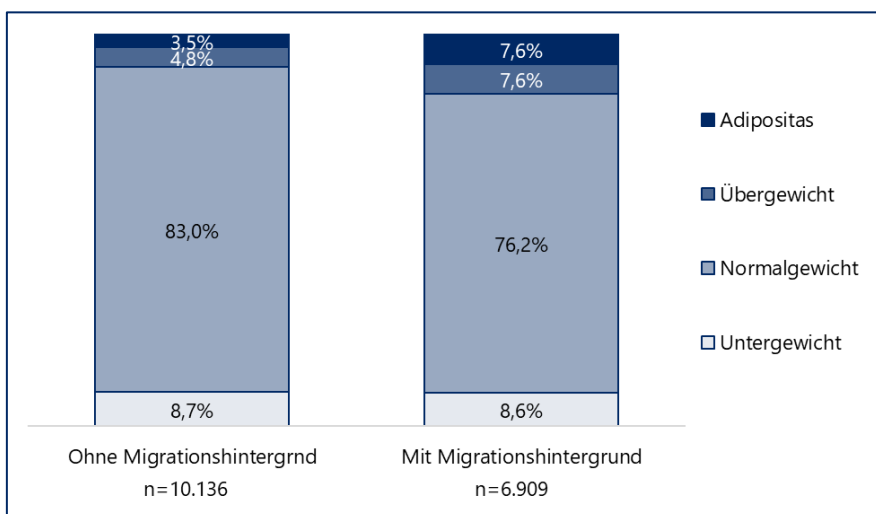


Abbildung 15: Gewichtskategorien nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025



Einen deutlicheren Unterschied hinsichtlich der Gewichtseinordnung gibt es zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Während 83,0 % der Kinder ohne Migrationshintergrund normalgewichtig sind, trifft dies nur auf 76,2 % der Kinder mit Migrationshintergrund zu. Der Anteil untergewichtiger Kinder liegt bei den Kindern mit Migrationshintergrund mit 8,6 % nur minimal niedriger als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund mit 8,7 %. Von den Kindern mit Migrationshintergrund sind allerdings mit einem Anteil von zusammen 15,2 % erheblich mehr übergewichtig oder stark übergewichtig als von den Kindern ohne Migrationshintergrund, bei denen diese beiden Gruppen zusammen nur 8,3 % ausmachen.

Auch in den einzelnen Untersuchungsjahrgängen bestätigt sich diese Verteilung. Von den Kindern mit Migrationshintergrund ist in jedem Jahr ein erheblich höherer Anteil übergewichtig oder adipös als von den Kindern ohne Migrationshintergrund.

Unterschiede für das Körpergewicht können außerdem festgestellt werden zwischen Kindern die eine Kita besucht haben und Kindern die keine Kita besucht haben. Auch bei der Dauer der Betreuung in einer Einrichtung sind Unterschiede zu erkennen. Dargestellt werden diese Ergebnisse zusammen mit anderen Ergebnissen zum Kita-Besuch in Kapitel 2.9.

In den einzelnen Städten und Gemeinden variieren die Anteile übergewichtiger Kinder etwas. Im gesamten betrachteten Zeitraum der Jahrgänge 2018/2019 bis 2024/2025 sind unter den Kindern mit Angaben zum BMI im Landkreis insgesamt 11,1 % der Kinder übergewichtig oder adipös. In den einzelnen Kommunen liegt dieser Anteil zwischen 7,1 % und 15,2 %. Darunter sind in den meisten Städten und Gemeinden mehr moderat übergewichtige Kinder als Kinder mit Adipositas. Die Anteile an Kindern mit Adipositas liegen dabei in den einzelnen Kommunen zwischen 2,6 % und 7,1 %.

Die hier vorgestellten Daten werden über die Angaben zu Alter, Geschlecht, Größe und Gewicht zu den einzelnen Gewichtsgruppen zugeordnet. Der optische Eindruck, den die Kinder bei der Untersuchung auf die anwesenden Ärztinnen und Ärzte machen, muss sich nicht immer mit dieser datenbasierten Einordnung decken. Beim subjektiven Eindruck, ob ein Kind über- oder untergewichtig erscheint, spielen auch sein allgemeiner Körperbau und die Ausprägung der Muskulatur eine entscheidende Rolle. Zur Ergänzung soll daher die im Datensatz vermerkte Einschätzung zum Ernährungszustand dienen. Hier bestehen die vier Kategorien in Ordnung, bekannt/behandelt, neuer auffälliger Befund und unbekannt. Für die Kinder mit berechnetem Normalgewicht wurde auch während der Untersuchung zu 98 % angegeben, dass der Ernährungszustand in Ordnung ist. Für die Kinder mit berechneter Adipositas wurde zu 76 % bei der Untersuchung angegeben, dass es sich um einen bereits bekannten oder neuen auffälligen Befund handelt.

Weniger eindeutig sind offenbar die Befunde für Kinder mit berechnetem Untergewicht. Hier wurde für 91 % in der Untersuchung angegeben, dass der Ernährungszustand in Ordnung ist. Gerade für sehr aktive Kinder kann das Gewicht etwas zu niedrig liegen, bei dennoch altersgemäß guter körperlicher Entwicklung. Auch für Kinder mit errechnetem Übergewicht erfolgte während der Untersuchung zu 70 % die subjektive Einschätzung, dass der Ernährungszustand noch in Ordnung ist.

Die aufgrund der BMI-Werte berechneten Anteile der Kinder mit im Durchschnitt der sieben Jahre rund 80 % Normal-, 11 % Über- und 9 % Untergewicht liegen in einem ähnlichen Bereich wie die im Rahmen von Studien aus anderen Regionen in Deutschland festgestellten Werte. Laut Niedersächsischem Landesgesundheitsamt (2018, S. IV) entspricht die Verteilung von 80 % Normalgewicht und je 10 % Über- und Untergewicht der statistisch zu erwartenden Prävalenz.



2.4. Sehen und Hören

Eine gute Sehfähigkeit in der Nähe und Ferne ist wichtig, damit das Kind dem Unterricht in der Schule in vollem Umfang folgen kann. Wenn erforderlich, ist eine gut angepasste Brille von großer Bedeutung für den Schulerfolg (vgl. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2024, S. 15).

Schlechtes Hören führt dazu, dass Kinder den verbalen Anteil des Unterrichts nicht gut erfassen können. Außerdem führen Probleme mit dem Hören oft auch zu Schwierigkeiten bei sozialen Kontakten und zu Problemen bei der Sprachentwicklung. Vor der Einschulung sollten bei Problemen mit dem Hören geeignete Maßnahmen für das Kind getroffen werden (vgl. Stadt Kassel und Gesundheitsamt Region Kassel 2018, S. 50 und 2024, S. 19).

Hör- und Sehscreenings sind daher wichtige Bestandteile der Einschulungsuntersuchungen. Bei Auffälligkeiten sollen die Kinder zur weiteren Abklärung bei entsprechenden Fachärzten vorgestellt werden. Untersucht werden bei der Einschulungsuntersuchung die Sehschärfe, das räumliche Sehen und die Farbwahrnehmung (z.B. Rot-Grün-Schwäche) sowie das Hören in verschiedenen Frequenzbereichen.

Für 96 % der in den sieben Jahren untersuchten Kinder liegen jeweils Angaben zu den drei Untersuchungen des Sehscreenings vor. Die prozentualen Angaben beziehen sich im Folgenden nur auf die Gesamtzahl der Kinder, für die Ergebnisse aus dem jeweiligen Test vorliegen.

Im Bereich des Sehens gibt es die meisten Auffälligkeiten bei der Sehschärfe. Für das Stereosehen und das Farbsehen liegen die Ergebnisse für weit mehr Kinder im Normbereich. Das Farbsehen ist bei 97,6 % der Kinder in Ordnung, bei 1,6 % liegt ein neuer auffälliger Befund vor und bei 0,8 % gibt es einen bereits bekannten Befund. Das Stereosehen ist bei 97,0 % der Kinder in Ordnung, bei 1,7 % liegt ein neuer auffälliger Befund vor und bei 1,3 % gibt es einen bereits bekannten Befund.

Die Sehschärfe ist im Durchschnitt der sieben Jahre hingegen nur bei 83,5 % der Kinder in Ordnung. Bei 8,9 % gibt es einen neuen auffälligen Befund und bei 7,6 % ist die Auffälligkeit bekannt und bereits durch eine Sehhilfe behandelt.

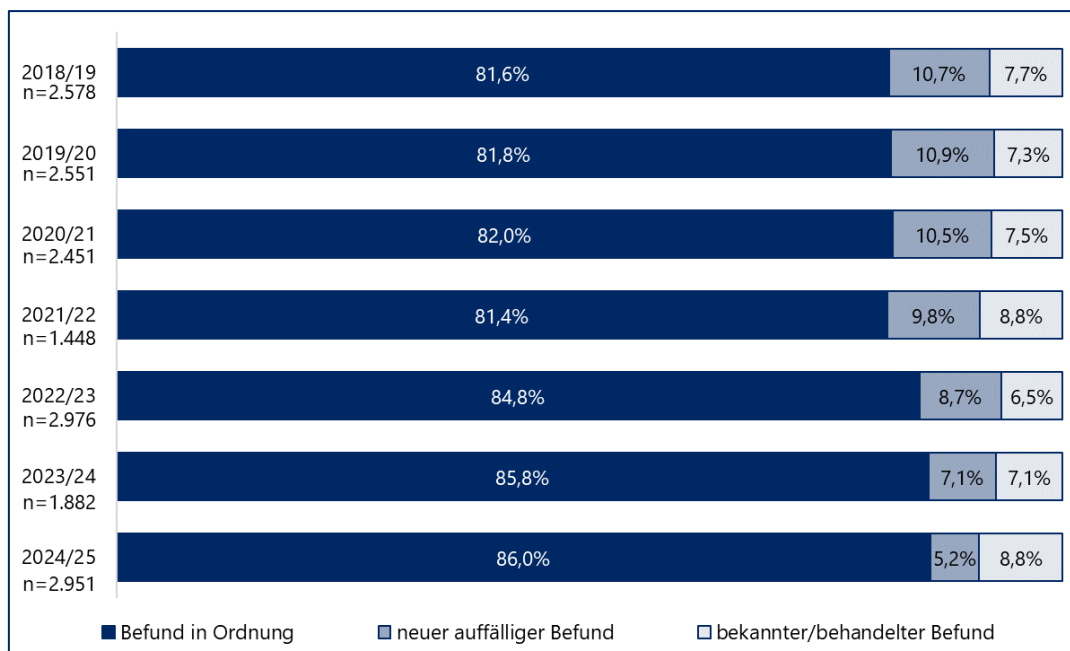


Abbildung 16: Befunde zur Sehschärfe (Anteile an Kindern mit erfolgreichem Sehscreening)



Von den Kindern mit vorliegendem Ergebnis des Sehscreenings haben in den einzelnen Jahren zwischen 81,4 % und 86,0 % ein gutes Sehvermögen. Hierbei ist im Verlauf der Jahre eine eher steigende Tendenz zu erkennen. Der Anteil der Kinder mit neuem auffälligem Befund ist hingegen während dieser kleinen Zeitreihe zurückgegangen von 10,7 % auf nur noch 5,2 %. Der Anteil der Kinder mit bereits behandeltem Befund schwankt weniger stark und liegt in den einzelnen Jahren zwischen 6,5 % und 8,8 %.

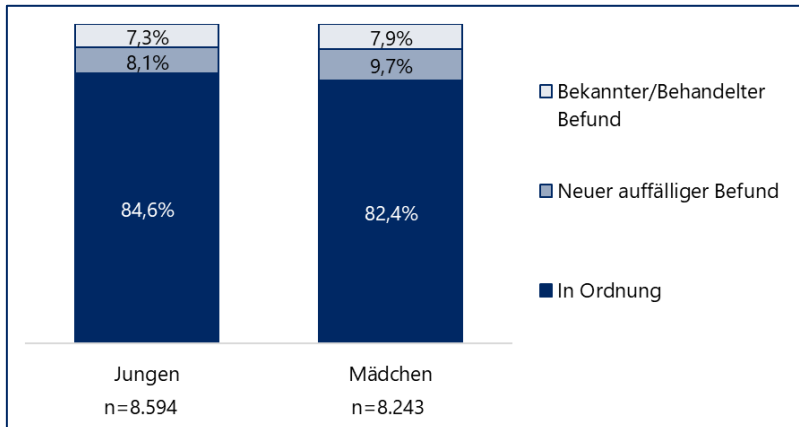


Abbildung 17: Befunde zur Sehschärfe nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025

Die Sehschärfe ist bei den Jungen mit 84,6 % etwas häufiger in Ordnung als bei den Mädchen mit 82,4 %. Bei 8,1 % der Jungen gibt es neue auffällige Befunde und 7,3 % bereits bekannte/behandelte Befunde. Bei den Mädchen sind es 9,7 % neue auffällige Befunde und 7,9 % bereits bekannte/behandelte Befunde. In jedem Jahr zeigt sich für die Mädchen ein etwas höherer Anteil an neuen auffälligen Befunden als für Jungen. Für beide Geschlechter haben sich die Anteile der neuen auffälligen Befunde im Lauf der letzten Jahre allerdings verringert. Bei den Mädchen liegt das Maximum von 12,1 % neuer auffälliger Befunde im Jahrgang 2019/2020, bis zum Jahrgang 2024/2025 hat sich dieser Anteil auf 5,4 % verringert. Bei den Jungen liegt der höchste Anteil von 9,7 % ebenfalls im Jahrgang 2019/2020 vor, zuletzt ist er auf 4,9 % zurückgegangen.

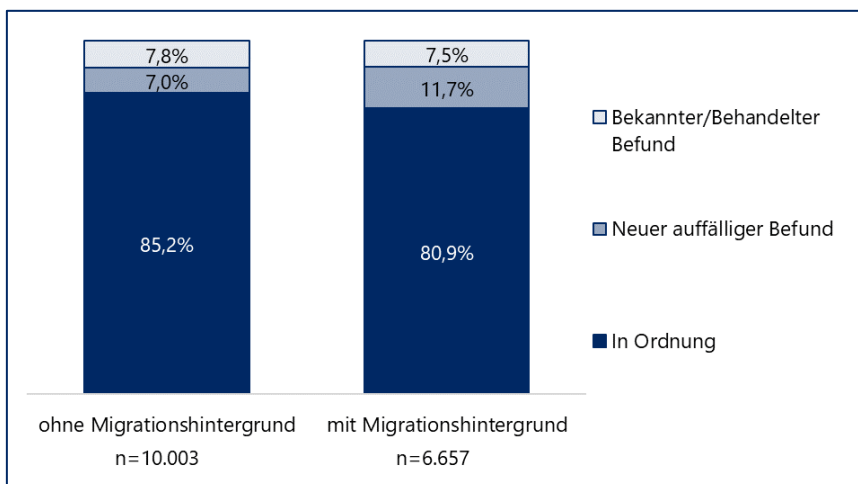


Abbildung 18: Befunde zur Sehschärfe nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025

Unter den Kindern mit Migrationshintergrund sind mehr Kinder mit einem auffälligen Befund für die Sehschärfe als unter den Kindern ohne Migrationshintergrund. Von den Kindern mit Migrationshintergrund ist im Durchschnitt aller sieben Jahrgänge bei 80,9 % der Befund in Ordnung, bei



11,7 % gibt es einen neuen auffälligen Befund und bei 7,4 % ist der Befund bereits bekannt/behandelt. Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund ist bei 85,2 % der Befund in Ordnung, bei 7,0 % gibt es einen neuen auffälligen Befund und bei 7,8 % ist der Befund bereits bekannt/behandelt.

In jedem der einzelnen Jahrgänge liegt der Anteil der neuen auffälligen Befunde bei den Kindern mit Migrationshintergrund höher als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund. Für beide ist allerdings eine sinkende Tendenz der Auffälligkeiten zu erkennen. Den höchsten Anteil neuer Auffälligkeiten gibt es bei den Kindern mit Migrationshintergrund im Jahrgang 2019/2020 mit 14,5 %, zuletzt werden im Jahrgang 2024/2025 noch bei 8,1 % neue Auffälligkeiten für die Sehschärfe festgestellt. Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund verringert sich der Anteil der Befunde mit neuen Auffälligkeiten von 9,4 % im Jahrgang 2018/2019 auf zuletzt 3,1 %.

Bei einigen Vorsorgeuntersuchungen (darunter die U8) werden auch Sehscreenings durchgeführt. Hierdurch können Sehschwächen frühzeitig festgestellt und behandelt werden. Dementsprechend ist auch der Anteil der Kinder mit bereits behandeltem Befund bei Kindern mit einer erfolgten U8-Untersuchung mit 7,9 % größer als bei Kindern ohne diese Vorsorgeuntersuchung mit einem Anteil von 4,4 %. Umgekehrt haben Kinder ohne U8 zu einem Anteil von 14,2 % deutlich häufiger neue auffällige Befunde in der Sehschärfe als Kinder mit durchgeführter U8 mit einem Anteil von 8,0 %. In Ordnung ist der Befund zur Sehschärfe bei 84,1 % der Kinder mit erfolgter U8 und bei 81,4 % der Kinder ohne U8.

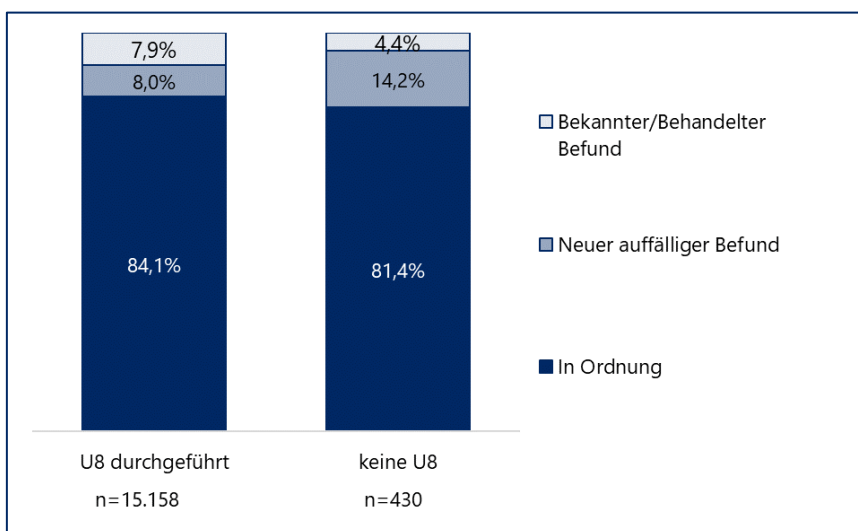


Abbildung 19: Vorsorgeuntersuchung U8 in Bezug auf Befunde zur Sehschärfe 2018/2019 bis 2024/2025

Aus dem Hörscreening liegen im Durchschnitt aller sieben Jahrgänge für 96,5 % der Kinder Ergebnisse vor. Die folgenden prozentualen Angaben beziehen sich auch hier nur auf die Gesamtzahl der Kinder mit erfolgtem Hörscreening.

Das Ergebnis des Hörscreenings ist bei 94,8 % der Kinder in Ordnung, bei 3,7 % liegt ein neuer auffälliger Befund vor und bei 1,5 % besteht ein bereits bekannter Befund. Damit gibt es deutlich weniger Auffälligkeiten im Hörvermögen als bei der Sehschärfe. In den einzelnen Jahren variieren die Ergebnisse nur wenig. Neue auffällige Befunde erreichen Anteile zwischen 2,8 % und 4,0 %, die einzige Ausnahme ist der Jahrgang 2020/2021 mit einem Anteil neuer Befunde von 5,2 %. Bei den bereits bekannten/behandelten Befunden zum Hörvermögen liegen die Anteile in allen Jahrgängen bei sehr geringen 0,8 % bis 2,0 %.

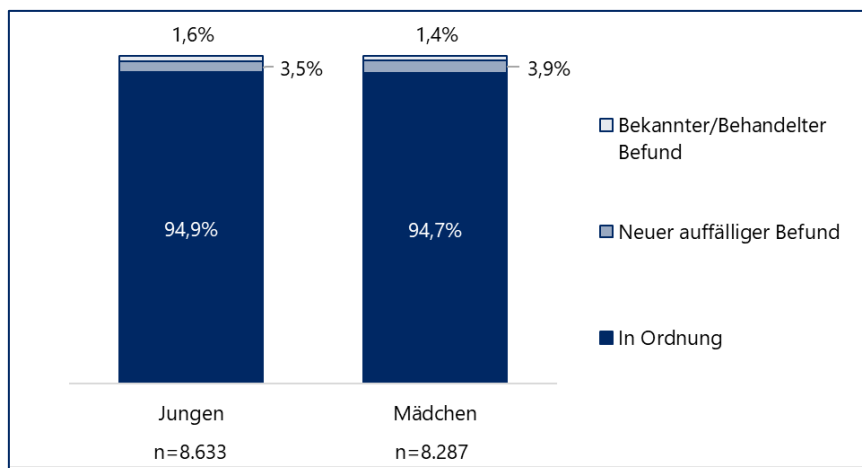


Abbildung 20: Befunde des Hörscreenings nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025

Das Hörscreening fällt bei den Jungen und Mädchen sehr ähnlich aus. Im Durchschnitt der sieben Jahrgänge ist der Befund bei 94,9 % der Jungen und 94,7 % der Mädchen in Ordnung. Bei den Mädchen gibt es geringfügig mehr neue auffällige Befunde (3,9 %) als bei den Jungen (3,5 %). Bei den Jungen sind es 1,6 % bereits bekannte Befunde, bei den Mädchen liegt dieser Anteil bei 1,4 %. In den einzelnen Jahrgängen unterscheiden sich die Anteile der verschiedenen Befunde auch auf die Geschlechter bezogen nur geringfügig.

Die Ergebnisse des Hörscreenings zeigen nur minimale Unterschiede hinsichtlich des Migrationshintergrundes. Bei den Kindern mit Migrationshintergrund ist das Hörscreening zu 94,7 % in Ordnung, bei den Kindern ohne Migrationshintergrund sind es 94,8 %. Kinder mit Migrationshintergrund haben im Durchschnitt der sieben Jahre zu 3,8 % einen neuen auffälligen Befund und zu 1,4 % einen bereits bekannten Befund. Für die Kinder ohne Migrationshintergrund liegen die Anteile bei 3,6 % neuen auffälligen Befunden und 1,6 % bereits bekannten Befunden.

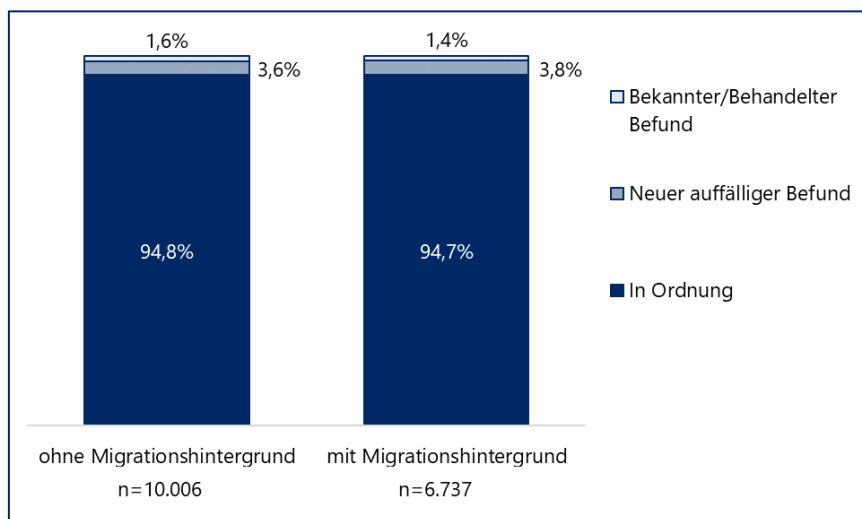


Abbildung 21: Befunde des Hörscreenings nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025

Die Vorsorgeuntersuchung U8 beinhaltet auch ein Hörscreening. Wie schon beim Sehscreening festgestellt, ist auch beim Hörscreening der Anteil der Kinder mit bereits behandeltem Befund bei Kindern mit einer erfolgten U8-Untersuchung mit 1,6 % etwas größer als bei Kindern ohne U8 mit einem Anteil von 0,5 %. Umgekehrt weisen Kinder ohne U8 zu einem Anteil von 6,4 % häufiger neue auffällige Befunde des Hörens auf als Kinder mit durchgeführter U8 mit einem Anteil von



3,5 %. In Ordnung ist der Befund bei 94,8 % der Kinder mit erfolgter U8 und bei 93,2 % der Kinder ohne U8.

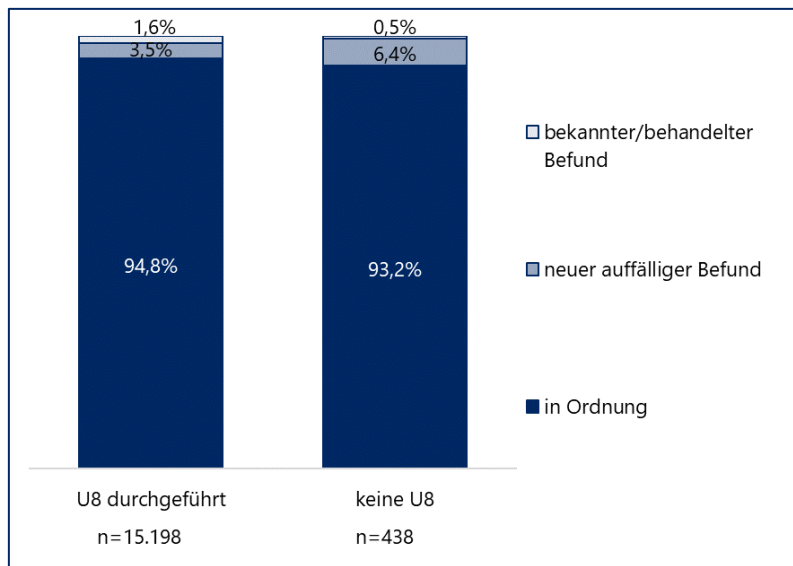


Abbildung 22: Vorsorgeuntersuchung U8 in Bezug zu Befunden im Hörscreening 2018/2019 bis 2024/2025

Unterschiede für das Hören und Sehen können außerdem festgestellt werden zwischen Kindern die eine Kita besucht haben und Kindern die keine Kita besucht haben. Auch bei Dauer der Betreuung in einer Kita werden leichte Unterschiede sichtbar. Dargestellt werden diese Ergebnisse zusammen mit anderen Ergebnissen zum Kita-Besuch in Kapitel 2.9.

2.5. Wahrnehmung und Informationsverarbeitung

Für die erfolgreiche Teilnahme am Schulunterricht sind verschiedene Aspekte wichtig. So müssen die Kinder körperlich in der Lage sein dem Unterricht durch gutes Hören und Sehen zu folgen, sich sprachlich artikulieren können und motorisch in der Lage sein zu Schreiben. Darüber hinaus müssen aber die vermittelten Informationen auch durch das Kind verarbeitet werden.

Hierzu gehört die Fähigkeit, sich auf bestimmte Aufgaben zu konzentrieren ohne sich ablenken zu lassen. Dies wird als selektive Aufmerksamkeit bezeichnet. Ein weiterer Aspekt ist die visuelle Wahrnehmung, welche die Fähigkeit beinhaltet das Gesehene im Gehirn zu verarbeiten, zu interpretieren und eigene Schlussfolgerungen abzuleiten (vgl. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2018, S. 87, 91).

Die Verarbeitung von Informationen und das Ableiten von Schlussfolgerungen zeichnet sich dadurch aus, dass aufgrund von logischem Denken Zusammenhänge und Regelmäßigkeiten erkannt werden. Dies ermöglicht es dem Kind von etwas Gegebenem auf etwas Neues zu schließen und ein eigenes Problemlöseverhalten zu entwickeln (vgl. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2018 S. 91).

Für das Erlernen von Lesen, Schreiben und Rechnen ist die visuelle Informationsverarbeitung eine wichtige Grundlage. Auffälligkeiten bei der visuellen Wahrnehmung lassen sich oft nur indirekt beobachten. Kinder mit einer Lese- und Rechtschreibschwäche oder einer Rechenschwäche haben häufig auch Beeinträchtigungen in der visuell-räumlichen Wahrnehmung, in der Sprache oder in der Bewegungskoordination (vgl. Stadt Kassel und Gesundheitsamt Region Kassel 2018, S. 66).

Wenn bei Kindern Störungen in der auditiven Wahrnehmung und Verarbeitung von Informationen bestehen, kann dies das kognitive und soziale Lernen erheblich beeinträchtigen. Bei einer auditiven



Verarbeitungs- und/oder Wahrnehmungsstörung sind zentrale Prozesse des Hörens, wie zum Beispiel die Fähigkeit Geräusche räumlich zu lokalisieren, gestört (vgl. Stadt Kassel und Gesundheitsamt Region Kassel 2018, S. 65).

In der Einschulungsuntersuchung werden diese Fähigkeiten zur Wahrnehmung und Informationsverarbeitung durch einfache Aufgaben getestet. Ausgewertet werden hier die Einträge im Datensatz zur auditiven Informationsverarbeitung, zur visuellen Wahrnehmung und zur selektiven Aufmerksamkeit. Für fast alle Kinder liegen Untersuchungsergebnisse zu diesen drei Parametern vor. Angaben zur auditiven Informationsverarbeitung sind für 96,7 % der Kinder im Datensatz enthalten, zur visuellen Wahrnehmung für 98,3 % der Kinder und zur selektiven Aufmerksamkeit für 99,8 % aller untersuchten Kinder.

Die meisten Auffälligkeiten gibt es bei der auditiven Informationsverarbeitung. Für 9,3 % der Kinder wird ein neuer oder bereits bekannter Befund vermerkt. Zusätzlich ist bei 9,6 % der Kinder die auditive Wahrnehmung grenzwertig, nur bei 81,1 % wird das Ergebnis als in Ordnung eingestuft.

Bei der visuellen Wahrnehmung zeigen zusammen 6,5 % der Kinder neue oder bekannte Auffälligkeiten. Bei zusätzlichen 11,2 % ist die visuelle Wahrnehmung grenzwertig, nur für 82,4 % wird sie als in Ordnung angegeben.

Bei der selektiven Aufmerksamkeit gibt es nur eine Einteilung in auffällig, grenzwertig oder unauffällig, ob Auffälligkeiten neu oder bereits bekannte sind, wird nicht separat vermerkt. Eine Auffälligkeit liegt hier bei 7,9 % der Kinder vor. Bei 8,1 % ist die selektive Aufmerksamkeit grenzwertig und bei 84,0 % wird sie als in Ordnung eingestuft.

Bei etwa jedem sechsten Kind ist mindestens ein Bereich der Informationsverarbeitung nicht in Ordnung. Für grenzwertige Befunde sind zwar keine weiteren Maßnahmen erforderlich, dennoch entfällt jeweils ein recht großer Anteil auf Kinder deren Fähigkeiten nahe am auffälligen Bereich liegen.

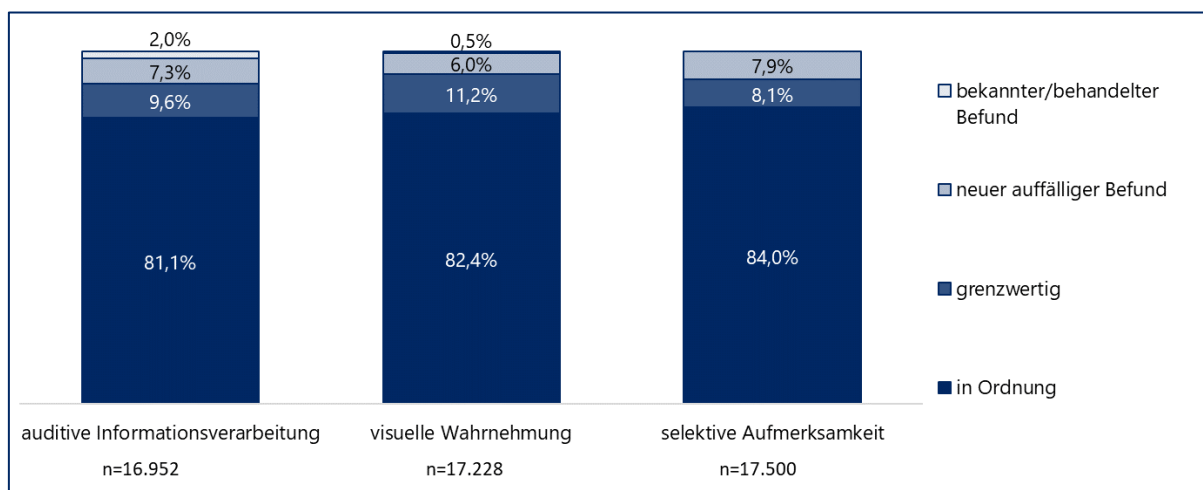


Abbildung 23: Befunde zur Wahrnehmung und Informationsverarbeitung 2018/2019 bis 2024/2025

Bei den Geschlechtern zeigt sich ein deutlicher Unterschied für die Aspekte Wahrnehmung und Informationsverarbeitung. In allen drei Teilbereichen ist der Anteil an neuen oder bereits bekannten auffälligen Befunden bei den Jungen höher als bei den Mädchen. Die meisten Auffälligkeiten liegen bei Jungen mit einem Anteil von 11,0 % für die auditive Informationsverarbeitung vor. Sie ist auch für die Mädchen mit einem Anteil von 7,5 % am häufigsten auffällig. Fast ebenso hoch ist bei den Jungen der Anteil von 10,2 % auffälligen Befunden bei der selektiven Aufmerksamkeit. Dieser Anteil



ist bei den Mädchen mit nur 5,5 % erheblich niedriger. Bei beiden Geschlechtern sind die Auffälligkeiten für die visuelle Wahrnehmung am geringsten, sie betreffen 7,5 % der Jungen und nur 5,3 % der Mädchen.

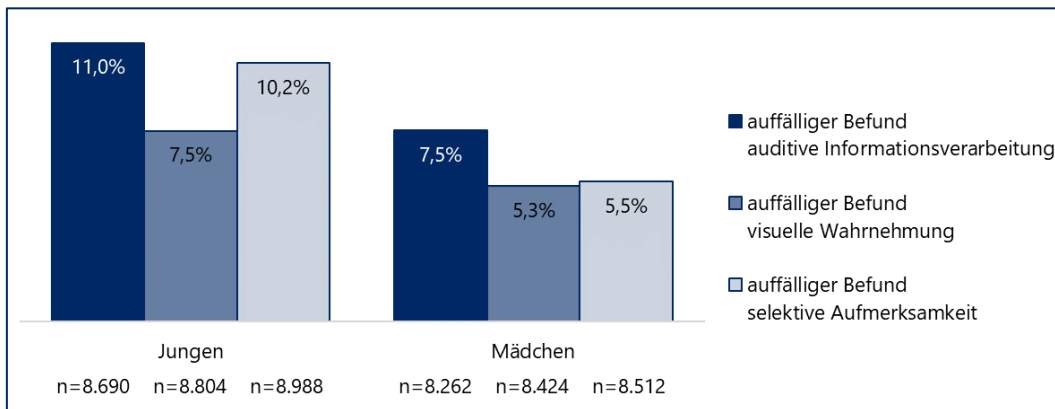


Abbildung 24: Auffällige Befunde für Wahrnehmung und Informationsverarbeitung nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025

Kinder mit Migrationshintergrund weisen in allen drei Bereichen der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung höhere Anteile an neuen oder bereits bekannten auffälligen Befunden auf als Kinder ohne Migrationshintergrund. Am häufigsten sind jeweils Auffälligkeiten bei der auditiven Informationsverarbeitung, die bei 11,2 % der Kinder mit Migrationshintergrund und bei nur 8,0 % der Kinder ohne Migrationshintergrund bestehen. Bei den Kindern mit Migrationshintergrund sind die Anteile auffälliger Befunde auch für die selektive Aufmerksamkeit mit 10,2 % und für die visuelle Wahrnehmung mit 9,5 % ähnlich hoch. Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund zeigt nur ein geringer Anteil von 4,3 % Auffälligkeiten bei der visuellen Wahrnehmung und 6,3 % hatten auffällige Befunde in der selektiven Aufmerksamkeit.

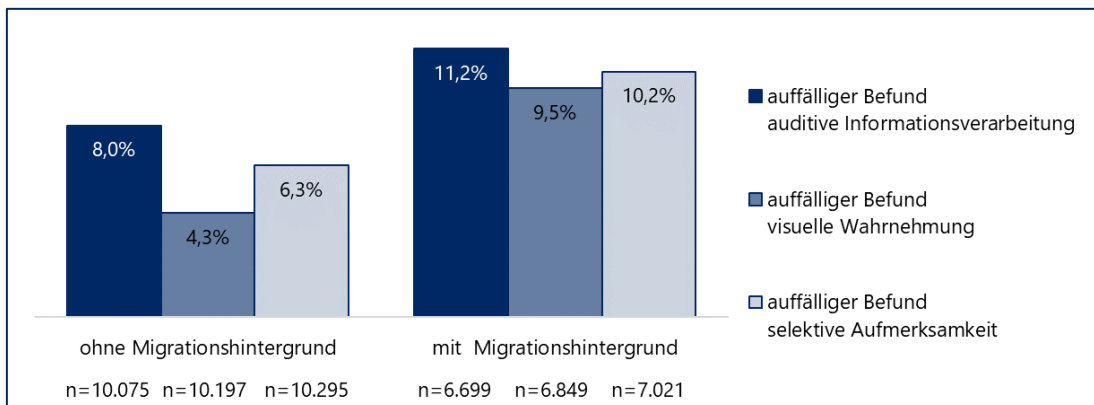


Abbildung 25: Auffällige Befunde für Wahrnehmung und Informationsverarbeitung nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025

In den einzelnen Städten und Gemeinden variieren die Ergebnisse für die Befunde zur Wahrnehmung und Informationsverarbeitung etwas. Für die auditive Informationsverarbeitung liegt in den einzelnen Städten und Gemeinden der Anteil der Kinder, bei denen das Untersuchungsergebnis in Ordnung ist, zwischen 67,7 % und 92,6 %. Für die visuelle Wahrnehmung liegt dieser Anteil in den einzelnen Städten und Gemeinden zwischen 73,8 % und 91,5 % und für die selektive Aufmerksamkeit zwischen 74,6 % und 88,8 %. In einigen Kommunen zeigte damit rund jedes vierte Kind auffällige oder grenzwertige Befunde in der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung.



Zusammenfassend lässt sich für den gesamten Bereich Wahrnehmung und Informationsverarbeitung feststellen, dass die Befunde bei den Mädchen häufiger in Ordnung sind als bei den Jungen. Bei Kindern ohne Migrationshintergrund sind die Untersuchungsergebnisse zur Wahrnehmung und Informationsverarbeitung häufiger in Ordnung als bei Kindern mit Migrationshintergrund. Erhebliche Unterschiede sind außerdem im Hinblick auf die Dauer des Besuchs einer Kita zu erkennen, wie in Kapitel 2.9 dargestellt wird. Kinder mit einem längeren Kita-Besuch von mindestens drei Jahren haben dabei besonders oft eine altersgemäß entwickelte Wahrnehmung und Informationsverarbeitung.

2.6. Körperkoordination

Zur Körperkoordination gehören Bewegungsabläufe und das Zusammenspiel von verschiedenen Körperteilen und Muskeln. Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wird getestet, ob die Motorik der Kinder altersgerecht ausgebildet ist. Dies ist zur Bewältigung des Schulalltags wichtig, aber eine altersgerechte Körperkoordination ist auch die Grundlage für das Erlernen von Lesen und Schreiben.

2.6.1. Grobmotorik

Die Grobmotorik ist durch große Bewegungsabläufe des Körpers gekennzeichnet. Hierzu gehören etwa Laufen, Springen, Klettern und auch das Gleichgewicht und die Fähigkeit Körperbewegungen koordiniert auszuführen. Kindern sollte möglichst viel Bewegung angeboten werden, da sie sich hierdurch mit ihrer Umwelt auseinandersetzen und ihre Sinne trainieren. Es ist ein positiver Einfluss von Bewegung auf die allgemeine Entwicklung zu erwarten, da Kinder hierdurch Selbstvertrauen ausbilden und die Konzentrationsfähigkeit zunimmt, während Stress und Aggressionen abgebaut werden (vgl. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, S. 6).

Diagonal entgegengesetzte Bewegungen von Armen und Beinen fördern Aktivitäten, wie beispielsweise Springen, das Zusammenspiel der beiden Gehirnhälften, das auch für das Erlernen von Lesen und Schreiben wichtig ist. Entwicklungsstörungen bei der Grobmotorik können sich daher auch negativ auf die Schulleistungen auswirken (vgl. Stadt Kassel und Gesundheitsamt Region Kassel 2018, S. 54).

Störungen in der Grobmotorik können genetische und biologische Ursachen haben, wie zum Beispiel ein niedriges Geburtsgewicht. Es können aber auch andere Faktoren wie der Lebensstil, das Wohnumfeld und die allgemeinen Lebensbedingungen des Kindes eine wichtige Rolle hierbei spielen (vgl. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2018, S. 57).

Die Grobmotorik kann im Vorschulalter gefördert werden durch viel Bewegung, wie zum Beispiel zu Fuß zum Kindergarten gehen, das Erlernen von Fahrradfahren, Rollschuhlaufen und Schwimmen, durch Aktivitäten wie Turnen, Klettern, Hüpfen, Balancieren, Schaukeln, Seilspringen oder Jonglieren. Für Kinder im Kindergartenalter werden mindestens drei Stunden Bewegung am Tag empfohlen, davon mindestens eine Stunde im Freien (vgl. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, S. 7).

Bei der Einschulungsuntersuchung werden verschiedene Bewegungsübungen mit den Kindern durchgeführt, mit deren Hilfe die Grobmotorik beurteilt wird. Für insgesamt 17.088 Kinder ist im Datensatz ein Untersuchungsergebnis zur Grobmotorik vermerkt, das sind 97,5 % aller bei den Einschulungsuntersuchungen der Jahre 2018/2019 bis 2024/2025 untersuchten Kinder.

Von den Kindern mit einem Untersuchungsergebnis für die Grobmotorik ist im Durchschnitt der sieben Untersuchungsjahrgänge bei 82,6 % der Befund in Ordnung. Für 11,3 % ist der Befund grenzwertig. Für Kinder mit grenzwertigen motorischen Fähigkeiten besteht zwar kein direkter Handlungsbedarf, dennoch sollte die weitere Entwicklung der Grobmotorik dieser Kinder durch die Eltern beobachtet und gefördert werden. Für insgesamt 6,1 % der Kinder ist die Entwicklung der



Grobmotorik nicht altersgemäß. Bei 4,0 % der Kinder ist dies ein neuer auffälliger Befund, bei 2,1 % war dies bereits vor der Einschulungsuntersuchung bekannt.

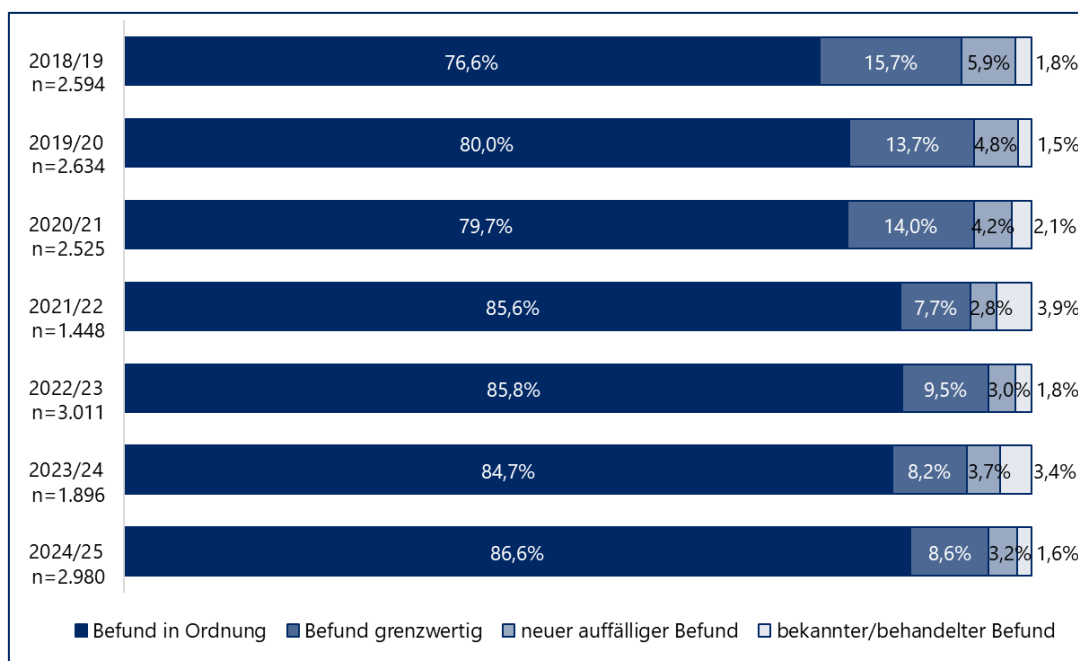


Abbildung 26: Befunde zur Grobmotorik (Anteile an Kindern mit erfolgter Untersuchung zur Grobmotorik)

Im Zeitverlauf der einzelnen Jahrgänge ist ein Trend zu einem höheren Anteil von Kindern mit einer altersgemäßen Entwicklung der Grobmotorik zu erkennen. Der Anteil des Befundes „In Ordnung“ steigt von 76,6 % im Jahrgang 2018/2019 auf 86,6 % im Jahrgang 2024/2025. Abgenommen hat hingegen insbesondere der Anteil der grenzwertigen Befunde. Die neuen auffälligen Befunde sind in den letzten Jahren tendenziell ebenfalls leicht zurückgegangen.

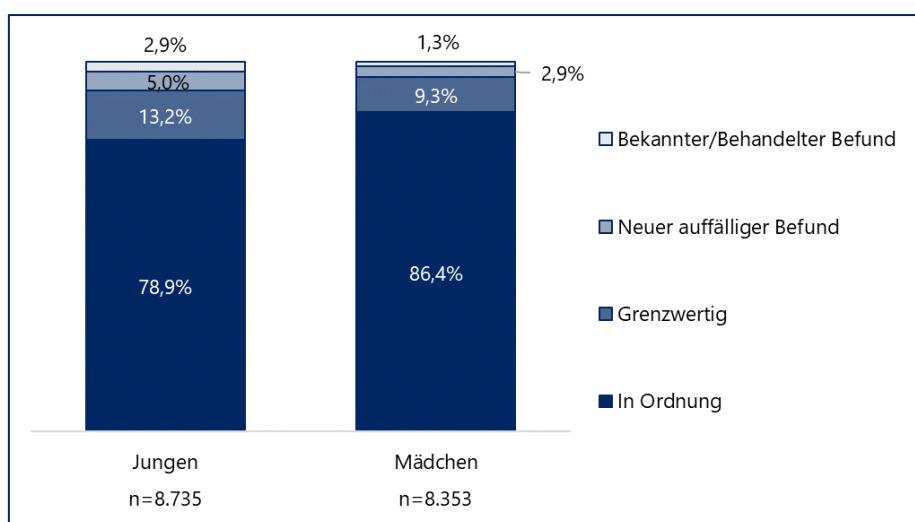


Abbildung 27: Befunde zur Grobmotorik nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025

Zwischen Jungen und Mädchen ist ein Unterschied für die Befunde zur Grobmotorik zu erkennen. Der Anteil der Mädchen mit altersgemäß entwickelter Grobmotorik liegt mit 86,4 % um mehr als sieben Prozent höher als bei den Jungen mit nur 78,9 %. Jungen zeigen zu 13,2 % eine als grenzwertig einzustufende Grobmotorik, während es bei den Mädchen nur 9,3 % sind. Insgesamt 7,9 % der Jungen zeigen Auffälligkeiten in der Grobmotorik, davon sind 5,0 % neue auffällige Befunde,



bei 2,9 % war dies bereits vor der Untersuchung bekannt. Von den Mädchen hingegen haben nur 4,2 % einen auffälligen Befund bei der Grobmotorik, für 2,9 % ist dieser Befund neu, für 1,3 % bereits bekannt.

In allen einzelnen Untersuchungsjahrgängen gibt es bei den Mädchen weniger neue oder bereits bekannte auffällige Befunde als bei den Jungen. Bei beiden Geschlechtern sind es in den meisten Jahren mehr neue auffällige als bereits bekannte Befunde. Bei den Mädchen ist im Verlauf der Jahre ein Trend zu weniger neuen auffälligen Befunden erkennbar.

Auch für das Merkmal des Migrationshintergrundes ist in der Grobmotorik ein leichter Unterschied erkennbar, der allerdings weniger stark ausfällt als der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen. Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund ist die Grobmotorik in den sieben Jahrgängen insgesamt zu 83,7 % altersgemäß entwickelt. Bei den Kindern mit Migrationshintergrund liegt dieser Anteil mit 80,9 % etwas niedriger. Unter den Kindern mit Migrationshintergrund sind die Anteile der grenzwertigen oder neu auffälligen Befunde hingegen etwas höher als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund. Der Anteil bereits bekannter Befunde liegt in beiden Gruppen bei 2,1 %.

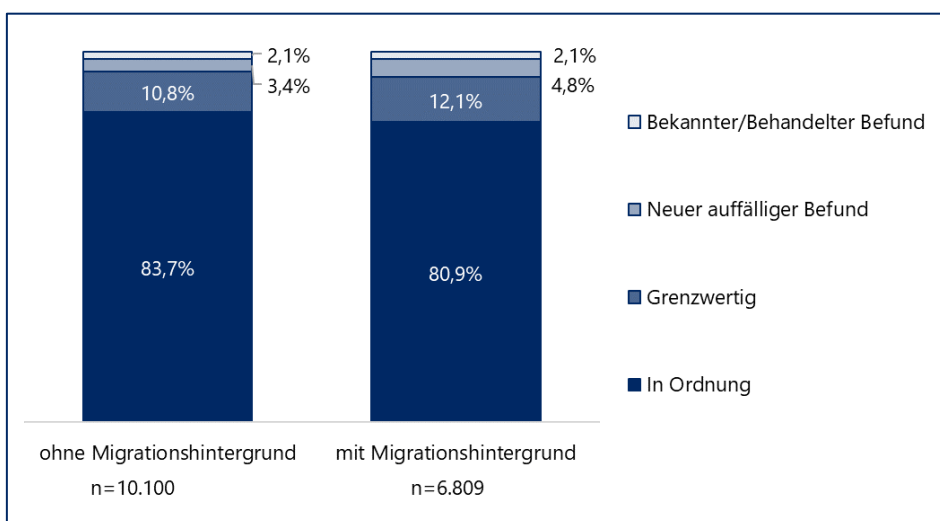


Abbildung 28: Befunde zur Grobmotorik nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025

Für die einzelnen Jahrgänge ist im Zeitverlauf ein Trend zu etwas weniger neuen auffälligen Befunden der Grobmotorik sowohl für Kinder mit als auch ohne Migrationshintergrund zu erkennen. In allen Jahren liegen dabei die Anteile neuer auffälliger Befunde bei den Kindern mit Migrationshintergrund höher als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund.

Unterschiede im Entwicklungsstand der Grobmotorik können außerdem im Hinblick auf den Kita-Besuch festgestellt werden. Hierbei hat vor allem die Dauer der Betreuung in einer Kita offenbar einen starken Einfluss auf die altersgemäße Entwicklung der Grobmotorik. Dargestellt werden diese Ergebnisse zusammen mit anderen Ergebnissen zum Kita-Besuch in Kapitel 2.9.

In den einzelnen Städten und Gemeinden liegt der Anteil der Kinder mit einer altersgemäß entwickelten Grobmotorik zwischen 74,5 % und 92,9 %. In einigen Kommunen ist bei jedem vierten bis fünften Kind die Entwicklung der Grobmotorik auffällig oder grenzwertig. Dabei liegt in allen 23 Städten und Gemeinden der Anteil der grenzwertigen Befunde höher als der Anteil der neuen oder bereits bekannten auffälligen Befunde. Der Anteil der Kinder mit neuen oder bereits bekannten Auffälligkeiten in der Grobmotorik liegt in den einzelnen Kommunen zwischen 2,1 % und 9,9 %.



2.6.2. Feinmotorik

Unter der Feinmotorik sind kleine Bewegungsfertigkeiten zu verstehen. Sie beziehen sich vor allem auf die Geschicklichkeit der Finger und Hände. Beispiele hierfür sind das Schließen von Knöpfen oder das Binden einer Schleife. Eine gut entwickelte Feinmotorik ist wichtig, um einen Stift korrekt zu halten und Buchstaben und Zahlen korrekt schreiben zu können (vgl. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, S. 8).

Um die Feinmotorik von Vorschulkindern zu fördern, sollten sie in ihrem Alltag viele Tätigkeiten mit den Händen ausführen, wie zum Beispiel Basteln, Malen, Kneten, Perlen auffädeln, mit Bausteinen oder Murmeln spielen (vgl. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, S. 9).

Für insgesamt 17.399 Kinder ist im Datensatz ein Eintrag zur Feinmotorik vorhanden, das entspricht 99,2 % aller bei den Einschulungsuntersuchungen der Jahre 2018/2019 bis 2024/2025 untersuchten Kinder. Von allen Kindern mit einem Untersuchungsergebnis für die Feinmotorik ist bei 76,5 % der Befund in Ordnung. Dieser Anteil der altersgemäß entwickelten Kinder liegt deutlich niedriger als bei den Ergebnissen zur Grobmotorik. Für 12,0 % ist der Befund zur Feinmotorik grenzwertig. Für insgesamt 11,5 % der hierzu untersuchten Kinder werden Auffälligkeiten in der Entwicklung der Feinmotorik festgestellt. Bei 9,0 % der Kinder ist dies ein neuer auffälliger Befund, bei 2,5 % war die Auffälligkeit bereits vor der Einschulungsuntersuchung bekannt.

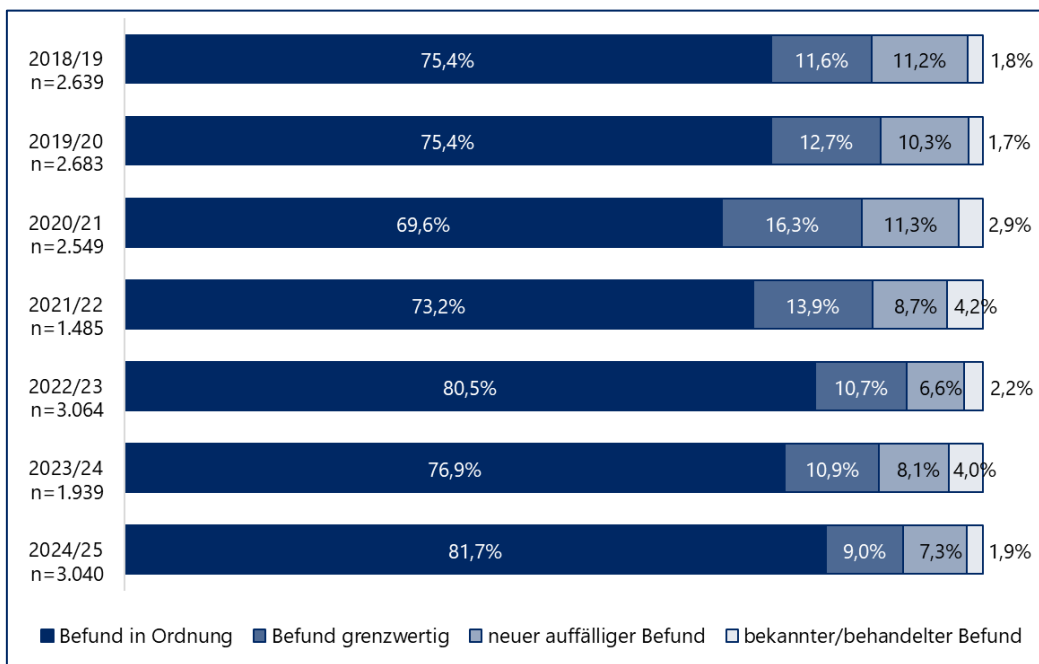


Abbildung 29: Befunde zur Feinmotorik (Anteile an Kindern mit Eintrag zur Feinmotorik)

Im Verlauf der einzelnen untersuchten Jahrgänge ist ein leichter Trend zu einem höheren Anteil von Kindern mit einer altersgemäßen Entwicklung der Feinmotorik zu erkennen. Der Anteil des Befundes „in Ordnung“ steigt von 75,4 % im Jahrgang 2018/2019 auf 81,7 % im Jahrgang 2024/2025. Das geringste Ergebnis wird allerdings im Jahrgang 2020/2021 erreicht, in dem nur 69,6 % der Befunde zur Feinmotorik in Ordnung sind. Der Anteil der grenzwertigen Befunde ist in den letzten Jahren etwas zurückgegangen, in der Spitze liegt dieser Anteil im Jahrgang 2020/2021 bei über 16 Prozent. Auch die neuen auffälligen Befunde sind in den letzten Jahren tendenziell zurückgegangen von 11,2 % im Jahrgang 2018/2019 auf 7,3 % im Jahrgang 2024/2025.



Wie schon bei der Grobmotorik ist auch in der Feinmotorik ein deutlicher Unterschied zwischen Jungen und Mädchen vorhanden. Für beide Geschlechter ist allerdings der Anteil der Kinder mit einer altersgemäß entwickelten Feinmotorik geringer als bei der Grobmotorik. Der Anteil der Mädchen, bei denen die Feinmotorik in Ordnung ist, liegt mit 82,7 % um mehr als zwölf Prozent höher als bei den Jungen mit nur 70,6 %. Eine grenzwertig ausgebildete Feinmotorik haben 14,4 % der Jungen und 9,4 % der Mädchen. Insgesamt sind bei 15 % der Jungen Auffälligkeiten in der Feinmotorik vorhanden. Davon sind 11,4 % neue auffällige Befunde, bei 3,6 % war dies bereits vor der Untersuchung bekannt. Von den Mädchen hingegen haben mit 7,8 % nur etwa halb so viele einen auffälligen Befund bei der Feinmotorik. Für 6,5 % der Mädchen ist es ein neuer auffälliger Befund, für 1,3 % war er bereits vor der Einschulungsuntersuchung bekannt.

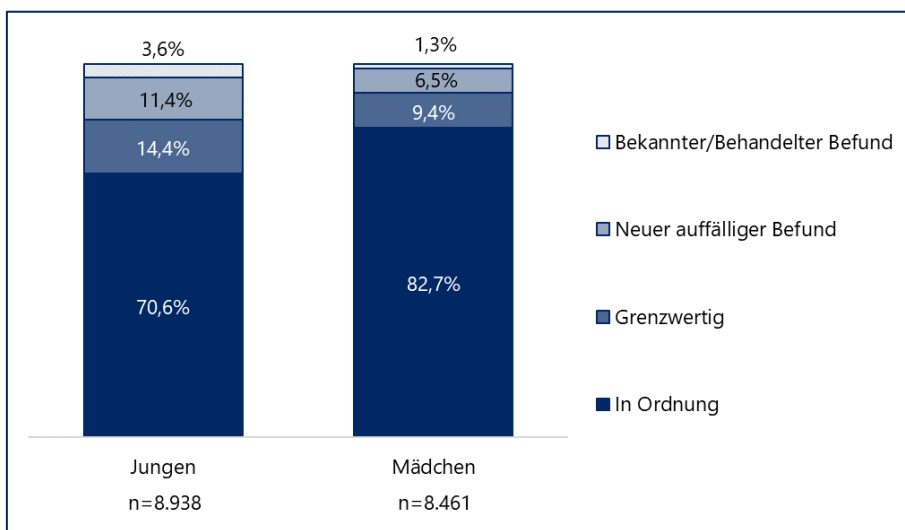


Abbildung 30: Befunde zur Feinmotorik nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025

Auch für die Feinmotorik gilt, dass es in allen einzelnen Untersuchungsjahrgängen bei den Mädchen weniger neue oder bereits bekannte auffällige Befunde gibt als bei den Jungen. Bei beiden Geschlechtern sind es in allen Jahrgängen mehr neue als bereits bekannte auffällige Befunde.

Die deutlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei der Feinmotorik sind vor allem durch unterschiedliche geschlechtsspezifische Entwicklungsverläufe bedingt. Außerdem trainieren Mädchen durch ihre Art zu spielen eher feinmotorische Fähigkeiten als Jungen (vgl. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2018, S. 69)

Für die Befunde zur Feinmotorik lässt sich auch zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund ein Unterschied erkennen. Dieser fällt jedoch auch hier weniger stark aus als der Unterschied zwischen den Geschlechtern. Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund sind die Befunde zur Feinmotorik in allen Untersuchungsjahrgängen insgesamt zu 79,6 % in Ordnung. Bei den Kindern mit Migrationshintergrund liegt dieser Anteil mit 72,0 % niedriger. Kinder mit Migrationshintergrund haben hingegen höhere Anteile an grenzwertigen oder neu auffälligen Befunden als Kinder ohne Migrationshintergrund. Der Anteil bereits bekannter Befunde ist in beiden Gruppen ähnlich niedrig.

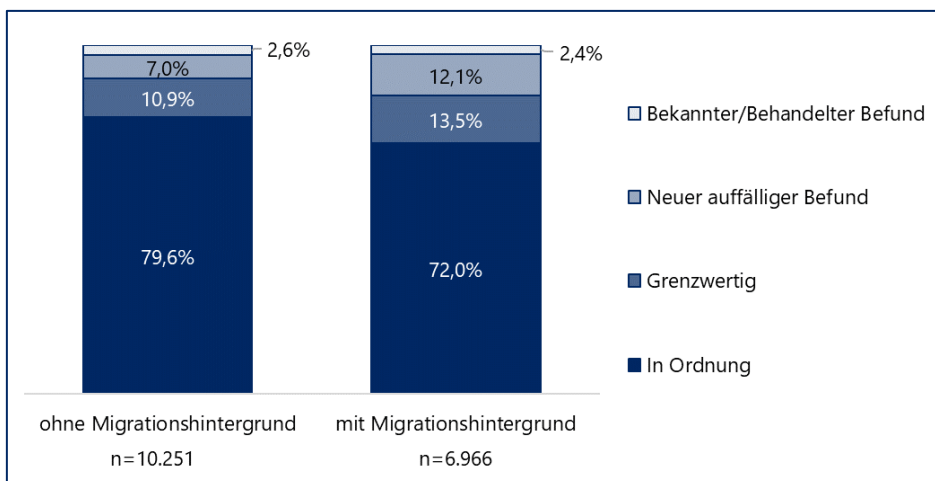


Abbildung 31: Befunde zur Feinmotorik nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025

Für die Feinmotorik ist im Zeitverlauf ein Trend hin zu einem etwas geringeren Anteil neuer auffälliger Befunde sowohl für Kinder mit als auch ohne Migrationshintergrund zu erkennen. In allen Jahren ist der Anteil neuer auffälliger Befunde bei den Kindern mit Migrationshintergrund höher als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund.

Wie schon für die Grobmotorik sind auch für die Feinmotorik Unterschiede im Entwicklungsstand der Kinder im Hinblick auf den Kita-Besuch zu erkennen. Die Dauer der Betreuung in einer Kita hat offenbar einen Einfluss auf die Entwicklung der Feinmotorik. Dargestellt werden diese Ergebnisse zusammen mit anderen Ergebnissen zum Kita-Besuch in Kapitel 2.9.

In den einzelnen Städten und Gemeinden liegt der Anteil an Kindern mit einer altersgemäß entwickelten Feinmotorik zwischen 66,7 % und 84,8 %. Damit ist in einigen Kommunen bei jedem dritten bis vierten Kind die Entwicklung der Feinmotorik auffällig oder grenzwertig. In den meisten Städten und Gemeinden ist der Anteil der grenzwertigen Befunde etwas höher als der Anteil der neuen oder bereits bekannten auffälligen Befunde. Der Anteil der Kinder mit neuen oder bereits bekannten Auffälligkeiten in der Feinmotorik liegt in den einzelnen Kommunen zwischen 7,3 % und 15,1 %. In fast allen Städten und Gemeinden ist der Anteil der Kinder mit dem Untersuchungsergebnis in Ordnung in Bezug auf die Feinmotorik deutlich niedriger als für die Grobmotorik.

2.6.3. Visuomotorik

Die Visuomotorik ist die Koordination von Augen und Händen. Sie ist die Fähigkeit Gesehenes in eine koordinierte Bewegung der Hand umzusetzen. Eine altersgemäß ausgebildete Visuomotorik ist sehr wichtig für das Schreiben von Buchstaben und Zahlen sowie das Zeichnen von Formen und ist damit elementar für den Schulerfolg (vgl. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2018, S. 83).

Zur Visuomotorik zählt das Erkennen und Wiedergeben von Formen und ihre optische Unterscheidung. Das Nachmalen von Formen ist die Grundlage für das Schreiben von Zahlen und Buchstaben. Vorschulkinder können ihre visuomotorischen Fähigkeiten beispielsweise trainieren, indem sie Memory spielen, Puzzeln oder sich auf Suchbildern orientieren. Sie sollten lernen, sich im Raum zu orientieren, also zu wissen was rechts und links, oben und unten oder hinten und vorne bedeuten. Die Visuomotorik kann auch nebenbei im Haushalt gefördert werden etwa beim Tisch decken oder beim Zuordnen von Deckeln zu passenden Gefäßen (vgl. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, S. 11f).

Im Datensatz ist für insgesamt 17.451 Kinder ein Untersuchungsergebnis zur Visuomotorik eingetragen, das entspricht 99,5 % aller bei den Einschulungsuntersuchungen der Jahre 2018/2019 bis 2024/2025 untersuchten Kinder. Für die Visuomotorik wird bei der Untersuchung nur festgehalten,



ob der Befund auffällig, grenzwertig oder unauffällig ist. Ob Auffälligkeiten neu oder bereits bekannt sind, wird nicht zusätzlich vermerkt.

Von allen Kindern mit einem Untersuchungsergebnis für die Visuomotorik ist in der Summe der hier betrachteten sieben Jahre bei 76,7 % der Befund in Ordnung. Für 11,2 % ist der Befund grenzwertig und für 12,1 % der Kinder zeigt sich in der Entwicklung der Visuomotorik eine Auffälligkeit.

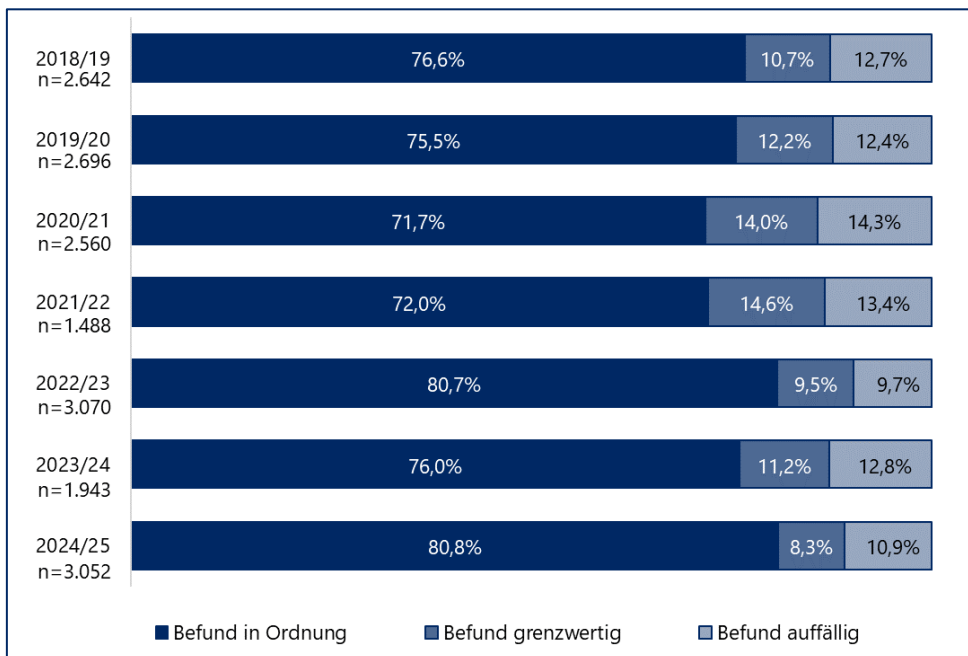


Abbildung 32: : Befunde zur Visuomotorik (Anteile an Kindern mit erfolgter Untersuchung zur Visuomotorik)

In den einzelnen Jahren zeigen sich leichte Unterschiede. Im zuletzt untersuchten Jahrgang 2024/2025 ist der Anteil von Kindern mit einer altersgemäßen Entwicklung der Visuomotorik mit 80,8 % am höchsten. Ausgehend vom Jahrgang 2018/2019 haben sich die Befunde zunächst etwas verschlechtert. Im Jahrgang 2020/2021 ist die Visuomotorik nur bei 71,7 % der Kinder in Ordnung. In den letzten Jahren haben allerdings die Anteile der grenzwertigen und auffälligen Befunde tendenziell wieder etwas abgenommen. Der Jahrgang 2023/2024 fällt bei diesem Trend etwas heraus, was voraussichtlich darauf zurückzuführen ist, dass in diesem Jahr nicht alle Kinder untersucht werden konnten.

Zwischen den beiden Geschlechtern ist ein deutlicher Unterschied für die Befunde zur Visuomotorik vorhanden. Der Anteil der Mädchen, bei denen die Visuomotorik als in Ordnung verzeichnet ist, liegt mit 82,3 % um fast elf Prozent höher als bei den Jungen mit nur 71,5 %. Zu 13,3 % wird bei den Jungen die Visuomotorik als grenzwertig eingestuft, bei den Mädchen trifft dies nur auf 8,9 % zu. 15,2 % der Jungen zeigen Auffälligkeiten in der Visuomotorik, von den Mädchen liegen nur bei 8,8 % Auffälligkeiten in der Visuomotorik vor.

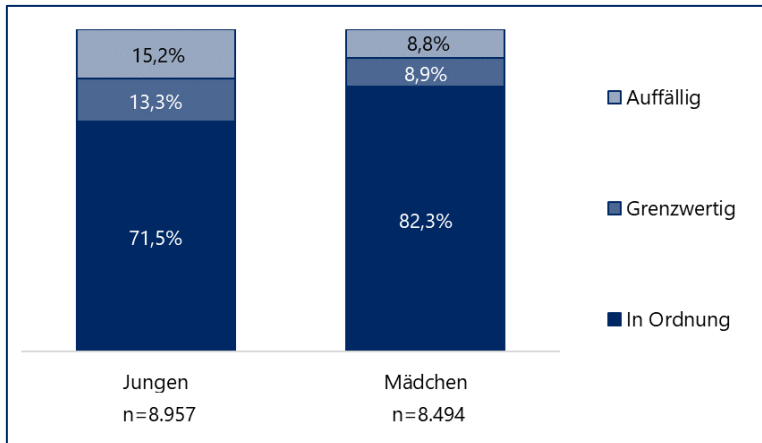


Abbildung 33: Befunde zur Visuomotorik nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025

Bei den Mädchen sind es in allen einzelnen Untersuchungsjahrgängen weniger auffällige Befunde als bei den Jungen. In den einzelnen Jahren liegt der Anteil der Mädchen mit auffälliger Visuomotorik zwischen 7,6 % und 10,8 %, während dieser Anteil bei den Jungen mit 11,7 % bis 17,6 % deutlich höher ist.

Auch für die Visuomotorik sind Unterschiede im Hinblick auf den Migrationshintergrund der Kinder festzustellen. Die Unterschiede fallen bei der Visuomotorik allerdings für den Migrationshintergrund geringer aus als die Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Bei 79,7 % der Kinder ohne Migrationshintergrund ist der Befund zur Visuomotorik in Ordnung. Für die Kinder mit Migrationshintergrund ist dieser Anteil mit 72,4 % etwas geringer. Unter den Kindern mit Migrationshintergrund sind die Anteile der grenzwertigen und auffälligen Befunde hingegen etwas höher als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund. Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund liegt der Anteil der grenzwertigen Befunde mit 10,3 % etwas höher als jener der auffälligen Befunde mit 10,0 %. Bei den Kindern mit Migrationshintergrund sind es hingegen mit 15,3 % mehr auffällige als grenzwertige Befunde (12,2 %). In allen einzelnen Jahren liegt der Anteil der auffälligen Befunde bei den Kindern mit Migrationshintergrund höher als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund.

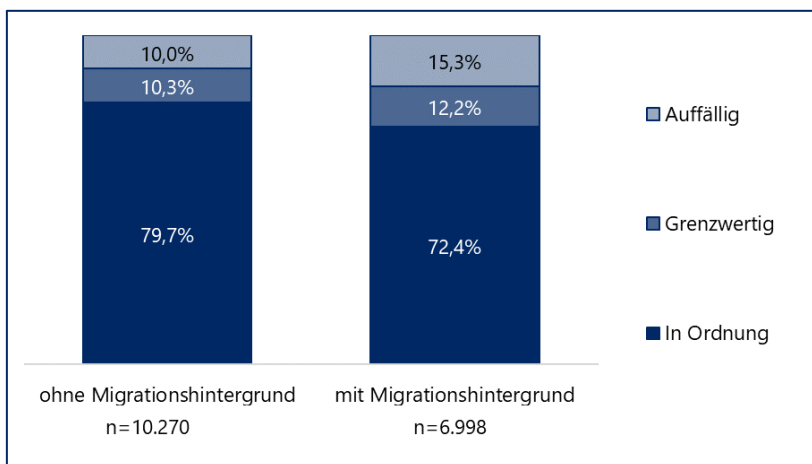


Abbildung 34: Befunde zur Visuomotorik nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025

Für die Visuomotorik können auch im Hinblick auf den Kita-Besuch Unterschiede festgestellt werden. Dies betrifft insbesondere die Dauer der Betreuung in einer Kita, die einen positiven Einfluss auf die altersgemäße visuomotorische Entwicklung zu haben scheint. Dargestellt werden diese Ergebnisse zusammen mit anderen Ergebnissen zum Kita-Besuch in Kapitel 2.9.



In den einzelnen Städten und Gemeinden liegt der Anteil der Kinder mit einer altersgemäß entwickelten Visuomotorik zwischen 67,6 % und 84,7 %. In einigen Kommunen ist damit bei rund jedem vierten Kind die Entwicklung der Visuomotorik auffällig oder grenzwertig. Dabei liegt für die Mehrheit der Städte und Gemeinden der Anteil der auffälligen Befunde sogar höher als der Anteil der grenzwertigen Befunde. Der Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in der Visuomotorik liegt in den einzelnen Kommunen zwischen 6,5 % und 16,9 %.

Zusammenfassend lässt sich für die Körperkoordination feststellen, dass bei deutlich mehr Mädchen als Jungen die Befunde der Untersuchungen zu Grobmotorik, Feinmotorik und Visuomotorik in Ordnung sind. Kinder mit Migrationshintergrund zeigen zu einem etwas größeren Anteil eine grenzwertige oder auffällige motorische Entwicklung als Kinder ohne Migrationshintergrund. Allerdings ist für alle drei Aspekte der Körperkoordination der Unterschied hinsichtlich der Geschlechter deutlicher als der Unterschied hinsichtlich des Migrationshintergrundes. Gravierende Unterschiede zeigen sich außerdem für die Entwicklung aller motorischen Fähigkeiten im Hinblick auf die Dauer des Besuchs einer Kita, wie in Kapitel 2.9 noch dargestellt wird. Kinder mit einem längeren Kita-Besuch von mindestens drei Jahren zeigen dabei am häufigsten eine altersgemäß entwickelte Körperkoordination.

2.7. Sprachfertigkeit

Die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder sind entscheidend für das Erlernen von Lesen und Schreiben. Sie sind wichtig, damit sich das Kind aktiv am Unterricht beteiligen kann und auch verstanden wird. Die Sprachfertigkeit wirkt sich damit deutlich auf den späteren Schulerfolg aus.

Im Schulunterricht werden die Lerninhalte überwiegend mit Hilfe der Sprache vermittelt. Auch für die Bewältigung des Schulalltags ist es wichtig, dass die Kinder ihre Fragen und Bedürfnisse klar verständlich zum Ausdruck bringen können. Bis zum Ende des fünften Lebensjahres sind die wichtigsten Phasen der Sprachentwicklung eines Kindes abgeschlossen (vgl. Stadt Kassel und Gesundheitsamt Region Kassel 2018, S. 60).

Der Förderung der Sprache kommt im Vorschulalter eine große Bedeutung zu. Im Alltag können Wortschatz und Sprachverständnis beispielsweise durch Vorlesen, Bilderbücher zusammen ansehen, das Kind etwas erzählen lassen oder gemeinsames Singen gefördert werden. Das Sprechen der Eltern mit ihren Kindern kann nicht durch Fernsehen oder Spielen am Smartphone ersetzt werden. Die Aussprache wird durch eine kräftige Mund- und Zungenmuskulatur gefördert, wozu etwa Grimassen schneiden, mit einem Strohalm trinken, Seifenblasen machen oder kräftiges Kauen von fester Nahrung beitragen können. Für die Wahrnehmung und Unterscheidung von Tönen und Lauten sind zum Beispiel Reim- und Singspiele hilfreich. Das Lernen der Sprachfertigkeit kann ganz spielerisch erfolgen durch Spiele wie stille Post, ich packe meinen Koffer oder durch Zungenbrecher (vgl. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, S. 15ff).

Bei der Analyse der Sprachfertigkeit ist in zwei Teilbereiche zu unterscheiden. Bei der Einschulungsuntersuchung wird eine medizinische und eine pädagogische Einschätzung zur Sprachfertigkeit abgegeben. Die medizinische Einschätzung umfasst Faktoren von Sprachentwicklungsverzögerungen und Artikulationsstörungen. Die pädagogische Einschätzung umfasst die Deutschkenntnisse. Die beiden Aspekte werden daher hier getrennt voneinander in den Unterkapiteln zu Sprachentwicklung und Deutschkenntnissen behandelt.



2.7.1. Sprachentwicklung

Bei der Beurteilung der Sprachentwicklung wird beobachtet, ob die Kinder Auffälligkeiten beim Sprechen zeigen. Dies kann beispielsweise eine verzögerte Sprachentwicklung sein, bei der das Kind noch keinen altersgerechten Wortschatz hat und Schwierigkeiten bei der Satzbildung zeigt. Aber auch andere Auffälligkeiten, zum Beispiel bei der Aussprache und Lautbildung oder Stottern werden bei der Untersuchung vermerkt.

Bei einer Aussprachestörung haben die Kindern Schwierigkeiten, bestimmte Laute korrekt zu bilden. Betroffene Kinder lassen die entsprechenden Laute entweder einfach weg, bilden sie falsch oder sie ersetzen sie durch andere Laute. Beispiele hierfür sind Dabel statt Gabel oder Nane statt Banane. Bei allen Kindern treten solche Fehler in der Lautbildung während der Sprachentwicklung auf, da sie die richtige Lautbildung erst lernen müssen. Im Alter von fünf Jahren sind diese phonologischen Prozesse in der Regel beendet. (vgl. www.dgs-ev.de/sprachheilwiki/kategorien/stoerungsbilder/phonetisch-phonologische-stoerungen).

Bei der Einschulungsuntersuchung wird außerdem auf Grammatikauffälligkeiten, den Satzbau oder den Wortschatz geachtet. Aus den Untersuchungsergebnissen der verschiedenen Einzeltests im Bereich der Sprache und dem allgemeinen Gespräch wird ein Gesamteindruck zur Sprache durch den Arzt oder die Ärztin festgehalten. Dieser wird in die Kategorien in Ordnung, bekannter/behandelter auffälliger Befund, neuer auffälliger Befund, grenzwertig und unbekannt eingestuft. In diese individuellen Einschätzungen fließt neben den Ergebnissen zu Aussprachestörungen, Sprachkompetenz und auditiver Informationsverarbeitung teilweise auch die Fähigkeit der Kinder Deutsch zu sprechen mit ein.

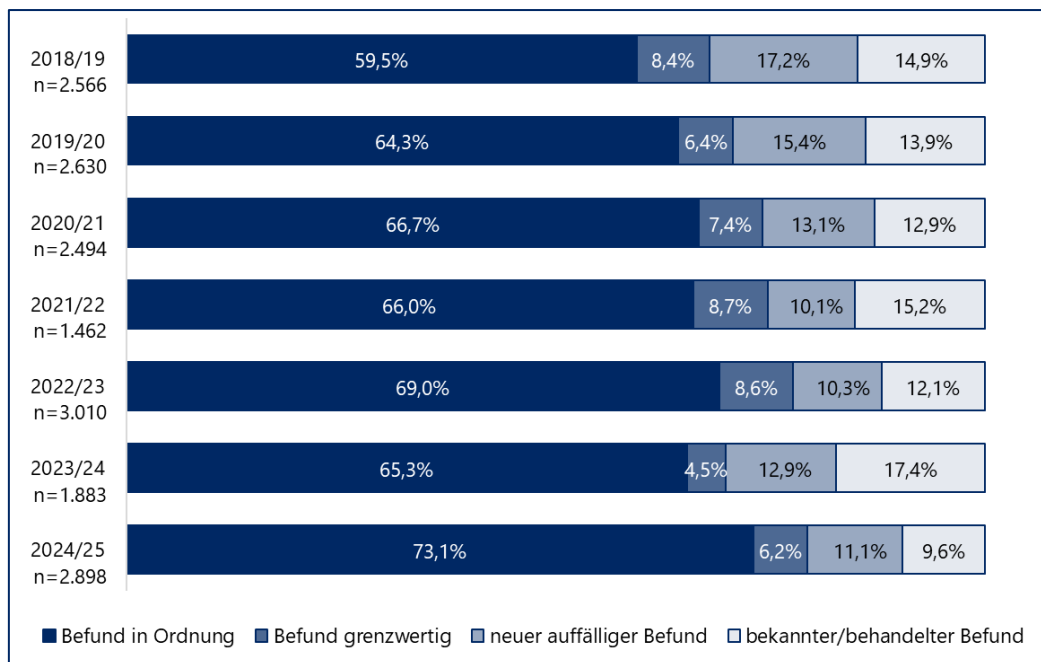


Abbildung 35: Gesamtbeurteilung der Sprache (Anteile an Kindern mit Eintrag zur Sprache insgesamt)

Für 16.943 Kinder ist im Datensatz ein Eintrag zur Sprache insgesamt vorhanden, das entspricht einem Anteil von 96,6 % aller untersuchten Kinder. Nur für 66,5 %, also zwei Drittel der Kinder, ist der Befund zur Sprache in Ordnung. Bei 7,2 % fällt das Gesamturteil zur Sprache grenzwertig aus. Für 13,3 % der Kinder mit Eintrag zur Sprache wird ein bereits bekannter/behandelter Befund angegeben und für 13,0 % wird ein neuer auffälliger Befund zur Sprache festgestellt.



In den einzelnen Jahrgängen ist eine leichte Tendenz zu einem höheren Anteil von Kindern mit dem Befund „in Ordnung“ zu erkennen. 2018/2019 liegt dieser Anteil mit nur 59,5 % besonders niedrig, 2024/2025 fällt er mit 73,1 % deutlich höher aus. In den anderen Jahren liegt er bei etwa zwei Dritteln der Kinder. Der Anteil der neuen auffälligen Befunde zur Sprache ist leicht rückläufig. 2018/2019 sind es noch 17,2 % neue auffällige Befunde, in den letzten Jahren liegt dieser Wert meist bei rund zehn bis elf Prozent. Die bereits bekannten Befunde sind im Jahr 2024/2025 mit 9,6 % besonders gering, sie zeigen in den Jahren zuvor aber keinen erkennbaren Trend. Der Jahrgang 2023/2024 fällt etwas aus den ansonsten erkennbaren Tendenzen heraus, da eine Anpassung der Erfassung im Bereich der Sprache vorgenommen wurde (siehe Kapitel methodische Anmerkungen).

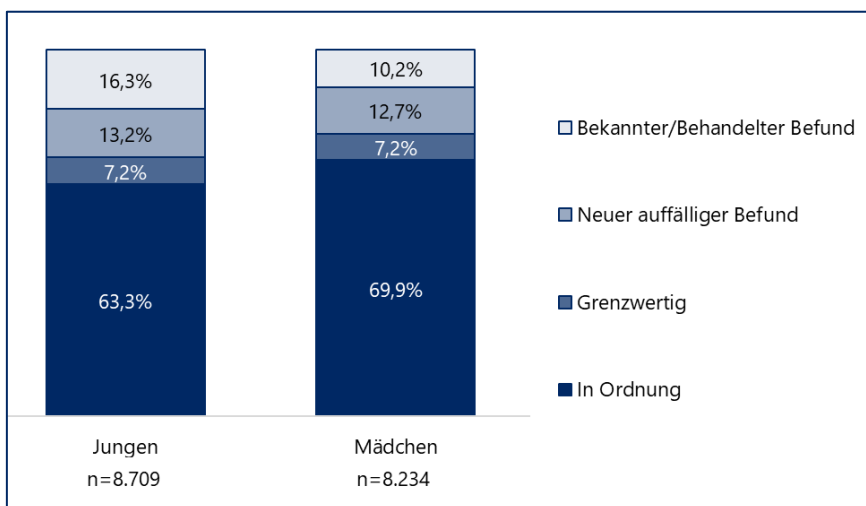


Abbildung 36: Gesamtbeurteilung der Sprache nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025

Bei den Mädchen fallen die Gesamturteile zur Sprache etwas besser aus als bei den Jungen. In Ordnung ist die Sprache bei 69,9 % der Mädchen und 63,3 % der Jungen. Der Anteil grenzwertiger Befunde liegt bei jeweils 7,2 % im Durchschnitt der sieben hier betrachteten Jahrgänge. Neue auffällige Befunde sind bei den Jungen mit 13,2 % nur geringfügig häufiger als bei den Mädchen mit 12,7 %. Bei den Jungen gibt es allerdings mit einem Anteil von 16,3 % deutlich mehr bereits bekannte/behandelte Befunde zur Sprache als bei den Mädchen mit 10,2 %. In den einzelnen Jahrgängen ist der Anteil der neuen auffälligen Befunde bei den Jungen immer höher als bei den Mädchen, teilweise ist der Unterschied sehr deutlich und liegt bei bis zu acht Prozent.

Deutlich größer als zwischen den Geschlechtern sind die Unterschiede bei der Gesamtbeurteilung der Sprache im Hinblick auf den Migrationshintergrund. Kinder mit Migrationshintergrund haben deutlich öfter grenzwertige, neue und bereits bekannte auffällige Befunde zur Sprache insgesamt als Kinder ohne Migrationshintergrund. Mit 49,8 % wird nur bei etwa der Hälfte der Kinder mit Migrationshintergrund die Sprache mit „in Ordnung“ beurteilt, bei den Kindern ohne Migrationshintergrund sind es mit 77,1 % erheblich mehr. Im Zeitverlauf liegt der Anteil der neuen und bereits bekannten auffälligen Befunde für die Sprache bei den Kindern mit Migrationshintergrund in jedem Jahr höher als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund.

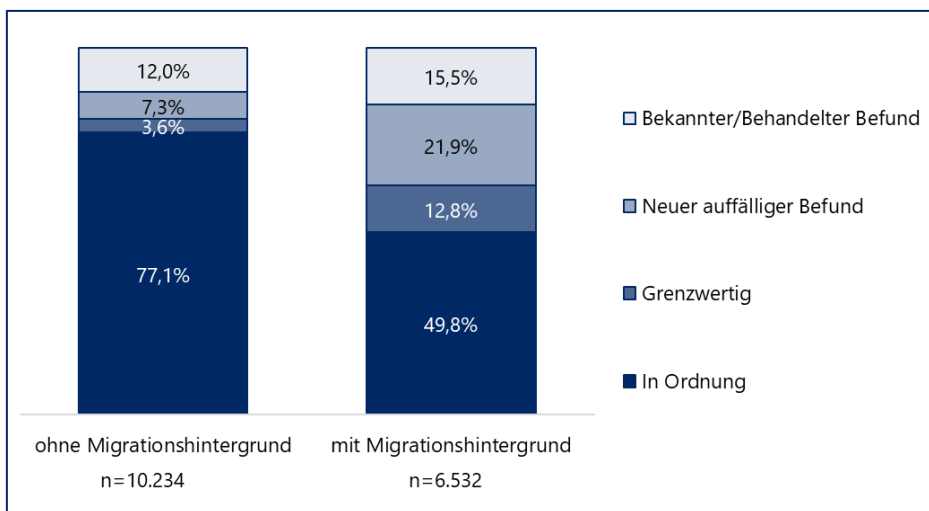


Abbildung 37: Gesamtbeurteilung der Sprache nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025

Kinder mit Migrationshintergrund können in ihrer Muttersprache hervorragende sprachliche Fähigkeiten und damit eine altersgemäße Sprachentwicklung haben. Bei mangelndem Deutschverständnis kann dies aber im Rahmen der Einschulungsuntersuchung nur bedingt beurteilt werden. Diese Ergebnisse sind deshalb mit besonderer Vorsicht zu interpretieren. Im folgenden Kapitel wird gesondert auf die Deutschkenntnisse der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache eingegangen.

Unterschiede in der Gesamtbeurteilung der Sprache sind auch zwischen Kindern mit und ohne Kita-Besuch erkennbar. Noch deutlicher sind die Unterschiede hinsichtlich der Dauer des Kita-Besuchs. Je länger Kinder in einer Kita betreut wurden, desto häufiger ist das Gesamtergebnis zur Sprache in Ordnung. Genauer wird hierauf in Kapitel 2.9 eingegangen, das verschiedene Aspekte im Zusammenhang mit dem Kita-Besuch analysiert.

2.7.2. Deutschkenntnisse

Die Deutschkenntnisse werden nur bei Kindern erfasst, die nicht Deutsch als Erstsprache haben. Alle Angaben in diesem Kapitel beziehen sich auf Kinder mit einer anderen Erstsprache. Für die Erfassung der Erstsprache wird bei der Einschulungsuntersuchung gefragt, welche Sprache mit dem Kind in den ersten vier Lebensjahren überwiegend gesprochen wurde.

Für 17.525 Kinder, und damit für nahezu 100% aller in den Jahrgängen 2018/2019 bis 2024/2025 untersuchten Kinder, liegt eine Angabe zur Erstsprache vor. Für 11.735 Kinder ist Deutsch die Erstsprache, das entspricht einem Anteil von 67,0 %. 5.790 Kinder haben hingegen eine andere Erstsprache, das entspricht mit 33,0 % rund jedem dritten Kind.

Im Verlauf der sieben betrachteten Jahre zeigt sich ein leichter Trend zu mehr Kindern mit anderen Erstsprachen. Im Jahrgang 2018/2019 haben noch 30,7 % eine nichtdeutsche Erstsprache im Jahrgang 2024/2025 sind es mit 34,5 % fast vier Prozent mehr. Einen noch etwas höheren Anteil von 35,4 % gibt es im Jahrgang 2021/2022, in dem es jedoch zu Abweichungen kommt, da corona-bedingt nicht alle Kinder untersucht werden konnten

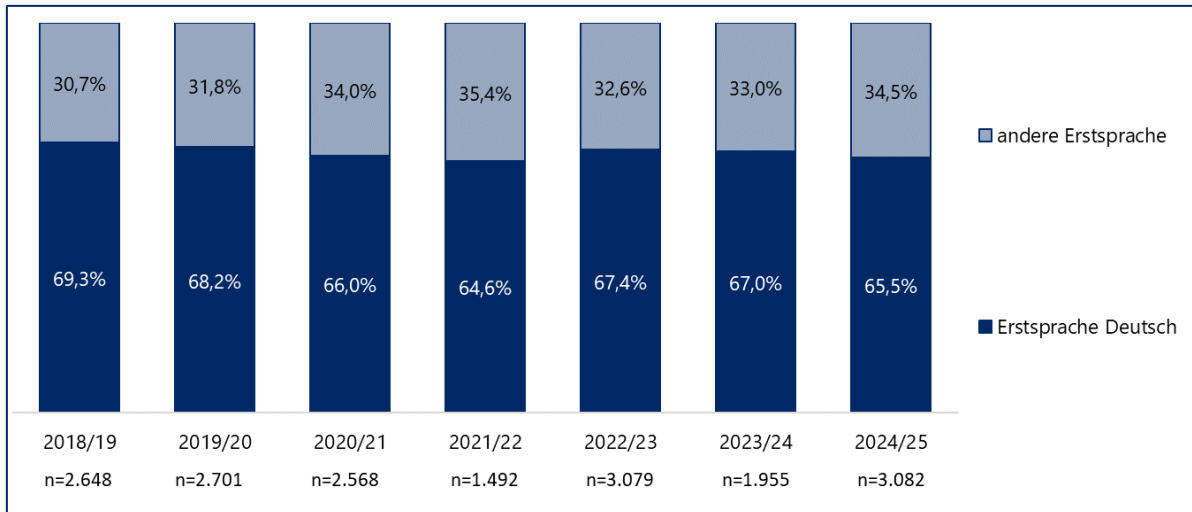


Abbildung 38: Erstsprache in den ersten vier Lebensjahren (Anteil an Kindern mit Eintrag zur Erstsprache)

Wenn die Erstsprache eine andere Sprache als Deutsch ist, wird für diese Kinder zusätzlich die Familiensprache erfragt. Die Familiensprache ist jene Sprache, die am häufigsten zuhause in der Familie gesprochen wird. Für 5.638 Kinder (97,4 %) ist im Datensatz eine Familiensprache angegeben.

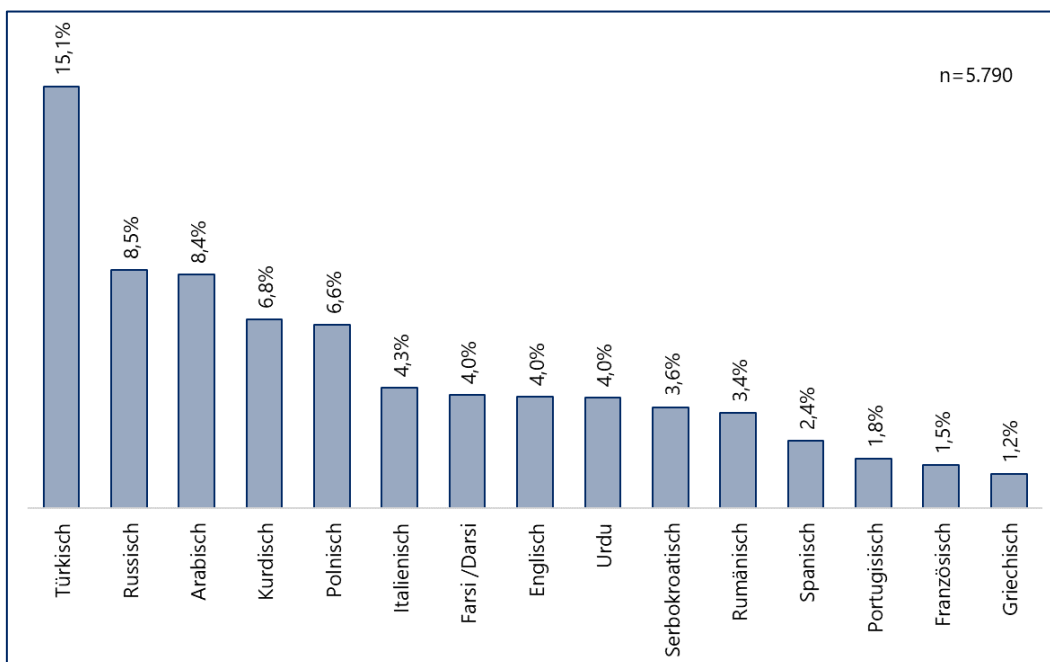


Abbildung 39: Häufigste Familiensprachen der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache 2018/19 bis 2024/25

Von allen Kindern mit nichtdeutscher Erstsprache spricht der größte Anteil von 15,1 % zuhause Türkisch. Am zweithäufigsten ist mit 8,5 % eine russische Familiensprache, gefolgt von Arabisch für 8,4 % dieser Kinder. Auf den Plätzen vier und fünf der häufigsten nichtdeutschen Familiensprachen folgen Kurdisch (6,8 %) und Polnisch (6,6 %). Unter den 15 am häufigsten genannten einzelnen Sprachen sind außerdem Italienisch, Farsi/Darsi (persische Sprache), Englisch, Urdu (offizielle Sprache Pakistans), Serbokroatisch, Rumänisch, Spanisch, Französisch und Griechisch. Weitere der erfassten Einzelsprachen werden nur in sehr wenigen Fällen gesprochen, sie treffen für jeweils weni-



ger als ein Prozent der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache zu. Da nicht alle weltweit vorhandenen Sprachen einzeln erfasst werden, gibt es einige Sammelgruppen, auf die zusätzlich etwas größere prozentuale Anteile entfallen. Dies sind vor allem weitere europäische Sprachen, die von 7,8 % der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache zuhause gesprochen werden.

Für die Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache werden die eigenen Deutschkenntnisse und auch die Deutschkenntnisse der Hauptbezugsperson beurteilt. Nicht immer ist die Begleitperson auch die Hauptbezugsperson. In dem Fall kann nur eine Einschätzung durch die zur Untersuchung anwesenden Person herangezogen werden oder es muss als unbekannt deklariert werden. Für die eigenen Deutschkenntnisse wird unterschieden in die fünf verschiedenen Stufen kein Deutschverständnis, rudimentäre Deutschkenntnisse, Deutsch flüssig mit erheblichen Fehlern, Deutsch flüssig mit leichten Fehlern und fehlerfreies Deutsch. Die Deutschkenntnisse der Hauptbezugsperson werden in die drei Stufen rudimentär, fehlerhaft und fehlerfrei eingeteilt.

Für 5.526 (95,4 %) der 5.790 Kinder mit einer anderen Erstsprache ist eine Einschätzung der Deutschkenntnisse angegeben. Die Prozentwerte werden in Bezug auf alle Kinder mit einer Einschätzung zu den Deutschkenntnissen errechnet. Im Durchschnitt der sieben Untersuchungsjahre spricht der größte Anteil von 30,9 % der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache Deutsch flüssig mit leichten Fehlern. 22,9 % dieser Kinder sprechen sogar fehlerfrei Deutsch. Zusammen können damit etwas mehr als die Hälfte der Kinder mit einer anderen Erstsprache ohne Einschränkungen am Unterricht teilnehmen. Mit 24,1 % spricht fast jedes vierte Kind mit nichtdeutscher Erstsprache zwar flüssig Deutsch, macht aber dabei erhebliche Fehler. Für zusammen 22,8 % der Kinder mit anderer Erstsprache wird es eher schwierig sein dem Unterricht zu folgen, da sie nur rudimentäre Deutschkenntnisse haben (16,0 %) oder gar kein Deutschverständnis zeigen (6,8 %).

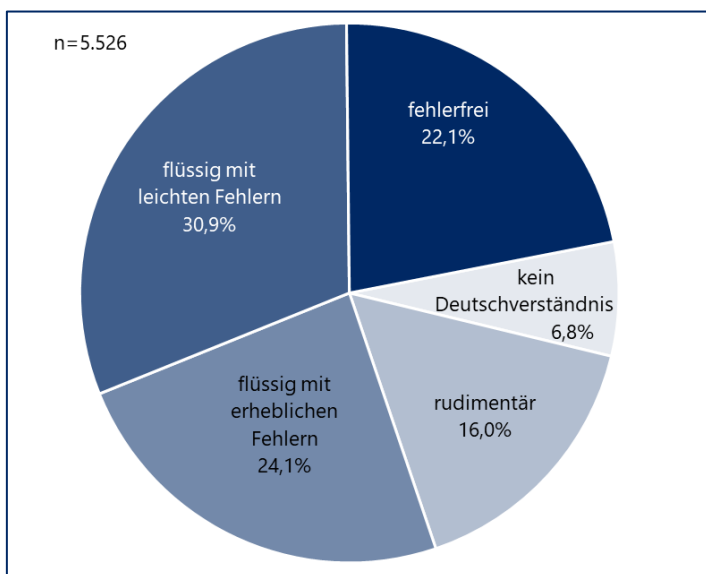


Abbildung 40: Deutschkenntnisse der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache 2018/19 bis 2024/25

In den einzelnen Jahrgängen gibt es einige Unterschiede in der Qualität der Deutschkenntnisse. Allgemein lässt sich ein leichter Trend zu einem geringeren Anteil von fehlerfrei Deutsch sprechenden Kindern erkennen. Besonders hoch liegt dieser noch im Jahr 2019/2020 mit 27,8 % im Jahrgang 2024/2025 sind es mit 20,3 % über sieben Prozent weniger. Noch weniger sind es im Jahrgang 2023/2024, in dem es allerdings einige Abweichungen gibt, da nicht alle Kinder untersucht werden konnten.



Zugenommen hat hingegen der Anteil der Kinder ohne Deutschverständnis. 2018/2019 liegt ihr Anteil an den Kindern mit nichtdeutscher Erstsprache noch bei 4,7 %, im Jahrgang 2025/2025 ist er auf 8,1 % angestiegen. Auch hier wird 2023/2024 ein noch höherer Anteil erreicht. Eine ebenfalls eher steigende Tendenz hat der Anteil der Kinder mit rudimentären Deutschkenntnissen, der in den ersten beiden Jahren der hier betrachteten Zeitreihe noch deutlich weniger als 15 Prozent beträgt, seit 2020/2021 aber immer teils deutlich darüber liegt.

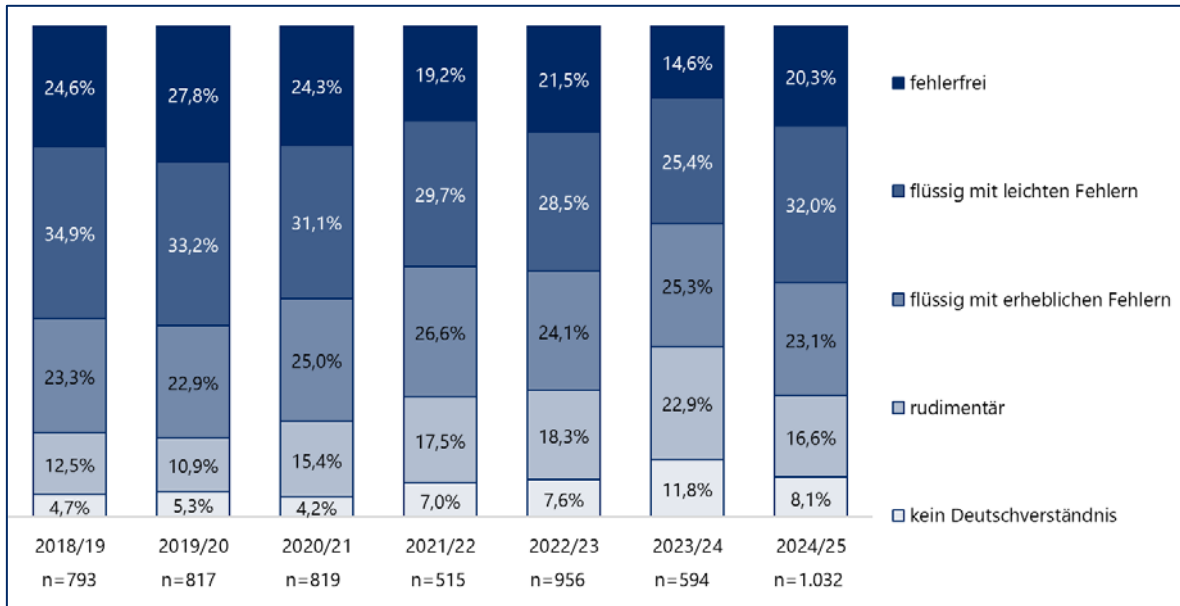


Abbildung 41: Deutschkenntnisse der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache

Relativ gleichbleibend ist der Anteil der Kinder, die ein flüssiges Deutsch mit erheblichen Fehlern sprechen. In den einzelnen Jahren erreichen sie Anteile von jeweils knapp über oder unter einem Viertel der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache. Flüssig Deutsch mit leichten Fehlern sprechende Kinder haben in den letzten Jahren ihren Anteil stetig verringert von 34,9 % im Jahrgang 2018/2019 auf 25,4 % im Jahrgang 2023/2024. Nur im letzten untersuchten Jahrgang 2024/2025 setzt sich dieser Trend nicht weiter fort.

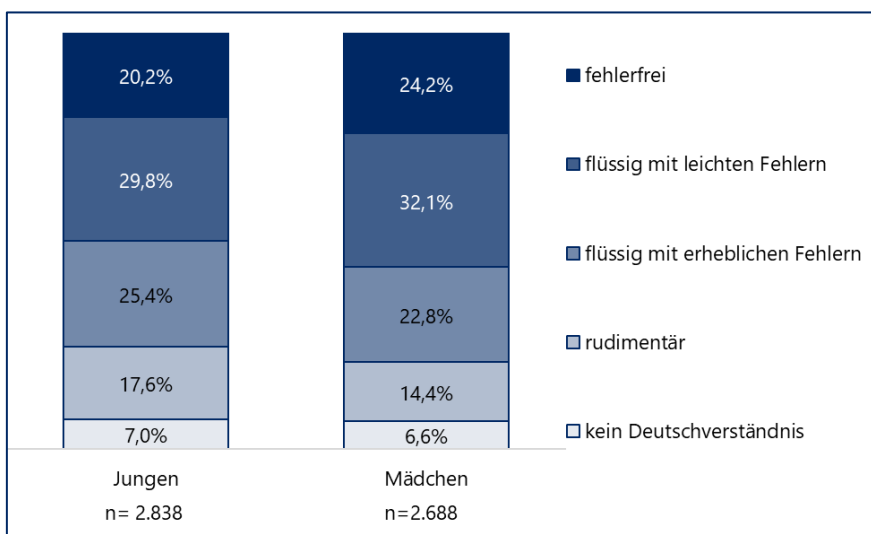


Abbildung 42: Deutschkenntnisse der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025



Unter den Kindern mit nichtdeutscher Erstsprache und Informationen zu den Deutschkenntnissen gibt es leichte Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Hier haben die Mädchen höhere Anteile bei fehlerfreiem Deutsch und flüssigem Deutsch mit leichten Fehlern, während bei den Jungen die Anteile für flüssiges Deutsch mit erheblichen Fehlern, rudimentäres Deutsch oder fehlendes Deutschverständnis jeweils etwas höher liegen.

Sehr deutliche Unterschiede gibt es bei den Deutschkenntnissen der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache im Hinblick auf den Besuch einer Kita. Je länger die Kinder in einer Kita betreut wurden, desto besser fällt das Ergebnis bei der Beurteilung der Deutschkenntnisse aus. Diese Ergebnisse werden mit anderen Aspekten zum Kita-Besuch in Kapitel 2.9 genauer dargestellt.

Zusätzlich zu den eigenen Deutschkenntnissen des Kindes werden bei der Einschulungsuntersuchung für Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache auch die Deutschkenntnisse der Hauptbezugsperson eingeschätzt. Diese Einschätzungen zu den Deutschkenntnissen der Bezugspersonen sind allerdings deutlich seltener im Datensatz enthalten als die Deutschkenntnisse der Kinder selbst, da nicht immer die Hauptbezugsperson bei der Untersuchung anwesend ist. Für 4.279 der insgesamt in den sieben Jahrgängen 2018/2019 bis 2024/2025 untersuchten 5.790 Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache ist eine Information zu den eigenen Deutschkenntnissen und auch zu jenen der Hauptbezugsperson vorhanden, das entspricht einer Quote von 73,9 %. Die im Folgenden genannten Prozentwerte beziehen sich nur auf Kinder mit Eintrag zu den Deutschkenntnissen der Hauptbezugsperson.

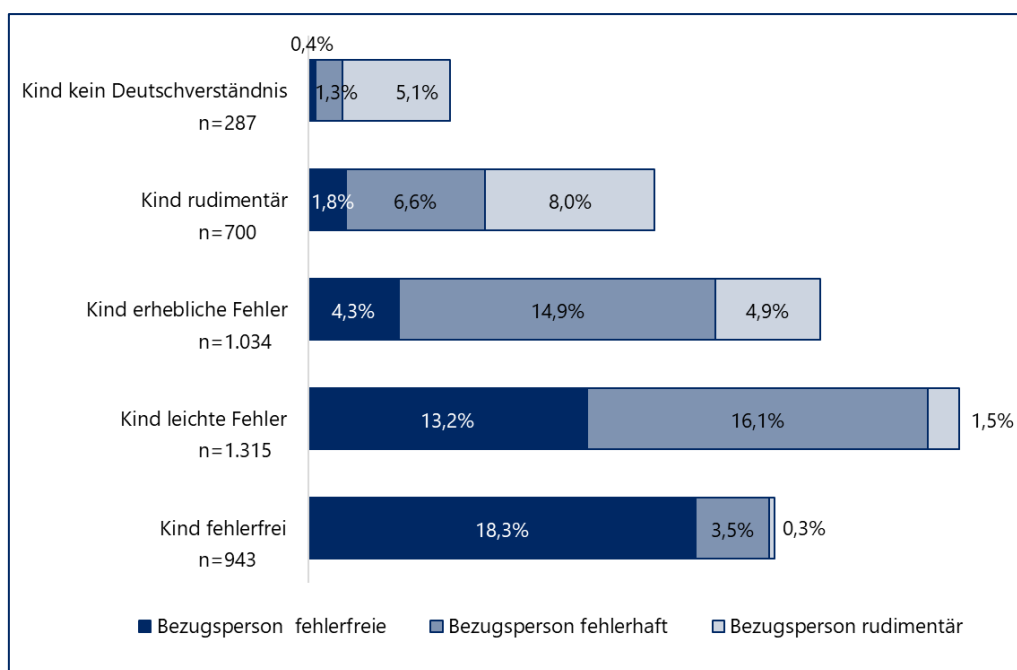


Abbildung 43: Deutschkenntnisse der Kinder und Hauptbezugspersonen in Bezug auf alle Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache 2018/2019 bis 2024/2025

Es zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen den Deutschkenntnissen der Kinder und den Deutschkenntnissen ihrer Hauptbezugsperson. Je besser die Hauptbezugsperson Deutsch spricht, desto besser sind auch die Deutschkenntnisse der Kinder. Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Sprachkenntnisse nach ihren Anteilen an allen Kindern mit nichtdeutscher Erstsprache und Angaben zu beiden sprachlichen Parametern. Hierbei zeigt sich, dass unter den Kindern mit nichtdeutscher Erstsprache mit einem Anteil von 18,3 % am häufigsten Kinder vorkommen, bei denen die Hauptbezugsperson und auch das Kind selbst fehlerfrei Deutsch sprechen. Am zweithäufigsten ist mit 16,1 % die Kombination aus Kindern, die mit leichten Fehlern Deutsch sprechen, und einer



Hauptbezugsperson mit fehlerhaftem Deutsch. Am dritthäufigsten sprechen Kinder mit erheblichen Fehler Deutsch und haben eine Hauptbezugsperson, die ebenfalls fehlerhaft Deutsch spricht.

Noch klarer wird der Zusammenhang der Sprachkenntnisse von Kind und Hauptbezugsperson bei der Betrachtung der einzelnen Kombinationsmöglichkeiten. In den folgenden Grafiken werden hierfür die Deutschkenntnisse der Hauptbezugspersonen in den Mittelpunkt gerückt. Sie zeigen jeweils an, wie hoch die Anteile der Kinder mit den verschiedenen Stufen der Deutschkenntnisse sind, je nachdem ob die Bezugsperson flüssig, fehlerhaft oder rudimentär Deutsch spricht.

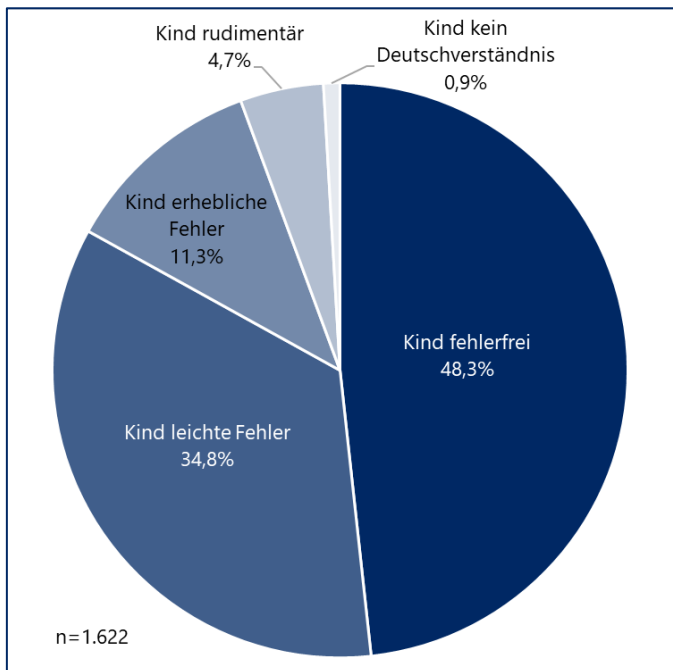


Abbildung 44: Deutschkenntnisse der Kinder mit fehlerfrei Deutsch sprechender Hauptbezugsperson 2018/2019 bis 2024/2025

Spricht die Hauptbezugsperson fehlerfrei Deutsch, so sprechen auch die Kinder am häufigsten fehlerfrei Deutsch (48,3 %) oder Deutsch mit leichten Fehlern (34,8 %). Zusammen haben demnach 83,1 % der Kinder, deren Hauptbezugsperson fehlerfrei Deutsch spricht, gute Kenntnisse der deutschen Sprache, die für den Schulstart wichtig sind. Dennoch gibt es auch in dieser Gruppe einige Kinder, die ein rudimentäres oder keinerlei Deutschverständnis haben, zusammen liegt ihr Anteil bei 5,6 %.

Ist das Deutsch der Hauptbezugsperson fehlerhaft, sprechen auch ihre Kinder meist Deutsch mit leichten Fehlern (38,0 %) oder mit erheblichen Fehlern (35,3 %), der Anteil der Kinder mit nur rudimentären oder keinen Deutschkenntnissen liegt in dieser Gruppe bereits bei 18,5 %. Der Anteil der fehlerfrei Deutsch sprechenden Kinder liegt hingegen nur noch bei 8,2 %

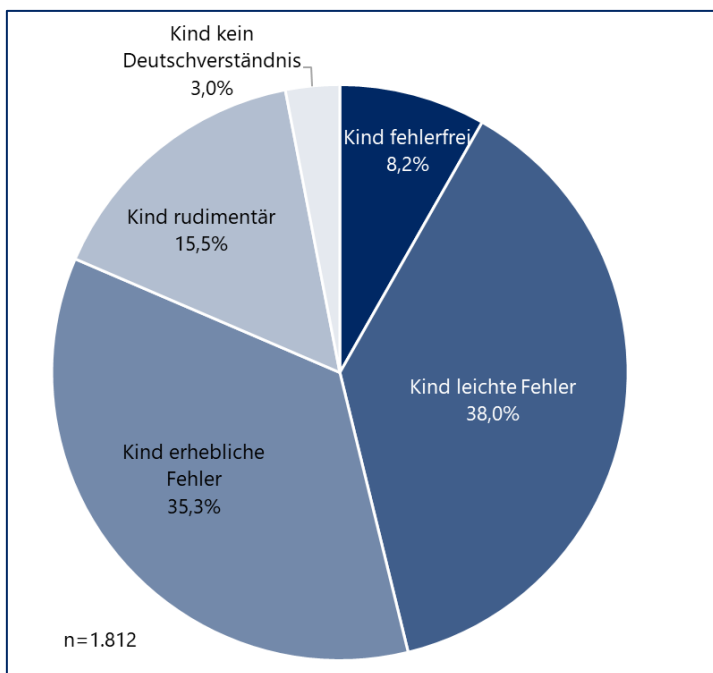


Abbildung 45: Deutschkenntnisse der Kinder mit fehlerhaft Deutsch sprechender Hauptbezugsperson 2018/2019 bis 2024/2025

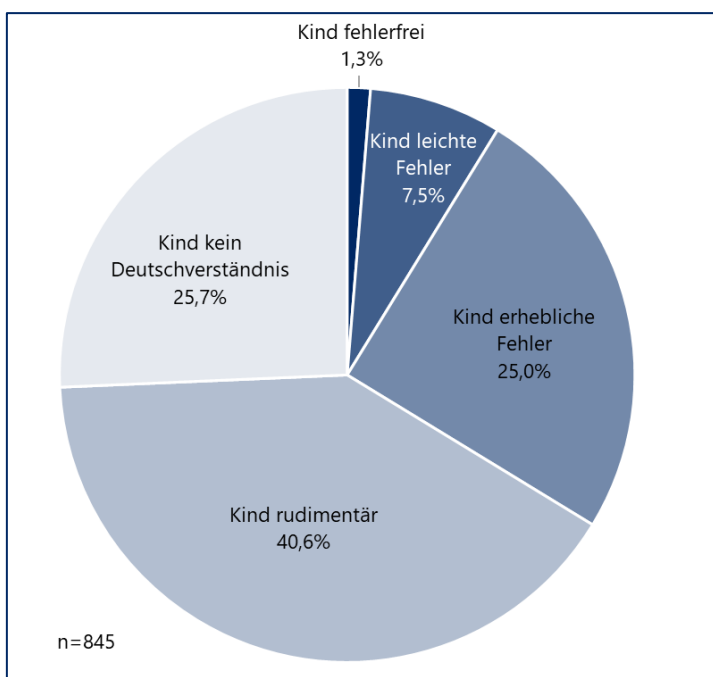


Abbildung 46: Deutschkenntnisse der Kinder mit rudimentär Deutsch sprechender Hauptbezugsperson 2018/2019 bis 2024/2025

Spricht allerdings die Bezugsperson nur rudimentär Deutsch, dann überwiegt auch der Anteil der Kinder mit nur rudimentären Deutschkenntnissen (40,6 %), jeweils rund ein Viertel der Kinder hat zudem kein Deutschverständnis (25,7 %) oder spricht Deutsch mit erheblichen Fehlern (25,0 %). Unter den Kindern, deren Hauptbezugsperson nur rudimentär Deutsch spricht, sind nur noch 1,3 %, die selbst fehlerfrei Deutsch sprechen. Der Anteil der Kinder mit rudimentären oder keinerlei Deutschkenntnissen liegt hingegen zusammen bei 66,3 % und damit bei etwa zwei Dritteln der Kinder deren Bezugsperson nur rudimentär Deutsch spricht. Von den Kindern mit rudimentär



Deutsch sprechender Bezugsperson können zusammen dennoch 8,8 % fehlerfrei oder mit leichten Fehlern Deutsch sprechen. Mehr als die Hälfte der Kinder, die bessere Deutschkenntnisse als ihre Bezugsperson haben, besuchten mindestens drei Jahre lang eine Kita.

Diese Ergebnisse zeigen, dass dem Erlernen von Deutsch durch die Bezugspersonen der Kinder eine große Bedeutung zukommt. Schlechte Deutschkenntnisse der Elterngeneration wirken sich direkt auf die Deutschkenntnisse der nachfolgenden Generation aus. Die Kinder haben dadurch einen schwierigeren Schulstart. Für Kinder, deren Eltern nur wenig Deutsch sprechen, ist somit auch der längerfristige Besuch einer Kita von großer Bedeutung für einen guten Start in die Schullaufbahn.

2.8. Schulempfehlung und empfohlene Maßnahmen

Nach Abschluss der Einschulungsuntersuchung werden die Ergebnisse durch den Arzt oder die Ärztin mit den Eltern besprochen. Hierbei werden etwa Hinweise auf fehlende Impfungen gegeben oder gegebenenfalls notwendige Fördermaßnahmen besprochen. Falls im Rahmen der Untersuchung ein besonderer Unterstützungsbedarf festgestellt wurde, erfolgt eine Maßnahmenempfehlung. Mit diesen Empfehlungen soll es jedem Kind ermöglicht werden die erforderlichen Voraussetzungen für ein erfolgreiches Lernen zu erhalten (vgl. Verwaltungsverband für das Gesundheitsamt für die Stadt Darmstadt und den Landkreis Darmstadt-Dieburg 2024, S. 8).

Folgende Maßnahmen können am Ende der Einschulungsuntersuchung erfolgen oder empfohlen werden (vgl. Verwaltungsverband für das Gesundheitsamt für die Stadt Darmstadt und den Landkreis Darmstadt-Dieburg 2024, S. 8f):

- **Impfberatung:**
Ausführliche Beratung der Eltern bei einem unvollständigen Impfstatus.
- **Elternberatung:**
Beratung der Eltern zu gesundheits- und schulrelevanten Fragestellungen, wie beispielsweise Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten, gesundheitliche Beeinträchtigungen oder die Rückstellung vom Schulbesuch.
- **Schulberatung:**
Beratung der Eltern zu einem möglichen besonderen Lernförderbedarf.
- **Erweiterter Schulinfobrief:**
Bericht an die zuständige Grundschule bei erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder einem ausgeprägten Lernförderbedarf.
- **Motorikförderung:**
Beratung der Eltern zu motorischen Auffälligkeiten des Kindes.
- **Sprachberatung:**
Beratung der Eltern bei Hinweisen auf eine Sprachentwicklungsstörung. Möglich ist auch die Veranlassung der Vorstellung des Kindes bei der amtsinternen Logopädin oder der Abklärung in einer kinderärztlichen Praxis. Bei erforderlicher medizinischer Sprachförderung wird den Eltern ein Informationsbogen für die Kinderarztpraxis mitgegeben. Andere Indikationen sind Deutschkurse beziehungsweise Vorlaufkurse bei schlechten Deutschkenntnissen.
- **Ernährungsberatung:**
Es werden Empfehlungen zur Ernährung ausgesprochen und die Gewohnheiten der Familie zu Essen und Trinken besprochen. Zudem wird auf die vertiefende kostenfreie Ernährungssprechstunde hingewiesen.



- **Erziehungsberatung:**
Die Eltern werden auf vorhandene Informationsmaterialien hingewiesen und auf die örtlichen Erziehungsberatungsstellen aufmerksam gemacht. Gegebenenfalls ist auch eine Vorstellung des Kindes in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Sprechstunde angezeigt.
- **Sozialdienst:**
Empfehlung und Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt für die Inanspruchnahme sozialdienstlicher Hilfen.
- **Sonstige Hilfen:** weitere Beratungsmaßnahmen und Informationen, die anderweitig nicht erfasst wurden.

Die Schulleitungen der Grundschulen erhalten nach der durchgeführten Einschulungsuntersuchung für jedes Kind schriftlich einen schulärztlichen Informationsbrief. Dieser informiert über schul- und gesundheitsrelevante Aspekte und fasst die Untersuchungsergebnisse zusammen. Sofern ein besonderer Lernförderbedarf besteht wird darauf hingewiesen. Den Eltern wird eine Schulempfehlung aufgrund des Gesamteindrucks bei der Einschulungsuntersuchung mitgeteilt. Für den Großteil der Kinder gibt es keine regelabweichende Schulempfehlung, eine Einschulung wird demnach empfohlen. Falls der untersuchende Arzt oder die untersuchende Ärztin zu dem Schluss kommt, dass das Kind von einer Einschulung erst im folgenden Schuljahr profitieren würde, wird eine Rückstellung empfohlen. Dies wird auch der jeweiligen Grundschule mitgeteilt. Möglich ist außerdem die Empfehlung ein Beratungs- und Förderzentrum für die detaillierte Abklärung aufzusuchen. Bei zur Untersuchung vorgestellten Kannkindern können die Ärzte und Ärztinnen außerdem Bedenken gegen eine vorzeitige Einschulung anmerken (vgl. Verwaltungsverband für das Gesundheitsamt für die Stadt Darmstadt und den Landkreis Darmstadt-Dieburg 2024, S. 9).

Nur bei einem geringen Anteil von 20,1 % aller in den Jahren 2018/2019 bis 2024/2025 untersuchten Kinder gibt es keinerlei Maßnahmen, bei 79,9 % sind hingegen Maßnahmen vermerkt. Bei vier von fünf Kindern besteht demnach Anlass zur Beratung oder weiteren Förderung. In den einzelnen Jahrgängen liegt der Anteil der Kinder mit Einträgen zu Maßnahmen zwischen 65,8 % und 88,2 %.

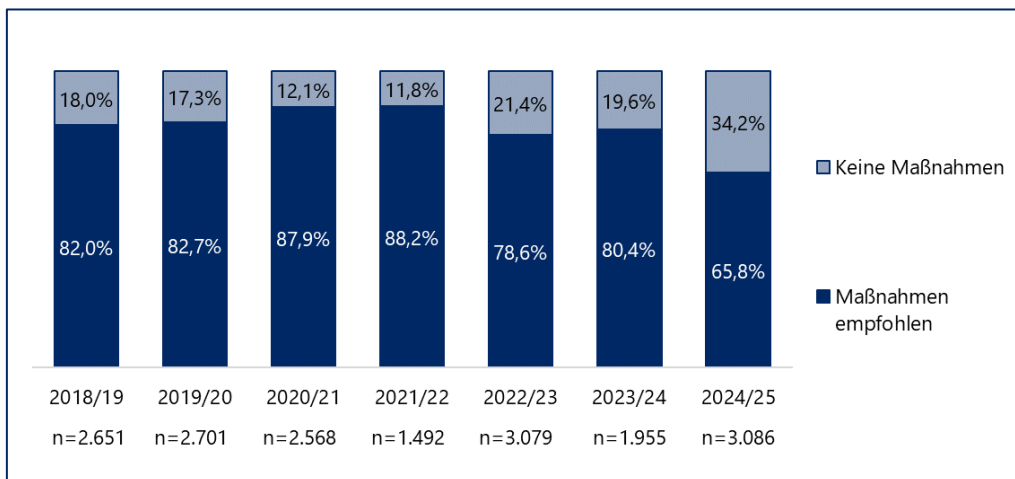


Abbildung 47: Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung empfohlene oder durchgeführte Maßnahmen

Den höchsten Anteil bei den Maßnahmen hat die im Rahmen der Einschulungsuntersuchung durchgeführte Impfberatung. Im Durchschnitt der sieben Jahre erforderte der Impfstatus bei 37,7 % der Kinder eine Beratung. In den einzelnen Jahrgängen liegt der Anteil der Kinder für die eine Impfberatung durchgeführt wurde zwischen 33,1 % und 48,9 %.

Ähnlich hoch ist der Anteil der Kinder, für die eine Sprachförderung empfohlen wird. Im Durchschnitt der sieben hier ausgewerteten Jahre liegt der Anteil bei 35,3 % und damit bei mehr als



jedem dritten Kind. In den einzelnen Jahrgängen erfolgt für 29,9 % bis 42,4 % eine Beratung zur Sprachförderung.

Bei 25,1 %, und damit jedem vierten zur Untersuchung vorgestellten Kind, wird eine Schulberatung der Eltern zu einem möglichen besonderen Lernförderbedarf des Kindes durchgeführt. Für die einzelnen Jahrgänge liegt dieser Anteil zwischen 21,0 % und 32,1 %. Eine Beratung zur Förderung der Motorik wird im Durchschnitt der sieben Jahrgänge für 14,9 % der Kinder durchgeführt. In den einzelnen Jahrgängen bewegt sich dieser Anteil zwischen 11,5 % und 22,2 %. Die Anteile der anderen möglichen Maßnahmen liegen jeweils bei maximal zehn Prozent der untersuchten Kinder.

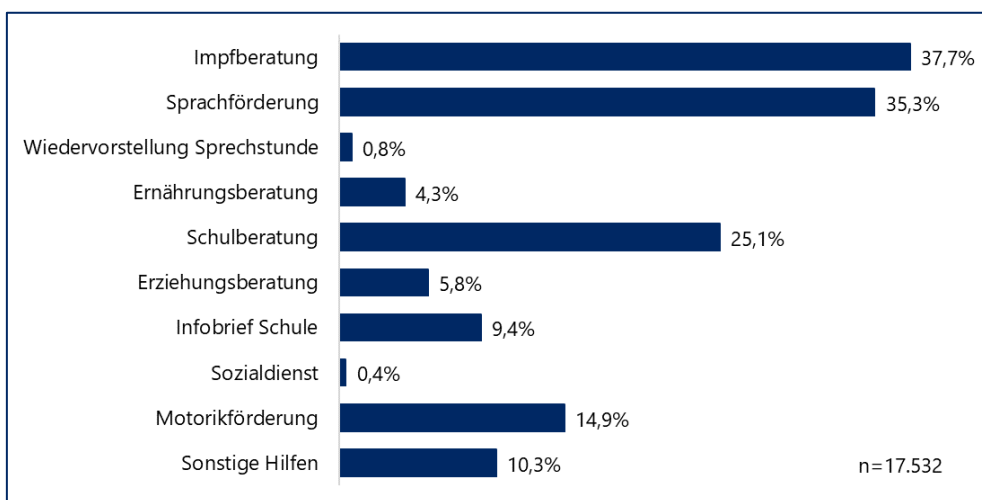


Abbildung 48: Empfohlene oder durchgeführte Maßnahmen 2018/2019 bis 2024/2025

Bei den empfohlenen oder bereits im Rahmen der Einschulungsuntersuchung durchgeführten Maßnahmen gibt es Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Für Jungen sind zu 82,1 % Maßnahmen eingetragen, bei den Mädchen liegt dieser Anteil mit 77,5 % etwas niedriger.

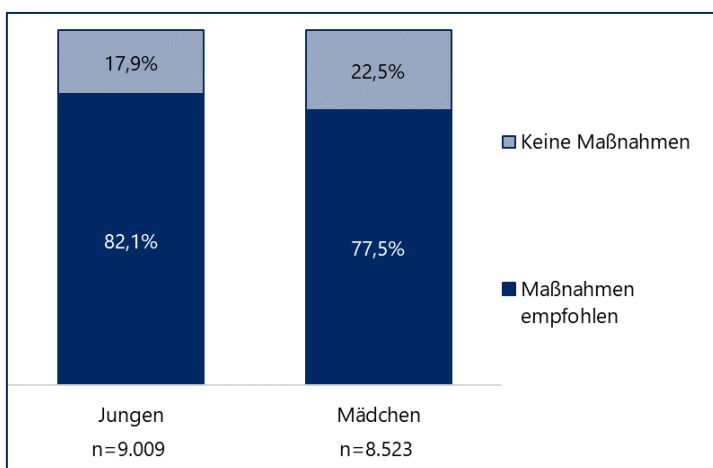


Abbildung 49: Maßnahmen nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025

38,4 % aller untersuchten Jungen wird eine Sprachförderung empfohlen, während dieser Anteil bei den Mädchen mit 32,1 % um rund sechs Prozent geringer ist. Auch bei der Schulberatung liegt bei den Jungen mit 27,9 % der Anteil um fast sechs Prozent höher als bei den Mädchen mit 22,1 %. Den deutlichsten Unterschied gibt es allerdings bei der Motorikförderung. Für 19,0 % der untersuchten Jungen wird eine Motorikförderung empfohlen, bei den Mädchen trifft dies nur auf 10,5 %

zu. Bei den anderen Maßnahmen liegen die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen jeweils bei maximal drei Prozent

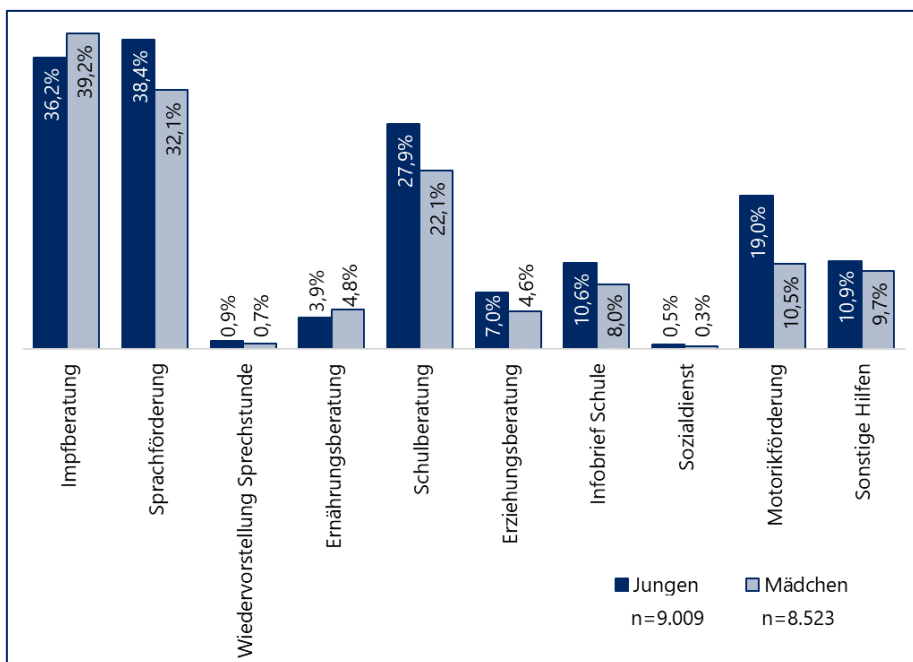


Abbildung 50: Art der Maßnahmen nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025

Größer als zwischen den Geschlechtern ist der Unterschied zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Während bei den Kindern ohne Migrationshintergrund der Anteil der Kinder mit Einträgen zu empfohlenen Maßnahmen bei 75,3 % liegt, ist er bei den Kindern mit Migrationshintergrund mit 86,6 % um rund elf Prozent höher.

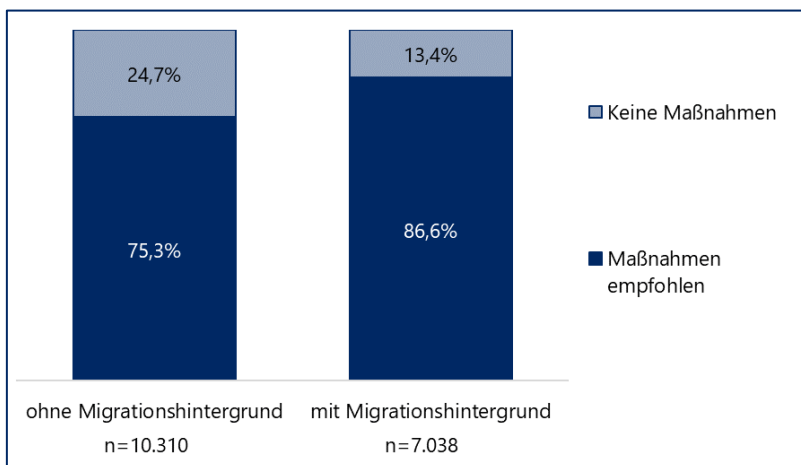


Abbildung 51: Maßnahmen nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025

Für Kinder mit Migrationshintergrund wird besonders oft eine Sprachförderung empfohlen: Mit einem Anteil von 48,0 % betrifft dies fast jedes zweite Kind mit Migrationshintergrund. Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund ist der Anteil der empfohlenen Sprachförderungen mit 26,8 % deutlich geringer.

Bei der Schulberatung liegt der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund mit 32,8 % um rund 13 Prozent höher als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund. Eine Motorikförderung wird für

17,5 % der Kinder mit Migrationshintergrund empfohlen, bei den Kindern ohne Migrationshintergrund sind es mit 13,1 % rund vier Prozent weniger. Auch Infobriefe an die Schulen werden für einen etwas größeren Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund (11,5 %) als für Kinder ohne Migrationshintergrund (7,9 %) gesendet. Bei den anderen Maßnahmen liegen die Unterschiede zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund jeweils bei maximal drei Prozent

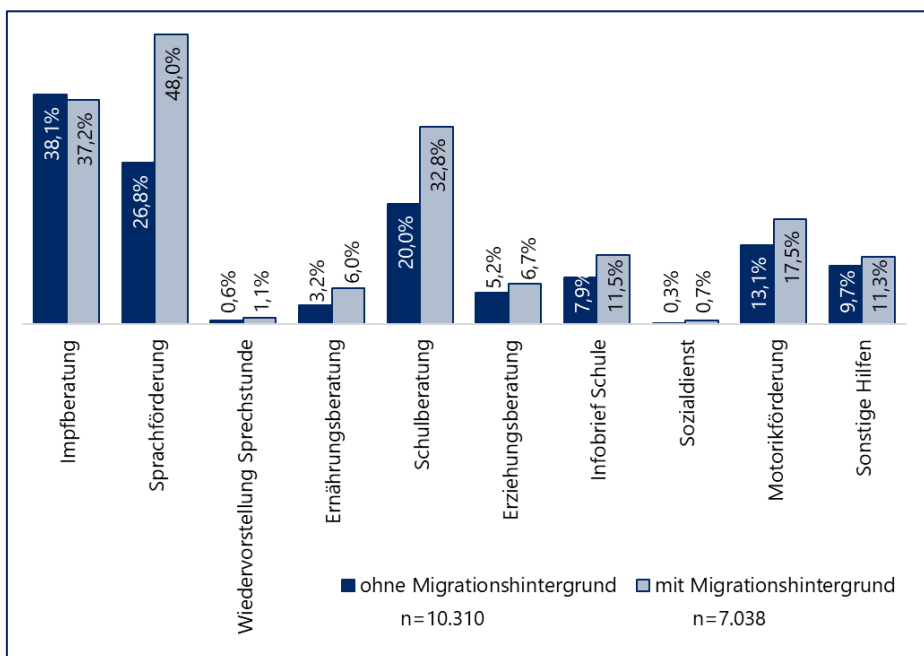


Abbildung 52: Art der Maßnahmen nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025

Für alle Kinder wird als Ergebnis der Einschulungsuntersuchung eine Schulempfehlung eingetragen. Im Durchschnitt der Jahrgänge 2018/2019 bis 2024/2025 wird für 85,2 % der Kinder die Einschulung wie vorgesehen empfohlen. Für 7,4 % der Kinder liegt die Empfehlung für ein Beratungs- und Förderzentrum vor. Diese Beratungs- und Förderzentren koordinieren in Hessen die sonderpädagogischen Angebote und die inklusive Beschulung von Kindern mit Förderbedarf an allgemeinen Schulen. Bei 6,6 % der Kinder wird die Zurückstellung der Einschulung um ein Jahr empfohlen. Die übrigen 0,8 % der Kinder sind Kannkinder bei denen Bedenken zu einer Einschulung bestehen. Kannkinder haben erst nach dem 1. Juli des Einschulungsjahres ihren sechsten Geburtstag und wären demnach erst im Jahr darauf schulpflichtig. Die Eltern der untersuchten Kannkinder haben allerdings einen Antrag auf Einschulung in dem Jahr gestellt, in dem das Kind sechs Jahre alt wird. Von allen 902 in diesen sieben Jahren zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Kannkindern gibt es für 83,5 % eine Empfehlung zur Einschulung.

In den einzelnen Jahrgängen schwanken die Anteile der Schulempfehlungen nur wenig. Eine Ausnahme ist der nicht vollständig untersuchte Jahrgang 2023/2024 bei dem es durch die Unvollständigkeit zu statistischen Abweichungen kommt. In den anderen sechs Jahrgängen liegt der Anteil der Kinder mit empfohlener Einschulung an einer Regelschule zwischen 82,5 % und 87,6 %. Die Vorstellung in einem Beratungs- und Förderzentrum, beziehungsweise der Besuch einer Förderschule, wird für 4,8 % bis 9,2 % der Kinder empfohlen. Zwischen 4,1 % und 8,2 % der Kinder wird eine Zurückstellung in das nächste Schuljahr empfohlen. Bedenken bei zur Untersuchung vorgestellten Kannkindern sind für 0,1 % bis 1,3 % aller in den einzelnen Jahrgängen untersuchten Kinder eingetragen.

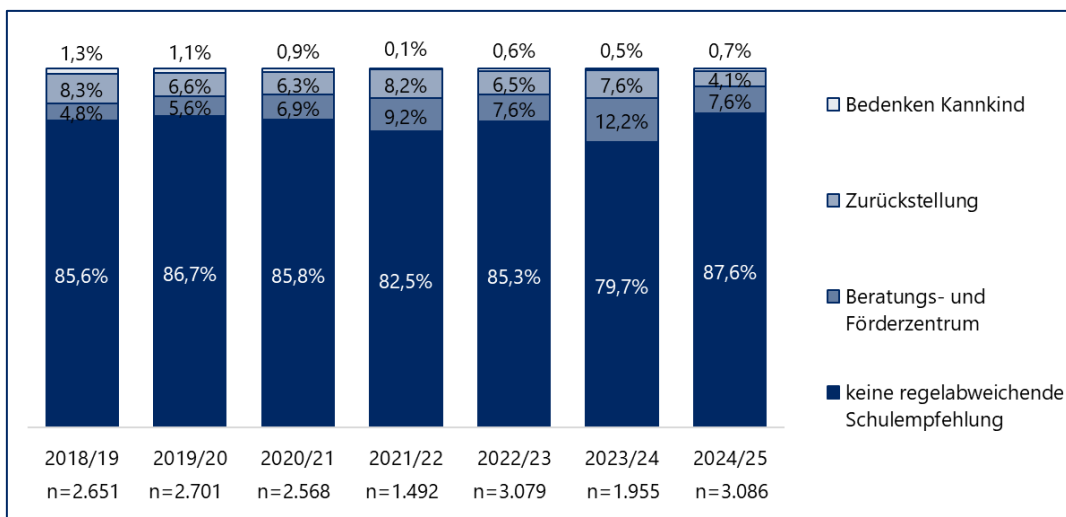


Abbildung 53: Einschulungsempfehlungen

Zwischen Mädchen und Jungen gibt es leichte Unterschiede bei den Anteilen der Einschulungsempfehlungen. Für 88,4 % der Mädchen wird im Durchschnitt der sieben Jahre die Einschulung an einer Regelschule empfohlen. Bei den Jungen ist dieser Anteil mit 82,1 % um etwa sechs Prozent geringer. Jungen werden hingegen öfter zurückgestellt (7,6 %) als Mädchen (5,5 %). Jungen wird auch häufiger der Besuch eines Beratungs- und Förderzentrums für die sonderpädagogische Förderung empfohlen als Mädchen: mit 9,6 % liegt der Anteil bei den Jungen um über vier Prozent höher als bei den Mädchen mit 5,1 %.

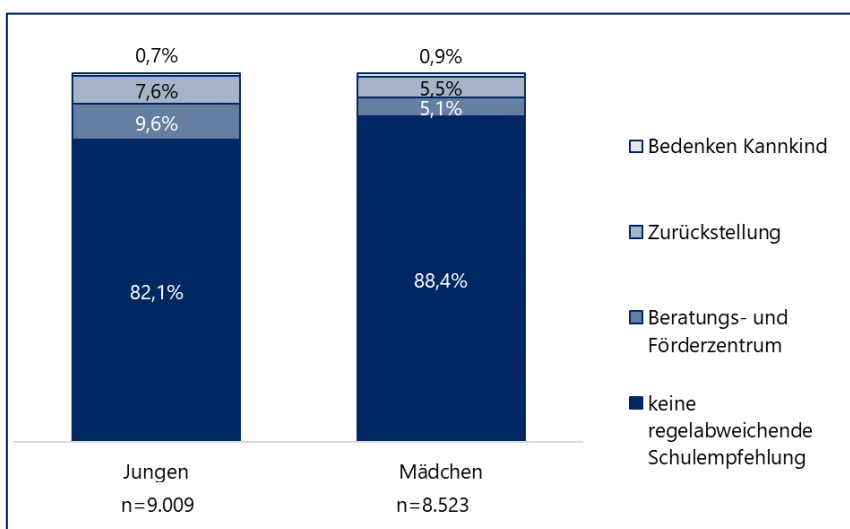


Abbildung 54: Einschulungsempfehlungen nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025

Noch deutlicher ist der Unterschied bei den Einschulungsempfehlungen jedoch zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Im hier betrachteten Zeitraum von 2018/2019 bis 2024/2025 wird für 90,1 % der Kinder ohne Migrationshintergrund die Einschulung an einer Regelschule empfohlen. Bei den Kindern mit Migrationshintergrund liegt dieser Anteil mit nur 77,9 % um rund zwölf Prozent niedriger. Kindern mit Migrationshintergrund wird mit einem Anteil von 10,3 % auch fast doppelt so oft eine sonderpädagogische Beschulung empfohlen als Kindern ohne Migrationshintergrund, bei denen dieser Anteil bei 5,5 % liegt. Zurückstellungen betreffen mit 10,8 % einen mehr als doppelt so großen Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund als ohne Migrationshintergrund (3,7 %).

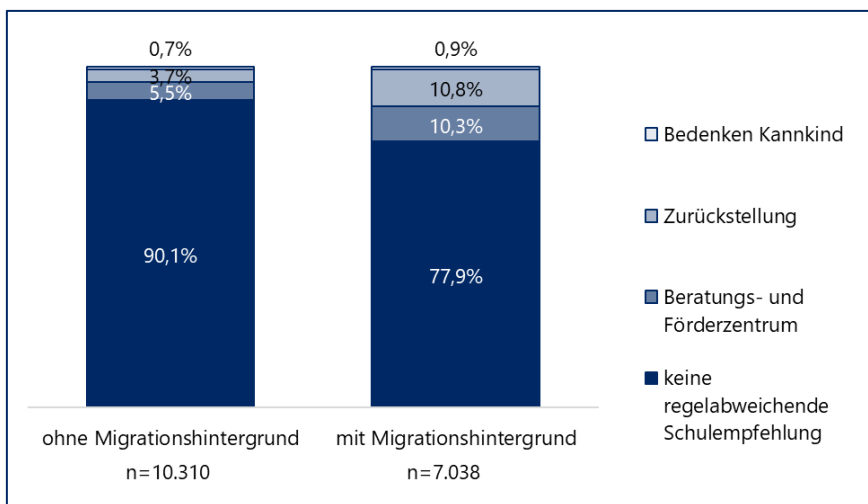


Abbildung 55: Einschulungsempfehlungen nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025

In den einzelnen Städten und Gemeinden sind die Anteile der Kinder mit einer Einschulungsempfehlung ähnlich hoch. Für die sieben Jahrgängen 2018/2019 bis 2024/2025 liegen die Anteile der empfohlenen Einschulungen an Regelschulen in allen kreisangehörigen Kommunen zwischen 82,2 % und 90,7 %.

2.9. Besuch einer Kindertagesstätte

Für die Betreuung von Kindern im Vorschulalter in einer Einrichtung wird hier zusammenfassend der Überbegriff der Kindertagesstätte oder auch kurz Kita verwendet. Dies umfasst damit sowohl die Betreuung von unter 3-Jährigen in einer Kinderkrippe, als auch die Betreuung in einem Kindergarten, der in der Regel ab einem Alter von etwa drei Jahren bis zum Schuleintritt besucht werden kann. Eine Kindertagesstätte kann unter einem Dach sowohl Kinder in einer Krippe, als auch in einem Kindergarten betreuen. Seit dem 01.08.2013 gibt es für alle Kinder, die mindestens ein Jahr alt sind, einen im Sozialgesetzbuch verankerten Rechtsanspruch auf einen Platz in einer Kindertagesstätte.

Kindertagesstätten dienen nicht nur der Betreuung von Kindern, um den Eltern Zeit für die Ausübung ihrer Arbeit zu geben. Kindertagesstätten sind vielmehr Orte, an denen die frühkindliche Bildung gezielt gefördert wird. Laut Sozialgesetzbuch VIII § 22 sollen Kindertageseinrichtungen die Entwicklung des Kindes zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit fördern, die Erziehung und Bildung in der Familie unterstützen und ergänzen und den Eltern dabei helfen, Erwerbstätigkeit, Kindererziehung und familiäre Pflege besser miteinander vereinbaren zu können. (vgl. www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/_22.html)

In einer britischen Langzeitstudie wurde an über 3.000 Kindern der Effekt einer vorschulischen Fremdbetreuung auf die kindliche Entwicklung erforscht. Es konnten positive Effekte des Besuchs einer qualitativ hochwertigen Kita auf die Sprachentwicklung, auf mathematische Fähigkeiten, sowie auf die soziale und kognitive Entwicklung der Kinder belegt werden. Die ausschließlich zuhause betreuten Kinder hatten eine geringere soziale und kognitive Kompetenz und konnten sich nicht so gut konzentrieren. Kinder mit erfolgtem Kita-Besuch hatten eine bessere Selbstregulation und waren dem Lernen gegenüber positiver eingestellt als Kinder, die nur zuhause betreut wurden. Dies führt dazu, dass Kita-Kinder in der Schule mehr von den Lehrinhalten profitieren können. Insbesondere gesellschaftlich benachteiligte Kinder profitierten in der Schule von den in der vorschulischen Betreuung erworbenen Fähigkeiten. Es spielte dabei keine Rolle, ob die Betreuung halbtags oder ganztags stattfand. Unterschiede gab es aber hinsichtlich der Qualität der Betreuung: Kinder, die längerfristig qualitativ besonders gute Kitas besucht haben, zeigten bessere kognitive und soziale



Entwicklungen als andere Kinder (vgl. www.dji.de/fileadmin/user_upload/icec/Interviews/Effekte%20des%20Kita-Besuchs_Melhuish_final.pdf; www.kindergartenpaedagogik.de/fachartikel/qualitaet-und-qualitaetssicherung/qualitaet-standards-forderungen-studien/forschungsergebnisse-zur-effektivitaet-fruehkindlicher-bildung-eppe-repey-und-speel/).

Die britische Studie ergab auch, dass es auf die Qualität der Betreuung ankommt. Einrichtungen mit besonders gut qualifiziertem Personal boten den Kindern ein höherwertiges pädagogisches Angebot, das an die Entwicklung von Kleinkindern angepasst war und ihr Denken anregte. Die in diesen Tagesstätten betreuten Kinder zeigten kognitiv und sozial die beste Entwicklung. Außerdem kommt auch der Qualität der Lernumgebung in der Familie eine besonders große Bedeutung für die Entwicklung zu. Aber auch durch regelmäßige Aktivitäten mit den Eltern, wie etwa Vorlesen, gemeinsames Singen, Malen, Beibringen von Zahlen und Buchstaben, wird die intellektuelle Leistungsfähigkeit der Kinder gesteigert. Der Effekt der Familie auf die Entwicklung des Kindes war dabei sogar noch bedeutender als der Effekt durch die Kita. Den größten Einfluss hat die Bildung der Mutter als häufigste Hauptbezugsperson (vgl. www.dji.de/fileadmin/user_upload/icec/Interviews/Effekte%20des%20Kita-Besuchs_Melhuish_final.pdf; www.kindergartenpaedagogik.de/fachartikel/qualitaet-und-qualitaetssicherung/qualitaet-standards-forderungen-studien/forschungsergebnisse-zur-effektivitaet-fruehkindlicher-bildung-eppe-repey-und-speel/).

Eine Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung hat auf Basis des Nationalen Bildungspanels die längerfristigen Auswirkungen des Kita-Besuchs anhand der Entwicklung von Jugendlichen untersucht. Sie kam zu dem Ergebnis, dass Kinder, die eine Kita bereits mit drei Jahren besuchten, durchsetzungsfähiger waren und eine bessere Kommunikationsfähigkeit hatten als Kinder, die erst mit vier Jahren in den Kindergarten kamen. Bei den in der Studie betrachteten Jugendlichen, die in ihrer Kindheit den Kindergarten schon früh besuchten, zeigten sich außerdem Fähigkeiten wie Verantwortungsbewusstsein, Selbstvertrauen oder auch die Offenheit für Neues stärker ausgeprägt als bei anderen Jugendlichen. Solche nichtkognitiven Fähigkeiten erleichtern das Erlernen von weiteren Fähigkeiten und sind später im Leben auch für den beruflichen Erfolg von Bedeutung (vgl. Bach, Koebe und Peter 2018, S 290ff).

Bei der Einschulungsuntersuchung wird erfragt, ob und wenn ja wie lange das Kind eine Kita besucht hat. Für die Schuljahre vor 2024/2025 wurde dabei nur der Besuch von Kitas in Deutschland erfasst. Ab dem Datensatz 2024/2025 werden auch bereits im Ausland besuchte Kindertagesstätten berücksichtigt. Die Erfassung der Besuchsdauer von Kindertagesstätten wird gerundet angegeben. Es erfolgt eine Einordnung in die vier Gruppen: kein Besuch, Besuch weniger als 18 Monate, Besuch 18 Monate bis unter drei Jahre und Besuch mindestens drei Jahre.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass der Termin der Einschulungsuntersuchung meist deutlich vor dem Beginn des Schuljahres liegt. Zum Zeitpunkt der Untersuchung haben die Kinder demnach in der Regel noch mehrere Monate des Kita-Besuchs vor sich. Für einen Teil der Kinder, bei denen eine Betreuungszeit von 1,5 bis unter drei Jahren angegeben ist, wird sich daher bis zum Schulbeginn die Betreuungszeit noch auf mindestens drei Jahre erhöht haben.

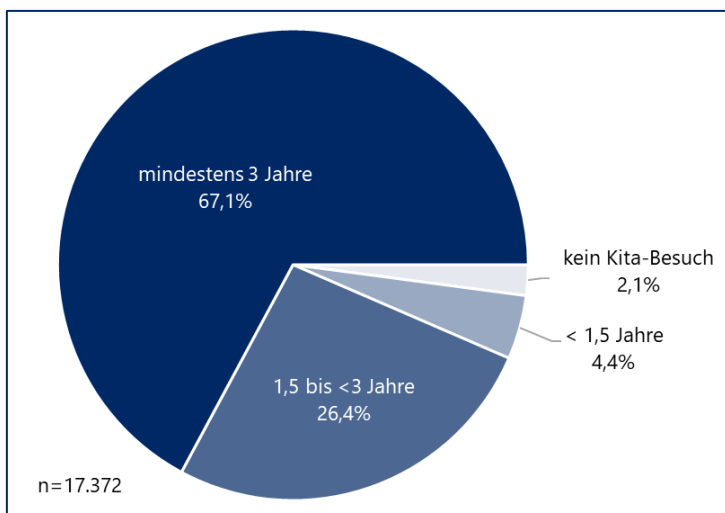


Abbildung 56: Dauer des Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025

Für 17.372 Kinder ist ein Eintrag zum Kita-Besuch enthalten, das sind 99,1 % aller in den sieben Jahren für die Einschulung untersuchten Kinder. Davon haben 11.666 Kinder die Kita mindestens drei Jahre lang besucht. Das entspricht einem Anteil von 67,1 % und damit mehr als zwei Dritteln der Kinder mit Kita-Besuch. 26,4 % der Kinder wurden 1,5 bis unter drei Jahre in einer Kita betreut. 4,4 % der Kinder hatten eine Betreuungszeit von weniger als 1,5 Jahren. Für 2,1 % der Kinder ist angegeben, dass sie keine Kita besucht haben. Zwischen den einzelnen Jahrgängen variieren die Anteile für die verschiedenen Zeitspannen des Kita-Besuchs deutlich.

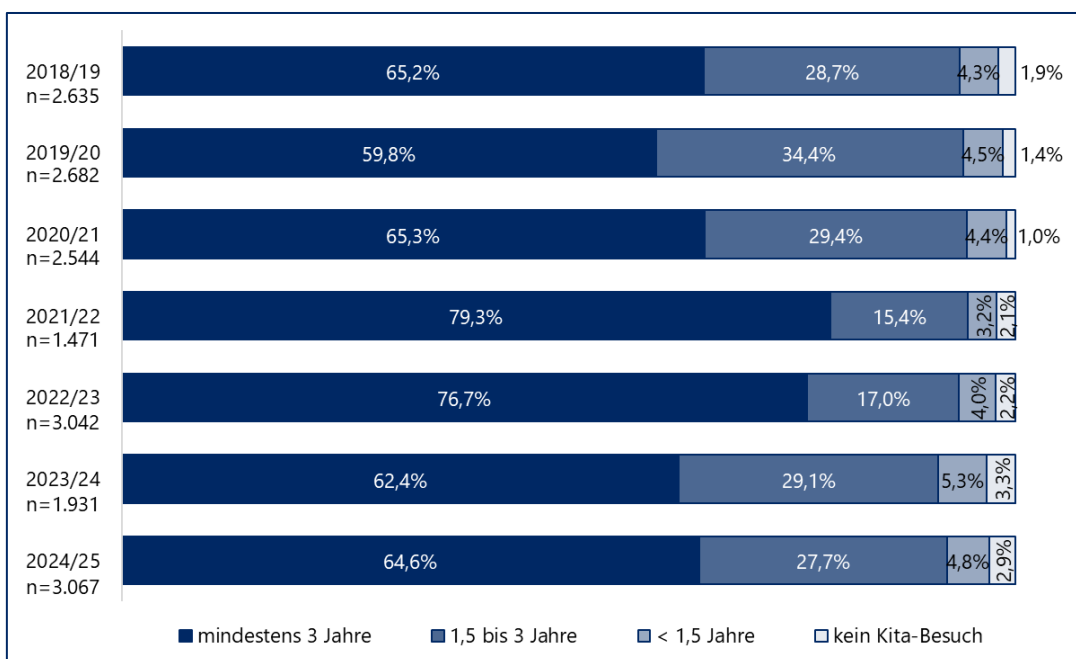


Abbildung 57: Dauer des Kita-Besuchs

Hinsichtlich des Geschlechts gibt es nur geringfügige Unterschiede für den Besuch einer Kita. Von den Jungen besuchten 98,0 % eine Kindertagesstätte, bei den Mädchen sind es mit 97,8 % fast ebenso viele. Auch die Betreuungsdauer zeigt nur minimale Unterschiede: von den Jungen ging ein geringfügig höherer Anteil mindestens drei Jahre in eine Kita als von den Mädchen.

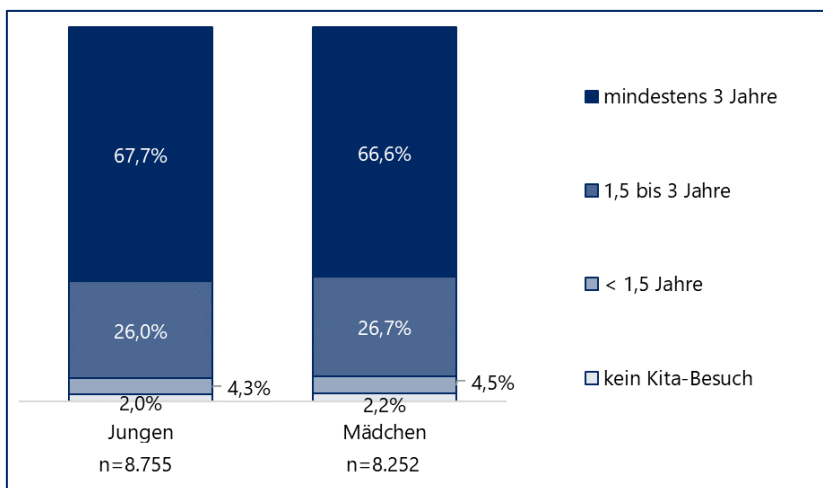


Abbildung 58: Dauer des Kita-Besuchs nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025

Einen deutlich größeren Unterschied als bei den Geschlechtern gibt es in der Kita-Betreuung bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Insgesamt besuchten Kinder ohne Migrationshintergrund zu 99,2 % eine Kindertagesstätte, bei den Kindern mit Migrationshintergrund liegt dieser Anteil mit 96,0 % etwas niedriger. Einen wesentlichen Unterschied gibt es aber im Hinblick auf die Betreuungsdauer in der Kita. Kinder ohne Migrationshintergrund gingen zu 73,0 % mindestens drei Jahre in eine Kita. Dies ist ein erheblich höherer Anteil als bei den Kindern mit Migrationshintergrund, die nur zu 58,4 % so lange in einer Kita betreut wurden. Die Anteile der Kinder, die 1,5 bis drei Jahre in eine Kita gingen, liegen bei beiden Gruppen in einer relativ ähnlichen Größenordnung von rund einem Viertel der Kinder. Unter den Kindern mit Migrationshintergrund sind allerdings mit 8,9 % recht viele, die weniger als 1,5 Jahre eine Kita besucht haben und 4,0 % von ihnen wurden gar nicht in einer Einrichtung betreut.

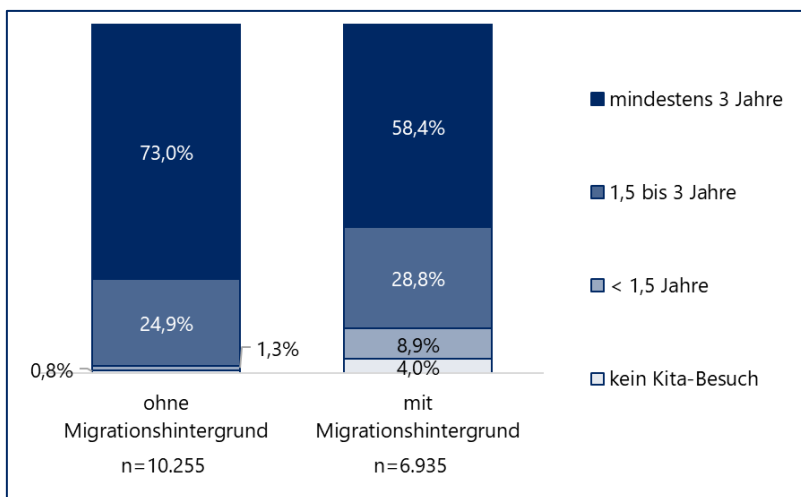


Abbildung 59: Dauer des Kita-Besuchs nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025

Wie im weiteren Verlauf des Kapitels beschrieben wird, schneiden Kinder mit besonders kurzem Kita-Besuch in vielen Entwicklungsaspekten schlechter ab als Kinder mit längerfristigem Kita-Besuch. Hierbei ist zu beachten, dass dieser Effekt auch teilweise durch den höheren Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund an den kurzfristigen Kita-Aufenthalten beeinflusst wird. Wie aus den Auswertungen zu erkennen ist, haben Kinder mit Migrationshintergrund in vielen der Untersuchungen etwas häufiger auffällige oder grenzwertige Befunde als Kinder ohne Migrationshintergrund.



Von allen Kindern mit Angaben zum Kita-Besuch haben 40,3 %, also vier von zehn Kindern, einen Migrationshintergrund. Gemessen an allen Kindern der einzelnen Betreuungszeiträume in Kitas ist der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund bei den kurzen Betreuungszeiten überproportional hoch. Von den Kindern, die keine Kita besuchten, haben 77,2 % einen Migrationshintergrund. Noch höher ist der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund mit 82,0 % bei den Kindern mit einem Kita-Besuch von weniger als 1,5 Jahren. Bei der Dauer von 1,5 bis unter drei Jahren nähert sich der Anteil von 43,9 % mit Migrationshintergrund der Verteilung in der Grundgesamtheit an. Unter den Kindern mit einem Kitabesuch von mindestens drei Jahren sind hingegen Kinder mit Migrationshintergrund mit 35,1 % etwas unterrepräsentiert.

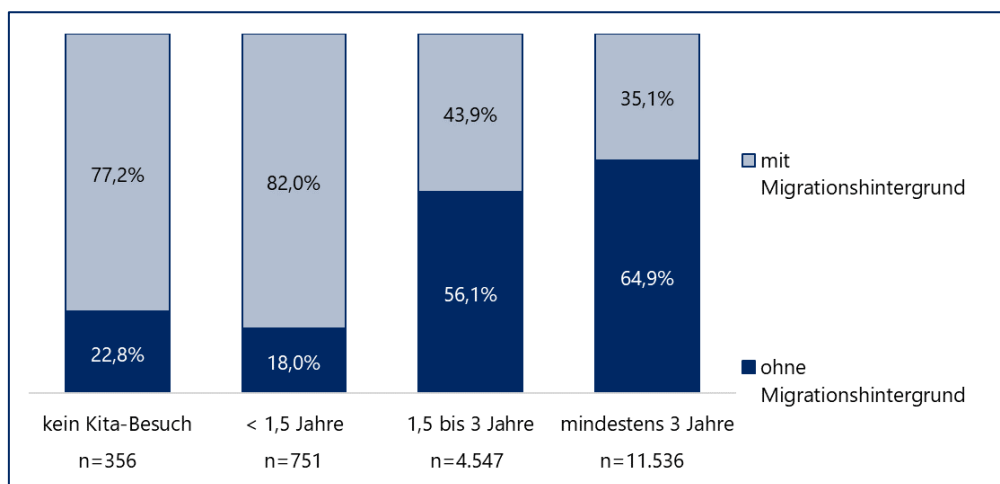


Abbildung 60: Anteile der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund nach Dauer des Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025

Unterschiede zeigen sich auch im Hinblick auf die Dauer des Kita-Besuchs und die Anzahl der vorhandenen Geschwister. Kinder ohne Kita-Besuch haben häufiger viele Geschwister als Kinder, die in einer Kita betreut wurden. Mindestens zwei Geschwister haben 64,7 % der nicht in einer Einrichtung betreuten Kinder, bei 24,3 % sind es sogar mindestens vier Geschwister. Auch von den Kindern mit einer kurzen Betreuungsdauer von bis zu 1,5 Jahren hat mit einem Anteil von 52,9 % noch mehr als die Hälfte mindestens zwei Geschwister. Die Mehrheit der Kinder mit längeren Betreuungszeiten hat hingegen nur ein Geschwisterkind. Kinder mit einer Betreuungsdauer von 1,5 bis drei Jahren haben zu 51,7 % nur ein Geschwisterkind, bei 33,1 % sind es mindestens zwei Geschwister. Kinder mit einer Betreuungsdauer von mindestens drei Jahren sind zu einem Anteil von 54,1 % am häufigsten mit nur einem Bruder oder einer Schwester aufgewachsen, nur 28,7 % von ihnen haben mindestens zwei Geschwister. Der Anteil der Einzelkinder liegt bei den Kindern mit einem Kita-Aufenthalt von mindestens drei Jahren mit 17,2 % am höchsten.

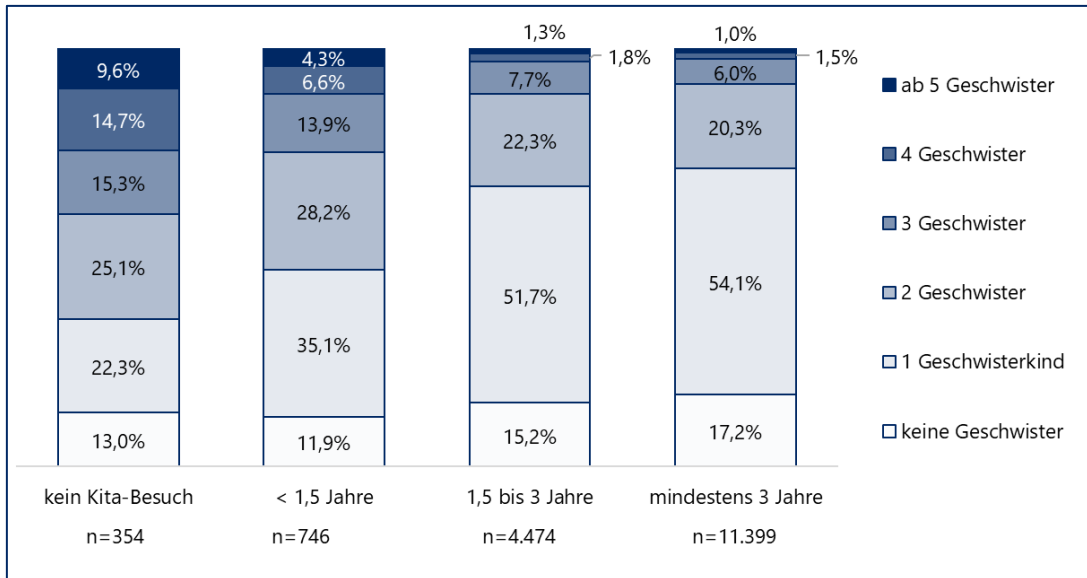


Abbildung 61: Anzahl der Geschwisterkinder nach Dauer des Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025

Im Folgenden werden ausgewählte in den vorangegangenen Kapiteln bereits vorgestellte Aspekte der Untersuchung im Hinblick auf den Kita-Besuch und insbesondere auf die Dauer des Kita-Besuchs hin dargestellt. Weitergehende Informationen zu den jeweiligen Untersuchungsteilen finden sich in den entsprechenden Hauptkapiteln.

Der Body-Mass-Index der Kinder zeigt im gesamten Zeitraum von 2018/2019 bis 2024/2025 nur leichte Unterschiede im Hinblick auf die Betreuung in einer Kita. Kinder mit längerem Besuch einer Kita sind nur etwas häufiger normalgewichtig als Kinder ohne oder mit kürzerem Aufenthalt. Kinder mit einem Kita-Besuch von 1,5 bis drei Jahren haben zu 80,9 % Normalgewicht, bei den Kindern mit mindestens drei Jahren Kita sind es 80,1 %. Von den Kindern mit kürzerem Kita-Besuch unter 1,5 Jahren und den Kindern ohne Kita-Besuch haben mit 79,2 % beziehungsweise 79,1 % geringfügig kleinere Anteile Normalgewicht.

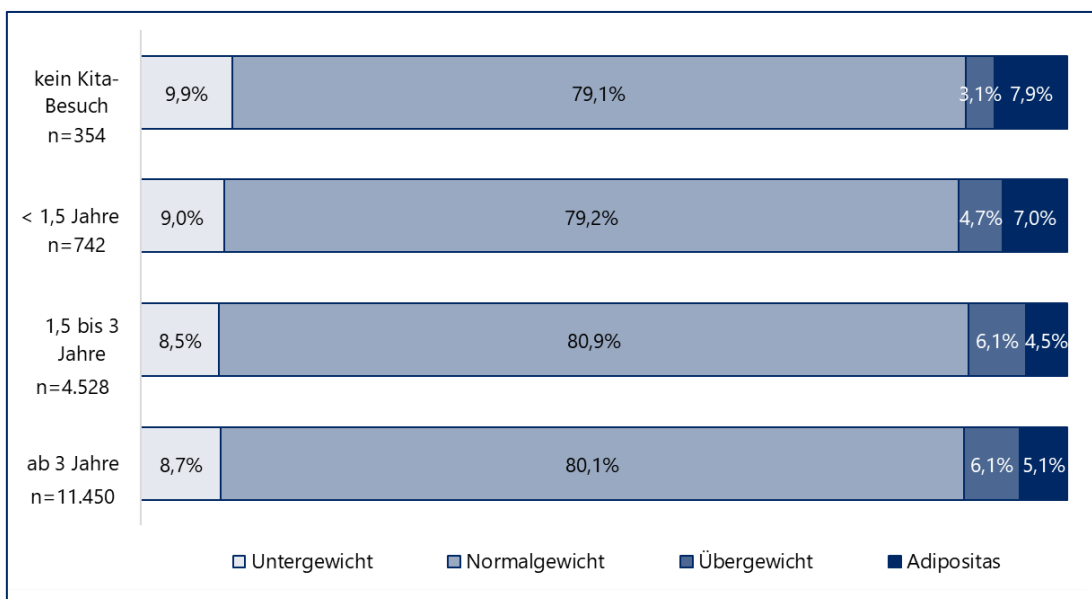


Abbildung 62: Kinder nach Dauer des Kita-Besuchs und Gewichtseinordnung 2018/2019 bis 2024/2025



Der Anteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas zusammen liegt bei Kindern mit einem kurzen Kita-Besuch unter 1,5 Jahren mit 11,7 % am höchsten, am niedrigsten ist der Anteil mit 10,6 % bei Kindern, die 1,5 bis drei Jahre in der Kita waren. Den höchsten Adipositas-Anteil von 7,9 % haben dabei Kinder ohne Kita-Besuch, gefolgt von den Kindern mit einer Besuchsdauer von unter 1,5 Jahren mit 7,0 %. Die mit einem Anteil von 4,5 % wenigsten Kinder mit Adipositas gibt es in der Gruppe, die 1,5 bis drei Jahre in einer Kita betreut wurden.

Für die verschiedenen Parameter der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung gibt es recht deutliche Unterschiede in der Häufigkeit von auffälligen Befunden, je nachdem ob die Kinder eine Kita besucht haben oder nicht. Die Anteile der neuen oder bereits bekannten Auffälligkeiten bei der auditiven Informationsverarbeitung, also dem Begreifen von gehörten Informationen, sind für beide Gruppen noch fast gleich groß mit 9,3 % bei den Kindern mit Kita-Besuch und 9,5 % bei den Kindern ohne Kita-Besuch. Für die beiden anderen Parameter sind die Unterschiede allerdings erheblich. Bei der visuellen Wahrnehmung liegt der Anteil der auffälligen Befunde bei den Kindern ohne Kita-Besuch mit 12,5 % nahezu doppelt so hoch wie bei den Kindern mit Kita-Besuch mit einem Anteil von nur 6,3 %. Einen besonders großen Anteil von 14,2 % auffälliger Befunde in der selektiven Aufmerksamkeit gibt es bei den Kindern ohne Kita-Besuch. Kinder die eine Kita besucht haben zeigen hier nur zu 7,7 % eine Auffälligkeit.

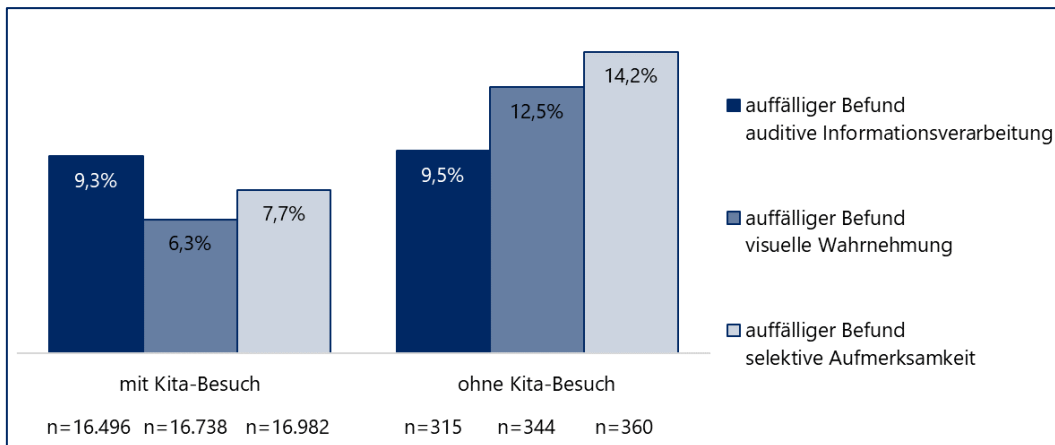


Abbildung 63: Neue und bekannte auffällige Befunde der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung in Bezug zum Besuch einer Kindertagesstätte 2018/2019 bis 2024/2025

Sofern eine Kindertagesstätte besucht wurde, hat offenbar die Dauer der Betreuung einen deutlichen Einfluss auf die Fähigkeit der Kinder zur visuellen Wahrnehmung. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass Kinder gesehene Informationen verarbeiten und daraus durch logisches Denken Zusammenhänge und Regelmäßigkeiten erkennen. Kinder, die mindestens drei Jahre in einer Kita betreut wurden, zeigen zu einem Anteil von 86,8 % hierbei keine Auffälligkeiten. Bei den Kindern mit einer Besuchsdauer von 1,5 bis unter drei Jahren liegt der Anteil der unauffälligen Ergebnisse für die visuelle Wahrnehmung mit 75,5 % schon um mehr als elf Prozent niedriger. Für die Kinder mit einem besonders kurzen Kita-Besuch von weniger als 1,5 Jahren ist der Anteil unauffälliger Befunde mit nur 64,1 % nochmals deutlich geringer. Je länger der Kita-Besuch desto häufiger ist demnach die visuelle Wahrnehmung der Kinder in Ordnung. Gleichzeitig wird der Anteil der Kinder mit grenzwertigen und auffälligen Testergebnissen immer geringer je länger sie eine Einrichtung besuchen. Bei Kindern mit kurzem Kita-Besuch gibt es sogar etwas mehr Auffälligkeiten in der visuellen Wahrnehmung als bei Kindern die gar nicht in einer Einrichtung betreut wurden.

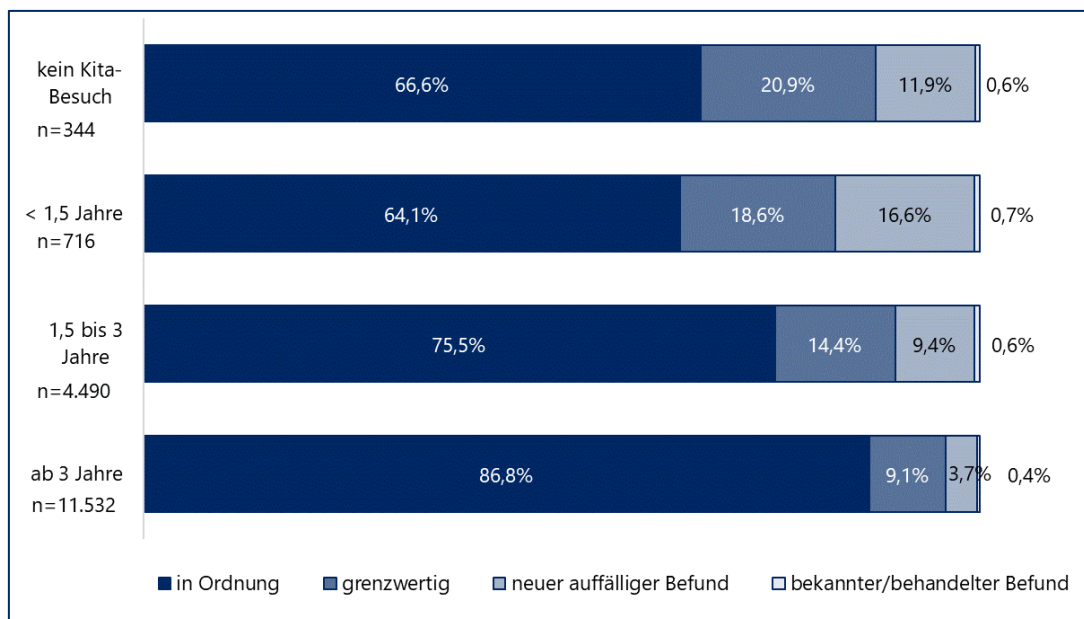


Abbildung 64: Befunde zur visuellen Wahrnehmung in Bezug zur Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte 2018/2019 bis 2024/2025

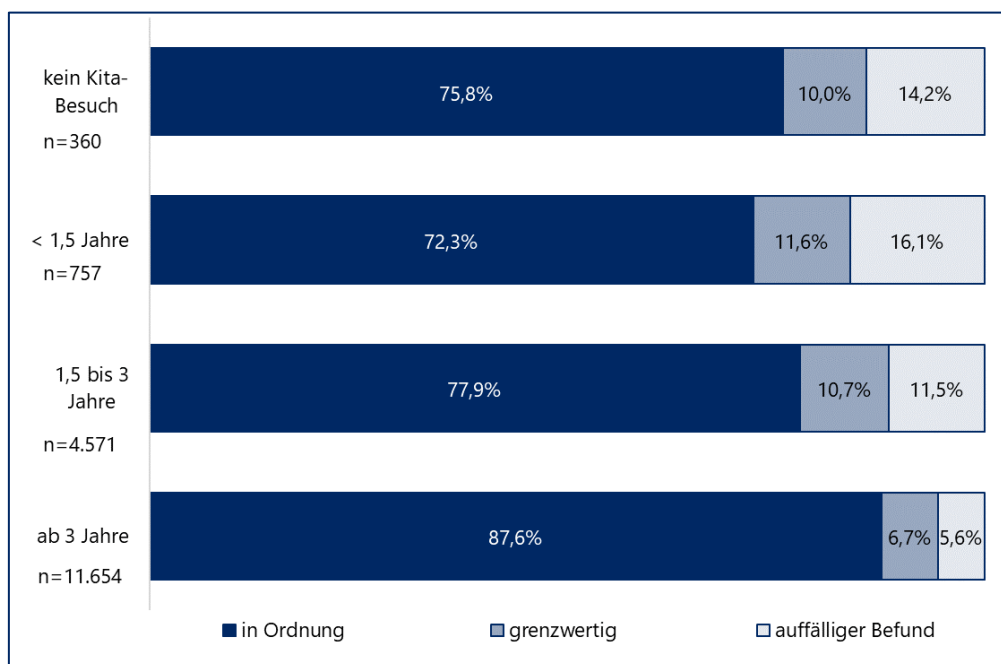


Abbildung 65: Befunde zur selektiven Aufmerksamkeit in Bezug zur Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte 2018/2019 bis 2024/2025

Bei den Untersuchungen zur selektiven Aufmerksamkeit zeigt sich das gleiche Bild. Hierbei wird nicht in neue und bekannte auffällige Befunde unterschieden. Im Datensatz ist die Information enthalten, ob das Ergebnis auffällig, grenzwertig oder in Ordnung ist. Bei Kindern, die mindestens drei Jahre in einer Kita betreut wurden, ist die selektive Aufmerksamkeit zu 87,6 % in Ordnung. Bei Kindern mit einer Besuchsdauer von 1,5 bis unter drei Jahren ist der Anteil der unauffälligen Ergebnisse für die selektive Aufmerksamkeit mit 77,9 % bereits um fast zehn Prozent niedriger. Für Kinder mit einem besonders kurzen Kita-Besuch von weniger als 1,5 Jahren ist der Anteil unauffälliger Befunde mit nur 72,3 % noch niedriger. Je länger der Kita-Besuch, desto häufiger ist offenbar auch



die selektive Aufmerksamkeit der Kinder in Ordnung. Der Anteil der Kinder mit grenzwertigen und auffälligen Ergebnissen wird zudem immer geringer, je länger sie in einer Kita betreut werden. Bei den Kindern mit kurzem Kita-Besuch gibt es auch für die selektive Aufmerksamkeit etwas mehr Auffälligkeiten als für Kinder die keine Kita besucht haben.

Im Hinblick auf die motorischen Fähigkeiten der untersuchten Kinder gibt es ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Kita-Besuch. Im Durchschnitt aller sieben hier betrachteten Jahrgänge ist bei Kindern, die in einer Kita betreut wurden, bei 82,6 % die Grob-motorik in Ordnung, bei 11,4 % zeigt sich ein grenzwertiges Ergebnis und bei 6,1 % liegen neue oder bereits bekannte auffällige Befunde vor. Bei den Kindern ohne Kita-Besuch sind 80,3 % der Befunde in Ordnung, 11,4 % grenzwertig und 8,2 % sind neue oder bekannte auffällige Befunde.

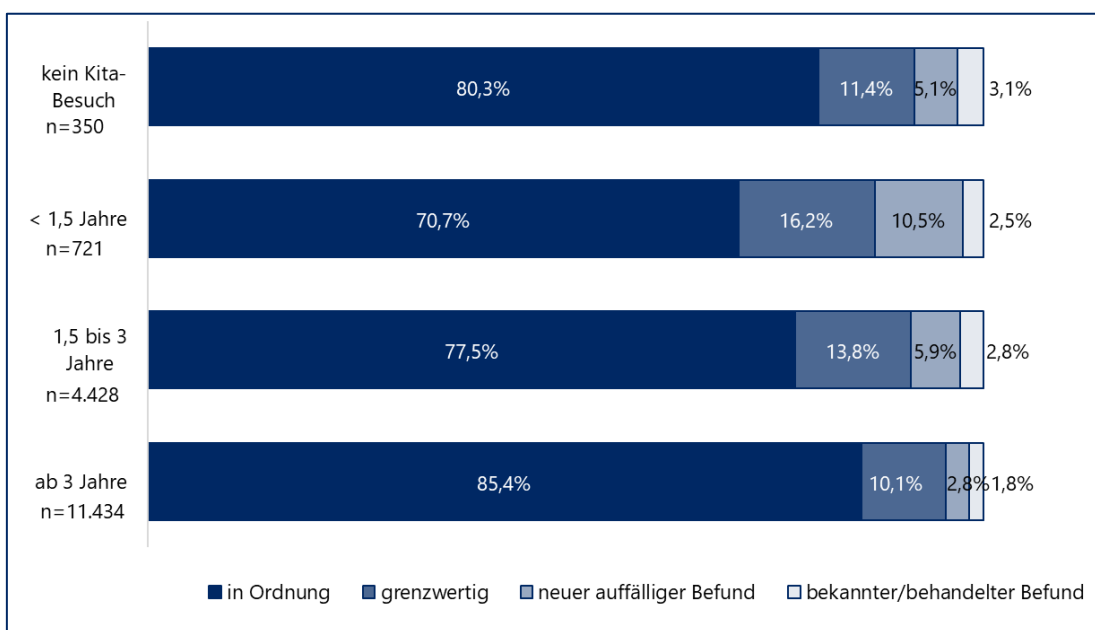


Abbildung 66: Befunde zur Grobmotorik in Bezug zur Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte 2018/2019 bis 2024/2025

Viel gravierender sind die Unterschiede aber im Hinblick auf die Dauer des Kita-Besuchs. Die Grob-motorik ist bei den Kindern, die mindestens drei Jahre in einer Kindertagesstätte betreut wurden, besonders gut ausgeprägt: 85,4 % von ihnen zeigen eine altersgemäße Entwicklung. Auf die Kinder mit einer Betreuungszeit von 1,5 bis drei Jahren trifft dies nur noch zu 77,5 % zu, der Anteil liegt damit um fast acht Prozent niedriger. Bei den Kindern mit einer Betreuungszeit von weniger als 1,5 Jahren liegt der Anteil der Kinder mit altersgemäß entwickelter Grobmotorik von 70,7 % um weitere fast sieben Prozent niedriger. Kinder die gar nicht in einer Kita betreut wurden, haben hier sogar bessere Untersuchungsergebnisse als Kinder mit einer Betreuungszeit von weniger als drei Jahren. Bei 80,3 % der Kinder ohne Kita-Besuch ist der Befund zur Grobmotorik in Ordnung.

Die Feinmotorik ist im Durchschnitt aller sieben Jahrgänge bei Kindern, die in einer Kita betreut wurden, zu 76,9 % in Ordnung, bei 11,9 % zeigt sich ein grenzwertiges Ergebnis und bei 11,2 % gibt es neue oder bereits bekannte auffällige Befunde. Von den Kindern ohne Kita-Besuch ist nur bei 63,8 % der Befund zur Feinmotorik in Ordnung, für 13,6 % wird ein grenzwertiger und für 22,6 % ein neuer oder bekannter auffälliger Befund festgestellt.

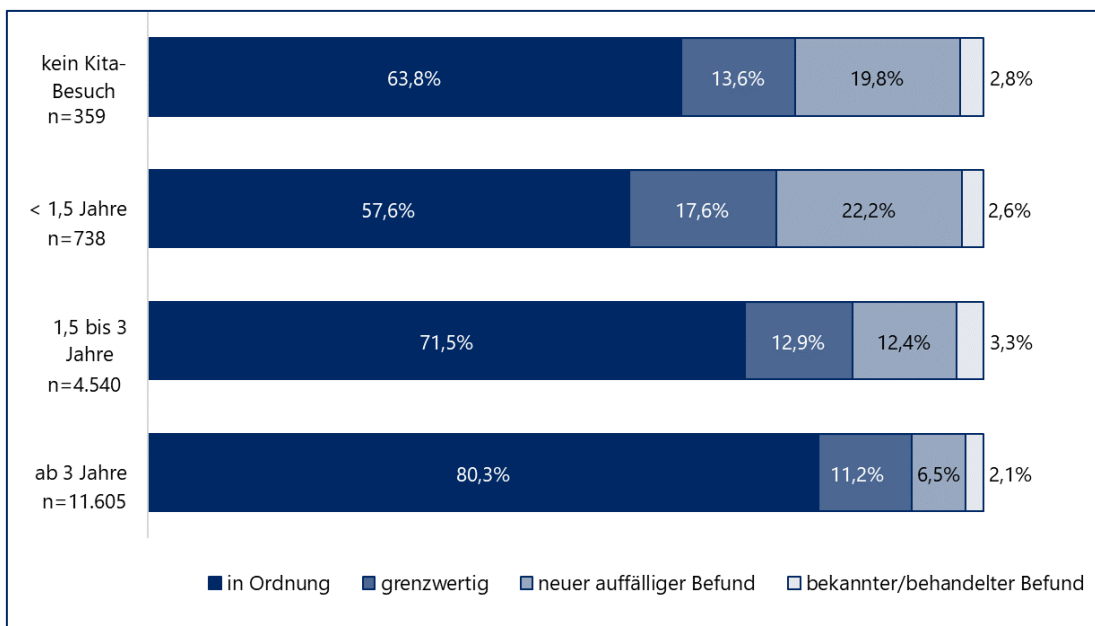


Abbildung 67: Befunde zur Feinmotorik in Bezug zur Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte 2018/2019 bis 2024/2025

Auch für die Entwicklung der Feinmotorik lassen sich erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Dauer des Kita-Besuchs feststellen. Am besten ausgeprägt ist die Feinmotorik bei Kindern, die mindestens drei Jahre eine Kita besucht haben. Bei 80,3 % von ihnen ist das Untersuchungsergebnis in Ordnung. Kinder mit einer Betreuungszeit von 1,5 bis drei Jahren hatten dieses Ergebnis nur zu 71,5 %, der Anteil liegt damit um fast neun Prozent niedriger. Mit nur 57,6 % ist der Anteil der Kinder mit altersgemäß entwickelter Feinmotorik unter den Kindern, die weniger als 1,5 Jahre in einer Kita betreut wurden noch erheblich geringer. Kinder die gar nicht in einer Kita betreut wurden, haben mit 63,8 % sogar einen etwas höheren Anteil mit dem Befund in Ordnung für die Feinmotorik als solche mit einer besonders kurzen Betreuungszeit. Bei den Kindern mit einem Kita-Besuch unter 1,5 Jahren gibt es einen besonders hohen Anteil neuer auffälliger Befunde von 22,2 %. Für Kinder ohne Betreuung in einer Kita ist der Anteil neuer auffälliger Befunde zur Feinmotorik mit 19,8 % nur etwas geringer. Kinder mit einer langen Besuchsdauer ab drei Jahren haben hingegen nur zu 6,5 % neue auffällige Befunde.

Auch bei der Visuomotorik, dem dritten Aspekt der Körperkoordination, werden die Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Kita-Besuch sichtbar. Im Durchschnitt der sieben Jahrgänge ist bei Kindern, die in einer Kita betreut wurden, bei 77,1 % die Visuomotorik in Ordnung, bei 11,1 % ist das Ergebnis grenzwertig und bei 11,8 % liegt ein auffälliger Befund vor. Bei den Kindern ohne Kita-Besuch sind nur 64,9 % der Befunde in Ordnung, 12,0 % sind grenzwertig und 23,1 % sind auffällige Befunde. Damit zeigt fast jedes vierte Kind, das nicht in einer Kita betreut wurde, Auffälligkeiten in der Visuomotorik.

Besonders deutlich werden die Unterschiede auch für die Visuomotorik im Hinblick auf die Dauer des Kita-Besuchs. Bei 80,5 % der Kinder, die mindestens drei Jahre in einer Kindertagesstätte betreut wurden, ist die Visuomotorik altersgemäß entwickelt. Für die Kinder mit einer Betreuungszeit von 1,5 bis drei Jahren trifft dies nur noch zu 71,6 % zu, der Anteil liegt damit um rund neun Prozent niedriger. Bei Kindern mit einem kurzen Kita-Besuch von weniger als 1,5 Jahren ist der Anteil der Befunde, die als in Ordnung dokumentiert wurden, mit nur noch 57,0 % besonders gering. Mehr als jedes vierte Kind dieser Gruppe hat eine auffällige Visuomotorik. Auch bei der Visuomotorik fallen die Untersuchungsergebnisse der Kinder, die nur kurze Zeit eine Kita besucht haben, schwächer aus als die Untersuchungsergebnisse der Kinder ohne Kita-Besuch.

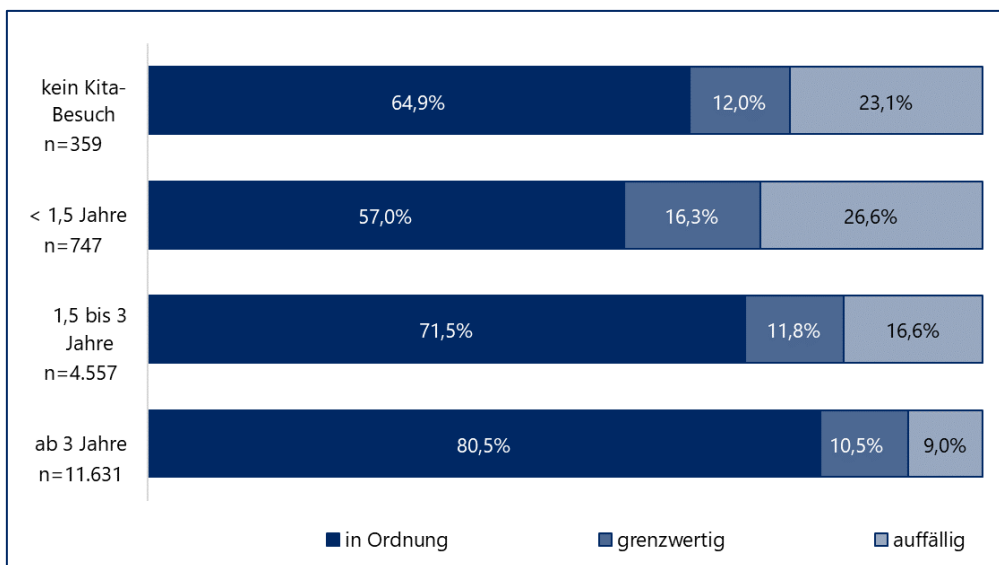


Abbildung 68: Befunde zur Visuomotorik in Bezug zur Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte 2018/2019 bis 2024/2025

Für alle drei Aspekte der Körperkoordination kann festgehalten werden, dass Kinder mit einem langen Kita-Besuch von mindestens drei Jahren häufiger eine gute altersgemäße Entwicklung haben als Kinder mit einer kürzeren Betreuungsdauer. Je kürzer die Betreuungszeit desto mehr grenzwertige und auffällige Befunde sind im motorischen Bereich festzustellen. Auffällig ist dabei, dass die Kinder mit einer Betreuungszeit von weniger als 1,5 Jahren in allen drei Bereichen der Motorik häufiger grenzwertige und auffällige Befunde haben als Kinder, die keine Kindertagesstätte besuchten.

Für die Sprache sind ebenfalls Unterschiede im Hinblick auf den Kita-Besuch zu erkennen. Kinder, die keinen Kindergarten besucht haben, zeigen deutlich häufiger auffällige Befund im Bereich der Sprachentwicklung als Kinder mit Kita-Besuch. In den sieben hier betrachteten Jahrgängen ist durchschnittlich bei den Kindern, die in einer Kita betreut wurden, bei 67,0 % die Sprache in Ordnung, bei 7,2 % ist das Ergebnis grenzwertig und bei 25,9 %, und damit mehr als jedem vierten Kind, liegt ein neuer oder bekannter auffälliger Befund vor. Bei den Kindern ohne Kita-Besuch fallen mit 48,4 % nur etwas weniger als die Hälfte der Gesamturteile zur Sprache mit „in Ordnung“ aus. 5,8 % der Befunde zur Sprache sind bei Kindern ohne Kita-Besuch grenzwertig, bei 45,8 % ist das Sprachvermögen auffällig.

Große Unterschiede sind auch für die Gesamtbeurteilung der Sprachfertigkeit für die Dauer des Kita-Besuchs zu erkennen. Die Sprache wird für Kinder, die mindestens drei Jahre eine Kita besucht haben zu 72,4 % mit „in Ordnung“ angegeben. Für Kinder mit einer Betreuungszeit von 1,5 bis drei Jahren trifft dies nur noch zu 57,7 % zu und für Kinder mit einem kurzen Kita-Besuch von weniger als 1,5 Jahre liegt dieser Anteil nur noch bei 30,5 %. Mit zusammen 58,8 % haben deutlich mehr als die Hälfte der Kinder mit einer Betreuungszeit von weniger als 1,5 Jahren neue oder bekannte auffällige Befunde zur Sprachentwicklung. Auch für die Gesamtbeurteilung der Sprache fallen die Untersuchungsergebnisse der Kinder, die nicht in einer Kita betreut wurden, besser aus als die Ergebnisse von Kindern, die nur kurze Zeit eine Kita besucht haben.

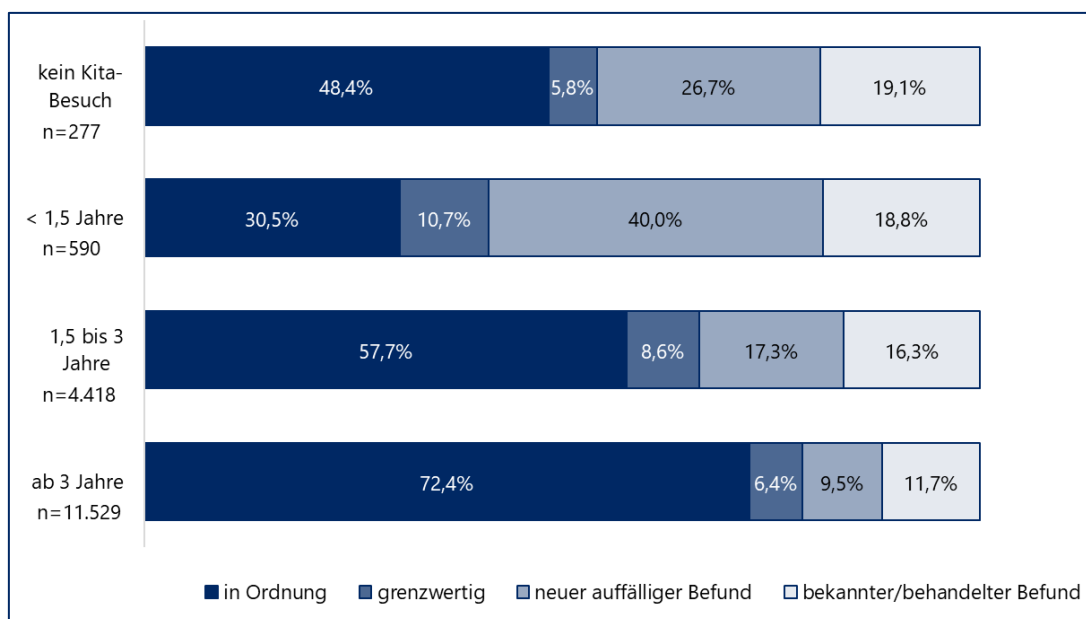


Abbildung 69: Gesamtbeurteilung der Sprache in Bezug zur Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte 2018/2019 bis 2024/2025

Besonders deutliche Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Kita-Besuch zeigen sich bei der Betrachtung der Deutschkenntnisse von Kindern, die in den ersten vier Lebensjahren mit einer anderen Erstsprache als Deutsch aufgewachsen sind. Im Durchschnitt aller Jahrgänge sprechen Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache, die in einer Kita betreut wurden, zu 23,2 % fehlerfrei Deutsch, bei 32,3 % ist das Deutsch flüssig mit leichten Fehlern. Von den mit anderer Sprache aufgewachsenen Kindern ohne Kita-Besuch können nur 4,1 % fehlerfrei Deutsch sprechen und weitere 6,4 % sprechen Deutsch mit leichten Fehlern. Dafür ist bei 44,1 % dieser Kinder ohne Betreuung in einer Kindertagesstätte keinerlei Deutschverständnis vorhanden. Bei Kindern mit Kita-Besuch trifft dies nur auf 4,8 % zu.

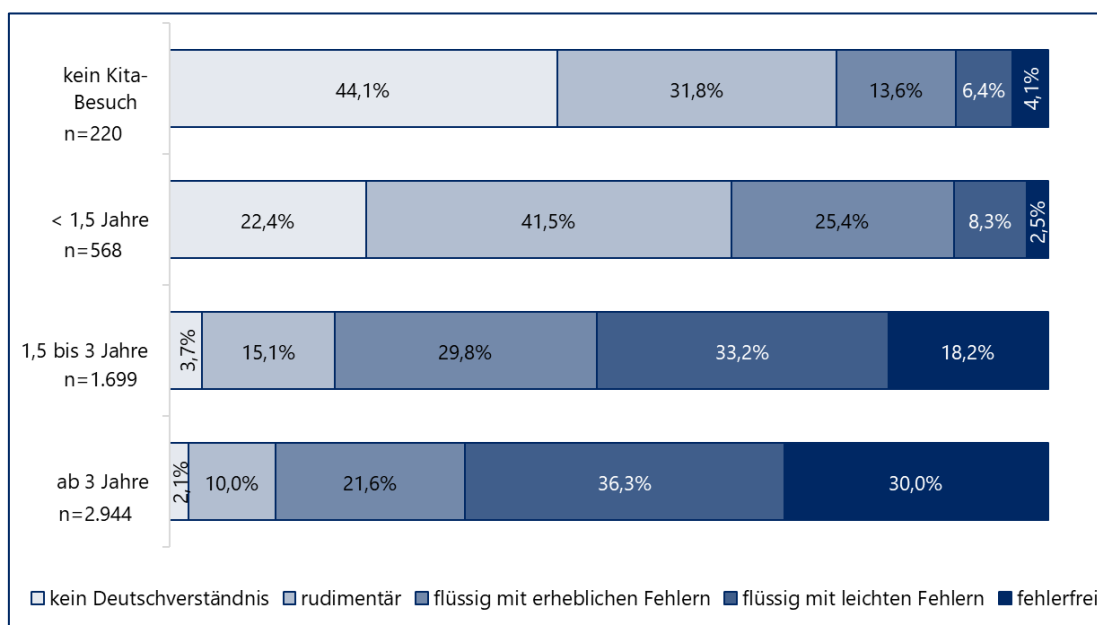


Abbildung 70: Deutschkenntnisse der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache nach Dauer ihres Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025



Gravierend sind auch für die Deutschkenntnisse die Unterschiede im Hinblick auf die Dauer des Kita-Besuchs. Bei den Kindern mit nichtdeutscher Erstsprache, die mindestens drei Jahre in einer Kindertagesstätte betreut wurden, sind die Deutschkenntnisse besonders gut ausgeprägt. 30,0 % von ihnen sprechen fehlerfrei Deutsch, weitere 36,3 % flüssiges Deutsch mit leichten Fehlern. Zusammen machen diese beiden Gruppen sprachlich gut auf den Schulalltag vorbereiteter Kinder mit 66,3 % rund zwei Drittel dieser Kinder mit einem Kita-Besuch ab drei Jahren aus. Anderssprachig aufgewachsene Kinder mit einer Betreuungszeit von 1,5 bis drei Jahren haben mit 51,4 % nur noch zu etwas mehr als der Hälfte diese guten Deutschkenntnisse. Bei jenen anderssprachig aufgewachsenen Kindern, die weniger als 1,5 Jahre eine Kindertagesstätte besuchten, sind es zusammen nur noch 10,8 % die fehlerfrei oder mit leichten Fehlern Deutsch sprechen. Je geringer der Anteil dieser beiden Gruppen mit guten Deutschkenntnissen, desto höher sind die Anteile von Kindern mit rudimentären oder keinerlei Deutschkenntnissen. Bei den Kindern mit nichtdeutscher Erstsprache und einem besonders kurzen Kita-Besuch von weniger als 1,5 Jahren machen diese beiden Gruppen mit schlechteren Deutschkenntnissen zusammen schon einen Anteil von 63,9 % und damit fast zwei Drittel dieser Kinder aus. Drei von vier Kindern ohne Kita-Besuch (75,9 %) haben kein oder nur ein rudimentäres Deutschverständnis.

Betrachtet man die am häufigsten empfohlenen Maßnahmen im Hinblick auf die Betreuungsdauer in einer Kindertagesstätte werden einige Unterschiede sichtbar. Kindern mit einem Kita-Besuch von mindestens drei Jahren wird zu deutlich geringeren Anteilen eine Sprachförderung, Schulberatung oder Motorikförderung empfohlen. Bei diesen drei Maßnahmen steigen die Anteile je kürzer die Betreuungsdauer in der Tagesstätte ist. So liegt der Anteil der Schulberatungen bei den Kindern mit einer Betreuungsdauer von weniger als 1,5 Jahren mit 41,9 % mehr als doppelt so hoch als bei den Kindern mit einer Betreuung von mindestens drei Jahren mit 19,4 %.

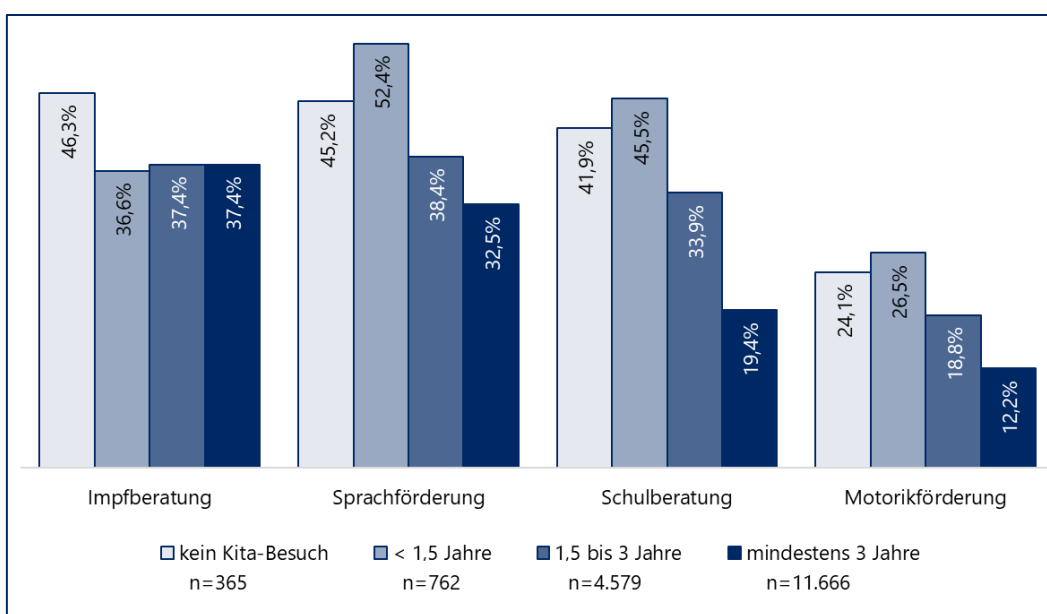


Abbildung 71: Empfohlene Maßnahmen nach Dauer des Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025

Bei der Impfberatung verhält es sich etwas anders. Die Dauer des Kita-Besuchs scheint hierbei weniger wichtig zu sein, da alle drei in Einrichtungen betreute Gruppen für die Impfberatung recht ähnliche Anteile zwischen 36,6 % und 37,4 % haben. Für Kinder die keine Kindertagesstätte besucht haben liegt der Anteil der Impfberatungen mit 46,3 % jedoch erheblich höher.

Kinder, die mindestens drei Jahre lang in einer Kindertagesstätte betreut wurden, erhalten zu 90,0 % eine Empfehlung zur Einschulung an einer Regelschule. Bei einer Betreuungsdauer von 1,5 bis drei Jahren liegt der Anteil mit 78,6 % ebenfalls noch recht hoch. Bei den Kindern mit kurzer



Betreuungsdauer von weniger als 1,5 Jahren wird nur noch für 62,7 % die Einschulung empfohlen. Geringfügig höher ist dieser Anteil bei den Kindern ohne Kita-Besuch, bei denen mit 66,3 % zwei von drei Kinder eine Empfehlung zur Einschulung erhalten.

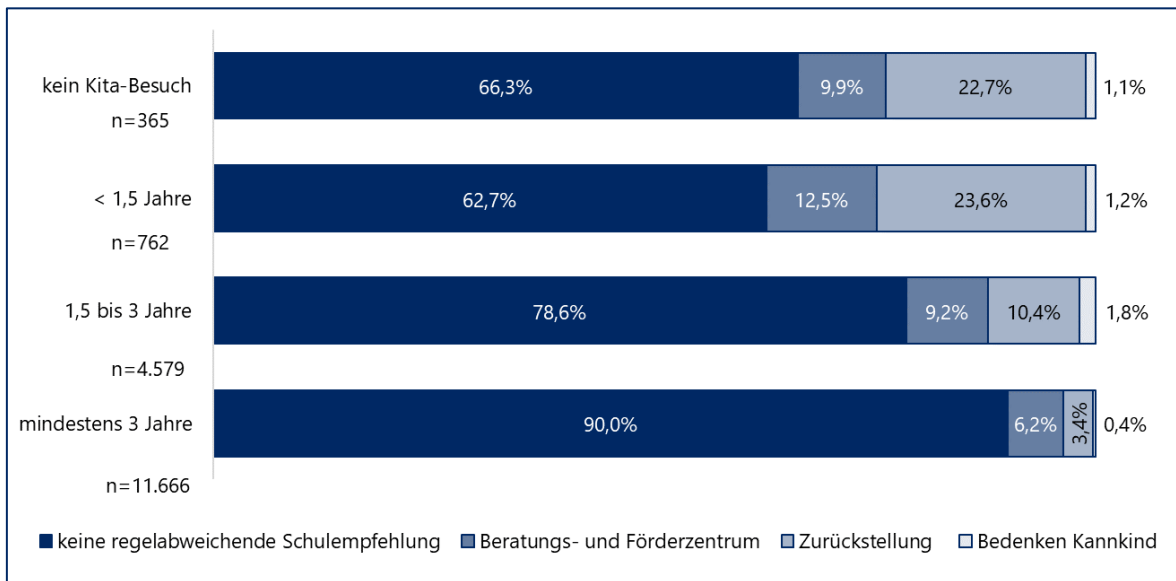


Abbildung 72: Schulempfehlung nach Dauer des Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025

Den größten Anteil an Empfehlungen für ein Beratungs- und Förderzentrum haben mit 12,5 % die Kinder mit einem Kita-Besuch von weniger als 1,5 Jahren. Auch der Anteil der Zurückstellungen in das nächste Schuljahr ist in dieser Gruppe mit 23,6 % am höchsten. Kinder mit einem Kita-Besuch von mindestens drei Jahren wird mit nur 3,4 % besonders selten eine Zurückstellung empfohlen. Auch die Empfehlung einer sonderpädagogischen Beratung ist bei den langfristig in einer Tagesstätte betreuten Kindern mit einem Anteil von 6,2 % deutlich seltener als bei den anderen Betreuungszeiträumen.

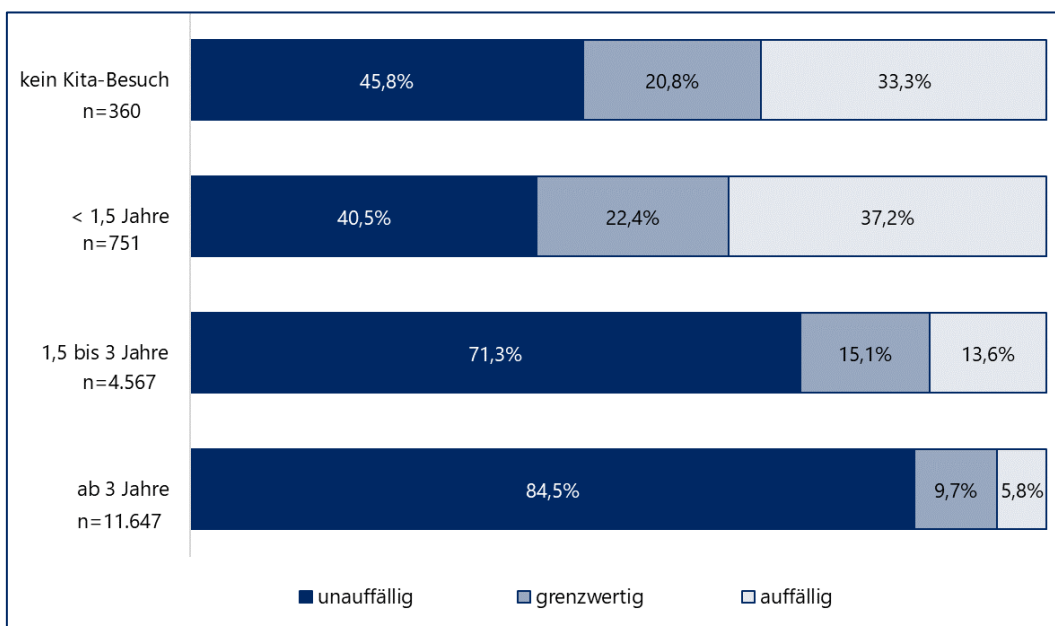


Abbildung 73: Zahlenvorwissen nach Dauer des Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025



Für insgesamt 17.325 Kinder liegen Angaben sowohl zum Kita-Besuch, als auch zum Zahlenvorwissen vor, das entspricht 98,8 % aller in den sieben Jahrgängen untersuchten Kindern. Von den Kindern, die eine Kita besucht haben, ist bei 79,0 % das Zahlenvorwissen gut. Bei den Kindern ohne Kita-Besuch ist dies nur zu 45,8 % der Fall. Zu einem Drittel zeigen Kinder ohne Kita-Besuch sogar ein nur geringes Zahlenvorwissen. Noch klarer wird das Ergebnis im Hinblick auf die Dauer der Betreuung in einer Kita. Hier haben die Kinder mit einem Kita-Besuch von mindestens drei Jahren zu 84,5 % ein gutes Zahlenvorwissen. Bei den Kindern, die 1,5 bis unter drei Jahre in einer Kita betreut wurden liegt dieser Anteil mit 71,3 % bereits um 13 Prozent niedriger. Mit nur 40,5 % ist ein gutes Zahlenvorwissen bei den Kindern mit kurzem Kita-Aufenthalt von weniger als 1,5 Jahren am wenigsten verbreitet. Der Anteil der Kinder mit unauffälligem Zahlenvorwissen ist in dieser Gruppe nicht einmal halb so groß wie bei den Kindern mit langem Kita-Aufenthalt. Die Kinder ohne Kita-Besuch haben beim Zählen sogar ein geringfügig besseres Ergebnis als die Kinder mit kurzer Betreuung in einer Kita.

Für 17.318 Kinder sind Einträge sowohl zum Kita-Besuch als auch zum Mengenvorwissen im Datensatz enthalten, das sind 98,8 % aller untersuchten Kinder in den sieben hier ausgewerteten Jahrgängen.

Kinder, die eine Kita besucht haben, zeigen zu 82,6 % ein gutes Mengenvorwissen. Von den Kindern ohne Kita-Besuch haben hingegen nur 69,7 % ein unauffälliges Ergebnis. Im Hinblick auf die Dauer der Betreuung in einer Kita zeigen sich die Unterschiede noch deutlicher. Kinder mit einem Kita-Besuch von mindestens drei Jahren haben zu 87,6 % ein gutes Mengenvorwissen. Dies trifft bei Kindern mit einer Betreuungsdauer von 1,5 bis unter drei Jahren nur noch auf 74,3 % zu. Mit 55,7 % haben nur etwas mehr als die Hälfte der Kinder mit kurzem Kita-Aufenthalt von weniger als 1,5 Jahren ein unauffälliges Mengenvorwissen. Je kürzer die Betreuungszeit in der Kita, desto höher liegen die Anteile der Kinder mit grenzwertigem oder auffälligem Mengenvorwissen. Die Kinder ohne Kita-Besuch zeigen auch beim Mengenvorwissen ein besseres Ergebnis als die Kinder mit einer kurzen Betreuungsdauer von weniger als 1,5 Jahren.

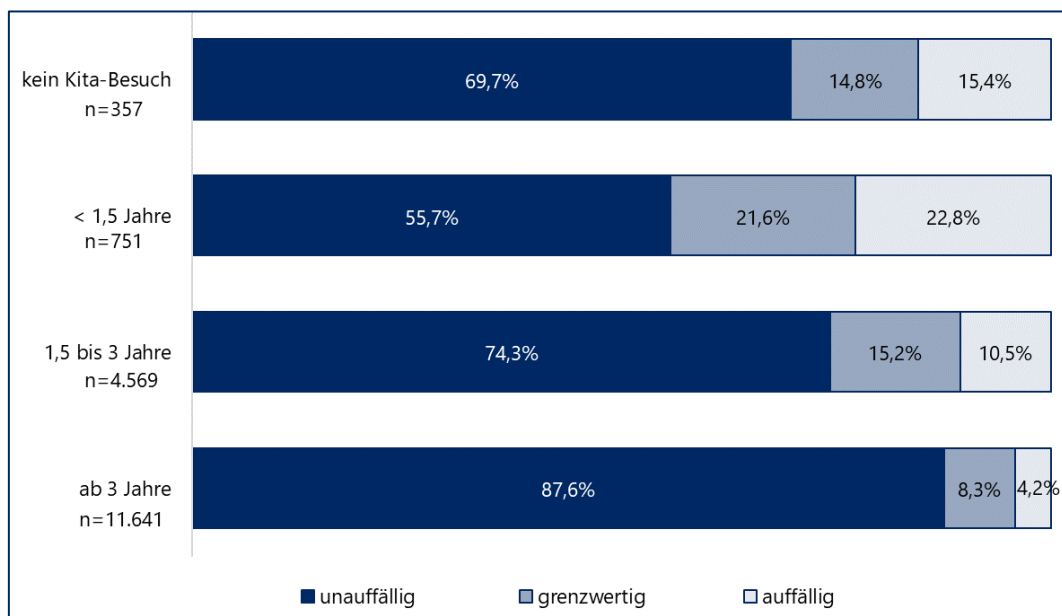


Abbildung 74: Mengenvorwissen nach Dauer des Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025

In die Gesamtbeurteilung der Psyche und des Verhaltens des Kindes fließen die Eindrücke während der gesamten Untersuchung mit ein. Bei der Beurteilung werden die Befunde in Ordnung, bekannter/behandelter Befund, neuer auffälliger Befund und grenzwertiger Befund vergeben. Insgesamt



liegt für 14.594 Kinder ein Eintrag bei Psyche/Verhalten und zugleich auch beim Kita-Besuch vor, das entspricht 83,2 % aller in den sieben Jahrgängen untersuchten Kinder.

Kinder, die keine Kita besuchten, haben bei der Gesamtbeurteilung von Psyche und Verhalten zu 73,8 % das Ergebnis „in Ordnung“. Bei Kindern mit Kita-Besuch fällt dieser Anteil mit 83,1 % um fast zehn Prozent höher aus. In Bezug auf die Dauer der Betreuung in einer Kindertagesstätte haben die Kinder zu größeren Anteilen den Befund in Ordnung für Psyche und Verhalten, je länger ihre Betreuungszeit war. Je kürzer die Bereuungsdauer, desto häufiger gibt es grenzwertige oder auffällige Befunde. Kinder ganz ohne Kita-Besuch haben im Bereich Psyche/Verhalten etwas häufiger den Befund in Ordnung als Kinder mit einem Kita-Besuch von weniger als 1,5 Jahren.

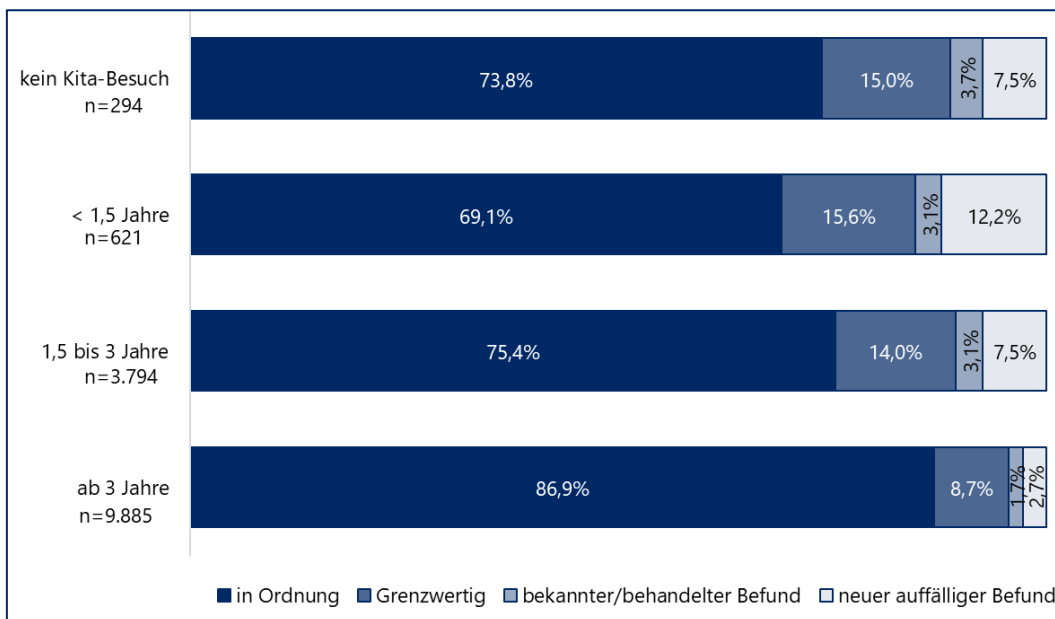


Abbildung 75: Gesamtbeurteilung Psyche/Verhalten nach Dauer des Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025

In allen hier vorgestellten Bereichen der Einschulungsuntersuchung zeigen sich bei den Kindern mit Besuch einer Kindertagesstätte positivere Ergebnisse als bei Kindern, die nicht in einer Kita betreut wurden. Diese Ergebnisse können sicherlich auch durch andere Faktoren, vor allem durch das familiäre Umfeld mit beeinflusst werden. Dennoch haben die mindestens drei Jahre in einer Einrichtung betreuten Kinder deutlich seltener auffällige Befunde als Kinder, die weniger als 1,5 Jahre in einer Kita waren oder keine Kindertagesstätte besucht haben. Beachtet werden muss aber der, bereits zu Beginn des Kapitels angeführte, Überlagerungseffekt verschiedener Merkmale, da unter den Kindern mit kurzem oder ohne Kita-Besuch besonders viele Kinder mit Migrationshintergrund sind. Dennoch lässt dies die Schlussfolgerung zu, dass Kinder durch die Betreuung in einer Kita in ihrer Entwicklung gefördert werden. Außerdem können in einer Kindertageseinrichtung Defizite oder Verzögerungen in der Entwicklung frühzeitig erkannt und die Entwicklung der Kinder dementsprechend gefördert werden.



3. Fazit

Die Daten der Einschulungsuntersuchungen aus den Jahrgängen 2018/2019 bis 2024/2025 zeigen viele interessante Ergebnisse und lassen einige Zusammenhänge vermuten. Schon bei der Betrachtung der vier für den schulischen Erfolg besonders wichtigen Untersuchungskategorien Grobmotorik, Feinmotorik, Sprache und visuelle Wahrnehmung werden bei vielen Kindern Auffälligkeiten festgestellt. Von allen 17.532 untersuchten Kindern ist für 5.939 Kinder ein neuer oder bereits bekannter auffälliger Befund in mindestens einer dieser vier Kategorien vermerkt. Das entspricht mit einem Anteil von 33,9 % jedem dritten untersuchten Kind. Im Hinblick darauf, dass es sich um elementare Fähigkeiten für den Bildungserfolg handelt, ist dies ein recht hoher Anteil. Das Ergebnis könnte mit einer stärkeren Förderung der Kinder im Vorschulalter voraussichtlich verbessert werden.

4.130 Kinder zeigen dabei Auffälligkeiten nur in einer der vier Kategorien, das entspricht 23,6 % aller untersuchten Kinder. Mit großem Abstand sind dies am häufigsten auffällige Befunde in der Sprache. Bei 1.130 Kindern (6,5 % der untersuchten Kinder) sind die Befunde in zwei dieser vier Kategorien auffällig. Dabei tritt die Kombination aus Auffälligkeiten bei Feinmotorik und Sprache am häufigsten auf. Bei 498 Kindern werden in drei der Kategorien Auffälligkeiten erfasst (2,8 % der untersuchten Kinder). Am häufigsten ist hier die Kombination aus Auffälligkeiten bei Grobmotorik, Feinmotorik und Sprache. Für 181 Kinder (1,0 % der untersuchten Kinder) sind sogar bei allen vier Kategorien Sprache, Grobmotorik, Feinmotorik und visuelle Wahrnehmung jeweils auffällige Befunde vermerkt.

Die Daten der Einschulungsuntersuchungen zeigen einige Unterschiede zwischen Kindern mit verschiedenen Merkmalen. Die Ergebnisse zeigen geschlechtsspezifische Unterschiede, Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund und Unterschiede je nach der Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte auf. Die Auswertung der Untersuchungsergebnisse für den Landkreis Darmstadt-Dieburg bringt diesbezüglich ähnliche Resultate wie verschiedene Veröffentlichungen zu Einschulungsuntersuchungen in anderen Regionen Deutschlands.

Mädchen haben seltener Auffälligkeiten in den Bereichen Sprache, Körperkoordination und Wahrnehmung als Jungen. Für Mädchen werden seltener Maßnahmen empfohlen und es wird häufiger eine Empfehlung zur regelhaften Einschulung ausgesprochen.

Kinder mit Migrationshintergrund zeigen in vielen Bereichen häufiger Auffälligkeiten als Kinder ohne Migrationshintergrund. Dies betrifft insbesondere den Bereich der Sprache, aber auch bei anderen Aspekten wie beispielsweise Körperkoordination, Gewicht oder Wahrnehmung sind diese Unterschiede zu erkennen.

Kinder, die mindestens drei Jahre lang eine Kita besucht haben, zeigen in allen untersuchten Bereichen weniger auffällige Befunde als Kinder mit kürzeren Betreuungszeiten oder ohne Besuch einer Kita. Das Fachpersonal in den Kindertagesstätten kann Defizite oder Entwicklungsverzögerungen frühzeitig erkennen und diese Kinder gezielt fördern. Mit gutem pädagogischem Personal ausgestattete Kitas sind eine Schlüsselstelle für die altersgerechte Entwicklung von Vorschulkindern. Die Erhaltung eines flächendeckenden Kitabestandes ist auch bei künftig voraussichtlich sinkenden Kinderzahlen wichtig, um den Kindern überall einen leichten Einstieg in das Bildungssystem zu ermöglichen. Insbesondere Kinder aus bildungsfernen Schichten oder Kinder mit schlechten Deutschkenntnissen können vom Besuch einer Kindertagesstätte profitieren. Für den späteren Lebensweg der Kinder wäre es daher wichtig, dass vor allem diese Personengruppen besser darüber informiert werden, wie wichtig der Kita-Besuch für die Entwicklung von für die Schule benötigten Fähigkeiten ist.

Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen zeigen, dass bei vielen Kindern eine gezielte Förderung wichtig wäre, um ihren Start in die Schule und damit ihren persönlichen schulischen und beruflichen Werdegang zu erleichtern. Ein besonders wichtiger Ansatzpunkt ist dabei die Sprache.



Mit einem Anteil von 52 % haben etwas mehr als die Hälfte der insgesamt 4.455 Kinder mit Auffälligkeiten im Bereich der Sprache eine nichtdeutsche Erstsprache. 48 % der Kinder mit sprachlichen Schwierigkeiten haben allerdings Deutsch als Erstsprache. Wer ein gutes Deutschverständnis aufweist, hat eine Chance darauf, die vermittelten Inhalte vollumfänglich zu erfassen. Hier sollte im Vorschulalter eine noch stärkere Förderung der Sprache erfolgen, um einen wichtigen Grundstein für die Zukunft der Kinder zu legen. Durch den festgestellten sehr engen Zusammenhang der Deutschkenntnisse des Kindes und den Deutschkenntnissen der Hauptbezugsperson lässt sich außerdem ableiten, dass der Besuch von Deutschkursen durch fremdsprachige Eltern einen wichtigen Beitrag zur sprachlichen Förderung ihrer Kinder leisten könnte.

Durch gezielte Förderung ließen sich auch die motorischen Fähigkeiten der Kinder verbessern. Hierzu können, neben der Bewegungsförderung in Kindertagesstätten auch niedrigschwellige wohnortnahe Bewegungsangebote für Klein- und Grundschulkinder beispielsweise von Sportvereinen beitragen. Für die Sportvereine bietet dies zugleich die Möglichkeit hierdurch eine frühzeitige Nachwuchsförderung zu betreiben. Generell wäre es hilfreich, wenn Kinder mehr Zeit mit Bewegung verbringen würden als mit Medien wie Smartphone, Tablet oder Fernseher.

Auch wenn der Anteil übergewichtiger Kinder in den letzten Jahren nicht gestiegen ist, liegt im Durchschnitt der hier ausgewerteten sieben Jahre bei rund 11 % der Kinder der Body-Mass-Index zu hoch. Im Sinne der Gesundheitsförderung ist es wichtig Kindern schon im Vorschulalter Spaß an Bewegung und einen gesunden Ernährungsstil zu vermitteln. Hierzu können unter anderem gesunde Mahlzeiten in Kindertagesstätten und später in der Schulverpflegung beitragen.

Eine besonders wichtige Rolle kommt bei der Entwicklung im Vorschulalter den Eltern zu. Sie können durch gezielte spielerische Übungen ihre Kinder in der körperlichen und mentalen Entwicklung unterstützen und auf die Schule vorbereiten. Dazu gehört auch objektiv zu erkennen, wenn das Kind eine Entwicklungsverzögerung zeigt und die bestehenden Beratungsmöglichkeiten und Förderangebote wahrzunehmen. Auch die Wahrnehmung der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen ist ein wichtiger Baustein, da hierbei Defizite frühzeitig festgestellt werden können. Bildungsferne Familien und auch Familien mit sprachlichen Barrieren sollten einen besseren Zugang zu Informationen über Entwicklungsverzögerungen und Fördermöglichkeiten erhalten.



Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Untersuchte Kinder nach Geschlecht _____	10
Abbildung 2: Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung _____	10
Abbildung 3: Untersuchte Kinder nach Staatsangehörigkeit _____	12
Abbildung 4: Staatsangehörigkeiten der ausländischen Kinder 2018/2019 bis 2024/2025 _____	12
Abbildung 5: Untersuchte Kinder nach Migrationshintergrund _____	13
Abbildung 6: Angaben zu bereits erfolgter Frühförderung _____	15
Abbildung 7: Anteil der verschiedenen Frühförderungen an allen untersuchten Kindern _____	16
Abbildung 8: Frühförderung nach Geschlecht 2018/19 bis 2024/25 _____	16
Abbildung 9: Frühförderung nach Migrationshintergrund 2018/19 bis 2024/25 _____	17
Abbildung 10: Anteil der Kinder mit und ohne vorgelegtes Vorsorgeheft _____	18
Abbildung 11: Durchgeführte U-Untersuchungen bei Kindern mit vorgelegtem Vorsorgeheft 2018/2019 bis 2024/2025 _____	19
Abbildung 12: Anteil der Kinder mit und ohne vorgelegten Impfausweis _____	21
Abbildung 13: : Anteile der Kinder in den verschiedenen Gewichtskategorien _____	24
Abbildung 14: Gewichtskategorien nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025 _____	25
Abbildung 15: Gewichtskategorien nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025 _____	25
Abbildung 16: Befunde zur Sehschärfe (Anteile an Kindern mit erfolgtem Sehscreening) _____	27
Abbildung 17: Befunde zur Sehschärfe nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025 _____	28
Abbildung 18: Befunde zur Sehschärfe nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025 _____	28
Abbildung 19: Vorsorgeuntersuchung U8 in Bezug auf Befunde zur Sehschärfe 2018/2019 bis 2024/2025 _____	29
Abbildung 20: Befunde des Hörscreenings nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025 _____	30
Abbildung 21: Befunde des Hörscreenings nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025 _____	30
Abbildung 22: Vorsorgeuntersuchung U8 in Bezug zu Befunden im Hörscreening 2018/2019 bis 2024/2025 _____	31
Abbildung 23: Befunde zur Wahrnehmung und Informationsverarbeitung 2018/2019 bis 2024/2025 _____	32
Abbildung 24: Auffällige Befunde für Wahrnehmung und Informationsverarbeitung nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025 _____	33
Abbildung 25: Auffällige Befunde für Wahrnehmung und Informationsverarbeitung nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025 _____	33
Abbildung 26: Befunde zur Grobmotorik (Anteile an Kindern mit erfolgter Untersuchung zur Grobmotorik) _____	35
Abbildung 27: Befunde zur Grobmotorik nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025 _____	35



Abbildung 28: Befunde zur Grobmotorik nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025	36
Abbildung 29: Befunde zur Feinmotorik (Anteile an Kindern mit Eintrag zur Feinmotorik)	37
Abbildung 30: Befunde zur Feinmotorik nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025	38
Abbildung 31: Befunde zur Feinmotorik nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025	39
Abbildung 32: : Befunde zur Visuomotorik (Anteile an Kindern mit erfolgter Untersuchung zur Visuomotorik)	40
Abbildung 33: Befunde zur Visuomotorik nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025	41
Abbildung 34: Befunde zur Visuomotorik nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025	41
Abbildung 35: Gesamtbeurteilung der Sprache (Anteile an Kindern mit Eintrag zur Sprache insgesamt)	43
Abbildung 36: Gesamtbeurteilung der Sprache nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025	44
Abbildung 37: Gesamtbeurteilung der Sprache nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025	45
Abbildung 38: Erstsprache in den ersten vier Lebensjahren (Anteil an Kindern mit Eintrag zur Erstsprache)	46
Abbildung 39: Häufigste Familiensprachen der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache 2018/19 bis 2024/25	46
Abbildung 40: Deutschkenntnisse der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache 2018/19 bis 2024/25	47
Abbildung 41: Deutschkenntnisse der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache	48
Abbildung 42: Deutschkenntnisse der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025	48
Abbildung 43: Deutschkenntnisse der Kinder und Hauptbezugspersonen in Bezug auf alle Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache 2018/2019 bis 2024/2025	49
Abbildung 44: Deutschkenntnisse der Kinder mit fehlerfrei Deutsch sprechender Hauptbezugsperson 2018/2019 bis 2024/2025	50
Abbildung 45: Deutschkenntnisse der Kinder mit fehlerhaft Deutsch sprechender Hauptbezugsperson 2018/2019 bis 2024/2025	51
Abbildung 46: Deutschkenntnisse der Kinder mit rudimentär Deutsch sprechender Hauptbezugsperson 2018/2019 bis 2024/2025	51
Abbildung 47: Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung empfohlene oder durchgeführte Maßnahmen	53
Abbildung 48: Empfohlene oder durchgeführte Maßnahmen 2018/2019 bis 2024/2025	54
Abbildung 49: Maßnahmen nach Geschlecht 2018/20149 bis 2024/2025	54
Abbildung 50: Art der Maßnahmen nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025	55
Abbildung 51: Maßnahmen nach Migrationshintergrund 2018/20149 bis 2024/2025	55
Abbildung 52: Art der Maßnahmen nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025	56



Abbildung 53: Einschulungsempfehlungen	57
Abbildung 54: Einschulungsempfehlungen nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025	57
Abbildung 55: Einschulungsempfehlungen nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025	58
Abbildung 57: Dauer des Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025	60
Abbildung 58: Dauer des Kita-Besuchs	60
Abbildung 59: Dauer des Kita-Besuchs nach Geschlecht 2018/2019 bis 2024/2025	61
Abbildung 60: Dauer des Kita-Besuchs nach Migrationshintergrund 2018/2019 bis 2024/2025	61
Abbildung 61: Anteile der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund nach Dauer des Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025	62
Abbildung 62: Anzahl der Geschwisterkinder nach Dauer des Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025	63
Abbildung 63: Kinder nach Dauer des Kita-Besuchs und Gewichtseinordnung 2018/2019 bis 2024/2025	63
Abbildung 64: Neue und bekannte auffällige Befunde der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung in Bezug zum Besuch einer Kindertagesstätte 2018/2019 bis 2024/2025	64
Abbildung 65: Befunde zur visuellen Wahrnehmung in Bezug zur Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte 2018/2019 bis 2024/2025	65
Abbildung 66: Befunde zur selektiven Aufmerksamkeit in Bezug zur Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte 2018/2019 bis 2024/2025	65
Abbildung 67: Befunde zur Grobmotorik in Bezug zur Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte 2018/2019 bis 2024/2025	66
Abbildung 68: Befunde zur Feinmotorik in Bezug zur Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte 2018/2019 bis 2024/2025	67
Abbildung 69: Befunde zur Visuomotorik in Bezug zur Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte 2018/2019 bis 2024/2025	68
Abbildung 70: Gesamtbeurteilung der Sprache in Bezug zur Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte 2018/2019 bis 2024/2025	69
Abbildung 71: Deutschkenntnisse der Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache nach Dauer ihres Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025	69
Abbildung 72: Empfohlene Maßnahmen nach Dauer des Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025	70
Abbildung 73: Schulempfehlung nach Dauer des Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025	71
Abbildung 74: Zahlenvorwissen nach Dauer des Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025	71
Abbildung 75: Mengenvorwissen nach Dauer des Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025	72
Abbildung 76: Gesamtbeurteilung Psyche/Verhalten nach Dauer des Kita-Besuchs 2018/2019 bis 2024/2025	73



Literaturverzeichnis

Bach, Maximilian; Koebe, Juliane und Peter, Frauke (2018): Früher Kita-Besuch beeinflusst Persönlichkeitseigenschaften bis ins Jugendalter
Ist: DIW-Wochenbericht 15/2018, Berlin

Deutscher Bundestag, Fachbereich IX Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006)
Ärztliche Einschulungsuntersuchungen – Rechtslage in den Bundesländern. Reg.-Nr.: WF IX–153/05

Deseking, Monika: Das Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen,

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2014): Rahmenkonzeption Frühförderung
Hessen, Wiesbaden

Hessisches Schulgesetz (HSchG) Fassung vom 31.03.2023

ICEC (International Center Early Childhood Education Care): Effekte des Kita-Besuchs auf kindliche Fähigkeiten (Interview mit Prof. Dr. Edward Melhuish);
www.dji.de/fileadmin/user_upload/icec/Interviews/Effekte%20des%20Kita-Besuchs_Melhuish_final.pdf

Kromeyer-Hauschild et al. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben
In: Monatsschrift Kinderheilkunde Heft 8/2001, S. 807-818, Heidelberg

Landeshauptstadt München (2019): Ausgewählte Ergebnisse aus der Gesundheitsuntersuchung zur Einschulung (Schuleingangsuntersuchung) Schuljahr 2014/1015, München

Landkreis Gifhorn: Schuleingangsuntersuchungen des Schuljahres 2018/2919, Gifhorn

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg: Elternratgeber zu den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchung, Stuttgart

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2018): Kindergesundheit im Einschulungsalter – Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2017, Hannover

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2024): Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen – Vergleich von Daten ausgewählter Kommunen vor, während und nach der Covid 19-Pandemie, Hannover

Stadt Dortmund Gesundheitsamt (2018), Auswertung von Daten der Schuleingangsuntersuchung 2012-2017 – Übergewicht und Körperkoordination

Stadt Kassel und Gesundheitsamt Region Kassel (2018): Kindergesundheit – Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen und der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Stadt und Landkreis Kassel 2012 bis 2016, Kassel

Vereinbarung zur Integration von Kindern mit Behinderung vom vollendeten 1. Lebensjahr bis Schuleintritt in Tageseinrichtungen für Kinder vom 01.08.2014 zwischen dem Hessischen Städtetag, dem Hessischen Landkreistag, dem Hessischen Städte und Gemeindebund und der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen



Verwaltungsverband für das Gesundheitsamt für die Stadt Darmstadt und den Landkreis Darmstadt-Dieburg (2024): Tätigkeitsbericht des Gesundheitsamtes der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg 2022, Darmstadt

www.bundesgesundheitsministerium.de/impfpflicht/faq-masernschutzgesetz.html (abgerufen am 18.06.2025)

www.dgs-ev.de/sprachheilwiki/kategorien/stoerungsbilder/phonetisch-phonologische-stoerungen (abgerufen am 19.06.2026)

www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/_22.html (abgerufen am 30.06.2026)

www.infektionsschutz.de/impfen/fuer-kinder-0-12-jahre/ (abgerufen am 23.07.2025)

www.kindergartenpaedagogik.de/fachartikel/qualitaet-und-qualitaetssicherung/qualitaet-standards-forderungen-studien/forschungsergebnisse-zur-effektivitaet-fruehkindlicher-bildung-eppe-repey-und-speel/ (abgerufen am 20.06.2025)

www.kindergesundheit.de/Info/Newsletter/_docs/NL_01_26_Uebergewicht.pdf (abgerufen am 22.06.2026)

www.lzg.nrw.de/nocms/jahresberichte/reports/2023/up3/sopess_punkte/sopess.html (abgerufen am 22.04.2025)

www.schulaemter.hessen.de/schulbesuch/einschulung (abgerufen am 01.04.2025)

www.verwaltungsportal.hessen.de/leistung?leistung_id=L100001_9844150 (abgerufen am 21.5.2025)