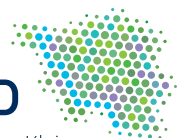


Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Einschulkindern im Saarland

4. Bericht Saarland 2021





$$15 + 4 = 19$$

$$3 = 17$$

$$5 = 17$$

$$2 = 17$$

Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Einschulkindern im Saarland

4. Bericht – In Zusammenarbeit mit den
kommunalen Gesundheitsämtern

Herausgeber:

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Franz-Josef-Röder-Straße 23

66119 Saarbrücken

Telefon: (0681) 501-3097

Internet: www.soziales.saarland.de

In Zusammenarbeit mit den kommunalen Gesundheitsämtern

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	VI
Vorwort	1
Allgemeine Hinweise des Herausgebers	3
1 Die Einschulungsuntersuchung im Saarland.....	4
1.1 Das saarländische Untersuchungs- und Dokumentationsverfahren.....	4
1.2 Die Untersuchung	5
1.3 Dokumentation und Auswertung.....	6
1.4 Nutzung der Ergebnisse.....	6
2 Überblick über die Schulanfänger im Jahr 2017	7
2.1 Kinder mit Migrationshintergrund.....	8
2.2 Alter und Anlass der Untersuchung	12
2.3 Familiäres Umfeld	13
2.3.1 Familiäre Situation	13
2.3.2 Bildungshintergrund der Eltern.....	16
2.3.3 Gesprochene Sprachen in der Familie	17
2.4 Besuch von Kindertageseinrichtungen	18
3 Vorgeschichte	22
3.1 Schwangerschaft und Geburt	23
3.2 Entwicklung in den ersten Lebensjahren	25
3.2.1 Stillen	25
3.2.2 Laufen, Sprechen, Sauberkeit	26
3.3 Vorerkrankungen.....	27
3.3.1 Infektionskrankheiten	27
3.3.2 Allergien	29
3.3.3 Medikamenteneinnahme.....	29
3.3.4 Operationen	30
3.3.5 Unfälle.....	33
4 Präventive Maßnahmen	35
4.1 Impfschutz.....	35
4.1.1 Vorgelegte Impfbücher	35
4.1.2 Impfschutz gegen einzelne Infektionskrankheiten	37
4.1.3 Ausreichender Impfschutz.....	38
4.1.4 Die Entwicklung des Impfschutzes seit 1994	40
4.2 Vorsorgeuntersuchungen (Kinderfrüherkennungsuntersuchungen)	43
4.2.1 Das Kinderfrüherkennungsprogramm	43
4.2.2 Vorgelegte Vorsorgebücher	43
4.2.3 Teilnahme an den einzelnen Untersuchungen	45
4.2.4 Teilnahme an allen Untersuchungen.....	46
4.2.5 Maßnahmen zur Verbesserung der Teilnahmeraten im Saarland	47
4.3 Individuelle Prävention	49
4.4 Fördermaßnahmen	51
4.4.1 Frühförderung	55
4.4.2 Logopädie.....	57
4.4.3 Krankengymnastik	58
4.4.4 Ergotherapie	58
4.4.5 Fördermaßnahme zur Integration in Regelkindergarten/Besuch integrativer Kindergarten	59
4.4.6 Weitere Fördermaßnahmen	59

5	Untersuchungsbefunde.....	60
5.1	Sinnesorgane	60
5.1.1	Überprüfung des Sehvermögens	60
5.1.2	Überprüfung des Hörvermögens	61
5.2	Körpergewicht und Größe.....	62
5.2.1	Übergewicht und Adipositas	62
5.2.2	Untergewicht.....	64
5.2.3	Kleinwuchs und Hochwuchs.....	64
5.3	Sonstige Untersuchungsbefunde.....	65
5.3.1	Hauterkrankungen	65
5.3.2	Allergien	65
5.3.3	Bewegungsorgane.....	66
5.3.4	Weitere Untersuchungsbefunde	67
5.3.5	Chronische Erkrankungen sowie stark einschränkende Erkrankungen und Behinderungen	69
6	Entwicklungsauffälligkeiten	73
6.1	Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung	79
6.1.1	Deutschkenntnisse bei Kindern mit Migrationshintergrund	82
6.2	Auffälligkeiten im Bereich der auditiven Wahrnehmung.....	84
6.3	Auffälligkeiten in der Entwicklung von Motorik und Koordination: Grobmotorik, Feinmotorik, Visuomotorik.....	85
6.4	Entwicklungsauffälligkeiten im kognitiven Bereich	86
6.5	Umschriebene Entwicklungsauffälligkeiten des Verhaltens.....	87
7	Empfehlungen für Schule und Eltern	90
7.1	Übersicht über die Schulempfehlungen.....	90
7.2	Schulrelevante Aspekte bei Kindern mit Entwicklungsverzögerungen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen	91
7.2.1	Empfehlung einer sonderpädagogischen Unterstützung	91
7.2.2	Schulpsychologische Überprüfung.....	93
7.2.3	Empfehlungen zur Förderung in der Schule	93
7.2.4	Weitere Empfehlungen	93
8	Zusammenfassung und Ausblick	95
8.1	Gesundheits- und familienpolitische Maßnahmen	95
8.1.1	Verbesserung der Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen	95
8.1.2	Frühe Hilfen im Saarland.....	95
8.1.3	Besuch von Kindertageseinrichtungen ermöglichen	96
8.1.4	Ärztliche Untersuchung vor Besuch von Kindertageseinrichtungen.....	97
8.1.5	Kinderfrüherkennungsuntersuchungen um Beratung und psychosoziales Screening erweitert	97
8.2	Bildungspolitische Maßnahmen und Einschulungsuntersuchung	97
8.2.1	Kooperationsjahr „Kindergarten-Grundschule“	97
8.2.2	Vorgezogene Einschulungsuntersuchung.....	97
8.3	Einschulungsuntersuchung – Zentrale Ergebnisse	98
8.3.1	Migrationshintergrund, Familiensituation, Bildungshintergrund, Kindertageseinrichtung	98
8.3.2	Gesundheitliche Vorgeschichte	100
8.3.3	Präventive Maßnahmen	101
8.3.4	Körperliche Untersuchung	104
8.3.5	Entwicklungsauffälligkeiten.....	106
8.3.6	Empfehlungen.....	108
8.3.7	Psychosoziale Einflussfaktoren auf Gesundheit und Entwicklung.....	109
8.4	Vergleich mit Ergebnissen aus KiGGS	111
8.5	Handlungsbedarf aus den Ergebnissen	113

9	Literatur	117
9.1	Literatur zu Kapitel 1	117
9.2	Literatur zu Kapitel 2	117
9.3	Literatur zu Kapitel 3	117
9.4	Literatur zu Kapitel 4	119
9.5	Literatur zu Kapitel 5	119
9.6	Literatur zu Kapitel 7	119
9.7	Literatur zu Kapitel 8	119
10	Anlagen	122
10.1	Übersicht über die Kommunen im Saarland	122

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Entwicklung der Zahl der Einschulkinder der Einschuljahrgänge von 2005 bis 2017	8
Abb. 2	Kinder mit Migrationshintergrund nach Herkunftsregionen (beide Elternteile mit demselben Herkunftsland)	10
Abb. 3	Kinder mit Migrationshintergrund nach Landkreisen	10
Abb. 4	Kinder mit Migrationshintergrund nach Kommunen	11
Abb. 5	Kinder nach familiärer Situation und Landkreisen	14
Abb. 6	Kinder, die bei beiden leiblichen Eltern leben, nach Gemeinden	15
Abb. 7	Muttersprache der Kinder nach vorliegendem Migrationshintergrund	17
Abb. 8	Eintrittsalter in die Kindertageseinrichtung nach vorliegendem Migrationshintergrund und Geburtsland des Kindes	21
Abb. 9	Kinder mit Vorerkrankungen nach Geschlecht	28
Abb. 10	Rückgang impfpräventabler Erkrankungen bei den Einschulkindern 1995 bis 2017	29
Abb. 11	Kinder mit regelmäßiger Medikamenteneinnahme nach Geschlecht von 2005 bis 2017	30
Abb. 12	Kinder mit Operationen nach Geschlecht und Art der Operation	31
Abb. 13	Kinder mit Operationen nach Landkreisen	32
Abb. 14	Kinder mit Operationen nach Kommunen	32
Abb. 15	Anteil der Kinder mit vorgelegtem Impfbuch nach Landkreisen	36
Abb. 16	Anteil der Kinder mit vorgelegtem Impfbuch nach Gemeinden	36
Abb. 17	Kinder mit ausreichendem Impfschutz nach Landkreisen und Geschlecht	39
Abb. 18	Anteil der Kinder mit ausreichendem Impfschutz nach Kommunen	40
Abb. 19	Anteil gegen Windpocken geimpfter und an Windpocken erkrankten Einschulkinder 2005 bis 2017	41
Abb. 20	Anteil der Kinder mit ausreichendem Impfschutz im Saarland und in Deutschland im Jahr 2017	42
Abb. 21	Kinder mit Vorsorgebuch in den einzelnen Kommunen	44
Abb. 22	Kinder mit vollständigen Vorsorgeuntersuchungen nach Kommunen	47
Abb. 23	Teilnahmeraten an der Vorsorgeuntersuchung U9 in den Jahren 1995 bis 2017	48
Abb. 24	sportlich aktive Kinder nach Geschlecht und Landkreisen	50
Abb. 25	Kinder mit Fördermaßnahmen nach Geschlecht und Landkreisen	53
Abb. 26	Kinder mit Fördermaßnahmen nach Kommunen	54
Abb. 27	Kinder mit Fördermaßnahmen nach Schwangerschaftsdauer und Anzahl der Maßnahmen	55
Abb. 28	Anteil der Kinder mit Frühförderung nach Geschlecht und Landkreisen	57
Abb. 29	Anteil übergewichtiger und adipöser Einschulkinder nach Geschlecht im Zeitraum 2005 bis 2017	64
Abb. 30	Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten nach Geschlecht	73
Abb. 31	Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten nach Geschlecht und Anzahl der betroffenen Bereiche	74
Abb. 32	Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten nach vorliegendem Migrationshintergrund	75
Abb. 33	Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten nach vorliegendem Migrationshintergrund und Anzahl der betroffenen Bereiche	76
Abb. 34	Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten nach Bildungshintergrund der Eltern	77
Abb. 35	Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten nach Bildungshintergrund der Eltern und Anzahl der betroffenen Bereiche	78
Abb. 36	Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten in Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer	78

Abb. 37	Versorgungsgrad von Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung in den Landkreisen	81
Abb. 38	Deutschkenntnisse der im Ausland geborenen Einschulkinder mit Migrationshintergrund nach Einreisealter in Deutschland	83
Abb. 39	Kommunen im Saarland: Bezeichnung lt. nachfolgender Tabelle	122

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Untersuchte Kinder nach Landkreisen und Geschlecht	7
Tab. 2	Einschulkinder mit Geburtsland außerhalb Deutschlands nach Alter bei Einreise nach Deutschland	9
Tab. 3	Einschulkinder mit Migrationshintergrund von 2005 bis 2017	12
Tab. 4	Kinder nach Untersuchungsgruppe, Geschlecht und vorliegendem Migrationshintergrund	13
Tab. 5	Familiäre Situation der Kinder	15
Tab. 6	Kinderanzahl in den Familien nach vorliegendem Migrationshintergrund	16
Tab. 7	Kinder, differenziert nach Bildungsabschluss der Eltern und vorliegendem Migrationshintergrund	17
Tab. 8	Kinder in Kindertageseinrichtungen und öffentlich geförderter Kindertagespflege im Zeitverlauf	19
Tab. 9	Kinder, die regelmäßig Kindertageseinrichtungen besuchten, nach Bildungsabschluss der Eltern	20
Tab. 10	Kinder, die vor dem vollendeten dritten Lebensjahr eine Kindertagesstätte besuchen, differenziert nach Bildungsabschluss der Eltern	21
Tab. 11	Art der Geburt nach vorliegendem Migrationshintergrund	24
Tab. 12	Geburtsgewicht der Kinder	25
Tab. 13	Anteil der Kinder mit Operationen nach Geschlecht von 2005 bis 2017 in Prozent	33
Tab. 14	Unfälle nach Unfallart und Geschlecht (Mehrfachnennung möglich)	34
Tab. 15	Kinder mit ausreichendem Impfschutz gegen einzelne Infektionskrankheiten des Einschuljahrgangs 2017/2018 nach vorliegendem Migrationshintergrund	38
Tab. 16	Kinder mit vorgelegten Vorsorgebüchern nach Bildungsabschluss der Eltern	44
Tab. 17	Kinder, die an den einzelnen Untersuchungen teilgenommen haben	45
Tab. 18	Kinder mit Teilnahme an allen Vorsorgeuntersuchungen nach Landkreisen	46
Tab. 19	Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen von im Ausland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund, unter Berücksichtigung des Alters bei Einreise nach Deutschland	48
Tab. 20	sportlich aktive Kinder nach Bildungsabschluss der Eltern	50
Tab. 21	Anteil der regelmäßig sportlich aktiven Kinder	51
Tab. 22	Teilnahme an Fördermaßnahmen nach Bildungsabschluss der Eltern	52
Tab. 23	Anteil der Einschulkinder mit Frühförderung nach vorliegendem Migrationshintergrund von 2005 bis 2017	56
Tab. 24	Teilnahme an Frühförderung nach Bildungsabschluss der Eltern	56
Tab. 25	Teilnahme an Logopädie nach Bildungsabschluss der Eltern	58
Tab. 26	Teilnahme an Fördermaßnahmen zur Integration in Regelkindergarten/ Besuch integrativer Kindergarten nach Bildungsabschluss der Eltern	59
Tab. 27	übergewichtige und adipöse Kinder nach Bildungsabschluss der Eltern	63
Tab. 28	Einschulkinder mit Befunden bei Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems	67
Tab. 29	Einschulkinder mit Befunden bei verschiedenen Krankheiten	68
Tab. 30	Spektrum schwerer, den Alltag dauerhaft stark einschränkende Erkrankungen und Behinderungen bei Einschulkindern 2017	72
Tab. 31	Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit in der Sprachentwicklung nach Bildungsabschluss der Eltern	79
Tab. 32	Befunde bei einzelnen Formen der Sprachentwicklungsverzögerung	80
Tab. 33	Anteil der Einschulkinder mit Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung von 2005 bis 2017 und Stand der Versorgung	82

Tab. 34	Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit in der auditiven Wahrnehmung nach Bildungsabschluss der Eltern	84
Tab. 35	Auffälligkeiten in der Entwicklung in den Bereichen Grob- und Feinmotorik sowie Visuomotorik nach Bildungsabschluss der Eltern.....	86
Tab. 36	Inanspruchnahme von Ergotherapie, Krankengymnastik und Frühförderung bei Kindern mit Auffälligkeiten in der Entwicklung in den Bereichen Grob- und Feinmotorik sowie Visuomotorik	86
Tab. 37	Entwicklungsauffälligkeiten im kognitiven Bereich nach Bildung der Eltern	87
Tab. 38	Entwicklungsauffälligkeiten im Verhalten nach Bildungsabschluss der Eltern.....	88
Tab. 39	Entwicklungsauffälligkeiten im Verhalten nach Geschlecht	89
Tab. 40	Übersicht über die Empfehlungen zur Einschulung 2017 nach Geschlecht und vorliegendem Migrationshintergrund	91
Tab. 41	Anteil Empfehlungen zur pädagogischen Förderung nach Bereichen und Geschlecht (Mehrfachnennung möglich)	92
Tab. 42	Empfehlungen zur pädagogischen Förderung nach Bildungsabschluss der Eltern.....	93
Tab. 43	Weitere Empfehlungen an die Eltern (Mehrfachnennung möglich)	94

Vorwort

Im Saarland werden alle Kinder, bevor sie in die Schule gehen, ärztlich untersucht. Diese Einschulungsuntersuchung dient dazu, den Gesundheits- und Entwicklungsstand der einzelnen Kinder im Hinblick auf schulrelevante Aspekte zu erfassen. Bei Bedarf werden notwendige Therapie- und/oder Fördermaßnahmen empfohlen, um allen Kindern einen möglichst guten Schulstart zu ermöglichen.

Die kommunalisierten Gesundheitsämter sind Aufgabenträger der Einschuluntersuchungen. Die Ärztinnen und Ärzte der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der kommunalen Gesundheitsämter, die für die Schulgesundheitspflege zuständig sind, führen die Untersuchungen durch.

Im vorliegenden Bericht sind die wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchung zusammengestellt. Sie liefern Informationen über die Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und Entwicklungsförderung, über die Krankheitsvorgeschichte und den Untersuchungsbefund. Auch die an die Schule vermittelten Empfehlungen sowie die Empfehlungen zu Therapie- und Fördermaßnahmen werden dargestellt.

Die Ergebnisse der Untersuchung geben einen umfassenden Überblick über den Gesundheits- und Entwicklungsstand der Einschulkinder und sind geeignet, gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen im Vorschulalter zu reflektieren, aber auch auf weiteren Handlungsbedarf hinzuweisen.


Beim hier betrachteten Einschuljahrgang 2017/2018 wurde überwiegend im Jahr 2016 untersucht. In diesem Jahr war die größte Herausforderung die Untersuchung von Kindern aus Familien mit Fluchthintergrund, die nur wenig bis kein Deutsch sprachen und keinen Kindergarten besuchten. Der Anteil dieser nicht in Deutschland geborenen Kinder wirkt sich jedoch nicht nur auf die Ergebnisse bezüglich des regelmäßigen Besuchs einer Kindertageseinrichtung oder der Sprachkenntnisse der Kinder mit Migrationshintergrund aus. Im Vergleich zum vorherigen Bericht aus dem Jahr 2015 sind auch niedrigere Teilnahmequoten bei den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen zu verzeichnen, die darauf zurückgeführt werden können, dass viele dieser Kinder erst ab einem Alter von vier Jahren nach Deutschland eingereist sind. Unter Berücksichtigung dieses Einflusses zeigt sich gleichwohl eine weiterhin hohe Teilnahmebereitschaft. Zudem wirken sich insbesondere unzureichende Dokumentation und andere Impfvorgaben in den Herkunftsländern sowohl im Saarland als auch bundesweit dahingehend aus, dass der Impfschutz gegen wichtige Infektionskrankheiten gemäß den in Deutschland geltenden Vorgaben der Ständigen Impfkommission abnimmt. Bedauerlicherweise sind die Impfraten im Vergleich zum vorherigen Bericht zudem unter das Bundesniveau gesunken. Dieser Rückgang kann jedoch nicht alleine dadurch erklärt werden, dass es einen hohen Anteil an Flüchtlingskindern mit unzureichender Impfdokumentation gibt, da dies auch bundesweit gilt. Wenngleich der Anteil bei Übergewicht und Adipositas seit einigen Jahren relativ konstant ist, stellen diese Risikofaktoren nach wie vor ein großes gesundheitliches Problem bei den Einschulkindern im Saarland dar. Leider ist im Vergleich zum vorherigen Bericht aus dem Jahr 2015 der Anteil der Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten insgesamt gestiegen, gleichwohl in einzelnen Teilbereichen, wie beim Verhalten sowie bei Grob- und Feinmotorik, auch sinkende Raten zu verzeichnen sind.

Im Hinblick auf diese Ergebnisse gilt es, durch entsprechende Aufklärungs- und Informationskampagnen, die Impfbereitschaft zu erhöhen und Impfskepsis in der Bevölkerung zu minimieren. Weiterhin ist wichtig, eingeleitete gesundheits- und familienpolitische Initiativen beizubehalten und weiter zu entwickeln, wie im Bereich der Frühen Hilfen mit ihren verschiedenen Angeboten zur Unterstützung belasteter Familien, der kommunalen Gesundheitsförderung im Rahmen der Kampagne »Das Saarland lebt gesund!«, wobei sich hier auch durch das Präventionsgesetz neue Möglichkeiten ergeben, sowie in der Gesundheits- und Entwicklungsförderung durch Elternaufklärung und -bildung und im Rahmen institutioneller Betreuung.

Die im Bericht dargestellten Ergebnisse auf Landes-, Kreis- und kommunaler Ebene und die aufgezeigten Vorschläge zur Verbesserung der Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Kindern im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter sollten Diskussionsgrundlage sein für alle, die für Gesundheit und Entwicklung der Kinder Verantwortung tragen.



Monika Bachmann
Ministerin für Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie



Patrik Lauer
Vorsitzender des Landkreistages

Allgemeine Hinweise des Herausgebers

Der Bericht beruht auf den Daten, die im Rahmen der Einschulungsuntersuchung durch die Gesundheitsämter erhoben werden. Dazu gehören Angaben der Eltern zur gesundheitlichen Vorgeschichte und Entwicklung des Kindes, Befunde aus der Untersuchung, Angaben aus dem Impf- und Vorsorgebuch sowie sozialmedizinisch relevante Angaben der Eltern zu ihrer Person.

Die Daten wurden im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MSGFF) anonymisiert zusammengeführt und ausgewertet. Die Interpretation der Daten erfolgte in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Jugendärztlicher Dienst der saarländischen Gesundheitsämter (AG JÄD).

Der Bericht beschreibt die Inanspruchnahme gesundheitlicher Vorsorge und Fördermaßnahmen in der Vorgeschichte des Kindes, relevante Untersuchungsbefunde und die im Hinblick auf die Einschulung gegebenen Empfehlungen.

Im MSGFF haben an der Erarbeitung des Berichts mitgearbeitet (in alphabetischer Reihenfolge):

Susanne Aldenhoven
Andrea Käfer
Celina Majoli
Dr. Jörg Rech

Unterstützung erfolgte seitens der Gesundheitsämter durch:

Dr. Susanne Alff, Gesundheitsamt Landkreis Saarlouis
Heiko Becker, Gesundheitsamt Landkreis Saarlouis
Elisabeth Klauck, Gesundheitsamt Landkreis Merzig-Wadern
Dr. Anne-Michaela Moritz, Gesundheitsamt Saarpfalzkreis
Dr. Christina Ospelt, Gesundheitsamt Landkreis Merzig-Wadern
Dr. Ulrike Schiedermaier, Gesundheitsamt Regionalverband Saarbrücken
Karin Schmidt, Gesundheitsamt Landkreis St. Wendel
Dr. Claudia Stodden, Gesundheitsamt Landkreis Saarlouis
Ruth Wolff, Gesundheitsamt Landkreis Neunkirchen

Gleichzeitig gilt der Dank allen Jugendärztinnen/-ärzten und sozialmedizinischen Assistentinnen und Assistenten der Gesundheitsämter für die intensive und gute Zusammenarbeit im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheitspflege. Nur so war und ist es möglich, die Untersuchungsergebnisse in diesem Umfang und dieser Qualität zeitnah und regionalisiert zur Verfügung zu haben und damit wichtige Informationen zur Verfügung zu stellen.

Ministerium für Soziales , Gesundheit, Frauen und Familie
Franz-Josef-Röder-Straße 23
66119 Saarbrücken

1 Die Einschulungsuntersuchung im Saarland

Vor der Aufnahme in die Schule werden im Saarland alle Kinder, die schulpflichtig sind bzw. bei den Grundschulen zur vorzeitigen Einschulung angemeldet sind, zur Einschulungsuntersuchung eingeladen. Die Ärztinnen und Ärzte der Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter, die für die Schulgesundheitspflege zuständig sind, führen die Untersuchungen durch.

Rechtliche Grundlage für die Durchführung der Einschulungsuntersuchung ist § 2 des Schulpflichtgesetzes des Saarlandes. In § 20 des saarländischen Schulordnungsgesetzes ist festgelegt, dass die Schulgesundheitspflege von den Gesundheitsämtern nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen ausgeübt wird. In § 8 Abs. 3 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist die flächendeckende Einschulungsuntersuchung als Aufgabe der Gesundheitsämter festgeschrieben.

Mit der Änderung des Schulpflichtgesetzes im Jahr 2011 wurde die Einschulungsuntersuchung, die zuvor im Halbjahr vor Schulbeginn stattfand, um ein Jahr vorverlegt. Sie ist für alle Kinder verpflichtend. Durch das Vorziehen der Untersuchung sollen entwicklungsrelevante Gesundheitsbeeinträchtigungen und Entwicklungsverzögerungen frühzeitig erkannt und entsprechende Therapie- bzw. Fördermaßnahmen eingeleitet werden. Daher sollen bei dieser Untersuchung, soweit erforderlich, auch fördernde Maßnahmen empfohlen werden.

Bei Gesundheits- und Entwicklungsbeeinträchtigungen kann eine erneute Untersuchung im Halbjahr vor der Einschulung erfolgen. Das Ergebnis wird der zuständigen Grundschule mitgeteilt.

Ebenso werden durch das 2011 eingeführte Kooperationsjahr „Kindergarten-Grundschule“ die Chancen möglichst vieler Kinder für einen guten Schulstart verbessert. Kinder werden im letzten Kindergartenjahr gemeinsam durch Erzieherin bzw. Erzieher und Grundschullehrerin bzw. Grundschullehrer zwei Stunden pro Woche innerhalb vorgegebener Themen in der Gruppe gefördert. Dabei sollen individuelle Entwicklungsverzögerungen aufgearbeitet werden (vgl. Kapitel 8.2.1).

1.1 Das saarländische Untersuchungs- und Dokumentationsverfahren

Seit 1995 erfolgt die Untersuchung der saarländischen Schulanfänger und die Dokumentation der Befunde nach dem Saarländischen Untersuchungs- und Dokumentationsverfahren. Es wurde aus der Praxis heraus gemeinsam von Jugendärztinnen und Jugendärzten der Gesundheitsämter und der Fachabteilung des damaligen Ministeriums für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales entwickelt. Ein landesweit standardisiertes Untersuchungsverfahren, das hinsichtlich der Untersuchung und Bewertung auch die Vorverlegung des Untersuchungszeitraumes mitberücksichtigt, erlaubt die Vergleichbarkeit der Befunde. Die Untersuchung ist in ihrem Mindestumfang vorgegeben und nach einheitlichen Kriterien durchzuführen und zu bewerten.

Entsprechend den individuellen Fragestellungen beim einzelnen Kind wird der Untersuchungsumfang erweitert. Epidemiologisch relevante Daten werden vor Ort anonymisiert elektronisch erfasst. Damit stehen sie dem Gesundheitsamt sofort zur Verfügung und werden nach Abschluss der Untersuchungen im Gesundheitsministerium zusammengeführt. Die für das Verfahren entwickelte Software erlaubt eine flexible, den aktuellen Erfordernissen angepasste Datenerhebung und zeitnahe Auswertung.

1.2 Die Untersuchung

Die Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter laden die Kinder mit den Eltern bzw. sonstigen Erziehungsberechtigten schriftlich zu einem Untersuchungstermin ein. Der Einladung liegt ein vertraulicher zweiteiliger Fragebogen bei, in dessen erstem Teil Angaben zur gesundheitlichen Vorgeschichte des Kindes erfragt werden. Außerdem wird gebeten, das Impf- und das Vorsorgebuch, ggf. auch weitere wichtige medizinische Unterlagen, zum Untersuchungstermin mitzubringen. Zum Zwecke der Gesundheitsberichterstattung werden im zweiten Teil auch einige sozialmedizinische Daten zu den Erziehungsberechtigten erfragt. Alle Angaben sind freiwillig.

Die Untersuchung erfolgt wohnortnah, in der Kindertageseinrichtung, aber auch in der Schule oder im Gesundheitsamt. Sie dient der Gesundheitsvorsorge, der Krankheitsfrüherkennung, der Feststellung des Entwicklungsstandes sowie der Abklärung und Beratung in schulrelevanten Fragestellungen. Zur Vorgeschichte des Kindes werden Daten zur allgemeinen Entwicklung, zur Krankheitsanamnese, zu durchgeführten Fördermaßnahmen, zu präventiven Maßnahmen sowie zur Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge erfragt. Die Untersuchung umfasst eine körperliche Untersuchung mit Überprüfung des Seh- und Hörvermögens sowie ein umfassendes Entwicklungsscreening.

Im Gespräch mit den Eltern werden bestehende oder festgestellte Probleme und Befunde besprochen und notwendige Therapien oder sozialkompensatorische Maßnahmen empfohlen. Bei medizinischem Abklärungsbedarf wird den Erziehungsberechtigten ein Kurzbericht mit den festgestellten Befunden mit der Bitte ausgehändigt, diesen an die Kinderärztin/den Kinderarzt oder die Hausärztin/den Hausarzt weiterzugeben. Zur Einleitung notwendiger sozialkompensatorischer Maßnahmen (z.B. familienunterstützende Hilfen, therapeutische Schülerhilfe) wird Hilfestellung angeboten. Präventive Maßnahmen (Sport, Ernährung, die Komplettierung von Impfungen) werden ausführlich besprochen und entsprechendes Informationsmaterial ausgehändigt.

Im Hinblick auf die Einschulung wird mit den Erziehungsberechtigten auch beraten, ob das Kind in körperlicher, geistiger, seelischer und sozialer Hinsicht altersentsprechend entwickelt ist und damit den Anforderungen der Schule gewachsen sein wird, oder ob und welche zusätzlichen Maßnahmen der Förderung vor der Einschulung erforderlich sind bzw. schon durchgeführt werden. Wie bereits dargelegt, können zu dieser Beratung mit Einwilligung der Eltern auch die bei den Kindertageseinrichtungen vorhandenen personenbezogenen Daten des Kindes über den Entwicklungsprozess und den Entwicklungsfortschritt herangezogen werden.

Bei Kindern mit deutlicheren Entwicklungsstörungen, einer einschränkenden chronischen Erkrankung und/oder Schädigung von Organsystemen, die in der Regel bereits in Förder- und Therapiemaßnahmen sind, kann eine erneute Untersuchung im Halbjahr vor der Einschulung angeraten werden. Bei fortbestehendem Befund wird eine sonderpädagogische Überprüfung angeraten, um die notwendige zusätzliche Förderung und/oder Betreuung innerhalb des Klassenverbandes in der Grundschule oder in einer Förderschule zu gewährleisten. Aus medizinischen Gründen kann ein Kind auch ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt werden.

Die zuständige Grundschule wird über das jeweilige Ergebnis der Untersuchung in Form der schulärztlichen Stellungnahme, die von den Erziehungsberechtigten und der untersuchenden Schulärztin bzw. dem Schularzt unterschrieben ist, informiert.

1.3 Dokumentation und Auswertung

Im Rahmen der Untersuchung werden relevante Daten zur Vorgeschichte, zur Untersuchung, zur schulischen Empfehlung sowie zur Empfehlung medizinischer und sozialkompensatorischer Interventionen nach einem landesweit standardisierten Verfahren dokumentiert und anonymisiert elektronisch erfasst. Diese Daten stehen regional und auf Landesebene zur Auswertung zur Verfügung. Aus methodischer Sicht ist anzumerken, dass die untersuchte Gruppe in ihrer Altersstruktur nicht homogen auf einen Geburtsjahrgang beschränkt ist. Der hier untersuchte Einschuljahrgang wurde überwiegend 2010 (44,4 %) und 2011 (54,9 %) geboren. 0,7 % der Kinder gehören nicht diesen Jahrgängen an.

Die Daten beziehen sich auf den Zeitraum, in dem die Schulanfänger für das Schuljahr 2017/2018 untersucht wurden. Ziel ist, die beschreibende Darstellung der gesundheitlichen Versorgung der Schulanfänger überregional zu leisten und zu kommentieren. Die Auswertung erfolgt größtenteils in univariater Form. Bivariate Analysen untersuchen mögliche Zusammenhänge zwischen den hier vorliegenden soziodemografischen Variablen, wie Geschlecht, Migrationshintergrund, Bildungsstand der Eltern, sowie weiteren Variablen. Ergebnisse aus den Vorjahren werden zum Erkennen zeitlicher Trends herangezogen.

1.4 Nutzung der Ergebnisse

Die Ergebnisse stellen eine wichtige Basis der Gesundheitsberichterstattung über Kinder im Saarland dar. Sie liefern einen umfassenden Überblick über die Inanspruchnahme präventiver, heilpädagogischer und medizinischer Versorgungsangebote im Vorschulalter. Gleichzeitig dienen sie der Bedarfsermittlung an pädagogischer Förderung. Da die Daten bis auf Kommunal- und Schulebene regionalisierbar sind, werden auch Probleme für die unmittelbar Betroffenen vor Ort, für Schule, Eltern und Ärzteschaft sowie kommunale Verwaltungen erkennbar. Durch Vergleiche der jeweiligen jahresbezogenen Ergebnisse mit denen der Vorjahre werden auch zeitliche Veränderungen in all diesen Bereichen ersichtlich. Sie ermöglichen eine Bewertung bereits eingeleiteter Maßnahmen. Negative Tendenzen lassen neuen Handlungsbedarf offensichtlich werden.

Somit sind die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung eine nützliche Datenbasis zur Darstellung aktueller Sachverhalte und können Hinweise auf notwendige Verbesserungen im Bereich der Gesundheitsplanung und schulischen Strukturplanung geben.

2 Überblick über die Schulanfänger im Jahr 2017

Für die Einschulung im Schuljahr 2017/2018 wurden im Saarland 8.207 Kinder untersucht. Hiervon waren 4.204 Jungen (51,2 %) und 4.000 Mädchen (48,8 %).¹ 8.140 Kinder wohnten zum Untersuchungszeitpunkt im Saarland, 50 Kinder in Frankreich oder im angrenzenden Rheinland-Pfalz; bei 17 Kindern liegen keine Angaben zur Gemeindezugehörigkeit vor. Diese und die Kinder, die außerhalb des Saarlandes wohnten, bleiben im Folgenden bei kreisbezogenen Auswertungen unberücksichtigt (vgl. Tabelle 1).

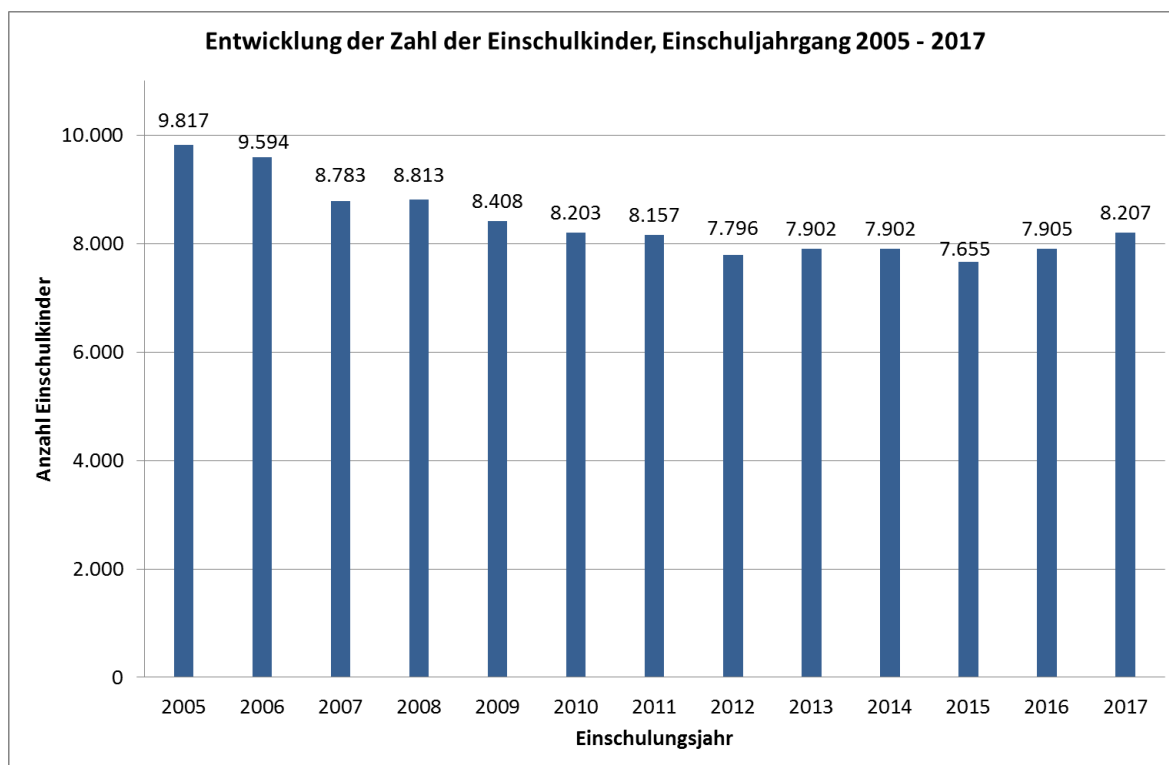
Tab. 1 Untersuchte Kinder nach Landkreisen und Geschlecht

Untersuchte Einschulkinder nach Landkreisen		Jungen	Mädchen	alle Kinder
Regionalverband	Anzahl	1.440	1.328	2.768
	%	34,5	33,5	34,0
Merzig-Wadern	Anzahl	476	450	926
	%	11,4	11,3	11,4
Neunkirchen	Anzahl	508	495	1.003
	%	12,2	12,5	12,3
Saarlouis	Anzahl	868	801	1.669
	%	20,8	20,2	20,5
Saarpfalz	Anzahl	539	575	1.114
	%	12,9	14,5	13,7
St. Wendel	Anzahl	337	320	657
	%	8,1	8,1	8,1

Die Zahl der untersuchten Einschulkinder ist von 2005 bis 2012 von 9.817 auf 7.796 zurückgegangen (ca. 20 % Rückgang) und ist ab 2013 wieder gestiegen auf 8.207 beim Einschuljahrgang 2017/2018. Angesichts der seit 2014 steigenden Anzahl an Geburten (von 7.328 auf 8.313 im Jahr 2017) ist auch weiterhin von einer Zunahme an untersuchten Einschulkindern auszugehen (vgl. Abbildung 1).

¹ Bei drei Kindern lagen keine Angaben zum Geschlecht vor.

Abb. 1 Entwicklung der Zahl der Einschul Kinder der Einschuljahrgänge von 2005 bis 2017



2.1 Kinder mit Migrationshintergrund

Im Rahmen der Einschuluntersuchung wird aus Angaben der Eltern der Migrationshintergrund abgeleitet. Bis zum Einschuljahrgang 2015/2016 stand hierbei das Herkunftsland der Eltern im Vordergrund, um dem soziokulturellen Hintergrund Rechnung zu tragen, in dem das Kind aufwächst. Die Staatsangehörigkeit der Eltern und das Geburtsland des Kindes wurden nicht berücksichtigt. Seit dem Einschuljahrgang 2016/2017 wird einem Kind in Anlehnung an die Definition der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)“ des Robert Koch-Instituts (RKI) ein Migrationshintergrund zugeschrieben, wenn

- entweder das Kind und mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren sind oder
- beide Eltern nicht in Deutschland geboren bzw. und/oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind.

Von 7.971 Kindern (97,0 %) liegen entsprechende Angaben zur Bestimmung des Migrationshintergrunds vor, von 233 nicht. Letztgenannte werden im Folgenden bei Auswertungen nach einem eventuell vorliegenden Migrationshintergrund nicht berücksichtigt. Von den 7.971 Kindern hatten 2.209 (27,7 %) einen Migrationshintergrund, davon 1.155 Jungen (28,2 %) und 1.052 Mädchen (27,1 %).² Bei 1.660 Kindern (75,1 % der Kinder mit Migrationshintergrund) hatten beide Elternteile dasselbe Geburtsland außerhalb Deutschlands und entstammten demnach dem gleichen Kulturkreis. 1.245 der Kinder mit Migrationshintergrund (56,4 %) wurden in Deutschland geboren. Von den 919 Kindern, die nicht in Deutschland geboren

² Bei zwei Kindern lagen keine Angaben zum Geschlecht vor.

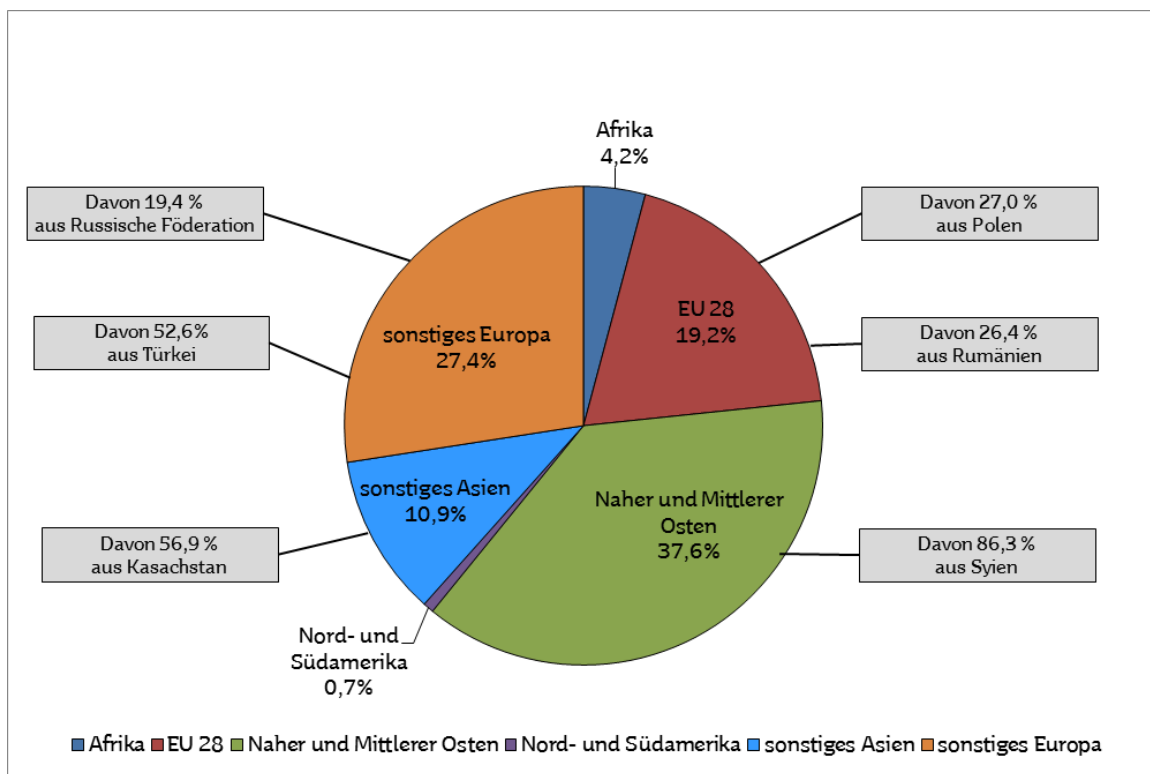
wurden, reisten nur 134 (14,6 %) innerhalb der ersten drei Lebensjahre nach Deutschland ein. 11 (1,2 %) lebten zum Untersuchungszeitpunkt dauerhaft außerhalb Deutschlands, die restlichen 774 Kinder (84,2 %) wohnten erst ab einem Alter von über drei Jahren in Deutschland bzw. waren 73,4 %, (675 Kinder) bei Einreise sogar vier Jahre und älter. (vgl. Tabelle 2).

Tab. 2 Einschulkinder mit Geburtsland außerhalb Deutschlands nach Alter bei Einreise nach Deutschland

Alter der Kinder bei Einreise nach Deutschland	Anzahl	%
bis 1 Jahr	49	5,3
über 1 bis 2 Jahre	34	3,7
über 2 bis 3 Jahre	51	5,5
über 3 bis 4 Jahre	99	10,8
über 4 bis 5 Jahre	229	24,9
über 5 bis 6 Jahre	320	34,8
über 6 bis 6 1/2 Jahre	126	13,7
dauerhaft außerhalb Deutschlands lebend	11	1,2
Gesamt	919	100,0

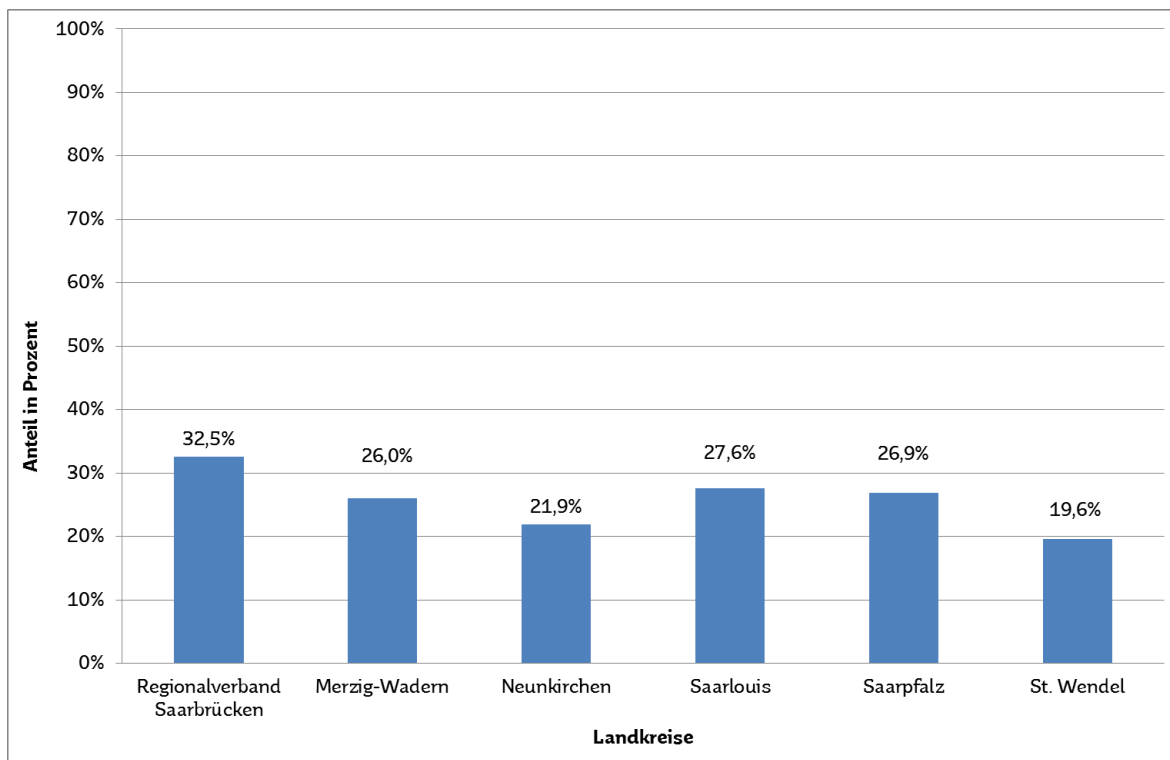
Im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 haben sich die Anteile der Herkunftsländer der Kinder mit Migrationshintergrund vor dem Hintergrund der im vorliegenden Einschuljahrgang enthaltenen hohen Zahl an Kindern von Flüchtlingen, die v.a. 2015 insbesondere aus dem Nahen und Mittleren Osten nach Deutschland gekommen sind, deutlich verändert (vgl. Statistisches Bundesamt 2019). Die Kinder, bei denen beide Elternteile aus demselben Herkunftsland außerhalb Deutschlands kamen, stammten zu 37,6 % aus dem Nahen und Mittleren Osten (davon 86,3 % aus Syrien), gefolgt von sonstigen europäischen Staaten außerhalb der Europäischen Union (27,4 %, davon 52,6 % aus der Türkei und 19,4 % aus der Russischen Föderation) und der EU (19,2 %, davon 27,0 % aus Polen und 26,4 % aus Rumänien). Weniger häufig sind die sonstigen asiatischen Staaten (10,9 %, davon 56,9 % aus Kasachstan), Afrika (4,2 %) und Amerika (0,7 %) als gemeinsame Herkunftsregionen beider Elternteile vertreten (vgl. Abbildung 2).

Abb. 2 Kinder mit Migrationshintergrund nach Herkunftsregionen (beide Elternteile mit demselben Herkunftsland)



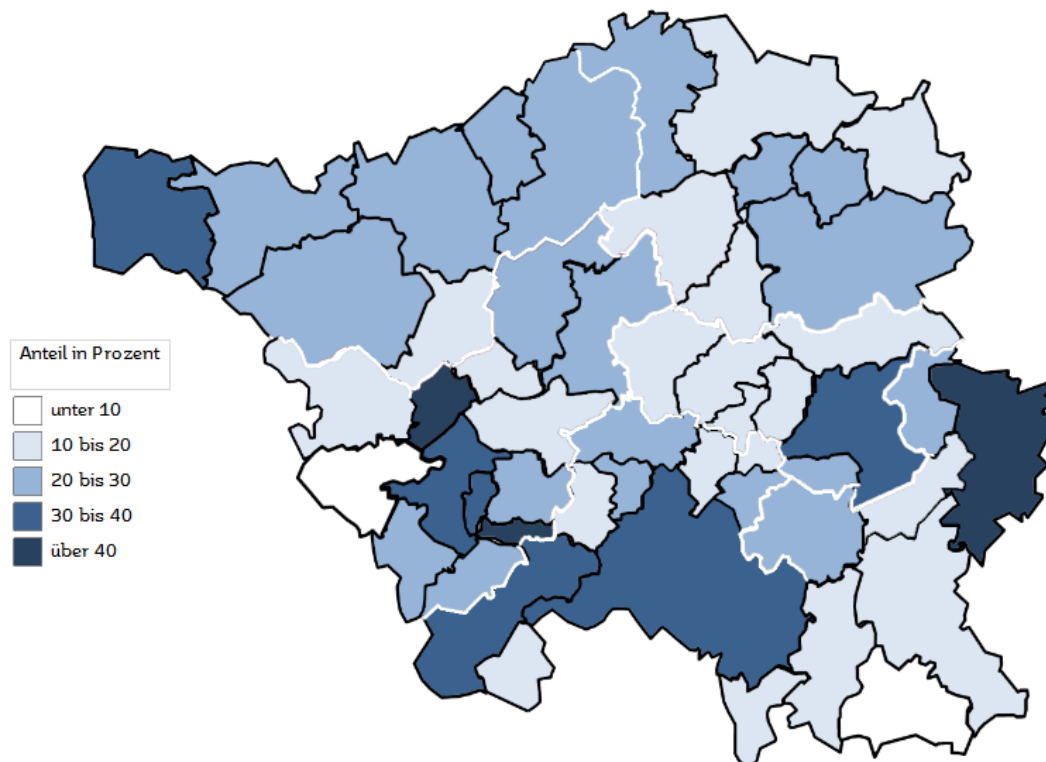
Innerhalb der Landkreise liegt der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund zwischen 19,6 % im Landkreis St. Wendel und 32,5 % im Regionalverband Saarbrücken (vgl. Abbildung 3).

Abb. 3 Kinder mit Migrationshintergrund nach Landkreisen



Innerhalb der Städte und Gemeinden ist die Schwankungsbreite noch größer: Hier liegt der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund zwischen 8,8 % in Wallerfangen und 50,8 % in Bous (vgl. Abbildung 4).

Abb. 4 Kinder mit Migrationshintergrund nach Kommunen



An den einzelnen Schulen variiert der Anteil an Einschulkindern mit Migrationshintergrund zwischen 0 % und 71,3 %. Bei 18 Schulen liegt der Anteil bis zu 10 %, an zehn Schulen hatten 50 % und mehr Einschulkinder einen Migrationshintergrund.³

Im zeitlichen Verlauf hat sich der Anteil der untersuchten Kinder mit Migrationshintergrund zwischen 2005 und 2015 fast verdoppelt von 17,8 % auf 32,4 %. Ab dem Jahr 2016 haben mit ca. 27 % wieder weniger Einschulkinder einen Migrationshintergrund. Dieser Rückgang ist wahrscheinlich auf die veränderte Definition (s.o.) zurückzuführen (vgl. Tabelle 3).

³ Hier werden nur Kinder berücksichtigt, bei denen eine Schulempfehlung zur Grund- oder Förderschule im Saarland feststeht.

Tab. 3 Einschulkinder mit Migrationshintergrund von 2005 bis 2017

Einschuljahr	Anteil Einschulkinder mit Migrationshintergrund in Prozent
2005	17,8
2006	18,7
2007	19,0
2008	20,8
2009	26,9
2010	30,9
2011	31,4
2012	32,3
2013	34,1
2014	34,6
2015	32,4
2016	26,1
2017	27,7

2.2 Alter und Anlass der Untersuchung

Im Saarland werden Kinder im Alter zwischen sechs und sieben Jahren schulpflichtig, d. h. alle Kinder, die bis zum 30. Juni das sechste Lebensjahr vollendet haben, müssen die Schule besuchen.

Die Einschulungsuntersuchung fand bis 2011 im Halbjahr vor der Einschulung statt, d.h. die Kinder waren zwischen sechs und sieben Jahre alt.

Mit Inkrafttreten des neuen Schulrechts im Juni 2011 sollen Einschulkinder im Halbjahr vor dem letzten Kindergartenjahr untersucht werden, d.h. mit viereinhalb bis fünf Jahren, um im Jahr vor der Einschulung eventuell erforderliche medizinische Maßnahmen oder notwendige Förderung durchzuführen.

Die für den Einschuljahrgang 2017/2018 untersuchten Kinder waren zwischen vier Jahren und vier Monaten und acht Jahren und drei Monaten alt. Die meisten der 8.207 Kinder waren aufgrund des Untersuchungszeitpunkts fünf (70,1 %) und sechs Jahre alt (26,2 %). Unter fünf Jahre alt waren 246 Kinder (3,0 %), über sieben Jahre 57 Kinder (0,7 %).

Im Rahmen der Untersuchung für einen Einschuljahrgang wurden die Kinder im Hinblick auf den Anlass der Untersuchung unterteilt. Für den Einschuljahrgang 2017/2018 werden folgende Anteile festgestellt (vgl. Tabelle 4):

- Mit 6.998 hatte der Großteil der 8.207 Kinder (85,3 %) die reguläre Einschuluntersuchung aufgrund der anstehenden Schulpflicht durchlaufen.
- 551 Kinder (6,7 %) waren sogenannte „Antragskinder“, die zum vorzeitigen Schulbesuch vor Vollendung des sechsten Lebensjahres und damit vor Beginn der regulären Schulpflicht angemeldet werden. Mädchen waren etwas häufiger vertreten (8,2 %, 326 Kinder) als Jungen (5,3 %, 224 Kinder). Bei Kindern mit Migrationshintergrund wurde seltener ein

Antrag auf vorzeitige Einschulung gestellt (5,7 %, 127 Kinder) als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (7,0 %, 405 Kinder).

- Erneut untersucht wurden 199 Kinder (2,4 %), die bereits im Vorjahr schulpflichtig gewesen waren und aus medizinischen Gründen um ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt worden waren.
- Hinzu kamen Kinder, die im Rahmen des für sie geltenden Untersuchungszyklus eine Nachuntersuchung benötigten. Für 432 Kinder (5,3 %) wurde eine Nachuntersuchung bei den vorgenannten Untersuchungstypen empfohlen. Bei Jungen kam dies mit 6,6 % (279 Kinder) etwas häufiger vor als bei Mädchen mit 3,8 % (153 Kinder). Zudem wurden bei Kindern ohne Migrationshintergrund seltener eine Nachuntersuchung empfohlen (4,6 %, 266 Kinder) als bei Kindern mit Migrationshintergrund (6,9 %, 153 Kinder).
- Bei 27 Kindern (0,3 %) war eine Nachuntersuchung aufgrund aktueller Ereignisse (Krankheit, psychosoziale Probleme, Einschätzung der Schule, etc.) erforderlich.

Tab. 4 Kinder nach Untersuchungsgruppe, Geschlecht und vorliegendem Migrationshintergrund

Untersuchte Gruppe		Jungen		Mädchen		Kinder ohne Migrationshintergrund		Kinder mit Migrationshintergrund		alle Kinder	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Einschuluntersuchung	reguläre Einschuluntersuchung	3.557	84,6	3.439	86,0	4.945	85,8	1.860	84,2	6.998	85,3
	beantragte vorzeitige Einschulung	224	5,3	326	8,2	405	7,0	127	5,7	551	6,7
	Zurückstellung aus medizinischer Indikation	125	3,0	74	1,9	134	2,3	57	2,6	199	2,4
Nachuntersuchung	empfohlene Nachuntersuchung	279	6,6	153	3,8	266	4,6	153	6,9	432	5,3
	Nachuntersuchung aufgrund aktueller Ereignisse	19	0,5	8	0,2	15	0,3	12	0,5	27	0,3
Gesamt		4.204	100	4.000	100	5.765	100	2.209	100	8.207	100

2.3 Familiäres Umfeld

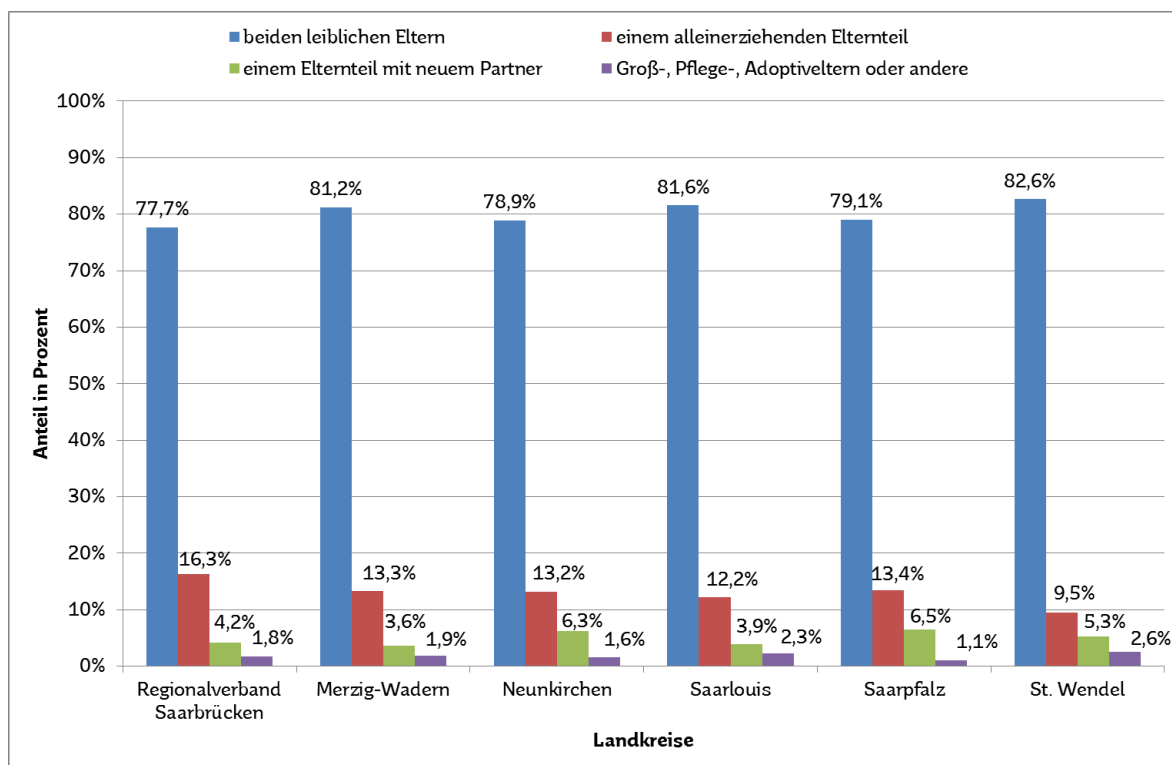
2.3.1 Familiäre Situation

Die Familie ist der primäre Ort der Sozialisation. Zum familiären Umfeld liegen Elternangaben von 7.922 Kindern (96,5 %) vor. Ca. vier Fünftel der Kinder (79,7 %, 6.263 Kinder) lebten zum

Untersuchungszeitpunkt bei beiden leiblichen Eltern, 13,8 % (1.084 Kinder) bei einem alleinerziehenden Elternteil, 4,7 % (371 Kinder) bei einem Elternteil mit neuem Partner und 1,8 % (145 Kinder) bei sonstigen betreuenden Personen (Groß-, Pflege-, Adoptiveltern oder andere).

Innerhalb der Landkreise gibt es Unterschiede hinsichtlich der familiären Situation. So ist der Anteil Alleinerziehender im Regionalverband Saarbrücken zwar im Vergleich zum Jahr 2013 um ca. drei Prozentpunkte gesunken, aber innerhalb des Saarlandes mit 16,3 % vergleichsweise am höchsten. Im Kreis St. Wendel ist der Anteil von Kindern, die bei einem alleinerziehenden Elternteil lebten, mit 9,5 % am geringsten (vgl. Abbildung 5).

Abb. 5 Kinder nach familiärer Situation und Landkreisen



Der Anteil der Kinder, der bei beiden Eltern lebte, variiert zwischen den Kommunen von 68,7 % in Friedrichsthal bis 90,7 % in Perl und damit um mehr als 20 % (vgl. Abbildung 6).

Abb. 6 Kinder, die bei beiden leiblichen Eltern leben, nach Gemeinden

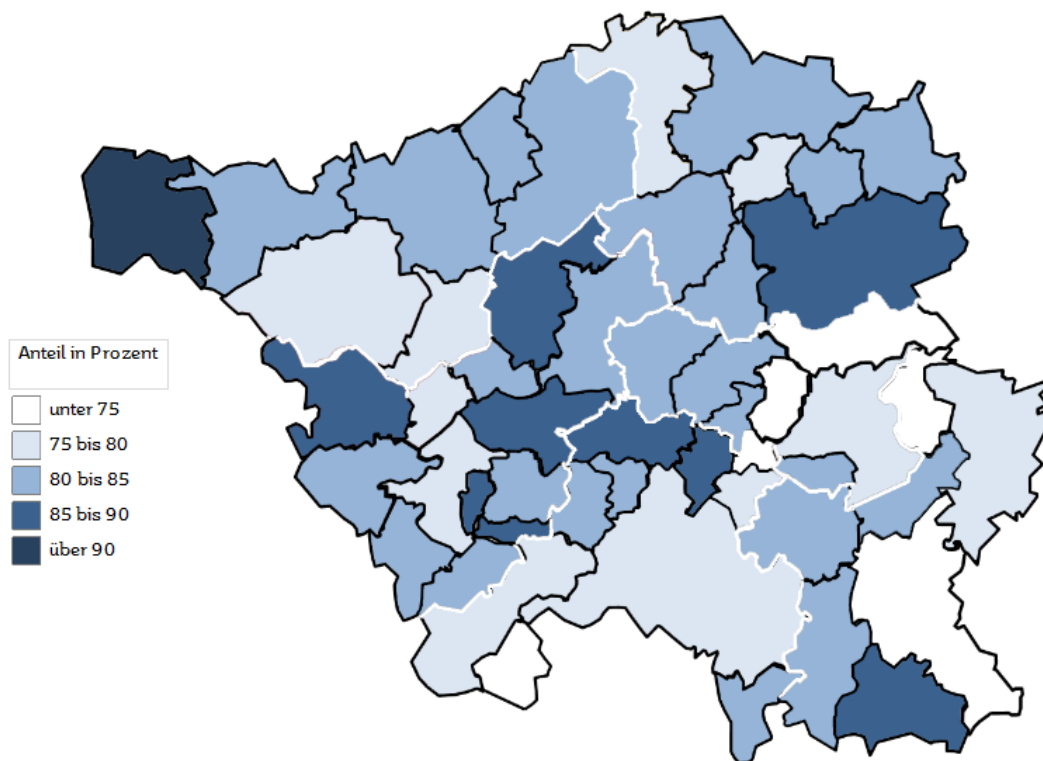


Tabelle 5 zeigt die familiäre Situation differenziert nach einem vorliegenden Migrationshintergrund der Kinder. Demnach lebten Kinder mit Migrationshintergrund mit 88,5 % (1.916 Kinder) deutlich häufiger bei beiden Elternteilen als Kinder ohne Migrationshintergrund (76,9 %, 4.352 Kinder). Andere Familienformen kamen dagegen bei Kindern mit Migrationshintergrund seltener vor (vgl. Tabelle 5).

Tab. 5 Familiäre Situation der Kinder

Kind lebt bei	beiden Eltern		einem allein- erziehendem Elternteil		Elternteil mit neuem Part- ner		Groß-, Pflege- oder Adoptiv- eltern, etc.		alle Kinder	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Kinder ohne Mig- rationshinter- grund	4.352	76,9	868	15,3	328	5,8	113	2,0	5.661	100
Kinder mit Migrationshinter- grund	1.916	88,5	195	9,0	41	1,9	14	0,6	2.166	100

Bei 8.042 Einschulkindern 2017 liegen Angaben zur Anzahl der Kinder im Haushalt vor. Fast ein Viertel (23,3 %, 1.873 Kinder) sind zum Zeitpunkt der Untersuchung Einzelkind, bei knapp der Hälfte (47,0 %, 3.782 Kinder) gibt es ein Geschwisterkind. Beim Rest (29,7 %, 2.387 Kinder) der Familien lebten drei und mehr Kinder.

Deutliche Unterschiede liegen hier bei Familien mit und ohne Migrationshintergrund vor, wie nachfolgende Tabelle 6 verdeutlicht. So waren Kinder mit Migrationshintergrund mit 14,0 %

(301 Kinder) seltener Einzelkind als Kinder ohne Migrationshintergrund (26,6 %, 1.520 Kinder). Wenngleich Zwei-Kind-Familien bei Kindern ohne Migrationshintergrund vergleichsweise häufiger auftraten, so waren die Familien der Kinder mit Migrationshintergrund des Einschuljahrgangs 2013/2014 doch insgesamt kinderreicher.

Tab. 6 Kinderanzahl in den Familien nach vorliegendem Migrationshintergrund

Kinder in der Familie	1 Kind		2 Kinder		3 Kinder		4 und mehr Kinder		alle Kinder	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Kinder ohne Migrationshintergrund	1.520	26,6	2.825	49,4	956	16,7	412	7,2	5.713	100
Kinder mit Migrationshintergrund	301	14,0	898	41,6	540	25,0	418	19,4	2.157	100

2.3.2 Bildungshintergrund der Eltern

Von 6.993 Kindern im Einschuljahrgang 2017/2018 liegen Informationen vor, welchen höchsten Bildungsabschluss ihre Eltern haben. Von diesen hatte mehr als die Hälfte der Kinder (51,8 %, 3.624 Kinder) mindestens ein Elternteil mit (Fach-)Hochschulreife. Bei 29,2 % (2.041 Kinder) war der Bildungsabschluss bei mindestens einem Elternteil die mittlere Reife, bei 17,2 % (1.202 Kinder) der Hauptschulabschluss. Bei 0,5 % bzw. 37 Kindern hatte mindestens ein Elternteil einen Förderschulabschluss, bei 1,3 % (89 Kinder) lag bei beiden Eltern kein Abschluss vor.⁴

Bei differenzierter Betrachtung nach vorliegendem Migrationshintergrund zeigt sich, dass bei höherwertigen Bildungsabschlüssen ((Fach-)Hochschulreife, Mittlere Reife) die Eltern von Kindern ohne Migrationshintergrund häufiger vertreten sind als Eltern von Kindern mit Migrationshintergrund (zehn Prozent häufiger (Fach-)Hochschulreife und drei Prozent häufiger Mittlere Reife). Gleichzeitig hatten Eltern von Kindern mit Migrationshintergrund mit 4,6 % (76 Kinder) vergleichsweise öfter keinen Schulabschluss als Eltern von Kindern ohne Migrationshintergrund (0,2 %, 13 Kinder). Dies bedeutet aber auch, dass mit 76 von 89 Fällen (85,4 %) der überwiegende Anteil von Eltern ohne Bildungsabschluss bei Kindern mit Migrationshintergrund anzutreffen ist, sodass dieses Verhältnis einen Nebeneffekt auf die Auswertung haben könnte (vgl. Tabelle 7). Sollten sich daher bei nachfolgenden Analysen nur Abweichungen zwischen Eltern ohne Schulabschluss und den Eltern mit Abschluss insgesamt zeigen, ohne dass es Variationen in der letztgenannten Gruppe gibt, ist dies wahrscheinlich auf den Anteil der Kinder mit vorliegendem Migrationshintergrund innerhalb der Gruppe der Eltern ohne Abschluss zurückzuführen, sodass auf eine entsprechende Darstellung verzichtet werden kann.

⁴ Bei der vorgenommenen Kategorisierung wurde immer der jeweils höhere Bildungsabschluss eines Elternteils berücksichtigt.

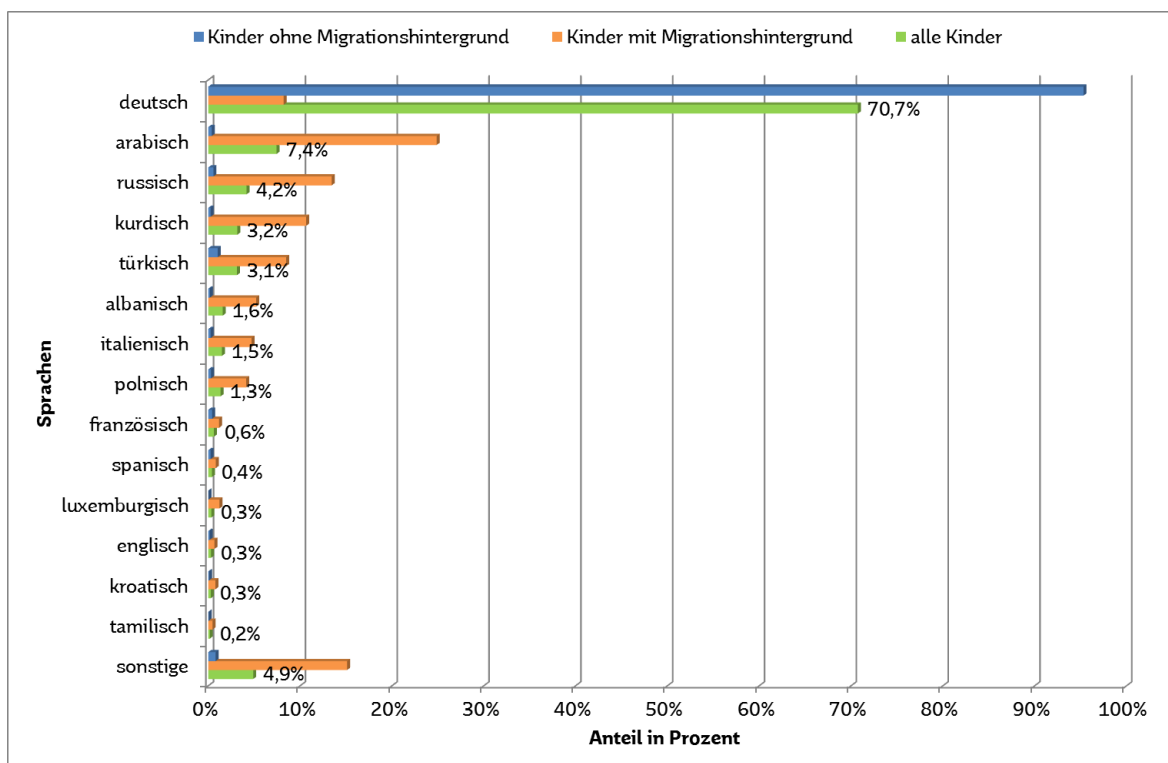
Tab. 7 Kinder, differenziert nach Bildungsabschluss der Eltern und vorliegendem Migrationshintergrund

Bildungsabschluss der Eltern	Kinder ohne Migrationshintergrund		Kinder mit Migrationshintergrund		alle Kinder	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
mind. 1 Elternteil Abitur/Fachhochschulreife	2.877	54,2	730	44,5	3.624	51,8
mind. 1 Elternteil mittlere Reife	1.584	29,9	440	26,8	2.041	29,2
mind. 1 Elternteil Hauptschulabschluss	802	15,1	389	23,7	1.202	17,2
mind. 1 Elternteil Förderschulabschluss	29	0,5	7	0,4	37	0,5
kein Schulabschluss	13	0,2	76	4,6	89	1,3
Gesamt	5.305	100	1.642	100	6.993	100

2.3.3 Gesprochene Sprachen in der Familie

Bei 8.158 Kindern liegen Angaben zur Muttersprache vor. Mit 70,7 % (5.771 Kinder) war Deutsch die häufigste Muttersprache, allerdings nicht bei Kindern mit Migrationshintergrund: Hier waren Sprachen aus anderen Kulturkreisen, wie Arabisch, Russisch, Kurdisch und Türkisch die am stärksten vorkommenden Muttersprachen der Kinder. (vgl. Abbildung 7).

Abb. 7 Muttersprache der Kinder nach vorliegendem Migrationshintergrund



Wenngleich von 2.387 Kindern mit nicht-deutscher Muttersprache nahezu zwei Drittel (63,7 %, 1.521 Kinder) zweisprachig mit Deutsch als zweiter zu Hause gesprochene Sprache

aufwachsen, sprachen immerhin 858 Kindern (35,9 %) nach Elternangaben in der Familie überhaupt nicht Deutsch. Dies kann sich nachteilig auf die Deutschkenntnisse auswirken (vgl. hierzu Kapitel 6.1.1).

2.4 Besuch von Kindertageseinrichtungen

Die Kindertageseinrichtung ist ein wichtiger Ort der Sozialisation, insbesondere bei Ein-Kind-Familien. Für viele Kinder mit Migrationshintergrund ist sie zudem für die sprachliche Integration wichtig.

Der Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz besteht seit 1991. So wurde in § 24 Abs. 3 SGB VIII festgehalten, dass ein Kind, das das dritte Lebensjahr vollendet hat, bis zum Schuleintritt Anspruch auf Förderung in einer Tageseinrichtung hat. Ziel des seit 16.12.2008 geltenden Kinderförderungsgesetz ist der Ausbau des Betreuungsangebots für Kinder unter drei Jahren. Insbesondere gilt in diesem Zusammenhang seit 01.08.2013 ein Rechtsanspruch auf frühkindliche Förderung in einer Tageseinrichtung oder in Kindertagespflege ab vollendetem ersten Lebensjahr (§ 24 Abs. 2 SGB VIII). Unter Umständen besteht sogar ein Rechtsanspruch auf einen Krippenplatz für Kinder bis zum vollendeten ersten Lebensjahr, bspw. wenn die Eltern berufstätig oder arbeitssuchend sind (§ 24 Abs. 1 SGB VIII). Zudem wurde eine Beteiligung des Bundes an der Finanzierung des Ausbaus der Kinderbetreuung durch mittlerweile mehrere Investitionsprogramme in Höhe von insgesamt 5,95 Milliarden Euro festgehalten (BMFSFJ 2020, Kinderförderungsgesetz).

Der Anteil der in Kindertagesstätten betreuten Kinder unter drei Jahren hat sich laut Angaben des Statistischen Bundesamts zwischen 2008 und 2017 verdoppelt von 13,2 % auf 26,1 %. Bei den drei- bis sechsjährigen ist der Anteil zwischen 2008 und 2016 von 92,5 % auf 95,1 % gestiegen und 2017 wieder auf 92,8 % gesunken. Zudem ist zu erkennen, dass die öffentlich geförderte Kindertagespflege v.a. bei den unter Dreijährigen eine Rolle spielt und hier ca. zwei Prozent der insgesamt betreuten Kinder ausmacht (vgl. Tabelle 8).

Tab. 8 Kinder in Kindertageseinrichtungen und öffentlich geförderter Kindertagespflege im Zeitverlauf

Jahr	Kindertagesstätte				Kindertagesstätte und öffentlich geförderte Kindertagespflege			
	Unter 3 Jahre		3 bis 6 Jahre		Unter 3 Jahre		3 bis 6 Jahre	
	Anzahl	% der Bevölkerung*	Anzahl	% der Bevölkerung*	Anzahl	% der Bevölkerung*	Anzahl	% der Bevölkerung*
2008	2899	13,2	21623	92,5	3123	14,2	21758	93,1
2009	2984	13,8	21357	93,7	3281	15,2	21492	94,3
2010	3444	16,2	20963	93,8	3794	17,8	21093	94,4
2011	3899	18,4	20772	94,7	4309	20,3	20899	95,3
2012	4195	19,9	20514	94,9	4680	22,2	20638	95,4
2013	4666	22,2	20594	96,1	5199	24,7	20735	96,8
2014	5152	24,7	20592	96,2	5656	27,1	20748	96,9
2015	5557	26,1	20700	96,4	6032	28,4	20867	97,2
2016	5923	26,5	21109	95,1	6402	28,6	21268	95,8
2017	6244	26,1	20960	92,8	6773	28,3	21091	93,4

Quelle: Statistisches Bundesamt 2020, Genesis Online Datenbank zu Kinder in Tageseinrichtungen und Kinder in öffentlich geförderter Kindertagespflege 2020;

*Bevölkerungsstand der jeweiligen Altersgruppe am Stichtag 31.12. des Vorjahres

Angaben zum Alter bei Eintritt in eine Kindertageseinrichtung und zur Regelmäßigkeit des Besuchs der Einrichtung liegen von 7.175 Kindern (87,4 %) vor. 6.725 (93,7 %) von ihnen hatten regelmäßig eine Kindertageseinrichtung besucht. Dies sind im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013 ca. fünf Prozentpunkte weniger. Wenngleich der Rückgang etwas höher ausfällt als bei der amtlichen Statistik, ist die Tendenz gleich, sodass die Werte annähernd vergleichbar sind. 216 Kinder (3,0 %) hatten keine Kindertageseinrichtung besucht. Die restlichen 234 Kinder (3,3 %) waren nur unregelmäßig im Kindergarten oder hatten mehrere Wechsel hinter sich.

Kinder ohne Migrationshintergrund weisen mit 96,6 % (4.961 Kinder) häufiger einen regelmäßigen Besuch auf als Kinder mit Migrationshintergrund (86,8 %, 1.644 Kinder). Gleichzeitig kommt es bei Kindern mit Migrationshintergrund mit 8,2 % (155 Kinder) vergleichsweise öfter vor, dass sie keinen Kindergarten besuchten als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (0,8 %, 42 Kinder). Dieser Unterschied ist v.a. auf Kinder aus zugewanderten Familien zurückzuführen: Der regelmäßige Besuch einer Kindertageseinrichtung fällt insbesondere bei den nicht in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund gering aus. So besuchten von dieser Gruppe nur 77,0 % (588 Kinder) regelmäßig bzw. 17,8 % (136 Kinder) keine Kindertageseinrichtung, während in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund vergleichbare Anteile beim Besuch von Kindertageseinrichtung aufwiesen (regelmäßiger Besuch: 93,5 %, 1.056 Kinder; kein Besuch: 1,7 %, 19 Kinder) wie Kinder ohne Migrationshintergrund.

Die Regelmäßigkeit des Besuchs einer Kindertageseinrichtung hängt zudem mit dem Bildungshintergrund der Eltern zusammen. So besuchten nur ca. drei Viertel der Kinder (76,0 %, 57 Kinder), deren Eltern keinen Schulabschluss hatten, regelmäßig eine Kindertageseinrichtung. Mit steigendem Schulabschluss der Eltern nimmt der Anteil regelmäßiger Besuche zu bis auf 97,7 % (3.179 Kinder) bei Kindern, von denen mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife hatte. Gleichzeitig sinkt der Anteil der Kinder ohne Kindergartenbesuch von 13,3 % (10 Kinder) bei Kindern, deren Eltern keinen Schulabschluss hatten, auf 0,9 % bei Kindern von denen mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife besaß (vgl. Tabelle 9).

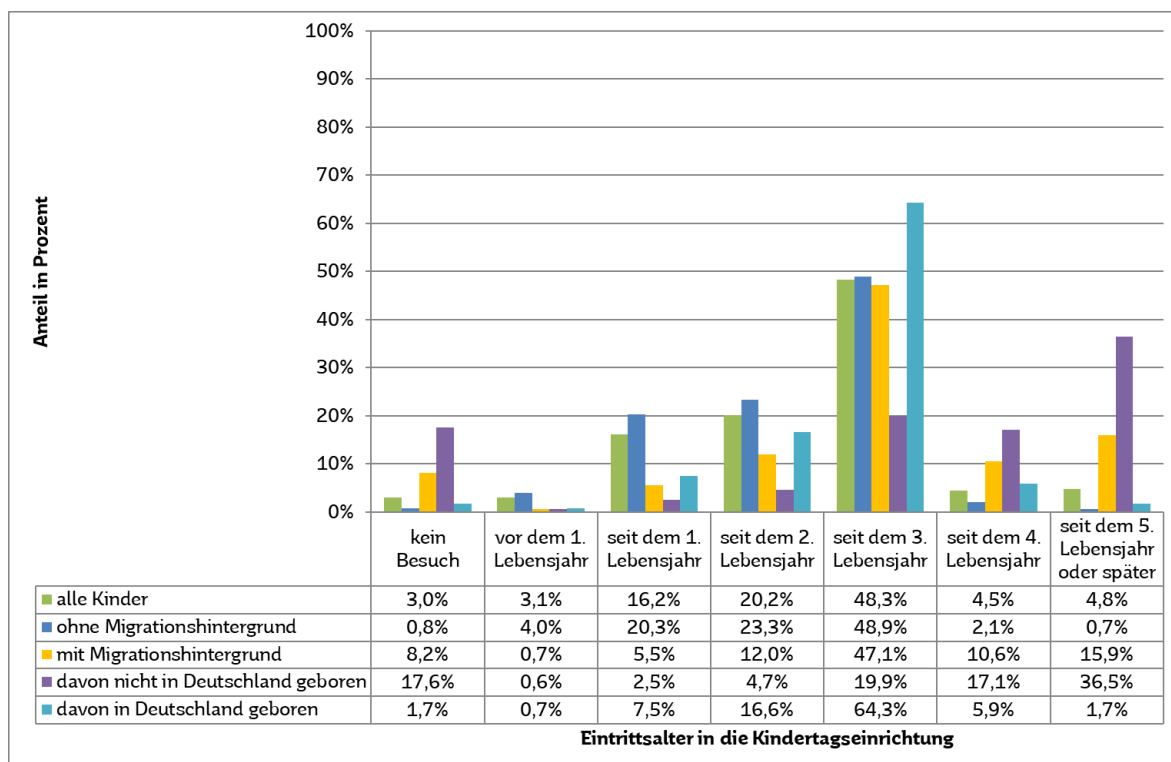
Tab. 9 Kinder, die regelmäßig Kindertageseinrichtungen besuchten, nach Bildungsabschluss der Eltern

Bildungsabschluss der Eltern	kein Besuch		mehrere Wechsel/ unregelmäßig		regelmäßig		alle Kinder	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
mind. 1 Elternteil Abitur/Fachhochschulreife	30	0,9	45	1,4	3.179	97,7	3.254	100
mind. 1 Elternteil mittlere Reife	21	1,1	58	3,1	1.764	95,7	1.843	100
mind. 1 Elternteil Hochschulabschluss/mind. 1 Elternteil Förderschulabschluss*	41	3,8	64	5,9	979	90,3	1.084	100
kein Schulabschluss	10	13,3	8	10,7	57	76,0	75	100

* aus Datenschutzgründen zusammengefasst

Im Vergleich zu den Ergebnissen aus dem letzten Einschulbericht begann der Eintritt in die Kindertageseinrichtung bei vielen Kindern des Einschuljahrgangs 2017/2018 früher: Ca. 40 % der Kinder wurden bereits unter drei Jahren in einer Krippe betreut. Rund die Hälfte (48,3 %, 3.469 Kinder) war seit dem dritten Lebensjahr im Kindergarten. Dabei gibt es Unterschiede bezüglich des Eintrittsalters nach vorhandenem Migrationshintergrund. So besuchten Kinder mit Migrationshintergrund tendenziell später eine Kindertageseinrichtung – ein Viertel davon sogar erst ab dem vierten Lebensjahr oder später – als Kinder ohne Migrationshintergrund. Auch dieses Ergebnis wird wesentlich von nicht in Deutschland geborenen Kindern beeinflusst, die größtenteils ab dem vierten Lebensjahr nach Deutschland eingereist sind (vgl. Kapitel 2.1) und deshalb auch erst ab diesem Alter eine Kindertageseinrichtung besuchen konnten (vgl. Abbildung 8). Angesichts des Ergebnisses, dass ein Drittel der Kinder mit nicht-deutscher Muttersprache auch zuhause kein Deutsch spricht, ist dennoch allgemein anzumerken, dass ein später Eintritt in den Kindergarten bei dieser Gruppe nachteilig für die Ausbildung der in der Schule benötigten Deutschkenntnisse sein kann (vgl. Kapitel 6.1.1).

Abb. 8 Eintrittsalter in die Kindertageseinrichtung nach vorliegendem Migrationshintergrund und Geburtsland des Kindes



Des Weiteren besuchten Kinder von Eltern mit höheren Bildungsabschlüssen wie (Fach-)Hochschulreife oder Mittlere Reife öfter vor dem vollendeten dritten Lebensjahr eine Kindertageseinrichtung als Kinder von Eltern mit Hauptschul- oder Förderschulabschluss oder keinem Schulabschluss (vgl. Tabelle 10).

Tab. 10 Kinder, die vor dem vollendeten dritten Lebensjahr eine Kindertagesstätte besuchen, differenziert nach Bildungsabschluss der Eltern

Bildungsabschluss der Eltern	Anzahl	%
mind. 1 Elternteil Abitur/Fachhochschulreife	1.609	49,4
mind. 1 Elternteil mittlere Reife	705	38,3
mind. 1 Elternteil Hauptschulabschluss	283	26,9
mind. 1 Elternteil Förderschulabschluss	8	25,8
kein Schulabschluss	10	13,3
Gesamt	2.615	41,8

3 Vorgeschichte

Kinder und Jugendliche zählen in den westlichen Industrieländern heute zu einer relativ gesunden Altersgruppe. Dies belegen u.a. die Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS des RKI. So beurteilten in KiGGS Welle 2 (2014 bis 2017) die Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer 3- bis 17-jährigen Kinder zu 95,7 % als sehr gut oder gut. Für die Altersklasse der 3-bis 6-jährigen Kinder wurde ein guter bis sehr guter Gesundheitszustand bei 97,2 % der Mädchen und 95,9 % der Jungen angegeben. Im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) ist der Anteil mit dieser Einschätzung in allen Altersgruppen gestiegen. Allerdings zeigt sich ein Einfluss sozioökonomischer Faktoren. So steigt der Anteil der Eltern, die die allgemeine Gesundheit ihrer Kinder als sehr gut oder gut einstufen, mit dem Sozialstatus der jeweiligen Familie (vgl. Poetkho-Müller et al. 2018).

Der gute Gesundheitszustand kann beispielsweise auf Fortschritte in der Geburtshilfe zurückgeführt werden, die zu einem Rückgang schwerer Komplikationen in Schwangerschaft und Geburt geführt haben. Dank der Perinatalmedizin und Neonatologie überleben des Weiteren immer mehr Frühgeborene mit geringem Geburtsgewicht. Durch medizinische Vorsorge können Krankheiten früh erkannt und eine Reihe schwerer Infektionskrankheiten durch Impfung verhindert werden.

Das Krankheitsspektrum umfasst neben akuten Infektionskrankheiten mittlerweile auch häufig chronische Krankheiten. So belegen die Daten aus KiGGS Welle 1 (2009 bis 2012), dass nach Elternangaben 9,0 % der 0-bis 2-jährigen und 13,8 % der 3-bis 6-jährigen Kinder ein lang andauerndes chronisches Gesundheitsproblem hatten. Davon war jedes fünfte bis siebte Kind (oder 1,3 % der 0-bis 2-jährigen und 2,5 % der 3-bis 6-jährigen Kinder insgesamt) eingeschränkt oder daran gehindert, Dinge zu tun, die Gleichaltrige tun können (vgl. Neuhauser et al. 2014). Hinzu kommen chronische allergische Erkrankungen. Hier lassen sich bei KiGGS-Welle 2 (2014 bis 2017) folgende 12-Monats-Prävalenzen – mit insgesamt stabilen Werten im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) – feststellen:

- Neurodermitis: 10,0 % der 0-bis 2-jährigen und 8,0 % der 3-bis 6-jährigen Kinder,
- Heuschnupfen: 2,8 % der 0-bis 2-jährigen und 3,3 % der 3-bis 6-jährigen Kinder,
- Asthma bronchiale: 1,1 % der 0-bis 2-jährigen und 2,6 % der 3-bis 6-jährigen Kinder (vgl. Thamm et al. 2018).

Psychische Auffälligkeiten sind laut den Ergebnissen der zweiten Erhebungswelle von KiGGS zwar etwas rückläufig – 16,9 % der 3- bis 17-jährigen Kinder im Vergleich zu 20,0 % bei der KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) –, dennoch haben Beeinträchtigungen in diesem Bereich insgesamt ebenfalls an Bedeutung gewonnen. Auch in der Altersklasse der 3- bis 5-jährigen sind die psychischen Auffälligkeiten rückläufig. Jungen sind in dieser Altersklasse mit 20,9 % stärker betroffen als Mädchen mit 13,9 % (vgl. Klipker et al. 2018).

Die bei den Einschulungsuntersuchungen erhobenen Daten über Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung, Vorerkrankungen, Operationen, Unfälle und Medikamenteneinnahme beruhen auf den Einträgen im Vorsorgebuch und auf den Angaben der Eltern. Die Validität der Daten ist deshalb von verschiedenen Aspekten abhängig, wie z.B. der Auskunftsbereitschaft und Erinnerungsfähigkeit sowie eventuellen Sprachbarrieren, sodass sich Abweichungen zwischen diesen und den Ergebnissen im Rahmen der Untersuchung (vgl. Kapitel 5) ergeben können.

3.1 Schwangerschaft und Geburt

Durch angeborene oder in der Schwangerschaft aufgetretene Erkrankungen oder Komplikationen sowie Komplikationen während der Geburt kann es zu nachhaltigen Störungen der kindlichen Entwicklung kommen. Ein besonders hohes Risiko besteht bei zu früh geborenen Kindern und Kindern mit zu niedrigem Geburtsgewicht. Sie zeigen deutlich mehr Entwicklungsrückstände und Behinderungen auf als Kinder nach einem normalen Schwangerschaftsverlauf.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wurden die Eltern zu Schwangerschaft und Geburt ihres Kindes befragt. In der nachfolgenden Auswertung werden nur die Angaben von 7.274 Kindern (88,6 %) berücksichtigt, von denen entsprechende Angaben (v.a. aus dem Vorsorgebuch) vorliegen, wobei die unterschiedliche Verfügbarkeit der Angaben (95,8 % bei Kindern ohne Migrationshintergrund (5.524 Kinder), 71,9 % bei Kindern mit Migrationshintergrund (1.589 Kinder)) bei der Interpretation der nachfolgenden Daten zu berücksichtigen ist. Damit sind im Vergleich zum letzten Einschulbericht ca. 15 % weniger Daten zu dieser Thematik bei Kindern mit Migrationshintergrund vorhanden. Dieses Ergebnis kann v.a. auf die Kinder mit Migrationshintergrund zurückgeführt werden, die außerhalb von Deutschland geboren wurden. Hier sind nur bei 47,5 % (458 Kinder) entsprechende Angaben v.a. aus dem Vorsorgebuch vorhanden. Dagegen liegen solche Angaben bei 92,1 % (1.147 Kinder) der in Deutschland geborenen Kinder mit Migrationshintergrund vor.

Insgesamt war die Schwangerschaft bei 1.354 von 6.973 Kindern (19,4 %) mit Angaben zu eventuellen Schwangerschaftskomplikationen mit Schwierigkeiten verbunden. Bei Kindern ohne Migrationshintergrund gab es mit 20,6 % (1.132 Kinder) häufiger Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf als bei Kindern mit Migrationshintergrund mit 14,9 % (199 Kinder).

Bei rund drei Fünftel (57,0 %) bzw. 3.946 der 6.923 Kinder mit Angaben zur Geburtsart erfolgte die Geburt auf normalem Wege, bei rund einem Drittel (36,2 %, 2.508 Kinder) per Kaiserschnitt und bei 469 Kindern (6,8 %) mittels Vakuumextraktion oder Zangenentbindung.⁵ Die Zahlen entsprechen der allgemeinen Statistik zur Kaiserschnitttrate im Saarland, die seit Jahren anhaltend vergleichsweise höher ist als im Bundesdurchschnitt. Diese liegt im Geburtszeitraum der hier untersuchten Kinder – am häufigsten 2010 und 2011 – laut statistischem Bundesamt im Saarland bei 36,6 % (2010) bzw. 38,2 % (2011) der Entbindungen (Statistisches Bundesamt 2012, Statistisches Bundesamt 2013). Kinder mit Migrationshintergrund kamen mit 31,2 % seltener per Kaiserschnitt zur Welt als Kinder ohne Migrationshintergrund (vgl. Tabelle 11). Ein Einfluss des Bildungshintergrunds der Eltern auf die Geburtsart konnte nicht festgestellt werden.

⁵ Die Daten beinhalten auch die Angaben zu Mehrlingsgeburten.

Tab. 11 Art der Geburt nach vorliegendem Migrationshintergrund

Geburtsart	Kinder ohne Migrationshintergrund		Kinder mit Migrationshintergrund		alle Kinder	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Normalgeburt	3.029	55,3	833	64,2	3.946	57,0
Kaiserschnitt	2.048	37,4	405	31,2	2.508	36,2
Zangengeburt oder Vakuumextraktion	398	7,3	60	4,6	469	6,8
Gesamt	5.475	100	1.298	100	6.923	100

Von 6.908 Kindern mit Angaben zu Komplikationen während der Geburt waren bei 703 (10,2 %) der Geburten Komplikationen aufgetreten, wobei es bei den Geburten von Kindern mit Migrationshintergrund mit 6,6 % (85 Kinder) seltener Komplikationen gab als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (10,9 %, 594 Kinder).

713 von 6.904 Kindern (10,3 %) mit Angaben zum Schwangerschaftsverlauf waren Frühgeburten, d.h. vor der 37. Schwangerschaftswoche (SSW) geboren, davon 98 (1,4 %) sogar vor der 32. Schwangerschaftswoche. Die Zahlen sind vergleichbar mit den Angaben aus der Geburtshilfestatistik für die Geburtenjahrgänge 2010 und 2011, d.h. dem häufigsten Geburtszeitraum des hier untersuchten Einschuljahrgangs: 2010 waren 10,1 % vor der 37. SSW, davon 1,6 % vor der 32. SSW und 2011 10,5 % vor der 37. SSW, davon 1,9 % vor der 32. SSW geboren (Quelle: Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung im Saarland, Qualitätsbüro, externe stationäre Qualitätssicherung, Leistungsbereich Geburtshilfe (16/1)).

Der Anteil der Frühgeburten bei den Kindern, die im Vorjahr aus medizinischer Indikation zurückgestellt und erneut untersucht wurden, ist höher (vor der 37. SSW: 16,5 % (27 Kinder); vor der 32. SSW: 11,6 % (19 Kinder)) als bei den regulären Einschulkindern (vor der 37. SSW: 8,9 % (520 Kinder); vor der 32. SSW: 1,3 % (75 Kinder)).

90 der 6.953 Kinder (1,3 %) mit Angaben zum Geburtsgewicht kamen als sehr kleine Neugeborene bis 1500g Geburtsgewicht zur Welt. Zwischen 1.500g und 2.000g wogen 135 bzw. 1,9 % bei Geburt, zwischen 2.000 und 2.500 Gramm weitere 371 bzw. 5,3 % der Kinder (vgl. Tabelle 12).

Tab. 12 Geburtsgewicht der Kinder

Geburtsgewicht in g	Anzahl	%
unter 1500	90	1,3
1500 bis unter 2000	135	1,9
2000 bis unter 2500	371	5,3
2500 bis unter 3000	1.326	19,1
3000 bis unter 3500	2.666	38,3
3500 bis unter 4000	1.840	26,5
4000 bis unter 4500	455	6,5
4500 und mehr	70	1,0
Gesamt	6.953	100

3.2 Entwicklung in den ersten Lebensjahren

3.2.1 Stillen

Muttermilch ist mit Blick auf die Zusammensetzung und Verdaulichkeit die ideale Nahrung für Säuglinge. Sie ist stets verfügbar, hygienisch einwandfrei, richtig temperiert und benötigt keine Zubereitung. Zudem besitzt sie „eine Vielzahl von immunmodulatorischen, antientzündlichen und antimikrobiellen Stoffen, die dazu beitragen, kurz- und langfristig Krankheitsrisiken zu reduzieren und die kognitive und psychomotorische Entwicklung des Kindes positiv zu beeinflussen“ (Rouw et al. 2018: 945). Das Stillen hat somit weitreichende positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern, wie z.B. verringertes Risiko für Infektionen der unteren Atemwege, Mittelohrentzündungen und Gastroenteritis durch ein gestärktes Immunsystem sowie verringertes Risiko für plötzlichen Kindstod, Adipositas und Diabetes Mellitus Typ 2. Neben einer Stärkung der Bindung zwischen Mutter und Kind sind zudem positive Effekte für die Gesundheit von Müttern durch das Stillen bekannt (z.B. verringertes Risiko zur Erkrankung an Brust- und Eierstockkrebs, Osteoporose, Diabetes Typ 2 oder Übergewicht). Da Krankheitsrisiken sowohl bei Kindern und Müttern gesenkt werden, resultieren aus dem Stillen auch positive Langzeiteffekte für öffentliche Gesundheitssysteme insgesamt (vgl. BMEL 2019, BVF 2019a, BVF 2019b, BfR 2019a, BfR 2019b, Rouw et al. 2018, Gebauer et. al. 2018).

Angesichts der positiven gesundheitlichen Effekte des Stillens empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO), Säuglinge in den ersten sechs Monaten ausschließlich zu stillen.

Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft fügt hinzu:

„Auch die Nationale Stillkommission (NSK) vertritt die Auffassung, dass ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten für die Mehrzahl der Säuglinge die ausreichende Ernährung ist. „Sie rät jedoch, diese Empfehlung in Deutschland nicht schematisch anzuwenden, denn wann ein Säugling zusätzlich Beikost benötigt, ergibt sich individuell, je nach Gedeihen und Essfähigkeit des Kindes. Doch gilt immer der Grundsatz, Beikost nicht vor Beginn des fünften und nicht später als zu Beginn des 7. Lebensmonats einzuführen. Auch nach Einführung der Beikost soll weitergestillt werden (...)“ (BMEL 2019).

Den Anteil stillender Mütter und die Stilldauer zu erhöhen, ist Teilziel des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“, welches 2017 veröffentlicht wurde.

Ein systematisches Stillmonitoring existiert in Deutschland derzeit nicht. Daher variieren Stillraten zwischen den verschiedenen Studien je nach Methodik und Fragestellung. In Deutschland liegen die initialen Stillraten nach einer Überblicksarbeit von Weißenborn et al. (2016) bei 72-97%. In den ersten zwei Monaten ist der stärkste Abfall der (Voll-)Stillraten zu verzeichnen. Mit sechs Monaten wird nur noch etwa jedes zweite Kind gestillt.

Laut Ergebnissen der bundesweit repräsentativen KiGGS-Studie des RKI, Welle 1 (Erhebungszeitraum 2009 bis 2012) sind 82,1 % der 0- bis 6-jährigen Kinder (Geburtsjahrgänge 2002 bis 2012) als Säuglinge jemals gestillt worden. 34 % der Kinder wurden mindestens vier Monate lang ausschließlich gestillt. Ein Unterschied nach Geschlecht besteht nicht, jedoch hat der Bildungsstatus der Mutter einen signifikanten Einfluss auf die Stillrate, sodass Kinder von Müttern mit einfacher Bildung seltener und kürzer gestillt wurden als Kinder von Müttern mit mittlerer oder hoher Bildung. Die Stillquote der KiGGS Basiserhebung liegt für die Geburtsjahrgänge 1996 bis 2002 bei 77,9 %, sodass sich die Prävalenz des Stillens etwas erhöht hat. Die durchschnittliche Stilldauer bei KiGGS-Welle 1 betrug 7,5 Monate (unverändert zur KiGGS-Basiserhebung). (RKI 2015).

Wie auch bundesweit ist im Saarland der Anteil gestillter Kinder bei den Schulanfängern gestiegen. Über einen Zeitraum von 20 Jahren hat sich die Stillquote von 40,0 % im Jahr 1997 auf 61,0 % beim hier untersuchten Einschuljahrgang erhöht. Dennoch liegen die Stillquoten auf Basis der Daten der Schuleingangsuntersuchung unterhalb der Werte in der Überblicksarbeit bzw. auch KiGGS. Diese Abweichungen können durch methodische Unterschiede in der Fragestellung erklärt werden.

Von den insgesamt 7.773 Kindern, von denen Angaben zum Stillen vorliegen, wurden 2.409 der Jungen (60,5 %) und 2.332 der Mädchen (61,6 %) gestillt. Kinder mit Migrationshintergrund hatten mit 77,3 % (1.518 Kinder) deutlich häufiger Muttermilch als Nahrung erhalten als Kinder ohne Migrationshintergrund mit 55,5 % (3.125 Kinder).

Kinder von Eltern, bei denen mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife hatte, wurden mit 73,3 % (2.602 Kinder) häufiger gestillt als Kinder von Eltern mit niedrigeren Bildungsabschlüssen (mind. ein Elternteil Mittlere Reife: 54,1 % (1.092 Kinder), mind. ein Elternteil Hauptschulabschluss: 40,1 % (470 Kinder), mind. ein Elternteil Förderschulabschluss 30,6 % (11 Kinder)). Zudem kann auch bei Kindern, bei denen beide Eltern keinen Schulabschluss besaßen, eine hohe Stillquote von 68,3 % (56 Kinder) festgestellt werden, was wahrscheinlich auf den vergleichsweise hohen Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund in dieser Gruppe und deren hohe Stillbereitschaft zurückgeführt werden kann (vgl. Kapitel 2.3.2).

Bei 2.421 und damit über der Hälfte der 4.714 gestillten Kinder (51,4 %) stillten die Mütter maximal sechs Monate, bei 1.449 Kindern (30,7%) zwischen sieben und 12 Monaten und bei 844 Kindern (17,9 %) länger als ein Jahr.

Inbesondere wegen der mit dem Stillen oben beschriebenen präventiven Vorteile ist eine weitere Zunahme des Stillens wünschenswert.

3.2.2 Laufen, Sprechen, Sauberkeit

Zur weiteren Entwicklung in den ersten Lebensjahren wurde orientierend erfragt, ab welchem Alter das Kind frei laufen konnte, ab wann es erste Worte und kleine Sätze sprechen konnte und ob es Blasen- und Darmentleerung kontrollieren konnte. In den nachfolgenden Zahlen

wird der Anteil der Kinder angegeben, die in diesen Bereichen Entwicklungsverzögerungen aufwiesen (Grenzsteine der Entwicklung nach Michaelis).

654 Kinder (8,3 %, von 7.851 Kindern mit Angaben zu diesem Aspekt) konnten mit 15 Monaten nicht frei laufen, 529 Kinder (6,8 %, n = 7.836) sprachen mit einem Jahr keine einzelnen Worte, 719 Kinder (9,2 %, von 7.826 Kindern mit Angaben zu diesem Aspekt) konnten bis zum Alter von zwei Jahren keine kleinen Sätze sprechen. Bei letztgenanntem Aspekt sind v.a. Kinder von Eltern mit einem Förderschulabschluss betroffen, deren Anteil mit 34,3 % (12 Kinder) besonders hoch ist. Bei den Kindern, deren Eltern höherwertige Abschlüsse oder keinen Bildungsabschluss hatten, liegt der jeweilige Anteil deutlich darunter (mind. ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife: 6,5 % (233 Kinder), mind. ein Elternteil Mittlere Reife: 10,2 % (206 Kinder), mind. ein Elternteil Hauptschulabschluss: 14,0 % (164 Kinder), beide Eltern kein Schulabschluss 9,8 % (8 Kinder)).

186 Kinder (2,3 %, n = 7.962) nässten tagsüber noch ein, 804 Kinder (10,1 %, von 7.926 Kindern mit Angaben zu diesem Aspekt) noch nachts.

3.3 Vorerkrankungen

3.3.1 Infektionskrankheiten

Im Rahmen der Untersuchung werden auch die Vorerkrankungen des Kindes mittels Elternfragebogen erfragt; hierzu liegen je nach Krankheitsbild Angaben von 8.084 bis zu 8.090 Kindern (98,6 %) vor.

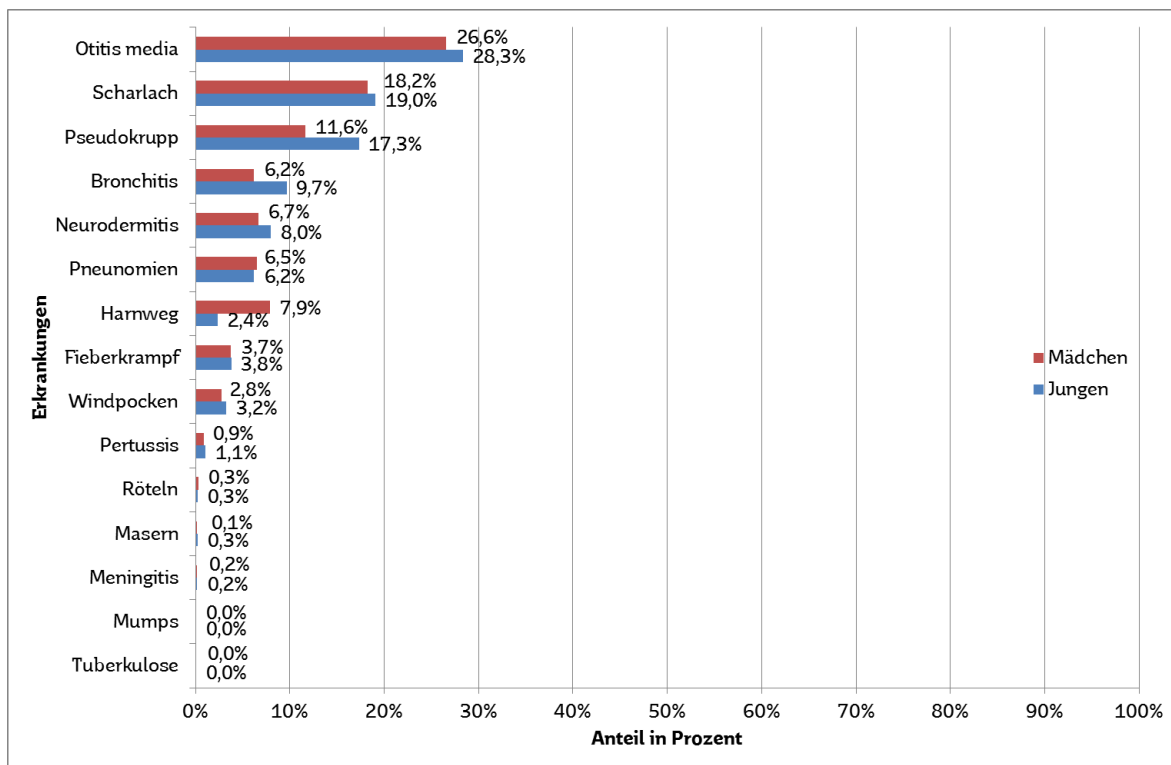
Im Krankheitsspektrum des Vorschulalters spielen v.a. Infektionskrankheiten eine große Rolle. Am häufigsten kamen Mittelohrentzündungen (27,5 %, 2.221 Kinder), Scharlach (18,6 %, 1.506 Kinder), Infektionen der Atemwege, wie Pseudokrupp 14,5 % (1.176 Kinder), Bronchitis 8,0 % (644 Kinder), Pneumonien 6,3 % (512 Kinder)) sowie Harnwegsinfekte (5,1 %, 410 Kinder) vor. Neurodermitis war mit 7,3 % (594 Kinder) und Fieberkrämpfe mit 3,7 % (303 Kinder) vertreten.

Die klassischen Kinderkrankheiten Masern, Mumps, Röteln, Windpocken und Keuchhusten traten dank bisheriger guter Impfstrategien nur noch selten und meist als Einzelfälle auf. Auf dem Elternfragebogen der Schuleingangsuntersuchung wurden für 80 Kinder (1,0 %) eine Keuchhusten-Erkrankung, für 24 Kinder (0,3 %) eine Erkrankung an Röteln, für 16 Kinder eine Erkrankung an Masern, für zwei Kinder eine Erkrankung an Mumps, für 13 Kinder eine Meningitis und bei einem Kind eine Tuberkulose-Erkrankung angegeben. Bei den Angaben handelt es sich allerdings zum Teil auch um Verdachtsmomente. (vgl. Abbildung 10).

Bei einigen Krankheiten finden sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: So waren Jungen (17,3 %, 718 Kinder) häufiger an Pseudokrupp erkrankt als Mädchen (11,6 %, 458 Kinder). Bei Mädchen dagegen liegt die Erkrankungsrate an Harnwegserkrankungen mit 7,9 % (312 Kinder) fast drei Mal so hoch wie bei Jungen mit 2,4 % (98 Kinder). Diese Unterschiede in den Erkrankungsraten sind seit dem Einschulbericht aus dem Jahr 2005, d.h. über den Beobachtungszeitraum von 13 Jahren nahezu unverändert geblieben (vgl. Abbildung 9).

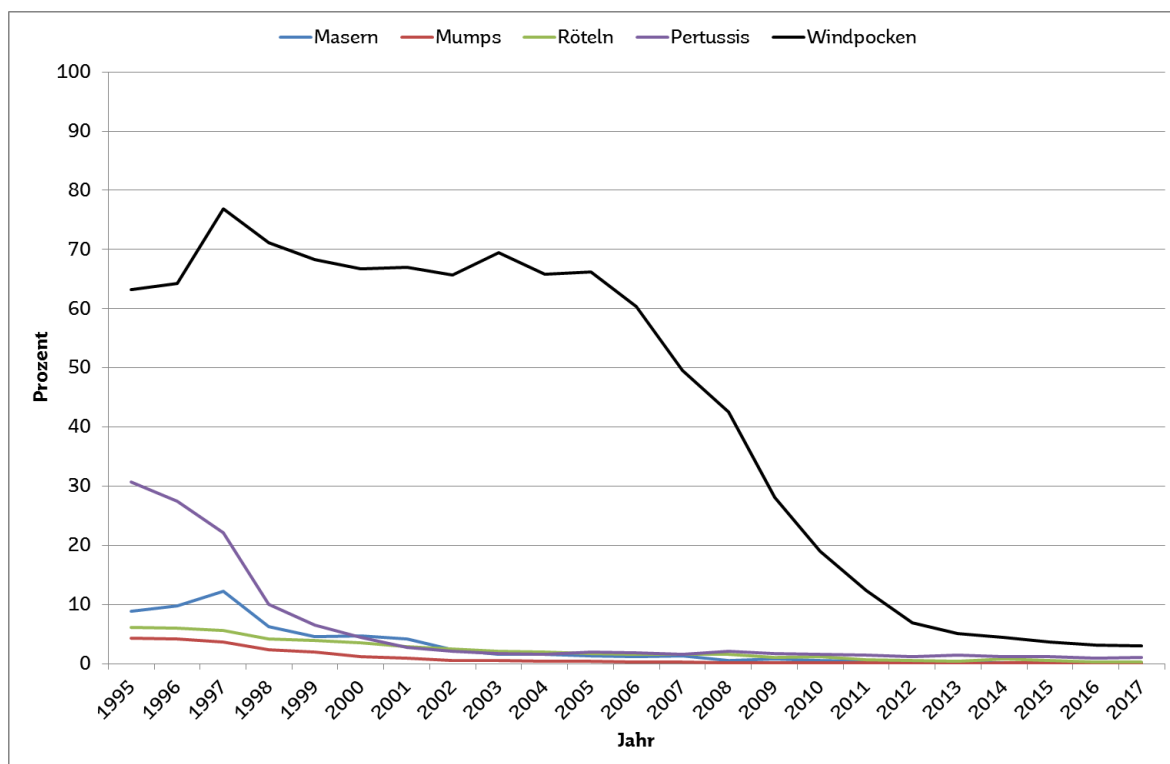
Die angegebenen Erkrankungsdaten von Kindern mit Migrationshintergrund liegen teilweise deutlich unter denen von Kindern ohne Migrationshintergrund, wobei dies auch auf Sprach- oder Verständigungsprobleme beim Ausfüllen des Fragebogens zurückgeführt werden kann.

Abb. 9 Kinder mit Vorerkrankungen nach Geschlecht



Ein Beispiel für die Wirksamkeit einer Impfung ist der Rückgang der Windpockenerkrankungen. Die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) hatte 2004 die Impfung gegen Windpocken für alle Kinder ab dem 11. Lebensmonat empfohlen. Waren im Jahr 2004 noch fast zwei Drittel der Kinder (65,9 %) im Vorschulalter an Windpocken erkrankt, so waren es bei den für das Schuljahr 2017/2018 untersuchten Kindern nur noch 3,0 % (244 Kinder). Die nachfolgende Abbildung 10 zeigt über einen Zeitraum von 22 Jahren die Abnahme der impfpräventablen Krankheiten.

Abb. 10 Rückgang impfpräventabler Erkrankungen bei den Einschulkindern 1995 bis 2017



3.3.2 Allergien

Während es sich bei den bisher aufgelisteten Erkrankungen um akute Erkrankungen handelt, stellen Allergien als chronische Erkrankungen eine wiederkehrende und u. U. lebenslange Belastung dar. Unbestritten ist, dass Allergien in den industrialisierten Ländern in den letzten 50 Jahren durch Umweltbelastungen und veränderte Lebensbedingungen deutlich zugenommen haben.

Im Rahmen der Untersuchung hatten die Eltern bei insgesamt 808 von 8.090 Kindern (10,0 %) als Vorerkrankung eine Allergie im Fragebogen angeben. Als weitere Erkrankungen wurden von den Eltern genannt: Neurodermitis bei 594 Kindern (7,3 %), Asthma/Chronische Bronchitis bei 644 Kindern (8,0 %).⁶ Insgesamt sind hier z.T. auch Mehrfachnennungen enthalten.

Die Befunde der Untersuchung werden in Kapitel 5.3.2 dargestellt.

3.3.3 Medikamenteneinnahme

Bei der Untersuchung wurden die Eltern nach Medikamenten gefragt, die bei chronischen Krankheiten, Verhaltensproblemen und Allergien eingesetzt werden, aber auch nach homöopathischen Mitteln, die zum Zeitpunkt der Untersuchung oder vorher über einen längeren Zeitraum im Jahr regelmäßig eingenommen wurden.

⁶ Asthma und Chronische Bronchitis wurden in einer Kategorie erfasst, wobei nur ein Teil der Asthma-Erkrankungen allergisch bedingt ist.

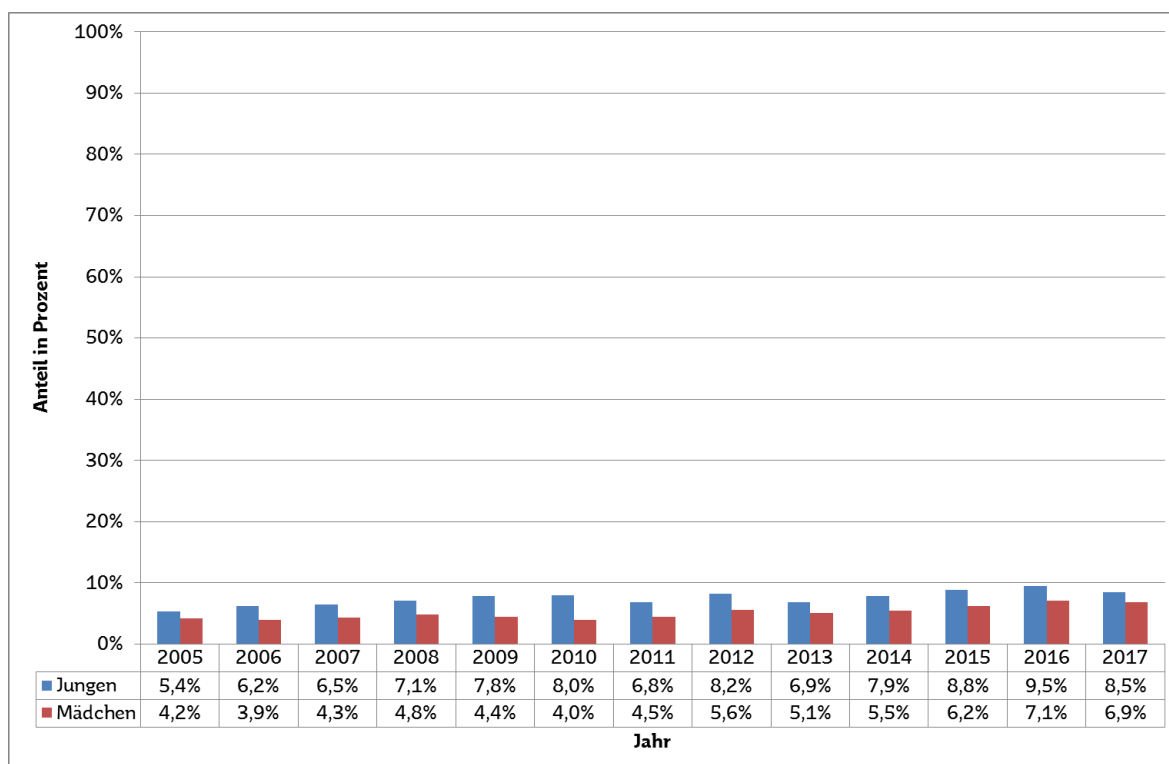
Entsprechende Angaben liegen von 8.094 Kindern (98,6 %) vor. Insgesamt nahmen 627 Kinder (7,7 %), - 353 Jungen (8,5 %) und 274 Mädchen (6,9 %) - regelmäßig Medikamente ein oder haben sie über einen längeren Zeitraum im Jahr regelmäßig eingenommen. Der Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund liegt mit 9,0 % (514 Kinder) ca. doppelt so hoch wie der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund mit 4,7 % (102 Kinder). Relevante Unterschiede aufgrund des Bildungshintergrunds der Eltern liegen nicht vor.

554 Kinder (6,8 %) nahmen Medikamente gegen ein Krankheitsbild ein, 64 Kinder (0,8 %) waren auf Medikamente gegen zwei Krankheitsbilder angewiesen; nur neun Kinder mussten Medikamente gegen mehrere Krankheitsbilder einnehmen.

Am häufigsten wurden Antiallergika (3,9 %, 315 Kinder) eingenommen (5,0 % der Jungen (209 Kinder) und 2,7 % der Mädchen (106 Kinder)). Seit 2005 hat sich der Anteil der Kinder mit dieser Medikation verdoppelt. Nur wenige Kinder (21, 0,3 %) nahmen Psychopharmaka ein.

Im Zeitverlauf ist zwischen 2005 und 2017 ein diskontinuierlicher Anstieg der Einnahme von Medikamenten bei Jungen von 5,4 % auf 8,5 % und bei Mädchen von 4,2 % auf 6,9 % zu verzeichnen (vgl. Abbildung 11).

Abb. 11 Kinder mit regelmäßiger Medikamenteneinnahme nach Geschlecht von 2005 bis 2017

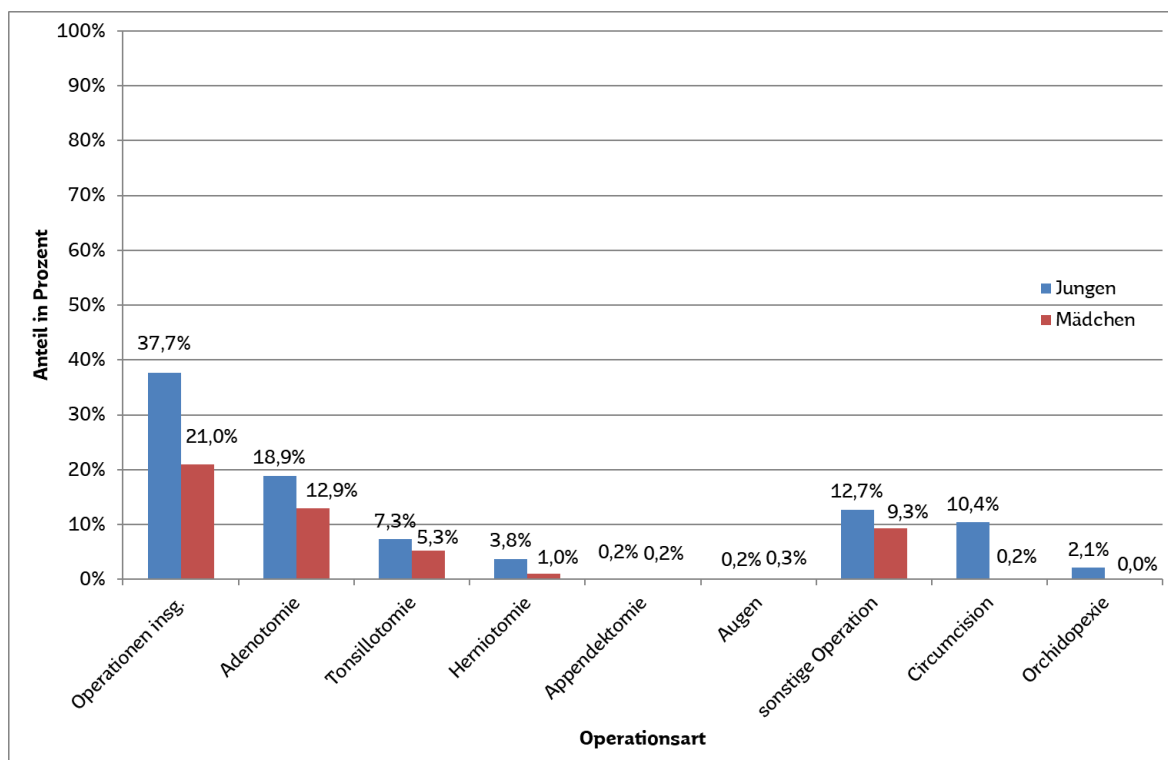


3.3.4 Operationen

Angaben zu Operationen liegen von 8.097 Kindern (98,7 %) vor. 2.392 von ihnen (29,5 %) hatten sich bis zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung einer Operation oder mehreren Operationen unterzogen (eine Operation: 19,0 % (1.539 Kinder), 2 Operationen: 8,1 % (658 Kinder), 3 und mehr Operationen: 2,4 % (195 Kinder)). Bei den Operationen insgesamt liegt der Anteil der Jungen mit 37,7 % (1.563 Kinder) deutlich über dem der Mädchen mit 21,0 %

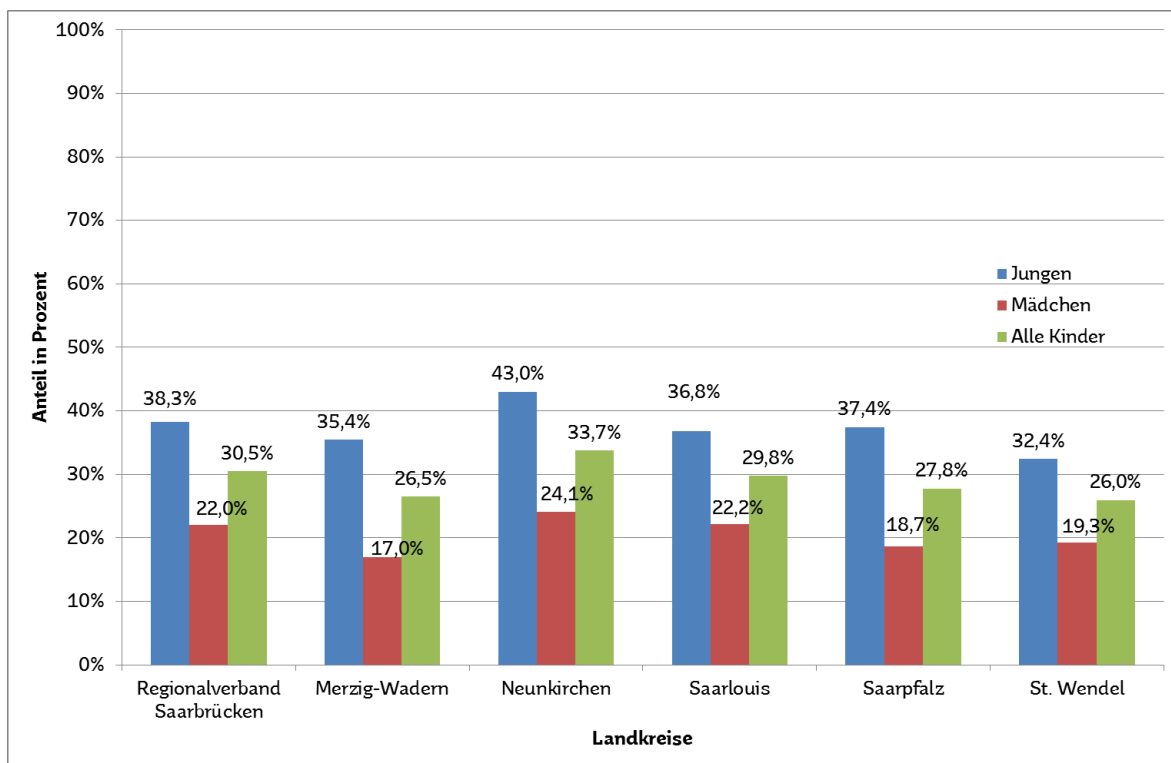
(828 Kinder). Dieser Unterschied wird insbesondere bedingt durch die geschlechtsspezifischen Operationen Circumcision (Beseitigung der Phimose, u. a. auch Beschneidung) und Orchidopexie (Korrektur des Hodenhochstandes), die bei Jungen mit 10,4 % (430 Kinder) bzw. 2,1 % (87 Kinder) durchgeführt wurden. Aber auch bei anderen Operationen sind Jungen häufiger vertreten als Mädchen. Mit Abstand die häufigste Operationsart ist die Adenotomie: Bei 1.293 Kindern (16,0 %) wurde die Rachenmandel entfernt. Zudem hatten 513 Kindern (6,3 %) eine chirurgische Verkleinerung der Gaumenmandeln (Tonsillotomie) (vgl. Abbildung 12).

Abb. 12 Kinder mit Operationen nach Geschlecht und Art der Operation



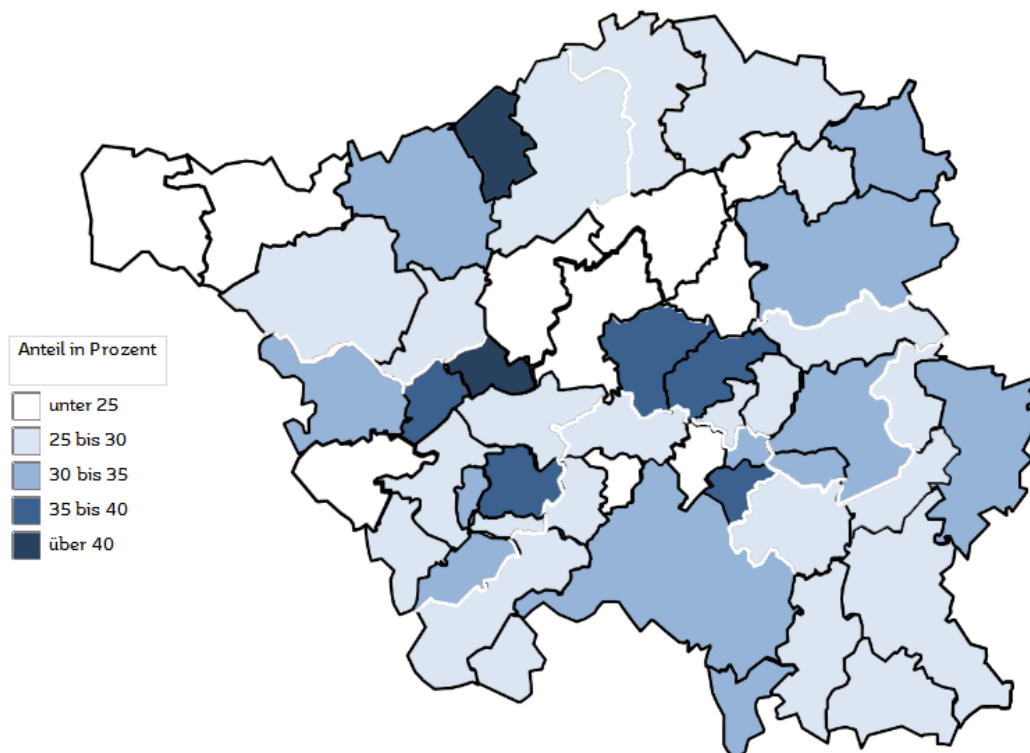
Wie auch bereits beim Einschuljahrgang 2013/2014 wurden Operationen bei den Einschulkindern 2017/2018 unterschiedlich häufig in den Landkreisen durchgeführt. Die Spannweite reicht von 26,0 % (162 Kinder) im Landkreis St. Wendel bis zu 33,7 % (331 Kinder) im Landkreis Neunkirchen. Aus den vorliegenden Daten sind diese Unterschiede nicht erklärbar. Im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 haben die Operationen im Regionalverband Saarbrücken um 5,5 Prozentpunkte abgenommen (vgl. Abbildung 13).

Abb. 13 Kinder mit Operationen nach Landkreisen



Innerhalb der Kommunen zeigen sich noch deutlichere Unterschiede. Hier liegen die Werte durchgeführter Operationen beim Einschuljahrgang 2017/2018 zwischen 17,2 % in Perl und 43,9 % in Weiskirchen. Zudem fällt auf, dass sich im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 die Anteile der durchgeführten Operationen innerhalb einzelner Kommunen deutlich verändert haben. Hier sind je nach Gemeinde sowohl Steigerungen als auch Rückgänge der jeweiligen Operationsrate zu verzeichnen, wobei letzteres überwiegt (vgl. Abbildung 14).

Abb. 14 Kinder mit Operationen nach Kommunen



Ein Rückgang der Operationsraten kann daher auch in den saarlandweiten Zahlen im Zeitvergleich festgestellt werden. Während im Zeitraum von 2005 bis 2013 der Anteil der Einschulkinder, bei denen eine oder mehrere Operationen durchgeführt wurde, mit 40,0 % bei den Jungen und 25,1 % bei den Mädchen nahezu gleich geblieben ist, ist seit 2015 ein Rückgang zu verzeichnen mit zuletzt 37,7 % bei den Jungen bzw. 21,0 % bei den Mädchen (vgl. Tabelle 13).

Tab. 13 Anteil der Kinder mit Operationen nach Geschlecht von 2005 bis 2017 in Prozent

Geschlecht	Jahr												
	2005	2006	2007	2008	2009	2020	2022	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Jungen	40,1	40,4	41,8	42,8	44,2	42,3	43,3	41,7	40,0	40,3	39,3	38,1	37,7
Mädchen	25,3	24,9	26,5	26,4	27,8	26,9	26,1	25,4	25,1	25,4	24,9	21,6	21,0

3.3.5 Unfälle

Unfälle gehören zu den wesentlichen Risiken für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Zwar sinken laut amtlicher Statistik die Sterberaten, dennoch sind im Jahr 2017 in Deutschland 139 Kinder im Alter von 0 bis 14 Jahren aufgrund von Unfällen ohne Spätfolgen (ICD 10 Code V01-X59) verstorben. Zudem sind ca. 201.000 Kinder im Krankenhaus aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (ohne Komplikationen bei medizinischen Eingriffen) behandelt worden (Statistisches Bundesamt (2019)). Die Daten der 2. Welle der bundesweit repräsentativen Studie KiGGS (Erhebungszeitraum 2014-2017) zeigen, „dass von den 1- bis 17-Jährigen 16,5 % in den letzten zwölf Monaten wegen eines Unfalls ärztlich behandelt wurden“ (Saß et al. (2018): 54). Im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung (Erhebungszeitraum 2003-2006) und der KiGGS Welle 1 (Erhebungszeitraum 2019-2012) ist die Unfallprävalenz weitgehend konstant. Ebenso nahezu unverändert ist laut der Studie, dass Jungen mit 18,6 % häufiger von Unfällen betroffen sind als Mädchen mit 14,3 %. Auch die Altersverteilung sei relativ gleich geblieben. Bei KiGGS-Welle 2 sind beispielsweise von den 1-2-jährigen und 3-6-jährigen Mädchen 12,5 % bzw. 11,3 % betroffen. Bei den 1-2-jährigen und 3-6-jährigen Jungen hatten 17,3 % bzw. 14,9 % einen Unfall. Kinder mit niedrigem sozioökonomischen Status hatten seltener einen Unfall als Kinder mit mittlerem und hohem sozioökonomischen Status (vgl. Saß et al. (2018)).

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wird ebenfalls mittels Elternfragebogen das Unfallgeschehen bei Kindern im Saarland erhoben, wobei die Zuverlässigkeit der Angaben auch von Auskunftsbereitschaft, Erinnerungsvermögen, Sprachbarrieren u.a. abhängt. Erfragt werden verschiedene Unfallarten. Angaben über Unfälle/Verletzungen liegen beim Einschuljahrgang 2017/2018 von 8.086 Kindern (98,5 %) vor. 673 Jungen (16,2 %) und 533 Mädchen (16,1 %) hatten in der Vergangenheit Unfälle erlitten, die ärztlich versorgt werden mussten. Somit sind die Mädchen im Saarland im Vergleich zu den Mädchen in der bundesweiten KiGGS-Studie etwas häufiger von Unfällen betroffen. 1.136 Kinder (14,1 %) hatten einen einzigen Unfall, bei 70 Kindern (0,8 %) waren es zwei bzw. drei Unfälle gewesen. Kinder ohne Migrationshintergrund wurden vergleichsweise häufiger aufgrund von Unfällen ärztlich behandelt: 18,3 % (534 Kinder) der Jungen ohne Migrationshintergrund gegenüber 11,2 % (126

Kinder) Jungen mit Migrationshintergrund sowie 15,8 % (433 Kinder) der Mädchen ohne Migrationshintergrund gegenüber 7,5 % (77 Kinder) Mädchen mit Migrationshintergrund.

Bezogen auf die Gesamtheit der Unfälle waren drei Fünftel (59,7 %, 719 Kinder) Knochenbrüche oder Weichteilverletzungen, 15,4 % (185 Kinder) Verbrennungen oder Verbrühungen, 9,7 % (117 Kinder) schwere Kopfverletzungen und 1,0 % (12 Kinder) Vergiftungen; die Rubrik „sonstige Unfälle“ umfasst 20,5 % (247 Kinder) aller Unfälle, wobei Mehrfachnennungen enthalten sind.

Die Anzahl und Anteile der Unfälle nach Unfallart und Geschlecht bezogen auf alle Einschulkinder des Jahrgangs 2017/2018 sind in Tabelle 14 dargestellt. Hier ist im Vergleich zu den Daten des Jahrgangs 2013/2014 ein Rückgang bei den Knochenbrüchen und Weichteilverletzungen um ein Prozentpunkt bei den Jungen und zwei Prozentpunkte bei den Mädchen zu verzeichnen. Die übrigen Werte sind konstant.

Tab. 14 Unfälle nach Unfallart und Geschlecht (Mehrfachnennung möglich)

Unfallart	Jungen		Mädchen		alle Kinder	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Knochenbrüche/Weichteilverletzungen	411	9,9	308	7,8	719	8,9
Verbrennungen/Verbrühungen	101	2,4	84	2,1	185	2,3
Kopfverletzungen	59	1,4	58	1,5	117	1,4
Intoxikationen	8	0,2	4	0,1	12	0,1
Sonstige Unfälle	140	3,4	107	2,7	247	3,1

Mehr als drei Fünftel aller Unfälle (63,3 %, 763 Kinder) ereigneten sich zu Hause; bei 3,3 % (40 Kinder) der Unfälle zu Hause sogar zwei- oder dreimal. Beim Einschuljahrgang 2017/2018 passierten 100 % (12 Kinder) der Vergiftungen, 93,5 % (173 Kinder) der Verbrennungen, 66,4 % (164 Kinder) der sonstigen Unfälle, 65,0 % (76 Kinder) der Kopfverletzungen und 56,3 % (405 Kinder) der Knochenbrüche und Weichteilverletzungen zu Hause. Außerhalb des Hauses bzw. in der Freizeit, ereigneten sich 18,3 % (221 Kinder) der Unfälle und in Gemeinschaftseinrichtungen 19,7 % (238 Kinder). Weitere 0,9 % (11 Kinder) waren Wegeunfälle.

4 Präventive Maßnahmen

4.1 Impfschutz

Impfungen sind ein wichtiger Teil der medizinischen Vorsorge. Die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfiehlt eine Reihe von Impfungen, die die Bevölkerung in Deutschland altersentsprechend standardmäßig erhalten sollte, um sich vor schweren Infektionskrankheiten zu schützen.

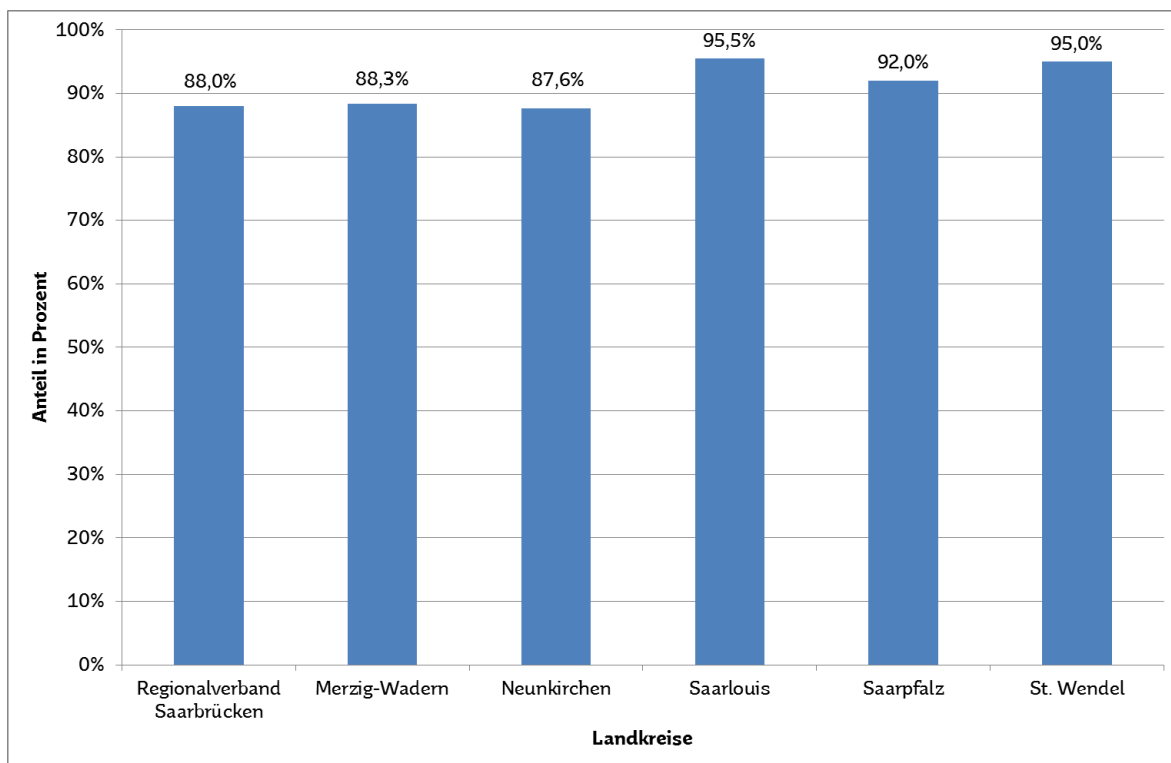
4.1.1 Vorgelegte Impfbücher

Die Angaben zum Impfschutz der Einschul Kinder werden aus den vorgelegten Impfbüchern übernommen. Diese konnten von 7.435 Kindern (90,6 %) eingesehen werden. Im Vergleich zu den Angaben aus dem Einschuljahrgang 2013/2014 ist der Anteil vorgelegter Impfbücher somit um zwei Prozentpunkte gesunken. Dieser Befund ist v.a. durch einen Rückgang vorgelegter Impfbücher bei Kindern mit Migrationshintergrund zu erklären: Konnte hier beim Einschuljahrgang 2013/2014 noch bei 90,6 % dieser Kinder ein Impfbuch eingesehen werden, ist dies lediglich bei 82,2 % (1.816 Kinder) der Kinder mit Migrationshintergrund im Einschuljahrgang 2017/2018 der Fall. Im Vergleich dazu liegt der Anteil vorgelegter Impfbücher bei Kindern ohne Migrationshintergrund bei 94,4 % (5.442 Kinder) und ist damit bei dieser Gruppe über die Zeit hinweg konstant.

Des Weiteren wird festgestellt, dass auch der Bildungshintergrund der Eltern eine Rolle spielt, ob Impfbücher bei der Einschuluntersuchung vorgelegt wurden. Je höher der Bildungsgrad der Eltern ist, desto größer ist auch der Anteil der vorgelegten Impfbücher: mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife: 94,3 % (3.419 Kinder); mindestens ein Elternteil Mittlere Reife: 93,7 % (1.913 Kinder); mindestens ein Elternteil Hauptschulabschluss: 89,6 % (1.077 Kinder); mindestens ein Elternteil Förderschulabschluss: 83,8 % (31 Kinder); beide Eltern kein Abschluss: 71,9 % (64 Kinder).

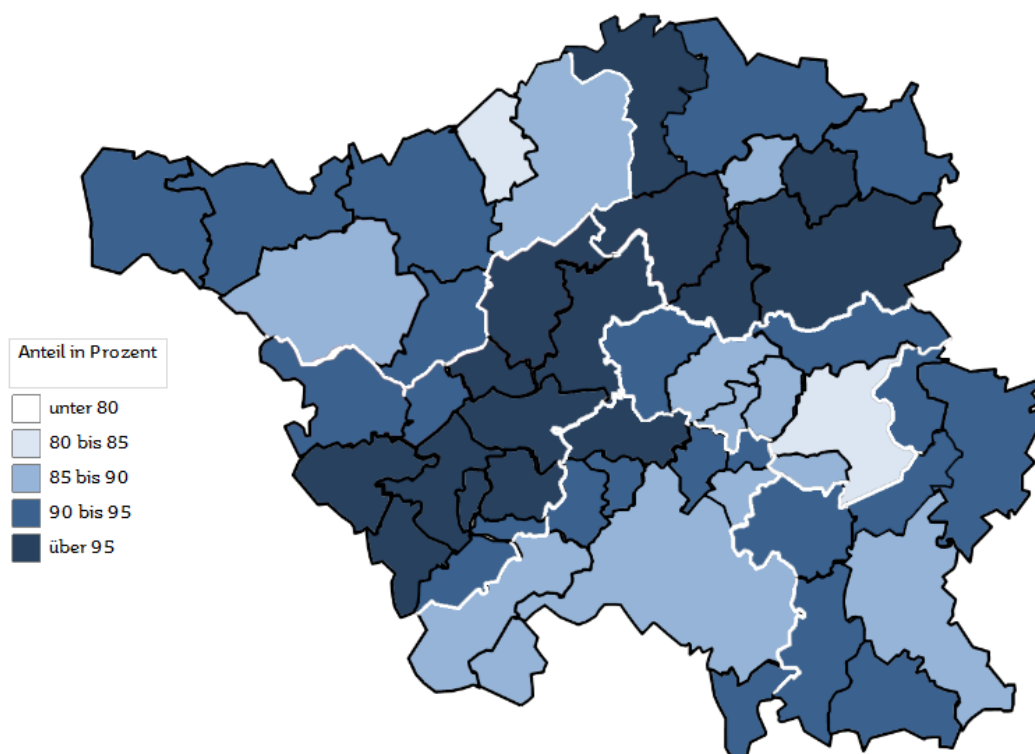
Die höchsten Quoten vorgelegter Impfbücher sind in den Landkreisen Saarlouis und St. Wendel mit 95,5 % bzw. 95,0 % vorhanden, gefolgt vom Saarpfalz-Kreis mit 92,0 %. Bei den übrigen Landkreisen liegen die Anteile bei ca. 88 % (vgl. Abbildung 15).

Abb. 15 Anteil der Kinder mit vorgelegtem Impfbuch nach Landkreisen



Der Anteil vorgelegter Impfbücher variiert zudem bei den Gemeinden zwischen 80,5 % in Weiskirchen und 98,1 % in Saarwellingen. In insgesamt 14 Kommunen lag für weniger als 90 % der Kinder das Impfbuch bei der Untersuchung vor (vgl. Abbildung 16).

Abb. 16 Anteil der Kinder mit vorgelegtem Impfbuch nach Gemeinden



4.1.2 Impfschutz gegen einzelne Infektionskrankheiten

Im Folgenden werden die Impfquoten auf der Basis der vorgelegten Impfbücher berechnet. Damit stellen sie Maximalgrößen dar; die tatsächlichen Impfquoten aller Kinder liegen vermutlich etwas niedriger.

Der Impfschutz gegen einzelne Infektionskrankheiten wurde als ausreichend bewertet, wenn die von der STIKO empfohlene Anzahl von Impfungen durchgeführt worden waren. Altersbedingt waren dies:

- die Grundimmunisierungen gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Pertussis, Haemophilus influenzae b (Hib) und Hepatitis B,
- altersentsprechender Impfschutz gegen Meningokokken und Pneumokokken sowie
- je zwei Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen.

Der Impfschutz der Einschulkinder gegen einzelne Infektionskrankheiten ist in der folgenden Tabelle 15 differenziert nach einem vorliegenden Migrationshintergrund der Kinder wiedergegeben. Es zeigt sich, dass Kinder mit Migrationshintergrund deutlich schlechtere Grundimmunisierungsraten aufweisen als Kinder ohne Migrationshintergrund.

Dies ist teilweise auch auf fehlende oder unterschiedliche Dokumentation zurückzuführen. Oft liegen v.a. bei Kindern aus zuwandernden/geflüchteten/asylsuchenden Familien (d.h. bei im Ausland geborenen Kindern) keine oder unvollständige Gesundheits- bzw. Impfdokumente vor, so dass Informationen zu Vorimpfungen und Vorerkrankungen schwierig zu bewerten sind.

Im Rahmen der medizinischen Erstversorgung in Aufnahmeeinrichtungen bzw. Anbindung an das Gesundheitssystem erhalten Kinder- und Jugendliche Nachholimpfungen und ein neues internationales Impfbuch. Je nach Alter bei Einreise sind manche Impfungen (z.B. Pneumokokken, Hib) nicht mehr erforderlich oder es gelten gemäß STIKO-Empfehlung altersadaptierte kürzere Nachholimpfschemata, so dass diese Kinder nach den Vorgaben der Datenerhebung bei der Einschuluntersuchung als unvollständig geimpft gewertet werden.

Unterschiedliche Impfschemata anderer Länder könnten auch zur Bewertung eines unvollständigen Impfstatus führen. So ergeben sich je nach Herkunftsland unterschiedliche Bewertungsmöglichkeiten je nachdem, ob mit einem 2+1- oder 3+1-Impfschema geimpft wurde.

Tab. 15 Kinder mit ausreichendem Impfschutz gegen einzelne Infektionskrankheiten des Einschuljahrgangs 2017/2018 nach vorliegendem Migrationshintergrund

Impfung	Kinder ohne Migrationshintergrund		Kinder mit Migrationshintergrund		alle Kinder	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Diphtherie	5.246	96,4	1.453	80,0	6.849	92,1
Tetanus	5.253	96,5	1.454	80,1	6.858	92,2
Pertussis	5.149	94,6	1.450	79,8	6.748	90,8
Poliomyelitis	5.152	94,7	1.444	79,5	6.744	90,7
Haemophilus infl. b (Hib)	5.169	95,0	1.383	76,2	6.698	90,1
Hepatitis B	5.069	93,1	1.417	78,1	6.636	89,3
Masern	5.085	93,4	1.486	81,8	6.726	90,5
Mumps	5.050	92,8	1.479	81,4	6.684	89,9
Röteln	5.115	94,0	1.480	81,5	6.751	90,8
Windpocken	4.937	90,7	1.402	77,2	6.489	87,3
Meningokokken	5.006	92,0	1.529	84,2	6.691	90,0
Pneumokokken	4.542	83,5	1.160	63,9	5.831	78,4

Anm.: Abweichungen zur Gesamtzahl aller Kinder ergeben sich daraus, dass nicht von allen Kindern die erforderlichen Angaben zur Ermittlung des Migrationshintergrunds vorliegen (vgl. Kapitel 2.1).

4.1.3 Ausreichender Impfschutz

Als ausreichend geimpft wird bei der Einschuluntersuchung definiert, wenn alle von der STIKO empfohlenen Impfungen in ausreichender Anzahl durchgeführt worden waren, d. h. die Kinder sowohl gegen Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis als auch gegen Pertussis, Hib, Hepatitis B sowie gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen sowie Meningokokken und Pneumokokken geschützt waren. Die seit 2013 von der STIKO empfohlene generelle Impfung gegen Rotaviren wird noch nicht bei der Bewertung der Vollständigkeit des Impfschutzes berücksichtigt.

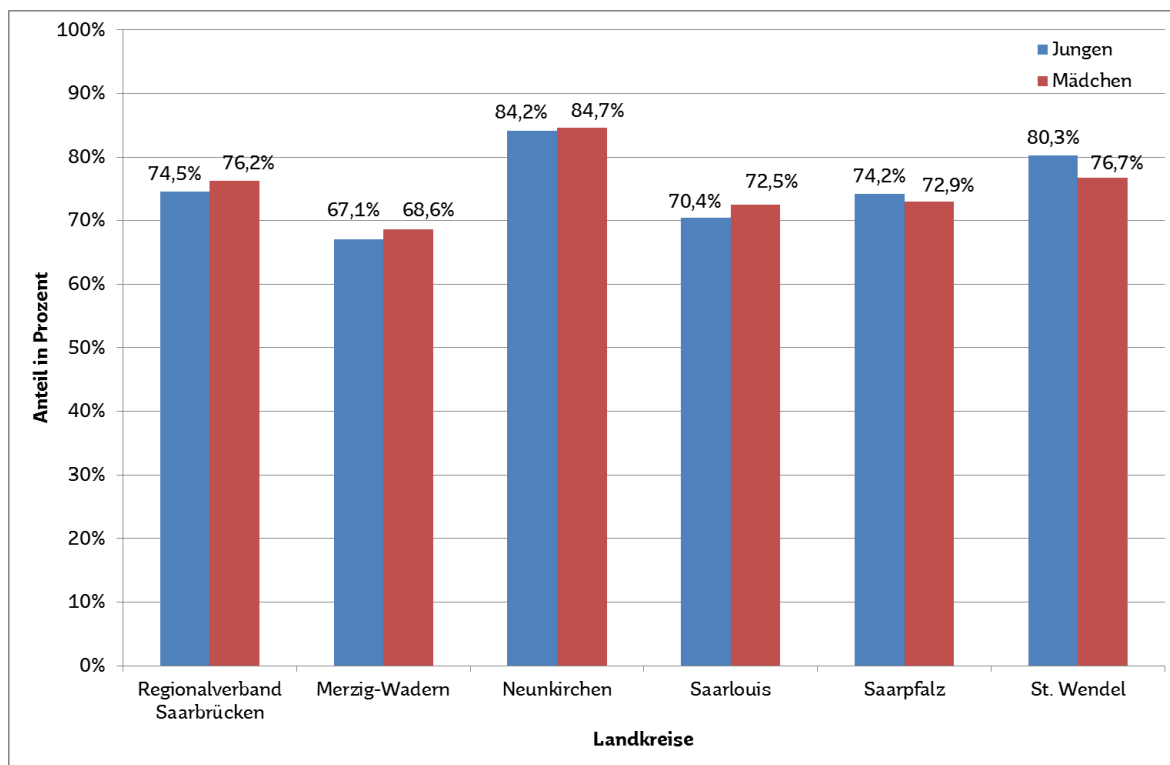
Zum ausreichenden Impfschutz liegen von 7.434 Kinder des untersuchten Einschuljahrgangs (90,6 %) Daten vor. Hiervon wurden insgesamt 5.555 Kinder (74,7 %) gegen die oben genannten Erkrankungen ausreichend geimpft – dies sind acht Prozentpunkte weniger als beim Einschuljahrgang 2013/2014.

Der Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund liegt mit 80,6 % (4.386 Kinder) deutlich über dem Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund mit 57,6 % (1.046 Kinder). Diese niedrige Rate bei den Kindern mit Migrationshintergrund hängt v.a. mit niedrigen Impfquoten bei nicht in Deutschland geborenen Kindern zusammen. So haben in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund eine Rate von 83,3 % (944 Kinder) mit als ausreichend bewertetem Impfschutz, die somit sogar etwas höher ist als die der Kinder ohne Migrationshintergrund. Bei nicht in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund liegt der Anteil dagegen nur bei 15,6 % (101 Kinder).

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel angesprochen, kann dies gerade bei im Ausland geborenen Kindern teilweise auch auf eine unzureichende Dokumentation, andere Impfvorgaben sowie eine nach Alter bei Einreise angepasste Impfnotwendigkeit bei einzelnen Impfungen zurückgeführt werden, die in der Gesamtbewertung dann zu einem nicht ausreichenden Impfstatus führen.

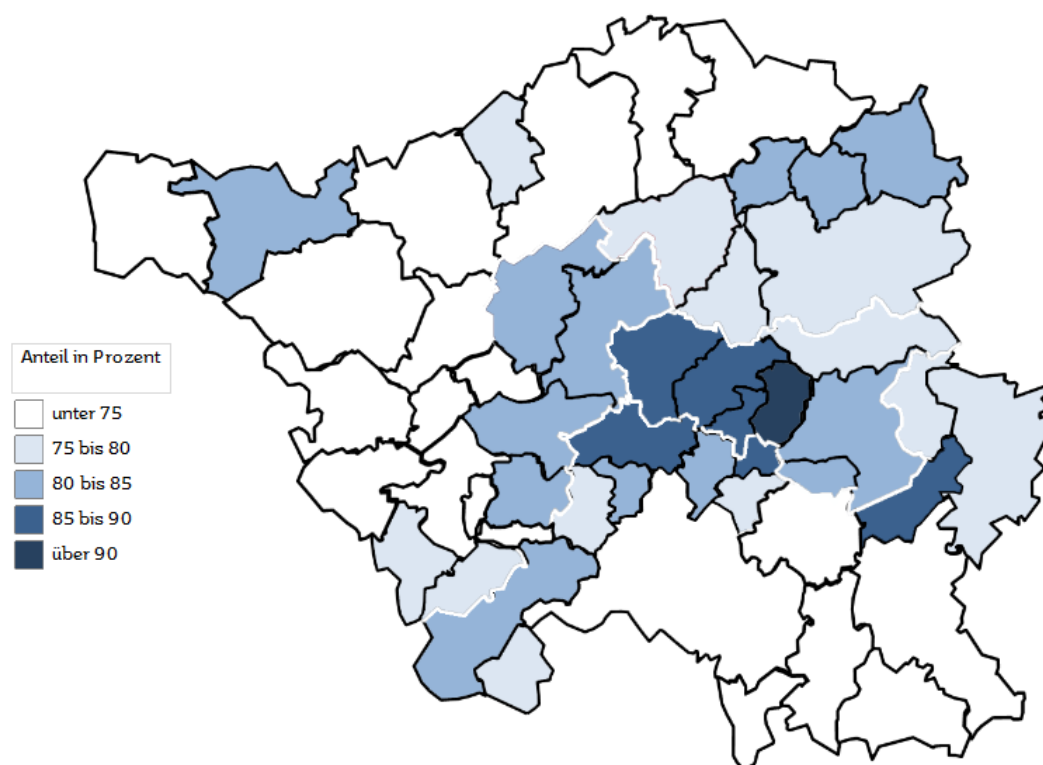
Auf der Ebene der Landkreise zeigten sich Unterschiede im Impfschutz: Die Raten der Kinder mit einem vollständigen Impfschutz reichen von lediglich 67,8 % im Landkreis Merzig-Wadern bis zu 84,4 % im Landkreis Neunkirchen. In den Landkreisen Merzig und Saarlouis sowie dem Regionalverband Saarbrücken sind die Impfquoten der Mädchen um bis zu zwei Prozentpunkte höher als die der Jungen. Im Saarpfalz-Kreis und St. Wendel haben dagegen die Mädchen vergleichsweise häufiger einen vollständigen Impfschutz. Im Landkreis Neunkirchen gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede (vgl. Abbildung 17).

Abb. 17 Kinder mit ausreichendem Impfschutz nach Landkreisen und Geschlecht



Deutlicher sind die Unterschiede innerhalb der Kommunen. In Dillingen liegt die Quote der vollständig nach STIKO geimpften Kinder mit 48,1 % am niedrigsten, in Schiffweiler mit 90,7 % am höchsten. In 20 Kommunen beträgt der Anteil von Kindern mit ausreichendem Impfschutz weniger als 75 %, sodass sich die Impfraten in den Gemeinden im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 deutlich verschlechtert haben (vgl. Abbildung 18).

Abb. 18 Anteil der Kinder mit ausreichendem Impfschutz nach Kommunen



4.1.4 Die Entwicklung des Impfschutzes seit 1994

Seit 1994 werden die Daten zum Impfschutz der saarländischen Einschul Kinder kontinuierlich dokumentiert. Sie liefern keine Information zum zeitgerechten Impfschutz, sondern stellen eine Bestandsaufnahme über den im Vorschulalter erworbenen Impfschutz dar. Im zeitlichen Trend liefern sie jedoch wichtige Informationen zur Entwicklung der Durchimpfungsraten sowie zur Akzeptanz der in diesem Zeitraum neu eingeführten Impfungen bzw. der Änderungen der Impfempfehlungen.

Im Einschuljahrgang 2010 waren erstmals mehr als 95 % der Kinder ausreichend gegen Diphtherie, Tetanus und Polio geimpft, 2011 dann auch gegen Hib und Pertussis, und 2012 auch gegen Tetanus und Polio. 2013 wurde die 95-Prozent-Marke auch bei der Impfung gegen Hepatitis B erreicht. Bei Polio und Hib lag die Impfquote 2013 sogar über 98 % bzw. 97 %. Bei den zweimaligen Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln betrug die Impfquote über 93 %, bei Varizellen bei 88,7 %. 89,2 % der Kinder waren ausreichend gegen Meningokokken geschützt. 78,5 % der Kinder hatten mindestens eine Impfung gegen Pneumokokken erhalten.

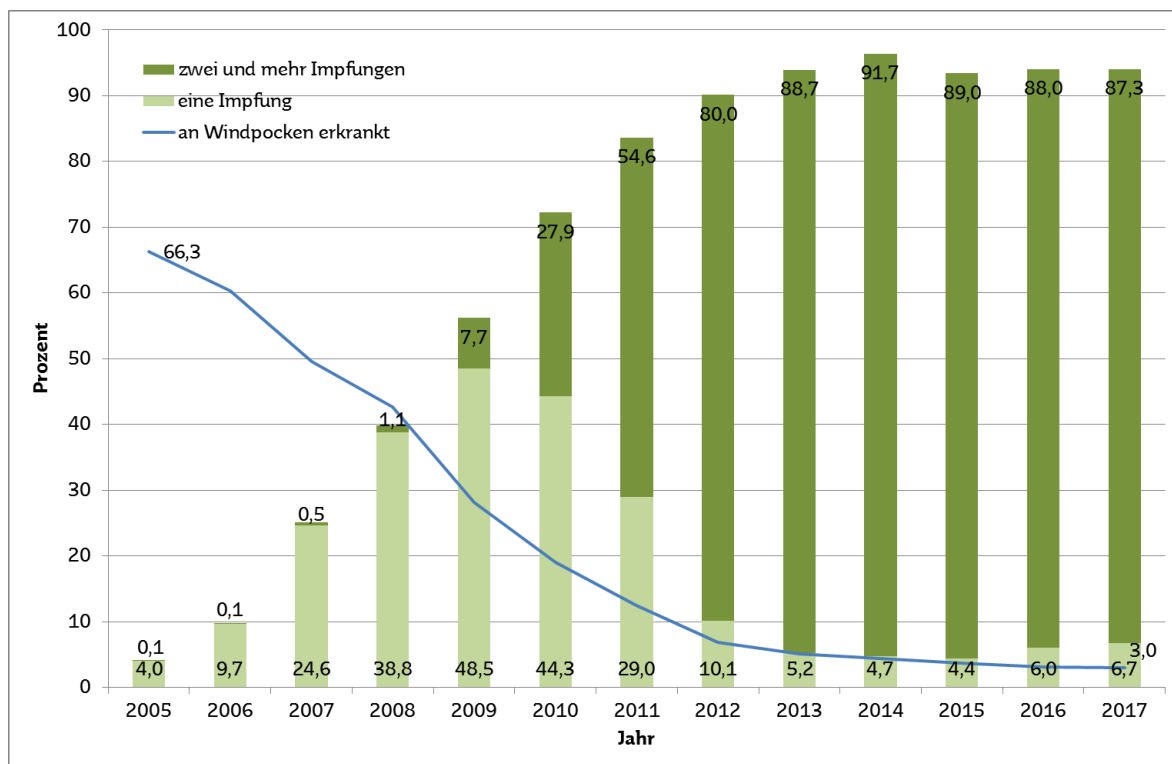
Im Einschuljahrgang 2017/2018 ist dagegen ein Rückgang der Grundimmunisierungsrate bei allen einzelnen Impfungen zu verzeichnen, die größtenteils nur noch um ca. 90 % liegt.⁷ Lediglich bei Tetanus und Diphtherie beträgt die Impfquote 92 % (vgl. Kapitel 4.1.2).

⁷ Die Impfquote bei Pneumokokken ist bei diesem Vergleich nicht enthalten, da im Jahr 2013 nur beschrieben wurde, ob eine Impfung vorliegt, wohingegen 2017 der vollständige Impfschutz bewertet wurde.

Wenngleich dies v.a. auf die Durchimpfungsrate bei Kindern mit Migrationshintergrund und hier im speziellen auf Kinder, die nicht in Deutschland geboren sind, zurückzuführen ist, ist dies in der Betrachtung der gesamten Gruppe der Einschul Kinder ebenfalls bedenklich, da durch die Zunahme von Durchimpfungsraten die Anzahl von Erkrankungen deutlich zurückgehen kann, wie das Beispiel der Windpocken verdeutlicht.

Der positive Effekt einer Impfung zeigt sich besonders eindrucksvoll am Beispiel der 2004 eingeführten Impfung gegen Windpocken: Mit der Zunahme der Durchimpfungsrate sind die Erkrankungen an Windpocken bei Kindern im Vorschulalter stark zurückgegangen von 66,3 % im Jahr 2005 auf 3,0 % im Jahr 2017. Wenngleich die Krankheitsraten bei Windpocken seit 2015 auf niedrigem Niveau sind, bleibt abzuwarten, inwiefern dieser Trend hinsichtlich der seitdem ebenfalls sinkenden Quoten von Kindern mit zwei und mehr Impfungen stabil bleibt (vgl. Abbildung 19)

Abb. 19 Anteil gegen Windpocken geimpfter und an Windpocken erkrankten Einschul Kinder 2005 bis 2017



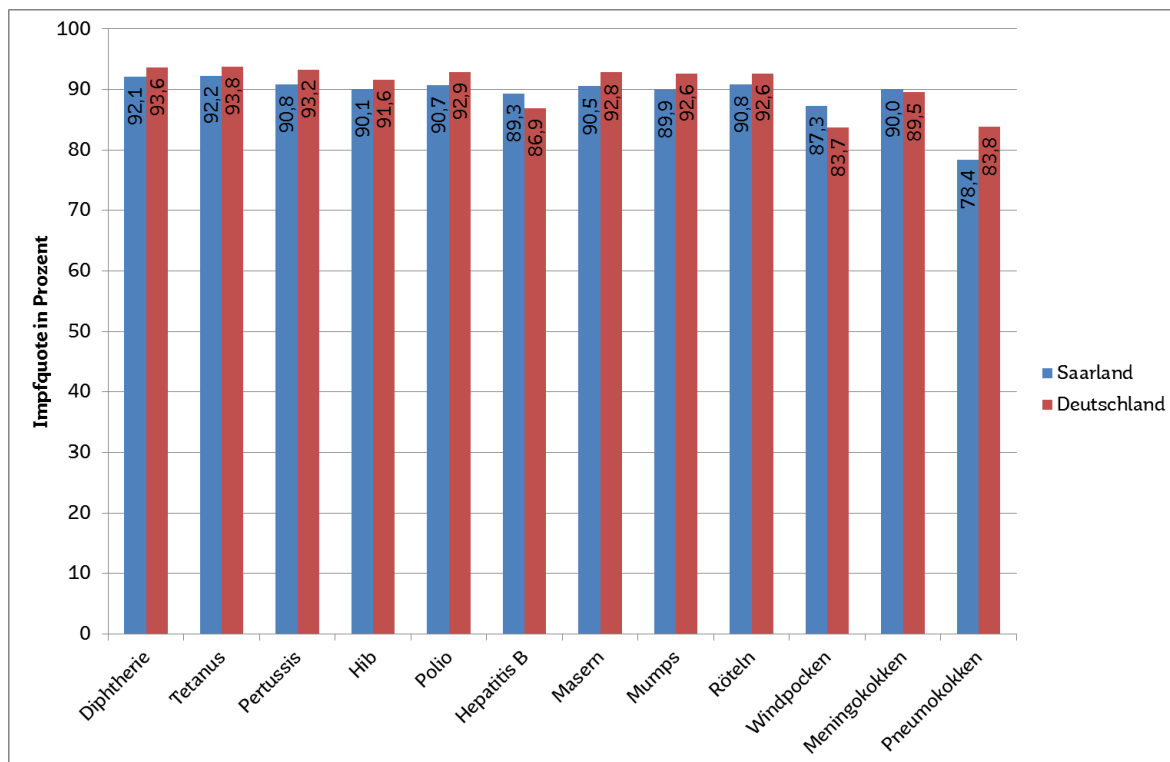
Neben dem individuellen Schutz ist aber auch das Erreichen einer Impfquote (Durchimpfungsrate) von 95 % der Bevölkerung bei den genannten Infektionskrankheiten wichtig, weil damit das Risiko der Übertragung der Erreger auf andere, nicht geschützte Personen, massiv verringert wird. Bei vielen Impfungen wurde eine Impfquote von 90 % und mehr bei den Einschulkindern in den letzten Jahren durchgehend erreicht. Dies bzw. das 95%-Ziel sollte aus genannten Gründen auch wieder angestrebt werden.

Über die Jahre ist der Anteil der Kinder, die jeweils alle von der Ständigen Impfkommission beim RKI empfohlenen Impfungen erhalten haben, von 13,3 % im Jahre 1998 über 26,3 % im Jahr 1999 und 80,9 % im Jahr 2007 auf 83,0 % im Jahr 2013 angestiegen. Beim vorliegenden Einschuljahrgang kann dagegen ein Rückgang auf 74,7 % dokumentiert werden. Wie auch bei den einzelnen Impfungen wirkt sich auch hier die Durchimpfungsrate bei Kindern mit Migra-

tionshintergrund und zwar insbesondere der nicht in Deutschland geborenen Kinder aus. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der von der STIKO empfohlenen Impfungen seit 2013 um zwei Impfungen gestiegen ist, sodass die Anforderung zur Erfüllung der Vollständigkeit des Impfschutzes höher liegt als beim Einschuljahrgang 2013/2014.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zeigen die Daten des Einschuljahrgangs 2017/2018, dass die Impfquoten im Saarland für die meisten Impfungen (Ausnahmen: Hepatitis B, Windpocken und Meningokokken) unter dem Bundesdurchschnitt liegen. Dieses Verhältnis hat sich somit im Vergleich zum letzten Einschulbericht (Daten des Einschuljahrgangs 2013/2014) umgedreht (vgl. Abbildung 20).⁸

Abb. 20 Anteil der Kinder mit ausreichendem Impfschutz im Saarland und in Deutschland im Jahr 2017



Zwar ist grundsätzlich in den letzten Jahren ein bundesweites Absinken der Impfraten bei Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, Hib und Hepatitis B sowie Varizellen und Pneumokokken feststellbar und die Raten für die zweite Masernimpfung stagnieren seit 2016 (vgl. RKI 2019) – die Impfraten im Saarland folgen diesem Trend. Dies kann – wie bereits beschrieben – auf einen höheren Anteil von nicht in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund (z.B. aus zuwandernden/geflüchteten/asylsuchenden Familien) zurückgeführt werden, bei denen häufig ein unvollständiger Impfstatus festgestellt wird.

Die Ursachen für ein Absinken der Impfraten im Saarland *unterhalb* des Bundesdurchschnitts können aus den vorliegenden Daten nicht direkt hergeleitet werden. Als mögliche Erklärungen kommen u.a. die oben erwähnten unvollständig oder gar nicht durchgeführten Impfungen oder nicht/nicht mehr vorhandene Impfdokumente bei immigrierenden Kindern, Barrieren im

⁸ Mit dem Infektionsschutzgesetz wurden alle Länder 2001 verpflichtet, die Daten zum Impfschutz der Einschulkinder zu erfassen. Damit ist ein bundesweiter Vergleich der Impfquoten möglich.

Impfsystem, nachlassende Impfbereitschaft oder eine gewisse Impfskepsis in der Bevölkerung in Frage.

Grundsätzlich ist eine verstärkte Aufklärung der Bevölkerung zu Impfungen wichtig. Zudem sollten speziell für Menschen mit Migrationshintergrund die Zugangswege zur Impfprävention und die Inanspruchnahme von Impfangeboten verbessert werden.

4.2 Vorsorgeuntersuchungen (Kinderfrüherkennungsuntersuchungen)

4.2.1 Das Kinderfrüherkennungsprogramm

Seit dem Jahr 1971 gehören die Früherkennungsuntersuchungen (Vorsorgeuntersuchungen) zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, damit ein Kind gesund aufwachsen kann und Krankheiten früh erkannt und behandelt werden können. In § 26 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) ist geregelt: "Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden." Analog gilt dieses Vorsorgeprogramm auch für privat Krankenversicherte. Die darin enthaltenen Untersuchungen sind somit ein wichtiger Teil der Gesundheitsvorsorge.

Die Früherkennungsuntersuchungen umfassen in den ersten sechs Lebensjahren zehn ärztliche Untersuchungen (U1 bis U9). Die ersten sechs Untersuchungen werden im ersten Lebensjahr durchgeführt, die U7 findet kurz vor dem zweiten, die U7a vor dem dritten Geburtstag statt (diese Untersuchung wurde erst im Juli 2008 eingeführt). Die U8 ist vor dem vierten Geburtstag vorgesehen und die U9 zwischen fünf und fünffeinhalb Jahren. Die Teilnahme an der jeweiligen Untersuchung sowie die Ergebnisse werden im Vorsorgebuch (Gelbes Heft) dokumentiert, das für jedes Kind bei der ersten Untersuchung nach der Geburt ausgestellt wird (vgl. MSGFF 2018).

4.2.2 Vorgelegte Vorsorgebücher

Das Vorsorgebuch konnte von 7.274 Kindern (88,6 %) eingesehen werden. Dies sind fünf Prozentpunkte weniger als beim Jahrgang 2013/2014. Kinder mit Migrationshintergrund hatten mit 72,1 % (1.592 Kinder) seltener im Rahmen der Einschuluntersuchung das Vorsorgebuch vorgelegt als Kinder ohne Migrationshintergrund mit 95,8 % (5.521 Kinder). Bei den Kindern mit Migrationshintergrund, die hier geboren wurden, war das Vorsorgebuch zu 92,0 % (1.145 Kinder) vorhanden, bei den nicht hier Geborenen nur zu 46,4 % (447 Kinder).

Weiterhin kann ein Unterschied bei der Vorlage der Vorsorgebücher nach Bildungshintergrund der Eltern festgestellt werden. Am höchsten sind die Quoten bei Kindern, von denen mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife (93,2 %, 3.376 Kinder) oder Mittlere Reife (93,9 %, 1.916 Kinder) besaß. Diese Rate sinkt mit dem Grad des Bildungsabschlusses der Eltern. Am niedrigsten ist die Rate bei Kindern, deren Eltern keinen Schulabschluss hatten, wobei dies wahrscheinlich auch auf den hohen Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund in dieser Gruppe zurückgeführt werden kann (vgl. Tabelle 16).

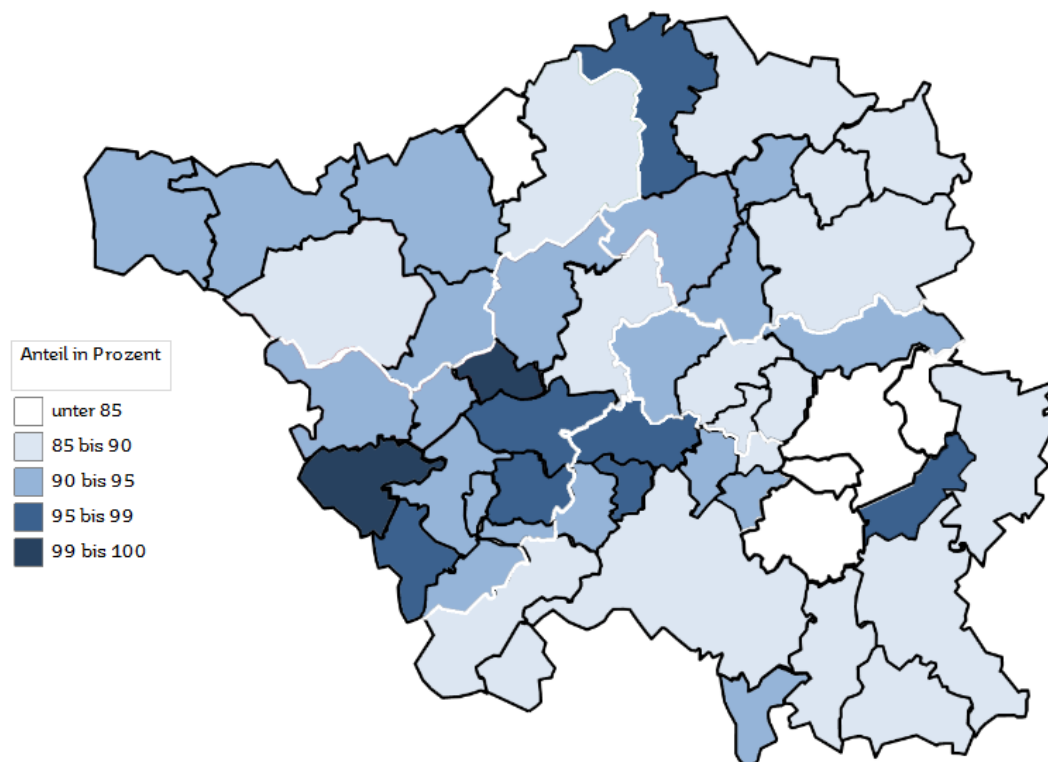
Tab. 16 Kinder mit vorgelegten Vorsorgebüchern nach Bildungsabschluss der Eltern

Bildungsabschluss der Eltern	Vorlage Vorsorgebuch	
	Anzahl	%
mind. 1 Elternteil Abitur/Fachhochschulreife	3.376	93,2
mind. 1 Elternteil mittlere Reife	1.916	93,9
mind. 1 Elternteil Hauptschulabschluss	1.074	89,4
mind. 1 Elternteil Förderschulabschluss	31	83,3
kein Schulabschluss	59	66,3

In den Kreisen liegt der Anteil vorgelegter Vorsorgebücher bei 82,6 % im Landkreis Neunkirchen, 87,3 % im Saarpfalz-Kreis, 87,4 % im Regionalverband Saarbrücken, 89,5 % im Landkreis Merzig-Wadern, 89,6 % im Landkreis St. Wendel und 94,3 % im Landkreis Saarlouis.

Zwischen den einzelnen Kommunen variiert der Anteil der vorgelegten Vorsorgebücher zwischen 73,9 % in Neunkirchen und 100 % in Nalbach und Wallerfangen. Die Spannbreite hat demnach im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 um 15 Prozentpunkte zugenommen (vgl. Abbildung 21).

Abb. 21 Kinder mit Vorsorgebuch in den einzelnen Kommunen



4.2.3 Teilnahme an den einzelnen Untersuchungen

Die überwiegende Zahl der Einschulkinder hatte an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen. Die Teilnahmerate variiert zwischen den einzelnen Untersuchungen nur leicht zwischen 94,1 % (6.844 Kinder) und 97,7 % (6.181 Kinder). Kinder ohne Migrationshintergrund haben bei den einzelnen Untersuchungen einen nahezu konstanten Anteil von meist über 99 %. Bei Kindern mit Migrationshintergrund nimmt die Teilnahmequote zu von 77,1 % (1.227 Kinder) bei der U1 bis hin zu 95,6 % (1.343 Kinder) bei der U9. Grund hierfür sind die im Ausland erfolgten Früherkennungsuntersuchungen bei nicht in Deutschland geborenen Kindern zum Zeitpunkt der ersten Untersuchungen, die nicht mit den in Deutschland gebräuchlichen zu vergleichen sind und damit hier nicht mitgezählt werden. V.a. ab der U6 (10. bis 12. Lebensmonat) –, nimmt die Teilnahmerate an den Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern mit Migrationshintergrund jedoch kontinuierlich zu (vgl. Tabelle 17). Dies stimmt mit der Feststellung überein, dass ein Großteil der Kinder mit Migrationshintergrund mit Geburtsland außerhalb Deutschlands drei Jahre und älter bei Einreise nach Deutschland waren und somit frühestens zum Zeitpunkt der U8 an den Untersuchungen teilnehmen konnte (vgl. Tabelle 2, Kapitel 2.1). Werden lediglich die in Deutschland geborenen Kinder mit Migrationshintergrund betrachtet, können vergleichbar hohe Teilnahmeraten wie bei den Kindern ohne Migrationshintergrund festgestellt werden. Unterschiede nach Bildungshintergrund der Eltern bestehen nicht.

Tab. 17 Kinder, die an den einzelnen Untersuchungen teilgenommen haben⁹

Vorsorgeuntersuchung	Kinder ohne Migrationshintergrund		Kinder mit Migrationshintergrund gesamt		Kinder mit Migrationshintergrund, in Deutschland geboren		alle Kinder	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
U1	5.475	99,2	1.227	77,1	1.134	99,0	6.855	94,2
U2	5.470	99,1	1.221	76,7	1.127	98,4	6.844	94,1
U3	5.479	99,2	1.227	77,1	1.133	99,0	6.859	94,3
U4	5.480	99,3	1.227	77,1	1.127	98,4	6.859	94,3
U5	5.484	99,3	1.233	77,4	1.130	98,7	6.869	94,4
U6	5.482	99,3	1.252	78,6	1.131	98,8	6.883	94,6
U7	5.482	99,3	1.286	80,8	1.132	98,9	6.918	95,1
U7a	5.468	99,1	1.290	81,1	1.118	97,6	6.909	95,0
U8	5.472	99,2	1.358	85,4	1.123	98,2	6.981	96,0
U9	4.707	98,3	1.343	95,6	971	97,6	6.181	97,7

⁹ Kinder, bei denen das für die jeweilige Untersuchung vorgegebene Alter zum Zeitpunkt der Einschuluntersuchung noch nicht erreicht war, wurden nicht in der Auswertung berücksichtigt. Dies ist v.a. bei der U9 der Fall.

4.2.4 Teilnahme an allen Untersuchungen

Von den Kindern mit vorgelegtem Vorsorgebuch hatten 6.551 Kinder (90,6 %) an allen zehn Untersuchungen teilgenommen. Von den Kindern ohne Migrationshintergrund waren es 5.309 (96,2 %), von den Kindern mit Migrationshintergrund 1.139 (71,5 %).

Damit ist der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die an allen zehn Untersuchungen teilgenommen haben, 15 Prozentpunkte geringer als beim Einschuljahrgang 2013/2014. Nach einem bis dahin zu verzeichnenden Anstieg ist also ein Rückgang bei dieser Gruppe erfolgt. Dieser ist v.a. darauf zurückzuführen, dass Kinder mit Migrationshintergrund, die nicht in Deutschland geboren wurden, nur zu 19,7 % (88 Kinder) an allen Untersuchungen teilgenommen hatten. Bei in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund wurden dagegen bei 91,8 % (1.051 Kinder) alle Untersuchungen durchgeführt. Diese Rate ist sogar zwei Prozentpunkte höher als bei der Vergleichsgruppe des Einschuljahrgangs 2013/2014, sodass es sich bei der niedrigen Teilnahmerate bei den Kindern mit Migrationshintergrund insgesamt wahrscheinlich um einen punktuellen Effekt handelt, der maßgeblich durch zugewanderte Kinder beeinflusst ist.

Wie bei den einzelnen Untersuchungen bestehen aufgrund des Bildungshintergrunds der Eltern keine Unterschiede in der Teilnahmerate bezogen auf alle Untersuchungen.

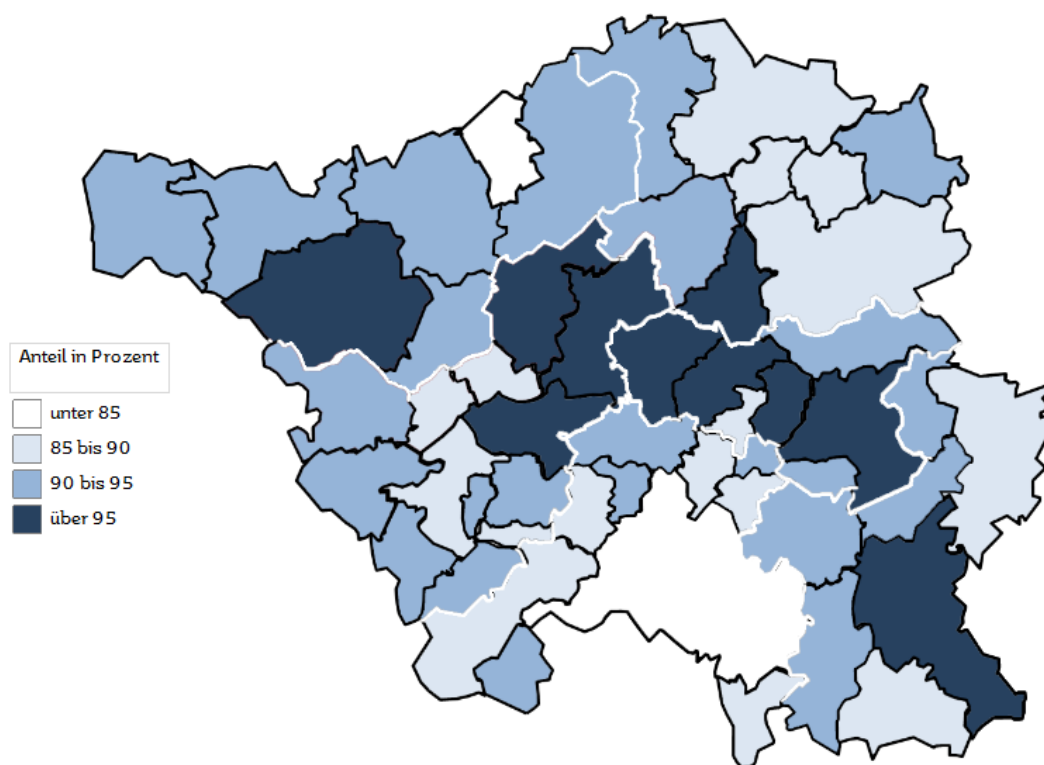
Auf Kreisebene schwankt der Anteil der Kinder, die an allen zehn Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben zwischen 86,3 % im Regionalverband Saarbrücken und 95,2 % im Landkreis Neunkirchen (vgl. Tabelle 18).

Tab. 18 Kinder mit Teilnahme an allen Vorsorgeuntersuchungen nach Landkreisen

	Landkreise					
	Regional- verband Saarbrücken	Merzig-Wa- dern	Neunkirchen	Saarlouis	Saarpfalz	St. Wendel
Anzahl	2.088	777	791	1.451	893	535
%	86,3	93,7	95,2	92,2	91,9	90,8

Noch deutlicher sind die Unterschiede zwischen den Kommunen. Hier variieren die Anteile der an allen Untersuchungen teilgenommenen Kinder zwischen 83,1 % in Saarbrücken und 99,2 % in Schmelz (vgl. Abbildung 22).

Abb. 22 Kinder mit vollständigen Vorsorgeuntersuchungen nach Kommunen



4.2.5 Maßnahmen zur Verbesserung der Teilnahmeraten im Saarland

Seit dem Jahr 2007 werden die Eltern im Saarland auf der Basis des Gesetzes zum Schutz der Kinder vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung zu den Vorsorgeuntersuchungen schriftlich über das Zentrum für Kindervorsorge eingeladen und Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, die Teilnahme des einzelnen Kindes an das Zentrum zu melden.¹⁰ Bei Versäumnis der Teilnahme werden die Eltern durch das Zentrum schriftlich erinnert und durch nachgehende Interventionen des zuständigen Gesundheitsamtes zur Teilnahme motiviert. Das Verfahren wurde kontinuierlich auf alle Untersuchungen von U3 bis U9 ausgeweitet und konnte ab 2009 zur Verbesserung der Teilnahme und damit Sicherstellung einer kontinuierlichen ärztlichen Betreuung aller Vorschulkinder genutzt werden.

Durch diese Vorgehensweise wurde insbesondere eine deutliche Verbesserung der Teilnahme aller Kinder bei den Untersuchungen U8 und U9 erreicht, wobei Kinder mit Migrationshintergrund besonders stark davon profitierten. Dies zeigen die Befunde aus dem letzten Bericht zur Gesundheit von Einschulkindern, in dem die Teilnahmeraten an den U-Untersuchungen der Jahre 2007 und 2013 gegenübergestellt wurden. Die Ergebnisse in Kapitel 4.2.3 verdeutlichen zudem, dass durch das verpflichtende Einladungswesen weiterhin hohe Teilnahmeraten im Bereich von ca. 99 % bei Kindern ohne Migrationshintergrund und bei in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund erzielt werden. Darüber hinaus greift das System auch bei einem Großteil der zugewanderten Kinder und sorgt dafür, dass diese nach Einreise in Deutschland an den Untersuchungen teilnehmen. So zeigt eine Analyse

¹⁰ Inzwischen ist das verbindliche Einladungswesen zur Früherkennungsuntersuchung in §8a ÖGDG geregelt (1).

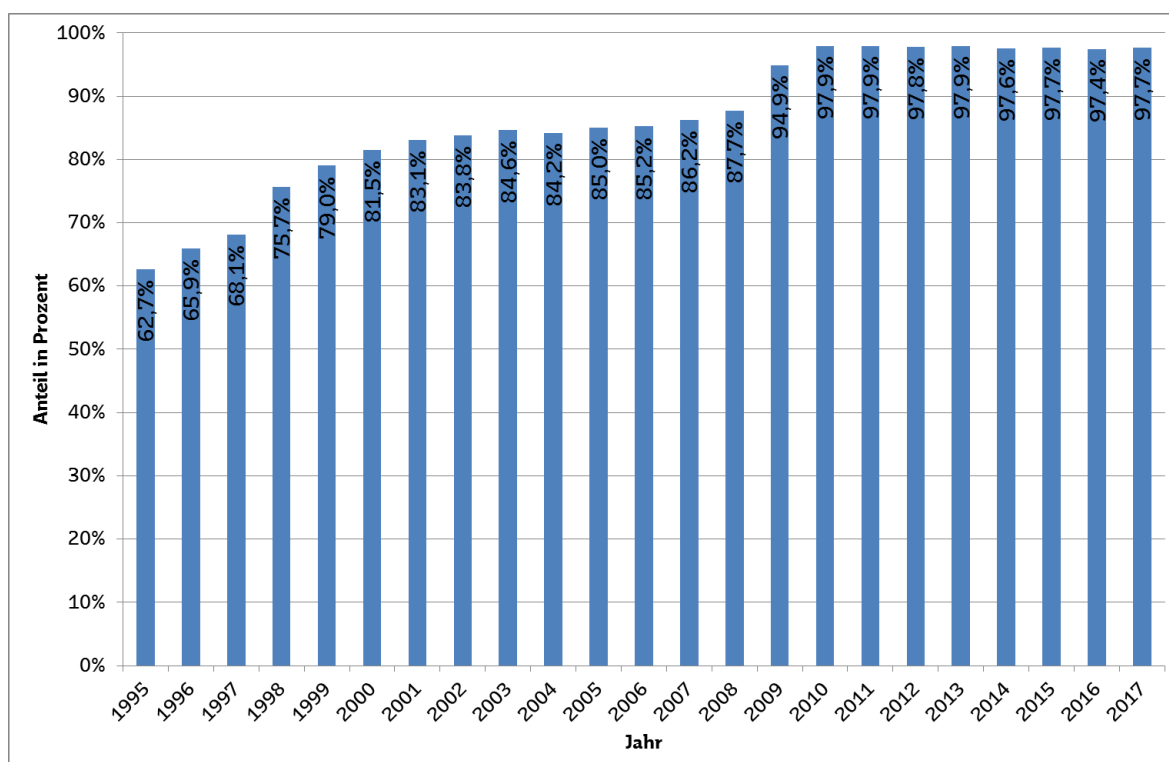
ab der U6 (also ab einem Alter von ca. einem Jahr), die das Alter bei Einreise nach Deutschland berücksichtigt, dass zugewanderte Kinder zu ca. 88 % an der nächstmöglichen Vorsorgeuntersuchung nach Einreisedatum teilnehmen (vgl. Tabelle 19).

Tab. 19 Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen von im Ausland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund, unter Berücksichtigung des Alters bei Einreise nach Deutschland

Vorsorgeuntersuchung	Vorgesehener Untersuchungszeitraum	in der Analyse berücksichtigtes Alter bei Einreise	Kinder mit Migrationshintergrund, nicht in Deutschland geboren	
			Anzahl	%
U6	10. bis 12. Lebensmonat	< 1 Jahr	39	88,6
U7	1 Jahr, 9 Monate bis 2 Jahre	≥1 ½ Jahre bis 2 Jahre	12	85,7
U7a	2 Jahre, 10 Monate bis 3 Jahre	≥2 ½ Jahre bis 3 Jahre	14	87,5
U8	3 Jahre, 10 Monate bis 4 Jahre	≥3 ½ Jahre bis 4 Jahre	22	88,0
U9	5 Jahre bis 5 Jahre, 4 Monate	≥5 Jahre bis 5 ½ Jahre	71	91,0

Gerade die Vorsorgeuntersuchungen sind im Hinblick auf das Erkennen von Erkrankungen und Entwicklungsrückständen wichtig. Allerdings wurden insbesondere die Untersuchungen ab zwei Jahren vor der Einführung des oben beschriebenen Einladungswesens nur unzureichend wahrgenommen. Dies zeigt sich deutlich an der Untersuchung U9, deren Teilnehmeraten seit ihrer Einführung Ende der 80er Jahre zwar zunehmend gestiegen sind. Allerdings konnten erst durch die oben beschriebenen Maßnahmen zur Verbesserung der Teilnehmeraten fast alle Kinder erreicht werden (vgl. Abbildung 23).

Abb. 23 Teilnehmeraten an der Vorsorgeuntersuchung U9 in den Jahren 1995 bis 2017



Die weitere Analyse zeigt, dass bei Kindern mit regelmäßiger Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen ein besserer Impfschutz besteht. Bei 6.436 Kinder mit vollständigem Vorsorgestatus (97,7 %) war bei der Untersuchung auch das Impfbuch vorhanden, 5.223 dieser Kinder (79,3 %) hatten einen vollständigen Impfschutz gemäß STIKO Empfehlung (vgl. Kapitel 4.1.2).

Bei unvollständigem Vorsorgestatus war der Impfschutz nur bei 251 Kindern (36,6 %) komplett, und nur bei 81 Kinder (8,7 %), bei denen das Vorsorgebuch fehlte. Bei diesen Aspekten haben sich die Anteile im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 deutlich verringert, was die Bedeutung der Vorsorge nochmals unterstreicht. Bei 59,5 % der Kinder ohne Vorsorgebuch (555 Kinder) fehlte auch das Impfbuch.

Des Weiteren kann gezeigt werden, dass eine Teilnahme an den Untersuchungen das Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten und damit die Einleitung entsprechender Fördermaßnahmen begünstigt. So haben 2.510 Kinder (34,8 %), die an einzelnen oder allen Untersuchungen teilgenommen haben, an einer Fördermaßnahme teilgenommen. Bei Kindern, die nicht im Rahmen des Früherkennungsprogramms untersucht wurden, liegt die Teilnahmerate an Fördermaßnahmen dagegen nur bei 15,3 % (135 Kinder).

4.3 Individuelle Prävention

Sport und Bewegung besitzen unter mehreren Aspekten eine präventive Bedeutung. Motorische Geschicklichkeit vermindert die Unfallgefahr, gezielte Gymnastik und regelmäßiges Training beugen Haltungsschäden vor und sind ein wichtiges Instrument der Osteoporoseprophylaxe. Bewegung erhöht aber auch den Energieumsatz und trägt so zur Vorbeugung von Übergewicht bei. Über die Förderung der Motorik werden auch andere Entwicklungsbereiche positiv beeinflusst. Zur Erhebung einer ausreichenden Bewegung werden die Eltern im Rahmen der Einschuluntersuchung gefragt, ob ihr Kind regelmäßigen Sport treibt. Hierunter fällt auch der Sport im Verein, der bereits im Vorschulalter einen wichtigen Beitrag zur Förderung der gesunden Entwicklung leisten kann, beispielsweise wenn Kinder in ihrem Lebensumfeld nicht mehr die Möglichkeit haben, ihren natürlichen Bewegungsdrang auszuleben.

Von 8.071 Einschulkindern (98,3 %) liegen Angaben über regelmäßige sportliche Aktivität vor. Die Hälfte (50,0 % bzw. 4.038 Kinder) waren sportlich aktiv, Jungen mit 48,2 % (1.992 Kinder) etwas weniger als Mädchen mit 52,0 % (2.044 Kinder). Im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 sind dies jeweils acht Prozentpunkte weniger.

Daten aus KiGGS Welle 2 zeigen, dass von den 3-10-jährigen Kindern 69,9 % der Mädchen und 70,4% der Jungen außerhalb des Sportunterrichts in der Schule beziehungsweise außerhalb von Bewegungsangeboten im Kindergarten Sport getrieben haben (vgl. Krug et al. 2018). Wenngleich die Altersklassen einen direkten Vergleich mit den hier genannten Ergebnissen nicht zulassen, ist jedoch von einer geringeren sportlichen Aktivität im Saarland als im Bundesdurchschnitt auszugehen. Hierfür spricht auch der Rückgang der sportlichen Aktivität der saarländischen Einschul Kinder.

Kinder ohne Migrationshintergrund waren mit 59,9 % (3.419 Kinder) mehr als doppelt so häufig sportlich aktiv als Kinder mit Migrationshintergrund mit 25,3 % (545 Kinder). Innerhalb der Kinder mit Migrationshintergrund trieben in Deutschland geborene zu 35,0 % (432 Kinder) und im Ausland geborene zu 12,3 % (113 Kinder) regelmäßigen Sport. D.h. der allgemeine Rückgang der sportlichen Aktivität kann v.a. auf eine deutlich niedrigere Teilnahme bei den Kindern

mit Migrationshintergrund zurückgeführt werden, wobei der Einfluss der zugewanderten Kinder nicht maßgeblich für den Rückgang insgesamt ist.

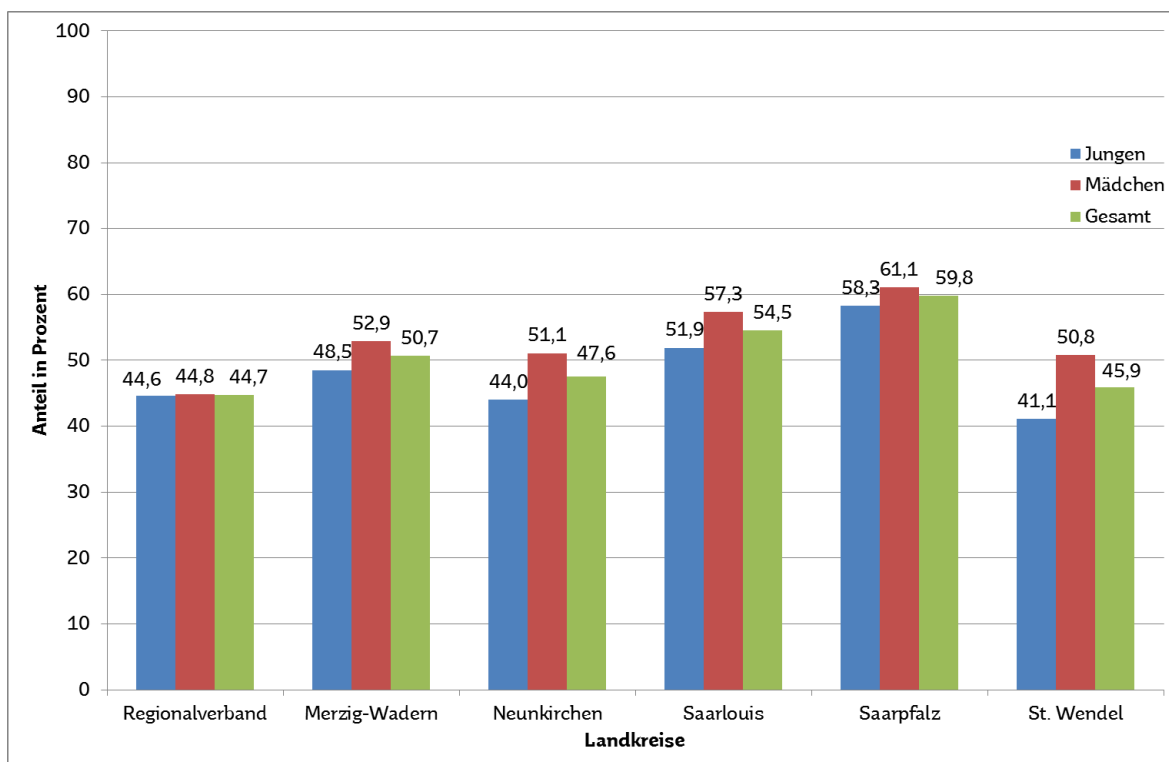
Zudem bestehen deutliche Unterschiede darin, ob Kinder regelmäßig Sport treiben, je nachdem welcher Bildungsabschluss bei den Eltern besteht. So sind Kinder, bei denen mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife hatte, mit 65,1 % (2.350 Kinder) deutlich sportlich aktiver als Kinder, bei denen mindestens ein Elternteil einen Förderschulabschluss hatte (18,9 %, 7 Kinder) oder deren Eltern keinen Schulabschluss besaßen (12,5 %, 11 Kinder) (vgl. Tabelle 20).

Tab. 20 sportlich aktive Kinder nach Bildungsabschluss der Eltern

Bildungsabschluss der Eltern	sportlich aktiv	
	Anzahl	%
mind. 1 Elternteil Abitur/Fachhochschulreife	2.350	65,1
mind. 1 Elternteil mittlere Reife	1.014	50,0
mind. 1 Elternteil Hauptschulabschluss	345	28,8
mind. 1 Elternteil Förderschulabschluss	7	18,9
kein Schulabschluss	11	12,5

Im Regionalverband Saarbrücken sind die Kinder mit einem Anteil von 44,7 % vergleichsweise am wenigsten sportlich aktiv, im Saarpfalz-Kreis mit einem Anteil von 59,8 % die meisten (vgl. Abbildung 24).

Abb. 24 sportlich aktive Kinder nach Geschlecht und Landkreisen



Im Zeitverlauf ist zu beobachten, dass sich der Anteil der sportlich aktiven Kinder mit Migrationshintergrund zwischen 2005 und 2014 nahezu verdoppelt hat von 26,1 % auf 48,7 % bei den Jungen und von 22,2 % auf 47,6 % bei den Mädchen. Ab dem Jahr 2015 ist ein Rückgang zu verzeichnen mit einem deutlichen Absinken im Jahr 2016. Da sowohl in Deutschland als auch im Ausland geborene Kinder ab 2016 deutlich niedrigere Quoten bei der sportlichen Aktivität haben, scheint das Geburtsland bei dieser Entwicklung keine große Rolle zu spielen (vgl. Tabelle 21). Eventuell könnte die 2016 geänderte zu Grunde liegende Definition des Migrationshintergrunds einen Effekt auf diesen Befund haben: Kinder, denen im Jahr 2015 aufgrund der ausschließlichen Berücksichtigung eines ausländischen Herkunftslands bei mindestens einem Elternteil ein Migrationshintergrund zugeschrieben wurde, werden nach der nun angewendeten Definition z.T. der Gruppe der Kinder ohne Migrationshintergrund zugeschrieben.

Tab. 21 Anteil der regelmäßig sportlich aktiven Kinder

sportlich aktive Kinder		Jahr						
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Jungen	ohne Migrationshintergrund (in %)	59,8	59,0	62,1	61,8	65,6	64,0	66,4
	mit Migrationshintergrund (in %)	26,1	25,0	32,3	37,3	46,9	42,1	42,3
Mädchen	ohne Migrationshintergrund (in %)	63,6	63,7	64,6	68,4	69,5	68,0	66,7
	mit Migrationshintergrund (in %)	22,2	27,0	25,4	32,2	40,6	36,6	39,5

sportlich aktive Kinder		Jahr					
		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Jungen	ohne Migrationshintergrund (in %)	65,1	62,5	62,0	62,5	58,3	57,2
	mit Migrationshintergrund (in %)	46,5	46,4	48,7	44,5	29,3	26,3
Mädchen	ohne Migrationshintergrund (in %)	67,7	66,3	67,4	65,4	63,1	62,6
	mit Migrationshintergrund (in %)	40,4	48,9	47,6	40,4	28,9	24,2

4.4 Fördermaßnahmen

Für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen aufgrund angeborener oder erworbener Erkrankungen oder Fehlbildungen besteht ein breites Angebot an rehabilitativen Maßnahmen mit unterschiedlichen Förderschwerpunkten u. a. im somatischen, kognitiven und psychosozialen Bereich. Die Förderung muss, insbesondere bei stärkeren Beeinträchtigungen, so früh wie möglich einsetzen, um die mit steigendem Lebensalter abnehmenden

Entwicklungspotentiale in größtmöglichem Maße auszuschöpfen. Auch Kinder aus Familien in belastenden Lebensumständen, die durch das familiäre Umfeld wenig Anregung erfahren, sollten frühzeitig die notwendige Förderung erhalten.

Die Notwendigkeit der Förderung eines Kindes wird im frühen Kindesalter in der Regel durch die betreuende Kinderärztin bzw. den betreuenden Kinderarzt oder im Rahmen der Frühen Hilfen erkannt. Auch Erzieherinnen und Erzieher in Kinderkrippe oder Kindergarten sprechen Eltern auf Entwicklungsrückstände an. Im Rahmen von Untersuchungen im Kindergarten regen auch die Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter die Durchführung von Fördermaßnahmen an.

Zu den häufiger veranlassten Fördermaßnahmen zählen heilpädagogische Frühförderung, Logopädie, Krankengymnastik und Ergotherapie. Bei stärkeren Beeinträchtigungen werden verschiedene Maßnahmen als Komplexleistung im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung durchgeführt. Die Förderung erfolgt in der Regel ambulant mit einer bis zwei Therapiestunden pro Woche. Kinder mit erhöhtem Förderbedarf werden im Rahmen von Integrationsmaßnahmen in Regelkindergärten oder integrativen Kindergärten intensiv gefördert.

Von 8.098 Kindern (98,7 %) liegen Angaben über die Teilnahme an Fördermaßnahmen vor. Von ihnen hatten 2.652 Kinder (32,7 %) im Vorschulalter an einer oder mehreren der oben genannten Fördermaßnahmen teilgenommen oder befanden sich noch in einer Maßnahme. Dies sind drei Prozentpunkte weniger als beim Einschuljahrgang 2013/2014. Dies ist v.a. auf einen Rückgang der Teilnahme von Jungen zurückzuführen, deren Anteil mit 38,5 % (1.599 Kinder) an allen Förderangeboten aber nach wie vor deutlich höher ist als der der Mädchen mit 26,7 % (1.052 Kinder). Kinder ohne Migrationshintergrund hatten mit 35,7 % (2.044 Kinder) häufiger an Fördermaßnahmen teilgenommen als Kinder mit Migrationshintergrund mit 25,5 % (550 Kinder). Bei letztgenannter Gruppe bedeutet dieser Befund einen Rückgang um ca. sieben Prozentpunkte im Vergleich zu den Daten aus 2013/2014.

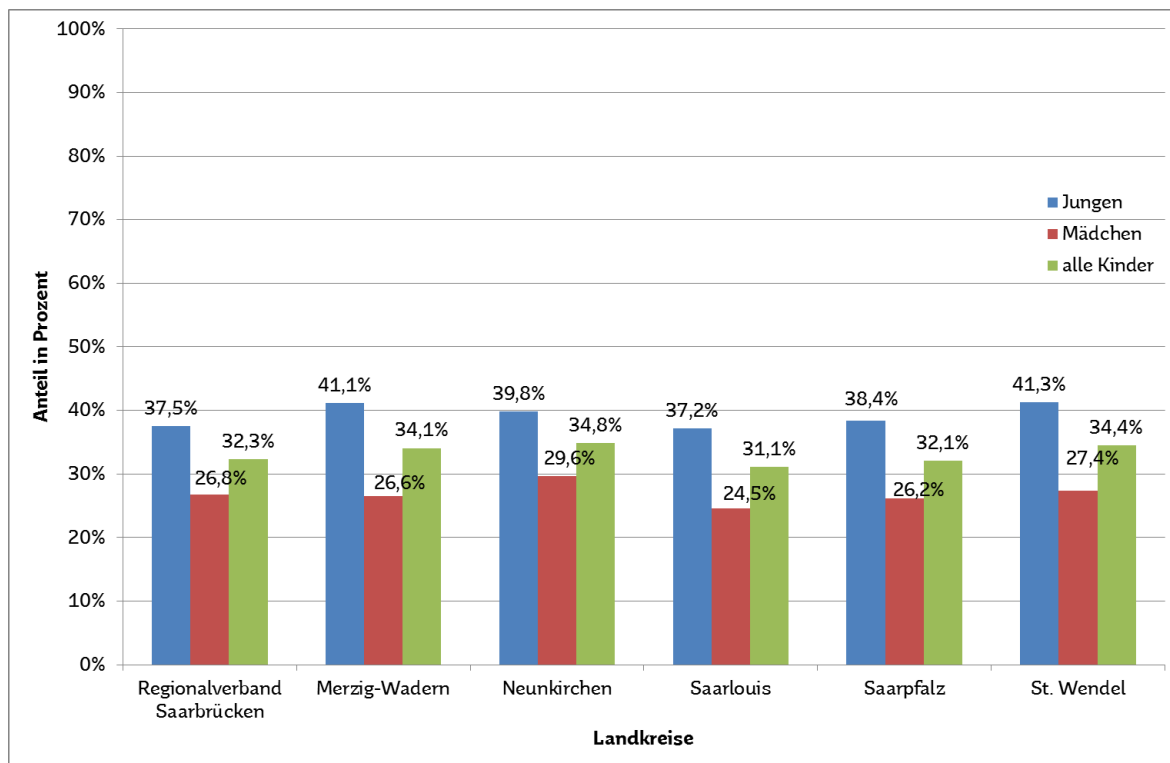
Des Weiteren kann ein Unterschied in der Inanspruchnahme von Fördermaßnahmen nach Bildungshintergrund der Eltern festgestellt werden. Am höchsten ist die Quote mit 64,9 % (24 Kinder) bei Kindern, von denen mindestens ein Elternteil einen Förderschulabschluss hatte. Diese Quote sinkt, je höherwertiger der Schulabschluss der Eltern ist, auf bis zu 28,3 % (1.023 Kinder) bei Kindern, von denen mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife hatte. Die niedrigste Quote mit 17,0 % liegt jedoch bei den Kindern, deren Eltern keinen Schulabschluss besaßen. Gründe hierfür können aus den vorliegenden Daten nicht hergeleitet werden (vgl. Tabelle 22).

Tab. 22 Teilnahme an Fördermaßnahmen nach Bildungsabschluss der Eltern

Bildungsabschluss der Eltern	Teilnahme	
	Anzahl	%
mind. 1 Elternteil Abitur/Fachhochschulreife	1.023	28,3
mind. 1 Elternteil mittlere Reife	759	37,2
mind. 1 Elternteil Hauptschulabschluss	493	41,0
mind. 1 Elternteil Förderschulabschluss	24	64,9
kein Schulabschluss	15	17,0

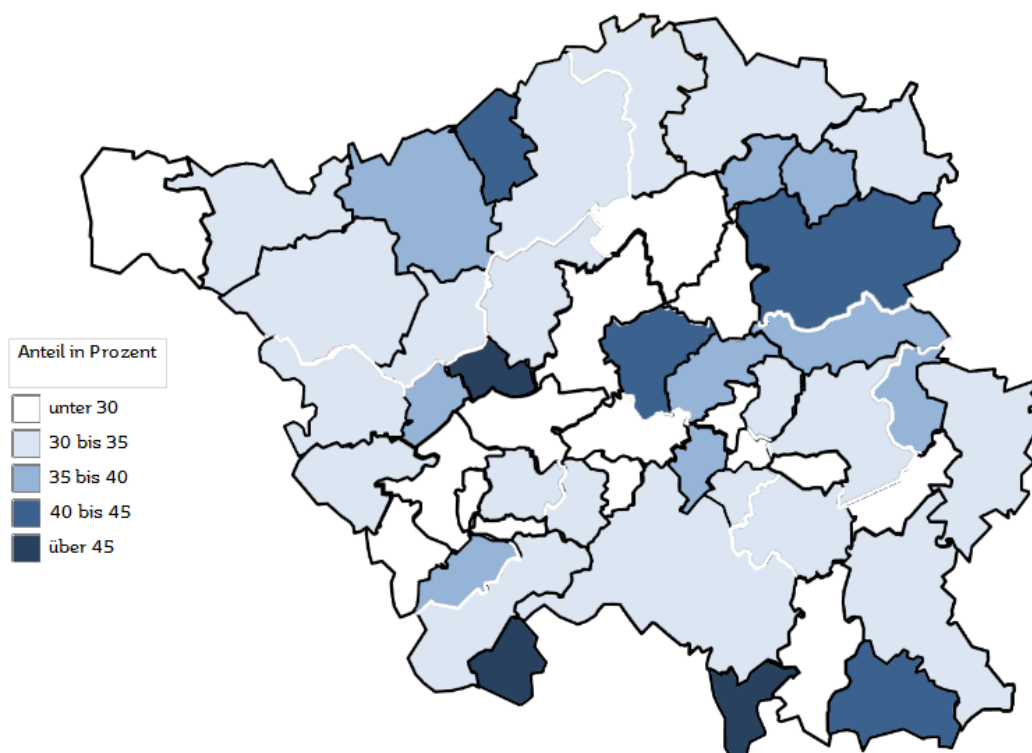
Auf Kreisebene schwankt der Anteil der Kinder, die an wenigstens einer Fördermaßnahme teilgenommen hatten, zwischen 31,1 % im Landkreis Saarlouis und 34,8 % im Landkreis Neunkirchen. Eine differenzierte Darstellung nach Geschlecht findet sich in Abbildung 25. Dabei wird deutlich, dass im Landkreis Merzig-Wadern die größten und im Landkreis Neunkirchen die geringsten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Wahrnehmung von Förderangeboten bestehen.

Abb. 25 Kinder mit Fördermaßnahmen nach Geschlecht und Landkreisen



Auf Gemeindeebene ist die Spannweite noch größer; hier liegt der Anteil der Kinder, die an Fördermaßnahmen teilgenommen hatten oder zum Untersuchungszeitpunkt teilnahmen, zwischen 15,5 % in Ensdorf und 47,3 % in Nalbach. Während beim Einschuljahrgang 2013/2014 nur sieben Kommunen eine Teilnahmequote an Fördermaßnahmen unter 30 % aufweisen, sind es beim Einschuljahrgang 2017/2018 16 Gemeinden (vgl. Abbildung 26).

Abb. 26 Kinder mit Fördermaßnahmen nach Kommunen

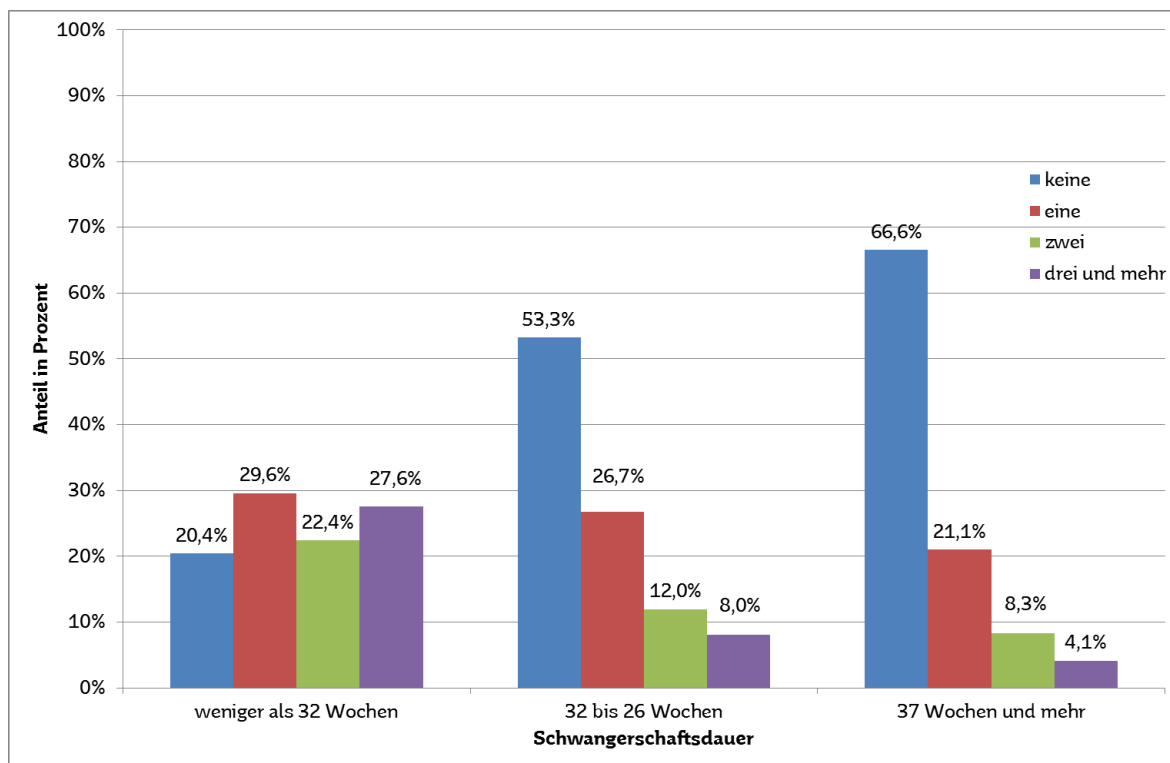


Die regionalen Unterschiede lassen sich nicht allein aus den bestehenden Entwicklungsrückständen erklären. Sie bilden auch ab, wie aufmerksam die für die Kinder Verantwortlichen diese beobachten und so Entwicklungsrückstände rechtzeitig entdecken und behandeln lassen. Die Unterschiede können aber auch das vorhandene bzw. regional erreichbare Therapieangebot widerspiegeln.

61,5 % der Jungen (2.549 Kinder) und 73,3 % der Mädchen (2.895 Kinder) hatten vor der Einschulungsuntersuchung nie an einer Fördermaßnahme teilgenommen. Bei 22,0 % der Jungen (911 Kinder) und 18,1 % der Mädchen (715 Kinder) ist die Teilnahme an einer einzigen Fördermaßnahme, bei 10,9 % der Jungen (453 Kinder) und 5,5 % der Mädchen (217 Kinder) an zwei Fördermaßnahmen sowie bei 5,7 % der Jungen (235 Kinder) und 3,0 % der Mädchen (120 Kinder) an drei bis sechs Fördermaßnahmen dokumentiert.

Besonders deutlich ist der Zusammenhang zwischen dem Förderbedarf und der Dauer der Schwangerschaft. Fast vier Fünftel der Kinder (79,6 %, 78 Kinder), die vor der 32. Schwangerschaftswoche geboren wurden, benötigten eine bzw. mehrere Fördermaßnahmen. Der Anteil in dieser Gruppe ist damit im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 um ca. acht Prozentpunkte gestiegen und zwar v.a. bei den Kindern, die drei und mehr Fördermaßnahmen in Anspruch nahmen (2013/2014: 19,7 %, 2017/2018: 27,6 %). Im Vergleich dazu liegt der Anteil der Kinder mit Fördermaßnahmen bei den reifgeborenen Kindern nur bei einem Drittel (33,4 %, 2.056 Kinder) (vgl. Abbildung 27).

Abb. 27 Kinder mit Fördermaßnahmen nach Schwangerschaftsdauer und Anzahl der Maßnahmen



4.4.1 Frühförderung

Frühförderung als ganzheitliches Förderkonzept berücksichtigt alle Aspekte der kindlichen Entwicklung im psychomotorischen, kognitiven, kommunikativen, sozialen und emotionalen Bereich. Die Förderung ist kindzentriert unter Einbeziehung des familiären Umfeldes. Von 8.095 Kindern (98,6 %) liegen Angaben über Frühförderung vor. Von ihnen gaben 1.070 Kinder (13,2 %) an, eine Förderung erhalten zu haben. Der Anteil der Jungen liegt mit 16,3 % (674 Kinder) höher als bei den Mädchen mit 10,0 % (396 Kinder). Die Zahlen sind vergleichbar mit denen des Einschuljahrgangs 2013/2014.

Der Anteil von Kindern ohne Migrationshintergrund, die an einer Frühförderung teilgenommen hatten, hat im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 etwas zugenommen und liegt mit 13,1 % (748 Kinder) nun nahezu gleichauf wie der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund mit 13,6 % (293 Kinder).

Der Anteil geförderter Kinder im Zeitverlauf seit dem Jahr 2005, differenziert nach vorliegendem Migrationshintergrund, ist in Tabelle 23 dargestellt. Zu sehen sind eine Zunahme der Inanspruchnahme der Frühförderung bis zum Jahr 2011 und ein diskontinuierlicher Rückgang ab dem Jahr 2012 bei den Kindern mit Migrationshintergrund von 18,2 % auf 13,7 % im Jahr 2017. Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund ist zwar auch ein Rückgang zu verzeichnen, der aber nicht so hoch ausfällt: von 14,9 % im Jahr 2011 auf 13,1 % im Jahr 2017.

Tab. 23 Anteil der Einschul Kinder mit Frühförderung nach vorliegendem Migrationshintergrund von 2005 bis 2017

Anteil Kinder in Frühförderung nach Einschuljahr	Kinder ohne Migrationshintergrund	Kinder mit Migrationshintergrund
2005	11,5 %	12,9 %
2006	11,5 %	13,5 %
2007	13,0 %	15,5 %
2008	14,2 %	16,2 %
2009	13,8 %	15,7 %
2010	14,2 %	18,2 %
2011	14,9 %	18,2 %
2012	13,6 %	16,7 %
2013	12,0 %	13,9 %
2014	13,4 %	16,4 %
2015	13,4 %	15,6 %
2016	11,9 %	12,9 %
2017	13,1 %	13,6 %

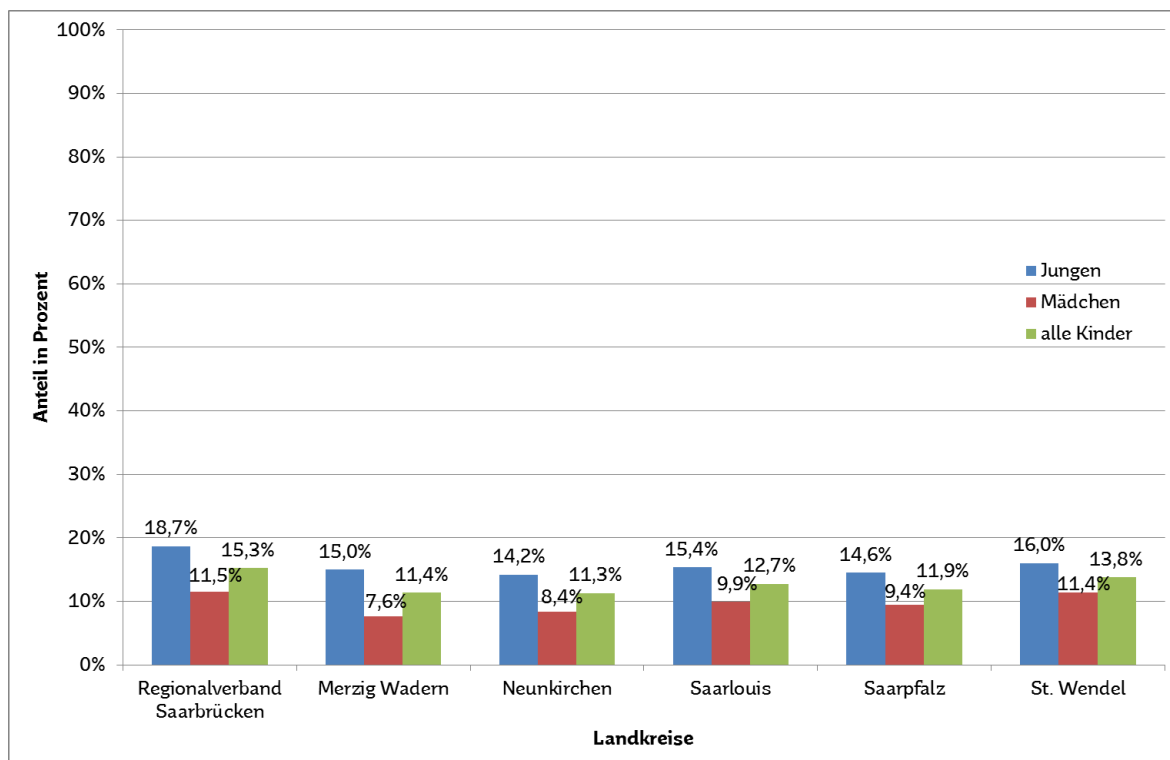
Des Weiteren gibt es Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Frühförderung je nach Bildungshintergrund der Eltern. Sie ist am niedrigsten bei Kindern, von denen mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife hatte (6,8 %, 245 Kinder) und steigt mit abnehmendem Bildungsgrad der Eltern auf 45,9 % (17 Kinder) bei Kindern, von denen mindestens ein Elternteil einen Förderschulabschluss hatte (vgl. Tabelle 24).

Tab. 24 Teilnahme an Frühförderung nach Bildungsabschluss der Eltern

Bildungsabschluss der Eltern	Teilnahme	
	Anzahl	%
mind. 1 Elternteil Abitur/Fachhochschulreife	245	6,8
mind. 1 Elternteil mittlere Reife	306	15,0
mind. 1 Elternteil Hauptschulabschluss	313	26,1
mind. 1 Elternteil Förderschulabschluss	17	45,9
kein Schulabschluss	13	14,8

Große Unterschiede in der Inanspruchnahme von Frühfördermaßnahmen zwischen den Landkreisen sind im Gegensatz zum Einschuljahrgang 2013/2014 nicht mehr zu erkennen. Die Quote liegt zwischen 11,3 % (111 Kinder) in Neunkirchen und 15,3 % (417 Kinder) im Regionalverband Saarbrücken (vgl. Abbildung 28). Die noch bestehenden Unterschiede können einerseits auf unterschiedliche Förderbedürftigkeit im Hinblick auf spezielle Förderaspekte und andererseits auf unterschiedliche Zugangswege zur Frühförderung hinweisen.

Abb. 28 Anteil der Kinder mit Frühförderung nach Geschlecht und Landkreisen



4.4.2 Logopädie

Logopädie als Einzelmaßnahme oder im Rahmen der Komplexleistung wird bei Auffälligkeiten der Sprachentwicklung wie Sprachentwicklungsverzögerungen, Sprach- und Sprechstörungen durchgeführt.

Von 8.096 Kindern (98,6 %) liegen Angaben zur Teilnahme an Logopädie vor. Von ihnen hatten 1.793 Kinder (22,1 %) eine Logopädie erhalten oder waren zum Untersuchungszeitpunkt noch in Therapie. Dies sind ca. drei Prozentpunkte weniger als beim Einschuljahrgang 2013/2014.

An dieser Fördermaßnahme nahmen ebenfalls deutlich mehr Jungen (1.094 Kinder, 26,4 %) teil als Mädchen (698 Kinder, 17,7 %). Weiterhin erhielten mit 24,4 % (1.397 Kinder) mehr Kinder ohne Migrationshintergrund eine logopädische Therapie als Kinder mit Migrationshintergrund mit 16,9 % (364 Kinder). Bei letztgenannter Gruppe liegt der Anteil um ca. sechs Prozentpunkte niedriger als beim Einschuljahrgang 2013/2014.

Wenngleich auch unterschiedliche Teilnahmeraten an Logopädie je nach Bildungshintergrund der Eltern festgestellt werden können, sind die Unterschiede zwischen den Bildungsgraden im Vergleich zur Frühförderung weniger groß (vgl. Tabelle 25).

Tab. 25 Teilnahme an Logopädie nach Bildungsabschluss der Eltern

Bildungsabschluss der Eltern	Teilnahme	
	Anzahl	%
mind. 1 Elternteil Abitur/Fachhochschulreife	711	19,6
mind. 1 Elternteil mittlere Reife	519	25,5
mind. 1 Elternteil Hauptschulabschluss	328	27,3
mind. 1 Elternteil Förderschulabschluss	19	51,4
kein Schulabschluss	8	9,1

4.4.3 Krankengymnastik

Krankengymnastik unterstützt Therapie und Pflege durch planmäßigen abgestuften Einsatz von passiven Maßnahmen und aktiver körperlicher Bewegungsübung unter Anleitung, z.B. bei Fehlhaltungen der Extremitäten und Wirbelsäule oder zentralen Bewegungsstörungen. Die Maßnahme wird besonders in den ersten beiden Lebensjahren ärztlich verordnet.

Angaben zur Nutzung der Maßnahme liegen von 8.090 Kindern (98,6 %) vor. Insgesamt hatten 611 Kinder (7,6 %) des Einschuljahrgangs 2017/2018 jemals Krankengymnastik erhalten oder erhielten sie zum Untersuchungszeitpunkt.

Differenziert nach Geschlecht betrachtet, hatten 349 Jungen (8,4 %) und 262 Mädchen (6,6 %) an einer Krankengymnastik teilgenommen. Kinder ohne Migrationshintergrund sind bei der Nutzung der Maßnahme mit 9,2 % (526 Kinder) mehr als doppelt so häufig vertreten als Kinder mit Migrationshintergrund (3,2 %, 70 Kinder). Der Bildungshintergrund hat im Vergleich zur Frühförderung oder Logopädie keinen nennenswerten Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft an Krankengymnastik.

4.4.4 Ergotherapie

Ergotherapie hat das Ziel, die Selbständigkeit durch die Förderung von Motorik, Koordination, Wahrnehmung und Kommunikation zu verbessern. Sie soll helfen, Entwicklungsverzögerungen und Folgeschäden bei chronischen Erkrankungen oder Behinderungen zu reduzieren oder zu vermeiden.

Angaben zur Ergotherapie liegen von 8.092 Kindern (98,6 %) vor. Davon hatten 421 (5,2 %) eine Ergotherapie erhalten. Insgesamt hatten 298 Jungen (7,2 %) und 123 Mädchen (3,1 %) eine solche Maßnahme genutzt. Auch hier sind Kinder ohne Migrationshintergrund mit 6,1 % (350 Kinder) deutlich häufiger vertreten als Kinder mit Migrationshintergrund mit einem Anteil von 2,7 % (58 Kinder). Zudem ist bei Kindern, bei denen mindestens ein Elternteil einen Förderschulabschluss hatte, mit 24,3 % (9 Kinder) eine höhere Teilnahmerate festzustellen als bei Kindern, deren Eltern einen höheren Bildungsgrad besitzen (mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife: 4,5 %, 162 Kinder; mindestens ein Elternteil Mittlere Reife: 6,2 %, 127 Kinder; mindestens ein Elternteil Hauptschulabschluss: 6,2 %, 75 Kinder).

4.4.5 Fördermaßnahme zur Integration in Regelkindergarten/Besuch integrativer Kindergarten

Kinder, die aufgrund einer Behinderung einen intensiven Förderbedarf haben, werden im Förderkindergarten oder im Regelkindergarten mit Unterstützung von Integrationshelfern betreut.

Zur Teilnahme an dieser Maßnahme liegen von 8.091 Kindern (98,6 %) Angaben vor. Von ihnen hatten 273 Kinder (3,4 %) das Angebot zur Integration in den Regelkindergarten genutzt, davon 182 Jungen (4,4 %) und 91 Mädchen (2,3 %). Unterschiede bei der Teilnahme an Integrationsmaßnahmen nach vorliegendem Migrationshintergrund können nicht festgestellt werden. So wurden 3,5 % der Kinder ohne Migrationshintergrund (200 Kinder) und 3,1 % der Kinder mit Migrationshintergrund (67 Kinder) in integrativen Angeboten betreut. Allerdings nimmt die Teilnahmerate mit steigendem Bildungsgrad der Eltern ab von 16,2 % (6 Kinder) bei Kindern, bei denen mindestens ein Elternteil einen Förderschulabschluss hatte, bis zu 2,0 % (74 Kinder) bei Kindern bei denen mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife besaß. Kinder von Eltern ohne Schulabschluss partizipierten nicht an dieser integrativen Maßnahme (vgl. Tabelle 26).

Tab. 26 Teilnahme an Fördermaßnahmen zur Integration in Regelkindergarten/Besuch integrativer Kindergarten nach Bildungsabschluss der Eltern

Bildungsabschluss der Eltern	Teilnahme	
	Anzahl	%
mind. 1 Elternteil Abitur/Fachhochschulreife	74	2,0
mind. 1 Elternteil mittlere Reife	75	3,7
mind. 1 Elternteil Hauptschulabschluss	69	5,7
mind. 1 Elternteil Förderschulabschluss	6	16,2
kein Schulabschluss	0	0

4.4.6 Weitere Fördermaßnahmen

Die Inanspruchnahme weiterer Fördermaßnahmen wurde bei 94 von 8.090 Kindern (1,2 %), die hierzu Angaben gemacht haben (98,6 %), genannt. Hiervon hatten 28 Kinder eine integrative Kindertageseinrichtung besucht (17 Jungen und 11 Mädchen). Zudem gaben 40 Jungen und 26 Mädchen die Teilnahme an sonstigen Fördermaßnahmen (z.B. therapeutisches Reiten) an.

5 Untersuchungsbefunde

Die Untersuchung umfasst u. a. die Überprüfung der Sinnesorgane mit Durchführung von Hör- und Sehtests, die Erhebung von Körpergewicht und Körpergröße mit Berechnung des Body Mass-Index (BMI), die körperliche Untersuchung sowie ein umfassendes Screening hinsichtlich verschiedener Entwicklungsauffälligkeiten.¹¹ Im Folgenden werden einige ausgewählte Befunde dargestellt.

5.1 Sinnesorgane

Unerkannte Störungen der Hör- und Sehfunktionen können das Lernverhalten beeinträchtigen und zu Fehlbeurteilungen der schulischen Leistungsfähigkeit führen. Daher ist es eine vordringliche Aufgabe, vor Schulbeginn noch nicht erkannte oder unzureichend behandelte Seh- und Hörstörungen festzustellen. Gleichzeitig kann der Anteil bereits in Therapie oder Kontrolle befindlicher Kinder ermittelt werden. Auch bei anderen unbehandelten krankhaften Befunden im Bereich der Augen und Ohren, z.B. bei Infektionen, wird eine weitergehende ärztliche Abklärung angeraten.

5.1.1 Überprüfung des Sehvermögens

Zur Überprüfung der Sehschärfe wird der LEA-Sehschärfetest mit den Test-Symbolen nach Prof. Lea Hyvärinen für das Sehen in der Nähe und der Ferne verwendet. Der Test basiert auf Karten/Tafeln mit gut erkennbaren Formen und ist damit auch unabhängig von erlernten Begrifflichkeiten oder Deutschkenntnissen einsetzbar. Der Test ist gegen die Landoltringe evaluiert und wird für beide Augen getrennt durchgeführt.

In der Ferne erfolgt die seitengetrennte Überprüfung bis Visusstufe 1,0 und zusätzlich eine Testung auf Weitsichtigkeit (Hyperopie-Test mit +2 Dioptrien Brille). Die Überprüfung des Sehens in der Nähe erfolgt beidäugig bis Visus 0,8. Mittels Lang-Test wird das räumliche Sehen (Stereosehen) und mit den Ishihara Tafeln das Farbsehen überprüft.

Der Test zur Bestimmung der Sehschärfe ergab bei 2.603 Kindern (31,7 %) einen auffälligen Befund, und zwar nach Geschlecht relativ gleich verteilt bei 1.341 Jungen (31,9 %) und 1.262 Mädchen (31,6 %).

Davon erhielten 1.911 Kinder (23,3 % der Kinder insgesamt) eine Arztüberweisung zur Abklärung des Befunds, davon 1.008 Jungen (24,0 %) und 903 Mädchen (22,6 %). Mit 27,6 % liegt der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund (610 Kinder) höher als der der Kinder ohne Migrationshintergrund (21,6 %, 1.246 Kinder).

Die Quote der abklärungsbedürftigen Befunde ist zudem niedriger, je höher der Bildungsgrad der Eltern ist: mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife: 20,6 % (745 Kinder), mindestens ein Elternteil mittlere Reife: 23,3 % (476 Kinder), mindestens ein Elternteil Hauptschulabschluss: 27,5 % (331 Kinder), mindestens ein Elternteil Förderschulabschluss: 35,1 % (13 Kinder), beide Eltern kein Schulabschluss: 36,0 % (32 Kinder). Unter den abklärungsbedürftigen Befunden befinden sich auch 163 Kinder mit Brille (s.u.).

¹¹ Die Untersuchung wird i.d.R. bei allen Kindern durchgeführt, so dass eine Nennung der Anzahl der Kinder, von denen zum jeweiligen Aspekt Angaben vorliegen entbehrlich ist. Sollte nur von einem Teil der Kinder Daten vorliegen (z.B. weil einzelne Teile der Untersuchung verweigert wurden), wird dies kenntlich gemacht.

Von insgesamt 569 Kindern mit abklärungsbedürftigem Befund liegt eine Rückmeldung des Augenarztes, der nach der Untersuchung konsultiert wurde, vor. In zwei Drittel der Fälle (66,6 %) wurde der Befund der Einschulungsuntersuchung vom Augenarzt bestätigt.

675 Kinder mit einer Beeinträchtigung der Sehschärfe (8,2 %) befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt in augenärztlicher Behandlung. 397 (4,8 %) waren in regelmäßiger augenärztlicher Kontrolle ohne aktuellen Korrekturbedarf.

Eine Störung des beidäugigen Sehens (Strabismus, Schielen) wurde bei 367 Kindern (4,5 %) im Rahmen der Untersuchung festgestellt. Davon befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt 196 Kinder (2,4 %) in Behandlung. Bei 171 Kindern (2,1 %) wurde diese Auffälligkeit bei der Einschulungsuntersuchung erstmals diagnostiziert und eine augenärztliche Abklärung empfohlen.

Bei zwölf Kindern, fünf Jungen und sieben Mädchen, bestand ein Nystagmus, eine Bewegungsstörung der Augen, die mit einer ruckartigen Bewegung der Augen einhergeht und ein Fixieren erschwert bzw. verhindert; daraus resultiert eine massive Sehbehinderung.

Eine einseitige hochgradige Sehminderung fand sich bei drei Kindern. Sieben Kinder litten unter einer hochgradigen Sehstörung bzw. Blindheit beider Augen. Davon hatten die meisten Kinder vorschulische Einrichtungen mit Fördermaßnahmen zur Integration besucht (wie z.B. einen integrativen Kindergarten).

Insgesamt waren 891 Kinder (10,9 %) Brillenträgerinnen und -träger, davon hatten 64 Kinder ihre Brille beim Untersuchungstermin nicht dabei. Jungen und Mädchen sind nahezu gleichhäufig vertreten (Jungen: 10,4 %, 437 Kinder; Mädchen: 11,4 %, 454 Kinder). Kinder ohne Migrationshintergrund trugen mit 12,0 % häufiger Brillen (691 Kinder) als Kinder mit Migrationshintergrund (8,2 %, 182 Kinder). Bei 403 der Brillenträgerinnen und -trägern (45,2 %) war der Visus bei guter augenärztlicher Kontrolle noch nicht voll korrigiert, bei 252 (28,3 %) war er ausreichend korrigiert. 163 Kindern (18,3 %) wurde die Vorstellung beim Augenarzt empfohlen.

Eine Farbsinnschwäche, meist eine Rot-Grün-Schwäche, wurde bei 150 Kindern (1,8 %) festgestellt. Bei 38 Kindern (0,5 % der Kinder insgesamt) war die Farbsinnschwäche bereits vor der Einschulungsuntersuchung bekannt gewesen. Es handelt sich um eine überwiegend das männliche Geschlecht betreffende Beeinträchtigung unterschiedlichen Schweregrades (nur vier festgestellte Farbsinnschwächen bei Mädchen), die nicht therapierbar ist, aber im Hinblick auf Unterrichtsmaterialien und die spätere Berufswahl beachtet werden muss.

Sonstige pathologische Befunde am Auge wurden bei 47 Kindern (0,6 %) festgestellt.

5.1.2 Überprüfung des Hörvermögens

Die Überprüfung des Hörvermögens erfolgt mit einem Audiometer. Es werden bei 30 dB die Frequenzspektren von 250 Hz- 6000 Hz getrennt für beide Ohren überprüft. Darüber hinaus erfolgt eine Untersuchung des äußeren Gehörganges mit Inspektion des Ohres.

Insgesamt 727 Einschulkinder (8,9 %) hatten einen auffälligen Hörtest (Jungen: 8,6 %, 361 Kinder; Mädchen: 9,2 %, 366 Kinder). Davon wurde bei 551 Kindern (6,7 % der Kinder insgesamt, 75,8 % der Kinder mit auffälligem Hörtest) den Eltern zur weiteren Abklärung ein Arztbesuch empfohlen. Die übrigen waren zum Untersuchungszeitpunkt bereits in Behandlung bzw. war die dauerhafte Beeinträchtigung bekannt. Bei 104 Kindern mit auffälligem Hörtest

(14,3 %) besteht zum Untersuchungszeitpunkt gleichzeitig ein Infekt der oberen Luftwege, der unter Umständen auch für eine Hörbeeinträchtigung mitverantwortlich ist.

Bei 112 der Jungen (31,0 %) und 81 der Mädchen (22,1 %) mit auffälligem Hörtest war bereits eine Adenotomie durchgeführt, d.h. die Rachenmandel (Polypen) entfernt worden. Dies kann der Verbesserung der Belüftung dienen. Oftmals sind wiederkehrende Infekte und/oder Allergien für diese länger anhaltenden Hörstörungen mitverantwortlich.

Sechs Kinder (je drei Jungen und Mädchen) hatten eine hochgradig einseitige, 13 Kinder (sieben Jungen und sechs Mädchen), hatten eine hochgradig beidseitige Hörbehinderung bzw. Taubheit. Acht der 13 beidseitig hörbehinderten Kinder hatten vorschulische Einrichtungen mit Fördermaßnahmen zur Integration besucht (z.B. einen integrativen Kindergarten). Ebenfalls sieben der 13 beidseitig hochgradig schwerhörigen Kinder waren mit einem Hörgerät versorgt, fünf mit einem Cochlea-Implantat. Von den sechs Kindern mit einseitiger hochgradiger Hörminderung trugen drei ein Hörgerät.

5.2 Körpergewicht und Größe

5.2.1 Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas (Fettsucht) bei Kindern stellen weltweit ein erhebliches Gesundheitsrisiko und eine Herausforderung für Public Health dar. Wenngleich ungefähr seit Beginn der 2000er Jahre sich der Trend zunehmender Übergewichts- und Adipositasprävalenzen bei Heranwachsenden für viele Länder mit hohem Einkommensniveau nicht weiter fortsetzt und auch die Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 (2017 bis 2017) für Deutschland zeigen, dass kein weiterer Anstieg im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) festzustellen ist, sind die Prävalenzen von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren dennoch hoch: Übergewicht (einschließlich Adipositas): 15,4 %, Adipositas: 5,9 %. Geschlechtsspezifische Unterschiede liegen nicht vor. Die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen nehmen mit steigendem Alter zu. Bei den 3- bis 6-jährigen Mädchen liegt die Prävalenz von Übergewicht (einschließlich Adipositas) bei 10,8 % und von Adipositas bei 3,2 %; bei den 3- bis 6-jährigen Jungen liegen die Anteile bei Übergewicht (einschließlich Adipositas) bei 7,3 % und bei Adipositas bei 1,0 %. Zudem kann festgestellt werden, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status deutlich häufiger übergewichtig/adipös sind als Gleichaltrige aus einer höheren Statusgruppe (vgl. Schienkiewitz et al. 2018).

Die Ursachen für Übergewicht und Adipositas sind vielschichtig: Neben einer sicherlich vorhandenen genetischen Veranlagung insbesondere bei extremem Übergewicht sind es vor allem Über- und Fehlernährung sowie der Bewegungsmangel. Häufig fehlt das Bewusstsein, dass insbesondere Adipositas keine Abweichung von der Norm darstellt, sondern ein ernst zu nehmendes Krankheitsbild ist, das behandelt werden muss. Adipositas ist ein signifikanter Risikofaktor für eine Reihe von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Stoffwechselstörungen wie Diabetes mellitus und Gicht. Neben diesen organischen Beeinträchtigungen führt Adipositas bei Kindern häufig zu psychischen Problemen wie Gehemmtheit und Minderwertigkeitskomplexen, die wiederum durch Essen kompensiert werden.

Zur Bewertung des Gewichts wird der Body Mass-Index (BMI) nach den Leitlinien der „Arbeitsgruppe Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) herangezogen. Da der Bodymassindex alters- und geschlechtsabhängig ist, müssen im Kindesalter BMI-Referenzkurven verwendet werden. Die AGA empfiehlt für Größe und Gewicht die Verwendung der Referenz nach

Kromeyer-Hauschild. Übergewichtig sind die Kinder mit einem BMI zwischen der 90er und 97er-Percentile. Adipös sind Kinder, deren BMI oberhalb der 97er-Percentile liegt.

Von 8.095 Kindern (98,6 %) liegen Angaben zum BMI vor. Davon waren insgesamt 464 Kinder (5,7 %) übergewichtig und 379 Kinder (4,7 %) adipös. 226 Jungen (5,5 %) waren zum Untersuchungszeitpunkt übergewichtig und 195 (4,7 %) adipös. Der Anteil der übergewichtigen Mädchen liegt bei 6,0 % (238 Kinder) und ist damit etwas höher als der der Jungen. Bei 184 Mädchen (4,7 %) lag eine Adipositas vor. 91 Kindern mit starkem Übergewicht (24,0 % der adipösen Kinder) wurde eine ärztliche Abklärung und 161 Kindern (42,5 % der adipösen Kinder) eine Ernährungsberatung empfohlen.

Wird nach vorliegendem Migrationshintergrund der Kinder unterschieden, so waren 267 bzw. 12,3 % der Kinder mit Migrationshintergrund übergewichtig oder adipös. Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund waren es 563 Kinder bzw. 9,9 %.

Des Weiteren sind Unterschiede bei der Verteilung des Übergewichts nach Bildungshintergrund der Eltern zu erkennen. So waren 264 Kinder bzw. 7,3 % der Kinder, von denen mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife hatte, übergewichtig oder adipös. Im Vergleich dazu hatten 194 Kinder bzw. 16,0 % der Kinder, von denen mindestens ein Elternteil einen Förder- oder Hauptschulabschluss hatte, diese Gewichtsprobleme (vgl. Tabelle 27).

Tab. 27 übergewichtige und adipöse Kinder nach Bildungsabschluss der Eltern

Bildungsabschluss der Eltern	Übergewicht		Adipositas		Gesamt (Übergewicht oder Adipositas)	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
mind. 1 Elternteil Abitur/Fachhochschulreife	160	4,4	104	2,9	264	7,3
mind. 1 Elternteil mittlere Reife	132	6,6	120	6,0	252	12,5
mind. 1 Elternteil Hauptschulabschluss/mind. 1 Elternteil Förderschulabschluss*	98	8,1	96	7,9	194	16,0
kein Schulabschluss	6	6,8	6	6,8	12	13,6

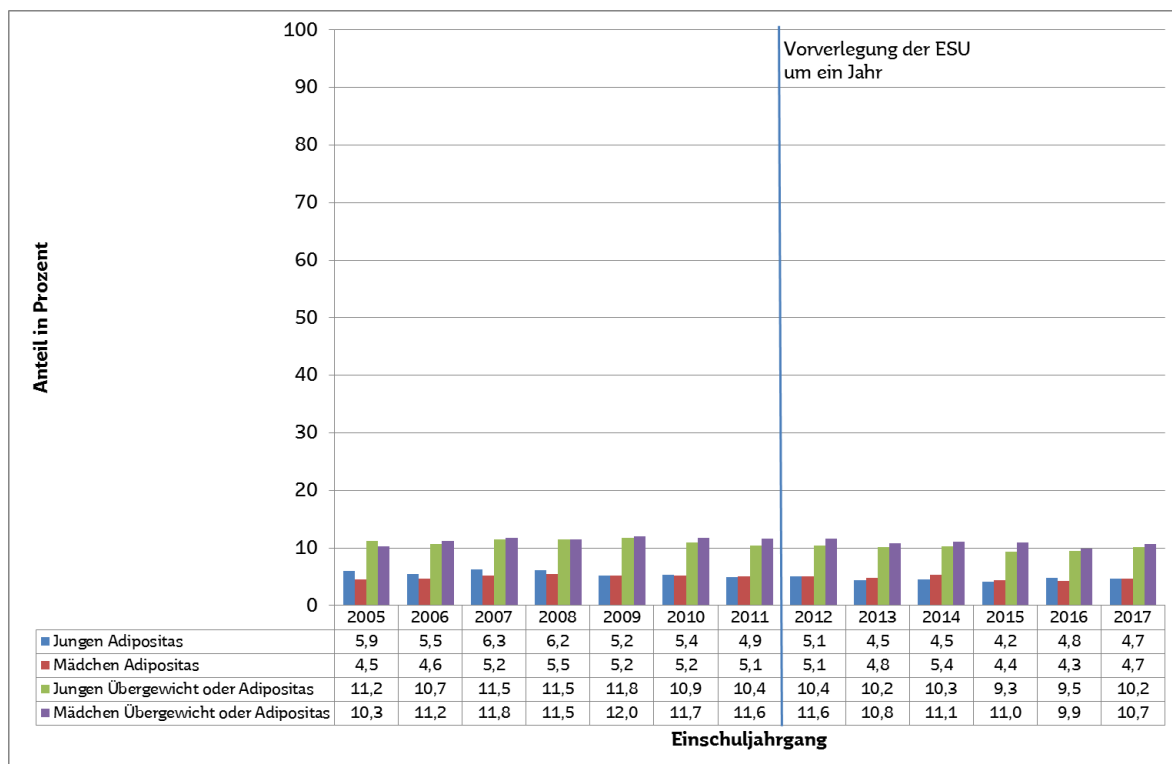
* aus Datenschutzgründen zusammengefasst

Wird die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei den saarländischen Schulanfängerinnen und -anfängern seit dem Jahr 2005 betrachtet, so ist bis zum Jahr 2009 – mit Schwankungen – ein Anstieg auf bis zu ca. 12 % zu verzeichnen. Von 2009 bis 2012 bleibt v.a. der Anteil adipöser Kinder in etwa konstant bei ca. 5 %, sinkt seit 2013 aber unter die Fünf-Prozentmarke und bleibt – bis auf die Ausnahme in 2014 bei den Mädchen – relativ gleichbleibend auf diesem Niveau mit zuletzt jeweils 4,7 % bei Jungen und Mädchen. Seit 2013 ist zudem ein Rückgang beim Anteil adipöser oder übergewichtiger Kinder insgesamt zu verzeichnen, der sich seitdem auf ca. 10 % bei Jungen und ca. 11 % bei Mädchen hält.

Der geringe Rückgang seit 2013 und das seitdem vorliegende relativ konstante Niveau ist darauf zurückzuführen, dass die untersuchten Kinder im Durchschnitt jünger waren als in den Vorjahren und die allgemein zu beobachtende anteilige Zunahme von Übergewicht und Adipositas mit zunehmendem Alter hier noch weniger zu beobachten ist (vgl. Abbildung 29).

Die relative Konstanz beim Anteil übergewichtiger und adipöser Einschulkinderkinder im Saarland in den letzten Jahren entspricht auch der Entwicklung auf Bundesebene, die durch die KiGGS-Daten belegt wird (s.o.).

Abb. 29 Anteil übergewichtiger und adipöser Einschulkinder nach Geschlecht im Zeitraum 2005 bis 2017



5.2.2 Untergewicht

In der Diskussion um Übergewicht und Adipositas wird häufig das Problem der Untergewichtigkeit oder starken Untergewichtigkeit bei Schulanfängern wenig beachtet. Ursachen können neben niedrigem Geburtsgewicht, chronischen Erkrankungen und Infektanfälligkeit mit entsprechendem Appetitmangel auch Fehl- und Mangelernährung sein.

Von den Einschulkindern 2017/2018 waren mit 853 Kindern (10,5 %) etwas mehr Kinder untergewichtig oder stark untergewichtig als übergewichtig und adipös (10,4 %; vgl. Kapitel 5.2.1). Jungen waren mit 11,1 % (460 Kinder) häufiger von Untergewicht und starkem Untergewicht betroffen als Mädchen mit 10,0 % (393 Kinder). Von den 285 Kindern mit starkem Untergewicht war aber nur bei 11 (3,9 % der Kinder mit starkem Untergewicht) eine ärztliche Abklärung erforderlich, und 27 (9,5 % der Kinder mit starkem Untergewicht) befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt gerade in ärztlicher Behandlung. D.h. in 86,6 % der Fälle von starkem Untergewicht handelt es sich um Befunde, die keinen Anlass für weitere Maßnahmen gaben.

5.2.3 Kleinwuchs und Hochwuchs

Hochwuchs ist definiert als eine Körperlänge, die oberhalb der 97. Perzentile gesunder Kinder nach den Referenzperzentilen von Kromeyer-Hauschild liegt, Kleinwuchs als eine Körpergröße unterhalb der 3. Perzentile.

Zur Größenabweichung liegen Angaben von 8.095 Kindern (98,6 %) vor. Insgesamt waren 281 (3,5 %) klein- und 169 (2,1 %) hochwüchsig. Bei den Jungen waren 126 (3,0 %) kleinwüchsig und 88 (2,1 %) hochwüchsig. Dagegen waren 155 Mädchen (3,9 %) zu klein und 81 zu groß (2,1 %). Auch hier wurde fallbezogen eine ärztliche Abklärung empfohlen, und zwar bei 26 kleinwüchsigen Kindern (9,2 % der kleinwüchsigen Kinder) und drei hochwüchsigen Kindern (1,8 % der hochwüchsigen Kinder).

5.3 Sonstige Untersuchungsbefunde

5.3.1 Hauterkrankungen

Affektionen der Haut haben unterschiedliche Ursachen: häufig sind sie durch Allergien oder durch Infektion ausgelöst. Bei 839 Kindern (10,2 %) konnten laut Untersuchungsergebnissen Hautveränderungen festgestellt werden. Hierzu zählen Veränderungen aufgrund atopischer Dermatitis (Neurodermitis), Kontaktdermatitis, sonstige Allergien, Psoriasis (Schuppenflechte), Warzen, Neurofibromatose Typ 1, Naevi und sonstige auffallende Hautveränderungen. Mädchen waren mit 10,6 % (424 Kinder) etwas häufiger davon betroffen als Jungen (9,9 %, 415 Kinder). Zudem hatten Kinder ohne Migrationshintergrund mit 10,9 % (629 Kinder) vergleichsweise häufiger eine Hauterkrankung als Kinder mit Migrationshintergrund (8,2 %, 181 Kinder).

Häufigste Einzelerkrankung war Neurodermitis bei 339 Kindern (4,1 %). Kontaktdermatitis und sonstige allergische Hauterkrankungen wurden bei 48 Kindern (0,6 %) und Warzen bei 62 Kindern (0,8 %) festgestellt. Fünf Kinder (0,1 %) hatten Schuppenflechte, sechs Kinder (0,1 %) Neurofibromatose; Akne trat in den Befunden nicht auf. Sonstige Befunde gab es bei 342 Kindern (4,2 %), davon 257 (75,1 % der sonstigen Hautbefunde) überwiegend leichte Hautanomalien ohne Therapiebedarf. Ein besonderes Augenmerk gilt dem Auftreten von Naevi (Pigmentflecken), da dies auf eine Bereitschaft zur Karzinomentwicklung hindeuten kann. Nach den Kriterien der dermatologischen Fachgesellschaften fanden sich bei 83 Kindern (1,0 %) multiple Naevi, davon waren etwa die Hälfte (44 Kinder, 53,0 % der Kinder mit Naevi) multiple reizlose Naevi, bei denen eine jährliche Kontrolle beim Hautarzt angeraten wurde. Mädchen und Jungen waren vom Auftreten der Naevi mit 41 bzw. 42 Fällen gleich häufig betroffen.

5.3.2 Allergien

Wie schon in Kapitel 3.3.2 ausgeführt, haben die Eltern bei insgesamt 808 von 8.090 Kindern (10,0 %) eine Allergie, bei 594 Kindern (7,3 %) Neurodermitis, bei 644 Kindern (8,0 %) Asthma/Chronische Bronchitis als Vorerkrankung im Fragebogen angeben (z.T. mit Mehrfachnennung).

Zum Zeitpunkt der Untersuchung konnten bezüglich folgender Allergien auffällige Befunde festgestellt werden: Neurodermitis: 339 Kinder (4,1 %), Kontaktdermatitis: sieben Kinder (0,1 %), allergische Rhinitis (Heuschnupfen): 87 Kinder (1,1 %), Asthma bronchiale: 177 Kinder (2,2 %), sonstige Allergie: 41 Kinder (0,5 %).

5.3.3 Bewegungsorgane

Im Rahmen der Einschuluntersuchung werden auch der Muskel- und Skelettsystem untersucht. Zur normalen Entwicklung des Muskel- und Skelettsystems sind altersentsprechend ausreichende Bewegung und Ernährung erforderlich.

Bei insgesamt 1.256 Kindern (15,3 %) konnte eine Auffälligkeit oder Erkrankung im Bereich des Muskel-Skelett-Systems festgestellt werden. Dies sind drei Prozentpunkte weniger als beim Einschuljahrgang 2013/2014. Jungen waren mit 16,6 % (697 Kinder) häufiger betroffen als Mädchen mit 14,0 % (558 Kinder).

In den allermeisten Fällen (78,6 %, 935 Kinder) handelte es sich um leichtere Befunde, die keine Maßnahmen erforderten. 185 Kinder (15,5 % der erkrankten Kinder) befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung zu mindestens einer Erkrankung im Bereich des Muskel- und Skelettsystems in ärztlicher Behandlung, bei 16 Kindern (1,3 % der erkrankten Kinder) führte mindestens eine Indikation zu einer schweren Funktionseinschränkung. Bei 54 Kindern (4,5 % der erkrankten Kinder) wurde eine ärztliche Abklärung zu mindestens einer Erkrankung empfohlen.¹²

Insbesondere die Haltungsschwäche durch unzureichendes Training der Bauch- und Rückenmuskulatur kann zu Fehlhaltungen und frühzeitigen Rückenbeschwerden führen. Sie konnte bei 475 Kindern (5,8 %) diagnostiziert werden. Davon betrieben 202 (42,5 %) laut eigenen Angaben regelmäßig Sport. 421 Kindern (88,6 %) wurde Sport angeraten. 347 Kinder mit Haltungsschäden hatten Normalgewicht (73,5 %), 80 (16,9 %) waren übergewichtig oder adipös und 45 (9,5 %) waren untergewichtig oder stark untergewichtig.

Skoliosen, meist angeborene, seitliche Verbiegungen der Wirbelsäule, wurden bei 35 Kindern (0,4 %), ein Beckenschiefstand bei 56 Kindern (0,7 %) und eine Deformation des Brustkorbs bei 36 Kindern (0,4 %) festgestellt. Fehlstellungen der Kniegelenke fanden sich bei 97 Kindern (1,2 %). Hiervon waren 18 Kinder (18,6 %) mit einer Fehlstellung der Kniegelenke übergewichtig und 61 Kinder adipös (62,9 %) (vgl. Tabelle 28).

Diese Befunde zeigen die Folgen von Bewegungsmangel und Überernährung bereits in dieser Altersgruppe deutlich auf. Den Eltern der betroffenen Kinder wurde – sofern noch nicht in Behandlung – eine ärztliche Abklärung angeraten und empfohlen, auf eine adäquate Bewegungsförderung der Kinder zu achten und Angebote von Sportvereinen zu nutzen.

¹² In dieser Darstellung sind aus Gründen der Eindeutigkeit der Resultate nur Ergebnisse von Kindern ausgewertet, die ausschließlich einer Kategorie zugeordnet werden können. D.h. Kinder, die bei mehreren Krankheiten im Bereich Muskel- und Skelettsystem jeweils unterschiedliche Befunde haben (z.B. einmal ärztliche Abklärung empfohlen und einmal bereits in ärztliche Behandlung) sind hier nicht enthalten. Dies trifft auf 66 Kinder zu. Dies ist bei der Interpretation der Prozentwerte zu berücksichtigen.

Tab. 28 Einschulkinder mit Befunden bei Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems

Krankheiten	Kinder mit Befund insgesamt		Davon: ärztliche Abklärung empfohlen		Davon: in Behandlung	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fußdeformität sonstige, z.B. Knick-senkfuß	674	8,2	29	4,3	128	19,0
Haltungsschwäche, muskuläre Hypotonie	475	5,8	14	2,9	40	8,4
Kniegelenkserkrankungen	97	1,2	3	3,1	9	9,3
Beckenschiefstand und/oder Hüftgelenkserkrankungen	56	0,7	17	30,4	10	17,9
Deformation Brustkorb (Trichter-/Kielbrust)	36	0,4	0	0,0	5	13,9
Skoliose	35	0,4	12	34,3	20	57,1
Klumpfuß	9	0,1	0	0,0	7	77,8
Muskeldystrophie, Myopathie	8	0,1	0	0,0	3	37,5
Juvenile chronische Arthritis (JCA)	6	0,1	0	0,0	5	83,3
Kyphose	3	0,0	1	33,3	1	33,3
Befund Muskel- und Skelettsystem sonstige	129	1,6	13	10,1	37	28,7

5.3.4 Weitere Untersuchungsbefunde

Wie die folgende Tabelle 29 zeigt, konnten bei den Kindern auch Befunde zu weiteren Krankheitsbildern festgehalten werden, bei denen teilweise eine ärztliche Abklärung angeraten wurde oder bei denen die Kinder in Behandlung waren. Die Tabelle enthält keine Angaben zu Fällen, die aktuell nicht therapiebedürftig sind, oder Kindern mit stark einschränkenden Erkrankungen und Behinderungen. Letztgenannte werden in Kapitel 5.3.5 dargestellt.

Tab. 29 Einschul Kinder mit Befunden bei verschiedenen Krankheiten

Krankheiten		Kinder mit Befund insgesamt		Davon: ärztliche Abklärung empfohlen		Davon: in Behandlung	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zahn- und Kiefererkrankungen	Karies	1.272	15,5	535	42,1	737	57,9
	Dentofaziale Anomalien	498	6,1	32	6,4	61	12,2
	Spaltbildungen	12	0,1	0	0,0	4	33,3
	Zahn- und Kiefererkrankungen sonst. Befunde	72	0,9	8	11,1	26	36,1
Störungen im endokrinen System	Struma (Vergrößerung der Schilddrüse)	8	0,1	7	87,5	1	12,5
	Hypothyreose	11	0,1	0	0,0	11	100,0
	Endokrinium sonst. Befunde	7	0,1	3	42,9	4	57,1
Herz- und Kreislaufkrankungen	Hypertonie	38	0,5	34	89,5	4	10,5
	Hypotonie	1	0,0	0	0,0	1	100,0
	Herzfehler und Gefäßanomalien*	91	1,1	14	15,4	45	49,5
	Herzrhythmusstörungen	28	0,3	10	35,7	8	28,6
	Herz-/Kreislaufsystem sonst. Befunde	109	1,3	43	39,4	10	9,2
Erkrankungen der Atemwege	chronische Tonsillitis	22	0,3	9	40,9	13	59,1
	Adenoide Vegetationen	80	1,0	34	42,5	37	46,3
	chron.-rezidiv. Bronchitis / bronchitisches Syndrom	131	1,6	9	6,9	64	48,9
	Atemwege sonst. Befunde	236	2,9	41	17,4	60	25,4

Fortsetzung Tabelle 29

Krankheiten		Kinder mit Befund insgesamt		Davon: ärztliche Abklärung empfohlen		Davon: in Behandlung	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Krankheiten im Bereich Abdomen	Hernie (Leisten - Nabel - Bauchwand - Narbenhernie)	53	0,6	7	13,2	0	0,0
	Nahrungsmittelunverträglichkeit z.B. Lactoseintoleranz, Zöliakie	49	0,6	6	12,2	34	69,4
	Obstipation	41	0,5	2	4,9	39	95,1
	Enkopresis, Stuhlinkontinenz, organ. bedingt	26	0,3	2	7,7	5	19,2
	Abdomen sonst. Befunde	32	0,4	8	25,0	11	34,4
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	kongenitale Anomalien der Hamorgane	32	0,4	0	0,0	20	62,5
	Vesikoureteraler Reflux (VUR)	18	0,2	2	11,1	14	77,8
	Miktionsverhalten auffällig, z.B. Enuresis	102	1,2	9	8,8	20	19,6
	Phimose	216	2,6	25	11,6	191	88,4
	Epispadie, Hypospadie	18	0,2	0	0,0	13	72,2
Krankheiten des Nervensystems	Cerebrales Anfallsleiden*	69	0,8	8	11,6	39	56,5
	Ataxie / Athetose	6	0,1	1	16,7	0	0,0
	Nervensystem sonst. Befunde	30	0,4	1	3,3	12	40,0

* Kinder, die bei diesen Krankheiten in Behandlung waren, wurden aufgrund des Schweregrades auch bei den Kindern mit stark einschränkenden Erkrankungen und Behinderungen mit erfasst.

5.3.5 Chronische Erkrankungen sowie stark einschränkende Erkrankungen und Behinderungen

Bei der Definition von chronischen Erkrankungen sowie stark einschränkenden Erkrankungen und Behinderungen lehnt sich der hier vorliegende Bericht an den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts an und berücksichtigt die inklusive und ganzheitliche Perspektive bei der Förderung von Kindern. Zu den chronischen Krankheiten werden daher neben körperlichen Erkrankungen auch psychische Störungen und Adipositas gezählt.¹³ Daher sind die Zahlen mit dem dritten Bericht zur Gesundheit von Einschulkindern, welcher Daten aus dem Einschuljahrgang 2013/2014 verwendet, nicht direkt vergleichbar.¹⁴

Als Definitionen werden folgende zugrunde gelegt:

¹³ Bei den starken Beeinträchtigungen und Behinderungen wird Adipositas jedoch nicht berücksichtigt.

¹⁴ Allerdings bestehen in der Methodik zwischen KiGGS und der Einschuluntersuchung deutliche Unterschiede (KiGGS: subjektive Einschätzung der Befragten, ob eine chronische Krankheit vorliegt (vgl. Mauz et al. 2017) vs. Ergebnis im Rahmen der Einschuluntersuchung (Elterbefragung und körperliche Untersuchung).

1) Chronische Erkrankungen:

- sind Erkrankungen oder Störungen, die bereits seit mindestens 12 Monaten bestehen oder für diese Dauer zu erwarten sind
- umfassen
 - Erkrankungen, Fehlbildungen, Behinderungen und längerfristige Gesundheitsprobleme oder Verhaltensstörungen, die unheilbar, fortschreitend oder heilbar sein können
 - betreffen körperliche und psychische Erkrankungen
- haben Auswirkungen auf die gesamte Entwicklung eines Kindes

2) stark einschränkende Erkrankungen und Behinderungen

- chronische Erkrankung, bei der das Kind in irgendeiner Art und Weise eingeschränkt oder daran gehindert ist, Dinge zu tun, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können
- liegt oft ein medizinisch-pflegerischer Hilfebedarf, eine Pflegegrad- und/oder Schwerbehinderten-Einstufung gemäß einer spezifischen medizinischen Begutachtung vor.
- teilweise ist im Vorschul- und Einschulalter amtlich noch keine Behinderung/Pflegestufe durch ein Gutachten festgestellt oder anerkannt worden, so dass dann das Merkmal der längerfristigen Beeinträchtigung rein deskriptiv nach Angaben der Eltern bei der Schuleingangsuntersuchung erfasst wurde.

Chronische Erkrankungen beinhalten folgende Erkrankungsbereiche bzw. Krankheiten, die bei der Schuleingangsuntersuchung dokumentiert werden:¹⁵

- (z.T. allergisch bedingte) Erkrankungen der Haut und Atemwege, des Endokriniums, des Herz-Kreislaufsystems, des Nervensystems, des Muskel- und Skelettsystems, der Harn- und Geschlechtsorgane, des Magen-Darm-Traktes, der Sinnesorgane
- Hämatologische, onkologische, genetische, rheumatische und Autoimmun-Erkrankungen,
- Adipositas
- Kinder- und jugendpsychiatrische Störungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Psychische Auffälligkeiten/Störungen mit potentiell chronischem Verlauf

Gemäß dieser Definition litten 1.307 (15,9 %) der untersuchten Kinder an chronischen Erkrankungen. 954 dieser Kinder (11,6 %) hatten eine und 201 Kinder (2,4 %) zwei chronische Erkrankungen. Bei 152 Kindern (1,9 %) waren mehr als zwei Krankheitsbilder kombiniert. Die Erkrankungen führen in unterschiedlichem Ausmaß zu Einschränkungen der Teilhabe, so dass diese Kinder nicht nur in medizinischer Hinsicht, sondern auch in ihrer Entwicklung einer besonderen Beachtung bedürfen. Maßnahmen der Rehabilitation wie heilpädagogische oder interdisziplinäre Frühförderung, Ergotherapie, Krankengymnastik und Integration in Kindertageseinrichtungen gehören beispielsweise dazu.

Schwere, den Alltag dauerhaft stark einschränkende Erkrankungen oder Behinderungen fanden sich bei 293 Kindern (3,6 %). Tabelle 30 zeigt einen Überblick über das Krankheitsspektrum, darunter auch Kinder mit mehreren Befunden. Häufigste Ursachen sind Erkrankungen

¹⁵ Bei jeder Einzelkrankheit werden nur die Fälle gemäß Definition berücksichtigt.

des Nervensystems, psychische Auffälligkeiten/psychiatrische Störungen/Entwicklungsauffälligkeiten sowie Erkrankungen des Herzens und der Sinnesorgane. Für 142 dieser Kinder mit starken Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen (48,5 %) wurde ein sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf empfohlen bzw. entsprechende individuelle Förderung/Pflege angeraten; 51 der beeinträchtigten/behinderten Kinder (17,4 %) wurde medizinisch-pflegerischer Unterstützungsbedarf empfohlen.

Tab. 30 Spektrum schwerer, den Alltag dauerhaft stark einschränkende Erkrankungen und Behinderungen bei Einschulkindern 2017

Bereich der Erkrankung/Behinderung	dauerhaft einschränkende Erkrankung/Behinderung	Anzahl
Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems	Beckenschiefstand und/oder Hüftgelenkserkrankungen	4
	Klumpfuß	2
	Muskeldystrophie, Myopathie	5
	Juvenile chronische Arthritis (JCA)	1
Erkrankungen des Nervensystems	Cerebrales Anfallsleiden	52
	Hemiplegie/Diplegie	13
	Tetraplegie	8
	sonst. cerebraldyparethische Bewegungsstörung	16
	Muskeldystrophie, Myopathie	5
	Ataxie / Athetose	5
	Spina bifida (Meningomyelozele)	3
	sonstige kongenitale Anomalie des ZNS	17
	Befund Nervensystem sonstige	9
Psychische Störungen mit potentiell chronischem Verlauf	Geistiger Entwicklungsrückstand	56
	Autismus	21
	Alkoholembryopathie, fetales Alkoholsyndrom FAS	2
	ADHS	31
	Emotionale Störungen	5
	Verhaltensprobleme	2
	Hyperaktivität	2
	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	2
Erkrankungen des Herzkreislaufsystems	Herzfehler und Gefäßanomalien	47
	Herzrhythmusstörungen	1
Sinnesbeeinträchtigungen	Blindheit/ hochgradige Sehminderung	10
	Taubheit/ hochgradige Hörminderung	19
Genetische Erkrankungen	Trisomie 21 M.Down	17
	Sonst. genetische/chromosomale Erkrankung	34
Erkrankungen des Endokrini- ums	Diabetes mellitus Typ 1	11
Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems	Beckenschiefstand und/oder Hüftgelenkserkrankungen	4
	Klumpfuß	2
	Juvenile chronische Arthritis (JCA)	1
Erkrankungen des Magen- Darm-Traktes	chron. Lebererkrankungen	1
	Nahrungsmittelunverträglichkeit z.B. Lactoseintoleranz, Zöliakie	1
Onkologische Erkrankungen	Onkologische Erkrankung (z.B. Leukämie, Tumor)	5
Hämatologische Erkrankungen	Hämatologische Erkrankung (Hämophilie, Thalassämie)	4
Erkrankungen der Atemwege	Mukoviszidose	4
Erkrankungen der Haut	Neurofibromatose Typ 1	3
Sonstiges	Sonst. chron. Erkrankung	6
	Sonst. Körperbehinderung	8

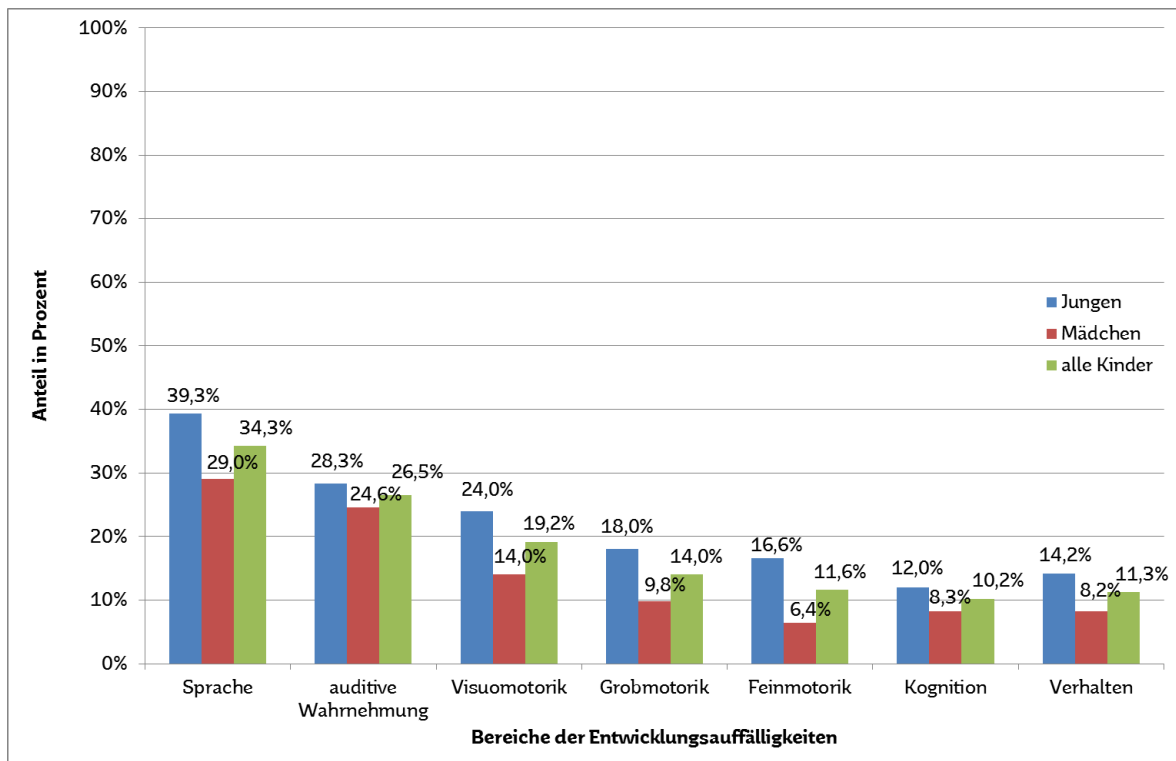
6 Entwicklungsauffälligkeiten

Entwicklungsverzögerungen durch angeborene oder perinatal erworbene Schädigungen und/oder ein schlechtes psychosoziales Umfeld bedeuten für Einschulkinder oftmals schlechtere Startbedingungen. Das Spektrum der möglichen Entwicklungsauffälligkeiten ist dabei groß; es reicht von Verhaltensauffälligkeiten über Verzögerungen der Sprachentwicklung, der Entwicklung der Grob- und Feinmotorik, der Visuomotorik, der auditiven Wahrnehmung bis hin zur kognitiven Entwicklung. Im Rahmen der Einschuluntersuchung werden die Kinder anhand sogenannter „Vorläuferfähigkeiten“ für die genannten Merkmalsbereiche untersucht, um Entwicklungsauffälligkeiten identifizieren zu können.

Insgesamt liegen Angaben von 8.138 Kindern zu Entwicklungsauffälligkeiten vor. Davon wiesen 5.006 Kinder (61,5 %) zum Untersuchungszeitpunkt eine oder mehrere Entwicklungsverzögerungen auf. Dies sind sechs Prozentpunkte mehr als beim Einschuljahrgang 2013/2014. Am häufigsten waren Entwicklungsauffälligkeiten der Sprache mit 34,3 % (2.811 Kinder) (vgl. Kapitel 6.1). 2.329 Kinder (28,6 %) wiesen Entwicklungsauffälligkeiten in einem Bereich, 1.306 Kinder (16,0 %) in zwei Bereichen, 648 (8,0 %) in drei und 723 Kinder (8,9 %) in vier und mehr Bereichen auf.

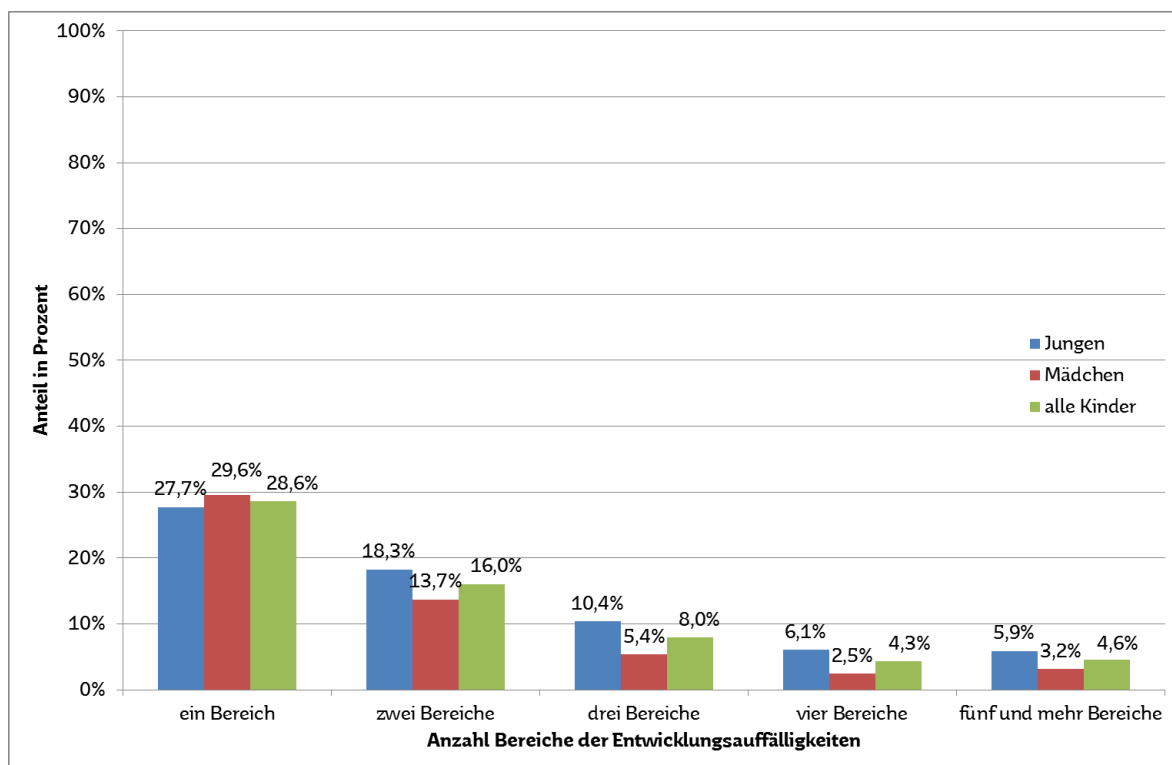
Bei den Jungen waren die Entwicklungsverzögerungen mit 68,4 % (2.851 Kinder) ausgeprägter als bei den Mädchen mit 54,3 % (2.152 Kinder). Auch bezogen auf die jeweiligen Bereiche wiesen Jungen – teilweise – deutlich mehr Entwicklungsverzögerungen auf als Mädchen (vgl. Abbildung 30). Der Anstieg des Anteils der Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten ist v.a. auf den Zuwachs von Auffälligkeiten bei den Mädchen zurückzuführen, der im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 bei rund neun Prozentpunkten liegt.

Abb. 30 Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten nach Geschlecht



Die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bei den Entwicklungsauffälligkeiten werden besonders deutlich, wenn mehrere Entwicklungsbereiche betroffen sind. Während der Anteil der Mädchen mit 29,6 % (1.172 Kinder) noch etwas größer ist als der der Jungen mit 27,7 % (1.156 Kinder), wenn nur ein Bereich betroffen war, fällt der höhere Anteil der Jungen ab zwei oder mehr festgestellten Bereichen auf. Ab drei Bereichen wurden bei Jungen sogar doppelt so häufig Entwicklungsauffälligkeiten festgehalten wie bei Mädchen (vgl. Abbildung 31).

Abb. 31 Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten nach Geschlecht und Anzahl der betroffenen Bereiche



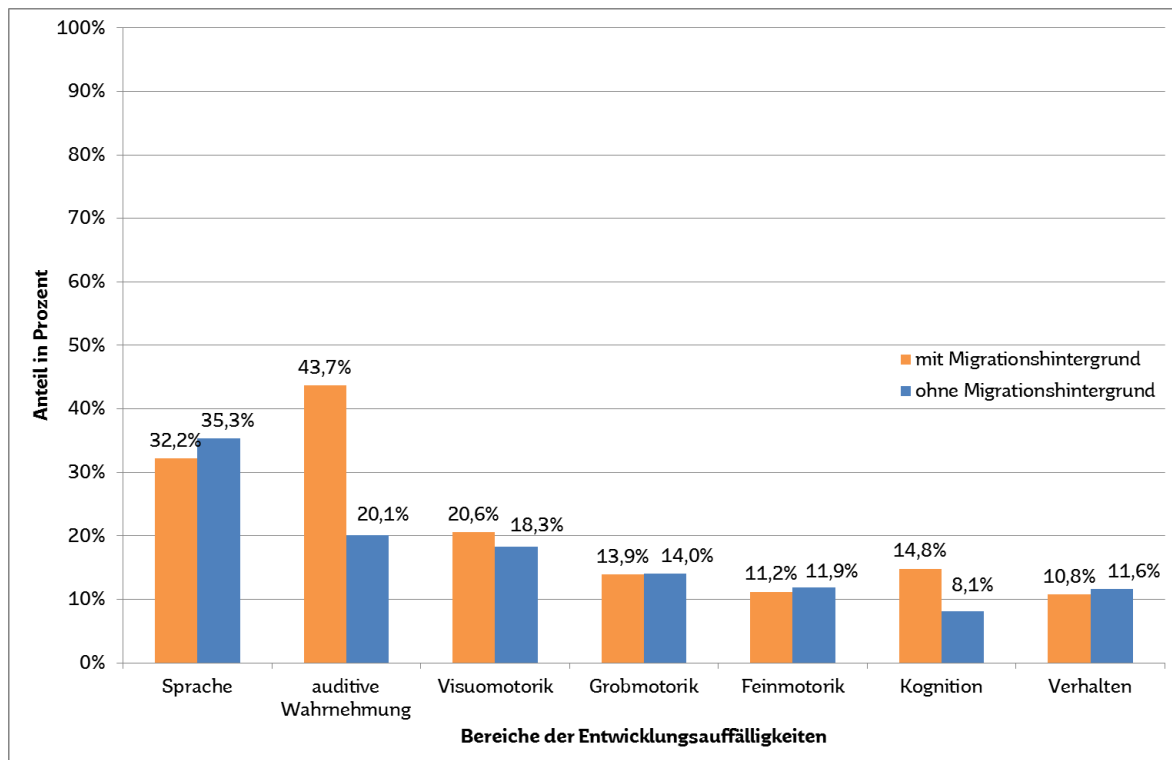
Kinder mit Migrationshintergrund waren insgesamt mit 72,1 % (1.558 Kinder) häufiger betroffen als Kinder ohne Migrationshintergrund mit 57,4 % (3.300 Kinder). Bezogen auf die einzelnen Merkmalsbereiche waren bei Kindern ohne Migrationshintergrund Entwicklungsauffälligkeiten bei der Sprache etwas häufiger als bei Kindern mit Migrationshintergrund.¹⁶ Kinder mit Migrationshintergrund wiesen wiederum öfter Entwicklungsauffälligkeiten bei der auditiven Wahrnehmung, der Visuomotorik und der Kognition auf als Kinder ohne Migrationshintergrund. Beim Befund der auditiven Wahrnehmung ist zu berücksichtigen, dass der hierfür verwendete Test (Heidelberger Auditive Screening zur Einschulung) u.a. ein Nachsprechen von Sätzen beinhaltet und unzureichende Deutschkenntnisse vergleichsweise häufiger zu auffälligen Testergebnissen beim Nachsprechen von Sätzen und damit bei der Bewertung der auditiven Wahrnehmung insgesamt führen (vgl. Kapitel 6.2). Da unzureichende Deutschkenntnisse v.a. bei Kindern mit Migrationshintergrund und hierbei insbesondere bei nicht in

¹⁶ Unter den Entwicklungsauffälligkeiten im Bereich Sprache wurden keine Kinder mit unzureichenden Kenntnissen der deutschen Sprache erfasst, sondern nur die mit einer konkreten Auffälligkeit in Bezug auf die Sprachentwicklung.

Deutschland geborenen Kindern vorkommen (vgl. Kapitel 6.1.1), können die auffälligen Testergebnisse wahrscheinlich auf die mangelnden Sprachkenntnisse bei dieser Gruppe und im Speziellen bei zugewanderten Familien zurückgeführt werden.

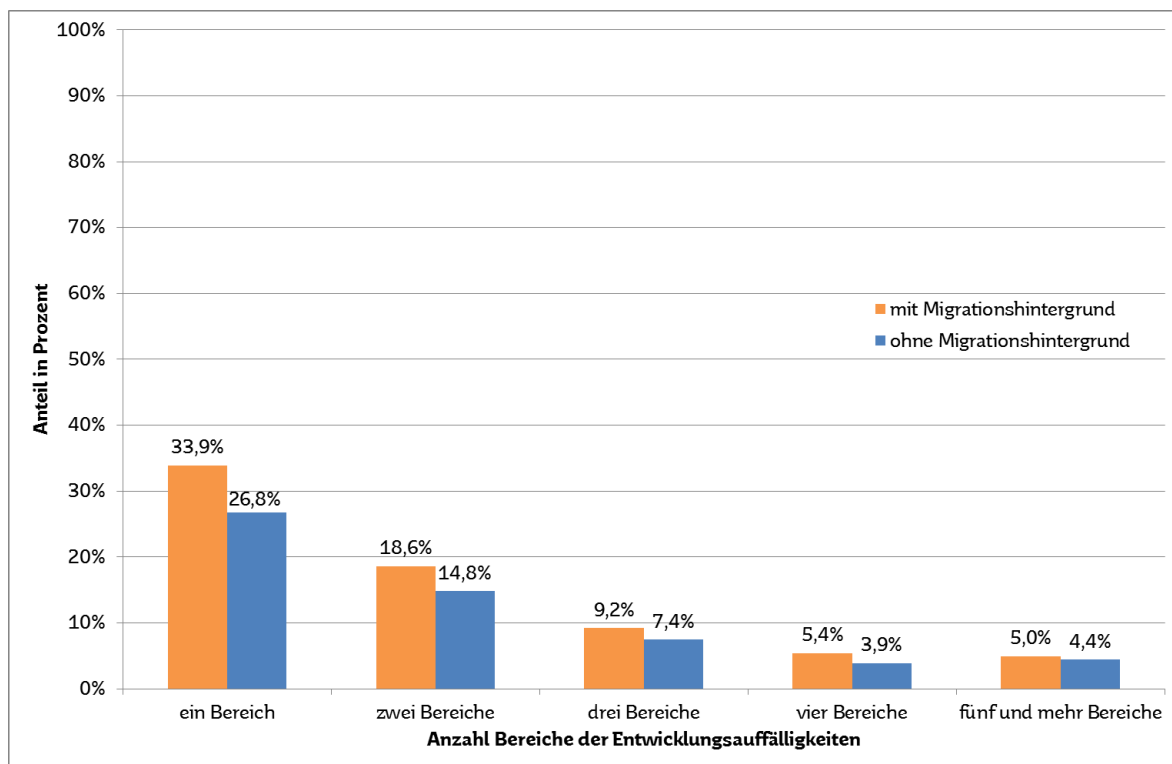
Bei den Aspekten Grob- und Feinmotorik sowie Verhalten bestehen jedoch kaum Unterschiede zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 32).

Abb. 32 Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten nach vorliegendem Migrationshintergrund



Im Hinblick auf das Merkmal Migrationshintergrund fällt weiterhin auf, dass die Unterschiede zwischen Kindern ohne und mit Migrationshintergrund geringer werden, je mehr Bereiche an Entwicklungsauffälligkeiten bei den Kindern betroffen sind (vgl. Abbildung 33).

Abb. 33 Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten nach vorliegendem Migrationshintergrund und Anzahl der betroffenen Bereiche

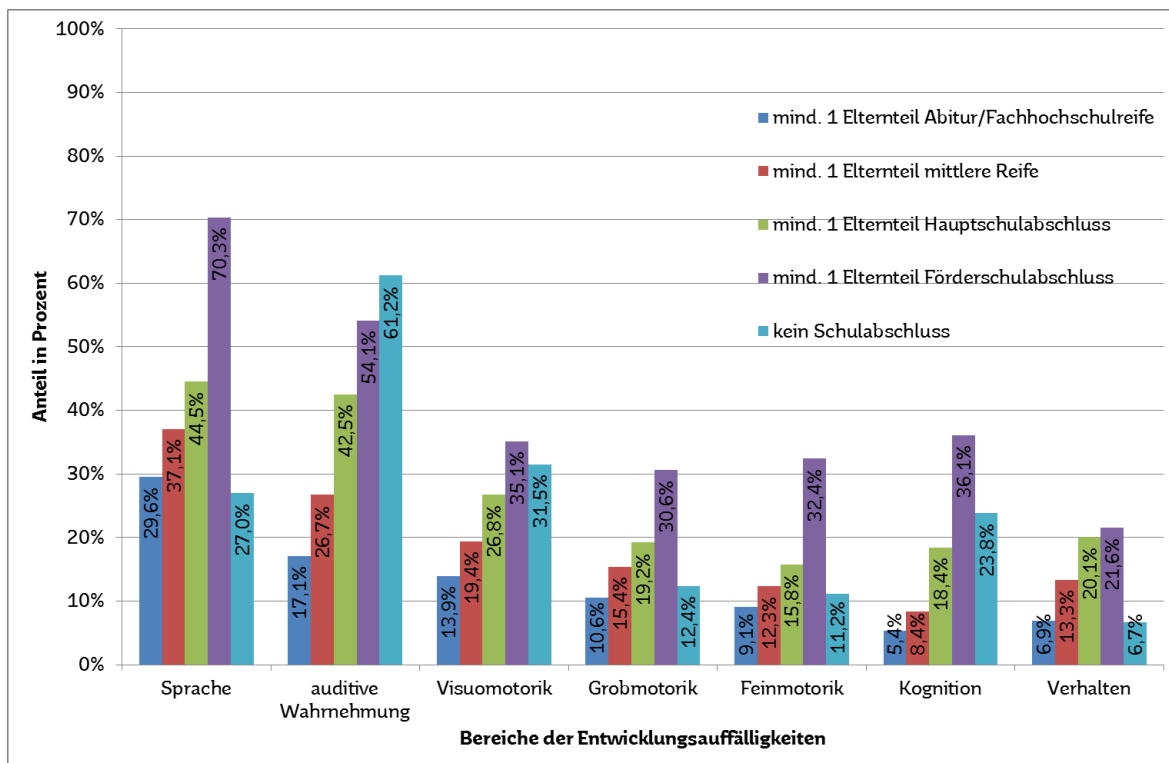


Weiterhin werden Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens von Entwicklungsauffälligkeiten je nach Bildungshintergrund der Eltern festgestellt: So hatten Kinder, bei denen mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife hatte, mit 51,5 % (1.858 Kinder) seltener mindestens eine Entwicklungsauffälligkeit als Kinder, deren Eltern niedrigere Bildungsabschlüsse besaßen: Kinder von Eltern mit mindestens einem Elternteil mit mittlerer Reife: 63,0 % (1.281 Kinder); Kinder von Eltern mit mindestens einem Elternteil mit Hauptschulabschluss: 78,2 % (927 Kinder); Kinder von Eltern mit mindestens einem Elternteil mit Förderschulabschluss: 83,8 % (31 Kinder); Kinder von Eltern ohne Schulabschluss: 81,8 % (72 Kinder).

Die nachfolgende Grafik zu den einzelnen Bereichen der untersuchten Entwicklungsauffälligkeiten zeigt ebenfalls: Je höher der Bildungsgrad der Eltern ist, desto niedriger ist der Anteil von Kindern mit diesen Auffälligkeiten (vgl. Abbildung 34).¹⁷

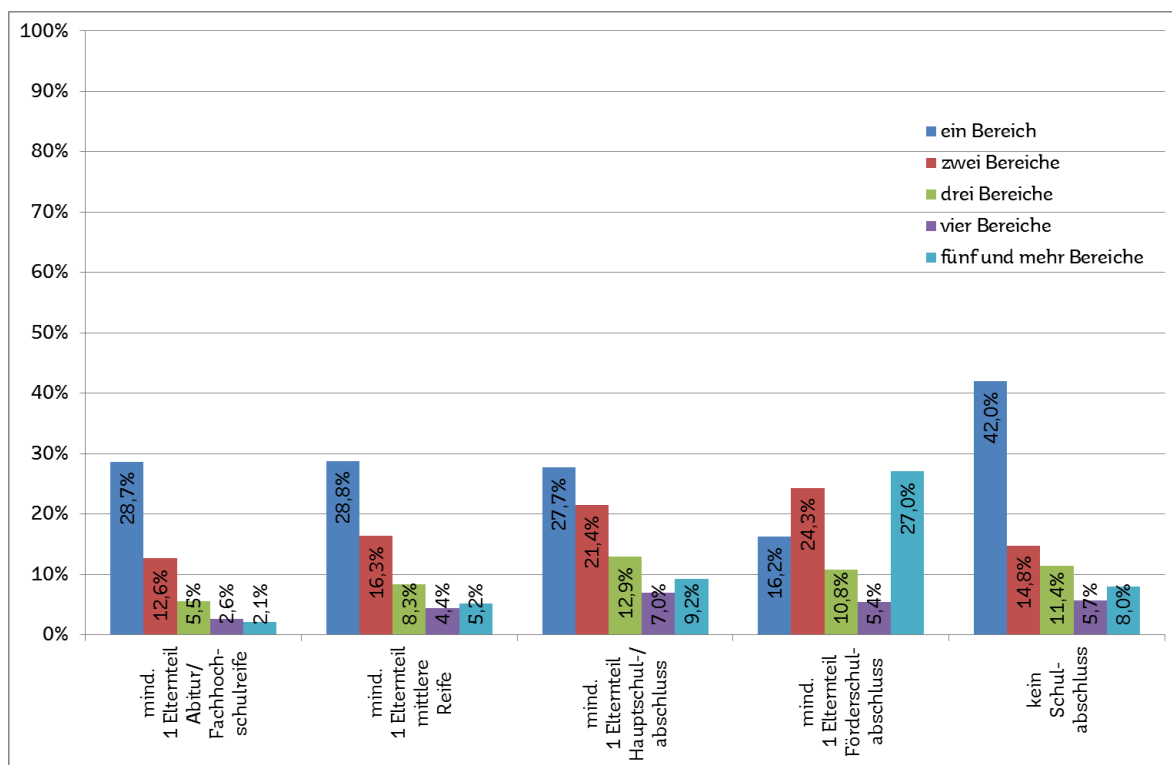
¹⁷ Der zum Teil vergleichsweise niedrige Wert bei den Kindern, deren Eltern keinen Schulabschluss haben, ist vermutlich auf den hohen Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund in dieser Gruppe zurückzuführen, die einen geringeren Anteil an Sprachentwicklungsverzögerungen aufweisen als Kinder ohne Migrationshintergrund.

Abb. 34 Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten nach Bildungshintergrund der Eltern



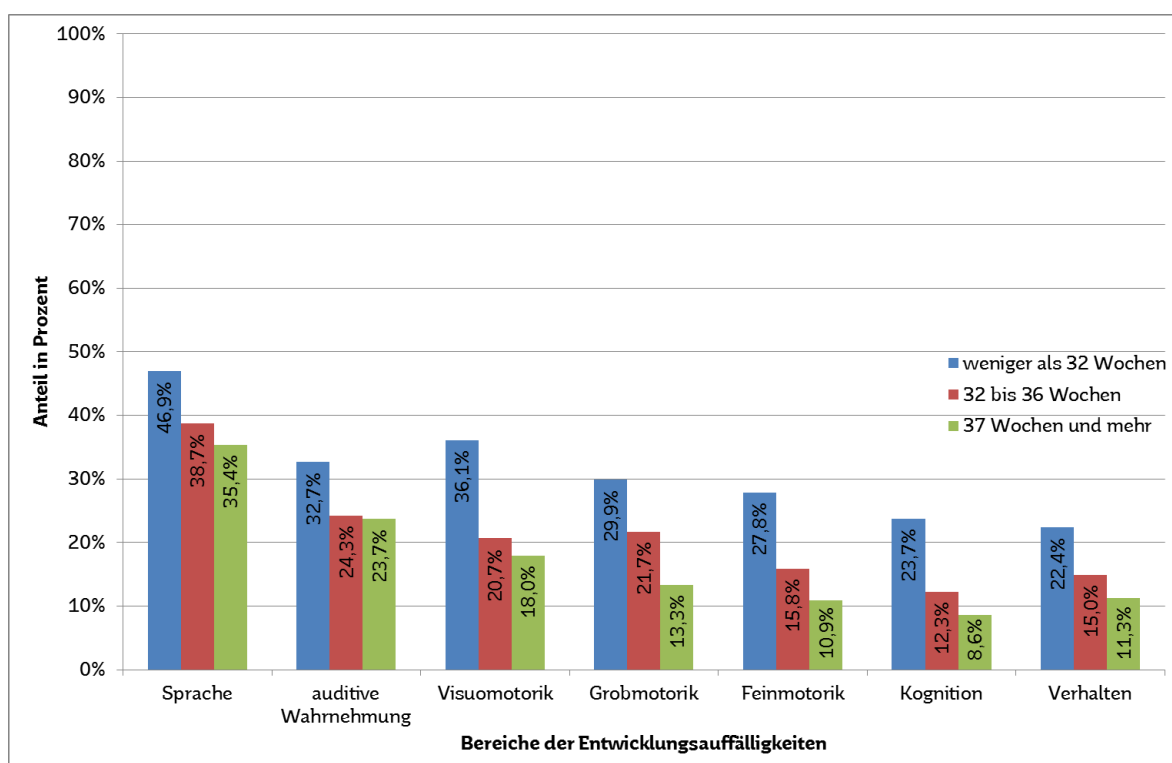
Hinzu kommt, dass die Anzahl der Bereiche der Entwicklungsauffälligkeiten zunimmt, je niedriger der Bildungshintergrund der Eltern ist. So zeigten Kinder, bei denen mindestens ein Elternteil als höchsten Schulabschluss einen Haupt- oder Förderschulabschluss hatte, vergleichsweise häufiger Entwicklungsauffälligkeiten in zwei, drei, vier oder fünf und mehr Bereichen als Kinder, bei denen mindestens ein Elternteil Mittlere Reife oder (Fach-)Hochschulreife hatte. Die Gruppe der Kinder, deren Eltern keinen Schulabschluss hatten, folgt nicht diesem Trend. Eine Erklärung kann hierfür aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden (vgl. Abbildung 35).

Abb. 35 Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten nach Bildungshintergrund der Eltern und Anzahl der betroffenen Bereiche



Kinder zeigten zudem insgesamt häufiger und in mehreren Bereichen Entwicklungsauffälligkeiten, wenn sie zu früh geboren wurden. Insbesondere bei Kindern mit Geburtstermin vor der 32. Schwangerschaftswoche ist der hohe Bedarf an individueller Unterstützung in allen Bereichen zu erkennen (vgl. Abbildung 36).

Abb. 36 Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten in Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer



6.1 Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung

Am häufigsten festzustellen sind Auffälligkeiten der Sprachentwicklung. Dazu gehören Störungen der Artikulation, der Grammatik, des Redeflusses und der insgesamt altersgemäßen Sprech- und Ausdrucksfähigkeit (inklusive Umfang des Wortschatzes) sowie Sprachverständnis. Das Screening auf Sprech- und Sprachstörungen erfolgt mit Hilfe von Testmaterialien (u.a. Ravensburger Lautprüfbogen) wie auch durch korrektes Umsetzen kleinerer Anweisungen.

Bei insgesamt 2.811 Kindern bzw. einem Drittel (34,3 %) der Kinder wurden eine oder mehrere Auffälligkeiten im Bereich der Sprachentwicklung in unterschiedlichem Schweregrad festgestellt. Im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 hat der Anteil der Kinder mit diesem Befund um sechs Prozentpunkte zugenommen. Jungen waren mit einem Anteil von 39,3 % (1.651 Kinder) deutlich häufiger betroffen als Mädchen mit 29,0 %, (1.159 Kinder).

Des Weiteren zeigten mit 35,3 % (2.035 Kinder) mehr Kinder ohne Migrationshintergrund eine Auffälligkeit in der Sprachentwicklung als Kinder mit Migrationshintergrund mit 32,2 % (712 Kinder). Zudem sind Unterschiede beim Auftreten von Sprachentwicklungsauffälligkeiten je nach Bildungshintergrund der Eltern zu erkennen: So hatten Kinder, von denen mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife hatte, mit 29,6 % (1.071 Kinder) seltener eine Auffälligkeit in der Sprachentwicklung als Kinder, deren Eltern niedrigere Bildungsabschlüsse hatten. Am häufigsten kam sie mit 70,3 % (26 Kinder) bei Kindern vor, von denen mindestens ein Elternteil einen Förderschulabschluss hatte (vgl. Tabelle 31).¹⁸

Tab. 31 Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit in der Sprachentwicklung nach Bildungsabschluss der Eltern

Bildungsabschluss der Eltern	Anzahl	%
mind. 1 Elternteil Abitur/Fachhochschulreife	1.071	29,6
mind. 1 Elternteil mittlere Reife	758	37,1
mind. 1 Elternteil Hauptschulabschluss	535	44,5
mind. 1 Elternteil Förderschulabschluss	26	70,3
kein Schulabschluss	24	27,0

Bei 2.138 Kindern (26,1 %) wurden im Rahmen der Untersuchung eine, bei 673 Kindern (8,2 %) zwei und mehr Auffälligkeiten festgestellt, z.B. Artikulation und Grammatik. Somit hat sich im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 der Anteil der Kinder mit mehreren Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung um einen Prozentpunkt verringert.

Mit 44,1 % (1.225 Kinder) erhielt der größte Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in diesem Bereich zum Untersuchungszeitpunkt bereits logopädische Therapie allein oder im Rahmen interdisziplinärer Frühförderung. 1.161 Kinder (41,8 % der Kinder mit Auffälligkeiten) waren in ärztlicher Kontrolle, ohne dass eine Therapie erforderlich war. Bei 355 Kindern (12,8 % der

¹⁸ Der vergleichsweise niedrige Wert bei den Kindern, deren Eltern keinen Schulabschluss haben, ist vermutlich auf den hohen Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund in dieser Gruppe zurückzuführen, die einen geringeren Anteil an Sprachentwicklungsverzögerungen aufweisen als Kinder ohne Migrationshintergrund.

Kinder mit Auffälligkeiten) wurde eine ärztliche Abklärung empfohlen, meistens zur Überprüfung von einem Bereich. 37 weitere Kinder (1,3 % der Kinder mit Auffälligkeiten) zeigten Hinweise auf lang andauernde oder schwere Störungen – oft im Rahmen einer umfassenden Behinderung/Entwicklungsstörung.¹⁹

Die Befunde aus dem Screening sind in der nachfolgenden Tabelle 32 aufgelistet. Am häufigsten fiel die partielle Dyslalie auf, nämlich bei 1.639 Kindern (20,0 %), gefolgt von Dysgrammatismus bei 668 Kindern (8,1 %) und multipler Dyslalie bei 598 Kindern (7,3 %). Bei 589 Kindern (7,2 %) bestand der Verdacht auf eine allgemeine, den rezeptiven und expressiven Bereich umfassende Sprachentwicklungsverzögerung. Auffälligkeiten beim Redefluss wie Stottern oder Poltern wurden bei 33 Kindern (0,4 %) sowie Auffälligkeiten bei der Stimmbildung oder der Mundmotorik bei 151 Kindern (1,8 %) festgestellt. Bei 28 Kindern (0,3 %) bestand der Verdacht auf Mutismus unterschiedlicher Ausprägung. Bei einer Reihe von Kindern mit leichteren Sprachentwicklungsverzögerungen wurden die Eltern beraten, im häuslichen Umfeld Sprache und Sprechen zu fördern.

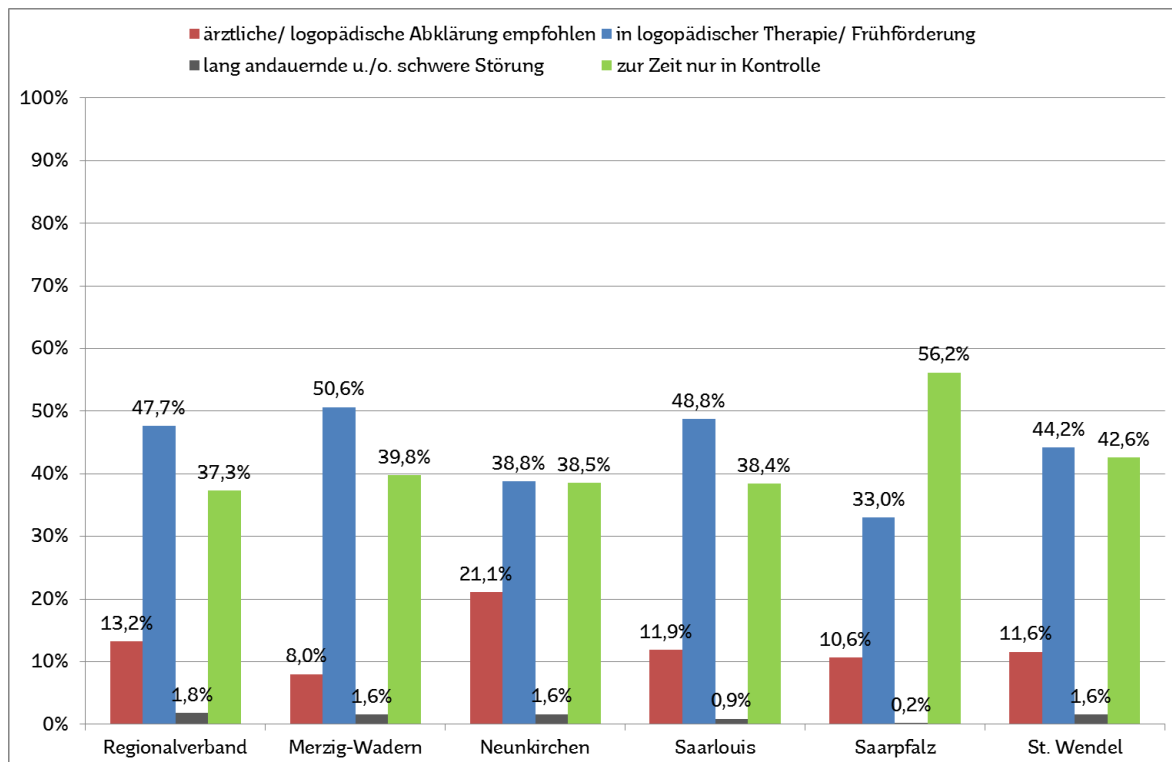
Tab. 32 Befunde bei einzelnen Formen der Sprachentwicklungsverzögerung

Befund	Kinder mit Befund insgesamt		Davon: ärztliche/ logopädische Abklärung empfohlen		Davon: in logopädischer Therapie/ Frühförderung		Davon: lang andauernde u./o. schwere Störung		Davon: zur Zeit nur in Kontrolle	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Allgemeine Sprachentwicklungsverzögerung	589	7,2	66	11,2	448	76,1	35	5,9	40	6,8
Partielle Dyslalie	1.639	20,0	166	10,1	585	35,7	0	0,0	888	54,2
Multiple Dyslalie	598	7,3	144	24,1	397	66,4	1	0,2	56	9,4
Dysgrammatismus	668	8,1	82	12,3	337	50,4	2	0,3	247	37,0
Stottern/ Poltern	33	0,4	3	9,1	22	66,7	0	0,0	8	24,2
Störung der Mundmotorik/ Stimmbildung	151	1,8	24	15,9	99	65,6	9	6,0	19	12,6
Mutismus	28	0,3	6	21,4	12	42,9	0	0,0	10	35,7
Befund Sprache sonstige	38	0,5	4	10,5	12	31,6	5	13,2	17	44,7

¹⁹ In dieser Darstellung sind aus Gründen der Eindeutigkeit der Resultate nur Ergebnisse von Kindern ausgewertet, die ausschließlich einer Kategorie zugeordnet werden können. D.h. Kinder, die mehrere Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung zeigen und hier jeweils unterschiedliche Befunde haben (z.B. einmal ärztliche Abklärung empfohlen und einmal bereits in logopädischer Therapie) sind hier nicht enthalten. Dies trifft auf 33 Kinder zu. Dies ist bei der Interpretation der Prozentwerte zu berücksichtigen.

In den Landkreisen liegt der Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung zwischen 27,2 % (454 Kinder) im Landkreis Saarlouis und 42,9 % (478 Kinder) im Saarpfalz-Kreis (Regionalverband Saarbrücken: 30,3 % (840 Kinder); Landkreis Neunkirchen: 37,4 % (376 Kinder); Landkreis St. Wendel: 39,0 % (256 Kinder); Landkreis Merzig-Wadern: 41,8 % (387 Kinder)). Auch der Versorgungsgrad ist unterschiedlich. So variiert der Anteil der Kinder in logopädischer Therapie/integrierter Frühförderung zwischen 33,0 % im Saarpfalz-Kreis und 50,6 % in Merzig-Wadern (vgl. Abbildung 37).

Abb. 37 Versorgungsgrad von Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung in den Landkreisen



Seit 2005 hat der Anteil von Kindern mit Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung zugenommen, wobei der Anteil therapeutisch versorgter Kinder zwar 2017 ebenfalls höher liegt als 2005, aber diese Entwicklung bei den Auffälligkeiten nicht kompensiert. Die Differenz zeigt daher eher einen gestiegenen Bedarf an logopädischer bzw. pädagogischer Förderung auf (vgl. Tabelle 33).

Tab. 33 Anteil der Einschulkinder mit Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung von 2005 bis 2017 und Stand der Versorgung

Jahr	Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung insgesamt	ärztliche/ logopädische Abklärung empfohlen	in logopädischer Therapie/ Frühförderung	zur Zeit nur in Kontrolle	lang andauernde u./o. schwere Störung
2005	18,1 %	4,7 %	12,7 %	0,4 %	0,3 %
2006	19,8 %	4,5 %	14,2 %	0,8 %	0,3 %
2007	20,1 %	4,3 %	14,6 %	0,7 %	0,5 %
2008	20,8 %	3,5 %	15,9 %	1,0 %	0,4 %
2009	22,5 %	3,7 %	16,1 %	2,4 %	0,3 %
2010	24,2 %	3,6 %	16,4 %	3,8 %	0,4 %
2011	27,1 %	4,1 %	18,4 %	4,3 %	0,3 %
2012	28,9 %	5,7 %	17,7 %	5,1 %	0,4 %
2013	28,2 %	6,1 %	16,7 %	4,9 %	0,5 %
2014	35,8 %	5,2 %	16,9 %	13,2 %	0,3 %
2015	28,2 %	4,1 %	12,5 %	10,8 %	0,3 %
2016	32,9 %	5,0 %	14,5 %	12,7 %	0,5 %
2017	34,3 %	4,3 %	15,0 %	14,2 %	0,5 %

Anm.: Unterschiede in der Berechnung vor und ab dem Jahr 2014 können nicht ausgeschlossen werden. Dies ist bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen, erklärt aber nicht die Unterschiede in der Gesamtentwicklung

6.1.1 Deutschkenntnisse bei Kindern mit Migrationshintergrund

Fehlende oder lückenhafte Deutschkenntnisse vermindern die Chancen auf einen guten Schulstart. Durch mehr Aufmerksamkeit für die Sprachproblematik in den Kindertageseinrichtungen und durch vorschulische Förderangebote („Früh Deutsch lernen“) haben sich die Deutschkenntnisse der Kinder mit Migrationshintergrund bis zum zuletzt untersuchten Einschuljahrgang 2013/2014 verbessert auf 85,5 % der Kinder mit Migrationshintergrund mit guten Deutschkenntnissen.

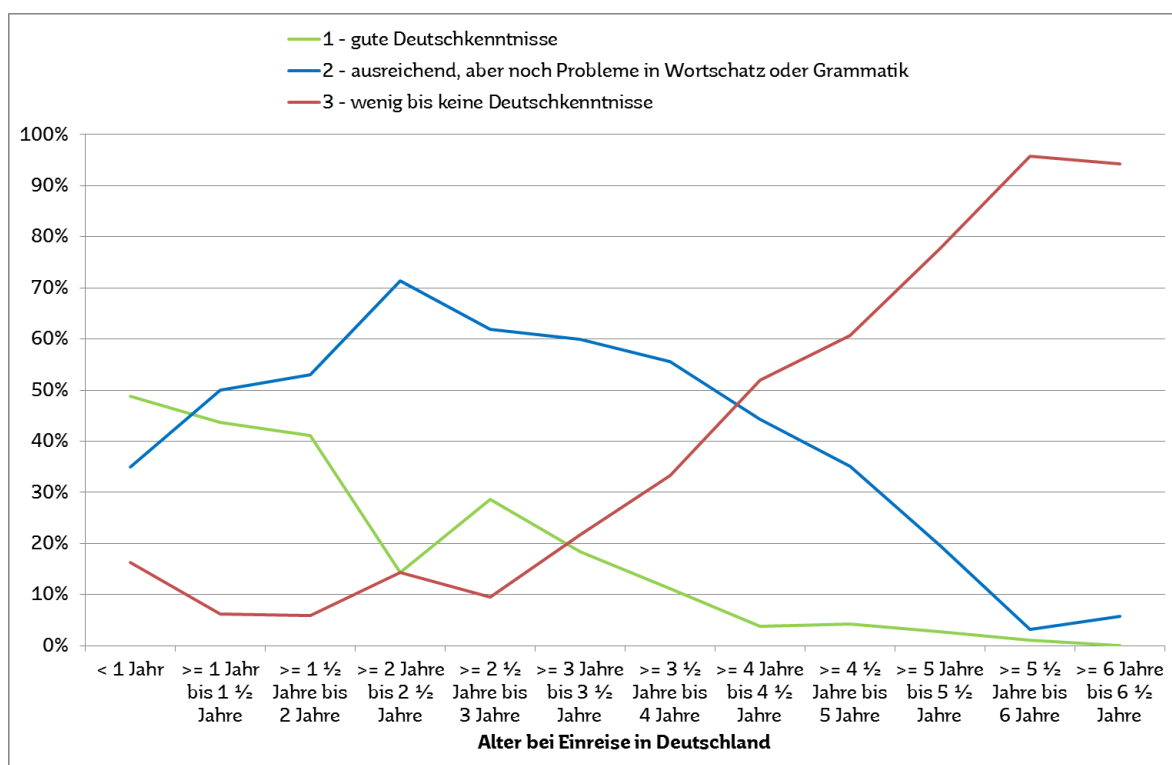
Von 2.055 Einschulkindern mit Migrationshintergrund (93,0 %) liegen Ergebnisse zu den Sprachkenntnissen vor. Lediglich 715 (34,8 %) hatten gute Deutschkenntnisse. Das sind 50 Prozentpunkte weniger als bei den Kindern des Einschuljahrgangs 2013/2014. Bei gut einem weiteren Drittel (737 Kinder, 35,9 %) wurden im Rahmen der Untersuchung ausreichende Deutschkenntnisse, aber noch Probleme im Wortschatz oder bei der Grammatik festgestellt. 603 Kinder mit Migrationshintergrund (29,3 %) hatten wenig bis keine deutschen Sprachkenntnisse.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen darin, dass Mädchen mit Migrationshintergrund mit 37,8 % (370 Kinder) etwas häufiger über gute Deutschkenntnisse verfügten als Jungen mit 32,1 % (344 Kinder). Dementsprechend ist die Verteilung bei den ausreichenden und unzureichenden Deutschkenntnissen umgekehrt: ausreichende Deutschkenntnisse: Mädchen: 33,9 % (332 Kinder) vs. Jungen: 37,7 % (405 Kinder); wenig bis keine Deutschkenntnisse: Mädchen: 28,4 % (278 Kinder) vs. Jungen: 30,2 % (324 Kinder).

Wichtigste Einflussfaktoren sind das Geburtsland und damit zusammenhängend die Aufenthaltsdauer in Deutschland. So besaßen in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund zu 55,0 % (620 Kinder) gute, 41,0 % (462 Kinder) ausreichende und lediglich 4,0 % (45 Kinder) wenig bis keine Deutschkenntnisse. Im Vergleich dazu hatten im Ausland geborene Kinder mit Migrationshintergrund nur zu 10,2 % (95 Kinder) gute, 29,6 % (275 Kinder) ausreichende und 60,1 % (558 Kinder) wenig bis keine Deutschkenntnisse.

Bei Einreise der im Ausland geborenen Kinder mit Migrationshintergrund vor dem zweiten Lebensjahr können noch vergleichsweise hohe Anteile von Kindern mit guten und ausreichenden Deutschkenntnissen festgestellt werden. Danach verringert sich mit zunehmendem Alter bei Einreise die Chance, gute bis ausreichende Deutschkenntnisse zu erwerben. Dies verdeutlichen die Anteile der Sprachkenntnisse differenziert nach Einreisealter nach Deutschland in Abbildung 38.

Abb. 38 Deutschkenntnisse der im Ausland geborenen Einschul Kinder mit Migrationshintergrund nach Einreisealter in Deutschland



Auch die zu Hause gesprochene Sprache beeinflusst die Deutschkenntnisse: Von den in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund verfügten 80,8 % (412 Kinder) über gute Sprachkenntnisse, wenn ausschließlich Deutsch in der Familie als erste Sprache gesprochen wurde. Der Rest konnte zumindest ausreichend Deutschkenntnisse vorweisen. Wurden andere Sprachen als Deutsch zu Hause als erste Sprache verwendet, liegt der Anteil der Kinder mit guten Sprachkenntnissen in Deutsch lediglich noch bei 47,3 % (406 Kinder); 47,5 % (408 Kinder) besaßen ausreichende, 5,2 % (45 Kinder) wenig bis keine Deutschkenntnisse.

6.2 Auffälligkeiten im Bereich der auditiven Wahrnehmung

Im Zusammenhang mit der Überprüfung des Sprachstandes findet auch ein auditives Screening statt, um die auditive Informationsverarbeitungsleistung der Kinder zu erfassen. Bei Störungen in diesem Bereich kommt es zu Sprach- bzw. Schriftspracherwerbsproblemen oder von Lese- bzw. Rechtschreibschwierigkeiten. Als Testverfahren wird das „Heidelberger Auditive Screening zur Einschulung“ (HASE) angewendet. Damit die Bedingungen für alle Kinder gleich sind, wird der Test mit Hilfe einer CD durchgeführt.

Hierzu liegen von 8.064 Kindern (98,3 %) Ergebnisse vor. Insgesamt wiesen 2.138 Kinder (26,5 %) Auffälligkeiten bei dem Test auf, davon 1.168 Jungen (28,3%) und 968 Mädchen (24,6) %. Im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 ist damit eine Zunahme von ca. neun Prozentpunkten zu verzeichnen.

Von den Kindern mit Auffälligkeiten bei der auditiven Wahrnehmung zeigten 1.056 Kinder (49,4 % der Kinder mit Auffälligkeiten im Bereich der auditiven Wahrnehmung) gleichzeitig eine oder mehrere Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung, vorrangig eine allgemeine Sprachentwicklungsverzögerung.

Wie dargestellt, wird für die Überprüfung der auditiven Wahrnehmung das Heidelberger Auditive Screening zur Einschulung (HASE) verwendet. Dieses beinhaltet u.a. ein Nachsprechen von Sätzen. Unzureichende Deutschkenntnisse führen vergleichsweise häufiger zu auffälligen Testergebnissen beim Nachsprechen von Sätzen und damit bei der Bewertung der auditiven Wahrnehmung insgesamt. Da unzureichende Deutschkenntnisse v.a. bei Kindern mit Migrationshintergrund und hierbei insbesondere bei nicht in Deutschland geborenen Kindern vorkommen (vgl. Kapitel 6.1.1), kann die Zunahme an auffälligen Testergebnissen wahrscheinlich auf die mangelnden Sprachkenntnisse bei dieser Gruppe und im speziellen bei zugewanderten Familien zurückgeführt werden.

Wenngleich bei Kindern mit Migrationshintergrund auffällige Testergebnisse eher auf ein unzureichendes Verständnis der deutschen Sprache zurückgeführt werden können, wurden bei dieser Gruppe mit 43,7 % (930 Kinder) mehr als doppelt so häufig Auffälligkeiten beim HASE-Test festgestellt als bei Kindern ohne Migrationshintergrund mit 20,1 % (1.149 Kinder).

Des Weiteren bestehen je nach Bildungshintergrund der Eltern Unterschiede in den Auffälligkeiten in diesem Bereich. So steigt der Anteil mit Auffälligkeiten in der auditiven Wahrnehmung von 17,1 % bei Kindern, von denen mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife hatte, bis auf 54,1 % bei Kindern, von denen mindestens ein Elternteil einen Förderschulabschluss hatte (vgl. Tabelle 34).

Tab. 34 Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit in der auditiven Wahrnehmung nach Bildungsabschluss der Eltern

Bildungsabschluss der Eltern	Anzahl	%
mind. 1 Elternteil Abitur/Fachhochschulreife	614	17,1
mind. 1 Elternteil mittlere Reife	538	26,7
mind. 1 Elternteil Hauptschulabschluss	497	42,5
mind. 1 Elternteil Förderschulabschluss	20	54,1
kein Schulabschluss	52	61,2

6.3 Auffälligkeiten in der Entwicklung von Motorik und Koordination: Grobmotorik, Feinmotorik, Visuomotorik

Die Entwicklung von Koordination und Motorik sind allgemein und für den Schulalltag wichtige Fähigkeiten. Sie erfordert altersentsprechende Bewegungs- und Übungsanreize. Je nach Lebensumfeld der Kinder mit zunehmender Bewegungsarmut sind diese Anreize nicht mehr in ausreichendem Maße gegeben, so dass auch Kinder ohne erkennbare Schädigungen des Nervensystems oder des Bewegungsapparates vermehrt Defizite aufweisen.

Ausreichende visuomotorische Fertigkeiten, d.h. die Koordination der visuellen Wahrnehmung mit dem Bewegungsapparat, sind für den Schulalltag ebenso wichtig, u.a. für das Erlernen des Schreibens. Die Überprüfung erfolgt altersstandardisiert mit der Differenzierungsprobe nach Breuer-Weuffen, dem Mannzeichentest und dem Zeichentest der Denver Entwicklungsskala.

Zu Auffälligkeiten in diesem Bereich liegen bezüglich der Grobmotorik Angaben von 8.161 Kindern (99,4 %), hinsichtlich der Feinmotorik von 8.179 Kindern (99,7 %) und in Bezug auf die Visuomotorik von 8.195 Kindern vor (99,8 %) vor. 1.144 Kinder (14,0 %) zeigten Auffälligkeiten bei der Grobmotorik, 949 Kinder (11,6 %) bei der Feinmotorik und 1.572 Kinder (19,2 %) bei der Visuomotorik. Demnach sind die Auffälligkeiten im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 um zwei Prozentpunkte bei der Grob- und sechs Prozentpunkte bei der Feinmotorik zurückgegangen, bei der Visuomotorik ist hingegen ein Anstieg um zwei Prozentpunkte festzustellen.

Der Anteil der Jungen (Grobmotorik: 18,0 %, 753 Kinder; Feinmotorik: 16,6 %, 695 Kinder; Visuomotorik: 24,0 %, 1.010 Kinder) ist dabei deutlich höher wie der der Mädchen (Grobmotorik: 9,8 %, 391 Kinder; Feinmotorik: 6,4 %, 254 Kinder; Visuomotorik: 14,0 %, 560 Kinder).

Auffälligkeiten im Bereich der Grob- und Feinmotorik treten unabhängig davon auf, ob ein Migrationshintergrund vorliegt. Allerdings zeigten Kinder mit Migrationshintergrund mit 20,6 % (453 Kinder) etwas häufiger Auffälligkeiten im Bereich der Visuomotorik als Kinder ohne Migrationshintergrund (18,3 %, 1.054 Kinder).

Des Weiteren bestehen Unterschiede hinsichtlich des Bildungsgrads der Eltern. So wurden Auffälligkeiten seltener bei Kindern festgestellt, von denen mindestens ein Elternteil (Fach-) Hochschulreife hatte, als bei Kindern, bei deren Eltern niedrigere Bildungsabschlüsse vorlagen (vgl. Tabelle 35).

Tab. 35 Auffälligkeiten in der Entwicklung in den Bereichen Grob- und Feinmotorik sowie Visuomotorik nach Bildungsabschluss der Eltern

Bildungsabschluss der Eltern	Grobmotorik		Feinmotorik		Visuomotorik	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
mind. 1 Elternteil Abitur/Fachhochschulreife	384	10,6	331	9,1	502	13,9
mind. 1 Elternteil mittlere Reife	312	15,4	251	12,3	396	19,4
mind. 1 Elternteil Hauptschulabschluss	228	19,2	188	15,8	321	26,8
mind. 1 Elternteil Förderschulabschluss	11	30,6	12	32,4	13	35,1
kein Schulabschluss	11	12,4	10	11,2	28	31,5

Nur etwas mehr als ein Drittel der Kinder mit Auffälligkeiten bei der Entwicklung im Bereich der Motorik und Koordination (Grobmotorik: 36,9 %, 415 Kinder; Feinmotorik: 36,1 %, 338 Kinder; Visuomotorik: 35,7%, 551 Kinder) betätigten sich regelmäßig sportlich. Dies sind sieben Prozentpunkte weniger als beim Einschuljahrgang 2013/2014.²⁰ Von den Kindern ohne Auffälligkeiten in der Motorik sind es etwas mehr als die Hälfte (Grobmotorik: 52,4 %, 3.616 Kinder; Feinmotorik: 52,0 %, 3.695 Kinder; Visuomotorik: 53,5%, 3.486 Kinder), die regelmäßig Sport trieben.

Zwischen 12 % und 35 % der Kinder mit Auffälligkeiten in den genannten Motorikbereichen hatten laut eigenen Angaben Krankengymnastik, Ergotherapie und Frühförderung erhalten (vgl. Tabelle 36).

Tab. 36 Inanspruchnahme von Ergotherapie, Krankengymnastik und Frühförderung bei Kindern mit Auffälligkeiten in der Entwicklung in den Bereichen Grob- und Feinmotorik sowie Visuomotorik

Fördermaßnahme	Grobmotorik		Feinmotorik		Visuomotorik	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ergotherapie	179	15,9	184	19,6	197	12,7
Krankengymnastik	188	16,7	165	17,6	195	12,6
Frühförderung	351	31,1	324	34,6	431	27,9

6.4 Entwicklungsauffälligkeiten im kognitiven Bereich

Entwicklungsauffälligkeiten im kognitiven Bereich sind überwiegend kombiniert mit Auffälligkeiten in anderen Bereichen, oft auch im Rahmen komplexer Entwicklungsverzögerungen. Es werden verschiedene Bereiche überprüft und altersentsprechend bewertet, u.a. die Kenntnis der Grundfarben, die Mengenerfassung, der Zahlenbereich sowie die Inhalts- und die Formenerfassung.

²⁰ Vergleichszahlen liegen hierbei nur zu den Bereichen Grob- und Feinmotorik vor.

Es liegen von 8.113 Kindern (98,8 %) hierzu Ergebnisse vor. Bei insgesamt 828 Kindern (10,2 %) wurden Entwicklungsauffälligkeiten im kognitiven Bereich festgestellt. Dies sind ca. drei Prozentpunkte mehr als beim Einschuljahrgang 2013/2014. Dieser Befund tritt bei Jungen mit 12,0% (499 Kinder) häufiger auf als bei Mädchen (8,3 %, 327 Kinder).

Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund mit Entwicklungsauffälligkeiten im kognitiven Bereich liegt mit 14,8 % (318 Kinder) höher als der der Kinder ohne Migrationshintergrund (8,1 %, 465 Kinder). Des Weiteren steigt der Anteil der Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten im kognitiven Bereich, je niedriger der Bildungsabschluss der Eltern ist. So wurden Auffälligkeiten in diesem Bereich nur bei 5,4 % der Kinder festgestellt, von denen mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife hatte. Im Vergleich dazu zeigten hier 36,1 % der Kinder Auffälligkeiten, von denen mindestens ein Elternteil Förderschulabschluss hatte (vgl. Tabelle 30).

Von den Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten im kognitiven Bereich hatten 338 (41,5 %) Frühförderung erhalten. Neben Frühfördermaßnahmen stehen zur vorschulischen Förderung für Kinder mit komplexeren Entwicklungsrückständen integrative Maßnahmen im Regel-Kindergarten oder Förderung in integrativen Kindertagesstätten zur Verfügung. Diese Angebote bauen aufeinander auf und können daher nicht zeitgleich genutzt werden

Hierbei nahmen Kinder ohne Migrationshintergrund mit 50,2 % (232 Kinder) das Angebot häufiger wahr als Kinder mit Migrationshintergrund (31,7 %, 98 Kinder). Gleichzeitig nutzten Kinder, deren Eltern höhere Bildungsabschlüsse hatten, dieses Angebot seltener (z.B. (Fach-) Hochschulreife: 36,3 %) als Kinder von Eltern mit niedrigeren Bildungsabschlüssen (z.B. Förderschule: 69,2 %) (vgl. Tabelle 37).

Tab. 37 Entwicklungsauffälligkeiten im kognitiven Bereich nach Bildung der Eltern

Bildungsabschluss der Eltern	Auffälligkeiten insgesamt		Davon: Inanspruchnahme von Frühförderung	
	Anzahl	%	Anzahl	%
mind. 1 Elternteil Abitur/Fachhochschulreife	193	5,4	70	36,3
mind. 1 Elternteil mittlere Reife	171	8,4	76	44,4
mind. 1 Elternteil Hauptschulabschluss	219	18,4	112	51,1
mind. 1 Elternteil Förderschulabschluss	13	36,1	9	69,2
kein Schulabschluss	20	23,8	3	15,0

72 von den kognitiv auffälligen Kindern waren bereits im Vorjahr vom Schulbesuch in den Kindergarten zurückgestellt worden.

6.5 Umschriebene Entwicklungsauffälligkeiten des Verhaltens

Verhaltensauffälligkeiten können die soziale Interaktion wie auch das Lernverhalten negativ beeinflussen. Bei Schulanfängern sind Verhaltensauffälligkeiten verschiedenster Art festzustellen. Bei der Beurteilung werden sowohl die Angaben der Erziehungsberechtigten als auch die Beobachtung in der Untersuchungssituation berücksichtigt. Darüber hinaus fließen auch

vorliegende fachliche Befunde, z.B. Frühfördergutachten oder psychologische, sozialpädiatrische oder kinderpsychiatrische Befundberichte in die Bewertung ein. Die anamnestischen Angaben werden im Rahmen der Untersuchung durch weitere Angaben der Eltern konkretisiert, die sich am SDQ-Fragebogen (Strength and Difficulties Questionnaire) orientieren, einem Instrument zur Erfassung von Verhaltensstärken und -auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 16 Jahren. Es wird unterschieden zwischen emotionalen Störungen, Verhaltensproblemen mit Wutanfällen bzw. Streit, Verhaltensproblemen gegenüber Gleichaltrigen sowie Hyperaktivität mit Konzentrationsstörungen und mangelnder Ausdauer.

In diesen vier Bereichen wurden bei 925 Kindern (11,3 %) Auffälligkeiten unterschiedlicher Art und Ausprägung ermittelt. Dies sind vier Prozentpunkte weniger als beim Einschuljahrgang 2013/2014. Verhaltensauffälligkeiten fanden sich häufiger bei Jungen mit 14,2 % (597 Kinder) als bei Mädchen mit 8,2 % (328 Kinder). Deutliche Unterschiede aufgrund eines vorliegenden Migrationshintergrunds wurden nicht festgestellt.

Jedoch können auch hier Unterschiede beim Auftreten von Auffälligkeiten hinsichtlich des Bildungsgrads der Eltern festgestellt werden. So zeigten sich nur bei 6,7 % der Kinder, von denen mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife hatte, Verhaltensauffälligkeiten in den genannten Bereichen. Dagegen waren 21,6 % der Kinder, von denen mindestens ein Elternteil einen Förderschulabschluss besaß, betroffen (vgl. Tabelle 38).

Tab. 38 Entwicklungsauffälligkeiten im Verhalten nach Bildungsabschluss der Eltern

Bildungsabschluss der Eltern	Anzahl	%
mind. 1 Elternteil Abitur/Fachhochschulreife	251	6,9
mind. 1 Elternteil mittlere Reife	272	13,3
mind. 1 Elternteil Hauptschulabschluss	242	20,1
mind. 1 Elternteil Förderschulabschluss	8	21,6
kein Schulabschluss	6	6,7

Bei 23,9 % der Kinder mit Auffälligkeiten im Verhalten waren zwei bis vier Verhaltensbereiche betroffen. Somit hat neben dem Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten auch die Mehrdimensionalität im Vergleich zum letzten Einschulbericht abgenommen, und zwar um vier Prozentpunkte.

Hyperaktivität mit Konzentrationsstörungen und mangelnder Ausdauer war die am häufigsten bestehende Verhaltensauffälligkeit bei 463 Kindern (5,6 %) und fand sich bei Jungen mit 7,8 % (329 Kinder) etwa doppelt so häufig wie bei Mädchen mit 3,4 % (134 Kinder). Verhaltensprobleme wie Wutanfälle, Streit und Verweigerungshaltung wurden bei insgesamt 367 Kindern (4,5 %) festgestellt, wobei auch hier Jungen doppelt so häufig (6,0 %, 253 Kinder) Anzeichen für eine Störung zeigten als Mädchen (2,9 %, 114 Kinder). Emotionale Auffälligkeiten fanden sich bei 283 Kindern (3,4 %) und ein problematisches Verhalten gegenüber Gleichaltrigen bei 86 Kindern (1,0 %) (vgl. Tabelle 39).

Tab. 39 Entwicklungsauffälligkeiten im Verhalten nach Geschlecht

Entwicklungsauffälligkeiten	Jungen		Mädchen		Alle Kinder	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Hyperaktivität	329	7,8	134	3,4	463	5,6
Verhaltensprobleme	253	6,0	114	2,9	367	4,5
Emotionale Auffälligkeiten	147	3,5	136	3,4	283	3,4
Probleme mit Gleichaltrigen	64	1,5	22	0,6	86	1,0

128 Kinder (14,0 % der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten) erhielten im Rahmen der Untersuchung eine Empfehlung zur ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Abklärung oder sozialpädagogischer Behandlung einer oder mehrerer Verhaltensauffälligkeiten. 425 Kinder (46,4 % der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten) waren zum Untersuchungszeitpunkt bereits wegen einer oder mehrerer Verhaltensauffälligkeiten in ärztlicher Behandlung bzw. Psychotherapie und sozialpädagogischer Behandlung. Bei 8 Kindern (0,9 % der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten) bestand eine gravierende Verhaltensproblematik. 354 Kinder (38,7 % der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten) waren in ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Kontrolle ohne erforderliche Behandlungsindikation.²¹

Darüber hinaus werden die Eltern nach Ausscheidungsstörungen (Enuresis, Enkopresis) und sonstigen Verhaltensproblemen befragt. Von Enuresis, (nicht organisch bedingtem Einnässen) waren insgesamt 546 Kinder ab fünf Jahren (6,7 %) betroffen (337 Jungen (8,0 %) und 209 Mädchen (5,2 %)). Bei drei Viertel der Kinder (73,7 %, 402 Kinder) handelte es sich um leichte Fälle, die in ärztlicher Kontrolle waren (beispielsweise aufgrund nächtlichen Einnässens).

Bei 51 Kindern (0,6 %) bestand eine Enkopresis (Einkoten, nicht organisch), davon waren rund drei Fünftel (58,8 %, 30 Kinder) zum Untersuchungszeitpunkt in Behandlung.

Sonstige Befunde im Bereich des Verhaltens lagen bei 212 Kindern (2,6 %) vor. Davon waren 130 (61,3 %) in ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Kontrolle, 65 (30,7 %) in ärztlicher Behandlung bzw. Psychotherapie. 15 Kindern (7,1 %) wurde im Rahmen der Untersuchung eine ärztliche/psychotherapeutische Abklärung empfohlen und zwei Kinder (0,9 %) hatten Anzeichen für eine dauerhafte Beeinträchtigung.

²¹ In dieser Darstellung sind aus Gründen der Eindeutigkeit der Resultate nur Ergebnisse von Kindern ausgewertet, die ausschließlich einer Kategorie zugeordnet werden können. D.h. Kinder, die mehrere Verhaltensauffälligkeiten haben und hier jeweils unterschiedliche Befunde haben (z.B. einmal ärztliche Abklärung empfohlen und einmal bereits in Therapie) sind hier nicht enthalten. Dies trifft auf zehn Kinder zu. Dies ist bei der Interpretation der Prozentwerte zu berücksichtigen.

7 Empfehlungen für Schule und Eltern

Unter Einbeziehung der Vorgeschichte und der in der Untersuchung erhobenen Befunde und nach Beratung mit den Eltern beurteilt die Schulärztin bzw. der Schularzt den Gesundheits- und Entwicklungsstand des Kindes. Die schulärztliche Beurteilung soll eine Aussage darüber machen, ob das Kind seinem Alter entsprechend entwickelt ist oder ob mit zusätzlichem Förder- bzw. Betreuungsbedarf in der Schule zu rechnen ist. Die Beurteilung im Rahmen der vorgezogenen Untersuchung beinhaltet beispielsweise Empfehlungen zu medizinischen Maßnahmen, Jugendhilfemaßnahmen, therapeutische Schülerhilfe, Nachmittagsbetreuung, Sport im Verein sowie Empfehlungen für Fördermaßnahmen bei Entwicklungsauffälligkeiten. Diese Fördermaßnahmen sollten bis zur Einschulung entweder durch häusliche Förderung, durch die im Kooperationsjahr vorgesehene Förderung in der Gruppe oder durch individuelle Frühförderung im letzten Kindergartenjahr durchgeführt werden.

Bei Kindern mit gesundheitlichen Einschränkungen und/oder erheblichem individuellem Förderbedarf kann eine Nachuntersuchung im Halbjahr vor der Einschulung durchgeführt werden.

Das Ergebnis der schulärztlichen Empfehlung wird der zuständigen Grundschule als „Schulärztliche Stellungnahme“ mitgeteilt, wobei bis auf wenige Ausnahmen diese Empfehlung einvernehmlich zwischen Eltern und Schulärztin bzw. Schularzt erfolgt. Die schulärztliche Stellungnahme wird als Gutachten für die Entscheidung über die Beschulung des Kindes mitberücksichtigt. In der Praxis weicht die Entscheidung der Schulleitung selten von der abgegebenen Empfehlung ab.

7.1 Übersicht über die Schulempfehlungen

Bei 6.949 von 8.183 Einschulkindern (84,9 %) konnte bereits bei der vorzeitigen Einschulungsuntersuchung empfohlen werden, das Kind in die Regelschule einzuschulen.²² Dies sind im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 ca. drei Prozentpunkte mehr. Nennenswerte Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts, eines vorliegenden Migrationshintergrunds oder des Bildungshintergrunds der Eltern liegen nicht vor. Die Empfehlung wurde auch für 4.081 Kinder (59,6 % der Einschulkinder mit Schulempfehlung) ausgesprochen, bei denen noch Entwicklungsauffälligkeiten in Teilbereichen vorlagen und entsprechende Förderung angezeigt war. Die mit der vorgezogenen Untersuchung verbundene Möglichkeit, diese Entwicklungsauffälligkeiten durch die empfohlene Förderung gezielt anzugehen, verbessert die Chance der Kinder auf einen guten Schulstart.

Auch für 479 von 551 Kindern (86,9 %), die vorzeitig, d.h. ein Jahr vor Erreichen der Schulpflicht, zur Einschulung angemeldet wurden, konnte die Einschulung empfohlen werden. Oftmals machen die Eltern ihre Entscheidung über eine vorzeitige Einschulung vom Ergebnis der schulärztlichen Untersuchung und Beratung abhängig und folgen der schulärztlichen Empfehlung.

²² Die Angabe zur Grundgesamtheit weicht von der Zahl der insgesamt untersuchten Kinder ab (vgl. Kapitel 2). Hauptgrund hierfür sind Kinder, die nicht zu einer empfohlenen Nachuntersuchung erschienen sind und nicht erreichbar waren (z.B. wegen Umzug). Da bei diesen Fällen aber bereits wichtige Informationen zum Gesundheitszustand der Kinder dokumentiert waren, wurde entschieden, diese Daten bei den übrigen Kapiteln zu berücksichtigen.

Bei 213 Kindern (2,6 %) erfolgte eine Zurückstellung vom Schulbesuch aus medizinischer Indikation (z.B. wegen chronischen Erkrankungen mit noch geringer körperlicher Belastbarkeit oder zu erwartende Fehlzeiten bei schwerwiegenden Therapiemaßnahmen). Jungen waren hiervon mit 3,2 % (136 Kinder) etwas häufiger betroffen als Mädchen mit 1,9 % (77 Kinder).

Bei 432 Kindern (5,3 %) wurde bei der ersten Untersuchung vermerkt, dass gegebenenfalls eine zweite Untersuchung erforderlich ist und diese Untersuchung durchgeführt (vgl. Kapitel 2.2).

Die Ergebnisse der schulärztlichen Stellungnahme aus der vorgezogenen Einschulungsuntersuchung bzw. bei den zweimal im Rahmen der Nachuntersuchung gesehenen Kindern sind in der nachfolgenden Tabelle 40 aufgeführt.

Tab. 40 Übersicht über die Empfehlungen zur Einschulung 2017 nach Geschlecht und vorliegendem Migrationshintergrund

Schul- empfehlung	ohne Migrationshintergrund				mit Migrationshintergrund				alle Kinder	
	Jungen		Mädchen		Jungen		Mädchen			
	An- zahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%	An- zahl	%
Reguläre Einschulung	2.479	84,7	2.426	85,9	959	83,4	897	85,6	6.949	84,9
Vorzeitige Einschulung bejaht	144	4,9	218	7,7	35	3,0	63	6,0	479	5,9
Vorzeitige Einschulung abgelehnt	21	0,7	21	0,7	16	1,4	12	1,1	71	0,9
Einschulung in die Regelschule mit inklusivem Unterstützungsbedarf	147	5,0	80	2,8	72	6,3	38	3,6	354	4,3
Zurückstellung aus medizinischen Gründen	87	3,0	50	1,8	47	4,1	25	2,4	213	2,6
Einschulung in eine Förderschule	50	1,7	30	1,1	20	1,7	13	1,2	116	1,4
Gesamt	2.928		2.825		1.149		1.048		8.182*	

* Die hier angegebene Gesamtzahl weicht aus Datenschutzgründen von der im Text genannten ab.

7.2 Schulrelevante Aspekte bei Kindern mit Entwicklungsverzögerungen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen

7.2.1 Empfehlung einer sonderpädagogischen Unterstützung

Gemäß der seit 2015 geltenden Inklusionsverordnung kann bei Anzeichen für die Notwendigkeit einer besonderen pädagogischen Förderung von der Schulleitung der betreffenden Schule eine individuelle Förderplanung eingeleitet werden. Sofern erforderlich, kann dabei eine sonderpädagogische Unterstützung erfolgen. Dabei legt § 18 der Inklusionsverordnung fest, welche Voraussetzungen für eine sonderpädagogische Unterstützung vorliegen müssen. Bereiche der sonderpädagogischen Unterstützung sind:

- Lernen,
- Sprache,
- emotionale und soziale Entwicklung,
- geistige Entwicklung,
- körperliche und motorische Entwicklung,
- Sehen sowie
- Hören.

Dabei können u.a. Beobachtungen und Stellungnahmen im Rahmen des Einschulungsverfahrens an der Schule Hinweise auf einen besonderen pädagogischen Förderbedarf darstellen, sodass eine entsprechende Empfehlung auf Basis der Erkenntnisse aus der Einschuluntersuchung eine wichtige Funktion hat (1).

Als Ergebnis der Einschuluntersuchung wurde ein sonderpädagogischer Förderbedarf bei insgesamt 527 Kindern (6,4 %) gesehen und eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen. Davon wurde bei 380 Kindern (4,6 %) ein Förderbedarf in einem Bereich und bei 147 Kindern (1,8 %) in zwei Bereichen gesehen. Bei Jungen wurde eine individuelle Förderung mit 8,2 % (343 Kinder) nahezu doppelt so häufig empfohlen wie bei Mädchen mit 4,6 % (184 Kinder). Von den einzelnen sonderpädagogischen Bereichen wurde die Sprache mit 2,4 % am häufigsten als förderungswürdiger Bereich identifiziert, gefolgt von Lernen und der emotionalen/sozialen Entwicklung mit jeweils 1,6 % (Tabelle 41).

Tab. 41 Anteil Empfehlungen zur pädagogischen Förderung nach Bereichen und Geschlecht (Mehrfachnennung möglich)

	Jungen		Mädchen		Alle Kinder	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sprache	131	3,1	64	1,6	195	2,4
Lernen	78	1,9	54	1,4	132	1,6
emotionale/soziale Entwicklung	101	2,4	29	0,7	130	1,6
körperliche und motorische Entwicklung	37	0,9	40	1,0	77	0,9
geistige Entwicklung	47	1,1	29	0,7	76	0,9
Hören	32	0,8	13	0,3	45	0,5
Sehen	8	0,2	11	0,3	19	0,2

Der Anteil der Empfehlungen zur pädagogischen Förderung liegt bei Kindern mit Migrationshintergrund mit 7,3 % (162 Kinder) etwas höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund mit 6,0 % (344 Kinder).

Des Weiteren kann festgestellt werden, dass die Quote der Kinder mit empfohlener individueller Förderung bei Kindern niedrig ist, bei denen mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife besaß (3,4 %) und diese Quote steigt, je niedriger der Bildungsabschluss der Eltern war. Am höchsten ist der Anteil bei Kindern, bei denen mindestens ein Elternteil einen Förderschulabschluss hatte (29,7 %) (vgl. Tabelle 42).

Tab. 42 Empfehlungen zur pädagogischen Förderung nach Bildungsabschluss der Eltern

Bildungsabschluss der Eltern	Anzahl	%
mind. 1 Elternteil Abitur/Fachhochschulreife	122	3,4
mind. 1 Elternteil mittlere Reife	133	6,5
mind. 1 Elternteil Hauptschulabschluss	141	11,7
mind. 1 Elternteil Förderschulabschluss	11	29,7
kein Schulabschluss	6	6,7

7.2.2 Schulpsychologische Überprüfung

Die schulpsychologische Überprüfung wird empfohlen bei Anpassungsstörungen des Verhaltens (Ängstlichkeit, geringe Konzentration und Ausdauer, mangelnde Gruppenfähigkeit) und/oder zur differenzierten Überprüfung der kognitiven Entwicklung, wenn es im Rahmen der Untersuchung sowie des Elterngesprächs nicht zu einer eindeutigen Entscheidung kam.

Bei insgesamt 20 Kindern (0,2 %) wurde eine schulpsychologische Überprüfung empfohlen, davon sind 13 Jungen und sieben Mädchen.

7.2.3 Empfehlungen zur Förderung in der Schule

Über die Schulempfehlung hinaus werden in der schulärztlichen Stellungnahme auch weitere schulische Fördermaßnahmen empfohlen. Für 1.256 Kinder (15,3 %) wurde ein Vorkurs „Früh Deutsch lernen“ im Halbjahr vor der Einschulung in der Schule angeraten. Hauptgrund für die Empfehlung sind – unabhängig von einem eventuell vorliegenden Migrationshintergrund – nur ausreichende oder wenig bis keine Deutschkenntnisse, wenngleich die meisten Kinder (89,3 %, 1.121 Kinder) einen Migrationshintergrund hatten. Von dieser Gruppe sind es wiederum fast drei Fünftel (59,2 %, 664 Kinder), die nicht in Deutschland geboren waren.

Darüber hinaus wurde die Schule bei einer Vielzahl von Kindern zusätzlich zu medizinischen Fragen beraten, u.a. bei individuellen Aspekten in der Betreuung von chronisch kranken Kindern, zu spezifischen Aspekten bei Kindern mit Sinnesbeeinträchtigungen und Anpassungsstörungen. Auch auf noch bestehende Entwicklungsverzögerungen, die bei Einschulung in die Regelschule weiter bestehen würden und einer weiteren Förderung bedurften, wurde die Schule hingewiesen.

7.2.4 Weitere Empfehlungen

Für 1.993 Kinder (24,3 %) wurden weitere Empfehlungen abgegeben, wobei hiervon bei nahezu einem Viertel der Kinder (24,0 %, 478 Kinder) zwei Maßnahmen empfohlen wurden.

Die Empfehlungen sind nicht nur auf eine Umsetzung in der Schule ausgerichtet, sondern sollen auch im Alltag der Kinder bzw. in der Familie Berücksichtigung finden. Am häufigsten zielen sie auf eine Veränderung der körperlichen Aktivität (z.B. im Rahmen von Sportvereinen (1.069 Kinder)) und auf die Ernährung. Hierdurch sollen einerseits Impulse für eine Veränderung der Freizeitgestaltung der Kinder gegeben und andererseits der Ausbildung von Übergewicht spezifisch präventiv begegnet werden (282 Kinder).

Des Weiteren werden häufig Maßnahmen im Bereich medizinische Diagnostik und Therapie (z.B. Medizinische Beratung (536 Kinder), Ergotherapie (99 Kinder), Schulung wegen chronischer Erkrankung (60 Kinder), Krankengymnastik (10 Kinder), Kur (6 Kinder)) empfohlen. Empfehlungen betreffen zudem psychologische oder pädagogische Hilfen bei komplexen familiären Problemen, die nicht nur das Einschulkind betreffen können. Hierzu gehören beispielsweise sozialpädiatrische bzw. kinder-jugendpsychiatrische Abklärung (73 Kinder), Erziehungsberatung/psychologische Beratung (41 Kinder), therapeutische Schülerhilfe (19 Kinder), Beratung durch das Jugendamt (8 Kinder) sowie Unterbringungen und Verweise an Selbsthilfegruppen (3 Kinder). Darüber hinaus werden Maßnahmen empfohlen, die mehrere Bereiche ganzheitlich ansprechen, wie Frühförderung (216 Kinder) oder Integrationsmaßnahmen (19 Kinder) (vgl. Tabelle 43).

Tab. 43 Weitere Empfehlungen an die Eltern (Mehrfachnennung möglich)

Empfohlene Maßnahme	Anzahl	%
Sportverein	1.069	13,0
Medizinische Beratung/Kindergarten / Koop.-team /Schule	536	6,5
Maßnahmen wegen Übergewicht und Adipositas (Ernährungsberatung, Bewegungsförderung, Verhaltensänderung)	282	3,4
Frühförderung	216	2,6
Ergotherapie	99	1,2
Sozialpädiatrische / kinder-jugendpsychiatrische Abklärung	73	0,9
Schulung wegen chronischer Erkrankung (Adipositas, Asthma, Diabetes)	60	0,7
Erziehungsberatung/psychologische Beratung	41	0,5
Integrationsmaßnahme (AFI)	19	0,2
therapeutische Schülerhilfe	19	0,2
Krankengymnastik	10	0,1
Beratung durch Jugendamt	8	0,1
Kur- und Erholungsmaßnahme/Reha	6	0,1
teilstationäre/vollstationäre Unterbringung/Verweis an Selbsthilfegruppe	3	0,0
Sonstiges	30	0,4

8 Zusammenfassung und Ausblick

In dem vorliegenden Bericht werden relevante Daten zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung der im Jahre 2017/2018 eingeschulerten Kinder zusammengetragen. Eine Reihe von Daten wird auch in der zeitlichen Entwicklung dargestellt. Seit dem dritten Bericht über Gesundheit und gesundheitliche Versorgung bei Einschulkindern 2015 im Saarland gab es weitere gesellschaftliche Veränderungen, die Einfluss auf die betrachtete Alterskohorte hatten und nachgehend beschrieben werden. Inwieweit Migrationshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern sowie das Lebensumfeld bei der Inanspruchnahme von Maßnahmen der Vorsorge und Versorgung eine Rolle spielen, wird in Einzelfällen näher untersucht.

8.1 Gesundheits- und familienpolitische Maßnahmen

8.1.1 Verbesserung der Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

Um allen Kindern eine möglichst gute Chance für ein gesundes Aufwachsen zu bieten, wurde mit dem 2007 erlassenen saarländischen Gesetz zum Schutz der Kinder vor Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung versucht, die Teilnehmerate an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (Vorsorgeuntersuchungen), die vom dritten Lebensmonat bis fünfeinhalb Jahren angeboten werden, zu verbessern. Durch Einladung zu jeder Untersuchung und nachgehenden Interventionen bei Versäumnis der Teilnahme sollten möglichst alle Kinder in den vorgesehenen Zeiträumen ärztlich untersucht und frühzeitig erforderliche Maßnahmen bei Gesundheits- und Entwicklungsstörungen oder familiärem Unterstützungsbedarf eingeleitet werden.²³ Dieses Ziel wurde konsekutiv erreicht: Seit mehreren Jahren nehmen über 98 % aller saarländischen Kinder an allen Untersuchungen teil. Durchschnittlich erfolgen rd. 80 % der Untersuchungen nach vorhergehender Einladung innerhalb der hierfür vorgesehenen Frist. Weitere 18 % erfolgen nach der Versendung von Erinnerungsschreiben durch das Zentrum für Kindervorsorge oder nachgehenden Interventionen im Zuständigkeitsbereich der kommunalen Gesundheitsämter.

Die Aufgabenwahrnehmung durch die kommunalen Gesundheitsämter im Bereich der Früherkennungsuntersuchungen bildet ein wesentliches Bindeglied, um (belasteten) Familien die Angebote der Frühen Hilfen zu offerieren. Das „verpflichtende Einladungssystem zur Steigerung der Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen“ ist somit auch ein Bestandteil des Netzwerkes „Frühe Hilfen im Saarland“.

8.1.2 Frühe Hilfen im Saarland

Im Rahmen der „Frühen Hilfen im Saarland“ werden bereits seit 2008 flächendeckend psychosoziale Unterstützungsangebote für Familien ab Beginn der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr des Kindes angeboten. Neben alltagspraktischer Unterstützung wird insbesondere ein Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern geleistet.

Die erforderlichen Weichenstellungen erfolgten in Form eines Modellprojekts in den Jahren 2008 bis 2013 („Keiner fällt durchs Netz“). In den Folgejahren wurde das Angebot durch die Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und

²³ Inzwischen ist das verbindliche Einladungswesen zur Früherkennungsuntersuchung in §8a ÖGDG geregelt (9).

Familie als Landesprogramm kontinuierlich weiterentwickelt und verstetigt. Insgesamt erfolgten dadurch bis heute über 45.000 Hausbesuche im Rahmen der aufsuchenden Betreuung bei rund 3.000 Kindern und ihren Familien. Pro Jahr werden saarlandweit derzeit rund 500 Kinder aufsuchend betreut und etwa 4.000 Hausbesuche durchgeführt. Etwa 45 Fachkräfte der Frühen Hilfen (Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern) sind kontinuierlich aufsuchend im Einsatz.

Die Koordinierungsstellen Frühe Hilfen der Landkreise und des Regionalverbands stellen hierbei die zentralen Anlaufstellen dar und vermitteln bei Bedarf die passende Unterstützung. Der Zugang zu den Koordinierungsstellen erfolgt unter anderem nach Weitervermittlung über Geburtskliniken, Hebammen, Schwangerenberatungsstellen und Arztpraxen.

Die aufsuchende Tätigkeit der Fachkräfte Frühe Hilfen bildet den Schwerpunkt der Umsetzung in den Landkreisen und dem Regionalverband. Darüber hinaus werden aber auch Elternkurse zur Förderung der Erziehungskompetenz sowie weitere Angebote in den Landkreisen sowie im Regionalverband vorgehalten.

Als weitere Maßnahme im Rahmen der Frühen Hilfen wird seit dem zweiten Halbjahr 2019 in den fünf „größeren“ saarländischen Geburtskliniken mit mind. durchschnittlich rund 1.000 Geburten pro Jahr das Modellprojekt „Lotsendienste Frühe Hilfen“ erprobt. Durch die Lotsendienste sollen Familien mit Unterstützungsbedarf noch früher erreicht und an die Angebote der Frühen Hilfen bzw. andere passgenaue Hilfen weitervermittelt werden.

Die Laufzeit des Modellprojekts ist zunächst bis Ende 2021 befristet. Ab dem zweiten Halbjahr 2020 erfolgt eine sukzessive Ausweitung auf die drei weiteren Geburtskliniken im Saarland, so dass im Jahr 2021 eine landesweite und flächendeckende Umsetzung stattfinden soll.

Die vorliegenden Projektzwischenresultate sind äußerst begrüßenswert. Pro Quartal werden von den fünf bereits eingerichteten Lotsendiensten durchschnittlich rd. 1.000 Mütter erreicht. Bei Berücksichtigung von rund 2.000 Geburten pro Quartal im Saarland werden also bereits rd. 50 % der in den Geburtskliniken entbindenden Mütter von dem Angebot erreicht. Bei einer flächendeckenden Umsetzung des Modellprojekts in allen acht Geburtskliniken im Saarland wird die Erreichbarkeitsrate also erwartungsgemäß noch steigen (7).

8.1.3 Besuch von Kindertageseinrichtungen ermöglichen

Der Anteil der in Kindertageseinrichtungen betreuten Kinder unter drei Jahren hat sich laut Angaben des Statistischen Bundesamts zwischen 2008 und 2017 verdoppelt von 13,2 % auf 26,1 %. Bei den drei- bis sechsjährigen ist der Anteil zwischen 2008 und 2016 von 92,5 % auf 95,1 % gestiegen und 2017 wieder auf 92,8 % gesunken (vgl. Kapitel 2.4).

Mit Beginn des Kindergartenjahres 2019/2020 werden die Eltern bei den KiTa-Gebühren deutlich entlastet. In einem ersten Schritt sinken die Beiträge um 4 Prozentpunkte (nur noch 21% statt bisher 25% der Personalkosten). In weiteren Schritten werden die Beiträge ab dem Kindergartenjahr 2022/2023 auf die Hälfte reduziert sein, was die Teilhabechancen deutlich verbessert. Dazu werden neben Landesmitteln auch Gelder aus dem Gute-KiTa-Gesetz eingesetzt.

Daneben gibt es eine weitere Entlastung für Eltern durch eine neu gestaltete Geschwisterermäßigung. Ab dem Kindergartenjahr 2019/2020 werden alle Kinder, für die Kindergeld gezahlt wird, berücksichtigt. Damit reduziert sich der Beitrag ab dem 2. Kind für jedes weitere um 25%, ab dem 5. Kind entfällt der Beitrag somit vollständig.

8.1.4 Ärztliche Untersuchung vor Besuch von Kindertageseinrichtungen

Mit der 2013 erlassenen Verordnung zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege (19) werden alle Kinder vor Aufnahme in die Einrichtung ärztlich untersucht und der Impfstatus und die Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen überprüft. Die Einrichtung wird informiert, wenn besondere gesundheitliche Aspekte, z.B. bei chronischer Erkrankung oder bei Behinderung in der Betreuung der Kinder zu beachten sind.

8.1.5 Kinderfrüherkennungsuntersuchungen um Beratung und psychosoziales Screening erweitert

Seit 2016 dient aufgrund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses die Kinderfrüherkennungsuntersuchung nicht nur der Früherkennung körperlicher Probleme, sondern umfasst auch psychosoziale Kriterien, wobei auch altersentsprechende Schwerpunkte gesetzt werden. Hierdurch sollen Verhaltensauffälligkeiten oder Risikofaktoren für psychische Erkrankungen frühzeitig festgestellt oder verhindert werden. Zudem werden die Eltern in Fragen der Gesundheitsförderung beraten und auf Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention sowie Unterstützung hingewiesen (vgl. BVKJ 2016).

8.2 Bildungspolitische Maßnahmen und Einschulungsuntersuchung

8.2.1 Kooperationsjahr „Kindergarten-Grundschule“

Im Bildungsbereich wurde im Schuljahr 2010/2011 begonnen, die Einschulphase neu zu gestalten. Um allen Kindern einen guten Schulstart zu ermöglichen, wurde das Kooperationsjahr „Kindergarten-Grundschule“ 2011 als Schulversuch eingeführt und konsekutiv auf alle Kindertageseinrichtungen und Grundschulen ausgedehnt (5). Kinder werden im letzten Kindergartenjahr gemeinsam durch Erzieherin bzw. Erzieher und Grundschullehrerin bzw. Grundschullehrer zwei Stunden pro Woche innerhalb vorgegebener Themen in der Gruppe gefördert werden. Dabei sollen individuelle Entwicklungsverzögerungen aufgearbeitet werden.

Das Kooperationsjahr „Kindergarten-Grundschule“ wurde 2011 erstmals an 20 Grundschulen und 40 kooperierenden Kindergärten gestartet. Eine flächendeckende Ausweitung des „Kooperationsjahr Kindergarten – Grundschule“ hat bis zum Schuljahr 2016/17 stattgefunden.

Eine nachhaltige Zusammenarbeit von Kindergarten und Grundschule setzt voraus, dass es systematische und verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit gibt. Diese sind implementiert worden.

8.2.2 Vorgezogene Einschulungsuntersuchung

Um den Förderbedarf der Kinder frühzeitig zu erkennen, wurde 2011 im Schulpflichtgesetz die von den Jugendärztlichen Diensten der Gesundheitsämter durchgeführte Einschulungsuntersuchung auf das Halbjahr vor dem letzten Kindergartenjahr verlegt (8). Die Untersuchung wurde dem altersentsprechenden Entwicklungsstand angepasst und das Screening zur Überprüfung der vorschulischen Fertigkeiten erweitert. Eltern sollten auf bestehenden Förderbedarf und Fördermöglichkeiten hingewiesen werden. Mit Einverständnis der Eltern sollte auch der Kindergarten über den Förderbedarf informiert werden.

8.3 Einschulungsuntersuchung – Zentrale Ergebnisse

Die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter haben 8.207 Kinder zur Einschulung ins Schuljahr 2017/18 untersucht. Seit dem Einschuljahrgang 2013/2014 ist die Zahl der untersuchten Kinder somit gestiegen und angesichts einer steigenden Anzahl von Geburten ist auch mit einem weiteren Anstieg zu rechnen.

Der Einschuljahrgang hat in unterschiedlichem Umfang von den dargestellten sozial- und bildungspolitischen Maßnahmen profitiert, so dass auch mögliche Auswirkungen in unterschiedlichem Ausmaß darstellbar sind.

8.3.1 Migrationshintergrund, Familiensituation, Bildungshintergrund, Kindertageseinrichtung

Die Eltern melden nach wie vor den überwiegenden Teil der Kinder **altersentsprechend zur Einschulung an**. Der Anteil der vorzeitig einzuschulenden Kinder ist mit 6,7 % etwas niedriger als beim Einschuljahrgang 2013/2014. Zudem kann festgestellt werden, dass bei Kindern mit Migrationshintergrund seltener ein Antrag auf vorzeitige Einschulung gestellt wurde als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Der Anteil der erneut untersuchten Kinder, die aus medizinischen Gründen ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt worden waren, lag mit 2,4 % ebenfalls im langjährigen Trend.

Der Anteil der Kinder mit **Migrationshintergrund** liegt mit 27,7% niedriger als beim Einschuljahrgang 2013/2014. Dies kann insbesondere auf einen Definitionswechsel zurückgeführt werden, der an die Definition der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)“ des Robert Koch-Instituts (RKI) angelehnt ist und neben dem Herkunftsland der Eltern auch deren Staatsangehörigkeit sowie das Geburtsland des Kindes berücksichtigt. Die Zahl der in Deutschland geborenen Kinder mit Migrationshintergrund ist mit 56,4 % deutlich niedriger als beim Einschuljahrgang 2013/2014. Dies kann v.a. auf die hohe Zahl an Kindern von Flüchtlingen, die v.a. 2015 nach Deutschland eingereist sind, zurückgeführt werden. Der Großteil war bei Einreise vier Jahre und älter. Dies hat Auswirkungen auf die Ergebnisse im Bereich der Sprachkenntnisse sowie in der Wahrnehmung von Angeboten der Gesundheitsvorsorge und -versorgung (z.B. Impfen, Früherkennungsuntersuchungen), da die Angebote für Säuglinge und Kinder unter vier Jahren nicht in Anspruch genommen werden konnten.

Vier Fünftel der Kinder (ca. 79,7 %) lebte zum Untersuchungszeitpunkt bei **beiden Eltern**, wobei es nach wie vor deutliche Unterschiede hinsichtlich eines vorliegenden Migrationshintergrunds gibt: Kinder ohne Migrationshintergrund lebten in 76,9 % und Kinder mit Migrationshintergrund in 88,5 % der Fälle bei beiden Eltern. 4,7 % der Kinder lebten bei einem Elternteil mit einem anderen Partner. Der **Anteil der Alleinerziehenden** lag bei 13,8 %. Auf der Ebene der Landkreise und Kommunen sind allerdings die Unterschiede erheblich und bilden die unterschiedliche soziale Lage deutlich ab.

Der Anteil der **Einzelkinder** ist innerhalb der Kinder ohne Migrationshintergrund mit 26,6 % nach wie vor deutlich höher als innerhalb der Kinder mit Migrationshintergrund (14,0 %). Nur 23,9 % der Kinder ohne Migrationshintergrund leben in Familien mit drei und mehr Kindern gegenüber 44,4 % bei Familien mit Migrationshintergrund. Muttersprache der Kinder mit Migrationshintergrund ist oftmals die des Herkunftslandes. Wenngleich die meisten Kinder mit nicht-deutscher Muttersprache zweisprachig mit Deutsch als zweiter Sprache aufwachsen

(ca. 63,7 %), sprachen laut Elternangaben mehr als ein Drittel (35,9 %) in der Familie überhaupt nicht Deutsch, was sich nachteilig auf die Deutschkenntnisse auswirken kann.

Bei mehr als der Hälfte der Kinder (51,8 %) mit Angaben der Eltern zum **Bildungshintergrund** hatte mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife, gefolgt von mittlerer Reife (29,2 %) und Hauptschulabschluss (17,2 %). Der Anteil von Kindern, deren Eltern einen Förderschulabschluss oder keinen Abschluss haben, ist somit sehr gering und liegt bei 0,5 % bzw. 1,3 %. Dabei zeigt sich, dass bei höherwertigen Bildungsabschlüssen, wie (Fach-)Hochschulreife und Mittlere Reife, die Eltern von Kindern ohne Migrationshintergrund häufiger vertreten sind als Eltern von Kindern mit Migrationshintergrund. Gleichzeitig ist der überwiegende Anteil von Eltern ohne Bildungsabschluss bei Kindern mit Migrationshintergrund anzutreffen.

93,7 % der Kinder hatten regelmäßig eine **Kindertageseinrichtung besucht**, was einen Rückgang von ca. fünf Prozentpunkten gegenüber dem Einschuljahrgang 2013/2014 bedeutet. Dieser Befund kann v.a. auf die nicht in Deutschland geborenen Kinder mit Migrationshintergrund zurückgeführt werden, von denen nur 77,0 % regelmäßig eine Kindertageseinrichtung besuchte. Kinder ohne Migrationshintergrund bzw. in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund weisen mit 96,6 % bzw. 93,5 % deutlich höhere Anteile bei den Kindern auf, die regelmäßig eine Kindertageseinrichtung besuchten. Des Weiteren kann festgestellt werden, dass der Anteil der Kinder, die regelmäßig eine Kindertageseinrichtung besuchen, mit ansteigendem Bildungsabschluss zunimmt von 76,0 % bei Kindern von Eltern ohne Schulabschluss bis auf 97,7 % bei Kindern von Eltern mit (Fach-)Hochschulreife.

Der Anteil der Kinder **ohne Besuch einer Kindertageseinrichtung** lag bei Kindern mit Migrationshintergrund bei 8,2 % versus 0,8 % bei den Kindern ohne Migrationshintergrund. Auch dieses Ergebnis wird dadurch beeinflusst, dass insbesondere nicht in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund keine Kindertageseinrichtung besuchten, und zwar zu ca. 17,8 %. In Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund haben vergleichbar geringe Anteile (1,7 %) an Kindern, die keine Kindertageseinrichtung besuchen, wie Kinder ohne Migrationshintergrund. Des Weiteren besuchten v.a. Kinder von Eltern ohne Schulabschluss oder niedrigeren Bildungsabschlüssen, wie Hauptschul- oder Förderschulabschluss vergleichsweise häufiger keine Kindertageseinrichtung, wobei hier die niedrigen Fallzahlen zu berücksichtigen sind. Somit konnten fast alle Kinder durch diese institutionellen Maßnahmen erreicht werden, gleichwohl insbesondere Kinder aus zugewanderten Familien und bildungsfernen Schichten seltener von Integrations- und Förderangeboten über die Kindertageseinrichtungen profitieren. Gerade vor dem Hintergrund der Diskussion um die Vererbung von Bildungsarmut sollten Maßnahmen ergriffen werden, dass mehr Kinder aus bildungsfernen Schichten in die Bildungsinstitution Kindertageseinrichtung besuchen.

Der Anteil der Kinder mit **früher institutioneller Betreuung** hat im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 weiter zugenommen: Etwa 39,5 % der Einschulkindern 2017/2018 besuchten die Kindertageseinrichtung bereits vor dem dritten Lebensjahr, wobei überwiegend Eltern von Kindern ohne Migrationshintergrund diese frühe Betreuung in Anspruch genommen haben (47,6 % gegenüber 18,2 % bei Kindern mit Migrationshintergrund). Auch dieses Ergebnis wird wesentlich von nicht in Deutschland geborenen Kindern beeinflusst, die größtenteils ab dem vierten Lebensjahr nach Deutschland eingereist sind und deshalb auch erst ab diesem Alter eine Kindertageseinrichtung besuchen konnten. Weiterhin wird eine institutionelle Betreuung von Kindern vor dem dritten Lebensjahr vergleichsweise häufiger von Eltern mit höheren Bildungsabschlüssen, wie (Fach-)Hochschulreife (49,4 %) oder Mittlere Reife (38,8 %) genutzt.

8.3.2 Gesundheitliche Vorgeschichte

In der gesundheitlichen Vorgeschichte ist der nach wie vor hohe Anteil der frühgeborenen Kinder auffällig: 10,3 % der Kinder mit vorgelegtem Vorsorgebuch (88,6 %) waren vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren, 1,4 % sogar vor der 32. Schwangerschaftswoche. Dieser hohe Anteil frühgeborener Kinder birgt ein hohes Risiko für Gesundheitsbeeinträchtigungen und Entwicklungsverzögerungen – auch bei Kindern, die wenige Wochen zu früh geboren wurden (vgl. Peotz et al. 2012). Die **Frühgeburtlichkeit** liegt im Saarland über die Jahre hinweg und auch beim hier betrachteten Einschuljahrgang über dem Bundesdurchschnitt (vgl. AQUA 2012). Dabei stellt Rauchen ein erhebliches Risiko für Frühgeburtlichkeit in der Schwangerschaft dar (vgl. Meier et al. 2009), wobei der Anteil der Raucherinnen insgesamt und insbesondere der Anteil der Raucherinnen mit 11 und mehr Zigaretten pro Tag im Saarland zwischen 2004 und 2011 höher liegt als im Bundesdurchschnitt.

Die **Rate an Kaiserschnittentbindungen** ist mit 36,2 % im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 weiter angestiegen und liegt nach wie vor über dem Bundesdurchschnitt. Die Gründe für die bundesweite Entwicklung der Kaiserschnittgeburten in den letzten Jahren in Deutschland sind komplex und werden in der medizinischen Fachwelt intensiv diskutiert. Davon konnten das höhere Durchschnittsalter der Mütter, die Entwicklung des Anteils überschwerer Kinder, der Mehrlingsgeburten, der Frühgeburten oder der Wunschkaiserschnitte als Einflussfaktoren auf den Anstieg der Kaiserschnitttrate ausgeschlossen werden. Auch eine Zunahme an mütterlichen Erkrankungen wie Adipositas oder Diabetes mellitus erklärt nicht die gestiegene Kaiserschnitttrate. Wichtigster Einfluss für die regionale Variation der Kaiserschnitttrate ist – neben der Re-Section –, dass der Entscheidungsspielraum bei relativen Indikationen regional unterschiedlich bewertet wird und die daraus resultierenden geburtshilflichen Vorgehensweisen teilweise deutlich variieren. Bei der Entscheidungsfindung können eine defensiv auf möglichst hohe Planbarkeit ausgerichtete Geburtshilfe, haftungsrechtliche Entwicklungen, Aspekte der Klinikorganisation (Beleg- vs. Hauptfachabteilung) und die abnehmende Erfahrung der Geburtshelfer in der Betreuung komplizierter Spontangeburt zu häufigeren Entscheidungen für einen Kaiserschnitt führen (vgl. Kolip et al. 2012).

Eine differenzierte Betrachtung der Entwicklung bedarf somit des Einbezugs vielfältiger medizinischer und gesellschaftlicher Aspekte sowie der Weiterentwicklungen und Qualitätssteigerungen in der Geburtsmedizin der letzten Jahre. Entscheidend ist aber nach wie vor, dass etwaige Interventionen zur Senkung der Kaiserschnitttrate nicht zu einer erhöhten Gefährdung von Mutter und Kind führen dürfen. Grundsätzlich ist die Entscheidung zum Einsatz medizinischer Maßnahmen in jedem Einzelfall gemeinsam zwischen der Hebamme bzw. dem Arzt oder der Ärztin und der werdenden Mutter unter Abwägung der gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu treffen (vgl. Landtag des Saarlandes 2018). Eine Orientierungshilfe kann dabei die neue S3-Leitlinie zur Sectio Caesarea der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) vom Juni 2020 darstellen (vgl. DGGG 2020).

61,0 % der Kinder wurden **gestillt**. Somit hat sich die Stillquote seit 1997 um mehr als 20 Prozentpunkte erhöht. Dennoch liegt die Stillquote auf Basis der Daten der Schuleingangsuntersuchung unterhalb der bundesweiten Erhebung KiGGS des RKI. Diese Abweichungen können durch methodische Unterschiede in der Fragestellung erklärt werden.

Sowohl ein vorliegender Migrationshintergrund als auch der Bildungshintergrund beeinflussen die Stillrate. So haben Kinder mit Migrationshintergrund mit 77,3 % deutlich häufiger Muttermilch als Nahrung erhalten als Kinder ohne Migrationshintergrund (55,5 %). Zudem

werden Kinder von Eltern mit (Fach-)Hochschulreife zu 73,3 % und damit mindestens ca. 20 % häufiger gestillt als Kinder von Eltern mit niedrigeren Bildungsabschlüssen. Über die Hälfte der gestillten Kinder (51,4 %) stillten die Mütter maximal sechs Monate, bei 1.449 Kindern (30,7%) zwischen sieben und 12 Monaten und bei 844 Kindern (17,9 %) länger als ein Jahr. Drei Viertel der Frauen (74,3%) stillte mindestens über den empfohlenen Zeitraum von vier Monaten. Insbesondere wegen der mit dem Stillen verbundenen präventiven Vorteile ist eine weitere Zunahme des Stillens insgesamt und der Stildauer wünschenswert.

Unter den in der Vorgeschichte von den Eltern angegebenen durchgemachten **akuten Erkrankungen** spielen die klassischen Kinderkrankheiten dank guter Impfraten weiterhin kaum eine Rolle mehr. Lediglich an Scharlach erkrankten 18,6 % der Kinder, da hierfür keine Impfung verfügbar ist. Weitere häufige akute Erkrankungen sind – neben banalen Infekten – Mittelohrentzündung (27,5 %) und Infekte der Atemwege (Pseudokrupp 14,5 %, Bronchitis 8,0 %, Pneumonien 6,3 %). 10,0 % der Kinder leiden allerdings nach Angaben der Eltern an Erkrankungen des allergischen Formenkreises. Entsprechend nimmt auch unter den eingenommenen **Medikamenten** die antiallergische Medikation den ersten Platz ein. Sie wird von nahezu der Hälfte der Kinder, die regelmäßig ein Medikament einnehmen, benötigt. Psychopharmaka spielen nach wie vor kaum eine Rolle. Insgesamt nahmen 7,7 % der Kinder regelmäßig Medikamente, wobei Kinder ohne Migrationshintergrund ungefähr doppelt so häufig auf Medikamente angewiesen sind als Kinder mit Migrationshintergrund. Relevante Unterschiede aufgrund des Bildungshintergrunds der Eltern liegen nicht vor.

Bei ca. einem Drittel (29,5 %) wurden bereits eine oder mehrere **Operationen** durchgeführt. Jungen wurden mit 37,7 % etwa doppelt so häufig operiert wie Mädchen (21,0 %). Dieser Unterschied kann insbesondere durch die nur bei Jungen durchgeführten Operationen Circumcision (Beseitigung der Phimose, u. a. auch Beschneidung) und Orchidopexie (Korrektur des Hodenhochstandes) erklärt werden. Die mit Abstand häufigste Operation war die Adenotomie (Entfernung der Rachenmandel) bei 16,0 % aller Kinder. Nach wie vor besteht ein regionaler Unterschied in der Höhe der durchgeführten Operationen, der kritisch beleuchtet werden sollte.

Die Zahl der ärztlich versorgten **Unfallereignisse** ist im Zeitvergleich relativ konstant bei 16,2 % der Jungen und 16,1 % der Mädchen, wobei Kinder ohne Migrationshintergrund vergleichsweise häufiger aufgrund von Unfällen behandelt werden als Kinder mit Migrationshintergrund. Am häufigsten resultieren aus den Unfällen Knochenbrüche und Weichteilverletzungen (59,7 % aller Unfälle). Drei Fünftel der Unfälle (63,3 %) ereigneten sich Hause.

8.3.3 Präventive Maßnahmen

Präventive Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Früherkennung von Krankheiten oder zur frühen Rehabilitation bei Erkrankungen spielen im Kindesalter im Hinblick auf gesundes Aufwachsen, Leistungsfähigkeit und Teilhabe eine wichtige Rolle.

Zu den effektivsten präventiven Maßnahmen zählen **Impfungen** zur Vermeidung von schweren Infektionskrankheiten. Eindrucksvoll zeigt sich die Auswirkung der Impfung u.a. bei der seit 2004 eingeführten Impfung gegen Windpocken: So ist ein Rückgang der Erkrankungsraten von 66,3 % beim Einschuljahrgang 2005/2006 auf 3,0 % der hier betrachteten Einschulkinder zu verzeichnen.

Allerdings waren und sind nicht alle Kinder entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut geimpft. Im Gegenteil ist beim Einschuljahrgang 2017/2018 ein Rückgang der Grundimmunisierungsrate bei allen Einzelimpfungen im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 zu verzeichnen. Diese liegt größtenteils nur noch um ca. 90 %. Lediglich bei Tetanus und Diphtherie beträgt die Impfquote 92 %.

Diese Entwicklung ist v.a. auf die Durchimpfungsrate bei den Einzelimpfungen bei Kindern mit Migrationshintergrund zwischen ca. 64 % und ca. 82 % und hier im speziellen auf Kinder, die nicht in Deutschland geboren sind, zurückzuführen – bei Kindern ohne Migrationshintergrund sind deutlich höhere Impfraten zu verzeichnen (zwischen 83,5 % und 96,4 %). Gründe sind gerade bei im Ausland geborenen Kindern eine teilweise unzureichende Dokumentation, andere unterschiedliche Impfvorgaben bzw. -schemata anderer Länder sowie eine nach Alter bei Einreise angepasste Impfnotwendigkeit bei einzelnen Impfungen, so dass diese Kinder nach den Vorgaben der Datenerhebung bei der Einschuluntersuchung als unvollständig geimpft gewertet werden.

Dies führt dann auch dazu, dass im Ausland geborene Kinder mit Migrationshintergrund in der Gesamtschau eines ausreichenden Impfschutzes, der eine Grundimmunisierung bei allen von der STIKO empfohlenen Impfungen vorsieht, nur zu 15,6 % als vollständig geimpft gelten. Die Quoten bei in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund und bei Kindern ohne Migrationshintergrund liegen dagegen bei 83,3 % bzw. bei 80,6 %.

Hinzu kommt, dass im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 ein Absinken der Impfquoten im Saarland *unterhalb* des Bundesdurchschnitts festgestellt werden kann. Da auch der bundesweite Rückgang der Impfraten auf einen höheren Anteil von nicht in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund (z.B. aus zuwandernden/geflüchteten/asylsuchenden Familien) zurückgeführt werden kann, bei denen häufig ein unvollständiger Impfstatus festgestellt wird, kann dieser Befund nicht aus den vorliegenden Daten erklärt werden.

Wenngleich zu berücksichtigen ist, dass insbesondere 2015 eine hohe Zahl an Kindern aus Flüchtlingsfamilien nach Deutschland gekommen sind, die beim hier betrachteten Einschuljahrgang untersucht wurden, und es sich deshalb *teilweise* nur um einen punktuellen Effekt handeln kann, sind dennoch die festgestellten Entwicklungen der gesamten Gruppe der Einschulkinder bedenklich, da durch die Zunahme von Durchimpfungsraten die Anzahl von Erkrankungen deutlich zurückgehen kann, wie das Beispiel der Windpocken verdeutlicht.

Daher ist grundsätzlich eine verstärkte Aufklärung der Bevölkerung zu Impfungen wichtig, um eventuelle Barrieren im Impfsystem, nachlassende Impfbereitschaft oder eine gewisse Impfskepsis in der Bevölkerung zu minimieren. Zudem sollten speziell für Menschen mit Migrationshintergrund die Zugangswege zur Impfprävention und die Inanspruchnahme von Impfangeboten verbessert werden.

An den einzelnen **Kinderfrüherkennungsuntersuchungen** nahmen von den Einschulkindern 2017/2018 mit vorgelegtem Vorsorgebuch zwischen ca. 94 % bei U1/U2 und 97,7 % bei U9 teil. Hier ist also eine Zunahme der Teilnahmeraten von U1 bis U9 und somit bei zunehmendem Alter der Kinder zu verzeichnen. 90,6 % hatten an allen zehn Untersuchungen teilgenommen. Hierbei ist ein leichter Rückgang im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 zu verzeichnen. Dieses Ergebnis kann darauf zurückgeführt werden, dass ein Großteil der im Ausland geborenen Kinder mit Migrationshintergrund drei Jahre und älter bei Einreise war und somit frühestens zum Zeitpunkt der U8 an den Untersuchungen teilnehmen konnte. Werden lediglich die in Deutschland geborenen Kinder mit Migrationshintergrund betrachtet, können mit Teilnahmeraten in Höhe von ca. 98 % bis 99 % bei den einzelnen Untersuchungen bzw.

91,8 % bei allen Untersuchungen vergleichbar hohe Teilnahmeraten wie bei den Kindern ohne Migrationshintergrund (ca. 99 % bei den einzelnen Untersuchungen bzw. 96,2 % bei allen Untersuchungen) festgestellt werden. Unterschiede nach Bildungshintergrund der Eltern bestehen nicht.

Wenngleich somit insbesondere aus zugewanderten Familien weniger Kinder an den Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen konnten, lässt sich doch als positives Ergebnis festhalten, dass das 2007 im Saarland eingeführte Einladungs- und Erinnerungswesen bei versäumter Teilnahme an den Untersuchungen U3 in der 4. bis 6. Lebenswoche bis zur U9 zwischen fünf und fünfteinhalb Jahren zu einer anhaltenden Verbesserung der Teilnahmeraten geführt hat, indem die im Saarland wohnenden Bevölkerungsgruppen umfassend erreicht werden. Somit spielt weder der Bildungshintergrund noch ein eventuell vorliegender Migrationshintergrund – zumindest ab Einreise bzw. Zeitpunkt eines Wohnsitzes im Saarland – eine Rolle bei der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung.

Dies ist wichtig, da die Vorsorgeuntersuchungen zu den wichtigsten Präventionsmaßnahmen im Kindesalter zählen. Hier werden insbesondere Erkrankungen und Entwicklungsrückstände frühzeitig erkannt und bei Bedarf geeignete Behandlungsmaßnahmen eingeleitet, wobei auch altersentsprechende Schwerpunkte gesetzt werden. Neben physischen werden dabei seit 2016 auch psychosoziale Kriterien beispielsweise durch eine Sozialanamnese und Interaktionsbeobachtung geprüft, um früh Verhaltensauffälligkeiten oder Risikofaktoren für psychische Erkrankungen festzustellen und zu verhindern. Zudem gehören auch verschiedene andere primärpräventive Bereiche zum Beratungsgegenstand (z.B. Unfallverhütung, Impfschutz, Ernährung) (vgl. Schmidtke et al. 2018, Weber et al. 2012, BVKJ 2016).

Das Erfassen psychosozialer Risiken und die Beratung zu präventiven und Unterstützungsangeboten im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen sind der richtige Weg, den auch die Frühen Hilfen eindrucksvoll belegen: Gesundheit und gesundes Auswachsen von Kindern sind vom Lebensumfeld abhängig und deshalb kann die Pädiatrie auch in diesem Zusammenhang einen präventiv wirkenden Beitrag leisten (vgl. hierzu auch Friedmann 2018).

Neben der Gesundheitsvorsorge gehört auch die **Förderung einer altersentsprechenden Entwicklung** zu den wichtigen Maßnahmen der Prävention. Als Maßnahme der individuellen Prävention bietet sich u.a. der Sport an: Über Bewegungsreize werden auch andere Entwicklungsbereiche positiv beeinflusst. Beim hier betrachteten Einschuljahrgang 2017/2018 ist ein Rückgang des Anteils der sportlich aktiven Kinder um ca. acht Prozentpunkte auf 50,0 % zu verzeichnen. Zudem kann festgestellt werden, dass Kinder ohne Migrationshintergrund mit 59,9 % mehr als doppelt so häufig sportlich aktiv sind als Kinder mit Migrationshintergrund (25,3 %). Zudem ist die sportliche Aktivität der Kinder vom Bildungsgrad der Eltern abhängig. So treiben Kinder von Eltern mit höheren Bildungsabschlüssen mehr Sport als Kinder von Eltern mit niedrigen oder keinem Bildungsabschluss. Insofern ist eine zielgruppengerechte Ansprache notwendig, um speziell Kinder aus niedrigeren Bildungsschichten und Kinder mit Migrationshintergrund schon im frühen Kindesalter für Sport (z.B. im Verein) zu gewinnen. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass Bewegungsförderung im Bereich der Kindertageseinrichtungen und später in der Grundschule nahezu alle Kinder erreicht, sodass auch hier ein Ausbau des Angebots sinnvoll sein kann.

Für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen aufgrund angeborener oder erworbener Erkrankungen oder Fehlbildungen besteht ein breites **Angebot an rehabilitativen Maßnahmen** mit unterschiedlichen Förderschwerpunkten u.a. im somatischen, kognitiven und psychosozialen Bereich. Auch Kinder aus Familien in belastenden Lebensumständen, die durch das familiäre Umfeld wenig Anregung erfahren, bedürfen frühzeitig einer Förderung.

Insgesamt hatten 32,7 % - und damit etwas weniger Kinder als beim Einschuljahrgang 2013/2014 - an einer oder mehreren Fördermaßnahmen teilgenommen bzw. nahmen zum Untersuchungszeitpunkt noch daran teil. 13,2 % der Kinder waren in einer Frühfördermaßnahme, 22,1 % erhielten eine logopädische Therapie, 7,6 % Krankengymnastik und 5,2 % Ergotherapie. Die Maßnahmen waren meistens als Einzelmaßnahmen, aber auch als Komplexleistung im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung erbracht worden. 16,6 % aller Jungen und 8,5 % der Mädchen nahmen an zwei und mehr Fördermaßnahmen teil.

8.3.4 Körperliche Untersuchung

Bei der körperlichen Untersuchung nimmt das Screening zur Feststellung des **Hör- und Sehvermögens** im Hinblick auf die Anforderungen beim Erlernen des Lesens und Schreibens einen besonderen Stellenwert ein.

Kurz- und Weitsichtigkeit, aber auch seitendifferentes **Sehen** oder Schielen als Ursache einer Sehstörung gilt es mit einem gut differenzierenden Verfahren zu erkennen und möglichst zeitnah eine augenärztliche Überprüfung zu empfehlen. Der Test zur Bestimmung der Sehschärfe ergab bei 31,7 % der Kinder einen auffälligen Befund. Davon erhielten 73,4 % bzw. 23,3 % der Kinder insgesamt eine Arztüberweisung zur Abklärung des Befunds, sei es, weil eine Sehstörung unterschiedlichster Art noch nicht bekannt war oder die augenärztliche Kontrolle schon mehr als ein Jahr zurücklag. Die Quote der abklärungsbedürftigen Befunde ist bei Kindern ohne Migrationshintergrund etwas niedriger als bei Kindern mit Migrationshintergrund (21,6 % vs. 27,6 %) und ist zudem niedriger, je höher der Bildungsgrad der Eltern ist. Bei zehn Kindern bestand eine hochgradige Sehminderung bzw. Blindheit. Davon hatten vier Kinder vorschulische Einrichtungen mit Fördermaßnahmen zur Integration besucht (wie z.B. einen integrativen Kindergarten).

Störungen des **Hörvermögens** wurden bei 8,9 % der Kinder festgestellt. Davon wurde bei drei Viertel (75,8 %) bzw. 6,7 % der Kinder insgesamt eine ärztliche Abklärung angeraten. Sechs Kinder hatten eine hochgradig einseitige, 13 Kinder eine hochgradig beidseitige Hörbehinderung bzw. Taubheit. Acht der 13 beidseitig hörbehinderten Kinder hatten vorschulische Einrichtungen mit Fördermaßnahmen zur Integration besucht (wie z.B. einen integrativen Kindergarten).

Durch das seit 2009 flächendeckend eingeführte Neugeborenenhörscreening im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen sind die Zeitspannen bis zur Diagnosestellung einer schweren Hörminderung deutlich verkürzt worden. Damit sind auch die Chancen für hörbehinderte Kinder, eine erfolgreiche Rehabilitation mit Cochlea-Implantat oder Hörgeräteversorgung einschließlich einer qualifizierten Nachsorge durchzuführen, deutlich verbessert worden.

Übergewicht und Adipositas (Fettsucht) stellen nach wie vor ein großes Problem bei den Einschulkindern im Saarland dar, wobei der Anteil von Kindern mit Übergewicht oder Adipositas seit einigen Jahren relativ konstant ist - was auch dem bundesweiten Trend entspricht - und beim hier untersuchten Einschuljahrgang bei 10,4 % liegt. Dabei sind Kinder mit Migrationshintergrund etwas häufiger betroffen als Kinder ohne Migrationshintergrund (12,3 % vs. 9,9 %). Zudem steigt der Anteil der Kinder mit Übergewicht oder Adipositas mit sinkendem Bildungsniveau der Eltern und ist mit 16,0 % am höchsten bei Kindern, deren Eltern einen Hauptschul-/Förderschulabschluss haben.

Die Ursachen für Übergewicht und Adipositas sind vielschichtig: Neben einer sicherlich vorhandenen genetischen Veranlagung insbesondere bei extremem Übergewicht sind es vor allem Über- und Fehlernährung sowie der Bewegungsmangel. Häufig fehlt das Bewusstsein, dass insbesondere Adipositas keine Abweichung von der Norm darstellt, sondern ein ernst zu nehmendes Krankheitsbild ist, das behandelt werden muss. Dennoch lassen die vorliegenden Daten darauf schließen, dass die Ernährungs- und Lebensweise vieler Familien dies noch nicht ausreichend berücksichtigt. Adipositas ist ein signifikanter Risikofaktor für eine Reihe von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Stoffwechselstörungen wie Diabetes mellitus. Neben diesen organischen Beeinträchtigungen führt Adipositas bei Kindern häufig zu psychischen Problemen wie Gehemmtheit und Minderwertigkeitskomplexen, die wiederum durch Essen kompensiert werden.

Da die Themen Übergewicht und Adipositas häufig im Fokus stehen, wird das Problem der **Untergewichtigkeit** oder starken Untergewichtigkeit bei Schulanfängern wenig beachtet. Ursachen können neben niedrigem Geburtsgewicht, chronischen Erkrankungen und Infektanfälligkeit mit entsprechendem Appetitmangel auch Fehl- und Mangelernährung sein. 10,5 % der Einschulkinder 2017/2018 waren untergewichtig oder stark untergewichtig. Von den Kindern mit starkem Untergewicht handelte es sich bei 86,6 % der Fälle um Befunde, die keinen Anlass für weitere Maßnahmen gaben. Lediglich bei 11 (3,9 % der Kinder mit starkem Untergewicht) war eine ärztliche Abklärung erforderlich, die übrigen Kinder befanden sich bereits in ärztlicher Behandlung.

Neben der ärztlichen Beratung zu gesundheitsfördernden Maßnahmen und Aufzeigen von Unterstützungsangeboten bei den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen soll v.a. das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz langfristig dazu beitragen, die Übergewichts- und Adipositasrate bereits bei den Kleinsten zu senken. So sieht die Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung des verabschiedeten Präventionsgesetzes im Saarland vor, dass Gesundheit in allen Lebenswelten (Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten, Gesund im Alter) und in spezifischen Settings, wie z.B. Kindertageseinrichtungen, durch die Sozialversicherungsträger gefördert und hierfür entsprechende Maßnahmen entwickelt werden sollen. Dabei ist die Senkung von Übergewicht ein Fokus-Handlungsfeld.

Der Settingansatz ist aus verschiedenen Gründen sinnvoll. So verbringen beispielsweise Kinder einen zunehmenden Teil des Alltags in Settings wie Kindertageseinrichtungen. Da fast alle Kinder eine solche Einrichtung besuchen, wird auch soziale Chancengleichheit bei der Gesundheitsförderung hergestellt. Dort kann aktiv Bewegung gefördert und gesunde Ernährung mit den Kindern eingeübt und angeboten werden. Im Sinne von Präventionsketten gilt es in Kindertageseinrichtungen gelebte Gesundheitsförderung in den Grundschulen fortzusetzen, da auch diese zunehmend die Kinder über einen großen Teil des Tages betreuen. Der Erfolg dieser Maßnahmen wird sich wahrscheinlich erst mittel- bis langfristig einstellen, und ist langfristig zu beobachten.

Die Haltungsschwäche gehörte neben sonstigen Fußdeformitäten mit einem Anteil von 5,8 % der Kinder zu den häufigsten Befunden **im Bereich des Muskel- und Skelettsystems**. Diese ist häufig mit Bewegungsmangel, der mit einer unzureichenden Kräftigung der Muskulatur einhergeht, aber auch mit Übergewicht oder Adipositas assoziiert. Gravierendere Befunde stellen ausgeprägte Kniefehlstellungen bei adipösen oder übergewichtigen Kindern sowie Fehlstellungen der Wirbelsäule unabhängig vom Körpergewicht dar, die zu behandeln sind.

Weitere häufige Untersuchungsbefunde waren **Allergien**, die sich an der Haut in Form der Neurodermitis (4,1 %), in Heuschnupfen (1,1 %) oder in Asthma (2,2 %) zeigten, sowie **kariöse Zähne** (15,5 %) und **dentofaziale Anomalien** (6,1 %).

15,9 % der Einschul Kinder litten **an chronischen Erkrankungen**, d.h. körperliche und psychische Erkrankungen oder Störungen, die bereits seit mindestens 12 Monaten bestehen oder für diese Dauer zu erwarten sind. Dazu gehören u.a.

- (z.T. allergisch bedingte) Erkrankungen der Haut und Atemwege, des Endokriniums, des Herz-Kreislaufsystems, des Nervensystems, des Muskel- und Skelettsystems, der Harn- und Geschlechtsorgane, des Magen-Darm-Traktes, der Sinnesorgane
- Hämatologische, onkologische, genetische, rheumatische und Autoimmun-Erkrankungen,
- Adipositas
- Kinder- und jugendpsychiatrische Störungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Psychische Auffälligkeiten/Störungen mit potentiell chronischem Verlauf.

Bei 2,4 % waren zwei und bei 1,9 % mehr als zwei Krankheitsbilder kombiniert. Die Erkrankungen führen in unterschiedlichem Ausmaß zu Einschränkungen der Teilhabe, so dass diese Kinder nicht nur in medizinischer Hinsicht, sondern auch in ihrer Entwicklung einer besonderen Beachtung bedürfen. Maßnahmen der Rehabilitation wie heilpädagogische oder interdisziplinäre Frühförderung, Ergotherapie, Krankengymnastik und Integration in Kindertageseinrichtungen gehören beispielsweise dazu.

Schwere, den Alltag dauerhaft stark einschränkende Erkrankungen und Behinderungen fanden sich bei 3,6 % der Kinder. Häufigste Ursachen sind Erkrankungen des Nervensystems, psychische Auffälligkeiten/Psychiatrische Störungen/Entwicklungsauffälligkeiten sowie Erkrankungen des Herzens und der Sinnesorgane. Für diese Kinder wurden auf die jeweilige individuelle Situation angepasst Fördermaßnahmen empfohlen (wie z.B. eine sonderpädagogische Unterstützung).

8.3.5 Entwicklungsauffälligkeiten

Die Entwicklung im Bereich der **Sprache, der auditiven Wahrnehmung, der Motorik und Körperkoordination sowie des kognitiven Bereichs und des Verhaltens** erfolgt individuell innerhalb bestimmter Zeitspannen. Grenzsteine der Entwicklung, definiert als das Alter, in dem Kinder bestimmte Fertigkeiten erreicht haben sollen, sind die Kriterien, nach denen das Erreichen dieser Entwicklungsschritte bei den Einschulkindern überprüft wird.

Die Ursachen für Entwicklungsauffälligkeiten sind komplex und u.a. bedingt durch angeborene und/oder erworbene Erkrankungen und Funktionsschädigungen, aber auch mangelnde Förderung durch ein anregungsarmes Lebensumfeld. Kommen mehrere dieser Faktoren zusammen, kann sich dies noch ungünstiger auf das Kind auswirken.

61,5 % wiesen zum Untersuchungszeitpunkt eine oder mehrere Entwicklungsauffälligkeiten auf. Dies sind sechs Prozentpunkte mehr als beim Einschuljahrgang 2013/2014. Dabei ist bei allen genannten Einzel-Bereichen der Anteil an auffälligen Kindern höher, wenn die Eltern vergleichsweise niedrigere Bildungsabschlüsse, wie Förder- oder Hauptschulabschluss haben, als bei Kindern von Eltern mit Mittlerer Reife oder (Fach-)Hochschulabschluss. Hinzu kommt, dass die Anzahl der Bereiche der Entwicklungsauffälligkeiten zunimmt, je niedriger der Bildungshintergrund der Eltern ist.

Auffälligkeiten bei der **Sprachentwicklung** werden mit 34,3 % am häufigsten festgestellt. Auch hier ist eine Steigerung um sechs Prozentpunkte zu verzeichnen. Die Sprachentwicklung umfasst Störungen der Artikulation, der Grammatik, des Redeflusses und der insgesamt

altersgemäßen Sprech- und Ausdrucksfähigkeit (inklusive Umfang des Wortschatzes) sowie Sprachverständnis. Ursachen können zu wenig Anregung und Übung hinsichtlich Sprache und Sprechen im Lebensumfeld des Kindes sowie der frühe Einsatz elektronischer Medien sein. Der Anteil der Kinder mit mehreren Auffälligkeiten und damit der schweren und komplexen Störungen ist dabei über die Jahre ungefähr gleichgeblieben – mit einem leichten Rückgang um einen Prozentpunkt im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014. Festzuhalten bleibt zudem, dass etwas mehr Kinder ohne Migrationshintergrund Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung zeigten als Kinder mit Migrationshintergrund (35,3 % vs. 32,2 %). Zwar waren die meisten Kinder mit Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung bereits in logopädischer Therapie, jedoch waren 12,8 % dieser Kinder noch ohne entsprechende Behandlung, sodass eine ärztliche Abklärung empfohlen wurde.

Neben Auffälligkeiten bei der Sprachentwicklung wurden auch **Deutschkenntnisse** bei Kindern mit Migrationshintergrund erfasst. Lediglich ein Drittel (34,8 %) hatte gute Deutschkenntnisse. Das sind 50 Prozentpunkte weniger als bei den Kindern des Einschuljahrgangs 2013/2014. Wichtigste Einflussfaktoren auf die Deutschkenntnisse sind das Geburtsland und damit zusammenhängend die Aufenthaltsdauer in Deutschland. So besaßen in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund häufiger gute Deutschkenntnisse als im Ausland geborene Kinder zugewanderter Familien (55,0 % vs. 10,2 %). Ab dem zweiten Lebensjahr verringert sich mit zunehmendem Alter bei Einreise die Chance, gute bis ausreichende Deutschkenntnisse zu erwerben. Zudem sinkt der Anteil an Kindern mit guten Deutschkenntnissen deutlich, wenn andere Sprachen als Deutsch zu Hause als erste Sprache verwendet werden.

Mit der Sprachentwicklungsverzögerung gehen oftmals Auffälligkeiten bei der **auditiven Wahrnehmung** einher. Störungen in diesem Bereich können zu Problemen bei Sprach- bzw. Schriftspracherwerb oder zu Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten führen. 26,5 % der Kinder und damit neun Prozentpunkte mehr als beim Einschuljahrgang 2013/2014 wiesen Auffälligkeiten im Screening auf, davon ca. die Hälfte (49,4 %) mit Auffälligkeiten bei der Sprachentwicklung. Für die Überprüfung der auditiven Wahrnehmung wird das Heidelberger Auditive Screening zur Einschulung (HASE) verwendet. Dieses beinhaltet u.a. ein Nachsprechen von Sätzen. Unzureichende Deutschkenntnisse führen vergleichsweise häufiger zu auffälligen Testergebnissen beim Nachsprechen von Sätzen und damit bei der Bewertung der auditiven Wahrnehmung insgesamt.

Da unzureichende Deutschkenntnisse v.a. bei Kindern mit Migrationshintergrund und hierbei insbesondere bei nicht in Deutschland geborenen Kindern vorkommen, kann die Zunahme an auffälligen Testergebnissen wahrscheinlich auf die mangelnden Sprachkenntnisse bei dieser Gruppe und im speziellen bei zugewanderten Familien zurückgeführt werden. Dementsprechend wurden bei Kindern mit Migrationshintergrund mit 43,7 % mehr als doppelt so häufig Auffälligkeiten bei der auditiven Wahrnehmung festgestellt als bei Kindern ohne Migrationshintergrund mit 20,1 %.

Auffälligkeiten in der altersentsprechenden Entwicklung im Bereich der **Grobmotorik** fanden sich bei 14,0 % der Kinder, im Bereich der **feinmotorischen Koordination** bei 11,6 % der Kinder und bei der **Visuomotorik** bei 19,2 % der Kinder. Demnach sind die Auffälligkeiten im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 um zwei Prozentpunkte bei der Grob- und sechs Prozentpunkte bei der Feinmotorik zurückgegangen, bei der Visuomotorik ist hingegen ein Anstieg um zwei Prozentpunkte festzustellen. Auffälligkeiten im Bereich der Grob- und Feinmotorik treten unabhängig von einem vorliegenden Migrationshintergrund auf. Allerdings

zeigten Kinder mit Migrationshintergrund etwas häufiger Auffälligkeiten im Bereich der Visuomotorik als Kinder ohne Migrationshintergrund (20,6 % vs. 18,3 %).

Die Entwicklung von Koordination und Motorik erfordert altersentsprechende Bewegungs- und Übungsanreize. Je nach Lebensumfeld der Kinder mit zunehmender Bewegungsarmut sind diese Anreize nicht mehr in ausreichendem Maße gegeben, so dass auch Kinder ohne erkennbare Schädigungen des Nervensystems oder des Bewegungsapparates vermehrt Defizite aufweisen können. Lediglich etwas mehr als ein Drittel der Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten im Bereich Motorik und Koordination betätigten sich regelmäßig sportlich gegenüber etwas mehr als der Hälfte der Kinder ohne diese Auffälligkeiten.

Der Anteil der Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten im **kognitiven Bereich** ist mit 10,2 % um ca. drei Prozentpunkte im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 gestiegen. Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund liegt mit 14,8 % höher als der der Kinder ohne Migrationshintergrund (8,1 %).

Entwicklungsauffälligkeiten im Bereich des **Verhaltens** stellen im Schulalltag eine besondere Problematik dar, die sowohl den Lernprozess des Einzelnen behindern als auch die Interaktion mit Klassenkameraden und Lehrerinnen und Lehrern negativ beeinträchtigen können. Bei **Verhaltensauffälligkeiten** wird unterschieden zwischen emotionalen Störungen, Verhaltensproblemen mit Wutanfällen bzw. Streit, Verhaltensproblemen gegenüber Gleichaltrigen sowie Hyperaktivität mit Konzentrationsstörungen und mangelnder Ausdauer. In diesen vier Bereichen wurden bei 11,3 % der Kinder Auffälligkeiten unterschiedlicher Art und Ausprägung ermittelt. Dies sind vier Prozentpunkte weniger als beim Einschuljahrgang 2013/2014. Deutliche Unterschiede aufgrund eines vorliegenden Migrationshintergrunds wurden nicht festgestellt. Ca. die Hälfte der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten (46,4 %) war in ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Behandlung bzw. sozialpädagogischer Behandlung; bei 14,0 % wurde eine ärztliche/psychotherapeutische/sozialpädagogische Abklärung angeraten.

Bezogen auf einzelne Förderbereiche ist festzuhalten, dass ein großer Teil der Kinder mit erhöhtem Förderbedarf erreicht wird. Zum Zeitpunkt der Untersuchung bestand oft weiterer Förderbedarf, so dass zur Fortsetzung der Förderung vor der Einschulung geraten wurde bzw. bei noch nicht geförderten Kindern entsprechende Maßnahmen angeraten wurden. Bei Kindern mit erhöhtem Förderbedarf wurde eine sonderpädagogische Unterstützung in der Schule empfohlen.

8.3.6 Empfehlungen

Das Ergebnis der Einschulungsuntersuchung wird als schulärztliche Stellungnahme der Schule mit Unterschrift von Schulärztin bzw. Schularzt der zuständigen Grundschule mitgeteilt. Die Empfehlung wird in Absprache mit den Eltern und den therapeutisch/pflegerischen Anforderungen individuell getroffen. Für Kinder mit besonderem Unterstützungs- oder Förderbedarf und Kinder mit schweren Erkrankungen oder Behinderungen kann die Empfehlung durch eine Nachuntersuchung qualifiziert werden.

Die reguläre bzw. vorzeitige Einschulung wurde für 90,8 % der Kinder empfohlen. Aus medizinischen Gründen wurden 2,6 % der Kinder vom Schulbesuch um ein Jahr zurückgestellt. Für 4,3 % der Kinder wurde die Einschulung in eine Regelschule mit inklusivem Unterstützungsbedarf und bei 1,4 % der Besuch einer Förderschule empfohlen. Bei 0,9 % musste die vorzeitige Einschulung abgelehnt werden.

Bei 6,4 % der Kinder wurde ein sonderpädagogischer Förderbedarf in einem oder mehreren Bereichen gesehen und eine entsprechende Empfehlung an die Schule abgegeben. Der Anteil der Empfehlungen zur pädagogischen Förderung liegt bei Kindern mit Migrationshintergrund etwas höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (7,3 % vs. 6,0 %).

Des Weiteren kann festgestellt werden, dass die Quote der Kinder mit empfohlener individueller Förderung bei Kindern niedrig ist, bei denen mindestens ein Elternteil (Fach-)Hochschulreife besaß (3,4 %) und diese Quote steigt, je niedriger der Bildungsabschluss der Eltern war. Am höchsten ist der Anteil bei Kindern, bei denen mindestens ein Elternteil einen Förderschulabschluss hatte (29,7 %).

20 Kinder sollten dem schulppsychologischen Dienst vorgestellt werden.

In der schulärztlichen Stellungnahme werden der Schule auch weitere Informationen zur Gesundheit und Entwicklung des Kindes mitgeteilt, die für den Schulalltag relevant sind. Diese betreffen z. B. Maßnahmen bei Einschränkungen des Hör- und Sehvermögens, bei chronischen Erkrankungen, aber auch Hinweise auf Förderbedarfe (z.B. deutsche Sprachkenntnisse, Koordination, Visuomotorik).

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung werden auch die Eltern beraten. Dies betrifft Fördermaßnahmen bei festgestellten Krankheiten und/oder Entwicklungsverzögerungen, die im häuslichen Umfeld umzusetzen sind. Die Förderbedarfe können mit Einverständnis der Eltern auch dem Kindergarten mitgeteilt werden. Bei Vorliegen einer Adipositas wird auf Ernährungsberatung hingewiesen und Bewegungsförderung durch eigene Aktivitäten oder Besuch eines Sportvereins zur Förderung von Motorik und Koordination angeraten. Es erfolgt aber auch Beratung zu Hilfen zur Erziehung und Vermittlung zu weiteren Stellen bei psychosozialen Problemlagen. Zudem werden häufig Maßnahmen im Bereich medizinischer Diagnostik und Therapie empfohlen.

8.3.7 Psychosoziale Einflussfaktoren auf Gesundheit und Entwicklung

Gesundheit und altersentsprechende Entwicklung sind abhängig vom Lebensumfeld des Kindes. Dazu zählen u.a. Familiensituation (Eltern, Geschwister), Bildungsstand der Eltern, Krankheit oder Behinderung beim Kind selbst, ökonomische Situation der Familie sowie Migrationshintergrund und Grad der Integration. Belastungsfaktoren personeller, sozialer oder finanzieller Art in diesem Umfeld können negative Folgen für Gesundheit und Entwicklung des Kindes haben. Schwere Erkrankungen/Behinderungen des Kindes können ebenfalls zur familiären Belastung werden.

Die z.T. im Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund festgestellten Unterschiede hinsichtlich der Gesundheit der Kinder und der Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorge und Fördermaßnahmen wurden im Hauptteil bereits beschrieben (Kapitel 2-7). Der Anteil der Kinder, bei denen ein oder beide Eltern einen Migrationshintergrund haben, ist im Regionalverband Saarbrücken am höchsten mit 32,5 %, im Kreis St. Wendel mit 19,6 % am niedrigsten. Lediglich 56,4 % der Kinder mit Migrationshintergrund waren in Deutschland geboren, sodass bei diesem Einschuljahrgang ein hoher Anteil an Kindern aus zugewanderten Familien zu verzeichnen ist. Bei Betrachtung der Herkunftsländer ist hierbei ein Flüchtlingshintergrund oftmals wahrscheinlich, welcher auch mit verschiedenen zu überwindenden Traumata und daraus resultierenden Schwierigkeiten bei der Integration allgemein und in die Schule assoziiert sein kann.

So haben laut Studienergebnissen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Wido) ca. drei Viertel (74,7 %) der volljährigen Asylbewerber aus Syrien, Irak und Afghanistan, die zwischen 2015 und 2018 nach Deutschland gekommen sind, traumatisierende Erfahrungen gemacht – darunter die meisten sogar mehrfach. Ältere Studien gehen von ca. 40% der Asylbewerber und Flüchtlinge in Deutschland mit mehrfach traumatisierenden Erfahrungen und durchschnittlicher Folter insgesamt aus. Dabei leiden zwischen fünf bis sieben von zehn Flüchtlingen unter Traumafolgestörungen. In diesem Zusammenhang können Flüchtlingskinder selbst Opfer oder Zeugen von traumatisierenden Erlebnissen und Folter sein. Hinzu kommt, dass sie neben nahen Angehörigen oft alles verloren und meist keine vorausgehenden positiven Ressourcen haben, die sie mit in den neuen Lebensabschnitt retten können. Deshalb kann es bei ihnen häufig zu Überforderung, Parentifizierung, Entwicklungsstörungen und -rückschritten kommen. Zudem können sie unter der fehlenden emotionalen Zuwendung der Eltern leiden, wenn diese in ihre eigenen traumatischen Erlebnisse eingebunden sind (vgl. Ärzteblatt 2018, Wirtgen 2009).

Für die Behandlung von Flüchtlingen mit psychischen Problemen ist die Regelversorgung zuständig. Ein weiteres unterstützendes Angebot sind die Psychosozialen Zentren des Landesverbands Saarlands des Deutschen Roten Kreuzes. Speziell für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge hat das Saarland seit 2016 bis Ende 2019 in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Therapiezentrum Schaumberger Hof gGmbH und der Saarland Heilstätten GmbH (SHG) eine Zentrale Vor-/Clearingstelle für unbegleitete minderjährige Ausländer (umA) auf dem Schaumberger Hof in Tholey betrieben, in der die ausländischen Jugendlichen kindeswohlgerichtet, unter fachlich qualifizierter Betreuung und Versorgung, untergebracht wurden. Bei der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen wurden selbstverständlich auch die Besonderheiten dieser besonders vulnerablen Menschengruppe, nach zumeist strapaziösen Reisen, oft mit Ereignissen traumatischen Charakters, Folter und Vergewaltigungen sowie ausgeprägter Hoffnungslosigkeit berücksichtigt. Dieses erfolgreiche Konzept wird seit Anfang 2020 mit der Stiftung Hospital St. Wendel, unter Beibehaltung der engen Kontakte zur SHG Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,-psychotherapie und -psychosomatik in Kleinblittersdorf, weitergeführt.

In den Kapiteln 2 bis 7 konnten des Weiteren Unterschiede je nach Bildungshintergrund der Eltern bezüglich der Gesundheit der Kinder und der Prävention von verschiedenen Krankheiten beispielsweise durch Stillen oder sportlicher Aktivität gezeigt werden. Vom Bildungsstand der Eltern und den damit zu erzielenden Berufsabschlüssen hängt auch die Integration in den Arbeitsmarkt und das Einkommen und damit verbunden die ökonomische Situation in der Familie ab (vgl. IW 2017, Piopiunik et al. 2017). Von den hier untersuchten Kindern hatte mehr als die Hälfte der Kinder (51,8 %) mindestens ein Elternteil mit (Fach-)Hochschulreife. Bei 29,2 % der Kinder war der Bildungsabschluss bei mindestens einem Elternteil die mittlere Reife und bei 17,2 % der Hauptschulabschluss. Bei 0,5 % der Kinder hatte mindestens ein Elternteil einen Förderschulabschluss, bei 1,3 % lag bei beiden Elternteilen kein Abschluss vor.

Auch die Tatsache, ob Kinder bei einem alleinerziehenden Elternteil leben, kann sich auf die ökonomische Situation in der Familie auswirken. So zeigen Berechnungen des Statistischen Bundesamts, dass 2016 das verfügbare monatliche Pro-Kopf-Einkommen in Haushalten von Alleinerziehenden um knapp ein Fünftel niedriger war als das Pro-Kopf-Einkommen in Haushalten von zwei Erwachsenen mit Kind/-ern und Personen in Haushalten von Alleinerziehenden überdurchschnittlich häufig armutsgefährdet sind (vgl. Statistisches Bundesamt 2018).

Von den Einschulkindern 2017/2018 lebten 79,7 % bei beiden Eltern und 4,7 % der Kinder bei einem Elternteil mit Partner. 13,8 % lebten bei einem alleinerziehenden Elternteil. Der Anteil der Kinder alleinerziehender Eltern war im Regionalverband Saarbrücken mit 16,3 % am höchsten, am niedrigsten im Kreis St. Wendel mit 9,5 %.

Hinsichtlich der ökonomischen Situation der Familien ist der Anteil der Kinder relevant, die in sog. Bedarfsgemeinschaften (d.h. Haushalte mit Leistungsbezug nach Sozialgesetzbuch II) leben. Eigene Berechnungen für das Jahr 2017 auf Basis der entsprechenden Statistik der Bundesagentur für Arbeit und der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamts ergeben einen saarlandweiten Anteil von 23,0 % der Kinder unter sechs Jahren, die in solchen Bedarfsgemeinschaften leben. Den höchsten Anteil hat der Regionalverband Saarbrücken mit 32,0 %, der niedrigste der Landkreis St. Wendel mit 13,1 %.

8.4 Vergleich mit Ergebnissen aus KiGGS

Mit der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des RKI von 2003 bis 2006 (KiGGS Basiserhebung) und den beiden Folgeuntersuchungswellen von 2009 bis 2012 (KiGGS Welle 1) sowie von 2014 bis 2017 (KiGGS Welle 2) wurde auf nationaler Ebene eine umfassende Datenbasis zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland bereitgestellt. Hierdurch stehen einerseits drei bundesweit repräsentative Querschnittsstudien für Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren zu unterschiedlichen Zeitpunkten zur Verfügung. Dieses Vorgehen ermöglicht Aussagen über zeitliche Veränderungen in der gesundheitlichen Lage. Andererseits wurde ein Längsschnittdesign etabliert, indem Studienteilnehmer aus der Basiserhebung bei den Folgebefragungen wiederholt einbezogen wurden. Hierdurch können beispielsweise bestimmte Verhaltensweisen oder Lebensbedingungen der Kindheit mit der Entstehung von Gesundheitsproblemen im Erwachsenenalter in Beziehung gesetzt werden.

Mit Hilfe der aus der Studie gewonnenen Erkenntnisse können, wenn auch mit Einschränkungen bzgl. der Alterssplittung und Erhebungsinstrumenten, als Referenz für die regionalen Daten dienen und einen Vergleich in einzelnen Bereichen ermöglichen. Die Daten beruhen auf

- Befragungen der Eltern, volljährigen Teilnehmenden (ab KiGGS-Welle 1) sowie der Kinder und Jugendlichen ab 11 Jahren
- medizinische Untersuchungen der Kinder und Jugendlichen (Ausnahme: KiGGS Welle 1).
- Laboruntersuchungen von Blut- und Urinproben (Ausnahme: KiGGS Welle 1)
- Ärztliches Interview: u. a. Angaben zum Medikamentenkonsum, Impfstatus (Ausnahme: KiGGS Welle 1) (vgl. Mauz et al. 2020).

Wichtige Ergebnisse der bundesweiten Erhebung sind, dass

- die Mehrzahl der Kinder in Deutschland so gesund ist wie keine Generation zuvor dank Prävention, Vorsorge, den Fortschritten in der medizinischen Wissenschaft und einer guten Versorgung,
- im Krankheitsspektrum bei Kindern über die Jahre hinweg eine Verschiebung stattgefunden hat von akuten zu chronischen Krankheiten sowie von den primär körperlichen Krankheiten hin zu Störungen der psychischen und funktionellen Entwicklung (wie

z.B. Entwicklungsauffälligkeiten im Bereich der Motorik, der Sprache und des Verhaltens) und zu den verhaltensabhängigen körperlichen Erkrankungen (wie z.B. Übergewicht und Fehlernährung).

Diese globalen Aussagen gelten auch für die Einschulungskinder 2017/2018. Der überwiegende Teil der Kinder ist körperlich gesund.

Die Inanspruchnahme von Impfungen liegt im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 unterhalb des Bundesdurchschnitts, wobei diese Entwicklung aus den vorliegenden Daten nicht erklärt werden kann. Als mögliche allgemeine Erklärungen kommen Barrieren im Impfsystem, nachlassende Impfbereitschaft oder eine gewisse Impfskepsis in der Bevölkerung in Frage.

Die Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen ist im Saarland vergleichbar hoch wie bei den bundesweiten Daten aus KiGGS-Welle 2 – zumindest bezogen auf die Kinder ohne Migrationshintergrund und die in Deutschland geborenen Kinder mit Migrationshintergrund (vgl. Schmidtke et al. 2018). Die im Vergleich zu KiGGS niedrigere Teilnahmequote bei den zugewanderten Kindern kann durch die Methodik von KiGGS und den Untersuchungszeitraum erklärt werden (s.o.).²⁴

Laut KiGGS Welle 2 mussten auf Bundesebene wegen Unfällen 12,5 % bzw. 11,3 % der 1-2-jährigen bzw. 3-6-jährigen Mädchen sowie 17,3 % bzw. 14,9 % der 1-2-jährigen bzw. 3-6-jährigen Jungen ärztlich versorgt werden. Im Vergleich dazu hatten von den saarländischen Einschulkindern 2017/2018 16,1 % der Mädchen und 16,2 % der Jungen in der Vergangenheit Unfälle erlitten. Somit sind die Mädchen im Saarland im Vergleich zu den Mädchen in der bundesweiten KiGGS-Studie etwas häufiger von Unfällen betroffen.

Von den saarländischen Einschulkindern waren 52,0 % der Mädchen und 48,2 % der Jungen sportlich aktiv. Auf Bundesebene liegen nur Daten aus der Altersklasse der 3-10jährigen Kinder vor, von denen 69,9 % der Mädchen und 70,4% der Jungen außerhalb des Sportunterrichts in der Schule beziehungsweise außerhalb von Bewegungsangeboten im Kindergarten Sport getrieben haben. Wenngleich die Altersklassen einen direkten Vergleich nicht zulassen, ist jedoch von einer geringeren sportlichen Aktivität im Saarland als im Bundesdurchschnitt auszugehen. Hierfür spricht auch der Rückgang im Saarland um acht Prozentpunkte im Hinblick auf den Einschuljahrgang 2013/2014.

Hinsichtlich der chronischen Erkrankungen zeigen sich – sicherlich auch erhebungsbedingt – Unterschiede: Bei allergischen Erkrankungen liegt der Anteil der saarländischen Kinder zum Untersuchungszeitpunkt bezüglich Neurodermitis bei 4,1 %, in Bezug auf Heuschnupfen bei 1,1 % und hinsichtlich Asthma bronchiale bei 2,2 %. Auf Bundesebene können bei KiGGS-Welle 2 aufgrund von Befragungen folgende 12-Monats-Prävalenzen festgestellt werden:

- Neurodermitis: 10,0 % der 0-bis 2-jährigen und 8,0 % der 3-bis 6-jährigen Kinder,
- Heuschnupfen: 2,8 % der 0-bis 2-jährigen und 3,3 % der 3-bis 6-jährigen Kinder,
- Asthma bronchiale: 1,1 % der 0-bis 2-jährigen und 2,6 % der 3-bis 6-jährigen Kinder.

Der Anteil der untersuchten Kinder mit chronischen Erkrankungen liegt im Saarland bei 15,9 %, in KiGGS Welle 1 aufgrund von Befragungsdaten bei 9,0 % der 0-bis 2-jährigen und

²⁴ Einerseits gehört eine Teilmenge der Studienteilnehmer aus KiGGS Welle 2 zur Kohorte, die bereits seit der Basiserhebung an KiGGS teilnehmen. Andererseits liegt ein Teil des Untersuchungszeitraums vor dem Zeitpunkt der 2015 stattgefundenen Flüchtlingswelle, sodass angenommen werden kann, dass sich die bei KiGGS berücksichtigten zugewanderten Kinder von den hier untersuchten unterscheiden.

13,8 % der 3-bis 6-jährigen Kinder. Schwere, den Alltag dauerhaft stark einschränkende Erkrankungen oder Behinderungen fanden sich bei 3,6 % der untersuchten saarländischen Einschulkinder im Vergleich zu 1,3 % der 0-bis 2-jährigen und 2,5 % der 3-bis 6-jährigen Kinder, die bei KiGGS Welle 1 teilgenommen haben.

Die Entwicklung der Anteile der Kinder mit Übergewicht und Adipositas zeigt sowohl für das Saarland als auch bundesweit seit einigen Jahren relativ konstante Werte. Wenngleich die Prävalenzen aufgrund unterschiedlicher Erhebungszeiträume und Altersklassen nicht vollständig vergleichbar sind, kann v.a. bei den saarländischen Jungen mit 10,2 % ein etwas höherer Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder festgestellt werden als bei den 3- bis 6-jährigen Jungen aus KiGGS Welle 2 mit 7,3 %. Der Anteil der saarländischen Mädchen im Alter der Einschuluntersuchung liegt für Übergewicht oder Adipositas bei 10,7 % und ist somit ähnlich hoch wie im Bundesdurchschnitt der 3- bis 6-jährigen Mädchen (10,8 %).

Die Auffälligkeiten im sozial-emotionalen Verhaltensbereich liegen im Saarland – sicherlich z.T. auch durch methodische Unterschiede bedingt – unterhalb der Größenordnung, wie sie in KiGGS Welle ermittelt wurden. So zeigten insgesamt 11,3 % der Kinder bzw. 14,2 % der Jungen und 8,2 % der Mädchen, die für das Einschuljahr 2017/2018 untersucht wurden Auffälligkeiten in diesem Bereich. Solche psychischen Auffälligkeiten sind laut den Ergebnissen der zweiten Erhebungswelle von KiGGS in der Altersklasse der 3- bis 5-jährigen dagegen bei 20,9 % der Jungen und 13,9 % der Mädchen anzutreffen.

8.5 Handlungsbedarf aus den Ergebnissen

Aus den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchung lassen sich unter Einbeziehung weiterer Datenquellen verschiedene gesundheitspolitische Maßnahmen ableiten:

- **Impfungen zeitgerecht durchführen**

Die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfiehlt die Durchführung der Standardimpfungen bis zum Alter von zwei Jahren. Die Vorsorgeuntersuchungen sollen vermehrt dazu beitragen, Impfungen durchzuführen und Impflücken, spätestens bei der U7 (21. bis 24. Lebensmonat) zu schließen. Der Anteil von Kindern mit ausreichendem Impfschutz ist rückläufig und liegt auch bei Gruppen mit allgemein höheren Quoten von ausreichendem Impfschutz (wie Kinder ohne Migrationshintergrund) bereits bei vielen Impfungen unter 95 % der Kinder mit vorgelegtem Impfbuch; hier sollten 95 % erreicht werden.

Die Überprüfung des Impfschutzes findet auch im Rahmen der Aufnahmeuntersuchungen in Kindertagesstätten durch die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte statt. Die zunehmende Inanspruchnahme der Krippenbetreuung kann auch dazu beitragen, den Impfschutz der Kinder zeitgerecht zu vervollständigen.

Zudem kann das 2020 verabschiedete Masernschutzgesetz zumindest zur Bekämpfung dieser Krankheit beitragen. Es sieht u.a. für Kinder vor, dass alle ab dem vollendeten ersten Lebensjahr beim Eintritt in die Schule oder den Kindergarten die empfohlenen Masern-Impfungen vorweisen müssen. Auch bei der Betreuung durch eine Kindertagespflegeperson muss in der Regel ein Nachweis über die Masernimpfung erfolgen. Gegebenenfalls könnte hierdurch als Nebeneffekt zumindest bei sog. „impfmüden“ Eltern auch die Bereitschaft steigen, auch die übrigen von der STIKO empfohlenen Impfungen beim für die Masernimpfung erforderlichen Arztbesuch durchführen zu lassen.

Des Weiteren gilt es die Bevölkerung hinsichtlich des Nutzens und des niedrigen gesundheitlichen Risikos von Impfungen aufzuklären. Bestehende Informationskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gilt es beizubehalten und ggf. durch landeseigene Projekte zu ergänzen, um eventuelle Barrieren im Impfsystem abzubauen, die Impfbereitschaft zu erhöhen und Impfskepsis in der Bevölkerung zu minimieren. Hierbei gilt es insbesondere Eltern von Kindern mit Migrationshintergrund gezielt anzusprechen, um deren Inanspruchnahme von Impfangeboten zu verbessern. Dabei ist die Kooperation mit Institutionen wichtig, die mit bzw. für Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten bzw. für diese zuständig sind.

- **Eltern unterstützen in der Pflege, Betreuung und Entwicklungsförderung**

Die Frühen Hilfen haben sich als sinnvolles psychosoziales Unterstützungsangebot bewährt und etabliert. Durch die niedrigschwelligen Angebote der Frühen Hilfen im Saarland und deren Weiterentwicklungen in den letzten Jahren wurden die Zugangswege erweitert und eine Reihe belasteter Familien erreicht (vgl. Kapitel 8.1.2). Diese Entwicklung gilt es weiter zu verfolgen und die Frühen Hilfen um weitere Bedarfsgruppen und Zugangswege zu ergänzen.

- **Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern stärker beachten**

Wenngleich der Anteil der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten im Vergleich zum Einschuljahrgang 2013/2014 zurückgegangen ist, gehören solche Störungen zu den Entwicklungsauffälligkeiten, die die psychosoziale Entwicklung der Kinder nachhaltig belasten können. Die Prävention von Verhaltensauffälligkeiten und das Einleiten von Maßnahmen beginnt bereits bei Säuglingen und Kleinkindern im Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchung, so dass dies ein wichtiges Instrument ist, das beibehalten werden sollte.

Des Weiteren gilt es für den Bereich der Kindertagesstätten, bestehende Fortbildungsangebote für Erzieherinnen und Erzieher zur Prävention und zum Umgang mit unterschiedlichen Formen von Verhaltensauffälligkeiten des Landesinstituts für Präventives Handeln, des Landesjugendamts und des Landesinstituts für Pädagogik und Medien (wobei letztgenannte hier auch in Kooperation agieren und mehrere Veranstaltungen anbieten) aus Anbietersicht konsequent zu bewerben und aus Perspektive der Kindertageseinrichtungen gezielt zu nutzen. Dies bedeutet auch entsprechende Bedarfe an die Anbieter zu kommunizieren, damit von diesen passgenaue Maßnahmen entwickelt werden können.

Speziell für Kinder und Eltern aus suchtbelasteten Familien wird es ab 2021 ein vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie getragenes flächendeckendes Angebot in allen Landkreisen geben. Das Projekt befindet sich derzeit in der Umsetzung, so dass noch nicht im Einzelnen klar ist, bei welchen Trägern das Projekt angebunden wird. Das Projekt wird allerdings schon viele Jahre im Landkreis Neunkirchen als „Wiesel“- Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien und Lebensgemeinschaften im Rahmen des Beratungs- und Behandlungszentrums des Caritasverbandes Schaumberg-Blies e.V. erfolgreich angeboten. Das präventive Angebot ist vor dem Hintergrund der hohen Entwicklungsrisiken für Kinder aus suchtbelasteten Familien entstanden.

- **Sprachentwicklung systematischer fördern**

Eine zunehmende Zahl von Kindern weist eine Verzögerung der Sprachentwicklung auf, u.a. durch zu wenig Anregung der aktiven Kommunikation und frühen Einsatz elektronischer Medien. Unzureichende altersentsprechende Förderung im Elternhaus und/oder Kindergarten verursachen bei sonst altersentsprechend entwickelten Kindern unnötigerweise hohe Therapiekosten. Kinder mit komplexeren Sprachentwicklungsverzögerungen werden z.T. erst bei der Einschulungsuntersuchung entdeckt. Hier wäre neben der U7a mit drei Jahren, bei der die

Sprachentwicklung überprüft werden soll, ein systematisches Screening im Kindergarten bei Kindern im Alter von drei bis vier Jahren und darauf basierende Sprachförderung eine gute Möglichkeit. Des Weiteren stellt der Vorkurs „Früh Deutsch lernen“ im Halbjahr vor der Einschulung in der Schule ein sinnvolles Unterstützungsangebot für Kinder mit nur ausreichenden oder wenig bis keinen Deutschkenntnissen dar, das unabhängig von einem eventuell vorliegenden Migrationshintergrund empfohlen werden kann. Dieses Angebot sollte für jüngere Kinder ausgebaut werden, um frühzeitig der Entstehung bzw. Manifestierung von Entwicklungsauffälligkeiten entgegenzuwirken, die mit Sprachproblemen zusammenhängen.

- **Reduzierung der durch Suchtmittelkonsum bedingten gesundheitlichen Risiken für Kinder**

Dazu gehören systematische Wissensvermittlung zum gesundheitsbewussten Verhalten in der Schwangerschaft und Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge zum frühzeitigen Erkennen einer Gesundheitsstörung und damit Gefährdung der Schwangerschaft.

Tabak- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft stellen wesentliche gesundheitliche Risiken für das ungeborene Leben dar. Bundesweit kommen pro Jahr laut Expertenschätzungen ca. 10.000 Kinder zur Welt, die allein durch Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft mehr oder minder stark beeinträchtigt wurden. Die Beeinträchtigungen reichen von Wachstumsstörungen über Lernbehinderungen bis hin zu schwersten geistigen Behinderungen. Tabakkonsum in der Schwangerschaft stellt zudem ein Risiko für Frühgeburten dar, bei denen im Vergleich zu reifgeborenen Kindern mehr Entwicklungsauffälligkeiten festgestellt werden können.

Mit der seit 2012 vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie initiierten und der ab 2014 vom Landesinstitut für präventives Handeln fortgesetzten und inhaltlich erweiterten Kampagne zur Prävention des Suchtmittelkonsums in der Schwangerschaft und Stillzeit sollen werdende und junge Mütter zum Verzicht auf Nikotin und Alkohol bewegt werden. Hierbei wird mit Frauenarzt-Praxen und Hebammen kooperiert.

Mit den zuständigen Gesundheitsprofessionen sollte zudem beraten werden, welche weiteren Maßnahmen in der Schwangerenbetreuung erforderlich sind, um die Anzahl zu früh geborener Kinder zu reduzieren.

- **Übergewicht und Adipositas, aber auch Fehlernährung vorbeugen**

Ausreichend Bewegung und eine ausgewogene Ernährung sind wichtige Faktoren zur Prävention von Übergewicht und Adipositas. Neben den Eltern sind insbesondere Bildungseinrichtungen wie Kitas und Schulen geeignet, Essverhalten einzuüben, das die Weichen für eine gesundheitsförderliche Ernährung stellt. Daher ist systematische Ernährungsbildung in allen Kitas und Schulen unerlässlich. Dazu bedarf es unter anderem entsprechend ausgebildeter Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrerinnen und Lehrer. Die im Ministerium für Umwelt und Verbraucherschutz angesiedelte Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung Saarland unterstützt alle an der Kita- und Schulverpflegung Beteiligten bei der Umsetzung einer kindgerechten und ausgewogenen Ernährung. Dazu bietet sie Fortbildungen, Fachtagungen sowie vielfältige Informationen an. Sie unterstützt Einrichtungen, die Erfordernisse einer gesundheitsförderlichen Ernährung vor Ort zu berücksichtigen, um so die Weichen für den Aufbau dauerhafter Strukturen zur Etablierung geeigneter Verpflegungsangebote zu erstellen. Hier gilt es die Kindertageseinrichtungen weiterhin auf dieses Angebot aufmerksam zu machen, um eine flächendeckende Beratung zu erzielen.

Neben der richtigen Ernährung sollte auch die Bewegungsförderung weiter vorangebracht werden. Das Präventionsgesetz und die dazugehörige Landesrahmenempfehlung ermöglicht

die Durchführung entsprechender qualitätsgesicherter und evidenzbasierter Programme für Kindertageseinrichtungen in diesen Bereichen durch die Sozialversicherungsträger. Zudem sollten die Themen Ernährung und Bewegung auch weiterhin einen Schwerpunkt bei der vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie schwerpunktmäßig finanzierten Präventionskampagne »Das Saarland lebt gesund!« bilden. Hierbei sollen Kommunen motiviert und unterstützt werden, sich vor Ort für gesunde Ernährung und Bewegung in den Kindertageseinrichtungen zu engagieren.

- **Stillraten erhöhen**

Stillen hat weitreichende positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Müttern. Wenngleich die Stillraten im Saarland kontinuierlich steigen, liegen sie jedoch unterhalb der Ergebnisse aus bundesweiten Studien. Dies kann auf methodische Unterschiede zurückgeführt werden, sodass eine Angleichung der im Rahmen der Einschuluntersuchung eingesetzten Methodik erforderlich ist. Zudem könnte ein Nationales Stillmonitoring bundesweit einheitliche und damit vergleichbare Daten erzeugen. Unabhängig davon wäre eine Kampagne zur Erhöhung der Stillraten angesichts der aufgezeigten gesundheitlichen Vorteile für Kinder und Mütter eine sinnvolle Maßnahme.

Die aufgezeigten Vorschläge zur Verbesserung der Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Kindern im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter sind nicht abschließend, könnten aber regional oder landesweit Diskussionsgrundlage sein für alle, die für Gesundheit und Entwicklung der Kinder Verantwortung tragen.

9 Literatur

9.1 Literatur zu Kapitel 1

- 1) Gesetz über die Schulpflicht im Saarland – Schulpflichtgesetz. Online Ressource: <https://recht.saarland.de/bssl/document/jlr-SchulPflGSLrahmen>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 2) Gesetz zur Ordnung des Schulwesens im Saarland (Schulordnungsgesetz SchoG). Online Ressource: <https://recht.saarland.de/bssl/document/jlr-SchulOGSLrahmen>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 3) Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG -). Online Ressource: <https://recht.saarland.de/bssl/document/jlr-GesDG-SLV2P7>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.

9.2 Literatur zu Kapitel 2

- 1) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2020): Gesetz zur Förderung von Kindern unter drei Jahren in Tageseinrichtungen und in der Tagespflege (Kinderförderungsgesetz). Online Ressource: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/gesetz-zur-foerderung-von-kindern-unter-drei-jahren-in-tageseinrichtungen-und-in-kindertagespflege--kinderfoerderungsgesetz-/86390>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 2) Gesetz zur Förderung von Kindern unter drei Jahren in Tageseinrichtungen und in der Tagespflege (Kinderförderungsgesetz). Online Ressource: <https://www.bmfsfj.de/blob/122846/219cfd64d63f834a47f28a082682352/513-kinderfoerderungsgesetz-gesetzestext-bundedrucksache-data.pdf>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 3) Statistisches Bundesamt (2012): Grunddaten der Krankenhäuser 2010. Fachserie 12, Reihe 6.1.1.
- 4) Statistisches Bundesamt (2013): Grunddaten der Krankenhäuser 2011. Fachserie 12, Reihe 6.1.1.
- 5) Statistisches Bundesamt (2019): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Schutzsuchende. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters 2018. Fachserie 1, Reihe 2.4.

9.3 Literatur zu Kapitel 3

- 1) Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF) (2019a). Stillen. Online Ressource: <https://www.frauenaerzte-im-netz.de/schwangerschaft-geburt/stillen/>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 2) Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF) (2019b). Stillen. Vorteile für Kind und Mutter. Online Ressource: <https://www.frauenaerzte-im-netz.de/schwangerschaft-geburt/stillen/vorteile-fuer-kind-und-mutter/>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 3) Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) (2019): Stillen - Die beste Ernährung in den ersten Lebensmonaten. Online Ressource: https://www.bmel.de/DE/Ernaehrung/GesundeErnaehrung/Schwangerschaft-Baby/_Texte/Stillen.html. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 4) Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (2019a): Nationale Stillkommission: Weiterhin 4 bis 6 Monate ausschließlich stillen. Online Ressource: https://www.bfr.bund.de/de/presseinformation/2015/12/nationale_stillkommission__weiterhin_4_bis_6_monate_ausschliesslich_stillen-194091.html. Letzter Zugriff: 03.02.2021.

- 5) Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (2019b): Stillen gehört zum Leben. Online Ressource: https://www.bfr.bund.de/de/presseinformation/2015/26/stillen_gehoert_zum_leben-195299.html. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 6) Gebauer, C./Klotz, D./Springer, S. (2018): Der Stellenwert von Muttermilch für die gesunde Entwicklung Frühgeborener – aktuelle Übersicht und praktische Aspekte. In: Bundesgesundheitsblatt (2018) 61: 952-959. Online Ressource: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-018-2777-0>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
Klipker, K./Baumgarten, F./Göbel, K./Lampert, T./Hölling, H. (2018): Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring (2018) 3(3): 37–45. DOI 10.17886/RKIGBE2018077
- 7) Neuhauser, H./Poethko-Müller, C. (2014): Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: Bundesgesundheitsblatt (2014) 57: 779–788
DOI 10.1007/s00103-014-1976-6
- 8) Poethko-Müller, C./Kuntz, B./Lampert, T./Neuhauser, H. (2018): Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring (2018) 3(1): 8–15.
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-004
- 9) Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2015) Stillverhalten. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. RKI, Berlin www.kiggs-studie.de (Stand: 02.09.2015). Online Ressource: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/KiGGS_W1/kiggs1_fakten_stillen.pdf?__blob=publicationFile. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 10) Rouw, E./Von Gartzen, A./Weißborn, A. (2018): Bedeutung des Stillens für das Kind. In: Bundesgesundheitsblatt (2018) 61: 945-951. Online Ressource: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-018-2773-4>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 11) Saß, A.-C./Kuhnert, R./Gutsche, J. (2018): Unfallverletzungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring (2018) 3(3): 54–59.
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-079.2
- 12) Statistisches Bundesamt (2019): Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2017, Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche. Online-Ressource: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/unfaelle-gewalt-kinder-tabellenband-xlsx-5230001.html>. Letzter Zugriff: 03.02.2021
- 13) Thamm, R./Poethko-Müller, C./Hüther, A./Thamm, M. (2018): Allergische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring (2018) 3(3): 03–18.
DOI 10.17886/RKIGBE2018075
- 14) Weissenborn, A./Abou-Dakn, M./Bergmann, R./Both, D./Gresens, R./Hahn, B./Hecker, A./Koletzko, B./Krawinkel, M./Kroll, D./Rouw, E./Scheele, M./Schwegler, U./Sievers, E./Sporleder, E./Springer, S./Vetter, K./Wöckel, A./Kersting, M. (2016): Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland – eine systematische Übersicht. In: Gesundheitswesen (2016) 78: 695–707.
Online-Ressource: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0035-1555946>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.

9.4 Literatur zu Kapitel 4

- 1) Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG -). Online Ressource: <https://recht.saarland.de/bssl/document/jlr-GesDG-SLV2P7>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 2) Krug, S./Finger J.D./Lange, C./Richter, A./Mensink, G.B.M. (2018) Sport- und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring (2018) 3(2): 3–22.
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-065
- 3) Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MSGFF) 2018: Früherkennungsuntersuchungen: Online Ressource: https://www.saarland.de/msgff/DE/service/publikationen/publikationen_msgff_einzeln/Kindervorsorge.pdf?__blob=publicationFile&v=3; Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 4) Robert Koch-Institut (RKI) (2019): Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2017. Epidemiologisches Bulletin (2019) 18:147–153.
DOI 10.25646/6120

9.5 Literatur zu Kapitel 5

- 1) Mauz E./Schmitz R./Poethko-Müller, C. (2017): Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf im Follow-up: Ergebnisse der KiGGS-Studie 2003 – 2012. Journal of Health Monitoring (2017) 2(4): 45–65.
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-051
- 2) Schienkiewitz, A./Brettschneider A.-K./Damerow, S./Schaffrath Rosario, A. (2018): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring (2018) 3(1): 16–23.
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-005.2

9.6 Literatur zu Kapitel 7

- 1) Verordnung zur inklusiven Unterrichtung und besonderen pädagogischen Förderung (Inklusionsverordnung) vom 03.08.2015. Online Ressource: <https://recht.saarland.de/bssl/document/jlr-SchulInklVSLpELS>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.

9.7 Literatur zu Kapitel 8

- 1) AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2012): 16/1 – Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2011. Online Ressource: https://sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2011/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2011.pdf. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 2) Ärzteblatt (2018): Viele Flüchtlinge sind schwer traumatisiert. Online-Ressource: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98847/Viele-Fluechtlinge-sind-schwer-traumatisiert>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 3) Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) (2016): Die neuen Vorsorgen beim Kinder- und Jugendarzt - was sich ändert. Online-Ressource: <https://www.bvkj.de/presse/pressemitteilungen/ansicht/article/die-neuen-vorsorgen-beim-kinder-und-jugendarzt-was-sich-aendert/>. Letzter Zugriff: 09.06.2020.
- 4) Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) (2020): S3-Leitlinie zur Sectio Caesarea. Publiziert bei AWMF-online. Online-Ressource:

- https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-084l_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 5) Erlass zum „Kooperationsjahr Kindergarten – Grundschule“ vom 28.06.2016. Amtsblatt des Saarlandes Teil I 2016 (S. 509 - 510). Online-Ressource: <http://www.amtsblatt.saarland.de/jportal/portal/t/251y/page/fpverkslprod.psml?doc.hl=1&doc.id=VB-SL-ABLI2016505-G&documentnumber=2&numberofresults=4&doctyp=Verkuendungsblatt%3Asl-abl-i-ges&showdoccase=1&doc.part=D¶mfromHL=true#focuspoint>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
 - 6) Friedmann, A. K. (2018): Frühe Hilfen in der Pädiatrie: Die Evaluation psychosozialer Belastungsfaktoren im Rahmen der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung anhand eines Instruments zur Entscheidungsfindung. Online-Ressource: <https://mediatum.ub.tum.de/doc/1453863/1453863.pdf>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
 - 7) Frühe Hilfen im Saarland. Online Ressource: https://www.saarland.de/msgff/DE/portale/familiegleichstellung/famileleistungenaz/familieundkinder/schwangerschaft/schwangerschaft_node.html. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
 - 8) Gesetz über die Schulpflicht im Saarland - Schulpflichtgesetz. Online Ressource: <https://recht.saarland.de/bssl/document/jlr-SchulPflGSLrahmen>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
 - 9) Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG -). Online Ressource: <https://recht.saarland.de/bssl/document/jlr-GesDG-SLV2P7>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
 - 10) Institut der deutschen Wirtschaft Köln (IW) (2017): Bildungsstand, Bildungsmobilität und Einkommen. Neue Herausforderungen durch die Zuwanderung. In: IW-Trends 1. 2017. Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung, Jg. 44. Online-Ressource: https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2017/321687/IW-Trends_3_2017_Bildungsmobilitaet.pdf. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
 - 11) Kolip, P./, Nolting, HD/Zich, K. (2012): Faktencheck Gesundheit: Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Online-Ressource: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Kaiserschnitt.pdf. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
 - 12) Landtags des Saarlandes (2018): Antwort zu der Anfrage der Abgeordneten Astrid Schramm (DIE LINKE.) betr.:Kaiserschnittrate im Saarland. Drucksache 16/264 (16/204) vom 26.02.2018. Online-Ressource: https://www.landtag-saar.de/File.ashx?FileId=11678&FileName=Aw16_0264.pdf&directDL=false. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
 - 13) Mauz, E./Lange, M./ Houben, R./Hoffmann, R./Allen, J./Gößwald, A./Hölling, H./Lampert, T./Lange, C./Poethko-Müller, C./Richter, A./Schaffrath Rosario, A./von Schenck, U./Ziese, T./Kurth, B.-M. (2020): Cohort profile: KiGGS cohort longitudinal study on the health of children, adolescents and young adults in Germany. In: International Journal of Epidemiology (2020): 375–375k. Online-Ressource: <https://academic.oup.com/ije/article/49/2/375/5651116?guestAccessKey=7cffd50b-4890-4dca-9b26-0c0e1450226d>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
 - 14) Meyer, S./Raisig, A./Gortner, L./Ong, M. F./Bücheler, M./Tutdibi, E. (2009): In utero tobacco exposure: the effects of heavy and very heavy smoking in the rate of SGA infants in the Federal State of Saarland, Germany. In: European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology (2009); 146 (1): 37-40.
 - 15) Piopiunik, M./Kugler, F./Wößmann, L. (2017): Einkommenserträge von Bildungsabschlüssen im Lebensverlauf: Aktuelle Berechnungen für Deutschland. In: ifo Schnelldienst (2017); 70. Jahrgang. Online-Ressource: <https://www.ifo.de/DocDL/sd-2017-07-woessmann-et-al-bildungsrenditen-2017-04-13.pdf>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.

- 16) Poets C. F./Wallwiener D./Vetter K. (2012): Zwei bis sechs Wochen zu früh geboren – Risiken für das weitere Leben. In: Deutsches Ärzteblatt (2012), 109 (43): 721-726. Online Ressource: <https://www.aerzteblatt.de/pdf/109/43/m721.pdf>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 17) Schmidtke, C./Kuntz, B./Starker, A./Lampert, T. (2018): Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGSWelle 2. In: Journal of Health Monitoring (2018) 3(4): 68–77. DOI 10.17886/RKIGBE2018093
- 18) Statistisches Bundesamt (2018): Alleinerziehende in Deutschland 2017. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 2. August 2018. Online-Ressource: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2018/Alleinerziehende/pressebroschuere-alleinerziehende.pdf?__blob=publicationFile. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 19) Verordnung zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge in Kindertageeinrichtungen und in der Kindertagespflege. Online Ressource: https://www.saarland.de/SharedDocs/Downloads/DE/muv/ernaehrung/dl_vo-21-5-4-avo-gesundheit_muv.pdf?__blob=publicationFile&v=1. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 20) Weber, P./Jenni, O. (2012): Screening in child health—studies of the efficacy and relevance of preventive care practices. Deutsches Ärzteblatt (2012); 109(24): 431–435. Online-Ressource: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=126599>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.
- 21) Wirtgen, W. (2009): Traumatisierte Flüchtlinge. Psychische Probleme bleiben meist unerkant. In. Deutsches Ärzteblatt (2009); 106 (49): 2463-2465. Online-Ressource: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=66991>. Letzter Zugriff: 03.02.2021.

10 Anlagen

10.1 Übersicht über die Kommunen im Saarland

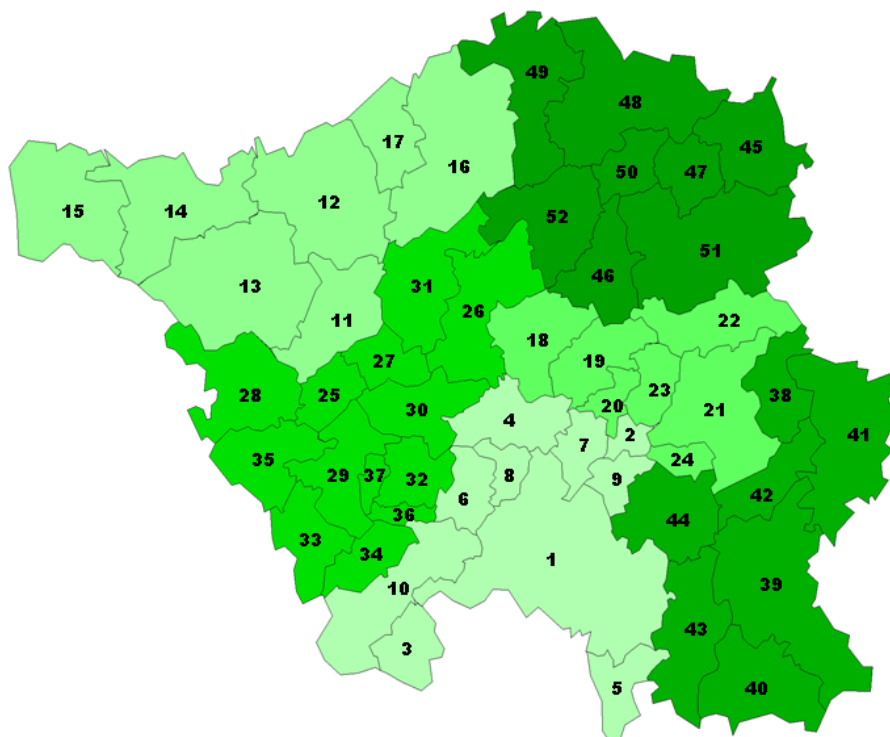


Abb. 39 Kommunen im Saarland: Bezeichnung lt. nachfolgender Tabelle

Regionalverband Saarbrücken

- 1 Saarbrücken
- 2 Friedrichsthal
- 3 Großrosseln
- 4 Heusweiler
- 5 Kleinblittersdorf
- 6 Püttlingen
- 7 Quierschied
- 8 Riegelsberg
- 9 Sulzbach
- 10 Völklingen

Landkreis Merzig-Wadern

- 11 Beckingen
- 12 Losheim am See
- 13 Merzig
- 14 Mettlach
- 15 Perl
- 16 Wadern
- 17 Weiskirchen

Landkreis Neunkirchen

- 18 Eppelborn
- 19 Illingen
- 20 Merchweiler
- 21 Neunkirchen
- 22 Ottweiler
- 23 Schiffweiler
- 24 Spiesen-Elversberg

Landkreis Saarlouis

- 25 Dillingen
- 26 Lebach
- 27 Nalbach
- 28 Rehlingen-Siersburg
- 29 Saarlouis,
- 30 Saarwellingen
- 31 Schmelz
- 32 Schwalbach
- 33 Überherrn
- 34 Wadgassen
- 35 Wallerfangen
- 36 Bous
- 37 Ensdorf

Saarpfalz-Kreis


- 38 Bexbach
- 39 Blieskastel
- 40 Gersheim
- 41 Homburg
- 42 Kirkel
- 43 Mandelbachtal
- 44 St. Ingbert

Landkreis St. Wendel

- 45 Freisen
- 46 Marpingen
- 47 Namborn
- 48 Nohfelden
- 49 Nonnweiler
- 50 Oberthal
- 51 St. Wendel
- 52 Tholey



Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Frauen und Familie
Franz-Josef-Röder-Straße 23
66119 Saarbrücken
Telefon: (0681) 501-30 97
presse@soziales.saarland.de

www.soziales.saarland.de
 /MSGFF.Saarland

Saarbrücken 2021

SAARLAND

Großes entsteht immer im Kleinen.

