



LGL

Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern

Ergebnisse der Schuleingangs-
untersuchung zum Schuljahr 2014/2015
Statistisch-epidemiologischer Bericht

Band 10 der Schriftenreihe
Schuleingangsuntersuchung in Bayern

Für eine bessere Lesbarkeit haben wir bei manchen Personenbezeichnungen auf ein Ausschreiben der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind in diesen Fällen Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Herausgeber: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

Telefon: 09131 6808-0
Telefax: 09131 6808-2102
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de

Internetausgabe: Kaiser Medien GmbH, Nürnberg
Bildnachweis: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Stand: August 2017
Autoren: Franziska Nairz, MPH; Annette Heißenhuber, MPH; Gabriele
Morlock, Dr. Gabriele Hölscher, MPH; Thomas Schneider;
Alexandra Hachmeister; Dr. Uta Nennstiel-Ratzel, MPH

Bei fachlichen Fragen wenden Sie sich bitte an:

Franziska Nairz, MPH
Telefon: 09131 6808-5160
E-Mail: franziska.nairz@lgl.bayern.de

© Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
alle Rechte vorbehalten

ISSN 1869-0831 Internetausgabe
ISBN 978-3-96151-012-2 Internetausgabe

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – wird um Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars gebeten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung. Unter Telefon 089 122220 oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

Inhaltsverzeichnis

1	Schuleingangsuntersuchung in Bayern	8
1.1	Warum eine Schuleingangsuntersuchung?	8
1.2	Funktionen der Schuleingangsuntersuchung	9
1.3	Rechtliche Grundlagen	10
1.4	Ablauf der Schuleingangsuntersuchung	11
1.5	Schuleingangsuntersuchung 2014/2015	13
1.5.1	Untersuchte Kinder	13
1.5.2	Vom Schulbesuch zurückgestellte Kinder	18
2	Soziodemographie: Rahmenbedingungen für die Gesundheit	21
2.1	Überblick / Zusammenfassung	21
2.2	Geschlecht, Alter	22
2.3	Familiengröße	23
2.4	Kindertagesstättenbesuch	26
2.5	Migrationshintergrund	29
3	Gesundheitszustand: Befunde aus dem Schuleingangsscreening	34
3.1	Überblick / Zusammenfassung	34
3.2	Körpergewicht	36
3.3	Sehvermögen	41
3.4	Hörvermögen	44
3.5	Sprachentwicklung	45
3.6	Visuomotorik	50
4	Gesundheitsvorsorge: Inanspruchnahme von Präventionsangeboten	54
4.1	Überblick / Zusammenfassung	54
4.2	Impfungen	57
4.2.1	Vorbemerkungen	57
4.2.2	Impfdokumenten-Vorlage	59
4.2.3	Durchimpfungsquoten	60
4.2.4	Exkurs Masern	64
4.2.5	Vollständigkeit der Impfungen	67
4.3	U-Untersuchungen	72
4.3.1	Vorbemerkungen	72

4.3.2	Vorsorgeheft-Vorlage	73
4.3.3	U-Teilnahmequoten.....	74
4.3.4	Vollständigkeit der U-Untersuchungen.....	78
5	Befundhäufigkeiten	83
5.1	Überblick / Zusammenfassung	83
5.2	Screening-Befunde.....	84
5.3	Kombinierte Befundhäufigkeiten.....	86
6	Schulärztliche Untersuchung	91
6.1	Überblick / Zusammenfassung	91
6.2	Basisdaten.....	93
6.3	Soziodemographie und Prävention	94
6.4	Befunde	96
7	Resümee	100
7.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	100
7.2	Ergebnisse mit Handlungsbedarf	103
8	Methodik	105
9	Anhang	107
10	Tabellenverzeichnis	108
11	Abbildungsverzeichnis	109
12	Literatur	112

Vorbemerkungen

- Für eine bessere Lesbarkeit
 - wird bei manchen Personenbezeichnungen auf ein Ausschreiben der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind in diesen Fällen Mädchen und Jungen beziehungsweise Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.
 - werden die unteren Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz als „Gesundheitsämter“ bezeichnet.
 - werden die Personensorgeberechtigten als „Eltern“ bezeichnet.
 - werden die Einrichtungen zur Kinderbetreuung, wie Krippe, Kindergarten o.ä. als Kindertagestätten (Kita) bezeichnet.
- Im Bestreben aktuelle Daten zur Schuleingangsuntersuchung (SEU) zu veröffentlichen, wurden die Jahrgänge 2013/2014 und 2014/15 in der Auswertung vorgezogen. Die Daten für den Jahrgang 2012/13 sind derzeit in Auswertung (Stand August 2017).
- Hinweis: wenn von der Schuleingangsuntersuchung (SEU) gesprochen wird, umfasst dies sowohl die Screeninguntersuchung durch die Sozialmedizinische Assistentin (SMA) als auch die Schulärztliche Untersuchung, die bei einem Teil der Kinder durchgeführt wurde.

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt dem Engagement und der Leistung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern, da die Vollständigkeit und Qualität der Daten unmittelbar von der Mitarbeit aller an der Schuleingangsuntersuchung Beteiligten abhängt. Wir hoffen, dass die vorliegende Auswertung auch Anregungen und Material für die Gesundheitsberichterstattung der Landkreise und kreisfreien Städte beziehungsweise zur Optimierung der schulärztlichen Tätigkeit liefert. Wir freuen uns darauf, weiterhin mit den Gesundheitsämtern in Bayern erfolgreich im Dienst der Kindergesundheit zusammen zu arbeiten.

Abkürzungsverzeichnis

Abs. = Absatz

AGA = Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter

BayEUG = Bayerisches Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen

BESS = Bayerisches Einschulungs-Sprach-Screening

BMI = Body-Mass-Index

FSME = Frühsommer-Meningoenzephalitis

GDVG = Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz

GME = Gesundheits-Monitoring-Einheiten

Hib = Haemophilus influenzae Typ b

HPT = Heilpädagogische Tagesstätte

IfSG = Infektionsschutzgesetz

KiGGS = Kinder- und Jugendgesundheitssurvey

Kita = Kindertagesstätte

LfStaD = Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung

LGL = Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

min. = mindestens

MMR = Masern-Mumps-Röteln

RKI = Robert Koch-Institut

SchulgespflV = Verordnung zur Schulgesundheitspflege

SEU = Schuleingangsuntersuchung

SMA = Sozialmedizinische Assistentin

STIKO = Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut

SVE = Schulvorbereitende Einrichtung

vgl. = vergleiche

vs. = versus

WHO = World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

1 Schuleingangsuntersuchung in Bayern

1.1 Warum eine Schuleingangsuntersuchung?

"Alle Kinder haben ein Recht auf den bestmöglichen Start ins Leben."

Die Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes (www.unicef.org/crc)

Die Gesundheit von Kindern ist eine wichtige Ressource, die es zu erhalten und zu schützen gilt. Das Krankheitsspektrum im Kindes- und Jugendalter hat sich in den industrialisierten Ländern verändert. Infektionskrankheiten konnten im 20. Jahrhundert stark zurückgedrängt werden, was auch ein Erfolg wissenschaftlicher und anhaltender Impfprogramme ist. Gleichzeitig ist eine Zunahme chronischer Erkrankungen zu verzeichnen. Auch psychische Erkrankungen und Entwicklungsauffälligkeiten nehmen an Bedeutung zu.

Gesellschaftliche Ungleichheiten machen sich im Leben von Kindern in besonderem Maße bemerkbar. Der soziale Status der Eltern beeinflusst maßgeblich ihre Chance, gesund aufzuwachsen und auch in späteren Jahren eine gute Gesundheit zu erhalten. Deshalb ist es wichtig, dass jedes Kind das Recht und die optimale Voraussetzung für eine seinen individuellen Möglichkeiten entsprechende gute Entwicklung hat.

Mit der Einschulung in die Grundschule beginnt für die Kinder und die Eltern ein neuer Lebensabschnitt. Zu den Voraussetzungen für einen erfolgreichen Schulstart gehören:

- Körperliche Voraussetzungen wie ein ausreichendes (eventuell entsprechend korrigiertes) Seh- und Hörvermögen und eine altersgemäße psychomotorische Entwicklung.
- Kognitive Fähigkeiten wie zum Beispiel Aufmerksamkeit, das Vermögen, Arbeitsaufträge umzusetzen, und eine altersgemäße Sprachentwicklung.
- Sozial-emotionale Fähigkeiten wie zum Beispiel Selbstvertrauen, Lust am Lernen und die Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit anderen Kindern.

Durch die Schuleingangsuntersuchung können gesundheitliche oder entwicklungsbezogene Einschränkungen eines Kindes, die für den Schulbesuch von Bedeutung sind, frühzeitig festgestellt werden. Die Schuleingangsuntersuchung unterscheidet

sich insofern wesentlich von den Früherkennungsuntersuchungen (U8 und U9), bei denen vor allem die Erkennung behandlungsbedürftiger akuter und chronischer Erkrankungen im Vordergrund steht. Die Schuleingangsuntersuchung legt dagegen den Fokus auf gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für den Schulbesuch relevant sind. Besondere Aufmerksamkeit wird daher neben der Sprachentwicklung dem Seh- und Hörvermögen geschenkt, da diese eng mit den Lese- und Schreibleistungen zusammenhängen. Die Visuomotorik wird überprüft, da die Auge-Hand-Koordination als Teil der kognitiven Entwicklung eine wichtige Voraussetzung für das Schreibenlernen ist. Die bis zum Schulbeginn verbleibende Zeit kann für eventuell erforderliche Maßnahmen zur Gesundheits- und Entwicklungsförderung des Kindes genutzt werden.

In Fällen, in denen sich Eltern nicht sicher sind, ob sie ihr Kind einschulen lassen sollen, sind die Informationen aus der Schuleingangsuntersuchung eine wertvolle zusätzliche Entscheidungshilfe. Die endgültige Entscheidung über die Schulaufnahme obliegt dabei der Schule.

1.2 Funktionen der Schuleingangsuntersuchung

Die Schuleingangsuntersuchung ist eine Screening-Untersuchung, das heißt eine Reihenuntersuchung aller schulpflichtig werdenden Kinder eines Jahrgangs. Sie ist die einzige Datenquelle, die umfassend Aufschluss über die Gesundheit der fünf- bis sechsjährigen Kinder in Bayern gibt. Nur anhand der Schuleingangsuntersuchung können beispielsweise Fragen zum Impfstatus, zu bestehenden Impfücken auf Ebene der Gesundheitsamtbezirke (entspricht der Zuständigkeitsbereiche der Gesundheitsämter) und zur Entwicklung des Körpergewichts der Vorschulkinder beantwortet und auch im zeitlichen Trend dargestellt werden. Aus den U-Untersuchungen liegen dazu weder flächendeckende noch qualitativ zufrieden stellende Daten vor. Der Öffentliche Gesundheitsdienst, der die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen fördern und begleiten soll, erfüllt mit der Schuleingangsuntersuchung eine wichtige Aufgabe für die gesundheitliche Versorgung der Kinder.

Die Schuleingangsuntersuchung hat verschiedene Funktionen.

1. Individualmedizinische Funktion: Die Schuleingangsuntersuchung dient

- der Erkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen oder Förderbedarf
- der Feststellung, ob das schulpflichtige Kind aus gesundheitlicher Sicht am Unterricht Erfolg versprechend teilnehmen beziehungsweise ob ein Kind mit sonderpädagogischem Förderbedarf an einer allgemeinbildenden Schule zumindest aktiv teilnehmen kann
- bei Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf der Unterstützung bei der Beratung der Eltern zur Auswahl der geeigneten Schulart, gegebenenfalls auch zum Besuch oder zur Auswahl einer schulvorbereitenden Einrichtung
- der Beratung der Eltern über weitere Hilfe leistende Stellen oder Personen insbesondere für diagnostische und therapeutische Möglichkeiten.

2. Schulbetriebsärztliche Funktion: Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung helfen bei der Beratung der Schule durch Ableitung von Empfehlungen zur Gestaltung des Schulalltags.

3. Wissenschaftlich-gesundheitspolitische Funktion: Die Schuleingangsuntersuchung trägt bei zur

- Erhebung bevölkerungsbezogener Gesundheitsparameter als Grundlage für epidemiologische Datenauswertungen zum Zweck der Qualitätssicherung der Untersuchung
- Ableitung gesundheitspolitischer Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung
- Gesundheitsberichterstattung.

1.3 Rechtliche Grundlagen

In Bayern ist die Teilnahme an der Schuleingangsuntersuchung verpflichtend für alle Kinder, die im kommenden Schuljahr schulpflichtig werden. Rechtliche Grundlagen hierfür sind Artikel 37 (Vollzeitschulpflicht), Artikel 80 (Schulgesundheit) und Artikel 118 (Schulzwang) des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) (1, 2), Artikel 14 (Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen) des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes (GDVG) (3) sowie die Schulgesundheitspflegeverordnung (SchulgespfIV) (4). Diese Rechtsquellen in der jeweils aktuellen Form können über die Website des Bayerischen Landesamts für

Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) abgerufen werden

(<http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/praevention/kindergesundheit/schuleingangsuntersuchung/index.htm>).

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 ist seit dem 16.05.2008 für alle Kinder in Bayern verpflichtend (Artikel 14 Abs. 1 GDVG). Die damit verbundene Verpflichtung des Gesundheitsamts, bei Nichtteilnahme eines Kindes an der U9 beziehungsweise an der schulärztlichen Untersuchung das Jugendamt zu informieren (Artikel 14 Abs. 5 GDVG), trat mit der Schuleingangsuntersuchung 2009/2010 (Untersuchungsjahr 2008/2009) in Kraft (3).

Die Erhebung des Impfstatus der Kinder bei Erstaufnahme in die erste Klasse durch das Gesundheitsamt ist im Infektionsschutzgesetz (§ 34 Abs. 11 IfSG) festgeschrieben (5). Die hierbei gewonnenen Daten sind in aggregierter und anonymisierter Form über die oberste Landesgesundheitsbehörde, in Bayern wurde hierfür das LGL bestimmt, an das Robert Koch-Institut zu übermitteln.

1.4 Ablauf der Schuleingangsuntersuchung

Die Schuleingangsuntersuchung findet im Jahr vor der Aufnahme in die erste Jahrgangsstufe der Grundschule beziehungsweise Volksschule zur sonderpädagogischen Förderung statt. Die Eltern, deren Kinder im kommenden Schuljahr schulpflichtig werden, erhalten vom zuständigen Gesundheitsamt eine schriftliche Einladung zur Schuleingangsuntersuchung mit der Bitte, bei der Untersuchung anwesend zu sein. Auch Kinder, die zurückgestellt werden sollen, werden zur Schuleingangsuntersuchung eingeladen. Sollen Kinder vorzeitig eingeschult werden, werden die Eltern von der Schule aufgefordert, sich bei ihrem zuständigen Gesundheitsamt zu melden, damit das Kind vorzeitig an der Schuleingangsuntersuchung teilnehmen kann.



Die Schuleingangsuntersuchung in Bayern beinhaltet im ersten Schritt eine **Screeninguntersuchung**, die durch die Sozialmedizinischen Assistentinnen durchgeführt wird. Die Untersuchung umfasst die Erhebung der Vorgeschichte (Anamnese) und des Impfstatus (bei Impflücken Impfberatung), die Prüfung der Teil-

nahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1-U9, die Messung von Körpergröße und -gewicht (soweit diese Werte nicht aus der U9 vorliegen), die Durchführung eines apparativen Seh- und Hörtests sowie ein standardisiertes Sprach-/Sprech- und ein Visuomotorikscreening. In neun bayerischen Landkreisen wurde bei der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 zudem das Bayerische Einschulungs-Sprach-Screening (BESS) im Rahmen eines Pilotprojektes eingesetzt. Bei der Untersuchung dürfen weitere Personen nur auf Wunsch der Eltern oder mit deren Einwilligung anwesend sein. Die Untersuchung muss in einem geschützten Rahmen für jedes Kind einzeln durchgeführt werden. Ab dem Untersuchungsjahr 2008/2009 kann die Schuleingangsuntersuchung nach § 6 Abs. 2 SchulgespfIV nur dann entfallen, wenn eine schwere Behinderung oder schwere chronische Erkrankung vorliegt und den Gesundheitsämtern eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt wird (4).

Wenn der Nachweis über eine durchgeführte U9 nicht erbracht wird, **muss** im zweiten Schritt eine zusätzliche **schulärztliche Untersuchung** durch einen Arzt des zuständigen Gesundheitsamtes erfolgen. Eine schulärztliche Untersuchung kann auch erfolgen, wenn das Schuleingangsscreening einen auffälligen, schulrelevanten Befund ergeben hat, wenn die Eltern dies wünschen sowie wenn

Kinder in schulvorbereitenden, sonderpädagogischen oder integrativen Einrichtungen nicht umfassend medizinisch betreut werden. Bei der schulärztlichen Untersuchung werden die Kinder, ähnlich wie bei der U9, körperlich untersucht. Bei auffälligen Befunden wird der Schularzt eine Vorstellung des Kindes zur weiteren Abklärung beim Kinder-, Haus- oder Facharzt empfehlen.

Wenn es für die Gesundheit des Kindes oder die Teilnahme des Kindes am Unterricht (inkl. Sportunterricht) wichtig ist, dass der Schule Informationen zum Gesundheitszustand des Kindes vorliegen, so erhält die Schule diese Informationen durch die Eltern selbst. Dies kann beispielsweise chronische Erkrankungen wie Asthma, Herzfehler, Diabetes mellitus, Stoffwechselerkrankungen oder auch Allergien betreffen. Soll diese Information durch Mitarbeiter des Gesundheitsamtes direkt an die Schule gegeben werden, so muss hierfür die schriftliche Schweigepflichtentbindung der Eltern vorliegen.



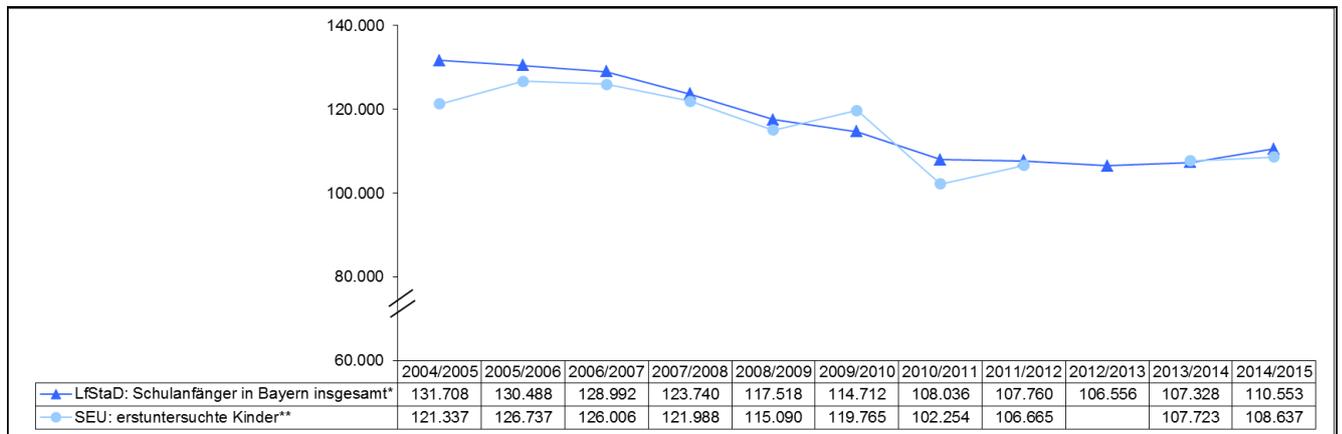
Ansonsten erhält die Schule nur dann direkte Informationen vom Gesundheitsamt, wenn sich Befunde ergeben, die für die Unterrichtsgestaltung bedeutsam sind, zum Beispiel bei Kindern, die auf den Rollstuhl angewiesen oder die durch eine gravierende Seh- oder Hörschwäche beeinträchtigt sind. Für eine möglichst optimale Integration der betroffenen Kinder ist dies unerlässlich. In diesen Fällen werden die Eltern hierüber selbstverständlich informiert.

1.5 Schuleingangsuntersuchung 2014/2015

1.5.1 Untersuchte Kinder

Zum Schuljahr 2014/2015 wurden in Bayern nahezu alle schulpflichtig werdenden Kinder untersucht. Die Anzahl der erstuntersuchten Kinder lag bei der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2004/2005 noch deutlich unter der Zahl der Schulanfänger, doch die Differenz betrug bereits bei der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2005/2006 nur noch 3.751 Kinder und ist bis zur SEU 2007/2008 auf 1.752 Kinder gesunken (vgl. Abbildung 1). In der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2008/2009 fehlten die Daten aus einem Landkreis (57), sodass aufgrund der ca. 3.000 nicht gemeldeten Kinder bereits bei diesem Jahrgang von annähernder Vollzähligkeit ausgegangen werden kann. Dass bei der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2009/10 die Zahl der erstuntersuchten Kinder die der Schulanfänger übersteigt, ist mit der Einführung der verpflichtenden Teilnahme an der Schuleingangsuntersuchung ab diesem Schuljahr zu erklären. Zudem gab es für die im Oktober beziehungsweise November 2003 geborenen Kinder die Möglichkeit, von der Einschulung zurückzutreten (vgl. Kapitel 1.5.2). Daher ist davon auszugehen, dass in den überzähligen Kindern bereits untersuchte Kinder enthalten sind, die dann doch nicht eingeschult wurden. In der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2010/2011 überstieg die Zahl der Schulanfänger in Bayern wieder die Zahl der erstuntersuchten Kinder. Dies bekräftigt die Annahme, dass ein Teil der im Oktober und November 2003 geborenen Schulanfänger bereits im Vorjahr untersucht wurde, jedoch erst zum Schuljahr 2010/2011 eingeschult wurde. Während für die SEU zum Schuljahr 2011/2012 und 2013/2014 die Zahl der erstuntersuchten Kinder wieder annäherungsweise der Zahl der Schulanfänger in Bayern entspricht, sind für das Schuljahr 2014/2015 etwas mehr Schulanfänger als erstuntersuchte Kinder abgebildet. Da

jedoch von etwa 2.000 erstuntersuchten Kindern aus einem Landkreis die Daten zwar übermittelt, aber aufgrund verspäteter Bereitstellung nicht für die Auswertung berücksichtigt werden konnten, ist auch für das vorliegende Berichtsjahr annähernd von Vollzähligkeit auszugehen. Im Gesamtdatensatz fehlen außerdem etwa 350 Kinder aus einem weiteren Landkreis, die aus Personalmangel nicht untersucht werden konnten und lediglich einen Nachweis zur Teilnahme an der U9 vorgelegt haben. Die Daten zur SEU 2012/13 befinden sich derzeit in der Auswertungsphase und werden an dieser Stelle nicht berichtet.



* Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, „Schulanfänger und Zurückstellungen, ohne Schulanfänger der Europäischen Schule München“

** Datenquelle: LGL, Daten der SEU für 2012/13 in Auswertung

Abbildung 1: Anzahl Schulanfänger und erstuntersuchte Kinder zu den Schuljahren 2004/2005-2014/2015

Die Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 wurde in Bayern von Oktober 2013 bis Juli 2014 durchgeführt. Von 76 bayerischen Gesundheitsämtern¹ wurden dem LGL pseudonymisiert Daten von 119.145 Kindern übermittelt (vgl.

¹ Es gibt 76 Gesundheitsämter in Bayern, jedoch werden in Fürth die Daten separat vom Jugendärztlichen Dienst der Stadt Fürth und vom Landratsamt Fürth übermittelt. Eine vollständige Erfassung entspricht folglich einer Übermittlung durch 77 Gesundheitsämter. Daten des Gesundheitsamts Aschaffenburg konnten jedoch aufgrund verspäteter Bereitstellung nicht in die Auswertung einbezogen werden.

Tabelle 1)². Hierunter befinden sich 108.637 (91,2 %) erstuntersuchte Kinder. Wiederholt untersucht wurden 5.837 (4,9 %) Kinder (vgl. Kapitel 1.5.2). Bei lediglich 29 Kindern (0,02 %) ist unbekannt, ob sie erst- oder wiederholt untersucht wurden. Bei insgesamt 4.642 (3,9 %) schulpflichtig werdenden Kindern fand keine Untersuchung im zuständigen Gesundheitsamt am Hauptwohnsitz statt. Folgende Gründe können hierfür vorliegen: die SEU fand in einem anderen bayerischen Landkreis statt (n=1.458), das Kind wurde vor der SEU zurückgestellt (n=1.243), das Kind wurde vorzeitig eingeschult und schon im Vorjahr untersucht (n=866), das Kind lebt im Ausland (n=615), die Adresse war nicht ermittelbar (n=98) oder das Kind lebt auf einer amerikanischen Basis (n=64); bei den übrigen 298 Kindern war nicht bekannt, warum keine Untersuchung stattfand. Nähere Erläuterungen zur Methodik sind in Kapitel 8 dokumentiert.

Basis für die Auswertungen sind die 108.637 Kinder, die erstmalig an der Schuleingangsuntersuchung in Bayern teilgenommen haben, die sogenannten erstuntersuchten Kinder. Hierunter befinden sich auch 123 Kinder, für die die Tests im Schuleingangsscreening entfallen waren, da eine schwere Behinderung beziehungsweise schwere chronische Erkrankung vorlag. Ebenso gehen in die Anzahl der erstuntersuchten Kinder diejenigen Kinder ein, die nicht oder in einem anderen Bundesland beim Schuleingangsscreening vorgestellt wurden, für die jedoch zumindest teilweise die U9 nachgewiesen wurde, sowie die Kinder, die nicht am Schuleingangsscreening, jedoch an der schulärztlichen Untersuchung teilgenommen haben. Bei einigen Kindern wurden einzelne Tests nicht durchgeführt, diese Tests wurden als fehlender Wert kodiert, alle anderen Angaben gehen in die Auswertung ein. **Alle Auswertungen beziehen sich auf die Fälle der erstuntersuchten Kinder mit gültigen Antworten („gültiges n“); zusätzlich wird die Anzahl der erstuntersuchten Kinder mit fehlenden Angaben angegeben.**

² Zusätzlich wurden 255 Kinder übermittelt, die jedoch aus den Daten ausgeschlossen werden mussten, da es sich beispielsweise um doppelt erfasste Fälle, Fälle aus der vorhergehenden SEU oder um Kinder mit Hauptwohnsitz in einem anderen Bundesland handelte.

Tabelle 1: Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/15 - Anzahl der übermittelten Kinder nach Gesundheitsamt, Regierungsbezirk, Bayern insgesamt

Gesundheitsamt Regierungsbezirk	Erst- untersuchung	Wiederholungs- untersuchung	Unbekannt¹	Keine Unter- suchung am Hauptwohnsitz²	Gesamt
Ingolstadt	1.248	155	2	56	1.461
München-Stadt	11.860	26	8	237	12.131
Altötting	965	19	2	41	1.027
Berchtesgadener Land	773	64	0	45	882
Bad Tölz	1.169	115	0	80	1.364
Dachau	1.439	1	0	72	1.512
Ebersberg	1.429	69	1	58	1.557
Eichstätt	1.271	33	2	91	1.397
Erding	1.244	144	1	33	1.422
Freising	1.645	232	0	49	1.926
Fürstenfeldbruck	1.968	242	0	85	2.295
Garmisch-Partenkirchen	700	75	0	16	791
Landsberg a. Lech	1.206	146	0	25	1.377
Miesbach	833	0	0	38	871
Mühldorf a. Inn	960	8	0	47	1.015
München-Land	3.693	257	0	291	4.241
Neuburg-Schrobenhausen	896	103	1	53	1.053
Pfaffenhofen a.d. Ilm	1.116	152	0	56	1.324
Rosenheim	2.786	75	0	139	3.000
Starnberg	1.444	176	0	54	1.674
Traunstein	1.508	183	0	46	1.737
Weilheim-Schongau	1.192	15	0	52	1.259
Oberbayern	41.345	2.290	17	1.664	45.316
Deggendorf	910	39	0	52	1.001
Freyung-Grafenau	587	4	0	1	592
Kelheim	1.101	51	0	92	1.244
Landshut	2.045	177	0	14	2.236
Passau	1.855	11	0	88	1.954
Regen	620	39	0	29	688
Rottal-Inn	1.050	24	0	153	1.227
Straubing-Bogen	1.271	83	0	13	1.367
Dingolfing-Landau	826	77	0	17	920
Niederbayern	10.265	505	0	459	11.229
Amberg-Sulzbach	1.248	1	0	58	1.307
Cham	1.030	20	0	58	1.108
Neumarkt i.d. Opf.	1.099	7	0	47	1.153
Neustadt a.d. Waldnaab	985	6	0	36	1.027
Regensburg	2.827	305	0	168	3.300
Schwandorf	1.190	0	0	4	1.194
Tirschenreuth	563	48	0	29	640
Oberpfalz	8.942	387	0	400	9.729
Bamberg	1.813	60	2	122	1.997
Bayreuth	1.123	76	0	15	1.214
Coburg	1.035	1	0	14	1.050
Forchheim	1.017	71	0	85	1.173

Gesundheitsamt Regierungsbezirk	Erst- untersuchung	Wiederholungs- untersuchung	Unbekannt ¹	Keine Unter- suchung am Hauptwohnsitz ²	Gesamt
Hof	1.082	108	0	15	1.205
Kronach	448	2	0	0	450
Kulmbach	566	102	4	28	700
Lichtenfels	533	53	0	74	660
Wunsiedel i. Fichtelgebirge	486	35	0	21	542
Oberfranken	8.103	508	6	374	8.991
Fürth-Stadt	1.015	8	0	51	1.074
Nürnberg	4.292	142	0	141	4.575
Ansbach	1.955	164	0	133	2.252
Erlangen-Höchststadt	2.318	116	0	135	2.569
Fürth	1.005	119	0	60	1.184
Nürnberger Land	1.465	140	0	55	1.660
Neustadt a.d. Aisch	866	106	0	0	972
Roth	1.469	13	2	51	1.535
Weißenburg-Gunzenhausen	812	101	0	33	946
Mittelfranken	15.197	909	2	659	16.767
Aschaffenburg ³	-	-	-	-	-
Bad Kissingen	789	108	0	24	921
Rhön-Grabfeld	678	57	0	3	738
Haßberge	639	19	1	24	683
Kitzingen	743	62	0	12	817
Miltenberg	1.035	5	0	38	1.078
Main-Spessart	1.060	19	0	0	1.079
Schweinfurt	1.356	22	0	76	1.454
Würzburg	2.256	127	1	12	2.396
Unterfranken	8.556	419	2	189	9.166
Augsburg-Stadt	2.324	17	0	210	2.551
Memmingen	366	41	0	0	407
Aichach-Friedberg	1.244	82	0	89	1.415
Augsburg-Land	2.259	80	0	161	2.500
Dillingen a.d. Donau	838	5	0	34	877
Günzburg	1.072	154	0	74	1.300
Neu-Ulm	1.581	110	2	35	1.728
Lindau (Bodensee)	673	101	0	18	792
Ostallgäu	1.578	175	0	6	1.759
Unterallgäu	1.259	33	0	173	1.465
Donau-Ries	1.205	7	0	28	1.240
Oberallgäu	1.830	14	0	69	1.913
Schwaben	16.229	819	2	897	17.947
Bayern insgesamt	108.637	5.837	29	4.642	119.145

¹ Bei der Datenerfassung war nicht bekannt, ob diese Kinder erst- oder wiederholt untersucht wurden.

² Mögliche Gründe: Untersuchung fand in anderem bayerischen Landkreis statt, Kind wurde vor SEU zurückgestellt, Kind wurde vorzeitig eingeschult und bereits im Vorjahr untersucht, Kind lebt im Ausland, Adresse nicht ermittelbar, Kind lebt auf amerikanischer Basis

³ Daten der SEU 2014/2015 vom Gesundheitsamt Aschaffenburg konnten aufgrund verspäteter Bereitstellung nicht in die Auswertung einbezogen werden.

1.5.2 Vom Schulbesuch zurückgestellte Kinder

„Manche Kinder sind [...] in ihrer beobachtbaren Entwicklung noch nicht so weit fortgeschritten, dass auf Grund der körperlichen und geistigen Entwicklung nicht erwartet werden kann, dass sie mit Erfolg am Unterricht teilnehmen werden. Auch wenn diese Kinder das notwendige Alter erreicht haben, können sie von der Aufnahme in die Grundschule zurückgestellt werden. [...]

Der bayerische Gesetzgeber [vgl. Bayerisches Erziehungs- und Unterrichtsgesetz, Artikel 37 Abs. 2 BayEUG (1)] hat [...] festgelegt, dass die Zurückstellung nur für ein Schuljahr (Dauer) möglich und nur einmal zulässig ist. Durch die Zurückstellung erlischt die Schulpflicht und beginnt [...] zum nächsten Schuljahr erneut. Durch die Festlegung ‚kann‘ wird deutlich, dass die Erziehungsberechtigten keinen Rechtsanspruch auf Zurückstellung ihres schulpflichtigen Kindes haben. Auch das Gegenteil wäre rechtlich möglich: Die Zurückstellung gegen den Willen der Erziehungsberechtigten. [...] Die Entscheidung über die Zurückstellung trifft die Schulleitung der Grundschule. Die Eltern haben die Möglichkeit, Einspruch zu erheben. [...] Besonders um eine Zurückstellung nach der erfolgten Einschulung zu vermeiden, sollten alle Beobachtungen und Wahrnehmungen der Eltern, der Kindergärtnerinnen, ggf. auch des Kinderarztes zur Feststellung der Schulfähigkeit zusammen getragen werden. Sollten sich hierzu schon Bedenken gegen den Schulerfolg auf Grund der körperlichen und geistigen Entwicklung abzeichnen, ist eine Zurückstellung ins Auge zu fassen. Grundlage für die Entscheidung zur Zurückstellung sollte unbedingt eine fundierte Diagnostik und anschließend eine gründliche Beratung sein.“ (6).

Die zurückgestellten Kinder werden in der bayerischen Schulstatistik erfasst. Im Schuljahr 2004/2005 wurden laut Schulstatistik 3,6 % der schulpflichtigen Kinder zurückgestellt. Der Anteil der Zurückstellungen ist seitdem deutlich angestiegen, was unter anderem in der Verlängerung des Stichtags für die Einschulung begründet sein kann (siehe Tabelle 2). Zum Schuljahr 2014/2015 wurden 13.998 Kinder zurückgestellt (11,2 %), davon waren 62,6% Jungen (7).

Der Stichtag für die Einschulung wurde seit dem Schuljahr 2005/2006 sukzessive vorverlegt. Im Schuljahr 2009/2010 war der Stichtag der Geburtstag am 30.11.2003. Zum Schuljahr 2010/2011 wurde der Einschulungsstichtag vom 30. November auf den 30. September zurückgelegt und seither beibehalten. In den Schuljahren

2008/2009 und 2009/2010 hatten die Erziehungsberechtigten bei einem Kind, das nach dem 30. September sechs Jahre alt wurde, die Möglichkeit von ihrem Rücktrittsrecht Gebrauch zu machen. Auf Antrag konnte hierbei erst der nächste Einschulungstermin wahrgenommen werden.

Tabelle 2: Anteil der Zurückstellungen unter den schulpflichtigen Kindern

Schuljahr	Schulanfänger		Zurückstellungen		schulpflichtige Kinder insgesamt		Kinder wurden schulpflichtig, wenn geboren bis
	n	%	n	%	n	%	
2004/2005	131.708	96,4%	4.940	3,6%	136.648	100,0%	31.07.1998
2005/2006	130.488	94,9%	6.949	5,1%	137.437	100,0%	31.07.1999
2006/2007	128.992	93,8%	8.561	6,2%	137.553	100,0%	31.08.2000
2007/2008	123.740	91,9%	10.841	8,1%	134.581	100,0%	30.09.2001
2008/2009*	117.518	91,6%	10.776	8,4%	128.294	100,0%	31.10.2002
2009/2010**	114.712	91,8%	10.278	8,2%	124.990	100,0%	30.11.2003
2010/2011	108.036	90,6%	11.183	9,4%	119.219	100,0%	30.09.2004
2011/2012	107.760	89,9%	12.158	10,1%	119.918	100,0%	30.09.2005
2012/2013	106.556	89,3%	12.739	10,7%	119.295	100,0%	30.09.2006
2013/2014	107.328	89,2%	13.017	10,8%	120.345	100,0%	30.09.2007
2014/2015	110.553	88,8%	13.998	11,2%	124.551	100,0%	30.09.2008

* Rücktrittsregelung für Kinder, die im Oktober 2002 geboren wurden

** Rücktrittsregelung für Kinder, die im Oktober oder November 2003 geboren wurden

Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (7; eigene Berechnungen)

Kinder, die im Vorjahr schulpflichtig geworden sind, aber zurückgestellt wurden, und die noch nicht untersucht wurden, werden von den Gesundheitsämtern im aktuellen Untersuchungsjahr zur Schuleingangsuntersuchung aufgerufen und durchlaufen das vollständige Schuleingangsscreening-Programm; sie werden in der Datenauswertung als **erstuntersuchte Kinder** berücksichtigt.

Wiederholt untersuchte Kinder sind dagegen zurückgestellte Kinder, die im Vorjahr schulpflichtig geworden sind und bereits in der Schuleingangsuntersuchung im Vorjahr untersucht wurden und im aktuellen Untersuchungsjahr noch einmal vom Gesundheitsamt untersucht werden. Nicht alle zurückgestellten Kinder, die im Vorjahr bereits untersucht wurden, müssen vom Gesundheitsamt noch einmal im aktuellen Untersuchungsjahr einbestellt werden. Es ist zudem nicht notwendig, dass bei diesen Kindern erneut ein vollständiges Screening-Programm durchgeführt wird. Oft genügt

es, wenn die Kinder einzelne Tests nochmals durchlaufen, da die Wiederholungsuntersuchung der Überprüfung dient, ob Auffälligkeiten aus der ersten Untersuchung noch bestehen oder ob das Kind besonderer Förderung bedarf.

In der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 wurden 5.837 Kinder ein zweites Mal untersucht (4,9 %; n=119.145), hierunter 61,1 % Jungen und 38,9 % Mädchen (gültiges n=5.609; fehlende Angaben: 228). Da die wiederholt untersuchten Kinder in der Datenauswertung der vorherigen Schuleingangsuntersuchung 2013/2014 als erstuntersuchte Kinder enthalten sind und bei der wiederholten Untersuchung zum Schuljahr 2014/2015 keine vollständigen Daten erfasst werden mussten, gehen die Daten der wiederholt untersuchten Kinder nicht in die Auswertung zur Schuleingangsuntersuchung 2014/2015 ein.

2 Soziodemographie: Rahmenbedingungen für die Gesundheit

2.1 Überblick / Zusammenfassung

Die soziodemographischen Merkmale beschreiben die Rahmenbedingungen, unter denen die Kinder aufwachsen und die somit einen Einfluss auf ihre Gesundheit haben. In Tabelle 3 werden die wichtigsten Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2014/2015 denen der Vorjahresuntersuchung 2013/2014 gegenübergestellt.

Tabelle 3: Soziodemographie der erstuntersuchten Kinder in der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung 2013/2014

	2014/2015	2013/2014
Anzahl erstuntersuchte Kinder	108.637	107.723
Geschlecht		
Mädchen	48,7 %	48,7 %
Jungen	51,3 %	51,3 %
Alter zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung		
Mittelwert in Jahren	5,8	5,9
Minimum-Maximum in Jahren	4,2-8,9	4,2-9,2
Geschwister		
Einzelkind	17,9%	17,8%
1 Geschwisterkind	53,3%	53,4%
2 und mehr Geschwister	28,9%	28,8%
Erwachsene im Haushalt		
1 Erwachsener	8,5 %	8,3 %
2 Erwachsene	86,1 %	86,2 %
3 und mehr Erwachsene	5,4 %	5,6 %
Kindertagesstättenbesuch		
Dauer: Median in Jahren	3	3
Art: Regelkindergarten	96,9 %	96,8 %
Art: Schulvorbereitende Einrichtung	2,4 %	2,5 %
Art: Heilpädagogische Tagesstätte	0,7 %	0,7 %
Migrationshintergrund		
ohne	70,5 %	70,9 %
einseitig	9,5 %	9,5 %
beidseitig	20,0 %	19,6 %

- Die Kinder sind zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung durchschnittlich 5,8 Jahre alt.
- Mehr als die Hälfte der Kinder (53,3 %) hat ein Geschwisterkind, 28,9 % haben zwei und mehr Geschwister.
- Die meisten Kinder leben mit zwei Erwachsenen im Haushalt (86,1 %). 8,5 % der Kinder leben mit nur einem Erwachsenen zusammen.
- Eine Kindertagesstätte besuchen die Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung im Mittel (Median) drei Jahre.
- Einen Migrationshintergrund hat ein knappes Drittel der Einschulungskinder, wobei 9,5 % der Kinder einen einseitigen und 20,0 % einen beidseitigen Migrationshintergrund durch ihr Elternhaus aufweisen.

2.2 Geschlecht, Alter

Unter den in der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 erstmalig untersuchten 108.637 Kindern befinden sich 52.627 Mädchen (48,7 %) und 55.502 Jungen (51,3 %), von 508 Kindern fehlte die Angabe zum Geschlecht. Die Kinder sind zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung im Mittelwert 5,8 Jahre alt (Minimum-Maximum: 4,2-8,9 Jahre) (gültiges n=108.156; fehlende Angaben: 481), wobei sich die Geschlechter nicht wesentlich im Alter unterscheiden. Betrachtet man das Alter der Kinder in Vierteljahresschritten, werden die meisten Kinder im Alter von 5,75 (27,7 %), 5,50 (21,7 %) und 6,00 (20,6 %) Jahren in der Schuleingangsuntersuchung untersucht. Jünger als 5,5 Jahre sind 18,1 % und bereits 6,25 Jahre und älter sind weitere 11,9 % der Kinder (vgl. Abbildung 2).

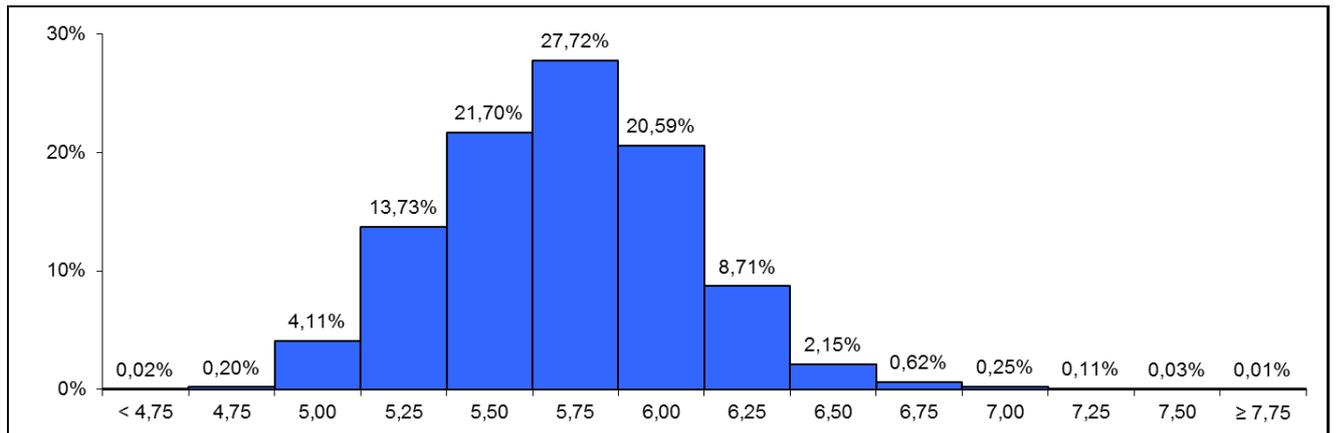


Abbildung 2: Alter in Vierteljahresschritten zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung, in % (gültiges n=108.156; fehlende Angaben: 481)
 Die Altersklassen schließen links die angegebene Zahl ein: z.B. in der Altersklasse der 5,75-Jährigen sind Kinder enthalten, die genau 5,75 bis unter 6,00 Jahre alt sind. Kinder ab 6,00 bis unter 6,25 Jahren sind in der nächsten Kategorie (6,00) enthalten.

2.3 Familiengröße

Etwas mehr als die Hälfte der Kinder, die in der Schuleingangsuntersuchung untersucht wurden, haben genau ein Geschwisterkind (53,3 %), 17,9 % sind Einzelkinder und 28,9 % haben zwei Geschwister oder mehr (gültiges n= 103.579; fehlende Angaben: 5.058; vgl. Abbildung 3).

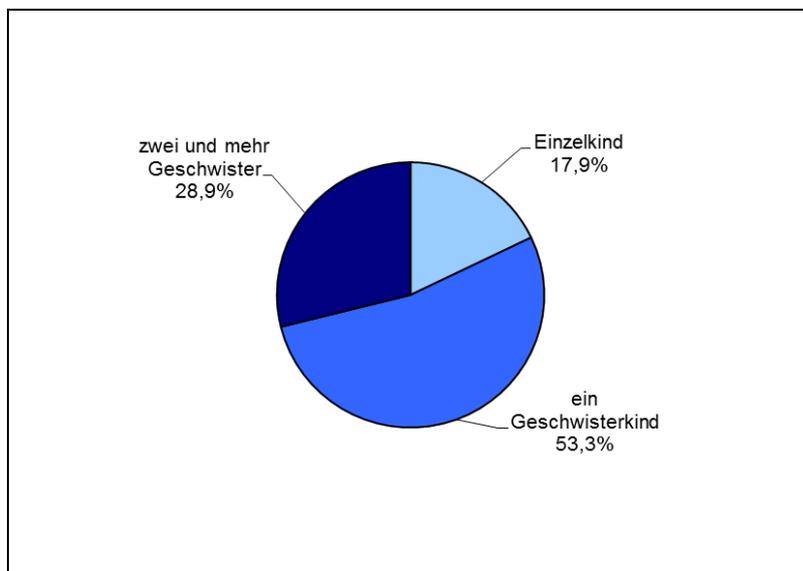


Abbildung 3: Geschwisterzahl, in % (gültiges n= 103.579; fehlende Angaben: 5.058)

Die meisten Kinder (86,1%) leben in Haushalten mit zwei Erwachsenen, bei 8,5 % der Kinder lebt nur ein Erwachsener im Haushalt. Bei den Haushalten mit drei und

mehr Erwachsenen (5,4 %) kann es sich sowohl um Mehrgenerationen-Familien handeln als auch um Familien, in denen bereits erwachsene Geschwisterkinder (≥ 18 Jahre) noch im Elternhaus leben (gültiges $n = 102.989$; fehlende Angaben: 5.648).

Der Anteil der Alleinerziehenden ist bei den Einzelkindern mit 18,4 % dreimal so hoch wie bei Kindern mit einem oder zwei und mehr Geschwistern (je 6,2 %). Bei Kindern mit zwei und mehr Geschwistern ist dagegen der Anteil der Haushalte mit drei und mehr Erwachsenen (8,8 %) deutlich höher als in den Familien mit weniger Kindern (vgl. Abbildung 4).

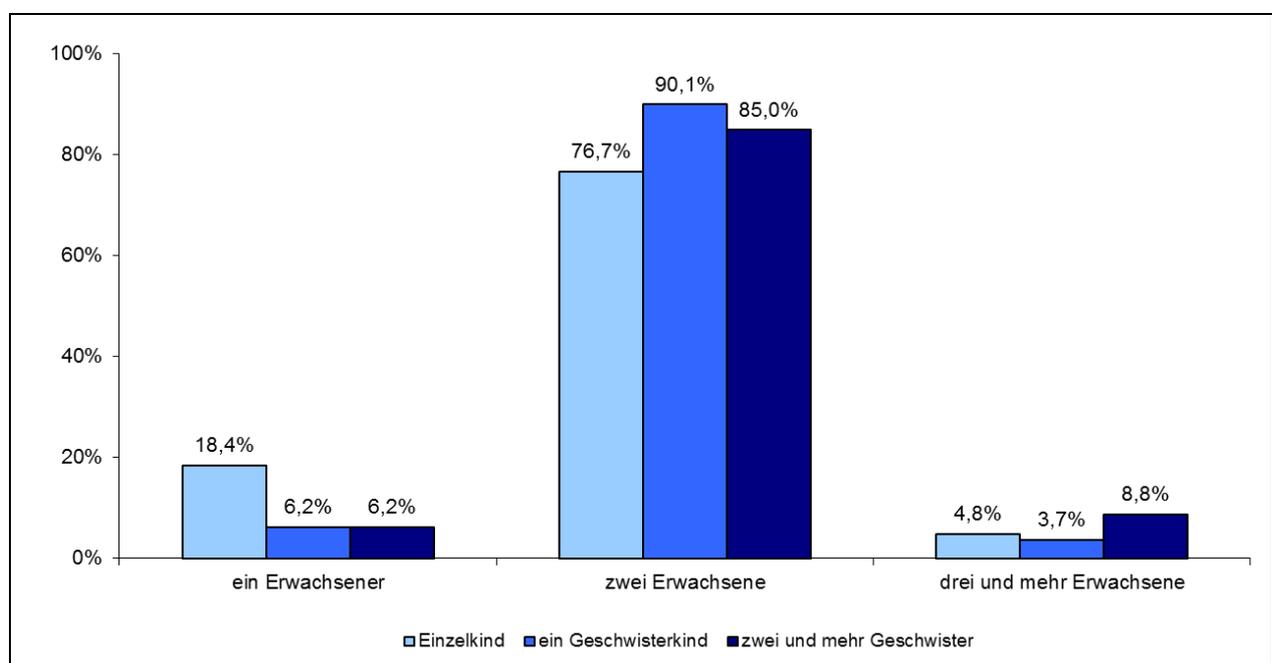


Abbildung 4: Anzahl der Erwachsenen im Haushalt unterschieden nach Geschwisterzahl, in % (gültiges $n=101.868$; fehlende Angaben: 6.769)

Regionale Unterschiede hinsichtlich der Familiengröße werden in Abbildung 5 und Abbildung 6 dargestellt. Ein hoher Anteil an Einzelkindern ($> 20,0$ %) wurde in den kreisfreien Städten München (20,4 %), Nürnberg (20,4 %), Augsburg (20,9 %), Ingolstadt (22,7 %) und Fürth (24,1 %) sowie in einigen Landkreisen im (Nord-) Osten Bayerns festgestellt. Im Süden bzw. Südwesten Bayerns befinden sich Landkreise mit einem hohen Anteil an Kindern mit zwei und mehr Geschwisterkindern (vgl. Abbildung 5). Der Anteil an Kindern mit Angaben zur Geschwisterzahl schwankt zwischen den Gesundheitsamtsbezirken und liegt zwischen 87,6 % und 99,8 %.

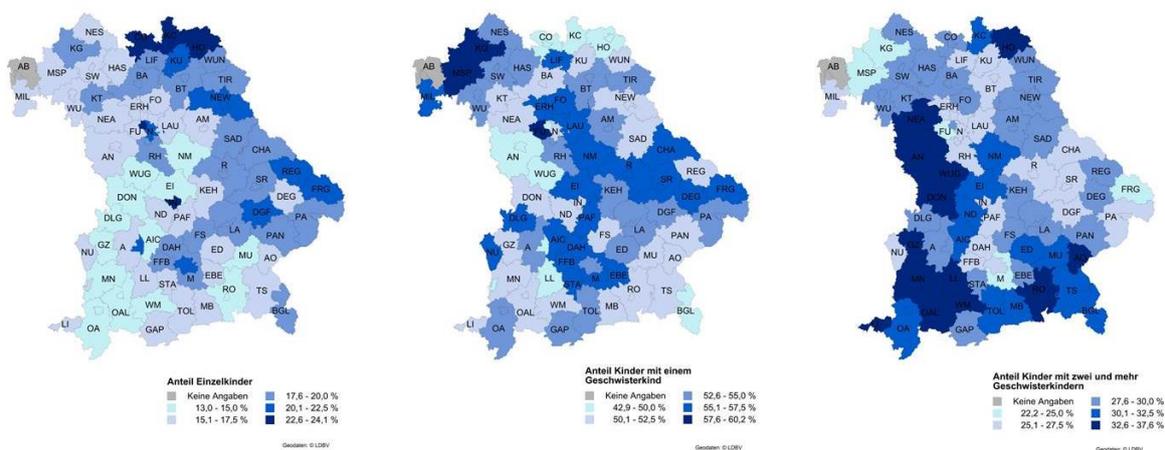


Abbildung 5: Regionale Verteilung der Anzahl an Geschwisterkindern, unterschieden nach Gesundheitsamtsbezirk, von links nach rechts: Anteil Einzelkinder, Anteil Kinder mit einem Geschwisterkind, Anteil Kinder mit zwei und mehr Geschwistern; (gültiges n= 103.579; fehlende Angaben: 5.058), Anteil fehlender Angaben > 10% in: EBE, M (Landkreis), OAL, WÜ

Im Nordosten Bayerns sind vermehrt Landkreise mit einem hohen Anteil an Alleinerziehenden festzustellen. In den südöstlichen Landkreisen leben Vorschulkinder häufiger in Familien mit mehr als 2 Erwachsenen im Haushalt (vgl. Abbildung 6). Der Anteil an Kindern mit Angaben zur Anzahl Erwachsener im Haushalt je Gesundheitsamtsbezirk beträgt zwischen 86,5 % und 99,4 %.

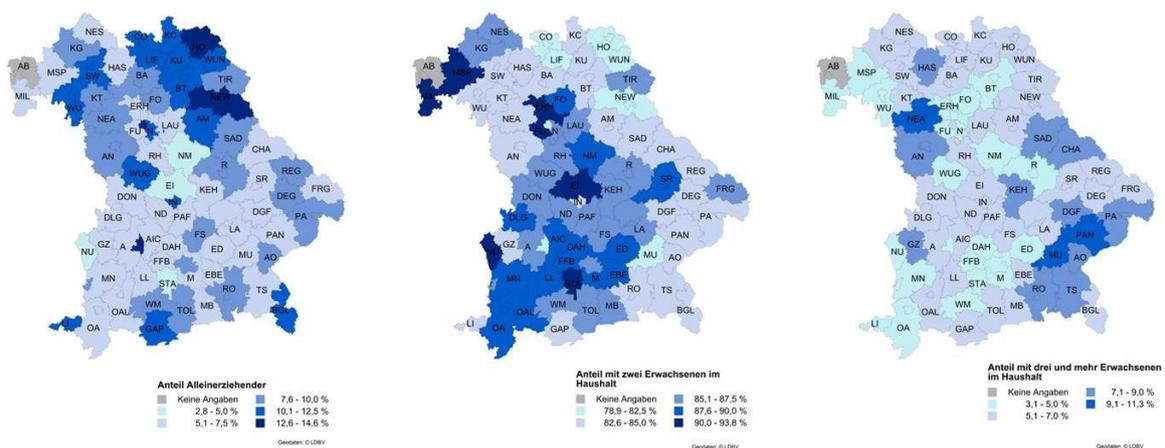


Abbildung 6: Regionale Verteilung der Erwachsenen im Haushalt unterschieden nach Gesundheitsamtsbezirk, von links nach rechts: Anteil Alleinerziehender, Anteil Kinder mit zwei Erwachsenen im Haushalt, Anteil Kinder mit drei und mehr Erwachsenen im Haushalt; (gültiges n = 102.989; fehlende Angaben: 5.648); Anteil fehlender Angaben > 10% in: EBE, LA, M (Landkreis), OAL, RH, STA, TÖL, WUN, WÜ

2.4 Kindertagesstättenbesuch

„Kindergärten gehören zum Elementarbereich des Bildungswesens. [...] Aufgabe des Kindergartens ist die ganzheitliche Bildung, Erziehung und Betreuung des Kindes (§ 22 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII). Als familienergänzende und -unterstützende Einrichtungen sollen Kindergärten bestmögliche Entwicklungs- und Bildungschancen für alle Kinder bieten. Alle Kinder, das heißt deutsche Kinder, Kinder mit Migrationshintergrund, Kinder mit Behinderung, Kinder mit erhöhtem Entwicklungsrisiko und Kinder mit besonderen Begabungen sollen im Kindergarten gemeinsames Leben und Lernen erfahren. [...] Auf Grund sich wandelnder Familien- und Arbeitsmarktstrukturen gewinnt der Kindergarten als multifunktionale Einrichtung an Bedeutung: der Kindergarten ist Sozial- und Lernraum für Kinder, Treffpunkt für Eltern, Kooperationspartner für die regionalen Fach- und Sozialdienste, er unterstützt Eltern und Familien durch ein angemessenes Beratungs- und Bildungsangebot und initiiert Familienselbsthilfe“ (8).

99,1 % der untersuchten Kinder haben mindestens ein Jahr eine Kindertagesstätte (Krippe und/oder Kindergarten) besucht (angebrochene Jahre werden ab 6 Monaten aufgerundet). Die meisten Kinder (53,1 %) gehen drei Jahre in eine Kindertagesstätte (vgl. Abbildung 7).

Vorschulkinder, die weniger als 3 Jahre eine Kindertagesstätte besucht haben, sind anteilmäßig vermehrt in Landkreisen im Südosten Bayerns festzustellen. Der Anteil an Kindern mit Angaben zur Besuchsdauer einer Kindertagesstätte zwischen den Gesundheitsamtsbezirken variiert jedoch stark und liegt zwischen 83,5 % und 99,9 % (vgl. Abbildung 8).

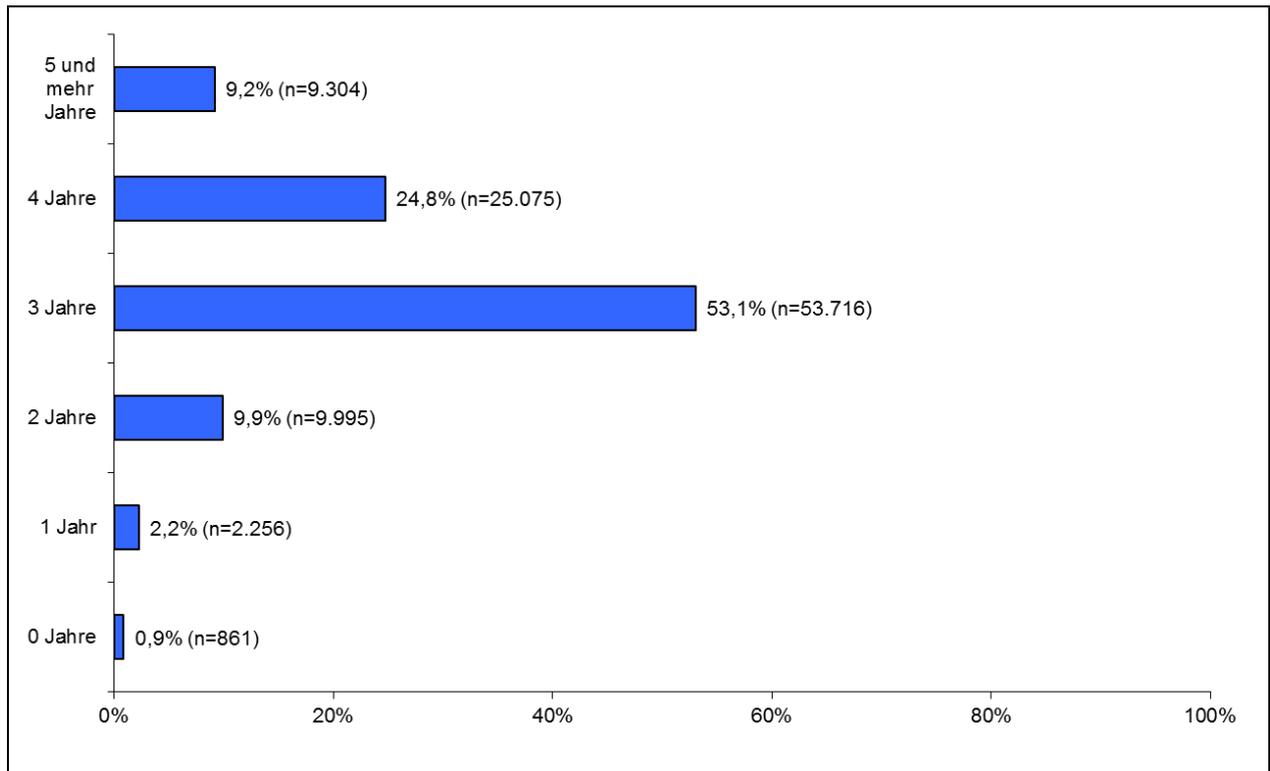


Abbildung 7: Kindertagesstättenbesuch, Dauer in Jahren (gültiges n= 101.207; fehlende Angaben: 7.430)

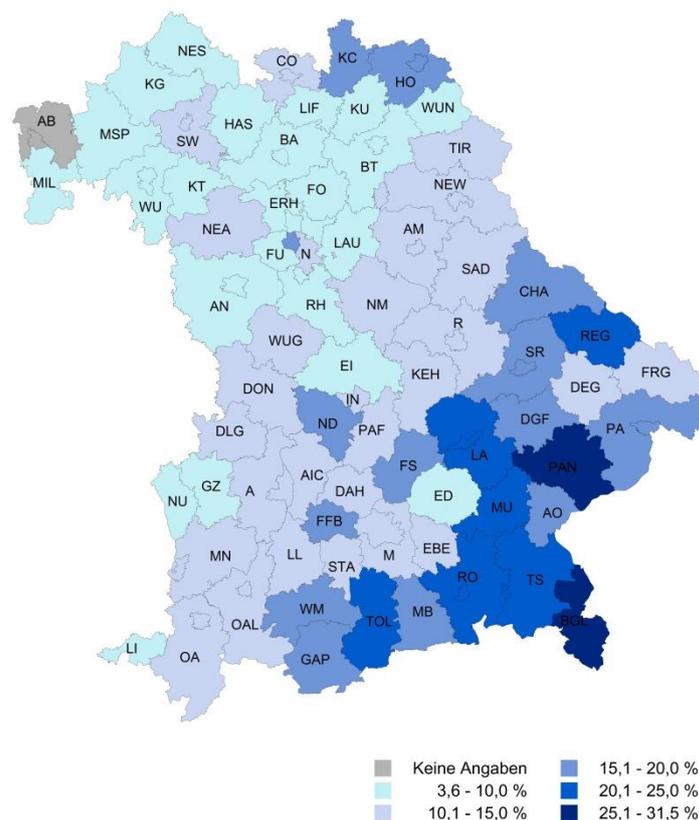
Fast alle Kinder (96,9 %) besuchten einen **Regelkindergarten**. 2,4 % der Kinder besuchten eine schulvorbereitende Einrichtung (SVE), in der sie sonderpädagogische Unterstützung zur Entwicklung ihrer Fähigkeiten bekamen. In heilpädagogischen Tagesstätten wurden 0,7 % der Kinder aufgrund von Behinderungen betreut (gültiges n= 103.313; fehlende Angaben: 5.324).

Die **Dauer des Kindertagesstättenbesuchs** unterscheidet sich im Mittel (Median) nicht zwischen den drei Arten von Kindergärten und liegt bei jeweils drei Jahren (gültiges n= 99.852; fehlende Angaben: 8.785). Dennoch sind die Kinder, die eine schulvorbereitende Einrichtung oder heilpädagogische Tagesstätte besuchen, zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung im Mittelwert mit 6,0 bzw. 6,1 Jahren etwas älter als Kinder, die in den Regelkindergarten gehen (Mittelwert 5,8 Jahre) (gültiges n= 103.019; fehlende Angaben: 5.618).

Eine **schulvorbereitende Einrichtung** wird von Jungen annähernd doppelt so häufig (3,1 %) wie von Mädchen (1,7 %) besucht (gültiges n=102.880; fehlende Angaben: 5.757). Ähnliches gilt für Kinder mit zwei und mehr Geschwistern: Sie besuchen zu 3,5 % eine schulvorbereitende Einrichtung im Vergleich zu Kindern, die ein oder

kein Geschwisterkind (je 1,9 %) haben (gültiges n=101.797; fehlende Angaben: 6.840). Kinder, die in Haushalten mit nur einem Erwachsenen oder aber mit drei oder mehr Erwachsenen leben, besuchen zu 3,9 % beziehungsweise 3,6 % eine schulvorbereitende Einrichtung, Kinder in Haushalten mit zwei Erwachsenen zu 2,1 % (gültiges n=101.297; fehlende Angaben: 7.340).

Der Anteil an Kindern, die eine **heilpädagogische Tagesstätte** besuchen, ist unter Kindern von alleinerziehenden Eltern mit 1,5 % sowie unter Kindern, die mit drei und mehr Erwachsenen im Haushalt leben mit 1,0 % höher als bei den Kindern, die mit zwei Erwachsenen im Haushalt leben (0,6 %) (gültiges n=101.297; fehlende Angaben: 7.340). Der Anteil an Kindern, die eine heilpädagogische Tagesstätte besuchen, ist unter Jungen (1,0 %) höher als bei den Mädchen (0,5 %) (gültiges n=102.880; fehlende Angaben: 5.757).



Geodaten: © LDBV

Abbildung 8: Regionale Verteilung der Kinder, die weniger als 3 Jahre eine Kindertagesstätte besucht haben, unterschieden nach Gesundheitsamtsbezirk (gültiges n= 101.207; fehlende Angaben: 7.430)
 Anteil fehlender Angaben > 10% in: BGL, EBE, EI, FFB LA, M (Landkreis), MM, OAL, R, RH, RO, SR, STA, TÖL, WUN, WÜ

2.5 Migrationshintergrund

Der Migrationshintergrund ist ein wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit, zum Beispiel im Hinblick auf die mit der Migration selbst verbundenen Belastungen oder in Bezug auf die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung, für die die sprachliche Kompetenz eine Zugangshürde darstellen kann. Auch wird das Gesundheitsverhalten von kulturellen Traditionen mitbestimmt. Migranten haben zudem häufiger einen relativ niedrigen sozioökonomischen Status, der wiederum mit erhöhten Gesundheitsrisiken einhergeht (9).

Die in Bayern lebenden Migranten stellen in dieser Hinsicht keine homogene Gruppe dar. Einerseits verfügen sie im Vergleich mit der deutschen Herkunftsbevölkerung häufiger über keinen Schulabschluss, andererseits ist der Anteil der <65-Jährigen mit Hochschulreife unter den Menschen mit Migrationshintergrund höher als in der deutschen Herkunftsbevölkerung. Unter den Arbeitslosen in Bayern ist der Anteil der Nicht-Deutschen doppelt so hoch wie der der Deutschen (9).

In der Schuleingangsuntersuchung in Bayern wird der Migrationshintergrund der Kinder über die Muttersprache der Eltern abgebildet. Um den Migrationshintergrund zu definieren, gibt es verschiedene Konzepte. Die Ergebnisse, die sich aus den unterschiedlichen Definitionen ergeben, sind nicht direkt untereinander vergleichbar.

70,5 % der Kinder in der Schuleingangsuntersuchung 2014/15 kommen aus Elternhäusern, in denen beide Eltern Deutsch als Muttersprache sprechen; diese Kinder werden als Kinder ohne Migrationshintergrund angesehen. Bei 9,5 % der Kinder spricht ein Elternteil und bei 20,0 % sprechen beide Elternteile eine andere Muttersprache als Deutsch. Diese Kinder werden daher als Kinder mit ein- beziehungsweise beidseitigem Migrationshintergrund betrachtet (vgl. Abbildung 9).

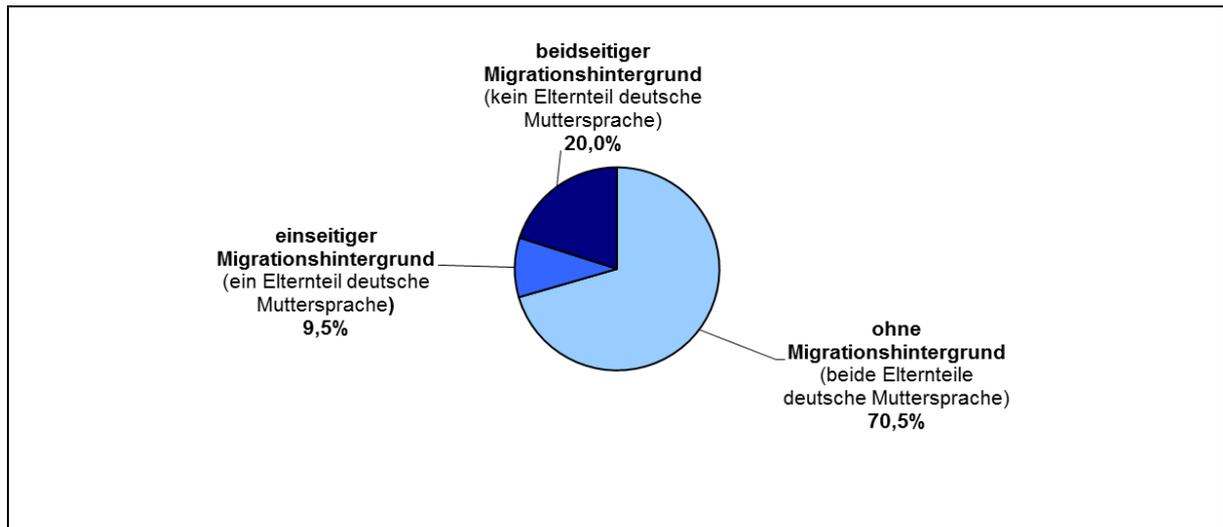


Abbildung 9: Migrationshintergrund, in % (gültiges n=103.795; fehlende Angaben: 4.842)

Die Spannweite des Anteils der Kinder mit ein- bzw. beidseitigem Migrationshintergrund in den bayerischen **Regierungsbezirken** reicht von 20,2 % in Oberfranken bis zu 34,9 % in Mittelfranken (vgl. Abbildung 10). In den folgenden kreisfreien Städten hat mehr als die Hälfte der erstuntersuchten Kinder mit gültigen Angaben einen ein- bzw. beidseitigen Migrationshintergrund: Augsburg (59,1 %), Nürnberg (56,1 %), Memmingen (55,9 %), München (53,4 %), Fürth (52,1 %) und Ingolstadt (50,8 %) (nicht dargestellt).

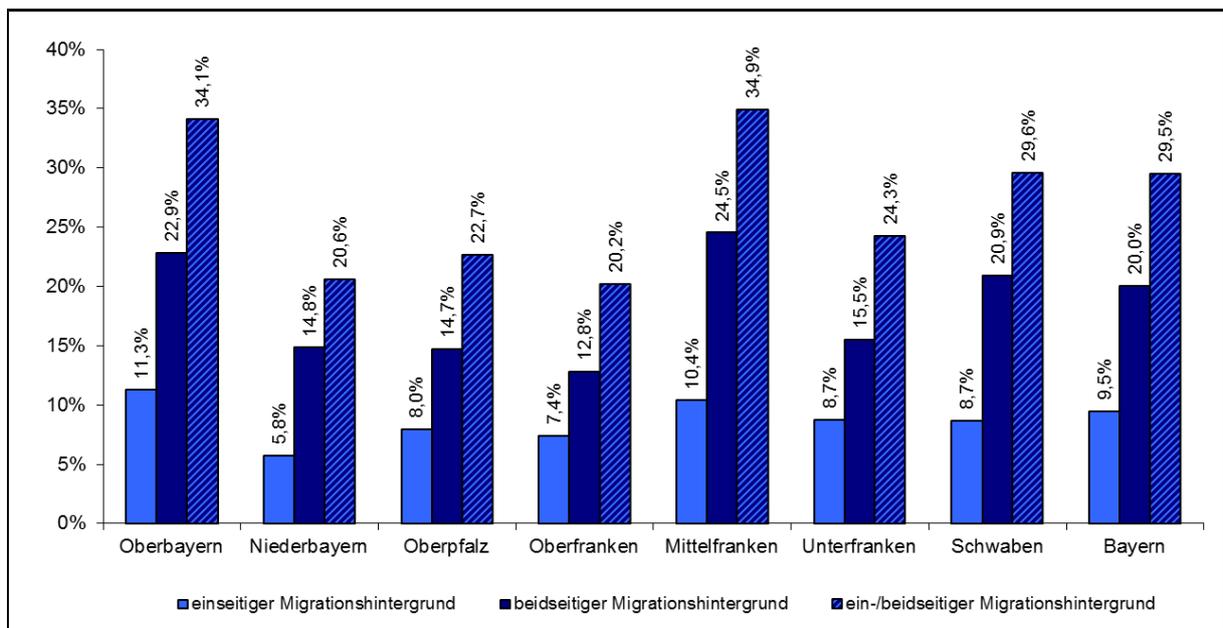


Abbildung 10: Migrationshintergrund, unterschieden nach Regierungsbezirk, in % (gültiges n=103.795; fehlende Angaben: 4.842)

Im zeitlichen Verlauf nimmt der Anteil der Kinder sowohl mit einseitigem als auch mit beidseitigem Migrationshintergrund in der Schuleingangsuntersuchung von 2004/2005 bis 2014/2015 leicht zu, sodass entsprechend der Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund etwas sinkt (vgl. Abbildung 11). Inzwischen hat knapp ein Drittel der Kinder einen ein- bzw. beidseitigen Migrationshintergrund, verglichen mit etwa einem Fünftel bei der SEU 2004/2005.

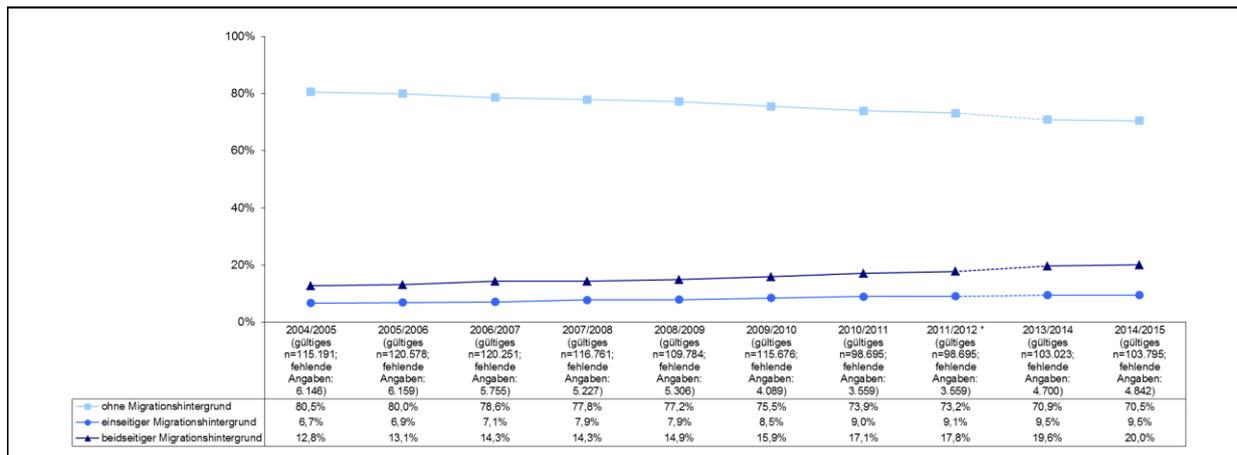


Abbildung 11: Migrationshintergrund im zeitlichen Verlauf der Schuleingangsuntersuchungen 2004/2005 - 2014/2015, bezogen auf die erstuntersuchten Kinder, in %
*die SEU 2012/13 befindet sich derzeit in Auswertung.

Unabhängig vom Migrationshintergrund hat ungefähr die Hälfte aller Kinder ein **Geschwisterkind** (49,0 - 54,9 %). Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund haben jedoch öfter zwei oder mehr Geschwister (34,6 %), während Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund häufiger Einzelkinder (22,4 %) sind (vgl. Abbildung 12).

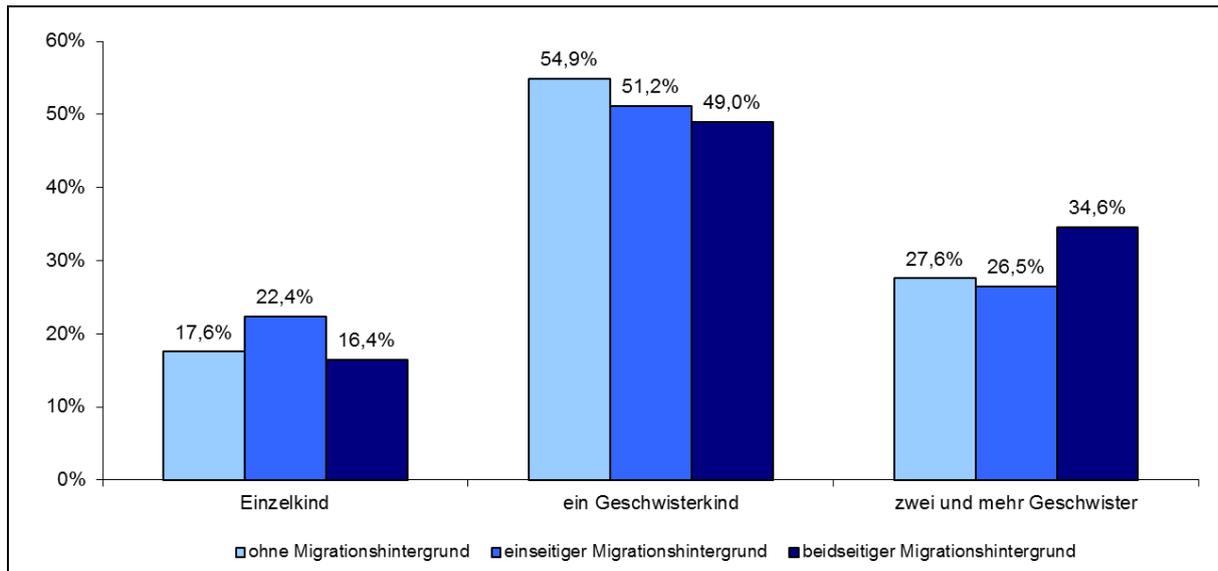


Abbildung 12: Geschwisterzahl, unterschieden nach Migrationshintergrund, in %
(gültiges n=102.472; fehlende Angaben: 6.165)

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der Anzahl der **Erwachsenen im Haushalt**: Die meisten Kinder - ob mit oder ohne Migrationshintergrund - wachsen in einer Familie mit zwei Erwachsenen auf (81,9 - 87,2 %). Haushalte mit drei und mehr Erwachsenen sind bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund am häufigsten (7,1 %), während Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund mit 12,9 % den höchsten Anteil alleinerziehender Eltern aufweisen (vgl. Abbildung 13).

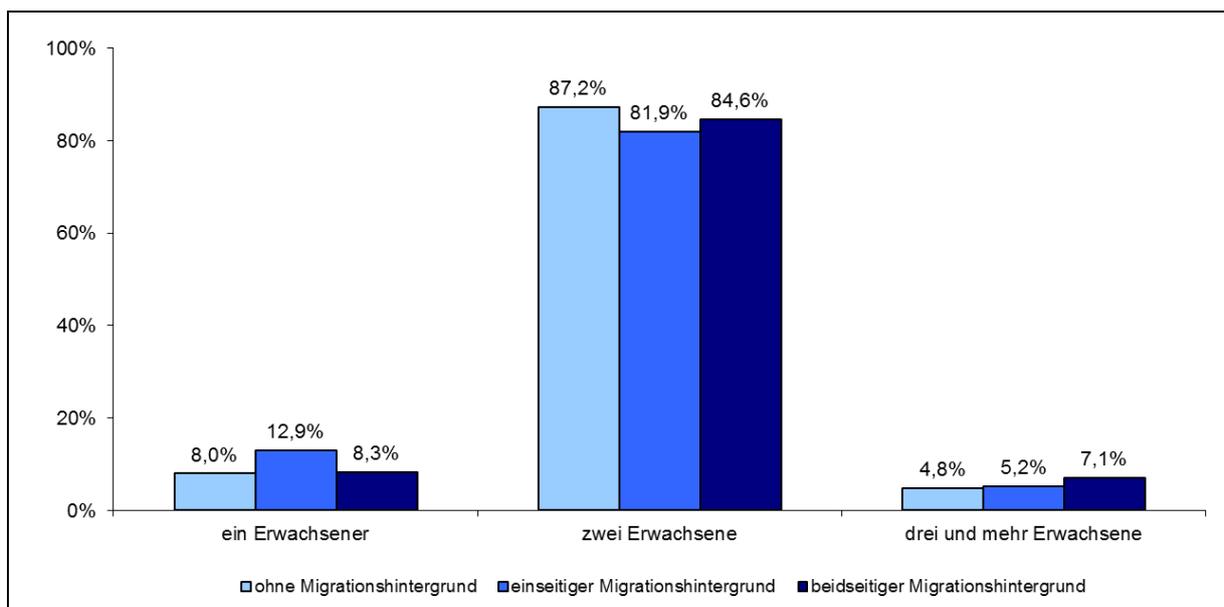


Abbildung 13: Anzahl der Erwachsenen im Haushalt, unterschieden nach Migrationshintergrund in %
(gültiges n=102.109; fehlende Angaben: 6.528)

Unabhängig vom Migrationshintergrund besuchen fast alle Kinder ($\geq 97\%$) eine **Kindertagesstätte** mindestens ein Jahr, im Schnitt (Median) gehen die Kinder 3 Jahre in eine Kita. Unter den Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund ist jedoch der Anteil der Kinder, die nur ein Jahr in eine Kita gehen, mit $5,4\%$ deutlich höher als bei Kindern mit einseitigem ($2,4\%$) oder ohne Migrationshintergrund ($1,3\%$) (gültiges $n=100.265$; fehlende Angaben: 8.372). Dies kann sich beispielsweise auf den Spracherwerb dieser Kinder problematisch auswirken. $89,8\%$ der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund und $64,5\%$ der Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund wachsen **mehrsprachig** auf (Kinder ohne Migrationshintergrund: $1,1\%$) (gültiges $n=103.795$; fehlende Angaben: 4.842).

Der Migrationshintergrund beeinflusst nicht zuletzt auch die Datenerhebung in der Schuleingangsuntersuchung. Während bei Kindern ohne und mit einseitigem Migrationshintergrund die **Anamneseerhebung** aufgrund unzureichender Deutschkenntnisse in nur wenigen Einzelfällen ($0,2$ bzw. $0,3\%$) erschwert war, traf dies auf $3,8\%$ der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund zu (gültiges $n=103.761$; fehlende Angaben: 4.876).

3 Gesundheitszustand: Befunde aus dem Schuleingangsscreening

3.1 Überblick / Zusammenfassung

Im Mittelpunkt der Schuleingangsuntersuchung stehen gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für den Schulbesuch relevant sein können (vgl. Kapitel 1.1). Daher wird im Schuleingangsscreening der Gesundheitszustand der Kinder in Bezug auf Seh- und Hörvermögen und Sprachentwicklung überprüft, ein Visuomotorikscreening durchgeführt und die Körpermaße gemessen (vgl. Kapitel 1.4). In Tabelle 4 werden die wichtigsten Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2014/2015 denen der Vorjahresuntersuchung 2013/2014 gegenübergestellt.

Tabelle 4: Gesundheitszustand der erstuntersuchten Kinder in der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung 2013/2014

	2014/2015	2013/2014
Anzahl erstuntersuchte Kinder	108.637	107.723
Körpergewicht		
stark unter Normalgewicht (<P3)	2,9 %	2,8 %
unter Normalgewicht (P3-<P10)	6,1 %	5,9 %
Normalgewicht (P10-P90)	82,7 %	82,8 %
Übergewicht, nicht adipös (>P90-P97)	5,1 %	5,2 %
Adipositas (>P97)	3,2 %	3,3 %
Sehvermögen		
Lang-Test auffällig	3,1 %	3,2 %
Visus Ferne-Test auffällig	6,3 %	6,3 %
Hörvermögen		
Hörtest auffällig (bei Untersuchung im 3.Quartal)	4,1 %	4,8 %
Sprachentwicklung		
Lautbildungsstörung	20,0 %	19,7 %
Wort-/Satzbildungsstörung	10,0 %	10,0 %
Visuomotorik		
Kreis auffällig	5,4 %	5,4 %
Quadrat auffällig	5,4 %	5,4 %
Dreieck auffällig	10,1 %	9,8 %

Erläuterungen zu den Testverfahren finden Sie im Text.

- Die meisten bayerischen Kinder sind normalgewichtig (82,7 %); das sind mehr Kinder als nach dem Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild et al. (10) für die Beurteilung des Körpergewichts zu erwarten gewesen wären (80 %). Der Anteil der übergewichtigen (5,1 %) beziehungsweise adipösen Kinder (3,2 %) ist im Trend über die letzten Jahre nahezu gleich geblieben. Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund sind häufiger adipös (6,0 %) als Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund (3,1 %) und Kinder ohne Migrationshintergrund (2,4 %).
- Der Sehtest für den Visus in die Ferne ist bei 6,3 % der Kinder auffällig. Kinder, die keine Brille tragen, haben zu 5,2 % ein auffälliges Ergebnis im Visus Ferne-Test, das durch die Schuleingangsuntersuchung gegebenenfalls erstmals aufgedeckt wurde. Auch kann die Schuleingangsuntersuchung Hinweise z.B. bei Brillenträgern auf eine nicht ausreichende Korrektur der Fehlsichtigkeit oder auf andere Ursachen für Auffälligkeiten beim Sehen geben.
- Hörtest: Je nach Jahreszeit der Schuleingangsuntersuchung schwankt der Anteil auffälliger Hörbefunde bei den Kindern zwischen 4,1 % (bei Untersuchung im 3.Quartal) und 6,4 % (bei Untersuchung im 1.Quartal).
- Im Bereich der Sprachentwicklung gab es bei 10,0 % der Kinder einen Verdacht auf Wort-/ Satzbildungsstörung und bei 20,0 % auf Lautbildungsstörung, wobei Jungen in höherem Umfang betroffen sind als Mädchen. Etwa die Hälfte der Kinder, die mindestens eine Sprachentwicklungsstörung aufwiesen, wurde im Jahr vor der Einschulung logopädisch behandelt. Kinder mit Migrationshintergrund haben deutlich häufiger Wort-/ Satzbildungsstörungen, erhalten jedoch in geringerem Maße logopädische Behandlung im Jahr vor der Einschulung. Je länger Kinder eine Kindertagesstätte besuchen, umso weniger Sprachentwicklungsstörungen weisen sie auf. Im zeitlichen Verlauf variiert der Anteil Kinder mit Lautbildungsstörung leicht, während die Wort-/ Satzbildungsstörung besonders bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund zunimmt.
- Beim Test auf Visuomotorik wurde bei 13,0 % der Kinder mindestens eine Form von Kreis, Quadrat oder Dreieck als auffällig gewertet. Der Anteil der nicht korrekt gezeichneten Formen ist bei Jungen deutlich höher als bei Mädchen. Je länger Kinder eine Kindertagesstätte besuchen, umso geringer ist der Anteil der nicht korrekt gezeichneten Formen.

3.2 Körpergewicht

„Die Messung anthropometrischer Merkmale bei Kindern [...] ist notwendig, um den allgemeinen Gesundheits- und Ernährungszustand beurteilen zu können“ (11). In der Schuleingangsuntersuchung werden das Körpergewicht und die Körpergröße der Kinder erhoben, um hieraus den Body-Mass-Index (BMI) zu berechnen (Körpergewicht [kg] dividiert durch das Quadrat der Körpergröße [m²]).

Anders als bei Erwachsenen, bei denen die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vier von Geschlecht und Alter unabhängige BMI-Kategorien definiert hat, kann der BMI bei Kindern und Jugendlichen aufgrund physiologischer Veränderungen in der Fettmasse nur in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht bewertet werden. Hierfür wird in Deutschland zumeist das Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild et al. (10) verwendet, dessen Grenzwerte anhand verschiedener deutscher Referenzstichproben berechnet wurden und das auch von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) (www.a-g-a.de) empfohlen wird. Das Robert Koch-Institut hat auf Basis des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) neue Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen berechnet. Um Vergleiche mit vorhergehenden Jahrgängen zu ermöglichen, sollten jedoch die Referenzperzentile nach Kromeyer-Hauschild et al. beibehalten werden (12). Das Referenzsystem nach Cole et al. (13) wird vor allem bei internationalen Vergleichen herangezogen, da es auf internationalen Referenzstichproben beruht.

In der Schuleingangsuntersuchung in Bayern übernehmen die Sozialmedizinischen Assistentinnen (SMA) die Daten zu Körpergröße und -gewicht aus der Früherkennungsuntersuchung U9, das heißt, die Kinder werden nur dann in der Schuleingangsuntersuchung gewogen und gemessen, wenn das Datum der U9 oder Körpergröße oder Körpergewicht aus der U9 nicht bekannt sind oder außerhalb vorgegebener Grenzen liegen. Es steht den SMAs jedoch frei, auch bei vorliegenden Daten aus der U9 im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung zu messen und zu wiegen, wobei die Körpergröße ohne Schuhe gemessen und das Körpergewicht ohne Schuhe, Pullover und Jacke, aber mit Rock/Hose und T-Shirt gewogen werden soll.

Generell muss garantiert sein, dass das Datum der Messung und die gemessenen Werte von einem gemeinsamen Zeitpunkt stammen. In der Auswertung wurden die Daten aus der schulärztlichen Untersuchung vor der Schuleingangsuntersuchung

und der U9 bevorzugt, sodass zuerst die Daten zu den Körpermaßen aus der schulärztlichen Untersuchung übernommen wurden (8,5 %). Wenn keine schulärztliche Untersuchung stattgefunden hatte oder wenn die Daten nicht oder nicht vollständig vorlagen, wurden sie aus der Schuleingangsuntersuchung übernommen (30,3 %), und wenn diese nicht oder nicht vollständig vorlagen, wurden die Körpermaße und Messdatum aus der U9 übernommen (61,1 %) (gültiges n=103.262; fehlende Angaben: 5.375).

Die meisten bayerischen Kinder sind **normalgewichtig** (82,7 %), das heißt, ihr Körpergewicht liegt, unter Berücksichtigung von Geschlecht und Alter, im Bereich zwischen dem 10. und dem 90. Perzentil der Verteilung im Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild et al. (10). Der Anteil der **übergewichtigen** Kinder (oberhalb 90. Perzentil bis einschließlich 97. Perzentil) liegt bei 5,1 %, der Anteil der **adipösen** Kinder (oberhalb 97. Perzentil) bei 3,2 % (vgl. Abbildung 14).

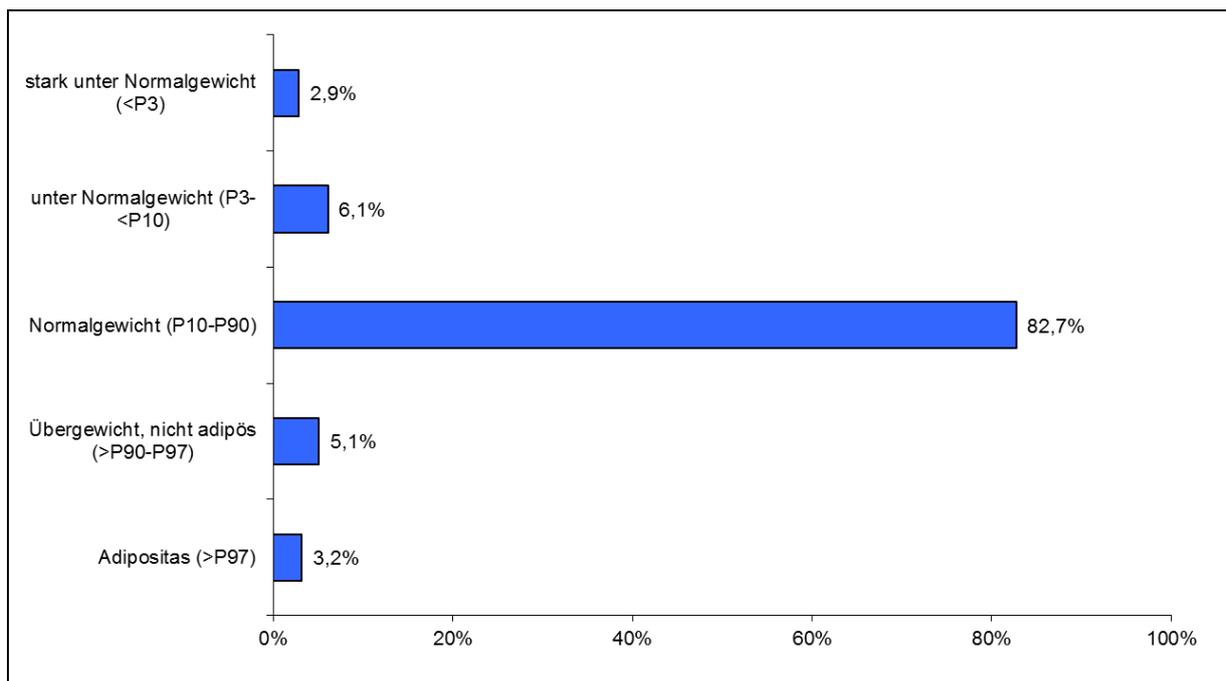


Abbildung 14: Body-Mass-Index (BMI), kategorisiert nach Referenzsystem Kromeyer-Hauschild et al. (10), in % (gültiges n=102.801; fehlende Angaben: 5.836); die Altersgruppen wurden entsprechend dem Referenzsystem Kromeyer-Hauschild gebildet

Damit setzt sich der Trend der letzten Jahre fort, wonach bei den Einschulungskindern der Anstieg der Adipositasquoten in den 1990er Jahren in Deutschland (14, 15) mittlerweile stabil bei leicht über 3 % liegt (vgl. Abbildung 15). Jede Adipositas sollte

ernst genommen werden, denn sie kann bereits im Kindesalter mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie psychischen Befindlichkeitsstörungen, Stoffwechselstörungen oder Gelenkproblemen einhergehen.

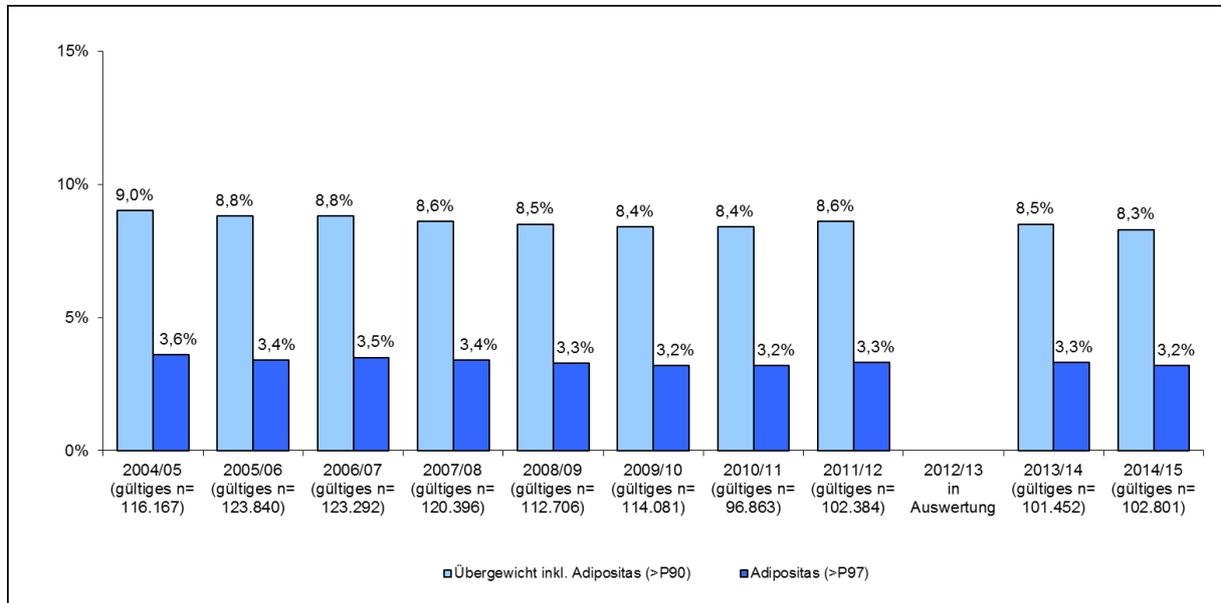
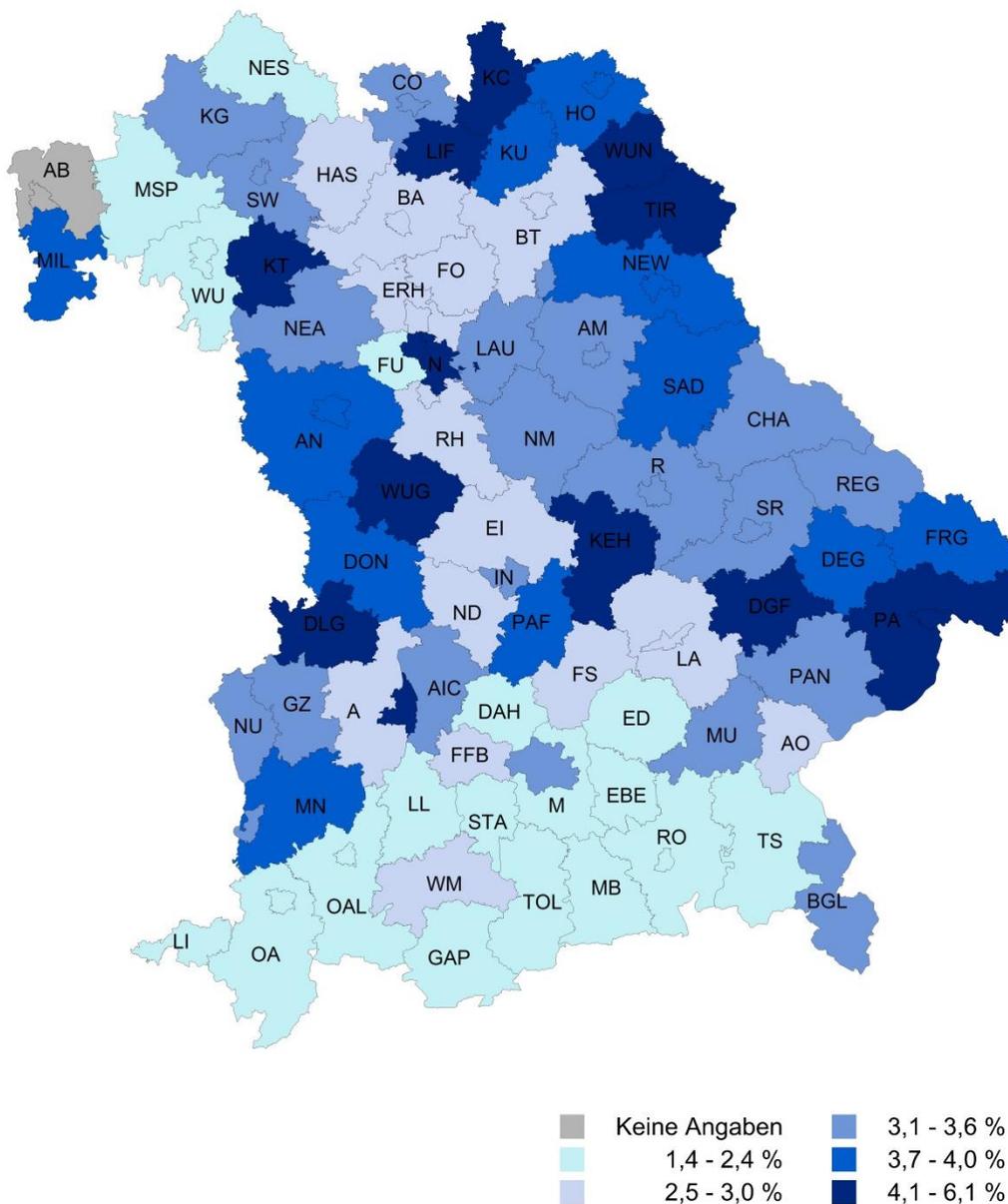


Abbildung 15: Übergewicht inkl. Adipositas (>P90) und Adipositas (>P97), Trend der Schuleingangsuntersuchungen 2004/2005-2014/2015 (bezogen auf die erstuntersuchten Kinder), in %
Die Altersgruppen wurden entsprechend dem Referenzsystem Kromeyer-Hauschild gebildet.

Die räumliche Verteilung des Anteils adipöser Kinder unterscheidet sich zwischen den bayerischen Gesundheitsamtsbezirken deutlich (vgl. Abbildung 16): Im Süden Bayerns treten tendenziell geringere Adipositasquoten auf. Der Anteil an Kindern mit Angaben zum BMI schwankt regional und liegt zwischen 83,4 % und 98,6 %.



Geodaten: © LDBV

Abbildung 16: Adipositas (>P97), unterschieden nach Gesundheitsamtsbezirken, in %
(102.801; fehlende Angaben: 5.836)

Anteil fehlender Angaben > 10% in: CHA, IN, LI, MIL, SAD, WM

In der Diskussion über übergewichtige Kinder dürfen die **untergewichtigen** Kinder nicht vergessen werden: Kinder mit einem Gewicht unter dem Normalgewicht (3. Perzentil bis unterhalb 10. Perzentil) haben in der Schuleingangsuntersuchung einen Anteil von 6,1 %, die stark untergewichtigen Kinder (unterhalb 3. Perzentil) einen Anteil von 2,9 % (vgl. Abbildung 14). Starkes Untergewicht kann das Längen-

wachstum und die mentale Reifung beeinträchtigen sowie das Immunsystem schwächen. In Deutschland ist die Ursache von Untergewicht bei Kindern nur in wenigen Fällen Nahrungsmangel; meistens handelt es sich um ein Begleitsymptom von lang andauernden oder chronischen Erkrankungen (16).

Im Referenzsystem von Kromeyer-Hauschild et al. (10) sind die Gewichtskategorien so definiert, dass jeweils 10 % der Kinder als leicht bis stark untergewichtig beziehungsweise übergewichtig (inklusive adipös) kategorisiert werden. In der Schuleingangsuntersuchung in Bayern gibt es somit mit nur 9,0 % (inklusive stark) untergewichtigen und 8,3 % übergewichtigen (inklusive adipösen) Kindern weniger Kinder mit einem auffälligen Körpergewicht als aufgrund des Referenzsystems zu erwarten gewesen wäre. Entsprechend sind mit 82,7 % etwas mehr Kinder in Bayern normalgewichtig als im Referenzsystem (80 %) (vgl. Abbildung 14).

Zwischen den **Mädchen und Jungen** zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede in Bezug auf das Körpergewicht. Dagegen hat der **Migrationshintergrund** einen deutlichen Einfluss auf das Gewicht: Kinder ohne Migrationshintergrund sind häufiger unter- und normalgewichtig im Vergleich zu Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund und insbesondere im Vergleich zu Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund. Der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder steigt mit zunehmendem Migrationshintergrund an; Adipositas tritt bei den Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund (6,0 %) mehr als bzw. in etwa doppelt so häufig auf im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund (2,4 %) bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (3,1 %) (vgl. Abbildung 17). Dieser Zusammenhang zeigte sich bereits in den letzten Jahrgängen der Schuleingangsuntersuchung. Mögliche Gründe hierfür könnten sowohl Unterschiede in den Umwelt- und Lebensbedingungen, die sich mit dem Migrationshintergrund verbinden, als auch kulturelle Unterschiede im Ernährungs- und Freizeitverhalten sein.

Der Vergleich zur Vorjahresuntersuchung 2013/2014 (61) zeigt, dass der Anteil der Adipösen sowohl bei den Kindern ohne Migrationshintergrund als auch bei den Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund identisch geblieben ist. Bei den Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund ist ein leichter Rückgang von 3,7 % auf 3,1 % in der Schuleingangsuntersuchung 2014/2015 zu beobachten. Insgesamt liegt die

Adipositasquote für Bayern bei 3,2 % und damit um 0,1 Prozentpunkte niedriger im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung 2013/2014.

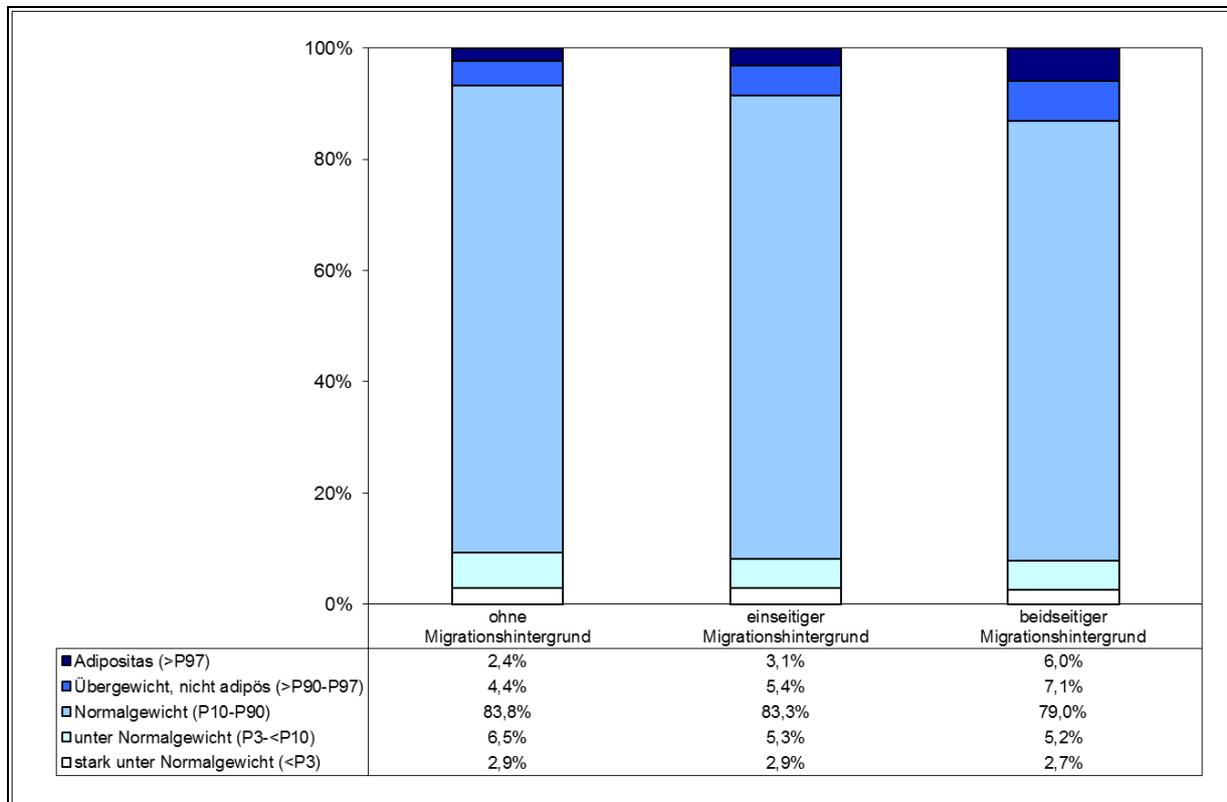


Abbildung 17: Körpergewicht, unterschieden nach Migrationshintergrund, in %
(gültiges n=99.215; fehlende Angaben: 9.422)

3.3 Sehvermögen

Ein gutes Sehvermögen ist elementar für den Schulbesuch, da das Lesen- und Schreibenlernen unmittelbar damit verbunden ist. Auch ist ein Verfolgen des Unterrichtsstoffs in der Schule allgemein nur möglich, wenn erkannt werden kann, was an die Tafel geschrieben wird. Daher wird dem Sehtest in der Schuleingangsuntersuchung besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

In der Schuleingangsuntersuchung werden zwei Tests zum Sehen durchgeführt. Zum einen wird das **räumliche Sehen** mit dem Lang-Stereotest kontrolliert; bei diesem Test sollten die Kinder wahrgenommene Figuren auf einer Testkarte möglichst genau beschreiben können. Zum anderen wird die **Sehschärfe (Visus) in der Ferne** mit einem Sehtestgerät überprüft; hierbei müssen die Kinder Sehzeichen erkennen. Auffällig ist ein Visus < 0,7. Einen Test auf Weitsichtigkeit gibt es in der Schulein-

gangsuntersuchung nicht. Wenn das Kind eine Brille hat, soll der Sehtest mit Brille erfolgen. Ob dies der Fall war, wird entsprechend dokumentiert. Dem LGL werden die unauffälligen und auffälligen Ergebnisse der zwei Tests zum Sehen ohne Details zum Schweregrad und zur Behandlungsbedürftigkeit übermittelt.

Das **räumliche Sehen (Lang-Test)** ist bei 3,1 % der Kinder auffällig (gültiges n=105.509; fehlende Angaben: 3.128), der **Visus für die Ferne** bei 6,3 %, wobei 3,6 % der Kinder nur auf einem Auge und 2,7 % auf beiden Augen beeinträchtigt sind (gültiges n=105.310; fehlende Angaben: 3.327). Auffällige Ergebnisse in beiden Tests zugleich haben 1,1 % der Kinder (gültiges n=104.934; fehlende Angaben: 3.703). Bedeutsame Unterschiede zwischen den **Geschlechtern** zeigen sich nicht. Laut Anamnesebogen sind 9,0 % der Kinder **Brillenträger** (gültiges n=104.105; fehlende Angaben: 4.532). Von den Brille tragenden Kindern haben 83,9 % den Sehtest auch mit Brille absolviert (gültiges n=9.160; fehlende Angaben: 250). Bei fast einem Fünftel der Kinder, die bereits Brillenträger sind und den Test mit Brille gemacht haben, ist der Visus Ferne-Test auffällig (17,2 %; vgl. Abbildung 18). Die 5,2 % Kinder, deren Sehschärfe in der Ferne beeinträchtigt ist und die bisher keine Brillenträger waren, sollten für den Schulbesuch eine Kontrolle beim Augenarzt erhalten, der gegebenenfalls eine Brille verordnet. Auch die 17,2 % Kinder, die den Sehtest bereits mit Brille absolviert haben und ein auffälliges Testergebnis aufweisen, sollten eine Kontrolle beim Augenarzt erhalten, um zum Beispiel eine nicht ausreichende Korrektur der Fehlsichtigkeit auszuschließen oder um andere Ursachen abklären zu lassen.

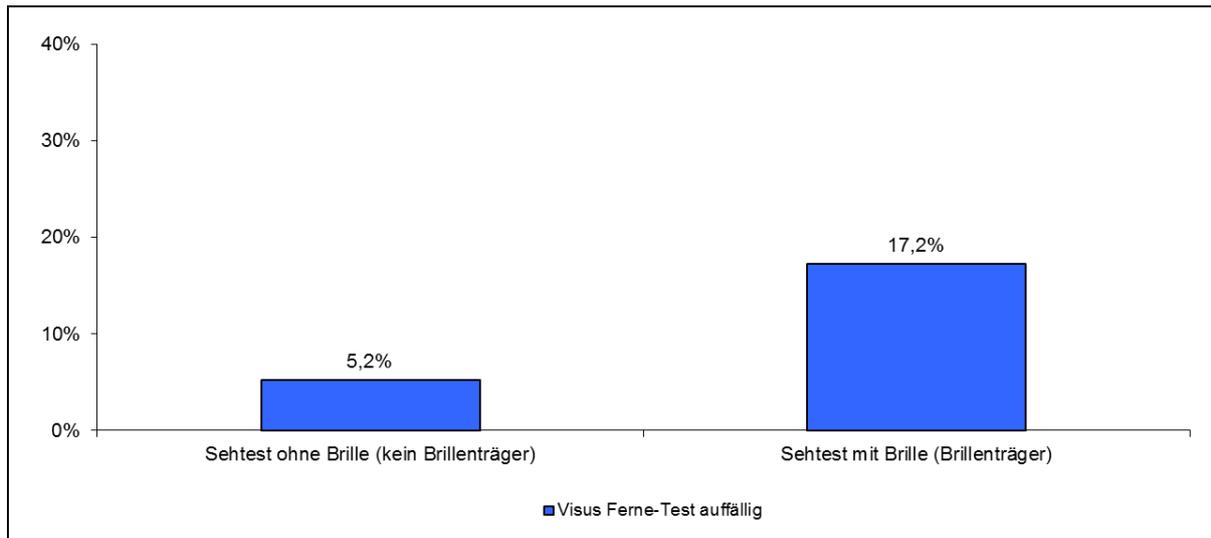


Abbildung 18: Visus Ferne-Test auffällig - Test mit Brille (Brillenträger) oder ohne Brille (kein Brillenträger), in % (gültiges n=100.762; fehlende Angaben: 1.617)

Die Qualität der augenärztlichen Untersuchung wurde im Rahmen der Zusatzbefragung zur Schuleingangsuntersuchung in fünf bayerischen Regionen, den sogenannten Gesundheits-Monitoring-Einheiten (GME), untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass die Inanspruchnahme der augenärztlichen Versorgung bei Kindern nicht leitliniengerecht ist. Der Besuch beim Augenarzt ist häufiger, wenn die Kinder an den Vorsorgeuntersuchungen U7 beziehungsweise U8 teilnehmen (17).

Der **Migrationshintergrund** der Kinder hat keinen bedeutsamen Einfluss auf den Test auf räumliches Sehen (2,6 % -3,1 % auffällige Tests; gültiges n=101.911; fehlende Angaben: 6.726), bei der Sehschärfe in der Ferne ist der Test jedoch bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund etwas häufiger auffällig (7,5 %) als bei Kindern ohne (6,0 %) oder mit einseitigem Migrationshintergrund (5,7 %) (gültiges n=101.720; fehlende Angaben: 6.917). Kinder mit Migrationshintergrund sind in etwas geringerem Maße mit einer Brille versorgt (8,6 % bei beidseitigem und 7,7 % bei einseitigem) als ohne Migrationshintergrund (9,4 %) (gültiges n=102.864; fehlende Angaben: 5.773). Darüber hinaus absolvieren Brille tragende Kinder mit ein- bzw. beidseitigem Migrationshintergrund den Sehtest etwas weniger oft mit Brille (81,3 % bzw. 80,0 %) als Kinder ohne Migrationshintergrund, die Brillenträger sind (85,3 %) (gültiges n=9.057; fehlende Angaben: 353).

Je länger Kinder eine **Kindertagesstätte** besuchen, umso geringer ist der Anteil an auffälligen Sehtests (vgl. Abbildung 19).

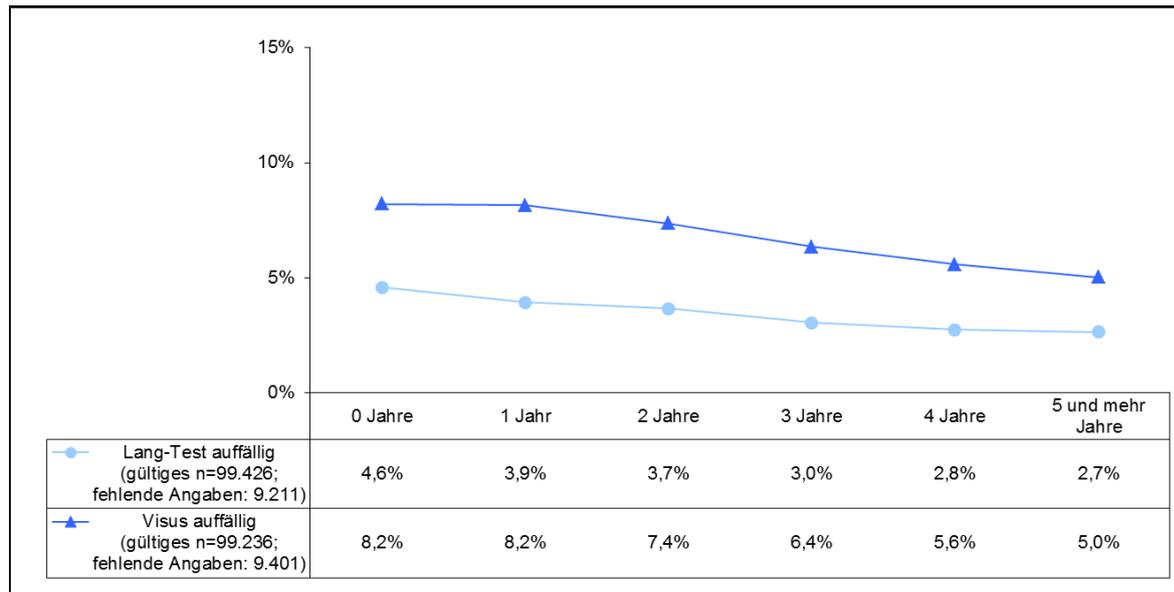


Abbildung 19: Sehtest, unterschieden nach Jahren, die das Kind eine Kindertagesstätte besucht hat³, in %

3.4 Hörvermögen

Für eine normale Sprachentwicklung und für den Schulbesuch ist ein intaktes Hören von großer Bedeutung. So kann den Anweisungen der Lehrkraft nur gefolgt werden, wenn diese auch akustisch verstanden werden. Auch für das Lesen- und Schreibenlernen ist neben dem Sehen das Hören wichtige Voraussetzung. Aus diesem Grund wird im Rahmen der Untersuchung bei jedem Kind ein apparativer Hörtest durchgeführt, um mögliche Defizite beim peripheren Hören aufzudecken. Als auffällig wird ein Hörtest gewertet, wenn mindestens zwei Töne im Hauptsprachbereich erst ab 40 dB gehört werden.

Der Anteil der Kinder mit auffälligem Hörtest beim Schuleingangsscreening liegt je nach Jahreszeit (Quartal) der Untersuchung zwischen 6,4 % und 4,1 % (Abbildung 20). Dabei wurde der Hörtest insgesamt als auffällig gewertet, wenn die Angaben zum Hörtest für beide Ohren vorlagen und bei mindestens einem Ohr der Befund auffällig war. Deutlich erkennbar ist - besonders bei beidseitig auffälligem Befund - ein jahreszeitlicher Trend, mit mehr hörauffälligen Kindern bei einer Untersuchung in der kälteren Jahreszeit. Hier ist davon auszugehen, dass Kinder, die in den Winter-

³ Aufgrund der vergleichsweise geringeren Fallzahl von Kindern, die null Jahre in eine Kindertagesstätte gehen (n=806 mit Angaben zum Lang-Test bzw. n=804 mit Angaben zum Visus-Ferne-Test), sind die Ergebnisse für diese Kinder nur eingeschränkt interpretierbar.

monaten untersucht wurden, häufiger unter Erkältungskrankheiten litten. Dadurch kam es bei diesen Kindern zu einem vorübergehend eingeschränkten Hörvermögen. Vermutlich dürfte der wahre Wert des Anteils Kinder mit auffälligem Hörtest insgesamt um die 4,1 % liegen, der bei Untersuchungen in den Sommermonaten gefunden wurde.

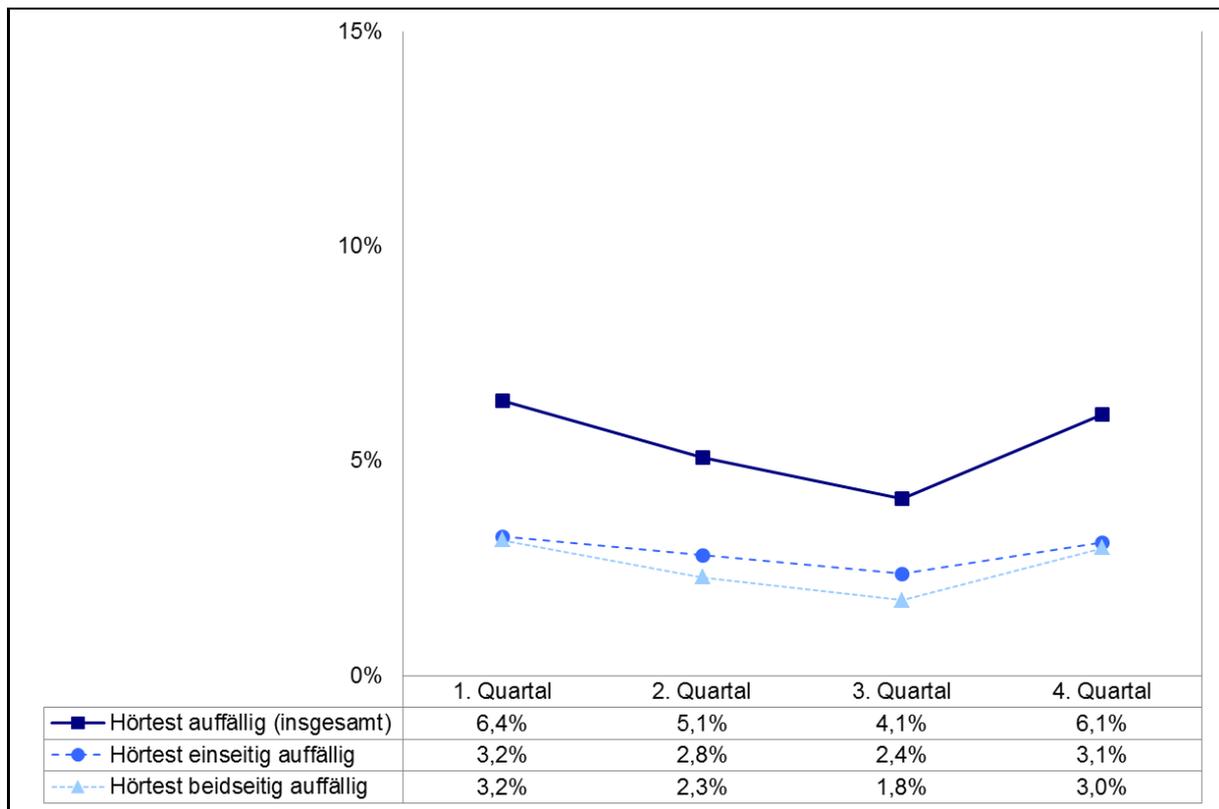


Abbildung 20: Anteil der Kinder mit auffälligem Hörtest (einseitig, beidseitig und insgesamt) nach Untersuchungsdatum (Quartal) in %, (gültiges n=105.135, fehlende Angaben: 3.229), ausgeschlossen wurden die Kinder mit Angabe, dass eine beidseitige Hörstörung vorlag (n=273)

3.5 Sprachentwicklung

Für eine erfolgreiche schulische und anschließende berufliche Laufbahn sind ausreichende sprachliche Fähigkeiten unerlässlich, daher sollte die Sprachentwicklung bis zum Schulbeginn größtenteils abgeschlossen sein. Um sprachliche Defizite möglichst frühzeitig erkennen und entsprechende Fördermaßnahmen einleiten zu können, wird in der Schuleingangsuntersuchung die sprachliche Entwicklung der Vorschulkinder getestet.

Sprachentwicklungsstörungen gehören zu den häufigsten Entwicklungsstörungen im Kindesalter. Nationale und internationale Studien gehen von 5-10 % Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen im Vorschulalter aus (18, 19, 20, 21); als Ursachen werden insbesondere psychosoziale Faktoren, Hörstörungen, eine genetische Disposition und frühkindliche Hirnschäden angesehen (22, 23, 24). Häufig werden Sprachentwicklungsstörungen auch in Kombination mit anderen Teilleistungsstörungen gefunden, wie zum Beispiel Lese- und Rechtschreibstörungen oder Rechenstörungen (25).

Bei einer **Wort-/ Satzbildungsstörung** werden die Sätze vom Kind falsch oder unvollständig gebildet, sodass beispielsweise das Verb an der falschen Stelle steht, Verb oder Substantiv falsch gebeugt werden, längere Sätze (mehr als 4-5 Wörter) nicht grammatikalisch korrekt nachgesprochen werden können oder der Plural nicht richtig gebildet wird. Um eine **Lautbildungsstörung** handelt es sich, wenn ein Kind einen Buchstaben falsch artikuliert, also beispielsweise „L“ statt „R“ spricht. Ein Sigmatismus ist in dieser Altersgruppe häufig durch den Zahnwechsel bedingt und wird nicht als pathologisch bewertet. Zur Sprachtestung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung werden in Bayern bisher zwei verschiedene standardisierte Screeningverfahren⁴ eingesetzt. Dem LGL werden die Ergebnisse ohne Details zum Schweregrad und zur Behandlungsbedürftigkeit der Sprachentwicklungsstörung übermittelt. Bei 2.995 Kindern (2,8 %) war die Sprachtestung aufgrund unzureichender Deutschkenntnisse erschwert (gültiges n=105.678; fehlende Angaben: 2.959). Darunter waren überwiegend Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund (92,4 %), aber auch Kinder mit einseitigem (4,1 %) und ohne Migrationshintergrund (3,5 %) waren betroffen (gültiges n=2.693; fehlende Angaben: 302). Da davon ausgegangen wird, dass der Sprachtest nur korrekt beurteilt werden kann, wenn die Sprachtestung nicht erschwert war, gehen in die folgenden Analysen nur die Kinder ohne erschwerte Sprachtestung ein.

Von den in der Schuleingangsuntersuchung untersuchten Kindern, bei denen die Sprachtestung nicht erschwert war (n=102.683), wiesen 20,0 % eine **Lautbildungsstörung** auf (gültiges n=101.968; fehlende Angaben: 715) sowie 10,0 % eine **Wort-/**

⁴Das Sprachscreening wurde überarbeitet, dafür wurde seit der SEU2008/09 im Rahmen eines Pilotprojekts das Bayerische Erweiterte Sprach-Screening getestet und zur Schuleingangsuntersuchung 2015/16 flächendeckend eingeführt

Satzbildungsstörung (gültiges n=99.686; fehlende Angaben: 2.997). Betrachtet man die Kinder, die sowohl für die Lautbildung als auch für die Wort-/ Satzbildung einen gültigen Wert liefern, so hatten 25,2 % der Kinder mindestens eine Sprachstörung, beide Störungsbilder zugleich traten bei 4,7 % der Kinder auf (gültiges n=99.576; fehlende Angaben: 3.107).

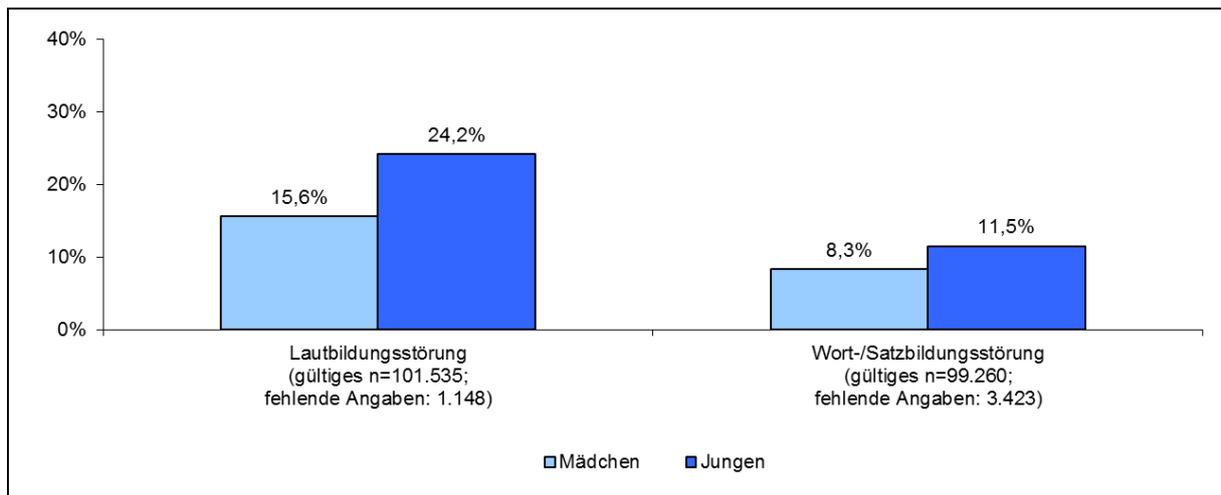


Abbildung 21: Wenn die Sprachtestung nicht erschwert ist: Sprachstörungen, unterschieden nach Geschlecht, in %

Mädchen und **Jungen** unterscheiden sich deutlich in der Sprachentwicklung: Sowohl bei den Lautbildungsstörungen als auch bei den Wort-/ Satzbildungsstörungen ist der Anteil der Jungen mit auffälligem Testergebnis höher als der der Mädchen (vgl. Abbildung 21).

Der **Migrationshintergrund** hat bei den Kindern, bei denen der Sprachtest normal durchgeführt werden konnte, keinen bedeutsamen Einfluss auf das Auftreten von Lautbildungsstörungen (vgl. Abbildung 22, SEU 2014/2015: 19,1-20,3 %, n=98.739; fehlende Angaben: n=3.944). Bei der Wort-/ Satzbildung weisen Kinder mit einseitigem (10,4 %) und insbesondere Kinder mit beidseitigem (27,1 %) Migrationshintergrund deutlich häufiger Auffälligkeiten auf als Kinder ohne Migrationshintergrund (5,6 %) (vgl. Abbildung 22, SEU 2014/2015, n= 96.510; fehlende Angaben: n=6.173), sodass hier ein bedeutender Förderungsbedarf vor Schulbeginn offenbar wird.

Im zeitlichen Verlauf schwankt der Anteil an Kindern mit Lautbildungsstörung von der Schuleingangsuntersuchung 2004/2005 bis 2014/2015 leicht. Die Wort-/ Satzbildungsstörung hat bis zum Schuljahr 2009/2010 zugenommen. Bei den Kindern ohne

und mit einseitigem Migrationshintergrund variiert der Anteil mit Wort-/ Satzbildungsstörung seitdem leicht. Bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund ist ein andauernder Anstieg zu verzeichnen (vgl. Abbildung 22).

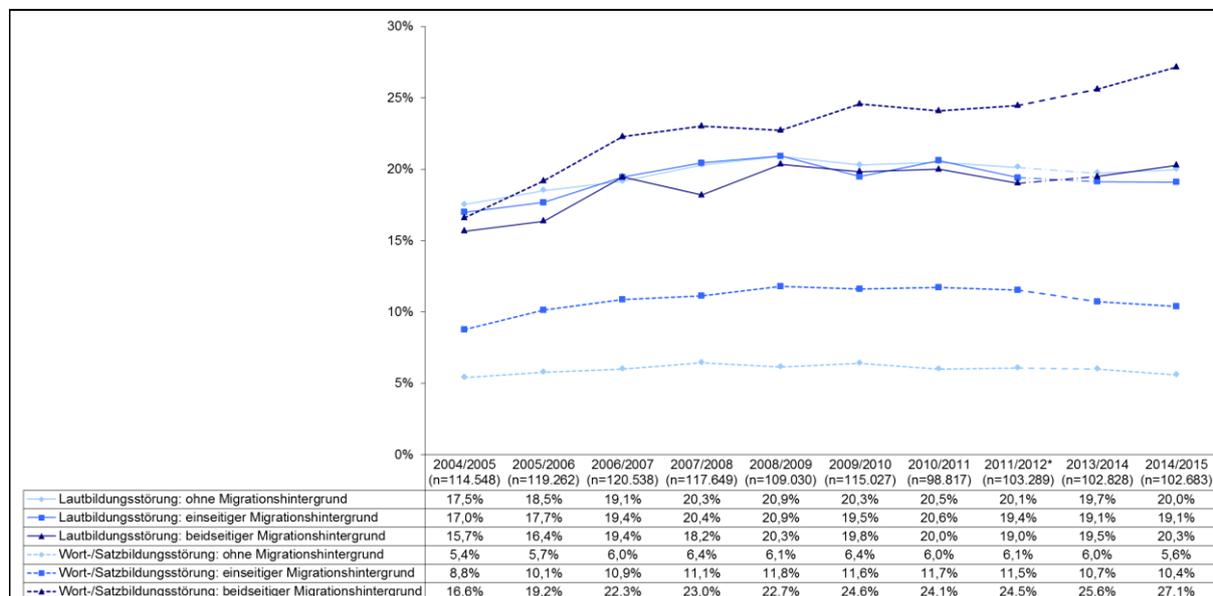


Abbildung 22: Wenn die Sprachtestung nicht erschwert ist: Sprachstörungen im zeitlichen Verlauf der Schuleingangsuntersuchungen 2004/2005 - 2014/2015, unterschieden nach Migrationshintergrund (bezogen auf die erstuntersuchten Kinder), in %
* Daten der SEU 2012/13 sind derzeit in Auswertung.

Positiv wirkt sich der **Besuch einer Kindertagesstätte** auf die Sprachentwicklung aus: Je länger Kinder eine Kindertagesstätte besuchen, umso weniger Auffälligkeiten im Bereich Sprache weisen sie auf (vgl. Abbildung 23). Bei Kindern, die 4 Jahre bzw. 5 und mehr Jahre in eine Kita gehen, haben 17,4 % bzw. 15,2 % eine Lautbildungsstörung und 6,5 % bzw. 4,8 % eine Wort-/ Satzbildungsstörung.

Ein Rückgang des Anteils an Kindern mit Sprachauffälligkeit bei längerem Besuch einer Kindertagesstätte ist bei allen Kindern unabhängig vom Migrationsstatus erkennbar. Im Bereich der Wort-/ Satzbildung beispielsweise, haben 8,6 % der Kinder ohne Migrationshintergrund, die 2 Jahre eine Kita besucht haben, einen auffälligen Befund; für Kinder ohne Migrationshintergrund, die 5 und mehr Jahre in einer Kita waren, liegt dieser Anteil bei 3,4 % (gültiges n=68.393, fehlende Angaben zu Wort-/ Satzbildung und/ oder Kita-Besuchsdauer: 3.479). Für Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund und entsprechender Kita-Besuchsdauer ist ein Rückgang von 16,7 % auf 4,5 % zu beobachten (gültiges n=8.960, fehlende Angaben zu Wort-/ Satzbildung und/ oder Kita-Besuchsdauer: 639); unter Kindern mit beidseitigem Mig-

rationshintergrund verringert sich der Anteil an Kindern mit Wort-/ Satzbildungsstörung von 35,7% (Kita-Besuchsdauer von 2 Jahren) auf 18,5 % (Kita-Besuchsdauer von 5 und mehr Jahren) (gültiges n=16.155, fehlende Angaben zu Wort-/ Satzbildung und/ oder Kita-Besuchsdauer: 1.768).

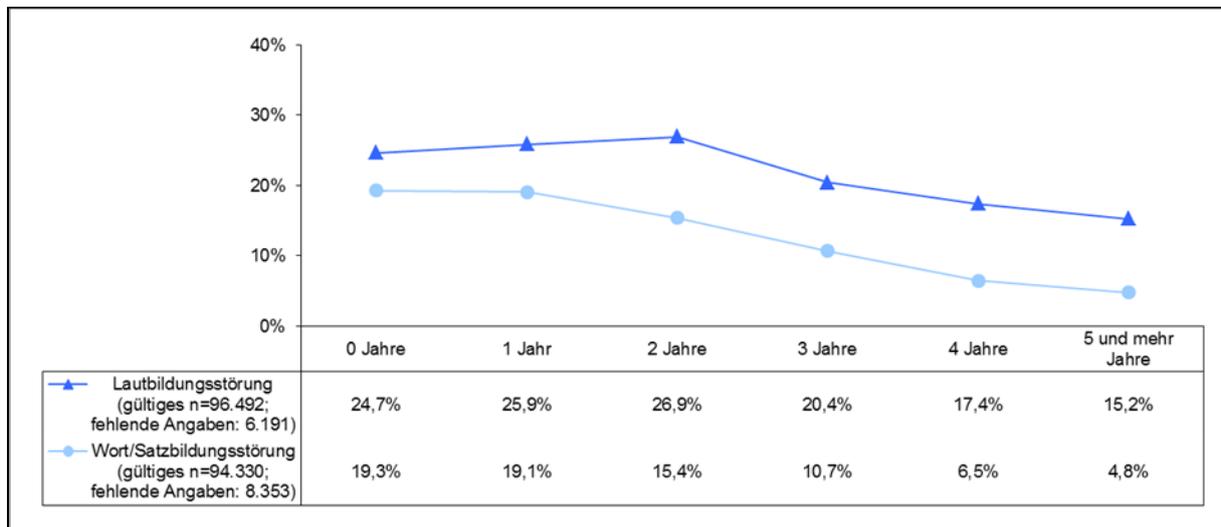


Abbildung 23: Wenn die Sprachtestung nicht erschwert ist: Sprachstörungen, unterschieden nach Jahren in einer Kita⁵, in %

Von den Kindern, die mindestens eine Auffälligkeit im Bereich Sprache haben, haben 48,5 % im Jahr vor der Einschulung **logopädische Behandlung** verordnet bekommen (gültiges n=24.871; fehlende Angaben: 832). Demgegenüber hatten 11,2 % der Kinder ohne Laut- und Wort-/ Satzbildungsstörung eine logopädische Therapie im Jahr vor der Einschulung (gültiges n=72.352; fehlende Angaben: 2.135).

Wie in Abbildung 22 dargestellt, wiesen Kinder mit Migrationshintergrund in höherem Maße Wort-/ Satzbildungsstörungen auf, während von Lautbildungsstörungen alle Kinder unabhängig vom Migrationshintergrund in ähnlichem Ausmaß betroffen waren. Kinder ohne Migrationshintergrund mit mindestens einer Auffälligkeit im Bereich Sprache werden deutlich häufiger durch Logopädie im Jahr vor der Einschulung gefördert als Kinder mit ein- und beidseitigem Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 24).

⁵ Aufgrund der vergleichsweise geringen Fallzahl von Kindern ohne erschwerte Sprachtestung, die null Jahre in eine Kindertagesstätte gehen (n=446 mit Angaben zu Lautbildungsstörung und n=420 mit Angaben zu Wort-/Satzbildungsstörung), sind die Ergebnisse für diese Kinder nur eingeschränkt interpretierbar.

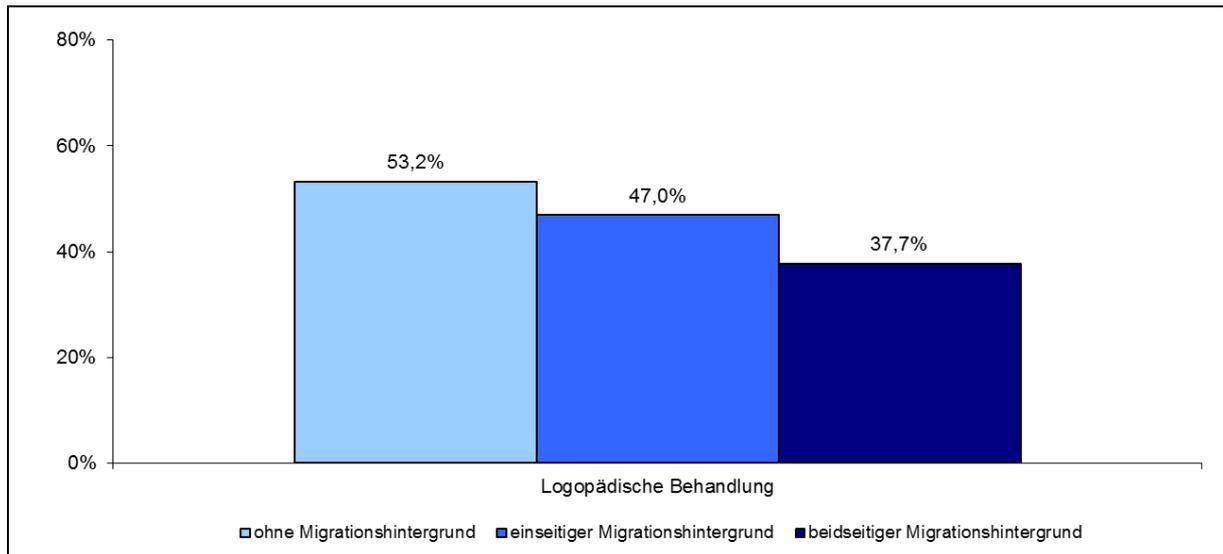


Abbildung 24: Wenn die Sprachtestung nicht erschwert ist: Logopädie im Jahr vor der Einschulung für Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit im Bereich Sprache, unterschieden nach Migrationshintergrund, in % (gültiges n=24.527; fehlende Angaben: 1.176)

Von den Kindern, die mindestens eine Auffälligkeit im Bereich Sprache haben, besuchten 28,0 % im Jahr vor der Einschulung eine gruppenorientierte Sprachförderung (z.B. Würzburger Trainingsprogramm, Vorkurs Deutsch; gültiges n=24.688; fehlende Angaben: 1.015). Der Anteil an Kindern, die an einer gruppenorientierten Sprachförderung teilnehmen, ist unter Kindern mit mindestens einer Auffälligkeit im Bereich Sprache und beidseitigem Migrationshintergrund mit fast 70% am höchsten (vs. 30,2 % bei Kindern mit einseitigem und 10,9 % bei Kindern ohne Migrationshintergrund, gültiges n=24.356, fehlende Angaben: 1.347). Von den Kindern ohne Laut- und Wort-/ Satzbildungsstörung nahmen 10,6 % im Jahr vor der Einschulung an einer solchen Sprachförderungsmaßnahme teil (gültiges n=72.220; fehlende Angaben: 2.267).

3.6 Visuomotorik

Im schulischen Kontext kommt der visuomotorischen Leistung ein hoher Stellenwert, insbesondere beim Schreiben lernen, zu. Ein gelungenes Zusammenspiel der visuomotorischen Leistung spiegelt sich in einer guten Hand-Auge-Koordination wider und ermöglicht gute graphomotorische Leistungen sowie ein sauberes Schriftbild. Für die schulische Leistungsfähigkeit ist es wichtig, dass sich Schreibvorgänge schnell automatisieren lassen und wenig Kraft- und Konzentrationsanstrengungen

die Kinder fordern. Ein reduziertes Schreibtempo kann zur Folge haben, dass das Kind den Lerninhalten nicht mehr folgen kann (26).

Zum **Test der Visuomotorik** in der Schuleingangsuntersuchung zeichnen die Kinder vier verschiedene geometrische Figuren mit unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden von einer Vorlage ab. Ein normal entwickeltes Kind kann einen Kreis mit drei, ein Quadrat mit vier, ein Dreieck mit fünf und eine Raute mit sechs Jahren abmalen. Bei der Bewertung der Zeichnungen wird das Alter des Kindes jedoch nicht berücksichtigt, sondern nur die Tatsache, ob das Kind die Formen nachzeichnen konnte, wobei auch die Stifthaltung beurteilt wird.

Zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung waren fast alle Kinder (99,8 %) fünf Jahre alt oder älter (vgl. Kapitel 2.2). Dennoch können nicht alle Kinder den Kreis und das Quadrat fehlerfrei zeichnen, und auch das Dreieck wird nicht altersgemäß von allen Kindern korrekt wiedergegeben (vgl. Tabelle 5). Werden für die Raute nur Kinder betrachtet, die mindestens sechs Jahre alt waren, so ist diese Form bei 19,7 % der Kinder auffällig. Die Ergebnisse zur Visuomotorik sind – mit kleinen Schwankungen – im Verlauf der Schuleingangsuntersuchungen 2004/2005-2014/2015 annähernd konstant geblieben. Lediglich der Anteil der Kinder mit nicht korrekt nachgezeichneter Raute ist nach einem Rückgang in den Jahren 2004/2005 bis 2013/2014 (von 22,4% auf 18,7%) bei der Schuleingangsuntersuchung 2014/2015 um einen Prozentpunkt gestiegen (berücksichtigt hierbei sind nur Kinder, die mindestens sechs Jahre alt waren).

Tabelle 5: Visuomotorik-Test, in %

	auffällig	unauffällig
Kreis (gültiges n=105.360; fehlende Angaben: 3.277)	5,4 %	94,6 %
Quadrat (gültiges n=105.355; fehlende Angaben: 3.282)	5,4 %	94,6 %
Dreieck (gültiges n=105.354; fehlende Angaben: 3.283)	10,1 %	89,9 %
Raute* (gültiges n=33.655; fehlende Angaben: 1.504)	19,7 %	80,3 %

*Für die Auswertung zum korrekten Zeichnen der Raute wurden nur Kinder eingeschlossen, die bei der Schuleingangsuntersuchung mindestens sechs Jahre alt waren.

Mindestens eine Form von Kreis, Quadrat oder Dreieck nicht korrekt gezeichnet haben 13,0 % der Kinder (gültiges n=105.261; fehlende Angaben: 3.376); von diesen

13.089 Kindern, für die Angaben vorliegen, hat ein knappes Drittel (31,4 %) **Frühförderung, heilpädagogische oder ergotherapeutische Behandlung** als Einzeltherapie im Jahr vor der Einschulung verordnet bekommen (fehlende Angaben: 577). Von den Kindern, die sowohl Kreis, Quadrat als auch Dreieck unauffällig im Test zeichnen konnten, erhielten 10,3 % Frühförderung, heilpädagogische oder ergotherapeutische Behandlung im Jahr vor der Einschulung (gültiges n=88.727; fehlende Angaben: 2.868).

Dass ein besonderer Förderbedarf bei den **Jungen** besteht, zeigt Abbildung 25: Bei allen vier Formen ist der Anteil der nicht korrekten Zeichnungen bei den Jungen deutlich höher als bei den **Mädchen**.

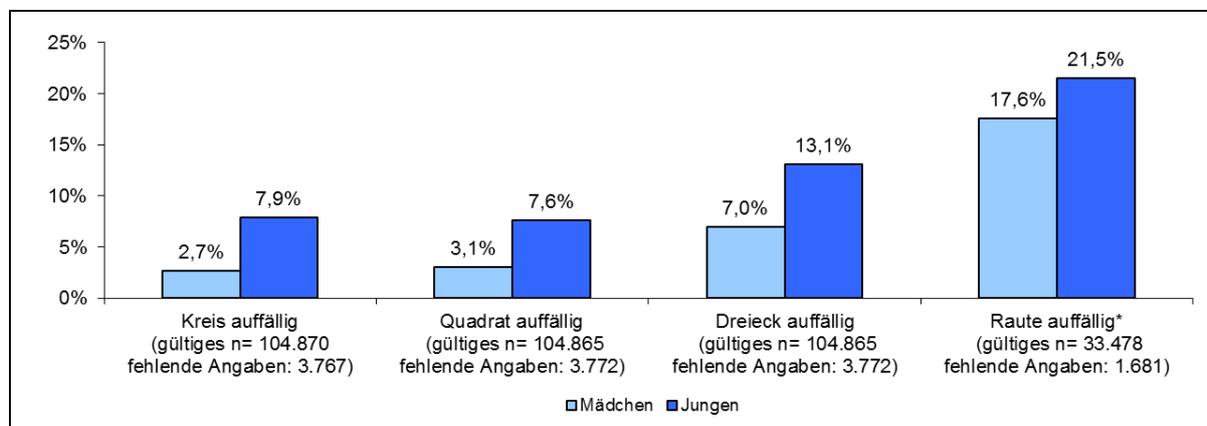


Abbildung 25: Visuomotorik-Test auffällig, unterschieden nach Geschlecht, in %

* Für die Auswertung zum korrekten Zeichnen der Raute wurden nur Kinder eingeschlossen, die mindestens sechs Jahre alt waren.

Der **Migrationshintergrund** steht in keinem eindeutigen Zusammenhang mit dem Entwicklungsstand im Bereich der Visuomotorik. Es zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede beim Zeichnen der Formen.

Vorteilhaft für die Entwicklung der Visuomotorik wirkt sich die Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte aus: Je länger ein Kind eine **Kindertagesstätte** besucht hat, umso geringer ist der Anteil der nicht korrekt gezeichneten Formen (vgl. Abbildung 26). Dieser Trend ist sowohl für Kinder ohne als auch für Kinder mit ein bzw. - beidseitigem Migrationshintergrund in vergleichbarer Weise erkennbar (nicht dargestellt).

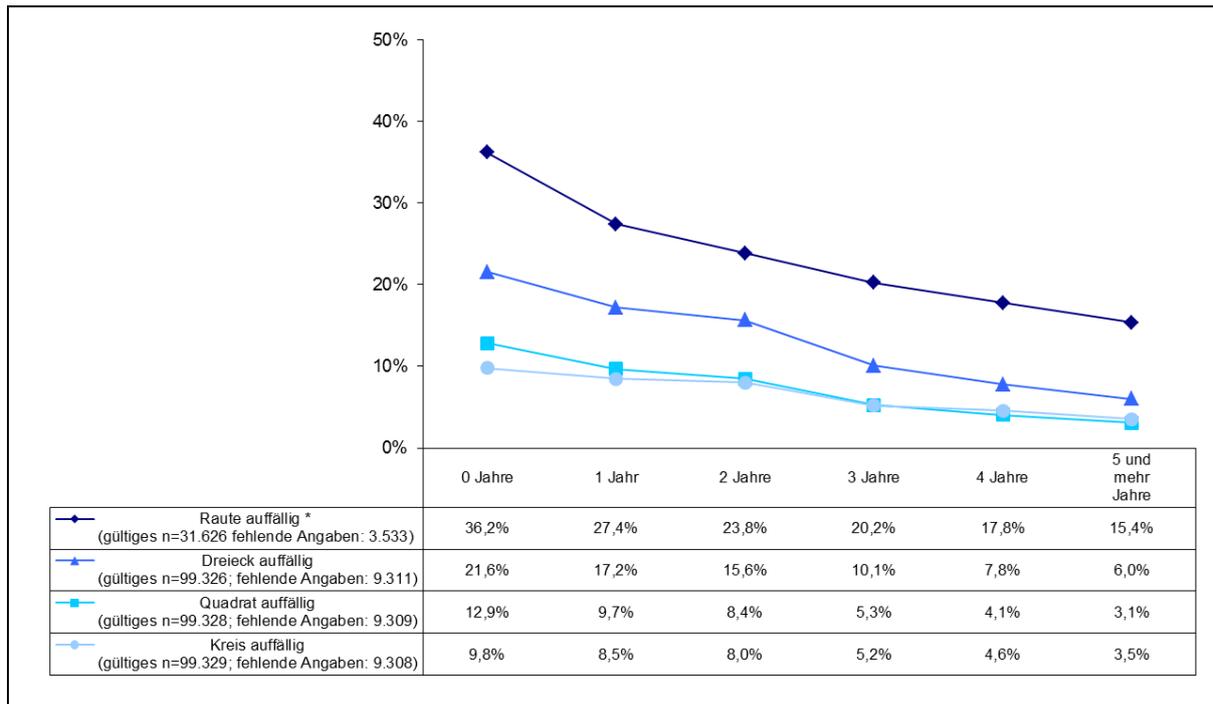


Abbildung 26: Visuomotorik-Test auffällig, unterschieden nach Jahren in einer Kindertagesstätte⁶, in %
 * Für die Auswertung zum korrekten Zeichnen der Raute wurden nur Kinder eingeschlossen, die mindestens sechs Jahre alt waren.

⁶ Aufgrund der vergleichsweise geringen Fallzahl von Kindern, die null Jahre in eine Kindertagesstätte gehen (n=819 mit Angaben zu Kreis auffällig, n=817 mit Angaben zu Quadrat auffällig, n=816 mit Angaben zu Dreieck auffällig, n=409 mit Angaben zu Raute auffällig), sind die Ergebnisse für diese Kinder nur eingeschränkt interpretierbar

4 Gesundheitsvorsorge: Inanspruchnahme von Präventionsangeboten

4.1 Überblick / Zusammenfassung

Zur Gesundheitsvorsorge gehören Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention inklusive der Früherkennung von Krankheiten. In der Schuleingangsuntersuchung wird hierzu die Inanspruchnahme von Impfungen und U-Untersuchungen erfasst. In Tabelle 6 werden die wichtigsten Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2014/2015 denen der Vorjahresuntersuchung 2013/2014 gegenübergestellt.

Tabelle 6: Gesundheitsvorsorge bei den erstuntersuchten Kindern in der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung 2013/2014

		2014/2015	2013/2014
Anzahl erstuntersuchte Kinder		108.637	107.723
Impfungen		<i>in %</i>	<i>in %</i>
	Impfbuchvorlage	92,9	92,3
	Alle Impfungen abgelehnt oder nicht möglich	1,9	1,8
	Impfangaben vorhanden	94,8	94,1
Impfquote für vollständige Grundimmunisierung¹	Tetanus	95,2	95,6
	Diphtherie	94,3	94,6
	Pertussis	93,5	93,7
	Poliomyelitis	93,7	93,9
	Hib	92,1	92,4
	Hepatitis B	84,0	84,8
	Masern (min. 2 Impfungen)	89,3	89,0
	Mumps (min. 2 Impfungen)	89,0	88,8
	Röteln (min. 2 Impfungen)	89,0	88,7
	Varizellen (min. 2 Impfungen) ²	70,6	59,6
	Meningokokken C ³	80,2	78,5
	Pneumokokken ³	75,7	72,5
	Vollständigkeit der Impfungen	80,1	80,6

¹ Obere Schätzung: Anteil geimpfter Kinder an den Kindern mit vorhandenen Impfangaben

² Die Impfung gegen Varizellen wurde 2004 neu in die STIKO-Empfehlung aufgenommen und gilt somit erstmals für den Jahrgang der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2011/12.

³ Die Impfungen gegen Meningokokken C und Pneumokokken wurden 2006 neu in die STIKO-Empfehlung aufgenommen und gelten somit erstmals für den Jahrgang der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2013/14.

Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite

		2014/2015	2013/2014
Anzahl erstuntersuchte Kinder		108.637	107.723
U-Untersuchungen			
	Vorsorgeheftvorlage	93,9	94,3
Teilnahmequote⁴ und Vollständigkeit⁵ U1-U9⁴	U1	97,8	98,2
	U2	97,7	98,1
	U3	97,6	97,9
	U4	97,4	97,6
	U5	97,1	97,4
	U6	97,7	97,9
	U7	96,7	97,0
	U7a ⁶	87,7	87,6
	U8	94,5	94,5
	U9	96,8	96,9
		Vollständigkeit der U-Untersuchungen U1-U9 (ohne U7a)	88,7

⁴ Obere Schätzung: Berechnung der Teilnahmequoten bezieht sich auf folgende Kinder: U1-U8: Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft; U9: Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft oder Blatt U9

⁵ Obere Schätzung: Berechnung der Vollständigkeit U1-U9 bezieht sich auf Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft

⁶ Die Früherkennungsuntersuchung U7a wurde zum 01.07.2008 für Kinder im Alter vom 34. – 36. Lebensmonat eingeführt.

- Für 94,8 % der Kinder waren Impfangaben vorhanden, darunter befinden sich 1,9 % Kinder, die gar nicht geimpft sind, da die Eltern Impfungen ablehnen oder bei einem sehr geringen Teil der Kinder Kontraindikationen gegen Impfungen bestehen.
Die höchsten Impfquoten, bezogen auf die Kinder mit vorhandenen Impfangaben, liegen für die Impfungen gegen Tetanus (95,2 %), Diphtherie (94,3 %) Poliomyelitis (93,7 %), Pertussis (93,5 %) und Hib (92,1 %) vor. Gegen Hepatitis B sind nur 84,0 %, gegen Masern, Mumps und Röteln etwa 89 % der bayerischen Kinder vollständig grundimmunisiert. Bei der 2. Masernimpfung beträgt die bayerische Impfquote 89,3 %; nur vier Gesundheitsamtsbezirke haben dabei für die Vorschulkinder das von der WHO definierte Ziel einer Impfquote von 95 % zur Eliminierung der Masern bis zum Jahr 2015 erreicht. Vollständig geimpft sind in Bayern 80,1 % der Einschulungskinder mit vorhandenen Impfangaben. Kinder mit Migrationshintergrund sind häufiger vollständig geimpft, ebenso Kinder, die drei und mehr Jahre in eine Kindertagesstätte gehen.
- Das Vorsorgeheft zur Dokumentation der Teilnahme an den U-Untersuchungen U1-U9 wurde für 93,9 % der Kinder vorgelegt. Die Teilnahmequote ist bei der U1 am höchsten (Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft: 97,8 %); sie sinkt von der U2 (97,7 %), mit einem minimalem Anstieg bei der U6 (97,7 %) bis zur U7a ab und nimmt von der U8 bis zur U9 (96,8 %) wieder zu. Im Vergleich zum Vorjahr ist die U9-Teilnahme nicht weiter angestiegen, nachdem nach Einführung der verpflichtenden U9-Vorlage ab der Schuleingangsuntersuchung 2009/2010 einmalig ein starker Anstieg der U9-Teilnahmequote beobachtet werden konnte. Die seit 2008 eingeführte U7a-Untersuchung wurde bei 87,7 % der Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft durchgeführt.
- Eine Vollständigkeit bei allen neun U-Untersuchungen (ohne U7a) lag wie im Vorjahr bei 88,7 % der Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft vor. Kinder mit Migrationshintergrund haben weniger häufig vollständige U-Untersuchungen. Je mehr Jahre Kinder eine Kindertagesstätte besuchen, umso häufiger wurden die U-Untersuchungen vollständig durchgeführt.

4.2 Impfungen

4.2.1 Vorbemerkungen

Impfungen sind eine wichtige und zugleich sehr wirksame Maßnahme der Primärprävention. Unmittelbares Ziel einer Impfung ist es, den Geimpften vor einer ansteckenden Krankheit und deren möglichen Folgen, einschließlich Tod, zu schützen. Neben dem Schutz des Individuums kann das Auftreten von Epidemien durch ausreichende Impfquoten, sogenannte „Herdenimmunität“, verhindert werden. Säuglinge, die noch zu jung zum Impfen sind, und Personen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können, werden so geschützt. Die für einen effektiven Bevölkerungsschutz notwendigen Durchimpfungsquoten sind erregerabhängig (27, 28, 29). In Deutschland gibt es keine Impfpflicht, daher können die Eltern selbst entscheiden, ob sie ihr Kind impfen lassen.

Um impfpräventable Infektionskrankheiten wirksam bekämpfen zu können, ist eine valide Datengrundlage erforderlich. Dazu gehört eine nach Region und soziodemographischen Faktoren differenzierte Erhebung von Durchimpfungsquoten. Ebenso notwendig ist eine intensive Kommunikation über Impflücken. Mit dem 2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz (5, 30) wurde die Erhebung der Durchimpfungsquoten zum Schuleintritt gesetzlich verankert (vgl. Kapitel 1.3).

Ob die Impfungen alters- und zeitgerecht verabreicht wurden, kann anhand der Daten, die dem LGL zur Auswertung vorliegen, nicht beurteilt werden. Repräsentative Studien sowie serologische Untersuchungen zeigen jedoch, dass Kleinkinder in Deutschland häufig zu spät geimpft werden (31, 32, 33). So lag der Anteil der entsprechend STIKO- (Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut) Empfehlung zeitgerecht immunisierten Kinder, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung jünger als drei Jahre alt waren, in einer deutschen Studie bei 9-16 % für die Grundimmunisierung und bei 10-22 % für die Boosterimpfung (34).

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen in Bayern wird der Impfstatus der von der STIKO für Säuglinge/Kleinkinder beziehungsweise Kinder/Jugendliche empfohlenen Impfungen erhoben (35). Die Gesundheitsämter erfassen für jedes Kind die Information über das Vorhandensein oder Fehlen der Impfdokumente sowie die Vollständigkeit der Immunisierung für die einzelnen Impfungen. Seit dem 01.01.2013 ist

die Vorlage vorhandener Impfausweise und Impfbescheinigungen gemäß Art. 14 Abs. 5 Satz 8 GDVG verpflichtend (36). Die Sozialmedizinischen Assistentinnen ermitteln den Impfstatus (keine Impfung, begonnene Grundimmunisierung, abgeschlossene Grundimmunisierung, abgeschlossene Grundimmunisierung plus 1 Boosterung) anhand der vorgelegten Impfausweise und dokumentieren diesen entsprechend.

Seit der Schuleingangsuntersuchung 2013/14 wurde in Absprache mit dem RKI eine leicht abgeänderte Definition für die abgeschlossene Grundimmunisierung bei Diphtherie, Tetanus (Wundstarrkrampf), Pertussis (Keuchhusten), Haemophilus influenzae Typ b (Hib - Gehirnhautentzündung), Poliomyelitis (Kinderlähmung) und Hepatitis B eingeführt. Demnach gilt die Grundimmunisierung mit einem Kombinationsimpfstoff als abgeschlossen, wenn mindestens drei Impfungen und ein Mindestabstand von sechs Monaten zwischen vorletzter und letzter Impfung im Impfausweis dokumentiert sind. Ansonsten werden bei Mehrfachimpfstoffen mindestens vier Impfungen bzw. bei Einzelimpfstoffen mindestens drei Impfungen und ein Mindestabstand von sechs Monaten zwischen vorletzter und letzter Impfung als abgeschlossene Grundimmunisierung gewertet; ausgenommen davon ist IPV-Virelon® mit mindestens zwei erforderlichen Impfdosen⁷.

Bei den Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen (Windpocken) ist die Grundimmunisierung mit zwei dokumentierten Impfungen abgeschlossen. Zusätzlich erfasst wurde die Vollständigkeit der Immunisierung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Pneumokokken (Lungenentzündung), Meningokokken C (Hirnhautentzündung) und Hepatitis A. Eine abgeschlossene Grundimmunisierung wird bei Impfung gegen FSME mit mindestens drei Impfdosen, bei Pneumokokken mit mindestens drei Impfungen und einem Mindestabstand von sechs Monaten zwischen letzter und vorletzter Impfung gewertet. Bei Meningokokken C wird eine Grundimmunisierung bei einer Impfdosis im Alter von einem Jahr und älter erreicht

⁷ Bis zur Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2008/2009 wurde eine abgeschlossene Grundimmunisierung bei den Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Hib, Poliomyelitis und Hepatitis B bereits ab drei dokumentierten Impfdosen erreicht. Ab der Schuleingangsuntersuchung 2009/10 wurde eine Grundimmunisierung als abgeschlossen gewertet, wenn vier Impfdosen für die Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Hib, Poliomyelitis und Hepatitis B dokumentiert waren und ein Impfstoff mit einer Pertussis-Komponente verwendet wurde.

bzw. mit drei Impfdosen, wenn der Impfstoff vor Ende des 12. Lebensmonat verabreicht wurde.

Die Daten werden vom LGL ausgewertet und dem Robert Koch-Institut (RKI) zur bundesweiten Auswertung zur Verfügung gestellt. Die Darstellung der bundesweiten Durchimpfungsquoten wird vom RKI jährlich im Frühjahr im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht (37; vgl. Anhang/Tabelle 15). Die bayerischen Durchimpfungsquoten werden vom LGL im jährlichen Gesundheitsreport „Der Impfstatus der Kinder in Bayern“ publiziert (38); die Berichte können über die LGL-Website heruntergeladen werden (www.lgl.bayern.de/publikationen/index.htm#gesundheitsberichterstattung).

Die im vorliegenden Bericht dokumentierten Durchimpfungsquoten weichen von denen im Epidemiologischen Bulletin (37; vgl. Anhang/Tabelle 15) und LGL-Gesundheitsreport dargestellten ab, da unterschiedliche Auswertungskollektive herangezogen wurden (im Schuleingangsbericht werden alle erstuntersuchten Kinder mit vorhandenen Impfangaben berücksichtigt, einschließlich der Kinder, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation oder des Willens ihrer Eltern nicht geimpft werden). Ein Vergleich der bayerischen Impfquoten mit den Impfquoten für Deutschland insgesamt ist im Rahmen dieses Berichts daher nicht möglich.

4.2.2 Impfdokumenten-Vorlage

Bei 92,9 % der Kinder, die zum Schuljahr 2014/2015 erstmalig untersucht wurden, lagen **Impfdokumente vor** (gültiges n=108.637). Bei den 5.837 Kindern, die zur Wiederholungsuntersuchung vorgestellt wurden, lag dieser Anteil mit 90,9 % etwas darunter. Der Anteil vorgelegter Impfausweise schwankt auf regionaler Ebene zwischen den Gesundheitsamtsbezirken von 87,5 % bis 97,0 %, siehe Abbildung 27. Dies entspricht in etwa dem Schwankungsbereich der Vorjahresuntersuchung (2013/2014: 87,8 % - 97,0 %). Nach einem rückläufigen Trend der Impfbuchvorlagequote seit der SEU 2005/2006 bis zur Vorjahresuntersuchung (Median 2005/2006: 95,4 %; Median 2013/14: 93,1 %), ist für die Schuleingangsuntersuchung 2014/2015 ein leichter Anstieg auf einen Median von 93,4 % zu verzeichnen.

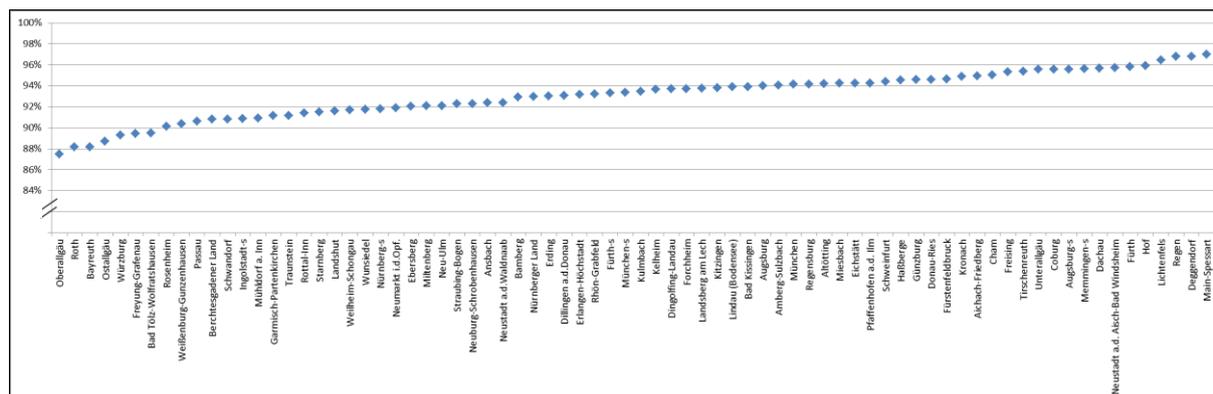


Abbildung 27: Impfbuchvorlage nach Gesundheitsamtsbezirken für die Schuleingangsuntersuchung 2014/2015 in %

In der Schuleingangsuntersuchung 2014/2015 gaben die Eltern von 2.107 Kindern (1,9 %; Minimum-Maximum über die Gesundheitsämter: 0,5 % (Würzburg) - 6,4 % (Garmisch-Partenkirchen)) an, dass **alle Impfungen abgelehnt** werden oder, im Fall von Krankheiten, nicht möglich sind (gültiges n=108.637). Diese Kinder haben kein Impfbuch vorgelegt, liefern aber dennoch Informationen über ihren Impfstatus. Somit sind für 103.038 erstuntersuchte Kinder **Impfangaben vorhanden** (94,8 %, gültiges n=108.637).

4.2.3 Durchimpfungsquoten

Die Durchimpfungsquoten geben zum einen den Anteil geimpfter Kinder an allen untersuchten Kindern wieder: In diesem Fall wird angenommen, dass Kinder ohne vorhandene Impfangaben nicht geimpft sind, dies entspricht einer theoretischen untersten Schätzung der Durchimpfung, im Folgenden **unterste Schätzung** genannt. Die Durchimpfungsquoten können zum anderen aber auch den Anteil geimpfter Kinder an den Kindern mit vorhandenen Impfangaben wiedergeben: Hier wird unterstellt, dass Kinder ohne Angaben zum Impfen und Kinder mit vorhanden Impfangaben vergleichbar geimpft sind, dies entspricht einer **oberen Schätzung** der Durchimpfung. Die Durchimpfungsquoten in der Gruppe der Kinder ohne vorliegende Impfdokumentation können nur geschätzt werden, sie liegen vermutlich unter dem Durchschnitt, da angenommen werden kann, dass bei Kindern mit unvollständigem Impfschutz Impfdokumente in geringerem Maße vorgelegt werden als bei Kindern mit vollständigem Impfschutz. Daher wird davon ausgegangen, dass die tatsächlichen Durchimpfungsquoten zwischen den Werten der untersten und oberen Schätzung liegen.

In Abbildung 28 sind die **Durchimpfungsquoten** für Bayern als unterste (Datenbasis: alle Kinder) und obere Schätzung (Datenbasis: alle Kinder mit vorhandenen Impfangaben) dargestellt. Soweit nicht anders angegeben, beziehen sich die Impfquoten auf die abgeschlossene Grundimmunisierung. Die Impfquoten der oberen Schätzung (Kinder mit vorhandenen Impfangaben) zeigen, dass der Anteil der Kinder mit abgeschlossener Grundimmunisierung bei den Impfungen gegen Tetanus (95,2 %), Diphtherie (94,3 %) und Poliomyelitis (93,7 %) am höchsten ist, am geringsten ist der Anteil bei den von der STIKO zuletzt eingeführten Impfungen gegen Varizellen (zweimalige Impfung: 70,6 %, einmalige Impfung: 74,1 %), Pneumokokken (75,7 %), Meningokokken C (80,2 %, min. 1 Impfung) aber auch bei der schon länger empfohlenen Impfung gegen Hepatitis B (84,0 %). Betrachtet man die unterste Schätzung (alle Kinder), so liegt der Anteil an Kindern mit vollständiger Grundimmunisierung nur für die Tetanus-Impfung über 90 %.

Bei der Impfung gegen Varizellen ist zu beachten, dass die Impfempfehlung der STIKO 2004 ausgesprochen wurde, die Impfraten nehmen seither ständig zu. Im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung 2013/2014 ist ein deutlicher Anstieg der Durchimpfungsquote zu beobachten (zweimalige Impfung: + 11 Prozentpunkte, einmalige Impfung: + 7 Prozentpunkte). Die Meningokokken C- und Pneumokokken-Impfung wird von der STIKO seit 2006 empfohlen und wurde in der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2009/2010 erstmals erfasst. Seither ist ebenfalls ein kontinuierlicher Anstieg der Impfraten bei diesen beiden Impfungen zu verzeichnen (Meningokokken C-Impfung unterste Schätzung: 76,0 % (2013/2014: 73,8 %), obere Schätzung: 80,2 % (2013/2014: 78,5 %); Pneumokokken-Impfung unterste Schätzung: 71,8 % (2013/2014: 68,2 %), obere Schätzung: 75,7 % (2013/2014: 72,5 %)).

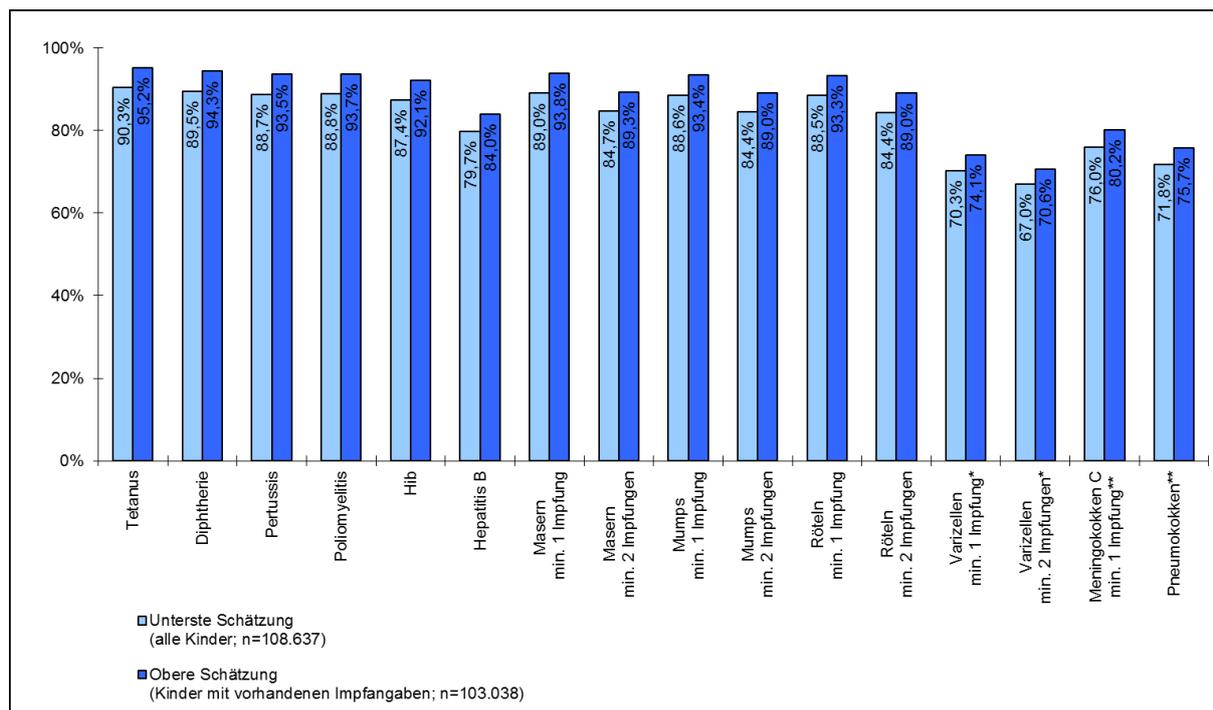


Abbildung 28: Impfquoten - unterste Schätzung (alle Kinder) und obere Schätzung (Kinder mit vorhandenen Impfangaben), in %. Soweit nicht anders angegeben, beziehen sich die Impfquoten auf die abgeschlossene Grundimmunisierung.
*STIKO-Empfehlung seit 2004; ** STIKO-Empfehlung seit 2006

Nicht in Abbildung 28 enthalten sind die Impfquoten für die Impfung gegen FSME. Die FSME-Impfung wird von der STIKO für Personen empfohlen, die sich in Risikogebieten aufhalten und mit Zecken in Kontakt kommen können. Im Jahr 2014 galten in Bayern 80 der 96 Landkreise als Risikogebiet (39). Dennoch ist festzustellen, dass die FSME-Impfquote seit der Untersuchung zum Schuljahr 2010/2011 mit der bisher höchsten Quote (unterste Schätzung: 45,3 %, obere Schätzung: 48,0 %) für das vorliegende Berichtsjahr weiter rückläufig ist (unterste Schätzung: 31,4 %, obere Schätzung: 33,1 %, Vorjahresuntersuchung 2013/2014 unterste Schätzung: 33,5 %, obere Schätzung: 35,6 %).

Die Steigerung der Impfquoten für Masern, Mumps und Röteln aus den letzten Jahren hingegen setzt sich im zeitlichen Trend fort, d.h. die Impfkampagnen der letzten Jahre sind wirksam. Die Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis gehören zu den Impfungen mit der höchsten Akzeptanz; die Durchimpfungsquoten sind im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung 2013/2014 zwar geringfügig niedriger, jedoch weiterhin auf einem hohen Niveau.

Unter den Kindern mit vorhandenen Impfangaben (obere Schätzung), bei denen die **Grundimmunisierung** von Impfungen **nicht abgeschlossen** ist, ist ein nicht unerheblicher Anteil gegen einzelne Erkrankungen überhaupt nicht geimpft (vgl. Tabelle 7). Die höchsten Anteile nicht geimpfter Kinder gibt es bei den Impfungen gegen Masern (6,2 %), Mumps (6,6 %), Röteln (6,7 %) und Hepatitis B (13,7 %) neben den neu in die STIKO-Empfehlung aufgenommenen Impfungen gegen Meningokokken C (19,8 %), Pneumokokken (20,9 %) und Varizellen (25,9 %). Im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung 2013/2014 sind die Anteile der Kinder ohne Impfung mit leichten Schwankungen gleich geblieben, lediglich für die Varizellenimpfung ist der Anteil nicht geimpfter Kinder weiterhin deutlich rückgängig und im Vergleich zum Vorjahr um 7 Prozentpunkte gesunken.

Tabelle 7: Impfstatus (obere Schätzung: Kinder mit vorhandenen Impfangaben), in % (n=103.038)

	Grundimmunisierung nicht abgeschlossen		Grundimmunisierung abgeschlossen
	Keine Impfung	Grundimmunisierung begonnen	
Tetanus	2,2%	2,6%	95,2%
Diphtherie	3,2%	2,4%	94,3%
Pertussis	4,2%	2,3%	93,5%
Poliomyelitis	3,9%	2,5%	93,7%
Hib	5,5%	2,4%	92,1%
Hepatitis B	13,7%	2,3%	84,0%
Masern	6,2%	4,5%	89,3%
Mumps	6,6%	4,4%	89,0%
Röteln	6,7%	4,3%	89,0%
Varizellen	25,9%	3,5%	70,6%
Meningokokken C	19,8%	-	*80,2%
Pneumokokken	20,9%	3,4%	75,7%

* Min. eine Impfung

Zwischen den bayerischen **Regierungsbezirken** gibt es deutliche regionale Unterschiede der Impfquoten für die abgeschlossene Grundimmunisierung in Bezug auf die obere Schätzung (Kinder mit vorhandenen Impfangaben): Die Regierungsbezirke Oberpfalz, Oberfranken, Mittelfranken und Unterfranken weisen Impfquoten auf, die jeweils oberhalb des bayerischen Gesamtwerts liegen. Die Impfquoten in Niederbayern liegen bei den Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis, Meningokokken C und Pneumokokken leicht unterhalb des bayerischen Werts. Während in Schwaben bei der Vorjahresuntersuchung 2013/2014 nur für die Hepatitis B-Impfung eine Impfquote oberhalb des bayerischen Gesamtwerts beobachtet wurde, erreichen nun auch die Impfquoten für Masern, Mumps und Röteln den bayerischen Durch-

schnitt. In Oberbayern dagegen sind die Impfquoten weiterhin deutlich geringer als der bayerische Gesamtwert (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Impfquoten bei abgeschlossener Grundimmunisierung (obere Schätzung: Kinder mit vorhandenen Impfangaben), unterschieden nach Regierungsbezirk, in % (n=103.038)

	Ober-bayern	Nieder-bayern	Oberpfalz	Ober-franken	Mittel-franken	Unter-franken	Schwa-ben	Bayern insgesamt
Tetanus	94,9%	94,5%	95,9%	96,3%	96,0%	96,5%	94,1%	95,2%
Diphtherie	93,8%	94,0%	95,4%	95,7%	95,3%	95,4%	93,1%	94,3%
Pertussis	92,5%	93,6%	95,2%	94,9%	95,0%	94,9%	92,6%	93,5%
Poliomyelitis	92,9%	93,5%	94,3%	95,2%	95,0%	94,9%	92,6%	93,7%
Hib	90,7%	92,2%	93,5%	93,9%	93,9%	93,9%	91,2%	92,1%
Hepatitis B	76,2%	89,0%	90,0%	90,7%	89,7%	91,2%	85,0%	84,0%
Masern	87,1%	89,6%	91,2%	91,5%	91,4%	91,9%	89,3%	89,3%
Mumps	86,6%	89,6%	91,1%	91,4%	91,2%	91,5%	89,1%	89,0%
Röteln	86,6%	89,5%	91,1%	91,3%	91,2%	91,5%	89,1%	89,0%
Varizellen	64,7%	75,4%	76,2%	80,4%	75,4%	77,6%	66,4%	70,6%
Meningokokken C*	76,1%	77,9%	84,4%	85,3%	86,8%	86,1%	77,7%	80,2%
Pneumokokken	70,8%	75,4%	79,2%	82,9%	81,8%	83,0%	73,4%	75,7%

* Min. eine Impfung

4.2.4 Exkurs Masern

Noch vor 100 Jahren gehörten die **Masern** zu den bedeutenden Todesursachen in Bayern. Auch heute sind Masern keine harmlose Kinderkrankheit, denn es kommt immer noch zu Todesfällen durch Masern und die subakute sklerosierende Panencephalitis (SSPE), die als Spätkomplikation Jahre nach einer Maserninfektion auftreten kann und immer tödlich verläuft. Gegen Masern geimpft wird in Deutschland seit den 1970er-Jahren. In den letzten Jahren kam es dennoch in Bayern häufig zu Masernausbrüchen, die von lokalen Gruppen mit geringem Impfschutz ausgingen, da bei leicht übertragbaren Krankheiten wie den Masern nicht ausreichende Impfquoten eine erhöhte Ausbruchsfahr bedeuten. Im Untersuchungszeitraum der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 (Oktober 2013 - September 2014) wurden in Bayern 159 Masernfälle (mit Referenzdefinition) an das RKI gemeldet (40). Die WHO hatte sich zum Ziel gesetzt, die Masern in Europa bis zum Ende des Jahres 2015 zu eliminieren. Hierfür waren Impfquoten von mindestens 95 % bei der 1. und 2. Masernimpfung notwendig, und zwar nicht nur in Bayern insgesamt, sondern auch in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt (41).

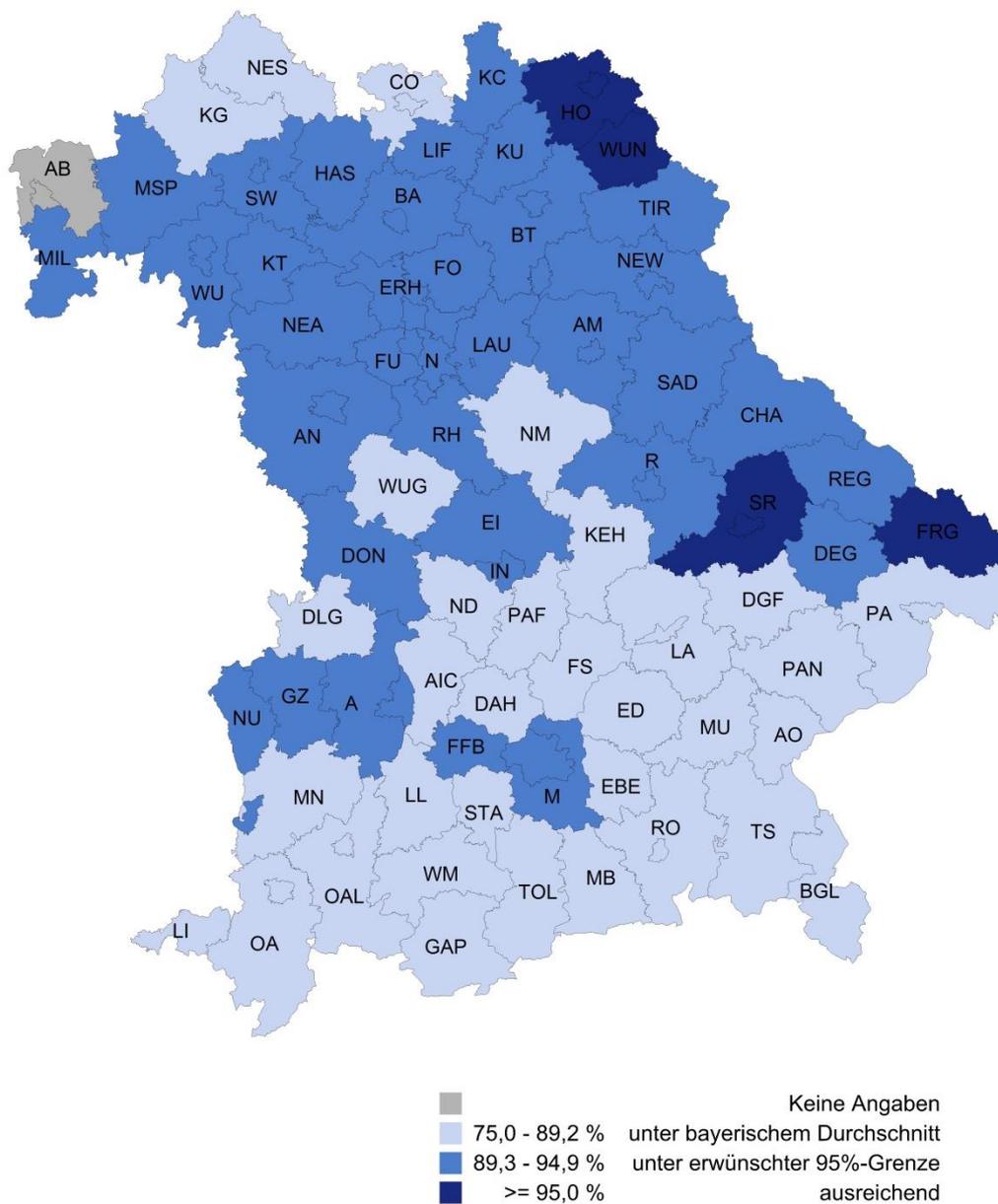
In Bayern insgesamt liegen die Impfquoten der oberen Schätzung (Kinder mit vorhandenen Impfangaben) mit 93,8 % für mindestens eine Masernimpfung und 89,3 % für zwei Masernimpfungen noch deutlich unter dem WHO-Ziel (vgl. Abbildung 28). In

den Gesundheitsamtsbezirken sind die Impfquoten zum Teil noch geringer: Für mindestens eine Masernimpfung liegt die Spannweite der Impfquoten zwischen den Gesundheitsämtern zwischen 84,6 % (Minimum) und 98,0 % (Maximum) (gültiges n=103.038; fehlende Angaben: 0). Bei der Impfquote für zwei Masernimpfungen weisen nur vier Gesundheitsamtsbezirke die erwünschten 95 % auf (Minimum - Maximum: 75,0 – 96,0 %; gültiges n=103.038; fehlende Angaben: 0), sodass keine ausreichende Herdenimmunität besteht und es weiterhin in Bayern jederzeit zu Masernausbrüchen kommen kann. Das WHO-Ziel für die Masern-Eliminierung ist somit noch nicht erreicht. Die deutlich höhere Durchimpfungsrate bei der 1. Masernimpfung legt hier vor allem organisatorische Problemstellungen nahe, nicht eine grundsätzlich ablehnende Haltung.

Im Regionalvergleich zeigt sich wie in den Vorjahren ein Nord-Südgefälle der Impfquoten für zwei Masernimpfungen (vgl. Abbildung 29): Die bayerischen Gesundheitsamtsbezirke, in denen die Impfquoten unter dem bayerischen Durchschnitt liegen, finden sich vor allem im Süden Bayerns.

Im Jahr 2006 hat das LGL im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz das „Bayerische Impfkonzept“ erarbeitet (43). Im Rahmen der Umsetzung des Konzepts wurde die Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI) gegründet. Sie hat das Ziel, den Impfschutz der bayerischen Bevölkerung zu verbessern, und hat neben vielen anderen Aktivitäten einen Masernaktionsplan für Bayern entwickelt

(<https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/praevention/impfen/lagi/index.htm>). Ein Nationaler Impfplan wurde 2012 durch die Bundesländer konsentiert und verabschiedet (46).



Geodaten: © LDBV

Abbildung 29: Regionale Verteilung der Impfquoten für mindestens zwei Masernimpfungen (obere Schätzung – Kinder mit vorhandenen Impfangaben), unterschieden nach Gesundheitsamtsbezirk, Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 (gültiges n=103.038; fehlende Angaben 0).

4.2.5 Vollständigkeit der Impfungen

Eine **Vollständigkeit der Impfungen** liegt bei einem Kind dann vor, wenn eine abgeschlossene Grundimmunisierung entsprechend der STIKO-Empfehlungen bei den Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis, Hib, Hepatitis B, Masern, Mumps und Röteln vorliegt. Zur besseren Vergleichbarkeit mit den vorherigen Berichten der bayerischen Schuleingangsuntersuchungen werden dafür die Impfungen gegen Varizellen, Meningokokken C und Pneumokokken nicht in die Auswertung einbezogen.

In der untersten Schätzung (alle Kinder) beträgt der Anteil der vollständig geimpften Kinder 76,0 %, in der oberen Schätzung (Kinder mit vorhandenen Impfangaben) 80,1 % (vgl. Abbildung 30).

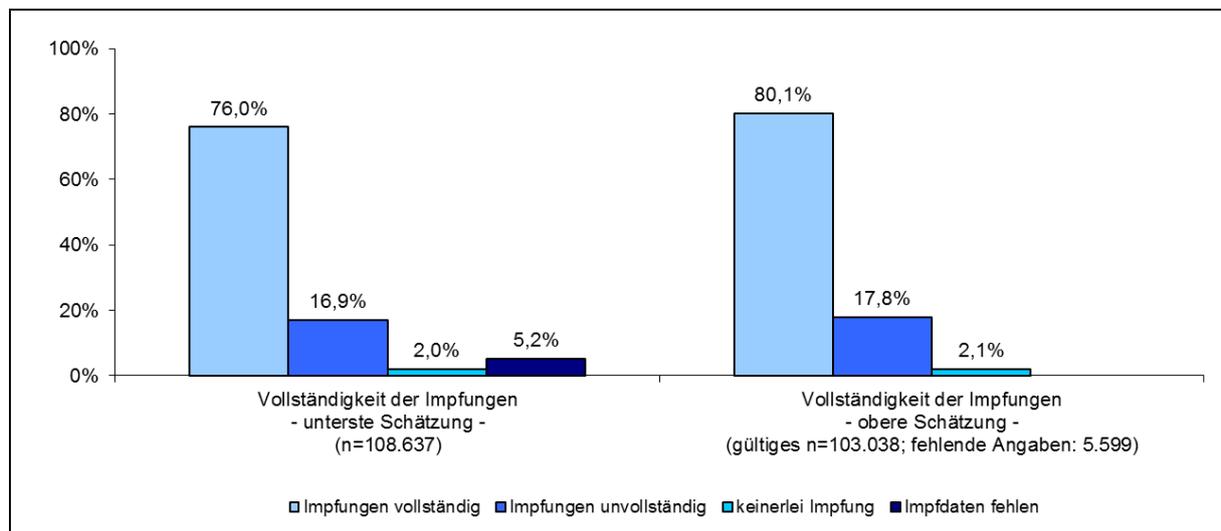


Abbildung 30: Vollständigkeit der Impfungen - unterste Schätzung (alle Kinder) und obere Schätzung (Kinder mit vorhandenen Impfangaben), in %

Auf regionaler Ebene gibt es beträchtliche Unterschiede in Bezug auf die Vollständigkeit der Impfungen: Der Anteil der vollständig geimpften Kinder schwankt bei der untersten Schätzung (alle Kinder) zwischen 45,6 % und 91,2 %, bei der oberen Schätzung (Kinder mit vorhandenen Impfangaben) zwischen 49,6 % und 94,5 % (vgl. Abbildung 31).

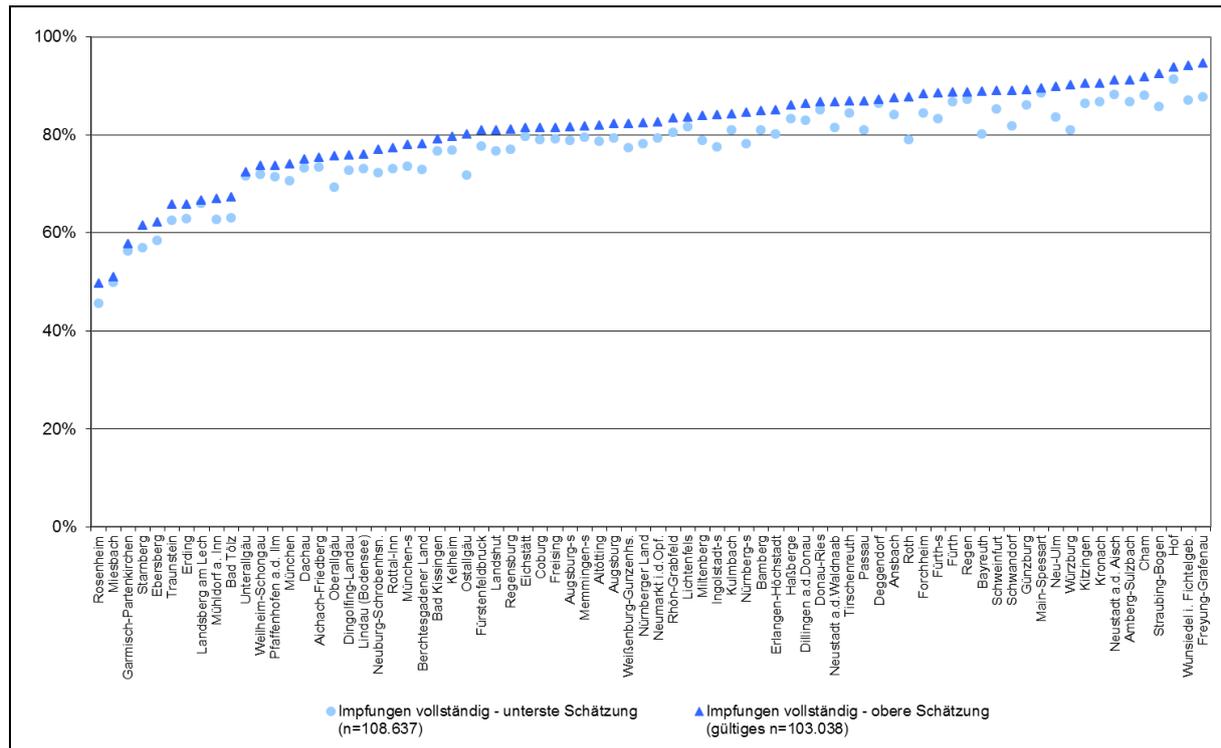


Abbildung 31: Vollständige Impfungen – unterste Schätzung (alle Kinder) und obere Schätzung (Kinder mit vorhandenen Impfangaben), unterschieden nach Gesundheitsamtsbezirk (aufsteigend sortiert nach der oberen Schätzung), in %

Besonders interessant, beispielsweise für Impfkampagnen, ist die Unterscheidung der Kinder nach weiteren Merkmalen, um eventuelle Zielgruppen, die schlechter geimpft sind, besser beschreiben und ansprechen zu können. Zwischen den **Geschlechtern** zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede in Bezug auf die Vollständigkeit der Impfungen, die **Familiengröße** jedoch hat einen Einfluss (vgl. Tabelle 9) : Sowohl bei der untersten (alle Kinder) als auch der oberen Schätzung (Kinder mit vorhandenen Impfangaben) sind Einzelkinder und Kinder mit einem Geschwisterkind häufiger vollständig geimpft als Kinder mit zwei und mehr Geschwistern. Der bisher beobachtete Effekt, dass Kinder, die zusammen mit zwei Erwachsenen im Haushalt leben, häufiger vollständig geimpft sind als Kinder aus Haushalten mit einem oder drei und mehr Erwachsenen, war in der Schuleingangsuntersuchung 2013/2014 wie schon im Vorjahr nur für die unterste Schätzung zu erkennen.

Tabelle 9: Vollständige Impfungen - unterste Schätzung (alle Kinder) und obere Schätzung (Kinder mit vorhandenen Impfangaben), unterschieden nach Geschwisterzahl und Anzahl der Erwachsenen im Haushalt, in %

	Impfungen vollständig - unterste Schätzung -	Impfungen vollständig - obere Schätzung -
Geschwisterzahl	n=108.637	Gültiges n=99.726 Fehlende Angaben: 3.312
Einzelkind	79,4%	82,3%
ein Geschwisterkind	78,6%	81,1%
zwei und mehr Geschwister	73,6%	77,5%
Erwachsene im Haushalt	n=108.637	Gültiges n=99.223 Fehlende Angaben: 3.815
ein Erwachsener	76,0%	80,8%
zwei Erwachsene	77,5%	80,2%
drei und mehr Erwachsene	76,5%	80,3%

Auch der **Migrationshintergrund** hat einen deutlichen Einfluss auf die Impfquoten: die obere Schätzung der Impfquoten (Kinder mit vorhandenen Impfangaben) zeigt, dass Kinder ohne Migrationshintergrund in geringerem Maße vollständig geimpft sind als Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund und diese auch weniger als Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 32). Bei der untersten Schätzung (alle Kinder) hingegen, das heißt unter Einrechnung der Kinder ohne vorhandene Impfangaben, liegt die Impfquote der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund leicht unter der für Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund. Dies kann zum Teil damit erklärt werden, dass der Anteil der Kinder, für die keine Impfangaben vorlagen, unter Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund mit 7,5 % etwa doppelt so hoch war wie bei Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund (3,8 %). Unter den Kindern ohne Migrationshintergrund waren nur 2,6 % ohne vorhandene Impfangaben (gültiges n=103.795; fehlende Angaben: 4.842). Dennoch liegt die unterste Schätzung der Impfquote sowohl für Kinder mit ein- als auch für Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund noch über der oberen Schätzung der Impfquote für Kinder ohne Migrationshintergrund.

Beachtet werden sollte hierbei außerdem, dass Eltern von Kindern mit beidseitigem (0,5 %) und einseitigem Migrationshintergrund (1,4 %) seltener alle Impfungen ablehnen als Eltern ohne Migrationshintergrund (2,4 %) (gültiges n=103.795; fehlende Angaben: 4.842).

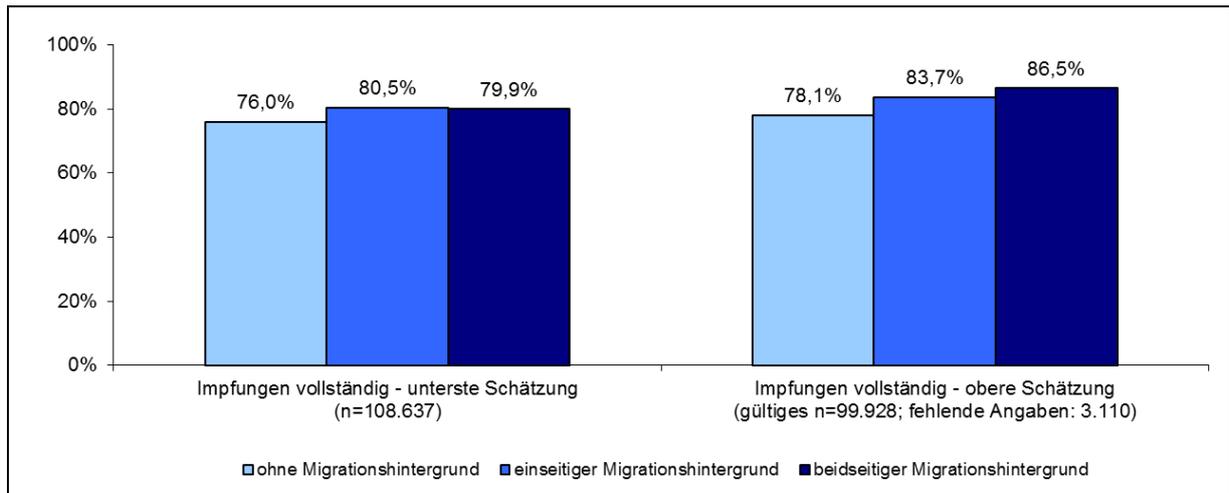


Abbildung 32: Vollständige Impfungen - unterste Schätzung (alle Kinder) und obere Schätzung (Kinder mit vorhandenen Impfangaben), unterschieden nach Migrationshintergrund, in %

Auch die Dauer des **Kindertagesstättenbesuchs** hängt mit dem Impfstatus der Kinder zusammen: bis zu einer Besuchsdauer von 3 Jahren (obere Schätzung) bzw. 4 Jahren (unterste Schätzung) steigt der Anteil vollständig geimpfter Kinder kontinuierlich an und geht nur geringfügig zurück für die Kinder, die länger als 3 bzw. 4 Jahre eine Kindertagesstätte besuchen (vgl. Abbildung 33).

In der Schuleingangsuntersuchung werden aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Daten zum soziodemographischen Hintergrund der Eltern der Einschulungskinder erfragt. Aus den **Gesundheits-Monitoring-Einheiten** in fünf bayerischen Regionen, in denen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung eine zusätzliche Befragung der Eltern durchgeführt wird, ist jedoch bekannt, dass Kinder, deren Eltern über Abitur verfügen oder ein Studium abgeschlossen haben, seltener vollständig geimpft sind als Kinder aus Elternhäusern mit einem weniger hohen Bildungsgrad (Quelle: LGL, eigene Berechnungen).

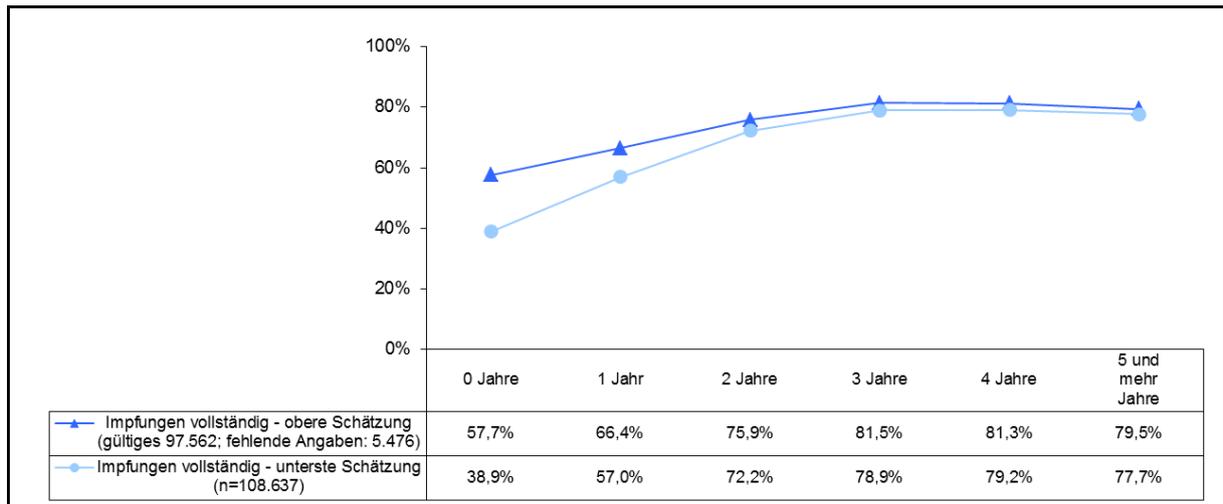


Abbildung 33: Vollständige Impfungen - unterste Schätzung (alle Kinder) und obere Schätzung (Kinder mit vorhandenen Impfangaben), unterschieden nach Jahren in einer Kindertagesstätte⁸, in %

⁸ Aufgrund der vergleichsweise geringen Fallzahl von Kindern, die null Jahre in eine Kindertagesstätte gehen (n=581 mit Impfangaben bzw. n=861 insgesamt), sind die Ergebnisse für diese Kinder nur eingeschränkt interpretierbar.

4.3 U-Untersuchungen

4.3.1 Vorbemerkungen

Seit 1976 gibt es Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (U-Untersuchungen), die in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) geregelt sind. Die zehn U-Untersuchungen bis zum Schulbeginn dienen der „Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (47). „Auch wenn angeborene Störungen durch die Früherkennung und frühzeitige Behandlung nicht geheilt werden können, so sollen doch schwerwiegende Folgen für die kindliche Entwicklung vermieden oder zumindest vermindert werden. [...] [Die Kosten der Früherkennungsuntersuchungen werden von den Krankenkassen übernommen. Auch eine Praxisgebühr wurde nicht erhoben.] [...] Für alle Früherkennungsuntersuchungen sind bestimmte Zeiträume vorgegeben [...]:

- U1 - nach der Geburt
- U2 - 3. bis 10. Lebenstag
- U3 - 4. bis 5. Lebenswoche
- U4 - 3. bis 4. Lebensmonat
- U5 - 6. bis 7. Lebensmonat
- U6 - 10. bis 12. Lebensmonat (ca. 1 Jahr)
- U7 - 21. bis 24. Lebensmonat (ca. 2 Jahre)
- U7a - 34. bis 36. Lebensmonat^[9] (ca. 3 Jahre)
- U8 - 46. bis 48. Lebensmonat (ca. 4 Jahre)
- U9 - 60. bis 64. Lebensmonat (6 Jahre)

Es ist wichtig, dass die Untersuchungen in den jeweiligen Altersspannen stattfinden, weil die Früherkennung und rechtzeitige Behandlung mancher Erkrankungen nur in einem bestimmten Zeitraum erfolgversprechend sind“ (48).

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 ist nach Artikel 14 Abs. 1 GDVG seit dem 16.05.2008 für alle Kinder in Bayern verpflichtend. Nimmt ein Kind weder an der U9 beim Kinder- oder Hausarzt noch an der schulärztlichen Untersuchung teil, so ist das Gesundheitsamt nach Artikel 14 Abs. 5 GDVG verpflichtet,

⁹ Die Früherkennungsuntersuchung U7a wurde zum 01.07.2008 eingeführt.

das Jugendamt zu informieren (3). Daraus folgt, dass die Eltern seit der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2009/2010 einen Nachweis über die durchgeführte U9-Untersuchung vorlegen müssen (vgl. Kapitel 1.3).

Die Eltern wurden daher – wie auch bereits in den Jahren zuvor – bei der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 aufgefordert, das Vorsorgeheft vorzulegen, damit die Teilnahme des Kindes an den Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 überprüft werden konnte. Wurde kein Vorsorgeheft vorgelegt, konnte die Teilnahme an der U9-Untersuchung auch mit einem separaten Blatt für die U9 oder ärztlicher Bescheinigung anstelle der U9 belegt werden. Konnte ein Kind zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung aufgrund seines jüngeren Alters die U9 noch nicht vorlegen, dann sollten die Eltern nach erfolgter U9-Untersuchung das Kinderuntersuchungsheft im Original den Mitarbeitern des Gesundheitsamts vorlegen oder eine vom Arzt „beglaubigte“ Kopie des „Blattes U9“ bzw. eine ärztliche Bescheinigung anstelle der U9 an das Gesundheitsamt schicken. Wenn der Nachweis über eine durchgeführte U9 nicht erbracht wird, ist eine schulärztliche Untersuchung vorgeschrieben (vgl. Kapitel 1.3). Die fehlende U9-Untersuchung ist der häufigste Grund für eine schulärztliche Untersuchung (vgl. Kapitel 6.2).

Die U9-Untersuchung wird wie die Schuleingangsuntersuchung im Jahr vor der Einschulung des Kindes durchgeführt. Während bei der U9 vor allem die Erkennung behandlungsbedürftiger akuter und chronischer Erkrankungen im Vordergrund steht, legt die Schuleingangsuntersuchung den Fokus auf gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für den Schulbesuch relevant sind (vgl. Kapitel 1.1).

4.3.2 Vorsorgeheft-Vorlage

Das **Vorsorgeheft** zur Dokumentation der Teilnahme an den U-Untersuchungen U1-U9 wurde bei 93,9 % der Kinder **vorgelegt**, das Blatt U9 oder eine ärztliche Bescheinigung anstelle der U9 legten 2,7 % vor (gültiges n=108.637). Zwischen den Gesundheitsamtsbezirken schwankt die Vorsorgeheft-Vorlage zwischen 85,8 % und 98,2 % (gültiges n=108.637). Berücksichtigt man zusätzlich das Blatt U9 oder eine ärztliche Bescheinigung anstelle der U9, so ergibt sich auf regionaler Ebene eine Spannweite der U-Unterlagen-Vorlage von 91,5 % bis 99,9 % zwischen den Gesundheitsämtern (gültiges n=108.637).

4.3.3 U-Teilnahmequoten

Ebenso wie bei den Impfquoten (vgl. Kapitel 4.2.3) können sich die Berechnungen der Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen einerseits auf alle untersuchten Kinder beziehen: In diesem Fall wird angenommen, dass bei Kindern ohne vorliegendes Vorsorgeheft für die U1-U8 beziehungsweise ohne Vorsorgeheft oder Blatt U9 für die U9 keine U-Untersuchungen durchgeführt wurden. Für die U9 wird dabei bei Kindern ohne Vorsorgeheft oder Blatt U9 bzw. ärztliche Bescheinigung anstelle der U9 davon ausgegangen, dass keine der früheren U-Untersuchung durchgeführt wurde. Dies entspricht einer **untersten Schätzung** der Teilnahmequoten an den U-Untersuchungen.

Andererseits können sich die Berechnungen der Teilnahmequoten allein auf die Kinder beziehen, die für die U1-U8 das Vorsorgeheft beziehungsweise für die U9 das Vorsorgeheft oder das Blatt U9 oder eine ärztliche Bescheinigung anstelle der U9 vorgelegt haben. Hier wird unterstellt, dass Kinder ohne Unterlagen zu den Früherkennungsuntersuchungen ebenso häufig untersucht wurden wie die Kinder, für die Unterlagen vorgelegt wurden. Dies entspricht einer **oberen Schätzung** der Teilnahmequoten an den U-Untersuchungen.

Analog zu den Impfquoten kann auch für die Kinder ohne vorgelegte Unterlagen zu den U-Untersuchungen nur geschätzt werden, in welchem Umfang diese wahrgenommen wurden. Es wird angenommen, dass sich unter den Kindern, für die keine Unterlagen vorgelegt wurden, mehr Kinder mit unvollständigen Vorsorgeuntersuchungen befinden, sodass deren Teilnahmequoten vermutlich unter dem Durchschnitt liegen. Daher wird davon ausgegangen, dass die tatsächlichen Teilnahmequoten zwischen den Werten der untersten und oberen Schätzung liegen.

Da im Vergleich zu den früheren Berichtsjahren der Anteil der Kinder angestiegen ist, bei dem nur das Blatt U9 bzw. eine ärztliche Bescheinigung anstelle der U9 vorgelegt wurde, ist die unterste Schätzung (alle Kinder) im Berichtsjahr wie schon bei der Vorjahresuntersuchung 2013/2014 am höchsten für die U9 (93,6 %), gefolgt von der U1 mit 91,9 %. Die **Teilnahmequote** an der U1 ist bei der oberen Schätzung (alle Kinder mit vorgelegten U-Unterlagen) mit 97,8 % wie bisher am höchsten (vgl. Abbildung 34). Von der U1 bis zur U7 nehmen die Teilnahmequoten mit einem minimalem An-

stieg bei der U6 (97,7 %) ab und sinken bei der im Jahr 2008 neu als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen eingeführten U7a stark ab, um zur U8 und U9 wieder anzusteigen (U9: obere Schätzung: 96,8 %). Bis auf die Teilnahmequote der U7a und die unterste Schätzung der U8-Teilnahmequote (U7a: unterste Schätzung: 82,4 %, obere Schätzung: 87,7 % und U8 unterste Schätzung: 88,8 %) liegen für alle U-Untersuchungen die unterste Schätzung bei mindestens 90,9 % und die obere Schätzung der Teilnahme bei mindestens 94,5 %. Es zeigt sich, dass die Inanspruchnahme der neueren Früherkennungsuntersuchung U7a für Bayern noch nicht flächendeckend umgesetzt ist, die U7a-Teilnahmequoten unterscheiden sich zwischen den Gesundheitsamtsbezirken stark und liegen bei der oberen Schätzung zwischen 39,7 % und 99,3 % (nicht dargestellt). Die Teilnahmequote der U9 ist vergleichbar zur Vorjahresuntersuchung (U9: obere Schätzung: 96,9 % Schuleingangsuntersuchung 2013/2014; 96,8 % Schuleingangsuntersuchung 2014/2015). Da die U1 bei allen Neugeborenen direkt nach der Geburt durch den Kinderarzt, Gynäkologen oder die Hebamme durchgeführt wird, kann davon ausgegangen werden, dass Kinder ohne U1 nicht in Deutschland geboren wurden. Dies ist auch bei der Bewertung der Teilnahmeraten der U2 und U3 zu berücksichtigen.

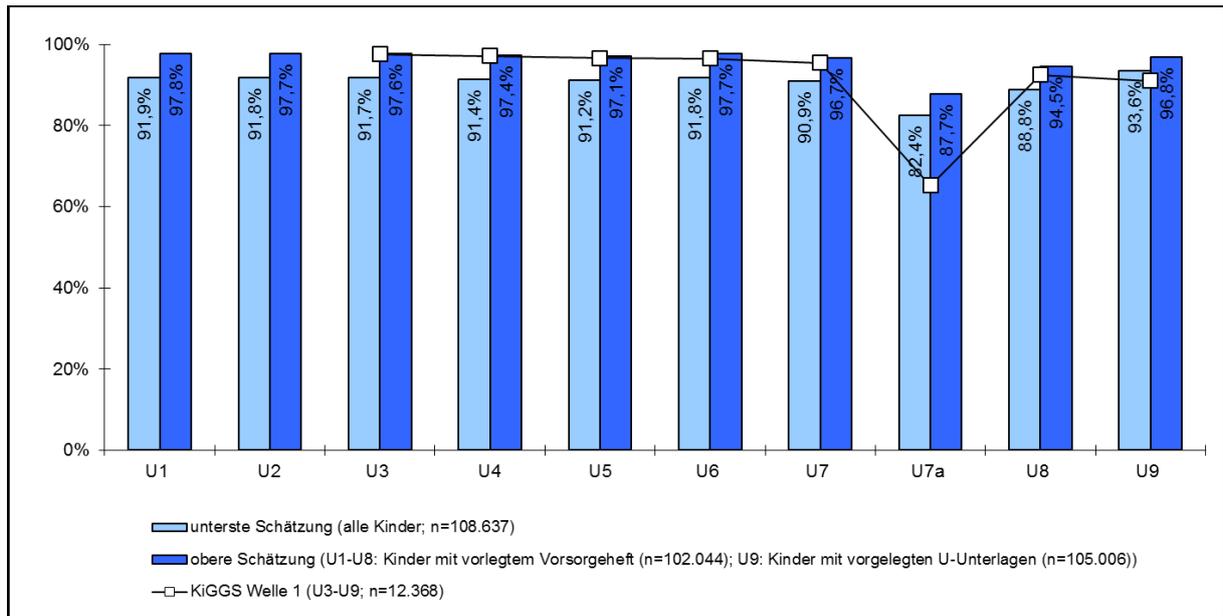
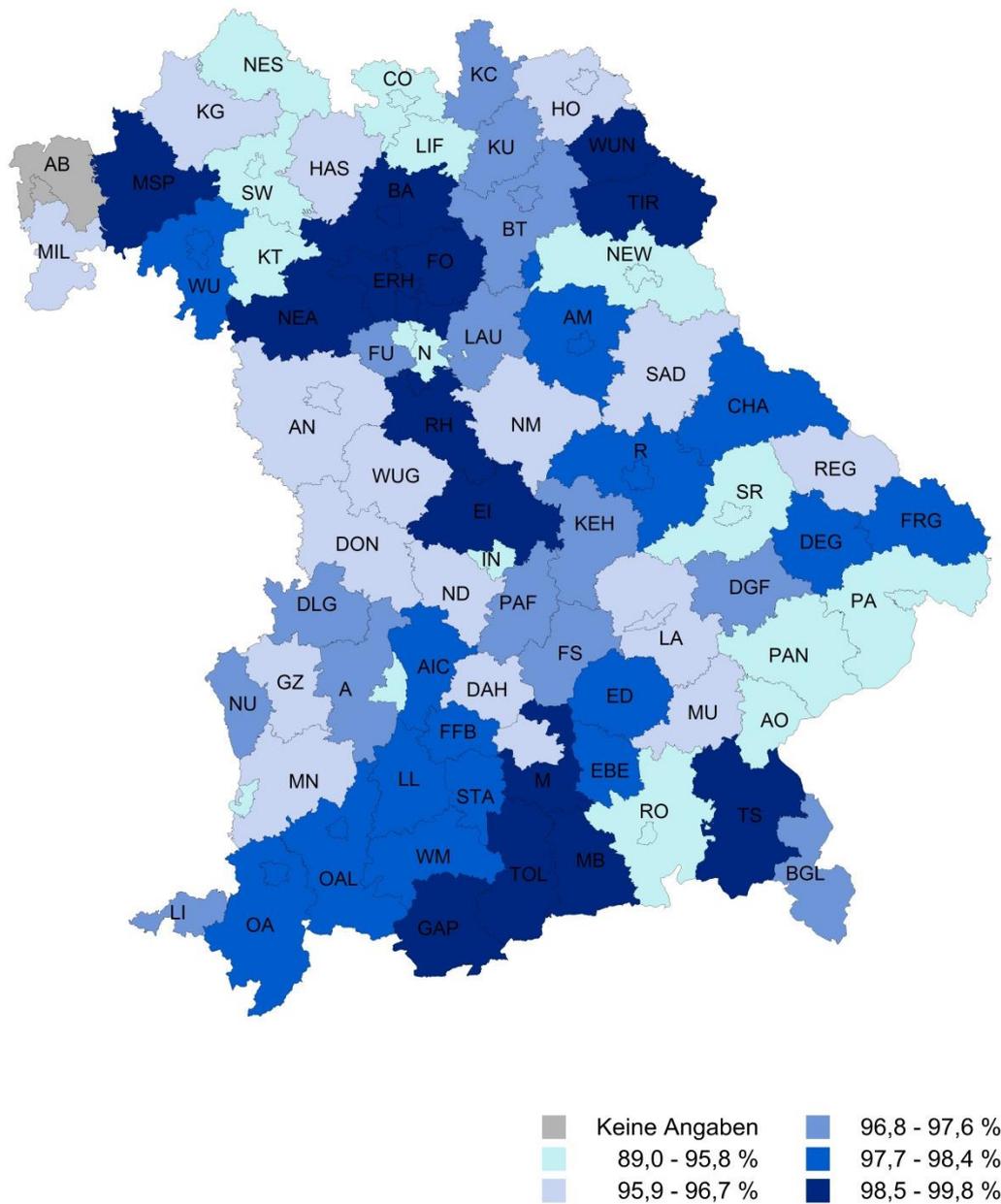


Abbildung 34: Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 in Bayern bei der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 (unterste Schätzung (alle Kinder), obere Schätzung (U1-U8: Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft; U9: Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft oder Blatt U9 oder ärztlicher Bescheinigung anstelle der U9) sowie KiGGS Welle 1 Inanspruchnahme U3-U9 (49), in %

In der ersten Folgebefragung des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS Welle 1)¹⁰ des RKI (49) liegt die Inanspruchnahme der U4-U8 jeweils etwas unterhalb der oberen Schätzung der bayerischen Teilnahmequoten bei der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015. Bei der U7a und bei der U9 ist sowohl die unterste als auch die obere Schätzung der bayerischen Teilnahmequoten höher als die in KiGGS angegebene Inanspruchnahme (U7a: 65,2 % und U9: 91,0 %).

Vergleicht man die **Teilnahmequoten der U9** in der oberen Schätzung (Kinder mit vorgelegten U-Unterlagen) auf regionaler Ebene, schwankt die Teilnahmequote zwischen den Gesundheitsamtsbezirken zwischen 89,0 % und 99,8 % (vgl. Abbildung 35), wobei 67 der 76 (88,2 %) Gesundheitsämter mit Daten zur Schuleingangsuntersuchung 2014/2015 eine Teilnahmequote von 95 % und höher aufweisen.

¹⁰ Die erste KiGGS-Folgebefragung (Welle 1) wurde im Zeitraum von 2009-2012 in Form von Telefoninterviews durchgeführt. Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 wurde von den Eltern erfragt. In die Auswertungen der U3-U9 gingen nur die Kinder ein, die zum Zeitpunkt der Befragung alt genug für die jeweilige U-Untersuchung waren. Die Inanspruchnahme der U1 und U2 wird nicht berichtet. Bei der Analyse der Vollständigkeit der U-Untersuchungen (U3-U9, ohne U7a) wurden nur in Deutschland geborene Kinder im Alter von 7-13 Jahren berücksichtigt (49).



Geodaten: © LDBV

Abbildung 35: Teilnahmequote an der Früherkennungsuntersuchung U9, obere Schätzung (Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft, Blatt U9 oder ärztlicher Bescheinigung anstelle der U9), unterschieden nach Gesundheitsamtsbezirken, in % (n=105.006)

4.3.4 Vollständigkeit der U-Untersuchungen

Eine **Vollständigkeit der U-Untersuchungen** liegt dann vor, wenn ein Kind an allen U-Untersuchungen teilgenommen hat. Zur besseren Vergleichbarkeit mit den Vorberichten werden die Ergebnisse einmal wie bisher ohne U7a gezeigt, daneben werden die Ergebnisse mit U7a in Klammern dahinter dargestellt. In der untersten Schätzung (alle Kinder) haben 83,3 % (inkl. U7a: 75,8 %) der Kinder (gültiges n=108.637) an der U1-U9 teilgenommen. In der oberen Schätzung, für die nur die Kinder berücksichtigt werden, die ihr Vorsorgeheft vorgelegt haben, haben 88,7 % (inkl. U7a: 80,7 %) der Kinder an allen neun (bzw. zehn mit U7a) Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen (gültiges n=102.044).

In der ersten Folgebefragung des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS Welle 1) wurde für 82,2 % der 7-13 jährigen in Deutschland geborenen Kinder (gültiges n (ungewichtet) = 4.389) eine Vollständigkeit der U3-U9 berichtet, dabei wurde die U7a nicht in die Berechnung mit eingeschlossen (49).

Auf regionaler Ebene differiert der Anteil der Kinder mit vollständiger Teilnahme an der U1-U9 in der untersten Schätzung (alle Kinder) zwischen 69,6 % und 93,4 % (inkl. U7a: 34,8 % und 93,2 %), in der oberen Schätzung (Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft) zwischen 75,1 % und 98,2 % (vgl. Abbildung 36; inkl. U7a: 36,4 % und 97,2 %, nicht dargestellt).

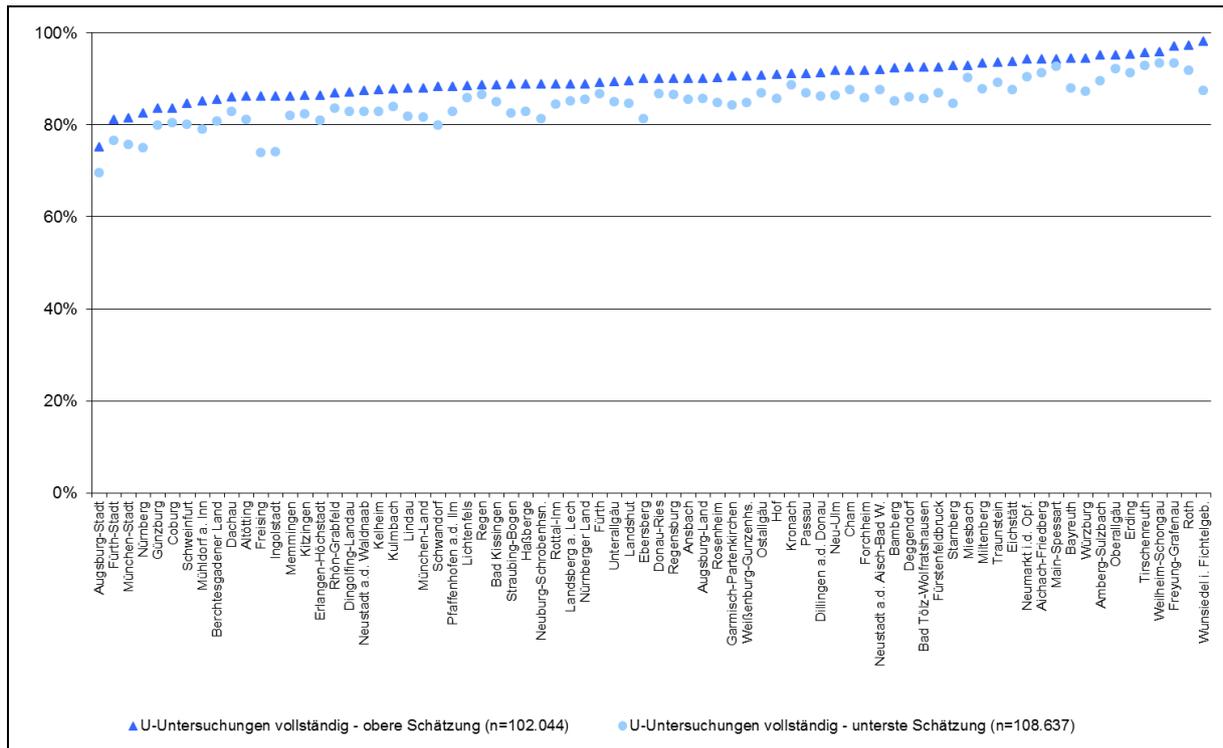


Abbildung 36: Vollständigkeit U1-U9 (ohne U7a) - unterste Schätzung (alle Kinder) und obere Schätzung (Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft), unterschieden nach Gesundheitsamtsbezirken (aufsteigend sortiert nach der oberen Schätzung), in %.

Mädchen und **Jungen** unterscheiden sich in Bezug auf die Vollständigkeit der U-Untersuchungen nicht. Aber die **Größe der Familie**, in der die Einschulungskinder aufwachsen, beeinflusst die Teilnahme an der U1-U9 (vgl. Tabelle 10): Sowohl bei der untersten Schätzung (alle Kinder) als auch bei der oberen Schätzung (Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft) haben Kinder mit einem Geschwisterkind häufiger vollständig an den U-Untersuchungen teilgenommen als Einzelkinder und insbesondere auch als Kinder, die mit zwei und mehr Geschwistern aufwachsen. Kinder, die in Haushalten mit zwei Erwachsenen leben, weisen häufiger vollständige U-Untersuchungen auf als Kinder, die mit drei und mehr Erwachsenen oder mit nur einem Erwachsenen zusammenleben.

Tabelle 10: Vollständigkeit U1-U9 (ohne U7a) - unterste Schätzung (alle Kinder) und obere Schätzung (Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft), unterschieden nach Geschwisterzahl (*fehlende Angaben: 5.058*) und Anzahl der Erwachsenen im Haushalt (*fehlende Angaben: 5.648*), in %, Angaben in Klammern beziehen die U7a in die Berechnung ein

	U-Untersuchungen vollständig - unterste Schätzung -	U-Untersuchungen vollständig - obere Schätzung -
Geschwisterzahl	n= 108.637	Gültiges n=98.722 Fehlende Angaben: 3.322
Einzelkind	84,8 % (76,6 %*)	89,6 % (80,9 %*)
ein Geschwisterkind	87,4 % (80,1 %*)	91,0 % (83,4 %*)
zwei und mehr Geschwister	79,9 % (72,1 %*)	84,6 % (76,3 %*)
Erwachsene im Haushalt	n= 108.637	Gültiges n=98.241 Fehlende Angaben: 3.803
ein Erwachsener	76,1 % (67,1 %*)	81,0 % (71,4 %*)
zwei Erwachsene	86,0 % (78,5 %*)	90,0 % (82,1 %*)
drei und mehr Erwachsene	80,2 % (72,5 %*)	85,0 % (76,9 %*)

*mit U7a

Der **Migrationshintergrund** hat ebenfalls einen Einfluss auf die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen: Im Gegensatz zur Vollständigkeit der Impfungen weisen Kinder mit ein- und beidseitigem Migrationshintergrund seltener vollständige U- Untersuchungen auf als Kinder ohne Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 37). Dies trifft sowohl für die obere Schätzung (Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft) zu als auch für die unterste Schätzung (alle Kinder), das heißt auch unter Einbeziehung der Kinder, die kein Vorsorgeheft vorgelegt haben. Wird die U7a in die Berechnung mit einbezogen, ergibt sich ein ähnliches Bild: unterste Schätzung 83,6 % bei Kindern ohne, 70,5 % bei Kindern mit einseitigem und 57,4 % bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund; obere Schätzung 85,5 % bei Kindern ohne, 74,0 % bei Kindern mit einseitigem und 66,2 % bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund.

Der Anteil der Kinder, die kein Vorsorgeheft vorgelegt haben, ist unter den Kindern mit einseitigem (4,7 %) und beidseitigem (13,4 %) Migrationshintergrund deutlich höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (2,2 %) (gültiges n=103.795; fehlende Angaben: 4.842), sodass davon auszugehen ist, dass unter Kindern mit Migrationshintergrund der Anteil mit unvollständigen U-Untersuchungen besonders hoch ist. Dabei ist zu bedenken, dass Kinder, die nicht seit Geburt in Deutschland leben, nicht alle U-Untersuchungen erhalten haben können.

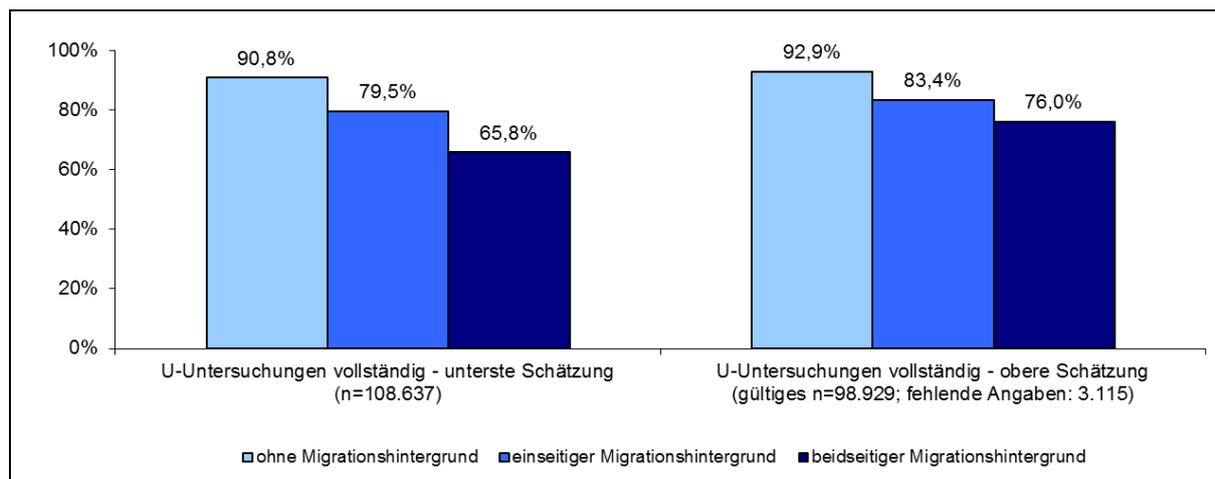


Abbildung 37: Vollständigkeit U1-U9 (ohne U7a)- unterste Schätzung (alle Kinder) und obere Schätzung (Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft), unterschieden nach Migrationshintergrund (fehlende Angaben bei unterster Schätzung: 4.842), in %

Schließlich ist auch zwischen der Dauer des **Kindertagesstättenbesuchs** und der Vollständigkeit der U-Untersuchungen ein positiver Zusammenhang zu beobachten (vgl. Abbildung 38). Dieser ist jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da er vor allem durch Kinder mit ein- und insbesondere beidseitigem Migrationshintergrund begründet ist (nicht dargestellt). Diese leben häufiger nicht seit der Geburt in Deutschland, können damit nicht alle U-Untersuchungen erhalten haben und haben entsprechend meist weniger Jahre in einer Kindertagesstätte verbracht. Für Kinder ohne Migrationshintergrund (n=71.548 mit vorgelegtem Vorsorgeheft, darunter fehlende Angaben zur Kita-Besuchsdauer: 1.931), ist ein bedeutsamer Anstieg des Anteils an Kindern mit vollständigen Vorsorgeuntersuchungen nur zu erkennen im Vergleich von Kindern, die weniger als zwei Jahre eine Kindertagesstätte besucht haben (obere Schätzung: 85,0 %) mit Kindern, die eine Kita-Besuchsdauer von zwei und mehr Jahren vorweisen (obere Schätzung: 93,1 %).

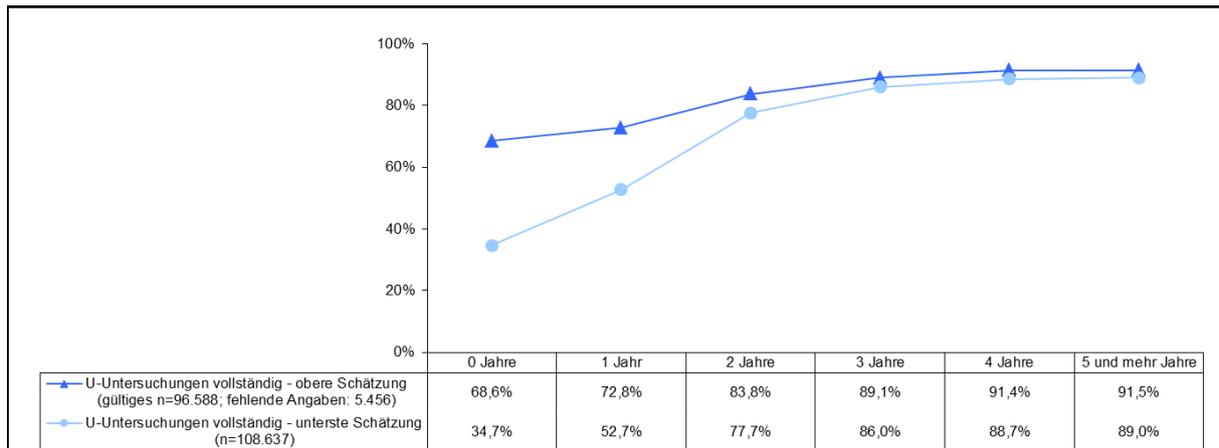


Abbildung 38: Vollständigkeit U1-U9 (ohne U7a) - unterste Schätzung (alle Kinder) und obere Schätzung (Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft), unterschieden nach Jahren in einer Kindertagesstätte (*fehlende Angaben bei unterster Schätzung: 7.430*)¹¹, in %

In der Zusatzerhebung zur Schuleingangsuntersuchung in fünf bayerischen Regionen - den so genannten **Gesundheits-Monitoring-Einheiten** - wurde aus den Angaben zum Schulabschluss und zur Berufstätigkeit der Eltern der Sozialstatus gebildet. Die Ergebnisse zeigen, dass bei Kindern aus Elternhäusern mit mittlerem und hohem sozialen Status die U-Untersuchungen häufiger vollständig sind als bei Kindern aus Elternhäusern mit niedrigem Sozialstatus (Quelle: LGL, eigene Berechnungen).

¹¹ Aufgrund der vergleichsweise geringen Fallzahl von Kindern, die null Jahre in eine Kindertagesstätte gehen (n=436 mit vorgelegtem Vorsorgeheft bzw. n=861 insgesamt), sind die Ergebnisse für diese Kinder nur eingeschränkt interpretierbar.

5 Befundhäufigkeiten

5.1 Überblick / Zusammenfassung

Die kombinierte Auswertung der einzelnen Befunde aus den in der Schuleingangsuntersuchung durchgeführten Screening-Tests sowie weiterer in der Schuleingangsuntersuchung erhobener Werte ermöglicht einen Überblick über den jeweiligen Anteil der Kinder, bei denen die Kombination der Befunde unauffällig war. Unauffällig ist ein kombinierter Befund nur dann, wenn alle darin enthaltenen Variablen zugleich als unauffällig beziehungsweise vollständig gewertet wurden. In Tabelle 11 werden die wichtigsten Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2014/2015 denen der Vorjahresuntersuchung 2013/2014 gegenübergestellt.

Tabelle 11: Befundhäufigkeiten der erstuntersuchten Kinder in der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung 2013/2014

	2014/2015	2013/2014
Anzahl erstuntersuchte Kinder	108.637	107.723
Screening-Befunde		
Visus Ferne unauffällig	93,7 %	93,7%
Visuomotorik (Kreis & Quadrat & Dreieck) unauffällig	87,0 %	87,2%
Sprache (Lautbildung & Wort-/Satzbildung) unauffällig	74,8 %	75,2%
Kombinierte Befundhäufigkeiten		
Visuomotorik & Sprache unauffällig	67,4 %	67,9%
Screening (Visus Ferne & Visuomotorik & Sprache) unauffällig	63,6 %	64,1%
Screening (Visus Ferne & Visuomotorik & Sprache) unauffällig & BMI unauffällig	59,3 %	59,7%
Screening (Visus Ferne & Visuomotorik & Sprache) unauffällig & BMI unauffällig & U1-U9 vollständig (Vorsorgeheft vorgelegt)	53,9 %	54,1%
Screening (Visus Ferne & Visuomotorik & Sprache) unauffällig & BMI unauffällig & U1-U9 vollständig (Vorsorgeheft vorgelegt) & Impfungen vollständig (Impfbuch vorgelegt)	44,4 %	44,7%

- Der Anteil der Kinder mit unauffälligem Sehvermögen (einschließlich Brillenträger) beträgt 93,7 % und hat sich im Vergleich der letzten Schuleingangsuntersuchungen kaum verändert. Einen unauffälligen Befund in der Visuomotorik haben 87,0 % der Kinder, dieser Anteil schwankt leicht über die Jahre. Der Anteil der Kinder ohne Sprachauffälligkeiten sinkt zur Schuleingangsuntersuchung 2014/2015 im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung leicht auf 74,8 %. In der Visuomotorik und der Sprachentwicklung ist der Anteil der Mädchen mit unauffälligen Befunden jeweils deutlich höher als der Anteil der Jungen.
- Die kombinierten Befundhäufigkeiten zeigen eine deutliche Abnahme von Kindern mit unauffälligen Befunden, je mehr Befunde miteinander kombiniert werden. Bedingt durch die besseren Ergebnisse in den Sprach- und Visuomotoriktests weisen Mädchen in höherem Maße unauffällige Befundkombinationen auf als Jungen. Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund haben deutlich seltener unauffällige Befunde als Kinder mit einseitigem oder ohne Migrationshintergrund. Je mehr Jahre die Kinder eine Kindertagesstätte besuchen, umso höher ist der Anteil der Kinder mit unauffälligen Befunden.

5.2 Screening-Befunde

Eine zusammenfassende Übersicht über die unauffälligen Befunde im Schuleingangsscreening im zeitlichen Verlauf der Schuleingangsuntersuchungen zu den Schuljahren 2004/2005 bis 2014/2015 zeigt, dass der Anteil der Kinder mit unauffälligem Sehvermögen (Visus Ferne) 2014/2015 bei 93,7 % liegt und sich seit 2004/2005 kaum verändert hat (vgl. Abbildung 39, gültiges n= 105.310, fehlende Angaben 3.327). Im Bereich der Visuomotorik ist der Anteil der Kinder mit unauffälligen Befunden (Kreis & Quadrat & Dreieck) zuletzt minimal zurückgegangen, nachdem er seit der Schuleingangsuntersuchung 2007/2008 bis zur Schuleingangsuntersuchung 2011/2012 leicht gestiegen war. Für das vorliegende Berichtsjahr 2014/2015 beträgt der Anteil unauffälliger Befunde 87,0 % (gültiges n= 105.261, fehlende Angaben: 3.376). Der Anteil der Kinder, die keine Sprachauffälligkeiten (Lautbildung & Wort-/Satzbildung) aufweisen, hat im Laufe der Schuleingangsuntersuchungen mit kleinen Schwankungen abgenommen und liegt für die Schuleingangsuntersuchung 2014/15

bei 74,8 % (gültiges n= 99.576, fehlende Angaben: 9.061). Da Kinder mit Migrationshintergrund in deutlich höherem Maße von Wort-/ Satzbildungsstörungen betroffen sind (vgl. Kapitel 3.5), dürfte dies zum Teil mit dem steigenden Anteil von Kindern mit ein- und beidseitigem Migrationshintergrund in der Schuleingangsuntersuchung erklärt werden (vgl. Abbildung 11).

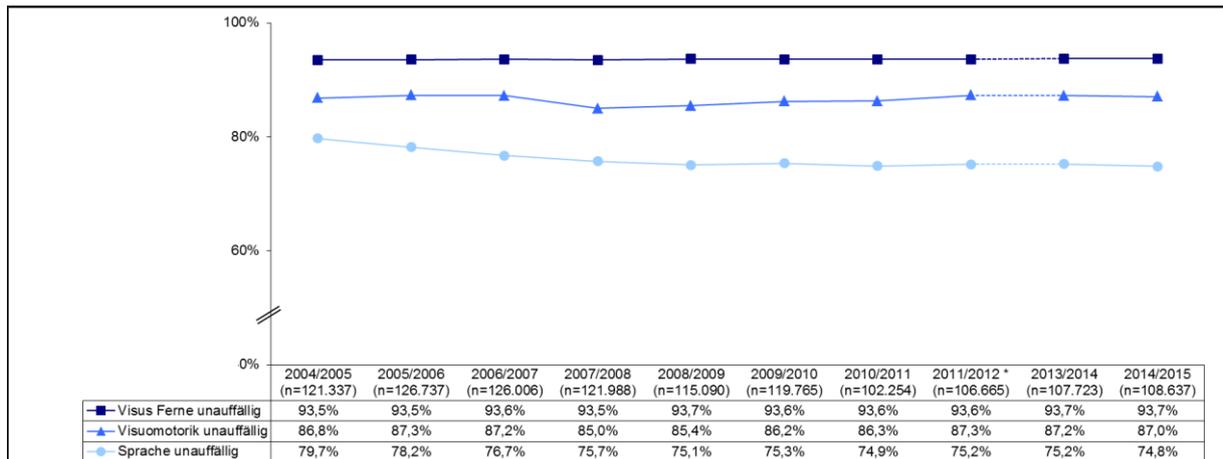


Abbildung 39: Unauffällige Befunde im Screening der Schuleingangsuntersuchungen 2004/2005-2014/2015 (bezogen auf die erstuntersuchten Kinder), in %;
* die Daten für die Schuleingangsuntersuchung 2012/2013 sind derzeit in Auswertung

Der Vergleich zwischen den **Geschlechtern** zeigt beim Sehvermögen (Visus Ferne) der Kinder keine bedeutsamen Unterschiede, Veränderungen im Zeitverlauf gibt es nicht (vgl. Abbildung 40; gültiges n= 104.830, fehlende Angaben: 3.807). In der Visuomotorik (Kreis & Quadrat & Dreieck) ist der Anteil der unauffälligen Befunde bei den Mädchen (91,3 %) deutlich höher als bei den Jungen (83,0 %) (gültiges n= 104.772, fehlende Angaben: 3.865). Die Schwankungen im zeitlichen Vergleich zeigen sich bei beiden Geschlechtern. Der Anteil der Mädchen ohne Sprachauffälligkeiten (Lautbildung & Wort/Satzbildung) ist mit 79,4 % ebenfalls deutlich höher als bei den Jungen (70,4 %) (gültiges n= 99.151, fehlende Angaben: 9.486). Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Werte nur geringfügig verändert.

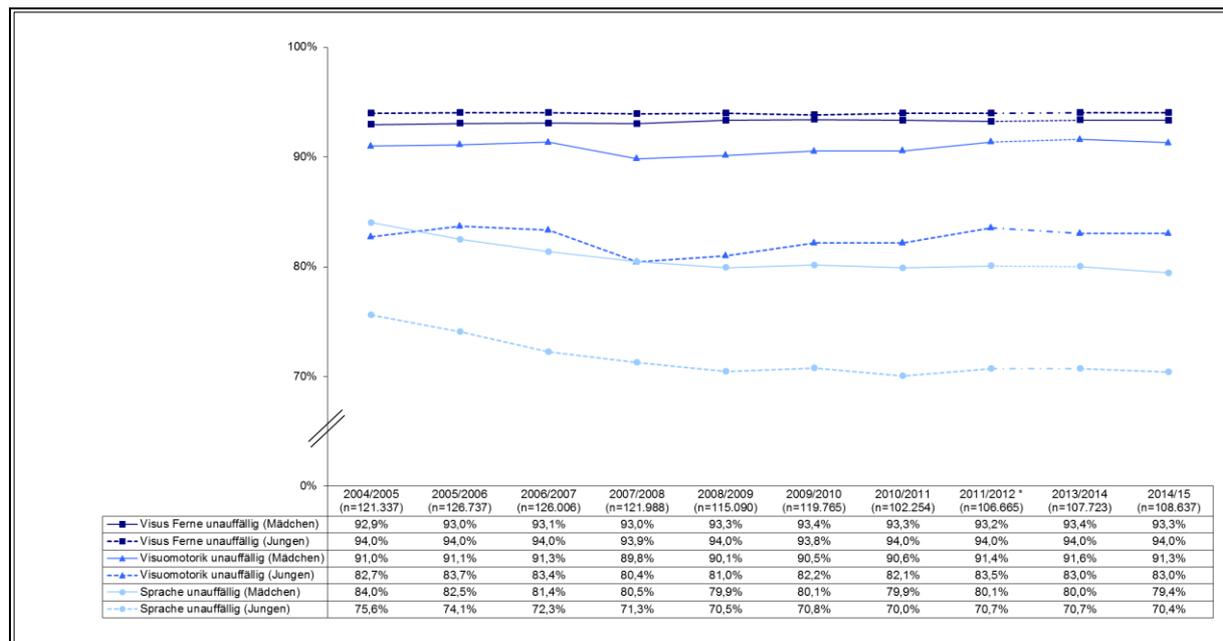


Abbildung 40: Unauffällige Befunde im Screening der Schuleingangsuntersuchungen 2004/2005-2014/2015 (bezogen auf die erstuntersuchten Kinder), unterschieden nach Geschlecht, in %;

* die Daten für die Schuleingangsuntersuchung 2012/2013 sind derzeit in Auswertung

5.3 Kombinierte Befundhäufigkeiten

Die kombinierte Auswertung der Befunde aus der Schuleingangsuntersuchung in Abbildung 41 zeigt, dass 67,4 % der Kinder unauffällige Befunde im Sprachvermögen (Lautbildung & Wort-/ Satzbildung) und zugleich in der Visuomotorik (Kreis & Quadrat & Dreieck) haben. Unauffällige Befunde in allen Screening-Tests haben 63,6 % der Kinder, das betrifft das Sehvermögen (Visus Ferne), das Sprachvermögen und die Visuomotorik. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass 36,4 % der Kinder mindestens eine Auffälligkeit im Sehvermögen oder im Sprachvermögen oder in der Visuomotorik aufweisen.

Nimmt man den Body-Mass-Index hinzu, so haben 59,3 % der Kinder unauffällige Screening-Tests und zugleich einen unauffälligen BMI, das heißt, sie sind weder stark untergewichtig noch adipös. Unauffällige Screening-Tests, einen unauffälligen BMI und zugleich vollständige Untersuchungen U1-U9 (bei Vorsorgeheftvorlage, ohne U7a) weisen mit 53,9 % etwas mehr als die Hälfte der Kinder auf. Nimmt man noch die Vollständigkeit der Impfungen (bei Impfbuchvorlage) hinzu, so gibt es nur noch 44,4 % Kinder mit unauffälligen beziehungsweise vollständigen Befunden. Ent-

sprechend liegt bei 55,6 % der Kinder in mindestens einer Befund-Kategorie ein auffälliger oder unvollständiger Befund vor. Für alle Befund-Kombinationen ist der Anteil unauffälliger Befunde leicht rückläufig im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung.

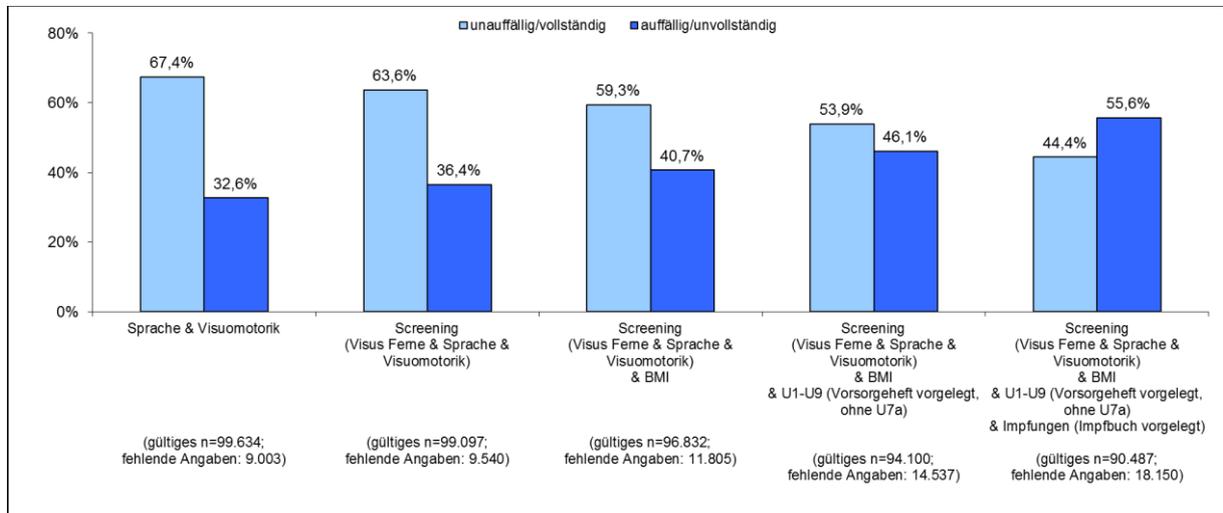


Abbildung 41: Kombinierte Befundhäufigkeiten: unauffällige/vollständige Befunde vs. auffällige/unvollständige Befunde aus Schuleingangsscreening, Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen, in %

Die Unterscheidung der kombinierten Befunde aus der Schuleingangsuntersuchung nach **Geschlecht** zeigt, dass die Mädchen in höherem Maße als die Jungen unauffällige beziehungsweise vollständige Befunde bei jeder Befund-Kombination aufweisen (vgl. Abbildung 42). So haben beispielsweise 65,2 % der Mädchen in allen Screening-Tests unauffällige Befunde und haben zugleich auch einen unauffälligen BMI im Vergleich zu 54,0 % der Jungen.

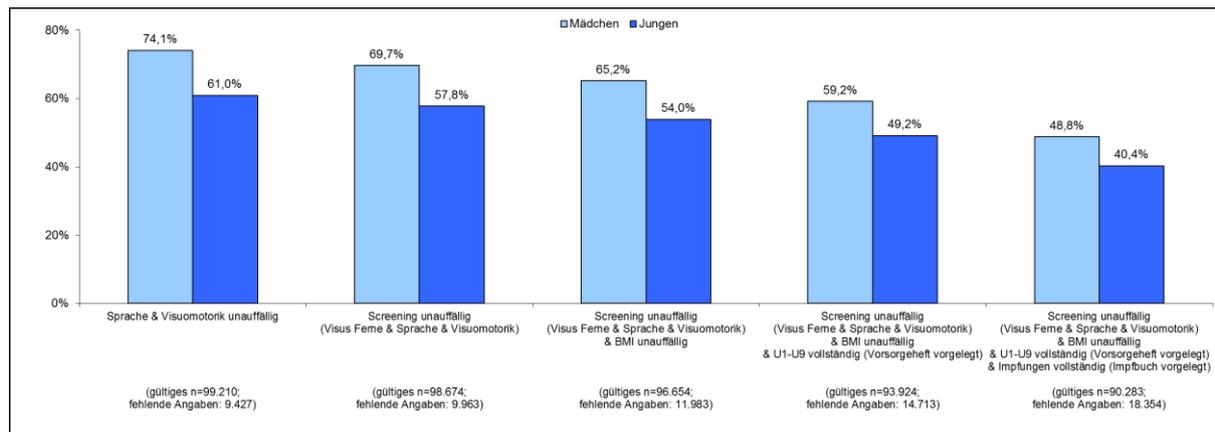


Abbildung 42: Kombinierte Befundhäufigkeiten: unauffällige/vollständige Befunde aus Schuleingangs-screening, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, unterschieden nach Geschlecht, in %

Auch der **Migrationshintergrund** hat einen Einfluss auf die Befunde der Schuleingangsuntersuchung (vgl. Abbildung 43): Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund weisen in allen kombinierten Befundhäufigkeiten einen niedrigeren Anteil unauffälliger Befunde auf als Kinder ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund. So haben beispielsweise nur 36,5 % der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund unauffällige Screening-Tests, einen unauffälligen BMI und zugleich vollständige U-Untersuchungen sowie vollständige Impfungen. Von den Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund trifft das auf 45,3 %, bei Kindern ohne Migrationshintergrund auf 46,5 % zu. Der Anteil unauffälliger beziehungsweise vollständiger Befunde unter Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund unterscheidet sich für fast alle Befundkombinationen nur noch wenig vom entsprechenden Anteil unter Kindern ohne Migrationshintergrund. Dies ist bedingt durch einen leichten Anstieg der jeweiligen Werte für Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund bei gleichzeitig geringem Rückgang der Werte für Kinder ohne Migrationshintergrund im Vergleich zum Vorjahr. Lediglich für die Kombination unauffällige Screening-Tests, unauffälliger BMI und zugleich vollständige U-Untersuchungen ist noch ein deutlicher Unterschied für Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund (51,8 %) und Kinder ohne Migrationshintergrund (58,2 %) zu beobachten.

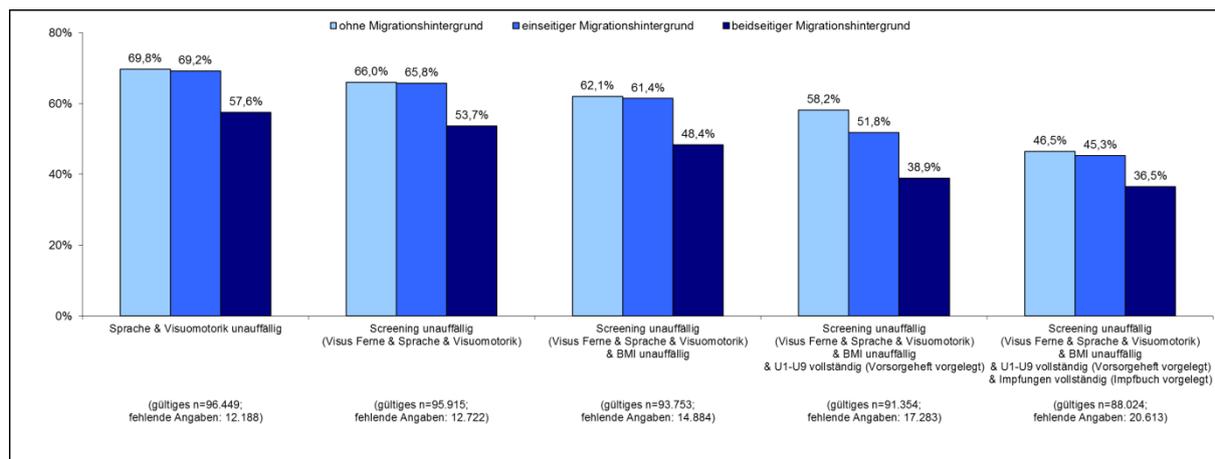


Abbildung 43: Kombinierte Befundhäufigkeiten: unauffällige/vollständige Befunde aus Schuleingangsscreening, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, unterschieden nach Migrationshintergrund, in %

Mit zunehmender Dauer des **Besuchs einer Kindertagesstätte** nimmt der Anteil der Kinder, die ausschließlich unauffällige beziehungsweise vollständige Befunde aufweisen, deutlich zu (vgl. Abbildung 44). Beispielsweise haben Kinder, die nur ein Jahr in eine Kita gehen, zu 49,5 % unauffällige Befunde im Screening (Visus Ferne & Sprache & Visuomotorik), während die Kinder, die fünf und mehr Jahre in eine Kindertagesstätte gehen, hier zu 73,3 % unauffällige Befunde aufzuweisen. Ein Zusammenhang von Kita-Besuchsdauer und Anzahl unauffälliger Befunde bleibt auch dann bestehen, wenn nach dem Migrationshintergrund unterschieden wird: sowohl für Kinder ohne Migrationshintergrund als auch für Kinder mit ein- oder beidseitigem Migrationshintergrund wächst der Anteil an Kindern mit unauffälligen Befunden im Screening (Visus Ferne & Sprache & Visuomotorik) mit zunehmender Kita-Besuchsdauer um etwa 20 bis 25 Prozentpunkte (nicht dargestellt). Hierbei gilt zu berücksichtigen, dass die Schätzungen durch die Unterscheidung nach Migrationshintergrund und Kita-Besuchsdauer auf kleineren Fallzahlen beruhen (Kinder ohne Migrationshintergrund mit gültigen Angaben zu Visus Ferne & Sprache & Visuomotorik : gültiges n=67.685, fehlende Angaben zum Kita-Besuch: 1.830; mit einseitigem Migrationshintergrund: gültiges n=8.895, fehlende Angaben zum Kita-Besuch: 360; mit beidseitigem Migrationshintergrund: gültiges n=16.355, fehlende Angaben zum Kita-Besuch: 790).

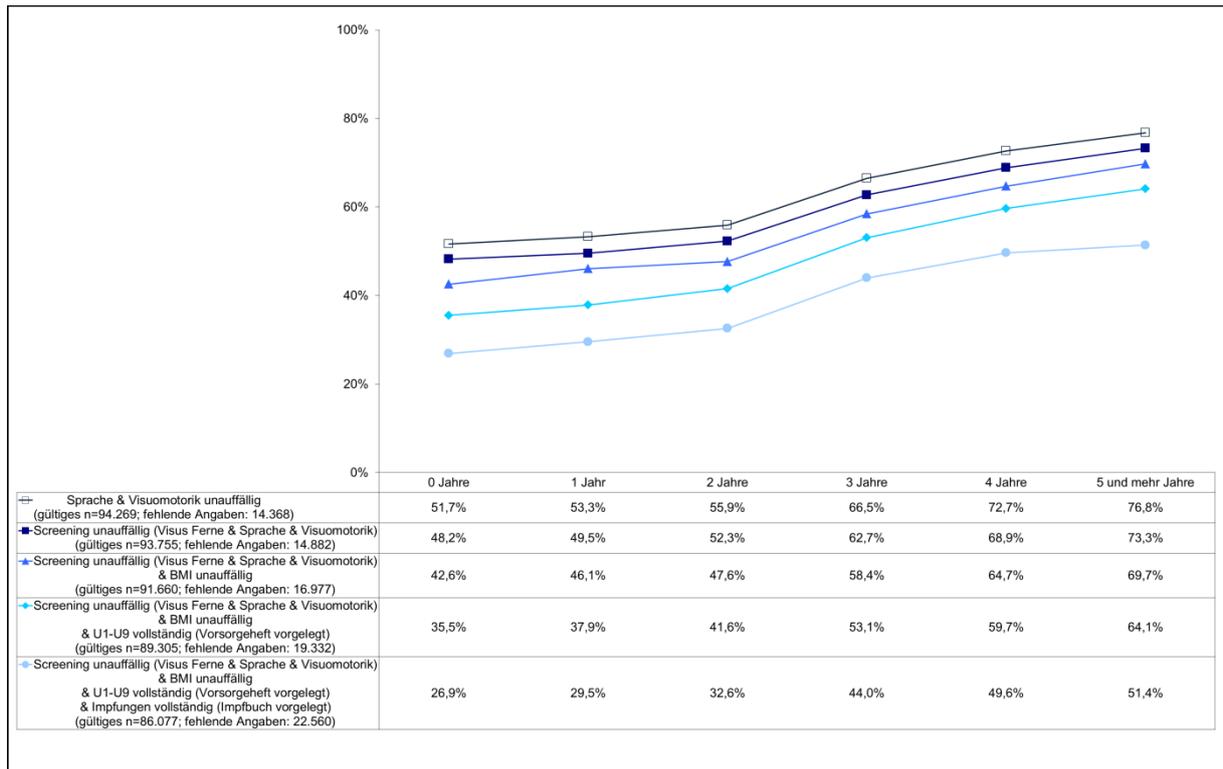


Abbildung 44: Kombinierte Befundhäufigkeiten: unauffällige/vollständige Befunde aus Schuleingangsscreening, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, unterschieden nach Jahren in einer Kindertagesstätte¹², in %

¹² Aufgrund der vergleichsweise geringen Fallzahl von Kindern, die null Jahre in eine Kindertagesstätte gehen (n=305 bis n=452 je nach Befundkombination) sind die Ergebnisse für diese Kinder nur eingeschränkt interpretierbar

6 Schulärztliche Untersuchung

6.1 Überblick / Zusammenfassung

Bei einigen Kindern wird im Anschluss an das Schuleingangsscreening eine schulärztliche Untersuchung durch einen Arzt des zuständigen Gesundheitsamts durchgeführt. Hierbei werden die Kinder, ähnlich wie bei der U9, körperlich untersucht. Die schulärztliche Untersuchung ist vorgeschrieben, wenn der Nachweis über eine durchgeführte U9 nicht erbracht wird; sie kann erfolgen, wenn beispielsweise das Schuleingangsscreening einen auffälligen, schulrelevanten Befund ergeben hat oder wenn die Eltern dies wünschen (vgl. Kapitel 1.4). Auch bei Verdacht auf Vernachlässigung oder Misshandlung ist eine schulärztliche Untersuchung indiziert. In Tabelle 12 werden ausgewählte Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung 2014/2015 denen der Vorjahresuntersuchung 2013/2014 gegenübergestellt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass es sich hier um ein selektiertes Kollektiv handelt.

Tabelle 12: Ausgewählte Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung in der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung 2013/2014

	2014/2015	2013/2014
Anteil der Kinder mit schulärztlicher Untersuchung an allen übermittelten Kindern	9,3 %	9,5 %
Befunde bei erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung	n=10.609	n=10.667
Diagnosen		
Verhaltensauffälligkeiten beim Kind	13,6 %	16,6 %
Bislang unbehandelte therapiebedürftige körperliche Befunde	7,6 %	7,6 %
Schlechte Mundgesundheit (Massive Karies, Zahnverlust etc.)	8,9 %	8,1 %
Umgangs-/Erziehungsprobleme Mutter/Vater – Kind	2,9 %	3,9 %
Verdacht auf Vernachlässigung (Kleidung, Pflegezustand, Verhalten)	0,5 %	0,7 %
Hämatome, Narben, Verletzungen an untypischen Stellen	1,0 %	0,6 %
Entwicklungsrückstände		
Sprache	34,5 %	36,0 %
Feinmotorik	21,8 %	24,0 %
Grobmotorik	13,7 %	15,0 %
Soziale Entwicklung	14,9 %	18,2 %
Weitere Abklärung veranlasst über...		
Kinderarzt/Jugendarzt	15,7 %	17,7 %
Facharzt	9,0 %	9,6 %
Zahnarzt	6,3 %	5,4 %
Jugendamt	0,7 %	0,8 %
Sonstige	13,5 %	18,3 %

- Ab der Schuleingangsuntersuchung 2009/2010 wurde die U9-Vorlage verpflichtend, sodass eine schulärztliche Untersuchung erfolgen muss, wenn der Nachweis über eine durchgeführte U9 nicht erbracht wird. Der Anteil der schulärztlich untersuchten Kinder an allen übermittelten Kindern hat im Vergleich zum Vorjahr geringfügig abgenommen und liegt bei 9,3 %. Der häufigste Grund für die schulärztliche Untersuchung ist weiterhin die fehlende U9.
- Die erstuntersuchten Kinder mit schulärztlicher Untersuchung sind etwas häufiger als alle erstuntersuchten Kinder männlichen Geschlechts, leben seltener mit einem Geschwisterkind und zwei Erwachsenen im Haushalt, besuchen kürzer eine Kindertagesstätte, bei dem es sich seltener um einen Regelkindergarten handelt, und haben häufiger einen beidseitigen Migrationshintergrund.
- Der am häufigsten diagnostizierte Befund bei erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung sind Verhaltensauffälligkeiten (13,6 %); Entwicklungsrückstände sind im Bereich Sprache (34,5 %) am größten.
- Im Vergleich zu allen erstuntersuchten Kindern weisen die erstuntersuchten Kinder mit schulärztlicher Untersuchung etwas häufiger starkes Untergewicht beziehungsweise Übergewicht auf und sind deutlich häufiger adipös.
- Eine weitere Abklärung der Befunde wurde am häufigsten über den Kinder-/Jugendarzt (15,7 %) veranlasst.
- Die spezielle Untergruppe der Kinder, die aufgrund einer fehlenden U9 schulärztlich untersucht wurde, unterscheidet sich von allen schulärztlich untersuchten Kindern vor allem dadurch, dass sie deutlich seltener vollständig geimpft ist, bei ihr häufiger eine schlechte Mundgesundheit sowie unbehandelte therapiebedürftige körperliche Befunde diagnostiziert werden.

6.2 Basisdaten

In der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 wurden von 76 Gesundheitsämtern die Daten der schulärztlich untersuchten Kinder auf Individualebene erfasst und an das LGL übermittelt (Daten aus dem Gesundheitsamt Aschaffenburg konnten für die Auswertung aufgrund verspäteter Bereitstellung nicht berücksichtigt werden).

Von den 119.145 in der Schuleingangsuntersuchung 2014/2015 übermittelten Kindern wurden 11.054 (9,3 %, fehlende Angaben: n = 113) schulärztlich untersucht. Das sind geringfügig weniger schulärztliche Untersuchungen als im Vorjahr (2013/2014: 9,5 %). Ab der Schuleingangsuntersuchung 2009/2010 wurde die U9-Vorlage verpflichtend (vgl. Kapitel 1.3). Dementsprechend ist die U9-Teilnahme von 93,9 % (2008/2009) auf 96,8 % (2014/2015) angestiegen (vgl. Kapitel 4.1).

Dennoch bleibt die fehlende U9 der häufigste Grund für die schulärztliche Untersuchung gefolgt vom Wunsch der Eltern nach einer schulärztlichen Untersuchung und Auffälligkeiten im Screening-Programm. Abbildung 45 zeigt die prozentuale Verteilung der Gründe für eine schulärztliche Untersuchung in Bezug auf alle Kinder.

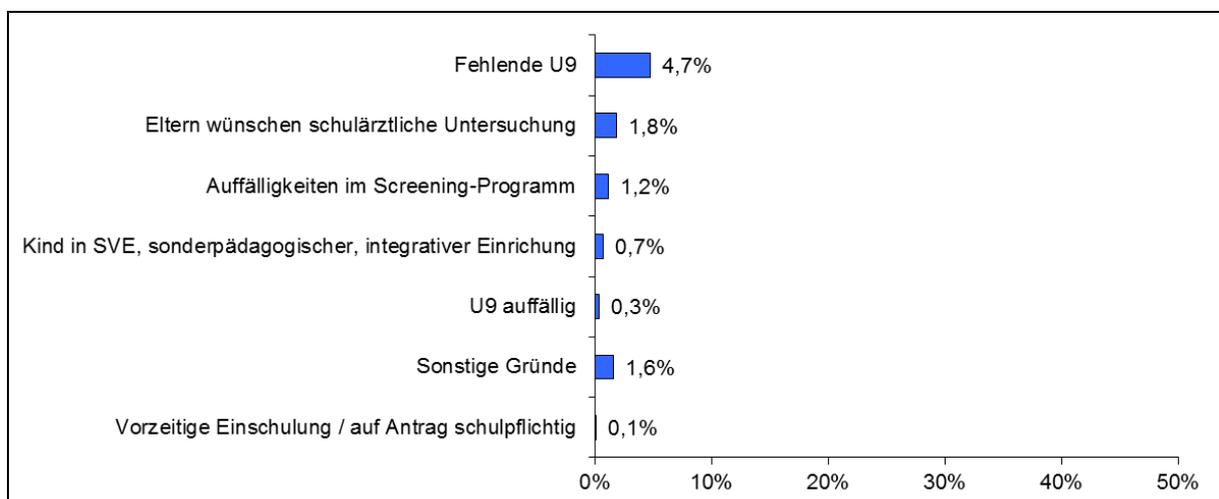


Abbildung 45: Grund für die schulärztliche Untersuchung (gültiges n=119.032, fehlende Angaben: 113), in %; Mehrfachantworten waren möglich

Der Vergleich mit dem Vorberichtsjaar 2013/2014 (61) zeigt, dass die U9 als Grund für die schulärztliche Untersuchung konstant bei 4,7 % geblieben ist.

6.3 Soziodemographie und Prävention

Von den 11.054 Kindern mit schulärztlicher Untersuchung sind 96,0 % erstmalig und 4,0 % wiederholt bei der Schuleingangsuntersuchung vorgestellt worden, bei lediglich 3 Kindern fand das Schuleingangsscreening nicht statt.

In die Analysen zur schulärztlichen Untersuchung gehen ausschließlich die 10.609 erstuntersuchten Kinder ein, um die Ergebnisse mit denen des Schuleingangsscreenings vergleichen zu können. Als spezielle Untergruppe der schulärztlich untersuchten Kinder werden zusätzlich die erstuntersuchten Kinder ausgewertet, bei denen als Grund für die schulärztliche Untersuchung die fehlende U9 angegeben war (n=5.427).

In Tabelle 13 wird die **Soziodemographie** der schulärztlich untersuchten Kinder mittels ausgewählter Variablen beschrieben, um die Rahmenbedingungen für die Gesundheit dieser Kinder darzustellen. Im Vergleich zu allen Kindern ist bei den Kindern mit schulärztlicher Untersuchung der Anteil der Jungen höher. Schulärztlich untersuchte Kinder sind etwas häufiger Einzelkinder oder haben öfter als alle Kinder zwei und mehr Geschwister. Die schulärztlich untersuchten Kinder leben deutlich häufiger mit nur einem Erwachsenen im Haushalt. Die schulärztlich untersuchten Kinder gehen seltener in den Regelkindergarten und besuchen dafür in höherem Maße eine schulvorbereitende Einrichtung oder eine heilpädagogische Tagesstätte. Die Dauer des Kita-Besuchs liegt dabei unter der aller Kinder, da die schulärztlich untersuchten Kinder seltener vier und mehr Jahre und dafür häufiger null bis zwei Jahre in eine Kindertagesstätte gehen. Häufiger als alle Kinder stammen die schulärztlich untersuchten Kinder aus Elternhäusern mit beidseitigem Migrationshintergrund.

In der Untergruppe der schulärztlich untersuchten Kinder aufgrund fehlender U9 gibt es in etwa gleich viele Mädchen und Jungen. Der Anteil der Kinder mit zwei und mehr Geschwistern ist höher, die Kinder besuchen weniger Jahre eine Kindertagesstätte und der Anteil der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund ist höher verglichen mit allen schulärztlich untersuchten und allen erstuntersuchten Kindern (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Soziodemographie, unterschieden nach erstuntersuchten Kindern, erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung und erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung aufgrund fehlender U9

	Erstuntersuchte Kinder	Erstuntersuchte Kinder mit schulärztlicher Untersuchung	Erstuntersuchte Kinder mit schulärztlicher Untersuchung, Grund: fehlende U9
Geschlecht	(Gültiges n=108.129; fehlende Angaben: 508)	(Gültiges n=10.534; fehlende Angaben: 75)	(Gültiges n=5.375; fehlende Angaben: 52)
Mädchen	48,7 %	46,0 %	49,4 %
Jungen	51,3 %	54,0 %	50,6 %
Geschwister	(Gültiges n=103.579; fehlende Angaben: 5.058)	(Gültiges n=10.064; fehlende Angaben: 545)	(Gültiges n=5.011; fehlende Angaben: 416)
Einzelkind	17,9 %	18,8 %	17,5 %
Ein Geschwisterkind	53,3 %	45,3 %	40,7 %
Zwei und mehr Geschwister	28,9 %	35,9 %	41,7 %
Erwachsene im Haushalt	(Gültiges n=102.989; fehlende Angaben: 5.648)	(Gültiges n=9.925; fehlende Angaben: 684)	(Gültiges n=4.899; fehlende Angaben: 528)
Ein Erwachsener	8,5 %	14,0 %	15,5 %
Zwei Erwachsene	86,1 %	79,5 %	76,5 %
Drei und mehr Erwachsene	5,4 %	6,5 %	8,1 %
Kita: Art	(Gültiges n=103.313; fehlende Angaben: 5.324)	(Gültiges n=9.561; fehlende Angaben: 1.048)	(Gültiges n=4.591; fehlende Angaben: 836)
Regelkindergarten	96,9 %	91,4 %	93,1 %
SVE	2,4 %	6,5 %	5,3 %
HPT	0,7 %	2,2 %	1,6 %
Kita: Besuch	(Gültiges n=101.207; fehlende Angaben: 7.430)	(Gültiges n=9.777; fehlende Angaben: 832)	(Gültiges n=4.791; fehlende Angaben: 636)
0 Jahre	0,9 %	4,9 %	8,0 %
1 Jahr	2,2 %	6,7 %	10,2 %
2 Jahre	9,9 %	13,1 %	14,0 %
3 Jahre	53,1 %	53,4 %	46,2 %
4 Jahre	24,8 %	17,1 %	16,4 %
5 und mehr Jahre	9,2 %	4,7 %	5,2 %
Migrationshintergrund	(Gültiges n=103.795; fehlende Angaben: 4.842)	(Gültiges n=10.046; fehlende Angaben: 563)	(Gültiges n=5.026; fehlende Angaben: 401)
ohne	70,5 %	43,1 %	36,5 %
einseitig	9,5 %	10,6 %	10,1 %
beidseitig	20,0 %	46,3 %	53,4 %

Im Bereich der **Prävention** liegt die Inanspruchnahme von Impfungen bei den Kindern, die schulärztlich untersucht wurden, in der untersten Schätzung (64,0 %) und in der oberen Schätzung (74,7 %) deutlich unter der aller Kinder (unterste Schätzung 76,0 % vs. obere Schätzung 80,1 %; vgl. Abbildung 46). Deutlicher fällt der Unterschied in der Untergruppe der schulärztlich untersuchten Kinder aufgrund fehlender U9 aus: Sowohl in der untersten (48,4 %) als auch in der oberen Schätzung (62,8 %) ist der Anteil der Kinder mit vollständigen Impfungen deutlich geringer als bei allen Kindern.

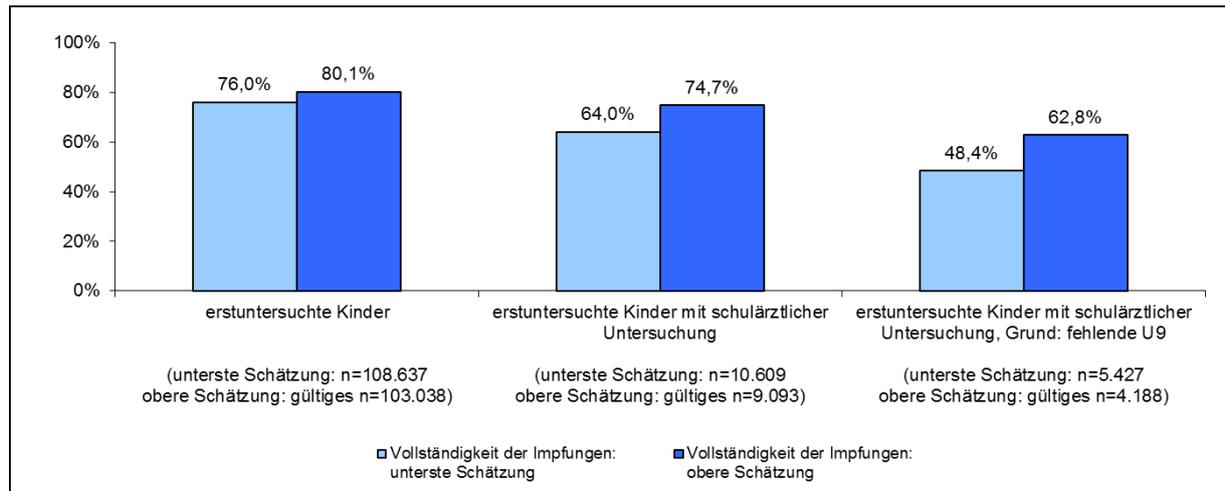


Abbildung 46: Vollständigkeit der Impfungen – unterste Schätzung (alle Kinder) und obere Schätzung (Kinder mit vorhandenen Impfangaben), unterschieden nach erstuntersuchten Kindern, erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung und erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung aufgrund fehlender U9, in %

6.4 Befunde

Die häufigste **Diagnose** in der schulärztlichen Untersuchung sind Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Abbildung 47, fehlende Angaben: 557), gefolgt von schlechter Mundgesundheit (fehlende Angaben: 743) und bislang unbehandelten therapiebedürftigen körperlichen Befunden (fehlende Angaben: 1.185). Umgangs-/Erziehungsprobleme wurden bei 2,9 % festgestellt (fehlende Angaben: 865). Bei wenigen Kindern wird ein Verdacht auf Vernachlässigung (0,5 % / n=50, fehlende Angaben: 560) und/oder Verdacht auf Misshandlung (Hämatome, Narben, Verletzungen an untypischen Stellen; 1,0 % / n=96; fehlende Angaben: 814) dokumentiert.

Die Untergruppe der Kinder, die aufgrund fehlender U9 schulärztlich untersucht wurde, weist in geringerem Maße Verhaltensauffälligkeiten (fehlende Angaben: 345) und dafür in höherem Maße schlechte Mundgesundheit (fehlende Angaben: 286) und unbehandelte körperliche Befunde (fehlende Angaben: 828) auf als alle schulärztlich untersuchten Kinder (vgl. Abbildung 47).

Dass die schulärztlich untersuchten Kinder insgesamt in höherem Maße Verhaltensauffälligkeiten aufweisen als die Untergruppe der Kinder, die aufgrund fehlender U9 schulärztlich untersucht wurden, erklärt sich dadurch, dass Verhaltensauffälligkeiten eine der Indikationen für eine schulärztliche Untersuchung auch bei bereits vorliegender U9 sein können.

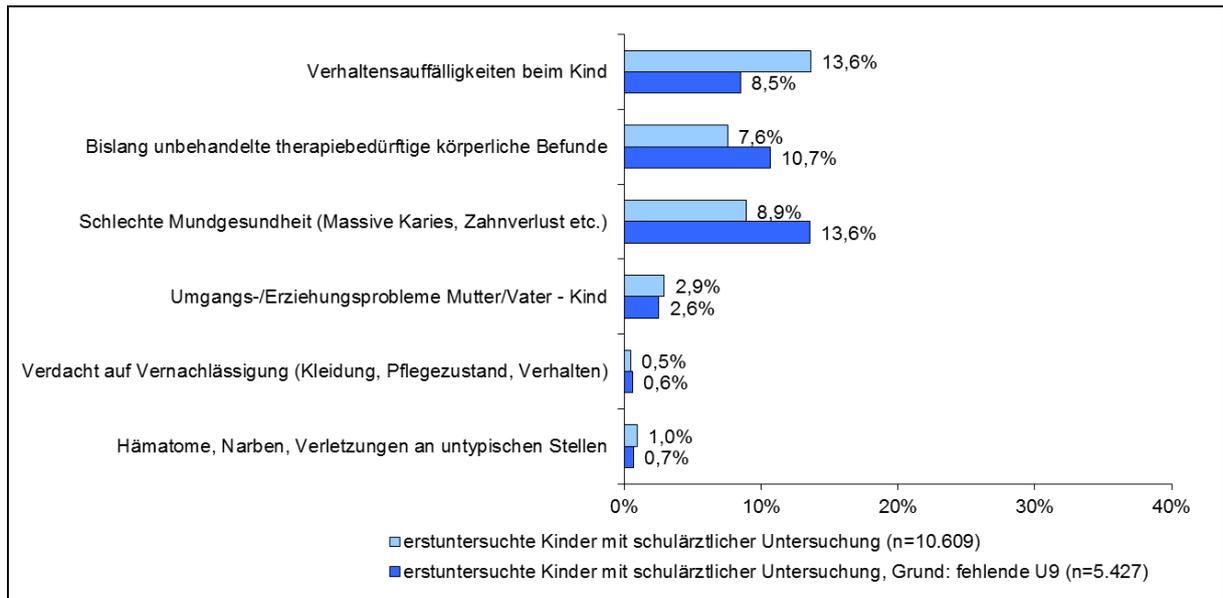


Abbildung 47: Diagnosen der schulärztlichen Untersuchung, unterschieden nach erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung und erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung aufgrund fehlender U9, in %; Mehrfachantworten waren möglich

Entwicklungsrückstände wurden in der schulärztlichen Untersuchung am häufigsten im Bereich Sprache diagnostiziert (34,5 %). Bei 11,1 % der Kinder wurde zu diesem Zeitpunkt zusätzlich zur Diagnose eine Förder- beziehungsweise Therapieempfehlung abgegeben (vgl. Abbildung 48). Bei 21,8 % der Kinder liegt ein Entwicklungsrückstand in der Feinmotorik, bei 14,9 % in der sozialen Entwicklung und bei 13,7 % in der Grobmotorik vor. In der Untergruppe der schulärztlich untersuchten Kinder aufgrund fehlender U9 wurden in allen Bereichen seltener Entwicklungsrückstände festgestellt (Daten nicht dargestellt).

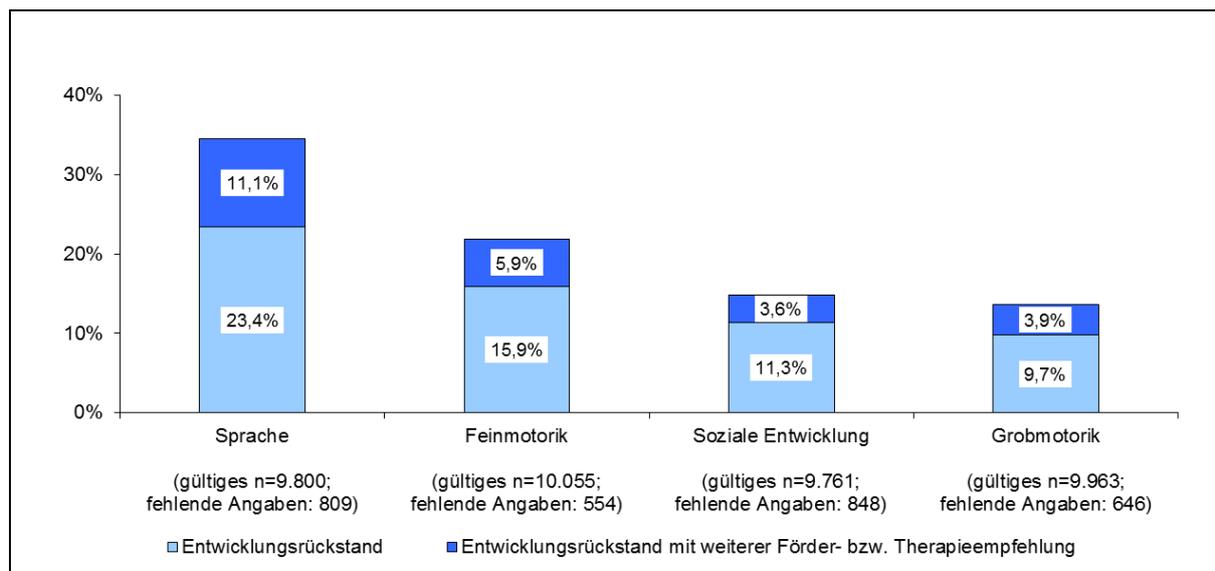


Abbildung 48: Entwicklungsrückstände bei erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung, in %; Mehrfachantworten waren möglich

Im Vergleich zu allen Kindern in der Schuleingangsuntersuchung weisen die schulärztlich untersuchten Kinder seltener ein normales **Körpergewicht** auf, sie sind dagegen etwas häufiger stark untergewichtig beziehungsweise übergewichtig und deutlich häufiger adipös (vgl. Tabelle 14). Dies gilt gleichermaßen für die Untergruppe der schulärztlich untersuchten Kinder aufgrund fehlender U9.

Tabelle 14: Körpergewicht (BMI), kategorisiert nach Referenzsystem Kromeyer-Hauschild et al. (10), unterschieden nach erstuntersuchten Kindern, erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung und erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung aufgrund fehlender U9, in %

	Erstuntersuchte Kinder (Gültiges n=102.801; fehlende Angaben: 5.836)	Erstuntersuchte Kinder mit schulärztlicher Untersuchung (Gültiges n=9.859; fehlende Angaben: 750)	Erstuntersuchte Kinder mit schulärztlicher Untersuchung, Grund: fehlende U9 (Gültiges n=4.909; fehlende Angaben: 518)
Körpergewicht (BMI)			
stark unter Normalgewicht (<P3)	2,9 %	3,5 %	3,8 %
unter Normalgewicht (P3-<P10)	6,1 %	6,4 %	6,3 %
Normalgewicht (P10-P90)	82,7 %	78,3 %	77,8 %
Übergewicht, nicht adipös (>P90-P97)	5,1 %	6,0 %	6,3 %
Adipositas (>P97)	3,2 %	5,7 %	5,8 %

Aufgrund der Befunde aus der schulärztlichen Untersuchung war es bei einigen Kindern notwendig, eine **weitere Abklärung** zu veranlassen (vgl. Abbildung 49). Bei den meisten schulärztlich untersuchten Kindern (15,7 %, fehlende Angaben: 914) war dies eine Abklärung über den Kinder-/Jugendarzt. Ansonsten wurden die Kinder an sonstige Institutionen, hierzu gehören beispielsweise Frühförderstellen und sozi-

alpdiatrische Zentren (fehlende Angaben: 911) sowie an den Facharzt (fehlende Angaben: 933) oder Zahnarzt (fehlende Angabe: 951) verwiesen. Nur bei wenigen Kindern (0,7 % / n=67) wurde eine Abklärung über das Jugendamt veranlasst (fehlende Angaben: 970).

Bei der Untergruppe der aufgrund fehlender U9 schulärztlich untersuchten Kinder war deutlich häufiger als bei allen schulärztlich untersuchten Kindern eine Abklärung der Befunde über den Zahnarzt notwendig. Das Jugendamt musste in dieser Gruppe ähnlich oft hinzugezogen werden. Eine Abklärung über den Kinder-/Jugendarzt bzw. Facharzt oder sonstige Institutionen wurde für diese Gruppe weniger häufig empfohlen.

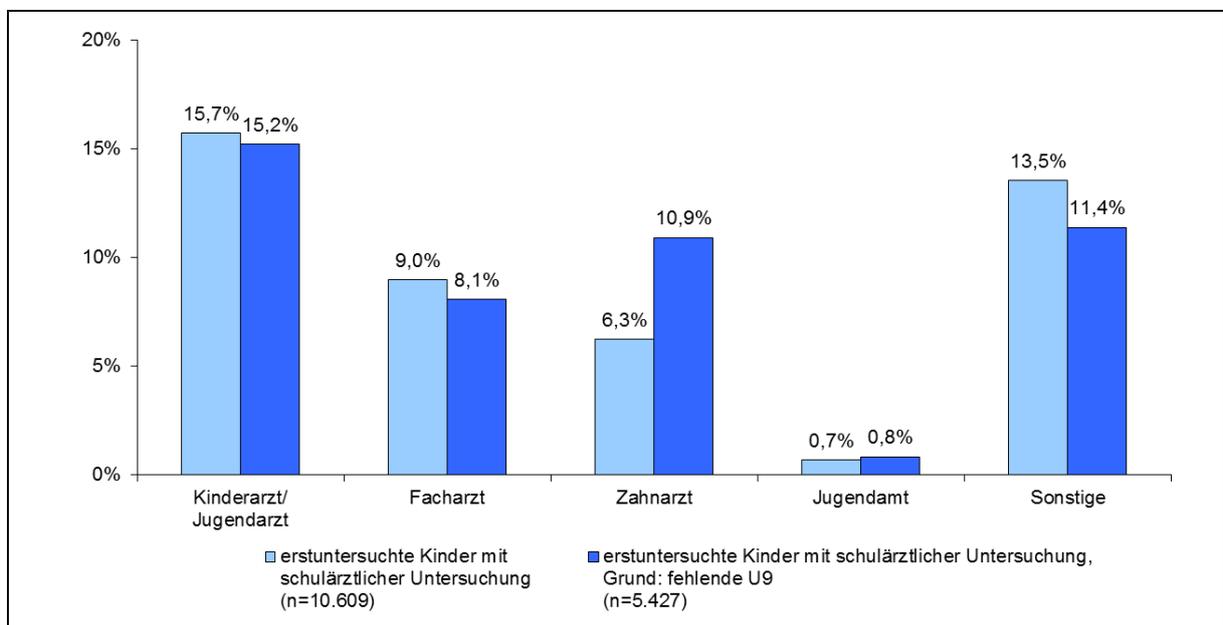


Abbildung 49: Weitere Abklärung der Befunde in der schulärztlichen Untersuchung, unterschieden nach erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung und erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung aufgrund fehlender U9, in %; Mehrfachantworten waren möglich

7 Resümee

7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Ziel der Schuleingangsuntersuchung ist es, gesundheitliche Beeinträchtigungen zu erkennen, Eltern und, soweit erforderlich, die Schule zu beraten und gegebenenfalls notwendige Behandlungen oder Fördermaßnahmen einzuleiten. Dies ist speziell für Kinder von großer Bedeutung, die nicht, beziehungsweise nicht regelmäßig an Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben. Für alle Kinder in Bayern ist im Jahr vor der Aufnahme in die erste Jahrgangsstufe die Teilnahme an der Schuleingangsuntersuchung nach Artikel 80 des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) sowie Artikel 14 des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes (GDVG) verpflichtend (2, 3). Damit werden flächendeckend alle Schulanfänger durch diese Untersuchung erfasst.

Die statistische Auswertung der Daten ermöglicht einen Gesamtüberblick über den Gesundheitszustand aller 5-6-jährigen Kinder in Bayern. Daraus lassen sich Folgerungen für die Entwicklung gesundheitspolitischer Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung ableiten. Insbesondere die Identifikation bestimmter Risikogruppen ist von Interesse, um zielgerichtete Präventions- beziehungsweise Interventionsmaßnahmen einleiten zu können. In der Förderung und Begleitung einer gesunden Entwicklung der Kinder und Jugendlichen besteht eine wichtige Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

In der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 wurden 108.637 Kinder durch die bayerischen Gesundheitsämter erstmals untersucht. Diese Kinder waren zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung durchschnittlich 5,8 Jahre alt und haben im Mittel (Median) drei Jahre eine Kindertagesstätte besucht. Knapp ein Drittel (29,5 %) der Einschulungskinder hatte einen einseitigen oder beidseitigen Migrationshintergrund; der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund nahm im Verlauf der letzten 10 Jahre um knapp 10 Prozentpunkte zu.

Die Ergebnisse des Schuleingangsscreenings zeigen, dass die meisten bayerischen Kinder normalgewichtig sind (82,7 %), der Anteil der adipösen Kinder beträgt 3,2 % und ist im Trend der letzten Jahre nahezu gleichbleibend. In mindestens einem Sprachtest auffällig ist ein Viertel der Kinder, wobei die Hälfte dieser Kinder im Jahr

vor der Einschulung in logopädischer Behandlung war. Die Visuomotorik ist bei 87,0 % der Kinder unauffällig, im Umkehrschluss bedeutet dies, dass 13,0 % der Kinder mindestens eine Form von Kreis, Quadrat oder Dreieck nicht korrekt nachzeichnen konnten. Der Sehtest für den Visus in die Ferne ist bei 6,3 % der Kinder auffällig. Kinder, die keine Brille tragen, haben zu 5,2 % ein auffälliges Ergebnis im Visus Ferne-Test, welches durch die Schuleingangsuntersuchung erstmals aufgedeckt wurde. Die Schuleingangsuntersuchung kann bei Brillenträgern auch Hinweise auf eine nicht ausreichende Korrektur der Fehlsichtigkeit oder auf andere Ursachen für Auffälligkeiten beim Sehen geben. Weitere Kontrollen beim Augenarzt sind hier empfehlenswert. Der Anteil der Kinder mit auffälligem Hörtest beim Schuleingangsscreening schwankt leicht je nach Jahreszeit der Schuleingangsuntersuchung. Bei Untersuchungen in den Sommermonaten, in denen davon auszugehen ist, dass der Hörtest seltener durch Erkältungskrankheiten beeinträchtigt wird, beträgt der Anteil Kinder mit einseitig oder beidseitig auffälligem Hörtest 4,1 %.

In Bezug auf die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten zeigen die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung, dass bei den Durchimpfungsquoten in Bayern nach wie vor Defizite bestehen. Die höchsten Impfquoten (> 90 %), bezogen auf die Kinder mit vorhandenen Impfangaben, liegen für eine vollständige Grundimmunisierung bei den Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis, Pertussis und Hib vor. Dagegen sind nur 84 % der bayerischen Kinder gegen Hepatitis B und etwa 89 % gegen Masern, Mumps und Röteln vollständig grundimmunisiert. Dies ist insbesondere bei der 2. Masernimpfung problematisch, da Bayern mit einer Impfquote von 89,0 % noch weit unter 95,0 %, dem WHO-Ziel zur Eliminierung der Masern, liegt. Vollständig geimpft gemäß der STIKO-Empfehlung (nicht berücksichtigt: Varizellen, Meningokokken C und Pneumokokken) sind zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung 80,1 % der Kinder.

Die Teilnahme der Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 ist für die obere Schätzung (U1-U8: Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft, U9: Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft oder Blatt U9 oder ärztlicher Bescheinigung anstelle der U9) mit 97,8 % bei der U1 am höchsten. Betrachtet man die untere Schätzung (alle Kinder), so ist die höchste Teilnahmequote mit 93,6 % für die U9 zu verzeichnen. Dieser Unterschied beruht zum Teil darauf, dass bei im Ausland geborenen Kindern die ers-

ten U-Untersuchungen fehlen und mitunter kein Vorsorgeheft vorhanden ist. Die Teilnahmequote sinkt bis zur U7a auf 87,7 % (untere Schätzung: 82,4 %) ab und steigt zur U9 wieder auf 96,8 % an. Im Vergleich zum Vorberichtsjaehr ist die Teilnahmequote an der U9 zwar vergleichbar hoch, allerdings ist für alle U-Untersuchungen eine leichte Abnahme im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung zu beobachten. An allen U-Untersuchungen (ohne U7a) teilgenommen haben 88,7 % der Kinder (obere Schätzung).

Zwischen den Geschlechtern zeigen sich bedeutsame Unterschiede bei der Sprachentwicklung und der Visuomotorik: Sowohl in beiden Sprachtests als auch beim Formenzeichnen haben die Jungen deutlich häufiger auffällige Testergebnisse als die Mädchen. Auch der Migrationshintergrund wirkt sich auf die Befunde der Schuleingangsuntersuchung aus: Kinder mit Migrationshintergrund sind häufiger übergewichtig oder adipös, weisen in höherem Maße Wort-/ Satzbildungsstörungen auf und haben seltener vollständige U-Untersuchungen. Bei der Vollständigkeit der Impfungen hingegen wirkt sich der Migrationshintergrund positiv aus, denn Kinder aus Elternhäusern mit Migrationshintergrund sind häufiger vollständig geimpft. Ein langjähriger Kindertagesstättenbesuch ist besonders vorteilhaft für die Einschulungskinder: Je mehr Jahre Kinder in einer Kindertagesstätte verbringen, umso weniger auffällige Testergebnisse treten beispielsweise bei der Visuomotorik und der Sprachentwicklung auf, die Kinder sind häufiger vollständig geimpft und weisen häufiger vollständige U-Untersuchungen auf.

Eine fehlende U9 ist der häufigste Grund für eine schulärztliche Untersuchung im Anschluss an das Schuleingangsscreening. Unter den schulärztlich untersuchten Kindern befinden sich Kinder alleinerziehender Eltern und Kinder aus Elternhäusern mit beidseitigem Migrationshintergrund in höherem Maße als im Schuleingangsscreening insgesamt. Am häufigsten werden in der schulärztlichen Untersuchung Verhaltensauffälligkeiten diagnostiziert; die Entwicklungsrückstände sind im Bereich Sprache am größten.

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung als Vollerhebung aller zum Schuljahr 2014/2015 schulpflichtig werdenden Kinder zeigen, dass es Unterschiede in der Gesundheit von Einschulungskindern in Bayern gibt. Während 63,6 % der bayerischen Kinder keine für den Schulbesuch relevanten gesundheitlichen Beeinträchti-

gungen aufweisen, so haben doch 36,4 % der Kinder mindestens eine Auffälligkeit beim Sehvermögen, der Sprachentwicklung oder der Visuomotorik beziehungsweise 40,7 % mindestens eine Auffälligkeit, wenn zusätzlich das Körpergewicht betrachtet wird. Diese Kinder sollten rechtzeitig gefördert werden, damit jedes Kind den bestmöglichen Start in den Schulalltag bekommt.

7.2 Ergebnisse mit Handlungsbedarf

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/15 zeigen unter Berücksichtigung vorangegangener Jahrgänge einen Handlungsbedarf in folgenden Bereichen:

- Unterschiede in der Entwicklung zeigen sich zwischen den Geschlechtern im Bereich der Visuomotorik (unauffälliger Befund Mädchen: 91,3 % vs. Jungen: 83,0 %) und der Sprache (unauffälliger Befund Mädchen: 79,4 % vs. Jungen: 70,4 %). Zum Teil kann dies durch unterschiedliche Vorlieben der Kinder bedingt sein. Die Befunde zeigen aber auch, dass Jungen im Alltag sowohl im Elternhaus als auch in der Kindertagesstätte in diesen Bereichen vermehrt motiviert, gefordert und gefördert werden sollten. So könnte vermutlich auch die Rate der zurückgestellten Kinder reduziert werden, da hierunter der Anteil an Jungen zum Schuljahr 2014/2015 bei 62,6 % lag (7).
- Die vorliegenden Auswertungen zeigen, dass insgesamt betrachtet Kinder sowohl hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung als auch des Entwicklungsstandes von einem **mehnjährigen Kindertagesstättenbesuch** profitieren. Eine Steigerung des Anteils unauffälliger Testergebnisse bei der Visuomotorik und der Sprachentwicklung mit zunehmender Besuchsdauer war auch dann noch zu beobachten, wenn nach dem Migrationshintergrund unterschieden wurde. Hierbei spielt der Zusammenhang von sozioökonomischen Faktoren und dem Besuch einer Kindertagesstätte vermutlich keine unwesentliche Rolle. Eine entsprechende Beurteilung ist mit den zur Verfügung stehenden Daten allerdings nicht möglich. Daten zur Soziodemographie werden derzeit in Bayern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung nicht erhoben. Daten der Schuleingangsuntersuchung in Berlin zeigten jedoch, dass Kinder, die zwei oder weniger Jahre in eine Kindertagesstätte gehen, auch bei Berücksichti-

gung des Sozialstatus und weiterer Einflussfaktoren, ein höheres Risiko für ein auffälliges Screeningergebnis haben als Kinder, die länger als zwei Jahre eine Kindertagesstätte besuchen (50). Maßnahmen, die dazu führen, dass Kinder – besonders aus sozial benachteiligten und Migrantenfamilien – mehrere Jahre eine Kindertagesstätte besuchen, verdienen daher besondere Beachtung.

- Die **FSME-Impfquote** ist seit der Schuleingangsuntersuchung 2010/2011 um etwa 10 Prozentpunkte zurückgegangen und auch im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung 2013/2014 weiterhin rückläufig. Zum Schuljahr 2014/2015 war etwa ein Drittel der erstuntersuchten Kinder vollständig grundimmunisiert (unterste Schätzung: 31,4 %, obere Schätzung: 33,1 %). Die Anzahl an Risikogebieten in Bayern steigt hingegen: aktuell sind 83 der 96 Land- und Stadtkreise in Bayern als Risikogebiet eingestuft (Stand: April 2017) (51). Kinder, die häufiger ihre Freizeit in der freien Natur verbringen, sind einem erhöhten Erkrankungsrisiko ausgesetzt. Ziel sollte daher sein, die FSME-Impfquote wieder auf ein dem Risiko angemessenes Niveau zu erhöhen. Aufklärungskampagnen, die das Risiko und den Verlauf einer FSME-Erkrankung sowie den Schutz davor durch eine vollständige Grundimmunisierung thematisieren, können dazu beitragen, die FSME-Impfquoten zu verbessern.
- Die **Impfquote für Masern** stieg in den letzten Jahren - nicht zuletzt durch wirksame Impfkampagnen - kontinuierlich an und liegt in der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/15 bei 89,3 % für zwei Masernimpfungen (obere Schätzung). Dennoch ist das WHO-Ziel zur Eliminierung der Masern noch nicht erreicht. Hierfür sind Durchimpfungsquoten von mindestens 95 % in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt notwendig. Im Regionalvergleich zeigt sich wie in den Vorjahren, dass die Masern-Impfquoten besonders im Süden Bayerns auf deutlich niedrigerem Niveau liegen. Zielgruppenspezifische und regional ausgerichtete Maßnahmen, wie sie beispielsweise im Rahmen der bayerischen Impfstrategie durch die Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI) initiiert wurden, sollten folglich weiterhin intensiv unterstützt werden.

8 Methodik

Das LGL hat seit dem Schuljahr 2003/2004 die statistische Aufbereitung und Auswertung der Daten für die Schuleingangsuntersuchung übernommen (52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61). Auswertungen früherer Jahrgänge sind durch das Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung und durch das Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München erfolgt (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Die Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 wurde in Bayern im **Untersuchungsjahr** Oktober 2013 bis Juli 2014 durchgeführt. Es handelt sich hierbei um eine **Vollerhebung** aller schulpflichtig werdenden Kinder dieses Jahrgangs, eine Stichprobenziehung findet nicht statt. Weitere Informationen zur Durchführung der Schuleingangsuntersuchung sind in Kapitel 1.4 dokumentiert.

Die in der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 **erhobenen Daten** wurden in allen Gesundheitsämtern mit Hilfe von Computerprogrammen **erfasst**. Hierfür werden in Bayern sowohl ein kostenlos vom LGL zur Verfügung gestelltes als auch verschiedene von kommerziellen Herstellern entwickelte Softwareprogramme verwendet.

Die **Datenübermittlung** erfolgt nach Abschluss aller Untersuchungen eines Jahrgangs. Hierfür übermitteln die Gesundheitsämter die Untersuchungsergebnisse pseudonymisiert, das heißt ohne Angabe personenbezogener Daten wie Name und Anschrift, an das LGL, wobei die Untersuchungsunterlagen beim Gesundheitsamt verbleiben.

Am LGL erfolgt nach dem Einlesen der Datensätze eine automatisierte **Kontrolle auf Vollständigkeit und Plausibilität**. Überprüft werden die biologische Plausibilität von stetigen Variablen und die Richtigkeit der kategorisierten Variablen. Antwortkombinationen werden auf inhaltliche Plausibilität hin überprüft (zum Beispiel „Impfbuch wurde nicht vorgelegt, Angaben zu Einzelimpfungen lagen jedoch vor“). Fehlende oder unplausible Angaben werden den betreffenden Gesundheitsämtern zur Überprüfung und Ergänzung/Korrektur übermittelt, die korrigierten Daten anschließend am LGL in den Datensatz eingepflegt. Erfolgt keine Rückmeldung auf die Anfrage des LGL, werden die Originaldaten übernommen. In der **Datenaufbereitung** wird nochmals umfangreich auf unplausible Daten geprüft.

Die statistische **Datenanalyse** umfasst die Berechnung absoluter und relativer Häufigkeiten, Lagemaße (Mittelwert, Median, Perzentile) und Streuungsmaße (Minimum, Maximum). Die prozentualen Werte werden auf eine Stelle nach dem Komma genau angegeben, sodass die Summe daher nicht immer exakt 100 % ergibt. Eine Berechnung statistischer Tests ergibt aufgrund der hohen Fallzahlen keine bedeutsamen Unterschiede, da auch kleinste Differenzen statistisch signifikant sind; zudem ist aufgrund der Vollerhebung statistisches Testen nicht erforderlich. Die Auswertungen stellen die gültigen Angaben der erstuntersuchten Kinder dar (vgl. Kapitel 1.5.1). Die Datenaufbereitung und Datenanalyse am LGL erfolgte mit der Software IBM SPSS Statistics, Version 23.0.0.0.

9 Anhang

Tabelle 15: An das RKI übermittelte Impfquoten in Prozent der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2014, nach Bundesländern (37)

Bundesland	Anzahl untersuchter Kinder	davon Impfausweis vorgelegt (%)	Impfquoten (%)															
			Diphtherie	Tetanus	Pertussis	Hib	Polio	Hep. B	Masern		Mumps		Röteln		Varizellen		Men. C	Pneumokokken
									1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.		
BW ^{1*}	93.222	92,3	93,5	93,5	93,2	91,9	92,4	80,7	94,8	88,8	94,5	88,7	94,5	88,6	80,5	76,0	83,8	84,2
BY	107.723	92,3	96,4	97,4	95,5	94,2	95,8	86,4	95,4	90,7	95,0	90,5	94,9	90,5	68,4	60,7	80,0	73,9
BE ²	30.427	91,6	96,2	96,5	94,6	93,2	95,6	87,9	96,0	90,8	95,4	90,5	95,4	90,5	86,4	81,8	86,8	76,5
BB	22.050	93,2	98,0	98,1	97,7	96,8	97,4	93,7	98,5	95,2	98,2	95,1	98,2	95,1	91,3	86,7	93,0	86,8
HB	5.252	86,6	95,4	95,5	95,1	95,7	97,6	90,6	96,8	92,5	96,5	92,1	96,5	92,1	65,7	59,4	85,1	k. A.
HH ^{3*}	12.706	93,6	94,0	94,2	93,9	91,3	93,1	83,6	96,1	92,9	95,6	92,5	95,6	92,4	86,3	82,1	85,7	83,4
HE ^{3*}	54.439	93,9	95,9	96,0	95,8	94,1	95,1	89,8	97,2	93,7	97,2	93,7	97,2	93,7	85,7	79,9	89,4	85,4
MV	13.950	92,4	96,9	97,1	96,6	95,4	96,6	95,1	98,4	95,7	98,3	95,7	98,3	95,7	94,2	90,9	95,2	87,5
NI	67.277	93,6	96,0	96,4	95,6	95,4	96,3	92,6	96,9	93,5	96,7	93,3	96,7	93,3	85,3	80,7	88,3	83,2
NRW ⁴	150.154	91,9	95,5	95,5	95,2	93,0	94,2	86,4	97,7	94,6	97,5	94,4	97,5	94,4	85,9	80,2	90,5	85,8
RP	32.076	92,6	98,0	98,4	97,3	96,4	97,6	94,6	97,4	94,0	97,3	93,9	97,3	93,9	88,9	86,3	90,4	82,9
SL	7.902	92,6	95,6	95,7	95,5	97,6	98,7	95,2	98,2	93,9	97,6	93,4	97,6	93,4	93,9	88,7	89,2	79,1
SN ³	33.127	93,3	96,8	97,2	96,7	95,2	95,6	89,5	96,6	87,7	96,2	87,5	96,2	87,5	75,7	59,1	91,6	88,6
ST ⁴	16.444	92,0	96,8	96,9	96,7	94,9	95,7	95,4	98,2	93,8	98,1	93,8	98,1	93,8	94,7	89,6	92,6	84,5
SH ^{3*}	23.743	90,4	95,1	95,2	94,9	93,3	94,4	88,7	96,4	93,9	96,2	93,7	96,1	93,7	86,7	83,2	86,6	85,1
TH ^{3*}	17.820	93,9	97,1	97,2	97,0	94,4	95,8	91,1	97,8	94,6	97,7	94,4	97,7	94,4	90,0	84,9	91,6	88,9
D ges.	688.312	92,5	95,8	96,1	95,4	93,9	95,1	88,0	96,7	92,6	96,4	92,4	96,4	92,4	82,7	76,8	87,5	84,5
ABL	584.921	92,4	95,5	95,9	95,1	93,7	94,9	87,3	96,5	92,4	96,2	92,2	96,2	92,2	81,9	76,5	86,6	84,0
NBL	103.391	93,0	97,1	97,3	96,9	95,4	96,2	92,3	97,7	93,9	97,4	93,8	97,4	93,8	87,0	78,5	92,5	87,5

Tab. 1: An das RKI übermittelte Impfquoten in Prozent der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2013 (n = 636.533) nach Bundesland (Stand: März 2015).

* Die Impfquote der Poliomyelitis-, Hib- und Hepatitis-B-Impfung bezieht sich auf die Gabe von mindestens vier Dosen (Baden-Württemberg, Hessen, Thüringen, Hamburg, Schleswig-Holstein).

Die Impfquote der Pneumokokken-Impfung bezieht sich auf die Gabe von mindestens zwei Dosen (Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein, Thüringen).

¹ Für Baden-Württemberg wurden Daten 4- bis 5-jähriger Kinder verwendet, die im Schuljahr 2012/2013 untersucht wurden und nach Stichtagsregelung 2014 eingeschult werden sollten.

² In Berlin basieren ab den Schuleingangsuntersuchungen 2013 die Daten auf den erstmalig untersuchten Kindern, zuvor auf den im entsprechenden Jahr eingeschulten Kindern (d. h. einschließlich der im Vorjahr zurückgestellten Kinder).

³ Für Sachsen wurden bei der 2. Masern-, Mumps-, Rötelnimpfung Daten aus den 2. Klassen verwendet.

⁴ Für Sachsen-Anhalt wurden Daten 4- bis 5-jähriger Kinder verwendet, die 2013 untersucht, jedoch erst 2014 eingeschult wurden.

BW: Baden-Württemberg; BY: Bayern; BE: Berlin; BB: Brandenburg; HB: Bremen; HH: Hamburg; HE: Hessen; MV: Mecklenburg-Vorpommern; NI: Niedersachsen; NRW: Nordrhein-Westfalen; RP: Rheinland-Pfalz; SL: Saarland; SN: Sachsen; ST: Sachsen-Anhalt; SH: Schleswig-Holstein; TH: Thüringen; D: Deutschland; ABL: Alte Bundesländer; NBL: Neue Bundesländer

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/15 - Anzahl der übermittelten Kinder nach Gesundheitsamt, Regierungsbezirk, Bayern insgesamt.....	16
Tabelle 2: Anteil der Zurückstellungen unter den schulpflichtigen Kindern.....	19
Tabelle 3: Soziodemographie der erstuntersuchten Kinder in der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung 2013/2014.....	21
Tabelle 4: Gesundheitszustand der erstuntersuchten Kinder in der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung 2013/2014.....	34
Tabelle 5: Visuomotorik-Test	51
Tabelle 6: Gesundheitsvorsorge bei den erstuntersuchten Kindern in der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung 2013/2014.....	54
Tabelle 7: Impfstatus (obere Schätzung)	63
Tabelle 8: Impfquoten (obere Schätzung) nach Regierungsbezirk.....	64
Tabelle 9: Vollständige Impfungen (unterste und obere Schätzung), nach Geschwisterzahl und Anzahl der Erwachsenen im Haushalt.....	69
Tabelle 10: Vollständigkeit U1-U9 (unterste und obere Schätzung), nach Geschwisterzahl und Anzahl der Erwachsenen im Haushalt.....	80
Tabelle 11: Befundhäufigkeiten der erstuntersuchten Kinder in der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung 2013/2014.....	83
Tabelle 12: Ausgewählte Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung in der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015 im Vergleich zur Vorjahresuntersuchung 2013/2014.....	91
Tabelle 13: Soziodemographie, nach erstuntersuchten Kindern, erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung und erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung aufgrund fehlender U9	95
Tabelle 14: Körpergewicht (BMI), nach erstuntersuchten Kindern, erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung und erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung aufgrund fehlender U9	98
Tabelle 15: An das RKI übermittelte Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2014, nach Bundesländern.....	107

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl Schulanfänger und erstuntersuchte Kinder zu den Schuljahren 2004/2005-2014/2015	14
Abbildung 2: Alter in Vierteljahresschritten zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung	23
Abbildung 3: Geschwisterzahl	23
Abbildung 4: Anzahl der Erwachsenen im Haushalt nach Geschwisterzahl	24
Abbildung 5: Regionale Verteilung der Anzahl an Geschwisterkindern	25
Abbildung 6: Regionale Verteilung der Erwachsenen im Haushalt	25
Abbildung 7: Kindertagesstättenbesuch, Dauer in Jahren	27
Abbildung 8: Regionale Verteilung der Kinder, die weniger als 3 Jahre eine Kindertagesstätte besucht haben	28
Abbildung 9: Migrationshintergrund	30
Abbildung 10: Migrationshintergrund nach Regierungsbezirk.....	30
Abbildung 11: Migrationshintergrund im zeitlichen Verlauf der Schuleingangs- untersuchungen 2004/2005 - 2014/2015.....	31
Abbildung 12: Geschwisterzahl, nach Migrationshintergrund	32
Abbildung 13: Anzahl der Erwachsenen im Haushalt, nach Migrationshintergrund..	32
Abbildung 14: Body-Mass-Index (BMI)	37
Abbildung 15: Übergewicht inkl. Adipositas (>P90) und Adipositas (>P97), Trend der Schuleingangsuntersuchungen 2004/2005-2014/2015	38
Abbildung 16: Adipositas (>P97), unterschieden nach Gesundheitsamtsbezirken . .	39
Abbildung 17: Körpergewicht, unterschieden nach Migrationshintergrund	41
Abbildung 18: Visus Ferne-Test auffällig - Test mit Brille (Brillenträger) oder ohne Brille (kein Brillenträger)	43
Abbildung 19: Sehtest, unterschieden nach Jahren in einer Kindertagesstätte	44
Abbildung 20: Hörtest nach Untersuchungsdatum (Quartal)	45
Abbildung 21: Sprachstörungen, unterschieden nach Geschlecht	47
Abbildung 22: Sprachstörungen im zeitlichen Verlauf der Schuleingangs- untersuchungen 2004/2005 - 2014/2015, unterschieden nach Migrationshintergrund.....	48
Abbildung 23: Sprachstörungen, unterschieden nach Jahren in einer Kita	49

Abbildung 24: Logopädie im Jahr vor der Einschulung für Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit im Bereich Sprache, unterschieden nach Migrationshintergrund.....	50
Abbildung 25: Visuomotorik-Test auffällig, unterschieden nach Geschlecht	52
Abbildung 26: Visuomotorik-Test auffällig, unterschieden nach Jahren in einer Kita	53
Abbildung 27: Impfbuchvorlage nach Gesundheitsamtsbezirken	60
Abbildung 28: Impfquoten - unterste und obere Schätzung.....	62
Abbildung 29: Regionale Verteilung der Impfquoten für mindestens zwei Masern-impfungen (obere Schätzung), nach Gesundheitsamtsbezirk	66
Abbildung 30: Vollständigkeit der Impfungen - unterste und obere Schätzung	67
Abbildung 31: Vollständige Impfungen – unterste und obere Schätzung nach Gesundheitsamtsbezirk	68
Abbildung 32: Vollständige Impfungen - unterste und obere Schätzung, nach Migrationshintergrund.....	70
Abbildung 33: Vollständige Impfungen - unterste Schätzung und obere Schätzung, nach Jahren in einer Kindertagesstätte	71
Abbildung 34: Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 in Bayern (unterste und obere Schätzung) sowie KiGGS Welle 1 Inanspruchnahme U3-U9 (49).....	76
Abbildung 35: Teilnahmequote an der Früherkennungsuntersuchung U9 (obere Schätzung) nach Gesundheitsamtsbezirken	77
Abbildung 36: Vollständigkeit U1-U9 (unterste und obere Schätzung), nach Gesundheitsamtsbezirken	79
Abbildung 37: Vollständigkeit U1-U9 (unterste und obere Schätzung), nach Migrationshintergrund.....	81
Abbildung 38: Vollständigkeit U1-U9 (unterste und obere Schätzung), nach Jahren in einer Kindertagesstätte.....	82
Abbildung 39: Unauffällige Befunde im Screening der Schuleingangsuntersuchungen 2004/2005-2014/2015	85
Abbildung 40: Unauffällige Befunde im Screening der Schuleingangsuntersuchungen 2004/2005-2014/2015, nach Geschlecht	86

Abbildung 41: Kombinierte Befundhäufigkeiten: unauffällige/vollständige Befunde vs. auffällige/unvollständige Befunde aus Schuleingangsscreening, Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen	87
Abbildung 42: Kombinierte Befundhäufigkeiten: unauffällige/vollständige Befunde aus Schuleingangsscreening, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, nach Geschlecht.....	88
Abbildung 43: Kombinierte Befundhäufigkeiten: unauffällige/vollständige Befunde aus Schuleingangsscreening, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, nach Migrationshintergrund.....	89
Abbildung 44: Kombinierte Befundhäufigkeiten: unauffällige/vollständige Befunde aus Schuleingangsscreening, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, nach Jahren in einer Kindertagesstätte	90
Abbildung 45: Grund für die schulärztliche Untersuchung.....	93
Abbildung 46: Vollständigkeit der Impfungen (unterste und obere Schätzung), nach erstuntersuchten Kindern, erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung und erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung aufgrund fehlender U9.....	96
Abbildung 47: Diagnosen der schulärztlichen Untersuchung, nach erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung und erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung aufgrund fehlender U9.....	97
Abbildung 48: Entwicklungsrückstände bei erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung	98
Abbildung 49: Weitere Abklärung der Befunde in der schulärztlichen Untersuchung, nach erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung und erstuntersuchten Kindern mit schulärztlicher Untersuchung aufgrund fehlender U9.....	99

12 Literatur

- 1 Bayerisches Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) Art. 37 in der Fassung G v. 20. 7. 2011 (GVBI S. 313).
- 2 Bayerisches Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) Art. 80 und 118 in der Fassung G v. 6. 5. 2008 (GVBI S. 158).
- 3 Gesetz über den öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung (Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz - GDVG) Art. 14 in der Fassung G v. 6. 5. 2008 (GVBI S. 158).
- 4 Verordnung zur Schulgesundheitspflege (Schulgesundheitspflegeverordnung - SchulgespfIV) vom 20. Dezember 2008. GVBI 2009, S. 10.
- 5 Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) vom 20. Juli 2000. BGBl I, S. 1045.
- 6 Staatliche Schulberatung in Bayern (Hrsg.). Typische Beratungsfälle Grundschule. Zurückstellung.
http://www.schulberatung.bayern.de/schulberatung/bayern/schullaufbahnberatung/schullaufbahnen/grundschule/index_07647.asp; download 03.03.2017
- 7 Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. Schulanfänger und Zurückstellungen; persönliche Mitteilung
- 8 Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (Hrsg.). Kinderbildung und -betreuung. Kindergärten.
www.stmas.bayern.de/kinderbetreuung/gaerten, 03.03.2017.
- 9 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.). Gesundheit und Migration. Bayerischer Bericht. Gesundheitsberichterstattung für Bayern 4. Erlangen, 2011.
- 10 Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Geller F et al. Perzentile für den Bodymass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschr Kinderheilkd. 2001; 149: 807-818.
- 11 Neuhauser H, Schienkiewitz A, Schaffrath Rosario A et al. Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS). Beiträge zur Gesundheitsbe-

- richterstattung des Bundes. Hrsg. Robert Koch-Institut. 2. erweiterte Auflage. Berlin, 2013, S. 5.
- 12 Schaffrath Rosario A, Kurth B-M, Stolzenberg H, et al. Body mass index percentiles for children and adolescents in Germany based on a nationally representative sample (KiGGS 2003-2006). *Eur J Clin Nutr.* 2010; 64: 341-349.
 - 13 Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ.* 2000; 320(7244): 1240-1245.
 - 14 Kalies H, Lenz J, v Kries R. Prevalence of overweight and obesity and trends in body mass index in German pre-school children, 1982-1997. *Int J Obes.* 2002; 26: 1211-1217.
 - 15 Wabitsch M, Moss A, Kromeyer-Hauschild K. Unexpected plateauing of childhood obesity rates in developed countries. *BMC Medicine* 2014; 12:17.
 - 16 Stiftung Kindergesundheit (Hrsg.). Auch zu dünne Kinder sind ein Problem! Newsletter, Oktober 2011. Vermerk auf <http://www.fitkid-aktion.de/aktuelles/aktuelles-detail/article/auch-zu-duenne-kinder-sind-ein-problemstiftung-kindergesundheit-informiert-ueber-untergewicht-und-s.html> download 23.03.2016.
 - 17 Heuring YM. Versorgungsmedizinische Aspekte an ausgewählten Beispielen bei bayerischen Vorschulkindern. Masterarbeit an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie. München, 2013.
 - 18 Law J, Boyle J, Harris F et al. Screening for speech and language delay: a systematic review of the literature. *Health Technol Assess.* 1998; 2: 1-184.
 - 19 v. Suchodoletz W. Kinder mit Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen. *MMW Fortschr Med.* 2003; 145: 630-635.
 - 20 Tomblin JB, Smith E, Zhang X. Epidemiology of specific language impairment: prenatal and perinatal risk factors. *J Commun Disord.* 1997; 30: 325-342.
 - 21 Straßburg HM, Dacheneder W, Kreß W. Logopädische Beurteilung und Therapie. In: *Entwicklungsstörungen bei Kindern.* Urban & Fischer. 2003. S. 283-290.
 - 22 v. Suchodoletz W. Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. *Monatsschr Kinderheilkd.* 2003; 151: 31-37.

- 23 Fisher SE, Vargha-Khadem F, Watkins KE et al. Localisation of a gene implicated in a severe speech and language disorder. *Nat Genet.* 1998; 18: 168-170.
- 24 Fox AV, Dodd B, Howard D. Risk factors for speech disorders in children. *Int J Lang Comm Dis.* 2002; 2: 117-131.
- 25 von Suchodoletz, W.: Früherkennung von Lese- und Rechtschreibstörung. In: von Suchodoletz, W. (Hrsg.). *Früherkennung von Entwicklungsstörungen*, Göttingen, 2005, S. 191-222.
- 26 Stehn H. Wenn das „O“ Ecken hat. Mal- und Schreibauffälligkeiten erkennen - Hilfen geben - Diagnostik-Hilfen. Osdorf, 2008.
- 27 Schmitt H.-J. Grundlagen des Impfens. In: Schmitt H.-J., Hülße C., Raue W. (Hrsg.): *Schutzimpfungen 2003*. Berlin. Infomed Med. Verlagsgesellschaft, S. 5.
- 28 Anderson RM, May RM. *Infectious Diseases of humans; Dynamics and Control*. Oxford, 1992, S. 88.
- 29 Robert Koch-Institut (Hrsg.). *Schutzimpfungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 01/00 (Überarbeitete Neuauflage 2004)*. Berlin, 2004.
- 30 Robert Koch-Institut (Hrsg.). *Beginn eines Impfmonitoring in Deutschland: Erhebung von Impfraten zum Zeitpunkt der Einschulung*. *Epid Bull.* 1999; 23: 171-175.
- 31 Robert Koch-Institut (Hrsg.). *Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut /Stand: Juli 2005*. *Epid Bull.* 2005; 30: 257-272.
- 32 Kalies H, v. Kries R. Durchimpfungsraten bei Kindern in Deutschland. *Fortschritte und Lücken. Monatsschr Kinderheilkd.* 2005; 153: 854-861.
- 33 Schulz M, Mangiapane S. Masernimpfungen bei Kindern bis zu einem Alter von zwei Jahren. 18.07.2013.
http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/43/Bericht_Masernimpfung.pdf, download 03.03.2017.
- 34 Laubereau B, Hermann M, Weil J et al. Durchimpfungsraten bei Kindern in Deutschland 1999. Grundsätzliche Impfbereitschaft, aber Impfungen häufig zu spät und inkomplett. *Monatsschr Kinderheilkd.* 2001; 149: 367-372.
- 35 Robert Koch-Institut (Hrsg.). *Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: August 2013*. *Epid. Bull.* 2013; 34: 313-344.

- 36 Gesetz über den öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung (Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz - GDVG) Art. 14 Abs. 5 Satz 8; in der Fassung G v. 11. 12. 2012 (GVBl. S. 629, geänd. durch § 2 G v. 28. 10. 2015 GVBl. S. 382).
- 37 Robert Koch-Institut (Hrsg.). Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2014. Tabelle 1, Datenstand: März 2016. Epid. Bull. 2016; 16: 129-133.
- 38 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.). Gesundheitsreport Bayern 2/2015. Der Impfstatus der Kinder in Bayern - Update 2015. Erlangen, 2015.
- 39 Robert Koch-Institut (Hrsg.). FSME: Risikogebiete in Deutschland (Stand: April 2014). Epid. Bull. 2014; 15: 121-133.
- 40 Robert Koch-Institut (Hrsg.). SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 27.02.2017.
- 41 World Health Organization (Hrsg.). Global measles and rubella strategic plan: 2012-2020. Genf, 2012.
- 42 World Health Organization, Regional Office for Europe (Hrsg.). Eliminating Measles and Rubella. Framework for the Verification Process in the WHO European Region. Kopenhagen, 2012.
- 43 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.). Konzept zur Verbesserung der Impfraten in Bayern. Erlangen, 2006.
- 44 Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (Hrsg.). Bayerische Impfstrategie. Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung des Konzepts zur Verbesserung der Impfraten in Bayern, Stand 2012. München, 2012.
- 45 Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (Hrsg.). Bayerische Impfstrategie. Gemeinsame Erklärung zur Verbesserung der Impfraten in Bayern. München, 2012.
- 46 Horning A et al. Nationaler Impfplan. Impfwesen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Handlungsbedarf. Stand 01.01.2012.
http://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Nationaler_Impfplan.pdf; download 03.03.2017.

- 47 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 18. Juni 2015 (veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 18.08.2016 B1); zuletzt geändert am 24. November 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 27.01.2017 B5, in Kraft getreten am 28. Januar 2017.
- 48 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Die Untersuchungen U1 bis U9. <http://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/frueherkennung-u1-u9/untersuchungen-u1-u9/u1-u9/>; download 24.03.2016.
- 49 Rattay P, Starker A, Domanska O et al. Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl. 2014; 57: 878-891.
- 50 Oberwöhrmann S, Bettge S, Hermann S, Meinlschmidt G. Migrationshintergrund als Einflussfaktor auf die kindliche Entwicklung im Einschulungsalter – ein multivariates Modell. Gesundheitswesen 2013; 75: 203-209.
- 51 Robert Koch-Institut (Hrsg.). FSME: Risikogebiete in Deutschland (Stand: April 2017). Epid. Bull. 2017; 17: 149-164.
- 52 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.). Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung in Bayern 2003. Statistisch-epidemiologischer Bericht. Erlangen, 2004 (unveröffentlichter Bericht).
- 53 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.). Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2004/2005. Statistisch-epidemiologischer Bericht. Erlangen, 2006.
- 54 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.). Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2005/2006. Statistisch-epidemiologischer Bericht. Band 1 der Schriftenreihe Schuleingangsuntersuchung in Bayern. Erlangen, 2013.
- 55 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.). Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersu-

- chung zum Schuljahr 2006/2007. Statistisch-epidemiologischer Bericht. Band 2 der Schriftenreihe Schuleingangsuntersuchung in Bayern. Erlangen, 2009.
- 56 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.). Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2007/2008. Statistisch-epidemiologischer Bericht. Band 3 der Schriftenreihe Schuleingangsuntersuchung in Bayern. Erlangen, 2012.
- 57 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.). Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2008/2009. Statistisch-epidemiologischer Bericht. Band 4 der Schriftenreihe Schuleingangsuntersuchung in Bayern. Erlangen, 2013.
- 58 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.). Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2009/2010. Statistisch-epidemiologischer Bericht. Band 5 der Schriftenreihe Schuleingangsuntersuchung in Bayern. Erlangen, 2014.
- 59 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.). Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2010/2011. Statistisch-epidemiologischer Bericht. Band 6 der Schriftenreihe Schuleingangsuntersuchung in Bayern. Erlangen, 2015.
- 60 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.). Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2011/2012. Statistisch-epidemiologischer Bericht. Band 7 der Schriftenreihe Schuleingangsuntersuchung in Bayern. Erlangen, 2017.
- 61 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.). Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2013/2014. Statistisch-epidemiologischer Bericht. Band 9 der Schriftenreihe Schuleingangsuntersuchung in Bayern. Erlangen, 2017.
- 62 Kalies H, v. Kries R. Gesundheit im Kindesalter. Kurzbericht über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 1998/99 - 2000/01 in Bayern. Hrsg.: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz. München, 2002.

Schriftenreihe Schuleingangsuntersuchung in Bayern

Bisher sind in dieser Schriftenreihe folgende Bände erschienen:

- Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2004/2005, Statistisch-epidemiologischer Bericht (2006)
- Band 1: Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2005/2006, Statistisch-epidemiologischer Bericht (2013)
- Band 2: Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2006/2007, Statistisch-epidemiologischer Bericht (2009)
- Band 3: Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2007/2008, Statistisch-epidemiologischer Bericht (2012)
- Band 4: Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2008/2009, Statistisch-epidemiologischer Bericht (2013)
- Band 5: Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2009/2010, Statistisch-epidemiologischer Bericht (2014)
- Band 6: Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2010/2011, Statistisch-epidemiologischer Bericht (2015)
- Band 7: Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2011/2012, Statistisch-epidemiologischer Bericht (2016)
- Band 8: Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2012/2013, in Auswertung
- Band 9: Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2013/2014, Statistisch-epidemiologischer Bericht (2016)

sowie der vorliegende Band:

- Band 10: Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015, Statistisch-epidemiologischer Bericht (2017)

**Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)**

Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen

Telefon: 09131 6808-0

Telefax: 09131 6808-2102

E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de

Internet: www.lgl.bayern.de