

# Gesundheitsberichterstattung Die Einschulungsuntersuchung



Schulanfänger 2019



## **Herausgeber**

Landratsamt Rastatt  
Gesundheitsamt  
Sachgebiet Kinder- und Jugendgesundheit, Prävention  
Am Schlossplatz 5  
76437 Rastatt

Telefon: 07222 381-2300  
Telefax: 07222 381-2399  
E-Mail: [amt23@landkreis-rastatt.de](mailto:amt23@landkreis-rastatt.de)  
Internet: [www.landkreis-rastatt.de](http://www.landkreis-rastatt.de)

Bildnachweise: Gesundheitsamt Rastatt, pixabay  
Stand: August 2019

## **Ansprechpartner**

Anne Fechler; Dr. Katrin Nagel; Martin Schüler

© Landratsamt Rastatt, Gesundheitsamt, Sachgebiet Kinder- und Jugendgesundheit,  
Prävention  
Alle Rechte vorbehalten

---

**Gesundheitsberichterstattung  
im Gesundheitsamt Rastatt**

**Bericht zur  
Einschulungsuntersuchung**

**Schulanfänger 2019**





## **Zusammenfassung des Berichts zur Einschulungsuntersuchung 2019**

In den vorliegenden Bericht zur Einschulungsuntersuchung (ESU) 2019 konnten 2.253 Kinder im Alter von 4 und 5 Jahren aus dem Landkreis Rastatt und dem Stadtkreis Baden-Baden einbezogen werden.

Die Daten der Kinder stehen für die Auswertung anonymisiert zur Verfügung, so dass keine Rückschlüsse auf einzelne Kinder möglich sind.

Es werden die Ergebnisse der Untersuchung im vorletzten Kindergartenjahr vorgestellt, die bei allen untersuchten Kindern standardisiert durchgeführt wurde.

Die Aufteilung des Landkreises Rastatt in die 4 Raumschaften – Nördlicher Landkreis, Murgtal, Stadt Rastatt und Südlicher Landkreis – erfolgt seit der Auswertung 2018 und wurde beibehalten. Der Stadtkreis Baden-Baden wird nicht weiter unterteilt (Seite 11).

### **Neue Auswertung nach Sozialstatus**

Anhand des Brandenburger Sozialindex, einem in der Gesundheitsberichterstattung verbreiteten und somit vergleichbaren Index, wurde der soziale Status der Kinder beziehungsweise der Familien ermittelt.

Für die Sozialstatusbestimmung fließen die Angaben der Sorgeberechtigten zur Schulbildung und Erwerbstätigkeit ein. Es wird ein Punktescore ermittelt, der die Einteilung in einen niedrigen, mittleren und hohen Sozialstatus erlaubt.

Alle Auswertungen zum Sozialstatus erfolgen gemeinsam für den Landkreis Rastatt und den Stadtkreis Baden-Baden.

Weiterführende Informationen zur Methodik der Sozialstatusbestimmung und erste Ergebnisse sind ab Seite 14 des vorliegenden Berichts zu finden.

### **Impfschutz und Früherkennungsuntersuchungen**

Erfreulicherweise zeigen die Impfquoten für vollständig gegen Masern geimpfte Kinder in diesem Jahr in beiden Kreisen einen ansteigenden Trend und liegen im Landkreis Rastatt bei 94,7 % und in Baden-Baden bei 93,9 %.

Anhand einer vergleichenden Auswertung mit Daten aus kassenärztlichen Abrechnungen zeigt sich jedoch, dass viele Kinder nicht zeitgerecht, das heißt bis zum Erreichen des Alters von 24 Monaten, vollständig gegen Masern geimpft sind.

Die Grundimmunisierungsraten für die 5-beziehungsweise 6-fach Impfung werden anhand der Keuchhusten-Impfquoten näher beleuchtet. Für den Landkreis Rastatt zeigt sich über die letzten Jahre eine abnehmende Tendenz an vollständig geimpften Kindern (Seite 26).

Bei den Früherkennungsuntersuchungen, U1-U8, kann festgestellt werden, dass mit zunehmendem Alter der Kinder überwiegend rückläufige Teilnahmeraten zu verzeichnen sind.

Kinder mit niedrigem sozialem Status nehmen seltener Früherkennungsuntersuchungen im Vergleich zu Kindern mit hohem sozialem Status wahr (siehe Seite 31 und 32).

### **Sehen und Hören**

Die Ergebnisse sind vergleichbar zum Vorjahr und ab Seite 34 zu finden.

Bei der Auswertung nach sozialem Status zeigt sich, dass Kinder mit niedrigem sozialem Status deutlich seltener eine altersentsprechende Bewertung des Sehens im Vergleich zu Kindern mit hohem sozialem Status erhalten haben (Seite 38).

Bei der Hörtestung sind solche Unterschiede zwischen den Sozialstatusgruppen nicht feststellbar (ebenfalls Seite 38).



## **Über- und Untergewicht**

Die Auftretenshäufigkeit von Unter- und Übergewicht ist ebenfalls vergleichbar zum Vorjahresbericht.

Dabei haben in diesem Jahr im Landkreis Rastatt 8 % der Kinder Untergewicht, 85 % Normalgewicht und 7 % der Kinder Übergewicht.

In Baden-Baden liegen diese Quoten bei 3 % für Untergewicht, 89 % für Normalgewicht und 9 % für Übergewicht (Seite 39).

Die Auswertung nach sozialem Status zeigt, dass Kinder mit niedrigem sozialem Status wesentlich häufiger als Kinder mit hohem sozialem Status übergewichtig sind (Seite 41).

## **Motorische Fähigkeiten**

Die Körpermotorik beziehungsweise Körperkoordination wird über das Einbeinhüpfen geprüft. Die Ergebnisse für den Landkreis Rastatt sind stabil im Vergleich zum Vorjahr, in Baden-Baden zeigt sich eine Zunahme an auffälligen Leistungen beim Einbeinhüpfen (Seite 42).

Bei der Prüfung der Auge-Hand-Koordination sind in beiden Kreisen die Ergebnisse vergleichbar zum Vorjahr, dabei zeigt rund jedes 10. Kind Hinweise auf eine visuomotorische Störung (Seite 45).

Auch hier zeigen die Auswertungen nach sozialem Status, dass Kinder mit niedrigem sozialem Status wesentlich seltener eine altersentsprechende Bewertung für die Körper- und Visuomotorik im Vergleich zu Kindern aus der hohen Sozialstatusgruppe erhalten haben (Seite 46).

## **Ergebnisse der Sprachstandsdiagnostik**

Die Quote für Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf zeigt sowohl im Landkreis Rastatt mit rund 25 % als auch in Baden-Baden mit rund 36 % eine ansteigende Tendenz.

Der festgestellte intensive Sprachförderbedarf schwankt deutlich zwischen den einzelnen Raumschaften im Landkreis Rastatt.

Bei der Auswertung nach sozialem Status wird deutlich, dass sich der Bedarf an intensiver Sprachförderung mit steigendem sozialem Status deutlich verringert. Diese Ergebnisse zeigen sich sogar bei der Differenzierung nach nur Deutsch sprechenden und mehrsprachigen Kindern.

Somit kann anhand dieser Daten gezeigt werden, dass sich höhere Ressourcen der Sorgeberechtigten förderlich auf die Sprachentwicklung ihrer Kinder auswirken können.

Bei der Auswertung der Angaben der Erzieherinnen und Erzieher zur speziellen Sprachförderung in den Kitas im vorletzten Kindergartenjahr wird erneut Folgendes deutlich: Kinder mit einem in der ESU festgestellten intensiven Sprachförderbedarf nahmen zum Zeitpunkt der ESU bislang nur zum Teil an Sprachfördergruppen in den Kitas teil.

Ausführliche Informationen zu den Ergebnissen der Sprachstandsdiagnostik siehe ab Seite 48.

## **Handlungsempfehlungen**

Dieser Bericht zu den Schulanfängern 2019 enthält Handlungsempfehlungen.

Dabei stehen der Erhalt hoher Impfquoten, die Weiterleitung der Ergebnisse an die Gemeinsame Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) und die Sprachförderung im Fokus.

Für den Erhalt hoher Impfquoten ist mittelfristig geplant, den Elternratgeber bei der ESU in Richtung Impfinformation für die ganze Familie auszubauen. Dadurch dass alle Kinder eines Jahrgangs bei der ESU erreicht werden, ist die flächendeckende Verbreitung im Land- und Stadtkreis gesichert.

Die Ergebnisse des ESU-Berichts sollen in die ab dem 1. Halbjahr 2020 tagende KGK-Arbeitsgruppe „Gesund aufwachsen“ einfließen.

Für die gezielte Förderung der sprachlichen Anregung in den Familien wird auf Sicht gesehen empfohlen zu prüfen, inwieweit jedem Kind bei der ESU ein kleines Buchgeschenk überreicht werden kann. Ein gleichartiges Projekt wird im Landkreis Biberach praktiziert.

Ebenfalls empfohlen wird das Angebot einer möglichst frühzeitigen, zielgruppenorientierten intensiven Sprachförderung in den Kindertageseinrichtungen.

Die Ausarbeitung der Handlungsempfehlungen ist ab Seite 62 zu finden.

## **Danksagung**

Der vorliegende Bericht wäre ohne die überaus engagierte Arbeit des ESU-Teams im Gesundheitsamt nicht machbar – hierfür herzlichen Dank!

Auch die vielfältige Unterstützung durch die Erzieherinnen und Erzieher in den Kindertageseinrichtungen und durch die Sorgeberechtigten ist unabdingbar für die Durchführung einer qualitativ hochwertigen ESU mit entsprechender Datenqualität.

Ein großer Dank gilt zudem allen Kindern des Untersuchungsjahrganges 2017/2018.

## Inhaltsverzeichnis

1	Abkürzungsverzeichnis .....	8
2	Was ist die Einschulungsuntersuchung? .....	9
3	Wer wird in der Einschulungsuntersuchung untersucht? .....	11
3.1	Basisdaten in der Einschulungsuntersuchung .....	11
3.2	Kindertageseinrichtungen in der ESU .....	13
4	Neue Auswertungskategorie in der ESU – Sozialer Status .....	14
4.1	Einteilung der Sozialstatusgruppen in 3 Gruppen.....	15
4.2	Soziale Lage und Armut .....	15
4.3	Soziale Lage und Gesundheit.....	15
4.4	Bestimmung des Sozialindex im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden .....	16
4.5	Sozialstatus und Familiensprachen.....	18
5	Impfstatus zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung.....	19
5.1	Dokumentierte Impfungen bei der Einschulungsuntersuchung.....	19
5.2	Präsentation ausgewählter Impfquoten - Masern und Pertussis .....	19
5.3	Vollständig gegen Masern geimpfte Kinder – die kleinräumige Betrachtung .....	22
5.4	Pertussisimpfquoten (Keuchhusten) als Referenz für die Erfassung von weiteren Impfungen bei der Einschulungsuntersuchung .....	26
5.5	Inanspruchnahme von ausgewählten Impfungen und sozialer Status.....	28
6	Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U6 bis U8 .....	29
6.1	Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen und sozialer Status .....	31
6.2	Strukturen zum Erhalt hoher Inanspruchnahmeraten für Früherkennungsuntersuchungen im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden.....	33
7	Sehen und Hören in der Einschulungsuntersuchung .....	34
7.1	Sehtest in der ESU und Gesamtbewertung des Sehens .....	34
7.2	Hörtest in der ESU und Gesamtbewertung des Hörens.....	36
7.3	Sehtest- und Hörtestergebnisse und sozialer Status .....	38
8	Über- und Untergewicht .....	39
8.1	Darstellung der Gewichtsverteilungen nach Raumschaften .....	40
8.2	Übergewicht in den einzelnen Sozialstatusgruppen.....	41
9	Körpermotorik und Auge-Hand-Koordination.....	42
9.1	Einbeinhüpfen.....	42
9.2	Visuomotorik – Auge-Hand-Koordination .....	44
9.3	Ergebnisse zur Körpermotorik und zur Auge-Hand-Koordination nach Sozialstatus .....	46
10	Wie untersucht das Gesundheitsamt die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder?.....	47
11	Ergebnisse der Sprachstandsdiagnostik.....	48
11.1	Familiensprachen der Kinder .....	48
11.2	Mehrsprachige Kinder im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden .....	49
11.3	Das Sprachscreening HASE .....	50
11.3.1	Auffälliges HASE – welche Prüfbereiche sind am häufigsten betroffen? Was kann aus diesen Ergebnissen geschlossen werden?.....	51
11.3.2	Mehrsprachigkeit als Chance .....	52



12	Intensiver Sprachförderbedarf in der Einschulungsuntersuchung .....	53
12.1	Intensiver Sprachförderbedarf in den Raumschaften im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden.....	54
12.2	Entwicklung des intensiven Sprachförderbedarfs in der Stadt Rastatt und in Baden-Baden.....	54
12.3	Intensiver Sprachförderbedarf und sozialer Status.....	55
12.4	Intensiver Sprachförderbedarf und Kindertageseinrichtungen.....	56
12.5	Einbezogene Einrichtungen im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden .....	57
12.5.1	Einrichtungen mit mindestens 25 % intensivem Sprachförderbedarf .....	57
12.6	Spezielle Sprachfördergruppen in den Kindertageseinrichtungen .....	59
12.7	Intensiver Sprachförderbedarf und Sprachförderung in den Kitas .....	59
13	Ausblick: Handlungsempfehlungen zum Erhalt und zur Verbesserung der Kindergesundheit auf Grundlage des ESU-Berichts 2019.....	62
13.1	Erhalt von hohen Impfquoten bei den Kindern im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden.....	62
13.2	Einbringen der Ergebnisse in die Gemeinsame Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK).....	63
13.3	Gezielte Förderung der sprachlichen Anregung in allen Familien .....	63
13.4	Optimierung der Sprachförderung in den Kitas.....	64
14	Abbildungsverzeichnis .....	65
15	Tabellenverzeichnis.....	66
16	Anhang .....	67

## 1 Abkürzungsverzeichnis

BMI	Body-Mass-Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ESU	Einschulungsuntersuchung
HASE	Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung
KGK	Gemeinsame Kommunale Gesundheitskonferenz für den Landkreis Rastatt und den Stadtkreis Baden-Baden
KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland mit Basiserhebung (2003-2006), Welle 1 (2009-2012) sowie Welle 2 (2014-2017)
Kita	Kindertageseinrichtung
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz)
SchG	Schulgesetz für Baden-Württemberg
SchulUV	Verordnung des Sozialministeriums zur Durchführung schulärztlicher Untersuchungen sowie zielgruppenspezifischer Untersuchungen und Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen und Schulen (Schuluntersuchungsverordnung)
SETK 3-5	Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (3;0 – 5;11 Jahre)
SPATZ	Sprachförderung in allen Tageseinrichtungen mit Zusatzbedarf
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut

## 2 Was ist die Einschulungsuntersuchung?

Die Einschulungsuntersuchung (ESU) in Baden-Württemberg findet seit 2009 im vorletzten Kindergartenjahr statt und ist gesetzlich verpflichtend<sup>1</sup>.

Die ESU besteht aus 2 Schritten. Schritt 1 ist eine Screeninguntersuchung, die durch die sozialmedizinischen Assistentinnen des Gesundheitsamtes in den Kindertageseinrichtungen (Kita) vor Ort durchgeführt wird. Bei dieser Untersuchung sind die Kinder 4 oder 5 Jahre alt.

Zu diesem Zeitpunkt geht es nicht um die Frage, ob ein Kind schulreif ist, sondern ob in einzelnen kindlichen Entwicklungsbereichen noch Förderbedarf besteht. Durch die Untersuchung im vorletzten Kindergartenjahr wird somit noch Zeit für die Förderung des Kindes während der Kindergartenzeit gewonnen.

Teile der Untersuchung in Schritt 1 sind die Erfassung des Impfstatus und der Früherkennungsuntersuchungen, die Messung von Körpergröße und Gewicht sowie das Überprüfen von Sehen und Hören.

Zudem werden in mehreren Schritten die sprachlichen Fähigkeiten, ein wichtiger Baustein für den späteren Schulerfolg, erhoben. Die Motorik, Zeichen- und Schreibentwicklung sowie mathematische Vorläuferfähigkeiten werden ebenfalls geprüft.



Abbildung 1: Kind bei der Einschulungsuntersuchung – Screeninguntersuchung in Schritt 1

Der abschließende Befund der Screeninguntersuchung wird von der Schulärztin und dem Schularzt in Zusammenarbeit mit den sozialmedizinischen Assistentinnen erstellt. Kinder, die eine weiterführende Diagnostik benötigen, werden im Gesundheitsamt ergänzend ärztlich untersucht.

Dabei können Förderbedarfe festgestellt oder Maßnahmen empfohlen werden, welche die weitere kindliche Entwicklung unterstützen.

Ein in der ESU festgestellter Förderbedarf kann entweder eine „Förderung in der Kita gemäß Orientierungsplan/häuslich“ oder ein „intensiver Förderbedarf“ sein.

Ein intensiver Förderbedarf wird in der Regel bei deutlichen Entwicklungsauffälligkeiten eines Kindes bescheinigt. Die allgemeine Förderung im üblichen Kita- oder Vorschulprogramm reicht hierbei nicht aus, um einem betroffenen Kind gute Entwicklungschancen zu ermöglichen.

In den nachfolgenden Kapiteln werden ausgewählte Untersuchungsbestandteile und Ergebnisse der Untersuchungen aus Schritt 1 präsentiert.

<sup>1</sup> § 91 Abs. 2 SchG (Schulgesetz für Baden-Württemberg)  
§ 8 Abs. 2 ÖGDG (Gesundheitsdienstgesetz)  
§ 2 Abs. 2 SchulUV (Schuluntersuchungsverordnung)

Schritt 2 der ESU in den Monaten vor der Einschulung befasst sich mit etwaigen schulrelevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die Untersuchungsinhalte sind auf die individuellen Bedarfe abgestimmt und eignen sich daher nicht für die Gesundheitsberichterstattung.

Die Ergebnisse der ESU werden grundsätzlich den sorgeberechtigten Personen mitgeteilt. Mit Einwilligung der Sorgeberechtigten kann sich das Gesundheitsamt mit den Erzieherinnen und Erziehern in den Kitas austauschen.

Die behandelnden Haus- oder Kinderärztinnen/Haus-oder Kinderärzte erhalten vom Gesundheitsamt nur bei vorliegender Einwilligung der Sorgeberechtigten entsprechende Informationen zu den Untersuchungsergebnissen.

Als Teil der Gesundheitsberichterstattung hatte das Gesundheitsamt Rastatt bereits in der Vergangenheit Ergebnisse der Untersuchungen der Einschulungsjahrgänge 2010 bis 2014 sowie 2016 bis 2018 veröffentlicht.

### 3 Wer wird in der Einschulungsuntersuchung untersucht?

Das Gesundheitsamt Rastatt berichtet an dieser Stelle über die Einschulungsuntersuchung des Einschulungsjahrgangs 2019 – ESU 2019.

Zur ESU 2019 wurden die Kinder mit Wohnort im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden eingeladen, deren Geburtsdatum zwischen 1. Oktober 2012 und 30. September 2013 liegt.

Der Untersuchungszeitraum für den Jahrgang erstreckte sich von Herbst 2017 bis Sommer 2018 und das Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes umfasst den Landkreis Rastatt und den Stadtkreis Baden-Baden.

Die reguläre Einschulung der untersuchten Kinder erfolgt im September 2019.

#### 3.1 Basisdaten in der Einschulungsuntersuchung

In die vorliegende Auswertung gehen insgesamt 2.253 Kinder ein, davon 1.091 Mädchen (48 %) und 1.162 Jungen (52 %).

Das Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Screeninguntersuchung lag zwischen 4 Jahren und knapp 6 Jahren (5;11 Jahre). Die Kinder waren bei der Untersuchung im Schnitt genau 5 Jahre alt (Median: 60 Monate).

Während der Screeninguntersuchung war bei 70 % der Kinder im Landkreis Rastatt und bei 65 % der Kinder in Baden-Baden eine sorgeberechtigte Person anwesend.

Bereits seit dem Bericht zur ESU 2018 wird für die Darstellung der Ergebnisse der Landkreis Rastatt kleinräumig gegliedert.

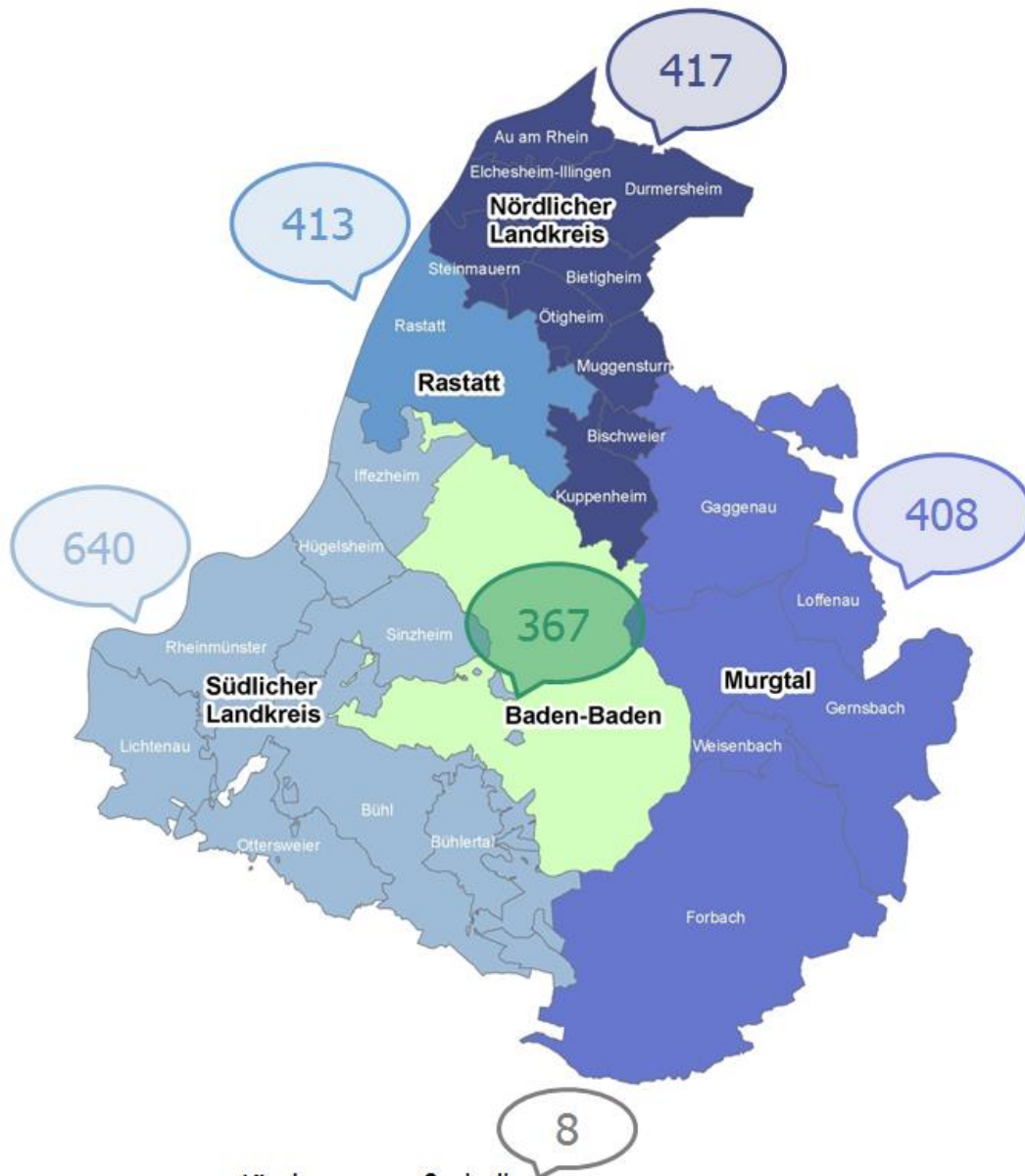
Diese Bereiche sind der nördliche Landkreis, das Murgtal, die Stadt Rastatt und der südliche Landkreis.

Der Stadtkreis Baden-Baden wird nicht weiter unterteilt.

Es ergibt sich somit folgende Einteilung der Städte und Gemeinden in die entsprechenden Raumschaften (Tabelle 1):

<b>Nördlicher Landkreis</b>	Au am Rhein, Bietigheim, Bischweier, Durmersheim, Elchesheim-Illingen, Kuppenheim, Muggensturm, Ötigheim, Steinmauern
<b>Murgtal</b>	Forbach, Gaggenau, Gernsbach, Loffenau, Weisenbach
<b>Rastatt</b>	
<b>Südlicher Landkreis</b>	Bühl, Bühlertal, Hügelsheim, Iffezheim, Lichtenau, Ottersweier, Rheinmünster, Sinzheim
<b>Baden-Baden</b>	

Tabelle 1: Kleinräumige Gliederung des Landkreises Rastatt in Raumschaften/Stadtkreis Baden-Baden



Kinder von außerhalb:

Abbildung 2: Raumschaften und Anzahl der untersuchten Kinder im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes

Insgesamt wohnen 19 % der in der ESU 2019 untersuchten Kinder im nördlichen Landkreis, 18 % im Murgtal, 18 % in Rastatt, 28 % im südlichen Landkreis und 16 % in Baden-Baden.

Ein knappes halbes Prozent der untersuchten Kinder stammt aus Gemeinden außerhalb des Landkreises beziehungsweise Stadtkreises (Abbildung 2).

Diese Kinder besuchen jedoch Kitas im Landkreis Rastatt und wurden dort unter-

sucht, so dass sie in den Auswertungen zum Landkreis Rastatt gezählt werden<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Die ESU wird durch das Gesundheitsamt durchgeführt, in dessen örtlicher Zuständigkeit sich die Kita befindet (§ 1 SchulUV).



### 3.2 Kindertageseinrichtungen in der ESU

Im Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsamtes wurden die in die Auswertung einbezogenen 2.253 Kinder in 139 Kitas untersucht.

Dabei reichte die Zahl der untersuchten Kinder je Kita von 1 Kind bis maximal 40 Kinder.

Im Landkreis Rastatt wurden bei Kindern aus 112 Kitas Einschulungsuntersuchungen durchgeführt. Dabei entfallen auf den nördlichen Landkreis 21, auf das Murgtal 26, auf die Stadt Rastatt 22 und auf den südlichen Landkreis 43 Einrichtungen.

In Baden-Baden wurden Kinder aus 27 Kitas untersucht.



Abbildung 3: Spielende Kinder in einer Kindertageseinrichtung

#### 4 Neue Auswertungs-kategorie in der ESU – Sozialer Status

Sind unterschiedliche Ergebnisse in der Einschulungsuntersuchung bei der Auswertung nach sozialem Status der Kinder festzustellen? Sich dieser Frage anzunähern, ist Ziel der neuen Auswertungskategorie im vorliegenden Bericht.

Die Erfassung des sozialen Status erfolgt nach dem Brandenburger Sozialindex.<sup>3</sup> Dieser Index wird anhand der Angaben der Sorgeberechtigten zu Schulbildung und Erwerbstätigkeit berechnet.

Bei der ESU in Baden-Württemberg werden diese Angaben über den Fragebogen für sorgeberechtigte Personen erhoben. Die Beantwortung der Fragen im Fragebogen und die Rückgabe des Bogens an die Gesundheitsämter sind freiwillig.

Die Erhebung und Verarbeitung der Daten zu Schulbildung und Erwerbstätigkeit ist ausschließlich für die Gesundheitsberichterstattung, die mit anonymisierten Daten arbeitet, vorgesehen.

Seit 1994 wird im Land Brandenburg aus den Daten der Einschulungsuntersuchung der Sozialindex ermittelt. Er dient dort seit 2007 als politisches Steuerungsinstrument zur sozialkompensatorischen Verteilung von Landesmitteln für Sprachfördermaßnahmen (Böhm et al., 2007).

Für den Brandenburger Sozialindex werden die Angaben zum höchsten Schulabschluss und zur Erwerbstätigkeit mit Punkten belegt und die entsprechende Summe ermittelt (Tabelle 2).

Es wird deutlich, dass die Schulbildung durch die 3-stufige Einteilung mit dementsprechenden

sprechenden Punktwerten ein höheres Gewicht als die Erwerbstätigkeit mit ihrer 2-stufigen Einteilung erfährt.

Kritisch anzumerken ist, dass für die Erfassung des sozialen Status in diesem Index das Einkommen der Familie keine Rolle spielt.

Daher muss berücksichtigt werden, dass das Brandenburger Modell ein einfaches Sozialindexmodell darstellt.

Wesentlich ist jedoch, dass dieses Modell in der Gesundheitsberichterstattung verbreitet ist und Ergebnisse auf längere Sicht vergleichbar werden.

Des Weiteren muss für die Ermittlung des Brandenburger Sozialindex nicht auf Sekundärdaten zurückgegriffen werden. Somit sind die Voraussetzungen für eine höhere Datenqualität gegeben.

<b>Schulbildung</b>	<b>hoch:</b> mehr als 10 absolvierte Klassen	<b>3</b> Punkte
	<b>mittel:</b> 10 absolvierte Klassen	<b>2</b> Punkte
	<b>niedrig:</b> weniger als 10 absolvierte Klassen oder fehlender Schulabschluss	<b>1</b> Punkt
<b>Erwerbstätigkeit</b>	<b>ja</b>	<b>2</b> Punkte
	<b>nein</b>	<b>1</b> Punkt

Tabelle 2: Brandenburger Sozialindex: Erfassung von Schulbildung und Erwerbstätigkeit

Der Brandenburger Sozialindex kann berechnet werden, wenn die vollständigen Angaben zu Schulbildung und Erwerbstätigkeit zumindest von einer sorgeberechtigten Person vorliegen.

Sind die Angaben bei der weiteren sorgeberechtigten Person unvollständig oder fehlen diese, so werden die vollständigen Angaben der antwortenden Person auf den anderen Sorgeberechtigten übernommen.

<sup>3</sup> Böhm A, Ellsäßer G, Lüdecke K (2007): Der Brandenburger Sozialindex: ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene bei der Analyse von Einschülerdaten. Das Gesundheitswesen 69: 555-559

Bei Alleinerziehenden werden die Angaben doppelt gewichtet.

Liegen ausschließlich unvollständige Angaben der Sorgeberechtigten vor, so kann die Berechnung des Brandenburger Sozialindex nicht vorgenommen werden.

#### **4.1 Einteilung der Sozialstatusgruppen in 3 Gruppen**

Je nach erreichter Punktzahl bei Schulbildung und Erwerbstätigkeit wird eine dreistufige Einteilung vorgenommen:

- **Niedriger sozialer Status**  
(4 - 6 Punkte)
- **Mittlerer sozialer Status**  
(7 - 8 Punkte)
- **Hoher sozialer Status**  
(9 - 10 Punkte)

Veröffentlichungen für das Land Baden-Württemberg zum Brandenburger Sozialindex liegen bereits vor.

Ausgewählte ESU-Ergebnisse in Abhängigkeit vom sozialen Status der Familien wurden im August 2018 im GesellschaftsReport BW „Familienarmut - ein Risiko für die Gesundheit von Kindern“<sup>4</sup> von der Familienforschung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg veröffentlicht.

Die Datengrundlage hierfür waren die landesweiten Daten der Schulanfänger aus dem Jahr 2017.

Ergebnisse aus diesem Report werden, sofern vorhanden, für diesen Bericht als Referenz herangezogen.

#### **4.2 Soziale Lage und Armut**

Armutsgefährdet gelten in Baden-Württemberg laut GesellschaftsReport BW

<sup>4</sup> GesellschaftsReport BW Ausgabe 3 – 2018 „Familienarmut – ein Risiko für die Gesundheit von Kindern“, [https://www.statistik-bw.de/FaFo/Familien\\_in\\_BW/R20183.pdf](https://www.statistik-bw.de/FaFo/Familien_in_BW/R20183.pdf), letzter Zugriff am 15.08.2019

knapp ein Fünftel (19 %) der Kinder und Jugendlichen (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2018).

Als armutsgefährdet in Baden-Württemberg gilt, wer über weniger als 60 % des mittleren Äquivalenzeinkommens (Landesmedian) verfügen kann. Das Äquivalenzeinkommen ist ein berechnetes Pro-Kopf-Einkommen unter der Annahme, dass jedem Mitglied eines Haushalts, wenn es erwachsen und alleinlebend ist, der gleiche Lebensstandard zur Verfügung stünde.

Nun erlaubt der Brandenburger Sozialindex nicht, direkt vom berechneten Sozialstatus auf eine mögliche Armutsgefährdung zu schließen. Grund dafür ist, dass keine Angaben zum Einkommen der Familien vorliegen.

Die beiden erhobenen Variablen „Schulbildung“ und „Erwerbstätigkeit“ eignen sich jedoch als Annäherung.

Laut erstem Armuts- und Reichtumsbericht Baden-Württemberg (2015)<sup>5</sup> ist eine fehlende oder unzureichende Erwerbsbeteiligung der Eltern ein bedeutender Risikofaktor für eine Armutsgefährdung. Ferner wird im Bericht angemerkt, dass Menschen mit steigender Schulbildung und steigender beruflicher Qualifikation seltener armutsgefährdet sind.

Somit kann gefolgert werden, dass Bildungsressourcen und Erwerbsbeteiligung Schutzfaktoren gegenüber einer Armutsgefährdung darstellen können.

#### **4.3 Soziale Lage und Gesundheit**

Anhand von Studien kann gezeigt werden, dass ein Zusammenhang zwischen dem sozialen Status der Eltern und dem Gesundheitszustand von Kindern besteht.

<sup>5</sup> Erster Armuts- und Reichtumsbericht Baden-Württemberg, [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Anhang\\_PM/Armuts\\_und\\_Reichtumsbericht\\_25\\_11\\_2015.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Anhang_PM/Armuts_und_Reichtumsbericht_25_11_2015.pdf), letzter Zugriff am 15.08.2019

In der bundesweiten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) wurden Eltern zum Gesundheitszustand ihrer Kinder befragt (KiGGS Welle 2, 2014-2017).

Es wird deutlich, dass Eltern mit niedrigem sozialem Status den Gesundheitszustand ihrer Kinder deutlich häufiger mit mittelmäßig bis sehr schlecht im Vergleich zu Eltern mit einem mittleren oder hohen sozialen Status einschätzen.

Kinder mit niedrigem sozialem Status haben demzufolge im Vergleich zu Kindern aus der hohen sozialen Statusgruppe eine etwa 6-fach erhöhte Chance einen mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand aufzuweisen.

Der Armuts- und Reichtumsbericht für Baden-Württemberg (2015) nimmt ebenfalls den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern in den Blick und folgert, dass sich soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern widerspiegeln können.

#### **4.4 Bestimmung des Sozialindex im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden**

Bei der ESU 2019 konnte für 1.666 Kinder der Sozialindex berechnet werden. Dies sind rund drei Viertel (74 %) aller untersuchten Kinder. Aus dem Landkreis Rastatt stammen 1.405 Kinder, aus Baden-Baden 261.

Für alle nachfolgenden Auswertungen gilt, dass bei der Bestimmung des Sozialstatus nicht nach Kreisen oder Raumschaften unterschieden wird.

Alle Ergebnisse beziehen sich auf das Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes, den Landkreis Rastatt und den Stadtkreis Baden-Baden.

Die Gründe hierfür sind, dass einerseits für diese Auswertung aufgrund der Freiwilligkeit der Fragebogenangaben nicht für alle untersuchten Kinder Daten vorliegen.

Zum anderen wären zum jetzigen Zeitpunkt bei einer kleinräumigen Auswertung die Daten nicht ausreichend statistisch valide und unterlägen einem größeren Einfluss durch zufällige Schwankungen.

Daher bleibt Ziel für die folgenden Jahre zu prüfen, ob ein Zusammenführen mehrerer Jahrgänge für Sozialstatusauswertungen sinnvoll ist. Sollte sich dies bewahrheiten, kann zukünftig eine kleinräumigere Auswertung in Aussicht gestellt werden.

Schließlich haben diese Auswertungen nicht primär zum Ziel, die räumliche Verteilung der einzelnen Sozialstatusgruppen sondern etwaige besondere Bedarfe in den einzelnen Gruppen aufzuzeigen.

Laut Brandenburger Sozialindex verfügen im Landkreis Rastatt und Baden-Baden 274 Kinder über einen niedrigen, 669 Kinder über einen mittleren und 723 Kinder über einen hohen sozialen Status.

Tabelle 3 und Abbildung 4 zeigen die Verteilung der Kinder in die einzelnen Sozialstatusgruppen:

<b>ESU 2019: Sozialstatusgruppen</b> in %	Niedriger Sozialstatus	Mittlerer Sozialstatus	Hoher Sozialstatus
<b>Landkreis Rastatt und Baden-Baden</b>	<b>16,4</b>	<b>40,2</b>	<b>43,4</b>
<i>Baden-Württemberg (ESU 2017)</i>	<i>19,4</i>	<i>36,5</i>	<i>44,0</i>

Tabelle 3: Sozialer Status im Landkreis Rastatt und Baden-Baden sowie in Baden-Württemberg

Deutlich wird, dass sich die Anteile der Kinder in den einzelnen Sozialstatusgruppen im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes und für das gesamte Land Baden-Württemberg ähneln.

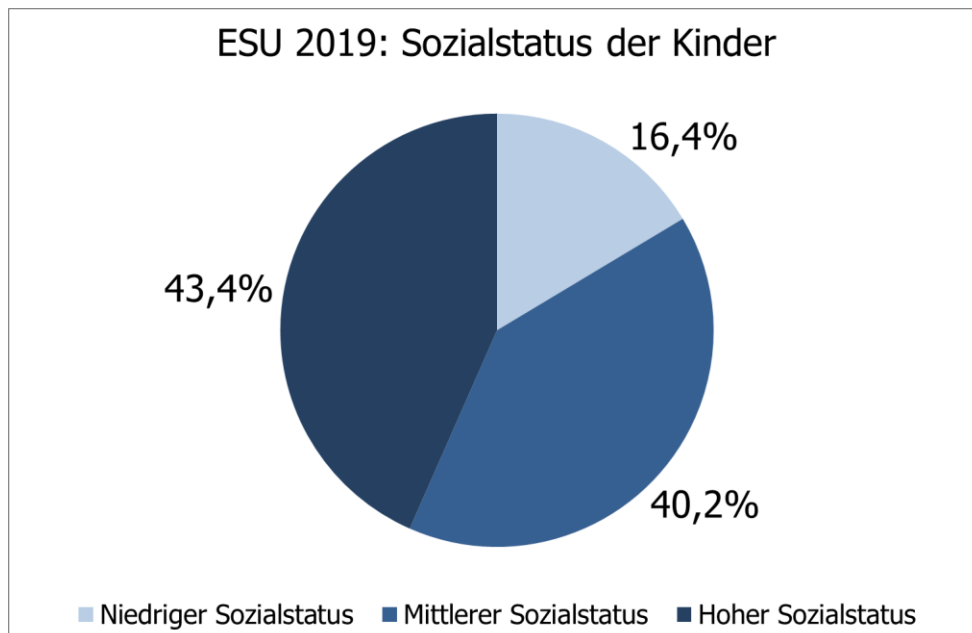


Abbildung 4: Anteile der Kinder in den 3 Sozialstatusgruppen im Landkreis Rastatt und Baden-Baden

#### 4.5 Sozialstatus und Familiensprachen

Das Gesundheitsamt fragt bei den Sorgeberechtigten an, welche Familiensprache(n) mit den Kindern in den ersten 3 Lebensjahren gesprochen wurde(n).

In der Untersuchungssoftware besteht dabei die Möglichkeit, 2 verschiedene Sprachen zu dokumentieren.

Sofern eine Auswertung nach Familiensprachen erfolgt, werden die Kinder nach nur Deutsch sprechend und mehrsprachig unterschieden. Mehrsprachig bedeutet, dass die Kinder entweder andere Familiensprachen oder Deutsch zusammen mit weiteren Familiensprachen zu Hause sprechen.

Bei der Auswertung nach Sozialstatus und Familiensprachen zeigt sich, dass 1.093 Kinder zu Hause nur Deutsch sprechen, 563 Kinder sind mehrsprachig und bei 10 Kindern liegt keine Angabe zur Familiensprache vor.

Wird in einem nächsten Schritt geschaut, wie die einzelnen Sozialstatusgruppen zusammengesetzt sind, so zeigt sich Folgendes: In der Gruppe mit niedrigem sozialem Status sprechen 43 % der Kinder nur Deutsch, mehr als die Hälfte der Kinder ist mehrsprachig.

In der mittleren Sozialstatusgruppe sind rund zwei Drittel nur Deutsch sprechende Kinder, ein Drittel der Kinder ist mehrsprachig.

Bezogen auf die hohe Sozialstatusgruppe zeigt sich, dass rund drei Viertel der Kinder nur Deutsch sprechen, lediglich ein Viertel der Kinder ist mehrsprachig (Abbildung 5).

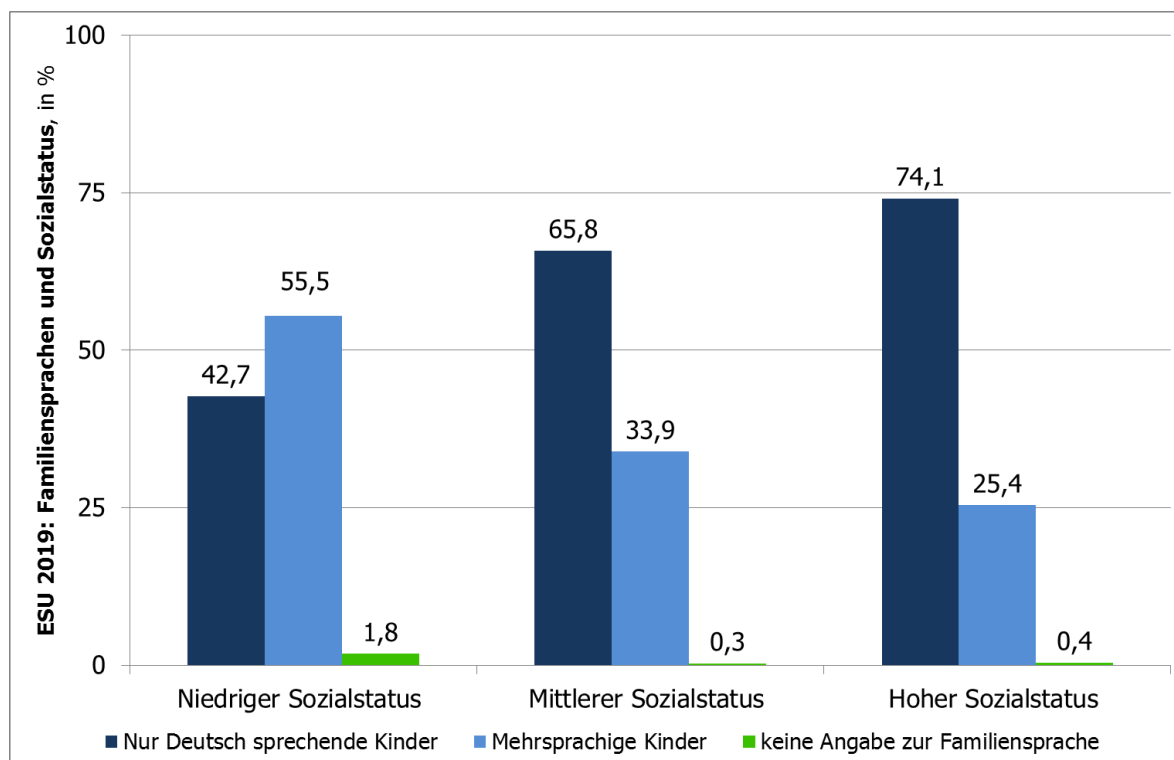


Abbildung 5: Familiensprachen in den einzelnen Sozialstatusgruppen im Landkreis Rastatt und Baden-Baden



## 5 Impfstatus zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung

„Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen“ (Robert Koch-Institut<sup>6</sup>).

Mit dem Impfen werden 3 strategische Ziele verfolgt:

Zum einen werden Menschen individuell durch Impfungen vor schweren Krankheiten geschützt und sind gegenüber den jeweiligen Krankheitserregern immun.

Das zweite Ziel ist das Erreichen von Gemeinschaftsschutz, besser bekannt als Herdenimmunität.

Ist ein solcher Schutz vorhanden, bedeutet dies, dass in einer Bevölkerung genügend Menschen gegen eine bestimmte Krankheit geimpft beziehungsweise gegenüber diesen Krankheitserregern immun sind. Dies hat zur Folge, dass auch nicht-immune Menschen vor Weiterverbreitung der Erreger geschützt sind und Krankheitsausbrüche in der Bevölkerung vermieden werden können.

Das dritte Ziel von Impfungen ist die Ausrottung von Erkrankungen. Erfolgreiche Beispiele hierfür sind die Ausrottung der Pocken oder die weit fortgeschrittene Bekämpfung von Polio (Kinderlähmung).

Für die Ausrottung von Erkrankungen ist aber nicht nur das Impfen von Bedeutung – substantielle Verbesserungen von Lebensverhältnissen und Hygiene tragen ebenfalls wesentlich zum Zurückdrängen von Krankheitserregern bei.

<sup>6</sup> Robert Koch-Institut, Impfen, [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen_node.html), letzter Zugriff am 15.08.2019

### 5.1 Dokumentierte Impfungen bei der Einschulungsuntersuchung

Bei der Einschulungsuntersuchung werden die Impfdokumente der Kinder vom Gesundheitsamt eingesehen.

Im Landkreis Rastatt lagen bei 1.738 Kindern (92 %) und in Baden-Baden bei 311 Kindern (85 %) Informationen zum Impfstatus vor. Die Quote für Baden-Württemberg liegt bei 93 %.

Für alle Berechnungen zu den Impfquoten werden nur Kinder einbezogen, bei denen Dokumente zum Impfstatus vorlagen (Abbildung 6).

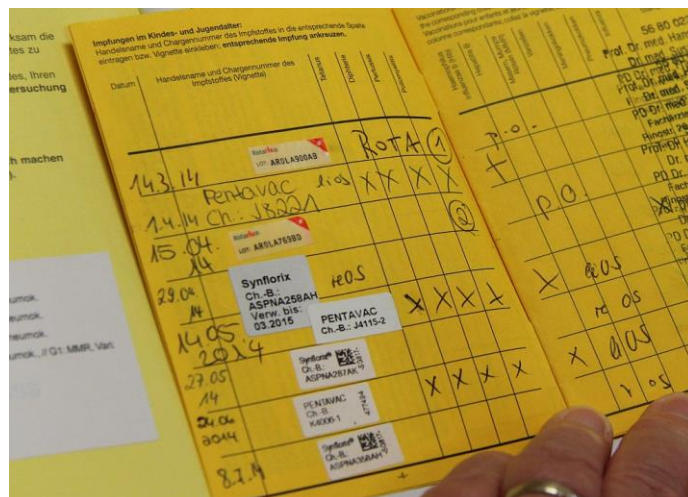


Abbildung 6: Erfassung dokumentierter Impfungen bei der Einschulungsuntersuchung

### 5.2 Präsentation ausgewählter Impfquoten - Masern und Pertussis

Das Thema Impfen ist aufgrund der bundesweiten Masernausbrüche in den Medien präsent.

Zusätzlich sorgt die von Bundesgesundheitsminister Spahn initiierte Impfpflicht für Masern derzeit für weitere politische Diskussionen und Austausch in der Bevölkerung.

Flächendeckende Daten zum Impfschutz in der Bevölkerung gibt es vor allem aus den bundesweiten Einschulungsdaten.

Nachdem im Bericht zur Einschulungsuntersuchung 2018 sämtliche Impfungen und Impfquoten ausführlich berichtet wurden, konzentriert sich dieser Bericht auf 2 Impfungen – die Quoten für die

### **Masern- und Pertussis (Keuchhusten)- Impfungen**

im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden

Bei den Masernimpfungen werden die Anteile der vollständig geimpften Kinder berichtet. Vollständig geimpft bedeutet bei der Masernimpfung, dass die Kinder mindestens zweimal geimpft wurden.

Laut Ständiger Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut wird in der bundesweiten Impfempfehlung die erste Masernimpfung im Alter von 11 bis 14 Monaten empfohlen, die zweite Impfung im Alter von 15 bis 23 Monaten.

Die Masernimpfung wird in der Regel als Kombinationsimpfung mit Mumps- und Rötelnimpfstoff verabreicht.

Daher lässt sich direkt von den Masernimpfquoten auf die Mumps- und Rötelnimpfquoten schließen.

Ein Einzelimpfstoff gegen Masern ist in Deutschland zwar zugelassen, eine Vermarktung findet jedoch laut Paul-Ehrlich-Institut<sup>7</sup> derzeit nicht statt.

Der zeitliche Verlauf von 2011 bis 2019 der Masern-, Mumps-, Röteln- und weiteren Impfquoten ist im Anhang (Seite 67) zu finden.

Die Entwicklung der Masernimpfquoten von den Schulanfängern 2011 bis 2019 für den Landkreis Rastatt, Baden-Baden und Baden-Württemberg sind in der nachfolgenden Tabelle 4 dargestellt.

Dabei wird nach unvollständig geimpften Kindern, die zumindest eine Impfung erhalten haben und vollständig geimpften Kindern mit mindestens 2 Impfungen unterschieden.

---

<sup>7</sup> Paul-Ehrlich-Institut, Impfstoffe gegen Masern, <https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoff-impfstoffe-fuer-den-menschen/masern/masern-node.html>, letzter Zugriff am 15.08.2019

<b>Masern- impfquoten</b> in %		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	<b>2019</b>
<b>Landkreis Rastatt</b>	1 Masern- impfung	94,5	95,8	97,8	97,4	97,7	97,3	96,0	97,3	<b>97,5</b>
	vollständig geimpft	88,0	90,0	92,7	93,5	94,1	93,2	93,1	94,4	<b>94,7</b>
<b>Baden- Baden</b>	1 Masern- impfung	94,2	95,4	98,6	97,4	97,7	94,4	95,2	97,3	<b>96,5</b>
	vollständig geimpft	86,6	90,8	91,9	91,1	92,8	88,9	90,1	91,6	<b>93,9</b>
<i>Baden- Württemberg</i>	<i>1 Masern- impfung</i>	<i>94,1</i>	<i>94,8</i>	<i>95,1</i>	<i>94,8</i>	<i>94,7</i>	<i>94,7</i>	<i>95,2</i>	<i>95,2</i>	<i>95,2</i>
	<i>vollständig geimpft</i>	<i>87,6</i>	<i>88,6</i>	<i>89,2</i>	<i>88,8</i>	<i>88,4</i>	<i>88,8</i>	<i>89,5</i>	<i>89,1</i>	<i>89,8</i>

Tabelle 4: Landkreis Rastatt und Baden-Baden sowie Baden-Württemberg: Entwicklung der Masernimpfquoten von 2011 bis 2019

Für den Landkreis Rastatt und Baden-Baden zeigt sich, dass die Quoten für die erste Masernimpfung hoch sind.

Die persönliche Impfberatung, insbesondere durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte, ist hierbei von Bedeutung.

Dies lässt darauf schließen, dass bei den Sorgeberechtigten in der Regel keine grundsätzlichen Bedenken gegenüber der Masernimpfung bestehen.

Daher ist zu vermuten, dass weitere Gründe für eine fehlende Inanspruchnahme der zweiten Impfung bis zu Einschulungsuntersuchung vorliegen. Die ESU-Daten erlauben jedoch nicht, direkte Rückschlüsse auf Ursachen zu schließen.

Bekannt ist, dass bei der Masernimpfung das Versäumen des notwendigen zweiten Impftermins eine Rolle spielt<sup>8</sup>.

Ferner könnten Falschinformationen, beispielsweise dass die zweite Masernimpfung lediglich eine Auffrischimpfung wäre, zu niedrigeren Impfquoten für vollständig geimpfte Kinder beitragen.

<sup>8</sup> Poethko-Müller C, Kuhnert R, Gillesberg Lassen S, Siedler A (2019): Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Aktuelle Daten aus KiGGS Welle 2 und Trends aus der KiGGS-Studie. Bundesgesundheitsblatt 62:410-421

### 5.3 Vollständig gegen Masern geimpfte Kinder – die kleinräumige Betrachtung

In einem nächsten Schritt werden die Impfquoten für vollständige Masernimpfquoten nach Raumschaften ausgewertet.

Wird in der jeweiligen Raumschaft die für den Gemeinschaftsschutz erforderliche Durchimpfungsquote von 95 % erreicht, ist die Zahl in violett gekennzeichnet (Abbildung 7).

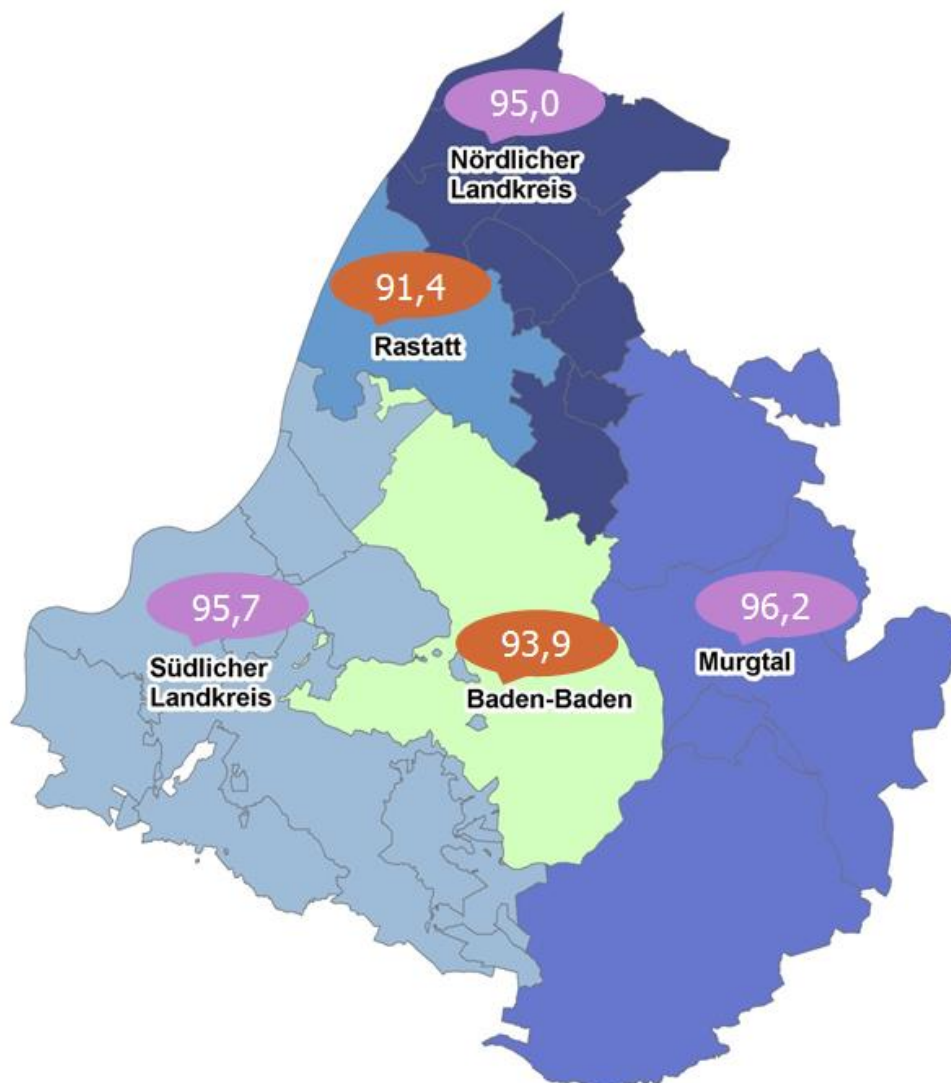


Abbildung 7: **Vollständig gegen Masern geimpfte** Kinder (2 Impfungen, in %)

Ergänzend, jedoch ohne Grafik, werden auch jene Kinder nach Raumschaften berichtet, bei denen die Impfungen gegen Masern begonnen wurden.

Aufgrund der Nichtinanspruchnahme der zweiten Impfung blieb die erforderliche Impfserie bis zur Einschulungsuntersuchung jedoch unvollständig.

Werden auch Kinder mit unvollständiger Masernimpfung einbezogen, so liegen die Impfquoten im nördlichen Landkreis bei 97,5 %, im Murgtal bei 98,6 %, in Rastatt bei 96,4 % und im südlichen Landkreis bei 97,4 %.

In Baden-Baden beläuft sich diese Quote auf 96,5 %.

---

**Werden die Kinder im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden zeitgerecht nach STIKO-Empfehlung, das heißt bis zum Erreichen des Alters von 24 Monaten, vollständig gegen Masern geimpft?**

Zum Verständnis der Grafik ist zu beachten, dass in der Achsenbeschriftung (x-Achse) das Geburtsjahr und der ESU-Jahrgang der Kinder zu finden sind, die sich im Wesentlichen entsprechen (Abbildungen 8 bis 10).

Das Robert Koch-Institut und die Humboldt Universität zu Berlin bieten hierzu bundesweit interaktive Karten, welche die Masernimpfquoten der gesetzlich versicherten Kinder auf Kreisebene im Alter von 24, 36, 60 und 72 Monaten darstellen.

→ [www.VacMap.de](http://www.VacMap.de)

Datengrundlage bilden die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen, wobei in Baden-Württemberg im Durchschnitt rund 85 % der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert sind (Stand Juli 2018, Bundesgesundheitsministerium).

Der Datenstand der VacMap ist 1. Dezember 2017.

Somit sind derzeit Verläufe zu den Masernimpfquoten in verschiedenen Altersgruppen für die Geburtsjahrgänge 2008 bis 2013 verfügbar.

Die genannten Geburtsjahrgänge entsprechen in der Einschulungsuntersuchung den Schulanfängern 2014 bis 2019.

Nachfolgend werden die Ergebnisse des Vergleichs der ESU-Daten mit den VacMap-Daten für den Landkreis Rastatt und Baden-Baden grafisch dargestellt.

Zu beachten ist, dass in die Ergebnisse der VacMap ausschließlich gesetzlich versicherte Kinder einfließen und diese Kinder im gesamten Erfassungszeitraum, also praktisch ab Geburt bis zu den dargestellten Altersmonaten, in Baden-Württemberg leben müssen. Die Auswahl dieser Kinder erfolgt anhand einer Stichprobe.

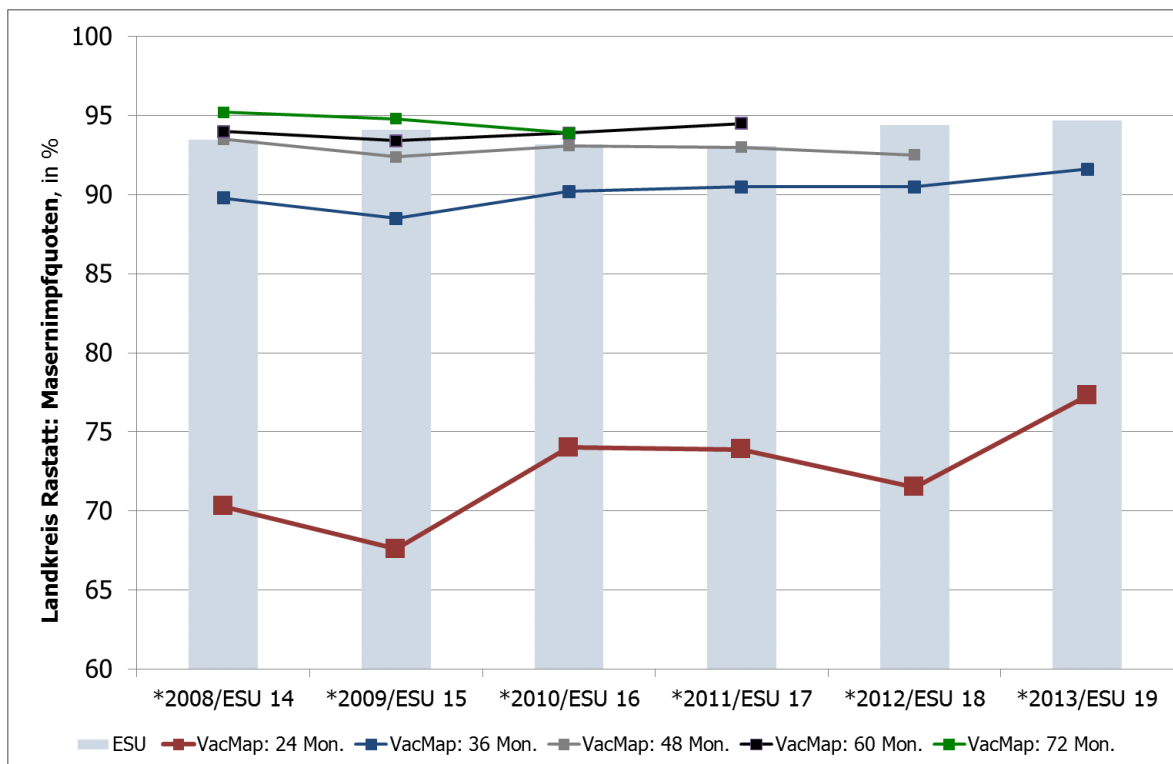


Abbildung 8: Landkreis Rastatt: Kinder mit vollständigen Masernimpfungen - Vergleich von ESU-Daten und VacMap-Daten im Alter von 24, 36, 48, 60 und 72 Monaten

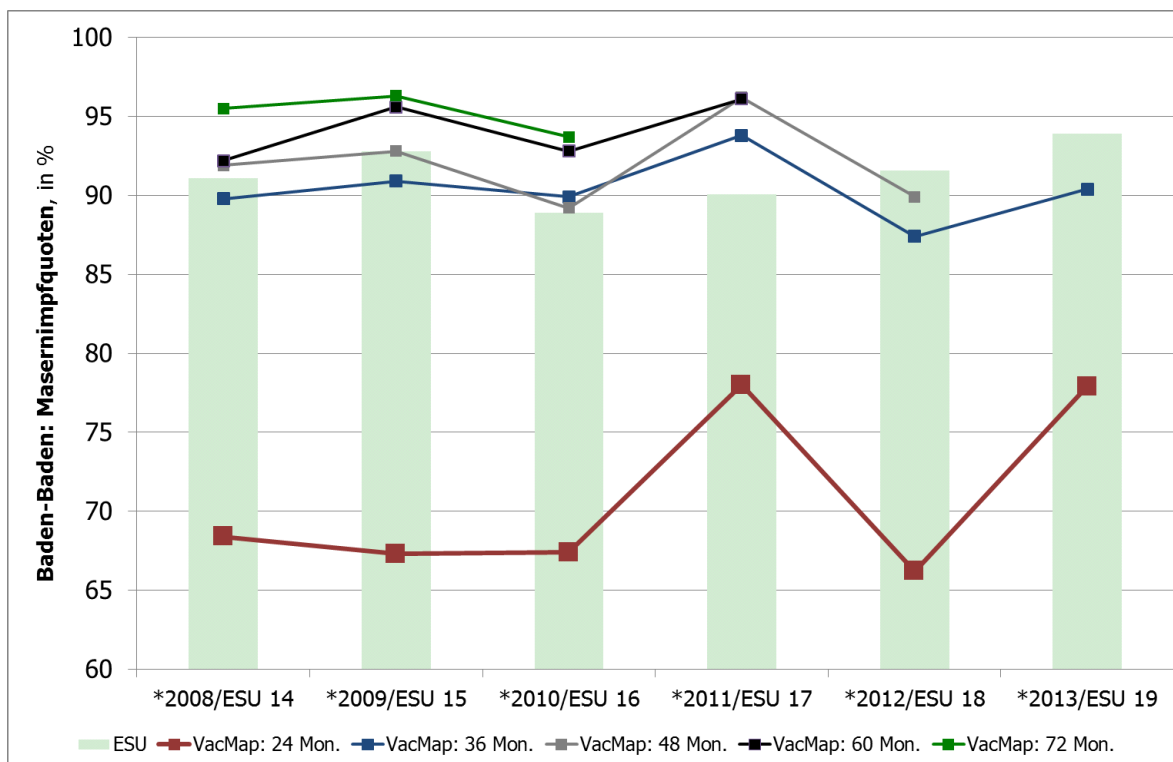


Abbildung 9: Baden-Baden: Kinder mit vollständigen Masernimpfungen - Vergleich von ESU-Daten und VacMap-Daten im Alter von 24, 36, 48, 60 und 72 Monaten



Die Grafiken zeigen für beide Kreise, dass laut VacMap lediglich bis zu drei Viertel der Kinder zeitgerecht, das heißt bis zum Alter von 24 Monaten, vollständig gegen Masern geimpft wurden.

Einen deutlichen Anstieg der Impfquoten in der VacMap gibt es bis zum 3. Geburtstag, danach fallen die Anstiege schwächer aus. Ob es sich bei den Anstiegen um das Nachholen von versäumten Impfungen handelt oder niedergelassene Haus- oder Kinderärztinnen/Haus- oder Kinderärzte andere Impfschemata bevorzugen, kann anhand dieser Auswertung nicht beantwortet werden.

Auf Landesebene zeigen sich ähnliche Effekte. Auch hier ist der steilste Anstieg der

Impfquoten zwischen den beiden Altersgruppen 24 und 36 Monate zu verzeichnen (Abbildung 10).

Zu beachten ist, dass den Altersgrenzen der VacMap Stichtage zugrunde liegen. Erhält zum Beispiel ein Kind im Alter von 25 Monaten die Impfung, wird dieses Kind der 36 Monate-Gruppe zugeordnet.

Die bislang vorhandenen VacMap-Daten zeigen zudem, dass bei gesetzlich versicherten Kindern die Masernimpfquoten eines Jahrgangs bis zum letzten Erhebungszeitpunkt, das heißt bis zum Alter von 72 Monaten, ansteigen.

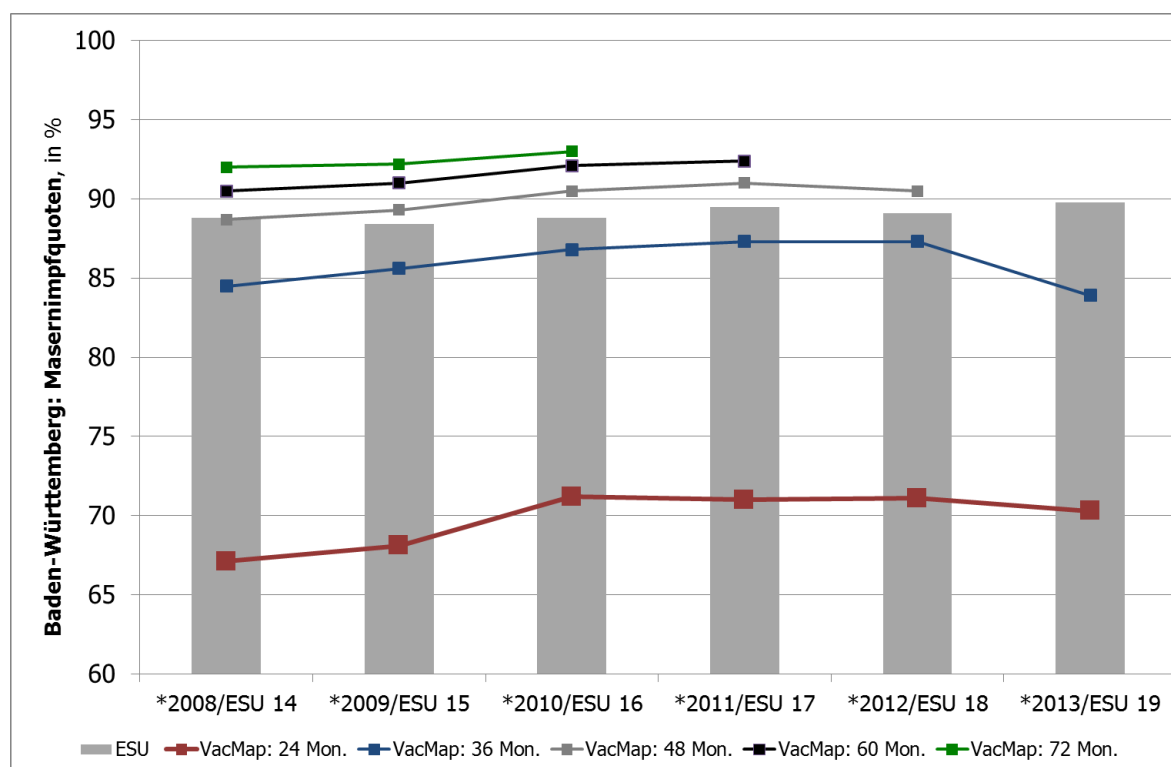


Abbildung 10: Baden-Württemberg: Kinder mit vollständigen Masernimpfungen - Vergleich von ESU-Daten und VacMap-Daten im Alter von 24, 36, 48, 60 und 72 Monaten

#### 5.4 Pertussisimpfquoten (Keuchhusten) als Referenz für die Erfassung von weiteren Impfungen bei der Einschulungsuntersuchung

Häufig werden die Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio, Pertussis, Haemophilus influenzae Typ b (Hib) und Hepatitis B als sogenannte 6-fach Impfung verabreicht.

Bei der ESU zeigt sich, dass 89 % der Kinder im Landkreis Rastatt und 92 % der Kinder in Baden-Baden die genannten Impfungen über 6-fach Impfstoffe erhielten. Demzufolge wird deutlich, dass die Anwendung solcher Impfstoffe vor Ort weit verbreitet ist.

Es ist jedoch zu beachten, dass diese beiden Quoten lediglich auf die Verbreitung von 6-fach Impfstoffen in beiden Kreisen hinweisen und keine Aussage darüber treffen, ob die Kinder vollständig grundimmunisiert sind.

Grundimmunisierung bedeutet bei diesen Impfungen, dass laut STIKO-Empfehlung 4 Impfungen benötigt werden, um einen ausreichenden Schutz gegenüber den jeweiligen Erregern aufzubauen.

Da in diesem Bericht auf die Darstellung aller 6 Impfungen verzichtet werden soll, wird als Referenz für die Durchimpfungsquoten die vollständige Grundimmunisierung gegen Keuchhusten herangezogen und der zeitliche Verlauf dargestellt (Abbildung 11).

Die Keuchhustenimpfung ist nur als Kombinationsimpfstoff verfügbar, so dass die Impfquoten bei Polio, Diphtherie, Tetanus und Hib in vergleichbarer Höhe liegen (siehe Anhang ab Seite 67). Die Hepatitis B-Impfquoten sind ebenfalls im Anhang dargestellt.

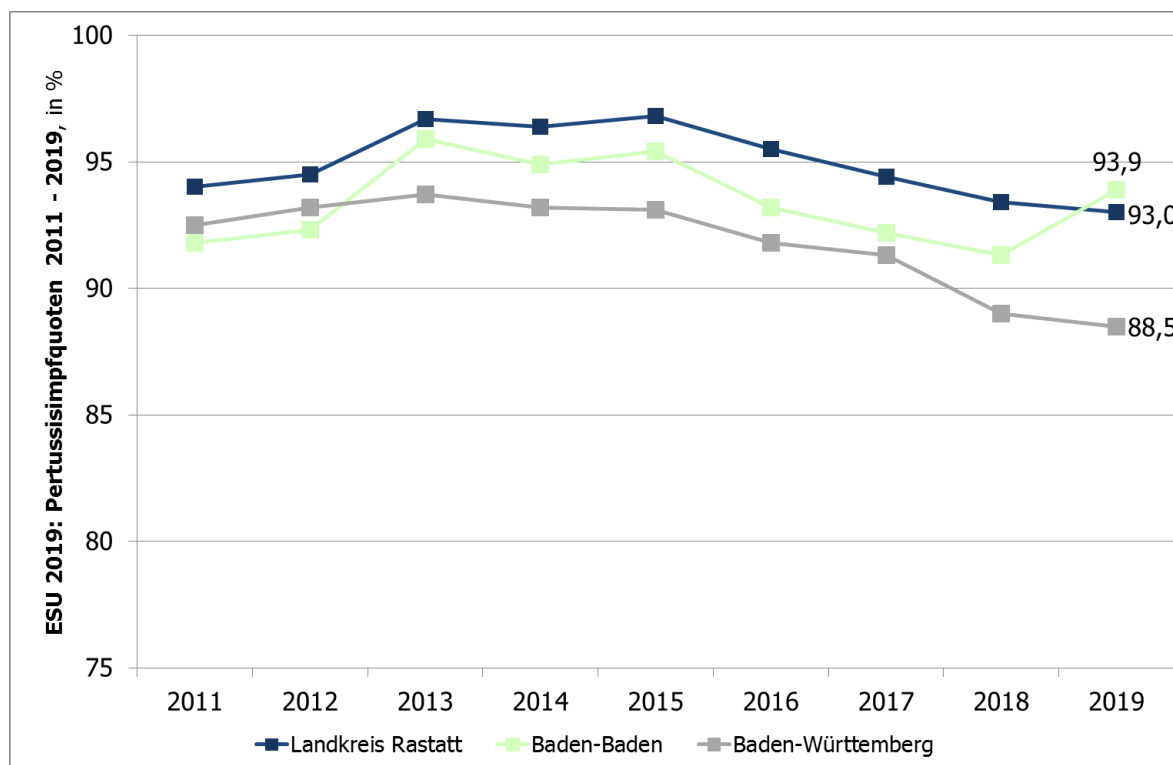


Abbildung 11: Landkreis Rastatt, Baden-Baden und Baden-Württemberg: Entwicklung der Pertussisimpfquoten (vollständige Impfung mit 4 Impfungen) von 2011 bis 2019

Werden in einem nächsten Schritt die Pertussisimpfquoten für die Schulanfänger 2019 kleinräumig ausgewertet, so zeigt sich folgendes Bild:

<b>ESU 2019: Pertussis</b> in %	4 Impfungen (STIKO-Empfehlung)	3 Impfungen
<b>Landkreis Rastatt</b>	<b>93,0</b>	<b>97,1</b>
Nördlicher Landkreis	94,0	96,8
Murgtal	92,2	97,6
Rastatt	91,1	96,9
Südlicher Landkreis	94,2	97,4
<b>Baden-Baden</b>	<b>93,9</b>	<b>98,7</b>
<i>Baden-Württemberg</i>	<i>88,5</i>	<i>keine Angabe</i>

Tabelle 5: Pertussisimpfquoten – 4 Impfungen und 3 Impfungen

In Tabelle 5 wird deutlich, dass es innerhalb der Raumschaften Unterschiede von bis zu 6 Prozentpunkten zwischen der Inanspruchnahme von 3 und 4 Impfungen gibt.

Dies ist bemerkenswert, da anhand der vorliegenden Daten bislang nicht unterschieden werden kann, ob die Grundimmunisierung unvollständig ist oder mit ausgewählten 6-fach Impfstoffen geimpft wurde.

Es gibt in Deutschland verfügbare, ausgewählte 6-fach Impfstoffe, die für eine vollständige Immunisierung mit 3 Impfdosen zugelassen sind.

Wichtig hierbei ist die zeitgerechte Gabe, das heißt 2 Impfdosen im Abstand von mindestens 2 Monaten und die Auffrischimpfung frühestens 6 Monate nach der 2. Impfung.

In anderen Staaten, wie beispielsweise Österreich, Frankreich und den nordeuropäischen Ländern ist laut dortigen, nationalen Impfempfehlungen die zeitgerechte, dreimalige Gabe für eine Grundimmunisierung im Säuglingsalter ausreichend.

Im Anhang auf Seite 68 sind die Impfquoten für vollständige Impfungen, das heißt 4 oder mehr Impfungen gegen Polio, Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae Typ b und Hepatitis B im zeitlichen Verlauf von 2011 bis 2019, getrennt nach beiden Kreisen, dargestellt.

## 5.5 Inanspruchnahme von ausgewählten Impfungen und sozialer Status

Hängt die Inanspruchnahme von Impfungen mit dem sozialen Status zusammen?

Bei der vollständigen Impfung gegen Masern übersteigt die mittlere Sozialstatusgruppe die erforderliche Durchimpfungsquote von 95 %. Die Quoten in der niedrigen und hohen Sozialstatusgruppe liegen jedoch nahe an diesem Schwellenwert.

Für Impfungen gegen Masern und Pertussis ist festzuhalten, dass keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Sozialstatusgruppen vorliegen (Abbildung 12).

Für alle nachfolgenden Auswertungen nach Sozialstatus wurden für die

Ergebnisse in den 3 Sozialstatusgruppen die Vertrauensbereiche (95 %-Konfidenzintervalle) berechnet.

Diese liefern Wertebereiche, gekennzeichnet durch einen oberen und unteren Grenzwert, in dem der wahre Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % liegt.

Wenn sich die Vertrauensbereiche der Sozialstatusgruppen nicht überschneiden, wird im Text von wesentlichen beziehungsweise relevanten Unterschieden zwischen den jeweiligen Sozialstatusgruppen gesprochen.

Ziel ist, dadurch lediglich zufällige Unterschiede zwischen den Ergebnissen der einzelnen Gruppen einzugrenzen.

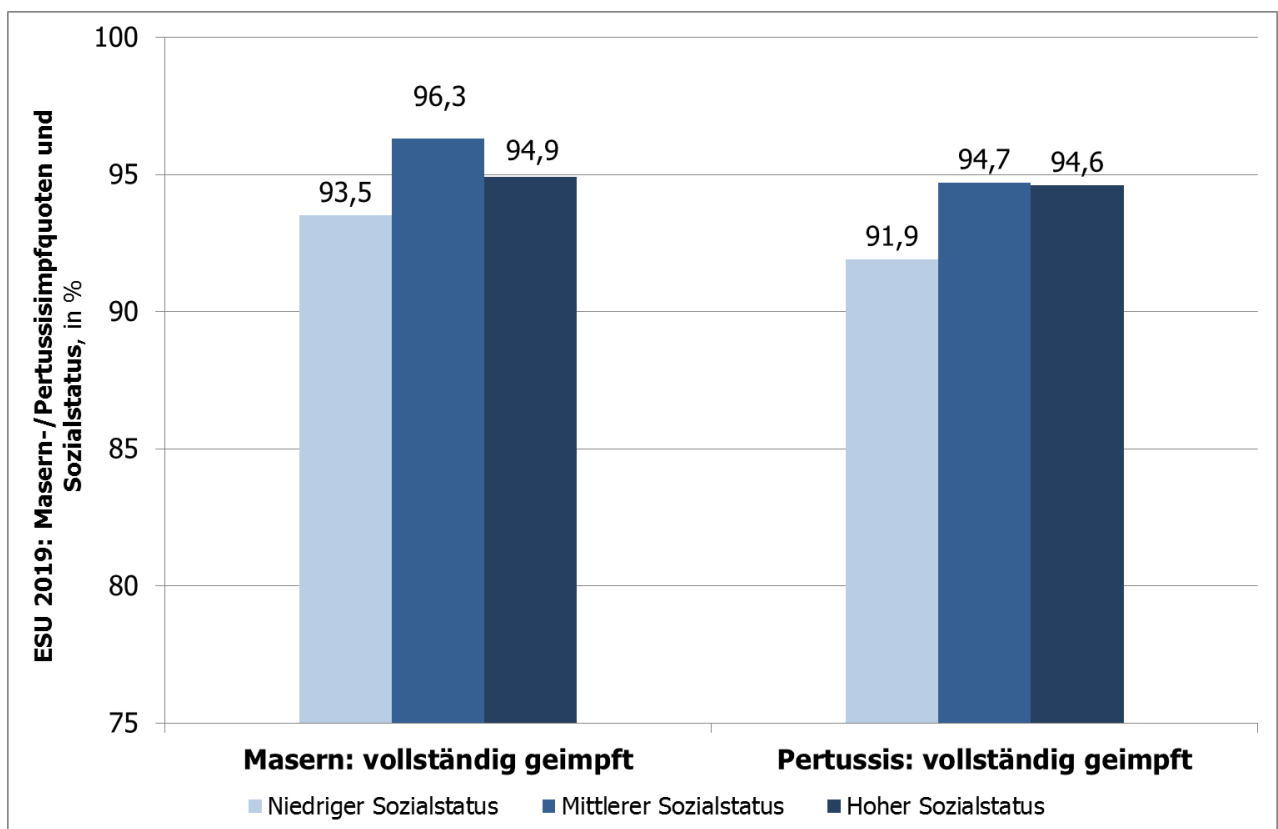


Abbildung 12: Masern-/Pertussisimpfquoten und sozialer Status

## **6 Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U6 bis U8**

Bei der ESU wird die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) dokumentiert. Diese Untersuchungen sind laut Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg Pflicht<sup>9</sup>.

Versäumen die Eltern einen Untersuchungstermin, so sind sie gesetzlich verpflichtet, diesen innerhalb eines festgelegten Zeitraums nachholen zu lassen. Für Nachholuntersuchungen ist das Gesundheitsamt Ansprechpartner.

Grundsätzlich können Teilnehmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen erste Hinweise auf die Anbindung der Kinder in das ambulante Gesundheitssystem liefern.

In diesem Bericht wird auf die Untersuchungen U6 bis U8 eingegangen. Die U6 findet um den 1. Geburtstag des Kindes statt, die U7 um den 2., die U7a um den 3. und die U8 um den 4. Geburtstag.

Bei den U-Untersuchungen wird das Kind körperlich untersucht und die kindliche Entwicklung eingeschätzt.

Da alle Kinder in der ESU mindestens 4 Jahre alt sind, sollten alle genannten U-Untersuchungen bis zur U8 durchgeführt worden sein.

Bei der ESU 2019 lag der Nachweis, das U-Heft oder die Teilnahmekarte, im Landkreis Rastatt bei 1.721 Kindern (91 %) und in Baden-Baden bei 314 Kindern (86 %) vor.

Die nachfolgenden Ergebnisse zu den Teilnehmeraten beziehen sich nur auf diejenigen Kinder, bei denen der Nachweis erbracht wurde. Die Vorjahresergebnisse der ESU 2018 sind für die Kreisebene in Klammer zu finden (Tabelle 6).

Diese Darstellungsform mit den Vorjahresergebnissen in Klammer wurde auch für nachfolgende Tabellen mit identischem Layout gewählt.

---

<sup>9</sup> § 1 Abs. 1 KiSchutzG (Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg)

<b>ESU 2019: Früherkennungs- untersuchungen (ESU 2018)</b> in %	<b>U6</b>	<b>U7</b>	<b>U7a</b>	<b>U8</b>
<b>Landkreis Rastatt</b>	<b>93,8</b> (95,8)	<b>93,6</b> (95,1)	<b>91,5</b> (93,0)	<b>89,8</b> (91,0)
Nördlicher Landkreis	97,7	94,9	94,4	92,6
Murgtal	92,1	93,2	91,6	90,2
Rastatt	91,1	91,6	89,2	84,6
Südlicher Landkreis	94,1	94,1	90,9	90,9
<b>Baden-Baden</b>	<b>93,0</b> (93,8)	<b>92,4</b> (91,8)	<b>91,4</b> (89,4)	<b>91,1</b> (90,9)
<i>Baden-Württemberg (ESU 2018)</i>	<i>95,7</i>	<i>94,9</i>	<i>93,3</i>	<i>91,7</i>

Tabelle 6: Teilnehmeraten für die U-Untersuchungen

Wie bereits im Vorjahr beschrieben, kommt es von der U6 bis zur U8 zu einem Rückgang bei den Teilnehmeraten.

Grundsätzlich sind alle U-Untersuchungen wichtig. Mit zunehmendem Lebensalter der Kinder können jedoch die kindlichen Entwicklungsbereiche differenzierter beurteilt werden.

Daher sollte ein Rückgang der Teilnehmeraten bei den U-Untersuchungen unbedingt vermieden werden.

Somit ist es folgerichtig, dass in der Elternberatung auf die Wichtigkeit der Inanspruchnahme der U-Untersuchungen hingewirkt wird.

Im Gesundheitsamt Rastatt erfolgt dies über die Befundbriefe an die Eltern und die behandelnden Haus- oder Kinderärztinnen/Haus- oder Kinderärzte. Ferner sind bei entsprechender Indikation Bescheinigungen zur Kostenübernahme bei verpass-ten U-Untersuchungen über das Gesundheitsamt erhältlich.

Im regionalen Vergleich zeigt sich, dass die höchste Inanspruchnahme der Untersuchungen im nördlichen Landkreis erfolgt.

Vor allem in Bezug auf die U7a und die U8 sind in allen Raumschaften Steigerungen der Teilnehmeraten wünschenswert (Abbildung 13).



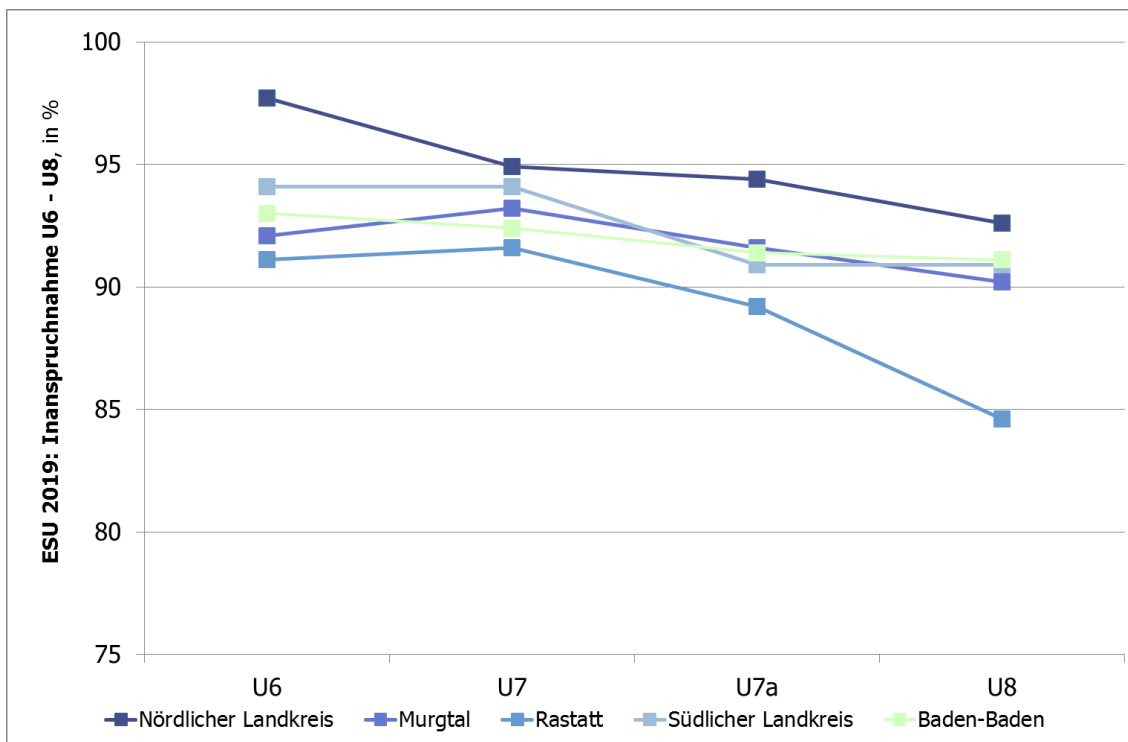


Abbildung 13: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U6 bis U8

### 6.1 Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen und sozialer Status

Wird die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen nach sozialem Status ausgewertet, so zeigen sich für den Landkreis Rastatt und Baden-Baden von der U6 bis zur U8 wesentliche Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen der niedrigen und hohen Sozialstatusgruppe (Abbildung 14).

Ähnliche Muster zeigen sich auch für die Ergebnisse für das Land Baden-Württemberg (Tabelle 7).

Zu beachten ist, dass sich der landesweite Datenstand auf die Schulanfänger 2017 bezieht. Neuere Daten zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen nach sozialem Status sind auf Landesebene derzeit nicht veröffentlicht.

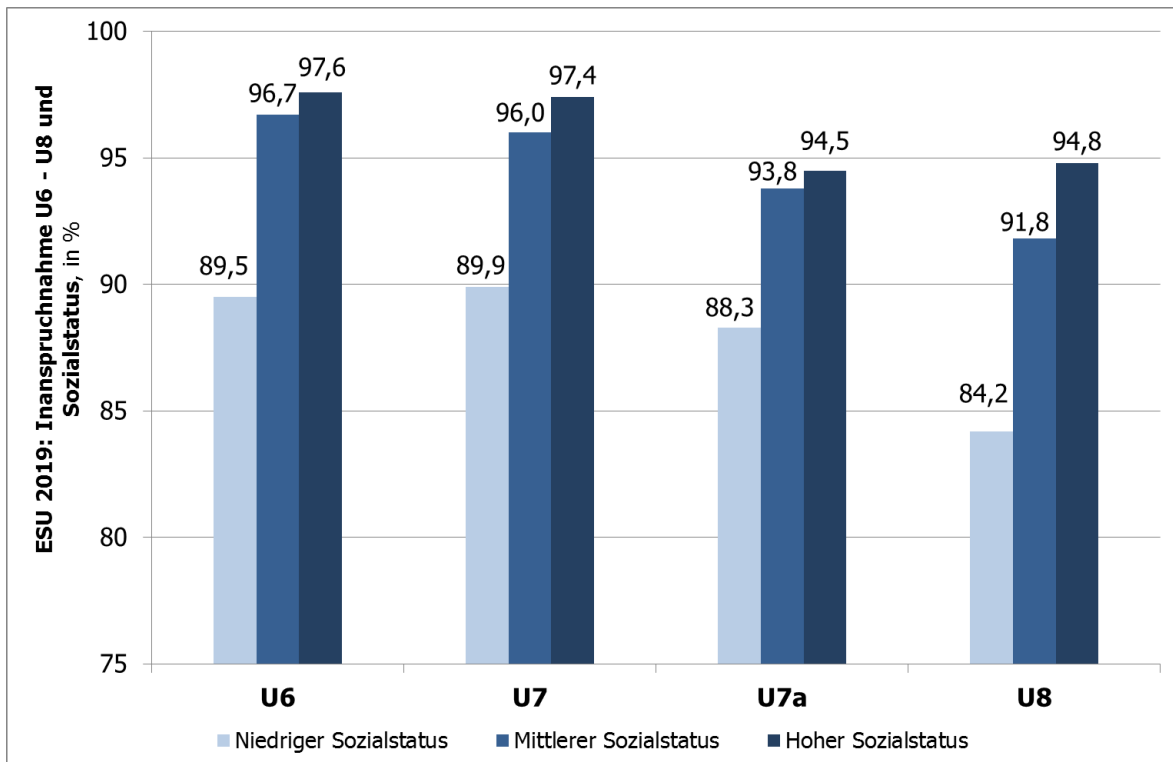


Abbildung 14: Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und sozialer Status – Landkreis Rastatt und Baden-Baden

**Früherkennungsuntersuchungen und Sozialstatus**  
in %

Niedriger Sozialstatus      Mittlerer Sozialstatus      Hoher Sozialstatus

*Baden-Württemberg (ESU 2017)*

U7	93,0	96,9	97,5
U7a	90,5	94,6	95,6
U8	87,5	95,6	94,7

Tabelle 7: Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und sozialer Status – Land Baden-Württemberg

## **6.2 Strukturen zum Erhalt hoher Inanspruchnahmeraten für Früherkennungsuntersuchungen im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden**

Auch die Ergebnisse der KiGGS-Folgebefragung (2009-2012)<sup>10</sup> zeigen, dass Kinder mit niedrigem sozialem Status seltener Früherkennungsuntersuchungen als Kinder mit hohem sozialem Status wahrnehmen.

Grundlage für die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen ist eine Anbindung an die niedergelassenen Haus- oder Kinderärztinnen/Haus- oder Kinderärzte.

Daher ist es von enormer Bedeutung, dass Informationen über die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems und die für die Versicherten kostenfreien Früherkennungsuntersuchungen flächendeckend verbreitet sind.

Wird ein Kind in den Kliniken des Klinikums Mittelbaden geboren, erfolgt durch die dortigen Fachkräfte, die sich zu Familiengesundheitspflegerinnen weitergebildet haben, eine Einschätzung der Familiensituation bei der Geburt.

Je nach Ergebnis wird eine Kontaktaufnahme zu Unterstützungsangeboten wie Hebammen, Frühe Hilfen oder Jugendamt hergestellt oder empfohlen.

Diese Fachdienste können Familien auch bei der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen unterstützen.

Werden Früherkennungsuntersuchungen versäumt, kann das Gesundheitsamt unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten für Früherkennungsuntersuchungen bei den niedergelassenen Haus- oder Kinderärztinnen/Haus- oder Kinderärzten erstatten.

---

<sup>10</sup> Faktenblatt zur KiGGS-Welle 1: Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen, [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/KiGGS\\_W1/kiggs1\\_fakten\\_inanspruchnahme\\_frueherk.pdf%3F\\_\\_blob%3DpublicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/KiGGS_W1/kiggs1_fakten_inanspruchnahme_frueherk.pdf%3F__blob%3DpublicationFile), letzter Zugriff am 15.08.2019

## 7 Sehen und Hören in der Einschulungsuntersuchung

Seh- und Hörtest werden nur mit zur ESU zugelassenen Geräten und Materialien durchgeführt.

Diese Standards werden vom Landesarzt für Sehbehinderte und Blinde, Herrn Prof. Klaus Rohrschneider, und dem Landesarzt für Hör- und Sprachbehinderte, Herrn Andreas Seimer, jährlich geprüft und bei Bedarf aktualisiert.

### 7.1 Sehtest in der ESU und Gesamtbewertung des Sehens

Beim Sehtest sollen Einschränkungen der Sehschärfe (Visus) ausgeschlossen werden. Dabei erfolgt die Fernvisusbestimmung mit Sehzeichen unterschiedlicher

Größe, die in einem Einsichtgerät dargeboten werden (Abbildung 15).

Tragen die Kinder zum Zeitpunkt der ESU bereits eine Brille, so wird der Sehtest mit Brille durchgeführt.

Den Kindern werden im Gerät sogenannte E-Haken in verschiedenen Größen dargeboten, die entweder nach oben, nach unten, nach links oder nach rechts geöffnet sind. Vor der Durchführung des Sehtests wird die Aufgabenstellung Schritt für Schritt mit den Kindern eingeübt.

Während des Tests sollen die Kinder mittels Handbewegung oder verbal äußern, in welche Richtung die E-Haken geöffnet sind.

Liegt das Testergebnis bei einer Sehschärfe von 0,7 oder geringer, liegt ein kontrollbedürftiger Befund vor.

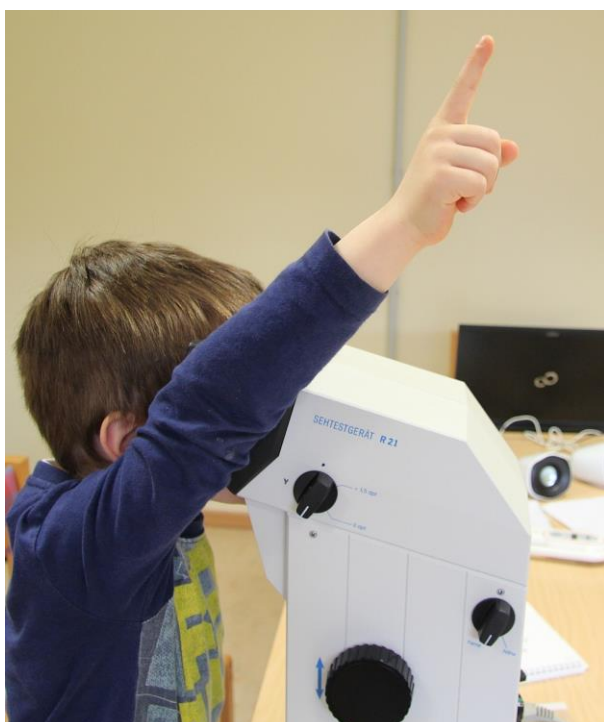
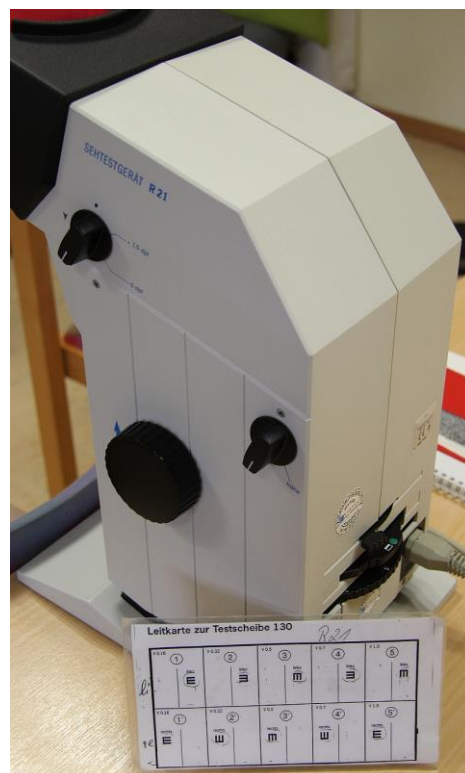


Abbildung 15: Sehtest (Fernvisusbestimmung) mit Einsichtgerät



Was bedeutet ein Visus von 0,7 im Vergleich zu einem Visus von 1,0?

Ein Beispiel: 2 Münzen, die jeweils 2 Zentimeter groß sind, können mit einem Visus von 0,7 aus 50 Metern Entfernung noch als 2 Gegenstände wahrgenommen werden.

Bei einem höheren Visus von 1,0 dürften diese Münzen kleiner sein – 1,5 Zentimeter reichen, um unter den gleichen Bedingungen diese Münzen als 2 Gegenstände erkennen zu können.

Im Landkreis Rastatt konnte bei 1.770 Kindern die Fernvisusbestimmung durchgeführt werden, in Baden-Baden bei 321 Kindern.

Von Interesse ist der Anteil an Kindern, bei denen ein kontrollbedürftiger Befund, das heißt ein Visus von 0,7 oder geringer, festgestellt wurde.

Für die Auswertung gilt, dass ein „Fernvisus 0,7 oder geringer“ definiert ist, wenn ein Visuswert von 0,7 oder geringer bei einem oder bei beiden Augen festgestellt wurde.

Bei gut jedem 5. Kind im Landkreis Rastatt ist die Kontrolle des Sehens in der Ferne zu empfehlen, wobei Unterschiede zwischen den Raumschaften erkennbar sind.

In Baden-Baden beläuft sich dieser Anteil auf ein Drittel (Tabelle 8).

Die Gesamtbewertung des Sehens durch die Schulärztin und den Schularzt konnte im Landkreis Rastatt bei 1.787 Kindern, in Baden-Baden bei 333 Kindern vorgenommen werden.

Die gesamte Sehtestung besteht aus Fernvisusbestimmung, Prüfung auf Übersichtigkeit, Prüfung des räumlichen Sehens und Farbsinnprüfung.

Im Landkreis Rastatt haben gut drei Viertel der Kinder eine altersentsprechende Bewertung, in Baden-Baden beläuft sich dieser Anteil auf weniger als zwei Drittel (ebenfalls Tabelle 8).

<b>ESU 2019: Sehen</b> (ESU 2018) in %	Fernvisus 0,7 oder geringer	Sehen altersentsprechend
<b>Landkreis Rastatt</b>	<b>22,0</b> (21,3)	<b>76,6</b> (77,9)
Nördlicher Landkreis	10,0	88,6
Murgtal	16,2	81,6
Rastatt	42,6	57,0
Südlicher Landkreis	20,8	77,4
<b>Baden-Baden</b>	<b>33,3</b> (32,1)	<b>62,5</b> (66,8)
<i>Baden-Württemberg (ESU 2018)</i>	<i>keine Angabe</i>	<i>56,2</i>

Tabelle 8: Kontrollbedürftige Fernvisuswerte sowie altersentsprechende Gesamtbewertung des Sehens

## 7.2 Hörtest in der ESU und Gesamtbewertung des Hörens

Der Hörtest in der Einschulungsuntersuchung wird ebenfalls gerätebasiert und für das linke und rechte Ohr getrennt mit einer computergestützten Reintonaudiometrie unter Verwendung eines geschlossenen Kopfhörers durchgeführt.



Abbildung 16: Computergestützte Hörtestung bei der Einschulungsuntersuchung

Dabei bietet die sozialmedizinische Assistentin den Kindern für jedes Ohr 5 unterschiedlich hohe Prüftöne an.

Ziel ist, dass die geringste Lautstärke gefunden wird, bei dem die Kinder den gesuchten Ton gerade hören können (Abbildung 16).



Unauffällig ist eine Hörschwelle bei 20 Dezibel (dB), dies entspricht ungefähr Flüsterlautstärke<sup>11</sup>.

Flüsterlautstärke ist zwar leise – doch für das Lernen und Verstehen gesprochener Sprache beziehungsweise die Unterscheidung von Lauten, insbesondere von Zischlauten, ist ein ausreichendes Hörvermögen in diesem Bereich von Bedeutung.

Bei der ESU muss aufgrund der erschweren Untersuchungsbedingungen in den Kitas die Definition eines altersentsprechenden Befundes weiter gefasst werden.

Daher gilt: Wird 1 von 10 Prüftönen erst bei 30 dB gehört und die restlichen bei 20 dB, wird dies auch noch als altersentsprechend gewertet.

Hört ein Kind einen Prüftönen erst bei einer höheren Lautstärke als 30 dB oder sind mehrere Prüftöne betroffen, so liegt ein kontrollbedürftiger Befund vor.

Diese Kontrolle sollte bei den behandelnden Haus- oder Kinderärztinnen/Haus- oder Kinderärzten erfolgen.

Wenn Lärm oder ein akuter Infekt das Hörtestergebnis möglicherweise verfälscht haben könnten, wird dies im Befundbericht separat vermerkt. Solche Tests werden in dieser Auswertung für die Berechnung des Anteils an kontrollbedürftigen Hörtests ausgeschlossen.

<sup>11</sup> 20 dB entspricht in etwa laut der Deutschen Gesellschaft für Akustik- Arbeitsring Lärm, dem Flüstern, [http://www.ald-laerm.de/fileadmin/ald-laerm.de/Publikationen/Druckschriften/Broschuere\\_Tg2011.pdf](http://www.ald-laerm.de/fileadmin/ald-laerm.de/Publikationen/Druckschriften/Broschuere_Tg2011.pdf), letzter Zugriff am 15.08.2019



Ein vollständiger Hörtest konnte im Landkreis Rastatt bei 1.700 Kindern und in Baden-Baden bei 302 Kindern durchgeführt werden.

Liegt der Anteil an kontrollbedürftigen Befunden im Landkreis Rastatt bei durchschnittlich 8 %, sind es in Baden-Baden mit 14 % anteilig deutlich mehr.

Für den Landkreis Rastatt gilt jedoch, dass zwischen einzelnen Raumschaften Schwankungen von über 12 Prozentpunkten festzustellen sind (Tabelle 9).

Auch wenn keine idealen Untersuchungsbedingungen vorliegen oder der Hörtest nur unvollständig durchgeführt werden konnte, erfolgt in der Regel ein schulärztlicher Befund des Hörens.

Somit erhielten im Landkreis Rastatt 1.781 Kinder und in Baden-Baden 341 Kinder eine Gesamtbewertung des Hörens.

Altersentsprechende Befunde weisen im Landkreis Rastatt rund 9 von 10 Kindern auf, in Baden-Baden gut drei Viertel der Kinder (ebenfalls Tabelle 9).

<b>ESU 2019: Hören</b> (ESU 2018) in %	Kontrollbedürftiger Hörtest (ideale Bedingungen)	Hören altersentsprechend
<b>Landkreis Rastatt</b>	<b>8,2</b> (7,1)	<b>88,5</b> (89,9)
Nördlicher Landkreis	5,0	94,1
Murgtal	6,6	90,1
Rastatt	17,6	79,1
Südlicher Landkreis	5,7	89,8
<b>Baden-Baden</b>	<b>14,2</b> (12,7)	<b>76,0</b> (79,9)
<i>Baden-Württemberg (ESU 2018)</i>	<i>18,3</i>	<i>71,0</i>

Tabelle 9: Kontrollbedürftige Hörtests sowie altersentsprechende Gesamtbewertung des Hörens

### 7.3 Sehtest- und Hörtestergebnisse und sozialer Status

Werden die altersentsprechenden Gesamtbewertungen des Sehens und Hörens nach sozialem Status ausgewertet, so zeigt sich folgendes Ergebnis.

Bei der Gesamtbewertung des Sehens sind wesentliche Unterschiede zwischen der

niedrigen und hohen Sozialstatusgruppe festzustellen.

Zu beachten ist, dass bei der Gesamtbewertung des Hörens keine relevanten Unterschiede zwischen den Sozialstatusgruppen vorliegen (Abbildung 17).

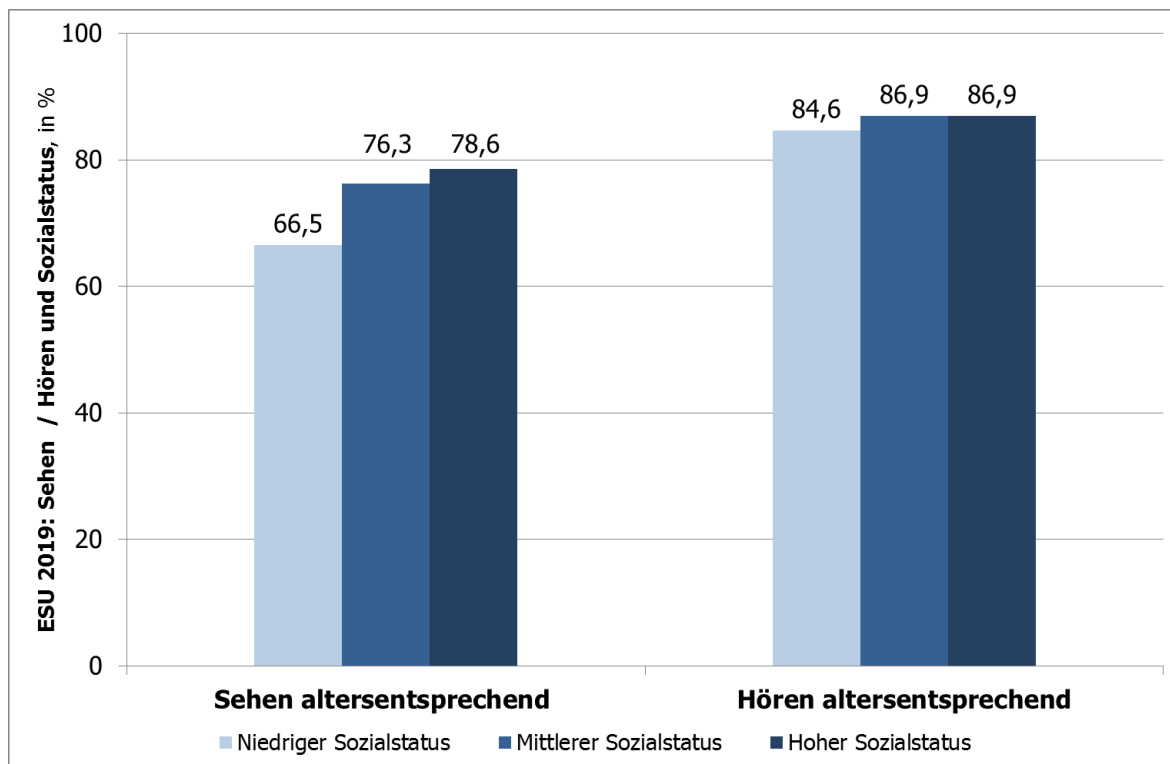


Abbildung 17: Altersentsprechende Bewertung des Sehens/des Hörens und sozialer Status

## 8 Über- und Untergewicht

In der ESU werden Gewicht und Größe in leichter Bekleidung und ohne Schuhe bestimmt und daraus der Body-Mass-Index (BMI) bestimmt – Verhältnis des Körpergewichts zur Körpergröße im Quadrat.



Abbildung 18: Erfassung der Körpergröße bei der Einschulungsuntersuchung

Bei Kindern und Jugendlichen werden für die Definition von Unter- und Übergewicht alters- und geschlechtsabhängige Perzentilkurven verwendet.

Diese Perzentilen wurden anhand von Gewichts- und Größendaten von rund 34.000 Kindern und Jugendlichen berechnet (Kromeyer-Hauschild et al., 2001<sup>12</sup>).

<sup>12</sup> Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V, von Hippel A, Jaeger U, Johnsen D, Korte W, Menner K, Müller G, Müller JM, Niemann-Pilatus A, Remer T, Schaefer F, Wittchen HU, Zabransky S, Zellner K, Ziegler A, Hebebrand J (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149 (8):807–818

Untergewicht beginnt laut Kromeyer-Hauschild et al. (2001) bei einem BMI-Wert unterhalb der 10. Perzentile. Dies bedeutet, dass 90 % der in die Referenzuntersuchung einbezogenen Kinder höhere BMI-Werte als die als untergewichtig eingestuften Kinder hatten.

Ist ein Kind übergewichtig, so liegt sein BMI-Wert oberhalb der 90. Perzentile.

Übergewicht schließt krankhaftes Übergewicht, die Adipositas, mit ein. Grund hierfür ist, dass Adipositas ab einem BMI-Wert oberhalb der 97. Perzentile definiert ist.

Für die Einschulungsuntersuchungen werden landesweit die Größen- und Gewichtsdaten der Kinder im Alter zwischen 51 und 68 Monaten (4,5- bis 5,5-Jährige) ausgewertet.

Im Landkreis Rastatt konnten somit 1.820 Kinder in die Berechnungen einbezogen werden. Davon sind 8 % untergewichtig und 7 % übergewichtig. In diese 7 % sind die adipösen Kinder eingeschlossen. Demzufolge ist gut ein Drittel der übergewichtigen Kinder krankhaft übergewichtig, das heißt adipös.

In Baden-Baden konnten die Daten von 351 Kindern ausgewertet werden. Bei 3 % wurde Untergewicht festgestellt. 9 % der Kinder waren bei der ESU übergewichtig, ebenfalls rund ein Drittel der übergewichtigen Kinder ist adipös (Tabelle 10).

<b>ESU 2019: Gewicht</b> <i>(ESU 2018)</i> in %	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht (inkl. Adipositas)	Nur Adipositas
<b>Landkreis Rastatt</b>	<b>8,2</b> (7,8)	<b>84,5</b> (83,4)	<b>7,3</b> (8,8)	<b>2,5</b> (3,4)
Nördlicher Landkreis	10,8	83,3	5,9	1,0
Murgtal	7,2	83,4	9,4	4,5
Rastatt	3,8	87,2	9,0	3,6
Südlicher Landkreis	10,0	84,1	5,8	1,5
<b>Baden-Baden</b>	<b>2,8</b> (3,2)	<b>88,6</b> (87,9)	<b>8,5</b> (8,8)	<b>2,8</b> (1,3)
<i>Baden-Württemberg</i> <i>(ESU 2018)</i>	<i>7,1</i>	<i>84,8</i>	<i>8,1</i>	<i>2,8</i>

Tabelle 10: Unter-, Normal- und Übergewicht (inklusive Adipositas)

### 8.1 Darstellung der Gewichtsverteilungen nach Raumschaften

Wird die Verteilung von Unter-, Normal- und Übergewicht nach den einzelnen Raumschaften differenziert, so zeigt sich, dass sowohl im nördlichen als auch südlichen Landkreis jede zehnte Kind untergewichtig ist.

Im Murgtal und in Rastatt sind mit knapp 10 % die höchsten Anteile an übergewichtigen Kindern zu finden.

Im Vergleich zum Vorjahr gibt es in der Stadt Rastatt bei den diesjährigen Schulanfängern anteilig weniger adipöse Kinder (2018: 6,5 %) (Abbildung 19).

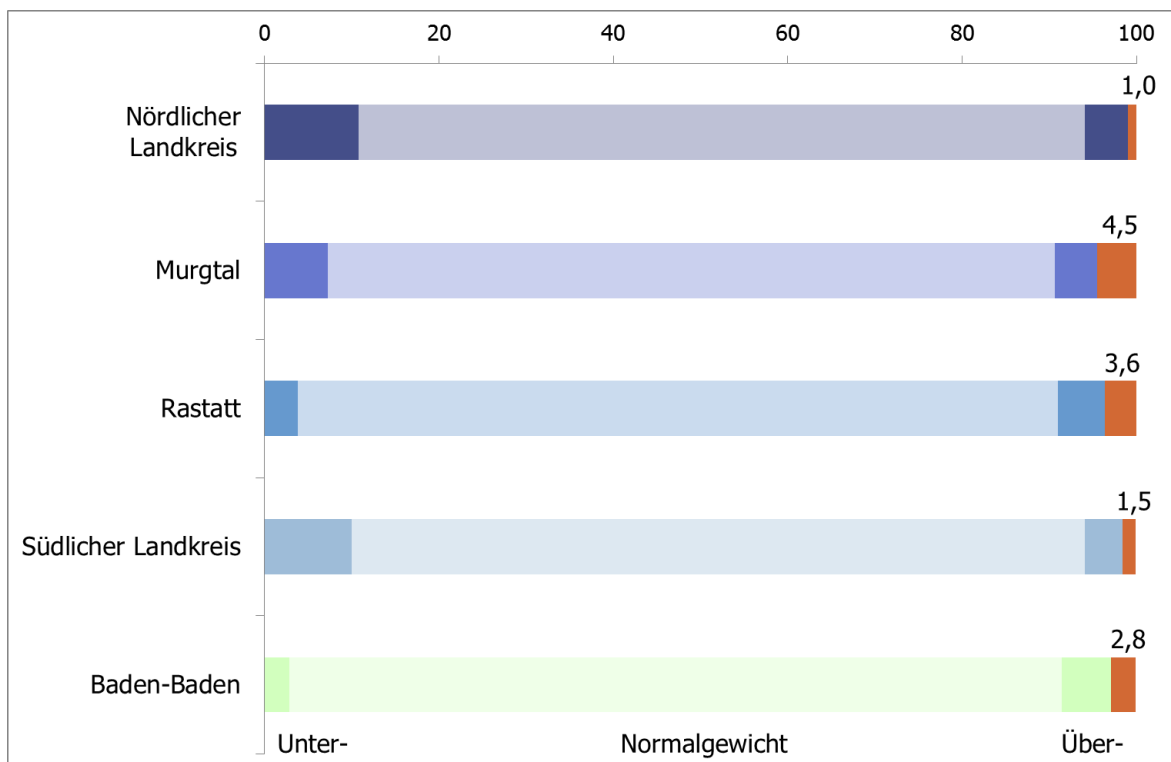


Abbildung 19: Verteilung von Unter-, Normal- und Übergewicht; krankhaftes Übergewicht (Adipositas) in orange (in %)

## 8.2 Übergewicht in den einzelnen Sozialstatusgruppen

Werden die ESU-Daten der Schulanfänger 2019 nachfolgend nach sozialem Status ausgewertet, so zeigt sich, dass Übergewicht anteilig am häufigsten in der niedrigen Sozialstatusgruppe auftritt.

Wesentliche Unterschiede im Auftreten von Übergewicht sind zwischen Kindern mit niedrigem und hohem Sozialstatus festzustellen.

Für das Land Baden-Württemberg zeigt sich ein ähnliches Verteilungsmuster (Abbildung 20).

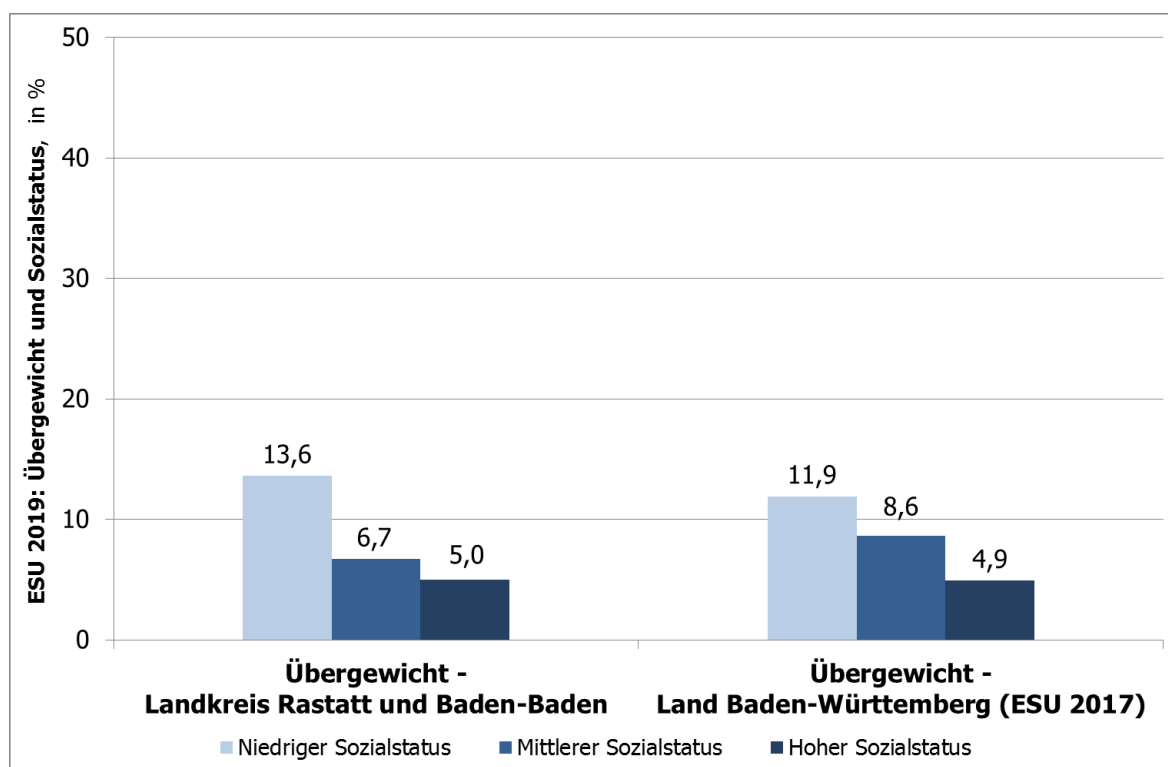


Abbildung 20: Übergewicht und sozialer Status

## 9 Körpermotorik und Auge-Hand-Koordination

In diesem Kapitel stehen die Ergebnisse zur Prüfung der Körpermotorik und zur Erfassung der Auge-Hand-Koordination im Mittelpunkt.

### 9.1 Einbeinhüpfen

Die Körpermotorik beziehungsweise die Körperkoordination wird in der ESU über das Einbeinhüpfen erfasst.

In der Screeninguntersuchung wird gezählt, wie viele Hüpfen vorwärts ein Kind je Bein schafft. Dabei gibt es landesweit altersabhängige Grenzwerte, ab wann das Einbeinhüpfen als auffällig eingestuft wird.

Im Landkreis Rastatt konnte mit 1.733 Kindern das Einbeinhüpfen durchgeführt werden.

Im landkreisweiten Schnitt hatte knapp jedes 5. Kind Schwierigkeiten beim Einbeinhüpfen. Unterschiede zwischen den Raumschaften sind festzustellen und die Raten reichen von 13 % bis 31 % an auffälligen Kindern.

In Baden-Baden waren es 362 Kinder, mit denen das Einbeinhüpfen durchgeführt werden konnte. Hier hatte in diesem Jahr sogar knapp jedes 3. Kind Schwierigkeiten, die erforderliche Zahl an Hüpfen zu schaffen (Tabelle 11).

<b>ESU 2019: Körperkoordination</b> (ESU 2018) in %	Einbeinhüpfen auffällig
<b>Landkreis Rastatt</b>	<b>19,7</b> (20,5)
Nördlicher Landkreis	12,5
Murgtal	14,7
Rastatt	30,8
Südlicher Landkreis	20,2
<b>Baden-Baden</b>	<b>32,0</b> (19,2)
<i>Baden-Württemberg (ESU 2018)</i>	<i>25,5</i>

Tabelle 11: Auffälliges Einbeinhüpfen

Die Gesamtbewertung der Körpermotorik durch die Schulärztin und den Schularzt hat, sofern erforderlich, die Empfehlung von Förderung im Blick. Eine zusätzliche Förderung der Körpermotorik ist in den Kitas gut möglich<sup>13</sup>.

Daher ist die Identifikation von Kindern mit nicht altersgemäßen Leistungen sinnvoll und bei Einwilligung der Sorgeberechtigten kann ein Austausch mit den Erzieherinnen und Erziehern zu den ESU-Ergebnissen zur weiteren Förderung zielführend sein.

Im Landkreis Rastatt erhielten 1.731 Kinder eine Gesamtbewertung der Körpermotorik, in Baden-Baden 362 Kinder.

Dabei wurde im Landkreis Rastatt bei 8 von 10 Kindern eine altersentsprechende Entwicklung der Körpermotorik festgestellt.

<sup>13</sup> Evaluation der Einschulungsuntersuchung in Baden-Württemberg, [https://www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/Abschlussbericht\\_ESU/2017\\_EV\\_ESU\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/Abschlussbericht_ESU/2017_EV_ESU_Abschlussbericht.pdf), letzter Zugriff am 15.08.2019



Bei den anderen Kindern wurde eine Förderung in der Kita/häusliche Förderung empfohlen. Nur in Einzelfällen musste ein intensiver Förderbedarf bescheinigt werden (Tabelle 12).

Ebenfalls nur in Einzelfällen wurde ein intensiver Förderbedarf festgestellt (ebenfalls Tabelle 12).

In Baden-Baden wurde bei gut zwei Drittel der Kinder die Körpermotorik mit altersentsprechend beurteilt, bei einem knappen Drittel wurde die Förderung in der Kita/häusliche Förderung angeraten.

<b>ESU 2019: Körpermotorik</b> (ESU 2018) in %	Förderung in der Kita/häuslich	Körpermotorik altersentsprechend
<b>Landkreis Rastatt</b>	<b>18,1</b> (17,5)	<b>80,8</b> (80,8)
Nördlicher Landkreis	8,4	90,3
Murgtal	13,0	85,2
Rastatt	31,6	68,1
Südlicher Landkreis	18,8	80,0
<b>Baden-Baden</b>	<b>30,7</b> (19,2)	<b>68,0</b> (80,5)
<i>Baden-Württemberg (ESU 2018)</i>	<i>21,8</i>	<i>71,5</i>

Tabelle 12: Gesamtbewertung der Körpermotorik<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Die weitere Förderkategorie „intensiver Förderbedarf“ sowie die kontrollbedürftigen Befunde liegen im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden jeweils um beziehungsweise unter 1 % und werden daher nicht dargestellt.

## 9.2 Visuomotorik – Auge-Hand-Koordination

Visuomotorik bedeutet das Zusammenspiel von visueller Wahrnehmung und Bewegungsapparat.

Ein Teil der Visuomotorik stellt die Auge-Hand-Koordination dar, die in der Einschulungsuntersuchung durch Abzeichnen von Zeichen anhand einer Papiervorlage geprüft wird.

Hierzu wird die optische Differenzierungsprobe nach Breuer/Weuffen<sup>15</sup> durchgeführt.

Die Autoren entwickelten Aufgabenstellungen, die sich für 4- und 5-Jährige unterscheiden und vom Schwierigkeitsgrad her aufsteigend sind.

Breuer/Weuffen gehen davon aus, dass das Beherrschen dieser verschiedenen Formen eine Grundlage für das erfolgreiche Lernen von Lesen und Schreiben darstellt.

4-Jährige sollten 4 verschiedene Zeichen abzeichnen können, 5-Jährige hingegen 5 verschiedene (Abbildung 21).



Abbildung 21: 4-jähriges Mädchen beim Abzeichnen der Breuer/Weuffen-Zeichen

Bei 3 oder mehr auffälligen Zeichen kann laut Breuer/Weuffen der Hinweis auf eine visuomotorische Störung bestehen.

<sup>15</sup> Breuer H, Weuffen M (2004): Lernschwierigkeiten am Schulanfang. Lautsprachliche Lernvoraussetzungen und Schulerfolg. Weinheim und Basel: Beltz

Die Autoren sprechen in diesem Fall von einer massiven optisch-graphomotorischen Differenzierungsschwäche<sup>16</sup>.

Abbildung 22 zeigt die Leistungen zweier gleichaltriger Mädchen – Bild 1 ist ein unauffälliges Ergebnis, bei Bild 2 liegen Hinweise auf eine visuomotorische Störung vor.



Abbildung 22: 2 Beispiele für optische Differenzierungsproben gleichaltriger Mädchen (ESU 2018)

Im Landkreis Rastatt konnte bei 1.876 Kindern die Differenzierungsprobe nach Breuer/Weuffen durchgeführt werden, in Baden-Baden bei 364 Kindern.

Die Anteile der Kinder mit Hinweisen auf eine visuomotorische Störung sind in Tabelle 13 aufgeführt.

<sup>16</sup> ebd., S. 62 und S. 76

<b>ESU 2019: Breuer/Weuffen</b> (ESU 2018) in %	Hinweis auf visuo- motorische Störung
<b>Landkreis Rastatt</b>	<b>9,5</b> (7,9)
Nördlicher Landkreis	5,8
Murgtal	13,1
Rastatt	19,0
Südlicher Landkreis	3,7
<b>Baden-Baden</b>	<b>9,9</b> (9,6)
<i>Baden-Württemberg (ESU 2018)</i>	<i>9,6</i>

Tabelle 13: Hinweis auf visuomotorische Störung gemäß der Differenzierungsprobe nach Breuer/Weuffen

Zeigen sich Auffälligkeiten bei der Differenzierungsprobe, so sind meist Schwierigkeiten bei der Richtung der Linienführung, der Lage der Zeichen auf dem Papier und der Vollständigkeit der abgemalten Zeichen zu erkennen.

Demzufolge sind die Genauigkeit der visuellen Wahrnehmung und die feinmotorischen Fähigkeiten häufig eingeschränkt.

Breuer/Weuffen betonen, dass gerade Bauen, Basteln, Malen und Zeichnen in

den Kitas Grundsteine für die Entwicklung guter visuomotorischer Fähigkeiten bilden, die elementar für einen späteren Schulerfolg sind.

Im Landkreis Rastatt erfolgte eine Gesamtbewertung der Visuomotorik bei 1.886 Kindern, in Baden-Baden bei 367 Kindern (Tabelle 14).

<b>ESU 2019: Visuomotorik</b> (ESU 2018) in %	Förderung in der Kita/häuslich	Intensiver Förderbedarf	Visuomotorik altersentsprechend
<b>Landkreis Rastatt</b>	<b>17,4</b> (15,4)	<b>3,4</b> (3,6)	<b>78,7</b> (80,9)
Nördlicher Landkreis	21,3	1,9	76,6
Murgtal	19,3	5,4	74,6
Rastatt	17,9	4,8	77,0
Südlicher Landkreis	13,5	2,3	83,7
<b>Baden-Baden</b>	<b>13,1</b> (9,8)	<b>1,9</b> (3,2)	<b>84,5</b> (86,8)
<i>Baden-Württemberg (ESU 2018)</i>	<i>23,6</i>	<i>4,4</i>	<i>67,8</i>

Tabelle 14: Gesamtbewertung der Visuomotorik

### 9.3 Ergebnisse zur Körpermotorik und zur Auge-Hand-Koordination nach Sozialstatus

Kinder mit niedrigem sozialem Status zeigen wesentlich seltener altersentsprechende Leistungen bei ihrer Körpermotorik und Auge-Hand-Koordination als Kinder mit hohem sozialem Status.

Die Unterschiede sowohl bei der Körper- als auch der Visuomotorik betragen hier rund 14 Prozentpunkte zwischen diesen Gruppen (Abbildung 23).

Die Berechnung der Konfidenzintervalle zeigt, dass relevante Unterschiede zwischen der niedrigen und hohen Sozialstatusgruppe vorliegen.

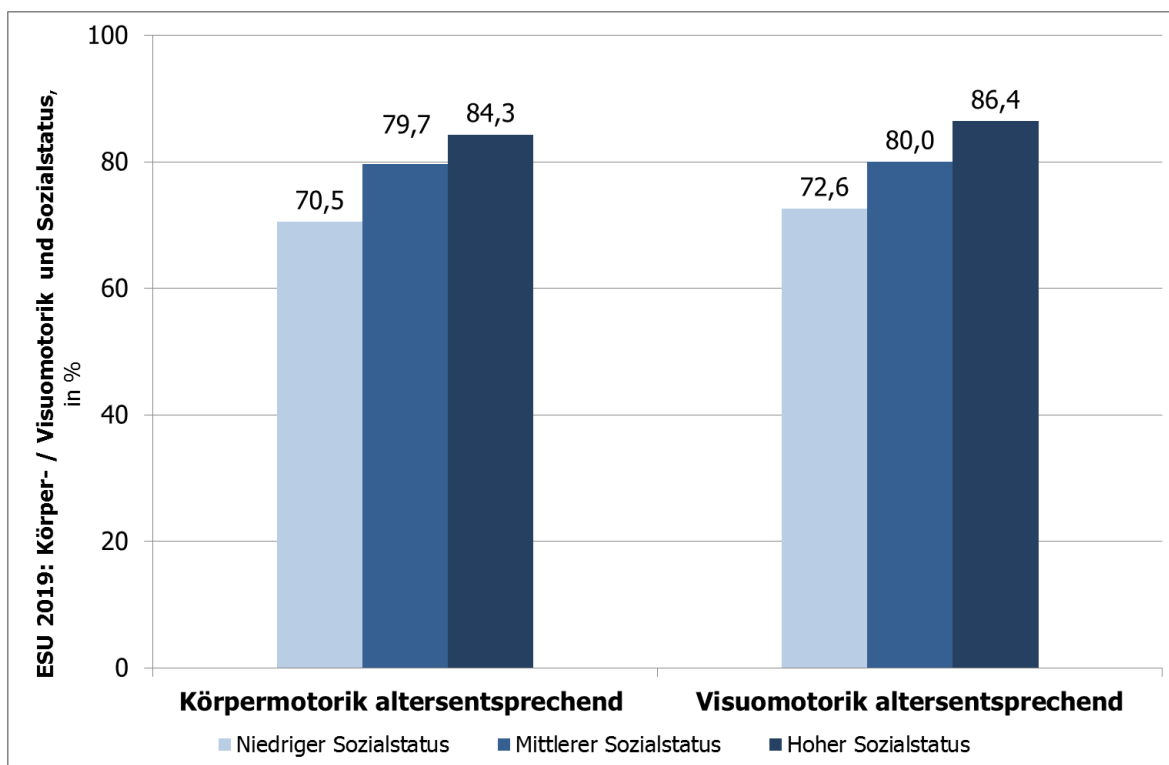


Abbildung 23: Altersentsprechende Bewertung der Körpermotorik/Visuomotorik und sozialer Status

## 10 Wie untersucht das Gesundheitsamt die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder?

Die Erfassung der Sprachkompetenz der Kinder nimmt breiten Raum in der Einschulungsuntersuchung ein. Dabei kommt ein zweistufiges Verfahren zum Einsatz.

Alle Kinder werden bei der Screeninguntersuchung in den Kitas mit dem Sprachscreening **HASE (Heidelberger Auditives Sprachscreening in der Einschulungsuntersuchung)** untersucht.

Dieses Screening hat zum Ziel, Kinder mit einem Risiko für Spracherwerbs- und spätere Schriftspracherwerbsschwierigkeiten zu erkennen.

Das Screening besteht aus 3 Prüfbereichen – Nachsprechen von Sätzen, Wiedergeben von Zahlenfolgen sowie Nachsprechen von Kunstwörtern. Neben Sprachverstehen und Sprachproduktion werden vor allem das auditive Arbeitsgedächtnis und die Fähigkeiten zur Rekonstruktion grammatischer Strukturen geprüft.

Sind die HASE-Ergebnisse auffällig, folgt gegebenenfalls eine Sprachstandsdiagnostik mit dem Sprachentwicklungstest **SETK 3-5**<sup>17</sup>. Dieser Test wird in einem zusätzlichen Termin im Gesundheitsamt samt Elternberatung durchgeführt.

Stellen die Schulärztin und der Schularzt bei einem Kind anhand der Untersuchungsergebnisse einen **intensiven Sprachförderbedarf** fest, wird die Kita mit Einwilligung der Sorgeberechtigten über diesen Bedarf informiert.

Das Land Baden-Württemberg bietet auf Antrag der Kitaträger Zuwendungen im Rahmen von **SPATZ (Sprachförderung in allen Tageseinrichtungen mit Zusatzbedarf)** an.

SPATZ hat mit der „Intensiven Sprachförderung im Kindergarten“ und „Singen-Bewegen-Sprechen“ grundsätzlich 2 unterschiedliche Förderwege. Weiterführende Informationen zu SPATZ sind unter <http://www.kindergaerten-bw.de/SPATZ> zu finden.

Zudem erfolgt in der Screeninguntersuchung eine orientierende Erfassung der Aussprache der Kinder anhand eines landesweit einheitlichen Lautprüfbogens.

Die ebenfalls orientierende Spontanspracherhebung erfasst neben den zu Hause gesprochenen Familiensprache(n) auch Auffälligkeiten bei der Verwendung von verschiedenen Wortarten und grammatischen Strukturen. Hierbei erfasste Auffälligkeiten eignen sich nicht für die Gesundheitsberichterstattung, da im Rahmen des Screenings keine standardisierte Spontanspracherhebung erfolgen kann.

---

<sup>17</sup> Grimm H (2015). SETK 3-5. Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (3;0-5;11 Jahre) 3. überarbeitete und neu normierte Auflage. Göttingen: Hogrefe

## 11 Ergebnisse der Sprachstandsdiagnostik

Bei der Darstellung der Ergebnisse der Sprachstandsdiagnostik werden zuerst die Familiensprachen der Kinder und nachfolgend die Ergebnisse zum Sprachscreening HASE dargestellt.

Für die Ergebnisse zum intensiven Sprachförderbedarf ist ein eigenes Kapitel vorgesehen, das Kapitel 12.

### 11.1 Familiensprachen der Kinder

Das Gesundheitsamt fragt bei den Sorgeberechtigten an, welche Familiensprache(n) mit den Kindern in den ersten 3 Lebensjahren gesprochen wurde(n). In der Untersuchungssoftware besteht dabei die Möglichkeit, 2 verschiedene Sprachen zu dokumentieren.

Im Landkreis Rastatt wurden in diesem Jahr neben Deutsch 43 weitere

Familiensprachen erfasst, in Baden-Baden 27 Sprachen.

Die nach Deutsch am häufigsten gesprochene Familiensprache ist in beiden Kreisen Russisch. Russisch als alleinige oder weitere Familiensprache haben im Landkreis Rastatt rund 9 %, in Baden-Baden 16 % der untersuchten Kinder.

Sofern eine Auswertung nach Familiensprache erfolgt, werden die Kinder nach nur Deutsch sprechend oder mehrsprachig unterschieden. Mehrsprachig bedeutet, dass die Kinder entweder andere Familiensprachen oder Deutsch zusammen mit weiteren Familiensprachen zu Hause sprechen.

Die Verteilung der nur Deutsch sprechenden Kinder, der mehrsprachigen Kinder sowie der Kinder ohne Angabe zur Familiensprache ist Tabelle 15 zu entnehmen.

<b>ESU 2019: Familiensprachen</b> (ESU 2018) in %	Nur Deutsch	Mehrsprachig	Keine Angabe
<b>Landkreis Rastatt</b>	<b>61,0</b> (62,6)	<b>37,4</b> (32,3)	<b>1,6</b> (5,1)
Nördlicher Landkreis	75,4	24,2	0,5
Murgtal	63,1	36,2	0,7
Rastatt	39,2	58,8	1,9
Südlicher Landkreis	64,3	33,0	2,6
<b>Baden-Baden</b>	<b>49,3</b> (53,4)	<b>48,0</b> (42,1)	<b>2,7</b> (4,5)

Tabelle 15: Familiensprachen nach Kategorien

Zu erwarten war, dass sich die Anteile der nur Deutsch sprechenden Kinder und der mehrsprachigen Kinder nach Raumschaften unterscheiden.

Im Hinblick auf die spätere Einschulung sind die Familiensprachen und die Kenntnisse in der deutschen Sprache bedeutsam.

Die Sprachfähigkeiten eines Kindes dürften einer der wesentlichen Faktoren für einen gelingenden Schulstart sein.



## 11.2 Mehrsprachige Kinder im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden

Bereits in den Vorjahresberichten zu den Einschulungsuntersuchungen wurde der zeitliche Verlauf der Anteile mehrsprachiger Kinder in den Städten und Gemeinden im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes dargestellt. Daher wird diese Entwicklung auch im vorliegenden Bericht aufgezeigt.

Bei der Einschulungsuntersuchung 2019 liegt der Anteil mehrsprachiger Kinder in den Großen Kreisstädten und Baden-Baden zwischen 38 % und 59 %.

In den weiteren Städten und Gemeinden, in denen 44 % aller untersuchten Kinder leben, ist ein durchschnittlicher Anteil an mehrsprachigen Kindern von rund 28 % festzustellen.

Die Entwicklung seit 2011 zeigt die nachfolgende Abbildung 24.

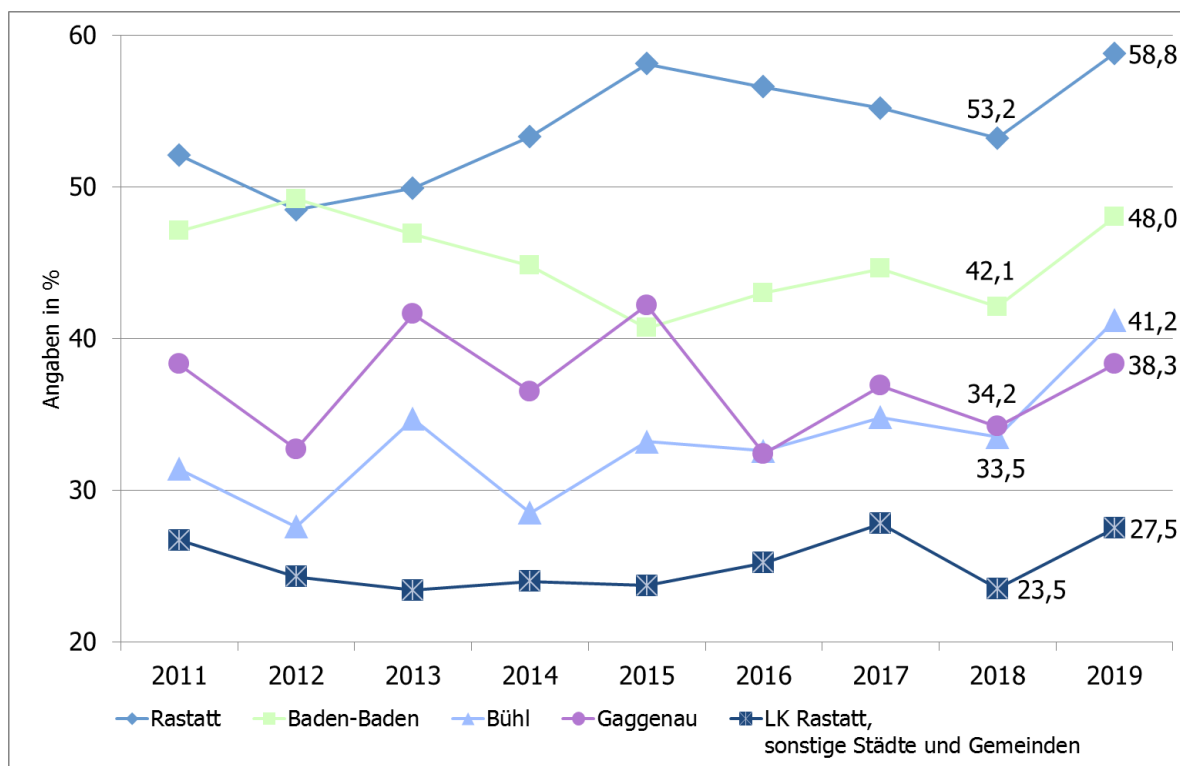


Abbildung 24: Mehrsprachige Kinder in der ESU von 2011-2019

### 11.3 Das Sprachscreening HASE

Das in der Einschulungsuntersuchung zum Einsatz kommende Sprachscreening HASE besteht aus den 3 Prüfbereichen Nachsprechen von Sätzen, Wiedergeben von Zahlenfolgen und Nachsprechen von Kunstwörtern.

Für alle Bereiche gilt, dass die Aufgabenstellungen standardisiert sind und die Kinder die mittels CD vorgegebenen Prüfgriffe nachsprechen sollen.

Im Landkreis Rastatt konnte bei 1.781 Kindern das Sprachscreening komplett durchgeführt werden, in Baden-Baden bei 353 Kindern.

Der Anteil an unauffälligen Screenings, das heißt altersentsprechende Leistungen in allen drei Prüfbereichen, beträgt im Landkreis Rastatt rund 74 % und in Baden-Baden rund 58 % (Tabelle 16).

<b>ESU 2019: Sprachscreening</b> (ESU 2018) in %	HASE altersentsprechend
<b>Landkreis Rastatt</b>	<b>74,1</b> (72,6)
Nördlicher Landkreis	88,2
Murgtal	78,9
Rastatt	46,0
Südlicher Landkreis	78,6
<b>Baden-Baden</b>	<b>57,8</b> (65,0)

Tabelle 16: HASE – Anteile altersentsprechender Screenings

Deutliche Unterschiede zeigen sich bei der Differenzierung nach nur Deutsch sprechenden und mehrsprachigen Kindern (Abbildung 25):

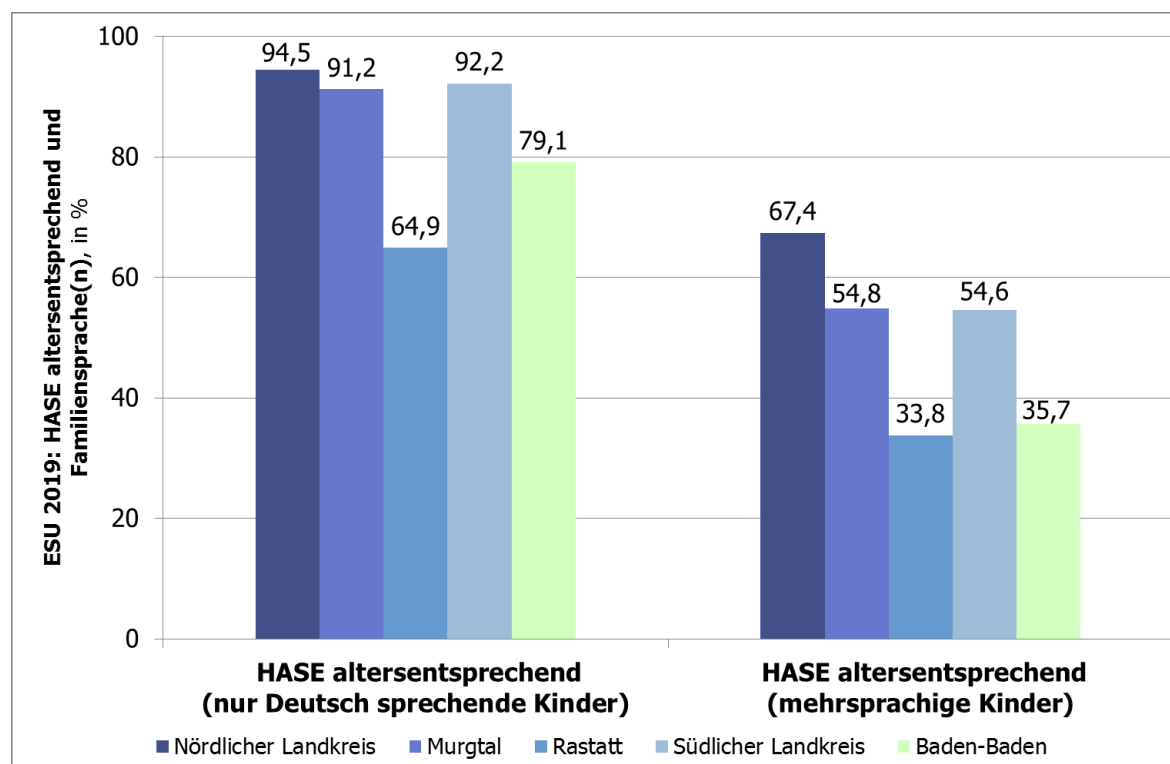


Abbildung 25: HASE - altersentsprechende Ergebnisse: nur Deutsch sprechende und mehrsprachige Kinder

Somit kann umgekehrt für alle Kinder geschlossen werden, dass im Landkreis Rastatt durchschnittlich ein Viertel der untersuchten Kinder Auffälligkeiten beim Sprachscreening zeigte.

In Baden-Baden belief sich dieser Anteil auf rund 42 % der untersuchten Kinder.

### **11.3.1 Auffälliges HASE – welche Prüfbereiche sind am häufigsten betroffen? Was kann aus diesen Ergebnissen geschlossen werden?**

Ist das Sprachscreening auffällig, so ist fast immer das Nachsprechen von Sätzen betroffen. Deutlich seltener zeigen sich Schwierigkeiten beim Wiedergeben von Zahlenfolgen sowie beim Nachsprechen von Kunstwörtern.

Für das Nachsprechen von Sätzen benötigen die Kinder Kenntnisse in der deutschen Sprache, die es ihnen erlauben, gehörte Sätze grammatisch korrekt nachzubilden.

Die Fähigkeit, komplexe Sätze nachzubilden, steigt mit dem Alter der Kinder an, so dass 5-Jährige höhere Leistungen als 4-Jährige erzielen müssen, um in diesem Prüfbereich unauffällige Ergebnisse zu haben.

Auch beim Wiedergeben von Zahlenfolgen sowie beim Nachsprechen von Kunstwörtern wachsen die Anforderungen an die Kinder entsprechend dem Lebensalter.

Die Autorengruppe von HASE<sup>18</sup> folgert, dass nur Deutsch sprechende Kinder und mehrsprachige Kinder mit ausreichenden Deutschkenntnissen mit keinem der HASE-Prüfbereiche Schwierigkeiten haben sollten.

Bei mehrsprachigen Kindern mit unzureichenden Deutschkenntnissen ist häufig isoliert das Nachsprechen von Sätzen auffällig.

Sind das Wiedergeben von Zahlenfolgen und das Nachsprechen von Kunstwörtern bei diesen Kindern unauffällig, ist von einem Förderbedarf für die deutsche Sprache und nicht gleich von einem Risiko für den Sprach- und Schriftspracherwerb auszugehen.

Bei den mehrsprachigen Kindern mit auffälligem Sprachscreening hat rund die Hälfte dieser Kinder isoliert beim Nachsprechen von Sätzen Auffälligkeiten (Landkreis Rastatt: 51 %, Baden-Baden: 48 %).

---

<sup>18</sup> Schöler H & Brunner M (2008): HASE Edition 2.0. Binswangen: Westra

### 11.3.2 Mehrsprachigkeit als Chance

Das Beherrschen mehrerer Sprachen ist in unserer heutigen Welt eindeutig von Vorteil.

Lernt ein Kind mehrere Sprachen und davon Deutsch als Zweitsprache, können Deutschsprachkenntnisse häufig spielerisch im Kindergartenalter erworben werden.

Voraussetzung dafür ist ein intaktes Sprachlernsystem. Ein solches Sprachlernsystem existiert in allen Sprachen und schließt vor allem die Fähigkeit ein, gehörte Sprache zu verstehen und nachfolgend zur eigenen gesprochenen Sprache zu kommen.

Damit ein Kind eine oder mehrere Sprache(n) erwerben kann, braucht es sprachliche Anregung und Sprachvorbilder. Diese sollten nach Möglichkeit in ihrer Muttersprache kommunizieren.

In der Muttersprache herrscht die größte eigene Sprachkompetenz vor und weitere, häufig unbewusste Merkmale von Sprache, wie zum Beispiel akzentfreie Aussprache, Sprechmelodie, Betonungen und Pausen, die für das Sprachlernen elementar sind, können vermittelt werden.

Wird eine Sprache im höheren Lebensalter als Fremdsprache gelernt, stehen diese häufig unbewussten Merkmale den Sprechern oft nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung.

Somit ist es unabdingbar, dass sich Sorgeberechtigte von muttersprachlich nicht Deutsch sprechenden Kindern aktiv kümmern, dass ihre Kinder möglichst viel Kontakt zur deutschen Sprache und entsprechenden Sprachvorbildern haben.

Nur unter diesen Voraussetzungen kann der Grundstein für das spielerische Lernen der deutschen Sprache gelegt werden.

Neben der Ermöglichung von Sprachkontakt zur deutschen Sprache kann eine intensive Sprachförderung in einer Kita hierzu einen zentralen Beitrag leisten.

## 12 Intensiver Sprachförderbedarf in der Einschulungsuntersuchung

Die alltagsintegrierte Sprachförderung ist im „Orientierungsplan für Bildung und Erziehung in baden-württembergischen Kindergärten und weiteren Kindertageseinrichtungen“ beschrieben (Kultusministerium Baden-Württemberg, 2011).

Durch intensive Sprachförderung, die über SPATZ vom Kultusministerium Baden-Württemberg gefördert wird, sollen Kinder, bei denen die alltagsintegrierte Sprachförderung für einen gelingenden Spracherwerb nicht ausreicht, zusätzlich systematisch gefördert werden.

Die Schulanfängerin und der Schulanfänger bewerteten den Sprachstand von 2.232 Kindern im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes.

Erneut werden für die folgende Auswertung die Daten für das gesamte Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes berichtet, um eine Vergleichbarkeit zu den Vorjahresergebnissen zu gewährleisten.

Bei 355 Kindern wurde eine erweiterte Sprachstandsdiagnostik mit dem SETK 3-5 durchgeführt.

Somit wurden rund 16 % der Kinder mit diesem Test untersucht. Wird nach Kreisen differenziert, so wurden im Landkreis Rastatt bei 15 % und in Baden-Baden bei 23 % der untersuchten Kinder ein SETK 3-5 durchgeführt.

Intensiver Sprachförderbedarf besteht zum Zeitpunkt der ESU bei rund 27 % der untersuchten Kinder im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes (95 %-Konfidenzintervall: 25 % - 29 %).

Das 95 %-Konfidenzintervall, auch Vertrauensbereich genannt, gibt den Wertebereich an, in dem mit 95 %-Wahrscheinlichkeit der tatsächliche Anteil der Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf in dieser Altersgruppe liegt.

Zu beachten ist, dass es sich hierbei um den festgestellten intensiven Sprachförderbedarf im vorletzten Kindergartenjahr, im Schnitt 1,5 Jahre vor der geplanten Einschulung, handelt.

Der Anteil der Kinder mit festgestelltem intensivem Sprachförderbedarf zeigt in den letzten beiden Jahren eine zunehmende Tendenz (Tabelle 17):

	<b>Zahl der untersuchten Kinder</b>	<b>Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf</b>	<b>in %</b>
Jahrgang 2011	2.237	517	23,1
Jahrgang 2012	2.136	486	22,8
Jahrgang 2013	2.097	495	23,6
Jahrgang 2014	2.141	449	21,0
Jahrgang 2016	2.076	480	23,1
Jahrgang 2017	2.247	443	19,7
Jahrgang 2018	2.139	501	23,4
<b>Jahrgang 2019</b>	<b>2.232</b>	<b>598</b>	<b>26,8</b>

Tabelle 17: Entwicklung der Anteile der Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf von 2011 bis 2019

### 12.1 Intensiver Sprachförderbedarf in den Raumschaften im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden

Der niedrigste Anteil an intensivem Sprachförderbedarf ist im nördlichen Landkreis festzustellen – rund 1 von 10 Kindern weist dort diesen Förderbedarf auf (Tabelle 18).

Bei der kleinräumigen Auswertung des intensiven Sprachförderbedarfs können die Bedarfe vor Ort genauer aufgezeigt werden.

Am höchsten ist in diesem Jahr der intensive Sprachförderbedarf in der Stadt Rastatt, hier liegt bei rund jedem 2. Kind ein entsprechender Bedarf vor.

	<b>Kinder insgesamt</b>	<b>Int. Sprachförderbedarf</b>	<b>in %</b>	<b>95 %-Konfidenzintervall</b>
<b>Landkreis Rastatt</b>	<b>1.866</b>	<b>465</b>	<b>24,9</b>	<b>23– 27</b>
Nördlicher Landkreis	417	49	11,8	9 – 15
Murgtal	405	93	23,0	19 – 27
Rastatt	402	204	50,7	46 - 56
Südlicher Landkreis	642	119	18,5	16 – 22
<b>Baden-Baden</b>	<b>366</b>	<b>133</b>	<b>36,3</b>	<b>31 – 42</b>
<i>Baden-Württemberg (ESU 2018)</i>	<i>76.561</i>	<i>23.047</i>	<i>30,1</i>	<i>30</i>

Tabelle 18: Intensiver Sprachförderbedarf im regionalen Vergleich und mit 95 %-Konfidenzintervall

### 12.2 Entwicklung des intensiven Sprachförderbedarfs in der Stadt Rastatt und in Baden-Baden

Für die Stadt Rastatt bedeutet dies, bezogen auf die bisherige Zeitreihe, einen Höchststand.

Bereits in den Vorjahresberichten zu den Einschulungsuntersuchungen wurden Zeitreihen zur Entwicklung des intensiven Sprachförderbedarfs in den größten Städten im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes – Rastatt und Baden-Baden – dargestellt.

Für Baden-Baden ist seit 2016 eine Zunahme an Kindern mit intensivem Förderbedarf festzustellen und der Stand von 2013 ist erneut erreicht (Abbildung 26).

Sowohl in der Stadt Rastatt als auch in Baden-Baden sind jeweils Zunahmen der Kinder mit einem intensiven Sprachförderbedarf zu berichten.

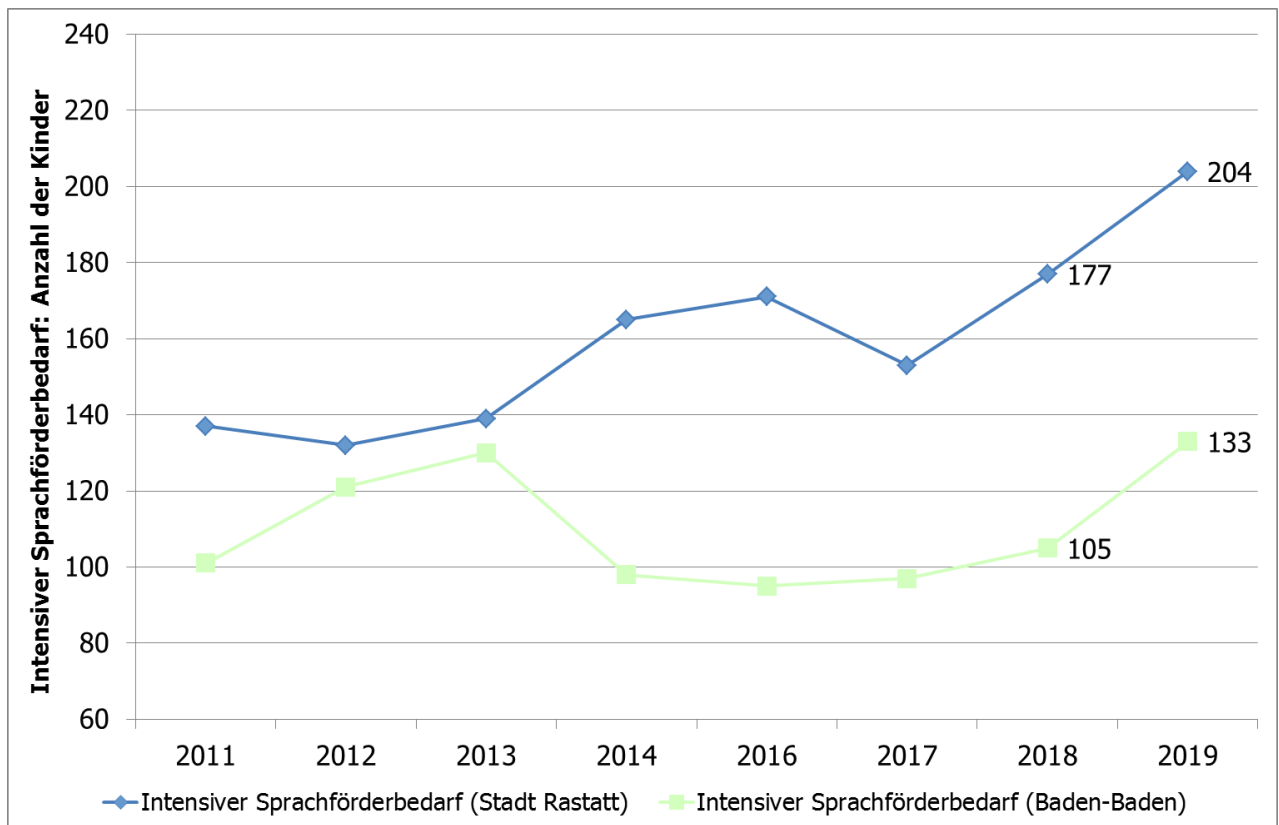


Abbildung 26: Anzahl der Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf in Rastatt und in Baden-Baden (2011-2019)

### 12.3 Intensiver Sprachförderbedarf und sozialer Status

Beim festgestellten intensiven Sprachförderbedarf gibt es wesentliche Unterschiede zwischen allen Sozialstatusgruppen.

Kinder mit niedrigem sozialem Status haben am häufigsten einen intensiven Sprachförderbedarf.

Danach folgen die Kinder mit mittlerem sozialem Status, Kinder mit hohem sozialem Status weisen den geringsten intensiven Sprachförderbedarf zum Zeitpunkt der ESU auf.

Diese Muster zeigen sich erwartungsgemäß sogar bei der Differenzierung nach Familiensprache.

Da in der Gruppe der Kinder mit niedrigem Sozialstatus deutlich häufiger mehrsprachige Kinder als Kinder mit nur deutscher Familiensprache zu finden sind, erfolgte für diese Auswertung noch eine Differenzierung nach Familiensprachen (Abbildung 27).

Allgemein bekannt ist, dass ein intensiver Sprachförderbedarf häufiger bei Kindern mit nicht-deutscher Familiensprache im Vergleich zu nur Deutsch sprechenden Kindern auftritt.

Jedoch zeigt diese Auswertung, dass höhere Ressourcen der Sorgeberechtigten sich, auch bei mehrsprachigen Kindern, förderlich auf die Sprachentwicklung und auf die Deutschsprachkenntnisse auswirken.



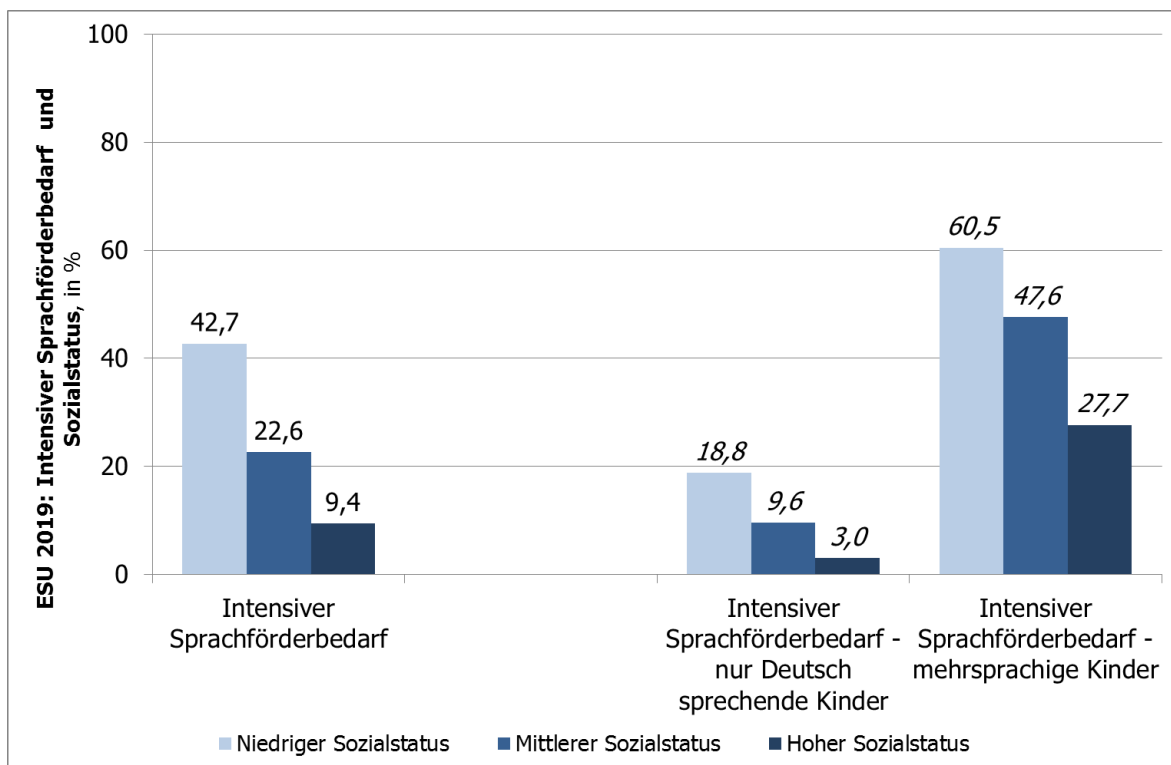


Abbildung 27: Intensiver Sprachförderbedarf und sozialer Status, inklusive Unterscheidung nach Familiensprachen

## 12.4 Intensiver Sprachförderbedarf und Kindertageseinrichtungen

Die vorherigen kleinräumigen Auswertungen zeigen, dass der Anteil von Kindern, die eine intensive Sprachförderung benötigen, regional verschieden ist.

Daher kann der durchschnittlich festgestellte Bedarf an intensiver Sprachförderung nur eine Orientierung für den tatsächlichen Bedarf in den Einrichtungen vor Ort darstellen.

Beispielsweise wurde in einzelnen Kitas bei keinem Kind ein intensiver Förderbedarf festgestellt.

Ferner gibt es Einrichtungen, in denen sogar bei der Mehrzahl der Kinder intensive Fördermaßnahmen empfohlen wurden. Grundsätzlich kann für jede Kita der Bedarf an intensiver Sprachförderung berechnet werden.

Nachfolgend wird ausgewertet, in wie vielen Kitas bei mindestens 25 % der Kinder in der ESU ein intensiver Sprachförderbedarf festgestellt wurde.

Dazu wurden nur Kitas ausgewählt, in denen die Kinder eine Gesamtbewertung der Sprache erhielten. Dies betrifft 137 der 139 Einrichtungen im Einzugsgebiet des Gesundheitsamts.

Eine Auswertung auf Ebene der Kitas ist aufgrund der unterschiedlichen, insgesamt recht geringen Anzahl an untersuchten Kindern naturgemäß größeren Schwankungen unterworfen. Somit ist diese Tatsache bei etwaigen Vergleichen mit Vorjahresergebnissen dringend zu berücksichtigen.

In die nachfolgenden Auswertungen wurden, wie im Vorjahr, nur Kitas einbezogen, in denen 10 oder mehr Kinder untersucht worden sind.

## **12.5 Einbezogene Einrichtungen im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden**

Im Landkreis Rastatt wurden in 83 von 111 Kitas 10 oder mehr Kinder in der ESU untersucht und konnten in die Auswertung einbezogen werden (Mittelwert: 20 Kinder). Dabei liegen 19 der einbezogenen Einrichtungen im nördlichen Landkreis, 18 im Murgtal, 17 in Rastatt und 29 im südlichen Landkreis.

In Baden-Baden wurden in 18 von 26 Kitas 10 oder mehr Kinder untersucht (Mittelwert: 17 Kinder).

Somit konnten im Landkreis Rastatt in diese Auswertung 75 % aller Kitas und in Baden-Baden 69 % aller Kitas einbezogen werden.

### **12.5.1 Einrichtungen mit mindestens 25 % intensivem Sprachförderbedarf**

Im Landkreis Rastatt wurde in 29 Kitas bei mindestens 25 % der Kinder ein intensiver Sprachförderbedarf festgestellt. In 11 der 29 Kitas liegt der Bedarf an intensiver Sprachförderung bei 50 % oder mehr aller untersuchten Kinder.

In Baden-Baden wurde in 12 Kitas bei mindestens 25 % der Kinder ein intensiver Sprachförderbedarf bescheinigt. In 5 der 12 Einrichtungen liegt die Rate bei 50 % oder mehr der untersuchten Kinder.

Der Vergleich mit dem Vorjahr zeigt zum einen, dass insgesamt die Zahl der Einrichtungen, in denen durchschnittlich jedes 4. Kind oder mehr einen Sprachförderbedarf hat, im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden zugenommen hat.

Für den Landkreis Rastatt ist ebenfalls ersichtlich, dass diese Zunahme überwiegend in den Großen Kreisstädten erfolgt ist (Abbildung 28 und Abbildung 29).

Zum anderen gibt es auch Städte und Gemeinden, in denen die Zahl der Kitas mit einem Sprachförderbedarf von 25 % oder mehr abgenommen hat.

Entweder liegt hier die Quote des festgestellten intensiven Sprachförderbedarfs in diesem Jahr niedriger oder die Zahl der untersuchten Kinder war bei der ESU 2019 zu gering, um in diese Auswertung aufgenommen zu werden.

Mit weiteren, zukünftigen Daten kann erfasst werden, ob höhere Anteile an intensivem Sprachförderbedarf in Kitas in einem städtischen Umfeld auch zukünftig eine stabile Tendenz darstellen werden.

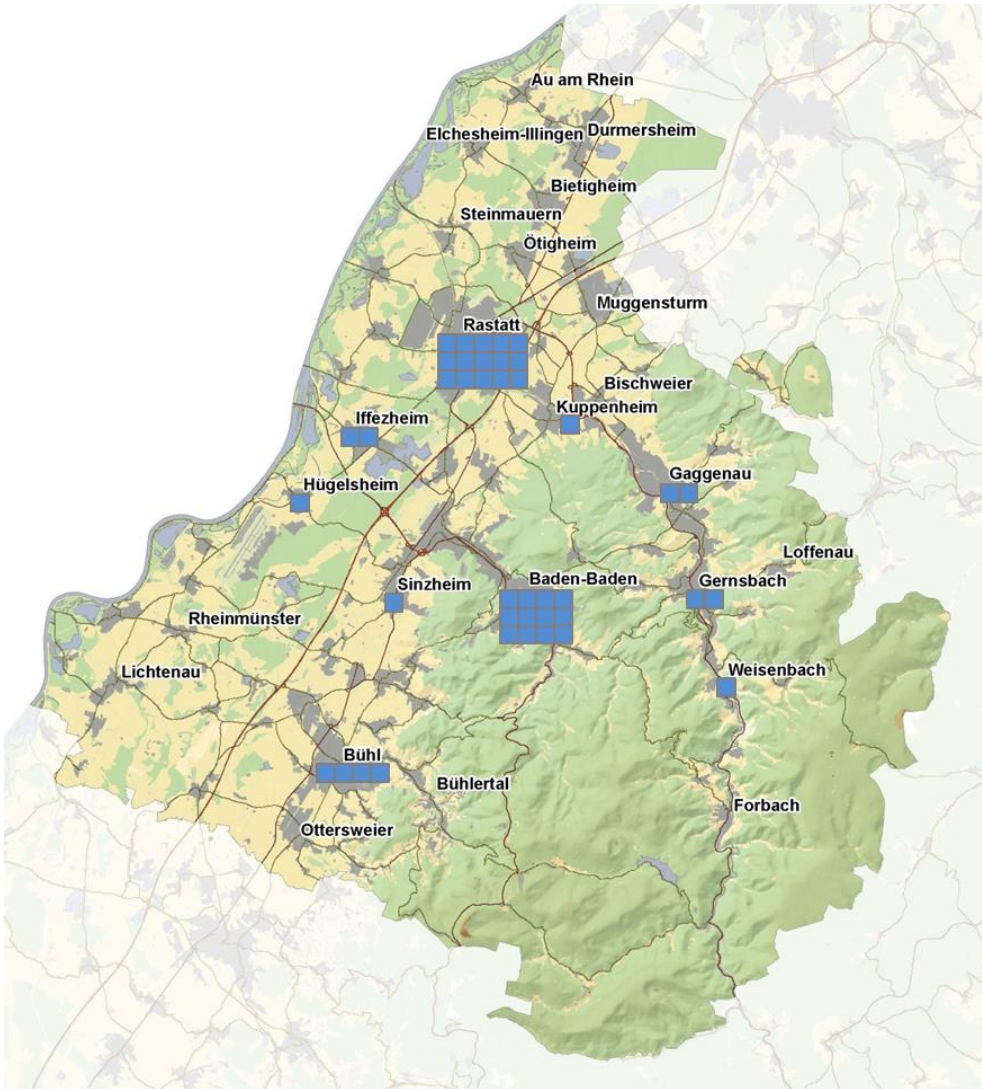


Abbildung 28: **ESU 2019:** Kitas, in denen mindestens 25 % der Kinder zum Zeitpunkt der ESU einen intensiven Sprachförderbedarf aufweisen

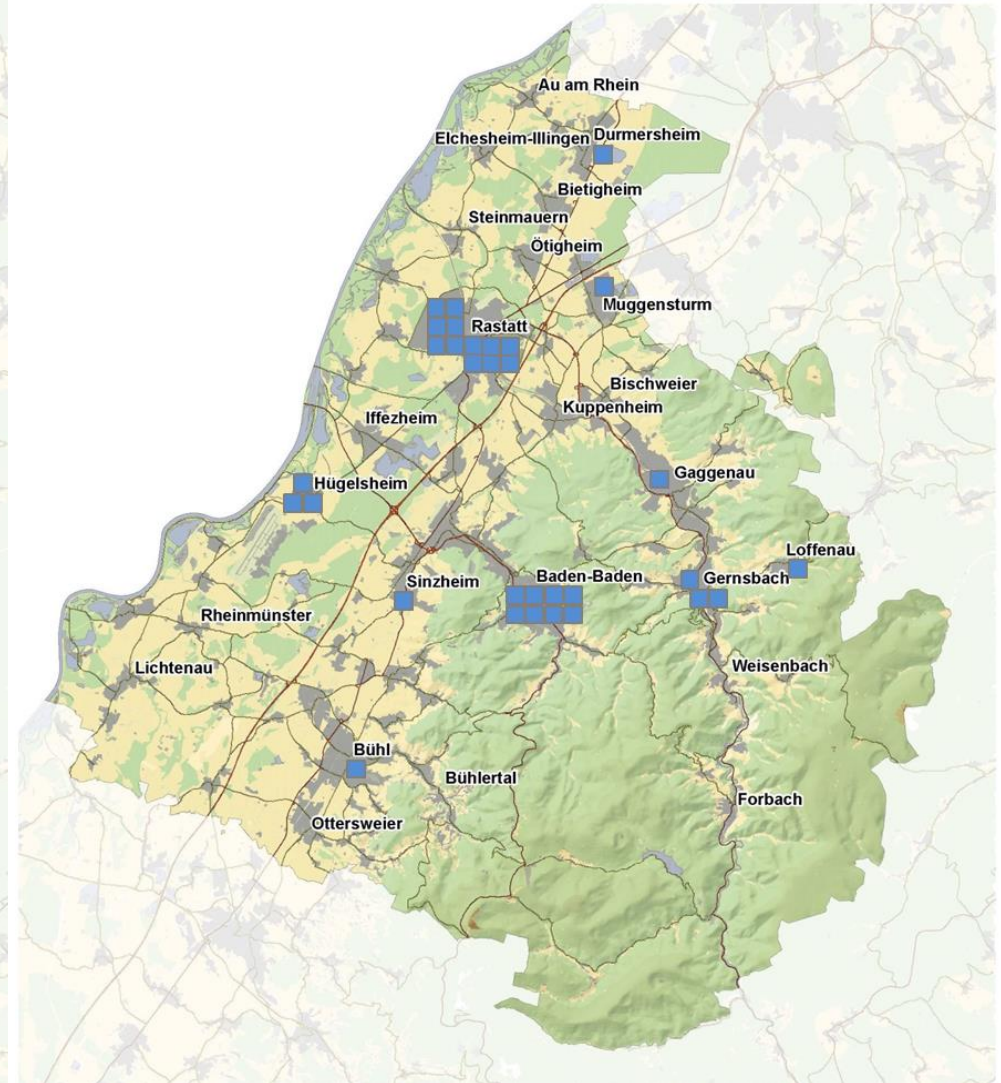


Abbildung 29: **ESU 2018:** Kitas, in denen mindestens 25 % der Kinder zum Zeitpunkt der ESU einen intensiven Sprachförderbedarf aufweisen

## 12.6 Spezielle Sprachfördergruppen in den Kindertageseinrichtungen

Für jedes ESU-Kind wird von der Erzieherin beziehungsweise vom Erzieher ein Beobachtungsbogen zur kindlichen Entwicklung ausgefüllt.

Dieser Bogen enthält zusätzlich Fragen zu Fördermaßnahmen in der Kita – enthalten ist hierbei auch die Frage nach Sprachförderung.

Im Landkreis Rastatt lag bei 1.555 untersuchten Kindern der ausgefüllte Beobachtungsbogen vor. Bei 331 Kindern (21 %) war die bisherige Teilnahme an einer speziellen Sprachfördermaßnahme in der Kita markiert.

In Baden-Baden waren die Bögen bei 301 Kindern ausgefüllt, 109 Kinder (36 %) nehmen laut Angaben des Beobachtungsbogens bisher an einer solchen Förderung teil (Tabelle 19).

<b>ESU 2019: Sprachfördermaßnahmen</b> (ESU 2018) in %	Sprachförderung in der Kita
<b>Landkreis Rastatt</b>	<b>21,3</b> (21,4)
Nördlicher Landkreis	16,6
Murgtal	6,8
Rastatt	34,3
Südlicher Landkreis	24,3
<b>Baden-Baden</b>	<b>36,2</b> (34,2)
<i>Baden-Württemberg</i> (ESU 2018)	<i>30,4</i>

Tabelle 19: Teilnahme an einer speziellen Sprachfördermaßnahme in der Kita

Diese Daten zeigen, dass in Baden-Baden und in der Stadt Rastatt mehr als ein Drittel der untersuchten Kinder bereits an Sprachfördermaßnahmen in den Kitas teilnehmen.

Ebenfalls dort wurden in der ESU die höchsten Raten an intensivem Sprachförderbedarf festgestellt.

Eine Frage bleibt: Sind die Kinder mit einem bei der ESU festgestellten intensiven Sprachförderbedarf bereits Teil solcher Sprachfördergruppen in den Kitas?

## 12.7 Intensiver Sprachförderbedarf und Sprachförderung in den Kitas

In der letzten Auswertung zur Sprachstandserhebung soll analysiert werden, ob die Kinder mit einem intensiven Sprachförderbedarf bereits in Sprachförderstrukturen integriert sind oder ob dieses noch geschehen sollte.

Dazu können im Landkreis Rastatt die Angaben von 1.553 Kindern ausgewertet werden, in Baden-Baden von 301 Kindern.

Die Reduktion der Gruppengröße im Vergleich zur vorherigen Auswertung ist einzelnen fehlenden Angaben zur Gesamtbewertung der Sprache geschuldet.

Ausgehend von diesen Kindern wurde im Landkreis Rastatt bei 345 Kindern ein intensiver Sprachförderbedarf in der ESU festgestellt, in Baden-Baden bei 99 Kindern.

Laut Beobachtungsbogen erhalten, wie bereits angeführt, 331 Kinder im Landkreis Rastatt und 109 Kinder in Baden-Baden spezielle Sprachfördermaßnahmen in den Kitas.

In der nachfolgenden Tabelle 20 wird aufgezeigt, wie viel Prozent der Kinder mit einem in der ESU festgestellten intensiven Sprachförderbedarf an speziellen Sprachfördermaßnahmen in den Kitas teilnehmen.



Zu beachten ist, dass diese Auswertung keine Aussagen zur Zusammensetzung von Sprachfördergruppen und deren räumliche Verortung machen kann.

<b>ESU 2019: Intensiver Sprachförder- bedarf/Sprach- förderung in %</b>	Kinder mit intensi- vem Sprachförder- bedarf und Sprach- förderung in der Kita
<b>Landkreis Rastatt</b>	<b>43,2</b>
Nördlicher Landkreis	23,7
Murgtal	16,4
Rastatt	51,9
Südlicher Landkreis	52,1
<b>Baden-Baden</b>	<b>62,6</b>

Tabelle 20: Kinder mit bei der ESU festgestelltem intensivem Sprachförderbedarf und Sprachförderung in der Kita

Es wird deutlich, dass im Landkreis Rastatt im Schnitt 43 % der Kinder mit festgestelltem intensivem Sprachförderbedarf bereits Teil solcher Gruppen in den Kitas sind.

In Baden-Baden beläuft sich dieser Anteil auf 63 %.

Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch, dass im Landkreis Rastatt durchschnittlich mehr als die Hälfte (57 %) der Kinder mit einem in der ESU festgestellten intensiven Sprachförderbedarf noch nicht in Sprachfördermaßnahmen in den Kitas teilnimmt.

Für Baden-Baden wird deutlich, dass rund 37 % der Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf noch nicht Teil von Sprachfördergruppen in den Kitas sind.

Wird nun nach der Anzahl der Kinder in Sprachfördermaßnahmen in den Kitas und Anzahl der Kinder mit festgestelltem intensivem Sprachförderbedarf geschaut, so zeigt sich Folgendes: Im Schnitt entsprechen die von den Erzieherinnen und Erziehern angegebenen Plätze in etwa der Zahl der Kinder mit festgestelltem intensivem Sprachförderbedarf.

Für den Landkreis Rastatt bedeutet dies, dass laut Angaben der Erzieherinnen und Erzieher 331 Kinder Sprachfördermaßnahmen erhalten, bei 345 Kindern wurde bei der ESU ein intensiver Sprachförderbedarf festgestellt.

In Baden-Baden sind 109 Kinder Teilnehmende von Sprachfördermaßnahmen. Ein intensiver Sprachförderbedarf bei der ESU wurde bei 99 Kindern festgestellt.

Dennoch zeigt Tabelle 20, dass wesentliche Anteile der Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf nicht Teil solcher Gruppen sind.

Die Zusatzförderung für Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf, das Programm SPATZ des Kultusministeriums Baden-Württemberg, bietet verschiedene Förderwege und erlaubt ausdrücklich die Aufnahme von Kindern in Sprachfördergruppen, bei denen kein intensiver Sprachförderbedarf festgestellt wurde.

Daher ist es grundsätzlich unproblematisch, wenn Kinder mit einer altersentsprechenden Bewertung der Sprache an solchen Gruppen teilnehmen.

Es ist sogar wünschenswert, dass Kinder mit guten sprachlichen Fähigkeiten Teil von Sprachfördergruppen sind, damit alle von gleichaltrigen Sprachvorbildern profitieren können.

Dennoch ist es geboten, dass Kinder mit einem intensiven Sprachförderbedarf, vor allem Kinder mit Deutsch als Zweitsprache, bereits eine frühe Sprachförderung erhalten.

Aus der Spracherwerbsforschung ist bekannt, dass Kinder eine weitere Sprache umso spielerischer lernen, je jünger sie sind.

Deshalb ist nicht zu empfehlen, intensive Sprachfördermaßnahmen in den Kitas erst spät, zum Beispiel im Vorschuljahr, zu starten.



Abbildung 30: Beispiel für die Sprachförderung - Dialogisches Lesen

## 13 Ausblick: Handlungsempfehlungen zum Erhalt und zur Verbesserung der Kindergesundheit auf Grundlage des ESU-Berichts 2019

Zu den folgenden Themen des Berichts – Impfstatus, Übergewicht/Motorik und Sprachstand der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung – werden folgende Handlungsempfehlungen formuliert:

### 13.1 Erhalt von hohen Impfquoten bei den Kindern im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden

Die sorgeberechtigten Personen sind verantwortlich für den Impfschutz ihrer Kinder. Für die Akzeptanz von Impfungen sind jedoch die Beratung und Aufklärung durch medizinische Fachpersonen von zentraler Bedeutung.

- **Individuelle Impfberatung**

Für die Inanspruchnahme oder Ablehnung von Impfungen spielen vor allem psychologische Gründe eine Rolle, die im Rahmen einer Impfberatung, auch in der Einschulungsuntersuchung, von Bedeutung sind:

- Kann Vertrauen in die Sicherheit von Impfungen geschaffen werden?
- Werden die Gesundheitsrisiken durch eine Krankheit von den Einzelnen richtig eingeschätzt?
- Sind bürokratische Hürden oder sprachliche Schwierigkeiten etwaige Hinderungsgründe bei der Inanspruchnahme von Impfungen?
- Welche Informationen sind bei der gezielten Suche nach Informationen übers Impfen rasch verfügbar?
- Wie hoch ist die Motivation, durch die eigene Impfung auch andere zu schützen?

Die Sorgeberechtigten zum Thema Impfen, samt diesen 5 Merkmalen, umfassend zu beraten und etwaige Hinderungsgründe

ezindämmen, ist Aufgabe des gesamten Gesundheitssystems.

Ein Dilemma ist, dass die Erfolge, die durch Impfungen erzielt wurden, heute Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme von Impfungen sein können.

Klarer ausgedrückt: Würde hier beispielsweise noch die Kinderlähmung (Polio) wie in den 1950er-Jahren grassieren und die Auswirkungen der Krankheit wie Tod und schwere Behinderungen allgegenwärtig sein, gäbe es wohl kaum das Problem von rückläufigen Polioimpfquoten.

Fakt ist, dass die subjektiv wahrgenommene Bedrohung durch diese Erreger praktisch keine Rolle mehr spielt und daher die Notwendigkeit der Impfungen von medizinischen Laien häufig unterschätzt wird.

- **Überzeugen von Impfskeptikern und Ignorieren von Impfgegnern**

In einer repräsentativen Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Jahr 2016<sup>19</sup> zu den Einstellungen zum Impfen wird deutlich, dass lediglich 5 % der Jugendlichen und Erwachsenen ohne Kinder (16- bis 85-Jährige) und 2 % der Eltern Impfgegner sind. Diese Impfgegner sind für wissenschaftlich fundierte Informationen zum Impfen nicht zugänglich und daher nicht für die Vorteile des Impfens erreichbar.

Bei der Gruppe der Eltern befürworten mehr als 80 % Impfungen, 15 % haben teilweise Vorbehalte. Bei den Jugendlichen und Erwachsenen ohne Kinder liegen die Zahlen der Befürworter bei 75 %, knapp 20 % haben teilweise Vorbehalte.

Für Menschen, die teilweise Vorbehalte gegen das Impfen haben, kann eine indi-

---

<sup>19</sup> Horstkötter N, Müller U, Ommen O, Platte A, Reckendrees B, Stander V, Lang P, Thaiss H (2017): Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen – Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2016 zum Infektionsschutz. BZgA-Forschungsbericht. Köln: BZgA.



viduelle Impfberatung durch medizinische Fachpersonen einen wichtigen Beitrag zur individuellen Impfentscheidung leisten.

In der Einschulungsuntersuchung kommt der Impfberatung, auch in schriftlicher Form, eine entscheidende Bedeutung zu.

Lokal ist denkbar, dass die schriftlichen Informationen im Elternratgeber zum Impfen, die jedes Kind bei der ESU erhält, im Sinne einer „Impfinformation für die ganze Familie“ mit entsprechenden Hintergrundinformationen erweitert werden könnten.

Dazu ist eine redaktionelle und inhaltliche Überarbeitung des gesamten Elternratgebers mittelfristig vorgesehen.

Ziel wäre, dass die ganze Familie, insbesondere auch dort lebende Jugendliche und Erwachsene, für das Thema erneut sensibilisiert wird und im Idealfall etwaige Impflücken bei ihren Haus- oder Kinderärztinnen/Haus- oder Kinderärzten schließen lässt.

Beispielsweise betreffen die in Deutschland zu beklagenden Masernausbrüche in der Regel Jugendliche und junge Erwachsene.

### **13.2 Einbringen der Ergebnisse in die Gemeinsame Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK)**

Die Ergebnisse aus dem ESU-Bericht und insbesondere die Daten zum Übergewicht und zur Motorik sollen in der im 1. Halbjahr 2020 von der KGK eingesetzten Arbeitsgruppe „Gesund aufwachsen“ Berücksichtigung finden.

Diese Arbeitsgruppe wird schwerpunktmäßig die Themenbereiche „Ernährung und Bewegung“ im Kleinkind- und Vorschulalter bearbeiten.

Aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung ist zu empfehlen, das Auftreten von Übergewicht und motorischen Auffälligkeiten auch in Abhängigkeit vom sozialen Status in den Blick zu nehmen.

### **13.3 Gezielte Förderung der sprachlichen Anregung in allen Familien**

Ein Schwerpunkt in der Einschulungsuntersuchung ist die Erfassung des Sprachstandes eines Kindes, inklusive der Einschätzung der Fertigkeiten in der deutschen Sprache.

Grund hierfür ist, dass gute Sprachkenntnisse eine wesentliche Grundlage für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und den späteren Schulerfolg darstellen.

Für eine gelingende Sprachentwicklung ist von entscheidender Bedeutung, dass das lernende Kind genügend sprachliche Anregung erhält. Besonders geeignet hierfür sind das Vorlesen und der gemeinsame Austausch zu den Inhalten zwischen Kind und Vorlesendem.

Aus der Wissenschaft ist bekannt, dass Vorlesen Kinder im Spracherwerb vielfältig unterstützt, da es unter anderem die Wortschatzentwicklung fördert und den Schriftspracherwerb vorbereitet. Die Vorlesestudien der Stiftung Lesen, die seit 2007 jährlich durchgeführt werden, nehmen das Vorlesen und verwandte Themen in den Blick<sup>20</sup>.

Vorlesen hat außer Sprachförderung noch einen Mehrwert – positive emotionale Erfahrungen durch gemeinsam verbrachte Zeit und gegenseitige Zuwendung. Vorlesen macht Freude und schafft Nähe!

Überdies hat Vorlesen einen Langzeiteffekt: Kindern, denen regelmäßig vorgelesen wurde, haben signifikant bessere Schulnoten in Deutsch, erster Fremdsprache, Sachkunde/Biologie, Kunst und Musik als Kinder, denen selten oder nie vorgelesen wurde – und diese Ergebnisse sind unabhängig vom Bildungshintergrund der Eltern (Vorlestudie 2015, einbezogen wurden die Daten von 8- bis 12-Jährigen).

---

<sup>20</sup> Vorlestudien von Stiftung Lesen gemeinsam mit DIE ZEIT und Deutsche Bahn Stiftung, <https://www.stiftunglesen.de/forschung/forschungsprojekte/vorlestudie?seite=1#liste>, letzter Zugriff am 15.08.2019

Wird in der ESU ein intensiver Sprachförderbedarf festgestellt, so zeigen sich deutliche Unterschiede bei den Kindern - abhängig davon, welcher Sozialstatusgruppe sie angehören (siehe Seite 55 und 56).

Wie kann solchen Unterschieden von öffentlicher Seite begegnet werden?

Die Stiftung Lesen folgert in ihrer Vorlesestudie 2017, dass vor allem Kinder aus bildungsfernen Haushalten von Buchgeschenken profitieren würden.

Es wird auf Sicht gesehen empfohlen zu prüfen, inwieweit seitens des Gesundheitsamtes jedem Kind bei der ESU ein kleines Buchgeschenk überreicht werden kann. Ein etabliertes Praxisbeispiel in Baden-Württemberg findet sich im Landkreis Biberach.

Mit einem Buchgeschenk wäre der Vorteil verbunden, dass konkrete, anschauliche Sprachförderideen für die Elternberatung vorliegen und der Grundstein fürs Vorlesen gerade in den Familien gelegt werden kann, in denen bislang kaum Kontakt zu Büchern besteht.

### **13.4 Optimierung der Sprachförderung in den Kitas**

Die ESU im vorletzten Kindergartenjahr hat das Ziel, Zeit für die Förderung zu gewinnen, damit später ein guter Schulstart gelingen kann.

- **Sprachförderung früh beginnen**

Die Auswertungen zeigen, dass Kinder mit in der ESU festgestelltem intensivem Sprachförderbedarf häufig (noch) nicht an Sprachfördermaßnahmen in den Kitas zum Zeitpunkt der ESU teilnehmen. Entsprechende Ausführungen sind in Kapitel 12.7 zu finden.

Eine frühe Sprachförderung ermöglicht Kindern, die deutsche Sprache spielerisch zu erlernen. Daher ist ein früher Beginn von strukturierten Sprachfördermaßnahmen,

das heißt weit vor der ESU, in den Kitas zu empfehlen.

Trägern und Einrichtungen wird daher empfohlen zu prüfen, ob ein etwaiger später Beginn von Sprachfördermaßnahmen vorverlegt werden könnte<sup>21</sup>. Es ist eine offensive Nutzung der angebotenen Sprachfördermöglichkeiten in allen Einrichtungen zu empfehlen.

- **Besondere Herausforderungen erkennen und angehen**

Besondere Herausforderungen bestehen in Kitas mit einem hohen Anteil von Kindern mit intensivem Sprachförderbedarf.

Diese Herausforderungen können Auswirkungen auf die pädagogische Arbeit, die Teamentwicklung, den Fortbildungsbedarf und einen hohen Organisationsaufwand für die Sprachförderung haben.

Es hat sich gezeigt, dass die Implementierung einer intensiven Sprachförderung unterstützt werden kann. Beispiele hierfür sind Fortbildungen, Zusammenarbeit mit dem Schulumt, Teilnahme am Kitaverbund „Rastatter Sprachbewegung (Elementarbereich)“, wissenschaftliche Begleitung und eine den Bedarfen angemessene Personalausstattung in Einrichtungen.

Es wird insoweit Trägern und Leitungen der Kindertageseinrichtungen mit sehr hohem Sprachförderbedarf empfohlen, soweit noch nicht geschehen, ihre Sprachförderarbeit verstärkt am festgestellten Bedarf auszurichten und zu optimieren.

Das Gesundheitsamt bietet hierzu den Einrichtungen allgemeine Informationen, wie die Vermittlung von Kontakten und Erfahrungen, sowie bei Vorliegen der Einwilligung der Sorgeberechtigten die Besprechung der ESU-Ergebnisse gerne an.

---

<sup>21</sup>„Alle Kinder in Krippe und Kindergarten haben von Anfang an ein Anrecht auf Sprachbildung, Sprachziehung und Sprachförderung und damit auf gezielte Erweiterung ihres Sprachvermögens.“

(Orientierungsplan für Bildung und Erziehung in baden-württembergischen Kindergärten und weiteren Kindertageseinrichtungen (2011)).

## 14 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kind bei der Einschulungsuntersuchung – Screeninguntersuchung in Schritt 1 .....	9
Abbildung 2: Raumschaften und Anzahl der untersuchten Kinder im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes .....	12
Abbildung 3: Spielende Kinder in einer Kindertageseinrichtung .....	13
Abbildung 4: Anteile der Kinder in den 3 Sozialstatusgruppen im Landkreis Rastatt und Baden-Baden .....	17
Abbildung 5: Familiensprachen in den einzelnen Sozialstatusgruppen im Landkreis Rastatt und Baden-Baden .....	18
Abbildung 6: Erfassung dokumentierter Impfungen bei der Einschulungsuntersuchung .....	19
Abbildung 7: Vollständig gegen Masern geimpfte Kinder (2 Impfungen, in %) .....	22
Abbildung 8: Landkreis Rastatt: Kinder mit vollständigen Masernimpfungen - Vergleich von ESU-Daten und VacMap-Daten im Alter von 24, 36, 48, 60 und 72 Monaten .....	24
Abbildung 9: Baden-Baden: Kinder mit vollständigen Masernimpfungen - Vergleich von ESU-Daten und VacMap-Daten im Alter von 24, 36, 48, 60 und 72 Monaten .....	24
Abbildung 10: Baden-Württemberg: Kinder mit vollständigen Masernimpfungen - Vergleich von ESU-Daten und VacMap-Daten im Alter von 24, 36, 48, 60 und 72 Monaten .....	25
Abbildung 11: Landkreis Rastatt, Baden-Baden und Baden-Württemberg: Entwicklung der Pertussisimpfquoten (vollständige Impfung mit 4 Impfungen) von 2011 bis 2019 .....	26
Abbildung 12: Masern-/Pertussisimpfquoten und sozialer Status .....	28
Abbildung 13: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U6 bis U8 .....	31
Abbildung 14: Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und sozialer Status – Landkreis Rastatt und Baden-Baden .....	32
Abbildung 15: Sehtest (Fernvisusbestimmung) mit Einsichtgerät .....	34
Abbildung 16: Computergestützte Hörtestung bei der Einschulungsuntersuchung .....	36
Abbildung 17: Altersentsprechende Bewertung des Sehens/des Hörens und sozialer Status .....	38
Abbildung 18: Erfassung der Körpergröße bei der Einschulungsuntersuchung .....	39
Abbildung 19: Verteilung von Unter-, Normal- und Übergewicht; krankhaftes Übergewicht (Adipositas) in orange (in %) .....	40
Abbildung 20: Übergewicht und sozialer Status .....	41
Abbildung 21: 4-jähriges Mädchen beim Abzeichnen der Breuer/Weuffen-Zeichen .....	44
Abbildung 22: 2 Beispiele für optische Differenzierungsproben gleichaltriger Mädchen (ESU 2018) .....	44
Abbildung 23: Altersentsprechende Bewertung der Körpermotorik/Visuomotorik und sozialer Status .....	46
Abbildung 24: Mehrsprachige Kinder in der ESU von 2011-2019 .....	49
Abbildung 25: HASE - altersentsprechende Ergebnisse: nur Deutsch sprechende und mehrsprachige Kinder .....	50
Abbildung 26: Anzahl der Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf in Rastatt und in Baden-Baden (2011-2019) .....	55
Abbildung 27: Intensiver Sprachförderbedarf und sozialer Status, inklusive Unterscheidung nach Familiensprachen .....	56
Abbildung 28: ESU 2019: Kitas, in denen mindestens 25 % der Kinder zum Zeitpunkt der ESU einen intensiven Sprachförderbedarf aufweisen .....	58
Abbildung 29: ESU 2018: Kitas, in denen mindestens 25 % der Kinder zum Zeitpunkt der ESU einen intensiven Sprachförderbedarf aufweisen .....	58
Abbildung 30: Beispiel für die Sprachförderung - Dialogisches Lesen .....	61

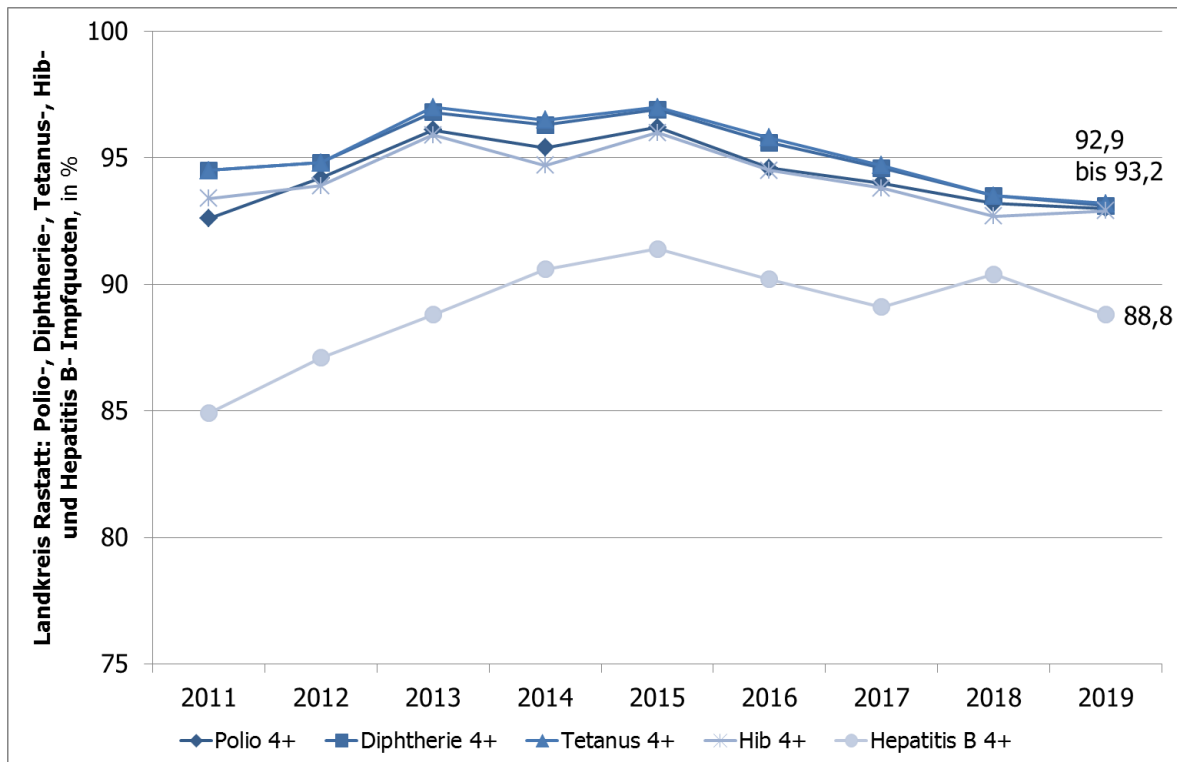
## 15 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kleinräumige Gliederung des Landkreises Rastatt in Raumschaften/ Stadtkreis Baden-Baden.....	11
Tabelle 2: Brandenburger Sozialindex: Erfassung von Schulbildung und Erwerbstätigkeit...	14
Tabelle 3: Sozialer Status im Landkreis Rastatt und Baden-Baden sowie in Baden-Württemberg.....	17
Tabelle 4: Landkreis Rastatt und Baden-Baden sowie Baden-Württemberg: Entwicklung der Masernimpfquoten von 2011 bis 2019.....	21
Tabelle 5: Pertussisimpfquoten – 4 Impfungen und 3 Impfungen .....	27
Tabelle 6: Teilnehmeraten für die U-Untersuchungen .....	30
Tabelle 7: Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und sozialer Status – Land Baden-Württemberg.....	32
Tabelle 8: Kontrollbedürftige Fernvisuswerte sowie altersentsprechende Gesamtbewertung des Sehens.....	35
Tabelle 9: Kontrollbedürftige Hörtests sowie altersentsprechende Gesamtbewertung des Hörens.....	37
Tabelle 10: Unter-, Normal- und Übergewicht (inklusive Adipositas).....	40
Tabelle 11: Auffälliges Einbeinhüpfen .....	42
Tabelle 12: Gesamtbewertung der Körpermotorik.....	43
Tabelle 13: Hinweis auf visuomotorische Störung gemäß der Differenzierungsprobe nach Breuer/Weuffen .....	45
Tabelle 14: Gesamtbewertung der Visuomotorik .....	45
Tabelle 15: Familiensprachen nach Kategorien.....	48
Tabelle 16: HASE - Anteile altersentsprechender Screenings .....	50
Tabelle 17: Entwicklung der Anteile der Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf von 2011 bis 2019 .....	53
Tabelle 18: Intensiver Sprachförderbedarf im regionalen Vergleich und mit 95 %- Konfidenzintervall .....	54
Tabelle 19: Teilnahme an einer speziellen Sprachfördermaßnahme in der Kita.....	59
Tabelle 20: Kinder mit bei der ESU festgestelltem intensivem Sprachförderbedarf und Sprachförderung in der Kita .....	60

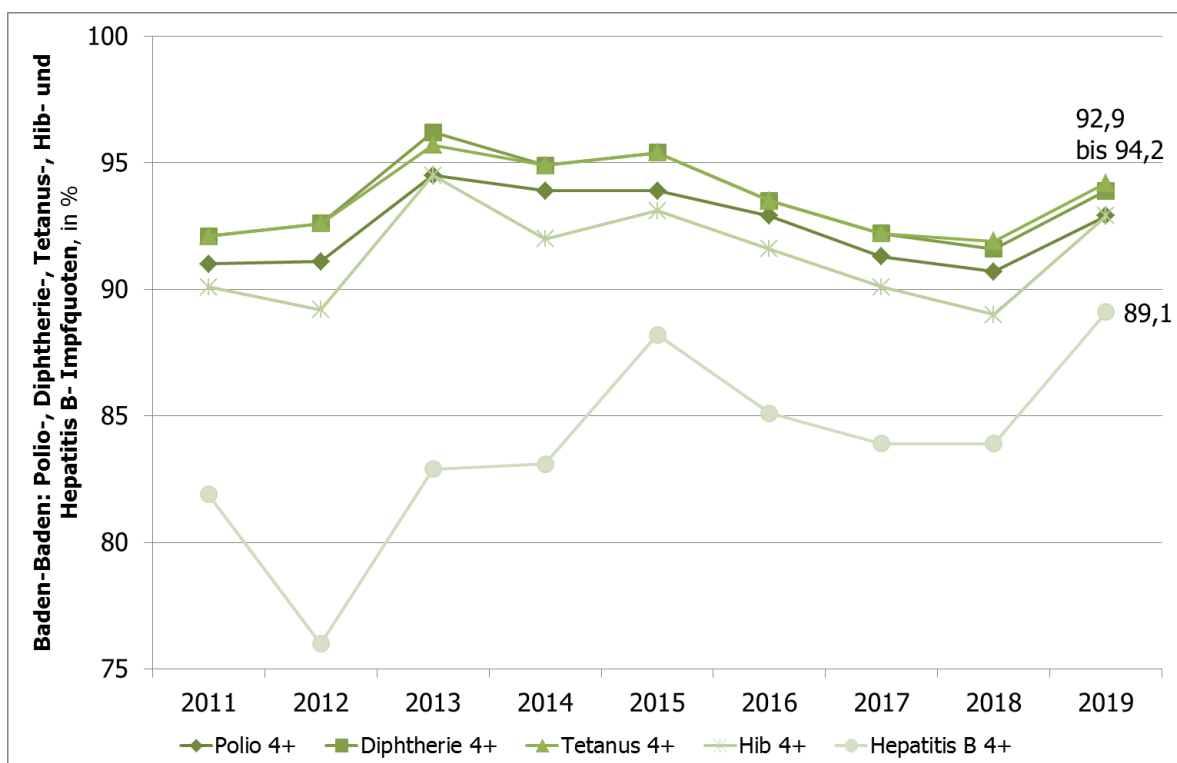
## 16 Anhang

- **Zeitreihen von 2011 – 2019 zu den 6-fach Impfungen (außer Pertussis) im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden**

**Landkreis Rastatt: Impfquoten (vollständig geimpft) für Polio, Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae Typ b (Hib), Hepatitis B von 2011 – 2019**

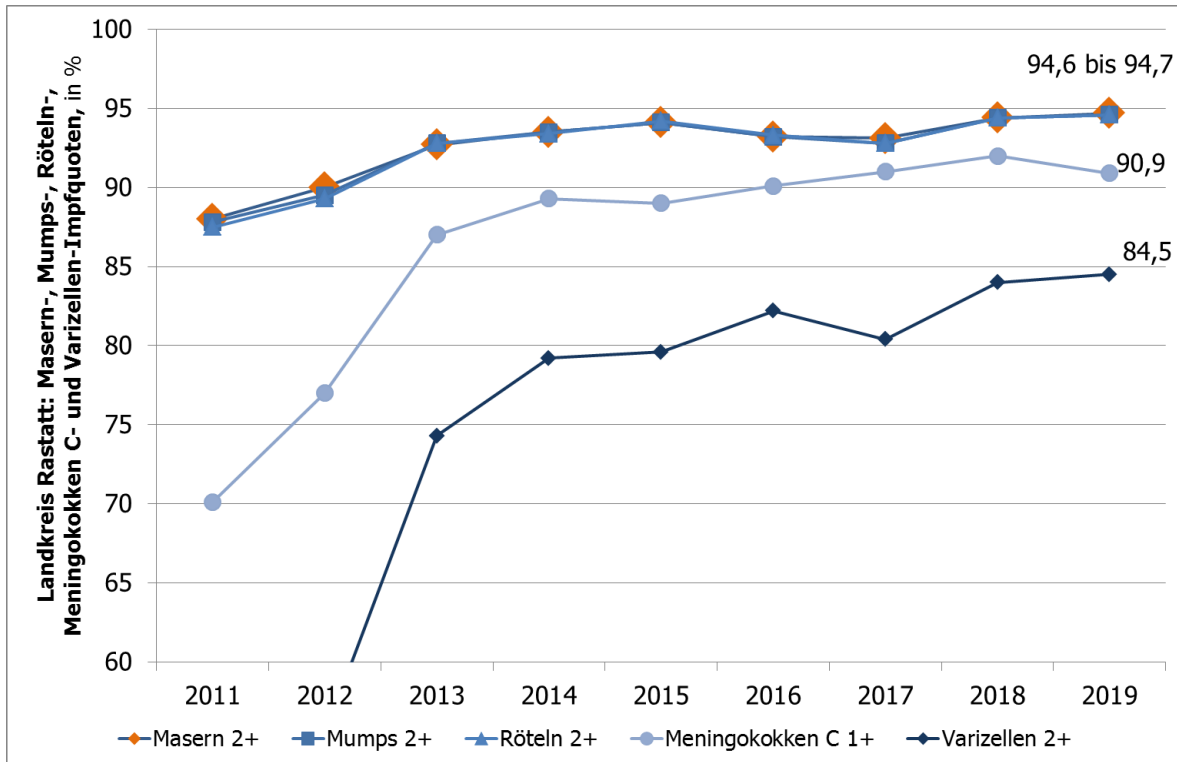


**Baden-Baden: Impfquoten (vollständig geimpft) für Polio, Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae Typ b (Hib), Hepatitis B von 2011 – 2019**

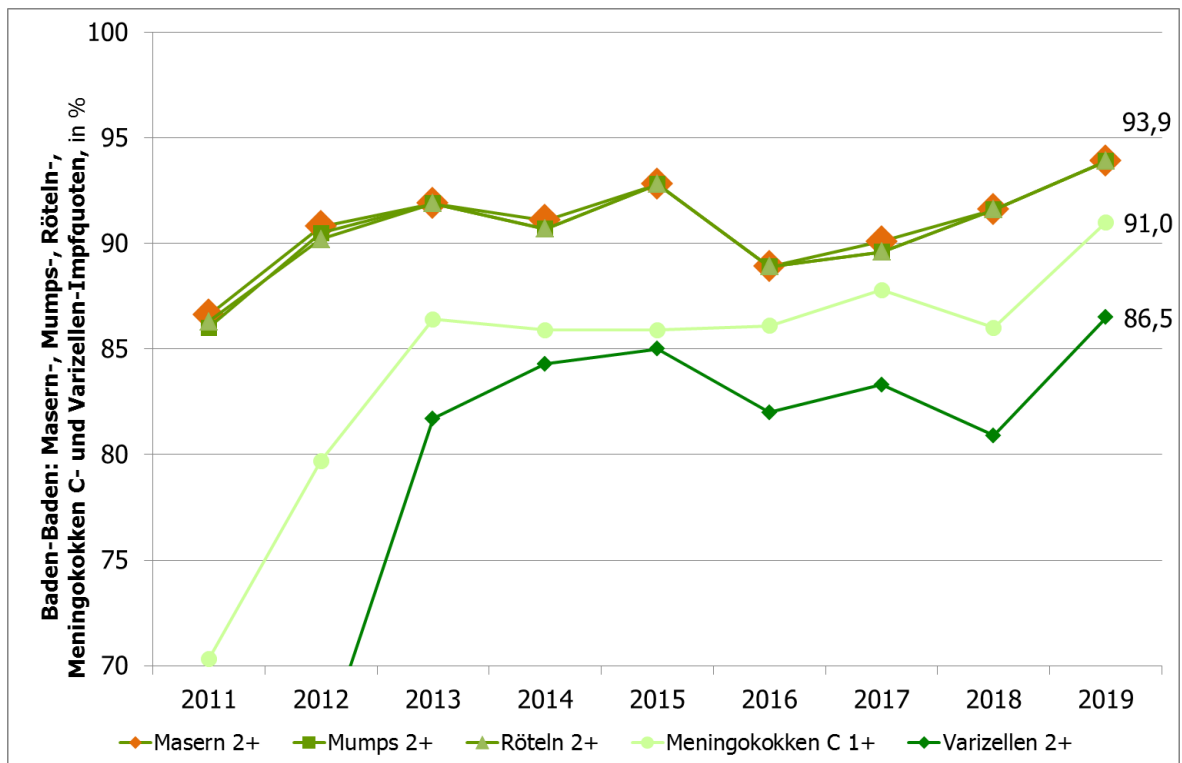


- **Zeitreihen von 2011 – 2019 zu den Impfquoten für Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (Windpocken) und Meningokokken C im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden**

**Landkreis Rastatt: Impfquoten (vollständig geimpft) von 2011 – 2019**



**Baden-Baden: Impfquoten (vollständig geimpft) von 2011 – 2019**





## • Infolyer zur ESU, in 10 Sprachen beim Gesundheitsamt verfügbar

Sehr geehrte Eltern,  
sehr geehrte sorgeberechtigte Personen,

ein wichtiges Ziel der Einschulungs-  
untersuchung (ESU) ist:

### I. „ZEIT NUTZEN FÜR OPTIMALE FÖRDERUNG“

- a) Die ESU ist für alle Kinder verpflichtend und findet in zwei Schritten statt.
- Schritt 1:  
Im vorletzten Kindergartenjahr vor der termingerechten Einschulung untersuchen unsere medizinischen Assistentinnen alle Kinder im Stadt-/Landkreis (Basisuntersuchung).
- b) Kinder, bei denen eine ärztliche Untersuchung oder eine Sprachstandsdiagnostik erforderlich ist, werden zu einer ergänzenden Untersuchung eingeladen.
- Schritt 2:  
Im letzten Kindergartenjahr kann, sofern notwendig, eine weitere Untersuchung erfolgen.
- c) Sämtliche Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### II. WURUM GEHT ES BEI DER BASISUNTERSUCHUNG?

In der Basisuntersuchung soll der Gesundheits- und Entwicklungsstand des Kindes festgestellt werden. Es geht bei diesem Termin nicht um die Frage der „Schulfähigkeit“.

Falls eine Förderung notwendig ist, bleibt noch genügend Zeit diese einzuleiten.

### III. WIE LÄUFT DIE UNTERSUCHUNG AB?

Die Basisuntersuchung findet in der Regel in der Kindertageseinrichtung statt und dauert ca. 45 Minuten. Sie können Ihr Kind zur Untersuchung begleiten. Sind Sie nicht bei der Untersuchung dabei, erhalten Sie trotzdem ausführliche Informationen.

### IV. WAS WIRD UNTERSUCHT?

Die medizinische Assistentin überprüft folgende Entwicklungsbereiche:

- Seh- und Hörvermögen
- Sprache
- Merkfähigkeit
- Motorik
- Malentwicklung
- Zahlen-/Mengenverständnis
- Größe und Gewicht

### V. WELCHE UNTERLAGEN WERDEN BENÖTIGT?

Bringen Sie bitte die folgenden Unterlagen zur Untersuchung mit:

- die ausgefüllte und unterschriebene **Einwilligungserklärung**
- den ausgefüllten **Fragebogen für sorgeberechtigte Personen**
- das **Früherkennungsheft** für Kinder bzw. die **Teilnahmekarte** (Vorlage verpflichtend)



Quelle:  
Gemeinsamer Bundesausschuss      bvkj

- das **Impfbuch** bzw. eine schriftliche Erklärung, dass Ihr Kind nicht geimpft ist (Vorlage verpflichtend)
- falls vorhanden, wichtige **Arztberichte** zu Erkrankungen Ihres Kindes
- bei Brillenträgern: **Brille nicht vergessen!**



Die Assistentin dokumentiert die Informationen und Sie werden zu Impfungen beraten.

### VI. WIE WIRD DAS UNTERSUCHUNGSERGEBNIS ÜBERMITTELT?

Sie erhalten von uns einen schriftlichen Befund, den Sie bitte an den Kinderarzt/-ärztin weitergeben.

Sofern Sie einwilligen, wird die Kindertageseinrichtung über die Ergebnisse der Untersuchung zur eventuellen Planung pädagogischer Fördermaßnahmen informiert.

Zusätzlich erhalten Sie unseren Elternratgeber mit Tipps zur weiteren Förderung Ihres Kindes.

### VII. WARUM BENÖTIGEN WIR DIE EINWILLIGUNGSKLÄRUNGEN?

Eine fachübergreifende Zusammenarbeit ist für die optimale Förderung Ihres Kindes sehr wichtig.

Damit wir mit den pädagogischen Fachkräften zusammenarbeiten können, benötigen wir Ihre Einwilligung.

### KONTAKT

Landratsamt Rastatt  
Gesundheitsamt  
Kinder- und jugendärztlicher Dienst

Am Schlossplatz 5 | 76437 Rastatt

Tel.: 07222 381-2300  
E-Mail: amt23@landkreis-rastatt.de

[www.landkreis-rastatt.de](http://www.landkreis-rastatt.de)

BADEN BADEN      LANDKREIS RASTATT

## Kinder und ihre Entwicklung

### Information zur Einschulungsuntersuchung (ESU)



