



**Schriftliche Anhörung des Bildungsausschusses zum Thema Schuleingangsuntersuchungen,
Drucksache 20/3297**

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) e.V.,
23.10.2025

Die DGSPJ bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme und bringt gern ihre Expertise mit sozialpädiatrischen und schulärztlichen Aspekten ein.

Problemstellung:

Die Anfrage bezieht sich auf zwei Anträge aus dem politischen Raum, die gleichermaßen auf ein höheres Maß an Bildungsgerechtigkeit abzielen. Diese Zielsetzung begrüßt die DGSPJ sehr und verfolgt sie selbst auch seit langem mit vielen Aktivitäten.

In beiden Anträgen kommt eine hohe Anerkennung der Schuleingangsuntersuchungen zum Ausdruck; es wird jeweils für ein flächendeckendes Vorhalten bzw. eine Erhöhung der Teilnahmequoten plädiert.

Die Fraktion der SPD wirbt zudem für eine bessere Nutzung der Erkenntnisse, die sich aus den Untersuchungen ergeben, im Hinblick auf individuelle, als auch planerische Konsequenzen. Sie weist dabei auf den sozialen Gradienten hin, durch den sich die Chancen benachteiligter Kinder weiter verringern.

Die Fraktionen von CDU und Bündnis 90/Die Grünen beziehen sich in ihren Ausführungen auf das in der Pilotphase befindliche EVi-Verfahren (Entwicklungsfokus Viereinhalbjährige) und erwägen eine Verknüpfung dieser Untersuchungsdaten mit denen aus der Schuleingangsuntersuchung. Für diese werden - im Hinblick auf ihre Nutzbarkeit - landeseinheitliche Vorgaben gefordert.

Zum EVi-Verfahren (Entwicklungsbeurteilung von viereinhalbjährigen Kindern):

Für diese Altersgruppe ist die Beurteilung der kindlichen Entwicklung und das Identifizieren von Entwicklungsstörungen, die einer therapeutischen Intervention zu Lasten der Krankenkassen bedürfen, Gegenstand der Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 und primär Aufgabe der niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzte. Eine Behandlungsnotwendigkeit kann dann zu einer entsprechenden Heilmittelverordnung führen. Die Notwendigkeit einer logopädischen Therapie oder Ergotherapie erfordert jeweils eine Störung von Krankheitswert: Eine solche Sprachentwicklungs**störung** wird nur bei ca. 10% der Kinder erwartet. Darüber hinaus benötigen erfahrungsgemäß weitere mindestens 20% der Kinder aus bildungsfernen, sozial benachteiligten Familien Entwicklungsanregungen vom frühestmöglichen Zeitpunkt an, d.h. institutionell bereits in

der Betreuung von Unterdreijährigen. Einer aktuellen Leitlinie entsprechend erfolgt diese optimalerweise in einer altersgemischten Gruppe gemeinsam mit sprachkompetenten Kindern.

Die Entwicklungsvarianz, also die noch als normal geltende Bandbreite der Entwicklung liegt für Vierjährige bei einem Entwicklungsalter zwischen 3 und 5 Jahren, für Sechsjährige bei einem Entwicklungsalter zwischen 4 ½ und 7 ½ Jahren. Ein viereinhalbjähriges Kind kann auf einen altersentsprechenden Entwicklungsstand gescreent werden, jedoch nicht „prospektiv“ auf die Entwicklung von Sechsjährigen und deren schulische Vorläuferfähigkeiten.

Eine Sprachentwicklungsdiagnostik von Viereinhalbjährigen erfordert Qualifizierung, zeitliche Ressourcen und ein standardisiertes sowie evaluiertes Verfahren. Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der bisherigen Berichterstattung der Schuleingangsuntersuchungen, der Daten der Sozialplanung und der Nutzung der Daten der Jugendhilfeplanung, der Fachberatungen einschließlich der Kenntnisse der Erzieher:innen vor Ort lassen sich die Schwerpunkte einer möglichst frühen, pädagogischen Sprachfördernotwendigkeit bereits im U3-Bereich leicht ermitteln. In diesen Bereichen ist von einer Fördernotwendigkeit bei bis zu 50% der Kinder auszugehen. Die Ergebnisse der Pilotphase von EVi bestätigen dies eindrucksvoll: Von 188 teilnehmenden Viereinhalbjährigen wiesen 113 Kinder einen Förderbedarf im sprachlichen Bereich auf. Ungeachtet der Größenordnung muss aus der Bedarfsermittlung aus Sicht der DGSPJ eine Konsequenz folgen, hier das Vorhalten von alltagsnahen pädagogischen Sprachförderungsangeboten. Diese sollten durch Weiterqualifizierung des pädagogischen Personals, Unterstützung durch Fachberatungen und sinnvolle Kooperationen weiter ausgebaut werden.

Zur Schuleingangsuntersuchung:

Die Schuleingangsuntersuchung ist die einzige flächendeckende Querschnittsuntersuchung aller Kinder. Hier werden die Teilnahmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen erfasst, zentrale und periphere Seh- und Hörfähigkeit festgestellt und ein standardisiertes Entwicklungsscreening durchgeführt. Das Screening des Entwicklungsstandes zum Schulbeginn wurde für eine bestimmte Durchführung sowohl durch das nichtärztliche als auch das ärztliche Fachpersonal in einer bestimmten Reihenfolge standardisiert und evaluiert. Es ist auf die Altersgruppe der Schulanfänger:innen ausgerichtet und umfasst schulische Vorläuferfähigkeiten sowie die Belastungen des Schulalltags u.a. bezüglich Konzentration und Wahrnehmungsverarbeitung. Zudem ist die körperliche Belastbarkeit bei chronischen Erkrankungen relevant. Die besonderen Begebenheiten mit Kenntnissen der Bedingungen von Kita und Schule vor Ort sind für die ärztliche Beratung von Eltern und Schule für das einzelne Kind und dessen Schullaufbahn mit möglichen Förderbedarfen entscheidend.

Zudem werden Impflücken identifiziert und auf eine altersentsprechende Durchimpfung vor Aufnahme in die *Gemeinschaftseinrichtung Schule* hingewirkt. In 13 der 16 Bundesländer wird das Entwicklungsscreening SOPESS einschließlich der ärztlichen Untersuchungsanteile nach vorgegebenem Standard durchgeführt. Die eingesetzten qualitätsgesicherten Verfahren haben sich bewährt und führen zu verlässlichen, qualitätsgesicherten Ergebnissen, die für Gesundheitsberichtserstattung genutzt werden können. In vielen planerischen und gestalterischen

Kontexten sind diese bevölkerungsbezogenen Daten von unschätzbarem Wert, auch im Hinblick auf prospektive Bedarfe im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen.*

Zudem entspricht die ärztliche Schuleingangsuntersuchung einer betriebsärztlichen Erstuntersuchung für den Arbeitsplatz Schule in Verbindung mit der Schulpflicht. So leiten auch mehrere Bundesländer die Verpflichtung zur Teilnahme an dieser Untersuchung direkt von der Schulpflicht ab.

Die Diskriminierung von belasteten Kindern aus schwächeren Bevölkerungsgruppen mit „besonderen“ Untersuchungen oder gar „Vorführung beim Amtsarzt“ sollte vermieden werden. Alle Kinder haben Anspruch auf eine Krankheitsfrüherkennungsuntersuchung U8 und U9; analog sollte das Recht auf eine ärztliche Schuleingangsuntersuchung gleichermaßen gesichert sein. Für eine beträchtliche Anzahl von Kindern wird diese die erste nach einer Lücke darstellen, wenn die Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 nicht wieder wahrgenommen wurden. Auch hier sind alle Anstrengungen zu unternehmen, die Teilnahmequote zu maximieren, um individuelle medizinische Handlungsbedarfe rechtzeitig zu identifizieren.

Vom Nutzen der Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen war man in Schleswig-Holstein besonders früh überzeugt und hat vor diesem Hintergrund gute Kooperationsstrukturen zwischen Sozial- und Gesundheitsministerium aufgebaut. Eine zielführende Zusammenarbeit auf allen föderalen Ebenen bestand schon vor Jahrzehnten und wurde im Sinne von „Daten für Taten“ zielführend genutzt: [schleswig-holstein.de-Schuleingangsuntersuchungen - Wofür die Schuleingangsuntersuchung gut ist](https://schleswig-holstein.de-Schuleingangsuntersuchungen-Wofür-die-Schuleingangsuntersuchung-gut-ist) und [schleswig-holstein.de- Schuleingangsuntersuchungen – Wie die Schuleingangsuntersuchung abläuft](https://schleswig-holstein.de-Schuleingangsuntersuchungen-Wie-die-Schuleingangsuntersuchung-abläuft).

Hintergrund zur Expertise des Öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes:

Der Öffentliche Gesundheitsdienst gilt als mitverantwortlich für die kommunale Daseinsfürsorge, insbesondere für schutzbedürftige und vulnerable Menschen sowie Kinder und Jugendliche. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) ist eine der zentralen Einrichtungen des ÖGD, der als Sachwalter in der Kommune mit dafür Sorge trägt, dass jedes Kind sein Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit und Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen (Artikel 24, Kinderrechtskonvention) verwirklichen kann.

Die ärztliche Tätigkeit im KJGD ist längst zu einem spezifischen, sozialpädiatrisch ausgerichteten Schwerpunkt innerhalb der Pädiatrie weiterentwickelt worden, der die gesamte Bandbreite kindlicher Beeinträchtigungen und Erkrankungen mit Auswirkungen auf Kita und Schule adressiert. Die Arbeit im KJGD wurde in den letzten Jahrzehnten zunehmend methodisch standardisiert und konsekutiv ausgebaut. Die Tätigkeiten der Ärztinnen und Ärzte im KJGD erfüllen sozialkompensatorische, individualmedizinische, bevölkerungsmedizinische, betriebsmedizinische sowie präventive Bereiche und sind frei von kommerziellen Interessen. Mit seiner umfassenden und detaillierten Kenntnis der lokalen sozialraum-bezogenen Lebensbedingungen, seiner Systemkenntnis im Sozialrecht, Schulrecht und medizinischer Versorgung ist der KJGD ein unentbehrlicher Partner in der kommunalen und

* **Konkretes Beispiel:** Durch flächendeckende Erfassung der Karieshäufigkeit von Kindern mittels eines standardisierten Verfahrens können nicht nur individuelle Behandlungsbedarfe identifiziert werden. Betrachtet man die Daten bevölkerungsbezogen, so wird deutlich, dass in Regionen mit höherer Karieshäufigkeit mehr Kinder und Familien mit weiteren Unterstützungsbedarfen leben. Mithilfe dieses Indikators werden vielfach Sozialräume geclustert.

landesweiten gesundheitlichen Versorgung und in der Gesundheitsförderung der Bevölkerung. Durch Beratung der Familien können Zugänge zu niederschwelligen Hilfesystemen unterstützt werden.

Abschließende Bewertung:

Wie ausgeführt, ist aus fachlicher sozialpädiatrischer Sicht eine qualifizierte, in den Kernelementen ärztliche Schuleingangsuntersuchung unverzichtbar; sie ist nicht durch vorgelagerte Untersuchungen zu ersetzen. Mit einem anderen Ziel durchgeführte Querschnittsuntersuchungen zu einem früheren Zeitpunkt können sinnvoll sein, wenn sie standardisiert und qualitätsgesichert erfolgen; nur wenn die fachlichen Kriterien für ein Screening erfüllt sind, werden sie zielführend sein. Zudem muss man den Konsequenzen aus einem solchen Vorgehen angemessen begegnen. Erfahrungen anderer Bundesländer, die die „Einschulungsuntersuchung“ vorgezogen bzw. durch ein früher ansetzendes Entwicklungsscreening ersetzt haben, waren ernüchternd. Vor diesem Hintergrund ist auch der vorgeschlagene Einsatz von EVi als Interimslösung bis zum Erreichen einer flächendeckenden Schuleingangsuntersuchung kritisch zu betrachten.

Die Pilotstudie mit dem Programm EVi hat deutlich gezeigt, dass nicht nur für den Bereich der Sprache, sondern auch für andere Parameter eine hohe Zahl von Entwicklungsverzögerungen zutage tritt. In der Regel handelt es sich hier nicht um Entwicklungsstörungen mit Krankheitswert, die weiterer Diagnostik und ggf. einer Heilmittelverordnung bedürfen. Auch vor diesem Hintergrund befürwortet die DGSPJ Investitionen in eine frühe, flächendeckende und alltagsnahe pädagogische Sprachförderung, wie sie in einigen Kitas - auch außerhalb des Status Sprach-Kita - praktiziert wird. Darüber hinaus erfordert die Problematik einen Zugang zu denjenigen Familien, in denen keine hinreichende Entwicklungsanregung erfolgt und die hier der Unterstützung bedürfen.

Die in dieser Stellungnahme getroffenen Aussagen sind durch wissenschaftliche Quellen belegt. Gern steht die DGSPJ bei Bedarf für vertiefenden Austausch zur Verfügung. Es ist ihr ein zentrales Anliegen, die synergistische Kooperation zwischen den Systemen zu befördern, die in den Bereichen früher und schulischer Bildung, Jugendhilfe und Sozialem, Gesundheitsversorgung und Prävention Verantwortung für ein gesundes, chancengerechtes Aufwachsen der Kinder tragen.

Prof. Dr. med. Heidrun Thaiss und Dr. med. Ulrike Horacek

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) e.V.

Chausseestraße 128/129

10115 Berlin

Tel. 030.4000 58 86 und 0174. 63 55 178

geschaeftsstelle@dgspj.de

www.dgspj.de