

Dr. Ralf van Heek Esmarchstr 25 24105 Kiel

Bildungsausschuss
Martin Habersaat
Vorsitzender
Schleswig-Holsteinischer Landtag
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Dr. Ralf van Heek

Landesverbandsvorsitzender
Schleswig-Holstein
Esmarchstr. 25
24105 Kiel

ralf.vanheek@bvkj.de

Kiel, 25.09.2026

bildungsausschuss@landtag.ltsh.de

Ihre Email vom 10.09.2026

Änderungen des Schulgesetzes:

1. Entwurf eines Gesetzes zur Sprachentwicklung und Sprachförderung bei viereinhalbjährigen Kindern in Vorbereitung des Schulbesuchs sowie zur Änderung weiterer schulrechtlicher Vorschriften.

Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 20/4654

Änderungsantrag der Fraktionen von CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Umdruck 20/7044

Fragen der Fraktion der SPD, Umdruck 20/7037

2. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Schulgesetzes: Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 20/4702 (betr. u.a. Handynutzung)

3. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Schleswig-Holsteinischen Schulgesetzes: Gesetzentwurf der Fraktionen von SSW, FDP und SPD, Drucksache 20/4340 (neu)(betr. Heimkinder)

Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete,

dankend für Ihre Einladung kommen wir hiermit Ihrer Bitte um eine schriftliche Stellungnahme zu o.g. Themen nach:

1. Drucksache 20/4654

Die Pädiatrie in Schleswig-Holstein begrüßt den Plan, die Sprachförderung neu aufzustellen.

Seit Jahren ist bekannt, dass zu viele Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen in die Schule kommen. Die daraus entstehenden Belastungen führen bei vielen Kindern zu Entwicklungsstörungen schulischer Fähigkeiten und psychosomatischen Symptomen, die zur Vorstellung in den kinder- und jugendärztlichen Praxen führen.

Leider wurde vor der Entwicklung des vorliegenden Gesetzentwurfes das Problem nicht ausreichend analysiert.

In den pädiatrischen Praxen finden seit Jahrzehnten Sprachstandseehebungen im Alter von 3 und 6 Monaten sowie mit 1,2,3,4 und 5 Jahren bei über 98% der Kinder statt. Werden trotz verbindlicher staatlicher Einladungen die dafür erforderlichen Vorsorgeuntersuchungen U4 bis U9 nicht wahrgenommen, wird dies der Jugendhilfe bekannt.

Spezifische Sprachentwicklungsstörungen und ggf. zugrunde liegende Hörstörungen werden medizinisch u.a. durch Heilmittel (Logopädie) behandelt, bei komplexeren Entwicklungsstörungen auch durch integrierte Frühförderung.

Der aktuelle Bericht der Landesregierung zu den Schuleingangsuntersuchungen zeigt, dass nach kinderärztlicher Verordnung 22,3% der Kinder logopädisch behandelt wurden und bei 3,9% ein noch ungedeckter Bedarf bestand.

Auf soziogene Entwicklungsstörungen und fehlende deutschsprachige Fähigkeiten aufgrund anderer Familiensprache hat die Kinder- und Jugendmedizin leider nur begrenzten Einfluss. Logopädie darf hier nicht verordnet werden; bei Zuwiderhandlung wird die Verordnung regressed. Von ärztlicher Seite kann dann in den Praxen nur gegenüber den Eltern außerfamiliäre Betreuung und in der Schuleingangsuntersuchung (SEU) DaZ empfohlen werden. Der Regierungsbericht zeigt das nebenstehende Bild:

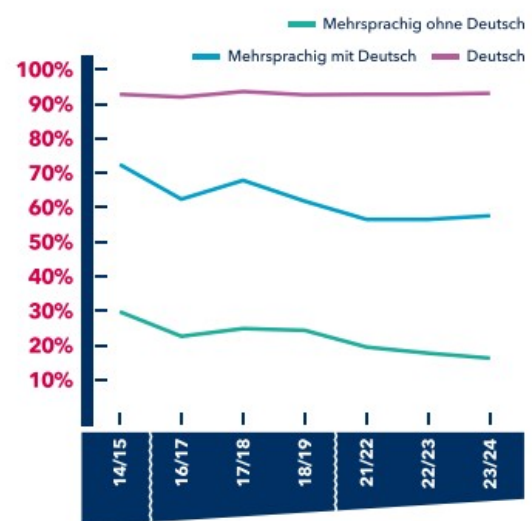


Abb. 12: Anteil der sprachkompetenten Kinder nach in der Familie überwiegend gesprochener Sprache und Untersuchungsjahr in %.

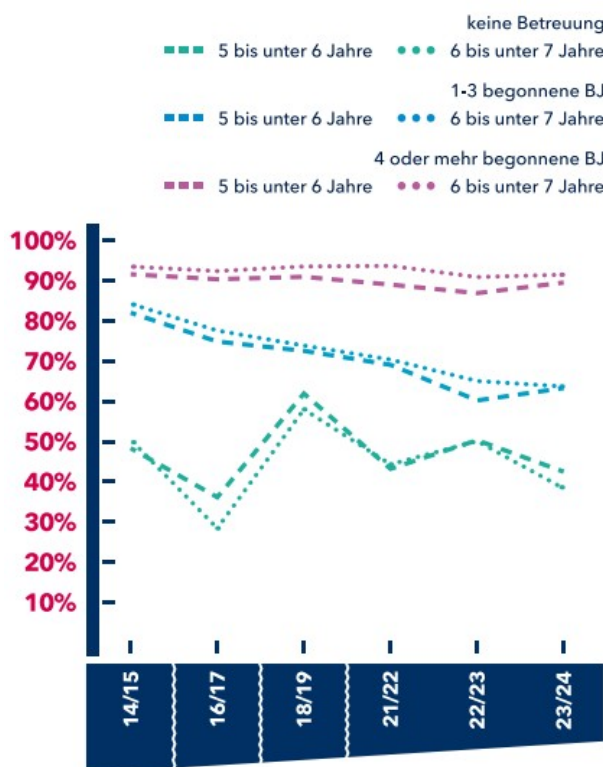


Abb. 15: Anteile der sprachkompetenten Kinder (5 bis unter 7-Jährige) nach begonnenen Betreuungsjahren (BJ) und Untersuchungsjahr in %.

In den allermeisten Fällen wird bei deutschsprachiger Kinderbetreuung in Kitas und Tagespflegschaften ausreichend deutsch gelernt, selbstverständlich in Abhängigkeit von Betreuungsdauer und -intensität. Hier ist auch zu sehen, dass jüngere Kinder den gleichen Entwicklungserfolg haben wie ältere.

Warum manche Kinder trotz Kita-Betreuung keine ausreichenden Deutschfähigkeiten erwerben, ist unzureichend analysiert. Gründe sind teils andere Entwicklungsstörungen der Kinder, teils aber auch Faktoren wie z.B. Personalmangel oder fremdsprachige peer-Beziehungen.

Entwicklungsstörungen, die mit Problemen des Spracherwerbs assoziiert sind, zeigt ebenfalls der Regierungsbericht zu den Schuleingangsuntersuchungen. Dazu zählen Probleme der kognitiven Entwicklung, des Zahlen- und Mengenverständnisses, der Körpermotorik und der Visuomotorik:

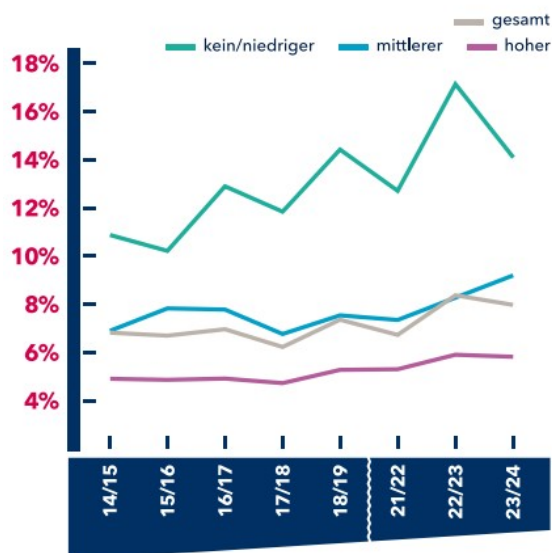


Abb. 8: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der grobmotorischen Körperkoordination nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

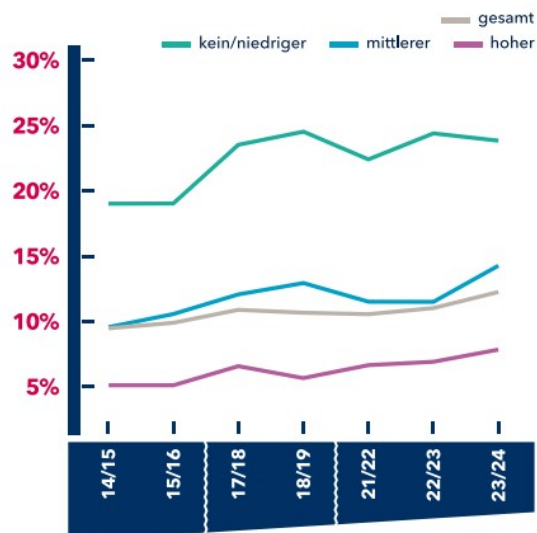


Abb. 25: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der Visuomotorik nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

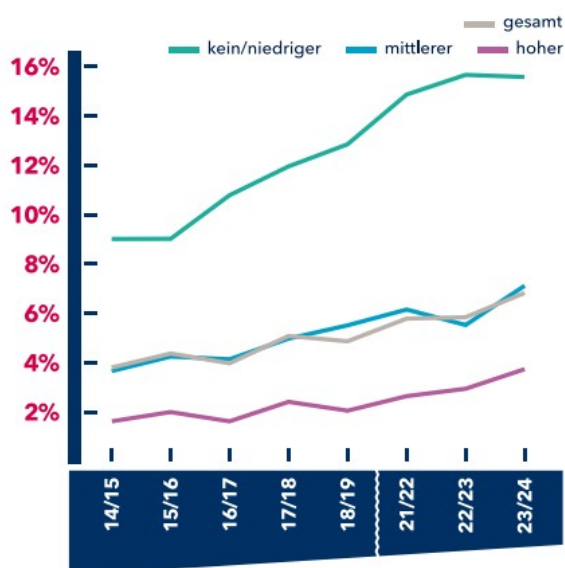


Abb. 21: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Zahlen- und Mengenvorwissens nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

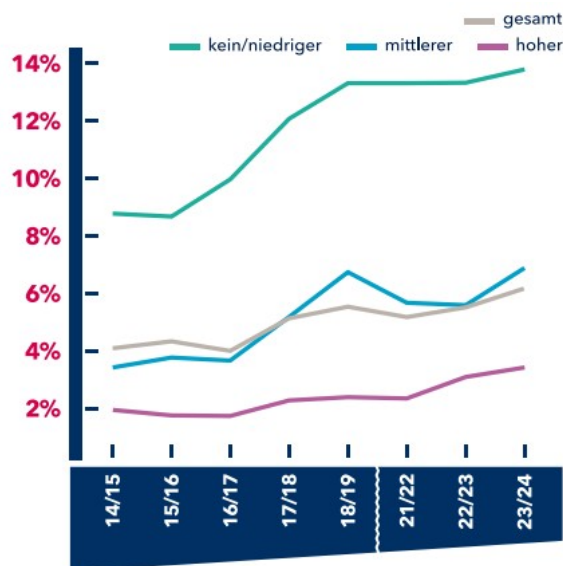


Abb. 23: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der Kognition nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

Leider liegen keine detaillierten Informationen zu den sozio-ökonomischen Verhältnissen der Kinder vor. Als einziger Parameter – neben Migration – wird hier der Schulabschluss der Eltern erhoben. Dabei zeigt sich erwartungsgemäß eine hohe Korrelation zwischen der Entwicklung vorschulischer Fähigkeiten und sozio-ökonomischem Status

Das gilt bekanntermaßen auch für die Entwicklung des Verhaltens und der Aufmerksamkeit als Lernvoraussetzung:

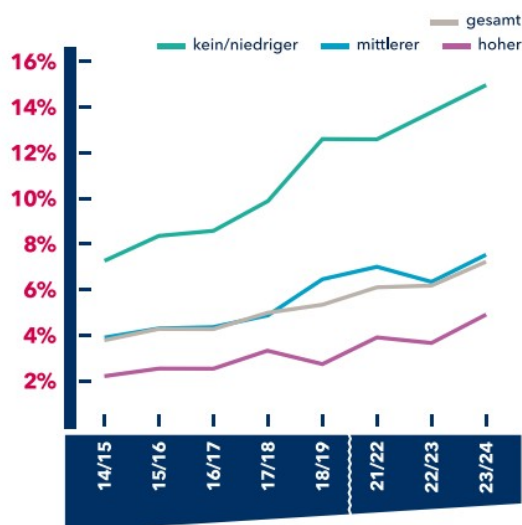


Abb. 19: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung der selektiven Aufmerksamkeit nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

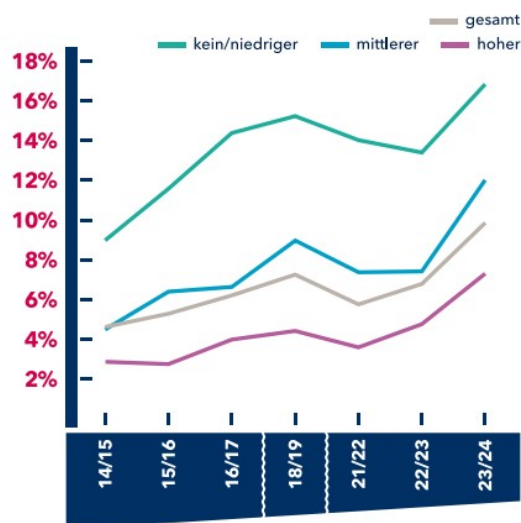


Abb. 27: Anteile der Kinder mit schulrelevanten Befunden bei der Beurteilung des Verhaltens nach formalem Schulabschluss der Eltern und Untersuchungsjahr in %.

Alle diese Fähigkeiten sind Voraussetzung für eine gelingende schulische Entwicklung. Sie können durch medizinische Behandlung nur ungenügend erreicht werden. Auch eine alleinige Sprachförderung im letzten Vorschuljahr schöpft die Entwicklungspotentiale der betroffenen Kinder nicht aus.

Der Weg zu mehr besseren Ergebnissen des Schulsystems und zu mehr Bildungsgerechtigkeit führt über die Kompensation der sozioökonomischen Nachteile durch eine frühzeitige vorschulische außerfamiliäre Erziehung und Bildung.

In den vergangenen Jahren wurden mit hohem Aufwand für alle Beteiligten viele Erzieherinnen und Erzieher für alltagsintegrierte Sprachförderung fortgebildet. Uns ist nicht bekannt, ob die Ergebnisse dieser Maßnahme evaluiert wurden.

In den Kitas sind ebenso wie in den ärztlichen Praxen die Kinder bekannt und dokumentiert, die in der normalen Kinderbetreuung nicht ausreichend deutsch lernen und eine intensivere Förderung bräuchten.

Ein noch größeres Problem haben aber die Kinder, die nicht außerfamiliär deutschsprachig erzogen werden, also nicht in der Kita sind. Diese werden leider im vorliegenden Gesetzentwurf weiterhin nicht ausreichend adressiert. Für diese Gruppe ist wichtig, dass das geplante Schülerregister sehr aktuell ist, weil sie einer hohen Mobilität innerhalb des Landes und von außerhalb unterliegt. Dann ist sicherzustellen, wo und dass sie gefördert werden. Wenn zuvor eine schulische Diagnostik erfolgen soll, verzögert das die Förderung. In den pädiatrischen Praxen sind diese Kinder bekannt. Leider wird dieses Wissen für sie nicht nutzbar gemacht.

Wir hoffen, dass durch die Entlastung der Kitas aufgrund sinkender Kinderzahlen die Schwelle für die Kitabetreuung sinkt und mehr Kinder gefördert werden. Damit verbinden wir die Hoffnung, dass die bestehenden Hindernisse wie Armut, Sprachbarriere und kulturelle und bürokratische Hürden abgebaut werden und die freiwerdenden Kapazitäten in eine Verbesserung der Versorgung gelenkt werden, anstatt diese einzusparen.

Für sprachgebundene Entwicklungsprozesse ist die Förderung im letzten Vorschuljahr eigentlich zu spät. **Wir bedauern sehr, dass die pädiatrischen Befunde nicht zur Grundlage einer pragmatischen Förderung gemacht werden**, die bereits im 5. Lebensjahr beginnen könnte und dann sicher auch positive Nebenwirkungen auf die genannten assoziierten Entwicklungsprozesse haben würde.

Stattdessen wird zunächst ein teurer staatlicher diagnostischer Apparat aufgebaut, dessen Diagnoseinstrumente noch unklar sind und der hohe Verwaltungskosten beansprucht. Wir befürchten aufgrund unserer Erfahrungen, dass die verbleibenden finanziellen und personellen Ressourcen für die angestrebte Förderung nicht ausreichen werden.

Und dass nun wieder mindestens 2 Jahre vergehen sollen, bevor die Förderung tatsächlich beginnen kann, ist beklagenswert.

Als Wissenschaftler befürworten wir die Erhebung und Auswertung relevanter Daten. Wir hoffen sehr, dass die geplante Diagnostik und Förderung wissenschaftlich ausgewertet wird (s.u.).

Die Diagnostik ist aber nicht erforderlich, um die Kinder, deren Förderbedarf nun in den pädiatrischen Praxen und den Kitas bekannt ist, sofort zu fördern.

Folgende Fragen und Sorgen bleiben für uns bestehen bezüglich der **Alltagspraxis**:

1. Was geschieht mit sehr schüchternen oder mutistischen Kinder, die sich nicht testen lassen?
2. Findet die Testung in Anwesenheit von vertrauten Erziehenden oder Eltern in vertrauter Umgebung statt?
3. Werden U-Hefte und logopädische und andere medizinische Befund einbezogen?
4. Werden die Beobachtungen der professionell Erziehenden einbezogen?
5. Wo werden Kinder gefördert, die nicht in einer KiTa sind?
6. Wo findet die Förderung statt, wenn in Einrichtungen nur einzelne Kinder betroffen sind?
7. Entstehen durch die Fördermaßnahmen Transport- und Betreuungsaufgaben für die Eltern?
8. Weitere Fragen, die sich uns auch stellen, listet Drs. 20/4654.

Wissenschaftlich stellen sich beispielsweise folgende Fragen:

1. Welche diagnostischen Instrumente sollen eingesetzt werden?
2. Werden die zu erhebenden Daten wissenschaftlich ausgewertet?
3. Funktioniert die alltagsintegrierte Sprachförderung? Falls nicht: warum?
4. Schon die Analyse vorliegender Daten könnte uns teilweise zeigen, wie viele Kinder, die nach 3 Jahren 5 Tage Kinderbetreuung haben, nicht ausreichend sprachkompetent sind, und
5. wie viele von denen eine kinderärztliche Heilmittelverordnung (Logopädie) hatten, wie viele danach auch behandelt wurden und bei welchen weitere Entwicklungsstörungen bestanden.
6. Die zukünftig zu erhebenden Daten sollten uns z.B. sagen, wie viele der Kinder, die bei der SEU nicht ausreichend sprachkompetent sind, durch das neue Diagnoseinstrument erfasst worden sind und wie viele dann an den Maßnahmen teilnahmen.
7. Welchen Einfluss hat die geplante Förderung auf Lernverhalten und -erfolg in der Schule?

Zusammenfassend stellen wir fest, dass ausreichend Kenntnisse über Förderbedarfe allgemein und für die Individuen vorliegen, um jeweils zeitnah mit der Förderung zu beginnen.

Die nun geplante Vorschaltung einer Diagnostikphase mit Aufbau von Verwaltungsstrukturen und Schulungen verzögert eine effektive Förderung wahrscheinlich um Jahre und ist deshalb u.E. kontraproduktiv.

Auch die Umsetzung der Förderung bleibt in vielem unklar.

Bei ausreichenden finanziellen und personellen Ressourcen wären wir dankbar für zusätzliche Daten und Interventionen. Da wir an der Bereitstellung dieser Ressourcen zweifeln, würden wir die Förderung der betroffenen Kinder der hierzu nicht mehr erforderlichen Diagnostik und dem Aufbau zusätzlicher Verwaltung voranstellen.

Ergänzend fügen wir unsere Stellungnahme für das Bildungsministerium vom 5.5.26 an. Das Thema wird über die Landesgrenzen hinweg diskutiert. Ergänzend fügen wir eine Stellungnahme des Bündnisses für Kinder- und Jugendgesundheit vom 27.07.26 an, das außer unserem Bundesverband auch die anderen großen Pädiatrieorganisationen unterzeichnet haben.

2. Drucksache 20/4702

Bzgl. der Nutzung digitaler Endgeräte, deren Regulierung wir im Sinne der gesunden Entwicklung und psychischen, sozialen und physischen Gesundheit sehr begrüßen, fügen wir unsere Stellungnahme für das Bildungsministerium vom 26.06.26 an.

3. Drucksache 20/4340

Mit den Zielen der gesunden Entwicklung und der psychischen, sozialen und physischen Gesundheit und besonders auch des Kinderschutzes begrüßen wir die überfällige Einführung der Schulpflicht von in SH untergebrachten Kindern und Jugendlichen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Ralf van Heek

Arzt für Kinder- und Jugendmedizin, Sozialpädiatrie (Kiel)
Landesvorsitzender des BVKJ

Dr. med. Sebastian Groth

Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (Rendsburg)
Landespressesprecher des BVKJ



Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V.

Mielenforster Straße 2
51069 Köln

Fon
Verwaltung (0221) 6 89 09-0
Kongresse (0221) 6 89 09-15/16
Fax (0221) 68 32 04
bvkj.buero@uminfo.de
www.kinderaerzte-im-netz.de
www.bvkj.de/kongresse
www.bvkj.de

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank Köln
IBAN: DE91 3006 0601 0001 2737 79
BIC: DAAEDEDXXX

Steuer-Nr.: 218/5751/06

Dr. Ralf van Heek • Esmarchstr. 25 • 24105 Kiel

Dr. Ralf van Heek
Landesverbandsvorsitzender
Schleswig-Holstein
Esmarchstraße 25
24105 Kiel, 26.06.2026
ralf.vanheek@bvkj.de

An das Ministerium für Allgemeine und Berufliche Bildung,
Wissenschaft, Forschung und Kultur
des Landes Schleswig-Holstein

z.Hd.: Herrn Staatssekretär Tobias von der Heide

Per Mail an: **SchulgesetzSH@bimi.landsh.de**.

*Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Schulgesetzes
hier: Nutzung digitaler Endgeräte in Schulen*

Sehr geehrter Herr Staatssekretär von der Heide,
sehr geehrte Damen und Herren,

dankend für Ihre Anfrage kommen wir hiermit Ihrer Bitte um eine schriftliche
Stellungnahme aus pädiatrischer Sicht zum Entwurf für ein Gesetz zur Änderung des
Schulgesetzes zur Nutzung digitaler Endgeräte in Schulen nach.

Wir begrüßen die geplante gesetzliche Regelung in der eingebrachten Form und sind
nun sehr froh über dieses Ergebnis, das ja gemeinsam erarbeitete sowie öffentlich pro-
pagierte Ziele widerspiegelt.

Sie setzt den gesetzlichen Rahmen, der unseres Erachtens im Umgang mit dem Thema
angemessen ist. Zudem stehen die Bestimmungen im Einklang mit den meisten uns
bekannten Regelungen, die von vielen Schulen im Umgang mit der Nutzung der Endge-
räte bereits gesetzt werden. Eine Umsetzung dürfte demnach nicht zu Problemen oder
nennenswerten Umstellungen führen.

Aus pädiatrischer Sicht soll aber noch einmal betont werden, dass zwischen guter Bil-
dung, die Sie im Blick haben, und guter Entwicklung und **Gesundheit** enge Zusammen-
hänge bestehen.

Mit diesem Gesetz wirken Sie neben den guten Effekten auf Bildung positiv auf Ent-
wicklung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen indem Sie die reine Nutzungs-
dauer begrenzen, die sich negativ z.B. durch Bewegungsmangel, Ablenkung, Körper-
haltung, Augenschäden auswirkt.

Sie begrenzen auch die Schäden für seelische und körperliche Gesundheit, in dem Sie
Schule zu einem sicheren Ort hinsichtlich (Cyber-)Mobbing machen.

Uns allen ist bewusst, dass wir mit dieser Regelung die Gefahren, die von den digitalen
Endgeräten ausgehen, nur zu einem kleinen Teil verringern.

Außer den 20- 40 Wochenstunden Schulzeit können digitale Endgeräte vor der Ein-
schulung, im Rest der Schulwoche und in den Ferien die Gesundheit gefährden:

- Transportierte **Inhalte** z.B. in social media aber auch KI-generierte sind oft gesundheitsschädlich.
- In Netzwerken und Gruppen werden gesundheitsschädliche, mitunter tödliche **Verhaltensweisen** gefördert (z.B. Anorexie, Challenges, Suizid).
- Inhalte und **Algorithmen** können süchtig machen.

Deshalb bitten wir Sie im Rahmen Ihrer Möglichkeiten, mit uns darauf hinzuwirken, dass **Formate und Inhalte** digitaler Plattformen sowie Zugang und evtl. Nutzungsdauer besser **reguliert** werden und die **social media Nutzung junger Menschen eingeschränkt** wird.

Weil auch das nicht reicht, begrüßen wir ausdrücklich Ihre Zielsetzung der **Medienkompetenzvermittlung und Medienerziehung**. Der gerade eben veröffentlichte Nationale Bildungsbericht des Bundesbildungsministeriums fordert ja ebenfalls, die Mediennutzung selbst zum Bildungsziel zu erklären.

Der Schwerpunkt kindlicher Bildung sollte aus Sicht von uns Pädiater/innen darauf liegen, in der Schule alle Kernkompetenzen zu erlernen, die nötig sind, der Alltagswelt mit deren Herausforderungen selbstbestimmt zu begegnen.

Dazu gehört aber eben auch das Erlernen sozialer Kompetenzen in den **Unterrichtspausen**. Auch diese sind Teil des schulischen Unterrichtes und im Erleben des Sozialen wichtig.

Zur Kinder- und Jugendgesundheit gehört auch **Bewegung**. Auch diesbezüglich kommt die restriktive Handhabung der Mediennutzung durch den Gesetzentwurf unseren Vorstellungen entgegen.

Dr. med. Sebastian Groth
Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (Rendsburg)
Landespressesprecher des BVKJ

Dr. med. Ralf van Heek
Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (Kiel)
Landesvorsitzender des BVKJ



Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V.

Mielenforster Straße 2
51069 Köln

Fon
Verwaltung (0221) 6 89 09-0
Kongresse (0221) 6 89 09-15/16
Fax (0221) 68 32 04
bvkj.buero@uminfo.de
www.kinderaerzte-im-netz.de
www.bvkj.de/kongresse
www.bvkj.de

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Köln
IBAN: DE91 3006 0601 0001 2737 79
BIC: DAAEDEDXXX

Steuer-Nr.: 218/5751/06

An das Ministerium für Allgemeine und Berufliche Bildung,
Wissenschaft, Forschung und Kultur
des Landes Schleswig-Holstein

z.Hd.: Herrn Staatssekretär Tobias von der Heide

22.Juni 2026

Per Mail an: **SchulgesetzSH@bimi.landsh.de**.

*Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Schulgesetzes
hier: Nutzung digitaler Endgeräte in Schulen*

Sehr geehrter Herr Staatssekretär von der Heide,
sehr geehrte Damen und Herren,

dankend für Ihre Anfrage kommen wir hiermit Ihrer Bitte um eine schriftliche
Stellungnahme aus pädiatrischer Sicht zum Entwurf für ein Gesetz zur Änderung des
Schulgesetzes zur Nutzung digitaler Endgeräte in Schulen nach.

Wir begrüßen die geplante gesetzliche Regelung in der eingebrachten Form.

Sie setzt den gesetzlichen Rahmen, der unseres Erachtens im Umgang mit dem
Thema angemessen ist. Zudem stehen die Bestimmungen im Einklang mit den meis-
ten uns persönlich bekannten Regelungen, die von den Schulen im Umgang mit der
Nutzung der Endgeräte bereits gesetzt werden. Eine Umsetzung dürfte demnach
nicht zu Problemen oder nennenswerten Umstellungen führen.

Aus pädiatrischer Sicht muss aber noch einmal betont werden, wie wichtig eine ver-
nünftige Balance zwischen einem analogen Unterricht mit dem Ziel eines Erlernens
basaler Kompetenzen schulischer Fähigkeiten einerseits und dem Erlernen des Um-
gangs der nun nicht mehr ganz so neuen Medien andererseits ist – und zwar, wenn
möglich, in einer nicht ausgewogenen Form.

Der gerade eben veröffentlichte Nationale Bildungsbericht des Bundesbildungsminis-
terium zeigt, dass wir in Deutschland auf keinem guten Weg sind, weder in Bezug auf
das gesamtgesellschaftliche Bildungsniveau wie auch im Hinblick auf die persönliche
Entwicklung jedes einzelnen Kindes.

Die Kompetenzen im Umgang mit der Mediennutzung -so der Bericht- sind mangel-
haft ausgebildet und erfordern es, die Mediennutzung selbst zum Bildungsziel zu er-
klären.

Doch ein kompetenter, selbstbestimmter Umgang mit späteren auch beruflich zu nutzenden Kompetenzen setzt anderes voraus als die Fähigkeit, mit den Fingern auf Oberflächen von Endgeräten zu tupfen.

Der Schwerpunkt kindlicher Bildung sollte aus Sicht von uns Pädiater/innen darauf liegen, in der Schule alle Kernkompetenzen zu erlernen, die nötig sind, der Alltagswelt mit deren Herausforderungen selbstbestimmt zu begegnen.

Die Fähigkeiten, digitale Endgeräte zu bedienen, erwerben die Kinder seit vielen Jahren bereits in der Freizeit, und das in einem zeitlichen Umfang, der nur erschrecken kann.

Als Beispiel eines nicht sinnvollen Wechsels von Bildungszielen sei das Abschaffen des schriftlichen Dividierens an den Schulen genannt. Gerade der sichere Umgang mit dieser „Kulturtechnik“, die sowohl mathematische wie auch prozedurale und höchst strukturelle Anforderungen stellt, ist doch ein lebenslanger Gewinn an einer Basiskompetenz. Hier sollte es nicht nur um das Ergebnis gehen (das Rechnen), sondern um die Kompetenz (der Weg dahin) an sich.

Dies ist nur ein Beispiel, um zu veranschaulichen, wie wichtig der Umgang mit analogen Unterrichtsinhalten für die schulische und letztlich die kindliche Entwicklung ist.

Dazu gehört aber eben auch das Erlernen sozialer Kompetenzen in den Unterrichtspausen. Auch diese sind Teil des schulischen Unterrichtes und im Erleben des Sozialen wichtig.

Auch diesbezüglich kommt die restriktive Handhabung der Mediennutzung durch den Gesetzentwurf unseren Vorstellungen entgegen.

Dr. med. Sebastian Groth
Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (Rendsburg)
Landespressesprecher des BVKJ

Dr. med. Ralf van Heek
Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (Kiel)
Landesvorsitzender des BVKJ



Gesunde Kinder
sind unsere Zukunft.

Stellungnahme des Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit zum SCQEG

Referentenentwurf KiTa-Startchancen- und -Qualitätsentwicklungsgesetz (SCQEG, Bearbeitungsstand 14.07.2026))

Stand 18.07.2026/20.07.2026/27.07.2026

Präambel

Grundsätzlich begrüßen wir die Gesetzesinitiative. Im gesamten Entwurf kommen allerdings die Begriffe „Kinder- und Jugendgesundheitsdienst“, „Sozialpädiatrisches Zentrum“ und „Logopädie“ kein einziges Mal vor; „pädiatrisch“ fällt genau einmal – ausschließlich in der Begründung zu § 22c Abs. 1, nicht im Gesetzestext selbst. „Frühe Hilfen“ und „öffentlicher Gesundheitsdienst“ werden nur in der Begründung zu § 22d als Beispiele für Sozialraum-Vernetzung genannt, ohne Entsprechung im verbindlichen Normtext.

Es bleibt zunächst bei einer Erhebung des Sprach- und Entwicklungsstands durch pädagogisches Personal mit unklarer Qualifikation und uneinheitlichen Instrumentarien. Die bereits heute mit dieser Aufgabe befassten Strukturen – vor allem die Kinder- und Jugendärzt:innen mit ihren im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen kontinuierlich erhobenen Entwicklungsdaten, der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), die Frühen Hilfen, Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) sowie auch die Schuleingangsuntersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (SEU/KJGD) – werden nicht nachvollziehbar nicht eingebunden. Die Ressourcen für die auf die Feststellung folgenden anregungspädagogischen und – wenn notwendig -therapeutischen Angebote werden nicht adressiert.

Aus entwicklungspsychologischer, neuroanatomischer und pädiatrischer Sicht sind die frühen Lebensjahre, insbesondere die ersten 1.000 Tage für die kindliche Entwicklung prägend. Eine erstmalige Erhebung des Sprach- und Entwicklungsstands erst im Alter von vier bis fünf Jahren setzt damit zu spät an, um frühzeitig wirksam entwicklungsstimulierende (verbindliche Platzzusage in U3-Kitas) und ggf. therapeutische Maßnahmen gegensteuern zu können. Eine Möglichkeit, deutlich früher anzusetzen, wäre die verbindliche, bundesweite Einführung der bislang nicht verpflichtenden kinder- und jugendärztlichen Vorsorgeuntersuchung U7a, spätestens U8 (46.–48. Lebensmonat, Toleranzgrenze 43.–50. Monat) als der Kita-Erhebung vorgelagerte Untersuchung: Ein bereits im dritten oder vierten Lebensjahr erhobener U7a- bzw. U8-Befund sollte von der Kindertageseinrichtung anerkannt und in die Erhebung nach § 22c einbezogen werden, statt ihn ein bis zwei Jahre später erneut zu erheben. Die U9 (60.–64. Lebensmonat) könnte ergänzend als gemeinsamer, mit der Kita abgestimmter Prüfzeitpunkt kurz vor Schuleintritt dienen.

Dabei müssen Doppelstrukturen zwischen der kita-internen Erhebung nach § 22c und den kinder- und jugendärztlichen Vorsorgeuntersuchungen unbedingt vermieden werden: Vorliegende U7a- bzw. U8-Befunde sollten die Erhebung nach § 22c ersetzen oder zumindest vollständig anrechenbar sein, statt Kinder und Fachkräfte in Kita und Praxis doppelt zu belasten. Die folgenden Vorschläge zielen darauf, die beschriebenen Lücken paragraphenscharf zu schließen.

Formulierungsvorschläge nach Paragraphen

§ 22b Abs. 1 und 3 – Personelle Ausstattung / Fachkraft-Kind-Schlüssel

Ist-Zustand: Die Begründung zitiert selbst die wissenschaftlich empfohlenen Personal-Kind-Schlüssel der Arbeitsgruppe Frühe Bildung (1:2,9 für Kinder bis 3 Jahre, 1:6,52 für Kinder ab 3 Jahren bis Schuleintritt) sowie konkrete Zeitanteile (18 % mittelbare pädagogische Arbeit, 20 % Ausfallzeiten, 44 % VZÄ für Leitung). Im Gesetzestext selbst werden diese Werte jedoch nicht kodifiziert – § 22b Abs. 3 überlässt „das Nähere“ vollständig dem Landesrecht.

Ergänzungsvorschlag: Aufnahme der in der Begründung selbst genannten Personal-Kind-Relationen als bundesrechtliche Mindeststandards in § 22b Abs. 1, z. B. als neuer Satz: „Die Fachkraft-Kind-Relation soll rechnerisch eine pädagogische Fachkraft für bis zu vier Kinder bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres und für bis zu neun Kinder ab dem vollendeten dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt nicht unterschreiten.“ Landesrecht regelt dann nur noch die Umsetzung, nicht mehr die Höhe des Schlüssels.

§ 22c Abs. 1 – Qualifikation und Anschluss an medizinische Diagnostik

Ist-Zustand: Die Begründung stellt klar: „Sollte eine über die Sprach- und Entwicklungsstandsfeststellung hinausgehende differenzierte Diagnostik notwendig sein, [...] sollte diese durch pädiatrisches oder therapeutisches

Fachpersonal erfolgen.“ Dieser Grundsatz taucht im eigentlichen Gesetzestext von § 22c Abs. 1 nicht auf – er ist rechtlich unverbindlich.

Ergänzungsvorschlag: Ergänzung von § 22c Absatz 1 Satz 1 um eine neue Nummer: „Besteht Anhalt für eine über den festgestellten Förderbedarf hinausgehende Entwicklungsstörung, wirkt die Tageseinrichtung auf eine vertiefte Abklärung durch pädiatrisches oder therapeutisches Fachpersonal hin.“ Ergänzend: bundeseinheitliche Mindestanforderungen an die Qualifikation der feststellenden Fachkräfte (aktuell nur „hierfür qualifizierte Fachkräfte“, näher konkretisiert allein über Landesrecht nach Abs. 7).

§ 22c Abs. 2 – Datenweitergabe an die Grundschule

Ist-Zustand: Positiv: Eine Löschfrist von max. einem Jahr nach Schuleintritt ist vorgesehen (Art. 17 DSGVO). Die Personensorgeberechtigten werden jedoch nur informiert, nicht um Einwilligung gebeten; die Übermittlungspflicht der Kita entsteht automatisch, sobald Landesrecht der Schule ein Anforderungsrecht einräumt.

Ergänzungsvorschlag: Einführung eines ausdrücklichen Widerspruchsrechts der Personensorgeberechtigten gegen die Datenübermittlung nach Abs. 2, verbunden mit einer Pflicht der Kita, hierüber gesondert (nicht nur im Rahmen der allgemeinen Information nach Abs. 1) aufzuklären. Ergänzend: optionale, einwilligungsbasierte Übermittlungsmöglichkeit an die behandelnde Kinder- und Jugendarztpraxis bzw. den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und zur Sicherung der Anschlussversorgung.

§ 22c Abs. 5 – Kinder ohne Kitabesuch

Ist-Zustand: Formuliert deutlich schwächer als Abs. 1: Feststellung „soll“ erfolgen, Förderung „soll mindestens angeboten werden“ – im Gegensatz zur verbindlichen Pflicht für Kita-Kinder. Gerade diese Gruppe gilt fachlich als besonders vulnerabel und schwer erreichbar.

Ergänzungsvorschlag: Angleichung der Verbindlichkeit an Abs. 1, ergänzt um eine ausdrückliche Möglichkeit, den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst als zuständige Stelle zu benennen, da diese Kindergruppe über die bestehenden Schuleingangsuntersuchungs-Strukturen der Gesundheitsämter ohnehin bekannt sein kann.

§ 22c Abs. 6 – Länderöffnungsklausel „zuständige Stelle“

Ist-Zustand: Länder können abweichend von der Kita auch andere Stellen (laut Begründung z. B. die Grundschule) mit Feststellung und Förderung betrauen, um „bereits etablierte Strukturen“ zu nutzen. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst wird als Option nicht ausdrücklich genannt, obwohl er in vielen Ländern die etablierteste Struktur mit einschlägiger Erfahrung ist (vgl. Schuleingangsuntersuchungen).

Ergänzungsvorschlag: Ausdrückliche Klarstellung in Abs. 6, dass Länder den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst als zuständige Stelle bestimmen können, sowie eine Pflicht zur verbindlichen Rückkopplung der Ergebnisse an die weiterhin fördernde Kindertageseinrichtung (aktuell nur als „Austausch mit den dafür zuständigen Stellen“ in der Begründung erwähnt, nicht im Normtext).

§ 22a Abs. 2 – Zusammenarbeit

Ist-Zustand: Die Zusammenarbeitspflicht nennt Erziehungsberechtigte/Kindertagespflegepersonen, kinder- und familienbezogene Institutionen sowie Schulen – der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst bzw. niedergelassene Kinder- und Jugendärzt:innen sind weder hier noch an anderer Stelle im Gesetzestext als Kooperationspartner benannt.

Ergänzungsvorschlag: Ergänzung einer weiteren Nummer: „mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst sowie mit Kinder- und Jugendärzt:innen, insbesondere zur Abstimmung der Sprach- und Entwicklungsstandsfeststellung nach § 22c und zur Sicherstellung einer Anschlussversorgung bei festgestelltem erheblichen Förderbedarf.“

§ 22a Abs. 3 – Fachberatung (zeitliche Lücke)

Ist-Zustand: Die verbindlichen Fachberatungs-Mindestzeiten (80/120/240 Min./Woche) treten laut Begründung bewusst erst 2032 (Artikel 3) in Kraft, während die Diagnostikpflicht nach § 22c und die Grundpflichten zur Personalausstattung nach § 22b bereits 2029 (Artikel 2) gelten. Kitas müssten damit drei Jahre lang Sprach-/Entwicklungsstände feststellen und fördern, ohne dass die dafür vorgesehene Fachberatungsstruktur rechtlich abgesichert ist.

Ergänzungsvorschlag: Vorziehen der Fachberatungs-Mindestzeiten auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens von § 22c (2029), zumindest für Einrichtungen, die bereits zur Sprach- und Entwicklungsstandsfeststellung verpflichtet sind.

§ 22d – Kitas mit erhöhtem Anteil an Kindern in herausfordernden Lebenslagen

Ist-Zustand: Die Begründung nennt „Frühe Hilfen“, den „öffentlichen Gesundheitsdienst“ und Familienberatungsstellen als Beispiele relevanter Vernetzungspartner der zusätzlichen Kita-Sozialarbeits-Fachkraft – dies ist jedoch nur illustrativ, nicht im Gesetzestext verankert. Die Kriterien zur Identifikation der Einrichtungen (Abs.

2) nennen finanzielle Bedürftigkeit, Familiensprache und sprachliche Entwicklung als Pflichtkriterien; ein Sozialindex auf Basis der Schuleingangsuntersuchungen wird in der Begründung nur als mögliches Zusatzkriterium erwähnt, nicht vorgeschrieben.

Ergänzungsvorschlag: 1) Aufnahme der Vernetzung mit Frühen Hilfen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst als ausdrückliche Aufgabe der zusätzlichen Fachkraft in § 22d Abs. 1. im Sinne einer Kooperationsgebotes 2) Verpflichtende (statt optionale) Einbeziehung der Förderbedarfsquote aus den Schuleingangsuntersuchungen als Kriterium zur Identifikation der Einrichtungen nach Abs. 2 – entspricht der langjährigen BVKJ-Forderung, SEU-Daten zur Ressourcensteuerung zu nutzen.

§ 24 Abs. 6 – Hinwirken auf Inanspruchnahme

Ist-Zustand: Die Norm verpflichtet Träger der öffentlichen Jugendhilfe, durch geeignete Maßnahmen auf die Inanspruchnahme von Kindertagesbetreuung hinzuwirken – ohne Bezug zu bestehenden Zugangswegen über das Gesundheitssystem.

Ergänzungsvorschlag: Ausdrückliche Nennung der Kooperation mit dem Netzwerk Frühe Hilfen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst als geeignete Maßnahme, da Familien mit besonders geringer Kita-Inanspruchnahme dort häufig bereits Anknüpfungspunkte haben.

§ 24b Abs. 1 – Monitoring

Ist-Zustand: Die bundesweite Beobachtung der Sprach- und Entwicklungsstände (Nr. 2) ist als eigenständige neue Erhebung konzipiert, ohne Bezug zu den bereits bestehenden, gesetzlich verpflichtenden Schuleingangsuntersuchungen der Gesundheitsämter.

Ergänzungsvorschlag: Verpflichtung zum Abgleich der Monitoring-Ergebnisse mit den Daten der Schuleingangsuntersuchungen zur Qualitätssicherung und Vermeidung von Doppelstrukturen, sowie Auswertung nach Sozialindex/Einrichtungstyp für eine zielgerichtete Ressourcensteuerung.

§ 74a Satz 2 – Finanzierungsvoraussetzung

Ist-Zustand: Die Einhaltung der §§ 22–22d wird zur Voraussetzung der Trägerfinanzierung – ein wirksamer, aber scharfer Vollzugsmechanismus, der bei Nichteinhaltung aufgrund von Fachkräftemangel (statt Trägerversagen) zu Einrichtungsschließungen und damit zu einer Verschärfung der Unterversorgung führen könnte.

Ergänzungsvorschlag: Klarstellung, dass bei nachweislich strukturellem Personalmangel Übergangsregelungen statt Finanzierungsentzug greifen, verbunden mit einem Unterstützungsangebot statt einer reinen Sanktion.

Artikel 4 – Änderung des FAG

Ist-Zustand: Der Bundesanteil sinkt bereits ab 2029 (auf 1.243 Mio. €) und ab 2030 weiter (auf 993 Mio. €), obwohl die volle Verpflichtungsstufe (Artikel 3) erst 2032 greift.

Ergänzungsvorschlag: Kopplung der Bundesmittelverteilung an das tatsächliche Inkrafttreten der jeweiligen Verpflichtungsstufe (Artikel 1/2/3) statt an einen starren Kalenderplan, um eine Unterfinanzierung in der Hochlaufphase zu vermeiden.

Artikel 6 – Evaluierung

Ist-Zustand: Evaluationskriterien fokussieren auf Bildungsauscomes und Kosten; gesundheitsbezogene Anschlussindikatoren (Wartezeiten SPZ/Logopädie, Erreichbarkeit KJGD, Überweisungsquoten) sind nicht vorgesehen. Erster Bericht erst nach sechs Jahren.

Ergänzungsvorschlag: Aufnahme gesundheitsbezogener Anschlussversorgungs-Indikatoren in den Evaluationsauftrag sowie ein Zwischenbericht nach drei Jahren, um frühzeitig nachsteuern zu können.

Kontakt:

Bündnis für Kinder- und Jugendgesundheit (BKJG) <https://www.buendnis-kjg.de/>

E-Mail: kontakt@buendnis-kjg.de

Prof. Dr. med. Andreas Oberle

Dr. med. Gabriele Trost-Brinkhues

PD Dr. med. Burkhard Rodeck