

# Kindergesundheit im Fokus:

Eine gemeinsame Auswertung der  
Schuleingangs- und Zahngesundheitsuntersuchungen  
Duisburg 2026

..... Gesundheitsamt | Stabsstelle Gesundheitsförderung und -planung



# Impressum

**Herausgeber:**

Stadt Duisburg

Der Oberbürgermeister

Gesundheitsamt

Stabsstelle Gesundheitsförderung und -planung (53-02)

Ruhrorter Str. 195 (Medical Center Ruhrort)

47119 Duisburg

**Ansprechpartner:**

Carsten Maday

Gesundheitsberichterstattung

Telefon: +49 203 283 983155

E-Mail: [c.maday@stadt-duisburg.de](mailto:c.maday@stadt-duisburg.de)

**Autor:**

Carsten Maday

**Umschlaggestaltung:**

Koordinierungsstelle für Öffentlichkeitsarbeit (KfÖ)

**Druck:**

Stadt Duisburg

Stand: April 2026

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	i
Abbildungsverzeichnis.....	iii
Tabellenverzeichnis.....	v
Abkürzungsverzeichnis.....	vi
Vorwort.....	vii
Management Summary.....	viii
1. Einleitung.....	1
2. Methodik.....	2
3. Zahngesundheit in Duisburg.....	3
3.1. Eckdaten der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen.....	4
3.2. Kindertageseinrichtungen: Mehr kariesfreie Kinder.....	5
3.3. Grundschulen: Zwischen Stagnation und sozialer Ungleichheit.....	7
3.4. Förderschulen: Verbesserung trotz leichter Rückschritte.....	12
3.5. Weiterführende Schulen: Mehr untersuchte Kinder, mehr Erkenntnisse.....	12
3.6. Kariesintensität: dmft/DMFt.....	13
3.7. Ergebnisse im Überblick.....	15
3.8. Gezielte Unterstützung durch den Zahnärztlichen Dienst: Lokale Fluoridierung und individuelle Begleitung.....	15
3.9. Handlungsempfehlungen.....	17
4. Schuleingangsuntersuchungen in Duisburg.....	18
5. Eckdaten der Schuleingangsuntersuchung.....	19
5.1. Geschlecht.....	19
5.2. Erstsprache.....	20
5.3. Kita-Besuchszeit.....	22
5.4. Deutschkenntnisse.....	22
5.5. Bildungsindex.....	25
6. Empfehlungen im Rahmen der Untersuchungen.....	26
6.1. Nachgehende Fürsorge.....	27
6.2. Kompensatorischer Sport.....	27
6.3. Fachberatung.....	27
6.4. Psychologische Fachberatung.....	28
6.5. Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf.....	28
6.6. Zurückstellung aus gesundheitlichen Gründen.....	28
6.7. Empfehlungen nach Geschlecht.....	28
6.8. Empfehlungen im Vergleich zu NRW.....	29
6.9. Häusliche Förderung.....	29

7.	Erhöhter Zeitaufwand bei den Untersuchungen.....	30
8.	Befunde zur Entwicklung der Kinder.....	31
8.1.	Altersgerechte Sprachkompetenz .....	31
8.2.	Koordinationsstörungen .....	34
8.3.	Auditive Merkfähigkeit.....	36
8.4.	Umgang mit Zahlen und Mengen .....	36
8.5.	Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen .....	38
8.6.	Verhaltensauffälligkeiten .....	39
9.	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen .....	41
9.1.	Früherkennungsuntersuchungen .....	41
9.2.	Impfungen.....	46
10.	Übergewicht und Adipositas.....	50
11.	Sehen und Hören.....	54
11.1.	Sehen .....	54
11.2.	Hören.....	55
12.	Zusammenfassung .....	56
13.	Zusammenhangsanalysen .....	58
13.1.	Modellgüte und Kontextfaktoren.....	58
13.2.	Auswahl und Darstellung der Modelle .....	59
13.3.	Modell altersgerechte Sprachkompetenz .....	60
13.4.	Modell Umgang mit Zahlen und Mengen.....	62
13.5.	Modell Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen.....	64
13.6.	Modell Masernimpfung.....	65
13.7.	Zusammenfassung .....	67
14.	Zentrale Erkenntnisse und Handlungsperspektiven .....	70
	Quellenverzeichnis .....	72
	Anhang.....	75
	Modell Körperkoordination.....	75
	Modell auditive Merkfähigkeit .....	76
	Modell Verhaltensauffälligkeit .....	77
	Modell Übergewicht.....	78

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gebisszustand der Kitakinder im Zeitverlauf .....	5
Abbildung 2: Trendanalyse der Zahngesundheit in 109 Kitas 2018/2019 und 2024/2025 .....	7
Abbildung 3: Gebisszustand der Grundschul Kinder im Zeitverlauf .....	8
Abbildung 4: Trendanalyse der Zahngesundheit in 44 Grundschulen 2018/2019 und 2024/2025 .....	9
Abbildung 5: Anteil Kinder mit naturgesundem Gebisszustand in 75 Grundschulen in Abhängigkeit vom Schulsozialindex NRW, 2024/2025 .....	10
Abbildung 6: Anteil Kinder in Grundschulen mit naturgesundem Gebisszustand (2024/2025) sowie Anteil Bedarfsgemeinschaften an allen Privathaushalten in Prozent (2024) .....	11
Abbildung 7: Gebisszustand der Förderschulkinder im Zeitverlauf .....	12
Abbildung 8: Gebisszustand der Kinder in weiterführenden Schulen im Zeitverlauf .....	13
Abbildung 9: Zertifikat „Wir putzen mit...“ .....	16
Abbildung 10: Anteil Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch 2023/2024 und 2024/2025 nach Stadtteilen .....	21
Abbildung 11: Kita-Besuchszeit nach Erstsprache 2024/2025 .....	22
Abbildung 12: Deutschkenntnisse von Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch im Zeitverlauf .....	23
Abbildung 13: Deutschkenntnisse nach Bildungsstand der Eltern 2023/2024 und 2024/2025 .....	24
Abbildung 14: Deutschkenntnisse nach Kita-Besuchszeit 2024/2025 .....	24
Abbildung 15: Deutschkenntnisse von Kindern mit Deutsch als Erstsprache im Zeitverlauf .....	25
Abbildung 16: Anteil untersuchter Kinder, bei denen keine Angaben zum Bildungsstand der Eltern vorlagen, nach Erstsprache im Zeitverlauf .....	26
Abbildung 17: Empfehlungen nach Geschlecht 2024/2025 .....	29
Abbildung 18: Empfehlungen in Duisburg und NRW 2023/2024 .....	29
Abbildung 19: Empfehlung häuslicher Förderung nach Geschlecht im Zeitverlauf .....	30
Abbildung 20: Erhöhter Zeitaufwand bei den Untersuchungen im Zeitverlauf .....	31
Abbildung 21: Kinder mit einer altersgerechten Sprachkompetenz nach Erstsprache im Zeitverlauf .....	32
Abbildung 22: Anteil Kinder mit einer altersgerechten Sprachkompetenz 2023/2024 und 2024/2025 nach Stadtteilen .....	33
Abbildung 23: Kinder mit einer Auffälligkeit im Bereich der Körperkoordination im Zeitverlauf .....	34
Abbildung 24: Anteil Kinder mit einer Störung der Körperkoordination 2023/2024 und 2024/2025 nach Stadtteilen .....	35
Abbildung 25: Entwicklungsstörungen im Bereich auditive Merkfähigkeit im Zeitverlauf .....	36
Abbildung 26: Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen im Zeitverlauf .....	37
Abbildung 27: Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen nach Erstsprache im Zeitverlauf .....	38
Abbildung 28: Auffälligkeiten im Bereich des Erkennens und Zeichnens von Objekten und Formen im Zeitverlauf .....	39
Abbildung 29: Verhaltensauffälligkeiten im Zeitverlauf .....	40
Abbildung 30: Verhaltensauffälligkeiten nach Erstsprache im Zeitverlauf .....	40
Abbildung 31: Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 2024/2025 .....	42
Abbildung 32: Teilnahmequote der Früherkennungsuntersuchungen im Zeitverlauf .....	43
Abbildung 33: Teilnahmequote der Früherkennungsuntersuchungen nach Erstsprache im Zeitverlauf .....	44
Abbildung 34: Teilnahmequote an allen Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 nach Stadtteilen 2023/2024 und 2024/2025 .....	45

Abbildung 35: Anteil Kinder mit vorgelegtem Impfpass im Zeitverlauf .....	46
Abbildung 36: Anteil Kinder mit vollständiger Impfung gegen Diphtherie, Tetanus, Hib, Hepatitis B, Polio, Pertussis, Masern, Mumps und Röteln im Zeitverlauf .....	47
Abbildung 37: Anteil Kinder mit vollständiger Impfung gegen Masern im Zeitverlauf.....	48
Abbildung 38: Anteil Kinder mit vollständiger Impfung gegen Masern nach Stadtteilen 2023/2024 und 2024/2025.....	49
Abbildung 39: Anteil Kinder mit Übergewicht oder Adipositas im Zeitverlauf .....	50
Abbildung 40: Anteil Kinder mit Übergewicht oder Adipositas nach Erstsprache 2024/2025 .	51
Abbildung 41: Übergewicht und Adipositas nach Kita-Besuchszeit im Zeitverlauf.....	52
Abbildung 42: Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder an allen untersuchten Kindern nach Stadtteilen 2022/2023 bis 2024/2025.....	53
Abbildung 43: Anteil Kinder mit einer Herabsetzung der Sehschärfe im Zeitverlauf .....	55
Abbildung 44: Anteil Kinder mit einer Hörstörung im Zeitverlauf .....	56
Abbildung 45: Wahrscheinlichkeiten für einen auffälligen Befund im Bereich Sprachkompetenz nach Erstsprache und Kita-Besuchszeit.....	62
Abbildung 46: Masernimpfstatus nach Bildungsindex der Eltern 2024/2025 .....	67

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Eckdaten der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen 2018/2019 bis 2024/2025	4
Tabelle 2: Kariesintensität nach Altersklassen im Zeitverlauf	14
Tabelle 3: Eckdaten der Schuleingangsuntersuchungen 2018/2019 bis 2024/2025	19
Tabelle 4: Ausgesprochene Empfehlungen im Zeitverlauf	27
Tabelle 5: Übersicht der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9	41
Tabelle 6: Einflussfaktoren auf die altersgerechte Sprachkompetenz	61
Tabelle 7: Einflussfaktoren auf den Umgang mit Zahlen und Mengen	63
Tabelle 8: Einflussfaktoren auf das Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen	65
Tabelle 9: Einflussfaktoren auf eine vollständige Masernschutzimpfung	66
Tabelle 10: Einflussfaktoren auf Körperkoordination	75
Tabelle 11: Einflussfaktoren auf die auditive Merkfähigkeit	76
Tabelle 12: Einflussfaktoren auf Verhaltensauffälligkeiten	77
Tabelle 13: Einflussfaktoren auf Übergewicht	78

# Abkürzungsverzeichnis

BMG – Bundesministerium für Gesundheit

BMI – Body-Mass-Index

DAE – Deutsche Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie

DAJ – Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege

DGSMP – Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention

DMFt – decayed, missing, filled teeth (bleibende Zähne)

dmft – decayed, missing, filled teeth (Milchzähne)

DMS VI – 6. Deutsche Mundgesundheitsstudie

GMDS – Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie

ICC – Intraklassenkorrelationskoeffizient

Kap. - Kapitel

KI – Konfidenzintervall

Kita – Kindertageseinrichtung

KJGD – Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

LfGA – Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz

MMRV – Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (Impfung)

NRW – Nordrhein-Westfalen

OR – Odds Ratio

RKI – Robert Koch-Institut

SGB V – Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

SOPESS – Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen

STIKO – Ständige Impfkommission

U1–U9 – Früherkennungsuntersuchungen für Kinder

# Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

die Gesundheit und Entwicklung von Kindern sind zentrale Voraussetzungen für Bildungserfolg, gesellschaftliche Teilhabe und Chancengleichheit. Mit dem vorliegenden Bericht liegt erstmals seit der Corona-Pandemie wieder eine gemeinsame Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen und der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in der Stadt Duisburg vor. Damit entsteht ein umfassender Überblick über den gesundheitlichen und entwicklungsbezogenen Zustand von Kindern im Vorschul- und Grundschulalter.



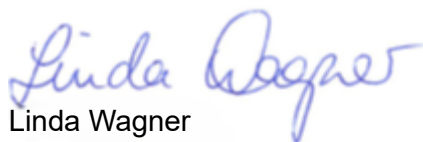
Die kommunale Gesundheitsberichterstattung schafft damit Transparenz, macht Entwicklungen und Ungleichheiten sichtbar und liefert eine verlässliche, datenbasierte Grundlage für politische Entscheidungen und fachliche Planungen.

Die Ergebnisse zeichnen ein differenziertes Bild. Besonders erfreulich sind die Verbesserungen der Zahngesundheit bei Kindern in Kindertageseinrichtungen. Gleichzeitig zeigen die Schuleingangsuntersuchungen weiterhin deutliche Herausforderungen, insbesondere im Bereich der Sprach- und Entwicklungsauffälligkeiten.

Der Bericht unterstreicht den engen Zusammenhang zwischen sozialer Lage, Bildung und Gesundheit. Kinder aus sozial stärker belasteten Familien und Stadtteilen sind häufiger von gesundheitlichen Risiken betroffen. Zugleich zeigen die Analysen, wie wichtig frühe Förderung ist. Prävention und Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter müssen weiterhin konsequent gestärkt werden – insbesondere dort, wo Unterstützungsbedarfe am größten sind. Ziel muss es sein, allen Kindern in Duisburg unabhängig von ihrer sozialen Herkunft gute Voraussetzungen für ein gesundes Aufwachsen und einen erfolgreichen Schulstart zu ermöglichen.

Mein besonderer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Zahnärztlichen Dienstes, des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes sowie des Instituts für Jugendhilfe. Sie leisten mit ihrer täglichen Arbeit einen unverzichtbaren Beitrag für die Gesundheit und Entwicklung der Duisburger Kinder. Durch ihre Fachkompetenz, ihr Engagement und ihre Präsenz in den Einrichtungen der Stadt wird Prävention überhaupt erst möglich. Ihre Arbeit schafft die Grundlage für belastbare Daten, zielgerichtete Hilfen und damit für die kontinuierliche Verbesserung der gesundheitlichen Chancen aller Kinder in Duisburg.

Ich wünsche Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre.



Linda Wagner

Dezernentin für Umwelt und Klimaschutz, Gesundheit, Verbraucherschutz und Kultur der Stadt Duisburg

# Management Summary

**Ein Gesamtbild zur Kindergesundheit nach der Pandemie liegt vor.**

Der vorliegende Bericht vereint erstmals seit der Corona-Pandemie die Ergebnisse der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und der Schuleingangsuntersuchungen im Stadtgebiet Duisburg. Die gemeinsame Auswertung beider Fachbereiche ermöglicht ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Situation und Entwicklung von Kindern im Vorschul- und Grundschulalter. Der Bericht bietet damit eine datenbasierte Grundlage für kommunale Gesundheitsförderung, Bildungsplanung und Präventionsarbeit.

## **Hintergrund und Zielsetzung**

Ziel des Berichts ist es, die gesundheitliche Lage der Kinder zu beschreiben, Entwicklungen im Zeitverlauf aufzuzeigen und Zusammenhänge zwischen Zahngesundheit, Entwicklungsstand und sozialer Situation zu analysieren. Die Auswertungen beruhen auf einer breiten, repräsentativen Datengrundlage mit mehreren tausend untersuchten Kindern. Neben deskriptiven Analysen (z. B. nach Geschlecht, Stadtteil und sozialem Hintergrund) kommen auch fortgeschrittene statistische Verfahren zum Einsatz, um Zusammenhänge zwischen Indikatoren wie Bildungsstatus, Erstsprache und Gesundheitsbefunden zu prüfen. Eine solide Datenbasis ist dabei unerlässlich, um Trends sicher zu erkennen und Entscheidungen im Sinne einer evidenzbasierten Kommunalpolitik zu treffen.

**In Grundschulen bleibt der zahnärztliche Behandlungsbedarf hoch.**

## **Zahngesundheit**

Die Zahngesundheit zeigt ein differenziertes Bild. Bei Kitakindern ist eine deutliche Verbesserung erkennbar: Der Anteil naturgesunder Gebisse stieg von 73,5 Prozent im Untersuchungsjahr 2018/2019 auf 79,5 Prozent im Jahr 2024/2025, während zugleich behandlungsbedürftige Fälle zurückgingen. In Grundschulen hingegen stagniert die Zahngesundheit nahezu auf dem Niveau vor der Corona-Pandemie und der Behandlungsbedarf bleibt hoch. Förderschulen verzeichnen leichte Fortschritte, während weiterführende Schulen erstmals systematisch untersucht wurden und mit 62,4 Prozent naturgesunder Gebisse ein vergleichsweise gutes Ergebnis zeigen. Auffällig ist der starke Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Zahngesundheit: Grundschulen mit hohem Schulsozialindex haben deutlich schlechtere Ergebnisse.

**Die altersgerechte Sprachentwicklung geht weiter zurück.**

## **Schuleingangsuntersuchungen**

Die altersgerechte Sprachkompetenz ist rückläufig: Nur 48,7 Prozent der Kinder hatten 2024/2025 eine altersgerechte Sprachkompetenz in der deutschen Sprache (2018/2019: 50,1 %). Besonders betroffen waren Kinder mit nichtdeutscher Erstsprache, von denen lediglich 19,0 Prozent eine altersgerechte Sprachkompetenz aufwiesen. Auch in anderen Entwicklungsbereichen zeigen sich Veränderungen: Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und

**Der Anteil adipöser Kinder liegt in Duisburg über dem NRW-Durchschnitt.**

Mengen sowie in visuomotorischen Fähigkeiten nahmen zu, während Koordinationsauffälligkeiten leicht zurückgingen. Verhaltensauffälligkeiten blieben stabil bei rund 7 Prozent. Übergewicht und Adipositas bleiben ein Problem unter den Kindern im Vorschulalter: 16,4 Prozent der Kinder waren mindestens übergewichtig. Bei Adipositas – wie auch bei den meisten anderen Indikatoren – liegt Duisburg über dem NRW-Durchschnitt.

**Vorsorgeuntersuchungen und Impfquoten auf gutem Niveau.**

Die Präventionsindikatoren zeigen ein positives Bild: Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen liegt auf einem guten Niveau. Die Impfquote gegen Masern liegt bei über 97 Prozent. Allerdings bestehen zwischen den Stadtteilen teils deutliche Unterschiede. So lagen Sprachkompetenz und Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen in einigen Stadtteilen deutlich unter dem Durchschnitt, während in anderen Stadtteilen überdurchschnittlich hohe Werte erreicht wurden. Auch beim Anteil übergewichtiger Kinder zeigen sich klare räumliche Unterschiede.

**Kita-Besuch und Früherkennungsuntersuchungen tragen wesentlich zur kindlichen Entwicklung bei.**

Multivariable Analysen verdeutlichen, dass eine längere Kita-Besuchszeit und die vollständige Teilnahme an allen Früherkennungsuntersuchungen förderlich für die Entwicklung sind. Kinder, die mindestens zwei Jahre eine Kita besucht haben, zeigten deutlich geringere Chancen für sprachliche und kognitive Auffälligkeiten. Auch der Bildungsstatus der Eltern erweist sich als Einflussfaktor: Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstand hatten in nahezu allen untersuchten Bereichen eine deutlich erhöhte Chance für Auffälligkeiten.

**Frühe Prävention bleibt zentrale Aufgabe.**

### **Schlussfolgerungen und Empfehlungen**

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Prävention und Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter weiterhin zentrale Aufgaben der kommunalen Gesundheits- und Bildungspolitik bleiben. Es empfiehlt sich besonders:

- die frühkindlichen Präventionsangebote zu stärken, vor allem in sozial benachteiligten Stadtteilen,
- die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen konsequent zu fördern,
- die frühzeitige und kontinuierliche Teilnahme an Kindertagesbetreuung zu ermöglichen sowie
- die Datenerhebung und -auswertung kontinuierlich fortzuführen als Grundlage für Planung und Evaluation.

Der Bericht unterstreicht die Bedeutung einer integrierten, datenbasierten Gesundheitsberichterstattung. Nur durch die Verbindung von medizinischen, sozialen und entwicklungsbezogenen Daten kann die Stadt Duisburg langfristig wirksame Strategien zur Förderung von Chancengleichheit und einer gesunden Entwicklung aller Kinder erarbeiten und umsetzen.

# 1. Einleitung

Gesundheitliche Chancengleichheit im Kindesalter ist eine wesentliche Voraussetzung für gelingende Bildungsbiografien und soziale Teilhabe. Frühzeitige Erhebungen zum Gesundheitszustand und zur Entwicklung von Kindern liefern wichtige Hinweise darauf, wie gut Prävention, Vorsorge und Unterstützungssysteme in einer Kommune greifen. Die vorliegenden Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen und der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen im Stadtgebiet Duisburg leisten dazu einen zentralen Beitrag.

Die letzten umfassenden Berichte zu beiden Themenbereichen stammen aus der Zeit vor der Corona-Pandemie. Seitdem haben sich die Lebensbedingungen und der Alltag vieler Kinder verändert, was sich auch auf ihre Gesundheit und Entwicklung auswirken kann. Mit dem aktuellen Bericht liegt nun erstmals wieder eine systematische Auswertung nach der Pandemie vor – und damit die Möglichkeit, Entwicklungen im Zeitverlauf kritisch zu betrachten und eventuelle Trends zu erkennen.

In diesem Bericht werden die Ergebnisse beider Untersuchungsarten – Schuleingangsuntersuchungen und zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchungen – zusammengeführt. Dadurch entsteht ein umfassender Überblick über die Entwicklung der Kinder in der Stadt Duisburg und über mögliche Zusammenhänge zwischen körperlicher Gesundheit, Entwicklung, sozialer Lage und räumlichen Unterschieden.

Der Bericht enthält zahlreiche Daten, Abbildungen und teils anspruchsvolle statistische Auswertungen. Diese fundierte Datenbasis ist entscheidend, um belastbare Aussagen über den Gesundheitszustand der Kinder treffen zu können. Nur auf Basis verlässlicher Zahlen lassen sich wirksame Maßnahmen planen, gezielte Prävention umsetzen und langfristige Entwicklungen verfolgen.

Im Mittelpunkt des Berichts stehen folgende Fragestellungen:

- Wie hat sich die Gesundheit von Kindern in Duisburg seit der Zeit vor der Corona-Pandemie verändert?
- Welche Auffälligkeiten zeigen sich und wie hängen sie mit sozialer Lage und Stadtteilstruktur zusammen?
- Wo bestehen Handlungsbedarfe, um gesundheitliche und entwicklungsbezogene Chancen für alle Kinder in Duisburg zu verbessern?

Der Bericht bietet damit eine fundierte Grundlage für die strategische Weiterentwicklung kommunaler Präventionsketten sowie für gezielte Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen (Kitas) und Schulen und leistet zugleich einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit.

## 2. Methodik

Für diesen Bericht wurden Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen sowie den zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen der Stadt Duisburg analysiert. Die Beobachtungsjahre umfassen 2018/2019, 2022/2023, 2023/2024 und 2024/2025. Die Untersuchungsjahre 2019/2020, 2020/2021 und 2021/2022 wurden aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie ausgelassen. 2018/2019 ist das letzte vollständige Untersuchungsjahr vor der Corona-Pandemie. Es dient im Verlauf des Berichtes als Vergleichspunkt für die nachfolgenden Jahre.

Alle Auswertungen erfolgen auf Basis aggregierter Daten, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind. Dies gewährleistet die vollständige Anonymität und den Datenschutz.

Bei dem größten Teil des Berichtes handelt es sich um eine deskriptive Beschreibung des Gesundheitszustands der untersuchten Kinder in Duisburg. Die Ergebnisse werden häufig in Tabellen und Balkendiagrammen dargestellt. Bei den Diagrammen wurde weitgehend auf Achsen verzichtet, um die Lesefreundlichkeit zu erhöhen. Alle Balken sind direkt mit den entsprechenden Werten beschriftet und beginnen beim Nullpunkt. Prozentangaben werden auf eine Nachkommastelle gerundet, sodass sich die Summen einzelner Kategorien gelegentlich nicht exakt auf 100 Prozent addieren.

Räumliche Unterschiede von auffälligen Befunden werden mittels Karten visualisiert. Dabei werden häufig mehrere Untersuchungsjahre zusammengelegt, um auch für Stadtteile mit wenigen Kindern belastbare Aussagen treffen zu können.

Wo möglich, werden Vergleiche mit Daten des Bundeslandes NRW herangezogen, um die Ergebnisse kontextuell einzuordnen.

Fortgeschrittene statistische Methoden wie multivariable Multilevel-Regressionen wurden an einigen Stellen verwendet. Diese werden in den entsprechenden Kapiteln verständlich erläutert.

### 3. Zahngesundheit in Duisburg

Der Jugendzahnärztliche Dienst des Gesundheitsamtes sorgt dafür, dass Kinder und Jugendliche in Duisburg frühzeitig und regelmäßig zahnärztlich betreut werden. Im Rahmen der gesetzlichen Gruppenprophylaxe (§ 21 SGB V) besuchen die zahnärztlichen Teams Kitas und Schulen an vereinbarten Terminen, um die Zähne der Kinder zu untersuchen, Zahnpflege zu üben und über gesunde Ernährung zu informieren. Die Arbeit erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Zahnmedizinische Prophylaxe Duisburg e. V., einem Zusammenschluss aus Krankenkassen, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Vertretenden der Zahnärztekammer Nordrhein und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung NRW sowie dem Gesundheitsamt.

Zusätzlich unterstützen niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sogenannten Obleute, die Arbeit des Gesundheitsamtes. Sie untersuchen beispielsweise 2024/2025 rund 1.100 Kinder in Kitas. Ergänzend finden ein- bis zweimal im Jahr Besuche durch Fachpersonal statt, bei denen Zahnpflege spielerisch vermittelt und Prävention praktisch erlebbar gemacht wird.

Bei den Untersuchungen in Kitas und Schulen erfasst der zahnärztliche Dienst den Gebisszustand der Kinder und nimmt dabei folgende Merkmale auf:

- **Naturgesund:** Gebiss ist karies- und füllungsfrei.
- **Behandlungsbedürftig:** Gebiss hat unbehandelte, kariöse Zähne.
- **Saniert:** Alle kariösen Zähne und Folgezustände sind zahnmedizinisch versorgt (Füllungen oder Extraktionen).

Des Weiteren wird über einen Index die Kariesintensität für jedes Kind bestimmt (siehe Kap. 3.6).

Neben der direkten Betreuung sind die dabei gewonnenen Untersuchungsdaten von großem Wert für die kommunale Gesundheitsberichterstattung. Der zahnärztliche Dienst veröffentlicht jährlich Berichte zur Zahngesundheit der Duisburger Kinder.<sup>1</sup> Sie zeigen, wie sich die Zahngesundheit der Kinder über die Jahre entwickelt, wo sich positive Trends abzeichnen und wo Handlungsbedarf besteht. Diese Erkenntnisse helfen, Präventionsangebote gezielter zu planen, Schulen und Kitas passgenau zu unterstützen und langfristig gleiche Gesundheitschancen für alle Kinder in Duisburg zu schaffen. Dieser Bericht greift diese Erkenntnisse auf und erweitert sie um vertiefende Analysen.

---

<sup>1</sup> Unter Links und Download: [https://www.duisburg.de/vv/produkte/pro\\_du/dez\\_vi/53/zahnaerztlicher-dienst.php](https://www.duisburg.de/vv/produkte/pro_du/dez_vi/53/zahnaerztlicher-dienst.php)

### 3.1. Eckdaten der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen

Tabelle 1 zeigt eine Übersicht der Untersuchungszahlen, der Geschlechtsverteilung der Kinder sowie der Anzahl der Einrichtungen, in denen die Untersuchungen durchgeführt wurden. Der Beobachtungszeitraum umfasst die Untersuchungsjahre 2018/2019, 2022/2023, 2023/2024 und 2024/2025.

In den Jahren 2018/2019, 2022/2023 und 2023/2024 konnten jährlich zwischen 18.000 und 21.000 Kinder untersucht werden. Im Untersuchungsjahr 2024/2025 waren nach personeller Aufstockung erstmals vier zahnärztliche Teams stadtweit im Einsatz, wodurch bedeutend mehr Kinder untersucht werden konnten. Insgesamt wurden 35.898 Kinder in 297 Einrichtungen untersucht – darunter 191 Kitas, 76 Grundschulen, 12 Förderschulen und 18 weiterführende Schulen. Somit wurden nahezu alle Grund- und Förderschulen sowie 95 Prozent der Kitas erreicht. Zudem konnten erstmals in rund der Hälfte der weiterführenden Schulen auch Schülerinnen und Schüler der 5. und 6. Klassen untersucht werden.

Über alle Untersuchungsjahre hinweg zeigt sich, dass der Anteil der Jungen etwas über dem der Mädchen liegt.

*Tabelle 1: Eckdaten der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen 2018/2019 bis 2024/2025*

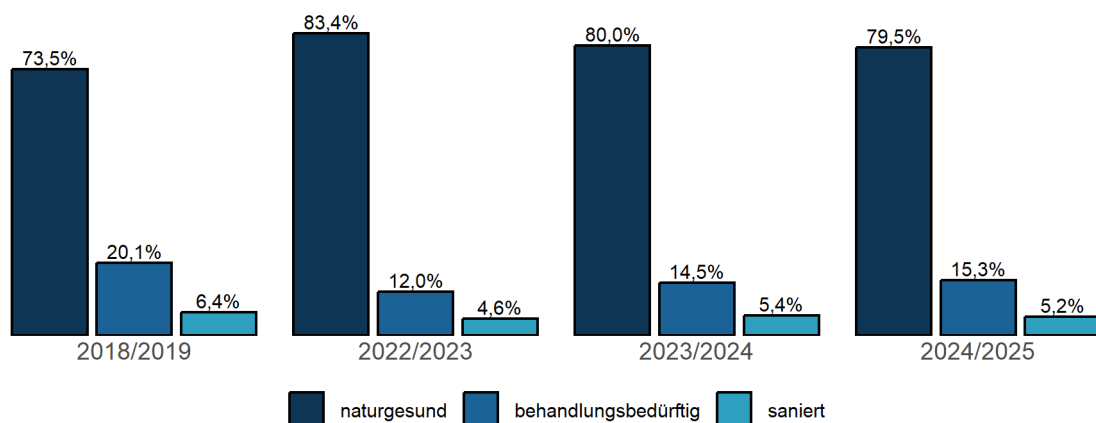
<b>Merkmal</b>		<b>2018/2019</b>	<b>2022/2023</b>	<b>2023/2024</b>	<b>2024/2025</b>
<b>Anzahl Kinder</b>		18.040	21.381	19.780	35.898
<b>Geschlecht (%)</b>	männlich	9.280 (51,5)	11.048 (52,3)	10.271 (52,2)	18.392 (51,6)
	weiblich	8.750 (48,5)	10.095 (47,7)	9.396 (47,8)	17.242 (48,4)
<b>Kinder nach Einrichtungsart (%)</b>	Kitas	6.495 (36,0)	5.681 (26,6)	4.961 (25,1)	10.443 (29,1)
	Grundschulen	10.741 (59,5)	14.247 (66,6)	12.255 (62,0)	19.604 (54,6)
	Förderschulen	804 (4,5)	1.453 (6,8)	1.803 (9,1)	1.941 (5,4)
	weiterführende Schulen	0 (0,0)	0 (0,0)	761 (3,8)	3.910 (10,9)
<b>Anzahl Einrichtungen</b>	Kitas	117 (66,1)	113 (61,7)	87 (58,0)	191 (64,3)
	Grundschulen	53 (29,9)	61 (33,3)	48 (32,0)	76 (25,6)
	Förderschulen	7 (4,0)	9 (4,9)	12 (8,0)	12 (4,0)
	weiterführende Schulen	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,0)	18 (6,1)

Quelle: Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

## 3.2. Kindertageseinrichtungen: Mehr kariesfreie Kinder

Im Vergleich zum letzten vollständigen Untersuchungsjahr vor der Corona-Pandemie 2018/2019 hat sich die Zahngesundheit der Kitakinder in Duisburg verbessert (Abbildung 1). Lag der Anteil von Kindern mit naturgesundem Gebisszustand 2018/2019 bei 73,5 Prozent, steigerte er sich 2024/2025 auf 79,5 Prozent. Besonders erfreulich ist, dass zugleich der behandlungsbedürftige Anteil, also Kinder mit mindestens einem kariösen, behandlungsbedürftigen Zahn, von 20,1 Prozent auf 15,3 Prozent gesunken ist. Im Jahr 2024/2025 konnten deutlich mehr Kitakinder untersucht werden als in den vorgegangenen Jahren. Aufgrund des unterschiedlichen Umfangs können leichte Zufallsschwankungen nicht ausgeschlossen werden. Zwischen Mädchen und Jungen zeigen sich nur geringfügige Unterschiede. Während 2024/2025 bei 80,5 Prozent der Mädchen ein naturgesunder Gebisszustand festgestellt wurde, waren es bei Jungen 78,8 Prozent.

Abbildung 1: Gebisszustand der Kitakinder im Zeitverlauf



Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: 2018/2019: 6.495; 2022/2023: 5.681; 2023/2024: 4.961; 2024/2025: 10.443

Quelle: Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

Diese Durchschnittswerte für ganz Duisburg setzen sich aus vielen Untersuchungen zusammen, die in einzelnen Kitas durchgeführt wurden. Die Werte einzelner Einrichtungen können dabei deutlich von diesem Durchschnitt abweichen. So lag der höchste Anteil an naturgesundem Gebisszustand 2024/2025 in einigen Kitas bei 100 Prozent, während der niedrigste gemessene Anteil in einer Kita bei rund 38 Prozent lag.

Wie weit weichen die Anteile an naturgesundem Gebisszustand einzelner Kitas vom stadtweiten Durchschnitt ab und wie hat sich dieser Anteil im Vergleich zu 2018/2019 entwickelt? Dieser Frage geht die folgende Abbildung 2 nach. Darin werden 109 Kitas verglichen, in denen sowohl 2018/2019 als auch 2024/2025 Untersuchungen durchgeführt wurden.

#### **Kleine Lesehilfe für Abbildung 2 und Abbildung 4:**

Die blauen Punkte stellen die einzelnen Kitas dar.

Die x-Achse stellt die Abweichung vom Durchschnitt 2024/2025 in Prozentpunkten dar. Die Quadranten A und C liegen links der vertikalen Linie, die den Nullpunkt schneidet. Kitas in diesen Quadranten liegen unter dem Durchschnitt des Jahres 2024/2025. Kitas rechts von der vertikalen Linie (Quadranten B und D) liegen über dem Durchschnitt.

Die y-Achse zeigt die Abweichung vom Wert der jeweiligen Einrichtung im Jahr 2018/2019 in Prozentpunkten. Die Quadranten A und B liegen oberhalb der horizontalen Linie, die den Nullpunkt schneidet. Kitas in diesen Quadranten haben sich gegenüber 2018/2019 verbessert. Kitas unterhalb der horizontalen Linie (Quadranten C und D) haben sich verschlechtert.

So lassen sich die Quadranten interpretieren:

**A:** Kitas liegen **unter** dem Durchschnitt 2024/2025, konnten sich aber gegenüber 2018/2019 **verbessern**.

**B:** Kitas liegen **über** dem Durchschnitt 2024/2025 und konnten sich gegenüber 2018/2019 **verbessern**.

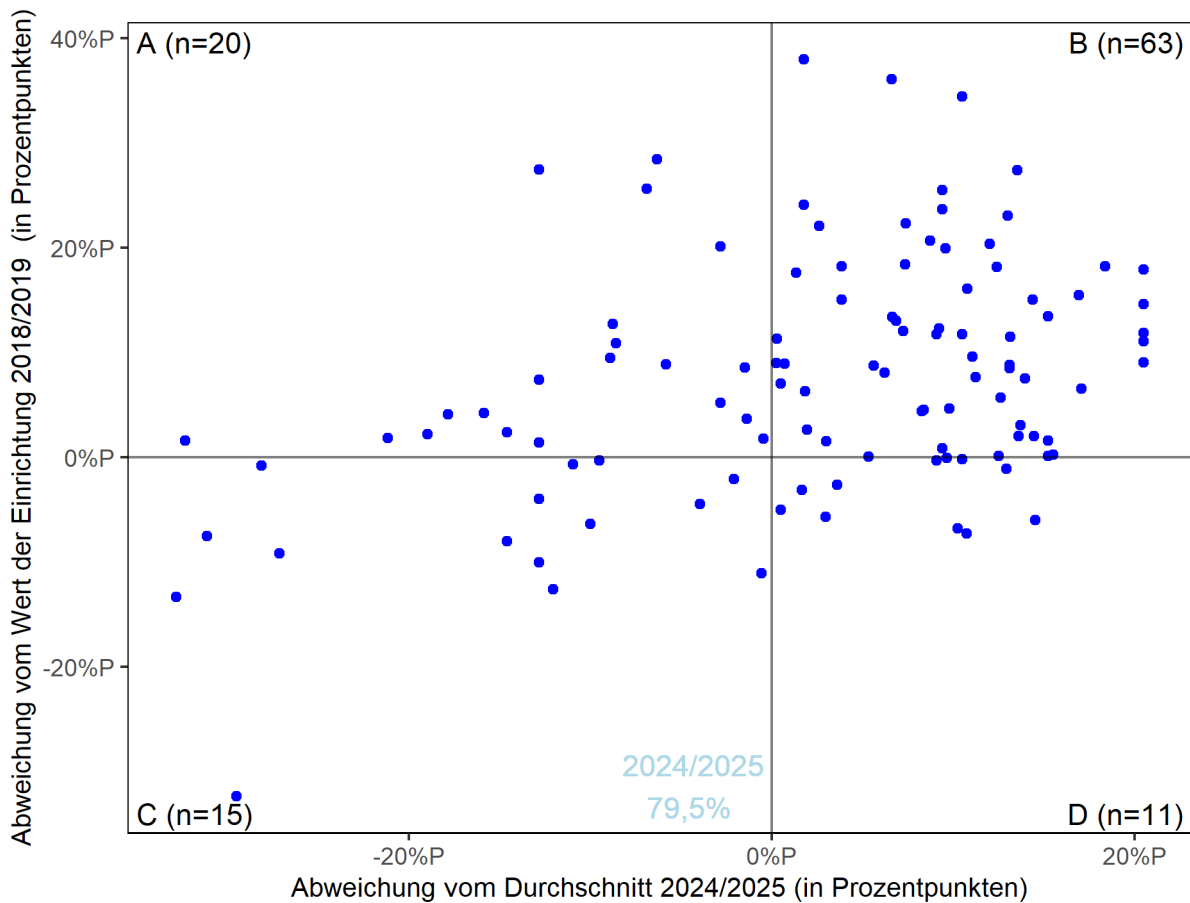
**C:** Kitas liegen **unter** dem Durchschnitt 2024/2025 und haben sich gegenüber 2018/2019 **verschlechtert**.

**D:** Kitas liegen **über** dem Durchschnitt 2024/2025, haben sich aber gegenüber 2018/2019 **verschlechtert**.

Der insgesamt positive Trend der Zahngesundheit der Kitakinder zeigt sich auch in den einzelnen Kitas. 83 der 109 beobachteten Kitas liegen in den Quadranten A und B und konnten damit den Anteil von naturgesundem Gebisszustand von 2018/2019 zu 2024/2025 steigern. Der überwiegende Teil von 63 Kitas liegt sogar über dem Durchschnitt von 2024/2025. Teilweise sind die Abstände von der horizontalen Linie gering, was eine weitgehende Konstanz zwischen den Vergleichsjahren bedeutet. In einigen Kitas haben sich Anteile aber um mehr als 20 Prozentpunkte verbessert.

Rückschritte im Vergleich zu 2018/2019 zeigen sich bei 26 der 109 Kitas (Quadranten C und D). Abgesehen von einem Ausreißer (-32 Prozentpunkte) liegen die Rückschritte bei den meisten Kitas in einem Bereich von bis zu zehn Prozentpunkten.

Abbildung 2: Trendanalyse der Zahngesundheit in 109 Kitas 2018/2019 und 2024/2025

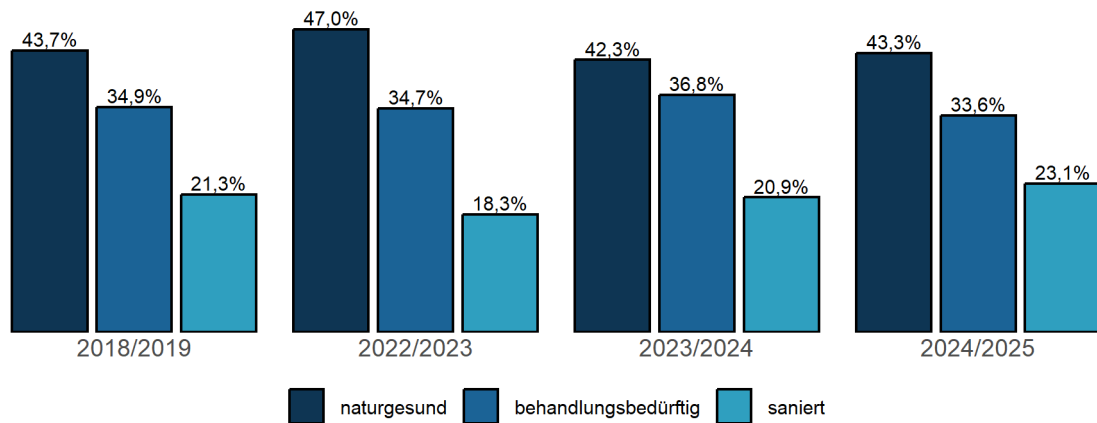


Quelle: Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 und 2024/2025

### 3.3. Grundschulen: Zwischen Stagnation und sozialer Ungleichheit

Der positive Trend in den Kitas lässt sich bei der Untersuchung der Grundschul Kinder nicht beobachten (Abbildung 3). Die Zahngesundheit der Grundschul Kinder stagniert weitgehend auf dem Niveau vor der Corona-Pandemie. Der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebisszustand lag 2024/2025 geringfügig unter dem Wert von 2018/2019 (43,3 % vs. 43,7 %). Der behandlungsbedürftige Anteil unter den Grundschul Kinder hat sich ebenfalls kaum verändert (33,6 % vs. 34,9 %). Damit bleibt der Behandlungsbedarf von rund einem Drittel aller untersuchten Grundschul Kinder weiterhin hoch. Wie auch in den Kitas zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen: Mädchen hatten 2024/2025 etwas häufiger einen naturgesunden Gebisszustand als Jungen (44,5 % vs. 42,3 %).

Abbildung 3: Gebisszustand der Grundschul Kinder im Zeitverlauf

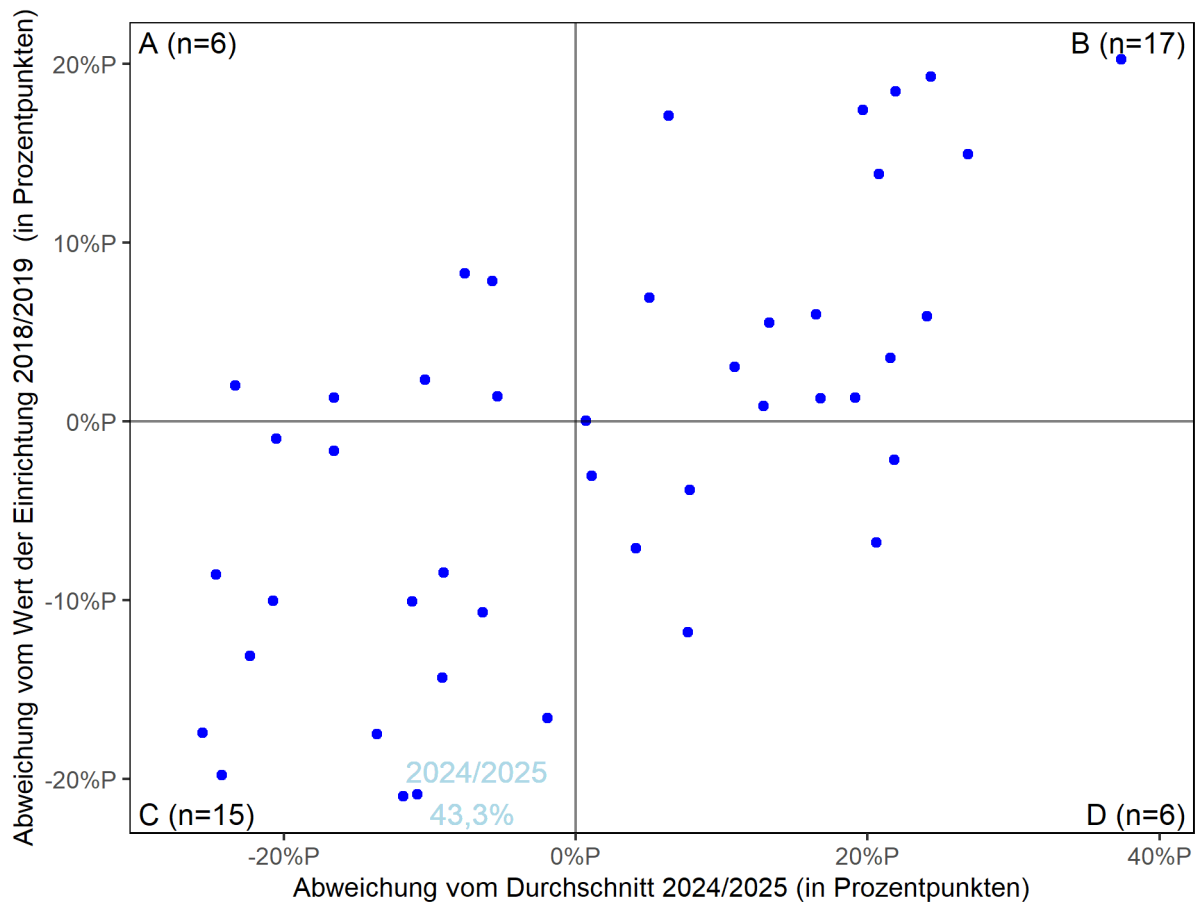


Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: 2018/2019: 10.741; 2022/2023: 14.247; 2023/2024: 12.255; 2024/2025: 19.604

Quelle: Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

Analog zu den Kitas lässt sich auch für insgesamt 44 Grundschulen die Entwicklung von 2018/2019 zu 2024/2025 näher beleuchten (Abbildung 4). Die weitgehend konstanten stadtweiten Werte spiegeln sich auch in der Betrachtung einzelner Grundschulen wider. Bei etwas mehr als der Hälfte der Grundschulen (23 von 44) hat sich der Anteil an naturgesundem Gebisszustand gegenüber 2018/2019 verbessert. Bei 21 Grundschulen zeigt sich ein Rückschritt in der Zahngesundheit. Auffällig ist die weite Streuung der Punkte: Einige Grundschulen haben teils deutliche Verbesserungen, andere deutliche Verschlechterungen erfahren. Insgesamt gleichen sich positive und negative Entwicklungen weitestgehend aus.

Abbildung 4: Trendanalyse der Zahngesundheit in 44 Grundschulen 2018/2019 und 2024/2025



Quelle: Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 und 2024/2025

Der Einfluss sozialer Bedingungen auf die Zahngesundheit von Grundschulkindern lässt sich mit Hilfe des Schulsozialindex untersuchen.<sup>2</sup> Dieser Index wurde im Auftrag des Landes Nordrhein-Westfalen von der Ruhr-Universität Bochum entwickelt und bildet die soziale Zusammensetzung der Schülerschaft einer Schule mit einem Wert von 1 bis 9 (1 = niedrigste Belastung, 9 = höchste Belastung) ab. Er beinhaltet Indikatoren zu:

- Kinder- und Jugendarmut,
- Anteil der Schülerinnen und Schüler mit vorwiegend nichtdeutscher Familiensprache,
- Anteil der Schülerinnen und Schüler mit eigenem Zuzug aus dem Ausland sowie
- Anteil der Schülerinnen und Schüler mit den Förderschwerpunkten Lernen, emotionale und soziale Entwicklung und Sprache.

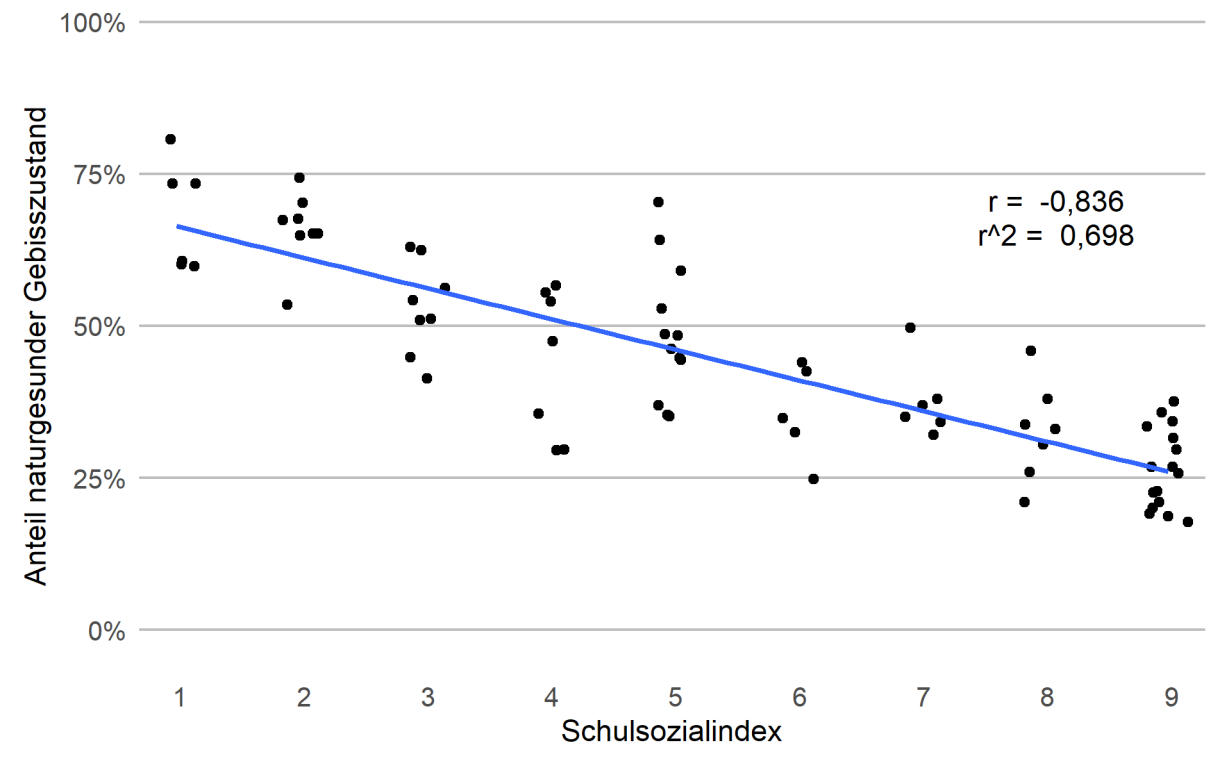
Mit Ausnahme einer staatlich genehmigten Ersatzschule lag der Schulsozialindex für 75 Grundschulen vor, in denen 2024/2025 zahnmedizinische Untersuchungen durchgeführt wurden.

Eine Analyse des Zusammenhangs zwischen dem Anteil von naturgesundem Gebisszustand einer Grundschule (y-Achse) und dem Schulsozialindex (x-Achse) zeigt eine starke negative

<sup>2</sup> [MSB 2025](#)

Korrelation (Abbildung 5). Der Korrelationskoeffizient  $(-0,836)^3$  bedeutet, dass mit steigendem Schulsozialindex – der eine ungünstigere soziale Lage anzeigt – die Zahngesundheit der Kinder deutlich schlechter ausfällt. Anders gesagt: Je belasteter die soziale Lage einer Schule ist, desto häufiger treten dort Zahnprobleme auf. Das unterstreicht die enge Verknüpfung zwischen sozialer Lage und Mundgesundheit. Damit wird deutlich, wie wichtig zahnpräventive Maßnahmen besonders in Schulen mit hohem Sozialindex sind.

Abbildung 5: Anteil Kinder mit naturgesundem Gebisszustand in 75 Grundschulen in Abhängigkeit vom Schulsozialindex NRW, 2024/2025

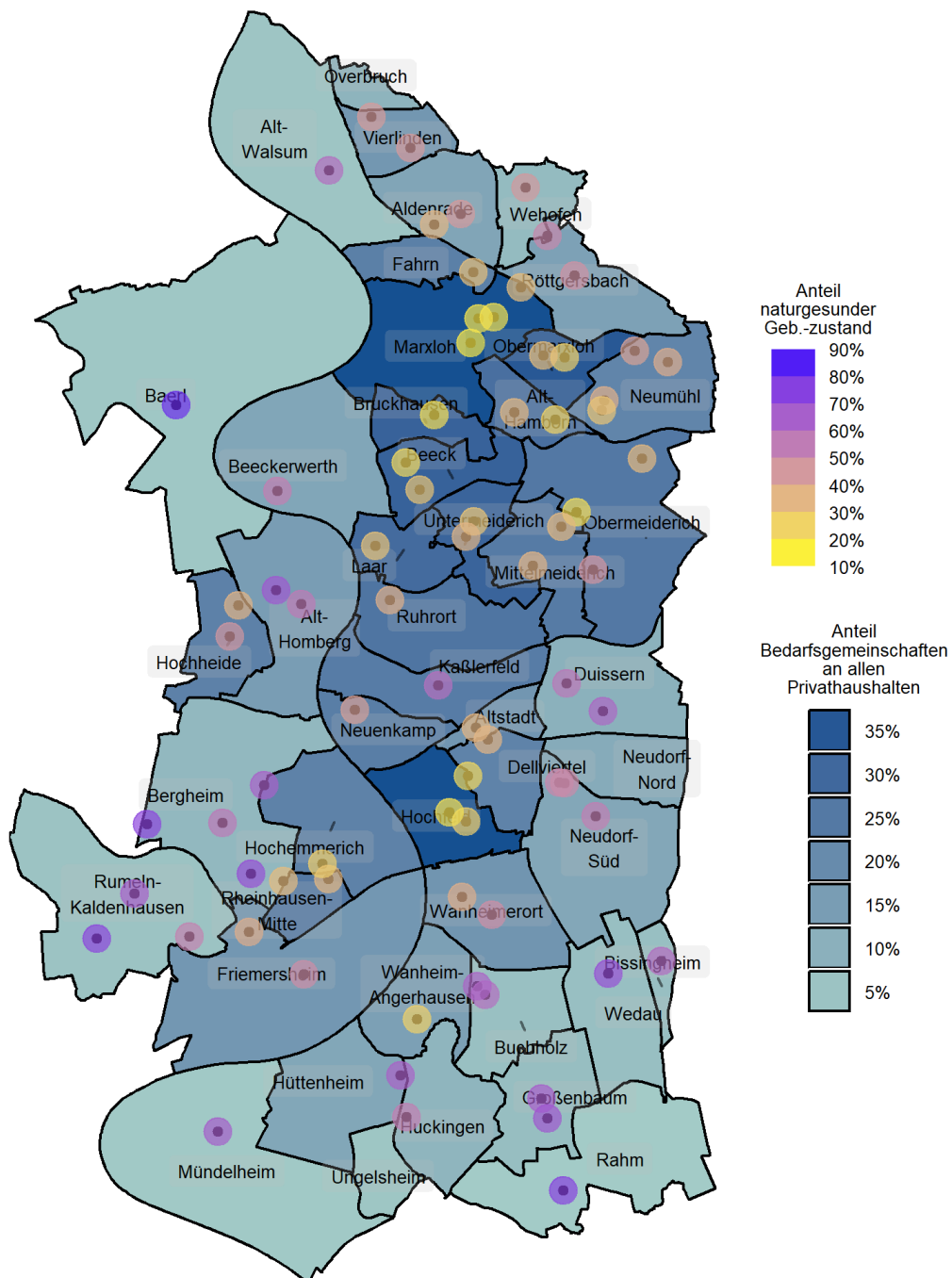


Quelle: Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung der Stadt Duisburg 2024/2025 und Schulsozialindex NRW 2024/2025

Wie bereits gezeigt, kann sich die Zahngesundheit in den einzelnen Grundschulen stark voneinander unterscheiden (siehe Abbildung 4). Abbildung 6 veranschaulicht die räumliche Verteilung der Grundschulen sowie deren jeweiligen Anteil an naturgesundem Gebisszustand im Untersuchungsjahr 2024/2025. Der farbliche Hintergrund der Karte stellt den Anteil der Bedarfsgemeinschaften (mit Mindestsicherungsleistungen gemäß SGB II, SGB XII, Kapitel 3 und 4, und AsylbLG) an allen Privathaushalten im Jahr 2024 dar. Dunkelblau gefärbte Stadtteile weisen einen hohen Anteil von Bedarfsgemeinschaften auf. Hier finden sich häufiger Grundschulen mit niedrigerer Zahngesundheit der Kinder, wie z. B. in Marxloh und Hochfeld. Die Abbildung bestätigt damit die Ergebnisse der Korrelationsanalyse und verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Zahngesundheit und sozialen Faktoren.

<sup>3</sup> Der Spearman-Korrelationskoeffizient misst den Rangzusammenhang zweier Variablen; er eignet sich auch für intervallskalierte Daten wie den Schulsozialindex (1–9). Der hier auf Basis von 75 untersuchten Schulen gefundene Wert von  $r = -0,83$  weist auf einen sehr starken negativen Zusammenhang hin.

Abbildung 6: Anteil Kinder in Grundschulen mit naturgesundem Gebisszustand (2024/2025) sowie Anteil Bedarfsgemeinschaften an allen Privathaushalten in Prozent (2024)



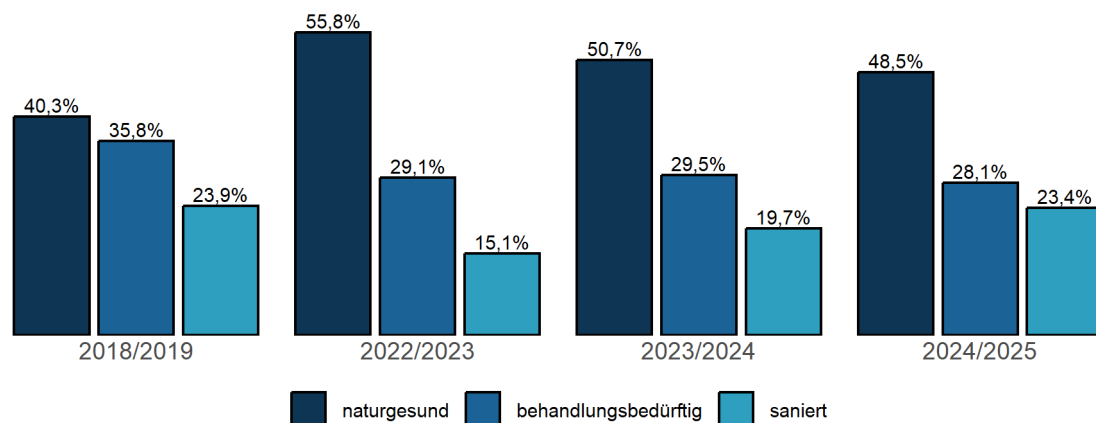
Basis: Bedarfsgemeinschaften mit Mindestsicherungsleistungen gemäß SGB II, SGB XII, Kapitel 3 und 4, und AsylbLG

Quelle: Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung der Stadt Duisburg 2024/2025, Amt für Wohnen und Soziales und Stabsstelle Statistik der Stadt Duisburg. Bedarfsgemeinschaften mit Mindestsicherungsleistungen gemäß SGB II, SGB XII, Kapitel 3 und 4, und AsylbLG. Stand: 31.12.2024; Geodaten: Stadt Duisburg und [MSB Schuldaten](#)

### 3.4. Förderschulen: Verbesserung trotz leichter Rückschritte

Der Jugendzahnärztliche Dienst konnte in den letzten beiden Untersuchungsjahren deutlich mehr Kinder in den Duisburger Förderschulen untersuchen als vor der Corona-Pandemie (Tabelle 1). Wurden 2018/2019 804 Schülerinnen und Schüler in sieben Förderschulen untersucht, waren es 2024/2025 in zwölf Förderschulen mehr als doppelt so viele Kinder (n = 1.941). Insgesamt hat sich der Anteil an naturgesundem Gebisszustand in Förderschulen verbessert (Abbildung 7). 2018/2019 lag er bei 40,3 Prozent und 2024/2025 bei 48,5 Prozent. Seit 2022/2023 hat der Anteil allerdings abgenommen. Es bleibt abzuwarten, wie sich dieser Trend mit den künftig höheren Fallzahlen entwickeln wird. Jungen in Förderschulen hatten 2024/2025 etwas häufiger einen naturgesunden Gebisszustand (49,2 %) als Mädchen (48,1 %), wobei auf 1.274 untersuchte Jungen in Förderschulen nur 638 Mädchen kamen. Auch bei den Förderschulen zeigen sich Schwankungen zwischen den untersuchten Einrichtungen: Der höchste Anteil an naturgesundem Gebisszustand lag bei rund 66 Prozent und der niedrigste bei rund 32 Prozent.

Abbildung 7: Gebisszustand der Förderschulkinder im Zeitverlauf



Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: 2018/2019: 804; 2022/2023: 1.453; 2023/2024: 1.803; 2024/2025: 1.941

Quelle: Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

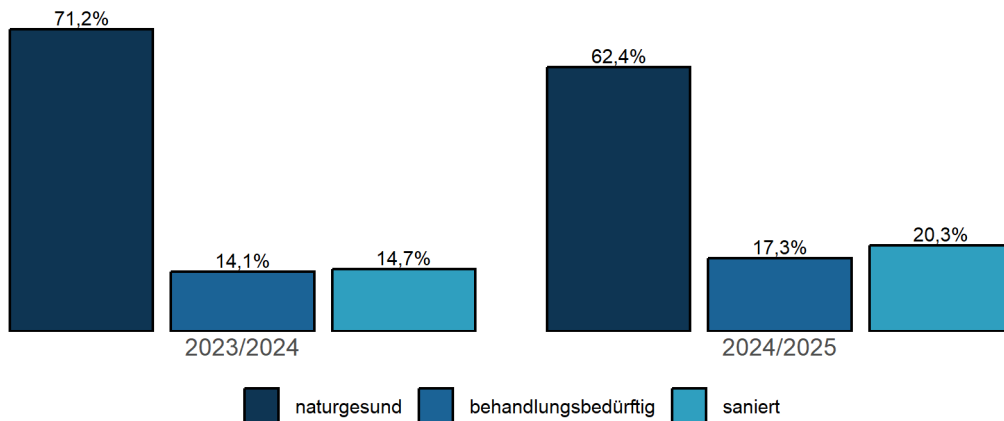
### 3.5. Weiterführende Schulen: Mehr untersuchte Kinder, mehr Erkenntnisse

Im Untersuchungsjahr 2023/2024 konnte der Jugendzahnärztliche Dienst erstmals seine Untersuchung auch auf drei weiterführende Schulen mit 761 Schülerinnen und Schülern ausdehnen. 2024/2025 konnten die Untersuchungen bereits erfolgreich auf 18 weiterführende Schulen und 3.910 Schülerinnen und Schüler ausgeweitet werden. Die Angaben von 2024/2025 sind deutlich repräsentativer für die Stadt Duisburg, da mit fünf Gymnasien, neun Gesamtschulen, drei Realschulen und einer Hauptschule alle Schulformen vertreten waren. Ein Vergleich zu 2023/2024 ist daher nur bedingt möglich.

Von den untersuchten Kindern in 2024/2025 hatten 62,4 Prozent einen naturgesunden Gebisszustand (Abbildung 8). Bei Mädchen lag der Anteil etwas höher als bei Jungen (64,1 % vs. 61,3 %). Die Spannweite zwischen den weiterführenden Schulen ist groß: Der höchste Anteil lag bei rund 80 Prozent und der niedrigste bei rund 31 Prozent. Bei ungefähr einem Sechstel der Schülerinnen und Schüler (17,3 Prozent) wurde ein Behandlungsbedarf

festgestellt, was aus Sicht des Jugendzahnärztlichen Dienstes für den Bedarf an zahnmedizinischer Prävention und Behandlung auch in höheren Jahrgangsstufen spricht. Die fortlaufende Etablierung der zahnmedizinischen Untersuchungen an weiterführenden Schulen ist daher ein wichtiger Beitrag zur Förderung der Mundgesundheit im Jugendalter.

Abbildung 8: Gebisszustand der Kinder in weiterführenden Schulen im Zeitverlauf



Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: 2023/2024: 761; 2024/2025: 3.910

Quelle: Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung der Stadt Duisburg 2023/2024 und 2024/2025

### 3.6. Kariesintensität: dmft/DMFt

Zur Beschreibung der Kariesintensität benutzen die Zahnärztinnen und Zahnärzte den dmft- und den DMFt-Index. Diese Kennzahlen geben an, wie viele Zähne eines Kindes von Karies betroffen sind oder waren – unabhängig davon, ob sie bereits behandelt wurden oder noch behandelt werden müssen.

- **dmft** steht für den Zustand der Milchzähne („d“ = decayed = kariös, „m“ = missing = wegen Karies fehlend, „f“ = filled = gefüllt, „t“ = teeth = Zähne).
- **DMFt** bezieht sich auf die bleibenden Zähne.
- Je niedriger der Wert, desto besser die Zahngesundheit.
- Ein dmft-Wert von 0 bedeutet: Alle Milchzähne sind gesund und kariesfrei.
- Ein durchschnittlicher dmft-Wert von 0,33 bedeutet, dass durchschnittlich jedes Kind 0,33 von Karies betroffene Zähne hat, oder anders ausgedrückt: Von drei Kindern hat eines einen Zahn mit Karieserfahrung.

Erfasst wird die Kariesintensität gewöhnlich in drei Altersklassen, die international für epidemiologische Mundgesundheitsuntersuchungen etabliert sind und als sogenannte Index-Alter gelten, da sie wichtige Entwicklungsstufen der Kinder abbilden:

- **3 Jahre:** frühes Milchgebiss – hier zeigt sich, ob frühkindliche Karies vorhanden ist (dmft).
- **6–7 Jahre:** Wechselgebissphase – Milch- und bleibende Zähne befinden sich gleichzeitig im Mund. Abgebildet wird hier die Kariesintensität an den Milchzähnen (dmft).
- **12 Jahre:** Untersucht wird die Kariesintensität bei allen bleibenden Zähnen (außer Weisheitszähnen), die in diesem Alter in der Regel durchgebrochen sind (DMFt).

Kariesrisiko steigt mit zunehmendem Alter: Je länger ein Zahn im Mund ist, desto länger ist er den kariogenen Einflüssen (Plaque, Zucker, mangelnde Pflege) ausgesetzt. Daher kann schon ein Unterschied von ein bis zwei Jahren bei Kindern zu klar unterschiedlichen dmft-/DMFt-Werten führen. Die eng gesteckten Altersklassen schaffen damit eine Vergleichbarkeit der Kariesintensität beispielsweise zwischen Kommunen, Bundesländern und internationalen Studien.

Tabelle 2 zeigt die Entwicklung des dmft/DMFt-Index im Zeitverlauf. Bei 3-Jährigen ist der dmft-Index von 0,44 (2018/2019) auf 0,33 (2024/2025) gesunken. Ebenfalls zurückgegangen ist die Kariesintensität der Milchzähne bei 6-7-Jährigen von 2,03 (2018/2019) auf 1,89 (2024/2025). Die Erfassungsquote der 12-Jährigen hat sich 2024/2025 mit der Ausweitung der Untersuchungen verdreifacht. Ein Vergleich der beiden Jahre hat daher nur eingeschränkte Aussagekraft. Der DMFt-Index lag 2024/2025 bei 0,55. Das bedeutet, dass durchschnittlich etwa jedes zweite 12-jährige Kind vollständig kariesfrei war, während das andere Kind durchschnittlich einen von Karies betroffenen Zahn hatte.

*Tabelle 2: Kariesintensität nach Altersklassen im Zeitverlauf*

Altersgruppe	Indikator	2018/2019	2022/2023	2023/2024	2024/2025
<b>3-Jährige</b>	dmft (Anzahl Kinder)	<b>0,44</b> (1.368)	<b>0,21</b> (1.098)	<b>0,29</b> (1.016)	<b>0,33</b> (2.362)
<b>6-7-Jährige</b>	dmft (Anzahl Kinder)	<b>2,03</b> (5.180)	<b>1,66</b> (7.021)	<b>1,98</b> (5.821)	<b>1,89</b> (9.209)
<b>12-Jährige</b>	DMFt (Anzahl Kinder)	-	-	<b>0,50</b> (455)	<b>0,55</b> (1.377)

Quelle: Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

Aktuelle Vergleichsdaten zur Zahngesundheit sind zurzeit nicht verfügbar. Die letzte bundesweite Studie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ), die auf Daten basiert, die durch die kommunalen Jugendzahnärztlichen Dienste erhoben werden, stammt aus dem Jahr 2016. Ein Vergleich mit Daten dieser Studie wurde bereits in dem 2020 erschienen Bericht des Duisburger Gesundheitsamtes zur Zahngesundheit der Kinder veröffentlicht.<sup>4</sup>

Andere Kommunen in NRW haben keine aktuellen Berichte zur Zahngesundheit ihrer Kinder veröffentlicht, die eine methodische Vergleichbarkeit erlauben.

Die 6. Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS VI), die von 2021 bis 2023 durchgeführt wurde, stützt sich auf eine Zufallsstichprobe. Sie liefert ein wissenschaftlich repräsentatives, deutschlandweites Bild der Mundgesundheit, unterscheidet sich aber methodisch deutlich von den Vorsorgeuntersuchungen des Jugendzahnärztlichen Dienstes. Der Jugendzahnärztliche Dienst arbeitet flächendeckend und erreicht auch Kinder, die im klassischen Gesundheitswesen oder in Studien durch das Raster fallen. Die DMS VI berichtet für 12-Jährige einen DMFt-Index von 0,5.<sup>5</sup> Dies entspricht ungefähr dem Niveau von Duisburg.

<sup>4</sup> [Duisburg\\_2020](#)

<sup>5</sup> [DMS VI 2025](#)

### 3.7. Ergebnisse im Überblick

Die Ergebnisse der zahnmedizinischen Untersuchungen in Duisburg geben einen umfassenden Einblick in den Zustand der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Altersgruppen und Schulformen. Die deutlich höhere Anzahl an untersuchten Kindern im Schuljahr 2024/2025 erlaubt ein noch differenzierteres Bild und erhöht die Aussagekraft der Ergebnisse.

Für die Kitakinder zeigen die Daten insgesamt einen positiven Trend. Es gibt einzelne Einrichtungen mit Rückschritten, aber diese stellen eine Minderheit dar.

In den Grundschulen hingegen zeigt sich ein eher stabiles Bild: Die Zahngesundheit stagniert weitgehend auf dem Niveau vor der Corona-Pandemie. Der Anteil der Kinder mit zahnärztlichem Behandlungsbedarf bleibt hoch. Dennoch liefern die systematischen Untersuchungen wichtige Informationen, um gezielte Präventionsmaßnahmen in den Schulen zu planen. Auch hier schneiden einzelne Einrichtungen besser ab als der Durchschnitt, während andere weiterhin einen stärkeren Unterstützungsbedarf haben.

In den Förderschulen lassen sich positive Entwicklungen beobachten, wobei die Ergebnisse weiterhin stark von der einzelnen Einrichtung abhängen.

Auch die weiterführenden Schulen wurden in dieser Berichtsperiode erstmals systematisch untersucht, was neue Erkenntnisse über die Mundgesundheit von Kindern in der 5. und 6. Klasse liefert. Hier zeigt sich, dass ein erheblicher Teil der Schülerinnen und Schüler zahnmedizinische Betreuung benötigt, zugleich weist aber auch ein beachtlicher Anteil ein naturgesundes Gebiss auf. Die Ausweitung auf alle Schulformen und Jahrgangsstufen stärkt die flächendeckende Prävention und hilft, gesundheitliche Risiken frühzeitig zu erkennen.

Ein deutliches Muster ergibt sich aus den sozialen und räumlichen Unterschieden: Kinder aus sozial stärker belasteten Stadtteilen weisen häufiger Zahnprobleme auf. Diese Zusammenhänge unterstreichen, wie eng Mundgesundheit und soziale Lage verknüpft sind. Zahnmedizinische Prävention ist besonders in Einrichtungen mit höherem sozialen Belastungsindex von zentraler Bedeutung, um gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass kontinuierliche zahnmedizinische Vorsorge und Prävention in allen Altersgruppen notwendig sind. Die gesteigerte Zahl der untersuchten Kinder liefert eine solide Datenbasis, die als wertvolles Instrument für die kommunale Gesundheitsberichterstattung dient. Sie erlaubt nicht nur das frühzeitige Erkennen von Problemen, sondern auch die gezielte Planung von Maßnahmen, um die Mundgesundheit nachhaltig zu fördern.

### 3.8. Gezielte Unterstützung durch den Zahnärztlichen Dienst: Lokale Fluoridierung und individuelle Begleitung

Neben der deutlich erweiterten Reichweite der zahnärztlichen Untersuchungen im Schuljahr 2024/2025 hat der Zahnärztliche Dienst der Stadt Duisburg zwei besonders wirksame Maßnahmen eingeführt bzw. erweitert, um die Zahngesundheit von Kindern gezielt zu verbessern: die lokale Fluoridierung und die begleitende Betreuung bei erhöhtem Kariesrisiko. Beide Ansätze ergänzen die reguläre Gruppenprophylaxe und unterstützen Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko.

Die lokale Fluoridierung wurde im Rahmen eines Pilotprojekts erstmals direkt in einer Grundschule durchgeführt. Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko erhielten dabei eine

Präventionsmaßnahme in Form einer lokalen Fluorid-Touchierung der Zähne, die den Zahnschmelz stärkt und vor weiteren Schäden schützt. Die Maßnahme ist unkompliziert, schmerzfrei und lässt sich gut in den schulischen Alltag integrieren. Durchgeführt wurde sie nur nach der Einholung der Einverständniserklärungen der Erziehungsberechtigten. Die aktive Unterstützung der Schule – sowohl organisatorisch als auch pädagogisch – war ein entscheidender Erfolgsfaktor für die Umsetzung. Die Maßnahme erreicht insbesondere Kinder, die zu Hause weniger Unterstützung bei der Zahnpflege erhalten. Die geplante halbjährliche Wiederholung und Ausweitung auf weitere Einrichtungen mit vergleichbarem Bedarf zeigen, dass hier ein nachhaltiger Präventionsansatz verfolgt wird.

Ergänzend dazu wurde die individuelle Betreuung für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko deutlich intensiviert. Rund fünf Prozent der untersuchten Kinder erhielten eine persönliche Begleitung – durch Gespräche mit den Eltern, Beratung im Gesundheitsamt und bei Bedarf durch die Einbindung der Sozialen Dienste. Diese gezielte Unterstützung zeigt bereits Wirkung: Über ein Drittel der betreuten Kinder konnte erfolgreich zahnärztlich versorgt werden. Die Maßnahme wird über das Schuljahr hinaus fortgeführt, um langfristige Verbesserungen zu erzielen und gesundheitliche Chancen zu erhöhen.

In Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Zahnmedizinische Prophylaxe Duisburg e. V. unterstützt der Zahnärztliche Dienst Ganztageseinrichtungen wie Kitas und offene Ganztagschulen bei der Etablierung des täglichen Zähneputzens mit Material und fachlicher Beratung vor Ort. So konnten 2024/2025 insgesamt 225 Kitagruppen, acht Grundschulklassen und 15 Förderschulklassen zur Teilnahme gewonnen werden. Einrichtungen, die an dem Zähneputzen teilnehmen, erhalten ein Zertifikat (Abbildung 9). Die Teilnahme der Einrichtung ist durch die Corona-Pandemie gesunken. 2018/2019 haben beispielsweise noch 270 Kitagruppen an dem Programm teilgenommen, während es 2022/2023 nur 165 Gruppen waren. Mit 225 Gruppen verzeichnet das Untersuchungsjahr 2024/2025 jedoch wieder einen Aufwärtstrend bei der Teilnahme.

Abbildung 9: Zertifikat „Wir putzen mit...“



Quelle: Arbeitskreis Zahnmedizinische Prophylaxe Duisburg e. V.

Die oben aufgeführten Maßnahmen verdeutlichen, wie wichtig es ist, Prävention flächendeckend, individuell und sozial differenziert zu gestalten. Sie tragen dazu bei, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern und die Zahngesundheit in Duisburg nachhaltig zu stärken.

### 3.9. Handlungsempfehlungen

Der 2020 erschienene Bericht des Duisburger Gesundheitsamtes zur Zahngesundheit der Kinder<sup>6</sup> hat bereits zentrale Handlungsempfehlungen formuliert, um die Mundgesundheit von Kindern in Duisburg nachhaltig zu verbessern. Im Fokus standen dabei unter anderem der personelle Ausbau des Zahnärztlichen Dienstes, die flächendeckende Durchführung zahnärztlicher Untersuchungen und gruppenprophylaktischer Maßnahmen, die Einführung lokaler Fluoridierungsmaßnahmen, die Ausweitung der Vorsorge auf weiterführende Schulen sowie eine intensivere Elternarbeit und gezielte Unterstützung von Kindern aus sozial benachteiligten Familien.

Die Corona-Pandemie in den Jahren 2020 bis 2022 hatte erhebliche Auswirkungen auf die Umsetzung vieler Maßnahmen. Einige Empfehlungen konnten inzwischen allerdings erfolgreich umgesetzt werden. Besonders hervorzuheben ist der personelle Zuwachs im Zahnärztlichen Dienst: Erstmals waren vier zahnärztliche Teams stadtweit im Einsatz, was eine deutliche Ausweitung des Untersuchungsumfangs ermöglichte. Auch die Ausweitung der Vorsorge auf weiterführende Schulen – konkret auf die Jahrgangsstufen 5 und 6 – stellt einen wichtigen Fortschritt dar. Diese Maßnahme trägt dazu bei, die Zahngesundheit im Kindesalter systematisch zu erfassen und frühzeitig auf Risiken zu reagieren.

Ein weiterer Meilenstein ist der Start eines Pilotprojekts zur lokalen Fluoridierung, die im Bericht 2020 als besonders wirksam empfohlen wurde, aber damals aus personellen Gründen nicht umgesetzt werden konnte. Da die Fluoridierung halbjährlich wiederholt werden muss, um einen effektiven Schutz zu gewährleisten, wäre eine deutliche Ausweitung des Projektes nur mit erhöhtem Personalaufwand zu gewährleisten.

Durch die individuelle Betreuung von Kindern mit besonders hohem Kariesrisiko und die Einbeziehung der Eltern werden gezielt sozial benachteiligte Familien angesprochen.

Die Teilnahme von Kitas und offenen Ganztagschulen am regelmäßigen Zähneputzen steigt wieder, liegt aber noch immer unter dem Niveau vor der Corona-Pandemie. Der Arbeitskreis Zahnmedizinische Prophylaxe Duisburg e. V. unterstützt die Einrichtungen mit Material und fachlicher Beratung vor Ort; Teilnahme und Umsetzung sind jedoch auch vom Engagement und den Kapazitäten der jeweiligen Einrichtung abhängig.

Insgesamt zeigt der Vergleich, dass Duisburg wichtige strukturelle und präventive Maßnahmen auf den Weg gebracht hat. Der engagierte Einsatz des Zahnärztlichen Dienstes, der Hand in Hand mit dem Arbeitskreis Zahnmedizinische Prophylaxe Duisburg e. V. arbeitet, die Ausweitung der Vorsorgeangebote und die gezielte Unterstützung besonders gefährdeter Kinder sind zentrale Fortschritte. Gleichzeitig bleibt es eine Aufgabe der kommenden Jahre, auch die sozialräumlich differenzierten Empfehlungen weiter umzusetzen und bestehende Maßnahmen nachhaltig zu verstetigen, um die Zahngesundheit aller Kinder in Duisburg nachhaltig zu fördern.

---

<sup>6</sup> [Duisburg 2020](#)

## 4. Schuleingangsuntersuchungen in Duisburg

Die Schuleingangsuntersuchung ist eine gesetzlich vorgeschriebene Vorsorgeuntersuchung für alle Kinder vor der Einschulung. In Duisburg wird sie vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) und dem Institut für Jugendhilfe durchgeführt. In der Regel findet sie einige Monate vor Schuleintritt der Kinder statt. Ziel ist es, die gesundheitlichen und entwicklungsbezogenen Voraussetzungen der Kinder für einen erfolgreichen Schulstart zu erfassen, mögliche Förderbedarfe zu erkennen und Familien bei Bedarf zu unterstützen.

Die Eltern erhalten im Vorfeld eine Einladung zur Untersuchung und bringen das Vorsorgeheft, den Impfpass sowie einen ausgefüllten Elternfragebogen mit. Diese Unterlagen und bereits vorhandene Arztberichte liefern Informationen zu bisherigen Erkrankungen, Entwicklungsschritten und zum sozialen Umfeld des Kindes.

Zu Beginn erfolgt ein Gespräch zwischen den Eltern und der untersuchenden Ärztin bzw. dem untersuchenden Arzt. Hierbei werden Fragen zur gesundheitlichen und psychosozialen Entwicklung des Kindes gestellt. Dabei wird auch überprüft, ob die Vorsorgeuntersuchungen (U1–U9) vollständig durchgeführt wurden.

Im Zentrum der Schuleingangsuntersuchung steht eine körperliche Untersuchung, die Wachstum, allgemeine Gesundheit und Impfstatus erfasst. Zusätzlich erfolgen Tests zum Seh- und Hörvermögen, welche für die schulische Entwicklung wichtig sind.

Mithilfe standardisierter Verfahren werden Sprache, Fein- und Grobmotorik, Wahrnehmung, Konzentrationsfähigkeit und Sozialverhalten überprüft. Auffälligkeiten in diesen Bereichen können Hinweise auf spätere schulische Lernschwierigkeiten geben.

Nach Abschluss der Untersuchung erhält die Familie eine Rückmeldung über die Ergebnisse. Liegen Entwicklungsrisiken oder gesundheitliche Auffälligkeiten vor, sprechen die untersuchenden Ärztinnen und Ärzte Empfehlungen aus, etwa zur logopädischen oder physiotherapeutischen Förderung, zur Augen- oder HNO-ärztlichen Abklärung oder zur Teilnahme an Frühförderangeboten.

Alle Befunde werden dokumentiert und fließen anonymisiert in die kommunalen und landesweiten Gesundheitsberichte und Statistiken ein. Dadurch können auch im Vergleich zu anderen Kommunen und Bundesländern Trends zu Entwicklungsauffälligkeiten, wie z. B. Sprachauffälligkeiten und motorische Entwicklungsstörungen, sowie Übergewicht und Impflücken sichtbar gemacht werden. Diese Daten sind eine wichtige Grundlage für Präventionsprogramme und gesundheitspolitische Planungen in Duisburg. Die enge Verzahnung von individueller Beratung und kommunaler Datenanalyse macht die Schuleingangsuntersuchung zu einem wichtigen Baustein der Gesundheitsförderung im Kindesalter.

## 5. Eckdaten der Schuleingangsuntersuchung

Tabelle 3 zeigt eine Übersicht der Untersuchungszahlen und wesentlicher Gliederungsmerkmale der Schuleingangsuntersuchungen der Untersuchungsjahrgänge 2018/2019, 2022/2023, 2023/2024 und 2024/2025. Die Untersuchungsjahre 2019/2020, 2020/2021 und 2021/2022 wurden auch hier aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht berücksichtigt.

In den Jahren 2022/2023 bis 2024/2025 nahmen jährlich rund 5.000 Kinder an den Schuleingangsuntersuchungen teil und damit etwas mehr als in dem letzten regulären Untersuchungsjahr 2018/2019 vor der Corona-Pandemie. Der Großteil der Untersuchungen wurde vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) durchgeführt. Der Anteil der Kinder, der vom Institut für Jugendhilfe untersucht wurde, ist von 5,8 Prozent im Jahr 2018/2019 auf 8,4 Prozent in 2024/2025 angewachsen.

*Tabelle 3: Eckdaten der Schuleingangsuntersuchungen 2018/2019 bis 2024/2025*

<b>Merkmal</b>	<b>Ausprägung</b>	<b>2018/2019</b>	<b>2022/2023</b>	<b>2023/2024</b>	<b>2024/2025</b>
<b>Anzahl Kinder</b>		4.624	5.073	5.040	4.878
<b>Untersucht durch (%)</b>	Institut für Jugendhilfe	268 (5,8)	401 (7,9)	397 (7,9)	412 (8,4)
	KJGD	4.356 (94,2)	4.672 (92,1)	4.643 (92,1)	4.466 (91,6)
<b>Geschlecht (%)</b>	männlich	2.364 (51,1)	2.682 (52,9)	2.643 (52,4)	2.568 (52,6)
	weiblich	2.260 (48,9)	2.391 (47,1)	2.397 (47,6)	2.310 (47,4)
<b>Erstsprache (%)</b>	Deutsch	2.105 (47,9)	2.252 (46,3)	2.142 (44,4)	2.204 (47,0)
	Andere Sprache	2.287 (52,1)	2.612 (53,7)	2.678 (55,6)	2.482 (53,0)
<b>Kita-Besuchszeit (%)</b>	weniger als 2 Jahre	566 (12,2)	873 (17,2)	935 (18,6)	771 (15,8)
	mindestens 2 Jahre	3.547 (76,7)	3.672 (72,4)	3.514 (69,7)	3.436 (70,4)
	keine Angabe	511 (11,1)	528 (10,4)	591 (11,7)	671 (13,8)
<b>Bildungsindex der Eltern (%)</b>	niedrige Bildung	999 (28,5)	601 (22,7)	631 (23,2)	534 (21,9)
	mittlere Bildung	1.670 (47,6)	1.296 (48,9)	1.298 (47,8)	1.150 (47,2)
	hohe Bildung	836 (23,9)	752 (28,4)	788 (29,0)	750 (30,8)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

### 5.1. Geschlecht

Der Anteil untersuchter Mädchen und Jungen ist in dem Beobachtungszeitraum weitgehend konstant geblieben. Der Anteil von Jungen ist dabei etwas höher als der von Mädchen (2024/2025: 52,6 % vs. 47,4 %).

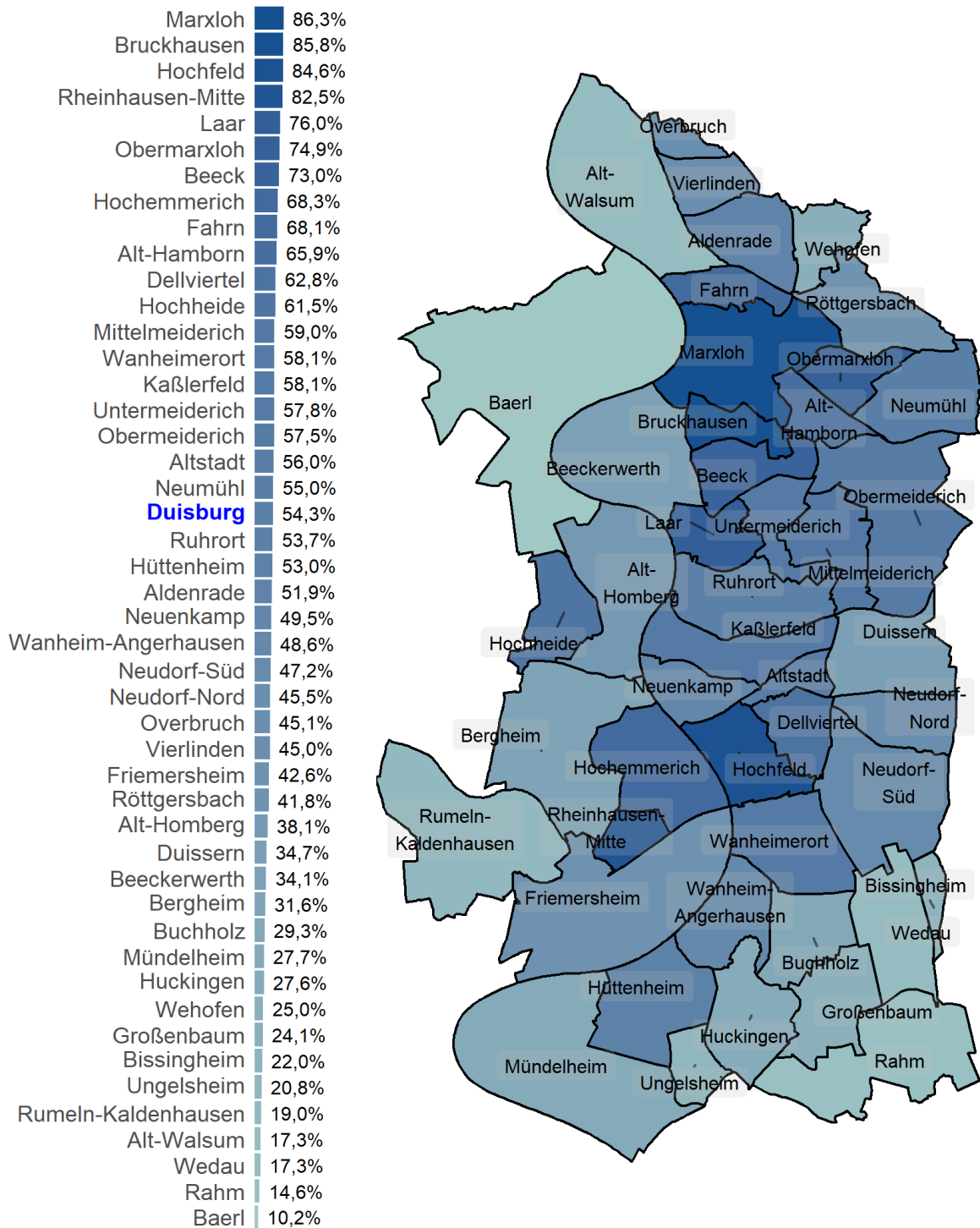
## 5.2. Erstsprache

Die Erstsprache der Kinder wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erfasst, weil sie ein zentraler Indikator für Sprachentwicklung und Bildungschancen ist. Wenn der Kontakt zu Deutsch vor der Einschulung gering ist (z. B. kein Kita-Besuch), fällt der Start in die Schule oft schwerer. Die Erfassung der Erstsprache erfolgt im Zuge der Untersuchung über die Frage, welche Sprache in den ersten vier Lebensjahren (Deutsch oder eine andere Sprache) mit dem Kind überwiegend gesprochen wurde.

Etwas mehr als die Hälfte der Kinder in Duisburg wächst mit einer anderen Erstsprache als Deutsch auf (Tabelle 3). Der Anteil lag 2018/2019 bei 52,1 Prozent und ist 2024/2025 gering auf 53,0 Prozent gestiegen.

Abbildung 10 veranschaulicht, wie unterschiedlich der Anteil mit einer anderen Erstsprache je nach Stadtteil sein kann. Dabei wurden die Untersuchungsjahre 2023/2024 und 2024/2025 zusammengelegt, um auch für Stadtteile mit vergleichsweise wenig Kindern verlässlichere Zahlen zu erhalten. Besonders hohe Anteile an Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch verzeichneten die Stadtteile Marxloh, Bruckhausen, Hochfeld und Rheinhausen-Mitte (jeweils über 80 Prozent). In Rumeln-Kaldenhausen, Alt-Walsum, Wedau, Rahm und Baerl war der Anteil mit unter 20 Prozent besonders niedrig.

Abbildung 10: Anteil Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch 2023/2024 und 2024/2025 nach Stadtteilen



Basis: Zusammengelegte Untersuchungsjahre 2023/2024 und 2024/2025

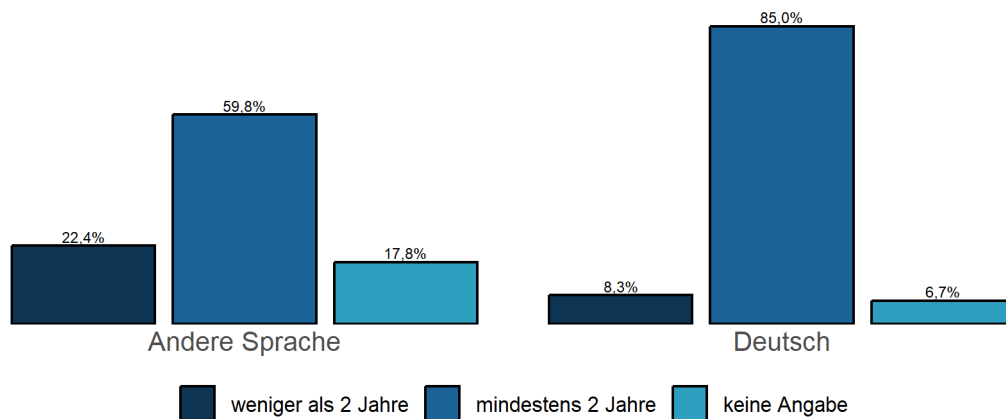
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2023/2024 und 2024/2025; Geodaten: Stadt Duisburg

### 5.3. Kita-Besuchszeit

Die Eltern werden in einem Fragebogen gebeten, anzugeben, wie lange ihr Kind eine Kita besucht hat. Die Angaben werden in Jahren und Monaten erfasst. Abgeleitet wurden daraus die Kategorien „weniger als zwei Jahre“, „mindestens zwei Jahre“ und „keine Angabe“. Unter „keine Angabe“ wurden fehlende Angaben und der Eintrag einer Null als Besuchszeit zusammengefasst. Der Anteil der Eltern, der „keine Angabe“ gemacht hat, ist im Vergleich zu 2018/2019 leicht gestiegen und lag 2024/2025 bei 13,8 Prozent (Tabelle 3). Der Anteil von Kindern, die mindestens zwei Jahre eine Kita besucht haben, ist im selben Zeitraum von 76,7 Prozent (2018/2019) auf 70,4 Prozent (2024/2025) zurückgegangen.

Kinder mit einer anderen Erstsprache haben 2024/2025 kürzer oder häufiger keine Kita besucht als Kinder mit Deutsch als Erstsprache. Mit einer anderen Erstsprache waren 59,8 Prozent der Kinder mindestens zwei Jahre lang in einer Kita, bei Deutsch als Erstsprache waren es 85,0 Prozent.

Abbildung 11: Kita-Besuchszeit nach Erstsprache 2024/2025



Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: Andere Sprache: 2.482; Deutsch: 2.204  
Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2024/2025

### 5.4. Deutschkenntnisse

In NRW werden bei Kindern, mit denen zu Hause in den ersten vier Lebensjahren überwiegend nicht Deutsch gesprochen wurde, die Deutschkenntnisse bei den Schuleingangsuntersuchungen erfasst. Dies erfolgt nach dem „Bielefelder Modell“ in fünf Kategorien<sup>7</sup>:

**1. Das Kind spricht kein Deutsch:** Das Kind kann sich mit der deutschen Sprache nicht verständlich machen.

**2. Das Kind spricht nur radebrechend Deutsch:** Das Kind verfügt über einen rudimentären Wortschatz. Es kann sich in Form von Zwei- oder Mehrwortsätzen, die grammatikalisch inkorrekt sind, eingeschränkt verständlich machen.

<sup>7</sup> LfGA Def., S. 50

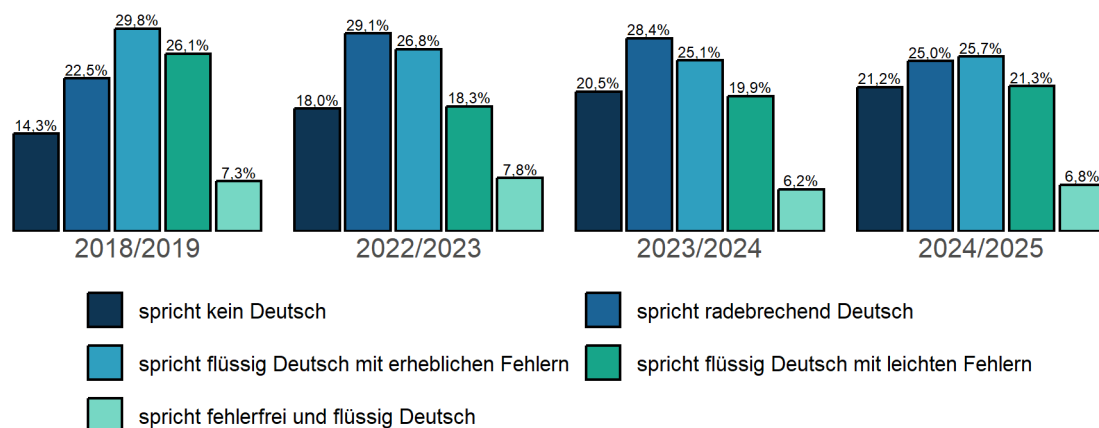
**3. Das Kind spricht flüssig Deutsch, jedoch mit erheblichen Fehlern:** Das Kind verfügt über einen ausreichenden Wortschatz und kann sich gut verständlich machen. Es werden aber noch viele und auch erhebliche grammatikalische Fehler gemacht.

**4. Das Kind spricht flüssig Deutsch, jedoch mit leichten Fehlern:** Das Kind verfügt über einen guten und ausreichenden Wortschatz und kann sich gut verständlich machen. In der Spontansprache unterlaufen dem Kind noch leichte grammatikalische Fehler.

**5. Das Kind spricht fehlerfrei und flüssig Deutsch:** In Wortschatz, Grammatik und Ausdruck unterscheidet sich das Kind nicht von einem Kind deutscher Muttersprache. Ein vorhandener Akzent wird nicht berücksichtigt.

Etwas mehr als ein Viertel der Kinder, die eine andere Erstsprache als Deutsch haben, konnten 2024/2025 Deutsch fehlerfrei und flüssig (6,8 %) oder flüssig mit leichten Fehlern (21,3 %) sprechen (Abbildung 12). Der Anteil, der nur radebrechend oder kein Deutsch sprechen konnte, lag bei 25,0 Prozent bzw. 21,2 Prozent. Im Vergleich zu 2018/2019 sind die Deutschkenntnisse der untersuchten Kinder (spricht fehlerfrei und flüssig oder flüssig mit leichten Fehlern) zurückgegangen.

Abbildung 12: Deutschkenntnisse von Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch im Zeitverlauf



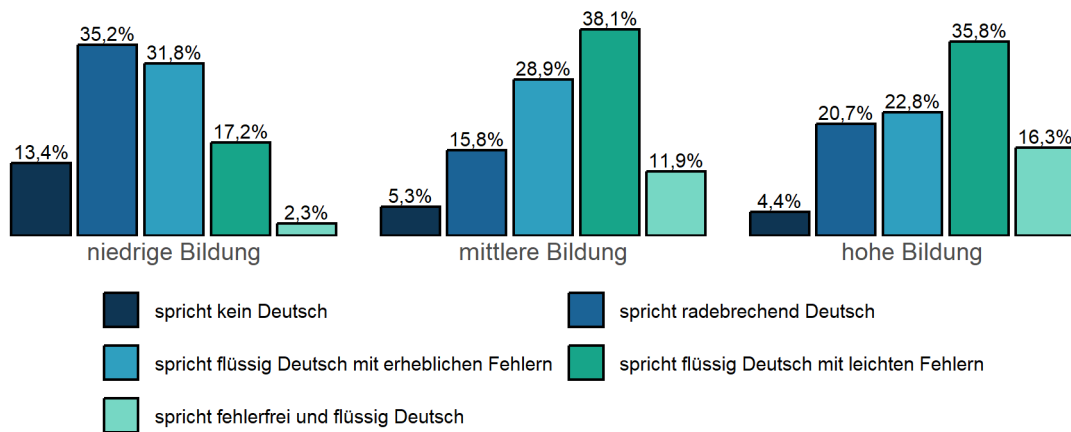
Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: 2018/2019: 2.236; 2022/2023: 2.580; 2023/2024: 2.633; 2024/2025: 2.456

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

Das Aufwachsen mit einer anderen Erstsprache kann das Erlernen der deutschen Sprache erschweren, ist aber nicht der einzige Einflussfaktor. Abbildung 13 veranschaulicht, wie die Deutschkenntnisse von Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch mit dem Bildungsindex ihrer Eltern zusammenhängen. Dabei wurden die Jahre 2023/2024 und 2024/2025 gemeinsam betrachtet, um zufälligen Schwankungen entgegenzuwirken.

Rund die Hälfte (52,1 %) der Kinder, deren Eltern eine hohe Bildung haben, spricht Deutsch fehlerfrei und flüssig oder flüssig mit leichten Fehlern. Bei mittlerer Bildung der Eltern sind es 50,0 Prozent und bei niedriger Bildung 19,5 Prozent.

Abbildung 13: Deutschkenntnisse nach Bildungsstand der Eltern 2023/2024 und 2024/2025

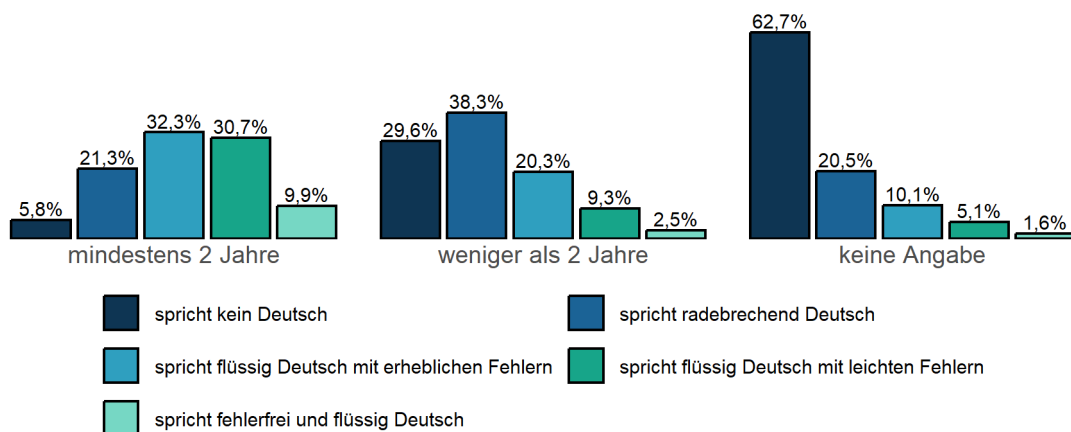


Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten 2023/2024 und 2024/2025: niedrige Bildung: 610; mittlere Bildung: 842; hohe Bildung: 522

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2023/2024 und 2024/2025

Besonders deutliche Unterschiede der Deutschkenntnisse ergeben sich, wenn man sie in Relation mit der Kita-Besuchszeit der Kinder setzt, die mit einer anderen Erstsprache als Deutsch aufgewachsen sind (Abbildung 14). Die meisten dieser Kinder (n = 1.471) haben 2024/2025 mindestens zwei Jahre lang eine Kita besucht. Bei ihnen ist der Anteil derer, die kein Deutsch (5,8 %) oder nur radebrechend Deutsch (21,3 %) sprachen am geringsten. Bei weniger als zwei Jahren Kita-Besuchszeit steigen diese Anteile bereits deutlich (29,6 % bzw. 38,3 %). Die kleinste Gruppe sind Kinder, die entweder keine Kita besucht haben oder deren Eltern keine Angaben dazu gemacht haben (n = 434). Von diesen sprachen 62,7 Prozent kein Deutsch und 20,5 Prozent sprachen nur radebrechend Deutsch.

Abbildung 14: Deutschkenntnisse nach Kita-Besuchszeit 2024/2025



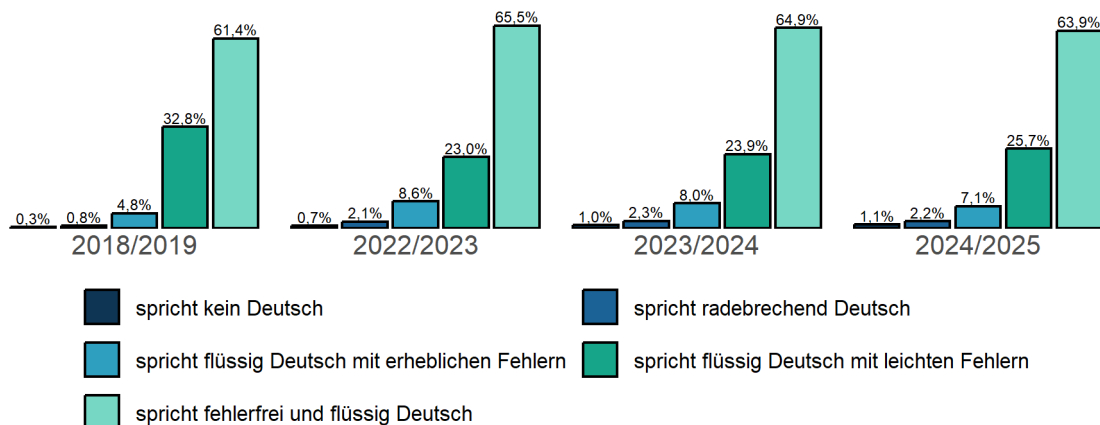
Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: mindestens 2 Jahre: 1.471; weniger als 2 Jahre: 551; keine Angabe: 434

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2024/2025

Um ein vollständiges Monitoring zu gewährleisten, erfassen das Institut für Jugendhilfe und der KJGD in Duisburg – anders als andere Kommunen in NRW – auch standardmäßig die Deutschkenntnisse von Kindern mit Deutsch als Erstsprache. Über 60 Prozent der Kinder mit

Deutsch als Erstsprache sprachen fehlerfrei und flüssig Deutsch (Abbildung 15). Aber auch hier zeigt sich eine Abnahme der Deutschkenntnisse im Zeitverlauf, freilich auf niedrigerem Niveau als bei Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch. Kinder, die trotz Erstsprache Deutsch kein Deutsch sprechen, sind zwar noch immer die Ausnahme, aber die Fälle sind von 0,3 Prozent (5 Fälle) in 2018/2019 auf 1,1 Prozent (25 Fälle) in 2024/2025 gestiegen. Bei Kindern, die flüssig Deutsch mit erheblichen Fehlern sprechen, hat sich die Zahl von 93 (4,8 %) auf 155 Fälle (7,1 %) erhöht.

Abbildung 15: Deutschkenntnisse von Kindern mit Deutsch als Erstsprache im Zeitverlauf



Basis: Untersuchte mit gültigen Werten: 2018/2019: n= 1.935; 2022/2023: n= 2.236; 2023/2024: n= 2.121; 2024/2025: n= 2.187

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

## 5.5. Bildungsindex

Die Berechnung des Bildungsindex erfolgt auf Grundlage der Empfehlungen der Arbeitsgruppe »Epidemiologische Methoden« der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE), der Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)<sup>8</sup>. Grundlage sind die Angaben aus dem Elternfragebogen zu schulischen und beruflichen Abschlüssen der Eltern. Die Angaben dazu sind freiwillig und wurden 2024/2025 von 49,3 Prozent der Eltern gemacht. Diese Antwortquote ist nicht allein auf Duisburg beschränkt. Nach Auswertungen des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen (LfGA) für das Jahr 2023/2024 lagen für alle in NRW in Schuleingangsuntersuchungen untersuchten Kinder bei rund 49 Prozent (81.093 von 166.094 untersuchten Kindern) keine Angaben zum Bildungsstand der Eltern vor.<sup>9</sup> Auf den ersten Blick scheint die Antwortquote gering zu sein, aber im Vergleich dazu zeigen großangelegte Gesundheitsstudien, wie z. B. die Studie *Gesundheit in Deutschland aktuell* (GEDA 2019/2020-EHIS) des Robert-Koch Instituts (RKI) mit 21,6 Prozent<sup>10</sup>, deutlich geringere Antwortquoten.

Die nicht gemachten Angaben zum Bildungsstand verteilen sich nicht rein zufällig. Das Antwortverhalten der Eltern unterscheidet sich deutlich nach Erstsprache (Abbildung 16). Bei Kindern mit Deutsch als Erstsprache haben 2024/2025 etwas mehr als ein Drittel (36,8 %)

<sup>8</sup> [Jöckel et al. \(1998\)](#)

<sup>9</sup> [LfGA Jahresberichte](#)

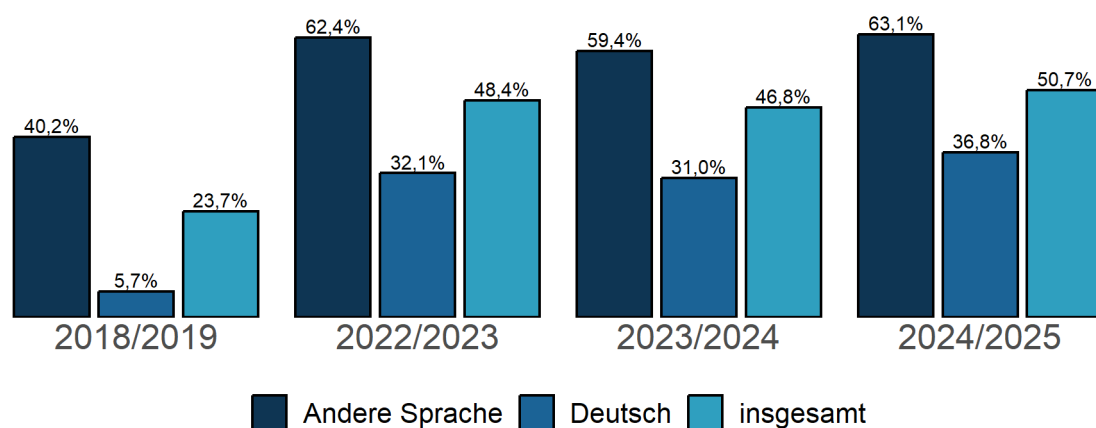
<sup>10</sup> [RKI 2021](#)

der Eltern keine Angaben zum Bildungsstatus gemacht. Bei Kindern mit einer anderen Erstsprache lag dieser Anteil bei 63,1 Prozent. Zudem zeigt sich, dass der Anteil der fehlenden Angaben seit 2018/2019 zugenommen hat.

Personen mit niedrigerem Bildungsstand zu erreichen, stellt für Befragungen eine große Herausforderung dar. In der Studie zur *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) Welle 2* des RKI<sup>11</sup> wurde beispielsweise beobachtet, dass in der Querschnitt-Stichprobe Personen aus der unteren Bildungsgruppe deutlich untererfasst wurden, während Personen aus der oberen Bildungsgruppe überrepräsentiert waren. Daher ist auch hier eine Verzerrung durch eine Untererfassung einzelner Gruppen anzunehmen.

Trotz dieser Einschränkungen sind Angaben zum Bildungsstand eine wichtige Informationsquelle für mögliche Einflussfaktoren auf den Entwicklungsstand der untersuchten Kinder. Sie werden in Folge jedoch nur ergänzend herangezogen (siehe Kap. 13).

*Abbildung 16: Anteil untersuchter Kinder, bei denen keine Angaben zum Bildungsstand der Eltern vorlagen, nach Erstsprache im Zeitverlauf*



Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: Andere Sprache 2018/2019: 2.287; 2022/2023: 2.612; 2023/2024: 2.678; 2024/2025: 2.482; Deutsch 2018/2019: 2.105; 2022/2023: 2.252; 2023/2024: 2.142; 2024/2025: 2.204; insgesamt 2018/2019: 4.392; 2022/2023: 4.864; 2023/2024: 4.820; 2024/2025: 4.686

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

## 6. Empfehlungen im Rahmen der Untersuchungen

Sollten sich in einem der Untersuchungsbereiche Auffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen ergeben, wird dies mit den Eltern besprochen und ggf. werden Empfehlungen zu weiteren Untersuchungen, Förderung oder Therapien gegeben. Tabelle 4 zeigt die vom KJGD und dem Institut für Jugendhilfe ausgesprochenen Empfehlungen in absoluten Zahlen und als prozentualer Anteil aller untersuchten Kinder.

<sup>11</sup> [RKI 2018](#); Die KiGGS-Studie ist die bundesweite Gesundheitsstudie des RKI, die regelmäßig Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren in Deutschland erhebt.

Tabelle 4: Ausgesprochene Empfehlungen im Zeitverlauf

Merkmal	2018/2019	2022/2023	2023/2024	2024/2025
<b>Anzahl Kinder</b>	4.624	5.073	5.040	4.878
<b>Nachgehende Fürsorge (%)</b>	783 (16,9)	960 (18,9)	983 (19,5)	910 (18,7)
<b>Kompensatorischer Sport (%)</b>	757 (16,4)	665 (13,1)	618 (12,3)	620 (12,7)
<b>Fachberatung (%)</b>	312 (6,7)	387 (7,6)	378 (7,5)	352 (7,2)
<b>psychologische Fachberatung (%)</b>	199 (4,3)	182 (3,6)	198 (3,9)	149 (3,1)
<b>Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf (%)</b>	296 (6,4)	396 (7,8)	418 (8,3)	401 (8,2)
<b>Zurückstellung aus gesundheitlichen Gründen (%)</b>	154 (3,3)	249 (4,9)	213 (4,2)	195 (4,0)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

## 6.1. Nachgehende Fürsorge

Die Empfehlung einer nachgehenden Fürsorge wird durch die untersuchenden Ärztinnen und Ärzte dokumentiert, wenn Eltern die Gesundheit oder Förderung des Kindes nicht ausreichend sicherstellen. Sie umfasst u. a. Kontrolluntersuchungen, zusätzliche Beratungen, das Einfordern fehlender Befunde oder sozialmedizinische Unterstützung. Bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung wird der Allgemeine Soziale Dienst des Jugendamtes hinzugezogen.

Die Häufigkeit dieser Empfehlung hat zugenommen: 2018/2019 wurde sie in 783 Fällen (16,9 %) ausgesprochen und 2024/2025 in 910 Fällen (18,7 %).

## 6.2. Kompensatorischer Sport

Kompensatorischer Sport als Empfehlung bedeutet, dass Kinder mit bestimmten gesundheitlichen oder auch psychosozialen Auffälligkeiten (z. B. Koordinationsstörungen, Haltungsschwäche, Übergewicht) ein gezieltes Bewegungs- oder Trainingsprogramm brauchen.

Nach der nachgehenden Fürsorge ist kompensatorischer Sport die zweithäufigste Empfehlung. Hier zeigt sich jedoch ein Rückgang von 757 Fällen (16,4 %) in 2018/2019 auf 620 Fälle (12,7 %) in 2024/2025.

## 6.3. Fachberatung

Die Empfehlung einer Fachberatung betrifft Kinder, die aufgrund spezifischer, vorwiegend körperlicher Defizite oder Krankheiten aus schulärztlicher Sicht eine spezielle Fachberatung erhalten sollten. Zu solchen Fachberatungsstellen zählen beispielsweise Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung, Ernährungsberatungsstellen oder humangenetische Beratungsstellen. Diese Empfehlung wurde 2024/2025 in 352 Fällen (7,2 %) ausgesprochen.

## 6.4. Psychologische Fachberatung

Psychologische Fachberatung wird empfohlen, wenn sich bei einem Kind psychische Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Beratungsstellen sind z. B. der Schulpsychologische Dienst, Erziehungs- und Familienberatungsstellen, das sozialpädiatrische Zentrum oder niedergelassene Psychologinnen und Psychologen.

Die Empfehlung wurde 2024/2025 in 149 Fällen (3,1 %) gegeben und ist seit 2018/2019 (199 Fälle bzw. 4,3 %) leicht zurückgegangen.

## 6.5. Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf

Hierbei handelt es sich um die Empfehlung der Prüfung eines sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs durch die Schule. Die Aufgabe des KJGD und des Instituts für Jugendhilfe ist es, Eltern, Schule und Schulaufsicht auf Förderbedarfe aufgrund von Entwicklungsauffälligkeiten hinzuweisen und medizinisch notwendige Unterstützungsmaßnahmen zu benennen (z. B. Pflegebedarf, Hilfsmittel, bauliche / technische Anpassungen, Jugendhilfe). Ziel ist es, die besonderen Bedarfe des Kindes zu berücksichtigen.

Im Vergleich zu 2018/2019 (296 Fälle bzw. 6,4 %) gab es bis 2024/2025 einen Anstieg auf 401 Fälle (8,2 %).

## 6.6. Zurückstellung aus gesundheitlichen Gründen

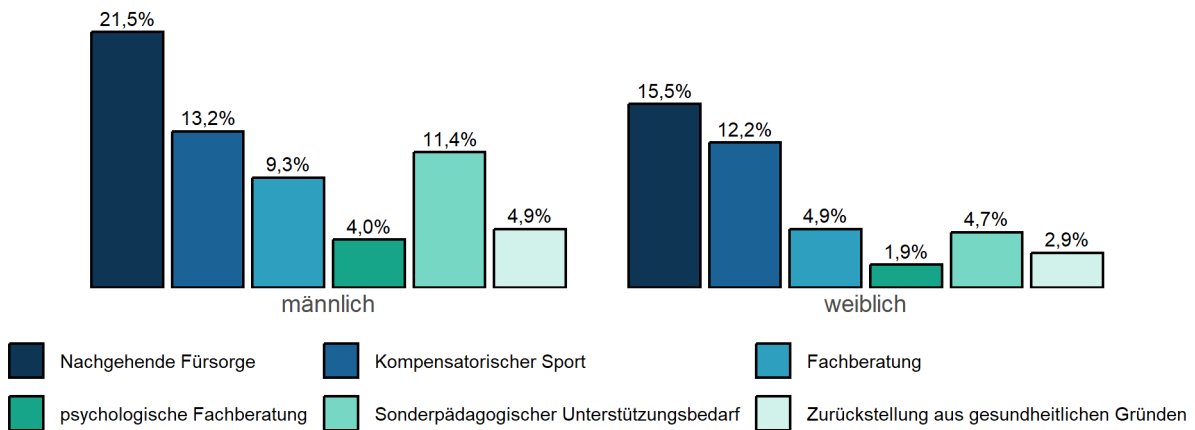
Eine Zurückstellung von der Schulpflicht kommt nur bei erheblichen gesundheitlichen Gründen in Betracht, wenn die Einschulung den Zustand verschlechtern oder einen Aufschub die Genesung fördern würde. Beispiele für eine Zurückstellung sind schwere körperliche Erkrankungen oder Therapien, extreme Frühgeburt mit gravierenden Entwicklungsrückständen, psychiatrische Erkrankungen oder schwerwiegende emotionale Störungen. Die Empfehlung zur Zurückstellung ist eine individuelle, medizinisch begründete Empfehlung. Die Entscheidung darüber fällt laut Schulgesetz NRW (§ 35 Abs. 3 SchulG NRW) die Schulleitung.

Diese Empfehlung wurde 2018/2019 in 154 Fällen (3,3 %) gegeben. 2024/2025 waren es 195 Fälle (4,0 %).

## 6.7. Empfehlungen nach Geschlecht

Abbildung 17 zeigt einen Überblick über die Empfehlungen des Untersuchungsjahres 2024/2025 nach Geschlecht. Jungen erhielten deutlich häufiger eine Empfehlung als Mädchen. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede bei der nachgehenden Fürsorge und beim sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf.

Abbildung 17: Empfehlungen nach Geschlecht 2024/2025



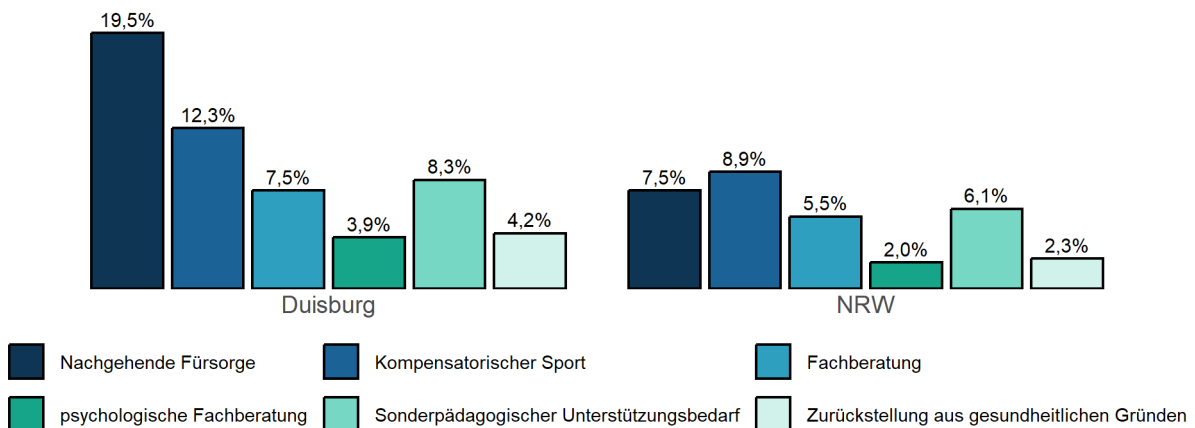
Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten. Anzahl siehe Tabelle 4

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2024/2025

## 6.8. Empfehlungen im Vergleich zu NRW

Im Vergleich zu Angaben des LfGA zu Empfehlungen für ganz NRW werden in Duisburg häufiger Empfehlungen ausgesprochen (Abbildung 18). Besonders groß ist die Abweichung bei der Empfehlung nachgehender Fürsorge mit einer Differenz von rund zwölf Prozentpunkten. Nach Angaben des KJGD wird diese Empfehlung in Duisburg besonders konsequent dokumentiert.

Abbildung 18: Empfehlungen in Duisburg und NRW 2023/2024



Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten 2023/2024. NRW: Nachgehende Fürsorge: 96.688; Kompensatorischer Sport: 106.437; Fachberatung: 88.455; psychologische Fachberatung: 94.317; Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf: 166.094; Zurückstellung aus gesundheitlichen Gründen: 146.664. Duisburg: siehe Tabelle 4

Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2023/2024 der Stadt Duisburg und [LfGA Jahresberichte](#)

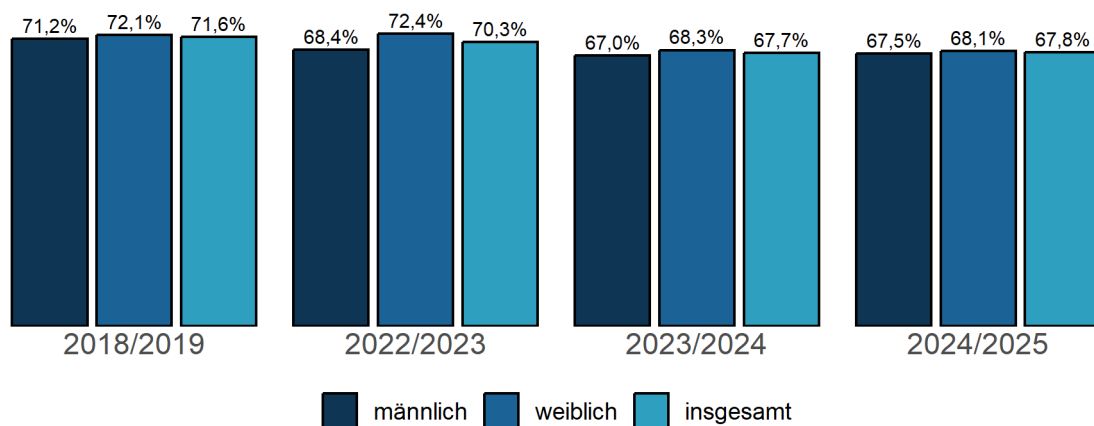
## 6.9. Häusliche Förderung

Eine weitere Form der Empfehlung, die aber nicht Teil des Bielefelder Modells ist, ist die häusliche Förderung. Zeigen sich bei der Schuleingangsuntersuchung leichte Entwicklungsverzögerungen des Kindes z. B. hinsichtlich Motorik, Stifthaltung, Konzentration

o. Ä., so wird den Eltern eine häusliche Förderung empfohlen. Die Empfehlung beinhaltet Anregungen und Tipps zu spielerischen Übungen. Sollten zudem zusätzliche professionelle Fördermaßnahmen bzw. Therapien notwendig sein, erhalten die Eltern Unterstützung, um eine entsprechende Förderung in Zusammenarbeit mit den betreuenden Ärztinnen und Ärzten in die Wege zu leiten.

Die Empfehlung einer häuslichen Förderung ist in Duisburg eher die Regel als die Ausnahme. Mehr als zwei Drittel der Kinder erhalten eine solche Empfehlung (Abbildung 19). Der Anteil ist jedoch seit 2018/2019 leicht zurückgegangen. Der Anteil von Mädchen mit dieser Empfehlung war in den vergangenen Untersuchungsjahren etwas höher als der Anteil von Jungen.

Abbildung 19: Empfehlung häuslicher Förderung nach Geschlecht im Zeitverlauf



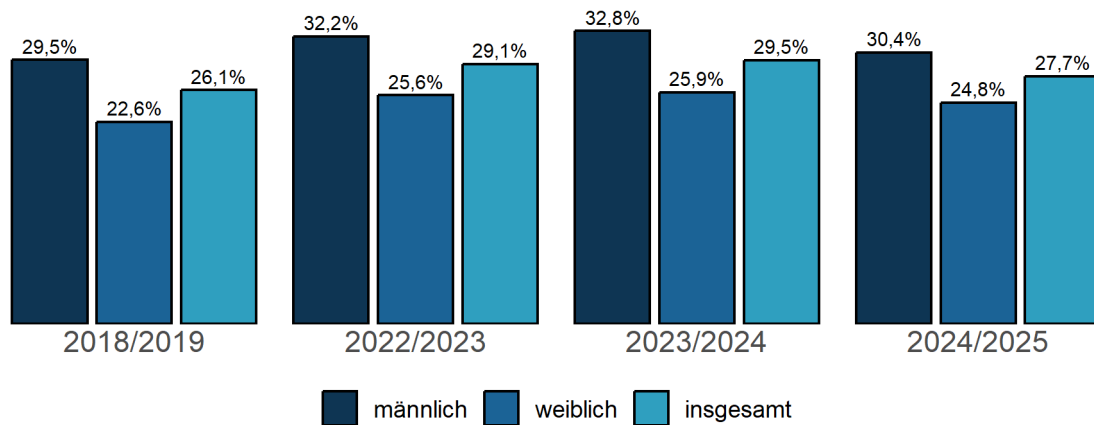
Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten. Anzahl untersuchter Kinder: siehe Tabelle 4  
 Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

## 7. Erhöhter Zeitaufwand bei den Untersuchungen

Bei Untersuchungen, die überdurchschnittlich lange dauern, dokumentieren der KJGD und das Institut für Jugendhilfe den erhöhten Zeitaufwand. In 2024/2025 war dies bei 27,7 Prozent der Untersuchungen der Fall (Abbildung 20). Der Anteil hat seit 2018/2019 zugenommen (26,1 %) und lag bei Jungen höher als bei Mädchen. Grund dafür dürfte sein, dass bei Jungen häufiger Empfehlungen ausgesprochen werden (siehe Abbildung 17), die einen erhöhten Beratungs- und Gesprächsbedarf mit sich bringen.

Anamnese, Durchführung der Untersuchung und Beratung nehmen bei Eltern ohne ausreichende Deutschkenntnisse deutlich mehr Zeit in Anspruch. So wurde 2024/2025 bei Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch in 35,4 Prozent der Fälle ein erhöhter Zeitaufwand dokumentiert. Bei Kindern mit Deutsch als Erstsprache lag der Anteil bei 18,7 Prozent.

Abbildung 20: Erhöhter Zeitaufwand bei den Untersuchungen im Zeitverlauf



Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten. Anzahl untersuchter Kinder siehe Tabelle 3  
Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

## 8. Befunde zur Entwicklung der Kinder

### 8.1. Altersgerechte Sprachkompetenz

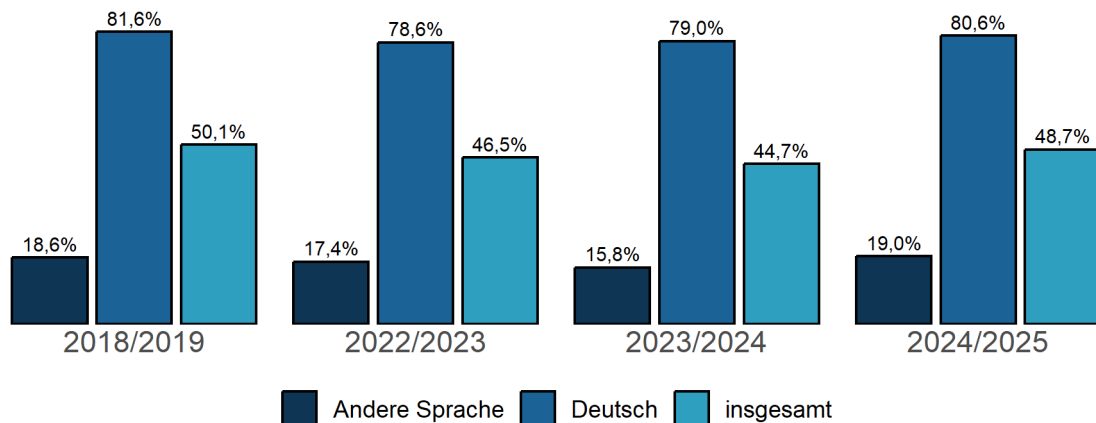
Schulerfolg und eine aktive Teilnahme am Unterricht hängen stark von der Sprachkompetenz ab. Kinder, die Deutsch nicht ausreichend sprechen oder verstehen, können dem Unterricht nur schwer folgen. Die altersgerechte Sprachkompetenz in der deutschen Sprache wird in NRW durch das sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) erfasst. Der Indikator fasst mehrere Merkmalsbereiche des SOPESS zusammen.

Eine Auffälligkeit in der Sprachkompetenz liegt vor, wenn sich mindestens ein auffälliges schulärztliches Screening-Ergebnis in den Bereichen „Pluralbildung“, „Präpositionen erkennen“ oder „Pseudowörter nachsprechen“ zeigt. Bei Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch und deren Deutschkenntnisse für die Bereiche „Pluralbildung“ und „Präpositionen erkennen“ nicht ausreichen, wird erhoben, ob sie gar nicht Deutsch sprechen, nur radebrechend Deutsch sprechen oder mit erheblichen Fehlern Deutsch sprechen. Der Indikator trifft jedoch keine Aussage darüber, ob einer unzureichenden Sprachkenntnis beispielsweise eine Sprachentwicklungsstörung zugrunde liegt.

Insgesamt verfügte 2024/2025 weniger als die Hälfte der Kinder (48,7 %) über eine altersgerechte Sprachkompetenz (Abbildung 21). Seit 2018/2019 (50,1 %) ist der Anteil zudem zurückgegangen. Besonders deutlich sind die Unterschiede nach Erstsprache der Kinder. Nur 19,0 Prozent der Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch verfügten 2024/2025 über eine altersgerechte Sprachkompetenz. Bei Kindern mit Deutsch als Erstsprache waren es 80,6 Prozent. Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen waren 2024/2025 gering (49,7 % vs. 47,8 %). Im Vergleich zu Duisburg lag der Anteil an Kindern mit einer altersgerechten Sprachkompetenz in ganz NRW im Untersuchungsjahr 2023/2024 bei 66,9 Prozent.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> LfGA Ind. 3.57\_05

Abbildung 21: Kinder mit einer altersgerechten Sprachkompetenz nach Erstsprache im Zeitverlauf

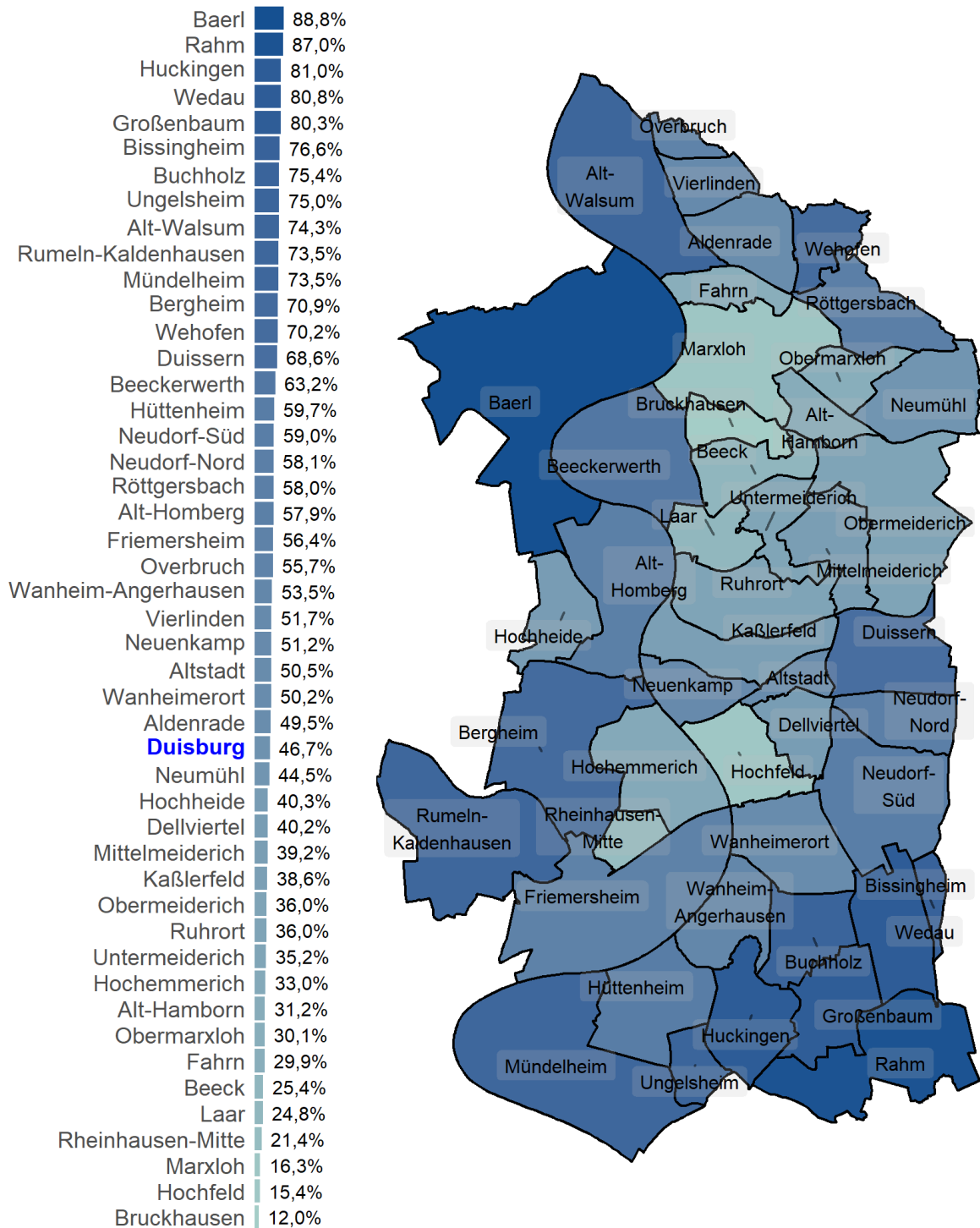


Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: Andere Sprache: 2018/2019: 2.059; 2022/2023: 2.413; 2023/2024: 2.427; 2024/2025: 2.261; Deutsch: 2018/2019: 2.057; 2022/2023: 2.181; 2023/2024: 2.044; 2024/2025: 2.114; insgesamt: 2018/2019: 4.116; 2022/2023: 4.594; 2023/2024: 4.471; 2024/2025: 4.375

Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

Bei dem Indikator zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Stadtteilen in Duisburg (Abbildung 22): In Marxloh, Hochfeld und Bruckhausen war die altersgerechte Sprachkompetenz in den zusammengelegten Untersuchungsjahren 2023/2024 und 2024/2025 mit Anteilen unter 20 Prozent am niedrigsten. Aufgrund des starken Zusammenhangs von Erstsprache und Sprachkompetenz ist daher die Sprachkompetenz gerade in den Stadtteilen am niedrigsten, in denen der Anteil an Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch am höchsten ist (siehe Abbildung 10).

Abbildung 22: Anteil Kinder mit einer altersgerechten Sprachkompetenz 2023/2024 und 2024/2025 nach Stadtteilen



Basis: Zusammengelegte Untersuchungsjahre 2023/2024 und 2024/2025

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2023/2024 und 2024/2025; Geodaten: Stadt Duisburg

## 8.2. Koordinationsstörungen

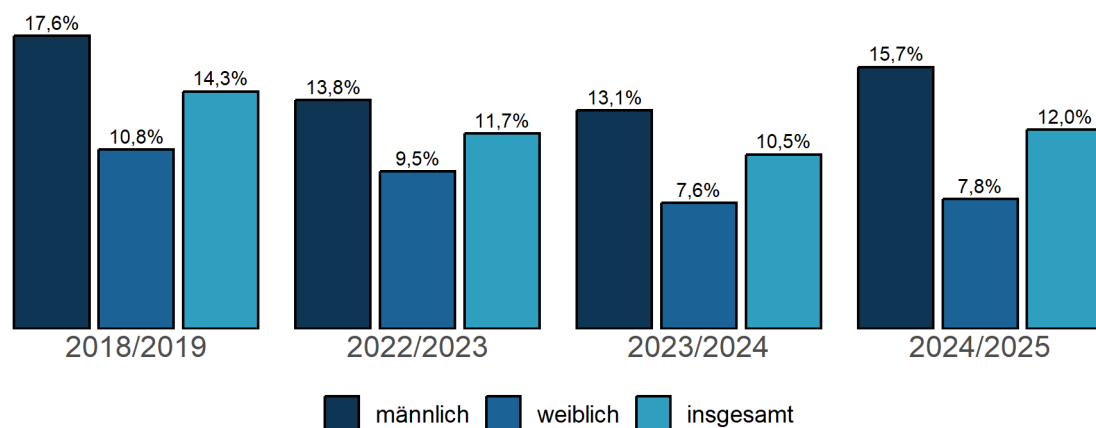
Im Kindesalter können motorische Störungen die psychosoziale Entwicklung beeinträchtigen (z. B. Ausgrenzung, Hänseleien, geringes Selbstwertgefühl). Bewegung ist zudem wichtig für die lebenslange Gesundheit und schützt u. a. vor Adipositas, Herz-Kreislauf- und Haltungsschäden.<sup>13</sup> Bei der Schuleingangsuntersuchung prüft die Schulärztin oder der Schularzt die Körperkoordination unter anderem mit der SOPESS-Aufgabe „seitliches Hin- und Herspringen“. Neben der Sprunganzahl werden auch qualitative Beobachtungen berücksichtigt (z. B. Haltung, Gleichgewicht, Bewegungsablauf, Anstrengung, Einhaltung der Begrenzung).

Abbildung 23 zeigt die Verteilung medizinisch relevanter Befunde der Körperkoordination, d. h. der Befund macht eine ärztliche Abklärung notwendig, ist bereits in ärztlicher Behandlung oder bedeutet eine erhebliche und nicht nur vorübergehende Leistungsbeeinträchtigung für das Kind. Im Untersuchungsjahr 2024/2025 wurde bei 12,0 Prozent der Kinder eine relevante Störung in diesem Indikator festgestellt. Erfreulicherweise ist der Anteil von Kindern mit diesem Befund seit 2018/2019 (14,3 %) zurückgegangen.

Bei Jungen ist diese Auffälligkeit deutlich häufiger als bei Mädchen (2024/2025: 15,7 % vs. 7,8 %). Der Unterschied zwischen Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch (11,7 %) und Kindern mit Deutsch als Erstsprache (10,9 %) war 2024/2025 gering.

Der Anteil medizinisch relevanter Befunde im Bereich Körperkoordination lag in NRW 2023/2024 bei allen untersuchten Kindern bei 5,3 Prozent.<sup>14</sup>

Abbildung 23: Kinder mit einer Auffälligkeit im Bereich der Körperkoordination im Zeitverlauf



Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: männlich 2018/2019: 2.361; 2022/2023: 2.675; 2023/2024: 2.633; 2024/2025: 2.562; weiblich 2018/2019: 2.258; 2022/2023: 2.390; 2023/2024: 2.395; 2024/2025: 2.306; insgesamt 2018/2019: 4.619; 2022/2023: 5.065; 2023/2024: 5.028; 2024/2025: 4.868

Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

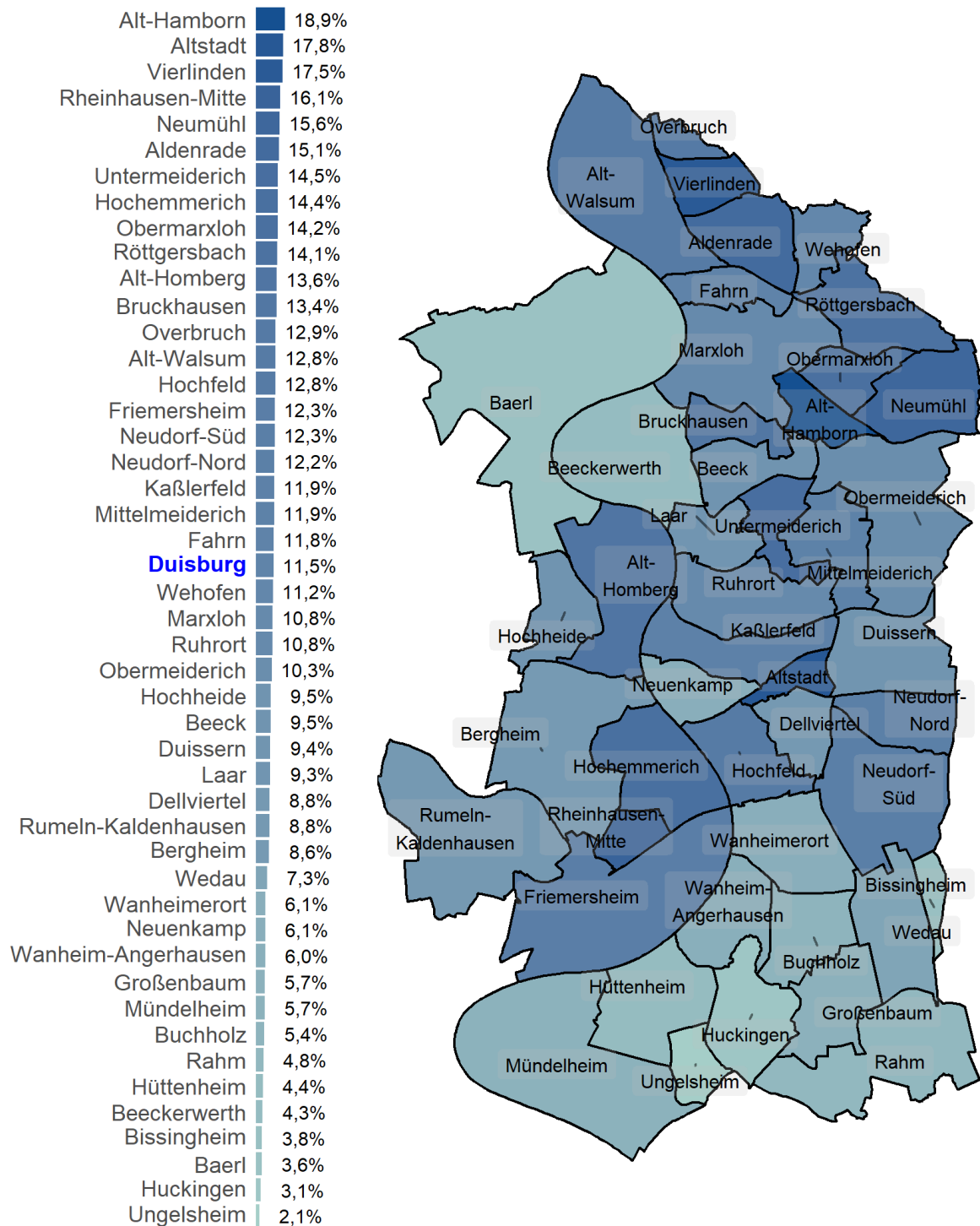
Auch bei diesem Indikator unterscheidet sich die Häufigkeit der Befunde deutlich zwischen den Stadtteilen (Abbildung 24). Die höchsten Anteile einer Störung der Körperkoordination zeigten sich in den Untersuchungsjahren 2023/2024 und 2024/2025 in

<sup>13</sup> LfGA Def., S. 108.

<sup>14</sup> LfGA Jahresberichte

Alt-Hamborn (18,9 %), Altstadt (17,8 %) und Vierlinden (17,5 %). In den Stadtteilen Bissingheim, Baerl, Huckingen und Ungelsheim waren die Anteile besonders niedrig.

Abbildung 24: Anteil Kinder mit einer Störung der Körperkoordination 2023/2024 und 2024/2025 nach Stadtteilen



Basis: Zusammengelegte Untersuchungsjahre 2023/2024 und 2024/2025

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2023/2024 und 2024/2025; Geodaten: Stadt Duisburg

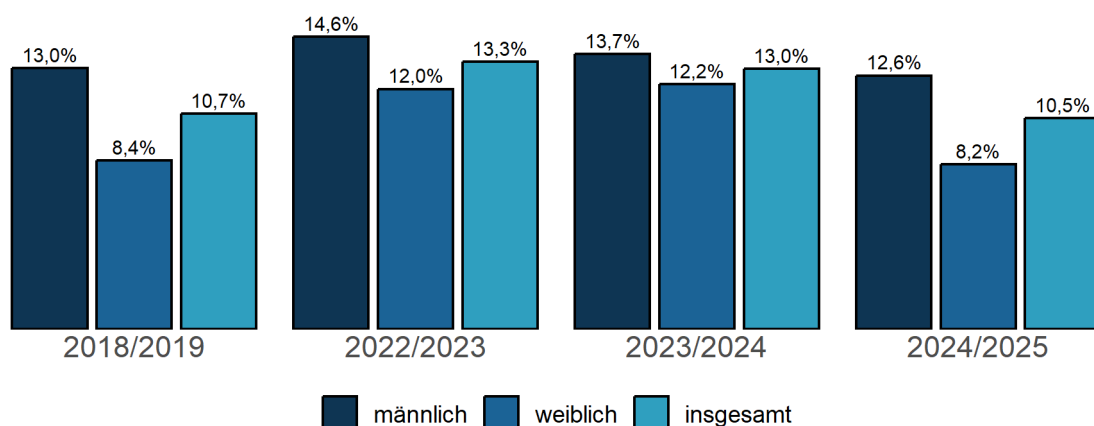
### 8.3. Auditive Merkfähigkeit

Eine mögliche niedrige unmittelbare Merkspanne eines Kindes (auditive Merkfähigkeit) wird bei der Schuleingangsuntersuchung durch das Nachsprechen von Pseudowörtern erfasst. Die untersuchenden Ärztinnen oder Ärzte sprechen dabei Fantasiewörter vor, die in keiner Sprache vorkommen. Das Nachsprechen der Pseudowörter ist nicht von der Erstsprache abhängig. Eine Auffälligkeit in diesem Indikator kann Hinweise auf das Vorliegen einer Entwicklungsstörung im Bereich Sprache geben.

Eine Auffälligkeit im Bereich auditive Merkfähigkeit zeigte sich 2024/2025 bei 10,5 Prozent der Kinder (Abbildung 25). 2018/2019 lag der Anteil mit 10,7 Prozent ähnlich hoch. Auch in diesem Bereich sind Jungen häufiger betroffen als Mädchen (2024/2025: 12,6 % vs. 8,2 %). Obwohl das Nachsprechen von Pseudowörtern unabhängig von der Erstsprache ist, war der Anteil der auffälligen Befunde bei Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch höher als bei Kindern mit Deutsch als Erstsprache (2024/2025: 13,0 % vs. 7,9 %).

Duisburg lag 2023/2024 über dem NRW-Durchschnitt von 10,1 Prozent.<sup>15</sup>

Abbildung 25: Entwicklungsstörungen im Bereich auditive Merkfähigkeit im Zeitverlauf



Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: männlich 2018/2019: 2.145; 2022/2023: 2.483; 2023/2024: 2.416; 2024/2025: 2.342; weiblich 2018/2019: 2.084; 2022/2023: 2.265; 2023/2024: 2.229; 2024/2025: 2.158; insgesamt 2018/2019: 4.229; 2022/2023: 4.748; 2023/2024: 4.645; 2024/2025: 4.500

Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

### 8.4. Umgang mit Zahlen und Mengen

Auffälligkeiten im Bereich Zahlen- und Mengenvorwissen können ein wichtiger Hinweis auf mögliche Rechenstörungen sein. Werden solche Defizite nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, können sie zu dauerhaften Beeinträchtigungen führen. Deshalb sollte bei Auffälligkeiten frühzeitig eine ärztliche Abklärung und ggf. Therapie erfolgen.<sup>16</sup>

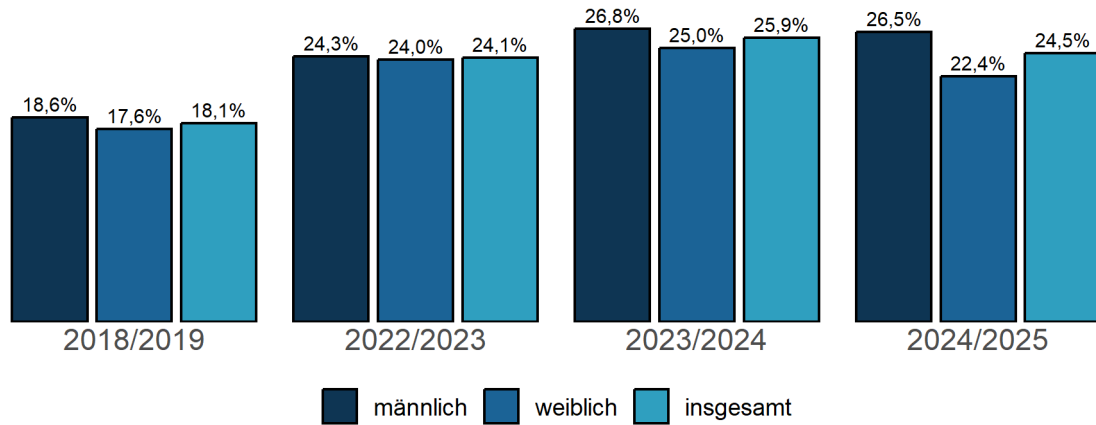
Der Indikator Umgang mit Zahlen und Mengen fasst die Screeningergebnisse zu den Merkmalsbereichen Zählen und Mengenvorwissen zusammen.

<sup>15</sup> [LfGA Ind. 3.57\\_04](#)

<sup>16</sup> [LfGA Def.](#), S. 124.

Bei 24,5 Prozent der untersuchten Kinder wurde 2024/2025 eine Auffälligkeit im Umgang mit Zahlen und Mengen festgestellt (Abbildung 26). 2018/2019 lag der Anteil noch bei 18,1 Prozent. Jungen waren erneut häufiger betroffen als Mädchen (2024/2025: 26,5 % vs. 22,4 %). NRW-weit lag der Durchschnitt 2023/2024 bei 17,2 Prozent<sup>17</sup>.

Abbildung 26: Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen im Zeitverlauf



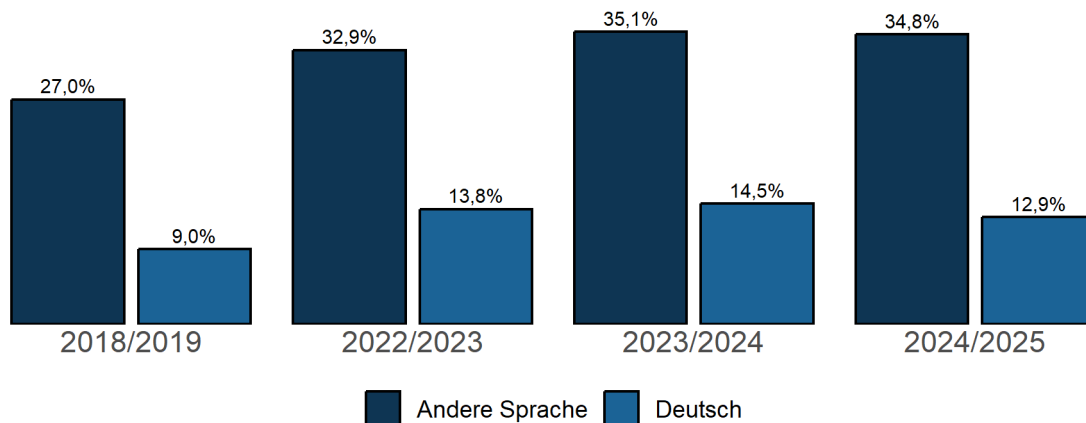
Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: männlich 2018/2019: 2.172; 2022/2023: 2.535; 2023/2024: 2.498; 2024/2025: 2.421; weiblich 2018/2019: 2.095; 2022/2023: 2.312; 2023/2024: 2.319; 2024/2025: 2.239; insgesamt 2018/2019: 4.267; 2022/2023: 4.847; 2023/2024: 4.817; 2024/2025: 4.660

Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

Differenziert nach der Erstsprache zeigen sich in diesem Indikator deutliche Unterschiede (Abbildung 27). Im Jahr 2024/2025 hatten 34,8 Prozent der Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch eine Auffälligkeit im Umgang mit Zahlen und Mengen. Bei Kindern mit Deutsch als Erstsprache waren es 12,9 Prozent.

<sup>17</sup>[LfGA Ind. 3.57\\_07](#)

Abbildung 27: Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen nach Erstsprache im Zeitverlauf



Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: Andere Sprache 2018/2019: 2.146; 2022/2023: 2.551; 2023/2024: 2.601; 2024/2025: 2.393; Deutsch 2018/2019: 2.054; 2022/2023: 2.231; 2023/2024: 2.105; 2024/2025: 2.168

Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

## 8.5. Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen

Das Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen ist eine wichtige Vorläuferfähigkeit für den späteren Erwerb von Lesen, Schreiben und Rechnen. Der Indikator fasst mehrere Merkmalsbereiche des SOPESS zusammen, die Hinweise auf Entwicklungsauffälligkeiten geben können. Untersucht werden:

- Visuomotorik (Auge-Hand-Koordination, grafomotorische Leistungen, visuelle Wahrnehmung)
- Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern (Form- und Größenunterscheidung, Musteranalyse, logisches Denken ohne Sprache)
- Selektive Aufmerksamkeit (visuelles Suchen, Impulskontrolle, Konzentration)

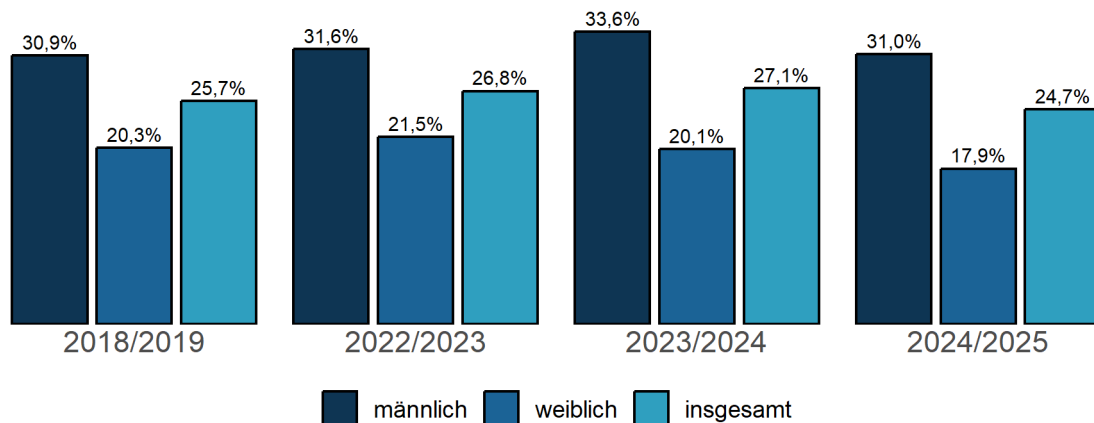
Auffällig sind Kinder, die in mindestens einem dieser Bereiche Schwächen zeigen.

Der Anteil von Kindern mit einem auffälligen Befund lag 2024/2025 mit 24,7 Prozent ungefähr auf dem Niveau von 2018/2019 mit 25,7 Prozent (Abbildung 28). Mit einem Unterschied von rund 13 Prozentpunkten gab es 2024/2025 bei Jungen deutlich häufiger einen auffälligen Befund als bei Mädchen (31,0 % vs. 17,9 %). Ähnlich stark ausgeprägt ist der Unterschied nach Erstsprache. Bei 30,6 Prozent der Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch wurde 2024/2025 eine Auffälligkeit dokumentiert. Bei Kindern mit Deutsch als Erstsprache waren es 18,2 Prozent.

Im Untersuchungsjahr 2023/2024 lag Duisburg (27,1 %) etwas über dem Vergleichswert von NRW (23,4 %) <sup>18</sup>.

<sup>18</sup> LfGA Ind. 3.57\_06

Abbildung 28: Auffälligkeiten im Bereich des Erkennens und Zeichnens von Objekten und Formen im Zeitverlauf



Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: männlich 2018/2019: 2.170; 2022/2023: 2.493; 2023/2024: 2.461; 2024/2025: 2.387; weiblich 2018/2019: 2.098; 2022/2023: 2.283; 2023/2024: 2.293; 2024/2025: 2.210; insgesamt 2018/2019: 4.268; 2022/2023: 4.776; 2023/2024: 4.754; 2024/2025: 4.597

Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

## 8.6. Verhaltensauffälligkeiten

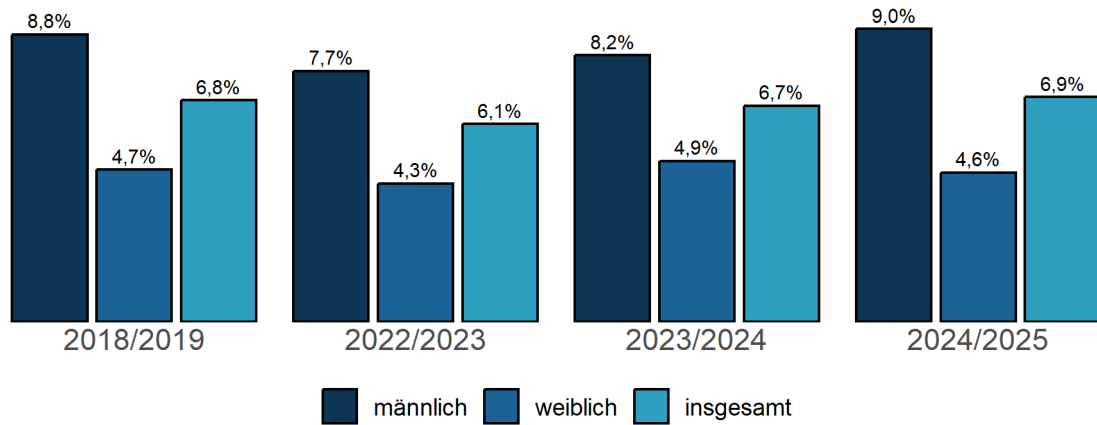
Verhaltensauffälligkeiten bei der Schuleingangsuntersuchung können auf spätere Schwierigkeiten im schulischen und sozialen Umfeld hinweisen. Um dies früh zu erkennen, führen die Schulärztinnen und Schulärzte eine strukturierte Verhaltensbeobachtung durch. Diese ergänzt die Beurteilung kognitiver und physischer Fähigkeiten um psychische und sozioemotionale Kompetenzen und dient sowohl zur Dokumentation als auch als Grundlage für mögliche weitere Diagnostik und individuelle Unterstützung in Zusammenarbeit mit Eltern, Schule und ggf. Jugendhilfe.<sup>19</sup>

Abbildung 29 zeigt die Verteilung medizinisch relevanter Befunde von Verhaltensauffälligkeiten. 2024/2025 lag der Anteil bei 6,9 Prozent der Kinder und damit auf vergleichbarem Niveau wie 2018/2019 (6,8 %). Bei Jungen wurden häufiger Verhaltensauffälligkeiten dokumentiert als bei Mädchen (2024/2025: 9,0 % vs. 4,6 %). Der Vergleichswert für NRW lag 2023/2024 bei 7,1 Prozent<sup>20</sup>.

<sup>19</sup> LfGA Def., S. 116.

<sup>20</sup> LfGA Jahresberichte

Abbildung 29: Verhaltensauffälligkeiten im Zeitverlauf

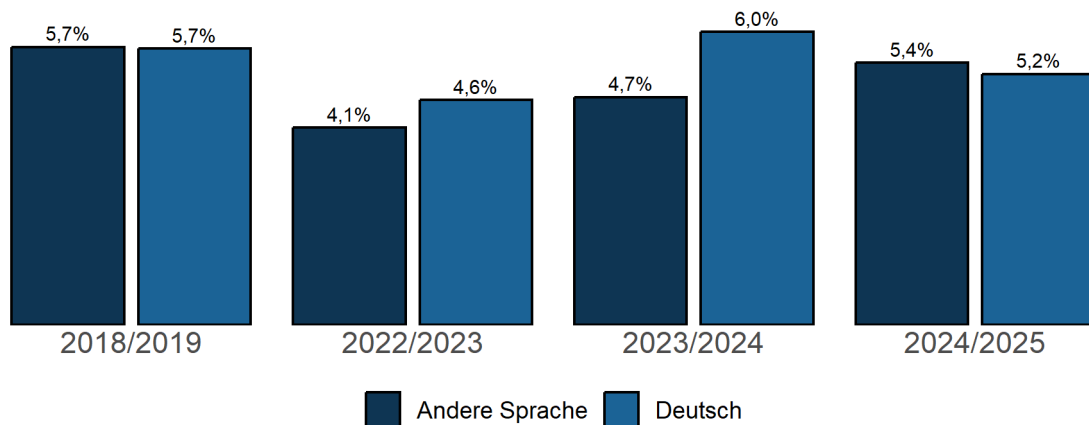


Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: männlich 2018/2019: 2.352; 2022/2023: 2.657; 2023/2024: 2.622; 2024/2025: 2.562; weiblich 2018/2019: 2.243; 2022/2023: 2.371; 2023/2024: 2.385; 2024/2025: 2.307; insgesamt 2018/2019: 4.595; 2022/2023: 5.028; 2023/2024: 5.007; 2024/2025: 4.869

Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

Die Erstsprache hat nur geringen Einfluss auf Verhaltensauffälligkeiten. In beiden Gruppen lag 2024/2025 der Anteil mit einem auffälligen Befund bei rund 5 Prozent (Abbildung 30).

Abbildung 30: Verhaltensauffälligkeiten nach Erstsprache im Zeitverlauf



Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: Andere Sprache 2018/2019: 2.287; 2022/2023: 2.580; 2023/2024: 2.661; 2024/2025: 2.479; Deutsch 2018/2019: 2.105; 2022/2023: 2.245; 2023/2024: 2.134; 2024/2025: 2.204

Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

# 9. Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen

## 9.1. Früherkennungsuntersuchungen

Kinder haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf kostenlose Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Die U1 bis U9 sind die in Deutschland vorgesehenen frühen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder unter sechs Jahren. Sie dienen dazu, die körperliche, geistige und soziale Entwicklung zu überwachen, Krankheiten oder Entwicklungsstörungen früh zu erkennen und rechtzeitig zu behandeln.

Die einzelnen Untersuchungen müssen in vorbestimmten Zeiträumen nach der Geburt des Kindes mit gewissen zeitlichen Toleranzgrenzen in Anspruch genommen werden (Tabelle 5). Die Vorsorgeuntersuchungen spielen eine zentrale Rolle für die gesunde Entwicklung eines Kindes. Daher ist es wichtig, dass alle Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen werden.

Die Untersuchungen sind freiwillig und es ist den Eltern eines Kindes überlassen, ob sie diese wahrnehmen. Bei den Schuleingangsuntersuchungen müssen die Eltern das gelbe Untersuchungsheft mitbringen, in dem die wahrgenommenen Früherkennungsuntersuchungen dokumentiert werden. Daraus lassen sich Erkenntnisse zur Vollständigkeit der Inanspruchnahme gewinnen.

*Tabelle 5: Übersicht der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9*

<b>Übersicht der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9</b>		
<b>Untersuchung</b>	<b>Zeitraum</b>	<b>Toleranzgrenze</b>
<b>U1</b>	Unmittelbar nach der Geburt	
<b>U2</b>	3.-10. Lebenstag	3.-14. Lebenstag
<b>U3</b>	4.-5. Lebenswoche	3.-8. Lebenswoche
<b>U4</b>	3.-4. Lebensmonat	2.-4 ½ Lebensmonat
<b>U5</b>	6.-7. Lebensmonat	5.-8. Lebensmonat
<b>U6</b>	10.-12. Lebensmonat	9.-14. Lebensmonat
<b>U7</b>	21.-24. Lebensmonat	20.-27. Lebensmonat
<b>U7a</b>	34.-36. Lebensmonat	33.-38. Lebensmonat
<b>U8</b>	46.-48. Lebensmonat	43.-50. Lebensmonat
<b>U9</b>	60.-64. Lebensmonat	58.-66. Lebensmonat

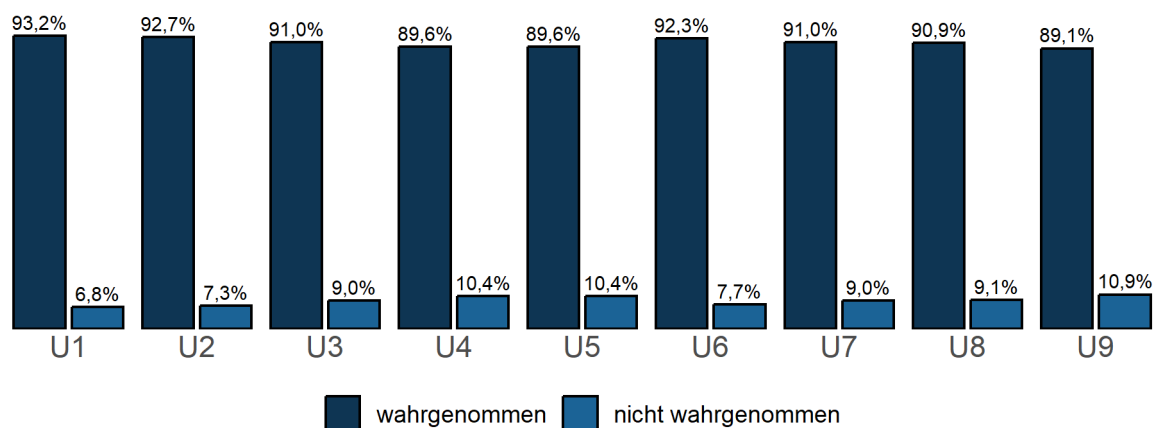
Quelle: [GBA 2024](#)

Die nachfolgenden Analysen beziehen sich auf Kinder, deren Eltern das gelbe Untersuchungsheft bei der Schuleingangsuntersuchung vorgelegt haben. Dies war 2023/2024 bei 95,5 Prozent und 2024/2025 bei 95,2 Prozent der Kinder der Fall. Damit hat sich der Anteil erfreulicherweise seit 2018/2019 (91,9 %) erhöht und lag auch über dem

NRW-Durchschnitt von 92,6 Prozent (153.768 von 166.094 untersuchten Kinder in 2023/2024)<sup>21</sup>.

Die Teilnahmequoten an den einzelnen Früherkennungsuntersuchungen im Untersuchungsjahr 2024/2025 schwanken zwar leicht, lagen aber insgesamt auf hohem Niveau (Abbildung 31). An der U1 (93,2 %) und der U2 (92,7 %) haben 2024/2025 die meisten Kinder teilgenommen. Diese Untersuchungen erfolgen unmittelbar nach der Geburt bzw. wenige Tage danach. Die U9 wurde noch von 89,1 Prozent wahrgenommen.

Abbildung 31: Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 2024/2025



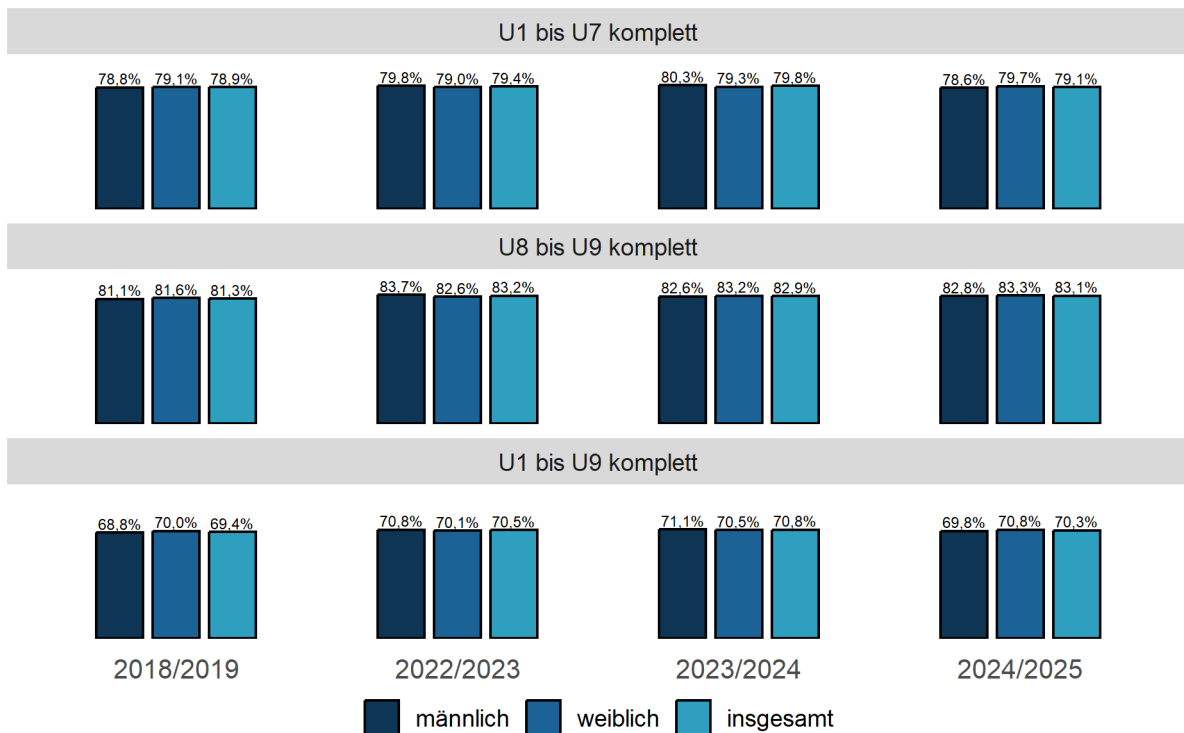
Basis: Kinder mit vorgelegtem Untersuchungsheft, n = 4.644

Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2024/2025

Abbildung 32 bietet eine prozentuale Übersicht der Kinder, die ausnahmslos alle U1 bis U7, U8 bis U9 und U1 bis U9 wahrgenommen haben. 2024/2025 haben 79,1 Prozent der Kinder mit vorgelegtem Untersuchungsheft alle U1 bis U7 Untersuchungen wahrgenommen. Bei der U8 bis U9 waren es 83,1 Prozent. Bei allen Untersuchungen von U1 bis U9 waren es 70,3 Prozent der Kinder. Die Teilnahme ist seit 2018/2019 leicht gestiegen. Die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen sind über die Jahre hinweg sehr gering.

<sup>21</sup> LfGA Ind. 7.6

Abbildung 32: Teilnahmequote der Früherkennungsuntersuchungen im Zeitverlauf

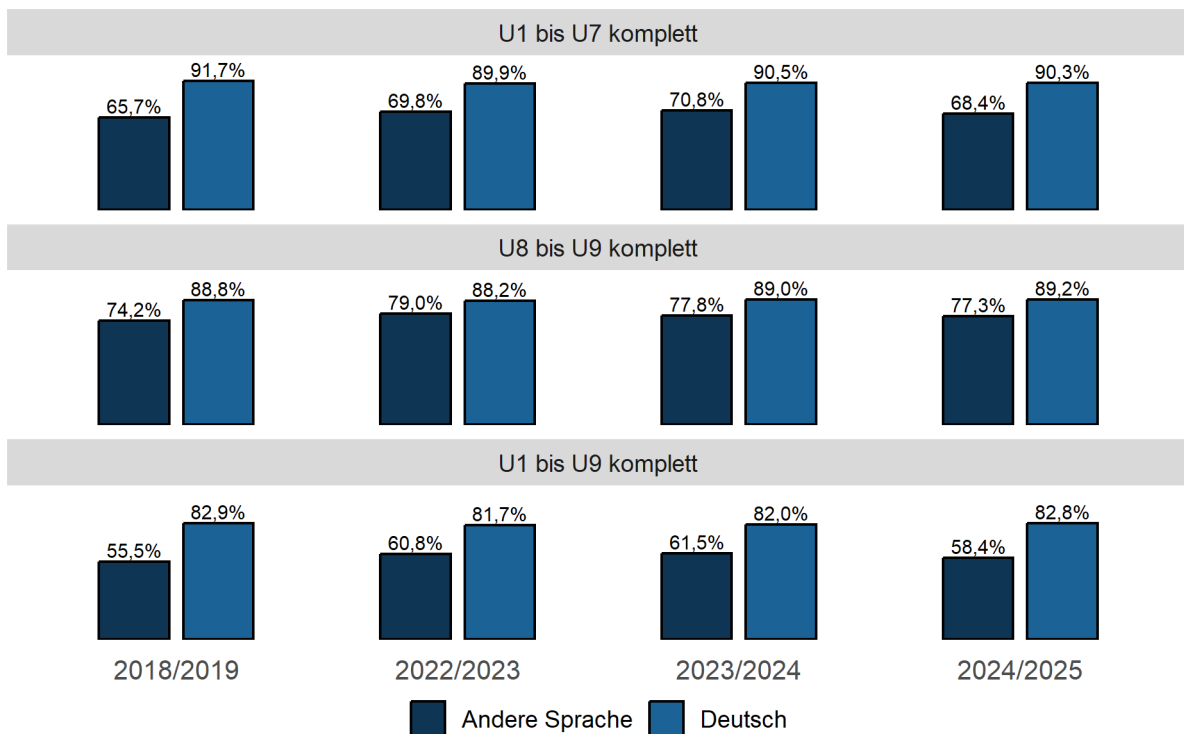


Basis n: Kinder mit vorgelegtem Kinderuntersuchungsheft. 2018/2019: männlich: 2.175; weiblich: 2.075; insgesamt: 4.250; 2022/2023: männlich: 2.550; weiblich: 2.276; insgesamt: 4.826; 2023/2024: männlich: 2.528; weiblich: 2.286; insgesamt: 4.814; 2024/2025: männlich: 2.441; weiblich: 2.203; insgesamt: 4.644

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch nahmen seltener an den Früherkennungsuntersuchungen teil (Abbildung 33). Die U1 bis U7 haben 68,4 Prozent (Erstsprache Deutsch: 90,3 %) und die U8 bis U9 77,3 Prozent (Erstsprache Deutsch: 89,2 %) wahrgenommen. Gründe für eine geringere Teilnahmebereitschaft könnten u. a. mangelnde Aufklärung und Gesundheitskompetenz der Eltern im Umgang mit dem deutschen Gesundheitssystem, Sprachbarrieren oder ein anderes Verständnis von Gesundheit sein. Möglicherweise spielt auch die Aufenthaltsdauer in Deutschland eine Rolle.

Abbildung 33: Teilnahmequote der Früherkennungsuntersuchungen nach Erstsprache im Zeitverlauf

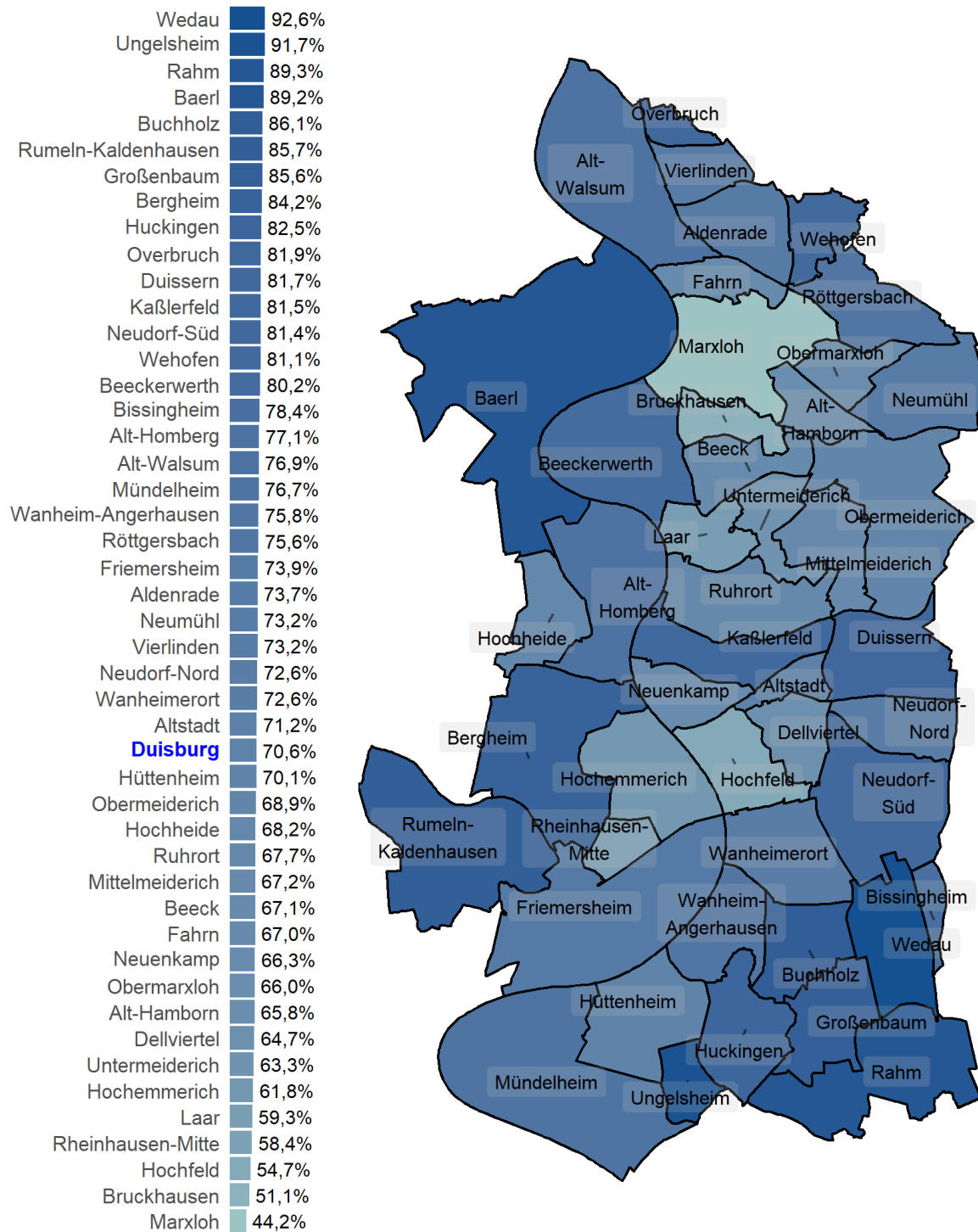


Basis n: Kinder mit vorgelegtem Kinderuntersuchungsheft: Andere Sprache 2018/2019: 1.971; 2022/2023: 2.420; 2023/2024: 2.497; 2024/2025: 2.291; Deutsch 2018/2019: 2.072; 2022/2023: 2.220; 2023/2024: 2.109; 2024/2025: 2.176

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

Am Beispiel der Teilnahmequote der U1 bis U9 Untersuchungen zeigen sich bei der Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen räumliche Unterschiede (Abbildung 34). In den Stadtteilen Wedau und Ungelsheim lag die Teilnahmequote der zusammengefassten Jahre 2023/2024 und 2024/2025 bei über 90 Prozent. In Hochfeld, Bruckhausen und Marxloh lag sie deutlich unter dem Durchschnitt.

Abbildung 34: Teilnahmequote an allen Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 nach Stadtteilen 2023/2024 und 2024/2025



Basis: Kinder mit vorgelegtem Kinderuntersuchungsheft. Zusammengelegte Untersuchungsjahre 2023/2024 und 2024/2025

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2023/2024 und 2024/2025; Geodaten: Stadt Duisburg

## 9.2. Impfungen

Schutzimpfungen sind wichtig, damit Kinder und Jugendliche frühzeitig einen ausreichenden Schutz gegen schwere Infektionen aufbauen können. Sie zählen zu den wichtigsten und wirksamsten medizinischen Vorsorgemaßnahmen und haben weltweit gefährliche Infektionskrankheiten wie z. B. Polio (Kinderlähmung) maßgeblich zurückgedrängt.

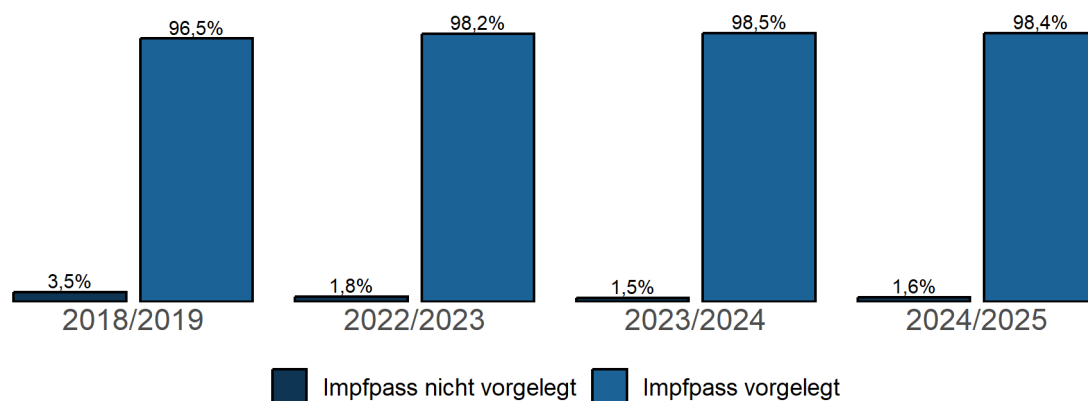
Die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Standardimpfungen sind in Deutschland für Kinder und Jugendliche kostenlos. Die Kosten werden von den gesetzlichen bzw. privaten Krankenkassen übernommen.

Es gibt keine generelle Impfpflicht für alle Impfungen in Deutschland. Allerdings gilt eine Masernimpfpflicht, die mit dem Masernschutzgesetz am 1. März 2020 in Kraft getreten ist und bestimmt, dass Kinder bei Eintritt in Kita, Schule oder ähnliche Gemeinschaftseinrichtungen eine ausreichende Masernimpfung (oder Immunität) nachweisen müssen.<sup>22</sup>

Bei der Schuleingangsuntersuchung bringen die Eltern den Impfpass oder ggf. eine ärztliche Bescheinigung mit. Die Schulärztin oder der Schularzt sichtet die Einträge und prüft, ob die empfohlenen Impfungen vollständig sind. Fehlende oder ungenau dokumentierte Impfungen werden erfasst und die Eltern erhalten eine Empfehlung zur Nachholung.

Die Berechnungsgrundlage der Impfquoten erfolgt auf Grundlage der Kinder, bei denen ein Impfpass vorgelegt wurde. Daher ist es besonders wichtig, dass möglichst alle Kinder einen Impfpass vorlegen. In Duisburg ist der Anteil von Kindern mit vorgelegtem Impfpass hoch (Abbildung 35): Für 98,4 Prozent der 2024/2025 untersuchten Kinder lag ein Impfpass vor. Der Anteil konnte im Vergleich zu 2018/2019 um rund zwei Prozentpunkte gesteigert werden. Duisburg lag 2023/2024 auch über dem NRW-Durchschnitt von 95,3 Prozent.<sup>23</sup>

Abbildung 35: Anteil Kinder mit vorgelegtem Impfpass im Zeitverlauf



Basis n: siehe Tabelle 3

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

Abbildung 36 veranschaulicht die Anteile der untersuchten Kinder mit vollständig dokumentierten, von der STIKO empfohlenen Impfungen im Kleinkindalter. Wichtig ist, dass

<sup>22</sup> [BMG 2025](#)

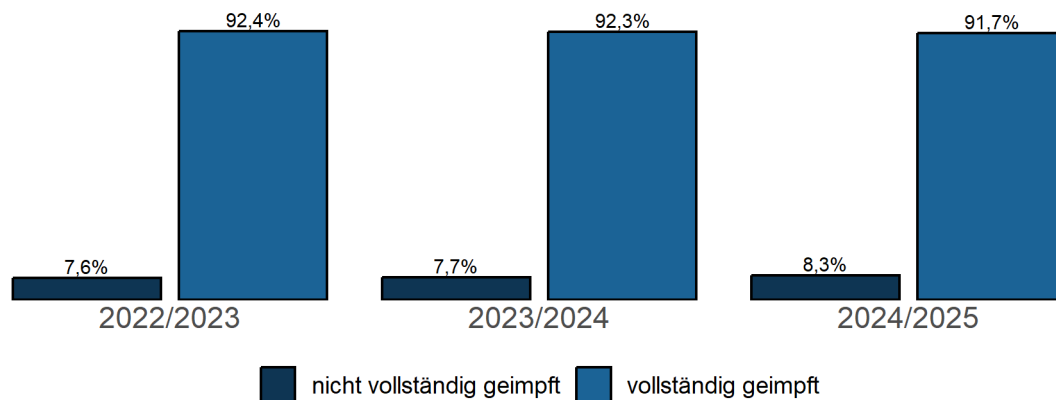
<sup>23</sup> [LfGA Ind. 7.14](#), eigene Berechnung.

alle vorgesehenen Impfdosen verabreicht werden, um eine vollständige Impfung sicherzustellen.

Gegen Masern, Mumps, Röteln empfiehlt die STIKO zwei Impfungen für eine vollständige Immunisierung. Für Poliomyelitis (Kinderlähmung), Tetanus (Wundstarrkrampf), Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b (Hib) und Pertussis (Keuchhusten) sind drei Impfdosen vorgesehen.<sup>24</sup> 2020 hat die STIKO die Impfempfehlung für diese Krankheiten von vier auf drei Impfdosen angepasst.<sup>25</sup> Aufgrund der angepassten Definition von „vollständig geimpft“ wird daher das Jahr 2018/2019 nicht in den Vergleich aufgenommen, da dies möglicherweise den Eindruck eines Anstiegs oder Rückgangs verfälschen könnte.

Eine vollständige Impfung gegen Diphtherie, Tetanus, Hib, Hepatitis B, Polio, Pertussis, Masern, Mumps und Röteln hatten 2024/2025 91,7 Prozent der Kinder.

*Abbildung 36: Anteil Kinder mit vollständiger Impfung gegen Diphtherie, Tetanus, Hib, Hepatitis B, Polio, Pertussis, Masern, Mumps und Röteln im Zeitverlauf*



Basis n: Kinder mit vorgelegtem Impfpass: 2022/2023: 4.981; 2023/2024: 4.964; 2024/2025: 4.800

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2022/2023 bis 2024/2025

Masern sind eine hochansteckende Infektionskrankheit. Nach Angaben des RKI bedarf es einer Immunität gegen Masern von mindestens 95 Prozent der Bevölkerung für den Gemeinschaftsschutz (sog. Herdenimmunität), um eine Ausbreitung von Masern zu verhindern.<sup>26</sup> Eine vollständige Masernimpfung wird durch die Wahrnehmung beider Impftermine erreicht. Seit Inkrafttreten des Masernschutzgesetzes 2020 konnte die Impfquote gegen Masern von 94,7 Prozent in 2018/2019 auf 97,2 Prozent in 2024/2025 gesteigert werden (Abbildung 37). Duisburg lag 2023/2024 etwas unter dem NRW-Durchschnitt von 97,7 Prozent.<sup>27</sup> Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass, wie gezeigt, der Anteil an Kindern mit vorgelegtem Impfpass in Duisburg höher als in NRW war.

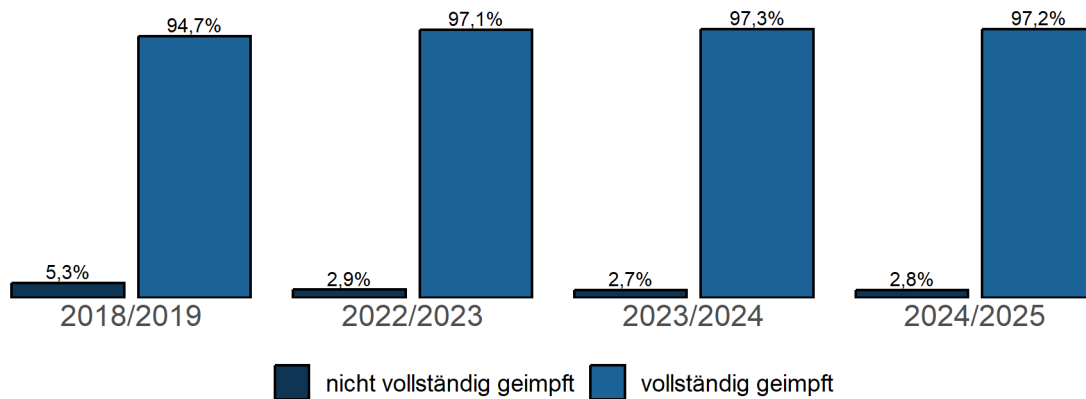
<sup>24</sup> [STIKO 2025](#)

<sup>25</sup> [STIKO 2020](#)

<sup>26</sup> [RKI Masern](#)

<sup>27</sup> [LfGA Ind 7.14](#)

Abbildung 37: Anteil Kinder mit vollständiger Impfung gegen Masern im Zeitverlauf

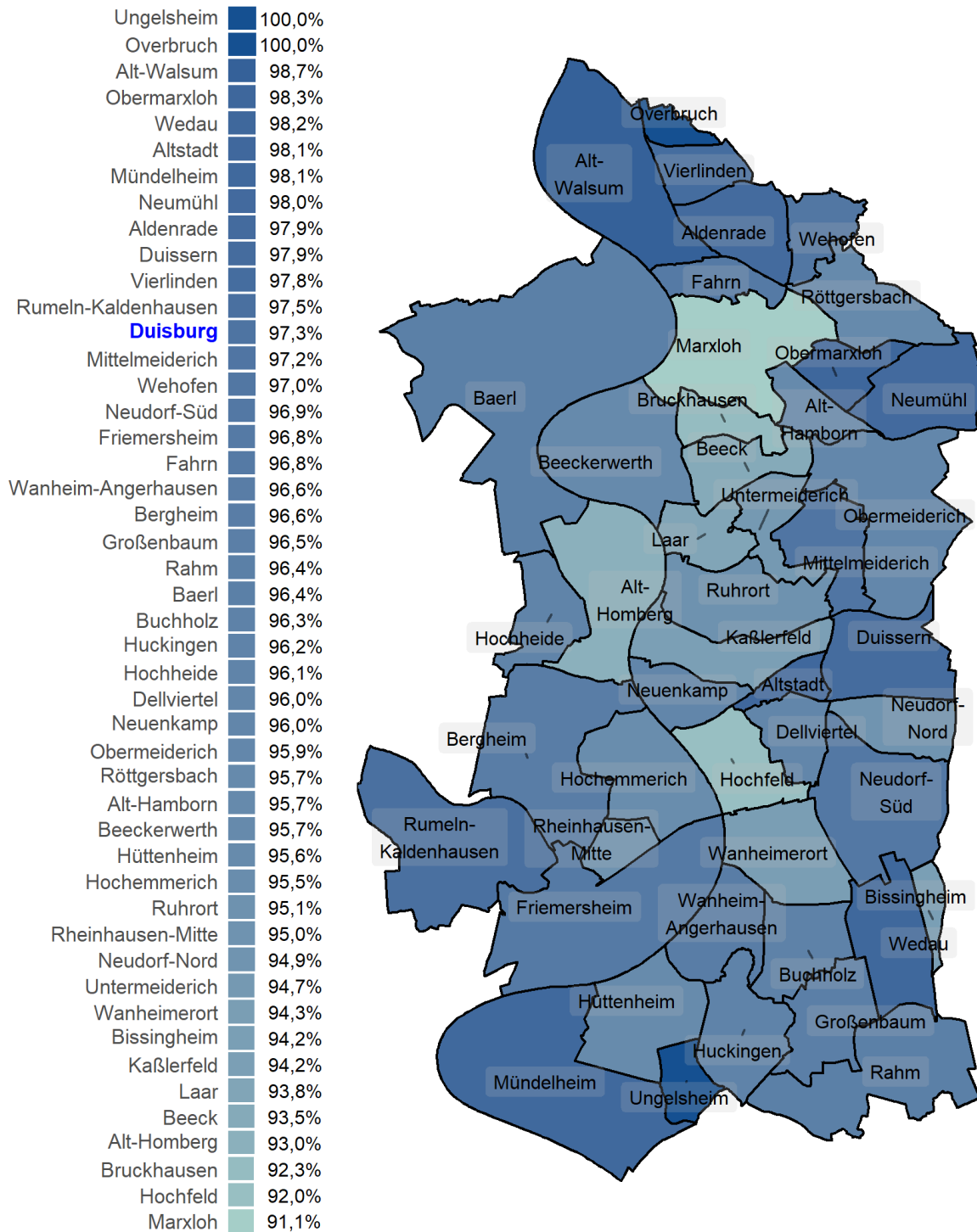


Basis n: Kinder mit vorgelegtem Impfpass: 2018/2019: 4.463; 2022/2023: 4.981; 2023/2024: 4.964; 2024/2025: 4.800

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

Insgesamt ist die Impfquote gegen Masern in Duisburg hoch. In einigen Stadtteilen zeigt sich jedoch, dass sie unter dem angestrebten Wert von 95 Prozent liegt, der für einen Gemeinschaftsschutz notwendig ist (Abbildung 38). Kombiniert für die Jahre 2023/2024 und 2024/2025 waren die Impfquoten gegen Masern in Hochfeld (92,0 %) und Marxloh (91,1 %) am niedrigsten. Nach dem Masernschutzgesetz ist Kindern der Besuch einer Kita nur mit ausreichender Masernimpfung (oder Immunität) möglich. Gerade in Stadtteilen mit einer niedrigen Impfquote gegen Masern war 2024/2025 der Anteil von Kindern ohne Angabe zu einem Kita-Besuch aber überdurchschnittlich hoch. In Hochfeld lag der Anteil beispielsweise bei 21,0 Prozent und in Marxloh sogar bei 32,1 Prozent.

Abbildung 38: Anteil Kinder mit vollständiger Impfung gegen Masern nach Stadtteilen 2023/2024 und 2024/2025



Basis: Kinder mit vorgelegtem Impfpass. Zusammengelegte Untersuchungsjahre 2023/2024 und 2024/2025

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2023/2024 und 2024/2025; Geodaten: Stadt Duisburg

## 10. Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas sind bereits im Kindesalter bedeutende Gesundheitsrisiken. Sie beeinträchtigen nicht nur das aktuelle Wohlbefinden, sondern erhöhen auch das Risiko für chronische Erkrankungen im Erwachsenenalter (z. B. Typ-2-Diabetes, Bluthochdruck). Zur Einschätzung des Gewichtes wird der Body-Mass-Index (BMI) verwendet:

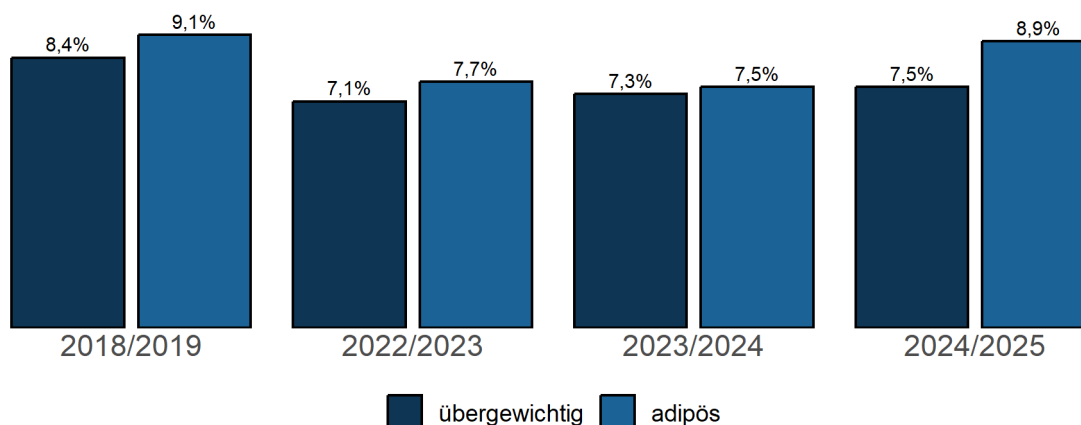
$$BMI = \text{Körpergewicht} / \text{Körpergröße}^2 \text{ (kg/m}^2\text{)}$$

Eingeordnet wird der BMI gemäß der Referenzstichprobe nach Kromeyer-Hauschild<sup>28</sup> mit den folgenden Schwellenwerten:

- Übergewicht: BMI über der 90. Perzentile
- Adipositas: BMI über der 97. Perzentile

Im Untersuchungsjahr 2024/2025 hatten 7,5 Prozent der Kinder Übergewicht. Der Anteil an Adipositas lag mit 8,9 Prozent über den beiden vorangegangenen Untersuchungsjahren (Abbildung 39). Damit hatten insgesamt 16,4 Prozent der untersuchten Kinder mindestens Übergewicht. Der Anteil an Adipositas lag im NRW-Durchschnitt von 2023/2024 bei 4,8 Prozent.<sup>29</sup>

Abbildung 39: Anteil Kinder mit Übergewicht oder Adipositas im Zeitverlauf



Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: 2018/2019: 4.466; 2022/2023: 4.904; 2023/2024: 4.899; 2024/2025: 4.770

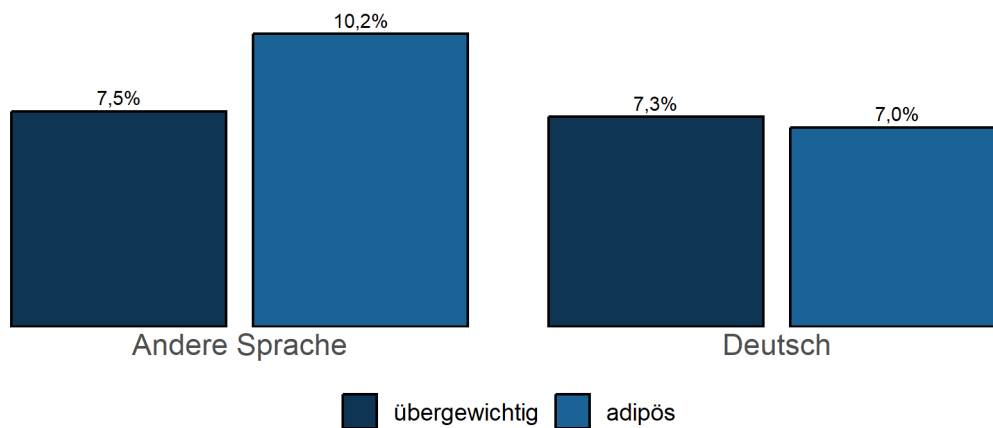
Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

Bei Jungen war der Anteil mit Adipositas 2024/2025 mit 9,1 Prozent höher als bei Mädchen (7,6 %). Die Unterschiede nach Erstsprache sind besonders bei Adipositas ausgeprägt (Abbildung 40). Während 7,0 Prozent der Kinder mit Erstsprache Deutsch Adipositas hatten, waren es bei Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch 10,2 Prozent.

<sup>28</sup> [Kromeyer-Hauschild 2001](#)

<sup>29</sup> [LfGA Ind. 3.57\\_02](#)

Abbildung 40: Anteil Kinder mit Übergewicht oder Adipositas nach Erstsprache 2024/2025

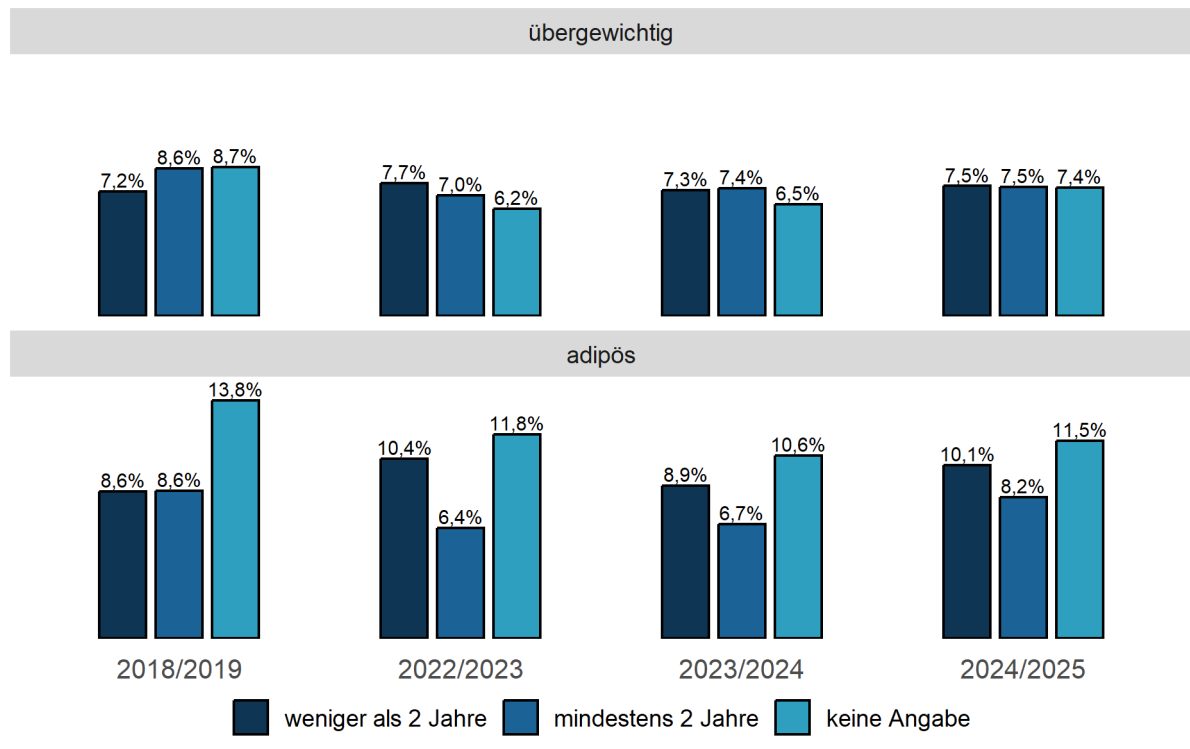


Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: Andere Sprache: 2.432; Deutsch: 2.167

Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2024/2025

Die Kita-Besuchszeit scheint nur geringen Einfluss auf frühkindliches Übergewicht zu haben (Abbildung 41). Deutlicher fallen die Unterschiede bei Adipositas aus. Kinder ohne Angabe zu einem Kita-Besuch sind dabei besonders häufig von Adipositas betroffen. 2024/2025 war dies bei 11,5 Prozent der Fall, während Kinder, die mindestens zwei Jahre eine Kita besucht haben, der Anteil bei 8,2 Prozent lag. Aber auch dies liegt deutlich über dem NRW-Durchschnitt.

Abbildung 41: Übergewicht und Adipositas nach Kita-Besuchszeit im Zeitverlauf



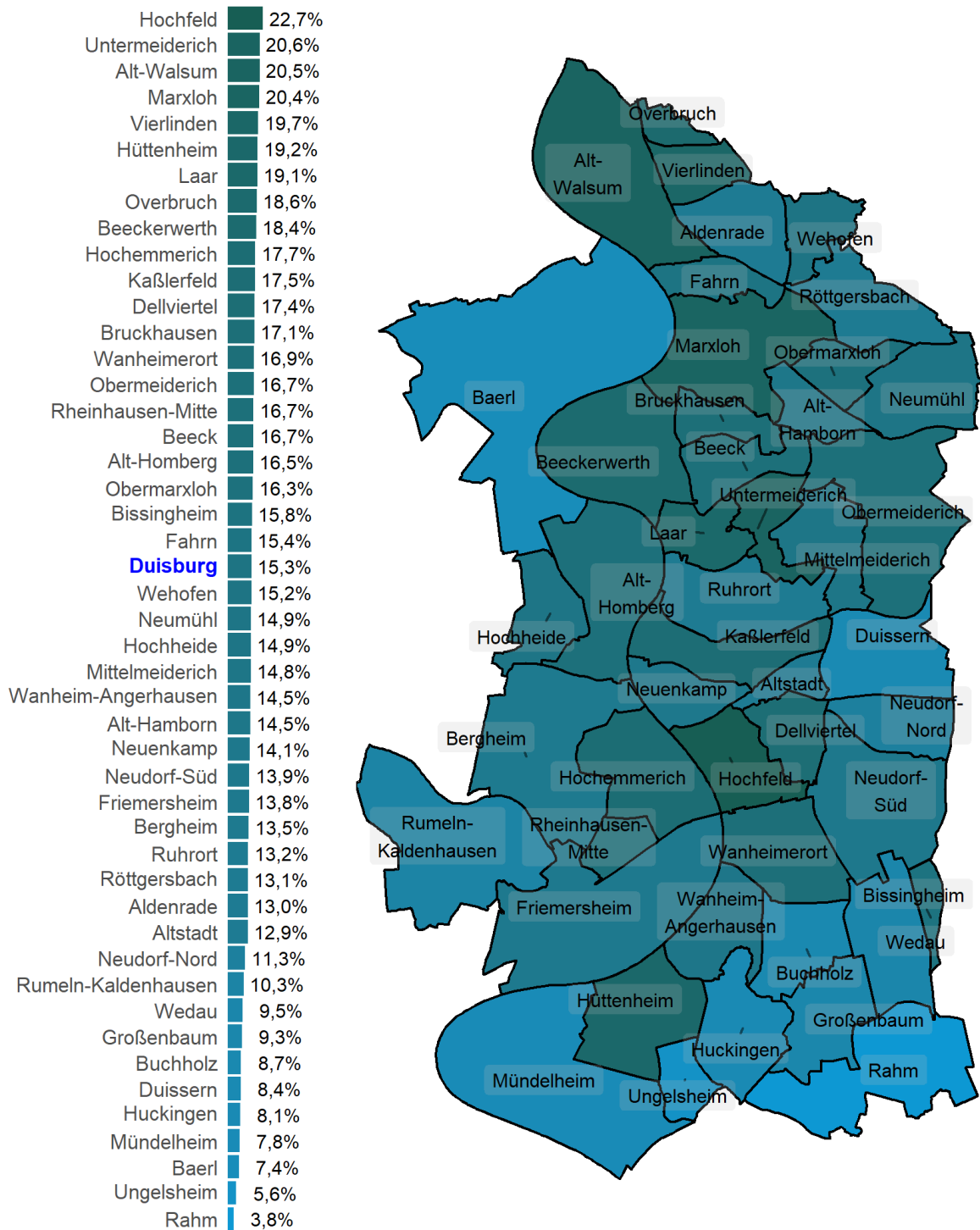
Basis: Untersuchte mit gültigen Werten: weniger als 2 Jahre: 2018/2019: 538; 2022/2023: 843; 2023/2024: 901; 2024/2025: 755; mindestens 2 Jahre: 2018/2019: 3.443; 2022/2023: 3.563; 2023/2024: 3.442; 2024/2025: 3.370; keine Angabe: 2018/2019: 485; 2022/2023: 498; 2023/2024: 556; 2024/2025: 645

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

Um zufallsbedingten Schwankungen zwischen den Jahren auszugleichen und auch in kinderärmeren Stadtteilen robuste Fallzahlen zu erhalten, wurden in der folgenden Karte die Untersuchungsjahre 2022/2023 bis 2024/2025 zusammengefasst (Abbildung 42).

Abgebildet sind die Anteile der Kinder, bei denen Übergewicht oder Adipositas vorlagen. Der Durchschnitt der drei Untersuchungsjahre lag bei 15,3 Prozent. Am höchsten waren die Anteile mit mindestens Übergewicht in Hochfeld (22,7 %), Untermeiderich (20,6 %), Alt-Walsum (20,5 %) und Marxloh (20,4 %). In diesen Stadtteilen hatte im Durchschnitt jedes fünfte Kind mindestens Übergewicht.

Abbildung 42: Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder an allen untersuchten Kindern nach Stadtteilen 2022/2023 bis 2024/2025



Basis: Untersuchte Kinder mit gültigen Werten. Zusammengelegte Untersuchungsjahre 2022/2023 bis 2024/2025

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2022/2023 bis 2024/2025; Geodaten: Stadt Duisburg

## **Duisburger Sporttest „Dein Sport – Dein Talent“. Vom Schuleingang bis zur zweiten Klasse**

Der Stadtsportbund Duisburg führt gemeinsam mit DuisburgSport seit 2023 den Sporttest „Dein Sport – Dein Talent“ für alle Grundschul Kinder der zweiten Klassen durch. Der Test findet im Rahmen des Sportunterrichts statt und erfasst zentrale motorische Fähigkeiten wie Schnelligkeit, Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination an allen 75 Grundschulen. Ziel ist es, Bewegungsmängel frühzeitig zu erkennen, die Freude an Bewegung zu fördern und sportlich begabte Kinder gezielt zu unterstützen. Die Ergebnisse werden den Schulen und Eltern zurückgemeldet, um individuelle Empfehlungen zur Förderung zu geben. Erhoben werden auch Daten zum Gewicht der Kinder.

Dass diese Daten für Duisburg vorliegen, ist ein Glücksfall: In den meisten Kommunen gibt es nach den Schuleingangsuntersuchungen keine flächendeckenden Untersuchungen eines gesamten Jahrgangs. Der Sporttest ermöglicht daher einen wertvollen Vergleich zwischen Übergewicht und Adipositas bei Einschulung und in der zweiten Klasse.

Die Analyse der Schuleingangsuntersuchungen hat gezeigt, dass die Adipositasrate in den Untersuchungsjahren 2022/2023 bis 2024/2025 zwischen 7,5 Prozent und 8,9 Prozent lag. In den Sporttests der zweiten Klassen lag der Anteil 2023 und 2024 konstant bei 9,2 Prozent. Ähnlich verhält es sich bei Übergewicht: In den Schuleingangsuntersuchungen hatten in den letzten drei Untersuchungsjahren rund 7 Prozent der Kinder Übergewicht. Bei den Zweitklässlerinnen und Zweitklässlern waren es 2023 9,4 Prozent und 2024 7,9 Prozent.

Dieser Befund ist bedeutsam: Übergewicht und Adipositas „verwachsen“ sich in den ersten Schuljahren nicht, sondern bleiben bestehen – teilweise steigt die Prävalenz sogar an. Dies verdeutlicht den Bedarf gezielter Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und motorischen Entwicklung. Auf Grundlage des Sporttests werden durch den Stadtsportbund Duisburg in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen Novitas BKK und AOK Programme wie MoveUp (Novitas BKK) und Gesunde Kids im Quartier (AOK) umgesetzt. Zukünftig werden Wiederholungen des Sporttests in der 4. Klasse angestrebt, um die Wirkung der Maßnahmen langfristig zu evaluieren.

## **11. Sehen und Hören**

### **11.1. Sehen**

Sehen ist entscheidend für den Schulerfolg. Sehfehler können zu schneller Ermüdung, Konzentrationsproblemen und eingeschränkter Lernleistung führen. Ohne Korrektur können Kinder im Unterricht benachteiligt sein – sowohl beim Lesen und Schreiben als auch beim Mitverfolgen der Tafelarbeit.

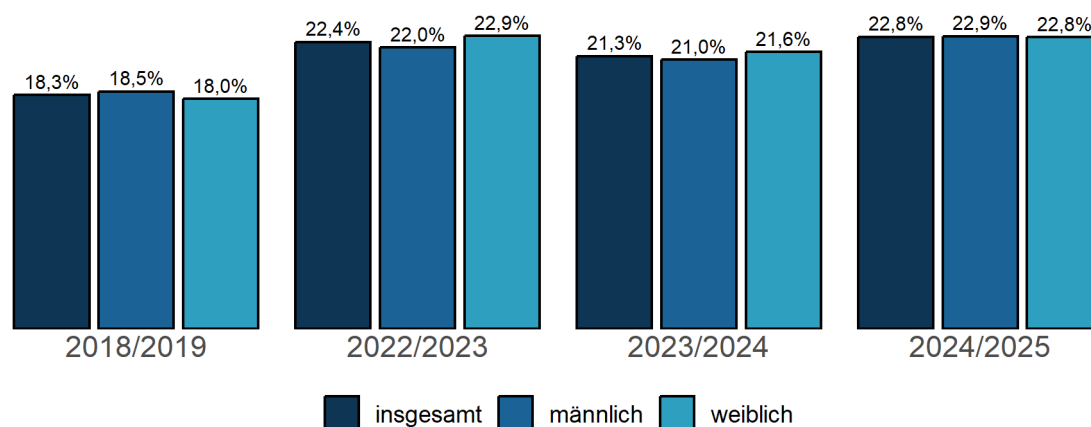
Bei gravierenden Sehproblemen braucht das Kind besondere Unterstützung durch die Schule. Im schulärztlichen Gutachten werden diese Hinweise festgehalten, um

Chancengleichheit im Unterricht sicherzustellen.<sup>30</sup> Die Sehschärfe wird mit einem standardisierten Sehtestgerät geprüft.

Abbildung 43 gibt einen Überblick über die zeitliche Verteilung medizinisch relevanter Befunde einer Sehstörung. Gegenüber 2018/2019 (18,0 %) wurden in den letzten drei Untersuchungsjahren häufiger eine Herabsetzung der Sehschärfe festgestellt. Der Anteil lag 2024/2025 bei 22,8 Prozent. Im Jahr 2023/2024 lag Duisburg rund zwei Prozentpunkte über dem NRW-Durchschnitt von 19,8 Prozent.<sup>31</sup>

Im Zeitverlauf zeigen sich nur geringfügige Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Bei Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch wurde 2024/2025 häufiger eine Herabsetzung der Sehschärfe festgestellt als bei Kindern mit Deutsch als Erstsprache (25,1 % vs. 19,7 %).

Abbildung 43: Anteil Kinder mit einer Herabsetzung der Sehschärfe im Zeitverlauf



Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: männlich 2018/2019: 2.362; 2022/2023: 2.676; 2023/2024: 2.640; 2024/2025: 2.564; weiblich 2018/2019: 2.259; 2022/2023: 2.389; 2023/2024: 2.395; 2024/2025: 2.310; insgesamt 2018/2019: 4.621; 2022/2023: 5.065; 2023/2024: 5.035; 2024/2025: 4.874

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

## 11.2. Hören

Wie auch das Sehen ist gutes Hören entscheidend für den schulischen Erfolg. Hörstörungen können Lernen, Sprachentwicklung und soziale Integration erheblich beeinträchtigen. Die frühzeitige Diagnose und Therapie von Hörstörungen ist ein wichtiges Ziel in der Gesundheitsversorgung. Durchgeführt wird das Hörscreening mittels eines Audiometers, ein Kopfhörer mit Schallschutzkappen. Aufgabe der Schulärztin oder des Schularztes ist es, eine Hörstörung früh zu erkennen und notwendige Maßnahmen einzuleiten (z. B. ärztliche Behandlung, technische Hilfen, sonderpädagogische Förderung).<sup>32</sup>

Bei 7,0 Prozent der untersuchten Kinder wurde 2024/2025 eine medizinisch relevante Hörstörung festgestellt (Abbildung 44). 2018/2019 lag der Anteil bei 6,2 Prozent. Duisburg lag 2023/2024 unter dem Vergleichswert für NRW von 8,5 Prozent.<sup>33</sup>

<sup>30</sup> LfGA Def., S. 84-86

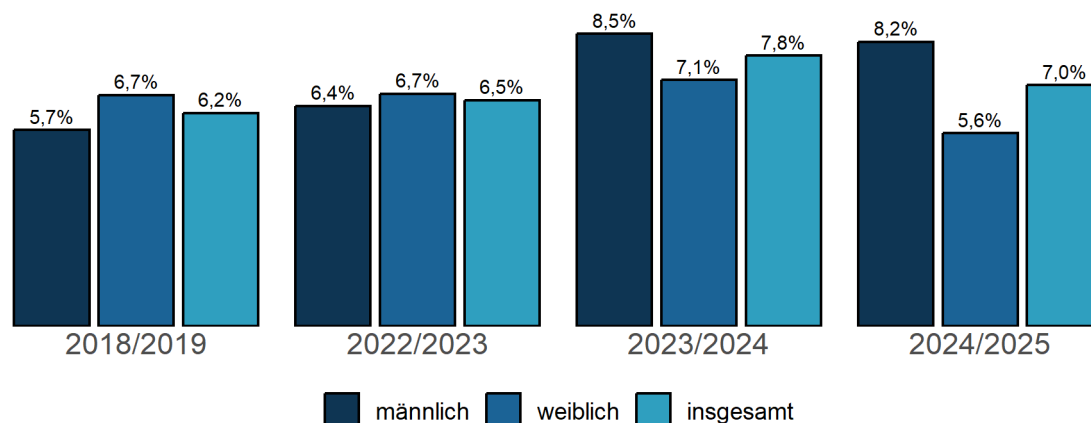
<sup>31</sup> LfGA Ind. 3.57\_03

<sup>32</sup> LfGA Def., S. 92-93

<sup>33</sup> LfGA Jahresberichte

Die Anteile bei Jungen und Mädchen schwanken, allerdings ohne klare Tendenz über den Beobachtungszeitraum hinweg. Bei Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch wurde 2024/2025 häufiger eine Hörstörung festgestellt als bei Kindern mit Deutsch als Erstsprache (7,9 % vs. 5,2 %).

Abbildung 44: Anteil Kinder mit einer Hörstörung im Zeitverlauf



Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: männlich 2018/2019: 2.362; 2022/2023: 2.668; 2023/2024: 2.635; 2024/2025: 2.564; weiblich 2018/2019: 2.259; 2022/2023: 2.379; 2023/2024: 2.388; 2024/2025: 2.310; insgesamt 2018/2019: 4.621; 2022/2023: 5.047; 2023/2024: 5.023; 2024/2025: 4.874

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2018/2019 bis 2024/2025

## 12. Zusammenfassung

Im Vergleich zum Untersuchungsjahr 2018/2019 zeigen die Schuleingangsuntersuchungen nach der Corona-Pandemie mehrere Veränderungen. So hat die Empfehlung einer nachgehenden Fürsorge zugenommen, während kompensatorischer Sport seltener empfohlen wird. Der Anteil der Kinder, bei denen ein sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf geprüft werden sollte, ist gestiegen. Insgesamt zeigt sich eine zunehmende Tendenz, auch wenn sich die Schwankungen in den meistens Fällen im Bereich weniger Prozentpunkte bewegen. Jungen erhalten insgesamt häufiger Empfehlungen als Mädchen. Parallel dazu nahm der dokumentierte Untersuchungsaufwand zu, insbesondere bei Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch.

Bei den Entwicklungsbefunden ist ein Rückgang altersgerechter Sprachkompetenz festzustellen, besonders bei Kindern mit einer anderen Erstsprache. Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen sowie bei der auditiven Merkfähigkeit haben zugenommen, während Verhaltensauffälligkeiten weitgehend stabil geblieben sind. Koordinationsstörungen sind hingegen etwas seltener als 2018/2019 dokumentiert worden.

Im Bereich der Prävention zeigen sich positive Entwicklungen. Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen hat leicht zugenommen und auch die Impfquoten – insbesondere bei der Masernimpfung – liegen auf einem guten Niveau. Der Anteil von Kindern mit Übergewicht und Adipositas bleibt jedoch über dem NRW-Durchschnitt. Seh- und Hörstörungen treten häufiger auf als im Untersuchungsjahr vor der Corona-Pandemie.

Diese zeitlichen Veränderungen sind jedoch schwerlich auf die Corona-Pandemie allein zurückzuführen. Bereits der Bericht zur Kindergesundheit in Duisburg aus dem Jahr 2018 konnte in den meisten Indikatoren eine Verschlechterung über den Zeitverlauf aufzeigen<sup>34</sup>.

Neben den zeitlichen Entwicklungen treten zudem klare räumliche Unterschiede auf. So liegen Sprachkompetenz und Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen in einigen Stadtteilen deutlich unter dem Durchschnitt, während in anderen Stadtteilen überdurchschnittlich hohe Werte erreicht werden. Beim Anteil übergewichtiger Kinder zeigen sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Stadtteilen.

Insgesamt machen die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen deutlich, dass sich die Gesundheits- und Entwicklungsaspekte der Duisburger Kinder in den vergangenen Jahren unterschiedlich entwickelt haben. Während einige Präventionsindikatoren stabile oder positive Tendenzen aufweisen, bestehen in zentralen Entwicklungs- und Gesundheitsbereichen weiterhin Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund bleiben Prävention, Früherkennung und frühe Förderung zentrale Bausteine, um gesundheitliche Chancen zu verbessern.

---

<sup>34</sup> [Duisburg 2018](#)

## 13. Zusammenhangsanalysen

Die Schuleingangsuntersuchungen der vergangenen Jahre zeigen, dass ein erheblicher Anteil der Kinder beim Eintritt in die Grundschule Auffälligkeiten in verschiedenen Entwicklungsbereichen aufweist. Besonders häufig treten in den Bereichen altersgerechte Sprachkompetenz, Umgang mit Zahlen sowie motorische Fähigkeiten wie die Körperkoordination Auffälligkeiten auf. Auch beim Impfstatus (Masernschutz) bestehen Unterschiede zwischen den Kindern.

Die deskriptiven Auswertungen machen zudem deutlich, dass bestimmte Gruppen von Kindern häufiger betroffen sind. So zeigten sich teilweise deutliche Unterschiede nach Erstsprache und Geschlecht. Wollte man noch weitere potenzielle Einflussfaktoren, wie z. B. die Besuchszeit einer Kita, Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen oder Bildungsstatus der Eltern und deren Zusammenspiel berücksichtigen, stieße eine rein deskriptive Analyse an ihre Grenzen.

Um komplexe Einflüsse differenzierter zu untersuchen, wurden multivariable logistische Multilevel-Regressionen durchgeführt. Diese Analysen betrachten gleichzeitig mehrere Einflussgrößen und berücksichtigen zudem mögliche statistische Effekte, die sich durch Gruppierung der Kinder innerhalb von Wohnquartieren ergeben können. So lassen sich unabhängige Effekte einzelner Merkmale bestimmen und Verzerrungen durch Überlagerungen vermeiden.

Zusammengefasst sind die Vorteile dieses Vorgehens:

- Gleichzeitige Berücksichtigung mehrerer Einflussgrößen (z. B. Kita-Besuchszeit, Erstsprache, Bildungsstatus der Eltern, Geschwisteranzahl, Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen).
- Vermeidung von Verzerrungen: Ein Zusammenhang wird nicht fälschlich einem Faktor zugeschrieben, obwohl er in Wirklichkeit durch einen anderen erklärt wird.
- Vergleichbarkeit der Einflussgrößen: **Odds Ratios** (OR) erlauben die Einschätzung, wie stark einzelne Faktoren im Vergleich wirken.
- Durch die Multilevel-Struktur kann geschätzt werden, wie viel der Unterschiede zwischen Kindern auf Quartierseffekte zurückzuführen sind.

### 13.1. Modellgüte und Kontextfaktoren

Neben den Effektschätzungen einzelner Einflussfaktoren liefern die multivariablen Multilevel-Regressionen auch Kennzahlen zur Modellgüte und zu Kontextunterschieden zwischen Wohnquartieren.

Das angegebene  $R^2$  beschreibt den Anteil der durch das Modell erklärten Varianz in den Daten. In einigen Analysen lag dieser Wert über 10 Prozent. Dieser Wert mag auf den ersten Blick gering erscheinen. Allerdings ist zu beachten, dass es sich um ein logistisches Regressionsmodell in einem komplexen sozial-gesundheitlichen Setting handelt, in dem viele weitere nicht erfasste Einflussfaktoren (z. B. familiäre Interaktion, individuelle Fördermaßnahmen, soziale Netzwerke) eine Rolle spielen können. In der Sozial- und Gesundheitsforschung sind solche  $R^2$ -Werte in solchen Zusammenhängen nicht ungewöhnlich und ein Wert ab 10 Prozent gilt als akzeptabel.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> [Ozili 2023](#)

Andere Modelle – z. B. zu Übergewicht – wiesen  $R^2$ -Werte unter 10 Prozent auf. Das legt nahe, dass bei diesen Befunden wesentliche Einflussgrößen fehlen, die in den Schuleingangsuntersuchungen nicht erhoben wurden. Diese Modelle befinden sich im Anhang.

Ein weiterer wichtiger Wert ist der Intraklassenkorrelationskoeffizient (ICC). Er beschreibt, wie stark die Ähnlichkeit von Kindern innerhalb desselben Wohnquartiers im Vergleich zu Kindern aus anderen Quartieren ist, d. h. er gibt an, ob das Wohnquartier selbst einen Einfluss hat. Ein ICC von 0 Prozent würde bedeuten, dass sich alle Unterschiede zwischen Kindern vollständig durch individuelle Merkmale erklären lassen; das Quartier spielt keine Rolle. Ein hoher ICC (z. B. 20 %) würde hingegen auf deutliche Quartierseffekte hinweisen.

In den durchgeführten Modellen zeigen sich eher geringfügige Quartierseffekte. Aber auch diese kleinen Effekte führten zu einem Zugewinn der Modellgüte und der Erklärungskraft.

## 13.2. Auswahl und Darstellung der Modelle

Im Folgenden werden die Modelle für altersgerechte Sprachkenntnisse, Umgang mit Zahlen und Mengen, Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen sowie für eine vollständige Masernimpfung vorgestellt. Weitere Modelle zu Übergewicht, Körperkoordination, auditive Merkfähigkeit und Verhaltensauffälligkeiten finden sich im Anhang.

Als Einflussgrößen für einen Befund gehen die folgenden Merkmale ein:

- Kita-Besuchszeit
- Geschlecht
- Erstsprache
- Anzahl der Geschwister
- Wahrnehmung aller Früherkennungsuntersuchungen

Um zufallsbedingte jährliche Schwankungen auszugleichen und eine möglichst große Fallzahl zu erreichen, wurden die Kinder der letzten drei Untersuchungsjahre 2022/2023, 2023/2024 und 2024/2025 als Basis genommen.

Neben diesem Grundmodell wurde für jeden Befund vergleichend ein erweitertes Modell zur Seite gestellt, in dem zusätzlich der Bildungsstatus der Eltern aufgenommen wurde. Der Bildungsstatus gilt in der Sozialwissenschaft als wichtige Einflussgröße, aber aufgrund der fehlenden Angaben vieler Eltern wird er nur ergänzend herangezogen (siehe Kap. 5.5).

Die Effekte der Einflussgrößen in logistischen Regressionsmodellen werden in Form sogenannter Odds Ratios (OR) dargestellt. In Klammer werden die dazugehörigen Konfidenzintervalle angegeben. Statistisch signifikante Werte werden zusätzlich mit einem \* markiert.

### Odds, Chancen und Odds Ratios – Erklärung mit Beispiel

Eine Wahrscheinlichkeit beschreibt, wie häufig ein Ereignis im Verhältnis zu allen möglichen Fällen eintritt. Beispiel: Wenn von 100 Kindern 20 eine Sprachentwicklungsstörung haben, beträgt die Wahrscheinlichkeit 20 Prozent.

Die Odds (Chancen) beschreiben hingegen das Verhältnis von **Ereignis tritt ein** zu **Ereignis tritt nicht ein**. Im obigen Beispiel wären das  $20/80 = 0,25$ . Odds sind also nicht gleichbedeutend mit Wahrscheinlichkeiten, sondern ein Quotient von Ja- zu Nein-Fällen.

Die **Odds Ratio (OR)** vergleicht die Chancen zweier Gruppen miteinander.

- Eine OR von 1 bedeutet: Die Chancen sind gleich.
- Eine OR größer als 1 bedeutet: Die Chancen sind im Vergleich zur Referenzgruppe höher.
- Eine OR kleiner als 1 bedeutet: Die Chancen sind im Vergleich zur Referenzgruppe niedriger.

Beispiel:

Bei Schuleingangsuntersuchungen haben 20 von 100 Jungen eine Sprachentwicklungsstörung (20 %). Die Odds berechnen sich zu  $20/80 = 0,25$ . Bei Mädchen sind es 16 von 100 (16 %), entsprechend Odds von  $16/84 \approx 0,19$ .

Das Verhältnis der beiden Odds ergibt die Odds Ratio:

$$OR = 0,19 / 0,25 \approx 0,8$$

**Interpretation:** Mädchen haben im Vergleich zu Jungen eine um 20 Prozent geringere Chance für eine Sprachentwicklungsstörung. Die Referenzgruppe (Jungen) hat per Definition  $OR = 1$ , die OR der Mädchen zeigt an, wie deren Chancen im Verhältnis zur Referenzgruppe stehen.

## 13.3. Modell altersgerechte Sprachkompetenz

Eine altersgerechte Sprachkompetenz ist eine wichtige Voraussetzung für Schulerfolg und eine aktive Teilnahme am Unterricht (siehe Kap. 8.1). Tabelle 6 zeigt die Ergebnisse des Grundmodells und des erweiterten Modells.

Den größten Effekt auf die altersgerechte Sprachkompetenz hat im Grundmodell die Erstsprache der Kinder. Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch haben eine 11,4-fach so große Chance für einen auffälligen Befund bei diesem Indikator als Kinder mit der Erstsprache Deutsch. Eine lange Kita-Besuchszeit von mindestens zwei Jahren erweist sich als förderlicher Faktor für eine altersgerechte Sprachkompetenz. Kinder mit weniger als zwei Jahren Kita-Besuchszeit ( $OR: 2,7$ ) oder keiner Angabe zur Kita-Besuchszeit ( $OR: 2,9$ ) haben deutlich erhöhte Chancen für einen auffälligen Befund.

Kinder, die nicht ausnahmslos alle Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen haben, haben eine erhöhte Chance für eine Auffälligkeit ( $OR: 1,7$ ), auch wenn der Effekt deutlich geringer ausgeprägt ist als bei der Erstsprache. Ähnliches gilt für die Anzahl der Geschwister. Kinder mit zwei oder mehr Geschwistern haben eine 1,6-fach so hohe Chance

für einen auffälligen Befund. Das könnte möglicherweise durch Konkurrenz mit den Geschwistern um Aufmerksamkeit und zeitliche Ressourcen der Eltern verbunden sein.<sup>36</sup>

Das um den Bildungsstatus der Eltern erweiterte Modell zeigt einen deutlichen Einfluss des elterlichen Bildungsstatus. Kinder, deren Eltern einen niedrigen Bildungsstatus haben, haben beinahe eine 4-fach so hohe Chance (OR: 3,7) für einen auffälligen Befund als bei Eltern mit einem hohen Bildungsstatus.

Der Anteil der Varianz im Modell, die sog. Intraklassenkorrelation (ICC), der durch die Einbeziehung der Wohnquartiere erklärt wird, liegt im Grundmodell bei 7,3 Prozent. Insgesamt erklärt das Grundmodell 44,9 Prozent der gesamten Varianz (R<sup>2</sup>).

*Tabelle 6: Einflussfaktoren auf die altersgerechte Sprachkompetenz*

<b>Merkmale</b>	<b>Altersgerechte Sprachkompetenz</b>	<b>Altersgerechte Sprachkompetenz (erweitert)</b>
	<b>OR (95 %- KI)</b>	<b>OR (95 %- KI)</b>
<b>Referenz: mindestens zwei Jahre Kita</b>	1	1
<b>weniger als 2 Jahre Kita</b>	2,7 (2,3-3,1)*	2,2 (1,8-2,7)*
<b>keine Angabe zur Kita</b>	2,9 (2,3-3,5)*	2,3 (1,6-3,2)*
<b>Referenz: Geschlecht männlich</b>	1	1
<b>weiblich</b>	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,1)
<b>Referenz: Erstsprache Deutsch</b>	1	1
<b>Andere Erstsprache</b>	11,4 (10,4-12,6)*	10,1 (8,9-11,5)*
<b>Referenz: hohe Bildung</b>	-	1
<b>niedrige Bildung</b>	-	3,7 (3,1-4,5)*
<b>mittlere Bildung</b>	-	1,6 (1,4-1,8)*
<b>Referenz: keine Geschwister</b>	1	1
<b>ein Geschwister</b>	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,2)
<b>zwei und mehr Geschwister</b>	1,6 (1,4-1,9)*	1,5 (1,2-1,8)*
<b>Referenz: alle U-Untersuchungen wahrgenommen</b>	1	1
<b>nicht alle wahrgenommen</b>	1,7 (1,5-1,9)*	1,2 (1,0-1,4)*
<b>Erklärte Varianz (R<sup>2</sup>)</b>	44,9%	39,3%
<b>R<sup>2</sup> (marginal)</b>	40,6%	38,1%
<b>ICC</b>	7,3%	2,0%
<b>Anzahl Kinder</b>	12.332	6.595

\* = statistisch signifikante OR. 95-prozentiges Konfidenzintervall in Klammern.

R<sup>2</sup> (marginal) gibt an, wie viel der Varianz im Modell ohne die Berücksichtigung der Gruppierung in Wohnquartieren erklärt wird.

Die Odds Ratios (OR) sind unter Berücksichtigung aller anderen Variablen im Modell interpretiert.

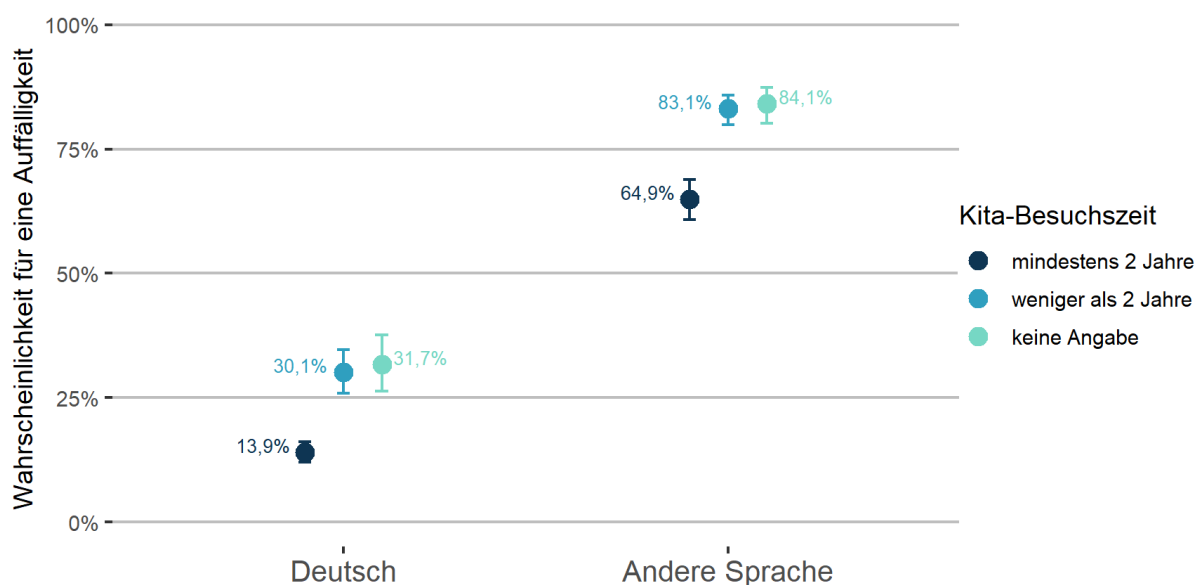
Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2022/2023, 2023/2024 und 2024/2025

<sup>36</sup> [Havron 2019](#)

Neben OR lassen sich mit der logistischen Regression auch konkrete Wahrscheinlichkeiten für das Auftreten eines auffälligen Befunds berechnen. Abbildung 45 zeigt dies beispielhaft für das Grundmodell zur altersgerechten Sprachkompetenz. Verglichen wurden Kinder, die sich nur in den Merkmalen Erstsprache und Kita-Besuchszeit voneinander unterscheiden, in den anderen Merkmalen (z. B. Wohnquartier, Geschlecht) aber übereinstimmen. Auf diese Weise werden Unterschiede zwischen den Gruppen anschaulich gemacht, ohne andere Einflussfaktoren zu vermischen.

Gleichzeitig verdeutlicht das Beispiel, dass grundsätzlich alle Kinder – unabhängig von Erstsprache oder Kita-Besuchszeit – ein Risiko für einen auffälligen Befund haben. Auch Kinder mit Deutsch als Erstsprache und einer Kita-Besuchszeit von mehr als zwei Jahren sind nicht vollständig vor Auffälligkeiten geschützt. Bei ihnen beträgt die Wahrscheinlichkeit für eine nicht altersgerechte Sprachkenntnis 13,9 Prozent. Kinder mit Deutsch als Erstsprache, die aber nur eine Kita-Besuchszeit von unter zwei Jahren oder keine Angabe zur Besuchszeit hatten, haben einen deutlich höheres Risiko für einen auffälligen Befund (30,1 % bzw. 31,7 %). Im Vergleich dazu ist bei Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch das Grundrisiko selbst bei einer Kita-Besuchszeit von mehr als zwei Jahren mit 64,9 Prozent deutlich höher. Allerdings erhöht sich dieses Risiko bei einer kürzen Kita-Besuchszeit (83,1 %) und bei keiner Angabe einer Kita-Besuchszeit (84,1 %) noch einmal deutlich.

Abbildung 45: Wahrscheinlichkeiten für einen auffälligen Befund im Bereich Sprachkompetenz nach Erstsprache und Kita-Besuchszeit



Die Fehlerbalken der Punkte zeigen, wie genau die geschätzte Wahrscheinlichkeit ist: Je länger der Balken, desto unsicherer die Schätzung.

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2022/2023, 2023/2024 und 2024/2025

## 13.4. Modell Umgang mit Zahlen und Mengen

Im Grundmodell für den Umgang mit Zahlen und Mengen hat die Kita-Besuchszeit den größten Einfluss auf das frühe Zahlen- und Mengenvorwissen der Kinder (Tabelle 7). Verglichen mit Kindern, die mindestens zwei Jahre eine Kita besucht haben, besteht bei

Kindern ohne Angabe zur Kita-Besuchszeit eine mehr als 5-fach so hohe Chance für einen auffälligen Befund (OR: 5,4). Auch eine kürzere Kita-Besuchszeit von unter zwei Jahren ist mit einer höheren Chance für eine Auffälligkeit assoziiert (OR: 2,5). Zusätzlich zeigten sich weitere signifikante Einflüsse: Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch haben eine 1,8-fach so hohe Chance für einen Befund. Kinder mit zwei oder mehr Geschwistern haben eine 1,4-fach erhöhte Chance und Kinder, die nicht alle Früherkennungsuntersuchungen wahrnahmen, haben eine 1,5-fach erhöhte Chance. Im erweiterten Modell zeigt sich zudem ein niedriger Bildungsstatus der Eltern als ein starker Einflussfaktor (OR: 4,1). Die Gruppierung nach Wohnquartieren hat im erweiterten Modell keinen Einfluss.

Tabelle 7: Einflussfaktoren auf den Umgang mit Zahlen und Mengen

Merkmale	Umgang mit Zahlen und Mengen	Umgang mit Zahlen und Mengen (erweitert)
	OR (95 %- KI)	OR (95 %- KI)
<b>Referenz: mindestens zwei Jahre Kita</b>	1	1
<b>weniger als 2 Jahre Kita</b>	2,5 (2,2-2,8)*	2,3 (1,9-2,8)*
<b>keine Angabe zur Kita</b>	5,4 (4,7-6,2)*	4,4 (3,4-5,8)*
<b>Referenz: Geschlecht männlich</b>	1	1
<b>weiblich</b>	0,9 (0,8-0,9)*	0,8 (0,7-1,0)*
<b>Referenz: Erstsprache Deutsch</b>	1	1
<b>Andere Erstsprache</b>	1,8 (1,6-2,0)*	1,6 (1,4-1,8)*
<b>Referenz: hohe Bildung</b>	-	1
<b>niedrige Bildung</b>	-	4,1 (3,4-5,0)*
<b>mittlere Bildung</b>	-	1,7 (1,4-2,0)*
<b>Referenz: keine Geschwister</b>	1	1
<b>ein Geschwister</b>	1,0 (0,8-1,1)	0,9 (0,7-1,1)
<b>zwei und mehr Geschwister</b>	1,4 (1,2-1,6)*	1,1 (0,9-1,4)
<b>Referenz: alle U-Untersuchungen wahrgenommen</b>	1	1
<b>nicht alle wahrgenommen</b>	1,5 (1,3-1,6)*	1,4 (1,2-1,6)*
<b>Erklärte Varianz (R<sup>2</sup>)</b>	19,4%	17,3%
<b>R<sup>2</sup> (marginal)</b>	16,0%	17,3%
<b>ICC</b>	4,0%	0,0%
<b>Anzahl Kinder</b>	12.852	6.780

\* = statistisch signifikante OR. 95-prozentiges Konfidenzintervall in Klammern.

R<sup>2</sup> (marginal) gibt an, wie viel der Varianz im Modell ohne die Berücksichtigung der Gruppierung in Wohnquartieren erklärt wird.

Die Odds Ratios (OR) sind unter Berücksichtigung aller anderen Variablen im Modell interpretiert.

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2022/2023, 2023/2024 und 2024/2025

## 13.5. Modell Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen

Das Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen ist eine wichtige Vorläuferfähigkeit für den Erwerb von Lesen, Schreiben und Rechnen. Kinder ohne Angabe eines Kita-Besuchs haben eine beinahe 3-fach so hohe Chance (OR: 2,9) für einen auffälligen Befund in diesem Bereich als Kinder, die mindestens zwei Jahre eine Kita besucht haben (Tabelle 8). Auch ein kürzerer Kita-Besuch von unter zwei Jahren erhöht die Chance für einen auffälligen Befund noch deutlich (OR: 1,8). Eine andere Erstsprache als Deutsch hat zwar einen signifikanten Einfluss (OR: 1,1), der in seiner Größe jedoch geringer als die Kita-Besuchszeit ist.

Im Vergleich zu Jungen haben Mädchen nur eine halb so große Chance (OR: 0,5) einer Auffälligkeit. Wie deutlich die Geschlechtsunterschiede gerade im Bereich des Erkennens und Zeichnens von Objekten und Formen sind, zeigte bereits Abbildung 28.

Zwei oder mehr Geschwister zu haben oder nicht alle Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen zu haben, zeigt ebenfalls einen signifikanten Einschluss (OR: jeweils 1,4). Im erweiterten Modell erweist sich insbesondere ein niedriger Bildungsstatus der Eltern als starker Einflussfaktor (OR: 3,6).

Tabelle 8: Einflussfaktoren auf das Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen

<b>Merkmale</b>	<b>Erkennen und Zeichnen</b>	<b>Erkennen und Zeichnen (erweitert)</b>
	<b>OR (95 %- KI)</b>	<b>OR (95 %- KI)</b>
<b>Referenz: mindestens zwei Jahre Kita</b>	1	1
<b>weniger als 2 Jahre Kita</b>	1,8 (1,6-2,0)*	1,6 (1,3-1,9)*
<b>keine Angabe zur Kita</b>	2,9 (2,5-3,3)*	2,5 (1,9-3,3)*
<b>Referenz: Geschlecht männlich</b>	1	1
<b>weiblich</b>	0,5 (0,5-0,5)*	0,4 (0,4-0,5)*
<b>Referenz: Erstsprache Deutsch</b>	1	1
<b>Andere Erstsprache</b>	1,1 (1,0-1,2)*	1,0 (0,9-1,1)
<b>Referenz: hohe Bildung</b>	-	1
<b>niedrige Bildung</b>	-	3,6 (3,0-4,4)*
<b>mittlere Bildung</b>	-	1,9 (1,6-2,2)*
<b>Referenz: keine Geschwister</b>	1	1
<b>ein Geschwister</b>	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,8-1,1)
<b>zwei und mehr Geschwister</b>	1,4 (1,2-1,6)*	1,1 (0,9-1,3)
<b>Referenz: alle U-Untersuchungen wahrgenommen</b>	1	1
<b>nicht alle wahrgenommen</b>	1,4 (1,2-1,5)*	1,2 (1,0-1,4)
<b>Erklärte Varianz (R<sup>2</sup>)</b>	11,4%	12,8%
<b>R<sup>2</sup> (marginal)</b>	9,7%	12,8%
<b>ICC</b>	1,8%	0,0%
<b>Anzahl Kinder</b>	12.739	6.721

\* = statistisch signifikante OR. 95-prozentiges Konfidenzintervall in Klammern.

R<sup>2</sup> (marginal) gibt an, wie viel der Varianz im Modell ohne die Berücksichtigung der Gruppierung in Wohnquartieren erklärt wird.

Die Odds Ratios (OR) sind unter Berücksichtigung aller anderen Variablen im Modell interpretiert.

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2022/2023, 2023/2024 und 2024/2025

## 13.6. Modell Masernimpfung

Das Modell für Masernimpfung untersucht, welche Merkmale einen Einfluss auf eine vollständige Impfung haben (Tabelle 9). Wie bereits gezeigt (Abbildung 37), ist die Masernimpfquote in Duisburg hoch. Kinder ohne Angabe einer Kita-Besuchszeit haben nur eine 0,3-fach so hohe Chance für eine vollständige Masernschutzimpfung als Kindern mit mindestens zwei Jahren Kita-Besuchszeit, d. h. die Chance ist für diese Kinder um 70 Prozent kleiner. Ähnlich verhält sich bei der Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen. Kinder, die nicht alle Untersuchungen wahrgenommen haben, haben nur eine 0,3-fach so hohe Chance für eine vollständige Masernschutzimpfung. Unter Berücksichtigung dieser beiden Einflussfaktoren zeigen die Merkmale Geschlecht, Erstsprache und Anzahl der Geschwister keinen signifikanten Einfluss auf die Masernschutzimpfung. Dies gilt auch im erweiterten Modell.

Tabelle 9: Einflussfaktoren auf eine vollständige Masernschutzimpfung

Merkmale	Masernimpfung	Masernimpfung (erweitert)
	OR (95 %- KI)	OR (95 %- KI)
<b>Referenz: mindestens zwei Jahre Kita</b>	1	1
<b>weniger als 2 Jahre Kita</b>	0,8 (0,5-1,1)	1,2 (0,6-2,3)
<b>keine Angabe zur Kita</b>	0,3 (0,2-0,4)*	0,2 (0,1-0,4)*
<b>Referenz: Geschlecht männlich</b>	1	1
<b>weiblich</b>	1,1 (0,8-1,3)	1,3 (0,9-1,9)
<b>Referenz: Erstsprache Deutsch</b>	1	1
<b>Andere Erstsprache</b>	1,1 (0,8-1,5)	1,0 (0,7-1,6)
<b>Referenz: hohe Bildung</b>	-	1
<b>niedrige Bildung</b>	-	2,1 (1,1-3,8)*
<b>mittlere Bildung</b>	-	1,6 (1,0-2,5)*
<b>Referenz: keine Geschwister</b>	1	1
<b>ein Geschwister</b>	1,2 (0,8-1,7)	1,2 (0,7-2,1)
<b>zwei und mehr Geschwister</b>	0,9 (0,6-1,4)	1,2 (0,6-2,1)
<b>Referenz: alle U-Untersuchungen wahrgenommen</b>	1	1
<b>nicht alle wahrgenommen</b>	0,3 (0,2-0,4)*	0,3 (0,2-0,5)*
<b>Erklärte Varianz (R<sup>2</sup>)</b>	17,9%	16,6%
<b>R<sup>2</sup> (marginal)</b>	15,4%	8,6%
<b>ICC</b>	2,9%	8,7%
<b>Anzahl Kinder</b>	12.998	6.856

\* = statistisch signifikante OR. 95-prozentiges Konfidenzintervall in Klammern.

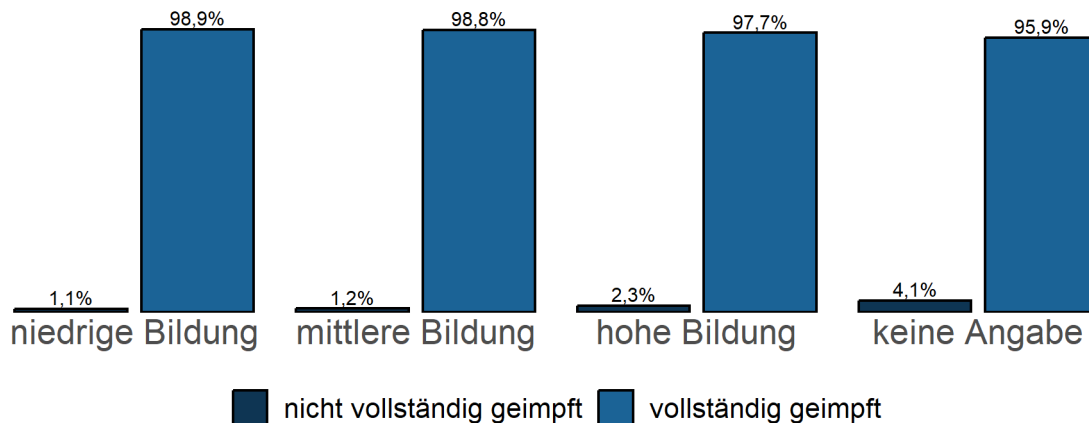
R<sup>2</sup> (marginal) gibt an, wie viel der Varianz im Modell ohne die Berücksichtigung der Gruppierung in Wohnquartieren erklärt wird.

Die Odds Ratios (OR) sind unter Berücksichtigung aller anderen Variablen im Modell interpretiert.

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Duisburg 2022/2023, 2023/2024 und 2024/2025

Im erweiterten Modell haben Kinder mit einem niedrigen (OR: 2,1) oder mittleren (OR: 1,6) elterlichen Bildungshintergrund eine höhere Chance für einen vollständigen Masernimpfschutz als Kinder mit einem hohem Bildungshintergrund. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist jedoch aufgrund der vielen fehlenden Angaben zum Bildungsindex (siehe Kap. 5.5) der Eltern Vorsicht geboten. Abbildung 46 zeigt die Masernimpfquote im Untersuchungsjahr 2024/2025 nach Bildungsindex der Eltern sowie für die Gruppe ohne Angaben. Die Anteile einer vollständigen Impfung sind bei niedriger und mittlerer Bildung zwar etwas höher als bei einem hohem Bildungshintergrund, am niedrigsten ist der Anteil jedoch bei den Kindern, bei denen keine Angaben zum Bildungshintergrund der Eltern vorlagen. Es ist zu vermuten, dass es dadurch gerade bei Eltern mit einem niedrigen Bildungshintergrund durch eine Untererfassung zu einer Verzerrung kommt.

Abbildung 46: Masernimpfstatus nach Bildungsindex der Eltern 2024/2025



Basis n: Untersuchte mit gültigen Werten: niedrige Bildung: 525; mittlere Bildung: 1.135; hohe Bildung: 746; keine Angabe: 2.394

Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2024/2025

## 13.7. Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Multilevel-Regressionen zeigen ein einheitliches Muster über verschiedene Entwicklungsbereiche hinweg. Besonders deutlich wird der Einfluss der Kita-Besuchszeit: Ein mindestens zweijähriger Kita-Aufenthalt ist in allen Modellen mit einer deutlich geringeren Chance für Entwicklungsauffälligkeiten verbunden. Kinder ohne oder mit kurzer Kita-Erfahrung haben dagegen eine deutlich erhöhte Chance für sprachliche und kognitive Auffälligkeiten. Damit unterstreichen die Ergebnisse die herausragende Rolle frühkindlicher Bildungseinrichtungen für die Gesundheits- und Entwicklungsförderung.

Ebenfalls konsistent zeigt sich der Bildungsstatus der Eltern als Einflussfaktor, auch wenn hier aufgrund des Antwortverhaltens im Elternfragebogen Verzerrungen nicht ausgeschlossen werden können. Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstatus weisen in nahezu allen Modellen eine deutlich höhere Chance für Auffälligkeiten auf. Dies verdeutlicht die enge Verknüpfung zwischen sozialem Hintergrund und gesundheitlicher sowie entwicklungsbezogener Chancengleichheit.

Darüber hinaus erweisen sich auch die Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen als wichtiger Indikator für die Gesundheitsvorsorge der Kinder. Kinder, die nicht alle Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen, haben eine erhöhte Chance für Entwicklungsauffälligkeiten und eine unvollständige Masernimpfung. Dies legt nahe, dass eine konsequente Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nicht nur der individuellen Gesundheitsüberwachung dient, sondern auch präventiv wirkt.

Es zeigen sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede. Jungen haben insbesondere im Bereich der visuomotorischen Fähigkeiten (z. B. beim Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen) eine deutlich erhöhte Chance für Auffälligkeiten als Mädchen.

Die Ergebnisse decken sich zudem mit weiteren Untersuchungen, die mit vergleichbarer Methodik durchgeführt wurden. So analysierte beispielsweise eine Bertelsmann-Studie aus dem Jahr 2015<sup>37</sup> Daten der Schuleingangsuntersuchungen aus Mülheim an der Ruhr mittels

<sup>37</sup> [Groos 2015](#)

Multilevel-Regressionen und zeigte auf, dass vor allem die Dauer des Kita-Besuchs sowie der Bildungsstatus der Eltern entscheidende Faktoren für die Bildungs- und Gesundheitschancen von Kindern darstellen. Kinder aus bildungsfernen Familien oder mit kurzer bzw. fehlender Kita-Erfahrung hatten demnach ebenfalls eine deutlich erhöhte Chance für Entwicklungsdefizite beim Schuleintritt.

Eine neuere Studie<sup>38</sup>, die mit Daten von Schuleingangsuntersuchungen aus Schleswig-Holstein durchgeführt wurde, konnte mit einer Regressionsanalyse beispielsweise für Kinder aus Familien mit einem niedrigen Bildungsstand eine 3-fach höhere Chance für Verhaltensauffälligkeiten feststellen.

Zusammenfassend verdeutlichen die Befunde, dass frühkindliche Bildung, der elterlicher Bildungsstatus und eine vollständige Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen zentrale Stellschrauben für eine gesunde Entwicklung im Vorschulalter darstellen. Für eine wirksame Prävention und Förderung sollten daher insbesondere frühzeitige und möglichst niedrigschwellige Bildungs- und Unterstützungsangebote für Kinder und Familien mit erhöhtem Risiko in den Blick genommen werden.

### **Kita-Besuch ist wichtig für die frühkindliche Entwicklung**

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen unterstreichen die Bedeutung eines längeren Kita-Besuchs für die frühkindliche Entwicklung. Kinder, die über einen längeren Zeitraum eine Kita besuchen, zeigen in mehrfacher Hinsicht günstigere Entwicklungsverläufe – sprachlich, kognitiv, sozial und gesundheitlich. Diese Zusammenhänge sind auch vor dem Hintergrund des gesetzlichen Bildungs- und Erziehungsauftrags von Kitas zu betrachten, der im Kinderbildungsgesetz (KiBiz)<sup>39</sup> festgeschrieben ist und eine umfassende Förderung der kindlichen Entwicklung vorsieht.

Ein wesentlicher Faktor ist die kontinuierliche sprachliche Anregung im Kita-Alltag. Kitas haben den gesetzlichen Auftrag zur alltagsintegrierten sprachlichen Bildung, der unabhängig von Herkunft, Familiensprache oder sozialem Hintergrund gilt. Kinder erwerben Sprache nicht isoliert, sondern im sozialen Kontext. Durch den täglichen Kontakt mit pädagogischen Fachkräften und anderen Kindern erhalten sie vielfältige Sprachanlässe, die weit über das hinausgehen, was insbesondere in sozial belasteten oder mehrsprachigen Haushalten häufig möglich ist. Ein früher und längerer Kita-Besuch erhöht somit die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder altersgerechte Sprachkompetenzen entwickeln. Diese stellen wiederum eine zentrale Voraussetzung für schulisches Lernen und soziale Teilhabe dar und sind ein zentraler Fokus der Schuleingangsuntersuchungen.

Darüber hinaus fördert der Kita-Besuch grundlegende kognitive Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Problemlösekompetenz und den Umgang mit Zahlen und Mengen. Strukturierte Tagesabläufe, gezielte Förderangebote und spielerisches Lernen schaffen stabile Lernumgebungen, in denen Kinder frühzeitig Bildungsprozesse erfahren.

Auch im sozialen und emotionalen Bereich ist der Kita-Besuch von großer Bedeutung. Kinder lernen, Regeln einzuhalten, Konflikte auszuhandeln, Rücksicht zu nehmen und sich in Gruppen zurechtzufinden. Diese sozialen Kompetenzen sind eng mit späterem Schulerfolg verknüpft und können durch familiäre Ressourcen allein oft nicht in gleichem Maße vermittelt werden. Ein längerer Kita-Besuch bietet hier verlässliche Entwicklungsräume, die insbesondere für Kinder aus belasteten Lebenslagen stabilisierend wirken.

<sup>38</sup> [Hmayed\\_2024](#)

<sup>39</sup> [KiBiz NRW](#)

Nicht zuletzt kommt der Kita eine zentrale Rolle für die gesundheitliche Entwicklung zu. Die „Bildungsgrundsätze für Kinder von 0 bis 10 Jahren in Nordrhein-Westfalen“<sup>40</sup> sehen Bewegung als eigenständigen Bildungsbereich sowie Körper, Gesundheit und Ernährung als durchgängige Bildungsdimensionen vor. Kitas leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung, etwa durch regelmäßige Bewegungsangebote, die Vermittlung gesundheitsförderlicher Routinen, Ernährungsbildung sowie Programme zur Zahnhygiene. Darüber hinaus ermöglichen Kitas die frühzeitige Beobachtung und Weiterleitung von Entwicklungsauffälligkeiten.

Die positiven Zusammenhänge zwischen längerer Kita-Besuchszeit und kindlicher Entwicklung werden zusätzlich dadurch unterstützt, dass Kitas in NRW auf zielgerichtete Förderprogramme zurückgreifen können. Programme wie plusKITA oder das Landesprogramm Sprach-Kitas NRW ermöglichen es Einrichtungen, zusätzliche personelle, fachliche und konzeptionelle Ressourcen einzusetzen. Dadurch können Kitas besonders auf Kinder mit erschwerten Startbedingungen, etwa aus sozial benachteiligten Familien oder mit mehrsprachigem Hintergrund, intensiver eingehen. Diese Programme stärken die Qualität der alltagsintegrierten Sprachbildung, die Zusammenarbeit mit Familien sowie die individuelle Förderung und tragen dazu bei, bestehende Entwicklungsrisiken frühzeitig zu reduzieren.

Vor diesem Hintergrund ist ein früher und möglichst durchgängiger Kita-Besuch nicht als reine Betreuungsleistung zu verstehen, sondern als zentrale Investition in Bildung, Gesundheit und Chancengleichheit. Die Ergebnisse legen nahe, dass der Ausbau frühkindlicher Bildungsangebote, der Abbau von Zugangshürden und die gezielte Förderung einer längeren Kita-Verweildauer wesentliche Stellschrauben für eine nachhaltige Verbesserung der kindlichen Entwicklung darstellen. Gerade in sozial benachteiligten Stadtteilen kann ein längerer Kita-Besuch dazu beitragen, Entwicklungsrisiken frühzeitig abzufedern und die Weichen für einen erfolgreichen Bildungsweg zu stellen.

---

<sup>40</sup> [MKFFI NRW 2018](#)

## 14. Zentrale Erkenntnisse und Handlungsperspektiven

Die Auswertungen der Schuleingangs- und zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen in Duisburg zeigen ein insgesamt differenziertes Bild der kindlichen Entwicklung und Gesundheit nach der Corona-Pandemie. Beide Untersuchungsarten erfassen unterschiedliche Aspekte – die Schuleingangsuntersuchungen konzentrieren sich auf allgemeine Entwicklungs-, Sprach- und Gesundheitsindikatoren, während die zahnärztlichen Untersuchungen den Mundgesundheitszustand in den Fokus nehmen. Trotz dieser unterschiedlichen Perspektiven zeigen sich in beiden Untersuchungsfeldern ähnliche soziale und räumliche Einflussmuster.

Während sich in den Schuleingangsuntersuchungen insbesondere sprachliche und kognitive Entwicklungsbereiche im Vergleich zu 2018/2019 verschlechtert haben, hat sich der Anteil kariesfreier Kinder in Kitas erhöht. Allerdings zeigen die Grundschülerinnen und -schüler – ähnlich wie in den schulärztlichen Befunden – weitgehend stagnierende Ergebnisse in der Zahngesundheit.

Gemeinsam ist beiden Untersuchungsarten die klare soziale und räumliche Ungleichverteilung der Ergebnisse: Kinder aus sozial stärker belasteten Wohngebieten oder Schulen mit hohem Sozialindex weisen häufiger Entwicklungsverzögerungen, Sprachdefizite oder zahnmedizinische Behandlungsbedarfe auf. Umgekehrt erreichen Einrichtungen in sozial stabileren Lagen sowohl bessere sprachliche als auch zahnmedizinische Ergebnisse.

Duisburg kommt mit den Schuleingangsuntersuchungen durch das Institut für Jugendhilfe und den KJGD sowie den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen durch den Jugendzahnärztlichen Dienst seiner Verantwortung in Prävention und Gesundheitsvorsorge nach. Durch die systematische Erfassung von Entwicklungs-, Sprach- und Gesundheitsindikatoren können frühzeitig Auffälligkeiten erkannt und entsprechende Fördermaßnahmen eingeleitet werden. Gleichzeitig ermöglichen die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen die rechtzeitige Identifikation von Behandlungsbedarf und tragen so zur Verbesserung der Mundgesundheit bei. Beide Untersuchungsarten leisten damit einen wichtigen Beitrag, gesundheitliche Risiken zu minimieren, Chancengleichheit zu fördern und Kinder frühzeitig in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass ergänzende Maßnahmen und eine stärkere Vernetzung mit Bildungseinrichtungen notwendig sind, um Kinder aus sozial benachteiligten Lebenslagen noch gezielter zu erreichen.

Die Analysen unterstreichen die besondere Bedeutung von Kitas: Kinder profitieren nachweislich von längeren Kita-Besuchszeiten und pädagogische Fachkräfte leisten einen wichtigen Beitrag zur sprachlichen, kognitiven und gesundheitlichen Entwicklung der Kinder. Gerade Kindern aus sozial benachteiligten Familien sollte daher der Kita-Besuch weiterhin erleichtert werden. Projektbezogene Gesundheitsförderung allein erreicht jedoch niemals alle Kinder, weshalb strukturelle Maßnahmen notwendig sind: Beispielsweise würde eine bundesweite Zuckersteuer – wie sie in Großbritannien besteht – alle Kinder erreichen. Auch die geplante Einführung der ABC-Klassen in NRW mit verpflichtender Sprachförderung ab

2028 ist ein Schritt, um die negative Entwicklung der Sprachkompetenzen, insbesondere in multikulturellen Städten wie Duisburg, zu verbessern.<sup>41</sup>

Die Ergebnisse machen insgesamt deutlich, dass Bildung, soziale Lebenslage und Gesundheit eng miteinander verflochten sind. Kinder mit erschwerten sozialen Ausgangsbedingungen sind in mehrfacher Hinsicht benachteiligt. Eine gezielte Verzahnung von Gesundheitsförderung, Sprachbildung und sozialräumlich orientierter Prävention – insbesondere in Kitas und Schulen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf – ist daher sinnvoll, um gesundheitliche und bildungsbezogene Ungleichheiten frühzeitig und nachhaltig zu verringern.

---

<sup>41</sup> Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen: ABC-Klassen für bessere Bildung von Anfang an. Pressemitteilung vom 13. Januar 2026. Online unter: <https://www.schulministerium.nrw/presse/pressemitteilungen/abc-klassen-fuer-bessere-bildung-von-anfang-13-01-2026>. Zuletzt aufgerufen am 06.02.2026

# Quellenverzeichnis

BMG 2025: Bundesministerium für Gesundheit: Impfpflicht soll Kinder vor Masern schützen. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/impfpflicht.html>. Zuletzt aufgerufen am 08.09.2025.

Duisburg 2020: Zahngesundheit der Duisburger Kinder in Kitas, Grund- und Förderschulen. Gesundheitsbericht 2020, Duisburg 2020. [https://www.duisburg.de/vv/medien/dez\\_vi/53/final\\_Zahngesundheitsbericht\\_14.04.2020.pdf](https://www.duisburg.de/vv/medien/dez_vi/53/final_Zahngesundheitsbericht_14.04.2020.pdf). Zuletzt aufgerufen: 23.09.2025.

Duisburg 2018: Gesundheit der Duisburger Einschulkinder. Auswertungen und Interpretationen zum Entwicklungsstand, zum Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand der Duisburger Einschulkinder, Duisburg 2018. [https://www.duisburg.de/vv/medien/dez\\_vi/53/Kindergesundheit-in-Duisburg-2018.pdf](https://www.duisburg.de/vv/medien/dez_vi/53/Kindergesundheit-in-Duisburg-2018.pdf). Zuletzt aufgerufen am 01.10.2025.

GBA 2024: Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA). (2024). Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie). Zuletzt geändert am 21. März 2024.

Groos 2015: Groos, T., & Jehles, N. (2015). Der Einfluss von Armut auf die Entwicklung von Kindern – Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung. Werkstattbericht, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Havron 2019: Havron, N. et al. (2019). The Effect of Older Siblings on Language Development as a Function of Age Difference and Sex. *Psychological Science*, 30(9), 1333–1343.

Hmayed 2024: Hmayed, S., & Thyen, U. (2024). Der Zusammenhang von sozialen und familiären Strukturen mit Verhaltensauffälligkeiten bei Vorschulkindern. *Gesundheitswesen*, 86(6), 420–429.

DMS VI 2025: Jordan, A.R., Meyer-Lueckel, H., Kuhr, K., Sasunna, D., Bekes, K., & Schiffner, U. (2025). Karieserfahrung in Deutschland: Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS VI). *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 2/25, April 2025.

Jöckel et al. (1998): Jöckel, K., Babitsch, B., Bellach, B., Bloomfield, K., Hoffmeyer-Zlotnik, J. H., & Winkler, J. Messung und Quantifizierung soziographischer Merkmale in epidemiologischen Studien Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE), der Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft, erarbeitet von der Arbeitsgruppe 'Epidemiologische Methoden' in der DAE der GMDS und der DGSMP, 1998.

KiBiz NRW – Gesetz zur frühen Bildung und Förderung von Kindern (Kinderbildungsgesetz), Stand 01.08.2022. Verfügbar unter: <https://www.mkjfgfi.nrw/system/files/media/document/file/kibiz-mit-stand-vom-01.08.2022.pdf>. Zuletzt aufgerufen am 06.02.2026.

Kromeyer-Hauschild 2001: Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D. et al. (2001). Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149(8), 807–818.

LfGA Def.: Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW (LfGA) (2025).  
Jugendärztliche Definitionen. Loseblattsammlung für schulärztliche Untersuchungen in NRW.

Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW (LfGA). Indikatoren der  
Gesundheitsberichterstattung der Länder: Kreisindikatoren – Gesundheitsbericht NRW  
[Online]. Verfügbar unter:

[https://www.lzq.nrw.de/ges\\_bericht/ges\\_indi/indikatoren\\_laender/index.html](https://www.lzq.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_laender/index.html)

(Navigationspfad: Gesundheitsindikatoren → Kreisindikatoren). Zuletzt aufgerufen am  
17.11.2025:

- LfGA Ind. 3.57\_02: Dokumentation der schulärztlichen Einschulungsuntersuchungen 2024 – Indikator 3.57\_02 (Adipositas).
- LfGA Ind. 3.57\_03: Dokumentation der schulärztlichen Einschulungsuntersuchungen 2024 – Indikator 3.57\_03 (Sehschärfe).
- LfGA Ind. 3.57\_04: Dokumentation der schulärztlichen Einschulungsuntersuchungen 2024 – Indikator 3.57\_04 (auditive Merkfähigkeit).
- LfGA Ind. 3.57\_05: Dokumentation der schulärztlichen Einschulungsuntersuchungen 2024 – Indikator 3.57\_05 (Sprachkompetenz).
- LfGA Ind. 3.57\_06: Dokumentation der schulärztlichen Einschulungsuntersuchungen 2024 – Indikator 3.57\_06 (Objekte/Formen erkennen).
- LfGA Ind. 3.57\_07: Dokumentation der schulärztlichen Einschulungsuntersuchungen 2024 – Indikator 3.57\_07 (Zahlen und Mengen).
- LfGA Ind. 7.6: Dokumentation der schulärztlichen Einschulungsuntersuchungen 2024 – Indikator 7.6 (Früherkennungsuntersuchungen).
- LfGA Ind. 7.14: Dokumentation der schulärztlichen Einschulungsuntersuchungen 2024 – Indikator 7.14 (Impfquote MMRV).

LfGA Jahresberichte: Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW (LfGA) (2025).  
*Jahresberichte für Anwenderinnen und Anwender des Bielefelder Modells*. Interne  
Datenquelle; nicht öffentlich zugänglich.

MKFFI NRW 2018: Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes  
Nordrhein-Westfalen & Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen.  
(2018). Bildungsgrundsätze – Mehr Chancen durch Bildung von Anfang an: Grundsätze zur  
Bildungsförderung für Kinder von 0 bis 10 Jahren in Kindertagesbetreuung und Schulen im  
Primarbereich in Nordrhein-Westfalen (2., korr. Aufl.). Verfügbar unter:  
[https://www.kita.nrw.de/system/files/media/document/file/Bildungsgrundsaeetze\\_Stand\\_2018.pdf](https://www.kita.nrw.de/system/files/media/document/file/Bildungsgrundsaeetze_Stand_2018.pdf).  
Zuletzt aufgerufen am 06.02.2026.

MSB 2025: Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen,  
*Schulsozialindex*, online: <https://www.schulministerium.nrw/schulsozialindex>. Zuletzt  
aufgerufen am 17.11.2025.

MSB Schuldaten: Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen.  
Grunddaten der Schulen und Schulaufsicht in NRW. Lizenz: Datenlizenz Deutschland –  
Namensnennung – Version 2.0 (dl-de/by-2-0), verfügbar unter: <https://www.govdata.de/dl-de/by-2-0>.  
Download unter:  
<https://www.schulministerium.nrw.de/BiPo/OpenData/Schuldaten/schuldaten.csv>. Zuletzt  
aufgerufen am 17.11.2025.

Ozili 2023: Ozili, P. (2023). The Acceptable R-Square in Empirical Modelling for Social  
Science Research. In: Social Research Methodology and Publishing Results.

RKI 2021: Allen, J., Born, S., Damerow, S., Kuhnert, R., Lemcke, J. et al. (2021). Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020–EHIS) – Hintergrund und Methodik. *Journal of Health Monitoring*, 6(3), 72–87. DOI: 10.25646/8558.

RKI 2018: Hoffmann R, Lange M, Butschalowsky H, Houben R, Schmich P, Allen J, Kuhnert R, Rosario AS, Gößwald A. Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität. *J Health Monitoring*, 3(1):78-91. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-032.

RKI Masern: Robert Koch-Institut. *RKI-Ratgeber: Masern* [Online]. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber\\_Masern.html](https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_Masern.html). Zuletzt aufgerufen am 17.11.2025.

STIKO 2020: AG 6-fach-Impfung (DTaP-IPV-Hib-HepB) der Ständigen Impfkommission (STIKO) (2020): *Wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung der 6-fach-Impfung (DTaP-IPV-Hib-HepB) nach dem 2+1-Impfschema*. *Epidemiologisches Bulletin* 26/2020, S. 3–21. DOI: 10.25646/6955.2

STIKO 2025: Ständige Impfkommission (STIKO) (2025): *Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2025*. *Epidemiologisches Bulletin* 4/2025, S. 1–75. DOI: 10.25646/12971.5

# Anhang

Im Anhang finden sich die Ergebnisse aller weiteren multivariablen Multilevel-Regressionen, deren  $R^2$  im Grundmodell unter 10 Prozent liegt. Diese Modelle sollten mit Vorsicht interpretiert werden, da wesentliche Einflussfaktoren vermutlich nicht erfasst wurden. Dennoch geben sie ergänzende Hinweise auf mögliche Zusammenhänge und tragen so zur Vollständigkeit der Analyse und Transparenz bei.

## Modell Körperkoordination

Tabelle 10: Einflussfaktoren auf Körperkoordination

Merkmale	Körperkoordination	Körperkoordination (erweitert)
	OR (95 %- KI)	OR (95 %- KI)
<b>Referenz: mindestens zwei Jahre Kita</b>	1	1
<b>weniger als 2 Jahre Kita</b>	1,5 (1,3-1,8)*	1,8 (1,4-2,3)*
<b>keine Angabe zur Kita</b>	1,9 (1,6-2,3)*	2,4 (1,7-3,4)*
<b>Referenz: Geschlecht männlich</b>	1	1
<b>weiblich</b>	0,5 (0,5-0,6)*	0,4 (0,4-0,5)*
<b>Referenz: Erstsprache Deutsch</b>	1	1
<b>Andere Erstsprache</b>	0,9 (0,8-1,0)*	1,0 (0,8-1,2)
<b>Referenz: hohe Bildung</b>	-	1
<b>niedrige Bildung</b>	-	2,5 (1,9-3,3)*
<b>mittlere Bildung</b>	-	1,8 (1,4-2,3)*
<b>Referenz: keine Geschwister</b>	1	1
<b>ein Geschwister</b>	1,0 (0,8-1,1)	1,0 (0,8-1,3)
<b>zwei und mehr Geschwister</b>	1,1 (0,9-1,3)	1,0 (0,8-1,3)
<b>Referenz: alle U-Untersuchungen wahrgenommen</b>	1	1
<b>nicht alle wahrgenommen</b>	0,9 (0,8-1,1)	0,9 (0,7-1,2)
<b>Erklärte Varianz (<math>R^2</math>)</b>	5,1%	12,4%
<b><math>R^2</math> (marginal)</b>	4,1%	9,7%
<b>ICC</b>	1,0%	3,0%
<b>Anzahl Kinder</b>	12.842	6.784

\* = statistisch signifikante OR. 95-prozentiges Konfidenzintervall in Klammern.

$R^2$  (marginal) gibt an, wie viel der Varianz im Modell ohne die Berücksichtigung der Gruppierung in Wohnquartieren erklärt wird.

Die Odds Ratios (OR) sind unter Berücksichtigung aller anderen Variablen im Modell interpretiert.

Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2022/2023, 2023/2024 und 2024/2025

## Modell auditive Merkfähigkeit

Tabelle 11: Einflussfaktoren auf die auditive Merkfähigkeit

Merkmale	auditive Merkfähigkeit	auditive Merkfähigkeit (erweitert)
	OR (95 %- KI)	OR (95 %- KI)
<b>Referenz: mindestens zwei Jahre Kita</b>	1	1
<b>weniger als 2 Jahre Kita</b>	1,7 (1,5-1,9)*	1,5 (1,1-1,9)*
<b>keine Angabe zur Kita</b>	2,1 (1,8-2,5)*	1,4 (0,9-2,0)
<b>Referenz: Geschlecht männlich</b>	1	1
<b>weiblich</b>	0,8 (0,7-0,9)*	0,9 (0,7-1,0)
<b>Referenz: Erstsprache Deutsch</b>	1	1
<b>Andere Erstsprache</b>	1,1 (0,9-1,2)	0,9 (0,8-1,1)
<b>Referenz: hohe Bildung</b>	-	1
<b>niedrige Bildung</b>	-	2,8 (2,2-3,6)*
<b>mittlere Bildung</b>	-	1,4 (1,1-1,7)*
<b>Referenz: keine Geschwister</b>	1	1
<b>ein Geschwister</b>	1,0 (0,8-1,2)	0,9 (0,7-1,1)
<b>zwei und mehr Geschwister</b>	1,2 (1,0-1,4)*	1,1 (0,8-1,4)
<b>Referenz: alle U-Untersuchungen wahrgenommen</b>	1	1
<b>nicht alle wahrgenommen</b>	1,3 (1,1-1,4)*	0,9 (0,7-1,1)
<b>Erklärte Varianz (R<sup>2</sup>)</b>	4,9%	5,3%
<b>R<sup>2</sup> (marginal)</b>	4,0%	5,1%
<b>ICC</b>	1,0%	0,3%
<b>Anzahl Kinder</b>	12.532	6.678

\* = statistisch signifikante OR. 95-prozentiges Konfidenzintervall in Klammern.

R<sup>2</sup> (marginal) gibt an, wie viel der Varianz im Modell ohne die Berücksichtigung der Gruppierung in Wohnquartieren erklärt wird.

Die Odds Ratios (OR) sind unter Berücksichtigung aller anderen Variablen im Modell interpretiert.

Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2022/2023, 2023/2024 und 2024/2025

## Modell Verhaltensauffälligkeit

Tabelle 12: Einflussfaktoren auf Verhaltensauffälligkeiten

Merkmale	Verhaltensauffälligkeit	Verhaltensauffälligkeit (erweitert)
	OR (95 %- KI)	OR (95 %- KI)
<b>Referenz: mindestens zwei Jahre Kita</b>	1	1
<b>weniger als 2 Jahre Kita</b>	1,8 (1,4-2,1)*	1,6 (1,2-2,2)*
<b>keine Angabe zur Kita</b>	2,1 (1,4-2,5)*	2,3 (1,5-3,5)*
<b>Referenz: Geschlecht männlich</b>	1	1
<b>weiblich</b>	0,5 (0,5-0,7)*	0,6 (0,4-0,7)*
<b>Referenz: Erstsprache Deutsch</b>	1	1
<b>Andere Erstsprache</b>	0,8 (0,6-0,9)*	0,9 (0,7-1,2)
<b>Referenz: hohe Bildung</b>	-	1
<b>niedrige Bildung</b>	-	3,1 (2,1-4,4)*
<b>mittlere Bildung</b>	-	1,9 (1,4-2,6)*
<b>Referenz: keine Geschwister</b>	1	1
<b>ein Geschwister</b>	0,9 (0,6-1,0)	1,1 (0,8-1,5)
<b>zwei und mehr Geschwister</b>	0,9 (0,6-1,0)	0,9 (0,7-1,3)
<b>Referenz: alle U-Untersuchungen wahrgenommen</b>	1	1
<b>nicht alle wahrgenommen</b>	1,1 (0,9-1,4)	1,2 (0,9-1,6)
<b>Erklärte Varianz (R<sup>2</sup>)</b>	8,2%	13,0%
<b>R<sup>2</sup> (marginal)</b>	5,3%	8,6%
<b>ICC</b>	3,1%	4,7%
<b>Anzahl Kinder</b>	12.937	6.860

\* = statistisch signifikante OR. 95-prozentiges Konfidenzintervall in Klammern.

R<sup>2</sup> (marginal) gibt an, wie viel der Varianz im Modell ohne die Berücksichtigung der Gruppierung in Wohnquartieren erklärt wird.

Die Odds Ratios (OR) sind unter Berücksichtigung aller anderen Variablen im Modell interpretiert.

Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2022/2023, 2023/2024 und 2024/2025

## Modell Übergewicht

Tabelle 13: Einflussfaktoren auf Übergewicht

Merkmale	Übergewicht	Übergewicht (erweitert)
	OR (95 %- KI)	OR (95 %- KI)
<b>Referenz: mindestens zwei Jahre Kita</b>	1	1
<b>weniger als 2 Jahre Kita</b>	1,1 (1,0-1,3)	1,0 (0,8-1,3)
<b>keine Angabe zur Kita</b>	1,1 (0,9-1,3)	0,9 (0,6-1,3)
<b>Referenz: Geschlecht männlich</b>	1	1
<b>weiblich</b>	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (0,9-1,2)
<b>Referenz: Erstsprache Deutsch</b>	1	1
<b>Andere Erstsprache</b>	1,3 (1,2-1,4)*	1,4 (1,2-1,6)*
<b>Referenz: hohe Bildung</b>	-	1
<b>niedrige Bildung</b>	-	1,7 (1,4-2,1)*
<b>mittlere Bildung</b>	-	1,4 (1,2-1,7)*
<b>Referenz: keine Geschwister</b>	1	1
<b>ein Geschwister</b>	0,9 (0,8-1,1)	0,9 (0,7-1,1)
<b>zwei und mehr Geschwister</b>	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,8-1,2)
<b>Referenz: alle U-Untersuchungen wahrgenommen</b>	1	1
<b>nicht alle wahrgenommen</b>	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,8-1,1)
<b>Erklärte Varianz (R<sup>2</sup>)</b>	1,9%	3,4%
<b>R<sup>2</sup> (marginal)</b>	0,6%	2,3%
<b>ICC</b>	1,3%	1,1%
<b>Anzahl Kinder</b>	12.797	6.771

\* = statistisch signifikante OR. 95-prozentiges Konfidenzintervall in Klammern.

R<sup>2</sup> (marginal) gibt an, wie viel der Varianz im Modell ohne die Berücksichtigung der Gruppierung in Wohnquartieren erklärt wird.

Die Odds Ratios (OR) sind unter Berücksichtigung aller anderen Variablen im Modell interpretiert.

Quelle: Schuleingangsuntersuchung der Stadt Duisburg 2022/2023, 2023/2024 und 2024/2025

