

Kindergesundheit in Erfurt

Kurzbericht zu den Ergebnissen der
Schuleingangsuntersuchung in den Schuljahren
2024/2025 und 2025/2026

Stand: 20.10.2026



Gesundheitsamt

Stabsstelle integrierte Gesundheitsplanung

Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit

Impressum

Herausgeber

Landeshauptstadt Erfurt
Stadtverwaltung

Redaktion

Gesundheitsamt
Gesundheitsberichterstattung und Integrierte Gesundheitsplanung
Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit

Telefon 0361 655-4243

E-Mail: gbe@erfurt.de

Internet: www.erfurt.de

Stand: 20.10.2026

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	4
2	Methode.....	4
3	Ergebnisse	5
3.1	Gewichtsstatus.....	5
3.2	Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen	9
3.3	Impfstatus	10
3.4	Entwicklungsstand.....	13
3.4.1	Körperkoordination.....	13
3.4.2	Visuomotorik	14
3.4.3	Sprache und Sprechen.....	15
3.4.3.1	Erstsprache	15
3.4.3.2	Deutschkenntnisse	16
3.4.3.3	Auffällige Befunde im Bereich Sprache und Sprechen	17
3.4.3.4	Logopädie	18
3.4.3.5	Erhöhter Förderbedarf	18
4	Zusammenfassung.....	19
5	Abbildungsverzeichnis.....	20
6	Referenzen.....	21

1 Einleitung

Die Schuleingangsuntersuchung ist eine gesetzliche Pflichtuntersuchung für alle Kinder, die bis zum 1. August eines Einschulungsjahres sechs Jahre alt werden (1; 2). In der Landeshauptstadt Erfurt wird die Untersuchung durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst im Gesundheitsamt durchgeführt. Die Schuleingangsuntersuchung soll den Stand der Entwicklung in Bezug auf den erfolgreichen Schulbesuch einschätzen. Entwicklungsprobleme in den Bereichen Sprache, Motorik, Verhalten oder Kognition können frühzeitig erkannt und Unterstützungs- und Fördermaßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden. Neben individualmedizinischen Aspekten hat die Schuleingangsuntersuchung eine herausragende Bedeutung als Grundlage für eine kommunale Gesundheitsberichterstattung: Durch die nahezu vollständige Erfassung aller Kinder einer Alterskohorte bietet diese Querschnittserhebung einen umfassenden Blick auf den Gesundheitszustand dieser Altersklasse. Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen bieten eine belastbare Grundlage für politische Entscheidungen, für die Planung von Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention durch den öffentlichen Gesundheitsdienst sowie für fachbereichsübergreifend integriert geplante Maßnahmen z.B. im Bereich der frühkindlichen Elementar- und Primarbildung.

Bedingt durch Aufgabenpriorisierung im Rahmen der Pandemiebewältigung von 2020 bis 2022 wurden nicht alle Kinder untersucht. Im Schuljahr 2022/2023 konnten wieder alle Schuleingangsuntersuchungen durchgeführt und der Jahrgang vollständig erfasst werden.

Mit der Einführung des Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) wird durch ein standardisiertes Testverfahren der Entwicklungsstand von Kindern vor der Einschulung beurteilt (3). Nach der Einführung zum Schuljahr 2024/2025 stehen nun erstmals vergleichbare Daten aus zwei Schuljahren zur Verfügung.

Dieser Kurzbericht stellt einzelne ausgewählte Aspekte zur Kindergesundheit der Schuleingangsuntersuchung der Schuljahre 2024/2025 und 2025/2026 vor. Sie sollen in den kommenden Jahren periodisch fortgeschrieben werden.

2 Methode

Die Schuleingangsuntersuchung wird als Vollerhebung im Arbeitsjahr jeweils vom 01.08. bis 31.07. des Folgejahres durchgeführt. Die Ergebnisse der standardisierten Untersuchung werden elektronisch durch die Mitarbeiterinnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes erfasst. Zur Prüfung des Datensatzes wurden Plausibilitätskontrollen durchgeführt. Ausgewählte Indikatoren wurden deskriptiv ausgewertet. Es wurden die Ergebnisse aller Schuleingangsuntersuchungen (reguläre, vorzeitige Schuleingangsuntersuchungen, gewünschte Zurückstellungen und Kinder nach erfolgter Zurückstellung) betrachtet.

Es werden die Ergebnisse der Schuljahre 2024/2025 und 2025/2026 vorgestellt. Im Bereich der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und des Impfstatus konnten aufgrund guter Vergleichbarkeit zudem auch Ergebnisse früherer Untersuchungsjahre verwendet werden, sodass hier auch das Schuljahr 2023/2024 ergänzt wurde.

3 Ergebnisse

Im Schuljahr 2024/2025 nahmen insgesamt 2027 Kinder, darunter 958 Mädchen und 1069 Jungen an der Schuleingangsuntersuchung teil. Darunter waren 1822 reguläre und 28 vorzeitige Schuleingangsuntersuchungen. 177 Kinder wurden nach erfolgter Rückstellung wiederholt untersucht.

Im Schuljahr 2025/2026 wurden insgesamt 1840 Kinder untersucht: davon waren 904 Mädchen und 936 Jungen. 1671 Untersuchungen wurden der regulären und 31 der vorzeitigen Schuleingangsuntersuchung zugeordnet. 138 Kinder wurden nach Rückstellung zum zweiten Mal untersucht.

3.1 Gewichtsstatus

Zur Bewertung des Körpergewichtes wird der Body Mass Index (BMI) verwendet. Dieser berechnet sich aus dem Quotienten aus Körpergewicht in Kilogramm und der quadrierten Körpergröße in Meter. Bei Erwachsenen sind abhängig von Alter und Geschlecht feste Grenzwerte definiert.

Bei Kindern und Jugendlichen verändern sich die Verhältnisse zwischen Körpergewicht und Körpergröße dynamisch alters- und geschlechtsspezifisch aufgrund des unterschiedlichen Wachstums. Daher werden bei jungen Menschen bis 18 Jahre zur Beurteilung des Gewichtsstatus die Perzentilkurven für Körpergröße und -gewicht genutzt (4). Perzentilkurven zeigen in der Regel an, wie ein Messwert im Vergleich zu einer gleichaltrigen Vergleichsgruppe verteilt ist. Auf den BMI bezogen wird dargestellt, wie das Körpergewicht eines Kindes oder Jugendlichen im Verhältnis zu seiner Körpergröße im Vergleich zur Altersgruppe eingeordnet wird.

Von Übergewicht wird gesprochen, wenn das Körpergewicht bezogen auf die ermittelte Körperlänge zu groß ist (5). Als übergewichtig gelten Kinder, wenn der alters- und geschlechtsspezifisch beurteilte Body Mass Index (BMI) zum Zeitpunkt der Untersuchung höher ist als bei 90 Prozent der Kinder. Kinder, deren alters- und geschlechtsspezifisch bewerteter BMI oberhalb des 97. Perzentils liegt, gelten als stark übergewichtig bzw. adipös.

Untergewicht wird bei BMI-Werten unter der 10. Perzentile angenommen und starkes Untergewicht bei BMI-Werten unter der 3. Perzentile.

Die qualifizierte kinderärztliche Beurteilung erfolgt für jedes untersuchte Kind individuell, um pathologische Werte und entwicklungsbedingte Schwankungen im Rahmen einer gesunden Entwicklung zu unterscheiden.

Adipositas wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eigenständige fortschreitende, chronische und komplexe Erkrankung betrachtet, die alle Lebensphasen betrifft und zu schwerwiegenden Erkrankungen u.a. des Herz-Kreislauf-Systems und anderer innerer Organe wie Leber und Nieren, zu Diabetes mellitus Typ II,

Tumorerkrankungen und in der Folge zu einer geringeren Lebenserwartung führen kann (6; 7).

Epidemiologische Studien deuten darauf hin, dass sich Abweichungen vom Normalgewicht eher im Bereich von Übergewicht und Adipositas zeigen. Untergewicht wird aus der Perspektive der Öffentlichen Gesundheit als Indikator für Mangelernährung eine eher nachrangige Rolle in Deutschland zugeschrieben (8). Daher wird auch in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes der thematische Schwerpunkt beim Übergewicht und Adipositas gesetzt: Auswertungen zeigen, dass Kinder mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ein größeres Risiko für Übergewicht und Adipositas aufweisen. Die Häufigkeit nimmt mit steigendem Alter zu. Die Prävalenz für Übergewicht beträgt 15,4 Prozent und für Adipositas 5,9 Prozent in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren (9). Im Vergleich mit der Basiserhebung zeigen die Ergebnisse der letzten Studie zur Kindergesundheit in Deutschland, dass der Anteil von Kindern mit Übergewicht oder Adipositas insgesamt nicht mehr ansteigt (9). Die Verbesserung gesundheitsförderlicher Verhältnisse durch bewegungsfreundliche Wohnquartiere, eine gesunde Ernährung und vielfältige Bewegungsangebote in den Kindergärten und Schulen sind Maßnahmen, um die individuellen und gesellschaftlichen Folgen von Übergewicht und Adipositas zu mildern (10; 11).

Übergewicht und Adipositas im Kindesalter kann die Gesundheit eines Menschen bis ins Erwachsenenalter negativ beeinflussen. Der Zeitpunkt des Schuleintritts stellt ein kritisches Zeitfenster für das Auftreten einer Adipositas dar (12): unbehandelt kann sich der Zustand der Adipositas festigen, während kombinierte verhaltensorientierte Lebensstil-Interventionen mit den Elementen Bewegungs-, Ernährungs- und Verhaltenstherapie eine signifikante und klinisch bedeutsame Reduktion von Übergewicht bei Kindern erreichen können (13). Eine Normalisierung des Gewichts bis zum frühen Erwachsenenalter führt dazu, dass im Erwachsenenalter kein erhöhtes Risiko für Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems besteht (14).

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung in den untersuchten Jahrgängen in Erfurt werden mit besonderem Fokus auf Kinder mit Übergewicht dargestellt¹: Die Schuleingangsuntersuchungen der beiden Vergleichsjahre 2024/2025 und 2025/2026 zeigten, dass je 91 Prozent der untersuchten Kinder im Hinblick auf Übergewicht inklusive Adipositas keine Auffälligkeiten aufwiesen (s. Abbildung 1). 189 (Schuljahr 2024/2025) bzw. 158 (Schuljahr 2025/2026) Kinder zeigten demnach Auffälligkeiten in Bezug auf Übergewicht. Auch im Vergleich der Geschlechter zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen mit einem Anteil von übergewichtigen Kindern von ca. 9 Prozent. Kinder mit besonders starkem Übergewicht (Adipositas, BMI>97.Perzentile) wurden bereits beim Übergewicht miterfasst.

¹ Kinder mit Untergewicht werden als Teilmenge der in Bezug auf Übergewicht bzw. Adipositas unauffälligen Kinder dargestellt.

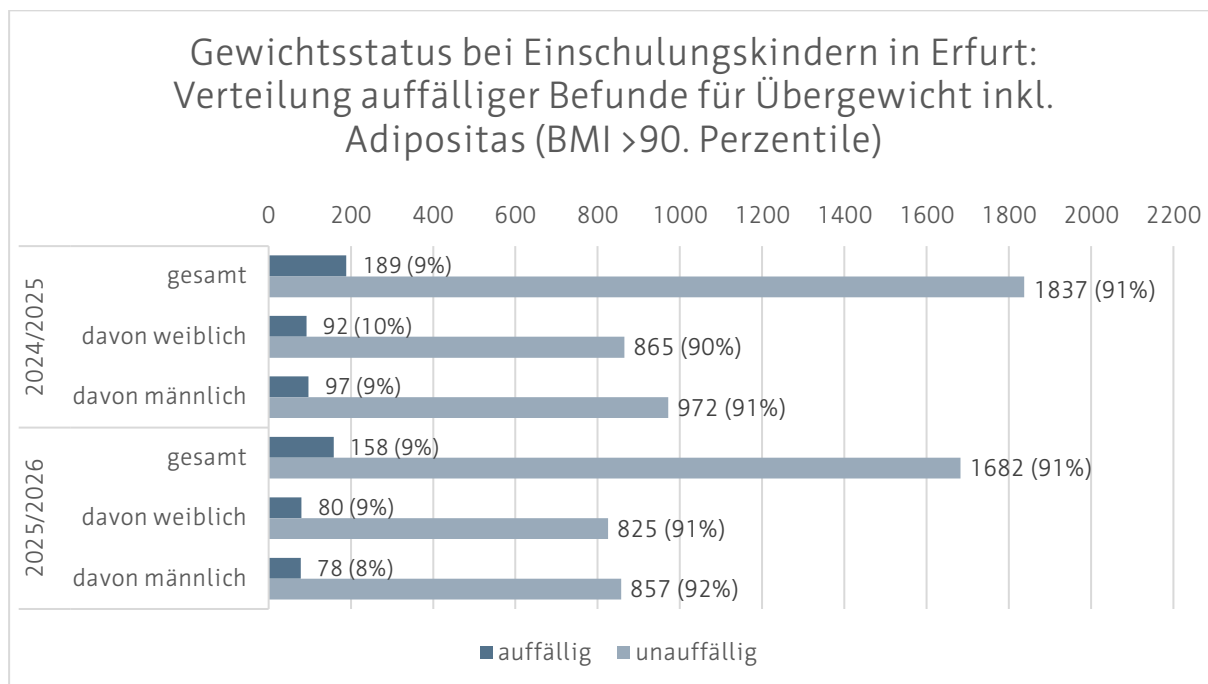


Abbildung 1: Gewichtsstatus bei Einschulungskindern in Erfurt: Verteilung auffälliger Befunde für Übergewicht inkl. Adipositas (BMI >90. Perzentile). Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.

Kinder mit Adipositas nahmen einen Anteil von jeweils etwa vier Prozent eines Jahrgangs ein. In beiden Jahrgängen waren 96 Prozent aller untersuchten Kinder in Bezug auf Adipositas unauffällig (s. Abbildung 2).

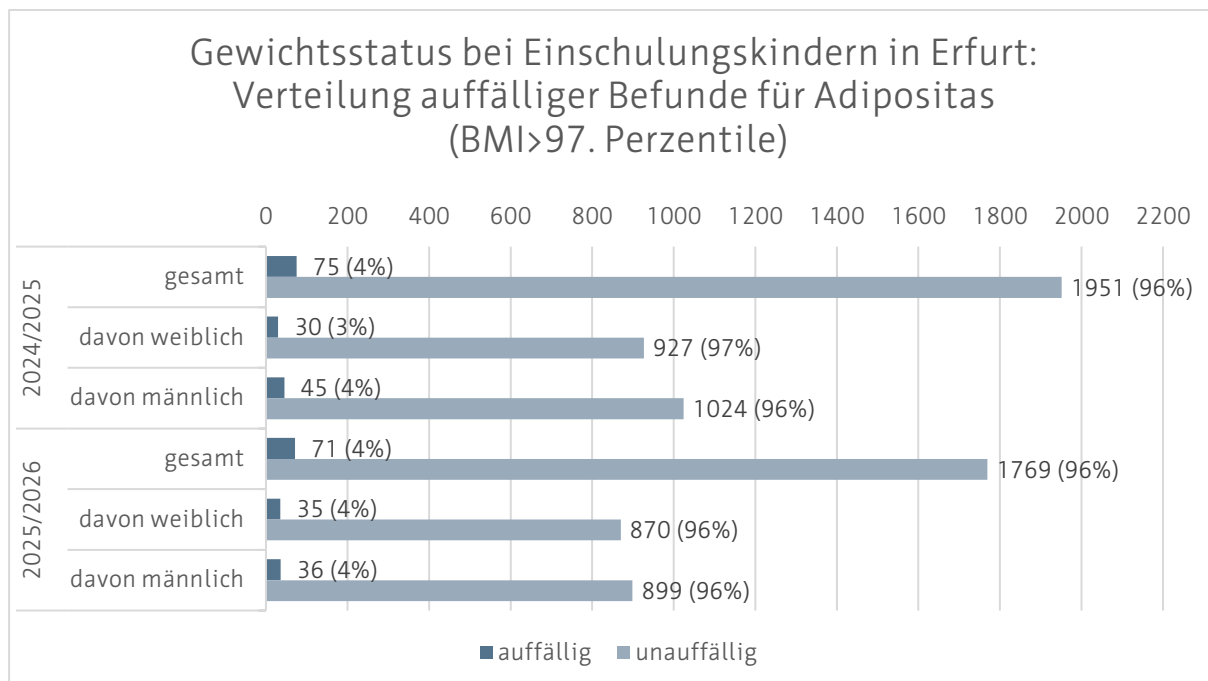


Abbildung 2: Gewichtsstatus bei Einschulungskindern in Erfurt: Verteilung auffälliger Befunde für Adipositas (BMI >97. Perzentile). Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.

Die hier dargestellten Auswertungen zum Gewichtsstatus für die Schuljahre 2024/2025 und 2025/2026 stehen im Einklang mit anderen vorliegenden Daten früherer Untersuchungsjahre sowohl für die Landeshauptstadt Erfurt, als auch im Vergleich der Thüringer Kommunen (15): Die Anteile übergewichtiger Kinder lagen für Erfurt in den letzten zwei Jahrzehnten zwischen acht Prozent und zwölf Prozent und zeigen seit dem Ende der Pandemie rückläufige Werte. Abbildung 3 zeigt, dass seit 2015 die Anteile übergewichtiger Kinder in Erfurt unter dem Thüringer Durchschnitt liegen:

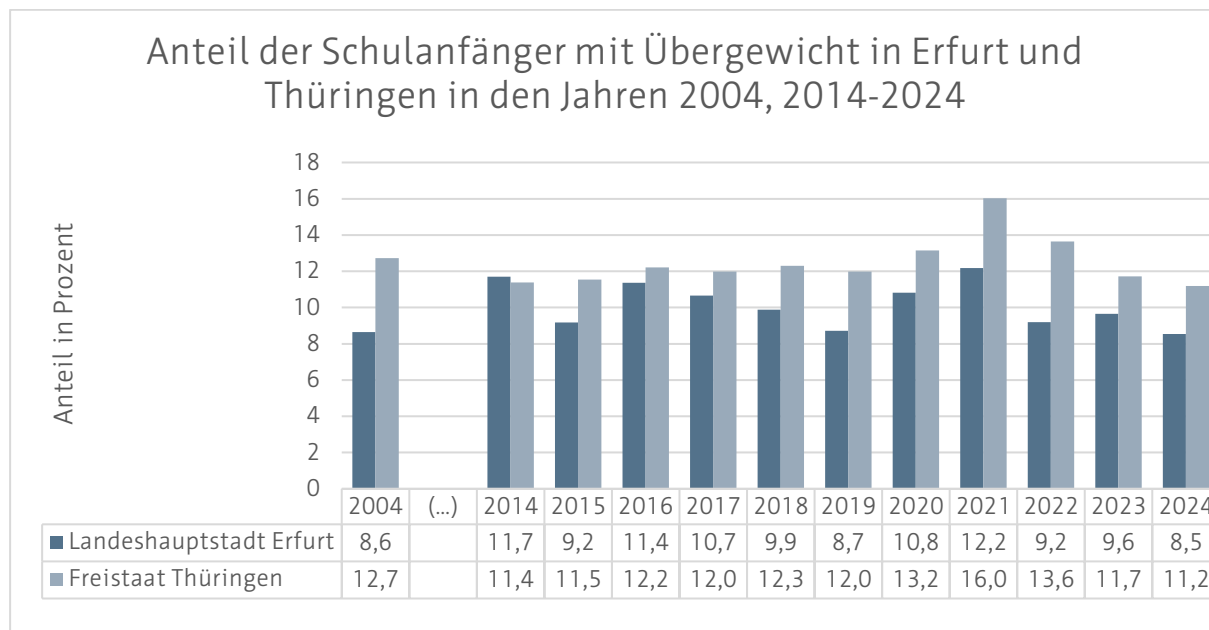


Abbildung 3: Anteil der Schulanfänger mit Übergewicht in Erfurt und Thüringen in den Jahren 2004, 2014-2024.
Quelle: Thüringer Gesundheits- und Pflegeplattform (2025), Thüringer Landesverwaltungsamt Jorge-Semprún-Platz 4, 99423 Weimar. tlvwa.thueringen.de

Ein ähnliches Bild ergibt sich für den Anteil der Kinder mit Adipositas (s. Abbildung 4):

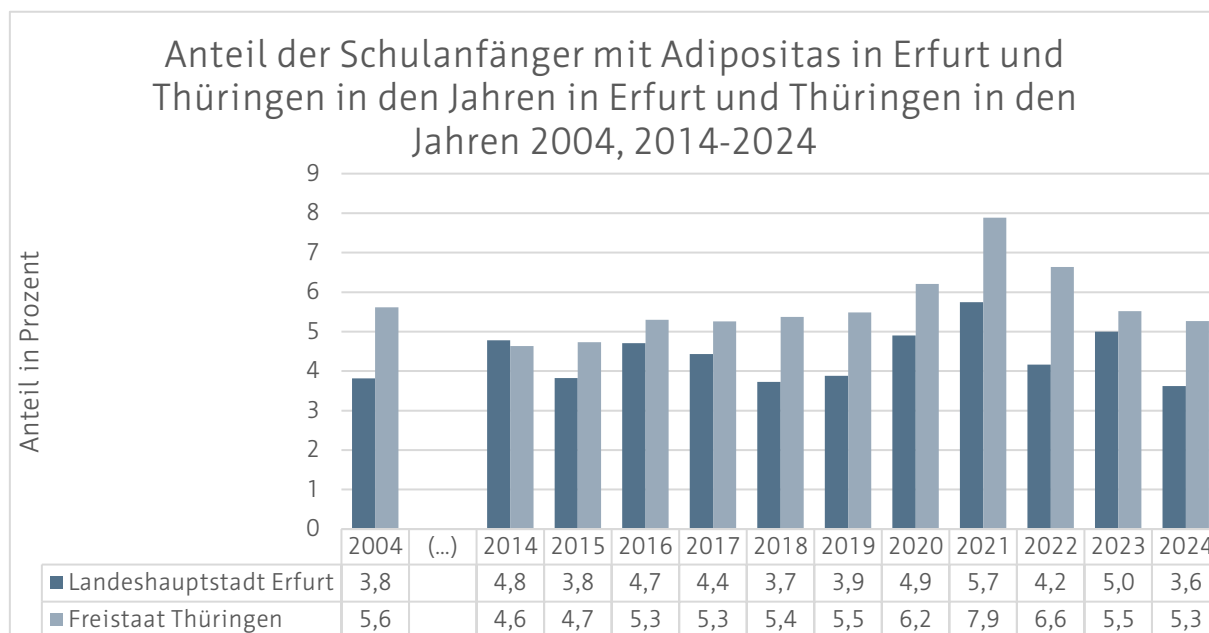


Abbildung 4: Anteil der Schulanfänger mit Adipositas in Erfurt und Thüringen in den Jahren 2004, 2014-2024;
Quelle: Thüringer Gesundheits- und Pflegeplattform (2025), Thüringer Landesverwaltungsamt Jorge-Semprún-Platz 4, 99423 Weimar. tlvwa.thueringen.de

3.2 Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

Die gesetzlichen U-Untersuchungen (U1 bis U10) sowie die Jugenduntersuchung J1 sind in Deutschland standardisierte, kostenfreie Früherkennungsuntersuchungen zur Begleitung der gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Diese Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sind ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit und bedeutsames Element der Prävention im Kindesalter (16). Sie dienen dazu, Krankheiten und Entwicklungsauffälligkeiten zu erkennen und zu behandeln. Die Untersuchungen sind Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (17).

Bis zum Alter von sechs Jahren sind insgesamt zehn Früherkennungsuntersuchungen vorgesehen (U1-U9), die im gelben Untersuchungsheft dokumentiert werden. Die Teilnahme an der Untersuchungsreihe wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erfasst.

Für Erfurt liegen Angaben zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für drei konsekutive Schuljahre vor. Die gelben U-Hefte als Nachweis der durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen wurden für 1795 Kinder (2023/2024: 85,6%), für 1809 Kinder (2024/2025: 89,6%,) und 1698 Kinder (2025/2026: 92,6%) vorgelegt.

In den drei betrachteten Schuljahren lag die Quote der Inanspruchnahme der im ersten Lebensjahr eines Kindes vorgesehenen Untersuchungen (U1 bis U6) bei Werten um 95 Prozent. In den Untersuchungen vom zweiten bis vierten Lebensjahr (U7 bis U8) zeigt sich in allen drei betrachteten Untersuchungsjahren ein leichter Rückgang der Teilnahme. Dennoch konnten bis zur U8 mehr als neun von zehn Kindern eine Teilnahme nachweisen (s. Abbildung 5).

Für die U9 (zu Beginn des sechsten Lebensjahres) wurde in allen drei Untersuchungsjahren eine deutlich rückläufige Teilnahme erfasst: Im Schuljahr 2023/2024 war der Rückgang verglichen mit U8 mit knapp 10 Prozentpunkten am stärksten. Die verringerte Inanspruchnahme betrug für das Untersuchungsjahr 2024/2025 etwa fünf Prozentpunkte und lag 2025/26 nur noch bei 7 Prozentpunkten. In Thüringen endete das im Thüringer Gesetz zur Förderung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder gesetzlich geregelte Einladungsverfahren zur U4-U8 im Jahr 2023 (18). Damit liegt die Verantwortung für die Terminvereinbarung und Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen allein in den Händen der Eltern. Eine Betrachtung der Daten zukünftiger Untersuchungsjahre wird zeigen, ob das Einstellen des Einladungsverfahrens Auswirkungen auf die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen hat.

Diese Ergebnisse sind mit den Daten zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen, die bis zum Schuljahr 2023/2024 vorliegen, mit Thüringen vergleichbar.

Ein Vergleich mit historischen Daten der Erfurter Schuleingangsuntersuchungen zwischen 1997/1998 und 2008/2009 zeigt eine deutlich gesteigerte Teilnahme an den U1 bis U7 Untersuchungen mit einer Zunahme um etwa 15 Prozentpunkte seit 2008/2009. Auch der

Anstieg der U8 und U9, an denen etwa zwei Drittel des Jahrgangs teilgenommen hatte, liegt damit in dieser Größenordnung (19 S. 28). Damit zeigt sich auch in Erfurt der bundesweite Trend zur höheren Nutzung der U-Untersuchungen (16), die die Autorinnen und Autoren mit vielfältigen Maßnahmen und Kampagnen, u.a. mit der Einrichtung eines gesetzlichen Erinnerungs- und Meldewesens oder Etablierung von Anreizsystemen der gesetzlichen Krankenkassen begründen. Es liegt nahe, dass die positive Entwicklung bei der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen im Zusammenhang mit diesem Erinnerungssystem stehen könnte.

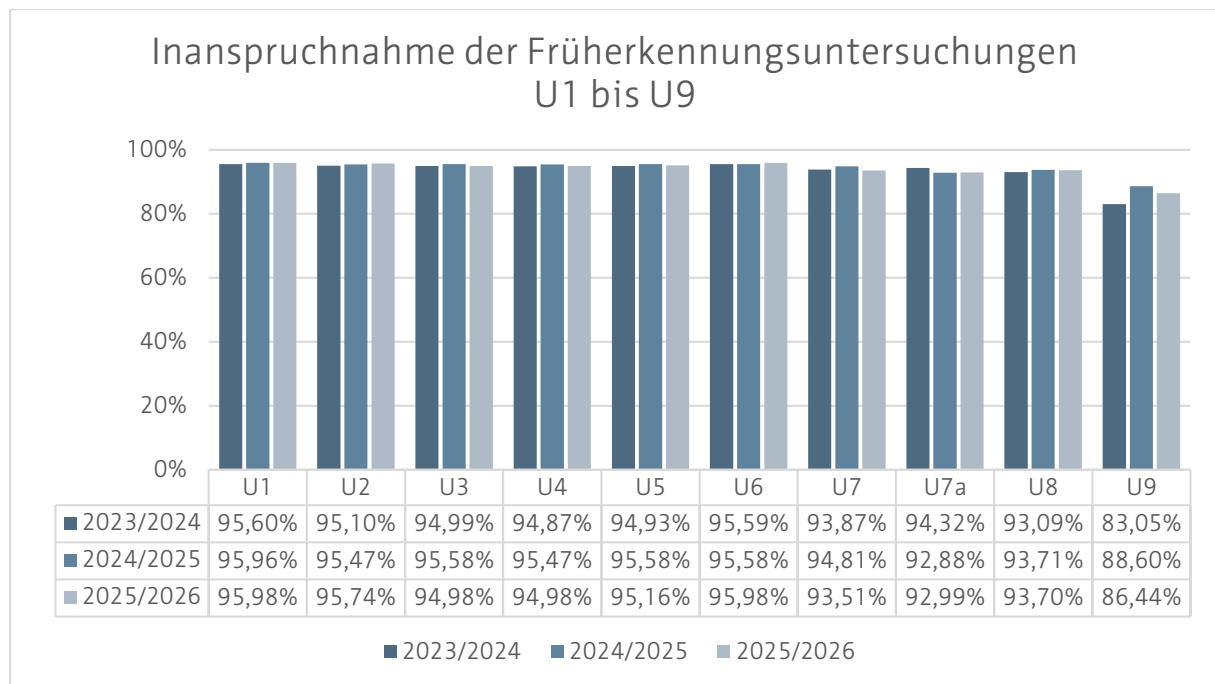


Abbildung 5: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.

3.3 Impfstatus

Impfungen sind wirkungsvolle Maßnahmen der Prävention zur Verhinderung von übertragbaren Krankheiten. Hohe Durchimpfungsraten sind eine Voraussetzung für Herdenimmunität und bringen Vorteile für die Öffentliche Gesundheit sowie für die individuelle Immunität. Neue Ausbrüche vermeidbarer Infektionskrankheiten treffen damit oft Gruppen mit einem höheren Risiko wie Kinder, ältere oder immungeschwächte Menschen und erzeugen hohe Kosten für das Gesundheitssystem.

Die Weltgesundheitsorganisation hat Ziele zum Impfschutz definiert, die auch in Deutschland gelten und über die Nationale Lenkungsgruppe Impfen beobachtet werden (20; 21). Das Robert Koch Institut stellt jährlich die Impfquoten in der Gesamtschau der Schuleingangsuntersuchungen aller Bundesländer zur Verfügung (22; 23), eine interaktive Auswertung der Impfquoten anhand der Abrechnungsdaten aus der ambulanten kinderärztlichen Versorgung ergänzt dieses Bild (24).

Die hier vorgestellten Werte sind Auswertungen der Primärdaten aus der Schuleingangsuntersuchung in Erfurt. Diese sind somit aktueller, als alle derzeit in öffentlichen Datenbanken abrufbaren Vergleichswerte. Dort sind Ergebnisse der Untersuchungen bis einschließlich 2023 auffindbar. Die Impfquote der Schuleingangsuntersuchungen in Erfurt liegt für die meisten Erreger geringfügig unter den bundesweit berechneten Werten. Ein direkter Vergleich der Werte ist demnach nicht möglich.

Eine kürzlich publizierte Auswertung von Daten zur Immunisierungsrate bei Kindern in den Ländern der Europäischen Union zwischen 1980 und 2024 zeigt eine langfristige Zunahme der Impfraten für ausgewählte Infektionskrankheiten. Insbesondere für Deutschland wurde jedoch in der jüngsten Vergangenheit eine Trendumkehr mit sinkenden Immunisierungsraten für verschiedene Krankheiten (Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, Haemophilus influenzae, Pneumokokken und Röteln) dargestellt. Nur die Immunisierungsraten für Hepatitis B und Masern entwickelten sich demnach positiv. Als mögliche Ursachen werden Auswirkungen der Pandemie mit Störungen des Zugangs zu Impfangeboten und ein geringeres Vertrauen in das Gesundheitssystem u.a. mit einer zunehmenden Impfskepsis diskutiert. (25).

Der Impfstatus wurde über die Vorlage des Impfausweises geprüft. Der Impfausweis lag bei ca. 88 Prozent der 2023/2024 untersuchten Kinder vor. Im Untersuchungsjahr 2024/2025 lag dieser Anteil bei 97,49 Prozent. Auf gleichem Niveau lag die Quote mit 97,55 Prozent im Untersuchungsjahr 2025/2026.

Die Tabelle 1 zeigt die Entwicklung der Impfquoten in den letzten drei Untersuchungsjahren. Sie gibt den Anteil der Kinder an, die bezogen auf den jeweiligen Erreger über eine vollständige Grundimmunisierung verfügen. Die Angaben wurden aus dem vorgelegten Impfpass übernommen. Für Kinder, die keinen Impfpass vorgelegt haben, können keine Aussagen zum Impfstatus gemacht werden.

Insgesamt zeigt sich ein hohes Niveau der Immunisierung. Zwischen den betrachteten Untersuchungsjahren ist für die meisten Erkrankungen eine Stagnation mit geringen Schwankungen ablesbar.

Die Impfquote bei Mumps, Masern und Röteln weist den höchsten Wert auf und liegt in allen betrachteten Jahren bei über 96 Prozent. Der Nachweis der Masernimpfung ist seit 2020 gesetzlich vorgeschriebene Voraussetzung für die Aufnahme in eine Kindertagesstätte (26). Das Ziel der Weltgesundheitsorganisation von 95 Prozent kann daher für die betrachteten Jahre als erfüllt gelten.

Für Diphtherie, Tetanus und Pertussis werden in allen Jahren Impfquoten von mehr als 93 Prozent erreicht. Auch für Haemophilus influenzae Typ B und Poliomyelitis liegen die Ergebnisse bei über 90 Prozent. Auch diese Ergebnisse erfüllen die Zielvorgaben der WHO. Die Impfungen gegen Varizellen (Windpocken) werden durch die Ständige Impfkommission (STIKO) seit 2004, gegen Meningokokken C und Pneumokokken seit 2006 und Rotaviren seit 2013 empfohlen. 2024 wurde diese Empfehlung auch auf Meningokokken B ausgedehnt. Auch für diese Erregergruppen gilt als Zielkriterium die Durchimpfungsrate von 90 Prozent.

Schuljahr	2023/2024	2024/2025	2025/2026
Diphtherie	94,28%	93,93%	93,59%
Tetanus	94,28%	93,93%	93,65%
Pertussis	94,12%	93,93%	93,48%
Haemophilus influenzae Typ B (Hib)	93,42%	91,65%	90,85%
Poliomyelitis	93,42%	93,22%	92,81%
Hepatitis B	88,07%	88,37%	88,45%
Masern	96,22%	97,22%	96,66%
Mumps	96,22%	96,41%	96,15%
Röteln	96,22%	96,36%	96,10%
Varizellen	86,35%	88,77%	89,01%
Pneumokokken	71,79%	74,81%	73,56%
Rotaviren	63,97%	64,74%	66,59%
Meningokokken B	33,55%	39,75%	48,69%
Meningokokken C	86,62%	88,47%	87,12%

Tabelle 1: Anteil der vollständigen Grundimmunisierung Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026)

Die Impfquote für Varizellen nahm in den drei dargestellten Untersuchungsjahren zu und lag zuletzt bei 89 Prozent. Mit über 87 Prozent im Untersuchungsjahr 2025/2026 liegt auch die Impfquote für Meningokokken C nah am Ziel einer 90%igen Durchimpfungsrate. Für die übrigen Krankheitserreger zeigt sich jedoch ein größerer Nachholbedarf: Während die Pneumokokken-Immunsierung bei fast drei Viertel der Kinder vorhanden war, hatten zuletzt nur etwa zwei Drittel einen Impfschutz gegen Rotaviren. Einen sehr deutlichen Zuwachs der Immunisierungsrate zeigt sich bei den Meningokokken C: Hier stieg der Anteil von Kindern mit einer nachgewiesenen Immunisierung von etwa 33 Prozent auf knapp die Hälfte.

3.4 Entwicklungsstand

3.4.1 Körperkoordination

Körperkoordination wird in der Schuleingangsuntersuchung über verschiedene motorische Aufgaben geprüft. Hierdurch werden Fähigkeiten erfasst, für die vor allem Gleichgewicht, Ausdauer und Kraftdosierung notwendig sind (26). Defizite bei der Körperkoordination können sich im Schulalltag im psychosozialen Bereich z.B. im Sportunterricht oder im Spiel, bei Balance und Ausdaueraufgaben sowie im Bereich feinmotorischer Anforderungen wie dem Schreiben auswirken (27).

Bei 24 Prozent (n=468) der im Schuljahr 2024/2025 untersuchten Kinder ergaben sich in Bezug auf die Motorik auffällige Befunde (s. Abbildung 6). Im Folgejahr wurden bei insgesamt 30 Prozent der untersuchten Kinder in Bezug auf die Körperkoordination Auffälligkeiten dokumentiert. Es zeigt sich, dass in beiden betrachteten Jahrgängen Jungen häufiger als Mädchen eine Auffälligkeit in Bezug auf die Körperkoordination aufweisen.

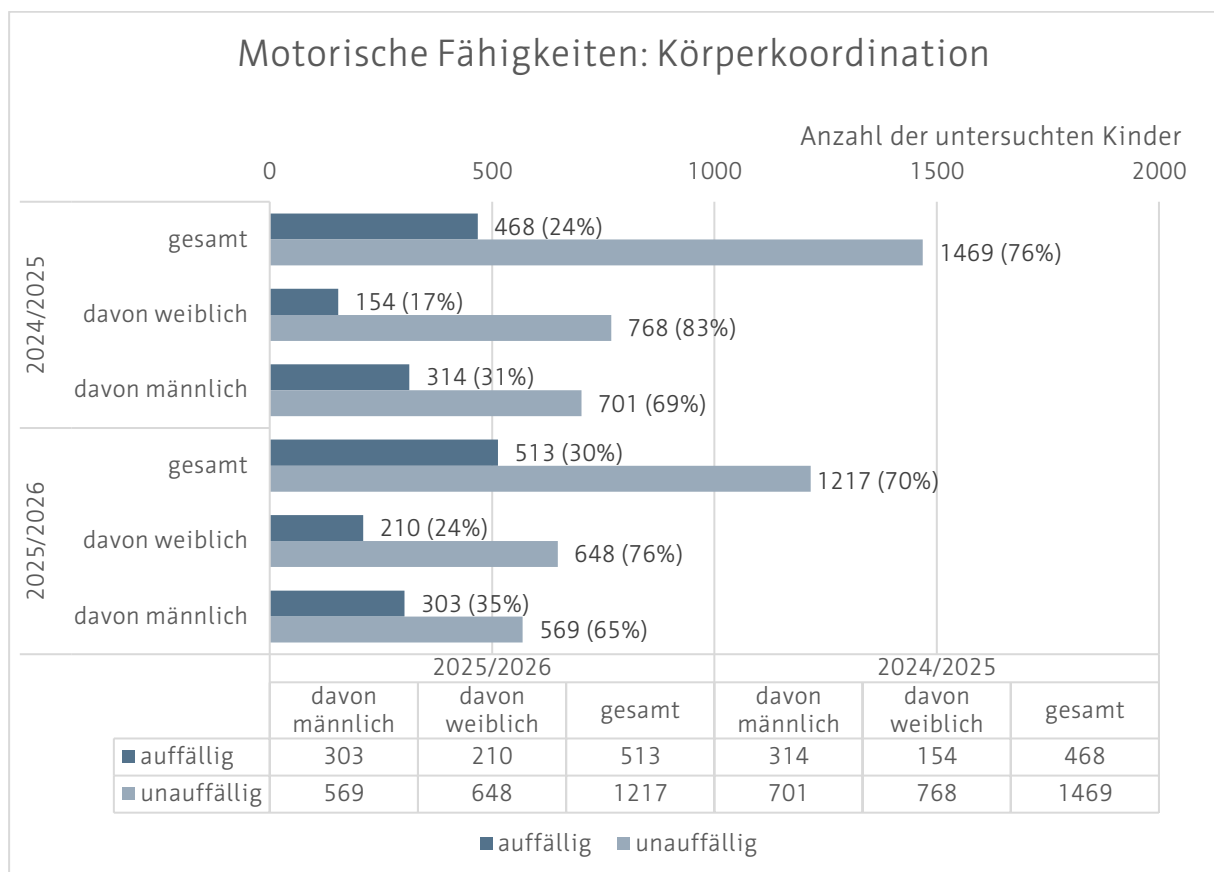


Abbildung 6: Motorische Fähigkeiten: Körperkoordination. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.

Der Anteil von Kindern, bei welchen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erstmals eine medizinisch relevante Beeinträchtigung der Körperkoordination auffiel, und die mit weiteren diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen begleitet werden müssen, lag in beiden Jahren bei sieben Prozent. Im Schuljahr 2024/2025 waren dies 33 Kinder und im Schuljahr 2025/2026 entsprach dies 37 Kindern.

3.4.2 Visuomotorik

Als Visuomotorik bezeichnet man die Fähigkeit, das Sehen mit den Bewegungen des Körpers zu koordinieren. Ein für die Schule besonders wichtiger Aspekt und Teil der kognitiven Entwicklung von Kindern ist die Auge-Hand-Koordination. Für das Erlernen des Schreibens ist es von besonderer Bedeutung, visuelle Wahrnehmung und fein abgestimmte Bewegungen der Hand zu koordinieren. Defizite dieser Fähigkeit erfordern größere Anstrengungen des Kindes, was zu schneller Ermüdung und Demotivation führen kann (28 S. 61). In der Schuleingangsuntersuchung wird dieses Merkmal durch das Einzeichnen bzw. das Abzeichnen geometrischer Formen untersucht. Hierdurch werden fein- und graphomotorische Kompetenzen, die Fähigkeit zur Auge-Hand-Koordination und zur Analyse der räumlichen Wahrnehmung geprüft (26).

Im Untersuchungsjahr 2024/2025 wurden bei insgesamt 36 Prozent der Kinder Auffälligkeiten der Visuomotorik beobachtet. Von diesen insgesamt 723 Kindern waren 256 Mädchen (27% aller Mädchen) und 467 Jungen (44% aller Jungen). Die Untersuchungen des Jahres 2025/2026 ergaben auffällige Werte bei 40 Prozent, das entspricht insgesamt 732 Kindern. Mädchen waren in Bezug auf die Visuomotorik in 289 Fällen auffällig (32% aller Mädchen), Jungen in 443 Fällen (48% aller Jungen). Die Daten beider Jahre zeigen, dass Jungen häufiger Auffälligkeiten der Visuomotorik zeigen. Die Zunahme um vier Prozentpunkte zeigt sich bei beiden Geschlechtern gleich stark.

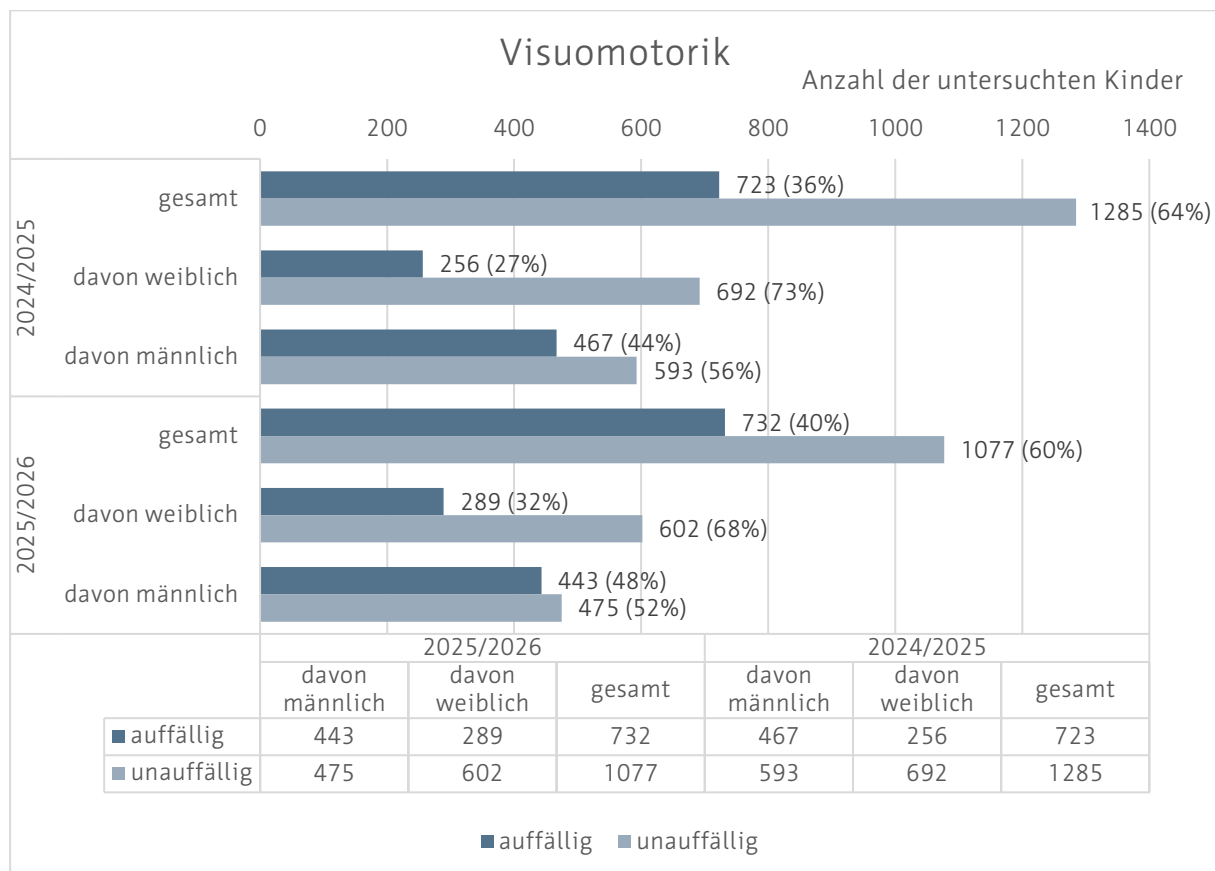


Abbildung 7: Visuomotorik. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.

Eine medizinisch relevante Beeinträchtigung der Visuomotorik mit der Notwendigkeit weiterer Diagnostik und Therapie wurde 2024/2025 bei 248 Kindern, darunter 82 Mädchen und 166 Jungen dokumentiert. Das entspricht 12,3 Prozent aller untersuchten Kinder. Damit wurde Jungen doppelt so häufig die weiterführende Untersuchung und Behandlung von Auffälligkeiten der Visuomotorik empfohlen.

Für das Schuljahr 2025/2026 wurden bei insgesamt 9,6 Prozent der untersuchten Kinder (n=174) erstmals behandlungsbedürftige Auffälligkeiten der Visuomotorik erfasst. Darunter waren 69 Mädchen (39,7%) Mädchen und 105 Jungen (60,4%).

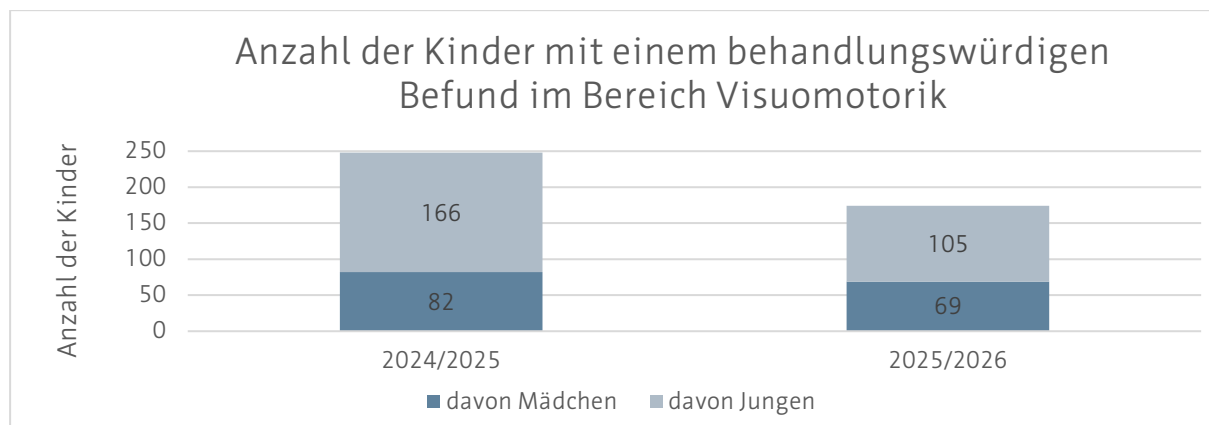


Abbildung 8: Anzahl der Kinder mit einem behandlungswürdigen Befund im Bereich Visuomotorik. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.

3.4.3 Sprache und Sprechen

3.4.3.1 Erstsprache

In beiden dargestellten Untersuchungsjahren belief sich der Anteil von Kindern mit Deutsch als erste Sprache auf etwa 77 Prozent. Dies waren 1563 Kinder (77,1%) im Jahr 2024/2025 und 1421 Kinder (77,2%) für 2025/2026. Damit blieb auch der Anteil von Kindern mit einer anderen Sprache als Deutsch mit 22,9 Prozent (2024/2025) und 22,6 Prozent (2025/2026) konstant (s. Abbildung 9).

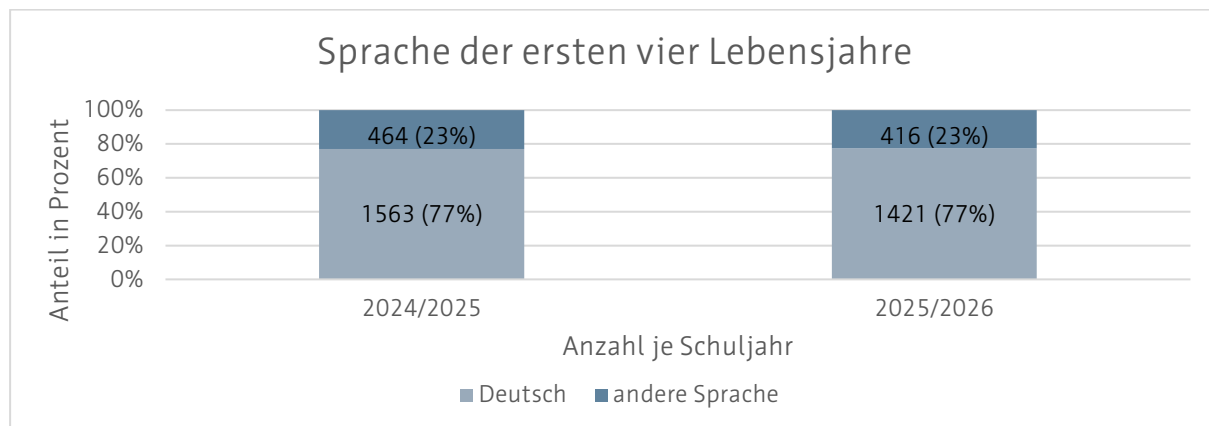


Abbildung 9: Sprache der ersten vier Lebensjahre. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.

3.4.3.2 Deutschkenntnisse

Bei Kindern mit einer anderen Sprache als Deutsch als erste Sprache werden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung auch die Deutschkenntnisse eingeschätzt (s. Abbildung 10).

Die Verteilung zeigt einen steigenden Anteil von Kindern mit sehr guten, guten und ausreichenden Deutschkenntnissen in Bezug auf Wortschatz und Grammatik. Dieser stieg von insgesamt 54 Prozent im Untersuchungsjahr 2024/2025 auf knapp 60 Prozent. Der Anteil von Kindern mit eingeschränkter Verständigungsfähigkeit in der deutschen Sprache ging im gleichen Ausmaß um knapp sechs Prozent zurück. Der Anteil von Kindern, die sich mit der deutschen Sprache nicht verständlich machen konnten, blieb in den beiden Vergleichsjahren bei ca. 12 Prozent konstant.

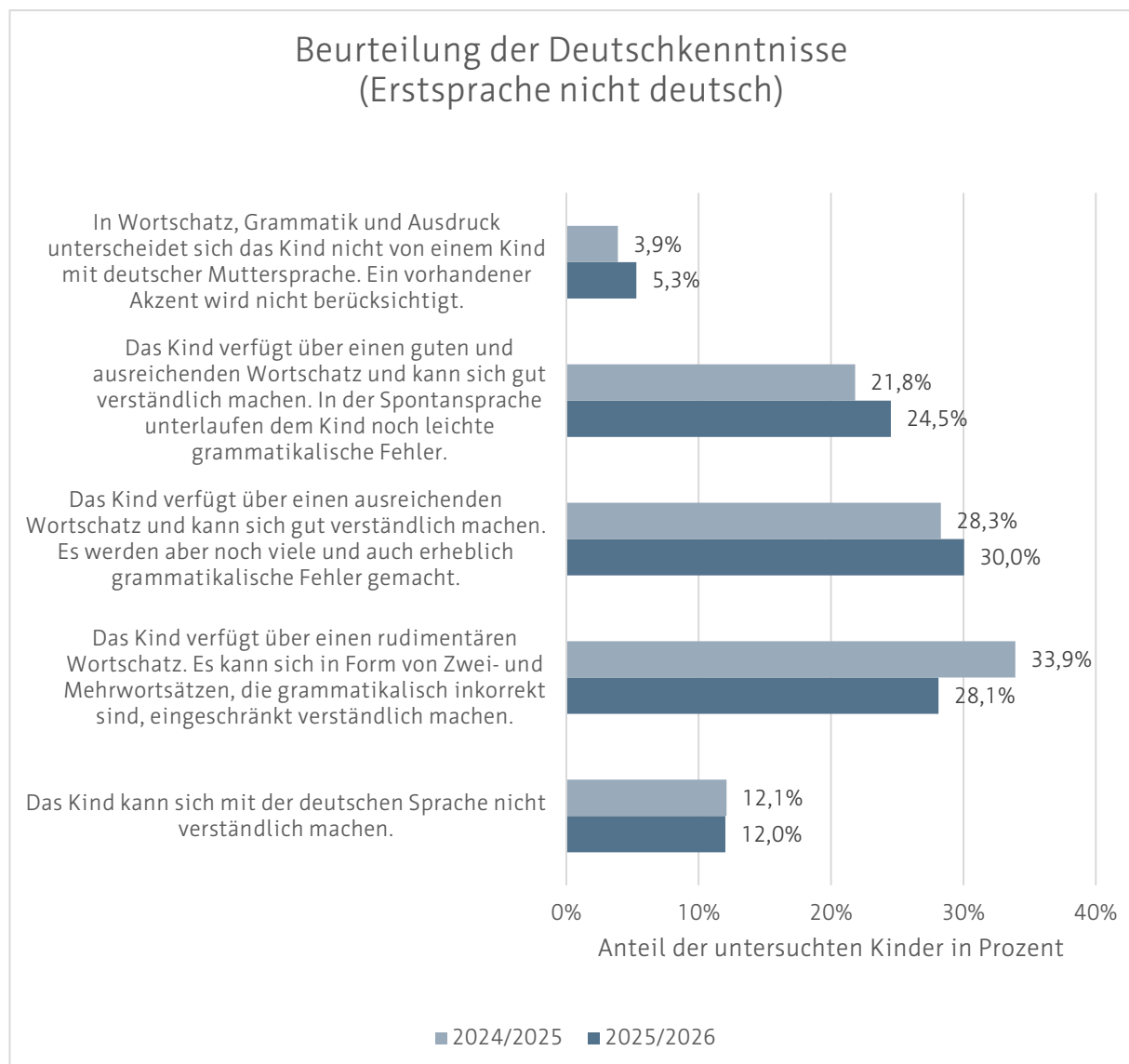


Abbildung 10: Beurteilung der Deutschkenntnisse. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung

3.4.3.3 Auffällige Befunde im Bereich Sprache und Sprechen

Sprache und Sprechen sind notwendige Voraussetzung für die Teilnahme am Unterricht. Sie spielen für das Erlernen von Lese- und Schreibfähigkeiten eine große Rolle. Eine rechtzeitige Diagnostik und Therapie ist beim Verdacht einer Sprachentwicklungsstörung von besonderer Bedeutung. Daher wird durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst bei medizinisch relevanter Beeinträchtigung des Gesamtmerkmals „Sprache und Sprechen“ eine weitergehende Untersuchung und Behandlung durch Logopädie und ggf. die Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfes empfohlen (28 S. 57).

Auffällige Befunde im Bereich Sprache wurden in den beiden Untersuchungsjahren bei 46 Prozent (2024/2025) bzw. 48 Prozent (2025/2026) aller untersuchten Kinder festgestellt. Jungen waren in beiden Jahrgängen häufiger betroffen als Mädchen, wobei sich im letzten betrachteten Jahr die Werte annäherten (s. Abbildung 11).

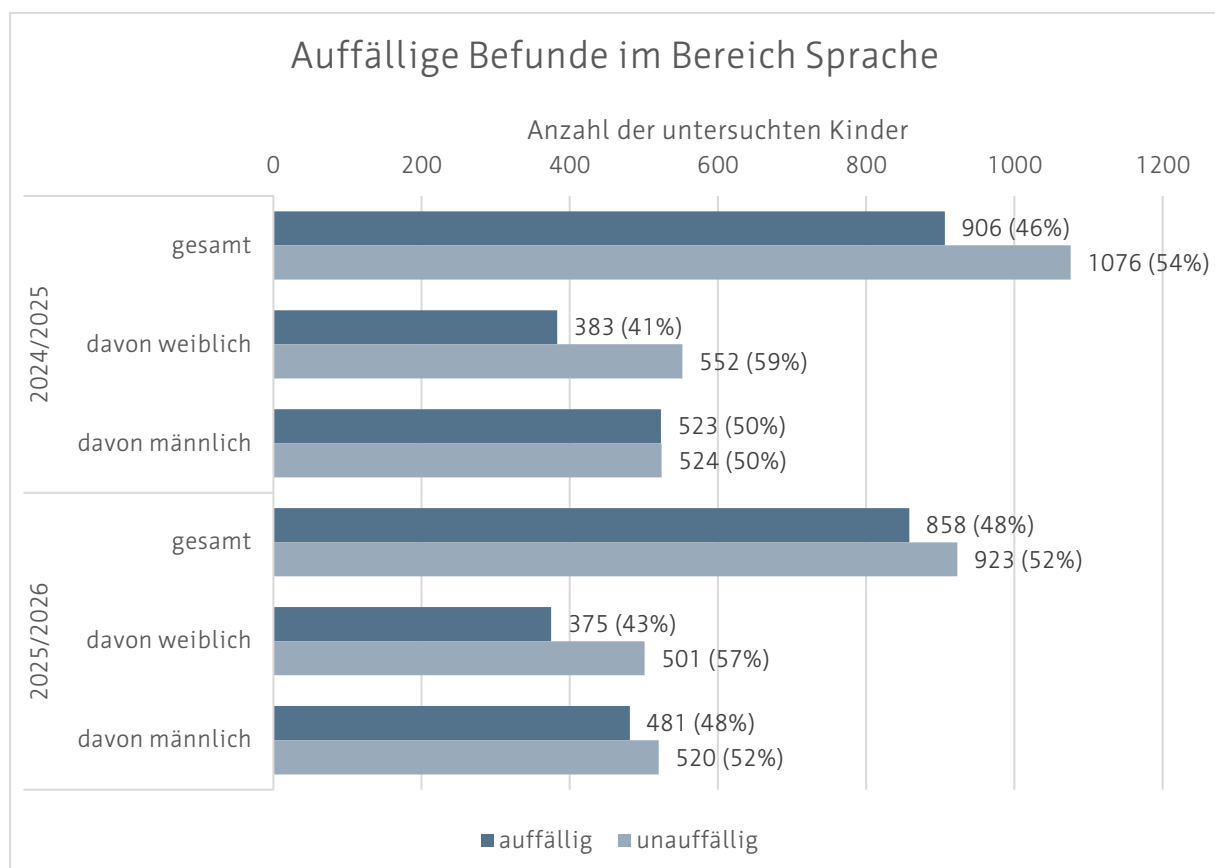


Abbildung 11: Auffällige Befunde im Bereich Sprache. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.

Unter den in Bezug auf Sprache und Sprechen auffälligen Kindern ist die Gruppe derer, bei denen aufgrund der Schuleingangsuntersuchung eine medizinisch relevante Beeinträchtigung des Gesamtmerkmals Sprache und Sprechen festgestellt wurde und die nicht in ausreichender Behandlung sind, besonders herauszustellen: Im Untersuchungsjahr 2024/2025 wurde dies bei insgesamt 133 Kindern (darunter 61 Mädchen und 72 Jungen) mit einem Anteil von insgesamt 6,71 Prozent dokumentiert. Im Untersuchungsjahr 2025/2026 wurden 108 Kinder (48 Mädchen und 60 Jungen, insgesamt 6,06 Prozent) erfasst (s. Abbildung 12).

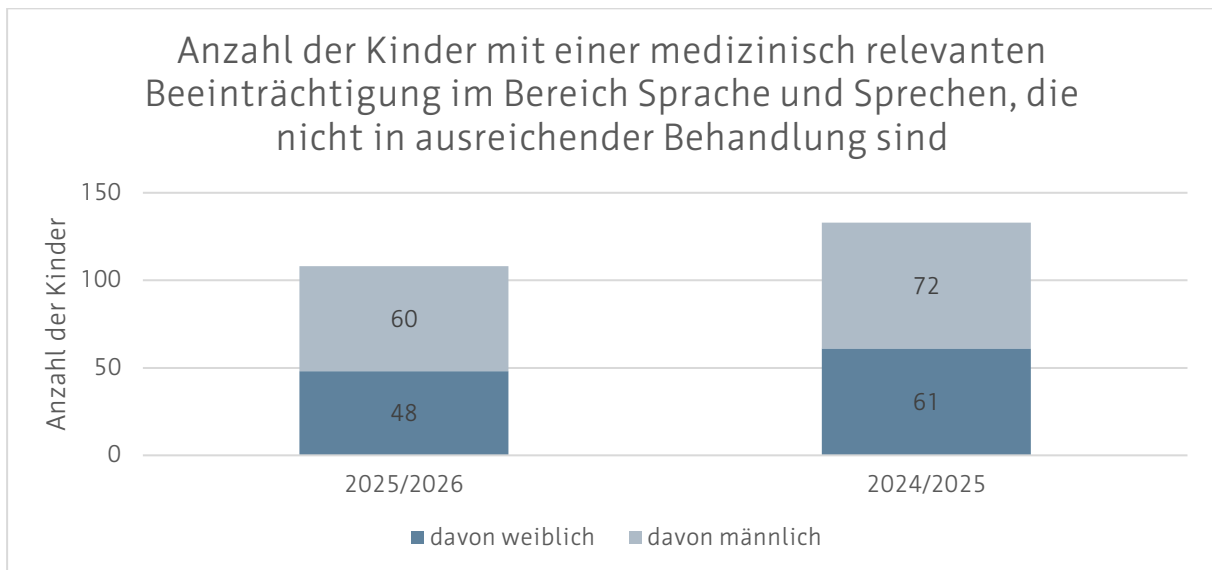


Abbildung 12: Anzahl der Kinder mit einer medizinisch relevanten Beeinträchtigung im Bereich Sprache und Sprechen, die nicht in ausreichender Behandlung sind. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.

3.4.3.4 Logopädie

Mit Blick auf die Ergebnisse der Testung zur Sprache und des Sprechens erhielten 2024/2025 133 Kinder (6,7%) sowie 2025/2026 108 Kinder (6%) eine ärztliche Empfehlung für eine logopädische Versorgung.

3.4.3.5 Erhöhter Förderbedarf

Im Untersuchungsjahr 2024/2025 wurde für 238 Kinder (11,7%) und im Jahr 2025/2026 für 290 Kinder (15,7%) ein Schulbesuch mit Fördermaßnahmen empfohlen. Die genannten Fördermaßnahmen beziehen sich auf bereits erstellte sonderpädagogische Gutachten sowie auf die aus der Schuleingangsuntersuchung zurückzuführenden Förderbedarfe einschließlich der Förderung der deutschen Sprache bei Kindern mit anderer Muttersprache als Deutsch.

4 Zusammenfassung

Zum Schuljahr 2024/2025 wurde das standardisierte Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) zur Beurteilung von schulrelevanten Leistungsbereichen in Thüringen eingeführt. Es löste damit ein zuvor etabliertes Untersuchungsverfahren ab. SOPESS differenziert besonders gut im unteren Drittel der Leistungsbereiche und identifiziert damit Kinder mit medizinisch relevanten Entwicklungsauffälligkeiten (3). Damit ist es möglich, entsprechend den festgestellten Bedarfen die passenden Fördermöglichkeiten anzuregen.

Die beiden betrachteten Jahrgänge sind in Bezug auf die dargestellten Aspekte der Kindergesundheit erstmals direkt vergleichbar. Sie geben einen Einblick in den gesundheitlichen Zustand der Erfurter Kinder vor der Einschulung. Erst in einer längeren Zeitreihe können Trends und Entwicklungen deutlicher herausgearbeitet werden.

Im Sinne einer integrierten Planung sollen die Ergebnisse u.a. auch in den kommunalen Planungsbereichen Kindergarten und Schule genutzt werden, um verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten effektiv und zielgerichtet in den Lebenswelten abzuleiten und umzusetzen.

Die Weiterentwicklung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung wird darüber hinaus eine kleinräumige Aufbereitung der Daten und die Betrachtung der sozioökonomischen Situation der Kinder und ihrer Familien umfassen.

5 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gewichtsstatus bei Einschulungskindern in Erfurt: Verteilung auffälliger Befunde für Übergewicht inkl. Adipositas (BMI >90. Perzentile). Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.	7
Abbildung 2: Gewichtsstatus bei Einschulungskindern in Erfurt: Verteilung auffälliger Befunde für Adipositas (BMI >97. Perzentile). Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.	7
Abbildung 3: Anteil der Schulanfänger mit Übergewicht in Erfurt und Thüringen in den Jahren 2004, 2014-2024. Quelle: Thüringer Gesundheits- und Pflegeplattform (2025). Thüringer Landesverwaltungsamt Jorge-Semprún-Platz 4, 99423 Weimar. tlwva.thueringen.de	8
Abbildung 4: Anteil der Schulanfänger mit Adipositas in Erfurt und Thüringen in den Jahren 2004, 2014-2024; Quelle: Thüringer Gesundheits- und Pflegeplattform (2025), Thüringer Landesverwaltungsamt Jorge-Semprún-Platz 4, 99423 Weimar. tlwva.thueringen.de	8
Abbildung 5: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.	10
Abbildung 6: Motorische Fähigkeiten: Körperkoordination. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.	13
Abbildung 7: Visuomotorik. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.	14
Abbildung 8: Anzahl der Kinder mit einem behandlungswürdigen Befund im Bereich Visuomotorik. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.	15
Abbildung 9: Sprache der ersten vier Lebensjahre. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.	15
Abbildung 10: Beurteilung der Deutschkenntnisse. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung	16
Abbildung 11: Auffällige Befunde im Bereich Sprache. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.	17
Abbildung 12: Anzahl der Kinder mit einer medizinisch relevanten Beeinträchtigung im Bereich Sprache und Sprechen, die nicht in ausreichender Behandlung sind. Quelle: Landeshauptstadt Erfurt, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (2026), eigene Abbildung.	18

6 Referenzen

1. Thüringer Schulordnung für die Grundschule, die Regelschule, die Gemeinschaftsschule, das Gymnasium, die Gesamtschule und die Förderschule (Thüringer Schulordnung - ThürSchulO) vom 20. Januar 1994. §120 Feststellung zur Entwicklung. [Online] 24. Mai 2025. [Zitat vom: 01. Oktober 2026.] <https://landesrecht.thueringen.de/bsth/document/jlr-NNLTH0000384ENN000000000627>.
2. Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG). § 55 Schulgesundheitspflege. [Online] 30. April 2003. [Zitat vom: 01. Oktober 2026.] <https://landesrecht.thueringen.de/bsth/document/jlr-NNLTH0000391BNN000000000076>.
3. Petermann, F. Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen: SOPESS. Theoretische und statistische Grundlagen zur Testkonstruktion, Normierung und Validierung. [Hrsg.] Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf : LIGA.NRW, 2009. S. 68. 978-3-88139-157-3.
4. Kromeyer-Hauschild, K., et al. Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde. 01. August 2001, Bd. 149, 8, S. 807-8018.
5. Robert Koch-Institut. Adipositas und Übergewicht bei Vorschulkindern. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. [Online] 2026. [Zitat vom: 24. September 2024.] https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/KrankheitsnaheRisikofaktorenUndSymptome/KrankheitsnaheRisikofaktoren/AdipositasUndUebergewichtBeiVorschulkindern/adipositasUndUebergewichtBeiVorschulkindern_node.html?kennzahl=1&darstellung=0&zeit=2024&g.
6. WHO Consultation on Obesity & World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. [Online] 2000. [Zitat vom: 01. Oktober 2026.] <https://iris.who.int/handle/10665/42330.9241208945>.
7. WHO Regional Office for Europe. WHO European Regional Obesity Report. [Online] 02. Mai 2022. [Zitat vom: 24. September 2026.] <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e65ae612-3723-4df5-a0e3-639dcdaa9ef8/content>. ISBN 978 928 905 773 8.
8. Schienkewitz, A., Damerow, S. und Rosario, A. S. Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland -Einordnung der Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 nach internationalen Referenzsystemen. [Hrsg.] Robert Koch-Institut. 2018, Bd. 3, 3, S. 64-74.
9. Schienkewitz, A. Brettschneider, A., Damerow, S. und Rosario, A.S. Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland - Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. [Hrsg.] Robert Koch-Institut. Journal of Health Monitoring. 2018, Bd. 3, 1, S. 16-23.

10. Robert Koch-Institut. AdiMon-Themenblatt: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. [Online] 29. Juni 2020. [Zitat vom: 04. Oktober 2026.] <http://www.rki.de/adimon>.
11. World Health Organization. Report of the Commission on ending childhood obesity. [Online] 2016. [Zitat vom: 05. Oktober 2026.] <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/868658c2-7df1-4e04-9dbc-05b7cc8b6a09/content>. ISBN 978 92 4 151006 6.
12. von Kries, R, et al. Different age-specific incidence and remission rates in pre-school and primary school suggest need for targeted obesity prevention in childhood. International Journal of Obesity. April 2011, 36, S. 505-510.
13. Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter & Deutsche Adipositas Gesellschaft. S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (in Überarbeitung). 2019.
14. Ohlsson, C., et al. Change in Weight Status From Childhood to Young Adulthood and Risk of Adult Coronary Heart Disease. JAMA Pediatrics. 2026, Bd. 180, 2, S. 179-186.
15. Thüringer Ministerium für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie. Thüringer Gesundheits- und Pflegeplattform. Übergewicht, Adipositas und Normalgewicht bei Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung (2024). [Online] 2025. [Zitat vom: 28. September 2026.] <https://gesundheitsplattform.thueringen.de/#/Thema/0403/04.009b/tabelle>.
16. Schmidtke, C., et al. Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. [Hrsg.] Robert Koch-Institut. Journal of Health Monitoring. 2018, Bd. 3, 4, S. 68-77.
17. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie). [Online] 01. Januar 2026. [Zitat vom: 28. September 2026.] https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3998/Kinder-RL_2025-05-15_iK-2026-01-01.pdf.
18. Landesamt für Verbraucherschutz. Kindergesundheit. [Online] o.J. [Zitat vom: 04. Oktober 2026.] <https://verbraucherschutz.thueringen.de/gesundheit/kindergesundheit>.
19. Landeshauptstadt Erfurt. Erfurter Kindergesundheitsbericht. [Online] 2010. [Zitat vom: 04. Oktober 2026.] <https://www.erfurt.de/ef/de/service/mediathek/veroeffentlichungen/2016/124508.html>.
20. Weltgesundheitsorganisation. Die Europäische Impfpaganda 2030. [Online] 2026. [Zitat vom: 01. Oktober 2026.] <https://www.who.int/europe/de/initiatives/the-european-immunization-agenda-2030>.

30. Kurth, B.-M. und Rosario, A. S. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). [Hrsg.] Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt. 2007, 50, S. 736-743.

31. Kühnelt, C., et al. Sozialräumliche Unterschiede von Übergewicht und Adipositas im Vorschulalter: Ein Überblick mit Daten der Schuleingangsuntersuchung. Journal of Health Monitoring. 2026, Bd. 11, 12.