

so



Freie
Hansestadt
Bremen



BREMEN



Coronafolge oder säkularer Trend?

Kindergesundheit vor, während und nach der
COVID-19-Pandemie

März 2026



Gesundheitsamt

Der vorliegende Bericht ist eine Veröffentlichung der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung des Bremer Gesundheitsamtes

0421 – 361 151 13 | office@gesundheitsamt.bremen.de
www.gesundheitsamt.bremen.de

Coronafolge oder säkularer Trend?

Kindergesundheit vor, während und nach der COVID-19-Pandemie

März 2026

Impressum

Herausgeber

Gesundheitsamt Bremen
Horner Straße 60-70
28203 Bremen

Redaktion

Dr. Günter Tempel

Verantwortlich

Kay Bultmann
Dr. Günter Tempel

Autor

Dr. Günter Tempel

Das Titelbild zeigt den abgesperrten Spielplatz im Knoops Park, Bremen-Nord (Ortsteil St. Magnus). Die Aufnahme entstand während des ersten Lockdowns im April 2020. Das Titelbild ist ein Ausschnitt aus dieser Aufnahme.

Quelle: <https://coronarchiv.geschichte.uni-hamburg.de/projector/s/coronarchiv/media/972>

Titel: Spielplatz abgesperrt

Urheber: Dani

Lizenziert unter Creative Commons CC BY-SA 4.0



Inhalt

Zusammenfassung.....	4
1 Rückblick.....	6
2 Nicht-pharmakologische Interventionen.....	7
3 Folgen der Lockdowns für Kinder und Jugendliche	9
4 Daten der Schuleingangsuntersuchungen.....	10
5 Ergebnisse	13
5.1 Körpergewicht.....	13
5.2 Verhaltensauffälligkeiten	16
5.3 Heilpädagogische Frühförderung	18
5.4 Entwicklungsstand / Vorläuferfähigkeiten (Sozialpädiatrisches Entwicklungs Screening für Schuleingangsuntersuchungen - SOPESS)	20
5.4.1 Visuomotorik I und II	20
5.4.2 Selektive Aufmerksamkeit	22
5.4.3 Vorwissen zu Mengen und Zahlen	24
5.4.4 Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern	28
5.4.5 Sprache und Sprechen	30
5.4.6 Körperkoordination/Motorik	32
5.4.7 Deutschkenntnisse.....	35
5.5 Schulempfehlung und Förderbedarf	37
6 Effekte der COVID-19-Pandemie	40
7 Säkulare Trends.....	41
8 Diskussion.....	48
9 Limitationen.....	52
Literatur	53
Tabellenverzeichnis.....	56
Abbildungsverzeichnis.....	57



Zusammenfassung

Zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie wurden auch kontaktbeschränkende Maßnahmen beschlossen, die sich, wie die Schließung von Kitas und Schulen, unmittelbar auf den Alltag von Kindern und Jugendlichen auswirkten. Inzwischen gibt es eine Reihe empirischer Studien zu den nichtintendierten gesundheitlichen Folgen dieser Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, berichtet werden u. a. eine Zunahme psychischer Probleme und psychosomatischer Beschwerden sowie Lernrückstände.

Um die Folgen der Pandemiemaßnahmen für die Gesundheit und Entwicklung von Kindern sichtbar zu machen, bietet sich die Analyse von Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen an. Mit dem vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse einer Auswertung von Daten der Bremer Schuleingangsuntersuchungen (Stadt Bremen) der Jahrgänge 2016/17 bis 2025/26 vorgestellt.

Während der Pandemie stieg die Übergewichts-/Adipositasprävalenz unter den einzuschulenden Kindern deutlich an, in der Untersuchungskohorte 2021/22 wurde mit 16,1 % ein Höchstwert erreicht. Im besonderen Maße betroffen waren Kinder aus Ortsteilen mit ausgeprägten sozialen Problemlagen, dort war fast jedes vierte Kind (23,6 % [2021/22]) übergewichtig oder adipös. In der Pandemie begann der Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden im Bereich Verhalten zu wachsen und stieg auch nach dem Ende der Pandemie weiter, zuletzt (2025/26) wurde mehr als jedes fünfte Kind (22,2 %) als verhaltensauffällig eingestuft. Des Weiteren erhöhte sich der Anteil der Kinder mit Problemen im Bereich Körperkoordination/Motorik während der Pandemie sprunghaft, in der Kohorte 2021/22 erhielt jedes dritte Kind (33,8 %) einen auffälligen Befund.

Einige Ergebnisse verweisen auf problematische allgemeine Trends, die bereits vor der Pandemie einsetzten. Bei den Tests zum Entwicklungsstand (SOPESS) nahmen die Anteile der Kinder mit auffälligen Befunden in den Modulen "Visuomotorik", "Mengenvergleich", "visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern" sowie "Sprache/Sprechen" zu, beim Testmodul "Zählen" verstärkte sich der Anstieg während der Pandemie. Der Anteil uneingeschränkt schulfähiger Kinder sank kontinuierlich von 84,8 % (2016/17) auf 77,6 % (2025/26) mit deutlichen sozialen Unterschieden. Bei Kindern aus gut situierten Ortsteilen veränderte sich der Anteil der uneingeschränkt schulfähigen Kinder kaum und bewegte sich im Beobachtungszeitraum in einem Bereich zwischen rund 90 % und 93 %. Bei Kindern aus problembelasteten Ortsteilen hingegen verringerte sich dieser Anteil von 75,5 % (2016/17) auf 68,8 % (2025/26). Besonders auffällig war der Rückgang der Schulfähigkeit bei Kindern mit Migrationshintergrund, aber auch hier zeigte sich der erhebliche Einfluss der sozialen Lage:



Kinder mit Migrationshintergrund, die in einem problembelasteten Ortsteil aufwachsen, sind deutlich weniger uneingeschränkt schulfähig als Kinder mit Migrationshintergrund, die in einem gut situierten Ortsteil leben (66,5 % vs. 81,0 % [2025/26]). Am wenigsten schulfähig waren Jungen mit Migrationshintergrund, die in einem problembelasteten Ortsteil wohnen (59,1 % [2025/26]). Demgegenüber wurden den in gut situierten Ortsteilen lebenden Mädchen ohne Migrationshintergrund fast durchgängig uneingeschränkte Schulfähigkeit attestiert (94,7 % [2025/26]).

Als Konsequenz aus diesen Ergebnissen wird vorgeschlagen, mit Fördermaßnahmen so frühzeitig wie möglich zu beginnen, bevorzugt in Kindergärten problembelasteter Ortsteile und mit Jungen als besondere Zielgruppe. Ein wichtiger Punkt ist die Etablierung von Präventionsketten mit aufeinander abgestimmten Interventionen. Ganz allgemein ist bei der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen die gewachsene Heterogenität der Gesellschaft zu berücksichtigen.



1 Rückblick

Im Dezember 2019 kamen aus der chinesischen Stadt Wuhan Meldungen über eine auffällige Häufung schwerer Lungenentzündungen, ausgelöst durch einen unbekanntem Erreger. Im Januar 2020 wurde der Erreger identifiziert. Es handelte sich um ein bis dato nicht bekanntes Virus aus der Familie der Coronaviren, welches aufgrund der Krankheitssymptome, die es verursachen kann, die Bezeichnung **SARS-CoV-2** (**severe acute respiratory syndrome-corona virus-2**) erhielt. Die angehängte Ziffer 2 soll den Erreger von dem bereits bekannten Virus SARS-CoV-1 unterscheiden.

Der Ursprung von SARS-CoV-2 ist nach wie vor ungeklärt. Gleichsam apodiktisch wurde zunächst von einer Zoonose, also von einer Übertragung von Tieren auf Menschen, ausgegangen [1]. Mittlerweile jedoch wird nicht mehr ausgeschlossen, dass es sich bei dem Erreger um ein gezielt verändertes Coronavirus handeln könnte, das im Wuhan Institute of Virology im Rahmen von gain-of-function-Forschung entstand und dort aus einem Labor entwich (lab leak theory - Laborhypothese).¹

Eine Infektion mit SARS-CoV-2 kann zu einer als **COVID-19** (**corona virus disease 2019**) - vulgo Corona - bezeichneten Erkrankung führen. Typisch ist eine erkältungsartige Symptomatik mit Schnupfen, Husten und Fieber, auch der Geruchs- und Geschmacksinn können vorübergehend verloren gehen. Bei schweren Verläufen können die Atemfunktion und der Kreislauf versagen, vornehmlich gefährdet sind hochbetagte Menschen mit Vorerkrankungen. Häufig ruft eine Infektion mit SARS-CoV-2 jedoch nur leichte Symptome hervor oder verläuft asymptomatisch.

SARS-CoV-2 breitete sich in China rasant aus und griff schnell auf andere Länder über, Ende Januar 2020 wurde in Bayern der erste Fall in Deutschland gemeldet. Im März 2020 stufte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Geschehen als Pandemie ein. Nach anfänglich abwartendem Verhalten beschloss die Bundesregierung zusammen mit den Bundesländern eine Reihe von zum Teil drastischen Maßnahmen, die unter dem Begriff "Nicht-pharmakologische Interventionen (NPI)" zusammengefasst werden.

¹ Laut Berichten der Süddeutschen Zeitung und der ZEIT (Online-Ausgaben vom 12. März 2025) informierte der Bundesnachrichtendienst die Bundesregierung schon 2020 über Erkenntnisse, denen zufolge der Erreger höchstwahrscheinlich aus einem Labor stammt.



2 Nicht-pharmakologische Interventionen

Nicht-pharmakologische Interventionen gehören, neben Impfungen und der Vergabe von Medikamenten, zum Instrumentarium der Pandemiebekämpfung. Sie umfassen unterschiedliche Maßnahmen, die die Ausbreitung von Krankheitserregern verhindern und Infektionsrisiken reduzieren sollen. Dazu gehören Hygienemaßnahmen wie Händewaschen, das Tragen von medizinischen Atemschutzmasken, Distanzregeln, die Absage von Großveranstaltungen, die Schließung von Einrichtungen, Kontaktbeschränkungen sowie zeitweilige Massenquarantänen bis hin zur Abriegelung ganzer Städte, wie während der COVID-19-Pandemie in Wuhan geschehen.

Zu Beginn der COVID-19-Pandemie konnte zunächst nur auf nicht-pharmakologische Interventionen zurückgegriffen werden, um die Ausbreitungsgeschwindigkeit des Erregers zu verringern, erst ab März 2021 standen in Deutschland Impfstoffe in größeren Mengen zur Verfügung. Die wohl einschneidendste Maßnahme war das als "Lockdown", gelegentlich auch als "Shutdown" bezeichnete zeitweilige Herunterfahren des gesellschaftlichen Lebens im ersten Pandemiejahr. Ein Lockdown soll die Infektionskurve abflachen und auf diese Weise Überlastungen des medizinischen Versorgungssystems verhindern. Allerdings verursacht ein Lockdown erhebliche soziale und ökonomische Kosten für die betroffenen Gesellschaften.² Auf der Individualebene beobachtbar sind Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit aufgrund sozialer Isolation und abrupter Veränderungen des gewohnten Alltags. Auch Bewegungsmangel bzw. das Entwickeln eines ungesunden Lebensstils infolge des erzwungenen sozialen Rückzugs können fatale gesundheitliche Konsequenzen haben, ebenso wie verschobene medizinische Behandlungen oder unterbliebene Vorsorgeuntersuchungen. Angesichts der enormen Auswirkungen ist ein Lockdown die Ultima Ratio der Pandemiebekämpfung.

Die während der COVID-19-Pandemie angeordneten Kontaktbeschränkungen, insbesondere die Lockdowns, wirkten sich auf den Alltag von Kindern und Jugendlichen im besonderen Maße aus [2]. Dabei waren Kinder und Jugendliche am wenigsten gesundheitlich gefährdet, schwere oder gar tödliche Krankheitsverläufe gab es sehr selten. Vor allem bei Kindern verlief eine Infektion mit den seinerzeit kursierenden Varianten des Virus häufig symptomlos [3]. Andererseits galten Kinder - zumindest anfänglich - als Infektionstreiber; d. h., es wurde vermutet, dass Kinder überproportional stark zur Zahl der Neuinfektionen beitragen. Zwar erwies sich diese Annahme im Pandemieverlauf ziemlich schnell als irrig [5], in der Anfangs-

² Das ifo-Institut schätzte die volkswirtschaftlichen Kosten für einen zweimonatigen Lockdown je nach zugrunde gelegtem Szenario zwischen 255 und 495 Mrd. €, hinzu kommen massive Arbeitsplatzverluste und ein erhebliches Ausmaß an Kurzarbeit [4].



phase jedoch wurde mit dieser Mutmaßung die Schließung von Kindertagesstätten (Kitas) und Schulen im Rahmen der Lockdowns begründet.

Im ersten Pandemiejahr verfügte die Bundesregierung in Abstimmung mit den Bundesländern zwei bundesweite Lockdowns. Während des ersten Lockdowns blieben Kitas und Schulen ab dem 16. März 2020 geschlossen. Ab dem 4. Mai 2020 wurden zunächst die Schulen schrittweise wiedereröffnet, in der zweiten Maihälfte folgten die Kitas [6]. Der zweite Lockdown setzte ab dem 2. November 2020 ein, zunächst als sogenannter "Lockdown light", Mitte Dezember traten dann nochmals verschärfte Bestimmungen in Kraft mit partiellen Schulschließungen. Mit Blick auf die sich entspannende epidemische Lage wurden ab März 2021 die mit dem Lockdown verbundenen Beschränkungen bis Ende Mai 2021 nach und nach beendet.

Auf die Entwicklung und auf die Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen dürften sich die Lockdowns gravierend ausgewirkt haben. Nach Berechnungen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) waren die Schulen in Deutschland aufgrund der Lockdowns an über 180 Schultagen - dies entspricht ungefähr einem ganzen Schuljahr - teilweise oder ganz geschlossen [7]. Damit wurde der Schulbetrieb im internationalen Vergleich vergleichsweise lange eingestellt, Schweden etwa beließ es bei 31 Tagen Schulschließungen [8].

Im Land Bremen blieben während des ersten Lockdowns Kitas und Schulen geschlossen, Ausnahmen gab es im Wesentlichen nur für Prüfungen bzw. Prüfungsvorbereitungen, sofern Abstandsregeln eingehalten wurden. Des Weiteren konnte unter bestimmten Bedingungen in 4. Klassen der Grundschulen, in Klassen der gymnasialen Oberstufe und in berufsbildenden Schulen Präsenzunterricht stattfinden, Kitas boten eine Notbetreuung an [9]. Während des zweiten Lockdowns hingegen blieben im Land Bremen Kitas und Schulen geöffnet, sofern ein Schutz- und Hygienekonzept vorlag und die Betreuung beziehungsweise der Unterricht in festen Gruppen stattfand (Kohortenprinzip).

Grundsätzlich kann das Einstellen des Kita- und Schulbetriebs ein sinnvoller Beitrag sein zur Bekämpfung einer Pandemie. Empirisch untermauerte Hinweise und Beobachtungen deuten darauf hin, dass rechtzeitige und flächendeckende (proaktive) Schließungen von Kitas und Schulen die Ausbreitung von Influenza-Wellen hemmen können [10]. Gemäß dem Nationalen Pandemieplan des Robert Koch-Instituts (RKI) von 2016 sind derartige Eingriffe aber nur dann eine Option, wenn die Virusübertragungsraten bei Kindern besonders hoch sind und gleichzeitig die Pandemie schwer verläuft [10]. Die Wahl des richtigen Interventionszeit-



punktes und die Festlegung der Maßnahmendauer (Timing) ist allerdings schwierig, zu lösen ist auch das Betreuungsproblem für Kinder berufstätiger Eltern.

Zum Ende des ersten Pandemiejahres zeigte sich, dass die Inzidenz in jüngeren Altersgruppen (bis etwa 15 Jahre) erst dann zunahm, als die Inzidenz unter jüngeren Erwachsenen bereits einige Wochen erhöht war. Infektionsausbrüche in Schulen folgten der Inzidenzentwicklung in der Bevölkerung; stieg die Inzidenz in der Bevölkerung, stieg auch die Zahl der Ausbrüche in den Schulen [11].

Im Rückblick erscheint die flächendeckende Schließung von Kitas und Schulen als unverhältnismäßig, inzwischen wird das Schließen der Bildungseinrichtungen auch von der Politik als Fehler bewertet [12, 13]. An dieser Stelle ist jedoch anzumerken, dass die COVID-19-Pandemie eine extreme Krisensituation war, deren Bewältigung schnelles und entschiedenes Handeln erforderte, obwohl viele Informationen unvollständig oder gar nicht verfügbar waren.³

3 Folgen der Lockdowns für Kinder und Jugendliche

Dass die Pandemiemaßnahmen negative Auswirkungen auf die Entwicklung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hatten, ist mittlerweile unbestritten. Bereits früh verdichteten sich Hinweise auf ein vermehrtes Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemen, was auf die mit dem Lockdown erzwungene soziale Isolation zurückgeführt wurde. Inzwischen belegen eine Reihe von Berichten und wissenschaftlichen Arbeiten substanzielle Einschränkungen der Lebensqualität, gewachsene psychische Probleme und psychosomatische Beschwerden sowie verstärkt auftretende Entwicklungsstörungen und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen.

Der Ausfall des Präsenzunterrichtes infolge der Schulschließungen führte zu Lernrückständen. Internationale Studien lassen darauf schließen, dass diese negative Entwicklung vor allem jüngere Schulkinder sowie Kinder aus Haushalten mit niedrigem sozioökonomischen Status betraf. Die Kompetenzverluste sind jedoch nicht allein den Schulschließungen zuzuschreiben, der Wegfall des Präsenzunterrichtes könnte diesen Trend jedoch forciert haben [7].

³ So war zu keinem Zeitpunkt in der Pandemie bekannt, wie viele Menschen tatsächlich mit dem Coronavirus infiziert waren, die wirkliche Zahl der Infizierten dürfte um ein Mehrfaches höher gelegen haben als die in den Meldestatistiken ausgewiesenen Zahlen. Die Heinsberg-Studie z. B. ermittelte eine fünffach höhere Quote an infizierten Personen [14], die unter Kindern durchgeführte Fr1da-Studie kam zu ganz ähnlichen Ergebnissen [15].



Pandemiebedingte Einschränkungen bei der Kinderbetreuung können sich nachteilig auf die Entwicklung von Kindern im Vorschulalter ausgewirkt haben. [16] Der Besuch eines Kindergartens bereitet Kinder auf den Schuleintritt vor. Der Kindergarten unterstützt Kinder bei der Ausbildung sogenannter Vorläuferfähigkeiten, die essenziell sind für das Erlernen von Lesen, Schreiben und Rechnen, des Weiteren lernen Kinder im Kindergarten den Umgang mit Gleichaltrigen und emotionale Selbstregulation. Kinder aus Zuwandererfamilien erlernen die deutsche Sprache leichter, wenn sie einen Kindergarten besuchen. Die Entwicklung der Kinder hängt jedoch nicht nur vom Besuch eines Kindergartens ab, auch das Elternhaus spielt eine zentrale, wenn nicht gar die maßgeblichere Rolle.

Eine Möglichkeit, Auswirkungen der COVID-19-Pandemie bei Kindern im Vorschulalter festzustellen, ist die Analyse von Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen. In den Schuleingangsuntersuchungen werden Entwicklungs- und Gesundheitsparameter für alle einzuschulenden Kinder standardisiert erfasst und dokumentiert, darüber hinaus werden Informationen zur familiären Situation sowie weitere sozio-demografischen Merkmale erhoben. Für die sozialepidemiologische Forschung bieten Schuleingangsuntersuchungen einen einzigartigen Fundus an validen Daten zu Kindergesundheit.

Auf der Grundlage einer Analyse von Daten aus den Bremer Schuleingangsuntersuchungen soll dieser Bericht der Frage nachgehen, ob sich die Pandemiesituation negativ auf die Vorläuferfähigkeiten und auf die Gesundheit von Kindern auswirkte. Konkret geht es darum festzustellen,

- ob und in welchen Bereichen es Veränderungen gibt,
- ob diese Veränderungen im zeitlichen Zusammenhang mit der Pandemie stehen, oder
- ob sich Trends schon vor der Pandemie herausbildeten und sich gegebenenfalls im Zuge der Pandemie verstärkten.

4 Daten der Schuleingangsuntersuchungen

Vor dem Eintritt in die Grundschule untersucht der Schulärztliche Dienst des Bremer Gesundheitsamtes alle einzuschulenden Kinder. Die Schuleingangsuntersuchung ist obligatorisch [17], sie soll klären, ob die schulpflichtigen Kinder die kognitiven und körperlichen Voraussetzungen für den Schulbesuch aufweisen. In der Stadt Bremen beginnen die Schuleingangsuntersuchungen üblicherweise im September des Jahres vor der Einschulung. Eine



Untersuchungskohorte umfasst mehrere tausend Kinder im Alter zwischen 5 und 7 Jahre, in der Einschulungsuntersuchung 2025/26 wurden 6.232 Kinder untersucht.

Die Stadt Bremen gehört zu den ganz wenigen Kommunen in Deutschland, in denen auch während der COVID-19-Pandemie die Schuleingangsuntersuchungen nahezu uneingeschränkt stattfanden. Ausfälle gab es lediglich beim Einschulungsjahrgang 2020/21, von 5.112 zu untersuchenden Kindern wurden 276 Kinder (5,4 %) pandemiebedingt nicht dem Schulärztlichen Dienst vorgestellt.

Allerdings musste die Ausführung der Untersuchungen Zwängen Rechnung tragen, die sich aus der Pandemie ergaben. So wurden einige Ärztinnen des Schulärztlichen Dienstes zur Bekämpfung der Pandemie eingesetzt, ihre Aufgaben im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung übernahmen die zum Schulärztlichen Dienst gehörenden Kinderkrankenpflegerinnen.⁴ Um Infektionsrisiken zu minimieren, trugen die Untersucherinnen Mund-Nasen-Schutzmasken und hielten größere Abstände zu den vorgestellten Kindern. Das Bedecken des Mundes durch eine Maske könnte Einfluss auf die Ergebnisse der Sprachtests gehabt haben, bei denen die Kinder Pseudowörter nachsprechen sollen, die von der Untersucherin vorgesagt werden. Der Test zur Körperkoordination fand während der Pandemie nur in stark eingeschränktem Maße statt. Bei diesem Test hüpfen die Kinder mit beiden Beinen über die Mittellinie einer Matte, innerhalb von 10 Sekunden sollen so viele Sprünge wie möglich gemacht werden. Hier bestand die Gefahr, dass durch das schnelle Atmen während der Sprünge erregerehaltige Aerosole in die Raumluft gelangen. In Anbetracht dieses potenziellen Infektionsrisikos wurde der Sprungtest in der Schuleingangsuntersuchung 2020/21 lediglich bei 58,6 % der vorgestellten Kinder durchgeführt, und im Jahr darauf (2021/22) sogar nur bei 9,7 %. In der Schuleingangsuntersuchung 2022/23 absolvierten dann wieder fast 90 % der Kinder den Test.

Für den vorliegenden Bericht wurden Daten aus den Bremer Schuleingangsuntersuchungen 2016/17 bis 2025/26 ausgewertet. Mit dieser Zeitspanne lässt sich die Situation in den Jahren vor der Pandemie, während der Pandemie und nach der Pandemie abbilden. In die Datenanalyse einbezogen wurden folgende Indikatoren bzw. Merkmale:

- relatives Körpergewicht (BMI)
- Verhaltensauffälligkeiten: schulärztlicher Befund zum Verhalten des vorgestellten Kindes, heilpädagogische Frühförderung

⁴ Zum Zeitpunkt der Pandemie bestand das Kollegium des Schulärztlichen Dienstes mit Ausnahme eines Kinderkrankenpflegers ausschließlich aus Frauen, von daher ist im Weiteren von Kinderkrankenpflegerinnen und Ärztinnen die Rede.



- Entwicklungsstand/Vorläuferfähigkeiten: Ergebnisse der Einzeltests des Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings (SOPESS)
- Schulempfehlung und Förderbedarf

Im Verlaufe der Pandemie zeigte sich die besondere Betroffenheit von Bevölkerungsgruppen mit niedrigen sozioökonomischen Status [18]. Es liegt also nahe, die Daten nach sozialstrukturellen Merkmalen differenziert zu analysieren. In der Schuleingangsuntersuchung werden gebräuchliche Sozialstatusindikatoren wie Bildungsstand (der Eltern) oder Höhe des Haushaltseinkommens nicht erfasst, allerdings lassen sich anhand der Wohnadresse der Familie des Kindes Hinweise ableiten über den Sozialstatus des elterlichen Haushaltes.

Die Bremer Ortsteile unterscheiden sich zum Teil erheblich hinsichtlich der sozialen Lage und der Lebensverhältnisse der jeweiligen Wohnbevölkerung. Das Monitoring Soziale Stadtentwicklung bildet diese Unterschiede ab. Das Monitoring ist ein Instrument zur Beobachtung sozialräumlicher Entwicklungen in der Stadt Bremen, es beruht auf sieben Indikatoren, die für jeden Bremer Ortsteil zu einem Gesamtwert - dem Sozialindex - verdichtet werden. Auf diese Weise lassen sich Ortsteile identifizieren, in denen sich soziale Problemlagen in besonderem Maße häufen, aber auch Ortsteile, die am wenigsten von sozialen Problemlagen berührt sind. In Kasten 1 sind die Indikatoren des Monitorings Soziale Stadtentwicklung näher beschrieben.

Kasten 1: Indikatoren Monitoring Soziale Stadtentwicklung

- **Sprachförderbedarf:** Anteil der Vorschülerinnen und Vorschüler, die nach dem Sprachstandtest vor der Einschulung (CITO, ab Schuljahr 2021/22 PRIMO) additive Förderung zur Verbesserung der Sprachkompetenz benötigen
- **Nicht-Abiturquote:** Anteil der Schülerinnen und Schüler des letzten Schuljahrgangs, die keine allgemeine Hochschulreife erlangt haben
- **Gewaltkriminalität:** Notrufeinsätze (110) wegen häuslicher Gewalt und Anzahl Wohnorte von Gewaltstraftätern/1000 Einwohner
- **Kinderarmut:** Anteil der 0- bis unter 15-Jährigen, die in Bedarfsgemeinschaften leben, an den 0- bis unter 15-Jährigen insgesamt
- **SGB II-Bezug:** Anteil der 15- bis unter 65-Jährigen, die Leistungen nach SGB II beziehen, an den 15- bis unter 65-Jährigen insgesamt
- **Arbeitslosigkeit:** Anteil der Arbeitslosen an der Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und Arbeitslosen
- **Wahlenthaltung:** Anteil der Wahlberechtigten, die sich nicht an der jeweils letzten Wahl zur Bremer Bürgerschaft beteiligten, an der Gesamtzahl der Wahlberechtigten

Zum Zeitpunkt der Auswertung lagen Daten zum Sozialindex der Ortsteile für die Jahre 2016 bis 2023 vor. Die Indexwerte sind das Ergebnis einer als z-Transformation bezeichneten



statistischen Normierung, die dazu führt, dass die Indexwerte den Mittelwert 0 und eine Standardabweichung von 1 haben.

Als besonders problembelastet gelten im Rahmen dieses Berichtes Ortsteile, bei denen die Indexwerte in mindestens sieben der acht Erhebungsjahre überdurchschnittlich, d. h. um eine Standardabweichung oder mehr, vom Mittelwert nach unten abwichen. Im Gegensatz dazu gelten Ortsteile, bei denen die Indexwerte in mindestens sieben der acht Erhebungsjahre überdurchschnittlich (eine Standardabweichung oder mehr) über dem städtischen Mittelwert lagen, als am wenigsten problembelastet.

Nach diesem Ansatz sind die Ortsteile *Ohlenhof, Gröpelingen, Lindenhof, Tenever, Grohn, Bahnhofsvorstadt, Blumenthal, Hemelingen, Lüssum-Bockhorn, Oslebshausen* und *Kattenturm* besonders problembelastet.

Am wenigsten von sozialen Problemlagen betroffen sind die Ortsteile *Weidedamm, Fesenfeld, Lehesterdeich, St. Magnus, Grolland, Peterswerder, Lehe, Habenhausen, Radio Bremen, Horn, Gete, Neu-Schwachhausen, Oberneuland, Riensberg, Barkhof, Schwachhausen, Borgfeld* und *Bürgerpark*.

Es kann unterstellt werden, dass Kinder, die in besonders problembelasteten Ortsteilen wohnen, mehrheitlich aus Haushalten mit niedrigen sozioökonomischen Status kommen und umgekehrt. Im Rahmen dieser Analyse wird der Sozialindex daher als Ersatzgröße (Proxy-Variable) für sozialstrukturelle Merkmale eingesetzt, um Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und Pandemiebetreffenheit aufzeigen zu können.

5 Ergebnisse

5.1 Körpergewicht

Der Klassifikation des Körpergewichts bei einzuschulenden Kindern liegen die Referenzwerte der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) zugrunde [19]. Diese Referenzwerte berücksichtigen die wachstumsbedingten Veränderungen des Verhältnisses zwischen Körpergröße und Körpergewicht (BMI) bei Kindern und Jugendlichen.

In den Schuleingangsuntersuchungen vor der Pandemie (2016/17 bis 2019/20) bewegten sich die Übergewichtsprävalenzen (inkl. Adipositas) der einzuschulenden Bremer Kinder in einem schmalen Bereich zwischen 11,2 % und 11,7 % (Tabelle 1). In der Schuleingangs-



untersuchung 2020/21 stieg dieser Anteil auf 12,5 % und kletterte in der Schuleingangsuntersuchung 2021/22 deutlich nach oben auf 16,1 %. Im Jahr darauf (2022/23) sank der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder wieder auf 14 % und verringerte sich in den beiden folgenden Schuleingangsuntersuchungen weiter auf Werte von gut 13%. In der Untersuchungskohorte 2025/26 stieg dieser Anteil wieder auf 15,1 %. Damit haben sich die Übergewichts-/Adipositasprävalenzen auf einem Level verfestigt, das erkennbar über dem Ausgangsniveau vor der Pandemie liegt.

Markant sind die Unterschiede zwischen den besonders problembelasteten und den am wenigsten problembelasteten (gut situierten) Ortsteilen (Abbildung 1). Zunächst lässt sich feststellen, dass die Übergewichts-/Adipositasprävalenzen bei Kindern aus den besonders problembelasteten Ortsteilen in jeder Schuleingangsuntersuchung mehr als dreimal höher waren als bei Kindern aus den gut situierten Ortsteilen. Der Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Übergewicht (nicht nur bei Kindern) ist in der Epidemiologie hinreichend bekannt, er muss daher hier nicht weiter kommentiert werden.

Im Zuge der Pandemie stieg die Übergewichts-/Adipositasprävalenz bei Kindern aus den besonders problembelasteten Ortsteilen auf bis zu 23,6 % (2021/22), in der Gruppe der Kinder aus den gut situierten Ortsteilen erreichte die Prävalenz einen Höchstwert von 8 % (2021/22).



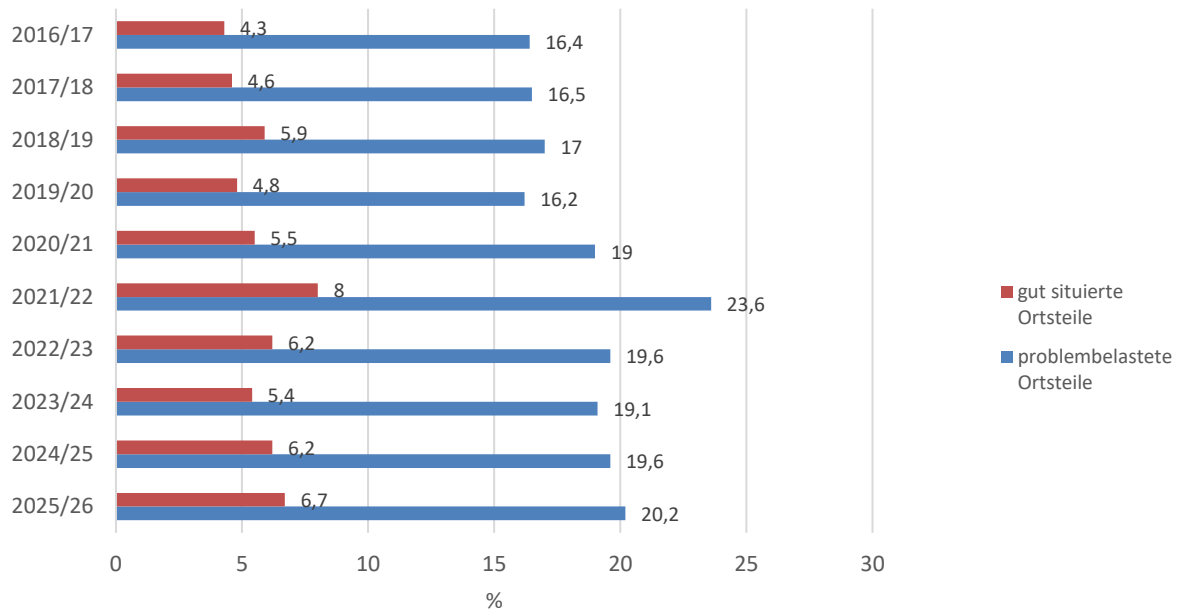
Tabelle 1: Anteil übergewichtiger Kinder (inkl. Adipositas) nach Schuleingangsuntersuchung

	Zahl der vorgestellten Kinder	Kinder mit Angaben zum BMI	Anteil übergewichtiger/ adipöser Kinder (%)
2016/17	4.571	4.543	11,5
2017/18	4.852	4.827	11,2
2018/19	4.693	4.662	11,7
2019/20	4.849	4.797	11,5
2020/21	4.836	4.797	12,5
2021/22	5.547	5.524	16,1
2022/23	5.704	5.667	14,0
2023/24	5.956	5.907	13,1
2024/25	6.154	6.081	13,3
2025/26	6.232	6.158	15,1

Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)



Abbildung 1: Anteil übergewichtiger Kinder (inkl. Adipositas) nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

5.2 Verhaltensauffälligkeiten

Kinder, die zur Schule gehen sollen, müssen eine altersgerechte Konzentrationsfähigkeit aufweisen. Des Weiteren wird ein zugewandtes, an den Bedürfnissen anderer orientiertes (prosoziales) Verhalten in der Klasse, eine ausreichende Impulskontrolle sowie eine gute Regelakzeptanz erwartet. Zur Schuleingangsuntersuchung gehört daher auch die Beurteilung des Verhaltens der vorgestellten Kinder.

Der schulärztliche Befund zum Verhalten beruht zum einen auf der Beobachtung des Auftretens des Kindes während der Untersuchung. Beobachtet werden der Grad der motorischen Unruhe, die Impulsivität, die verbale Kontaktaufnahme und die Interaktion mit dem anwesenden Elternteil in der Untersuchungssituation. Außerdem werden die Eltern gebeten, anhand eines Kurzfragebogens - dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) - das Verhalten ihres Kindes im Alltag zu beschreiben. Diese Angaben fließen ebenfalls in die Beurteilung ein. Die Eltern sind nicht verpflichtet, diese Fragen zu beantworten, aber in aller Regel wirken die Eltern mit. In der Schuleingangsuntersuchung 2025/26 lag für 86,1 % der vorgestellten Kinder ein ausgefüllter Fragebogen vor.

Tabelle 2 gibt die schulärztlichen Befunde zum Verhalten wieder. Ab der Schuleingangsuntersuchung 2022/23 stieg der Anteil verhaltensauffälliger Kinder kontinuierlich, in der



Schuleingangsuntersuchung 2025/26 zeigte mehr als jedes fünfte Kind (22,2 %) Auffälligkeiten. Allerdings ergaben sich in den Schuleingangsuntersuchungen 2018/19 und 2019/20 mit 18,1 % und 17,7 % ebenfalls relativ hohe Anteile, für die sich aber keine spezifischen Erklärungen finden ließen.

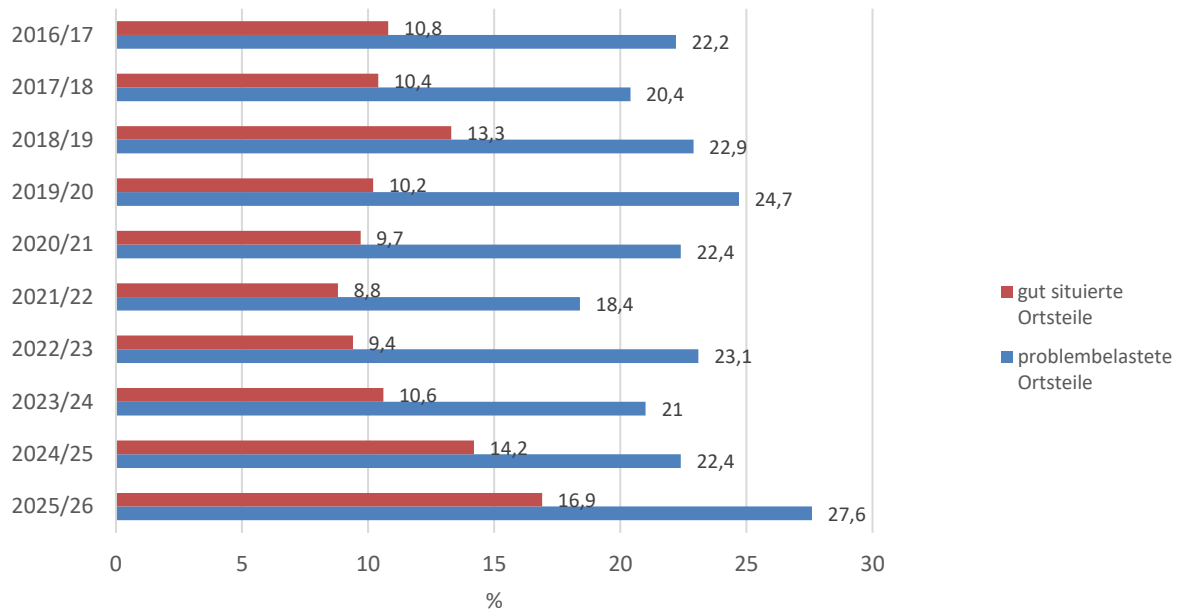
Des Weiteren zeigen sich deutliche, mit sozialstrukturellen Merkmalen verbundene Unterschiede (Abbildung 2). Verglichen mit den Kindern aus gut situierten Ortsteilen, erhielten die Kinder aus besonders problembelasteten Ortsteilen wesentlich häufiger einen auffälligen Befund. Bei Kindern, die in einem sozial problematischen Wohnumfeld leben, aber auch bei Kindern aus gut situierten Ortsteilen nahmen Verhaltensauffälligkeiten ab der Schuleingangsuntersuchung 2024/25 zu, zuletzt (2025/26) betrugen die jeweiligen Anteile auffälliger Befunde 27,6 % bzw. 16,9 %.

Tabelle 2: Anteil verhaltensauffälliger Kinder nach Schuleingangsuntersuchung

	Zahl der vorgestellten Kinder	Kinder mit Angaben zu Verhaltensauffälligkeiten	Anteil Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten (%)
2016/17	4.571	3.829	16,5
2017/18	4.852	4.095	15,3
2018/19	4.693	3.919	18,1
2019/20	4.849	3.947	17,7
2020/21	4.836	3.904	15,5
2021/22	5.547	4.651	15,2
2022/23	5.704	4.758	17,1
2023/24	5.956	4.969	17,6
2024/25	6.154	5.207	19,1
2025/26	6.232	5.400	22,2

Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

Abbildung 2: Anteil verhaltensauffälliger Kinder nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

5.3 Heilpädagogische Frühförderung

Aus den Anteilen der Kinder mit heilpädagogischer Frühförderung lassen sich Trendaussagen ableiten über die Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten. Heilpädagogische Frühförderung wird verordnet bei Auffälligkeiten in der Entwicklung, die Förderung richtet sich an Kinder mit Behinderung - dazu zählt auch eine seelische Behinderung - oder an von Behinderung bedrohte Kinder, die noch nicht zur Schule gehen. Konkret geht es um Auffälligkeiten im Verhalten, in der Motorik/ Feinmotorik sowie in der Sprache, womit aber nicht mangelnde Deutschkenntnisse gemeint sind.

Seit der Schuleingangsuntersuchung 2017/18 werden die Eltern danach gefragt, ob ihr Kind Frühförderung erhält. Tabelle 3 zeigt die Entwicklung der Anteile der Kinder mit heilpädagogischer Frühförderung, deutlich sichtbar ist eine kontinuierliche Zunahme von 11,3 % (2017/18) auf 16,8 % (2025/26). Darüber hinaus ergeben sich auch im Bereich Frühförderung markante Unterschiede zwischen den Kindern aus besonders problembelasteten Ortsteilen und den Kindern aus gut situierten Ortsteilen (Abbildung 3). Kinder aus besonders problembelasteten Ortsteilen erhalten ungefähr dreimal häufiger heilpädagogische Frühförderung als Kinder aus gut situierten Ortsteilen. Insgesamt gesehen stieg bei den Kindern aus besonders problembelasteten Ortsteilen der Anteil der Frühgeförderten sukzessiv, bei



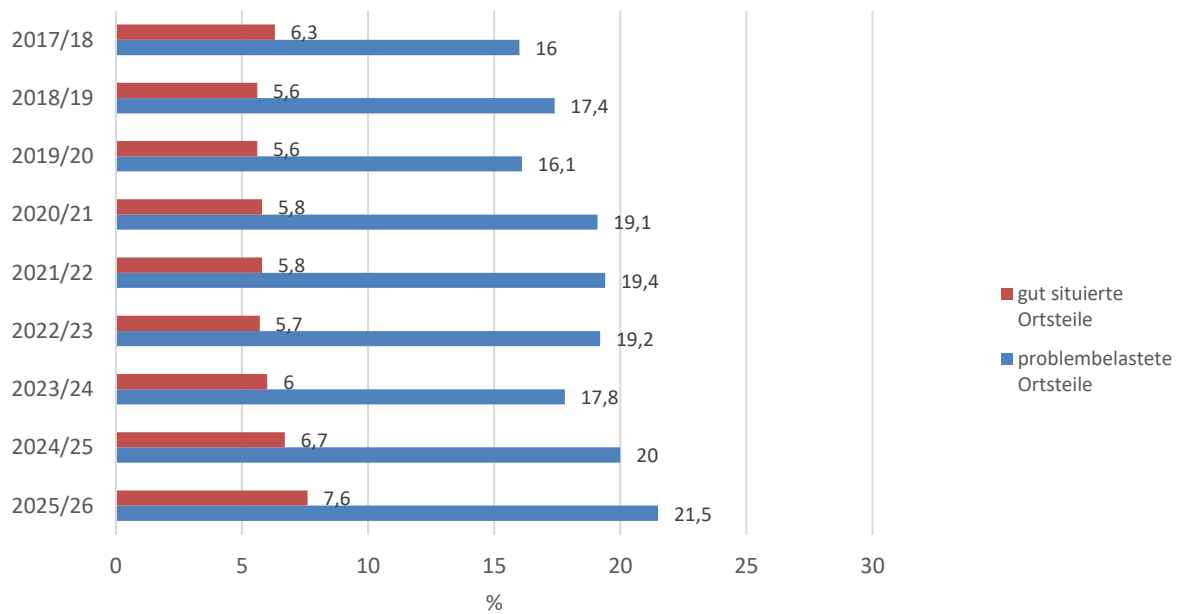
den Kindern aus gut situierten Ortsteilen hingegen zeigt sich erst ab der Schuleingangsuntersuchung 2025/26 ein relevanter Zuwachs.

Tabelle 3: Anteil Kinder mit heilpädagogischer Frühförderung nach Schuleingangsuntersuchung

	Zahl der vorgestellten Kinder	Kinder mit Angaben zu Frühförderung	Anteil Kinder mit heilpädagogischer Frühförderung (%)
2017/18	4.852	4.847	11,3
2018/19	4.693	4.692	12,1
2019/20	4.849	4.848	11,7
2020/21	4.836	4.808	13,7
2021/22	5.547	5.542	13,5
2022/23	5.704	5.700	14,5
2023/24	5.956	5.955	14,7
2024/25	6.154	6.101	15,3
2025/26	6.232	6.187	16,8

Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

Abbildung 3: Anteil Kinder mit heilpädagogischer Frühförderung nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

5.4 Entwicklungsstand / Vorläuferfähigkeiten (Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen - SOPESS)

Die Beurteilung des kognitiven Entwicklungsstandes erfolgt in Bremen auf der Basis des Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings für Schuleingangsuntersuchungen, kurz SOPESS. Das Screening besteht aus 12 Einzeltests, die die Bereiche Visuomotorik, selektive Aufmerksamkeit, Vorwissen zu Mengen und Zahlen, visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern, Sprache und Sprechen sowie Motorik abdecken [20]. Des Weiteren wird die Beherrschung der deutschen Sprache beurteilt. SOPESS wurde 2008 von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Universität Bremen für die Schuleingangsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen entwickelt, mittlerweile ist SOPESS in vielen Kommunen Teil der Schuleingangsuntersuchungen.

5.4.1 Visuomotorik I und II

Dieser Bereich beinhaltet zwei Tests, bei denen Formen gezeichnet werden sollen. Die beiden Tests beziehen sich auf graphomotorische Fähigkeiten. Es wird geprüft, ob das vorgestellte Kind in der Lage ist, koordinierte Handbewegungen durchzuführen und dabei ein erkennbares Bild zu produzieren. Diese Fähigkeit ist eine Voraussetzung für das Erlernen des Schreibens. Die anschließende schulärztliche Befundbewertung berücksichtigt neben



den Testergebnissen die Stifthaltung, die Stifführung sowie allgemeine Beobachtungen wie Sitzhaltung. Liegt ein auffälliges Testergebnis vor, wird den Eltern gegebenenfalls empfohlen, den Befund vom Kinderarzt oder von der Kinderärztin abklären zu lassen (Arztverweisung). Des Weiteren wird vermerkt, ob sich das untersuchte Kind wegen visuomotorischer Auffälligkeiten bereits in Therapie befindet.

Im Beobachtungszeitraum zeigt sich ein fast durchgängiger Anstieg des Anteils auffälliger Befunde von 28,8 % (2016/17) auf 38,7 % (2025/26) (Tabelle 4). In allen Schuleingangsuntersuchungen wiesen Kinder aus besonders problembelasteten Ortsteilen weitaus häufiger Auffälligkeiten im Bereich Visuomotorik auf als Kinder aus gut situierten Ortsteilen (Abbildung 4). Allerdings ist bei den Kindern aus gut situierten Ortsteilen ein markanter Trend zum Negativen sichtbar, der Anteil auffälliger Befunde verdoppelte sich von 13,4 % (2016/17) auf 26,5 % (2025/26). Bei den Kindern aus besonders problembelasteten Ortsteilen erfolgte der Anstieg allmählich und weniger ausgeprägt, jedoch ausgehend von einem deutlich höheren Niveau. Der Anteil auffälliger Befunde wuchs von 39,1 % (2016/17) auf 46,6 % (2025/26).

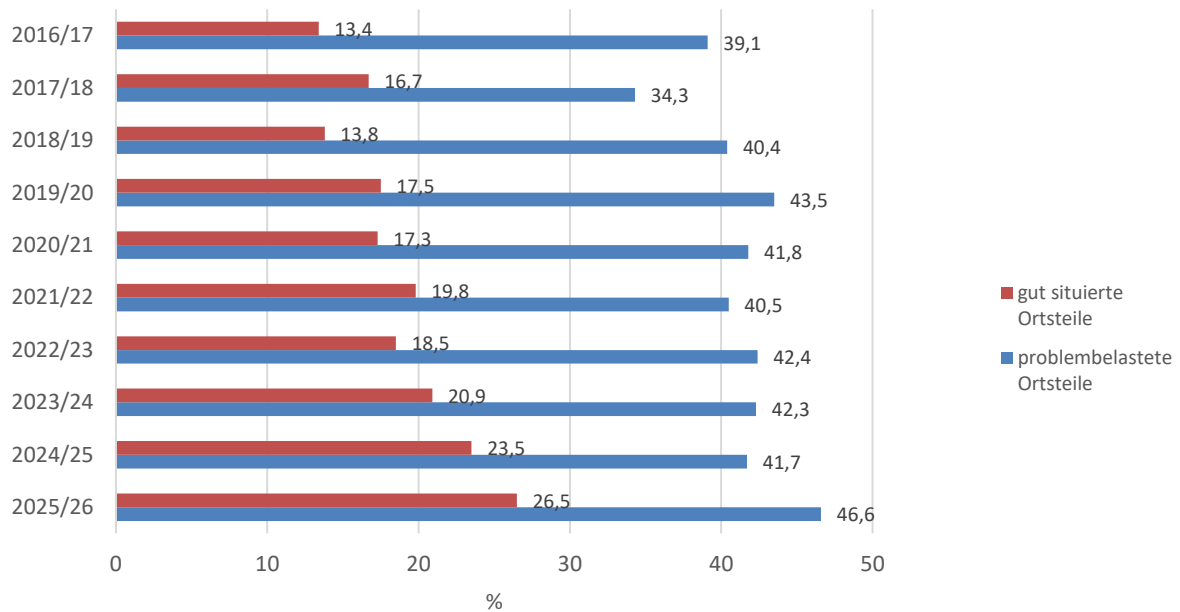
Tabelle 4: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Visuomotorik I und II nach Schuleingangsuntersuchung. Befundbewertung nach Bielefelder Modell (Befund ohne Maßnahme, Arztverweisung, in Behandlung)

	Zahl der vorgestellten Kinder	Kinder mit Befunden zum Bereich Visuomotorik I und II	Anteil Kinder mit auffälligen Befunden (%)
2016/17	4.571	4.547	28,8
2017/18	4.852	4.826	28,4
2018/19	4.693	4.667	29,0
2019/20	4.849	4.815	33,2
2020/21	4.836	4.788	31,8
2021/22	5.547	5.503	32,1
2022/23	5.704	5.663	32,2
2023/24	5.956	5.883	35,5
2024/25	6.154	6.048	35,6
2025/26	6.232	6.126	38,7

Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)



Abbildung 4: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Visuomotorik I und II nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort. Befundbewertung nach Bielefelder Modell (Befund ohne Maßnahme, Arztverweisung, in Behandlung)



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

5.4.2 Selektive Aufmerksamkeit

Mithilfe eines Tests soll die Fähigkeit des Kindes beurteilt werden, sich auf eine Aufgabe zu fokussieren. Dabei wird ein Bild mit fröhlichen und traurigen Smileys vorgelegt, anschließend soll das Kind innerhalb einer Minute möglichst viele traurige Gesichter durchstreichen.

Aus den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen lässt sich kein Trend ablesen, im Beobachtungszeitraum bewegte sich der Anteil auffälliger Befunde zwischen 7,2 % und 9,2 % (Tabelle 5). Auch bei diesem Test zeigten sich Kinder aus besonders problem-belasteten Ortsteilen häufiger auffällig als Kinder aus gut situierten Ortsteilen.

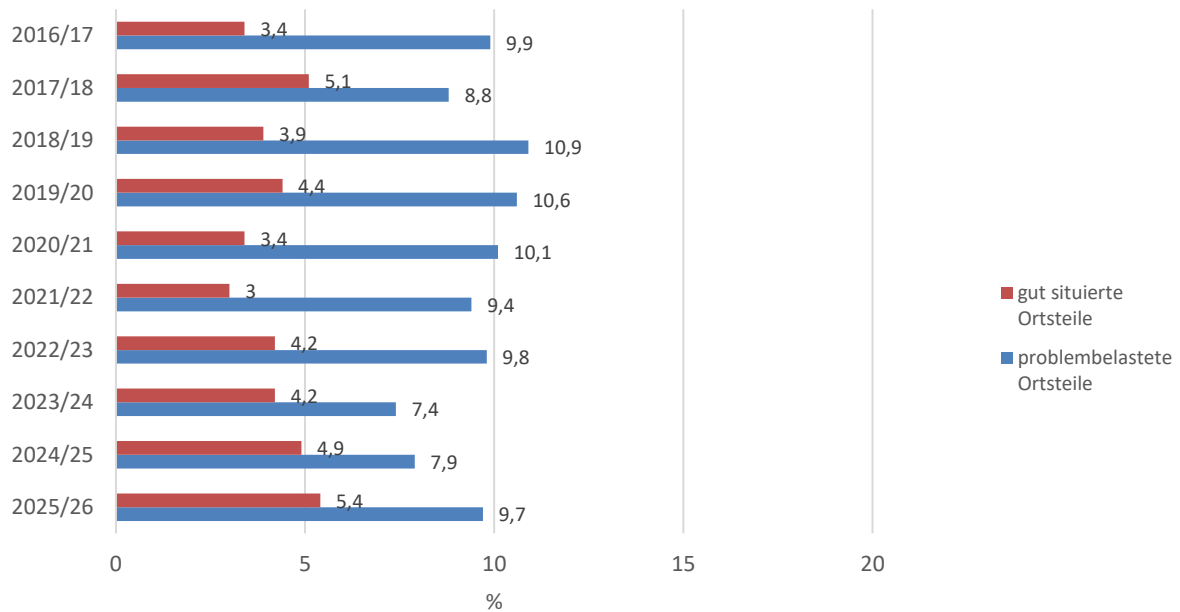


Tabelle 5: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Selektive Aufmerksamkeit nach Schuleingangsuntersuchung

	Zahl der vorgestellten Kinder	Kinder mit Befunden zum Bereich Selektive Aufmerksamkeit	Anteil Kinder mit auffälligen Befunden (%)
2016/17	4.571	4.516	7,2
2017/18	4.852	4.766	7,7
2018/19	4.693	4.614	9,1
2019/20	4.849	4.771	9,2
2020/21	4.836	4.748	7,8
2021/22	5.547	5.442	9,2
2022/23	5.704	5.602	9,0
2023/24	5.956	5.809	7,5
2024/25	6.154	5.952	7,8
2025/26	6.232	5.983	9,2

Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

Abbildung 5: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Selektive Aufmerksamkeit nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

5.4.3 Vorwissen zu Mengen und Zahlen

Haben Kinder Vorwissen zu Mengen und Zahlen, fällt es ihnen in der Schule leichter, Rechnen zu lernen. Durch Abzählen anhand einer vorgelegten Tafel mit 20 Bällen sowie durch zwei Tests zum Einschätzen von Mengen wird erhoben, inwieweit die einzuschulenden Kinder bereits über einfaches mathematisches Grundwissen verfügen.

Zählen

Beim Zähltest zeigte sich ein zunächst langsames Wachstum des Anteils auffälliger Ergebnisse von 7,4 % (2026/17) auf 10,0 % (2020/21). In der Schuleingangsuntersuchung 2021/22 erhöhte sich dieser Anteil beinahe sprunghaft auf 12,1 %, zuletzt hatten 13,3 % (2025/26) der untersuchten Kinder auffällige Testergebnisse (Tabelle 6).

Bei Kindern aus problembelasteten Ortsteilen führte der Zähltest wesentlich häufiger zu einem auffälligen Ergebnis als bei Kindern aus gut situierten Ortsteilen, von denen nur ein geringer Teil Probleme beim Zählen hatte (Abbildung 6). In der Schuleingangsuntersuchung 2025/26 ergab sich bei 17,6 % der Kinder aus problembelasteten Ortsteilen, aber nur bei 5,2 % der Kinder aus gut situierten Ortsteilen ein auffälliger Befund.

Der oben dargestellte Anstieg auffälliger Ergebnisse in der Schuleingangsuntersuchung 2021/22 fiel bei Kindern aus problembelasteten Ortsteilen besonders deutlich aus, der Anteil



wuchs von 14,5 % (2020/21) auf 18,2 % (2021/22). Für die Kinder aus gut situierten Ortsteilen ergab sich, über den Beobachtungszeitraum betrachtet, zwar ein langsamer Anstieg des Anteils auffälliger Ergebnisse von 1,8 % (2016/17) auf 5,2 % (2025/26), es zeigte sich jedoch keine markante Erhöhung in der Schuleingangsuntersuchung 2021/22.

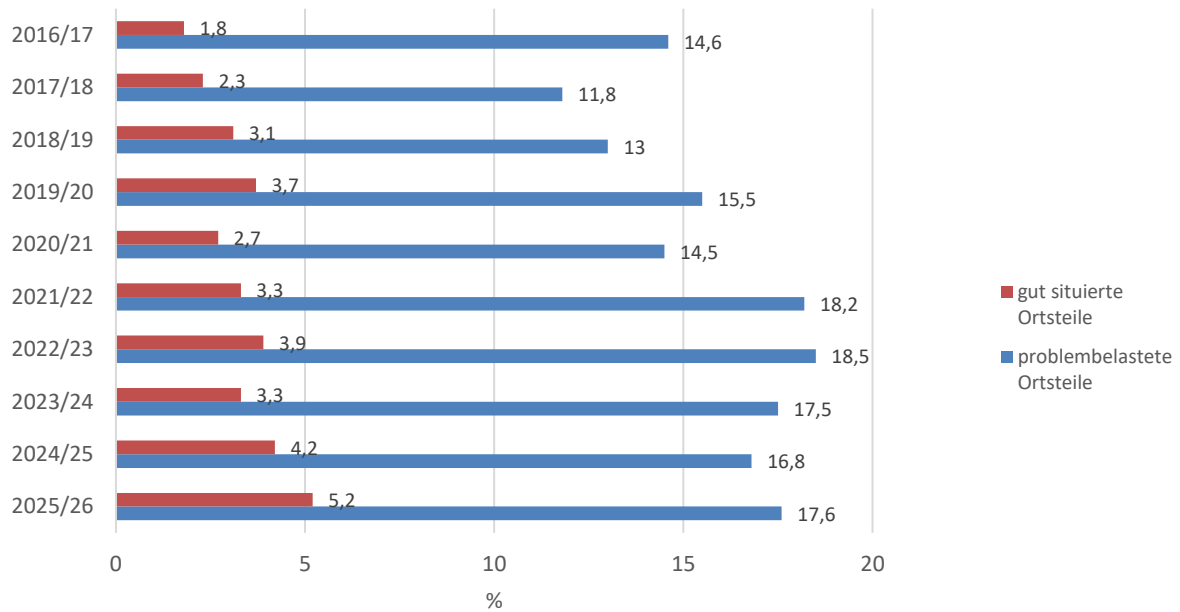
Tabelle 6: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Zählen nach Schuleingangsuntersuchung

	Zahl der vorgestellten Kinder	Kinder mit Befunden zum Bereich Zählen	Anteil Kinder mit auffälligen Befunden (%)
2016/17	4.571	4.516	7,4
2017/18	4.852	4.790	7,8
2018/19	4.693	4.634	8,2
2019/20	4.849	4.787	9,1
2020/21	4.836	4.752	10,0
2021/22	5.547	5.462	12,1
2022/23	5.704	5.598	11,9
2023/24	5.956	5.805	11,5
2024/25	6.154	5.976	12,2
2025/26	6.232	6.002	13,3

Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)



Abbildung 6: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Zählen nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

Mengenvergleich

Der Anteil auffälliger Testergebnisse beim Mengenvergleich erhöhte sich von 6,7 % (2016/17) auf 10,0 % (2025/26) (Tabelle 7). Auch hier war der Anteil auffälliger Ergebnisse bei Kindern aus problembelasteten Ortsteilen deutlich höher als bei Kindern aus gut situierten Ortsteilen, in der Schuleingangsuntersuchung 2025/26 betragen die jeweiligen Anteile 14,6 % vs. 3,5 %.

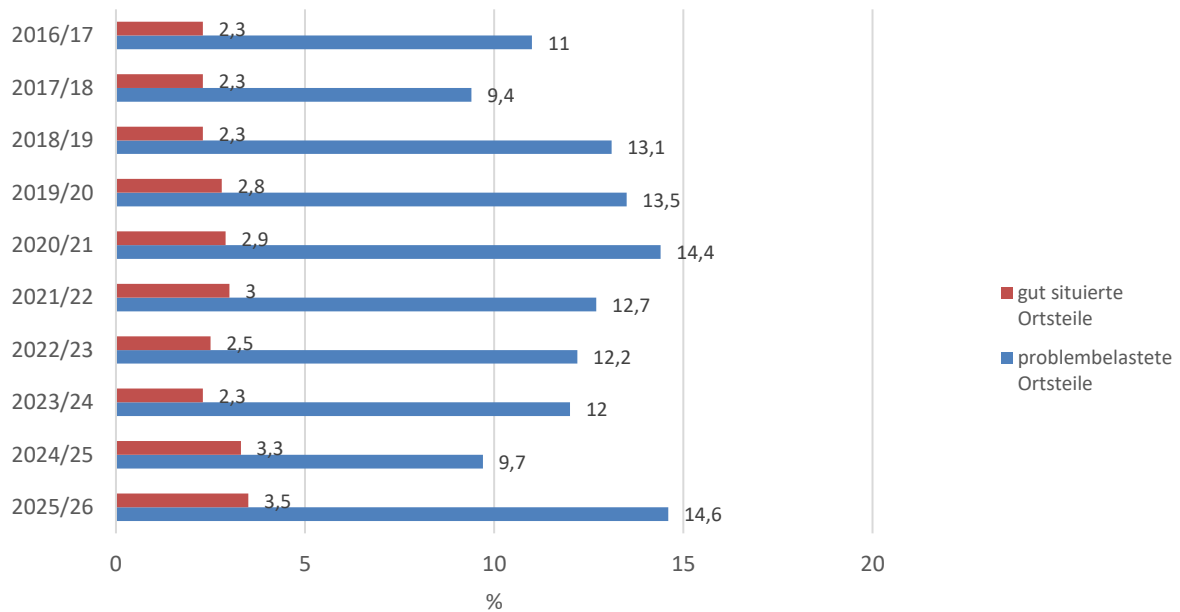


Tabelle 7: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Mengenvergleich nach Schuleingangsuntersuchung

	Zahl der vorgestellten Kinder	Kinder mit Befunden zum Bereich Mengenvergleich	Anteil Kinder mit auffälligen Befunden (%)
2016/17	4.571	4.494	6,7
2017/18	4.852	4.769	6,8
2018/19	4.693	4.598	7,9
2019/20	4.849	4.751	8,5
2020/21	4.836	4.721	9,0
2021/22	5.547	5.432	8,4
2022/23	5.704	5.562	8,7
2023/24	5.956	5.770	8,2
2024/25	6.154	5.907	8,1
2025/26	6.232	5.925	10,0

Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

Abbildung 7: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Mengenvergleich nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

5.4.4 Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern

Der Test "Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern" soll die Fähigkeit messen, Zusammenhänge zu erkennen und Probleme zu lösen. Dazu werden dem vorgestellten Kind 15 Bildkarten vorgelegt, auf denen Züge zu sehen sind. Die Aufgabe besteht darin, den Zügen die richtigen Waggon und den Waggon die passenden Container zuzuordnen. Das Kind soll Gleichartiges erkennen, klassifizieren und Analogien bilden.

Dieser Test wird nur bei etwa gut der Hälfte der Kinder durchgeführt, er ist beschränkt auf Kinder, die ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsprobleme aufweisen. Das betrifft Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm, mit einer chronischen Erkrankung oder mit einer festgestellten Behinderung. Bei Kindern, die keinen Kindergarten besucht hatten oder die im Ausland geboren wurden, wird dieser Test ebenfalls durchgeführt.

Im Beobachtungszeitraum schwankte der Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten stark und ohne eindeutige Richtung zwischen 9,3 % (2025/26) und 15,7 % (2024/25) (Tabelle 8). Kinder aus besonders problembelasteten Ortsteilen zeigten deutlich häufiger Auffälligkeiten als Kinder aus gut situierten Ortsteilen (Abbildung 8).



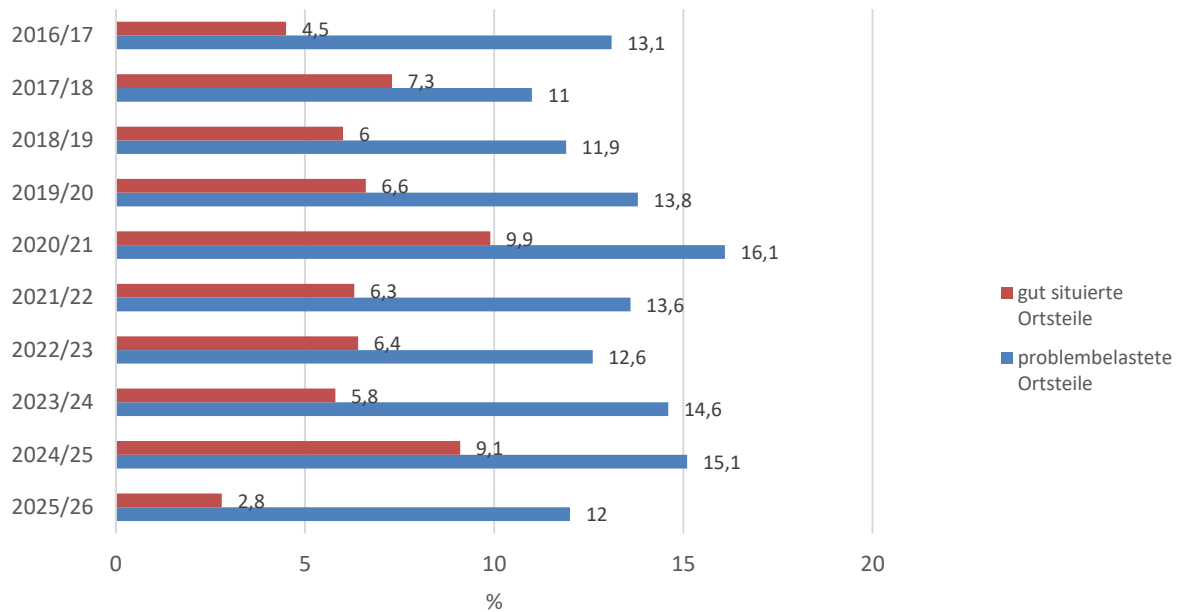
Tabelle 8: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern nach Schuleingangsuntersuchung

	Zahl der vorgestellten Kinder	Kinder mit Befunden zum Bereich Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern	Anteil Kinder mit auffälligen Befunden (%)
2016/17	4.571	2.441	10,4
2017/18	4.852	2.582	11,6
2018/19	4.693	2.617	11,8
2019/20	4.849	2.935	11,7
2020/21	4.836	2.030	14,0
2021/22	5.547	2.440	13,6
2022/23	5.704	2.830	12,7
2023/24	5.956	2.591	11,8
2024/25	6.154	2.523	15,7
2025/26	6.232	5.370	9,3

Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)



Abbildung 8: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

5.4.5 Sprache und Sprechen

Zur Beurteilung des Sprachverständnisses wird das vorgestellte Kind aufgefordert, ein Bild zu beschreiben und dabei die richtigen Präpositionen zu verwenden, des Weiteren soll anhand vorgelegter Bilder der richtige Plural gebraucht werden. Bei Kindern, die entweder kein oder nur radebrechend Deutsch sprechen, werden diese beiden Tests nicht durchgeführt. Durch Nachsprechen bedeutungsloser Silben - sogenannte Pseudowörter - wird das phonologische Arbeitsgedächtnis erfasst.

Die Einschätzung der Artikulationsfähigkeit erfolgt auf der Basis des spontanen Sprechens sowie des Sprechens während der Bewältigung der vorgelegten Aufgaben. Gegebenenfalls wird das Kind aufgefordert, anhand einer vorgelegten Karte mit Bildern zu sagen, welche Dinge zu sehen sind. Die Beurteilung der Artikulation bezieht den Dialekt der Eltern und physiologische Besonderheiten des Kindes mit ein.

Zwischen den Schuleingangsuntersuchungen 2026/17 und 2025/26 stieg der Anteil auffälliger Sprach- und Sprechbefunde kontinuierlich und erheblich an von 35,4 % (2016/17) auf 55,4 % (2025/26) (Tabelle 9). Somit haben mittlerweile über die Hälfte der Kinder, die vor dem Schuleintritt stehen, Probleme mit der Sprache und dem Artikulieren.



Diese bedenkliche Entwicklung betrifft sowohl Kinder aus besonders problembelasteten Ortsteilen als auch Kinder aus gut situierten Ortsteilen, allerdings mit klaren Unterschieden bei den Anteilswerten. In der letzten Schuleingangsuntersuchung (2025/26) waren 65,6 % der Kinder aus besonders problembelasteten Ortsteilen hinsichtlich Sprache und Sprechen auffällig, von den Kindern aus gut situierten Ortsteilen waren es 40,7 % (Abbildung 9).

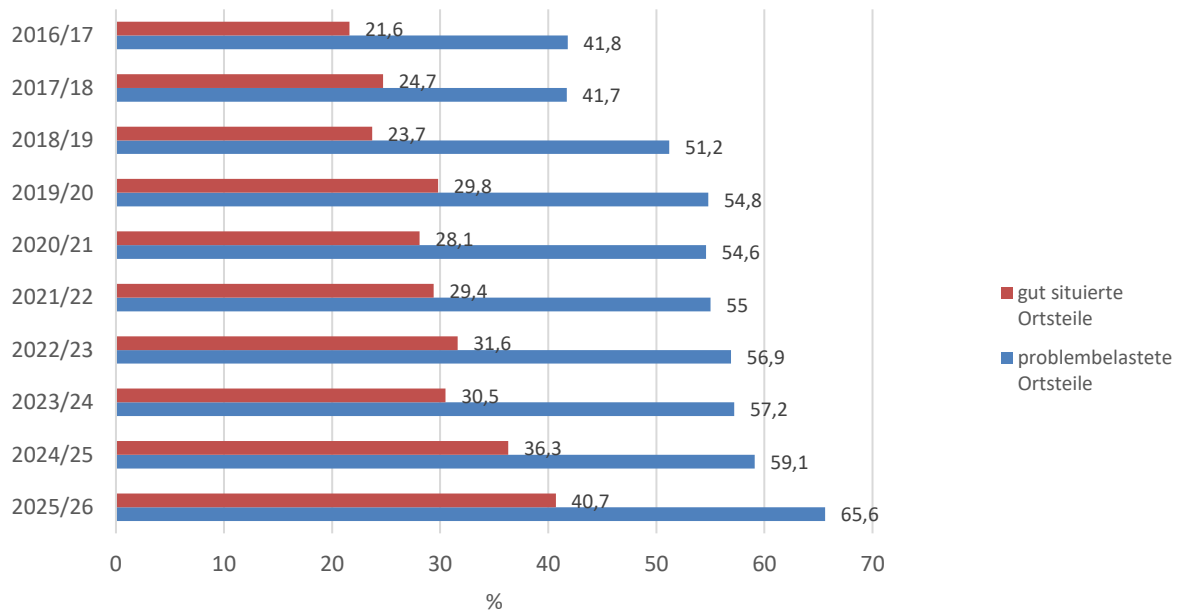
Tabelle 9: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Sprache und Sprechen nach Schuleingangsuntersuchung. Befundbewertung nach Bielefelder Modell (Befund ohne Maßnahme, Arztverweisung, in Behandlung)

	Zahl der vorgestellten Kinder	Kinder mit Befunden zum Bereich Sprache und Sprechen	Anteil Kinder mit auffälligen Befunden (%)
2016/17	4.571	4.481	35,4
2017/18	4.852	4.784	35,4
2018/19	4.693	4.610	39,1
2019/20	4.849	4.727	44,1
2020/21	4.836	4.741	43,7
2021/22	5.547	5.462	47,4
2022/23	5.704	5.618	46,4
2023/24	5.956	5.823	48,6
2024/25	6.154	6.002	49,8
2025/26	6.232	6.050	55,4

Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)



Abbildung 9: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Sprache und Sprechen nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort. Befundbewertung nach Bielefelder Modell (Befund ohne Maßnahme, Arztverweisung, in Behandlung)



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

5.4.6 Körperkoordination/Motorik

Die Körperkoordination wird anhand einer Sprungübung auf einer Hüpfmatte getestet. Dabei soll das vorgestellte Kind über einen Mittelstreifen mit beiden Beinen seitlich hin und her springen und innerhalb von 10 Sekunden so viele Sprünge wie möglich machen.

Hier ist zu berücksichtigen, dass, wie in Kapitel 4 dargestellt, in den Schuleingangsuntersuchungen 2020/21 und 2021/22 jeweils nur ein Teil der vorgestellten Kinder diesen Test durchlief. Diese Kinder wurden jedoch nicht systematisch ausgewählt, etwa mit Blick auf vermutete Motorikprobleme. Insofern kann man die beiden Untersuchungskohorten als Zufallsstichprobe betrachten, aus denen sich Schätzwerte für Anteile berechnen lassen.

Die Ergebnisse des Sprungtests werden anschließend schulärztlich bewertet. Neben den Ergebnissen fließen in die schulärztliche Bewertung weitere qualitative Aspekte ein wie Körperhaltung, Halten des Gleichgewichts und Kraftaufwand beim Springen. Sollte der Sprungtest nicht durchführbar sein, kann die Motorik anhand anderer Übungen beurteilt werden. In der Schuleingangsuntersuchung 2020/21 lag für fast drei Viertel (71 %, n=3.435) der vorgestellten Kinder eine schulärztliche Befundbewertung vor, und in der Schuleingangsuntersuchung 2021/22 gab es für gut ein Drittel (35,8 %, n=1.983) der Kinder Befundbewertungen.



Tabelle 10 gibt die Ergebnisse der schulärztlichen Beurteilungen wieder. Es zeigt sich eine Zunahme des Anteils auffälliger Befunde in den Schuleingangsuntersuchungen von 19,1 % (2016/17) auf 22,8 % (2019/20), gefolgt von einem starken Anstieg in den Schuleingangsuntersuchungen 2020/21 (27,9 %) und 2021/22 (33,8 %). In der Schuleingangsuntersuchung 2022/23 wurde mit 19,9 % wieder ein deutlich geringerer Anteil festgestellt, danach stieg der Anteil der Kinder mit motorischen Auffälligkeiten aber wieder an und lag in der Kohorte 2025/26 bei 26,3 %.

Auch bei der schulärztlichen Bewertung der Motorik zeigt sich eine Kluft zwischen den Kindern aus problembelasteten Ortsteilen und den Kindern aus gut situierten Ortsteilen (Abbildung 10). In den Schuleingangsuntersuchungen zwischen 2016/17 und 2019/20 waren 22,9 % bis 26,1 % - also rund ein Viertel - der Kinder aus problembelasteten Ortsteilen nach schulärztlicher Einschätzung motorisch auffällig. 2020/21 stieg dieser Anteil erheblich auf 38,6 %, 2021/22 lag er bei 34,7 %. In den Untersuchungskohorten 2022/23 bis 2024/25 wurden mit Werten zwischen 23,2 % und 24,3 % wieder deutlich geringere Anteile ermittelt, in der Schuleingangsuntersuchung 2025/26 jedoch sprang die Quote auffälliger Befunde auf 31,3 %. Von den Kindern aus gut situierten Ortsteilen waren in den Schuleingangsuntersuchungen von 2016/17 bis 2018/19 zwischen 12,4 % und 13,6 % motorisch auffällig. In der Schuleingangsuntersuchung 2019/20 erhöhte sich dieser Anteil auf 18,3 % und stieg weiter auf 21 % (2020/21) und 25,7 % (2021/22), danach schrumpfte der Anteil erheblich auf 12,7 % (2022/23). Ab der Schuleingangsuntersuchung 2023/24 stiegen die Anteile auffälliger Befunde wieder, in der Schuleingangsuntersuchung 2025/26 lag die Quote bei 18,5 %.

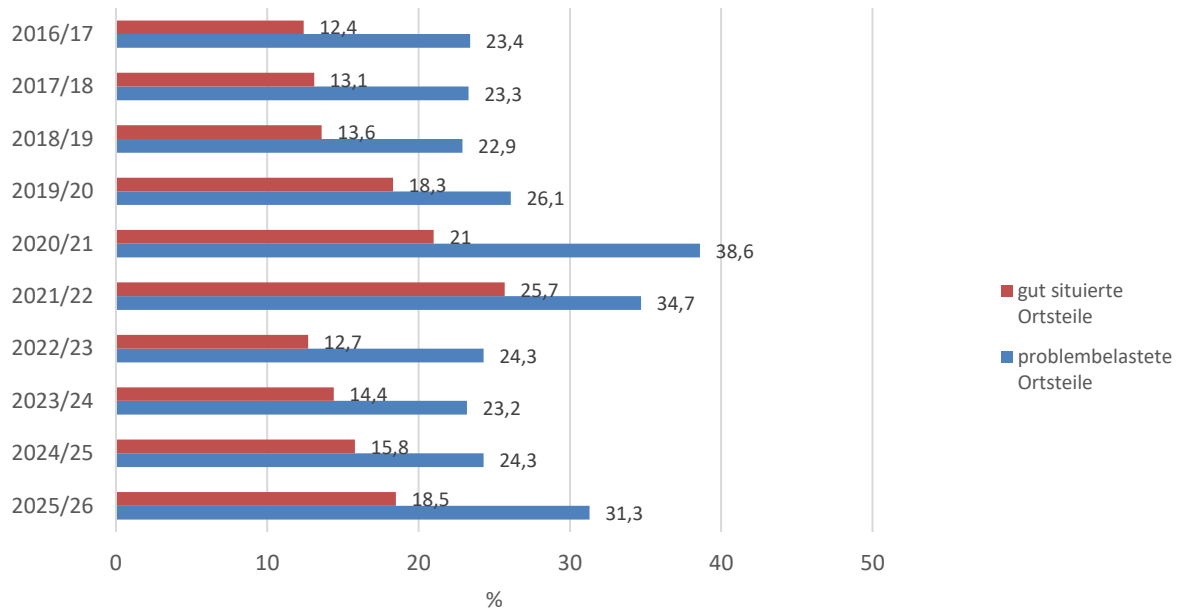


Tabelle 10: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Körperkoordination/Motorik nach Schuleingangsuntersuchung. Befundbewertung nach Bielefelder Modell (Befund ohne Maßnahme, Arztverweisung, in Behandlung)

	Zahl der vorgestellten Kinder	Kinder mit Befunden zum Bereich Körperkoordination/Motorik	Anteil Kinder mit auffälligen Befunden (%)
2016/17	4.571	4.528	19,1
2017/18	4.852	4.806	17,9
2018/19	4.693	4.638	19,0
2019/20	4.849	4.779	22,8
2020/21	4.836	3.435	27,9
2021/22	5.547	1.983	33,8
2022/23	5.704	5.351	19,9
2023/24	5.956	5.802	20,6
2024/25	6.154	6.003	22,8
2025/26	6.232	6.077	26,3

Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

Abbildung 10: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Körperkoordination/Motorik nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort. Befundbewertung nach Bielefelder Modell (Befund ohne Maßnahme, Arztverweisung, in Behandlung)



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

5.4.7 Deutschkenntnisse

Das Beherrschen der deutschen Sprache ist grundlegend für eine aktive und erfolgreiche Teilnahme am Schulunterricht. Die Beurteilung der Deutschkenntnisse erfolgt bei Kindern, die in den ersten vier Lebensjahren überwiegend eine andere Sprache als Deutsch gesprochen haben. Die Einschätzung der Sprachfähigkeit erfolgt anhand von fünf Kategorien, die das Spektrum von "spricht kein Deutsch" bis "spricht fehlerfrei und flüssig Deutsch" umfassen.

Kinder, die kein oder nur rudimentär (radebrechend) Deutsch sprachen, waren in den Schuleingangsuntersuchungen vor 2015 die Ausnahme, die entsprechenden Anteile lagen bei unter 4 % [21]. In der Schuleingangsuntersuchung 2016/17 sprang dieser Anteil auf 11,9 % und stieg in der Folge langsam an auf 12,8 % (2022/23). In der Schuleingangsuntersuchung 2023/24 stieg der Anteil nochmal deutlich auf 15,8 %, in der Kohorte 2025/26 betrug der Anteil 15,2 % (Tabelle 11).

Fehlende Deutschkenntnisse wurden bei Kindern, die in besonders problembelasteten Ortsteilen wohnten, wesentlich häufiger festgestellt als bei Kindern aus gut situierten Ortsteilen (Tabelle 11). Allerdings stieg auch in der letztgenannten Gruppe der Anteil der



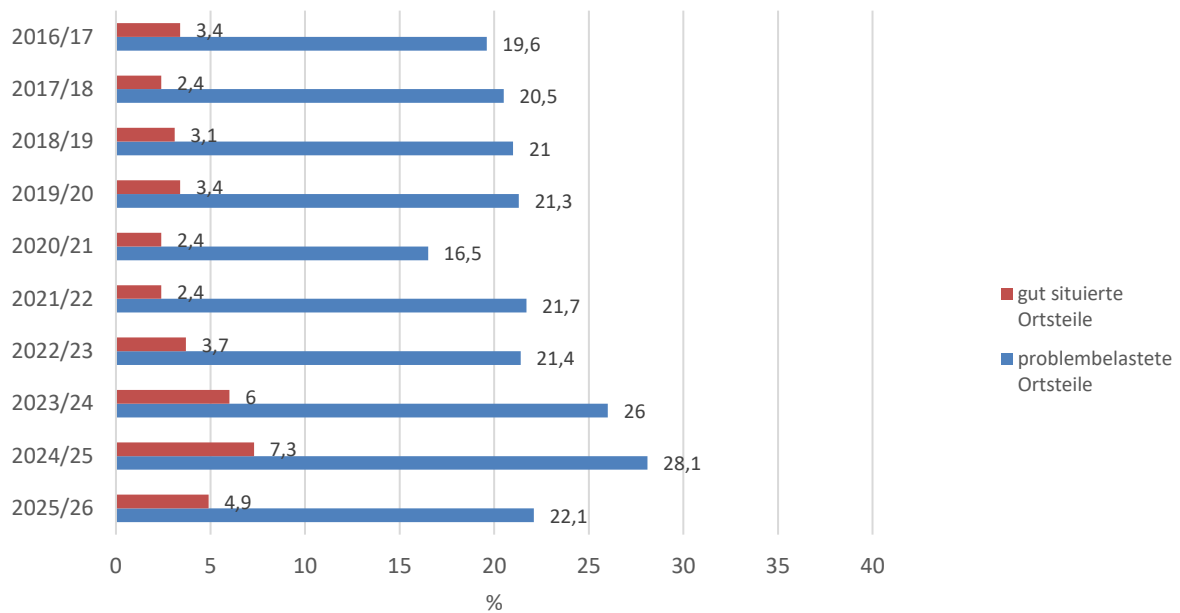
Kinder, die die deutsche Sprache praktisch nicht beherrschten, insgesamt betrachtet an. Der Anstieg erfolgte jedoch auf der Basis eines deutlich niedrigeren Niveaus und lag zuletzt (2025/26) bei 4,9 %. Bei den Kindern, die in einem der besonders problembelasteten Ortsteil wohnten, war dieser Anteil mit 22,1 % (2025/26) viereinhalbmal höher.

Tabelle 11: Anteil der Kinder mit höchstens rudimentären Deutschkenntnissen nach Schuleingangsuntersuchung

	Zahl der vorgestellten Kinder	Kinder mit Angaben zu Deutschkenntnissen	Anteil Kinder ohne/kaum Deutschkenntnisse (%)
2016/17	4.571	4.570	11,9
2017/18	4.852	4.852	11,6
2018/19	4.693	4.667	11,6
2019/20	4.849	4.822	12,1
2020/21	4.836	4.780	9,6
2021/22	5.547	5.512	12,3
2022/23	5.704	5.684	12,8
2023/24	5.956	5.897	15,8
2024/25	6.154	6.055	16,6
2025/26	6.232	6.097	15,2

Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

Abbildung 11: Anteil der Kinder mit höchstens rudimentären Deutschkenntnissen nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

5.5 Schulempfehlung und Förderbedarf

Auf der Grundlage der schulärztlichen Befunde erhalten die Eltern des vorgestellten Kindes eine Empfehlung, ob das Kind eingeschult oder zurückgestellt werden sollte. Liegen Einschränkungen vor, wird der Bedarf an entsprechender schulbegleitender Unterstützung beziehungsweise Förderung benannt.

Im Beobachtungszeitraum sank der Anteil der uneingeschränkt schulfähigen Kinder nahezu kontinuierlich von fast 84,8 % (2016/17) auf 77,6 % (2025/26). Komplementär dazu stieg der Anteil förderbedürftiger Kinder von 8,7 % (2016/17) auf 11,7 % (2025/26) (Tabelle 12).

Auch bei der Schulfähigkeit zeigten sich erhebliche Unterschiede entlang sozioökonomischer Merkmale (Abbildung 12). In der Gruppe der Kinder aus gut situierten Ortsteilen bewegten sich die Anteile uneingeschränkt schulfähiger Kinder zwischen 89,5 % und 92,9 %, eine Entwicklung in eine bestimmte Richtung ist nicht zu erkennen. Die Anteile von Kindern mit Förderbedarf lagen bis zur Schuleingangsuntersuchung 2020/21 zumeist unter 3 %, ab der Schuleingangsuntersuchung 2021/22 zeichnet sich jedoch ein Anstieg ab. 2025/26 lag die Quote bei 5,1 % (Abbildung 13).



Konträr dazu ist das Bild für die Gruppe der Kinder aus besonders problembelasteten Ortsteilen. Im gesamten Beobachtungszeitraum war der Anteil uneingeschränkt schulfähiger Jungen und Mädchen deutlich niedriger, außerdem sank diese Quote von 75,5 % (2016/17) auf 68,8 % (2025/26). Der Anteil förderbedürftiger Kinder erhöhte sich tendenziell und lag zuletzt (2025/26) bei 16,9 %.

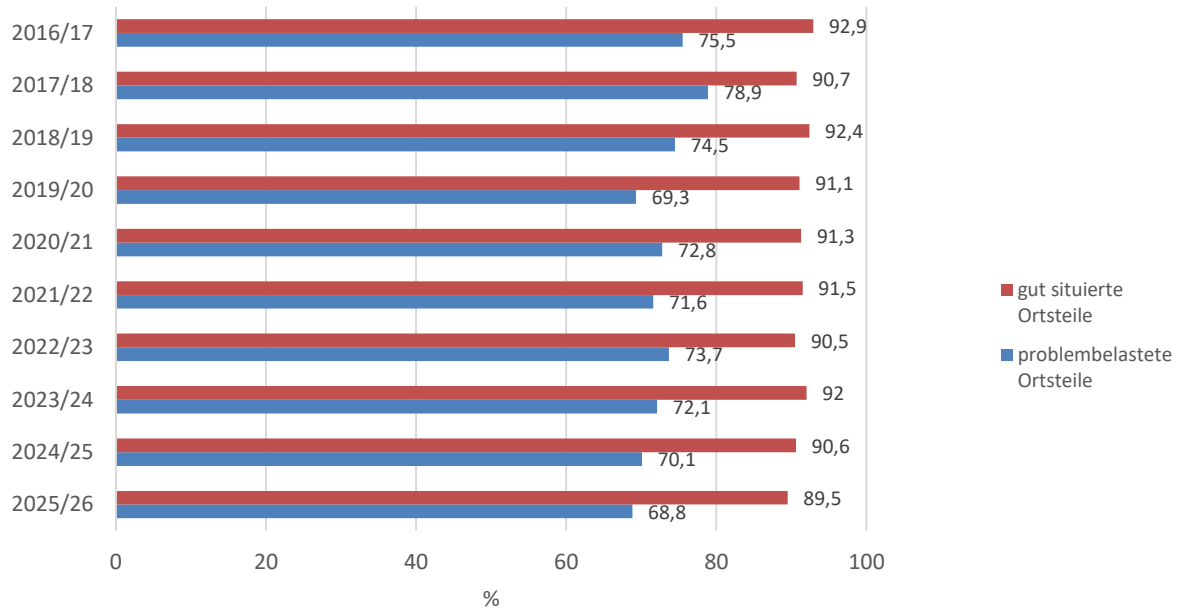
Tabelle 12: Uneingeschränkte Schulfähigkeit und Förderbedarf nach Schuleingangsuntersuchung

	Zahl der vorgestellten Kinder	Kinder mit Angaben zur Schulempfehlung	Anteil Kinder mit uneingeschränkter Schulempfehlung (%)	Anteil Kinder mit Förderbedarf (%)
2016/17	4.571	4.570	84,8	8,7
2017/18	4.852	4.852	84,0	9,2
2018/19	4.693	4.693	83,4	9,0
2019/20	4.849	4.849	80,6	10,2
2020/21	4.836	4.822	81,9	9,7
2021/22	5.547	5.547	82,2	9,2
2022/23	5.704	5.703	81,9	10,6
2023/24	5.956	5.955	80,1	11,5
2024/25	6.154	6.130	78,9	11,4
2025/26	6.232	6.206	77,6	11,7

Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

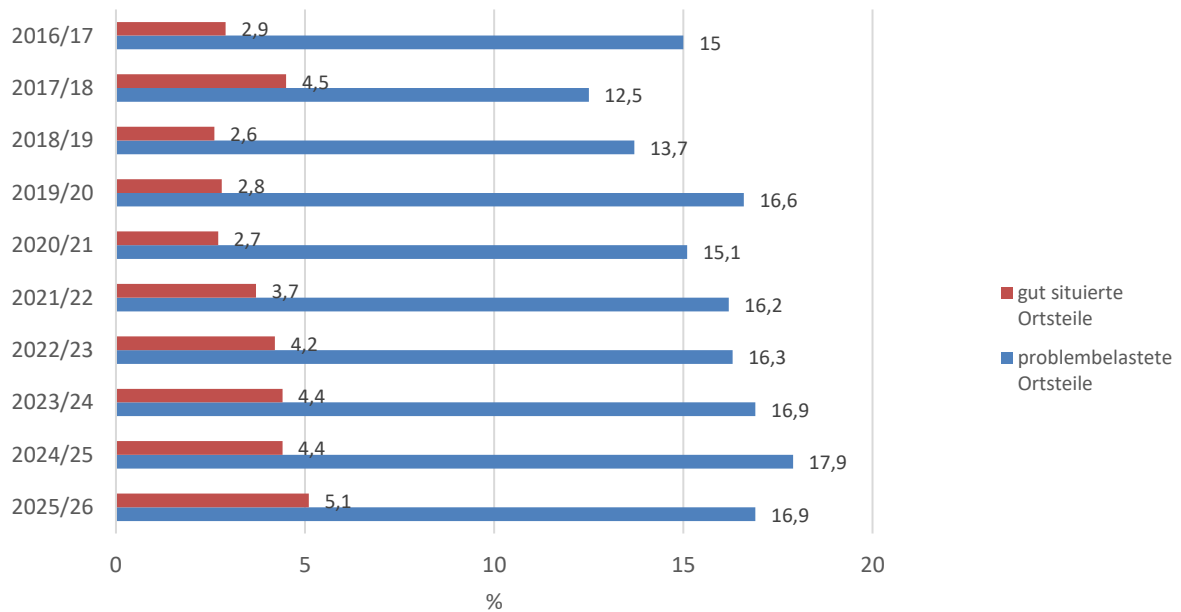


Abbildung 12: Anteil uneingeschränkt schulfähiger Kinder nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

Abbildung 13: Anteil der Kinder mit Förderbedarf nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)



6 Effekte der COVID-19-Pandemie

Im Folgenden soll es um die Frage gehen, ob die oben beschriebenen Entwicklungen im Zusammenhang stehen könnten mit den Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie. Mit dem ersten Lockdown im März 2020 setzten die bevölkerungsweiten Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung ein. Sollten die Maßnahmen negative Auswirkungen auf die Gesundheit und Entwicklung von Kindern im Vorschulalter gehabt haben, könnten sich entsprechende Effekte schon in den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung 2020/21 manifestieren, da sich die Untersuchung dieser Einschulungskohorte über den ersten Lockdown hinweg bis zum Sommer 2020 hinzog. Potenzielle Auswirkungen wären spätestens ab der Schuleingangsuntersuchung 2021/22 zu erwarten. Die Untersuchung dieser Kohorte begann im Herbst 2020, mithin lebten die Kinder dann bereits mindestens ein halbes Jahr lang unter den Bedingungen des Pandemiealltags.

Betrachtet man die Trends bei den einzelnen Indikatoren, fällt sofort der abrupte Anstieg des Anteils übergewichtiger und adipöser Kinder in der Schuleingangsuntersuchung 2021/22 ins Auge. Der Anteil schnellte auf 16,1 %, das ist die höchste Übergewichts- und Adipositasprävalenz, die in den zurückliegenden 20 Jahren in einer Bremer Schuleingangsuntersuchung ermittelt wurde. Dieser Anstieg zeichnete sich schon in der Untersuchungskohorte 2020/21 ab (Tabelle 1).

Ebenfalls unübersehbar sind die außergewöhnlich hohen Quoten auffälliger Befunde im Bereich Körperkoordination/Motorik in den Schuleingangsuntersuchungen 2020/21 und 2021/22. In der Schuleingangsuntersuchung 2021/22 zeigten laut schulärztlichem Gesamtbefund ein Drittel der Kinder (33,8 %) motorische Auffälligkeiten (Tabelle 10). Nicht ganz ins Bild passt, dass sich, verglichen mit den Schuleingangsuntersuchungen davor, schon in der Schuleingangsuntersuchung 2019/20 ein relativ hoher Anteil auffälliger Befunde ergab.

Festzustellen ist außerdem ein Anstieg des Anteils verhaltensauffälliger Kinder ab der Schuleingangsuntersuchung 2022/23, in der Untersuchungskohorte 2025/26 gab es bei fast jedem vierten Kind (22,2 %) Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten (Tabelle 2). Der Anteil der Kinder mit heilpädagogischer Förderung hingegen nahm im gesamten Beobachtungszeitraum (und nicht erst während der Pandemie) stetig zu, ein spezifischer Einfluss der Pandemie auf die Entwicklung ist nicht zu erkennen.



Eine kontinuierliche Zunahme auffälliger Ergebnisse zeigte sich ebenfalls beim Zähltest, in der Schuleingangsuntersuchung 2021/22 jedoch wuchs der Anteil auffälliger Testergebnisse vergleichsweise stark von 10 % (2020/21) auf 12,1 % und lag zuletzt (2025/26) bei 13,3 %. Die Tests für die Bereiche Visuomotorik, Mengenvergleich und Sprache/Sprechen verzeichneten im gesamten Beobachtungszeitraum eine stetige Zunahme des Anteils auffälliger Ergebnisse, beschleunigte Zuwächse während der COVID-19-Pandemie lassen sich nicht ausmachen. Beim Test auf selektive Aufmerksamkeit schwankten die Anteile auffälliger Ergebnisse ohne klare Richtung in einem engen Bereich. Beim Test auf visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern waren die Schwankungen größer, ein Trend lässt sich hier ebenfalls nicht ausmachen.

Der Anteil der Kinder, welche die deutsche Sprache nicht beherrschen, ist permanent gewachsen, für einen Pandemieeffekt gibt es keinen Hinweis.

Der Anteil uneingeschränkt schulfähiger Kinder sank kontinuierlich, gleichzeitig erhöhte sich der Anteil förderbedürftiger Kinder. Auch hier zeigt sich keine Änderung der Dynamik im Zuge der COVID-19-Pandemie.

Negative Entwicklungen, die im zeitlichen Zusammenhang stehen mit der COVID-19-Pandemie, betrafen Kinder aus problembelasteten Ortsteilen im besonderen Maße. In der Schuleingangsuntersuchung 2021/22 waren 23,6 % der Kinder aus problembelasteten Ortsteilen - also jedes vierte Kind - übergewichtig oder adipös. Bei den Kindern aus gut situierten Ortsteilen betrug der entsprechende Anteil 8 %. Mit der gebotenen Vorsicht, da nur für einen Teil der Kinder Ergebnisse vorliegen, lassen sich in den Schuleingangsuntersuchungen 2020/21 und 2021/22 bei den Befunden zur Körperkoordination/Motorik ähnlich deutliche Unterschiede konstatieren. Bei den Ergebnissen des Zähltests zeigte sich eine disparate Entwicklung: Während der Anteil auffälliger Testergebnisse bei Kindern aus problembelasteten Ortsteilen von 14,5 % (2020/21) auf 18,2 % (2021/22) erkennbar zunahm und danach auf diesem Level mehr oder weniger verharrte, vergrößerte sich dieser Anteil bei den Kindern aus gut situierten Ortsteilen zunächst nur in geringem Maße von 2,7 % (2020/21) auf 3,3 % (2021/22). Erst ab der Schuleingangsuntersuchung 2024/25 stieg der Anteil auffälliger Testergebnisse nennenswert auf 4,2 % und danach auf 5,2 % (2025/26).

7 Säkulare Trends

Die Analyse von Daten der zurückliegenden zehn Schuleingangsuntersuchungen offenbarte beunruhigende Tendenzen, die schon vor der COVID-19-Pandemie bestanden. Augenfällig sind



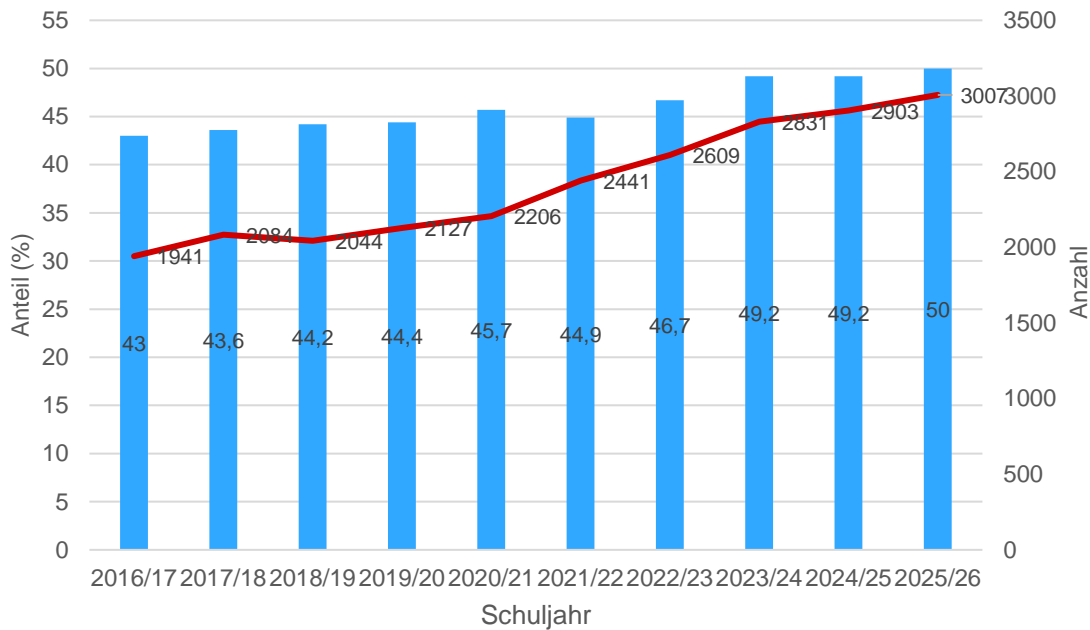
- ein sinkender Anteil uneingeschränkt schulfähiger Kinder, begleitet von einer steigenden Quote von Kindern mit Bedarf an schulbegleitender Förderung,
- ein zunehmender Anteil von Kindern mit heilpädagogischer Frühförderung,
- ein zunehmender Anteil von Kindern, die kein oder so gut wie kein Deutsch sprechen, sowie
- ein zunehmender Anteil auffälliger Befunde bei den Tests zu den Vorläuferfähigkeiten Visuomotorik, Mengenvergleich, visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern und Sprache/Sprechen.

Eine ausführliche Auseinandersetzung mit den dahinterstehenden Ursachen soll hier nicht erfolgen, die allgemeine Entwicklung der Schulfähigkeit von Kindern ist nicht das Thema dieses Berichtes. Jedoch sei auf einen Faktor hingewiesen, der die aufgezeigten Trends sicherlich nicht in Gänze, aber zumindest ein Stück weit erklären könnte, nämlich den sukzessiv gestiegenen Anteil der Kinder mit (beidseitigem) Migrationshintergrund.

In der Bremer Schuleingangsuntersuchung wird das Merkmal "Migrationshintergrund" standardmäßig erhoben. Entsprechend der Definition im Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder wird der beidseitige Migrationshintergrund des Kindes wie folgt bestimmt: (1) Das Kind und mindestens ein Elternteil ist nicht Deutschland geboren, oder (2) beide Eltern sind nicht in Deutschland geboren, und/oder (3) haben keine deutsche Staatsangehörigkeit [22].

Im Beobachtungszeitraum ist in der Schuleingangsuntersuchung die Zahl und der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund stetig gewachsen, 2025/26 kam jedes zweite einzuschulende Kind aus einer Zuwandererfamilie (Abbildung 14).

Abbildung 14: Anteil (blaue Balken) und Anzahl (rote Linie) der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund nach Schuleingangsuntersuchung in der Stadt Bremen

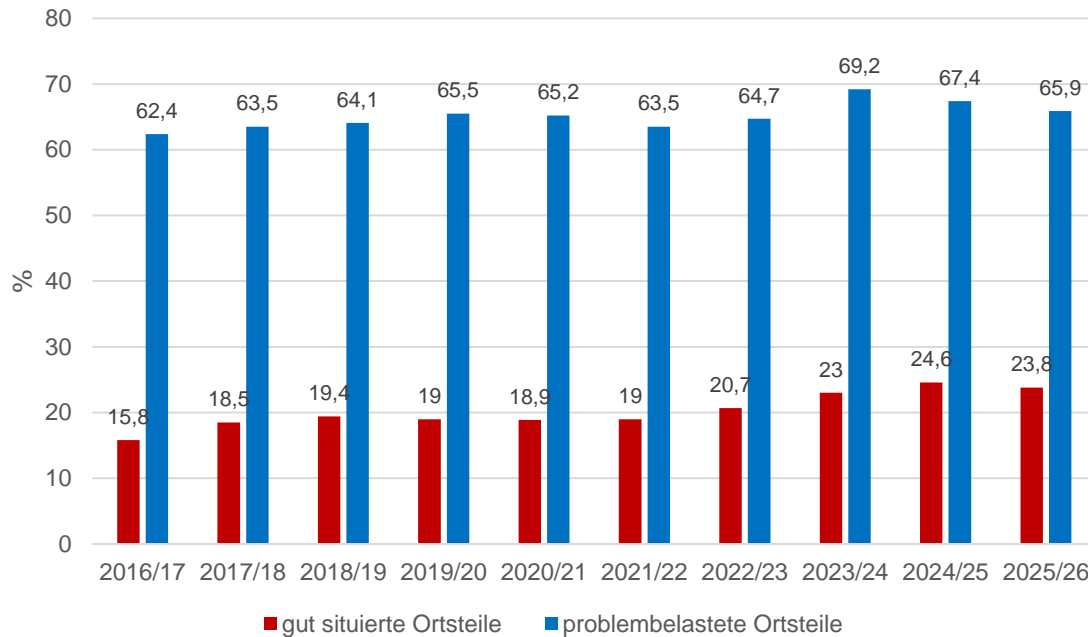


Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

Einen überdurchschnittlichen Anstieg gab es in der Gruppe der Kinder aus gut situierten Ortsteilen. Dort erhöhte sich der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund von 15,8 % (2016/17) auf 23,8 % (2025/26), was einem Wachstum der Quote von rund 50 % entspricht. Bei den Kindern aus problembelasteten Ortsteilen stieg der Anteil um 5,6 % von 62,4 % (2016/17) auf 65,9 % (2025/26) (Abbildung 15). Ungeachtet dieser Entwicklung blieben die Anteilsunterschiede zwischen den beiden Gruppen erheblich; in der Schuleingangsuntersuchung 2025/26 hatte eines von vier Kindern aus gut situierten Ortsteilen einen Migrationshintergrund, bei den Kindern aus problembelasteten Ortsteilen waren es dagegen zwei von drei.



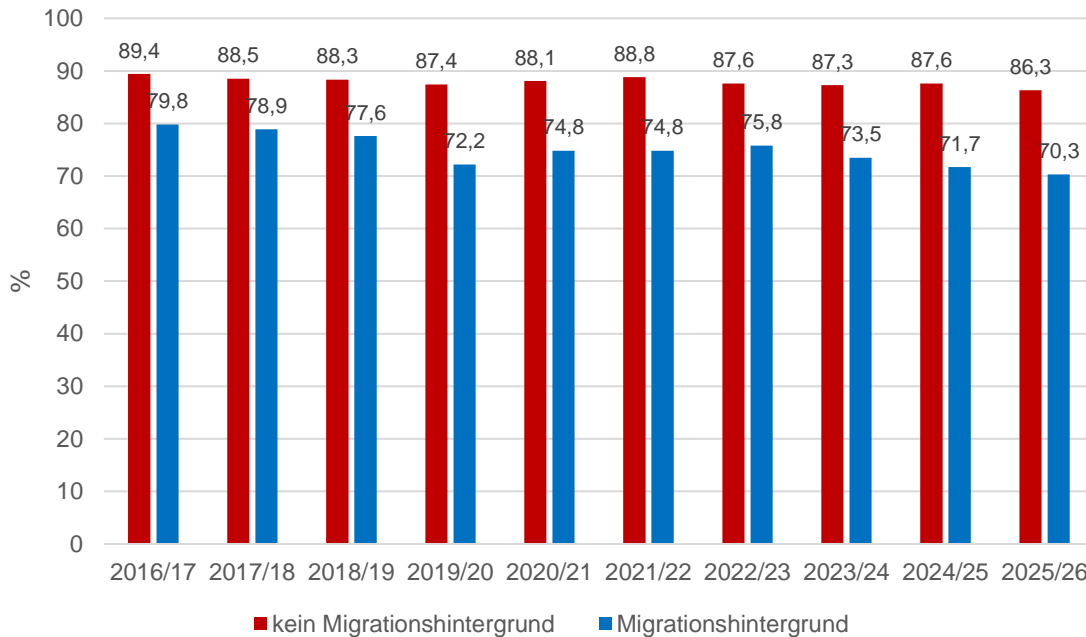
Abbildung 15: Anteil der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

Verglichen mit Kindern ohne Migrationshintergrund war der Anteil uneingeschränkt schulfähiger Kinder unter Kindern mit Migrationshintergrund durchgehend wesentlich geringer und nahm im Beobachtungszeitraum stärker ab. In Zahlen ausgedrückt sank der Anteil uneingeschränkt schulfähiger Kinder bei Kindern mit Migrationshintergrund um 11,9 % von 79,8 % (2016/17) auf 70,3 % (2025/26). Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund verringerte sich dieser Anteil moderat um 3,5 % von 89,4 % (2016/17) auf 86,3 % (2025/26) (Abbildung 16).

Abbildung 16: Anteil uneingeschränkt schulfähiger Kinder nach Schuleingangsuntersuchung und Migrationshintergrund



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

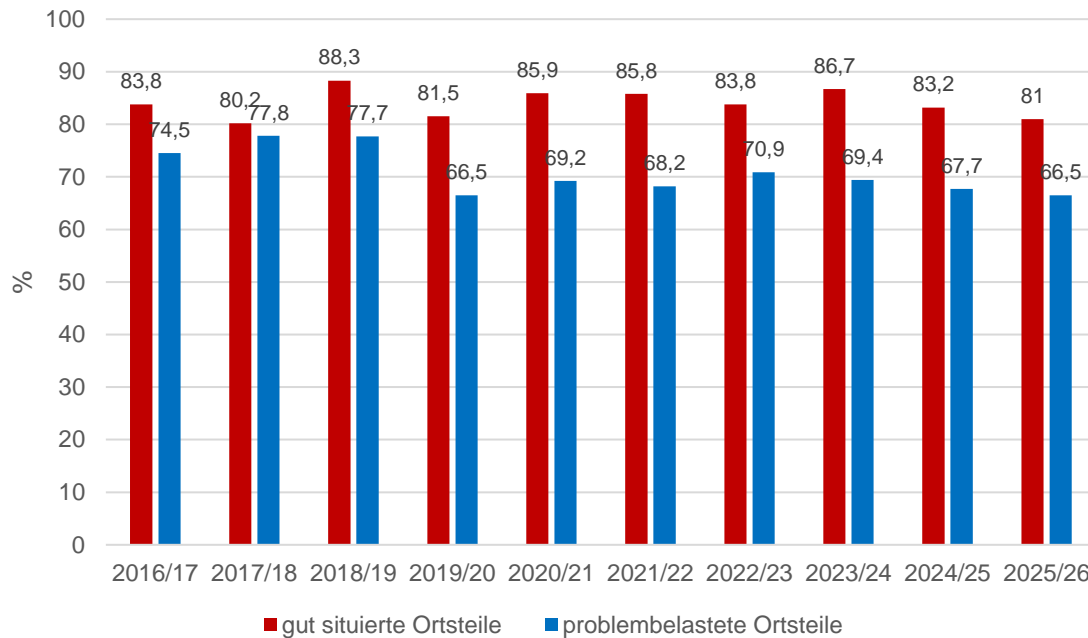
Kinder mit Migrationshintergrund bilden allerdings keine einheitliche Gruppe, sie unterscheiden sich untereinander hinsichtlich Herkunft und sozialstrukturellen Merkmalen. Insofern verbieten sich pauschale Schlussfolgerungen, notwendig ist stattdessen eine differenzierte Betrachtung. Kinder mit Migrationshintergrund, die bei der International School of Bremen (ISB) angemeldet werden,⁵ kommen aus anderen sozialen Milieus und bringen andere vorschulische Fertigkeiten mit als Kinder mit Migrationshintergrund, die in einem problembelasteten Ortsteil aufwachsen und dort die Grundschule besuchen sollen.

Die Bedeutung der sozialen Herkunft lässt sich anhand der Schulfähigkeit veranschaulichen. Kinder mit Migrationshintergrund und mit Wohnadresse in einem problembelasteten Ortsteil waren wesentlich seltener uneingeschränkt schulfähig als Kinder mit Migrationshintergrund und mit Wohnadresse in einem gut situierten Ortsteil. In der Schuleingangsuntersuchung 2025/26 erwiesen sich zwei Drittel (66,5 %) der Kinder aus der erstgenannten Gruppe als uneingeschränkt schulfähig, in der anderen Gruppe waren es dagegen gut vier Fünftel (81 %) der Kinder (Abbildung 17). Des Weiteren zeigt sich, dass der Anteil uneingeschränkt schulfähiger Kinder in der erstgenannten Gruppe im Beobachtungszeitraum abgenommen hat

⁵ Die auf dem Campus der Universität Bremen angesiedelte ISB ist eine international orientierte Privatschule mit Schwerpunkt auf MINT-Fächern, Unterrichtsprache ist Englisch. Das Gros der Schülerinnen und Schüler ist ausländischer Herkunft.

von 74,5 % (2016/17) auf 66,5 % (2025/26). In der anderen Gruppe hingegen pendelten die Anteile in einem Bereich zwischen 80,2 % und 88,3 %.

Abbildung 17: Anteil uneingeschränkt schulfähiger Kinder mit Migrationshintergrund nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchungen)

Beim Thema Schulfähigkeit ist das Merkmal "Geschlecht" unbedingt mit zu berücksichtigen. Die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Schulbesuch sind bei Jungen im Durchschnitt erheblich schlechter [21], in der Schuleingangsuntersuchung 2025/26 waren 84,1 % der Mädchen, aber nur 71,6 % der Jungen uneingeschränkt schulfähig.

Bezieht man das Merkmal "Geschlecht" in die Betrachtung mit ein, ergibt sich die aus Tabelle 13 ersichtliche Hierarchie. Am wenigsten schulfähig waren Jungen mit Migrationshintergrund, die in einem problembelasteten Ortsteil leben, lediglich 59,1 % konnten ohne Einschränkungen die erste Klasse besuchen. Am anderen Ende der Skala befinden sich Mädchen ohne Migrationshintergrund, die in einem gut situierten Ortsteil leben. Beinahe jedes dieser Mädchen (94,7 %) wurde als uneingeschränkt schulfähig eingestuft.

Daneben zeigt sich aber auch, dass sozialstrukturelle Merkmale - hier abgebildet durch den Sozialindex des Wohnortes - den Einfluss des Merkmals "Migrationshintergrund" zwar abschwächen, aber nicht eliminieren. Untermauern lässt sich diese Aussage mithilfe eines multivariaten statistischen Verfahrens (logistische Regression), welches die Effekte verschiedener potenzieller Einflussfaktoren simultan berücksichtigt. Analysiert wurden Daten



der Schuleingangsuntersuchung 2025/26. Auch in der Gruppe der Kinder, die in einem gut situierten Ortsteil leben, hatten Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund nur eine knapp halb so hohe Chance, eine uneingeschränkte Schulempfehlung zu bekommen (Odds Ratio = 0,47).

Die Zahlen in Tabelle 13 und in Abbildung 18 spiegeln das Ergebnis eines Prozesses wider, den der Bildungsforscher Rainer Geißler plakativ als "*Die Metamorphose der Arbeitertochter zum Migrantensohn*" bezeichnet hat [23]. In den 1960er Jahren stand die "*katholische Arbeitertochter vom Lande*" für Bildungsbenachteiligung [24], an ihre Stelle getreten ist nun der Sohn einer Zuwandererfamilie, die in einem sozialen Brennpunktviertel lebt.⁶

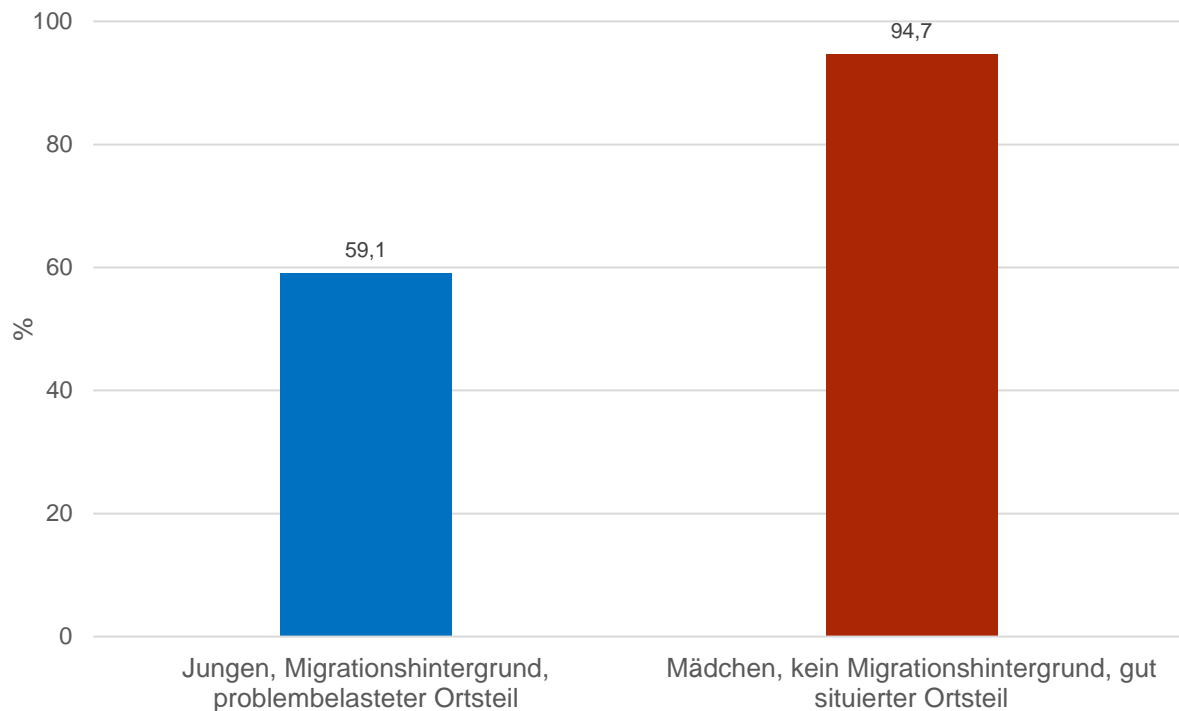
Tabelle 13: Anteil uneingeschränkt schulfähiger Kinder nach Geschlecht, Migrationshintergrund und Sozialindex Wohnort. Schuleingangsuntersuchung 2025/26

	Migrationshintergrund	Wohnort nach Sozialindex	Kinder mit uneingeschränkter Schulempfehlung (%)
Jungen	Ja	Problembelastet	59,1
		Gut situiert	78,4
	Nein	Problembelastet	67,1
		Gut situiert	92,1
Mädchen	Ja	Problembelastet	75,4
		Gut situiert	84,0
	Nein	Problembelastet	84,4
		Gut situiert	94,7

Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchung 2025/26)

⁶ Mit dem Begriff "Sozialer Brennpunkt" werden Wohnquartiere bezeichnet, "in denen Faktoren, die die Lebensbedingungen ihrer Bewohner und insbesondere die Entwicklungschancen beziehungsweise Sozialisationsbedingungen von Kindern und Jugendlichen negativ bestimmen, gehäuft auftreten." [25].

Abbildung 18: Uneingeschränkte Schulfähigkeit nach Geschlecht, Migrationshintergrund und Sozialindex Wohnort. Schuleingangsuntersuchung 2025/26



Daten: Gesundheitsamt Bremen (Schuleingangsuntersuchung 2025/26)

8 Diskussion

Mit kontaktreduzierenden Maßnahmen, zu denen die auch die Schließung von Kitas und Schulen gehörte, sollte die Ausbreitung von SARS-CoV-2 eingedämmt werden. Diese zum Schutz der Bevölkerung ergriffenen Maßnahmen hatten aber offenbar nicht intendierte Effekte auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Bereits in der Frühphase der Pandemie gab es Berichte über vermehrt auftretende psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen, mittlerweile sind diese Beobachtungen durch wissenschaftliche Untersuchungen bestätigt worden. Studien verweisen auf gewachsene psychosomatische Beschwerden im Zuge der Pandemie, auch Entwicklungsstörungen und weitere Gesundheitsprobleme wie Übergewicht wurden häufiger festgestellt.

Für eine empirisch fundierte Einschätzung der Folgen, die der Pandemiealltag auf die Entwicklung und auf die Gesundheit von Kindern im Vorschulalter hatte, ist die Analyse von Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen das Mittel der Wahl. Diese ärztlichen Untersuchungen erfassen in standardisierter Form den Entwicklungsstand und dokumentieren den Gesundheitszustand einer ganzen Kohorte 5- bis 7-jähriger Kinder.



Das Bremer Gesundheitsamt zählte zu den ganz wenigen kommunalen Gesundheitsämtern in Deutschland, die auch während der Pandemie Schuleingangsuntersuchungen im vollen Umfang durchführten. Einschränkungen gab es lediglich bei der Kohorte 2020/21, hier konnten 5,4 % der einzuschulenden Bremer Kinder nicht untersucht werden. Der vorliegende Bericht basiert auf einer Auswertung von Daten aus den Bremer Einschulungskohorten 2016/17 bis 2025/26. Dieser Zeitraum umfasst die Jahre vor der Pandemie, während der Pandemie und nach der Pandemie.

Die Analyse zeigte einen klaren Anstieg der Übergewichts- und Adipositasprävalenz ab Pandemiebeginn, der in der Einschulungskohorte 2021/22 kulminierte, sowie eine Häufung auffälliger Befunde im Bereich Körperkoordination und Grobmotorik bei Kindern, die in der ersten Hälfte der Pandemie (2020/21 und 2021/22) untersucht wurden. Beide Entwicklungen lassen sich plausibel in Verbindung bringen mit den eingeschränkten Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten infolge der Lockdowns.

Des Weiteren nahm der Anteil verhaltensauffälliger Kinder ab der Einschulungskohorte 2022/23 stetig zu, zuletzt (2025/26) gab es bei mehr als jedem fünften Kind Hinweise auf Verhaltensstörungen. Auch hier lässt sich ein Zusammenhang vermuten mit der Pandemie. Die Kinder der beiden letzten Einschulungskohorten (2024/25 und 2025/26) wuchsen am längsten unter Pandemiebedingungen auf, gleichzeitig wurden für diese Kohorten die höchsten Anteile verhaltensauffälliger Kinder ermittelt. In dieses Bild passt, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle und Institutsambulanz im Bremer Gesundheitsamt (KIPSY) ebenfalls eine Zunahme psychisch auffälliger Kinder seit der Pandemie beobachtet. Viele Kinder dürften den Pandemiealltag als bedrückend erlebt haben; es entstanden möglicherweise Stresssituationen in der Familie, ausgelöst durch den Wegfall außerhäuslicher Betreuung bei fehlenden Rückzugsmöglichkeiten in der Wohnung, und zeitweilig waren Sozialkontakte sowie Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten stark eingeschränkt. Das Gefühl, existenziell bedroht zu sein, war verbreitet, dementsprechend angespannt war das gesellschaftliche Klima.

Beim Zähltest verstärkte sich ein schon bestehender negativer Trend infolge der Pandemie. Besonders deutlich zeigte sich diese Entwicklung bei Kindern, die unter benachteiligenden Verhältnissen aufwachsen. Insgesamt gesehen waren Kinder aus problembelasteten Gegenden stärker von negativen Pandemieeffekten betroffen. Die Eltern von Kindern, die in gut situierten Gegenden wohnten, waren offenkundig eher in der Lage, pandemiebedingte Belastungen und Einschränkungen aufzufangen. Von Vorteil war sicherlich die überdurch-



schnittlich große Wohnfläche, die Bewohnern gut situierter Ortsteile zur Verfügung steht.⁷ Geräumiger Wohnraum mit eigenen Zimmern für die Kinder bietet Optionen, sich zurückzuziehen, und ein Garten erlaubt auch bei Ausgangsbeschränkungen Aktivitäten im Freien. Ebenfalls eine Rolle gespielt hat vermutlich die bessere Ausstattung mit kulturellem Kapital. Kulturelles Kapital ist ein Begriff aus der Sozialstrukturanalyse, er umfasst Bildung (im Humboldt'schen Sinne), den Besitz von Kulturgütern wie Bücher oder Kunstwerke sowie (ökonomisch verwertbare) Bildungstitel [26]. Kinder bildungsbürgerlicher Familien bekommen mehr Förderung und erhalten mehr Anregungen, mit denen auch Kompetenzen vermittelt werden, die später für den Schulbesuch relevant sind. Bezeichnenderweise korreliert der Erfolg beim Wissenserwerb in der Schule positiv mit der Zahl der Bücher in einem Haushalt [26, 27].

Die Datenanalyse machte aber auch besorgniserregende Tendenzen sichtbar, die schon in den Jahren vor der Pandemie eingesetzt hatten. Die Anteile auffälliger Ergebnisse bei den Tests zum kognitiven Entwicklungsstand nahmen zu, damit korrespondierend zeigte sich ein Rückgang uneingeschränkter Schulfähigkeit bei gleichzeitig wachsendem Förderbedarf. Schwindende Vorläuferfähigkeiten bei einzuschulenden Kindern können ein Omen sein für das zukünftig zu erwartende allgemeine Leistungsniveau der Schülerschaft. In diesem Zusammenhang sei auf die Studien des Instituts für Qualitätssicherung im Bildungswesen (IQB) hingewiesen, die bei Schülerinnen und Schülern abnehmende Fähigkeiten feststellten [27, 29].

Ob die hier beschriebenen problematischen Trends in Verbindung stehen mit der veränderten Zusammensetzung der einzuschulenden Kinder, ließ sich im Rahmen dieser Arbeit nur andiskutieren. Die Klärung der Frage, inwieweit der stetig gewachsene Anteil von Kindern aus Zuwandererfamilien eine Rolle spielt, ist ein eigenes Thema, das differenzierterer Analysen bedarf.

Aus sozialpädiatrischer Perspektive ergeben sich aus diesen Ergebnissen folgende Konsequenzen:

- Fördermaßnahmen sollten bereits in den Kindergärten erfolgen, um Entwicklungsrückständen so frühzeitig wie möglich zu begegnen. In diesem Zusammenhang wäre auch zu erwägen, den PRIMO-Test zur Feststellung des Sprachstands zu einem

⁷ Nach den Ergebnissen der Gebäude- und Wohnungszählung 2020 (Fortschreibung) verzeichnete der Stadtteil Oberneuland mit 62,3 m² die größte Wohnfläche pro Einwohner, gefolgt vom Stadtteil Schwachhausen mit 52,2 m² pro Einwohner. Die kleinste Wohnfläche hatten die Einwohner des Stadtteils Gröpelingen mit 34 m² pro Einwohner [28].



- noch früheren Zeitpunkt durchzuführen. Am PRIMO-Test nehmen alle Bremer Kinder ein Jahr vor der geplanten Einschulung teil. Der Test stellt fest, ob die Kinder die deutsche Sprache ausreichend beherrschen, um dem Unterricht folgen zu können.
- Um begrenzte Mittel effizient zu verwenden, sind Fördermaßnahmen bevorzugt in Kindergärten problembelasteter Ortsteile umzusetzen mit Jungen als besondere Zielgruppe. Darüber hinaus können familienzentrierte Programme dazu beitragen, die altersgerechte Entwicklung von Kindern zu unterstützen. Entscheidend für die Erfolgchancen ist, dass die Maßnahmen möglichst früh beginnen.
 - Ein wichtiger Punkt ist die Etablierung sogenannter Präventionsketten, in denen alters- und lebensphasenspezifische Maßnahmen abgestimmt ineinandergreifen. Dazu schließen sich auf lokaler Ebene alle relevanten Akteure in einem Netzwerk zusammen. Das Projekt "BRISE - Bremer Initiative zur Stärkung frühkindlicher Entwicklung" folgt diesem Ansatz.
 - Bei der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen ist die gewachsen ethnische und kulturelle Heterogenität der Gesellschaft zu berücksichtigen. Erziehungspraktiken, Körperbilder und Vorstellungen über Gesundheit sind kulturspezifisch. So spielen bei der Beurteilung der Frage, wann Kinder übergewichtig sind, beziehungsweise ob Übergewicht grundsätzlich als Problem aufzufassen ist, kulturell geprägte Sichtweisen eine maßgebliche Rolle [30].

Die vorliegende Arbeit soll auch einen Beitrag leisten zur gesellschaftlichen Aufarbeitung der COVID-19-Pandemie. Wie Metaanalysen zur Infektionssterblichkeit (infection fatality rate - IFR) nahelegen, waren Kinder und Jugendliche kaum gefährdet. Das Risiko, infolge einer Infektion mit SARS-CoV-2 zu sterben, war für Kinder, Jugendliche und jüngere Erwachsene verschwindend gering. Gefährdet waren vornehmlich ältere Menschen, mit zunehmendem Alter stieg das Mortalitätsrisiko deutlich [31,32]. Zudem beeinflussten Kinder das Infektionsgeschehen eben nicht maßgeblich, wie zu Beginn der Pandemie noch angenommen wurde. Rückblickend erscheint es schwer verständlich, weshalb der evidenzbasierte Vorschlag international renommierter Wissenschaftler, die am stärksten gefährdeten Personengruppen konsequent zu schützen (*focused protection*) und kaum gefährdeten Bevölkerungsgruppen wie Kinder und jungen Menschen einen normalen Alltag zu ermöglichen [33], weitestgehend ignoriert wurde.

Während der Pandemie hatten Kinder und Jugendliche erhebliche Einschränkungen auch von Grundrechten hinzunehmen, die negativen Auswirkungen reichen über das Pandemieende hinaus. Gemeint sind hier nicht nur psychische und gesundheitliche Probleme, sondern auch beeinträchtigte Entwicklungsmöglichkeiten. Es steht zu befürchten, dass die



Schließung von Schulen bzw. die Einschränkung des Schulbetriebes die Erosion des Leistungsniveaus von Schülerinnen und Schüler beschleunigt hat. Wie dauerhaft und gravierend die Folgen der Pandemiemaßnahmen für die Kinder und Jugendliche tatsächlich sein werden, wird die Zukunft zeigen.

9 Limitationen

Die hier vorgestellten Ergebnisse beziehen sich auf 5- bis 7-jährige Kinder, die in einer (westdeutschen) Großstadt leben. Während der Pandemie wurden einige Tests modifiziert oder eingeschränkt durchgeführt, und die zu den schulärztlichen Teams gehörenden Kinderkrankenpflegerinnen übernahmen Untersuchungen, die normalerweise in die Zuständigkeit der Schulärztinnen fallen.

Diese Einschränkungen sind vor einer Verallgemeinerung der vorgestellten Ergebnisse zu berücksichtigen.



Literatur

- [1] Calisher C, Carroll D, Colwell R et al. (2020) Statement in support of the scientists, public health professionals, and medical professionals of China combatting COVID-19. *The Lancet*, Vol. 395, Number 10226: e42-e43
- [2] Interministerielle Arbeitsgruppe (2023) Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona. Abschlussbericht. Berlin/Bonn
- [3] Tempel G, Pawlowski KS, Spieß B, Oltmann M (2023) SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse einer Sentinelerhebung in Kinderarztpraxen der Stadt Bremen. *Epid Bull* 2023;2: 3-14
<https://doi.org/10.25646/10881>
- [4] Dorn F, Fuest C, Göttert M et al. (2020) Die volkswirtschaftlichen Kosten des Corona-Shutdown für Deutschland: Eine Szenarienrechnung. *Ifo-Schnelldienst* 4/2020, 73. Jg.: 29-35
- [5] Heudorf U, Gottschalk R, Walczok A, Tinnemann P, Steul K (2021) Kinder in der COVID-19 Pandemie und der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD). *Bundesgesundheitsbl* 2021, Vol. 64: 1559-1569
<https://doi.org/10.1007/s00103-021-03445-3>
- [6] Blum S, Dobrotić I (2021) Die Kita- und Schulschließungen in der COVID-19-Pandemie. *DDS – Die Deutsche Schule, Beiheft 17*: 81–99
<https://doi.org/10.31244/9783830993315.04>
- [7] Institut der Deutschen Wirtschaft (Hrsg.) (2024) Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Schulbildung. Köln
- [8] Freundl V, Stiegler C, Zierow L (2021) Europas Schulen in der Corona-Pandemie – ein Ländervergleich. *Ifo-Schnelldienst* 12/2021, 74. Jg.: 41-50
- [9] Verordnung zum Schutz vor Neuinfektionen mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 (Coronaverordnung) *Brem.GBL*. 2020, S. 205
- [10] Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2016) Nationaler Pandemieplan Teil II – Wissenschaftliche Grundlagen. Berlin
<https://doi.org/10.17886/rkipubl-2016-004.5>
- [11] Buchholz U, Lehfeld AS, Otte im Kampe E et al. (2021) Epidemiologie von COVID-19 im Schulsetting. *Epid Bull* 2021;13: 3 -16
<https://doi.org/10.25646/8030>
- [12] Bilanz eines Notstands (2025) *Das Parlament* 2025, 6-7: 9
- [13] Der Rechtsstaat und die Pandemie (2025) *Das Parlament* 2025, 46: 10



- [14] Streeck H, Schulte B, Kümmerer BM et al. (2020) Infection fatality rate of SARS-CoV2 in a super-spreading event in Germany. Nature Communications 2020; 11: 5829
<https://doi.org/10.1038/s41467-020-19509-y>
- [15] Hippich M., Holthaus L., Assfalg R. et al. (2021): A public health antibody screening indicates a 6-fold higher SARS-CoV-2 exposure rate than reported cases in children. Med 2021; 2 (2): 149-163.e1-e4
- [16] Eigl J, Dierks ML, Dreier M (2025) Gesunde Entwicklung von Vorschulkindern unter Pandemiebedingungen aus Sicht von pädagogischen Fachkräften aus Kindertagesstätten (KiTas). Präz Gesundheitsf 2025; 20: 270–278
<https://doi.org/10.1007/s11553-024-01109-z>
- [17] Bremisches Schulgesetz (BremSchulG), §36(4)
- [18] Hoebel J, Haller S, Bartig S et al. (2022) Soziale Ungleichheit und COVID-19 in Deutschland – Wo stehen wir in der vierten Pandemiewelle? Epid Bull 2022;5: 3-10
<https://doi.org/10.25646/9555>
- [19] 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: 807–818.
- [20] Dubowy M, Hasselhorn M (2024) Schulbereitschaft. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- [21] Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2018) Gesund in die Schule. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2016/17 in Bremen. Bremen
- [22] Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (2003) Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Dritte, neu bearbeitete Fassung. Bielefeld
- [23] Geißler R (2005) Die Metamorphose der Arbeitertochter zum Migrantensohn. Zum Wandel der Chancenstruktur im Bildungssystem nach Schicht, Geschlecht, Ethnie und deren Verknüpfungen. In: Berger PA, Kahlert H (Hrsg.) Institutionalisierte Ungleichheiten. Wie das Bildungswesen Chancen blockiert. Juventa Verlag, Weinheim und München: 71-100
- [24] Dahrendorf R (1965) Bildung ist Bürgerrecht. Plädoyer für eine aktive Bildungspolitik. Nannen-Verlag, Bramsche/Osnabrück
- [25] Deutscher Städtetag (Hrsg.) (1979) Hinweise zur Arbeit in sozialen Brennpunkten, DST-Beiträge zur Sozialpolitik, Reihe D, 10. Köln.
- [26] Bourdieu, P (2005) Die verborgenen Mechanismen der Macht. Unveränderter Nachdruck der Erstauflage von 1992. VSA-Verlag, Hamburg



- [27] Stanat P, Schipolowski S, Gentrup S, Sachse KA, Weirich S, Henschel S (Hrsg.) (2025) IQB-Bildungstrend 2024. Mathematische und naturwissenschaftliche Kompetenzen am Ende der 9. Jahrgangsstufe im dritten Ländervergleich. Waxmann Verlag, Münster
- [28] Statistisches Landesamt Bremen. Ortsteilatlas. <https://www.statistik-bremen.de/tabellen/kleinraum/ortsteilatlas/atlas.html> (18.11.2025)
- [29] Stanat P, Schipolowski S, Schneider R, Sachse KA, Weirich S, Henschel S (Hrsg.) (2022) IQB-Bildungstrend 2021 Kompetenzen in den Fächern Deutsch und Mathematik am Ende der 4. Jahrgangsstufe im dritten Ländervergleich. Waxmann Verlag, Münster
- [30] Robert Koch-Institut (2008). Kinder- und Jugendgesundheitsurvey [KiGGS] 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin
- [31] Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey, N, Cochran, KB, Walsh SP, Meyerowitz-Katz G (2020) Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *European Journal of Epidemiology* (2020) 35: 1123–1138
<https://doi.org/10.1007/s10654-020-00698-1>
- [32] Pezzullo AM, Axfors C, Contopoulos-Ioannidis, DG, Apostolatos A, Ioannidis JP (2023) Age-stratified infection fatality rate of COVID-19 in the non-elderly population. *Environmental Research*, Volume 216, Part 3, Article 114655
<https://doi.org/10.1016/j.envres.2022.114655>
- [33] Great Barrington Declaration, 4. Oktober 2020



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anteil übergewichtiger Kinder (inkl. Adipositas) nach Schuleingangsuntersuchung	15
Tabelle 2: Anteil verhaltensauffälliger Kinder nach Schuleingangsuntersuchung.....	17
Tabelle 3: Anteil Kinder mit heilpädagogischer Frühförderung nach Schuleingangsuntersuchung	19
Tabelle 4: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Visuomotorik I und II nach Schuleingangsuntersuchung. Befundbewertung nach Bielefelder Modell (Befund ohne Maßnahme, Arztverweisung, in Behandlung)	21
Tabelle 5: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Selektive Aufmerksamkeit nach Schuleingangsuntersuchung	23
Tabelle 6: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Zählen nach Schuleingangsuntersuchung.	25
Tabelle 7: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Mengenvergleich nach Schuleingangsuntersuchung	27
Tabelle 8: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern nach Schuleingangsuntersuchung.....	29
Tabelle 9: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Sprache und Sprechen nach Schuleingangsuntersuchung. Befundbewertung nach Bielefelder Modell (Befund ohne Maßnahme, Arztverweisung, in Behandlung)	31
Tabelle 10: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Körperkoordination/Motorik nach Schuleingangsuntersuchung. Befundbewertung nach Bielefelder Modell (Befund ohne Maßnahme, Arztverweisung, in Behandlung)	34
Tabelle 11: Anteil der Kinder mit höchstens rudimentären Deutschkenntnissen nach Schuleingangsuntersuchung	36
Tabelle 12: Uneingeschränkte Schulfähigkeit und Förderbedarf nach Schuleingangsuntersuchung	38
Tabelle 13: Anteil uneingeschränkt schulfähiger Kinder nach Geschlecht, Migrationshintergrund und Sozialindex Wohnort. Schuleingangsuntersuchung 2025/26	47



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil übergewichtiger Kinder (inkl. Adipositas) nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort	16
Abbildung 2: Anteil verhaltensauffälliger Kinder nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort	18
Abbildung 3: Anteil Kinder mit heilpädagogischer Frühförderung nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort	20
Abbildung 4: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Visuomotorik I und II nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort. Befundbewertung nach Bielefelder Modell (Befund ohne Maßnahme, Arztverweisung, in Behandlung)	22
Abbildung 5: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Selektive Aufmerksamkeit nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort	24
Abbildung 6: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Zählen nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort.....	26
Abbildung 7: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Mengenvergleich nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort	28
Abbildung 8: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort	30
Abbildung 9: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Sprache und Sprechen nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort. Befundbewertung nach Bielefelder Modell (Befund ohne Maßnahme, Arztverweisung, in Behandlung)	32
Abbildung 10: Anteil auffälliger Befunde im Bereich Körperkoordination/Motorik nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort. Befundbewertung nach Bielefelder Modell (Befund ohne Maßnahme, Arztverweisung, in Behandlung)	35
Abbildung 11: Anteil der Kinder mit höchstens rudimentären Deutschkenntnissen nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort	37
Abbildung 12: Anteil uneingeschränkt schulfähiger Kinder nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort.....	39
Abbildung 13: Anteil der Kinder mit Förderbedarf nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort	39
Abbildung 14: Anteil (blauer Balken) und Anzahl (rote Linie) der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund nach Schuleingangsuntersuchung in der Stadt Bremen	43
Abbildung 15: Anteil der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort	44
Abbildung 16: Anteil uneingeschränkt schulfähiger Kinder nach Schuleingangsuntersuchung und Migrationshintergrund.....	45



Abbildung 17: Anteil uneingeschränkt schulfähiger Kinder mit Migrationshintergrund nach Schuleingangsuntersuchung und Wohnort	46
Abbildung 18: Uneingeschränkte Schulfähigkeit nach Geschlecht, Migrationshintergrund und Sozialindex Wohnort. Schuleingangsuntersuchung 2025/26	48



BREMEN

Gesundheitsamt Bremen
Horner Straße 60-70
28203 Bremen
office@gesundheitsamt.bremen.de
www.gesundheitsamt.bremen.de