

# **Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Landkreis Meißen**

**Stand: Frühjahr 2022**

# INHALT

Grußwort des Landrates.....	3
Vorwort .....	4
<b>1 Bevölkerung und Demografie .....</b>	<b>7</b>
Einleitung.....	7
1.1 Bevölkerungsentwicklung in Geburtenziffern, Sterberaten und Wanderungssaldi .....	7
1.2 Alter, Lebenserwartung und Geschlecht.....	10
1.3 Menschen mit Migrationshintergrund .....	12
1.4 Fazit.....	14
<b>2 Soziale und wirtschaftliche Lage .....</b>	<b>15</b>
Einleitung.....	15
2.1 Lebensformen und Haushalte .....	15
2.2 Bildung und Ausbildung .....	18
2.3 Inanspruchnahme von Hilfen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ...	20
2.3.1 Frühe Hilfen.....	20
2.3.2 Weitere unterstützende Angebote .....	23
2.4 Einkommen und Arbeitslosigkeit .....	26
2.4.1 Einkommen und Bedarfsgemeinschaften.....	26
2.4.2 Sicherung des Lebensunterhalts .....	28
2.4.3 Arbeitsuche und Arbeitslosigkeit .....	32
2.5 Fazit.....	34
<b>3 Kinder-Gesundheit im Spiegel der Schulaufnahmeuntersuchungen .....</b>	<b>35</b>
Einleitung.....	35
3.1 Schulaufnahmeuntersuchungen .....	35
3.2 Impfstatus .....	36
3.3 Sprachliche Fähigkeiten .....	39
3.4 Körperkoordination .....	40
3.5 Visuomotorik.....	41
3.6 Emotional-psychoziale Kompetenz.....	43
3.7 Gewicht.....	45
3.8 Heilpädagogische Förderung .....	48
3.9 Schulempfehlung .....	49
3.10 Weitere Untersuchungsergebnisse .....	51
3.11 Zahngesundheit .....	52
3.12 Fazit.....	55
<b>4 Zusammenfassung und Ausblick.....</b>	<b>55</b>
Literaturverzeichnis.....	59
Quellenverzeichnis .....	68
Impressum.....	72

## Grußwort des Landrates

*Liebe Leserin, lieber Leser,*

ich freue mich, Ihnen den ersten Gesundheitsbericht für den Landkreis Meißen vorstellen und mit ihm einen Einblick in die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen unserer Region geben zu können.

Dieser erste Bericht stellt insbesondere die Schulanfängerinnen und Schulanfänger in den Mittelpunkt und zeigt relevante Einflussfaktoren auf ihre gesundheitliche Entwicklung, welche meist auch in späteren Lebensjahren nachwirken.



Zudem gibt der Bericht erstmals einen Überblick über die Situation in den einzelnen Planungsregionen des Landkreises. Städtische und ländliche Bereiche wurden dabei gegenübergestellt und verglichen.

Die Gesundheit der nachwachsenden Generation zu fördern und zu erhalten ist ein zentrales Anliegen des Landkreises Meißen. Aus diesem Grund trat der Landkreis im Jahre 2019 dem Gesunden-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland bei.

Um gesundheitsfördernde Maßnahmen effektiv planen und zielgerichtet umsetzen zu können, bedarf es jedoch aussagekräftiger Basisdaten. Die erfassten Stärken und Schwächen in der gesundheitlichen Versorgung werden daher im Bericht durch die ebenfalls erhobenen sozio-demographischen und wirtschaftlichen Faktoren flankiert.

Der Gesundheitsbericht dient als Diskussionsgrundlage für einen konstruktiven Dialog von Verantwortlichen in Kommunalpolitik und -verwaltung, von Gesundheitsakteuren sowie Anbietern von gesundheitsfördernden Maßnahmen u. a. in Kindertagesstätten, Schulen und Vereinen. Ziel ist es, durch entsprechende Angebote den aufgezeigten Gesundheitsproblemen gemeinsam und zielgerichtet entgegenzuwirken. Der Erfolg hängt jedoch auch davon ab, inwieweit Erwachsene - und hier insbesondere Eltern - bereit sind, diese Angebote zu nutzen und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen dauerhaft in ihren Tagesablauf zu integrieren.

Verweisen möchte ich in diesem Zusammenhang auf das seit einem Jahr laufende und durch die Gesetzliche Krankenversicherung geförderte Projekt „Gesund und chancengerecht Aufwachsen im Landkreis Meißen“. Ziel des Projektes, in dessen Rahmen auch dieser Bericht entstand, ist es, die Gesundheitsakteure in den Planungsregionen, Städten und Gemeinden des Landkreises Meißen zu vernetzen und zu unterstützen, um die hier lebenden Familien, Kinder und Jugendlichen in ihrer gesundheitlichen Entwicklung weiter zu fördern und zu stärken.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre des ersten Gesundheitsberichtes des Landkreises Meißen sowie aufschlussreiche Erkenntnisse.

Ihr

A handwritten signature in blue ink that reads "Ralf Hänsel". The signature is written in a cursive style.

Ralf Hänsel  
Landrat

## Vorwort

### „Hauptsache gesund ...“

Die Chance, ein gesundes Leben führen zu können, ist nicht für jeden Menschen gleich. In wissenschaftlichen Studien wurden immer wieder Verbindungen zwischen gesundheitlichen Risiken und persönlichen, sozialen und wirtschaftlichen Faktoren und Rahmenbedingungen vermutet und belegt (Kuntz 2018, Lampert 2017, Mauz 2020). Der Grundstein für ein gesundes Leben wird dabei häufig bereits im Kindesalter gelegt.

Laut Bundesministerium für Gesundheit (Kuntz 2018) ist die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund, jedoch haben ca. 15 bis 20 Prozent einen schlechteren Gesundheitszustand bzw. erhöhte gesundheitliche Risiken. Diese jungen Menschen haben ungünstigere Entwicklungschancen, denn sie leben besonders häufig unter schwierigen sozialen Bedingungen, die sich negativ auf die aktuelle und künftige Gesundheit auswirken können. Sie erlernen weniger gut als andere Kinder und Jugendliche wichtige Kompetenzen und Schutzfaktoren (Resilienz) auszubilden. Dies wirkt sich auf ihre Bildungschancen, beruflichen Aussichten und ihre Lebensperspektiven insgesamt aus und somit auf die Chance, möglichst lange ein Leben in Gesundheit zu führen.

Dementsprechend haben Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien, d. h. Familien, die in der Regel über geringere ökonomische, soziale und/oder persönliche Ressourcen verfügen als nicht sozial benachteiligte, ein höheres Risiko für:

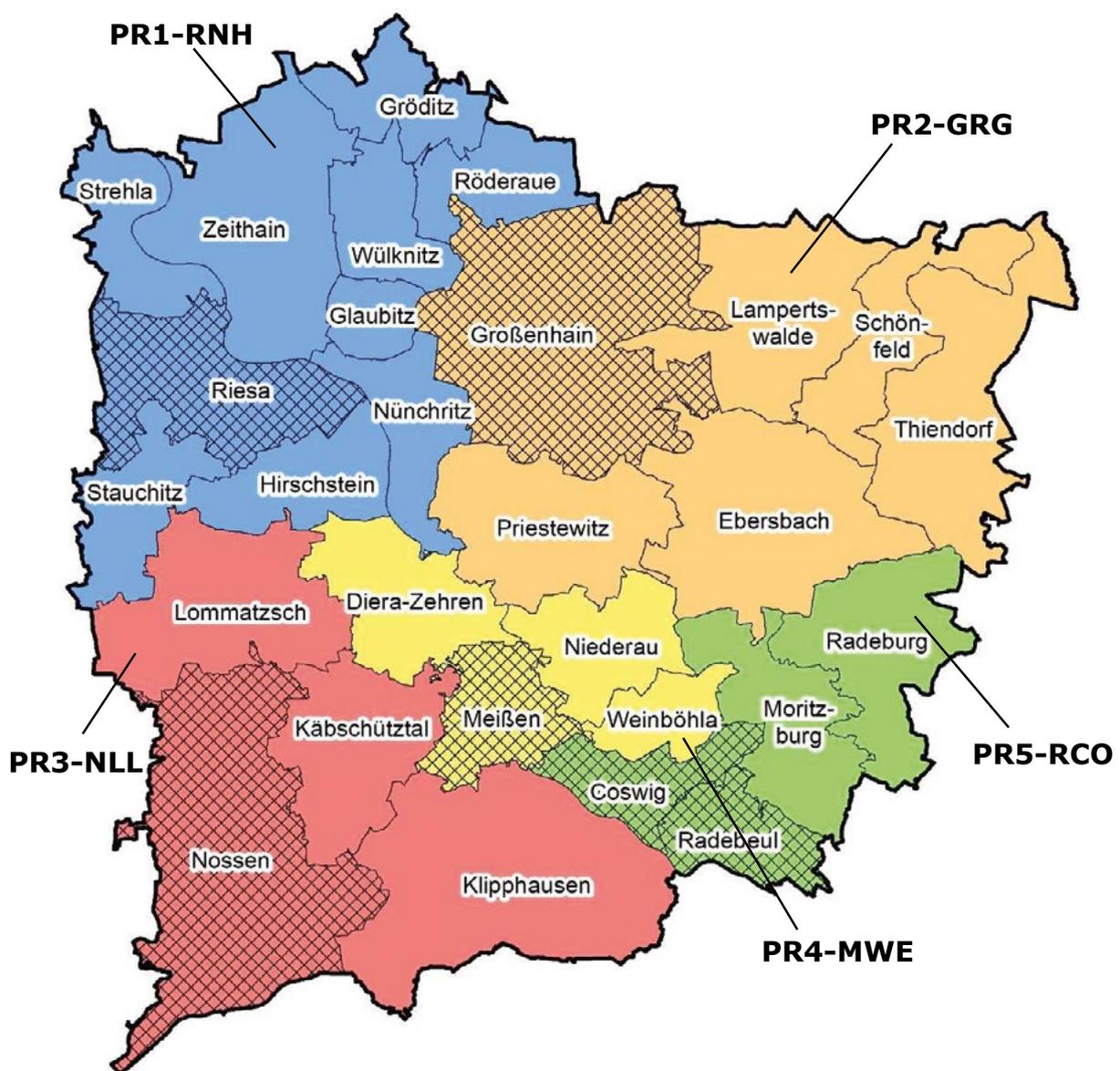
- frühkindliche Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen (Mauz et al., 2020)
- Unfallverletzungen (Saß, Kuhnert & Gutsche 2019) und zahnmedizinische Probleme (Verlinden et al., 2019, Bencze et al., 2021, Lampert 2017)
- das Auftreten von psychosomatischen Beschwerden sowie emotional-psychischen und Verhaltensauffälligkeiten im Jugendalter (Klipker 2018; Bolster 2020)
- verhaltenskorrelierte Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht (Lampert 2017, Schienkiewitz 2018a), die mit einem großen Teil der Krankheits- und Sterbefälle im mittleren und höheren Lebensalter in Zusammenhang stehen
- Schwierigkeiten beim Spracherwerb (Attig 2019, Carvalho Ade 2016) sowie
- einen Bedarf an (vorschulischer) Früh- oder/und schulbegleitender Förderung (Albers 2015, Schlack 2011).

Dieser Bericht ist der erste Gesundheitsbericht des Landkreises Meißen. Er entstand im Rahmen des vom GKV-Bündnis (gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen) geförderten Projekts „Gesund und chancengerecht Aufwachsen im Landkreis Meißen“ (mehr zum Projekt siehe „Zusammenfassung und Ausblick“) und soll die Lage insbesondere der Kinder und Jugendlichen im Landkreis hinsichtlich einiger dieser potentiellen Risiken näher beleuchten. Dies sind insbesondere das Risiko für Übergewicht, frühkindliche Entwicklungsverzögerungen, emotional-psychische Auffälligkeiten, Schwierigkeiten in der motorischen oder der sprachlichen Entwicklung sowie von Mund- bzw. Zahnerkrankungen. Dafür werden die im Rahmen der gesetzlich verpflichtend stattfindenden Schulaufnahmeuntersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes erhobenen Zahlen aus dem Jahr 2020/21 näher beleuchtet. Die jugendärztlichen Untersuchungen in den 6. Klassen und Kindertagesstätten konnten in den Schuljahren 2019/20 und 2020/21 auf Grund der Corona-Pandemie nicht im gewohnten Umfang erfolgen. Daher sind diese nicht Gegenstand des Berichtes. Gleiches gilt für die Vorsorgeuntersuchungen des Jugendzahnärztlichen Dienstes. Da für Zahngesundheit häufig ein Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren angenommen wird (Bencze 2021, Lampert 2017), wurden trotz fehlender aktueller Zahlen Daten des Jugendzahnärztlichen Dienstes aus dem Schuljahr 2018/19 für den Bericht hinzugezogen. Der Bericht spiegelt die Situation und Strukturen in den Planungsregionen des Landkreises Meißen wieder, wie sie durch die Ämter des Landkreises wahrgenommen werden. Er geht jedoch weder explizit auf Folgen der Corona-Pandemie ein noch auf die

Suchtproblematik im Landkreis (zu dieser siehe: Engel 2021). Sein Fokus liegt vielmehr auf einer Gesundheitsberichterstattung, die auf den in unterschiedlichen Studien (Daseking 2009, 2011) validierten Screenings und Tests der Schulaufnahmeuntersuchungen basiert.

Der Landkreis Meißen besteht aus 28 Gemeinden inklusive fünf Großer Kreisstädte. Für stadt- und sozialplanerische Aufgaben werden die Gemeinden des Landkreises in fünf Planungsregionen unterteilt (Abbildung 1). Zu jeder dieser Regionen gehören ländliche als auch mehr bzw. weniger stark (im Fall von Nossen nur teilweise) verdichtete, hier als ‚städtische Räume‘ bezeichnete Gebiete (schraffiert). Die in diesem Bericht vorgestellten Daten sind, so weit möglich, aufgeschlüsselt für die einzelnen Planungsregionen des Landkreises Meißen dargestellt. Darüber hinaus wird innerhalb jeder Planungsregion (PR) der als ‚städtischer Raum‘ benannte Teil (die jeweils die größte Stadt einschließende Gemeinde) getrennt betrachtet vom als ‚ländlichen Raum‘ bezeichneten Bereich (Gesamtheit der anderen Gemeinden der jeweiligen Planungsregion). Damit ist es möglich, sowohl die Planungsregionen als auch städtische(re) und ländliche(re) Räume einander gegenüber zu stellen.

**Abbildung 1:** Planungsregionen des Landkreises Meißen.



Quelle: KVA 2022.

Abbildung 1 und die folgende Übersicht (Tabelle 1) verdeutlichen die Zuordnung.

**Tabelle 1:** Zuordnung der je Planungsraum als ‚städtischer‘ und ‚ländlicher‘ Raum bezeichneten Gemeinden.

**Städtischer Raum:**

**Ländlicher Raum:**

**PR1-RNH**

Planungsregion 1: Riesa – Nördliches Elbland – Heidebogen

Stadt Riesa

Gemeinden:  
Glaubitz, Gröditz, Hirschstein, Nünchritz,  
Röderaue, Stauchitz, Strehla, Wülknitz,  
Zeithain

**PR2-GRG**

Planungsregion 2: Großenhain – Östliches Röderland – Großenhainer Pflege

Stadt Großenhain

Gemeinden:  
Ebersbach, Lampertswalde, Priestewitz,  
Schönfeld, Thiendorf

**PR3-NLL**

Planungsregion 3: Nossen – Linkselbische Täler – Lommatzcher Pflege

Stadt Nossen

Gemeinden:  
Lommatzsch, Käbschütztal, Klipphausen

**PR4-MWE**

Planungsregion 4: Meißen – Weinböhla – Elbweindörfer

Stadt Meißen

Gemeinden:  
Diera-Zehren, Niederau, Weinböhla

**PR5-RCO**

Planungsregion 5: Radebeul – Coswig und Oberland

Stadt Radebeul  
Stadt Coswig

Gemeinden:  
Moritzburg, Radeburg

Mit Ausnahme von Planungsregion PR3-NLL befindet sich in jeder Planungsregion (PR) mindestens eine Große Kreisstadt. Die Planungsregionen PR3-NLL und PR5-RCO stellen in gewisser Weise Ausnahmen dar. In PR3-NLL wird statt einer Großen Kreisstadt die Gemeinde ‚Stadt Nossen‘ als ‚städtischer Raum‘ einzeln betrachtet, obgleich sie nur teilweise verdichtete Strukturen aufweist. PR5-RCO dagegen beheimatet zwei Große Kreisstädte, die sich hinsichtlich ihres Demografie-Typs stark voneinander unterscheiden. Während Radebeul vom „Wegweiser Kommune“ der Bertelsmann-Stiftung unter zehn Kategorien als „Typ 10: Wohlhabende Städte und Gemeinden im Umfeld von Wirtschaftszentren“ klassifiziert wird, erhält Coswig die Zuordnung „Typ 1: Stark schrumpfende und alternde Gemeinden in strukturschwachen Regionen“ (Wegweiser Kommune). Eine getrennte Betrachtung beider Großen Kreisstädte voneinander als auch vom ländlicheren Bereich der PR5-RCO erscheint daher sinnvoll.

Zu beachten ist, dass sich auch die ländlichen Räume der einzelnen Planungsregionen deutlich voneinander unterscheiden. Der ländliche Raum der PR1-RNH weist im Vergleich mit den ländlichen Räumen der anderen Planungsregionen aufgrund der größeren Anzahl dazugehöriger Gemeinden die stärksten innerräumlichen Differenzierungen auf.

Den Auswertungen und Betrachtungen dieses Berichts liegen unterschiedliche interne Daten der Fachämter des Landratsamts Meißen sowie Daten des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen als auch des Sozialministeriums Sachsen zugrunde. Diese Daten sind in der Mehrheit und insofern nicht anders vermerkt zum Stichtag 31.12.2020 erhobene Zahlen. Die aus den Schulaufnahmeuntersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (KJÄD) stammenden Daten beziehen sich auf das Schuljahr 2020/21 und sind, falls nicht anders angegeben, Daten des KJÄD des Gesundheitsamtes des Landkreises Meißen. Die Daten aus den Vorsorgeuntersuchungen des Jugendzahnärztlichen Dienstes des Landkreises Meißen entstammen dem Schuljahr 2018/19. Ergänzt werden die Zahlen zum Landkreis durch überregionale (sächsische) und nationale Daten aus wissenschaftlichen Erhebungen und Studien.

## 1 Bevölkerung und Demografie

### Einleitung

Der „demografischen Wandel“ ist überall in Deutschland sichtbar und macht auch vor dem Landkreis Meißen nicht Halt. Mit diesem Begriff verbunden sind Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur, die seit ca. 50 Jahren immer stärker zu Tage treten.

Bereits mit Beginn des 20. Jahrhunderts sanken die bis dahin noch hohen Geburten- und Sterbeziffern in Deutschland zunehmend (Birg 2007). Im Gegensatz zur Geburtenrate nahm die Sterblichkeit zwischen den Weltkriegen jedoch nicht weiter ab, sondern blieb auf relativ stabilem Niveau. Mit Einführung der (Verhütungs-) „Pille“ in den 60er Jahren fiel die Geburtenrate schließlich unter die Sterberate. Seitdem werden weniger Kinder geboren als für den Erhalt der Bevölkerungszahl notwendig sind.

Der demografische Wandel wird aber nicht nur in den Bevölkerungsdaten sichtbar, die diese Entwicklung lediglich quantifizieren und abbilden. Er beeinflusst viele gesellschaftliche Bereiche, wozu auch das Gesundheitswesen zählt. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit und die Anzahl der Erkrankungen in der Bevölkerung. Dies hat erhöhte Ausgaben im Gesundheitssektor zur Folge. Prävention ist deshalb ein vorrangiges Ziel der Gesundheitsförderung.

Damit Prävention erfolgreich ist und Menschen lange gesund leben können, müssen entsprechende Maßnahmen und Investitionen möglichst frühzeitig ansetzen. Da für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ihre soziale Umwelt, das heißt Familie und Gleichaltrige sowie Kindertageseinrichtung und Schule, eine wesentliche Rolle für die Entwicklung spielt, gilt es, diese Bereiche zu stärken und zu unterstützen. Dies ist eine zentrale Aufgabe der Gesundheitsförderung.

### 1.1 Bevölkerungsentwicklung in Geburtenziffern, Sterberaten und Wanderungssaldi

Im Landkreis Meißen lebten im Jahr 2020 rund 240.000 Menschen auf rund 1.450 Quadratkilometern. Das entspricht einer Bevölkerungsdichte von durchschnittlich etwa 165 Einwohnerinnen und Einwohnern pro Quadratkilometer. Die Bevölkerungsentwicklung ist im Landkreis Meißen, wie überall in Deutschland, spürbar durch den demografischen Wandel geprägt. Es werden weniger Kinder geboren, der Anteil der Heranwachsenden an der Bevölkerung nimmt ab, Menschen leben länger, das Durchschnittsalter steigt. Die Bevölkerung schrumpft und altert.

Die bevölkerungsreichste Planungsregion mit etwas über 70.000 Einwohnerinnen und Einwohnern ist PR5-RCO, gefolgt von PR1-RNH (über 60.000 Menschen) und PR4-MWE (knapp 46.000 Personen; Tabelle 2). Die Regionen mit der geringsten Bevölkerungszahl sind PR3-NLL (unter 30.000) und PR2-GRG (rund 34.000 Einwohnerinnen und Einwohner).

Unter den vier dargestellten Altersgruppen macht in allen Planungsregionen die Gruppe der 40- bis 65-Jährigen den größten Anteil aus, die zweitgrößte ist jeweils die älteste Gruppe der ab 65-jährigen Personen. Das Verhältnis der Bevölkerungszahlen zwischen ländlichem und städtischem Raum ist in den Planungsregionen sehr unterschiedlich. Während es in PR1-RNH und PR2-GRG relativ ausgewogen (fast hälftig) ist, wohnen in PR3-NLL rund zwei Drittel der Bevölkerung im ländlichen Raum, in PR4-MWE ist es umgekehrt, fast zwei Drittel leben in der Stadt, und in PR5-RCO leben mehr als drei Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner städtisch (in Radebeul und Coswig).

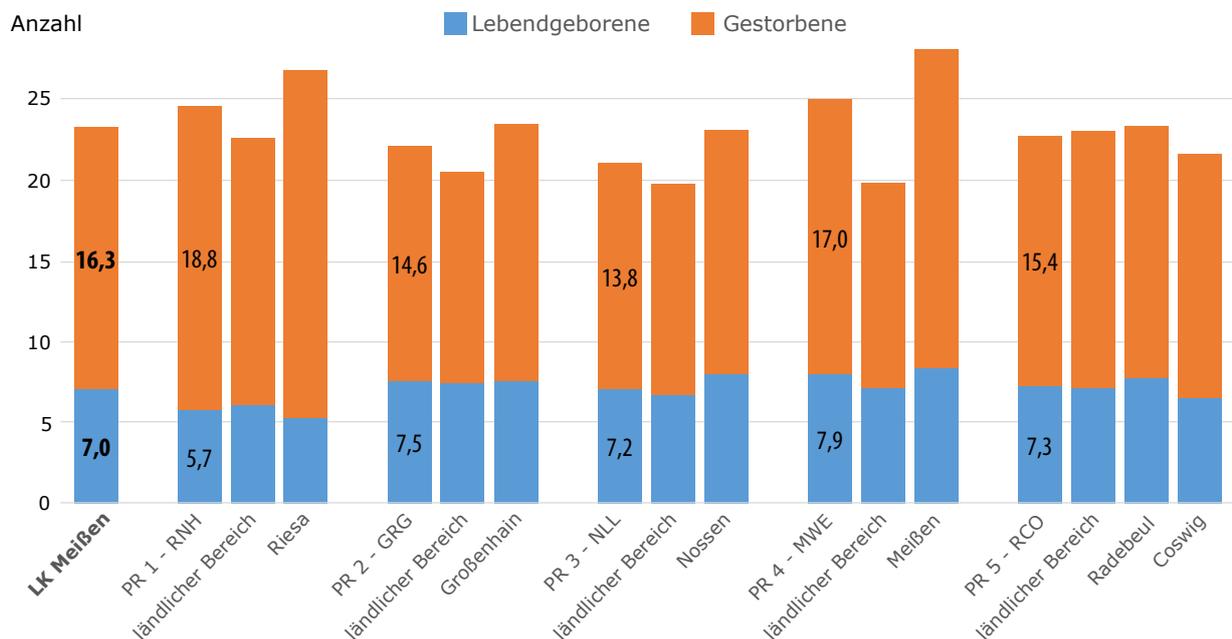
**Tabelle 2:** Bevölkerung des Landkreises Meißen nach Altersgruppen und Planungsregionen, 2020.

	unter 25 Jahre	25 bis unter 40 Jahre	40 bis unter 65 Jahre	ab 65 Jahren	gesamt	Anteil an Planungs- region	Anteil an Landkreis
Landkreis Meißen	50.393	34.216	88.048	67.714	240.371	-	-
PR1-RNH	11.494	8.493	22.663	19.624	62.274	100,0 %	25,9 %
ländlicher Raum	6.268	4.579	12.853	9.318	33.018	53,0 %	
Riesa	5.226	3.914	9.810	10.306	29.256	47,0 %	
PR2-GRG	7.379	4.967	12.811	8.517	33.674	100,0 %	14,0 %
ländlicher Raum	3.484	2.377	6.239	3.512	15.612	46,4 %	
Großenhain	3.895	2.590	6.572	5.005	18.062	53,6 %	
PR3-NLL	6.245	4.163	11.024	6.969	28.401	100,0 %	11,8 %
ländlicher Raum	4.000	2.673	7.086	4.132	17.891	63,0 %	
Nossen	2.245	1.490	3.938	2.837	10.510	37,0 %	
PR4-MWE	10.040	7.151	16.048	12.615	45.854	100,0 %	19,1 %
ländlicher Raum	3.849	2.384	6.793	4.597	17.623	38,4 %	
Meißen	6.191	4.767	9.255	8.018	28.231	61,6 %	
PR5-RCO	15.235	9.442	25.502	19.989	70.168	100,0 %	29,2 %
ländlicher Raum	3.458	2.070	6.047	4.056	15.631	22,3 %	
Radebeul	7.743	4.570	12.475	9.055	33.843	48,2 %	
Coswig	4.034	2.802	6.980	6.878	20.694	29,5 %	

Quelle: KJA 2021a, eigene Darstellung.

Die Sterberate ist im Vergleich zur Geburtenrate im Landkreis Meißen mehr als doppelt so hoch (Abbildung 2). Die Differenz zwischen Sterbe- und Geburtenziffer ist in PR1-RNH (Verhältnis 3:1; in Riesa 4:1) am größten und am geringsten (jeweils im Verhältnis von etwa 2:1) in PR3-NLL und PR2-GRG, insbesondere im ländlichen Umfeld.

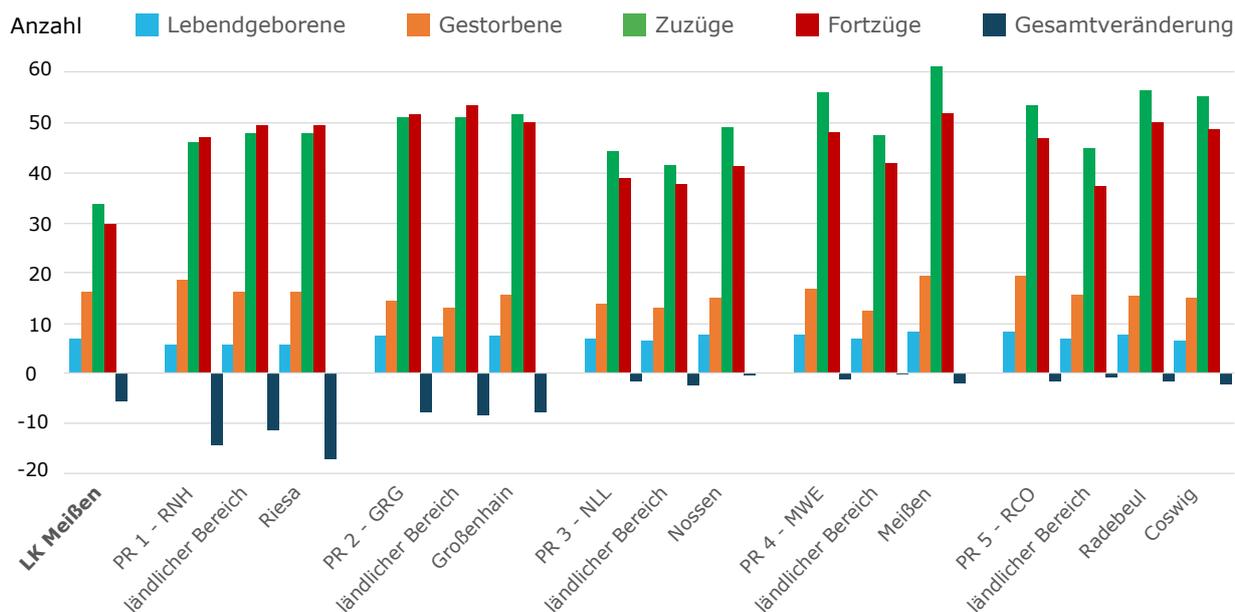
**Abbildung 2:** Anzahl Lebendgeborener sowie Gestorbener je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Landkreis Meißen, 2020.



Quelle: StaLa 2021a, eigene Darstellung.

Ein weiterer Aspekt, der, neben den Geburten und den Sterbefällen, die Bevölkerungsgröße direkt beeinflusst, ist das sogenannte Wanderungssaldo. Diese Differenz aus Zuzügen in und Fortzügen aus einer (Planungs-)Region ist erfreulicherweise im Landkreis überwiegend positiv oder ausgeglichen.

**Abbildung 3:** Gesamtveränderung 2020 im Vergleich zum Vorjahr je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Landkreis Meißen, 2020.



Quelle: StaLa 2021a, eigene Darstellung.

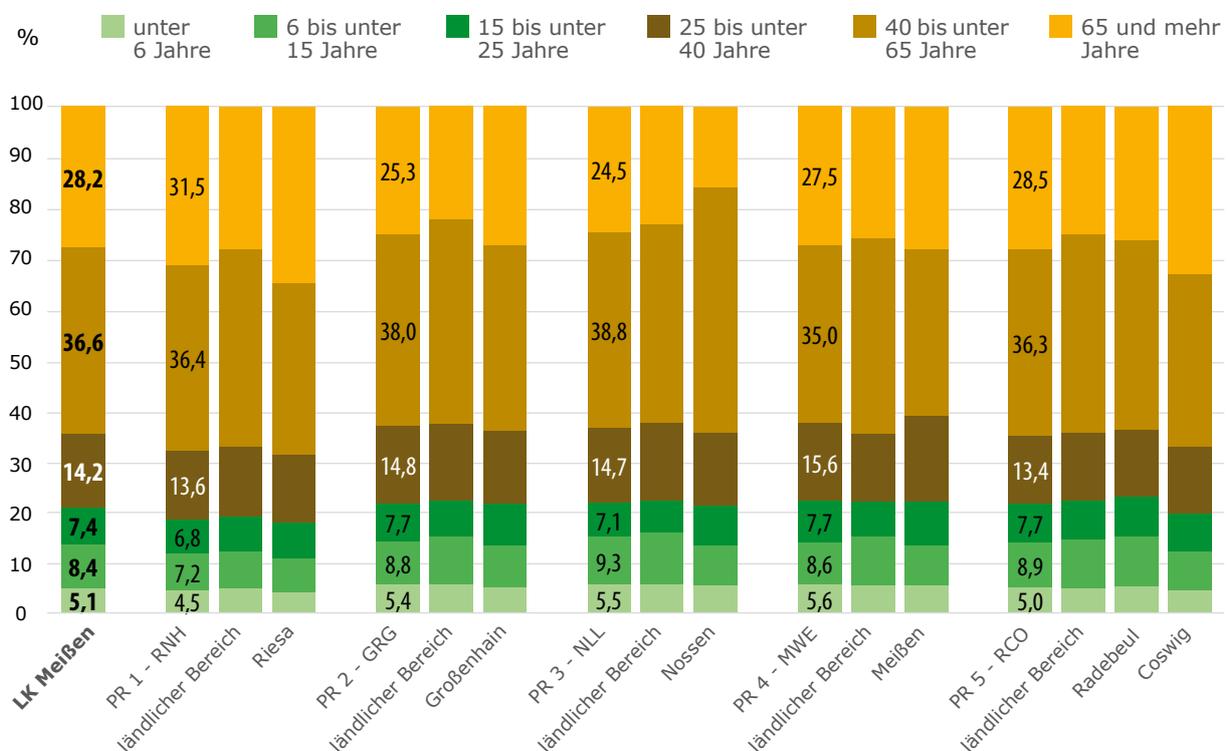
Betrachtet man jedoch die Gesamtveränderungen in der Bevölkerung (Abbildung 3), die sich aus Geburten, Todesfällen, Zu- und Fortzügen ergibt, wird dennoch in allen Planungsregionen ein gewisser Schrumpfungsprozess sichtbar, der in den PR1-RNH (-14 Personen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner) und PR2-GRG (-8 Personen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner) am stärksten ausgeprägt ist; in Nossen und im ländlichen Raum der PR4-MWE am geringsten. Dennoch gibt es auch in PR1-RNH, deren ländlicher Raum im Vergleich mit den ländlichen Räumen der anderen Planungsregionen die stärkste innerräumliche Varianz aufweist, Positivbeispiele. Die Gemeinde mit dem höchsten Wachstum zwischen 2019 und 2020 im ganzen Landkreis ist Hirschstein mit +8,1 Personen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Stauchitz ist ein weiteres Beispiel für positives Wachstum aus der PR1-RNH (+4,2 Personen pro 1.000 Einwohner und Einwohnerinnen und damit Platz 4 unter den Gemeinden im Landkreis; Plätze 2 und 3: Moritzburg mit +5,1 und Thiendorf mit +4,8 Personen Zuwachs je 1.000 Einwohner und Einwohnerinnen).

## 1.2 Alter, Lebenserwartung und Geschlecht

Auch die Überalterung im Landkreis Meißen ist an den Bevölkerungszahlen abzulesen (Abbildung 4). Mehr als ein Viertel (28,2%) der Einwohnerinnen und Einwohner des Landkreises sind 65 Jahre und älter. Das entspricht einem Altenquotienten von 52,2 (Anzahl von Menschen über 65 Jahre bezogen auf 100 Menschen im erwerbsfähigen Alter von 20-65 Jahren).

Dagegen war lediglich ein Fünftel (20,9%) der Bevölkerung bis zu 25 Jahre alt, wobei der Anteil junger Menschen im ländlichen Raum meist geringfügig höher war als in den Städten. Lediglich Radebeul (22,9%) bildete diesbezüglich eine Ausnahme und hatte im Vergleich zum ländlichen Raum der PR5-RCO (22,4%) einen etwas höheren Anteil an Kindern und jungen Menschen bis 25 Jahre.

**Abbildung 4:** Bevölkerung nach Altersgruppen, 2020.



Quelle: KJA 2021a, eigene Darstellung.

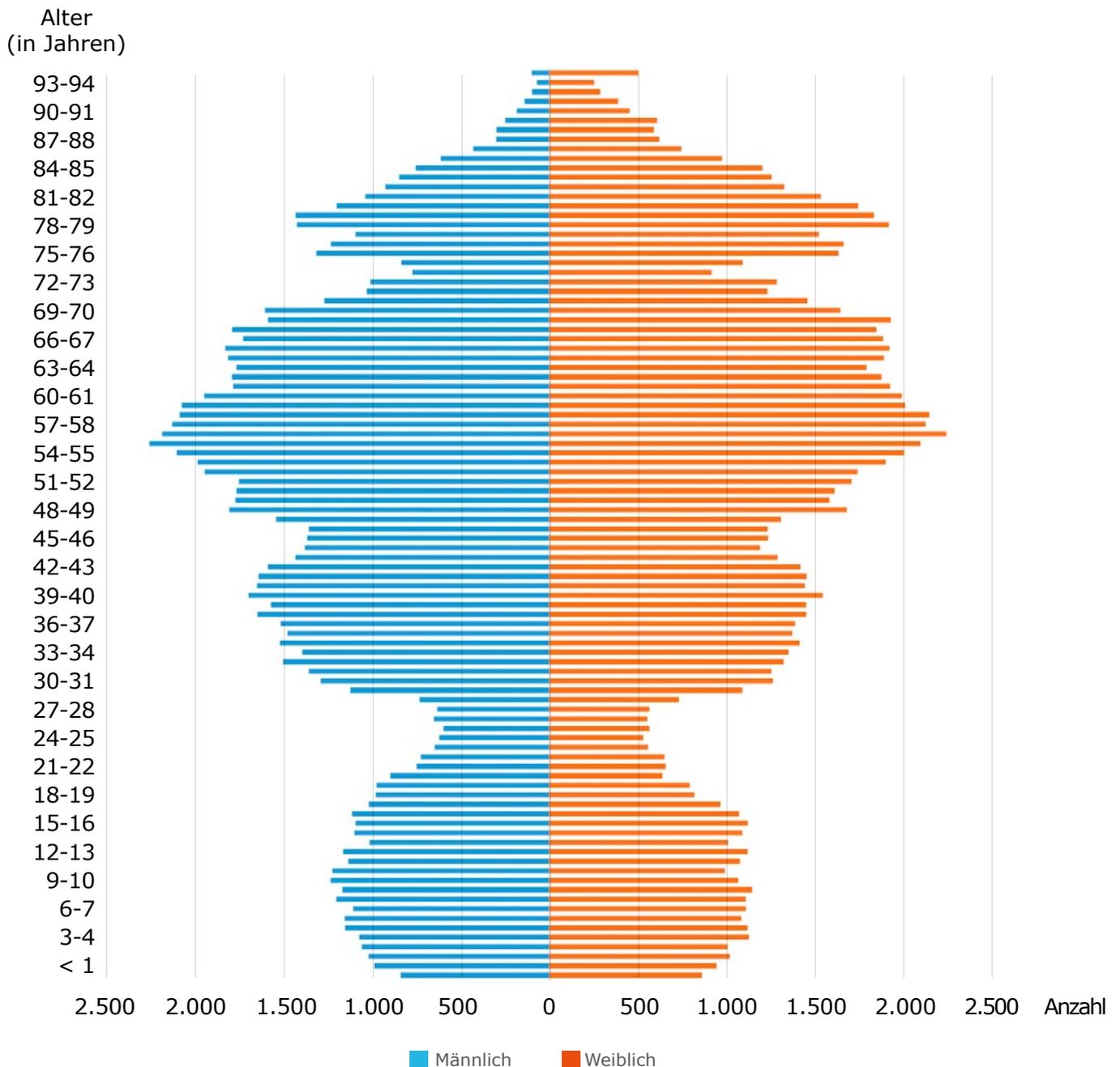
Am geringsten war der Anteil junger Menschen (in allen Altersgruppen bis 20 Jahre) in PR1-RNH. Dies zeigte sich besonders in Riesa (siehe auch Tabelle 5, S. 23). Die insgesamt ‚jüngsten‘ Planungsregionen sind PR3-NLL mit 17,6% und PR2-GRG mit 17,2% Kinder und Jugendlicher bis 18 Jahre. Die größte Anzahl von ihnen lebt jedoch in PR5-RCO, vor allem in Radebeul.

Gemäß der Bevölkerungsprognose (Variante 1) des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen ist für die jüngere Bevölkerung in den kommenden 10 Jahren ein leicht-positiver Trend zu erwarten (StaLa 2020). Dies zeigte sich auch im leicht gestiegenen Jugendquotienten (=Anzahl junger Menschen unter 20 Jahren bezogen auf 100 Menschen im erwerbsfähigen Alter von 20-65 Jahren), der Ende 2020 für den Landkreis 33,2 betrug (StaLa 2021b, eigene Berechnung).

Der Anteil der Personen im Erwerbsalter (25-65 Jahre) ist aber weiter rückläufig und der der Älteren nimmt kontinuierlich zu. Dementsprechend steigt das Durchschnittsalter, ein weiterer Indikator für die Alterung einer Bevölkerung. In den vergangenen 5 Jahren nahm es um etwa ein Jahr zu und betrug im Jahr 2020 im Mittel ca. 48,5 Jahre (StaLa 2021b, eigene Berechnung). Trotz einer Verlangsamung dieser Entwicklung liegt das prognostizierte Durchschnittsalter im Jahr 2030 bei ca. 49,7 Jahren im Landkreis Meißen (StaLa 2020).

Die Lebenserwartung von zur heutigen Zeit in Deutschland geborenen Mädchen ist mit 83,4 Jahren um fast 5 Jahre höher als die von heute geborenen Jungen (78,6 Jahre; Destatis 2021). Die nachfolgende Alterspyramide (Abbildung 5) für den Landkreis Meißen zeigt, dass nicht nur die Bevölkerungszahlen insgesamt, aufgrund eines langfristigen Rückgangs der Geburtenzahlen bei gleichzeitigem Anstieg der Lebenserwartung, gesunken sind, sondern sich auch ihre Zusammensetzung verändert hat. Bis zu einem Alter von fast 60 Jahren existiert ein Männer-„Überschuss“, das heißt, der Männeranteil in der Bevölkerung ist höher als der Frauenanteil. Ursachen dafür sind zum einen die bei Lebendgeburten vorkommende höhere Anzahl von Jungen im Vergleich zu Mädchen (etwa 105 bis 106 Jungen pro 100 Mädchen). Zum anderen liegen sie in der Abwanderung junger Frauen in andere Bundesländer aus Gründen der Erwerbstätigkeit oder Ausbildung als auch in der Zuwanderung von mehr männlichen als weiblichen Menschen mit Migrationshintergrund. Ab einem Alter von ca. 60 Jahren kehrt sich das Verhältnis um und wird zu einem Frauen-„Überschuss“. Dies liegt vor allem in der höheren Lebenserwartung von Frauen begründet. In diesem Zusammenhang wurde ausgeführt, dass sich, laut einer Berechnung des Instituts für Wirtschaft in Köln, ein Frauenüberschuss im Alter zwischen 20 und 44 Jahren positiv auf die Geburtenrate auswirkt, stellt man die Zahl der Geburten ins Verhältnis zur Zahl der Männer (oder zur Gesamtbevölkerung im für die Familiengründung relevanten Alter). Umgekehrt wirken sich demzufolge starke Männerüberschüsse negativ auf die Geburtenzahlen aus (Deutsches Institut für Altersvorsorge 2017). Dies hieße, dass sich der demografische Wandel in Regionen mit starkem Männerüberschuss mittelfristig noch intensivieren wird.

**Abbildung 5:** Verteilung der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht im Landkreis Meißen, 2020.

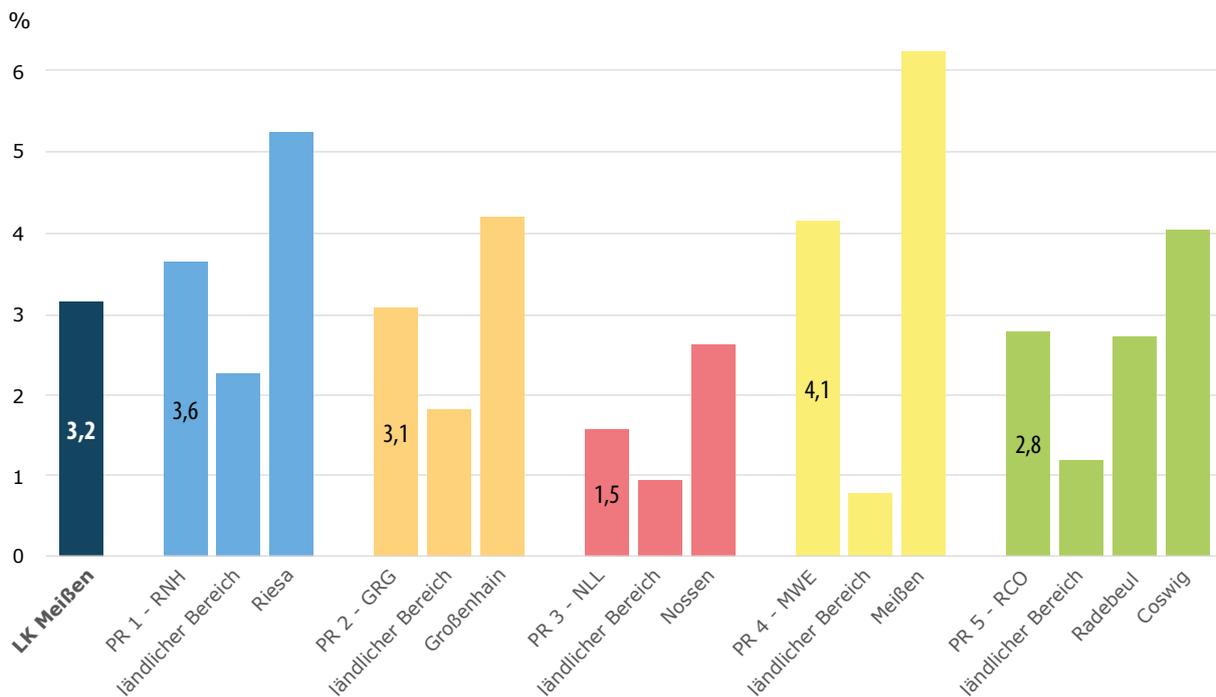


Quelle: KJA 2021a, eigene Darstellung.

### 1.3 Menschen mit Migrationshintergrund

Der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund liegt im Landkreis Meißen bei durchschnittlich 3,2% (Abbildung 6). Die größten Anteile haben die Planungsregionen PR4-MWE und PR1-RNH mit 4,1% bzw. 3,6%. Die Mehrheit der Ausländerinnen und Ausländer lebt in den größeren Städten, insbesondere Meißen und Riesa, aber auch in Großenhain und Coswig.

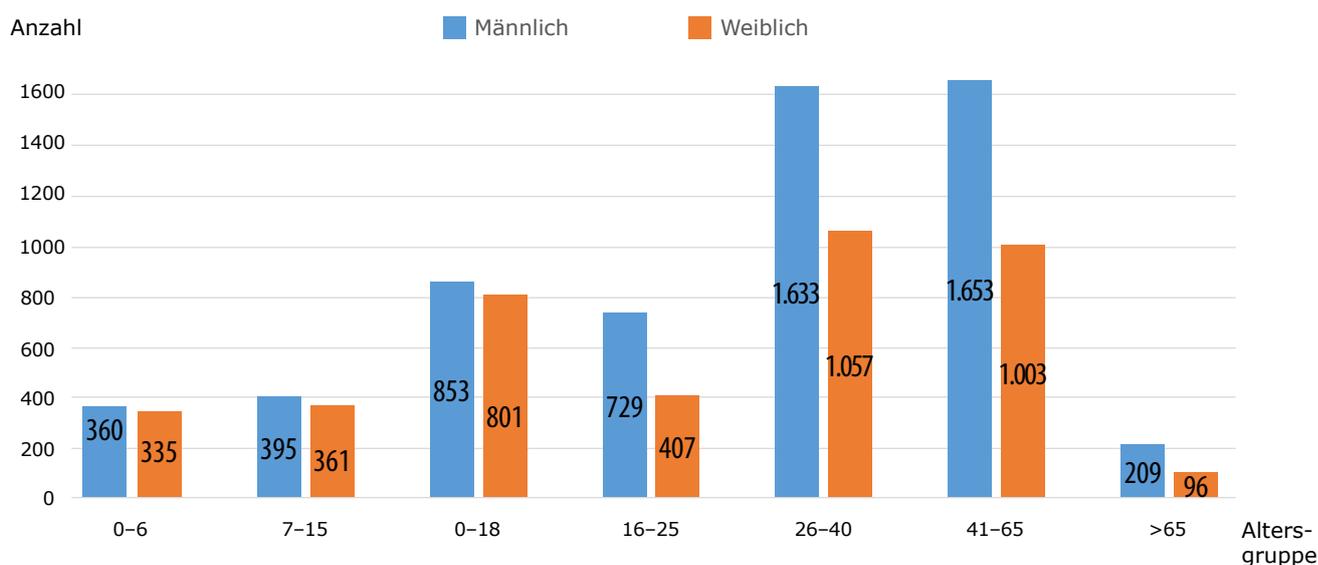
**Abbildung 6:** Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung in den Planungsregionen des Landkreises Meißen, 2020.



Quelle: AA 2021a, eigene Darstellung.

Die größte Gruppe bilden Migrantinnen und Migranten im erwerbsfähigen Alter von 26 bis 65 Jahren (Abbildung 7). Unter den Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre ist der Geschlechteranteil ausgewogen. Bei den älteren Altersgruppen ist der Männeranteil 1,5 bis 2mal höher als der Frauenanteil. Insgesamt sind 60% der Menschen mit Migrationshintergrund im Landkreis männlich und 40% weiblich.

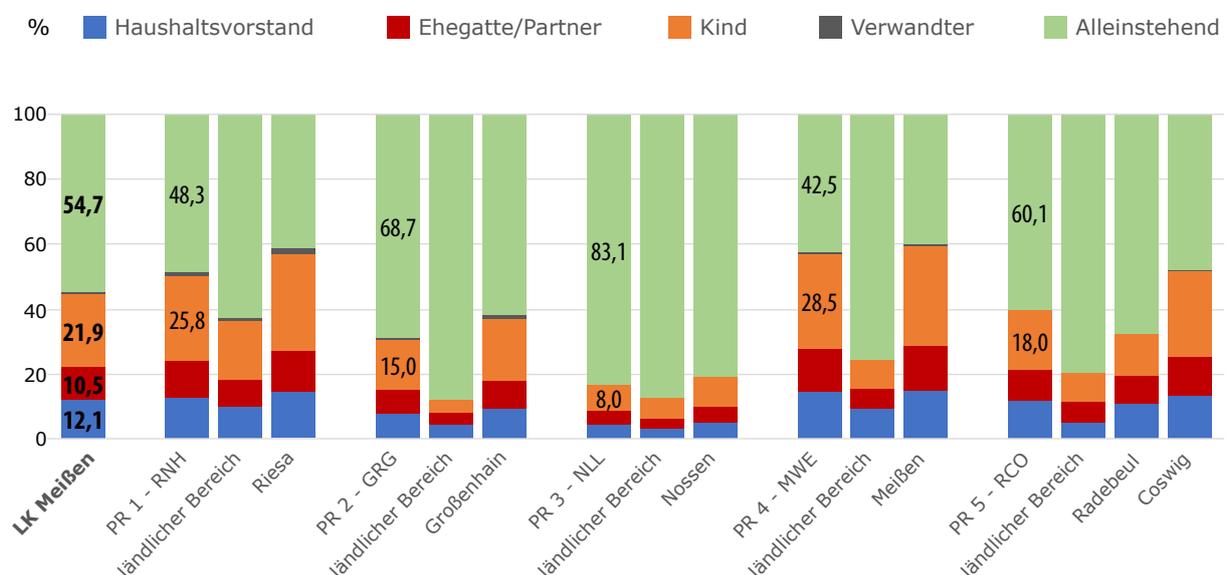
**Abbildung 7:** Einwohner und Einwohnerinnen mit Migrationshintergrund nach Altersgruppen und Geschlecht, Stand 31.5.2021.



Quelle: AA 2021b, eigene Darstellung.

Mehr als die Hälfte der Migrantinnen und Migranten (54,7%) ist alleinstehend (Abbildung 8). Die zweitgrößte Gruppe ist die der Familien bzw. Haushalte mit Kindern bzw. Jugendlichen, wobei Minderjährige 21,9% der ausländischen Bevölkerung des Landkreises stellen. Die Mehrheit dieser Kinder und Jugendlichen lebt in PR4-MWE (28,5%) und PR1-RNH (25,8%), insbesondere in den Städten Meißen und Riesa. Hier machen Minderjährige ein Viertel bis knapp ein Drittel der Bevölkerung mit Migrationshintergrund aus. Den geringsten Anteil an Familien bzw. Kindern und Jugendlichen mit ausländischer Herkunft hat PR3-NLL (8%). Die Gruppen „Haushaltsvorstand“ und „Ehegatte/Partner“ umfassen nicht-alleinstehende, das heißt in einer Ehe oder festen Beziehung lebende Erwachsene. Diese Beziehungen können aus zwei Personen mit Migrationshintergrund bestehen oder aus einer Verbindung zwischen Personen mit deutschem und nichtdeutschem Hintergrund. Insgesamt macht die Gruppe der Nichtalleinstehenden (Haushaltsvorstände und Ehegatten/Partner) 22,6% der ausländischen Bevölkerung des Landkreises Meißen aus und ist in allen Planungsregionen ähnlich groß wie die der Minderjährigen. Die kleinste Gruppe der ausländischen Bevölkerung besteht aus anderen Verwandten (0,8%).

Abbildung 8: Migrantinnen und Migranten und ihre Rolle im Haushalt, Landkreis Meißen 2020.



Quelle: AA 2021a, eigene Darstellung.

## 1.4 Fazit

Die beschriebene Bevölkerungsentwicklung und -zusammensetzung stellt den Landkreis Meißen vor unterschiedliche Herausforderungen.

Aufgrund der Alterung und Schrumpfung der Gesellschaft sind erhöhte Kosten im Gesundheitssektor aber auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen (z.B. Infrastruktur, Wohnraum, Arbeitsmarkt) zu erwarten. Dies führt zu veränderten Bedarfen in Bezug auf die Gesundheitsprävention, die Teilhabe am sozialen Leben als auch hinsichtlich der Schaffung eines kinder- und familien- sowie senioren-freundlichen Umfelds in Städten und Gemeinden.

Durch eine Verringerung des erwerbsfähigen Anteils der Bevölkerung kommt es zu einer Verknappung der öffentlichen Haushalte und Kassen (z.B. Renten- und Krankenkassen). Zuwanderung in- und ausländischer Fachkräfte stellt eine Möglichkeit dar, dieser Entwicklung zu begegnen. Dieses Potential gilt es, noch gezielter zu nutzen, um insbesondere junge Menschen in den Landkreis zu holen.

Der geringe Anteil ausländischer Personen im Landkreis Meißen ist überwiegend allein-stehend, männlich und im erwerbsfähigen Alter. Diese Menschen, jeglichen Geschlechts und Alters, zu integrieren, zu qualifizieren und dauerhaft in Arbeit zu bringen, stellt eine gesamtgesellschaftliche, herausfordernde Aufgabe dar.

Da das Geschlechterverhältnis Einfluss auf die Anzahl der Geburten (pro Mann) in einer Region haben könnte, sollte dieses Maß neben der Geburtenziffer, die alleinig die Geburten pro Frau berücksichtigt, für familienpolitische Fragen und Entscheidungen zusätzlich herangezogen werden.

## 2 Soziale und wirtschaftliche Lage

### Einleitung

Der gesundheitliche Zustand eines Menschen wird nicht nur von seinen genetischen Anlagen, sondern auch von einer Vielzahl von Umwelteinflüssen (im Sinne von Einflüssen der Lebensumwelt) bestimmt. Zu diesen Bedingungen zählen soziale Faktoren ebenso wie wirtschaftliche oder demografische. Trotz eines allgemeinen hohen Lebensstandards in Deutschland können sie zu Risiken werden, die soziale Ungleichheit und damit einen Anstieg gesundheitlicher Risiken begünstigen.

Die WHO definiert Gesundheit in einem umfassenden, ganzheitlichen Kontext aller Lebensbedingungen, unter denen ein Mensch aufwächst und lebt. Bereits 1946 bezeichnete sie Gesundheit als einen „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1946).

Insbesondere sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen haben wegen fehlender ökonomischer Ressourcen, aufgrund von Alter, Geschlecht, Herkunft oder familiärer Situation häufig Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung ihrer gesundheitlichen Interessen. Eine schwierige finanzielle Ausgangslage, längere Arbeitslosigkeit, Sprach- bzw. Integrationshindernisse oder der Umstand, ein alleinerziehendes Elternteil zu sein, führen nicht selten zu einem erhöhten Armuts- als auch gesundheitlichen Risiko.

So sind insbesondere Erwerbslose, kinderreiche Familien, Alleinerziehende, Menschen mit einem geringen Qualifikationsniveau sowie Menschen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich oft von Armut betroffenen (Der Paritätische Gesamtverband 2021).

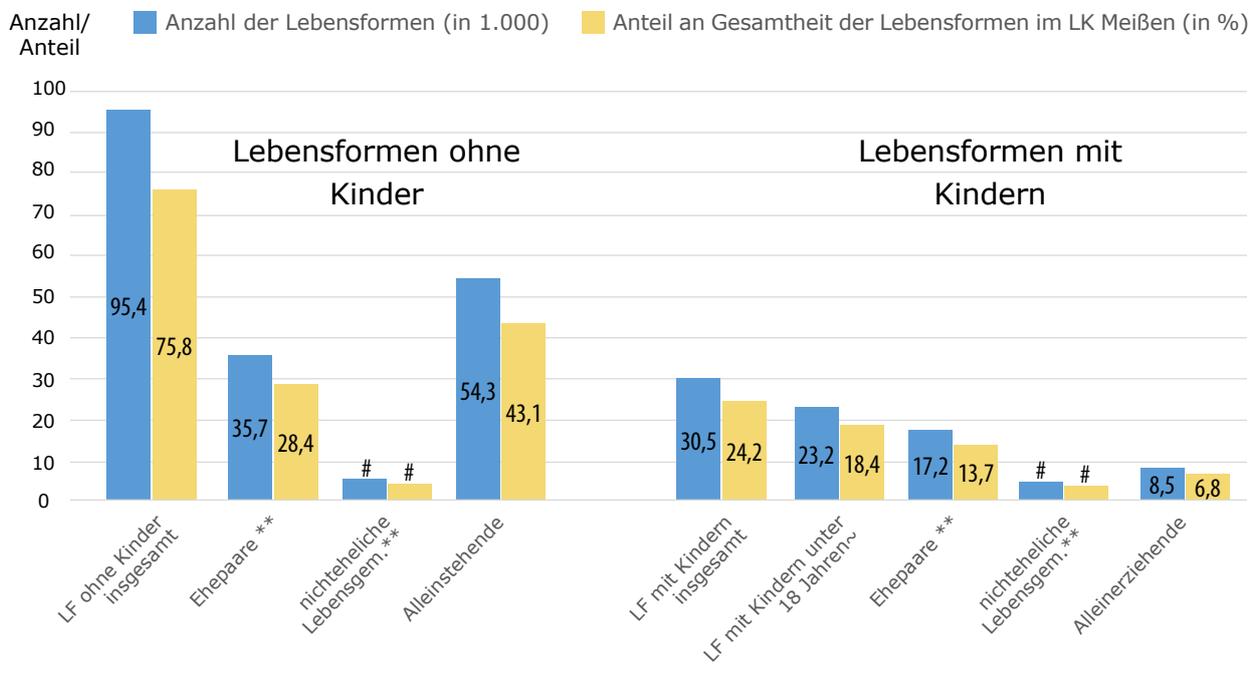
Aufgabe der Gesundheitsförderung ist und bleibt somit nicht nur die Verhinderung von Erkrankungen. Sie geht weit darüber hinaus, in dem sie individuelles Handeln ebenso wie soziale, gesellschaftliche und wirtschaftliche Verhältnisse berücksichtigt und die Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit fördert.

### 2.1 Lebensformen und Haushalte

Im Landkreis Meißen hat, wie auch in anderen Teilen Sachsens und Deutschlands, die Lebensform der Familie in den letzten Jahrzehnten stetig abgenommen. Insgesamt gibt es im Landkreis ca. 30.500 Lebensformen, die mit einem oder mehreren ledigen Kindern jeglichen Alters zusammenleben (Abbildung 9). Darunter befinden sich etwa 23.200 Familien mit minderjährigen Kindern. Zu dieser Lebensform gehören verheiratete und unverheiratete Paare ebenso wie Alleinerziehende. Obgleich darunter die Form der verheirateten Eltern mit meist ein bis zwei Kindern (Bund-Länder Demografie-Portal 2021; zur durchschnittlichen Kinderanzahl siehe auch Abbildung 10) immer noch die häufigste ist, ist der Anteil der alleinerziehenden Eltern mit fast einem Drittel (ca. 8.500) als nicht gering einzustufen. Dabei steht, bezogen auf Sachsen, ca. einem Drittel (33,1%) der Familien mit einem im Haushalt lebenden Kind ein alleinerziehendes Elternteil vor (Abbildung 10). Von den Familien mit zwei bis vier Kindern betrifft dies immerhin knapp ein Fünftel (18,3% bis

18,7%). Insgesamt lebt fast ein Viertel (23,5%) der ledigen Kinder (ohne Altersbegrenzung) des Freistaats Sachsen mit einem Alleinerziehenden in Gemeinschaft.

**Abbildung 9:** Lebensformen (LF) je 1.000 Einwohner und Einwohnerinnen im Landkreis Meißen ohne sowie mit Kindern\*, 2019.



\* Im Haushalt der Eltern lebend, ledig, ohne Altersbegrenzung.

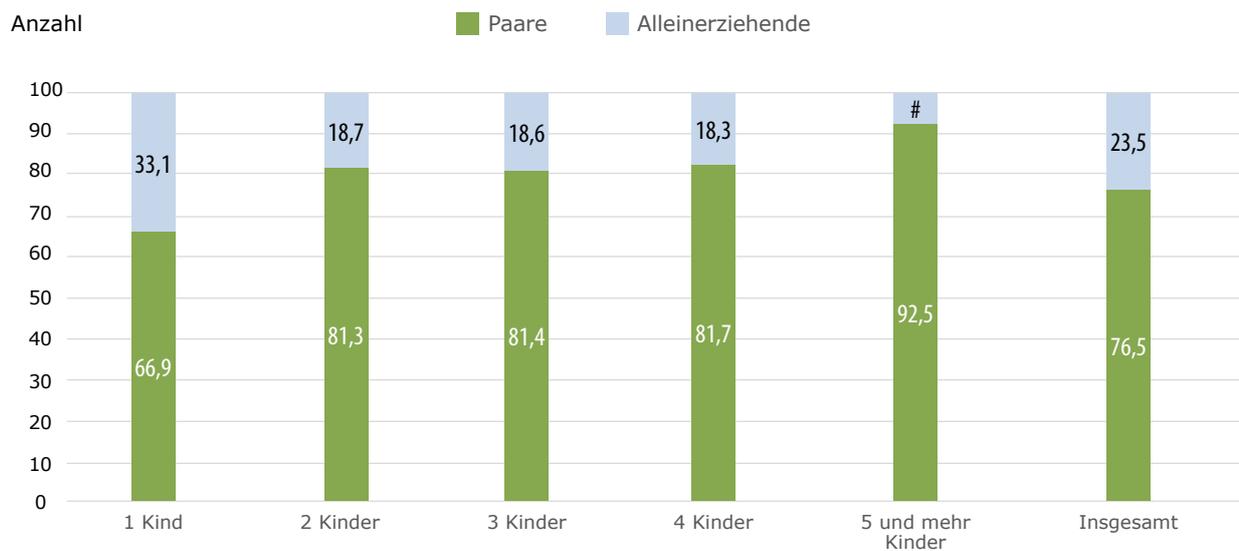
\*\* Einschließlich gleichgeschlechtlicher Ehepaare bzw. gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften und eingetragener Lebensgemeinschaften.

# Im Interesse der Ergebnissicherheit und um Fehlinterpretationen vorzubeugen, werden vom Landesamt für Statistik des Freistaates Sachsen Daten aus dem Mikrozensus mit Besetzungswerten unter 5.000 (weniger als 50 erfasste Fälle) blockiert. Die hier abgebildete Säule entspricht der Differenz aus dem Gesamtwert der Lebensformen ohne bzw. mit Kindern und den Anzahlen für Ehepaare und Alleinstehende ohne Kinder bzw. Ehepaare und Alleinerziehende mit Kindern. (Der Mikrozensus ist eine laufende Repräsentativstatistik in Form einer Flächenstichprobe, die ein Prozent aller Haushalte erfasst. Somit entsprechen alle dargestellten Zahlen Schätzungen.)

Quelle: StaLa 2021b, eigene Darstellung.

Alleinerziehende sind in der großen Mehrheit Frauen. Nur etwa 15% der in Sachsen lebenden Alleinerziehenden sind Männer (Reckling & Staude 2021). Für Alleinerziehende ist es häufig besonders schwierig, Familie und Beruf (bzw. Ausbildung) miteinander zu vereinbaren, insbesondere so lange die Kinder noch sehr klein sind. Dies schlägt sich, trotz steigender Erwerbstätigenquote, oft in geringeren Arbeitszeiten, niedrigeren Einkommen und somit einer höheren Armutsgefährdung nieder als bei Lebensformen ohne Kinder oder mit (Ehe-) Partner bzw. Partnerin.

**Abbildung 10:** Kinder\*-Anzahl in einer Familie nach Lebensform der Eltern (Paare oder Alleinerziehende), Freistaat Sachsen, 2019.



\* Im Haushalt der Eltern lebend, ledig, ohne Altersbegrenzung.

# Im Interesse der Ergebnissicherheit und um Fehlinterpretationen vorzubeugen, werden vom Landesamt für Statistik des Freistaates Sachsen Daten aus dem Mikrozensus mit Besetzungswerten unter 5.000 (weniger als 50 erfasste Fälle) blockiert. Die hier abgebildete Säule entspricht dem Anteil in %, der sich ergibt aus der Differenz des Gesamtwerts der Lebensformen (Paare und Alleinerziehende) mit 5 und mehr Kindern sowie der Anzahl für Paare mit 5 und mehr Kindern. (Der Mikrozensus ist eine laufende Repräsentativstatistik in Form einer Flächenstichprobe, die ein Prozent aller Haushalte erfasst. Somit entsprechen alle dargestellten Zahlen Schätzungen.)

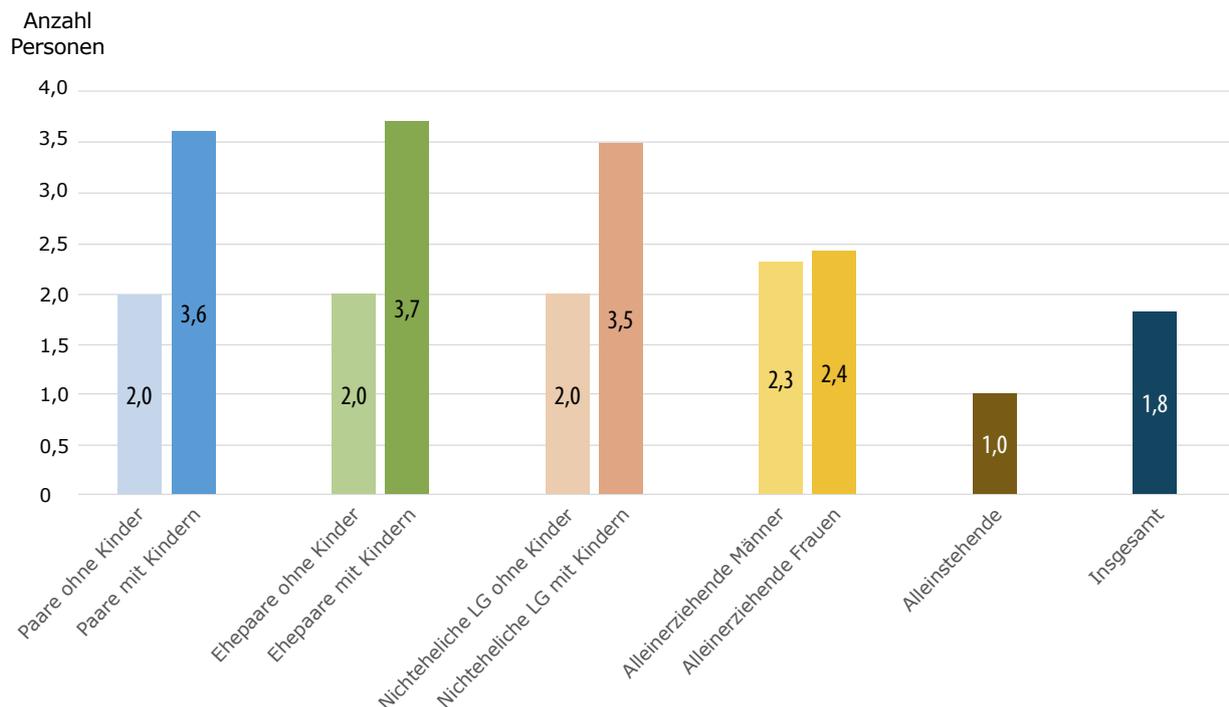
Quelle: StaLa 2021c, eigene Darstellung.

Die Anzahl der Lebensformen ohne Kinder ist im Landkreis Meißen insgesamt mehr als dreimal so hoch (ca. 95.400) wie die Anzahl derer mit Kindern und macht über 75% aller Lebensformen aus (Abbildung 9). Von diesen ohne Kinder wohnenden Lebensformen sind etwas mehr als ein Drittel Ehepaare (35.700), das heißt Zwei-Personen-Haushalte, und über die Hälfte Alleinstehende (54.300). Letztere, sogenannte Ein-Personen-Haushalte, machen mit 43,1% einen ähnlich großen Anteil an allen Lebensformen im Landkreis aus wie Ehepaare insgesamt (42,1%, mit und ohne Kinder).

Nichteheliche Lebensgemeinschaften (nichteheliche LG) spielen bisher im Landkreis Meißen eine eher untergeordnete Rolle. Menschen, die in dieser Form zusammenleben, tun dies wahrscheinlich etwas häufiger ohne Kinder als gemeinsam mit Kindern (Abbildung 9).

In Bezug auf die durchschnittliche Größe einer Lebensform, das heißt die Anzahl an Personen, die zu einer Lebensform gehören, lässt sich kein wesentlicher Unterschied zwischen Ehepaaren und nichtehelichen Lebensgemeinschaften (nichtehelichen LG) feststellen (Abbildung 11). Verheiratete und nicht-verheiratete Paare mit Nachwuchs leben im Mittel mit 1,6 Kindern zusammen, Alleinerziehende im Durchschnitt mit 1,4 Kindern.

**Abbildung 11:** Durchschnittliche Anzahl im Haushalt lebender Personen inklusive lediger Kinder (ohne Altersbegrenzung) nach Lebensform, Freistaat Sachsen 2019.



Quelle: StaLa 2021d, eigene Darstellung.

## 2.2 Bildung und Ausbildung

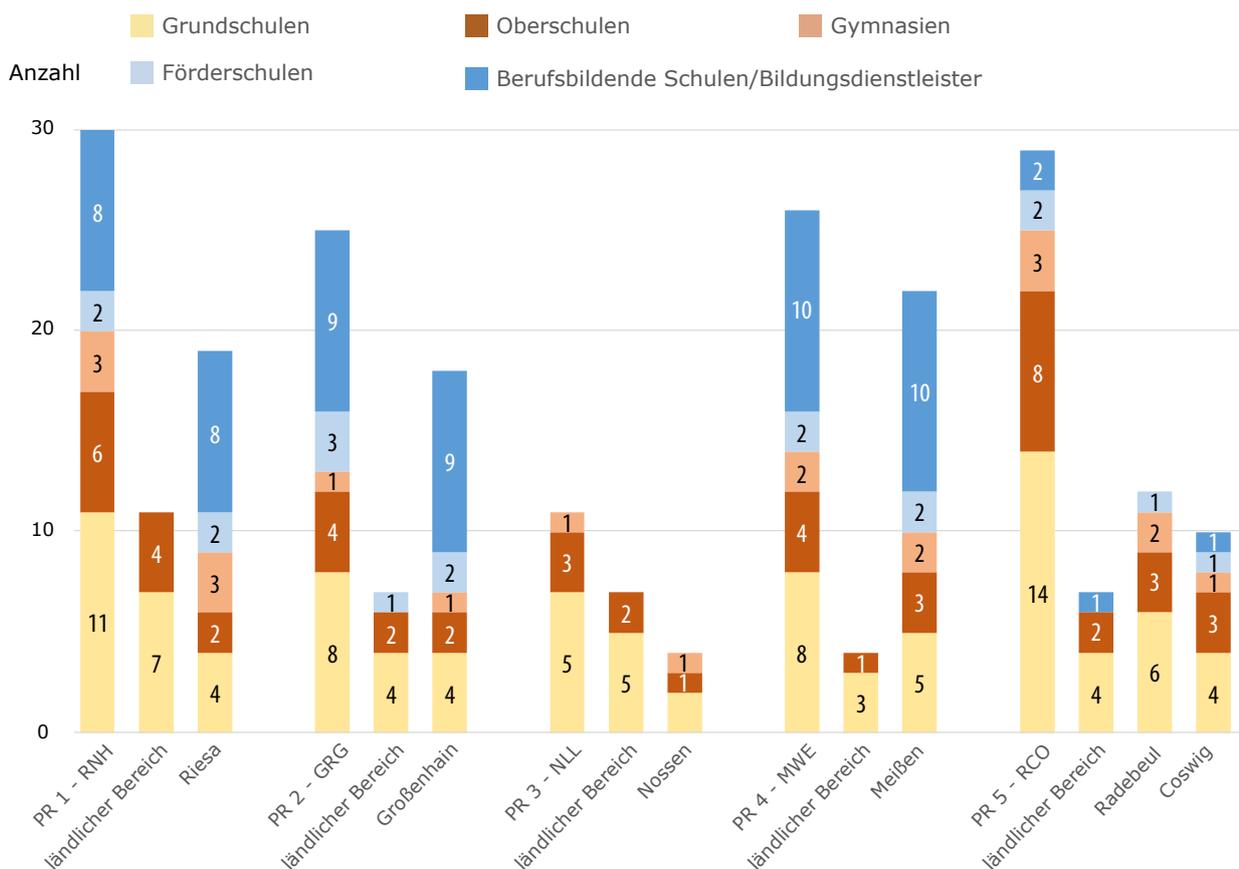
Bildung hat eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für die Gesundheit eines Menschen. Einerseits besteht ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsabschluss und der Art der Erwerbsarbeit. Mit einer bestimmten Erwerbstätigkeit verbunden sind sowohl das Einkommen, das Bedeutung für die Gesundheit haben kann, als auch unterschiedliche Belastungen, Risiken und ggf. Expositionen gegenüber gesundheitsschädigenden Stoffen. Andererseits ist Bildung ein Schlüssel für die Aneignung von Kenntnissen und Kompetenzen bezüglich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, hinsichtlich des Umgangs mit physischer und psychischer Belastung und somit für die Vermeidung von Einschränkungen als auch die Ausgestaltung der Lebensqualität.

Bildung ist eine Ressource, deren gerechte Verteilung ein besonderer gesellschaftlicher Stellenwert zukommt (mehr zum Thema Bildung – siehe auch: Landkreis Meißen 2021: Bildungsjournale).

Im Bereich der schulischen Bildung ist der Landkreis Meißen breit aufgestellt (Abbildung 12). In PR5-RCO und PR1-RNH befinden sich die meisten Grundschulen (14 bzw. 11), Oberschulen (8 bzw. 6) und Gymnasien (jeweils 3), da hier auch die meisten Kinder des Landkreises leben. Berufsbildende Schulen sind vorwiegend in den Städten, insbesondere in PR4-MWE (Meißen: 10), PR2-GRG (Großenhain: 9) und PR1-RNH (Riesa: 8) angesiedelt, dagegen seltener im ländlichen Raum (so z.B. in PR5-RCO in Moritzburg und in PR1-RNH in Nünchritz). In Kontrast zu der in PR5-RCO vorhandenen höchsten Anzahl an Schülerinnen und Schülern im Landkreis (Tabelle 5, S. 23) gibt es hier die geringste Anzahl an Berufsbildenden Schulen (drei inklusive des zweiten Standorts des Berufsschulenzentrums Meißen-Radebeul). Abbildung 12 umfasst die Schulen in öffentlicher und freier Trägerschaft. Unter den berufsbildenden Schulen gibt es jedoch mehrheitlich Bildungsdienstleister in freier Trägerschaft, deren Anzahl nicht immer vollständig in die Auswertungen des Statistischen Landesamtes einfließt. In öffentlicher Trägerschaft befinden sich ausschließlich die drei Berufsschulenzentren und die Fachschule für Landwirtschaft in Großenhain.

Weder Berufs- noch Förderschulen gibt es in PR3-NLL. Dabei ist das Vorhandensein bzw. Fehlen von Schulen nicht allein vom Bedarf abhängig (PR3-NLL hat lediglich etwa ein Drittel der Schülerschaft der PR5-RCO), sondern auch von historisch gewachsenen Strukturen und Schülerströmen. Diese machen nicht vor Landkreisgrenzen halt, wie am Beispiel des Förderschulbedarfs der Region Nossen im Förderschwerpunkt Lernen ersichtlich ist, der traditionell im benachbarten Landkreis (in Roßwein) gedeckt wird. Förderschulen sind, entsprechend des Landesentwicklungsplanes (LEP), gewöhnlich in den Großen Kreisstädten des Landkreises verortet. Lediglich in PR2-GRG, die damit über die meisten Schulen dieser Art (3) verfügt, befindet sich ein Förderschulzentrum (mit überregionaler Bedeutung) auch im ländlichen Raum (Priestewitz).

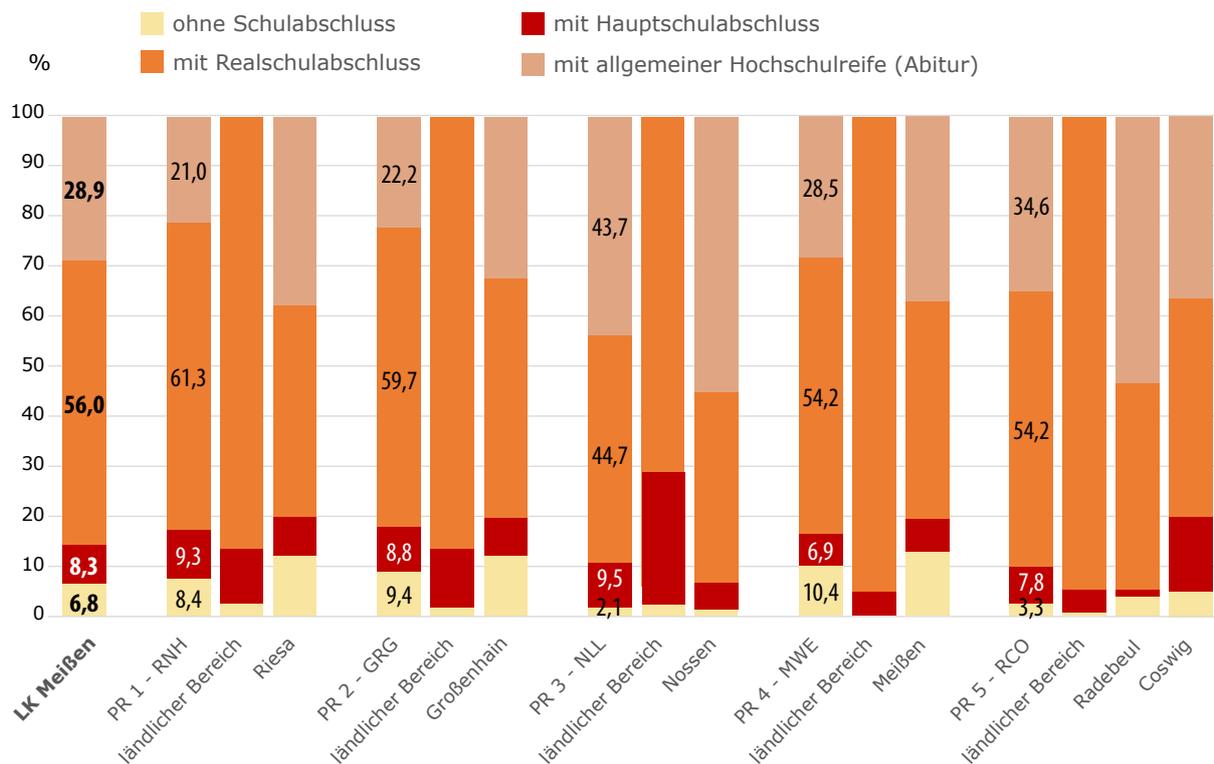
**Abbildung 12:** Anzahl Schulen je Schulform, Schuljahr 2020/2021.



Quelle: StaLa 2021e, eigene Darstellung.

Abbildung 13 zeigt die Schulabgänger und Schulabgängerinnen im Landkreis Meißen nach Art des Schulabschlusses. Diese Darstellung bietet lediglich eine, auf die eigentliche Schülerzahl des Landkreises Meißen bezogen, verzerrte Illustration, die darin begründet liegt, dass in die Planungsregionen PR3-NLL und PR5-RCO viele Schüler auch aus benachbarten Regionen einpendeln (z.B. aus dem Landkreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge und dem Landkreis Mittelsachsen insbesondere an das Gymnasium in Nossen; aus Dresden nach Coswig und Radebeul). Die in der Abbildung dargestellten Anteile spiegeln daher nicht die realen Anteile der Schülerschaft des Landkreises Meißen wider. Dennoch ist davon auszugehen, dass die dargestellten Anteile in der Tendenz die Realität zeigen: In PR3-NLL und PR5-RCO liegen die Anteile der Abiturientinnen und Abiturienten auch nach Abzug der Einpendler sehr wahrscheinlich über dem Landkreisdurchschnitt. Für den ländlichen Raum werden keine Schulabgängerinnen und Schulabgänger mit allgemeiner Hochschulreife ausgewiesen, da sich Abbildung 13 auf den Schulort, nicht auf den Wohnort, bezieht. Eine Aussage über das Bildungsniveau im ländlichen Raum wird damit nicht getroffen.

**Abbildung 13:** Schulabgängerinnen und Schulabgänger je Schulabschluss (nach Schulort), Schuljahr 2019/2020.



Quelle: StaLa 2021f, eigene Darstellung.

## 2.3 Inanspruchnahme von Hilfen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

### 2.3.1 Frühe Hilfen

Zu den wichtigsten Einflussfaktoren für das gesunde Aufwachsen von Kindern als auch Jugendlichen gehört ein sicheres Bindungsverhalten und eine gute, stabile Beziehung zu den primären Bezugspersonen, in der Regel den Eltern (RKI 2015).

Gemäß des Leitbildes des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) dienen „Frühe Hilfen“ deshalb der Schaffung bzw. Stärkung von förderlichen Rahmenbedingungen für Kleinkinder und Säuglinge innerhalb ihrer Familien. Sie setzen entsprechend frühzeitig und präventiv an, um werdende Eltern und Eltern sehr kleiner Kinder (0-3 Jahre) durch alltagspraktische Entlastung, die Förderung von Erziehungskompetenz als auch durch Hilfe bei der Reduzierung schädigender Einflüsse zu stärken und zu unterstützen und somit gute Bedingungen für eine positive physische und psychische Entwicklung der Kinder zu schaffen (Regionales Gesamtkonzept Frühe Hilfen und präventiver Kinderschutz des Landkreises Meißen 2020, Sachbericht Netzwerke Frühe Hilfen und Präventiver Kinderschutz 2020).

Damit Frühe Hilfen wirksam werden, d.h. ungünstige, ungesunde oder risikobehaftete Entwicklungen frühzeitig erkannt werden und ihnen entgegengesteuert werden kann, sind diese Hilfen an den Lebenslagen und Bedürfnissen der Familien vor Ort ausgerichtet. Sie beruhen auf freiwilliger Inanspruchnahme und bieten möglichst niederschwellig und dennoch individuell Information, Beratung und Hilfestellung für das Kind als auch die Familie als Ganzes.

So stehen Familienhebammen (für 0- bis 1-Jährige) als auch Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (für 1- bis 3-Jährige) vor allem werdenden und jungen Eltern mit

besonderen Belastungen (bspw. konfliktreiches Umfeld, finanzielle Schwierigkeiten, sehr junges Alter, Sucht, eigene Erkrankung oder Krankheit des Kindes) zur Seite. Nach Einschätzung der Fachkräfte der Aufsuchenden Präventiven Arbeit (APA) besteht im Landkreis Meißen ein Bedarf an Frühen Hilfen insbesondere bei alleinerziehenden Eltern, minderjährigen Müttern sowie Familien mit mehreren Kindern (Sachbericht Netzwerke Frühe Hilfen und Präventiver Kinderschutz 2020).

Zum Stichtag 31.12.2020 lebten insgesamt 5.717 Kinder zwischen 0 und 3 Jahren im Landkreis Meißen. Diese Kinder stellten knapp 2,4% der Gesamtbevölkerung des Landkreises. Auf die Planungsregionen bezogen sind zwischen 2,1% (PR1-RNH) und 2,6% (PR2-GRG und PR4-MWE; Tabelle 5, S. 23) der Bevölkerung in dieser Altersgruppe. Der größte Teil aller 0- bis 3-Jährigen im Landkreis lebte in PR5-RCO, die Mehrheit von ihnen in Radebeul. Je etwa ein weiteres Fünftel der Kinder dieser Altersgruppe war in den Planungsregionen PR1-RNH und PR4-MWE zu Hause.

Die Inanspruchnahmen von Familien-Hebammen bzw. Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen erfolgte in den Jahren 2019 bis 2021 zu knapp zwei Drittel (2019: 64,9%) bis drei Viertel (2020: 73,6%; 2021: 72,4%) in den PR1-RNH und PR4-MWE (Tabelle 3). Demgegenüber war die Nutzung dieser Art der Frühen Hilfen in PR5-RCO mit durchschnittlich 10,9% eher gering, gemessen am vergleichsweise hohen Anteil der dort lebenden Kleinkinder (28,9% der 0-3-Jährigen des gesamten Landkreises).

**Tabelle 3:** Inanspruchnahme von Familienhebammen bzw. Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen im Landkreis Meißen, 2019-2021.

	2019		2020		2021		0-3 Jährige im Landkreis Meißen <sup>#</sup>	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
PR1-RNH ländlicher Raum Riesa	21 9 12	<b>36,8</b>	<b>23</b> 8 15	<b>43,4</b>	<b>17</b> 8 9	<b>36,2</b>	<b>1.285</b> 727 558	<b>22,5</b>
PR2-GRG ländlicher Raum Großenhain	9 2 7	<b>15,8</b>	6 0 6	<b>11,3</b>	4 0 4	<b>8,5</b>	871 418 453	<b>15,2</b>
PR3-NLL ländlicher Raum Nossen	5 4 1	<b>8,8</b>	2 1 1	<b>3,8</b>	4 1 3	<b>8,5</b>	703 452 251	<b>12,3</b>
PR4-MWE ländlicher Raum Meißen	16 2 14	<b>28,1</b>	16 3 13	<b>30,2</b>	17 1 16	<b>36,2</b>	1.203 451 752	<b>21,0</b>
PR5-RCO ländlicher Raum Radebeul Coswig	6 0 3 3	<b>10,5</b>	6 1 3 2	<b>11,3</b>	5 1 2 2	<b>10,6</b>	1.655 357 842 456	<b>28,9</b>
Anzahl insgesamt:	<b>57</b>		<b>53</b>		<b>47</b>		<b>5.717</b>	

\* Anteil an „Anzahl insgesamt“.

# Stichtag 31.12.2020

Quelle: KJA 2021b, eigene Darstellung.

Möglicherweise als Folge der Corona-Pandemie hat sich die Gesamtzahl der Inanspruchnahme von Familienhebammen bzw. Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen im Landkreis Meißen ab 2020 im Vergleich zu 2019 etwas verringert. Viele Kinder konnten in dieser Zeit eine Betreuung außer Haus sowie Angebote der frühkindlichen Bildung und Erziehung nicht oder nur unregelmäßig wahrnehmen. Diese Situation wurde von zahlreichen Kindern als auch ihren Eltern als belastend erlebt. Unterstützungsangebote wie eine längerfristige Begleitung durch Familienpaten, Familienhebammen bzw. Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, Eltern-Kind-Treffs oder mobile Frühe Hilfen und digitale Beratung können hier Abhilfe schaffen.

Betrachtet man die Inanspruchnahme von Frühen Hilfen insgesamt für den Landkreis Meißen (Tabelle 4) zeigt sich der Einfluss der Pandemie im Sinne einer Verlagerung des persönlichen Kontakts (Hausbesuche und Informationsgespräche) in Richtung einer Beratung per Telefon und Email als auch vor Ort. Der Anteil dieser Beratungen verdoppelte sich von 18,3% im Jahr 2019 auf 37,5% in 2020.

Auffällig ist die Zunahme der Beratungen hinsichtlich gesundheitlicher Herausforderungen im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen (von Eltern bzw. Kindern). Diese machten 2019 einen Anteil von 7,6% an allen Beratungsinhalten aus. Im Folgejahr 2020 stieg dieser auf 12,7%. Dieser Anstieg ist möglicherweise ebenfalls eine Folge der Corona-Pandemie aufgrund der in den Familien erlebten Einschränkungen und Belastungen.

**Tabelle 4:** Inanspruchnahme und Beratungsinhalte der Frühen Hilfen im Landkreis Meißen, 2019–2020.

	<b>2019</b>		<b>2020</b>	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*
<b>Art der in Anspruch genommenen Frühen Hilfen:</b>				
Hausbesuche (Beratung bei Familien zu Hause)	323	<b>38,0</b>	138	<b>28,0</b>
Kurze Vorstellung/Beratung nach Wunsch im Elblandklinikum (Geburtsstation, Meißen)	372	<b>43,7</b>	170	<b>34,5</b>
Beratungen (telefonisch, E-Mail, vor Ort)	156	<b>18,3</b>	185	<b>37,5</b>
<b>Inhalte der Beratungs-/Informationsgespräche**:</b>				
Hilfestellung bei Anträgen/Behörden/Verwaltung	229	<b>38,7</b>	218	<b>33,5</b>
Schwangerschaft, Erziehung und Pflege des Kindes, Förderung des Kindes	318	<b>53,7</b>	350	<b>53,8</b>
Gesundheitliche Herausforderungen im Zusammenhang mit Beeinträchtigung (Eltern; Kinder)	45	<b>7,6</b>	83	<b>12,7</b>

\* Anteil bezieht sich auf Gesamtzahl der Inanspruchnahmen Früher Hilfen bzw. auf die Gesamtzahl der Inhalte der Beratungen.

\*\* Mehrere unterschiedliche Inhalte pro Beratungsgespräch möglich.

Quelle: KJA 2021b, eigene Darstellung.

### 2.3.2 Weitere unterstützende Angebote

Für das gesunde Aufwachsen ist nicht nur die Kleinkindphase von Bedeutung, sondern auch die nachfolgenden Altersspannen. Daher gibt es neben den Frühen Hilfen weitere, unterschiedliche Arten der Hilfeleistung für junge Menschen bis 27 Jahre. Diese Altersgruppe machte im Jahr 2020 mehr als ein Fünftel (21,9%) der Bevölkerung des Landkreises Meißen aus.

Zahlenmäßig lebte der größte Anteil dieser Bevölkerungsgruppe in PR5-RCO, gefolgt von PR1-RNH und PR4-MWE (Tabelle 5 und Abbildung 14). Die „jugendlichsten“ Planungsräume sind PR3-NLL (17,6%) und PR2-GRG (17,2% Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre). Am geringsten war der Anteil jeder Altersgruppe bis 20 Jahre in PR1-RNH, was sich besonders deutlich in Riesa zeigte. Dies änderte sich erst in den Altersgruppen darüber.

**Tabelle 5:** Altersgruppen der Bevölkerung bis 27 Jahre im Landkreis Meißen, Stichtag 31.12.2020.

	<b>0-3 Jahre</b>		<b>3-6 Jahre</b>		<b>6-10 Jahre</b>		<b>10-15 Jahre</b>		<b>0-18 Jahre</b>		<b>15-20 Jahre</b>		<b>20-27 Jahre</b>	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
<b>PR1-RNH</b>	1.285	<b>2,1</b>	1.489	<b>2,4</b>	2.012	<b>3,2</b>	2.483	<b>4,0</b>	8.796	<b>14,1</b>	2.434	<b>3,9</b>	2.380	<b>3,8</b>
ländlicher Raum	727	<b>2,2</b>	844	<b>2,6</b>	1.121	<b>3,4</b>	1.395	<b>4,2</b>	4.956	<b>15,0</b>	1.347	<b>4,1</b>	1.120	<b>3,4</b>
Riesa	558	<b>1,9</b>	645	<b>2,2</b>	891	<b>3,0</b>	1.088	<b>3,7</b>	3.840	<b>13,1</b>	1.087	<b>3,7</b>	1.260	<b>4,3</b>
<b>PR2-GRG</b>	871	<b>2,6</b>	959	<b>2,8</b>	1.333	<b>4,0</b>	1.634	<b>4,9</b>	5.778	<b>17,2</b>	1.551	<b>4,6</b>	1.415	<b>4,2</b>
ländlicher Raum	418	<b>2,7</b>	489	<b>3,1</b>	677	<b>4,3</b>	792	<b>5,1</b>	2.855	<b>18,3</b>	729	<b>4,7</b>	524	<b>3,4</b>
Großenhain	453	<b>2,5</b>	470	<b>2,6</b>	656	<b>3,6</b>	842	<b>4,7</b>	2.923	<b>16,2</b>	822	<b>4,6</b>	891	<b>4,9</b>
<b>PR3-NLL</b>	703	<b>2,5</b>	865	<b>3,0</b>	1.216	<b>4,3</b>	1.436	<b>5,1</b>	5.004	<b>17,6</b>	1.213	<b>4,3</b>	1.069	<b>3,8</b>
ländlicher Raum	452	<b>2,5</b>	565	<b>3,2</b>	821	<b>4,6</b>	962	<b>5,4</b>	3.290	<b>18,4</b>	732	<b>4,1</b>	608	<b>3,4</b>
Nossen	251	<b>2,4</b>	300	<b>2,9</b>	395	<b>3,8</b>	474	<b>4,5</b>	1.714	<b>16,3</b>	481	<b>4,6</b>	461	<b>4,4</b>
<b>PR4-MWE</b>	1.203	<b>2,6</b>	1.367	<b>3,0</b>	1.804	<b>3,9</b>	2.115	<b>4,6</b>	7.704	<b>16,8</b>	1.971	<b>4,3</b>	2.063	<b>4,5</b>
ländlicher Raum	451	<b>2,6</b>	539	<b>3,1</b>	752	<b>4,3</b>	923	<b>5,2</b>	3.135	<b>17,8</b>	744	<b>4,2</b>	540	<b>3,1</b>
Meißen	752	<b>2,7</b>	828	<b>2,9</b>	1.052	<b>3,7</b>	1.192	<b>4,2</b>	4.569	<b>16,2</b>	1.227	<b>4,3</b>	1.523	<b>5,4</b>
<b>PR5-RCO</b>	1.655	<b>2,4</b>	1.910	<b>2,7</b>	2.790	<b>4,0</b>	3.457	<b>4,9</b>	11.948	<b>17,0</b>	3.288	<b>4,7</b>	2.755	<b>3,9</b>
ländlicher Raum	357	<b>2,3</b>	420	<b>2,7</b>	636	<b>4,1</b>	860	<b>5,5</b>	2.750	<b>17,6</b>	747	<b>4,8</b>	565	<b>3,6</b>
Radebeul	842	<b>2,5</b>	988	<b>2,9</b>	1.438	<b>4,2</b>	1.740	<b>5,1</b>	6.126	<b>18,1</b>	1.697	<b>5,0</b>	1.338	<b>4,0</b>
Coswig	456	<b>2,2</b>	502	<b>2,4</b>	716	<b>3,5</b>	857	<b>4,1</b>	3.072	<b>14,8</b>	844	<b>4,1</b>	852	<b>4,1</b>
Insgesamt	5.717	<b>2,4</b>	6.590	<b>2,7</b>	9.155	<b>3,8</b>	11.125	<b>4,6</b>	39.230	<b>16,3</b>	10.457	<b>4,4</b>	9.682	<b>4,0</b>

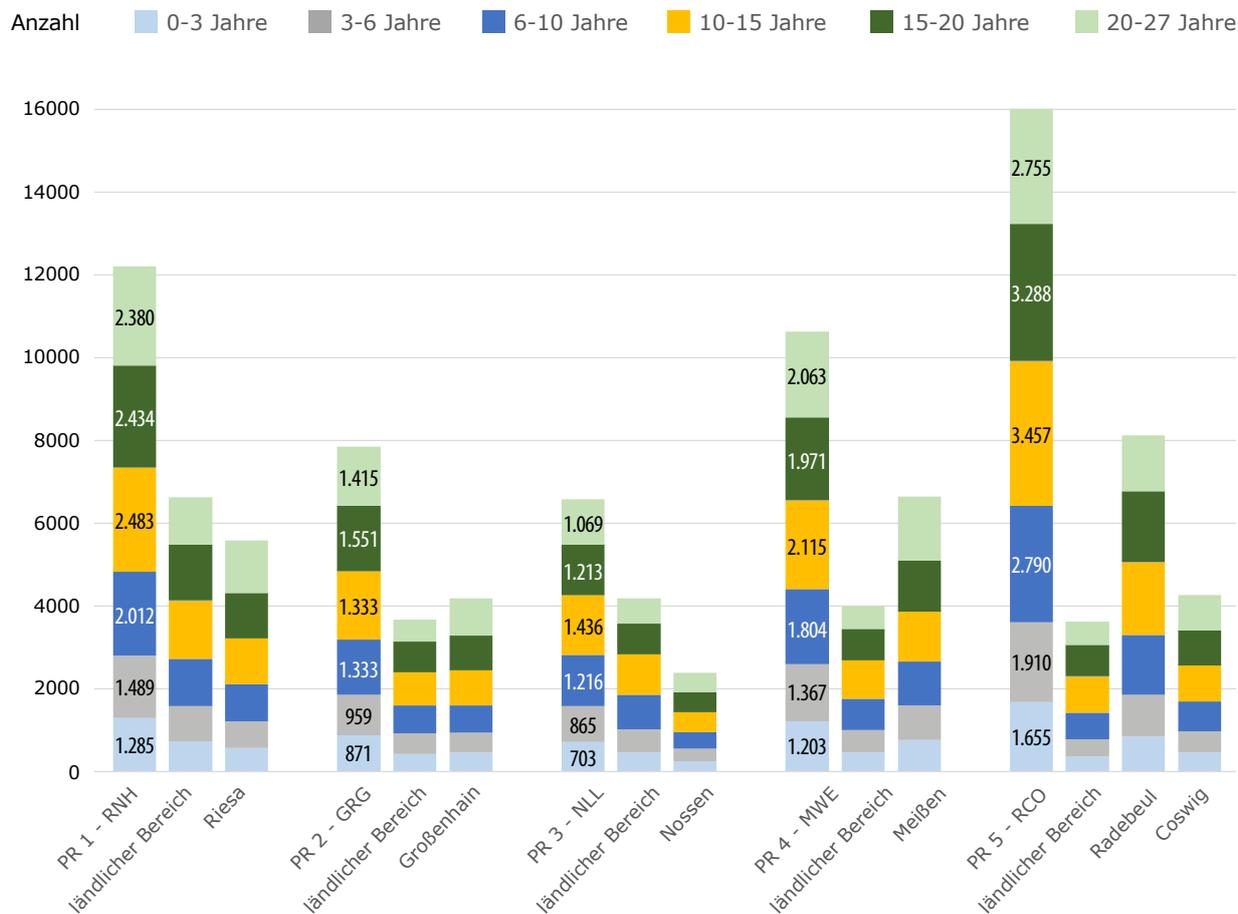
\* Anteil an Einwohnerzahl je Raum (Planungsregion, ländlicher Raum, Stadt) insgesamt.

Quelle: KJA 2021a, eigene Darstellung.

Der höchste Anteil (5,6%) an Kleinkindern bis 6 Jahre ist in PR4-MWE zu Hause, gefolgt von PR3-NLL (5,5%) und PR2-GRG (5,4%). Den höchsten Anteil 6- bis 15-Jähriger wiesen PR3-NLL (9,3%), PR5-RCO (8,9%) und PR2-GRG (8,8%) auf. Der Anteil der 15-27-Jährigen war mit jeweils rund 8,6 bis 8,8% am höchsten in den drei Planungsregionen PR4-MWE, PR2-GRG und PR5-RCO.

Obwohl die Planungsregionen insgesamt als auch ihre Aufteilung in städtischen und ländlichen Raum teilweise recht verschieden voneinander sind, haben sie gemeinsam, dass der Anteil an Kindern und jungen Menschen an der Bevölkerung im ländlichen Raum meist etwas höher ist als in den Städten.

**Abbildung 14:** Anzahl und Altersverteilung der 0- bis 27-jährigen Bevölkerung im Landkreis Meißen, 2020.

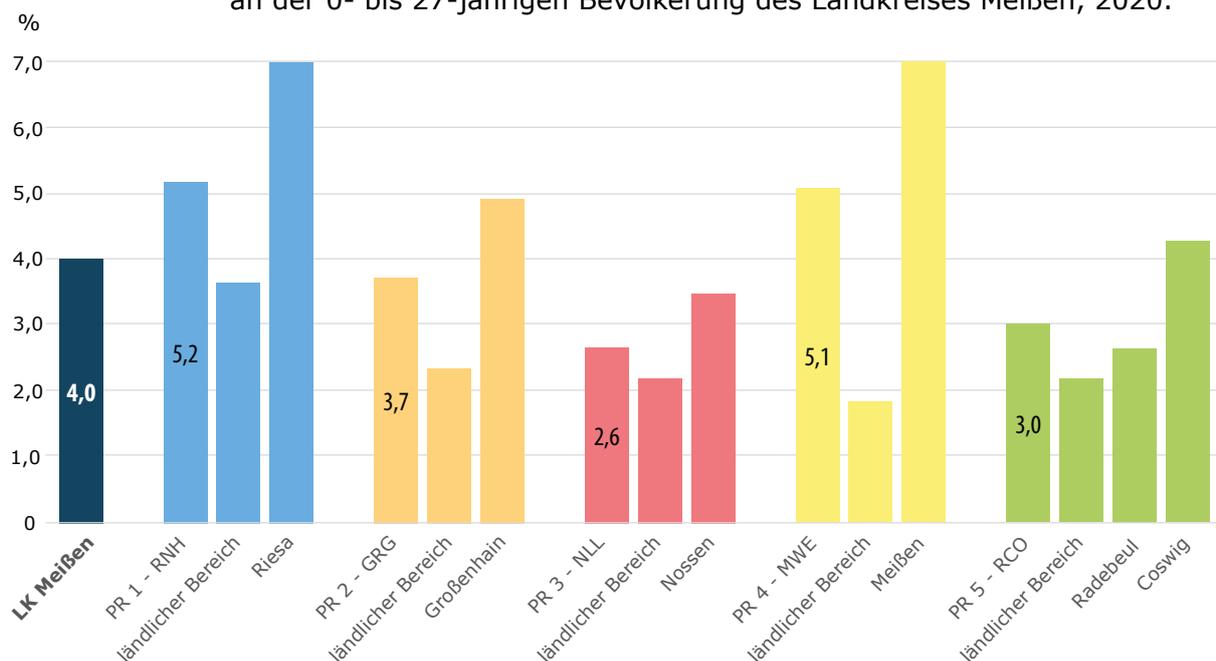


Quelle: KJA 2021a, eigene Darstellung.

Der Landkreis Meißen ist öffentlicher Träger der Kinder- und Jugendhilfe. Deren Aufgabe ist es, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis 27 Jahre in ihrer Entwicklung zu gesunden, sozialen und eigenverantwortlichen Persönlichkeiten zu unterstützen und sie vor Gefahren zu schützen. Dafür bedient sie sich neben den Frühen Hilfen weiterer verschiedener Angebote. So unterstützen unterschiedliche Arten von Hilfen Personensorgeberechtigte, wenn sie eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht mehr allein gewährleisten können (Kinder- und Jugendhilfebericht 2021).

Nachfolgende Abbildung 15 zeigt den Anteil dieser in der Altersgruppe der bis 27-jährigen Bevölkerung gewährten Hilfen bezogen auf alle 0- bis 27-Jährigen in den jeweiligen Planungsregionen, Städten bzw. ländlichen Räumen für das Jahr 2020 (Basis bildet die Kennzahl zu den erzieherischen Hilfen). Demnach entfallen die meisten Unterstützungsangebote auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene aus den Planungsregionen PR1-RNH und PR4-MWE, insbesondere der Städte Riesa und Meißen (gefolgt von Großenhain und Coswig).

**Abbildung 15:** Gewährung unterstützender Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, Anteil an der 0- bis 27-jährigen Bevölkerung des Landkreises Meißen, 2020.

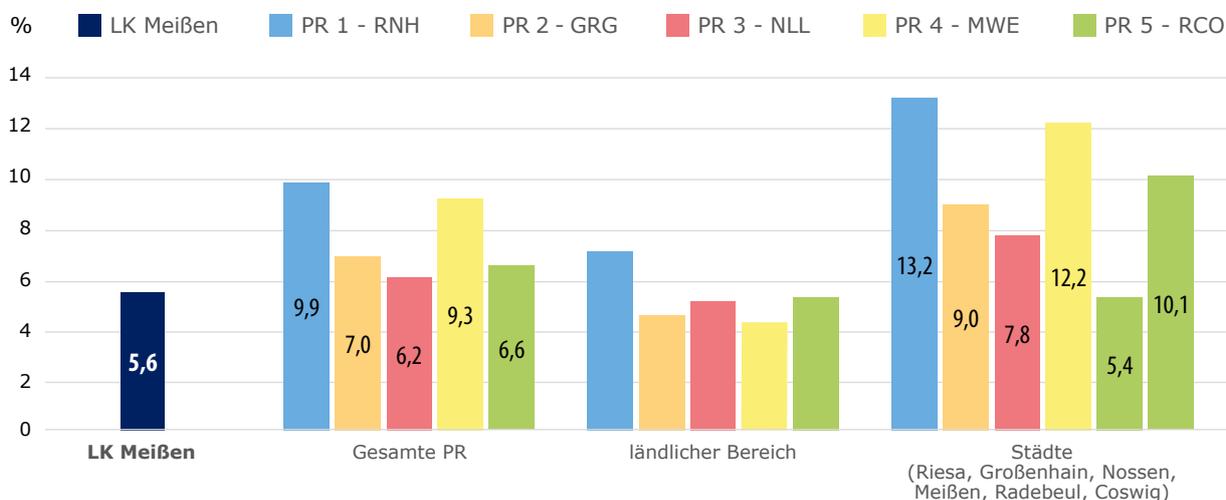


Quelle: KJA 2021c, eigene Darstellung.

Da die in Abbildung 15 dargestellten Hilfen auf einer freiwilligen Inanspruchnahme und einem Rechtsanspruch basieren und ihrer Gewährung ein Antrag durch die Eltern bzw. Sorgeberechtigten vorausgeht, sind sie ein guter Indikator für einen Mangel an sozialen, emotional-psychischen und/oder finanziell-wirtschaftlichen Ressourcen der Familie. Die Zahlen deuten darauf hin, dass diese Ressourcen insbesondere in Riesa und Meißen weniger vorhanden sind als in anderen Städten und ländlichen Bereichen des Landkreises.

Betrachtet man die Gesamtheit aller Inanspruchnahmen von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe im Landkreis Meißen (Basis bildet die Betreuungskennzahl Kinder- und Jugendhilfe) zeigt sich ein ähnliches Bild: Die höchsten Anteile entfallen auf PR1-RNH und PR4-MWE. Die Mehrzahl der Personen, die diese Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch nahmen, lebte in den Städten Riesa, Meißen und Coswig (Abbildung 16).

**Abbildung 16:** Inanspruchnahme jeglicher Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe; Anteil an der 0- bis 27-jährigen Bevölkerung des Landkreises Meißen, 2020.



Quelle: KJA 2021c, eigene Darstellung.

## 2.4 Einkommen und Arbeitslosigkeit

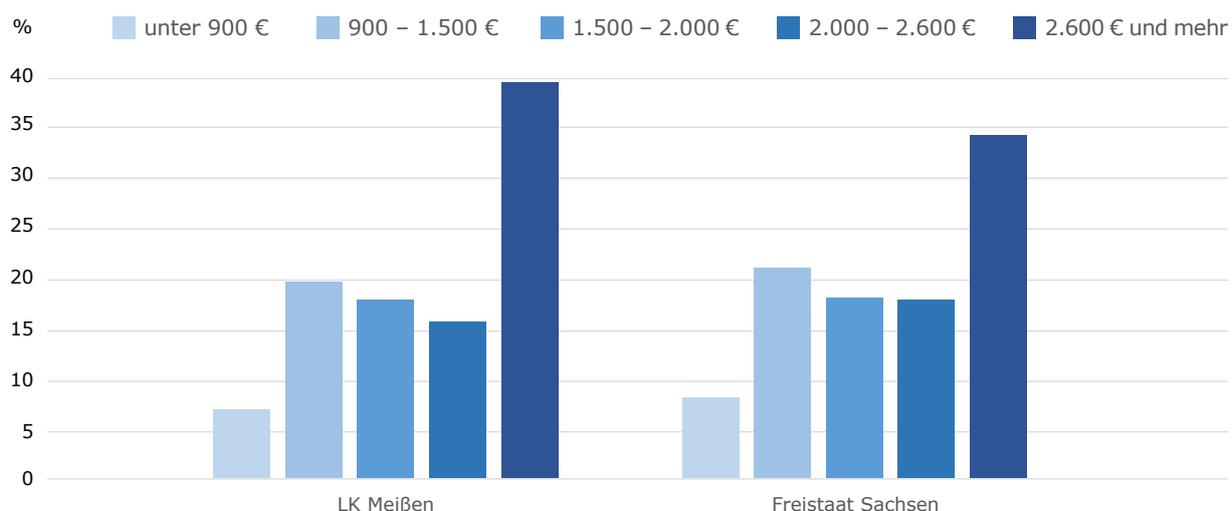
### 2.4.1 Einkommen und Bedarfsgemeinschaften

Arbeitslosigkeit und fehlendes Einkommen können zu Armut führen. Die im Rahmen des Mikrozensus berechnete und im Armutsbericht 2021 veröffentlichte Armutsquote war (inklusive der Berücksichtigung pandemiebedingter methodischer Einschränkungen) mit 16,1% in Deutschland nie höher als im Jahr 2020 (Der Paritätische Gesamtverband 2021). In Sachsen stieg sie im Vergleich zum Vorjahr um 0,7 Prozentpunkte und betrug damit 17,9%. Armut ist ein Risikofaktor für die Gesundheit (Lampert und Kuntz 2019). Dies trifft auf alle Altersgruppen zu, zeigt sich aber besonders eindrücklich in den ersten drei Lebensjahren eines Kindes (Groos & Jehles 2015; Robert Koch Institut 2015). In dieser Zeit entwickeln sich das Seh- und Hörvermögen, das Sprach- und Zahlenverständnis sowie grundlegende soziale Fähigkeiten. Diese alle geben eine Weichenstellung für das weitere Aufwachsen eines Kindes, die durch Armut eine weniger günstige Ausgangslage hat und eine weniger gesunde Richtung einschlagen kann.

Nicht nur jüngere, sondern auch ältere von Armut oder Armutsgefährdung betroffene Kinder und Jugendliche leiden häufiger unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen als nichtbetroffene Kinder bzw. Jugendliche (Lampert & Kuntz 2019). Dabei haben Familien mit mehr als zwei Kindern ein etwa dreifach so hohes Armutsrisiko (Armutsquote: 30,9%) im Vergleich zu Familien mit ein bis zwei Kindern (Armutsquote von 8,9% bzw. 11,2%; Der Paritätische Gesamtverband 2021). Ganz besonders stark von Armut betroffen sind Alleinerziehende (Armutsquote: 40,5%), aber auch Menschen mit Migrationshintergrund, geringem Bildungsabschluss oder ohne Erwerbsarbeit (Der Paritätische Gesamtverband 2021).

Im Vergleich mit dem Freistaat Sachsen fällt das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen eines Haushalts im Landkreis Meißen (2.180 EUR) höher aus als im sächsischen Durchschnitt (im Mittel 2.068 EUR; StaLa 2021g). Abbildung 17 zeigt, dass der Anteil der Haushalte mit der höchsten dargestellten Einkommenskategorie (ab 2.600 Euro) bei fast 40% im Landkreis Meißen liegt, im Freistaat Sachsen ist dieser um 5,3 Prozentpunkte geringer. Dagegen liegen die Anteile aller niedrigeren Einkommenskategorien im Landkreis Meißen unter denen des Freistaats. Somit steht dem durchschnittlichen Haushalt des Landkreises Meißen etwas mehr Geld zur Verfügung als dem durchschnittlichen Haushalt in Sachsen.

**Abbildung 17:** Verteilung des Monatlichen Haushaltsnettoeinkommens\* im Landkreis Meißen und im Freistaat Sachsen, 2019.



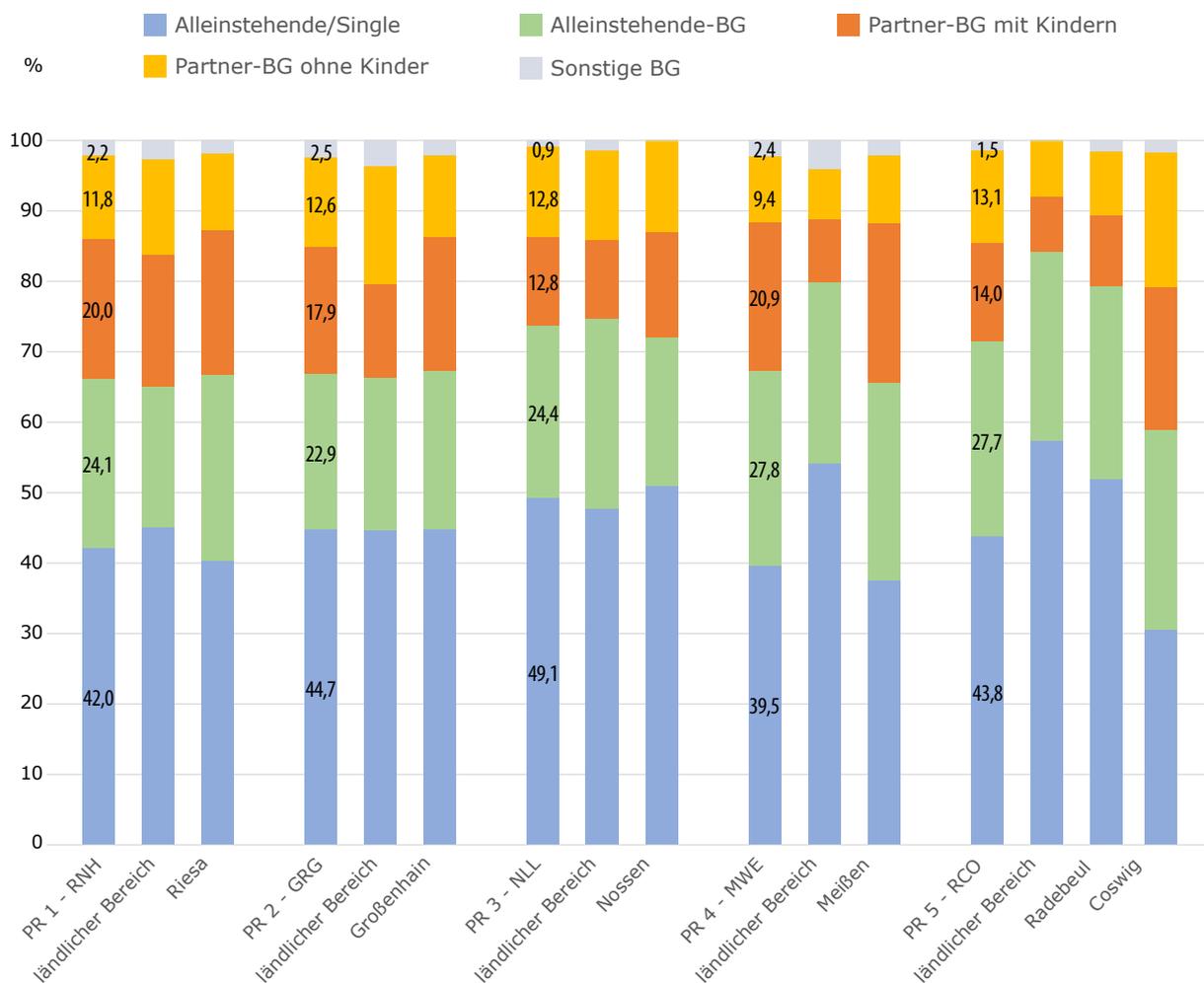
\* Ohne Haushalte, in denen mindestens ein Haushaltsmitglied in der Haupttätigkeit selbstständiger Landwirt ist, sowie ohne Haushalte, die keine Angaben über ihr Einkommen gemacht haben. (Die Ergebnisse bilden einen Jahresdurchschnittswert ab.)

Datenquelle: StaLa 2021g und StaLa 2021h, eigene Darstellung.

Will man Armut „messen“, wird diese oft in Zusammenhang mit einem Bezug von Leistungen nach SGB II (und/oder SGB XII) beschrieben, da dieser an das Einkommen gebunden ist. Familien bzw. Lebensformen, die solche Leistungen erhalten, werden Bedarfsgemeinschaften (BG) genannt.

Die Unterscheidung verschiedener Arten der Bedarfsgemeinschaften orientiert sich an der Unterscheidung der Lebensformen. Ihre Verteilung im Landkreis Meißen zeigt die nachfolgende Abbildung 18. Ein großer Teil von ihnen, zwischen 40% (PR4-MWE) und fast 50% (PR3-NLL), sind Single-Haushalte bzw. Alleinstehende. Die Bedarfsgemeinschaftsform mit dem zweitgrößten Anteil sind Alleinerziehende. Sie machen etwas mehr als ein Fünftel (PR2-GRG) bis über ein Viertel (PR4-MWE sowie PR5-RCO) aus. Bedarfsgemeinschaften von Partnern (Paaren) mit Kindern umfassen weitere 12,8% (PR3-NLL) bis 20,9% (PR4-MWE). Die kleinste in der Abbildung gezeigte Gruppe ist die der Partner (Paare) ohne Kinder, zu der zwischen 9,4% (PR4-MWE) und 13,1% (PR5-RCO) der Bedarfsgemeinschaften gehören. Abbildung 18 verdeutlicht somit die unterschiedliche, in der Regel nach oben hin abnehmende, Armutsgefährdung der einzelnen Gruppen.

**Abbildung 18:** Verteilung\* der Bedarfsgemeinschaften (BG), die Regel-Leistungen nach SGB II erhalten, je Planungsregion, 2020.

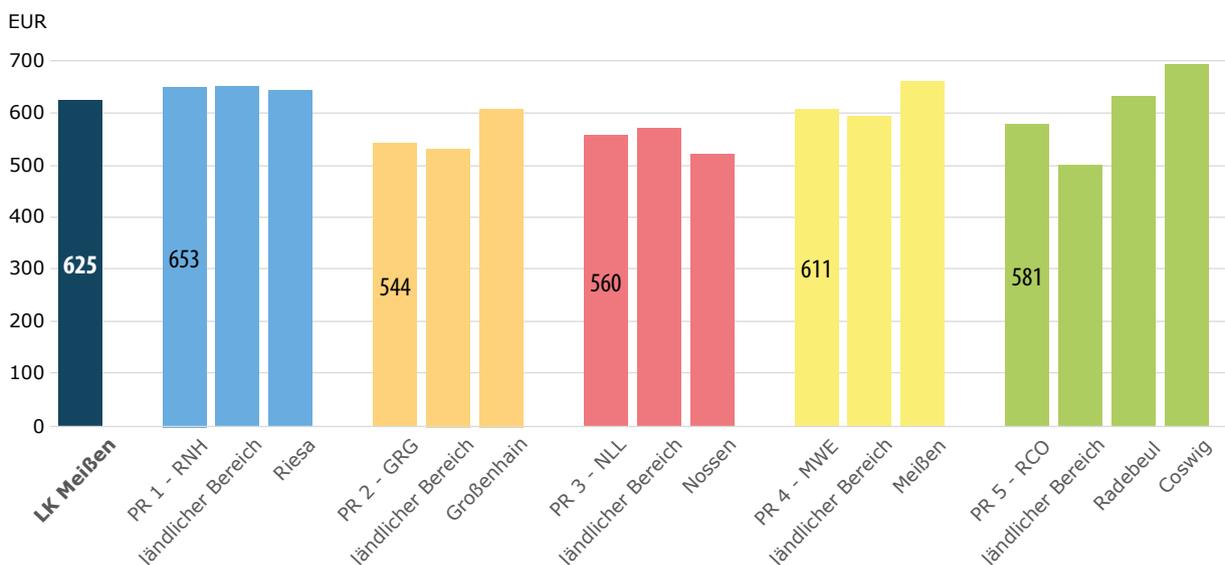


\* Aufgrund von statistischer Geheimhaltung, sind einige der Angaben lediglich Näherungswerte. Dies betrifft am stärksten die Kategorien „Partner-BG mit Kindern“ und „Partner-BG ohne Kinder“, insbesondere in den ländlichen Räumen der PR1-RNH, PR2-GRG und PR4-MWE. Gleiches gilt entsprechend für die aus der Differenz zu den Gesamt-Werten geschätzten Angaben zur Kategorie „Sonstige BG“ in den selben ländlichen Räumen.

Quelle: BA 2021a, eigene Darstellung.

Das durchschnittliche Einkommen dieser Bedarfsgemeinschaften ist in Abbildung 19 dargestellt. Ersichtlich ist, dass es in PR1-RNH am höchsten ist (653 EUR) und über dem Landkreis-Durchschnitt liegt, gefolgt von PR4-MWE (611 EUR). Grund dafür sind die in diesen Planungsregionen deutlich höheren Anteile an Bedarfsgemeinschaften, die aus Paaren mit Kindern bestehen (jeweils ca. ein Fünftel; siehe Abbildung 18). Am niedrigsten ist das durchschnittliche Einkommen von Bedarfsgemeinschaften in PR2-GRG (544 EUR) und PR3-NLL (560 EUR). In diesen Planungsregionen ist der Anteil der Paare mit Kindern geringer (13%-16%) und der der Singles bzw. Alleinstehenden höher (44%-49% im Vergleich zu 40-42% in PR1-RNH und PR4-MWE). Aufgrund statistischer Geheimhaltung ist es nicht möglich, die Zahlen für die verschiedenen Typen der Bedarfsgemeinschaften pro Planungsregion aufzuschlüsseln.

**Abbildung 19:** Durchschnittliches Einkommen der Bedarfsgemeinschaften (nach SGB II) mit verfügbarem Einkommen nach Planungsregion (in Euro), 2020.



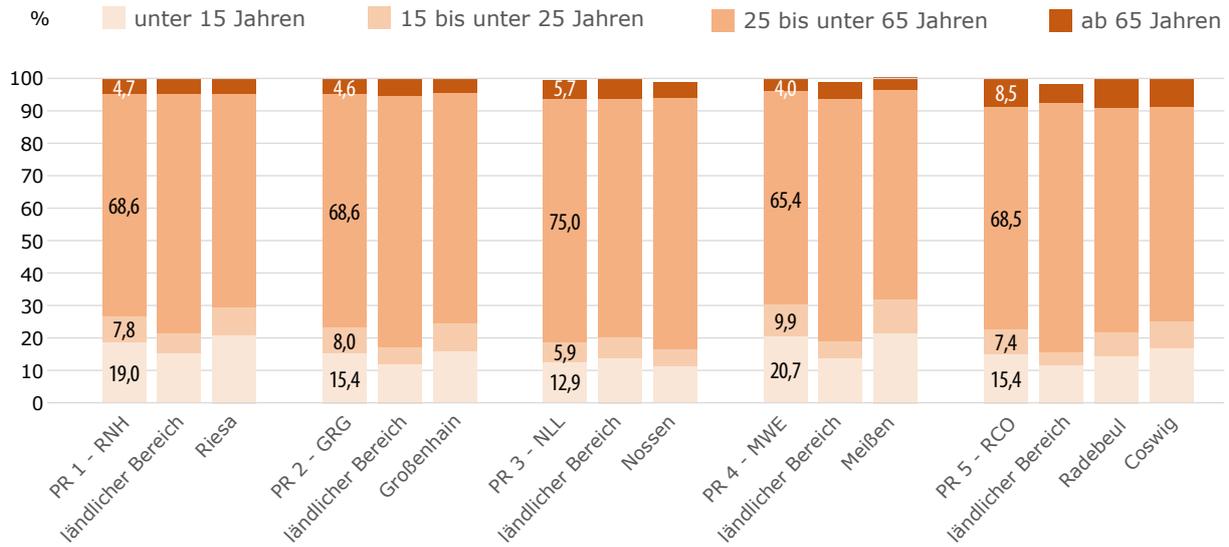
Quelle: StaLa 2021i, eigene Darstellung.

## 2.4.2 Sicherung des Lebensunterhalts

### Altersgruppen

Reicht das Einkommen einer Person oder eines Haushalts für den Lebensunterhalt nicht aus, ist ein Bezug von Leistungen nach Sozialgesetzbuch (SGB) II und ggf. XII für viele Menschen der einzige Weg diesen Bedarf zu decken. Der überwiegende Teil der Empfängerinnen und Empfänger dieser Leistungen ist volljährig und erwerbsfähig (Abbildung 20). Unter ihnen gibt es aber auch einen nicht unerheblichen Anteil an Minderjährigen sowie jungen Menschen bis 25 Jahre. Der Anteil dieser Bevölkerungsgruppen macht zwischen einem Fünftel in PR3-NLL (18,8%) und fast einem Drittel (30,6%) in PR4-MWE aus. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen (bis 15 Jahre) an den Empfängern von Leistungen nach SGB II und XII ist dabei meist etwa doppelt so hoch wie der Anteil der 15- bis 25-Jährigen. Am höchsten ist er in PR 4-MWE (20,7%) und PR1-RNH (19,0%), insbesondere in den Kreisstädten Meißen und Riesa. Der Anteil der 15- bis 25-jährigen Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger ist am höchsten in PR4-MWE (9,9%), PR2-GRG (8,0%) und PR1-RNH (7,8%), ebenso in Coswig (8,1%).

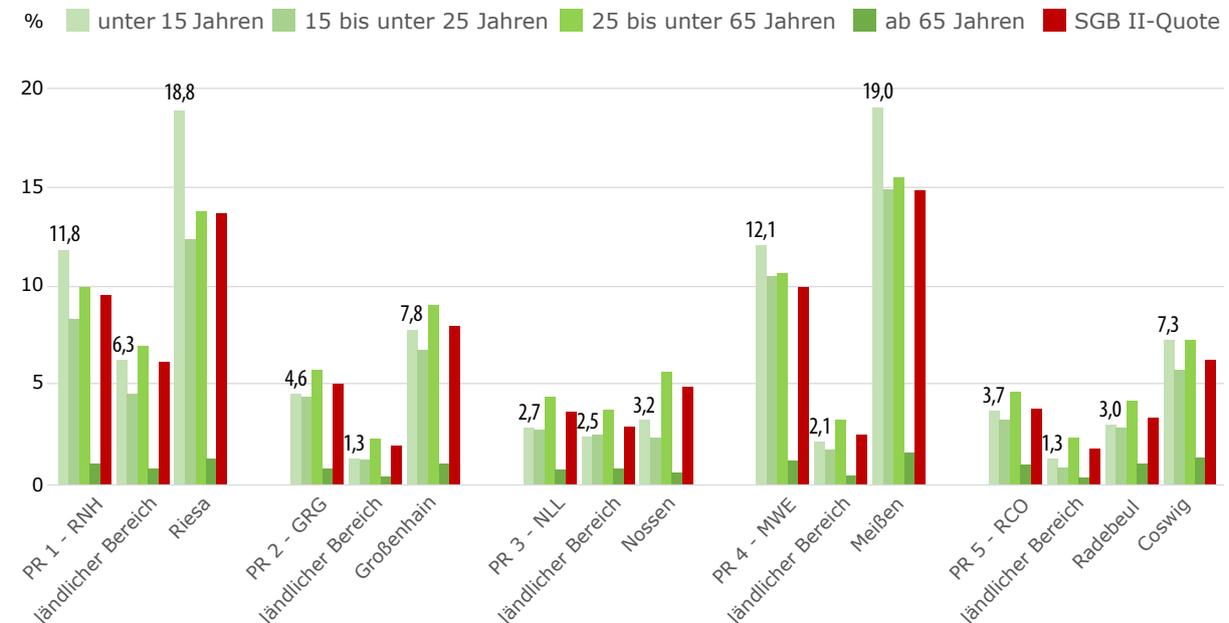
**Abbildung 20:** Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach SGB II und XII nach Altersgruppe je Planungsregion, 2020.



Quelle: StaLa 2021j, eigene Darstellung.

Eine auf den ersten Blick ähnliche Darstellung gibt Abbildung 21. Sie zeigt jedoch nicht den Anteil der Altersgruppen an Personen, die Sozialleistungen empfangen, sondern den Anteil der Leistungsempfangenden an den Einwohnerinnen und Einwohnern ihrer jeweiligen Altersgruppe.

**Abbildung 21:** Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (nach SGB II und XII) nach Bevölkerung in derselben Altersgruppe, sowie SGB II - Quote 2020.



Quelle: StaLa 2021j, eigene Darstellung.

Demnach erhalten in PR4-MWE und PR1-RNH jeweils ca. 12% der Kinder und Jugendlichen bis 15 Jahre Leistungen nach SGB II bzw. SGB XII. In den Städten Meißen und Riesa sind es sogar fast ein Fünftel der bis 15-Jährigen. Hingegen gibt es weniger als 3% Sozial-

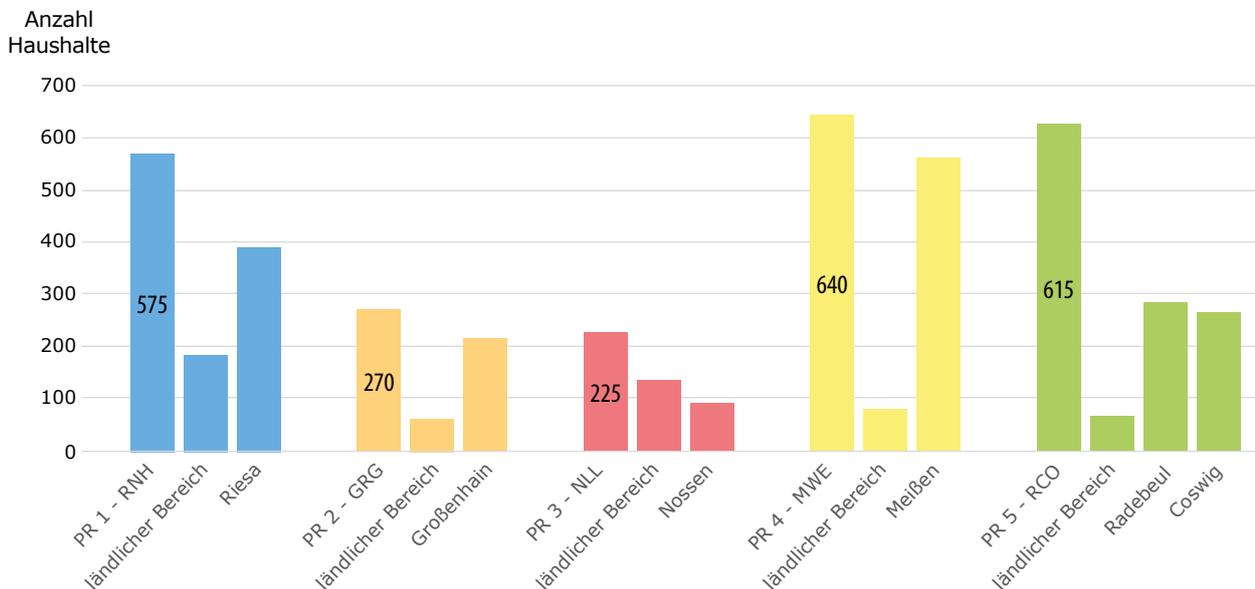
leistungsempfängerinnen bzw. -empfänger in dieser Altersgruppe in PR3-NLL; in den PR5-RCO und PR2-GRG sind es unter 4% bzw. unter 5%. Pro Planungsregion jeweils etwas geringer oder ähnlich stark betroffen sind die beiden Altersgruppen der 15-bis 25-Jährigen sowie der 25- bis 65-Jährigen. Mit großem Abstand am geringsten ist der Anteil der Personen, die Leistungen nach SGB II und XII empfangen in der älteren Bevölkerung ab 65 Jahren (jeweils überall etwa 1%).

Da die recht große Altersgruppe der 25- bis 65-Jährigen in etwa der Bevölkerungsgruppe entspricht, die für die Berechnung der SGB II – Quote herangezogen wird, ähnelt ihr Anteil dem der SGB II – Quote der jeweiligen Planungsregion. Diese Quote (Abbildung 22) gibt den Anteil der Personen an der Bevölkerung unter der Regelaltersgrenze (bis etwa 65 Jahre) wieder, die einen Anspruch auf Leistungen nach SGB II haben. Am höchsten ist sie in PR4-MWE und PR1-RNH (je ca. 10%), insbesondere in Meißen (14,8%) und Riesa (13,7%). Deutlich niedriger (3,6% bis 5,1%) ist sie dagegen in den PR3-NLL, PR5-RCO und PR2-GRG. In den ländlichen Räumen ist sie jeweils geringer als in den Städten, insbesondere trifft dies auf PR5-RCO (1,8%) und PR2-GRG (2,0%) zu.

### Wohngeldbezug

Für Haushalte, die mit Hilfe ihres Einkommens oder von Sozialleistungen zwar die Kosten ihres Lebensunterhalts decken können, nicht aber der Miete, gibt es die Möglichkeit Wohngeld zu beziehen. Die Anzahl von Haushalten, die diese Option nutzen, ist im Landkreis Meißen recht unterschiedlich (Abbildung 22). Am höchsten ist sie in PR4-MWE (640), PR5-RCO (615) und PR1-RNH (575). Hier konzentrieren sich die wohngeldempfangenden Haushalte vor allem auf die Städte Meißen (560) und Riesa (395). In PR1-RNH findet sich ein knappes Drittel auch im ländlichen Raum (180); in PR3-NLL (225) ist die Anzahl wohngeldbeziehender Haushalte im ländlichen Raum (135) höher als im ebenfalls recht ländlich geprägten Nossen (90).

**Abbildung 22:** Anzahl der Haushalte mit Wohngeld, Juni 2021.

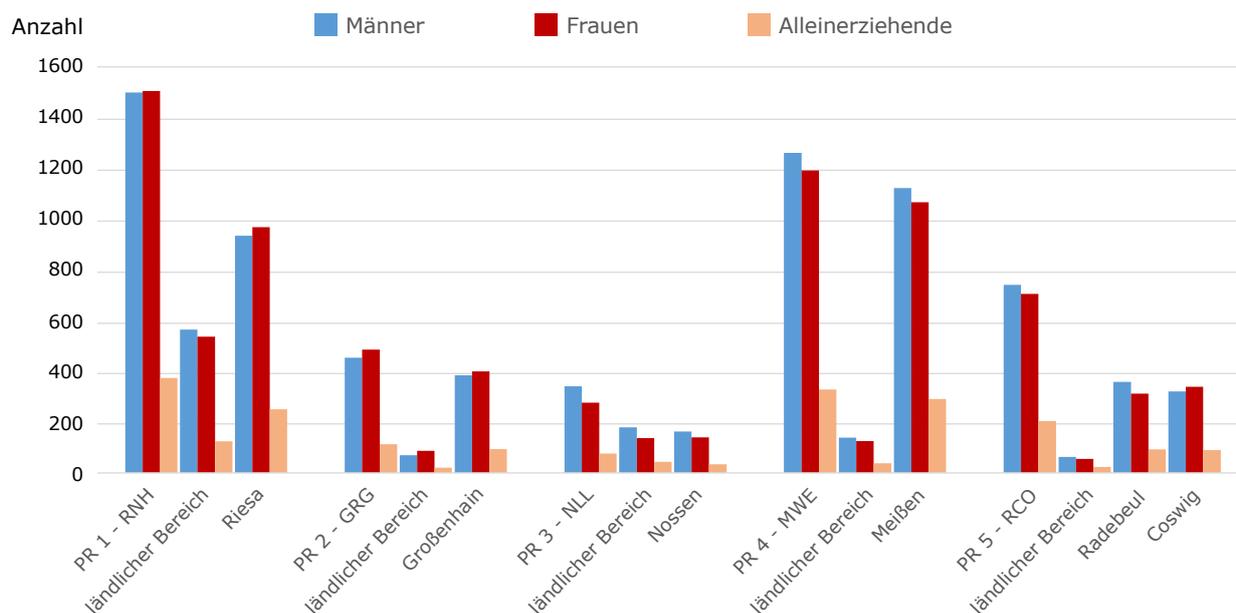


Quelle: StaLa 2021j, eigene Darstellung.

### Geschlecht und Alleinerziehenden-Status

Das Geschlechterverhältnis der sozialleistungsberechtigten Personen ist in allen Planungsregionen relativ ausgeglichen (Abbildung 23). Würde man jedoch die Alleinerziehenden, die in der Mehrheit Frauen sind, davon ausnehmen, zeigte sich ein Bild zuungunsten der männlichen Bevölkerung, denn Alleinerziehende machen in etwa jeweils ein Siebtel bis ein Achtel der Leistungsempfängenden aus.

**Abbildung 23:** Anzahl erwerbsfähiger leistungsberechtigter Personen gemäß SGB II nach Geschlecht und Alleinerziehenden-Status, Juni 2021.

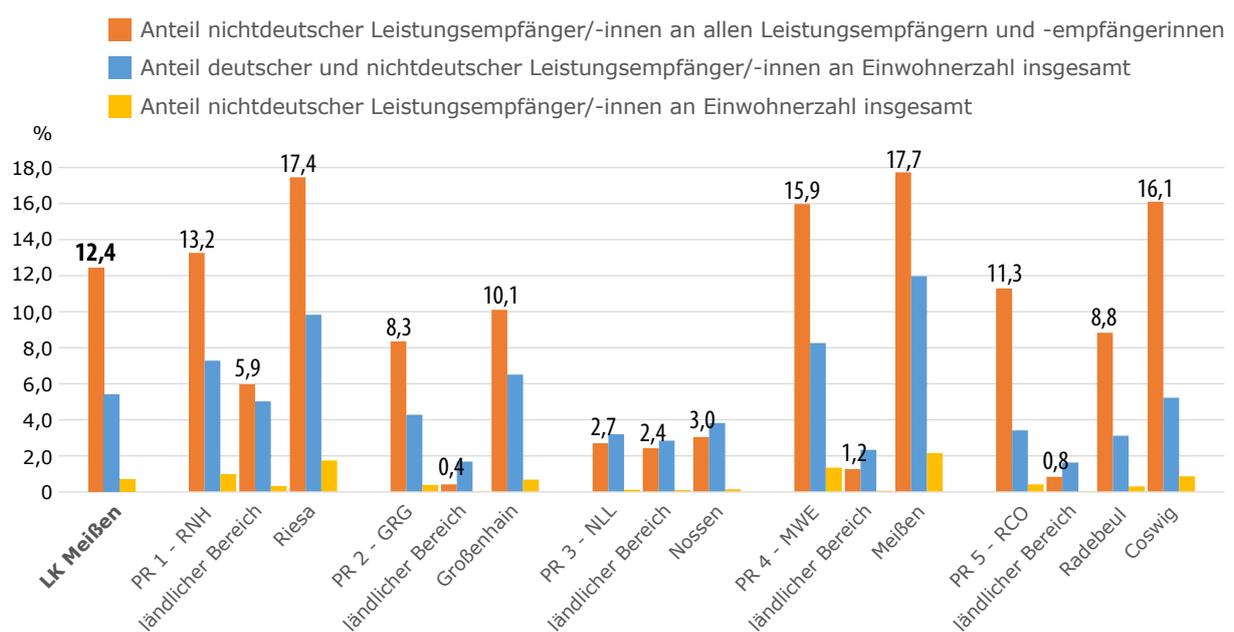


Quelle: StaLa 2021k, eigene Darstellung.

#### Personen mit Migrationshintergrund

Empfängerinnen und Empfänger von Sozialleistungen gibt es auch unter der nichtdeutschen Bevölkerung, die landkreisweit 3,2% (Abbildung 6) ausmacht. In dieser Bevölkerungsgruppe erhalten etwa ein Fünftel (21,3%) der Personen Leistungen gemäß SGB II. Gründe hierfür sind die deutlich gestiegene Arbeitslosigkeit in dieser Bevölkerungsgruppe infolge der Arbeitsmarkt-Rezession und der Corona-Krise. Ihr Anteil unter den Leistungsempfangenden des Landkreises Meißen insgesamt (Abbildung 24) beträgt etwa ein Achtel (12,4%). Gemessen an der Einwohnerzahl des Landkreises sind 0,7% der Bevölkerung nichtdeutsche Empfänger bzw. Empfängerinnen von Leistungen nach SGB II.

**Abbildung 24:** Deutsche und nichtdeutsche Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen gemäß SGB II, 2020.



Quelle: StaLa 2021j, eigene Darstellung.

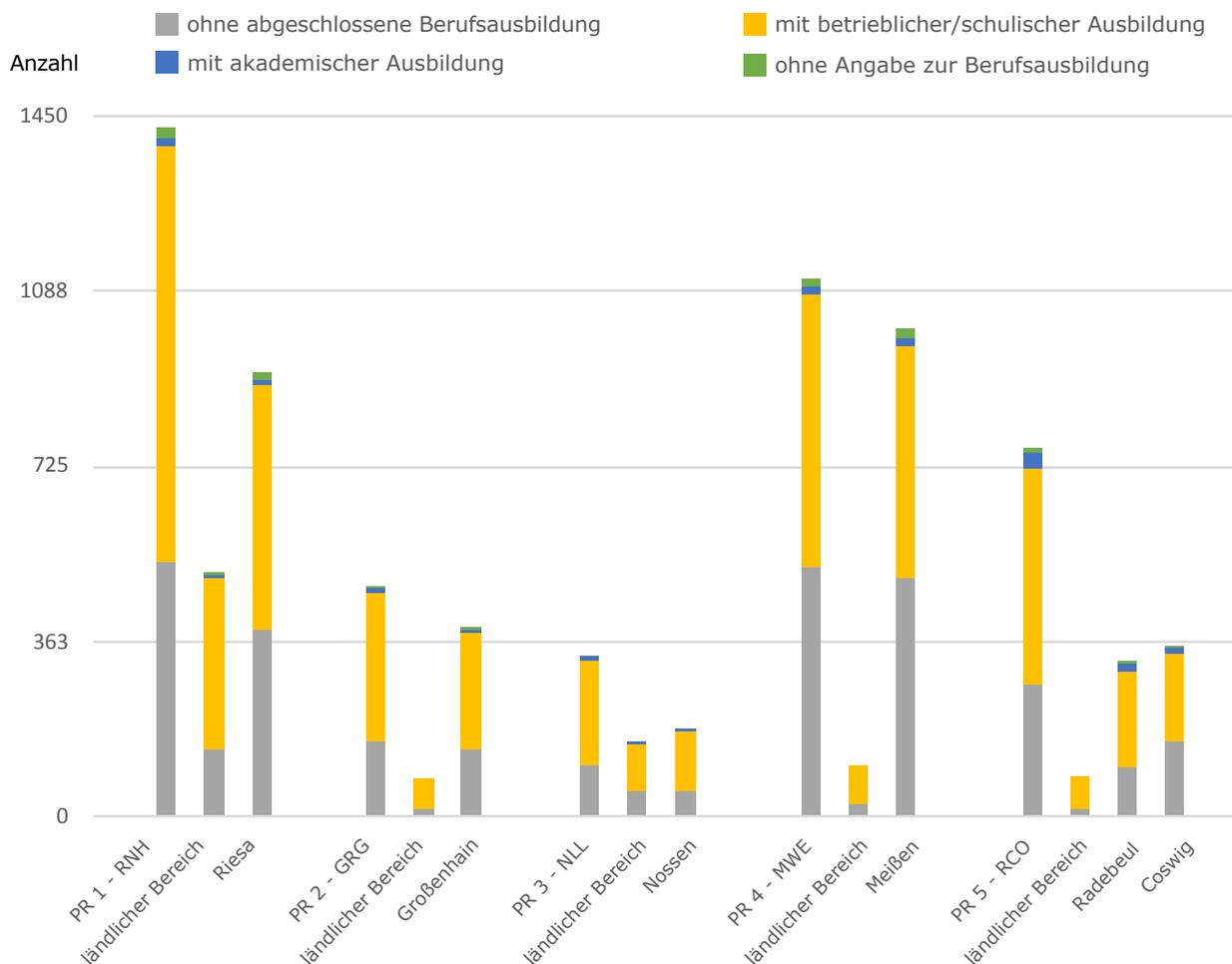
## 2.4.3 Arbeitsuche und Arbeitslosigkeit

### Arbeitsuchende

Die Bundesagentur für Arbeit weist für den Landkreis Meißen für das Jahr 2020 eine Arbeitslosenquote von durchschnittlich 5,7 % bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen aus. Diese lag unter dem sächsischen Jahresdurchschnitt von 6,1% sowie unter dem Bundesdurchschnitt von 5,9 %.

Die von der Bundesagentur für Arbeit ebenfalls erfassten arbeitsuchenden Personen gliedern sich in Bezug auf ihre Berufsausbildung in vier Gruppen. Die beiden größten Gruppen Arbeitsuchender im Landkreis Meißen sind die der Menschen ohne eine abgeschlossene Berufsausbildung und die der Personen mit betrieblicher/schulischer Ausbildung (Abbildung 25). Ihre Anzahl ist besonders groß in PR1-RNH (664 bzw. 1.090) und PR4-MWE (660 bzw. 710). Der Anteil Arbeitsuchender mit akademischer Ausbildung sowie derjenigen ohne Angabe zur Berufsausbildung ist in allen Planungsregionen gering.

**Abbildung 25:** Anzahl arbeitsuchender Personen\* (ab 25 Jahren) mit Angabe der Berufsausbildung#, Juni 2021.



\* Aus Datenschutzgründen und Gründen der statistischen Geheimhaltung wurden Zahlenwerte von 1 oder 2 und Daten, aus denen rechnerisch auf einen solchen Zahlenwert geschlossen werden kann, anonymisiert. In Fällen, in denen Werte von Null eine Information über den Merkmalsträger offenlegen, wurden auch diese Nullwerte anonymisiert. Daher sind einige dieser Summen lediglich Näherungswerte.

# Merkmale wie der Schulabschluss oder die Berufsausbildung werden nur für arbeitsuchende Personen (Summe aus Status „arbeitslos“ und Status „nicht arbeitslos/arbeitsuchend“) ausgewiesen.

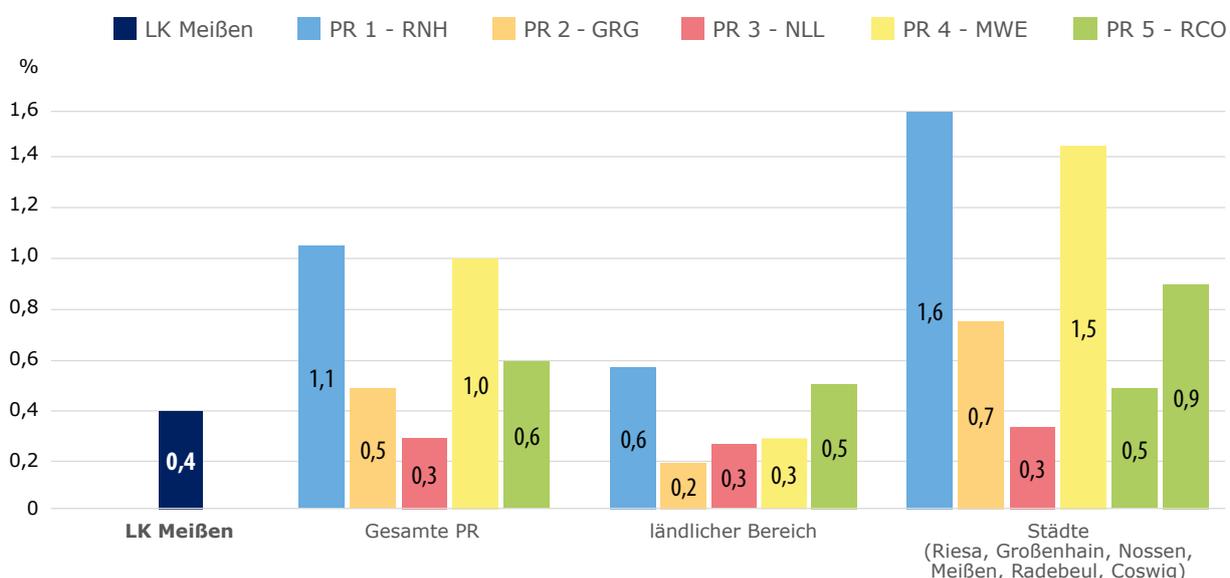
Quelle: BA 2021b, eigene Darstellung.

## Jugendarbeitslosigkeit

Zur jungen Bevölkerung ohne Arbeit gehören insbesondere junge Menschen zwischen 15 und 25 Jahren ohne Schul- bzw. ohne Berufsabschluss. Für diese spielen nicht selten multiple Problemlagen (Drogenabhängigkeit, Verhaltensauffälligkeiten, Straffälligkeit, Vermeidungsstrategien, Schulmüdigkeit, physische und psychische Beeinträchtigungen, Wohnungsnot, Schulden etc.; Kinder- und Jugendhilfebericht 2020) eine erschwerende Rolle bei der Vermittlung in den Arbeitsprozess.

Bezogen auf die Planungsregionen besteht die höchste Jugendarbeitslosigkeit im Landkreis Meißen mit jeweils ca. 1% aller Jugendlichen und jungen Menschen in PR1-RNH und PR4-MWE (Abbildung 26). In allen Planungsregionen ist sie im ländlichen Raum niedriger als in den Städten. Von diesen sind Riesa (1,6%), Meißen (1,5%) und Coswig (0,9%) am stärksten betroffen. Am geringsten ist die Arbeitslosigkeit unter jungen Menschen in PR3-NLL (0,3%) und PR2-GRG (0,5%).

**Abbildung 26:** Anteil Arbeitsloser unter der bis 27-jährigen Bevölkerung, 2020.



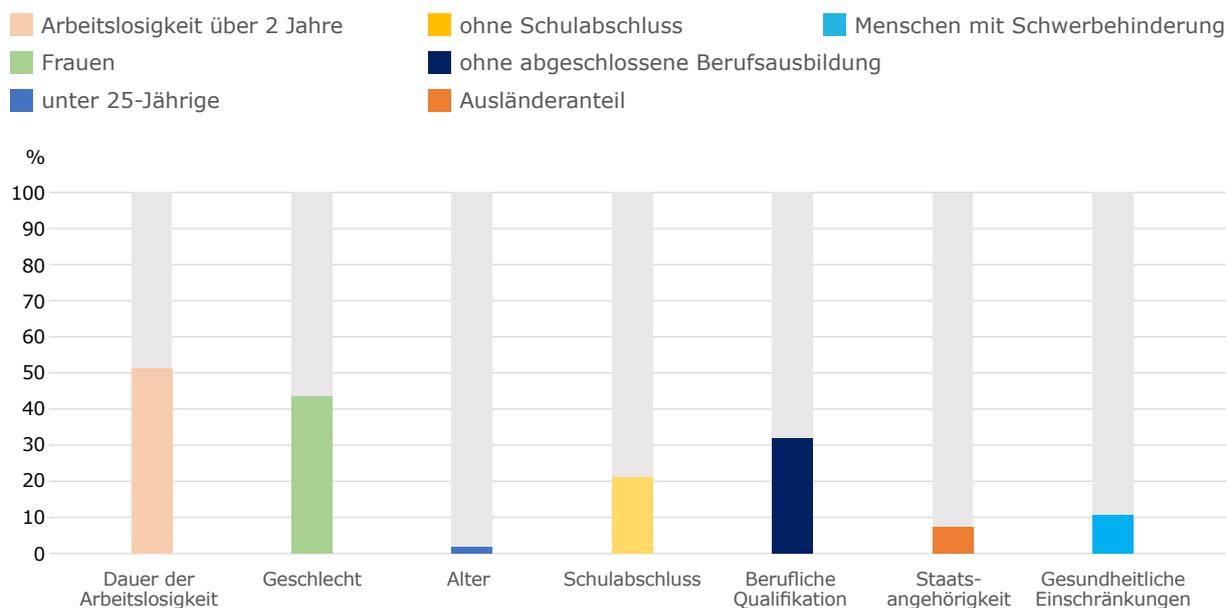
Quelle: KJA 2021c, eigene Darstellung.

## Langzeitarbeitslosigkeit

Die anteilige Langzeitarbeitslosenquote (Langzeitarbeitslose bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen) im Landkreis Meißen betrug Ende 2020 ca. 2,2%. Dabei machte der Anteil Langzeitarbeitsloser (mehr als ein Jahr arbeitslos) an den Arbeitslosen insgesamt mehr als ein Drittel (38,3%) aus. Neben einer im Vergleich zum Vorjahr etwas gestiegenen Langzeitarbeitslosen- und Arbeitslosenquote war insbesondere das Ende des Jahres 2020 außerdem geprägt von Kurzarbeit aufgrund des im November beginnenden Teil-Lockdowns.

Darüber hinaus lässt sich in Bezug auf Langzeitarbeitslosigkeit im Landkreis Meißen feststellen (Abbildung 27), dass fast die Hälfte (48,7%) der Betroffenen mehr als 2 Jahre ohne Arbeit war und mehr als die Hälfte (56,3%) der Langzeitarbeitslosen Männer sind. Der Ausländeranteil unter ihnen beträgt 7,3%. Personen ohne Schulabschluss machen mehr als ein Fünftel aus (21,3%) und Menschen ohne abgeschlossene berufliche Qualifikation fast ein Drittel (32%) der Betroffenen. Knapp 2% von ihnen sind unter 25-jährig und etwa ein Zehntel hat gesundheitliche Einschränkungen aufgrund einer Schwerbehinderung (10,6%).

**Abbildung 27:** Ausgewählte Merkmalsausprägungen der von Langzeitarbeitslosigkeit betroffenen Personen im Landkreis Meißen, Dezember 2020.



Quelle: BA 2021c, eigene Darstellung.

## 2.5 Fazit

Insgesamt zeigt sich für den Landkreis Meißen in Bezug auf Einkommen und Erwerbsarbeit, dass je nach Planungsregion zwischen einem Fünftel und fast einem Drittel derjenigen die Sozialleistungen für den Lebensunterhalt erhalten, junge bis sehr junge Menschen sind (0- bis 25-jährig). Dabei sind vor allem in PR1-RNH und PR4-MWE bereits viele Kinder und Jugendliche bis 15 Jahren betroffen (in Riesa und Meißen fast ein Fünftel der bis 15-jährigen Bevölkerung). Alleinerziehende sowie nichtdeutsche Einwohner und Einwohnerinnen machen jeweils ca. ein Achtel der Personen, die Leistungen gemäß SGB II und XII empfangen, aus.

Besonders viele Arbeitsuchende gibt es in den PR1-RNH und PR4-MWE. Die meisten von ihnen haben entweder keine abgeschlossene Berufsausbildung oder einen betrieblichen bzw. schulischen Abschluss. Unter den jungen Menschen bis 25 Jahre sind landkreisweit 0,4% von Arbeitslosigkeit betroffen. In den Städten Riesa und Meißen ist ihr Anteil etwa viermal, in Coswig und Großenhain ca. zweimal so hoch. Bei Langzeitarbeitslosigkeit spielen insbesondere eine fehlende berufliche Qualifikation, ein nicht vorhandener Schulabschluss und gesundheitliche Einschränkungen eine Rolle. Aber auch eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit erhöht die Wahrscheinlichkeit.

## 3 Kinder-Gesundheit im Spiegel der Schulaufnahmeuntersuchungen

### Einleitung

Die Gesundheit der Bevölkerung ist ein besonderes Anliegen des Landkreises Meißen, das in unterschiedlicher Weise und zielgruppenspezifisch unterstützt wird. Dazu gehören neben einem breiten Angebot an medizinischer Versorgung zahlreiche Möglichkeiten, sich gesund zu halten oder eine gesunde Lebensführung einzuüben. Eine Vielzahl an Beratungsstellen, Präventionsangeboten (z.B. Kochen, Bewegung, Gewichtsreduktion) und, insbesondere durch Krankenkassen, geförderten Projekten tragen ebenso dazu bei wie Sportstätten und Vereine, Schwimmbäder, Selbsthilfegruppen und etliches mehr.

Kleine Kinder und ihre Familien können Unterstützung zum Beispiel im Rahmen des Fachkräfte-Netzwerks für präventiven Kinderschutz erhalten, dessen Ziel es ist, Kindern ein gesundes Aufwachsen von Anfang an zu ermöglichen. Zu diesem gehören unter anderem die „Frühen Hilfen“ und das „Willkommen - Bündnis für Kinder“. Damit stehen den Familien die aufsuchende Familienberatung, Unterstützung durch Familienhebammen sowie Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen sowie zahlreiche weitere Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung. Für größere Kinder und Jugendliche gibt es zahlreiche landkreisweite Betreuungsangebote der Kinder- und Jugendhilfe, mobile Kinder- und Jugendarbeit, Familienzentren, betreute Wohngemeinschaften für pädagogisch- oder sucht-therapeutische Unterstützung, Sportvereine, Möglichkeiten sportlicher Betätigung und vieles andere.

Der Leitgedanke hinter allen Angeboten für Kinder und Jugendliche ist es, einen Beitrag zum chancengerechten, gesunden Aufwachsen zu leisten, der sie und ihre Familien unabhängig von Herkunft oder Nationalität unterstützt.

Besondere Bedeutung für ein gesundes Aufwachsen kommt dabei neben den niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten mit den jeweiligen Vorsorgeuntersuchungen, den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Frühförderung, den sozialpädiatrischen Zentren und dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes zu. Letzterer ist verantwortlich für die Untersuchungen der Kindergartenkinder zwei Jahre vor Schulbeginn (entsprechend des Sächsischen Gesetzes über Kindertageseinrichtungen, SächsKitaG), die Schulaufnahmeuntersuchungen im Vorschuljahr und die Untersuchungen im 6. Schuljahr (entsprechend des Sächsischen Schulgesetzes (SächsSchulG)). Im Fokus des vorliegenden Berichts stehen die Schulaufnahmeuntersuchungen, die den letzten Abschnitt der Vorschulzeit eines Kindes markieren. Exemplarisch werden einige Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchungen 2020/21 aus dem Landkreis Meißen und seinen fünf Planungsregionen vorgestellt.

### 3.1 Schulaufnahmeuntersuchungen

Eine Säule für einen gelingenden Schulstart stellt die ärztliche Schulaufnahmeuntersuchung als gesetzliche Pflichtuntersuchung für alle Kinder vor dem Schulbeginn dar. Sie wird in standardisierter Form vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst bei allen Kindern im Vorschuljahr anhand eines Entwicklungsscreenings und einer körperlichen Untersuchung durchgeführt. Dabei werden der Gesundheitszustand, die Belastbarkeit und die Konzentrationsfähigkeit der Vorschulkinder ebenso in den Blick genommen, wie die sprachlichen, motorischen und kognitiven Kompetenzen.

Ziel ist es, sowohl schulrelevante Erkrankungen festzustellen und entsprechende Vorkehrungen für den Schulalltag zu veranlassen als auch den Entwicklungsstand des Kindes zu beurteilen, um eine Empfehlung für die Schullaufbahnplanung zu erteilen. Sorgeberechtigte und Schulleiter der zuständigen Grundschule werden über die aus ärztlicher Sicht erforderlichen Maßnahmen informiert. Die Entscheidung über notwendige sonderpädagogische Unterstützung oder Rückstellung des Kindes vom Schulbeginn trifft der Schulleiter in enger Abstimmung mit den Sorgeberechtigten.

Die Schulaufnahmeuntersuchungen finden normalerweise nach der Schulanmeldung im Zeitraum September bis Januar statt. Aufgrund der Corona-Pandemie und damit verbundener (Teil-)Lockdowns konnten sie 2020/21 jedoch zum Teil erst Monate später durchgeführt werden. Kinder mit Entwicklungsverzögerungen erhielten dadurch verspätet gezielte Förderempfehlungen. Beim Vergleich der Testergebnisse mit den Vorjahren ist zu berücksichtigen, dass die Aufgaben für um einige Monate jüngere Kinder konzipiert sind.

Die Anzahl der 2020/21 für eine mögliche Einschulung im Schuljahr 2021/22 beim Kinder- und Jugendärztlichen Dienst vorgestellten Kinder des Landkreises Meißen ist in Tabelle 6 ersichtlich. Die meisten Kinder wurden in PR5-RCO und PR1-RNH gesehen. Im Städtevergleich kam der größte Teil von ihnen aus Radebeul, Meißen und Riesa.

**Tabelle 6:** Anzahl der untersuchten Kinder nach Stadt und Land je Planungsregion, 2020/21.

Kinder pro:	Planungsregion	ländlicher Raum	Stadt	
PR1-RNH	596	341	Riesa	255
PR2-GRG	345	172	Großenhain	173
PR3-NLL	329	213	Nossen	116
PR4-MWE	497	198	Meißen	299
PR5-RCO	672	141	Radebeul	355
			Coswig	176
<b>Summe:</b>	<b>2.439</b>	<b>1.065</b>		<b>1.374</b>

Quelle: KJÄD 2021a; eigene Darstellung.

Die nachfolgenden Darstellungen zeigen die zusammengefassten Befunde des Entwicklungsscreenings der Schulaufnahmeuntersuchungen 2020/2021. Die Zahlen des Landkreises Meißen beziehen sich jeweils auf den Wohnort der Kinder.

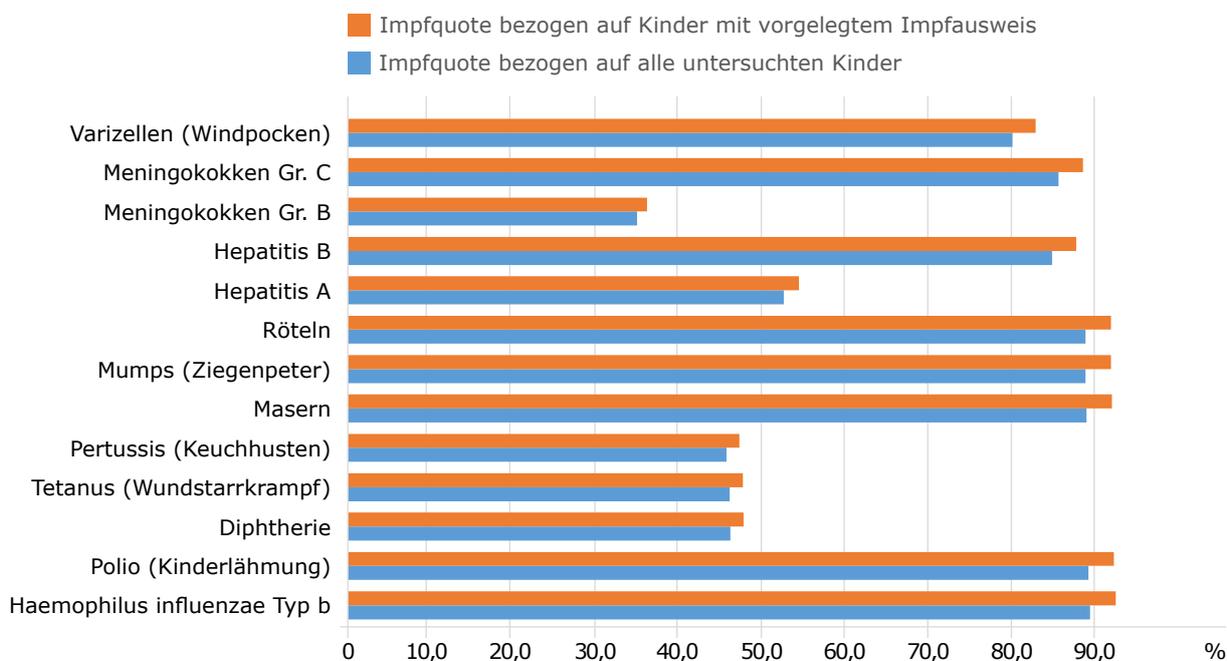
### 3.2 Impfstatus

Neben den Untersuchungen erfasst der Kinder- und Jugendärztliche Dienst zur Schulaufnahmeuntersuchung den Impfstatus der Kinder. Je nach Alter werden für Kinder unterschiedliche Impfungen von der Sächsischen Impfkommision (SIKO) empfohlen. Die erfolgten Impfungen sind im Impfausweis vermerkt. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst erhebt, ob eine Impfung vollständig, unvollständig oder gar nicht vorhanden ist. In diesem Zusammenhang ist eine individuelle Impfberatung möglich. Die Erfassung des Impfstatus dient darüber hinaus der statistischen Aussagefähigkeit zum Impfstand der Vorschulkinder des Landkreises.

Abbildung 28 zeigt die Impfquote bezüglich der für Kinder im Vorschulalter angebotenen Impfungen im Landkreis Meißen. Diese Quote, das heißt der Anteil geimpf-

ter Kinder, bezieht sich zum einen auf diejenigen Kinder, für die der Impfausweis zur Schulaufnahmeuntersuchung vorgelegt wurde. Eine zweite Quote bezieht sich auf alle im Landkreis Meißen zur Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21 untersuchten Kinder. Da nicht für alle Kinder der Impfausweis mitgebracht wurde, ist dieser Anteil entsprechend geringer.

**Abbildung 28:** Impfquoten (vollständig geimpfte Kinder laut Empfehlung der SIKO) bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Impfausweis und bezogen auf alle untersuchten Kinder des Landkreises Meißen zur Schulaufnahmeuntersuchung, 2020/21.



Quelle: SMS 2022; eigene Darstellung.

Der höchste vollständige Impfschutz im Landkreis Meißen bestand mit nahezu 90% aller untersuchten Kinder gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis) und Haemophilus influenzae Typ b, einer schweren bakteriellen Infektion insbesondere der oberen Atemwege, die zu bedrohlichen Komplikationen oder gar zum Tod führen kann. Fast genauso hoch (89%) war er für Mumps, Masern und Röteln (MMR). Bezüglich Meningokokken Gruppe C, Hepatitis B und Windpocken (Varizellen) bestand ein Impfschutz bei 80% bis 85% aller untersuchten Kinder.

Nachholbedarf besteht laut Bundesgesundheitsministerium (BMG 2021) bei Kindern vor allem in Bezug auf Impfungen gegen Pertussis (Keuchhusten), Hepatitis B als auch die Zweitimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln. Der Impfschutz gegen Pertussis, Tetanus und Diphtherie (Kombinationsimpfstoff) erscheint zum Zeitpunkt der Schulaufnahmeuntersuchung mit lediglich 46% in der Tat noch sehr niedrig. Jedoch ist die Wiederholungsimpfung entsprechend den Empfehlungen der SIKO ab dem 60. Lebensmonat angeraten und bei Vorstellung der Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung von vielen Eltern bereits geplant. Ähnlich wie bei Kindern wird auch bei Jugendlichen und Erwachsenen vom Bundesgesundheitsministerium besonders der Masernimpfschutz als noch unzureichend betrachtet.

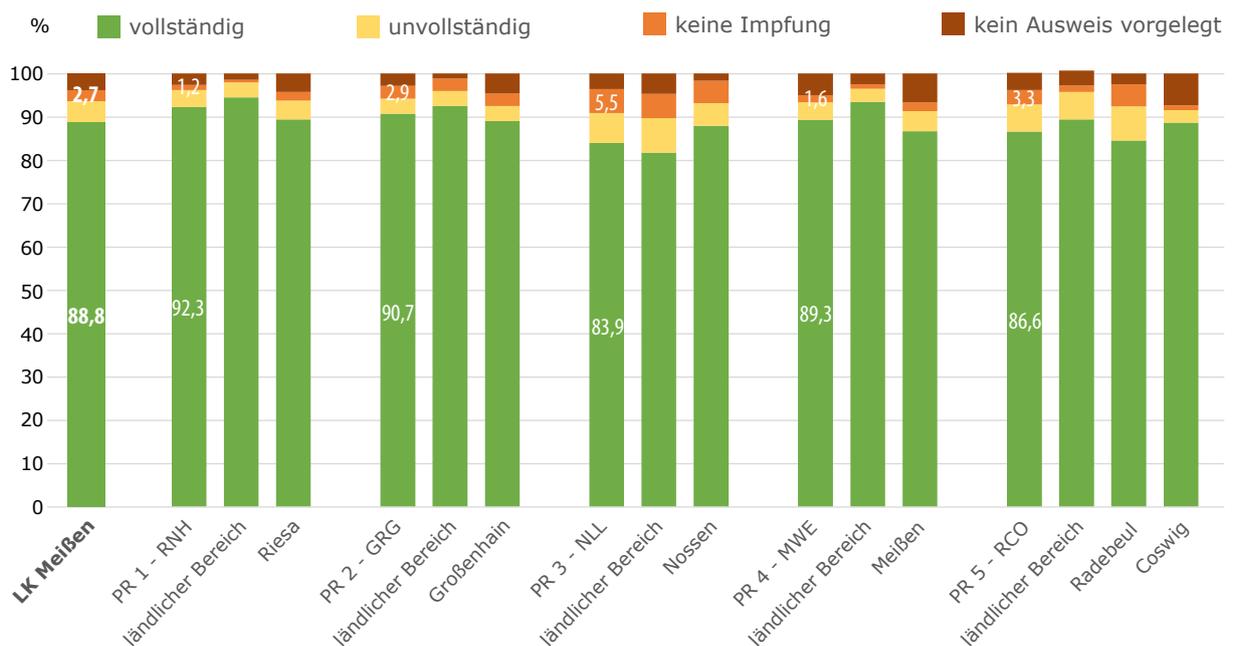
Da Masern zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten gehören und besonders bei Kindern im Vorschulalter sowie bei Erwachsenen zu schweren Komplikationen führen können, ist ihre Elimination ein Ziel der WHO, das auch von Deutschland verfolgt wird. Deshalb wurde vom Gesetzgeber im Jahr 2020 eine Masern-Impfpflicht eingeführt, die dazu beitragen soll, die von der WHO für die zweite Masernimpfung als notwendig eingestufte Impfquote von 95% zu erreichen. Erst mit der zweiten Impfung liegt ein vollständiger Impfschutz vor, der ein Leben lang vor der Erkrankung und ihren möglichen Folgen schützt.

Diese zweite Masernschutzimpfung wurde in Sachsen (wie in vielen anderen Ländern) bis 2016 entsprechend der Empfehlung der SIKO in der Regel im 60. bis 64. Lebensmonat – in Kombination mit der Vorsorgeuntersuchung U9 – durchgeführt, das heißt erst kurz vor dem Schulbeginn vieler Kinder. Die Empfehlung wurde ab 2017 auf die Vorsorgeuntersuchung U8 (46.-48. Lebensmonat) vorverlegt, in der Praxis erfolgte die Impfung aus verschiedenen Gründen aber teilweise noch im 6. Lebensjahr. Deshalb kommt die Erfassung des Impfschutzes zur Schulaufnahmeuntersuchung für einige Kinder zu früh. Sie entspricht keiner echten Impflücke, da für sie die Masernschutzimpfung unmittelbar bevorsteht. Gleiches gilt für die Impfung gegen Pertussis, Tetanus und Diphtherie.

Abbildung 29 zeigt den Anteil der Kinder mit Masernschutzimpfung an allen zur Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21 untersuchten Kindern. Dieser beträgt für den Landkreis Meißen insgesamt 88,8%. Den größten Anteil vollständig geimpfter Kinder haben die Planungsregionen PR1-RNH (92,3%), PR2-GRG (90,7%) und PR4-MWE (89,3%). Dabei liegt die Impfquote in den ländlichen Bereichen jeweils etwas höher als in den Städten. In diesen Planungsregionen ist auch der Anteil der unvollständig geimpften Kinder und der Kinder ohne Impfung am geringsten, besonders im ländlichen Raum. Letzteres gilt mit Ausnahme von Radebeul auch für PR5-RCO.

Den höchsten Anteil ungeimpfter Kinder haben PR3-NLL (5,5%) und PR5-RCO (3,3%), hier insbesondere Radebeul (5,1%). In diesen beiden Regionen leben auch die meisten Kinder mit unvollständigen Impfungen (PR 3-NLL: 7,0%; PR5-RCO: 6,3%).

**Abbildung 29:** Masernschutzimpfstatus zur Schulaufnahmeuntersuchung, 2020/21.



Quelle: KJÄD 2021a; eigene Darstellung.

Im Vergleich zum Vorjahr 2019/20 (83,8%) wurde zu den Schulaufnahmeuntersuchungen 2020/21 ein Anstieg des Kinderanteils mit vollständiger Masernschutzimpfung um fünf Prozentpunkte auf 88,8% festgestellt. Diese deutliche Zunahme ist möglicherweise auf die Einführung der Impfpflicht zurückzuführen, denn beim Besuch einer Kindertageseinrichtung muss nunmehr der vollständige Masernimpfschutz nachgewiesen werden. Aber auch für alle anderen Impfungen ergab sich eine leichte Steigerung der Impfquote im Vergleich zum Vorjahr. Der tatsächliche Masernimpfschutz ist wahrscheinlich noch etwas höher, da die Zweitimpfung zwar noch nicht durchgeführt, aber für einige der Kinder zum Zeitpunkt der Schulaufnahmeuntersuchung von den Eltern bereits geplant war. Damit käme der Landkreis Meißen den WHO-Kriterien für eine Elimination der Masern schon relativ nahe.

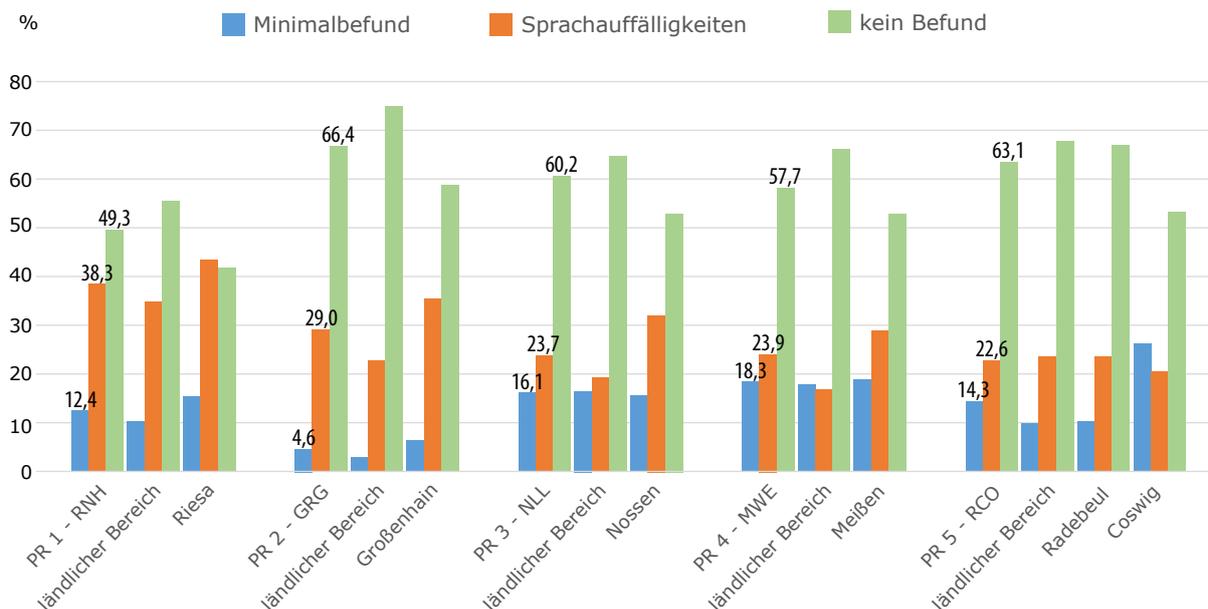
Da seit Januar 2022 in Sachsen die Empfehlung gilt, die zweite Masern-Mumps-Röteln-Impfung bereits zwischen dem 15. und 23. Lebensmonat zu verabreichen, wird voraussichtlich auch im Landkreis Meißen – wie vom Gesetzgeber angestrebt – bereits im Kleinkindesalter eine zweimalige Masernschutzimpfung erfolgen.

### 3.3 Sprachliche Fähigkeiten

Sprachliche Kompetenzen sind bedeutende Grundpfeiler für einen gelingenden Schulstart (Kotzerke et al. 2013, Ennemoser et al. 2012). Sprachverständnis, Wortschatz und das verbale Schlussfolgern haben große Bedeutung für das Erlernen des Lesens und Schreibens. Eine altersgerechte Sprachentwicklung ist darüber hinaus Grundvoraussetzung für eine aktive Teilhabe am Unterricht und an sozialer Interaktion. Sie dient der Information, dem Kategorisieren, Strukturieren und Problemlösen; sie ist Vermittler, Gedächtnishilfe und Beziehungsgestalter (Krajewski 2008).

Für die Untersuchung des sprachlichen Entwicklungsstandes wurde Kindern im Rahmen des Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) unterschiedliche Aufgaben gestellt (z.B. Pluralbildung, Verwendung von Präpositionen, Umgang mit Pseudowörtern) und ihre Aussprache und Ausdrucksweise beobachtet. Der untersuchende Arzt bzw. die untersuchende Ärztin beurteilt in der Gesamtschau der erzielten Ergebnisse den sprachlichen Entwicklungsstand des Kindes und berät die Sorgeberechtigten zur gezielten vorschulischen Förderung bzw. zur Notwendigkeit der Durchführung einer logopädischen Behandlung.

**Abbildung 30:** Sprachauffälligkeiten zur Schulaufnahmeuntersuchung, 2020/21.



Quelle: KJÄD 2021b; eigene Darstellung.

Abbildung 30 zeigt die Ergebnisse der Untersuchung der Sprachentwicklung der Kinder zur Schuleingangsuntersuchung 2020/21. Zwischen 5% (PR2-GRG) und 18% (PR4-MWE) der Kinder in den Planungsregionen des Landkreises hatten sprachliche Minimalbefunde. Der höchste Anteil (38,3%) an Sprachauffälligkeiten (diagnostik- bzw. behandlungsbedürftige „A“- bzw. „B“-Befunde) lag in PR1-RNH vor und betrifft sowohl Kinder aus städtischem (Riesa: 43,1%) als auch ländlichem Umfeld (34,6%). Die Untersuchten der PR3-NLL, PR4-MWE und PR5-RCO wiesen mit jeweils ca. 23% einen geringeren Anteil an sprachauffälligen Kindern auf. Im ländlichen Raum war ihr Anteil in fast allen Planungsregionen etwas kleiner als in der Stadt und der Gesamtregion. Die größten Anteile an im sprachlichen Bereich altersgerecht entwickelten Kindern fanden sich in PR2-GRG (66,4%) und PR5-RCO (63,1%).

Die Ergebnisse der Sprachtests veranschaulichen, dass insgesamt mehr als ein Drittel der Vorschulkinder einen Bedarf an sprachlicher Förderung hat, denn auch Kinder mit Minimalbefunden haben einen Unterstützungsbedarf. Zu den geringfügigen Befunden zählt in nicht unerheblichem Umfang der Sigmatismus, das sogenannte Lispeln. Der Anteil der sprachlichen Befunde insgesamt ist mit mehr als 50% in PR1-RNH, insbesondere in Riesa, am höchsten. Aber auch in den anderen Städten liegt der Anteil von Kindern mit sprachlichen Auffälligkeiten jeglicher Art zwischen 42% (Großenhain) und 48% (Meißen) und ist damit im städtischen meist etwas größer als im ländlichen Bereich.

Bei der Interpretation der Zahlen ist wichtig zu beachten, dass nicht jede Sprachauffälligkeit einer Sprachstörung gleichkommt und therapiebedürftig ist. Letzteres trifft laut einer Studie von 2004 (Grimm 2004) auf etwa 10% der (deutschsprachigen) Kinder in Deutschland zu. Die Mehrheit der Kinder profitiert von einer gezielten Sprachförderung, z.B. durch entsprechend geschulte Fachkräfte in den Kindertageseinrichtungen oder durch die Eltern selbst, die in besonderer Weise Verantwortung für die Entwicklung ihrer Kinder tragen. In vielen Fällen können Kinder durch gezielte sprachliche Förderung und Übungen ihren Nachholbedarf gut abbauen.

### 3.4 Körperkoordination

Ein weiterer Untersuchungsbereich der Schulaufnahmeuntersuchungen sind die Bewertung der koordinativen Fähigkeiten der Kinder, z.B. beim seitlichen Wechselsprung, Einbeinstand und Einbeinhüpfen.

Das dabei beobachtete motorische Geschick kann Aufschluss darüber geben, ob sich ein Kind richtig und ausreichend bewegt. Auch Erkrankungen des Kindes können zu Einschränkungen im Bereich der Körperkoordination führen.

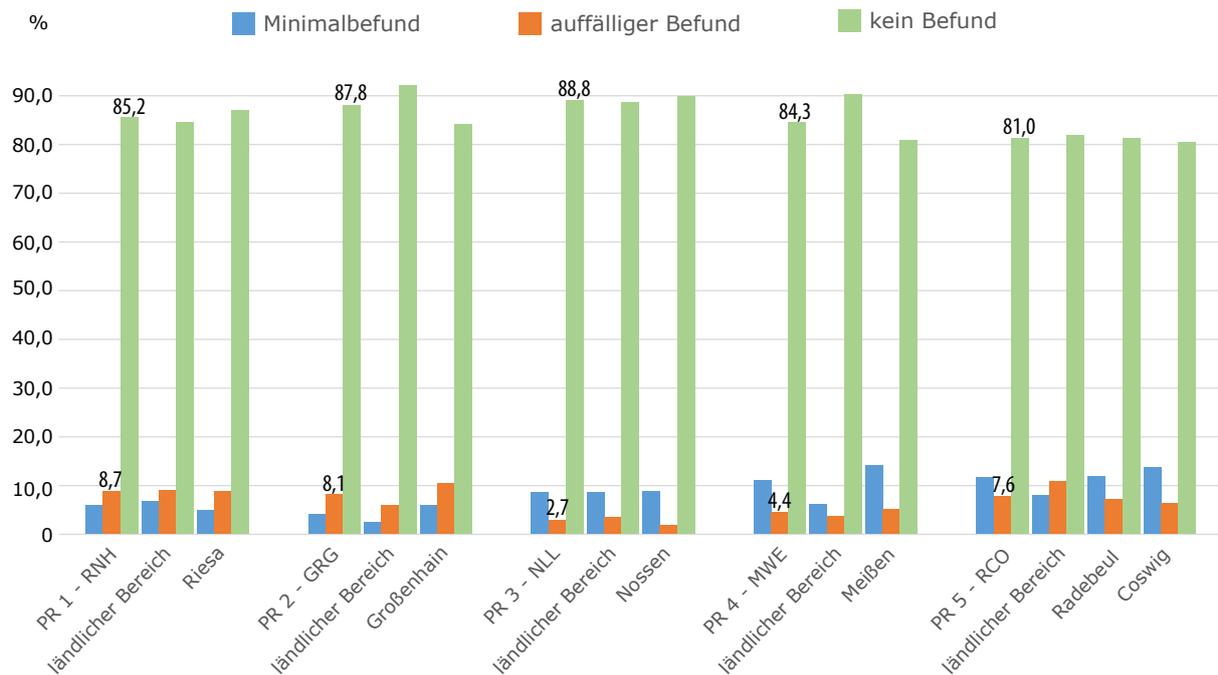
Defizite in diesem Bereich können aber auch ein Indiz für fehlende soziale Integration sein (Opper 2007). Auf die psychosoziale Entwicklung und verschiedene kognitive Bereiche haben motorische Fähigkeiten ebenfalls Einfluss (Kastner & Petermann, 2010).

So wurden Zusammenhänge zwischen motorischen und visuell-räumlichen Fähigkeiten belegt: Kinder mit guter Körperkoordination schneiden besser in optischen Differenzierungsaufgaben ab als Kinder mit motorischen Defiziten (Kastner & Petermann 2010, Jaščenoka 2018, Gerhard 2018). Nicht zuletzt der Spracherwerb wird durch begleitende motorische Übungen gefördert und unterstützt (Jackel 2015, Zimmer 2019).

Vergleicht man die Planungsregionen miteinander (Abbildung 31), fällt auf, dass PR1-RNH und PR2-GRG (hier insbesondere Großenhain mit 10,4%) die höchsten Anteile an Kindern mit auffälligen Befunden und gleichzeitig die geringsten Anteile hinsichtlich von Minimalbefunden bezüglich der Körperkoordination haben. Aber auch PR5-RCO zeigt einen ähnlich hohen Anteil auffälliger Befunde.

Die geringsten Befund-Anteile wiesen Kinder der PR3-NLL und PR4-MWE auf. In diesen beiden Regionen als auch in PR5-RCO war der Anteil an Minimalbefunden jeweils höher als der an auffälligen Befunden (mit Ausnahme des ländlichen Bereichs von PR5-RCO, dessen Anteil auffälliger Befunde mit 10,6% sogar noch höher lag als der von Großenhain).

**Abbildung 31:** Befunde zur Körperkoordination, Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21.



Quelle: KJÄD 2021c; eigene Darstellung.

Die Ergebnisse zeigen, dass immer mehr Kinder teils erhebliche motorische und koordinative Defizite/Schwierigkeiten haben. Diese haben in den letzten Jahrzehnten beständig zugenommen (Welt 2011: Untersuchung der Kölner Sporthochschule gemeinsam mit dem Zentralen Institut des Bundeswehr-Sanitätsdienstes 2008). Kinder spielen sehr viel weniger als früher im Freien, sie werden von den Eltern zu Schule und Freizeitaktivitäten mit dem Auto gefahren, ihr Aktionsradius hat sich enorm verringert. Sie können frühzeitiger ein Tablet oder Smartphone bedienen als Fahrradfahren oder eine Schleife binden.

Diese Entwicklung hat Folgen. Erlernen Kinder nicht richtig, ihre Arme und Beine, Finger und Füße zu koordinieren und einzusetzen, haben sie weniger Spaß an der Bewegung, ihre Immobilität nimmt eher zu. Begleitet wird dies von einem höheren Risiko auch in anderen Bereichen (Hanssen-Doose 2021), z.B. in Bezug auf eine erhöhte Verletzungsgefahr, Übergewicht, Diabetes, Bluthochdruck, Gelenkverschleiß oder ein geringeres Selbstwertgefühl. Eine spielerische Förderung von Beweglichkeit, Koordinationsfähigkeit, Balance und Gleichgewicht ist deshalb ungeheuer wichtig, auch für die Bewältigung des Kindergarten- und Schulalltags. Die Kindertagesstätte sowie Tagesmütter und -väter sind hierfür ideale Ansprechpartner, um die natürliche, kindliche Bewegungsfreude auf kreative und spielerische Art und Weise zu erhalten, zu unterstützen und zu fördern. Aber auch Eltern sind aufgerufen, ein Vorbild zu sein, z.B. die Treppe zu nehmen anstelle des Aufzugs, für kurze Wege das Fahrrad zu nutzen und nicht das Auto, das heißt, ein gutes Maß an Bewegung in den Alltag zu integrieren anstatt sie zu meiden.

### 3.5 Visuomotorik

Mit dem Begriff Visuomotorik wird das Zusammenspiel von visuellen und motorischen Fähigkeiten bezeichnet. Dieses umfasst unter anderem die Auge-Hand-Koordination. Sie ist ein bedeutender Aspekt der kindlichen Entwicklung, denn die Kombination von Wahrnehmung (Perzeption) und motorischer Reaktion ist eine grundlegende Voraussetzung für nahezu jede Handlungsabfolge. Zur visuellen Seite des Wahrnehmungsvermögens zählt die Wahrnehmungskonstanz, das heißt das Erkennen desselben Objekts unter wechselnden

Bedingungen oder Blickwinkeln. Auch die Wahrnehmung der Raumlage eines Gegenstandes und der räumlichen Beziehungen von Dingen zueinander gehören dazu (S2k-Leitlinie Visuelle Wahrnehmungsstörung 2017).

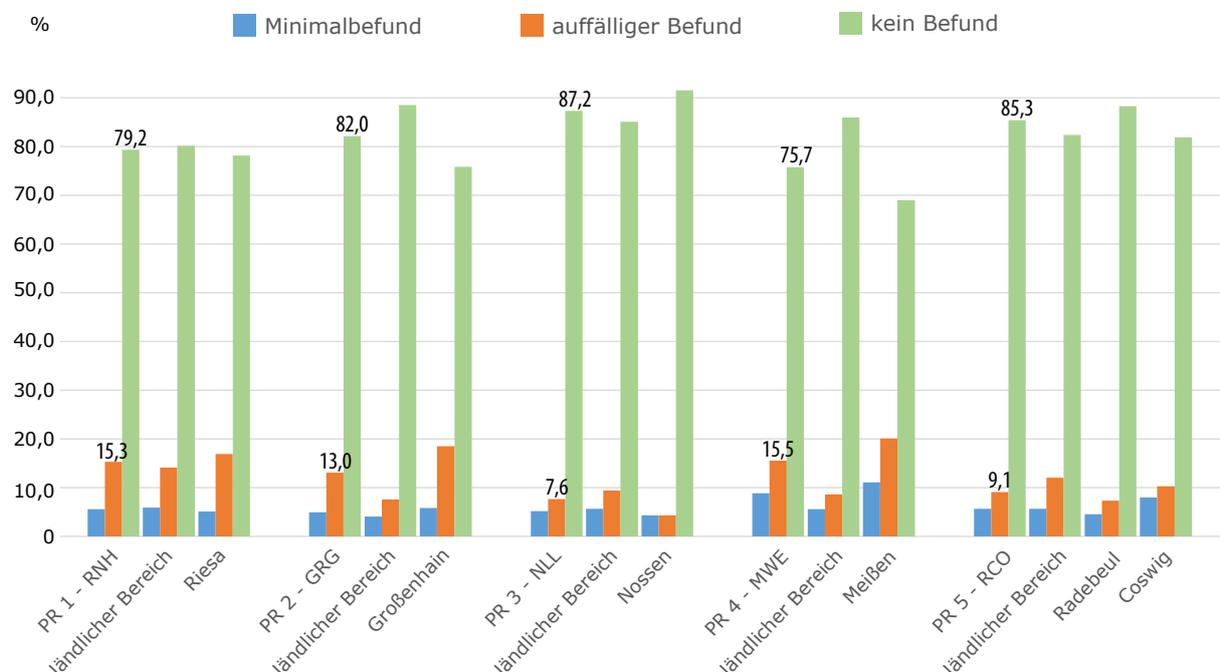
Die Verbindung der visuellen Wahrnehmung mit einer zielgerichteten Bewegung muss von einem Kind zunächst erlernt werden. Dies ist eine komplexe, unbewusste Leistung des Gehirns und ein wichtiger Entwicklungsschritt, ohne den bestimmte weitere „Schritte“ in der kognitiven kindlichen Entwicklung nicht durchlaufen werden können. Deshalb können visuomotorische Störungen ein Hinweis auf Lernstörungen sein (Ebenda). Diese werden dann oft erst mit Schulbeginn auffällig.

Die feinmotorische Auge-Hand-Koordination hat insbesondere für das Malen und Schreiben Bedeutung. Der Teilbereich der Graphomotorik bezeichnet die Fähigkeit, feinste, differenzierte, rhythmische und fließende Schreibbewegungen auszuführen. Diese Fertigkeit ist nicht lediglich eine technische, sondern ein hochkomplexer psychomotorischer Prozess (MedLexi 2021), dessen Resultat unter anderem durch die Beobachtung der Stifthaltung beim Malen und Zeichnen, insbesondere aber auch durch das gemalte „Ergebnis“ (bspw. in Form der Reproduktion einer bestimmten Figur oder Gestalt) erfasst wird.

Bisher unterschätzt wurden die Auswirkungen visuomotorischer Störungen auf die Lesefähigkeit und die mögliche Entstehung einer Lese-Rechtschreibschwäche oder -störung (Werpup-Stuwe & Petermann 2015). Letztere ist verbunden mit erhöhten Schwierigkeiten des Kindes beim Erlernen des Lesens und Schreibens. Im Vorschulalter ist dazu jedoch noch keine Prognose, lediglich ein erster Verdacht möglich.

Visuomotorische Defizite können darüber hinaus auch zu sozialen, emotionalen und psychischen Problemen oder Verhaltensauffälligkeiten wie Passivität, Aggressivität oder übermäßiger Angst führen (Zwicker, Harris und Klassen 2013). Ein Grund hierfür können Störungen im Wahrnehmungsvermögen sein, die die Kinder unterschiedliche Sinnesreize nicht ausreichend verarbeiten lassen.

**Abbildung 32:** Befunde zur Visuomotorik, Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21.



Quelle: KJÄD 2021d; eigene Darstellung.

Vergleicht man die Planungsregionen des Landkreises im Hinblick auf die Ergebnisse der Vorschulkinder im visuomotorischen Bereich miteinander (Abbildung 32), zeigt sich, dass PR4-MWE (15,5%), PR1-RNH (15,3%) und PR2-GRG (13,0%) die höchsten Anteile an

Kindern mit auffälligen Befunden haben. Diese sind in PR1-RNH, im Unterschied zu den beiden anderen Regionen, auch im ländlichen Raum ähnlich hoch wie in der Stadt.

Die meisten Kinder mit visuomotorischen Auffälligkeiten kamen aus den Städten Meißen (20,1%), Großenhain (18,5%) und Riesa (16,9%). Den höchsten Anteil an Kindern mit unauffälligem Visuomotorik-Befund hat PR3-NLL, insbesondere Nossen.

Die obigen Erläuterungen zeigen die besondere Bedeutung der Entwicklung fein- und grob-motorischer Fähigkeiten und die Mannigfaltigkeit möglicher motorischer, kognitiver, emotionaler oder psychosozialer Folgen, falls Defizite in diesen Entwicklungsbereichen vorliegen. Eine bestmögliche Unterstützung der Kinder bei der Herausbildung motorischer Fähigkeiten ist deshalb lohnens- und wünschenswert. Hier können Eltern ihre Kinder mit vergleichsweise geringem Aufwand erfolgreich unterstützen. Aber auch Kindertageseinrichtungen haben sowohl großes Potential als auch Verantwortung, ihre diesbezüglichen Möglichkeiten gezielt zu nutzen.

### 3.6 Emotional-psychoziale Kompetenz

Unter emotionaler Kompetenz wird im Allgemeinen die Fähigkeit verstanden, mit den eigenen Emotionen als auch den Gefühlen und Wünschen anderer angemessen umzugehen. Damit eng verknüpft ist die soziale Kompetenz, die es uns ermöglicht, mit anderen in Kontakt zu treten, Beziehungen zu knüpfen und zu pflegen oder Konflikte zu bewältigen. Der Erwerb dieser Fähigkeiten bedingt sich wechselseitig und ist eine bedeutende Entwicklungsaufgabe im Vorschulalter und grundlegend für die psychosoziale Gesundheit eines Menschen.

Emotional-psychoziale Kompetenz umfasst Empathie, Mitgefühl, Kommunikationsfähigkeit, Selbstbewusstheit, aber auch Teamfähigkeit, Hilfsbereitschaft, Höflichkeit und respektvollen Umgang. Ihre Bedeutung ist in den letzten Jahren stark gestiegen, denn das Fehlen sozialer und emotionaler Kompetenz wird als Ursache für viele Probleme gesehen. Kinder, die darin einen Mangel haben, zeigen bspw. weniger prosoziales Verhalten und pflegen seltener Beziehungen zu Gleichaltrigen. Sie neigen häufiger als Kinder mit sozialer Kompetenz zu Aufmerksamkeitsdefizit- bzw. Hyperaktivitätsstörungen (ADHS; Berufsverbände für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie 2021) sowie Verhaltensauffälligkeiten und Aggressionspotential (Ebenda; Heidrich & Aschermann 2019). Frühkindliche Verhaltensstörungen wiederum sind zentrale Risikofaktoren für unterschiedliche Störungen und Suchtgefährdung im Jugend- und Erwachsenenalter (Webster-Stratton & Taylor 2001; Heidrich & Aschermann 2019).

Demgegenüber haben emotional-sozial kompetente Kinder in der Regel eine positivere Einstellung zur Schule, können sich schneller und besser in den Schulalltag einfügen und haben dementsprechend oft größere schulische Erfolge (Denham 2015).

Eine Einschätzung der emotional-psychozialen Kompetenz von Kindern im Rahmen der Schulaufnahmeuntersuchung ist nur eingeschränkt möglich. Sie erfolgt zum einen, indem die Kinder bei der Durchführung der verschiedenen Teiluntersuchungen beobachtet werden. Dies geschieht in einer für sie ungewohnten Situation und fremden Umgebung. Zum anderen stehen bei der Einordnung und Bewertung dieser Kompetenzen sogenannte „weiche“, das heißt nicht oder nur schwer „messbare“ Kriterien wie Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Motivation oder die Bereitschaft des Kindes, sich einer Aufgabe zu widmen, im Fokus der Betrachtung. Die das Kind begleitende Person, meist ein Elternteil, wird darüber hinaus zur Lebenssituation des Kindes, zur bisherigen Entwicklung, typischem Verhalten und eventuell bestehenden Problemen befragt. Ziel der Untersuchenden ist es, den Entwicklungsstand eines Kindes vor dem Hintergrund einer möglichen, baldigen Einschulung zu beurteilen: Hat das Kind die Voraussetzungen, um in der Schule nicht nur dem Unterricht folgen zu können, sondern auch mit den anderen Kindern und Lehrern zu kommunizieren und zu interagieren?

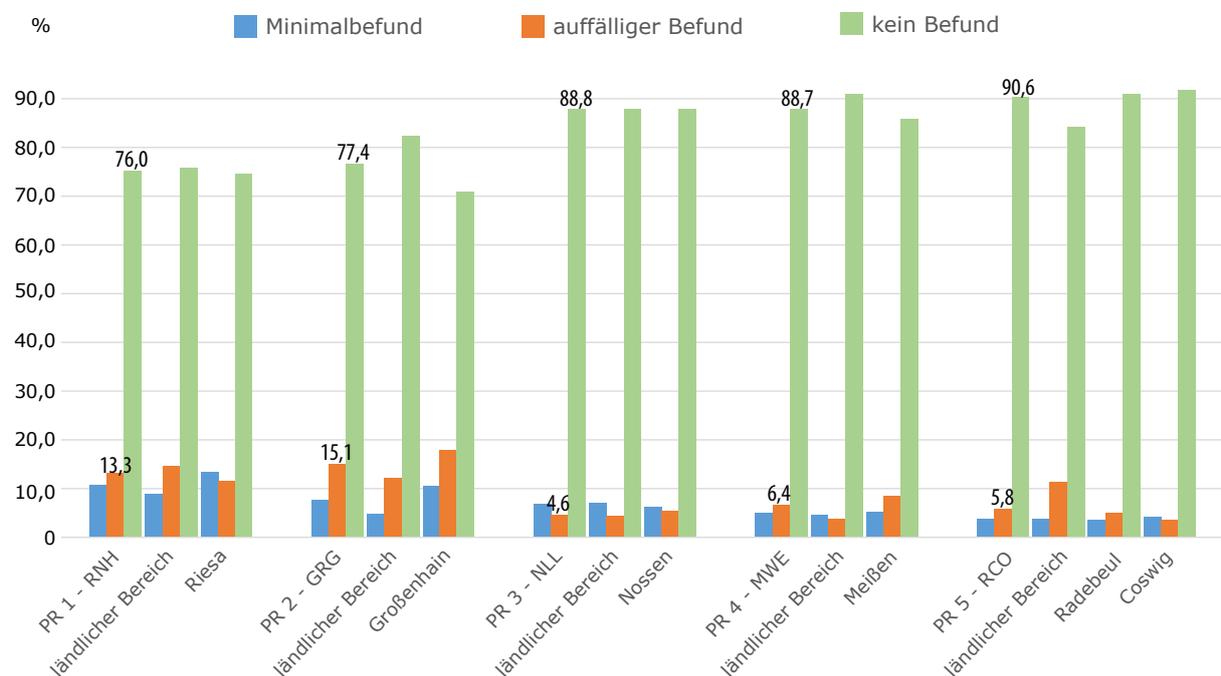
Da emotional-psychoziale Kompetenz nicht messbar ist, wie es Größe oder Gewicht sind, spielen subjektive Deutungen und Bewertungen der Untersuchenden hierbei eine noch stärkere Rolle als in anderen Untersuchungsbereichen. Was für den einen Untersuchenden

als noch „normal“ gilt, kann von einem anderen bereits als „grenzwertig“ oder gar „auffällig“ eingestuft werden.

Die Schulaufnahmeuntersuchungen im Landkreis Meißen zeigen ein regional differenziertes Bild (Abbildung 33). In Bezug auf emotional-psychosoziale Auffälligkeiten haben PR2-GRG und PR1-RNH mit Anteilen von 15,1% bzw. 13,3% der untersuchten Kinder die höchsten Anteile. Dies betrifft sowohl die Städte Großenhain (17,9%) und Riesa (11,4%) als auch ihre ländlichen Räume (12,2% bzw. 14,7%). Auffällige Befunde sind hier zwei- bis dreimal so hoch wie in den drei anderen Planungsregionen. Lediglich der ländliche Raum von PR5-RCO (vor allem Radeburg mit 18,9%) hat gleichfalls einen höheren Anteil emotional-psychosozial auffälliger Vorschulkinder.

Der Anteil an Minimalbefunden ist in den PR1-RNH (10,7%) und PR2-GRG (7,5%) ebenfalls höher als im übrigen Landkreis.

**Abbildung 33:** Befunde zu emotional-psychosozialen Verhaltensauffälligkeiten, Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21.



Quelle: KJÄD 2021e; eigene Darstellung.

Da Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie zeigen, dass das grundlegende Fundament des menschlichen Sozialverhaltens bereits in der Vorschulzeit bis zu einem Alter von etwa sieben Jahren gelegt wird, ist eine frühzeitige Förderung desselben zentral. Hier können Kinderkrippe und Kindergarten mittels geeigneter Projekte, Maßnahmen und der Hilfe entsprechend geschulter pädagogischer Fachkräfte eine wichtige Rolle einnehmen. Von besonderer Bedeutung für eine gelingende emotionale und psychosoziale Entwicklung sind aber die Eltern. Dabei ist vor allem ihre liebevolle Hinwendung zum Kind wesentlich. Durch eine altersgemäße Einbeziehung des Kindes in das Familienleben macht es wichtige, das Leben prägende Erfahrungen bspw. beim Spielen, Toben, Kuseln oder dem Erlernen der Körperhygiene. Diese Erfahrungen betreffen körperliche Nähe und Fürsorge ebenso wie ein Sich-beachtet-Fühlen und Angenommen-sein. Durch ein vertrauensvolles Miteinander und Hineinwachsen des Kindes in das Familiengefüge lernt es, Beziehungen innerhalb aber auch außerhalb der Familie zu gestalten. Für eine stabile, positive Entwicklung braucht es darüber hinaus Grenzen und Zurechtweisung, die Erfahrung von lohnender Anstrengung und Mühe ebenso wie das Kennenlernen eines positiven Umgangs mit Konflikten.

Die Herausbildung von emotional-psychosozialer Kompetenz ist deshalb auch langfristig von großer Bedeutung. Sie ist Grundvoraussetzung für unterschiedliche Entwicklungsbereiche im Kindesalter, sie fördert die Herausbildung schützender Eigenschaften wie Resilienz und sie reduziert Risikofaktoren wie Rückzugsverhalten, Passivität oder Aggression. Sie ist wichtig für die Prävention von Verhaltensstörungen sowie von Sucht und Gewaltbereitschaft im Jugend- und Erwachsenenalter.

Von institutioneller Seite belegen verschiedene Projekte (z.B. Papilio 2022) und Studien (Castillo 2019, Nix 2013) die nachhaltige Wirkung einer gezielten, frühen Förderung. Besonders Kindertageseinrichtungen kommt hierbei eine tragende Rolle zu, denn dort ist eine solche Förderung längerfristig möglich. Es konnte gezeigt werden, dass Kinderkrippe und Kindergarten einen nachhaltigen Einfluss auf Bildungs- und beruflichen Erfolg, Einkommen und Risikoverhalten (Rauchen, Alkohol, Drogen, Kriminalität; Kliche 2013) ausüben. Aber auch Schulen können durch Wertschätzung und Aufmerksamkeit nachhaltig zu einer emotional-psychozialen Stärkung von Kindern und Jugendlichen beitragen. Insbesondere in Zeiten der Pandemie und der damit verbundenen zahlreichen Einschränkungen sollten die seelischen Belastungen und Nöte von Familien, gerade auch von Familien mit sozial schwächerem Hintergrund, stärkere Berücksichtigung und Unterstützung finden.

Eine Investition in Kindertagesstätten sowie in Familien allgemein ist deshalb für Städte und Gemeinden eine Investition in ihre Zukunft: in die Gesundheit ihrer Einwohnerinnen und Einwohner, ebenso wie in ein hilfsbereites, soziales, respektvolles und friedliches Miteinander.

### 3.7 Gewicht

Die Feststellung von Gewicht und Größe eines Kindes sind ebenfalls Teil der Schulaufnahmeuntersuchung.

Während die Körpergröße individuell wenig beeinflussbar ist, unterliegt das Gewicht unterschiedlichen Einflussfaktoren. Im Vergleich zur sekundären Adipositas (Fettleibigkeit), die auf eine genetische oder endokrine Grunderkrankung zurückzuführen ist, tritt die primäre Adipositas wesentlich häufiger auf. Ein multifaktorielles Geschehen ist dafür ursächlich. Essgewohnheiten, körperliche Aktivität, genetische und biologische Faktoren aber auch soziale und emotionale Einflüsse spielen eine Rolle bei der Ausbildung des Krankheitsbildes. Durch ein Missverhältnis an zugeführter und verbrauchter Energie entsteht eine positive Energiebilanz mit, unter Umständen, negativen Folgen.

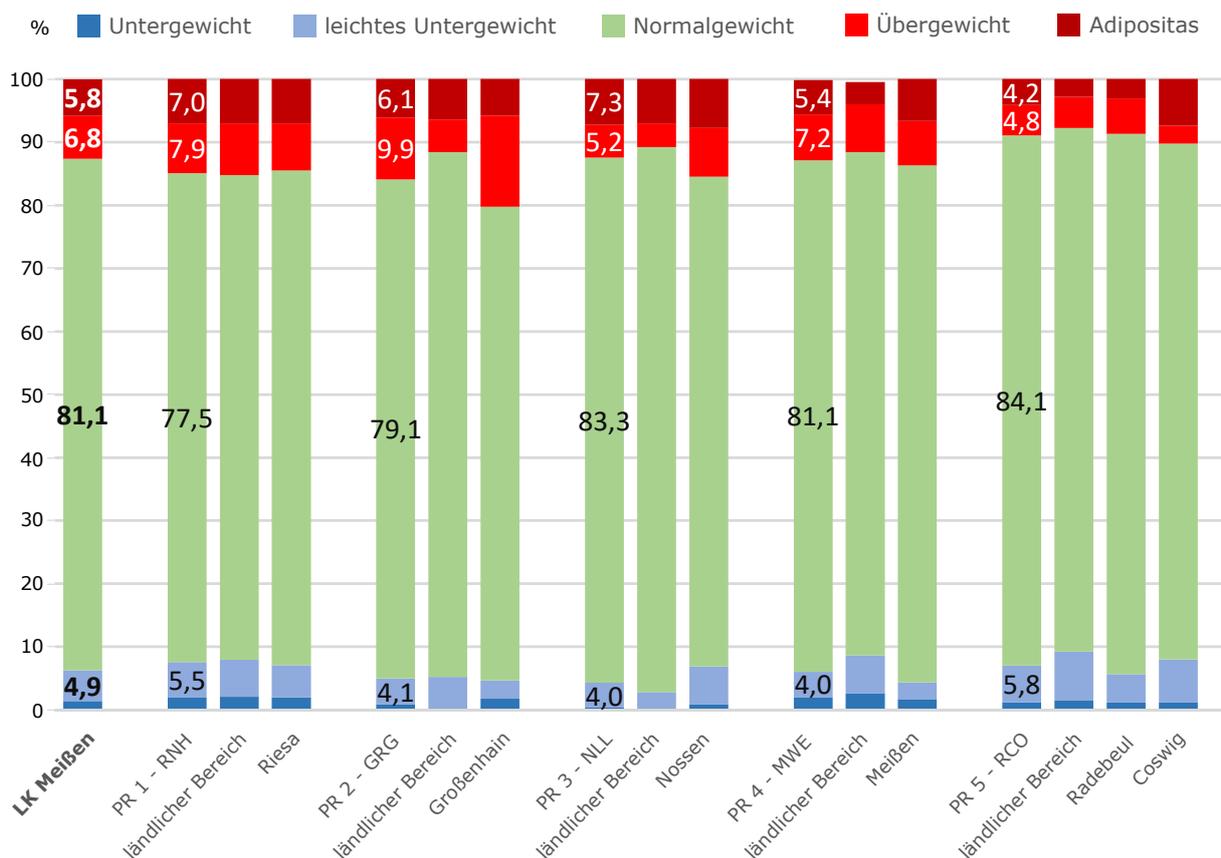
Im heutigen „digitalen Zeitalter“ verbringen viele Menschen einen großen Teil des Tages im Sitzen. Sie bewegen sich nur unzureichend und essen oft zucker- und fettreich. Dies kann schon bei Vorschulkindern zu Übergewicht oder gar Fettleibigkeit (Adipositas) führen. Folgen dieser Fehlentwicklung treten oft erst im Erwachsenenalter in Form von sekundären Schädigungen wie Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, des Herz-Kreislaufsystems, der metabolisch-hormonellen Funktionen, des Atmungssystems und der Haut auf, ebenso erhöht sich die Wahrscheinlichkeit an einem Tumor zu erkranken. Folgeschäden einer Adipositas, die bereits im Kindesalter eine Rolle spielen, sind zum Beispiel schnelleres Wachstum, Fettstoffwechselstörungen, erhöhter Blutdruck aber auch zum Teil erhebliche psychische Belastungen der betroffenen Kinder. In unterschiedlichen Studien (Simmonds 2015) konnte gezeigt werden, dass das Gewicht im Kindesalter Vorhersagekraft für das Gewicht als Jugendlicher oder gar Erwachsener besitzt.

Aber nicht nur Übergewicht, auch Untergewicht kann nachhaltige, schwerwiegende Folgen haben. Dabei ist Untergewicht in Deutschland typischerweise nicht eine Folge von Unterernährung und Armut, sondern eine Begleiterscheinung von länger andauernden oder chronischen Erkrankungen. Untergewicht ist häufig von Einschränkungen der Lebensqualität des Kindes bzw. Jugendlichen begleitet. Einerseits fehlt es dem Kind an Nährstoffen und Energie, weshalb es zu Müdigkeit, Konzentrations- und Kreislaufstörungen und einem Gefühl der Schlappeheit neigt. Andererseits kann Mangelernährung auch zu

einer Schwächung des Immunsystems führen, zu Verzögerungen des Wachstums, der körperlichen Entwicklung und Geschlechtsreife oder der Wundheilung. Sie kann zu verminderter Knochendichte und Muskelmasse beitragen, ebenfalls zu Kleinwuchs oder gar erhöhter Sterblichkeit. Dennoch ist nicht jedes Untergewicht Grund zur Besorgnis. Wachstumsschübe und ein hoher Bewegungsdrang können im Kindesalter leicht ein vorübergehendes Untergewicht bewirken. Darüber hinaus kann eine genetische Veranlagung vorliegen, die eine sehr schlanke Statur begünstigt.

Das zur Schuleingangsuntersuchung gemessene Gewicht wird anhand von Perzentilkurven bzw. -tabellen (Kromeyer-Hauschild 2001 und 2015, Schienkiewitz 2018b) für Mädchen bzw. Jungen vergleichend eingeordnet. Perzentile sind auf statistischen Erhebungen beruhende Referenz- oder Vergleichswerte. Mit ihrer Hilfe wird festgestellt, in welchem Bereich das Gewicht bzw. die Größe des jeweiligen Kindes im Vergleich mit anderen liegt. Ein Gewicht unterhalb des 10. Perzentils (das sind die 10% der Kinder mit dem geringsten Gewicht) gilt als Untergewicht, ein Gewicht oberhalb des 90. Perzentils bedeutet Übergewicht. Starkes Übergewicht bzw. Adipositas wird oberhalb des 97. Perzentils festgestellt, starkes Untergewicht unterhalb des 3. Perzentils. Als normalgewichtig gilt ein Gewicht zwischen 10. und 90. Perzentil.

**Abbildung 34:** Verteilung von auf dem Body Mass Index (BMI) basierenden Gewichtskategorien für die Kinder des Landkreises Meißen, Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21.



Quelle: KJÄD 2021f; eigene Darstellung.

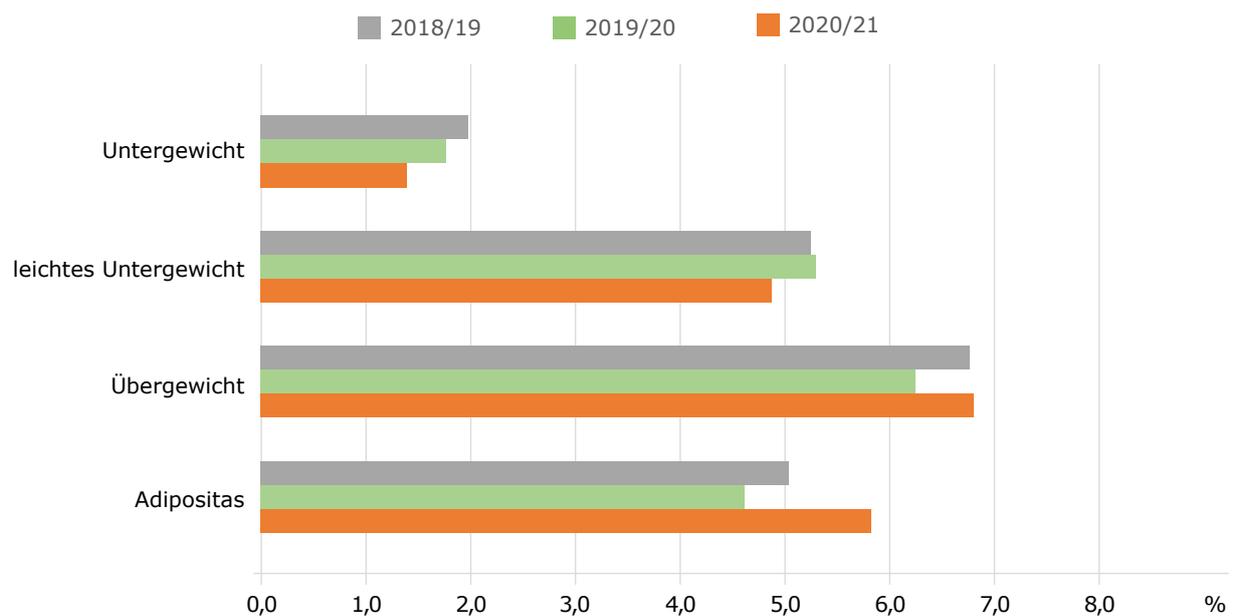
Abbildung 34 zeigt die Verteilung des Gewichts, die entsprechend des jeweiligen Body Mass Indexes in Kategorien (Adipositas, Übergewicht, Normalgewicht, leichtes Untergewicht, Untergewicht) vorgenommen wurde. Betrachtet man die Abbildung 34, fällt Großenhain mit einem beträchtlichen Anteil übergewichtiger (14,5%) Kinder auf. Zusammen mit den stark übergewichtigen (adipösen) Kindern ergibt dies einen Anteil von über 20%, mehr als

in jeder anderen Stadt oder Planungsregion. Bezogen auf die Gesamt-Planungsregionen ist der Anteil adipöser Vorschulkinder am höchsten in PR3-NLL (7,3%) und PR1-RNH (7,0%). Anteilsmäßig das meiste Übergewicht insgesamt (inklusive Adipositas) haben die Planungsregionen PR2-GRG (15,9%) und PR1-RNH (14,9%); das geringste hat PR5-RCO (8,9%).

Untergewicht ist insgesamt seltener als Übergewicht. Das Verhältnis von Gesamt-Untergewicht zu Gesamt-Übergewicht liegt bei ca. 1:2 in den Planungsregionen PR1-RNH und PR4-MWE und bei ca. 1:3 in den PR2-GRG und PR3-NLL. Lediglich in PR5-RCO mit dem geringsten Übergewicht insgesamt ist dieses Verhältnis mit etwa 1:1,3 deutlich niedriger. Die Planungsregionen mit dem größten Anteil untergewichtiger Kinder insgesamt (leichtes und starkes Untergewicht) sind PR1-RNH (7,6%), PR5-RCO (7,0%) und PR4-MWE (6,0%). Dies gilt besonders auch für ihre ländlichen Bereiche (9,2% in PR5-RCO). Starkes Untergewicht tritt mit ca. 2% der Kinder insbesondere in den PR1-RNH und PR4-MWE sowohl im städtischen als auch im ländlichen Umfeld auf.

Die folgende Abbildung 35 zeigt die Entwicklung des Gewichts im Landkreis Meißen zu den Schulaufnahmeuntersuchungen in den vergangenen drei Jahren mit geringen Schwankungen. Während leichtes und starkes Untergewicht zuletzt etwas abgenommen haben, sind Übergewicht und Adipositas, nach einem geringen Rückgang im Jahr zuvor, wieder etwas gestiegen.

**Abbildung 35:** Gewicht der Kinder des Landkreises Meißen zu den Untersuchungen zwischen 2018/19 und 2020/21.



Quelle: SMS 2022; eigene Darstellung.

Allgemein lässt sich feststellen, dass in ganz Deutschland und Europa sowohl Übergewicht als auch Untergewicht in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen haben. Dieser Effekt hat sich seit Beginn der Corona-Pandemie noch weiter verstärkt, da sich viele Kinder und Jugendliche weniger gesund ernährten und kaum Sport treiben konnten (Ravens-Sieberer 2020 und 2021). Dies begünstigt einerseits Übergewicht, andererseits auch Untergewicht, denn Essstörungen und Magersucht haben oft psychische Ursachen.

Wie für andere Bereiche der kindlichen Entwicklung sollten Kindertagesstätten und Schulen Ansprechpartner auch bei der Unterstützung eines gesunden Körpergewichts der Kinder sein. Im Vorschulalter ist es wichtig, den Kreislauf aus Bewegungsarmut, geringerer motorischer Geschicklichkeit sowie einem daraus resultierenden mangelnden Spaß an Bewegung zu durchbrechen. Gezielte Bewegungsprogramme, die Spaß und Freude vermitteln, können hier Abhilfe schaffen und falsche Gewohnheiten aufbrechen.

Ein gemeinsames Vorbereiten und Einnehmen von Mahlzeiten in ruhiger und gelöster Atmosphäre hilft Kindern bei der Entwicklung von Vorstellungen darüber, wie eine gesunde Lebensweise aussehen kann. Die Unterstützung der Kinder und ihrer Eltern bei der Umsetzung dieser Vorstellungen auch zu Hause ist gleichfalls von Bedeutung. Ältere Kinder profitieren neben einem gesunden Mittagessen auch von einem gesünderen Snack-Angebot in den Schul-Cafeterien, das bislang aber oft noch wenig ausgewogen und gesundheitsförderlich ist. Darüber hinaus kann ein „emotional-psychosoziales Kompetenz-Training“ für sie hilfreich sein, z.B. im Rahmen von Kursen zur Stärkung des Selbstvertrauens, der Selbstwahrnehmung oder Selbstwirksamkeit sowie von Angeboten zur Diskussion gesellschaftlicher Schönheitsideale, Vorbilder und Ansprüche.

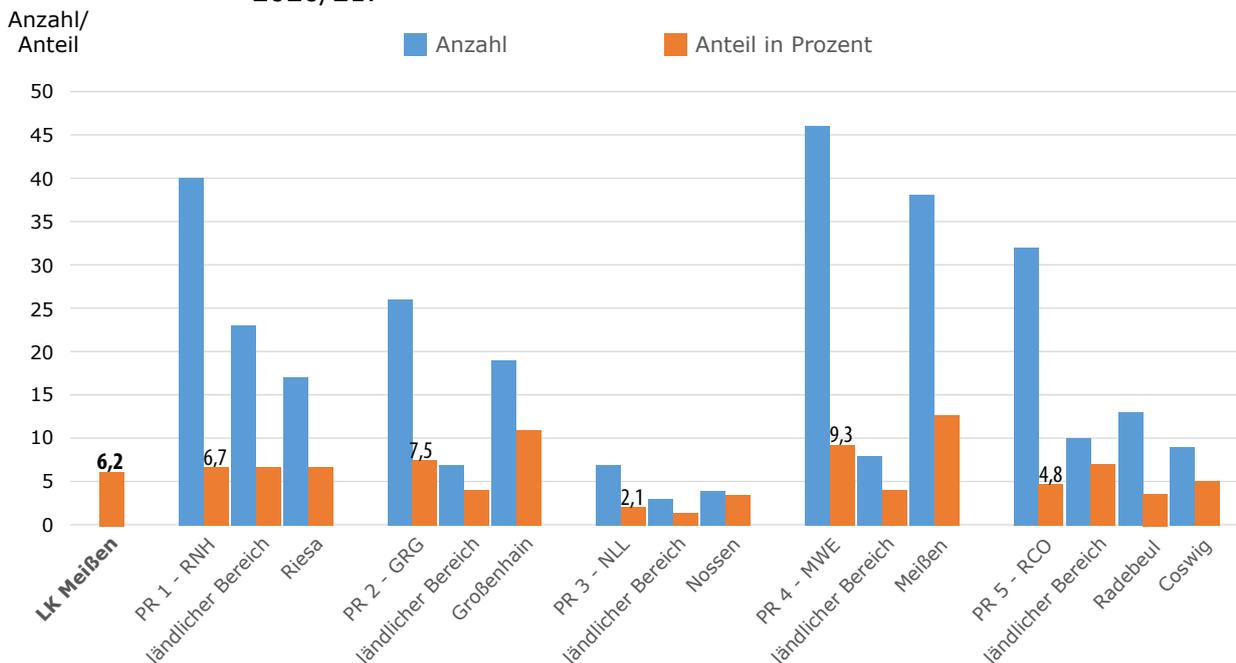
### 3.8 Heilpädagogische Förderung

Kinder, die von körperlicher, seelischer oder geistiger Behinderung gemäß SGB IX betroffen sind oder bei denen diese Behinderung droht, können im Rahmen der heilpädagogischen Förderung eine gezielte, möglichst frühzeitig ansetzende Unterstützung, mit dem Ziel der Gewährleistung einer altersgerechten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, erhalten. Diese Förderung besteht in einem ganzheitlichen Konzept das darauf abzielt, optimale Rahmenbedingungen für die individuelle Entwicklung des Kindes zu gestalten. Heilpädagogische Fachkräfte begleiten dabei die Kinder auf ihrem persönlichen Entwicklungsweg, unterstützen sie im Prozess des vorschulischen Lernens und beraten die Sorgeberechtigten. Diese Heilpädagogische Begleitung ist durch Inklusionsmaßnahmen bzw. Heilpädagogische Gruppen in den dazu berechtigten Kindertageseinrichtungen oder durch ambulante Frühförderstellen umsetzbar.

Im Landkreis Meißen erhalten 6,2% der untersuchten Vorschulkinder eine heilpädagogische Förderung. Die häufigste Form der Umsetzung dieser Maßnahme im Landkreis Meißen ist die Inklusion in der Kindertageseinrichtung. Dabei können Kinder mit und ohne Behinderung gemeinsam aufwachsen und beim gemeinsamem Spiel voneinander lernen. Die zweithäufigste Form ist die Frühförderung, die die Eltern und Familie des Kindes teilweise einbindet. Diese Art der heilpädagogischen Förderung ist lediglich in PR5-RCO etwas häufiger als der Integrationsplatz; im übrigen Landkreis verhält es sich umgekehrt. Eine Kindertagesstätte im Landkreis Meißen bietet die Betreuung der behinderten Kinder in einer heilpädagogischen Gruppe an. Hier werden etwa 0,2% der untersuchten Kinder nicht nur durch das Team der Kindertageseinrichtung, sondern zusätzlich auch durch Ergo- und Physiotherapeuten unterstützt und begleitet.

Insgesamt betrachtet (Abbildung 36) ist der Anteil von Kindern mit jeglicher Art der heilpädagogischen Förderung in PR4-MWE (9,3%) am höchsten, gefolgt von PR2-GRG (7,5%) und PR1-RNH (6,7%). Am geringsten ist er mit 2,1% in PR3-NLL. Besonders hoch sind die Anteile in den Städten Meißen (12,7%) und Großenhain (11,0%).

**Abbildung 36:** Anzahlen und Anteile\* der Kinder mit heilpädagogischer Förderung im Landkreis Meißen nach Planungsregionen, Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21.



\* Anteil an untersuchten Kindern je Planungsregion.

Quelle: KJÄD 2021g; eigene Darstellung.

Gründe für die Unterschiede zwischen den Städten und Planungsregionen liegen möglicherweise in einem unterschiedlichen Unterstützungsangebot für die Familien. Eltern von Kindern mit Entwicklungsstörungen, -verzögerungen oder -auffälligkeiten präferieren unter Umständen die Möglichkeit, sich in der Nähe dieser Angebote anzusiedeln, um diese unkomplizierter zu nutzen und damit den Alltag für die ganze Familie zu erleichtern.

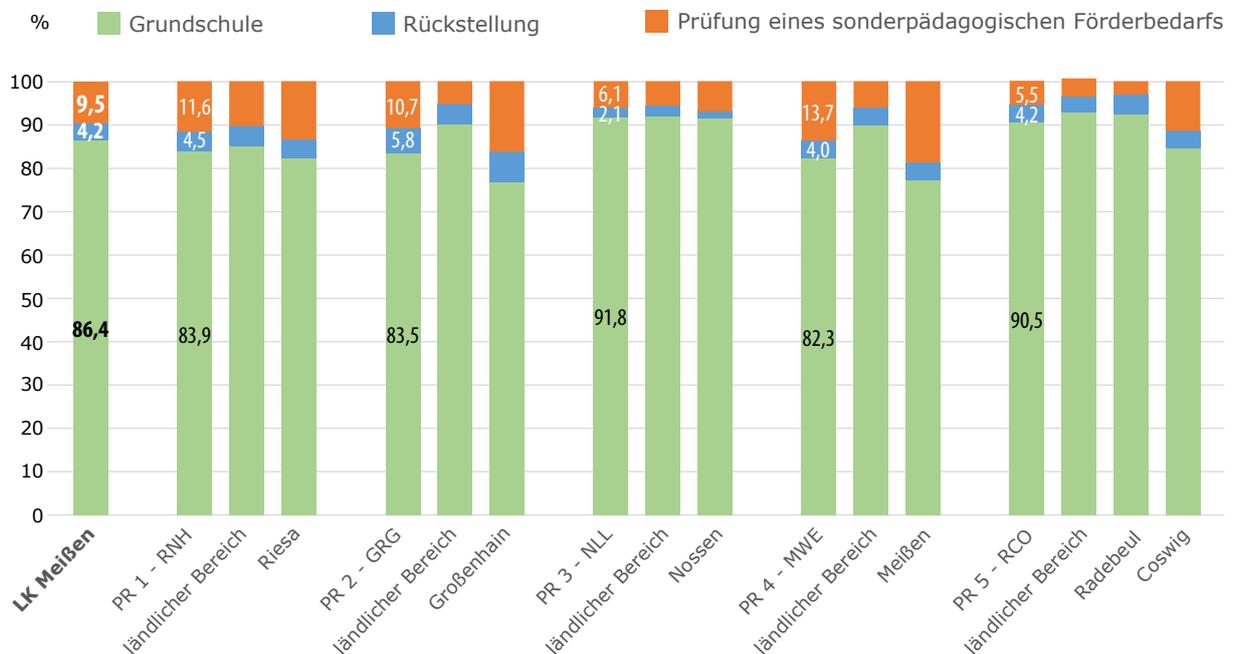
### 3.9 Schulempfehlung

Für die Feststellung der Schulempfehlung werden die Befunde der einzelnen Tests bewertet und interpretiert. Bei der abschließenden Beurteilung werden die Teilbefunde gewichtet und bei Bedarf relativiert, um dem Kind möglichst in allen Facetten seiner Entwicklung gerecht zu werden. Die Schulbereitschaft des Kindes wird dabei sowohl von seinen Kompetenzen in den beschriebenen Entwicklungsbereichen als auch von seiner Fähigkeit zur Selbstregulation beeinflusst.

Landkreisweit erhalten 86,4% der untersuchten Vorschulkinder eine Empfehlung für die Einschulung in die Grundschule (Abbildung 37). Dieser Anteil ist am höchsten in PR3-NLL (91,8%) und PR5-RCO (90,5%) und am niedrigsten in PR4-MWE (82,3%) sowie den Städten Meißen (77,3%) und Großenhain (76,9%). Hier und ebenso in PR1-RNH gibt es gleichzeitig die höchsten Anteile an Kindern, für die ein sonderpädagogischer Förderbedarf geprüft werden soll. Dies sind 13,7% der untersuchten Kinder in PR4-MWE (Meißen: 18,7%), 11,6% in PR1-RNH (Riesa: 13,3%) und 10,7% in PR2-GRG (Großenhain: 16,2%). Auch Coswig hat einen über dem Landkreisdurchschnitt liegenden Anteil (11,4%) an Kindern, für die die Prüfung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs empfohlen wurde. Der besondere Förderbedarf kann in folgenden Bereichen bestehen: Sprache, Lernen, Hören, Sehen, geistige Entwicklung, körperlich-motorische Entwicklung und sozial-emotionale Entwicklung. Die Umsetzung einer sonderpädagogischen Förderung kann sowohl an den unterschiedlichen Förderschulen als auch in Form einer Inklusion an der Grundschule

realisiert werden. Gründe für die Ungleichverteilung eines möglicherweise vorliegenden sonderpädagogischen Förderbedarfs sind schwer zu benennen. Sie könnten gegebenenfalls in einem unterschiedlichen Förder- und Unterstützungsangebot in den Planungsregionen bestehen, das für die jeweiligen Förderbereiche regional verschieden ist.

**Abbildung 37:** Schulempfehlung im Landkreis Meißen nach Planungsregionen, Schulaufnahmeuntersuchung, 2020/21.



Quelle: KJÄD 2021h; eigene Darstellung.

Die Rückstellerquote lag im Landkreis Meißen bei 4,2% und war am höchsten in PR2-GRG (5,8%) und Großenhain (6,9%) und am niedrigsten in PR3-NLL (2,1%). Eine Zurückstellung erfolgt in der Regel dann, wenn ein Kind einerseits altersmäßig schulpflichtig ist, es andererseits noch nicht die geistige oder körperliche Reife hat (ohne dass sich Hinweise auf einen sonderpädagogischen Förderbedarf ergeben haben), um mit Erfolg die Schule zu besuchen und am Unterricht teilzunehmen. Schulpflichtig wird es, wenn es das 6. Lebensjahr bis zum 30. Juni des Jahres, für das der Schulbeginn vorgesehen ist, vollendet.

Jungen werden dabei etwa zweimal so häufig zurückgestellt wie Mädchen, wobei Wissenschaftler es trotz standardisierter Einschulungstests für möglich halten, dass den Mädchen die für einen Schulbesuch notwendigen Eigenschaften eher zugeschrieben werden als den Jungen (Textor 2009).

Der Anteil von Einschulungsrückstellungen im Landkreis Meißen liegt insgesamt auf eher niedrigem Niveau und war, ebenso wie im Schuljahr zuvor, der geringste unter den Landkreisen und kreisfreien Städten im Freistaat Sachsen (Landkreis Meißen: 4,5%; Sachsen: 8,2%; SMS-Auswertung).

Für einen gelingenden Übergang von der Kindertagesstätte zur Grundschule sind neben den erworbenen Kompetenzen des Kindes die Rahmenbedingungen von großer Bedeutung. Erwachsene Begleiter aus dem Kindergarten und der Grundschule sind unverzichtbar beim Meistern des Übergangs vom vorschulischen zum schulischen Lernen. Eine Kooperation zwischen Grundschule und Kindergarten hat sich als sinnvoll und wichtig erwiesen (Eckerth & Hanke 2015). Sie ist in Sachsen gesetzlicher Auftrag (SGB VIII, SächsKitaG, SOGS, SächsSchulG, Gemeinsame Vereinbarung des SMS und des SMK zur Kooperation von Kindergarten und Grundschule) und wird im Landkreis Meißen von allen Beteiligten umgesetzt. Leider war durch die Kontaktbeschränkungen während der Corona- Pandemie die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen nicht wie bisher gewohnt möglich.

Ein weiterer Ausbau dieser Beziehungen und Netzwerke ist wünschenswert, damit Zusammenarbeit und Austausch der beteiligten Einrichtungen noch besser funktioniert. Hierfür ist es von Bedeutung, dass Kooperationsformen bewusst gewählt und geschaffen werden und dass allen Kindertageseinrichtungen unter Beachtung ihres jeweiligen Bedarfs, eine Anbindung an eine Grundschule und einen Hort offensteht und ermöglicht wird. Hierfür braucht es – zum Wohle der Kinder – feste Ansprechpartner, verbindliche Absprachen und eine nachhaltige Unterstützung durch Leitung und Verantwortliche.

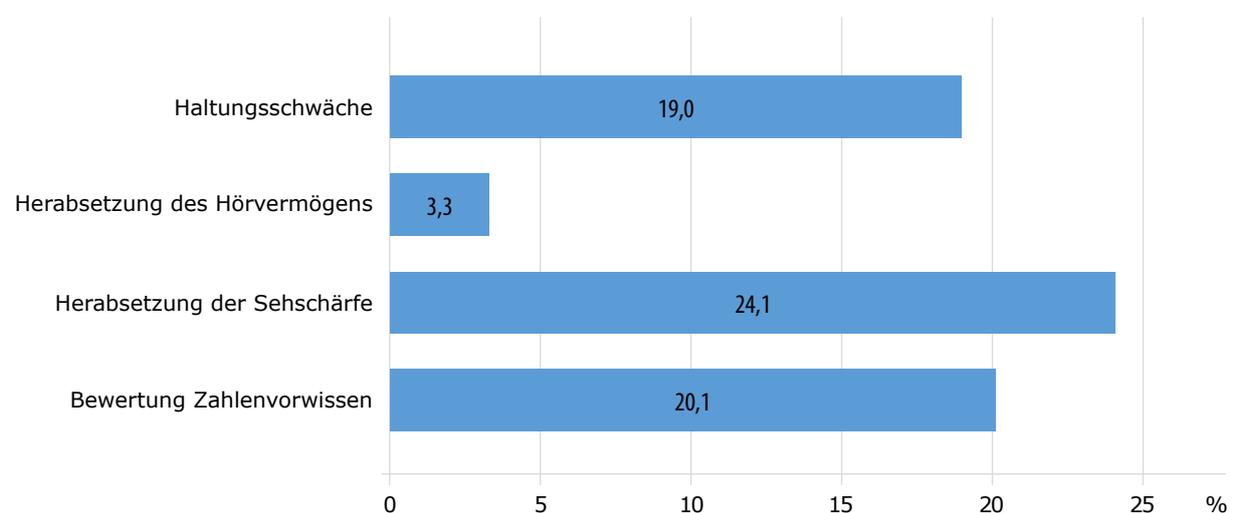
Nicht vergessen werden dürfen diejenigen Kinder, die vor Schulbeginn keinerlei Kindertageseinrichtung besuchen. Dies waren 1,6% der untersuchten Vorschulkinder im Schuljahr 2020/21 (SMS-Auswertung). Diese Kinder in die vorschulischen Angebote der Kindertagesstätten und Grundschule einzubinden kann dazu beitragen, dass statt Vorbehalten und Ängsten bei den zukünftigen Schulanfängern insbesondere die Freude auf die Schule und die damit verbundenen Veränderungen im Vordergrund stehen.

### 3.10 Weitere Untersuchungsergebnisse

Im Rahmen der Schulaufnahmeuntersuchungen wurden weitere Befunde erhoben, von denen hier einige überblicksweise dargestellt werden sollen.

Ein gutes Sehvermögen ist für die gesamte körperliche, kognitive und emotional-psycho-soziale Entwicklung eines Kindes von großer Bedeutung. Abbildung 38 zeigt, dass fast ein Viertel (24,1%) der untersuchten Vorschulkinder unter einer herabgesetzten Sehschärfe litt. Von diesen Kindern erhielt etwa die Hälfte eine Überweisung zur weiteren ärztlichen Abklärung, während sich die andere Hälfte schon in Behandlung befand (das heißt, die Kinder trugen eine Brille oder waren bereits unter augenärztlicher Kontrolle). Bei besonderen Auffälligkeiten machen die Ärztinnen und Ärzte des KJÄD darauf aufmerksam, was beim Schulstart zu berücksichtigen ist. Beispielsweise kann eine Empfehlung zum Sitzplatz im Klassenraum oder zu Einschränkungen im Schulsport erteilt werden.

**Abbildung 38:** Weitere Befunde der Schulaufnahmeuntersuchungen 2020/21, Landkreis Meißen.



Quelle: KJÄD 2021i; eigene Darstellung.

Ein gesundes Hörvermögen ist ebenfalls von grundlegender Bedeutung für viele Bereiche der kindlichen Entwicklung. Dies gilt für die Herausbildung der sprachlichen Fähigkeiten ebenso wie für die sozial-emotionale Entfaltung eines Kindes. In Bezug auf das Hören waren 3,3% der untersuchten Kinder von Auffälligkeiten betroffen (Abbildung 38). Mehr als zwei Drittel (2,4%) dieser Kinder waren zum Zeitpunkt der Schulaufnahmeuntersuchung

bereits in Behandlung. Die Einleitung einer fachärztlichen Diagnostik im Vorschulalter ist bei Verdacht auf eine Hörschwäche von großer Bedeutung für einen gelingenden Schulstart.

Ein weiteres Untersuchungsergebnis betrifft die Körperhaltung (Abbildung 38). Etwa 19% der untersuchten Vorschulkinder hatten diesbezüglich Auffälligkeiten, wobei es sich bei einem Großteil der Kinder (14,3%) um Minimalbefunde handelte. Der verbleibende Anteil war etwa zur Hälfte bereits in Behandlung. Nur wenige Vorschulkinder erhielten wegen einer Haltungsschwäche nach der Schulaufnahmeuntersuchung die Empfehlung zur fachärztlichen Vorstellung. Eine Haltungsschwäche ist oft Folge eines Wachstumsschubes und deshalb im Vorschulalter nicht ungewöhnlich. Durch Bewegung und eine damit einhergehende Kräftigung der Muskulatur verschwindet sie häufig wieder. Zu beachten bleibt, dass eine Fehlhaltung zu Beschwerden wie Nacken-, Kopf- oder Rückenschmerzen führen kann. Eltern, Erzieher und Lehrer sollten darüber informiert sein, dass ausreichende Bewegung für ein gesundes Aufwachsen von großer Bedeutung ist. Damit diese regelmäßig und dauerhaft durch das Kind ausgeführt wird, sollte sie Spaß und Freude vermitteln. Neben dem Vereinssport sollten Bewegungsangebote in Schule und im Wohnumfeld der Kinder stärkere Beachtung finden, beispielsweise durch die anregende Gestaltung des Außengeländes der Schulen. Geeignete, an die Körpergröße des Kindes angepasste ergonomische Stühle und Tische tragen ebenso dazu bei, ungesunde Körperhaltungen zu vermeiden.

Die Bewertung des Zahlenvorwissens ist ein weiterer Bestandteil der Schulaufnahmeuntersuchung. Etwa ein Fünftel (20,1%) der Kinder zeigte in diesem Entwicklungsbereich kleinere oder größere Auffälligkeiten. Wichtig ist die Überprüfung des Zahlenvorwissens vor allem vor dem Hintergrund der großen Bedeutung mathematischer Kompetenzen. Mittels geeigneter Methoden (z.B. des „MBK 0“ – Tests; Krajewski 2018), die auf dem entwicklungspsychologischen Modell des Erwerbs der Zahl-Größen-Verknüpfung beruhen (ZGV-Modell), können bereits im Vorschulalter viele rechenschwache Kinder aufgrund ihrer Vorkenntnisse von Mengen und Zahlen erkannt und frühzeitig gefördert werden. Die gezielte Nutzung der Möglichkeiten einer frühen Förderung durch Eltern und Erzieher kann einer Rechenschwäche oder Dyskalkulie vorbeugen und Kindern zu einem besseren und freudvolleren Zugang zur Mathematik verhelfen.

### 3.11 Zahngesundheit

Zahnerkrankungen im Kindesalter sind meistens die Folge eines Zusammenspiels aus unzureichender Mundhygiene, falscher Ernährung (z.B. süße Getränke) und Verhaltensweisen (z.B. zu langes Nuckeln im Kleinkindalter) sowie mangelnder Inanspruchnahme regelmäßiger zahnärztlicher Kontrollen und Prophylaxemaßnahmen (z.B. Fluoridierung). Werden sie nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, drohen dauerhafte Schmerzen, vorzeitiger Zahnverlust und Zahnfleischerkrankungen. Daraus resultieren Probleme beim Abbeißen oder Kauen und ein erhöhtes Risiko für Zahnfehlstellungen im bleibenden Gebiss, Sprachstörungen sowie Ess- und Verdauungsstörungen. Die in der Regel einmal jährlich allen Kindern bis zur Klassenstufe 7 angebotenen zahnärztlichen Untersuchungen des Jugendzahnärztlichen Dienstes dienen der Erkennung und Verhütung von Zahn- und Munderkrankungen und beinhalten die Untersuchung der Mundhöhle, die Erhebung des Zahnstatus und die Beurteilung der Mundhygiene. Die Untersuchungen sind für das Kind freiwillig und bedürfen einer vorherigen schriftlichen Zustimmung der Sorgeberechtigten. Diese erhalten im Anschluss eine ebenfalls schriftliche Information zum Untersuchungsergebnis und erforderlichenfalls eine Empfehlung zur Behandlung bzw. weiteren Kontrolle.

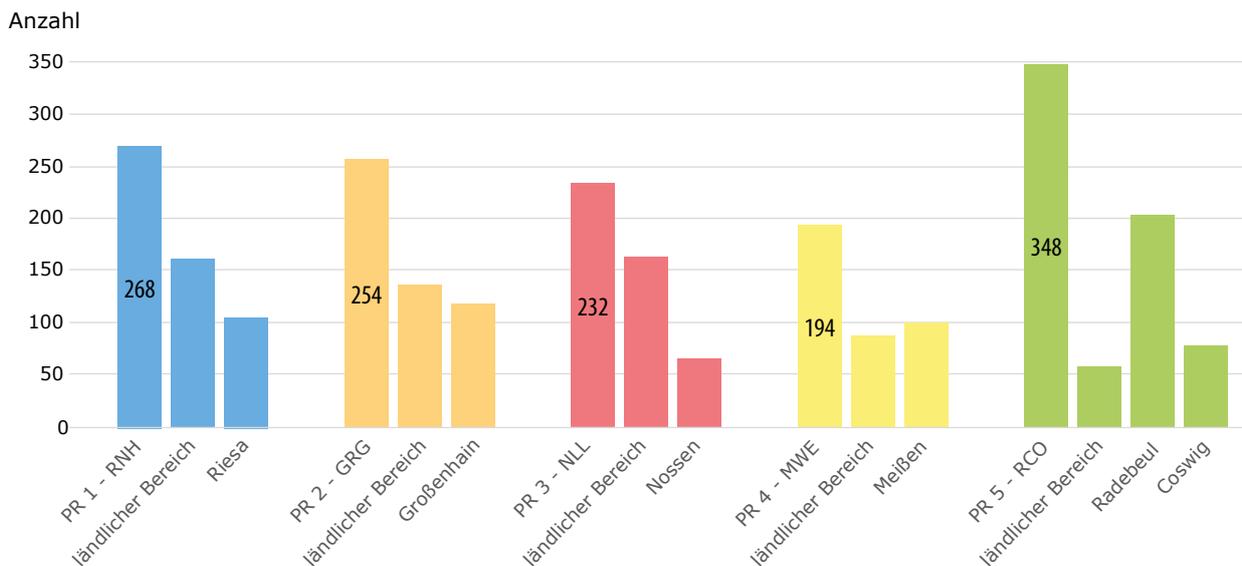
Studien zur Zahngesundheit zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und sozioökonomischem Status sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter. Die Art dieses Zusammenhangs ist komplex und unter anderem sowohl von der Altersgruppe der Untersuchten als auch der Definition von Mundgesundheit und sozioökonomischem Status abhängig. Dabei spielen neben dem allgemeinen Bildungsstand auch der Berufs- und Einkommensstand eine Rolle (Leonhardt & Hirsch 2019), trotz durch

das Gesundheitssystem gedeckter Vorsorge- oder Behandlungskosten (Verlinden et al. 2019, Bencze 2021, Lampert 2017). Familien mit einem höheren sozioökonomischen Status achten in der Regel stärker auf regelmäßige Mundhygiene, gesunde Ernährung und die Nutzung zahnärztlicher Vorsorge- und Behandlungsangebote als Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status. Ein niedrigerer allgemeiner Bildungsstand resultiert oft auch in einem erschwerten Zugang zu Informationen bezüglich Mundgesundheit und Ernährung. Daraus ergibt sich eine Ungleichverteilung in dem Sinne, dass immer weniger Kinder einen Großteil der Karieserfahrung auf sich vereinen (Schiffner 2019).

Aufgrund der Corona-Pandemie konnten die jugendzahnärztlichen Untersuchungen in den beiden vergangenen Jahren in nur sehr geringem Umfang durchgeführt werden. Daher stammen die im Folgenden dargestellten Zahlen bereits aus den Untersuchungen des Schuljahres 2018/2019. Zu beachten ist, dass der Anteil der zahnärztlich untersuchten Kinder nicht mit den im Rahmen der Schulaufnahmeuntersuchungen erfassten Kinder übereinstimmt, trotzdem es sich um die gleiche Altersgruppe handelt. Denn nicht alle Fünf- bis Sechsjährigen sind automatisch Vorschüler und in der Regel können nicht alle Kinder einer Altersgruppe bei den zahnärztlichen Untersuchungen erreicht werden.

Im Landkreis Meißen wurden im Schuljahr 2018/19 etwa 1.300 Kinder vom Jugendzahnärztlichen Dienst (JZÄD) untersucht (Abbildung 39). Am höchsten war ihre Anzahl in PR5-RCO (348 Kinder), insbesondere in Radebeul. Am geringsten war sie in PR4-MWE (194 Kinder), wo – wie auch in PR2-GRG – die Anzahlen relativ gleich auf Stadt und Land verteilt waren.

**Abbildung 39:** Anzahl der durch den JZÄD untersuchten Kinder im Schuljahr 2018/2019.



Quelle: JZÄD 2021; eigene Darstellung.

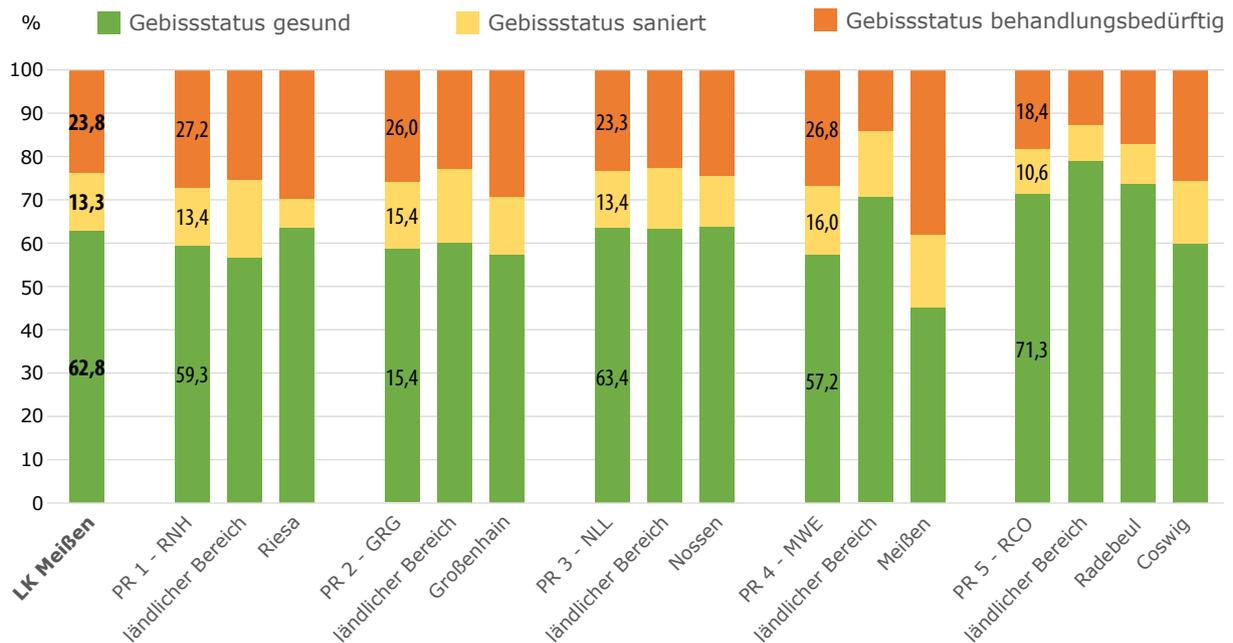
Während im Freistaat Sachsen der Gebissstatus bei den 3-Jährigen noch zu einem großen Teil (88%) gesund ist, ist dieser Anteil unter den 6-Jährigen bereits deutlich geringer (60%). Bei den 12-Jährigen steigt er wieder etwas an (67%; Faktenblatt Zahngesundheit 2019/2020).

Eine ähnliche Beobachtung lässt sich für die 5- bis 6-Jährigen im Landkreis Meißen machen. Von den zahnärztlich untersuchten Kindern hatten knapp zwei Drittel (62,8%) einen gesunden Gebisszustand (Abbildung 40). Am höchsten war dieser in PR5-RCO (71,3%), insbesondere im ländlichen Raum (79,0%) und in Radebeul (73,5%); lediglich in Coswig war er auffallend geringer (59,8%). Am geringsten war der Anteil von Kindern mit zahngesundem Gebiss in PR4-MWE (57,2%), PR2-GRG (58,7%) und PR1-RNH (59,3%). Meißen fällt, im Gegensatz zum ländlichen Raum der PR4-MWE (70,7%), mit einem besonders geringen Anteil (45,1%) an Kindern mit gesundem Gebissstatus auf.

Ein geringer Anteil an sanierten Gebissen in einer Planungsregion kann sowohl auf einem überwiegend gesunden Gebisszustand beruhen als auch die Folge mangelnden Interesses an der Mundgesundheit des Kindes seitens der Sorgeberechtigten sein. So kann z.B. ein über längere Zeit unbehandelt gebliebenes kariöses Gebiss einen Hinweis auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung darstellen.

Der Anteil der Kinder mit saniertem Gebissstatus liegt landkreisweit bei 13,3%. Am niedrigsten ist er in PR5-RCO (10,3%), hier vor allem im ländlichen Bereich (8,1%) und in Radebeul (9,3%), sowie ebenfalls in Riesa (6,5%). Am höchsten ist der Anteil von Kindern mit saniertem Gebissstatus in PR4-MWE (16,0%) und PR2-GRG (15,4%).

**Abbildung 40:** Gebissstatus der untersuchten Kinder nach Planungsregion, Untersuchungsjahr 2018/2019.



Quelle: JZÄD 2021; eigene Darstellung.

Der Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigem, das heißt nicht saniertem Gebissstatus war in den ländlichen Räumen der PR5-RCO (12,9%) und PR4-MWE (14,1%) am niedrigsten. Im Allgemeinen lag er in den Städten etwas höher als in den ländlichen Räumen. Besonders stark ausgeprägt war der Stadt-Land-Unterschied in PR4-MWE (24 Prozentpunkte Unterschied), wobei die Kinder aus Meißen den höchsten Anteil (38,2%) an behandlungsbedürftigen Zähnen im Landkreis aufwiesen, gefolgt von Riesa (29,9%) und Großenhain (29,4%). Ähnliches trifft auf die diese Städte umgebenden Planungsregionen zu: PR1-RNH (27,2%), PR4-MWE (26,8%) und PR2-GRG (26,0%) haben die höchsten Anteile an Kindern mit unsaniertem Zahn- bzw. Gebissstatus.

Mögliche Gründe für den im Vergleich der Planungsregionen und Städte in Meißen gefundenen geringsten Anteil an Kindern mit gesundem Gebissstatus sowie dem höchsten Anteil an behandlungsbedürftigen Zähnen könnten darin liegen, dass in Meißen der Anteil an Einrichtungen, die besonders viele Kinder aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status betreuen, gemessen an der Gesamtzahl der untersuchten Kindertageseinrichtungen höher war als in anderen Städten und Regionen des Landkreises.

Vor dem Hintergrund der Komplexität der Zusammenhänge von Zahngesundheit und sozioökonomischem Status erscheint es umso wichtiger, möglichst vielen Kindern und Jugendlichen frühzeitige und regelmäßige zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen durch den Jugendzahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes in den Betreuungseinrichtungen und Schulen anzubieten, um die ggf. fehlende Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen bei niedergelassenen Zahnärzten zumindest teilweise zu ersetzen. Ebenso wichtig sind

dessen regelmäßige Informationen zur (zahn-)gesunden Ernährung sowie Zahnpflege, die von den Einrichtungen z.B. als gruppenprophylaktische Maßnahme (tägliches gemeinsames Zähneputzen) umgesetzt werden sollten. Diese altersgerecht abgestimmten Maßnahmen dienen auch der Unterstützung der Erziehungsberechtigten im häuslichen Alltag.

### 3.12 Fazit

Der Bericht zeigt am Beispiel der Schulaufnahmeuntersuchungen ein überwiegend positives Bild der Gesundheit der Vorschulkinder im Landkreis Meißen und verweist auf die besondere Bedeutung von Gesundheit für das Aufwachsen. So waren mehr als drei Viertel (zwischen 75% und 90%) der Kinder in allen betrachteten Untersuchungsbereichen, außer im Bereich Sprache, ohne auffälligen Befund.

Ein in Studien (Straatmann 2020, Lampert 2017, Lampert und Kuntz 2019) immer wieder entdeckter Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialen, demografischen und ökonomischen Faktoren, der in sich komplex und nicht durch einfache kausale Mechanismen beschreibbar ist, zeigte sich aber auch im Landkreis Meißen. Kinder aus den Planungsregionen mit den höchsten sozialen und/oder wirtschaftlichen Ressourcen (PR5-RCO und PR3-NLL) wiesen weniger Auffälligkeiten auf als Kinder aus Regionen mit diesbezüglich geringeren Ressourcen. So hatten die Vorschulkinder aus PR5-RCO häufiger beobachtungs- und kontrollbedürftige Minimalbefunde, aber seltener behandlungsbedürftige Auffälligkeiten. (Die Minimalbefunde betrafen insbesondere die Bereiche Körperkoordination und Visuomotorik.) PR3-NLL dagegen verzeichnete den höchsten Anteil an adipösen Vorschulkindern sowie häufiger als andere Planungsregionen Minimalbefunde im sprachlichen Bereich. Beide Planungsregionen wiesen die unter den Vorschulkindern geringsten Impfquoten und gesündesten Zähne auf. Auch dies deckt sich mit Untersuchungen, die einen Zusammenhang zwischen hoher Bildung und geringerer Impfbereitschaft (WHO 2013) bzw. hohem sozioökonomischen Status und weniger Zahnerkrankungen (Hadler-Olsen 2021, Leonhardt & Hirsch 2019, Spinler 2021, Verlinden et al. 2019) aufzeigen.

Die Kinder aus den sozial und wirtschaftlich weniger gut ausgestatteten Planungsregionen PR1-RNH und PR4-MWE, die einen höheren Bedarf an Leistungen der Frühen Hilfen und der Jugendhilfe haben und wo Armut, gemessen am Bedarf von Leistungen nach SGB II und/oder SGB XII, stärker ausgeprägt ist als in den sozioökonomisch besser gestellten Regionen, zeigten in den Schulaufnahmeuntersuchungen häufiger auffällige Befunde. Gleiches gilt für die PR2-GRG mit mittleren sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen. Während die untersuchten Vorschulkinder aus PR1-RNH und PR2-GRG besonders häufig auffällige Befunde in den Bereichen Sprache, Körperkoordination, emotional-psychosoziales Verhalten, Visuomotorik und Übergewicht hatten sowie die höchsten Impfquoten aufwiesen, zeigten die Kinder der PR4-MWE besonders häufig Minimalbefunde in den Bereichen Sprache, Körperkoordination und Visuomotorik. Im Vergleich zu den sozioökonomisch besser gestellten Planungsregionen erhielten die Vorschulkinder der PR1-RNH, PR2-GRG und PR4-MWE seltener eine Empfehlung für eine Einschulung in die Grundschule und hatten weniger häufig gesunde Zähne.

## 4 Zusammenfassung und Ausblick

Gesundheit ist in jeder Altersphase von zentraler Bedeutung und ist ganzheitlich zu denken. Dieser auch „health in all policies“ genannte Ansatz entspricht einer zentralen Forderung der „Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert“ (Jakarta 1997) als auch des Gesunde-Städte-Netzwerks der Bundesrepublik Deutschland, dessen Mitglied der Landkreis Meißen seit 2019 ist. Das Projekt „Gesund Aufwachsen im Landkreis Meißen“ setzt sich im Rahmen dieser Herangehensweise für den Aufbau und die Etablierung nachhaltiger kommunaler Strukturen im Landkreis ein. Dieser Bericht stellt dabei die Daten- bzw. Ausgangsbasis bereit, auf deren Grundlage gemeinsam mit den sozialen Akteuren und Zielgruppen vor Ort gesundheitsförderliche Handlungsstrategien und Maßnahmen in Modellkommunen des Landkreises in den kommenden vier Jahren entwickelt und umgesetzt werden sollen.

Um die Chancengerechtigkeit und die Gesundheit der heranwachsenden Generation des Landkreises Meißen weiter zu verbessern, bedarf es daher Maßnahmen und Projekte, die sich einerseits gezielt der jeweiligen „planungsregionalen“ Schwächen annehmen und die andererseits an den möglichen Stellschrauben sozioökonomischer Ungleichheit drehen. Um diejenigen Kinder des Landkreises Meißen zu erreichen, die nicht zur Mehrheit der gesunden und altersgerecht entwickelten Kinder gehören, braucht es eine Förderung insbesondere derjenigen Kindertageseinrichtungen und Schulen, die viele Kinder aus sozial und/oder wirtschaftlich schwächeren Familien betreuen.

Hinsichtlich der Förderung einer gesunden Entwicklung besonders bewährt hat sich, gerade auch für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche, eine Verzahnung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen und Angebote entlang ihres Alters und Entwicklungsstadiums. Sogenannte kommunale „Präventionsketten“ sind besonders effektiv, denn sie bieten einen verlässlichen Rahmen, innerhalb dessen gesundheitsförderliche Entwicklungsbedingungen nachhaltig gestaltet sowie Ressourcen gebündelt und Synergien erreicht werden können. Insbesondere für „sensible“ Übergangsphasen, bspw. zwischen Kindergarten und Schule, Schule und Ausbildung oder auch zwischen Schwangerschaft und junger Familie, in denen ein „Scheitern“ als besonders schmerzlich und belastend empfunden wird, sind solche Präventionsketten sinnvoll und wichtig. Das Projekt „Gesund Aufwachsen im Landkreis Meißen“ will hier einen Beitrag leisten, Präventionsketten entlang der zeitlichen physischen und psychischen Entwicklung eines Menschen vom Säuglings-, Kleinkind- und Kindergartenalter (Frühe Hilfen) über die Grund- und weiterführende Schule ins Jugendalter (Kinder- und Jugendhilfe, verschiedenste Vereine, Kinder- und Jugendhäuser) bis zum Erwachsenenalter (Beratungsstellen, Vereine, Treffs und Ähnliches) auf- bzw. auszubauen. Für eine solch ganzheitliche Förderung ist es wichtig, dass möglichst viele Beteiligte aus allen relevanten Bereichen inklusive der Zielgruppen (Eltern, Kinder und Jugendliche) zusammenkommen, um in einem partizipativen Prozess Lösungswege und eine Handlungsstrategie zu erarbeiten sowie im Anschluss gemeinsam entsprechende Maßnahmen und Empfehlungen umzusetzen. Zu diesen könnten gehören: zeitgemäße Qualifizierungen von Erzieherinnen und Erziehern, Lehrpersonal und Fachkräften, z.B. im Bereich Sprachförderung oder auf dem Gebiet der emotional-psychozialen Entwicklung von Kindern (bspw. Unterstützung beim Umgang mit Krisen, Erhöhung der Resilienz); Schulungen für Eltern, z.B. zu Gesundheits- oder Erziehungsthemen sowie Förderung von Elterninitiativen, z.B. Elterntalks; Weiterbildungskurse für Schülerinnen und Schüler, bspw. als „Bewegungstutoren“ für „bewegte Pausen“; Vorstellungen von Vereinen, z.B. Sportvereinen, in den Schulen; Durchführung von Projekttagen oder Schnupperkursen an Schulen oder auch Kindertagesstätten, z.B. bei der Freiwilligen Feuerwehr; Besuch der Zahnarztpraxis „nebenan“ durch die Vorschulgruppen von Kindertageseinrichtungen und vieles mehr.

Bezogen auf die einzelnen Planungsregionen sollten mögliche Maßnahmen an folgenden Punkten ansetzen.

Ein verstärkter Einsatz von Sprachpädagogen bzw. eine gezielte Qualifizierung im sprachlichen Bereich von Erziehern bzw. Fachkräften in Kindertageseinrichtungen insbesondere der PR1-RNH sowie der Städte Großenhain, Nossen und Meißen könnte dazu beitragen, durch eine gezielte Sprachförderung der Kinder diesbezügliche Auffälligkeiten zu verhindern oder abzumildern, so dass sie den Schulerfolg nicht so leicht beeinträchtigen. Sprachfördermaßnahmen wie bspw. der Besuch eines Vorbereitungskurses bieten Kindern und Jugendlichen mit nichtdeutscher Herkunftssprache und unzureichenden anderweitigen Möglichkeiten die Chance, geringe Deutschkenntnisse abzubauen und ggf. weitere relevante Erfahrungen zu sammeln, um den Besuch der allgemeinbildenden Schule einfacher bewältigen zu können.

Ein gezieltes Bewegungstraining in den Kindertageseinrichtungen und Schulen der Planungsregionen PR1-RNH und PR2-GRG, aber auch PR5-RCO unterstützt das Erlernen motorischer Fähigkeiten und der Körperkoordination und hilft, Übergewicht vorzubeugen oder zu reduzieren. Ein besonderes Augenmerk auf die Bewegungsförderung von Kindern mit starkem Übergewicht (Adipositas) zu legen, ist auch in PR3-NLL und in Coswig sinnvoll. „Bewegte Unterrichtspausen“ bieten einen Ausgleich zum vielen Sitzen in den

Schulen, erhöhen die kognitive Leistungsfähigkeit und können weitere positive Aspekte haben (GrundGesund (a), GrundGesund (b)). Konzepte wie „Bewegte Schule“ oder „Bewegungsfreudige Schule“ (Kultusministerkonferenz 2001, Kottmann 2005, „Bewegte Schule und Bewegte Kindertagesstätte in Sachsen“) bieten vielfältige Anregungen und Beispiele. Dabei konnte gezeigt werden, dass sich sowohl durch Lehrkräfte als auch durch Schülerinnen und Schüler (z.B. dafür ausgebildete „Bewegungstutorinnen und -tutoren“) angeleitete Bewegungsübungen (für Kraft, Ausdauer, Geschicklichkeit, Entspannung) dafür eignen und dass diese gleichzeitig das soziale Miteinander fördern können (Deutsches Schulportal). Auch ein anregendes Umfeld (Schulhof, Sporthalle) oder die Öffnung und freie Nutzung der Turnhalle und bestimmter Sportgeräte (Bälle, Schläger usw.) an festgelegten Tagen und Zeiten kann zur Bewegung einladen. Beispiele für derartige Ansätze gibt es bereits im Landkreis wie das Projekt „Fair Play durch Bewegung“ an der Johannesgrundschule in Meißen. Um einen langfristigen, nachhaltigen Erfolg zu erzielen, ist eine Verankerung der Bewegungsförderung im Lehrplan sowie eine Anregung zur Änderung der Einstellung der Schülerinnen und Schüler hin zu Freude und Lust an Bewegung sinnvoll und wichtig (GrundGesund).

Ein breites Angebot an Tätigkeiten und Aktivitäten, die gezielt visuomotorische Fähigkeiten fördern, ist besonders in den Kindertageseinrichtungen der PR4-MWE, PR1-RNH und PR2-GRG, vor allem auch in den Städten, wichtig und wünschenswert. Darüber hinaus sind öffentliche Angebote unterschiedlicher Träger in den verschiedenen Gemeinden oder Stadtteilen sinnvoll, um Eltern anzusprechen, deren Kinder keine Kindertagesstätte besuchen oder Eltern, die zusätzliche Möglichkeiten gern nutzen würden. Eine Vielzahl von Angeboten ist bereits vorhanden. Die Herausforderung besteht vor allem darin, diejenigen Kinder zu erreichen, die Unterstützung nötig haben. Da Kinder im Vorschulalter in der Regel von einem Erwachsenen begleitet werden müssen, könnte ein parallel stattfindendes Angebot für diese Begleitpersonen im selben Haus (z.B. ein Sportangebot oder ein „Eltern-Café“) gegebenenfalls ein Anreiz sein, solche Angebote für das Kind zu nutzen.

Koch- und Ernährungskurse können ein motivierendes Erlebnis für Kinder jeden Alters und für Jugendliche sein, selbst einmal Hand anzulegen, um etwas Leckeres und Gesundes zuzubereiten (z.B. mit Unterstützung des Kochbusses „Coole Knolle“). In Schulen sind gesunde Cafeteria-Angebote eine nicht zu vernachlässigende Möglichkeit, gesundes Essen stärker in den Fokus der Kinder und Jugendlichen zu rücken. Schul-Cafeterien, mit ihrem bislang häufig wenig gesunden Angebot, sollten daher in diesem Zusammenhang deutlich stärker als bisher in den Blick genommen werden. Dass es in ländlichen Regionen besonders für kleine Schulen und Kindertagesstätten aufgrund der durch den Essensanbieter geforderten Wirtschaftlichkeit allerdings mitunter schwierig sein kann, überhaupt einen Anbieter zu finden, ist eine Tatsache, die die Umsetzung dieser Empfehlungen erheblich erschweren mag.

Eine eher ungewöhnliche Alternative kann eine „Schülerfirma“, das heißt eine Arbeitsgemeinschaft, die sich an einer Unternehmensform orientiert, bieten, die sich mit gesunder Ernährung, bspw. in Form von gesunden Pausen-Getränken auseinandersetzt (Heinrichs 2021) und damit, quasi nebenbei, Schülerinnen und Schüler eigenverantwortliches Handeln und wirtschaftliche Zusammenhänge erleben lässt. Projekte wie „Pausen-Brot“ (Stiftung Soziale Projekte Meißen) oder der „Ernährungsführerschein“ (BZfE 2022) für Grundschüler sind bereits bestehende Angebote in dieser Richtung im Landkreis. Diese Anregungen sind besonders dringend auch im Bereich der Kindertagesbetreuung umzusetzen.

Die Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. bietet in diesem Zusammenhang Unterstützung, Handlungsempfehlungen und Tools für Kindertagesstätten, Schulen und Kommunen (Vernetzungsstelle Sachsen 2022).

Die Förderung der Herausbildung und Entwicklung von emotional-psychozialen Kompetenzen darf nicht auf die Altersphase des Vorschulalters beschränkt sein, sondern sollte in jeder Altersgruppe besondere Beachtung finden. Die Bedeutung dieser Kompetenzen für Kinder und Jugendliche wurde bspw. in der aktuellen Copsy (Corona und Psyche) - Studie bestätigt, die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die seelische

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland untersucht hat. Die Ergebnisse der Studie machten erneut deutlich, dass besonders Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Familien oder mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko haben, seelisch zu erkranken, Ängste und depressive Symptome zu entwickeln sowie eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufzuweisen (Kaman 2021, Ravens-Sieberer 2021 und 2022). In diesem Zusammenhang verdienen insbesondere PR2-GRG und PR1-RNH (teilweise auch der ländliche Bereich der PR5-RCO) stärkere Aufmerksamkeit, da hier die Anteile sowohl von Kindern mit wirtschaftlich und sozial schwächerem Hintergrund als auch die Anteile an Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten höher sind als in anderen Regionen des Landkreises. Eine Weiterbildung von Fachkräften in Kindertageseinrichtungen und Schulen auf dem Gebiet der Förderung psychosozialer Gesundheit könnte diesbezüglich positive Auswirkungen auf die emotional-psychosoziale Entwicklung der betreuten Kinder haben (Papilio 2022).

Beim Übergang von der Kindertagesstätte in die Schule ist eine Kooperation dieser beiden Einrichtungen von zentraler Bedeutung, um Kinder, insbesondere auch solche mit Entwicklungsbesonderheiten, gezielt und in geeigneter Weise begleiten und unterstützen zu können. Eine solche Zusammenarbeit wird in den Gemeinden des Landkreises Meißen bereits umgesetzt und gefördert. Kooperationsverbünde, die die Zusammenarbeit für bestimmte städtische oder ländliche Gebiete oder auch eine Planungsregion koordinieren, stellen darüber hinaus eine Möglichkeit dar, flexibel auf sich ändernde Bedürfnisse der Beteiligten zu reagieren, Synergieeffekte zu nutzen und Impulsgeber für die kooperierenden Einrichtungen zu sein (z.B. Arbeitskreis „KiTa – Grundschule“ in Großenhain und Umgebung). Trotz eingeschränkter Möglichkeiten und eines reduzierten Austauschs ist eine Unterstützung und Stärkung der emotional-psychosozialen Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen gerade während der Pandemie besonders wichtig, da eine solche Stärkung positive Auswirkungen in vielen Bereichen entfaltet.

Eine gute Zahngesundheit ist für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen ebenfalls von großer Bedeutung, da Zahnerkrankungen Probleme in verschiedenen Bereichen begünstigen oder verursachen können (bspw. Sprach-, Ess- oder Verdauungsstörungen). In diesem Zusammenhang sind frühzeitige und regelmäßige zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen sowie Informationen und Angebote zur zahngesunden Ernährung und vorbeugender Zahnpflege für Eltern und Kinder, bspw. Projekte zur Mundgesundheit durch den Jugendzahnärztlichen Dienst, insbesondere in PR1-RNH, PR2-GRG und PR4-MWE (vor allem in Meißen) notwendig und sinnvoll.

An den oben genannten Punkten anzusetzen, die sich an den im Bericht festgestellten Bedarfen der jeweiligen Planungsregionen orientieren, und Maßnahmen entlang der Entwicklungsstadien von Kindern zu entwickeln, umzusetzen, miteinander zu verzahnen und zu etablieren, das ist das Ziel möglicher Präventionsketten im Landkreis Meißen. Diesem Ziel näher zu kommen, bedarf es vieler kleiner und großer Schritte auf bundes-, landes- und kommunalpolitischer Ebene, aber auch der Übernahme von Selbstverantwortung eines und einer jeden für die eigene Gesundheit und die individuelle Gesundheitskompetenz (Domanska 2021, Schaeffer 2021).

## Literaturverzeichnis

**AA** (2021a). Ausländeramt Meißen. Datenlieferung vom 20.7.2021.

**AA** (2021b). Ausländeramt Meißen. Datenlieferung vom 14.6.2021.

**Albers, T.** (2015). Armut – Grundlagen und Implikationen für die Arbeit mit Kindern Unter Drei. Zugriff am 22/02/2022. Verfügbar unter:  
[https://www.kita-fachtexte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/KiTaFT\\_Albers\\_Armut\\_2015.pdf](https://www.kita-fachtexte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/KiTaFT_Albers_Armut_2015.pdf)

**Attig, M., & Weinert, S.** (2019). Häusliche Lernumwelt und Spracherwerb in den ersten Lebensjahren. *Sprache, Stimme, Gehör*, 43, 86-92.

**BA** (2021a). Bundesagentur für Arbeit. Bestand an erwerbsfähigen Leistungsberechtigten (ELB) ab 25 Jahren und älter nach Berufsausbildung. Datenlieferung vom 25.10.2021.

**BA** (2021b). Bundesagentur für Arbeit. Erwerbsfähige Leistungsberechtigte – Berufsausbildung. Datenlieferung vom 14.3.2021.

**BA** (2021c). Bundesagentur für Arbeit. Tabelle „Langzeitarbeitslosigkeit (Monatszahlen) - Deutschland, Länder, Kreise und Jobcenter, Dezember 2020.“ Zugriff am: 19.11.2021. Verfügbar unter:  
<https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/202005/langzeitarbeitslosigkeit/langzeitarbeitslosigkeit/langzeitarbeitslosigkeit-dlkjc-0-202005-xlsm.xlsm/>

**Bencze, Z., Mahrouseh, N., Soares, A., Carlos, A., Kovács, N. & Varga, O.** (2021). The Burden of Early Childhood Caries in Children under 5 Years Old in the European Union and Associated Risk Factors: An Ecological Study. *Nutrients*, 13, 455.

**Berufsverbände für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie** aus Deutschland (Hrsg.) (2021). ADHS-begleitende Störungen. Zugriff am 10/12/2021. Verfügbar unter:  
<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugendpsychiatrie-psycho-somatik-und-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/aufmerksamkeitsdefizit-hyperaktivitaets-stoerung-adhs/adhs-begleitende-stoerungen/>

**Bewegte Schule und Bewegte Kindertagesstätte in Sachsen.** Forschungsgruppe „Bewegte Schule“ (Hrsg.). Zugriff am 14/11/2021. Verfügbar unter:  
<https://www.bewegte-schule-und-kita.de/>

**Birg, H.** (2007). Was auf Deutschland zukommt – Die zwingende Logik der Demographie. In: Minerva Institut für deutsche Geschichte (Hrsg.), *Demografie – Demokratie – Geschichte: Deutschland und Israel*. Tel Aviver Jahrbuch für deutsche Geschichte. Göttingen: Wallstein Verlag.

**BMG** (2021). Schutzimpfungen. Zugriff: 17/12/2021. Verfügbar unter:  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/impfungen/schutz-impfungen.html>

**Bolster, M., Rattay, P., Hölling H. & Lampert T.** (2020). Zusammenhang zwischen elterlichen Belastungen und der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Ergebnisse aus KiGGS Welle 1. Kindheit und Entwicklung*, 29, 30-39.

**Bund-Länder Demografie-Portal** (2021). Lebensformen. Zugriff am 10/12/2021. Verfügbar unter: <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/lebensformen.html>

**BZfE** (2022). Der Ernährungsführerschein: Praktische Ernährungsbildung planen und durchführen. Bundeszentrum für Ernährung (Hrsg.). Zugriff am 10/12/2021. Verfügbar unter: <https://www.bzfe.de/bildung/der-ernaehrungsfuehrerschein/der-ernaehrungsfuehrerschein>

**Carvalho Ade, J., Lemos, S. M. & Goulart L. M.** (2016). Language development and its relation to social behavior and family and school environments: a systematic review. *Codas*, 28, 470-479.

**Daseking, M., Petermann, F., Roske, D., Trost-Brinkhus, G., Simon, K. & Oldenhage, M.** (2009). Entwicklung und Normierung des Einschulungsscreenings SOPESS. *Gesundheitswesen*, 71, 648-655.

**Daseking, M., Petermann, F., Simon, K. & Waldmann, H.-C.** (2011). Vorhersage von schulischen Lernstörungen durch SOPESS. *Gesundheitswesen*, 73, 650-659.

**Denham, S. A., Bassett, H. H., Sirotkin, Y. S., Brown, C. & Morris, C. S.** (2015). „No-o-o-o Peeking“: Preschoolers’ Executive Control, Social Competence, and Classroom Adjustment. *Journal of research in childhood education*, 29, 212–225.

**Der Paritätische Gesamtverband** (Hrsg.) 2021. Armut in der Pandemie. Der Paritätische Armutsbericht 2021. Berlin.

**Destatis** Statistisches Bundesamt (2021). Durchschnittliche Lebenserwartung (Periodensterbetafel): Deutschland, Jahre, Geschlecht, Vollendetes Alter. Zugriff am 17/12/2021. Verfügbar unter:

<https://www.genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=12621-0002&zeitscheiben=16&sachmerkmal=ALT577&sachschluessel=ALTOLL000,ALTVOLL020,ALTVOLL040,ALTVOLL060,ALTVOLL065,ALTVOLL080#abreadcrumb/>

**Deutsches Institut für Altersvorsorge** (2017). Männerüberschuss mit Folgen. Zugriff am 15/12/2021. Verfügbar unter: <https://www.dia-vorsorge.de/demographie/maennerueberschuss-mit-folgen>

**Deutsches Schulportal** (2021). Bewegte Schule. Bewegungspausen für die Konzentration. Zugriff am 12/11/2021. Verfügbar unter: <https://deutsches-schulportal.de/konzepte/bewegte-schule-konzentration-durch-springen-rennen-kraefte-messen>

**Domanska, O.M., Loer, A.-K. M., Stock, C. & Jordan, S.** (2021). Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung Jugendlicher. *Prävention und Gesundheitsförderung* (Online-Ausgabe). Zugriff am 9/12/2021. Verfügbar unter:

<https://static-content.springer.com/pdf/art%3A10.1007%2Fs11553-021-00913-1.pdf?token=1650442625931--bf861db923b554d6eb4249905792994c93991f19bd840ca-746497f1abb04833c0f06ff5d52a059e2a0bdd32c0b4ea85cab0fa119b341a8a48be001546cf999f6>

**Eckerth, M. & Hanke P.** (2015). Übergänge ressourcenorientiert gestalten: Von der KiTa in die Grundschule. In: *KinderStärken 5*. Stuttgart: Kohlhammer.

**Engel, M.** (2021). Sachstandsbericht Kommunale Koordination Suchthilfe/ Suchtprävention im Landkreis Meißen 2020 und 2021. Landkreis Meißen.

**Ennemoser, M., Marx, P., Weber, J. & Schneider, W.** (2012). Spezifische Vorläuferfertigkeiten der Lesegeschwindigkeit, des Leseverständnisses und des Rechtschreibens. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 44, 53-67.

**Gemeinsame Vereinbarung des SMS (Sächsisches Staatsministeriums für Soziales) und des SMK (Sächsisches Staatsministeriums für Kultus zur Kooperation) zur Kooperation von Kindergarten und Grundschule** vom 13.08.03. Zugriff am 12/11/2021.

Verfügbar unter:

[https://static.leipzig.de/fileadmin/mediendatenbank/leipzig-de/Stadt/02.5\\_Dez5\\_Jugend\\_Soziales\\_Gesundheit\\_Schule/51\\_Amt\\_fuer\\_Jugend\\_Familie\\_und\\_Bildung/Kita/Kita\\_Dokumente/kooperation\\_von\\_kindergarten\\_und\\_grundschule.pdf](https://static.leipzig.de/fileadmin/mediendatenbank/leipzig-de/Stadt/02.5_Dez5_Jugend_Soziales_Gesundheit_Schule/51_Amt_fuer_Jugend_Familie_und_Bildung/Kita/Kita_Dokumente/kooperation_von_kindergarten_und_grundschule.pdf)

**Gerhard, T. M.** (2018). Der Zusammenhang zwischen visuell-räumlicher Objektwahrnehmung und Motorik im Säuglingsalter. Zugriff 28/2/2022. Verfügbar unter:

[http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2018/13862/pdf/GerhardTheresaMarie\\_2018\\_11\\_19.pdf](http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2018/13862/pdf/GerhardTheresaMarie_2018_11_19.pdf)

**Grimm, H., Aktas, M. & Jungmann, T.** (2004). Sprachscreening im Vorschulalter: Wie viele Kinder brauchen tatsächlich eine Sprachförderung? In: Frühförderung interdisziplinär, 23, 108-117.

**Groos, T. & Jehles, N.** (2015). Der Einfluss von Armut auf die Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung. Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“, Werkstattbericht. ZEFIR (Hrsg.), Bertelsmann Stiftung.

**GrundGesund (a).** Mehr Bewegung in der Schule, aber wie? Zugriff am 12/11/2021. Verfügbar unter:

<https://grundgesund.bzga.de/fuer-fachkraefte/kinder-jugendgesundheit/kinder-in-bewegung/mehr-bewegung-in-der-schule>

**GrundGesund (b).** Spickzettel: Leitfaden zur Bewegungsförderung. Zugriff am 12/11/2021. Verfügbar unter:

[https://grundgesund.bzga.de/fileadmin/media/mediathek\\_downloads/Dokumente\\_GrundGesund/Artikel\\_Informationsangebot\\_GrundGesund/Gesundheitsfoerderung/Leitfaden\\_zur\\_Bewegungsfoerderung-Spickzettel.pdf](https://grundgesund.bzga.de/fileadmin/media/mediathek_downloads/Dokumente_GrundGesund/Artikel_Informationsangebot_GrundGesund/Gesundheitsfoerderung/Leitfaden_zur_Bewegungsfoerderung-Spickzettel.pdf)

**Hadler-Olsen, E. & Jönsson, B.** (2021). Oral health and use of dental services in different stages of adulthood in Norway: a cross sectional study. BMC Oral Health, 21, 257.

**Hanssen-Doose A., Oriwol D., Niessner C., Schmidt S., Klemm K., Woll A. & Worth A.** Dauerhaftes Sporttreiben im Sportverein und motorische Entwicklung: Ergebnisse der MoMo-Längsschnittstudie (2003–2017). Forum Kinder- und Jugendsport, 2021, 2, 122-130.

**Heidrich, M. & Aschermann, E.** (2019). Erziehung und emotionale Entwicklung. In: report psychologie 6, 14-22.

**Heinrichs** (2021) - Schülerfirma am Pestalozzi-Gymnasium Heidenau. Zugriff am 10/12/2021. Verfügbar unter:

<https://heinrichs-pgh.de/blog/pestalozzi-gymnasium-heidenau/warum-heinrichs/>

**KJA** (2021a). Kreisjugendamt Meißen, Jugendhilfeplanung. Bevölkerungsdaten zum 31.12.2020, Datenlieferung vom 7.7.2021.

**KJA** (2021b). Kreisjugendamt Meißen, Allgemeiner Sozialer Dienst. Datenlieferungen vom 16.11.2021 und 8.2.2022.

**KJA** (2021c). Kreisjugendamt Meißen, Jugendhilfeplanung. Tabellen zur BKZ der JH 2020, Datenlieferung vom 21.10.2021.

**Jackel, B.** (2015). Sprache als körperbezogener Prozess: Embodied Speech. In: logoTHEMA 12, 14-19.

**Jakarta** (1997). Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert, 21. - 25. Juli 1997 in Jakarta, Indonesien. Zugriff am 4/4/2022. Verfügbar unter: [https://www.ahnrw.de/upload/PDF/Content\\_allgemein/1997\\_Jakarta-Erklaerung.pdf](https://www.ahnrw.de/upload/PDF/Content_allgemein/1997_Jakarta-Erklaerung.pdf)

**Jaščenoka**, J, Walter, F, Petermann F, Korsch F, Fiedler S. & Daseking, M. (2018). Zum Zusammenhang von motorischer und kognitiver Entwicklung im Vorschulalter. *Kindheit und Entwicklung* 27, 3.

**JZÄD** (2021). Zahnärztliche Untersuchung des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Landkreises Meißen in den Kindertageseinrichtungen des Landkreises im Schuljahr 2018/2019 – Daten zum Gebissstatus. Datenlieferung vom 7.1.2022.

**Kaman**, A., Otto, C., Erhart, M., Seum, T., & Ravens-Sieberer, U. (2021). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der ersten und zweiten Welle der COVID-19-Pandemie, Ergebnisse der COPSYS-Längsschnittstudie. *Frühe Kindheit*, 2.

**Kastner**, J., Petermann, F. (2010). Entwicklungsbedingte Koordinationsstörungen und Lernverhalten. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 5, 455–462.

**Kinder- und Jugendhilfebericht 2020** (2021). Kreisjugendamt Meißen. Landkreis Meißen.

**KJÄD** (2021a). KJÄD-Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21 des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Landkreises Meißen – Daten zum Masernimpfschutzstatus. Datenlieferung vom 2.11.2021.

**KJÄD** (2021b). KJÄD-Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21 des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Landkreises Meißen – Daten zu Sprachbefunden. Datenlieferung vom 24.8.2021.

**KJÄD** (2021c). KJÄD-Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21 des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Landkreises Meißen – Daten zu Befunden zur Körperkoordination. Datenlieferung vom 2.11.2021.

**KJÄD** (2021d). KJÄD-Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21 des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Landkreises Meißen – Daten zu Befunden zur Visuomotorik. Datenlieferung vom 2.11.2021.

**KJÄD** (2021e). KJÄD-Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21 des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Landkreises Meißen – Daten zu Befunden zu emotional-psychischen Verhaltensauffälligkeiten. Datenlieferung vom 2.11.2021.

**KJÄD** (2021f). KJÄD-Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21 des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Landkreises Meißen – Daten zum Gewicht. Datenlieferung vom 3.11.2021.

**KJÄD** (2021g). KJÄD-Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21 des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Landkreises Meißen – Daten zu heilpädagogischer Förderung. Datenlieferung vom 24.8.2021.

**KJÄD** (2021h). KJÄD-Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21 des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Landkreises Meißen – Daten zur Schulempfehlung. Datenlieferung vom 2.11.2021.

**KJÄD** (2021i). KJÄD-Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21 des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Landkreises Meißen – Daten zu Haltungsschwäche, Hörvermögen, Sehschärfe und Zahlenvorwissen. Datenlieferung vom 18.2.2022.

**Kliche, T.** (2013). Kitas vor dem „Kritischen Jahrzehnt“? Schlüsselkompetenzen für den Praxistransfer der kommenden Jahre. Zugriff am 7/12/2021. Verfügbar unter: <https://www.papilio.de/files/papilio/red/dl-symposien/fachsymposium13-kliche-folien.pdf>

**Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T. & Hölling, H.** (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3, 37-45.

**Kottmann, L., Küpper, D., Pack, R. P.** (2005). *Bewegungsfreudige Schule: Schulentwicklung bewegt gestalten – Grundlagen, Anregungen, Hilfen.* Verlag Bertelsmann Stiftung.

**Kotzerke, M., Rohricht, V., Weinert, S. & Ebert, S.** (2013). Sprachlich-kognitive Kompetenzunterschiede bei Schulanfängern und deren Auswirkungen bis Ende der Klassenstufe 2. In: G. Faust (Hrsg.), *Einschulung. Ergebnisse aus der Studie „Bildungsprozesse, Kompetenzentwicklung und Selektionsentscheidungen im Vorschul- und Schulalter (BiKS)* (S. 111-136). Münster: Waxmann.

**Krajewski, K., Schneider, W. & Nieding, G.** (2008). Zur Bedeutung von Arbeitsgedächtnis, Intelligenz, phonologischer Bewusstheit und früher Mengen-Zahlen-Kompetenz beim Übergang vom Kindergarten in die Grundschule. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 55, 100–113.

**Krajewski, K.** (2018). *MBK-0: Test mathematischer Basiskompetenzen im Kindergartenalter.* Göttingen: Hogrefe.

**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.

**Kromeyer-Hauschild, K., Moss, A. & Wabitsch M.** (2015). Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland. Anpassung der AGA-BMI-Referenz im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren. *Adipositas*, 9, 123-127.

**Kultusministerkonferenz** (2001). *Bewegungsfreundliche Schule - Bericht über den Entwicklungsstand in den Ländern (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 11.12.2001).* Zugriff am 12/11/2021. Verfügbar unter: [https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2001/2001\\_12\\_11-Bewegungsfreundliche-Schule.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2001/2001_12_11-Bewegungsfreundliche-Schule.pdf)

**Kuntz, B., Rattay, P., Poethko-Müller, C., Thamm, R., Hölling, H. & Lampert, T.** (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3, 19-36.

**KVA** (2022). *Kreisvermessungsamt Meißen Landratsamt Meißen.*

**Lampert, T., Hoebel J., Kuntz, B., Müters, S. & Kroll, L. E.** (2017). *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen.* In: Robert Koch-Institut (Hrsg.) *Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* RKI: Berlin.

**Lampert, T. & Kuntz, B.** (2019). Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. *Ergebnisse aus KiGGS Welle 2.* *Bundesgesundheitsblatt*, 62, 1263–1274.

**Landkreis Meißen** (2021). *Bildungsjournale.* Zugriff am 5/3/2022. Verfügbar unter: <https://www.kreis-meissen.org/18656.html>

**Leonhardt, K. A. & Hirsch, C.** (2019). Sozioökonomische Gradienten bei der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 81, 347-350.

**Mauz, E., Kuntz, B., Gutsche, J., Hoffmann, R., Krug, S., Poethko-Müller, C., Richter, A. & Jordan, S.** (2020). Zur gesundheitlichen Lage von Kindern im Kita-Alter in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie. *Frühe Bildung*, 9.

**MedLexi** (2021) Zugriff am 16/11/2021. Verfügbar unter:  
<https://medlexi.de/Visuomotorik>

**Nix RL, Bierman KL, Domitrovich CE, Gill S.** (2013). Promoting Children's Social-Emotional Skills in Preschool Can Enhance Academic and Behavioral Functioning in Kindergarten: Findings from Head Start REDI. *Early Education and Development*, 24, 10.

**Opper, E., Worth, A., Wagner, M. & Bös, K.** (2007). Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50, 879-888.

**Papilio** (2022). Zugriff am 5/3/2022. Verfügbar unter:  
<https://www.papilio.de/ueber-papilio.html/>

**Petermann, F., Oldenhage, M., Simon, K. & Daseking, M.** (2009) Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS). Bielefeld: LIGA.NRW.

**Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Devine, J. et al.** (2020). Psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117, 828-829.

**Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Devine, J.** (2021). Psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie. In: D. Dohmen & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Generation Corona? Wie Jugendliche durch die Pandemie benachteiligt werden*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

**Reckling, M. & Staude, B. A.** (2021). Alleinerziehende in Sachsen – Ergebnisse des Mikrozensus. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, Fachbeitrag Nr. 1/2021. Zugriff am 3/3/2022. Verfügbar unter:  
[https://www.statistik.sachsen.de/download/fachbeitrag-2021/statistik-sachsen\\_01-2021\\_alleinerziehende.pdf/](https://www.statistik.sachsen.de/download/fachbeitrag-2021/statistik-sachsen_01-2021_alleinerziehende.pdf/)

**Regionales Gesamtkonzept Frühe Hilfen und präventiver Kinderschutz des Landkreises Meißen** – Fortschreibung 1.11.2019-31.12.2025 (2020). Kreisjugendamt Meißen. Landkreis Meißen.

**Robert Koch-Institut** (Hrsg.) (2015): *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Berlin 2015.

**Sachbericht Netzwerke Frühe Hilfen und Präventiver Kinderschutz** (2020). Kreisjugendamt Meißen. Landkreis Meißen.

**Sächsischer Bildungsplan** – ein Leitfaden für pädagogische Fachkräfte in Krippen, Kindergärten und Horten sowie für Kindertagespflege (2011). Sächsisches Staatsministerium für Kultus (Hrsg.). Weimar, Berlin: verlag das netz. Zugriff am 12/11/2021. Verfügbar unter: [https://kita.sachsen.de/download/17\\_11\\_13\\_bildungsplan\\_leitfaden.pdf](https://kita.sachsen.de/download/17_11_13_bildungsplan_leitfaden.pdf)

**SächsKitaG** (2009). Gesetz über Kindertageseinrichtungen in der Fassung vom 15. Mai 2009 (SächsGVBl. S. 225), zuletzt geändert am 21.05.2021 (SächsGVBl. S. 578). Zugriff am 12/11/2021. Verfügbar unter: <https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/1079-Gesetz-ueber-Kindertageseinrichtungen>

**SächsSchulG** (2018). Sächsisches Schulgesetz in der Fassung vom 27.09.2018 (SächsGVBl., S. 648), zuletzt geändert am 21.05.2021. Zugriff am 9/3/2022. Verfügbar unter: <https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/4192-Saechsisches-Schulgesetz>

**Saß**, A-C., Kuhnert, R. & Gutsche, J. (2019). Unfallverletzungen im Kindes- und Jugendalter – Prävalenzen, Unfall- und Behandlungsorte, Mechanismen. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 62, 1174–1183.

**Schaeffer**, D., Berens, E.-M., Vogt, D., Gille, S., Griese, L., Klinger, J. et al. (2021). Gesundheitskompetenz in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Folgebefragung. Deutsches Ärzteblatt International, 118: 723-729.

**Schienkiewitz**, A., Brettschneider, A.-K., Damerow, S., Schaffrath Rosario, A. (2018a). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring, 3, 19-23.

**Schienkiewitz**, A., Damerow, S., Schaffrath Rosario, A. (2018b). Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Einordnung der Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 nach internationalen Referenzsystemen. In: KiGGS Welle 2 - Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen. Journal of Health Monitoring, 3, 19-23.

**Schiffner**, U. (2019). Aktuelle Präventionskonzepte bei Kleinkindern mit erhöhtem Kariesrisiko. Zahnmedizin up2date, 13, 343-352.

**Schlack**, H. G. (2011). Interventionsweisen der Frühförderung und ihre Wirksamkeit. Zugriff am 22/02/2022. Verfügbar unter: [https://www.kita-fachtexte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/FT\\_schlackI\\_2011.pdf](https://www.kita-fachtexte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/FT_schlackI_2011.pdf)

**SGB VIII** - Sozialgesetzbuch (SGB) - Achstes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes v. 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163). Zugriff am 12/11/2021. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_8/BJNR111630990.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/BJNR111630990.html)

**Simmonds**, M., Burch, J., Llewellyn, A., Griffiths, C., Yang, H., Owen, C. et al. (2015). The use of measures of obesity in childhood for predicting obesity and the development of obesity-related diseases in adulthood: a systematic review and meta-analysis. Health Technology Assessment, 19, 1-336.

**SMS** (2022). KJÄD-Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21. Auswertungen des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt. Datenlieferung vom 1.2.2022.

**SOGS** - Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus über Grundschulen im Freistaat Sachsen (Schulordnung Grundschule - SOGS) vom 03.08.2004 § 5 (3, 4). Zugriff am 12/11/2021. Verfügbar unter: [https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift\\_gesamt/3886/42476.pdf](https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift_gesamt/3886/42476.pdf)

**Spinler**, K., Aarabi, G., Walther, C., Valdez, R., Heydecke, G., Buczak-Stec, E. et al. (2021). Determinants of dental treatment avoidance: findings from a nationally representative study. Aging clinical and experimental research, 33, 1337–1343.

**StaLa** (2020). Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen Kamenz. 7. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen 2019 bis 2035. Landkreisinformation Landkreis Meißen. Daten-Download am 14.12.2021. Verfügbar unter: [https://www.bevoelkerungsmonitor.sachsen.de/download/RBV%20Kreise/rbv-landkreisinfo\\_landkreis-meissen.pdf](https://www.bevoelkerungsmonitor.sachsen.de/download/RBV%20Kreise/rbv-landkreisinfo_landkreis-meissen.pdf)

**StaLa** (2021a). Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen Kamenz. Bevölkerungsbewegung des Landkreises Meißen 2020 nach ausgewählten Merkmalen. Datenlieferung vom 26.11.2021.

**StaLa** (2021b). Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen Kamenz. Mikrozensus 2019, Datenlieferung vom 13.7.2021. (Tabelle: Statistik-sachsen\_ol\_lebensformen-lebensformtyp).

**StaLa** (2021c). Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen Kamenz. Mikrozensus 2019, (Tabelle: Statistik-sachsen\_ol\_familien-familiientyp-kinder), Datenlieferung vom 13.7.2021.

**StaLa** (2021d). Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen Kamenz. Mikrozensus 2019, (Tabelle: Statistik-sachsen\_al7\_haushalte-lebensformen), Datenlieferung vom 13.7.2021.

**StaLa** (2021e). Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen Kamenz. Daten-Download am 29.11.2021, (Tabellen-Code: 21111-005Z), Verfügbar unter: <https://www.statistik.sachsen.de/genonline//online?operation=table&code=21111-005Z&bypass=true&levelindex=1&levelid=1650664990603#abreadcrumb/>

**StaLa** (2021f). Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen Kamenz. Daten-Download am 29.11.2021, (Tabellen-Code: 21111-008Z), Verfügbar unter: <https://www.statistik.sachsen.de/genonline//online?operation=table&code=21111-008Z&bypass=true&levelindex=1&levelid=1650664990603#abreadcrumb/>

**StaLa** (2021g). Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen Kamenz. Mikrozensus 2019, Datenlieferung vom 2.11.2021. (Tabelle: Ausgewählte Ergebnisse des Mikrozensus 2019 für den Landkreis Meißen), Datenlieferung vom 2.11.2021.

**StaLa** (2021h). Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen Kamenz. Mikrozensus 2019, Daten-Download vom 10.11.2021, (Tabellen-Code: 12211-017Z). Verfügbar unter: <https://www.statistik.sachsen.de/genonline//online?operation=table&code=12211-017Z&bypass=true&levelindex=0&levelid=1650664127652#abreadcrumb/>

**StaLa** (2021i). Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen Kamenz. Grundsicherung für Arbeitsuchende: Regelleistungsbedarfsgemeinschaften (RL-BG) nach Typen mit verfügbarem Einkommen 2020. Datenlieferung vom 25.10.2021.

**StaLa** (2021j). Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen Kamenz. Sozialleistungen\_SGBII\_Meißen Empfänger/-innen ausgewählter Sozialleistungen mit Wohnort in im Kreis Meißen nach Gemeinde 2020. Datenlieferung vom 28.9.2021.

**StaLa** (2021k). Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen Kamenz. Grundsicherungsdaten. Datenlieferung vom 3.11.2021.

**Straatmann, V. S., Lai, E., Law, C., Whitehead, M., Strandberg-Larsen, K. & Taylor-Robinson, D. (2020).** How do early-life adverse childhood experiences mediate the relationship between childhood socioeconomic conditions and adolescent health outcomes in the UK? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74, 969-975.

**S2k-Leitlinie Visuelle Wahrnehmungsstörung** (2017). AWMF online. Das Portal der wissenschaftlichen Medizin (Hrsg.). Zugriff am 13/12/2021. Verfügbar unter: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/022-020I\\_S2k\\_Visuelle-Wahrnehmungsstoerungen\\_2017-12.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/022-020I_S2k_Visuelle-Wahrnehmungsstoerungen_2017-12.pdf)

**Textor**, A., & Kastirke, N. (2009). „Voll krass, Alter!“: Identitätsentwicklung von Schülern mit und ohne Migrationshintergrund. *Unsere Jugend: die Zeitschrift für Studium und Praxis der Sozialpädagogik*, 61, 3.

**Verlinden**, D. A, Reijneveld, S. A, Lanting, C. I., Wouwe, J. P. van & Schuller, A. A. (2019). Socio-economic inequality in oral health in childhood to young adulthood, despite full dental coverage. *European Journal of Oral Sciences*, 127, 248-253.

**Vernetzungsstelle Sachsen** (2022). Gemeinsam Kita- und Schulverpflegung in Sachsen gestalten! Zugriff am 12/11/2021. Verfügbar unter: <https://www.vernetzungsstelle-sachsen.de/>

**Wagner**, Y. (2019). Mundgesundheitsförderung ab der Geburt. *Zahnmedizin up2date*, 13, 395-405.

**Webster-Stratton**, C. & Taylor, T. (2001). Nipping Early Risk Factors in the Bud: Preventing Substance Abuse, Delinquency, and Violence in Adolescence Through Interventions Targeted at Young Children (0–8 Years). *Prevention Science*, 3.

**Welt** (2011). Immer mehr Kinder haben motorische Defizite. Zugriff am 21/10/2021. Verfügbar unter: <https://www.welt.de/gesundheit/article12394371/Immer-mehr-Kinder-haben-motorische-Defizite.html>

**Werpup-Stuwe**, L. & Petermann, F. (2015). Visuelle Wahrnehmungsleistungen bei motorisch auffälligen Kindern - eine Pilotstudie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64, 601-616.

**WHO** (1946). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Zugriff am 22/11/2021. Verfügbar unter: [https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1948/1015\\_1002\\_976/20140508/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1948-1015\\_1002\\_976-20140508-de-pdf-a.pdf](https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/20140508/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1948-1015_1002_976-20140508-de-pdf-a.pdf)

**WHO** (2013). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe; Hrsg). Copenhagen: WHO/Europe. Zugriff am 22/11/2021. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report/>

**Zimmer**, R. (2019). *Handbuch Sprache und Bewegung*. Freiburg: Herder.

**Zwicker** J. G., Harris, S. R. & Klassen, A. F. (2013). Quality of life domains affected in children with developmental coordination disorder: a systematic review. *Child Care Health Development*, 39, 562-80.

## Quellenverzeichnis

### Abbildungen:

Abbildung 1: Planungsregionen des Landkreises Meißen.

Quelle: Kreisvermessungsamt 2022, Landratsamt Meißen.

Abbildung 2: Anzahl Lebendgeborener sowie Gestorbener je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Landkreis Meißen, 2020.

Quelle: StaLa 2021a.

Abbildung 3: Gesamtveränderung 2020 im Vergleich zum Vorjahr je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Landkreis Meißen, 2020.

Quelle: StaLa 2021a.

Abbildung 4: Bevölkerung nach Altersgruppen, 2020.

Quelle: KJA 2021a.

Abbildung 5: Anteil der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht im Landkreis Meißen, 2020.

Quelle: KJA 2021a.

Abbildung 6: Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung in den Planungsregionen des Landkreises Meißen, 2020.

Quelle: AA 2021a.

Abbildung 7: Einwohner und Einwohnerinnen mit Migrationshintergrund nach Altersgruppen und Geschlecht, Stand 31.5.2021.

Quelle: AA 2021b.

Abbildung 8: Migrantinnen und Migranten und ihre Rolle im Haushalt, Landkreis Meißen 2020.

Quelle: AA 2021a. Datenlieferung vom 20.7.2021

Abbildungen 9: Lebensformen (LF) je 1.000 Einwohner und Einwohnerinnen im Landkreis Meißen ohne sowie mit Kindern\*, 2019.

Quelle: StaLa 2021b.

Abbildung 10: Kinder\*-Anzahl in einer Familie nach Lebensform der Eltern (Paare oder Alleinerziehende), Freistaat Sachsen, 2019.

Quelle: StaLa 2021c.

Abbildung 11: Durchschnittliche Anzahl im Haushalt lebender Personen inklusive lediger Kinder (ohne Altersbegrenzung) nach Lebensform, Freistaat Sachsen 2019.

Quelle: StaLa 2021d.

Abbildung 12: Anzahl Schulen je Schulform, Schuljahr 2020/2021.

Quelle: StaLa 2021e.

Abbildung 13: Schulabgänger je Schulabschluss, Schuljahr 2019/2020.

Quelle: StaLa 2021f.

Abbildung 14: Anzahl und Altersverteilung der 0 bis 27-jährigen Bevölkerung im Landkreis Meißen, 2020.

Quelle: KJA 2021a.

Abbildung 15: Gewährung unterstützender Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, Anteil an der 0- bis 27-jährigen Bevölkerung des Landkreises Meißen, 2020.

Quelle: KJA 2021c.

Abbildung 16: Inanspruchnahme jeglicher Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe; Anteil an der 0- bis 27-jährigen Bevölkerung des Landkreises Meißen, 2020.

Quelle: KJA 2021c.

Abbildung 17: Verteilung des Monatlichen Haushaltsnettoeinkommens\* im Landkreis Meißen und im Freistaat Sachsen, 2019.

Quellen: StaLa 2021g und StaLa 2021h.

Abbildung 18: Verteilung\* der Bedarfsgemeinschaften, die Regel-Leistungen nach SGB II erhalten je Planungsregion, 2020.

Quelle: BA 2021a.

Abbildung 19: Durchschnittliches Einkommen der Bedarfsgemeinschaften mit verfügbarem Einkommen nach Planungsregion (in Euro), 2020.

Quelle: StaLa 2021i.

Abbildung 20: Empfänger/-innen von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach SGB II und XII nach Altersgruppe je Planungsregion, 2020.

Quelle: StaLa 2021j.

Abbildung 21: Anteil der Empfänger/-innen von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (nach SGB II und XII) nach Bevölkerung in derselben Altersgruppe, 2020.

Quelle: StaLa 2021j.

Abbildung 22: Anzahl der Haushalte mit Wohngeld, Juni 2021.

Quelle: StaLa 2021j.

Abbildung 23: Anzahl erwerbsfähiger leistungsberechtigter Personen gemäß SGB II nach Geschlecht und Alleinerziehenden-Status, Juni 2021.

Quelle: StaLa 2021k.

Abbildung 24: Deutsche und nichtdeutsche Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen gemäß SGB II, 2020.

Quelle: StaLa 2021j.

Abbildung 25: Anzahl arbeitssuchender Personen\* (ab 25 Jahren) mit Angabe der Berufsausbildung#, Juni 2021.

Quelle: BA 2021b.

Abbildung 26: Anteil Arbeitsloser unter der bis 27-jährigen Bevölkerung, 2020.

Quelle: KJA 2021d.

Abbildung 27: Ausgewählte Merkmalsausprägungen der von Langzeitarbeitslosigkeit betroffenen Personen im Landkreis Meißen, Dezember 2020.

Quelle: BA 2021c.

Abbildung 28: Impfquoten (vollständig geimpfte Kinder laut Empfehlung der SIKO) bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Impfausweis und bezogen auf alle untersuchten Kinder des Landkreises Meißen zur Schulaufnahmeuntersuchung, 2020/21.

Quelle: SMS 2022.

Abbildung 29: Masernschutzimpfstatus nach Planungsregionen zur Schulaufnahmeuntersuchung, 2020/21.

Quelle: KJÄD 2021a.

Abbildung 30: Sprachauffälligkeiten zur Schulaufnahmeuntersuchung, 2020/21.

Quelle: KJÄD 2021b.

Abbildung 31: Befunde zur Körperkoordination, Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21.  
Quelle: KJÄD 2021c.

Abbildung 32: Befunde zur Visuomotorik, Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21.  
Quelle: KJÄD 2021d.

Abbildung 33: Befunde zu emotional-psychozialen Verhaltensauffälligkeiten, Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21.  
Quelle: KJÄD 2021e.

Abbildung 34: Verteilung von auf dem Body Mass Index (BMI) basierenden Gewichtskategorien für die Kinder des Landkreises Meißen, Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21.  
Quelle: KJÄD 2021f.

Abbildung 35: Gewicht der Kinder des Landkreises Meißen zu den Schulaufnahmeuntersuchungen zwischen 2018/19 und 2020/21.  
Quelle: SMS 2022.

Abbildung 36: Anzahlen und Anteile\* der Kinder mit heilpädagogischer Förderung im Landkreis Meißen nach Planungsregionen, Schulaufnahmeuntersuchung 2020/21.  
Quelle: KJÄD 2021g.

Abbildung 37: Schulempfehlung im Landkreis Meißen nach Planungsregionen, Schulaufnahmeuntersuchung, 2020/21.  
Quelle: KJÄD 2021h.

Abbildung 38: Weitere Befunde der Schulaufnahmeuntersuchungen 2020/21, Landkreis Meißen.  
Quelle: KJÄD 2021i.

Abbildung 39: Anzahl der durch den JZÄD untersuchten Kinder im Schuljahr 2018/2019.  
Quelle: JZÄD 2021.

Abbildung 40: Gebissstatus der untersuchten Kinder nach Planungsregion, Untersuchungsjahr 2018/2019.  
Quelle: JZÄD 2021.

## Tabellen:

Tabelle 1: Zuordnung der städtischen und ländlichen Räume je Planungsregion.

Quelle: Kreisvermessungsamt 2022 (Karte), Landratsamt Meißen.

Tabelle 2: Bevölkerung des Landkreises Meißen nach Altersgruppen und Planungsregionen, 2020.

Quelle: KJA 2021a.

Tabelle 3: Inanspruchnahme von Familienhebammen bzw. Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern im Landkreis Meißen, 2019-2021.

Quelle: KJA 2021b.

Tabelle 4: Inanspruchnahme und Beratungsinhalte der Frühen Hilfen im Landkreis Meißen, 2019–2020.

Quelle: KJA 2021b.

Tabelle 5: Altersgruppen der Bevölkerung bis 27 Jahre im Landkreis Meißen, Stichtag 31.12.2020.

Quelle: KJA 2021a.

Tabelle 6: Anzahl der untersuchten Kinder nach Stadt und Land je Planungsregion, 2020/21.

Quelle: KJÄD 2021a.

## Impressum

### 1. Bericht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Landkreis Meißen

#### Redaktion/Gestaltung

Gesundheitsamt

Projekt „Gesund und chancengerecht Aufwachsen im Landkreis Meißen“

Ansprechpartnerin:

Sylvia Kreißl (Gesundheitsförderung)

Telefon: 03521 725-3431

Telefax: 03521 725-88011

gesundheitsamt@kreis-meissen.de

<https://www.kreis-meissen.org/13365.html>

#### Herausgeber

Landratsamt Meißen

Dezernat Soziales

Gesundheitsamt

Postfach 10 01 52

01651 Meißen

[www.kreis-meissen.de](http://www.kreis-meissen.de)

#### Layout & Satz

meißen media

#### Stand

April 2022