



GESUND AUFWACHSEN IN DER REGION HANNOVER – KINDER- UND JUGENDÄRZTLICHER FACHBERICHT 2022

Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen und weiterer Angebote





Gesund aufwachsen in der Region Hannover – Kinder- und Jugendärztlicher Fachbericht 2022

Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen und weiterer Angebote

„Zwei Dinge hatten wir, die unsere Kindheit zu dem machten, wie sie war – Geborgenheit und Freiheit.“

aus „Mein Småland“, Astrid Lindgren & Margareta Strömstedt

Vorwort

Gesund Aufwachsen in der Region Hannover

Bestmögliche Gesundheit bildet die Basis für einen gelungenen Entwicklungs- und Bildungsprozess von Kindern und Jugendlichen.

Bereits 2014 und 2018 hat das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin im Fachbereich Jugend umfassende Ergebnisse zur Gesundheit im Kleinkind- und Vorschulalter veröffentlicht. Der vorliegende Fachbericht knüpft daran an und präsentiert die für eine gesunde Entwicklung und einen guten Schulstart relevanten Ergebnisse zur Kindergesundheit der Einschulungsjahrgänge 2018/19–2021/22 in der Region Hannover.

Nach dem Niedersächsischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) sind die Kommunen dazu verpflichtet, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu schützen und zu fördern. Schuleingangsuntersuchungen sind nach § 5 NGöGD für alle Kinder verpflichtend. In der Region Hannover werden jährlich rund 11.000 Kinder vom Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin in Vorbereitung auf den Schulbeginn untersucht. Die Schuleingangsuntersuchung liefert nicht nur einen wichtigen individualmedizinischen Beitrag für jedes einzelne Kind, sondern durch die Datenauswertung und Gesundheitsberichterstattung auch bedeutsame bevölkerungsmedizinische Erkenntnisse. Präventionsmaßnahmen können damit zielgruppenspezifisch angeboten und somit effektiver auf eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hingewirkt werden.

Die 21 Städte und Gemeinden in der Region Hannover erhalten mit diesem Fachbericht wichtige Informationen und wertvolle Impulse für mögliche Handlungsansätze. Durch die regelmäßige Berichterstattung können Unterstützungsbedarfe im eigenen Umfeld erkannt und weiterentwickelt werden.

Die in diesem Bericht vorgestellten Daten zur Kindergesundheit verweisen u.a. auf die Folgen der Corona-Pandemie wie die Zunahme von Übergewicht, vermehrte Sprachauffälligkeiten, psychische Belastungen und die Abnahme der Schwimmfähigkeit. Diese Auswirkungen betreffen alle Kinder aber in besonderem Maße sozioökonomisch benachteiligte Familien. Insbesondere die Zunahme von Kindern mit Übergewicht ist besorgniserregend und erfordert zielgerichtete präventive Maßnahmen.

Als Trägerin der Jugendhilfe wird sich die Region Hannover diesen Herausforderungen stellen und durch die in diesem Bericht aufgeführten präventiven Maßnahmen und Angebote in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit allen Akteuren dieser aktuellen Entwicklung entgegensteuern.



Dr. Andrea Hanke
Dezernentin für Soziale Infrastruktur, Region Hannover

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	6
1.1.	Hintergrund und Zielsetzung des Berichts	6
1.2.	Schuleingangsuntersuchung: Gesetzliche Grundlage, Ablauf und Methodik	8
1.3.	Methodik der Auswertung	10
2.	Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung	14
2.1.	Charakteristika der Schulanfängerkohorte 2021/22	14
2.2.	Ergebnisse zum Gesundheits- und Entwicklungsstand der Kinder	16
2.2.1.	Ergebnisse zur körperlichen Untersuchung	16
2.2.1.1.	Seh- und Hörtest	16
2.2.1.2.	Gewichtsbeurteilung	20
2.2.2.	Ergebnisse zum Entwicklungsstand des Kindes	29
2.2.2.1.	Sprache	29
2.2.2.2.	Sprachförderuntersuchung durch das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin zur frühzeitigen Feststellung eines Förderbedarf	38
2.2.2.3.	Weitere Ergebnisse zu den gesamtärztlichen Befunden und dem SOPESS Entwicklungsscreening	44
2.2.3.	Ergebnisse aus der Abfrage zum Freizeitverhalten	50
2.2.3.1.	Medienkonsum	50
2.2.3.2.	Vorlesen	51
2.2.3.3.	Sportverein	52
2.2.3.4.	Schwimmfähigkeit	53
2.2.4.	Teilnahmerate Früherkennungsuntersuchung (U8, U9)	54
2.2.5.	Impfquoten	59

3.	Ergebnisse der Zusatzbefragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung zum Alltag und Wohlergehen der Kinder während der Corona Krise	62
4.	Das Sozialpädiatrische Kita-Konzept	65
4.1.	Hintergrund und Zielsetzung des Kita-Konzepts	65
4.2.	Ergebnisse aus dem sozialpädiatrischen Kita-Konzept	68
5.	Zusammenfassung und Beurteilung der Ergebnisse	74
6.	Handlungsansätze und -empfehlungen	77
7.	Fazit	82
8.	Literatur	83
9.	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	90

1. Einleitung

1.1. Hintergrund und Zielsetzung des Berichts

Der hier vorliegende Bericht des Teams Sozialpädiatrie und Jugendmedizin dient als kinder- und jugendärztlicher Fachbericht und analysiert die Daten zur Gesundheit und Entwicklung von Kindern im Kindergarten- bzw. Vorschulalter und zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung im Sinne einer epidemiologischen Gesundheitsberichterstattung nach § 8 NGöGD. Ausgewählte Bereiche zur gesunden Entwicklung von Kindern werden in diesem Bericht ausführlich beschrieben, im Hinblick möglicher Einflussfaktoren analysiert und zusätzlich auf kommunaler Ebene dargestellt. Dieser Fachbericht erschien bislang 2014 und 2018 (Region Hannover 2014 und 2018) und soll den Leistungsträgern der Jugendhilfe sowie den öffentlichen Verantwortungsträgern der 21 Städte und Gemeinden in der Region Hannover die Möglichkeit bieten, bestimmte Entwicklungen zu erkennen und ggf. präventive Maßnahmen und Handlungsempfehlungen zur Entwicklungsförderung von Kindern in ihren Kommunen zu entwickeln. Darüber hinaus dient dieser Bericht der Fachöffentlichkeit, insbesondere den kinder- und jugendärztlichen Diensten des ÖGD und ermöglicht damit einen bundes- und landesweiten Vergleich.

Aus den Empfehlungen des ersten Berichtbandes (Region Hannover 2014), eine niederschwellige frühzeitige Beratung und Untersuchung (pädiatrische Entwicklungsdiagnostik) bereits im Kindergartenalter anzubieten, resultierte die Entwicklung und Umsetzung eines sozialpädiatrischen Kindergartenkonzepts als Baustein der „Frühen Hilfen – Frühen Chancen“ der Region Hannover. Über den Fortschritt und Erfolg dieses Konzepts wurde im zweiten Band ausführlich berichtet (Region Hannover 2018). Die Empfehlung des zweiten Bandes lautete daher, den Ansatz des Kita-Konzeptes zukünftig bedarfsorientiert auf der Grundlage von Sozialindikatoren weiter auszubauen. Das Kita-Konzept ist daher ebenfalls Bestandteil des vorliegenden Berichtes. Des Weiteren wurde empfohlen, Faktoren, die die kindliche Entwicklung beeinflussen, wie der Medienkonsum, das tägliche Vorlesen, die Aktivitäten in einem Sportverein und die Schwimmfähigkeit für eine zielgenauere Gestaltung von Prävention zu berücksichtigen. Da gerade Faktoren, wie Medienkonsum und Bewegungsmangel, die Gesundheit und Entwicklung der Kinder während der Corona-Pandemie beeinflussten, wird im vorliegenden Bericht ein besonderes Augenmerk auf diese aktuelle Entwicklung geworfen.

Die in 2010 von der Region Hannover festgelegten strategischen Ziele für die Dezernate und Fachbereiche werden zur konkreten Umsetzung in Handlungsfelder mit Handlungs-



schwerpunkten überführt und jährlich angepasst. Für das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin und somit auch für diesen Bericht hat der Handlungsschwerpunkt „Kinder und Familien frühzeitig unterstützen“ besondere Bedeutung. Dem in den Schuleingangsdaten erkennbar steigenden Förder- und Unterstützungsbedarf von Kindern und ihren Familien soll möglichst frühzeitig präventiv begegnet werden. Dies soll mithilfe des interdisziplinären Kita-Konzepts besonders in Kitas mit hohem Anteil von Kindern mit Förderbedarfen und durch eine Unterstützung der kommunalen Netzwerke der Frühen Hilfen erfolgen.

Der Fachbereich Jugend der Region Hannover veröffentlicht jährlich einen Themenfeldbericht Prävention, in dem die Handlungsschwerpunkte aufgegriffen werden und u.a. auch die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen einfließen (Region Hannover 2021). Der vorliegende Bericht ist als ergänzender Fachbericht zu verstehen, der der Fachöffentlichkeit des kinder- und jugendärztlichen Dienstes des ÖGD und den lokalen Verantwortungsträgern umfassende Informationen über den Entwicklungs- und Gesundheitsstand der Kinder in der Region Hannover liefert.

Anknüpfend an den Bericht 2018 (Region Hannover 2018), der die Ergebnisse der Einschulungsjahrgänge 2015/16 bis 2017/18 aufführte, werden im vorliegenden Bericht die Ergebnisse der Einschulungsjahrgänge 2018/19 bis 2021/22 präsentiert. Ausgewählte Bereiche sind:

- Ergebnisse zur körperlichen Untersuchung (Sehen, Hören, Gewichtsbeurteilung)
- Ergebnisse zum Entwicklungsscreening und gesamtärztliches Urteil zu den Bereichen Sprache, Motorik, Visuomotorik, Konzentration- und Aufmerksamkeit, Verhalten
- Ergebnisse der Sprachförderuntersuchung, eine im Jahr vor der Schuleingangsuntersuchung stattfindende Untersuchung für Kinder mit Sprachförderbedarfen.
- Freizeitverhalten der Kinder (Medienkonsum, Sportverein, Schwimmen und Vorlesen)
- Teilnehmerate an den Früherkennungsuntersuchungen (U1–U9)
- Durchimpfungsraten zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung

Darüber hinaus werden die Ergebnisse einer Elternbefragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung zum Alltag und Wohlergehen der Kinder während der Corona Pandemie vorgestellt.



1.2. Schuleingangsuntersuchung: Gesetzliche Grundlage, Ablauf und Methodik

In der Region Hannover wird die Schuleingangsuntersuchung (SEU) vom Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin im Fachbereich Jugend durchgeführt. Die gesetzliche Grundlage ist das Niedersächsische Schulgesetz (NSchG) und das Niedersächsische Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD). In § 5 NGöGD, Absatz 2 heißt es: „Die Landkreise, und kreisfreien Städte untersuchen die Kinder rechtzeitig vor der Einschulung ärztlich auf gesundheitliche Beeinträchtigungen, die geeignet sind, die Schulfähigkeit zu beeinflussen (Schuleingangsuntersuchungen).“ Durchgeführt werden somit jährlich mehr als 11.000 SEU dezentral in den Dienststellen, die auf 14 Standorte in der Region Hannover verteilt sind. Generell nimmt das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin die kinder- und jugendärztlichen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes vom Kleinkindalter bis zum Schulabgang nach §5 NGöGD, Absatz 1 wahr: „Die Landkreise und kreisfreien Städte schützen und fördern besonders die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Dazu sollen sie insbesondere gemeinsam mit Tageseinrichtungen für Kinder und Schulen zielgruppen- und lebensraumbezogen auf die Prävention und auf eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hinwirken.“ Dazu gehören nicht nur die Schuleingangsuntersuchung, sondern auch die Untersuchung von Sprachförderkindern, Impfprävention und Durchführung von Impfungen, Ersatz-Früherkennungsuntersuchungen, die Belehrung an weiterführenden Schulen nach dem Infektionsschutzgesetz und Angebote zur Gesundheitsförderung. Schuleingangsuntersuchungen von Kindern mit Einschränkungen und sonderpädagogischer Unterstützung werden von den Mitarbeitenden der Teams Teilhabeplanung junger Menschen der Region Hannover durchgeführt (jährlich rund 400 Kinder). Die Aufgaben der Teams Teilhabeplanung junger Menschen bestehen im Wesentlichen in der Beratung und Begutachtung zu Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und Hilfe zur Schulbildung. Hierunter fallen Maßnahmen wie Schulassistenzen, Hausfrühförderung sowie die heilpädagogische Förderung in Krippe, integrativem oder heilpädagogischem Kindergarten und ein Bestandteil der Begutachtung für Sprachheilkindergartenplätze.

Die Durchführung der SEU erfolgt nach den Arbeitsrichtlinien der Anwendergemeinschaft SOPHIA, zu dem 27 Landkreise und kreisfreie Städte in Niedersachsen zählen. Integrierender Bestandteil der SOPHIA Richtlinien ist das Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening SOPESS (Daseking et al. 2009), das mittlerweile in nahezu allen Bundesländern zur SEU Anwendung findet. Das Verfahren erfasst sogenannte schulische Vorläuferfähigkeiten, die sich auf das Erlernen von Lesen, Schreiben und Rechnen auswirken (Daseking, Petermann 2011). Diese schulrelevanten Fähigkeiten werden durch insgesamt 12 verschiedene Untertests anhand einer Punkteskala erfasst. Die Punktwerte der einzelnen Untertests werden zu den Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig auffällig“ und „auffällig“ zusammengefasst.

Eine ausführliche Beschreibung des Verfahrens ist im letzten Themenfeldbericht Prävention 2018 aufgeführt. Anhand der Testergebnisse erfolgt ein ärztliches Gesamturteil, aus dem hervorgeht, ob das Kind keine Auffälligkeiten (ohne Befund), leichte Auffälligkeiten (Befund ohne Maßnahme), starke Auffälligkeiten (Abklärungsempfehlung) zeigte oder das Kind bereits in Behandlung ist. Bei starken Auffälligkeiten erfolgt eine Empfehlung bzw. Überweisung zur weiteren ärztlichen Abklärung. Bei leichten Auffälligkeiten werden die Eltern beraten, mit welchen Maßnahmen sie ihr Kind zusätzlich fördern können. Hierzu hat das Team eine Postkarte „Fit für die Schule“ entwickelt, die den Eltern in die Hand gegeben werden (siehe Abb.1).



Abb.1: Postkarte „Fit für die Schule!“, Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Region Hannover

Zur SEU gehört nicht nur das Entwicklungsscreening, das die Kognition und schulrelevanten Vorläuferfähigkeiten überprüft, sondern auch eine kinderärztliche Untersuchung „von Kopf bis Fuß“, das Erfassen von Größe und Gewicht sowie das Seh- und Hörvermögen des Kindes. Im Rahmen der Anamnese und Sozialanamnese werden bestimmte soziodemographische Faktoren (wie z.B. Frühgeburtlichkeit, Kindergartenbesuchsdauer, Familiensprache, Bildungsgrad der Eltern) erfragt, die für die Beurteilung des Entwicklungsstandes des Kindes bedeutsam sein können.

Ein wichtiger Bestandteil der SEU ist nach dem Niedersächsischen Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (§ 8 NGöGD) die Datenanalyse nach epidemiologischen Gesichtspunkten und Gesundheitsberichterstattung, die es ermöglicht anhand der Daten Aussagen über die Kindergesundheit und den Entwicklungsstand zum Zeitpunkt der SEU zu machen und bei Bedarf präventive Maßnahmen zu intensivieren oder neu zu initiieren. Handlungsbedarfe für die einzelnen Kommunen können so sichtbar gemacht werden.

1.3. Methodik der Auswertung

Die statistischen Auswertungen der Schuleingangsdaten erfolgen in anonymisierter und aggregierter Form. Das bedeutet, dass ein Rückschluss auf die Daten eines einzelnen Kindes ausgeschlossen ist. Die Ergebnisse der einzelnen Einschulungsjahrgänge werden als Gesamtergebnis der Region Hannover sowie als Ergebnis der einzelnen Städte und Gemeinden dargestellt. Der aktuelle Einschulungsjahrgang 2021/22 sowie die zurückliegenden Einschulungsjahrgänge von 2018/19–2019/20 werden aufgeführt. Der Einschulungsjahrgang 2020/21 ist unvollständig, da das komplette kinder- und jugendärztliche Team von März bis Juni 2020 im Fachbereich Gesundheit in der Corona-Fallbearbeitung unterstützt hat und Schuleingangsuntersuchungen in dieser Zeit nur sehr eingeschränkt durchgeführt wurden.

Als die Schuleingangsuntersuchungen im Sommer 2020 wieder aufgenommen werden konnten, wurden bis September 2020 vorwiegend Kinder aus sozial benachteiligten Stadtteilen bzw. Schuleinzugsgebieten zur SEU eingeladen. Aufgrund dieses Selektionsfokus ist eine Analyse des Datensatzes nur unter Berücksichtigung bestimmter statistischer Anpassungen möglich und wurde in anderen Berichten entsprechend aufgeführt (Bantel, Buitkamp, Wünsch 2021 und 2020, Region Hannover 2021) (Infobox 1). Der vorliegende Bericht wird diesen Datensatz nicht in seine Analyse miteinbeziehen (in der graphischen Darstellung als Lücke aufgeführt), sondern es werden die vollständigen Datensätze der Einschulungsjahrgänge 2018/19 bis 2019/20 sowie 2021/22 präsentiert. Die Daten werden deskriptiv ausgewertet und Häufigkeitsauswertungen sowie Kreuzauswertungen mit einzelnen soziodemographischen Faktoren aufgeführt. Für einzelne Ergebnisse werden multivariate Analysen erstellt, um Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Faktoren und der Gesundheit und Entwicklung des Kindes besser einordnen zu können. Alle Auswertungen erfolgen mit dem Statistikprogramm SPSS.

Infobox 1:

Zusammenfassung · Abstract

Bundesgesundheitsbl <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03446-2>
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2021

S. Bantel · M. Buitkamp · A. Wünsch

Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover

Zusammenfassung

Einführung. Die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Kontaktbeschränkungen können für Kinder und Jugendliche besonders belastend sein. Die in Deutschland regulär durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen liefern Daten zur Entwicklung und Gesundheit von Vorschulkindern und können Hinweise auf die Auswirkungen der Pandemie geben.

Methodik. Anhand der Schuleingangsdaten der Region Hannover wird überprüft, ob nach dem ersten Lockdown 2020 häufiger Entwicklungsauffälligkeiten und Gesundheitsbeeinträchtigungen auftraten als vor der Pandemie. Die Prävalenzen zu den Schuleingangsergebnissen der Einschulungsjahrgänge 2017/2018 bis 2020/2021 werden verglichen.

Die Auswertung einer Elternbefragung gibt zudem Aufschlüsse über den Alltag und das Wohlergehen der Kinder und deren Familien während der Pandemie. Ergebnisse. Nach dem ersten Lockdown zeigt sich, dass Auffälligkeiten in der Sprachkompetenz, der Sprachförderbedarf sowie der Anteil der Kinder, die nur eingeschränkt oder gar kein Deutsch sprechen, deutlicher zugenommen haben als in den Jahren davor. Ferner konnte eine Zunahme von Übergewicht und feinmotorischen Auffälligkeiten sowie ein Anstieg des Medienkonsums festgestellt werden. Die Befragung zeigte, dass der Anteil der Kinder, die häufiger traurig sind, im weiteren Verlauf der Pandemie auf 32,1 % und der Anteil der Kinder, die häufiger

Wutanfälle haben, auf 24,9 % angestiegen sind. Kinder haben zunehmend Ein- und Durchschlafprobleme und klagen über Bauch- und Kopfschmerzen, Übelkeit oder Appetitlosigkeit. **Diskussion.** Diese Ergebnisse decken sich mit anderen aktuellen Studien und liefern Hinweise auf mögliche Auswirkungen der COVID19-Pandemie auf die Kindergesundheit. Um hierzu gesicherte Aussagen zu machen, sind jedoch weitere Auswertungen erforderlich.

Schlüsselwörter

Schuleingangsuntersuchung · Corona · Kinder · Entwicklung · Gesundheit

Abb.2: Poster zum Ablauf der Schuleingangsuntersuchung,
Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Region Hannover



2. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung

Für den Einschulungsjahrgang 2021/22 betrug die Anzahl der Schuleingangsuntersuchungen (SEU) 11.546. In den Jahrgängen zuvor lag die Anzahl der untersuchten Kinder bei unter 11.000. Der Einschulungsjahrgang 2020/21 konnte aufgrund der Abordnung des Teams in die Corona-Fallbearbeitung nicht vollständig untersucht werden.

Tabelle 1: Anzahl der durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen pro Einschulungsjahrgang 2018/19 – 2021/22, Region Hannover

Einschulungsjahrgang	Anzahl der SEU
2018/19	10.550
2019/20	10.925
2020/21*	9.081
2021/22	11.546

* eingeschränkte Durchführung der SEU aufgrund der Corona Fallbearbeitung

2.1. Charakteristika der Schulanfängerkohorte 2021/22

Geschlecht

Im Einschulungsjahrgang 2021/22 wurden 6.008 (52 %) Jungen und 5.536 (48 %) Mädchen untersucht. Bei zwei Kindern lagen keine Angaben zum Geschlecht vor.

Alter zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung

51,2 % der untersuchten Kinder waren zum Zeitpunkt der SEU fünf Jahre alt, 46,9 % sechs und 1,8 % sieben Jahre alt.

Migrationshintergrund

Seit 2019 wird der Migrationshintergrund differenziert nach einseitig, beidseitig oder ohne Migrationshintergrund erhoben. Diese Differenzierung entspricht der Definition wie sie in der KiGGS Studie zur Kinder – und Jugendgesundheit des RKI verwendet und wie sie von der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur einheitlichen Erfassung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchun-



gen vorgeschlagen wurde (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2013). Demnach wird dem Kind dann ein beidseitiger Migrationshintergrund zugeordnet, wenn das Kind selbst nicht in Deutschland geboren ist und mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder beide Eltern nicht in Deutschland geboren und/oder nicht-deutscher Staatsangehörigkeit sind. Ein einseitiger Migrationshintergrund wird dann zugeordnet, wenn ein Elternteil nicht in Deutschland geboren und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ist. Diese Differenzierung ist insofern sinnvoll, da Auswertungen von KiGGS zeigten, dass Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund in Bezug auf die Ergebnisse zur Kinder- und Jugendgesundheit mit Kindern ohne Migrationshintergrund vergleichbar sind. Unterschiede in der gesundheitlichen Lage sind in diesen Gruppen vorwiegend auf den sozialen Status und auf das Geschlecht zurückzuführen (Santos-Hövenner et al. 2019).

In der Region Hannover hat sich im Einschulungsjahrgang 2021/22 der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund (einseitig oder beidseitig) im Vergleich zum Einschulungsjahrgang 2019/20 leicht erhöht.

Tabelle 2: Kinder mit Migrationshintergrund, Einschulungsjahrgänge 2019/20 und 2021/22, Region Hannover

Migrationshintergrund	Einschulungsjahrgang 2019/20		Einschulungsjahrgang 2021/22	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
beidseitig	3.706	33,9%	3.961	34,3%
einseitig	1.488	13,6%	1.717	14,9%
ohne	5.621	51,5%	5.771	50,0%
keine Angaben	110	1,0%	97	0,8%
Gesamt	10.925	100,0%	11.546	100,0%

Stadt – Umland Verteilung

44,1 % (n=5.094) der Kinder des aktuellen Einschulungsjahrgangs 2021/22 leben in der Landeshauptstadt Hannover, die Anzahl der übrigen Kinder verteilt sich auf die einzelnen Städte und Gemeinden der Region Hannover.

Kindergartenbesuchsdauer

84,5 % der Kinder besuchten drei Jahre und länger eine Kindertageseinrichtung. 11,3 % besuchten weniger als drei Jahre und 2,5 % gar keine Kindertageseinrichtung.

2.2. Ergebnisse zum Gesundheits- und Entwicklungsstand der Kinder

Im Folgenden werden die für eine gesunde Entwicklung wichtigsten und für die Einschulung relevanten Ergebnisse der SEUs aufgeführt. Dabei wird jeweils die Entwicklung der Ergebnisse über die zurückliegenden Jahre seit dem Einschulungsjahrgang 2018/19 für die Region Hannover insgesamt aufgeführt. Ein besonderes Augenmerk liegt auf dem Vergleich des aktuellen Einschulungsjahrgangs 2021/22 mit dem Einschulungsjahrgang 2019/20 vor Beginn der Corona-Pandemie. Hierzu werden die Ergebnisse zu den einzelnen Städten und Gemeinden der Region Hannover dargestellt, um den Handlungsbedarf besser zu verdeutlichen.

2.2.1. Ergebnisse zur körperlichen Untersuchung

2.2.1.1. Seh- und Hörtest

Zur körperlichen Untersuchung gehört ein Seh- und ein Hörtest. Ein gutes Sehvermögen ist sowohl für den Erwerb der Lese- und Schreibkompetenz als auch für die Entwicklung der Fein- und Grobmotorik eine wichtige Voraussetzung. Für den Spracherwerb und die auditive Wahrnehmung und Verarbeitung ist ein differenziertes Hörvermögen unabdingbar. Der Sehtest umfasst die Überprüfung der Nah- und Fernsicht, sowie das räumliche (Stereotest) und farbliche Sehen (Farbsinntest). Kinder im Alter zwischen 48 und 60 Monaten, deren Sehschärfe weniger als 0,7 beträgt bzw. weniger als 1,0 bei älteren Kindern, bekommen eine augenärztliche Abklärungsempfehlung. Der Hörtest wird mit einem geeichten Audiometer unter Benutzung von Kopfhörern durchgeführt. Beide Ohren werden dabei getrennt voneinander untersucht. Wird der Ton wahrgenommen, soll das Kind eine Rückmeldung geben. Kinder, die bei einer Lautstärke von 30 dB mindestens zwei von sechs Tonfrequenzen auf einem oder beiden Ohren nicht wahrnehmen, bekommen eine ärztliche Abklärungsempfehlung.



Die Ergebnisse aus den SEUs zeigen, dass rund 9 % der Kinder eine Sehhilfe bzw. Brille haben und daher bereits in augenärztlicher Behandlung sind. Bei 7–8 % der Kinder wird eine augenärztliche Abklärung empfohlen, wobei eine leichte Verschiebung zu mehr Abklärungsempfehlungen und weniger Kindern in Behandlung erkennbar ist. Im Einschulungsjahrgang 2021/22 ist der Anteil der Kinder, die bereits in Behandlung (in den Regel Kinder mit Sehhilfe bzw. Brille) sind, im Vergleich zu den Jahren davor leicht zurückgegangen. Dafür ist der Anteil an Abklärungsempfehlungen leicht angestiegen. Vermutlich haben aufgrund der Corona-Pandemie vergleichsweise weniger Eltern mit ihren Kindern einen Augen- und Kinderarzt besucht bzw. einen Besuch vorerst verschoben.

Tabelle 3: Ergebnisse von Seh- und Hörtest der Schuleingangsuntersuchung, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover

	Einschulungsjahrgang 2018/19		Einschulungsjahrgang 2019/20		Einschulungsjahrgang 2021/22	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sehen						
ohne Befund	8.687	82,3	8.952	81,9	9.113	78,9
Abklärungsempfehlung	711	6,7	742	6,8	979	8,5
in Behandlung	892	8,5	1005	9,2	882	7,6
keine Angaben	241	1,3	213	1,9	563	4,9
Befund ohne Maßnahme	19	0,2	13	0,1	9	0,1
gesamt	10.550	100	10.925	100,0	11.546	100
Hören						
ohne Befund	9.768	92,6	10.168	93,1	10.767	93,3
Abklärungsempfehlung	393	3,7	391	3,6	234	2,0
in Behandlung	101	1,0	84	0,8	80	0,7
keine Angaben	288	2,7	282	2,6	465	4,0
gesamt	10.550	100,0	10.925	100,0	11.546	100

Die überwiegende Mehrzahl der Kinder hat zum Zeitpunkt der SEU einen unauffälligen Hörbefund (93,3 %). Bei durchschnittlich 3 % der Kinder wird eine Abklärung bezüglich des Hörvermögens (HNO) empfohlen. Weniger als 1 % der Kinder sind aufgrund eines eingeschränkten Hörvermögens (ggf. Hörhilfen) bereits in ärztlicher Behandlung. Ein auffälliger Hörbefund kann auch die Folge einer auftretenden Erkältungskrankheit sein, die das Hörvermögen vorübergehend negativ beeinflusst.

Weil in den vergangenen Jahren mehrere Neuerungen in der Dokumentation des Seh- und Hörvermögens erfolgten, wird auf eine differenzierte Ausweisung der Befunde auf kommunaler Ebene verzichtet.

In den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen zeigt sich in den Ergebnissen der auffälligen Befunde eine größere Varianz (NLGA 2015, NLGA 2018). In den Ergebnissen zum Hörvermögen der einzelnen Dienststellen der Region Hannover sind zwar auch Varianzen zu erkennen, diese sind jedoch deutlich geringer. Eine mögliche Erklärung könnte darin liegen, dass das Verfahren der Tonschwellenaudiometrie zwar als der Goldstandard in der Audiometrie für Kinder gilt (Ptok, Nickisch 2018), jedoch eine gute Kooperation und Aufmerksamkeit sowie ein Verständnis für die Aufgabenstellung und auch die Toleranz der Kopfhörer voraussetzt. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass Kinder Fehlangaben machen, u.a. weil die Aufgabe nicht richtig verstanden wurde. Es stellt sich die Frage, ob durch die Ergänzung der Hörtestung mithilfe eines objektiven Messverfahrens, wie das Verfahren der otoakustischen Emissionen, die Treffsicherheit bei der Entdeckung von Hörbeeinträchtigungen zu erhöhen sind (siehe Infobox 2).

Ab September 2022 soll deshalb in Kooperation mit der Hörregion Hannover und dem Deutschen HörZentrum Hannover der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) eine Studie durchgeführt werden, in der vorgesehen ist, dass im Rahmen der SEU alle Kinder eines Jahrgangs zusätzlich zum herkömmlichen Verfahren der Audiometrie ein objektives Hörscreening mittels otoakustischer Emissionen (OAE) erhalten. Zielsetzung der Studie ist durch Kombination beider Hörtestverfahren die Treffsicherheit bei der Entdeckung von Hörbeeinträchtigungen zu erhöhen. Gleichzeitig können so Aussagen zu beiden Testverfahren im Vergleich (Kongruenz, Sensitivität, Bewertungskonstanz und Zeitmanagement) gemacht werden.

Vor Beginn der Studie erfolgt ein Rundschreiben zur Information an alle niedergelassenen HNO-Ärzte, in dem um Unterstützung bei der Überprüfung der Befunde gebeten wird.

Für die technische Ausstattung der Dienststellen werden Leihgeräte gestellt, in deren Anwendung die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Teams eingewiesen werden. Bei allen Kindern, die zur Schuluntersuchung für das Schuljahr 2023/24 vorgestellt werden, erfolgt dann eine Audiometrie (bisheriges Verfahren) sowie eine OAE-Hörtestung. Das Ergebnis sowie die benötigte Zeit für die jeweilige Untersuchung werden dokumentiert. Bei auffälligem Befund in einer der beiden Hörtest-Methoden wird ein Empfehlungsschreiben an die niedergelassenen HNO-Ärzte mit Bitte um Mitbeurteilung ausgehändigt und die Eltern damit um Vorstellung beim HNO-Arzt gebeten. Auf der Rückseite des Empfehlungsschreibens befindet sich ein Antwortbogen, auf dem die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte eine kurze Beurteilung per Ankreuzverfahren geben sollen. Alle fachärztlichen Rückmeldungen werden im Programm Aeskulab erfasst und abschließend die Daten anonymisiert und aggregiert ausgewertet. Erste Ergebnisse dazu werden voraussichtlich Ende 2023 vorliegen.

Infobox 2: Hörscreening durch otoakustische Emissionen (OAE)

Bei den otoakustischen Emissionen (OAE) handelt es sich um ein objektives Messverfahren, das schnell und vergleichsweise kostengünstig durchzuführen ist. Dabei werden reflektorische Biosignale nach einem gesetzten akustischen Reiz gemessen, so dass keine aktive Mitarbeit des Kindes für die Messung notwendig ist. Wird ein Klick-Impuls durch die Gehörgangssonde des Geräts im äußeren Gehörgang abgegeben, kommt es im Rahmen der Schallweiterleitung zu reaktiven Kontraktionen der äußeren Haarzellen im Innenohr. Dies bewirkt eine physiologische mechanische Verstärkung des Schallreizes, was zu einer erhöhten Empfindlichkeit und höheren Trennschärfe der Reizempfindung führt. Bei den Kontraktionen werden jedoch auch Schallwellen erzeugt, die retrograd in den Gehörgang zurückgeleitet und dort über ein hochempfindliches Mikrofon, das sich ebenfalls in der Gehörgangssonde des Geräts befindet, gemessen werden können (Lehnhardt, Laszig 2001). Die Auswertung der gemessenen Signale erfolgt anschließend automatisiert über das OAE-Gerät und ergibt die eindeutige Befundung „pass“ (auffällig) oder „fail“ (unauffällig).

Die Messung der OAEs kann durch unterschiedliche Faktoren ausgehend vom äußeren Ohr sowie von Mittel- und Innenohr gestört werden, was zu einem auffälligen Ergebnis führt und im Verlauf weiter abgeklärt werden muss. Bei einem unauffälligen Ergebnis ist eine periphere Hörstörung (Schallleitungstörung oder Innenohrstörung) weitestgehend ausgeschlossen. Allerdings werden Hörstörungen, die weiter zentral lokalisiert sind (einschließlich der auditorischen Synaptopathie/Neuropathie), nicht festgestellt.



2.2.1.2. Gewichtsbeurteilung

Ein weiterer Bestandteil der körperlichen Untersuchung ist die standardisierte Messung von Körpergröße und Gewicht. Ein ausgewogenes Körpergewicht spiegelt den allgemeinen Gesundheitszustand eines Kindes wider und ist eine wichtige Voraussetzung für eine altersgerechte Entwicklung. Aus Größe und Gewicht wird der Body-Mass-Index (BMI) ermittelt. Da im Kindes- und Jugendalter Größe und Gewicht wachstumsbedingten Veränderungen unterliegen, werden zur Gewichtsbeurteilung alters- und geschlechtsbezogene Perzentilenkurven nach dem Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild herangezogen (Kromeyer-Hauschild et al. 2001). Demnach spricht man bei einem BMI-Wert unterhalb der 3. Perzentile von starkem Untergewicht und bei einem BMI-Wert unterhalb der 10. Perzentile von Untergewicht. Übergewicht liegt bei einem BMI-Wert oberhalb der 90. Perzentile vor und starkes Übergewicht bzw. Adipositas bei einem BMI-Wert oberhalb der 97. Perzentile.

Infobox 3: Ermittlung des Body Mass Index (BMI) im Rahmen der SEU

Der Body Mass Index (BMI) wird nach den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) anhand der alters- und geschlechts-spezifischen Referenzwerte von Kromeyer-Hauschild bestimmt (Wabitsch, Moß 2020, Kromeyer-Hauschild et al. 2001)

Bis zum 18. Lebensjahr werden die BMI-Perzentilenkurven zur Gewichtsbeurteilung herangezogen. Diese bilden die Verteilung des BMI in einer Referenzpopulation unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht ab und werden in folgende Kategorien eingeteilt:

- starkes Untergewicht (BMI-Wert unterhalb der 3. Perzentile),
- Untergewicht (BMI-Wert unterhalb der 10. Perzentile),
- Normalgewicht
- Übergewicht (BMI-Wert oberhalb der 90. Perzentile) und
- Adipositas (BMI-Wert oberhalb der 97. Perzentile)

(Kromeyer-Hauschild et al. 2001)



Nach den Referenzperzentilen gelten 10 % der Kinder und Jugendlichen als übergewichtig, 3 % davon als adipös. Übergewicht und Adipositas können langfristig das Risiko für weitere Folgekrankheiten wie etwa kardiovaskuläre Erkrankungen, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes-Typ-2 erhöhen aber auch zu motorischen Einschränkungen und psychischen Problemen führen (Friedemann et al. 2012, Llewellyn et al. 2016, Cataldo et al. 2016, Cheng et al. 2016, Memaran et al. 2020).

Eine differenzierte Betrachtung der Gewichtskategorien (Tabelle 4) verdeutlicht, dass es seit der Corona-Pandemie eine Verschiebung hin zu Übergewicht und Adipositas gibt und der Anteil untergewichtiger Kinder zurückgegangen ist. In der Region Hannover lag der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder in den vergangenen Jahren stetig bei rund 10 %. Dieser Anteil ist seit der Corona-Pandemie deutlich auf 14,5 % angestiegen.

Tabelle 4: Gewichtsverteilung, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover

		starkes Unter- gewicht	Unter- gewicht	Normal- gewicht	Über- gewicht	Adipo- sitas	Gesamt
2018/19	Anzahl	438	810	8203	592	488	10531
	%	4,2 %	7,7 %	77,9 %	5,6 %	4,6 %	100,0 %
2019/20	Anzahl	461	841	8480	621	501	10904
	%	4,2 %	7,7 %	77,8 %	5,7 %	4,6 %	100,0 %
2021/22	Anzahl	281	686	8815	838	820	11440
	%	2,5 %	6,0 %	77,1 %	7,3 %	7,2 %	100,0 %

Eine Auswertung nach Städten und Gemeinden der Region Hannover verdeutlicht, dass in allen Kommunen der Anteil an übergewichtigen Kindern zugenommen hat.

**„Wenn die einen finden, dass man groß ist,
und andere, dass man klein ist, so ist man
vielleicht gerade richtig.“**

Astrid Lindgren

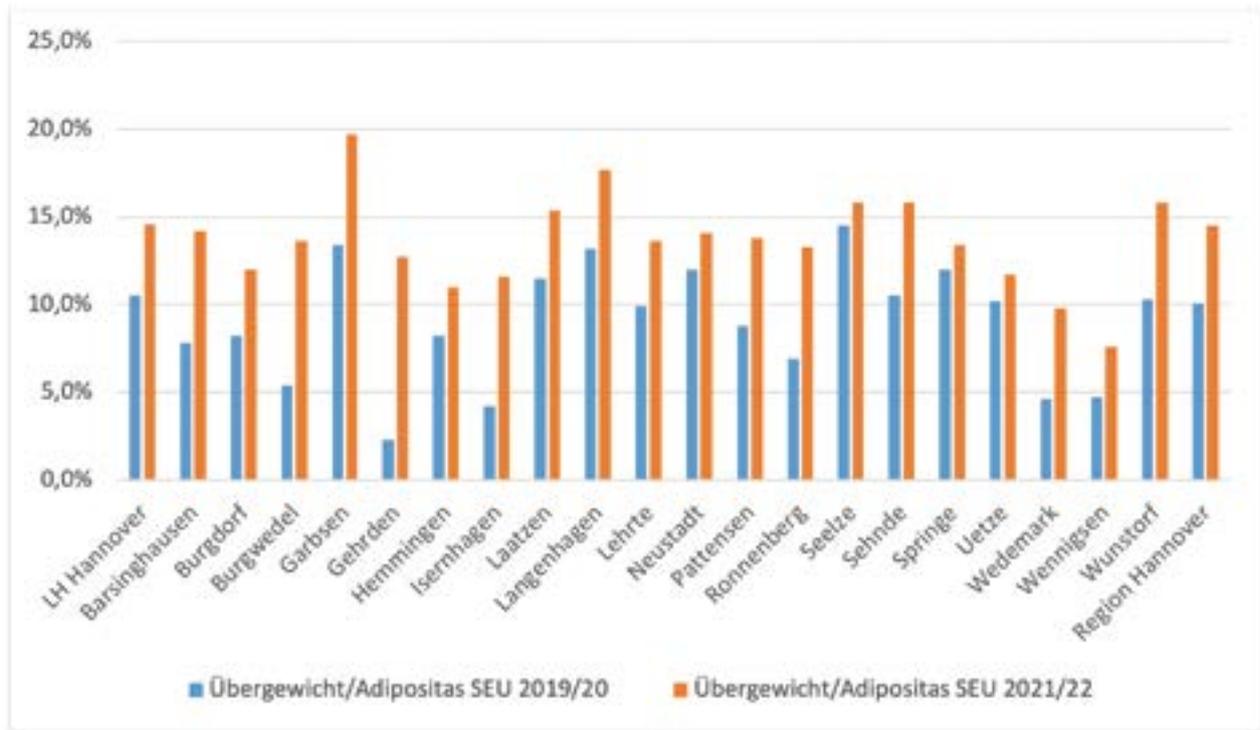


Abbildung 3: Übergewicht (einschließlich Adipositas) in den 21 Städten und Gemeinden der Region Hannover, Einschulungsjahrgänge 2019/20 und 2021/22, Region Hannover

Welche Faktoren möglicherweise einen Einfluss auf die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas haben können, zeigt folgende Analyse:

Tabelle 5: Multivariate Analyse zu den Risiko- bzw. Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas, Schuleingangsdaten Region Hannover

Einflussfaktoren	Ausprägung	Signifikanz (p<0,05)	Odds Ratio (OR)	95 %-KI
Geschlecht (Ref.: weiblich)	männlich	n.s.		
Geburtsgewicht (Ref.: 2.900 g bis <4.000 g)	4.000 g und mehr	<0,001	1,4	1,2–1,7
	<2.900 g	0,002	0,8	0,7–0,9
Bildungsgrad (Ref.: hoch)	niedrig	<0,001	2,4	2,0–2,8
	mittel	<0,001	1,9	1,7–2,3
Familienkonstellation (Ref: beide Eltern)	alleinerziehend, getrennt	<0,001	1,3	1,2–1,5
	Elternteil und Partner	n.s.		
	Pflegeeltern und andere	n.s.		
Migrationshintergrund (Ref.: ohne)	beidseitig	<0,001	1,8	1,6–2,1
	einseitig	<0,001	1,7	1,4–2,0
Sportverein (Ref.: ja)	kein Sportverein	n.s.		
Medienkonsum (Ref.: selten oder nie)	> 2 Std.	<0,001	2,2	1,6–3,0
	1–2 Std.	<0,001	2,1	1,6–2,7
	bis 1 Std.	0,001	1,6	1,2–2,0
Bildschirmgerät im Kinderzimmer (Ref.: nein)	ja	<0,001	1,4	1,2–1,6

Odds Ratio (OR) = Statistische Kennzahl, die die Chance bzw. das Risiko für das Vorliegen einer Auffälligkeit (hier Übergewicht) unter bestimmten Einflussfaktoren angibt. OR > 1 bedeutet ein erhöhtes Risiko, OR=1 kein Risiko
 Signifikanz gibt Auskunft über die Irrtumswahrscheinlichkeit p. Ab einem p-Wert > 0,05 werden die Ergebnisse als nicht signifikant (n.s.) ausgewiesen, Ergebnisse mit einem p-Wert <0,001 sind hochsignifikant.
 KI= Konfidenzintervall, gibt an, dass der wahre Wert mit 95 % Wahrscheinlichkeit im Konfidenzintervall liegt (Vertrauensbereich)

Anhand dieser Analyse wird deutlich, dass bei geringem Bildungsgrad der Eltern das Risiko für die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter um das 2,4-Fache deutlich erhöht ist. Liegt ein Migrationshintergrund vor (einseitig oder beidseitig) ist das Risiko ebenso um das fast 2-Fache erhöht. Ein hoher Medienkonsum erhöht das Risiko um das 2-Fache, hinzu kommt noch ein um das 1,4-Fache erhöhtes Risiko, wenn das Kind einen eigenen Fernseher bzw. Bildschirmgerät im Kinderzimmer hat oder wenn das Geburtsgewicht des Kindes über 4.000g betrug. Kinder von alleinerziehenden Elternteilen haben ein leicht erhöhtes Risiko Übergewicht zu entwickeln.

Folgende Kreuzauswertungen bestätigen die Ergebnisse dieser Analyse. So zeigt Abb. 4, dass Übergewicht und Adipositas in allen Bildungsschichten zugenommen hat, allerdings deutlich stärker bei Kindern aus Familien mit niedrigem Bildungsgrad.

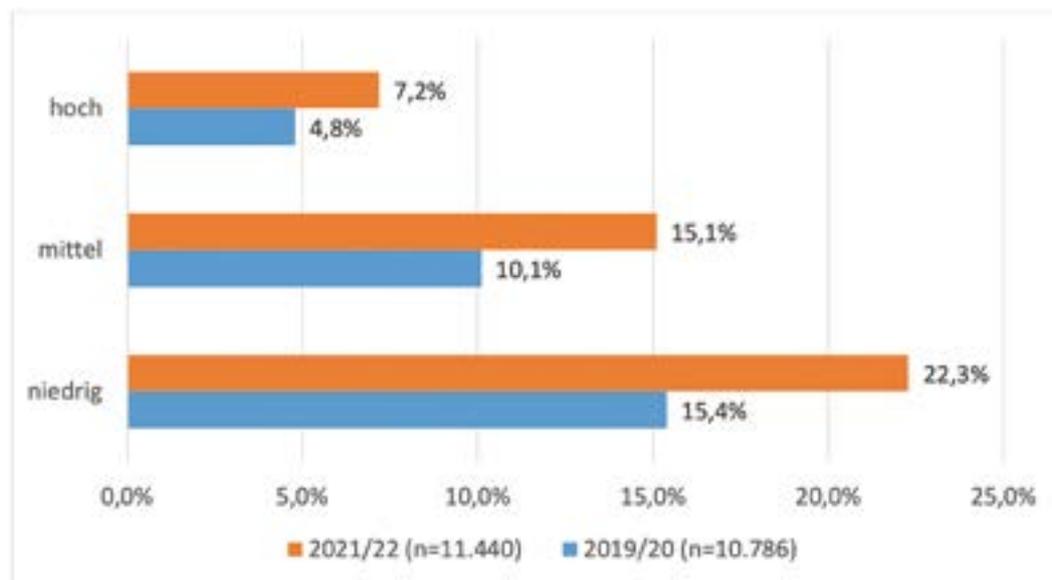


Abbildung 4: Übergewicht und Adipositas stratifiziert nach dem Haushaltbildungsindex (Index aus höchst erreichtem Schul- und Berufsabschluss beider Elternteile), Einschulungsjahrgänge 2019/220 und 2021/22, Region Hannover

Kreuzauswertungen nach ein- und beidseitigem Migrationshintergrund verdeutlichen, dass Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich stärker von Übergewicht und Adipositas betroffen (20,9 %) sind als Kinder mit einseitigem (16,7 %) oder keinem Migrationshintergrund (9,4 %).

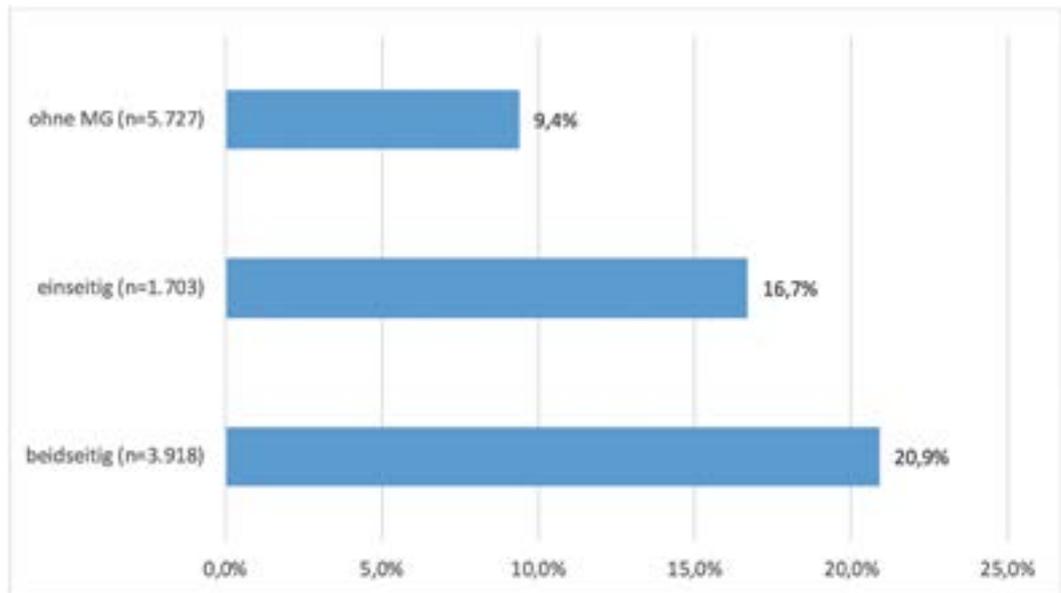


Abbildung 5: Übergewicht und Adipositas nach Migrationshintergrund (einseitig, beidseitig, ohne), Einschulungsjahrgang 2021/22 (n=11.546), Region Hannover

Die Auswertung von Übergewicht und Adipositas nach Medienkonsum des Kindes lässt erkennen, dass bei übergewichtigen Kindern gleichzeitig der Medienkonsum höher ist und dieser Anteil seit der Corona-Pandemie deutlich zugenommen hat (von 7,9 % auf 11,7 %). Bei den nicht übergewichtigen Kindern hat der Medienkonsum ebenfalls zugenommen, allerdings mehr in der Kategorie bis zu einer Stunde täglich (Abb. 6)

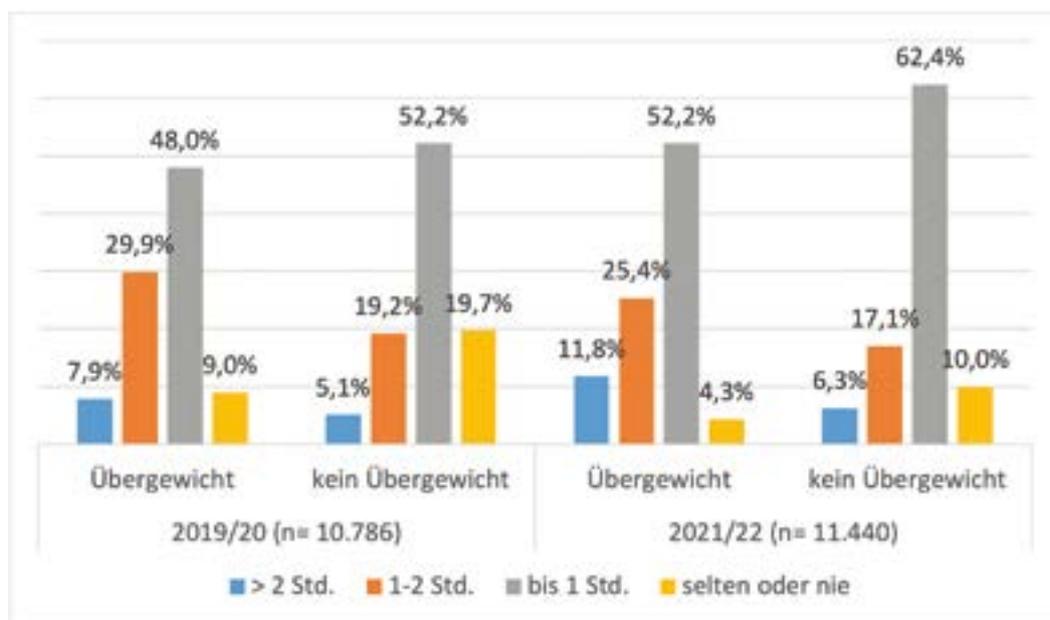


Abbildung 6: Übergewicht (einschließlich Adipositas) bzw. kein Übergewicht und tägliche Medienkonsumdauer, Einschulungsjahrgänge 2019/20 und 2021/22, Region Hannover

Fallbeispiele aus den Schuleingangsuntersuchungen des Teams Sozialpädiatrie und Jugendmedizin: Starkes Übergewicht

Mirko, ein 5 ½ jähriger Junge wird zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. Mirko besuchte bislang keinen Kindergarten, geht seit kurzer Zeit zum Karate und zum Fußball und hat einen türkischen Migrationshintergrund. Mirkos Mutter spricht kaum Deutsch. Die körperliche Untersuchung ergab ein Körpergewicht von 42,1 kg (Referenzwert für 5-jährige Jungen 21 kg) und eine Körpergröße von 125 cm, der ermittelte BMI betrug 26,9 (Referenzwert für 5-jährige Jungen 15,4). Die Messung des Bluthochdrucks ergibt einen Wert von 120/90 mmHg (Referenzbereich für 5-jährige Jungen 111/71 mmHg).

Maßnahme: Es erfolgt ein ausführliches Gespräch der Schulärztin mit der Mutter über das Gewicht und den Bluthochdruck mit einer anschließenden Vermittlung zur Ernährungsberatung der zuständigen Krankenkasse. Zusätzlich wird Mirko von der Schulärztin zum niedergelassenen Kinderarzt zur Kontrolle des Blutdruckes und des Gewichtes sowie zur weiteren Diagnostik und gegebenenfalls Therapie überwiesen. Zurückstellung in den Schulkindergarten aufgrund der eingeschränkten emotionalen Reife.

Rückmeldung: Aufgrund der Zurückstellung in den Schulkindergarten erfolgt nach einem Jahr eine erneute SEU. Mirko hat nun Normalgewicht aufgrund einer durch die Mutter forcierten Ernährungsumstellung und macht 3x Woche Sport. Ausschlaggebend war hier die große Sorge der Mutter über den erhöhten Blutdruck.

Fallbeispiele aus den Schuleingangsuntersuchungen des Teams Sozialpädiatrie und Jugendmedizin: Übergewicht und multiple Auffälligkeiten

Linus, 5 Jahre und 10 Monate alt, kein Migrationshintergrund, wird im Februar 2020 zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. Linus hat mit einem Körpergewicht von 39,6 kg und einer Körpergröße von 116 cm einen BMI von 28,4 und liegt über der 97. Perzentile (BMI-Referenzwert für 5-jährige Jungen 15,4) und ist damit stark übergewichtig bzw. adipös. Hinzu kommen multiple Auffälligkeiten wie Dysgrammatismus und eingeschränkte Sprachkompetenz, Graphomotorik und Motorik leicht auffällig, Psyche und Verhalten stark auffällig. Nach Auskunft der Eltern konsumiert Linus täglich 1-2 Stunden Medien, besucht einen Kindergarten, ist im Sportverein und ist bereits aufgrund des Übergewichts (Gewichtskontrolle) und einem hyperreagiblen Bronchialsystems in Behandlung.

Maßnahme: Die Schulärztin empfiehlt eine Schulzurückstellung und die Einleitung einer Ergotherapie. Es erfolgt eine Überweisung bzw. Abklärungsempfehlung zunächst zum Kinderarzt aufgrund der starken Verhaltensauffälligkeiten.

Rückmeldung: Linus wird im Juli 2021 erneut zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. Nach Auskunft der Eltern konsumiert Linus mittlerweile weniger Medien (täglich 30 Minuten), hat aber nun ein eigenes Bildschirmgerät im Kinderzimmer und Linus ist nicht mehr im Sportverein. Es liegt eine diagnostizierte Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) vor und Linus ist in Behandlung. Es besteht weiterhin eine Adipositas mit einem BMI von 30,5. Es wird ein deutlich erhöhter Blutdruck festgestellt mit einem Wert von 140/80 mmHG (Referenzbereich für 5-jährige Jungen 111/71 mmHG). Eine Überweisung bzw. Abklärungsempfehlung zum niedergelassenen Kinderarzt erfolgt. Bislang keine Rückmeldung vom niedergelassenen Arzt.

2.2.2. Ergebnisse zum Entwicklungsstand des Kindes

Der Entwicklungsstand des Kindes wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung unter Anwendung eines standardisierten und normierten Verfahrens, dem Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening SOPESS erfasst. Der Fokus liegt auf der Überprüfung schulischer Vorläuferfähigkeiten (Deseking et al. 2009, 2011). Dazu zählen die Sprachentwicklung und Sprachkompetenz in Deutsch, die Kognition, die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit, die visuomotorische Kompetenz und die Körperkoordination. Die Tests sind so konzipiert, dass die Kinder Punktwerte erreichen können, denen bestimmte Cut-Off-Werte zugrunde gelegt werden und darauf basierend die Ergebnisse in unauffällig, grenzwertig und auffällig unterteilt werden. Dabei wird im unteren Leistungsspektrum getestet, das bedeutet, Kinder mit auffälligen Ergebnissen und Schwierigkeiten in den schulischen Vorläuferfähigkeiten werden mit Sicherheit erkannt. Die Ergebnisse der Tests bilden die Grundlage für das gesamtärztliche Urteil, das bei Bedarf zu einer weiteren Abklärungsempfehlung oder Beratung der Eltern führt. Dabei wird mitberücksichtigt, ob ein Kind bereits in Behandlung ist (z.B. Logopädie oder Ergotherapie).

2.2.2.1. Sprache

Eine wesentliche Voraussetzung für die aktive Teilnahme am Unterricht und das spätere Erlernen von Lesen und Schreiben ist eine gut entwickelte Sprachkompetenz in Deutsch. Die beiden SOPESS-Sprachuntertests zur Präpositions- und Pluralbildung dienen der Beurteilung der Sprachkompetenz in Deutsch. Zur Beurteilung einer Sprachentwicklungsverzögerung wird der Untertest Pseudowörter hinzugezogen, um zusätzlich das phonologische Arbeitsgedächtnis¹ zu überprüfen. Mit Abschluss des fünften Lebensjahres sollte die Sprachentwicklung eines Kindes abgeschlossen sein, die Artikulation beherrscht werden und grammatikalisch richtige Sätze in der Muttersprache gebildet werden können.

Zusätzlich erfolgt eine Beurteilung des sprachlichen Ausdrucksvermögens in Deutsch (das Kind spricht altersgerecht flüssig Deutsch, spricht eingeschränkt, radebrechend bis gar kein Deutsch) sowie ein gesamtärztliches Urteil (Abklärungsempfehlung bzw. Überweisung zur fachärztlichen Abklärung, Kind ist bereits in Behandlung, Beratung der Eltern bei leichten Auffälligkeiten).

¹ phonologische Arbeitsgedächtnis ist für die kurzfristige Speicherung und Verarbeitung sprachlicher Informationen zuständig. Phonologie: Teilgebiet der Sprachwissenschaft, das sich mit der Funktion der Laute in einem Sprachsystem beschäftigt.

Tabelle 6: Ergebnisse zu den Sprachuntertests, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover

	Einschulungs- jahrgang 2018/19		Einschulungs- jahrgang 2019/20		Einschulungs- jahrgang 2021/22	
	abs	%	abs	%	abs	%
	10.550	100,0	10.925	100,0	11.546	100,0
Präposition						
unauffällig	7.692	75,8	7.777	74	7.973	72,5
grenzwertig	680	6,7	714	6,8	695	6,3
auffällig	1.777	17,5	2.025	19,3	2.325	21,1
gesamt	10.149	100,0	10.516	100	10.815	100
Pluralbildung						
unauffällig	6.984	69,3	7.134	68,1	7.570	69,6
grenzwertig	1.333	13,2	1.336	12,7	1.199	11
auffällig	1.763	17,5	2.010	19,2	2.112	19,4
gesamt	10.080	100,0	10.480	100	10.881	100
Pseudowörter						
unauffällig	8.030	78,2	8.249	77,7	8.725	78,7
grenzwertig	1.335	13,0	1.385	13,1	1.382	12,5
auffällig	903	8,8	979	9,2	981	8,8
gesamt	10.268	100,0	10.613	100	11.088	100



Der Vergleich der Einschulungsjahrgänge zeigt in den SOPESS-Untertests zur Sprache keine nennenswerten Unterschiede in der Pluralbildung und den Pseudowörtern, allerdings hat sich der Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen in der Präpositionsbildung von 19,3% im Einschulungsjahrgang 2019/20 auf 21,1% im Einschulungsjahrgang 2021/22 erhöht. Zu berücksichtigen ist bei der Interpretation dieser Ergebnisse, dass im Vergleich zu den Vorjahren der Anteil der Kinder, die nicht am Untertest zur Pluralbildung teilnehmen konnten um 2 %-Punkte zugenommen hat und der Anteil der Kinder, die nicht am Untertest zur Präpositionsbildung teilnehmen konnten um 1 % Punkt. Bei Kindern, deren Deutschkenntnisse sehr eingeschränkt sind, können diese Tests nicht durchgeführt werden. Folgende Auswertung bestätigt, dass der Anteil der Kinder mit nur radebrechenden von 5,7% auf 6,9% oder gar keine Deutschkenntnisse von 1,9% auf 2,7% zugenommen hat:

Tabelle 7: Ergebnisse zur Beurteilung des Ausdrucksvermögens in der deutschen Sprache, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover

	Einschulungsjahrgang 2018/19		Einschulungsjahrgang 2019/20		Einschulungsjahrgang 2021/22	
	abs	%	abs	%	abs	%
Kind spricht altersgerecht und flüssig deutsch	4891	46,4	5225	47,8	5931	51,4
Kind spricht deutsch mit leichten Fehlern	3318	31,5	3130	28,6	2717	23,5
Kind spricht deutsch mit erheblichen Fehlern	1457	13,8	1637	15,0	1630	14,1
Kind spricht radebrechend deutsch	541	5,1	624	5,7	801	6,9
Kind spricht kein deutsch	218	2,1	204	1,9	317	2,7
keine Angaben	125	1,2	105	1	150	1,3
Gesamt	10.550	100,0	10.925	100,0	11.546	100,0



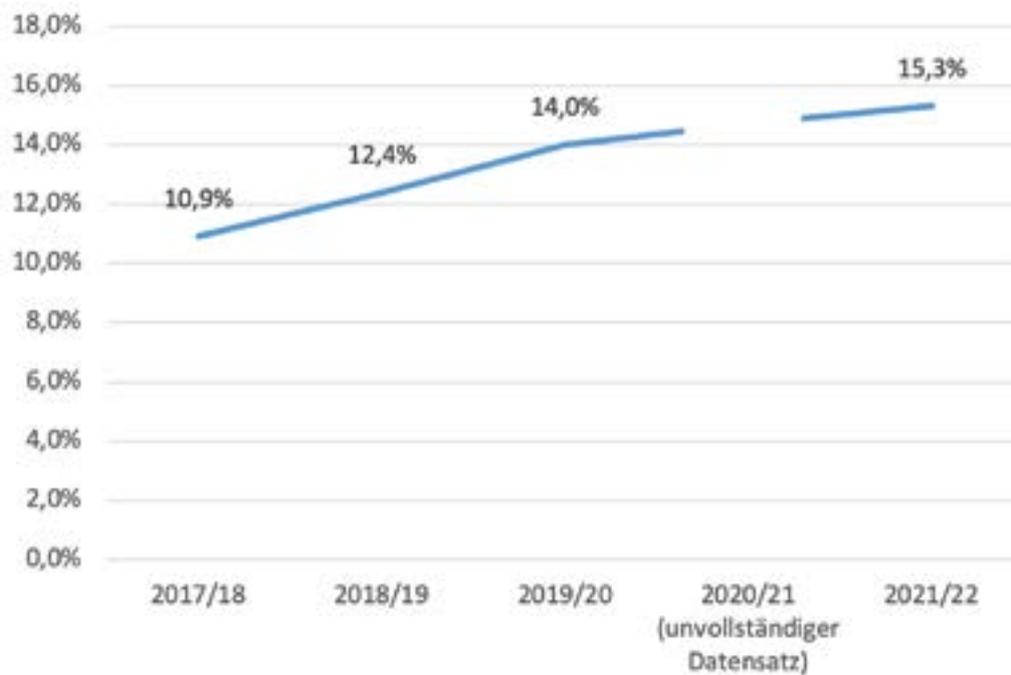


Abbildung 7: Anteil der Kinder mit eingeschränkter Sprachkompetenz in Deutsch, Einschulungsjahrgänge 2017/18 – 2021/22, Region Hannover

Der Anteil der Kinder, die sowohl in der Präpositions- als auch in der Pluralbildung im auffälligen Bereich liegen und damit eine eingeschränkte deutsche Sprachkompetenz zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung hatten, ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen.

Vergleicht man den Einschulungsjahrgang 2019/20 (letzte Vollerhebung vor Corona) mit dem Jahrgang 2021/22 (erste Vollerhebung seit Corona), so ist im gesamtärztlichen Urteil eine Verschiebung von leichten Auffälligkeiten hin zu vermehrten starken Auffälligkeiten bzw. Auffälligkeiten mit Abklärungsempfehlung erkennbar. Zudem hat sich der Anteil der Kinder, die bereits in Behandlung sind (z.B. Logopädie) leicht erhöht.

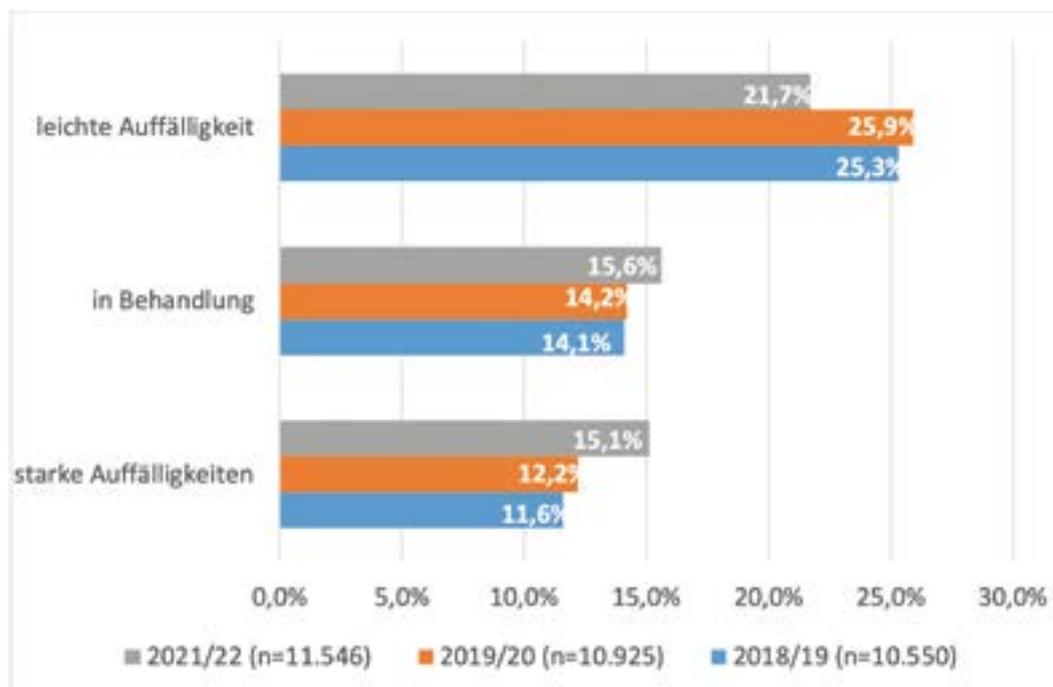
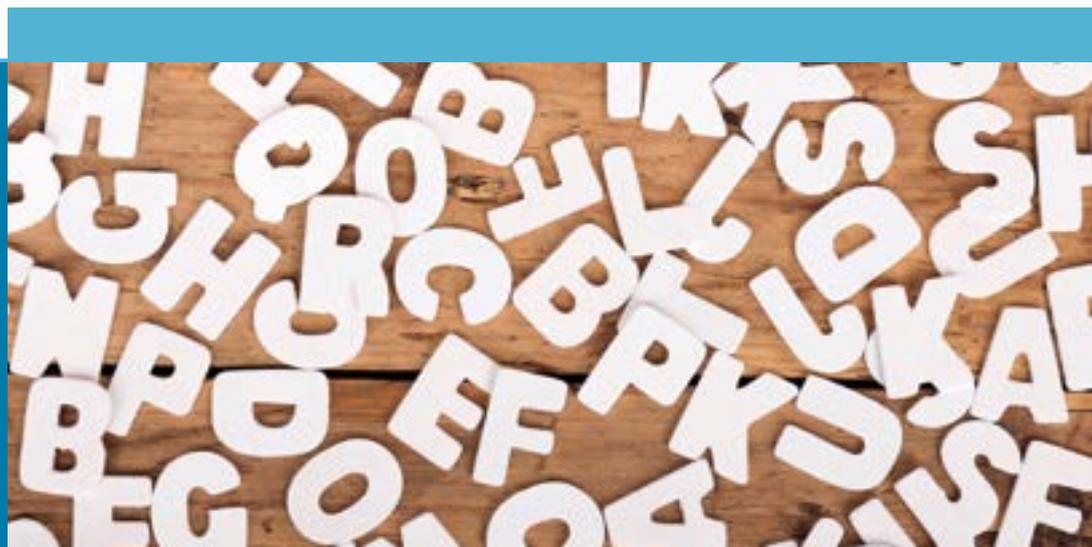


Abbildung 8: Gesamtärztliches Urteil zur Sprachentwicklung, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover

Die kommunale Auswertung zu den Einschulungsjahrgängen 2019/20 und 2021/22 zeigt, dass in einzelnen Kommunen der Anteil der Kinder mit eingeschränkter Sprachkompetenz in Deutsch zugenommen hat.



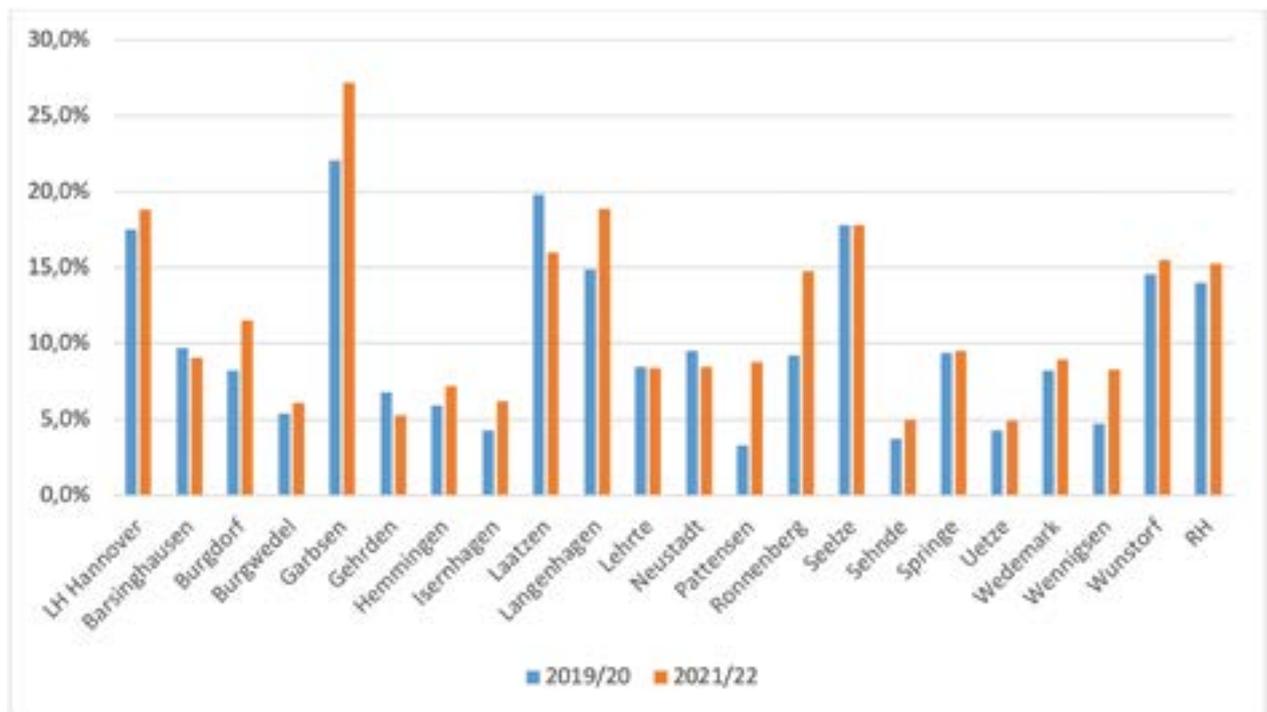


Abbildung 9: Anteil der Kinder mit eingeschränkter Sprachkompetenz in Deutsch pro Kommune, Einschulungsjahrgang 2019/20 und 2021/22, Region Hannover

Welche Faktoren möglicherweise einen Einfluss auf die Sprachentwicklung haben können zeigt folgende Analyse:

Tabelle 8: Multivariate Analyse zu Risiko- bzw. Einflussfaktoren auf Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung, Region Hannover

Einflussfaktoren	Ausprägung	Signifikanz (<0,05)	Odds Ratio (OR)	95%-KI
Geschlecht (Ref.: weiblich)	Männlich	<0,001	1,4	1,3 - 1,5
Haushaltbildungsindex bzw. Bildungsgrad (Ref.: hoch)	niedrig	<0,001	2,5	2,2 - 2,8
	mittel	<0,001	1,3	1,2 - 1,4
Kitabesuch (Ref.:3 Jahre und länger)	keine Kita	0,011	1,7	1,1 - 2,5
	< 3 Jahre	<0,001	2,0	1,7 - 2,4
Geschwisterzahl (Ref.: keine Geschwister)	drei Geschwister und mehr	<0,001	1,5	1,2 - 1,8
	zwei Geschwister	0,001	1,3	1,1 - 1,5
	ein Geschwisterkind	n.s.	1,0	0,9 - 1,2
Familienkonstellation (Ref: beide Eltern)	alleinerziehend, getrennt	n.s.		
	Elternteil und Partner	n.s.		
	Pflegeeltern und andere	n.s.		
Schwangerschaftswoche bei Geburt (Ref.: >36. SSW)	< 32. SSW	n.s.		
	> 31.SSW <37.SSW	0,036	1,2	1,0 - 1,5
Migrationshintergrund (Ref.: ohne)	beidseitig	<0,001	1,9	1,6 - 2,2
	einseitig	0,034 (n.s.)	0,9	0,8 - 1,0
Sprachumgebung (Ref.: deutsch)	nicht deutsch	<0,001	2,6	2,3 - 3,0
Medienkonsum (Ref.:selten oder nie)	> 2 Std.	<0,001	1,9	1,5 - 2,4
	1-2 Std.	<0,001	1,7	1,4 - 2,0
	bis 1 Std.	<0,001	1,3	1,1 - 1,5
Bildschirmgerät im Kinderzimmer (Ref.: nein)	Bildschirmgerät im Kinderzimmer	0,005	1,2	1,1 - 1,4
Vorlesen (Ref.:täglich)	selten oder nie	<0,001	1,5	1,3 - 1,7
	mehr als 3x/ Woche	<0,001	1,2	1,1 - 1,4

Odds Ratio (OR) = Statistische Kennzahl, die die Chance bzw. das Risiko für das Vorliegen einer Auffälligkeit unter bestimmten Einflussfaktoren angibt. OR > 1 bedeutet ein erhöhtes Risiko, OR=1 kein Risiko
 Signifikanz gibt Auskunft über die Irrtumswahrscheinlichkeit p. Ab einem p-Wert > 0,05 werden die Ergebnisse als nicht signifikant (n.s.) ausgewiesen, Ergebnisse mit einem p-Wert <0,001 sind hochsignifikant.
 KI= Konfidenzintervall, gibt an, dass der wahre Wert mit 95 % Wahrscheinlichkeit im Konfidenzintervall liegt (Vertrauensbereich)

Jungen sind stärker von Sprachauffälligkeiten betroffen als Mädchen. Eine eingeschränkte Sprachkompetenz in Deutsch zeigen insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten Haushalten bzw. geringem Haushaltbildungsindex (HBI, Index gebildet aus dem höchst erreichten Schul- und Berufsabschluss beider Elternteile) und Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund sowie Kinder, die in einer nicht-deutschen familiären Sprachumgebung aufwachsen. Kein oder ein Kindergartenbesuch von unter drei Jahren erhöht das Risiko um das bis zu zwei Fache im Vergleich zu Kindern, die drei Jahre oder länger einen Kindergarten besuchten. Die Dauer des täglichen Medienkonsums und ob im Kinderzimmer bereits ein Bildschirmgerät vorhanden ist haben einen negativen Einfluss auf die Sprachkompetenz der Kinder, wohingegen sich tägliches Vorlesen positiv auf die kindliche Sprachentwicklung auswirkt.

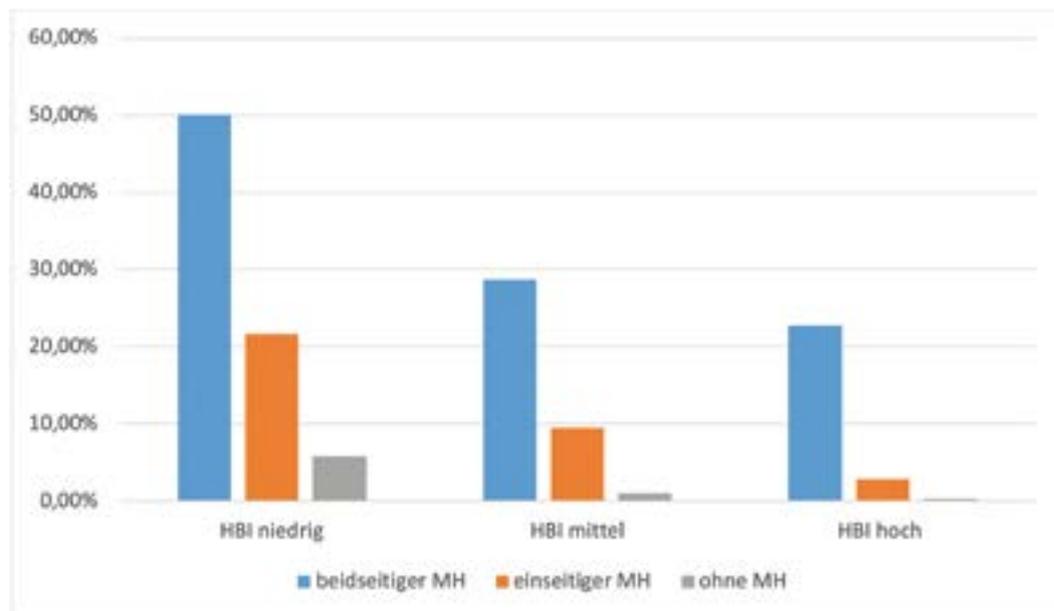


Abbildung 10: Anteil der Kinder mit eingeschränkter Sprachkompetenz in Deutsch nach Haushaltbildungsindex (HBI), Einschulungsjahrgang 2021/22, Region Hannover

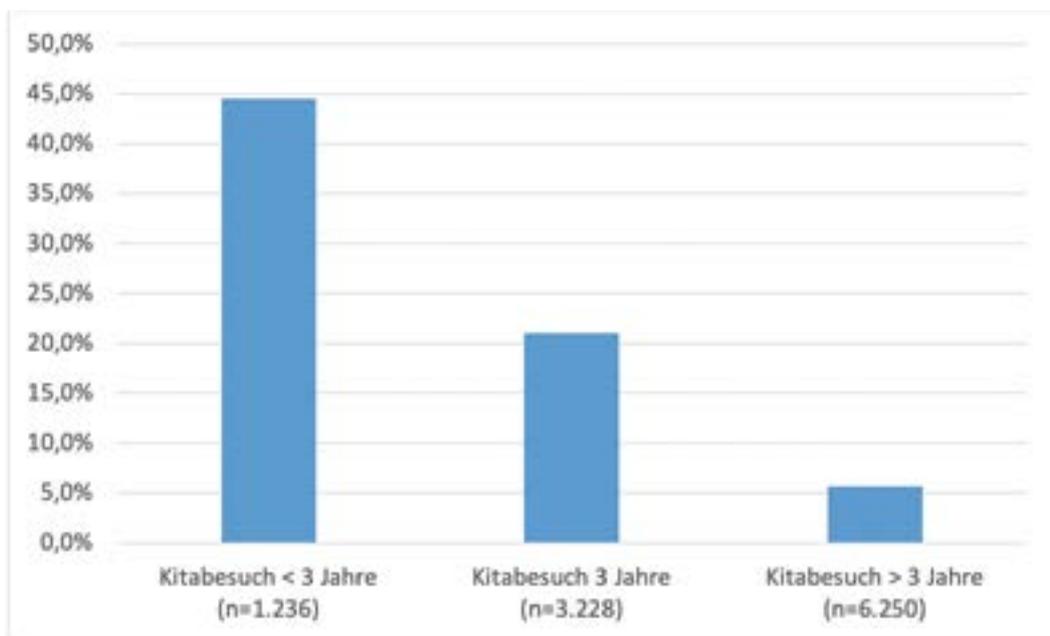


Abbildung 11: Anteil der Kinder mit eingeschränkter Sprachkompetenz in Deutsch nach Länge des Kindergartenbesuchs, Einschulungsjahrgang 2021/22, Region Hannover

**PLAUDERN
STATT POSTEN!**

**LASSEN SIE IHR KIND AM
ANALOGEN LEBEN TEILNEHMEN!**

Ohne Handy und Tablet!

HANNOVER
FRÜHEHILFEN
CHANCEN

Region Hannover

Postkarte Medienkonsum,
Plaudern statt Posten

2.2.2.2. Sprachförderuntersuchung durch das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin zur frühzeitigen Feststellung eines Förderbedarf

**Ziel der Sprachförderuntersuchung:
Frühzeitige Untersuchung, individuelle Beratung und Unterstützung für
Kinder mit Sprachförderbedarfen ein Jahr vor der Einschulung.**

Viele Kinder, die in Deutschland mehrsprachig aufwachsen und noch gravierende Probleme in der deutschen Sprache haben, obwohl sie schon länger eine Kindertageseinrichtung besuchen, zeigen auch in anderen Bereichen Förderbedarfe. Auch Kinder mit Deutsch als Muttersprache, die Auffälligkeiten in Aussprache oder Grammatik haben, weisen häufiger Probleme zusätzlich auch in anderen Entwicklungsbereichen auf.

Um einen Sprachförderbedarf und damit einhergehende Förderbedarfe in anderen Entwicklungsbereichen möglichst frühzeitig feststellen zu können und die Familien individuell beraten und entsprechende Maßnahmen bzw. Angebote in die Wege leiten zu können, besteht im Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin für alle Kinder mit eingeschränkter Sprachkompetenz oder Sprachentwicklung die Möglichkeit einer Sprachförderuntersuchung. Diese findet möglichst ein Jahr vor der Einschulung des Kindes statt, d.h. die Schuleingangsuntersuchung findet dann im Folgejahr statt.



Mit Novellierung des KiTaG zum 01.08.2018 ist eine Sprachstandserhebung bei Schulanmeldung sowie ein Sprachförderunterricht durch die Grundschulen nicht mehr vorgesehen, stattdessen sind die Kindertagesstätten verpflichtet, die Sprachkompetenz und den Sprachförderbedarf eines Kindes spätestens mit Beginn des letzten Kindergartenjahres vor der Einschulung zu beurteilen.

Sprachbildung und Sprachförderung sind nun gesetzlicher Bildungsauftrag von Kindertagesstätten in Niedersachsen und finden alltagsintegriert statt. Für Kinder, die bislang keine Kita besuchen, wird die Sprachstandsfeststellung weiterhin im Rahmen der Schulanmeldung durch die Grundschulen durchgeführt. Kinder, die durch die pädagogischen Fachkräfte in den Kindertagesstätten als sprachentwicklungsverzögert eingeschätzt werden, können dem Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin – mit Einverständnis der Sorgeberechtigten – vorgestellt werden.

Dort besteht die Möglichkeit einer umfassenden Sprachförderuntersuchung. Damit dieses Angebot auch in Anspruch genommen wird und Kinder mit Sprachförderbedarf rechtzeitig dem Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin zur Sprachförderuntersuchung gemeldet werden, hat das Team Kindertagesbetreuung der Region Hannover in enger Zusammenarbeit mit dem Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin einen Leitfaden für pädagogische Fachkräfte zur vorschulischen Sprachstandserfassung und Sprachförderung entwickelt.

Mit diesem „Sprachstandsmonitoring zur sprachlichen Kompetenzentwicklung im letzten Jahr vor der Einschulung“ bietet die Region Hannover eine Arbeitshilfe zur Umsetzung der Sprachförderung im letzten Jahr vor der Einschulung an. Es umfasst einen Leitfaden zum Ablauf, Hintergrundinformationen, Praxishilfen, Infoblätter, Kopiervorlagen, Literaturhinweise sowie Fortbildungsmaßnahmen. Diese Materialien werden an alle Kitas im Zuständigkeitsbereich der Region Hannover als öffentlicher Jugendhilfeträger versandt. Im Rahmen des Sprachstandsmonitorings haben zudem diese Einrichtungen die Möglichkeit, sich kostenlos in der Durchführung des Testverfahrens „Linguistische Sprachstandserhebung – Deutsch als Zweitsprache (LiSe-DaZ) sowie Deutsch als Muttersprache (LiSe-DaM)“ von Schulz und Tracy (2011) schulen zu lassen.



1.

15 - 16 Monate vor der Einschulung
Schulanmeldung

- Eltern erhalten vom Schulleiter eine Einladung zur Anmeldung ihrer Kinder in der zuständigen Grundschule.

2.

Zeitgleich
Sprachstandsfeststellung in der Kita

- Alle Kinder, die im folgenden Jahr eingeschult werden können, durchlaufen in der Kita ein Sprachstandsfeststellungsverfahren.
- Für Kinder mit unklaren Entwicklungsverläufen stellt die Region Hannover das Instrument „LISE-DoZ / LISe-DoM“ in Verbindung mit einer Schulung kostenlos zur Verfügung.
- Kinder mit bisher unauffälliger Sprachentwicklung durchlaufen das kitaeigene Verfahren.
- Kinder mit erkannten/vermuteten Förderbedarfen durchlaufen das Verfahren „LISE-DoZ / LISe-DoM“.

3.

Bis Ende Mai im vorletzten Kita-Jahr
Entwicklungsgespräche zur individuellen Sprachförderung im Jahr vor der Einschulung

- Kita lädt Eltern zum Entwicklungsgespräch ein.
Kopiervorlage: Einladung zum Entwicklungsgespräch
- Kita empfiehlt Eltern bei festgestelltem Förderbedarf die Möglichkeit einer freiwilligen Sprachförderuntersuchung durch das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin der Region Hannover.
Infoblatt der Sozialpädiatrie: Welchen Kindern sollten Sie eine Sprachförderuntersuchung (ein Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin empfehlen)?
Kopiervorlage: Formular „Sprachstandsfeststellung – zur Vorlage bei der Schulanmeldung“
- Kita leitet bei Einverständnis der Eltern Formulare an das Team Sozialpädiatrie zeitnah weiter, möglichst bis Ende April, spätestens bis zum 31.05.

4.

Mai bis Oktober
Freiwillige Sprachförderuntersuchung

- Das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin versendet Einladung an Eltern. Durchführung einer zusätzlichen freiwilligen Sprachförderuntersuchung bei Kindern mit festgestelltem Förderbedarf durch das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin in deren Dienststellen.

5.

Ab August/September vor der Einschulung
Individuelle Sprachförderung im Jahr vor der Einschulung

- Start der individuellen vorschulischen Sprachförderung in der Kita. Bitte ggf. beachten: Kita lädt Eltern zum „Entwicklungsgespräch zur individuellen Sprachförderung im Jahr vor der Einschulung“ ein, deren Kinder die Kita erst ab dem letzten Jahr vor der Einschulung besuchen.

6.

Ab August/September vor der Einschulung
Schuleingangsuntersuchungen

- Alle schulpflichtigen Kinder werden durch das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin chronologisch nach ihrem Alter zur Schuleingangsuntersuchung eingeladen. Der Untersuchungszeitraum erstreckt sich über das gesamte Schuljahr vor der geplanten Einschulung. Bei den Sprachförderkindern findet die Schuleingangsuntersuchung frühestens sechs Monate nach der Sprachförderuntersuchung statt.

7.

Bis Ende November vor der Einschulung
Weitere Entwicklungsgespräche zur individuellen Sprachförderung im Jahr vor der Einschulung

- Spätestens sechs Monate nach Durchführung des Erstgesprächs über die „Sprachkompetenz des Kindes im Jahr vor der Einschulung“ sollte ein weiteres Entwicklungsgespräch geführt werden. Bei Bedarf können auch häufigere Gespräche angeboten werden.

8.

März/Mai vor der Einschulung
Abschließende Entwicklungsgespräche zur individuellen Sprachförderung im Jahr vor der Einschulung

- Abschließende Entwicklungsgespräche mit Eltern, deren Kinder individuelle vorschulische Sprachförderung erhalten, mit Einwilligung der Eltern auch unter Teilnahme der Grundschule (= Brückengespräche).
Kopiervorlage: Einladung zum abschließenden Entwicklungsgespräch/Brückengespräch
Kopiervorlage: Einwilligung der Eltern zur Teilnahme der Grundschule an dem abschließenden Entwicklungsgespräch
Kopiervorlage: Einladung der Grundschule zu dem abschließenden Entwicklungsgespräch/Brückengespräch

Team Tagesbetreuung für Kinder

Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin

Abbildung 12: Übersicht zum Sprachstandsmonitoring im letzten Jahr vor der Einschulung, Team Kindertagesbetreuung, Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. Fachbereich Jugend, Region Hannover

Infolge der Novellierung des KiTaG in 2018 und der damit verbundenen Verschiebung der Sprachstandserhebung im Rahmen der Schulanmeldung in den Zuständigkeitsbereich der Kitas wurden in den Jahren 2019 bis 2021 deutlich weniger Kinder dem Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin zur Sprachförderuntersuchung vorgestellt, zudem kam noch die Corona-Lockdownsituation hinzu. Aufgrund von Kitaschließungen konnten Sprachstandserhebungen in Kitas kaum stattfinden und auch die Sprachförderuntersuchungen konnten 2020 aufgrund der Corona-Fallbearbeitung durch das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin für den Fachbereich Gesundheit nur teilweise durchgeführt werden. 2021 hat jedoch die Anzahl der Sprachförderuntersuchungen wieder zugenommen. Im Dezember 2021 wurden alle Kitas und Kita-Träger erneut schriftlich über das Angebot informiert (Abb.12).



Abbildung 13: Anzahl der Sprachförderuntersuchungen 2015/16 – 2021/22, Region Hannover

Ein Fallbeispiel wie Sprachförderung funktionieren kann

Evelyn, 5 Jahre alt mit Migrationshintergrund, Muttersprache Arabisch, besucht einen Kindergarten und wird im April 2020 zur Sprachförderuntersuchung vorgestellt. Im Rahmen der Sprachförderuntersuchung werden durch die Schulärztin erhebliche Defizite im sprachlichen Bereich, beim Hören sowie beim Malen und beim Zeichnen festgestellt. Die Übertragung der arabischen Muttersprache ins Deutsche und umgekehrt stellte das Mädchen offensichtlich vor große Probleme.

Maßnahme: Empfehlung und Überweisung zur Logopädie

Nach ca. einem Jahr erneute Vorstellung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung.

Ergebnis: deutlich erweiterter Wortschatz, Evelyn konnte sich sehr gut artikulieren, deutlich verbesserte Aussprache, das Mädchen ist aufgeweckter, selbstbewusster, sicherer und aktiver geworden.

Die Eltern haben Evelyn vorbildlich unterstützt und alles umgesetzt. Dazu gehörten tägliches Vorlesen, Kontakt zur deutschen Sprache etwa durch Spielplatzbesuche, eine deutliche Reduzierung des Medienkonsums sowie sportliche Aktivitäten. Die Sprachförderung in der Kita haben sie begleitet.

Quelle: Regionsjournal, Ausgabe 3/2020, 26. August 2020

2.2.2.3. Weitere Ergebnisse zu den gesamtärztlichen Befunden und dem SOPESS Entwicklungsscreening

Die überwiegende Mehrheit der Kinder ist altersgerecht und gesund entwickelt. In der Feinmotorik zeigt sich ein leichter Anstieg abklärungsbedürftiger Befunde von 5,3 % auf 6,2 %. Der Anteil der Kinder, die aufgrund feinmotorischer Auffälligkeiten bereits in Behandlung sind hat von 3,6 % im Einschulungsjahrgang 2019/20 auf 4,3 % im Einschulungsjahrgang 2021/22 etwas zugenommen. Gleichzeitig ist der Anteil an leichten Auffälligkeiten hingegen um 1 % Punkt gesunken. Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich in der Grobmotorik. In der Verhaltensbeurteilung lässt sich ebenfalls eine leichte Verschiebung von leichten Auffälligkeiten hin zu etwas mehr abklärungsbedürftigen Auffälligkeiten erkennen.



Tabelle 9: Ergebnisse zur ärztlichen Gesamtbefundung der einzelnen Entwicklungsbereiche, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover

	Einschulungs- jahrgang 2018/19		Einschulungs- jahrgang 2019/20		Einschulungs- jahrgang 2021/22	
Ärztliche Gesamtbefundung						
Wahrnehmung & Verarbeitung						
ohne Befund	6.815	64,6	6.918	63,3	7.253	62,8
Abklärungsbedarf	1.343	12,7	1.301	11,9	1.375	11,9
in Behandlung	459	4,4	424	3,9	463	4,0
keine Angaben	108	1,0	104	1,0	79	0,6
leichte Auffälligkeit	1.825	17,3	2.178	19,9	2.376	20,6
gesamt	10.550	100,0	10.925	100,0	11.546	100
Feinmotorik						
ohne Befund	7.440	70,5	7.743	70,9	8.109	70,2
Abklärungsbedarf	580	5,5	577	5,3	714	6,2
in Behandlung	438	4,2	391	3,6	499	4,3
keine Angaben	43	0,4	56	0,5	51	0,4
leichte Auffälligkeit	2.049	19,4	2.158	19,8	2.173	18,8
gesamt	10.550	100,0	10.925	100,0	11.546	100,0
Grobmotorik						
ohne Befund	8.426	79,9	8.763	80,2	9.195	79,6
Abklärungsbedarf	318	3,0	260	2,4	364	3,2
in Behandlung	257	2,4	241	2,2	319	2,8
keine Angaben	124	1,1	158	1,4	128	1,1
leichte Auffälligkeit	1.425	13,5	1.503	13,8	1.540	13,3
gesamt	10.550	100,0	10.925	100,0	11.546	100,0
Verhalten						
ohne Befund	6.291	59,6	6.578	60,2	7.004	60,7
Abklärungsbedarf	884	8,4	823	7,5	914	7,9
in Behandlung	550	5,2	517	4,7	657	5,7
keine Angaben	9	0,1	13	0,1	17	0,1
leichte Auffälligkeit	2.816	26,7	2.994	27,4	2.954	25,6
gesamt	10.550	100,0	10.925	100,0	11.546	100,0



Die Ergebnisse aus SOPESS zeigen, dass die Mehrzahl der Kinder keinen auffälligen Befund haben. In einzelnen Entwicklungstests ist der Anteil der Kinder mit auffälligen Ergebnissen angestiegen. Der Anteil der Kinder, die zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bis 20 zählen können ist von 74,7% im Einschulungsjahrgang 2019/20 auf 71,6% im Einschulungsjahrgang 2021/22 zurückgegangen. In der Körperkoordination ist der Anteil der Kinder mit auffälligem Ergebnis von 5,9% auf 6,8% angestiegen.

In den Ergebnissen der übrigen SOPESS-Untertests gab es keine wesentlichen Veränderungen (siehe Tabelle 10). Jedoch ist der Anteil der Kinder, die mehr als drei auffällige Befunde im SOPESS Entwicklungsscreening haben, kontinuierlich über die drei Einschulungsjahrgänge 2018/19 (9%), 2019/20 (10,2%) und 2021/22 (12,3%) angestiegen.

Die kommunale Auswertung der beiden Einschulungsjahrgänge 2019/20 und 2021/22 zeigt, dass nahezu in allen Kommunen der Anteil der Kinder mit drei oder mehr auffälligen Ergebnissen im Entwicklungsscreening zugenommen hat.

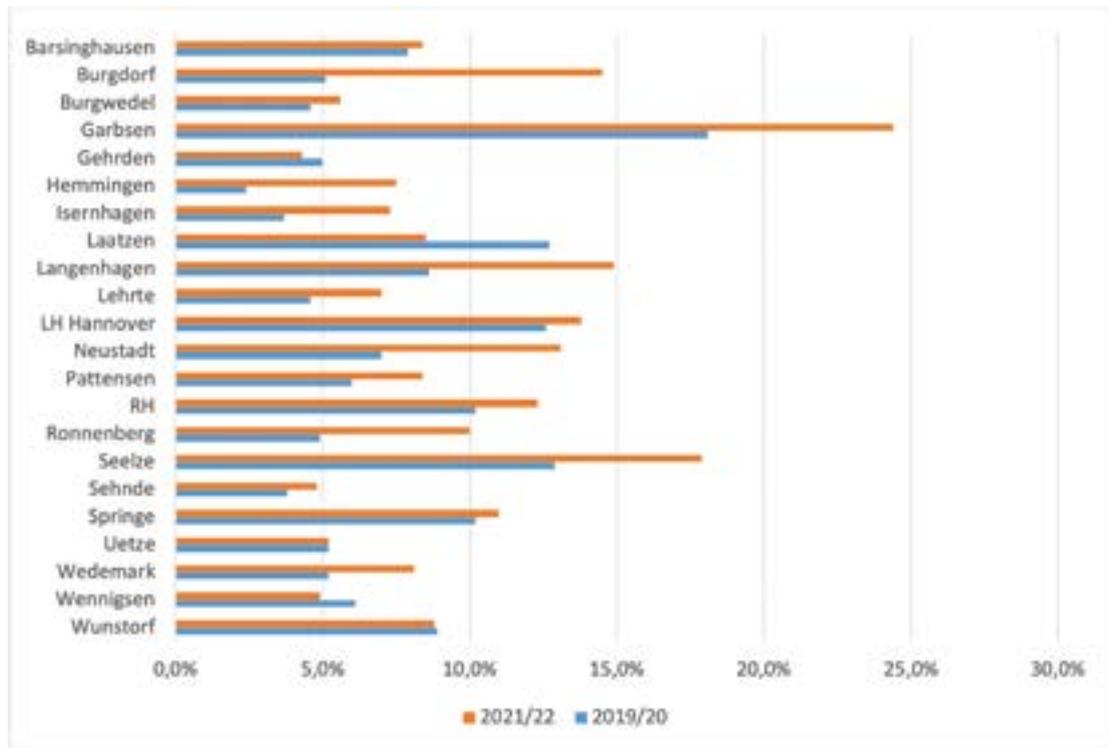


Abbildung 14: Anteil der Kinder mit drei oder mehr auffälligen Ergebnissen im Entwicklungsscreening SOPESS pro Kommune, Einschulungsjahrgänge 2019/20 und 2021/22, Region Hannover

Table 10: Ergebnisse aus dem Entwicklungsscreening SOPESS, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover

	Einschulungs- jahrgang 2018/19		Einschulungs- jahrgang 2019/20		Einschulungs- jahrgang 2021/22	
	abs	%	abs	%	abs	%
	10.550	100,0	10.925	100,0	11.546	100,0
Zählen bis 20						
unauffällig	7.888	75,2	8.089	74,7	8.143	71,6
grenzwertig	1.623	15,5	1.672	15,4	1.853	16,3
auffällig	974	9,3	1.068	9,9	1.383	12,2
gesamt	10.485	100,0	10.829	100,0	11.379	100,0
Simultan- und Mengenerfassung						
unauffällig	8.077	77,1	8.147	75,2	8.694	76,4
grenzwertig	1.653	15,8	1.812	16,7	1.691	14,9
auffällig	750	7,2	871	8,0	1.000	8,8
gesamt	10.480	100,0	10.830	100,0	11.385	100,0
Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern						
unauffällig	8.144	80,7	8.116	77,7	8.780	79,7
grenzwertig	1.229	12,2	1.453	13,9	1.346	12,2
auffällig	723	7,2	882	8,4	896	8,1
gesamt	10.096	100,0	10.451	100	11.022	100,0
Selektive Aufmerksamkeit						
unauffällig	8.397	82,6	8.614	81,9	9.054	81,8
grenzwertig	1.087	10,7	1.137	10,8	1.222	11
auffällig	687	6,8	765	7,3	797	7,2
gesamt	10.171	100,0	10.516	100,0	11.073	100,0
Visuomotorik						
unauffällig	7.458	74,1	7.392	71,2	7.914	72
grenzwertig	1.278	12,7	1.438	13,8	1.455	13,2
auffällig	1.324	13,2	1.554	15,0	1.627	14,8
gesamt	10.060	100,0	10.384	100	10.996	100,0
Körperkoordination						
unauffällig	8.446	82,9	8637	81,6	9.011	80,6
grenzwertig	1.248	12,3	1.319	12,5	1.410	12,6
auffällig	491	4,8	629	5,9	756	6,8
gesamt	10.185	100,0	10.585	100,0	11.177	100,0

Fallbeispiele aus der Schuleingangsuntersuchung: Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung

Layla, 6 Jahre alt, Migrationshintergrund, in Afghanistan geboren, besucht seit drei Jahren einen Kindergarten in der Region Hannover. Layla wurde im Juni 2020 zur SEU vorgestellt. Die schulärztliche Untersuchung ergab starke Auffälligkeiten in der Sprache (Dysgrammatismus bei Mehrsprachigkeit), der zentralen Wahrnehmung- und Verarbeitungsfähigkeit, dem Zahlenfolgegedächtnis sowie Auffälligkeiten im Bereich Kognition.

Maßnahme: Die Schulärztin empfahl eine Schulzurückstellung und eine Überweisung zur Pädaudiologie mit Verdacht auf eine Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung.

Rückmeldung der Pädaudiologin: Eine Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung wurde bestätigt. Bei der erneuten SEU im Juli 2021 zeigten sich deutliche Fortschritte in der Sprache. Dieser Fortschritt konnte durch den ganztägigen Besuch des Kindergartens (auch während des Lockdowns) erzielt werden.

„Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) sind Störungen der Weiterverarbeitung gehörter Informationen. Dabei liegt weder eine Störung des Hörorgans selbst, noch eine Intelligenzminderung vor. Die Störungen betreffen den Hörnerven. Der Hörnerv leitet die Informationen an das Großhirn weiter, die dann dort weiter verarbeitet werden. Der Prozess der Weiterverarbeitung wird in auditive Teilfunktionen unterteilt, die in unterschiedlicher Art und Ausprägung betroffen sein können. Zu den auditiven Teilfunktionen gehören: Lokalisation (Richtung und Entfernung der Schallquelle), Diskrimination (Unterscheiden), Selektion (Herausfiltern) und Dichotisches Hören (beidohriges Hören)“. (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. <https://www.dbl-ev.de/logopaedie/stoerungen-bei-kindern/stoerungsbereiche/komplexe-stoerungen/auditive-verarbeitungs-und-wahrnehmungsstoerung>, Zugriff vom 15.02.2022)

2.2.3. Ergebnisse aus der Abfrage zum Freizeitverhalten

Alle Eltern erhalten im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung im Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin im Fachbereich Jugend einen freiwillig auszufüllenden Fragebogen zum Freizeitverhalten ihres Kindes. Abgefragt wird dabei die tägliche Medienkonsumdauer des Kindes, ob das Kind ein eigenes Bildschirmgerät im Kinderzimmer hat, wie häufig dem Kind vorgelesen wird, ob es aktiv in einem Sportverein ist und ob das Kind schwimmen kann bzw. gerade schwimmen lernt. Die abgefragten Aktivitäten können die Entwicklung des Kindes beeinflussen und tragen dazu bei, den Entwicklungsstand des Kindes besser einzuschätzen und die Eltern individuell beraten zu können.

2.2.3.1. Medienkonsum

Zahlreiche Studien verweisen auf die negativen Auswirkungen eines intensiven Medienkonsums auf die Gesundheit und Entwicklung bei Kindern (Madigan et al. 2019, Hutton et al. 2019, Bantel et al. 2019, Poulain et al. 2018, Genuneit et al. 2017, Manz et al. 2014, Boneberger et al. 2011). Nach der BLIKK-Medien Studie zum Umgang mit elektronischen Medien von Kindern und Jugendlichen in Deutschland konnten u.a. für die Altersgruppe der Zwei- bis Fünfjährigen signifikante Zusammenhänge zwischen Entwicklungsauffälligkeiten (Sprachentwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten wie motorische Hyperaktivität und Konzentrationsstörungen) und der Nutzung elektronischer Medien nachgewiesen werden (Bundesministerium für Gesundheit 2018). Nach Empfehlungen der BZgA und www.kindergesundheit-info.de sollen Kinder bis zum sechsten Lebensjahr maximal eine halbe Stunde pro Tag elektronische Medien nutzen.

Der Vergleich der Ergebnisse der Einschulungsjahrgänge 2018/19 und 2019/20 mit dem Jahrgang 2021/22 zeigt eine deutliche Zunahme des Medienkonsums in den Kategorien „täglich mehr als 2 Stunden“ von 5,5 % auf 7,2 % und „bis zu einer Stunde täglich“ von 51,7 % auf 61 %. Der Anteil der Kinder, die selten oder nie Medien konsumieren ist entsprechend zurück gegangen von 18,6 % auf 9,2 % (Abb.15). Der Anteil der Kinder, die ein eigenes Bildschirmgerät im Kinderzimmer haben ist von 11 % im Einschulungsjahrgang 2019/20 auf 12,6 % im Einschulungsjahrgang 2021/22 angestiegen.



Postkarte Medienkonsum,
Bildschirmfrei unter Drei

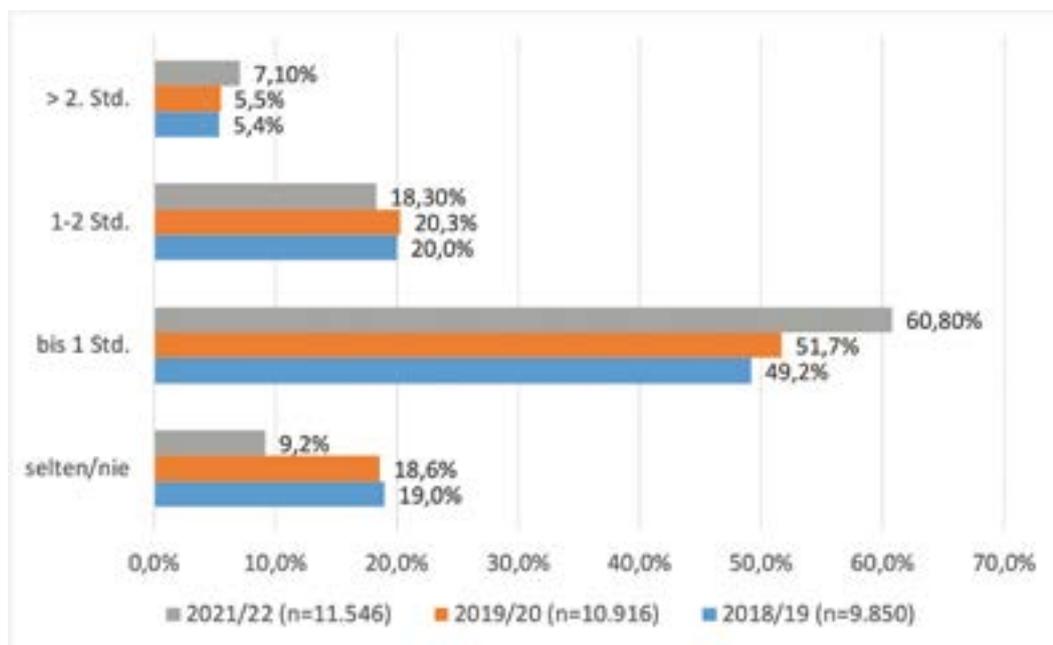


Abbildung 15: Tägliche Medienkonsumdauer, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover

2.2.3.2. Vorlesen

Regelmäßiges Vorlesen beeinflusst den Wortschatz und die Sprachkompetenz eines Kindes. Darauf verweisen u.a. die regelmäßig veröffentlichten Vorlesestudien der Stiftung Lesen. Vorlesestudien der Stiftung Lesen verdeutlichten, dass der Bildungsgrad der Eltern den größten Einfluss auf die Vorleseerfahrung von Kindern hat. Kinder mit wenig Vorleseerfahrung haben wiederum ein erhöhtes Risiko für eine mangelnde Lesekompetenz und Lesemotivation im Grundschulalter (Stiftung Lesen, DIE ZEIT & Deutsche Bahn Stiftung, 2018). Wie wichtig die Anregungen z.B. durch tägliches Vorlesen für die Entwicklung der Sprachkompetenz sein können, wurde in Kapitel 2.2.2 zur Sprache aufgeführt. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird die Vorlesezeit der Eltern über einen Fragebogen mit der Frage „Wie oft lesen Sie Ihrem Kind vor?“ erhoben. Dabei geben 50 % der Eltern an, ihren Kindern täglich vorzulesen. Rund 31 % lesen mehr als drei Mal pro Woche ihrem Kind vor und rund 14 % lesen selten oder nie ein Buch vor. Diese Anteile haben sich über die Einschulungsjahrgänge 2018/19 bis 2021/22 nicht geändert.



2.2.3.3. Sportverein

„Die Förderung körperlich-sportlicher Aktivität im Kindes- und Jugendalter kann zur Prävention von Adipositas und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, zu einer gesunden Entwicklung sowie einer besseren kognitiven und schulischen Leistung und einem gesteigerten Bewegungsverhalten im Erwachsenenalter beitragen“ (Finger et al. 2018), darauf wird in der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) hingewiesen. Die KiGGS-Daten zur körperlich-sportlicher Aktivität für die Altersgruppe 3–6 Jahre zeigen, dass in dieser Altersgruppe weniger als 50 % die Bewegungsempfehlung der Weltgesundheitsorganisation von täglich 60 Minuten erfüllen (Finger et al. 2018, WHO 2010, WHO 2018).

Im Rahmen der SEU wird daher abgefragt, ob das Kind in einem Sportverein ist. Die Ergebnisse der Abfrage zeigten, dass im Einschulungsjahrgang 2021/22 deutlich weniger Kinder im Sportverein (45,9 %) waren als in den Vorjahren (54,5 %).

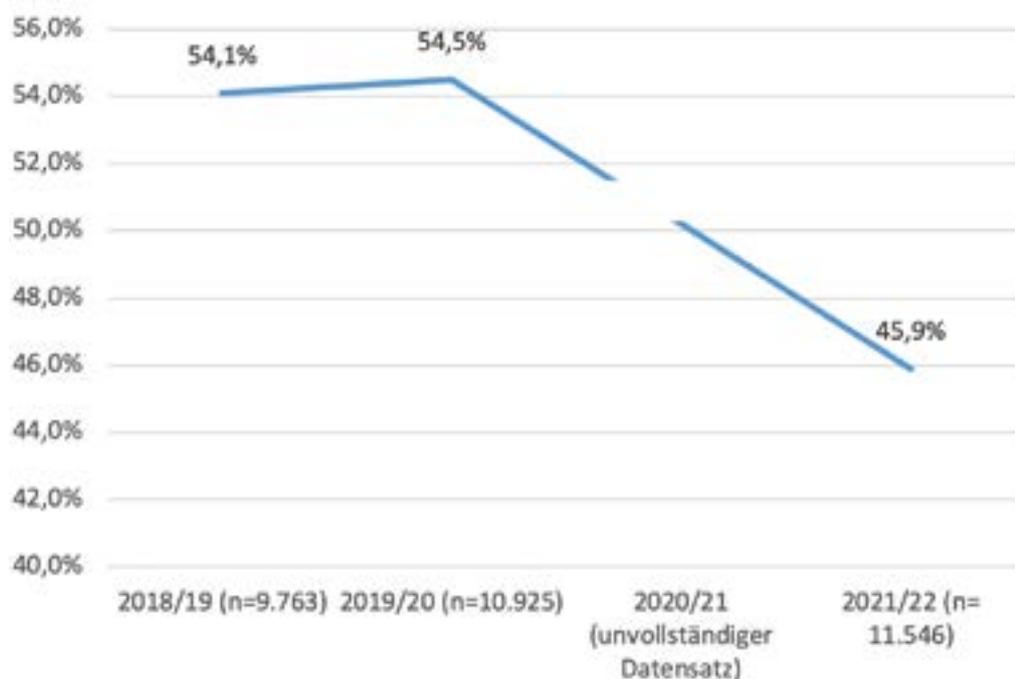


Abbildung 16: Anteil der Kinder im Sportverein, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover



2.2.3.4. Schwimmfähigkeit

Da es über die sportliche Fähigkeit hinaus eine lebenswichtige Kompetenz ist, sicher Schwimmen zu können, wurde für den Einschulungsjahrgang 2020/21 eine Frage zur Schwimmfähigkeit neu eingeführt. Zur Schwimmfähigkeit zeigte sich zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung, dass im Einschulungsjahrgang 2021/22 deutlich weniger Kinder noch nicht schwimmen konnten (51,2 %) im Vergleich zum Einschulungsjahrgang 2020/21 (36,8 % der Kinder konnte noch nicht schwimmen). Ebenso verhält es sich bezüglich eines ersten Schwimmabzeichens. Dieses hatten bei den im Untersuchungsjahrgang 2019/20 untersuchten Kinder, die im Sommer 2020 eingeschult wurden, noch 20,9 % der Kinder bereits ablegen können, bei den im Sommer 2021 eingeschulten Kindern lag der Anteil nur noch bei 10,3 % der Kinder.

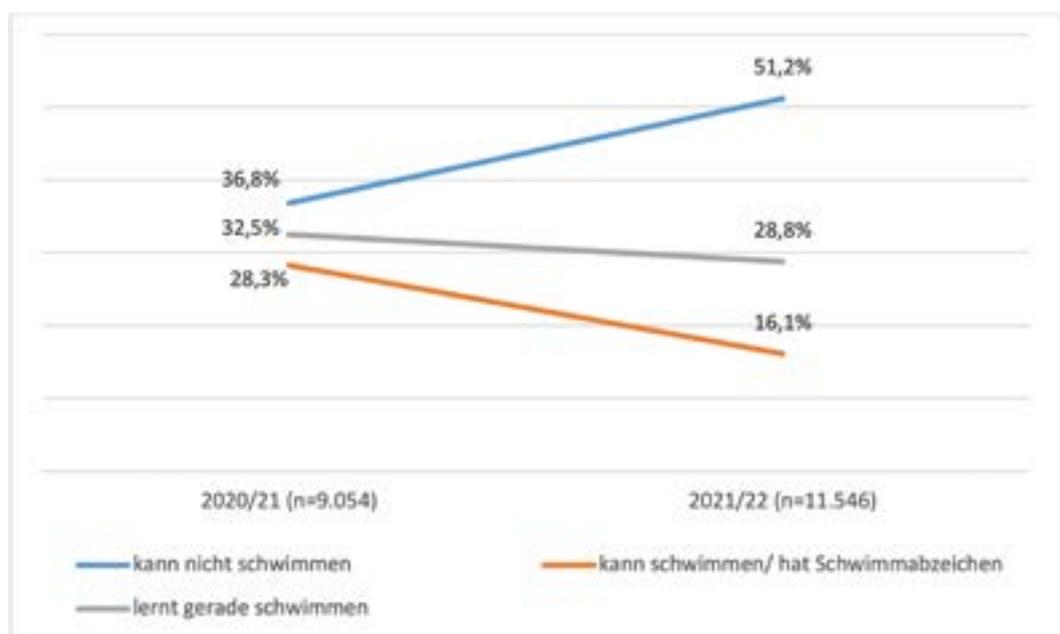


Abbildung 17: Schwimmfähigkeit der Kinder, Einschulungsjahrgang 2020/21 – 2021/22 (neu eingeführte Fragekategorie seit 2020/21), Region Hannover

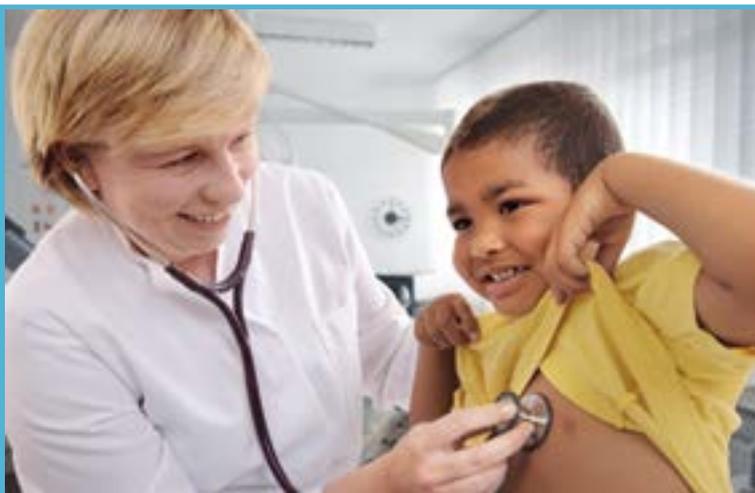


2.2.4. Teilnehmerate Früherkennungsuntersuchung (U8, U9)

Regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen (U1–U9) für Kinder sind wichtig, um Erkrankungen und Entwicklungsverzögerungen rechtzeitig erkennen und behandeln zu können. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in der Kinderrichtlinie die Inhalte der Früherkennungsuntersuchungen fest (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021). Die Früherkennungsuntersuchungen werden in der Regel von niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten durchgeführt. Die Befunde werden im Kinderuntersuchungsheft, dem sogenannten Gelben Heft dokumentiert. Seit 2010 sind durch das „Niedersächsische Gesetz über das Einladungs- und Meldewesen für Früherkennungsuntersuchungen von Kindern“ (NFrüherkUG) die Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U8 an ein verbindliches Einladungs- und Meldeverfahren über die zuständigen Behörden gebunden. Die Teilnahme an der U5 bis U8 wird somit über eine Rückmeldungskarte der Arztpraxis an die zuständige Behörde überprüft und ggf. an den örtlichen Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe gemeldet. Die U9 ist in Niedersachsen nicht an dieses Einladungs- und Meldeverfahren gekoppelt.

Im Einladungsschreiben zur Schuleingangsuntersuchung werden die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten aufgefordert, das U-Heft zur SEU mitzubringen. Entwicklungsrelevante Faktoren können im Rahmen der Anamnese aus dem U-Heft entnommen werden und helfen, den Entwicklungsstand des Kindes besser beurteilen zu können. Bedeutsam ist insbesondere die Teilnahme an der U9, da diese zwischen dem 60. und 64. Lebensmonat stattfinden sollte und damit ebenfalls für die Einschulung relevante Fähigkeiten und Fertigkeiten überprüft. Da nicht alle Eltern bzw. Erziehungsberechtigten bei der SEU das U-Heft vorlegen (rund 14% legen es nicht bei der SEU vor), kann die Teilnehmerate an der Früherkennungsuntersuchung nur für die Kinder ermittelt werden, für die das Heft vorgelegt wurde.

Die Teilnehmerate an den Früherkennungsuntersuchungen U8 lag mit rund 94% im letzten Einschulungsjahrgang 2021/22 deutlich über der Teilnehmerate der U9 mit lediglich 84%. Allerdings hat die Teilnehmerate an der U9 in den vergangenen Jahren leicht zugenommen. Nach KIGGS Welle 2 (2014–2017) liegt die Teilnehmerate an den beiden Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 bei Kindern in Deutschland bei rund 98% (Schmidtke et al. 2018). Im Unterschied zu den Schuleingangsuntersuchungen, bei der die Einträge des Vorsorgehefts erfasst werden, beruhen die Angaben zur Teilnahme bei der KIGGS Studie auf Selbstauskunft der Eltern.



Angaben im Sinne der sozialen Erwünschtheit sind dabei nicht auszuschließen. Insbesondere könnte das eingeführte Einladungs- und Meldewesen dieses Antwortverhalten beeinflusst haben, so dass Eltern möglicherweise aus Angst vor Sanktionen angaben, die Untersuchungstermine wahrgenommen zu haben.

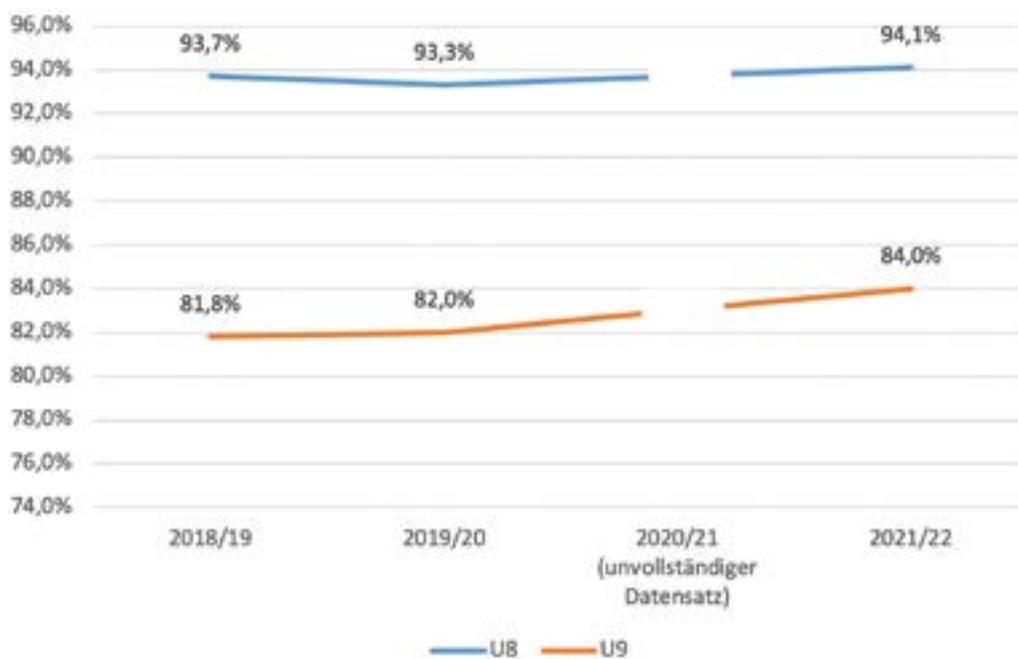


Abbildung 18: Teilnehmerate an der U8 und U9 prozentuiert auf vorgelegte Hefte, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover

Die Auswertung zu den einzelnen Städten und Gemeinden der Region Hannover zeigt, dass die Teilnehmerate an der U8 in allen Kommunen deutlich über 90 % liegt, die Teilnehmerate an der U9 jedoch weniger gut wahrgenommen wird und zwischen 91,4 % in Sehnde und 76,7 % in Neustadt liegt.

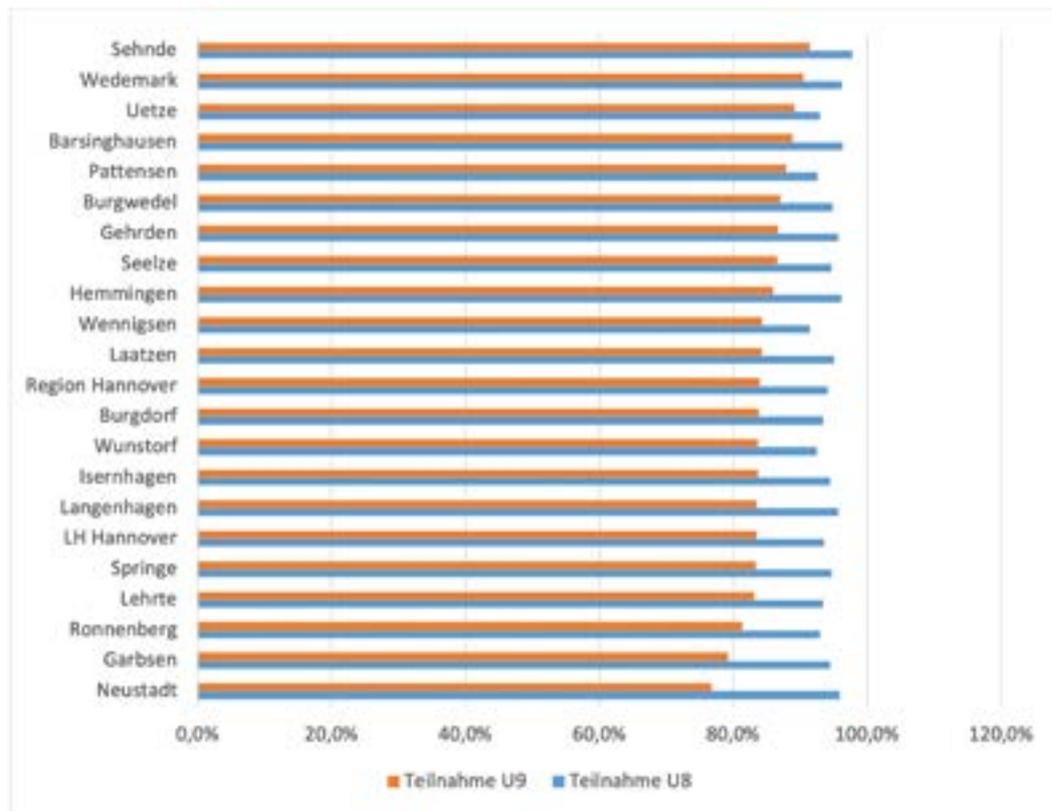


Abbildung 19: Teilnehmerate an der U8 und U9 prozentuiert auf vorgelegte U-Hefte pro Kommune, Einschulungsjahrgang 2021/22, Region Hannover

Fallbeispiele aus der Schuleingangsuntersuchung: Muskelerkrankung (Myopathie, eine seltene Erkrankung, die mit einer Schwäche der Muskulatur einhergeht)

Albert, 6 Jahre alt, kein Migrationshintergrund, wird im Januar 2020 zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. War zuletzt bei der U8, die U9 wurde nicht wahrgenommen. Die körperliche Untersuchung ergab einen stark auffälligen Hörtest. Weitere Tests ergaben eine starke Auffälligkeit in der zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung, Fein- und Grobmotorik, Graphomotorik, der selektiven Aufmerksamkeit sowie in der Psyche und im Verhalten.

Maßnahme: Die Schulärztin empfiehlt eine Schulzurückstellung. Aufgrund der Auffälligkeiten erfolgt eine Überweisung bzw. Abklärungsempfehlung beim HNO Arzt sowie beim niedergelassenen Kinderarzt und im SPZ.

Rückmeldung: Albert konnte in entsprechende Therapien vermittelt werden. Aufgrund der Zurückstellung wird Albert erneut im Februar 2021 zur SEU eingeladen. Mittlerweile liegt eine diagnostizierte Bewegungsbehinderung bzw. Myopathie vor.

Ersatzvorsorgeuntersuchungen – ein besonderes Angebot der Region Hannover

Das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin der Region Hannover bietet zudem den Eltern an, verpasste Vorsorgeuntersuchungen, die die niedergelassenen Kinderärzte und Kinderärztinnen aufgrund der abgelaufenen Fristen nicht mehr durchführen dürfen, zu übernehmen. Im Jahr 2018 wurden mit 210 die meisten Ersatzvorsorgeuntersuchungen durchgeführt. In den Jahren danach ging die Anzahl wieder zurück und betrug zuletzt 52. Möglicherweise ist dieser Rückgang auf die Corona-Pandemie zurückzuführen, denn der Gemeinsame Bundesausschuss hat für die Kinder-Richtlinie zur Regelung der Vorsorgeuntersuchungen eine befristete Ausnahmeregelung für die Untersuchungszeiträume der U6 bis U9 im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie erlassen und diese Corona-Sonderregelungen für Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern bis zum 31.03.2022 verlängert. Ziel ist die Entlastung der Kinderarztpraxen und die Minimierung der Infektionsrisiken für Kinder (Gemeinsamen Bundesausschusses 2021).

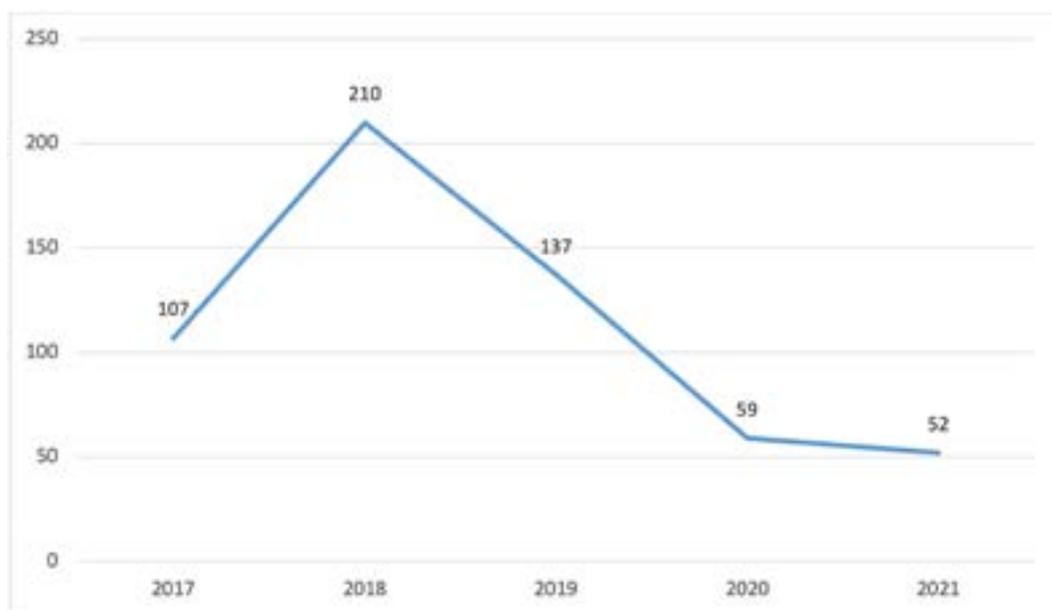


Abbildung 20: Anzahl der Ersatzvorsorgeuntersuchungen der Jahre 2017 – 2021, Region Hannover

2.2.5. Impfquoten

Impfen als Infektionsschutz gehört zu den wichtigsten präventiven Maßnahmen und dient nicht nur dem Schutz des einzelnen Kindes, sondern hat eine bevölkerungsmedizinische Bedeutung, indem durch eine möglichst hohe Durchimpfungsrate eine Bevölkerungssimmunität erreicht werden kann. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird gemäß §34 Abs.11 des Infektionsschutzgesetzes der Impfstatus des Kindes überprüft. Hierzu sollen die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten den Impfpass ihres Kindes bei der SEU vorlegen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt für Kinder und Jugendliche Impfungen u.a. gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis (Keuchhusten), Polio, Hepatitis B, Haemophilus influenzae Typ B („Hib“), Mumps, Masern, Röteln, Varizellen (Windpocken), Meningokokken C und Pneumokokken. Generell sollte die Grundimmunisierung im zweiten Lebensjahr abgeschlossen sein. Im Alter zwischen fünf und sechs Jahren erfolgt eine Auffrischungsimpfung gegen Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten. Eine Ausnahme bildet die HPV-Impfung, bei der die Grundimmunisierung im Alter von 9-14 Jahren stattfindet.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung besteht die Möglichkeit, Eltern auf Impflücken hinzuweisen und entsprechend zu beraten. In der Dienststelle Deisterstraße in Hannover wird eine Impfsprechstunde angeboten. Eltern können sich dort mit ihrem Kind vorstellen, um Impfungen nachzuholen. Nach dem Masernaktionsplan sollen 95 % der Kinder bis zum Schuleingang vollständig gegen Masern und Röteln geimpft sein (Bundesministerium für Gesundheit 2015). Nach Auswertungen des Robert Koch-Instituts (RKI) haben zwar 97 % der Schulanfängerinnen und Schulanfänger die Erstimpfung gegen Masern bekommen, nicht aber die entscheidende zweite Impfung für eine vollständige Immunisierung. 95 % sind somit bundesweit noch nicht erreicht. Nach dem Masernschutzgesetz 2020 ist die Masernschutzimpfung für einen definierten Personenkreis verpflichtend und damit auch für Kinder, die eine Gemeinschaftseinrichtung wie Kindergarten oder Schule besuchen. Die Nachweispflicht muss aktuell bis zum 31.07.2022 erbracht werden (Bundesministerium für Gesundheit 2020, www.masernschutz.de).

Nach der Impfsurveillance des RKI zeigt sich bei Schulanfängerinnen und Schulanfänger ein leichter Rückgang der Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten wohingegen die Impfquoten gegen Poliomyelitis und Haemophilus influenzae B über die letzten Jahre unverändert blieben und die Impfquoten für Hepatitis-B, Meningokokken C, Pneumokokken, Windpocken und Masern leicht angestiegen sind. Zum Schuleingang hatten 93 % der Kinder die 2. Masernimpfung erhalten (Rieck et al. 2020). Es ist jedoch zu erwarten, dass diese Quote aufgrund des Masernschutzgesetzes zunehmen wird.

In der Region Hannover zeigt der Vergleich des Einschulungsjahrgangs 2019/20 mit dem Jahrgang 2021/22 eine deutliche Zunahme vollständig gegen Mumps, Masern und Röteln und Varizellen geimpfter Kinder. 96,9 % der Schulanfängerinnen und Schulanfänger haben ihre Zweitimpfung gegen Masern erhalten und verfügen damit über einen vollständigen Masernschutz. Bei 2,2 % der Kinder ist der Masernschutz mit nur einer Impfung unvollständig. 0,8 % der Kinder sind ohne jeglichen Masernschutz. Den geringsten Anteil an Kindern mit vollständigem Masernschutz haben die Kommunen Wennigsen (91,5 %) und Gehrden (94,9 %). Zu beachten ist, dass sich die Durchimpfungsraten auf den Anteil der bei der SEU vorgelegten Impfpässe beziehen. In den Einschulungsjahrgängen 2018/19 und 2019/20 lag bei rund 8 % der Kinder kein Impfausweis vor. Im Einschulungsjahrgang 2021/22 waren rund 12 % der Kinder ohne Impfausweis bei der SEU.

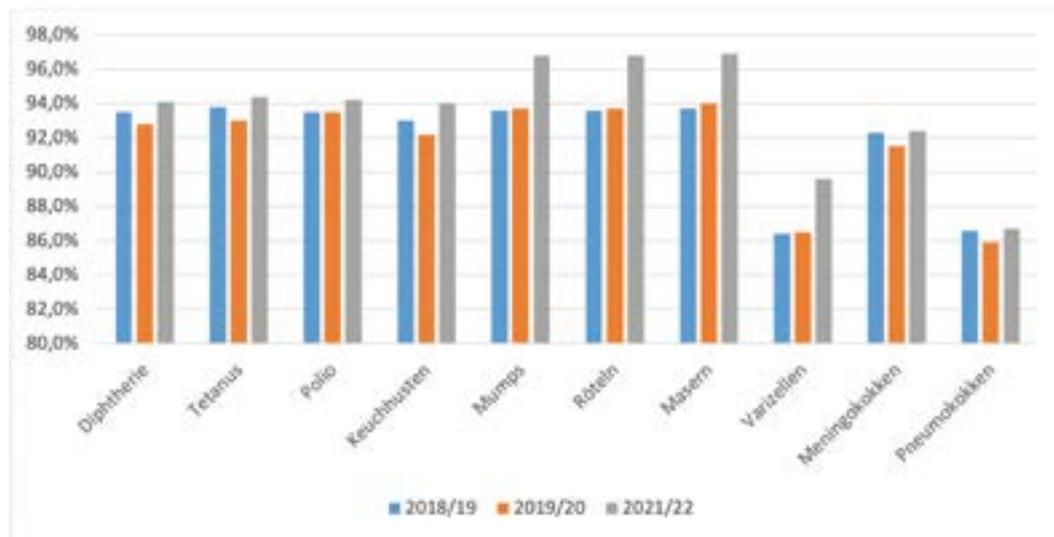


Abbildung 21: Anteil der vollständig geimpften Kinder, prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover

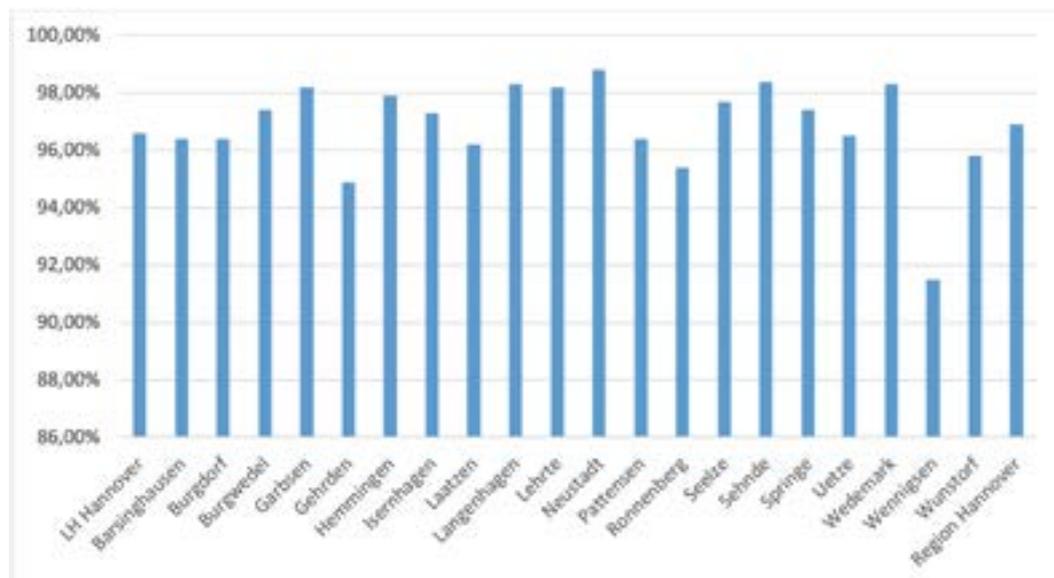


Abbildung 22: Anteil vollständig geimpfter Kinder pro Kommune, prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe, Einschulungsjahrgang 2021/22, Region Hannover



3. Ergebnisse der Zusatzbefragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung zum Alltag und Wohlergehen der Kinder während der Corona Krise

Seit September 2020 wird eine Zusatzbefragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung zum Alltag und Wohlergehen der Kinder während der Corona Krise durchgeführt. Dazu wurden in den Dienststellen Fragebögen für die Eltern ausgelegt, die diese freiwillig und anonymisiert ausfüllen können. Die Befragung erfolgt vollständig losgelöst von der Schuleingangsuntersuchung, d.h. die erhobenen Daten werden nicht mit den Schuleingangsdaten gekoppelt. Insgesamt wurden bislang 8.985 Fragebögen ausgefüllt abgegeben. Bezogen auf die Anzahl der in diesem Zeitraum durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen entspricht das einer Teilnehmerate von 72 %. Im Folgenden sind vier Auswertungszeiträume der Fragebögen aufgeführt:

- September bis Oktober 2020: 1.238 Fragebögen, Teilnehmerate von 86 %
- November 2020 bis Mitte Februar 2021: 2.018 Fragebögen, Teilnehmerate von 75 %
- Mitte Februar bis Ende Juni 2021: 3.836 Fragebögen, Teilnehmerate von 64,4 %
- Januar 2022 bis Anfang April 2022: 1.893 Fragebögen, Teilnehmerate von 62,5 %

Die Teilnehmerate nahm im Verlauf der Zeit ab, lag aber während der letzten Erhebungswelle noch bei 62,5 % und damit deutlich höher im Vergleich zu anderen sozialwissenschaftlichen Erhebungen.

Die Auswertungen der Fragebögen zeigen, dass der Anteil der Kinder, die häufiger traurig sind im Verlauf der Pandemie von 27 % auf 34,1 % zugenommen hat. Gleichzeitig ist der Anteil der Kinder, die häufiger Wutanfälle hatten von 21,3 % auf 25,3 % angestiegen. 26,2 % der Eltern gaben an, dass es während der Pandemie häufiger Streit in den Familien gab, dieser Anteil lag in der ersten Erhebungswelle noch bei 20,6 %. Zudem klagten deutlich mehr Kinder über Kopf- und Bauchschmerzen, Übelkeit oder Appetitlosigkeit (Anstieg von 6,5 % auf 9,6 %). Der Anteil an Kindern, die Ein- und Durchschlafprobleme hatten ist zunächst von 12,4 % auf 15,3 % angestiegen. In der letzten Phase von Januar bis Anfang April 2022 ist jedoch in allen Kategorien (mit Ausnahme der letzten Angabekategorie) eine Verbesserung im Wohlergehen der Kinder erkennbar (siehe Abbildung 24).

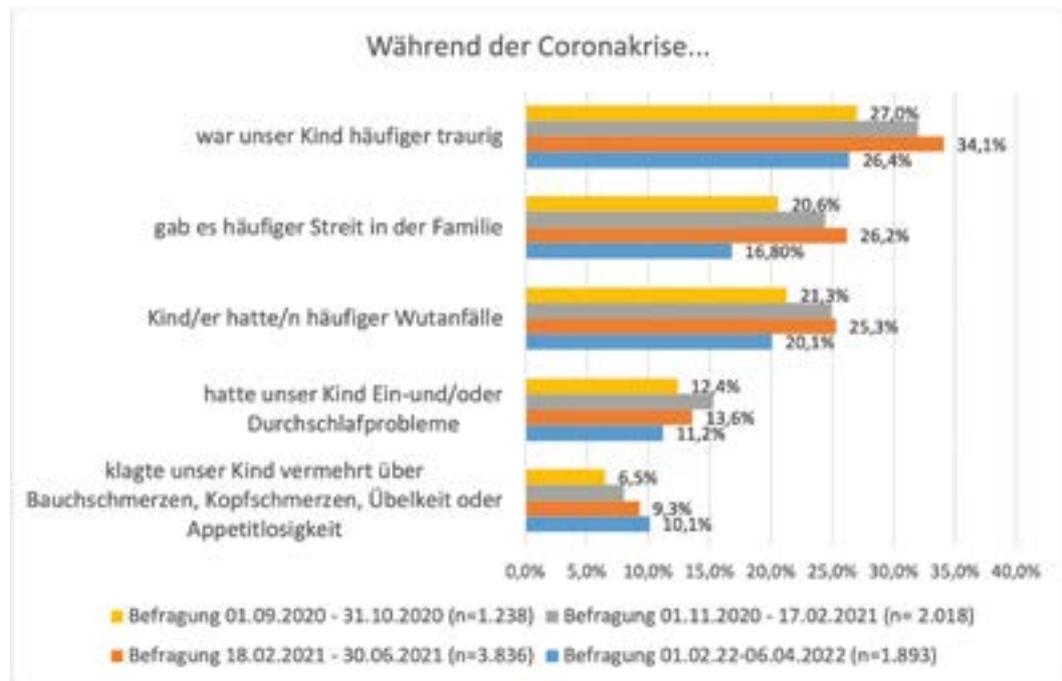


Abbildung 24: Ergebnisse einer Elternbefragung zum Wohlergehen und Alltag der Familien und ihren Kindern während der Corona-Pandemie, Region Hannover

Bei den Angaben, dass die Kinder sich durch die Corona Krise ruhiger und zurückgezogener verhalten und mehr Ängste und Sorgen haben, zeigt sich, dass der Anteil der betroffenen Kinder im letzten Auswertungszeitraum im Vergleich zu Beginn der Pandemie nur leicht zurückging (ruhiger und zurückgezogener von 14,7% auf 13,2%, mehr Ängste und Sorgen von 25% auf 24,6%). Nachdem im Rahmen der ersten Befragungswelle 21,8% der Eltern angaben, finanzielle Sorgen zu haben, sank der Anteil in der letzten Befragungswelle auf 13,8%.

Nach dem ersten Lockdown litten die Kinder deutlich darunter, ihre Freunde nicht mehr treffen zu können (80%), nicht in den Kindergarten oder in die Schule gehen zu können (74%), die Großeltern nicht besuchen zu können (72,3%), ihren Hobbies nicht nachgehen zu können (68,4%). Diese Angaben sind im Verlauf der Pandemie und im Zuge der schrittweise eingeführten Lockerungen zurückgegangen.

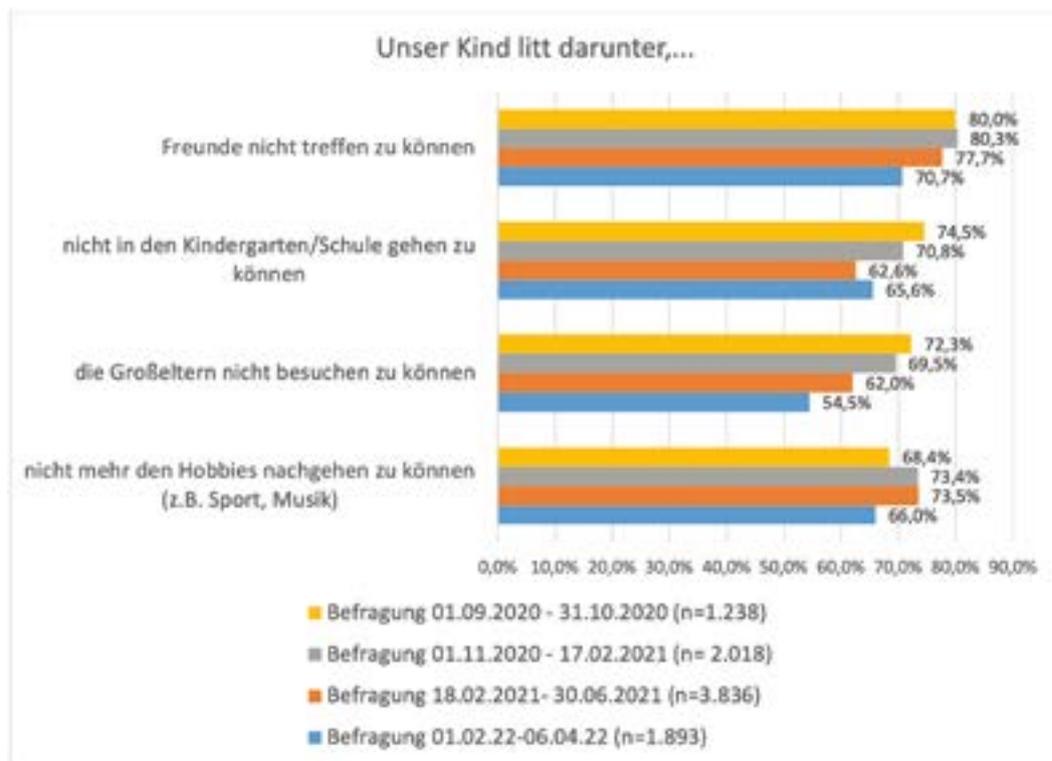


Abbildung 25: Ergebnisse einer Elternbefragung zum Wohlergehen und Alltag der Familien und ihren Kindern während der Corona-Pandemie, Region Hannover

Die Mediennutzung der Kinder hat zwischen der zweiten und dritten Befragungswelle deutlich zugenommen. Zwischen November 2020 und Mitte Februar 2021 gaben 38,5% der Eltern an, dass die Mediennutzung ihrer Kinder deutlich zugenommen hat. Im Zeitraum von Mitte Februar bis Ende Juni 2021 lag dieser Anteil bei 53,8% und ist zuletzt leicht auf 51,4% gesunken. Die Abfrage der Mediennutzungsdauer ist auch Bestandteil der Schuleingangsuntersuchung (siehe Kapitel oben). Die Auswertung der SEU-Daten zeigen, dass der Anteil der Kinder, die mehr als zwei Stunden täglich Medien konsumieren, seit der Corona Pandemie von 5,5% auf 7,2% zugenommen hat.

4. Das Sozialpädiatrische Kita-Konzept

4.1. Hintergrund und Zielsetzung des Kita-Konzepts

Das sozialpädiatrische Kita-Konzept ist ein Baustein der Frühen Hilfen – Frühen Chancen des Fachbereichs Jugend der Region Hannover und wurde 2014 vor dem Hintergrund der Schuleingangsdaten, die auf vermehrte Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern sozial benachteiligter Familien hindeuten, initiiert (Wünsch, Bantel et al. 2017). Der sozialpädiatrische Ansatz beruht auf einer einheitlichen und standardisierten Entwicklungsbeobachtung- und Dokumentation (Koglin et al. 2017) durch die pädagogischen Fachkräfte in Kitas mit einem erhöhten Anteil an Kindern, die Auffälligkeiten in der Sprache, Motorik oder Verhalten zeigen. Das Ziel ist eine frühzeitige Feststellung von Unterstützungsbedarfen und die Vermittlung entsprechender Angebote. Dabei wird ein interdisziplinärer Ansatz verfolgt, indem die Fachkräfte der Sozialpädiatrie, der Familien- und Erziehungsberatungsstellen, der individuellen Sprachförderung und andere Fachkräfte aus dem Netzwerk der Frühen Hilfen zusammenarbeiten. Anhand der Schuleingangsdaten wird dabei ermittelt, welche Kindertageseinrichtungen einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben. Diese Einrichtungen werden gezielt angesprochen, wobei eine Teilnahme am Kita-Konzept für die Kitas freiwillig ist. Die teilnehmenden Kitas bekommen eine Schulung in der Anwendung der Entwicklungsbeobachtung- und Dokumentation (EBD). Zweimal jährlich wird durch die pädagogischen Fachkräfte der teilnehmenden Kitas der Entwicklungsstand der Kinder zur Sprache, Kognition, Feinmotorik, Visuomotorik, Haltung und Bewegung sowie der sozialen und emotionalen Entwicklung erfasst. Die Beurteilung orientiert sich dabei an dem Meilenstein-Prinzip, das davon ausgeht, dass die gestellten Aufgaben von 90-95 % aller Kinder der Altersgruppe erreicht werden (Michaelis, Niemann 2010). Ein auffälliges Ergebnis bedeutet, dass von vier Aufgaben des zu testenden Bereiches nur eine oder keine Aufgabe gekonnt wurde. Ein grenzwertiges Ergebnis liegt bei zwei von vier Punkten vor. Die Dokumentationsbögen der von den pädagogischen Fachkräften durchgeführten Entwicklungsbeobachtungen anhand der EBD werden im Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin in anonymisierter Form eingegeben und ausgewertet. Die Ergebnisse werden den Fachkräften in den Kommunen im Rahmen von Ausschüssen und Netzwerktreffen präsentiert.



Die Ergebnisse des Entwicklungsscreenings dienen als Grundlage für Beratungsgespräche zwischen Eltern, den pädagogischen Fachkräften, den Ärztinnen und Ärzten des Teams Sozialpädiatrie sowie ggf. den Fachkräften aus der Familienerziehungsberatungsstelle. Bei Bedarf erfolgt eine differenzierte Untersuchung durch Ärztinnen und Ärzte des Teams Sozialpädiatrie und Jugendmedizin oder Weitervermittlung an niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, zum Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) Hannover, zu Kooperationspartnern im Kita-Konzept und zu weiteren Angeboten, wie beispielsweise einer Hausfrühförderung oder niedrigschwelligen Angeboten des lokalen Netzes der Frühen Hilfen – Frühen Chancen.

Die **Fachkräfte der Sozialpädiatrie, der Familien- und Erziehungsberatungsstellen und der individuellen Sprachförderung der Region Hannover** sind im Rahmen der lokalen Netzwerke der Frühen Hilfen und durch die Mitarbeit in den Lenkungsgruppen eng mit den Akteurinnen und Akteuren vor Ort vernetzt. Individuelle Angebote für die jeweiligen Kommunen können gemeinsam entwickelt werden. Auf der Ebene der regionalen Planungsgruppe der Frühen Hilfen können Informationen zu Bedarfen und Angeboten zwischen den einzelnen Kommunen ausgetauscht werden.

Eine **Ärztin oder Arzt des Teams Sozialpädiatrie und Jugendmedizin** steht regelmäßig an einem Vormittag im Monat sowohl für Beratungen der pädagogischen Fachkräfte bzw. Eltern als auch zur Entwicklungsdiagnostik vor Ort in den teilnehmenden Kitas bereit. Eine darüberhinausgehende zeitintensivere differenzierte Entwicklungsdiagnostik/ -beratung findet in den Dienststellen des Teams Sozialpädiatrie statt und kann analog zum Spektrum der Einschulungsuntersuchung in altersangepasster Form die Bereiche Kognition, emotionale und soziale Entwicklung, Grob-, Fein- und Visuomotorik, Sprache, auditive Wahrnehmung und Merkfähigkeit, einen Seh- und Hörtest umfassen. Entsprechend den Anforderungen und Fragestellungen stehen unterschiedliche Testverfahren zur weiteren Diagnostik zur Verfügung (z.B. Entwicklungstest ET 6-6-R, Sprachentwicklungstest SET 3-5). Zusätzlich beteiligen sich die Ärztinnen/der Arzt der Sozialpädiatrie an Elternabenden in den teilnehmenden Kitas und in den Lenkungsgruppen/Netzwerken der Frühen Hilfen - Frühen Chancen. Es besteht eine enge Kooperation mit dem Fachbereich Teilhabe bei der Einleitung von Hausfrühförderung.

Die **psychologischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Fachkräfte der Familien- und Erziehungsberatungsstellen** führen ebenfalls regelmäßige Sprechstunden in den teilnehmenden Kitas durch und beteiligen sich zusätzlich in Form von Impulsvorträgen an Elternabenden und Elterncafés. Das Beratungsangebot richtet sich dabei an

alle Eltern, die Fragen zum Verhalten, zur emotionalen und seelischen Entwicklung ihres Kindes oder zur Erziehung und zum Familienalltag haben. Die Angebote sind vertraulich und gelten auch für pädagogische Fachkräfte, Pflegeeltern und Großeltern.

Sprachförderkräfte des Team Tagesbetreuung für Kinder der Region Hannover fördern null- bis unter sechsjährige Kinder im Rahmen der individuellen Sprachförderung. Die ‚Individuelle Sprachförderung‘ ist eine intensivierete Unterstützung für Kinder mit erhöhten Bedarfen. Das linguistische sprachdidaktische Konzept, das den jeweiligen individuellen Förderbedarf eines Kindes berücksichtigt, orientiert sich an den strukturorientierten Förderkonzepten von Ruberg, Rothweiler (2012) und Tracy (2008). Zu Beginn der Förderung erfolgt eine Sprachstandserhebung, die den Stand der Sprachaneignung mit Hilfe von Audioaufnahmen und Transkriptionen differenziert erfasst. Eine Auswertung anhand des Modells der Erwerbsphasen der Grammatikentwicklung (nach Tracy) führt zur Bestimmung individueller Förderziele und zeigt Anknüpfungspunkte für die sprachpädagogische Förderarbeit auf. Primäre Förderziele sind der Aufbau und die Erweiterung eines Grundwortschatzes, der Erwerb von Wortbildungsregeln sowie der Satzstruktur.

Die Sprachfördersituationen sind methodisch so gestaltet, dass Kinder sich eigenaktiv über Wahrnehmung und Bewegung beteiligen und Sprache ganzheitlich im Spiel erfahren. Attraktive spielerische Kontexte, die zum sprachlichen Handeln auffordern, knüpfen an der Lebenswelt der Kinder an.

In der Regel erfolgt die Förderung zweimal wöchentlich alltagsintegriert und in Kleingruppen von vier Kindern. Für den Krippenbereich findet die Förderung durch Beratung des pädagogischen Teams statt. Das pädagogische Personal der Kita erfährt durch die Sprachförderkraft eine kontinuierliche Rückmeldung zu den aktuellen sprachlichen Entwicklungsverläufen. Die ‚Individuelle Sprachförderung‘ ersetzt nicht die Arbeit der Logopädie/Sprachheiltherapie. Sprachentwicklungsstörungen bedürfen generell einer besonderen Diagnostik und Behandlung.

Seit Beginn des Kita-Jahres 2021/22 gibt es in Ergänzung zu der „Individuellen Sprachförderung“ der Region Hannover ein weiteres Angebot einer systematischen linguistisch orientierten Sprachförderung für drei- bis unter sechsjährige Kinder. Finanziert, koordiniert und fachlich begleitet wird die „Richtlinie Sprachförderung in Kindertagesstätten“ ebenfalls durch das Team Tagesbetreuung für Kinder der Region Hannover.

Die Anstellung dezentral eingesetzter Sprachförderkräfte erfolgt in Abstimmung mit der Region Hannover durch Kommunen und freie Träger von Kitas mit überproportionalen Sprachförderbedarfen auf Basis einer Laufzeit von drei Jahren. Ein überproportionaler Sprachförderbedarf in Kindertageseinrichtungen ist dann gegeben, wenn Einrichtungen im Rahmen einer regionseigenen Bedarfsermittlung anhand erhobener Daten des Teams Sozialpädiatrie und Jugendmedizin der Region Hannover als Einrichtungen mit einem überproportionalen Förderbedarf ermittelt wurden.

4.2. Ergebnisse aus dem sozialpädiatrischen Kita-Konzept

Seit 2016 wurden 8 Kommunen (Barsinghausen, Garbsen, Seelze, Sehnde, Neustadt, Wunstorf, Springe, Ronnenberg) mit insgesamt 37 Kitas in das Konzept aufgenommen. Die Ergebnisse der EBD Bögen werden in anonymisierter Form an das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin zur Auswertung weitergeleitet. Jedes Kita-Jahr werden rund 2.000 Bögen an das schulärztliche Team übermittelt. Im Jahr 2020/21 waren es mit 1.455 EBD Bögen aufgrund des Corona-Lockdowns etwas weniger (Abb.26). Die Mehrzahl der EBD-Bögen beziehen sich auf Kinder im Alter von 48-66 Monaten (Abb. 27).

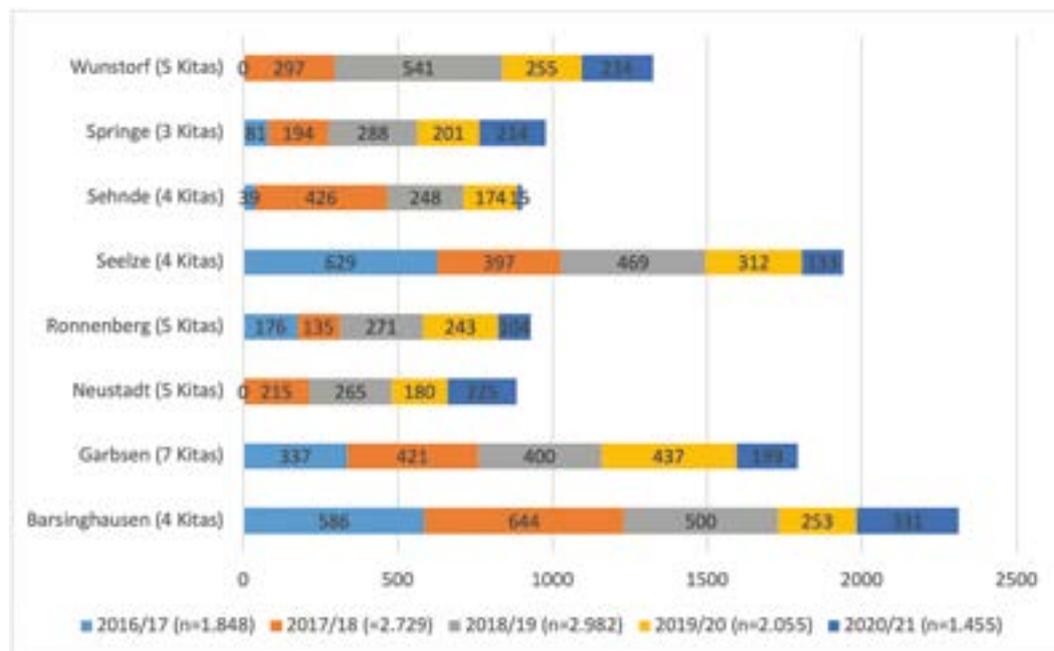


Abbildung 26: Anzahl der Entwicklungs- und Dokumentationsbögen (EBD) pro Kommune pro Kitajahr 2016/17 – 2020/21, Region Hannover

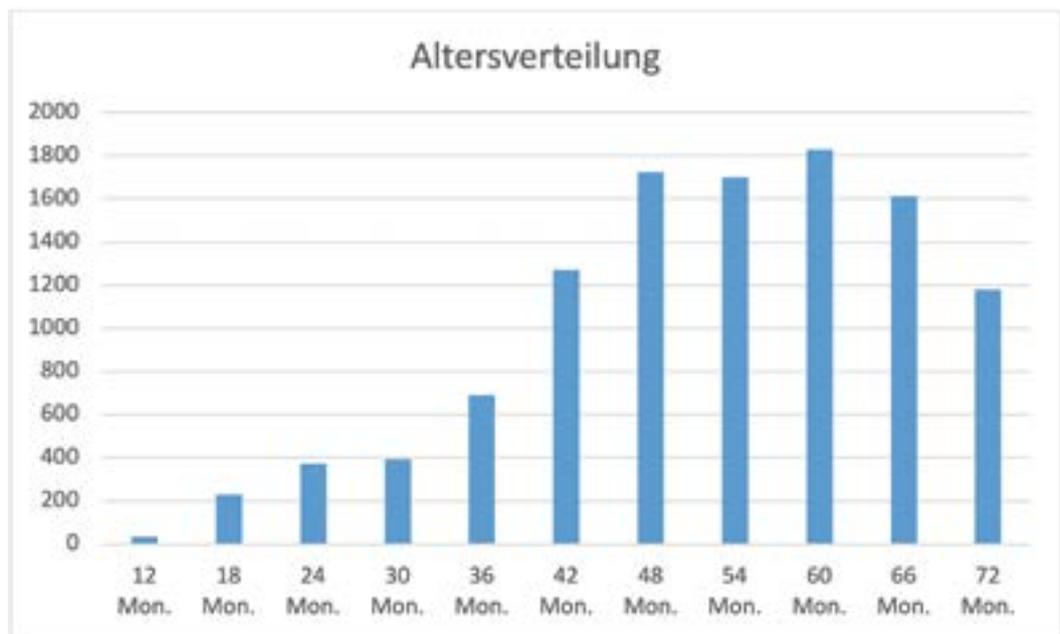


Abbildung 27: Altersverteilung der durch die Entwicklungsbeobachtung- und Dokumentation (EBD) erfassten Kinder in den Kitajahren 2016/17 – 2020/21

Die Ergebnisse zeigen, dass im Bereich der Sprache der Anteil an auffälligen Ergebnissen am höchsten ist, gefolgt von sozial- und emotionalen Auffälligkeiten (Abb. 28). In allen Entwicklungsbereichen zeigen Jungen häufiger Auffälligkeiten als Mädchen. (Abb. 29).

Betrachtet man den Verlauf über die vergangenen vier Kita-Jahre, lässt sich im Kita-Jahr 2020/21 ein deutlicher Anstieg an auffälligen Ergebnissen in der Sprachentwicklung und der emotionalen Entwicklung der Kinder im Vergleich zum Kita-Jahr 2019/20 erkennen (Abb. 30).

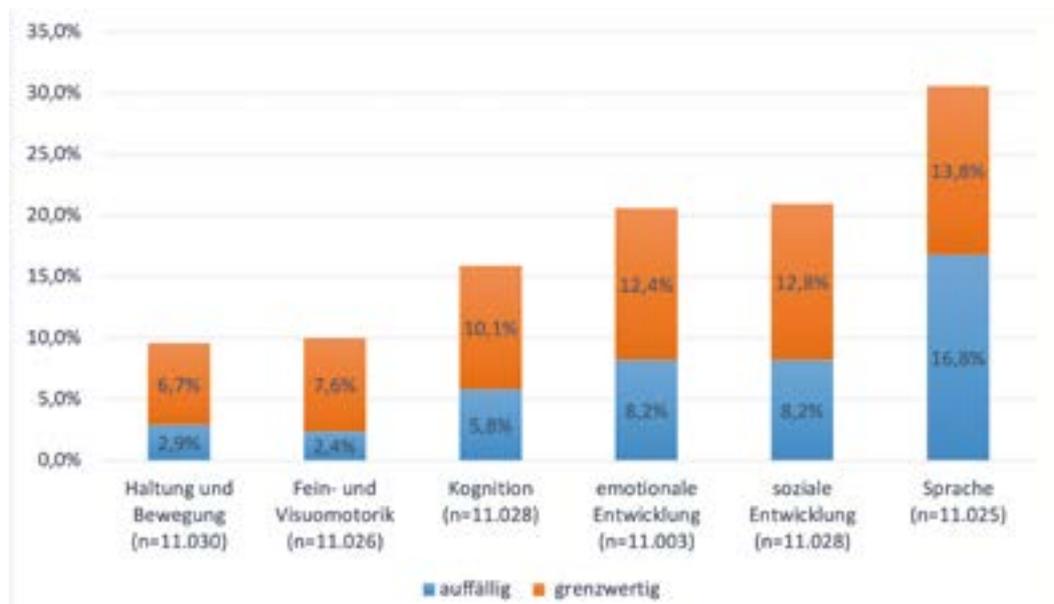


Abbildung 28: Ergebnisse der Entwicklungs- und Beobachtungsdokumentation (EBD), Region Hannover

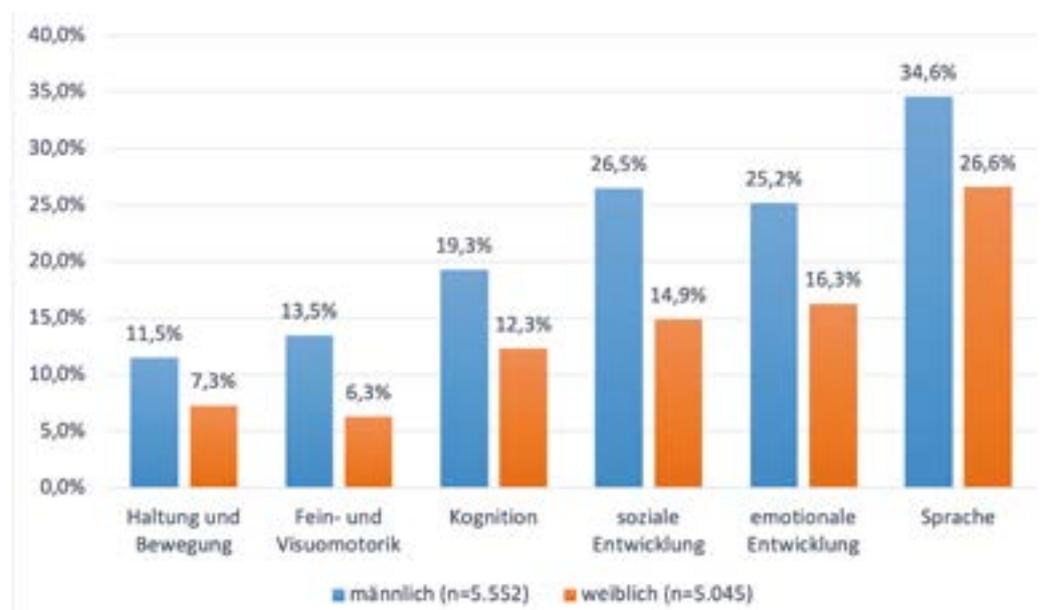


Abbildung 29: Ergebnisse der Entwicklungs- und Beobachtungsdokumentation (EBD) nach Geschlecht in den Kitajahren 2016/17 – 2021/22, Region Hannover

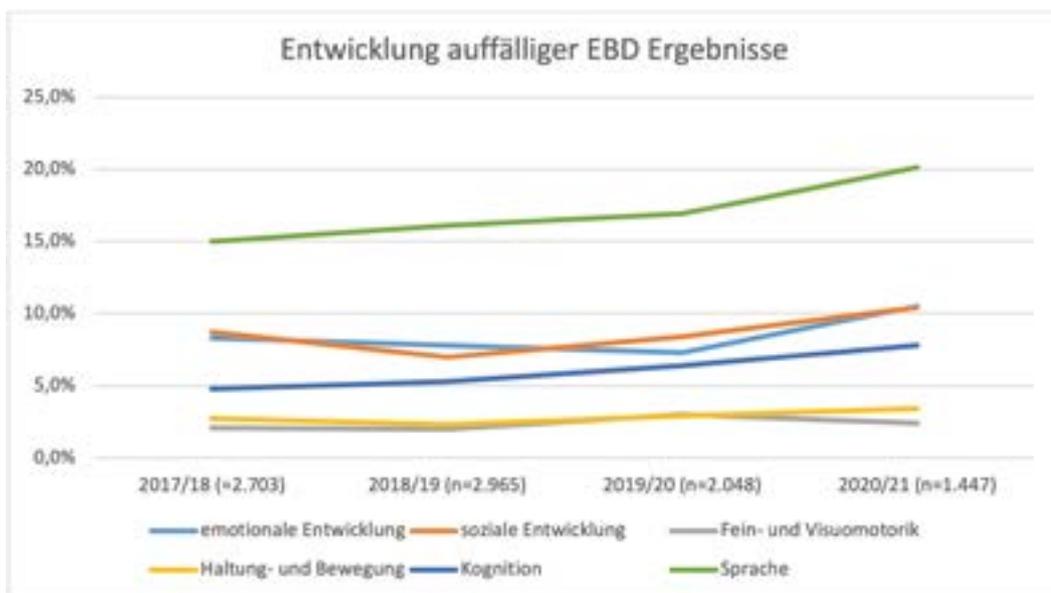


Abbildung 30: Ergebnisse der Entwicklungs- und Beobachtungsdokumentation (EBD) 2017/18 – 2020/21, Region Hannover

Folgende Angebote, aus denen bestimmte Maßnahmen resultierten, wurden durch das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin im Rahmen des Kita-Konzepts in den Kitajahren 2018/19 bis 2020/21 durchgeführt:

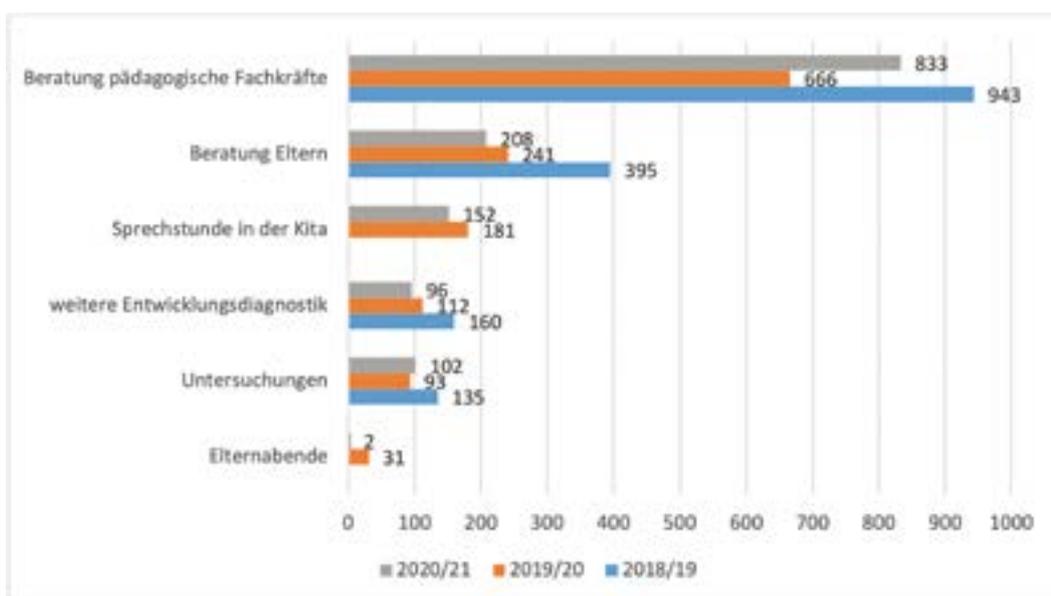


Abbildung 31: Angebote, die im Rahmen des Kita-Konzeptes in den Kitajahren 2018/19- 2020/21 durchgeführt wurden, Region Hannover

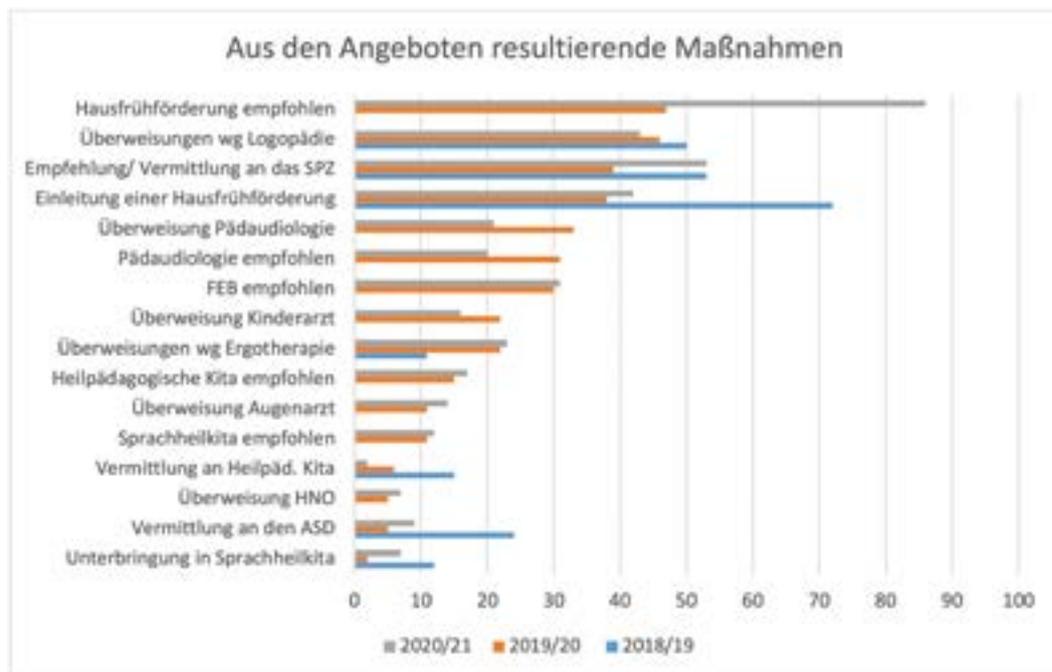


Abbildung 32: Weitervermittelte Maßnahmen im Rahmen des Kita-Konzeptes in den Kitajahren 2018/19 – 2020/21, Region Hannover

Aufgrund des Corona-Lockdowns und der damit verbundenen Schließung der Kitas fanden im Kitajahr 2020/21 weniger Vorortveranstaltungen wie Elternabende oder Kitasprechstunden statt. Auch die Angebote der Familienerziehungsberatungsstellen (FEBs) konnten während der Corona-Pandemie 2020 und 2021 vor dem Hintergrund der Schutzmaßnahmen zeitweise nicht durchgeführt werden. In dieser Zeit wurde versucht, mit den Kitas telefonisch eng im Austausch zu bleiben und bei Bedarf individuelle Lösungen für Beratungsgespräche und Untersuchungen anbieten zu können. Sobald es die Pandemie-situation wie in den Sommer- und Herbstmonaten zugelassen hat, haben die Fachkräfte die Kita-Sprechstunden und Beratungsangebote im Rahmen des Kita-Konzeptes jedoch wieder aufgenommen. Beratungen für pädagogische Fachkräfte konnten hingegen auch telefonisch stattfinden. Teilweise konnten weniger Maßnahmen vermittelt werden (Überweisungen zur Logopädie, Pädaudiologie). Andererseits hat die Empfehlung und Vermittlung bestimmter Maßnahmen deutlich zugenommen, wie beispielsweise die Hausfrühförderung.

Infobox 4: Das Sozialpädiatrische Kita-Konzept – ein fester Baustein der Frühen Hilfen – Frühen Chancen. Eine formative Evaluation aus Sicht der Fachkräfte.

Im Jahr 2019 wurde das Kita-Konzept durch eine Studierende des Masterstudiengangs Public Health der Medizinischen Hochschule Hannover evaluiert.

Die Evaluation umfasste eine schriftliche Befragung von 29 Kitaleitungen und 94 pädagogischen Fachkräften aus am Kita-Konzept teilnehmenden Kindertagesstätten sowie Interviews mit neun beteiligten Ärztinnen des Teams Sozialpädiatrie und Jugendmedizin der Region Hannover.

Die Fragen bezogen sich auf das in den teilnehmenden Kitas eingesetzte Entwicklungsscreening EBD, die Vernetzung und Zusammenarbeit der Fachkräfte im Rahmen des Konzepts, das Beratungsangebot in den Kindertagesstätten sowie die Erreichbarkeit der Familien (Jones 2019).

Mit einer hohen Rücklaufquote der schriftlichen Befragung (91 % bei den Kita-Leitungen, 73 % bei den pädagogischen Fachkräften) liefern die Daten einen umfassenden Einblick in die Umsetzung des Kita-Konzepts. Stärken des Konzepts werden dargelegt, die Vernetzung in den Frühen-Hilfen- Frühen Chancen wird beschrieben.

Durch diese formative Evaluation aus Sicht der Fachkräfte konnte gezeigt werden, „ (...) dass das Kita-Konzept wesentlich zur Unterstützung förderbedürftiger Kinder beiträgt und Eltern in der Vermittlung passgenauer Maßnahmen unterstützt werden. Die konkreten Ergebnisse des Screenings erweisen sich als hilfreiche Grundlage für die Elterngespräche. Ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Eltern und Fachkräften trägt wesentlich dazu bei, dass Unterstützungsangebote angenommen werden.“ (Bantel, Jones et al. 2019: 296).

5. Zusammenfassung und Beurteilung der Ergebnisse

Zusammenfassend lassen sich folgende markante Entwicklungen in den Datenauswertungen erkennen, die vermutliche Auswirkungen der Corona-Pandemie sind:

- ein signifikanter Anstieg von Kindern mit Übergewicht und Adipositas
- eine Zunahme von Kindern mit eingeschränkten Sprachkompetenzen
- eine Zunahme des täglichen Medienkonsums bei gleichzeitiger Abnahme sportlicher Aktivitäten
- ein Anstieg von Sprachdefiziten und Auffälligkeiten in der emotionalen Kompetenz bereits im Kindergarten
- betroffen davon sind insbesondere sozial benachteiligte Familien

Die Ergebnisse verdeutlichen die Auswirkungen der Corona-Pandemie. Der signifikante Anstieg von Kindern mit Übergewicht und Adipositas ist offensichtlich eine Folge der Corona-Pandemie und den durch die Kontaktbeschränkungen einhergehenden Einschränkungen von Bewegungsmöglichkeiten. Durch Schul- und Kitaschließungen sowie Schließungen von Spielplätzen und Sportangeboten sind die für Kinder wichtigen Bewegungsmöglichkeiten und strukturierte Tagesabläufe weggefallen. Als alternative Freizeit- und Beschäftigungsmöglichkeit wurde in vielen Familien vermehrt Medien konsumiert. Insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind von den Auswirkungen betroffen (Bantel, Wünsch 2022). Die hier aufgeführten Ergebnisse decken sich mit anderen Studien. Die Ergebnisse einer Studie des Universitätsklinikums Münster weisen darauf hin, dass Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren sich in der Corona-Pandemie deutlich weniger bewegt und deutlich mehr Zeit vor Bildschirmen verbracht haben (Föcker et al. 2020). So hat sich der Anteil der Kinder, die sich in dieser Zeit fast gar nicht mehr bewegt haben, verfünffacht und liegt bei 25 %. „Parallel hat der Medienkonsum signifikant zugenommen. Etwa 45 % der Jugendlichen hatten im Untersuchungszeitraum eine tägliche Bildschirmzeit – darunter fallen TV, Konsole, Computer, Smartphone – von mehr als acht Stunden. Vor der Pandemie galt dies für etwa 20 % der Jugendlichen“ (Föcker et al. 2020). Die Autoren der Studie weisen darauf hin, dass Bewegungsmangel sowohl zu körperlichen, wie etwa Übergewicht, aber auch psychischen Erkrankungen, wie Depressionen, führen kann. Nach der aktuellen Studie der DAK-Gesundheit erhöhte sich bei den 12- bis 17-Jährigen die tägliche Mediennutzungszeit unter dem Lockdown statistisch erheblich (DAK-Gesundheit 2020). Aber auch Grundschul- und Kindergartenkinder konsumierten während des Lockdowns häufiger Medien. So gaben laut der Studie des Deutschen Jugendinstituts 66 % bzw. 68 % der Eltern an, dass ihre Kinder häufiger Fernsehen oder Streamingdienste nutzten (Langmeyer et al. 2020).

Nach dem Kinder- und Jugendsurvey des RKI (KiGGS Welle 2) waren im Zeitraum 2014-2017 bei den 3-6-Jährigen 10,8 % (Mädchen) bzw. 7,3 % (Jungen) übergewichtig. Mit zunehmendem Alter steigt auch die Übergewichtsprävalenz. So lag bei den 14-17-Jährigen der Anteil von Übergewicht bei 16,2 % bzw. 18,5 % (Schienkiewitz et al. 2019). Diese Zahlen beziehen sich auf die Vor-Corona-Zeit.

Unter Berücksichtigung der aktuellen Entwicklung seit der Corona-Pandemie würde das bedeuten, dass zukünftig von mehr als 20 % übergewichtiger Jugendlicher auszugehen ist. Auch die RKI Auswertungen zeigen einen deutlichen Zusammenhang des Anteils übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher mit der Höhe des sozioökonomischen Status (Schienkiewitz et al. 2018). Insofern müssen zukünftige Präventionsmaßnahmen vorwiegend bei sozial benachteiligten Familien und deren Kindern ansetzen.

Die Zunahme von Kindern mit eingeschränkten Sprachkompetenzen und anderen Entwicklungsauffälligkeiten könnte ebenfalls eine Folge der Corona-Pandemie sein. Sprachförderung konnte für viele Kinder aufgrund der Schließung von Kindertageseinrichtungen nicht stattfinden. Insbesondere für Kinder, die in einer nichtdeutschsprachigen familiären Umgebung aufwachsen, fehlte in dieser Zeit der Kontakt zur deutschen Sprache. Gerade für Vorschulkinder kann das letzte Kindergartenjahr sehr wertvoll für die kognitive, visuo-motorische und sprachliche Entwicklung sein. In sozial benachteiligten und bildungsfernen Familien findet weniger häusliche Förderung statt. Andererseits konnten möglicherweise einige Kinder durch die intensivere Förderung im Rahmen der Kita-Notgruppenbetreuung profitieren.

Die Ergebnisse der Elternbefragung zum Wohlergehen und Alltag der Familien und ihren Kindern während der Corona-Pandemie sind zwar nicht repräsentativ, decken sich jedoch mit anderen Erhebungen. So zeigt die COPSYS-Studie, für die eine Repräsentativität hergestellt wurde, dass 27 % der Kinder berichten, dass sie sich häufiger streiten, 37 % der Eltern gaben an, dass Streits mit ihren Kindern öfter eskalieren und bei 39 % der Kinder und Jugendlichen verschlechterte sich das Verhältnis zu den Freunden durch die eingeschränkten persönlichen Kontakte, was fast alle Befragten belastete. Eine besondere Belastung zeigte sich in Elternhäusern mit geringem Bildungsgrad, Migrationshintergrund oder beengten Wohnverhältnissen. Hier zeigten sich häufiger psychosomatische Beschwerden, eine deutlich geminderte Lebensqualität, ausgeprägte Symptome von Angst und Depression. Generell stieg das Risiko für psychische Auffälligkeiten von 18 % auf 30 % (Ravens-Sieberer, et al. 2020, 2021).

Auch in einer Studie der DAK zum Homeschooling gaben 24 % der Kinder an, häufiger Streit in der Familie zu erleben und 25 % sind häufiger traurig (DAK-Gesundheit 2020). Die KiCo-Studie, die vom 24. April 2020 bis 3. Mai 2020 insgesamt 25.208 Mütter und Väter befragte und um eine Auskunft zu sich selbst und zu jedem Kind unter 15 Jahren in der Familie gebeten hat, kommt zu dem Ergebnis, dass Ein-Eltern-Haushalte die größten Geldsorgen benennen und macht darauf aufmerksam, „dass sich soziale Folgen möglicherweise besonders dort zeigen, wo bereits vor der Pandemie strukturelle Benachteiligung und multiple Belastungen vorlagen“ (Andresen et al. 2020). Laut Studie des Deutschen Jugendinstituts (DJI) stimmten über ein Viertel der Eltern (26,6 %) der Aussage zu, dass sich ihr Kind einsam fühlt. Generell konnten die Kinder besser mit der Situation zurechtkommen, wenn sie Zugang zu einem Garten oder einer Terrasse bzw. Rückzugsmöglichkeiten hatten (Langmeyer et al. 2020).



6. Handlungsansätze und -empfehlungen

Um den aktuellen Entwicklungen entgegenzusteuern, sind möglichst frühzeitige intensive Förderprogramme in den Bereichen Sprache, Ernährung, Bewegung und Schwimmfähigkeit erforderlich. Der Fokus muss hier vor allem auf sozial benachteiligten Familien und deren Kindern liegen. Das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin hat als Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des ÖGD den gesetzlichen Auftrag zur Gesundheitsförderung und Prävention. Daher wird der Fokus des Teams in den kommenden Jahren neben den bisherigen sozialpädiatrischen Ansätzen auf der Ernährungsberatung und Bewegungsförderung und damit der Adipositasprävention liegen. Beginnend in 2022 soll mit Unterstützung einer Ökotrophologin/ eines Ökotrophologen eine gesundheitsbezogene Präventionsstruktur für den (früh-) kindlichen Bereich basierend auf den Säulen Bewegung und Ernährung sowie ein sekundär präventiver Ansatz zur gezielten Gewichtsreduktion betroffener Kinder etabliert werden. Die Umsetzung des sekundär präventiven bzw. therapeutischen Ansatzes soll in Kooperation mit dem Kinderkrankenhaus auf der Bult erfolgen. Unterstützt wird das Projekt durch eine Fachkraft für Gesundheitsförderung und einer Sportfachkraft im Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, die gezielt in den Kitas und Grundschulen mit erhöhtem Bedarf eingesetzt werden. Darüber hinaus sollen die Eltern im Hinblick auf Ernährung und Bewegung, aber auch hinsichtlich Medienkonsum und der Bedeutung des Vorlesens sensibilisiert und aufgeklärt werden. Bereits nach den ersten erkennbaren Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Kindergesundheit hat das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin in Kooperation mit dem Team Tagesbetreuung für Kinder ein Familienheft entwickelt, das den Familien und ihren Kindern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung überreicht wird und Anregungen zur Bewegung und gesunden Ernährung geben soll. Das Heft beinhaltet nicht nur zahlreiche Spiel- und Bewegungsideen, sondern auch kleine Übungen zur Förderung der feinmotorischen und sprachlichen Kompetenz der Kinder (<https://www.elternsein.info/krisen-bewaeltigen/ideen-fuer-familien/>).



Abbildung 33: Familienheft
 „Gemeinsamzeit – Das Familienheft“,
 Team Kindertagesbetreuung, Team
 Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Fach-
 bereich Jugend, Region Hannover 2021

Durch das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin wird die Abfrage zum Freizeitverhalten kontinuierlich fortgesetzt. Im Rahmen einer jeden Schuleingangsuntersuchung erfolgt eine individuelle Beratung. Flyer wurden zu den Themen Sprache, Zahlen und Mengen, Schwimmangeboten und Medienkonsum in den letzten Jahren entwickelt und kommen auch übersetzt in zahlreiche Sprachen zur Anwendung.

Ein Flyer mit allen Schwimmangeboten in der Region Hannover und diverse Postkarten zum Medienkonsum wurden entwickelt. Darüber hinaus sind die Materialien auch auf der Internetseite des Teams Sozialpädiatrie und Jugendmedizin hinterlegt:

<https://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Gesundheit/Gesundheits-schutz/Kinder-und-Jugendgesundheit/Sozialp%C3%A4diatrie-und-Jugendmedizin>

Aus Sicht der Region Hannover muss es ein Ziel sein, möglichst allen Kindern in der Region Hannover die Teilnahme an einem Schwimmkurs zu ermöglichen und so den Anteil an Kindern mit dem ersten Schwimmabzeichen (Frühschwimmer/Seepferdchen) deutlich zu steigern. Dies gilt in hohem Maße für Kinder vor der Einschulung, da in diesem Alter in den meisten Fällen Wassergewöhnung stattfindet und das erste Schwimmabzeichen erworben wird.

Dieses Vorhaben soll in Kooperation mit den Ehrenamtlichen der DLRG und den Sportvereinen erfolgen. Im Rahmen der SEU werden die Eltern über die Angebote zum Schwimmenlernen in Form eines Flyers informiert.



Abbildung 34: Flyer „Schwimmenlernen – Angebote“, Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Region Hannover 2022

Gleichzeitig wird der Ansatz des **Kita-Konzeptes** bedarfsorientiert auf der Grundlage von Sozialindikatoren weiter ausgebaut, um Eltern und Kinder möglichst früh und niedrigschwellig zu erreichen. Das Ziel ist, dass alle Kitas mit erhöhtem Anteil von Kindern mit Förderbedarfen in den 16 Kommunen, in denen die Region Jugendhilfeträgerin ist, im Kita-Konzept berücksichtigt sind. Zusätzlich werden in der Landeshauptstadt Hannover und in Laatzen weitere Kitas mit einem erhöhten Anteil von Kindern mit Förderbedarfen ins Kita-Konzept aufgenommen.

Auf das Angebot der **Sprachförderuntersuchung** durch das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin muss verstärkt hingewiesen werden. So wurden im Januar 2022 alle Kindertageseinrichtungen der 21 Kommunen der Region Hannover erneut angeschrieben, um auf das Angebot aufmerksam zu machen, damit zukünftig diese wertvolle Untersuchung ein Jahr vor der Einschulung von möglichst vielen Kindern mit Sprachauffälligkeiten oder Sprachförderbedarfen wahrgenommen werden kann.

Um weiterhin Aufschlüsse über die psychische Belastung der Kinder durch die Corona-Pandemie zu bekommen, wird die **Begleitbefragung zum Alltag und Wohlergehen der Familien und ihren Kindern während der Corona-Pandemie** im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen fortgesetzt.

Um zu ermitteln, wie häufig der Kinderimpfstoff gegen SARS-CoV-2 seit der aktuellen Zulassung und Verfügbarkeit in der Altersgruppe der 5-6-jährigen bereits in Anspruch genommen wird, erfolgt die Erfassung des Impfstatus gegen SARS-CoV-2 im Rahmen der SEU.

Der **Impfstatus zu SARS-CoV-2** ist daher zukünftig Bestandteil der Erfassung des generellen Impfstatus im Rahmen der SEU. Erste Auswertungen dazu sind für den Einschulungsjahrgang 2022/23 zu erwarten.

Beginnend im September 2022 ist eine Studie in Kooperation mit der Hörregion Hannover und dem Deutschen HörZentrum Hannover der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) geplant, bei der alle Kinder des Jahrgangs im Rahmen der SEU neben der Hörtestung mittels herkömmlicher Audiometrie zusätzlich ein **Hörscreening mittels Otoakustischen Emissionen (OAE)** erhalten. Zielsetzung der Studie ist durch Kombination beider Hörtestverfahren die Treffsicherheit bei der Entdeckung von Hörbeeinträchtigungen zu erhöhen. Gleichzeitig können so Aussagen zu beiden Testverfahren im Vergleich (Kongruenz, Sensitivität, Bewertungskonstanz und Zeitmanagement) gemacht werden.



7. Fazit

Die in diesem Bericht aufgeführten Ergebnisse zur Gesundheit und Entwicklung der Kinder in der Region Hannover verdeutlichen die Relevanz der Schuleingangsuntersuchung und ihren sozialkompensatorischen Ansatz. Unterstützungsbedarfe können durch die Angebote und Aufgaben des Teams Sozialpädiatrie und Jugendmedizin rechtzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen initiiert werden. Eine große Herausforderung stellen nun die Auswirkungen der Corona-Pandemie dar, die insbesondere die bereits vulnerablen Familien und ihre Kinder betreffen.

Das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin im Fachbereich Jugend stellt sich dieser Herausforderung, indem bestimmten Entwicklungsprozessen durch zusätzliche Maßnahmen entgegengesteuert wird. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Teams des Fachbereichs, wie der Koordinierungsstelle Frühe Hilfen- Frühe Chancen, den Familien- und Erziehungsberatungsstellen, dem Team Tagesbetreuung für Kinder, sowie den niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten und pädagogischen Fachkräften ist dabei unerlässlich. Denn für Kinder geht es „um das Ganze des Lebens, das dem Kind noch bevorsteht, es geht um Entscheidungen, die Auswirkungen haben auf die gesamte Biografie“ (Maio Prof. Dr. Giovanni Maio: Von der Umwertung der Werte in einer ökonomisierten Pädiatrie; Der Kinder- u.-Jugendarzt 2016/17, Nr. 12/16 und 01/17).

8. Literatur

Andresen, S., Lips, A. und Möller, R. et al. 2020: Kinder, Eltern und ihre Erfahrungen während der Corona-Pandemie. Erste Ergebnisse der bundesweiten Studie KiCo. Universität Hildesheim, Hildesheim <https://doi.org/10.18442/121>

Bantel S., Jones E., Walter U., Wunsch A. 2019: Das Sozialpädiatrische Kita-Konzept: ein interdisziplinärer Ansatz. In: Public Health Forum 2019, 27(4):295–297

Bantel S., Wattjes A., Wunsch A. 2019: Medienkonsum und Sprachdefizite bei Vorschulkindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung in der Region Hannover. Das Gesundheitswesen 81(08/09): 685

Bantel, S., Buitkamp M., Wunsch A., Möller M. 2020: Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Kindergesundheit und den Familienalltag. Statistische Kurzinformation 16/2020: Die Corona-Krise in der Region Hannover. Ein Blick auf soziale Folgen. Region Hannover (Hrsg.)

Bantel, S., Buitkamp M., Wunsch A. 2021: Kindergesundheit in der COVID19-Pandemie: Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover. Bundesgesundheitsblatt online-Publikation 28. Oktober 2021 <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03446-2>

Bantel S., Wunsch A. 2022: Corona-Pandemie und Kindergesundheit. Es besteht Handlungsbedarf! Kinderärztliche Praxis 93, 170–176 (2022) Nr. 3 www.kipra-online.de

Bantel S., Wunsch A. 2022: Handy und Tablet statt Malen, Springen und Schwimmen: Corona-Pandemie und Kindergesundheit – Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen der Region Hannover. Kinder- und Jugendarzt 53. Jg. (2022) Nr. 03/22: 166-172

Bantel S., Wunsch A. 2022: Corona-Pandemie und Kindergesundheit: Handy und Tablet statt Malen, Springen und Schwimmen. Blickpunkt Ausgabe 1/2022 38. Jg. (2022): 4

Boneberger A., Bolte G., von Kries R. für die GME-Studiengruppe 2011: Exzessiver Medienkonsum und Verhaltensauffälligkeiten- eine Querschnittsstudie bei Vorschulkindern. Das Gesundheitswesen 73: 280-285.

Bundesministerium für Gesundheit 2015: Nationaler Aktionsplan 2015-2020, BMG 2015
Bundesministerium für Gesundheit (BMG), BLIKK Projektteam 2018: BLIKK-Medien Bewältigung Lernverhalten Intelligenz Kompetenz Kommunikation. Kinder und Jugendliche im Umgang mit elektronischen Medien. Köln, Berlin

Bundesministerium für Gesundheit 2020: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr.6, ausgegeben zu Bonn am 13. Februar 2020. Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz) vom 10. Februar 2020

Bundesministerium für Gesundheit, Paul Ehrlich Institut, Robert Koch Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: www.masernschutz.de

Cataldo R., Huang J., Calixte R. et al. 2016: Effects of overweight and obesity on motor and mental development in infants and toddlers. *Pediatr Obes* 11 (5): 389-396

Cheng J., East P., Blanco E. et al. 2016: Obesity leads to declines in motor skills across childhood. *Child Care Health Dev* 42 (3): 343-350

DAK-Gesundheit und forsa Politik- und Sozialforschung GmbH. 2020: Homeschooling in Corona-Zeiten. Erfahrungen von Eltern und Schülern. Ergebnisse einer Eltern-Kind-Befragung mit forsa.omninent. Berlin: s.n., 2020.

DAK-Gesundheit, forsa.omninent. 2020: Mediensucht 2020 – Gaming and Social Media in Zeiten von Corona. DAK Längsschnittstudie: Befragung von Kindern, Jugendlichen (12-17 Jahre) und deren Eltern. Ergebnisse einer Eltern-Kind-Befragung mit forsa.omninent. Berlin, Hamburg: s.n., 2020.

Daseking M., Petermann F., Röske D., Trost-Brinkhus G., Simon K., Oldenhage M. 2009: Entwicklung und Normierung des Einschulungsscreening SOPESS. *Das Gesundheitswesen* 71: 648-655

Daseking M., Petermann F. 2011: Der Einfluss von Vorläuferfähigkeiten auf die Rechtschreib-, Lese- und Rechenleistung in der Grundschule. *Das Gesundheitswesen* 73: 644-649

Finger J. D., Varnaccia G., Borrmann A., Lange C., Mensink G. B. M. 2018: Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3 (1): 24–31

Föcker M., Marckhoff M. 2020: Studie der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster (noch unveröffentlicht). Münster: s.n., 2020.

Friedemann C., Heneghan C., Mahtani K., Thompson M., Perera R., Ward A.M. 2012: Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 345:e4759

Gemeinsamen Bundesausschusses 2021: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Juni 2015, zuletzt geändert am 16. Dezember 2021 veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 02.02.2022 B1 in Kraft getreten am 26. November 2021

Gemeinsamen Bundesausschusses 2021: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern: COVID-19-Epidemie – Verlängerung der befristeten Ausnahmeregelung für die Untersuchungszeiträume der U6 bis U9. 16. Dezember 2021

Genuneit J., Brockmann P. E., Schlarb A. A., Rothenbacher D. 2017: Medienkonsum und Schlafqualität in der frühen Kindheit – Ergebnisse der Ulmer SPATZ Gesundheitsstudie. *Das Gesundheitswesen* 79 (08/09): 656-804.

Hutton J. S., Dudley J., Horowitz-Kraus T., DeWitt T., Holland S. K. 2019: Associations Between Screen-Based Media Use and Brain White Matter Integrity in Preschool-Aged Children Ohio, *JAMA Pediatr.* 4; 174 (1): e193869.

Jones E. Eine formative Evaluation aus Sicht der Fachkräfte. Masterarbeit Public Health. Medizinische Hochschule Hannover. Hannover 2019.

Koglin, U., Petermann F., Petermann U. 2017: Entwicklungsbeobachtung und -dokumentation. EBD 48-72 Monate. Eine Arbeitshilfe für pädagogische Fachkräfte in Kindergärten und Kindertagesstätten. 5. Aktualisierte Auflage. Berlin, Cornelsen, 2017.

KromeyerHauschild K., Wabitsch M., Kunze D. et al. 2001: Perzentile für den Bodymass-Index für das Kindes und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149: 807818

Langmeyer A., Guglhör-Rudan A., Naab T. et al. 2020: Kindsein in Zeiten von Corona. Erste Ergebnisse zum veränderten Alltag und zum Wohlbefinden von Kindern. Deutsches Jugendinstitut, 2020.

Lehnhardt E., Laszig R. 2001: Praxis der Audiometrie, 8. Auflage, Thieme

Llewellyn A., Simmonds M., Owen C.G., Woolacott N. 2016: Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 17:56-67

Madigan S., Browne D., Racine N., Mori C., Tough S. 2019: Association between Screen Time and Children's Performance on a Development Screening Test. Universität Calgary *JAMA Pediatr* 173(3): 244-250.

Manz M., Schlack R., Poethko-Müller C., Mensink G., Finger J., Lampert T. KIGGS Study Group 2014: Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse der KIGGS Studie – Erste Folgebefragung (KIGGS Welle1). *Bundesgesundheitsblatt* 57: 840-848.

Memaran N., Schwalba M., Vorchert-Mörlins B. et al. 2020: Gesundheit und Fitness von deutschen Schulkindern. Übergewicht und Adipositas sind signifikant mit kardiovaskulären Risikofaktoren assoziiert. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2020: 168: 597-607

Michaelis R., Niemann G. 2010: Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie. 4. erweit. Aufl. Stuttgart: Thieme, 2010.

Maio G. 2016 und 2017: Von der Umwertung der Werte in einer ökonomisierten Pädiatrie; *Der Kinder- u.-Jugendarzt* 2016/17, Nr. 12/16 und 01/17

Niedersächsisches Schulgesetz (NSchG) in der Fassung vom 3. März 1998 (Nds. GVBl. S. 137), zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 16. Mai 2018 (Nds. GVBl. S. 66)

Niedersächsisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) vom 24.3.2006 (Nds.GVBl. Nr.11/2006 S.178), VORIS 21061. Zum 13.06.2022 aktuellste verfügbare Fassung

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2015: Kindergesundheit im Einschulungsalter. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2014. Gesundheitsberichterstattung für Niedersachsen.

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2018: Kindergesundheit im Einschulungsalter. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2017. Gesundheitsberichterstattung für Niedersachsen.

Poulain T., Vogel M., Neef M. et al. 2018: Reciprocal Associations between Electronic Media Use and Behavioral Difficulties in Preschoolers. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 15, 814.

Ptok M., Nickisch A. 2018: Audiometrische Verfahren zur Erkennung kindlicher Hörstörungen, *Monatsschrift Kinderheilkunde* 166:218-227

Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C et al. 2020: Psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während der COVID19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. *Deutsches Ärzteblatt* 117 (48): 828–829. DOI: 10.3238/ arztebl.2020.0828 10.

Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Devine J, Schlack R, Otto C 2021: Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*. DOI: 10.1007/ s00787-021-01726-5, published online 25.01.2021

Region Hannover, Fachbereich Jugend 2014: Schuleingangsuntersuchung Band I.

Region Hannover, Fachbereich Jugend 2018: Themenfeldbericht Prävention 2018: Gesundheit im Kleinkind- und Vorschulalter. Ergebnisse Schuleingangsuntersuchungen, Kita-Konzept und Zahngesundheit. Hannover, März 2018

Region Hannover, Dezernat für Soziale Infrastruktur, Fachbereich Jugend 2021: Themenfeldbericht 2021- Prävention. Jahresbericht: Präventive Aufgaben und Leistungen – Berichtsjahr 2019/ 2020. Region Hannover, Dezernat für Soziale Infrastruktur, Fachbereich Jugend (Hrsg.) 19.02.2021

Rieck T., Feig M., Wichmann O., Siedler A. 2020: Impfquoten von Kinderschutzimpfungen in Deutschland – aktuelle Ergebnisse aus der RKI-Impfsurveillance *Epid Bull* 2020;32/33:9–27 | DOI 10.25646/7027.4

Ruberg T., Rothweiler M. 2012: Spracherwerb und Sprachförderung in der Kita, 2012 Stuttgart

Santos-Hövenner C., · Kuntz B., · Frank L., · Koschollek C., · Ellert U., ·Hölling H., ·Thamm R., · Schienkiewitz A., ·Lampert T. 2019: Zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Bundesgesundheitsbl* 2019 · 62:1253–1262, <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03012-x>

Schienkiewitz A., Damerow S., Schaffrath Rosario A., Kurth B. M. 2019: Body-Mass-Index von Kindern und Jugendlichen: Prävalenzen und Verteilung unter Berücksichtigung von Untergewicht und extremer Adipositas Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Bundesgesundheitsbl* 2019 · 62:1225–1234 <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03015-8>

Schienkiewitz A., Brettschneider A.K., Damerow S., Schaffrath Rosario A. 2018: Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1):16–23. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-005.2

Schmidtke C., Kuntz B., Starker A., Lampert T. 2018: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 3(4):68–77. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-093

Schulz P., Tracy R. 2011: Linguistische Sprachstandserhebung – Deutsch als Zweitsprache (LiSe-DaZ). Hrsg. Esser G., Hasselhorn M., Schneider W. Hogrefe Verlag Göttingen

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (Hrsg.) 2013: Gesundheitsberichterstattung – Spezialbericht 2013: Einheitliche Erfassung des Migrationshintergrunds bei den Einschulungsuntersuchungen. Modellprojekt der AG GPRS der AOLG – Abschlussbericht.

Stiftung Lesen, DIE ZEIT & Deutsche Bahn Stiftung. (2018). Vorlesen – uneinholbares Startkapital. Vorlesestudie 2018 – Bedeutung von Vorlesen und Erzählen für das Lesenlernen.. <https://www.stiftunglesen.de/forschung/forschungsprojekte/vorlesestudie>

Tracy R. 2008: *Wie Kinder Sprachen lernen*, 2008 Tübingen

World Health Organization 2010: *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. WHO, Geneva

World Health Organization 2018 *Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030. More active people for a healthier world*. WHO, Geneva

Wünsch A., Bantel S., Koglin U., Nieberg H. 2017: Ein Baustein der Frühen Hilfen – Frühen Chancen. *Das Sozialpädiatrische Kita-Konzept*. *Pädiatrie* 2017; 29 (5)

9. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1:	Anzahl der durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen pro Einschulungsjahrgang 2018/19 – 2021/22, Region Hannover	14
Tabelle 2:	Kinder mit Migrationshintergrund, Einschulungsjahrgänge 2019/20 und 2021/22, Region Hannover	15
Tabelle 3:	Ergebnisse von Seh- und Hörtest der Schuleingangsuntersuchung, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover	17
Tabelle 4:	Gewichtsverteilung, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover	21
Tabelle 5:	Multivariate Analyse zu den Risiko- bzw. Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas, Schuleingangsdaten Region Hannover	23
Tabelle 6:	Ergebnisse zu den Sprachuntertests, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover	30
Tabelle 7:	Ergebnisse zur Beurteilung des Ausdrucksvermögens in der deutschen Sprache, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover	31
Tabelle 8:	Multivariate Analyse zu Risiko- bzw. Einflussfaktoren auf Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung, Region Hannover	35
Tabelle 9:	Ergebnisse zur ärztlichen Gesamtbefundung der einzelnen Entwicklungsbereiche, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover	45
Tabelle 10:	Ergebnisse aus dem Entwicklungsscreening SOPESS, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover	48

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1:	Postkarte „Fit für die Schule!“, Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Region Hannover	9
Abbildung 2:	Poster zum Ablauf der Schuleingangsuntersuchung, Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Region Hannover	13
Abbildung 3:	Übergewicht (einschließlich Adipositas) in den 21 Städten und Gemeinden der Region Hannover, Einschulungsjahrgänge 2019/20 und 2021/22, Region Hannover	22

Abbildung 4:	Übergewicht und Adipositas stratifiziert nach dem Haushaltbildungsindex (Index aus höchst erreichtem Schul- und Berufsabschluss beider Elternteile), Einschulungsjahrgänge 2019/20 und 2021/22, Region Hannover	24
Abbildung 5:	Übergewicht und Adipositas nach Migrationshintergrund (einseitig, beidseitig, ohne), Einschulungsjahrgang 2021/22 (n=11.546), Region Hannover	25
Abbildung 6:	Übergewicht (einschließlich Adipositas) bzw. kein Übergewicht und tägliche Medienkonsumdauer, Einschulungsjahrgänge 2019/20 und 2021/22, Region Hannover	26
Abbildung 7:	Anteil der Kinder mit eingeschränkter Sprachkompetenz in Deutsch, Einschulungsjahrgänge 2017/18 – 2021/22, Region Hannover	32
Abbildung 8:	Gesamtärztliches Urteil zur Sprachentwicklung, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover	33
Abbildung 9:	Anteil der Kinder mit eingeschränkter Sprachkompetenz in Deutsch pro Kommune, Einschulungsjahrgang 2019/20 und 2021/22, Region Hannover	34
Abbildung 10:	Anteil der Kinder mit eingeschränkter Sprachkompetenz in Deutsch nach Haushaltbildungsindex (HBI), Einschulungsjahrgang 2021/22, Region Hannover	36
Abbildung 11:	Anteil der Kinder mit eingeschränkter Sprachkompetenz in Deutsch nach Länge des Kindergartenbesuchs, Einschulungsjahrgang 2021/22, Region Hannover	37
Abbildung 12:	Übersicht zum Sprachstandsmonitoring im letzten Jahr vor der Einschulung, Team Kindertagesbetreuung, Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. Fachbereich Jugend, Region Hannover	41
Abbildung 13:	Anzahl der Sprachförderuntersuchungen 2015/16 – 2021/22, Region Hannover	42
Abbildung 14:	Anteil der Kinder mit drei oder mehr auffälligen Ergebnissen im Entwicklungsscreening SOPESS pro Kommune, Einschulungsjahrgänge 2019/20 und 2021/22, Region Hannover	47
Abbildung 15:	Tägliche Medienkonsumdauer, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover	51
Abbildung 16:	Anteil der Kinder im Sportverein, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover	52

Abbildung 17:	Schwimmfähigkeit der Kinder, Einschulungsjahrgang 2020/21 – 2021/22 (neu eingeführte Fragekategorie seit 2020/21), Region Hannover	53
Abbildung 18:	Teilnahmerate an der U8 und U9 prozentuiert auf vorgelegte Hefte, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover	55
Abbildung 19:	Teilnahmerate an der U8 und U9 prozentuiert auf vorgelegte U-Hefte pro Kommune, Einschulungsjahrgang 2021/22, Region Hannover	56
Abbildung 20:	Anzahl der Ersatzvorsorgeuntersuchungen der Jahre 2017 – 2021, Region Hannover	58
Abbildung 21:	Anteil der vollständig geimpften Kinder, prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe, Einschulungsjahrgänge 2018/19 – 2021/22, Region Hannover	60
Abbildung 22:	Anteil vollständig geimpfter Kinder pro Kommune, prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe, Einschulungsjahrgang 2021/22, Region Hannover	60
Abbildung 23:	Impfkalender des Robert-Koch-Instituts	61
Abbildung 24:	Ergebnisse einer Elternbefragung zum Wohlergehen und Alltag der Familien und ihren Kindern während der Corona-Pandemie, Region Hannover	63
Abbildung 25:	Ergebnisse einer Elternbefragung zum Wohlergehen und Alltag der Familien und ihren Kindern während der Corona-Pandemie, Region Hannover	64
Abbildung 26:	Anzahl der Entwicklungs- und Dokumentationsbögen (EBD) pro Kommune pro Kitajahr 2016/17-2020/21, Region Hannover	68
Abbildung 27:	Altersverteilung der durch die Entwicklungsbeobachtung- und Dokumentation (EBD) erfassten Kinder in den Kitajahren 2016/17 – 2020/21	69
Abbildung 28:	Ergebnisse der Entwicklungs- und Beobachtungsdokumentation (EBD), Region Hannover	70
Abbildung 29:	Ergebnisse der Entwicklungs- und Beobachtungsdokumentation (EBD) nach Geschlecht in den Kitajahren 2016/17 – 2021/22, Region Hannover	70
Abbildung 30:	Ergebnisse der Entwicklungs- und Beobachtungsdokumentation (EBD) 2017/18 – 2020/21, Region Hannover	71
Abbildung 31:	Angebote, die im Rahmen des Kita-Konzeptes in den Kitajahren 2018/19- 2020/21 durchgeführt wurden, Region Hannover	71
Abbildung 32:	Weitervermittelte Maßnahmen im Rahmen des Kita-Konzept in den Kitajahren 2018/19- 2020/21, Region Hannover	72
Abbildung 33:	Familienheft „Gemeinsamzeit – Das Familienheft“, Team Kindertagesbetreuung, Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Fachbereich Jugend, Region Hannover 2021	78
Abbildung 34:	Flyer „Schwimmenlernen – Angebote“, Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Region Hannover 2022	79



Region Hannover

IMPRESSUM

Herausgeber:

Region Hannover
Fachbereich Jugend
Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
www.hannover.de

Autorinnen:

Dr. Susanne Bantel, MPH
Dr. Andrea Wünsch, MPH

Kontakt:

Dr. Susanne Bantel
Susanne.Bantel@region-hannover.de
Tel.: 0511/616 - 23284

Titelfoto:

Christian Behrens

Fotos:

Region Hannover, Team Medienservice, Claus Kirsch
Christian Behrens, Ralf Orłowski, freier Fotograf
designritter / photocase.com, Chepko Danil - stock.adobe.com, New Africa - stock.adobe.com,
Kathrin39 - stock.adobe.com, famveldman - stock.adobe.com, blicsejo - stock.adobe.com,
Alexander Raths - stock.adobe.com, Racle Fotodesign - stock.adobe.com, PhotoSG - stock.adobe.com,
Gargonia - stock.adobe.com, Rawpixel.com - stock.adobe.com

Gestaltung & Druck:

Region Hannover, Team Medienservice

Druck:

Region Hannover, Team Medienservice
gedruckt auf 100 % Recyclingpapier

Stand:

2022

Der Bericht ist unter www.hannover.de als Download verfügbar.