



SCHULEINGANGSUNTERSUCHUNG
BAND I – 2014



SCHULEINGANGSUNTERSUCHUNG

BAND I – 2014



Vorwort

Gesundheit bedeutet mehr als die Abwesenheit von Krankheit, sie ist der „Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens...“ (Weltgesundheitsorganisation 1948). Die Voraussetzung dazu wird bereits in der frühesten Kindheit geschaffen. Bei mangelnder Gesundheit ist eine erfolgreiche schulische Bildung kaum möglich. Als Ergebnis eines optimal geförderten ablaufenden lebensgeschichtlichen Entwicklungs- und Bildungsprozesses, sollte idealer Weise jedem Kind in der Region Hannover ein bestmöglicher Schulstart geboten werden. Zur Förderung aller Kinder vom Kleinkindalter an, ist eine frühzeitige Identifikation von Entwicklungsrisiken zu fordern.

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels kommen Gesundheits- und Bildungschancen eine noch höhere Bedeutung zu. Das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin im Fachbereich Jugend der Region Hannover liefert durch die Schuleingangsuntersuchungen einen wichtigen Beitrag. Jedes der 10.000 Kinder pro Jahrgang in der Region wird von uns vor dem Beginn der Schulzeit untersucht. Das standardisierte Untersuchungs- und Dokumentationsverfahren ermöglicht, Entwicklungsverzögerungen rechtzeitig vor Schulbeginn zu diagnostizieren und den entsprechenden Unterstützungsbedarf für ein Kind zu empfehlen und zu veranlassen.

Das Niedersächsische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (§5 Kinder- und Jugendgesundheit) beschreibt die Verpflichtung der Landkreise und kreisfreien Städte die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu schützen und zu fördern. Dazu sollen sie insbesondere mit Tageseinrichtungen für Kinder und Schulen zielgruppen- und lebensraumbezogen auf die Prävention und auf eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hinwirken.

Der Bericht präsentiert die wichtigsten schulrelevanten Untersuchungsergebnisse und ermöglicht den Städten und Gemeinden der Region Hannover, Förderbedarfe im eigenen Umfeld zu erkennen, Handlungsstrategien zu entwickeln und entsprechende präventive Leistungen und Maßnahmen zur Entwicklungsförderung der Kinder vor Ort anzubieten.



Die in diesem Bericht vorgestellten Daten verdeutlichen, dass eine erfolgreiche ganzheitliche Entwicklungs- und Gesundheitsförderung möglichst früh im Leben eines Kindes ansetzen muss. Dabei sollte sowohl die Kompetenzstärkung von Eltern und Familien im Mittelpunkt stehen als auch die Qualität der Kindertageseinrichtungen systematisch weiterentwickelt werden. „Früh im Leben“ heißt aber auch, dass wir zusammen mit dem Gesetzgeber und allen am Kindeswohl interessierten darüber verhandeln sollten, dass wir auch schon früher als „vor der Schule“ die Kinder anschauen und damit wichtige Hinweise für die Stärkung einer gesunden Entwicklung in der Vorschulzeit geben können.

Wie bereits bisherige Studien, weist auch dieser Bericht auf ein vermehrtes Vorkommen von frühkindlichen Entwicklungsverzögerungen bei Kindern aus bildungsfernen und sozial benachteiligten Familien hin. Die Region Hannover hat das strategische Ziel, Bildungs- und Teilhabechancen zu fördern.

Als Träger der Jugendhilfe, stellt sich die Region Hannover dieser Verantwortung, in dem sie mit dem Projekt „Frühe Hilfen – Frühe Chancen“ die Rahmenbedingungen für das Aufwachsen von Kindern verbessern möchte.

Es ist geplant, alle zwei Jahre in diesem Berichtsformat die Entwicklung der Lebensbedingungen der Kinder abzubilden, um die Handlungsgrundlagen zu überprüfen und neu anzupassen.



Erwin Jordan

Dezernent für Soziale Infrastruktur, Region Hannover



Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| 1. Schuleingangsuntersuchung in der Region Hannover | 6 |
| 1.1. Ziele des Berichts | 7 |
| 1.2. Gesetzliche Grundlage und Ablauf der Schuleingangsuntersuchung | 7 |
| 1.3. Untersuchungsmodell SOPHIA: Verbreitung und Strukturen | 10 |
| 1.4. Datenqualität | 10 |
| 1.5. Programme und Systematik der Auswertung | 11 |
| 2. Beschreibung der Schulanfängerkohorte 2013/14 | 12 |
| 2.1. Anzahl der untersuchten Kinder | 13 |
| 2.2. Migrationshintergrund der Kinder | 13 |
| 2.3. Bildungsgrad der Eltern | 13 |
| 2.4. Vorschulische Erziehung/Kindergartenbesuch in Jahren | 13 |
| 2.5. Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (U1-U9) | 14 |
| 3. Ergebnisse | 16 |
| 3.1. Sprache | 17 |
| 3.1.1. Methodik und Dokumentation | 17 |
| 3.1.2. Ergebnisse der Befunde | 18 |
| 3.1.3. Sprachförderkinder | 23 |
| 3.2. Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung | 25 |
| 3.2.1. Methodik und Dokumentation | 25 |
| 3.2.2. Ergebnisse der Befunde | 26 |
| 3.3. Verhalten | 30 |
| 3.3.1. Methodik und Dokumentation | 30 |
| 3.3.2. Ergebnisse der Befunde | 30 |



| | |
|---|-----------|
| 3.4. Feinmotorik | 34 |
| 3.4.1. Methodik und Dokumentation | 34 |
| 3.4.2. Ergebnisse der Befunde | 35 |
| 3.5. Grobmotorik bzw. Ganzkörperkoordination | 39 |
| 3.5.1. Methodik und Dokumentation | 39 |
| 3.5.2. Ergebnisse der Befunde | 39 |
| 3.6. Gewichtsverteilung der Kinder (Untergewicht/Übergewicht/Adipositas) | 44 |
| 3.6.1. Methodik und Dokumentation | 44 |
| 3.6.2. Ergebnisse der Befunde | 45 |
| 4. Zusammenfassung der Ergebnisse | 50 |
| 5. Handlungsempfehlungen und Konsequenzen | 54 |
| 6. Literaturverzeichnis | 58 |
| 7. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis | 60 |
| Anhang | |
| Übersicht über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung in der Region Hannover insgesamt | 64 |

1. Schuleingangsuntersuchung in der Region Hannover



1.1. Ziele des Berichts

Eine gute altersgemäße Entwicklung insbesondere in Sprache, Motorik, Verhalten, der auditiven Wahrnehmung und der Merkfähigkeit ist die Voraussetzung für den Schulerfolg eines Kindes. Diagnostizierte Entwicklungsrückstände vieler Kinder ließen sich durch gezielte vorschulische Unterstützungsmaßnahmen – sowohl häusliche als auch in den Kindertageseinrichtungen – voraussichtlich bis zum Einschulungstermin verbessern. Die Schuleingangsuntersuchung kann in diesem Zusammenhang dazu beitragen, dass entscheidende Weichenstellungen ermöglicht werden.

Der vorliegende Bericht liefert aktuelle Daten und Erkenntnisse zum Entwicklungsstand der Kinder vor der Einschulung und ermöglicht damit, Handlungsansätze und Konzepte zur vorschulischen Entwicklungsförderung zu entwickeln. Die Berichterstattung zum Entwicklungsstand der Kinder vor der Einschulung soll zukünftig regelmäßig alle zwei Jahre in Form dieses Berichtsformats erfolgen. Zielgruppen dieses Berichts sind in erster Linie alle Leistungsträger der Jugendhilfe sowie die öffentlichen Verantwortungsträger der 21 Städte und Gemeinden in der Region Hannover. Neu an dieser Berichterstattung ist, dass die Daten den Zielgruppen ermöglichen sollen, Unterstützungsbedarfe im eigenen Umfeld zu erkennen und entsprechende präventive Leistungen und Maßnahmen zur Entwicklungsförderung der Kinder vor Ort anzubieten. Hierzu werden konkrete Handlungsempfehlungen im letzten Kapitel des vorliegenden Berichts aufgezeigt.

1.2. Gesetzliche Grundlage und Ablauf der Schuleingangsuntersuchung

Im Niedersächsischen Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) ist in § 5 Abs. 2 festgeschrieben, dass die Schuleingangsuntersuchung verpflichtende Aufgabe der Kommunen ist. In der Region Hannover wird die Schuleingangsuntersuchung vom Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin des Fachbereichs Jugend durchgeführt. 24 Teams, bestehend jeweils aus einer Ärztin und einer Assistentin, die sich auf 13 Standorte in der Region Hannover verteilen, nehmen die jugendärztlichen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes und die Gesundheitsförderung vom Vorschulalter bis zum Schulabgang wahr.

Ein Jahr vor Schulbeginn werden alle schulpflichtigen Kinder chronologisch nach ihrem Alter zur Schuleingangsuntersuchung eingeladen. Der Untersuchungszeitraum erstreckt sich über das gesamte Schuljahr vor der geplanten Einschulung. Im Rahmen der Schulein-



gangsuntersuchung wird der Entwicklungs- und Gesundheitszustand überprüft und ggf. mögliche Unterstützungsbedarfe festgestellt mit anschließender Beratung der Eltern.

Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt auf der Prüfung von schulisch relevanten Fähigkeiten. Dazu gehören eine körperliche Untersuchung, ein Seh- und Hörtest, ein Test zur Erfassung des Entwicklungsstands der Motorik, der Sprache sowie der auditiven Wahrnehmung und Verarbeitung und des Verhaltens. Auffälligkeiten in diesen Bereichen können bei der Bewältigung schulischer Anforderungen Probleme bereiten. Schwächen im Bereich der auditiven Wahrnehmung und Verarbeitung bergen ein erhöhtes Risiko für die Existenz von Teilleistungsschwächen. Zusätzlich ist die Erfassung chronischer Erkrankungen, wie z.B. Asthma oder Allergien wichtig, um die Schulen im Umgang mit diesen Kindern zu beraten.

Befundkategorien

Bei der Untersuchung wird überprüft, ob Auffälligkeiten vorliegen, und falls Auffälligkeiten festgestellt werden, ob diese durch Förderung im Kindergarten oder zu Hause behoben werden können, ob die Kinder einer Therapie bedürfen oder ob sie schon in Behandlung sind.

Die Ergebnisse bzw. Befunde der durchgeführten Untersuchungen werden unterschiedlich kodiert. Eine Untersuchung ohne auffälligen Befund wird in diesem Bericht als **„kein Befund“** aufgeführt. Kinder, die sich wegen einer Auffälligkeiten bereits in ärztlicher Behandlung befinden, werden unter die Rubrik **„bereits in Behandlung“** gefasst¹.

Eine Arztüberweisung wird ausgestellt, wenn erhebliche Schwächen in einer der Kategorien festgestellt werden und nicht davon ausgegangen werden kann, dass sich dieser Befund ohne Abklärung und Therapie entscheidend bessert. In diesem Bericht wird dieser Vorgang als **„Arztüberweisung“** bezeichnet. Nach einem ausführlichen Gespräch mit den Eltern über die bestehende Auffälligkeit wird den Eltern ein Befundbericht für den behandelnden Arzt mitgegeben, damit dieser den Befund nochmals überprüfen und ggf. eine weitere Diagnostik erstellen kann bzw. bei Bedarf eine Therapie einleiten kann. Diese Arztüberweisung beinhaltet ein anonymisiertes Rückmeldeverfahren mittels Fax, in wel-

¹ unter diese Befundgruppe werden auch Kinder gefasst, deren Befund naheliegend korrigiert ist und die am Ende ihrer Therapiemaßnahme stehen.



chem der behandelnde Arzt seinen/ihren Befund eintragen und das schulärztliche Team über das weitere Verfahren informieren kann. Dieses Rückmeldeverfahren wird von den Ärzten jedoch unterschiedlich genutzt, so dass nur teilweise die Information vorliegt, ob die Eltern den Arzt aufgesucht haben. In besonders schweren Auffälligkeiten und bereits schwierigem Beratungsgespräch während der Schuleingangsuntersuchung findet eine Erinnerung statt, d.h. die Eltern werden nach ca. 6 Wochen nochmals angeschrieben, ob die Untersuchung bereits durchgeführt wurde.

Ein Befund, der aufgrund leichter Auffälligkeit keine weitere Maßnahme (wie therapeutische Intervention bzw. fachärztliche Abklärung) erfordert bzw. sich durch einfache Alltagsübungen korrigieren lässt, wird als **„Befund ohne Maßnahme“** bezeichnet. Leichte Auffälligkeiten lassen sich oft mit Unterstützung und Förderung durch das Elternhaus sowie des Kindergartens beheben. Daher wird eine eingehende Beratung über unterstützende Maßnahmen mit den Eltern durchgeführt. Hierbei werden die Schwächen des Kindes genau erklärt und entsprechende Fördermaßnahmen besprochen. Zudem stehen den Eltern diverse Informationsbroschüren mit Hinweise und Anleitungen für häusliche Förderungen zur Verfügung².

Durch das Kind verweigerte bzw. aus anderen Gründen nicht durchgeführte Untersuchungen werden als **„Untersuchung/Test nicht erfolgt“** aufgeführt³.

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung werden gemeinsam mit den Eltern besprochen und in einem Informationsbogen für die Schule (schulrelevanter Bogen) zusammengefasst. Dabei wird den Eltern erklärt, wie ihr Kind in den einzelnen Tests abgeschnitten hat, wo seine Stärken und Schwächen liegen und über möglichen Unterstützungsbedarf gesprochen. Bei starken Auffälligkeiten in Teilbereichen wird eine Überweisung für eine weitere Abklärung durch einen Facharzt oder eine Therapieempfehlung mitgegeben. Für die Schulen liefert der schulrelevante Bogen wichtige Informationen zu jedem Kind und

² Informationen/ Beratung zur Sprache, zu Zahlen und Mengen, Vorlage Familienergo, Merkblätter zu Medienkonsum, Mehrsprachigkeit, Unfallverhütung, Impfberatung, Empfehlung von Beratungsstellen (Familien- und Erziehungsberatung der Region, Beratungsstellen der Stadt Hannover o.a. Träger, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche)

³ Der Anteil der Kinder, die eine Übung verweigern oder aus anderen Gründen nicht mitmachen liegt in der Regel bei unter 1%, weshalb bei der Ergebnispräsentation und graphischen Darstellung der Ergebnisse auf diese Kategorie verzichtet wird. Die Kategorie „Untersuchung/Test nicht erfolgt“ wird jedoch in der tabellarischen Ergebnispräsentation im Anhang des Berichts zur Vollständigkeit aufgeführt.



ermöglicht eine bessere Planung von besonderen Unterstützungsangeboten. Mit dem Einverständnis der Eltern wird der schulelevante Bogen zudem an den Kindergarten des Kindes weitergeleitet. Das ermöglicht der Kindertageneinrichtung ggf. auf Unterstützungsbedarfe einzelner Kinder nochmals verstärkt einzugehen.

1.3. Untersuchungsmodell SOPHIA: Verbreitung und Strukturen

In der Region Hannover wird die Schuleingangsuntersuchung – genauso wie in 28 anderen niedersächsischen Kommunen – nach den standardisierten Untersuchungsrichtlinien SOPHIA (Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgaben) durchgeführt. Das standardisierte Untersuchungsmodell SOPHIA wurde von 1981 bis 1983 durch eine Arbeitsgruppe der Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover und der Abteilung Jugendgesundheitspflege des Gesundheitsamts der Landeshauptstadt Hannover entwickelt. Die Untersuchungs- und Qualitätsstandards wurden im Rahmen der SOPHIA Anwendergemeinschaft seitdem stetig weiterentwickelt und optimiert. Die Schuleingangsuntersuchung ist somit nach den standardisierten, für alle Untersucher verbindlichen aktuellen Richtlinien vorzunehmen und zu dokumentieren.

1.4. Datenqualität

Die Datenqualität der Einschulungsjahrgänge 2009/10 bis 2011/12 wurde vom Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (LSKN) im Jahr 2012 umfangreich überprüft. Generell wurde die Eignung der Schuleingangsuntersuchungsdaten für sozialplanerische bzw. sozialanalytische Zwecke hinsichtlich der Validität, Konsistenz, Vollständigkeit und Plausibilität der Daten, der Aussagekraft und hinsichtlich möglicher Schlussfolgerungen beurteilt. Die Beurteilung ergab, dass aufgrund der guten Datensatzqualität, die sich durch nicht vorhandene Redundanzen, wenige fehlende Werte und zugleich minimale ungültige Werte auszeichnet, statistische gesicherte Aussagen über Zusammenhänge einzelner Variablen möglich sind. Darüber hinaus lassen sich Entwicklungstendenzen aufzeigen⁴.

⁴ Arne Lehmann, Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (LSKN): Schuleingangsuntersuchungen in der Region Hannover 2009 bis 2011 (Statistisches Monatsheft-Artikel, Oktober 2013)

1.5. Programme und Systematik der Auswertung

Die Datenauswertung erfolgte anhand der beiden Statistikprogramme Epi-Info Version 3.3.2 und SPSS (Statistical Package for Social Science) Version 20. Der Datensatz setzt sich aus den 4 Einschulungsjahrgängen 2010/11 bis 2013/14 zusammen und umfasst die Daten von insgesamt 42.177 untersuchten Kindern. Für die einzelnen Auswertungsergebnisse wurden Häufigkeiten in Absolutzahlen und in Prozentangaben errechnet. Fehlende Werte bzw. keine Angaben wurden ausgewiesen. Die ausgewählten Befunde der Schuleingangsuntersuchung wurden mit bestimmten soziodemographischen Angaben korreliert. Die Kreuzauswertungen zeigen statistische Zusammenhänge der Befunde mit den Variablen Bildungsgrad, Geschlecht, Kindergartenbesuch und Migrationshintergrund, die als rein deskriptive Zusammenhänge zu verstehen sind. Die Signifikanz der Zusammenhänge sowie eine multivariate Regressionsanalyse wurden lediglich zur Überprüfung der Aussagen und Bestätigung der Signifikanz der Ergebnisse durchgeführt und werden in diesem Bericht nicht aufgezeigt.

Für die Ergebnisse der einzelnen Städte und Gemeinden wurden Durchschnittswerte über 4 Jahre gebildet. Statistische Abweichungen bedingt durch die teilweise geringen Kohorten pro Jahrgang auf lokaler Ebene können somit bei Betrachtung der Durchschnittswerte über mehrere Jahrgänge minimiert werden.

2. Beschreibung der Schulanfängerkohorte 2013/14



2.1. Anzahl der untersuchten Kinder

In der Region Hannover wurden für den Einschulungsjahrgang 2013/14 insgesamt 10.316 Kinder (52% Jungen und 48% Mädchen) untersucht, davon 10.000 Kinder durch das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin und 316 Kinder durch das Team Sozialmedizin und Behindertenberatung.

2.2. Migrationshintergrund der Kinder

39% der untersuchten Kinder haben einen Migrationshintergrund. Die Frage nach dem Migrationshintergrund lautet hier: „Aus welchem Land stammt Ihre Familie?“ und soll das subjektive Zugehörigkeitsgefühl der Familie erfassen.

2.3. Bildungsgrad der Eltern

Bei der Erhebung der Sozialdaten wird der Bildungsgrad der Eltern nach einer Formel errechnet, die sich aus den Angaben des höchsten Schul- und Berufsabschlusses⁵ und der gegenwärtigen Berufstätigkeit der Eltern ergibt. Die Angaben der Eltern werden auf freiwilliger Basis erhoben.

In der Region Hannover ergab sich folgende Verteilung, Einschulungsjahrgang 2013/14:

| Niedriger Bildungsgrad | Mittlerer Bildungsgrad | Hoher Bildungsgrad | Keine Angaben |
|------------------------|------------------------|--------------------|---------------|
| 25,5% | 36,5% | 29,9% | 8,2% |
| 2.626 | 3.768 | 3.080 | 842 |

Tabelle 1: Verteilung des Bildungsgrads der Eltern, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

2.4. Vorschulische Erziehung/ Kindergartenbesuch in Jahren

Wichtig für den erfolgreichen Besuch der Schule ist ein vorangehender Besuch einer Kindertagesstätte. Dort wird das Kind in einem strukturierten Umfeld in seinen sozialen, sprachlichen und motorischen Kompetenzen gefördert.

⁵ Der jeweils höchste schulische und berufliche Abschluss beider Elternteile wird zusammengefasst und durch ein Punktesystem bewertet und addiert. Definiert nach der internationalen Standardklassifikation ISCED (International Standard Classification of Education)



Zwischen der Länge des Kindergartenbesuchs und den einzelnen Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung kann ein Zusammenhang festgestellt werden. Kinder, die mehrere Jahre einen Kindergarten besucht haben, zeigen weniger auffällige Befunde auf als Kinder, die nur 1-2 Jahre im Kindergarten waren oder keinen Kindergarten besuchten.

Kindergartenbesuch in Jahren, Einschulungsjahrgang 2013/14:

| ohne oder abgebrochen | bis 1 Jahr | 2 Jahre | 3 Jahre | 4 Jahre | mehr als 4 Jahre | unbekannt |
|-----------------------|------------|---------|---------|---------|------------------|-----------|
| 2,3% | 2,6% | 9% | 58,8% | 16,3% | 5% | 6% |
| 234 | 272 | 932 | 6.063 | 1.685 | 513 | 617 |

Tabelle 2: Kindergartenbesuch in Jahren, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

2.5. Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (U5 bis U9)

Um Entwicklungsverzögerungen rechtzeitig zu erkennen, spielen die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9, die von den niedergelassenen Kinder- und Hausärzten durchgeführt werden, eine wichtige Rolle. Seit 2010 gibt es in Niedersachsen nach dem Gesetz zur Förderung der Gesundheit und Verbesserung des Schutzes von Kindern (NFrüherkUG) ein verbindliches Einladungs- und Meldewesen für die U5 bis U8-Untersuchungen⁶.

Bei der Schuleingangsuntersuchung wird dokumentiert, ob das Vorsorgeheft vorgelegt wurde und welche Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen wurden. Aufgrund des eingeführten Einladungs- und Meldewesen für die U5 bis U8-Untersuchungen, ist der Anteil der nicht wahrgenommenen U8 Untersuchung von 11% (Einschulungsjahrgang 2012/13) auf 5% (Einschulungsjahrgang 2013/14) zurückgegangen. Bezüglich der Teilnehmeraten an der U5 bis U7 lassen sich bislang keine Änderungen erkennen (die Raten der Nichtteilnahme an diesen Untersuchungen liegen unverändert zwischen 5% und 7%). Der Anteil der Kinder ohne U9-Untersuchung bleibt ebenfalls konstant bei rund 13%. Es ist zu erkennen, dass mit zunehmendem Alter der Kinder, die Teilnehmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen abnehmen. Mit dem verbindlichen Einladungs- und Meldewesen für die U5 bis U8 konnte immerhin die Teilnehmerate an der U8 erhöht werden.

⁶ Die Eltern bekommen vom Landesamt für Soziales, Jugend und Familie ein Einladungsschreiben mit Rückmeldekarte. Auf der Rückmeldekarte bestätigt der Kinderarzt die Durchführung der Früherkennungsuntersuchung (§3 NFrüherkUG).

Die Früherkennungsuntersuchungen (U8 und U9) können jedoch wegen unterschiedlicher Zielsetzungen die Schuleingangsuntersuchungen nicht ersetzen.

Die Früherkennungsuntersuchung U9 unterscheidet sich von der Einschulungsuntersuchung insofern, als es sich bei den Früherkennungsuntersuchungen um individualmedizinische Leistungen im Sinne einer orientierenden Erhebung des allgemeinen Entwicklungsstandes des Kindes handelt. Die Untersuchungen sind weder speziell für die Erfassung von Vorläuferfähigkeiten für die Schule ausgelegt, noch in dem Maße wie die Schuleingangsuntersuchungen standardisiert. Die Schuleingangsuntersuchung durch das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin der Region Hannover ermöglicht zudem die standardisierte Überprüfung des Seh- und Hörvermögens aller potentiellen Einschüler anhand regelmäßig überprüfter und geeichter Seh- und Hörtestgeräte⁷.

Folgende Teilnahmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 liegen für die Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 vor:

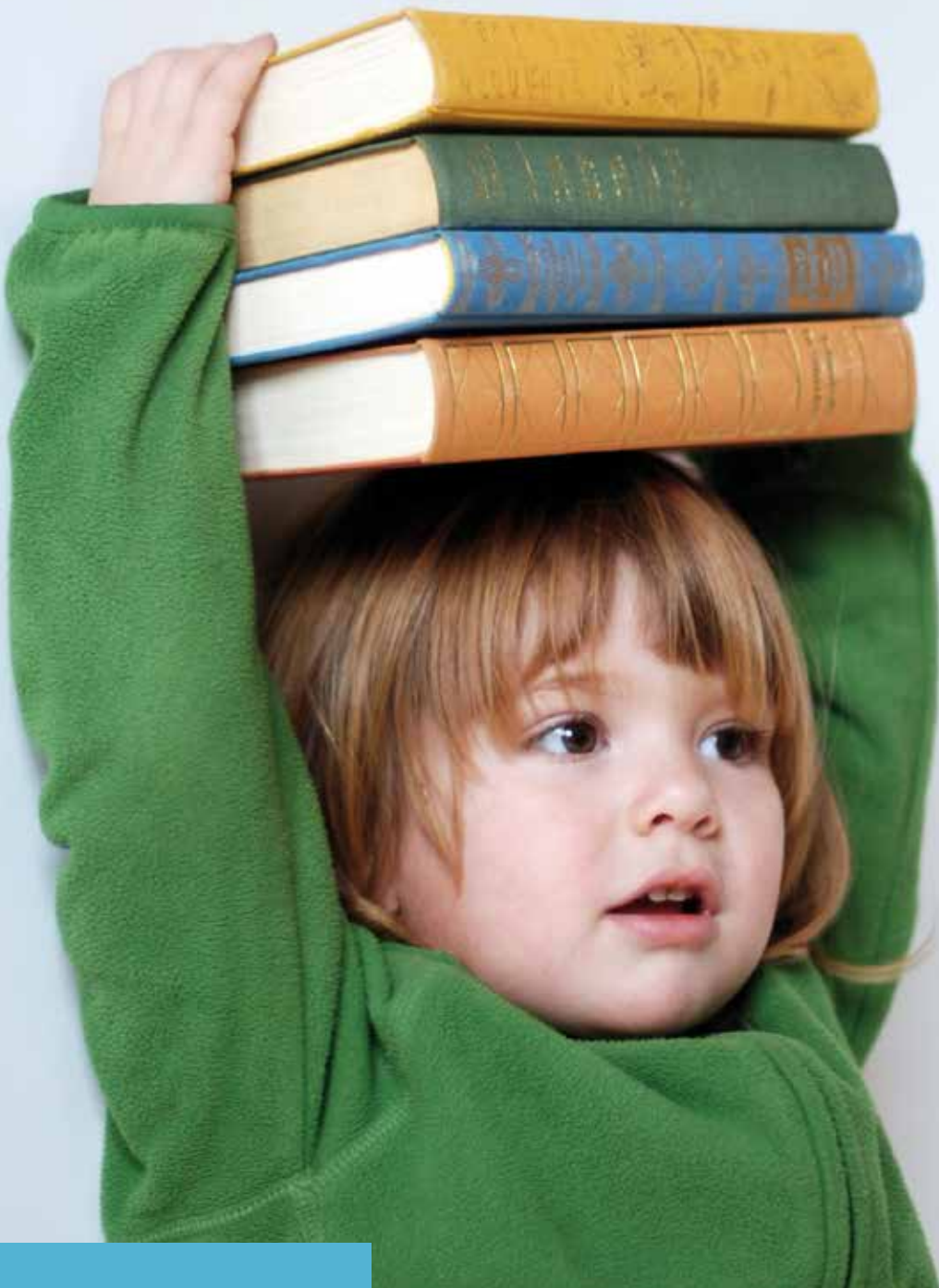
| | 2010/11 | 2011/12 | 2012/13 | 2013/14 |
|---------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| U8 | | | | |
| Untersuchung wurde durchgeführt | 82,7% | 81,9% | 83,1% | 89,4% |
| keine Untersuchung | 11,8% | 12,2% | 11,0% | 4,9% |
| Kein U-Heft vorgelegt | 5,5% | 5,8% | 6,0% | 5,7% |
| U9 | | | | |
| Untersuchung wurde durchgeführt | 80,3% | 80,0% | 81,7% | 80,9% |
| keine Untersuchung | 14,2% | 14,2% | 12,4% | 13,4% |
| Kein U-Heft vorgelegt | 5,6% | 5,8% | 5,9% | 5,6% |

Tabelle 3: Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U8-U9

⁷ Die Früherkennungsuntersuchung durch die niedergelassenen Ärzte beinhaltet zwar auch eine Überprüfung des Seh- und Hörvermögens jedoch häufig ohne Seh- und Hörtestgeräte.



3. Ergebnisse



Wie eingangs beschrieben liegt der Schwerpunkt der Schuleingangsuntersuchung auf der Feststellung von Fähigkeiten in Bereichen, die für den späteren Schulerfolg wichtig sind.

Der vorliegende Bericht führt die Ergebnisse zur Sprachüberprüfung, zur Motorik, zur auditiven Wahrnehmung und Verarbeitung, zum Verhalten sowie zur Gewichtsbeurteilung zusammen. Die Ergebnisse zur körperlichen Untersuchung, zum Seh- und Hörtest werden in diesem Bericht nicht aufgeführt, weil es sich hierbei weniger um verallgemeinerbare Befunde in Bezug auf den Gesundheitszustand und den Entwicklungsstand der Kinder in einer Stadt oder Gemeinde handelt, auf den man mit gezielten Förderprogrammen reagieren könnte, sondern vielmehr um individuelle medizinische Befunde. Etwa 10% der Kinder tragen eine Brille, bei weiteren rund 8% zeigt der Sehtest die Notwendigkeit einer augenärztlichen Untersuchung. 3% zeigen bei der Untersuchung einen auffälligen Hörtest, ebenfalls rund 3% sind deswegen bereits in Behandlung.

3.1. Sprache

Zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung ist die Sprachentwicklung eines Kindes im Normalfall in allen wesentlichen Bereichen abgeschlossen, das heißt, in der Lautbildung und Satzstellung haben sie die Qualität der Erwachsenensprache weitgehend erreicht.

3.1.1. Methodik und Dokumentation

Sprachauffälligkeiten werden dokumentiert, wenn eine Störung der Aussprache und der Oralmotorik, eine Verzögerung der Sprachentwicklung wie Dysgrammatismus oder Wortschatzarmut, eine Störung im Redefluss und Ablauf der Rede wie Stottern, Poltern oder unartikulierte Sprechen oder eine Klangstörung der Sprache wie Rhinophonie vorliegen⁸. Die Feststellung einer Sprachauffälligkeit erfolgt anhand standardisierter Tests, durch welche die Artikulation, die Worterkennung, die Grammatik und die auditive Wahrnehmung durch Nachsprechen von Silben und Zahlen überprüft werden. Kinder mit Migrationshintergrund und möglichen mangelnden Deutschkenntnissen weisen in dieser Überprüfung öfter Sprachauffälligkeiten auf (wie etwa eingeschränkter Wortschatz oder Unsicherheiten im Artikelgebrauch in der deutschen Sprache).

⁸ Da das Spektrum der diagnostizierten Sprachauffälligkeiten relativ umfangreich ist, soll es zukünftig eine differenziertere Dokumentation und Berichterstattung zu dieser Befunderfassung geben. Erste Ergebnisse dazu werden voraussichtlich im nächsten Bericht veröffentlicht.



3.1.2. Ergebnisse der Befunde

Für die Region Hannover ergaben sich für den Einschulungsjahrgang 2013/14 folgende Sprachbefunde:

| | |
|-------|---|
| 51,9% | wiesen einen altersgemäßen Sprachbefund auf („kein Befund“) |
| 6,3% | benötigten unserer Meinung nach eine Sprachtherapie – zu einem Zeitpunkt, der im Zeitablauf der Sprachentwicklung als sehr spät angesehen werden kann. (Arztüberweisung bzw. „Überweisung“ zur weiteren ärztlichen Abklärung) |
| 15,9% | befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in logopädischer Betreuung (Sprachtherapie); („In Behandlung“) |
| 25,2% | zeigten leichte Sprachauffälligkeiten (Restbefund nach Therapie, Lispeln, Unsicherheiten im Artikelgebrauch und der Grammatik bei mehrsprachigen Kindern); („Befund ohne Maßnahme“) |

Tabelle 4: Sprachbefunde aller Kinder aus der Region Hannover in Prozent (n=10.316)

Die Entwicklung der letzten vier Jahre zeigt, dass sich zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung bereits 16% der Kinder in einer Sprachtherapie oder logopädischen Behandlung befanden und weitere 6% der Kinder zur ärztlichen Abklärung überwiesen wurden. Der Anteil der Kinder mit leichten Sprachauffälligkeiten bzw. einem „Befund ohne Maßnahme“ bleibt über die Jahre relativ hoch (20%-25%) und sollte daher genauer erläutert werden, denn Sprachauffälligkeiten sind zahlreich und vielfältig, und nur einige bedürfen therapeutischer Intervention.

Unter den Kindern mit leichten Sprachauffälligkeiten finden sich Kinder, die noch eine leichte Artikulationsschwäche vor allem der Zischlaute „s“ und „sch“ zeigen, oft befinden sich diese Kinder jedoch gerade im Zahnwechsel, so dass sich diese leichten Auffälligkeiten erfahrungsgemäß im Verlauf von alleine bessern. Alle gravierenden Artikulationsstörungen, sowie gesicherte Sprachentwicklungsverzögerungen bedürfen jedoch einer logopädischen Therapie. Leichte Sprachauffälligkeiten zeigen zum Großteil auch mehrsprachige Kinder, die in der deutschen Sprache noch einen leichten Dysgrammatismus aufweisen. Daher spiegelt sich in den Ergebnissen sicherlich auch die Zunahme von Kindern mit Migrationshintergrund von 3% Punkten seit dem Einschulungsjahrgang 2010/11.

Um gerade den mehrsprachig aufwachsenden Kindern einen guten Start in die Schule zu ermöglichen, gibt es gemäß dem Niedersächsischen Schulgesetz vorschulische Sprachför-

dermaßnahmen, an denen die Kinder im Jahr vor der Einschulung teilnehmen müssen. Der Sprachstand wird bei der Anmeldung der Kinder an der Grundschule 15 Monate vor der geplanten Einschulung erhoben.

Alle diese „Sprachförderkinder“ werden ebenso wie die potentiellen Einschüler von den Schulen an die schulärztlichen Dienststellen gemeldet und im Rahmen einer Sprachförderuntersuchung untersucht. Der Untersuchungsablauf gleicht im Wesentlichen der Schulleitungsuntersuchung und dient zur Abklärung weiterer Unterstützungsbedarfe oder auch möglicher therapeutischer Interventionen (siehe Kapitel 3.1.3 Sprachförderkinder).

Abbildung 1.1. zeigt die Entwicklung der Sprachbefunde der letzten vier Jahre. Der Anteil der Kinder, die sich aufgrund einer Sprachauffälligkeit in Behandlung befinden steigt leicht an, ebenso nimmt der Anteil der Kinder, die nur leichte Sprachauffälligkeiten zeigen zu. Der Anteil der Kinder, die keine Sprachauffälligkeiten bzw. keinen Befund aufwiesen sank von 58,7% (Einschulungsjahrgang 2010/11) auf 51,9% (Einschulungsjahrgang 2013/14).

Das Sprachvermögen eines Kindes wird von mehreren Variablen wie Bildungsgrad der Eltern, Geschlecht, Kindergartenbesuch und Migrationshintergrund beeinflusst.

Abbildung 1.2 zeigt, dass zwischen den Sprachbefunden und dem Bildungsgrad der Eltern eine Abhängigkeit besteht. Die Auswertung zeigt eine zunehmende Anzahl an Auffälligkeiten mit abnehmendem Bildungsgrad des Elternhauses. Abbildung 1.3 verdeutlicht geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich des Spracherwerbs bzw. der Sprachauffälligkeiten. So befinden sich mehr Jungen als Mädchen bereits in Behandlung oder bekommen eine ärztliche Abklärungsempfehlung ausgesprochen.

Auch der Migrationshintergrund und die vorschulische Bildung bzw. der Kindergartenbesuch beeinflussen das Sprachvermögen der Kinder (Abbildung 1.4 und 1.5). So nehmen die Sprachauffälligkeiten mit der Anzahl der besuchten Kindergartenjahre ab (Abbildung 1.4).

Die Region Hannover fördert entsprechend ihrer Richtlinie zur ‚Qualitätsentwicklung in Kindertageseinrichtungen‘ die Sprachentwicklung von Kindern im Elementarbereich auf verschiedenen Ebenen. Nach Maßgabe der Landesrichtlinie zum Erwerb der deutschen Sprache hat die Region die Fördermaßnahme „Wortschatz – Region Hannover“ entwickelt, in der die Teams von Kindertageseinrichtungen praxisbegleitend qualifiziert werden. Die Maßnahme stärkt die sprachförderlichen Kompetenzen der pädagogischen Fachkräfte mit dem Ziel, Sprachbildung und Sprachförderung in den Alltag von Kindertageseinrichtungen



zu integrieren und die Sprachentwicklung aller Kinder im Krippen- und Kindergartenalter optimal zu begleiten und zu fördern. Aussagen zu Auswirkungen dieser Unterstützungsmaßnahme auf die Sprachkompetenz der Kinder lassen sich derzeit noch nicht machen, da diese Maßnahme erst seit 2013 umgesetzt wird.

Darüber hinaus bietet die Region Hannover für Kinder mit erhöhtem Sprachförderbedarf im Alter von drei bis fünf Jahren in Kindertageseinrichtungen eine Förderung in Kleingruppen an. Adressaten dieser Unterstützung sind drei- bis fünfjährige Kinder mit Migrationshintergrund und/oder aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Ferner richtet sich das sogenannte „Rucksackprojekt“ an Eltern und Kinder mit Migrationshintergrund. Es fördert den Spracherwerb des Kindes über die Herkunftssprache. Durch die Anleitung von Elterngruppen werden konkrete Themen parallel in der Erstsprache sowie in deutscher Sprache in der Kindertageseinrichtung aufgegriffen. Gleichzeitig werden durch die Inhalte des Projektes die Eltern in ihren erzieherischen Kompetenzen gestärkt. Des Weiteren werden vor dem Hintergrund ihrer sprachbildenden Wirkung zeitlich begrenzte Projekte in Kindertageseinrichtungen im Bereich Naturwissenschaften, bildende und darstellende Künste gefördert.

Abb. 1.1: Entwicklung der Sprachbefunde, Einschulungsjahrgänge 2010/11 - 2013/14

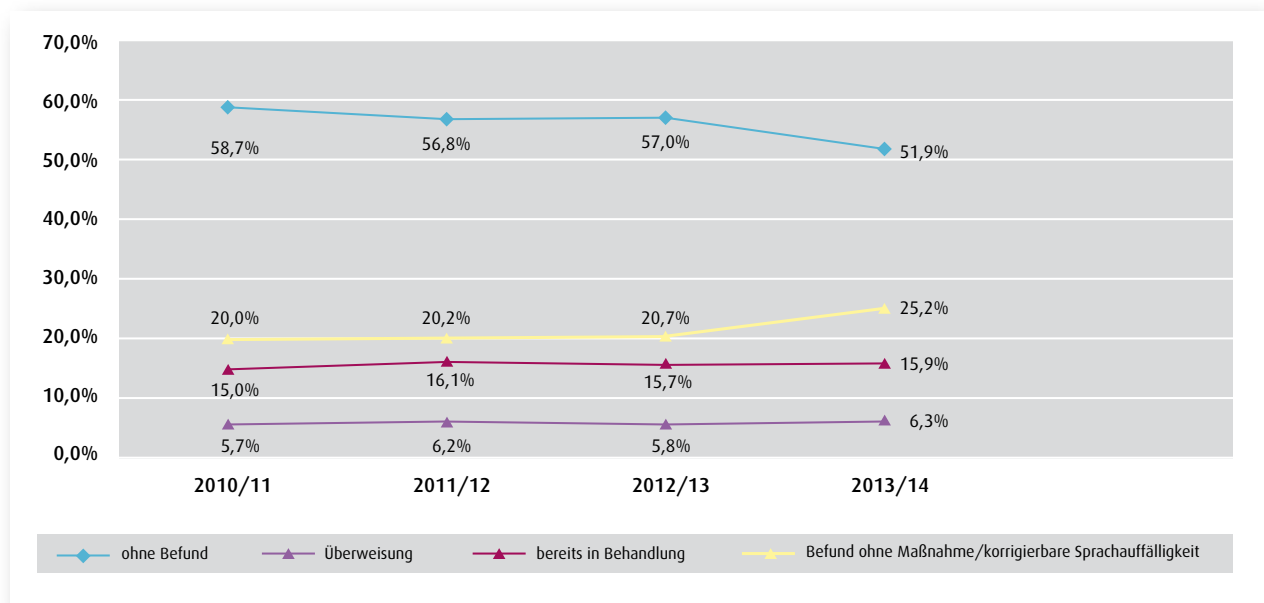


Abb. 1.2: Sprachbefunde differenziert nach dem Bildungsgrad, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

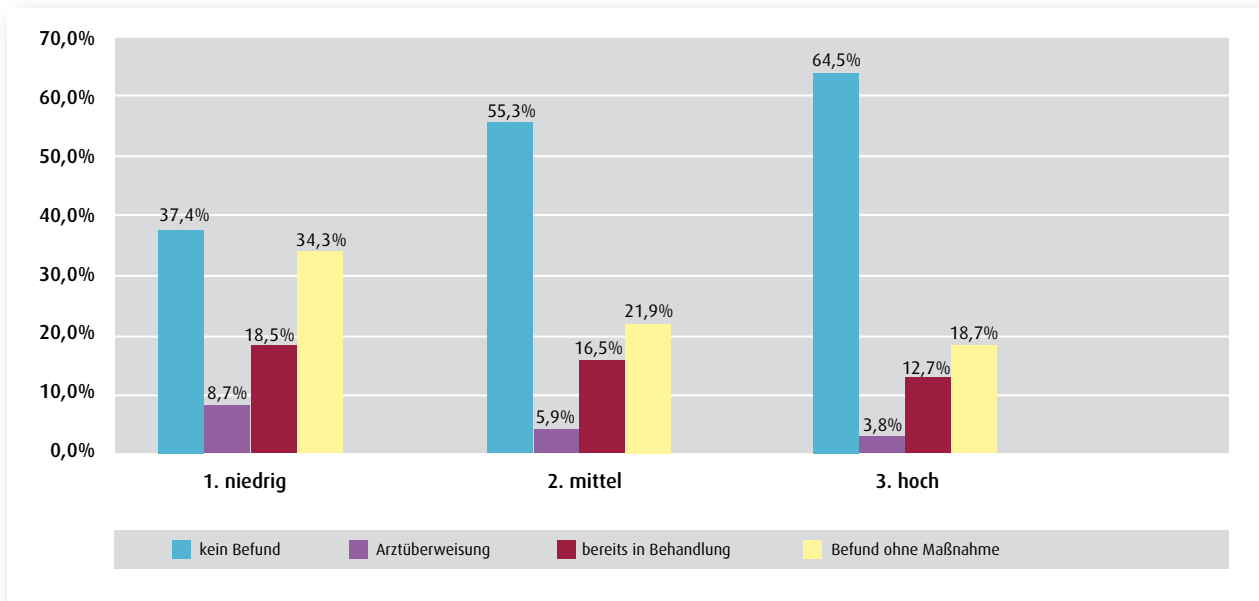


Abb. 1.3: Sprachbefunde differenziert nach Geschlecht, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

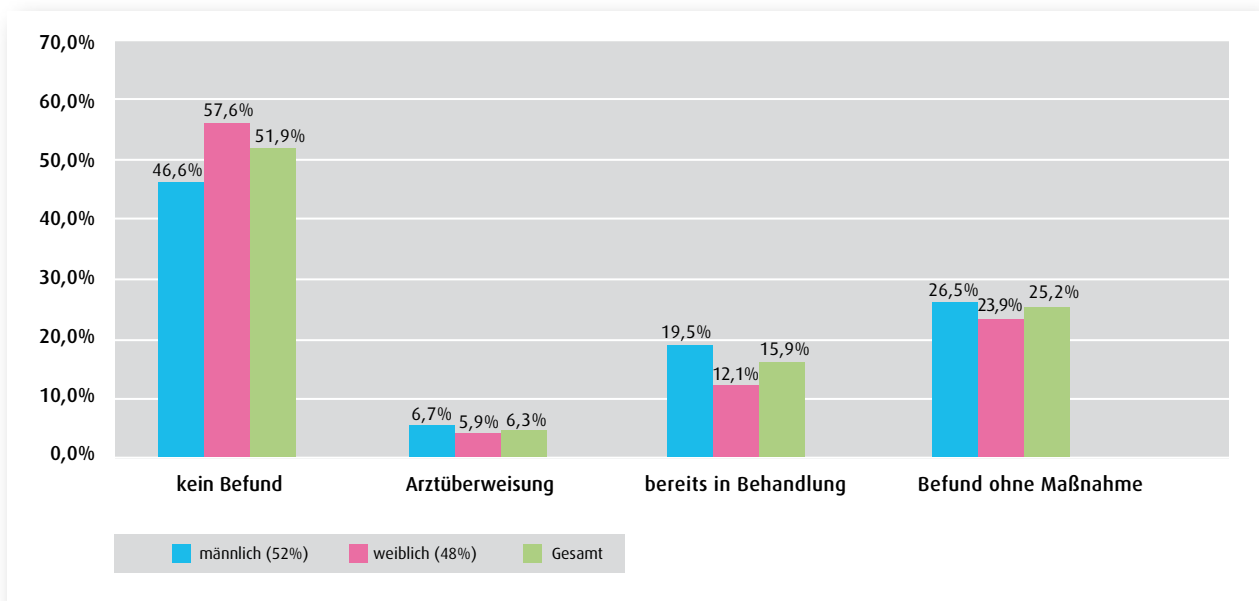


Abb. 1.4: Sprachbefunde differenziert nach der Anzahl der besuchten Kindergartenjahre, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

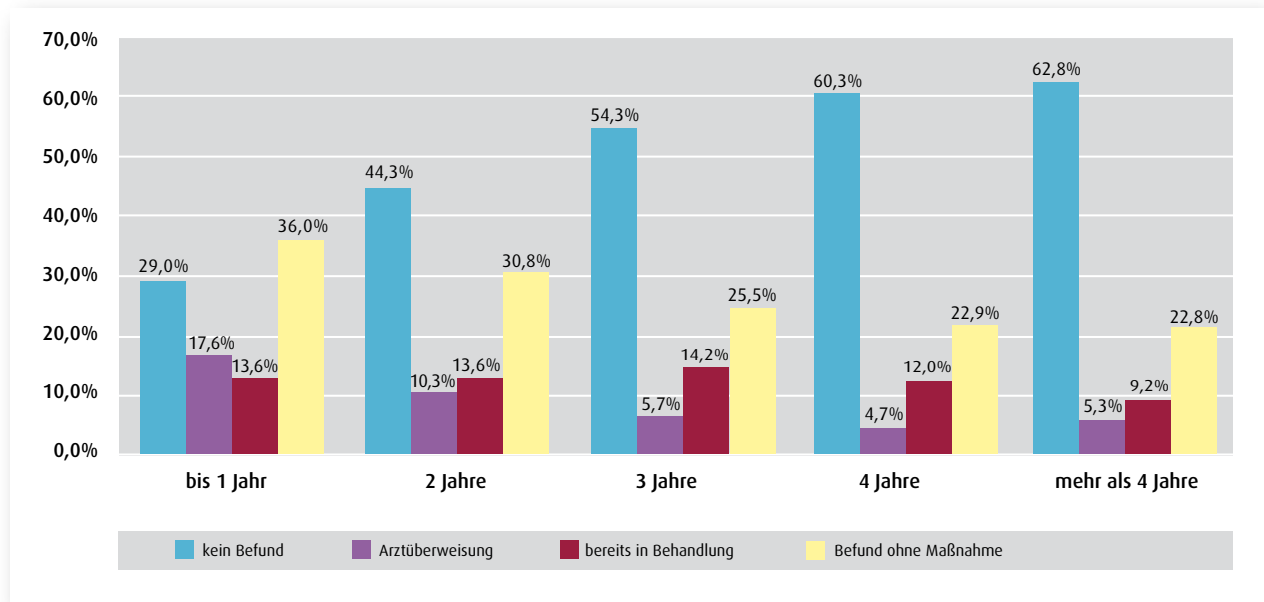


Abb. 1.5: Sprachbefunde differenziert nach Migrationshintergrund, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

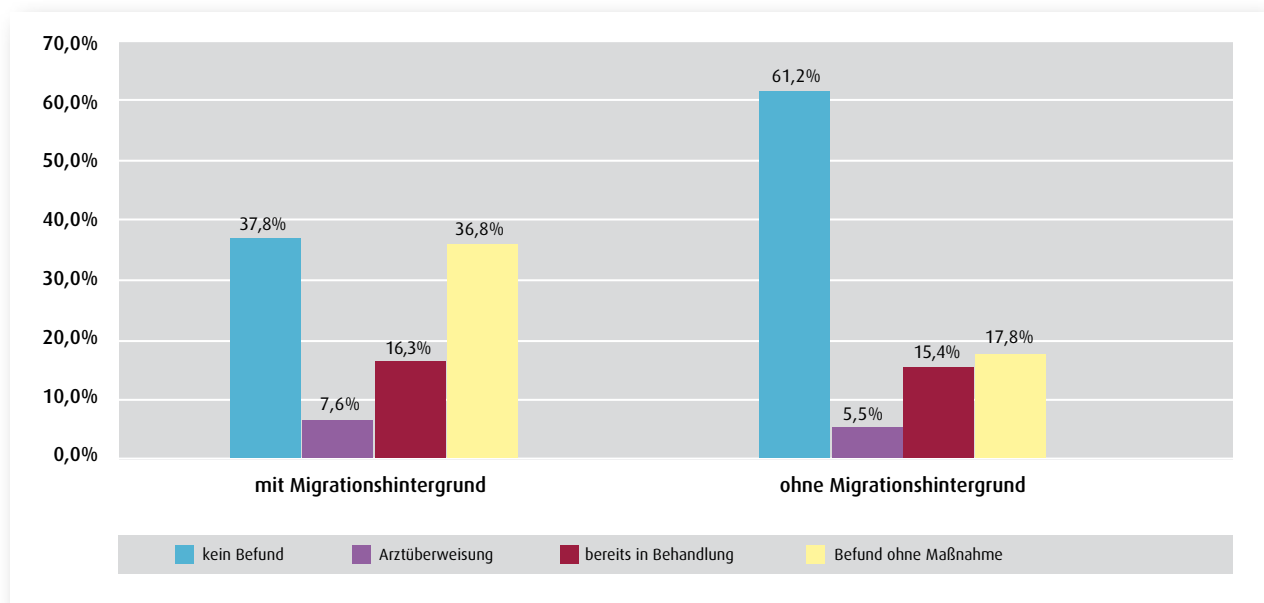
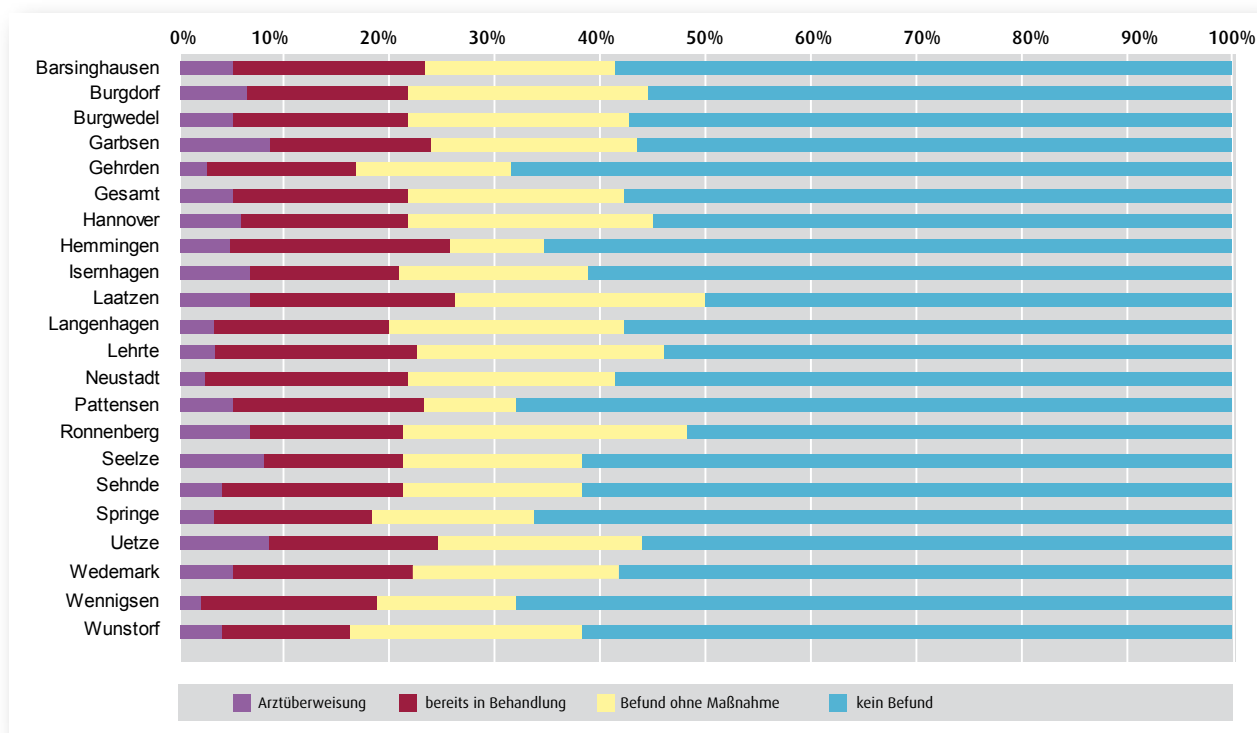


Abb. 1.6: Sprachbefunde zu allen Städten und Gemeinden der Region Hannover alphabetisch sortiert, Durchschnitt aller Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 (n= 42.158)⁹



3.1.3. Sprachförderkinder

Bereits ein Jahr vor Einschulung werden die Kinder, bei denen im Schulanmeldeverfahren durch die Pädagogen der Grundschulen ein zusätzlicher Bedarf an Sprachförderung festgestellt wurde, durch das schulärztliche Team untersucht. Es hat sich herausgestellt, dass ein Sprachförderbedarf oft mit anderen Entwicklungsschwächen kombiniert ist, weshalb diese Kinder bereits Teile der Schuleingangsuntersuchung durchlaufen, um evtl. zusätzliche Unterstützungsbedarfe festzustellen. Von der Schule aus erhalten diese Kinder im letzten Jahr vor der Einschulung Sprachförderung „Fit in Deutsch“. Am Ende der Sprachförderung werden diese Kinder erneut zur regulären Schuleingangsuntersuchung eingeladen. 1.798 bzw. 17,4% der Kinder des Einschulungsjahrgangs 2013/14 nahmen am vorschulischen Sprachförderunterricht der Grundschulen teil.

⁹ Für diese Darstellung wurde der Mittelwert aus den vier Einschulungsjahrgängen herangezogen, um größere Fallzahlen und damit gesicherte Aussagen zu den einzelnen Städten und Gemeinden zu machen. In der Abbildung steht der Befund der Arztüberweisung im Vordergrund, da sich anhand dieser Kategorie die Dringlichkeit eines Handlungsbedarfs ableiten lässt.

Ergebnisse zum Befund Sprache vor Teilnahme am vorschulischen Sprachförderunterricht:

| | Ohne Befund | Arztüberweisung | Bereits in Behandlung | Nicht durchgeführt/verweigert | Befund ohne Maßnahme | Gesamt |
|--------|-------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------|
| Anzahl | 150 ¹⁰ | 229 | 322 | 60 | 848 | 1.609 ¹¹ |
| % | 9,3% | 14,2% | 20,0% | 3,8% | 52,7% | 100,0% |

Tabelle 5: Befunde zur Sprache vor Teilnahme am vorschulischen Sprachförderunterricht

Ergebnisse zum Befund Sprache nach Teilnahme am vorschulischen Sprachförderunterricht:

| | Ohne Befund | Arztüberweisung | Bereits in Behandlung | Nicht durchgeführt/verweigert | Befund ohne Maßnahme | Gesamt |
|--------|-------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------|
| Anzahl | 362 | 182 | 409 | 18 | 827 | 1.798 ¹² |
| % | 20,1% | 10,1% | 22,7% | 1,0% | 46,0% | 100,0% |

Tabelle 6: Befunde zur Sprache nach Teilnahme am vorschulischen Sprachförderunterricht

Die Ergebnisse zum Befund Sprache vor und nach Teilnahme am Sprachförderunterricht zeigen, dass durch die frühzeitige schulärztliche Untersuchung dieser Kinder der Anteil der Arztüberweisungen zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung geringer ist und mehr Kinder rechtzeitig in Behandlung gebracht werden konnten. Dies betrifft auch die anderen Befunde wie Motorik, Verhalten und zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung. Das Verfahren der vorgezogenen Schuleingangsuntersuchung für sprachauffällige Kinder hat sich somit bewährt und ermöglicht es diesen Kindern noch vor der Einschulung frühzeitig eine Therapie bzw. ein Unterstützungsprogramm anzubieten.

¹⁰ Der Anteil der 150 Kinder ohne Befund vor dem Sprachförderunterricht erklärt sich damit, dass die Sprachstandserhebungen an den Schulen nicht standardisiert sind und häufig nach Herkunftssprache der Familie entschieden wird.

¹¹ Kinder, die bereits mit dem Sprachförderunterricht begonnen haben und dann erst zur schulärztlichen Untersuchung kommen, sind hier nicht erfasst.

¹² Von den Sprachförderkindern haben 85% Migrationshintergrund und 50% stammen aus einem Elternhaus mit niedrigem Bildungsgrad.

Während der Schuleingangsuntersuchung wird außerdem die Verständigung über die deutsche Sprache mit dem Kind dokumentiert¹³:

| Verständigung über die deutsche Sprache | Anzahl (n) | Anteil (%) |
|--|--------------|-------------|
| Das Kind spricht fehlerfrei und flüssig deutsch | 378 | 21,0% |
| Das Kind spricht flüssig deutsch, jedoch mit leichten Fehlern | 830 | 46,2% |
| Das Kind spricht flüssig deutsch, jedoch mit erheblichen Fehlern | 436 | 24,2% |
| Das Kind spricht nur radebrechend (gebrochen) deutsch | 107 | 6,0% |
| Das Kind spricht kein deutsch | 28 | 1,6% |
| Ohne Angaben | 19 | 1,1% |
| Gesamt | 1.798 | 100% |

Tabelle 7: Verständigung über die deutsche Sprache mit dem Kind nach Teilnahme am vorschulischen Sprachförderunterricht

3.2. Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung

Eine gute zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung ist eine entscheidende Vorläuferfähigkeit für ein altersgerechtes Lernen und stellt somit einen wichtigen Bereich für die Beurteilung von Schulfähigkeit dar.

3.2.1. Methodik und Dokumentation

Zur Beurteilung der Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung zählen die drei großen Bereiche Visuomotorik, auditive Differenzierung und auditive Merkfähigkeit. Die Visuomotorik wird mit dem visuomotorischen Schulreife-test VRST (G.Esser und R.-M. Stöhr) geprüft, hier sollen die Kinder einen Mensch malen, welcher dann hinsichtlich Ausführung und Anteil von paarigen Körperteilen ausgewertet wird. Die auditive Differenzierung wird mit dem Mottier-Test erfasst, hier müssen mehrsilbige Pseudowörter wiederholt werden, fakultativ wird der Test Wortergänzung (aus dem psycholinguistischen Entwicklungstest, PET, von Angermaier) herangezogen, in welchem Wörter richtig ergänzt werden sollen. Die auditive Merkfähigkeit wird mit dem Zahlenfolgegedächtnis (aus dem psycholinguistischen Entwicklungstest, PET, von Angermaier) überprüft. Hier müssen verschiedene lange Zahlenfolgen korrekt nachgesprochen werden. Die Auswertung des Mottier-Testes, der Wortergänzung und des Zahlenfolgetestes erfolgt anhand von altersspezifischen Normwerten.

¹³ Diese Dokumentation zur Verständigung über die deutsche Sprache wurde für die Schuleingangsuntersuchung des Einschulungsjahrgangs 2013/14 neu eingeführt. Eine Erhebung für die Kinder vor Teilnahme am vorschulischen Sprachförderunterricht liegt uns deshalb noch nicht vor.



3.2.2. Ergebnisse der Befunde

| | |
|-------|--|
| 67,1% | wiesen keinen auffälligen Befund in der Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung auf |
| 6,5% | erhielten eine Arztüberweisung |
| 5,8% | waren wegen einer Auffälligkeit in der Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung bereits in ärztlicher Behandlung |
| 19,9% | zeigten leichte Auffälligkeiten in der Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung |

Tabelle 8: Befunde zur Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung aller Kinder aus der Region Hannover in Prozent (n=10.316)

Die Entwicklung der Befunde zur zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung über die letzten Jahre zeigt, dass die Anzahl der Kinder, die sich zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bereits in Behandlung befanden von 5% auf fast 6% leicht angestiegen ist. Die Anzahl der ärztlichen Abklärungsempfehlungen ist mit rund 6% über die Jahre relativ konstant geblieben und die leichten Auffälligkeiten schwanken um die 20%.

Die Daten zur Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung zeigen einen Zusammenhang zum Bildungsgrad der Eltern der untersuchten Kinder. Die Auffälligkeiten nehmen mit zunehmendem Bildungsgrad ab. Auch das Geschlecht hat einen Einfluss, so sind fast doppelt so viele Jungen (n=393) wie Mädchen (n=207) bereits in Behandlung wegen Auffälligkeiten in der Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung.

Die Kreuzauswertung zum Kindergartenbesuch legt nahe, dass ein Besuch des Kindergartens von mehreren Jahren einen Einfluss auf die Entwicklung der zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung des Kindes hat. So zeigt die Abbildung 2.4., dass Kinder, die mehrere Jahre einen Kindergarten besucht haben, weniger Auffälligkeiten in diesem Bereich aufzeigen. Dabei sind überlagernde Einflüsse des Bildungsgrades zu berücksichtigen.

Abbildung 2.5. zeigt, dass sich etwas mehr Kinder ohne Migrationshintergrund bereits in Behandlung befinden, dafür aber für etwas mehr Kinder mit Migrationshintergrund eine Arztüberweisung ausgesprochen wurde.

Abb. 2.1: Entwicklung der Befunde zur Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung, Einschulungsjahrgänge 2010/11 - 2013/14

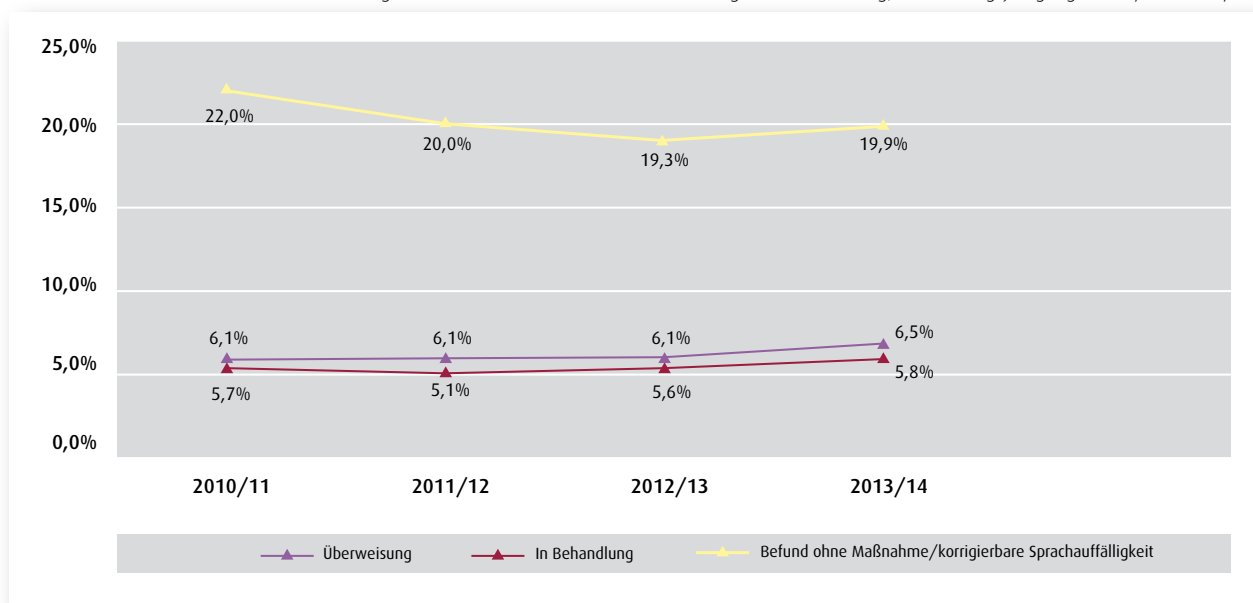
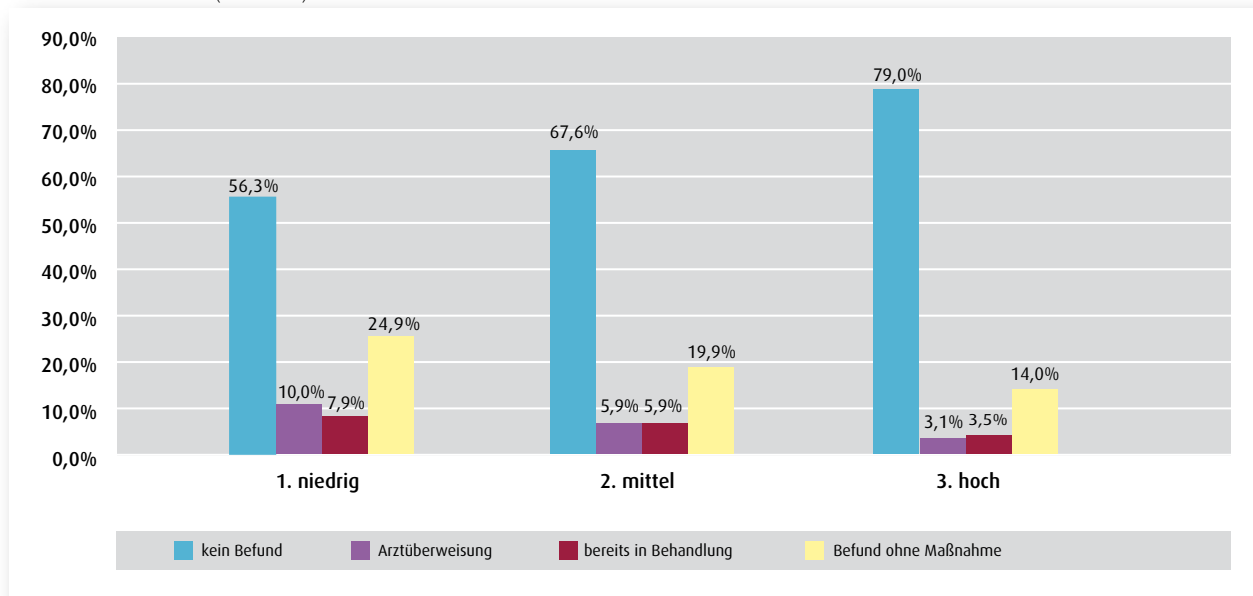


Abb. 2.2: Befunde zur Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung nach Bildungsgrad, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)



8,2% der Eltern haben keine Angaben zum Bildungsgrad gemacht

Abb. 2.3: Befunde zur Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung differenziert nach Geschlecht, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

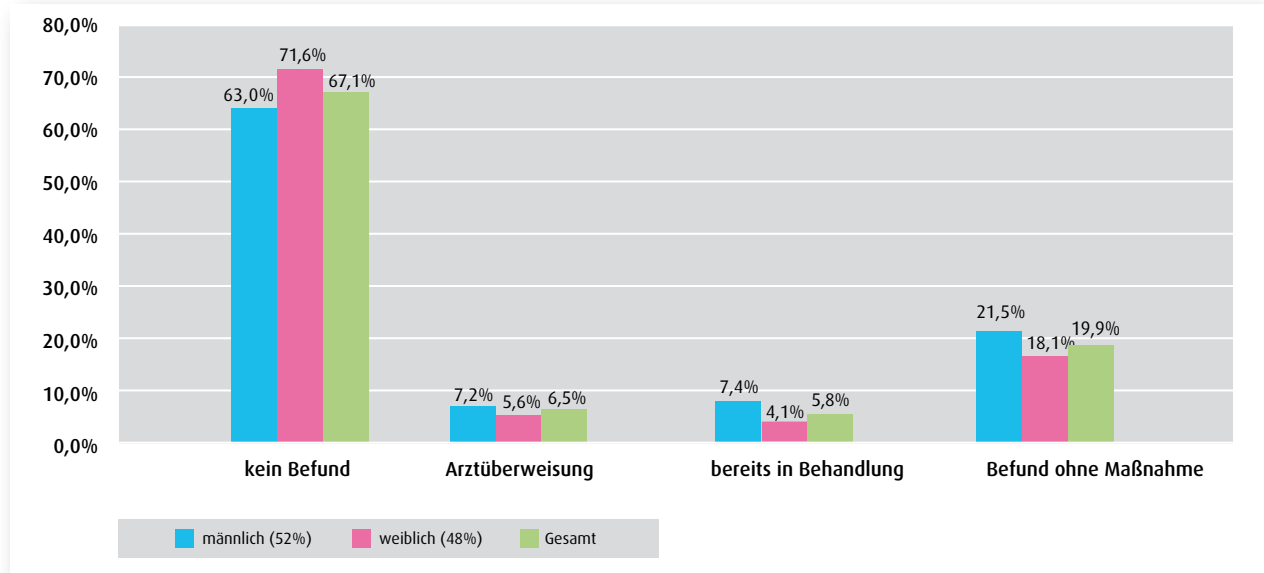


Abb. 2.4: Befunde zur Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung und Anzahl der besuchten Kindergartenjahre, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

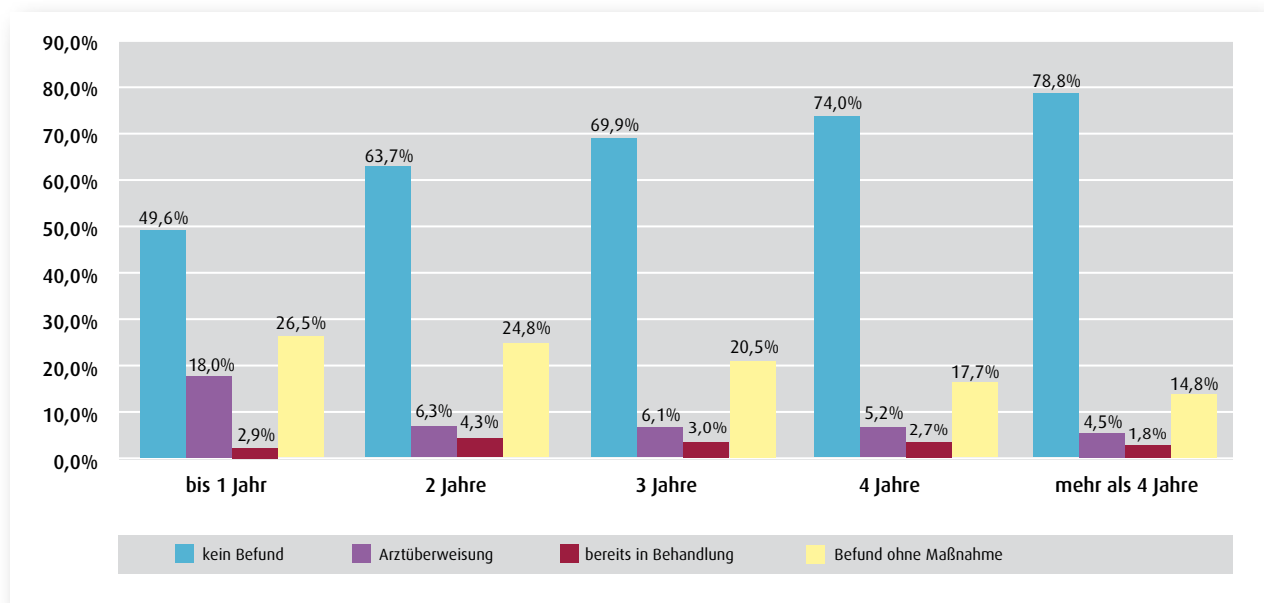


Abb. 2.5: Befunde zur Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung differenziert nach Migrationshintergrund, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

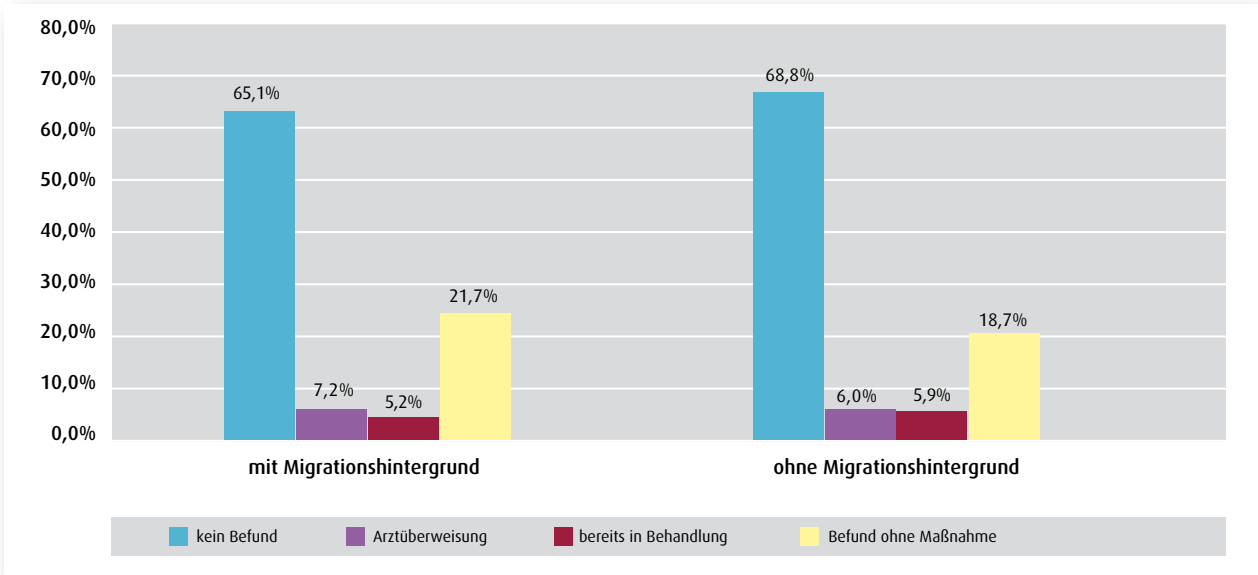
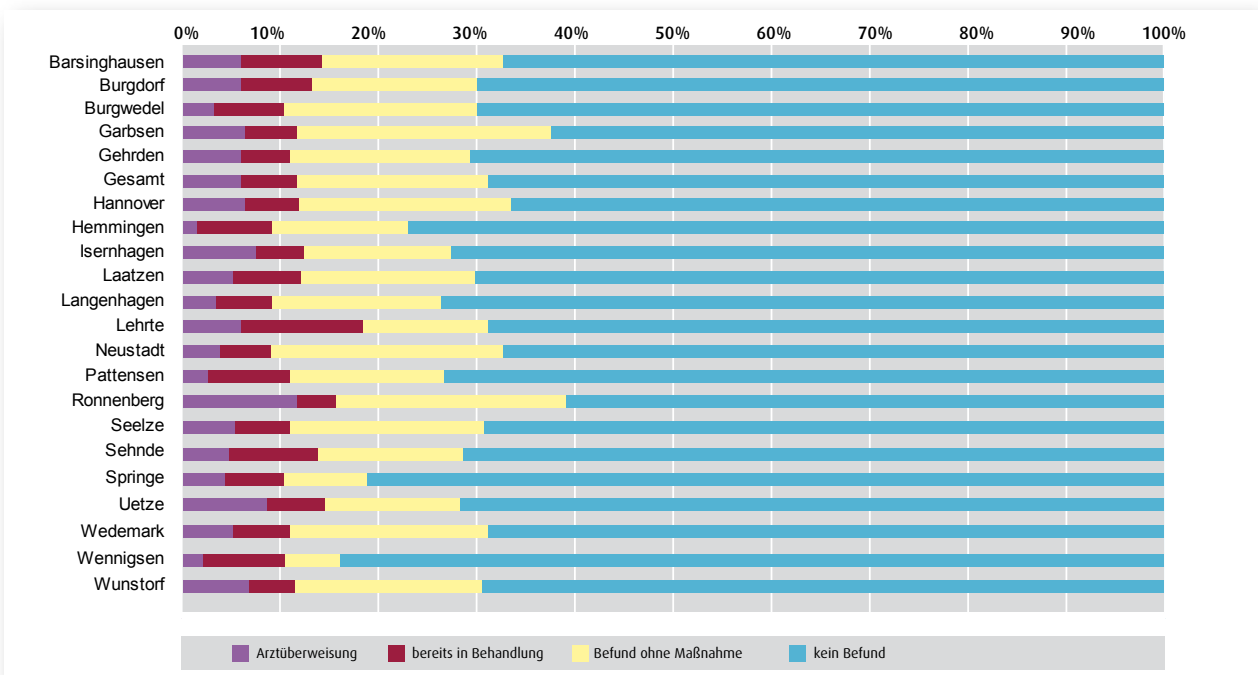


Abb. 2.6: Befunde zur Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung zu allen Städten und Gemeinden der Region Hannover alphabetisch sortiert, Durchschnitt aller Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14(n= 42.158)



3.3. Verhalten und Psyche

Eine stabile soziale und emotionale Persönlichkeitsentwicklung ist wichtig für ein erfolgreiches Bewältigen der schulischen Anforderungen.

3.3.1. Methodik und Dokumentation

Die Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten/psychischen Problemen erfolgt anhand der Beobachtung von Verhalten und Interaktion des Kindes in der Untersuchungssituation¹⁴, zudem fließen Angaben von Eltern/Begleitpersonen und Erzieher/innen mit ein. Vor der Untersuchung können die Eltern auf freiwilliger Basis einen Fragebogen, den sogenannten „Strength and Difficulties Questionnaire“ (SDQ), zum Verhalten Ihres Kindes ausfüllen. Der SDQ-Fragebogen ist ein validiertes, standardisiertes und international anerkanntes Verfahren für das Feststellen psychischer Probleme. Die Auswertung der einzelnen Subscores des Fragebogens (Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Probleme, Probleme mit Gleichaltrigen, Hyperaktivität) wird zur Beurteilung herangezogen und dient als Grundlage für Beratungsgespräche.

3.3.2. Ergebnisse der Befunde

Für die Region Hannover ergaben sich für den Einschulungsjahrgang 2013/14 folgende Befunde zum Verhalten:

| | |
|--------------|---|
| 66,8% | der Kinder zeigten keinen auffälligen Befund |
| 3,2% | der Kinder erhielten eine Arztüberweisung |
| 6,3% | der Kinder befanden sich bereits in Behandlung |
| 23,7% | der Kinder zeigten leichte Auffälligkeiten |

Tabelle 9: Befunde zum Verhalten aller Kinder aus der Region Hannover in Prozent (n=10.316)

Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, dass der Anteil der Kinder, die zur ärztlichen Abklärung überwiesen wurden, von fast 4% auf 3% zurück gegangen ist. Der Anteil der Kinder, die sich zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bereits in Behandlung befanden, liegt fast unverändert bei 6,3%. Der Anteil der Kinder mit leichten Verhaltensauffälligkeiten ist von 20% auf 23,7% angestiegen.

¹⁴ Die Beurteilung des Verhaltens des Kindes durch die Ärztin unterliegt zwar einer gewissen Subjektivität und dient deshalb nur als Ergänzung zur Auswertung des SDQ-Fragebogens. Ferner muss berücksichtigt werden, dass das Verhalten eines Kindes in dieser Untersuchungssituation von seinem Alltagsverhalten abweichen kann.

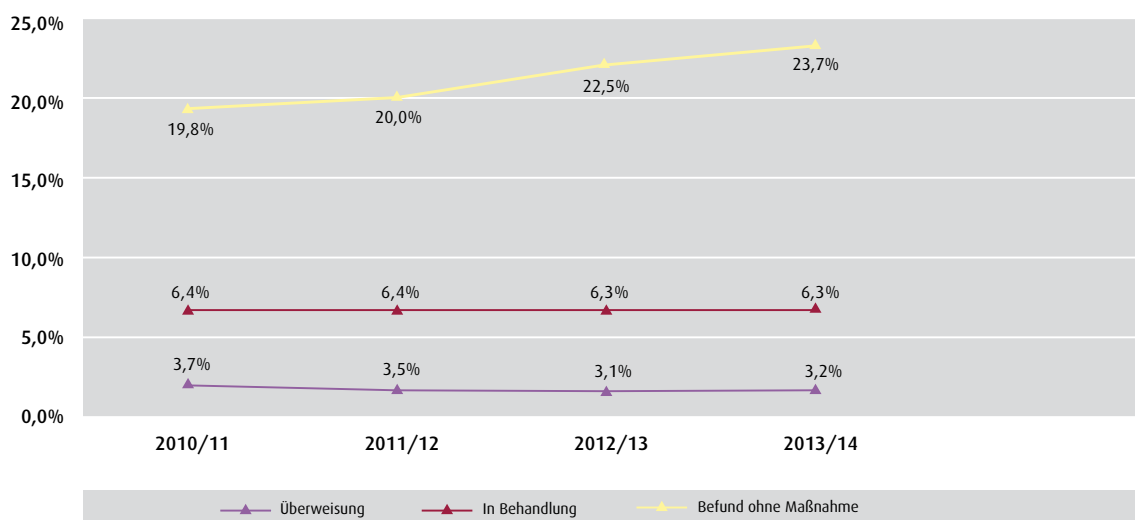
Der Bildungshintergrund der Eltern hat einen Einfluss auf das Verhalten der Kinder. Kinder aus bildungsfernen Familien weisen einen höheren Anteil an Auffälligkeiten im Verhalten auf als Kinder aus Familien mit mittlerem oder höherem Bildungsgrad¹⁵.

Jungen zeigten häufiger Auffälligkeiten im Verhalten und waren öfter bereits in psychologischer oder therapeutischer Behandlung als Mädchen.

Die Länge des Kindergartenbesuchs hat einen Einfluss auf das Verhalten und die psychische Entwicklung der Kinder. Mit der Anzahl der besuchten Kindergartenjahre sinkt der Anteil der Kinder, die wegen Verhaltensauffälligkeiten bereits in Behandlung sind oder eine Überweisung zur weiteren Abklärung erhielten.

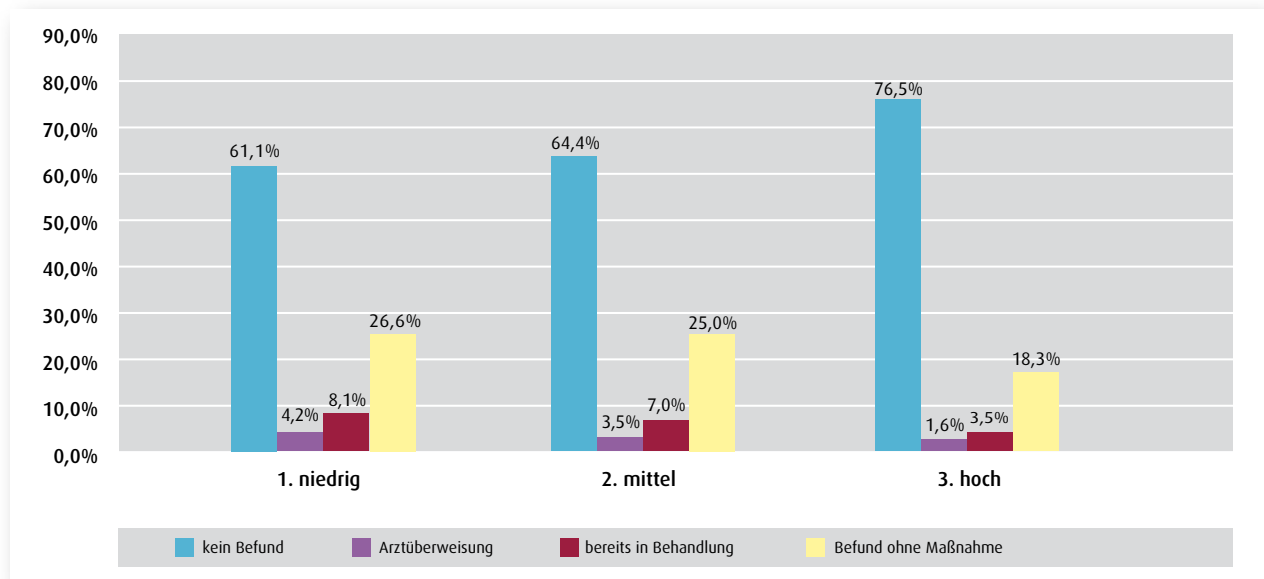
Vergleicht man die Daten der Kinder mit Migrationshintergrund mit den Daten der Kinder ohne Migrationshintergrund zeigt sich, dass sich Kinder ohne Migrationshintergrund etwas häufiger in Behandlung befinden oder eine Arztüberweisung bekommen als Kinder mit Migrationshintergrund.

Abb. 3.1: Entwicklung der Befunde zum Verhalten, Einschulungsjahrgänge 2010/11- 2013/14



¹⁵ Vgl. S 28 ff Psychische und Verhaltensauffälligkeiten, in: Robert Koch-Institut Hrsg. (2010) und Ravens-Sieberer U., Wille N. u.a. Robert Koch-Institut, Berlin (2007)

Abb. 3.2: Befunde zum Verhalten nach Bildungsgrad, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)



8,2% der Eltern haben keine Angaben zum Bildungsgrad gemacht

Abb. 3.3: Befunde zum Verhalten differenziert nach Geschlecht, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

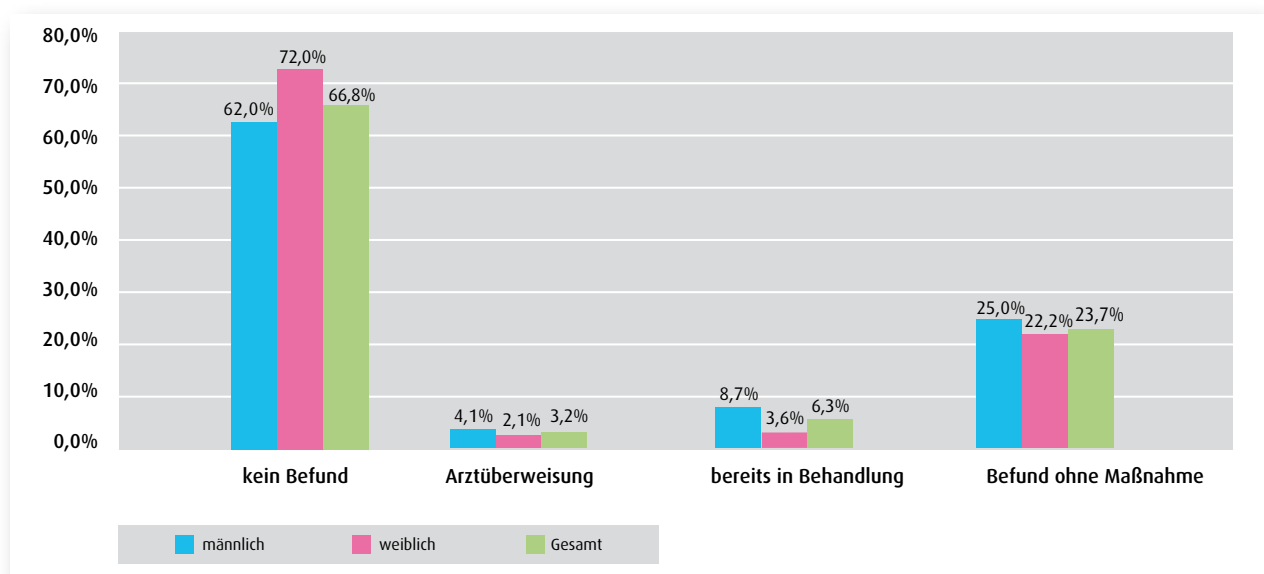


Abb. 3.4: Befunde zum Verhalten und Anzahl der besuchten Kindergartenjahre, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

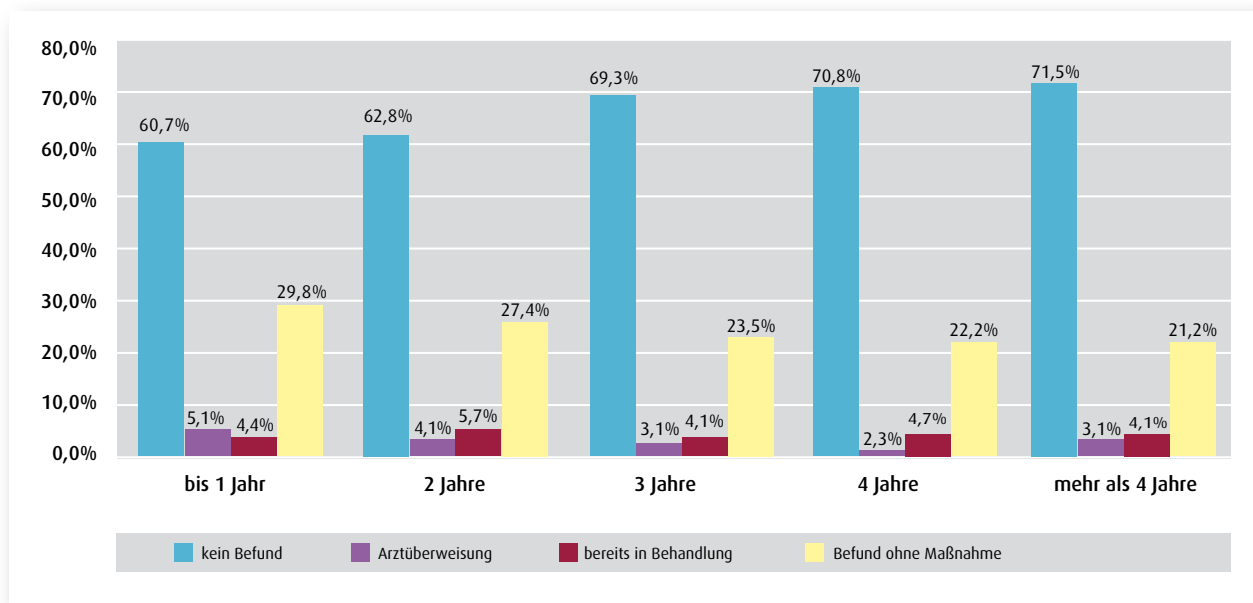


Abb. 3.5: Befunde zum Verhalten differenziert nach Migrationshintergrund, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

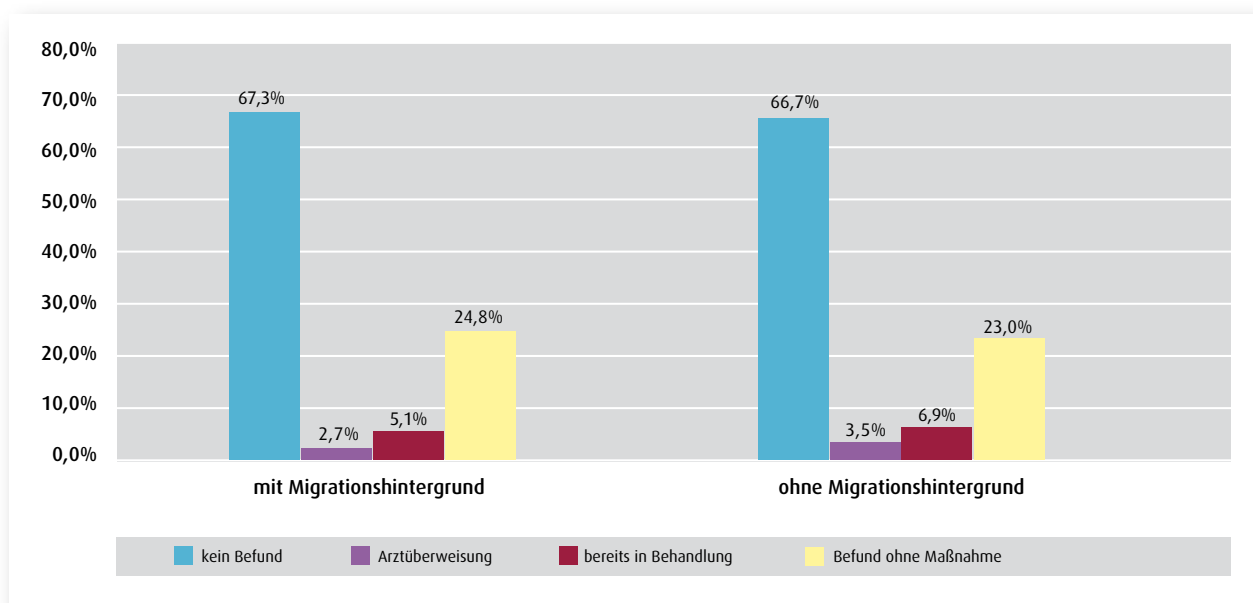
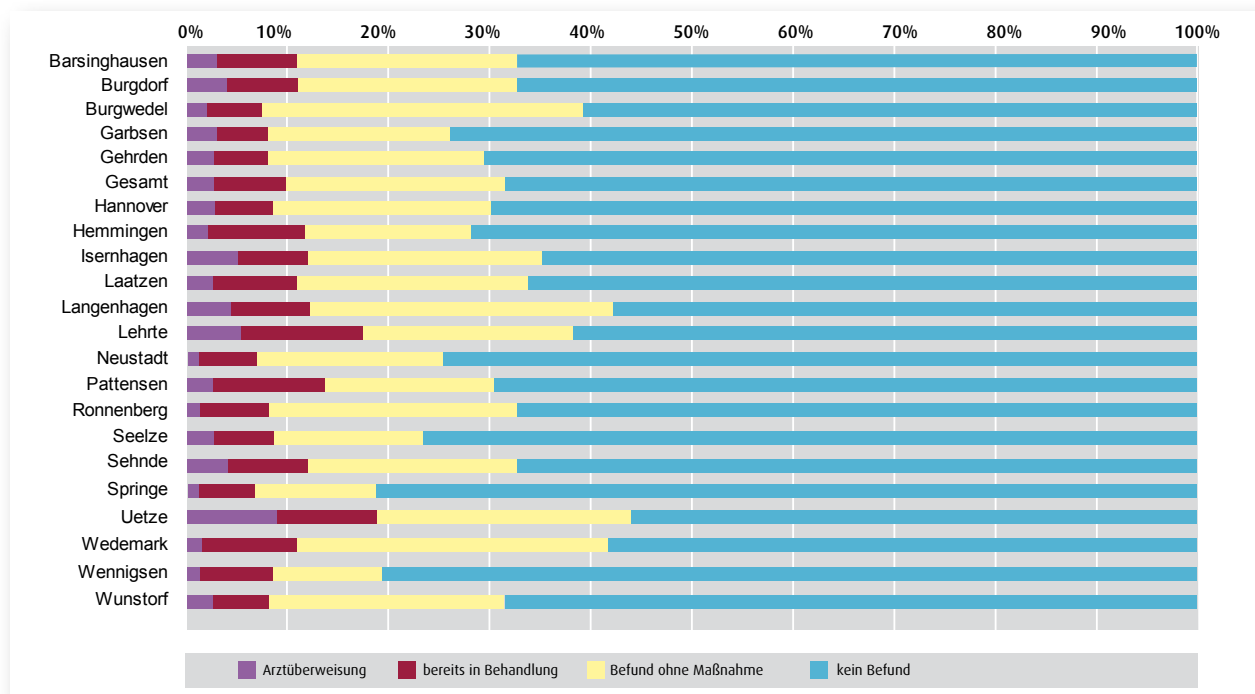


Abb. 3.6: Befunde zum Verhalten zu allen Städten und Gemeinden der Region Hannover alphabetisch sortiert, Durchschnitt aller Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 (n=42.158)



3.4. Feinmotorik

Gute feinmotorische Fähigkeiten sind vor allem für das Schreiben lernen von großer Bedeutung. Ab 2009 erfolgte daher eine getrennte Beurteilung und Dokumentation für Feinmotorik und Grobmotorik.

3.4.1. Methodik und Dokumentation

Zur Beurteilung der Feinmotorik werden zwei Verfahren eingesetzt, einmal die Beurteilung der Malstifthaltung bei der Durchführung des Visuomotorischen Schulreifetestes und des weiteren das Stifte-Stecken zur Überprüfung der Augen-Hand-Koordination. Beim Stifte-Stecken soll das Kind so schnell wie möglich 10 Metallstifte mit der dominanten Hand von einer waagrecht angeordneten Lochleiste auf der Seite der dominanten Hand in eine senkrecht angeordnete Leiste auf der Seite der nicht dominanten Hand stecken. Vor Beginn der Testung soll das Kind das Verfahren mit fünf Stiften üben. Gemessen wird die Zeit, die vom Einstecken des 1. bis 10. Stiftes gebraucht wird. Ausgewertet wird anhand altersentsprechender Normwerte.

Bei der Beurteilung der Malstifthaltung fließen das formgetreue Nachzeichnen der Formen, die sichere Stifthaltung und die richtige Kraftdosierung mit ein.

3.4.2. Ergebnisse der Befunde

Für die Region Hannover ergaben sich für den Einschulungsjahrgang 2013/14 folgende feinmotorische Befunde:

| | |
|-------|--|
| 79,7% | der Kinder wiesen keinen auffälligen Befund auf |
| 2,1% | der Kinder erhielten eine Arztüberweisung |
| 5,1% | der Kinder befanden sich bereits in ergotherapeutischer Behandlung |
| 12,8% | der Kinder zeigten in mindestens einem der beiden Verfahren leichte Auffälligkeiten, die durch mangelnde Übung bedingt war. Die Eltern erhielten eine entsprechende Beratung über Fördermöglichkeiten. |

Tabelle 10: Befunde zur Feinmotorik aller Kinder aus der Region Hannover in Prozent (n=10.316)

Abbildung 4.1 zeigt die Entwicklung der Befunde zur Feinmotorik über die letzten vier Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14. Es sind keine wesentlichen Änderungen in den Befunden zu erkennen.

Der Bildungsgrad hat einen Einfluss auf die feinmotorische Entwicklung der Kinder. Abbildung 4.2 zeigt, dass Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern öfter bereits in Behandlung aufgrund feinmotorischer Entwicklungsverzögerungen sind und häufiger eine Überweisung zur weiteren ärztlichen Abklärung bekommen. Auch zeigen diese Kinder häufiger leichte Auffälligkeiten, die durch mangelnde Übungen bedingt sind.

Bei der feinmotorischen Entwicklung zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede (Abbildung 4.3). Mehr als doppelt so viele Jungen wie Mädchen sind bereits in Behandlung, erhielten eine Arztüberweisung oder zeigten leichte Auffälligkeiten.

Der Kindergartenbesuch eines Kindes wirkt sich positiv auf die feinmotorische Entwicklung aus (Abbildung 4.4). Durch einen Kindergartenbesuch können Kinder besser feinmotorisch gefördert werden und Entwicklungsverzögerungen oder Defizite lassen sich frühzeitig erkennen.

Der Migrationshintergrund lässt keinen wesentlichen Einfluss erkennen. Lediglich der Anteil der Kinder, die bereits in Behandlung sind, ist bei Kindern ohne Migrationshintergrund etwas höher (Abbildung 4.5).

Abb. 4.1: Entwicklung der Befunde zur Feinmotorik, Einschulungsjahrgänge 2010/11-2013/14

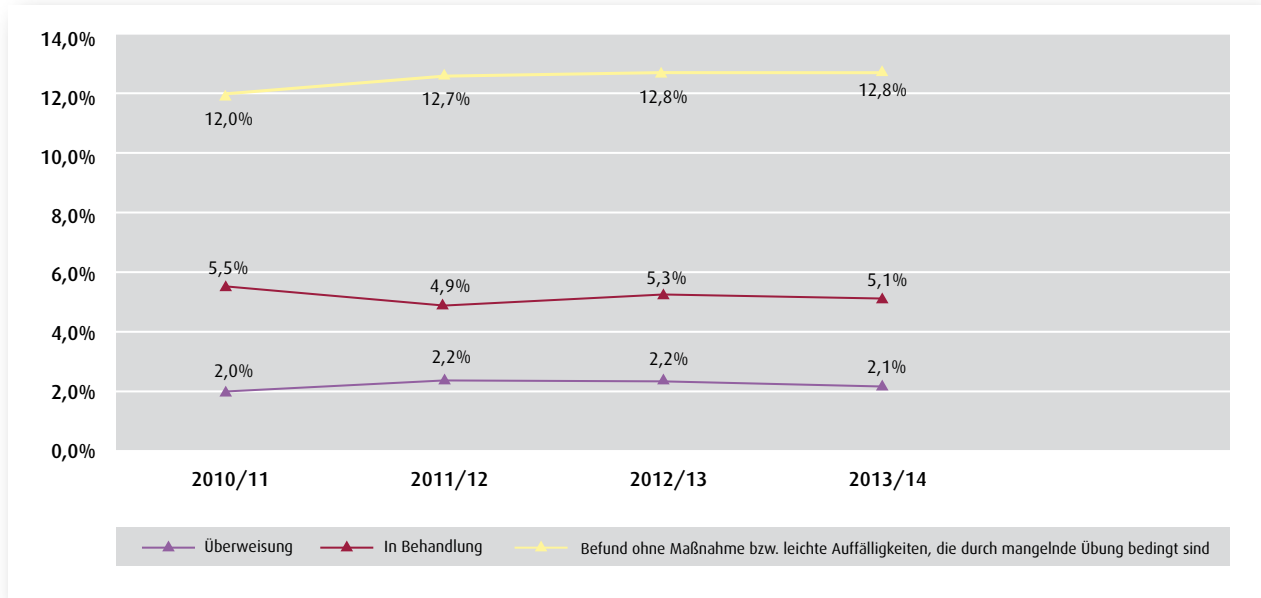
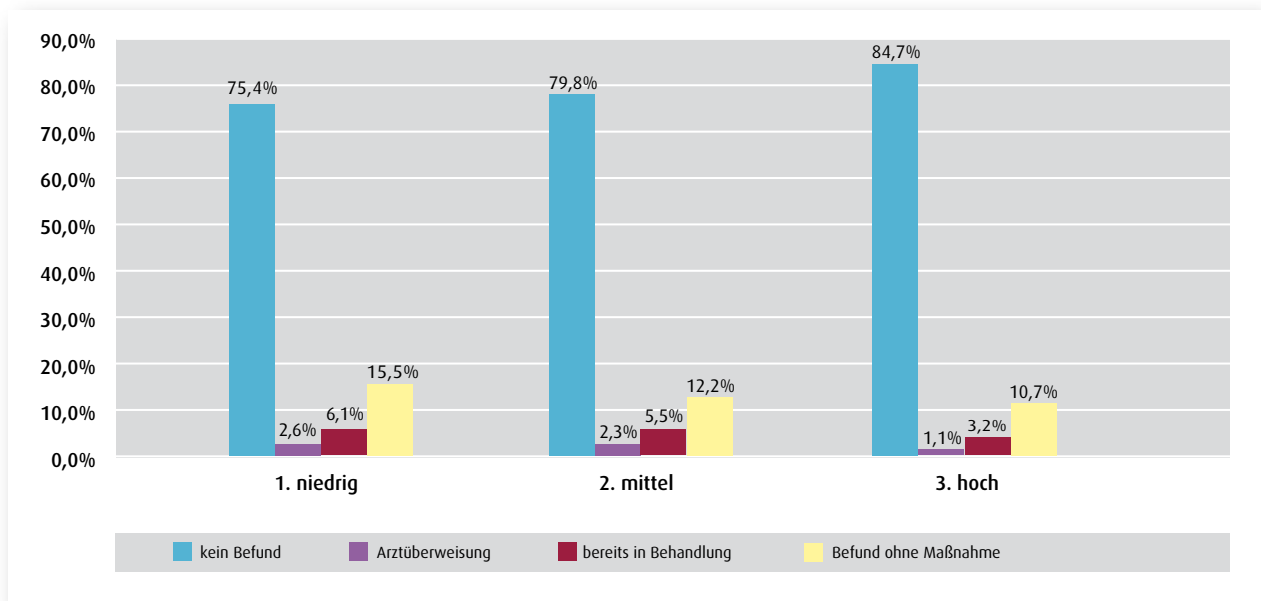


Abb. 4.2: Befunde zur Feinmotorik nach Bildungsgrad, Einschulungsjahrgang 2012/13 (n=10.316)



8,2% der Eltern haben keine Angaben zum Bildungsgrad gemacht

Abb. 4.3: Befunde zur Feinmotorik differenziert nach Geschlecht, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

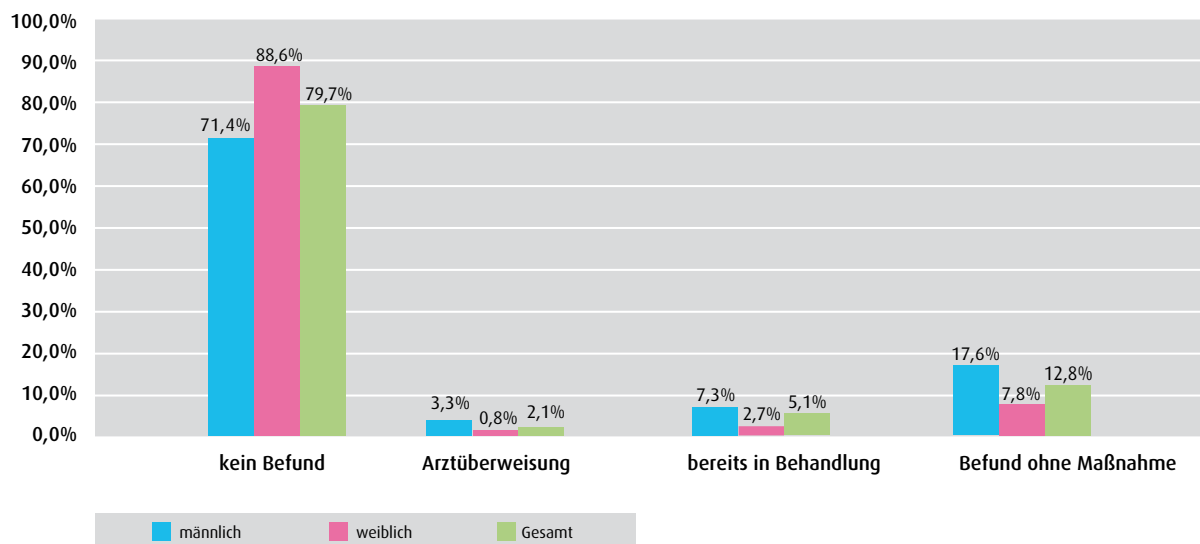


Abb. 4.4: Befunde zur Feinmotorik und Anzahl der besuchten Kindergartenjahre, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

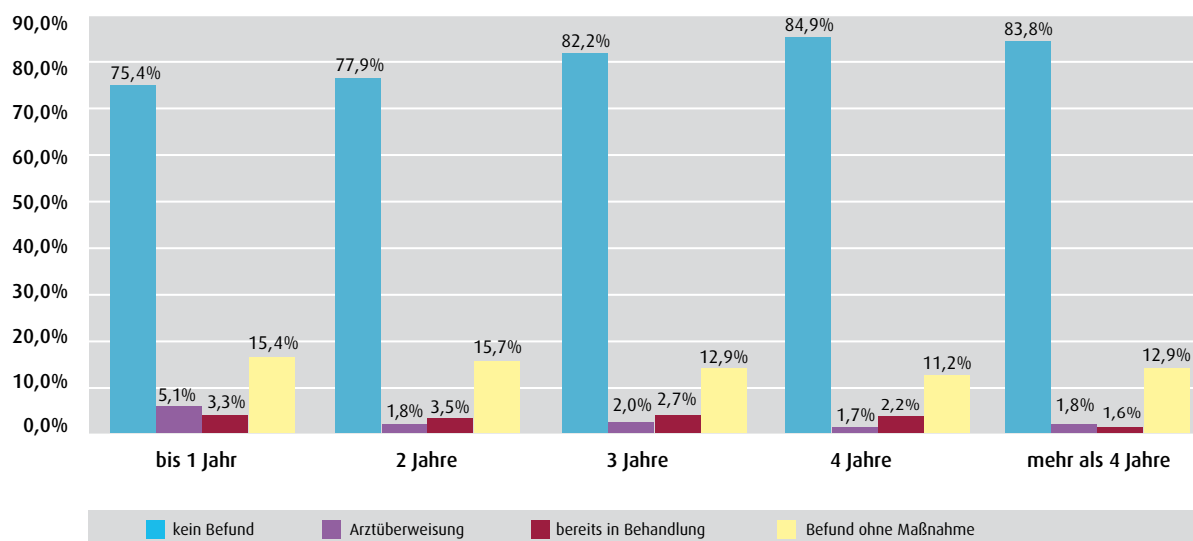


Abb. 4.5: Befunde zur Feinmotorik differenziert nach Migrationshintergrund, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

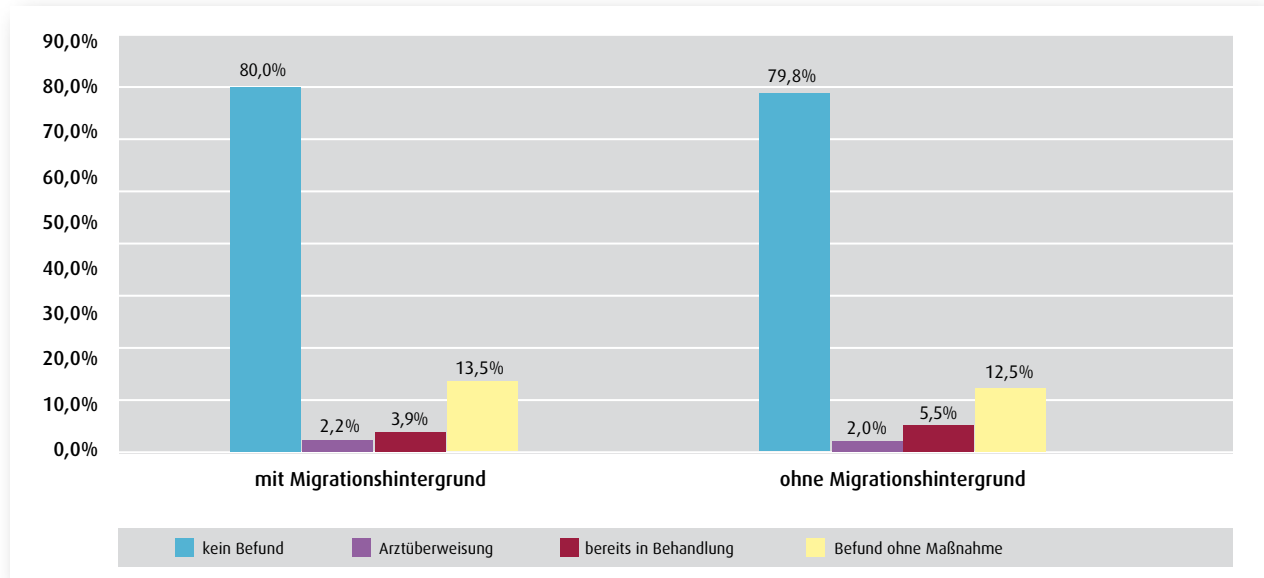
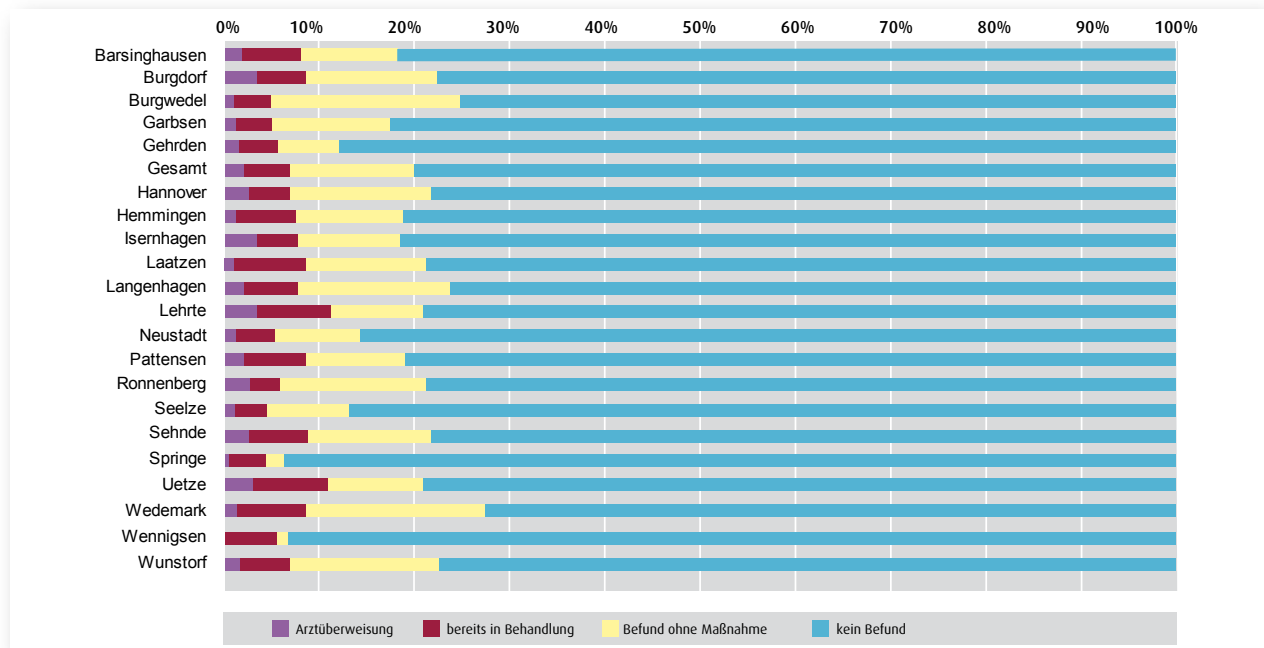


Abb. 4.6: Befunde zur Feinmotorik zu allen Städten und Gemeinden der Region Hannover alphabetisch sortiert, Durchschnitt aller Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 (n=42.158)



3.5. Grobmotorik bzw. Ganzkörperkoordination

Frühe und ausreichende Bewegungserfahrungen haben einen entscheidenden Einfluss auf die kognitive, soziale und emotionale Gesamtentwicklung eines Kindes. Daher sind gute grobmotorische Fähigkeiten bzw. die Ganzkörperkoordination immer auch ein Spiegel einer altersgerechten Entwicklung.

3.5.1. Methodik und Dokumentation

Geprüft wird die Ganzkörperkoordination durch das seitliche beidbeinige Hin- und Herspringen über eine definierte Linie. Gezählt wird die Anzahl der richtigen Hüpfen in 15 Sekunden. Sprünge auf die Mittellinie, außerhalb der definierten Fläche, Doppelhüpfen und einbeinige ausgeführte Sprünge werden abgezogen. Fünf Probesprünge vorab sind erlaubt. Die Sprünge sollten mühelos und federnd erfolgen. Die Auswertung erfolgt anhand von Normwerten und der Qualität der Hüpfen. Wenn das Seithüpfen nicht durchgeführt werden kann, wird zur Prüfung der Ganzkörperkoordination das monopedale Hüpfen und der Einbeinstand beurteilt.

3.5.2. Ergebnisse der Befunde

Für die Region Hannover ergaben sich für den Einschulungsjahrgang 2013/14 folgende Befunde zur Grobmotorik:

| | |
|-------|---|
| 79,6% | hatten keinen auffälligen Befund, die Seitsprünge waren federnd und flüssig und 10 oder mehr Hüpfen wurden in der Zeit durchgeführt |
| 1,9% | der Kinder erhielten eine Arztüberweisung |
| 4,2% | der Kinder befanden sich bereits in therapeutischer Behandlung |
| 13,4% | zeigten leichte Auffälligkeiten, die durch mangelnde Förderung oder Bewegungserfahrung bedingt sind. Die Eltern erhielten eine entsprechende Beratung über Fördermöglichkeiten. |

Tabelle 11: Befunde zur Grobmotorik aller Kinder aus der Region Hannover in Prozent (n=10.316)

Die Befunde zur Grobmotorik blieben über die letzten vier Jahre relativ konstant. Der Anteil leichter Auffälligkeiten ist zum Vorjahr etwas gestiegen (Abbildung 5.1.).

Der Bildungsgrad hat auch hier einen Einfluss auf die grobmotorische Entwicklung der Kinder. Abbildung 5.2 zeigt, dass Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern häufiger bereits in Behandlung aufgrund von Auffälligkeiten in der Ganzkörperkoordination sind und bei



der Einschulungsuntersuchung öfter eine Überweisung zur weiteren ärztlichen Abklärung bekommen. Auch zeigen diese Kinder häufiger leichte Auffälligkeiten, die durch mangelnde Übungen bedingt sind.

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigt Abbildung 5.3. Jungen sind häufiger bereits in Behandlung, erhielten eine Arztüberweisung oder zeigten öfter leichte Auffälligkeiten als Mädchen.

Wie bereits die Kreuzauswertung zur Feinmotorik, zeigt die Auswertung zur Ganzkörperkoordination (Abbildung 5.4), dass ein Kindergartenbesuch einen positiven Einfluss auf die Motorik eines Kindes haben kann. Durch einen Kindergartenbesuch werden Kinder in der Körperkoordination gefördert und Entwicklungsverzögerungen oder Defizite lassen sich frühzeitig erkennen.

Der Migrationshintergrund lässt keinen wesentlichen Einfluss erkennen. Lediglich der Anteil der Kinder, die bereits in Behandlung sind, ist bei Kindern ohne Migrationshintergrund höher, hingegen sind die Arztüberweisungen für Kinder mit Migrationshintergrund leicht höher (Abbildung 5.5).

Abb. 5.1: Entwicklung der Befunde zur Grobmotorik, Einschulungsjahrgänge 2010/11 - 2013/14

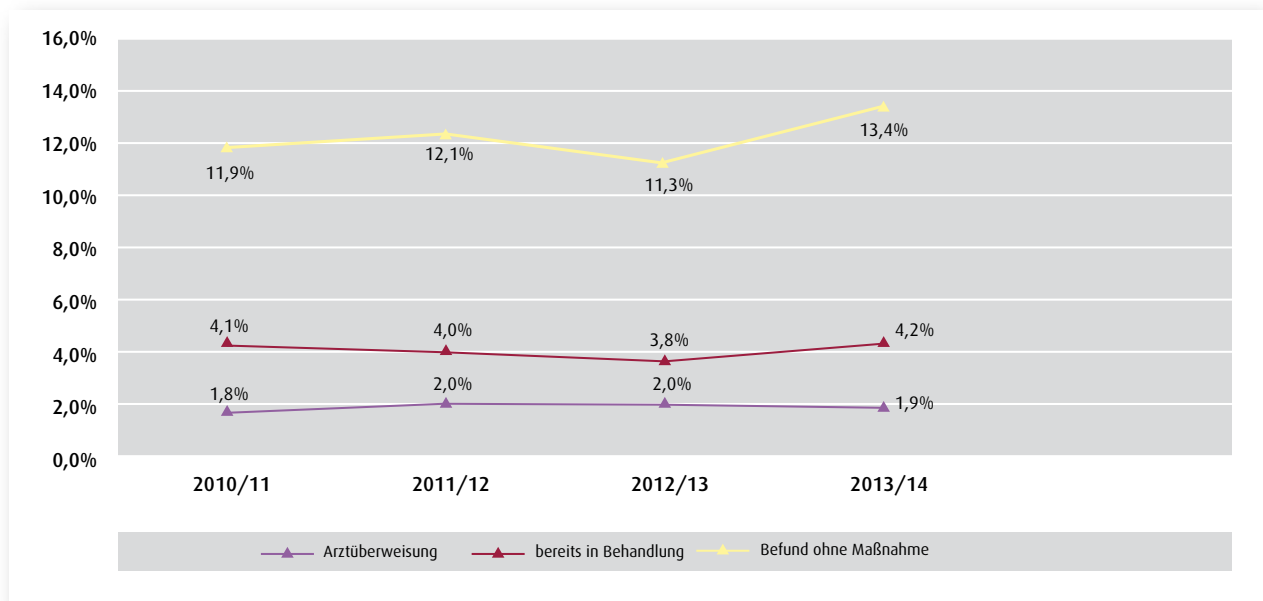
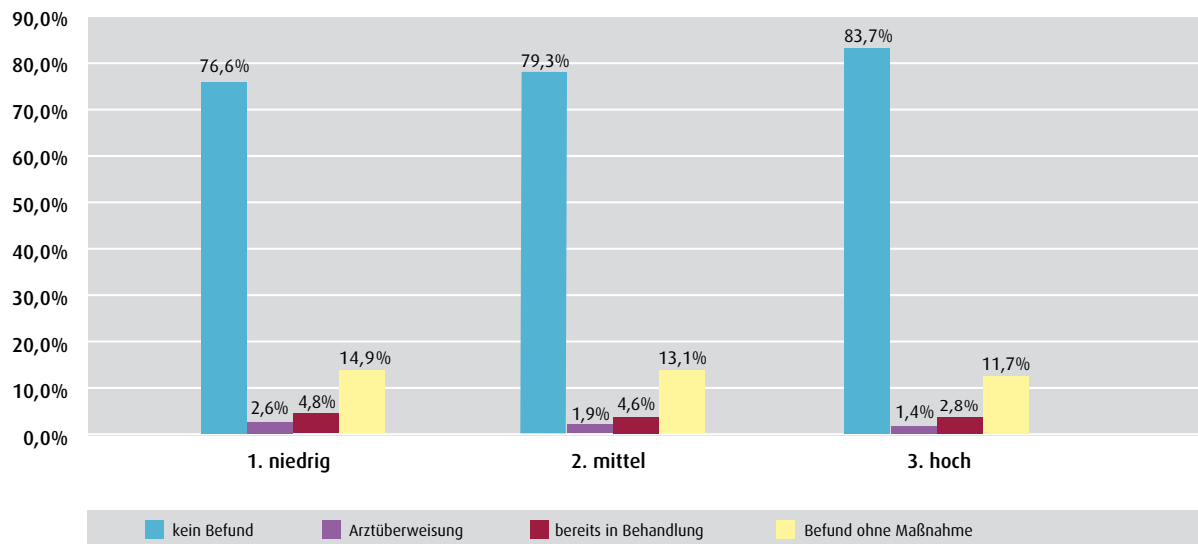


Abb. 5.2: Befunde zur Grobmotorik nach Bildungsgrad, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)



8,2% der Eltern haben keine Angaben zum Bildungsgrad gemacht

Abb. 5.3: Befunde zur Grobmotorik differenziert nach Geschlecht, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

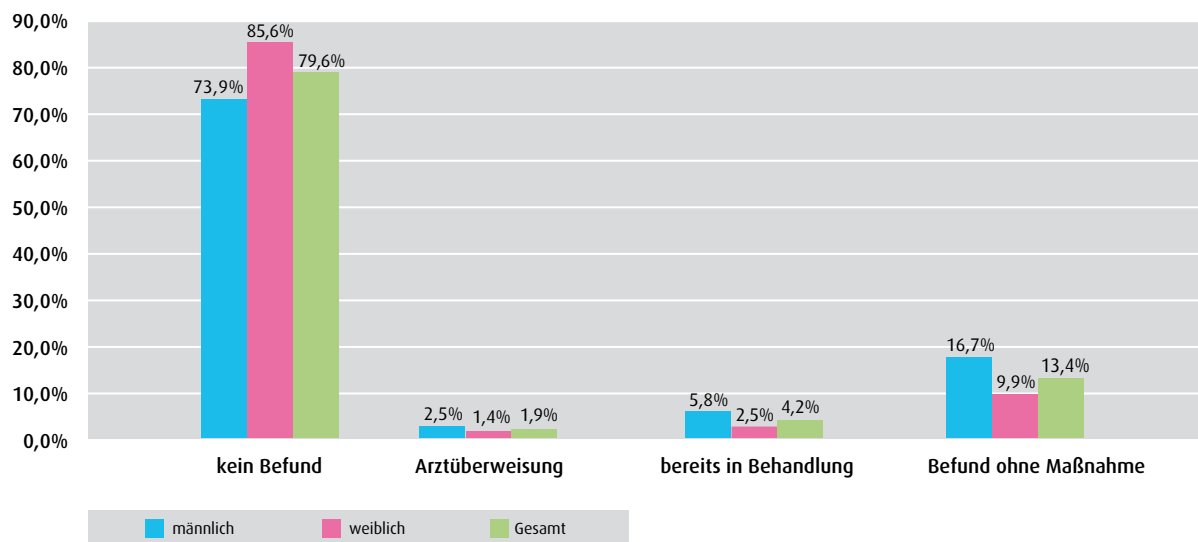


Abb. 5.4: Befunde zur Grobmotorik und Anzahl der besuchten Kindergartenjahre, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

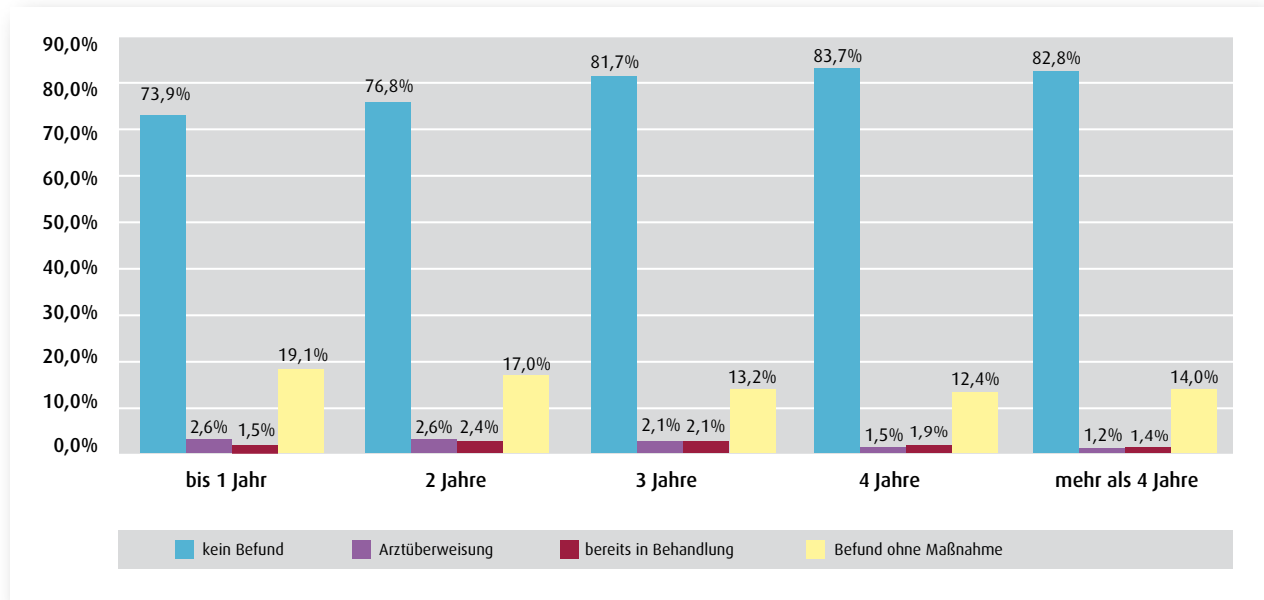


Abb. 5.5: Befunde zur Grobmotorik differenziert nach Migrationshintergrund, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

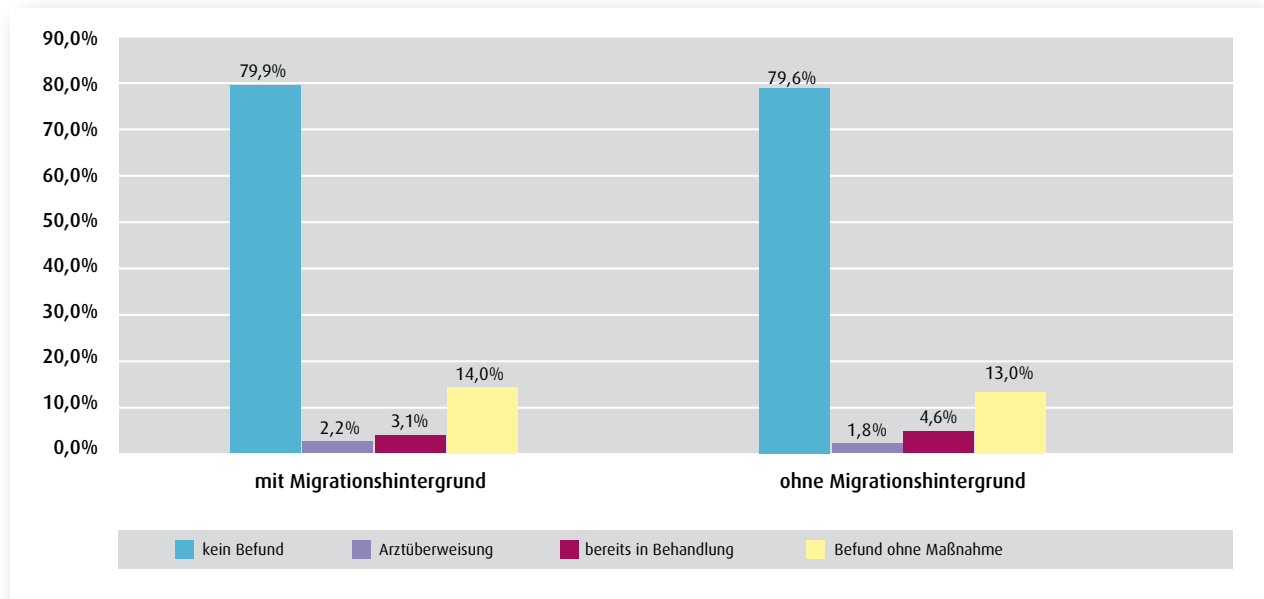
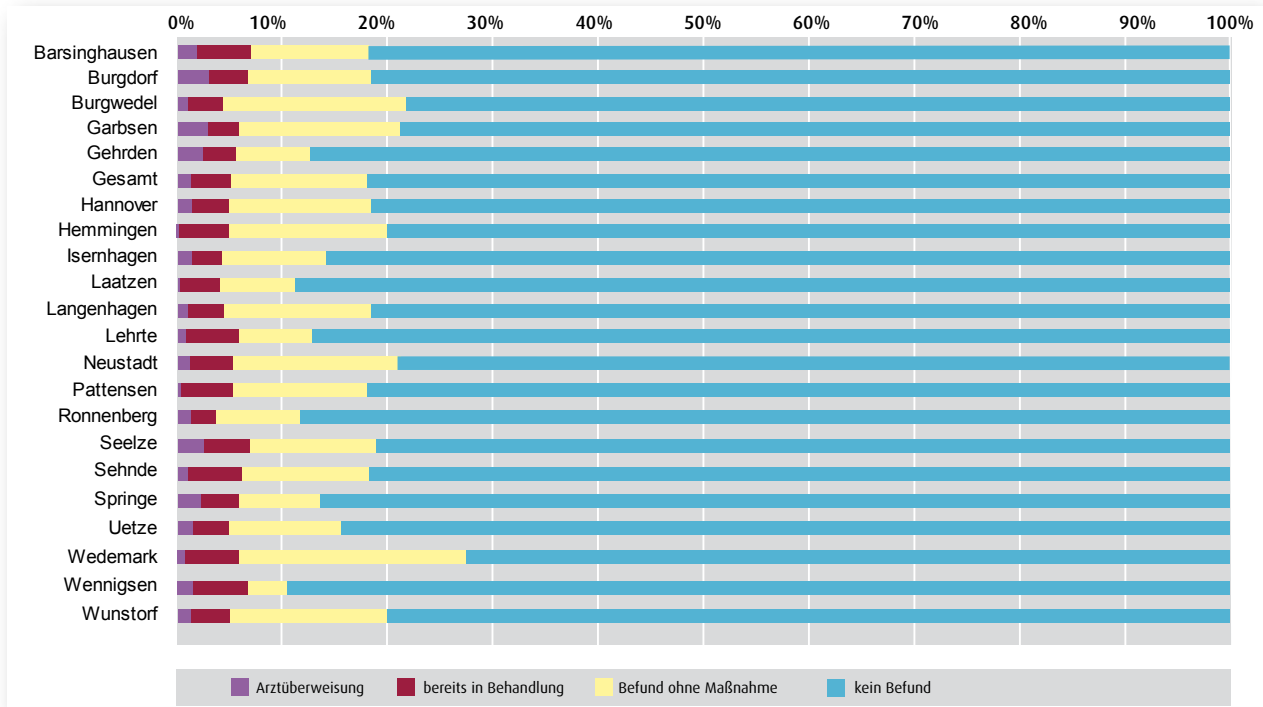


Abb. 5.6: Befunde zur Grobmotorik zu allen Städten und Gemeinden der Region Hannover alphabetisch sortiert, Durchschnitt aller Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 (n=42.158)



3.6. Gewichtsbeurteilung (Untergewicht/Übergewicht/Adipositas)

Eine normale Gewichtsentwicklung ist ein wichtiger Indikator für eine gesunde Gesamtentwicklung. Sowohl Über- als auch starkes Untergewicht können gesundheitliche Probleme mit sich bringen.

3.6.1. Methodik und Dokumentation

Die Beurteilung des Körpergewichtes orientiert sich an den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kinder- und Jugendalter¹⁶. Die Messung erfolgt mittels Body-Mass-Index (BMI). Dieser gibt das Verhältnis Körpergröße zu Körpergewicht an und wird nach der Formel $\text{Körpergewicht (kg)} / \text{Körperlänge (cm)}^2$ berechnet. Der daraus resultierende Messwert wird danach in die Perzentilkurven nach Kromeyer-Hauschild eingetragen. Mittels dieser Perzentilkurven kann dann abgelesen werden, in welchem Gewichtsbereich sich das jeweilige Kind befindet, bzw. wie viele Kinder gleichen Alters und gleichen Geschlechts leichter, schwerer oder gleich schwer sind.

Definiert werden folgende Bereiche:

Starkes Untergewicht: unterhalb der 3. Perzentile

Untergewicht: zwischen 3.-10. Perzentile

Normalgewicht: zwischen der 10.-90. Perzentile

Übergewicht: zwischen der 90.-97. Perzentile

Starkes Übergewicht: oberhalb der 97. Perzentile

¹⁶ Vgl. Deutsche Adipositas-Gesellschaft – Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Leitlinien, verabschiedet am 04.10.2012.



3.6.2. Ergebnisse der Befunde

Für die Region Hannover ergaben sich für den Einschulungsjahrgang 2013/14 folgende Gewichtsverteilungen:

| | |
|-------|----------------------|
| 3,4% | starkes Untergewicht |
| 6,7% | Untergewicht |
| 79,8% | Normalgewicht |
| 6,2% | Übergewicht |
| 4,0% | starkes Übergewicht |

Tabelle 12: Befunde zur Gewichtsbeurteilung aller Kinder aus der Region Hannover in Prozent (n=10.316)
Für 0,7% (n=75) der Kinder liegen keine gültigen Angaben vor.

Die Ergebnisse der letzten 4 Jahrgänge zeigen eine Abnahme untergewichtiger Kinder und eine Stagnation stark übergewichtiger bzw. adipöser Kinder bei 4%. Gleichzeitig nimmt jedoch der Anteil der Kinder mit Übergewicht leicht zu. Die Gewichtsverteilung zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung entspricht zwar einer Normalverteilung, diese Verteilung verschiebt sich jedoch im Verlaufe der Grundschulzeit. So nimmt der Anteil übergewichtiger Kinder zwischen der 1. und 4 Klassenstufe um 50% Punkte zu¹⁷.

Die Ergebnisse zur Gewichtsbeurteilung korrelieren mit dem Bildungsgrad der Eltern. Mit zunehmendem Bildungsgrad der Eltern, nimmt der Anteil der Kinder mit Übergewicht oder Adipositas ab. Bei Untergewicht hingegen nimmt der Anteil mit zunehmendem Bildungsgrad zu. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind bei der Gewichtsbeurteilung kaum zu erkennen, jedoch ist der Anteil der Mädchen mit Unter- und Übergewicht etwas höher als bei Jungen. Der Kindergartenbesuch scheint auf das Ernährungsverhalten und damit auf die Gewichtsentwicklung der Kinder einen positiven Einfluss zu haben. Insbesondere Übergewicht nimmt mit der Anzahl der besuchten Kindergartenjahre ab.

Bezüglich des Migrationshintergrunds zeigen sich Unterschiede in der Gewichtsverteilung. Der Anteil der übergewichtigen oder adipösen Kinder ist bei den Kindern mit Migrationshintergrund höher als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund. Von Untergewicht sind mehr Kinder ohne Migrationshintergrund betroffen.

¹⁷ Ergebnisse der 4. Klassenuntersuchung durch das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin der Region Hannover



Abb. 6.1: Entwicklung der Gewichtsbeurteilung, Einschulungsjahrgänge 2010/11 - 2013/14

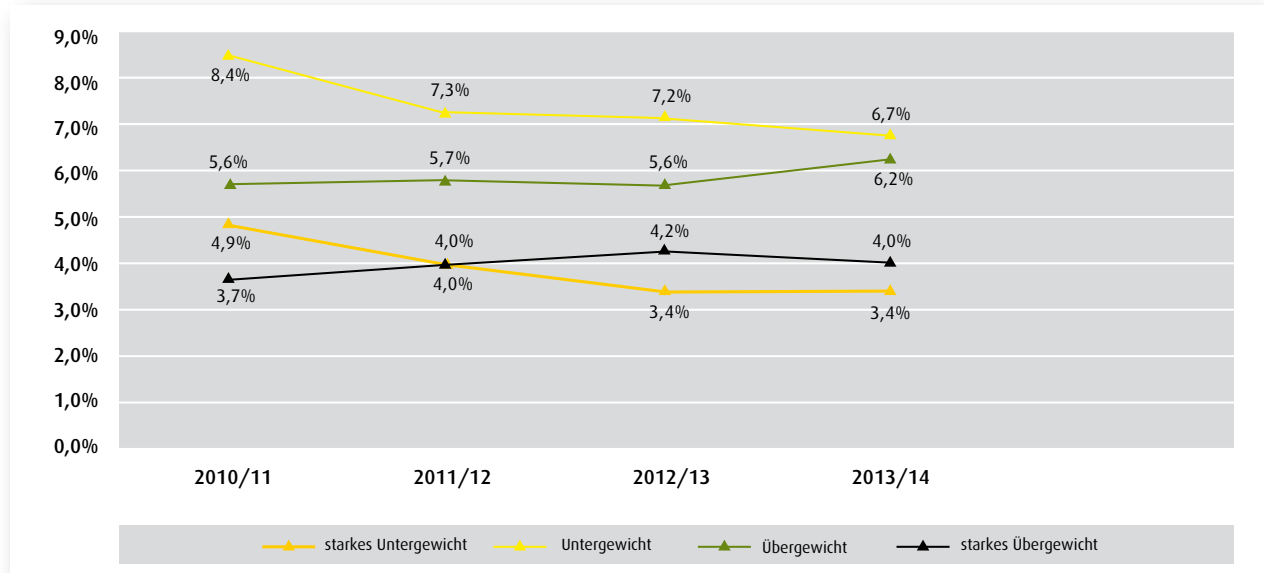
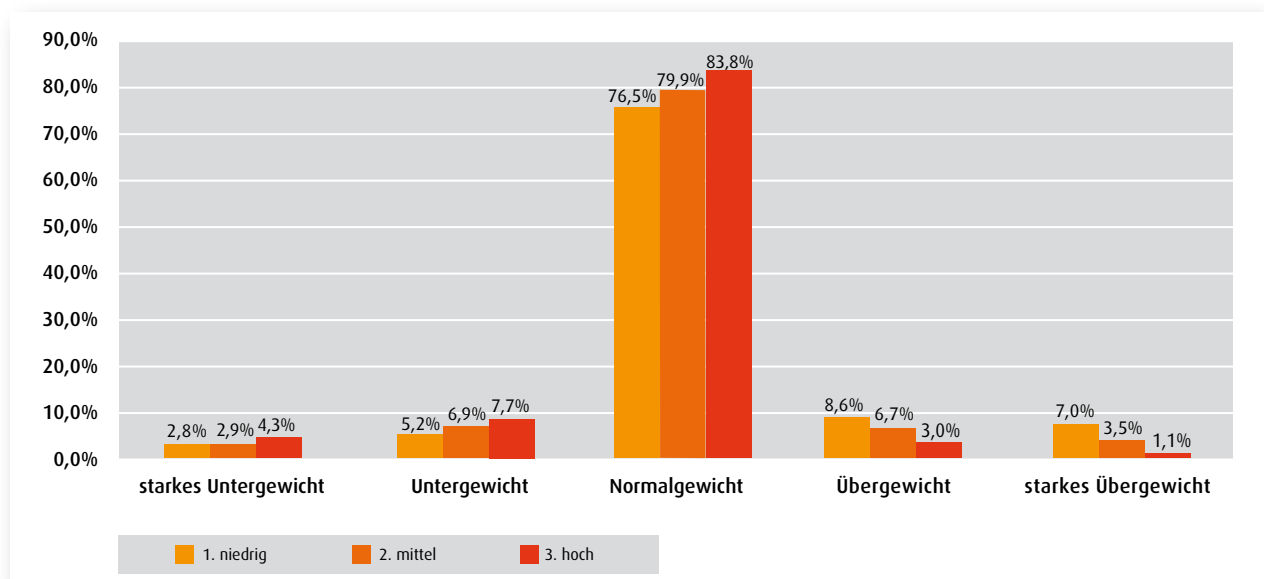


Abb. 6.2: Befunde zum Gewicht nach Bildungsgrad, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)



8,2% der Eltern haben keine Angaben zum Bildungsgrad gemacht

Abb. 6.3: Befunde zum Gewicht differenziert nach Geschlecht, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

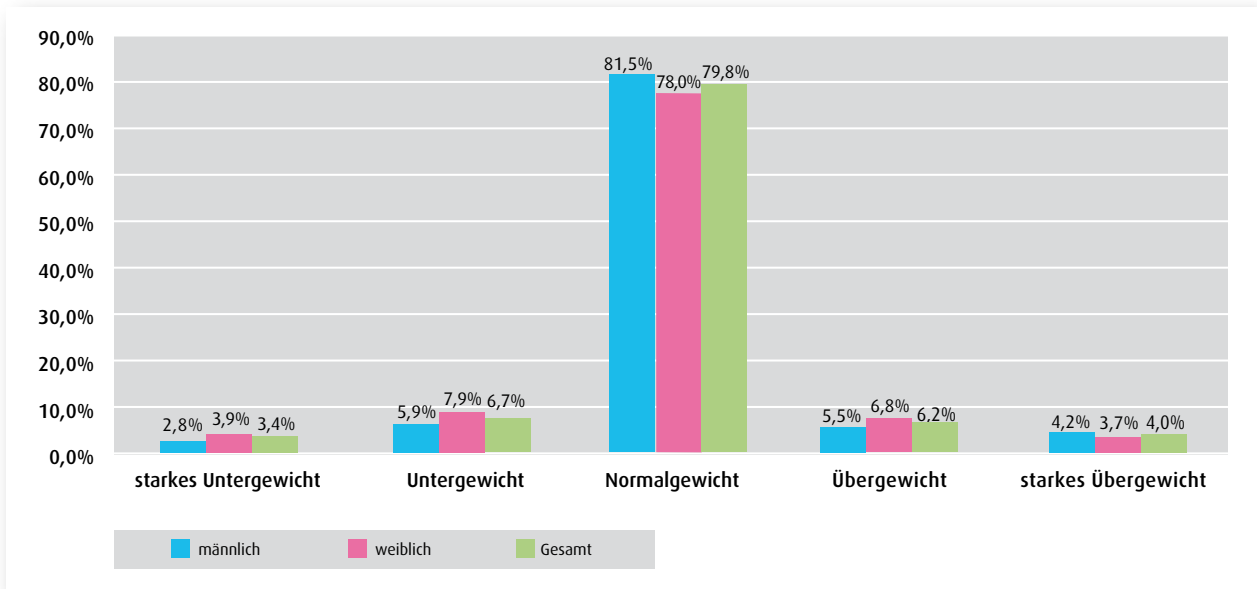


Abb. 6.4: Befunde zum Gewicht und Anzahl der besuchten Kindergartenjahre, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

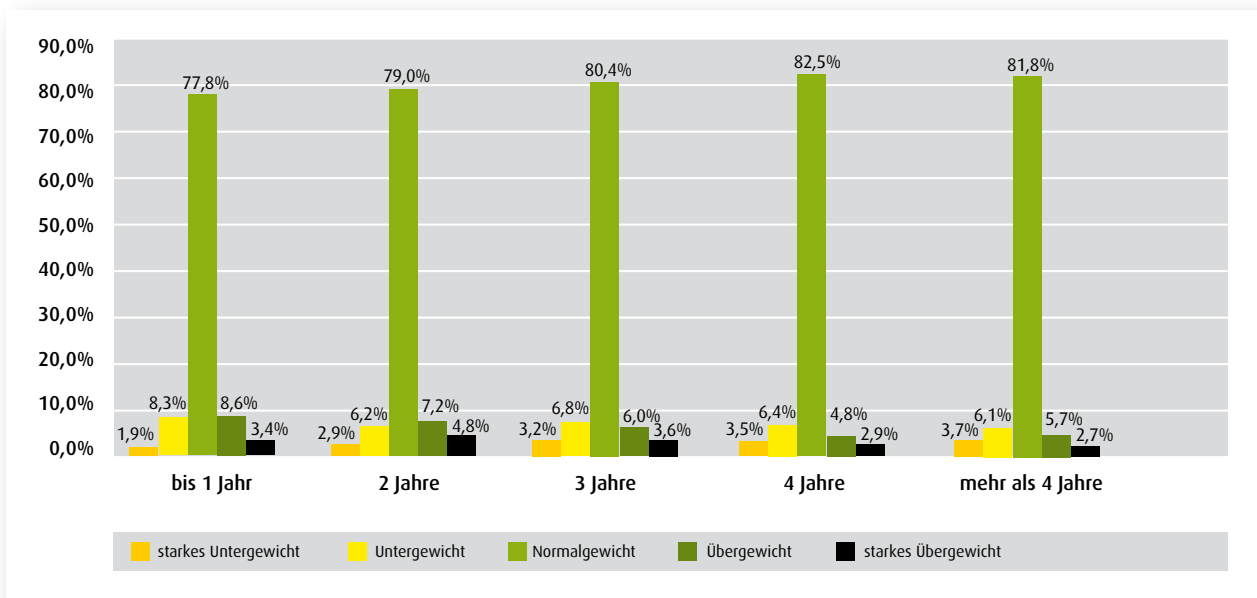


Abb. 6.5: Befunde zur Gewichtsbeurteilung differenziert nach Migrationshintergrund, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316)

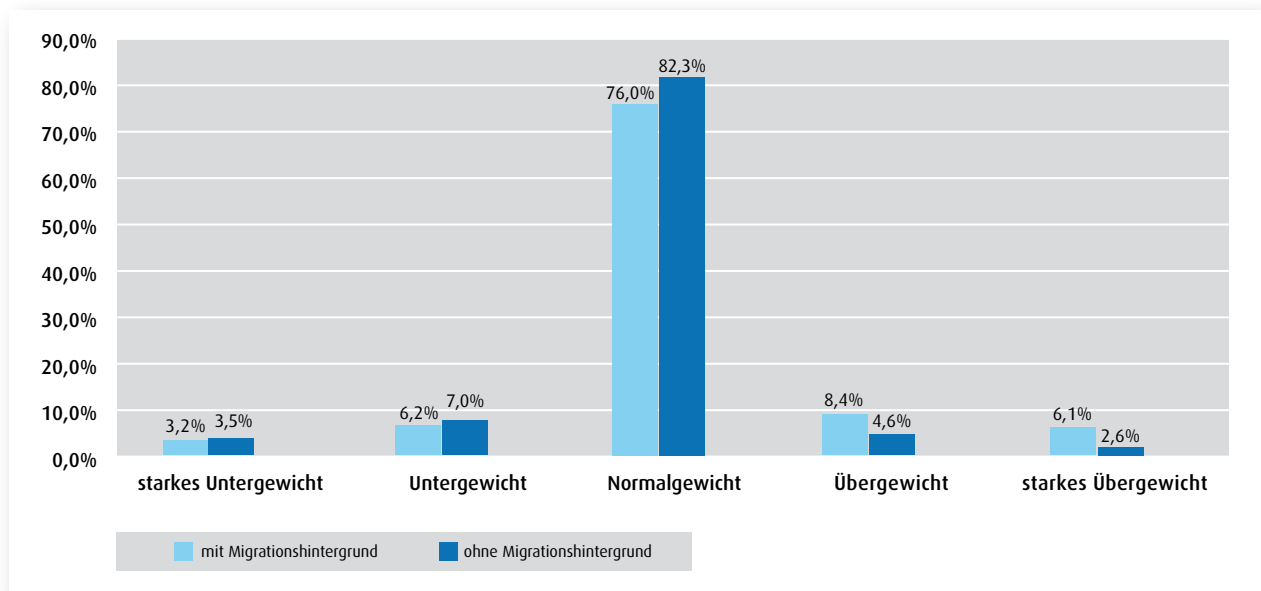


Abb. 6.6: Befunde zur Gewichtsbeurteilung zu allen Städten und Gemeinden der Region Hannover, alphabetisch sortiert, Durchschnitt aller Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 (n=41.728)



4. Zusammenfassung der Ergebnisse



Der vorliegende Bericht liefert aktuelle Daten und Erkenntnisse zum Entwicklungsstand der Kinder vor der Einschulung. Eine gute altersgemäße Entwicklung insbesondere in Sprache, Motorik, Verhalten, der auditiven Wahrnehmung und der Merkfähigkeit ist die Voraussetzung für den Schulerfolg eines Kindes. Diagnostizierte Entwicklungsrückstände lassen sich häufig bis zum Einschulungstermin entscheidend verbessern. Insofern kann die Schuleingangsuntersuchung dazu beitragen, dass entscheidende Weichenstellungen ermöglicht werden. Die Daten sollen den Städten und Gemeinden der Region Hannover ermöglichen, **Unterstützungsbedarfe im eigenen Umfeld zu erkennen und entsprechende präventive Leistungen und Maßnahmen zur Entwicklungsförderung der Kinder vor Ort zu entwickeln und anzubieten.**

Der Schwerpunkt der Schuleingangsuntersuchung liegt auf der Prüfung von schulisch relevanten Fähigkeiten. Dazu gehören der Seh- und Hörtest, Tests zur Erfassung des Entwicklungsstands der Motorik, der Sprache sowie der visuellen und auditiven Wahrnehmung und des Verhaltens. Bereits leichte Auffälligkeiten in diesen Bereichen können bei der Bewältigung schulischer Anforderungen Probleme bereiten. Der vorliegende Bericht präsentiert die Befunde zur Motorik, Sprache, zur visuellen und auditiven Wahrnehmung, zum Verhalten und zur Gewichtsbeurteilung.

Die ausgewählten Befunde der Schuleingangsuntersuchung wurden mit bestimmten soziodemographischen Angaben korreliert. Die Kreuzauswertungen zeigen statistische Zusammenhänge der Befunde mit den folgenden Variablen: Bildungsgrad, Geschlecht, Dauer des Kindergartenbesuches und Migrationshintergrund. Diese Zusammenhänge sind in diesem Bericht als rein deskriptive Auswertungen zu verstehen.¹⁸

Der **Bildungsgrad der Eltern** hat einen starken Einfluss auf die altersgerechte Entwicklung der Kinder. Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern weisen häufiger Entwicklungsverzögerungen und Auffälligkeiten in den erhobenen Befunden auf als Kinder aus Familien mit mittlerem oder höherem Bildungsgrad.

¹⁸ Es handelt sich hierbei um eine beschreibende bzw. deskriptive Statistik mit dem Ziel die Daten durch Tabellen, Häufigkeitsauszählung und Graphiken darzustellen und zu beschreiben. Eine schließende Statistik mittels wahrscheinlichkeitstheoretischer Methoden wurde zur Überprüfung und Bestätigung der Ergebnisse durchgeführt, wird aber in diesem Bericht nicht weiter aufgeführt.

Die Befunde zeigen auch **geschlechtsspezifische Unterschiede**. So haben Mädchen weniger Auffälligkeiten in den Bereichen Sprache, Motorik, Verhalten und Wahrnehmung als Jungen. Bezüglich der Gewichtsbeurteilung sind mehr Jungen normalgewichtig als Mädchen.

Der **Kindergartenbesuch** von mehreren Jahren bzw. mindestens 3 Jahren hat einen positiven Einfluss auf die Entwicklung eines Kindes. Diese Kinder zeigen weniger auffällige Befunde auf als Kinder, die nur 1-2 Jahre im Kindergarten waren oder keinen Kindergarten besuchten. Es ist daher davon auszugehen, dass Kinder durch einen Kindergartenbesuch in ihrer Entwicklung gefördert werden. Gleichzeitig besteht damit die Chance, Entwicklungsverzögerungen oder Defizite frühzeitig zu erkennen und zu fördern. Zudem kann der Kindergartenbesuch einen wichtigen Zugangsweg zu gesunden Nahrungsangeboten bieten und somit das Ernährungsverhalten bei Kindern und damit die Gewichtsentwicklung positiv beeinflussen.

Betrachtet man den **Migrationshintergrund** der Kinder, so kann festgestellt werden, dass häufiger Kinder ohne Migrationshintergrund bereits in Behandlung sind und für Kinder mit Migrationshintergrund hingegen öfter eine Arztüberweisung ausgesprochen wird. Das bedeutet, dass Auffälligkeiten bei Kindern mit Migrationshintergrund häufiger erst bei der Schuleingangsuntersuchung festgestellt werden. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass Eltern mit Migrationshintergrund bezügl. Entwicklungsverzögerungen weniger sensibilisiert bzw. informiert sind und daher seltener eine ärztliche Beratung aufsuchen.

Bei der Betrachtung bzw. Interpretation der Unterschiede zwischen Kindern mit Migrationshintergrund und Kindern ohne Migrationshintergrund muss darauf hingewiesen werden, dass die Unterschiede der Befunde bei Kindern mit Migrationshintergrund nicht in erster Linie auf den Migrationshintergrund zurückzuführen sind, sondern auf den Umstand, dass diese Kinder häufiger aus bildungsfernen Elternhäusern kommen.¹⁹

¹⁹ 41% der Kinder mit Migrationshintergrund kommen gleichzeitig aus Elternhäusern mit niedrigem Bildungsgrad und nur 14,8% haben einen hohen Bildungsgrad. Hingegen haben lediglich 14,7% der Eltern ohne Migrationshintergrund einen niedrigen Bildungsgrad und 35,5% einen hohen Bildungsgrad (bezogen auf alle Kinder der Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 in der Region Hannover n=42.177). Eine multivariate Regressionsanalyse ergab, dass der Bildungsgrad den größten Einfluss auf die Ergebnisse der Befunde hat. Vgl. hierzu auch die Ergebnisse nach statistischer Kontrolle des Migrationshintergrunds aus Robert Koch-Institut Hrsg. (2010)

Die Abbildungen der **Befunde zu den Städten und Gemeinden** der Region Hannover zeigen an erster Stelle die nach Anzahl der während der Schuleingangsuntersuchungen ausgesprochenen Arztüberweisungen. Diese Darstellung gibt Hinweise auf mögliche Interventionsbedarfe. Ziel muss sein, den Unterstützungsbedarf eines Kindes rechtzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen frühzeitig einzuleiten. Die Inanspruchnahme fachärztlicher Beratung bzw. Behandlung wird zum einen vom vorhandenen ortsnahen Angebot der Versorgung beeinflusst aber auch insbesondere von der Sensibilität und dem Reflexionsvermögen der Eltern für ein bestimmtes Thema wie beispielsweise Sprachvermögen und Wortschatz. Die Sensibilität und das Problembewusstsein von Eltern bezüglich eines notwendigen Unterstützungsbedarfs für ihr Kind sind wiederum stark bildungsgradabhängig.

5. Handlungsempfehlungen und Konsequenzen



Die vorliegende Berichterstattung liefert belastbare Daten und ermöglicht den Städten und Gemeinden bei Bedarf präventive Programme und Konzepte (z.B. Sprachförderprogramme, Übergewichts- und Untergewichtsprävention) zu entwickeln und anzubieten.

Die Datenlage zeigt, dass der Bildungsgrad der Eltern einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes hat. Die Daten zeigen aber auch, dass sich ein Kindergartenbesuch förderlich auf die Entwicklung eines Kindes auswirken kann. Im Kindergarten kann eine gute Förderung der kindlichen Entwicklung stattfinden, wie etwa die Verbesserung der Sprachkompetenz durch gute Sprachvorbilder, die Förderung der motorische Kompetenz oder des Sozialverhaltens.

Ein besonderes Augenmerk sollte bildungsfernen Familien gelten. Wertvolle Anregungen für das Kind aus der Familie korrelieren mit dem sozioökonomischen Hintergrund der Eltern.²⁰ Die Sensibilität und das Problembewusstsein von Eltern bezüglich eines Unterstützungsbedarfs für das Kind sind bildungsgradabhängig. Hier ist insbesondere eine bessere Verzahnung des jugendärztlichen Teams mit den Leistungsträgern der Jugendhilfe zu empfehlen sowie eine verstärkte Fokussierung des jugendärztlichen Teams auf ihre Beratungstätigkeit in sozioökonomisch schwachen Stadtteilen (Elternbildung, Elternberatung, Familienhilfe, Beratung an Schulen und Kindertageseinrichtungen). Die Beratungsangebote müssen so konzipiert sein, dass sie leicht zugänglich sind und gerne in Anspruch genommen werden. Ein gutes Beispiel für niederschwellige Unterstützungsangebote sind Elterncafés in Kindertageseinrichtungen und Schulen oder Familienzentren. Diese bieten neben der Kinderbetreuung eine Anlauf- und Informationsstelle für Eltern über weitere wohnortnahe Angebote.

Insbesondere im Hinblick auf Risikogruppen wäre eine niederschwellige frühzeitige Beratung und Untersuchung (pädiatrische Entwicklungsdiagnostik) durch die Sozialpädiatrie bereits im Kindergartenalter zu empfehlen. Hierzu ist eine Intensivierung der Kooperation des jugendärztlichen Teams mit den ErzieherInnen der Kindertageseinrichtungen erforderlich. Möglich wären der Einsatz eines Fragebogens, auszufüllen durch Eltern und ErzieherInnen, oder Hospitationen des jugendärztlichen Teams in Kindertageseinrichtungen mit höherem Handlungsbedarf.

Es gilt auch die Qualität der Kindertageseinrichtungen weiter zu stärken.

²⁰ „Bereits zum Zeitpunkt der Einschulung verfügen Kinder aus bildungsnahen Elternhäusern im Durchschnitt über einen erheblichen Wissensvorsprung, der sich während der weiteren Schulzeit häufig noch verstärkt“ S. 50, Robert Koch-Institut 2010.


Das Wortschatzprojekt der Region Hannover ist ein umfangreiches Fortbildungsangebot für ErzieherInnen. Die Maßnahme stärkt die sprachförderlichen Kompetenzen der pädagogischen Fachkräfte mit dem Ziel, Sprachbildung und Sprachförderung in den Alltag von Kindertageseinrichtungen zu integrieren und die Sprachentwicklung aller Kinder im Krippen- und Kindergartenalter optimal zu begleiten und zu fördern.

Vor dem Hintergrund der Bedeutung guter pädagogischer Kompetenzen bezüglich der Meilensteine kindlicher Sprachentwicklung wird die Sozialpädiatrie ihrerseits regionale Sprachkolloquien intensivieren. In diesem Rahmen wären z.B. Fallbesprechungen möglich oder die Anbahnung einer logopädischen Behandlung. Auch Kompetenzen im Bereich ergotherapeutischer Ansätze könnten bei der ganzheitlichen Förderung im Alltag ein bereichernder Aspekt sein.

Eltern müssen über die Bedeutung des Kindergartenbesuchs für die Entwicklung ihrer Kinder und insbesondere im Hinblick auf den Erwerb von Vorläuferfähigkeiten für die Schule informiert und sensibilisiert werden. Das Schulanmeldeverfahren könnte als Erstkontakt für diese Informationsarbeit noch intensiver genutzt werden, um Eltern zu erreichen deren Kinder bislang noch keinen Kindergarten besucht haben. Somit besteht die Möglichkeit, bei Bedarf wenigsten ein Jahr vor Schulbeginn noch eine bestmögliche und gezielte Förderung anzubieten und Therapien einzuleiten. Das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin informiert die Eltern zum Zeitpunkt des Schulanmeldeverfahrens bereits durch ein Merkblatt und Elternabende in Kindertageseinrichtungen über die bevorstehende Schuleingangsuntersuchung ihres Kindes. Diese Zeitspanne sollte intensiver genutzt werden, um Eltern im Rahmen von Informationsveranstaltungen gezielt auf die Bedeutung vorschulischer Unterstützungsangebote hinzuweisen.

Die Region Hannover hat das strategische Ziel, Bildungs- und Teilhabechancen für Kinder und Jugendliche zu fördern. Dieses geschieht unter anderem durch Fokussierung auf Entwicklungsprozesse im Bereich der Frühen Hilfen. Auch hier kann das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin einen wichtigen Beitrag leisten, indem frühzeitig Entwicklungsverzögerungen erkannt und Unterstützungsangebote bzw. Therapien angebahnt werden.

Der vorstehende Diskurs macht deutlich, dass unterschiedliche Fachgruppen beteiligt sein müssen, um Kinder in der Altersspanne zwischen 0 und 6 Jahren mit differenzierten Angeboten und über unterschiedliche Zugangswege im Hinblick auf ihre Gesamtentwicklung und letztendlich ihre Teilhabechancen zu fördern.



6. Literaturverzeichnis



Angermaier, M. J. W. (1977): Psycholinguistischen Entwicklungstest (PET), Weinheim

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2012): Bildung in Deutschland 2012. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur kulturellen Bildung im Lebenslauf. Bielefeld.

Arbeitsrichtlinien für die standardisierte schulärztliche Untersuchung und Dokumentation von Schuleingangsuntersuchungen nach SOPHIA 2012. Institut für Gesundheitswissenschaften in Forschung und Praxis (IGFP) e.V., Celle

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013): Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 14. Kinder- und Jugendbericht – Berlin.

Deutsche Adipositas-Gesellschaft – Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Leitlinien, verabschiedet am 04.10.2012.

Esser, G., Stöhr, R.-M. (1990): Visuomotorischer Schulreifetest - VSRT. Huber-V., Bern, Stuttgart, Toronto.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, 581-586.

Lehmann, A., Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (LSKN): Schuleingangsuntersuchungen in der Region Hannover 2009 bis 2011 (Statistisches Monatsheft-Artikel, Oktober 2013)

Niedersächsisches Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) vom 24.3.2006 (Nds.GVBl. Nr.11/2006 S.178) - VORIS 21061 –

Pott, E., Fillinger, U., Paul, M. (2010): Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter. In: Bundesgesundheitsblatt, Band 53, Heft 11, S. 1166 – 1172.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Volume 50, Nr. 5-6 Robert Koch-Institut, Berlin

Robert Koch-Institut Hrsg. (2010): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Studie) (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes), Berlin.

7. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis



Tabellenverzeichnis

Seitenzahl

| | | |
|---------------|---|----|
| Tabelle 1: | Verteilung des Bildungsgrads der Eltern, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 13 |
| Tabelle 2: | Kindergartenbesuch in Jahren, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 14 |
| Tabelle 3: | Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U8-U9 | 15 |
| Tabelle 4: | Sprachbefunde aller Kinder aus der Region Hannover in Prozent (n=10.316) | 18 |
| Tabelle 5: | Befunde zur Sprache vor Teilnahme am vorschulischen Sprachförderunterricht | 24 |
| Tabelle 6: | Befunde zur Sprache nach Teilnahme am vorschulischen Sprachförderunterricht | 24 |
| Tabelle 7: | Verständigung über die deutsche Sprache mit dem Kind nach Teilnahme am vorschulischen Sprachförderunterricht | 25 |
| Tabelle 8: | Befunde zur Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung aller Kinder aus der Region Hannover in Prozent (n=10.316) | 26 |
| Tabelle 9: | Befunde zum Verhalten aller Kinder aus der Region Hannover in Prozent (n=10.316) | 30 |
| Tabelle 10: | Befunde zur Feinmotorik aller Kinder aus der Region Hannover in Prozent (n=10.316) | 35 |
| Tabelle 11: | Befunde zur Grobmotorik aller Kinder aus der Region Hannover in Prozent (n=10.316) | 39 |
| Tabelle 12: | Befunde zur Gewichtsbeurteilung aller Kinder aus der Region Hannover in Prozent (n=10.316) | 45 |
| Tabelle 1.1.: | Anzahl der untersuchten Kinder nach Geschlecht, Einschulungsjahrgängen 2010/11 bis 2013/14 | 65 |
| Tabelle 1.2.: | Migrationshintergrund Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 | 65 |
| Tabelle 1.3.: | Bildungsgrad der Eltern Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 | 66 |
| Tabelle 1.4.: | Anzahl/Anteil Kinder und Kindergartenbesuch in Jahren, Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 | 66 |
| Tabelle 1.5.: | Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (U8-U9), Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 | 67 |
| Tabelle 2.1.: | Sprachbefunde, Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 | 68 |
| Tabelle 2.2.: | Befunde zur zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung, Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 | 69 |
| Tabelle 2.3.: | Befunde zum Verhalten, Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 | 70 |
| Tabelle 2.4.: | Befunde zur Feinmotorik, Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 | 70 |
| Tabelle 2.5.: | Befunde zur Grobmotorik, Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 | 71 |
| Tabelle 2.6.: | Befunde zur Gewichtsverteilung, Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 | 71 |

Abbildungsverzeichnis

Seitenzahl

| | | |
|-----------|---|----|
| Abb. 1.1: | Entwicklung der Sprachbefunde, Einschulungsjahrgänge 2010/11 - 2013/14 | 20 |
| Abb. 1.2: | Sprachbefunde differenziert nach dem Bildungsgrad, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 21 |
| Abb. 1.3: | Sprachbefunde differenziert nach Geschlecht, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 21 |
| Abb. 1.4: | Sprachbefunde differenziert nach der Anzahl der besuchten Kindergartenjahre, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 22 |
| Abb. 1.5: | Sprachbefunde differenziert nach Migrationshintergrund, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 22 |
| Abb. 1.6: | Sprachbefunde zu allen Städten und Gemeinden der Region Hannover alphabetisch sortiert, Durchschnitt aller Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 (n=42.158) | 23 |
| Abb. 2.1: | Entwicklung der Befunde zur Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung, Einschulungsjahrgänge 2010/11 - 2013/14 | 27 |
| Abb. 2.2: | Befunde zur Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung nach Bildungsgrad, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 27 |
| Abb. 2.3: | Befunde zur Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung differenziert nach Geschlecht, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 28 |
| Abb. 2.4: | Befunde zur Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung und Anzahl der besuchten Kindergartenjahre, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 28 |
| Abb. 2.5: | Befunde zur Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung differenziert nach Migrationshintergrund, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 29 |
| Abb. 2.6: | Befunde zur Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung zu allen Städten und Gemeinden der Region Hannover alphabetisch sortiert, Durchschnitt aller Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14(n=42.158) | 29 |
| Abb. 3.1: | Entwicklung der Befunde zum Verhalten, Einschulungsjahrgänge 2010/11 - 2013/14 | 31 |
| Abb. 3.2: | Befunde zum Verhalten nach Bildungsgrad, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 32 |
| Abb. 3.3: | Befunde zum Verhalten differenziert nach Geschlecht, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 32 |
| Abb. 3.4: | Befunde zum Verhalten und Anzahl der besuchten Kindergartenjahre, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 33 |
| Abb. 3.5: | Befunde zum Verhalten differenziert nach Migrationshintergrund, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 33 |

| | | |
|-----------|---|----|
| Abb. 3.6: | Befunde zum Verhalten zu allen Städten und Gemeinden der Region Hannover alphabetisch sortiert, Durchschnitt aller Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14(n=42.158) | 34 |
| Abb. 4.1: | Entwicklung der Befunde zur Feinmotorik, Einschulungsjahrgänge 2010/11-2013/14 | 36 |
| Abb. 4.2: | Befunde zur Feinmotorik nach Bildungsgrad, Einschulungsjahrgang 2012/13 (n=10.316) | 36 |
| Abb. 4.3: | Befunde zur Feinmotorik differenziert nach Geschlecht, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 37 |
| Abb. 4.4: | Befunde zur Feinmotorik und Anzahl der besuchten Kindergartenjahre, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 37 |
| Abb. 4.5: | Befunde zur Feinmotorik differenziert nach Migrationshintergrund, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 38 |
| Abb. 4.6: | Befunde zur Feinmotorik zu allen Städten und Gemeinden der Region Hannover alphabetisch sortiert, Durchschnitt aller Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 (n=42.158) | 38 |
| Abb. 5.1: | Entwicklung der Befunde zur Grobmotorik, Einschulungsjahrgänge 2010/11-2013/14 | 40 |
| Abb. 5.2: | Befunde zur Grobmotorik nach Bildungsgrad, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 41 |
| Abb. 5.3: | Befunde zur Grobmotorik differenziert nach Geschlecht, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 41 |
| Abb. 5.4: | Befunde zur Grobmotorik und Anzahl der besuchten Kindergartenjahre, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 42 |
| Abb. 5.5: | Befunde zur Grobmotorik differenziert nach Migrationshintergrund, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 42 |
| Abb. 5.6: | Befunde zur Grobmotorik zu allen Städten und Gemeinden der Region Hannover alphabetisch sortiert, Durchschnitt aller Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14(n=42.158) | 43 |
| Abb. 6.1: | Entwicklung der Gewichtsbeurteilung, Einschulungsjahrgänge 2010/11-2013/14 | 46 |
| Abb. 6.2: | Befunde zum Gewicht nach Bildungsgrad, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 46 |
| Abb. 6.3: | Befunde zum Gewicht differenziert nach Geschlecht, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 47 |
| Abb. 6.4: | Befunde zum Gewicht und Anzahl der besuchten Kindergartenjahre, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 47 |
| Abb. 6.5: | Befunde zur Gewichtsbeurteilung differenziert nach Migrationshintergrund, Einschulungsjahrgang 2013/14 (n=10.316) | 48 |
| Abb. 6.6: | Befunde zur Gewichtsbeurteilung zu allen Städten und Gemeinden der Region Hannover, Durchschnitt aller Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14 (n=41.728) | 49 |

Anhang: Übersicht über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung – Region Hannover insgesamt



1. Eckdaten zu den Einschulungsjahrgängen 2010/11 bis 2013/14

Anzahl der untersuchten Kinder nach Geschlecht

| Einschulungsjahrgang | | männlich | weiblich | gesamt |
|----------------------|-----------------------|---------------|---------------|----------------------|
| 2010/11 | Anzahl | 5.577 | 5.124 | 10.701 |
| | % | 52,1% | 47,9% | |
| 2011/12 | Anzahl | 5.433 | 4.987 | 10.421 ²¹ |
| | % | 52,1% | 47,9% | |
| 2012/13 | Anzahl | 5.511 | 5.228 | 10.739 |
| | % | 51,3% | 48,7% | |
| 2013/14 | Anzahl | 5.326 | 4.990 | 10.316 |
| | % | 51,6% | 48,4% | |
| Insgesamt | Anzahl | 21.847 | 20.329 | 42.177 |
| | Ø²² | 51,8% | 48,2% | |

Tabelle 1.1.: Anzahl der untersuchten Kinder nach Geschlecht, Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14

Migrationshintergrund²³

| Einschulungsjahrgang | | mit | ohne | keine Angabe | gesamt |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| 2010/11 | Anzahl | 3.841 | 6.818 | 42 | 10.701 |
| | % | 35,9% | 63,7% | 0,4% | |
| 2011/12 | Anzahl | 3.834 | 6.530 | 57 | 10.421 |
| | % | 36,8% | 62,7% | 0,5% | |
| 2012/13 | Anzahl | 4.070 | 6.616 | 53 | 10.739 |
| | % | 37,9% | 61,6% | 0,5% | |
| 2013/14 | Anzahl | 4.011 | 6.250 | 54 | 10.316 |
| | % | 38,9% | 60,6% | 0,5% | |
| Insgesamt | Anzahl | 15.756 | 26.214 | 207 | 42.177 |
| | Ø | 37,4% | 62,2% | 0,5% | |

Tabelle 1.2.: Migrationshintergrund Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14

21 Die Gesamtzahl beinhaltet eine fehlende Angabe zum Geschlecht

22 Gesamtdurchschnitt über die letzten 4 Jahre

23 Die Frage nach dem Migrationshintergrund lautet hier: „Aus welchem Land stammt Ihre Familie?“ und soll das subjektive Zugehörigkeitsgefühl der Familie erfassen.

Bildungsgrad der Eltern²⁴

| Einschulungs- jahrgang | | niedrig | mittel | hoch | keine Angaben | gesamt |
|---------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|
| 2010/11 | Anzahl | 2.303 | 3.558 | 2.516 | 2.324 | 10.701 |
| | % | 21,5% | 33,2% | 23,5% | 21,7% | |
| 2011/12 | Anzahl | 2.658 | 3.860 | 2.877 | 1.026 | 10.421 |
| | % | 25,5% | 37,0% | 27,6% | 9,8% | |
| 2012/13 | Anzahl | 2.788 | 3.819 | 3.120 | 1.012 | 10.739 |
| | % | 26,0% | 35,6% | 29,1% | 9,4% | |
| 2013/14 | Anzahl | 2.626 | 3.768 | 3.080 | 842 | 10.316 |
| | % | 25,5% | 36,5% | 29,9% | 8,2% | |
| Insgesamt | Anzahl | 10.375 | 15.005 | 11.593 | 5.204 | 42.177 |
| Ø | % | 24,6% | 35,6% | 27,5% | 12,3% | |

Tabelle 1.3.: Bildungsgrad der Eltern Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14

Anzahl/Anteil der Kinder und Kindergartenbesuch in Jahre

| Einschulungs- jahrgang | | bis 1 Jahr | 2 Jahre | 3 Jahre | 4 Jahre | 4 Jahre u. mehr | ohne/ abgebr. | keine Angaben | gesamt |
|---------------------------|---------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------------|------------------|------------------|---------------|
| 2010/11 | Anzahl | 251 | 1.052 | 5.720 | 2.338 | 413 | 312 | 615 | 10.701 |
| | % | 2,3% | 9,8% | 53,5% | 21,9% | 3,9% | 2,9% | 5,8% | |
| 2011/12 | Anzahl | 265 | 989 | 5.850 | 2.108 | 425 | 225 | 559 | 10.421 |
| | % | 2,5% | 9,5% | 56,2% | 20,2% | 4,1% | 2,2% | 5,3% | |
| 2012/13 | Anzahl | 268 | 864 | 6.349 | 1.908 | 422 | 251 | 677 | 10.739 |
| | % | 2,5% | 8,1% | 59,2% | 17,8% | 3,9% | 2,3% | 6,2% | |
| 2013/14 | Anzahl | 272 | 932 | 6.063 | 1.685 | 513 | 234 | 617 | 10.316 |
| | % | 2,6% | 9,0% | 58,8% | 16,3% | 5,0% | 2,3% | 6,0% | |
| Insgesamt | Anzahl | 1.056 | 3.837 | 23.982 | 8.039 | 1.773 | 1.022 | 2.457 | 42.177 |
| Ø | % | 2,5% | 9,1% | 56,9% | 19,1% | 4,2% | 2,4% | 5,8% | |

Tabelle 1.4.: Anzahl/Anteil Kinder und Kindergartenbesuch in Jahren, Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14

²⁴ Der jeweils höchste schulische und berufliche Abschluss beider Elternteile wird zusammengefasst und durch ein Punktesystem bewertet und addiert. Definiert nach der internationalen Standardklassifikation ISCED (International Standard Classification of Education)

Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen (U8-U9)

| | 2010/11 | 2011/12 | 2012/13 | 2013/14 | gesamt |
|---------------------------------|---------|---------|---------|---------|--------|
| U8 | | | | | |
| Untersuchung wurde durchgeführt | 8.845 | 8.538 | 8.919 | 9.223 | 35.525 |
| | 82,7% | 81,9% | 83,1% | 89,4% | 84,2% |
| keine Untersuchung | 1.265 | 1.274 | 1.180 | 505 | 4.224 |
| | 11,8% | 12,2% | 11,0% | 4,9% | 10,0% |
| Kein U-Heft vorgelegt | 591 | 609 | 640 | 588 | 2.428 |
| | 5,5% | 5,8% | 6,0% | 5,7% | 5,8% |
| U9 | | | | | |
| Untersuchung wurde durchgeführt | 8.588 | 8.339 | 8.771 | 8.350 | 34.048 |
| | 80,3% | 80,0% | 81,7% | 80,9% | 80,7% |
| keine Untersuchung | 1.519 | 1.477 | 1.333 | 1.387 | 5.716 |
| | 14,2% | 14,2% | 12,4% | 13,4% | 13,6% |
| Kein U-Heft vorgelegt | 594 | 605 | 635 | 579 | 2.413 |
| | 5,6% | 5,8% | 5,9% | 5,6% | 5,7% |

Tabelle 1.5.: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (U8-U9), Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14

2. Schulrelevante Befunde²⁵

Sprachbefunde

| Einschulungs- jahrgang | | kein Befund | Arzt- über- weisung | bereits in Behandlung | Untersu- chung/Test nicht erfolgt | Befund ohne Maßnahme | Gesamt |
|---------------------------|---------------|----------------|---------------------------|--------------------------|---|----------------------------|---------------|
| 010/11 | Anzahl | 6.284 | 615 | 1.610 | 55 | 2.137 | 10.701 |
| | % | 58,7% | 5,7% | 15,0% | 0,5% | 20,0% | 100,0% |
| 2011/12 | Anzahl | 5.915 | 650 | 1.679 | 77 | 2.100 | 10.421 |
| | % | 56,8% | 6,2% | 16,1% | 0,7% | 20,2% | 100,0% |
| 2012/13 | Anzahl | 6.122 | 622 | 1.686 | 87 | 2.222 | 10.739 |
| | % | 57,0% | 5,8% | 15,7% | 0,8% | 20,7% | 100,0% |
| 2013/14 | Anzahl | 5.354 | 647 | 1.641 | 71 | 2.603 | 10.316 |
| | % | 51,9% | 6,3% | 15,9% | 0,7% | 25,2% | 100,0% |
| Insgesamt | Anzahl | 23.675 | 2.534 | 6.616 | 290 | 9.062 | 42.177 |
| Ø²⁶ | % | 56,1% | 6,0% | 15,7% | 0,7% | 21,5% | 100,0% |

Tabelle 2.1.: Sprachbefunde, Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14

²⁵ Die Befunde des Seh- und Hörtests bleiben bei der folgenden Betrachtung unberücksichtigt, da diese Werte nahezu konstant blieben (etwa 10% der Kinder tragen eine Brille).

²⁶ Gesamtdurchschnitt über die letzten 4 Jahre

Befunde zur zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung

| Einschulungs- jahrgang | | kein Befund | Arzt- über- weisung | bereits in Behandlung | Untersu- chung/Test nicht erfolgt | Befund ohne Maßnahme | Gesamt |
|---------------------------|---------------|----------------|---------------------------|--------------------------|---|----------------------------|---------------|
| 2010/11 | Anzahl | 7.007 | 648 | 606 | 89 | 2.351 | 10.701 |
| | % | 65,5% | 6,1% | 5,7% | 0,8% | 22,0% | 100,0% |
| 2011/12 | Anzahl | 7.102 | 632 | 535 | 65 | 2.087 | 10.421 |
| | % | 68,2% | 6,1% | 5,1% | 0,6% | 20,0% | 100,0% |
| 2012/13 | Anzahl | 7.346 | 653 | 602 | 61 | 2.077 | 10.739 |
| | % | 68,4% | 6,1% | 5,6% | 0,6% | 19,3% | 100,0% |
| 2013/14 | Anzahl | 6.927 | 666 | 600 | 74 | 2.049 | 10.316 |
| | % | 67,1% | 6,5% | 5,8% | 0,8% | 19,9% | 100,0% |
| Insgesamt | Anzahl | 28.382 | 2.599 | 2.343 | 289 | 8.564 | 42.177 |
| Ø | % | 67,3% | 6,2% | 5,6% | 0,7% | 20,3% | 100,0% |

Tabelle 2.2.: Befunde zur zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung, Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14

Befunde zum Verhalten

| Einschulungs- jahrgang | | kein Befund | Arzt- über- weisung | bereits in Behandlung | Untersu- chung/Test nicht erfolgt | Befund ohne Maßnahme | Gesamt |
|---------------------------|---------------|----------------|---------------------------|--------------------------|---|----------------------------|---------------|
| 2010/11 | Anzahl | 7.483 | 395 | 682 | 21 | 2.120 | 10.701 |
| | % | 69,9% | 3,7% | 6,4% | 0,2% | 19,8% | 100,0% |
| 2011/12 | Anzahl | 7.297 | 369 | 663 | 5 | 2.087 | 10.421 |
| | % | 70,0% | 3,5% | 6,4% | 0,1% | 20,0% | 100,0% |
| 2012/13 | Anzahl | 7.299 | 338 | 676 | 11 | 2.415 | 10.739 |
| | % | 68,0% | 3,1% | 6,3% | 0,1% | 22,5% | 100,0% |
| 2013/14 | Anzahl | 6.895 | 326 | 648 | 5 | 2.442 | 10.316 |
| | % | 66,8% | 3,2% | 6,3% | 0,0% | 23,7% | 100,0% |
| Insgesamt | Anzahl | 28.974 | 1.428 | 2.669 | 42 | 9.064 | 42.177 |
| Ø | % | 68,7% | 3,4% | 6,3% | 0,1% | 21,5% | 100,0% |

Tabelle 2.3.: Befunde zum Verhalten, Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14

Befunde zur Feinmotorik

| Einschulungs- jahrgang | | kein Befund | Arzt- über- weisung | bereits in Behandlung | Untersu- chung/Test nicht erfolgt | Befund ohne Maßnahme | Gesamt |
|---------------------------|---------------|----------------|---------------------------|--------------------------|---|----------------------------|---------------|
| 2010/11 | Anzahl | 8.574 | 213 | 588 | 42 | 1.284 | 10.701 |
| | % | 80,1% | 2,0% | 5,5% | 0,4% | 12,0% | 100,0% |
| 2011/12 | Anzahl | 8.325 | 227 | 510 | 34 | 1.325 | 10.421 |
| | % | 79,9% | 2,2% | 4,9% | 0,3% | 12,7% | 100,0% |
| 2012/13 | Anzahl | 8.522 | 239 | 573 | 32 | 1.373 | 10.739 |
| | % | 79,4% | 2,2% | 5,3% | 0,3% | 12,8% | 100,0% |
| 2013/14 | Anzahl | 8.222 | 218 | 524 | 29 | 1.323 | 10.316 |
| | % | 79,7% | 2,1% | 5,1% | 0,3% | 12,8% | 100,0% |
| Insgesamt | Anzahl | 33.643 | 897 | 2.195 | 137 | 5.305 | 42.177 |
| Ø | % | 79,8% | 2,1% | 5,2% | 0,3% | 12,6% | 100,0% |

Tabelle 2.4.: Befunde zur Feinmotorik, Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14

Befunde zur Grobmotorik

| Einschulungs- jahrgang | | kein Befund | Arzt- über- weisung | bereits in Behandlung | Untersu- chung/Test nicht erfolgt | Befund ohne Maßnahme | Gesamt |
|---------------------------|---------------|----------------|---------------------------|--------------------------|---|----------------------------|---------------|
| 2010/11 | Anzahl | 8.682 | 196 | 440 | 114 | 1.269 | 10.701 |
| | % | 81,1% | 1,8% | 4,1% | 1,1% | 11,9% | 100,0% |
| 2011/12 | Anzahl | 8.431 | 208 | 412 | 109 | 1.261 | 10.421 |
| | % | 80,9% | 2,0% | 4,0% | 1,0% | 12,1% | 100,0% |
| 2012/13 | Anzahl | 8.806 | 218 | 407 | 96 | 1.212 | 10.739 |
| | % | 82,0% | 2,0% | 3,8% | 0,9% | 11,3% | 100,0% |
| 2013/14 | Anzahl | 8.207 | 201 | 431 | 97 | 1.380 | 10.316 |
| | % | 79,6% | 1,9% | 4,2% | 1,0% | 13,4% | 100,0% |
| Insgesamt | Anzahl | 34.126 | 823 | 1.690 | 416 | 5.122 | 42.177 |
| Ø | % | 80,9% | 2,0% | 4,0% | 1,0% | 12,1% | 100,0% |

Tabelle 2.5.: Befunde zur Grobmotorik, Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14

Befunde zur Gewichtsbeurteilung

| Einschulungs- jahrgang | | Starkes Unter- gewicht | Unter- gewicht | Normal- gewicht | Übergewicht | Starkes Über- gewicht | Gesamt ²⁷ |
|---------------------------|---------------|------------------------------|-------------------|--------------------|--------------|-----------------------------|----------------------|
| 2010/11 | Anzahl | 519 | 888 | 8.156 | 594 | 395 | 10.552 |
| | % | 4,9% | 8,4% | 77,3% | 5,6% | 3,7% | 100,0% |
| 2011/12 | Anzahl | 412 | 750 | 8.163 | 587 | 409 | 10.321 |
| | % | 4,0% | 7,3% | 79,1% | 5,7% | 4,0% | 100,0% |
| 2012/13 | Anzahl | 364 | 770 | 8.452 | 600 | 447 | 10.633 |
| | % | 3,4% | 7,2% | 79,5% | 5,6% | 4,2% | 100,0% |
| 2013/14 | Anzahl | 344 | 687 | 8.171 | 630 | 409 | 10.241 |
| | % | 3,4% | 6,7% | 79,8% | 6,2% | 4,0% | 100,0% |
| Insgesamt | Anzahl | 1.639 | 3.095 | 32.942 | 2.411 | 1.658 | 41.745 |
| Ø | % | 3,9% | 7,4% | 78,9% | 5,8% | 4,0% | 100,0% |

Tabelle 2.6.: Befunde zur Gewichtsverteilung, Einschulungsjahrgänge 2010/11 bis 2013/14

²⁷ Gesamtzahl abzüglich ungültiger Werte (fehlende oder fehlerhafte Gewichts- oder Größenangaben führen zu einer fehlerhaften BMI-Angabe und damit zu ungültigen Werten)



Region Hannover

Weitere Informationen

Region Hannover
Fachbereich Jugend
Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
Susanne Bantel
Hildesheimer Straße 17
30169 Hannover
Tel.: 0511/616-23284
E-mail: susanne.bantel@region-hannover.de
www.hannover.de

Inhalt:

Region Hannover, Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin

Fotos:

Region Hannover, Team Mediengestaltung, Claus Kirsch, Christian Stahl
Ralf Orłowski, freier Fotograf
Region Hannover, Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
[luxuz:: / photocase.com](#); [kallejipp / photocase.com](#); [skyla80 / photocase.com](#); [suze / photocase.com](#)
© Fotofreundin - Fotolia.com; © Christian Schwier - Fotolia.com; © yuryimaging - Fotolia.com;
© Minerva Studio - Fotolia.com; © Robert Kneschke - Fotolia.com

Titelfotos:

[designritter / photocase.com](#); [luxuz:: / photocase.com](#); [skyla80 / photocase.com](#); [suze / photocase.com](#)

Gestaltung:

Region Hannover, Team Mediengestaltung

Druck:

Team Druck & Post
gedruckt auf 100 % Recyclingpapier

Stand:

Februar 2014

