

Schuleingangsuntersuchungen in der Region Hannover 2009 bis 2011

1. Einleitung und Methodik

In Niedersachsen werden jährlich rund 70 000 Mädchen und Jungen eingeschult. Dabei sind alle Kinder, die bis zum 30. September 2013 das sechste Lebensjahr vollendet haben, schulpflichtig. In diesem Rahmen werden sie zuvor einer verpflichtenden Schuleingangsuntersuchung¹⁾ unterzogen, in der festgestellt wird, ob ein Kind altersgerecht entwickelt ist „[...] und den Anforderungen der Schule gewachsen ist“²⁾. Die Untersuchung ist neben den Früherkennungsuntersuchungen eine wichtige medizinische Vorsorgeuntersuchung, die alle Kinder erfasst. Niedersachsenweit wurden hierzu erstmals 2012 umfangreiche Daten vom Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA) veröffentlicht³⁾. Auf Landkreisebene wurden beispielsweise in Gifhorn, Cuxhaven oder in der kreisfreien Stadt Braunschweig in früheren Jahren bereits Berichte veröffentlicht. Der Adipositasbericht des NLGA hatte die Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen als Grundlage⁴⁾.

Im Folgenden wird die Entwicklung der Kinder zum Zeitpunkt der Schuluntersuchung in ihrer Sprachfähigkeit, ihren grob- und feinmotorischen Fähigkeiten sowie zum Thema Über- und Untergewicht in der Region Hannover untersucht. Neben der Auswertung der Daten zur Entwicklung der Kinder wird der Blick auf die aus anderen Gesundheitsberichten gezogenen Zusammenhänge zwischen der Gesamtentwicklung der Kinder und der Bildung der Eltern, der Dauer des Kindergartenbesuchs und einem Migrationshintergrund der Familien geworfen. Die Ergebnisse werden auch auf kommunaler Ebene, d.h. auf Ebene der 21 regionszugehörigen Kommunen und zusätzlich auf Ebene der 13 Stadtbezirke Hannovers betrachtet. Vor Ort angestoßene Fördermaßnahmen können sich in den Resultaten widerspiegeln oder Anreize schaffen, hier speziell zugeschnittene Maßnahmen zu ergreifen.

Die Schuleingangsuntersuchung⁵⁾ wird in der Region Hannover wie in 27 weiteren Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens anhand eines standardisierten Verfah-

rens nach den Arbeitsrichtlinien des Sozialpädiatrischen Programms Hannover – Jugendärztliche Aufgaben (SOPHIA) durchgeführt.

Die nachfolgende Auswertung geht auf eine Kooperation des Teams Sozialpädiatrie und Jugendmedizin der Region Hannover mit dem LSKN zurück. In diesem Rahmen hat der LSKN die zuvor anonymisierten Daten auf deren Qualität hin untersucht. Im Zuge dessen wurden die Daten auf Plausibilität hin überprüft und um Dateneingabefehler bereinigt sowie logische Inkonsistenzen ermittelt⁶⁾. Inhaltlich ging es auch darum, die Qualität und die Eignung dieser Daten für die Zwecke einer Sozialberichterstattung zu prüfen⁷⁾. Dabei zeigte sich, dass die Daten grundsätzlich für die Verwendung in diesem Zusammenhang geeignet sind. Inhaltlich würde eine Anpassung von Definitionen wie beispielsweise die des Migrationshintergrunds an andere – bereits in der Sozialberichterstattung verwendete – die Vergleichbarkeit erhöhen. Methodisch ist generell festzuhalten, dass ein interregionaler Vergleich nur unter der Voraussetzung einer überregional einheitlichen Erhebungsweise sinnvoll ist. Innerhalb der Region Hannover ist dies aufgrund der hohen Standardisierung und laufenden Überprüfung innerhalb der Gruppe der untersuchenden Ärztinnen gegeben⁸⁾. Ziel dabei ist es, eine möglichst hohe Genauigkeit zu erlangen. Dazu muss auch verhindert werden, dass unterschiedliche Untersucherinnen bei denselben Probanden – Einschülern – zu unterschiedlichen Befunden kommen. Dies ist umso wichtiger vor dem Hintergrund der Zuteilung der Ärztinnen zu bestimmten Orten. Untersuchereffekte sind jedoch nicht immer ganz auszuschließen. Insbesondere kleinere Untersuchungsorte wie Wennigsen oder Gehrden werden nur von einer einzigen Ärztin befundet. Das stärkt wiederum die Validität der örtlichen Zeitreihenbetrachtung, da die jeweilige Ärztin den Untersuchungsort in der Regel nicht wechselt. Bei den folgenden Untersuchungsteilen ist davon auszugehen, dass die höchste Genauigkeit bei der Frage nach Über- und Untergewicht gegeben ist, da hier nach der Bodymass-Index-Methode vorgegangen wurde, die klare Abgrenzungen zwischen den Ausprägungen anhand der Körpermaße vornimmt.

1) Zur Schulpflicht siehe § 64 Absatz 1 des Niedersächsischen Schulgesetzes (NSchG) vom 3. März 1998. Zu den rechtlichen Grundlagen der Schuleingangsuntersuchung siehe § 56 Abs. 1 NSchG. Durchgeführt wird die Untersuchung vom öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) vom 24. März 2006.

2) Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (Hrsg.) (2012): Kindergesundheit im Einschulungsalter. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2010, S. V.

3) Vgl. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (Hrsg.) (2012): Kindergesundheit im Einschulungsalter. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2010.

4) Vgl. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2004): Übergewicht bei Schulanfängern. Eine Auswertung von Schuleingangsuntersuchungen 1993-2003 (Gesundheitsberichterstattung Report 2. Adipositasbericht).

5) Zur näheren Beschreibung von Inhalt und Ablauf der Schuleingangsuntersuchung siehe Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (Hrsg.) (2012): Kindergesundheit im Einschulungsalter. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2010, S. 39.

6) Auf die Ergebnisse der Qualitätsuntersuchung soll hier nicht näher eingegangen werden. Es stellte sich jedoch eine insgesamt sehr gute Datenqualität heraus.

7) Die Schuleingangsuntersuchungen sind im Rahmen des Projekts Handlungsorientierte Sozialberichterstattung Niedersachsen wiederholt als Datenquelle vorge-schlagen worden.

8) In der Region Hannover handelt es sich ausschließlich um Ärztinnen. Daher wird im Folgenden nur die weibliche Form verwendet.

2. Beschreibung der Untersuchungskohorte

2.1 Anzahl, Geschlecht und Alter der Einschülerinnen und Einschüler

2011 waren von 10 421 potenziellen Einschülern 47,8 % weiblich, 582 Kinder nahmen schon einmal an einer vorherigen Schuleingangsuntersuchung teil, wurden jedoch nicht eingeschult, weil sie den Anforderungen der Schule aus unterschiedlichen Gründen noch nicht gewachsen waren. Etwa zwei Drittel (65,6 %) aller Kinder waren fünf Jahre alt. In den Jahren davor war dieser Anteil noch kleiner (2009: 53,7 %; 2010: 61,1 %). Der Anstieg hat mit der Herabsetzung der Altersgrenze für Einschulungskinder zu tun. Dementsprechend sank das Durchschnittsalter um mehr als einen Monat von 5,5 Jahre auf 5,4 Jahre. Auffallend ist, dass Kinder mit Migrationshintergrund ein höheres Durchschnittsalter aufweisen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Auf die ärztlichen Befunde hat dies jedoch keine Auswirkungen, da diese altersgemäß erfolgen.

Innerhalb der Region Hannover kamen mit 44,8 % die meisten Kinder (4 666) aus der Landeshauptstadt; gegenüber 2009 ist dies ein Anstieg um +2,0 Prozentpunkte.

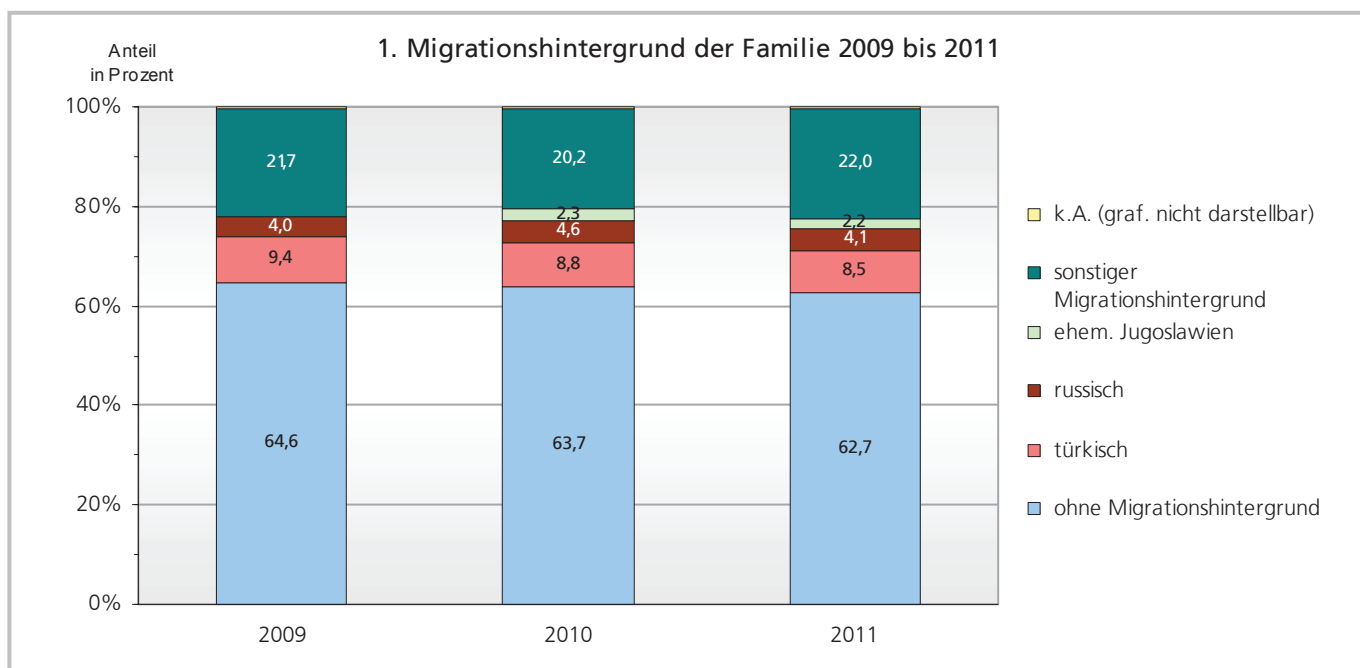
2.2 Migrationshintergrund und Familiensprache

Mit Blick auf den Migrationshintergrund, der nach der weit gefassten SOPHIA-Definition vorliegt, wenn die „Herkunft der Familie“ nicht Deutschland ist, lassen sich folgende Aussagen tätigen: Insgesamt hatten demnach 36,8 % der Kinder einen Migrationshintergrund; gegenüber 2009 ist dies ein Anstieg um +1,8 Prozentpunkte (siehe Abb. 1). Die

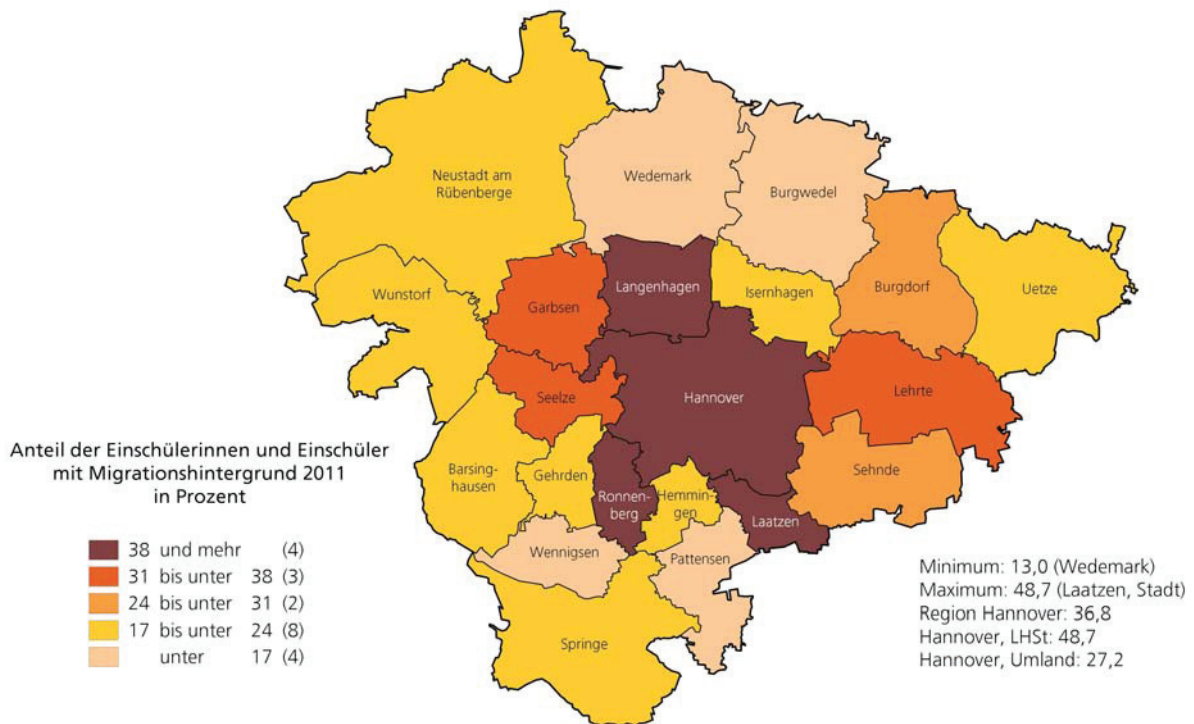
größte Gruppe unter den Kindern mit Migrationshintergrund war diejenige mit einem türkischen Migrationshintergrund mit 8,5 % an allen Kindern, gefolgt von Einschülerinnen und Einschülern, deren Herkunft als russisch (4,1 %) angegeben wurde. Im ehemaligen Jugoslawien hatten mit 224 Kindern 2,2 % ihre familiären Wurzeln. Weitere 22,0 % hatten ebenfalls einen Migrationshintergrund, die einzelnen familiären Herkunftsländer wurden jedoch aus Anonymisierungsgründen in diese Obergruppe zusammengefasst.

Innerhalb der Region Hannover zeigen sich diesbezüglich große Unterschiede in den einzelnen Orten: In Laatzen sowie in der Stadt Hannover hatte 2011 jedes zweite Kind im Einschulungsalter einen Migrationshintergrund (jeweils 48,7 %). Im Umland Hannovers betrug der Anteil hingegen „nur“ 27,2 % (siehe Karte 1). Innerhalb der Landeshauptstadt und gleichzeitig innerhalb der Region Hannover verzeichnete Herrenhausen-Stöcken mit 61,3 % den höchsten Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund, während es im Bezirk Südstadt-Bult lediglich 24,7 % waren. In der Wedemark war der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund innerhalb der Region Hannover mit 13,0 % am geringsten.

Zusätzlich zu der Frage nach dem Herkunftsland der Familie wurde von der untersuchenden Ärztin die Familiensprache der Kinder ermittelt und ob mit ihnen während der Untersuchung eine Verständigung auf deutsch möglich war. Danach war 2011 in etwa zwei von drei Familien (65,5 %) Deutsch die Familiensprache (2009: 68,5 %), was sich auch mit dem Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund deckt. In 28,9 % der Familien wurde mehrsprachig mit deutsch gesprochen. In den Familien von 495



1. Kinder mit Migrationshintergrund 2011



Kindern (4,8 % gegenüber 4,2 % 2009) wurde mehrsprachig bzw. kaum deutsch gesprochen, und eine Verständigung war während der Untersuchung nur eingeschränkt möglich. Der Anteil der Familien, in denen 2011 überhaupt kein deutsch gesprochen wurde, lag mit 0,7 % unter der Wahrnehmungsschwelle, ist aber leicht steigend (2009: 0,4 %). Festzuhalten bleibt mit Blick auf mögliche Hindernisse für den Schulerfolg aufgrund von Sprachbarrieren in den ersten Schuljahren, dass diese hier nur angedeutet werden können. Wie mächtig die Einschülerinnen und Einschüler der deutschen Sprache tatsächlich sind, kann durch die groben Antwortvorgaben in der statistischen Auswertung der Untersuchung nicht vermittelt werden. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Kinder aus Familien, in denen kaum deutsch bis gar kein deutsch gesprochen wird, gegenüber ihren potenziellen Mitschülern größere Hindernisse beim Schulerfolg haben.

2.3 Familiäre Situation

Mit 81,2 % wuchsen zum Zeitpunkt der Untersuchung vier von fünf Kindern, deren Eltern Angaben über die Familiensituation gemacht haben, bei beiden leiblichen Elternteilen auf. Der Anteil derjenigen Kinder, die 2011 bei einem alleinerziehenden Elternteil aufwuchs, lag bei 14,3 %. Dies war gegenüber 2009 ein Anstieg um +1,6 Prozentpunkte. Bei Kindern mit russischem Migrationshintergrund

war der Anteil mit 17,3 % am höchsten, bei Kindern mit Migrationshintergrund „ehemaliges Jugoslawien“ mit 11,3 % am niedrigsten, gefolgt von denen mit türkischen familiären Wurzeln (11,5 %). Bei Kindern ohne Migrationshintergrund betrug der Anteil hingegen 14,3 %.

Ein weiteres Merkmal zur Beschreibung der familiären Situation der einzuschulenden Kinder ist die Angabe über die Geschwisteranzahl. Hier zeigte sich, dass Kinder mit türkischem Migrationshintergrund mehr Geschwister als Kinder ohne Migrationshintergrund haben. Unter den Kindern mit russischer Familienherkunft (25,4 %) und denen ohne Migrationshintergrund (24,2 %) war zum Zeitpunkt der Untersuchung jedes vierte ein Einzelkind. Bei den Einschülerinnen und Einschülern mit türkischen Wurzeln war es nur jedes zehnte Kind (9,7 %).

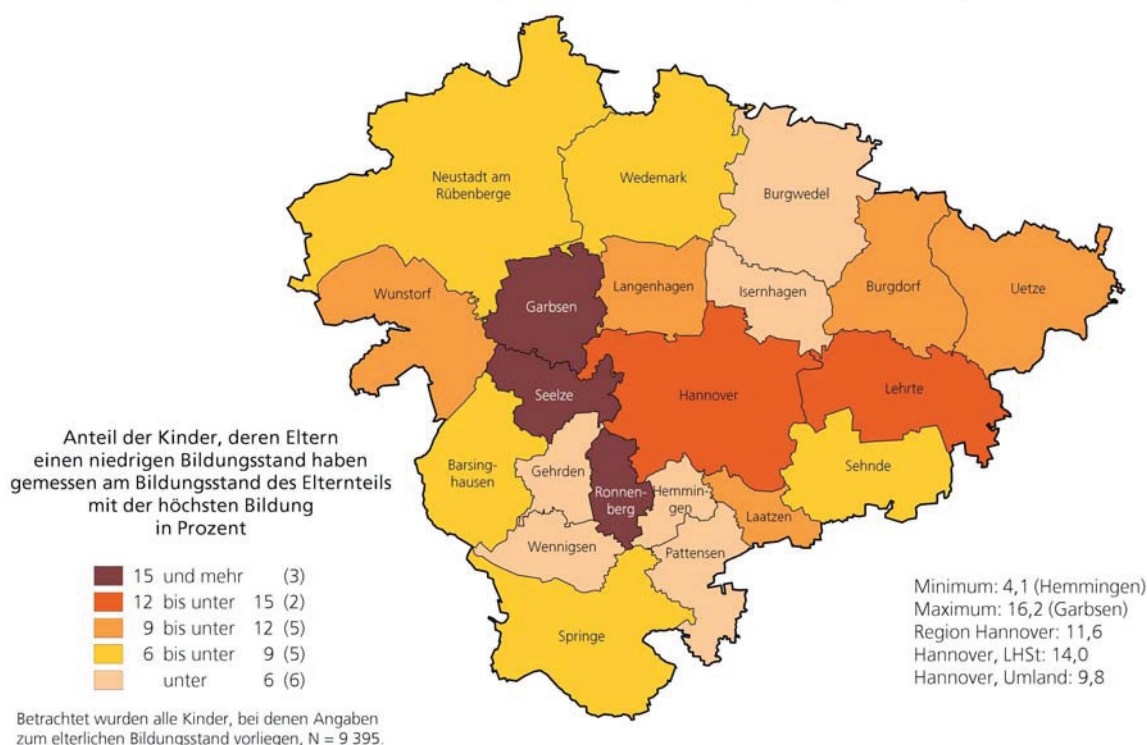
2.4 Bildungshintergrund der Eltern

In zahlreichen Studien zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wurde ein Zusammenhang zwischen elterlichem Bildungshintergrund und der gesundheitlichen Entwicklung ihrer Kinder festgestellt⁹⁾.

Der elterliche Bildungsstand der Einschülerinnen und Einschüler ist hier definiert nach der internationalen Standard-

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

2. Kinder mit einem niedrigen elterlichen Bildungsstand (nach ISCED) 2011



klassifikation der UNESCO, International Standard Classification of Education (ISCED). Diese teilt insgesamt sechs Stufen nach Schulbildung und beruflicher Ausbildung in drei Gruppen auf: Niedriger Bildungsstand, mittlerer Bildungsstand, hoher Bildungsstand. In den nachfolgenden Betrachtungen wird der von einem Elternteil höchste Abschluss für die Bestimmung des Bildungsstandes herangezogen.

Von 9 395 Einschülerinnen und Einschülern, deren Eltern Angaben über ihren Bildungsabschluss machten¹⁰⁾, hatten 11,6 % eine erziehende Bezugsperson mit einem niedrigen Bildungsstand. 45,2 % der Kinder hatten mindestens eine Bezugsperson mit einem mittleren Bildungsstand und 43,1 % mit einem hohen Bildungsstand. Regional ergaben sich hierbei deutliche Unterschiede (siehe Karte 2).

3. Ergebnisse

3.1 Kindergartenbesuchsdauer

Vielfach wird ein Kindergartenbesuch bzw. eine vergleichbare Betreuungsart als förderlich für die soziale Entwicklung von Kindern angeführt, da die Kinder hier u.a. regelmäßig in Kontakt zu Gleichaltrigen stehen und gegen-

seitig voneinander lernen, Konflikte lernen zu bewältigen und auch in Bezug auf Gesundheit und Präventivmaßnahmen durch die Kindergärtnerinnen und Kindergärtner gefördert werden können.

Einen Kindergarten hatte die große Mehrheit mit 98,5 % der Einschülerinnen und Einschüler besucht. Dabei wiesen Kinder mit Migrationshintergrund ein von den Kindern ohne Migrationshintergrund leicht abweichendes Ergebnis auf. Während von letzteren 99,3 % einen Kindergarten besuchten, waren es bei den Kindern mit Migrationshintergrund 97,3 %. Größere Unterschiede sind in der Besuchsdauer von Kindergarten bzw. Kita zu beobachten. Während 88,8 % der fünfjährigen Kinder ohne Migrationshintergrund mindestens drei Jahre lang einen Kindergarten besuchten, waren es bei den Kindern mit Migrationshintergrund nur 78,6 %¹¹⁾ (siehe Abb. 2). Außerdem zeigte sich, dass Kinder von Eltern mit niedrigem Bildungsstand tendenziell eine kürzere Zeit einen Kindergarten bzw. eine Kita besuchten als Kinder mit einem mittleren und hohen elterlichen Bildungsstand. Während 69,0 % der fünfjährigen Einschüler mit elterlich niedrigem Bildungsstand drei Jahre und länger einen Kindergarten besuchten, waren es bei denjenigen mit mittlerem Bildungsstand 85,0 % und bei denen mit hohem Bildungsstand 87,1 %¹²⁾.

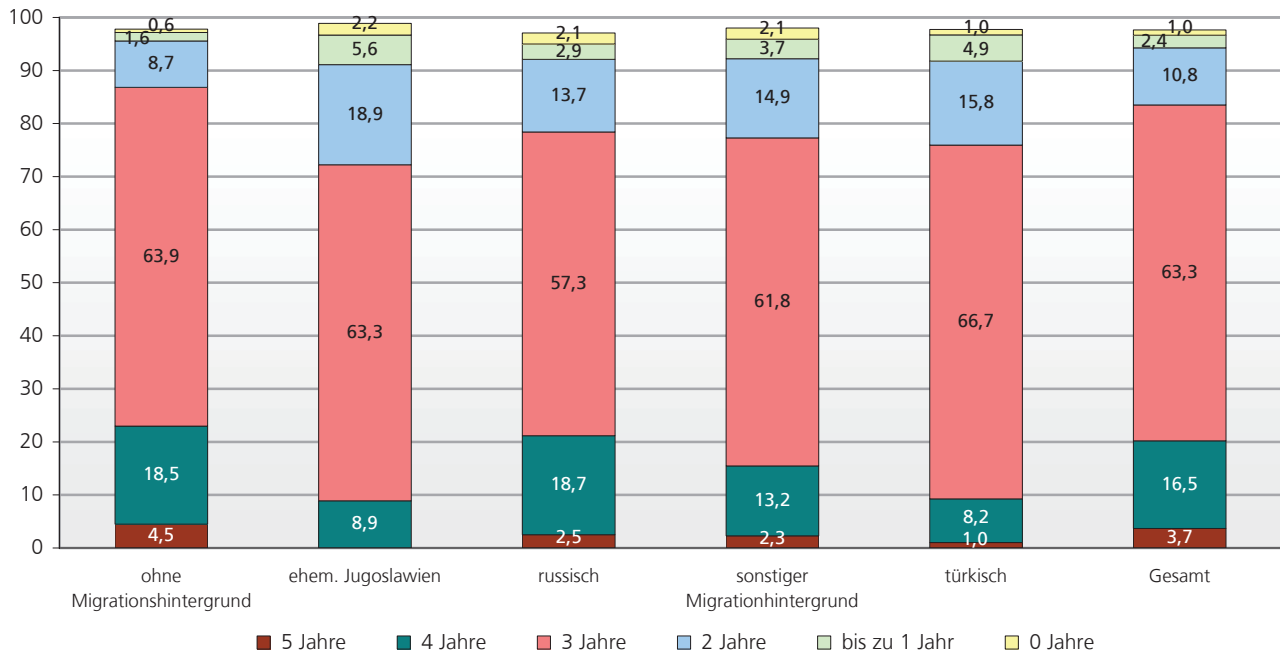
10) Bei Eltern von 1 026 (9,8 %) Kindern gibt es keine Informationen über den Bildungsstand, da sie keine Angaben gemacht haben bzw. zu unvollständig, als dass der Bildungsstand bestimmt werden konnte.

11) N = 6 678. Anteile bezogen auf Kinder mit Angaben zur Kindertagesbetreuungsdauer.

12) Keine Angaben über die Kinderbetreuungsdauer bei den Bildungsständen niedrig: 4,1 %; mittel: 2,3 %; hoch: 1,5 %.

2. Dauer der Kindertagesbetreuung von fünfjährigen Einschülern nach Migrationshintergrund 2011

Anteil der Kinder
in Prozent



Bei der Kreuzung der im Folgenden betrachteten Entwicklungsrückstände sowie des Über- und Untergewichts mit der Kindergarten- bzw. Kitabesuchsdauer wurde die Betrachtung auf die fünfjährigen Kinder, die die größte Gruppe stellen, beschränkt, um die Aussagen trennschärfer zu machen.

3.2 Über- und Untergewicht

Übergewicht und starkes Übergewicht (Adipositas) erhöhen das Risiko für spätere Folgeerkrankungen der Gefäße, Bluthochdruck oder Diabetes und können zur Einschränkung der sozialen Entwicklung führen. Die Ursachen liegen in der genetischen Veranlagung, falschen Ernährungsgewohnheiten, mangelnder körperlicher Aktivität, frühkindlicher Prägung sowie in soziodemographischen und psychosozialen Faktoren. So fasst es das NLGA zusammen¹³⁾. Aber auch Untergewicht kann ein Problem insbesondere bei Kindern darstellen: Die Infektanfälligkeit kann erhöht sein, Muskelfunktionen beeinträchtigt werden und eine eingeschränkte geistige Entwicklung fördern. Die Ursachen hierfür reichen von genetischer Veranlagung, körperlicher Erkrankung, Essstörungen bis hin zu sozialen Faktoren oder psychischen Problemen. Mitunter kann Untergewicht auch ein Hinweis auf elterliche Vernachlässigung darstellen¹⁴⁾. Gemessen wird Unter- bzw. Übergewicht anhand des Body Mass Index (BMI), der sich auf die Gesamtkörperfett-

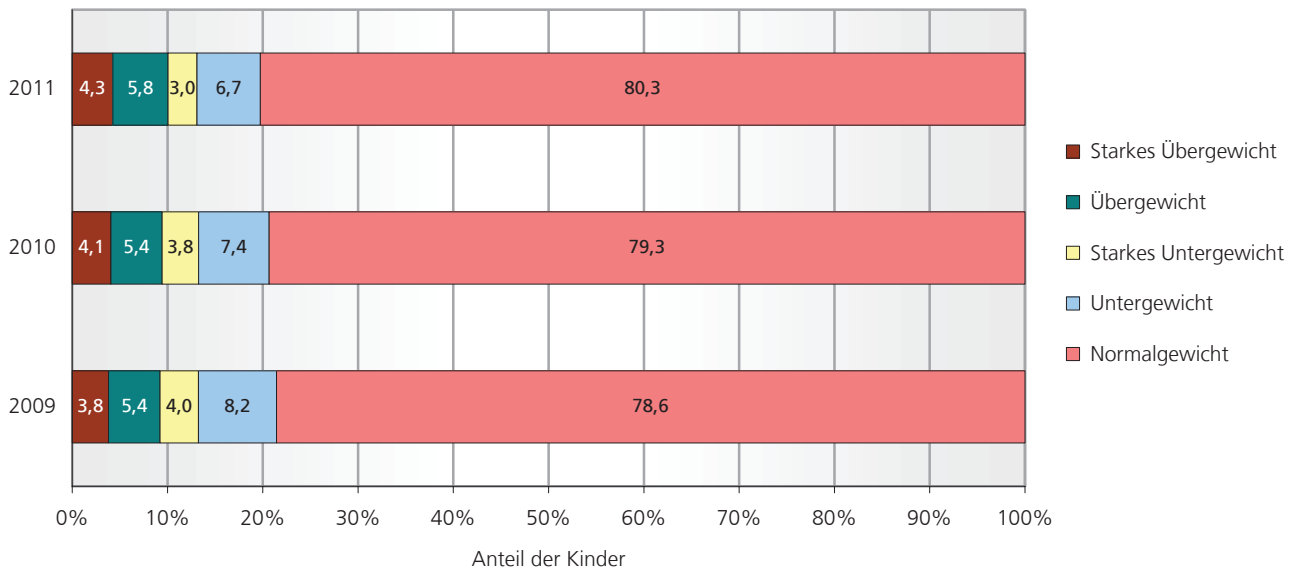
masse bezieht. Die Formel lautet: $BMI = \frac{\text{Körpergewicht}}{\text{Körpergröße zum Quadrat}}$. Dabei wird auf die Einteilung der jeweiligen Perzentile, über die die jeweilige „Gewichtsklasse“ alters- und geschlechtsspezifisch definiert wird, nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter der Deutschen Adipositas-Gesellschaft zurückgegriffen¹⁵⁾.

2011 waren von 10 298 Kindern 596 (5,8 %) übergewichtig¹⁶⁾. Weitere 439 Kinder (4,3 %) hatten ein starkes Übergewicht und waren somit adipös. 2009 betrug der Anteil 3,8 % (siehe Abb. 3). Nach Gemeinden der Region Hannover und den Bezirken Hannovers zusammenbetrachtet reichte die Spanne von 3,8 % übergewichtigen und adipösen Kindern zusammen in Hemmingen bis 14,1 % in Hannover Misburg-Anderten (Durchschnitt: 10,1 %). Auffällig ist, dass unter den Gemeinden im Umland Hannovers in Hemmingen, der Wedemark und in Burgwedel im Durchschnitt der Jahre 2009 bis 2011 die Anteile übergewichtiger und adipöser Kinder am niedrigsten waren, während Seelze und Garbsen 2009, 2010 und 2011 die höchsten Anteile hatten. Hier scheinen sich die Extreme jeweils verfestigt zu haben. Die Anteile der Kinder mit starkem Übergewicht (Adipositas) reichten 2011 auf Ortsebene von 0 % in Wennigsen bis 7,3 % in Garbsen (siehe Karte 3).

15) Vgl. Deutsche Adipositas-Gesellschaft – Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Leitlinien, verabschiedet am 04.10.2012. Die Arbeitsgemeinschaft bezieht sich dabei auf die Körpermaßperzentilkurven von K. Kromeyer-Hauschild, M. Wabitsch, D. Kunze u.a. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149, S. 807-818.
16) Für 123 Kinder lag kein gültiger Wert bei den Körpermaßen vor.

13) Vgl. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (Hrsg.) (2012): Kindergesundheit im Einschulungsalter. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2010, S. 39.
14) Vgl. ebd.

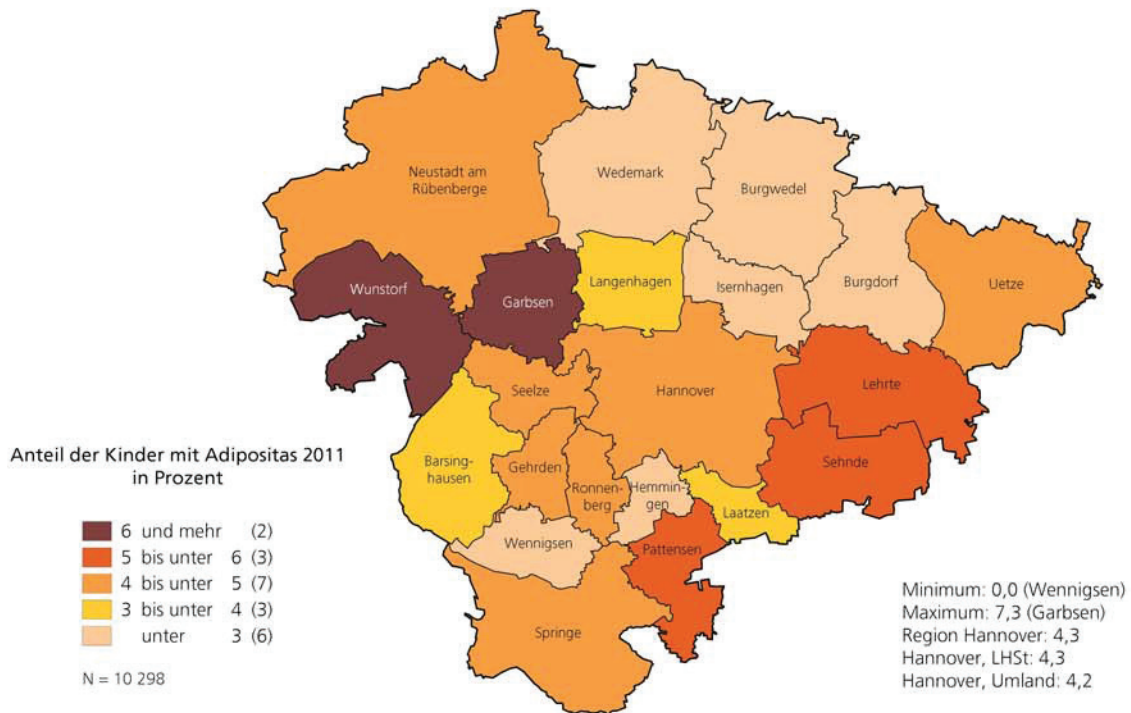
3. Über- und Untergewicht nach BMI 2009 bis 2011



Kinder von Eltern mit niedrigem Bildungsabschluss waren eher übergewichtig und stark übergewichtig. So waren 8,9 % der Kinder mit elterlich niedrigem Bildungshintergrund adipös und 9,2 % übergewichtig. Demnach wog hier etwa jedes sechste Kind über dem Normalgewicht. Bei den Kindern mit einem hohen elterlichen Bildungshintergrund waren hingegen nur 1,9 % adipös und 3,8 %

übergewichtig. Beim Untergewicht und starkem Untergewicht waren die Unterschiede dagegen kleiner und umgekehrt: 7,7 % der Kinder mit hohem Bildungshintergrund waren untergewichtig. Bei den Kindern mit niedrigerem Bildungsstand waren es 5,5 % (Durchschnitt: 6,7 %; inkl. keine Angabe). Stark untergewichtig waren bei einem niedrigen Bildungsstand 2,2 % und 3,1 % der Kinder mit ei-

3. Kinder mit Adipositas 2011



nem hohen elterlichen Bildungsgrad (Durchschnitt: 3,0 %; inkl. keine Angabe).

Ebenso wie der Bildungshintergrund scheint auch der Migrationshintergrund einen Einfluss auf die körperlichen Maße zu haben.

In rund 82 % aller Fälle hatten Kinder ohne Migrationshintergrund Normalgewicht. Bei Kindern mit Migrationshintergrund betrug der Anteil rund fünf Prozentpunkte weniger (77,3 %). Bei Kindern aus Familien mit ursprünglich türkischer Herkunft waren es nur 73,9 %. Bei den Extremen – starkes Übergewicht und starkes Untergewicht – klaffen die Werte bei diesen beiden betrachteten Gruppen ebenso auseinander. Während nur 2,9 % der Kinder ohne Migrationshintergrund als adipös galten, waren es bei Kindern mit türkischem Migrationshintergrund 9,1 %. Hinzu kamen 9,9 % Übergewichtige, so dass beinahe jedes fünfte Kind mit türkischem Migrationshintergrund über dem Normalgewicht lag. Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund war der Anteil weniger als halb so groß (insgesamt 7,5 %). Allerdings waren hier prozentual mehr Kinder untergewichtig (7,3 %) bzw. stark untergewichtig (3,0 %), so dass jedes zehnte Kind ohne Migrationshintergrund unterhalb des Normalgewichts lag. Bei den Einschülerinnen und Einschülern mit türkischem Migrationshintergrund betrug der Anteil 7,1 % (gerundet 2,5 % stark- und 4,7 % untergewichtig).

Eine Kreuzung von Migrations- mit Bildungshintergrund nach Über- und Untergewicht zeigt, dass auch unter den Kindern mit Migrationshintergrund und gleichzeitig hohem Bildungshintergrund der Anteil der adipösen Kinder höher war als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund mit gleichem, elterlichen Bildungshintergrund: Bei der Gruppe der Kinder mit türkischem Migrationshintergrund und hohem Bildungshintergrund lagen 14,3 % über

dem Normalgewicht. Bei der Gruppe „Sonstiger Migrationshintergrund“ waren es 10,1 % und bei denen ohne Migrationshintergrund lediglich 4,2 %¹⁷⁾ (siehe Tabelle). Bei den Kindern, deren Eltern einen niedrigen Bildungsstand aufwiesen, waren bei denen mit türkischem Migrationshintergrund 20,2 % und bei denen ohne Migrationshintergrund 18,0 % übergewichtig und stark übergewichtig („Sonstiger Migrationshintergrund“: 18,1 %).

Teilt man die Betreuungsdauer der fünfjährigen Kinder (insgesamt 6 621, bei denen gültige Angaben in den betrachteten Variablen vorlagen) in die Gruppen 0 bis 1 Jahr, 2 bis 3 Jahre und 4 bis 5 Jahre, zeigt sich, dass 2011 der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder zusammen mit 11,0 % (von 227 Kindern) am höchsten bei denjenigen mit 0 bis einem Jahr Betreuungsdauer war. Bei denen mit zwei- bis dreijähriger Betreuungsdauer betrug der Anteil 9,2 % (von 5 019 Kindern) und bei denen mit vier- bis fünfjähriger Dauer 7,2 % (von 1 375 Kindern). In den beiden Jahren zuvor war diese Rangfolge identisch.

Schließlich bleibt jedoch positiv festzuhalten, dass der Anteil der Normalgewichtigen an allen Kindern von 78,6 % 2009 auf 80,3 % 2011 gestiegen ist. Das ist allerdings nur auf den Rückgang des Anteils der untergewichtigen und stark untergewichtigen Kinder zurückzuführen. Denn der Anteil der übergewichtigen und stark übergewichtigen Kinder stieg im gleichen Zeitraum an (siehe Abb. 3). Nach Migrationshintergrund zeichnet sich folgendes Bild ab: Während der Anteil Übergewichtiger und Adipöser unter den Kindern mit Migrationshintergrund zusammengenommen unverändert bei 14,2 % lag, stieg er bei den Kindern ohne Migrationshintergrund von 6,5 % auf 7,5 % an.

17) Auch wenn man alle drei verfügbaren Datensätze 2009 bis 2011 zusammenfasst, um vermeidliche Jahresschwankungen aufgrund niedriger Fallzahlen zu nivellieren, bleibt es bei diesen Verhältnissen.

Über- und Untergewicht nach Migrationshintergrund und Bildungsstand der Eltern 2011¹⁾

Migrationshintergrund	Bildungsstand	Starkes Untergewicht		Untergewicht		Normalgewicht		Übergewicht		Starkes Übergewicht		Übergewicht und starkes Übergewicht zusammen	N
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%		
ohne Migrationshintergrund	niedrig	4	1,2	20	6,1	245	74,7	29	8,8	30	9,2	18,0	328
	mittel	82	3,0	166	6,2	2 185	81,1	159	5,9	104	3,9	9,8	2 696
	hoch	100	3,3	254	8,4	2 545	84,1	89	2,9	39	1,3	4,2	3 027
ehem. Jugoslawien	niedrig	.	.	5	7,8	52	81,3	3	4,7	4	6,3	10,9	64
	mittel	3	4,1	5	6,9	56	76,7	4	5,5	5	6,9	12,3	73
	hoch	1	3,3	1	3,3	25	83,3	2	6,7	1	3,3	10,0	30
russisch	niedrig	1	2,1	3	6,3	37	77,1	2	4,2	5	10,4	14,6	48
	mittel	4	1,9	12	5,8	174	84,1	8	3,9	9	4,4	8,2	207
	hoch	2	1,5	14	10,5	107	79,9	7	5,2	4	3,0	8,2	134
sonstiger Migrationshintergrund	niedrig	12	3,1	21	5,4	283	73,3	36	9,3	34	8,8	18,1	386
	mittel	31	3,8	51	6,2	629	76,3	64	7,8	49	6,0	13,7	824
	hoch	18	2,6	36	5,1	581	82,3	44	6,2	27	3,8	10,1	706
türkisch	niedrig	4	1,7	9	3,9	173	74,3	26	11,2	21	9,0	20,2	233
	mittel	12	3,1	18	4,7	279	72,1	40	10,3	38	9,8	20,2	387
	hoch	4	3,6	4	3,6	88	78,6	9	8,0	7	6,3	14,3	112

1) Gültige Werte mit Angaben zum Bildungsstand und Herkunft, N = 9 255.

3.3 Sprachvermögen und Sprachauffälligkeiten

Unter Sprachauffälligkeiten sind Sprechstörungen, Störungen der Stimme wie Näseln oder Heiserkeit, eine Verzögerung in der Sprachentwicklung, Störung in der Aussprache wie Stammeln und Lispeln und Störungen im Redefluss wie Poltern oder Stottern zu verstehen. In der Beschreibung des Landesgesundheitsamtes heißt es zu diesem Themenkomplex, dass sich ein Schulanfänger zudem in seiner Muttersprache verständlich mitteilen müsse, grammatikalisch sinnvolle Sätze bilden und einen erweiterten Wortschatz besitzen müsse¹⁸⁾. Für den späteren Schulerfolg nimmt die Beherrschung der Grammatik einen besonderen Stellenwert ein.

Bei 42,5 % der 10 421 Einschülerinnen und Einschüler der Region Hannover wurden 2011 Sprachauffälligkeiten festgestellt. Allerdings war bei etwas weniger als der Hälfte (47,4 %) von diesen 4 429 Kindern keine weitere Maßnahme notwendig¹⁹⁾. Die Untersucherinnen gehen hier davon aus, dass es sich nur um eine vorübergehende Sprachauffälligkeit handelt, die sich im Laufe der Zeit schnell behebt und keiner ärztlichen Anleitung bedarf.

18) Vgl. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (Hrsg.) (2012): Kindergesundheit im Einschulungsalter. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2010, S. 59.

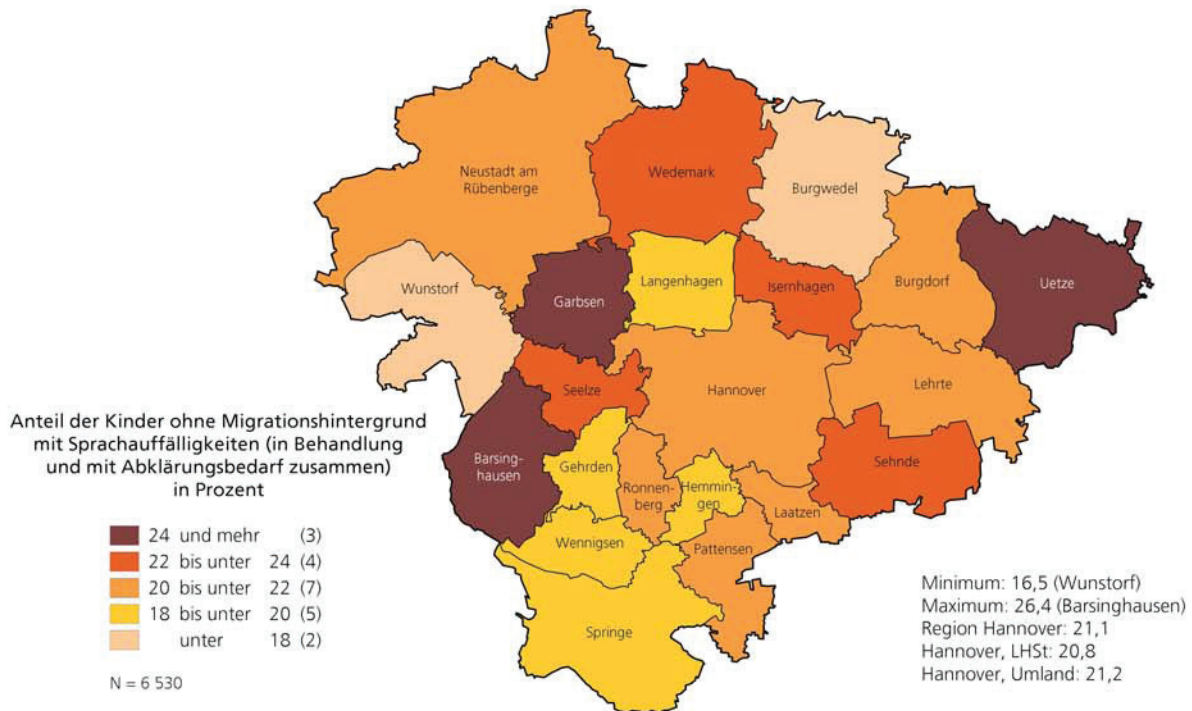
19) Die ärztliche Befundung unterscheidet bei allen hier folgenden betrachteten Untersuchungsteilen zwischen „kein Befund“, „Befund ohne Maßnahme“, „Überweisung“ und „in Behandlung“. Die beiden letzteren Ausprägungen werden nachstehend in der Regel zusammengefasst. (Zudem kann es sein, dass die Untersuchung „verweigert“ wurde bzw. „nicht erfolgte“.)

Ein markanter Unterschied war hier insbesondere geschlechtsspezifisch festzustellen: Während bei den Jungen jeder vierte (26,7 %) bereits in Behandlung war oder eine Abklärungsempfehlung gegeben wurde, war es bei den Mädchen nur etwa jedes sechste (17,6 %).

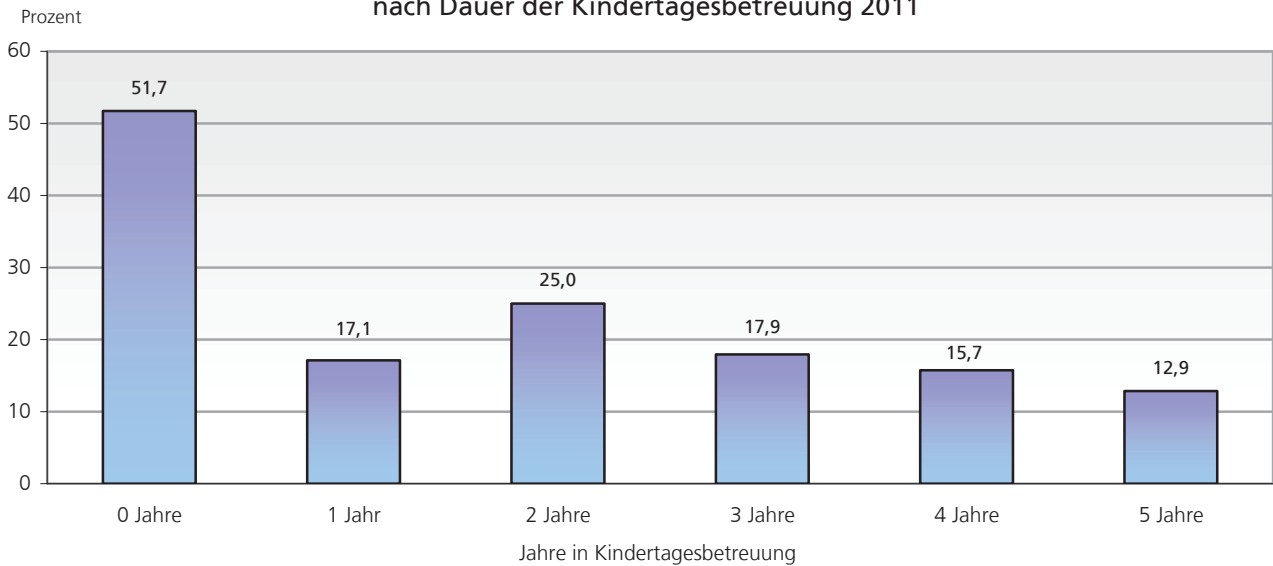
Eine Differenzierung nach Migrationshintergrund der Kinder ist hier schwierig, da aufgrund etwaiger mangelnder Deutschkenntnisse das Sprachvermögen nur eingeschränkt beurteilt werden kann. Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund hingegen sind die Aussagen stichhaltiger. Hier hatte etwa jedes dritte Kind (34,7 %) eine Sprachauffälligkeit („in Behandlung“, „Überweisung“ und „Befund ohne Maßnahme“ zusammen), was deutlich unter dem Durchschnitt von 42,5 % lag. 2010 waren es 1,2 Prozentpunkte weniger und 2009 waren es „nur“ 30,2 % bei den Kindern ohne Migrationshintergrund. Von den 2 264 dieser Kinder war 2011 jedoch bei 888 (39,2 %) laut der Ärztinnen keine weitere Maßnahme erforderlich. Dieser Anteil sank gegenüber den vorherigen Untersuchungsjahren. So ist gleichzeitig der Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund mit Sprachauffälligkeiten, die bereits behandelt wurden und in Behandlung überwiesen wurden, an allen Kindern der gleichen Gruppe von 17,2 % 2009 über 20,0 % 2010 auf 21,1 % 2011 gestiegen. Örtlich reichten die Werte von 16,5 % in Wunstorf, gefolgt von Burgwedel mit 17,0 %²⁰⁾ bis 26,4 % in Barsinghausen (siehe Karte 4). In Hannover gab es drei Stadtbezirke mit höheren

20) In Hannovers Stadtbezirken Mitte (12,9 %), Südstadt-Bult (15,7 %), Nord (15,8 %) und Kirchrode-Bemerode-Wülferode (16,1 %) liegen die Werte niedriger.

4. Kinder ohne Migrationshintergrund mit Sprachauffälligkeiten 2011



4. Anteil von fünfjährigen Kindern ohne Migrationshintergrund mit Sprachauffälligkeiten nach Dauer der Kindertagesbetreuung 2011



Werten: Ahlem-Badenstedt-Davenstedt mit 26,7 %, Ricklingen mit 27,1 % und Herrenhausen-Stöcken mit 28,1 %.

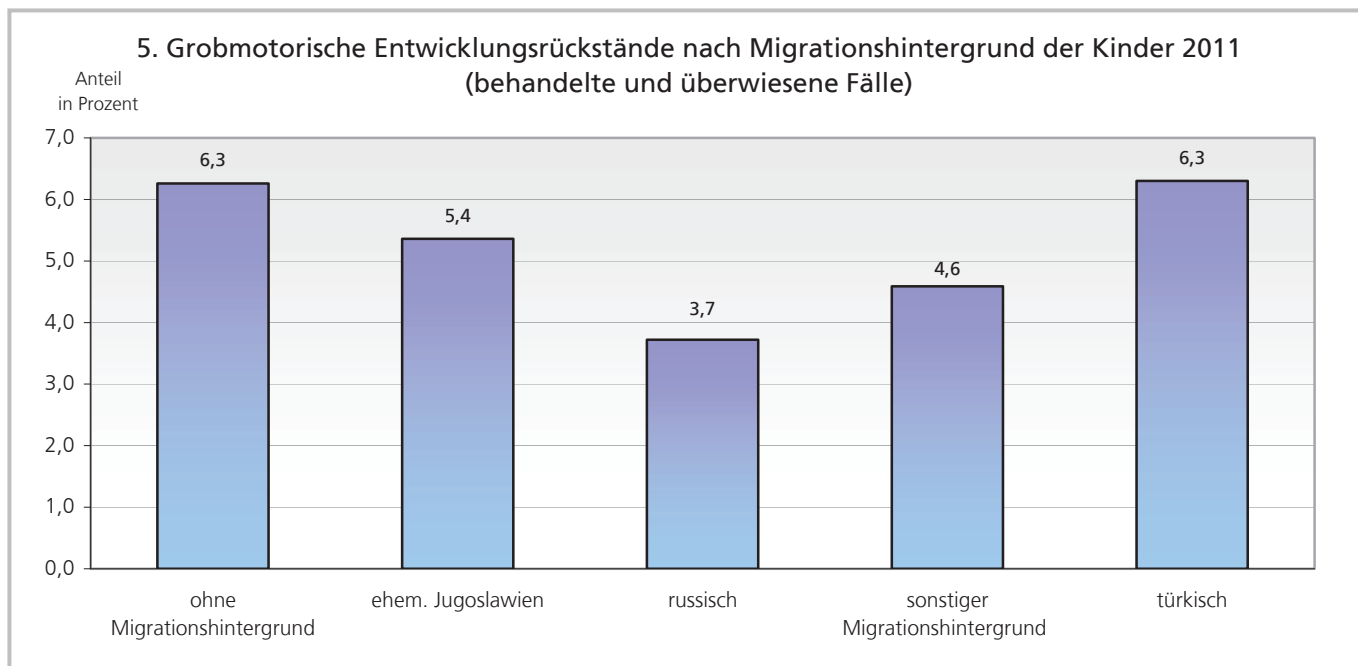
Nach Bildungshintergrund aller Kinder ohne Migrationshintergrund ergibt sich folgendes Bild: Mehr als jedes dritte Kind (37,7 %) mit einem niedrigen elterlichen Bildungshintergrund war entweder in Behandlung oder wurde von der Ärztin überwiesen. Bei Kindern mit mittlerem Bildungshintergrund war nur jedes vierte hiervon betroffen (24,4 %) und bei denen mit einem hohen Bildungshintergrund rund jedes siebte (15,1 %).

Betrachtet man die Sprachauffälligkeiten nach der Dauer der außerfamiliären Kinderbetreuung, ergibt sich folgendes Bild: Von den 4 650 fünfjährigen Kindern ohne Migrationshintergrund gingen 2 989 bereits drei Jahre in den Kindergarten bzw. in eine Kindertagesstätte (siehe Abb. 4). Hiervon hatten 17,9 % eine Sprachauffälligkeit, die bereits behandelt wurde, bzw. die eine Überweisung nötig machte. Bei denen, die vier Jahre eine solche Einrichtung besuchten, waren es 15,7 % (von 864 Kindern), bei denen, die bereits fünf Jahre nicht hauptsächlich zu Hause betreut wurden, waren es 12,9 % (von 210 Kindern). Jedes vierte Kind (25,0 % von 408 Kindern) hingegen, dass nur zwei Jahre einen Kindergarten besuchte, hatte eine bereits behandelte Sprachstörung oder die einer Behandlung bzw. Überweisung bedarf. Bei den sechsjährigen Kindern war das Verhältnis des Anteils der sprachauffälligen Kinder zu der Dauer des Besuchs einer Kindertagesstätte bzw. eines Kindergartens ähnlich; im allgemeinen wurden hier jedoch prozentual mehr Sprachauffälligkeiten festgestellt. Festzuhalten bleibt, dass bei beiden Altersklassen mit Zunahme der Kindergartendauer der Anteil an Kindern, die kein altersgerechtes Sprachvermögen aufweisen, sinkt.

3.4 Grobmotorische Entwicklung

Bei 6,0 % aller untersuchten Kinder lag 2011 wie im Jahr zuvor eine grobmotorische Auffälligkeit vor, die bereits behandelt wurde oder zu einer Überweisung durch die untersuchende Ärztin führte. Unter den betrachteten Orten gab es eine relativ große Spanne, wobei die Extremwerte beide in den Bezirken Hannovers zu finden waren. Am niedrigsten war der Wert in Kirchrode-Bemerode-Wülfenrode mit 3,0 %, am höchsten in Ahlem-Badenstedt-Davenstedt mit 11,5 %. Im Umland waren prozentual in der Wedemark mit 3,5 % am wenigsten Kinder von einer bereits behandelten oder weiter abzuklärenden grobmotorischen Schwäche betroffen²¹⁾. In Gehrden – mit dem höchsten Anteil – betraf dies 13 von 151 Einschülerinnen und Einschülern (8,6 %). Auffällig ist, dass Gehrden auch in den anderen beiden Untersuchungsjahren die zweithöchsten Anteile aufwies. In Uetze hingegen war der Wert in allen drei Untersuchungsjahren sehr niedrig. Andere Orte waren nicht so kontinuierlich unter den Extremen zu finden. Bezogen auf die Geschlechterunterschiede innerhalb der Region zeigt sich, dass bei den Jungen der Anteil mit 8,6 % 2,8-mal so hoch wie bei den Mädchen lag, bei denen er nur 3,1 % beträgt. In den Jahren davor lag er jeweils unter diesen Werten. Kinder mit einem russischen Migrationshintergrund hatten mit 3,7 % am wenigsten grobmotorische Schwächen, die bereits behandelt wurden bzw. weiteren Abklärungsbedarf erforderten. Bei den Einschülern ohne Migrationshintergrund und denen mit türkischen Familienwurzeln lag der Anteil mit 6,3 % am höchsten (siehe Abb. 5).

21) Allerdings ist in der Wedemark wiederum der Anteil der Kinder mit grobmotorischer Schwäche ohne weitere Maßnahme mit 23,9 % mit Abstand am höchsten.



Nach Bildungsstand der Eltern lässt sich feststellen, dass bei niedriger Bildung der Anteil der Kinder mit grobmotorischer Schwäche mit 8,0 % am höchsten war und bei Kindern mit einem hohen elterlichen Bildungsstand mit 3,9 % am niedrigsten (mittlerer Bildungsstand: 6,4 %).

Mit Blick auf die außerfamiliäre Kinderbetreuungsdauer waren die höchsten Anteile von fünfjährigen Kindern mit grobmotorischer bereits behandelter Schwäche oder bei denen Abklärungsbedarf bestand, bei Kindern zu finden, die gar nicht und bis zu einem Jahr einen Kindergarten bzw. eine vergleichbare Betreuung hatten (8,2 %). Bei Kindern mit zwei- bis einschließlich dreijähriger Dauer war der Anteil mit 4,2 % etwa halb so groß, und bei einer darüberliegenden Betreuungszeit war er mit 3,8 % am niedrigsten.

3.5 Feinmotorische Entwicklung

Neben der Grobmotorik ist eine altersgerechte Entwicklung der Feinmotorik in der Schule wichtig, wodurch Zeichnen oder Schreiben beeinflusst werden. Im Falle eines Entwicklungsrückstandes bedarf feinmotorische Förderung jedoch weniger einer ärztlichen Anleitung. 2011 hatten 79,9 % der Kinder eine altersgerecht ausgeprägte Feinmotorik (2009: 83,0 %; 2010: 80,1 %). Bei 12,7 % der Kinder lag eine feinmotorische Schwäche vor, die nicht ärztlich beobachtet bzw. behandelt werden musste. Bei 7,1 % war dies jedoch der Fall (2009: 4,6 %; 2010: 7,5 %): Im Vergleich der 21 Kommunen reichte die Spanne von 3,5 % in Garbsen bis 10,7 % in Isernhagen.

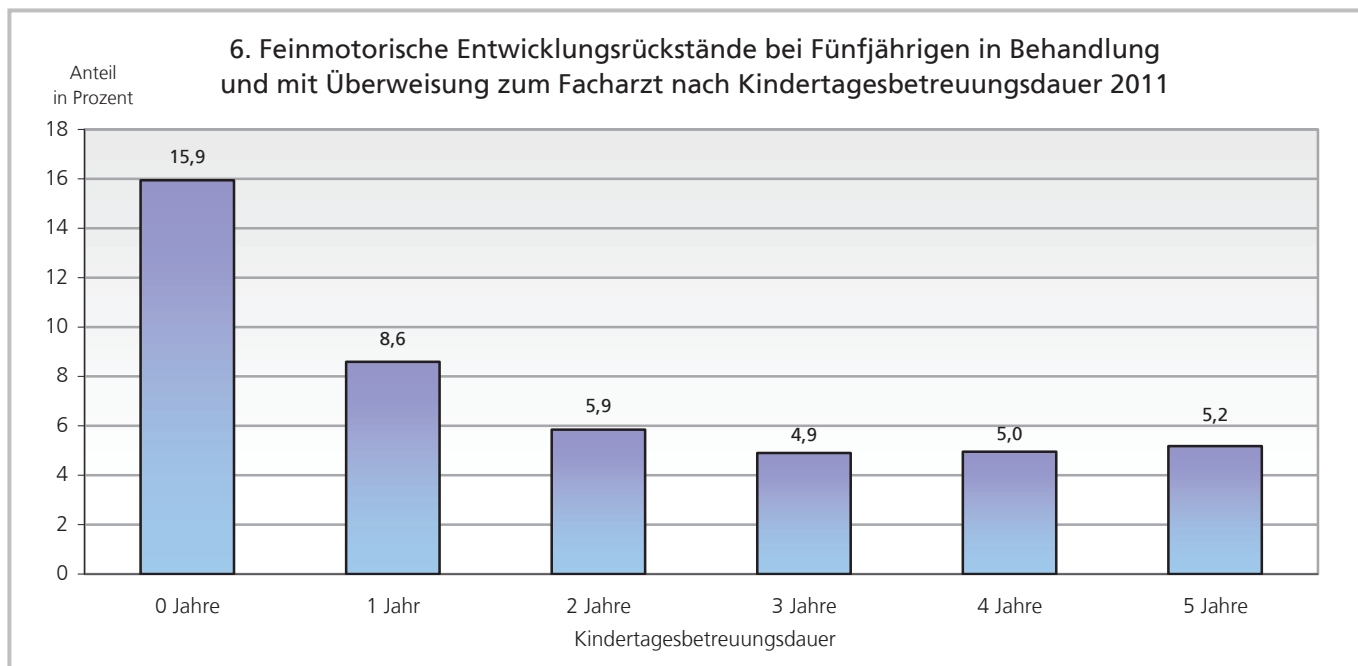
In der Stadt Hannover war der summierte Anteil der bereits sich in Behandlung befindlichen Kinder und denen

mit weiterem Klärungsbedarf höher als im Umland (6,8 %) und lag bei 7,4 %. Der höchste Anteil innerhalb der Landeshauptstadt und zugleich der Region fand sich in Ahlem-Badenstedt-Davenstedt, wo etwa jedes achte Kind (12,2 %) betroffen war. In Hannover Mitte waren es lediglich 4,0 %.

Jungen waren mit 10,5 % mehr als dreimal so häufig wie Mädchen (3,3 %) von einer feinmotorischen Schwäche betroffen, die entweder bereits behandelt wurde oder einer weiteren Abklärung bedurfte. Mit steigendem elterlichem Bildungsstand sinkt der Anteil der zu behandelnden Kinder von 10,0 % niedriger Bildungsstand über 7,6 % mittlerer Bildungsstand zu 4,6 % hoher Bildungsstand. Bei fünfjährigen Kindern ohne Kindergartenbesuch betrug der Anteil 15,9 %, 8,6 % bei einjähriger Dauer, 5,9 % bei zweijähriger Besuchsdauer und 4,9 % bei dreijähriger Besuchsdauer eines Kindergartens bzw. einer Kita (siehe Abb. 6). Unter den Kindern mit russischem Migrationshintergrund war der Anteil derjenigen mit Förderbedarf bzw. Abklärungsbedarf in der Feinmotorik mit 5,1 % am niedrigsten, bei den Kindern ohne Migrationshintergrund betrug der Anteil 7,5 % und war damit am höchsten; dieses Verhältnis ändert sich auch nicht, wenn man z.B. den Bildungsstand der Eltern mit einbezieht.

4. Zusammenfassung

Die Betrachtung der kurzen Zeitreihe von drei Jahren zeigt vor allem eines: Es gab 2011 gegenüber 2009 mehr Kinder mit Entwicklungsrückständen und mehr, die übergeordnet waren. In der Regel haben sich die Werte innerhalb der Region Hannover bei der Sprachentwicklung sowie bei der fein- als auch grobmotorischen Entwicklung



und dem Übergewicht verschlechtert – unabhängig von Bildung und Herkunft der Eltern. Allerdings können Veränderungen auch auf eine möglicherweise höhere Sensibilität der Ärztinnen zurückzuführen sein, ohne dass es eine Änderung der Untersuchungsmethode gab. Bei der Betrachtung von Über- und Untergewicht gemessen am BMI ist dabei ein solcher Spielraum jedoch ausgeschlossen, da hier die Instrumente – Maßband und Waage – „harte“ Zahlen liefern.

Regional zeigt sich, dass Einschülerinnen und Einschüler aus Barsinghausen, Neustadt am Rübenberge, Seelze und Uetze bei drei von vier der betrachteten Untersuchungen Übergewicht, sprachliche²²⁾, grobmotorische und feinmotorische Entwicklungsrückstände überdurchschnittliche Werte aufwiesen. In Sehnde sowie in Hannovers Bezirken Buchholz-Kleefeld, Ricklingen und Ahlem-Badenstedt-Davenstedt lagen sogar alle der untersuchten Anteile über dem Durchschnitt, in Vahrenwald-List und Herrenhausen-Stöcken traf dies bei drei der untersuchten Themen zu. Das heißt, dass in diesen Orten und Bezirken der Anteil der Einschüler von gleichzeitig auftretenden Entwicklungsrückständen höher war als in den anderen Orten und Bezirken.

In Burgwedel, Hemmingen, Langenhagen und Springe sowie in Hannovers Stadtbezirken Mitte und Kirchrode-Bemerode-Wülferode fanden sich dagegen durchweg unterdurchschnittliche Anteile bei den betrachteten Entwicklungsrückständen der Kinder wieder. In Burgdorf, Ronnen-

22) Hier wurden nur Kinder ohne Migrationshintergrund betrachtet.

berg sowie in den Stadtbezirken Südstadt-Bult und Linden-Limmer lagen immerhin jeweils drei der vier Werte unter dem Durchschnitt.

Der Bildungshintergrund der Eltern hat Einfluss auf die körperliche Entwicklung des Kindes, ebenso der Migrationshintergrund. Kinder ohne Migrationshintergrund haben aber nicht immer zusammengenommen einen besseren Entwicklungsstand. Bei Kindern mit türkischem Migrationshintergrund scheint die Bildung der Eltern weniger Einfluss auf die Entwicklung des Kindes zu haben als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Auch zeigt sich, dass Kinder, die mehr als zwei Jahre einen Kindergarten besucht haben bzw. in Tagesbetreuung waren, bessere Werte bezüglich der betrachteten Untersuchungen aufweisen, als Kinder mit einer niedrigeren Besuchsdauer.

Die Betrachtung einer längeren Zeitreihe kann in Zukunft die Ergebnisse besser einordnen. Der interkommunale Vergleich kann dabei helfen, um lokal Fördermaßnahmen zu ergreifen, indem Orte, wo es niedrigere Anteile von Kindern mit Entwicklungsrückständen gibt, als Richtschnur betrachtet werden. Der Anteil von Kindern mit Entwicklungsrückständen ist insbesondere dort niedrig, wo es relativ wenige Kinder mit niedrigem Bildungshintergrund gibt. Etwas abgeschwächt gilt dies auch für Orte mit niedrigen Anteilen von Kindern mit Migrationshintergrund. Allerdings führen noch weitere als die hier untersuchten Einflüsse – wie zum Beispiel die finanzielle Situation der Familien, die in der Schuluntersuchung nicht abgefragt werden – zu den aufgezeigten Ergebnissen.