GESUNDHEITSBERICHT 2024

Gesundheit und Entwicklung von Kindern im Einschulungsalter

Heidekreis
Mitten in Niedersachsen – mitten im Leben.

HERAUSGEBER

Landkreis Heidekreis
Fachbereich Gesundheit
Vogteistraße 19
29683 Bad Fallingbostel
info@heidekreis.de

Stand: Oktober 2024

Foto Umschlag: © Canva

Grußwort des Landrats

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

die frühe Kindheit ist eine entscheidende Phase in der Entwicklung eines jeden Menschen. Gerade im Einschulungsalter werden wichtige Weichen für die körperliche, geistige und emotionale Gesundheit gestellt, die das spätere Leben maßgeblich beeinflussen. Die Einschulung ist ein bedeutender Schritt im Leben eines Kindes und bringt viele Veränderungen und Herausforderungen mit sich – für die Kinder selbst, aber auch für ihre Familien. Doch damit dieser Schritt auch erfolgreich ist, müssen wir sicherstellen, dass unsere Kinder körperlich, seelisch und sozial gut auf diese neue Lebensphase vorbereitet sind. Gesundheit und Entwicklung sind eng miteinander verbunden, und es liegt an uns, die besten Voraussetzungen für eine gesunde Kindheit zu schaffen.

Im Heidekreis werden bereits viele Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen umgesetzt. Alle Angebote basieren auf den Grundsätzen der Gesundheitsförderung und Prävention. Ziel ist es, die körperliche und seelische Gesundheit der jungen Generation bestmöglich zu unterstützen, damit gesundheitliche und soziale Benachteiligungen frühzeitig erkannt und vermieden werden können – sowohl in der Kindheit als auch im späteren Leben. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben wie der Schuleingangsuntersuchung gibt es zahlreiche weitere Maßnahmen, darunter regelmäßige zahnärztliche Vorsorgeaktionen und das Impfscreening in den 6. Klassen. Letzteres umfasst nicht nur die Kontrolle der Impfpässe, sondern auch Hör- und Sehtests sowie die Bestimmung des BMI und individuelle Beratung. Ein weiterer wichtiger Baustein ist der Masterplan Bildung im Heidekreis, der durch seinen ganzheitlichen Ansatz einen Beitrag zur gesundheitlichen Aufklärung leistet. Er verbindet die

Bereiche Prävention, Gesundheitsförderung und Bildung miteinander und stärkt so das Bewusstsein für Gesundheit bereits in jungen Jahren.

Mit diesem Gesundheitsbericht möchten wir Ihnen einen umfassenden Überblick über den aktuellen Stand der Gesundheit und Entwicklung von Kindern im Einschulungsalter in unserem Heidekreis geben. Er bietet Einblicke und Empfehlungen, die Eltern, Lehrkräften und allen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit Tätigen als Orientierung und Hilfestellung dienen können.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen und hoffe, dass dieser Bericht für Sie eine hilfreiche Unterstützung und Informationsquelle ist.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Jens Grote, Landrat

Zusammenfassung

Hintergrund

Der vorliegende Bericht beschreibt anhand der Daten der Schuleingangsuntersuchungen der letzten fünf Jahre (2018 bis 2022) die Gesundheit und Entwicklung von Kindern im Einschulungsalter des Heidekreises. Durch Schuleingangsuntersuchungen werden schulrelevante Fähigkeiten und die altersgerechte Entwicklung der Kinder überprüft sowie gegebenenfalls individueller Förder- und Unterstützungsbedarf identifiziert. Dazu gehört die Testung des Seh-, Hör- und Sprachvermögens sowie die Beurteilung der kognitiven und motorischen Fähigkeiten und des Verhaltens der Kinder. Des Weiteren werden die Größe, das Gewicht, der Impfstatus sowie die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) dokumentiert.

Ergebnisse

Im Berichtszeitraum wurden 6.233 Kinder untersucht. Von den untersuchten Kindern waren durchschnittlich je Jahrgang 54,0 % Jungen und 46,0 % Mädchen. Etwa 23,0 % der Kinder hatte einen Migrationshintergrund[1].

Im Hinblick auf mögliche soziodemografische Einflussfaktoren zeigen sich bei den Untersuchungsergebnissen mehrheitlich Zusammenhänge mit dem Geschlecht, dem Haushaltsbildungsindex und dem Migrationshintergrund des Kindes. Zudem liegen kommunale Unterschiede bedingt durch den Wohnort der Familie vor.

Früherkennung

Die Teilnahmerate der U-Untersuchungen verzeichnet bei Betrachtung der gesamten letzten fünf Jahren eine leichte Zunahme und befindet sich damit auf einem hohen Niveau (ca. 87,0 %). Kinder mit niedrigem Haushaltsbildungsindex weisen geringere Teilnahmeraten auf. Bei Kindern aus Haushalten mit mittlerem oder hohem Bildungsindex zeigt sich dagegen jeweils eine sehr hohe Teilnahmerate (ca. 90,0 %). Kommunal betrachtet sind die Teilnahmeraten im Berichtszeitraum in allen Städten und Gemeinden des Heidekreises gestiegen mit Ausnahme von

[1] Definition Migrationshintergrund, siehe Kapitel 1.4.2

Soltau, Schwarmstedt, Schneverdingen und Neuenkirchen. Je nach Kommune lag die Teilnahmerate an den U-Untersuchungen im Jahr 2022 zwischen 83,0 % und 93,0 %. Auch Kinder mit Migrationshintergrund nehmen weniger häufig an U-Untersuchungen teil als Kinder ohne Migrationshintergrund (ca. 75,0 % vs. 92,0 % in 2022). Allerdings ist die Teilnahme bei Kindern mit Migrationshintergrund von 2018 zu 2022 stark angestiegen (um ca. 13,0 %). Alle Einschulungsjahrgänge weisen nur eine geringe Teilnahmerate bei der U9 auf.

Impfungen

Die Impfquote (summiert) ist im Berichtszeitraum leicht angestiegen. 84,0 % der Kinder, welche die Schuleingangsuntersuchung besuchten, sind im Heidekreis vollständig geimpft. Bei Betrachtung der Ergebnisse, differenziert nach Städten und Gemeinden, fällt auf, dass eine Zunahme der Impfquoten zu beobachten ist außer in Soltau, Schwarmstedt, Rethem (Aller), Bispingen und Neuenkirchen. Den größten Anstieg verzeichnet Bad Fallingbostel (69,0 % zu 87,0 %)[2]. Es sind weniger Kinder aus Familien mit niedrigem Haushaltsbildungsindex vollständig geimpft. Bei Kindern aus Haushalten mit mittlerem und hohen Bildungsindex ist die Impfquote dagegen deutlich höher. Die Impfquoten bei diesen beiden Gruppen verzeichnen im Berichtszeitraum eine Zunahme. Auch weniger Kinder mit Migrationshintergrund sind vollständig geimpft als Kinder ohne Migrationshintergrund (80,4 % vs. 86,0 %). Es kann aber festgestellt werden, dass die Impfquote bei Kindern mit Migrationshintergrund im Berichtszeitraum deutlich zugenommen hat (um ca. 8,0 %). Ein Jahresvergleich der Einschulungsjahrgänge 2018 und 2022 zeigt eine deutliche Zunahme der vollständig gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und Meningokokken geimpften Kinder. Damit stieg der Anteil der vollständig gegen Masern, Mumps und Röteln geimpften Kindern auf etwas mehr als 90,0 %. Bei Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Pneumokokken ist die Impfquote vollständig geimpfter Kinder im Berichtszeitraum allerdings gesunken. Im Jahr 2022 lag die Impfquote vollständig geimpfter Kinder bei Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Varizellen, Meningokokken und Pneumokokken damit bei unter 90,0 %. Der Anteil nicht geimpfter Kinder hat im Berichtszeitraum abgenommen (9,0 % zu 5,0 %).

[2] (Möglicher Hintergrund könnte hier die Flüchtlingssituation in 2015/ 2016 sein, da sich in Bad Fallingbostel deutlich mehr Flüchtlinge angesiedelt haben als in anderen Orten des Heidekreises. Hier könnte ein Zusammenhang bestehen.)

Übergewicht und Adipositas

Der Großteil der Kinder im Heidekreis ist normalgewichtig (ca. 83,0 %). Der Anteil an Kindern mit Übergewicht und Adipositas hat im Berichtszeitraum zugenommen (um ca. 2,3 %). Die Übergewichts- und Adipositasprävalenz unterscheidet sich nicht nach Geschlecht: Im Jahr 2022 waren 16,7 % der Jungen und 16,6 % der Mädchen übergewichtig bzw. adipös. Kommunal betrachtet zeigen sich deutliche Unterschiede in der Verteilung übergewichtiger und adipöser Kinder im Heidekreis. In acht von elf Kommunen ist der Anteil an übergewichtigen bzw. adipösen Kindern deutlich gestiegen. Lediglich in Schwarmstedt ist dieser deutlich gesunken (von 16,2 % auf 13,1 %). In Rethem (Aller) ist der Anteil an übergewichtigen und adipösen Kindern von 2018 zu 2022 gleichbleibend auf einem hohen Niveau (ca. 24,0 %). Kinder aus Familien mit niedrigem und mittlerem Haushaltsbildungsindex sind häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen als Kinder aus Haushalten mit hohem Bildungsindex (2022: 24,0 % bzw. 15,0 % vs. 10,0 %). Auch Kinder mit Migrationshintergrund sind häufiger übergewichtig oder adipös als Kinder ohne Migrationshintergrund (20,0 % vs. 15,0 %).

Chronische Erkrankungen: Asthma

Asthma macht den größten Teil chronischer Erkrankungen bei den Einschulungskindern aus. 12,0 % der Kinder im Heidekreis sind im Jahr 2022 nach Angaben des Erhebungsbogens der Schuleingangsuntersuchung an Asthma erkrankt. Im Berichtszeitraum sind mehr Jungen als Mädchen an Asthma erkrankt.

Entwicklung schulrelevanter Fähigkeiten

In den Bereichen Sprachstörungen (39,4 %), Sehen (26,5 %) und Feinmotorik (15,2 %) liegen die meisten Auffälligkeiten im Jahr 2022 vor. Diese Kinder haben in der Schuleingangsuntersuchung in besagten Tests eine Überweisung zur ärztlichen Abklärung erhalten, sind bereits in Behandlung oder ein Befund ohne weitere Maßnahme wurde festgestellt. Bei Betrachtung der auffälligen Ergebnisse schulrelevanter Fähigkeiten nach Geschlecht fallen deutliche Unterschiede auf. So hat der größere Teil an Jungen in der Sprachentwicklung (44,5 %), in der Fein- und Grobmotorik (21,9 % und 17,0 %) sowie in der Testung der selektiven Aufmerksamkeit nach SOPESS (7,1 %) auffällige Werte im Gegensatz zu Mädchen. Beim Hören, Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung (ZNV) und Zählen nach SOPESS unterscheiden sich die Ergebnisse nach Geschlechtern kaum. Der Anteil an Kindern aus Haushalten mit niedrigem Bildungsindex

und auffälligen Ergebnissen überwiegt. So hat der größere Teil dieser Kinder in der Sprachentwicklung (58,1 %), in der zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung (ZNV) (21,5 %), im Zählen (14,5 %) sowie in der Simultan- und Mengenerfassung nach SOPESS (15,1 %) auffällige Werte. Beim Sehen, Hören und der selektiven Aufmerksamkeit nach SOPESS unterscheiden sich die Ergebnisse nach Haushaltsbildungsindex dagegen weniger. Der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund und auffälligen Ergebnissen überwiegt. So hat der größere Teil dieser Kinder in der Sprachentwicklung (64,8 %), in der Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung (21,0 %), im Zählen (14,7 %) sowie in der Simultan- und Mengenerfassung nach SOPESS (15,3 %) auffällige Werte. Auch bei Betrachtung der Ergebnisse differenziert nach Migrationshintergrund machen Sprachstörungen mit 64,7 % den größten Anteil aus.

Sprachentwicklung

Pro Einschulungsjahrgang zeigen durchschnittlich ca. 60,0 % der Kinder eine unauffällige Sprachentwicklung. Der Anteil an Kindern mit auffälligem Ergebnis liegt im Zeitraum 2018 bis 2022 zwischen 35,0 % und 40,0 %. Der Anteil an Jungen mit Sprachstörungen liegt im Berichtszeitraum deutlich über dem Anteil an Mädchen mit Sprachstörungen (ca. 42,0 % vs. 32,0 %). Kommunal betrachtet zeigen sich deutliche Unterschiede: Der Anteil an Kindern mit auffälligem Ergebnis in den Sprachtests schwankt zwischen 27,0 % in Bispingen und knapp 50,0 % in Bad Fallingbostel[3]. In den Kommunen Walsrode, Soltau, Rethem (Aller) und Munster liegt der Anteil bei über 40,0 %. In den Kommunen Schwarmstedt, Ahlden (Aller), Schneverdingen, Neuenkirchen und Wietzendorf liegt der Anteil zwischen 30,0 % und 35,0 %. Kinder mit geringem Haushaltsbildungsindex machen sowohl im Jahr 2018 mit 55,5 % als auch im Jahr 2022 mit 60,2 % den höchsten Anteil sprachauffälliger Kinder aus. Bei Kindern mit mittlerem oder hohem Bildungsindex sind die Anteile deutlich niedriger. Der Anteil an Sprachauffälligkeiten ist bei Kindern mit Migrationshintergrund im Jahr 2022 (66,8 %) im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund (29,9 %) deutlich höher. Dementsprechend sind deutlich mehr Kinder ohne Migrationshintergrund sprachunauffällig (70,1 %) als Kinder mit Migrationshintergrund (33,2 %).

[3] (Möglicher Hintergrund könnte hier die Flüchtlingssituation in 2015/ 2016 sein, da sich in Bad Fallingbostel deutlich mehr Flüchtlinge angesiedelt haben als in anderen Orten des Heidekreises. Hier könnte ein Zusammenhang bestehen.)

Inhalt

1 Einleitung ... 1

1.1 Hintergrund und Zielsetzung des Berichts ... 1

1.2 Schuleingangsuntersuchung: Gesetzliche Grundlage, Ablauf und Methodik ... 1

1.3 Methodik der Auswertung ... 2

1.4 Definitionen ... 5

1.4.1 Definition Bildungshintergrund der Schüler*innen ... 5

1.4.2 Definition Migrationshintergrund der Schüler*innen ... 6

2 Beschreibung des Landkreises ... 7

2.1 Charakteristika des Heidekreises ... 7

2.2 Bevölkerungsentwicklung ... 8

3 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen ... 11

3.1 Charakteristika der Kohorte Schulanfänger*innen 2018 bis 2022 ... 11

3.2 Lebenssituation der Schulanfänger*innen ... 14

3.3 Gesundheitsvorsorge im Kindesalter ... 22

3.3.1 Früherkennung (U-Untersuchungen) ... 22

3.3.2 Impfungen ... 32

3.4 Gesundheitszustand/ Chronische Erkrankungen ... 44

3.4.1 Übergewicht und Adipositas, Untergewicht ... 44

3.4.2 Chronische Erkrankungen (Asthma und Heuschnupfen) ... 52

3.5 Entwicklung schulrelevanter Fähigkeiten ... 57

3.5.1 Auffällige Ergebnisse im Überblick ... 57

3.5.2 Schulrelevante Fähigkeiten im Jahresvergleich ... 64

3.5.3 Schwerpunktthema: Sprachentwicklung ... 75

4 Fazit und Ausblick ... 85

5 Literaturverzeichnis 87

6 Abkürzungsverzeichnis 91

7 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis 92

1 Einleitung

1.1 Hintergrund und Zielsetzung des Berichts

Als zentrale Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitswesens können das gesunde Aufwachsen sowie die Förderung der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und damit einhergehend das frühzeitige Erkennen von Entwicklungsverzögerungen benannt werden. Gesundheitsverhalten sowie gesundheitsbezogene Einstellungen werden bereits im Kindesalter angelegt und erlernt. Diese werden oftmals weiterhin im Jugend- und Erwachsenenleben übernommen. Wesentliche Voraussetzung für erfolgreiches Lernen und Arbeiten in Schule sowie Berufsleben ist die körperliche und seelische Gesundheit. Daher sollten Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention möglichst bereits im frühen Kindesalter beginnen.

Der hier vorliegende Bericht stellt einen umfassenden Gesundheitsbericht zur Gesundheit und Entwicklung von Kindern im Einschulungsalter des Heidekreises dar. Dieser beschreibt und analysiert die gesundheitliche Lage von Kindern im Übergang von Kindergarten bzw. Vorschule zur Schule zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen und zeigt Problemlagen auf. Dazu werden die Daten der Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2018 bis 2022[4] genutzt.

Im folgenden Bericht werden ausgewählte Bereiche zur gesunden Entwicklung von Kindern möglichst zielgruppenbezogen und geschlechterspezifisch beschrieben, sowie zusätzlich auf kommunaler Ebene dargestellt.

1.2 Schuleingangsuntersuchung: Gesetzliche Grundlage, Ablauf und Methodik

In Niedersachsen werden allen Kindern vor der Einschulung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung Untersuchungen in Bezug auf ihren Entwicklungs- und Gesundheitszustand angeboten. Dabei steht das Feststellen von schulrelevanten Stärken und Schwächen, die Beratung der Eltern sowie ggf. die Empfehlung von Fördermaßnahmen für das Kind im Fokus.

[4] Die Daten aus 2023 lagen zum Zeitpunkt der Auswertungen und der Berichterstellung nicht vor.

In Niedersachsen sind die einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte für die Durchführung der standardisierten Schuleingangsuntersuchung zuständig. Im Heidekreis erfolgt die Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen nach den Arbeitsrichtlinien der Anwendergemeinschaft SOPHIA (Sozialpädiatrisches Programm Hannover - Jugendärztliche Aufgaben).

1.3 Methodik der Auswertung

Der zugrundeliegende Datensatz dieses Berichts setzt sich aus den fünf Einschulungsjahrgängen der Jahre 2018 bis 2022 zusammen. Insgesamt umfasst der Datensatz damit die Daten von 6.233 untersuchten Kindern. Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen werden als Gesamtergebnis für den Heidekreis im Jahresvergleich, nach Geschlecht, Haushaltsbildungsindex, Migrationshintergrund und teilweise nach Kommunen dargestellt. Es werden dazu die aktuell verfügbarsten Daten der Schuleingangsuntersuchungen der letzten fünf Jahre (2018 bis 2022) aufgeführt. Statistische Auswertungen der Daten erfolgten in anonymisierter und aggregierter Form, das heißt ein Rückschluss auf ein einzelnes Kind ist nicht möglich. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet sowie Häufigkeitsauswertungen und Kreuzauswertungen mit einzelnen soziodemografischen Faktoren durchgeführt. Alle Auswertungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for Social Science von IBM), die grafischen Aufbereitungen der Diagramme mit Excel.

Anmerkungen

- Die Angaben der Auswertungen beruhen unter anderem auf einem Erhebungsbogen, welchen die Eltern ausfüllen, also einer Selbstauskunft der Eltern über sich und ihr Kind. Daher ist nicht auszuschließen, dass der Erhebungsbogen bzw. die damit verbundenen Daten Tendenzen sozialer Erwünschtheit aufweisen. Soziale Erwünschtheit beschreibt die Tendenz von Befragungsteilnehmer*innen, in einer Befragung eine überwiegend positive Beschreibung der eigenen Person abzugeben. (Paulhus, 2002)
- Teilweise wurden die Kinder doppelt in mehreren Untersuchungsjahrgängen gezählt wegen erneut durchgeführter Schuleingangsuntersuchung, z. B. wegen Rückstellung eines Kindes. Das heißt, **die Ergebnisse beziehen sich nicht nur auf Kinder der Erstuntersuchung, sondern alle untersuchten Kinder des jeweiligen Untersuchungsjahres**.

- Für die einzelnen Fragen bzw. Tests liegen oftmals keine Ergebnisse für alle Kinder vor (keine Angabe, Test nicht durchgeführt, etc.). **Diese fehlenden Angaben wurden in der Regel aus den Auswertungen ausgeschlossen.** Das heißt, die in diesem Bericht beschriebenen Ergebnisse bzw. prozentualen Angaben, beziehen sich dann auf eine geringere Anzahl an Kindern je Jahr.
- **Prozentuale Angaben bei Auswertungen nach einzelnen soziodemografischen Faktoren beziehen sich in der Regel jeweils auf die Gesamtzahl an Kindern in dieser ausgewählten Gruppe.** Die Ergebnisse beantworten damit zum Beispiel folgende Frage: Wie viel Prozent der Kinder ohne Migrationshintergrund sind im Jahr 2022 sprachauffällig? 29,9 % der Kinder ohne Migrationshintergrund (von allen Kindern ohne Migrationshintergrund im Jahr 2022) haben im Jahr 2022 Sprachauffälligkeiten.
- **Aufgrund von Rundungen entsprechen einige Summen möglicherweise nicht der Summe der einzelnen Zahlen.**
- Die Werte werden zum einen mit Auswertungen des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes (NLGA) (2018) zu Schuleingangsuntersuchungen verglichen. Der NLGA Bericht (2018) beschreibt vergleichbare Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung für Gesamtniedersachsen für das Jahr 2017. Zum anderen werden die hier vorliegenden Ergebnisse zum Teil mit Daten aus der KiGGS-Studie verglichen. Die KiGGS-Studie als bundesweit repräsentativer Gesundheitssurvey liefert wertvolle Daten zur Einschätzung des Krankheitsgeschehens für häufig auftretende chronische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen wie z. B. Asthma und Adipositas auf Bevölkerungsebene.

Weitergehende Informationen zur KiGGS-Studie

KiGGS Welle 2: Zweite Folgeerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren und gesundheitliche Versorgung der in Deutschland lebenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit der Möglichkeit von Trend- und Längsschnittanalysen

Querschnitt in KiGGS Welle 2: 0- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche mit ständigem Wohnsitz in Deutschland; ca. 15.000 Teilnehmende

KiGGS-Kohorte in KiGGS Welle 2: Erneute Einladung aller wiederbefragungsbereiten Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung; 10 bis 31 Jahre; ca. 10.800 Teilnehmende

KiGGS Erhebungswellen

- KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) Untersuchung- und Befragungssurvey
- KiGGS Welle 1 (2009 bis 2012) Befragungssurvey
- KiGGS Welle 2 (2014 bis 2017) Untersuchungs- und Befragungssurvey

Mehr Informationen verfügbar unter: rki.de/kiggs

1.4 Definitionen

1.4.1 Definition Bildungshintergrund der Schüler*innen

Der Haushaltsbildungsindex der Familie ergibt sich als Summenwert aus dem jeweils höchsten beruflichen Abschluss der Eltern der untersuchten Kinder (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018). Dafür wird der jeweils höchste berufliche Abschluss der Mutter und des Vaters durch ein Punkteverfahren bewertet und addiert. Wenn ein Elternteil alleinerziehend ist oder die Angabe eines Berufsabschlusses bei einem Elternteil fehlt, wird die Punktzahl des einen Elternteils verdoppelt. Fehlen die Angaben bei einem Kind komplett, konnten diese bei der Bildung des Haushaltsbildungsindex nicht berücksichtigt werden. Das Ergebnis stellt eine Differenzierung des Ausbildungsgrads der Eltern als Haushaltsbildungsindex der Familie in „bildungsfern", „mittlere Bildung" und „bildungsnah" dar. Der so ermittelte Haushaltsbildungsindex stellt damit nur eine sehr grobe Rasterung dar, zumal die Angaben auf einer Selbsteinschätzung der Eltern beruhen.

Tabelle 1 Punktetabelle zur Berechnung des Haushaltsbildungsindex, in Anlehnung an NLGA, 2018

Berufsabschluss Mutter	Punkte	Berufsabschluss Vater	Punkte
Keine Ausbildung	0	Keine Ausbildung	0
Lehre/ Ausbildung	1	Lehre/ Ausbildung	1
Fachschule	1	Fachschule	1
Sonstige	1	Sonstige	1
Hochschule	2	Hochschule	2

Tabelle 2 Auswertung des Bildungshintergrundes der Familie, in Anlehnung an NLGA, 2018

0 -1 Punkt	bildungsfern
2 Punkte	mittlere Bildung
3 - 4 Punkte	bildungsnah

1.4.2 Definition Migrationshintergrund der Schüler*innen

Differenziert wird zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Für eine bessere Vergleichbarkeit der Daten für den Berichtszeitraum wird in Anlehnung an den Kindergesundheitsberichts des NLGA (2018) folgende Definition des Migrationshintergrundes zugrunde gelegt: Dem Kind wird ein Migrationshintergrund zugeordnet, wenn die Familie bei der Schuleingangsuntersuchung als Herkunft bzw. Nationalität der Familie ein anderes Land als Deutschland angibt. Dem Kind wird kein Migrationshintergrund zugeordnet, wenn die Familie als Herkunft bzw. Nationalität Deutschland angibt. Das heißt, der Migrationshintergrund wird in diesem Bericht durch die familiäre Herkunft der Familie, unabhängig von der Staatsangehörigkeit, erfasst. Für eine „differenziertere" Betrachtung des Migrationshintergrundes (einseitig oder zweiseitig) liegen für den Heidekreis erst ab 2022 die benötigten Angaben zur Herkunft der Elternteile vollständig vor, demzufolge wird für eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse die oben genannte Definition genutzt.

2 Beschreibung des Landkreises

2.1 Charakteristika des Heidekreises

Der Heidekreis liegt mitten in Niedersachsen im Dreieck der drei Metropolen Hamburg im Norden, Hannover im Süden und Bremen im Westen. Im Heidekreis leben 143.220 Einwohner*innen, davon sind 71.975 weiblich und 71.245 männlich (Stand: 31.12.2023).

Nach der OECD-Methodik werden Gebiete mit einer Bevölkerungsdichte unter 150 Einwohner*innen je km^2 als ländlich klassifiziert (Eurostat, 2010). Demnach kann der Heidekreis mit einer Größe von 1.881,46 km^2 und einer Bevölkerungsdichte von 77,3 Einwohner*innen je km^2 als ländlicher Flächenlandkreis zwischen den drei genannten Metropolregionen beschrieben werden.

Der Heidekreis grenzt im Uhrzeigersinn im Norden beginnend an die Landkreise Harburg, Lüneburg, Uelzen und Celle, an die Region Hannover sowie an die Landkreise Nienburg (Weser), Verden und Rotenburg (Wümme).

Tabelle 3 Bevölkerung nach Jahr, Geschlecht und Bevölkerungsdichte; Quelle: Statistische Ämter des Bundes und des Landes- LSN-Online Tabelle A100001G, Stichtag 31.12.2023

Jahr	Bevölkerung			Einwohner*innen je km^2
	Insgesamt	Männlich	Weiblich	
2012	135.772	66.995	68.777	72,5
2013	136.251	67.472	68.779	72,7
2014	136.200	67.511	68.689	72,7
2015	140.264	70.371	69.893	74,9
2016	139.641	69.824	69.817	74,2
2017	139.099	69.426	69.673	73,9
2018	139.755	69.757	69.998	74,3
2019	140.673	70.251	70.422	74,8
2020	140.885	70.403	70.482	74,9
2021	142.912	71.543	71.369	76,0
2022	145.394	72.697	72.697	77,3
2023	143.220	71.245	71.975	/[5]

[5] Bevölkerungsdichte für 2023 nicht verfügbar.

2.2 Bevölkerungsentwicklung

Die Bevölkerung im Heidekreis hat in den letzten zehn Jahren zugenommen: Von 135.772 Einwohner*innen im Jahr 2012 zu 144.704 Einwohner*innen im Jahr 2022. Dies entspricht einem Bevölkerungswachstum von etwa 6,6 % (siehe Abbildung 1).

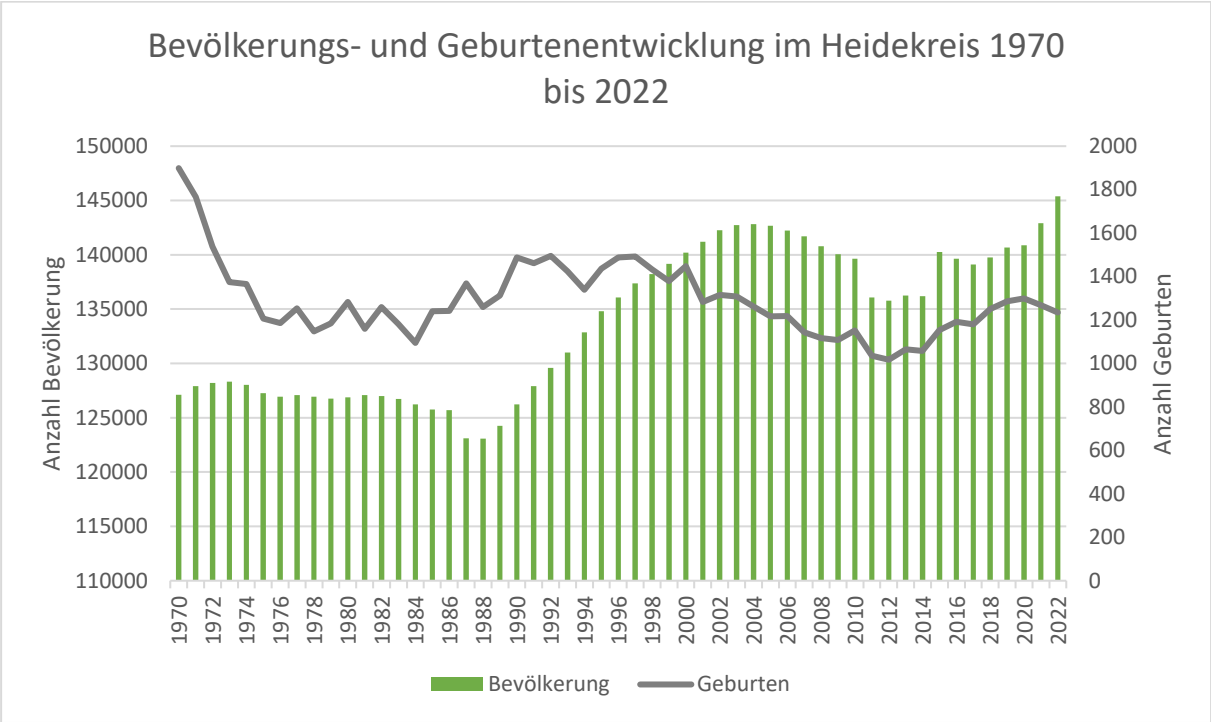

Abbildung 1 Bevölkerungs- und Geburtenentwicklung im Heidekreis von 1970 bis 2022 (Eigene Darstellung, Datenhalter und -quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes)

Wie in Abbildung 1 zu sehen ist, sind in den letzten zehn Jahren auch mehr Kinder im Heidekreis geboren worden: Von etwas mehr als 1.000 Geburten im Jahr 2012 auf 1.235 im Jahr 2022. Die höchste Geburtenzahl in den letzten zehn Jahren wurde im Jahr 2020 mit 1.300 Geburten erreicht, danach ist wieder ein leichter Geburtenrückgang zu verzeichnen.

Zum Stichtag 31.12.2022 hatte der Landkreis Heidekreis 144.704 Einwohner*innen. Davon waren 17,3 % unter 18 Jahren, das sind 25.146 Kinder und Jugendliche. Der Anteil der unter 18-Jährigen an der Gesamtbevölkerung des Landkreises sinkt kontinuierlich. Allerdings ist in den letzten Jahren wieder eine Zunahme zu beobachten, sodass der heutige Anteil an unter 18-Jährigen in etwa wieder dem Niveau von 2012 entspricht. Für ganz Niedersachsen ist für die letzten zehn Jahre ein ähnlicher Verlauf zu beobachten. Der Heidekreis liegt leicht über den Durchschnittswerten von Niedersachsen (Differenz ca. 0,3 %).

Die demografische Entwicklung im Landkreis zeigt sich nicht nur in der Bevölkerungszahl, sondern vor allem in der Verteilung der Bevölkerung auf einzelne Altersgruppen. Die Bevölkerungsstruktur eines Landes wird durch die Entwicklung der Geburtenzahl und der Sterbefälle sowie der Differenz zwischen Zuzügen und Fortzügen beeinflusst (Statistisches Bundesamt, o. J.). In Deutschland ist diese Entwicklung durch einen demografischen Wandel gekennzeichnet. Durch einen Geburtenrückgang und gleichzeitiger Alterung der Gesellschaft, sinkt die Zahl jüngerer Menschen konstant, wohingegen die Zahl älterer Menschen deutlich steigt. Dies führt langfristig zu einer sinkenden Bevölkerungszahl. Demnach ist jede zweite Person in Deutschland heute älter als 45 Jahre und jede fünfte Person älter als 66 Jahre. (Statistisches Bundesamt, o. J.)

Allerdings ist der Anteil an Kindern im Alter von 0 bis 12 Jahren an der Gesamtbevölkerung im Heidekreis in den letzten zehn Jahren leicht angestiegen: Von 10,7 % im Jahr 2012 auf 11,5 % im Jahr 2022. Dies entspricht einem Anstieg von 0,8 % (Landesamt für Statistik Niedersachsen, 2023a). Für Niedersachsen zeigt sich eine annähernd gleiche Entwicklung. Dabei liegen die Anteile für die Schuleingangsuntersuchung relevanten Altersgruppen (3 bis 5 Jahre und 5 bis 6 Jahre) in den letzten zehn Jahren relativ konstant bei um die 2,0 % bzw. 1,0 % (Abbildung 2).

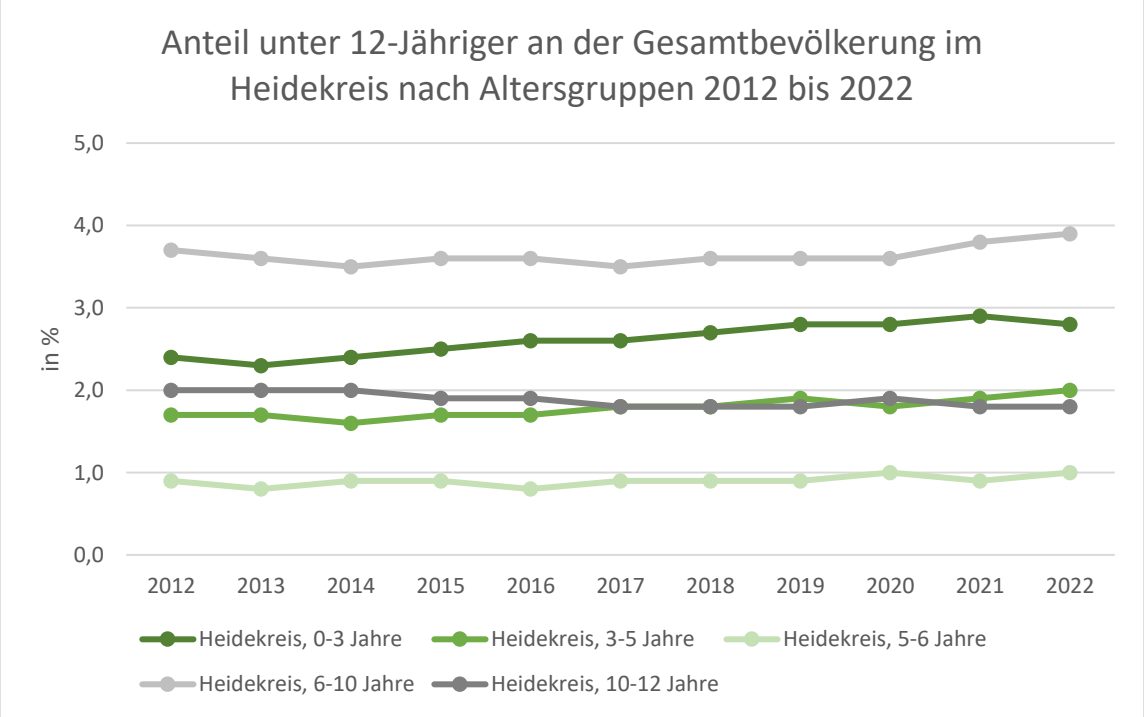

Abbildung 2 Anteil Kinder im Alter von unter 12 Jahren an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen im Heidekreis von 2012 bis 2022 (Eigene Darstellung, Datenhalter und -quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes)

So sind die zuvor rückläufigen Geburtenzahlen in Deutschland ab 2012 wieder gestiegen. Demzufolge sind zwischen 2012 und 2021 insgesamt 656.000 Kinder mehr geboren worden als im Jahrzehnt zuvor. Diese Steigerung entspricht in etwa der Geburtenzahl des Jahres 2011 in ganz Deutschland (663.000 Geburten). (Statistisches Bundesamt, o. J.)

Die Bevölkerungsentwicklung hat einen erheblichen Einfluss auf die gesellschaftlichen, politischen und ökonomischen Bedingungen im Landkreis. Deshalb stehen der Heidekreis sowie die Gemeinden und Städte vor komplexen Herausforderungen. Die demografische Entwicklung ist allerdings nicht konstant, sie ist durch politische Maßnahmen oder gesellschaftliche Entwicklungen, wie zum Beispiel der Demografiestrategie der Bundesregierung oder Zuwanderung, veränderbar (Bundesistitut für Bevölkerungsforschung, o. J.).

3 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

3.1 Charakteristika der Kohorte Schulanfänger*innen 2018 bis 2022

Anzahl untersuchter Kinder pro Jahr

Die Anzahl der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen untersuchten Kinder ist in den vergangenen Jahren von 1.145 Kindern im Jahr 2018 auf 1.357 Kindern im Jahr 2022 angestiegen. Damit wurden im Berichtszeitraum insgesamt 6.233 Kinder untersucht (Tabelle 4).

Tabelle 4 Anzahl der durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen pro Einschulungsjahrgang 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

Einschulungs-jahrgang	Anzahl SEU
2018	1.145
2019	1.198
2020	1.246
2021	1.287
2022	1.357
Gesamt	**6.233**

Geschlecht

Das Geschlechterverhältnis[6] ist im Vergleich der letzten fünf Jahren relativ konstant. So ist die Anzahl der untersuchten Jungen in jedem Jahr etwas höher als die der Mädchen. Bei den Schuleingangsuntersuchungen 2018 wurden 657 Jungen (57,4 %) und 488 Mädchen (42,6 %) untersucht. Im Jahr 2022 ist der Anteil der Mädchen leicht auf 45,8 % (622 Mädchen) gestiegen, wohingegen der Anteil der Jungen dementsprechend gesunken ist (54,1 %; 734 Jungen). Bei einem Kind lag im Jahr 2022 keine Angabe zum Geschlecht vor.

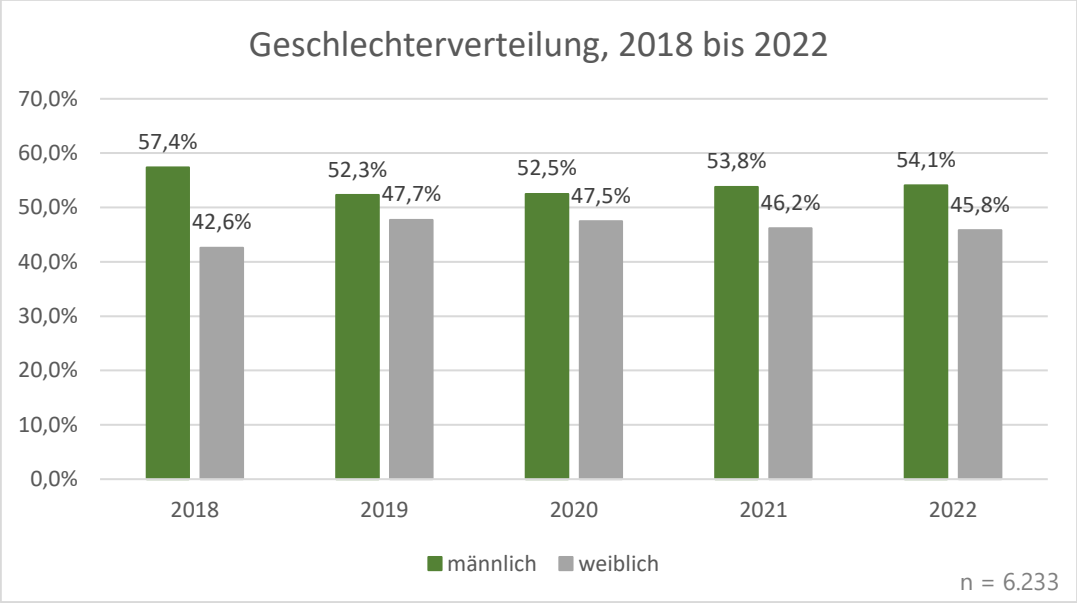

Abbildung 3 Geschlechterverteilung der Schulanfänger*innen 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

Alter zum Zeitpunkt der SEU

Im Berichtszeitraum waren zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung 51,7 % der Kinder fünf Jahre alt, 47,6 % sechs Jahre und 0,6 % sieben Jahre alt. In den Jahren 2018 bis 2022 waren die Kinder somit bei den Untersuchungen durchschnittlich 5,5 Jahre alt.

[6] Die Beschreibung der Geschlechterverteilung erfolgt ohne die Angabe „divers“ bzw. „unbekannt“, da diese eine geringe Anzahl von max. einem Kind pro Untersuchungsjahr aufweist.

Kindergartenbesuch

Die Eltern werden im Erhebungsbogen für die Schuleingangsuntersuchung gefragt, ob ihr Kind einen Kindergarten, Kita, Sonderkindergarten o.ä. besucht. Die Mehrheit der Kinder geht in einen Kindergarten. Im Jahr 2018 besuchten 1.066 Kinder (93,1 %) eine Regeleinrichtung und 49 Kinder (4,3 %) eine Fördereinrichtung. Bei zwölf Kindern (1,0 %) gaben die Eltern an, dass ihr Kind in keine vorschulische Einrichtung geht. Im Vergleich zum Jahr 2022 hat der Anteil der Kinder, welche einen Regelkindergarten besucht, leicht abgenommen (1.223 Kinder; 90,1 %), wohingegen der Anteil der Kinder, welche eine Fördereinrichtung besuchen, leicht angestiegen ist (94 Kinder; 6,9 %). Fördereinrichtungen meint hierbei Heilpädagogische Kindergärten, Integrations-Maßnahmen oder weitere sonderpädagogisch arbeitende vorschulische Einrichtungen (Abbildung 4).

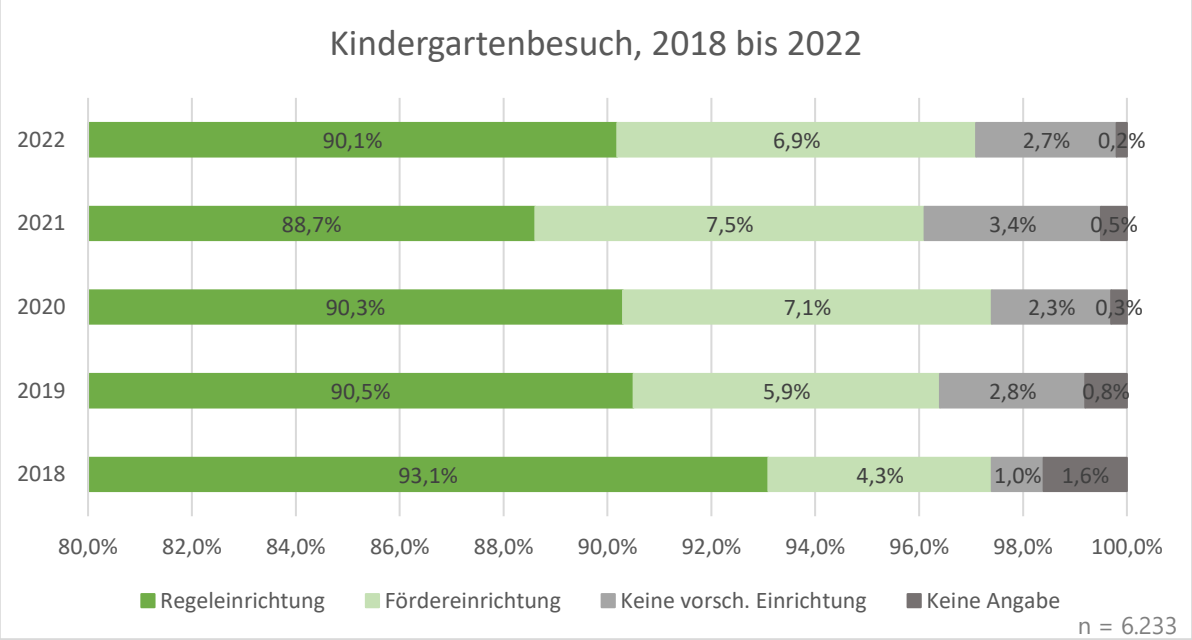

Abbildung 4 Vorheriger Kindergartenbesuch der Einschulungsschüler*innen, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis[7]

[7] Skalierung der x-Achse beachten

3.2 Lebenssituation der Schulanfänger*innen

Zahl der Geschwister

47,4 % der Kinder der Schuleingangsuntersuchung 2022 haben ein Geschwisterkind. 22,6 % der Einschulungskinder haben zwei Geschwister. 17,2 % haben keine Geschwister. 12,6 % der Kinder haben drei oder mehr Geschwisterkinder.

Migrationshintergrund[8]

Differenziert wird zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Wie in Abbildung 5 zu sehen ist, hat sich im Heidekreis im Einschulungsjahrgang 2022 der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu 2018 von 20,1 % auf 23,3 % erhöht. Somit wiesen im Jahr 2018 230 Kinder einen Migrationshintergrund auf, wohingegen im Jahr 2022 von 316 Familien ein Migrationshintergrund angegeben wurde.

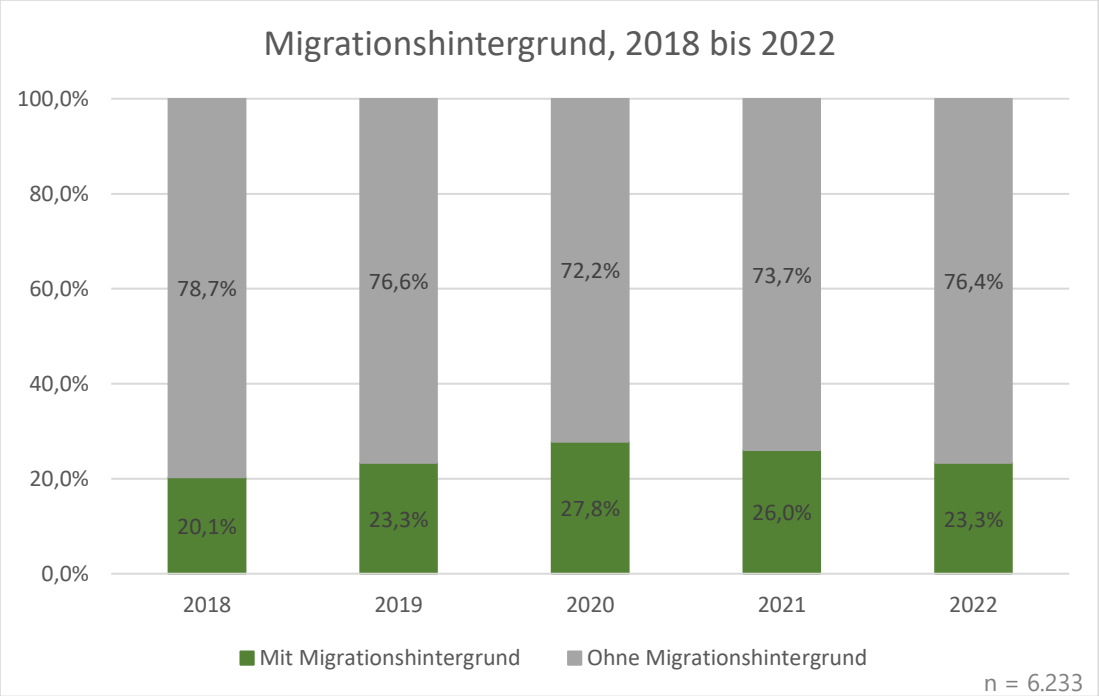

Abbildung 5 Kinder mit Migrationshintergrund, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis[9]

[8] Definition: Basierend auf der Nationalität/ Herkunft der Familie. Das heißt, der Migrationshintergrund wird im Rahmen der SEU durch die familiäre Herkunft der Familie, unabhängig von der Staatsangehörigkeit, erfasst (siehe dazu auch Kapitel 1.4.2).

[9] Ohne Darstellung der Kategorie „Staatenlos/ Keine Angabe“

Zur Ergänzung einmal eine Betrachtung des Migrationshintergrundes nach AOLG für das Jahr 2022 (Abbildung 6): Hier weisen 131 Kinder bzw. 9,7 % der Kinder einen einseitigen und 316 Kinder bzw. 23,3 % der Kinder einen beidseitigen Migrationshintergrund auf. Demnach haben nach dieser Definition 66,8 % der Kinder keinen Migrationshintergrund (906 Kinder), im Vergleich zu 76,4 % der Kinder ohne Migrationshintergrund nach obiger Definition (Abbildung 5).

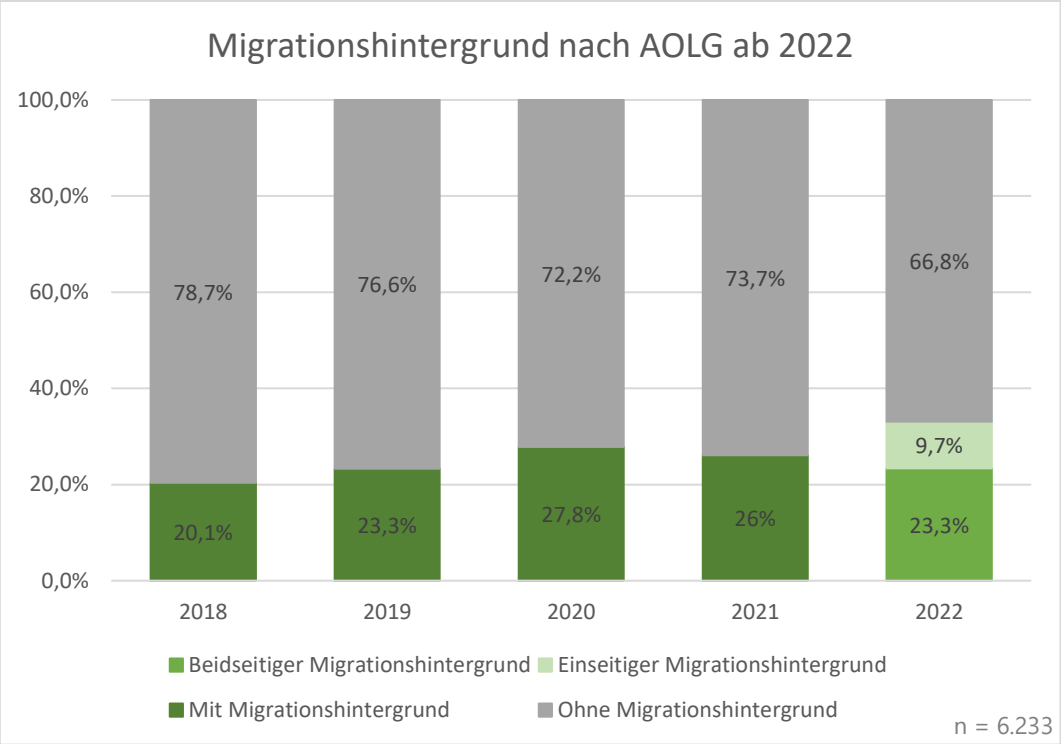

Abbildung 6 Kinder mit Migrationshintergrund nach AOLG ab 2022, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis[10]

[10] Ohne Darstellung der Kategorie „Staatenlos/ Keine Angabe“

Bei einem Vergleich der Anteile von Kindern mit Migrationshintergrund für den Berichtszeitraum 2018 bis 2022 fällt auf, dass sich diese stark zwischen den Kommunen unterscheiden (Abbildung 7). So schwankt der Anteil hier bei Werten zwischen 10,4 % in Neuenkirchen und 34,9 % in Soltau. Das heißt zum Beispiel, von den in Soltau lebenden Kindern gaben 34,9 % der Eltern eine nicht-deutsche Herkunft an (344 Kinder), während 64,9 % der Eltern (641 Kinder) Deutschland als Herkunft der Familie benannten.

Demnach weisen 1.555 Kinder (25,0 %) von 6.225 Kindern, nach oben genannter Definition, einen Migrationshintergrund für die gesamten fünf Jahre auf. Acht Fälle fehlen, da die Eltern keine Angaben zur Herkunft der Familie machten.

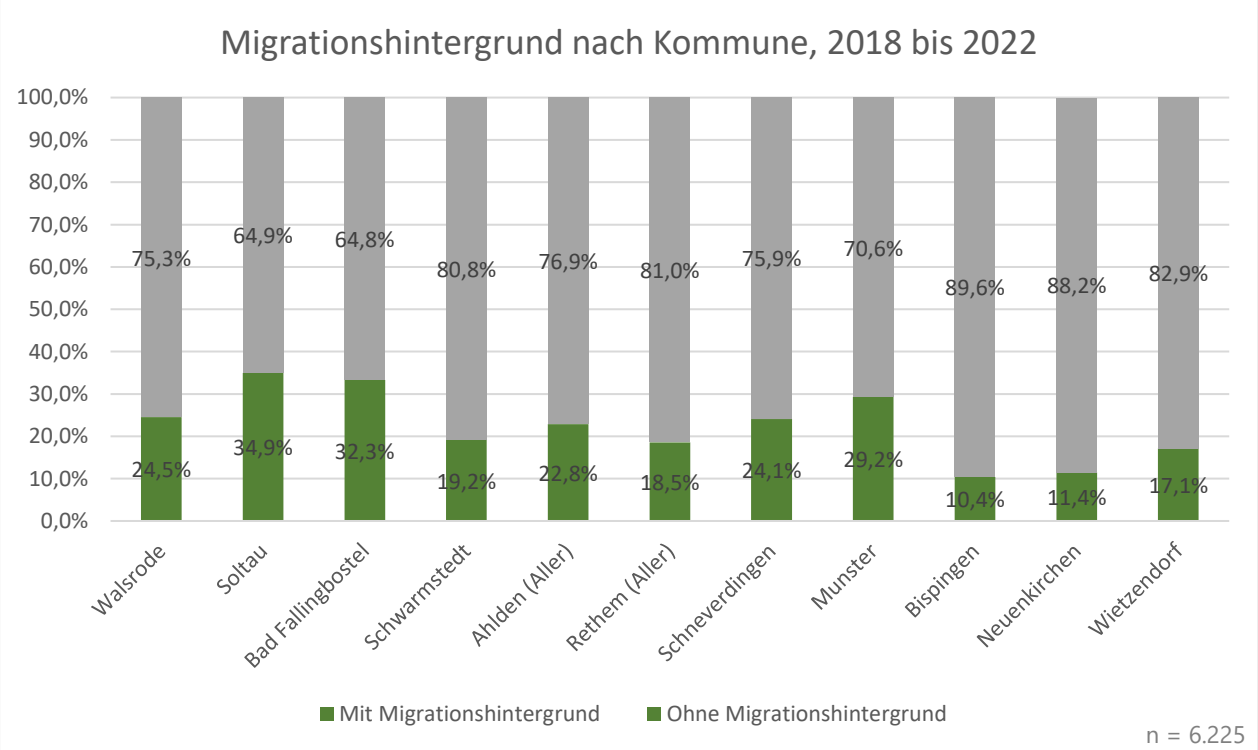

Abbildung 7 Kinder mit Migrationshintergrund nach Kommune, 2018 bis 2022 gesamt, Landkreis Heidekreis[11]

[11] Ohne Darstellung der Kategorie „Staatenlos/ Keine Angabe“

Die zehn häufigsten Herkunftsländer der Kinder mit Migrationshintergrund sind Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5 Migrationshintergrund – Häufigste Länder, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

	HÄUFIGKEIT	PROZENT
(DEUTSCHLAND)	(4.653)	(74,7)
KASACHSTAN	243	3,9
POLEN	188	3
RUSSLAND	185	3
TÜRKEI	157	2,5
SYRIEN	128	2,1
KOSOVO	77	1,2
IRAK	48	0,8
RUMÄNIEN	35	0,6
ALBANIEN	28	0,4
SERBIEN	26	0,4
UKRAINE	25	0,4
SONSTIGE HERKUNFTSLÄNDER[12]	440	5,9
GESAMT	6.233	100

Haushaltsbildungsindex

Um der Frage nachzugehen, inwieweit die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bildungsschicht Einfluss auf die jeweilige gesundheitliche Situation der Kinder hat, kann anhand des Ausbildungsgrads der Eltern ein Sozialgradient bestimmt werden, welcher sich aus dem jeweils höchsten beruflichen Abschluss der Eltern der untersuchten Kinder zusammensetzt (in Anlehnung an NLGA, 2018). Dafür wird der jeweils höchste berufliche Abschluss der Mutter und des Vaters durch ein Punkteverfahren bewertet und addiert[13]. Das Ergebnis stellt eine Differenzierung des Ausbildungsgrads der Eltern als Haushaltsbildungsindex der Familie in „bildungsfern", „mittlere Bildung" und „bildungsnah" dar. Der so ermittelte Haushaltsbildungsindex stellt damit nur eine sehr grobe Rasterung dar, zumal die Angaben auf einer Selbsteinschätzung der Eltern beruhen.

[12] Inkl. „Keine Angabe"

[13] Wenn ein Elternteil alleinerziehend ist oder die Angabe eines Berufsabschlusses bei einem Elternteil fehlt, wird die Punktzahl des einen Elternteils verdoppelt. Fehlende Angaben konnten bei der Bildung des Haushaltsbildungsindex nicht berücksichtigt werden.

Im Heidekreis ist die Verteilung des Haushaltsbildungsindex in den letzten fünf Jahren relativ konstant (Abbildung 8). So sind im Jahr 2022 über die Hälfte der Kinder (57,4 %; 564 Kinder) einem mittlerem Haushaltsbildungsindex zuzuordnen, 17,5 % der Kinder (172 Kinder) einem niedrigem und 25,1 % der Kinder (246 Kinder) einem hohen Haushaltsbildungsindex. Bei 375 Kindern lagen 2022 keine Angaben zum Berufsabschluss der Mutter und/ oder des Vaters vor (Abbildung 9).

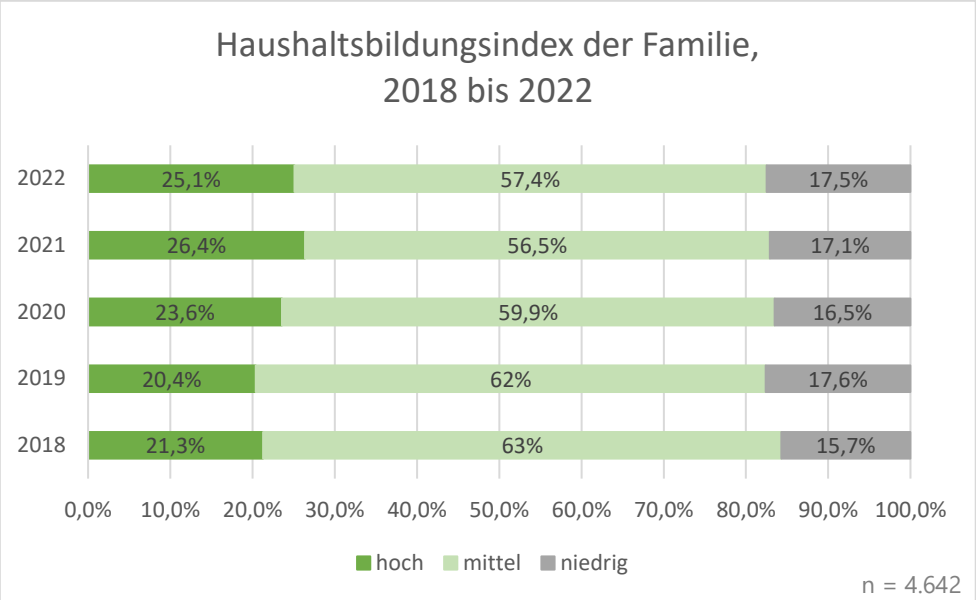

Abbildung 8 Haushaltsbildungsindex der Familie, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

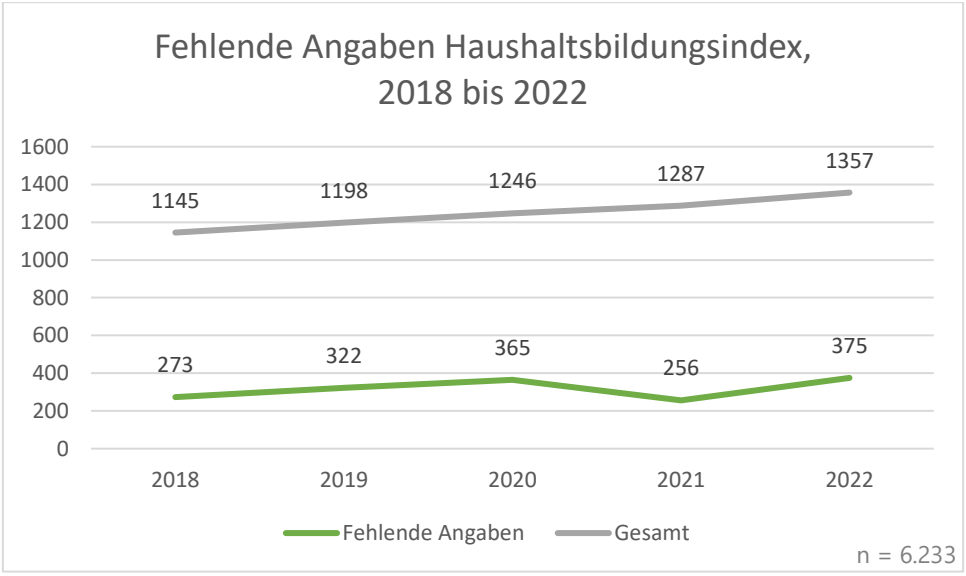

Abbildung 9 Fehlende Angaben Haushaltsbildungsindex (absolut), 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

Berufstätigkeit der Eltern

Im Erhebungsbogen, den die Eltern im Vorfeld der Schuleingangsuntersuchung freiwillig ausfüllen können, wird der Umfang der Berufstätigkeit der Eltern abgefragt. Die Berufstätigkeit zwischen Müttern und Vätern unterscheidet sich deutlich. Die Mehrheit der Väter (durchschnittlich 71,3 %) war im Berichtszeitraum ganztags (d.h. 30 oder mehr Stunden pro Woche) arbeiten. Der Anteil der Mütter, die ganztags arbeiten, lag dagegen durchschnittlich deutlich darunter. Die Mehrheit der Mütter arbeitet nicht oder geringfügig beschäftigt (0 bis 14 Std.) bzw. Teilzeit (15 bis 29 Std.). Durchschnittlich 18,0 % der Mütter und Väter machten keine Angaben zu ihrer Berufstätigkeit.

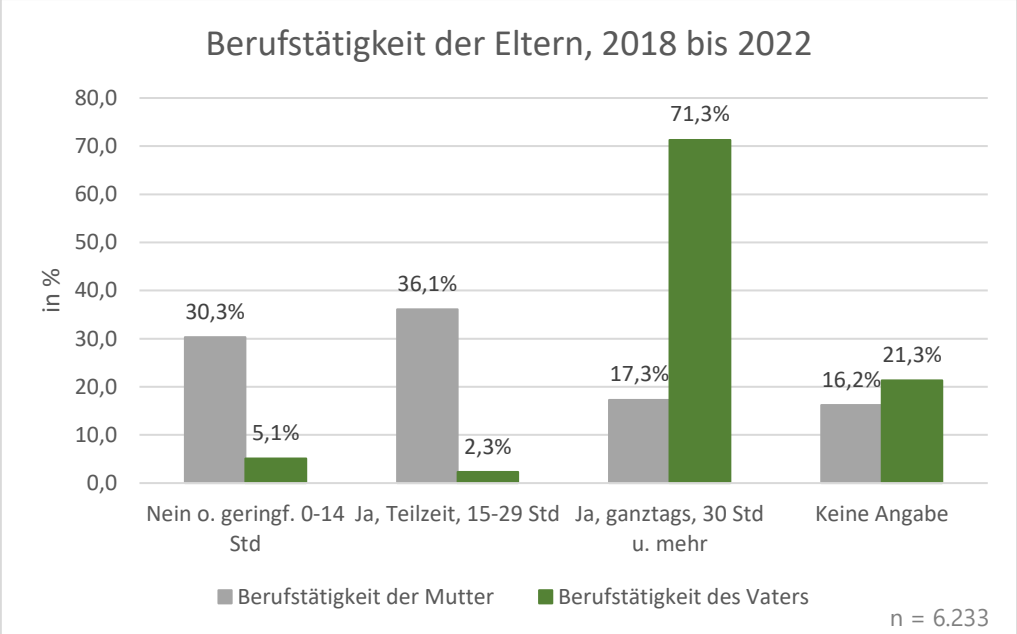

Abbildung 10 Berufstätigkeit der Eltern, 2018 bis 2022 gesamt, Landkreis Heidekreis

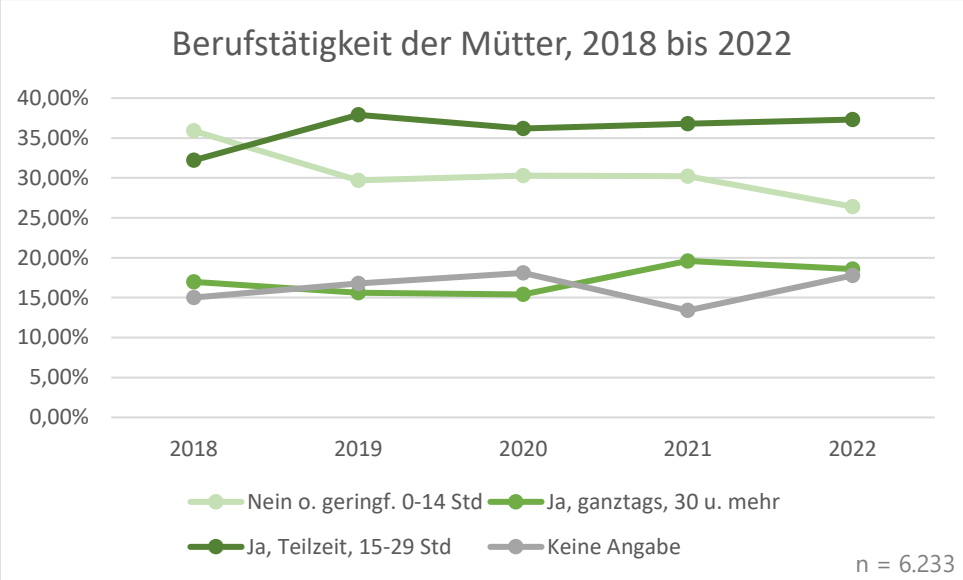

Abbildung 11 Berufstätigkeit der Mütter, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

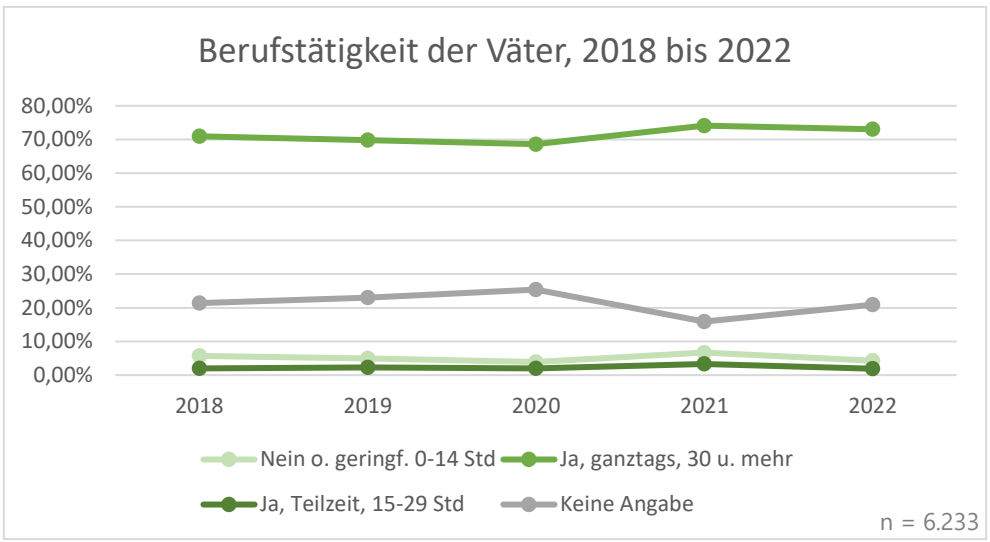

Abbildung 12 Berufstätigkeit der Väter, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

Erziehung/ Wohnsituation

Um die familiäre Wohnsituation des Kindes besser einschätzen zu können, wird zudem im Erhebungsbogen abgefragt, wer das Kind erzieht. Dabei können die Eltern angeben, ob beide Eltern zusammen oder getrennt wohnend, ein Elternteil mit Partner oder alleinerziehend, Pflegeeltern oder andere Bezugspersonen das Kind erziehen.

Wie in Abbildung 13 zu sehen ist, hat sich die Erziehungs- bzw. Wohnsituation der Schulanfänger*innen in den letzten Jahren im Heidekreis kaum verändert. So wird die Mehrheit der Kinder in den letzten fünf Jahren von beiden Elternteilen zusammenwohnend in einem Haushalt erzogen (durchschnittlich 73,0 %). Jeweils um die 7,0 % der Kinder werden von beiden Eltern, aber getrennt wohnend, erzogen sowie von einem alleinerziehenden Elternteil. Ein geringer Anteil an Kindern wohnt bei einem Elternteil und Partner*in (3,5 %), Pflegeeltern (1,4 %) oder anderen Bezugspersonen (1,0 %). 6,2 % der Eltern machten keine Angaben zu ihrer Wohnsituation.

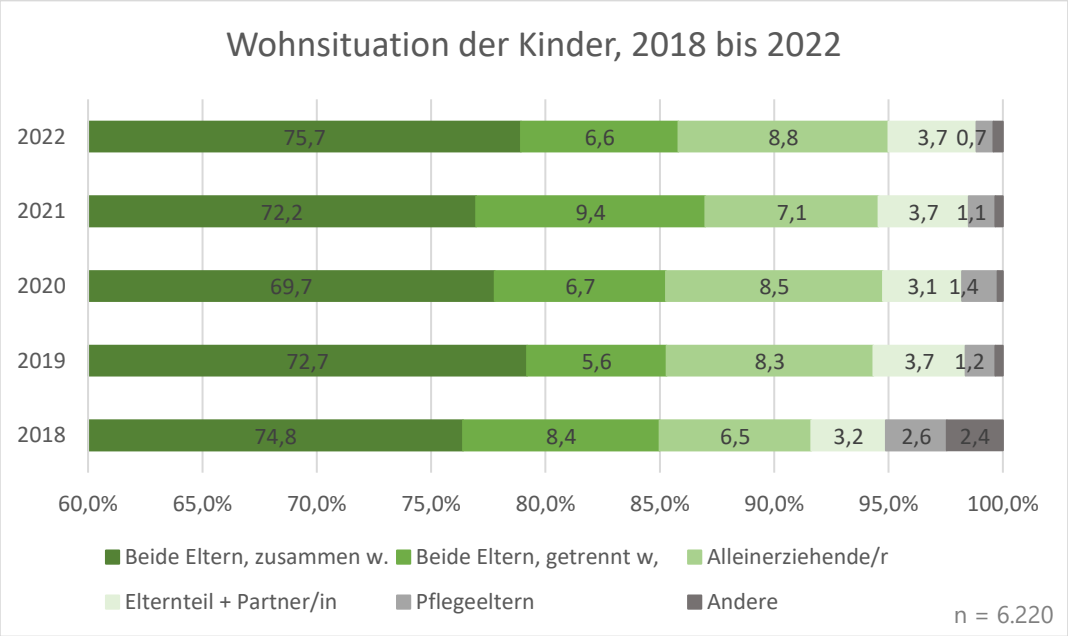

Abbildung 13 Wohnsituation der Kinder, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis[14]

[14] Skalierung der x-Achse beachten; Ohne Darstellung der Kategorie „Keine Angabe“

3.3 Gesundheitsvorsorge im Kindesalter

3.3.1 Früherkennung (U-Untersuchungen)

Durch regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) können Krankheiten und Entwicklungsverzögerungen bei Kindern frühzeitig erkannt und behandelt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt dabei in der Kinderrichtlinie die Inhalte der Früherkennungsuntersuchungen fest (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2023). Für jedes Kind sind zehn kostenlose U-Untersuchungen vorgesehen, welche direkt nach der Geburt beginnen und bis ins sechste Lebensjahr reichen. In der Regel werden die Untersuchungen von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt*innen durchgeführt und die Befunde im Kinderuntersuchungsheft, dem sogenannten Gelben Heft bzw. U-Heft, dokumentiert.

Die Eltern werden in der Einladung zur Schuleingangsuntersuchung darum gebeten das U-Heft zur Schuleingangsuntersuchung mitzubringen. Die dort dokumentierten Untersuchungen können dabei helfen, den Entwicklungsstand des Kindes besser einschätzen zu können. Besonders relevant ist hier die Teilnahme an der U9, da diese zwischen dem 60. bis 64. Lebensmonat (meist kurz nach dem fünften Geburtstag) stattfinden sollte und hier demnach auch für die Einschulung relevante Fähigkeiten und Fertigkeiten kontrolliert werden.

Da nicht alle Eltern das U-Heft zur Schuleingangsuntersuchung mitbringen (rund 13,0 % legen dieses nicht vor), kann im Folgenden die Teilnahmerate nur für die Kinder ermittelt werden, für welche das Heft vorgelegt wurde. Allerdings kann das Fehlen des Vorsorgeheftes nicht mit dem Fehlen der U-Untersuchungen U1 bis U9 gleichgesetzt werden. Die Vermutung liegt aber nahe, dass der Anteil nicht durchgeführter Früherkennungsuntersuchungen bei diesen Kindern höher ist (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

3.3.1.1 Teilnahme an U-Untersuchungen (U1 bis U9 gesamt)[15]

Im Jahr 2018 gaben 86,0 % der Eltern an, dass ihre Kinder an U-Untersuchungen (U1 bis U9 gesamt) teilgenommen haben, im Jahr 2022 stieg der Anteil auf 87,2 %. Damit hat die Teilnahme an den U-Untersuchungen in den letzten fünf Jahren minimal (1,20 %) zugenommen (Abbildung 14). Im Gegenzug dazu ist der Anteil an nicht vorgelegten U-Heften in den letzten fünf Jahren geringfügig zurückgegangen. So legten im Jahr 2022 insgesamt 12,7 % der Befragten kein U-Heft bei der Schuleingangsuntersuchung vor.

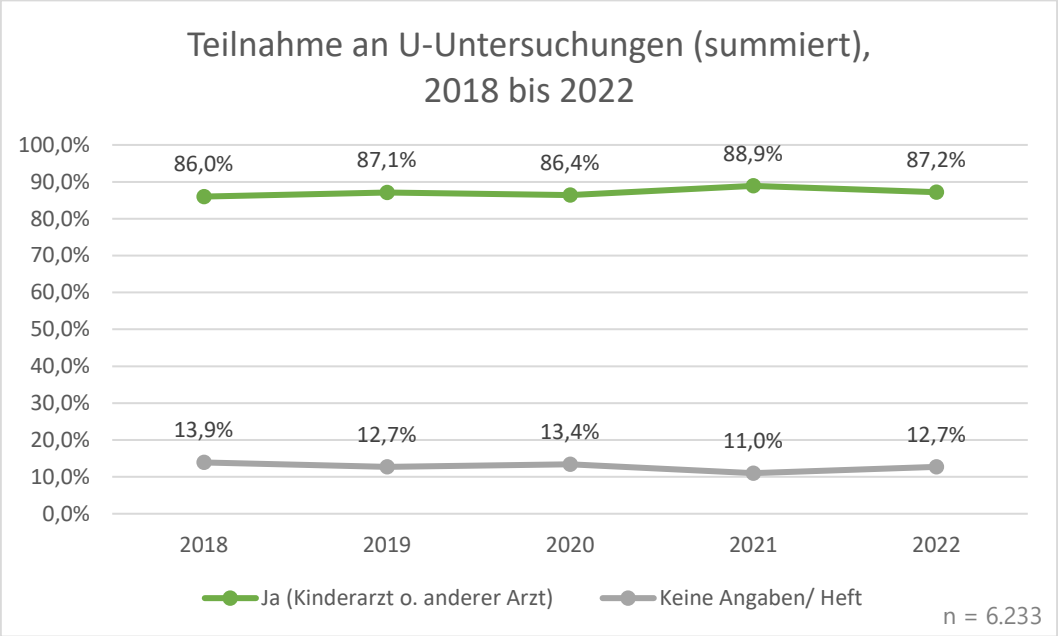

Abbildung 14 Teilnahmerate an den U-Untersuchungen (U1 bis U9) (summiert), 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis[16]

[15] Nach dem Niedersächsischen Gesetz über das Einladungs- und Meldewesen für Früherkennungsuntersuchungen von Kindern (NFrüherkUG) werden den örtlichen Trägern der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe (Jugendamt) Daten der Kinder zur Verfügung gestellt, die nicht untersucht worden sind. Beim Jugendamt des Heidekreises liegen dazu keine genauen Daten vor. Aufgrund der Rahmenbedingungen liegt keine Statistik vor bzw. es schwierig eine Statistik abzubilden, denn nach Erinnerung der Familie erfolgt keine Rückmeldung an das Jugendamt, ob die U-Untersuchung erfolgt ist (u.a. da die Untersuchungen freiwillig und nicht verpflichtend sind und ein stetiger Mangel an Kinderärzten herrscht).

[16] Mehrfachantworten: Prozentsätze beruhen auf den gesamten Antworten (percent of responses).

Tabelle 6 zeigt die Teilnahmeraten für die einzelnen U-Untersuchungen (U1 bis U9) für 2018 bis 2022 auf. Die Teilnahmeraten für die jeweiligen U-Untersuchungen sind in den letzten fünf Jahren leicht angestiegen. Demnach liegen die Teilnahmeraten für die U1 bis U8 im Jahr 2022 zwischen 87,0 % und 89,5 %. Mit Zunahme des Alters des Kindes nimmt die Teilnahmerate an den U-Untersuchungen (ab U7A) leicht ab. Für die U9 ist die Teilnahmerate im Vergleich zu den anderen U-Untersuchungen mit 76,4 % deutlich geringer.

Tabelle 6 Teilnahmerate (in %) an den U-Untersuchungen (U1 bis U9), prozentuiert auf vorgelegte Hefte, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

	2018	2019	2020	2021	2022
U1	87,5	89,1	87,1	91,0	88,5
U2	87,3	89,6	88,0	90,8	88,1
U3	86,8	89,1	88,2	90,1	88,1
U4	86,6	88,5	87,9	90,2	87,5
U5	87,5	88,6	88,4	90,7	89,2
U6	87,7	89,5	87,9	90,8	89,5
U7	88,8	88,7	88,1	89,9	89,2
U7A	86,7	88,1	87,2	89,3	87,7
U8	85,9	87,3	87,2	88,9	87,7
U9	75,2	72,7	73,9	77,3	76,4
GESAMT-ZAHL	1.145	1.198	1.246	1.287	1.357

U-Untersuchungen und Haushaltsbildungsindex

Eine geringere Teilnahmerate an den U-Untersuchungen weisen vor allem Kinder mit geringem Haushaltsbildungsindex auf (Abbildung 15). 78,0 % der Kinder aus Haushalten mit geringem Bildungsindex geben an, dass sie an den U-Untersuchungen (U1 bis U9 gesamt) teilnehmen, wohingegen die angegebene Zahl mit jeweils ca. 92,0 % bei Kindern aus Haushalten mit mittlerem oder hohem Bildungsindex deutlich höher liegt.

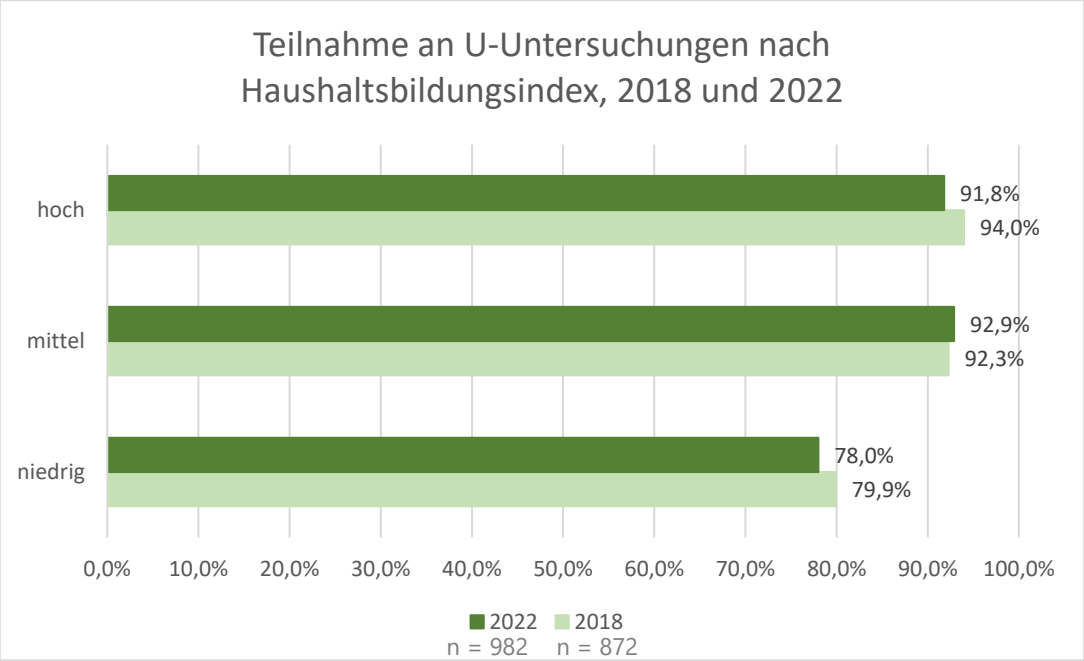

Abbildung 15 Teilnahmerate an U-Untersuchungen (U1 bis U9) gesamt nach Haushaltsbildungsindex, prozentuiert auf vorgelegte Hefte, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis[17]

[17] Mehrfachantworten: Prozentsätze beruhen auf den gesamten Antworten (percent of responses).

U-Untersuchungen und Kommunen

Eine Auswertung nach Städten und Gemeinden des Heidekreises verdeutlicht (Abbildung 16), dass sich die Teilnahmeraten an den U-Untersuchungen (Gesamtwert) in den Kommunen unterscheiden. So haben die Teilnahmeraten in fast allen Kommunen von 2018 zu 2022 zugenommen (außer Soltau, Schwarmstedt, Schneverdingen und Neuenkirchen). In Wietzendorf ist die Teilnahme an den U-Untersuchungen im Vergleich zu 2018 nahezu gleichgeblieben. Die angegebene Teilnahme an den U-Untersuchungen liegt in den Kommunen im Jahr 2022 zwischen 83,0 % in Bad Fallingbostel und 93,3 % in Bispingen.

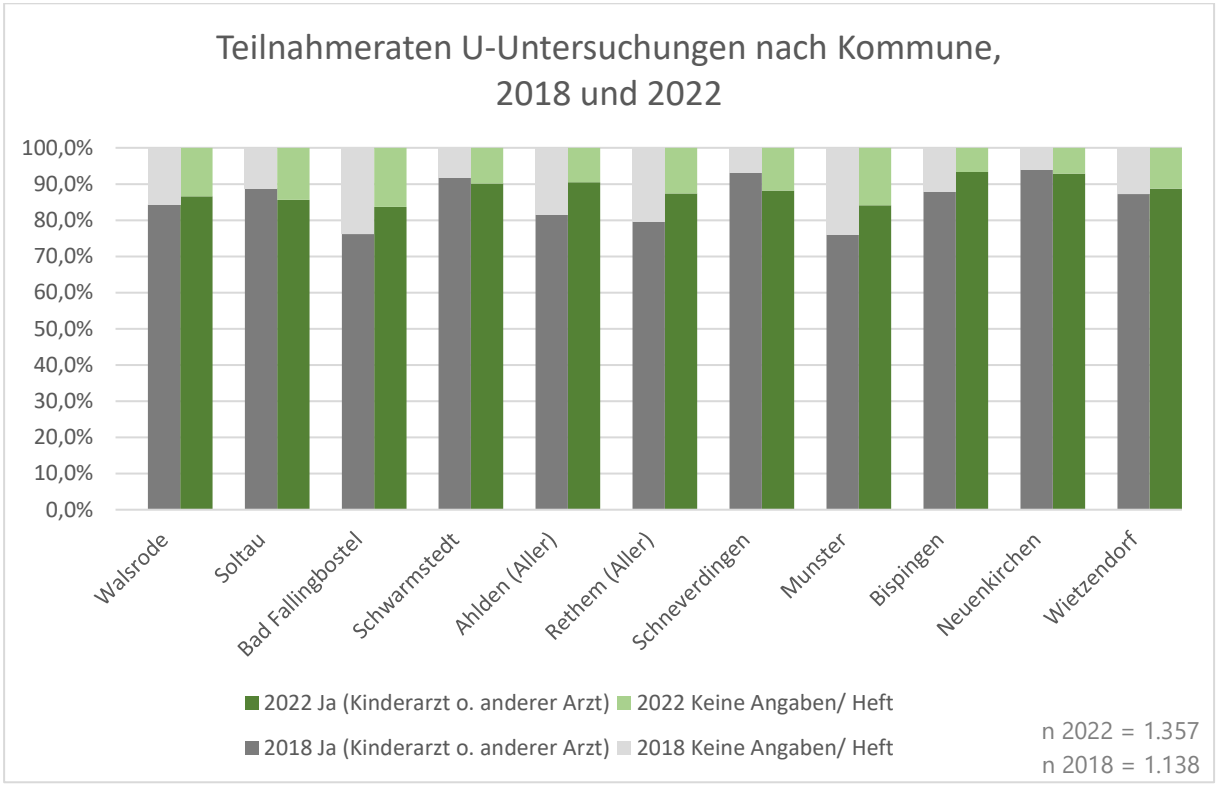

Abbildung 16 Teilnahmeraten an U-Untersuchungen (U1 bis U9) gesamt nach Kommunen, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis[18]

[18] Mehrfachantworten: Prozentsätze beruhen auf den gesamten Antworten (percent of responses).

U-Untersuchungen und Migrationshintergrund

Schaut man sich die Teilnahmerate an den U-Untersuchungen (gesamt) differenziert nach Migrationshintergrund für den Heidekreis in Abbildung 17 an, so fällt auf, dass die Teilnahme bei Kindern ohne Migrationshintergrund im Jahr 2022 im Vergleich zu Kindern mit Migrationshintergrund deutlich höher ist (91,9 % vs. 74,9 %). Allerdings ist auffallend, dass die Teilnahmerate an den U-Untersuchungen bei Kindern mit Migrationshintergrund von 2018 zu 2022 stark angestiegen ist (um 13,0 %). Bei Kindern ohne Migrationshintergrund ist die Teilnahmerate im Jahresvergleich minimal gesunken (von 93,0 % auf 91,9 %).

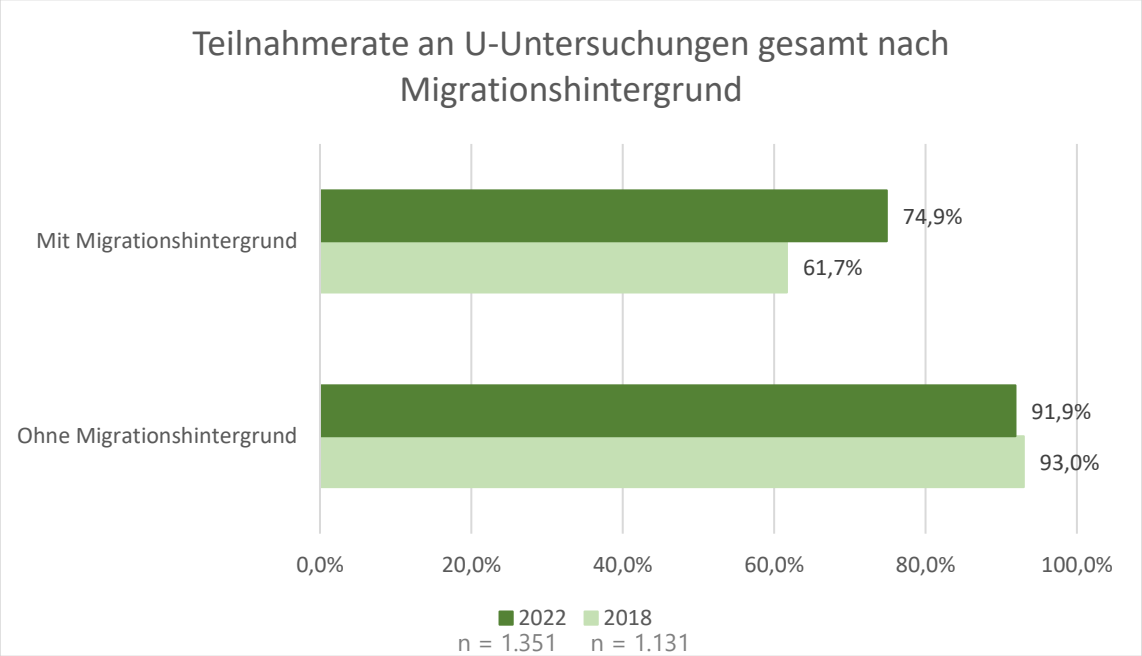

Abbildung 17 Teilnahmerate an U-Untersuchungen (U1 bis U9) gesamt nach Migrationshintergrund, prozentuiert auf vorgelegte Hefte, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis[19]

[19] Mehrfachantworten: Prozentsätze beruhen auf den gesamten Antworten (percent of responses).

3.3.1.2 Nicht vorgelegte U-Hefte

Wie Abbildung 18 zeigt, ist der Anteil an Familien im Heidekreis, welche die U-Hefte zu den Schuleingangsuntersuchungen nicht vorgelegt haben oder keine Angaben machen wollten, von 13,9 % im Jahr 2018 leicht auf 12,7 % im Jahr 2022 gesunken. Zum Vergleich: Im Jahr 2017 legten insgesamt 8,0 % der Eltern in Niedersachsen das U-Heft bei der Schuleingangsuntersuchung nicht vor (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

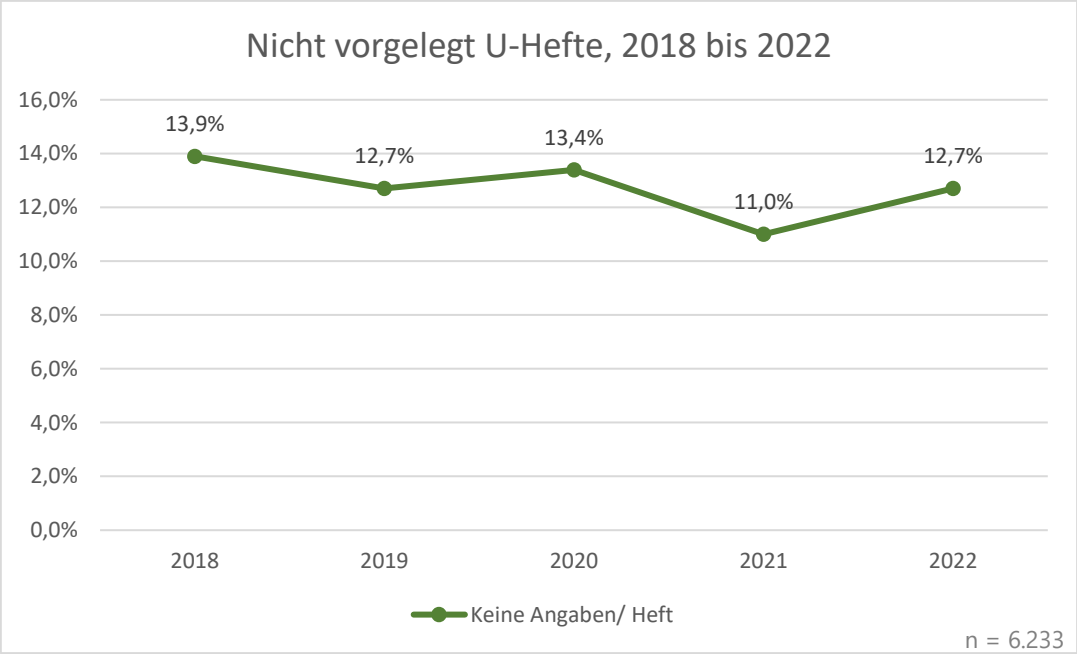

Abbildung 18 Anteil an nicht vorgelegten U-Heften (inkl. Keine Angabe), 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis[20]

Nicht vorgelegte U-Hefte und Haushaltsbildungsindex

Eine Auswertung der nicht vorgelegten U-Hefte nach Haushaltsbildungsindex verdeutlicht (Abbildung 19), dass der Anteil bei Familien mit niedrigem Bildungsindex deutlich höher ist als bei Familien mit mittlerem oder hohem Bildungsindex. Im Jahr 2022 haben 22,0 % der Familien mit niedrigem Haushaltsbildungsindex das Vorsorgeheft nicht vorgelegt bzw. keine Angaben zur Teilnahme gemacht. Dagegen haben nur 7,1 % der Familien mit mittlerem Bildungsindex sowie

[20] Mehrfachantworten: Prozentsätze beruhen auf den gesamten Antworten (percent of responses).

8,2 % der Familien mit hohem Bildungsindex im Jahr 2022 das Vorsorgeheft nicht vorgelegt. Niedersachsenweit legten 2017 ca. 17,0 % der Familien mit niedrigem Bildungsindex das U-Heft nicht vor, im Vergleich zu ca. 6,0 % der Familien mit mittlerem oder hohem Haushaltsbildungsindex (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

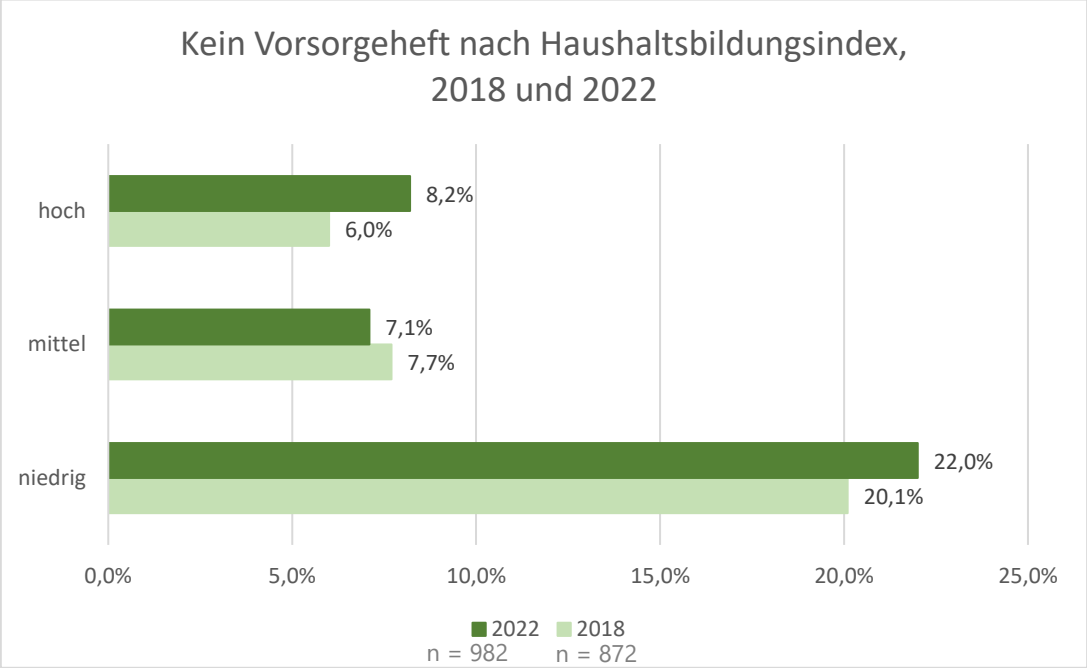

Abbildung 19 Anteil an nicht vorgelegten U-Heften nach Haushaltsbildungsindex, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis[21]

Nicht vorgelegte U-Hefte und Migrationshintergrund

Abbildung 20 zeigt den Anteil an Familien, welche das U-Heft zur Vorsorgeuntersuchung nicht vorlegte bzw. keine Angaben machen wollte, differenziert nach Migrationshintergrund. Somit machen deutlich mehr Familien mit Migrationshintergrund keine Angaben zur Teilnahme an U-Untersuchungen des Kindes bzw. legen das Vorsorgeheft nicht vor als Familien ohne Migrationshintergrund (2022: 25,1 % vs. 7,9 %). Auffällig ist zudem, dass im Jahr 2022 von Familien mit Migrationshintergrund deutlich weniger keine U-Hefte vorgelegt bzw. keine Angaben zur Teilnahme an U-Untersuchungen gemacht wurden im Vergleich zu 2018 (2018: 37,9 %; 2022:

[21] Mehrfachantworten: Prozentsätze beruhen auf den gesamten Antworten (percent of responses).

25,1 %). Bei Familien ohne Migrationshintergrund liegt diese Angabe im Vergleich von 2018 zu 2022 relativ gleichbleibend bei um die 7,0 %. Niedersachsenweit legten 2017 ca. 5,0 % der Kinder ohne Migrationshintergrund und ca. 23,0 % der Kinder mit Migrationshintergrund das U-Heft nicht vor (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

Dies kann unter anderem daran liegen, dass Kinder, die im Ausland geboren und/oder aufgewachsen sind, eventuell kein Vorsorgeheft oder vergleichbares Dokument besitzen.

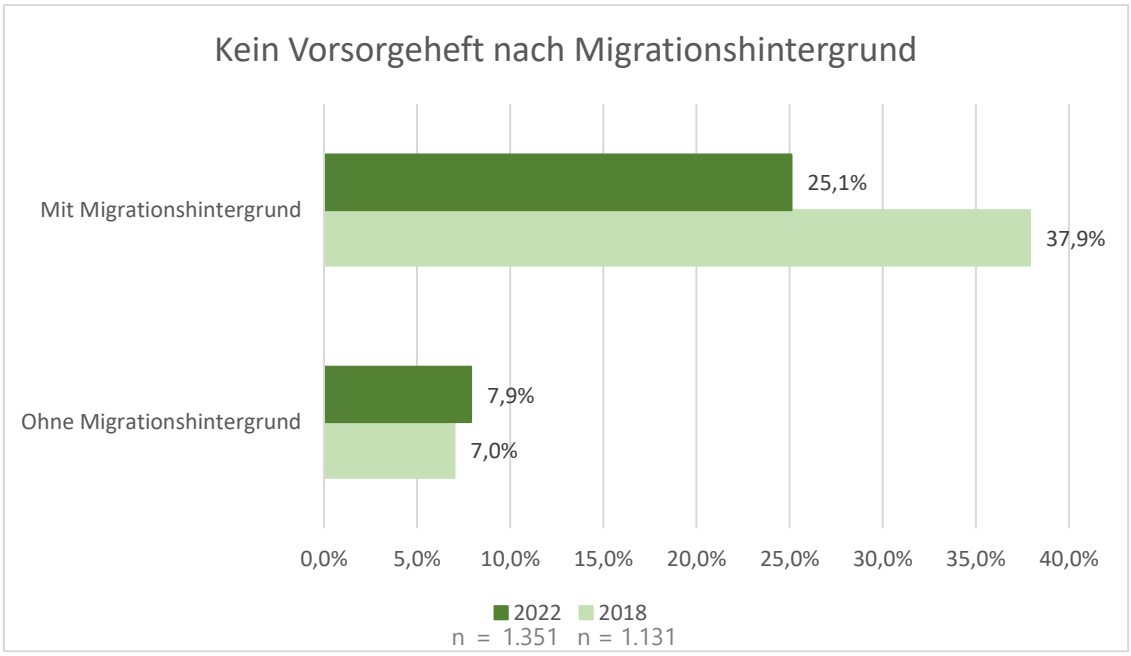

Abbildung 20 Anteil an nicht vorgelegten U-Heften nach Migrationshintergrund, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis[22]

3.3.1.3 U8 und U9

Bei Beschreibung der Gesundheit von Kindern im Einschulungsalter ist die Teilnahme an den U8 und U9-Untersuchungen sehr interessant, da diese zwischen dem 46. und 48. Lebensmonat (kurz vor dem vierten Geburtstag) sowie zwischen dem 60. bis 64. Lebensmonat (meist kurz nach dem fünften Geburtstag) stattfinden sollten. Hier werden demnach auch für die Einschulung relevante Fähigkeiten und Fertigkeiten kontrolliert. Im Gegensatz zu den

[22] Mehrfachantworten: Prozentsätze beruhen auf den gesamten Antworten (percent of responses).

Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U8, welche durch das „Niedersächsische Gesetz über das Einladungs- und Meldewesen für Früherkennungsuntersuchungen von Kindern" (NFrüher-kUG) an ein verbindliches Einladungs- und Meldeverfahren über die zuständigen Behörden gebunden sind, ist die U9 in Niedersachsen nicht an dieses Einladungs- und Meldeverfahren angebunden.

Teilnahmerate U8 und U9

Wie Abbildung 21 zeigt, liegt die Teilnahmerate an den Früherkennungsuntersuchungen U8 mit rund 85,9 % bis 87,0 % in den letzten fünf Jahren deutlich über der Teilnahmerate der U9 mit lediglich 72,7 % bis 77,3 %. Allerdings ist die Teilnahmerate an der U9 im Berichtszeitraum leicht angestiegen.

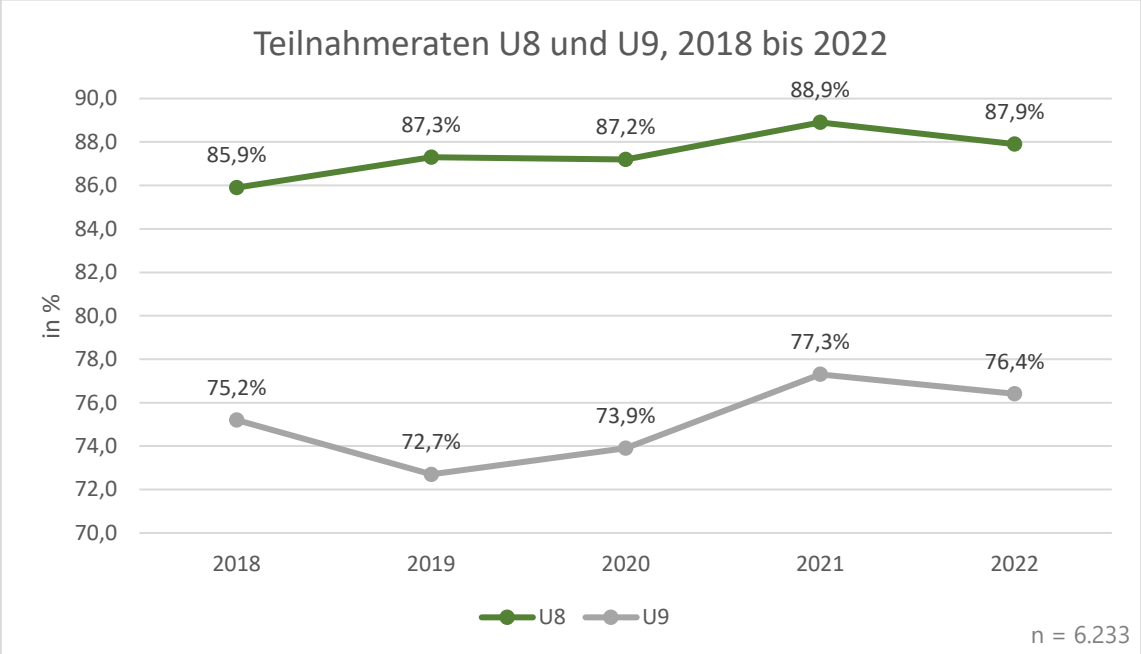

Abbildung 21 Teilnahmerate an der U8 und U9, prozentuiert auf vorgelegte Hefte, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis[23]

Laut KiGGS Welle 2 (2014 bis 2017) liegt die Teilnahmerate an der U8 bei 98,0 % und an der U9 bei 98,1 % in Deutschland (Schmidtke et al. 2018). Bei diesem Vergleich der Schuleingangs-daten des Heidekreises mit Daten der (deutschlandweiten) KiGSS-Studie ist zu beachten, dass sich der betrachtete Jahreszeitraum unterscheidet sowie die Angaben zur Teilnahme an den U-Untersuchungen bei der KiGGS-Studie auf Selbstauskunft der Eltern beruht, bei den

[23] Auf Skalierung der y-Achse achten

Schuleingangsuntersuchungen auf Basis der vorgelegten U-Hefte. Bei Angabe gemäß einer Selbstauskunft der Eltern sind in den Ergebnissen Tendenzen sozialer Erwünschtheit möglich (siehe 1.3 Methodik der Auswertung).

3.3.2 Impfungen

Im Infektionsschutz zählt das Impfen zu den wichtigsten Präventionsmaßnahmen. Laut RKI (2018) lässt sich der Nutzen von Impfungen in zwei Bereiche einteilen: In einen individuellen Nutzen für geimpfte Kinder sowie in einen gesellschaftlichen Nutzen für die ganze Bevölkerung, auch Bevölkerungsnutzen genannt. Denn durch eine möglichst hohe Durchimpfungsrate in der Bevölkerung kann eine Bevölkerungsimmunität erreicht werden.

Zu dem individuellen Nutzen von Impfungen zählen unter anderem zum Beispiel: Der Schutz vor Erkrankung, Krankheitskomplikationen, Langzeitfolgen und Tod oder der Schutz vulnerabler Personen, das heißt Menschen, die aufgrund von chronischen Erkrankungen ein höheres Risiko für schwere Krankheitsverläufe und/ oder bestimmte Infektionskrankheiten haben. (Robert Koch-Institut, 2018c)

Der gesellschaftliche Nutzen von Impfungen stellt sich als besonders relevant dar. Zu diesen gehören unter anderem: Die Kontrolle von Infektionserregern durch Ausbruchskontrolle und Erregerelimination oder der Schutz der ungeimpften Bevölkerung durch Herdeneffekte und Kokonstrategie (Bevölkerungsimmunität). (Robert Koch-Institut, 2018c)

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen wird gemäß § 34 Abs. 11 des Infektionsschutzgesetzes der Impfstatus des Kindes überprüft. Daher werden die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten gebeten den Impfpass des Kindes bei der Schuleingangsuntersuchung vorzulegen. Für Kinder und Jugendliche empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) unter anderem folgende Impfungen: Diphtherie, Tetanus, Pertussis (Keuchhusten), Polio, Hepatitis B, Haemophilus influenzae Typ B („Hib“), Mumps, Masern, Röteln, Varizellen (Windpocken), Meningokokken C und Pneumokokken (Robert Koch-Institut, 2024).

Da nicht alle Eltern den Impfpass zur Schuleingangsuntersuchung mitbringen (rund 7,0 % legen diesen nicht vor), kann im Folgenden die Impfquote nur für die Kinder ermittelt werden, für welche der Impfpass vorgelegt wurde.

3.3.2.1 Impfquoten (summiert) für den Zeitraum 2018 bis 2022

Wie Abbildung 23 und Abbildung 22 zeigen, liegt die Impfquote[24] der Kinder im Berichtszeitraum 2018 bis 2022 bei 79,7 % bis 84,4 %. Tendenziell ist diese von 2018 zu 2022 leicht angestiegen (3,0 %).

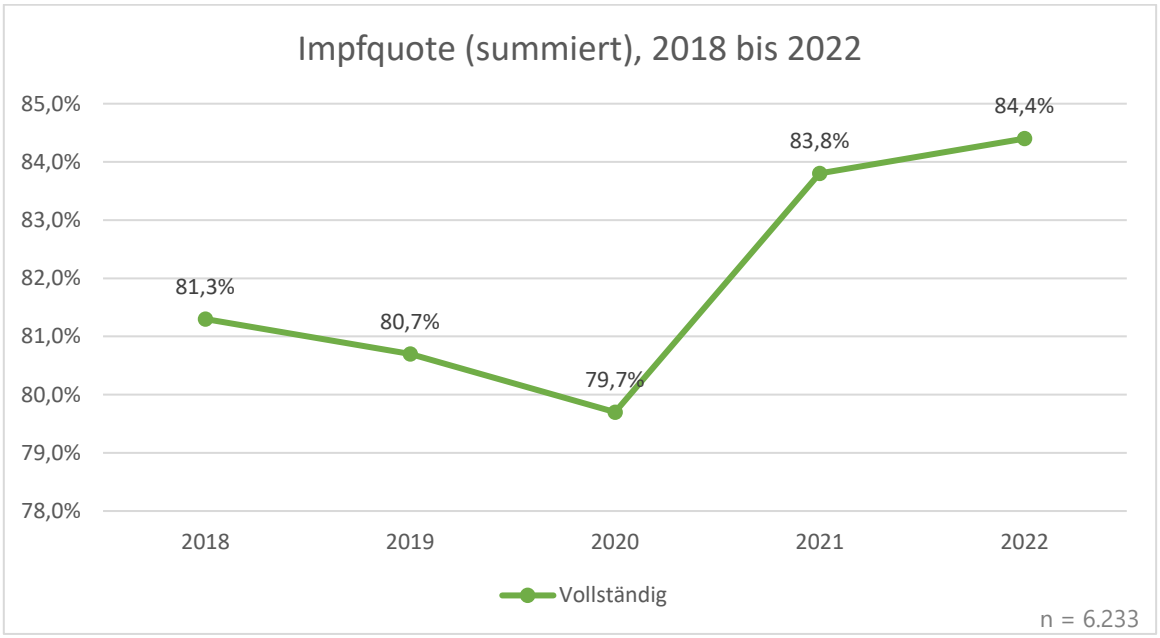

Abbildung 22 Impfquote vollständig geimpfter Kinder (summiert), 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis[25]

Die Impfquote (summiert) basiert auf folgenden Einzelimpfungen: Polio, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Hib (Haemophilus influenzae Typ b), Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Meningokokken, Pneumokokken und Rotaviren.

Mit 79,9 % war die Impfquote im Jahr 2020 am niedrigsten, ab 2021 ist diese sprunghaft angestiegen. Der Anteil an Kindern, welche nicht geimpft sind, ist von 9,1 % im Jahr 2018 auf 5,3 % im Jahr 2022 zurückgegangen. Dagegen ist der Anteil an Kindern mit unvollständigem

[24] Impfung gegen Meningokokken b und COVID-19 werden nicht berücksichtigt (Stand: 2021)
[25] Auf Skalierung der y-Achse achten; Mehrfachantworten: Prozentsätze beruhen auf den gesamten Antworten (percent of responses).

Impfschutz von 1,7 % auf 3,4 % angestiegen (Abbildung 23). Der Anteil an Kindern bzw. Familien, welche bei der Schuleingangsuntersuchung keinen Impfausweis vorlegt, liegt in den fünf Jahren konstant bei um die 6,0 %. Niedersachsenweit lag dieser Wert 2017 bei ca. 8,0 % (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

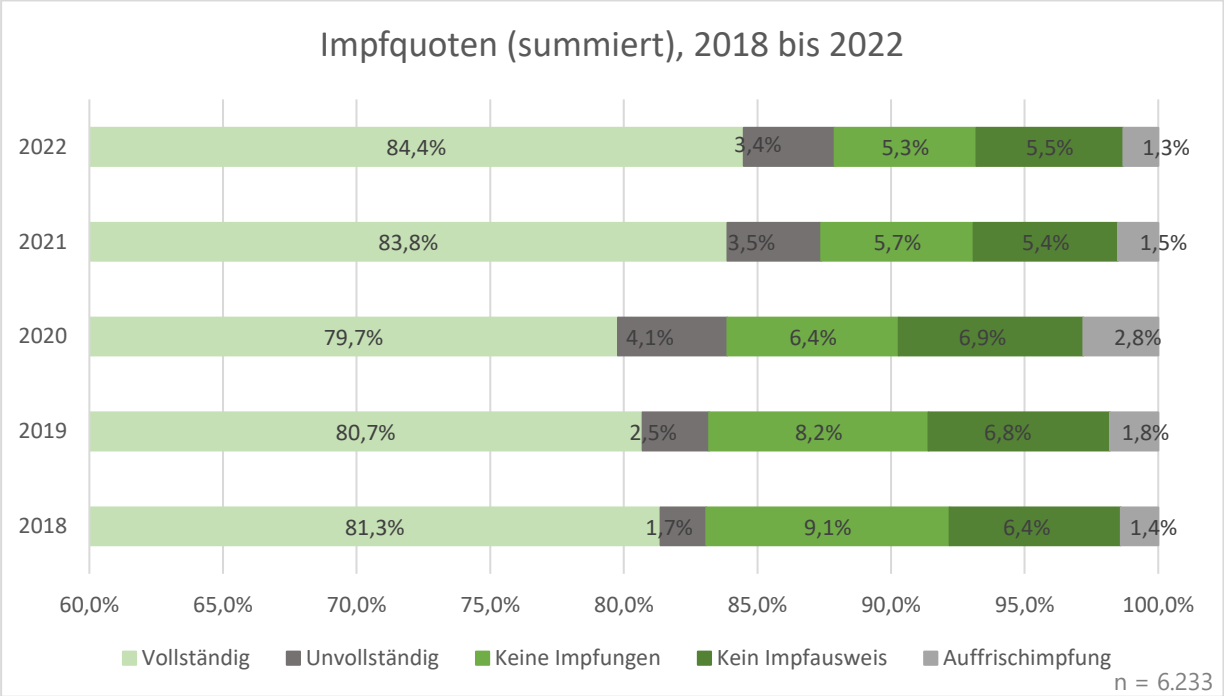

Abbildung 23 Impfquoten (summiert aus Einzelimpfungen), 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis[26]

[26] Auf Skalierung der x-Achse achten; Mehrfachantworten: Prozentsätze beruhen auf den gesamten Antworten (percent of responses).

Impfquoten in den Kommunen

Eine Auswertung der Impfquoten nach Städten und Gemeinden des Heidekreises verdeutlicht (Abbildung 24), dass sich die Impfquoten (Gesamtwert) in den Kommunen unterscheiden. So haben diese in der Hälfte der Kommunen des Heidekreises von 2018 zu 2022 leicht zugenommen (außer Soltau, Schwarmstedt, Rethem (Aller), Bispingen und Neuenkirchen). Bad Fallingbostel verzeichnet eine größere Zunahme (2018: 68,5 % zu 2022: 87,0 %). In Schwarmstedt, Rethem (Aller) und Neuenkirchen sind die Impfquoten im Vergleich zu 2018 nahezu gleichgeblieben. Die angegebenen Impfquoten liegen in den Kommunen im Jahr 2022 zwischen 75,5 % in Ahlden (Aller) und 89,1 % in Wietzendorf.

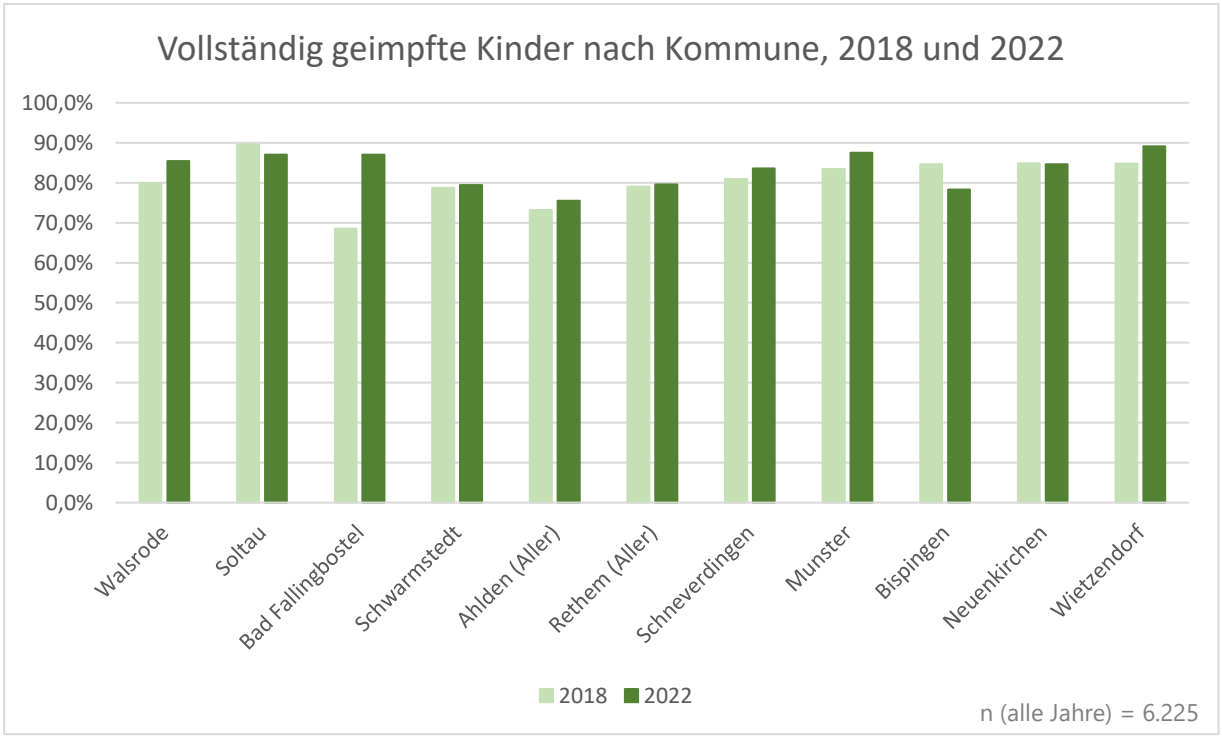

Abbildung 24 Anteil vollständig geimpfter Kinder nach Kommune, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis[27]

[27] Mehrfachantworten: Prozentsätze beruhen auf den gesamten Antworten (percent of responses).

Impfquoten nach Haushaltsbildungsindex

Eine geringere Impfquote weisen vor allem Kinder mit geringem Haushaltsbildungsindex auf (Abbildung 25). 79,0 % dieser Kinder bzw. derer Eltern geben im Jahr 2022 an, dass sie bzw. ihr Kind nicht geimpft sind, wohingegen die angegebene Zahl mit 87,5 % bzw. 86,5 % bei Kindern aus Haushalten mit mittlerem oder hohem Bildungsindex deutlich höher liegt. Bei Kindern aus Haushalten mit niedrigem oder mittlerem Bildungsindex wurde im Jahresvergleich 2018 zu 2022 eine höhere Impfquote angegeben, demgegenüber steht eine leichte Abnahme der vollständig geimpften Kinder aus Haushalten mit höherem Bildungsindex von 2018 zu 2022.

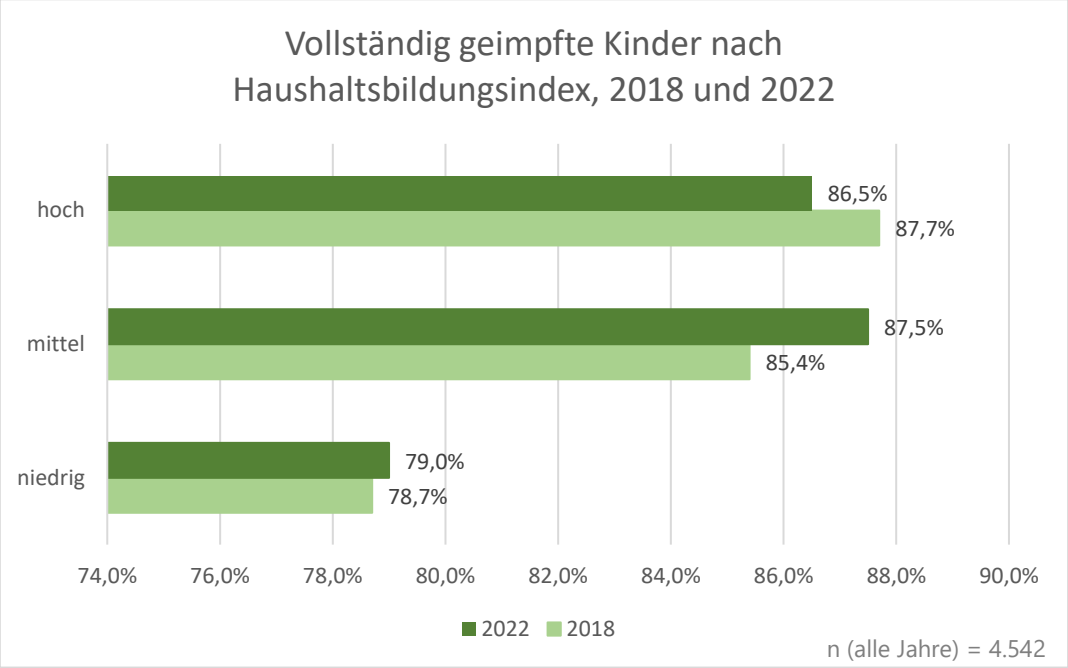

Abbildung 25 Anteil vollständig geimpfter Kinder nach Haushaltsbildungsindex, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis[28]

[28] Mehrfachantworten: Prozentsätze beruhen auf den gesamten Antworten (percent of responses).

Impfquoten nach Migrationshintergrund

Schaut man sich die Impfquoten (summiert) differenziert nach Migrationshintergrund für den Heidekreis in Abbildung 26 an, so fällt auf, dass der Anteil vollständig geimpfter Kinder bei Familien ohne Migrationshintergrund im Jahr 2022 im Vergleich zu Familien mit Migrationshintergrund deutlich höher ist (86,0 % vs. 80,4 %). Allerdings ist auffallend, dass die Impfquote bei Kindern mit Migrationshintergrund von 2018 zu 2022 stark angestiegen ist (um ca. 8,0 %). Bei Kindern ohne Migrationshintergrund ist die Impfquote im Jahresvergleich leicht angestiegen (von 84,5 % auf 86,0 %).

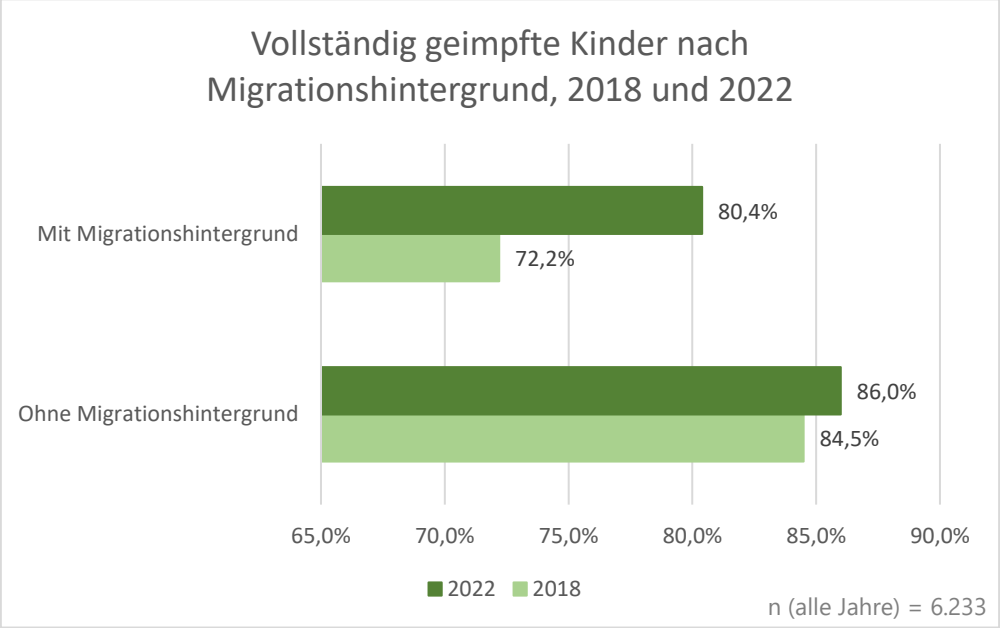

Abbildung 26 Anteil vollständig geimpfter Kinder nach Migrationshintergrund, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis[29]

[29] Mehrfachantworten: Prozentsätze beruhen auf den gesamten Antworten (percent of responses).

3.3.2.2 Impfquoten nach Art der Impfung

Im Heidekreis zeigt ein Vergleich des Einschulungsjahrgangs 2018 mit dem Jahrgang 2022 eine deutliche Zunahme vollständig gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und Meningokokken geimpfter Kinder (Abbildung 27). Damit stieg der Anteil vollständig geimpfter Kinder bei Masern, Mumps und Röteln auf etwas mehr als 90,0 %. Dagegen haben die Anteile vollständig geimpfter Kinder von 2018 zu 2022 bei folgenden Impfungen abgenommen: Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Pneumokokken. Gleichbleibend war der Anteil vollständig geimpfter Kinder bei der Polio-Impfung (ca. 90,0 %). Im Jahr 2022 lag die Impfquote bei Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Varizellen, Meningokokken und Pneumokokken unter 90,0 %.

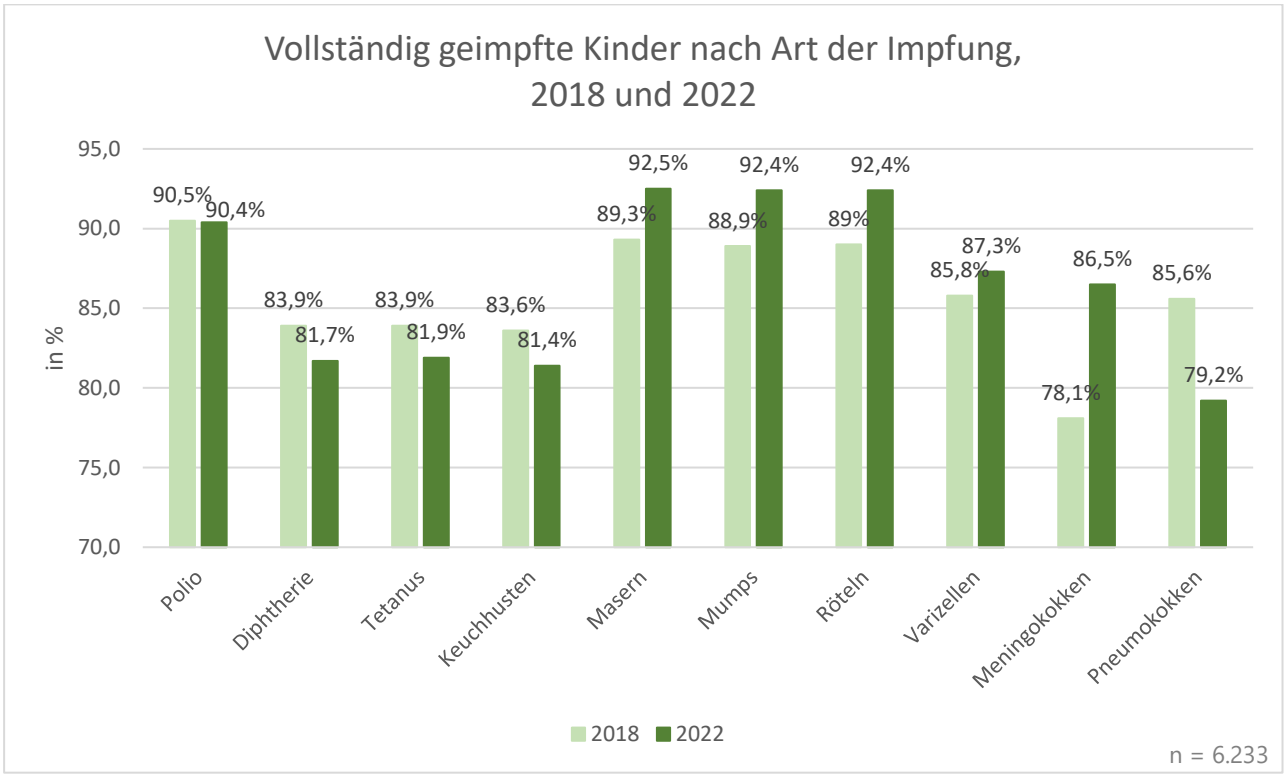

Abbildung 27 Anteil vollständig geimpfter Kinder nach Art der Impfung, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis[30]

[30] Auf Skalierung der y-Achse achten

3.3.2.3 Unvollständig bzw. nicht geimpfte Kinder

MacDonald et al. (2018) erarbeiteten ein Kontinuum, welches es ermöglicht die Bevölkerung, je nach Grad der Impfakzeptanz, in verschiedene Gruppen einzuteilen. Die Akzeptanz der Impfungen befindet sich somit auf einem Kontinuum zwischen vollständiger Akzeptanz und völliger Ablehnung aller Impfstoffe.

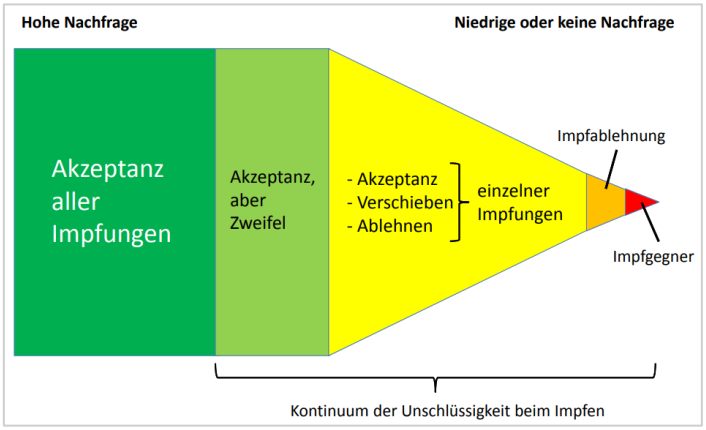

Abbildung 28 Kontinuum der Impfbereitschaft in Anlehnung an MacDonald (2018) (Wichmann, 2019)

Weltweit akzeptiert der größte Teil der Bevölkerung Impfungen vollständig, wohingegen die Gruppe der Impfunschlüssigen eher verschiedenartig ist. Ein Teil der Bevölkerung akzeptiert Impfungen, hegt allerdings Zweifel. Ein weiterer Teil der Bevölkerung, welcher auch eine immer geringere Nachfrage nach Impfungen zeigt, akzeptiert, verschiebt oder lehnt einzelne Impfungen ab. Weitere, allerdings kleinere Anteile, machen Bevölkerungsgruppen aus, welche Impfungen vollständig ablehnen sowie Gegner*innen von Impfungen sind.

MacDonald et al. (2018) stellen in ihrer Ausarbeitung dar, dass die Impfbereitschaft bzw. die Impfakzeptanz einer Bevölkerung impfstoff- und kontextspezifisch ist. Die Analyse der spezifischen Gründe für ungeimpfte bzw. zu wenig geimpfte Bevölkerungsgruppen und die Beurteilung, ob Zweifel oder andere Gründe verantwortlich sind, ist für die Auswahl von Maßnahmen zur Erhöhung der Impfbereitschaft bzw. der Impfquote in einer Bevölkerung entscheidend (MacDonald, et al., 2018).

Anteil unvollständig bzw. nicht geimpfter Kinder

Abbildung 29 zeigt den Anteil nicht vollständig geimpfter Kinder für den Zeitraum 2018 bis 2022 auf. Demnach ist zu sehen, dass der Anteil dieser Kinder von 2018 zu 2022 deutlich abgenommen hat (9,1 % zu 5,3 %). Zu beachten ist hier, dass die Angaben auf der Vorlage des Impfpasses beruhen. Kinder werden als unvollständig geimpft bzw. ungeimpft definiert, wenn bei mindestens einer der 13 Einzelimpfungen[31] „Keine Impfungen" angegeben wurde.

Als ein möglicher Einflussfaktor kann das Masernschutzgesetz, welches am 1. März 2020 in Kraft trat, gesehen werden. Eltern müssen für ihre Kinder ab dem Alter von einem Jahr vor Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindertagesstätten einen Schutz vor Masern nachweisen[32]. Das kann zu einer Erhöhung der Impfquote geführt haben und möglichweise gab bzw. gibt es auch Synergie-Effekte für andere Impfungen.

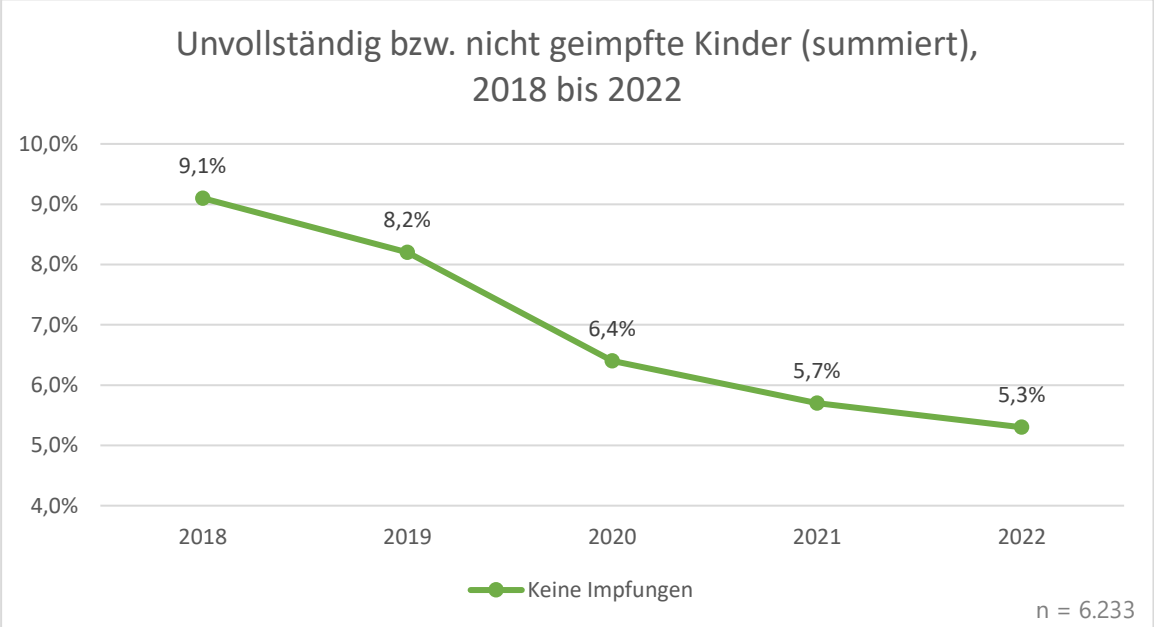

Abbildung 29 Anteil an unvollständig bzw. nicht geimpften Kindern (summiert), 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis[33]

[31] Die Impfquote gesamt basiert auf folgenden Einzelimpfungen: Polio, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Hib (Haemophilus influenzae Typ b), Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Meningokokken, Pneumokokken und Rotaviren.

[32] In Form eines Impfnachweises, eines Immunitätsnachweises oder einer attestierten Kontraindikation

[33] Skalierung der y-Achse beachten; Mehrfachantworten: Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den gesamten Antworten (percent of responses).

Unvollständig bzw. nicht geimpfte Kinder nach Kommunen

Bei Betrachtung unvollständig bzw. nicht geimpfter Kindern differenziert nach Städten und Gemeinden im Jahresvergleich in Abbildung 30 fällt auf, dass im Vergleich zu 2018 der Anteil ungeimpfter Kinder in allen Kommunen (außer Bispingen) deutlich gesunken ist bzw. in allen Kommunen (außer Bispingen) deutlich weniger Familien angegeben haben, dass ihr Kind nicht geimpft ist. Im Jahr 2022 schwankt die angegebene Quote nicht geimpfter Kinder je nach Kommune zwischen 2,2 % in Wietzendorf und 10,9 % in Ahlden (Aller). Je höher die Prozentzahl, desto mehr Familien gaben an, dass ihr Kind mindestens eine der zuvor benannten 13 Einzelimpfungen nicht erhalten hat.

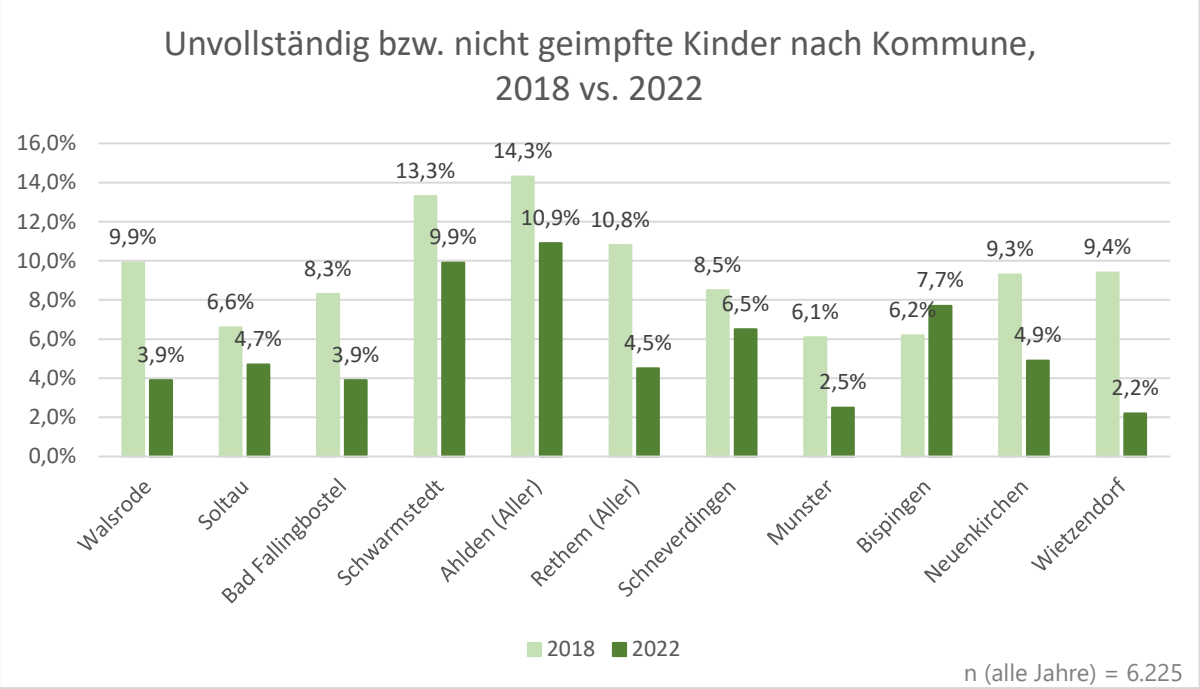

Abbildung 30 Anteil an unvollständig bzw. nicht geimpften Kinder nach Kommune, 2018 und 2022, Landkreis Heidekreis[34]

[34] Mehrfachantworten: Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den gesamten Antworten (percent of responses).

Unvollständig bzw. nicht geimpfte Kinder nach Haushaltsbildungsindex

Wie Abbildung 31 zeigt, liegt der Anteil unvollständig bzw. nicht geimpfter Kinder differenziert nach Haushaltsbildungsindex in allen drei betrachteten Bildungskategorien (hoch, mittel, niedrig) im Jahr 2022 bei einem ähnlichen Wert zwischen 5,0 % bis 6,0 %. Einen etwas höheren Anteil ungeimpfter Kinder weisen dabei Kinder aus Haushalten mit hohem Bildungsindex auf. Auffällig ist, dass diese Anteile für alle drei Bildungskategorien im Jahr 2018 deutlich höher als 2022 lagen (8,2 % bis 9,9 %). Dementsprechend ist der Anteil nicht vollständig bzw. nicht geimpfter Kinder aus Haushalten mit niedrigem, mittlerem und hohem Bildungsindex im Jahresvergleich 2018 zu 2022 deutlich gesunken. Dies ist durch die allgemein beobachtbare Tendenz, dass der Anteil ungeimpfter Kinder im Berichtszeitraum abnimmt, zu erklären (Abbildung 29).

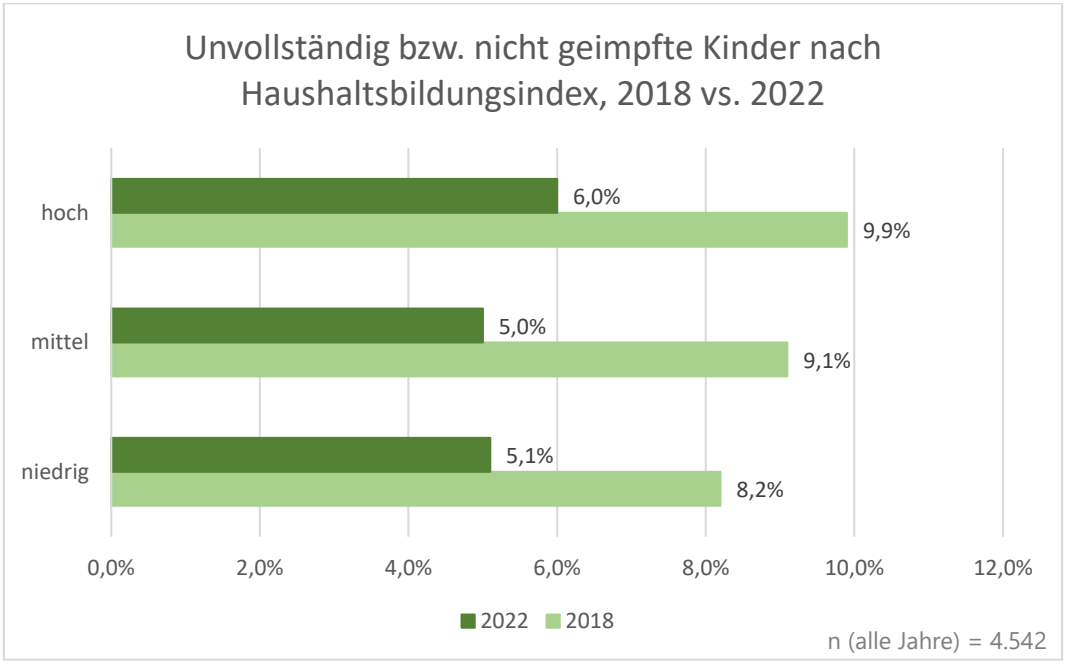

Abbildung 31 Anteil an unvollständig bzw. nicht geimpften Kinder nach Haushaltsbildungsindex, 2018 und 2022, Landkreis Heidekreis[35]

[35] Mehrfachantworten: Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den gesamten Antworten (percent of responses).

Unvollständig bzw. nicht geimpfte Kinder nach Migrationshintergrund

Schaut man sich die Quoten unvollständig bzw. nicht geimpfter Kinder differenziert nach Migrationshintergrund in Abbildung 32 an, so fällt auf, dass sich die Anzahl ungeimpfter Kinder bei Familien mit Migrationshintergrund in beiden betrachteten Jahren im Vergleich zu Familien mit Migrationshintergrund kaum unterscheiden (2022: 5,7 % vs. 5,2 %). Allerdings ist auffallend, dass der Anteil nicht vollständig geimpfter Kinder sowohl bei Familien mit Migrationshintergrund als auch bei Familien ohne Migrationshintergrund von 2018 zu 2022 abgenommen hat (um etwa 3,0 % bis 4,0 %). Auch hier ist diese Beobachtung durch die allgemein feststellbare Tendenz des sinkenden Anteils ungeimpfter Kinder im Berichtszeitraum zu erklären (Abbildung 29).

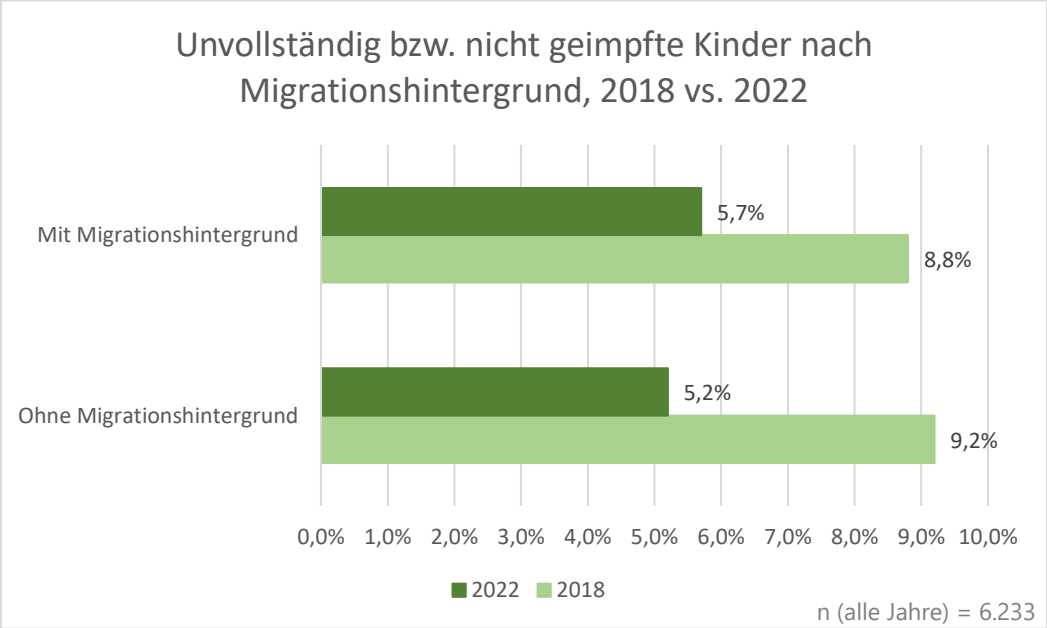

Abbildung 32 Anteil an unvollständig bzw. nicht geimpften Kinder nach Migrationshintergrund, 2018 und 2022, Landkreis Heidekreis[36]

[36] Mehrfachantworten: Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den gesamten Antworten (percent of responses).

3.4 Gesundheitszustand/ Chronische Erkrankungen

Der Großteil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst gesund auf. Allerdings ist ein Teil der Kinder von chronischen Erkrankungen betroffen. Diese Kinder müssen in der Regel regelmäßig medizinische Versorgung in Anspruch nehmen. Zudem sind die betroffenen Kinder sowie Familien durch allgemeine und krankheitsspezifische Belastungen höheren psychosozialen Anforderungen ausgesetzt. Weltweit hat die Prävalenz chronischer Erkrankungen zugenommen. Rund jedes sechste Mädchen bzw. jeder sechste Junge im Alter von 0 bis 17 Jahren ist in Deutschland chronisch krank. Da bestehende chronische Erkrankungen und dessen Folgen im Kindes- und Jugendalter zum Teil im Erwachsenenalter weiterbestehen können, kommen diesen eine hohe Relevanz zu. (Robert Koch-Institut (Hrsg); Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg), 2008) (Robert Koch-Institut, 2018b; Robert Koch-Institut, 2021)

3.4.1 Übergewicht und Adipositas, Untergewicht

Durch Übergewicht im Kindesalter kann sich im weiteren Verlauf Adipositas entwickeln, welche gesundheitliche und/ oder seelische Beeinträchtigungen zur Folge haben kann. Denn durch Übergewicht und Adipositas zeigen die Kinder im Vergleich zu normalgewichtigen Kindern häufiger Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie zum Beispiel einen erhöhten Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen oder Störungen des Glukosestoffwechsels und weisen zudem eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Ausbildung von Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Erwachsenenalter auf. (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), 2024; Robert Koch-Institut, 2018b)

Die folgenden Ergebnisse zur Gewichtsverteilung der Kinder basieren auf der Berechnung des Body-Mass-Index (BMI)[37] sowie einer Gruppierung dieser Werte in Unter-, Normal- und Übergewicht sowie Adipositas nach Kromeyer-Hauschild (2001)[38].

[37] Berechnung des BMIs = Gewicht in kg / (Größe in cm/ 100)^2

[38] Untergewicht = BMI ≤ 13; Normalgewicht = BMI 13,1 bis 17,9; Übergewicht = BMI 18 bis 19,6; Adipositas = BMI ≥ 19,7

Anteil an Kindern mit Über- und Untergewicht sowie Adipositas

So zeigen Ergebnisse aus der körperlichen Untersuchung, dass der Anteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas im Jahr 2022 im Vergleich zu den Vorjahren zugenommen hat (9,2 % und 7,5 %) (Abbildung 33). So nahm der Anteil an Kindern mit Übergewicht in den letzten fünf Jahren um 2,1 % zu, der Anteil an Kindern mit Adipositas um 2,6 %. Demnach waren im Jahr 2018 79 Kinder (7,1 %) übergewichtig und 54 (4,9 %) adipös, wohingegen im Jahr 2022 122 Kinder (9,2 %) übergewichtig und 99 Kinder (7,5 %) adipös waren (siehe auch Tabelle 7). Daten aus der KiGGS Welle 2 (2014 – 2017) zeigen ähnlich Werte: Danach sind ca. 9,1 % der 3- bis 6-jährigen Kinder in Deutschland übergewichtig und ca. 2,1 % der 3- bis 6-jährigen Kinder adipös (Robert Koch-Institut, 2018b).

Abbildung 33 zeigt zudem deutlich, dass der Anteil an untergewichtigen Kindern im Zeitraum 2018 bis 2022 gesunken ist (von 3,3 % auf 1,6 %). Waren im Jahr 2018 noch um die 40 Kinder untergewichtig, so sank diese Zahl im Jahr 2022 auf ca. 20 Kinder (Tabelle 7).

Der Großteil der Kinder im Heidekreis ist jedoch normalgewichtig. Der Anteil normalgewichtiger Kinder schwankte in den letzten fünf Jahren zwischen 84,7 % und 81,7 %. Niedersachsenweit waren 2017 78,1 % der Kinder normalgewichtig, 5,7 % der Kinder übergewichtig und 4,3 % der Kinder adipös (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

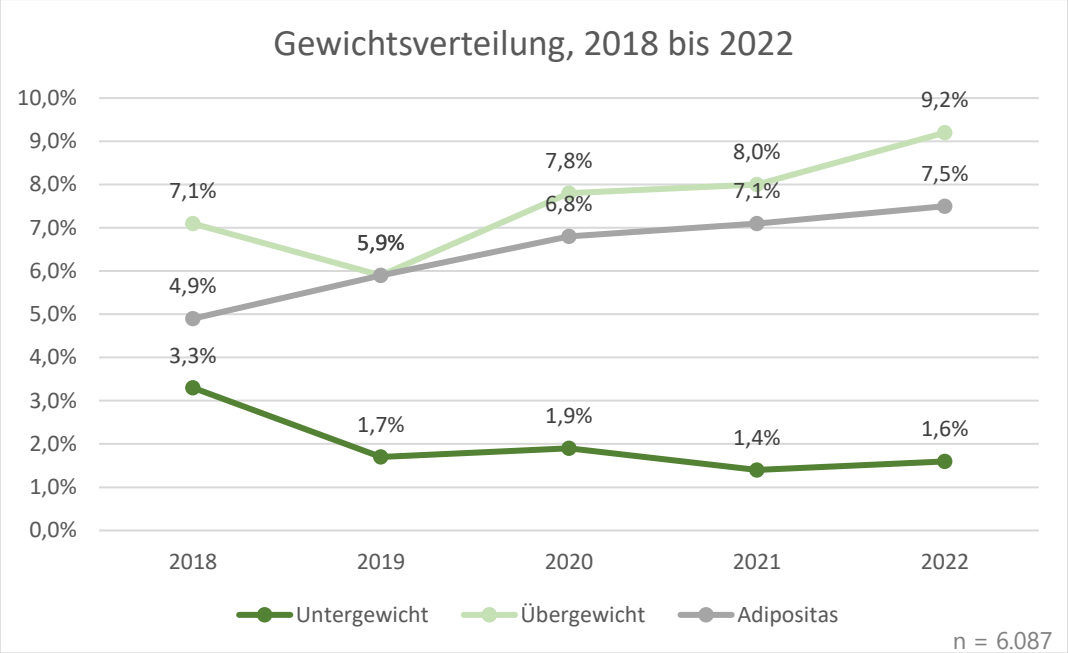

Abbildung 33 Anteil der Kinder mit Über- und Untergewicht sowie Adipositas, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

Tabelle 7 Gewichtsverteilung, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

		UNTER-GEWICHT	NORMAL-GEWICHT	ÜBER-GE-WICHT	ADIPOSITAS	GESAMT
2018	Anzahl	37	938	79	54	1.108
	%	3,3%	84,7%	7,1%	4,9%	100,0%
2019	Anzahl	20	1019	70	69	1.178
	%	1,7%	86,5%	5,9%	5,9%	100,0%
2020	Anzahl	23	1017	95	83	1.218
	%	1,9%	83,5%	7,8%	6,8%	100,0%
2021	Anzahl	18	1051	101	90	1.260
	%	1,4%	83,4%	8,0%	7,1%	100,0%
2022	Anzahl	21	1081	122	99	1.323
	%	1,6%	81,7%	9,2%	7,5%	100,0%
GE-SAMT	Anzahl	119	5106	467	395	6.087[39]
	%	2,0%	83,9%	7,7%	6,5%	100,0%

[39] Bei der Gesamtzahl fehlen 146 Kinder, da bei diesen Kindern Werte für Körpergewicht und/ oder -größe fehlten.

Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht

Abbildung 34 zeigt den Anteil an Kindern mit Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht für 2018 und 2022 im Heidekreis auf. Es fällt auf, dass sich der Anteil zwischen den Geschlechtern im Jahresvergleich deutlich unterscheidet. So ist der Anteil an Jungen mit Übergewicht und Adipositas von 9,2 % im Jahr 2018 auf 16,7 % im Jahr 2022 gestiegen. Demnach sind 2022 119 Jungen übergewichtig bzw. adipös, wohingegen im Jahr 2018 nur 59 Jungen betroffen waren. Bei den Mädchen hingegen hat sich der Anteil kaum verändert, dieser ist in den letzten fünf Jahren um 0,7 % gestiegen. Im Jahr 2022 waren 101 Mädchen übergewichtig bzw. adipös. Im Jahr 2022 zeigen sich im Gegensatz zu 2018 keine Geschlechterunterschiede in der Übergewichts- und Adipositasprävalenz mehr.

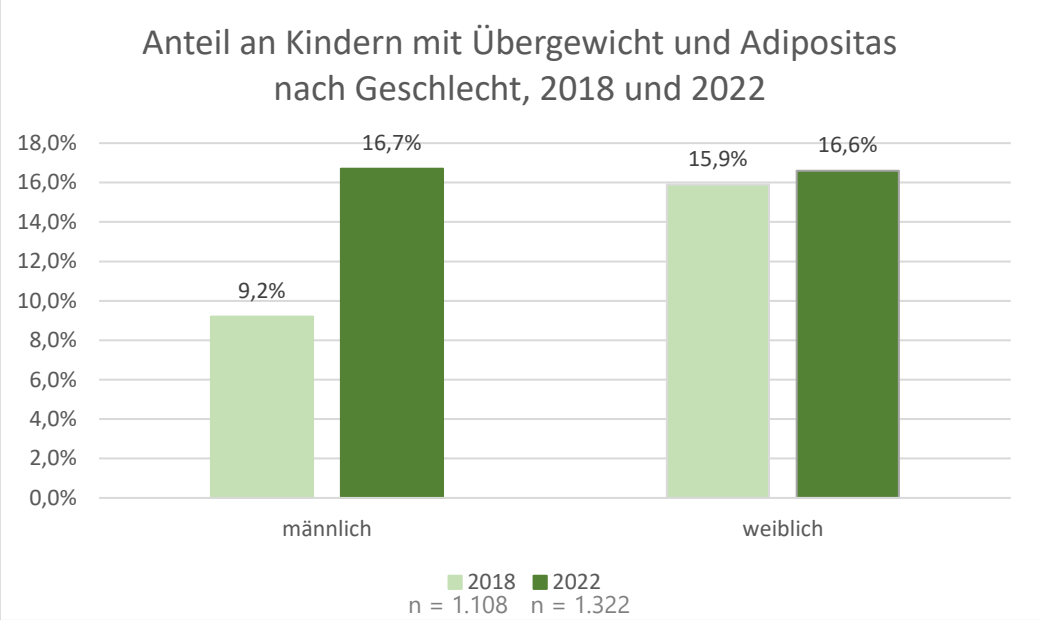

Abbildung 34 Anteil an Kindern mit Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis

Auch Auswertungen der KiGGS Welle 2 Daten zeigen ähnliche Ergebnisse. Es liegen keine statistisch signifikanten Geschlechterunterschiede in den Übergewichts- als auch Adipositasprävalenzen für Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren vor (Übergewicht Mädchen: 15,3 % vs. Jungen: 15,6 %; Adipositas Mädchen: 5,9 % vs. Jungen: 5,9 %). Diese steigen lediglich mit zunehmendem Alter der Kinder an. Der Anteil an Übergewichtigen liegt bei den 3- bis 6-jährigen Mädchen bei 10,8 % und bei den 3- bis 6-jährigen Jungen bei 7,3 %. Ferner sind 3,2 % der 3- bis 6-jährigen Mädchen sowie 1,0 % der 3- bis 6-jährigen Jungen adipös. (Robert Koch-Institut, 2018b)

Übergewicht und Adipositas nach Kommunen

Werden die Anteile für Unter- und Übergewicht sowie Adipositas für die letzten fünf Jahre gesamt nach Städten und Gemeinden im Heidekreis betrachtet, so fällt auf, dass sich die Verteilung hier teilweise deutlich unterscheidet (Abbildung 35). In Walsrode (41 Kinder; 3,1 %) sowie Bad Fallingbostel (<20 Kinder; 3,3 %) ist der Anteil an untergewichtigen Kindern am höchsten. Am niedrigsten ist dieser in Neuenkirchen, Ahlden (Aller) sowie Schwarmstedt und Bispingen. Der Anteil übergewichtiger Kinder schwankt zwischen 4,2 % in Neuenkirchen und 9,8 % in Bispingen. Beim Anteil adipöser Kinder weicht der Wert in Rethem (Aller) im Vergleich zu anderen Kommunen deutlich ab. Denn hier sind 14,0 % (23 von 164 Kindern), der in Rethem lebenden Kinder, adipös. Ansonsten liegt der Anteil an Kindern mit Adipositas im Heidekreis zwischen 4,9 % in Bispingen (<20 Kinder) und 7,7 % in Ahlden (Aller) (22 Kinder). Insgesamt sind im Untersuchungszeitraum im Heidekreis 119 Kinder als untergewichtig, 467 Kinder als übergewichtig und 395 Kinder als adipös eingestuft worden. Mit 84,0 % ist der Großteil der Kinder im Zeitraum 2018 bis 2022 allerdings normalgewichtig (5.099 Kinder von 6.080 Kindern[40]).

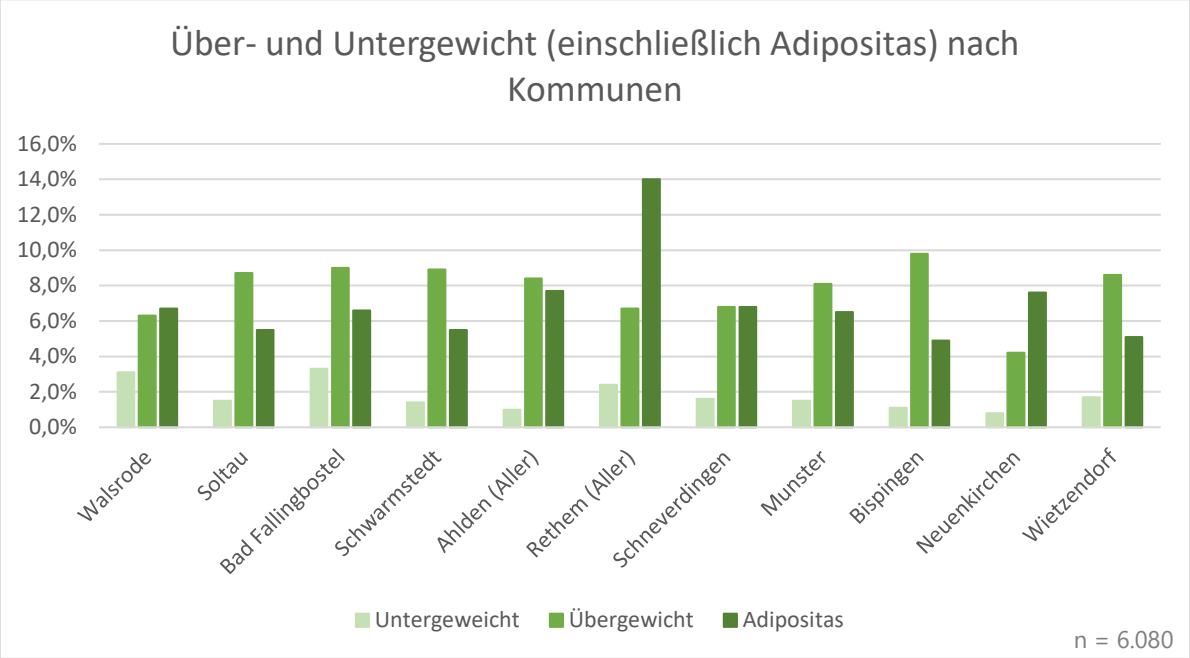

Abbildung 35 Unter- und Übergewicht (einschließlich Adipositas) nach Kommunen, gesamt für die Jahre 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

[40] Bei der Gesamtzahl fehlen 153 Kinder, da bei diesen Kindern Werte für Körpergewicht, -größe und/ oder Wohnort fehlten.

Abbildung 36 zeigt den Anteil Kindern mit Übergewicht und Adipositas nach Kommune für 2018 und 2022 auf. In acht von elf Kommunen ist der Anteil an übergewichtigen bzw. adipösen Kindern deutlich gestiegen. Lediglich in Schwarmstedt ist dieser deutlich gesunken (von 16,2 % auf 13,1 %). In Rethem (Aller) ist der Anteil an übergewichtigen und adipösen Kindern von 2018 zu 2022 gleichbleibend auf einem hohen Niveau (23,8 % zu 23,5 %). Da hier Jahreswerte verglichen werden, ist die Fallzahl je Kommune teilweise sehr gering.

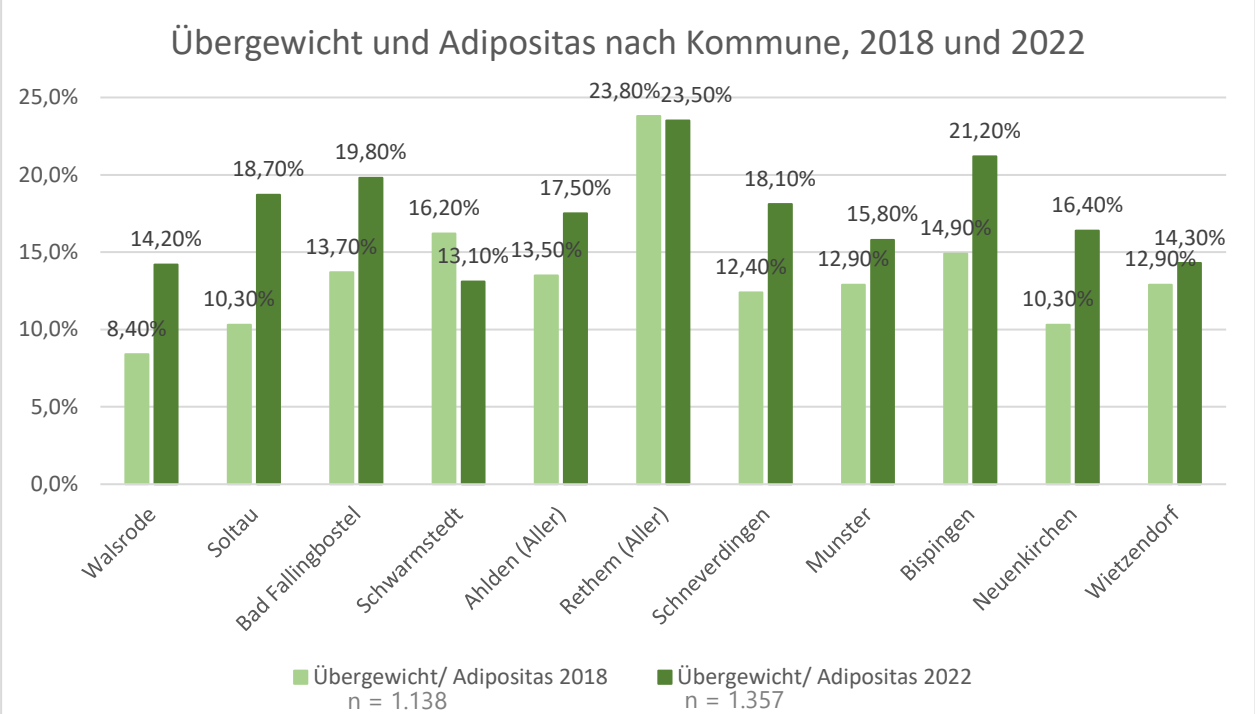

Abbildung 36 Anteil an Kindern mit Übergewicht (einschließlich Adipositas) in den Städten und Gemeinden, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis

Übergewicht und Adipositas nach Haushaltsbildungsindex

Der Anteil an Kindern mit Übergewicht und Adipositas ist bei Familien mit niedrigem und mittlerem Haushaltsbildungsindex höher als bei Familien mit hohem Haushaltsbildungsindex. So sind im Jahr 2022 24,3 % bzw. 15,0 % der Kinder aus Haushalten mit niedrigem bzw. mittlerem Bildungsindex übergewichtig und adipös, wohingegen dies nur 9,7 % der Kinder aus Haushalten mit hohem Bildungsindex sind. In Niedersachsen zeigt sich ein ähnliches Bild (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018). Auch das Robert Koch-Institut (2018b) gibt in den Auswertungen zu der KiGGS Welle 2 an, dass Kinder mit niedrigem sozioökonomischem Status deutlich häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind als Kinder mit hohem sozioökonomischem Status.

Im Jahresvergleich fällt auf, dass der Anteil an Kindern mit Übergewicht und Adipositas von 2018 zu 2022 bei allen Familien, egal welcher Bildungsschicht sie angehören, deutlich gestiegen ist (ca. 2,0 % bis 4,0 %) (Abbildung 37).

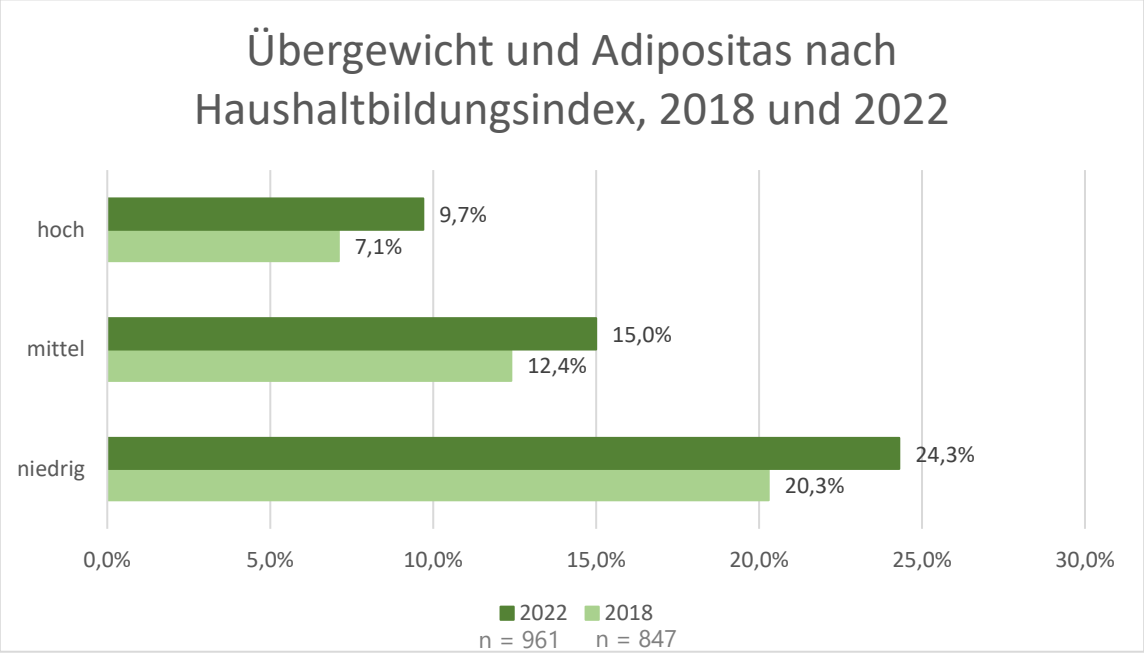

Abbildung 37 Übergewicht und Adipositas nach dem Haushaltbildungsindex, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis

Übergewicht und Adipositas nach Migrationshintergrund

Bei Betrachtung des Anteils an Kindern mit Übergewicht und Adipositas im Heidekreis fällt auf, dass dieser bei Kindern mit Migrationshintergrund sowohl 2018 als auch 2022 höher (20,3 % bzw. 15,6 %) als bei Kindern ohne Migrationshintergrund ist (15,3 % bzw. 11,1 %). Zudem ist der Anteil an übergewichtigen und adipösen Kindern sowohl bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund von 2018 zu 2022 deutlich angestiegen (jeweils ca. 5,0 %) (Abbildung 38).

Niedersachsenweit zeigen sich für das Jahr 2017 ähnliche Werte wie im Heidekreis im Jahr 2018: Ca. 12,6 % der Kinder mit Migrationshintergrund und 9,1 % der Kinder ohne Migrationshintergrund sind übergewichtig bzw. adipös (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

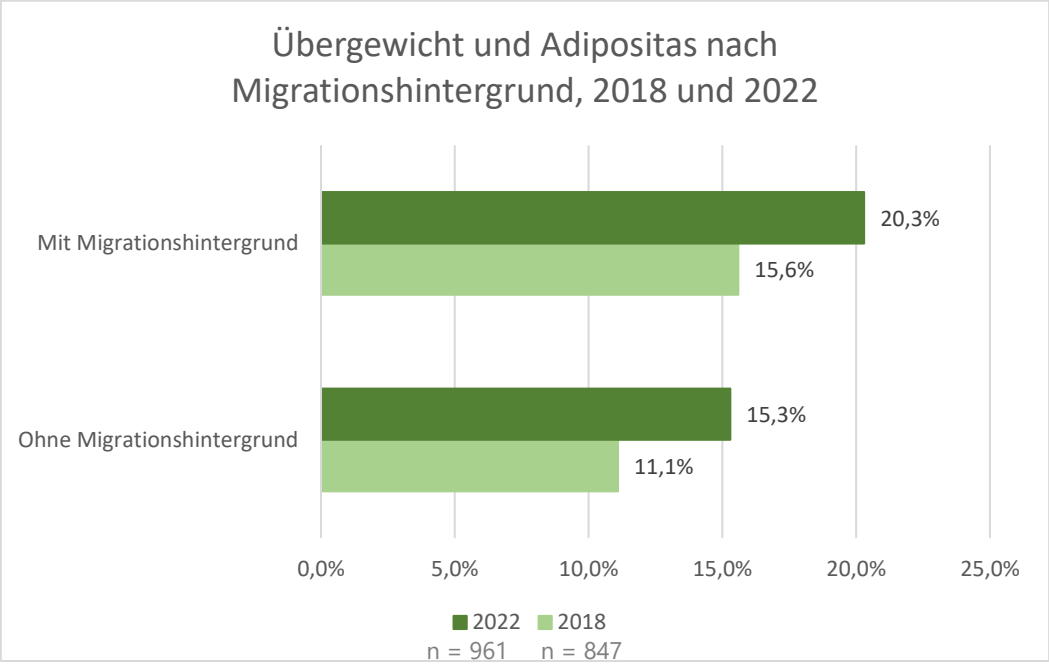

Abbildung 38 Übergewicht und Adipositas nach Migrationshintergrund, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis

3.4.2 Chronische Erkrankungen (Asthma und Heuschnupfen)

Asthma bronchiale stellt die häufigste chronische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter dar (World Health Organization, 2024). Dabei ist Asthma „eine entzündliche Atemwegserkrankung, bei der die Bronchien überempfindlich auf physikalische, chemische, pharmakologische oder immunologische Reize reagieren […] und variable Atemwegsverengungen (Obstruktion) auftreten" (Robert Koch-Institut, 2021, S. 3). Asthma zeigt sich dabei meist durch verschiedene Symptome: Pfeifgeräusche beim Atmen, Husten, ein Gefühl von Brustenge und/ oder Luftnot in unterschiedlich starker Intensität und Häufigkeit (Robert Koch-Institut, 2021).

Der Großteil der Asthmaerkrankungen von Kindern und Jugendlichen wird durch Allergien ausgelöst. Die Grundlage für allergisch bedingte Asthmareaktionen stellt eine allergische Sensibilisierung des Immunsystems dar. Kennzeichnend für Asthma, sowie allergischem Schnupfen (Heuschnupfen) und Neurodermitis, ist die Sensibilisierung des Immunsystems durch die Bildung von spezifischen Antikörpern nach (Erst-)Kontakt mit für gesunde Personen harmlosen Allergenen. Asthma bronchiale und Heuschnupfen werden in der Regel von sogenannten Inhalationsallergenen wie Pollen-, Tierhaar- oder Hausmilbenallergenen verursacht. (Robert Koch-Institut, 2020)

Asthma wirkt sich weitreichend auf das Leben des betroffenen Kindes sowie dessen Familie aus. So beeinflusst die Erkrankung das emotionale Befinden, die körperliche Kondition, die schulische Leistungsfähigkeit sowie soziale Interaktionen des Kindes. Daher erleben Betroffene und Angehörige die Erkrankung oftmals als sehr belastend. (Robert Koch-Institut, 2020)

Auch Heuschnupfen kann das alltägliche Leben von betroffenen Kindern und deren Familien erheblich belasten. Heuschnupfen zeigt sich dabei infolge einer allergischen Entzündungsreaktion im Bereich der Nasenschleimhäute durch Symptome wie Juckreiz, Niesattacken, verstärkter Schleimsekretion sowie erschwerter Nasenatmung. Zusätzlich können auch die Augen betroffen sein. (Robert Koch-Institut, 2018a)

Die Eltern werden im Vorbereitungsbogen für die Schuleingangsuntersuchung gefragt, ob einzelne atopische Erkrankungen (Neurodermitis, Asthma und Heuschnupfen) vorliegen. Anhand der Antworten ist eine Einschätzung der Prävalenz der einzelnen Erkrankungen möglich. Auf dem Erhebungsbogen werden die Eltern nach dem Vorhandensein bzw. dem Auftreten krankheitsspezifischer Symptome der jeweiligen Erkrankung in den letzten sechs bzw. zwölf Monaten gefragt. Wenn eine oder mehrere der möglichen Unterfragen zu einer Erkrankung mit „Ja“ beantwortet wurden, so wird dies als Vorhandensein der Erkrankung gewertet.

Abbildung 39 zeigt den Anteil an Kindern mit chronischen Erkrankungen nach Jahren. Asthma macht den größten Teil chronischer Erkrankungen bei den Einschulungskindern aus. Der Anteil an Kindern mit Asthma ist in den letzten fünf Jahren zeitweise gesunken. So lag dieser im Jahr 2021 „nur“ bei ca. 9,0 % (116 Kinder). Allerdings fällt bei Betrachtung des Beginns sowie des Endes vom Berichtszeitraum auf, dass hier wiederum der Anteil an Asthma erkrankten Kindern gleich ist (ca. 12,0 %, jeweils ca. 150 Kinder). Der Anteil an Kindern mit Neurodermitis ist von 2018 zu 2022 leicht von ca. 7,0 % (81 Kinder) auf knapp 9,0 % (116 Kinder) gestiegen. Im Jahr 2021 gab es mit knapp 12,0 % (149 Kinder) einen Peak. Der Anteil an Heuschnupfen erkrankten Kindern ist von 6,0 % im Jahr 2018 auf 8,0 % im Jahr 2022 gestiegen. Demnach sind im Jahr 2022 nach Angaben des Erhebungsbogens 109 Kinder an Heuschnupfen erkrankt.

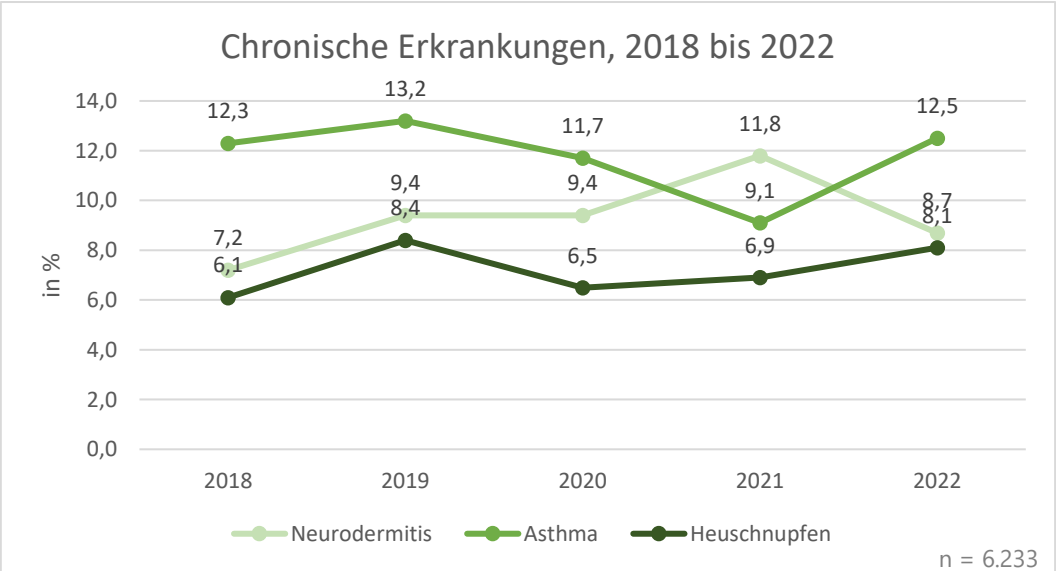

Abbildung 39 Anteil an Kindern mit chronischen Erkrankungen (Neurodermitis, Asthma, Heuschnupfen), 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

3.4.2.1 Asthma

12,0 % der Kinder im Heidekreis sind im Jahr 2022 nach Angaben des Erhebungsbogens der Schuleingangsuntersuchung an Asthma erkrankt. Die 12-Monats-Prävalenz von ärztlich diagnostiziertem Asthma bronchiale in der KiGGS Welle 2 beträgt bei den 3- bis 17-jährigen Kindern 4,0 % und hat sich im Vergleich zur KiGGS Basiserhebung mit 3,7 % nicht stark verändert (Robert Koch-Institut, 2018a). Zu beachten sind hier die unterschiedliche Art der Feststellung der Erkrankung (Erhebungsbogen vs. ärztliche Diagnose) sowie die unterschiedliche Altersgruppe (5 bis 7 Jahre vs. 3 bis 17 Jahre).

Asthma nach Geschlecht

Bei Betrachtung des Anteils an Kindern mit Asthma nach Geschlecht in Abbildung 40 fällt auf, dass der Anteil bei den Jungen sowohl im Jahr 2018 als auch im Jahr 2022 höher ist als bei den Mädchen. Im Jahr 2022 gaben ca. 14,0 % der Eltern von Jungen an, dass ihr Kind an Asthma leidet (103 Jungen), wohingegen dies nur ca. 11,0 % der Eltern von Mädchen angaben (65 Mädchen). Bei den Mädchen mit Asthma ist zudem von 2018 zu 2022 eine leichte Abnahme zu beobachten (11,5 % zu 10,5 %).

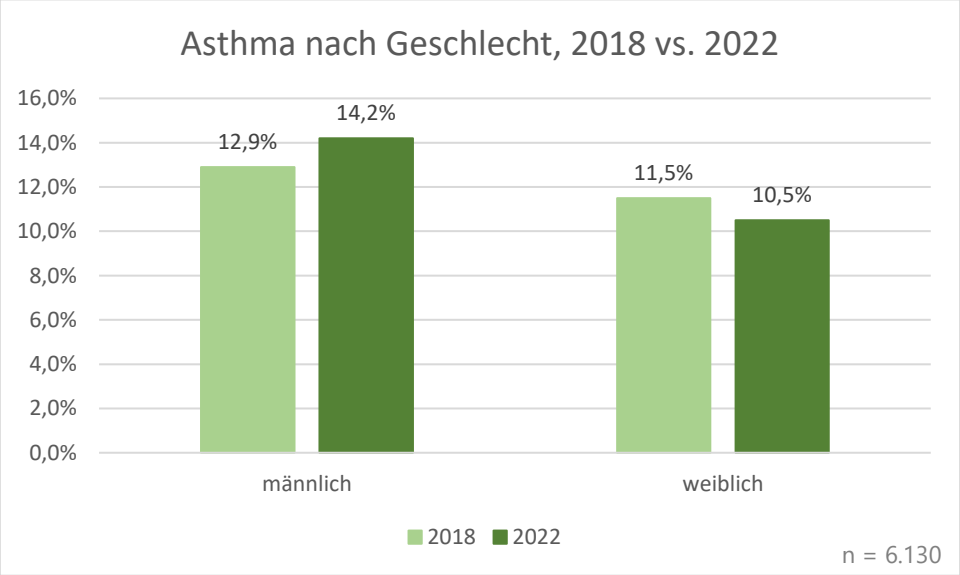

Abbildung 40 Anteil an Kindern mit Asthma nach Geschlecht, 2018 und 2022, Landkreis Heidekreis

Auch Auswertungen der KiGGS Welle 2 zeigen, dass Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren eine etwas höhere Prävalenz als Mädchen in dieser Altersgruppe aufzeigen (5,0 % vs. 3,0 %). Im Vergleich zur KiGGS Basiserhebung ist bei den Jungen zudem ein leichter Anstieg zu beobachten (5,0 % vs. 4,2 %). Zu beachten sind hier die unterschiedliche Art der Feststellung der Erkrankung (Erhebungsbogen vs. ärztliche Diagnose) sowie die unterschiedliche Altersgruppe (5 bis 7 Jahre vs. 3 bis 17 Jahre). (Robert Koch-Institut, 2018a)

3.4.2.2 Heuschnupfen

Im Jahr 2022 sind nach Angaben des Erhebungsbogens der Schuleingangsuntersuchung 8,0 % der Kinder im Heidekreis an Heuschnupfen erkrankt. Die 12-Monats-Prävalenz von ärztlich diagnostiziertem Heuschnupfen in der KiGGS Welle 2 beträgt bei den 3- bis 17-jährigen Kindern 9,9 % und ist im Vergleich zur KiGGS Basiserhebung mit 9,6 % nahezu gleich (Robert Koch-Institut, 2018a). Zu beachten sind auch hier die unterschiedliche Art der Feststellung der Erkrankung (Erhebungsbogen vs. ärztliche Diagnose) sowie die unterschiedliche Altersgruppe (5 bis 7 Jahre vs. 3 bis 17 Jahre).

Heuschnupfen nach Geschlecht

Abbildung 41 zeigt den Anteil an Kindern mit Heuschnupfen nach Geschlecht für 2018 und 2022 auf. Jungen sind häufiger von Heuschnupfen betroffen, besonders auffällig ist dieser Unterschied für das Jahr 2022: Hier sind 10,0 % der Jungen (74 Jungen) und dagegen nur 6,0 % der Mädchen (35 Mädchen) an Heuschnupfen erkrankt. Zudem ist der Anteil an Jungen, welcher an Heuschnupfen erkrankt ist, deutlich von 2018 zu 2022 angestiegen (42 Jungen vs. 74 Jungen).

Auch Daten der KiGGS Welle 2 zeigen eine höhere Prävalenz bei Jungen mit Heuschnupfen als bei Mädchen (11,9 % vs. 7,9 %). Zu beachten sind hier die unterschiedliche Art der Feststellung der Erkrankung (Erhebungsbogen vs. ärztliche Diagnose) sowie die unterschiedliche Altersgruppe (5 bis 7 Jahre vs. 3 bis 17 Jahre). (Robert Koch-Institut, 2018a)

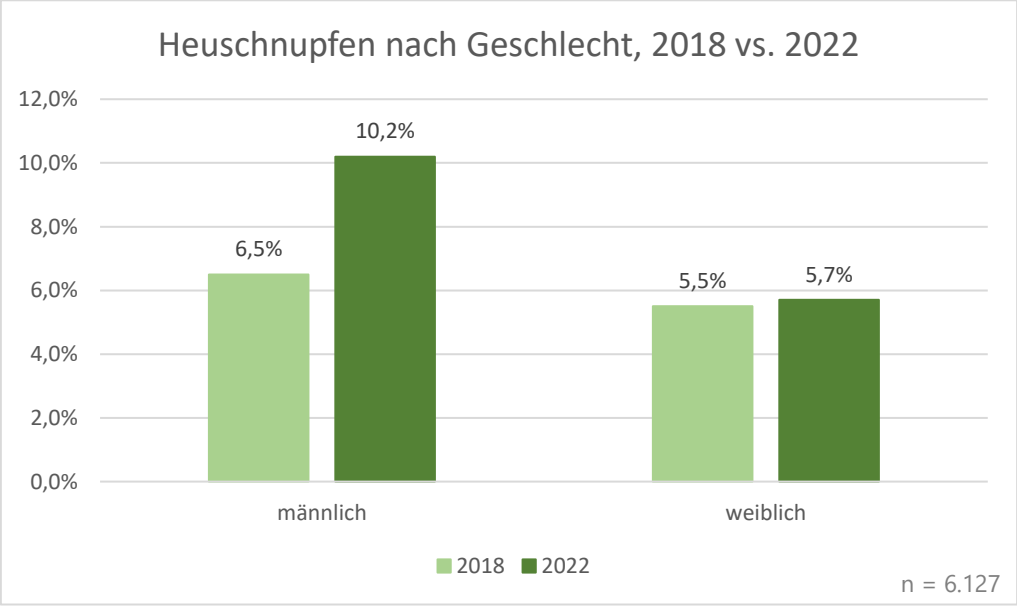

Abbildung 41 Anteil an Kindern mit Heuschnupfen nach Geschlecht, 2018 und 2022, Landkreis Heidekreis

3.5 Entwicklung schulrelevanter Fähigkeiten

In diesem Kapitel werden ausgewählte Ergebnisse zur Entwicklung schulrelevanter Fähigkeiten in den letzten fünf Jahren beschrieben. Dazu werden die Ergebnisse als Anteil auffälliger Ergebnisse nach soziodemografischen Merkmalen sowie im Jahresvergleich beschrieben. Als Schwerpunktthema wird die Verbreitung von Sprachstörungen in den Einschulungsjahrgängen 2018 bis 2022 dargestellt.

3.5.1 Auffällige Ergebnisse im Überblick

Im Folgenden werden die Anteile auffälliger Ergebnisse zur Entwicklung schulrelevanter Fähigkeiten nach Jahren, Geschlecht, Haushaltsbildungsindex und Migrationshintergrund beschrieben.

Auffällige Ergebnisse werden in diesem Kontext definiert als Testergebnisse der Schuleingangsuntersuchung, welche mit „Überweisung", „In Behandlung" oder „Befund ohne Maßnahme" codiert sind.

In Kapitel 3.5.1 werden diese Ergebnisse zusätzlich jeweils differenziert nach den Kategorien „Kein Befund", „Überweisung", „In Behandlung", „Befund ohne Maßnahme" oder „Nicht erfolgt/ verweigert" ausgewiesen.

3.5.1.1 Anteil auffälliger Ergebnisse nach Jahren

Abbildung 42 zeigt den Anteil an Kindern mit auffälligen Ergebnissen in schulrelevanten Fähigkeiten (Sehen, Hören, Rechnen, etc.) nach Jahren. Demnach liegen in den Bereichen Sprachstörungen (39,4 %, 535 Kinder), Sehen (26,5 %, 360 Kinder) und Feinmotorik (15,2 %, 206 Kinder) die meisten Auffälligkeiten im Jahr 2022 vor. Diese Kinder haben in den Schuleingangsuntersuchung in besagten Tests eine Überweisung zum Arzt erhalten, sind bereits in Behandlung oder ein Befund ohne weitere Maßnahme wurde festgestellt. Im Jahr 2018 war die Verteilung auffälliger Ergebnisse ähnlich zu 2022, allerdings waren dort Hören und ZNV (Zentrale

Wahrnehmung und Verarbeitung) (mit jeweils ca. 14,5 %, jeweils ca. 168 Kinder) die dritthäufigste auffällige schulrelevante Fähigkeit.

Im Jahresvergleich fällt zudem auf, dass der Anteil an Kindern mit auffälligen Ergebnissen jeweils beim Sehtest, bei der Sprachentwicklung, bei Fein- und Grobmotorik sowie bei der Simultan- und Mengenerfassung nach SOPESS im Vergleich zu 2018 zugenommen hat. Der Anteil an Kindern mit auffälligen Ergebnissen in der Sprachentwicklung ist von 2018 zu 2022 nahezu gleichgeblieben. Dagegen ist der Anteil beim Hörtest, Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung (ZNV), Selektive Aufmerksamkeit nach SOPESS und Zählen nach SOPESS deutlich zurückgegangen.

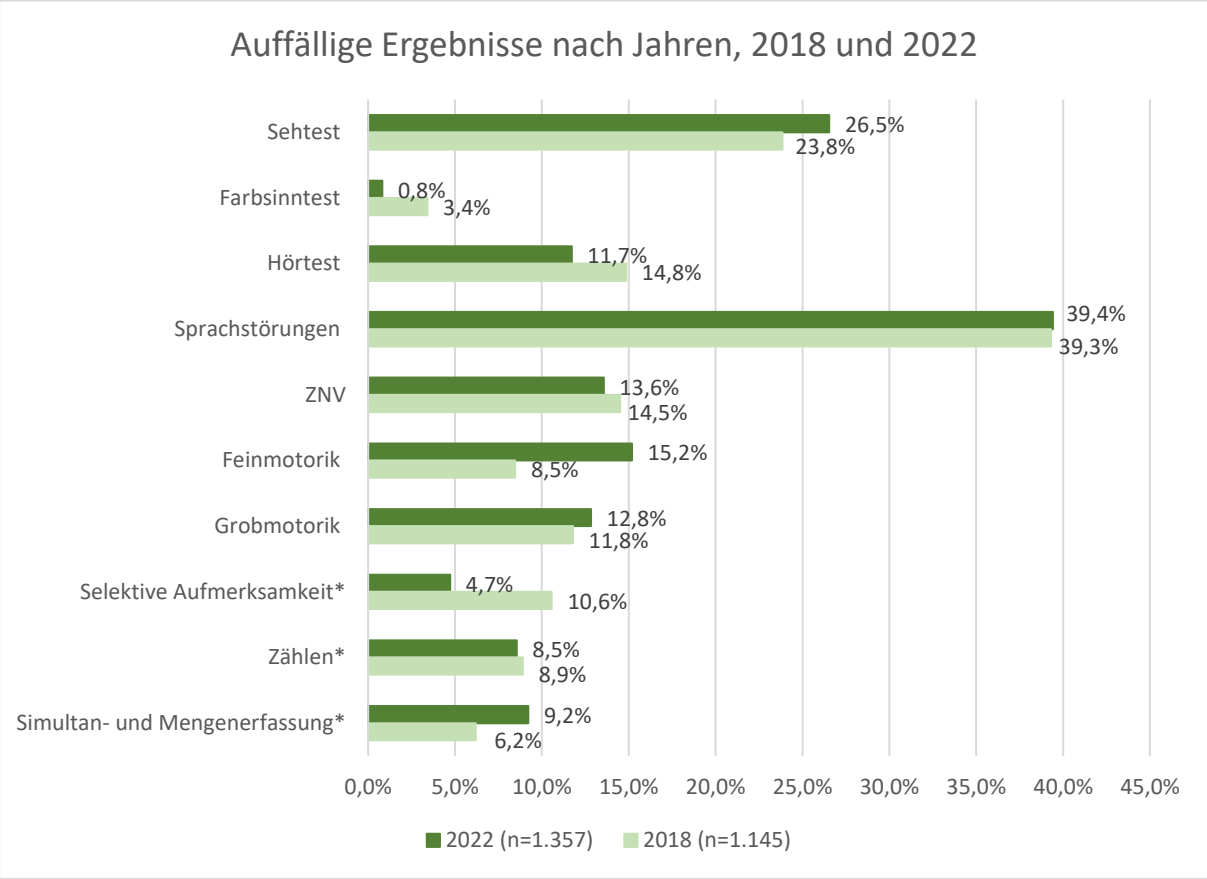

Abbildung 42 Anteil auffälliger Ergebnisse nach Jahren, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis (*Ergebnisse nach SOPESS)

3.5.1.2 Anteil auffälliger Ergebnisse nach Geschlecht

Bei Betrachtung der auffälligen Ergebnisse schulrelevanter Fähigkeiten nach Geschlecht für das Jahr 2022 fällt auf (Abbildung 43), dass diese sich teilweise deutlich unterscheiden. Der Anteil an Jungen mit auffälligen Ergebnissen überwiegt. So hat der größere Teil an Jungen in der Sprachentwicklung (44,5 %), in der Fein- und Grobmotorik (21,9 % und 17,0 %) sowie in der Testung der selektiven Aufmerksamkeit nach SOPESS (7,1 %) auffällige Werte. Beim Hören, Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung (ZNV) und Zählen nach SOPESS unterscheiden sich die Ergebnisse nach Geschlechtern kaum. Wohingegen die Mädchen mit 29,7 % im Vergleich zu 24,1 % deutlich mehr Auffälligkeiten im Sehen aufweisen.

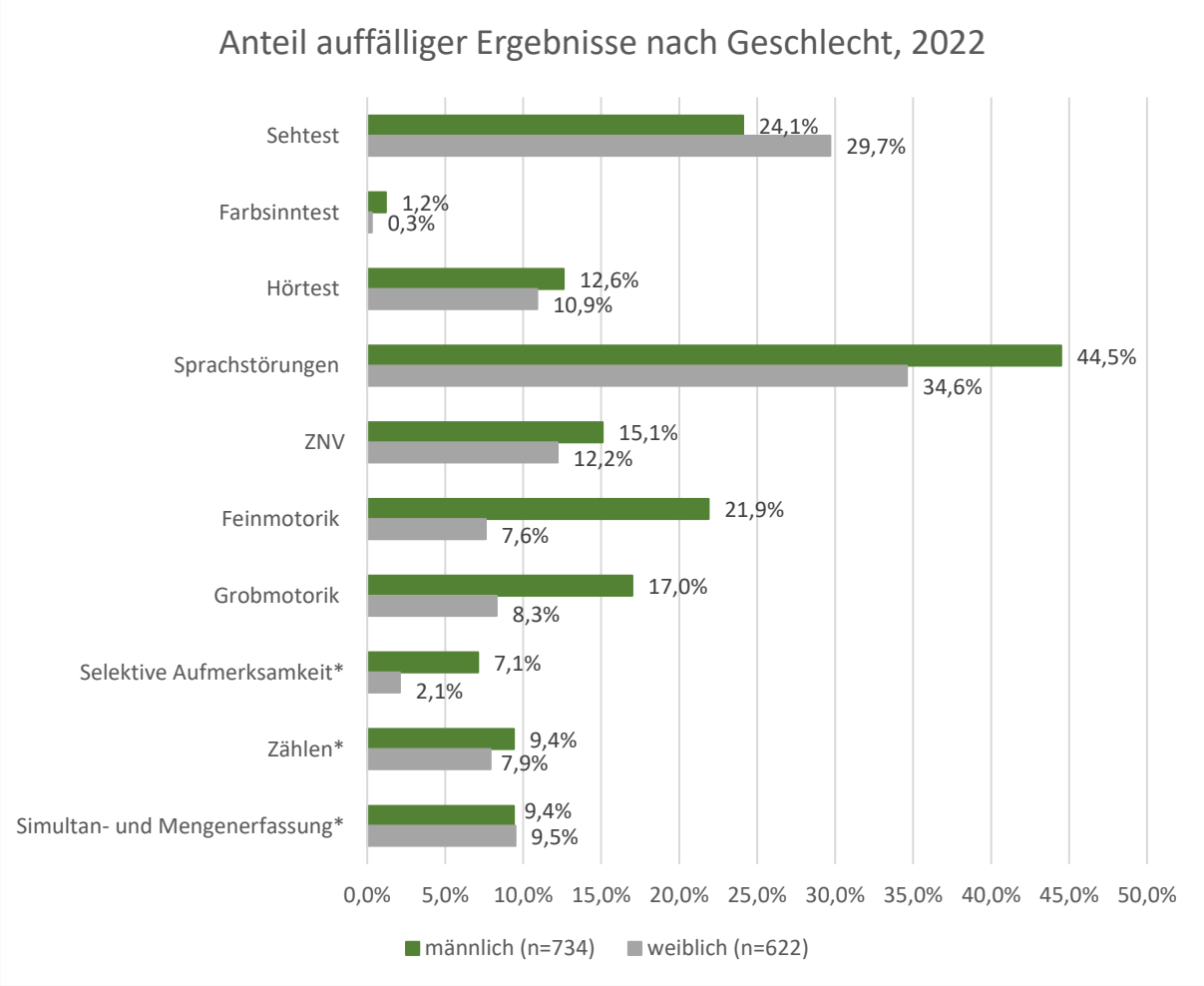

Abbildung 43 Anteil auffälliger Ergebnisse nach Geschlecht, 2022, Landkreis Heidekreis (*Ergebnisse nach SOPESS)

Abbildung 44 und Abbildung 45 zeigen den Anteil auffälliger Ergebnisse je einzeln nach Geschlecht, einmal für Jungen und einmal für Mädchen, im Jahresvergleich 2018 zu 2022.

Anteil auffälliger Ergebnisse bei Jungen

Bei Betrachtung der auffälligen Ergebnisse der Jungen fällt auf, dass die Anteile mit auffälligen Ergebnissen in Fein- und Grobmotorik sowie der Simultan- und Mengenerfassung nach SOPESS von 2018 zu 2022 deutlich zugenommen haben. Sehr ausgeprägt ist hier der Anstieg bei der Feinmotorik von 9,9 % (65 Jungen) in 2018 zu 21,9 % (159 Jungen) in 2022. Nur einen leichten Anstieg der auffälligen Ergebnisse im Jahresvergleich bei den Jungen lässt sich beim Sehtest (22,9 % zu 24,1 %) sowie den Sprachstörungen (43,5 % zu 44,5 %) beobachten. Auch bei Betrachtung der Jungen allein, machen Sprachstörungen mit ca. 44,0 % in 2018 und in 2022 den größten Anteil auffälliger Ergebnisse aus. Der Anteil auffälliger Ergebnisse ist 2022 im Vergleich zu 2018 in den Bereichen Hören, Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung (ZNV), Selektive Aufmerksamkeit und Zählen nach SOPESS gesunken.

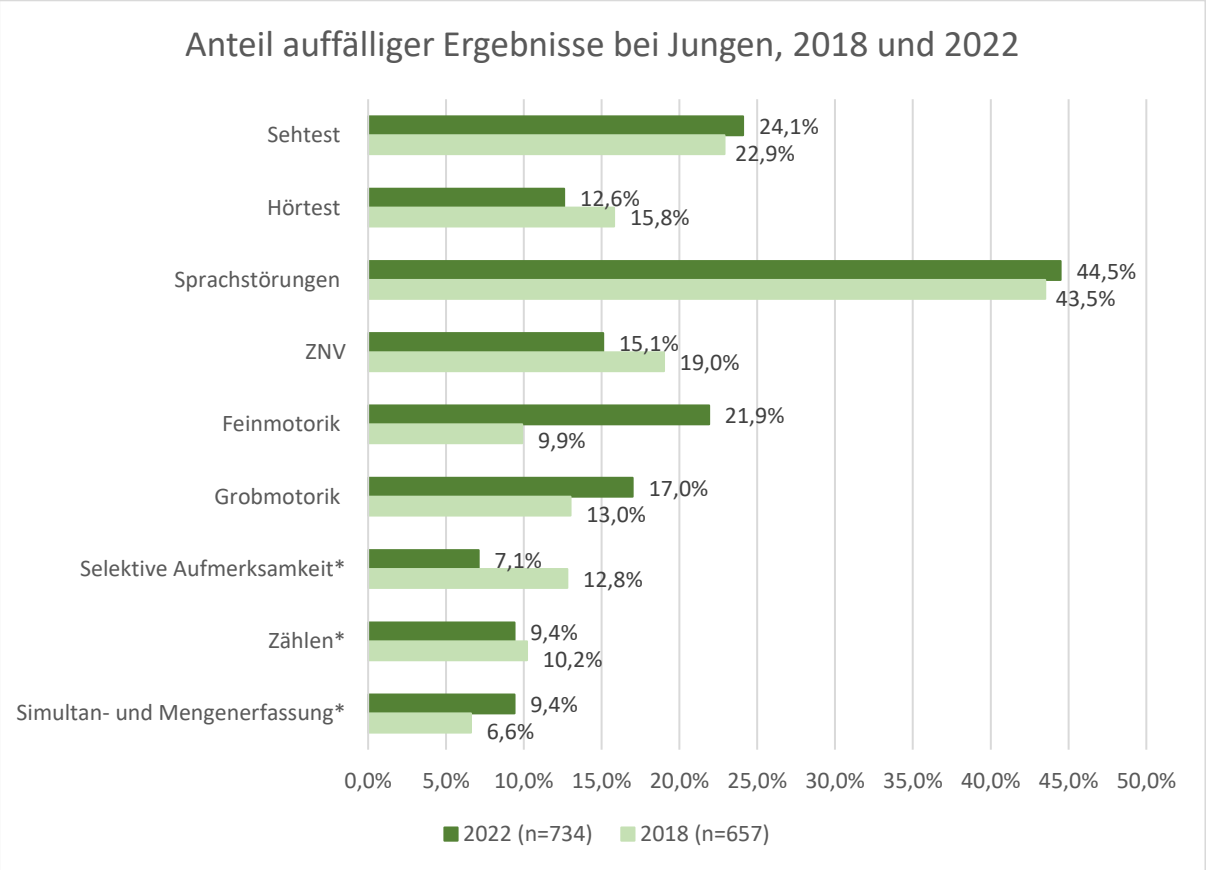

Abbildung 44 Anteil auffälliger Ergebnisse bei Jungen, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis (*Ergebnisse nach SOPESS)

Anteil auffälliger Ergebnisse bei Mädchen

Bei Betrachtung der auffälligen Ergebnisse bei Mädchen im Jahresvergleich fällt auf, dass hier die Anteile auffälliger Ergebnisse beim Sehtest (26,2 % zu 29,7 %), Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung (ZNV) (8,8 % zu 12,2 %) und der Simultan- und Mengenerfassung nach SOPESS (6,3 % zu 9,5 %) von 2018 zu 2022 deutlich gestiegen sind (Abbildung 45). Auch bei einzelner Betrachtung der Mädchen, machen Sprachstörungen mit um die 34,0 % in 2018 und in 2022 den größten Anteil auffälliger Ergebnisse aus. Dagegen sind die Anteile auffälliger Ergebnisse im Jahr 2022 im Vergleich zu 2018 in den Bereichen Hören und Grobmotorik gesunken. Eine sehr starke Abnahme lässt sich im Bereich der selektiven Aufmerksamkeit nach SOPESS (8,2 % zu 2,1 %) verzeichnen.

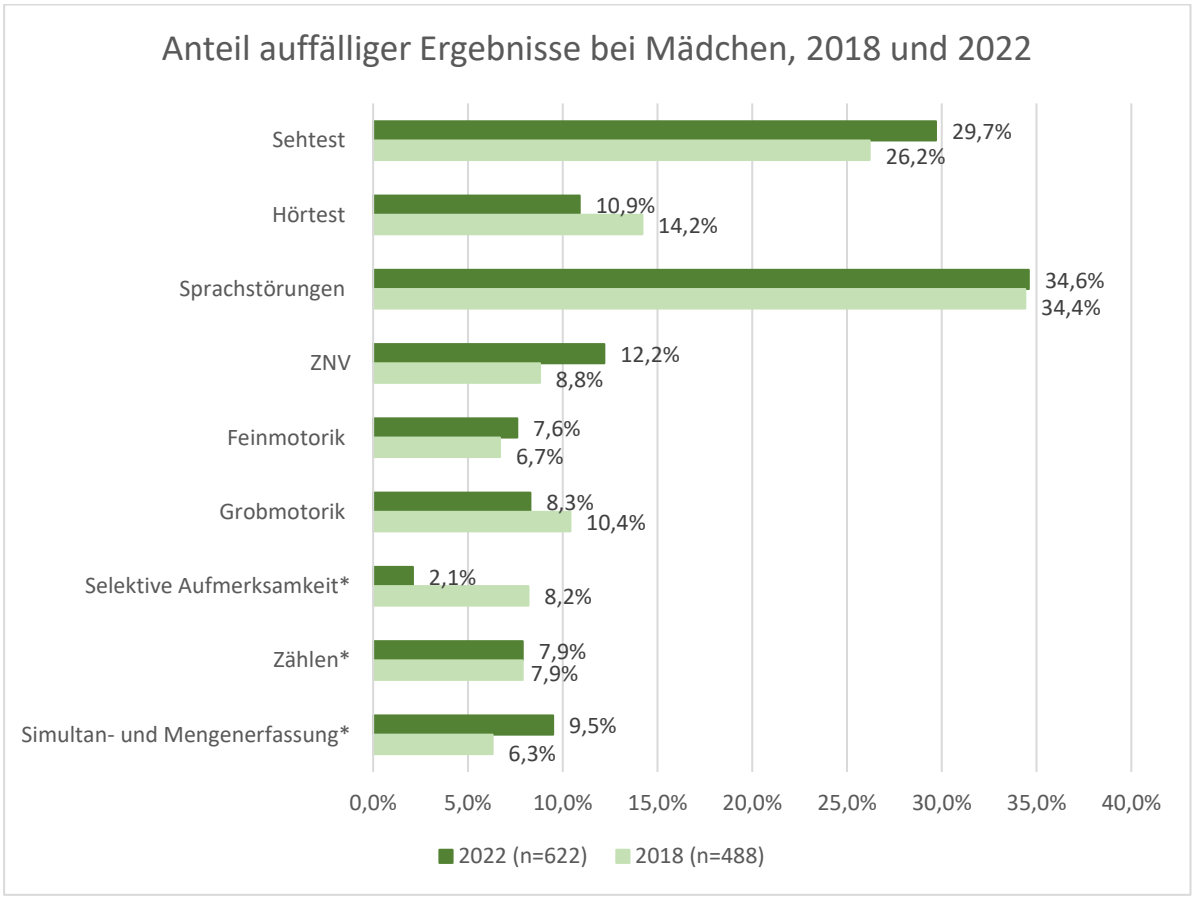

Abbildung 45 Anteil auffälliger Ergebnisse bei Mädchen, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis (*Ergebnisse nach SOPESS)

3.5.1.3 Anteil auffälliger Ergebnisse nach Bildungsindex

Bei Betrachtung der Anteile auffälliger Ergebnisse nach Haushaltsbildungsindex für das Jahr 2022 in Abbildung 46 sind deutliche Unterschiede erkennbar. Der Anteil an Kindern aus Haushalten mit niedrigem Bildungsindex und auffälligen Ergebnissen überwiegt. So hat der größere Teil dieser Kinder in der Sprachentwicklung (58,1 %, 100 Kinder), in der zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung (ZNV) (21,5 %, 37 Kinder), im Zählen (14,5 %, 25 Kinder) sowie in der Simultan- und Mengenerfassung nach SOPESS (15,1 %, 26 Kinder) auffällige Werte. Beim Sehen, Hören und der selektiven Aufmerksamkeit nach SOPESS unterscheiden sich die Ergebnisse nach Haushaltsbildungsindex dagegen weniger, aber auch hier ist der Anteil an Kindern aus Haushalten mit niedrigem Bildungsindex höher als bei Kindern aus Haushalten mit mittlerem oder hohem Bildungsgrad.

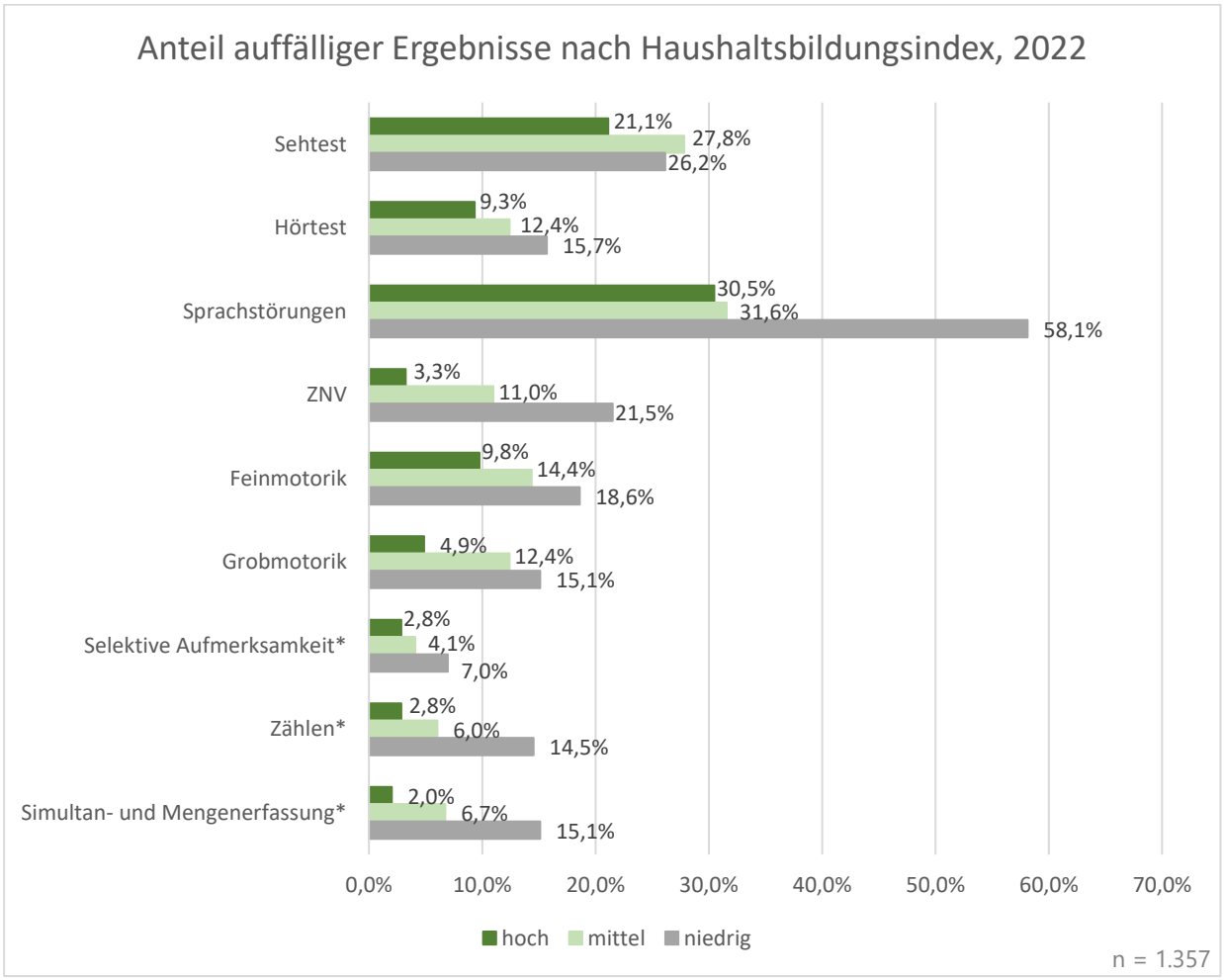

Abbildung 46 Anteil auffälliger Ergebnisse nach Haushaltsbildungsindex, 2022, Landkreis Heidekreis (*Ergebnisse nach SOPESS)

3.5.1.4 Anteil auffälliger Ergebnisse nach Migrationshintergrund

Abbildung 47 zeigt deutliche Unterschiede bei Betrachtung der Anteile auffälliger Ergebnisse nach Migrationshintergrund für das Jahr 2022. Der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund und auffälligen Ergebnissen überwiegt. So hat der größere Teil dieser Kinder in der Sprachentwicklung (64,8 %), in der Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung (21,0 %), im Zählen (14,7 %) sowie in der Simultan- und Mengenerfassung nach SOPESS (15,3 %) auffällige Werte. Auch bei Betrachtung der Ergebnisse differenziert nach Migrationshintergrund machen Sprachstörungen mit 64,7 % den größten Anteil aus. Demnach weisen 237 von 366 Kindern mit Migrationshintergrund Auffälligkeiten in der Sprache auf. Beim Hören sowie in der Fein- und Grobmotorik unterscheiden sich die Ergebnisse nach Migrationshintergrund kaum. Beim Sehtest ist der Anteil auffälliger Ergebnisse bei Kindern ohne Migrationshintergrund mit 27,7 % im Vergleich zu Kindern mit Migrationshintergrund (23,5 %) etwas höher.

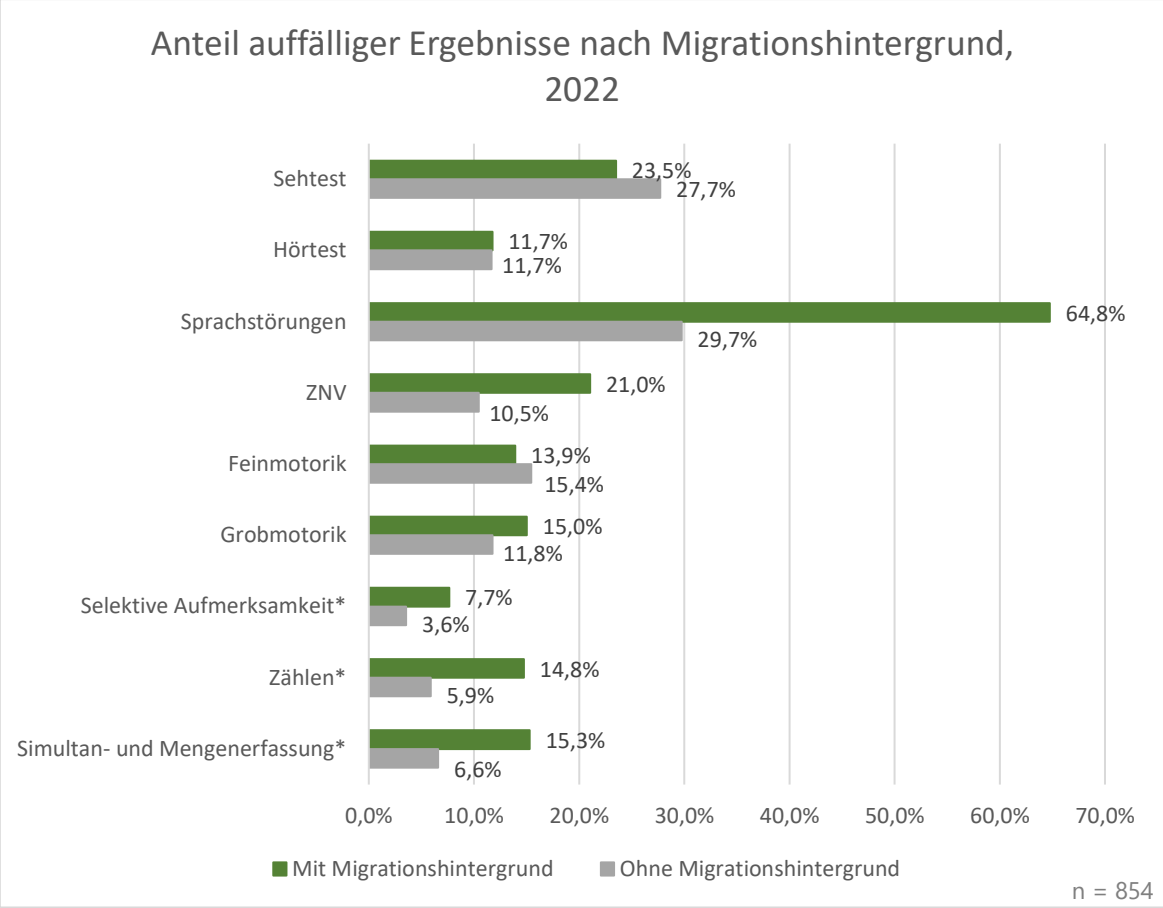

Abbildung 47 Anteil auffälliger Ergebnisse nach Migrationshintergrund, 2022, Landkreis Heidekreis (*Ergebnisse nach SOPESS)

3.5.2 Schulrelevante Fähigkeiten im Jahresvergleich

Im Folgenden werden die Ergebnisse der schulrelevanten Fähigkeiten detaillierter im Jahresvergleich 2018 bis 2022 beschrieben. Auf die Ergebnisse der Sprachentwicklung wird im Unterkapitel 3.4.3 Schwerpunktthema Sprache näher eingegangen.

3.5.2.1 Sehen

Der Sehtest mit Überprüfung des Sehvermögens ist Bestandteil der Schuleingangsuntersuchung. Ein gutes Sehvermögen ist eine wichtige Voraussetzung für den Erwerb der Lese- und Schreibkompetenz der Schüler*innen. Unentdeckte Sehstörungen können beispielsweise zu Lernschwierigkeiten oder Konzentrationsproblemen führen. Die Sehfähigkeit wird in der Schuleingangsuntersuchung mittels standardisierten Tests überprüft und umfasst die Nah- und Fernsicht sowie das räumliche (Stereotest) und farbliche Sehen (Farbsinntest). Eine augenärztliche Abklärungsempfehlung erfolgt, wenn die Sehschärfe im Alter zwischen 48 und 60 Monaten weniger als 0,7 (beidseitig) beträgt (bei älteren Kindern gilt eine Sehschärfe von weniger als 1,0), eine seitendifferente Sehleistung, ein Verdacht auf Weitsichtigkeit oder ein eingeschränktes räumliches Sehen (Stereosehen) vorliegt.

Abbildung 48 zeigt die Ergebnisse der Sehtests für die Jahre 2018 bis 2022 detailliert auf. Der Anteil an Kindern, welcher in Behandlung ist, ist in den letzten fünf Jahren relativ konstant (um die 18,0 %), wohingegen der Anteil an Kindern, welche keinen Befund haben, zwischen 61,1 % (732 Kinder) und 74,4 % (852 Kinder) schwankt. Auffällig ist, dass der Anteil an Kindern, welche während der Schuleingangsuntersuchung eine Arztüberweisung erhalten, in den Jahren 2019 (19,8 %) und 2020 (17,7 %) deutlich höher ist als in den übrigen untersuchten Jahren.

Niedersachsenweit erhielten 2017 ca. 11,0 % der Kinder eine Überweisung und auch ca. 11,0 % der Kinder sind bereits in Behandlung. Etwa 76,0 % der Kinder in Niedersachsen zeigte keine Auffälligkeiten beim Sehen (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

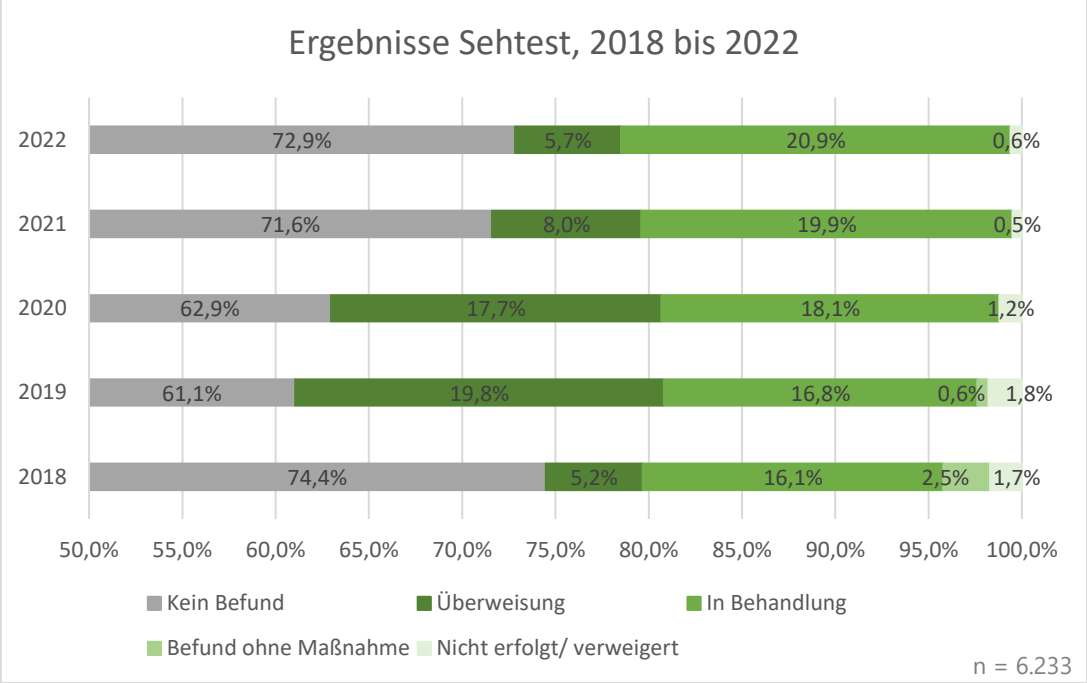

Abbildung 48 Ergebnisse Sehtest, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis[41]

3.5.2.2 Hören

Bestandteil der Schuleingangsuntersuchung ist auch ein Hörtest zur Überprüfung des Hörvermögens, um potenzielle Hörprobleme bei Kindern frühzeitig zu erkennen. Ein gut

[41] Skalierung x-Achse beachten

funktionierendes Gehör ist für den Spracherwerb und die Sprachentwicklung sowie die soziale Interaktion der Einschulungskinder von entscheidender Bedeutung. Der Hörtest erfolgt anhand eines standardisierten Tests bei dem 30 dB auf sechs Tonfrequenzen (250, 500, 1000, 2000, 4000, 6000 Hz) gemessen werden. Werden bei 30 dB auf einem Ohr zwei oder mehr Tonfrequenzen nicht gehört, erfolgt eine Arztüberweisung. Das heißt, dass auf jedem Ohr ein Ton vom Kind nicht gehört werden darf.

Wie in Abbildung 49 zu sehen ist, ist der Anteil an Kindern mit keinem Befund beim Hörtest von 2018 zu 2022 angestiegen (83,3 % zu 87,5 %). Das heißt im Jahr 2022 wiesen 1.187 Kinder von 1.357 Kindern keine Auffälligkeiten im Hörtest der Schuleingangsuntersuchungen auf. Am höchsten war der Anteil an Kindern ohne Befund im Jahr 2020 mit 92,9 % (1.157 Kinder von 1.246 Kindern). Im Vergleich zu 2018 ist der Anteil an Kindern, die eine Arztüberweisung erhielten oder bereits in Behandlung waren, gesunken.

Niedersachsenweit zeigen sich für 2017 ähnliche Werte: Bei ca. 91,0 % der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung untersuchten Kinder war das Hörtestergebnis unauffällig. Ca. 6,0 % der Kinder erhielten eine Überweisung (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

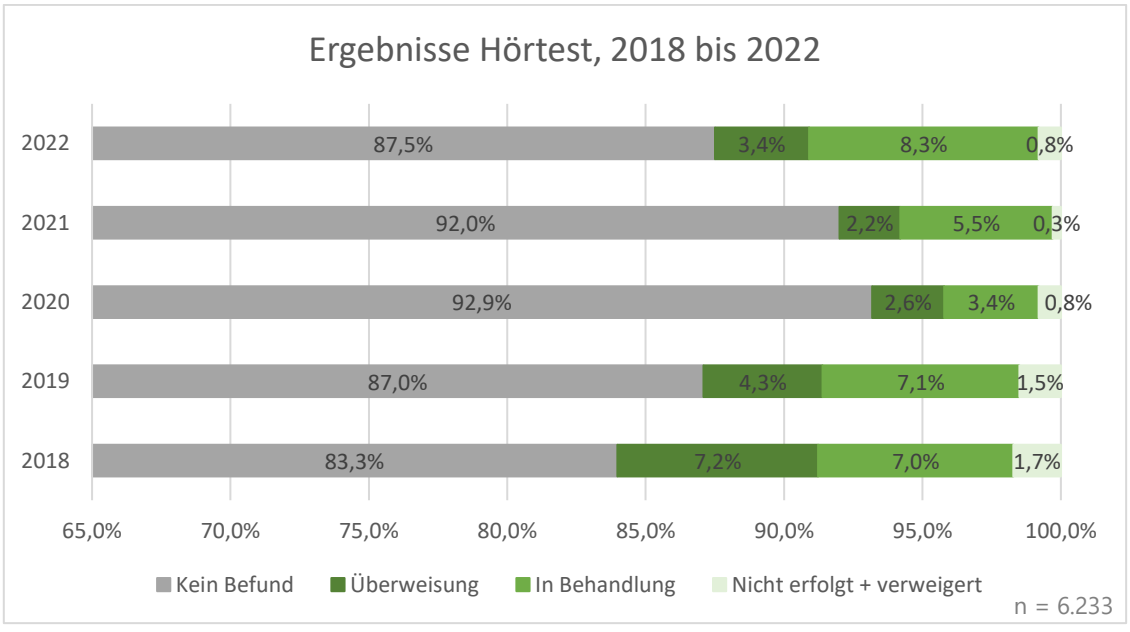

Abbildung 49 Ergebnisse Hörtest, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis[42]

[42] Skalierung x-Achse beachten

3.5.2.3 Feinmotorik

Feinmotorik bezieht sich auf die Fähigkeit, kleine Bewegungen präzise und koordiniert auszuführen, insbesondere mit den Händen und Fingern. Diese Fähigkeiten sind für viele alltägliche Aktivitäten wichtig, wie zum Beispiel Schreiben, Malen, Basteln, Essen mit Besteck und Ankleiden. Darüber hinaus spielen feinmotorische Fähigkeiten eine wichtige Rolle bei der kognitiven Entwicklung und der Selbstständigkeit von Kindern. Defizite im Bereich der Feinmotorik können auf mögliche Entwicklungsverzögerungen oder zugrunde liegende gesundheitliche Probleme hinweisen. So könnten Kinder mit auffälligen Ergebnissen in der Feinmotorik Schwierigkeiten beim Erlernen bestimmter schulischer Fertigkeiten haben oder ein erhöhtes Risiko für weitere Entwicklungsprobleme aufweisen. Ab dem Einschulungsjahrgang 2009 erfolgt die Beurteilung und Dokumentation der motorischen Fähigkeiten getrennt für die Bereiche Feinmotorik/ Graphomotorik und Ganzkörperkoordination (Grobmotorik). Auffälligkeiten der Feinmotorik werden dann dokumentiert, wenn Störungen der Auge-Hand-Koordination und/ oder der Graphomotorik festgestellt werden. Graphomotorik umfasst dabei alle Prozesse, bei denen mit Hilfe von Schreibutensilien grafische Zeichen und Formen (Bilder, Schrift) auf eine Unterlage gebracht werden. Ein auffälliger Befund wird dann dokumentiert, wenn in mindestens einem Bereich (Stifte Stecken, Graphomot. Finger-Daumen) leichte oder starke Auffälligkeiten bestehen.

Der Anteil an Kindern mit unauffälligem Befund ist in den letzten fünf Jahren von 90,6 % auf 84,0 % gesunken. Bei Betrachtung der absoluten Werte fällt auf, dass der Wert relativ gleichbleibend ist bzw. sogar leicht angestiegen ist: 1.037 Kinder im Jahr 2018 vs. 1.140 im Jahr 2022. Da diese Werte bei prozentualer Betrachtung in Relation zur Bezugsgruppe gesetzt werden (und die Anzahl der Kinder 2022 höher ist), nimmt der Anteil an Kindern ohne Befund prozentual betrachtet leicht ab. Der Anteil an Kindern, die einen Befund ohne Maßnahme haben, ist von 2018 bis 2022 stark angestiegen (4,4 % auf 10,5 %; 50 Kinder zu 143 Kinder).

Für Niedersachsen zeigen sich 2017 ähnliche Werte, der Heidekreis liegt leicht über dem Durchschnitt: Bei ca. 74,0 % der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung untersuchten Kinder waren die Ergebnisse unauffällig. Ca. 17,0 % der Kinder erhielten einen Befund ohne Maßnahme, ca. 5,5 % sind bereits in Behandlung (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

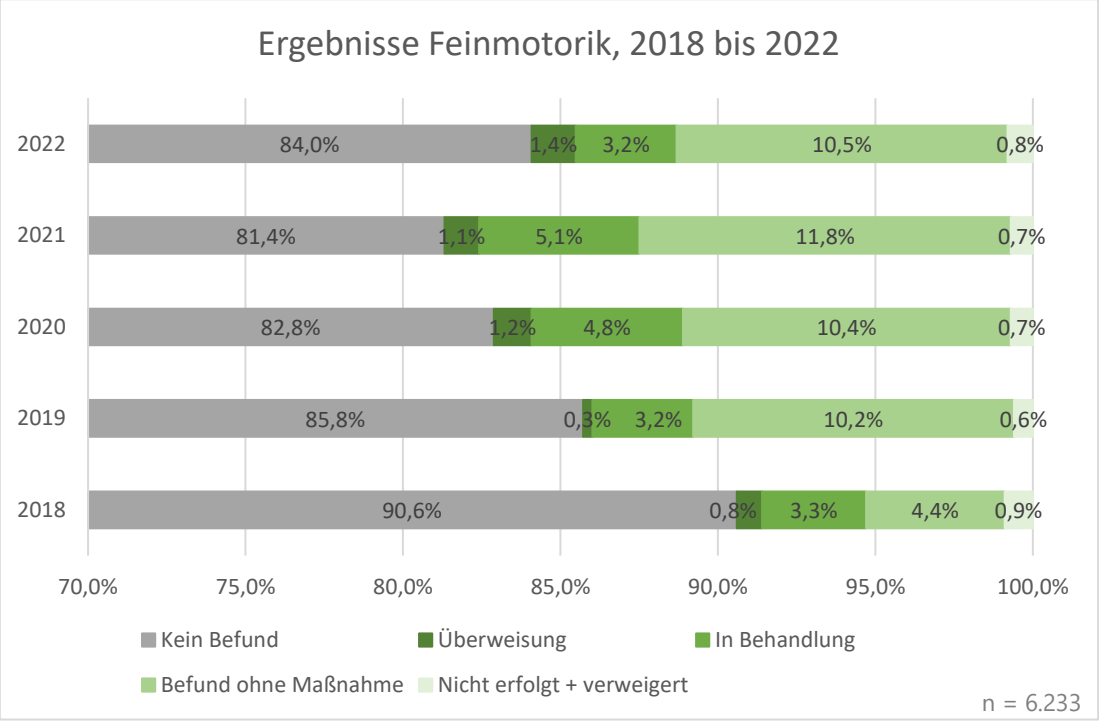

Abbildung 50 Feinmotorik, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis[43]

[43] Skalierung x-Achse beachten

3.5.2.4 Ganzkörperkoordination/ Grobmotorik

Die Ganzkörperkoordination bzw. Grobmotorik umfasst die Bewegungsfunktionen des Körpers, welche der Gesamtbewegung dienen (z.B. Laufen, Springen, Hüpfen), wohingegen man als Feinmotorik die Bewegungsabläufe der Hand-Fingerkoordination, aber auch Fuß-, Zehen-, Gesichts-, Augen- und Mundmotorik bezeichnet. Damit bezieht sich die Ganzkörperkoordination bzw. Grobmotorik sich auf die Fähigkeit, große Muskelgruppen koordiniert und effizient zu bewegen, um verschiedene physische Aktivitäten auszuführen. Zur Überprüfung der Ganzkörperkoordination wird das Seitliche Hin- und Herspringen durchgeführt.

Der Anteil an Kindern ohne Befund liegt in den letzten Jahren zwischen 85,5 % (1.101 Kinder) und 89,2 % (1.112 Kinder). Der Anteil an Kindern mit Befund ohne Maßnahme ist von 2018 mit 8,8 % (101 Kinder) auf 10,5 % (142 Kinder) in 2022 leicht angestiegen. Alle anderen Ergebnisse sind über den Berichtszeitraum recht gleichbleibend.

Für Niedersachsen zeigen sich 2017 ähnliche Werte, der Heidekreis liegt leicht über dem Durchschnitt: Bei ca. 79,0 % der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung untersuchten Kinder waren die Ergebnisse unauffällig. Ca. 13,0 % der Kinder erhielten einen Befund ohne Maßnahme, ca. 5,0 % sind bereits in Behandlung (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

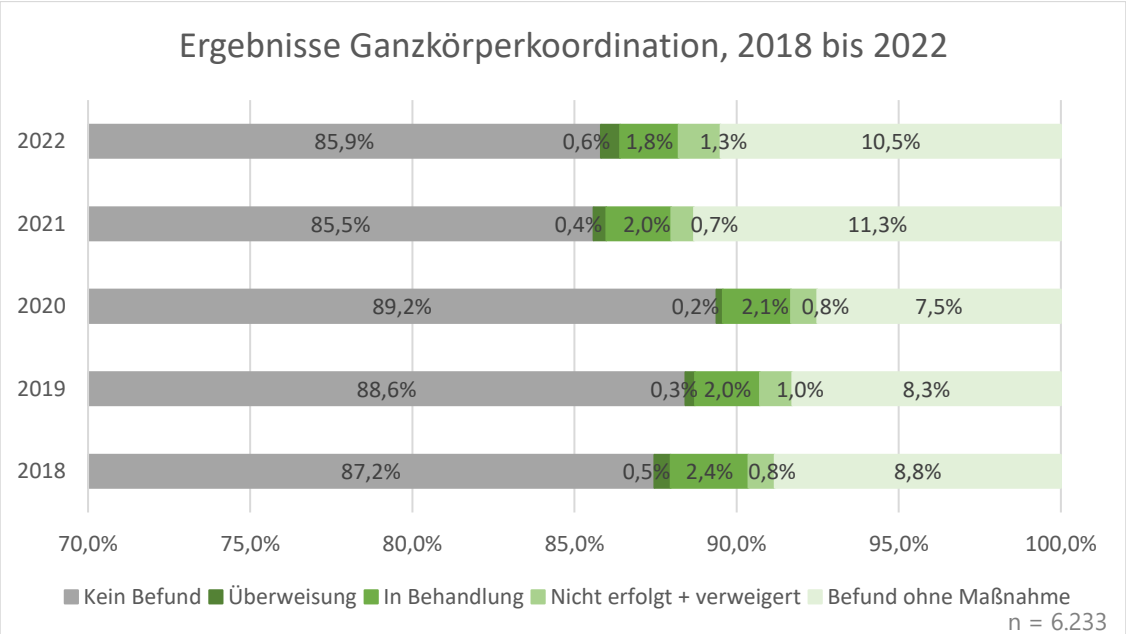

Abbildung 51 Ganzkörperkoordination, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis[44]

3.5.2.5 Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung (ZNV)

Auffälligkeiten der zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung des Kindes werden dokumentiert, wenn einer oder mehrere der folgenden Befunde vorliegen:

- Schwäche der visuomotorischen Koordination,
- Schwäche der auditiven Differenzierung,
- Schwäche der auditiven Merkfähigkeit (Leitungsgremium der Anwendergemeinschaft SOPHIA, 2022).

Wie Abbildung 52 zeigt, sind die Ergebnisse zur Zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung im Jahresvergleich für den Berichtszeitraum der letzten fünf Jahre recht konstant. So liegt der Anteil der Kinder ohne Befund im Berichtszeitraum zwischen 84,5 % (967 Kinder) und 88,7 % (1.105 Kinder). In manchen Jahren liegen kleine Schwankungen vor, wie zum Beispiel im Jahr 2020, möglicherweise durch den Beginn der COVID-19-Pandemie.

[44] Skalierung x-Achse beachten

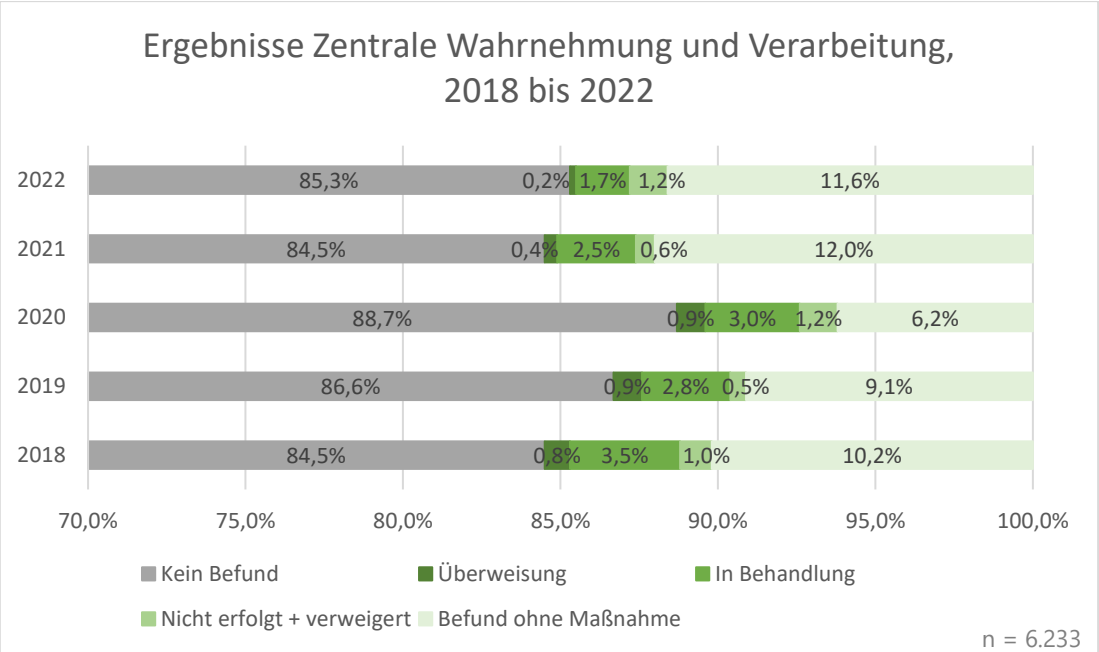

Abbildung 52 Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis[45]

3.5.2.6 Selektive Aufmerksamkeit nach SOPESS

Die selektive Aufmerksamkeit stelle eine grundlegende Funktion für das Erlernen von Lesen, Schreiben und Rechnen dar. Die selektive Aufmerksamkeit ist „(…) die Fähigkeit, auf relevante Reize sowohl schnell als auch richtig zu reagieren und Störreize auszublenden bzw. auf irrelevante Aspekte nicht zu reagieren." (Petermann, Daseking, Oldenhagen, & Simon, 2009, S. 22). Durch einen standardisierten Test während der Schuleingangsuntersuchung (SOPESS) wird die Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeitsfokussierung überprüft. Die erzielten Punktwerte werden wie folgt zusammengefasst:

- 14 bis 29 Punkte = Ergebnis unauffällig
- 11 bis 13 Punkte = Ergebnis grenzwertig auffällig
- 0 bis 10 Punkte = Ergebnis auffällig

Der Anteil an Kindern ohne Befund ist von 79,3 % im Jahr 2018 auf 87,2 % im Jahr 2022 gestiegen.[46] Dementsprechend ist der Anteil an Kindern mit grenzwertig auffälligem oder auffälligem Befund stark gesunken (von 9,8 % auf 8,0 % bzw. 10,8 % auf 4,8 %). In Niedersachsen waren

[45] Skalierung x-Achse beachten

[46] Anhand der Abfrage zur selektiven Aufmerksamkeit kann keine definitive und/ oder potentielle Teilhabebeeinträchtigung festgestellt werden. Die Ergebnisse zur selektiven Aufmerksamkeit nach SOPESS dienen einer Einschätzung, sind aber nicht ausschlaggebend für die Feststellung einer Teilhabebeeinträchtigung.

2017 durchschnittlich 83,8 % der Kinder ohne auffälligen Befund, 4,5 % der Kinder erhielten eine Abklärungsempfehlung, 7,6 % einen Befund ohne Abklärungsempfehlung und 2,1 % der Kinder waren bereits in Behandlung (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

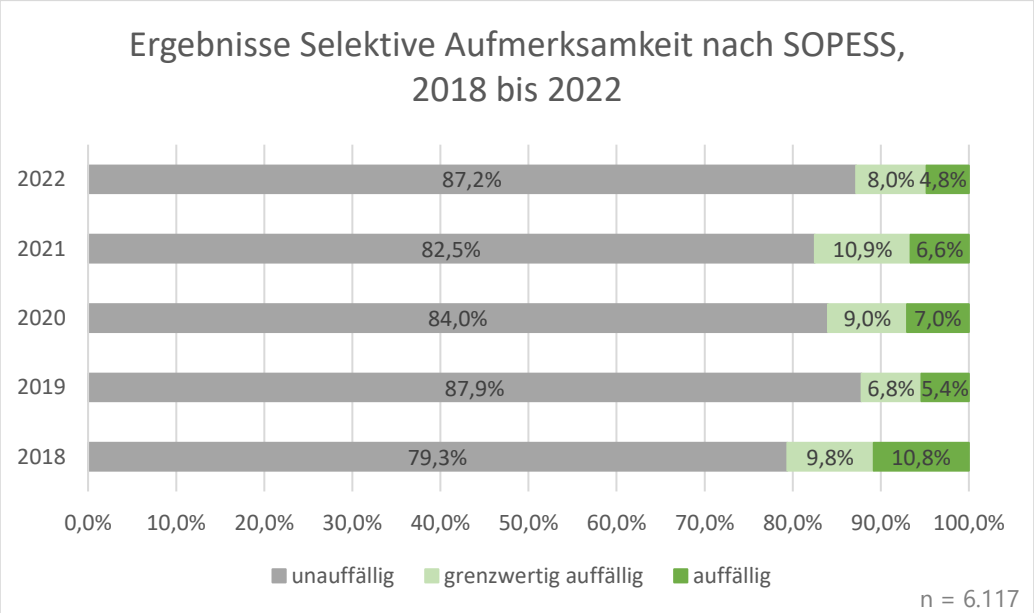

Abbildung 53 Selektive Aufmerksamkeit nach SOPESS, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

3.5.2.7 Zahlen- und Mengenvorwissen sowie fehlerfreies Zählen nach SOPESS

Eine wichtige Kompetenz im Vorschulalter stellt ein bestimmtes Zahlen- und Mengenvorwissen des Kindes dar. Denn diese gilt als Prädiktor für den Erwerb von Rechenfähigkeiten während der Schulzeit. Ein Kind im Vorschulalter sollte spontan kleinere Mengen ohne abzuzählen erfassen können, über ein Grundverständnis von mehr und weniger, sowie über das Abzählen von Mengen verfügen. (Petermann, Daseking, Oldenhagen, & Simon, 2009)

Simultan- und Mengenerfassung nach SOPESS

Diese Fähigkeiten werden durch SOPESS über die Untertests der Simultanerfassung, Mengenvergleich und dem Zählen bis 20 erfasst und überprüft. Die erreichten Punktwerte aus der Simultan- und Mengenerfassung eines Kindes werden zusammengezählt und ergeben folgende Einteilung:

- 14 bis 29 Punkte =Ergebnis unauffällig
- 11 bis 13 Punkte = Ergebnis grenzwertig auffällig
- 0 bis 10 Punkte = Ergebnis auffällig

Der Anteil an Kindern mit unauffälligem Befund ist im Jahresvergleich leicht gesunken: Von 79,9 % im Jahr 2018 auf 74,4 % im Jahr 2022. Dementsprechend ist der Anteil an Kindern mit grenzwertig auffälligem oder auffälligem Befund leicht angestiegen (von 13,6 % auf 16,2 % bzw. 6,4 % auf 9,5 %) (Abbildung 54). Niedersachsenweit zeigen sich für 2017 ähnliche Ergebnisse (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

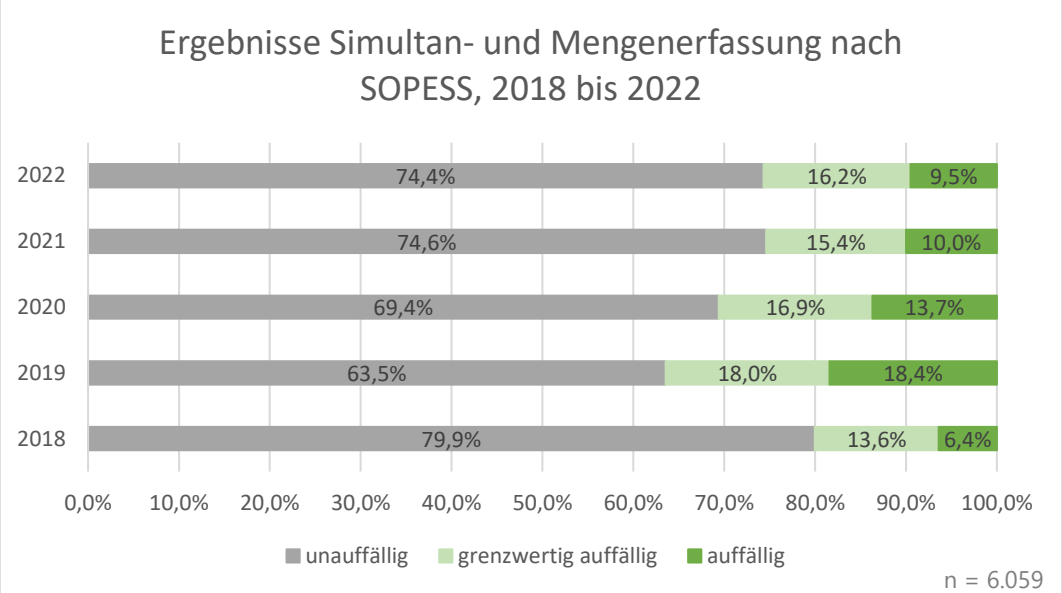

Abbildung 54 Simultan- und Mengenerfassung nach SOPESS, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

Fehlerfrei Zählen nach SOPESS

Ein fehlerfreies Abzählen bis 20 wird wie folgt bepunktet und eingeteilt:

- 17 bis 20 = Ergebnis unauffällig
- 13 bis 16 = Ergebnis grenzwertig auffallend
- 0 bis 12 = Ergebnis auffällig

Im Jahresvergleich fällt auf, dass der Anteil an Kindern mit unauffälligem Ergebnis von 2018 zu 2022 gesunken ist (von 79,5 % zu 74,4 %) (Abbildung 55). Bei Betrachtung der absoluten Werte fällt auf, dass der Wert leicht angestiegen ist: 879 Kinder im Jahr 2018 vs. 990 Kinder im Jahr 2022. Da diese Werte bei prozentualer Betrachtung in Relation zur Bezugsgruppe gesetzt werden (und die Anzahl der Kinder 2022 höher ist), nimmt der Anteil an Kindern ohne Befund prozentual betrachtet leicht ab. Dementsprechend ist der Anteil an Kindern mit grenzwertig auffälligem Ergebnis in den letzten fünf Jahren von 11,2 % auf 16,9 % angestiegen. Der Anteil an Kindern mit auffälligem Ergebnis ist dagegen leicht gesunken (9,2 % auf 8,7 %), bei

Betrachtung der absoluten Werte liegt dieser aber relativ konstant bei um die 107 Kinder. Auch hier zeigen sich niedersachsenweit 2017 ähnliche Ergebnisse (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

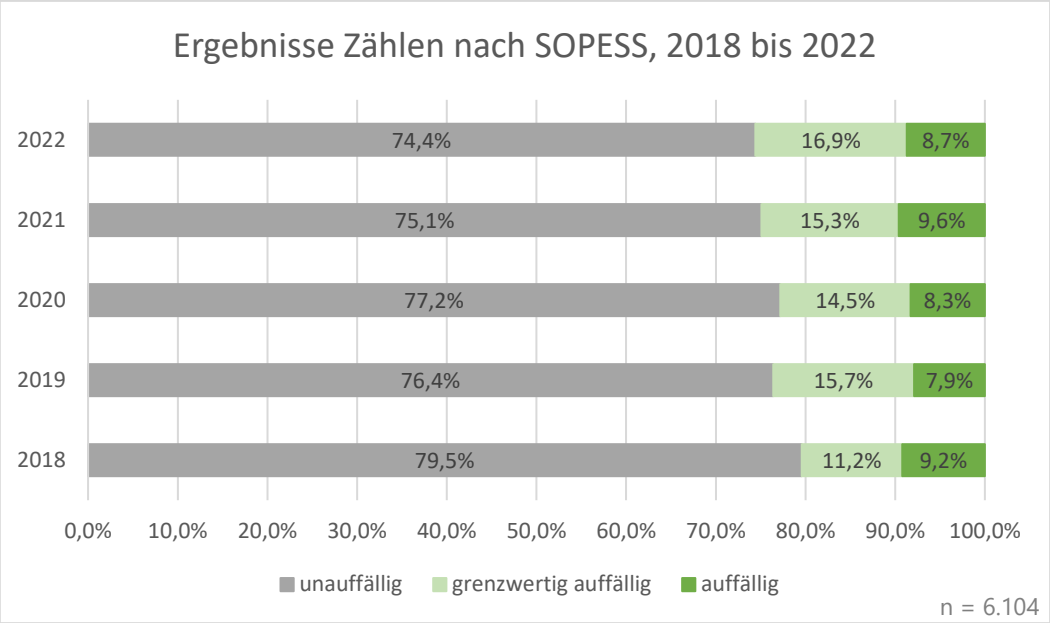

Abbildung 55 Fehlerfreies Zählen bis 20 nach SOPESS, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

3.5.3 Schwerpunktthema: Sprachentwicklung

Zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen zeigen sich am häufigsten Unterstützungsbedarfe im Bereich der Sprache, so auch für die Kinder im Heidekreis für den Berichtszeitraum von 2018 bis 2022. Sprachstörungen machen den höchsten Anteil der auffälligen Ergebnisse im Untersuchungsbereich schulrelevanter Fähigkeiten aus. So lag dieser Anteil im Jahr 2022 bei 39,4 % (535 Kinder). Der Spracherwerb von Kindern ist ein bedeutender Meilenstein in der kindlichen Entwicklung, welcher eng mit kognitiven, sozial-emotionalen sowie motorischen Fähigkeiten verbunden ist (Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, 2002). Ein nicht altersgerechter Spracherwerb kann sich negativ auf die allgemeine Entwicklung eines Kindes sowie dessen Schullaufbahn auswirken, daher ist eine möglichst frühzeitige Unterstützung dieser Kinder von großer Bedeutung (Neumann et al., 2009; Petermann & von Suchodoletz, 2009).

Obwohl der Spracherwerb eines Kindes variabel verläuft, sollte ein Kind innerhalb eines definierten Zeitrahmens bestimmte Entwicklungsschritte erreichen. „Als sprachgesund gilt ein Kind, wenn es bis zum 4. Geburtstag gelernt hat, sich in seiner Muttersprache in korrekten grammatisch geordneten Strukturen, in gut verstehbarer, altersgemäßer Aussprache aller Laute und in altersentsprechendem Wortschatz auszudrücken sowie situationsangemessen zu kommunizieren." (Neumann, et al., 2009, S. 222). In der Schuleingangsuntersuchung werden dagegen die deutschen Sprachkenntnisse der Kinder überprüft. Die Sprachentwicklung eines Kindes ist gewöhnlich bis zum Ende des fünften Lebensjahres abgeschlossen und das Kind ist in der Lage die Artikulation zu beherrschen und grammatisch korrekte Sätze zu bilden. (Petermann & von Suchodoletz, 2009)

Daher geht dieses Unterkapitel als Schwerpunktthema näher auf die Beschreibung der Sprachentwicklung bei Kindern der Schuleingangsjahrgänge der Jahre 2018 bis 2022 ein.

3.5.3.1 Sprachentwicklung im Jahresvergleich

Bei Betrachtung der Sprachentwicklung im Jahresvergleich fällt auf, dass die Ergebnisse je Untersuchungsjahr relativ ähnlich sind. Der Anteil untersuchter Kinder ohne Befund lag in dem Berichtszeitraum zwischen 59,2 % und 64,0 %. Im Jahr 2022 zeigten 806 von 1.357 Kindern eine unauffällige Sprachentwicklung. Der Anteil der Kinder, welche während der Schuleingangsuntersuchung eine Überweisung zum Arzt bzw. zu einer Ärztin erhalten haben, ist von 2018 mit

1,2 % (<20 Kinder) auf 3,8 % (52 Kinder) im Jahr 2022 gestiegen. Der Anteil an Kindern mit auffälligem Ergebnis lag 2018 bis 2022 bei 39,3 % und 39,4 % (450 bzw. 535 Kinder). Auffällige Ergebnisse werden in diesem Kontext definiert als Testergebnisse der Schuleingangsuntersuchung, welche mit „Überweisung", „In Behandlung" oder „Befund ohne Maßnahme" codiert sind. Dabei ist der Anteil an Kindern, welche eine Überweisung erhalten haben, sowie bereits in Behandlung sind, von 2018 zu 2022 angestiegen (1,2 % zu 3,8 % sowie 10,2 % zu 13,1 %). Der Anteil Kinder mit Befund ohne Maßnahme ist dagegen gesunken (27,9 % zu 22,5 %).

Niedersachsenweit zeigen sich mit Daten der Schuleingangsuntersuchung 2017 ähnliche Ergebnisse: Etwa 57,0 % der Kinder zeigten einen unauffälligen Befund, ca. 7,0 % erhielten eine Abklärungsempfehlung, ca. 15,0 % der Kinder sind bereits in Behandlung und ca. 19,0 % erhielten einen Befund ohne Maßnahme (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

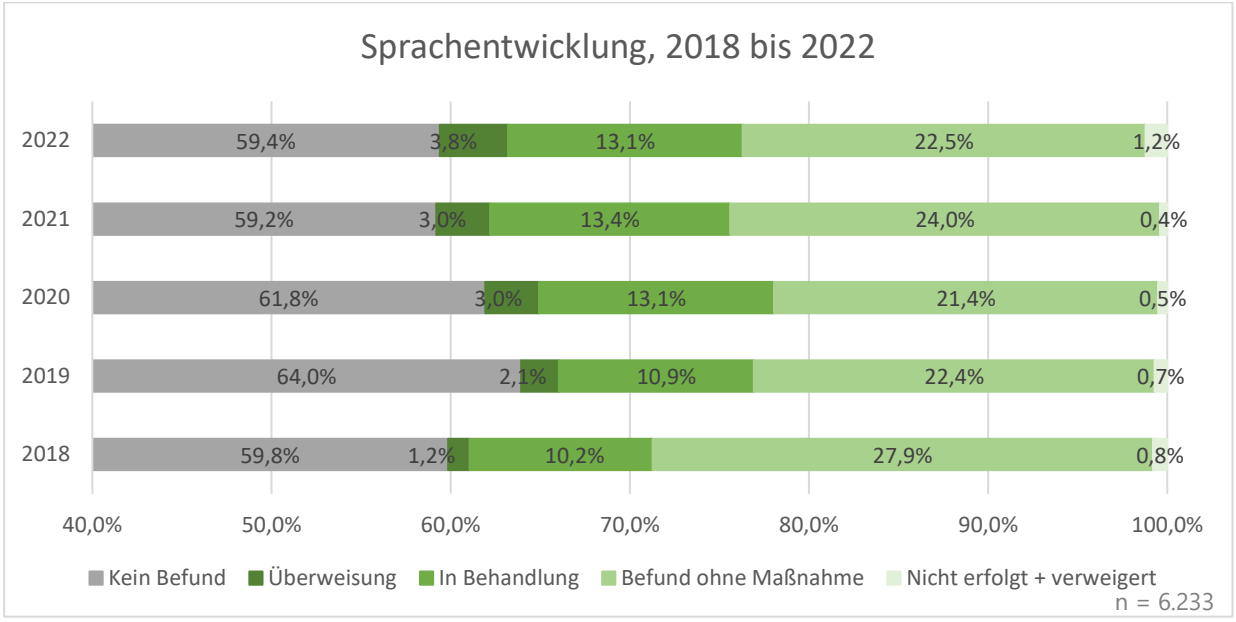

Abbildung 56 Sprachentwicklung, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis[47]

[47] Skalierung x-Achse beachten

3.5.3.2 Sprachentwicklung und Geschlecht

Abbildung 57 zeigt den Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Geschlecht für 2018 bis 2022. Bei Betrachtung der Ergebnisse fällt auf, dass der Anteil an Jungen mit Sprachstörungen im Berichtszeitraum mit 40,8 % bis 44,8 % deutlich über dem Anteil an Mädchen mit Sprachstörungen mit 29,7 % bis 35,6 % liegt. Niedersachsenweit zeigte sich für 2017 ein ähnliches Bild (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

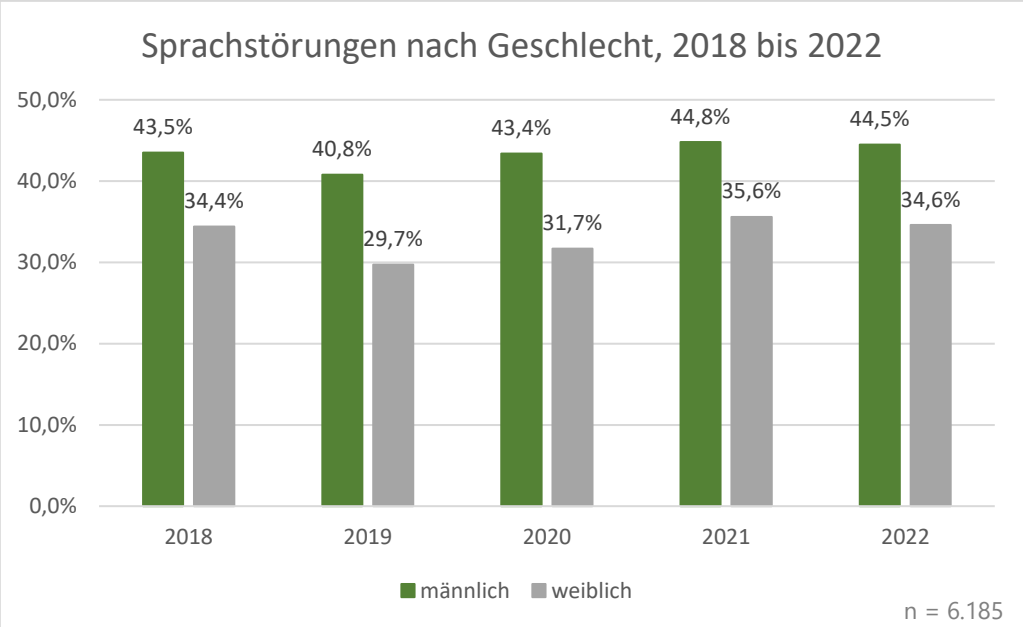

Abbildung 57 Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Geschlecht, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

3.5.3.3 Sprachentwicklung nach Kommunen

Eine Auswertung der Verteilung der Sprachstörungen nach Städten und Gemeinden des Heidekreises verdeutlicht (Abbildung 58), dass sich der Anteil an Kindern mit Sprachstörungen in den Kommunen für 2018 bis 2022 deutlich unterscheidet. Aufgrund der geringeren Fallzahl an Kindern je Kommune, wird hier der gesamte Zeitraum von fünf Jahren betrachtet (Gesamtwert).

Dabei schwankt der Anteil an Kindern mit auffälligem Ergebnis in den Sprachtests zwischen 27,1 % in Bispingen und 49,9 % in Bad Fallingbostel. Schwarmstedt, Ahlden (Aller), Schneverdingen, Neuenkirchen und Wietzendorf weisen dabei Prozentzahlen von 30,0 % bis 35,0 % auf. Dagegen liegt der Anteil an Kindern mit Sprachstörungen in den Kommunen Walsrode, Soltau, Rethem (Aller) und Munster über 40,0 %.

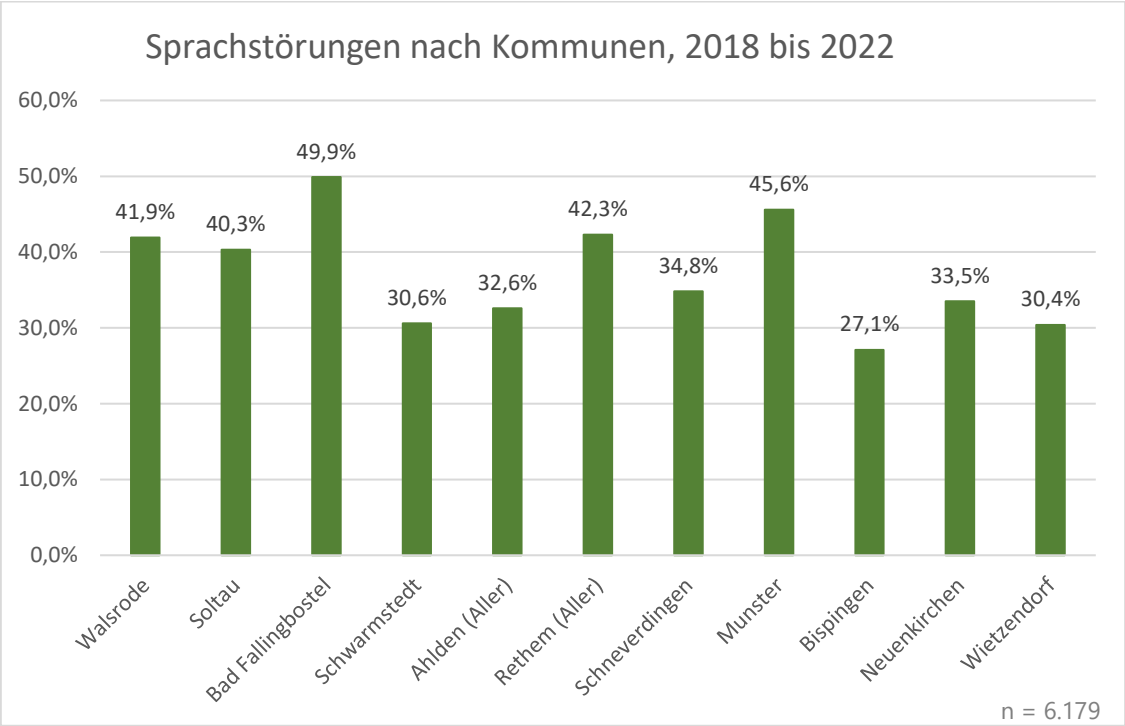

Abbildung 58 Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Kommune, 2018 bis 2022 (gesamt), Landkreis Heidekreis

3.5.3.4 Sprachentwicklung nach Bildungsindex

Bei Betrachtung der Verteilung von Sprachstörungen differenziert nach Haushaltsbildungsindex in Abbildung 59 fällt auf, dass Kinder aus Haushalten mit geringem Bildungsindex sowohl im Jahr 2018 mit 55,5 % als auch im Jahr 2022 mit 60,2 % den höchsten Anteil ausmachen (76 Kinder bzw. 100 Kinder). Mit um die 30,0 % liegt der Anteil bei Kindern aus Haushalten mit mittlerem und hohem Bildungsindex in 2018 und 2022 deutlich niedriger (bildungsnah: 37 bzw. 75 Kinder; mittlere Bildung: 165 bzw. 178 Kinder).

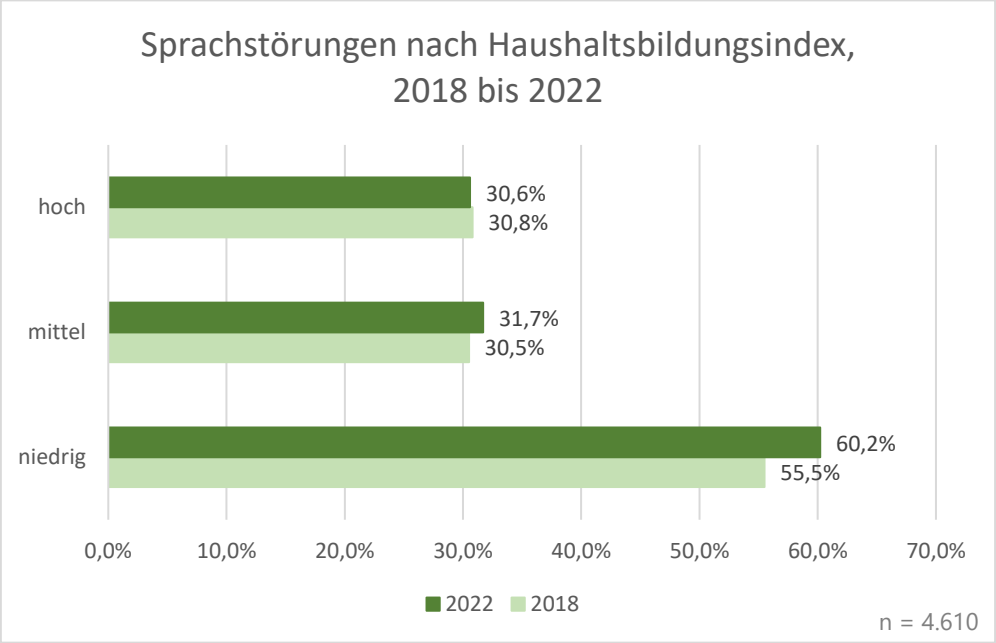

Abbildung 59 Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Haushaltsbildungsindex, 2018 und 2022, Landkreis Heidekreis

3.5.3.5 Sprachentwicklung und Kindergartenbesuch

Deutlich mehr Kinder, welche vor der Einschulung, eine Fördereinrichtung besuchten, weisen Sprachstörungen auf (83,6 %; 326 Kinder), als Kinder welche einen Regelkindergarten besuchten (35,1 %; 1.966 Kinder). Auch mehr Kinder, welche zu keiner vorschulischen Einrichtung vor der Einschulung gingen (52,3 %; 79 Kinder), weisen häufiger Auffälligkeiten in den Sprachtests der Schuleingangsuntersuchungen auf, als Kinder, welche einen Regelkindergarten besuchten. Aufgrund der teilweise geringen Fallzahl an Kindern je Kindergartenart, wird hier der gesamte Zeitraum von fünf Jahren betrachtet.

Für ganz Niedersachsen zeigt sich ein ähnliches Bild: Auch hier waren Kinder, welche einen Kindergarten oder eine vergleichbare Einrichtung besucht haben, deutlich seltener sprachauffällig als Kinder, die nicht im Kindergarten waren (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018). Es lässt sich also die Vermutung aufstellen, dass der Besuch eines Kindergartens eine Rolle bei der frühzeitigen Feststellung und Behandlung von Sprachauffälligkeiten spielt.

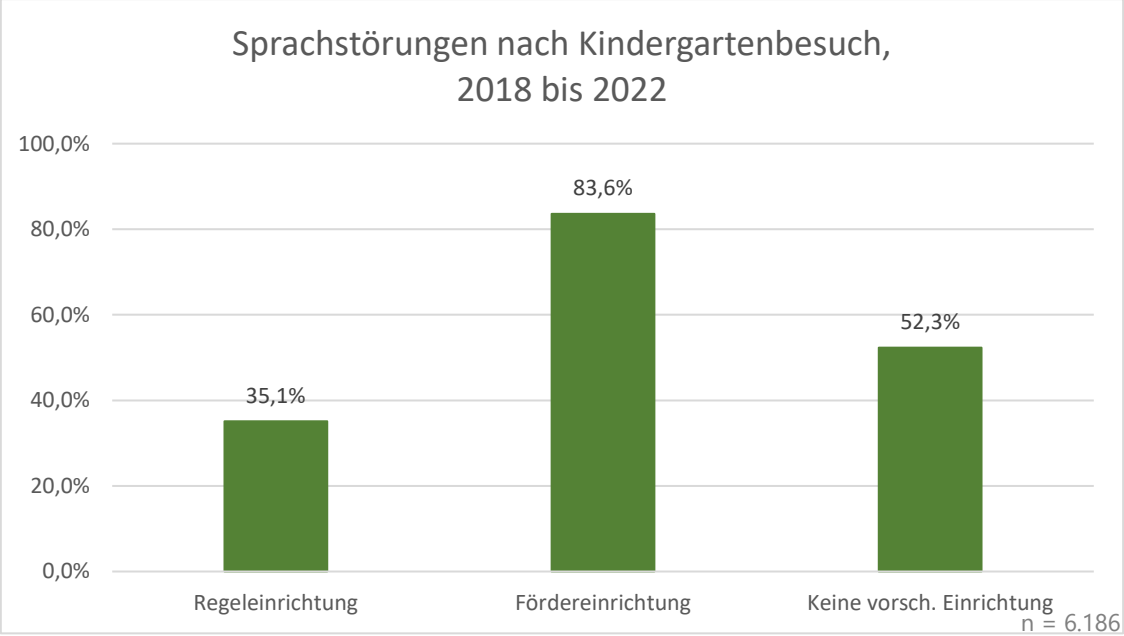

Abbildung 60 Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Kindergartenbesuch, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

3.5.3.6 Sprachentwicklung nach Migrationshintergrund

Schaut man sich den Anteil an Kindern mit Sprachstörungen differenziert nach Migrationshintergrund für den Heidekreis in Abbildung 61 an, so fällt auf, dass der Anteil bei Kindern mit Migrationshintergrund im Jahr 2022 (66,8 %, 237 von 355 Kindern) im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund (29,9 %, 293 von 980 Kindern) deutlich höher ist. Im Jahresvergleich sind die Anteile bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund nahezu gleichgeblieben, lediglich bei Kindern ohne Migrationshintergrund ist der Anteil leicht um 2,7 % gesunken.

Niedersachsenweit zeigten ca. 40,0 % der Kinder mit Migrationshintergrund 2017 eine unauffällige Sprachentwicklung, während dies bei den Kindern ohne Migrationshintergrund knapp 64,0 % waren. Das heißt im Umkehrschluss, dass ca. 60,0 % der Kinder mit Migrationshintergrund Sprachauffälligkeiten zeigten und entweder eine Abklärungsempfehlung bekamen (14,0 %), sich bereits in Behandlung befanden (16,0 %) oder einen Befund ohne Abklärungsempfehlung erhielten (ca. 32,0 %) (Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA), 2018).

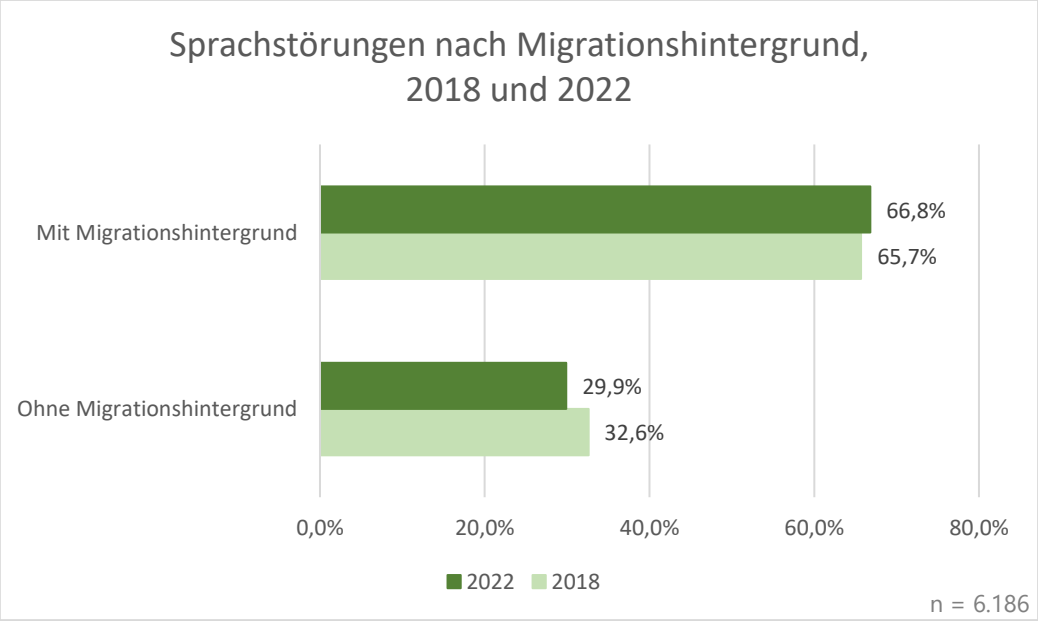

Abbildung 61 Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Migrationshintergrund, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis

Sprachstörungen nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Jungen und Mädchen mit Migrationshintergrund weisen deutlich häufiger Sprachauffälligkeiten auf, als Jungen und Mädchen ohne Migrationshintergrund. 66,1 % der Jungen mit Migrationshintergrund weisen Sprachstörungen auf, wohingegen nur 35,8 % der Jungen ohne Migrationshintergrund sprachauffällig sind.

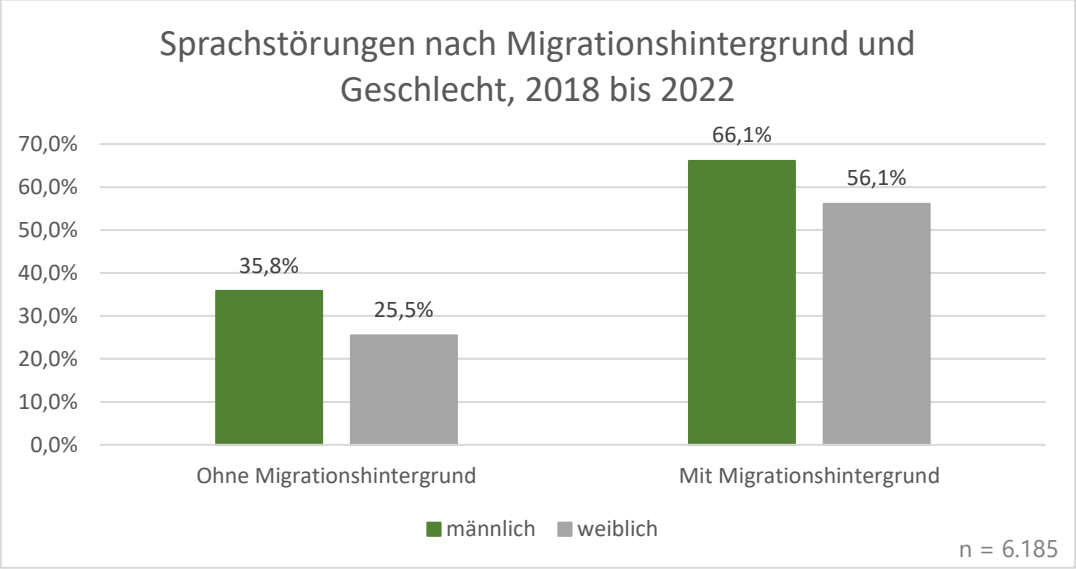

Abbildung 62 Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Migrationshintergrund und Geschlecht, gesamt für die Jahre 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

Sprachstörungen nach Migrationshintergrund und Haushaltsbildungsindex

Bei Betrachtung von Kindern mit auffälligem Ergebnis im Sprachtest der Schuleingangsuntersuchung differenziert nach Migrationshintergrund und Haushaltsbildungsindex für die Jahre 2018 bis 2022 gesamt (Abbildung 63) fällt auf, dass hier bei allen drei Bildungskategorien der Anteil bei Kindern mit Migrationshintergrund deutlich höher ist als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. So weisen deutlich mehr Kinder aus Haushalten mit niedrigem Bildungsindex und mit Migrationshintergrund Sprachstörungen auf als Kinder aus Haushalten mit niedrigem Haushaltsbildungsindex ohne Migrationshintergrund (67,9 % vs. 43,2 %). Ähnlich ist dies auch bei Kindern mit mittlerem und niedrigem Haushaltsbildungsindex zu sehen.

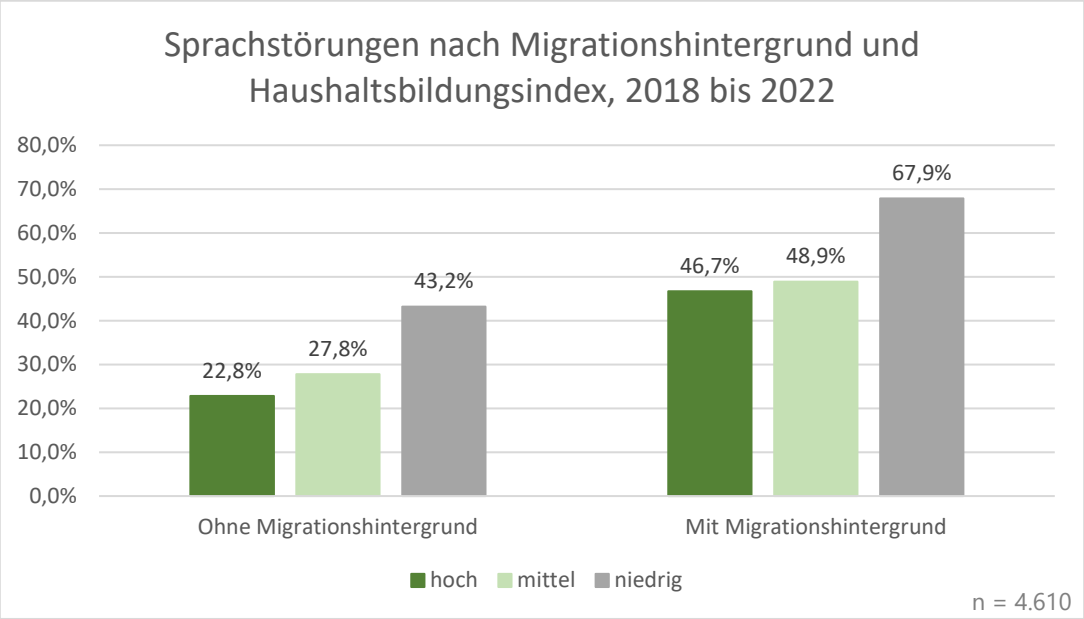

Abbildung 63 Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Migrationshintergrund und Haushaltsbildungsindex, gesamt für die Jahre 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

Sprachstörungen nach Migrationshintergrund und Kindergartenbesuch

Der Anteil an Kindern mit Sprachstörungen und Migrationshintergrund für den Zeitraum 2018 bis 2022, welche eine Fördereinrichtung (95,3 % vs. 80,2 %) oder keine vorschulische Einrichtung (73,2 % vs. 39,4 %) besucht haben, ist deutlich höher als bei Kindern, welche keinen Migrationshintergrund aufweisen und eine Fördereinrichtung oder keine vorschulische Einrichtung besucht haben. Aber auch bei Kindern, welche vor Einschulung eine Regeleinrichtung besucht haben, ist ein deutlicher Unterschied zwischen dem Auftreten von Sprachauffälligkeiten und dem Vorhandensein von Migrationshintergrund zu beobachten (58,6 % vs. 27,2 %).

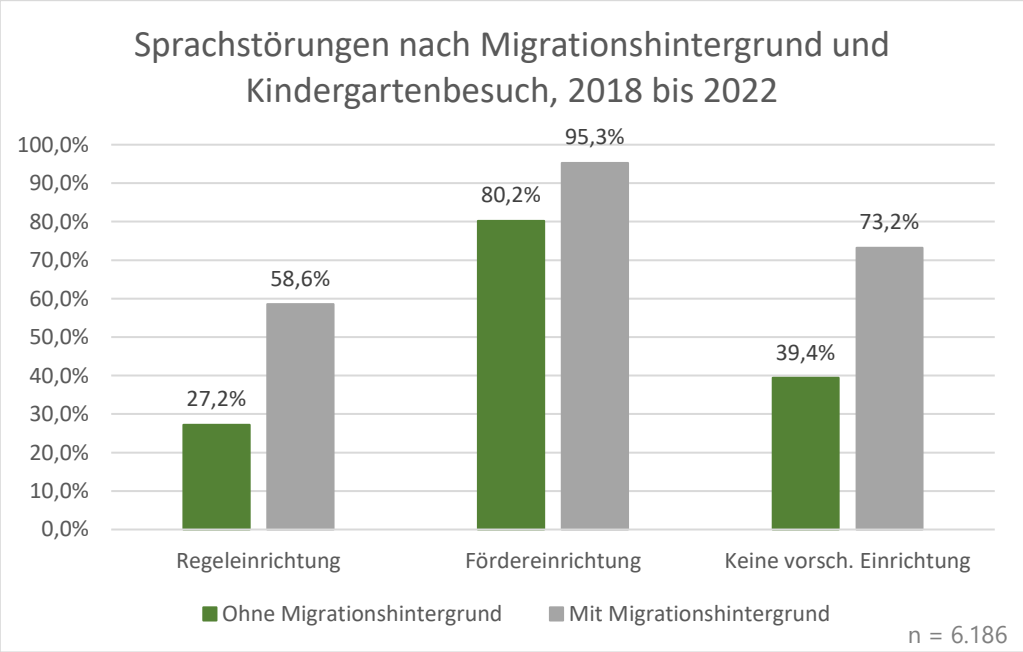

Abbildung 64 Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Migrationshintergrund und Kindergartenbesuch, gesamt für die Jahre 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis

4 Fazit und Ausblick

In den Schuleingangsuntersuchungen der letzten fünf Jahre weisen Kinder aus Familien mit mittlerem oder hohen Haushaltsbildungsindex deutlich weniger Entwicklungsdefizite und auffällige Ergebnisse als Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsindex auf. Denn die Kinder aus höheren Bildungsschichten zeigen häufiger ein gesundheitsförderlicheres Verhalten, welches sich zum Beispiel durch eine höhere Teilnahmerate an Früherkennungs- bzw. Präventionsmaßnahmen wie Impfungen oder U-Untersuchungen äußert. Auch Kinder mit Migrationshintergrund zeigen, ähnlich wie Kinder aus Haushalten mit niedrigem Bildungsindex, häufiger Entwicklungsdefizite und ein weniger gesundheitsförderliches Verhalten. Diese Entwicklungen zeigen sich besonders ausgeprägt in den fortlaufenden Rückständen in der Sprachentwicklung. Zudem liegen teilweise deutliche kommunale Unterschiede, bedingt durch den Wohnort der Familie, vor.

Das gesunde Aufwachsen sowie die Förderung der körperlichen, geistigen und seelischen Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und damit einhergehend das frühzeitige Erkennen von Entwicklungsverzögerungen sind von hoher Relevanz. Gesundheitsverhalten sowie gesundheitsbezogene Einstellungen werden bereits im Kindesalter angelegt und erlernt. Diese werden oftmals weiterhin im Jugend- und Erwachsenenleben übernommen. Vorliegende Entwicklungsverzögerungen oder auffällige Befunde können daher die körperliche und seelische Gesundheit der Einschulungskinder beeinträchtigen und zudem eine Herausforderung für ein erfolgreiches Lernen und Arbeiten in Schule sowie Berufsleben darstellen. Darum ist eine frühe Erkennung und eine frühe Einleitung von Unterstützungsmaßnahmen entscheidend.

Zur frühen Förderung der Kindergesundheit gehören der Besuch einer Kindertageseinrichtung sowie die Teilnahme an Angeboten aus den Bereichen Sport, Kultur und Soziales (Sport- und Schwimmvereine, Musikschulen und andere Freizeitaktivitäten). Da körperliche Defizite in dieser Altersgruppe scheinbar schneller ausgeglichen werden als mentale, sollte besonders die Förderung mentaler Fähigkeiten wie Sprache oder Zahlen- und Mengenverständnis im Fokus stehen. Kinder aus bildungsfernen Familien und solche mit Migrationshintergrund würden hiervon besonders profitieren. Erfahrungen zeigen, dass ein erfolgreicher Schulstart oft entscheidend für die weitere Bildungs- und Schulkarriere der Kinder ist. Bildung hat darüber hinaus

positive Auswirkungen auf die Gesundheit und die beruflichen Perspektiven sowohl der aktuellen als auch der kommenden Generation. Das Erreichen einer besseren Chancengleichheit in Bezug auf Bildung und Gesundheit für alle Kinder im Landkreis und die Verringerung der Unterschiede in den frühkindlichen Kompetenzen zwischen sozial besser und schlechter gestellten Kindern, bleibt weiterhin eine anspruchsvolle Aufgabe.

Im Heidekreis wird bereits viel für die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit unternommen. Alle Angebote im Heidekreis richten sich nach den Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention, mit dem Ziel, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen optimal zu unterstützen und zu erhalten sowie frühzeitige sowie im späteren Leben auftretende gesundheitliche und soziale Benachteiligungen zu verhindern. Zusätzlich zu den gesetzlich festgelegten Daueraufgaben, wie der Schuleingangsuntersuchung, sind regelmäßige zahnärztliche Vorsorgeaktionen sowie das Impfscreening in den 6. Klassen der weiterführenden Schulen, das neben der Impfpasskontrolle auch Hör- und Sehtests sowie eine BMI-Feststellung inklusive individueller Beratung umfasst, nur einige der weiteren bestehenden Maßnahmen. Darüber hinaus leistet zum Beispiel der Masterplan Bildung im Heidekreis einen wertvollen Beitrag zur gesundheitlichen Aufklärung und vereint die Bereiche Prävention, Gesundheitsförderung und Bildung in einem ganzheitlichen Ansatz.

Auch zukünftig wird der Heidekreis seine Anstrengungen in der Kindergesundheit weiter verstärken. Bestehende Maßnahmen wie die regelmäßigen Untersuchungen und Impfaktionen sollen erhalten werden, um eine flächendeckende Prävention zu gewährleisten. Zudem kann der Ausbau von niedrigschwelligen Sozialraumangeboten, wie Gesundheitsförderungsprogramme in Kitas und Schulen sowie sport- und freizeitpädagogische Projekte, weiterhin eine zentrale Rolle spielen. Ein weiterer Fokus liegt auf der verstärkten Zusammenarbeit mit lokalen Akteur*innen, um präventive Angebote für Familien zu erweitern und den Zugang zu gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erleichtern. Prognosen deuten darauf hin, dass durch gezielte Präventionsprogramme, frühzeitige Interventionen und die Verstärkung sozialraumorientierter Angebote langfristig eine positive Entwicklung der Kindergesundheit erreicht werden kann.

5 Literaturverzeichnis

Bundesistitut für Bevölkerungsforschung. (o. J.). *Demografieportal. Demografiestrategie der Bundesregierung*. Von https://www.demografie-portal.de/DE/Politik/Bund/demografiestrategie.html abgerufen

Eurostat. (2010). *Eurostat Jahrbuch der Regionen 2010*. Luxemburg. Von https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5727349/KS-HA-10-001-DE.PDF.pdf/8e20d449-c6f7-49b1-945b-8cf735573d24?t=1414775907000 abgerufen

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2023). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) in der Fassung vom 18.06.15, zuletzt geändert am 12.05.23, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 12.07.23 B2 in Kraft getreten am 13.07.23*.

Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., & al., e. (2001). Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde, 149*, S. 807-818. doi:https://doi.org/10.1007/s001120170107

Landesamt für Statistik Niedersachsen. (2023a). *Bevölkerung nach Altersgruppen in Niedersachsen (Gebietstand: 01.11.2021). LSN-Online: Tabelle A100002G*.

Landesamt für Statistik Niedersachsen. (2023b). *Bevölkerungsberechnung 2021 bis 2040 in Niedersachsen (Gebietsstand: 01.11.2021) - Relativ moderate Zuwanderung (W2) (Basis: 14. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung). LSN-Online: Tabelle A100001G*.

Leitungsgremium der Anwendergemeinschaft SOPHIA. (2022). *Arbeitsrichtlinien für die standardisierte schulärztliche Untersuchung und Dokumentation von Schuleingangsuntersuchungen nach SOPHIA*. Hildesheim.

MacDonald, N. E., Harmon, S., Dube, E., Steenbeek, A., Crowcroft, N., & Opel, D. J. (2018). Mandatory infant & Childhood immunization: Relationales, issues and knowledge gaps. *Vaccine, 36*(39).

Neumann, K., Keilmann, A., Rosenfeld, J., Schöweiler, R., Zeretsky, Y., & Kiese-Himmerl, C. (2009). Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für

Phoniatrie und Pädaudiologie. *Kindheit und Entwicklung, 18*(4), S. 222-231. Von https://dgpp.de/Profi/Sources/Sprachentwicklungsstoerungen-Leitlinien-DGPP.pdf abgerufen

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA). (2018). *Kindergesundheit im Einschulungsalter - Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2017.* Hannover. Von https://www.nlga.niedersachsen.de/download/172847/Kindergesundheit_im_Einschulungsalter_-_Ergebnisse_der_Schuleingangsuntersuchung_2017.pdf abgerufen

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA). (2024). *Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2024 - Vergleich von Daten ausgewählter Kommunen vor, während und nach der Covid 19-Pandemie.* Hannover. Von https://www.nlga.niedersachsen.de/download/206387/Bericht_2024_Ergebnisse_der_Schuleingangsuntersuchung_vor_waehrend_und_nach_der_Corona-Pandemie.pdf abgerufen

Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales. (2002). *Wie Kinder sprechen lernen - Entwicklung und Förderung der Sprache im Elementarbereich.* Hannover.

Niedersächsischses Landesgesundheitsamt (NLGA). (2018). *Kindergesundheit im Einschulungsalter - Ergebnisse der Schuleingansuntersuchung 2017.* Hannover.

Paulhus, D. L. (2002). Social Desirable Responding. The Evolution of a Construct. In H. Braun, & D. Jackson, *The role of constructs in psychological and educational measurement.* Mahwah: Erlbaum.

Petermann, F., & von Suchodoletz, W. (2009). Themenschwerpunkt Sprachdiagnostik und Sprachtherapie. *Kindheit und Entwicklung, 18*(4), S. 191-193.

Petermann, F., Daseking, M., Oldenhagen, M., & Simon, K. (2009). *Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen - SOPESS. Theoretische und statistische Grundlagen zur Testkonstruktion, Normierung und Validierung.* Düsseldorf: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen - LZG.NRW.

Robert Koch-Institut (Hrsg); Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg). (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.* Berlin.

Robert Koch-Institut. (2018a). Heuschnupfen und Asthma bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring, 3*(1), S. 55-59. doi:10.17886/RKI-GBE-2018-010

Robert Koch-Institut. (2018b). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring, 3*(1), S. 16-23. doi:10.17886/RKI-GBE-2018-005.2

Robert Koch-Institut. (2018c). *Vom individuellen und gesellschaftlichen Nutzen von Impfungen.* Von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Poster/Poster_EIW.pdf?__blob=publicationFile abgerufen

Robert Koch-Institut. (2020). *Zusatzerhebung im Rahmen von KiGGS Welle 2 zu familiären und versorgungsspezifische Einflussfaktoren auf die Entstehung, den Verlauf und die Auswirkungen von psychischen Auffälligkeiten (insbesondere ADHS), Adipositas und allergischen Erkrankungen (insb.* Berlin. Von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/kiggs_welle_2_bf.pdf abgerufen

Robert Koch-Institut. (2021). Individuelle Verläufe von Asthma, Adipositas und ADHS beim Übergang von Kindheit und Jugend ins junge Erwachsenenalter. *Journal of Health Monitoring, 6*(S5), S. 1-16. doi:10.25646/7912

Robert Koch-Institut. (2024). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut 2024. *Epidemiologisches Bulletin*. Von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/04_24.pdf?__blob=publicationFile abgerufen

Statistisches Bundesamt. (2022). *Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/begleitheft.html abgerufen

Statistisches Bundesamt. (o. J.). *Demografischer Wandel*. Von https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html abgerufen

Wichmann, O. (2019). *Nationale Strategien der Impfprävention. Öffentliche Anhörung des Deutschen Ethikrats - "Impfen als Pflicht?"*. Von https://www.ethikrat.org/fileadmin/PDF-Dateien/Veranstaltungen/anhoerung-21-02-2019-wichmann.pdf abgerufen

World Health Organization. (2024). *Asthma*. Von https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma abgerufen

6 Abkürzungsverzeichnis

AOLG	Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden
BMI	Body-Mass-Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Eurostat	Statistische Amt der Europäischen Union
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KiGGS-Studie	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
NLGA	Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
RKI	Robert Koch-Institut
SEU	Schuleingangsuntersuchung
SOPESS	Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen
SOPHIA	Arbeitsrichtlinien der Anwendergemeinschaft SOPHIA für Schuleingangsuntersuchungen (Sozialpädiatrisches Programm Hannover - Jugendärztliche Aufgaben)
SPSS	Statistical Package for Social Science von IBM
STIKO	Ständige Impfkommission
WHO	World Health Organization
ZNV	Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung nach SOPESS

7 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Punktetabelle zur Berechnung des Haushaltsbildungsindex, in Anlehnung an NLGA, 2018 5
Tabelle 2 Auswertung des Bildungshintergrundes der Familie, in Anlehnung an NLGA, 2018 .. 5
Tabelle 3 Bevölkerung nach Jahr, Geschlecht und Bevölkerungsdichte; Quelle: Statistische Ämter des Bundes und des Landes- LSN-Online Tabelle A100001G, Stichtag 31.12.2023 7
Tabelle 4 Anzahl der durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen pro Einschulungsjahrgang 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 11
Tabelle 5 Migrationshintergrund – Häufigste Länder, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 17
Tabelle 6 Teilnahmerate (in %) an den U-Untersuchungen (U1 bis U9), prozentuiert auf vorgelegte Hefte, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 24
Tabelle 7 Gewichtsverteilung, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 46

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Bevölkerungs- und Geburtenentwicklung im Heidekreis von 1970 bis 2022 (Eigene Darstellung, Datenhalter und -quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes) 8
Abbildung 2 Anteil Kinder im Alter von unter 12 Jahren an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen im Heidekreis von 2012 bis 2022 (Eigene Darstellung, Datenhalter und -quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes) 9
Abbildung 3 Geschlechterverteilung der Schulanfänger*innen 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 12
Abbildung 4 Vorheriger Kindergartenbesuch der Einschulungsschüler*innen, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 13
Abbildung 5 Kinder mit Migrationshintergrund, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 14
Abbildung 6 Kinder mit Migrationshintergrund nach AOLG ab 2022, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 15

Abbildung 7 Kinder mit Migrationshintergrund nach Kommune, 2018 bis 2022 gesamt, Landkreis Heidekreis 16
Abbildung 8 Haushaltsbildungsindex der Familie, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 18
Abbildung 9 Fehlende Angaben Haushaltsbildungsindex (absolut), 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 18
Abbildung 10 Berufstätigkeit der Eltern, 2018 bis 2022 gesamt, Landkreis Heidekreis 19
Abbildung 11 Berufstätigkeit der Mütter, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 20
Abbildung 12 Berufstätigkeit der Väter, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 20
Abbildung 13 Wohnsituation der Kinder, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 21
Abbildung 14 Teilnahmerate an den U-Untersuchungen (U1 bis U9) (summiert), 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 23
Abbildung 15 Teilnahmerate an U-Untersuchungen (U1 bis U9) gesamt nach Haushaltsbildungsindex, prozentuiert auf vorgelegte Hefte, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis 25
Abbildung 16 Teilnahmeraten an U-Untersuchungen (U1 bis U9) gesamt nach Kommunen, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis 26
Abbildung 17 Teilnahmerate an U-Untersuchungen (U1 bis U9) gesamt nach Migrationshintergrund, prozentuiert auf vorgelegte Hefte, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis 27
Abbildung 18 Anteil an nicht vorgelegten U-Heften (inkl. Keine Angabe), 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 28
Abbildung 19 Anteil an nicht vorgelegten U-Heften nach Haushaltsbildungsindex, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis 29
Abbildung 20 Anteil an nicht vorgelegten U-Heften nach Migrationshintergrund, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis 30
Abbildung 21 Teilnahmerate an der U8 und U9, prozentuiert auf vorgelegte Hefte, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 31
Abbildung 22 Impfquote vollständig geimpfter Kinder (summiert), 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 33
Abbildung 23 Impfquoten (summiert aus Einzelimpfungen), 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 34

Abbildung 24 Anteil vollständig geimpfter Kinder nach Kommune, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis 35
Abbildung 25 Anteil vollständig geimpfter Kinder nach Haushaltsbildungsindex, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis 36
Abbildung 26 Anteil vollständig geimpfter Kinder nach Migrationshintergrund, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis 37
Abbildung 27 Anteil vollständig geimpfter Kinder nach Art der Impfung, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis 38
Abbildung 28 Kontinuum der Impfbereitschaft in Anlehnung an MacDonald (2018) (Wichmann, 2019) 39
Abbildung 29 Anteil an unvollständig bzw. nicht geimpften Kindern (summiert), 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 40
Abbildung 30 Anteil an unvollständig bzw. nicht geimpften Kinder nach Kommune, 2018 und 2022, Landkreis Heidekreis 41
Abbildung 31 Anteil an unvollständig bzw. nicht geimpften Kinder nach Haushaltsbildungsindex, 2018 und 2022, Landkreis Heidekreis 42
Abbildung 32 Anteil an unvollständig bzw. nicht geimpften Kinder nach Migrationshintergrund, 2018 und 2022, Landkreis Heidekreis 43
Abbildung 33 Anteil der Kinder mit Über- und Untergewicht sowie Adipositas, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 46
Abbildung 34 Anteil an Kindern mit Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis 47
Abbildung 35 Unter- und Übergewicht (einschließlich Adipositas) nach Kommunen, gesamt für die Jahre 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 48
Abbildung 36 Anteil an Kindern mit Übergewicht (einschließlich Adipositas) in den Städten und Gemeinden, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis 49
Abbildung 37 Übergewicht und Adipositas nach dem Haushaltbildungsindex, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis 50
Abbildung 38 Übergewicht und Adipositas nach Migrationshintergrund, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis 51
Abbildung 39 Anteil an Kindern mit chronischen Erkrankungen (Neurodermitis, Asthma, Heuschnupfen), 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 53

Abbildung 40 Anteil an Kindern mit Asthma nach Geschlecht, 2018 und 2022, Landkreis Heidekreis 54
Abbildung 41 Anteil an Kindern mit Heuschnupfen nach Geschlecht, 2018 und 2022, Landkreis Heidekreis 56
Abbildung 42 Anteil auffälliger Ergebnisse nach Jahren, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis (*Ergebnisse nach SOPESS) 58
Abbildung 43 Anteil auffälliger Ergebnisse nach Geschlecht, 2022, Landkreis Heidekreis (*Ergebnisse nach SOPESS) 59
Abbildung 44 Anteil auffälliger Ergebnisse bei Jungen, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis (*Ergebnisse nach SOPESS) 60
Abbildung 45 Anteil auffälliger Ergebnisse bei Mädchen, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis (*Ergebnisse nach SOPESS) 61
Abbildung 46 Anteil auffälliger Ergebnisse nach Haushaltsbildungsindex, 2022, Landkreis Heidekreis (*Ergebnisse nach SOPESS) 62
Abbildung 47 Anteil auffälliger Ergebnisse nach Migrationshintergrund, 2022, Landkreis Heidekreis (*Ergebnisse nach SOPESS) 63
Abbildung 48 Ergebnisse Sehtest, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 65
Abbildung 49 Ergebnisse Hörtest, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 66
Abbildung 50 Feinmotorik, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 68
Abbildung 51 Ganzkörperkoordination, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 70
Abbildung 52 Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 71
Abbildung 53 Selektive Aufmerksamkeit nach SOPESS, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis. 72
Abbildung 54 Simultan- und Mengenerfassung nach SOPESS, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 73
Abbildung 55 Fehlerfreies Zählen bis 20 nach SOPESS, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis . 74
Abbildung 56 Sprachentwicklung, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 76
Abbildung 57 Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Geschlecht, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 77
Abbildung 58 Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Kommune, 2018 bis 2022 (gesamt), Landkreis Heidekreis 78

Abbildung 59 Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Haushaltsbildungsindex, 2018 und 2022, Landkreis Heidekreis 79
Abbildung 60 Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Kindergartenbesuch, 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 80
Abbildung 61 Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Migrationshintergrund, 2018 vs. 2022, Landkreis Heidekreis 81
Abbildung 62 Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Migrationshintergrund und Geschlecht, gesamt für die Jahre 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 82
Abbildung 63 Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Migrationshintergrund und Haushaltsbildungsindex, gesamt für die Jahre 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 83
Abbildung 64 Anteil an Kindern mit Sprachstörungen nach Migrationshintergrund und Kindergartenbesuch, gesamt für die Jahre 2018 bis 2022, Landkreis Heidekreis 84