



KINDERGESUNDHEIT IM BLICK –
**BERICHT DES FACHDIENSTES KINDER-, JUGEND- UND
ZAHNMEDIZIN DER REGION HANNOVER**

Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen und der
zahnärztlichen Untersuchungen.



Region Hannover



Kindergesundheit im Blick – Bericht des Fachdienstes Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin der Region Hannover

**Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen und der zahnärztlichen
Untersuchungen.**

„Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. „

(Achtes Buch Sozialgesetzbuch, Kinder- und Jugendhilfegesetz, § 1)

Vorwort

Dieser Bericht stellt die zentralen Untersuchungsergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen der Einschulungsjahrgänge 2022/23 – 2025/26 und der im Zeitraum 2015/16 bis 2024/25 durchgeführten zahnärztlichen Untersuchungen dar.

Bereits 2014, 2018 und 2022 hat der Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin der Region Hannover umfassende Ergebnisse zur Gesundheit im Kleinkind- und Vorschulalter veröffentlicht.

Schwerpunkt der Berichte bilden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen, die Untersuchungsergebnisse zur Zahngesundheit und präventive Ansätze zur Gesundheitsförderung im Setting Kita und Schule.

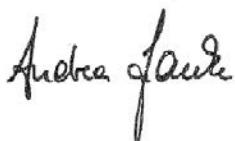
Nach dem Niedersächsischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) sind die Kommunen dazu verpflichtet, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu schützen und zu fördern. Schuleingangsuntersuchungen sind nach § 5 NGöGD für alle Kinder verpflichtend. In der Region Hannover werden jährlich rund 12.000 Kinder vom Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin in Vorbereitung auf den Schulbeginn untersucht. Die Schuleingangsuntersuchung liefert nicht nur einen wichtigen individualmedizinischen Beitrag für jedes einzelne Kind, sondern durch die Datenauswertung und Gesundheitsberichterstattung auch bedeutsame bevölkerungsmedizinische Erkenntnisse. Der vorliegende Fachbericht knüpft an die vorherigen Berichte von 2014, 2018 und 2022 an und präsentiert die für eine gesunde Entwicklung und einen guten Schulstart relevanten Ergebnisse zur Kindergesundheit der Einschulungsjahrgänge 2022/23 – 2025/26 in der Region Hannover.

Die gesetzliche Grundlage für die Aufgaben des Teams Zahnärztlicher Dienst und Jugendzahnpflege bildet der § 21 SGB V – Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) i.V. mit § 5 NGöGD. In den letzten Jahren fanden jährlich etwa 30.000 zahnärztliche Untersuchungen statt und ca. 55.000 Kinder und Jugendliche wurden durch die gruppenprophylaktischen Maßnahmen der Prophylaxefachkräfte erreicht. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Besuch von Kindertagesstätten und Grundschulen.

Diese Datensätze bilden die Grundlage für zielgruppengerichtete Präventionsmaßnahmen und eine effektive Gesundheitsförderung.

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

Mit diesem Bericht wird zudem aufgezeigt, welche präventiven Maßnahmen und Angebote der Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin in den vergangenen Jahren entwickelt und erfolgreich umgesetzt hat, um insbesondere sozioökonomisch benachteiligte Familien und ihre Kinder zu erreichen. Denn eine bestmögliche Gesundheit bildet die Basis für einen gelungenen Entwicklungs- und Bildungsprozess von Kindern und Jugendlichen.



Dr. Andrea Hanke
Dezernentin für Soziale Infrastruktur, Region Hannover

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung: Hintergrund und Zielsetzung des Berichts	6
2.	Schuleingangsuntersuchung	8
2.1.	Gesetzliche Grundlage, Ablauf und Methodik	8
2.2.	Methodik der Auswertung	10
2.3.	Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung	11
2.3.1.	Charakteristika der Schulanfängerkohorte 2025/26	12
2.3.1.1.	Soziodemographische Faktoren	12
2.3.1.2.	Freizeitverhalten	15
2.3.2.	Ergebnisse zum Gesundheits- und Entwicklungsstand der Kinder	20
2.3.2.1.	Ergebnisse zur körperlichen Untersuchung	20
2.3.2.1.1.	Seh- und Hörtest	20
2.3.2.1.2.	Gewichtsbeurteilung	25
2.3.2.2.	Ergebnisse zum Entwicklungsstand des Kindes	28
2.3.2.2.1.	Sprache	31
2.3.2.2.2.	Verhalten und psychische Gesundheit	38
2.3.2.2.3.	Visuomotorik	42
2.3.2.2.4.	Körperkoordination	44
2.3.2.2.5.	Zahlen- und Mengenvorwissen	45
2.3.2.3.	Gesamtergebnisse zum Entwicklungsscreening	45
2.3.3.	Teilnahmerate Früherkennungsuntersuchung (U)	46
2.3.4.	Impfquoten	48
3.	Sprachförderuntersuchung	52
4.	Die Untersuchung in den 4. Klassen	55
5.	Das Sozialpädiatrische Kita-Konzept	59
5.1.	Hintergrund und Zielsetzung des Kita-Konzepts	59
5.2.	Ergebnisse aus dem sozialpädiatrischen Kita-Konzept	60
6.	Bewegungsförderung und Ernährungsberatung „Fit, bunt und lecker“	63
7.	Fazit und Handlungsempfehlungen zur gesunden Entwicklung in Schule und Kita	66

8.	Zahngesundheit von Kindern in der Region Hannover – Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen in Kindertagesstätten und Grundschulen	68
8.1.	Gesetzliche und strukturelle Grundlagen der Gruppenprophylaxe	68
8.2.	Umsetzung der Gruppenprophylaxe in der Region Hannover	69
8.2.1.	Team Zahnärztlicher Dienst und Jugendzahnpflege	69
8.2.2.	Zahnärztliche Untersuchungen	70
8.2.3.	Umsetzung der Gruppenprophylaxe durch die Prophylaxefachkräfte	70
8.2.4.	Besondere Prophylaxe- und Informationsveranstaltungen	70
8.2.5.	Gesundheitsberichtserstattung	71
8.3.	Zahngesundheit im Milchgebiss	71
8.3.1.	Das Milchgebiss – Aufbau und Bedeutung	71
8.3.2.	Kariesentstehung	73
8.3.3.	Kariesprophylaxe	73
8.3.4.	Empfehlungen zur Kariesprävention mit Fluorid im Säuglings- und frühen Kindesalter	74
8.3.5.	Entwicklung der Zahngesundheit bei Kindern in Deutschland	76
8.4.	Ablauf und Struktur der zahnärztlichen Untersuchungen	79
8.4.1.	Teilnahme an den zahnärztlichen Untersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen	79
8.4.2.	Befunddokumentation und Datenauswertung	81
8.4.3.	Elternmitteilungen zum Untersuchungsbefund	81
8.4.4.	Dreistufiges Verfahren bei Verdacht auf zahnmedizinische (dentale) Vernachlässigung	82
8.5.	Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen	83
8.5.1.	Grundlagen und Methodik der Befunderhebung und Datenauswertung	83
8.5.2.	Hinweise zur Dateninterpretation	84
8.5.3.	Zahnärztliche Befunde bei drei- bis sechsjährigen Kindern in Kindertagesstätten	85
8.5.4.	Zahnärztliche Befunde bei Dreijährigen	87
8.5.5.	Zahnärztliche Befunde bei Sechsjährigen in Kitas und Schulen	89
8.5.6.	Zahnärztliche Befunde bei Grundschulkindern der Klassenstufen 1 bis 4	90
8.5.7.	Zusammenfassung und Analyse der Ergebnisse	92
8.6.	Umsetzung der Gruppenprophylaxe durch die Prophylaxefachkräfte	94
8.7.	Zahnpflege in Kindertagesstätten	95
8.8.	Zahngesundheit: Fazit und Handlungsempfehlungen	96
9.	Literatur	100

1. Einleitung

Einleitung: Hintergrund und Zielsetzung des Berichts

Der vorliegende Bericht ist eine Fortsetzung der Berichtsreihe zur Kinder- und Jugendgesundheit des Fachdienstes Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin der Region Hannover. 2014 ist die erste Ausgabe unter dem Titel „Schuleingangsuntersuchung – Band I“ erschienen, gefolgt von einer weiteren Ausgabe im Jahr 2018 „Gesundheit im Kleinkind- und Vorschulalter“ (Bantel, Wünsch 2018). Zuletzt wurde 2022 der Kinder- und Jugendärztliche Fachbericht „Gesund aufwachsen in der Region Hannover“ veröffentlicht (Bantel, Wünsch 2022). Der nun aktuelle Bericht 2026 erscheint unter dem Titel „Kindergesundheit im Blick – Bericht des Fachdienstes Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin der Region Hannover“ und setzt die nach dem niedersächsischen Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst vorgegebene Aufgabenstellung zur Gesundheitsberichterstattung nach §8 um. Demnach sollen die Daten zur Gesundheit und Entwicklung von Kindern im Kindergarten- bzw. Vorschulalter und zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nach epidemiologischen Gesichtspunkten analysiert und in Fachberichten zusammengefasst werden. Bestandteil dieser kommunalen Berichterstattung sind nicht nur die Ergebnisse von Schuleingangsuntersuchungen nach § 5 Abs. 2 NGöGD und Untersuchungen im Rahmen der Zahngesundheitspflege nach § 5 Abs. 3, sondern auch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen im Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin nach § 4 NGöGD.

Die Fachberichte ermöglichen den öffentlichen Verantwortungsträgern der 21 Städte und Gemeinden in der Region Hannover bestimmte Entwicklungen zu erkennen und ggf. präventive Maßnahmen und Handlungsempfehlungen zur Entwicklungsförderung von Kindern in ihren Kommunen zu entwickeln.

Die bisherigen Berichte aus dem Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin verdeutlichen, dass anhand der Schuleingangsdaten die Handlungs- und Unterstützungsbedarfe der Kinder und ihrer Familien identifiziert werden können. Angebote können so gezielt und präventiv entwickelt werden. So erfolgt seit 2016 mithilfe des sozialpädiatrischen Kita-Konzepts als Baustein der „Frühen Hilfen – Frühen Chancen“ der Region Hannover eine niederschwellige frühzeitige Beratung und Untersuchung (pädiatrische Entwicklungsdagnostik) bereits im Kindergartenalter.

In 2022 wurde das Projekt „Fit, bunt und lecker“ initiiert, nachdem die Schuleingangsdaten einen deutlichen Anstieg übergewichtiger Kinder als Folge der Corona-Pandemie zeigten. Die in diesem Bericht vorgestellten Ergebnisse und Handlungsempfehlungen fließen zudem in den vom Fachbereich Jugend der Region Hannover jährlich veröffentlichten Themenfeldbericht Prävention mit ein (Region Hannover, Fachbereich Jugend 2025). Der vorliegende Bericht ist daher als ergänzender Fachbericht zu verstehen, der umfassende Informationen

über den Entwicklungs- und Gesundheitsstand der Kinder in der Region Hannover liefert. Darüber hinaus dient dieser Bericht der Fachöffentlichkeit, insbesondere den kinder- und jugendarztlichen Diensten des ÖGD und ermöglicht damit einen bundes- und landesweiten Vergleich.

Anknüpfend an den Bericht 2022, der die Ergebnisse der Einschulungsjahrgänge 2018/19 bis 2021/22 aufführte, werden im vorliegenden Bericht die Ergebnisse der Einschulungsjahrgänge 2022/23 bis 2025/26 präsentiert. Ausgewählte Bereiche sind:

- Beschreibung der Schulanfängerkoalition (soziodemographische Merkmale)
- Freizeitverhalten der Kinder (Sportverein, Schwimmen, Vorlesen und Medienkonsum)
- Ergebnisse zur körperlichen Untersuchung (Sehen, Hören, Gewichtsbeurteilung)
- Ergebnisse zum Entwicklungsscreening und gesamtärztliches Urteil zu den Bereichen Sprache, Motorik, Visuomotorik, Konzentration und Aufmerksamkeit, Verhalten
- Ergebnisse der Sprachförderuntersuchung, eine im Jahr vor der Schuleingangsuntersuchung stattfindende Untersuchung für Kinder mit Sprachförderbedarfen
- Teilnahmerate an den Früherkennungsuntersuchungen (U-Hefte)
- Durchimpfungsquoten zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung

In den anschließenden Kapiteln werden die Ergebnisse der 4. Klassen-Untersuchung, des sozialpädiatrischen Kita-Konzepts als Baustein der „Frühen Hilfen – Frühen Chancen“ sowie das Projekt zur Bewegungsförderung und Ernährungsbildung „Fit, bunt und lecker“ beschrieben und die Ergebnisse dazu vorgestellt.

Dieser Berichtsteil endet mit einer Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen.

Die Zahngesundheit wird in diesem Bericht etwas ausführlicher in einem separaten Kapitel aufgeführt. Auch hierzu erfolgt am Ende ein Fazit mit Handlungsempfehlungen.



Foto: Iris Terzka

2. Schuleingangsuntersuchung

2.1. Gesetzliche Grundlage, Ablauf und Methodik

In der Region Hannover wird die Schuleingangsuntersuchung vom Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin durchgeführt. Wie bereits oben aufgeführt basiert die Schuleingangsuntersuchung (SEU) auf der Grundlage des Niedersächsischen Schulgesetz (NSchG) und des Niedersächsischen Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) und ist damit für jedes Kind vor der Einschulung verpflichtend. Durchgeführt werden somit jährlich rund 12.000 SEU dezentral in den Dienststellen, die auf 14 Standorte in der Region Hannover verteilt sind.



Abbildung 1: Poster zum Ablauf der Schuleingangsuntersuchung, Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin, Region Hannover

Generell nimmt der Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin die kinder- und jugendärztlichen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes vom Kleinkindalter bis zum Schulabgang wahr. Dazu gehören nicht nur die Schuleingangsuntersuchung, sondern auch die Untersuchung von Sprachförderkindern, Impfprävention und Durchführung von Impfungen, Ersatz-Früherkennungsuntersuchungen, die Belehrung an weiterführenden Schulen nach dem Infektionsschutzgesetz, Untersuchungen in den 4. Klassen, Angebote zur Gesundheitsförderung und die Angebote der Jugendzahnmedizin.

Die Durchführung der SEU erfolgt nach den Arbeitsrichtlinien der Anwendergemeinschaft SOPHIA¹, zu dem 27 Landkreise und kreisfreie Städte in Niedersachsen zählen. Zur SEU gehören eine kinderärztliche Untersuchung einschließlich des Erfassens von Größe und Gewicht, das Seh- und Hörvermögen des Kindes sowie eine Anamnese und Sozialanamnese. Zusätzlich werden bestimmte soziodemographische Faktoren (z.B. Frühgeburtlichkeit, Kindergartenbesuchsdauer, Familiensprache, Bildungsgrad der Eltern) und das Freizeitverhalten des Kindes mittels eines Elternvorbereitungsbogens auf freiwilliger Basis erfragt. Diese Informationen können für die Beurteilung des Entwicklungsstandes des Kindes und die schulärztliche Beratung bedeutsam sein.

Ein weiterer Bestandteil der SEU ist die Erfassung der Kognition und der schulischen Voraussetzungen des Kindes, die sich auf das Erlernen von Lesen, Schreiben und Rechnen auswirken (Daseking, Petermann 2011). Hierzu wird das sozialpädiatrische Entwicklungsscreening SOPESS eingesetzt, das die schulrelevanten Fähigkeiten durch insgesamt 12 verschiedene Untertests anhand einer Punkteskala erfasst (Daseking et al. 2009). Die Punktewerte der einzelnen Untertests werden zu den Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig auffällig“ und „auffällig“ zusammengefasst. Dieses Verfahren differenziert im unteren Drittel des Leistungsspektrums und kann somit Kinder mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf identifizieren. Anhand der Testergebnisse erfolgt ein ärztliches Gesamтурteil, aus dem hervorgeht, ob das Kind keine Auffälligkeiten (ohne Befund), leichte Auffälligkeiten (Befund ohne Maßnahme) oder starke Auffälligkeiten (Abklärungsempfehlung) zeigte oder ob das Kind bereits in Behandlung ist. Bei starken Auffälligkeiten erfolgt eine Empfehlung zur weiteren ärztlichen Abklärung. Bei leichten Auffälligkeiten werden die Eltern beraten, mit welchen Maßnahmen sie ihr Kind zusätzlich fördern können. Hierzu hat der Fachdienst eine Postkarte „Fit für die Schule“ entwickelt (siehe Abbildung 2).

¹Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgaben

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

Einen guten Überblick über die Schuleingangsuntersuchung bietet der Podcast Chancenreich der Region Hannover (Folge 10):



Abbildung 2: Postkarte „Fit für die Schule!“, Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin, Region Hannover

2.2. Methodik der Auswertung

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

Handlungsbedarfe für die einzelnen Kommunen können so sichtbar gemacht werden. Die statistischen Auswertungen der Schuleingangsdaten erfolgen in anonymisierter und aggregierter Form. Das bedeutet, dass ein Rückschluss auf die Daten eines einzelnen Kindes ausgeschlossen ist. Die Ergebnisse der Einschulungsjahrgänge 2022/23 – 2025/26 werden für die gesamte Region Hannover als jährliche Auswertung dargestellt. Für die einzelnen Städte und Gemeinden der Region Hannover werden die Ergebnisse der Einschulungsjahrgänge 2022/23 – 2025/26 aufgrund der teilweise kleineren Fallzahlen kumuliert. Um bestimmte Entwicklungen zu verdeutlichen, werden vereinzelt längere Zeiträume aufgeführt. Die Daten werden deskriptiv ausgewertet (Häufigkeitsauswertungen). Um Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Faktoren und der Gesundheit und Entwicklung des Kindes besser einordnen zu können, werden Kreuzauswertungen mit einzelnen soziodemographischen Angaben und Angaben zum Freizeitverhalten dargestellt. Alle Auswertungen erfolgen mit dem Softwareprogrammen Aeskulab und SPSS.

2.3. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung

Für den Einschulungsjahrgang 2025/26 betrug die Anzahl der Schuleingangsuntersuchungen (SEU) 11.799. Die Aufführung der SEU-Zahlen über die letzten 10 Jahre zeigt eine sehr deutliche Zunahme der untersuchten Kinder. Über die letzten drei Jahre blieb die Anzahl der SEUs auf hohem Niveau. Im aktuellen Jahrgang ist die Anzahl der SEUs leicht zurückgegangen. Anhand der Entwicklung der Geburtenzahl in der Region Hannover kann jedoch erst ab 2027/28 mit einem Rückgang der SEU Zahlen gerechnet werden.

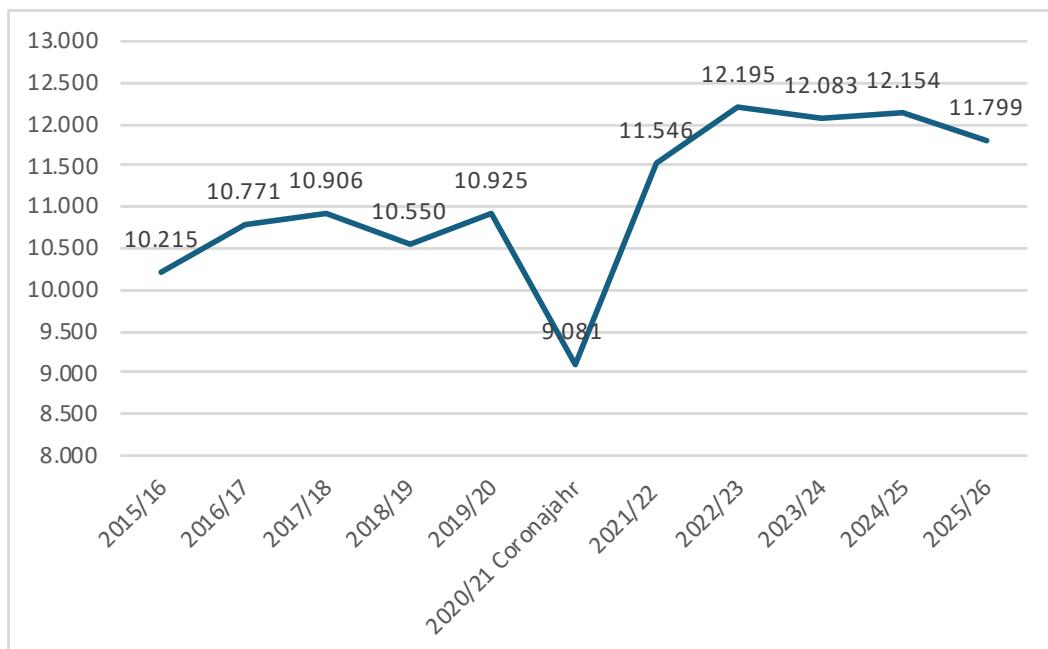


Abbildung 3: Anzahl der durchgeföhrten Schuleingangsuntersuchungen pro Einschulungsjahrgang 2015/16- 2025/26, Region Hannover

2.3.1. Charakteristika der Schulanfängerkohorte 2025/26

Die Eltern bekommen mit der Einladung zur SEU einen Vorbereitungsbogen, der wertvolle soziodemographische Faktoren (z.B. Kindergartenbesuchsdauer, Familiensprache, Migrationshintergrund, Familienkonstellation, in der das Kind aufwächst), aber auch das Freizeitverhalten (z.B. Sport, Medienkonsum, Vorlesen) des Kindes erfragt. Diese Informationen können für die Beurteilung des Entwicklungsstandes des Kindes und die schulärztliche Beratung bedeutsam sein. Die Schulanfängerkohorte wird anhand dieser Faktoren zunächst beschrieben.

2.3.1.1. Soziodemographische Faktoren

Geschlecht

Im Einschulungsjahrgang 2025/26 wurden 6.156 (52 %) Jungen und 5.643 (48 %) Mädchen untersucht.

Alter zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung

Die Mehrzahl der Kinder ist zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung fünf Jahre alt (9.516 Kinder bzw. 80,7 %), 18,5 % bzw. 2.180 Kinder sind sechs und 0,8 % bzw. 98 Kinder sind sieben Jahre alt.

Kindergartenbesuchsdauer

79 % bzw. 9.332 Kinder besuchten drei Jahre und länger eine Kindertageseinrichtung. 15,3 % bzw. 1.802 Kinder besuchten weniger als drei Jahre und 2,7 % bzw. 317 Kinder gar keine Kindertageseinrichtung.

Migrationshintergrund

37,2 % der Kinder haben einen beidseitigen Migrationshintergrund. Ein beidseitiger Migrationshintergrund wird dann zugeordnet, wenn das Kind selbst nicht in Deutschland geboren ist und mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder beide Eltern nicht in Deutschland geboren und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind (nach Definition der KiGGS Studie des RKI, Santos-Hövener et al. 2019). 62,8 % der Kinder sind in Deutschland geboren bzw. haben keinen oder nur einseitigen Migrationshintergrund. Diese Differenzierung ist für die Datenauswertung insofern wichtig, da sich die beiden Gruppen häufig in ihrer gesundheitlichen und sozioökonomischen Lage unterscheiden.

Familiäre sprachliche Umgebung

55,5 % (6.544) der Kinder des Einschulungsjahrgangs 2025/26 wachsen mit der Familiensprache Deutsch und 44 % (5.211) in einer mehrsprachigen bzw. fremdsprachigen familiären Umgebung auf. Mit rund 9 % der Kinder (1.034), die in einer mehrsprachigen bzw.

fremdsprachigen familiären Umgebung aufgewachsen, war eine eingeschränkte Verständigung über die deutsche Sprache während der SEU möglich und lediglich mit 3 % der Kinder (361) war dies nicht möglich.

Familienkonstellation

Die überwiegende Mehrzahl der Kinder wächst in einer klassischen Familienkonstellation mit zwei Erziehungsberechtigten bzw. Elternteilen auf (82 % bzw. 9.691). 15,4 % bzw. 1.749 Kinder wachsen zum Zeitpunkt der SEU bei getrennt lebenden Eltern bzw. bei einem alleinerziehenden Elternteil auf. 29 Kinder lebten bei Pflegeeltern oder nicht leiblichen Eltern.

Stadt – Umland Verteilung

5.047 der Kinder des aktuellen Einschulungsjahrgangs 2025/26 leben in der Landeshauptstadt Hannover. Die Anzahl der übrigen Kinder verteilt sich auf die einzelnen Städte und Gemeinden der Region Hannover.



Foto: Iris Terzka



Foto: Katrin Kutter

Tabelle 1: Anzahl der Schuleingangsuntersuchungen 2023 -2025 in den Städten und Gemeinden der Region Hannover

	SEU 2022/23	SEU 2023/24	SEU 2024/25	SEU 2025/26
LH Hannover	5.240	5.082	5.124	5.047
Barsinghausen	382	403	426	421
Burgdorf	344	343	336	311
Burgwedel	210	231	200	204
Garbsen	681	679	656	699
Gehrden	185	168	198	169
Hemmingen	224	210	213	203
Isernhagen	272	297	245	272
Laatzen	460	486	471	448
Langenhagen	619	614	592	581
Lehrte	527	503	523	464
Neustadt	459	488	518	481
Pattensen	189	148	166	175
Ronnenberg	272	277	292	275
Seelze	431	362	454	392
Sehnde	246	278	253	234
Springe	305	334	348	312
Uetze	218	230	220	213
Wedemark	354	327	290	301
Wennigsen	155	155	160	165
Wunstorf	417	465	467	429
Gesamt Region Hannover*	12.190	12.080	12.152	11.796

*einzelne SEUs sind ohne Ortsangaben

2.3.1.2. Freizeitverhalten

Medienkonsum

Der hohe Medienkonsum, der nach bzw. mit der Corona Pandemie zu beobachten war (Einschulungsjahrgang 2021/22), hat im Vergleich zum Einschulungsjahrgang 2025/26 wieder etwas abgenommen. In den Kategorien „täglich mehr als 2 Stunden“ von 7,2 % auf aktuell 4,9 % und „1-2 Stunden täglich“ von 18,3 % auf 14,1 %. Der Anteil der Kinder, die selten oder nie Medien konsumieren, hat entsprechend zugenommen von 9,2 % auf 13,8 %.

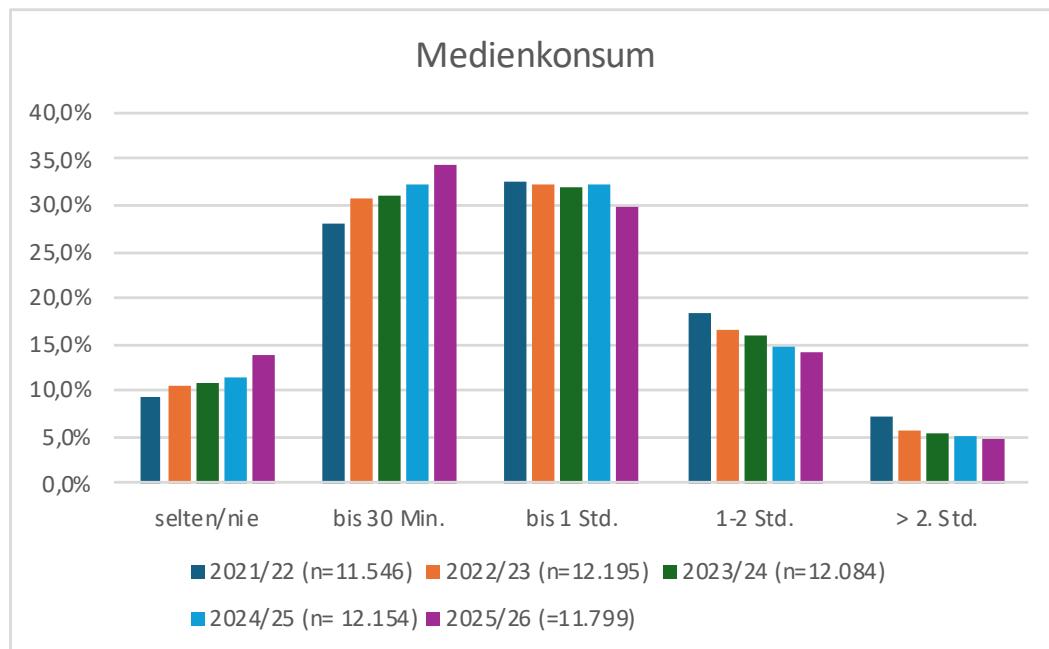


Abbildung 4: Tägliche Medienkonsumdauer, Einschulungsjahrgänge 2021/22- 2025/26, Region Hannover

Vorlesen

Regelmäßiges Vorlesen beeinflusst den Wortschatz und die Sprachkompetenz eines Kindes. Darauf verweisen u.a. die regelmäßig veröffentlichten Vorlesestudien der Stiftung Lesen (Stiftung Lesen 2024). Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird deshalb die Vorlesezeit der Eltern mit der Frage „Wie oft lesen Sie Ihrem Kind vor?“ erhoben. In den vergangenen drei Jahren lag der Anteil der Kinder, denen täglich vorgelesen wird, bei rund 48 %, weiteren rund 33 % wird drei Mal pro Woche vorgelesen. 13-15 % der Kinder wird jedoch selten oder nie vorgelesen. Im letzten Einschulungsjahrgang 2025/26 waren das 1.548 Kinder.

Sportverein

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

Im Rahmen der SEU wird daher abgefragt, ob das Kind in einem Sportverein ist. Die Ergebnisse der Abfrage zeigten, dass es aufgrund von Corona im Einschulungsjahrgang 2021/22 einen deutlichen Einbruch in der aktiven Mitgliedschaft von Kindern im Sportverein gab (45,9 %). Im Einschulungsjahrgang 2025/26 wurde mit 53,3 % fast wieder das Vor-Corona-Niveau erreicht.

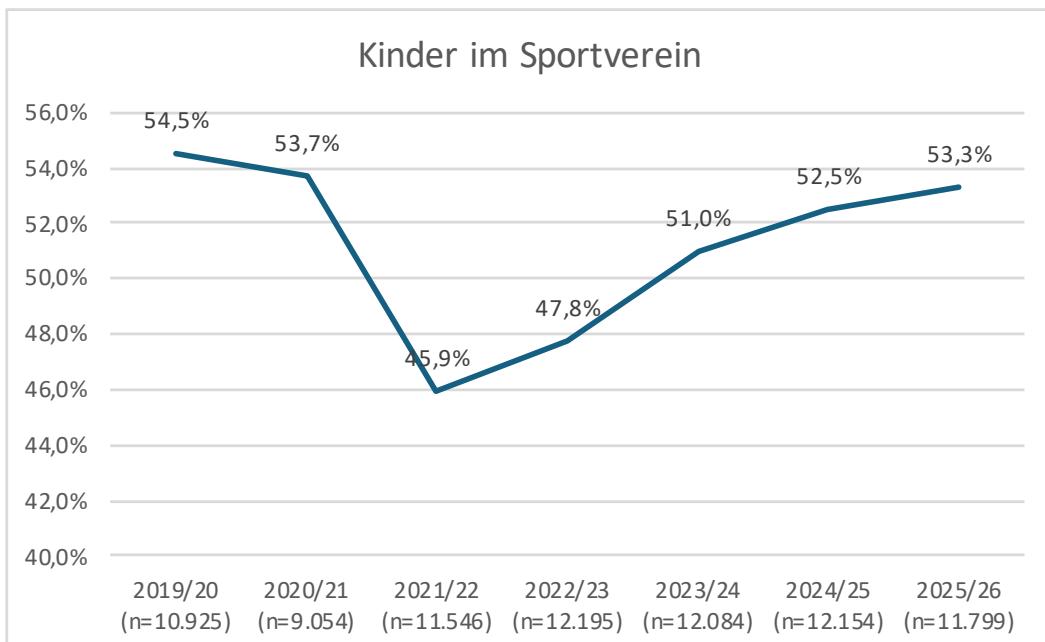


Abbildung 5: Anteil der Kinder im Sportverein, Einschulungsjahrgänge 2019/20 - 2025/26, Region Hannover

Die Auswertung pro Kommune zeigt, dass in den Kommunen Burgwedel, Gehrden, Hemmingen, Isernhagen und Pattensen mehr als 60 % der Kinder im Sportverein sind. Unter dem Regionsdurchschnitt von 50 % liegt die Landeshauptstadt Hannover, Laatzen, Garbsen, Langenhagen und Ronnenberg.

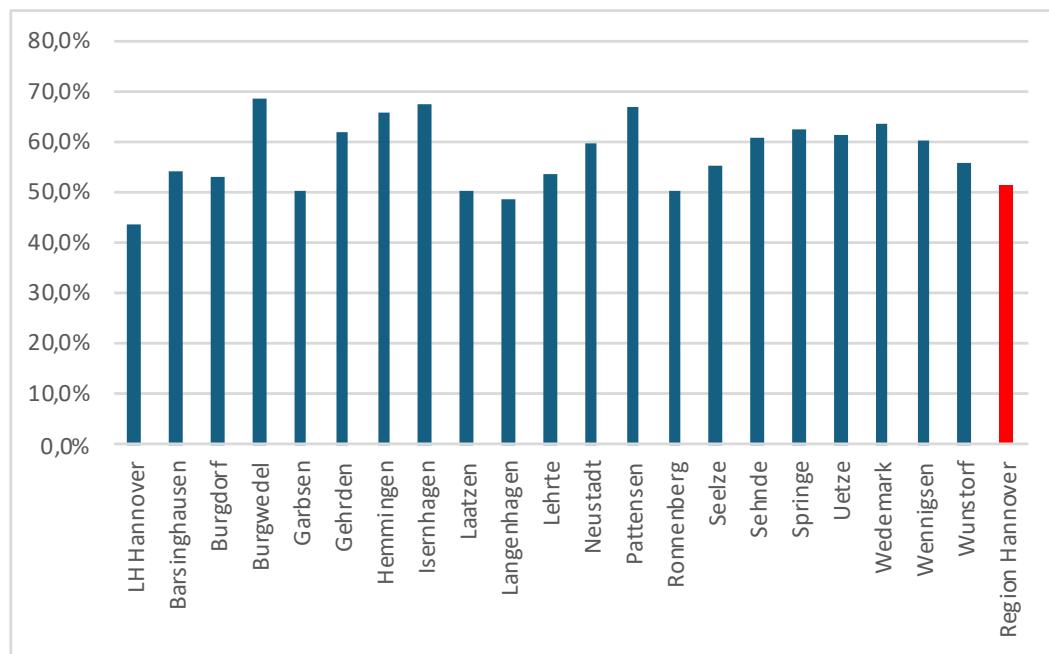


Abbildung 6: Anteil der Kinder im Sportverein, Einschulungsjahrgänge 2022/23- 2025/26 kumuliert (n=48.218), Region Hannover

Schwimmfähigkeit

Da es über die sportliche Fähigkeit hinaus eine lebenswichtige Kompetenz ist, sicher Schwimmen zu können, wurde für den Einschulungsjahrgang 2020/21 eine Frage zur Schwimmfähigkeit neu eingeführt. Als Folge der Corona-Pandemie ging die Schwimmfähigkeit der Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung deutlich zurück. Lediglich 16,1 % der Kinder des Einschulungsjahrgangs 2021/22 konnten zu diesem Zeitpunkt schwimmen. Aufgrund dessen hat die Region Hannover gemeinsam mit dem Stadtsportbund Hannover e.V., dem Turn-klubb Hannover und dem Regionssportbund Hannover e.V. im April 2022 die Schwimmoffensive ins Leben gerufen, mit dem Ziel, den Anteil an Kindern mit dem ersten Schwimmabzeichen (Frühschwimmer/ Seepferdchen) deutlich zu

steigern. Insbesondere für Kinder, denen eine Teilnahme an einem Schwimmkurs aufgrund nicht ausreichender finanzieller Ressourcen im Elternhaus erschwert ist, wurden Fördermöglichkeiten geschlossen. Im Rahmen der SEU wurden die Eltern über die Angebote zum Schwimmenlernen in Form eines Flyers informiert. Im Rahmen der Schwimmoffensive haben innerhalb der ersten drei Jahre bereits 10.000 Kinder in 900 Kursen Schwimmen gelernt, 400 neue Trainer*innen wurden ausgebildet.



Abbildung 7: Flyer „Schwimmenlernen - Angebote“, Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Region Hannover 2022

Dieses zeigt sich auch an den Zahlen der Schuleingangsuntersuchungen, die fast wieder das Niveau von vor der Corona-Pandemie erreicht haben. Fast 25 % der Kinder können im aktuellen Einschulungsjahrgang 2025/26 schwimmen oder haben bereits ihr Schwimmabzeichen. Gleichzeitig ist der Anteil der Kinder, die nicht schwimmen konnten von 51,2 % auf aktuell 37,4 % zurückgegangen. Auf kommunaler Ebene zeigt sich, dass die Mehrzahl der Kinder gerade schwimmen lernen. In Pattensen, Isernhagen, Hemmingen und Gehrden ist der Anteil der Kinder, die bereits schwimmen können mit rund 39 % am höchsten. In Hannover, Garbsen, Laatzen und Seelze hingegen ist der Anteil der Kinder, die bereits schwimmen können, am geringsten und unter dem Regionsdurchschnitt von 23 %. Die Schwimmoffensive wird in 2026 fortgesetzt.

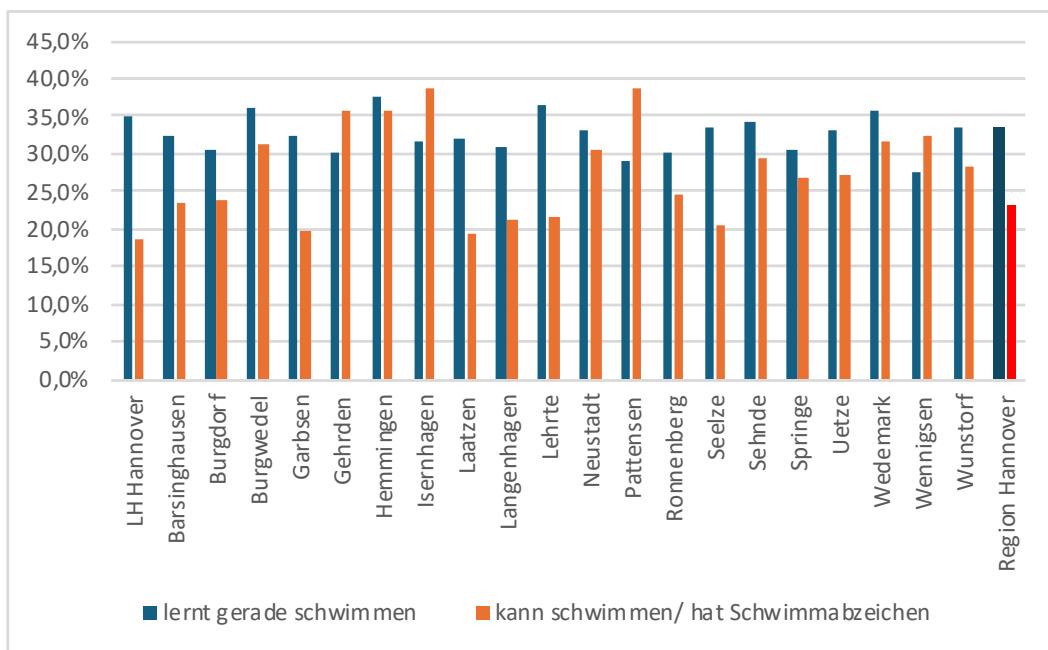


Abbildung 8: Anteil der Kinder, die schwimmen können oder gerade schwimmen lernen, Einschulungsjahrgänge 2022/23- 2025/26 kumuliert (n=48.218), Region Hannover

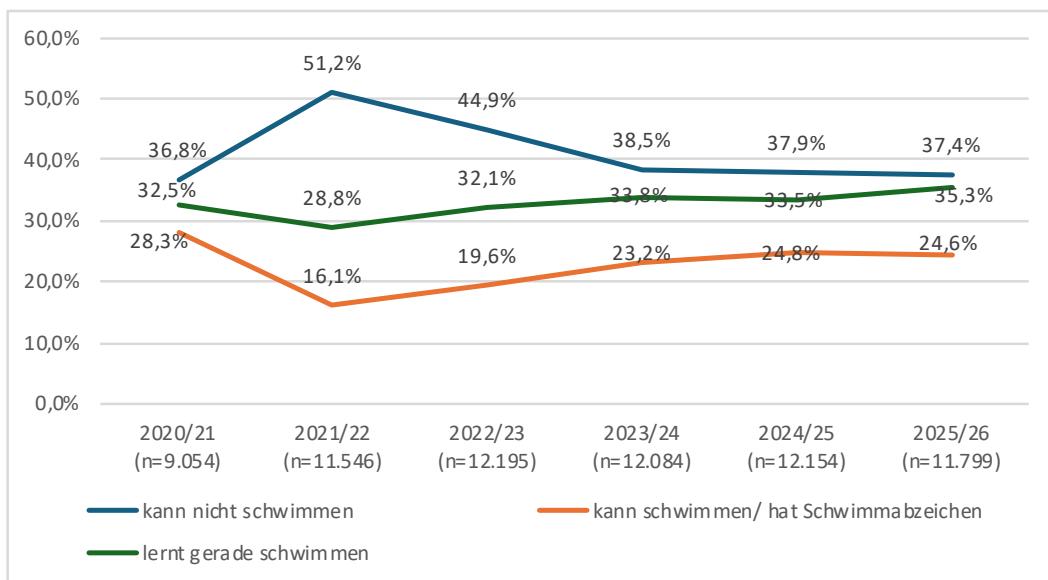


Abbildung 9: Schwimmfähigkeit der Kinder, Einschulungsjahrgang 2020/21 - 2025/26, Region Hannover

2.3.2. Ergebnisse zum Gesundheits- und Entwicklungsstand der Kinder

Im Folgenden werden die für eine gesunde Entwicklung am wichtigsten und für die Einschulung relevanten Ergebnisse der SEUs aufgeführt. Dabei wird jeweils die Entwicklung der Ergebnisse über die zurückliegenden Jahre der Einschulungsjahrgänge 2022/23 bis 2025/26 für die Region Hannover aufgeführt. Zu den einzelnen Städten und Gemeinden der Region Hannover werden die Ergebnisse kumuliert über vier Jahre dargestellt, um größere Schwankungen aufgrund der z.T. kleinen Fallzahlen pro Jahr zu nivellieren. Für bestimmte Entwicklungsbereiche werden außerdem Zusammenhänge mit soziodemographischen Faktoren und dem Freizeitverhalten der Kinder hergestellt. Die Zusammenhangsanalysen können Aufschluss darüber geben, in welchen Entwicklungsbereichen verstärkt präventive Maßnahmen zielgruppenspezifisch angeboten werden sollten.

2.3.2.1. Ergebnisse zur körperlichen Untersuchung

2.3.2.1.1. Seh- und Hörtest

Ein gutes Sehvermögen ist sowohl für den Erwerb der Lese- und Schreibkompetenz als auch für die Entwicklung der Fein- und Grobmotorik eine wichtige Voraussetzung. Für den Spracherwerb und die auditive Wahrnehmung und Verarbeitung ist ein differenziertes Hörvermögen unabdingbar. Der Sehtest umfasst die Überprüfung der Nah- und Fernsicht, sowie das räumliche (Stereotest) und farbliche Sehen (Farbsinntest). Kinder im Alter zwischen 48 und 60 Monaten, deren Sehschärfe weniger als 0,7 beträgt bzw. weniger als 1,0 bei älteren Kindern, bekommen eine augenärztliche Abklärungsempfehlung.

Abbildung 10: Seh- und Hörtest während der Untersuchung in den Dienststellen, Foto: Region Hannover



Tabelle 2: Ergebnisse zum Sehtest, Einschulungsjahrgänge 2022/23 - 2025/26, Region Hannover

	Einschulungs-jahrgang 2022/23		Einschulungs-jahrgang 2023/24		Einschulungs-jahrgang 2024/25		Einschulungs-jahrgang 2025/26	
Sehen	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne Befund	9.885	81,1	9.657	79,9	9.764	80,3	9.513	80,6
Abklärungs-empfehlung	1.028	8,4	1.092	9	856	7	893	7,6
in Behandlung	886	7,3	904	7,5	966	7,9	847	7,2
Befund ohne Maßnahme	26	0,2	11	0,1	2	0	2	0
keine Angaben	370	3,0	420	3,5	566	4,6	544	4,7
gesamt	12.195	100,0	12084	100	12154	100	11.799	100

Die Ergebnisse aus den SEUs zeigen, dass rund 7-8 % der Kinder eine Sehhilfe bzw. Brille haben und daher bereits in augenärztlicher Behandlung sind. Bei 7-9 % der Kinder wird eine augenärztliche Abklärung empfohlen. Auf kommunaler Ebene gibt es große Unterschiede in der augenärztlichen Behandlung.

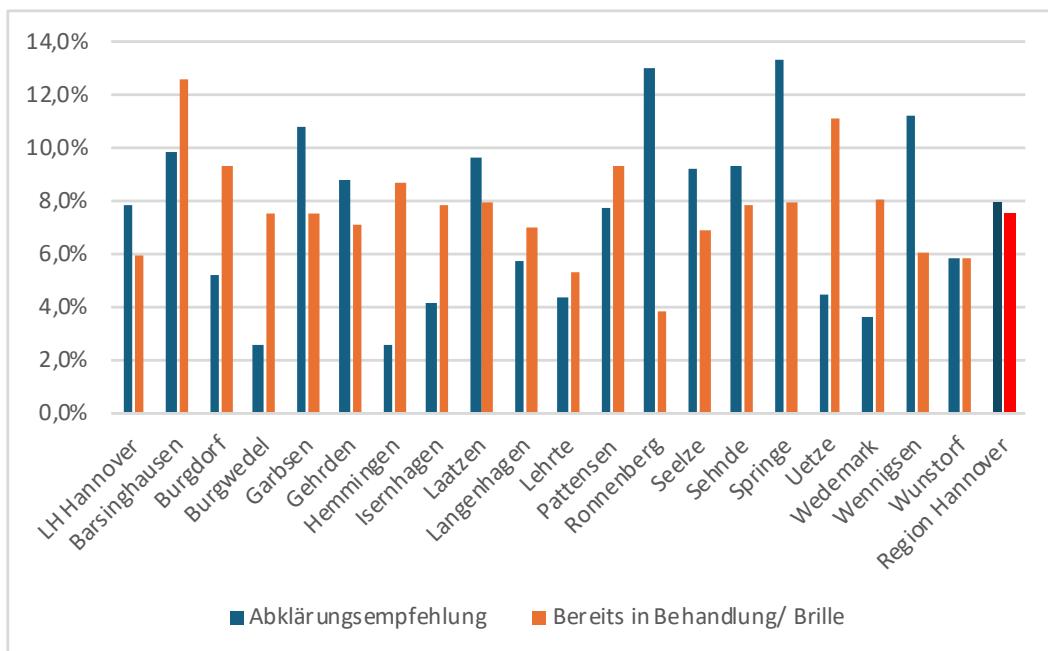


Abbildung 11: Ergebnisse zum Sehtest pro Kommune Einschulungsjahrgänge 2022/23 - 2025/26 kumuliert (n=48.218), Region Hannover (* für Neustadt konnten keine Werte aufgeführt werden)

Hörtestung:

Hören ist wichtig sowohl für die sprachliche Entwicklung von Kindern und das Lernen von Lesen und Schreiben, als auch für die emotionale Entwicklung und das soziale Miteinander. Standardmäßig wird der Hörtest mit einem geeichten Audiometer unter Benutzung von Kopfhörern durchgeführt. Beide Ohren werden dabei getrennt voneinander untersucht. Wird der Ton wahrgenommen, soll das Kind eine Rückmeldung geben. Kinder, die bei einer Lautstärke von 30 dB mindestens zwei von sechs Tonfrequenzen auf einem oder beiden Ohren nicht wahrnehmen, bekommen eine ärztliche Abklärungsempfehlung.

Um Ergebnisse unabhängig von der Rückmeldung des Kindes zu erzielen und damit die Treffsicherheit bei der Entdeckung von Hörbeeinträchtigungen zu erhöhen wurde von September 2022 bis Juli 2023 in Kooperation mit der Hörregion Hannover und dem Deutschen HörZentrum Hannover der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) eine Studie durchgeführt. Im Rahmen der SEU erhielten dafür alle Kinder eines Jahrgangs ein objektives Hörscreening mittels otoakustischer Emissionen (OAE), welches zusätzlich zum herkömmlichen Verfahren der Audiometrie eingesetzt wurde. Bei den otoakustischen Emissionen (OAE) handelt es sich um ein objektives Messverfahren, das schnell durchzuführen ist. Dabei werden reflektorische Biosignale nach einem gesetzten akustischen Reiz gemessen, so dass keine aktive Mitarbeit des Kindes für die Messung notwendig ist. Wird ein Klick-Impuls durch die Gehörgangssonde des Geräts im äußeren Gehörgang abgegeben, kommt es im Rahmen der Schallweiterleitung zu reaktiven Kontraktionen der äußeren Haarzellen im Innenohr. Dies bewirkt eine physiologische mechanische Verstärkung des Schallreizes, was zu einer erhöhten Empfindlichkeit und höheren Trennschärfe der Reizempfindung führt. Bei den Kontraktionen werden jedoch auch Schallwellen erzeugt, die retrograd in den Gehörgang zurückgeleitet und dort über ein hochempfindliches Mikrofon gemessen werden können, welches sich ebenfalls in der Gehörgangssonde des Geräts befindet (Lehnardt, Laszig 2001). Die Auswertung der gemessenen Signale erfolgt anschließend automatisiert über das OAE-Gerät und ergibt die eindeutige Befundung „pass“ (auffällig) oder „fail“ (unauffällig).

Die Messung der OAEs kann durch unterschiedliche Faktoren ausgehend vom äußeren Ohr sowie von Mittel- und Innenohr gestört werden, was zu einem auffälligen Ergebnis führt

Abbildung 12: Hörscreening mittels otoakustischer Emissionen (OAE), Foto: Region Hannover



und im Verlauf weiter abgeklärt werden muss. Bei einem unauffälligen Ergebnis ist eine peripherie Hörstörung (Schallleitungsstörung oder Innenohrstörung) weitestgehend ausgeschlossen. Allerdings werden Hörstörungen, die weiter zentral lokalisiert sind (einschließlich der auditorischen Synaptopathie/Neuropathie), nicht festgestellt.

Durch die Kombination beider Hörtestverfahren konnte die Treffsicherheit bei der Entdeckung von Hörbeeinträchtigungen erhöht und gleichzeitig Aussagen zu beiden Testverfahren im Vergleich (Kongruenz, Sensitivität, Bewertungskonstanz und Zeitmanagement) gemacht werden. Die überwiegende Mehrzahl der Kinder hat zum Zeitpunkt der SEU einen unauffälligen Hörbefund. Dennoch ist der Anteil der Kinder mit Abklärungsempfehlung des Hörvermögens (HNO) in den drei Jahren von 3,5 % auf 6 % angestiegen. Rund 1 % der Kinder sind aufgrund eines eingeschränkten Hörvermögens (ggf. Hörhilfen) bereits in ärztlicher Behandlung. Wie bedeutsam die Entdeckung einer Hörbeeinträchtigung beim Kind sein kann zeigt das unten aufgeführte Fallbeispiel.

Fallbeispiel zum Hörscreening durch otoakustische Emissionen (OAE)

Fallbeispiel: Ahmad, 5 Jahre und 11 Monate alt, stellt sich im Mai 2023 zur Schuleingangsuntersuchung vor. Ahmad wurde in einem europäischen Land geboren, vor 2 Jahren und 6 Monaten ist er mit seinen Eltern und zwei Geschwistern nach Deutschland gezogen. Die Familie wohnt seitdem in einer Unterkunft. Seit zehn Monaten besucht Ahmad halbtags einen Kindergarten, hat darüber erstmals Deutschkontakt. Ahmad zeigt noch kein vollumfängliches Sprachverständnis für die Aufgaben der Schuleingangsuntersuchung, kann dies aber durch ein gutes nichtsprachliches Aufgabenverständnis kompensieren. Der aktive Wortschatz ist noch gering, Ahmad bildet stark dysgrammatische Sätze mit einer mittleren Äußerungslänge von 2-3 Wörtern. Die Familiensprache soll Ahmad nach Angaben der Eltern gut beherrschen. Dem Eindruck nach verfügt Ahmad über ein durchschnittliches intellektuelles Leistungsniveau, er wirkt aber noch wenig gefördert und zeigt entsprechend nicht altersgerechte Ergebnisse in der Schuleingangsuntersuchung. Ahmad arbeitet gut mit, seine Ausdauer ist noch begrenzt, am Ende der Untersuchung wirkt er müde und weinerlich. Während der Hörtest unauffällig ist, zeigt die OAE-Untersuchung einen auffälligen Wert für das linke Ohr an.

Maßnahme: Die Schulärztin empfiehlt die Einschulung in einen Schulkindergarten, die seitens der Grundschule umgesetzt werden kann. Aufgrund des auffälligen OAE-Test empfiehlt die Schulärztin eine Untersuchung beim HNO-Arzt.

Rückmeldung: Anlässlich der Untersuchung des jüngeren Bruders im September 2024 berichten die Eltern, dass bei der HNO-ärztlichen Untersuchung eine Innenohrschwerhörigkeit links bei Ahmad festgestellt worden sei. Ahmad sei linksseitig mit einem Hörgerät versorgt worden. Mittlerweile sei er in die 1. Klasse der Grundschule eingeschult worden, würde aufgrund der Schwerhörigkeit in der ersten Reihe sitzen und käme gut im Unterricht mit.

Tabelle 3: Ergebnisse Hörtest der Schuleingangsuntersuchung, Einschulungsjahrgänge 2022/23 - 2025/26, Region Hannover

	Einschulungs-jahrgang 2022/23		Einschulungs-jahrgang 2023/24		Einschulungs-jahrgang 2024/25		Einschulungs-jahrgang 2025/26	
Hören	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ohne Befund	11.319	92,8	10.850	89,8	10.776	88,7	10289	87,2
Abklärungs-empfehlung	432	3,5	712	5,9	707	5,8	716	6,1
in Behandlung	84	0,7	95	0,8	142	1,2	114	1,0
keine Angaben	360	2,9	427	3,6	529	4,4	580	5,8
gesamt	12.195	100,0	12084	100	12154	100	11.799	100

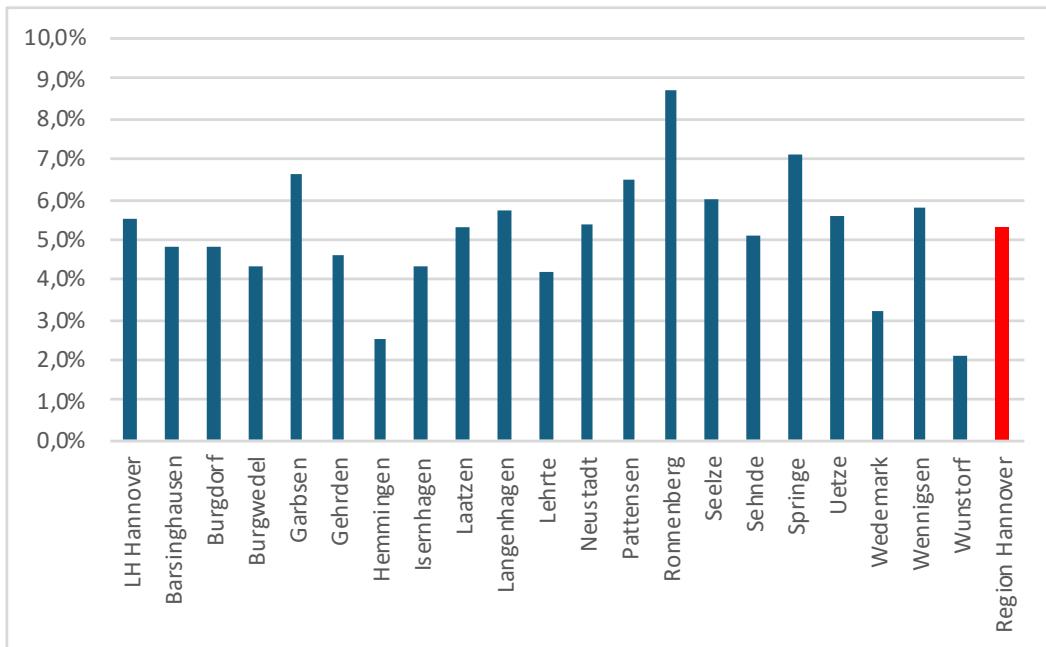


Abbildung 13: Anteil der Kinder mit Abklärungsempfehlungen nach Hörtest bei der Schuleingangsuntersuchung pro Kommune, Einschulungsjahrgänge 2022/23 - 2025/26 kumuliert (n=48.218), Region Hannover

2.3.2.1.2. Gewichtsbeurteilung

Ein weiterer Bestandteil der körperlichen Untersuchung ist die standardisierte Messung von Körpergröße und Gewicht. Ein ausgewogenes Körpergewicht spiegelt den allgemeinen Gesundheitszustand eines Kindes wider und ist eine wichtige Voraussetzung für eine altersgerechte Entwicklung. Aus Größe und Gewicht wird der Body-Mass-Index (BMI) ermittelt. Da im Kindes- und Jugendalter Größe und Gewicht wachstumsbedingten Veränderungen unterliegen, werden zur Gewichtsbeurteilung alters- und geschlechtsbezogene Perzentilenkurven nach dem Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild herangezogen (siehe Infobox unten).

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

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

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

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

(Kromeyer-Hauschild et al. 2001)



Abbildung 14: Messen der Größe,
Foto: Tobias Wölki

Nach den Referenzperzentilen gelten 10 % der Kinder und Jugendlichen als übergewichtig, 3 % davon als adipös. Übergewicht und Adipositas erhöhen das Risiko für Folgeerkrankungen wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes Typ 2, aber auch für motorische Einschränkungen und psychische Erkrankungen (Friedemann et al. 2012, Llewellyn et al. 2016, Cataldo et al. 2016, Cheng et al. 2016, Memaran et al. 2020).

Im vorherigen Bericht 2022 wurde deutlich, dass es im Rahmen der Corona-Pandemie eine Verschiebung hin zu mehr Übergewicht und Adipositas gab und der Anteil untergewichtiger Kinder zurückgegangen war. In der Region Hannover lag der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder in den vergangenen Jahren vor der Corona-Pandemie stetig bei rund 10 %. Dieser Anteil ist während der Corona-Pandemie deutlich auf 14,5 % angestiegen. Mittlerweile ist jedoch dieser Anteil bei den einzuschulenden Kindern zurückgegangen und es liegt wieder eine Normalverteilung vor.

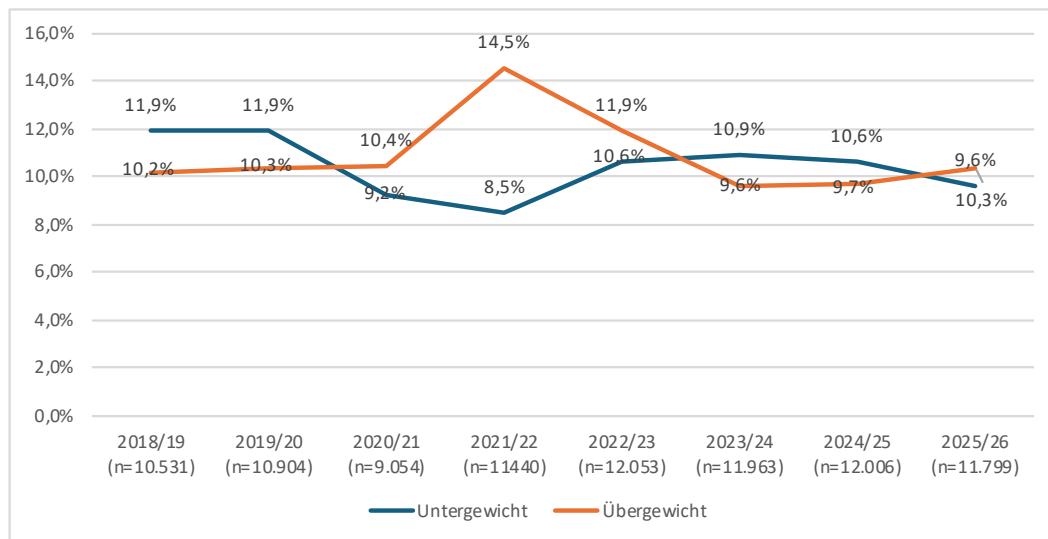


Abbildung 15: Gewichtsverteilung, Einschulungsjahrgänge 2018/19-2025/26, Region Hannover

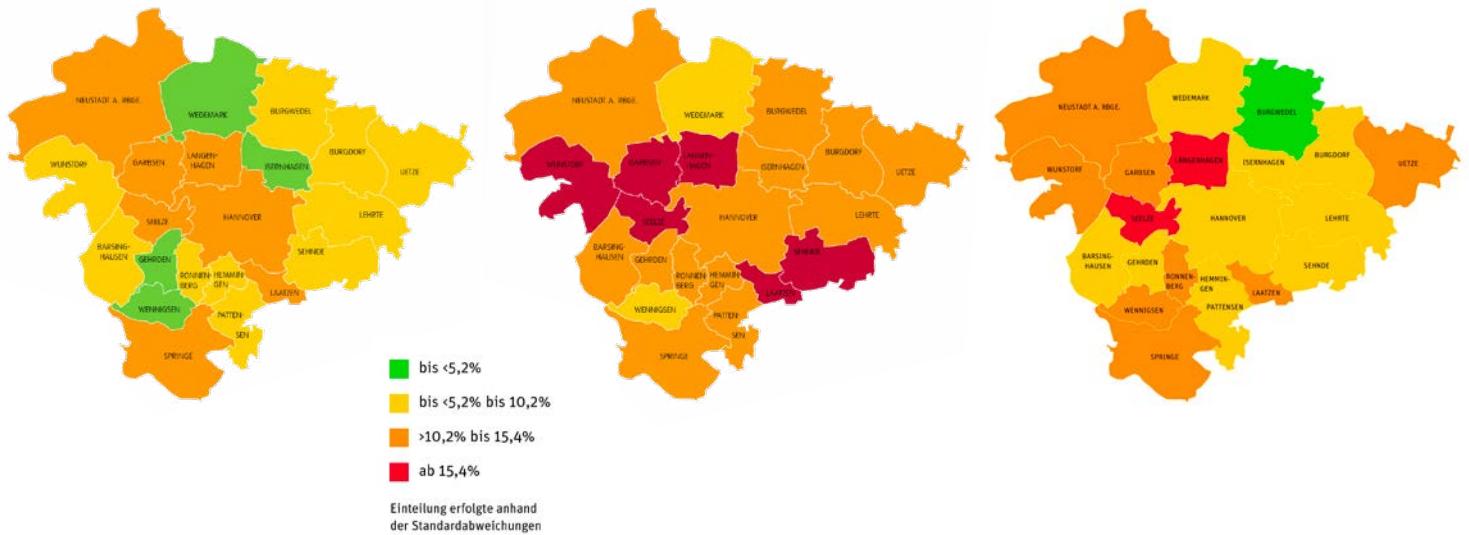


Abbildung 16: Übergewichtsprävalenz der 21 Städte und Gemeinden der Region Hannover, Einschulungsjahrgänge 2019/20 (Abb. rechts), 2021/22 (Abb. Mitte), 2025/26 (Abb. links)

Eine Auswertung nach Städten und Gemeinden der Region Hannover zeigt, dass in allen Kommunen die Übergewichtsprävalenz bei den Kindern zum Zeitpunkt der SEU im Einschulungsjahrgang 2021/22 angestiegen ist und 2025/26 wieder zurück gegangen ist, jedoch in vielen Kommunen noch nicht auf das Niveau von 2019/20. In Langenhagen und Seelze liegt die Übergewichtsprävalenz aktuell noch über 15 %.

Anhand der SEU-Daten wurden Zusammenhänge zwischen möglichen Einflussfaktoren und der Prävalenz von Übergewicht mittels multivariablen logistischen Regressionsanalysen untersucht. Die Ergebnisse dieser Auswertungen zeigen, dass Übergewicht mit einem geringen Bildungsgrad der Eltern, einem beidseitigen Migrationshintergrund, einem hohen Geburtsgewicht, einer hohen täglichen Medienkonsumdauer und einem eigenen Bildschirmgerät im Kinderzimmer assoziiert ist (Bantel, Dreier, Wünsch 2023).

2.3.2.2. Ergebnisse zum Entwicklungsstand des Kindes

Gesamtärztliche Befunde und Ergebnisse zum Entwicklungsscreening SOPESS

Die überwiegende Mehrheit der Kinder ist altersgerecht und gesund entwickelt. Die folgenden Tabellen zeigen eine Gesamtübersicht zu den Ergebnissen der verschiedenen schulrelevanten Entwicklungsbereiche zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung. Ein wichtiger Bestandteil ist dabei die Überprüfung der Sprachentwicklung und Sprachkompetenz in Deutsch, die Kognition, die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit, die sozial-emotionale Reife bzw. das Verhalten des Kindes, die visuomotorische Kompetenz und die Körperkoordination. Einzelne Ergebnisse, in denen ein Trend zu mehr oder weniger Auffälligkeiten ersichtlich ist, werden im Text ausführlicher erläutert und mögliche Zusammenhänge dargestellt. Die Methodik zur Erfassung des Entwicklungsstandes des Kindes im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wurde bereits in Kapitel 2 beschrieben.



Tabelle 4: Ergebnisse zur ärztlichen Gesamtbefundung der einzelnen Entwicklungsbereiche, Einschulungsjahrgänge 2022/23-2025/26, Region Hannover

	Einschulungs-jahrgang 2022/23	Einschulungs-jahrgang 2023/24	Einschulungs-jahrgang 2024/25	Einschulungs-jahrgang 2025/26
Ärztliche Gesamtbefundung				
Sprache				
ohne Befund	5.313	43,6	4.874	40,3
Abklärungsbedarf	1.912	15,7	2.042	16,9
in Behandlung	1.903	15,6	2.102	17,4
leichte Auffälligkeit	2.770	22,7	2.727	22,6
nicht beurteilbar/verweigert	297	0,7	339	2,8
gesamt	12.195	100	12.084	100
Wahrnehmung & Verarbeitung				
ohne Befund	7.523	61,7	7.483	61,9
Abklärungsbedarf	1.524	12,5	1.531	12,7
in Behandlung	477	3,9	472	3,9
leichte Auffälligkeit	2.566	21,0	2.490	20,6
nicht beurteilbar/verweigert	105	0,9	108	0,9
gesamt	12.195	100	12.084	100
Feinmotorik				
ohne Befund	8.178	67,1	7.896	65,3
Abklärungsbedarf	788	6,5	785	6,5
in Behandlung	516	4,2	499	4,1
leichte Auffälligkeit	2.652	21,7	2.809	23,2
nicht beurteilbar/verweigert	61	0,5	95	0,8
gesamt	12.195	100	12.084	100
Grobmotorik				
ohne Befund	9.687	79,4	9.490	78,5
Abklärungsbedarf	409	3,4	467	3,9
in Behandlung	308	2,5	248	2,1
leichte Auffälligkeit	1.632	13,4	1.670	13,8
nicht beurteilbar/verweigert	159	1,3	209	1,7
gesamt	12.195	100	12.084	100
Verhalten				
ohne Befund	7.258	59,5	6.895	57,1
Abklärungsbedarf	915	7,5	1.141	9,4
in Behandlung	619	5,1	591	4,9
leichte Auffälligkeit	3.385	27,8	3.444	28,5
nicht beurteilbar/verweigert	18	0,1	13	0,1
gesamt	12.195	100	12.084	100

Tabelle 5: Ergebnisse aus dem Entwicklungsscreening SOPESS, Einschulungsjahrgänge 2022/23- 2025/26, Region Hannover

	Einschulungs-jahrgang 2022/23		Einschulungs-jahrgang 2023/24		Einschulungs-jahrgang 2024/25		Einschulungs-jahrgang 2025/26	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
	12.195	100	12.084	100	12.154	100	11.799	100
Präposition*								
unauffällig	8.236	71,7	7.841	69,7	7.907	69,9	7.667	69,4
grenzwertig	720	6,3	703	6,3	634	5,6	679	6,2
auffällig	2.538	22,1	2.699	24,0	2.778	24,5	2.694	24,4
gesamt	11.494	100	11.243	100	11.319	100	11.040	100
Pluralbildung*								
unauffällig	7.773	68,5	7.161	64,7	7.117	64	6.917	63,5
grenzwertig	1.257	11,1	1.296	11,7	1.382	12,4	1.311	12,0
auffällig	2.324	20,5	2.605	23,5	2.618	23,5	2.668	24,5
gesamt	11.354	100	11.062	100	11.117	100	10.896	100
Pseudowörter								
unauffällig	9.026	77,2	8.667	75,5	8.741	75,3	8.398	75,0
grenzwertig	1.510	12,9	1.581	13,8	1.607	13,8	1.613	14,4
auffällig	1163	9,9	1229	10,7	1258	10,8	1.187	10,6
gesamt	11.699	100	11.477	100	11.606	100	11.198	100
Zählen bis 20								
unauffällig	8.431	70,1	8.374	70,3	8.361	69,8	8.051	69,6
grenzwertig	1.950	16,2	2.016	16,9	2.005	16,7	1.900	16,4
auffällig	1.639	13,6	1.518	12,7	1.614	13,5	1.617	14,0
gesamt	12.020	100	11.908	100	11.980	100	11.568	100
Simultan- und Mengenerfassung								
unauffällig	9.228	76,9	8.890	74,8	8.735	73,1	8.136	70,4
grenzwertig	1.733	14,4	1.863	15,7	2.061	17,3	2.131	18,4
auffällig	1.041	8,7	1.126	9,5	1.150	9,6	1.292	11,2
gesamt	12.002	100	11.879	100	11.947	100	11.559	100
Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern								
unauffällig	9.338	79,9	9.208	80	9.380	78,8	8.890	77,0
grenzwertig	1.490	12,8	1.486	12,9	1.564	13,1	1.643	14,2
auffällig	855	7,3	818	7,1	959	8,1	1.018	8,8
gesamt	11.683	100	11.512	100	11.903	100	11.551	100
Selektive Aufmerksamkeit								
unauffällig	9.697	82,4	9.785	84,1	9.817	81,9	9.435	81,5
grenzwertig	1.240	10,5	1.084	9,3	1.212	10,1	1.223	10,6
auffällig	837	7,1	770	6,6	963	8,0	914	7,9
gesamt	11.774	100	11.639	100	11.992	100	11.572	100

Visuomotorik								
unauffällig	8.098	69,7	7.858	68,4	7.697	65,1	7.185	64,0
grenzwertig	1.641	14,1	1.650	14,4	1.823	15,4	1.744	15,5
auffällig	1.874	16,1	1.981	17,2	2.307	19,5	2.303	20,5
gesamt	11.613	100	11.489	100	11.827	100	11.232	100
Körperkoordination								
unauffällig	9.705	82,2	9.386	80,9	9.604	82	9.090	80,1
grenzwertig	1.370	11,6	1.417	12,2	1.411	12,1	1.485	13,1
auffällig	732	6,2	800	6,9	693	5,9	768	6,8
gesamt	11.807	100	11.603	100	11.708	100	11.343	100

Prozentuiert auf die Kinder, die an dem Test teilgenommen haben. *Bei Kindern, deren Deutschkenntnisse sehr eingeschränkt sind, können diese Tests nicht durchgeführt werden.

2.3.2.2.1. Sprache

Eine wesentliche Voraussetzung für die aktive Teilnahme am Unterricht und das spätere Erlernen von Lesen und Schreiben ist eine gut entwickelte Sprachkompetenz in Deutsch. Die beiden SOPESS-Sprachuntersuchungen zur Präpositions- und Pluralbildung dienen der Beurteilung der Sprachkompetenz in Deutsch. Zur Beurteilung einer Sprachentwicklungsverzögerung wird der Untertest Pseudowörter hinzugezogen, um zusätzlich das phonologische Arbeitsgedächtnis² zu überprüfen. Mit Abschluss des fünften Lebensjahres sollte die Sprachentwicklung eines Kindes abgeschlossen sein, die Artikulation beherrscht werden und grammatisch richtige Sätze in der Muttersprache gebildet werden können.

Zusätzlich erfolgt eine Beurteilung des sprachlichen Ausdrucksvermögens in Deutsch (das Kind spricht altersgerecht flüssig deutsch, spricht mit erheblichen Fehlern, hat geringe oder gar keine Deutschkenntnisse) sowie ein gesamtärztliches Urteil (Abklärungsempfehlung bzw. Empfehlung zur weiteren fachärztlichen Abklärung, Kind ist bereits in Behandlung, Beratung der Eltern bei leichten Auffälligkeiten). Der Vergleich der Einschulungsjahrgänge zeigt in den SOPESS-Untersuchungen zur Sprache einen leichten, aber stetigen Anstieg an auffälligen Ergebnissen in der Plural- und Präpositionsbildung auf aktuell 24,5 % bzw. 24,4 %.

Der Anteil der Kinder, die sowohl in der Präpositions-, als auch in der Pluralbildung im auffälligen Bereich liegen und damit eine eingeschränkte deutsche Sprachkompetenz zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung hatten, ist von 16,3 % im Einschulungsjahr 2022/23 auf 19,4 % im Einschulungsjahr 2025/26 angestiegen. Der Anteil starker Auffälligkeiten bzw. Auffälligkeiten mit Abklärungsempfehlung ist mit 15,4 % unverändert, dafür hat sich der Anteil der Kinder, die bereits in Behandlung sind (z.B. Logopädie) leicht erhöht und liegt aktuell bei 18,5 %.

²Das phonologische Arbeitsgedächtnis ist für die kurzfristige Speicherung und Verarbeitung sprachlicher Informationen zuständig. Phonologie: Teilgebiet der Sprachwissenschaft, das sich mit der Funktion der Laute in einem Sprachsystem beschäftigt.

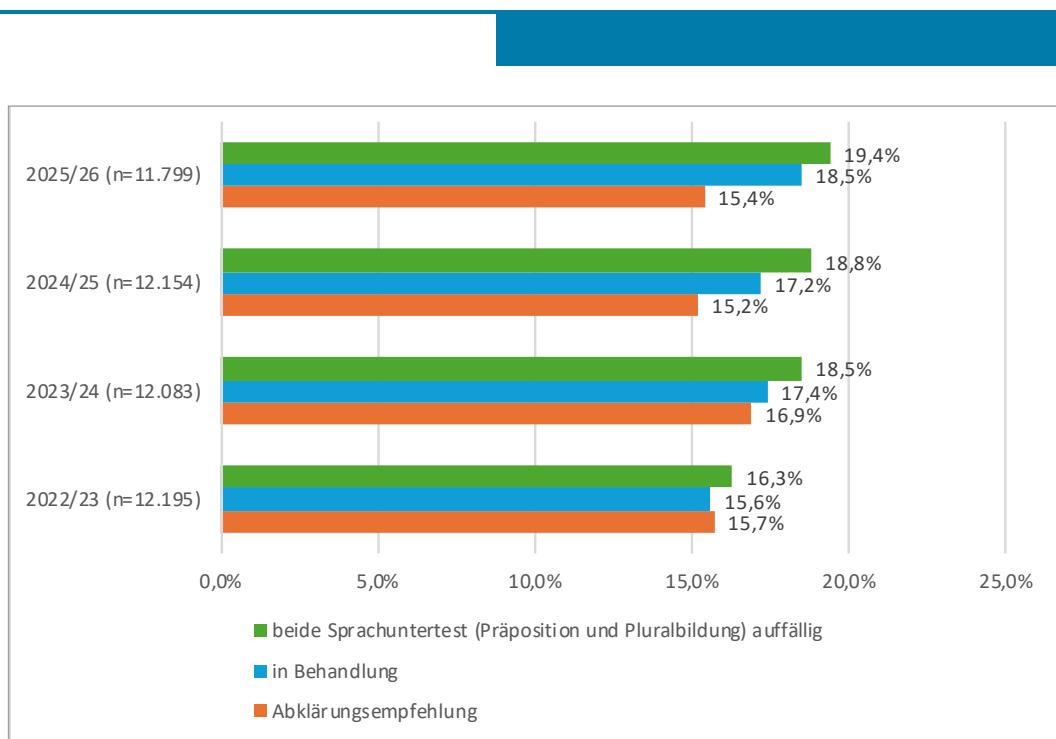


Abbildung 17: Ergebnisse zur Sprachentwicklung, Einschulungsjahrgänge 2022/23 – 2025/26, Region Hannover

Der Anteil der Kinder, die nur sehr geringe Deutschkenntnisse haben liegt aktuell bei 8 %. Der Anteil der Kinder, die gar keine Deutschkenntnisse haben, hat von rund 4 % auf 2,4 % abgenommen.

Tabelle 6: Ergebnisse zur Beurteilung des Ausdruckvermögens in der deutschen Sprache, Einschulungsjahrgänge 2022/23- 2025/26, Region Hannover

	Einschulungsjahrgang 2022/23		Einschulungsjahrgang 2023/24		Einschulungsjahrgang 2024/25		Einschulungsjahrgang 2025/26	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Kind spricht altersgerecht und flüssig deutsch	6.382	52,3	6.108	50,5	6.131	50,4	5.919	50,2
Kind spricht deutsch mit leichten Fehlern	2.611	21,4	2.378	19,7	2.419	19,9	2.454	20,8
Kind spricht deutsch mit erheblichen Fehlern	1.661	13,6	1.864	15,4	1.826	15,0	1.973	16,7
Kind hat nur geringe Deutschkenntnisse	943	7,7	1.018	8,4	1.157	9,5	948	8,0
Kind hat keine Deutschkenntnisse	437	3,6	485	4,0	479	3,9	288	2,4
keine Angaben	161	1,3	231	1,9	142	1,2	217	1,8
Gesamt	12.195	100	12.084	100	12.154	100	11.799	100

Die kommunale Auswertung zu den Einschulungsjahrgängen 2022/23 bis 2025/26 zeigt, dass in einzelnen Kommunen der Anteil der Kinder mit eingeschränkter Sprachkompetenz deutlich über dem Regionsdurchschnitt liegt (siehe Abbildung unten).

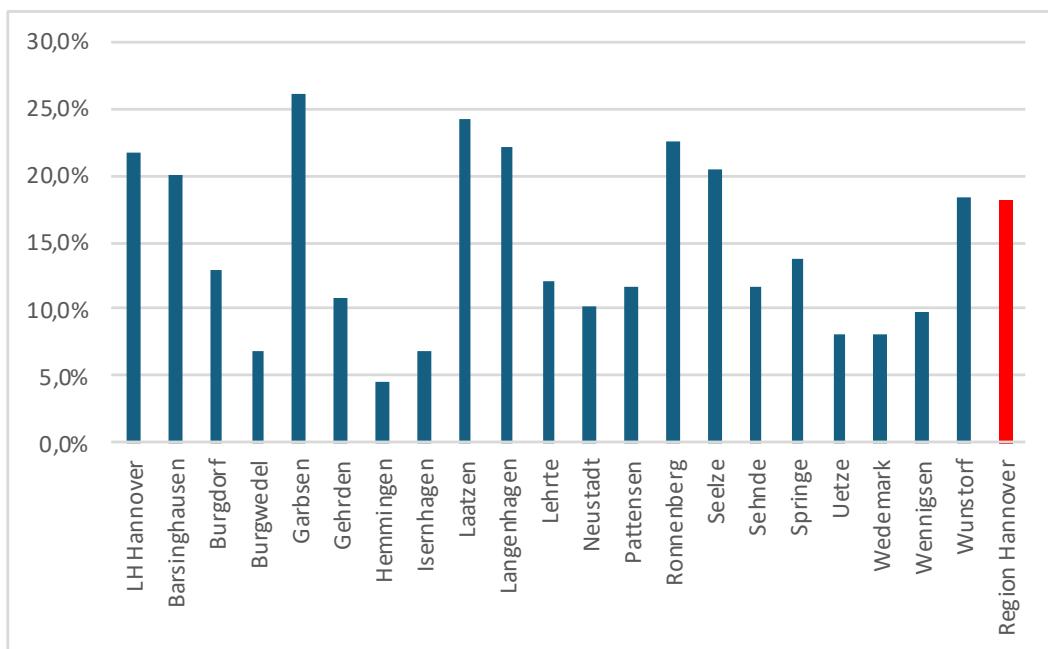


Abbildung 18: Anteil der Kinder mit eingeschränkter Sprachkompetenz (auffällige Ergebnisse sowohl in der Plural- als auch in der Präpositionsbildung), Einschulungsjahrgänge 2022/23-2025/26 kumuliert ($n=48.218$) pro Kommune und der Region Hannover

Bei Kommunen, in denen ein höherer Anteil an Kindern bereits in Therapie sind (z.B. Logopädie), ist dementsprechend auch der Anteil an Abklärungsempfehlungen durch die Schularzt bzw. den Schularzt geringer.

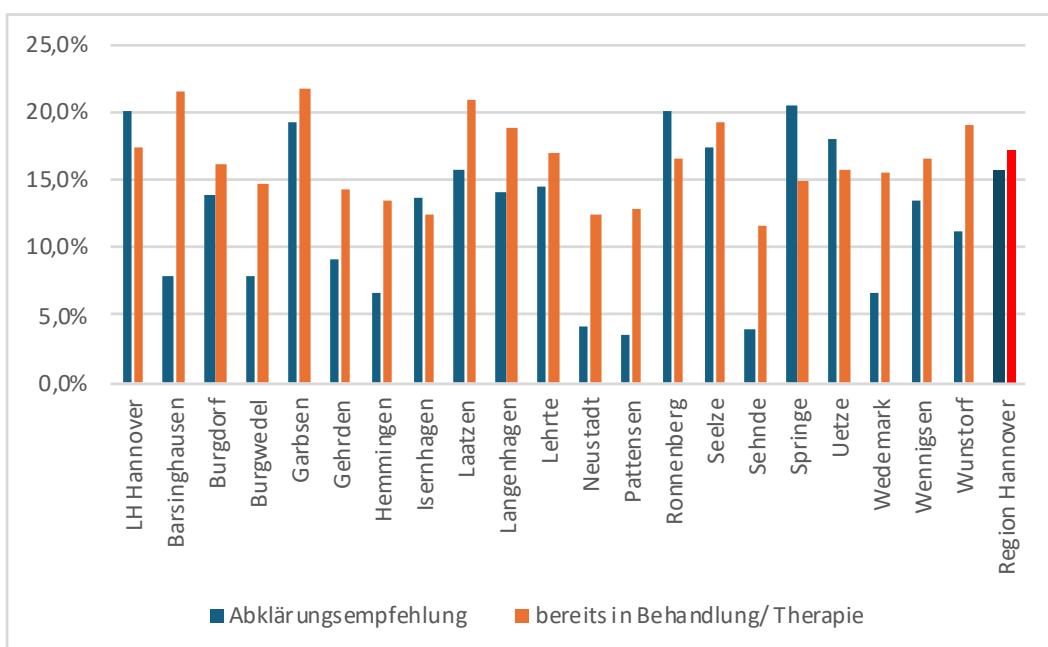


Abbildung 19: Anteil der Kinder mit Abklärungsempfehlung oder die bereits in Behandlung/Therapie sind aufgrund von Sprachauffälligkeiten. Einschulungsjahrgänge 2022/23-2025/26 kumuliert ($n=48.218$) pro Kommune und der Region Hannover

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird zudem durch die Schulärzt*in gefragt, ob das Kind aktuell an einer Therapie teilnimmt, diese bereits abgeschlossen ist oder eine Sprachtherapie empfohlen wurde. 20,1 % der Kinder nehmen zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung an einer Sprachtherapie teil, weitere rund 5 % haben bereits eine Therapie abgeschlossen und weiteren rund 7,4 % wird eine Therapie empfohlen. Auf die möglichen Faktoren, die einen Einfluss auf die Sprachentwicklung haben können, wurde bereits im vorherigen Bericht 2022 hingewiesen (Bantel, Wünsch 2022). Demnach sind Jungen häufiger von Sprachauffälligkeiten betroffen als Mädchen. Das spiegelt sich auch in der Sprachtherapie wider. Es sind deutlich mehr Jungen (1.471 bzw. 23,9 %) als Mädchen (903 bzw. 16,0 %) des aktuellen Einschulungsjahrgangs 2025/26 in einer Sprachtherapie.

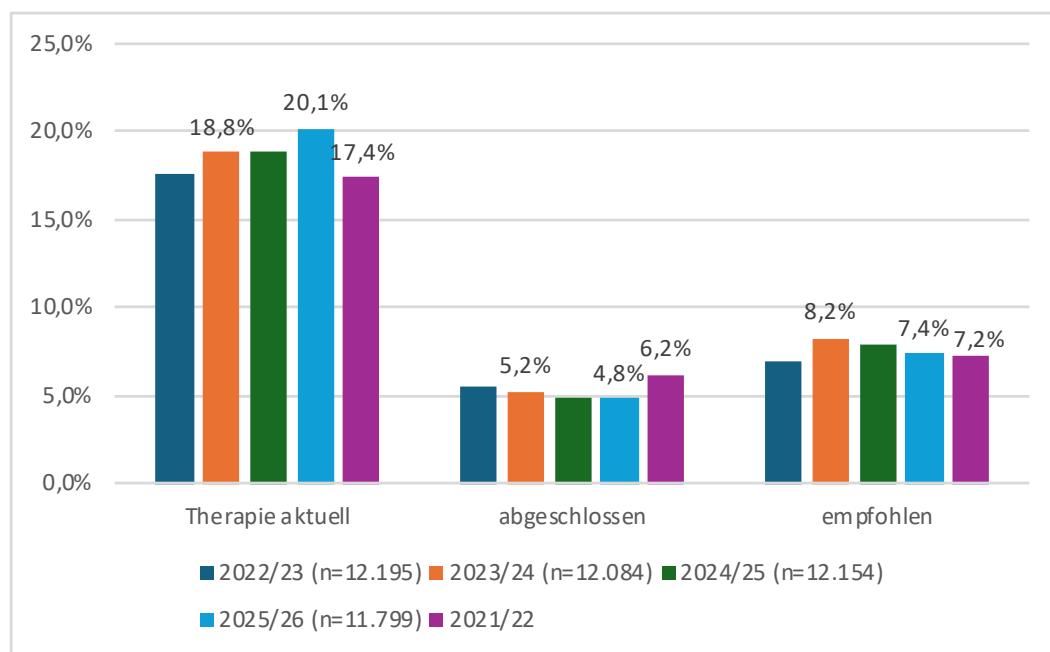


Abbildung 20: Anteil der Kinder, die aktuell in Sprachtherapie sind, eine Therapie bereits abgeschlossen haben oder eine empfohlen wurde, Einschulungsjahrgänge 2022/23-2025/26, Region Hannover

Eine eingeschränkte Sprachkompetenz in Deutsch zeigen insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten Haushalten und Kinder, die in einer nicht-deutschen familiären Sprachumgebung aufwachsen. Die Dauer des täglichen Medienkonsums und ob im Kinderzimmer bereits ein Bildschirmgerät vorhanden ist haben einen negativen Einfluss auf die Sprachkompetenz der Kinder, wohingegen sich eine Kindergartenbesuchsdauer von drei oder mehr Jahren und tägliches Vorlesen positiv auf die kindliche Sprachentwicklung auswirken.

In den vergangenen drei Jahren lag der Anteil der Kinder, denen täglich vorgelesen wird bei rund 48%, weiteren rund 33 % wird drei Mal pro Woche vorgelesen. 13-15 % der Kinder

wird jedoch selten oder nie vorgelesen. Im letzten Einschulungsjahrgang 2025/26 waren das 1.548 Kinder. Diese Kinder haben deutlich weniger gute Startchancen in der Schule, da die fehlende Vorleseerfahrung das Risiko für eine eingeschränkte Lesekompetenz und Lesemotivation erhöht (Stiftung Lesen 2024). Inwieweit sich das Vorlesen auf die Sprachentwicklung des Kindes auswirkt zeigen auch die Schuleingangsdaten der Region Hannover. So geht der Anteil an auffälligen Ergebnissen in der Sprachkompetenz (Präpositions- und Pluralbildung) in Deutsch mit der Vorlesehäufigkeit zurück (siehe Abbildung).

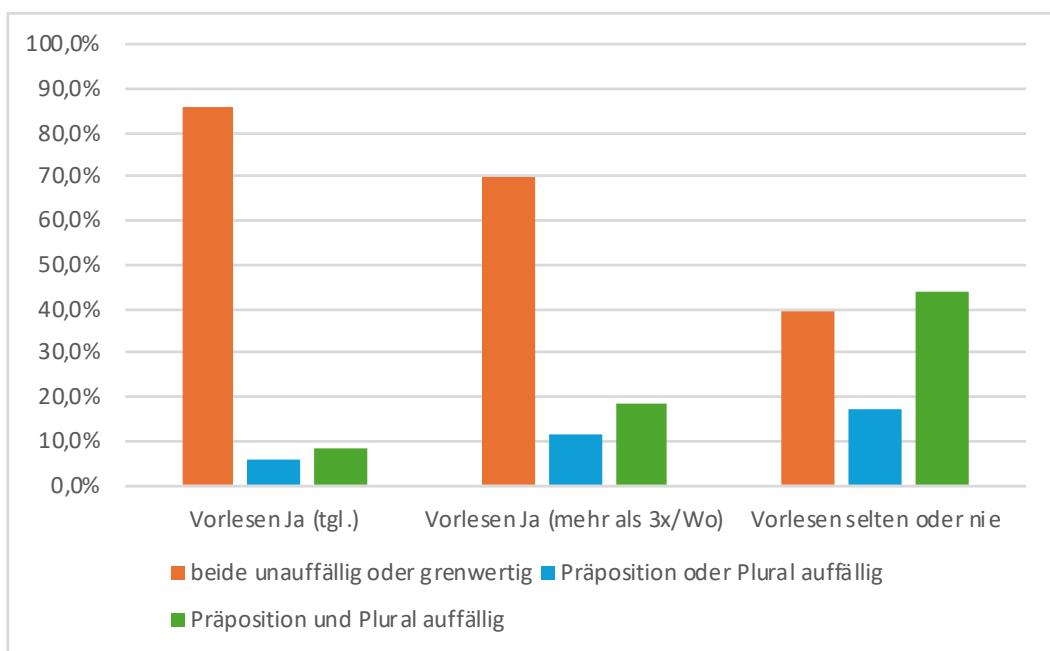


Abbildung 21: Zusammenhang des täglichen Vorlesens mit der Sprachkompetenz in Deutsch, Einschulungsjahrgänge 2022/23- 2024/25 ($n=36.433$)

Ein hoher Medienkonsum wirkt sich negativ auf die Sprachkompetenz und Sprachentwicklung von Kindern aus. In der unten aufgeführten Abbildung wird deutlich, dass mit steigender Medienkonsumdauer der Anteil der Kinder mit auffälliger Sprachkompetenz, mit Abklärungsempfehlungen und die bereits in Behandlung sind, zunimmt. Welche Folgen ein hoher Medienkonsum auf die Sprachentwicklung eines Kindes haben kann, zeigen nicht nur die Auswertungen der Schuleingangsdaten, sondern auch großangelegte Studien wie die deutschlandweite BLIKK Studie. Darin wird aufgeführt, dass hoher Medienkonsum im Vorschulalter zu deutlichen Problemen in der Sprachentwicklung führen kann (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2017). Bestimmte Bereiche im Gehirn können durch hohen Medienkonsum im Kindesalter zu strukturellen Veränderungen führen. Sprachdefizite und eine eingeschränkte Schreib- und Lesekompetenz sind die Folgen (Hutton, Dudley et al. 2019).

Die Zusammenhänge der Sprachentwicklung und Sprachkompetenz mit der Häufigkeit des Vorlesens und des Medienkonsums wird außerdem in der Publikation „Fit in der Sprache?“ (Bantel, Wünsch 2024) ausführlich anhand der Schuleingangsdaten der Region Hannover erläutert.

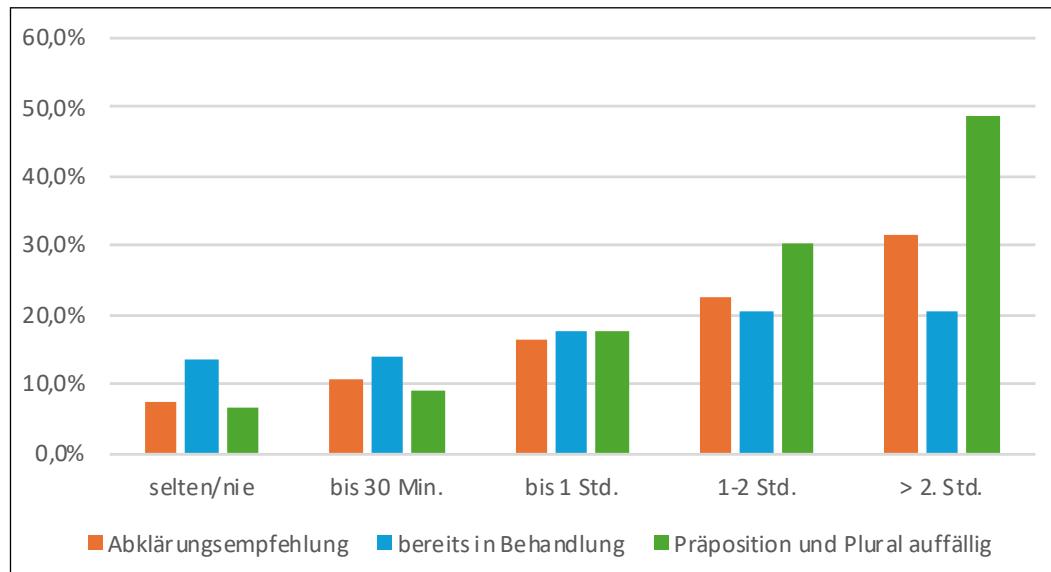


Abbildung 22: Zusammenhang des täglichen Medienkonsums mit den Sprachergebnissen, Einschulungsjahrgänge 2022/23- 2024/25 (n=36.433)

Die Schuleingangsdaten zeigen außerdem, dass Kinder, denen wenig vorgelesen wird, wiederum mehr Medien konsumieren. Bei Kindern, die selten Medien konsumieren, gaben 71,6 % der Eltern an, dass sie ihrem Kind täglich vorlesen. Wohingegen nur 15,6 % der Eltern ihrem Kind täglich vorlesen, wenn der Medienkonsum mit mehr als zwei Stunden täglich angegeben wurde.

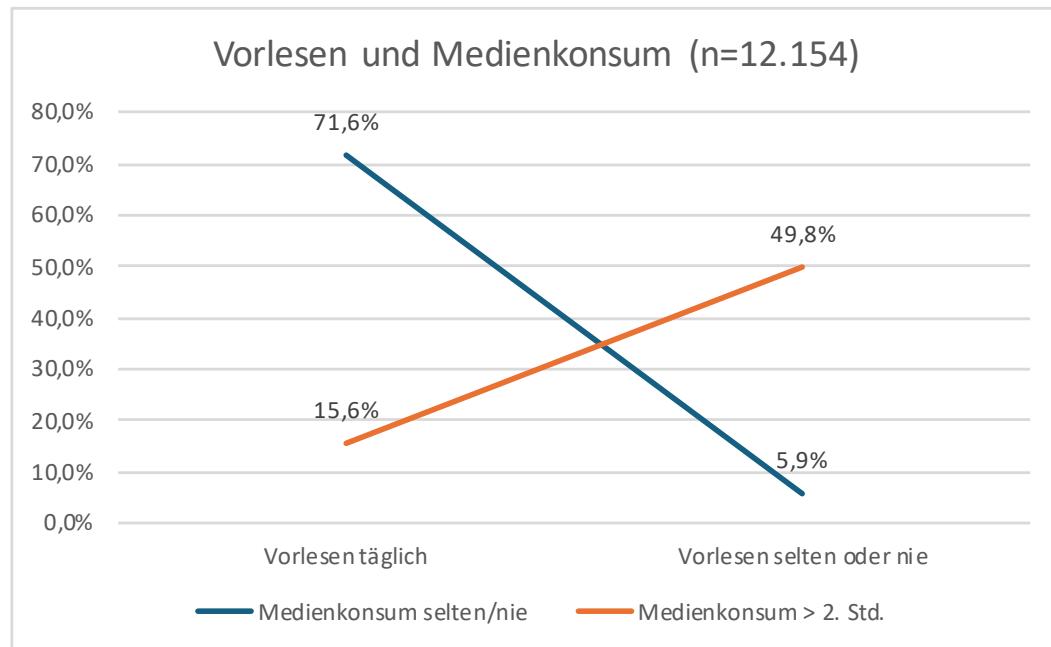


Abbildung 23: Zusammenhang des täglichen Medienkonsums mit dem täglichen Vorlesen, Einschulungsjahrgang 2024/25

Die oben aufgeführten Ergebnisse zur Sprache und Sprachkompetenz in Deutsch verdeutlichen die Bedeutung der Sprachförderung sowie der Sprachförderuntersuchung durch den Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin, die im Kapitel 3 näher erläutert wird.

Um auf die Bedeutung des Vorlesens aufmerksam zu machen, hat der Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin ein Plakat (Roll-Up) zu diesem Thema entwickelt, das seit 2024 auf dem Entdeckertag in Verbindung mit einer Vorlese Lounge zum Einsatz kommt.



**TEAM SOZIALPÄDIATRIE
UND JUGENDMEDIZIN**

ES GIBT VIELE GUTE GRÜNDE, REGELMÄSSIG VORZULESEN

- Vorlesen fördert das Wir-Gefühl
- Vorlesen bildet
- Vorlesen hilft beim Einschlafen
- Vorlesen macht Spaß
- Vorlesen ist Gemeinsamzeit
- Vorlesen regt die Fantasie an, macht kreativ
- Vorlesen unterstützt das Sprechen lernen und erweitert den Wortschatz
- Vorlesen schafft Empathie
- Vorlesen macht schlau und bessere Schulnoten

Die Schuleingangsdaten des Einschulungsjahrgangs 2023/24 mit 12.084 Kindern zeigen, dass

46,7% der Eltern ihren Kindern täglich vorlesen,

32,6% der Eltern ihren Kindern mehr als 3x pro Woche vorlesen,

15,2% der Eltern ihren Kindern selten oder nie vorlesen,
das sind **1.837 Kinder**, denen selten oder nie vorgelesen wird!

*5,5% der Eltern machten keine Angaben zum Vorlesen

KONTAKT:
Hildesheimer Str. 17 | 30169 Hannover | Telefon: (0511) 616-22249
Email: jugendmedizin@region-hannover.de

Abbildung 24: Roll-Up zum Thema Vorlesen, Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin, Region Hannover



2.3.2.2. Verhalten und psychische Gesundheit

Aktuell, jedoch spätestens seit der Corona-Pandemie, wird die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zunehmend in vielen Berichten und Studien thematisiert. Die CO-PSY-Studie, die während der Corona-Pandemie das gesundheitliche Wohlergehen und die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu mehreren Zeitpunkten repräsentativ erhoben hat, zeigt auf, dass aktuell die psychischen Probleme immer noch nicht wieder auf das vorpandemische Niveau gefallen sind. Demnach geben 23 % der befragten Kinder und Jugendlichen an psychische Probleme zu haben (Ravens-Sieberer, Kaman et al. 2023). Im Kinder- und Jugendsurvey des Robert-Koch Instituts (RKI) KIGGS Welle 2 (2014-2017) wird noch eine Prävalenz psychischer Auffälligkeiten für die Altersgruppe 3-17 Jahre von rund 17 % angegeben (Klipker, Baumgarten et al. 2018)

Auch die Daten der Schuleingangsuntersuchung verweisen auf eine Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten. Aufgrund dessen wurde dieses Thema als Schwerpunkt im Themenfeldbericht Prävention 2024 des Fachbereichs Jugend der Region Hannover aufgenommen und wird im Folgenden näher beleuchtet (Region Hannover, Fachbereich Jugend 2025). In die schulärztliche Einschätzung des Verhaltens im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung fließen die Ergebnisse eines Untertests des sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings SOPESS, ein standardisierter Elternfragebogen (SDQ), der Entwicklungsbericht der Kita und das Verhalten des Kindes in der Untersuchungssituation ein.

Der Untertest des sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings (SOPESS) erfasst die selektive Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit des Kindes. Beides sind wichtige Voraussetzungen für den schulischen Lernerfolg. Zudem wird ein Elternfragebogen, der sogenannte Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) eingesetzt (Goodman 1997). Dieser ist ein international validierter und normierter Fragebogen, der die Bereiche Emotionale Probleme, Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen, Verhaltensauffälligkeiten und prosoziales Verhalten erfasst. Der SDQ Fragebogen liegt in mehreren Sprachen vor und wird den Eltern bei Bedarf in der entsprechenden Sprache ausgehändigt. Das Ausfüllen des Fragebogens durch die Eltern ist freiwillig und wird derzeit von rund 70 % der Eltern ausgefüllt. Aus dem Ergebnis des Fragebogens und dem Test zur Konzentration und Aufmerksamkeit sowie dem durch die Schulärztin oder den Schularzt im Rahmen der SEU beobachteten und dem von den Eltern berichteten Verhalten des Kindes erfolgt die schulärztliche Gesamtbeurteilung. Ein abklärungsbedürftiger Befund bzw. eine Empfehlung einer ärztlichen Vorstellung liegt dann vor, wenn erhebliche psychische Auffälligkeiten oder Verhaltensstörungen beobachtet oder berichtet werden oder über die Auswertung des Fragebogens und des SOPESS-Tests eine psychische Störung vorliegen kann (Arbeitsrichtlinien SOPHIA). Bei leichten Auffälligkeiten erfolgt eine Beratung durch die Schulärztin

oder den Schularzt. Kinder, die bereits in einer spezifischen Therapie oder Beratung sind, werden ebenfalls erfasst.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Anteil der Kinder, bei denen zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung ein abklärungsbedürftiger Befund festgestellt wurde, von 7,5 % im Einschulungsjahrgang 2022/23 auf 9 % im Einschulungsjahrgang 2025/26 angestiegen ist. Aktuell liegt der Anteil der Kinder, die bereits in Therapie sind bei 6,7 %. Dieser Anteil lag im vorherigen Einschulungsjahrgang 2024/25 bei 5,9 %.

Die Auswertung des SDQ-Elternfragbogens zeigt, dass der Anteil der Kinder, die im grenzwertigen oder auffälligen Bereich liegen von 10,9 % im vorherigen Einschulungsjahrgang 2023/24 auf 12,5 % im Einschulungsjahr 2024/25 angestiegen ist und im aktuellen Einschulungsjahrgang 2025/26 bei 12,3 % liegt.

Der Anteil der Kinder, die im SOPESS-Test zur selektiven Aufmerksamkeit im auffälligen Bereich liegen ist unverändert bei rund 8 % im aktuellen Jahrgang geblieben.

Eine differenzierte Auswertung nach Geschlecht verdeutlicht, dass Jungen öfter von Verhaltensauffälligkeiten betroffen sind als Mädchen. So sind 9,6 % der Jungen aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten bereits in Therapie oder Behandlung (bei den Mädchen sind es 3,5 %) und weiteren 11,2 % wird eine ärztliche Abklärung empfohlen (Mädchen 6,7 %).

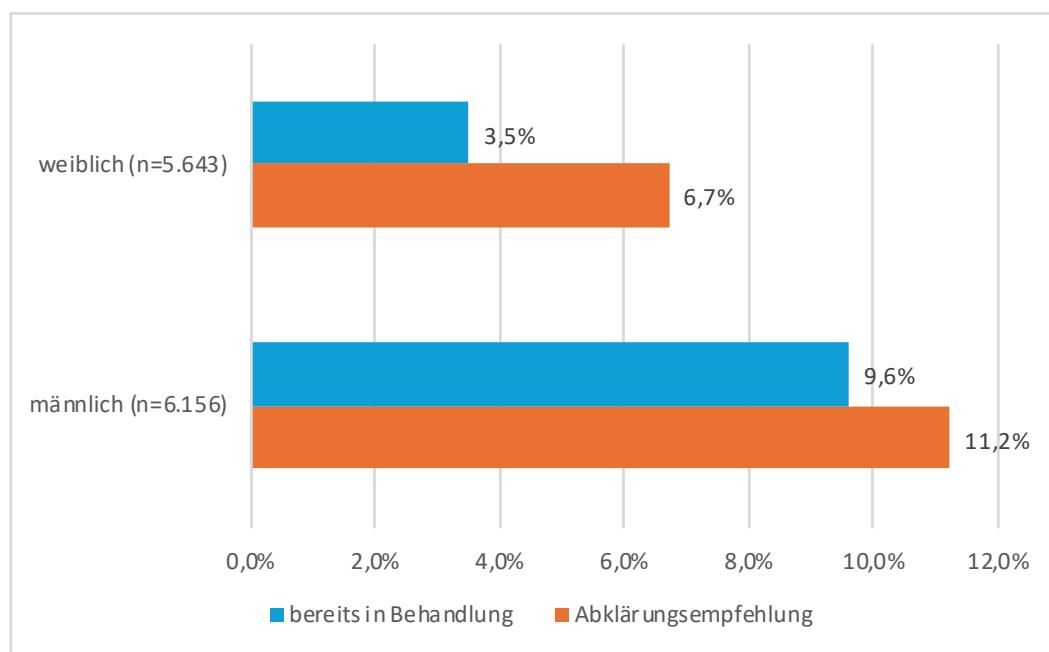


Abbildung 25: Verhaltensauffälligkeiten nach Geschlecht, Einschulungsjahrgang 2025/26 (n=11.799)

Eine weiterführende Datenanalyse, die im Rahmen einer Publikation durchgeführt wurde, (Bantel, Buitkamp, Wünsch 2025) zeigt auf, welche Faktoren im familiären und sozialen Umfeld des Kindes bei der Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten eine Rolle spielen können. Neben dem Geschlecht ist der Bildungsgrad der Eltern, die Kindergartenbesuchsdauer, die Familienkonstellation, in der ein Kind aufwächst, der tägliche Medienkonsum sowie eine sportliche Aktivität im Verein von Bedeutung. So zeigen die Ergebnisse, dass Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern ein doppelt so hohes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten im Vergleich zu Kindern aus bildungsnahen Elternhäusern haben. Zudem haben Jungen im Vergleich zu Mädchen ebenfalls ein doppelt so hohes Risiko. Aber auch für Kinder mit einer Kindergartenbesuchsdauer von weniger als drei Jahren, Kinder von alleinerziehenden oder getrennt lebenden Elternteilen, Kinder mit einer Medienkonsumdauer von täglich mehr als zwei Stunden und für Kinder, die keinen Sportverein besuchen besteht ein erhöhtes Risiko psychische Auffälligkeiten zu entwickeln.

Tabelle 7: Multivariate Regressionsanalyse zum ärztlichen Urteil zu Verhaltensauffälligkeiten (Abklärungsempfehlung und Kinder, die bereits in Behandlung sind), Einschulungsjahrgänge 2021/22-2023/24 kumuliert (n=26.719)

Variable	Ausprägung	OR ³	95%-KI ⁴	p-Wert ⁵
Geschlecht	männlich	2,32	2,14-2,52	<0,001
	weiblich (Referenzvariable Ref.)			
Alter	< 66 Monate	1,21	1,03-1,42	0,021
	> 71 und < 79 Monate	0,95	0,87-1,04	0,239
	> 78 Monate	1,77	1,52-2,06	<0,001
	> 65 und < 72 Monate (Ref.)			
Bildungsgrad	niedrig	2,28	2,03-2,55	<0,001
	mittel	1,65	1,49-1,82	<0,001
	hoch (Ref.)			
Kitajahre	keine Kita	1,28	0,96-1,70	0,089
	< 3 Jahre	1,26	1,11-1,42	<0,001
	3 Jahre und länger (Ref.)			
Geschwisterzahl	drei und mehr Geschwister	0,87	0,75-1,01	0,069
	zwei Geschwister	0,78	0,69-0,88	<0,001
	ein Geschwisterkind	0,86	0,77-0,95	0,002
	keine Geschwister (Ref.)			

Familienkonstellation	Pflegeeltern oder andere	3,82	2,41-6,01	<0,001
	alleinerziehend oder getrennt	1,44	1,30-1,59	<0,001
	Elternteil mit Partner	1,67	1,33-2,08	<0,001
	beide Elternteile (Ref.)			
Sprachumgebung	nicht-deutsch	0,87	0,80-0,95	0,002
	deutsch			
Vorlesen	selten oder nie (Ref.)	1,34	1,18-1,56	<0,001
	3x pro Woche	1,01	0,92-1,10	0,831
	täglich (Ref.)			
Medienkonsum	> 2 Std. tägl	1,33	1,08-1,64	0,007
	1-2 Std. tägl	1,20	1,03-1,40	0,02
	bis 1 Std. tägl	1,02	0,89-1,16	0,779
	selten oder nie (Ref.)			
Schwangerschaftswoche bei Geburt (SSW)	< 32.SSW	1,54	1,13-2,09	0,006
	32. – 36. SSW	1,09	0,93-1,28	0,299
	ab 37. SSW (Ref.)			
Sportverein	nein	1,56	1,44-1,69	<0,001
	ja (Ref.)			

Quelle: Tabelle in Anlehnung an die Publikation Bantel et al. 2025, © Springer-Verlag GmbH Deutschland

Nicht signifikante Ergebnisse wurden aus der Tabelle entfernt (Migrationshintergrund, Bildschirmgerät im Zimmer)

Die Auswertung nach Städten und Gemeinden der Region Hannover zu den kumulierten Datensätzen der Schuleingangsuntersuchung 2022/23 – 2025/26 zeigt, dass die Kommunen Garbsen, Ronnenberg, Seelze, Springe, Uetze und Wennigsen in den abklärungsbedürftigen Befunden deutlich über dem Regionsschnitt von 8,8 % liegen. In den Kommunen Barsinghausen, Burgdorf, Garbsen, Seelze, Wennigsen und Wunstorf sind hingegen bereits mehr Kinder in Behandlung im Vergleich zum Regionsdurchschnitt mit 5,6 %. In den meisten Kommunen liegt der Anteil der Abklärungsempfehlungen über dem Anteil der Kinder, die schon in Behandlung sind. Dies könnte ein Hinweis auf eine unzureichende lokale Versorgung bzw. Angebote sein.

³ Odds Ratio (OR) = Statistische Kennzahl, die die Chance bzw. das Risiko für das Vorliegen einer Auffälligkeit (hier Verhaltensauffälligkeit) unter bestimmten Einflussfaktoren angibt. OR > 1 bedeutet ein erhöhtes Risiko, OR=1 kein Risiko, OR<1 protektiver Effekt

⁴ KI= Konfidenzintervall, gibt an, dass der wahre Wert mit 95 % Wahrscheinlichkeit im Konfidenzintervall liegt (Vertrauensbereich)

⁵ Signifikanz gibt Auskunft über die Irrtumswahrscheinlichkeit p. Ab einem p-Wert > 0,05 werden die Ergebnisse als nicht signifikant (n.s.) ausgewiesen, Ergebnisse mit einem p-Wert <0,001 sind hochsignifikant.

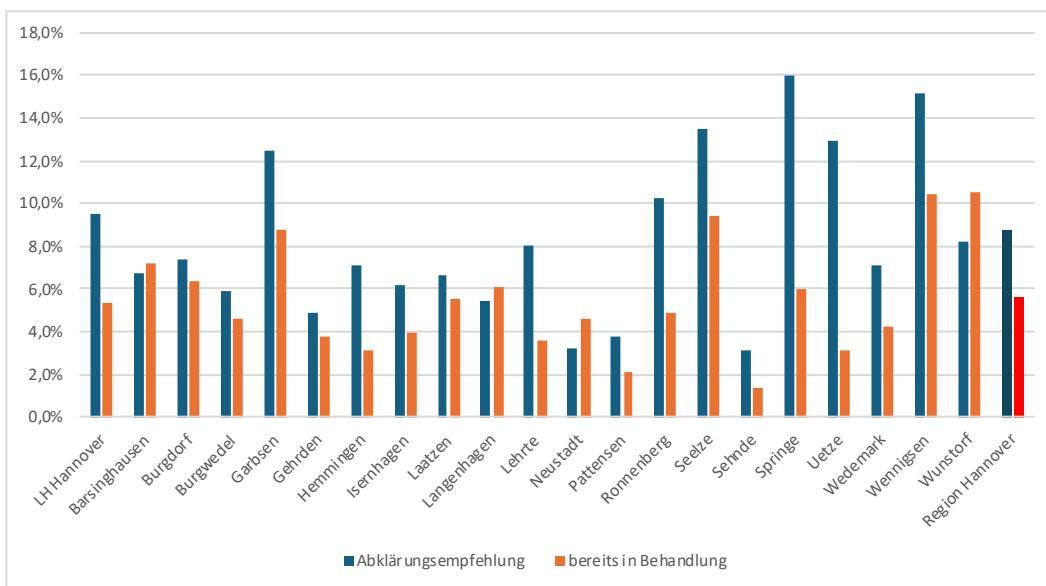


Abbildung 26: Anteil von Kindern mit Abklärungsempfehlung bzw. bereits in Behandlung aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten pro Kommune, Einschulungsjahrgänge 2022/23 – 2025/26 kumuliert (n=48.218)

2.3.2.2.3. Visuomotorik

Die Visuomotorik überprüft die graphomotorischen Fertigkeiten des Kindes, durch das Abzeichnen von geometrischen Figuren. Schulrelevant ist diese Fähigkeit für die Augen-Hand-Koordination, die für das Abschreiben von der Tafel ins Heft erforderlich ist. Auch die Stifthaltung ist in diesem Zusammenhang bedeutsam. Insofern ist die visuomotorische Kompetenz eine wichtige schulrelevante Vorläuferfähigkeit für das Schreiben lernen. In der visuomotorischen Kompetenz der Kinder ist seit mehreren Jahren ein kontinuierlicher und deutlicher Anstieg an auffälligen Ergebnissen erkennbar. Im Einschulungsjahr 2022/23 waren 16,1 % der Kinder visuomotorisch auffällig, im Einschulungsjahr 2024/25 waren es bereits 19,5 % und aktuell sind es 20,5 %. Dabei gibt es deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Von den Jungen (n=5.857) zeigen 26,7 % auffällige Ergebnisse und 17,6 % leicht auffällige Ergebnisse, wohingegen diese Anteile bei den Mädchen (n=5.375) jeweils 13,3 % und 13,7 % betragen.

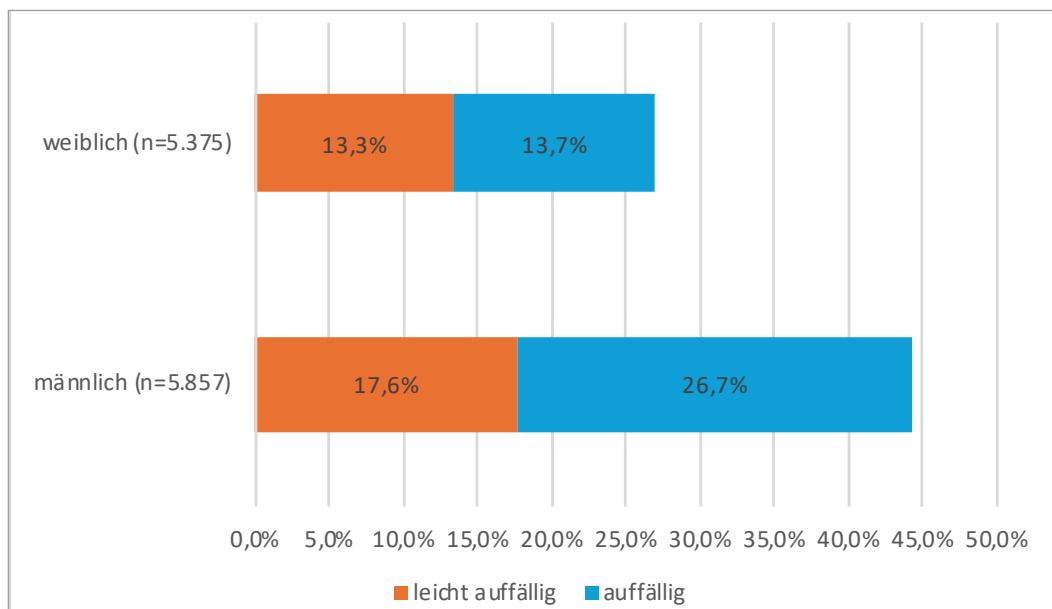


Abbildung 27: Ergebnisse zur Visuomotorik (leicht auffällig, auffällig) nach Geschlecht (männlich, weiblich), Einschulungsjahrgang 2025/26

Auch in diesem Entwicklungsbereich könnte ein zunehmender Medienkonsum bei Kindern einen Einfluss auf die visuomotorische Kompetenz haben. Bei Kindern, die täglich viel Medien konsumieren ist der Anteil an auffälligen Ergebnissen in der Visuomotorik mit 31,3 % deutlich höher als bei Kindern, die weniger Medien konsumieren. Die Kindergartenbesuchsdauer kann ebenfalls einen Einfluss auf die Entwicklung der visuomotorischen Kompetenz haben. So zeigen die statistischen Auswertungen, dass mit der Länge der Kindergartenbesuchsdauer der Anteil an auffälligen und leicht auffälligen Ergebnissen in der Visuomotorik zurück geht.

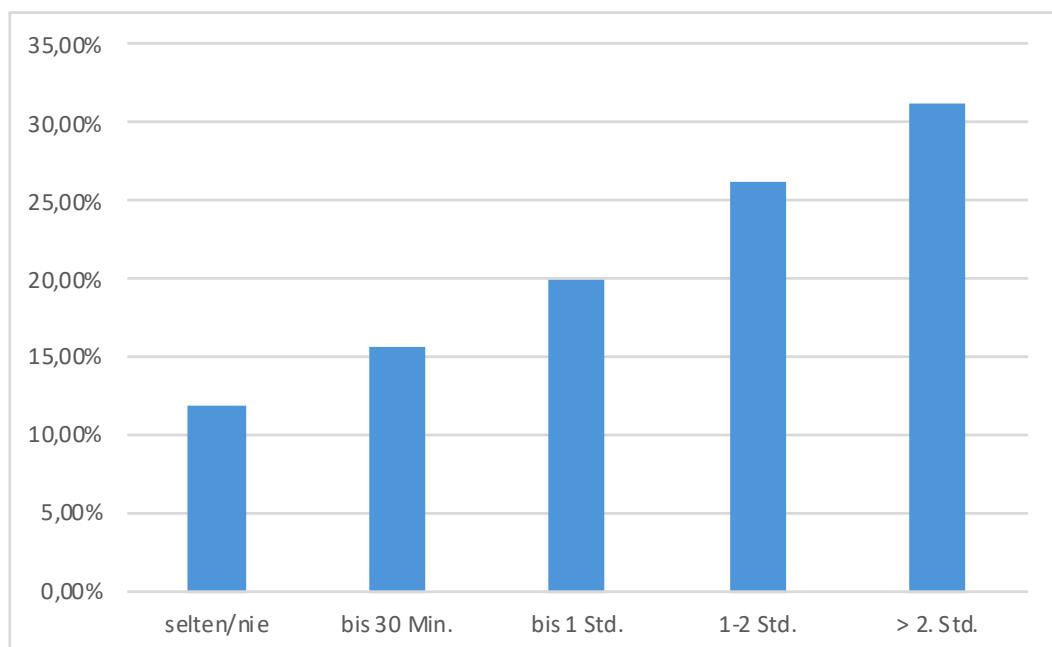


Abbildung 28: Zusammenhang der täglichen Medienkonsumdauer und den auffälligen Ergebnissen in der Visuomotorik, Einschulungsjahrgänge 2022/23 - 2024/25 kumuliert, Region Hannover

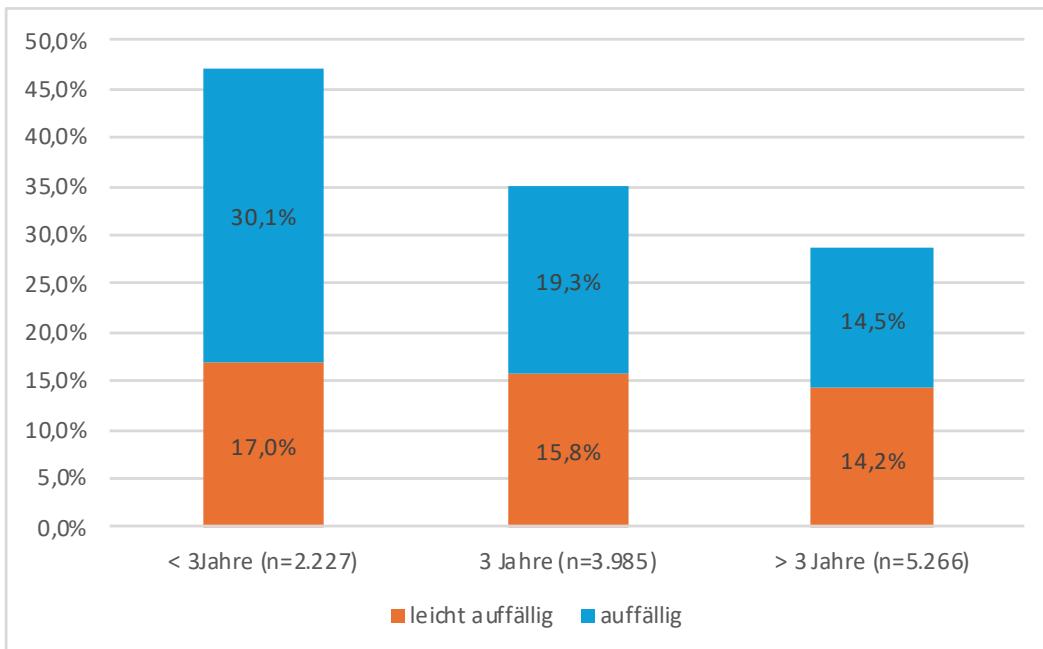


Abbildung 29: Anteil auffälliger und leicht auffälliger Ergebnisse in der Visuomotorik im Zusammenhang mit der Kindergartenbesuchsdauer, Einschulungsjahrgang 2022/23 - 2024/25 kumuliert, Region Hannover

2.3.2.2.4. Körperkoordination

Ähnliche Ergebnisse und Zusammenhänge zeigen sich in der Körperkoordination der Kinder. Ein auffälliges Ergebnis in der Körperkoordination liegt dann vor, wenn die Kinder weniger als 7 Sprünge über eine Mittellinie in 10 Sekunden schaffen. Auch in der Körperkoordination zeigen Jungen häufiger Auffälligkeiten als Mädchen und es gibt einen Zusammenhang zur täglichen Medienkonsumdauer und der sportlichen Aktivitäten (wie Schwimmfähigkeit und Sport im Verein) (Bantel, Wünsch 2023).

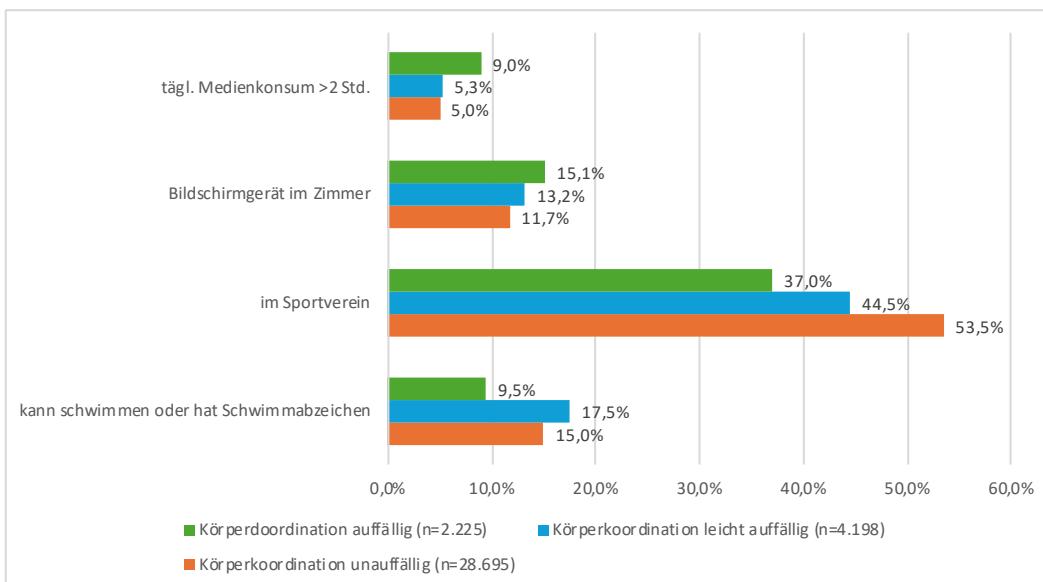


Abbildung 30: Anteil auffälliger und leicht auffälliger Ergebnisse in der Körperkoordination in Zusammenhang mit Freizeitverhalten, Einschulungsjahrgänge 2022/23- 2024/25 kumuliert

2.3.2.2.5. Zahlen- und Mengenvorwissen

Das Zahlen- und Mengenvorwissen bzw. der Umgang mit Zahlen und Mengen spiegelt die schulrelevante Vorläuferfähigkeit für den Rechenerwerb wider. Hierzu wird überprüft, ob die Kinder bis 20 zählen können und ob eine kleine Anzahl an gezeigten Gegenständen spontan ohne Abzählen erfasst werden kann. Der Anteil an Kindern, die Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen zeigten ist von 4,3 % (n=530) im Einschulungsjahrgang 2022/23 auf 5,5 % (n=647) leicht angestiegen.

2.3.2.3. Gesamtergebnisse zum Entwicklungsscreening

Die kumulierte Auswertung zu den vier Einschulungsjahrgängen 2022/23 und 2025/26 pro Kommune zeigt, dass der Anteil der Kinder mit drei oder mehr auffälligen Ergebnissen im Entwicklungsscreening zu allen Untertests in Garbsen mit 21,5 % und Seelze mit 18,4 % am höchsten und in Burgwedel mit 4,9 % und Hemmingen mit 4,7 % am geringsten ist. Der Regionsdurchschnitt liegt bei 14,4 %.

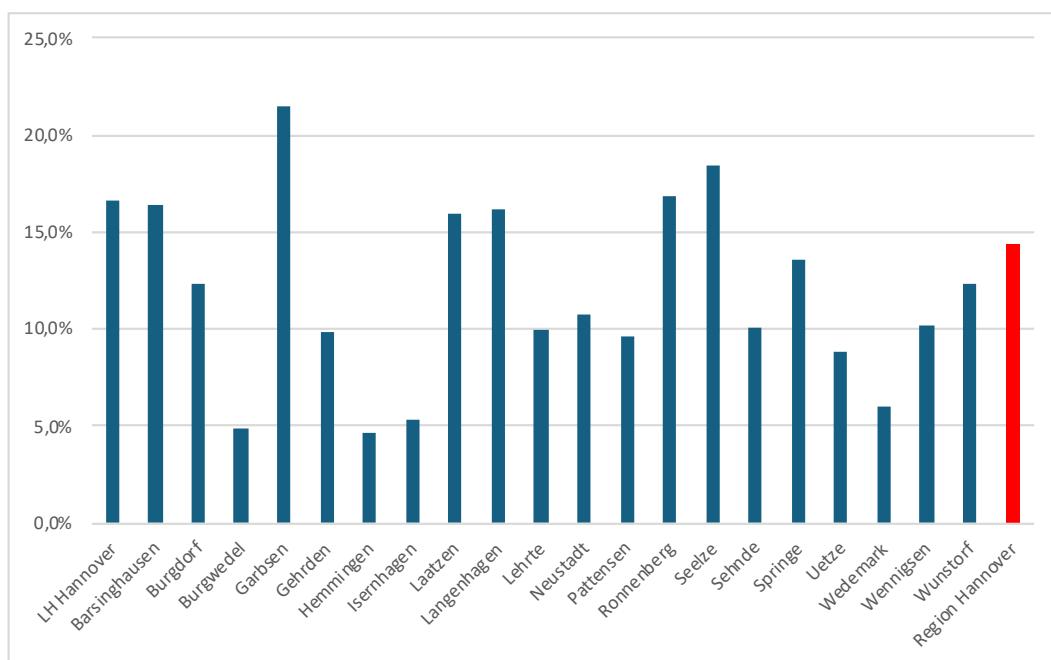


Abbildung 31: Anteil der Kinder mit drei oder mehr auffälligen Ergebnissen im Entwicklungsscreening SOPESS pro Kommune, Einschulungsjahrgänge 2022/23 - 2025/26 kumuliert (n=48.218), Region Hannover

2.3.3. Teilnehmerate Früherkennungsuntersuchung (U)

Regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9) für Kinder sind wichtig, um Erkrankungen und Entwicklungsverzögerungen rechtzeitig erkennen und behandeln zu können. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in der Kinderrichtlinie die Inhalte der Früherkennungsuntersuchungen fest (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021). Die Früherkennungsuntersuchungen werden in der Regel von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt*innen durchgeführt. Die Befunde werden im Kinderuntersuchungsheft, dem sogenannten „Gelben Heft“ dokumentiert. Seit 2010 sind durch das „Niedersächsische Gesetz über das Einladungs- und Meldewesen für Früherkennungsuntersuchungen von Kindern“ (NFrüherkUG) die Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U8 an ein verbindliches Einladungs- und Meldeverfahren über die zuständigen Behörden gebunden. Die Teilnahme an der U5 bis U8 wird somit über eine Rückmeldungskarte der Arztpraxis an die zuständige Behörde überprüft und ggf. an den örtlichen Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe gemeldet. Die U9 ist in Niedersachsen nicht an dieses Einladungs- und Meldeverfahren gekoppelt. Im Einladungsschreiben zur Schuleingangsuntersuchung werden die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten aufgefordert, das U-Heft zur SEU mitzubringen. Entwicklungsrelevante Faktoren können im Rahmen der Anamnese aus dem U-Heft entnommen werden und helfen, den Entwicklungsstand des Kindes besser beurteilen zu können. Bedeutsam ist insbesondere die Teilnahme an der U9, da diese zwischen dem 60. und 64. Lebensmonat stattfinden sollte und damit ebenfalls für die Einschulung relevante Fähigkeiten und Fertigkeiten überprüft. Da nicht alle Eltern bzw. Erziehungsberechtigten bei der SEU das U-Heft vorlegen, kann die Teilnehmerate an der Früherkennungsuntersuchung nur für die Kinder ermittelt werden, für die das Heft vorgelegt wurde.

Der Anteil der Familien, die kein gelbes Heft haben, bzw. es nicht zur SEU mitbrachten ist von 16,6 % auf 7 % in den vergangenen Jahren zurück gegangen.

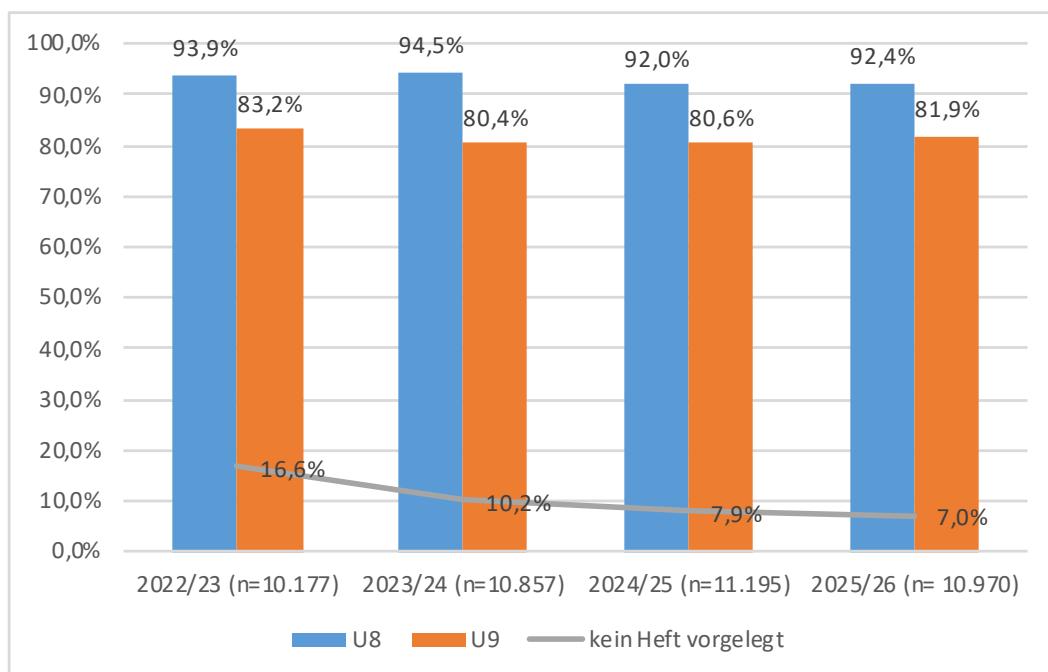


Abbildung 32: Teilnehmerate an der U8 und U9 prozentuiert auf vorgelegte U-Hefte, Einschulungsjahrgänge 2022/23-2025/26, Region Hannover

Die Teilnahmerate an der Früherkennungsuntersuchung U8 hat leicht abgenommen von 94,5 % im Einschulungsjahrgang 2023/24 auf 92,4 % im letzten Einschulungsjahrgang 2025/26, aber deutlich über der Teilnahmerate der U9 mit lediglich 81,9 %.

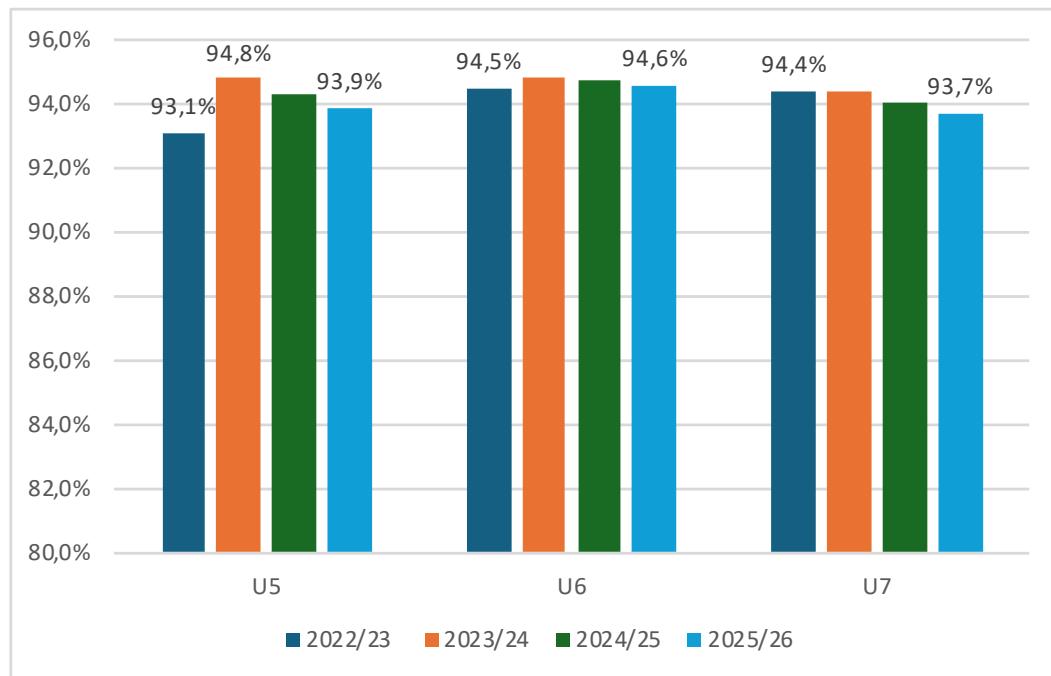


Abbildung 33: Teilnahmerate an der U5, U6 und U7 prozentuiert auf vorgelegte U-Hefte, Einschulungsjahrgänge 2022/23-2025/26, Region Hannover

Die Früherkennungsuntersuchungen U5, U6 und U7 werden mit rund 94 % relativ gut wahrgenommen, jedoch geht die Teilnahmerate jährlich leicht zurück.

Die Auswertung zu den einzelnen Städten und Gemeinden der Region Hannover zeigt, dass die Teilnahmerate an der U8 in allen Kommunen deutlich über 90 % liegt, die Teilnahmerate an der U9 jedoch weniger gut wahrgenommen wird und in Garbsen, Neustadt und Ronnenberg mit knapp unter 80 % am geringsten ist.

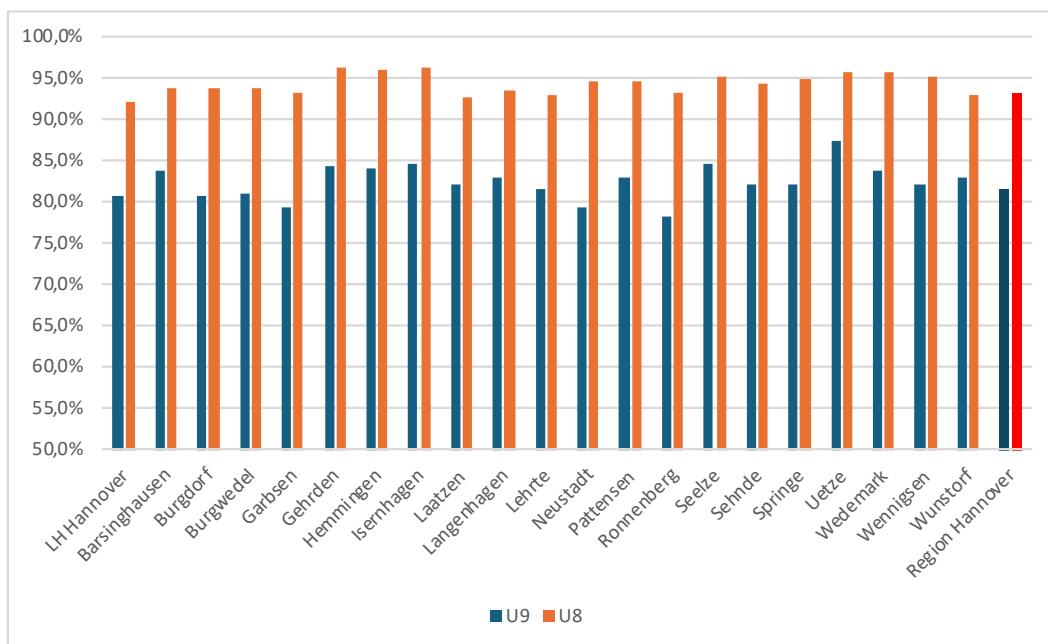


Abbildung 34: Teilnahmerate an der U8 und U9 prozentuiert auf vorgelegte U-Hefte pro Kommune, Einschulungsjahrgang 2022/23-2025/26 kumuliert (n=48.218), Region Hannover

Der Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin der Region Hannover bietet den Eltern an, verpasste Vorsorgeuntersuchungen, die die niedergelassenen Kinderärzt*innen aufgrund der abgelaufenen Fristen nicht mehr durchführen dürfen, zu übernehmen. Im Jahr 2023 wurden 180, im Jahr 2024 148 und im Jahr 2025 113 Ersatzvorsorgeuntersuchungen durchgeführt.

2.3.4. Impfquoten

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

IMPFKALENDER		Impfungen und passive Immunisierungen sollten zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen.														Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), 2024. www.stiko.de				ROBERT KOCH INSTITUT		
IMPFUNG	ALTER	in Wochen			in Monaten						in Jahren											
		00	06	2	3	4	5-7	8-10	11*	12	13-14	15	16-23	2-4	5-6	7-8	9-14	15-16	17	ab 18	60-74	ab 75
RSV		Monoklonale Antikörper (Einmaldosis)^a														N						
Rotaviren				G1 ^b	G2	(G3)																
Tetanus ^c				G1	N	G2		N	G3 ^d							N	A1	N	A2	N	A ^g	
Diphtherie ^c				G1	N	G2		N	G3 ^d							N	A1	N	A2	N	A ^g	
Pertussis ^c				G1	N	G2		N	G3 ^d							N	A1	N	A2	N	A3 ^g	N
Haemophilus influenzae Typ b ^c				G1	N	G2		N	G3 ^d							N						
Poliomyelitis ^c				G1	N	G2		N	G3 ^d							N		A1		N		
Hepatitis B ^c				G1	N	G2		N	G3 ^d							N						
Pneumokokken				G1	N	G2		N	G3 ^d							N					S ⁱ	
Meningokokken B ^c				G1	N	G2		N	G3 ^e							N						
Masern								G1		N		G2				N				S ^h		
Mumps, Röteln								G1		N		G2				N						
Varizellen								G1		N		G2				N						
Meningokokken C								G1								N						
Humane Papillomviren																G1 G2 ^f	N					
COVID 19																	G ^g	S ^g (jährlich)				
Herpes zoster																	G1 G2 ^k	N				
Influenza																		S ^g (jährlich)				
RSV (Impfung)																			S ^g			

ERLÄUTERUNGEN

- G GRUNDIMMUNISIERUNG** (in bis zu 3 Teillimpfungen G1 – G3)
- S STANDARDIMPFUNG**
- A AUFFRISCHIMPFUNG**
- N NACHHOLIMPFUNG** (Grundimmunisierung aller noch nicht Geimpften bzw. Komplettierung einer unvollständigen Impfserie)
- U Früherkennungsuntersuchung**
- J Jugenduntersuchung** (J1 im Alter von 12–14 Jahren)

a RSV (monoklonale Antikörper): Zwischen April und September Geborene sollen Nirsevimab im Herbst vor Beginn ihrer 1. RSV-Saison erhalten; Neugeborene jeglichen Gestationsalters, die während der RSV-Saison (meist zwischen Oktober und März) geboren werden, sollen Nirsevimab möglichst rasch nach der Geburt erhalten, idealerweise bei Entlassung aus der Geburtsseinrichtung bzw. bei der U2 (3.–10. Lebenstag).

b Rota: Erste Impfstoffdosis bereits ab dem Alter von 6 Wochen, je nach verwendeten Impfstoff 2 bzw. 3 Impfstoffdosen im Abstand von mind. 4 Wochen.

c TdaPHibIPV/HepB/Pnk: Frühgeborene: zusätzliche Impfstoffdosis im Alter von 3 Monaten, d. h. insgesamt 4 Impfstoffdosen.

d TdaPHibIPV/HepB/Pnk: Mindestabstand zur vorangegangenen Dosis: 6 Monate.

e MenB: 3 Dosen im Alter von 2 bis 23 Monaten, ab 24 Monaten besteht die Impfserie aus 2 Dosen

f HPV: Zwei Impfstoffdosen im Abstand von mind. 5 Monaten, bei Nachholimpfung beginnend im Alter \geq 15 Jahren oder bei Impfabstand von < 5 Monaten zwischen 1. und 2. Dosis ist eine 3. Dosis erforderlich.

g Td(ap): Td-Auffrischimpfung alle 10 Jahre. Nächste fallige Td-Impfung 1-malig als Tdap- bzw. bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung.

h MMR: Eine Impfstoffdosis eines MMR-Impfstoffs für alle nach 1970 geborenen Personen \geq 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit.

i Pnk: Impfung mit PCV20.

j COVID19: Für den Schutz von Personen ohne Grundkrankheit sind (mindestens) 3 Antigen-Kontakte nötig, davon mindestens 1 als Impfung.

k H. zoster: Zwei Impfstoffdosen des adjuvanierten Herpes-zoster-Totimpfstoff im Abstand von mindestens 2 bis maximal 6 Monaten.

l RSV (Impfung): 1-malige Impfung mit einem proteinbasierten RSV-Impfstoff im Spätsommer/Herbst vor Beginn der RSV-Saison.

* Impfungen können auf mehrere Impftermine verteilt werden. MMR und V können am selben Termin oder in 4-wöchigem Abstand gegeben werden.

Abbildung 35: Aktueller Impfkalender des Robert-Koch-Instituts 2025

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung besteht die Möglichkeit Eltern auf Impflücken hinzuweisen und entsprechend zu beraten. In den Dienststellen in Garbsen und in der Thurnitistr. in Hannover wird eine Impfsprechstunde angeboten. Eltern können sich dort mit ihrem Kind vorstellen, um Impfungen nachzuholen. Nach dem Masernschutzgesetz 2020 ist die Masernschutzimpfung für einen definierten Personenkreis verpflichtend und damit auch für Kinder, die eine Gemeinschaftseinrichtung wie Kindergarten oder Schule besuchen (Bundesministerium für Gesundheit 2020, www.masernschutz.de).

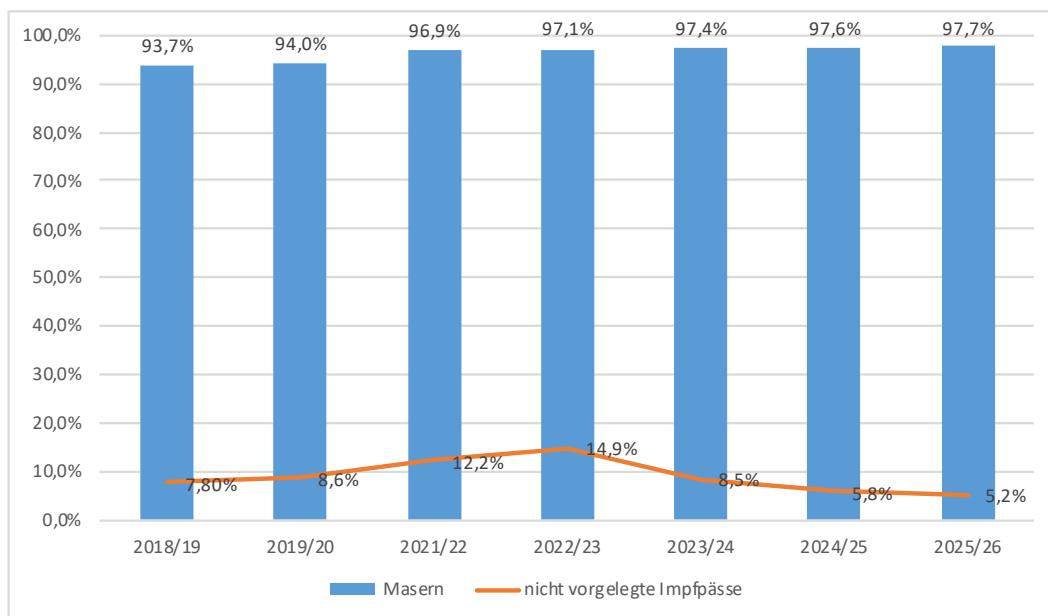


Abbildung 36: Durchimpfungsrate zu Masern und nicht vorgelegte Impfpässe, Einschulungsjahrgänge 2018/19 - 2025/26

Aufgrund des Masernschutzgesetzes zeigt sich eine zunehmende Durchimpfungsrate gegen Mumps, Masern und Röteln bei aktuell 97 %. Zu beachten ist, dass sich die Durchimpfungsrate auf den Anteil der bei der SEU vorgelegten Impfpässe beziehen. Im Einschulungsjahrgang 2022/23 waren rund 15 % der Kinder ohne Impfausweis bei der SEU. Dieser Anteil ging deutlich zurück und liegt aktuell bei 5,2 %.

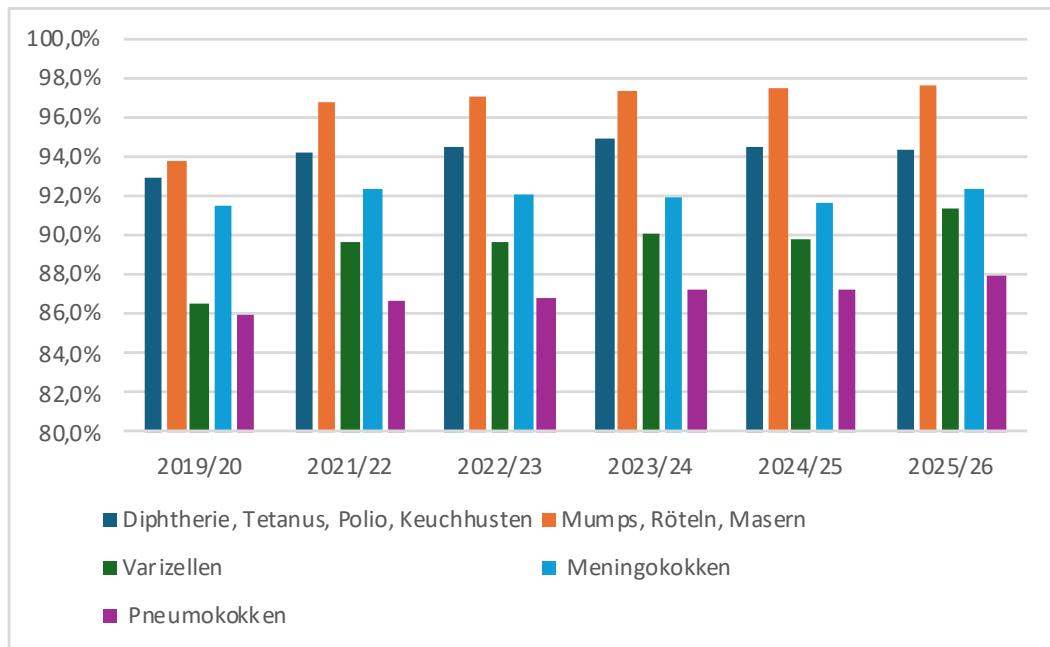


Abbildung 37: Anteil der vollständig geimpften Kinder, prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe, Einschulungsjahrgänge 2022/23- 2025/26, Region Hannover

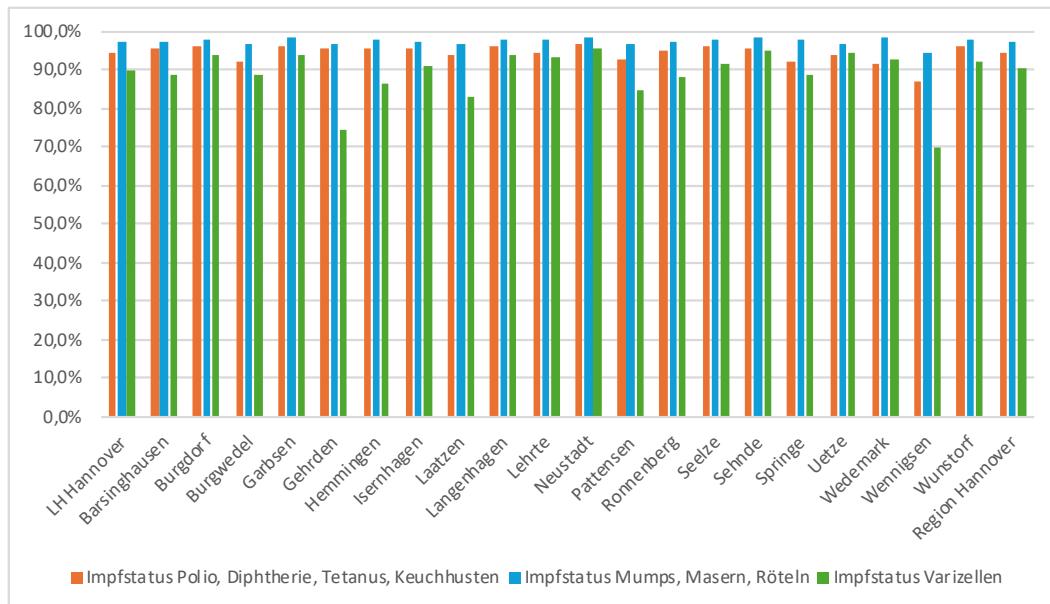


Abbildung 38: Anteil vollständig geimpfter Kinder pro Kommune, prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe, Einschulungsjahrgänge 2022/23 – 2025/26 kumuliert (n=48.218), Region Hannover

Zur besseren Übersicht werden für die einzelnen Kommunen nicht alle Impfungen aufgeführt. Generell lässt sich anhand der oben aufgeführten Abbildung erkennen, dass die Durchimpfungsichten für Masern, Mumps und Röteln deutlich über den Durchimpfungsichten zu Polio, Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten liegen, was sicherlich an dem 2020 eingeführten Masernschutzgesetz liegt.

3. Sprachförderuntersuchung

Die Sprachförderuntersuchung ist ein Angebot des Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin zur frühzeitigen Feststellung eines Förderbedarfs und findet in der Regel ein Jahr vor der Einschulung statt.

Sprachbildung und Sprachförderung sind gesetzlicher Bildungsauftrag von Kindertagesstätten in Niedersachsen und finden alltagsintegriert statt. Seit August 2018 sind die Kindertagesstätten verpflichtet, die Sprachkompetenz und den Sprachförderbedarf eines Kindes spätestens mit Beginn des letzten Kindergartenjahres vor der Einschulung zu beurteilen (KiTaG).

Kinder, die durch die pädagogischen Fachkräfte in den Kindertagesstätten als sprachentwicklungsverzögert eingeschätzt werden, können dem Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin, mit Einverständnis der Sorgeberechtigten, vorgestellt werden. Dort besteht die Möglichkeit einer umfassenden Sprachförderuntersuchung. Denn Kinder, die Auffälligkeiten in Aussprache oder Grammatik haben, weisen vermehrt auch Probleme in anderen Entwicklungsbereichen auf. Durch die Sprachförderuntersuchung besteht somit die Möglichkeit einhergehende Förderbedarfe in anderen Entwicklungsbereichen frühzeitig feststellen zu können, die Familien individuell zu beraten und entsprechende Maßnahmen und Angebote in die Wege zu leiten.

Dieses Angebot wird seit der Novellierung des KiTaG und der Corona-Pandemie wieder zunehmend in Anspruch genommen (siehe Abbildung unten). So wurden in 2024 insgesamt 1.113 Sprachförderuntersuchungen durchgeführt. Im Jahr 2025 waren es mit 978 Untersuchungen etwas weniger.

Foto: Christian Behrens



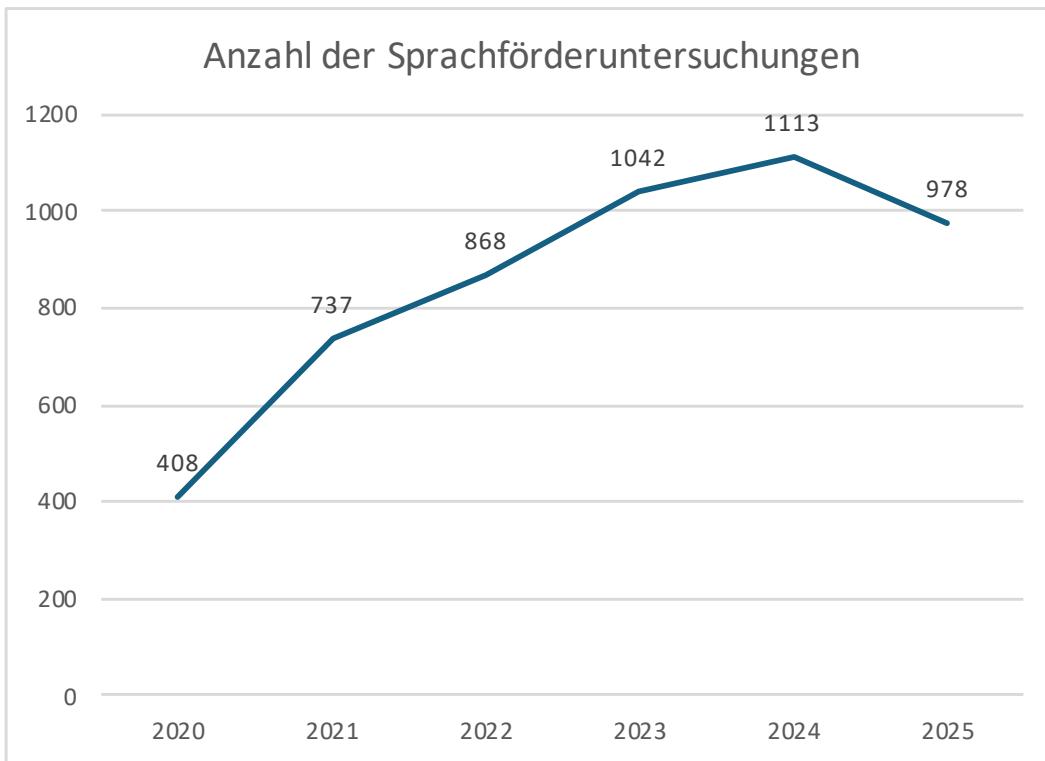


Abbildung 39: Anzahl der Sprachförderuntersuchungen 2021-2025 durch den Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin der Region Hannover

Das Team Kindertagesbetreuung der Region Hannover hat in enger Zusammenarbeit mit dem Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin einen Leitfaden für pädagogische Fachkräfte zur vorschulischen Sprachstandserfassung und Sprachförderung erstellt. Mit diesem „Sprachstandsmonitoring zur sprachlichen Kompetenzentwicklung im letzten Jahr vor der Einschulung“ bietet die Region Hannover eine Arbeitshilfe für die beiden Jahre vor der Einschulung an. Es umfasst einen Leitfaden zum Ablauf, Hintergrundinformationen, Praxishilfen, Infoblätter, Kopiervorlagen, Literaturhinweise sowie Fortbildungsmaßnahmen. Im Rahmen des Sprachstandsmonitorings haben zudem die Einrichtungen die Möglichkeit, sich von Seiten der Region in der Durchführung des Testverfahrens „Linguistische Sprachstandserhebung – Deutsch als Zweitsprache (LiSe-DaZ) sowie Deutsch als Muttersprache (LiSe-DaM)“ von Schulz und Tracy (2011) schulen zu lassen.

HAN
NOV
ER

SPRACHSTANDSMONITORING

Leitfaden zur sprachlichen Kompetenzentwicklung
im letzten Jahr vor der Einschulung



Region Hannover

1.

15 - 18 Monate vor der Einschulung
Schulanmeldung



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

2.

Zeitgleich
Sprachstandsfeststellung in der Kita



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

3.

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



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

4.

Mai bis Oktober
Freiwillige Sprachförderuntersuchung



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

5.

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



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

6.

Ab August/September vor der Einschulung
Schuleingangsuntersuchungen



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

7.

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



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

8.

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



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

Team Tagesbetreuung für Kinder

Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin

Abbildung 40: Übersicht zum Sprachstandsmonitoring im letzten Jahr vor der Einschulung, Region Hannover

4. Die Untersuchung in den 4. Klassen

Die Ergebnisse aus dem letzten Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit zeigen, dass die Maßnahmen, die aufgrund der Corona-Pandemie umgesetzt wurden, teilweise negative gesundheitliche Folgen für die Schulanfänger*innen hatten. Insbesondere zeigte sich ein signifikanter Anstieg in der Übergewichtsprävalenz. Aber auch die psychische Gesundheit und das Wohlergehen der Kinder litt unter den Einschränkungen, so die Ergebnisse der Elternumfrage im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen 2020/21 und 2021/22 (Fachbereich Jugend, Region Hannover 2022, Bantel, Buitkamp, Wünsch 2021). Um zu erfahren, wie es den Kindern geht, die im Rahmen der Corona-Pandemie in 2021/2022 eingeschult wurden, hat der Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin im Schuljahr 2024/25 Untersuchungen in den 4. Klassen durchgeführt.

Die Untersuchungen wurden vom schulärztlichen Team vor Ort an ausgewählten Grundschulen durchgeführt. Die Teilnahme erfolgte freiwillig mit Einverständniserklärung der Eltern. Vor Ort in den Räumlichkeiten der Grundschulen wurde ein Seh- und Hörtest durchgeführt, Größe und Gewicht gemessen und die Impfpässe auf Vollständigkeit kontrolliert. Zudem wurden die Kinder zu ihrem Freizeitverhalten und gesundheitlichen Wohlbefinden befragt.



Die 4. Klassenuntersuchung hat folgende Zielsetzungen:

Erkennen von Gesundheitsstörungen/-gefährdungen

- Sehstörungen
- Hörstörungen
- Auffälligkeiten von Größe, Gewicht, Blutdruck, Motorik
- übermäßiger Medienkonsum
- Störungen des Befindens
- Erhöhung der Impfbeteiligung

Überweisung bei Bedarf zur weiteren ärztlichen Diagnostik

Beratungen zu Gesundheitsthemen wie...

- Bewegung und Sport
- sinnvoll mit Medien umgehen
- gesunde Ernährung
- Impfungen

Abbildung 41: Poster zur 4. Klassenuntersuchung, Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin

Insgesamt haben 2.130 Kinder aus 48 Grundschulen teilgenommen. Aus dieser Kohorte konnten 1.560 Kinder mit den Schuleingangsdaten des Jahrgangs 2021/22 verglichen werden.

Ein direkter Vergleich der Kohorten zeigt einen Anstieg der Übergewichtsprävalenz von 14,7 % (2021) auf 19,7 % (2025). Von den 48 Grundschulen gab es an 32 einen Anstieg, an 9 Grundschulen blieb die Prävalenz unverändert und an 7 Grundschulen gab es einen Rückgang in der Übergewichtsprävalenz. Es sind in der 4. Klasse und nach der Corona-Pandemie wieder mehr Kinder im Sportverein (65 %) als 2021 (53 %). 46 % der Kinder konnten zur Einschulung noch nicht schwimmen. Der Anteil der Nichtschwimmer liegt in den untersuchten 4. Klassen bei 11,7 %.

Die Befragung der Kinder und die Auswertung des Elternfragbogens im Rahmen der 4. Klassenuntersuchung ergab folgende Ergebnisse:

78,3 % der befragten Kinder (n=2.130) gaben an, dass sie gerne zur Schule gehen. 18,5 % der Kinder gehen jedoch nicht gerne zur Schule. 3,3 % haben dazu keine Angaben gemacht. 66,9 % der Kinder frühstücken, bevor sie in die Schule gehen. 31,3 % der Kinder nehmen vorher kein Frühstück zu sich.

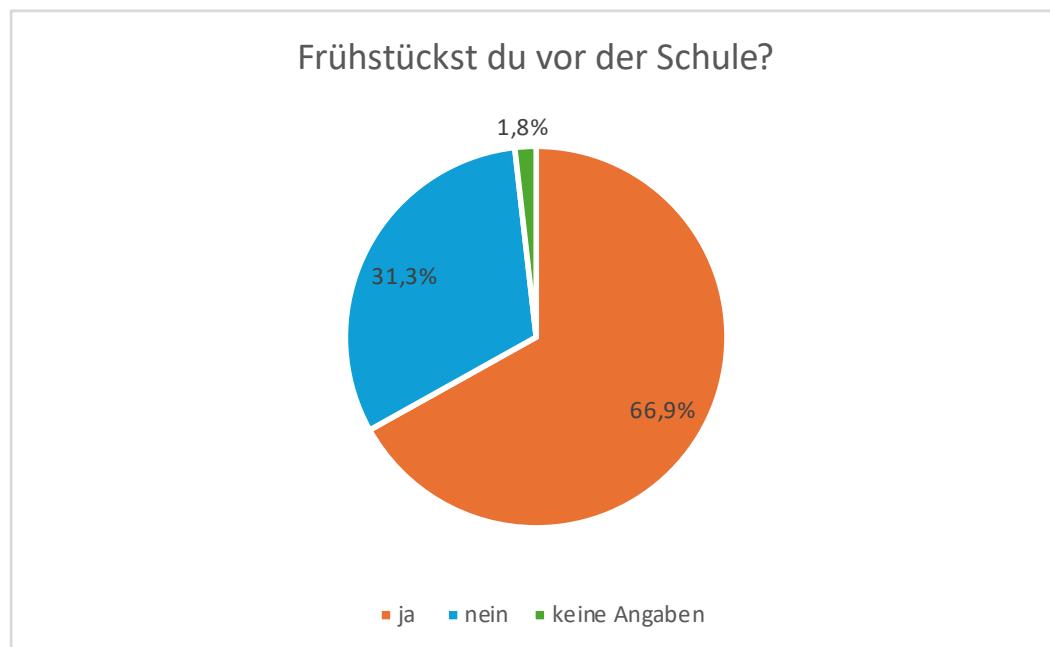


Abbildung 42: Befragung der Kinder im Rahmen der 4. Klassenuntersuchung 2025 (n=2.130)

Die überwiegende Mehrzahl der Kinder in den untersuchten 4. Klassen gaben an, dass sie sich gut fühlen (65,3 %), 20,8 % gaben an, oft sehr fröhlich zu sein. Hingegen sind 4,4 % oft traurig und 3,1 % haben oft Bauchschmerzen oder Kopfschmerzen (3,8 %).

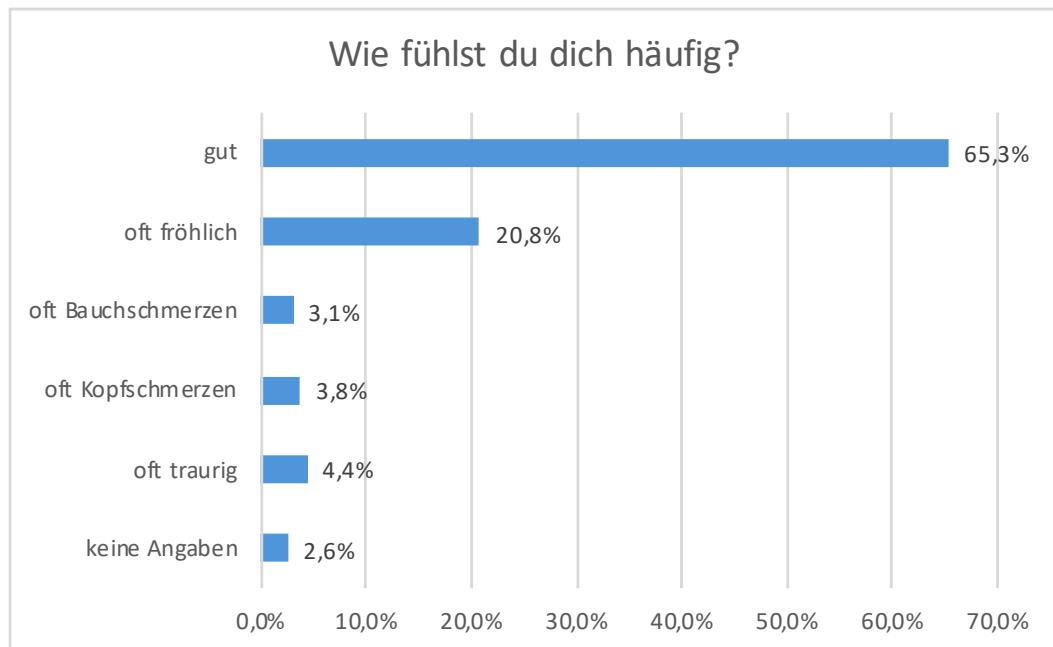


Abbildung 43: Befragung der Kinder im Rahmen der 4. Klassenuntersuchung 2025 (n=2.130)

Es wurde außerdem danach gefragt, wie die Kinder zur Schule kommen. Hierzu gaben 41,9 % der Kinder an, mit dem Roller oder Fahrrad zur Schule zu kommen und 33,7 % zu Fuß zur Schule zu gehen. 11,8 % nehmen den Bus oder die Bahn und weitere 11 % werden mit dem Auto gebracht.

Abbildung 44: 4. Klassenuntersuchung, Foto: Tobias Wölki



THEMA DES TAGES

Sehen, Hören, Fitness: Anton verdient sich eine Eins

Gesundheitsvorsorge in der Grundschule: Die Region Hannover hat die „4.-Klasse-Untersuchung“ eingeführt – dafür kommen Ärzte in die Klassen



Wie gesund ist Anton? Der Zehnjährige nimmt im Rahmen einer 4.-Klasse-Untersuchung der Region Hannover an einem Hörtest teil.

FOTOS: TOBIAS WÖLK

Abbildung 45: Zeitungsartikel von Maike Jacobs vom 27.04.2025 zur 4. Klassenuntersuchung,
Quelle: Hannoversche Allgemeine Zeitung, Foto: Tobias Wölki

5. Das Sozialpädiatrische Kita-Konzept

5.1. Hintergrund und Zielsetzung des Kita-Konzepts

Das sozialpädiatrische Kita-Konzept wurde als Baustein der „Frühen Hilfen – Frühen Chancen“ es Fachbereichs Jugend der Region Hannover entwickelt und 2014 vor dem Hintergrund der Schuleingangsdaten, die auf vermehrte Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern sozial benachteiligter Familien hindeuten, initiiert. Das sozialpädiatrische Kita-Konzept ist mittlerweile fester Bestandteil des Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin.

Der sozialpädiatrische Ansatz beruht auf einer einheitlichen und standardisierten Entwicklungsbeobachtung und -Dokumentation (Koglin 2017 et al.) durch die pädagogischen Fachkräfte in Kitas mit einem erhöhten Anteil an Kindern, die Auffälligkeiten in der Sprache, Motorik oder Verhalten zeigen. Das Ziel ist eine frühzeitige Feststellung von Unterstützungsbedarfen und die Vermittlung entsprechender Angebote. Dabei wird ein interdisziplinärer Ansatz verfolgt, indem die Fachkräfte der Sozialpädiatrie, der Familien- und Erziehungsberatungsstellen, der individuellen Sprachförderung und andere Fachkräfte aus dem Netzwerk der Frühen Hilfen zusammenarbeiten. Anhand der Schuleingangsdaten wird ermittelt, welche Kindertageseinrichtungen einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben. Diese Einrichtungen werden gezielt angesprochen, wobei eine Teilnahme am Kita-Konzept für die Kitas freiwillig ist. Die teilnehmenden Kitas bekommen eine Schulung in der Anwendung der Entwicklungsbeobachtung und -Dokumentation (EBD). Zweimal jährlich wird durch die pädagogischen Fachkräfte der teilnehmenden Kitas der Entwicklungsstand der Kinder zur Sprache, Kognition, Feinmotorik, Visuomotorik, Haltung und Bewegung sowie der sozialen und emotionalen Entwicklung erfasst. Die Ergebnisse der EBD-Bögen werden in anonymisierter Form an das schulärztliche Team zur Auswertung weitergeleitet und den Fachkräften in den Kommunen regelmäßig im Rahmen von Netzwerktreffen präsentiert. Ärzt*innen aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und Psycholog*innen aus der Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche (BEK) stehen regelmäßig vor Ort in den Kitas für Fragen, Beratungen und Untersuchungen zur Verfügung. Dies erfolgt in Form von regelmäßigen Sprechstunden in den teilnehmenden Kitas oder zusätzlich in Form von Impulsvorträgen an Elternabenden und Elterncafés. Zudem bieten Sprachförderkräfte individuelle Sprachförderung in Kleingruppen an.

Durch den multiprofessionellen, niedrigschwelligen Ansatz des sozialpädiatrischen Kita-Konzepts gelingt es, Kinder frühzeitig in geeignete Maßnahmen zu vermitteln, wie beispielsweise in Frühfördermaßnahmen, in Sprachheilkitas, in Ergotherapie, Logopädie und zur weiteren Abklärung an fachärztliche Praxen. Alle Akteure sind im Rahmen von Netzwerktreffen der Frühen Hilfen in regelmäßigem Austausch.

Einen guten Überblick über das sozialpädiatrische Kita-Konzept bietet der Podcast Chancenreich der Region Hannover (Folge 7):



5.2. Ergebnisse aus dem sozialpädiatrischen Kita-Konzept

Ausgehend von den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen wird das Sozialpädiatrische Kita-Konzept interdisziplinär mit Angeboten der Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, der BEKJs und der individuellen Sprachförderung des Teams Tagesbetreuung für Kinder in Kitas mit erhöhtem Anteil von Förderbedarfen umgesetzt.

Derzeit setzen 61 Kitas aus 14 Kommunen das Sozialpädiatrische Kita-Konzept um und profitieren von den Angeboten der Sozialpädiatrie, den Beratungsstellen und der individuellen Sprachförderung. Insgesamt gibt es 355 Kitas in den 16 Kommunen, in denen die Region Hannover Jugendhilfeträgerin ist.

Pro Kindergartenjahr werden rund 2.000 EBD-Bögen von den pädagogischen Fachkräften ausgefüllt und dem Fachdienst für Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin zur Auswertung weitergeleitet. Seit 2017 konnten insgesamt rund 20.000 EBD-Bögen ausgewertet werden. Die Mehrzahl der EBD-Bögen beziehen sich auf Kinder im Alter von 48-66 Monaten.

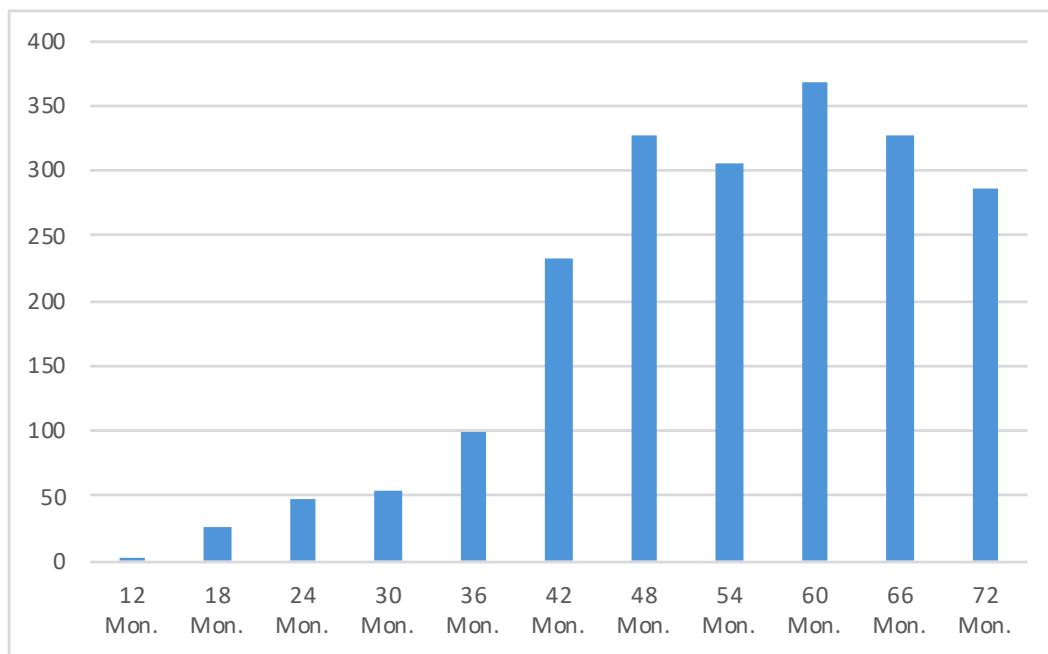


Abbildung 46: Altersverteilung der durch die Entwicklungsbeobachtung und -Dokumentation (EBD) erfassten Kinder im Kitajahr 2024/25

Die häufigsten auffälligen Ergebnisse sind Sprachauffälligkeiten. Im Kita-Jahr 2020/21 zeigte sich in den EBD-Ergebnissen ein Anstieg der Sprachauffälligkeiten von 16,8 % auf 22,6 % im Kitajahr 2021/22, der seitdem weiterhin auf diesem hohen Niveau bleibt. Aktuell liegt der Anteil im Kita-Jahr 2024/25 bei 21,9 %. Die zweithäufigsten Auffälligkeiten sind mit rund 10 % in den sozialen und emotionalen Kompetenzen zu finden. In allen Entwicklungsbereichen zeigen Jungen häufiger Auffälligkeiten als Mädchen.

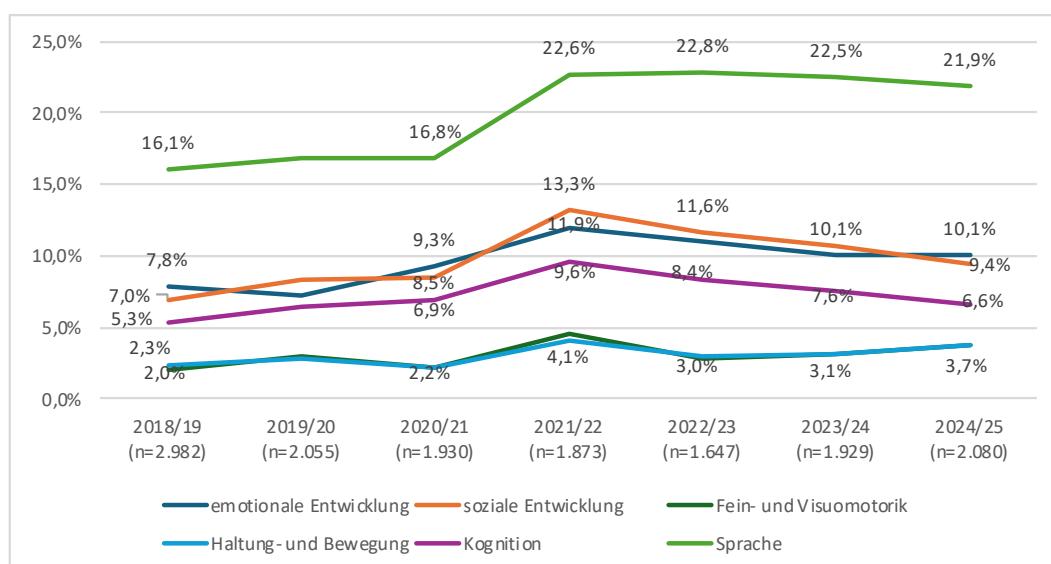


Abbildung 47: Entwicklung auffälliger EBD Ergebnisse, Kitajahre 2018/19 bis 2024/25, Region Hannover

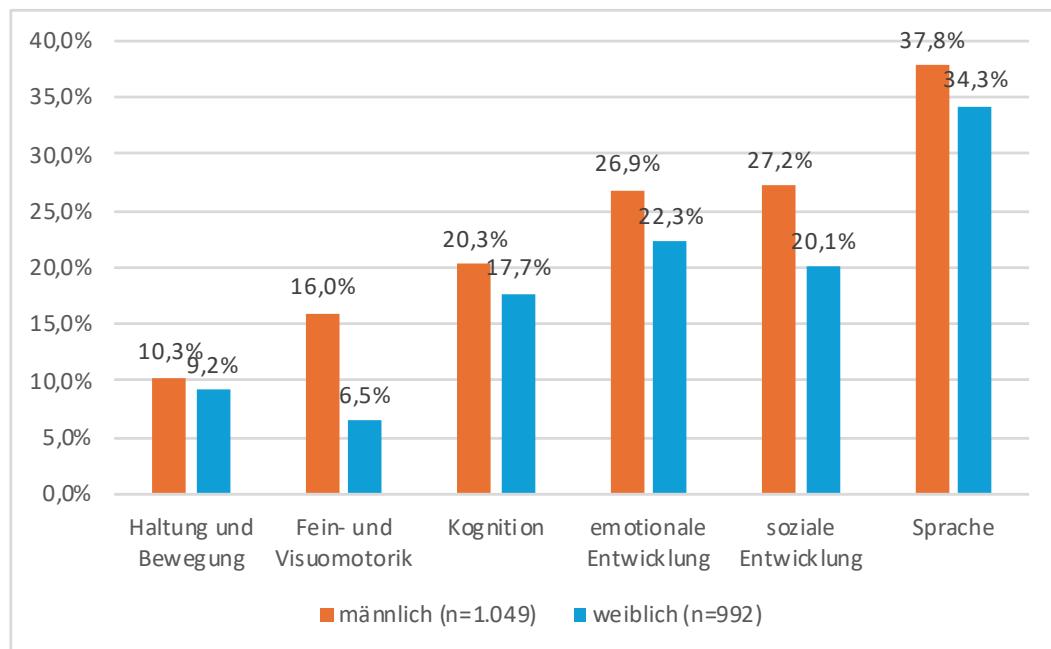


Abbildung 48: Ergebnisse (auffällig + grenzwertig) der Entwicklungsbeobachtung und -dokumentation (EBD) nach Geschlecht in den Kitajahr 2024/25 (n=2.080), Region Hannover

Ein paar Kommunen mit eigenem Jugendamt (Laatzen, Lehrte und Burgdorf) werten ihre EBD Bögen in leicht abgeänderter Form selbst aus, so dass diese Ergebnisse nicht in die Gesamtauswertung einfließen.

Im Kitajahr 2024/25 wurde das Beratungsangebot der Schulärzt*innen vor Ort in den Kitas sowohl von den pädagogischen Fachkräften (1.495) als auch von den Eltern (404) wieder sehr gut angenommen. 355 Sprechstunden und Elternabende wurden von den Schulärzt*innen in den Kitas durchgeführt und insgesamt wurden 305 Maßnahmen (wie Überweisungen an Fachärzte, Therapieangebote, Hausfrühförderung u.a.) vermittelt oder empfohlen.

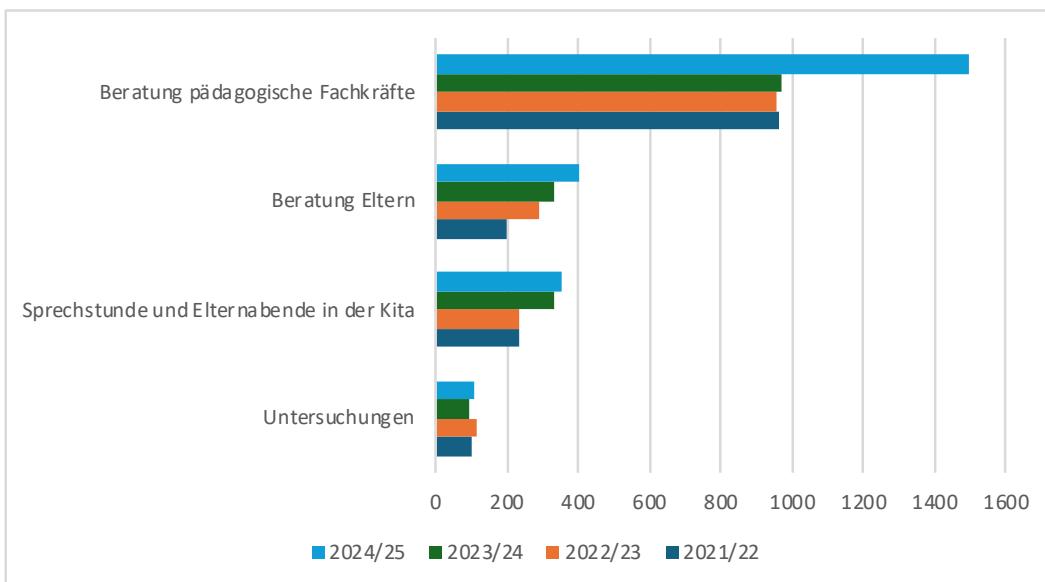


Abbildung 49: Angebote, die im Rahmen des Kita-Konzeptes in den Kitajahren 2020/21- 2023/24 durchgeführt wurden, Region Hannover

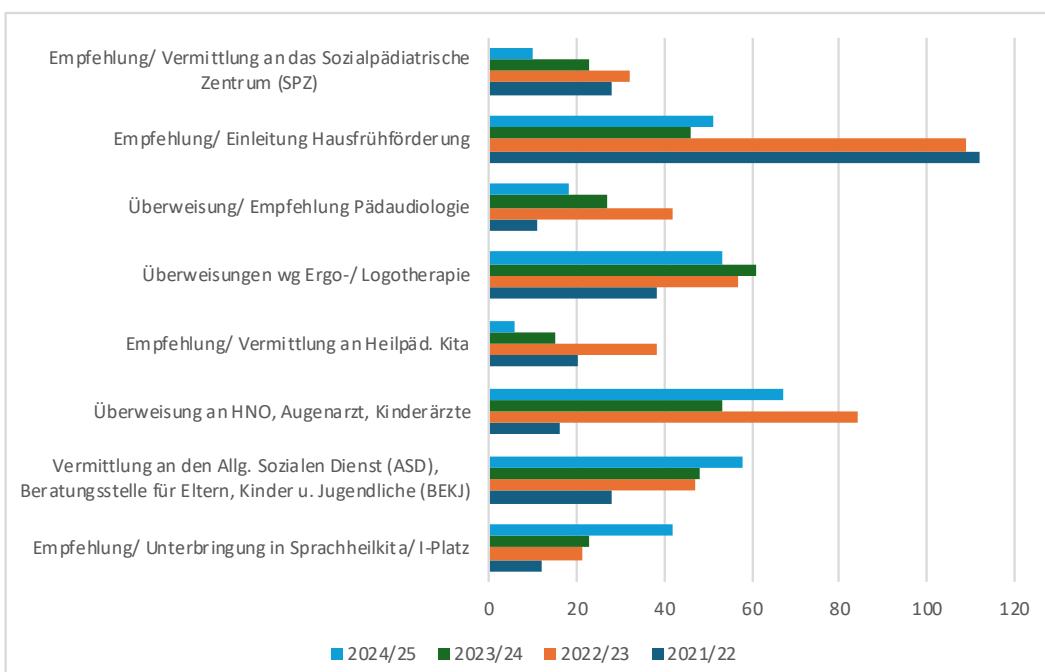


Abbildung 50: Weitervermittelte Maßnahmen im Rahmen des Kita-Konzept in den Kitajahren 2020/21- 2023/24, Region Hannover

6. Bewegungsförderung und Ernährungsberatung „Fit, bunt und lecker“

Mit dem Corona-Lockdown wurden die Bewegungsmöglichkeiten der Kinder stark eingeschränkt (geschlossene Spielplätze, Sportvereine). Die Konsequenzen zeigen sich vor allem in der Gewichtszunahme. Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter sind ein bedeutsames Gesundheitsproblem, das die körperliche Leistungsfähigkeit und die Lebensqualität früh beeinträchtigen kann. Bereits im Kindes- und Jugendalter können Folgeerkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Fettstoffwechselstörungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates auftreten. Hier setzt der Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin an und hat im September 2022 das Projekt „Fit, bunt und lecker“ zur Bewegungsförderung und Ernährungsbildung initiiert.



Abbildung 51: Projektflyer „Fit, bunt und lecker“, Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin, Region Hannover

Eine Sportfachkraft und mehrere Ernährungsfachkräfte bieten Bewegungsförderung und Ernährungsbildung im Setting Kita als präventive Maßnahmen an, um die gesundheitliche Entwicklung und damit die Chancengleichheit der Kinder langfristig zu unterstützen. Dabei wird auf bereits bestehende Strukturen zurückgegriffen und ein interdisziplinärer Ansatz bestehend aus den beiden Modulen Bewegung und Ernährung verfolgt. Zielsetzung ist die Förderung maximaler Bewegungsanlässe und die Verankerung einer ausgewogenen und gesunden Ernährung im Kita Alltag. Das Projektteam hat dabei eine beratende und unterstützende Funktion, setzt Impulse und bringt neue Ideen und Informationen ein, indem mit den Kindern, dem pädagogischen Personal und den Eltern über verschiedene Ansätze zusammengearbeitet wird.

Folgende Bausteine sind Inhalt des Projektes:

- Gezielte Förderung von Bewegungsanlässen und Ernährungsbildung an Kitas.
- Durchführung von Aktionstagen zur Ernährung und Bewegung für Kinder.

- Sowohl kombinierte als auch separate Aktionstage zu den Themen Ernährung Bewegung, Sinnesschulungen, Kinderyogastunden, Bewegungsspiele/ Aufbau von Bewegungs- und Sinneslandschaften, Waldtage und Entdecken von neuen Bewegungsangeboten werden für die Kinder in den Kitas durchgeführt.
- Informationsveranstaltungen/ Elternabende und niedrigschwellige Angebote wie Eltern-Kind-Nachmittage. Sowohl die Elternabende als auch die Eltern-Kind-Nachmittage werden an die Zielgruppe in Absprache mit den Kitas angepasst. Diese können zu unterschiedlichen Schwerpunkten wie z.B. jahreszeitenbezogen oder themenspezifisch durchgeführt werden. Die gemeinsame Interaktion steht dabei im Vordergrund.
- Fachliche Beratung für Kitas zum Thema Elternkommunikation, Kooperation mit Sportvereinen, Gestaltung des Verpflegungsangebotes, Ernährungsbildung in der Kita und der Erstellung eines Ernährungskonzepts. Die fachliche Beratung kann im Einzelgespräch mit der Kitaleitung, im Team auf einer Dienstbesprechung oder im Rahmen eines Studententages erfolgen. Die individuellen Bedarfe der Kitas stehen dabei im Mittelpunkt.
- Beratung des hauswirtschaftlichen Personals.
- Begleitung bei Zertifizierungsprozessen (z.B. Bewegungsfreundliche Kita, Gemeinschaftsverpflegung nach den Qualitätskriterien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE)). Im Rahmen von Zertifizierungsprozessen wird die jeweilige Kita begleitet, unterstützt und fortgebildet, um dann z.B. das Zertifikat „Bewegungsfreundliche Kita“ zu erhalten.
- Fortbildungsveranstaltungen für pädagogisches Personal. Im Rahmen von interaktiven Workshops oder Studententagen werden unterschiedliche Themen zur Ernährung und Bewegung vertiefend behandelt, um weitere fundierte Informationen für den Kitalltag zu erhalten und umsetzen zu können.

33 Kindertageeinrichtungen aus 13 Kommunen nehmen bislang am Projekt teil. Seit Projektbeginn konnten 728 pädagogische Fachkräfte, 558 Eltern, 4.808 Kinder und 15 Hauswirtschaftskräfte durch Angebote wie Studententage, Kinderaktionen, Elternabende oder Eltern-Kind-Nachmittage erreicht werden (siehe Abbildung unten).

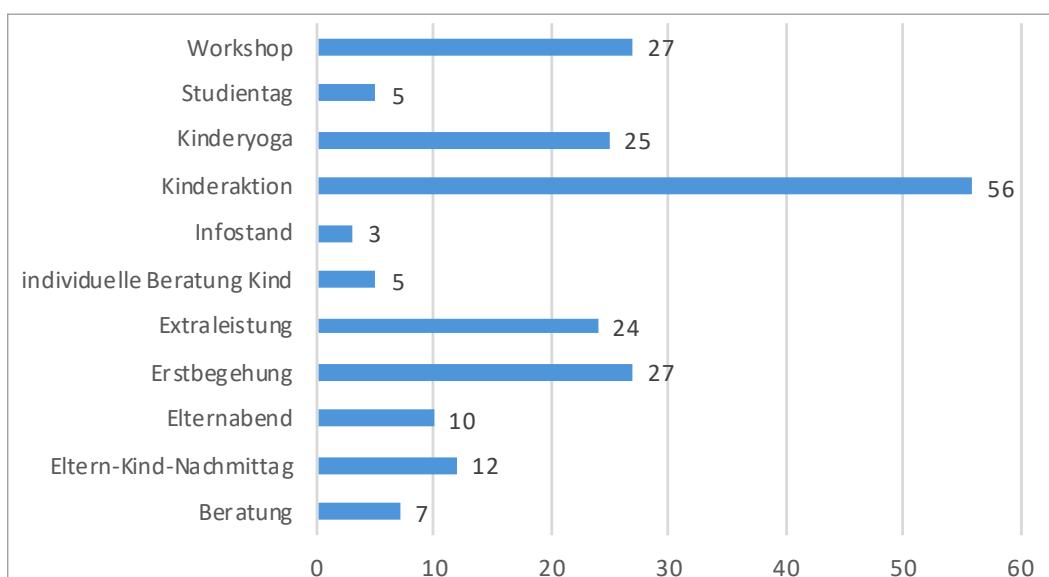


Abbildung 52: Anzahl durchgeführte Angebote im Rahmen des Projektes „Fit, bunt und lecker“, Oktober 2022 - Juni 2025

Neben diesen präventiven Maßnahmen im Setting Ansatz wird zudem eine individuelle Familienberatung rund um die Themen Ernährung und Bewegung angeboten. Das Angebot ist niedrigschwellig, da keine Überweisung benötigt und kein Antrag bei der Krankenkasse gestellt werden muss. Dies erleichtert vielen Familien den Zugang zur Beratung. Die Beratung ist speziell auf Kinder und Jugendliche zugeschnitten. Die Kombination aus Ernährungs- und Bewegungsberatung unterstreicht den ganzheitlichen Ansatz und wird von den Familien gerne angenommen. Über die niedergelassenen Kinderärzt*innen, aber auch durch das schulärztliche Team im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung, werden betroffene Eltern mit ihren Kindern an das Projektteam „Fit, bunt und lecker“ zu einem individuellen Beratungsgespräch vermittelt. Dieses können die Familien freiwillig und kostenlos in Anspruch nehmen.

Seit Beginn des Projektes konnten 493 individuelle Familienberatungen stattfinden. Die meisten Familien kommen 1-2 Mal in die Beratung, es gibt aber auch Familien, die 3-4 Mal oder öfter eine Beratung in Anspruch nehmen. Insbesondere Familien mit Kindern im Alter zwischen 5 und 6 Jahren suchen die Beratung auf. Aber auch Jugendliche nehmen das Angebot wahr. Die Mehrzahl der Beratungen wurden über die Ärzt*innen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung (n=217) oder über die niedergelassenen Kinderärzt*innen (n=119) vermittelt. Der Anlass für die Beratung war überwiegend Adipositas (63,5 %) und Übergewicht (20,5 %), aber auch auffälliges Essverhalten (5,4 %).

Zur Information des Projektes „Fit, bunt und lecker“ gibt es einen Flyer, der auf der Internetseite des Fachdienstes Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin zu finden ist. Hier findet man weitere wertvolle Informationen zur Bewegung und Ernährung.

<https://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Gesundheit/Gesundheitsschutz/Kinder-und-Jugendgesundheit/Sozialp%C3%A4diatrie-und-Jugendmedizin/Informationsmaterialien/Fit,-bunt-und-lecker>

Einen guten Überblick über das Projekt „Fit, bunt und lecker“ bietet der Podcast Chancenreich der Region Hannover (Folge 8):



7. Fazit und Handlungsempfehlungen zur gesunden Entwicklung in Schule und Kita

Zusammenfassend lassen sich folgende markante Entwicklungen in den Datenauswertungen erkennen:

- Übergewicht und Adipositas ist wieder auf einen Anteil von rund 10% gesunken und damit auf das Niveau von vor der Corona-Pandemie gesunken.
- Der Anteil an Kindern mit eingeschränkten Sprachkompetenzen ist weiterhin auf hohem Niveau.
- Einschränkungen in den visuomotorischen Kompetenzen sind zunehmend.
- Verhaltensauffälligkeiten leicht, aber kontinuierlich zunehmend.
- Ein Anstieg von Sprachdefiziten und Auffälligkeiten in der emotionalen und sozialen Kompetenz bereits im Kindergarten
- Die 4. Klassenuntersuchungen zeigen, dass in dieser Kohorte die Übergewichtsprävalenz bei rund 20 % lag.

Der Rückgang von Übergewicht und Adipositas in den Schuleingangsdaten bezieht sich auf die in den vergangenen drei Jahren eingeschulten Kinder. Der hohe Anteil an Übergewicht und Adipositas betraf jedoch Kinder, die in oder kurz nach der Corona-Pandemie eingeschult wurden. Aufgrund dessen sind die Ergebnisse der 4. Klassen Untersuchung sehr wertvoll, da basierend auf diesen Daten konkrete Handlungsempfehlungen für diese Altersgruppe gemacht werden können. Zwar steigt die Übergewichtsprävalenz zwischen der ersten und vierten Klassenstufe grundsätzlich an. Dieses wurde bereits durch die Kinder- und Jugendstudie KIGGS Welle 2 (2014-2017) des Robert Koch-Instituts, in der die Gruppe der 3-6-Jährigen mit den 7-10-Jährigen verglichen wurde, belegt (Schienkiewitz, Brettschneider et al. 2018). Dennoch unterstreichen die Ergebnisse erneut die Auswirkungen der Corona-Pandemie und die Bedeutung der Schuluntersuchungen für die Entwicklung konkreter Handlungsansätze und Präventionsarbeit. Verhältnispräventive Ansätze im Setting Schule zu den Themen Bewegung, Ernährung und Gesundheitskompetenz sollten zukünftig stärker in den Schulalltag integriert werden.

Im Rahmen einer jeden Schuleingangsuntersuchung ist die individuelle Beratung bedeutsam. Zur Unterstützung der Beratung wurden Flyer zu den Themen Sprache, Zahlen und Mengen, Schwimmangeboten und Medienkonsum entwickelt und kommen auch übersetzt in zahlreiche Sprachen dabei zur Anwendung. Die Abfrage des Freizeitverhaltens (wie Medienkonsum, Vorlesehäufigkeit, Schwimmfähigkeit, Sport im Verein) soll dabei helfen, die Beratung zielgenauer durchzuführen.

Der Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin hat in Kooperation mit dem Team Tagessbetreuung für Kinder eine Neuauflage für das Familienheft entwickelt, das den Familien und ihren Kindern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung überreicht wird. Das Heft

beinhaltet nicht nur zahlreiche Spiel- und Bewegungsideen, sondern auch kleine Übungen zur Förderung der feinmotorischen und sprachlichen Kompetenz der Kinder und Anregungen zur Bewegung und gesunden Ernährung (<https://www.elternsein.info/krisen-bewaeltigen/ideen-fuer-familien/>).

Für Vorschulkinder kann das letzte Kindergartenjahr sehr wertvoll für die kognitive, visuomotorische und sprachliche Entwicklung sein. Dies gilt insbesondere für sozioökonomisch benachteiligten und bildungsfernen Familien, in denen weniger häusliche Förderung stattfindet. Umso bedeutsamer ist es, Kinder durch die frühzeitige intensivere Förderung im Rahmen des sozialpädiatrischen Kita-Konzeptes profitieren zu lassen. Das Kita-Konzept wird deshalb bedarfsorientiert auf der Grundlage von Indikatoren aus den Schuleingangsdaten weiter ausgebaut, um Eltern und Kinder möglichst früh und niedrigschwellig zu erreichen.



Abbildung 53: Familienheft „Gemeinsamzeit - Das Familienheft“, Region Hannover 2025

8. Zahngesundheit von Kindern in der Region Hannover – Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen in Kindertagesstätten und Grundschulen

8.1. Gesetzliche und strukturelle Grundlagen der Gruppenprophylaxe

Zu Beginn der 80er Jahre wiesen deutsche Kinder und Jugendliche im internationalen Vergleich sehr hohe Karieswerte auf (DAJ 2017). Vor diesem Hintergrund und basierend auf der Erkenntnis, dass es sehr wirksame Prophylaxemaßnahmen gibt, wurden im Jahr 1989 der § 21 (Verhütung von Zahnerkrankungen – Gruppenprophylaxe) und der § 22 (Verhütung von Zahnerkrankungen – Individualprophylaxe) in das Sozialgesetzbuch V eingefügt. Gemäß § 21 SGB V sind bei Kindern, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen durchzuführen, die neben der zahnärztlichen Untersuchung auch die Bereiche Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene umfassen. Diese Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen stattfinden. In Einrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, sollen die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt werden.

Die konkreten strukturellen Umsetzungen sowie Regelungen bezüglich der Finanzierung sind in den einzelnen Bundesländern nicht einheitlich. Die Rahmenvereinbarung für Niedersachsen sieht vor, dass die gesetzlichen Krankenkassen den für die Gruppenprophylaxe zuständigen Stellen⁶, d. h. den Landkreisen und kreisfreien Städten, die Sachkosten sowie die Personalkosten für die Prophylaxefachkräfte erstatten und zudem die Hälfte der Kosten für die zahnärztlichen Untersuchungen im Vorschulalter tragen.

Auf Landesebene wurden zudem Landesarbeitsgemeinschaften gebildet, die die gruppenprophylaktische Arbeit auf kommunaler Ebene fördern und unterstützen. Daneben besteht mit der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) eine Dachorganisation auf Bundesebene, die u. a. im Rahmen der Qualitätssicherung in regelmäßigen Abständen bundesweite epidemiologische Begleituntersuchungen durchführt (DAJ 2025).

Im Gegensatz zur Individualprophylaxe handelt es sich bei der Gruppenprophylaxe um einen aufsuchenden Präventionsansatz, mit dem prinzipiell alle Kinder – unabhängig von ihrem familiären bzw. sozialen Hintergrund – erreicht werden können. Die gruppenprophylaktischen Maßnahmen stellen damit einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit aller Kinder dar.

⁶Gemäß § 5 Abs. 3 des Niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) nehmen die Landkreise und kreisfreien Städte die Aufgaben der zuständigen Stellen für die Zahngesundheitspflege nach § 21 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs wahr.

8.2. Umsetzung der Gruppenprophylaxe in der Region Hannover

8.2.1. Team Zahnärztlicher Dienst und Jugendzahnpflege

Nach diesen Vorgaben sind in den 21 Städten und Gemeinden der Region Hannover jährlich etwa 115.000 Kinder in Kindertagesstätten, Grund- und Förderschulen sowie weiterführenden Schulen im Rahmen der Gruppenprophylaxe zu betreuen.

Um die Aufgaben zu erfüllen, sind im Team neben der Teamleitung und der Teamassistenz zurzeit neun Zahnärztinnen, neun Zahnmedizinische Fachangestellte und 15 Prophylaxefachkräfte in Teilzeit beschäftigt. Während die Untersuchungen von einem Team aus Zahnärztin und Zahnmedizinischer Fachangestellten durchgeführt werden, führen die Prophylaxefachkräfte die weiteren gruppenprophylaktischen Maßnahmen in der Regel eigenständig durch. Die Kolleginnen werden bei ihrer Arbeit in den Kindertagesstätten durch die Handpuppen „Kroki“ und „Krokolinchen, die beiden „Zahnputzkrokodile“, unterstützt.

Neben dem hannoverschen Hauptstandort gibt es noch Standorte in Burgdorf, Garbsen, Laatzen, Langenhagen und Ronnenberg. Sowohl Zahnärztinnen als auch Prophylaxefachkräfte haben fest zugeteilte Einrichtungen und Gebiete, die sich im Wesentlichen an kommunalen Strukturen orientieren. Das Aufgabenspektrum umfasst die folgenden drei Hauptbereiche:



8.2.2. Zahnärztliche Untersuchungen

Die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen erfolgen im Hinblick auf die Feststellung von Zahnschäden, individuellem Prophylaxebedarf sowie kieferorthopädischen Auffälligkeiten. Im Anschluss an die Untersuchung erhalten alle Sorgeberechtigten ein Mitteilungsschreiben. Hier werden u. a. auffällige Untersuchungsbefunde notiert sowie Behandlungs-, Beratungs- und Prophylaxeempfehlungen gegeben. Zudem erfolgt der Hinweis, die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxemaßnahmen bei den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in den Zahnarztpraxen wahrzunehmen.

Darüber hinaus dienen die Untersuchungsergebnisse als Steuerungsinstrument zur Feststellung des Betreuungsbedarfs von Kindertagesstätten und Schulen durch die Prophylaxefachkräfte und bilden die Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung (s. 8.2.5).

Im Schuljahr 2024/25 wurden 318 Einrichtungen mit 1.903 Gruppen/Klassen betreut und 32.233 Kinder und Jugendliche untersucht. Der Schwerpunkt der zahnärztlichen Untersuchungen liegt dabei im Bereich der Kindertagesstätten und Grundschulen. Zudem finden die Untersuchungen noch in Förderschulen sowie teilweise in den 5. und 6. Klassen von weiterführenden Schulen statt.⁷

8.2.3. Umsetzung der Gruppenprophylaxe durch die Prophylaxefachkräfte

Die gruppenprophylaktischen Maßnahmen umfassen altersgemäße Programme, die u. a. die Themenbereiche Ernährung, Mundhygiene und Fluoridanwendungen beinhalten. In den Kindertagesstätten werden mit den Kindern zudem noch praktische Zahnpflegeübungen durchgeführt. Ferner werden die pädagogischen Fachkräfte in den Kitas zum täglichen Zahnpflezen mit den Kindern motiviert.

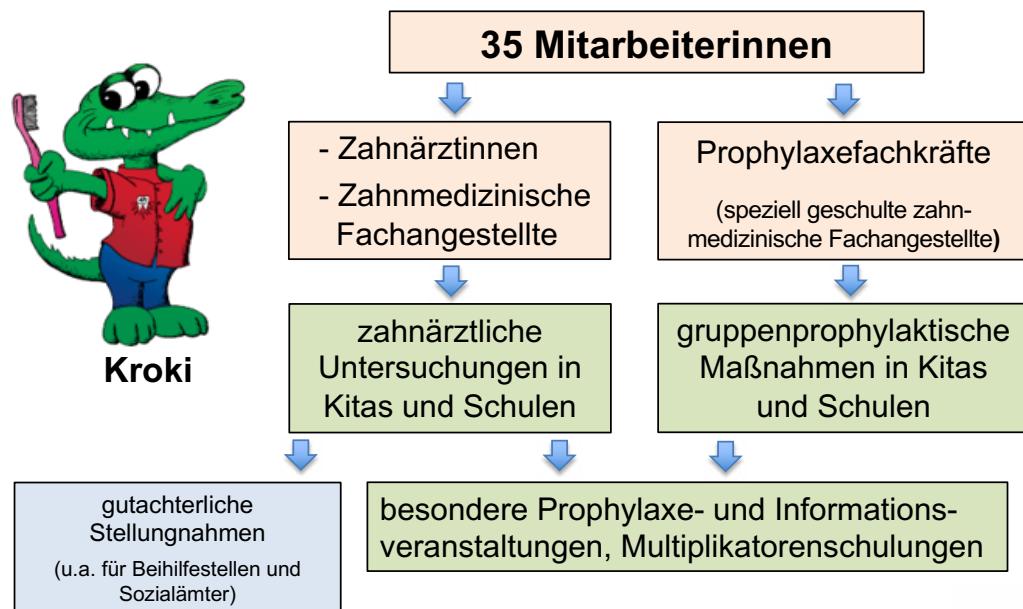
Der Schwerpunkt der Prophylaxetätigkeit liegt ebenfalls im Bereich der Betreuung von Kindertageseinrichtungen und Grundschulen. Zudem werden Förderschulen und teilweise auch die 5. und 6. Klassen der weiterführenden Schulen besucht. Im Schuljahr 2024/25 wurden insgesamt 633 Einrichtungen mit 3.182 Gruppen/Klassen betreut und somit 55.336 Kinder und Jugendliche durch gruppenprophylaktische Maßnahmen erreicht.

8.2.4. Besondere Prophylaxe- und Informationsveranstaltungen

Das Team leistet im Rahmen verschiedener Veranstaltungen, wie z. B. am Weltkindertag, am Entdeckertag, am Tag der Zahngesundheit, der Infalino-Babymesse sowie bei verschiedenen kommunalen Gesundheitstagen Öffentlichkeits- und Präventionsarbeit. Zudem werden Elterninformationsveranstaltungen in Kindertagesstätten durchgeführt und Multiplikatorenenschulungen angeboten. Hierzu gehören u. a. Fortbildungen für Elternbegleitende in den Programmen „Rucksack Kita“ und „Rucksack Schule“, Kindertagespflegepersonen,

⁷Zum zahnärztlichen Aufgabenspektrum gehört weiterhin die Erstellung von gutachterlichen Stellungnahmen, u. a. für Beihilfestellen und Sozialämter.

Hebammen, angehende Erzieher*innen sowie Schulungen für Personen, die im Rahmen der Flüchtlingshilfe tätig sind. Weiterhin gehört die Erstellung von Arbeits- und Informationsmaterialien zum Aufgabenspektrum des Teams.



8.2.5. Gesundheitsberichtserstattung

Die Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen sowie Art und Umfang der weiteren gruppenprophylaktischen Maßnahmen werden jährlich im „Dokumentationsbogen Jugendzahnpflege Niedersachsen“ dokumentiert. Dieser Dokumentationsbogen bildet die gemeinsame Datengrundlage für das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) und die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e. V. (LAGJ Nds.) (LAGJ Nds, NLGA 2024).

8.3. Zahngesundheit im Milchgebiss

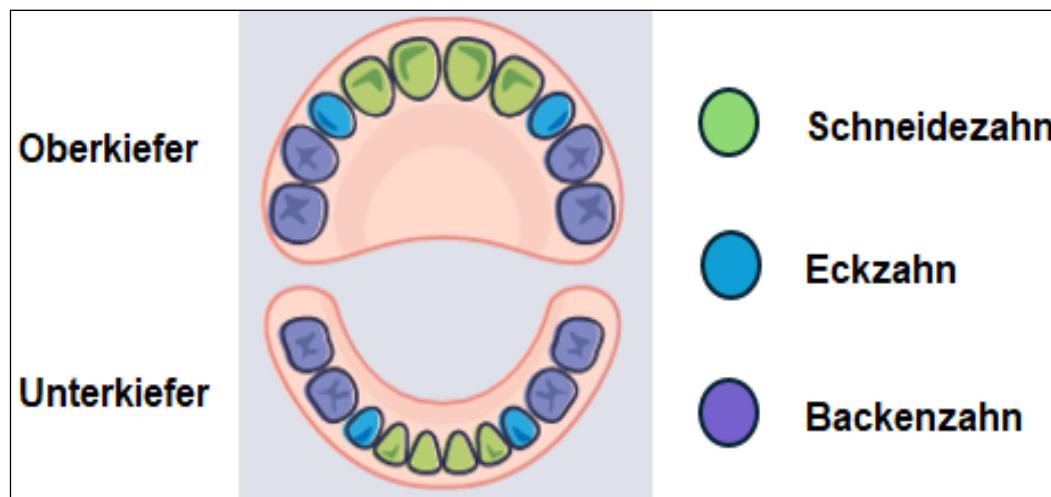
8.3.1. Das Milchgebiss – Aufbau und Bedeutung

Die Bedeutung des Milchgebisses wird vielfach unterschätzt. In diesem Zusammenhang ist die Annahme, dass die Gesunderhaltung der Milchzähne bzw. die Behandlung kariöser Zähne nicht so wichtig sei, ebenfalls weit verbreitet. Wie im Folgenden aufgezeigt wird, gibt es jedoch wichtige Gründe, die Milchzähne möglichst lange gesund zu erhalten.

Milchzähne sind nicht nur für das Abbeißen und Kauen notwendig, sondern auch für die richtige Sprachbildung. Daneben sind sie wichtige Platzhalter für die später kommenden bleibenden Zähne, wobei der Platzhalterfunktion der Milchbackenzähne (Milchmolaren) eine besondere Bedeutung zukommt. Müssen diese kariesbedingt zu früh entfernt werden, kann dies in der Folge zu Zahnwanderungen und -kippungen und dadurch zu Lückeneinlagerungen führen, die häufig die Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung nach sich ziehen (Ackermann, Esch 2019; Krey 2019).

Weiterhin können Schmerzen und Infektionen, die von den Milchzähnen ausgehen, das Allgemeinbefinden von Kindern beeinträchtigen und gegebenenfalls zu Schädigungen des nachfolgenden bleibenden Zahnskeims führen. Ausgeprägte kariöse Läsionen im frühen Kindesalter erfordern zudem häufig Behandlungen in Narkose und unbehandelte Läsionen erhöhen das Karriesrisiko für das bleibende Gebiss (Boukhobza et al. 2020; BZÄK, KZBV 2014; Mempel et al. 2024; Viergutz, Rüder 2019). Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass ein gesundes Milchgebiss die Chancen auf ein gesundes bleibendes Gebiss deutlich erhöht.

Das Milchgebiss besteht aus jeweils acht Milchschnide- und Milchbackenzähnen sowie aus vier Milcheckzähnen. Etwa mit sechs Monaten bekommt ein Kind seinen ersten Zahn, wobei zunächst die Schneidezähne und danach Eck- und Backenzähne durchbrechen. Im Alter von etwa zweieinhalb Jahren (24 – 36 Monate) sind im Allgemeinen alle 20 Milchzähne vorhanden. Der Zahnwechsel zum bleibenden Gebiss beginnt meist im Alter von fünf bis sechs Jahren mit dem Wechsel der Schneidezähne und ist vielfach im Alter von 10 bis 12 Jahren abgeschlossen.



8.3.2. Kariesentstehung

Karies entsteht durch das Zusammenwirken von kariesfördernden (kariogenen) Mikroorganismen, unzureichender Mundhygiene und ernährungsbedingten Faktoren. In der Mundhöhle vorkommende Bakterien bilden zunächst einen Biofilm auf der Zahnoberfläche, den sogenannten Zahnbefall (Plaque). Dieser wird, wenn er nicht regelmäßig durch Zahneputzen entfernt wird, immer dicker. Bestimmte Mikroorganismen in den Zahnbefällen wandeln in der Folge niedermolekulare Kohlenhydrate (Zucker) aus Nahrung und Getränken in Säuren um, wobei durch das Einwirken der Säure die Zahnhartsubstanzen entkalkt (demineralisiert) werden. Daneben finden an der Zahnoberfläche aber auch Remineralisationsprozesse statt, wobei der Speichel eine ganz entscheidende Rolle spielt (KZBV 2025). Überwiegen langfristig die Demineralisationsprozesse, entsteht ein „Loch“, d. h. eine kariöse Läsion (Brauckhoff et al. 2009; Schmoeckel et al. 2019).

Die Kariesentstehung wird somit durch häufige zuckerhaltige Mahlzeiten bei gleichzeitiger unzureichender Mundhygiene (Plaqueentfernung) begünstigt. Bei guter Mundhygiene hingegen spielt der Faktor Ernährung eine geringere Rolle.

Daneben gibt es zusätzliche Faktoren, die das Kariesrisiko erhöhen. Hierzu zählen beispielsweise individuelle Besonderheiten, die die Zahnreinigung erschweren, wie z. B. tiefe Fissuren in den Backenzähnen oder sehr eng stehende Zähne. Aber auch Mineralisationsstörungen des Zahnschmelzes oder eine sehr geringe Speichelbildung begünstigen die Kariesentwicklung (UKGM 2025).

Eine besondere Form der frühkindlichen Karies (Early Childhood Caries (ECC))⁸ stellt die sogenannte „Nuckelflaschenkaries“ („Nursing Bottle Syndrome“ (NBS), (ECC Typ II)) dar, die dadurch entsteht, dass den Kindern „Nuckelflaschen“ (Babyflaschen) mit zuckerhaltigen Getränken zum Dauernuckeln überlassen werden und keine ausreichende Mundhygiene erfolgt. Dies kann schon in den ersten Lebensjahren zu sehr umfangreichen Zahnschäden führen, wobei charakteristischerweise zunächst die oberen Schneidezähne betroffen sind, da diese beim Nuckeln an der „Nuckelflasche“ ständig von zuckerhaltiger Flüssigkeit umspült werden (Schmidt, Schmoeckel 2018; Wagner 2019). In vielen Fällen bleibt nur die Option einer Behandlung in Narkose (Boukhobza 2020; Viergutz, Röder 2019).

8.3.3. Kariesprophylaxe

Bei richtiger Vorsorge ist Karies weitgehend vermeidbar. Es besteht also ein sehr hohes Präventionspotential und es gibt zahlreiche wirkungsvolle und kostengünstige Vorsorgemaßnahmen. Aus dem Mechanismus der Kariesentstehung lassen sich dabei folgende Empfehlungen ableiten, die auch als die vier Säulen der Kariesprophylaxe bekannt sind (DAZ 2025):

⁸ Von frühkindlicher Karies (Early Childhood Caries (ECC)) spricht man, wenn Karies bei Kindern im Alter unter sechs Jahren auftritt. Je nach Schweregrad unterteilt man drei Formen: ECC Typ I (mild bis moderat), ECC Typ II (moderat bis schwer) und ECC Typ III (schwer) (Schmidt, Schmoeckel 2018; Wyne 1999).

Regelmäßige häusliche Zahnpflege: Mindestens zweimal am Tag die Zähne putzen, um Plaque und Speisereste zu entfernen. Ergänzend sollten Maßnahmen zur Zahnzwischenraumreinigung (z. B. mit Zahnseide) durchgeführt werden.

Zahngesunde Ernährung: Weniger – und vor allem weniger häufig – zuckerhaltige Nahrungsmittel und Getränke konsumieren

Regelmäßige halbjährliche Kontrollen in der Zahnarztpraxis: Kinder und Jugendliche sollten die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen und Prophylaxemaßnahmen in Anspruch nehmen.

Anwendung von Fluoriden: Hierbei ist besonders die Anwendung von fluoridhaltiger Zahnpasta wichtig. Weiterhin wird die Benutzung von fluoridhaltigem Speisesalz empfohlen.⁹ Ergänzende Fluoridierungsmaßnahmen können in Abhängigkeit vom Alter und nach Absprache mit der Zahnarztpraxis erfolgen (z. B. in Form der Anwendung von Fluoridgele oder fluoridhaltigen Mundspülösungen (DGZ, DGZMK 2025; Zimmer et al. 2025).

8.3.4. Empfehlungen zur Kariesprävention mit Fluorid im Säuglings- und frühen Kindesalter

Unter den Präventionsmaßnahmen tragen die Fluoridanwendungen wesentlich zur Kariesrisikoreduktion bei (BZÄK 2024; KZBV 2025). In der Vergangenheit gab es bezüglich der Kariesprävention mit Fluorid im Säuglings- und frühen Kindesalter jedoch unterschiedliche Empfehlungen von Kinderärzt*innen und Zahnärzt*innen, was zu einer Verunsicherung der Eltern führte.

Daher ist es sehr erfreulich, dass im Jahr 2021 innerhalb des bundesweiten Netzwerks „Gesund ins Leben“ alle relevanten Fachgesellschaften und -gruppen gemeinsame Handlungsempfehlungen zur Kariesprävention mit Fluorid im Säuglings- und frühen Kindesalter verabschiedet haben (Berg et al. 2021), die in Abbildung 54 (Netzwerk Gesund ins Leben 2021) zusammengefasst sind.

⁹ Es darf nur eine Form der systemischen Fluoridzufuhr erfolgen, d. h. entweder über Tabletten oder Speisesalz.



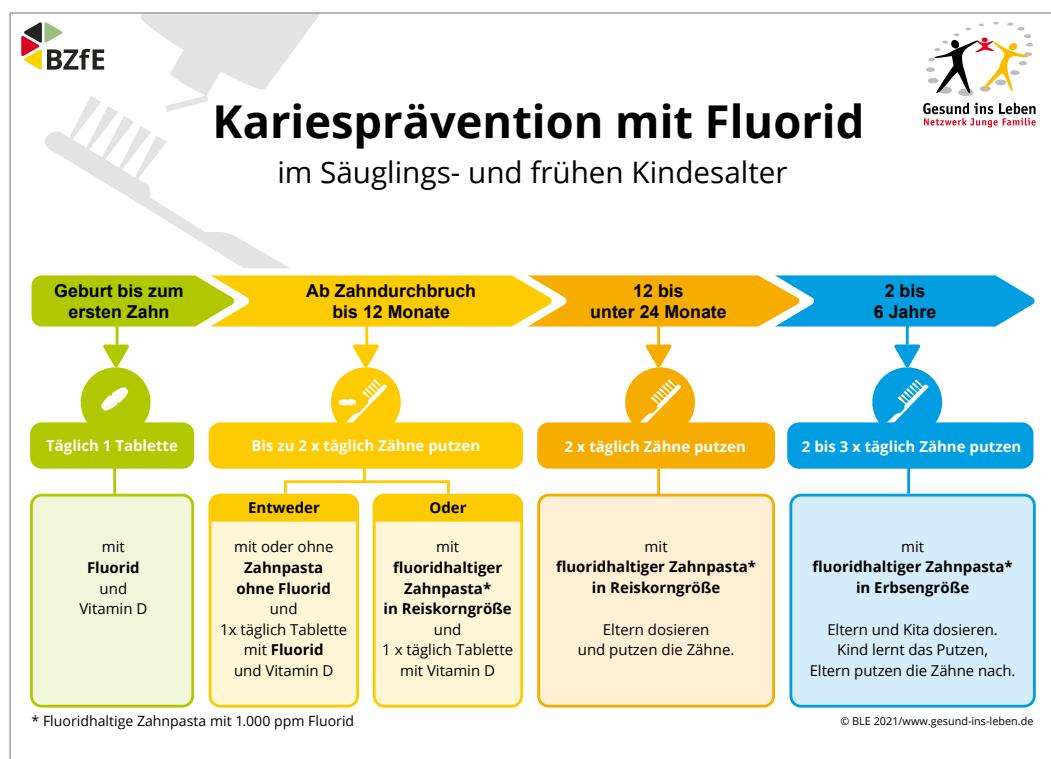


Abbildung 54: Empfehlungen zur Kariesprävention mit Fluorid im Säuglings- und frühen Kindesalter (Netzwerk Gesund ins Leben 2021)

Während die Fluoridzufuhr bis zum Durchbruch des ersten Zahnes in Form von Tabletten erfolgen soll, besteht zwischen dem Erscheinen des ersten Zahnes und dem ersten Geburtstag die Wahlmöglichkeit, Fluorid entweder weiterhin in Tablettenform zuzuführen oder eine fluoridhaltige Kinderzahnpasta (1.000 ppm (parts per million) Fluorid) zu benutzen.

Im Alter von 12 bis 24 Monaten werden die Zähne dann zweimal täglich mit einer reiskorngroßen Menge und ab dem zweiten Geburtstag zwei- bis dreimal pro Tag mit einer erbsengroßen Menge fluoridhaltiger Kinderzahnpasta (1.000 ppm Fluorid) geputzt. Ab dem Alter von sechs Jahren sollte eine Junior- oder Erwachsenenzahnpasta mit höherem Fluoridgehalt verwendet werden (Zimmer et al. 2025). Angemerkt sei an dieser Stelle, dass die Eltern nicht nur das Zähneputzen ihrer Kinder beaufsichtigen müssen, sondern auch bis etwa zum Alter von acht Jahren regelmäßig die Zähne nachputzen müssen (BLZK 2017; Wagner 2019).

Ergänzend wird (mit Ausnahme des Säuglingsalters) zudem die regelmäßige Verwendung von fluoridiertem Speisesalz empfohlen. Fluoridhaltige Mundspülösungen oder Fluoridgele sollten grundsätzlich erst nach dem sechsten Geburtstag verwendet werden, während Fluoridlacke schon ab dem sechsten Monat zweimal jährlich in der Zahnarztpraxis aufgetragen werden können (Zimmer et al. 2025).

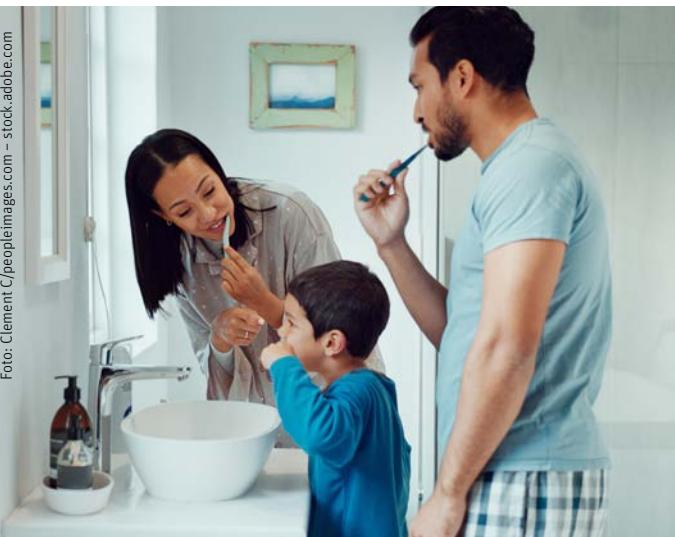
8.3.5. Entwicklung der Zahngesundheit bei Kindern in Deutschland

Wie bereits erwähnt, wiesen deutsche Kinder und Jugendliche in den 80er Jahren im internationalen Vergleich noch sehr hohe Karieswerte auf. Seitdem hat sich die Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen deutlich verbessert (DAJ 2017).

Bezogen auf das bleibende Gebiss konnte seit Mitte der 90er Jahre bei den 12-Jährigen ein Kariesrückgang von ca. 80 % beobachtet werden. Mit diesen Werten nimmt Deutschland in dieser Altersgruppe im europäischen Vergleich einen vorderen Rang ein (DAJ 2017; IDZ 2016). Die guten Werte in dieser Altersgruppe konnten auch in der sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 6) (IDZ 2025) bestätigt werden, bei der in den Jahren 2021 bis 2023 knapp tausend 12-Jährige untersucht wurden. Im Vergleich zur DAJ-Studie von 2015/16 wurden jedoch keine weiteren Verbesserungen beobachtet (IDZ 2025).

Auch im Milchgebiss konnte zunächst eine deutliche Kariesreduktion verzeichnet werden, die jedoch im Vergleich zum bleibenden Gebiss nicht so ausgeprägt war. Seit der Jahrtausendwende zeigen sich in Bezug auf die Milchzähne allerdings nur noch sehr geringe Verbesserungen bzw. eine Stagnation in der Mundgesundheit der Kinder (Brauckhoff et al. 2009; DAJ 2017; Jahn 2024). Aktuelle bundesweite Werte bezüglich der Zahngesundheit im Milchgebiss liegen nicht vor.

Die positive Entwicklung der Mundgesundheit wird auf die Wirksamkeit von Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe sowie auf die breite Anwendung verschiedener Fluoridierungsmaßnahmen, wie z. B. der Verwendung von Fluoridzahnpasta, zurückgeführt. In Bezug auf das bleibende Gebiss wird der Kariesrückgang auch mit den Versiegelungen der Fissuren auf den Kauflächen der Backzähne in Zusammenhang gebracht (Brauckhoff et al. 2009).



Allerdings ist festzustellen, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen in gleichem Maße an der Verbesserung der Zahngesundheit teilhaben. Während die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen (insbesondere im bleibenden Gebiss) heutzutage keine oder eher geringe Zahnschäden aufweist, gibt es eine vergleichsweise kleine Gruppe mit einer sehr hohen Karieserfahrung. Dieses Phänomen wird auch als „Polarisierung“ des Kariesbefalls bezeichnet und wird sowohl bezüglich der Milchzähne als auch der bleibenden Zähne beobachtet (DAJ 2017; Jordan et al. 2025).

Dabei zeigt sich, wie auch in anderen Gesundheitsbereichen, dass Zahngesundheit und soziale Lage eng miteinander verknüpft sind und die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen mit dem sozioökonomischen Status des Elternhauses korreliert. Je höher der sozioökonomische Hintergrund bzw. das Bildungsniveau der Eltern, desto niedriger ist der durchschnittliche Kariesbefall der Kinder und umgekehrt (Arabi et al. 2025; DAJ 2017; IDZ 2016; Jordan et al. 2025; Kirchmann et al. 2025).

Ein sozialer Gradient wird auch aus den Untersuchungsdaten der Region Hannover deutlich. So konnte im Themenfeldbericht Prävention 2018 („Gesundheit im Kleinkind- und Vorschulalter“) (Bantel et al. 2018), in dem die Zahngesundheit von drei- bis sechsjährigen Kindern in Kindertagesstätten u. a. auf kommunaler Ebene verglichen wurde, aufgezeigt werden, dass es bezüglich der Mundgesundheit große Unterschiede zwischen einzelnen Kommunen gibt. So war die Zahngesundheit in diesen Altersgruppen in den Kommunen mit einem eher geringen Anteil an Kinderarmut deutlich besser als in Kommunen mit einem vergleichsweise hohen Anteil an Kinderarmut. Zudem zeigten sich aber auch innerhalb der Kommunen zwischen verschiedenen Orts- bzw. Stadtteilen mit unterschiedlichen Sozialstrukturen erhebliche Unterschiede. Insbesondere in den Kitas und Schulen, die in Gebieten liegen, in denen sich Armutslagen konzentrieren, wiesen die Kinder eine deutlich höhere Karieserfahrung auf.¹⁰

Die schlechtere Zahngesundheit von Kindern aus sozial benachteiligten bzw. bildungsfernen Familien ist einerseits auf die geringere Inanspruchnahme von Präventions- und Therapieangeboten zurückzuführen und ist zum anderen durch eine im Allgemeinen unzureichende häusliche Mundhygiene in Kombination mit einer stark kariogenen Ernährung bedingt (BZgA, RKI 2008).

¹⁰ Dem Team Zahnärztlicher Dienst und Jugendzahnpflege sind nur Vor- und Nachname sowie das Geburtsdatum der Kinder bekannt. Daher können Aussagen bezüglich eines Zusammenhangs zwischen dem sozioökonomischen Status bzw. Bildungshintergrund der Familien und der Zahngesundheit der Kinder nur indirekt abgeleitet werden, indem man die Zahngesundheit verschiedene Kitas und Grundschulen miteinander vergleicht und dabei die soziodemografischen Besonderheiten des jeweiligen Einzugsgebietes berücksichtigt.

Trotz des Kariesrückgangs lässt sich an den Ergebnissen der letzten nationalen Studie von 2015/16 (DAJ 2017) erkennen, dass im Hinblick auf die Zahngesundheit im Milchgebiss – sowohl bezüglich der Prävention als auch in Bezug auf die Behandlung – weiterhin Handlungsbedarf besteht. So ergab die Untersuchung von Sechs- bis Siebenjährigen in den ersten Klassen, dass in dieser Altersgruppe lediglich noch 56,4 % der Kinder naturgesunde Gebisse hatten, während bei den Dreijährigen ein diesbezüglicher Wert von 86,3 % ermittelt wurde. Zudem hatten die 13,7 % der Dreijährigen mit Karieserfahrung bereits durchschnittlich 3,57 kariesgeschädigte Zähne (DAJ 2017). In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass insbesondere bei den Dreijährigen mit sehr umfangreichen kariösen Defekten – aufgrund der in diesem Alter eingeschränkten Kooperationsfähigkeit – häufig eine Behandlung in Narkose notwendig wird (Boukhobza et al. 2020; Viergutz, Röder 2019).

Im Hinblick auf diese noch immer unbefriedigende Zahngesundheit im Milchgebiss wurden in den vergangenen Jahren weitere Elemente der Kariesprävention implementiert:

Um eine bessere Verzahnung zwischen kinderärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zu erreichen, wurde im Jahr 2016 das Kinderuntersuchungsheft („Gelbes Heft“) um sechs mögliche Verweise im Rahmen der kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9 erweitert – und zwar zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut sowie zu den zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen (Splieth et al. 2019).

Zudem einigten sich im Jahr 2018 verschiedene zahnmedizinische Fachgesellschaften auf die Empfehlung, den Fluoridgehalt von Kinderzahnpasten von 500 ppm (parts per million) auf 1000 ppm zu erhöhen (BZÖG 2018), wobei dies von den Herstellern jedoch erst mit etwas zeitlicher Verzögerung umgesetzt wurde. Ergänzend wurden im Jahr 2021 einheitliche Empfehlungen zur Kariesprävention mit Fluorid im Säuglings- und frühen Kindesalter beschlossen und veröffentlicht (Netzwerk Gesund ins Leben 2021) (s. 8.3.4).

Ferner wurden 2019 die bisherigen zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen um drei weitere Untersuchungen im Alter von 6 bis 33 Monaten (Fu1a – c) ergänzt und die risikounabhängigen Fluoridlackapplikationen (FLA) sowie ein praktisches Putztraining mit der Betreuungsperson (Fu Pr) eingeführt (G-BA 2024; Splieth et al. 2019). Seitdem sind sechs Vorsorgeuntersuchungen im Alter von 6 bis 72 Monaten vorgesehen. Da die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen aber noch nicht ausreichend angenommen wurden (Rädel et. al 2023), wurde beschlossen, diese ab dem 01.01.26 im Kinderuntersuchungsheft („Gelbes Heft“) zu dokumentieren (G-BA 2025). Bestandshefte werden durch entsprechende Einlegeblätter ergänzt.

Um aktuelle repräsentative Daten zur Zahngesundheit von Kindern zu bekommen, wird derzeit, d. h. während des Schuljahres 2025/26, eine bundesweite Studie durchgeführt, die neben den Dreijährigen in Kitas und den Sechs- bis Siebenjährigen in den ersten Klassen auch die Zwölfjährigen in den sechsten Klassen umfasst. In Niedersachsen werden die Untersuchungen im Rahmen der routinemäßigen Reihenuntersuchungen in Kitas und Schulen durchgeführt (DAJ 2025).¹¹

8.4. Ablauf und Struktur der zahnärztlichen Untersuchungen

8.4.1. Teilnahme an den zahnärztlichen Untersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen

Während bis zum Schuljahr 2017/18 bezüglich der Teilnahme an den zahnärztlichen Untersuchungen in Kitas und Schulen ein Widerspruchsverfahren durchgeführt wurde, erfolgte 2018/19 in Zusammenhang mit der Einführung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) eine Umstellung auf ein schriftliches Einwilligungsverfahren.

Seit Anfang 2022 ist die Teilnahme an den zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Schulen in Niedersachsen gemäß § 57 Niedersächsisches Schulgesetz (NSchG) jedoch wieder verpflichtend (Behrens-Birkenfeld et al. 2022).

Die Teilnahme an den zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Kindertagesstätten erfolgt weiterhin auf freiwilliger Basis. Voraussetzung hierfür ist eine schriftliche Einwilligung. Die Sorgeberechtigten erhalten daher im Vorfeld der Untersuchung neben dem Einwilligungsformular ein umfangreiches Informationsschreiben, in dem über die Inhalte, den Ablauf, die Gesetzesgrundlage sowie die Datenschutzbestimmungen informiert wird. Die Ausgabe der Elterninformationen sowie das Einholen der Unterschriften erfolgt dabei über die Einrichtung. Soll ein Kind an der Reihenuntersuchung teilnehmen, muss eine unterschriebene Einwilligungserklärung vorliegen, die dann für die gesamte Dauer, die das Kind in der Kita verbringt, Gültigkeit hat. Die Einwilligungen werden vor jeder Untersuchung vom Team Zahnärztlicher Dienst und Jugendzahnpflege geprüft.

¹¹ Diese Studie, die von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) geplant und ausgewertet wird, ist Bestandteil der epidemiologischen Begleituntersuchungen, die im Rahmen der Erfolgskontrolle der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V erfolgen. Bisher wurden insgesamt sieben DAJ-Studien durchgeführt (1994, 1995, 1997, 2000, 2004, 2009 und 2016) (DAJ 2025).



Mit diesem Verfahren ist daher – sowohl für das Team Zahnärztlicher Dienst und Jugendzahnpflege als auch für die Einrichtungen – ein hoher Verwaltungsaufwand verbunden. Zudem führt es dazu, dass ein nicht unerheblicher Teil der Kinder nicht an den Untersuchungen teilnehmen kann (s. Tabelle 8).

Wie aus Tabelle 8 ferner ersichtlich wird, nimmt – trotz einer grundsätzlich vorhandenen großen Akzeptanz – der Anteil der Kinder, die an einer Untersuchung teilnehmen dürfen, im Laufe der Jahre tendenziell ab. So lag im Jahr 2024/25 bei lediglich 88,2 % der Kinder eine Einwilligung vor, während in den Schuljahren 2018/19 und 2019/20 noch Werte deutlich über 90 % verzeichnet wurden. Gleichzeitig erreichte im Jahr 2024/25 der Anteil der nicht zurückgegebenen Einwilligungen mit 7,9 % einen Höchststand. Der Anteil der Sorgeberechtigten, die sich gegen eine Teilnahme entschieden, variierte über die Jahre zwischen 3,1 % und 5,0 %, während es beim Widerspruchsverfahren nur vereinzelte Widersprüche gab.

Tabelle 8: Prozentualer Anteil von Einwilligungserklärungen in Kitas, die mit Ja oder Nein ausgefüllt bzw. nicht zurückgegeben wurden

Status Einwilligungserklärung	2018/19	2019/20	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25
Einwilligung: Ja	91,6 %	92,6 %	88,6 %	87,6 %	88,3 %	88,2 %
Einwilligung: Nein	3,5 %	3,1 %	4,8 %	5,0 %	4,3 %	3,9 %
Nicht zurückgegeben	4,8 %	4,3 %	6,6 %	7,4 %	7,4 %	7,9 %

Nicht zuletzt aufgrund der umfangreichen Datenschutzinformationspflichten gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) werden Sorgeberechtigte mit Einwilligungserklärungen konfrontiert, die sehr umfangreich und schwer verständlich sind. Daher ist davon auszugehen, dass einige Eltern den Inhalt nicht vollumfänglich verstehen und daher nicht in die Untersuchung einwilligen. Weiterhin gibt es Hinweise aus Kindertagesstätten sowie aus anderen niedersächsischen Kreisen (Kluba 2021), dass insbesondere bei sozial benachteiligten Familien die Rückgabe der Einwilligungsformulare an die Kita häufiger nicht gelingt.

Somit ist die Einwilligungserklärung zu einer Hürde geworden, die dazu führt, dass das niederschwellige Präventionsangebot die wichtigsten Zielgruppen nur unvollständig erreicht (Kluba 2021). Dabei sind die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Kitas gerade für Kinder aus sozial benachteiligten Familien besonders wichtig, da diese überdurchschnittlich häufig eine schlechtere Zahngesundheit aufweisen und seltener die Früherkennungsuntersuchungen sowie die Prophylaxe- und Therapieangebote in den zahnärztlichen Praxen in Anspruch nehmen (Arabi et al. 2025; DAJ 2017; IDZ 2016; Jordan et al. 2025; BZgA, RKI 2008). Das Ziel einer gesundheitlichen Chancengleichheit ist somit gefährdet.

Vor diesem Hintergrund wurde seit einigen Jahren von der Landesstelle Niedersachsen des Bundesverbandes der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BZÖG) und der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e. V. (LAGJ Nds.) die Forderung an die Politik herangetragen, eine verpflichtende Teilnahme an den zahnärztlichen Untersuchungen in Kitas im Niedersächsischen Gesetz über Kindertagesstätten und Kindertagespflege (NKiTaG) zu verankern.

Im September 2025 wurde die Forderung nach einer verpflichtenden Teilnahme an den zahnärztlichen Untersuchungen in einem gemeinsamen Entschließungsantrag der drei Fraktionen von CDU, SPD und Bündnis 90/Die Grünen („Gesunde Zähne von Anfang – zahnärztliche Vorsorge für alle Kinder in Kitas stärken“) aufgegriffen und im Oktober 2025 im Landtag beschlossen (Niedersächsischer Landtag 2025). Die Forderung wird auch von der niedersächsischen Kultusministerin, Frau Julia Willie Hamburg, unterstützt, die eine zeitnahe gesetzliche Verankerung der zahnärztlichen Untersuchungen in Kitas in Aussicht stellt (Hamburg 2025).

8.4.2. Befunddokumentation und Datenauswertung

Die Befunderhebung erfolgt digital mit dem Modul „Zahnärztlicher Dienst“ der Fachanwendung Äskulab der Firma UniSoft GmbH. Dabei werden neben den Einzelzahnbefunden u. a. auch Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie Auffälligkeiten bezüglich der Mundhygiene und des Zahnfleisches dokumentiert. Die digitale Befunderhebung ermöglicht schnelle, umfassende statistische Datenauswertungen. Eine vollständige digitale Befunderhebung aller Kinder konnte seit dem Schuljahr 2019/20 umgesetzt werden, während in den Jahren zuvor die Befunddokumentation noch teilweise in analoger Form durchgeführt wurde.

8.4.3. Elternmitteilungen zum Untersuchungsbefund

Im Anschluss an die Untersuchung erhalten alle Sorgeberechtigten ein Mitteilungsschreiben. Hier werden u. a. auffällige Untersuchungsbefunde notiert sowie Behandlungs-, Beratungs- und Prophylaxeempfehlungen gegeben. Zudem erfolgt der Hinweis, die zahnärzt-

lichen Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxemaßnahmen bei den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in den Zahnarztpraxen wahrzunehmen.

8.4.4. Dreistufiges Verfahren bei Verdacht auf zahnmedizinische (dentale) Vernachlässigung

Wenn bei einem Kind ein sehr auffälliger Befund, z. B. mit mehreren tiefen unbehandelten kariösen Läsionen erhoben wird, – und trotz eines dringenden Behandlungsbedarfs – keine Behandlung erfolgt, muss abgewogen werden, ob der Verdacht auf eine zahnmedizinische (dentale) Vernachlässigung besteht (DGKJ et al. 2019; Petrakakis et al. 2024; Schilke 2021).¹²

- 1) In diesem Fall erhalten die Sorgeberechtigten ein bis zwei Wochen nach der Untersuchung ein ergänzendes Benachrichtigungsschreiben. Dieses beinhaltet – neben dem Hinweis auf die Dringlichkeit der Behandlung und einem Beratungsangebot – einen Vordruck, in dem die niedergelassenen zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen die begonnene oder abgeschlossene Behandlung bescheinigen sollen.
- 2) Bei fehlender Rückmeldung aus der Zahnarztpraxis über eine begonnene bzw. abgeschlossene Behandlung erfolgt nach 12 Wochen ein weiteres Erinnerungsschreiben – ebenfalls wieder mit einem Vordruck für die Rückmeldung aus der Praxis und einem Beratungsangebot. In diesem Schreiben wird ergänzend darauf hingewiesen, dass die Nichtbehandlung eines stark kariösen Kindergebis -s – trotz des Hinweises auf eine dringende Behandlungsnotwendigkeit – als Anhaltspunkt für das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung gewertet werden kann.
- 3) Ist nach sechs weiteren Wochen noch keine Rückmeldung aus der Zahnarztpraxis eingegangen, wird ein dritter Brief verschickt. Diesem Brief liegt wieder der Rückmeldevordruck über eine begonnene oder abgeschlossene Behandlung bei. Zudem werden die Sorgeberechtigten um eine unverzügliche Kontaktaufnahme per E-Mail oder Telefon gebeten. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass bei fehlender Kontaktaufnahme oder Rückmeldung aus einer Zahnarztpraxis innerhalb der vierwöchigen Frist, dies als Anhaltspunkt für eine Kindeswohlgefährdung gemäß § 4 Abs. 3 KKG / § 8a SGB VIII gewertet werden muss und in diesem Fall das zuständige Jugendamt kontaktiert werden wird.

¹² Eine körperliche oder seelische Vernachlässigung gilt – neben einer körperlichen und seelischen Misshandlung und dem sexuellen Missbrauch – als eine Form der Kindeswohlgefährdung (Barth 2022, DGKJ et al. 2019).

Sollte auch vier Wochen nach dem letzten Schreiben keine Rückmeldung über eine begonnene oder abgeschlossene Behandlung eingegangen sein oder zumindest eine Kontaktaufnahme von Seiten der Eltern erfolgt sein, bestätigt dies den Verdacht auf eine zahnmedizinische Vernachlässigung, sodass Kontakt zum zuständigen Jugendamt aufgenommen wird.

Dieses dreistufige Verfahren bei Verdacht auf eine dentale Vernachlässigung wird im Verlauf des Schuljahres 2025/2026 umgesetzt.

8.5. Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen

8.5.1. Grundlagen und Methodik der Befunderhebung und Datenauswertung

Bei den Untersuchungen werden die durch Karies betroffenen Zähne anhand des dmft-/DMFT-Index beurteilt, dokumentiert und ausgewertet. Der Index gibt die Zahl der insgesamt durch Karies geschädigten Zähne (t/T = teeth) an und unterscheidet zwischen kariösen (d/D = decayed), gefüllten oder überkronten (f/F = filled) und kariesbedingt fehlenden Zähnen (m/M = missing), wobei sich die Kleinbuchstaben (dmft) auf das Milchgebiss und die Großbuchstaben (DMFT) auf die bleibenden Zähne beziehen. Dieser Index zählt zu den international gebräuchlichsten Messinstrumenten zur Beurteilung der Entwicklung der Zahngesundheit und wird insbesondere zum Vergleich von Bevölkerungs- und Altersgruppen verwendet. Dabei werden die einzelnen Komponenten meist vereinfachend zu einem Gesamtwert, dem dmft- bzw. DMFT-Wert zusammengefasst (Brauckhoff et al. 2009).

Der dmft-Wert für das Milchgebiss kann maximal 20 betragen, da es 20 Milchzähne gibt. Ein Wert von 0 bedeutet, dass ein Kind ein naturgesundes Gebiss hat. Ein dmft-Wert von beispielsweise 4,0 zeigt an, dass vier Zähne von Karies betroffen sind, wobei sich anhand des Gesamtwertes allerdings nicht erkennen lässt, ob diese Zähne noch unbehandelt sind oder z. B. bereits in Form von Füllungen, Kronen oder durch das Entfernen von Zähnen (Extraktionen) zahnärztlich versorgt wurden. Daher erfolgt zum Teil ergänzend die Angabe der Einzelkomponenten, z. B. des d-/D-Wertes, des f-/F-Wertes oder des m-/M-Wertes.

Wenn man die Zahngesundheit von Gruppen miteinander vergleicht, ist zudem nicht erkennbar, wie sich das Kariesgeschehen auf die einzelnen Gruppenmitglieder verteilt. Bezogen auf eine Gruppe von 20 Kindern kann ein dmft von 1,0 z. B. bedeuten, dass ein Kind 20 Zähne mit Karieserfahrung aufweist, während 19 Kinder naturgesund sind oder aber, dass jedes der 20 Kinder einen durch Karies betroffenen Zahn hat und es daher niemanden mit einem naturgesunden Milchgebiss gibt. Zur besseren Einordnung des Gesamt-dmft-Wertes sollte daher ergänzend auch der prozentuale Anteil von Kindern mit naturgesunden Gebissen (0 dmft) angegeben werden. Zudem ist es sinnvoll, auch den dmft-Wert der Gruppe von Kindern mit Karieserfahrung zu analysieren und dokumentieren.

Eine weitere Klassifizierung des Zahnstatus erfolgt im Hinblick auf die behandlungsorientierten Kategorien saniert bzw. behandlungsbedürftig. Dabei versteht man unter dem Begriff saniert, dass alle ehemals kariösen Läsionen durch Füllungen, Kronen oder aber durch Zahnentfernungen (Extraktionen) zahnärztlich versorgt wurden, also kein weiterer Behandlungsbedarf besteht.

8.5.2. Hinweise zur Dateninterpretation

Bei der Interpretation der Daten sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen: Die Ergebnisse der Untersuchungen in den Kindertagesstätten zeigen im Wesentlichen nur die Befunde der Kinder, die eine Kita mit mindestens zwei Kindergartengruppen besuchen. Kleinere Kitas mit nur einer Kindergartengruppe werden zwar regelmäßig durch die Prophylaxefachkräfte betreut, können aufgrund der personellen Ressourcen jedoch nur vereinzelt bzw. in größeren zeitlichen Abständen auch zahnärztlich betreut werden. Kinder in Krippengruppen werden in Absprache mit den besuchten Einrichtungen untersucht, während in reinen Krippen in der Regel keine Untersuchungen stattfinden.

Ferner ist zu beachten, dass an den Untersuchungstagen nur bei einem Teil der Kinder, die in den betreuten Kindertagesstätten gemeldet sind, Befunde erhoben werden können, da ein nicht unerheblicher Teil der Kinder (z. B. wegen Krankheit, Urlaub oder aus weiteren Gründen) nicht anwesend ist oder aufgrund fehlender Einwilligungen nicht untersucht werden kann. Während im Zeitraum 2015/16 bis 2017/18 durchschnittlich noch bei 80,9 % der in den Kitas gemeldeten Kinder eine Untersuchung durchgeführt wurde, konnten nach Umstellung auf das schriftliche Einwilligungsverfahren in den letzten drei Schuljahren im Durchschnitt nur noch 67,9 % der Kinder untersucht werden.

Zuletzt sei erwähnt, dass nicht in jedem Jahr stets die gleichen Einrichtungen besucht werden und zudem in Kitas und Grundschulen mit schlechteren dmft-Werten tendenziell häufiger Untersuchungen stattfinden, sodass dies ebenfalls die Werte beeinflussen kann. Um diesen Effekt zu minimieren, wurden für den Vergleich bezüglich des 10-Jahreszeitraums in der Regel die Durchschnittswerte der drei Schuljahre 2015/16 bis 2017/18 mit den Durchschnittswerten der drei Schuljahre 2022/23 bis 2024/25 verglichen. Zu beachten ist ferner, dass die Jahre 2018/19 bis 2021/22 Besonderheiten aufwiesen, die möglicherweise ebenfalls Auswirkungen auf die Ergebnisse hatten. So erfolgte im Laufe des Jahres 2018/19 die Umstellung vom Widerspruchsverfahren auf das schriftliche Einwilligungsverfahren und in den Folgejahren konnten aufgrund der Corona-Pandemie Untersuchungen nur in sehr eingeschränktem Umfang (2019/20, 2021/22) bzw. gar nicht (2020/21) durchgeführt werden.

Während sich im Folgenden die Angaben bezüglich der naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebisse sowohl auf die Milch- als auch auf die bleibenden Zähne beziehen, wird in Bezug auf die differenziertere Auswertung der Gruppe von Kindern mit Karieserfahrung nur die Karieserfahrung im Milchgebiss betrachtet.

8.5.3. Zahnärztliche Befunde bei drei- bis sechsjährigen Kindern in Kindertagesstätten

Wertet man die Befunde der in den Kindertagesstätten untersuchten Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren aus, so ergeben sich in Bezug auf die Gebisskategorien naturgesund, saniert und behandlungsbedürftig die in Abbildung 55 und Tabelle 9 dargestellten Werte. Vergleicht man die Ergebnisse über den gesamten 10-Jahreszeitraum, so wird deutlich, dass der Anteil der Kinder mit naturgesunden Gebissen (grüner Balken), d. h. ohne Karieserfahrung, angestiegen ist. Im Hinblick auf die Durchschnittswerte der Dreijahreszeiträume 2015/16 bis 2017/18 (72,1 %) und 2022/23 bis 2024/25 (76,5 %) zeigt sich ein Plus von 4,4 %. Gleichzeitig ist die Zahl der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen (roter Balken) von durchschnittlich 18,4 % auf 15,0 % gesunken.

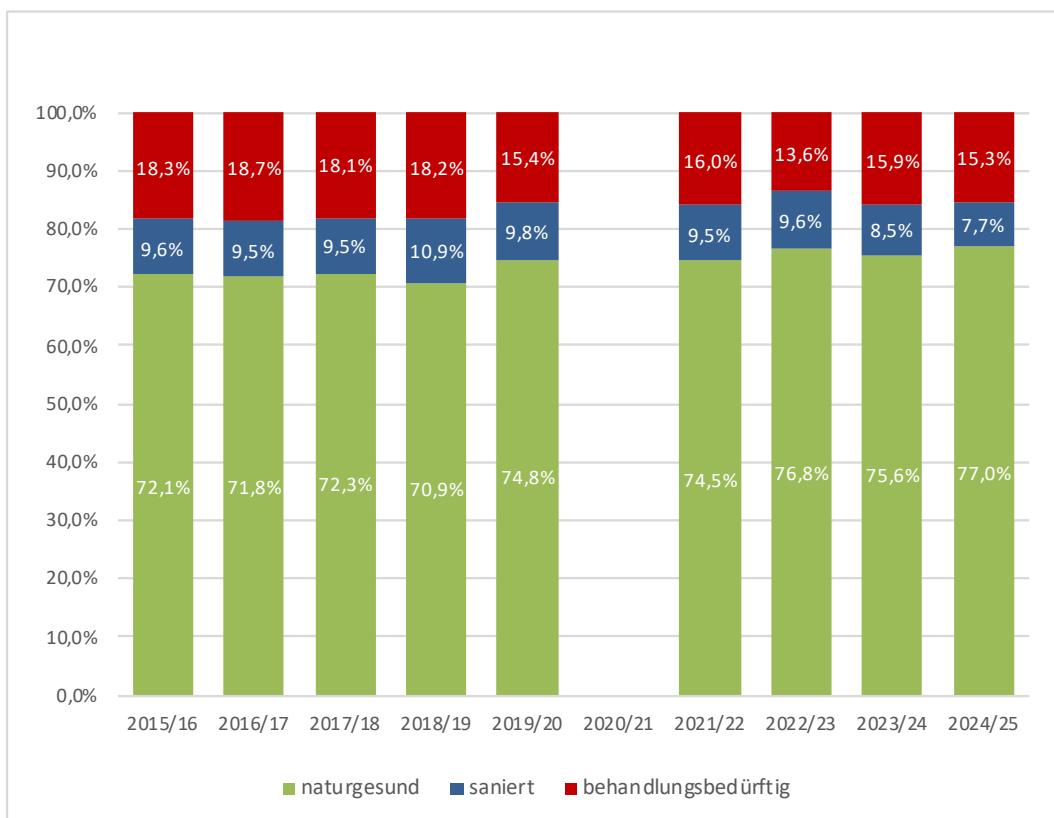


Abbildung 55: Prozentualer Anteil naturgesunder, saniert und behandlungsbedürftiger Gebisse von drei- bis sechsjährigen Kindern in Kindertagesstätten im Zeitraum 2015/16 bis 2024/25

Der Anteil der Kinder, deren Zähne durch eine Behandlung vollkommen saniert wurden, (blauer Balken), ist fast über den gesamten Zeitraum mit Werten, die überwiegend zwischen 9,5 % und 9,8 % variieren, vergleichsweise konstant, hat sich aber in den letzten beiden Schuljahren etwas verringert, sodass der Durchschnittswert für den Dreijahreszeitraum 2022/23 bis 2024/25 mit 8,5 % niedriger liegt als zu Beginn des Beobachtungszeitraums.¹³

Tabelle 9: Zahngesundheit drei- bis jähriger Kinder in Kindertagesstätten im Vergleich der Dreijahreszeiträume 2015/16 bis 2017/18 und 2022/23 bis 2024/25

Zeitraum	naturgesunde Gebisse	sanierte Gebisse	behandlungsbedürftige Gebisse	dmft (Kinder mit Karieserfahrung)
2015/16 – 2017/18	72,1 %	9,6 %	18,4 %	4,52
2022/23 – 2024/25	76,5 %	8,5 %	15,0 %	4,61

Betrachtet man ausschließlich die Gruppe der Kinder mit Karieserfahrung, stellt man beim Vergleich der dmft-Werte eine leichte Verschlechterung der Werte von 4,52 (2015/16 – 2017/18) auf 4,61 (2022/23 – 2024/25) fest. Dies bedeutet, dass die Kinder mit Karieserfahrung in den letzten drei Schuljahren geringfügig mehr durch Karies betroffene Milchzähne aufweisen als noch zu Anfang des 10-Jahreszeitraums.

Ein Vergleich der Zahngesundheit in den 200 Kindertagesstätten, in denen im Schuljahr 2024/25 Untersuchungen stattfanden, ergibt gravierende Unterschiede zwischen den Einrichtungen. So beträgt der durchschnittliche Anteil von Kindern mit naturgesunden Gebissen in den zehn Kitas mit der besten Mundgesundheit 96,6 % und nur 1,2 % der Kinder weisen behandlungsbedürftige Zähne auf. Demgegenüber haben in den zehn Kitas mit den schlechtesten Werten im Durchschnitt nur noch 46,3 % der Kinder naturgesunde Gebisse und bei 37,3 % wurde eine Behandlungsbedürftigkeit der Zähne dokumentiert.

¹³ In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass der Sanierungsgrad nicht nur durch die Mitwirkung von Eltern und Kindern beeinflusst wird, sondern auch lokale Besonderheiten in der zahnärztlichen Versorgung einen Einfluss haben können. So existieren zwischen einzelnen Zahnarztpraxen Unterschiede in Bezug auf Behandlungskonzepte im Milchgebiss.

8.5.4. Zahnärztliche Befunde bei Dreijährigen

Da die Werte zur Zahngesundheit in Gruppen durch altersbezogene Unterschiede in der Untersuchungspopulation beeinflusst werden können, erfolgen auf (inter-)nationaler Basis ergänzende Vergleiche, bei denen nur definierte Altersgruppen betrachtet werden. Für den Bereich der Kinder, die eine Kindertagesstätte besuchen, wird in Deutschland u. a. die Altersgruppe der Dreijährigen herangezogen.

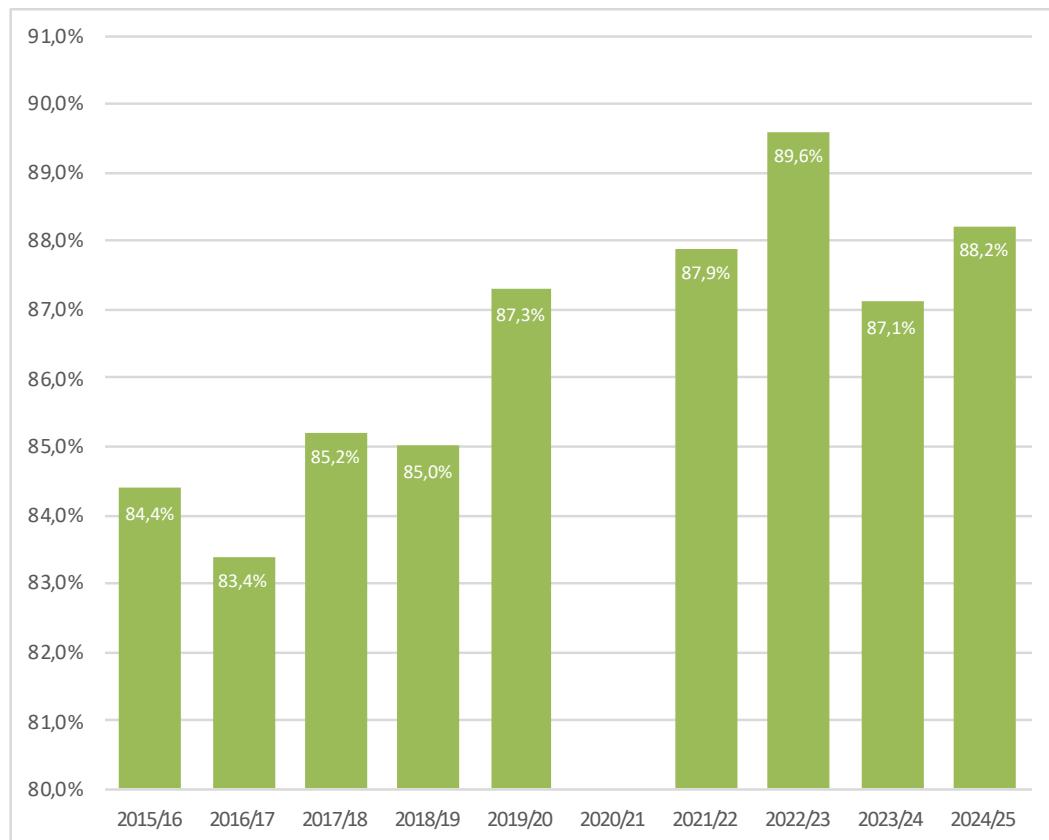


Abbildung 56: Prozentualer Anteil naturgesunder Gebisse bei Dreijährigen im Zeitraum 2015/16 bis 2024/25

Auch im Hinblick auf die Befunde bei den Dreijährigen zeigt sich eine Verbesserung der Zahngesundheit, wenn man den 10-Jahrszeitraum betrachtet (s. Abbildung 56). So ergibt sich bezüglich der naturgesunden Gebisse ein aktueller Durchschnittswert von 88,2 % (2022/23 – 2024/25) und damit ein Anstieg um 3,8 % gegenüber dem Wert von 84,4 %, der für den Zeitraum 2015/16 bis 2017/18 ermittelt wurde.

Betrachtet man ausschließlich die dmft-Werte der Dreijährigen mit Karieserfahrung so sieht man (im Gegensatz zur Gesamtgruppe der Drei- bis Sechsjährigen mit Karieserfahrung) eine Verbesserung. Während die betroffenen Dreijährigen im Zeitraum 2015/16 bis 2017/18 noch durchschnittlich 4,20 kariesgeschädigte Milchzähne aufwiesen, beträgt der Wert der letzten drei Schuljahre lediglich 3,82 dmft.

Eine genauere Analyse, wie sich die Karieserfahrung im Einzelnen auf die betroffenen dreijährigen Kinder verteilt, wird aus Abbildung 57 deutlich. Grundlage der Analyse sind die 617 Kinder, bei denen in den letzten drei Schuljahren (2022/23 – 2024/25) ein dmft-Wert > 0 diagnostiziert wurde.

Während der dmft-Durchschnittswert der Gesamtgruppe bei 3,82 liegt, zeigen sich innerhalb der Gruppe deutliche Unterschiede. So variieren die dmft-Werte der einzelnen Kinder zwischen 1 und 16. Bei etwa der Hälfte der Kinder (48,6 %) sind ein (1 dmft) bis zwei Milchzähne (2 dmft) durch Karies betroffen. Weitere 23,2 % der Kinder haben drei oder vier und 18,6 % fünf bis acht Milchzähne mit Karieserfahrung. Bei den restlichen 9,6 % der Dreijährigen wurden sogar dmft-Werte zwischen 9 und 16 diagnostiziert.

Die meisten dieser Zähne sind unbehandelt. Eine Sanierung in Form von Füllungen, Kronen oder Extraktionen findet sich in diesem Lebensalter nur bei knapp 30 % der Zähne.

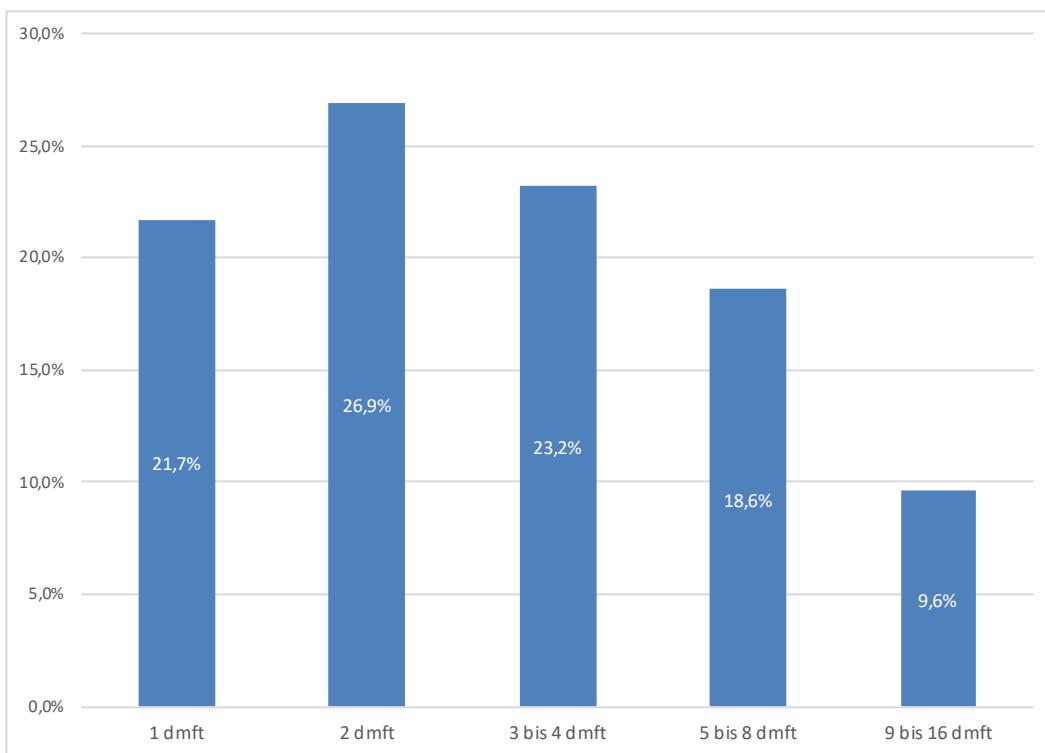


Abbildung 57: dmft-Werte von Dreijährigen mit Karieserfahrung aus den Schuljahren 2022/23, 2023/24 und 2024/25

Eine Analyse der verschiedenen Milchzahnguppen ergibt, dass die oberen mittleren Schneidezähne mit einem Anteil von 55,5 % am häufigsten durch Karies betroffen sind. Darauf folgen die Backenzähne im Ober- und Unterkiefer sowie die oberen seitlichen Schneidezähne mit Werten, die zwischen 21,4 % und 28,8 % variieren. Die oberen Eckzähne zeigen nur zu 4,4 % kariöse Läsionen und die unteren Eck- und Schneidezähne sogar in weniger als einem Prozent der Fälle. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die beiden Unterkieferspeicheldrüsen im Bereich der Innenseite der unteren Schneidezähne münden und der Speichel eine wichtige Remineralisierungs- und damit Schutzfunktion hat (BZÄK 2025).

Bei der Analyse der Kariesverteilung in diesem Lebensalter ist zudem ein besonderer Fokus auf die sogenannte „Nuckelflaschenkaries“ („Nursing Bottle Syndrome“ (NBS) (ECC Typ II)) zu setzen. Diese Form der Karies entsteht, wenn den Kindern „Nuckelflaschen“ (Babyflaschen) mit zuckerhaltigen Getränken zum Dauernuckeln überlassen werden und keine ausreichende Mundhygiene erfolgt. Hierbei sind in der Regel (zunächst) die vier oberen Schneidezähne betroffen, da diese beim Nuckeln an der „Nuckelflasche“ ständig von zuckerhaltiger Flüssigkeit umspült werden. Dieses Kariesmuster trat in 128 Fällen (20,7 %) der 617 Dreijährigen mit Karieserfahrung auf. Bezogen auf alle untersuchten Kinder in dieser Altersgruppe ergibt dies einen Prozentsatz von 2,5 %. Der durchschnittliche dmft-Wert dieser Kinder lag bei 7,5.¹⁴

8.5.5. Zahnärztliche Befunde bei Sechsjährigen in Kitas und Schulen

Bezüglich der Zahngesundheit bei den Sechsjährigen, die in Kitas und Schulen untersucht wurden, zeigt sich während des 10-Jahreszeitraums ebenfalls eine Steigerung des Anteils der Kinder mit naturgesunden Gebissen von durchschnittlich 56,6 % (2015/16 – 2017/18) auf 61,1 % (2022/23 – 2024/25), d. h. um 4,5 %.

Vergleicht man allerdings ausschließlich die Zahngesundheit in der Gruppe der Sechsjährigen mit Karieserfahrung, so hat sich der entsprechende dmft-Wert von 4,45 auf 4,80 verschlechtert, d. h., dass diese Gruppe von Kindern in den letzten drei Jahren durchschnittlich mehr durch Karies geschädigte Milchzähne aufweist als in den ersten drei Jahren des Beobachtungszeitraums.

¹⁴ Vergleichswerte aus dem Zeitraum 2015/16 bis 2017/18 liegen nicht vor, da zu diesem Zeitpunkt noch nicht alle Untersuchungsbefunde in digitaler Form erhoben und dokumentiert wurden.



Im Vergleich mit den zahnärztlichen Befunden bei den Dreijährigen wird weiterhin deutlich, dass sich die Zahngesundheit im Verlauf dieser drei Lebensjahre noch einmal erheblich verschlechtert. Während im Untersuchungszeitraum 2022/23 bis 2024/25 bei den Dreijährigen durchschnittlich „nur“ 11,8 % der Kinder eine Karieserfahrung aufweisen und 88,2 % noch ein naturgesundes Gebiss haben, sinkt bei den Sechsjährigen der Anteil von naturgesunden Gebissen auf 61,1 %, d. h., dass bereits 38,9 % der Kinder in dieser Altersgruppe durch Karies betroffenen sind.

8.5.6. Zahnärztliche Befunde bei Grundschulkindern der Klassenstufen 1 bis 4

Abbildung 58 sowie Tabelle 10 zeigen für den 10-Jahreszeitraum von 2015/16 bis 2024/25 die Entwicklung der Zahngesundheit der Grundschulkinder bezogen auf die Differenzierung nach naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebissen.

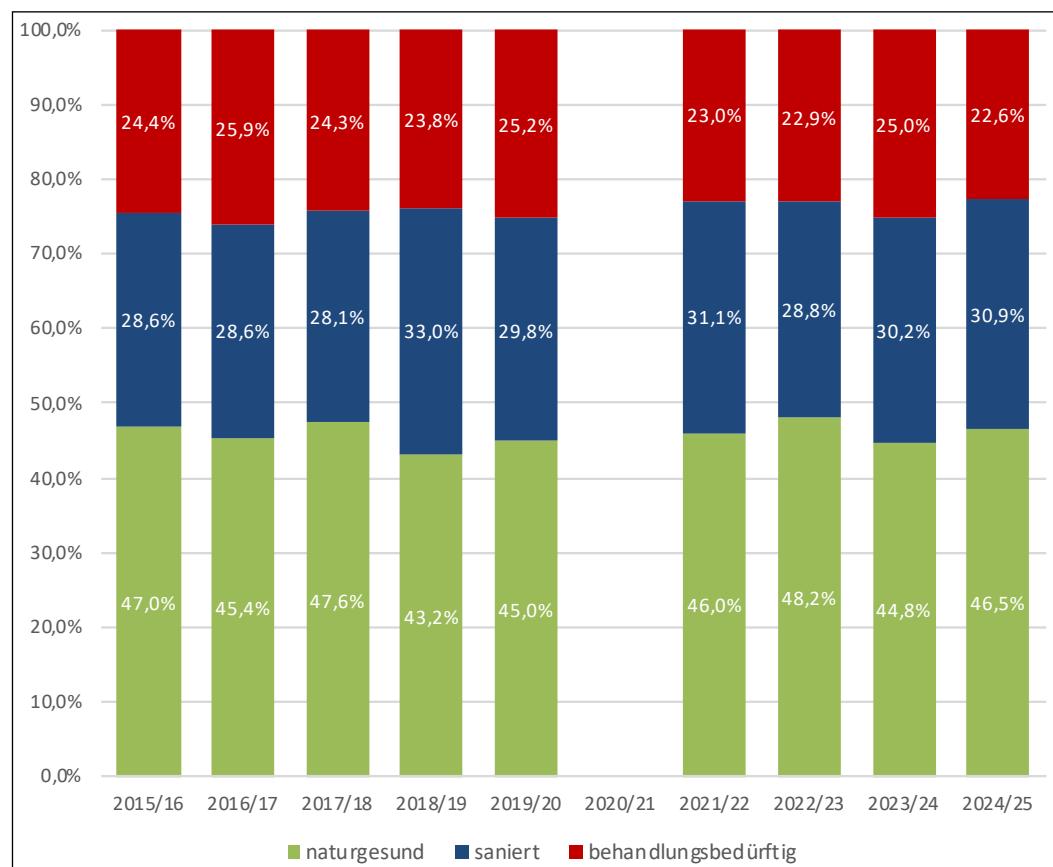


Abbildung 58: Prozentualer Anteil naturgesunder, saniert und behandlungsbedürftiger Gebisse bei Grundschulkindern (Klassenstufe 1 bis 4) im Zeitraum 2015/16 bis 2024/25

Im Gegensatz zur Zahngesundheit bei den Kita-Kindern ergibt sich hier über den gesamten zehnjährigen Zeitraum ein vergleichsweise konstantes Bild mit nur leichten Veränderungen, wie aus dem Vergleich der Durchschnittswerte aus den Jahren 2015/16 bis 2017/18 mit den Zahlen aus den Jahren 2022/23 bis 2024/25 (s. Tabelle 10) deutlich wird.

Während der prozentuale Anteil der Kinder mit naturgesunden Gebissen fast unverändert ist, ergaben die Untersuchungsergebnisse eine leicht geringere Behandlungsbedürftigkeit (minus 1,3 %) und etwas mehr sanierte Gebisse (plus 1,6 %).

Tabelle 10: Zahngesundheit von Grundschulkindern der Klassenstufen 1 bis 4 im Vergleich der Dreijahreszeiträume 2015/16 bis 2017/18 und 2022/23 bis 2024/25

Zeitraum	naturgesunde Gebisse	sanierte Gebisse	behandlungsbedürftige Gebisse	dmft (Kinder mit Karieserfahrung)
2015/16 – 2017/18	46,7 %	28,4 %	24,8 %	3,88
2022/23 – 2024/25	46,5 %	30,0 %	23,5 %	4,10

Analysiert man die dmft-Werte in der Gruppe der Grundschulkinder mit Karieserfahrung im Milchgebiss, so zeigt sich eine leichte Verschlechterung. So hatten die Kinder im Zeitraum 2015/16 bis 2017/18 durchschnittlich 3,88 von Karies betroffene Milchzähne (3,88 dmft), während der entsprechende Wert im Zeitraum 2022/23 bis 2024/25 bei 4,10 betroffenen Zähnen liegt.

Wie auch im Kita-Bereich werden hier ebenfalls erhebliche Unterschiede in der Zahngesundheit zwischen den einzelnen Grundschulen deutlich. So zeigt die Analyse der Ergebnisse der drei Schuljahre 2022/23 bis 2024/25, in denen insgesamt Untersuchungen an 171 verschiedenen Grundschulen der Region stattfanden, bezüglich der Gesamtheit aller dort untersuchten Schülerinnen und Schüler deutliche Unterschiede bezüglich der durchschnittlichen Karieserfahrung im Milchgebiss. So ergibt sich bei den dmft-Werten eine Variationsbreite von 0,74 bis 3,90. Besonders hohe Werte sind dabei an Grundschulen zu verzeichnen, die in Gebieten mit einem sehr hohen Anteil an Kinderarmut liegen.

Betrachtet man bei den Grundschulkindern speziell die Altersklasse der Neunjährigen, so zeigt sich, dass in dieser Altersklasse im Durchschnitt nur noch 40,2 % der Schülerinnen und Schüler ein naturgesundes Gebiss aufweisen.

8.5.7. Zusammenfassung und Analyse der Ergebnisse

Vergleicht man die Entwicklung der Zahngesundheit über den 10-Jahreszeitraum, so sieht man bei den drei- bis sechsjährigen Kita-Kindern, dass sich der Anteil der Kinder mit naturgesunden Gebissen von durchschnittlich 72,1 % (2015/16 – 2017/18) auf 76,5 % (2022/23 – 2024/25) erhöht hat und dass es weniger Kinder mit Behandlungsbedarf (minus 3,4 %) gibt. Auch in den spezifischen Altersgruppen der Drei- und Sechsjährigen ist die positive Entwicklung bezüglich der naturgesunden Gebisse zu beobachten.

Für diese Entwicklung kommen mehrere Erklärungsmöglichkeiten in Betracht:

- Zum einen sei hier die Präventionsarbeit im Rahmen der Gruppenprophylaxe durch das Team Zahnärztlicher Dienst und Jugendzahnpflege erwähnt. Hierzu gehören – neben den zahnärztlichen Untersuchungen in den Kitas – die regelmäßigen Besuche durch die Prophylaxefachkräfte, bei denen neben den Kindern auch die pädagogischen Fachkräfte für das Thema gesunde Kinderzähne sensibilisiert werden.

In Bezug auf die Elternarbeit wurde ergänzend zu den Elterninformationsveranstaltungen in der morgendlichen „Bringphase“ auch die Aufklärung der Eltern bezüglich der Relevanz gesunder (Milch-)Zähne in Form von gedruckten und digitalen Informationsmaterialien (Stichwort „QR-Code“) intensiviert. Hierzu gehören u. a. die Flyer „Empfehlungen zur Vermeidung von Nuckelflaschenkaries“, „Mein Frühstück in Kita und Schule“, die „Zuckerliste“ sowie altersentsprechende Hinweise zur Mundhygiene und Fluoridanwendungen, wobei die Informationen zum Teil auch in verschiedenen Sprachen vorliegen. Zudem wird in Krippen und Kitas das zahnärztliche Kinderunteruntersuchungsheft (UZ-Heft) der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN 2021) verteilt¹⁵

Ergänzend wurde in den letzten Jahren die Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit weiter ausgebaut, so z. B. in Form von Schulungen für Multiplikator*innen und der Teilnahme an verschiedenen öffentlichen Gesundheitsveranstaltungen.

- Zum anderen könnte sich auch die vor einigen Jahren erfolgte Erhöhung des Fluoridgehalts der Kinderzahnpasta von 500 ppm auf 1000 ppm positiv auf die Zahngesundheit ausgewirkt haben (Schmoeckel et al. 2021).
- Ferner ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass im Jahr 2019 drei ergänzende zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen (FU1a – c) für die Altersgruppe der Kinder zwischen sechs und 33 Monaten eingeführt wurden. Nach dem Barmer Zahnreport von 2023 (Rädel et al. 2023) nahmen in Niedersachsen jedoch nur 12,1 % der Kinder unter

¹⁵ Das zahnärztliche Kinderuntersuchungsheft enthält ab der U5 bis zur U9 jeweils einen Verweis auf den Zahnarztbesuch (UZ1 bis UZ6). Darüber hinaus gibt das Heft Informationen zur altersgemäßen Zahnpflege, zum zahngesunden Trinken und Essen, zu Lutschgewohnheiten sowie zu Zahn- und Kieferfehlstellungen und kann mit einem Klebestreifen in das „Gelbe Heft“ eingeklebt werden.

einem Jahr das entsprechende Angebot wahr. In der Altersgruppe der Ein- bis Vierjährigen lag die Teilnahme an den zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen bei 42,1 %. Hierbei ist zudem zu beachten, dass gerade sozial benachteiligte Familien, deren Kinder ein deutlich höheres Kariesrisiko tragen, deutlich seltener an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen (BZgA, RKI 2008).

- Unklar bleibt zudem, ob bzw. in welchem Umfang die verbesserten Werte darauf zurückzuführen sind, dass in den Kitas seit dem Beginn des schriftlichen Einwilligungsverfahrens deutlich weniger Kinder untersucht werden können. In diesem Zusammenhang gibt es Hinweise darauf, dass gerade bei sozial benachteiligten Familien, deren Kinder im Allgemeinen eine schlechtere Zahngesundheit aufweisen (Arabi et al. 2025; DAJ 2017; IDZ 2016; Jordan et al. 2025) die Rückgabe der Einwilligungserklärungen an die Einrichtung häufiger nicht gelingt (s. 8.4.1). Daher ist es nicht ausgeschlossen, dass sich unter den Kindern ohne Einwilligung überproportional viele Kinder mit einer vergleichsweise schlechteren Zahngesundheit befinden.

Im Gegensatz zum Kita-Bereich hat sich im Grundschulbereich der Anteil der Kinder mit naturgesunden Gebissen während des betrachteten 10-Jahreszeitraums nicht erhöht und liegt im Zeitraum 2022/23 bis 2024/25 bei durchschnittlich 45,5 %.

Vergleicht man anhand der Daten bezüglich der naturgesunden Gebisse die Entwicklung der Zahngesundheit über die verschiedenen Altersgruppen hinweg, so zeigt sich, dass der Anteil von Kindern mit naturgesunden Gebissen mit zunehmendem Lebensalter kontinuierlich sinkt. Während bei den Dreijährigen im Durchschnitt der letzten drei Schuljahre noch 88,2 % ein naturgesundes Gebiss aufweisen, sinkt der Anteil bei den Sechsjährigen auf 61,1 % und liegt bei den Neunjährigen bei nur noch 40,2 %.

Aus diesen Daten wird erkennbar, dass Karies im Milchgebiss kein ausschließlich soziales Randphänomen darstellt. Gleichwohl zeigt sich bezüglich der kindlichen Zahngesundheit noch immer ein ausgeprägter sozialer Gradient (DAJ 2017; IDZ 2016; Jordan et al. 2025).

So belegen auch die aktuellen Untersuchungsergebnisse, dass sowohl zwischen den verschiedenen Kindertagesstätten als auch bei Grundschulen noch immer sehr große Unterschiede in der Zahngesundheit bestehen. Gerade in Einrichtungen, die in sozial benachteiligten Gebieten liegen und von vielen Kindern aus Familien mit niedrigem Bildungsniveau bzw. niedrigem sozioökonomischen Status besucht werden, sind sehr hohe durchschnittliche dmft-Werte und ein deutlich geringerer Anteil von Kindern mit naturgesunden Gebissen zu verzeichnen. Dieser soziale Gradient konnte auch bei den Untersuchungen in Kindertagesstätten, die dem Themenfeldbericht Prävention 2018 (Bantel et al. 2018) zugrunde liegen, beobachtet werden.

Betrachtet man ausschließlich die Gruppe von Kindern mit Karieserfahrung so zeigt sich – mit Ausnahme der Werte bei den Dreijährigen – über den 10-Jahreszeitraum eine leichte Verschlechterung, d. h., dass diese Gruppe von Kindern in den letzten drei Jahren durchschnittlich etwas mehr von Karies betroffene Milchzähne aufweist als im Vergleichszeitraum 2015/16 bis 2017/18.

Trotz der verbesserten Zahngesundheitswerte bei den Dreijährigen, gibt es in dieser Altersgruppe noch immer eine Reihe von Kindern (s. Abbildung 57) die bereits in diesem frühen Kindesalter sehr umfangreiche kariöse Läsionen aufweisen, sodass in diesen Fällen häufig nur eine Behandlung in Narkose erfolgen kann (Boukhobza et al. 2020). Das in Zusammenhang mit der sogenannten „Nuckelflaschenkaries“ ((NBS) (ECC Typ II)) häufig anzutreffende Kariesmuster mit Zahnschäden an allen vier oberen Schneidezähnen zeigt sich bei 20,7 % der Dreijährigen mit Karieserfahrung und bei 2,5 % bezogen auf alle Kinder in diesem Alter.

Insgesamt sind in dieser Altersgruppe nur knapp 30 % der Kinderzähne saniert. Dieser Wert erhöht sich bei den Sechsjährigen auf etwa zwei Drittel der Zähne. Dabei ist jedoch zu beobachten, dass es sowohl im Kita- als auch im Grundschulbereich Kinder gibt, bei denen trotz sehr umfangreicher Zahnschäden keine Behandlung erfolgt.

8.6. Umsetzung der Gruppenprophylaxe durch die Prophylaxefachkräfte

Wie schon erwähnt, umfassen die gruppenprophylaktischen Maßnahmen in den Kitas sowohl einen theoretischen Teil mit alters- und kindgerechten Programmen zu den Themenbereichen Ernährung und Zahnpflege als auch praktische Zahnpflegesitzungen. Als Zahnpflegemethode wird dabei die sogenannte **KAI-Technik** vermittelt, bei der nacheinander Kauflächen, Außen- und Innenflächen geputzt werden (LAGH 2023). Ferner motivieren die Prophylaxefachkräfte die pädagogischen Fachkräfte in den Kitas zum täglichen Zahnpflegen mit den Kindern.

Daneben finden bei Bedarf auch Elterninformationsveranstaltungen (z. B. in der morgendlichen „Bringphase“) statt, häufig auch in Kooperation mit den zahnärztlichen Teams. Kinder, Eltern und Einrichtungen werden zudem mit Arbeits- und Informationsmaterialien rund um das Thema Zahngesundheit versorgt und Kitas, die mit den Kindern die Zähne putzen, ergänzend mit Zahnpflegeartikeln. Insgesamt wurden im Schuljahr 2024/25 488 Kindertagesstätten mit 1.553 Gruppen und 24.463 Kindern erreicht.



In den Schulen gestalten die Prophylaxefachkräfte eigenständig eine Schulstunde mit spezifischen auf das Alter der Kinder abgestimmten Programmen, die neben den Bereichen Zahnpflege, Fluoridierung und Ernährung u. a. auch die Themen Kariesentstehung, Zahnwechsel sowie Zahnentwicklung, -aufbau und -funktion umfassen. Der Schwerpunkt liegt hierbei im Grundschulbereich sowie im Besuch von Förderschulen, wobei im Schuljahr 2024/25 145 Schulen mit 1.629 Klassen und 30.873 Kindern betreut werden konnten.

Weiterhin werden altersbezogene Programme und Arbeitsmaterialien entwickelt. In Zusammenarbeit mit den zahnärztlichen Kolleginnen werden zudem verschiedene Schulungen für Multiplikator*innen durchgeführt und es findet eine Beteiligung an weiteren Aktionen im Rahmen der Öffentlichkeits- und Präventionsarbeit statt.

8.7. Zahnpflege in Kindertagesstätten

In Bezug auf Familien, in denen die Eltern mit den Kindern regelmäßig die Zähne putzen, unterstützt und ergänzt das Zähneputzen in der Kindertagesstätte die häusliche Zahnpflege. Für Kinder aus sozial benachteiligten Familien ist das regelmäßige Zähneputzen in den Einrichtungen besonders wichtig (LAGH 2023). Da in diesen Familien die Zahnpflege häufig keinen hohen Stellenwert hat bzw. tendenziell häufiger vernachlässigt wird, erhalten diese Kinder im Hinblick auf die Mundhygiene weniger Unterstützung durch das Elternhaus (BZgA, RKI 2008). Auch für Kinder mit Migrationshintergrund besteht ein erhöhtes Risiko, dass weniger häufig als empfohlen geputzt wird (Aarabi 2025; BZgA, RKI 2008). Die Zahnpflege in der Kita trägt also zur gesundheitlichen Chancengleichheit bei und wirkt sozialkompensatorisch (LAGH 2023).

Das regelmäßige Zähneputzen in der Gruppe fördert zudem die Gewohnheitsbildung und soll dazu führen, dass die Zahnpflege zu einem Ritual und damit zu einer Selbstverständlichkeit wird. Weiterhin trägt es dazu bei, das Interesse an den eigenen Zähnen zu wecken und es kann Selbstständigkeit und Selbstvertrauen stärken (LAGH 2023).



Gemäß Themenfeldbericht Prävention 2018 (Gesundheit im Kleinkind- und Vorschulalter) (Bantel et al. 2018) wurden in den zugrundeliegenden Berichtsjahren noch in 43 % der gruppenprophylaktisch betreuten Kindertagesstätten die Zähne geputzt. Dabei wurde in einigen Einrichtungen jedoch nur in einem Teil der Gruppen geputzt. Schon damals zeigte sich eine Tendenz ab, die regelmäßige Zahnpflege einzustellen. Dieser Trend wurde durch die Corona-Pandemie stark beschleunigt. Während der Pandemie wurde das Zähneputzen in den Kitas (mit sehr wenigen Ausnahmen) eingestellt und im Anschluss an die Pandemie meist nicht wieder aufgenommen, sodass derzeit nur noch in etwa 10 % der Einrichtungen regelmäßig Zähne geputzt werden.

Als Hindernisse werden u. a. Konzeptänderungen und organisatorische Umstrukturierungen, so z. B. die Umstellung auf offene Gruppen und die Einführung von gleitenden Essenszeiten und damit verbundene Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzbarkeit, genannt. Zudem wird auf den Aspekt des Personalmangels vor dem Hintergrund einer zunehmenden Aufgabenvielfalt hingewiesen.

In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass das Zähneputzen in den Einrichtungen durch das Fachpersonal überwacht werden muss. Kritisch ist anzumerken, dass gerade neu errichtete Kindertagesstätten häufig Waschräume aufweisen, bei denen zu kleine bzw. eine zu geringe Zahl von Waschbecken keine ausreichende Möglichkeit zum Zähneputzen in Gruppen bieten.

Dennoch sind die Kolleginnen im regelmäßigen Austausch mit den Einrichtungen, um durch fachliche Aufklärung die regelmäßige Zahnpflege wieder zu etablieren. Zeigt eine Kita Interesse, mit dem Zähneputzen zu beginnen, werden von Seiten der Prophylaxefachkräfte verschiedene Unterstützungsmaßnahmen angeboten. Hierzu zählen – neben einer auf die speziellen Gegebenheiten in der Einrichtung abgestimmten Beratung mit „Best-Practice-Beispielen“ – die Ausgabe von Informationsmaterialien sowie eine kostenfreie Erstausstattung mit Zahnpflegeartikeln. Zudem werden die Kindertagesstätten bei Bedarf auch in den Folgejahren mit der Ausgabe von entsprechenden Materialien unterstützt.

8.8. Zahngesundheit: Fazit und Handlungsempfehlungen

Betrachtet man die Entwicklung der Zahngesundheit von Kindern in Kindertagesstätten und Grundschulen über den zehnjährigen Beobachtungszeitraum, so ergeben sich keine einheitlichen Entwicklungstendenzen. Es zeigt sich aber, dass – sowohl in Bezug auf die Prävention als auch im Hinblick auf die Behandlung – ein weiterer Handlungsbedarf besteht.

Bezüglich der drei- bis sechsjährigen Kita-Kinder hat sich der Anteil von Kindern mit naturgesunden Gebissen von durchschnittlich 72,1 % (2015/16 – 2017/18) auf 76,5 % (2022/23 – 2024/25) erhöht und es gibt weniger Kinder mit Behandlungsbedarf (minus 3,4 %).

Allerdings ist es nicht ausgeschlossen, dass die verbesserten Werte zumindest teilweise darauf zurückzuführen sind, dass aufgrund der Umstellung auf das schriftliche Einwilligungsverfahren im Jahr 2018/19 im Durchschnitt 13 % weniger Kinder untersucht werden können und dass sich in der Gruppe der Kita-Kinder ohne Einwilligung überproportional viele Kinder mit vergleichsweise schlechterer Zahngesundheit befinden.

Mit zunehmendem Lebensalter nimmt der Anteil von Kindern mit naturgesunden Gebissen kontinuierlich von 88,2 % bei den Dreijährigen, über 61,1 % bei den Sechsjährigen auf nur noch 40,2 % bei den Neunjährigen ab (Zeitraum 2022/23 – 2024/25). Für die Klassenstufen eins bis vier des Grundschulbereichs ergibt sich damit ein durchschnittlicher Anteil von Kindern mit naturgesunden Gebissen von 46,5 % und damit keine Verbesserung gegenüber dem Zeitraum 2015/16 bis 2017/18 (45,7 %).

Betrachtet man ausschließlich die Kinder mit Karieserfahrung, so zeigt sich im betrachteten 10-Jahreszeitraum (mit Ausnahme der Dreijährigen) in allen weiteren Altersstufen sogar eine leichte Verschlechterung der sogenannten dmft-Werte, d.h., dass diese Gruppe von Kindern in den letzten Jahren durchschnittlich mehr von Karies betroffene Milchzähne aufweist als zu Beginn des Beobachtungszeitraums. Aber auch bei den Dreijährigen gibt es bereits eine Reihe von Kindern mit so umfangreichen Zahnschäden, dass häufig eine Behandlung in Narkose notwendig wird. Insgesamt sind in dieser Altersgruppe nur knapp 30 % der Zähne durch Füllungen, Kronen oder durch Extraktionen saniert, während der Anteil sanieter Zähne bei den Sechsjährigen bei etwa zwei Dritteln liegt.

Weiterhin ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass es in jeder Altersstufe Kinder gibt, bei denen trotz umfangreicher kariöser Läsionen keine Behandlung erfolgt und daher der Verdacht auf eine zahnmedizinische (dentale) Vernachlässigung und somit auf eine Kindeswohlgefährdung besteht.

Um sicherzustellen, dass auch diese Kinder behandelt werden, wurde ein Konzept entwickelt, das aus drei schriftlichen Mitteilungen besteht, bei dem die Sorgeberechtigten auf die Dringlichkeit der Behandlung hingewiesen werden und denen jeweils ein Rückmeldeformular beiliegt, auf dem die niedergelassenen zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen eine begonnene oder abgeschlossene Behandlung dokumentieren sollen. Daneben beinhalten die Schreiben Beratungsangebote durch das Team Zahnärztlichen Dienst und Jugendzahnpflege. Sollte auch nach Brief III keine Rückmeldung aus einer Zahnarztpraxis

bzw. keine Kontaktaufnahme durch die Sorgeberechtigten erfolgen, muss von einer dentalen Vernachlässigung ausgegangen werden, sodass in der Regel eine Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt erfolgt.

Obgleich es sich bei der Karies im Milchgebiss nicht ausschließlich um ein soziales Randphänomen handelt, wird aus verschiedenen Studien ein sozialer Gradient ersichtlich, d. h., dass insbesondere Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsniveau bzw. niedrigem sozioökonomischen Status ein vergleichsweise hohes Kariesrisiko aufweisen (DAJ 2017; IDZ 2016; Jordan et al. 2025). So zeigen auch die aktuellen Untersuchungsergebnisse in der Region Hannover, dass es in Kitas und Grundschulen, die in Gebieten mit einem hohen Anteil an Kinderarmut liegen und von vielen Kindern aus sozial benachteiligten Familien besucht werden, einen deutlich geringeren Anteil von Kindern mit naturgesunden Gebissen und einen hohen Anteil von Kindern mit behandlungsbedürftigen Zähnen gibt. Daher ist es notwendig, besonders diese Gruppe durch weitere präventive Maßnahmen und Angebote zu erreichen.

Die Erfahrungen der nächsten Jahre werden zeigen, inwieweit sich durch die Dokumentation der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen im „Gelben Heft“ die Teilnahme an diesen Angeboten steigern lässt und in welchem Umfang auch sozial benachteiligte Familien an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen werden, da diese tendenziell weniger häufig zahnärztliche Präventions- und Therapieangebote wahrnehmen (BZgA, RKI 2008).

Vor diesem Hintergrund ist es besonders wichtig, die Gruppenprophylaxe – sowohl in den Kindertagesstätten als auch in den Schulen – weiterhin auszubauen und zu stärken, da (im Gegensatz zur Individualprophylaxe) durch die aufsuchenden und damit niedrigschwelligeren gruppenprophylaktischen Angebote alle Kinder unabhängig vom familiären Hintergrund erreicht werden können.

Die ergänzende wichtige Einbindung der Eltern, die in der Regel bei den gruppenprophylaktischen Maßnahmen und den zahnärztlichen Untersuchungen nicht anwesend sind, erfolgt u. a. über schriftliche Elternmitteilungen nach den Untersuchungen sowie in Form von gedruckten und digitalen Informationsmaterialien (Stichwort „QR-Code“) und zudem über den direkten Kontakt bei Elterninformationsveranstaltungen in Kindertagesstätten sowie bei öffentlichen Gesundheitsveranstaltungen. Im Hinblick auf die Information der Eltern ist auch die Einbindung von Multiplikator*innen ein wichtiges ergänzendes Element. Daher sollen die bereits bestehenden Multiplikatorenenschulungen beibehalten und ausgebaut werden. Zudem soll die Netzwerkarbeit gestärkt werden, um somit weitere bereits bestehende soziale Unterstützungssysteme nutzen zu können.

Ein weiterer wichtiger Baustein im Hinblick auf eine gesundheitliche Chancengleichheit ist die geplante Verankerung einer verpflichtenden Teilnahme an den zahnärztlichen Untersuchungen nach § 21 SGB V im Niedersächsischen Gesetz über Kindertagesstätten und Kindertagespflege (NKiTaG). Die derzeitige Regelung ist aufgrund der notwendigen schriftlichen Einwilligungen der Sorgeberechtigten mit hohen administrativen Hürden verknüpft und führt – neben einem erheblichen Verwaltungsaufwand für Kitas und zahnärztliche Dienste – dazu, dass (insbesondere aufgrund fehlender Rückgabe von Einwilligungserklärungen) deutlich weniger Kinder untersucht werden können. Bezüglich der geplanten neuen Regelung ist davon auszugehen, dass wieder mehr Kinder – und zwar unabhängig von ihrem familiären Hintergrund – erreicht werden können.

In Bezug auf die Mundhygienemaßnahmen in den Kindertageseinrichtungen bleibt das Ziel, das regelmäßige Zähneputzen wieder in weiteren Kitas zu etablieren – und insbesondere in den Einrichtungen, die von vielen Kindern aus sozial benachteiligten Familien besucht werden –, da diese Kinder in ihrem häuslichen Umfeld weniger Unterstützung bezüglich der Zahnpflege erhalten (BZgA, RKI 2008). Zudem soll dem Trend entgegengewirkt werden, dass weitere Kindertagesstätten die Zahnpflege einstellen. Als Alternative für die Einrichtungen, die sich nicht in der Lage sehen, das tägliche Zähneputzen umzusetzen, könnte dort gegebenenfalls ein einmal wöchentliches Zähneputzen etabliert werden oder zumindest die regelmäßige Durchführung von Zahngesundheitswochen erfolgen.



9. Literatur

Aarabi G., Schenk L., Kuhr K., Borof K, Jordan A. R., Lieske B. 2025: Krankheits- und Versorgungsprävalenzen von Menschen mit Migrationsgeschichte: Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 80 (2): 152–158

Ackermann, A., Esch J. 2019: Lückenkontrolle nach vorzeitigem Milchzahnverlust – Strategien zur Vermeidung eines sekundären Platzmangels. Quintessenz Zahnmedizin 70 (5): 602–609

Bantel S., Buitkamp M, Wünsch A. 2025: Risiken für Verhaltensauffälligkeiten bei Vorschul-kindern – aus Eltern- und schulärztlicher Perspektive. Bundesgesundheitsblatt <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04166-7>. Published online 26. November 2025, Springer-Verlag GmbH Deutschland

Bantel S., Wünsch A. 2022: Kinder- und Jugendärztlicher Fachbericht 2022: Gesund Aufwachsen in der Region Hannover – Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen und weiterer Angebote. Region Hannover, Fachbereich Jugend (Hrsg.)

Bantel S., Wünsch A., Richter-Niebuhr E. 2018: Themenfeldbericht Prävention 2018: Gesundheit im Kleinkindalter- und Vorschulalter. Ergebnisse Schuleingangsuntersuchung, Kita-Konzept und Zahngesundheit. Region Hannover, Fachbereich Jugend (Hrsg.)

Bantel S., Wünsch A. 2023: Wie fit sind die zukünftigen Schulkinder in der Region Hannover? Körperkoordination, Körbergewicht und Freizeitverhalten. Ernährung & Medizin 2023; 38(02): 64-69. DOI: 10.1055/a-2033-7966

Bantel S., Dreier M., Wünsch A. 2023: Übergewicht bei Vorschulkindern während der Corona-Pandemie: Eine Analyse der Schuleingangsuntersuchung der Region Hannover. Gesundheitswesen 2023; 85 (08/09): 779, DOI: 10.1055/s-0043-1770492

Bantel S., Wünsch A. 2024: Fit in der Sprache? - Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zeigen einen kontinuierlichen Anstieg von Sprachauffälligkeiten. Kinder- und Jugendarzt 55. Jg. (2024) Nr. 11/24

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

Barth M. 2022: Gewichtige Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung in der frühen Kindheit aus medizinischer und psychosozialer Perspektive. Expertise. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 10. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.), Köln

Behrens-Birkenfeld H., Franke-Zimmermann S., Kluba J. 2022: Endlich wieder da: gesetzliche Regelung zur Teilnahme an den zahnärztlichen Untersuchungen in niedersächsischen Schulen. Niedersächsisches Zahnärztleblatt (2): 34–35

Berg B., Cremer M., Flothkötter M., Koletzko B., Krämer N., Krawinkel M., Lawrenz B., Przyrembel H., Schiffner U., Spliedt C., Vetter K., Weißenborn A. 2021: Kariesprävention im Säuglings- und frühen Kindesalter. Monatsschrift Kinderheilkunde 169 (6): 550–558

BLZK (Bayerische Landeszahnärztekammer) (Hrsg.) 2017: Gesunde Kinderzähne, München 2017

Boukhobza S., Stamm T., Glatthor J., Meissner N., Bekes K. 2020: Zahnbehandlung unter Vollnarkose bei Vorschulkindern. Oralprophylaxe und Kinderzahnheilkunde 42 (4): 122–123

Brauckhoff G., Kocher T., Holtfreter B., Bernhardt O., Spliedt C., Biffar R., Saß A.-C. 2009: Mundgesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 47, RKI (Hrsg.), Berlin 2009

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

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

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

BZÄK (Bundeszahnärztekammer) (Hrsg.) 2024: Fluoridierungsmaßnahmen zur Prophylaxe von Zahnkaries, <https://www.bzaek.de/service/positionen-statements/einzelansicht/fluoridierungsmassnahmen-zur-prophylaxe-von-zahnkaries.html> (abgerufen am 24.11.2025)

BZÄK (Bundeszahnärztekammer) (Hrsg.) 2025: Gesund beginnt im Mund – Superkraft Spucke. Pressemitteilung 31.07.2025, <https://www.bzaek.de/presse/presseinformationen/presseinformation/gesund-beginnt-im-mund-superkraft-spucke-1.html> (abgerufen am 28.11.2025)

BZÄK (Bundeszahnärztekammer), KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) (Hrsg.) 2014: Frühkindliche Karies vermeiden Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern. Berlin 2014

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

BZÖG (Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.) 2018: Neue Fluoridempfehlungen für Kinderzahnpasten, <https://www.bzoeg.de/aktuelles-leser/Neu-Fluoridempfehlung-Kinderzahnpaste.html> (abgerufen am 18.11.2025)

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

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

DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.) (Hrsg.) 2017: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016, Bonn 2017

DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.) (Hrsg.) 2025: Epidemiologische Begleituntersuchungen, <https://daj.de/gruppenprophylaxe/epidemiologische-studien/DAJ> (abgerufen am 18.11.2025)

DAZ (Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde) (Hrsg.) 2025: Die 4 Säulen der Kariesprophylaxe, <https://www.kariesvorbeugung.de/die-4-saeulen-der-kariesprophylaxe/> (abgerufen am 14.11.2025)

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

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

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

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

DGKJ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin 2019: S3-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Kurzfassung (Stand 09.01.2022)

DGZ (Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung), DGZMK (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) 2025: S3-Leitline (Langfassung): Kariesprävention bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen. Stand 28.02.2025

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

Friedemann C., Heneghan C., Mahtani K., Thompson M., Perera R., Ward A.M. 2012: Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. BMJ345:e4759

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (Hrsg.) 2024: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Absatz 1 Satz 5 und Absatz 2 Satz 5 SGB V) (FU-RL) https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3428/FU-RL-2024-01-18_iK_2024-04-24.pdf (abgerufen am 13.11.2025)

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) 2025: Kinderuntersuchungsheft enthält künftig auch Ergebnisse der zahnärztlichen Früherkennung. Pressemitteilung (15.05.2025) Berlin, <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1258/> (abgerufen am 13.11.2025)

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

Goodman R. (1997): The strengths and difficulties questionnaire: a research note. J Child Psychol Psychiatry 38:581–586

Hamburg J. W. 2025, <https://www.mk.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/press-einrichtungen/rede-der-niedersachsischen-kultusministerin-frau-julia-willie-hamburg-am-09-10-2025-im-niedersachsischen-landtag-zu-top-26-gesunde-zahne-von-anfang-an-zahnarztliche-vorsorge-für-alle-kinder-in-kitas-starken-245574.html> (abgerufen am 24.11.2025)

Hutton J. S., Dudley J., Horowitz-Kraus T., DeWitt T., Holland S. K. 2019: Associations Between Screen-Based Media Use and Brain White Matter Integrity in Preschool-Aged Children Ohio, JAMA Pediatr. 4; 174 (1): e193869. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.3869

IDZ (Institut der Deutschen Zahnärzte) (Hrsg.) 2016: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Kurzfassung, Berlin/Köln 2016

IDZ (Institut der Deutschen Zahnärzte) (Hrsg.) 2025: Sechste Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS 6). Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 80 (2): 59–159

Jahn N. 2024: GBE zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Niedersachsen – Ein Rückblick für den Fortschritt. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst (2): 10–13

Jordan A. R., Meyer-Lückel H., Kuhr K., Sasunna D., Bekes K., Schiffner U. 2025: Karieserfahrung und Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 80 (2): 90–99

Klipker K., Baumgarten F., Göbel K., Lampert T., Hölling H. (2018): Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring · 2018 3(3) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-077 Robert Koch-Institut, Berlin

Kirchmann B.-S., Müller A., Lissom J. A., Kinziger G. 2025: Karieserfahrung bei kieferorthopädisch behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen: Praxisstudie zum Einfluss von sozioökonomischen Status, Ernährungsgewohnheiten und Lifestyle-Faktoren. Quintessenz Zahnmedizin 76 (10): 847–854

Kluba J. 2021: Die Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Niedersachsen aus der Public Health Perspektive. Niedersächsisches Zahnärzteblatt (11): 32–37

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

Krey K.-F. 2019: Vorzeitiger Milchzahnverlust und seine Folgen für die Gebissentwicklung aus kieferorthopädischer Sicht. Quintessenz Zahnmedizin 70 (5): 612–621

Kromeyer-Hauschild K., Wabitsch M., Kunze D. et al. 2001: Perzentile für den Bodymass-Index für das Kindes und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149: 807–818

KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) 2025: Zahnschutz durch Fluoride, <https://www.kzbv.de/patienten/medizinische-infos/vorsorge/zahnschutz-durch-fluoride/> (abgerufen am 17.11.2025)

LAGJ Nds. (Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e. V.), NLGA (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt) (Hrsg.) 2024: Dokumentationsbogen Jugendzahnpflege Niedersachsen

LAGH (Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Hessen) (Hrsg.) 2023: Meine Kindertagesstätte will Zähneputzen üben – für mehr soziale Gerechtigkeit in der Gesundheitsförderung, 20. Auflage 2023

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

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

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

Mempel C. A., Elias L. M., Rahmann A. 2024: Ein Update zur Prävalenz der frühkindlichen Karies und den zahnärztlichen Frühuntersuchungen (FUs). *Niedersächsisches Zahnärztblatt* (Juli/August): 25–27

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

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

Niedersächsischer Landtag 2025: 19. Wahlperiode: Drucksache 19/8648: Unterrichtung Gesunde Zähne von Anfang an – zahnärztliche Vorsorge für alle Kinder in Kitas stärken Entschließungsantrag der Fraktion(en) SPD, CDU, Bündnis 90/Die Grünen, LT-Drs. 19/8222 Beschlussempfehlung des Kultusausschusses – Drs. 19/8558, https://www.landtag-niedersachsen.de/drucksachen/drucksachen_19_10000/08501-09000/19-08648.pdf (abgerufen am 26.11.2025)

Netzwerk Gesund ins Leben (Hrsg.) 2021: Handlungsempfehlungen: Kariesprävention im Säuglings- und frühen Kindesalter, <https://www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkreise/handlungsempfehlungen/kariespraevention/> (abgerufen am 17.11.2025)

Petrakakis P., Gottstein I., Bahr C., Bergmann A., Branschofsky V., Brüning T., Eulgem A., Grothe D., Heuser F., Hüppe K., Ifland S., Riemer S., Schwier F., Stutz D., Wachtel A. 2025: Grundlagenpapier der AG Kinderschutz des Bundesverbandes der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG) (Hrsg.) Version 1.0 (08.04.2024)

Rädel M., Priess H.-W., Bohm S., Walter M. 2023: Barmer Zahnreport 2023: Individuelle Mundgesundheit im Langzeitverlauf. Welche Unterschiede gibt es in Deutschland? Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 40. Barmer (Hrsg.) Berlin

Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Devine, J. & Reiß, F. (2023). Die COVID-19-Pandemie – Wie hat sie die Kinderpsyche beeinflusst?. *Monatsschr Kinderheilkd.* <https://doi.org/10.1007/s00112-023-01775-x>

Region Hannover, Fachbereich Jugend 2014: Schuleingangsuntersuchung Band I.

Region Hannover, Fachbereich Jugend 2025: Themenfeldbericht 2025 - Prävention. Jahresbericht: Präventive Aufgaben und Leistungen – Berichtsjahr 2023/ 2024. Region Hannover, Fachbereich Jugend (Hrsg.)

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

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

Schilke R. 2021: Kindeswohlgefährdung. Die Fachexpertise liegt bei den Zahnärzten. Zahnärztliche Mitteilungen 111 (10): 912–914

Schmidt P., Schmoeckel J. 2018: Frühkindliche Karies – Ein Überblick. Häufigkeit, Ursachen und Präventionsmöglichkeiten. Prophylaxe Journal 4: 18–21

Schmoeckel J., Santamaria Sanchez R. M., Alkilzy M. 2019: Update Karies (Teil 1) – aktuelle Kariesverständnis und Kariesdiagnostik. Niedersächsisches Zahnärzteblatt (6): 32–37

Schmoeckel J., Santamaria R. M., Basner R., Schankath E., Splieth C. H. 2021: Mundgesundheitstrends im Kindesalter: Ergebnisse aus den epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 64: 772–781

Schulz P., Tracy R., Baden-Württemberg Stiftung 2011: Linguistische Sprachstandserhebung – Deutsch als Zweitsprache. Esser G., Hasselhorn M., Schneider W. (Hrsg.)

Ständige Impfkommission: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2025 Epid Bull 2025;4:1- 75 | DOI 10.25646/12971.5

Stiftung Lesen, Die Zeit, Deutsche Bahn Stiftung 2024: Vorlesemonitor 2024. https://www.stiftunglesen.de/fileadmin/PDFs/Vorlesestudie/Stiftung_Lesen_Vorlesemonitor2024.pdf zugegriffen am 30.07.2025

Splieth H., Santamaria R. M., Basner R., Schmoeckel J. 2019: Neue Früherkennungsuntersuchungen vom ersten Zahn an. Quintessenz Zahnmedizin 70 (11): 1310–1316

UKGM (Universitätsklinikum Gießen und Marburg) 2025: Ursachen für Karies, https://www.ukgm.de/ugm_2/deu/ugi_zpz/11001.html (abgerufen am 15.12.2025)

Viergutz G., Röder S. 2019: Therapie der frühkindlichen Karies in Sedierung oder Allgemeinanästhesie. Quintessenz Zahnmedizin 70 (5): 545–551

Wagner Y. 2019: Wirksame Ansätze zur Prävention der frühkindlichen Karies 2019. Quintessenz Zahnmedizin 70 (5): 534–541

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

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

Wyne A. H. 1999: Early childhood caries: nomenclature and case definition. Community Dentistry And Oral Epidemiology 27: 313–315

ZKN (Zahnärztekammer Niedersachsen) (Hrsg.) 2021: Zahnärztliches Kinderuntersuchungsheft. Hannover. Stand Juni 2021.

Zimmer S., Jordan R., Ziller S. 2025: Fluoride in der Kariesprophylaxe. Handlungsempfehlungen für die Praxis. Zahnärztliche Mitteilungen 115 (1-2): 34

Notizen



Region Hannover

IMPRESSUM

Herausgeber:

Region Hannover
Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin
www.hannover.de

Autorinnen:

Dr. Susanne Bantel, MPH
Dr. Andrea Wünsch, MPH
Dr. Eva Richter-Niebuhr, MSP

Kontakt:

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

Titelfoto:

Katrin Kutter

Gestaltung:

Region Hannover, Team Mediendesign

Druck:

Region Hannover, Team Servicehub Gestaltung und Digitaldruck
gedruckt auf 100 % Recyclingpapier

Stand:

2025

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