

Die Kindergartenuntersuchung: eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland

Simone Weyers, Simon Götz & Katharina Kreffter

Article - Version of Record

Suggested Citation: Weyers, S., Götz, S., & Kreffter, K. (2022). Die Kindergartenuntersuchung: eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 18(4), 568–575. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00990-w>

Wissen, wo das Wissen ist.



UNIVERSITÄTS- UND
LANDESBIBLIOTHEK
DÜSSELDORF

This version is available at:

URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:061-20260722-113045-6>

Terms of Use:

This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License.

For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Präv Gesundheitsf 2023 · 18:568–575
<https://doi.org/10.1007/s11553-022-00990-w>
 Eingegangen: 9. Juni 2022
 Angenommen: 26. September 2022
 Online publiziert: 7. November 2022
 © Der/die Autor(en) 2022



Simone Weyers¹ · Simon Götz¹ · Katharina Kreffter²

¹ Institut für Medizinische Soziologie, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität/Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

² Hochschule Hamm-Lippstadt, Hamm, Deutschland

Die Kindergartenuntersuchung: eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s11553-022-00990-w>) enthalten.

Einleitung

Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern sollten möglichst früh erkannt werden. Die bundesweit meist verpflichtend durchgeführte Schuleingangsuntersuchung (SEU; [8]) deckt solche Entwicklungsdefizite auf. Dabei zeigt sich beispielsweise anhand von Untersuchungsdaten in Nordrhein-Westfalen, dass ca. ein Drittel der Einschüler/innen keine altersgerechte Sprachkompetenz hat, jedes 10. Kind Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung aufweist und jedes 10. Kind übergewichtig oder adipös ist [26]. Jedoch wird der individuelle Nutzen der SEU für die Früherkennung als suboptimal eingestuft, da der Untersuchungszeitpunkt im Alter von ca. 6 Jahren relativ spät ist [48] und es sich nur um eine Momentaufnahme handelt [37]. Um den Entwicklungsstand der Kinder früher und besser einschätzen zu können, gewinnen Entwicklungsuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen oder *Kindergartenuntersuchungen* (KU) an Bedeutung. Bei einer bundesweiten Betreuungsquote von >90 % der 3- bis 6-Jährigen [44] ist die Kindertageseinrichtung (Kita) ein zentrales Setting zur Durchführung solcher Entwicklungsuntersuchungen. Durch ein im Vergleich zur SEU deutlich früheres Gegensteuern

könnten eine Verfestigung von Defiziten und ein Übergreifen auf andere Bereiche der Entwicklung verhindert werden [22]. Das Kind kann schon in seiner vorschulischen Entwicklung begleitet werden, und entsprechende Förderungen können früher greifen [35].

Im Gegensatz zur SEU werden KU in Deutschland jedoch nicht flächendeckend durchgeführt. Es gibt Einzellösungen und keinen Überblick über die verschiedenen Verfahrensweisen solcher Entwicklungsuntersuchungen in Kitas. Daher widmet sich die vorliegende Arbeit der Frage, wie KU in Deutschland umgesetzt werden. Dabei ist insbesondere von Interesse, welche Instrumente dabei benutzt werden und wie die Ergebnisse und Daten im weiteren Verlauf genutzt werden.

Methode

Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgte in mehreren Schritten und zwar mittels (1) einer Übersichtsrecherche, (2) einer systematischen Literaturrecherche und (3) problemzentrierten Interviews.

Übersichtsrecherche

Zunächst wurde eine explorierende Internetrecherche durchgeführt. Eingeschlossen wurden alle Screenings, Tests, Untersuchungen und Beobachtungen, die sich auf die kindliche Entwicklung beziehen und spätestens 1,5 bis 2 Jahre vor der Einschulung vorgenommen werden. Des Weiteren war von Bedeutung,

dass die Untersuchung in den Kindertageseinrichtungen vorgenommen wird. Ausgeschlossen wurden reine Kita-Aufnahmeuntersuchungen, bei denen z. B. der Impfstatus überprüft wird sowie ambulante Untersuchungen wie z. B. U-Untersuchungen.

Systematische Literaturrecherche

In Ergänzung zur Übersichtsrecherche wurde dann zwischen Dezember 2021 und Februar 2022 eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, Web of Science und Livivo durchgeführt. Dabei beschränkten wir uns auf deutschsprachige Literatur. Es wurden folgende Suchbegriffe definiert und kombiniert: ([Kindergartenuntersuchung* OR Sprachscreening* OR Massenscreening* OR Entwicklungsscreening* OR Entwicklungsdiagnostik* OR Beobachtungsinstrument*] AND [Kindergarten* OR Vorschul* OR Kindertages* OR Tages* OR Kita OR Kitas]). Einschluss- und Ausschlusskriterien waren die weiter oben unter *Übersichtsrecherche* genannten, ferner wurden hier nur wissenschaftliche Beiträge (Originalarbeiten und Berichte) zu in Deutschland durchgeführten Entwicklungsuntersuchungen zwischen 2000 und 2021 einbezogen. Ausgeschlossen wurden Arbeiten, die sich lediglich auf die Testinstrumente als solche beziehen (z. B. Evaluationsstudien) und keinen Bezug zum Setting Kita haben sowie Arbeiten, die anhand einer Kita-Population durchgeführt wurden, wie etwa zur Prävalenzschätzung von Entwicklungsproblemen. Insgesamt er-

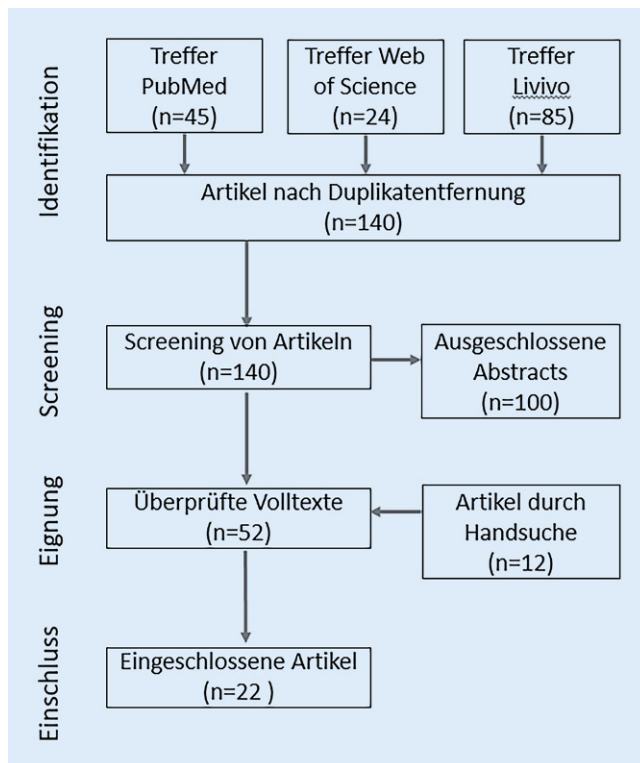


Abb. 1 ◀ Flow Chart der systematischen Literaturrecherche

gaben sich 154 Treffer, nach Ausschluss der Dubletten ergaben sich 140 Treffer. Diese wurden von einer Person nach Titel und Abstracts gescreent. Nach dem Screening blieben 40 Treffer übrig. Durch Handsuche wurden weitere 12 relevante Studien recherchiert. Die resultierenden 52 Volltexte wurden von zwei unabhängigen Personen ausgewertet. Anschließend wurden die Ergebnisse abgeglichen und ggf. diskutiert. Der Prozess ist in **Abb. 1** dargestellt.

Problemzentrierte Interviews

Für eine tiefergehende Bearbeitung wurden in einem dritten Schritt problemzentrierte Interviews durchgeführt. Dazu wurden alle von uns in der Überblicksrecherche gefundenen Kommunen eingeschlossen und Interviewpartner/-innen identifiziert. In einem mehrstufigen Verfahren wurden diese zunächst schriftlich per E-Mail und dann telefonisch rekrutiert. Insgesamt wurden im Frühjahr 2021 8 Interviews mit relevanten Akteurinnen und Akteuren aus den Gesundheitsämtern, vom Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienst (KJGD) und der Jugendhilfe realisiert.

Die Interviews wurden mit teilstandardisierten Interviewleitfäden strukturiert [25], welche nach dem SPSS-Prinzip (Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren; [18]) erstellt worden waren und dazu anregten, über Grundlagen der KU, beteiligte Akteurinnen und Akteure sowie Fachbereiche, den konkreten Ablauf und die weitere Nutzung der Ergebnisse zu berichten. Der Interviewleitfaden befindet sich im elektronischen Supplement 1. Die Interviews wurden als Videotelefonate durchgeführt und extern wortgetreu transkribiert. Zwei unabhängige Gutachter/-innen werteten die Transkripte mithilfe von MaxQDA (Version 20, VERBI GmbH, Berlin, Deutschland) in Anlehnung an die inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz [24] aus. Es wurde ein deduktiv-induktives Vorgehen gewählt, bei dem der Leitfaden als Grundlage der deduktiven Oberkategorien diente. Im weiteren Analyseprozess wurden diese angepasst und induktive (Unter)kategorien aus dem Datenmaterial entwickelt. Zu jeder Oberkategorie wurde ein thematisches Summary verfasst. So konnte das umfassende Material unter Berücksichtigung der Häufigkei-

ten von Kodierungen komprimiert und verdichtet werden [24, 25].

Ergebnisse

Überblicksrecherche

Bei der Verbreitung der KU in Deutschland zeigt sich ein heterogenes Bild. Es gibt weder eine einheitliche Namensgebung noch homogene Testverfahren. Neben dem von uns genutzten allgemeinen Begriff der Kindergartenuntersuchung kursieren zahlreiche Bezeichnungen: Kindergartenreihenuntersuchung, Kita-Eingangsuntersuchung, Screening im Kita-Alter etc. Eine Übersicht aller identifizierten Kommunen, in denen eine Form der KU durchgeführt wird, findet sich im elektronischen Supplement 2. Für jeden Kreis bzw. kreisfreie Stadt sind Bezeichnung und Schwerpunkte der Untersuchung abgebildet. Verschiedene kommunale Ansätze finden sich in Brandenburg, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen. Für die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen scheint sich ein landesweites Vorgehen abzuzeichnen. Keine Ergebnisse finden sich für Bremen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen.

Systematische Literaturrecherche

Die wissenschaftliche Recherche ergab insgesamt 22 wissenschaftliche Beiträge, die sich auf 7 verschiedene KU beziehen. Da unter den Treffern auch Konferenzbeiträge waren und zur Vermeidung von Redundanzen wurde für die Ergebnisdarstellung der Literaturrecherche jeweils die fachlich informativste Publikation pro KU ausgewählt, zusammenfassend beschrieben und referenziert (**Tab. 1**). Insgesamt zeigt sich: Die KU werden landes- oder stadtweit durchgeführt und sind unterschiedlich konzipiert. Meist werden die allgemeine Entwicklung und der Impf- und Vorsorgestatus überprüft, in Hessen beschränkt sich das Screening auf die Sprachentwicklung. Die Untersuchungen werden entweder von den Erziehenden oder vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst vorgenommen.

Die Teilnahme ist meist freiwillig, mitunter jedoch auch Pflicht. Das Angebot ist entweder flächendeckend oder nur für belastete Familien zugänglich.

Problemzentrierte Interviews

Die Ergebnisse der Interviews werden nachfolgend in Form von thematischen Zusammenfassungen zu den Oberkategorien des entwickelten Kategoriensystems dargestellt.

Grundlagen

Die KU wird nach Auskunft einiger befragter Personen ohne gesetzliche Grundlage durchgeführt, teilweise werden allgemeine, gesetzliche Verpflichtungen zur Entwicklungsbeobachtung genannt (z. B. Kinderbildungsgesetz Nordrhein-Westfalen [28] oder Kindertagesförderungsgesetz Mecklenburg-Vorpommern [27]). In Baden-Württemberg ist eine Untersuchung im Kindergartenalter als erster Schritt der Einschulungsuntersuchung obligatorisch [30]. Eine bessere gesetzliche Verankerung wäre aus Sicht der Befragten hilfreich, um mehr Familien zu erreichen und es gäbe es eine Rechtfertigungsgrundlage bei den politischen Entscheidungsträgern. Als konzeptionelle Grundlagen für die KU werden häufig die Schuleingangsstudien in der eigenen Kommune genannt oder vergleichbare Untersuchungen aus anderen Bundesländern oder Landkreisen.

Eine zusätzliche Untersuchung im Kita-Alltag ist allerdings zeitaufwändig und aufgrund der knappen Ressourcen nur durch die hohe Einsatzbereitschaft der Fachkräfte umsetzbar. Die entstehenden Kosten sind nach Auskunft der befragten Personen größtenteils Personalkosten. Fortbildungs- und Sachkosten entstehen in geringem Umfang in Form von Testkoffern, Spielzeug, Untersuchungsbögen etc. Diese werden teilweise im Rahmen von Modellprojekten durch eingeworbene Projektmittel oder aus dem allgemeinen Budget des Gesundheitsamtes bzw. der Kommune getragen. In Baden-Württemberg werden die Kosten durch das Land getragen, weil die KU in die obligatorische SEU integriert ist [4]. Die Bereitschaft der politischen Entscheidungs-

Präv Gesundheitsf 2023 · 18:568–575 <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00990-w>
© Der/die Autor(en) 2022

S. Weyers · S. Götz · K. Kreffter

Die Kindergartenuntersuchung: eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung in Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund. Um die Entwicklung der Kinder möglichst früh einschätzen und fördern zu können, gewinnen Kindergartenuntersuchungen an Bedeutung. Sie werden jedoch nicht flächendeckend durchgeführt und es gibt keinen Überblick über die verschiedenen Verfahren.

Fragestellung. Ziel der Arbeit war es, herauszuarbeiten, wie Kindergartenuntersuchungen in Deutschland umgesetzt werden.

Material und Methoden. Es wurden eine Übersichtsrecherche und eine systematische Literaturrecherche sowie problemzentrierte Interviews ($n = 8$) mit relevanten Akteurinnen und Akteuren durchgeführt, die durch die vorangestellten Recherchen identifiziert worden waren.

Ergebnisse. Es existiert eine Vielzahl an Begriffen und Instrumenten, gesetzlichen Grundlagen, kommunalen Kooperationsformen und Verfahrensweisen mit den Ergebnissen. Kindergartenuntersuchungen sind meist in ein Gesamtkonzept eingebettet, mit dem Eltern ins Fördersystem vermittelt werden.

Schlussfolgerung. Das Zusammenspiel wissenschaftlicher Auseinandersetzung, gesetzlicher Legitimation und fachlichen Austausches kann helfen, die Kindergartenuntersuchungen zu stärken und die kindliche Entwicklung frühzeitig zu beurteilen.

Schlüsselwörter

Kindergesundheit · Entwicklung · Prävention · Gesundheitsförderung · Kita · Entwicklung

Preschool examinations: a summary of how they are carried out in Germany

Abstract

Background. Examinations in preschool are increasingly carried out in order to examine children's development as early as possible. However, they are not done area- or nationwide and there is no overview about different methods.

Objective. The aim of the study was to explore how examinations in preschool are carried out in Germany.

Materials and methods. We conducted a general internet search and systematic literature search as well as problem-based interviews ($n = 8$) with experts who had been identified in these searches.

Results. There are a range of terms, instruments, legal regulations, community co-

operations and procedures with examination results. Examinations in preschool are mostly embedded in a larger concept which conveys parents to the community network to promote the child's health.

Conclusion. The interplay of scientific research, legal legitimation and expert exchange may help to strengthen examinations in preschool in order to evaluate child development as early as possible.

Keywords

Child health · Development · Prevention · Health promotion · Preschool

träger, Ressourcen für die KU aufzuwenden, ist stark abhängig vom gesehenen Nutzen. Hier konnte teilweise durch kontinuierliche Überzeugungsarbeit und wissenschaftliche Evaluationen viel erreicht werden.

Beteiligte Akteurinnen und Akteure sowie Fachbereiche

Die vorgestellten Konzepte zu KU werden maßgeblich von Gesundheitsämtern,

teilweise in Kooperation mit Jugendämtern, organisiert. Die Jugendämter werden auch bei auffälligen Befunden unterstützend hinzugezogen. Außerdem besteht ein enger Austausch mit den Kinderärztinnen und -ärzten, die insbesondere bei auffälligen Befunden einbezogen werden und weitere Maßnahmen wie Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie etc. verordnen. Als weitere wichtige Kooperationen werden

Tab. 1 Kindergartenuntersuchungen – Ergebnis der systematischen Literaturrecherche		
Screening	Bundesland/Ort	Beschreibung
Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK-3-6)	Mecklenburg-Vorpommern	Erfasst Kompetenzen in den Bereichen Motorik, Sprache und Kognition sowie soziale Entwicklung bei 3-, 4-, 5- und 6-Jährigen. Die Kompetenzen werden durch geschulte Erziehende anhand von Beobachtungen und Durchführungsaufgaben erfasst und beurteilt [11, 47]. Erfolgt seit 2011 auf gesetzlicher Grundlage in Kitas in sozialräumlich belasteter Lage. Kinder mit auffälligem DESK-Ergebnis erhalten anschließend gezielte individuelle Förderung ^a
Einschulungsuntersuchung Schritt 1	Baden-Württemberg	Vorverlegung der Einschulungsuntersuchung Schritt 1 in das zweite Kindergartenjahr (24–15 Monate vor Einschulung). Die Teilnahme ist Pflicht, und die Durchführung obliegt den Gesundheitsämtern, wobei die Untersuchung in der Regel in der Tageseinrichtung durchgeführt werden soll. Es erfolgen körperliche und entwicklungsbezogene Untersuchungen durch sozialmedizinische Assistentinnen und Assistenten und Ärztinnen und Ärzte, auch Impf- und Vorsorgestatus werden überprüft. Schritt 2 zu Schulbeginn wird dann nur bei Kindern durchgeführt, die keine Kindertageseinrichtung besuchen, bei denen in Schritt 1 eine Wiedervorstellung vorgesehen war oder bei denen neue Entwicklungsauffälligkeiten aufgetreten sind [4]
Gesundheits- und Entwicklungsscreening im Kindergartenalter (GESiK)	Bayern	Pilotprojekt zur Vorverlegung der SEU in das vorletzte Kindergartenjahr in sechs bayerischen Kommunen bis 2019. Es erfolgten körperliche und entwicklungsbezogene Untersuchungen durch sozialmedizinische Assistentinnen und Assistenten und Ärztinnen und Ärzte, auch Impf- und Vorsorgestatus wurden überprüft. Die Teilnahme an dem Pilotprojekt GESiK war freiwillig. In den Pilotregionen konnten die Kinder entweder an GESiK teilnehmen oder im Vorschuljahr verpflichtend die SEU besuchen [35]. Nun soll eine schrittweise, flächendeckende Einführung der aus GESiK entwickelten reformierten Schuleingangsuntersuchung (rSEU) erfolgen. Die Untersuchungen der rSEU werden in der Kita oder im Gesundheitsamt durchgeführt ^b
Kindergartenuntersuchung	Sachsen	Untersuchung auf Seh- und Hörstörungen sowie motorische und Sprachauffälligkeiten im 4. Lebensjahr seit 2003 durch den kinder- und jugendärztlichen Dienst in Kitas. Die Untersuchung ist im sächsischen Kindertagesstättengesetz festgeschrieben [43]. Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig und die Eltern können ihr beiwohnen
Kindersprachscreening (KiSS)	Hessen	Untersuchung eines sprachpädagogischen Förderbedarfs bzw. medizinischen Abklärungsbedarfs bei 4-jährigen Kindern mit deutscher und nichtdeutscher Muttersprache durch pädagogische Fachkräfte in Kitas, die durch ein landesweit einheitliches Curriculum geschult werden. Auffällige Kinder werden durch Sprachexpertinnen und -experten nachuntersucht, bevor der Besuch der Kinderarztpraxis empfohlen wird. Die Hessische Landesregierung führte KiSS nach einer Pilotphase seit 2008 sukzessive ein. Derzeit ist die Teilnahme an KiSS sowohl für die Kitas als auch für die Kinder freiwillig [33]
PIAF® – Prävention in aller Frühe	Hildesheim	Seit 2011 im Programm des Landkreises Hildesheim für alle Kindergartenkinder 2 Jahre vor dem Schulbeginn. Die Teilnahme ist freiwillig. Einer Informationsveranstaltung für Eltern folgt die Durchführung von DESK durch die Erziehenden. Schließlich kommt das PIAF-Team (Kinderärztin, medizinische Fachangestellte, Bezirkssozialarbeiter/in) zur Untersuchung des Kindes und gemeinsamen Beratung der Eltern und der Kita in den Kindergarten [31]
Verfahren zur Vorstellung 4,5-Jähriger	Hamburg	Seit 2003 werden die 4,5-jährigen in den Hamburger Kitas und Grundschulen vorgestellt, um Kinder mit Förderbedarfen in der sprachlichen, körperlichen, kognitiv-geistigen und emotionalen Entwicklung zu identifizieren und entsprechend fördern zu können. Die Gespräche finden in Kooperation mit den pädagogischen Fachkräften der Kitas statt. Die Einschätzungen werden vom pädagogischen Personal auf Basis standardisierter Instrumente vorgenommen, der Sprachstand wird zusätzlich von qualifizierten Fachkräften erhoben [17]

Kita Kindertageseinrichtung

^aFranze M (2021) Persönliche Kommunikation

^bHachmeister A (2021) Persönliche Kommunikation

genannt: Kitas, kommunale Gremien, Frühe Hilfen als koordinierte Hilfsangebote an Familien und ihre Kinder bis in die ersten Lebensjahre, Familienhebammen, Büros für Sozialplanung, Kinderpsychologinnen und -psychologen, Stadtteilkonferenzen, Krankenkassen, Lehrer/innen, Forschungsinstitute und (Hoch-)Schulen. Es wird wiederholt beschrieben, wie wichtig funktionierende Netzwerke in der Kommune, insbesondere mit den Kitas, für den Erfolg der Untersuchungen sind. Da die Funk-

tionalität stark von dem Engagement Einzelner abhängig ist, sind langfristige Stellenbesetzungen und stabile Teams wichtig.

Der Untersuchungsablauf

Die KU wird in der Mehrheit der dargestellten Kommunen im Rahmen eines Modellprojekts, in Stadtteilen mit besonderem Bedarf oder auch gezielt in sozialräumlich belasteten Kindergärten angeboten. In drei von den Befragten genannten Kommunen ist die KU ein flä-

chendeckendes Angebot. In den meisten Fällen wird in den Einrichtungen mit Informationsmaterialien und Aushängen für die Untersuchung geworben, teilweise durch die direkte Ansprache der Fachkräfte oder über Elternabende. In Baden-Württemberg wird der Kontakt über das Melderegister hergestellt. In den anderen Bundesländern ist die Teilnahme an der KU freiwillig und wird von den Befragten mit einer Quote von 90–100 % als sehr hoch eingeschätzt.

Die KU wird in den meisten Fällen von einem Untersuchungsteam durchgeführt, bestehend aus Assistenzpersonal (medizinische Fachangestellte oder Kinderkrankenpfleger/innen) und einer Ärztin oder einem Arzt. Einige Befragte berichten, dass die Untersuchung zunächst von Assistenzpersonal durchgeführt und nur bei auffälligen Befunden ärztliches Personal hinzugezogen wird. Es wird berichtet, dass Befunde bei Eltern mehr Gewicht haben, wenn externe Untersuchende, wie die Angehörigen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, die KU in den Kitas durchführen. Es werden durchweg positive Erfahrungen berichtet, wenn KU und SEU von denselben Untersuchenden durchgeführt werden. Dies schafft Vertrauen bei den Familien und ermöglicht ggf. eine Verlaufsbeobachtung.

Häufig werden Impf- und Vorsorgehefte kontrolliert, Hör- und Sehtests durchgeführt und das Kind wird gewogen und gemessen. Anschließend werden eine körperliche Untersuchung und eine (standardisierte) Entwicklungsdiagnostik durchgeführt. Die Anwesenheit einer Fachkraft bei der Untersuchung ist gewünscht, jedoch nicht immer möglich. Teilweise werden auch standardisierte Screenings oder Alltagsbeobachtungen des Kita-Personals einbezogen. Als eingesetzte Screeninginstrumente werden genannt: Heidelberger auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung (HASE; [42]), Sprachentwicklungstest für 3- bis 5-jährige Kinder (SETK; [16]), Entwicklungstest für Kinder (ET 6-6; [32]), Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA; [10]), Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3-6; [11]), sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS; [5]), sozialpädiatrisches Programm Hannover jugendärztliche Aufgaben (SOPHIA; [20]), Wiener Entwicklungstest [23], Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik (S-ENS; [9]) und Columbia Mental Maturity Scale (CMMS; [6]). Vor allem werden jedoch selbst entwickelte Instrumente eingesetzt, die sich meist an den oben Genannten orientieren und angepasst bzw. gekürzt werden. Auch

Beobachtungen der Eltern werden teilweise einbezogen und ihre Anwesenheit ist erwünscht.

Nutzung der Untersuchungsergebnisse

Die Mehrheit der Befragten berichtet, dass nach der KU ein Elterngespräch stattfindet. Bei Bedarf werden Empfehlungen ausgesprochen, Informationsmaterialien oder Adressen gereicht und ggf. wird eine Zusammenarbeit bzw. Weiterleitung zur Kinderarztpraxis angestrebt. Dadurch wird den Familien der Weg in das Fördersystem erleichtert, wobei zwischen häuslicher Förderung, Förderung im pädagogischen System oder im medizinischen System unterschieden wird. Zentral ist die Frage, wovon das Kind am meisten profitiert. Bei Bedarf werden Folgeuntersuchungen durchgeführt und eine Nachbetreuung angeboten. Hier kann die KU als Lotse in das gesundheitliche und pädagogische Fördersystem fungieren. Die Mehrheit der befragten Personen berichtet, dass die KU kein Einzelangebot, sondern Teil eines Gesamtkonzepts ist. Die Untersuchung bettet sich in ein kommunales Netzwerk ein und bietet eine kontinuierliche Nachbetreuung und Begleitung bei auffälligen Kindern.

Der weitere Umgang mit den gewonnenen Daten der Kindergartenuntersuchung fällt sehr unterschiedlich aus. Die Daten aus den nordrhein-westfälischen Kommunen werden beispielsweise beim Landeszentrum Gesundheit (LZG) gesammelt und ausgewertet. Die Verknüpfung der Daten von KU und SEU wird als wünschenswert angesehen, in einzelnen Kommunen wird dies versuchsweise durchgeführt. Datenschutzrechtliche Belange und personelle Engpässe stehen dem jedoch entgegen. In einigen Fällen findet eine Aufbereitung und Auswertung für die Gesundheitsberichterstattung statt, manchmal werden die Daten nicht genutzt. In manchen Kommunen findet bzgl. der Datenauswertung eine Kooperation mit einer Universität statt. Viele Befragte würden sich standardisierte Auswertungsstrategien wünschen, diese sind aus Mangel an Personal oder Qualifikation jedoch häufig nicht möglich. Mehrere Befragte berichten, dass die Untersuchungsergebnisse von den Kom-

munen für Bedarfsanalysen in den Sozialräumen und Kitas genutzt werden. Die Ergebnisse können eine Argumentationsgrundlage für mehr Angebote und Projekte in der Kommune oder in einzelnen Stadtteilen liefern. Darüber hinaus werden die Daten und Ergebnisse auf Anfrage an verschiedene politische Entscheidungsträger/innen herausgegeben oder im Rahmen von kommunalen Netzwerken referiert.

Diskussion

Ziel der Studie war zu untersuchen, wie KU in Deutschland umgesetzt werden. Die verschiedenen Recherchen machten zunächst deutlich, dass eine Vielzahl von Begriffen und mehr oder weniger standardisierten und validierten Instrumenten für Entwicklungsuntersuchungen im Kindergarten existiert. Dies untermauerten auch die Interviews. Zusätzlich wurden verschiedene gesetzliche Grundlagen, kommunale Kooperationsformen und Verfahrensweisen mit den Untersuchungsergebnissen genannt. Gemeinsam war allen Schilderungen, dass die Kindergartenuntersuchung in ein Gesamtkonzept eingebettet ist und dass die Eltern auf Basis der Untersuchungsergebnisse in das kommunale Fördersystem vermittelt werden. Auf diese Punkte wird im Folgenden näher eingegangen.

Instrumente

Die allgemeine Verwendung validierter Instrumente durch die von uns befragten Personen ist als günstig zu bewerten, wenngleich sie im Widerspruch zu anderen Studien steht, nach denen ein nicht geringer Anteil von Einrichtungen selbst entwickelte Verfahren zur Beurteilung der kindlichen Entwicklung einsetzt [21]. Validierte Instrumente sind subjektiven Elterneinschätzungen überlegen, die nicht ausreichen, um Entwicklungsdefizite möglichst frühzeitig zu erkennen – so das Ergebnis eines Vergleichs elterlicher Urteile mit Testleistungen [13]. Screenings können dabei als ökonomisches Verfahren mit Filterfunktion genutzt werden [11], was allerdings mit einer gewissen Unsicherheit behaftet ist. So zeigen Längsschnittdaten zu

Verhaltensauffälligkeiten, dass mit einem Entwicklungsscreening im Kindergarten fast alle Kinder, die in der Grundschule auffällig waren, zuvor entdeckt werden konnten; andererseits verhielt sich die Hälfte der im Kindergarten identifizierten „Risikokinder“ später altersangemessen [46]. Das Potenzial der frühen Identifikation mit Inkaufnahme falsch-positiver Befunde ist nach Ansicht von Tröster [46] jedoch akzeptabler als vulnerable Kinder zu übersehen und nicht zu fördern. Nach Wolf et al. [49] würden durch informelle Urteile und Beobachtungen mehr falsche Diagnosen gefällt als durch Screenings. Demgegenüber wird in der Literatur jedoch auch kritisch angemerkt, dass es sich bei den Entwicklungsbereichen Verhalten, Motorik oder Sprache um komplexe Phänomene handelt. Am Beispiel der Sprachentwicklung diskutieren Assoudi und Petermann [2], dass sich das Kind im Spannungsfeld zwischen institutionellen Anforderungen und individuellen Entfaltungsmöglichkeiten befindet und dass durch standardisierte Erhebungen eine bereits im vorschulischen Alter beginnende Leistungsorientierung begünstigt wird. Im Hinblick auf die Individualität des Kindes wird ein weiterer, besonders im Zusammenhang mit der Sprache evidenter Punkt diskutiert: Die für Kinder mit deutscher Muttersprache entwickelten Instrumente sind für Kinder mit nichtdeutscher Muttersprache mitunter ungeeignet. Bilingual aufwachsende Kinder haben andere Lautentwicklungsphasen, so dass alternative Testinstrumente nötig und auch entwickelt worden sind [34].

Gesetzliche Grundlagen

Die von den Befragten genannten gesetzlichen Grundlagen für Untersuchungen in Kitas kommen von zwei Seiten und zwar von den landesspezifischen Kita-Gesetzen und von den Landesgesetzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Der Verbindlichkeitsgrad in diesen Gesetzen ist allerdings recht unterschiedlich. In einigen Ländern finden sich in den Kita-Gesetzen Muss-Vorschriften, in anderen Ländern Soll- oder Kann-Vorschriften. In Bayern [3], Berlin [1], Hamburg [20], Hessen [19], Niedersachsen

[36], Rheinland-Pfalz [29], Schleswig-Holstein [41] finden sich nach unserem Kenntnisstand gar keine gesetzlichen Hinweise in den Kita-Gesetzen. In Baden-Württemberg ist das Schulgesetz [30] die gesetzliche Grundlage, da die Schuleingangsuntersuchung („Schritt 1“; [4]) in der Kita vorgezogen wird. Diese heterogene Gesetzeslage spiegelt die unterschiedlichen Berichte der in den Interviews befragten Personen wider.

Kommunale Kooperationsformen

Die kommunalen Kooperationsformen als Grundlage der KU betreffen ein Kernproblem gesundheitsbezogener Versorgung. Die Fragmentierung oder Versäulung der Versorgungsbereiche wird den komplexen Problemen (*neue Morbiditäten*, vgl. [38]) sowohl von Kindern als auch Erwachsenen nicht gerecht. Um eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sicherzustellen, werden interdisziplinäre und multiprofessionelle Kooperationen der beteiligten (Gesundheits)berufe gefordert [14, 40]. Ein kommunales Instrument zur Förderung der kindlichen Entwicklung und Gesundheit sind die sog. *Präventionsketten* [39]. Welche Rolle die KU in diesem Gefüge spielt, konnte anhand der Individualdaten von Düsseldorfer Schulneulingen in einer Untersuchung von Götz et al. [15] gezeigt werden. Dabei nutzten diejenigen Kinder, die zuvor eine in sozialräumlich belasteten Stadtteilen durchgeführte KU durchlaufen hatten, häufiger Präventionsangebote als Kinder aus einer ähnlichen sozialen Lage, die nicht von der KU erreicht wurden. Im Düsseldorfer Modell vermittelten Präventionsmanager/innen nach der amtsärztlichen Untersuchung in entsprechende Präventionsangebote [45]. Die Untersuchung von Götz et al. [15] legt nahe, dass die KU eine Lotsenfunktion in Präventionsketten einnehmen kann. Die geringen Ressourcen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in den Kommunen stehen dem Potenzial der KU jedoch entgegen. Dies moniert auch der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte [7]: Demnach ist die aufsuchende Arbeit insbesondere für Kinder aus benachteiligten Milieus ein wich-

tiger Teil des gemeinwohlorientierten medizinischen Versorgungssystems, sie kann aber nicht gewährleistet werden, wenn der Öffentliche Gesundheitsdienst „ausblutet“.

Bei den kommunalen Kooperationsformen scheint auch eine Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Akteurinnen und Akteuren besonders zielführend. So zeigt sich in dem von der Universitätsmedizin Greifswald und vom Landesministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern durchgeführten Modellprojekt, dass die Einführung des validierten Screenings DESK in kommunalen Kitas dazu geeignet ist, Entwicklungsgefährdungen frühzeitig zu erkennen und dass dieses Verfahren unter den Erziehenden Akzeptanz erfährt [11, 12]. Infolge dieser Evidenz erfolgt die KU im Rahmen einer Verordnung, die verbindlich vorschreibt, dass in Kitas in sozialräumlich schwieriger Lage DESK als Früherkennungsverfahren eingesetzt werden soll¹.

Limitationen

Dies ist unseres Wissens die erste Studie, die verschiedene Herangehensweisen der KU untersucht hat. Dabei ergibt die Kombination von orientierender Überblicksrecherche und systematischer wissenschaftlicher Recherche einerseits und Einschätzungen relevanter Akteurinnen und Akteure andererseits ein breites Bild. Eine zentrale Einschränkung in Bezug auf die Aussagekraft der Ergebnisse ist die kleine Stichprobe bei den qualitativen Interviews, die der pandemischen Lage der Gesundheits- und Jugendämter geschuldet war.

Fazit für die Praxis

- Es existiert eine Reihe vielversprechender Ansätze und Instrumente der Kindergartenuntersuchung (KU), um die kindliche Entwicklung frühzeitig zu beurteilen und Kinder zeitnah zu fördern.
- Gesetzliche Grundlagen sollten, wo vorhanden, besser als Legitimation

¹ Franze M (2021) Persönliche Kommunikation.

on genutzt werden oder dort, wo nicht vorhanden, geschaffen werden. Denn eine KU als verpflichtende Maßnahme hilft den Kommunen bei der Durchführung und sichert die notwendigen Ressourcen. Jedoch sind auch ohne eine solche Grundlage in einigen Bundesländern überzeugende Konzepte der Kindergartenuntersuchung etabliert.

- Erfolgreiche Ansätze sollten künftig stärker wissenschaftlich evaluiert und dargestellt werden.
- Es ist davon auszugehen, dass die in der oben genannten Überblicksrecherche ausgemachten Leerstellen nicht zwangsläufig bedeuten, dass Länder oder Kommunen keine KU vorhalten – sie könnten auch durch eine geringe Präsenz im Internet oder in wissenschaftlichen Publikationen begründet sein.
- Wissenschaftliche Sichtbarkeit ist wiederum eine Legitimation für die Politik, entsprechende Grundlagen zu schaffen.
- Auch scheint es sinnvoll, fachlich überregionalen Austausch voranzutreiben, damit bereits durchdachte Konzepte als Vorbild für andere Kommunen dienen können. In dem Zusammenhang könnten die Landesjugendämter eine zentrale Stellung einnehmen.

Korrespondenzadresse

Simone Weyers

Institut für Medizinische Soziologie,
Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-
Universität/Universitätsklinikum Düsseldorf
Düsseldorf, Deutschland
weyerss@uni-duesseldorf.de

Danksagung. Wir danken Hendrik Thesing und Linda Nowak für ihre Unterstützung bei der Recherche.

Förderung. Die Analysen entstanden im Rahmen des von der Auridis-Stiftung geförderten Projekts „Kurzerhebung zur Nutzung kommunaler Prävention durch Schulanfängseltern – Pilotierung eines Standardverfahrens in der Schuleingangsuntersuchung – PRÄVPIKO“ (Laufzeit 7/19–9/21).

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Weyers, S. Götz und K. Kreffter geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Diese Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Düsseldorf genehmigt (Studiennummer 2019-628). Die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer nahmen freiwillig nach informierter Einwilligung teil.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Abgeordnetenhaus von Berlin (2005) Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Kindertagespflege. KitaFöG. Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin(22): 322–334
2. Assoudi L, Petermann F (2018) Sprachstandserhebung im Vorschulalter. Frühe Bild 7(3):167–170
3. Bayerischer Landtag (2005) Bayerisches Gesetz zur Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern in Kindergärten, anderen Kindertageseinrichtungen und in Tagespflege. BayKiBiG. Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt(13): 236–244
4. Bode H (2018) Einschulungsuntersuchung in Baden-Württemberg – Ergebnisse einer Befragung der Gesundheitsämter (Preschool Examination in Baden-Wuerttemberg: Results of a Survey by Local Health Authorities). Gesundheitswesen 80(4):325–331
5. Daseking M, Petermann F, Roske D et al (2009) Entwicklung und Normierung des Einschulungs-screens SOPESS (Development and standardisation of the social-pediatric screening SOPESS). Gesundheitswesen 71(10):648–655
6. Davis EE (1973) Columbia mental maturity scale. TPGA J2(2):147–149
7. Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt (2017) Kollabierender Gesundheitsdienst gefährdet Versorgung von Kindern und Jugendlichen. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/77636/Kollabierender-Gesundheitsdienst-gefaehrdet-Versorgung-von-Kindern-und-Jugendlichen>. Zugriffen: 19. Juli 2021
8. Deutscher Bundestag (2006) Ärztliche Einschulungsuntersuchungen – Rechtslage in den Bundesländern. WFIX-153/05
9. Döpfner M (2005) Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen: S-ENS. Theoretische und statistische Grundlagen. Manual. Hogrefe, Göttingen
10. Esser G, Wyschkon A (2016) BUEVA-III Basisdiagnostik Umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter. Hogrefe, Göttingen
11. Franze M, Gottschling A, Hoffmann W (2010) Das Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3–6) als Basis gezielter individueller Förderung in Kindertageseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern. Erste Ergebnisse des Modellprojekts „Kinder in Kitas (KiK)“ zur Akzeptanz des DESK 3–6 bei Erziehenden (The „Dortmund Developmental Screening for Preschools“ (DESK 3–6) as the basis for developmental promotion in preschools in Mecklenburg-West Pomerania. First results of the pilot project “Children in Preschools” referring to the acceptance of DESK 3–6 by preschool teachers). Bundesgesundheitsblatt 53(12):1290–1297
12. Franze M, Gottschling A, Hoffmann W (2011) Vom Projekt zur Struktur – Möglichkeiten der Qualitätssicherung in Kindertageseinrichtungen in M-V anhand des Modellprojekts „Kinder in Kitas (KiK)“ und der Novellierung des Kindertagesförderungsgesetzes (KiföG M-V). Kongressbeitrag. Gesundheitswesen 73(08):9
13. Frischknecht CM, Reimann G, Grob A (2015) Erkennen Eltern Entwicklungsdefizite im Vorschulalter? Zur Akkuratheit elterlicher Einschätzungen kindlicher Entwicklung. Kindh Entwickl. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000162>
14. Görres S (2013) Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg) Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven Stuttgart, S 19–49
15. Götz S, Kreffter K, Weyers S (2022) Soziale Lage, Muster in der Präventionsnutzung und kindliche Entwicklung – eine Clusteranalyse im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. Präz Gesundheitsf. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00933-5>
16. Grimm H, Aktas M, Frevert S (2015) SETK 3–5. Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Diagnose von Sprachverarbeitungs-fähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen, 3.. Aufl. Hogrefe, Göttingen
17. Heckt M, Pohlmann B (2020) Das Verfahren zur Vorstellung Viereinhalbjähriger. Ergebnisse Schuljahr 2019/20. <https://www.hamburg.de/contentblob/14751450/pdf-bericht-viereinhalbjaehrigenvorstellung-schuljahr-2019-2020.pdf>. Zugriffen: 10. Juli 2021
18. Helfferich C (2011) Die Qualität qualitativer Daten. VS, Wiesbaden
19. Hessischer Landtag (2006) Hessisches Kinder- und Jugendhilfegesetzbuch. HKJGB. Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen(24): 698–710
20. IGFP (2005) Arbeitsrichtlinien für die standardisierte Untersuchung und Dokumentation von Schuleingangsuntersuchungen nach SOPHIA (Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugend-ärztliche Aufgaben)
21. Kliche T, Wittenborn C, Koch U (2009) Was leisten Entwicklungsbeobachtungen in Kitas? Eigenschaften und Verbreitung verfügbarer Instrumente (The potential performance of developmental

- screenings in kindergarten. Characteristics and circulation of currently available instruments in Germany). *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 58(6):419–433
22. Koglin U, Hallmann A, Petermann F (2021) Entwicklungsdiagnostische Verfahren für die Arbeit mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren | Kita-Fachtexte. <https://www.kita-fachtexte.de/de/fachtexte-finden/entwicklungsdiagnostische-verfahren-fuer-die-arbeit-mit-kindern-in-den-ersten-drei-lebensjahren/>. Zugriffen: 17. Febr. 2021
 23. Krampen G, Becker M, Becker T et al (2008) Zur Reliabilität und Validität des „Wiener Entwicklungstests“ (WET). Befunde aus drei erweiterten Replikationsstudien und Vorschläge für eine erweiterte Testauswertung. *FI* 27:11–23
 24. Kuckartz U (2016) Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 3. Aufl. Grundlagentexte Methoden. Beltz Juventa, Weinheim, Basel
 25. Lamnek S (2010) Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch; [Online-Materialien], 5.. Aufl. Grundlagen Psychologie. Beltz, Weinheim
 26. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2021) Monitoring Kindergesundheit. Reports der Schuluntersuchungen. Report 2018
 27. Landtag Mecklenburg-Vorpommern (2019) Gesetz zur Einführung der Elternbeitragsfreiheit, zur Stärkung der Elternrechte und zur Novellierung des Kindertagesförderungsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern. *KiföG M-V. Gesetz- und Verordnungsblatt für Mecklenburg-Vorpommern*(16): 558–571
 28. Landtag Nordrhein-Westfalen (2019) Gesetz zur frühen Bildung und Förderung von Kindern. *KiBiz. Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen*(27): 894–909
 29. Landtag Rheinland-Pfalz (2019) Landesgesetz über die Erziehung, Bildung und Betreuung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege. *KiTaG. Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Rheinland-Pfalz*: 213
 30. Landtag von Baden-Württemberg (1983) Schulgesetz für Baden-Württemberg. *SchG. Gesetzblatt für Baden-Württemberg*(15): 397–425
 31. Langenbruch B (2014) Vom interdisziplinären Pilotprojekt zum kommunalen Regelangebot. Soziale Prävention im Vorschulalter: *PIAF®* für alle. *Kinderarzt Prax* 2014(85):41–51
 32. Macha T, Petermann F (2008) The ET 6–6. *Z Psychol* 216(3):154–160
 33. Mertens J, Bodensohn A, Garberg J et al (2011) Das Hessische Kindersprachscreening (KiSS). *Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1300927>
 34. Nas V (2015) Bedeutung muttersprachlich normierter Artikulationstests für bilinguale Kinder. *Logopädie* 29(1):12–16
 35. Nennstiel U (2020) Das Gesundheits- und Entwicklungsscreening im Kindergartenalter (GESiK). erste Ergebnisse der Evaluation 2018. https://www.lgl.bayern.de/gesundheitspraevention/kindergesundheit/gesik/ue_2018_evaluation.htm. Zugriffen: 15. Febr. 2021
 36. Niedersächsischer Landtag (2021) Niedersächsisches Gesetz über Kindertagesstätten und Kindertagespflege. *NKiTaG. Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt*(27):470–482
 37. Oldenhege M, Daseking M, Petermann F (2009) Erhebung des Entwicklungsstandes im Rahmen der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung (Assessment of developmental status considering current requirements of the health examination for school entry). *Gesundheitswesen* 71(10):638–647
 38. Reinhardt D, Petermann F (2010) Neue Morbiditäten in der Pädiatrie. *Monatsschr Kinderheilkd* 158(1):14
 39. Richter-Kornweitz A (2016) Werkbuch Präventionskette Gesund aufwachsen für alle Kinder! Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V, Hannover
 40. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung. Nomos, Baden-Baden
 41. Schleswig-Holsteinischer Landtag (2019) Gesetz zur Förderung von Kindern in Kindertageseinrichtungen und in Kindertagespflege. *KiTaG. Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein*(18): 755–782
 42. Schöler H, Brunner M (2008) HASE. Heidelberger auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung HASE. Westra, Binswangen
 43. Schröder G, Benkert I (2007) Erste Ergebnisevaluation zur Wirksamkeit der Kindergartenuntersuchung in Sachsen – Vergleich von Untersuchungsergebnissen der KiTa- und der Einschulungsuntersuchung im Längsschnitt für ausgewählte Kreise des Freistaates Sachsen. Kongressbeitrag. *Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/s-2007-982808>
 44. Statistisches Bundesamt (2021) Betreuungsquote von Kindern unter 6 Jahren nach Bundesländern. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kindertagesbetreuung/Tabellen/betreuungsquote.html;jsessionid=CD40655D1FF5802DA074F8B2DFD3CBC6.live?31>. Zugriffen: 30. Nov. 2021
 45. Strohmeier KP, Gehne D, Bogumil J et al (2014) Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor. Die Wirkungsweise kommunaler Prävention: Zusammenfassender Ergebnisbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Bertelsmann, Gütersloh
 46. Tröster H (2011) Chancen der Früherkennung aggressiv-dissozialer Verhaltensprobleme beim Übergang Kindergarten/Schule. *Z Heilpäd* 62(9):337–345
 47. Tröster H, Flender J, Reineke D (2005) Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3–6). *Kindh Entwickl* 14(3):140–149
 48. Weßling A (2000) Die Schuleingangsuntersuchung: Perspektiven für eine Gesundheitsberichterstattung zur Gesundheitsförderung in Schule und Gemeinde (School entrance screening: prospects for health data collection for health promotion in the school and community). *Gesundheitswesen* 62(7):383–390
 49. Wolf KM, Roick T, Wendt W et al (2015) Beobachtungsbogen, Sprachscreening und informelle Beurteilung. Wie präzise schätzen sie den individuellen Sprachförderbedarf ein? *Frühe Bild* 4(2):93–101