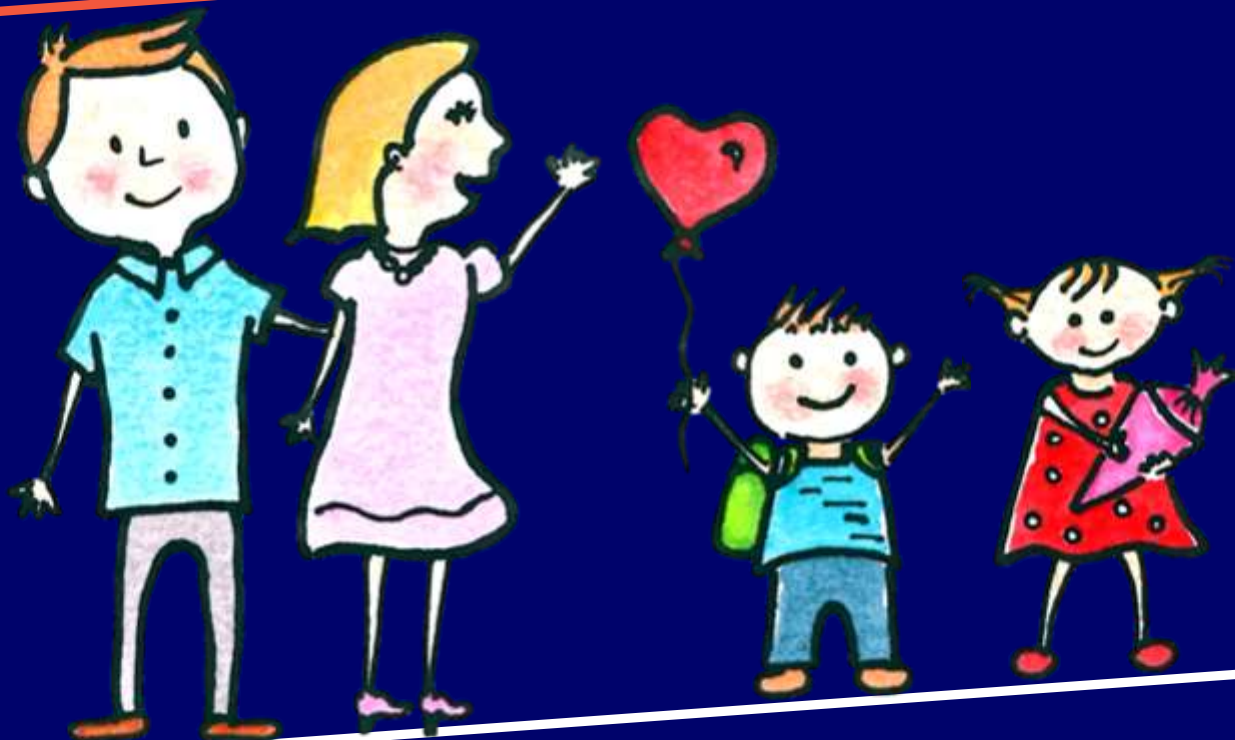




LANDKREIS GIFHORN

...natürlich stark!



Schuleingangsuntersuchung 2018

**Gesundheit und soziale Situation
der Schulanfänger im Landkreis Gifhorn**

Schuleingangsuntersuchung des Schuljahres 2018/2019

Herausgeber: Landkreis Gifhorn, Fachbereich Gesundheit
Abteilung 7.3, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
Allerstraße 21, 38518 Gifhorn

Ansprechpartner: B. Franke Tel.: 05371 / 82 – 703
Barbara.Franke@Gifhorn.de

Bearbeitung: B. Franke und das Team des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des
Landkreises Gifhorn



Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Informationen über den Landkreis Gifhorn	5
2. Betreuungs- und Bildungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche im Landkreis Gifhorn	7
2.1. Kindertagesstätten im Landkreis Gifhorn	7
2.2. Schullandschaft im Landkreis Gifhorn	7
2.3. Diagnostik und Therapie entwicklungsverzögerter oder psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher	8
2.4. Betreuung erkrankter Kinder und Jugendlicher	8
3. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Fachbereiches Gesundheit	9
3.1 Aufgaben des Kinder und Jugendärztlichen Dienstes	9
3.2 Die Bedeutung der Schulanfängeruntersuchung	10
3.3 Die Aufgaben der Schuleingangsuntersuchung	11
3.4 SOPHIA – das standardisierte jugendärztliche Untersuchungsprogramm	12
3.5 Untersuchungsablauf	13
4. Daten der Schuleingangsuntersuchung 2018	15
4.1 Populationsbeschreibung	15
4.1.1. Anzahl der untersuchten Kinder	15
4.1.2. Alter der Kinder am Stichtag 30.09.2018	15
4.1.3. Nationalität	15
4.1.4. Sprachkenntnisse	16
4.1.5. Vorschulische Sprachförderung	16
4.2 Soziale Situation und Lebensverhältnisse der untersuchten Kinder	17
4.2.1. Kinderzahl in der Familie	17
4.2.2. Kindergartenbesuch	17
4.2.3. Erziehung des Kindes	18
4.2.4. Beide Eltern oder ein alleinerziehendes Elternteil ohne Berufstätigkeit und daraus entstehendem eigenem Einkommen	18
4.2.5. Bildungsgrad der Eltern	18
4.2.6. Alter des Vaters zum Zeitpunkt der Untersuchung	19
4.2.7. Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Untersuchung	19
4.3 Medizinische Vorgeschichte des Kindes	20
4.3.1. Schwangerschaftsdauer	20
4.3.2. Schwangerschaftsverlauf	20
4.3.3. Geburtsgewicht	20
4.3.4. Geburtslänge	21
4.3.5. Art der Entbindung	21
4.3.6. Komplikationen während der Geburt	21
4.3.7. Meilensteine der Entwicklung	21
4.3.8. Frühfördermaßnahmen	22
4.3.9. Allergische Erkrankungen	22
4.3.10. Impfstatus	23
4.3.10.1. Vollständige Impfungen	24
4.3.10.2. Vollständige Impfungen (nach aktueller STIKO-Empfehlung) in Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Eltern	24
4.3.11. Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen	25
4.3.11.1 Teilnahme an der U8 und U9 in Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Eltern	26

Inhaltsverzeichnis	Seite	
4.4	Untersuchungsergebnisse	27
4.4.1.	Körpergröße	27
4.4.2.	Körpergewicht	27
4.4.3.	Adipositas	28
4.4.3.2.	Einfluss des Bildungsniveaus der Eltern auf den BMI der Kinder	29
4.4.4.	Sehtest	30
4.4.5.	Farbsehtest	30
4.4.6.	Hörtest	31
4.4.7.	Sprachstörungen	32
4.4.7.1.	Einfluss des Bildungsgrades der Eltern auf die Sprache	33
4.4.8.	Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung	34
4.4.9.	Motorische Auffälligkeiten	35 - 36
4.4.10.	HNO-Befunde	37
4.4.11.	Befunde der Atmungsorgane	37
4.4.12.	Orthopädische Befunde	38
4.4.13.	Auffälligkeiten des Herz-Kreislauf-Systems	38
4.4.14.	Auffälligkeiten der Harn- und Geschlechtsorgane	39
4.4.15.	Auffälligkeiten der Haut	39
4.4.16.	Verhaltensauffälligkeiten	39 - 40
4.4.16.1.	Ergebnisse des SDQ-Fragebogens	40
4.4.16.1.1.	Einflussfaktor Bildungsgrad der Eltern	41
4.4.17.	Wesentliche Behinderungen	41
4.4.17.1.	Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf	42
5.	Schulärztliche Empfehlung	43
5.1.	Gesamtpopulationen	43
5.1.1.	Einfluss des Geschlechts	44
5.1.2.	Einfluss des Kindergartenbesuchs	45 - 46
5.1.3.	Einfluss des Sozialstatus	47
5.1.4.	Einfluss der Nationalität der Kinder	48
5.1.5.	Einfluss der Deutschsprachkenntnisse der Kinder	49
6.	Zusammenfassung	50
7.	Anhang	51

1. Informationen über den Landkreis Gifhorn



Der großflächige, aber mit 112 Einwohnern/km² relativ dünn besiedelte Landkreis Gifhorn liegt im östlichen Niedersachsen im Einzugsbereich der Städte Wolfsburg und Braunschweig. Das 1567 km² umfassende Kreisgebiet erstreckt sich bei einer Nord- Süd- Ausdehnung von 56 km bis weit in die Lüneburger Heide hinein. Im Osten grenzt der Landkreis direkt an das Bundesland Sachsen - Anhalt.

Am 31.12.2018 waren 175.920 Menschen im Landkreis gemeldet (*Quelle: LSN*), die Arbeitslosenquote liegt mit 4,4% (Stand: Dezember 2018) auch weiterhin relativ niedrig.

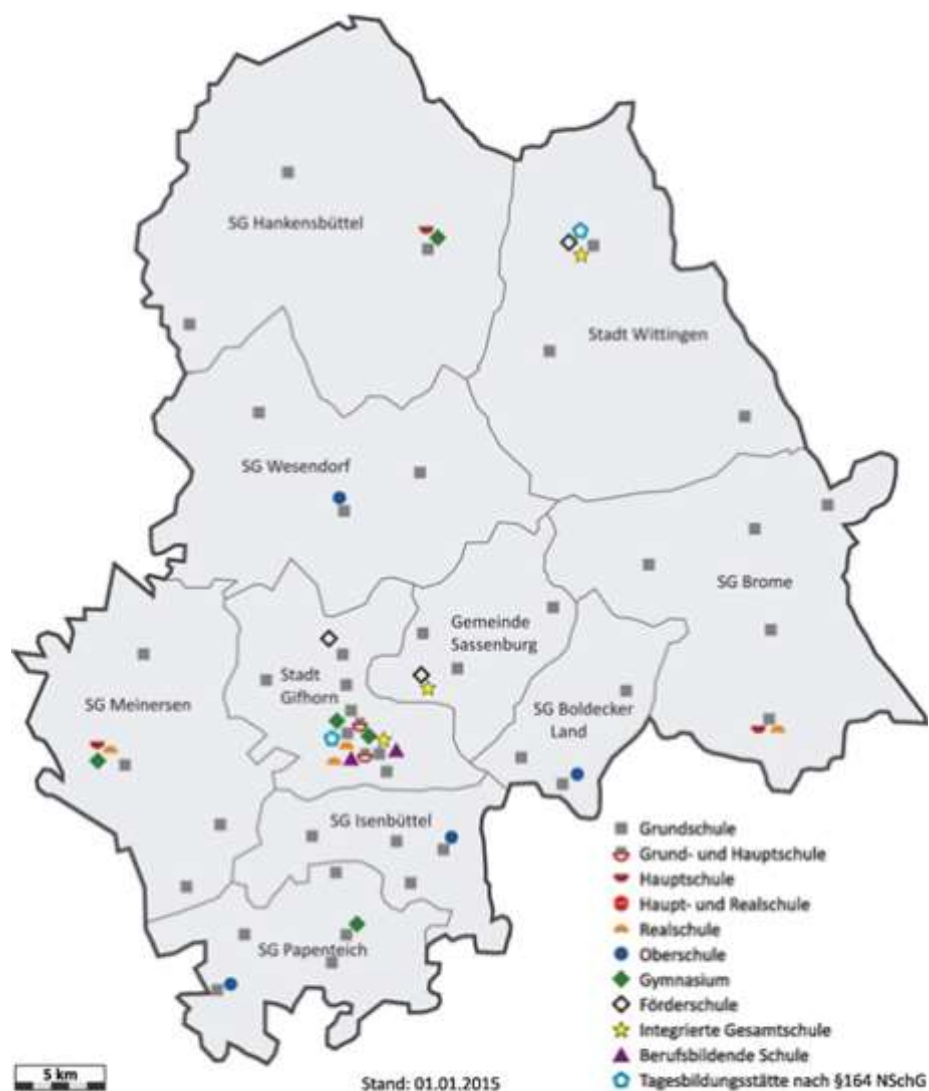


Abbildung 1: Der Landkreis Gifhorn und seine Samtgemeinden mit den ortsansässigen Schulen (Quelle: LK Gifhorn, FB 6 – Schule)

Auf dem wirtschaftlichen Sektor hat vor allem die Zulieferindustrie für das VW-Werk Wolfsburg ein besonderes Gewicht. Auch die Land- und Forstwirtschaft ist ein bedeutender Wirtschaftsfaktor, ebenso wie die Nahrungs- und Genussmittelindustrie. Sie ist im Landkreis sowohl für den Arbeitsmarkt als auch für die Vermarktung landwirtschaftlicher Erzeugnisse von Bedeutung. Daneben werden Bodenschätze in Form von Kies, Erdöl und in geringer werdendem Maße Torf abgebaut.

Besonders im südlichen Teil des Landkreises hat sich im Umfeld der Nachbarstädte Braunschweig und Wolfsburg ein allmählicher Strukturwandel von der ländlichen Wohngemeinde zum wirtschaftlichen Zentrum vollzogen.

2. Betreuungs- und Bildungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche im Landkreis Gifhorn

2.1 Kindertagesstätten im Landkreis Gifhorn

- 89 Regelkindergärten
- 35 Integrationsgruppen
- 2 Heilpädagogische Kindergärten
- 1 Sprachheilkindergarten

2.2 Schullandschaft im Landkreis Gifhorn

- 7 Schulkindergärten
- 42 Grundschulen
- 4 Hauptschulen
- 5 Realschulen
- 4 Oberschulen
- 5 Gymnasien
- 3 Gesamtschulen
- 2 Schulen für Lernhilfen
- 2 Förderschulen Emotionale und Soziale Entwicklung (Rischborn/Pestalozzi)
- 2 Berufsbildende Schulen
- 1 Augenoptikerinternat, Hankensbüttel
- 1 Müllerschule, Wittingen (gehört zur BBSII)
- 2 Tagesbildungsstätten
- Oskar Kämmer Schule (staatlich anerkannte Privatschule, Berufsfachschule)
- Kreisvolkshochschule (mit diversen Außenstellen in den Gemeinden des Landkreises)
- Kreismusikschule (mit diversen Außenstellen in den Gemeinden des Landkreises)
- Kreiskunstschule (mit diversen Außenstellen in den Gemeinden des Landkreises)

2.3 Diagnostik und Therapie entwicklungsverzögerter oder psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher

Zu diesem Zweck werden folgende Einrichtungen im Landkreis Gifhorn vorgehalten:

- Frühförderung / Frühberatung in Zusammenarbeit mit dem Leiter der Kinderklinik des Helios Klinikums Gifhorn
- Stützpädagogik der Lebenshilfe Gifhorn
- Erziehungs- und Familienberatungsstelle
- Sucht-/ Drogenberatungsstelle der Diakonischen Werke
- Sucht- und Drogenbetreuungsstelle des Gesundheitsamtes Gifhorn (Gesundheitspädagogin)
- Sprachheilsprechtag im Gesundheitsamt Gifhorn durch den Fachberater des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie
- Beratungsstelle für Eltern sehgeschädigter Kinder im Kindergartenalter in Braunschweig
- Familienbüro des Landkreises Gifhorn
- Kooperative Vernetzung des Arbeitskreises „Gewalt gegen Kinder“ mit dem Kinderschutzbund
- Netzwerk „Frühe Hilfen im Landkreis Gifhorn“
- niedergelassene Logopäden
- niedergelassene Ergotherapeuten
- niedergelassene Therapeuten für Legasthenie und Dyskalkulie

2.4 Betreuung erkrankter Kinder und Jugendlicher

- Kinderklinik, Helios Klinikum Gifhorn
- 6 Kinderarztpraxen
- 1 Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 8 niedergelassene Kinderpsychologen

3. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes Gifhorn

3.1 Aufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes Gifhorn erfüllt zurzeit folgende Aufgaben:

- Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen nach dem standardisierten jugendärztlichen Untersuchungsprogramm SOPHIA mit Impfberatung
- Jährliche Untersuchung der Kinder der 4. Klassen mit Impfbuchkontrolle
- Impfbuchkontrollen/ Durchführung von jährlichen „Impfkampagnen“ zur Kontrolle des Impfstatus aller Kinder der 6. und 9. Klassen
- Mütterberatung bei individuellem Bedarf
- Individuelle Überprüfung der Notwendigkeit von Fördermaßnahmen bei auffälligen Kindern im Rahmen der Eingliederungshilfe
- Regelmäßige Durchführung von Sprachheilsprechtagen durch den Fachberater des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie
- Beteiligung an der Gesundheitserziehung und -förderung in den Schulen durch Teilnahme an Projekten
- Informationsveranstaltungen zu speziellen Themen in Kindergärten und Schulen
- Durchführung von Aktionsveranstaltungen (z. B. Überprüfung des Gesundheitszustands anderer Klassenstufen anlässlich besonderer Schulveranstaltungen) auf Anfrage
- Enge Zusammenarbeit mit dem Jugendamt bei speziellen Fragestellungen oder Verdacht auf Kindeswohlgefährdung
- Beratung von Schulen und Eltern bei der Einschulung von Kindern mit Unterstützungsbedarf oder chronischen Krankheiten

3.2 Die Bedeutung der Schulanfängeruntersuchung

Die Schuleingangsuntersuchung ist eine durch Schulgesetz und Gesundheitsdienstgesetz festgeschriebene Pflichtaufgabe der Gesundheitsämter zur Feststellung der Schulfähigkeit.

Die (freiwillig durchzuführenden) Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 der niedergelassenen Ärzte dienen zur Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen im Kindesalter.

Die regelmäßige Teilnahme an individuellen Früherkennungsuntersuchungen durch den behandelnden Arzt ergänzt die Schuleingangsuntersuchung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Feststellung der Schulfähigkeit.

Mit Hilfe der Schuleingangsuntersuchung ist es möglich, eine vollständige, standardisierte Untersuchung einer Jahrgangskohorte unserer Bevölkerung durchzuführen und auszuwerten.

Da die Teilnahme an der Schuleingangsuntersuchung flächendeckend und lückenlos wahrgenommen wird, werden durch sie auch Kinder erfasst, die nicht an den Vorsorgeuntersuchungsangeboten der niedergelassenen Ärzte teilgenommen haben. Zusätzlich zur körperlichen Untersuchung liegt ein Schwerpunkt der Schuleingangsuntersuchung im Erkennen von bis dahin nicht diagnostizierten Teilleistungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und Ernährungsproblemen. Von besonderer Bedeutung sind die Möglichkeiten der nachgehenden und aufsuchenden Gesundheitsberatung und Prävention. Diese sind ausschließlich dem öffentlichen Gesundheitswesen vorbehalten.

Dieser Bericht über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2018 dient vor allem der regionalen Gesundheitsberichterstattung. Um den aktuellen gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen von Kindern Ausdruck zu verleihen, müssen relevante Informationen zur Verfügung stehen. Dazu trägt das im Landkreis Gifhorn verwendete standardisierte Untersuchungs- und Informationssystem nach SOPHIA in besonderer Weise bei. Durch die Erhebung von sozialanamnestischen und gesundheitsrelevanten Daten werden regionalbedingte Gefährdungsschwerpunkte erkannt und gegebenenfalls durch entsprechende Maßnahmen behoben. Außerdem sind durch die standardisierte Vorgehensweise bei der Erhebung ein überregionaler Vergleich und eine Beurteilung aller an diesem Programm teilnehmenden Regionen möglich.

3.3 Die Aufgaben der Schuleingangsuntersuchung

Die Schuleingangsuntersuchung dient im Rahmen der schulärztlichen Vorsorge

- der Erkennung gesundheitlicher und / oder sozialer Beeinträchtigungen oder Störungen, die den Schulerfolg beeinflussen können oder im Schulalltag besondere pädagogische Aufmerksamkeit erfordern. Zusätzlich wird geprüft, ob individuelle, spezifische, pädagogische oder technisch-organisatorische Maßnahmen in der Schule notwendig werden
- der Gesundheitsbeurteilung und -beratung (z. B. Impfstatus, Ernährungsberatung, sportliche Betätigung)
- der Einleitung, Vermittlung und Sicherung notwendiger, aber bisher nicht erfolgter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, um Gesundheitsstörungen zu erkennen, zu mildern oder zu beheben, die die kindliche Entwicklung beeinträchtigen können
- der notwendigen Vermittlung sozialer Hilfen im Einzelfall
- der Gesundheitsberichterstattung

Bei der Schuleingangsuntersuchung hat vor allem die Überprüfung der peripheren und zentralen Sinnesfunktionen einen großen Stellenwert. Auf die Sprachwahrnehmung bei unauffälligem Hörvermögen wird ebenfalls verstärkt geachtet.

Weitere wichtige Zielsetzungen sind das Aufspüren und Quantifizieren von Teilleistungsstörungen im visuomotorischen, grobmotorischen, sprachlichen und sensorischen Bereich.

3.4 SOPHIA - Das standardisierte jugendärztliche Untersuchungsprogramm

Das „**Sozialpädiatrische Programm Hannover- Jugendärztliche Aufgaben**“ (SOPHIA) wurde 1983 von einer Arbeitsgruppe der Abteilung Jugendgesundheitspflege des Gesundheitsamtes Hannover in Zusammenarbeit mit dem Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover entwickelt.

1995 wurde dieses Programm von 6 Anwendern grundlegend überarbeitet und an die aktuellen Erfordernisse angepasst. Besonderer Wert wurde dabei auf die Verbesserung der standardisierten Erfassung von Teilleistungsstörungen und Auffälligkeiten im sozial - emotionalen Bereich gelegt, da diese für einen Schulerfolg besonders wichtig sind. 6 Arbeitsgruppen sorgen seither ständig für eine Qualitätsverbesserung des Programms. Notwendige Änderungen werden alljährlich von der Anwenderkonferenz der Sophia-Nutzer diskutiert und beschlossen. Der Landkreis Gifhorn ist dieser Kooperation im Jahr 2000 beigetreten. Die vollständige Untersuchung nach Sophia erfolgt seit 2001.

Im Jahr 2018 untersuchten 27 Gesundheitsämter ihre Schulanfänger nach diesem Programm.

SOPHIA ist ein standardisiertes Untersuchungs- und Dokumentationssystem für Schulanfänger. Untersucht wird nach festgelegten Richtlinien. Weiterhin arbeitet dieses System mit einer speziellen Karteikarte, auf der die erhobenen Untersuchungsdaten codiert festgehalten werden, einem Computerprogramm zur Archivierung und Auswertung der erfassten Daten sowie mit einheitlichen Elternbriefen, Formularen und Schulmitteilungen (siehe Anhang).

Im Gegensatz zu anderen Untersuchungsprogrammen wird bei SOPHIA neben dem medizinischen Befund auch eine Sozialanamnese erhoben. Hier werden die Familiensituation (Anzahl der Geschwister, Erziehung und Betreuung des Kindes, Ausbildung und Berufsausübung der Eltern), Angaben zu Schwangerschaft und Geburt (Komplikationen? Früh- oder Mehrlingsgeburt?) und die individuelle Entwicklung des Kindes (Sprachstörung, Meilensteine der Entwicklung, Frühförderung, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen) mit einbezogen. Das soziale Umfeld und der psychologische und entwicklungsneurologische Status sind für ein Kind oft entscheidender bei der Bewältigung neuer Aufgaben wie der Einschulung, als eine einzelne medizinische Diagnose.

Die Auswertung der Daten erfolgt streng anonymisiert mit dem Epidemiologischen Programm der Weltgesundheitsorganisation („Epi-Info“). Soziale Daten werden dabei nur auf freiwilliger Basis erhoben und bearbeitet.

3.5 Untersuchungsablauf

Die Untersuchungen nach SOPHIA werden von einem Untersuchungsteam, bestehend aus einer Schulärztin (m/w) und einer SMA (**S**ozial- **M**edizinische **A**ssistentin (m/w)) durchgeführt. Die Voruntersuchungen bei der SMA und die anschließende ärztliche Untersuchung nehmen insgesamt ungefähr 40 Minuten in Anspruch.

Die Kinder und ihre Eltern werden im 20 - Minuten- Rhythmus eingeladen. Vorsorgeheft, Impfpass, relevante Gesundheitsunterlagen und die auszufüllenden Fragebögen, welche den Eltern mit der Einladung per Post zugestellt wurden, sollen mitgebracht werden.

Im ersten Teil des Untersuchungsablaufs malt das Kind auf einem Vordruck (siehe Anhang) entsprechend den Vorgaben des visuomotorischen Schulreifetests (VSRT) einen Menschen und eine Reihe von vorgegebenen Figuren. Gleichzeitig überträgt die SMA die Angaben der Eltern zur Vorgeschichte des Kindes auf eine Karteikarte und ergänzt sie durch Eintragungen aus dem Vorsorgeheft und dem Impfpass.

Im Anschluss wird ein apparativer Sehtest, ein Farbsinntest und ein Hörtest durchgeführt. Die Feinmotorik wird anhand eines standardisierten „Stiftestecktestes“ überprüft.

Im anschließenden ärztlichen Teil der Untersuchung wertet die Schulärztin (m/w) den VSRT im Beisein der Eltern aus und erläutert ihnen seine Bedeutung. Im lockeren Gespräch mit dem Kind werden orientierende Fragen zur altersgemäßen kognitiven Entwicklung (z. B. Mengenbegriff, Farben, Formen, Zahlen) und zur Sprachverarbeitung (auditive Wahrnehmung, z.B. das Zahlenfolgegedächtnis) gestellt. Nach teilstandardisierten Methoden wird mit dem Sprachbogen nach Kottmann die Sprachentwicklung überprüft.

Es folgt eine körperliche Untersuchung gemäß den SOPHIA- Richtlinien. Die Ärztin (m/w) führt eine orientierende pädiatrisch-internistische Untersuchung sowie eine Überprüfung des Zahnstatus durch. Die Beurteilung der grobmotorischen Entwicklung sowie die Bestimmung von Größe und Gewicht bilden hierbei den Abschluss.

Bei neu entdeckten Auffälligkeiten erhalten die Eltern eine schriftliche Mitteilung für den behandelnden Arzt (m/w) über den festgestellten Befund. Gleichzeitig wird er gebeten, die weitere Diagnostik und Therapie zu übernehmen und eine Rückmeldung über die eingeleiteten Maßnahmen an das Gesundheitsamt zu geben (siehe Anhang).

Im Anschluss an die Untersuchung werden den Eltern die Empfehlungen zur Einschulung Ihres Kindes erläutert. Bei Bedarf bekommen die Eltern Hinweise auf mögliche Fördermaßnahmen im schulischen und außerschulischen Bereich, vor allem wenn Befunde festgestellt wurden, die keine sofortige ärztliche Intervention nötig machen.

Für die Leiterinnen und Leiter der Schulen besteht jederzeit die Möglichkeit zu einem Informationsgespräch. Diese Beratung der Schulen zu den individuellen Bedürfnissen der Einschulungskinder hat im Rahmen der Inklusion stark an Bedeutung gewonnen. Es gilt, auch für die Kinder mit Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit die idealen Bedingungen für einen gelungenen Schulanfang und für einen langfristigen Schulerfolg im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu schaffen. Dies beinhaltet sowohl die räumliche Ausstattung (z.B. bei Kindern mit Förderbedarf im Bereich Hören, Sehen oder körperlich-motorischer Entwicklung), als auch den personellen Bedarf wie z.B. der mögliche Einsatz eines Schulbegleiters.

4. Die Daten der Schuleingangsuntersuchung 2018

Im Zuge der Schuleingangsuntersuchung wurden im Jahr 2018 insgesamt **1652** Kinder vorgestellt.

4.1 Populationsbeschreibung

4.1.1 Anzahl der untersuchten Kinder

	Anzahl der Kinder	Prozent
Jungen	830	50,2
Mädchen	822	49,8
Gesamtzahl	1652	100,0

4.1.2 Alter des Kindes am Stichtag 30.09.2018

	Anzahl der Kinder	Prozent
4 Jahre	24	1,5
5 Jahre	1576	95,4
6 Jahre	52	3,1

Der Anteil der fünfjährigen Kinder („Kann-Kinder“) war vergleichbar mit dem des Vorjahres, das durchschnittliche Einschulungsalter betrug 5,9 Jahre und lag damit auf dem Niveau des Vorjahres.

4.1.3 Nationalität der untersuchten Kinder

	Anzahl der Kinder	Prozent
Deutsche Kinder	1097	66,4
Kinder mit Migrationshin-	545	33,0
Keine Angaben	10	0,6

Von den 545 Kindern ausländischer Herkunft sind 441 (81%) in Deutschland geboren, 104 (19,0%) Kinder sind in anderen Ländern zur Welt gekommen.

4.1.4 Sprachkenntnisse

	Anzahl der Kinder	Prozent
Familiensprache Deutsch	1216	73,6
Mehrsprachig/gut Deutsch	377	22,8
Mehrsprachig/schlecht Deutsch	46	2,8
Mehrsprachig/kein Deutsch	12	0,7
Keine Angabe	1	0,1

4.1.5 Vorschulische Sprachförderung

	Anzahl der Kinder	Prozent
Sprachförderung	237	14,3
Keine Sprachförderung	1414	85,6

14,3% der Einschulungskinder erhielten vorschulische Sprachförderung, im Vorjahr waren es 14,8% der Kinder. Der Bedarf hierfür wurde bislang ca. 1 Jahr vor der Einschulung von den Grundschulen im Rahmen der Sprachstandsfeststellung ermittelt. Ab dem nächsten Schuljahr sind sowohl für die Sprachstandsfeststellung als auch für die Förderung die Kindertagesstätten zuständig.

Betrachtet man die Kinder, die eine Sprachförderung erhalten, nach unterschiedlichen Aspekten, so ist festzustellen, dass mehr als 2/3 (73%) dieser Kinder einen Migrationshintergrund haben. 27% der Sprachförderkinder sind deutscher Abstammung.

In Bezug auf den Bildungsgrad ihrer Eltern stammt die Hälfte (53,3%) der sprachgeförderten Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern, 29,5% aus Elternhäusern mit mittlerem Bildungsniveau und 17,2% der Kinder entstammen bildungsnahen Familien.

4.2 Soziale Situation und Lebensverhältnisse der untersuchten Kinder

4.2.1 Kinderzahl in der Familie

	Anzahl der Kinder	Prozent
Einzelkind	273	16,5
2 oder 3 Kinder	1161	70,3
4 oder mehr Kinder	216	13,1
Keine Angaben	2	0,1

4.2.2 Kindergartenbesuch

In einer Sonderuntersuchung wurden die Kinder erfasst, die einen Kindergarten besuchen:

	Anzahl der Kinder	Prozent
Regelkindergarten	1492	90,4
Sonderkindergarten (Heilpädagogischer, Sprachheil- oder Integrationskindergarten)	96	5,8
Kein Kindergarten	63	3,8

Nach dieser Erhebung besuchten **3,8%** der Kinder in den letzten 6 Monaten vor der Schule keinen Kindergarten, im letzten Jahr waren es **3,0%**. Innerhalb der SOPHIA-Gemeinschaft waren es nur **2%**. Von den 63 Kindern ohne Kitabesuch hatten 51 (81%) einen Migrationshintergrund, 19% der Kinder stammten aus deutschen Familien. In Bezug auf das Bildungsniveau besuchten 4% der Kinder aus der mittleren Bildungsschicht keinen Kindergarten, 6,6% aus bildungsfernen Elternhäusern und 1,1% aus Familien mit hohem Bildungsstand.

4.2.3 Erziehung des Kindes

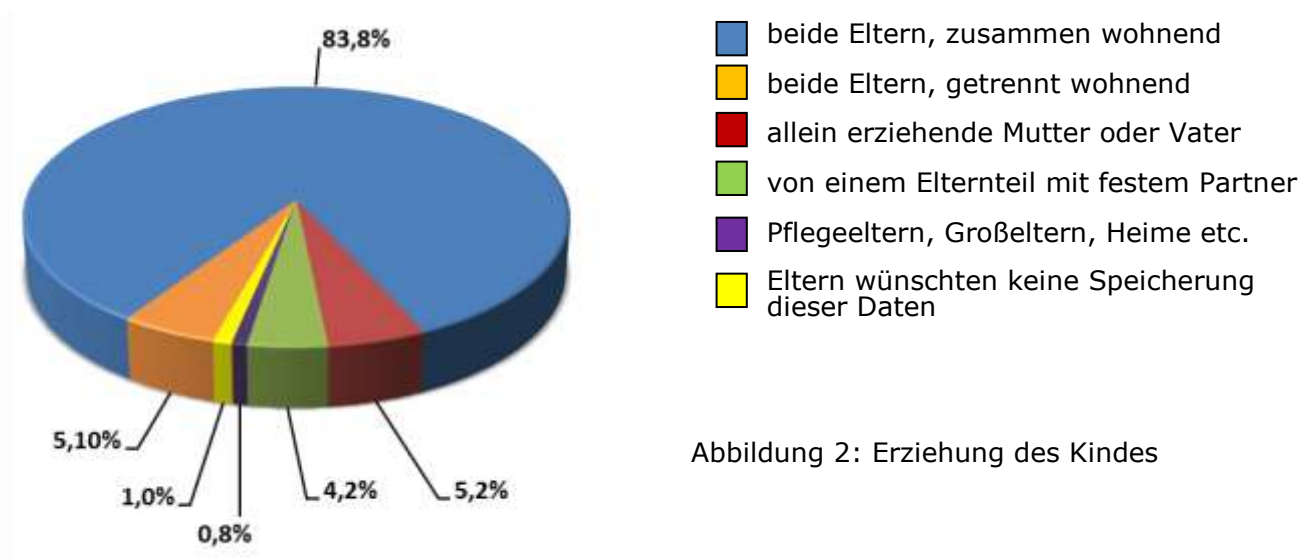


Abbildung 2: Erziehung des Kindes

83,3% der Kinder im Landkreis Gifhorn leben noch in der klassischen Eltern-Kind-Familie, 5,2% werden von einem alleinerziehenden Elternteil betreut und 4,2% der Kinder leben in einer Gemeinschaft mit einem Elternteil und dessen festem Partner. Nach dem Mikrozensus 2013 leben auf Niedersachsen bezogen 73% der Kinder in Familien mit verheirateten Eltern, 19% werden von einem alleinerziehenden Elternteil betreut und 8% leben in einem Haushalt, wo die Eltern eine Lebensgemeinschaft bilden.

4.2.4 Beide Eltern oder ein alleinerziehendes Elternteil ohne Berufstätigkeit und daraus entstehendes eigenes Einkommen

	Anzahl der Kinder	Prozent
Mindestens ein Elternteil berufstätig und	1553	94
Eltern nicht berufstätig und	99	6

4.2.5 Bildungsgrad der Eltern

Nach der Aufstellung einer kombinierten Rangordnung nach SOPHIA, ermittelt anhand der Schul- und Berufsabschlüsse, lässt sich der Bildungsgrad der Eltern in folgende 3 Kategorien einteilen:

	Anzahl der Kinder	Prozent
niedriger Bildungsgrad der Eltern	351	21,7
mittlerer Bildungsgrad der Eltern	794	49
hoher Bildungsgrad der Eltern	474	29,3

4.2.6 Alter des Vaters zum Zeitpunkt der Untersuchung

	Anzahl der Kinder	Prozent
Väter bis 24 Jahre	4	0,2
Väter 25 Jahre bis 39 Jahre	839	50,8
Väter ab 40 Jahre	712	43,2
Keine Angaben	97	5,9

4.2.7 Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Untersuchung

	Anzahl der Kinder	Prozent
Mütter bis 24 Jahre	12	0,7
Mütter 25 Jahre bis 39 Jahre	1176	71,2
Mütter ab 40 Jahre	426	25,8
Keine Angabe	38	2,3

4.3 Medizinische Vorgeschichte des Kindes

4.3.1 Schwangerschaftsdauer

	Anzahl der Kinder	Prozent
Frühgeborene	152	9,2
Reifgeborene (termingerecht)	1392	84,3
Übertragene	83	5,0
keine Angaben	25	1,5

Definition:

Frühgeborene: nicht vollendete 37. Schwangerschaftswoche

Reifgeborene: vollendete 37. Schwangerschaftswoche bis vollendete 42. Schwangerschaftswoche

Übertragene: 42. Schwangerschaftswoche überschritten

4.3.2 Schwangerschaftsverlauf

	Anzahl der Kinder	Prozent
ohne Komplikationen	1070	64,8
es traten Komplikationen auf	455	27,5
kein Vorsorgeheft	117	7,1
keine Angaben	10	0,6

4.3.3 Geburtsgewicht

	Anzahl der Kinder	Prozent
unter 1500g	19	1,1
zwischen 1500g und 2499g	106	6,4
zwischen 2500g und 4000g	1313	79,5
> 4000g	187	11,3
keine Angaben	27	1,6

Das niedrigste Geburtsgewicht lag bei **500** Gramm, das höchste bei **5300** Gramm, der Mittelwert betrug **3347** Gramm.

4.3.4 Geburtslänge

Die Geburtslänge der Kinder variierte zwischen **26** und **64** Zentimetern.

Der Mittelwert lag bei **51** cm.

4.3.5 Art der Entbindung

	Anzahl der Kinder	Prozent
spontan geboren	1040	63,0
Geburtshilfe (Saugglocke, Zange)	79	4,8
Kaiserschnitt	523	31,7
keine Angaben	10	0,6

4.3.6 Komplikationen während der Geburt

	Anzahl der Kinder	Prozent
ohne Komplikationen	1517	91,8
Komplikationen unter der Geburt	124	7,5
keine Angaben	11	0,7

4.3.7 Meilensteine der Entwicklung

Zu diesem Thema wurden folgende Fragen gestellt:

„Konnte Ihr Kind mit 18 Monaten frei laufen?“

	Anzahl der Kinder	Prozent
Ja	1572	95,2
Nein	55	3,3
Keine Erinnerung	17	1,0
Keine Angabe	8	0,5

„Bestanden bei Ihrem Kind Sprachauffälligkeiten im Alter von 5 Jahren?“

	Anzahl der Kinder	Prozent
Ja	368	23,3
Nein	1240	75,1
Keine Erinnerung	31	1,9
Keine Angabe	13	0,8

4.3.8 Frühfördermaßnahmen

Frage:

„Waren bei ihrem Kind Frühfördermaßnahmen notwendig?“

(z. B. Krankengymnastik, Sprachtherapie Ergotherapie)

	Anzahl der Kinder	Prozent
Nein	1127	68,2
Ja	523	31,7
Keine Angabe	2	0,1

4.3.9 Allergische Erkrankungen

Frage:

Hat Ihr Kind eine Asthma bronchiale - Erkrankung?

	Anzahl der Kinder	Prozent
Bekanntes Asthma bronchiale	110	6,7
Keine Erkrankung	1537	93,0
Keine Angabe	5	0,3

Frage:

Hat Ihr Kind eine Neurodermitis - Erkrankung?

	Anzahl der Kinder	Prozent
An Neurodermitis erkrankt	117	7,1
Keine Erkrankung	1529	92,6
Keine Angabe	6	0,4

Frage:

Hat Ihr Kind eine Heuschnupfen-Erkrankung?

	Anzahl der Kinder	Prozent
An Heuschnupfen erkrankt	110	6,7
Keine Erkrankung	1536	93,0
Keine Angabe	6	0,4

4.3.10 Impfstatus

Von den **1652** untersuchten Kindern legten **1561 (94,5%)** ihren Impfausweis vor, **91 Kinder (5,5%)** sind ohne Impfdokument erschienen. 12,6% der Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern legten keinen Impfausweis vor, bei der mittleren Bildungsschicht waren es 4% und aus den hohen Bildungsschichten kamen 3,3% ohne Impfausweis. Von den Kindern mit Migrationshintergrund erschienen 10,6% ohne Impfausweis, bei den Kindern ohne Migrationshintergrund fehlte der Impfausweis in 3,0% der Fälle.

Im Folgenden wird zur Vereinfachung als Bezugsgröße jeweils die Anzahl der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis gewählt. Es wird somit der maximale Durchimpfungsgrad errechnet.

Von einem altersentsprechenden Impfschutz für Schulanfänger kann bei folgenden Impfsequenzen unter Beachtung der Impfabstände nach Herstellerangaben bzw. STIKO-Empfehlungen (Stand 2016) ausgegangen werden:

Masern, Mumps, Röteln, Varizellen	2 Impfungen
Polio, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B	3 - 4 Impfungen
Keuchhusten	4 Impfungen
HIB	3 - 4 Impfungen
Meningokokken C	1 Impfung
Pneumokokken	4 Impfungen

	vollständig	unvollständig	Keine Impfung
Tetanus	93,3%	4,4%	2,4%
Diphtherie	93,1%	4,1%	2,8%
Polio	93,5%	3,5%	2,9%
HIB	91,9%	3,5%	4,7%
Keuchhusten	92,9%	4,0%	3,1%
Masern	91,7%	4,0%	4,4%
Mumps	91,6%	3,9%	4,5%
Röteln	91,6%	3,9%	4,5%
Hepatitis B	91,4%	2,9%	5,7%
Varizellen	88,6%	3,5%	7,9%
Meningokokken	89,6%	/	10,4%
Pneumokokken	87,8%	3,3%	8,9%
Rotaviren	42,5%	1,2%	56,3%

Bei Tetanus, Diphtherie, Polio, HIB, Keuchhusten und Hepatitis B besteht eine hohe Durchimpfungsrate, so dass ein epidemisches Auftreten dieser Erkrankungen im Landkreis Gifhorn in dieser Altersgruppe nicht mehr zu befürchten ist.

4.3.10.1 Vollständige Impfungen

Bezogen auf die Basisimpfungen Tetanus, Polio und Diphtherie hatten **1449 Kinder (92,8%)** im Impfpass vollständige Impfeinträge, bei den restlichen **112 (7,2%)** fehlten einzelne dieser Basisimpfungen. Unter Einbeziehung der durchgeführten Impfungen gegen Keuchhusten, HIB, 2 x Masern/Mumps/Röteln, Varizellen, Pneumokokken, Meningokokken und Hepatitis B, hatten **1266 Kinder (81,1%)** in Ihrem Impfbuch vollständige Einträge, während die Impfungen der übrigen **295 Kinder (18,9%)** unvollständig waren.

4.3.10.2 Vollständige Impfungen (für DPT, Polio, HIB, MMR, Hep B nach aktueller STIKO-Empfehlung) in Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Eltern.

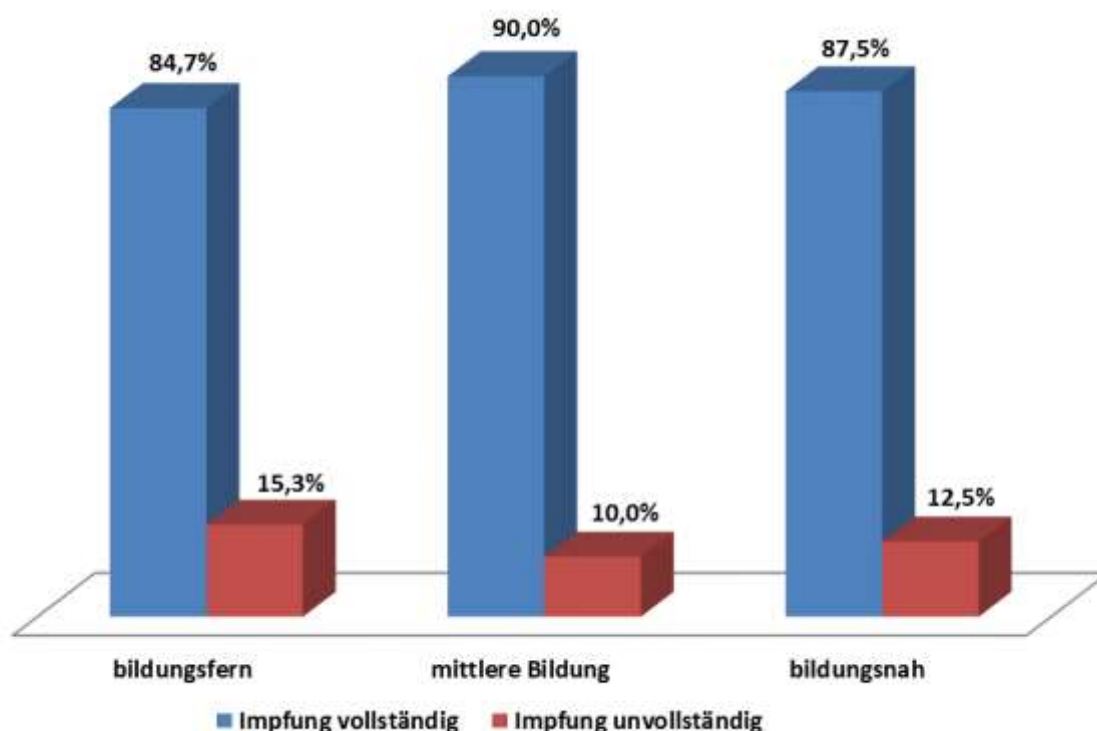


Abbildung 3: Vollständiges Impfschema in Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Eltern
Berücksichtigt wurden bei dieser Auswertung alle Kinder, die bei der Untersuchung einen Impfausweis vorlegten (maximale Impftrate).

Bildungsgrad	Impfung vollständig	Impfung unvollständig
Niedrig	265 Kinder	48 Kinder
Mittel	690 Kinder	77 Kinder
Hoch	399 Kinder	57 Kinder

(Es konnten nur Impfangaben von Kindern berücksichtigt werden, deren Sozialdaten vorlagen.)

Die höchste Durchimpfungsrate weisen Kinder von Eltern mit mittlerem Bildungsgrad auf. **90%** der Kinder dieser Gruppe sind vollständig geimpft. In der Gruppe der Kinder aus den bildungsnahen Elternhäusern befinden sich erfahrungsgemäß viele Eltern, die dem Thema Impfen eher kritisch gegenüberstehen und sich bewusst gegen eine vollständige Durchimpfung ihrer Kinder entscheiden. Hier bietet sich im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung zumindest die Möglichkeit einer erneuten Beratung und Impfempfehlung.

4.3.11 Teilnahme an den gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen

Es wurden zur Einschulungsuntersuchung Vorsorgehefte von 1555 Kindern (94%) vorgelegt, 97 Kinder (5,9%) erschienen ohne Heft.

	Anzahl der Kinder	Prozent
Vorsorgeheft (U1-U9) vollständig	1225	74,2
Vorsorgeuntersuchungen teilweise durchgeführt	330	20,0
kein Vorsorgeheft	97	5,9

	Anzahl der Kinder	Prozent
U8 und U9 komplett	1293	78,3
nicht komplett durchgeführt	262	15,9
kein Vorsorgeheft	97	5,9

	Anzahl der Kinder	Prozent
U8 bei einem Kinderarzt	1336	80,9
U8 bei einem anderen Arzt	145	8,8
keine U 8 durchgeführt	74	4,5
kein Vorsorgeheft	97	5,9

	Anzahl der Kinder	Prozent
U9 bei einem Kinderarzt	1212	73,4
U9 bei einem anderen Arzt	114	6,9
keine U9 durchgeführt	228	13,8
kein Vorsorgeheft	97	5,9

4.3.11.1 Teilnahme an der U8 und U9 in Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Eltern

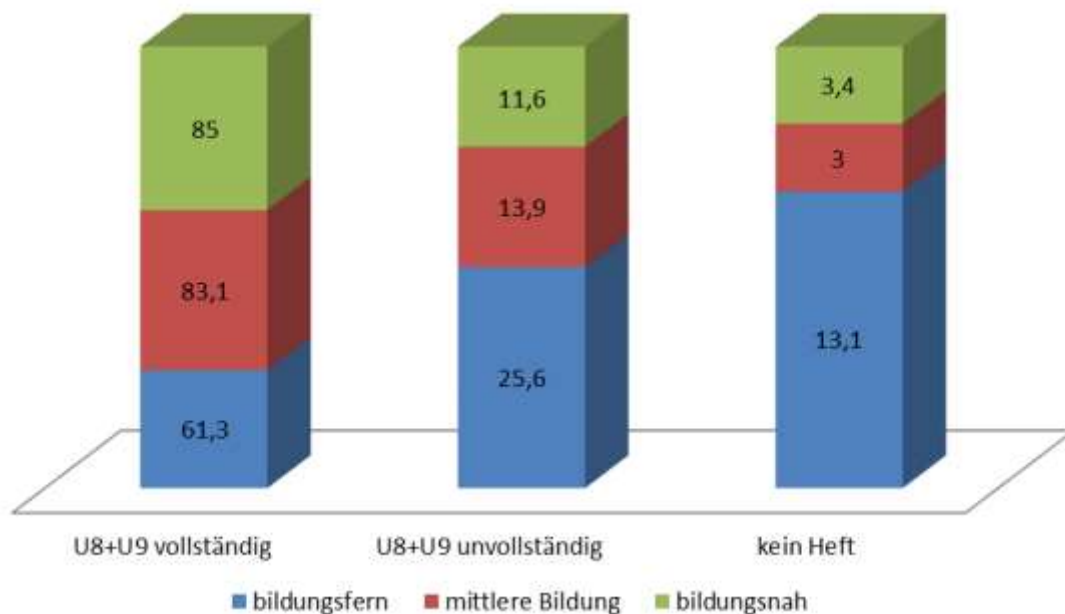


Abbildung 4: Teilnahme an der U8/U9 in Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Eltern
Angaben in Prozent

Um körperliche Erkrankungen der Kinder rechtzeitig diagnostizieren und behandeln zu können, muss eine deutlich höhere Teilnahme vor allem an der U8 und U9 angestrebt werden. Flächendeckende Aufrufe haben nur begrenzte Wirkung erzielt. Die nicht an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmenden Kinder sind aber kaum durch Gesundheitshilfen in Arztpraxen erreichbar, die sie hierzu aufsuchen müssten.

Um vor allem die potentiellen Risikogruppen zu erreichen, sind gezielte Präventionsmaßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes notwendig – hierzu wäre ein verstärkter Einsatz aufsuchender Beratung / gruppenspezifischer Präventionsmaßnahmen notwendig, was in Zeiten der Finanznot und des Sparens auf enge Grenzen stößt.

Von besonderer Bedeutung ist daher die flächendeckende Schuleingangsuntersuchung mit Schwerpunkt in der standardisierten Untersuchung schulrelevanter Teilleistungsstörungen und dem Ziel der Begutachtung der Schulfähigkeit. Denn hier wird eine komplette Jahrgangskohorte untersucht, auch jene Kinder, die von ihren Eltern nicht zu den Vorsorgen vorgestellt wurden.

4.4 Untersuchungsergebnisse

Die körperliche Untersuchung der schulfähigen Kinder erfolgte gemäß der gültigen SOPHIA- Richtlinien (8. Auflage). Die Definitionen der gesundheitlich auffälligen Befunde sind bei dieser Untersuchung als Screening angelegt, d.h. es werden alle Kinder auch mit nur kleineren Auffälligkeiten erfasst und - je nach definiertem Ausmaß des Befundes - an einen spezialisierten Kinderarzt (m/w) zur Abklärung überwiesen.

Die erhobenen Befunde werden grundsätzlich (mit nur wenigen Ausnahmen) codiert festgehalten.

Bei jedem Untersuchungskriterium gilt die Unterscheidung zwischen:

- Normalbefund (N)
- geringen Auffälligkeiten ohne aktuellen Behandlungsbedarf (X)
- abklärungsbedürftigen Befunden (A) mit Ausstellung eines kurzen Berichts an den weiterbehandelnden Arzt und der Bitte um das Ausfüllen eines vorgedruckten Rückmeldeformulars
- bereits behandeltem Befund (B)

Eine zuverlässige Qualitätskontrolle ist durch die Zuordnung der Rückmeldung des weiterbehandelnden Arztes (m/w) zum ursprünglichen Befund möglich.

4.4.1 Körpergröße

Die Körpergröße der Kinder des untersuchten Einschulungsjahrgangs lag zwischen 100 cm und 140 cm, der Mittelwert lag bei 117 cm.

Bezieht man die Größenangaben auf das Geschlecht, liegt die mittlere Größe der Mädchen bei 116,7 cm, die der Jungen bei 118,8 cm.

4.4.2 Körpergewicht

Das Körpergewicht der untersuchten Kinder lag zwischen 10,6 kg und 39,4 kg, mit einem mittleren Wert von 21,3 kg. Bei den Mädchen beträgt der Mittelwert für das Gewicht 21,2 kg, bei den Jungen 21,4 kg.

4.4.3. Adipositas

Das Körpergewicht der Kinder wird anhand der Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter beurteilt. Grundlage ist der Body-Mass-Index (BMI) errechnet nach der

Formel:
$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{\text{Körperlänge (m)}^2}$$

Für Kinder- und Jugendliche unter 18 Jahren gelten aufgrund von Wachstums- und Reifungsprozessen andere Grenzwerte als für Erwachsene. Deshalb nutzt man hier einen altersabhängigen BMI in Form von geschlechtsspezifischen BMI-Perzentilen (Kronmeyer-Hausschild et al. 2001). In der vorliegenden Zielgruppe von 5,5-6,5 Jahren bestehen in Bezug auf die Körpergröße und das Gewicht nur geringe alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede, sodass innerhalb der SOPHIA-Anwendergemeinschaft für die Einschulungskinder Folgendes definiert wurde:

- Untergewicht: 3. BMI Perzentile = BMI 13,0 (Gewicht < 3. BMI-Perz.)
- Normalgewicht: 50. BMI Perzentile = BMI 15,4 (Gewicht \geq 3. und \leq 75. BMI-Perz.)
- Grenzbereich: 75. BMI Perzentile = BMI 16,6 (Gewicht \geq 75. und 90. BMI-Perz.)
- Übergewicht: 90. BMI Perzentile = BMI 17,9 (Gewicht \geq 90. BMI-Perz.)
- Adipositas: 97. BMI Perzentile = BMI 19,6 (Gewicht \geq 97. BMI-Perz.)

	Anzahl der Kinder	Prozent
BMI < 13,0 (Untergewicht)	46	2,8
BMI \geq 13,0 und < 16,6 (Normalgewicht)	1278	78,9
BMI \geq 16,6 und < 17,9 (Grenzbereich)	184	11,4
BMI \geq 17,9 und < 19,6 (Übergewicht)	78	4,8
BMI \geq 19,6 (Adipositas)	33	2,0

Differenziert man die ermittelten BMI-Werte nach dem Geschlecht, so ist der Anteil der untergewichtigen Kinder bei den Mädchen leicht höher als bei den Jungen, allerdings liegen auch etwas mehr Mädchen mit ihrem BMI im Bereich des Übergewichts bzw. Adipositas.

Anmerkung: Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt orientiert sich nicht an oben genannten Grenzwerten. Dort gelten Kinder als untergewichtig, deren Gewicht bezogen auf die Körpergröße unterhalb der 10. Perzentile liegt. Kinder mit einem Gewicht unterhalb der 3. Perzentile gelten demnach als stark untergewichtig. Unter diesen Voraussetzungen kommt man zu anderen Werten, der Anteil der untergewichtigen Kinder wäre bei dieser Sichtweise im Landkreis Gifhorn erhöht.

4.4.3.2 Einfluss des Bildungsniveaus der Eltern auf den BMI der Kinder

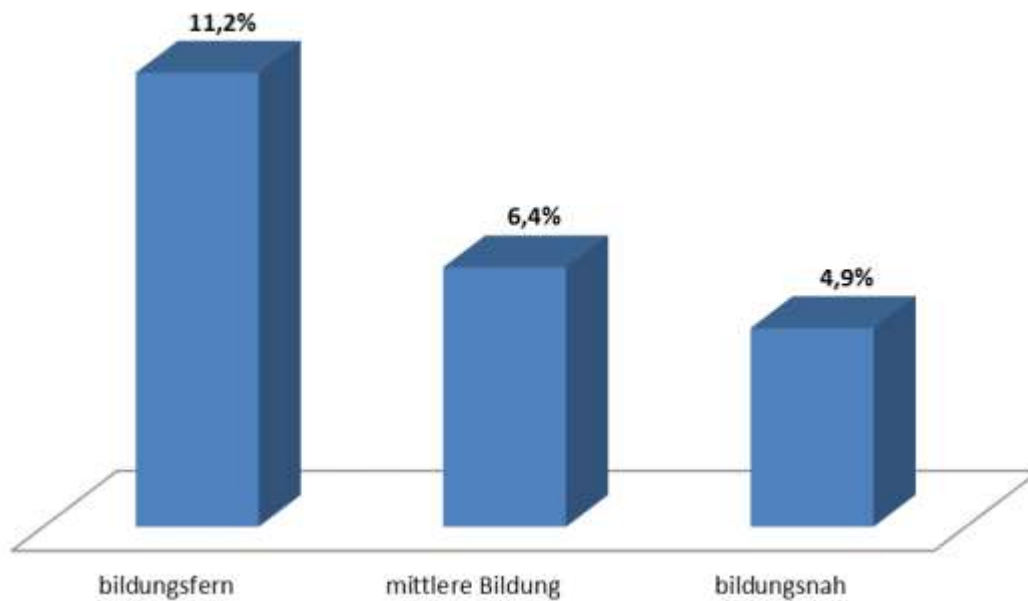


Abbildung 5: Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder in Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Eltern

Betrachtet man die erhobenen Daten im Hinblick auf den Bildungsgrad der Eltern, so zeigt sich, dass ein großer Teil der übergewichtigen Kinder aus den bildungsfernen Elternhäusern stammen.

Nur 0,1% aller untersuchten Kinder gaben an, sich aufgrund ihres Gewichts bereits in Behandlung zu befinden. Weiteren 1,8% wurde unsererseits aufgrund einer Adipositas eine Vorstellung beim Kinderarzt zur Abklärung empfohlen, weitere 4,7% der Kinder erhielten zunächst keine Abklärungsempfehlung für den Kinderarzt, sondern die Kinder und ihre Eltern wurden hinsichtlich des Gewichts beraten und erhielten Infomaterial.

4.4.4 Sehtest

Für die Durchführung des Sehtests wurden die Rodenstock- Sehtestgeräte R 5 und R 11, sowie das Titmus T2k von Maico verwendet. Als Sehzeichen dienen E- Haken.

Eine Sehschärfe von mindestens 1,0 beiderseits in der Ferne gilt ab dem vollendeten sechsten Lebensjahr als Normalbefund. Auf Weitsichtigkeit werden beide Augen einzeln zusätzlich mit der Vorschaltlinse (+ 1,5 dpt) in der Ferne untersucht.

Außerdem wurde ein TNO- Stereosehtest durchgeführt, hierbei galt räumliches Sehen bis 240 Bogensekunden als normal.

	Anzahl der Kinder	Prozent
Unauffälliger Befund	1331	80,6
Neu entdeckte Auffälligkeiten zur weiteren Ab-	136	8,2
Bekannte Sehschwächen in ständiger augen-	165	10,0
Die Untersuchung aus unterschiedlichen Grün-	12	0,7
Verweigerten die Mitarbeit an diesem Test	8	0,5

Qualitätskontrolle

Von den **136** Kindern, die mit abklärungsbedürftigen Befunden zum Augenarzt überwiesen wurden, erhielten wir **71 (52,2%)** Rückmeldungen, bei **47,9%** der gemeldeten Befunde wurde unser Verdacht bestätigt.

	Anzahl der Kinder	Prozent
behandlungsbedürftiger Befund	28	39,4
leichte nicht behandlungsbedürftige Sehschwäche	6	8,5
Verdacht auf eine Sehschwäche bestätigte sich	37	52,1

4.4.5. Farbsehtest

Bei 22 Kindern zeigten sich Auffälligkeiten im Farbsehvermögen, hiervon waren 2018, wie nicht anders zu erwarten, überwiegend männliche Kinder betroffen.

Da diese Fähigkeit erblich festgelegt und eine Schwäche nicht therapierbar ist, überwiesen wir die betroffenen Kinder zu keiner weiteren Diagnostik, sondern informierten lediglich die Eltern und die Schule über diesen Befund, sofern er nicht schon bekannt war.

4.4.6 Hörtest

Zur Überprüfung der Hörfähigkeit wurde das Gerät Maico ST 20 verwendet. Wir führen damit über Kopfhörer eine Audiometrie als Screening durch, die 6 Frequenzen von 250 bis 6000 Hertz überprüft. Als normal gilt eine Hörschwelle beiderseits bei 30 dB, dabei darf eine Frequenz auf jedem Ohr bei 30 dB nicht gehört werden.

	Anzahl der Kinder	Prozent
unauffälliger Hörbefund	1530	92,6
unbekannte abklärungsbedürftige Beeinträchtigung des Hörvermögens	75	4,5
bekannte Hörschwäche	24	1,5
der Test nicht durchgeführt	13	0,8
verweigerten die Teilnahme am Test	10	0,6

Qualitätskontrolle

Von den **75** Kindern, die mit abklärungsbedürftigen Befunden zum HNO-Arzt überwiesen wurden, erhielten wir **41 (54,7%)** Rückmeldungen, in **43,9%** der Fälle mit einer Bestätigung unseres Befundes:

	Anzahl der Kinder	Prozent
behandlungsbedürftiger Befund	17	41,5
geringe nicht behandlungsbedürftige Hörschwäche	1	2,4
Verdacht auf eine Hörminderung nicht bestätigt	23	56,1

4.4.7 Sprachstörungen

Die Beurteilung der Sprache eines Schulanfängers geschieht im gemeinsamen Gespräch unter Zuhilfenahme des Prüfbogens nach Metzker oder Kottmann. Besteht ein Verdacht auf eine Auffälligkeit, kann eine genaue Überprüfung mit dem Grammatiktest aus dem psycholinguistischen Entwicklungstest (PET) erfolgen.

Als Sprachauffälligkeit gilt:

- Verzögerung der Sprachentwicklung(z. B. Wortschatzarmut, Bilden unvollständiger Sätze, Dysgrammatismus)
- Störungen der Aussprache (z. B. Stammeln oder Sigmatismus)
- Störungen des Redeflusses (z. B. Stottern oder Poltern)
- Klangstörungen der Sprache (z. B. Näseln)

Bei den zu untersuchenden Kindern zeigten sich folgende Befunde:

	Anzahl der Kinder	Prozent
Sprache altersentsprechend gut	950	57,5
abklärungsbedürftige Auffälligkeiten	133	8,1
nicht abklärungsbedürftiger Befund	358	21,7
bekannte Sprachauffälligkeiten	206	12,5
verweigerten die Teilnahme am Test	4	0,2
Test nicht durchführbar	1	0,1

Qualitätskontrolle

Von den **133** Kindern, die wir zur weiteren Diagnostik überwiesen hatten, bekamen wir **85 (63,9%)** Rückmeldungen, in **94,1%** der Fälle wurde unser Verdacht bestätigt.

	Anzahl der Kinder	Prozent
behandlungsbedürftige Sprachauffälligkeit	55	64,7
Verdacht auf Sprachstörung bestätigte sich nicht	5	5,9
Geringe nicht behandlungsbedürftige Sprachauffälligkeiten	25	29,4

Auffallend ist, dass sich deutlich mehr Jungen (15,9%) als Mädchen (9%) zum Zeitpunkt der Schuluntersuchung bereits in logopädischer Behandlung befanden.

4.4.7.1 Einfluss des Bildungsgrades der Eltern auf die Sprache

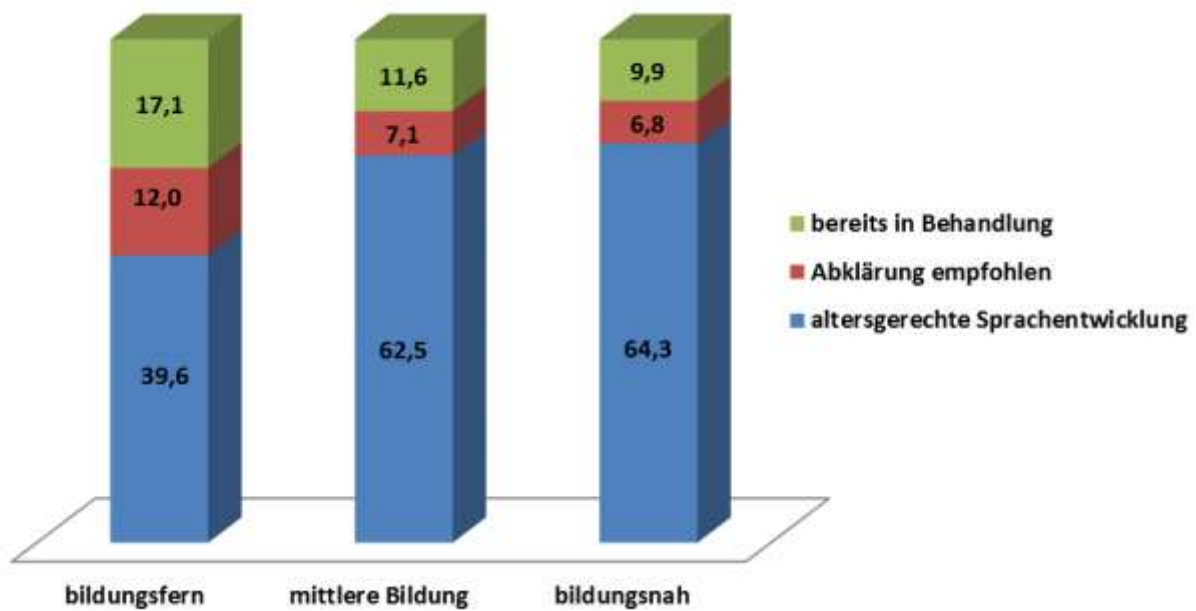


Abbildung 6: Prozentualer Anteil abklärungsbedürftiger Befunde, Kinder mit normaler Sprachentwicklung und Kinder die bereits in Behandlung sind in Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Eltern

Differenziert man die Sprachauffälligkeiten nach dem Bildungsgrad der Eltern, so fällt auf, dass der größte Anteil neu entdeckter Störungen auf Kinder von Eltern mit niedrigem Bildungsstand entfiel. Wegen Sprachstörungen bereits in Behandlung befand sich ebenfalls der höchste Anteil der Kinder die aus bildungsfernen Elternhäusern stammen (17,1%).

4.4.8 Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung

Die Überprüfung der zentralen Wahrnehmung und Verarbeitung erfolgt anhand der standardisierten Prüfung der Visuomotorik mit dem Visuomotorischen Schulfreisetest nach Esser (VSRT), dem Untertest Wortergänzen (WE) sowie mit dem Untertest „Zahlenfolgegedächtnis“ (ZFG) aus dem psycholinguistischen Entwicklungstest (PET) von Angermaier.

Auffällige Befunde sind:

- Eine Schwäche der visuomotorischen Koordination
- Eine Schwäche der auditiven Differenzierung
- Eine Schwäche der auditiven Merkfähigkeit

Eine Beeinträchtigung der auditiven Merkfähigkeit (ZFG) oder der auditiven Wortwiedererkennung (WE) führen häufig zu einer späteren sonderpädagogischen Unterstützungsbedürftigkeit und bleiben unter Umständen bei der kognitiven Überprüfung unbemerkt.

	Anzahl der Kinder	Prozent
unauffällig	858	51,9
abklärungsbedürftiger Befund	63	3,8
bekannte Störungen	96	5,8
verweigerten die Teilnahme am Test	11	0,6
nicht abklärungsbedürftige Auffälligkeiten	624	37,8

Von den Kindern mit bereits bekannten Störungen waren 2/3 Jungen und nur 1/3 Mädchen. Von den Kindern aus bildungsfernen Elternhäusern erhielten mehr als viermal so viele Kinder eine Abklärungsempfehlung (8,0%) als Kinder aus bildungsnahen Elternhäusern (1,7%)

Qualitätskontrolle

Von den 63 Kindern, die zur weiterführenden Diagnostik zum Kinderarzt überwiesen wurden, bekamen wir 35 (**55,6%**) Rückmeldungen, bei **82,9%** der Rückmeldungen bestätigte sich unser Verdacht.

	Anzahl der Kinder	Prozent
behandlungsbedürftiger Befund	17	48,6
Verdacht bestätigte sich nicht	6	17,14
geringe nicht therapiebedürftige Auffälligkeiten	12	34,3

4.4.9 Motorische Auffälligkeiten

Bei der Beurteilung der motorischen Fähigkeiten des Kindes fließen Elemente mehrerer teilstandardisierter, altersabhängiger Testverfahren ein.

Beurteilt werden

- Grobmotorik
- Feinmotorik
- Motorisch - koordinative Fähigkeiten
- Gleichgewichtsreaktionen
- Visuomotorik

Untersuchung der **Feinmotorik**:

	Anzahl der Kinder	Prozent
altersentsprechender Befund	1255	76,0
bisher unbekannter abklärungsbedürftiger Befund	33	2,0
bekannte bereits therapierte motorische	82	5,0
geringer nicht abklärungsbedürftiger Befund	271	16,4
Test verweigert/ nicht durchgeführt	11	0,7

Auch im Bereich der Feinmotorik zeigt sich eine Geschlechtsabhängigkeit. 6,8% der Jungen erhielten bereits eine Behandlung aufgrund einer bekannten feinmotorischen Auffälligkeit. Bei den Mädchen wurden dagegen nur 3,2% therapiert. Auch die neu entdeckten Auffälligkeiten waren bei den Jungen (3,8%) deutlich höher als bei den Mädchen (0,2%).

Einen Einfluss auf die bei der Schuleingangsuntersuchung neu entdeckten Störungen hat auch der Bildungsstand des Elternhauses. Kinder aus bildungsfernen Familien bekamen zu 4,6% Abklärungsempfehlungen und befanden sich zu 6,3% bereits in Behandlung, jene aus bildungsnahem Umfeld erhielten nur zu 0,6% Arztüberweisungen und befanden sich zu 3,6% bereits in Behandlung. Ein möglicher Migrationshintergrund wirkt sich nicht auf die Ergebnisse im Bereich der Feinmotorik aus.

Qualitätskontrolle

Von den **33** Kindern, die mit bisher unerkannten Auffälligkeiten zur weiteren Diagnostik überwiesen wurden, bekamen wir **18 (54,5%)** Rückmeldungen, bei **15 (83,3%)** der Rückmeldungen hat sich der Verdacht einer feinmotorischen Auffälligkeit bestätigt.

Untersuchung der **Grobmotorik**:

	Anzahl der Kinder	Prozent
altersentsprechender Befund	1299	78,6
bisher unbekannter abklärungsbedürftiger Befund	22	1,3
bekannte bereits therapierte motorische Auffälligkeit	50	3,0
geringer nicht abklärungsbedürftiger Befund	244	14,8
Verweigert/ nicht durchgeführt	37	2,2

Im Bereich der Grobmotorik befanden sich mehr Jungen (3,5%) in einer Behandlungsmaßnahme als Mädchen (2,6%).

Bei Kindern aus bildungsfernen Elternhäusern fielen doppelt so viele grobmotorische Defizite neu auf (2,6%) als bei Kindern aus Elternhäusern mit hohem Bildungsniveau (1,3%).

Einen großen Einfluss auf eine sichere Grobmotorik hat eine sportliche Betätigung. 84% der Kinder die im Verein Sport betreiben sind grobmotorisch unauffällig. Dies trifft hingegen nur auf 70,7% der Kinder zu, die keinerlei sportliche Betätigung ausüben. 5,1% der Kinder ohne regelmäßige sportliche Aktivität befinden sich bereits wegen grobmotorischer Auffälligkeiten in Behandlung, was hingegen nur bei 1,7% der Kinder mit Vereinssport notwendig ist.

Qualitätskontrolle

Von den **22** Kindern, die mit bisher unerkannten Auffälligkeiten zur weiteren Diagnostik überwiesen wurden, bekamen wir **10 (45,5%)** Rückmeldungen, bei **7 (70%)** dieser Rückmeldungen hat sich der Verdacht auf das Bestehen einer Auffälligkeit bestätigt.

Vereinssport/ Schwimmen

Über 50% der Kinder treiben Sport in einem Verein, zusätzlich betätigen sich 16% regelmäßig sportlich außerhalb eines Vereins. 30% der Einschulungskinder gehen allerdings weder in einem Verein noch in ihrer Freizeit einer sportlichen Betätigung nach.

Ein Drittel der Kinder können zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung bereits ohne Hilfsmittel schwimmen, die anderen 2/3 haben diese Fähigkeit noch nicht erlernt.

4.4.10 HNO- Befunde

Es erfolgte die Beurteilung der Rachen- und Gaumenmandeln nach teilstandardisierten Kriterien und anamnestischen Angaben.

	Anzahl der Kinder	Prozent
keine Auffälligkeiten	1530	92,6
abklärungsbedürftiger Befund	1	0,1
bekannte Auffälligkeiten in Behandlung	60	3,6
Verweigert/ nicht durchgeführt	34	2,1
leichter nicht abklärungsbedürftiger Befund	27	1,6

Qualitätskontrolle

Von dem Kind, das zum HNO- Arzt zur weiteren Abklärung überwiesen wurden, erhielten wir die Rückmeldung, dass sich der Verdacht bestätigt hatte und eine Behandlung eingeleitet wurde.

4.4.11 Befunde der Atmungsorgane

Bei dieser Prüfung werden chronische Bronchial- und Lungenerkrankungen (häufige, rezidivierende Bronchitiden, Asthma bronchiale) anhand klinischer Befunde und anamnestischer Angaben erfasst. Einfache Erkältungskrankheiten bleiben unberücksichtigt.

	Anzahl der Kinder	Prozent
unauffälliger Befund	1517	91,8
abklärungsbedürftiger Befund	4	0,2
mit bekanntem Lungenleiden in spezieller Therapie	102	6,2
verweigerten die Teilnahme / nicht durchgeführt	29	1,8

4.4.12 Orthopädische Befunde

Erfasst werden bei dieser Überprüfung Fehlhaltungen und Verformungen der Wirbelsäule (z. B. Skoliosen oder Kyphosen), Hüftschäden und erhebliche Deformitäten der Füße.

	Anzahl der Kinder	Prozent
orthopädisch unauffällig	1430	86,6
abklärungsbedürftiger orthopädischer Befund	34	2,1
orthopädischer Befund bekannt	75	4,5
Test wurde nicht durchgeführt	3	0,2
verweigerten die Teilnahme	38	2,3
geringer nicht abklärungsbedürftiger orthopädischer Be-	72	4,4

Qualitätskontrolle

Von den **34** Kindern, die zur weiteren Diagnostik überwiesen worden waren, bekamen wir **19 (56%)** Rückmeldungen, mit einer Bestätigung der Diagnose von **63,2%**.

	Anzahl der Kinder	Prozent
Therapie wurde eingeleitet	8	42,1
geringer, nicht behandlungsbedürftiger Befund	4	21,1
Verdacht bestätigte sich nicht	7	36,8

4.4.13 Auffälligkeiten des Herz- Kreislauf- Systems

Das Herz- Kreislauf - System wurde auskultatorisch überprüft. Weiterhin flossen anamnestische Angaben in die Befunderhebung ein:

	Anzahl der Kinder	Prozent
keine Auffälligkeiten	1573	95,2
abklärungsbedürftiger Befund	11	0,7
bekannter Befund in spezieller Therapie	19	1,2
geringer nicht abklärungsbedürftiger Befund	14	0,8
Teilnahme verweigert/ Test nicht durchgeführt	32	2,1

Qualitätskontrolle

Von den **11** Kindern, die wir zur weiterführenden Diagnostik überwiesen haben, bekamen wir **6 (54,5%)** Rückmeldungen, davon **33,3%** Bestätigungen.

	Anzahl der Kinder	In Prozent
Krankheitsverdacht nicht bestätigt	4	66,7
Therapie wurde eingeleitet	1	16,7
geringer nicht behandlungsbedürftiger Befund	1	16,7

4.4.14 Auffälligkeiten der Harn- und Geschlechtsorgane

Die Untersuchungen der Harn- und Geschlechtsorgane werden lt. SOPHIA nicht mehr erfasst.

4.4.15 Auffälligkeiten der Haut

Berücksichtigt wurden chronische Ekzeme (z. B. Neurodermitis) und andere chronische Dermatosen, sowie infektiöse und parasitäre Hauterkrankungen, Pigmentauffälligkeiten, Narben mit Funktionseinschränkungen, Hämangiome (Blutschwämme) u.a.

	Anzahl der Kinder	Prozent
keine Auffälligkeiten	1451	87,8
abklärungsbedürftiger Befund	3	0,2
mit einem bekannten Befund in spezieller	66	4,0
geringer nicht abklärungsbedürftiger	95	5,8
Teilnahme verweigert/ nicht durchgeführt	37	2,2

Von den **3** Kindern, die wir zum Hautarzt zur weiteren Abklärung überwiesen haben, bekamen wir **2 (66,7%)** Rückmeldungen, bei beiden Kindern wurde unser Verdacht bestätigt.

4.4.16 Verhaltensauffälligkeiten

Verhaltensauffälligkeiten werden dokumentiert, wenn Abweichungen des normalen kindlichen Verhaltens während der Untersuchung beobachtet werden, durch Angaben von Eltern oder anderen Personen bekannt sind oder aufgrund der Angaben im SDQ-Bogen (Strength and Difficulties Questionnaire) als mit großer Wahrscheinlichkeit zutreffend eingestuft werden.

Dazu gehören:

- Verhaltensstörungen (erhebliche Aggressivität, mangelnde Einordnungsfähigkeit in eine Gruppe)
- Hyperkinetische Störungen (erhöhte Ablenkbarkeit oder Impulsivität, auffällige motorische Unruhe)
- Frühkindliche Bindungsstörungen (z. B. auffällige Distanzlosigkeit, Verlust emotionaler Ansprechbarkeit, sozialer Rückzug)
- Ticstörungen
- Andere Störungen(z. B. Enuresis, Enkopresis)

Es ergaben sich folgende Befunde:

	Anzahl der Kinder	Prozent
keine Verhaltensauffälligkeiten	1168	70,7
weitere Abklärung notwendig	41	2,5
Bekannte Probleme in Behandlung	98	5,9
Geringe nicht abklärungsbedürftige Befunde	344	20,8
Test wurde nicht durchgeführt	1	0,1

Qualitätskontrolle

Von den **41** Kindern, die wir zur weiterführenden Diagnostik überwiesen hatten, bekamen wir **10 (24,4%)** Rückmeldungen, bei **9 (90%)** dieser Kinder wurde unser Verdacht bestätigt.

Es gibt geschlechtsbedingte Unterschiede bei den Verhaltensauffälligkeiten. 7,6% der Jungen befanden sich bereits in Behandlung aufgrund ihres Verhaltens, aber nur 4,3% der Mädchen.

Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern hatten 4,6% neu entdeckte Verhaltensauffälligkeiten und befanden sich schon zu 8,0% in Behandlung, bei Kindern aus bildungsnahen Familien wurden 0,8% neue Auffälligkeiten entdeckt und sie befanden sich nur zu einem Anteil von 3,8% bereits in Behandlung.

4.4.16.1 Ergebnisse des SDQ-Fragebogens

Ähnliche Effekte lassen sich auch anhand der Auswertung der von den Eltern ausgefüllten SDQ Fragebögen ablesen.

	Anzahl der Kinder	Prozent
0-13 Punkte, unauffällig	1474	89,2
14-16 Punkte, mäßig auffällig	66	4,0
> 17 Punkte, stark auffällig	57	3,5
Nicht durchgeführt	31	1,9
Auskünfte verweigert	24	1,5

4.4.16.1.1 Einflussfaktor Bildungsgrad der Eltern

	bildungsfern	mittleres Bildungsniveau	bildungsnah
SDQ unauffällig	88,1	92,1	96,3
SDQ mäßig auffällig	5,5	4,4	2,4
SDQ stark auffällig	6,4	3,6	1,3

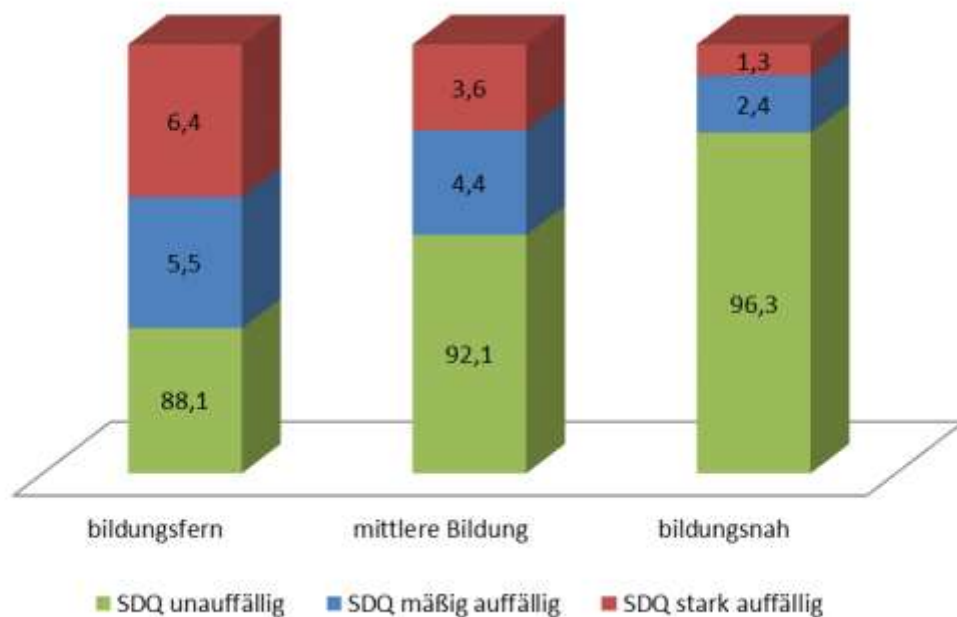


Abbildung 7: Ergebnisse des SDQ-Fragebogens in Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Eltern, Angaben in Prozent

4.4.17 Wesentliche Behinderungen

Die Definition erfolgte nach dem Bundessozialhilfegesetz (ab 1.1.2005 Sozialgesetzbuch XII). Bei der Erfassung werden auch diejenigen Kinder berücksichtigt, bei denen Maßnahmen zur Abwendung einer drohenden Behinderung eingeleitet wurden, wie z.B. die Betreuung in einem heilpädagogischen oder integrativen Kindergarten. Eine Unterscheidung in verschiedene Arten von Behinderungen wird bei der Datenerfassung nicht getroffen.

	Anzahl der Kinder	Prozent
keine Behinderung	1539	93,2
weitere Abklärung notwendig	2	0,1
bestehende oder drohende Behinderung	111	6,7

4.4.17.1. Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf

Anhand der Empfehlungen zur Überprüfung auf sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf lässt sich allerdings eine gewisse Verteilung ablesen. Diese Empfehlung wurde für Kinder mit erheblichen Entwicklungsrückständen/ Behinderungen und wahrscheinlich langfristigem Unterstützungsbedarf in folgenden Bereichen ausgesprochen:

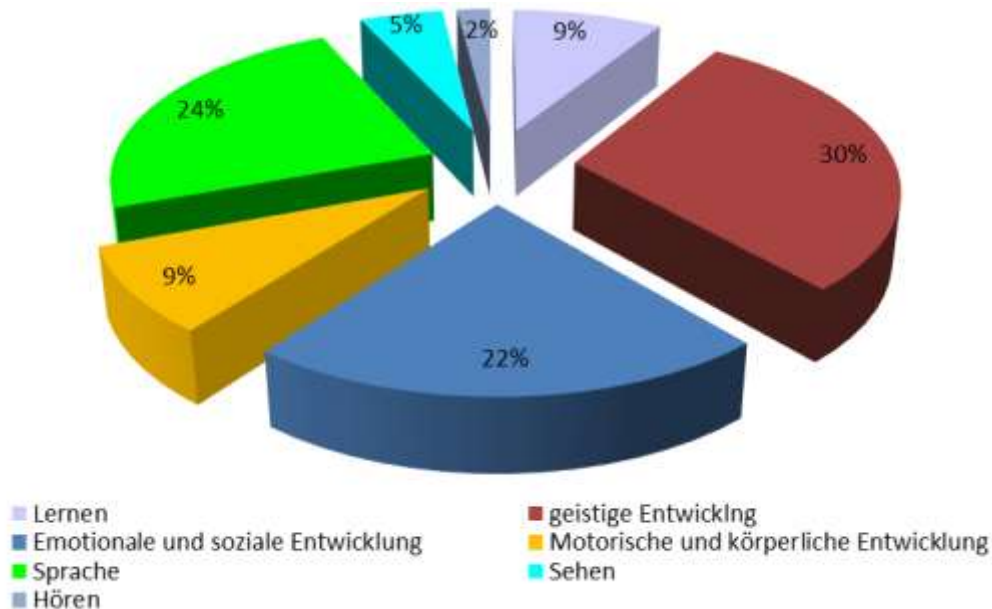


Abbildung 8: prozentuale Verteilung der Empfehlungen auf Überprüfung auf sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf

	Anzahl der Kinder	Prozent
Förderbedarf Lernen	6	9,0
Förderbedarf Sehen	3	4,5
Förderbedarf Hören	1	1,5
Förderbedarf Sprache	16	23,9
Förderbedarf motorisch-körperliche Entwicklung	6	9,0
Förderbedarf emotional-soziale Entwicklung	15	22,4
Förderbedarf geistige Entwicklung	20	29,9

5. Schulärztliche Empfehlungen

Bei insgesamt 373 Kindern (22,6%) wurden bei der Schuleingangsuntersuchung mindestens ein oder mehrere schulrelevante auffällige Befunde (Sehtest, Hörtest, Sprache, zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung, Fein- und Grobmotorik) neu festgestellt.

392 (23,7%) der Kinder befanden sich bereits in spezieller Behandlung aufgrund schulrelevanter Befunde und wurden bei der Schuleingangsuntersuchung dazu untersucht und beraten.

Beide Gruppen zusammen umfassen 41,4% der Kinder. Nach der Untersuchung erfolgte hierzu jeweils eine Gesundheitsberatung.

5.1 Gesamtpopulation

Die Beurteilung der Schulfähigkeit fiel folgendermaßen aus:

	Anzahl der Kinder	Prozent
keine Bedenken	914	55,3
Einschulung unter Beachtung von schulrelevanten Entwicklungsrückständen	458	27,7
pädagogische Überprüfung aufgrund von Bedenken empfohlen	20	1,2
Zurückstellung aufgrund von Entwicklungsdefiziten	188	11,4
Kann-Kinder, von Einschulung abgeraten	5	0,3
Überprüfung auf sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf	67	4,1

83% der Kinder erhielten somit eine Einschulungsempfehlung bzw. eine Empfehlung mit leichten Einschränkungen, bei 11,7% empfahlen wir eine Zurückstellung vom Schulbesuch, bei 5,3% der Kinder empfahlen wir eine pädagogische oder eine sonderpädagogische Überprüfung.

5.1.1 Einfluss des Geschlechts auf die Schulempfehlung

	männlich	weiblich
keine Bedenken	46,6%	64,1%
Einschulung unter Beachtung von schulrelevanten Entwicklungsrückständen	31,6%	23,8%
Pädagogische Überprüfung aufgrund von Bedenken empfohlen	1,6%	0,9%
Zurückstellung empfohlen	14,9%	7,8%
Kann-Kinder, von Einschulung abgeraten	0,5%	0,1%
sonderpädagogische Überprüfung empfohlen	4,8%	3,3%

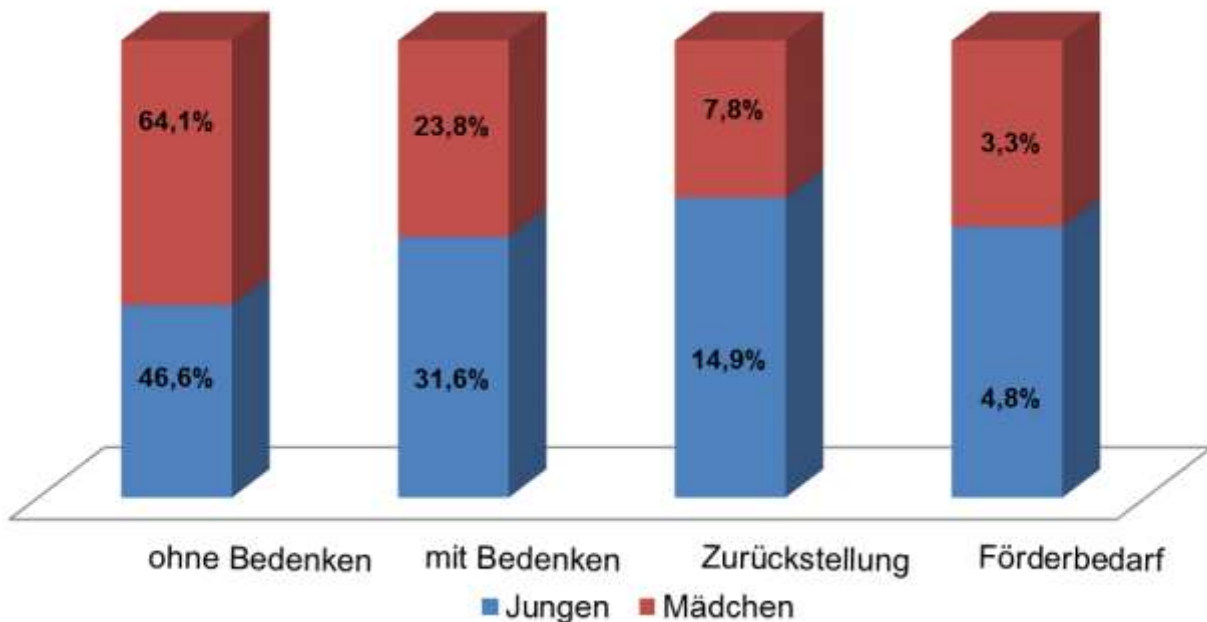


Abbildung 9: Prozentualer Anteil der Empfehlungen in Abhängigkeit vom Geschlecht des Kindes

Diese Zahlen zeigen einen relativ hohen Einfluss des Geschlechts des Kindes auf die jeweilige Schulempfehlung. Hierbei fällt besonders auf, dass bei den Jungen deutlich mehr Auffälligkeiten und Bedenken vermerkt werden als bei den Mädchen. Der Anteil der Zurückstellungen ist bei den Jungen fast doppelt so hoch wie bei den Mädchen.

Das Geschlecht der Kinder ist als Einflussfaktor vorgegeben und nicht beeinflussbar, es besteht aber die Möglichkeit mit dem Wissen um diese Tatsachen, frühzeitig auf einen eventuellen Förderbedarf der Kinder zu achten und gegenzusteuern.

5.1.2 Einfluss eines Kindergartenbesuches auf die Schulempfehlung

1492 erfasste Kinder besuchten nach Angabe der Erziehungsberechtigten ganz- oder halbtags einen Regelkindergarten, **96** Kinder besuchten einen Sonderkindergarten und bei **63** Kindern ist kein Kindergartenbesuch verzeichnet.

Kinder, die einen Regelkindergarten besuchten erhielten folgende Empfehlungen:

	Anzahl der Kinder	Prozent
keine Bedenken	882	59,1
Einschulung unter Beachtung schulrelevanter Entwicklungsrückstände	433	29,0
Pädagogische Überprüfung aufgrund von Bedenken empfohlen	19	1,3
Zurückstellung empfohlen	139	9,3
Kann-Kinder, von Einschulung abgeraten	5	0,3
sonderpädagogische Überprüfung empfohlen	14	0,9

Von den **96** Kindern, die einen Sonderkindergarten besuchten, konnten **3 Kinder (3,1%)** regulär und **11 (11,5%)** mit Einschränkungen eingeschult werden. Für **30 (30,2%)** wurde die Zurückstellung vom Schulbesuch empfohlen, **51 Kindern (53,1%)** wurde eine sonderpädagogische Überprüfung angeraten.

Von den **63** Kindern, die keinen Kindergarten besuchten, konnten nur **28 (44,4%)** bedenkenlos eingeschult werden. Bei **14 (22,2%)** Kindern gab es zumindest Hinweise auf Defizite in Teilbereichen, die zu einer Einschulung unter Beachtung von schulrelevanten Entwicklungsrückständen führten. Für **19 Kinder (30,2%)** wurde die Zurückstellung vom Schulbesuch empfohlen. **2** Kindern **(3,2%)** wurde eine sonderpädagogische Überprüfung empfohlen.

5.1.2 Einfluss eines Kindergartenbesuches auf die Schulempfehlung

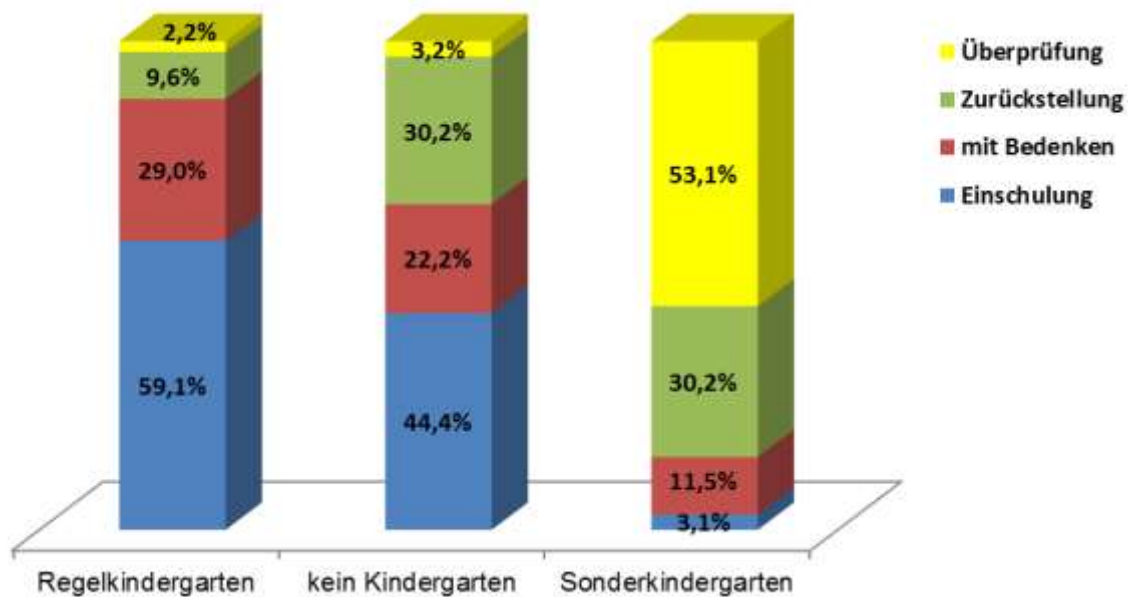


Abbildung 10: Prozentualer Anteil der Kinder an den Schulempfehlungen in Abhängigkeit vom Kindergartenbesuch

Da die Kinderzahlen in den einzelnen Gruppen stark unterschiedlich verteilt sind (1492 Regelkinder, 96 Kinder im Sonderkindergarten und 63 Kinder ohne Kindergartenbesuch) sind diese Zahlen statistisch gesehen nur bedingt belastbar und müssen vor diesem Hintergrund beurteilt werden.

5.1.3 Einfluss des Sozialstatus auf die Schulempfehlung

	bildungsfern (351 Kinder / 21,7%)	mittlere Bildung (794 Kinder / 49,0%)	bildungsnah (474 Kinder / 29,3%)
Einschulung ohne Bedenken	33,9%	57,4%	69,4%
Einschulung mit Bedenken	33,0%	28,2%	22,4%
Pädagogische Einschätzung	3,1%	0,9%	0,4%
Zurückstellung empfohlen	23,1%	9,8%	5,7%
Sonderpädagogische Überprüfung	6,8%	3,0%	2,0%

Differenziert man die erhobenen Daten nach dem Sozialstatus, so zeigt sich, dass die meisten Kinder von Eltern mit hohem Bildungsgrad eine Einschulungsempfehlung erhielten. Eine sonderpädagogische Überprüfung oder eine Empfehlung zur Zurückstellung von der Schule betraf besonders Kinder aus bildungsfernen Familien.

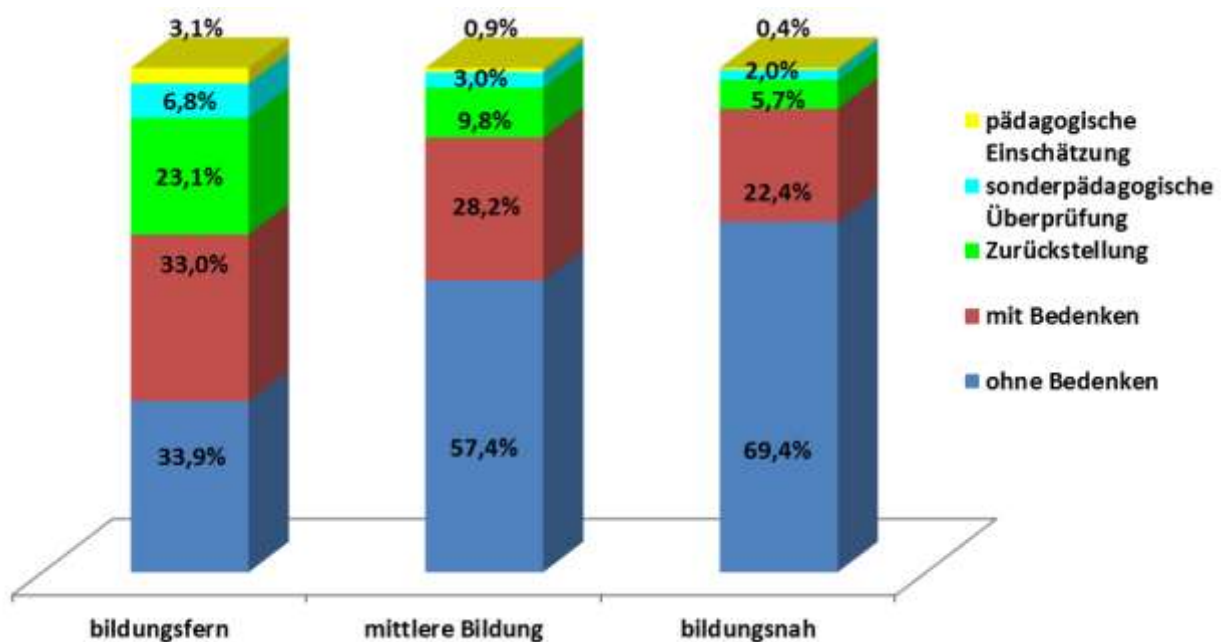


Abbildung 11: Prozentualer Anteil der Kinder an den Einschulungsempfehlungen in Abhängigkeit vom Bildungsniveau der Eltern

5.1.4 Einfluss der Nationalität der Kinder

	Kinder mit Migrationshintergrund (545 Kinder)	Kinder ohne Migrationshintergrund (1097 Kinder)	Keine Angabe (10 Kinder)
keine Bedenken	43,9%	61,3%	30,0%
Bedenken	33,2%	25,1%	20,0%
Pädagogische Einschätzung	1,7%	1,0%	0%
Zurückstellung empfohlen	16,3%	9,1%	40,0%
sonderpädagogische Überprüfung	5,0%	3,6%	10,0%

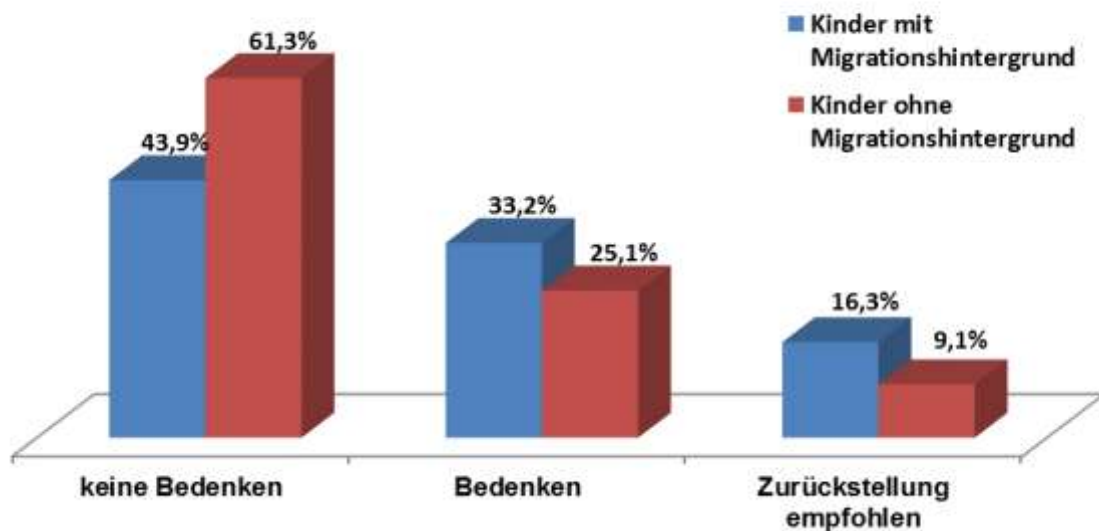


Abbildung 12: Prozentualer Anteil der Kinder an den Einschulungsempfehlungen in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund

5.1.5 Einfluss der Deutschkenntnisse der Kinder auf die Schulempfehlung

	Familiensprache deutsch (1216)	Mehrsprachigkeit, gute Deutschkenntnisse (377)	Mehrsprachigkeit, Deutschkenntnisse mit Einschränkungen (46)
keine Bedenken	61,5%	42,7%	4,3%
Bedenken	24,8%	37,1%	30,4%
Zurückstellung empfohlen	9,4%	13,5%	47,8%

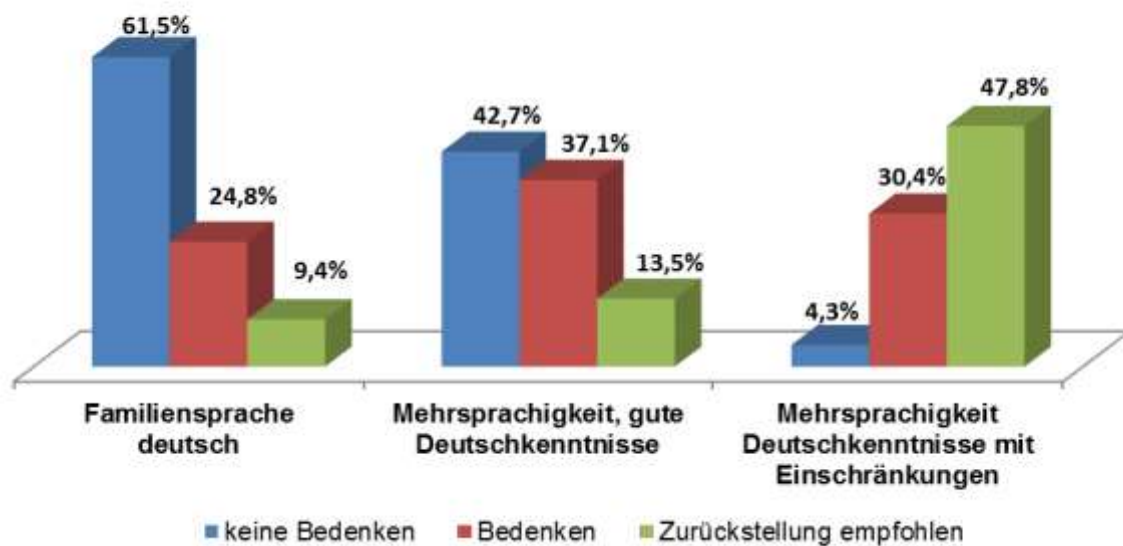


Abbildung 13: Prozentualer Anteil der Kinder an den Empfehlungen in Abhängigkeit von den Deutschkenntnissen

6. Zusammenfassung

Die Gesundheit der Schulanfänger ist vielen Einflussfaktoren aus verschiedensten Lebensbereichen unterworfen. Teils sind sie medizinischer Natur und in der gesundheitlichen Vorgeschichte der Kinder begründet, teils sind sie sozialer Natur und durch die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen bedingt.

Manche dieser Faktoren sind vorgegeben und nicht von außen zu beeinflussen, wie z.B. das Geschlecht oder die nationale Zugehörigkeit der Kinder.

Andere Faktoren bieten die Möglichkeit der Intervention, wie z.B. ein Kindergartenbesuch oder die Teilnahme am Sprachförderunterricht, um die Deutschkenntnisse der Kinder rechtzeitig vor der Schule zu verbessern sowie die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen, idealerweise bei einem Kinderarzt.

Anhand der vorliegenden Daten der Schuleingangsuntersuchung lassen sich als besonders wichtige Einflussfaktoren auf die Empfehlung zur Einschulung das Geschlecht, ein möglicher Migrationshintergrund und hiermit verbunden die Deutschkenntnisse der Kinder, ein Kindergartenbesuch und das Bildungsniveau des Elternhauses erkennen.

Gesundheitspräventive Maßnahmen sollten sich demnach verstärkt diesen Bereichen zuwenden.

7. Anhang

- 7.1 Informationsflyer Schuleingangsuntersuchung
- 7.2 Vorderseite: Einladungsschreiben
- 7.3 Rückseite: medizinische Vorgeschichte des Kindes
- 7.4 Sozialanamnesefragebogen
- 7.5 Fragebogen zu Stärken und Schwächen des Kindes (SDQ-Bogen)
- 7.6 Rückseite: Rechtsgrundlage SEU in Niedersachsen (Stand 03/2012)
- 7.7 Ergebnisbogen SDQ- Fragebogen
- 7.8 Ergebnisbogen Seh- und Hörtest
- 7.9 Dokumentationsbogen Schulanfängeruntersuchung
- 7.10 Malbogen für den visuomotorischen Schulreife-test
- 7.11 Vorlage Befundmitteilung an den weiterbehandelnden Arzt
- 7.12 Empfehlungsbogen zur Ergebnismitteilung an die Schulen

