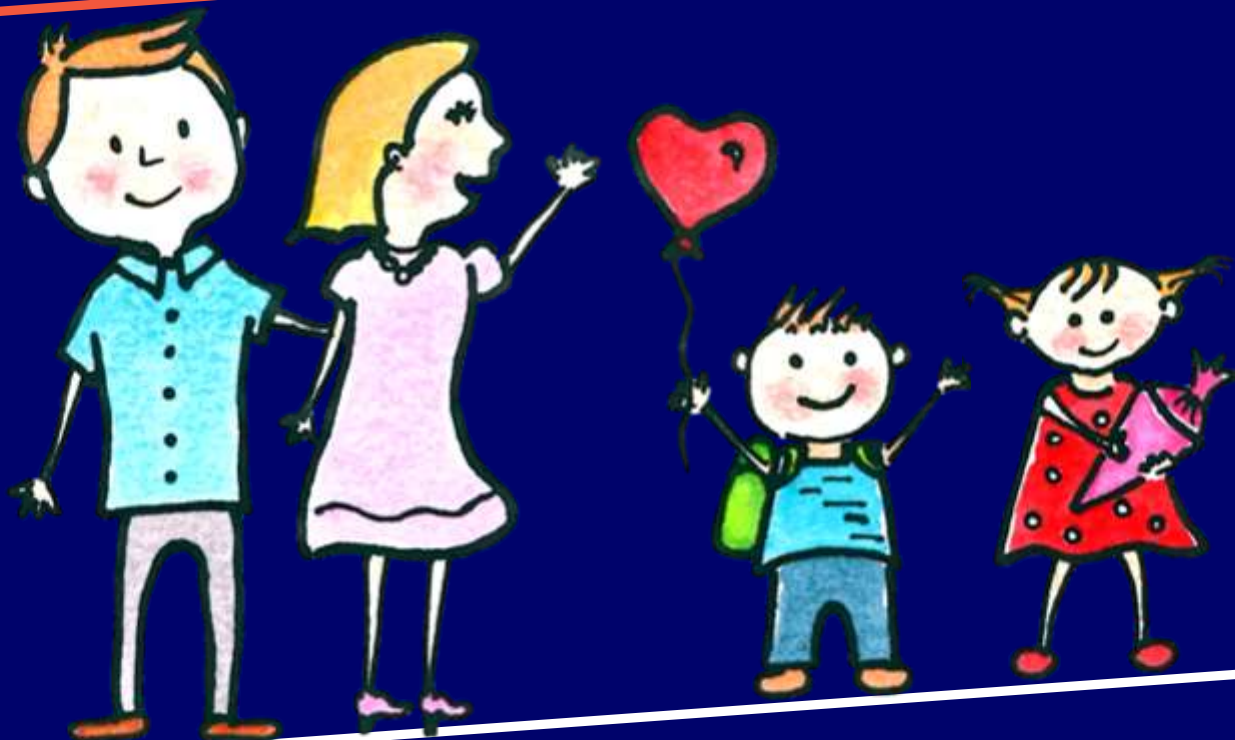




LANDKREIS GIFHORN

...natürlich stark!



Schuleingangsuntersuchung 2017

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

Erkenntnisse über die Gesundheit und soziale Einflussfaktoren auf Schulkin- der, erfasst mit der standardisierten Einschulungsuntersuchung nach dem SOPHIA-Programm im Landkreis Gifhorn

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 2017	15
4.1 Populationsbeschreibung	15
4.1.1. Anzahl der untersuchten Kinder	15
4.1.2. Alter der Kinder am Stichtag 30.09.2017	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	25

Inhaltsverzeichnis	Seite	
4.4	Untersuchungsergebnisse	27
4.4.1.	Körpergröße	27
4.4.2.	Körpergewicht	27
4.4.3.	Adipositas	28
4.4.3.1.	Einfluss des Migrationshintergrundes auf den BMI der Kinder	29
4.4.3.2.	Einfluss des Bildungsniveaus der Eltern auf den BMI der Kinder	30
4.4.4.	Sehtest	31
4.4.5.	Farbsehtest	31
4.4.6.	Hörtest	32
4.4.7.	Sprachstörungen	33
4.4.7.1.	Einfluss des Bildungsgrades der Eltern auf die Sprache	34
4.4.8.	Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung	35
4.4.9.	Motorische Auffälligkeiten	36 - 37
4.4.10.	HNO-Befunde	38
4.4.11.	Befunde der Atmungsorgane	38
4.4.12.	Orthopädische Befunde	39
4.4.13.	Auffälligkeiten des Herz-Kreislauf-Systems	39
4.4.14.	Auffälligkeiten der Harn- und Geschlechtsorgane	40
4.4.15.	Auffälligkeiten der Haut	40
4.4.16.	Verhaltensauffälligkeiten	40 - 41
4.4.16.1.	Ergebnisse des SDQ-Fragebogens	42
4.4.16.2.	Einflussfaktoren auf die Ergebnisse des SDQ-Fragebogens	42
4.4.16.2.1.	Einflussfaktor Geschlecht	42
4.4.16.2.2.	Einflussfaktor Teilnahme an der U9	42
4.4.16.2.3.	Einflussfaktor Bildungsgrad der Eltern	43
4.4.17.	Wesentliche Behinderungen	43
4.4.17.1.	Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf	44
5.	Schulärztliche Empfehlung	45
5.1.	Gesamtpopulationen	45
5.1.1.	Einfluss des Geschlechts	46
5.1.2.	Einfluss des Kindergartenbesuchs	47 - 48
5.1.3.	Einfluss des Sozialstatus	49
5.1.4.	Einfluss der Nationalität der Kinder	50
5.1.5.	Einfluss der Deutschsprachkenntnisse der Kinder	51
6.	Zusammenfassung	52
7.	Anhang	53

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 1563 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 31.12.2017 waren 175.079 Menschen im Landkreis gemeldet (*Quelle: LSN*), die Arbeitslosenquote liegt mit 4,7% (Stand: Dezember 2017) 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

- 84 Regelkindergärten
- 32 Integrationsgruppen
- 2 Heilpädagogische Kindergärten
- 1 Sprachheilkindergarten

2.2 Schullandschaft im Landkreis Gifhorn

- 6 Schulkindergärten
- 42 Grundschulen
- 4 Hauptschulen
- 4 Realschulen
- 5 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 die Teilnahme an Projekten wie z. B. „Klasse 2000“
- 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 Fragen zu Problemkindern und -familien
- Beratung von Schulen und Eltern bei der Einschulung von Kindern mit Unterstützungsbedarf im Rahmen der Inklusion

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 2016 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 2017 untersuchten 28 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 und einer SMA (**S**ozial- **M**edizinische **A**ssistentin) 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 der Schularzt 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 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 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 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 2017

Im Zuge der Schuleingangsuntersuchung wurden im Jahr 2017 insgesamt **1564** Kinder vorgestellt.

4.1 Populationsbeschreibung

4.1.1 Anzahl der untersuchten Kinder

	Anzahl der Kinder	Prozent
Jungen	775	49,6
Mädchen	789	50,4
Gesamtzahl	1564	100,0

4.1.2 Alter des Kindes am Stichtag 30.09.2016

	Anzahl der Kinder	Prozent
5.0 Jahre	29	1,9
6.0 Jahre	1462	93,5
7.0 Jahre	73	4,7

Der Anteil der fünfjährigen Kinder („Kann-Kinder“) war vergleichbar mit dem des Vorjahres, das durchschnittliche Einschulungsalter betrug 6,0 Jahre und lag damit auf dem Niveau des Vorjahres. Mädchen sind im Jahr 2017 etwas jünger als die Jungen, wenn sie zur Schule gehen.

4.1.3 Nationalität der untersuchten Kinder

	Anzahl der Kinder	Prozent
Deutsche Kinder	1084	69,3
Kinder mit Migrations- hintergrund	467	29,9
Keine Angaben	13	0,8

Von den 467 Kindern ausländischer Herkunft sind 376 (80,5%) in Deutschland geboren, 91 (19,5%) Kinder sind in anderen Ländern zur Welt gekommen. Die am stärksten vertretenen Nationen unter den ausländischen Einschulungskindern im Landkreis Gifhorn waren Kasachstan (101 Kinder), Russland (86 Kinder), die Türkei (49 Kinder) und Polen (43 Kinder).

4.1.4 Sprachkenntnisse

	Anzahl der Kinder	Prozent
Familiensprache Deutsch	1184	75,7
Mehrsprachig/gut Deutsch	330	21,1
Mehrsprachig/schlecht Deutsch	41	2,6
Mehrsprachig/kein Deutsch	8	0,5
Keine Angabe	1	0,1

4.1.5 Vorschulische Sprachförderung

	Anzahl der Kinder	Prozent
Sprachförderung	232	14,8
Keine Sprachförderung	1330	85,0

14,8% der Einschulungskinder erhielten vorschulische Sprachförderung, im Vorjahr waren es 12,7% der Kinder. Der Bedarf hierfür wird ca. 1 Jahr vor der Einschulung von den Grundschulen im Rahmen der Sprachstandsfeststellung ermittelt.

Betrachtet man die Kinder, die eine Sprachförderung erhalten, nach unterschiedlichen Aspekten, so ist festzustellen, dass knapp 2/3 (63,8%) dieser Kinder einen Migrationshintergrund haben. 35,3% der Sprachförderkinder sind deutscher Abstammung.

In Bezug auf den Bildungsgrad ihrer Eltern stammt die Hälfte (52,8%) der sprachgeförderten Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern, 34,7% aus Elternhäusern mit mittlerem Bildungsniveau und 12,5% 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	266	17,0
2 oder 3 Kinder	1110	71,0
4 oder mehr Kinder	187	12,0
Keine Angaben	1	0,1

4.2.2 Kindergartenbesuch

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

	Anzahl der Kinder	Prozent
Regelkindergarten	1431	91,5
Sonderkindergarten (Heilpädagogischer, Sprachheil- oder Integrationskindergarten)	86	5,5
Kein Kindergarten	47	3,0

Nach dieser Erhebung besuchten **3%** der Kinder in den letzten 6 Monaten vor der Schule keinen Kindergarten, im letzten Jahr waren es **5%**. Innerhalb der Sophia-Gemeinschaft waren es nur **2%**. Von den 47 Kindern ohne Kitabesuch hatten 30 (63,8%) einen Migrationshintergrund, 36,2% der Kinder stammten aus deutschen Familien. In Bezug auf das Bildungsniveau besuchten 2,9% der Kinder aus der mittleren Bildungsschicht keinen Kindergarten, 3,5% aus bildungsfernen Elternhäusern und 1,5% aus Familien mit hohem Bildungsstand.

4.2.3 Erziehung des Kindes

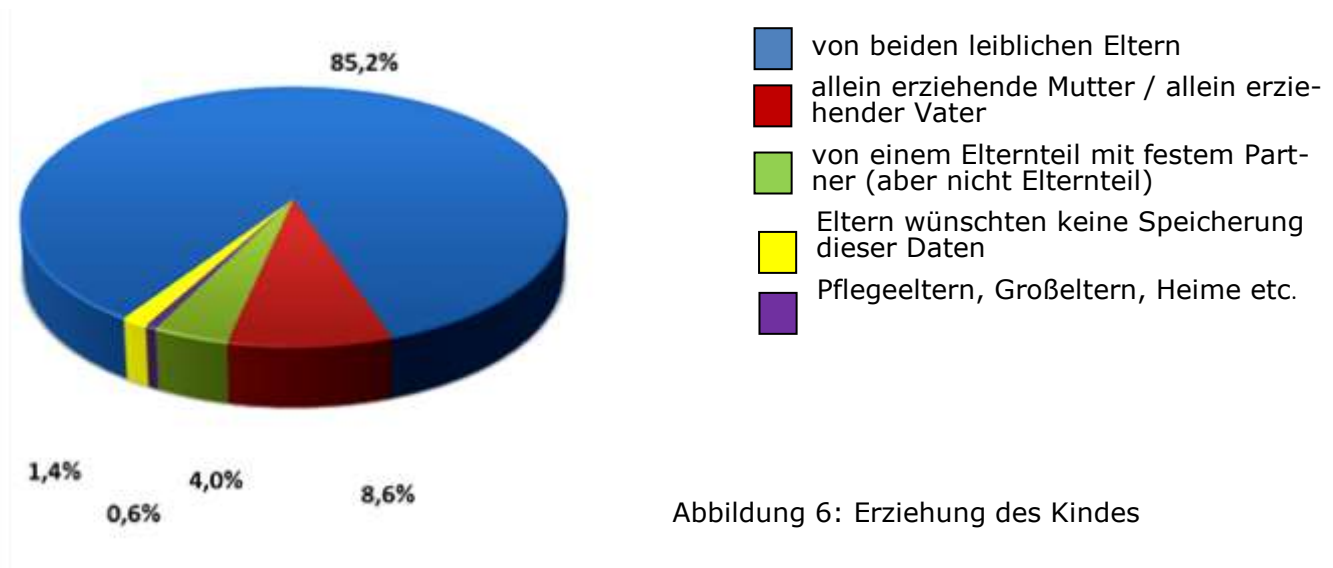


Abbildung 6: Erziehung des Kindes

85% der Kinder im Landkreis Gifhorn leben noch in der klassischen Eltern-Kind-Familie, knapp 9% werden von einem alleinerziehenden Elternteil betreut und 4% 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 verfügen über ein eigenes Einkommen	1469	93,9
Eltern nicht berufstätig und verfügen über kein eigenes Einkommen	95	6,1

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	315	20,7
mittlerer Bildungsgrad der Eltern	801	52,5
hoher Bildungsgrad der Eltern	409	26,8

35 Eltern wünschten keine Speicherung dieser Daten.

4.2.6 Alter des Vaters zum Zeitpunkt der Untersuchung

	Anzahl der Kinder	Prozent
Väter bis 24 Jahre	4	0,3
Väter 25 Jahre bis 39 Jahre	753	48,1
Väter ab 40 Jahre	698	44,6
Keine Angaben	109	7,0

4.2.7 Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Untersuchung

	Anzahl der Kinder	Prozent
Mütter bis 24 Jahre	14	0,9
Mütter 25 Jahre bis 39 Jahre	1082	69,2
Mütter ab 40 Jahre	425	27,2
Keine Angabe	43	2,7

4.3 Medizinische Vorgeschichte des Kindes

4.3.1 Schwangerschaftsdauer

	Anzahl der Kinder	Prozent
Frühgeborene	133	8,6
Reifgeborene (termingerecht)	1323	84,6
Übertragene	81	5,2
keine Angaben	27	1,7

Definition:

Frühgeborene: nicht vollendete 37. Schwangerschaftswoche

Reifgeborene: vollendete 37. Schwangerschaftswoche bis vollendete 42. Schwangerschaftswoche

Übertragene: 42. Schwangerschaftswoche überschritten

Der früheste Geburtstermin lag in der 25. SSW, der späteste in der 43. SSW. Der Mittelwert lag erwartungsgemäß in der 40. SSW.

4.3.2 Schwangerschaftsverlauf

	Anzahl der Kinder	Prozent
ohne Komplikationen	1015	64,9
es traten Komplikationen auf	449	28,7
kein Vorsorgeheft	97	6,2
keine Angaben	3	0,2

4.3.3 Geburtsgewicht

	Anzahl der Kinder	Prozent
unter 1500g	16	1,0
zwischen 1500g und 2499g	95	6,1
zwischen 2500g und 4000g	1229	78,6
> 4000g	194	12,4
keine Angaben	30	1,9

Das niedrigste Geburtsgewicht lag bei **520** Gramm, das höchste bei **5150** Gramm, der Mittelwert betrug 3509 Gramm.

4.3.4 Geburtslänge

Die Geburtslänge der Kinder variierte zwischen **27** und **61** Zentimetern.

Der Mittelwert lag bei 53 cm.

4.3.5 Art der Entbindung

	Anzahl der Kinder	Prozent
spontan geboren	998	63,8
Geburtshilfe (Saugglocke, Zange)	75	4,8
Kaiserschnitt	471	30,1
keine Angaben	20	1,3

4.3.6 Komplikationen während der Geburt

	Anzahl der Kinder	Prozent
ohne Komplikationen	1445	92,4
Komplikationen unter der Geburt	93	5,9
keine Angaben	26	1,7

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	1499	95,8
Nein	42	2,7
Keine Erinnerung	8	0,5
Keine Angabe	15	1,0

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

	Anzahl der Kinder	Prozent
Ja	369	23,6
Nein	1072	68,5
Keine Erinnerung	28	1,8
Keine Angabe	15	1,0

4.3.8 Frühfördermaßnahmen

Frage:

„Waren bei ihrem Kind Frühfördermaßnahmen notwendig?“

(z. B. Krankengymnastik, Sprachtherapie Ergotherapie)

	Anzahl der Kinder	Prozent
Nein	1072	68,5
Ja	481	30,8
Keine Angabe	11	0,7

4.3.9 Allergische Erkrankungen

Frage:

Hat Ihr Kind eine Asthma bronchiale - Erkrankung?

	Anzahl der Kinder	Prozent
Bekanntes Asthma bronchiale	87	5,6
Keine Erkrankung	1461	93,4
Keine Angabe	16	1,0

Frage:

Hat Ihr Kind eine Neurodermitis - Erkrankung?

	Anzahl der Kinder	Prozent
An Neurodermitis erkrankt	95	6,1
Keine Erkrankung	1413	90,3
Unsicher	35	2,2
Keine Angabe	21	1,3

Frage:

Hat Ihr Kind eine Heuschnupfen-Erkrankung?

	Anzahl der Kinder	Prozent
An Heuschnupfen erkrankt	52	3,3
Keine Erkrankung	1432	91,6
Unsicher	64	4,1
Keine Angabe	16	1,0

Insgesamt leiden 12,2% der Kinder unter allergischen Beschwerden (Asthma und/oder Neurodermitis und/oder Heuschnupfen).

4.3.10 Impfstatus

Von den **1564** untersuchten Kindern legten **1450 (95%)** ihren Impfausweis vor, **77 Kinder (5,0%)** sind ohne Impfdokument erschienen. 13% der Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern legten keinen Impfausweis vor, bei der mittleren Bildungsschicht waren es 3,1% und aus den hohen Bildungsschichten kamen 2,2% ohne Impfausweis. Von den Kindern mit Migrationshintergrund erschienen 10,1% ohne Impfausweis, bei den Kindern ohne Migrationshintergrund fehlte der Impfausweis in 3,5% 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	93,9%	3,9%	2,2%
Diphtherie	93,6%	3,7%	2,6%
Polio	96,7%	2,4%	3,3%
HIB	93,0%	2,9%	4,1%
Keuchhusten	93,5%	3,8%	2,7%
Masern	91,8%	3,7%	4,5%
Mumps	91,6%	3,5%	4,9%
Röteln	91,7%	3,5%	4,8%
Hepatitis B	92,4%	2,2%	5,4%
Varizellen	87,5%	3,7%	8,7%
Meningokokken	89,6%	/	10,4%
Pneumokokken	90,3%	1,5%	8,3%
Rotaviren	37,4%	1,6%	61,0%

Bei Tetanus, Diphtherie, Polio, HIB, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln 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

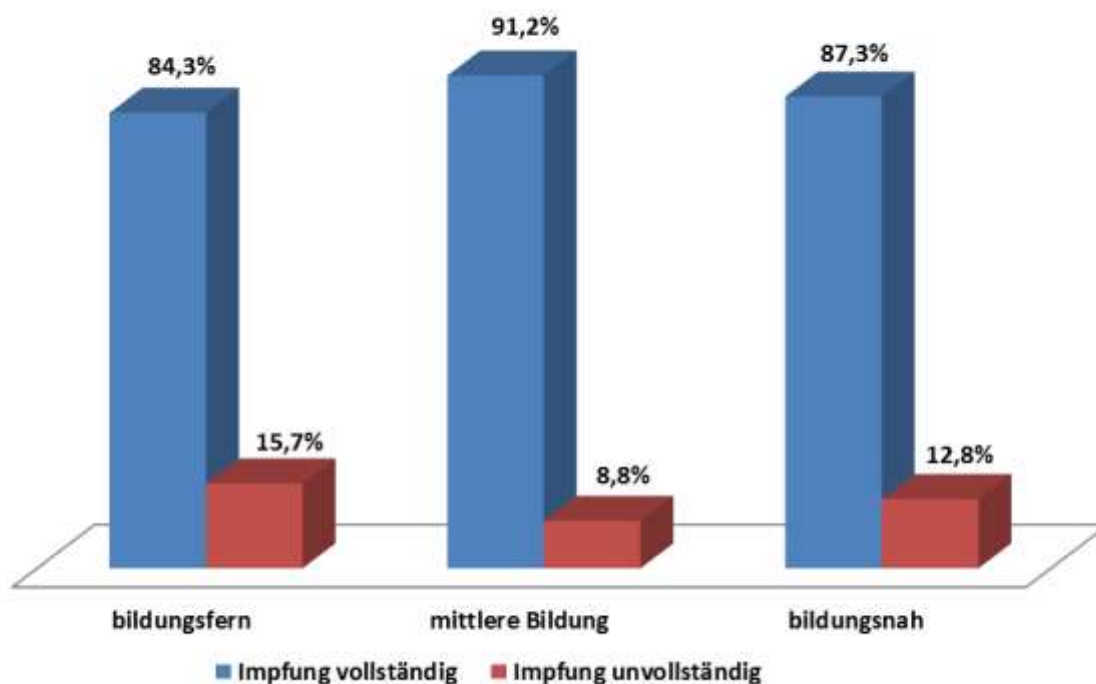
Bezogen auf die Basisimpfungen Tetanus, Polio und Diphtherie hatten **1377** Kinder (**93,2%**) im Impfpass vollständige Impfeinträge, bei den restlichen 100 (**6,8%**) fehlten einzelne dieser Basisimpfungen.

Unter Einbeziehung der durchgeführten Impfungen gegen Keuchhusten, HIB, 2 x Masern/Mumps/Röteln, Varizellen, Pneumokokken, Meningokokken und Hepatitis B, hatten 1204 Kinder (**81,5%**) in Ihrem Impfbuch vollständige Einträge, während die Impfungen der übrigen 273 Kinder (**18,5%**) unvollständig waren.

4.3.10.2 Vollständige Impfungen (nach aktueller STIKO-Empfehlung) in Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Eltern

Berücksichtigt wurden bei dieser Auswertung alle Kinder, die bei der Untersuchung einen Impfausweis vorlegten (maximale Impfrate).

Abbildung 7: Vollständiges Impfschema in Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Eltern
Angabe in Prozent



Bildungsgrad	Impfung vollständig	Impfung unvollständig
Niedrig	231 Kinder	43 Kinder
Mittel	708 Kinder	68 Kinder
Hoch	349 Kinder	51 Kinder

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

Die höchste Durchimpfungsrate weisen Kinder von Eltern mit mittlerem Bildungsgrad auf. **91,2%** der Kinder dieser Gruppe sind vollständig geimpft. In der Gruppe der Kinder aus den bildungsnahe 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 Impfpfempfehlung.

4.3.11 Teilnahme an den gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen

Es wurden zur Einschulungsuntersuchung Vorsorgehefte von 1470 Kindern (94%) vorgelegt, 94 Kinder (6%) erschienen ohne Heft.

	Anzahl der Kinder	Prozent
Vorsorgeheft (U1-U9) vollständig	1096	70,1
Vorsorgeuntersuchungen teilweise durchgeführt	374	23,9
kein Vorsorgeheft	94	6,0

	Anzahl der Kinder	Prozent
U8 und U9 komplett	1227	78,5
nicht komplett durchgeführt	243	15,5
kein Vorsorgeheft	94	6,0

	Anzahl der Kinder	Prozent
U8 bei einem Kinderarzt	1263	80,8
U8 bei einem anderen Arzt	144	9,2
keine U 8 durchgeführt	63	4,0
kein Vorsorgeheft	94	6,0

	Anzahl der Kinder	Prozent
U9 bei einem Kinderarzt	1150	73,5
U9 bei einem anderen Arzt	110	7,0
keine U9 durchgeführt	210	13,4
kein Vorsorgeheft	94	6,0

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

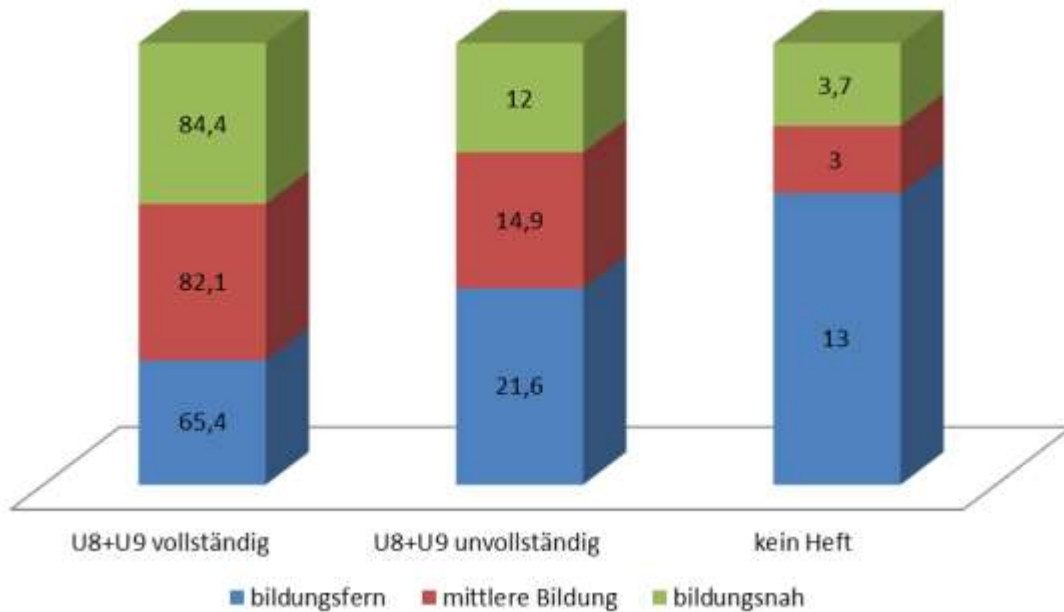


Abbildung 8: Teilnahme an der U8/U9 in Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Eltern
Angaben in Prozent

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 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 zum ursprünglichen Befund möglich.

4.4.1 Körpergröße

Die Körpergröße der Kinder des untersuchten Einschulungsjahrgangs lag zwischen 94 cm und 154cm, der Mittelwert lag bei 132 cm.

Bezieht man die Größenangaben auf das Geschlecht, liegt die mittlere Größe der Mädchen bei 124,9 cm, die der Jungen bei 139,2 cm.

4.4.2 Körpergewicht

Das Körpergewicht der untersuchten Kinder lag zwischen 11,6kg und 53,5kg, mit einem mittleren Wert von 22,7 kg. Bei den Mädchen beträgt der Mittelwert für das Gewicht 21,7 kg, bei den Jungen 23,8 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)	53	3,5
BMI \geq 13,0 und < 16,6 (Normalgewicht)	1181	77,1
BMI \geq 16,6 und < 17,9 (Grenzbereich)	179	11,7
BMI \geq 17,9 und < 19,6 (Übergewicht)	72	4,7
BMI \geq 19,6 (Adipositas)	47	3,1

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.

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.

4.4.3.1 Einfluss des Migrationshintergrundes auf den BMI der Kinder

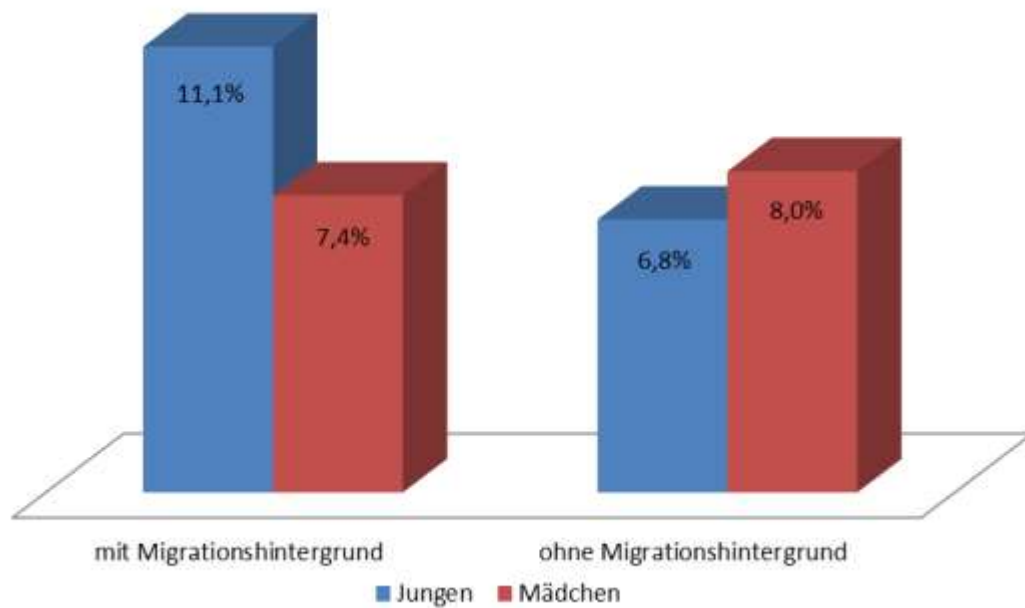


Abbildung 9: Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund

Die Zahl der übergewichtigen Kinder ist bei ausländischen Familien etwas höher (5,1%) als bei deutschen Familien (4,4%), der Anteil der Kinder mit Adipositas ist bei Kindern mit Migrationshintergrund mit 4,1% deutlich höher (ohne Migrationshintergrund 3,0%). Die Jungen mit Migrationshintergrund sind von dieser Problematik am stärksten betroffen.

Der Anteil der untergewichtigen Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund ist etwas geringer (3,6%) im Vergleich zu deutschen Kindern (5,7%), es sind besonders die Jungen ohne Migrationshintergrund betroffen (6,1% Untergewichtige im Vergleich zu 3,1% untergewichtigen ausländischen Jungen).

4.4.3.2 Einfluss des Bildungsniveaus der Eltern auf den BMI der Kinder

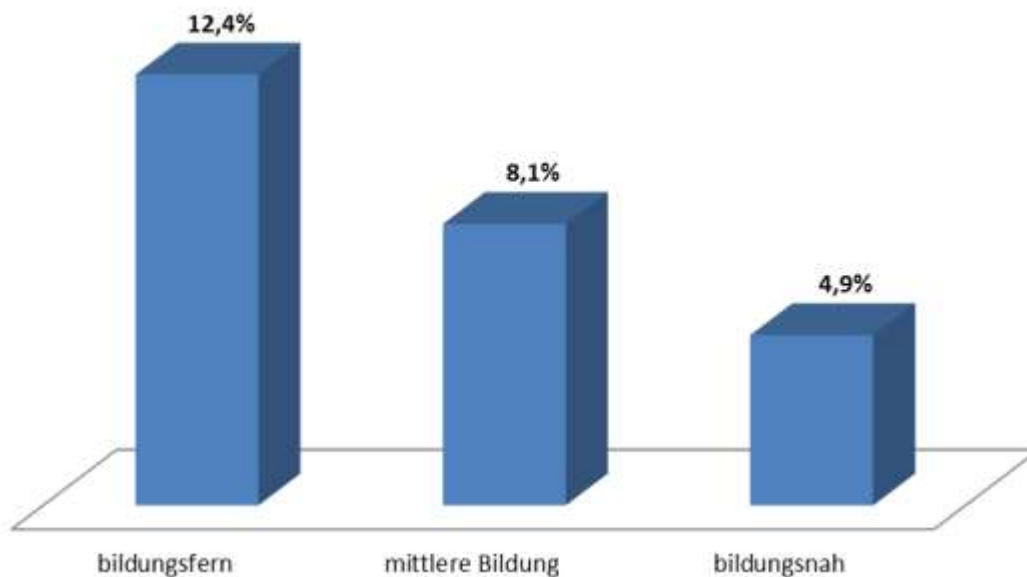


Abbildung 10: Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder in Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Eltern

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.

1,2% aller untersuchten Kinder befanden sich aufgrund ihres Gewichts bereits in Behandlung, weiteren 2,6% wurde unsererseits aufgrund einer Adipositas eine Vorstellung beim Kinderarzt zur Abklärung empfohlen, weitere 5,1% 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 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 Bogen- sekunden als normal.

	Anzahl der Kinder	Prozent
Unauffälliger Befund	1267	81,0
Neu entdeckte Auffälligkeiten zur weiteren Ab- klärung zum Augenarzt	131	8,4
Bekannte Sehschwächen in ständiger augen- ärztlicher Betreuung	143	9,1
Die Untersuchung aus unterschiedlichen Grün- den nicht durchgeführt	16	1,0
Verweigerten die Mitarbeit an diesem Test	7	0,4

Qualitätskontrolle

Von den **131** Kindern, die mit abklärungsbedürftigen Befunden zum Augenarzt überwiesen wurden, erhielten wir **74 (56,5%)** Rückmeldungen, bei **51,4%** der gemeldeten Befunde wurde unser Ver- dacht bestätigt.

	Anzahl der Kinder	Prozent
behandlungsbedürftiger Befund	26	35,1
leichte nicht behandlungsbedürftige Sehschwä- che	12	16,2
Verdacht auf eine Sehschwäche bestätigte sich nicht	36	48,7

4.4.5. Farbsehtest

Bei **27** Kindern (**1,7%**) zeigten sich Auffälligkeiten im Farbsehvermögen, hiervon waren 2017 aus- schließlich männliche Kinder betroffen.

Da diese Fähigkeit erblich festgelegt und eine Schwäche nicht therapierbar ist, überwiesen wir die be- troffenen Kinder zu keiner weiteren Diagnostik, sondern informierten lediglich die Eltern und die Schu- le 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	1437	91,9
unbekannte abklärungsbedürftige Beeinträchtigung des Hörvermögens	69	4,4
bekannte Hörschwäche	28	1,8
der Test nicht durchgeführt	22	1,4
verweigten die Teilnahme am Test	8	0,5

Qualitätskontrolle

Von den **69** Kindern, die mit abklärungsbedürftigen Befunden zum HNO- Arzt überwiesen wurden, erhielten wir **46 (66,7%)** Rückmeldungen, in **54%** der Fälle mit einer Bestätigung unseres Befundes:

	Anzahl der Kinder	Prozent
behandlungsbedürftiger Befund	24	52,2
geringe nicht behandlungsbedürftige Hörschwäche	1	2,2
Verdacht auf eine Hörminderung nicht bestätigt	21	45,7

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	850	54,3
abklärungsbedürftige Auffälligkeiten	170	10,9
nicht abklärungsbedürftiger Befund	315	20,1
bekannte Sprachauffälligkeiten	209	13,4
verweigerten die Teilnahme am Test	7	0,4
Test nicht durchführbar	13	0,8

Qualitätskontrolle

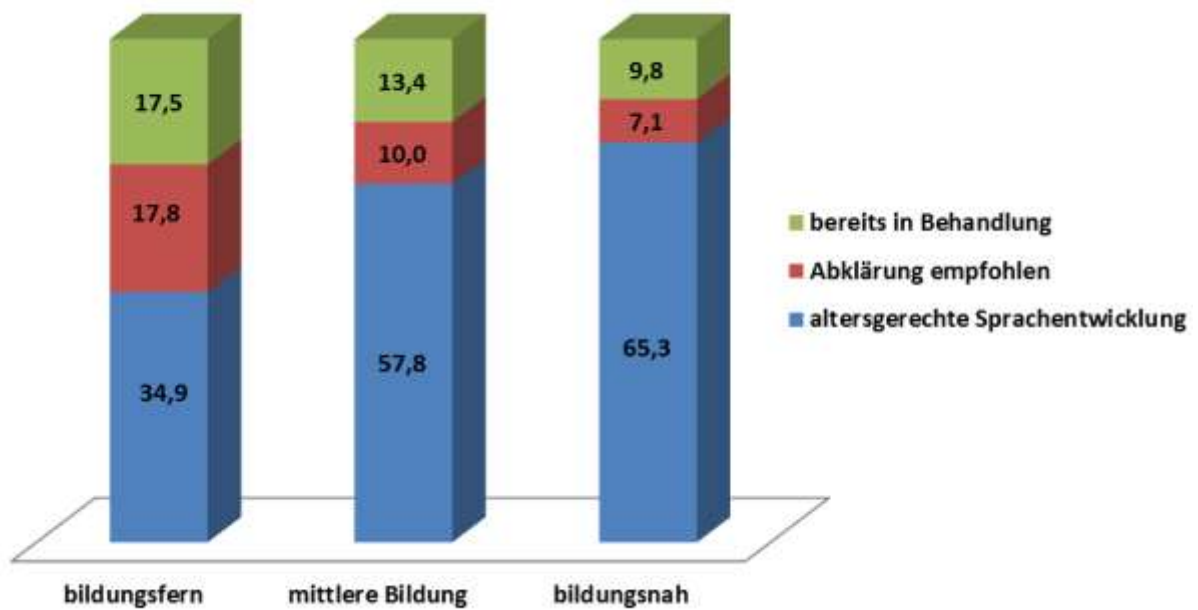
Von den **170** Kindern, die wir zur weiteren Diagnostik überwiesen hatten, bekamen wir **113 (66,5%)** Rückmeldungen, in **90,3%** der Fälle wurde unser Verdacht bestätigt.

	Anzahl der Kinder	Prozent
behandlungsbedürftige Sprachauffälligkeit	73	64,6
Verdacht auf Sprachstörung bestätigte sich nicht	11	9,7
Geringe nicht behandlungsbedürftige Sprach-	29	25,7

Auffallend ist, dass sich mehr Jungen (18,3%) als Mädchen (8,5%) zum Zeitpunkt der Schuluntersuchung bereits in logopädischer Behandlung befanden. Auch Kinder, bei denen die Vorsorgeuntersuchung U9 bei einem Kinderarzt durchgeführt wurde, befanden sich schon häufiger in logopädischer Behandlung (13,7%) als Kinder bei denen keine U9 durchgeführt wurde (11,4%).

4.4.7.1 Einfluss des Bildungsgrades der Eltern auf die Sprache

Abbildung 11: prozentualer Anteil abklärungsbedürftiger Befunde, Kinder mit normaler Sprach-



entwicklung 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 (17,5%).

Auch ein Migrationshintergrund der Kinder spielt eine Rolle bei der Sprachentwicklung. 58,1% der Kinder ohne Migrationshintergrund haben eine altersgerechte Sprachentwicklung, bei den Kindern mit Migrationshintergrund sind es dagegen nur 46%. Die Kinder aus deutschsprachigen Elternhäusern erhielten bereits in 14,4% eine logopädische Behandlung, die ausländischen Kinder in 10,3% der Fälle.

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	848	54,2
abklärungsbedürftiger Befund	88	5,6
bekannte Störungen	98	6,3
verweigerten die Teilnahme am Test	13	0,8
nicht abklärungsbedürftige Auffälligkeiten	513	32,8

Unter den Kindern mit bereits bekannten Störungen befanden sich 9,4% Jungen und nur 3,2 % Mädchen. Von den Kindern aus bildungsfernen Elternhäusern befanden sich fast dreimal so viele Kinder bereits in Behandlung (9,5%) als Kinder aus bildungsnahen Elternhäusern (3,4%)

Qualitätskontrolle

Von den 88 Kindern, die zur weiterführenden Diagnostik zum Kinderarzt überwiesen wurden, bekamen wir 57 (**64,8%**) Rückmeldungen, bei **75,4%** der Rückmeldungen bestätigte sich unser Verdacht.

	Anzahl der Kinder	Prozent
behandlungsbedürftiger Befund	32	56,1
Verdacht bestätigte sich nicht	14	24,6
geringe nicht therapiebedürftige Auffälligkeiten	11	19,3

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	1220	78,0
bisher unbekannter abklärungsbedürftiger Befund	33	2,1
bekannte bereits therapierte motorische Auffälligkeit	85	5,4
geringer nicht abklärungsbedürftiger Befund	217	13,9
Test verweigert/ nicht durchgeführt	9	0,6

Auch im Bereich der Feinmotorik zeigt sich eine Geschlechtsabhängigkeit. 8,8% der Jungen erhielten bereits eine Behandlung aufgrund einer bekannten feinmotorischen Auffälligkeit. Bei den Mädchen wurden dagegen nur 2,2% therapiert. Auch die neu entdeckten Auffälligkeiten waren bei den Jungen (3,4%) fast viermal so hoch wie bei den Mädchen (0,9%).

Einen Einfluss auf die bei der Schuleingangsuntersuchung neu entdeckten Störungen hat auch der Bildungsstand des Elternhauses. Kinder aus bildungsfernen Familien bekamen zu 2,5% Abklärungsempfehlungen und befanden sich zu 6,7% bereits in Behandlung, jene aus bildungsnahem Umfeld erhielten nur zu 1,5% Arztüberweisungen und befanden sich zu 3,7% 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 **21 (63,6%)** Rückmeldungen, bei **16 (76,2%)** der Rückmeldungen hat sich der Verdacht einer feinmotorischen Auffälligkeit bestätigt.

Untersuchung der **Grobmotorik**:

	Anzahl der Kinder	Prozent
altersentsprechender Befund	1265	80,9
bisher unbekannter abklärungsbedürftiger Befund	29	1,9
bekannte bereits therapierte motorische Auffälligkeit	69	4,4
geringer nicht abklärungsbedürftiger Befund	172	11,0
Verweigert/ nicht durchgeführt	29	1,9

Im Bereich der Grobmotorik befanden sich mehr als doppelt so viele Jungen (6,2%) in einer Behandlungsmaßnahme wie Mädchen (2,7%).

Bei Kindern aus bildungsfernen Elternhäusern fielen fünfmal so viele grobmotorische Defizite (2,5%) auf und deutlich mehr dieser Kinder befanden sich bereits in Behandlung (6,0%) als bei Kindern aus Elternhäusern mit hohem Bildungsniveau (0,5% neu entdeckte Auffälligkeiten und 4,2% in Behandlung).

Einen großen Einfluss auf eine sichere Grobmotorik hat eine sportliche Betätigung. 85% der Kinder die im Verein Sport betreiben sind grobmotorisch unauffällig. Dies trifft hingegen nur auf 75,9% der Kinder zu, die keinerlei sportliche Betätigung ausüben. 5,4% der Kinder ohne regelmäßige sportliche Aktivität befinden sich bereits wegen grobmotorischer Auffälligkeiten in Behandlung, was hingegen nur bei 2,9% der Kinder mit Vereinssport notwendig ist.

Die nationale Herkunft der Kinder spielt für die Ausbildung einer altersgerechten Grobmotorik keine Rolle.

Qualitätskontrolle

Von den **29** Kindern, die mit bisher unerkannten Auffälligkeiten zur weiteren Diagnostik überwiesen wurden, bekamen wir **16 (55,2%)** Rückmeldungen, bei **12 (75%)** dieser Rückmeldungen hat sich der Verdacht auf das Bestehen einer Auffälligkeit bestätigt.

Vereinssport/ Schwimmen

53% der Kinder treiben Sport in einem Verein, zusätzlich 16,5% betätigen sich regelmäßig sportlich außerhalb eines Vereins. 29,7% der Einschulungskinder gehen allerdings weder in einem Verein noch in ihrer Freizeit einer sportlichen Betätigung nach.

38,2% der Kinder können zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung bereits ohne Hilfsmittel schwimmen, 61,8% 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	1465	93,7
abklärungsbedürftiger Befund	3	0,2
bekannte Auffälligkeiten in Behandlung	65	4,2
Verweigert/ nicht durchgeführt	25	1,6
leichter nicht abklärungsbedürftiger Befund	6	0,4

Qualitätskontrolle

Von den **3** Kindern, die zum HNO- Arzt zur weiteren Abklärung überwiesen wurden, erhielten wir 1 Rückmeldung, der Verdacht hatte sich bestätigt und eine Behandlung wurde eingeleitet.

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	1435	91,8
abklärungsbedürftiger Befund	0	0
mit bekanntem Lungenleiden in spezieller Therapie	109	7,0
verweigerten die Teilnahme	17	0,2
Nicht untersucht	3	0,1

4.4.12 Orthopädische Befunde

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

	Anzahl der Kinder	Prozent
orthopädisch unauffällig	1344	85,9
abklärungsbedürftiger orthopädischer Befund	28	1,8
orthopädischer Befund bekannt	87	5,6
Test wurde nicht durchgeführt	3	0,2
verweigerten die Teilnahme	27	1,7
geringer nicht abklärungsbedürftiger orthopädischer Befund	75	4,8

Qualitätskontrolle

Von den **28** Kindern, die zur weiteren Diagnostik überwiesen worden waren, bekamen wir **21 (75%)**
Rückmeldungen, mit einer Bestätigung der Diagnose von **71,4%**.

	Anzahl der Kinder	Prozent
Therapie wurde eingeleitet	11	52,4
geringer, nicht behandlungsbedürftiger Befund	4	19,0
Verdacht bestätigte sich nicht	6	28,6

4.4.13 Auffälligkeiten des Herz- Kreislauf- Systems

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

	Anzahl der Kinder	Prozent
keine Auffälligkeiten	1496	95,7
abklärungsbedürftiger Befund	17	1,1
bekannter Befund in spezieller Therapie	16	1,0
geringer nicht abklärungsbedürftiger Befund	13	0,8
Teilnahme verweigert/ Test nicht durchgeführt	22	1,4

Qualitätskontrolle

Von den **17** Kindern, die wir zur weiterführenden Diagnostik überwiesen haben, bekamen wir **9**
(52,9%) Rückmeldungen, davon **44,4%** Bestätigungen.

	Anzahl der Kinder	In Prozent
Krankheitsverdacht nicht bestätigt	5	55,6
Therapie wurde eingeleitet	3	33,3
geringer nicht behandlungsbedürftiger Befund	1	11,1

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	1356	86,7
abklärungsbedürftiger Befund	4	0,3
mit einem bekannten Befund in spezieller Therapie	79	5,1
geringer nicht abklärungsbedürftiger Befund	97	6,2
Teilnahme verweigert/ nicht durchgeführt	28	1,8

Von den **4** Kindern, die wir zum Hautarzt zur weiteren Abklärung überwiesen haben, bekamen wir **3 (75%)** Rückmeldungen, bei allen 3 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	1094	69,9
weitere Abklärung notwendig	38	2,4
Bekannte Probleme in Behandlung	108	6,9
Geringe nicht abklärungsbedürftige Befunde	318	20,3
Test wurde nicht durchgeführt	6	0,4

Qualitätskontrolle

Von den **38** Kindern, die wir zur weiterführenden Diagnostik überwiesen hatten, bekamen wir **6 (15,8%)** Rückmeldungen, bei **5 (83,3%)** dieser Kinder wurde unser Verdacht bestätigt.

Es gibt geschlechtsbedingte Unterschiede bei den Verhaltensauffälligkeiten. 10,1% der Jungen befanden sich bereits in Behandlung aufgrund ihres Verhaltens, aber nur 3,8% der Mädchen.

Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern hatten 5,1% neu entdeckte Verhaltensauffälligkeiten und befanden sich schon zu 10,5% in Behandlung, bei Kindern aus bildungsnahen Familien wurden 1,2% neue Auffälligkeiten entdeckt und sie befanden sich nur zu einem Anteil von 3,2% bereits in Behandlung. Ein möglicher Migrationshintergrund beeinflusst die erfassten Zahlen dieses Untersuchungsteils nicht signifikant.

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	1388	88,7
14-16 Punkte, mäßig auffällig	55	3,5
> 17 Punkte, stark auffällig	43	2,7
Nicht durchgeführt	37	2,4
Auskünfte verweigert	41	2,7

Die weiteren Ausführungen beziehen sich nur auf die auswertbaren Fragebögen von 1486 Kindern.

4.4.16.2 Einflussfaktoren auf die Ergebnisse des SDQ-Fragebogens

4.4.16.2.1 Einflussfaktor Geschlecht

	Jungen	Mädchen
SDQ unauffällig	666 (85,9%)	722 (91,5%)
SDQ mäßig auffällig	41 (5,3%)	14 (1,8%)
SDQ stark auffällig	24 (3,1%)	19 (2,4%)

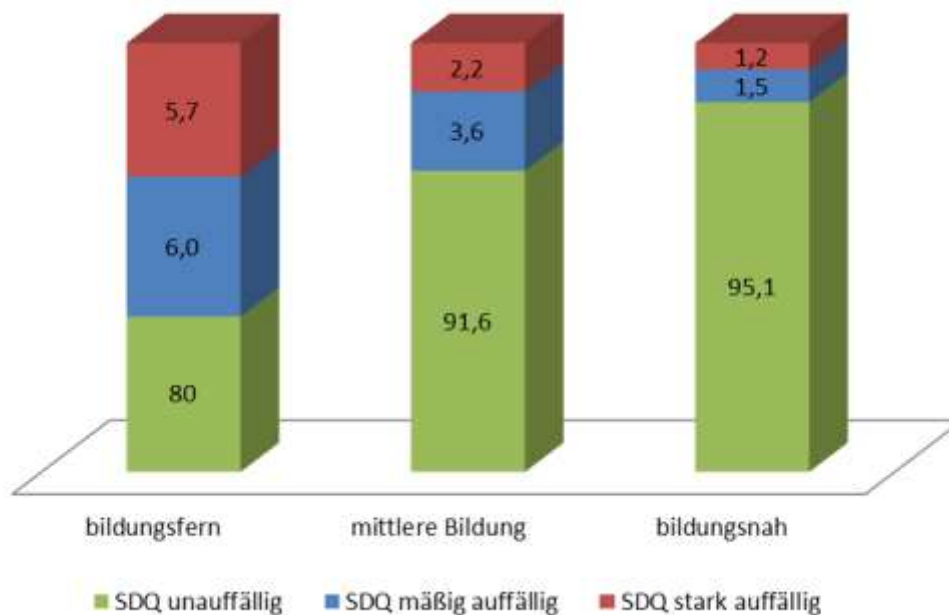
4.4.16.2.2 Einflussfaktor Teilnahme an der U9

	U9 bei einem Kinderarzt	Keine U9 Teilnahme
SDQ unauffällig	1045 (90,9%)	182 (86,7%)
SDQ mäßig auffällig	38 (3,3%)	8 (3,8%)
SDQ stark auffällig	30 (2,6%)	3 (1,4%)

4.4.16.2.3 Einflussfaktor Bildungsgrad der Eltern

	bildungsfern	mittleres Bildungsniveau	bildungsnah
SDQ unauffällig	252 (80,0%)	734 (91,6%)	389 (95,1%)
SDQ mäßig auffällig	19 (6,0%)	29 (3,6%)	6 (1,5%)
SDQ stark auffällig	18 (5,7%)	18 (2,2%)	5 (1,2%)

Abbildung 12: 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.

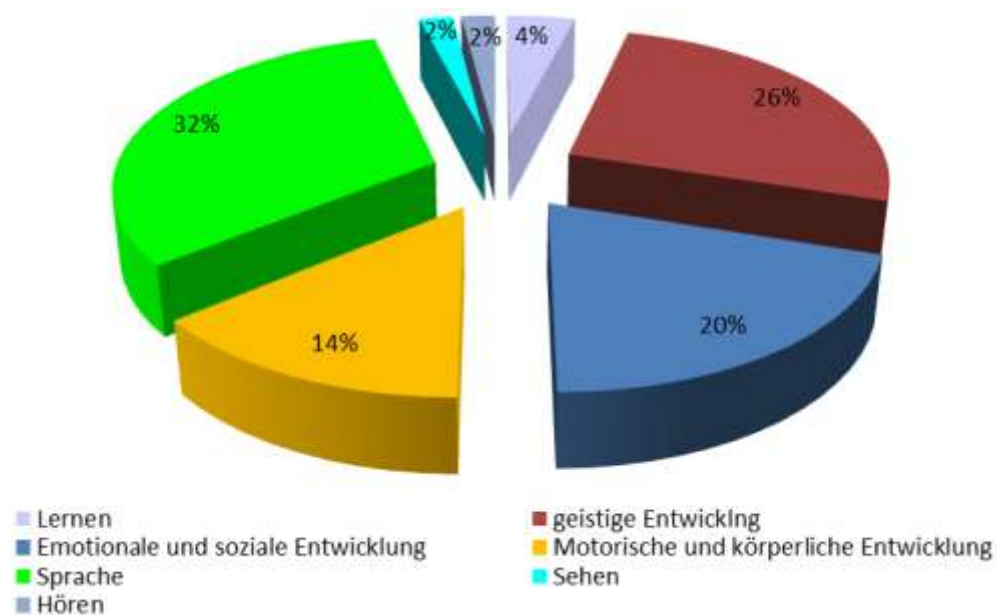
	Anzahl der Kinder	Prozent
keine Behinderung	1458	93,2
weitere Abklärung notwendig	7	0,4
bestehende oder drohende Behinderung	99	6,3

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:

	Anzahl der Kinder	Prozent
Förderbedarf Lernen	2	4,0
Förderbedarf Sehen	1	2,0
Förderbedarf Hören	1	2,0
Förderbedarf Sprache	16	32,0
Förderbedarf motorisch-körperliche Entwicklung	7	14,0
Förderbedarf emotional-soziale Entwicklung	10	20,0
Förderbedarf geistige Entwicklung	13	26,0

Abbildung 13: prozentuale Verteilung der Empfehlungen auf Überprüfung auf sonder-



pädagogischen Unterstützungsbedarf

5. Schulärztliche Empfehlungen

Bei insgesamt 399 Kindern (25,5%) wurden bei der Schuleingangsuntersuchung mindestens ein oder mehrere schulrelevante auffällige Befunde (Sehtest, Hörtest, Sprache, zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung, Fein- und Grobmotorik) neu festgestellt.

368 (23,5%) der Kinder befanden sich bereits in spezieller Behandlung aufgrund schulrelevanter Befunde und wurden bei der Schuleingangsuntersuchung dazu untersucht und beraten.

Beide Gruppen zusammen umfassen 44,4% der Kinder. Die Jungen (50,1% schulrelevante Befunde) waren deutlich häufiger betroffen als die Mädchen (38,8% schulrelevante Befunde), weitere Kinder zeigten bei der Schuleingangsuntersuchung auffällige Befunde in anderen Bereichen (wie z.B. Übergewicht, Verhalten usw.). Nach der Untersuchung erfolgte hierzu jeweils eine Gesundheitsberatung.

5.1 Gesamtpopulation

Die Beurteilung der Schulfähigkeit fiel folgendermaßen aus:

	Anzahl der Kinder	Prozent
keine Bedenken	893	57,1
Einschulung unter Beachtung von schulrelevanten Entwicklungsrückständen	440	28,1
pädagogische Überprüfung aufgrund von Bedenken empfohlen	10	0,6
Zurückstellung aufgrund von Entwicklungsdefiziten	159	10,2
Kann-Kinder, von Einschulung abgeraten	12	0,8
Überprüfung auf sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf	50	3,2

86,2% der Kinder erhielten somit eine Einschulungsempfehlung bzw. eine Empfehlung mit leichten Einschränkungen, bei 11% empfahlen wir eine Zurückstellung vom Schulbesuch, bei 3,8% der Kinder empfahlen wir eine pädagogische oder eine sonderpädagogische Überprüfung.

5.1.1 Einfluss des Geschlechts auf die Schulempfehlung

	männlich	weiblich
keine Bedenken	46,7 %	67,3%
Einschulung unter Beachtung von schulrelevanten Entwicklungsrückständen	33,4%	22,9%
Pädagogische Überprüfung aufgrund von Bedenken empfohlen	0,5%	0,8%
Zurückstellung empfohlen	13,8%	6,6%
Kann-Kinder, von Einschulung abgeraten	0,8%	0,8%
sonderpädagogische Überprüfung empfohlen	4,8%	1,6%

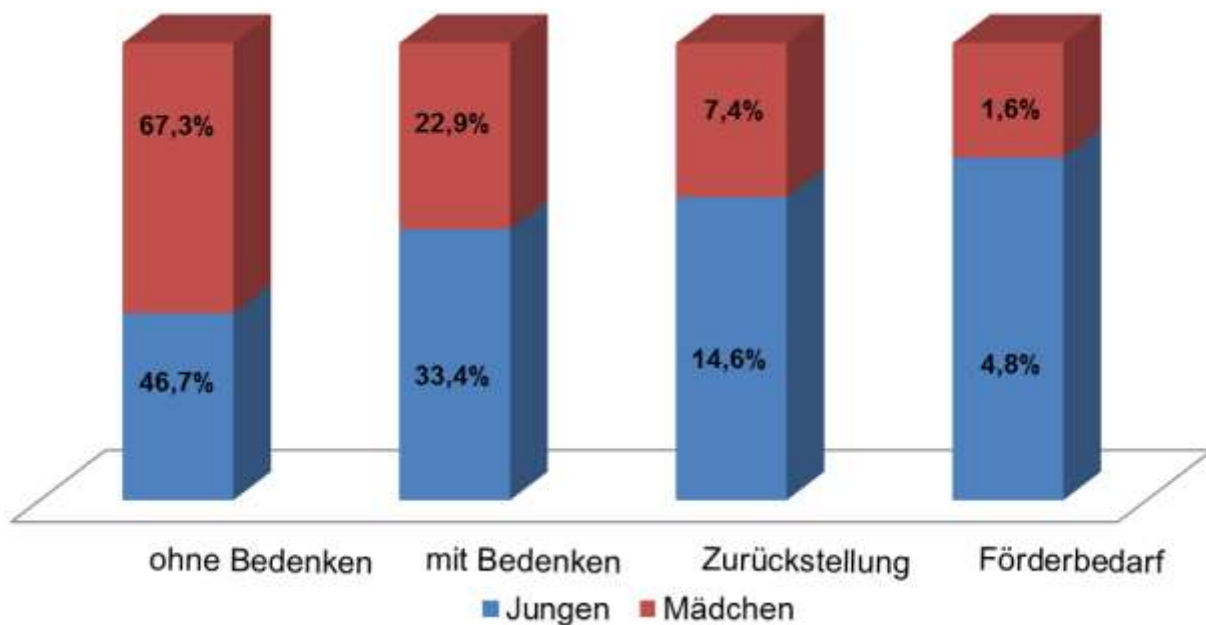


Abbildung 14: Prozentualer Anteil der Empfehlungen in Abhängigkeit vom Geschlecht des Kindes

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 doppelt so hoch wie bei den Mädchen, der Anteil der empfohlenen sonderpädagogischen Überprüfungen ist bei den Jungen mehr als dreimal 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

1431 erfasste Kinder besuchten nach Angabe der Erziehungsberechtigten ganz- oder halbtags einen Regelkindergarten, **86** Kinder besuchten einen Sonderkindergarten und bei **47** Kindern ist kein Kindergartenbesuch verzeichnet.

Kinder, die einen Regelkindergarten besuchten erhielten folgende Empfehlungen:

	Anzahl der Kinder	Prozent
keine Bedenken	865	60,4
Einschulung unter Beachtung schulrelevanter Entwicklungsrückstände	423	29,6
Pädagogische Überprüfung aufgrund von Bedenken empfohlen	10	0,7
Zurückstellung empfohlen	109	7,6
Kann-Kinder, von Einschulung abgeraten	12	0,8
sonderpädagogische Überprüfung empfohlen	12	0,8

Von den **86** Kindern, die einen Sonderkindergarten besuchten, konnten **4 Kinder (4,7%)** regulär und **8 (9,3%)** mit Einschränkungen eingeschult werden. Für **36 (41,9%)** wurde die Zurückstellung vom Schulbesuch empfohlen, **38** Kindern (**44,2%**) wurde eine sonderpädagogische Überprüfung angeraten.

Von den **47** Kindern, die keinen Kindergarten besuchten, konnten nur **24 (51,1%)** bedenkenlos eingeschult werden. Bei **9 (19,1%)** Kindern gab es zumindest Hinweise auf Defizite in Teilbereichen, die zu einer Einschulung unter Beachtung von schulrelevanten Entwicklungsrückständen führten. Für **14** Kinder (**29,8%**) wurde die Zurückstellung vom Schulbesuch empfohlen.

5.1.2 Einfluss eines Kindergartenbesuches auf die Schulempfehlung

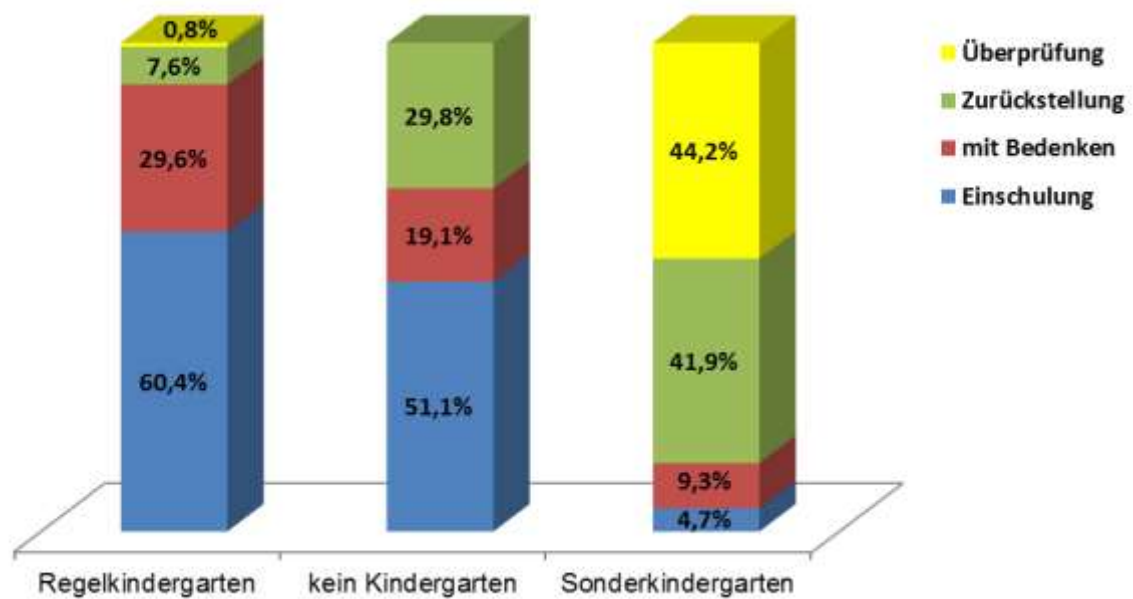


Abbildung 15: prozentualer Anteil der Kinder an den Schulempfehlungen in Abhängigkeit vom Kindergartenbesuch

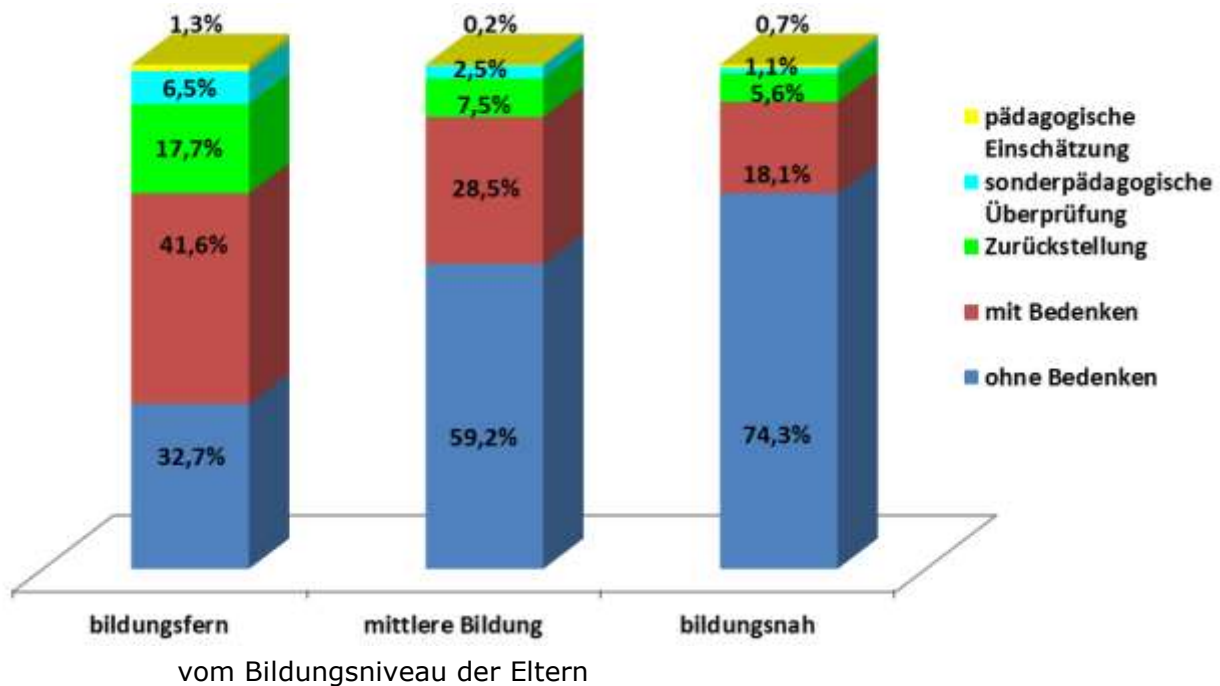
Da die Kinderzahlen in den einzelnen Gruppen stark unterschiedlich verteilt sind (1431 Regelkinder, 86 Kinder im Sonderkindergarten und 47 Kinder ohne Kindergartenbesuch) sind diese Zahlen statistisch gesehen nur bedingt belastbar.

5.1.3 Einfluss des Sozialstatus auf die Schulempfehlung

	bildungsfern (315 Kinder)	mittlere Bildung (801 Kinder)	bildungsnah (409 Kinder)
Einschulung ohne Bedenken	32,7%	59,2%	74,3%
Einschulung mit Bedenken	41,6%	28,5%	18,1%
Pädagogische Einschätzung	1,3%	0,2%	0,7%
Zurückstellung empfohlen	17,7%	9,5%	5,6%
Sonderpädagogische Überprüfung	6,5%	2,5%	1,1%

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 überwiegend Kinder aus bildungsfernen Familien.

Abbildung 16: Prozentualer Anteil der Kinder an den Einschulungsempfehlungen in Abhängigkeit vom Bildungsniveau der Eltern



5.1.4 Einfluss der Nationalität der Kinder

	Kinder mit Migrationshintergrund (467 Kinder)	Kinder ohne Migrationshintergrund (1084 Kinder)	Keine Angabe (13 Kinder)
keine Bedenken	50,1%	60,2%	46,2%
Bedenken	32,1%	26,6%	15,4%
Pädagogische Einschätzung	1,1%	0,5%	0,0%
Zurückstellung empfohlen	13,9%	9,4%	30,8%
sonderpädagogische Überprüfung	2,8%	3,3%	7,7%

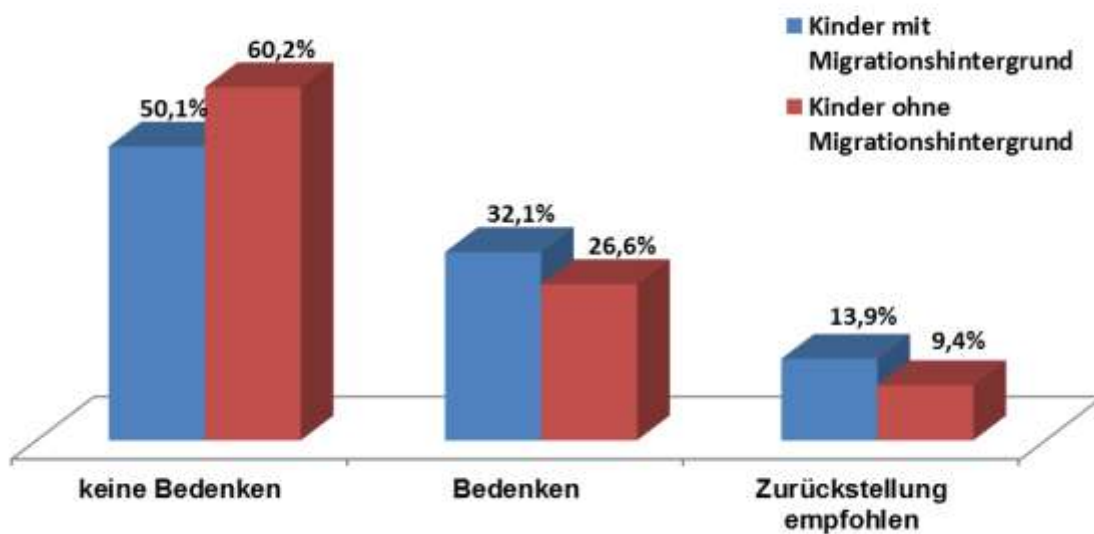


Abbildung 17: Prozentualer Anteil der Kinder an den Einschulungsempfehlungen in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund

5.1.5 Einfluss der Deutschkenntnisse der Kinder auf die Schulempfehlung

	Familiensprache deutsch	Mehrsprachigkeit, gute Deutschkenntnisse	Mehrsprachigkeit, Deutschkenntnisse mit Einschränkungen
keine Bedenken	61,4%	49,4%	7,3%
Bedenken	25,2%	36,7%	46,3%
Zurückstellung empfohlen	9,6%	10,6%	36,6%

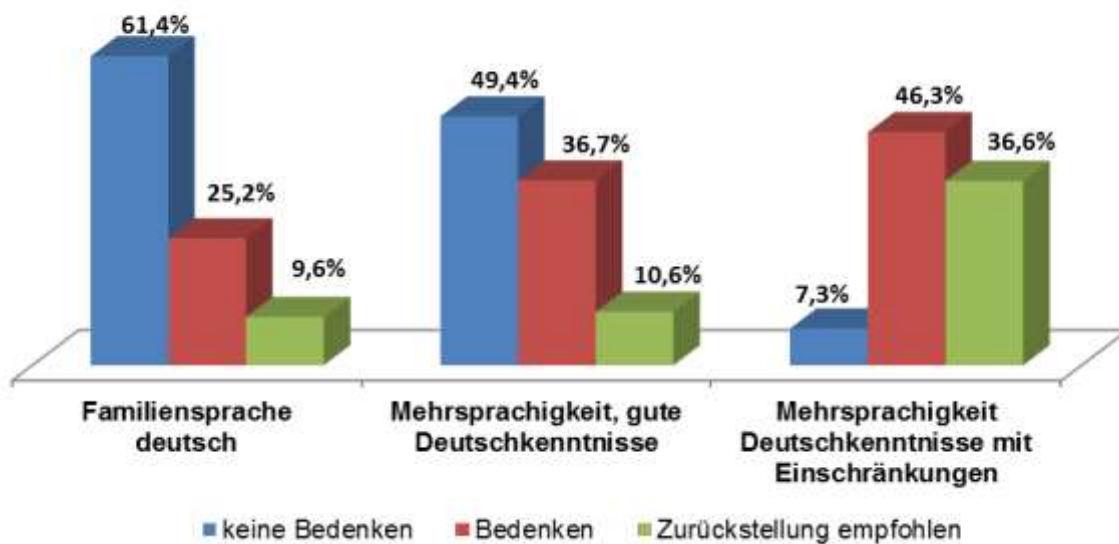


Abbildung 18: Prozentualer Anteil der Kinder an den Empfehlungen in Abhängigkeit von den Deutschkenntnissen

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

