

# Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2012-2014

## 1. Einleitung

Die Schuleingangsuntersuchung ist als flächendeckende Untersuchung gut geeignet, den Gesundheitszustand der Schulanfänger zu dokumentieren. Grundlage dieser Pflichtuntersuchung ist das Hessische Schulgesetz und das Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Hessen.

Es handelt sich um eine sozialpädiatrische Untersuchung für Schulanfänger, deren Aufgabe in der Einschätzung der gesundheitlichen Faktoren der Schulbereitschaft besteht, um die Bedingungen für einen erfolgreichen Schulbesuch zu ermitteln, Eltern und Schule zu beraten und zur Einleitung geeigneter Maßnahmen beizutragen.

Mittels Screeningverfahren werden körperliche, geistige und psychosoziale Gesundheitsstörungen erfasst, durch die aus schulärztlicher Sicht Beeinträchtigungen des schulischen Lernens drohen. Anhand der Ergebnisse erfolgen Empfehlungen für eine weitergehende medizinische Diagnostik, pädagogische Förderung und soziale Unterstützungsangebote. Dabei hat der Schulärztliche Dienst im Rahmen des Schulaufnahmeverfahrens ausschließlich Beratungsverantwortung, sowohl gegenüber den Erziehungsberechtigten als auch gegenüber der Schule.

Die Schuleingangsuntersuchung erfüllt mit ihren standardisierten Arbeitsanteilen aber auch statistische Anforderungen des Landes und der Kommunen.

Die schulärztlichen Daten können im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung die Basis für Planungen von Gesundheitsförderprozessen in der Kommune liefern

### Die Aufgabe der Schuleingangsuntersuchung ist:

- „Betriebsärztliche“ Untersuchung für Schulanfänger
- Einschätzung der Schulbereitschaft
  - Gesundheitliche Faktoren
  - Schulrelevante Vorläuferfertigkeiten
  - Sozial-emotionale Entwicklung
- Beratung von Eltern und Schule zur Vorbereitung einer Entscheidung
  - Einleitung von Fördermaßnahmen
  - Ggf. Einleitung von Therapiemaßnahmen durch den Kinderarzt
- Epidemiologie

### Ziel der Schuleingangsuntersuchung ist:

- Differenzierte Einschätzung des Entwicklungsstandes
- Ausschluss / Erkennen von Erkrankungen, die den Schulerfolg beeinträchtigen können
- Gute Beratung aller Beteiligten
- Statistische Erfassung des ganzen Jahrgangs mit der Möglichkeit des
  - Vergleichs verschiedener Stadtteile / Schulbezirke / (KTs) in Wiesbaden
  - Vergleichs der Ergebnisse mit anderen hessischen Städten und Gemeinden

2007 erfolgte eine Überarbeitung des Konzeptes der Schuleingangsuntersuchung in einer Arbeitsgruppe des Hessischen Sozialministeriums unter Beteiligung hessischer Schulärztinnen und Schulärzte (auch des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes Wiesbaden) und damit eine hessenweite Standardisierung und Vereinheitlichung. Dies hat einerseits zur Qualitätsverbesserung, andererseits zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse beigetragen.

Die Durchführung der schulärztlichen Untersuchung wird von einem Team, bestehend aus je einer Ärztin und Arzthelferin, mit durchschnittlich 60 Minuten veranschlagt. Dabei ist berück-

sichtigt, dass gesunde und fitte Einschulkinder durchaus auch weniger Zeit beanspruchen, während Kinder mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen und Entwicklungsverzögerungen, aber auch sog. „Kannkinder“ und „Eingangsstufenkinder“ teilweise weit mehr als 60 Minuten Untersuchungs- und Beratungszeit benötigen.

In Wiesbaden wird die Schuleingangsuntersuchung derzeit von 6 Teams (4 Ärztinnen in Vollzeit, 2 Ärztinnen in Teilzeit, 3 Arzthelferinnen in Vollzeit, 3 Arzthelferinnen in Teilzeit) in den letzten 9 Monaten vor der Einschulung (etwa von Oktober bis Juli) durchgeführt. Die Zahl der zu untersuchenden Kinder variiert zwischen 2600 und 2900.

Zur Vorbereitung werden Untersuchungslisten erstellt, für jedes Kind eine Karteikarte angelegt, Termine vergeben und Einladungen zur Untersuchung versandt.

Den Ablauf der Untersuchung skizziert Tab. 1.

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation der Vorsorgeuntersuchungen aus dem U-Heft</li> <li>• Dokumentation der Impfungen aus dem Impfpass, Bewertung und Impfpflicht nach den Vorgaben der STIKO</li> <li>• Erhebung von Basisdaten (zuständige Grundschule, KT-Besuch, Migrationshintergrund, Anzahl der Geschwister, Familienstatus)</li> <li>• Abfrage von entwicklungsrelevanten Anamnesedaten</li> <li>• Messung von Körpergröße und Körpergewicht, Errechnung des Body-Mass-Index</li> <li>• Sehscreening</li> <li>• Hörscreening</li> <li>• Screening des Entwicklungsstandes</li> <li>• Körperliche Untersuchung</li> <li>• Beratung von Eltern und Schule</li> <li>• Schulinfobrief</li> </ul> |
|--|

**Tab. 1: Ablauf der Schuleingangsuntersuchung**

Die Nachbereitung umfasst die Eingabe der Daten in ein elektronisches Dokumentationssystem zur statistischen Erfassung, ggf. Kontaktaufnahmen zu Ärzten, Kliniken, Therapieeinrichtungen und Kindertagesstätten.

## Ausgewählte Ergebnisse

Zwischen Oktober und Juli / August werden vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst in Wiesbaden auf der Basis des Hessischen Schulgesetzes jährlich flächendeckend alle Kinder zur Schuleingangsuntersuchung eingeladen und schulärztlich untersucht (Tab. 2).

	Gesamtzahl	Jungen	%	Mädchen	%	Deutsche	%	Migranten	%
2012	2.717	1.418	52	1.299	48	1.188	44	1.529	56
2013	2.687	1.404	52	1.283	48	1.262	47	1.425	53
2014	2.872	1.468	51	1.415	49	1.263	44	1.609	56

**Tab. 2: Untersuchte Kinder, Geschlecht und Migrationshintergrund**

Ein Migrationshintergrund besteht, wenn beide Elternteile oder der allein erziehende Elternteil einer anderen Ethnie angehört. Bei Mischehen ist ein Migrationshintergrund zu dokumentieren, wenn der nicht-deutsche Elternteil kulturell oder sprachlich stark prägt.

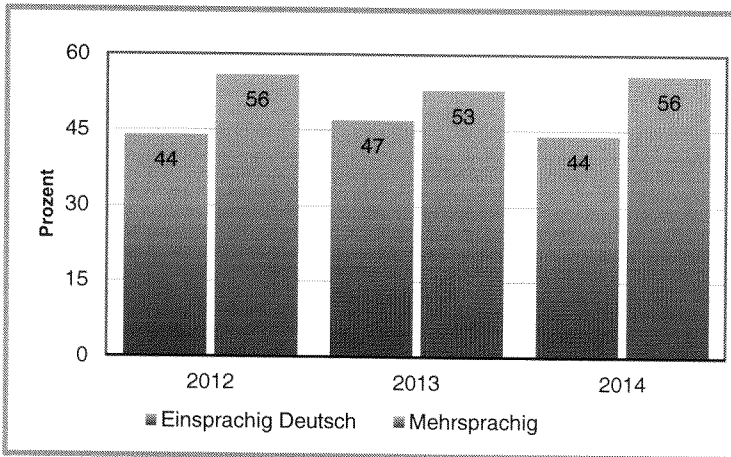


Abb. 1: Untersuchte Kinder mit und ohne Migrationshintergrund

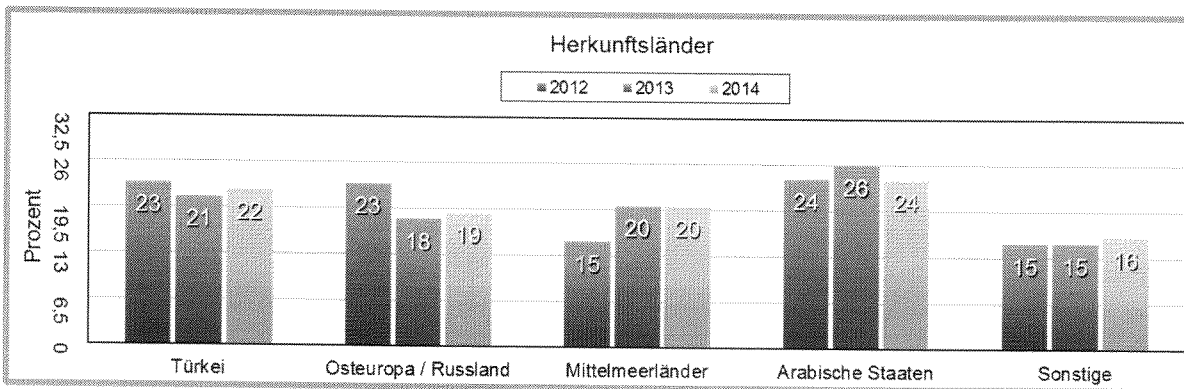


Abb. 2: Kinder mit nicht-deutschem sprachlichem Hintergrund

In den letzten 3 Jahren ist keine Zunahme der Kinder mit nicht deutscher Muttersprache mehr zu verzeichnen. Die stärkste Gruppe kommt aus arabischen Staaten, es besteht keine Tendenz. Stattdessen ist eine Abnahme von Kindern aus Osteuropa / Russland zu beobachten und eine Zunahme von Kindern aus den Mittelmeerstaaten inkl. Balkan. Hierzu gehören insbesondere Kinder aus Rumänien und Bulgarien (2/3 mit sehr schlechten Deutschkenntnissen).

### Kindergartenbesuch

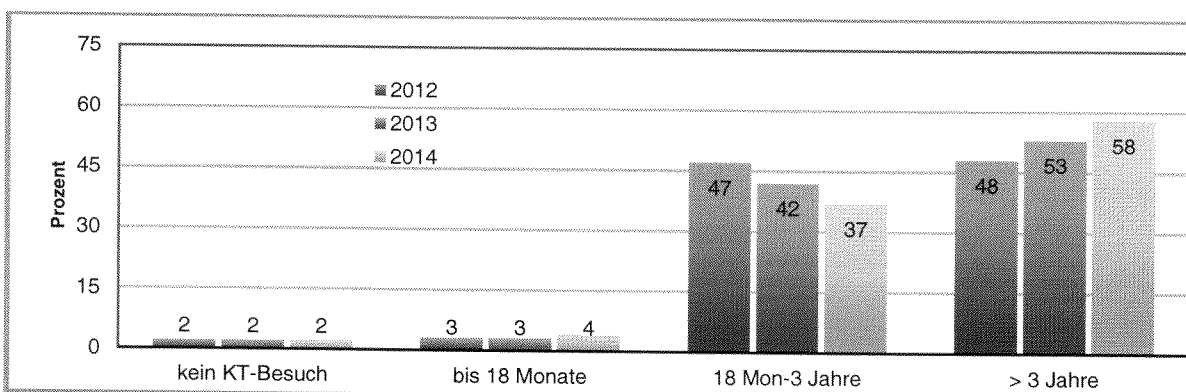
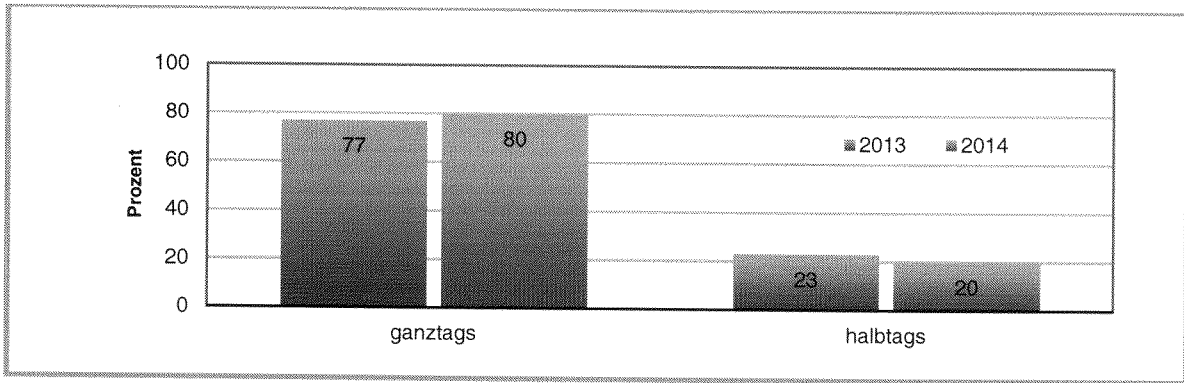


Abb. 3 a: KT-Besuchsdauer

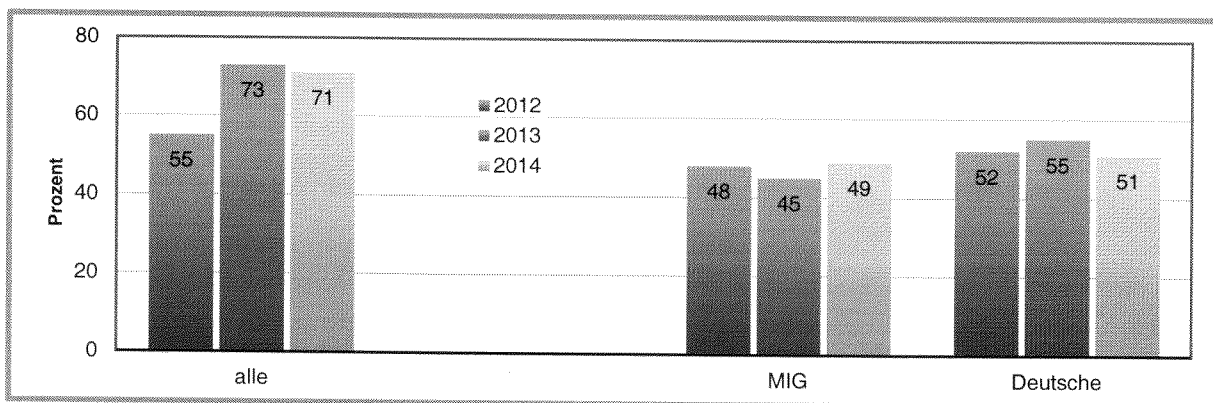


**Abb. 3b: KT-Tagesbesuchsdauer**

98% der Vorschulkinder besuchen eine Kindertagesstätte, über 90 % der Kinder sind länger als 18 Monate in der KT. Die Tendenz zum Kindertagesstättenbesuch über eine Dauer von mehr als 3 Jahre steigt stetig an. 2014 haben 80 % der einzuschulenden Kinder die KT ganztags besucht.

### Vorsorgeuntersuchungen

Bei der Schuleingangsuntersuchung werden 92% bis 94 % der Vorsorgehefte vorgelegt.

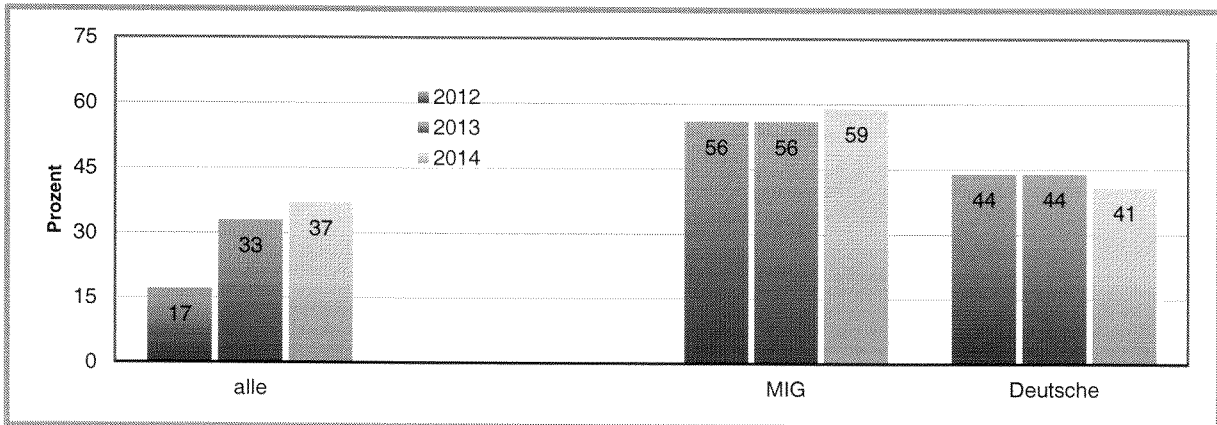


**Abb. 4: Anteil der vollständigen Vorsorgeuntersuchungshefte**

Die Einführung der Teilnahmeverpflichtung an den Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen des Kinderschutzgesetzes 2009 hat zu einem deutlichen Anstieg der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen beigetragen. Bei deutschen Kindern liegt etwas häufiger ein vollständiges Vorsorgeheft vor als bei Kindern mit Migrationshintergrund.

### Impfschutz

Jährlich wird von der Ständigen Impfkommission (STIKO) festgelegt, welche Impfungen öffentlich empfohlen werden. Die Kosten werden von den Krankenkassen übernommen. In den Jahren 2012-2014 lagen die kompletten Durchimpfungsraten deutlich niedriger als in den Vorjahren. Der sehr geringe Anteil vollständiger Impfbücher ist im Wesentlichen auf die Einführung neuer Impfungen zurückzuführen.



**Abb. 5: Anteil der vollständigen Impfbücher**

Das schlechte Gesamtergebnis wird hauptsächlich durch die geringe vollständige Immunisierung (4 Impfdosen) gegen Pneumokokken verursacht. Die Impfung erfolgt zusammen mit 6 weiteren Impfungen im Säuglingsalter. Das Nachholen der Pneumokokkenimpfung ist nicht vorgesehen, da im Wesentlichen Säuglinge und sehr junge Kleinkinder gefährdet sind. Das Fehlen der Impfung stellt somit für das Schulkind keine Gefährdung dar.

Der Trend zur Vorlage kompletter Impfbücher in 2013 und 2014 ist positiv, aber noch unbefriedigend. Der Anteil der komplett durchimmunisierten Kinder liegt bei den Kindern nicht-deutscher Herkunft deutlich über dem Anteil der Kinder deutscher Herkunft.

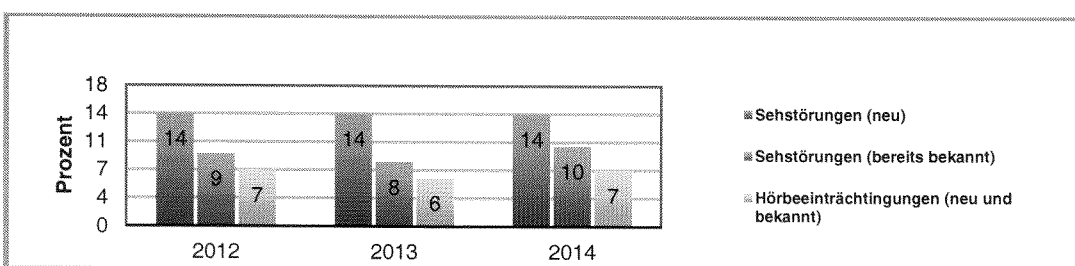
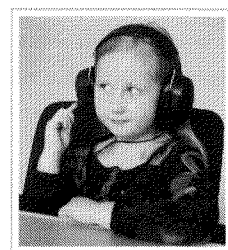
Die Durchimpfungsrate bei epidemiologisch relevanten Erkrankungen liegt stabil über 90 %. Insbesondere die „Herdenimmunität“ gegen Masern, Mumps und Röteln ist sichergestellt mit einer gegenwärtigen Durchimpfungsrate von 92% in der untersuchten Altersgruppe.

## Befunde

### Seh- und Hörstörungen

Das Sehscreening erfolgt mit einem für Kinder geeigneten Sehtestgerät, einer Stereotafel und den Ishihara-Tafeln zum Nachweis von Farbsinnstörungen.

Das Hörscreening wird mit einem geeigneten Screeningtestgerät zwischen 20 und 60 dB bei 500-8000 Hz durchgeführt.



**Abb. 6: Seh- und Hörbefunde**

Sehstörungen bestehen bei 22-24% der Schulanfänger. Hörbeeinträchtigungen sind meist infektsbedingt und vorübergehender Natur.

Die Schuleingangsuntersuchung führt seit Jahren in knapp 2/3 der Sehstörungen zur erstmaligen Diagnosestellung.

### Körperliche Untersuchung

Bei allen Kindern erfolgt bei der Schuleingangsuntersuchung auch ein Körpercheck. Die meisten bei der S1 erhobenen Befunde waren bereits von den niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten diagnostiziert und behandelt worden (Abb. 7).

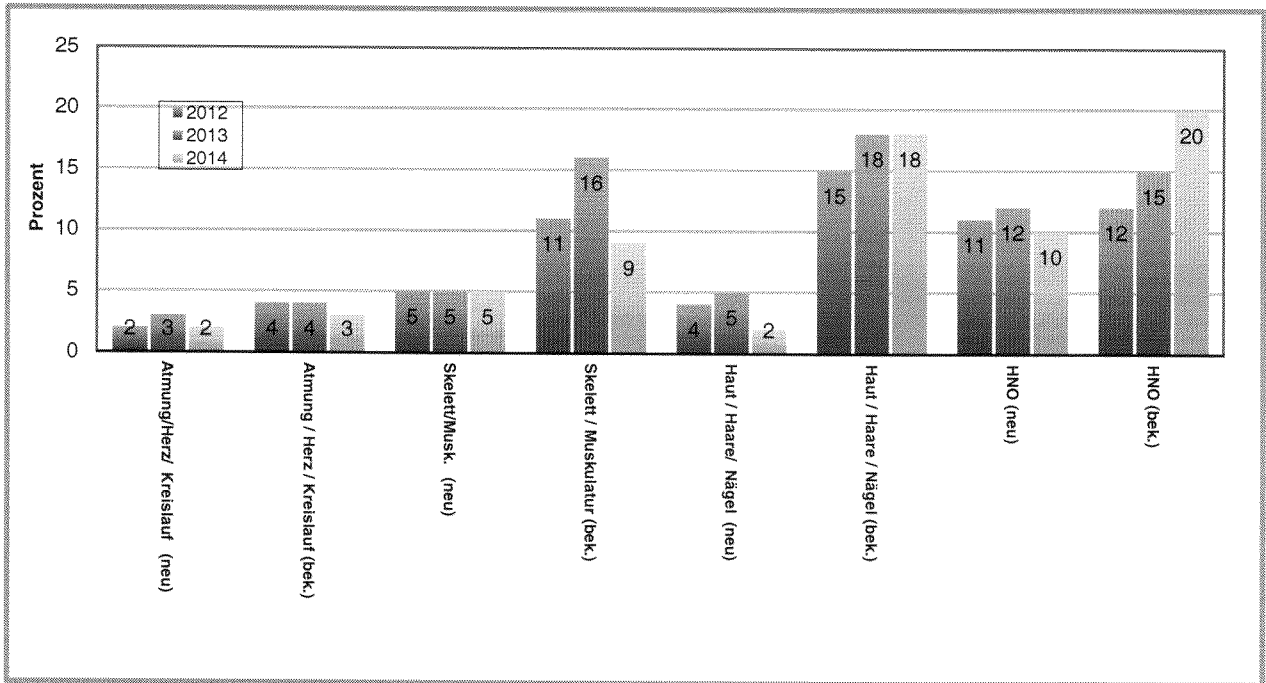


Abb. 7: Neue und bereits bekannte körperliche Befunde

Bisher nicht bekannte körperliche Befunde variieren je nach Organbereich zwischen 2% (Atmung/Herz/Kreislauf) und 18 % (HNO).

### Übergewicht und Adipositas

Besonderes Augenmerk richtet sich bei der Schuleingangsuntersuchung auf die Übergewichtsproblematik (Abb. 8).

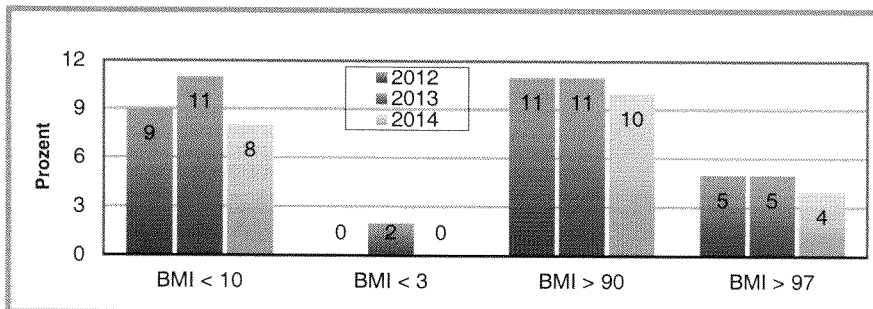


Abb. 8: Unter- und Übergewicht

10-11 % aller Kinder waren in den Jahren 2012-2014 zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung übergewichtig (d.h. der Bodymass-Index lag über der 90. Perzentile). 4-5% der Kinder waren adipös (BMI > 97. Perzentile). Der leichte Rückgang 2014 kann noch nicht als Tendenz gewertet und muss beobachtet werden.

8-11% der Kinder waren untergewichtig (d.h. der Bodymass-Index lag unter der 10. Perzentile). Extremes Untergewicht betrifft in dieser Altersgruppe nur Einzelfälle.

## **Befunde aus dem Entwicklungsscreening**

Zur Erfassung schulrelevanter Vorläuferfertigkeiten wurde die Schuleingangsuntersuchung in den letzten Jahren zunehmend differenziert.

Seit 2005 steht mit dem „S-ENS“ (Screening des Entwicklungsstandes bei Schuleingangsuntersuchung) ein evaluiertes, in NRW entwickeltes, zeitökonomisches - aber sehr aussagekräftiges - Screeningverfahren zur Verfügung, das in Hessen ab 2006 verbindlich und flächendeckend eingeführt wurde.

Beurteilt werden folgende Entwicklungsbereiche:

- Sozial-emotionale Entwicklung
- Sprachliche Entwicklung
- Motorische Entwicklung
- Kognitive Entwicklung

### ➤ **Soziale emotionale Entwicklung**

Ein Screeninginstrument wurde bisher nicht eingesetzt. Die Beurteilung erfolgt durch die Beobachtung des Kindes während der Untersuchung und aufgrund des Elterngesprächs. Die Rate der Kinder mit interventionsbedürftigen Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Störungen liegt seit Jahren bei 8 %. Bei etwa 2 % der Kinder ( ca. 50-60 Kindern pro Untersuchungsjahrgang) ist die Schuleingangsuntersuchung Anlass für die Einleitung einer Diagnostik oder Therapie.

Die Anwendung eines standardisierten Elternkurzfragebogens ist für die Schuleingangsuntersuchung 2015 vorgesehen, um noch zuverlässiger den Beratungsbedarf der Eltern zu erfassen.

### ➤ **Sprachliche Entwicklung**

Eine gute Sprachkompetenz ist wesentliche und grundlegende Voraussetzung für den künftigen Schulerfolg.

Überprüft wird bei der Schuleingangsuntersuchung das *Sprachverhalten* hinsichtlich Wortschatz, Satzbau und Sprachverständnis und der *Sprachentwicklungsstand* bei allen Kindern unabhängig von Ein- oder Mehrsprachigkeit.

Zusätzlich werden bei mehrsprachigen Kindern auch die *Deutschkenntnisse* beurteilt und dokumentiert.

Beurteilt wird die Sprache zunächst im Rahmen der untersuchungsbedingten Kommunikation, aber immer auch angeleitet im Rahmen einer Bildergeschichte und, falls erforderlich, mit Hilfe von Bildtafeln und zusätzlichen Screeningvorlagen.

Beim Sprachbefund wird unterschieden:

- a. Diagnostischer Abklärungs- und ggf. logopädischer Therapiebedarf

(Sprachentwicklungsverzögerung bzw. Sprachentwicklungsstörung)  
 b. Pädagogischer Förderbedarf (Sprachkompetenz)

Folgende Ergebnisse wurden erhoben (Abb. 9 bis 12):

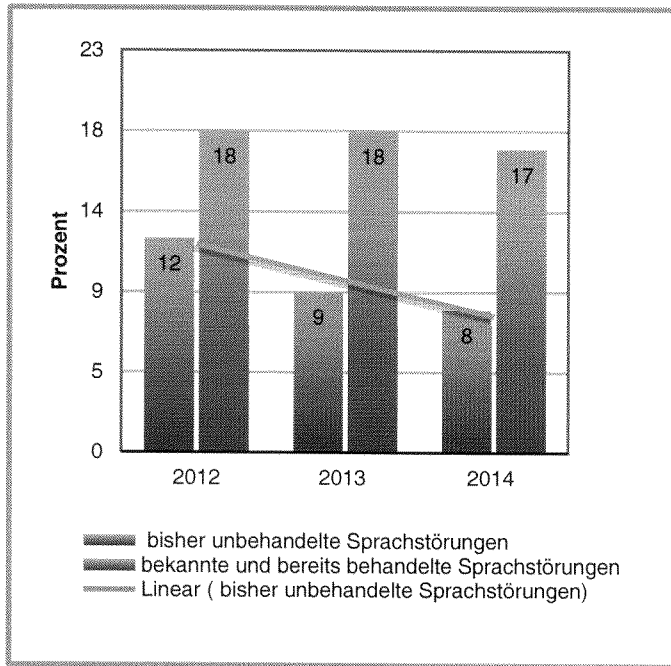


Abb. 9: Behandlungsbedürftige Sprachstörungen (alle)

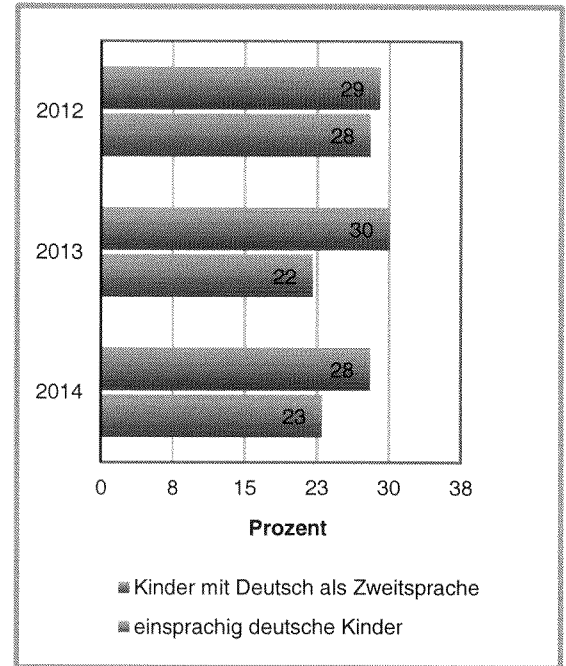


Abb. 10: Therapiebedarf Kinder mit und ohne Migrationshintergrund (nur Migrantenkinder)

Die Rate der behandlungsbedürftigen Sprachstörungen ist rückläufig (Abb. 9). Als eine Ursache des Rückgangs kann die frühzeitige flächendeckende Sprachstandbeobachtung (Zauberbox) in den Kindertagesstätten im Alter von 4 - 4,5 Jahren angenommen werden. Bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache wird seit 2 Jahren häufiger Therapiebedarf festgestellt als bei einsprachig deutschen Kindern, wobei sich die meisten Kinder bei der S1 bereits in Behandlung befinden.

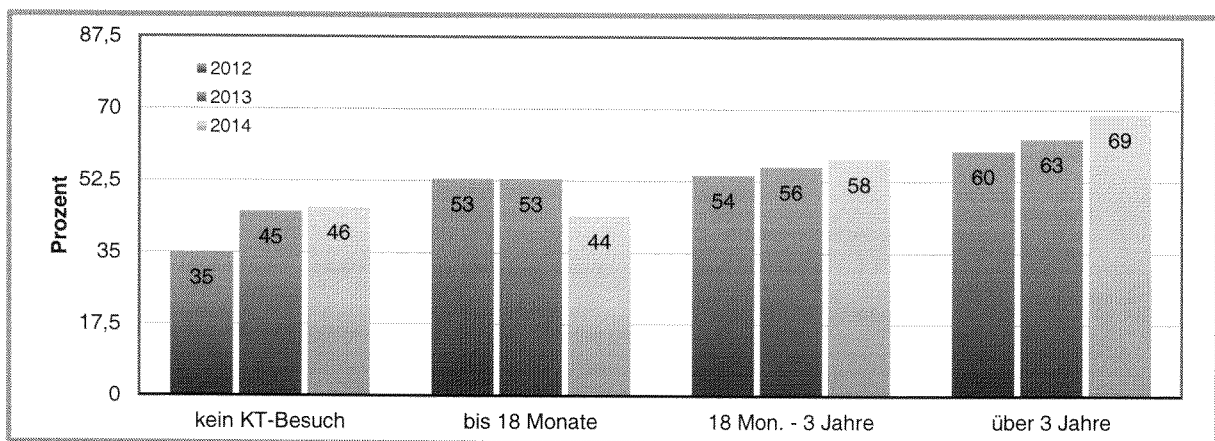


Abb. 11: Kein Sprachtherapiebedarf abhängig von der KT-Besuchsdauer

Abbildung 11 verdeutlicht den Einfluss der Besuchsdauer der KT auf den Sprachtherapiebedarf zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung. Je länger ein Kind die KT besucht, desto seltener wird Therapiebedarf festgestellt.



Die Beurteilung des pädagogischen Handlungsbedarfes ist deutlich schwieriger, weil kein sicheres Screeninginstrument zur Verfügung steht. Die Einschätzungen sind eher subjektiv und werden von verschiedenen Untersuchern unterschiedlich bewertet. Somit sind die bei der Schuleingangsuntersuchung erhobenen Ergebnisse entsprechend vorsichtig zu interpretieren.

Beurteilt werden die Sprachkenntnisse der Kinder mit Migrationshintergrund nach dem S-ENS-Item „Deutschkenntnisse“.

Dabei erfolgt eine Einteilung nach folgenden Kriterien:

- 1 keine Deutschkenntnisse
- 2 schlechte Deutschkenntnisse
- 3 flüssig mit erheblichen Fehlern
- 4 flüssig mit leichten Fehlern
- 5 fehlerfrei

Bei der längerfristigen Betrachtung seit dem Jahre 2007 wird deutlich, dass der Anteil der Kinder mit guten bis sehr guten Deutschkenntnissen (4+5) ab dem Jahr 2011 leicht, aber kontinuierlich abnimmt. Dies geht vorwiegend zulasten der Kinder mit schlechten bzw. fehlenden Deutschkenntnissen (Abb. 12).

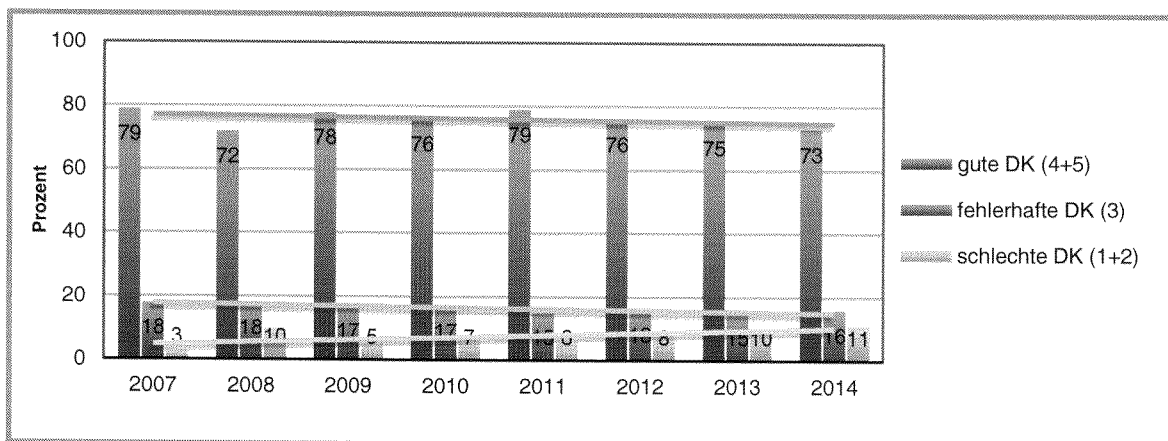


Abb. 12: S-ENS-Item „Deutschkenntnisse“

Ein weiteres informelles Item kennzeichnet den pädagogischen Handlungsbedarf hinsichtlich *Wortschatz, Satzbau und Sprachverständnis*, das für deutsche und nichtdeutsche Kinder angewandt wird.

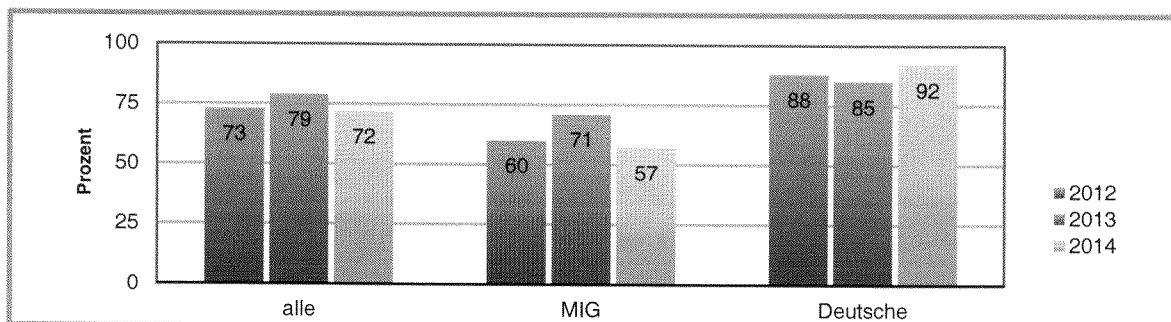
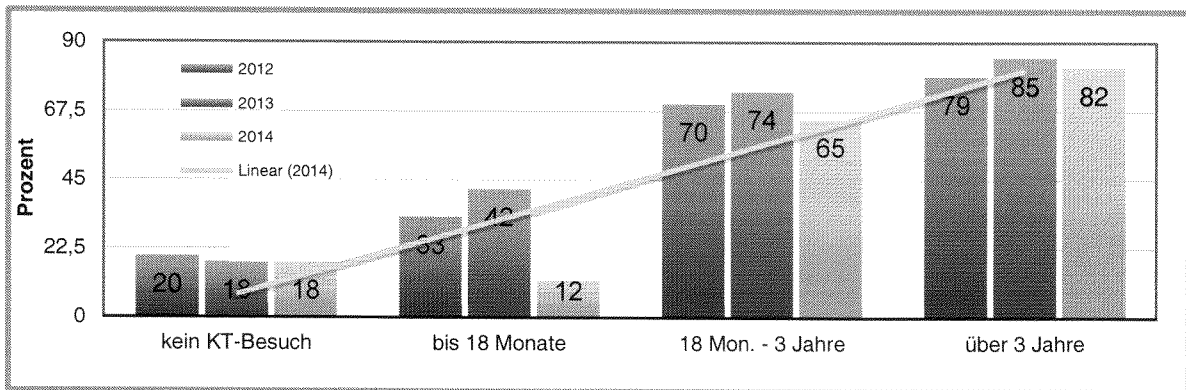


Abb. 13: Kein besonderer pädagogischer Handlungsbedarf in allen 3 Sprachqualitäten

Einsprachig deutsche Kinder werden in der KT zunehmend gut auf die Schule vorbereitet.

Bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache besteht deutlich häufiger auch die der S1 noch besonderer pädagogischer Sprachförderbedarf. Ursache ist u. a. die zunehmende Zahl der Flüchtlingsfamilien, der Zuwandererfamilien aus den neuen EU-Ländern und den aus Nordafrika über Südeuropa zugewanderten Familien, die mehrheitlich bildungsbenachteiligt sind und sich in wirtschaftlich prekären Situationen befinden (Abb.13).

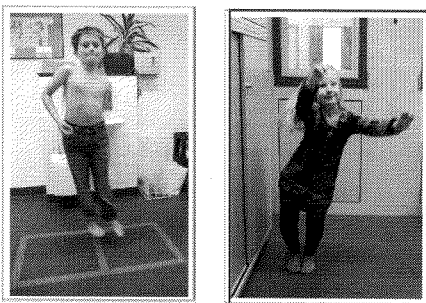


**Abb. 14: Kein besonderer pädagogischer Handlungsbedarf in allen 3 Sprachqualitäten abhängig von der KT-Besuchsdauer**

Abbildung 14 zeigt eindrucksvoll den deutlichen Effekt eines ausreichend langen KT-Besuchs auf die Sprachentwicklung der Kinder.

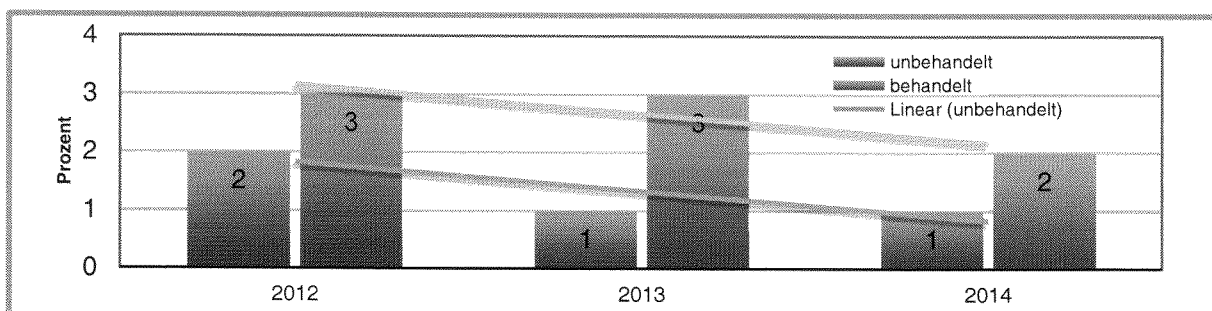
## Motorik

Beurteilt werden Körperkoordination und Feinmotorik.



**Abb. 15: Überprüfung der Körperkoordination**

Die standardisierte Überprüfung der Körperkoordination erfolgt durch seitliches Hin- und Herspringen in zwei 50 x 50 cm großen Feldern. Dokumentiert wird die Zahl der Sprünge innerhalb von 10 Sekunden.

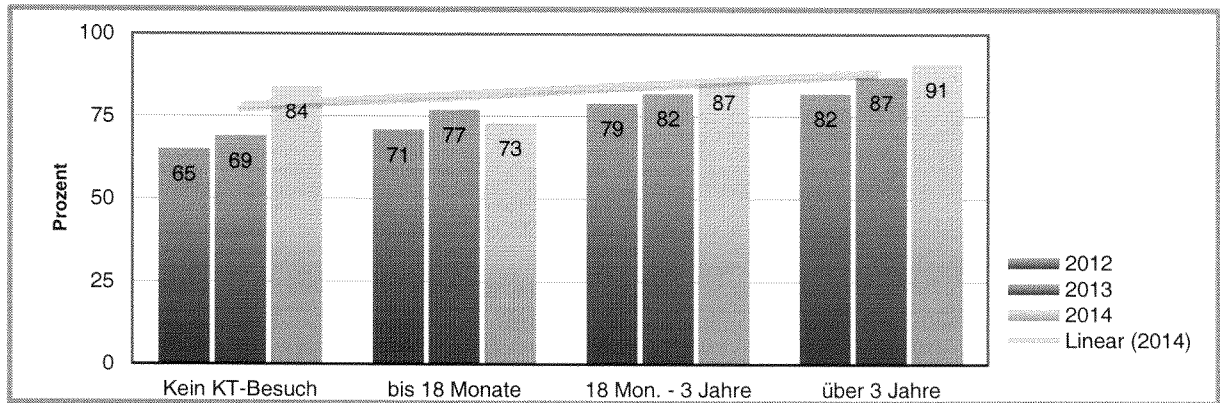


**Abb. 16: Behandlungsbedürftige Störungen der Körperkoordination**

Behandlungsbedürftige Störungen der Körpermotorik sind selten (Abb. 16) und werden in der Regel bereits vor der Schuleingangsuntersuchung diagnostiziert und behandelt.

Im Vergleich zu früheren Jahren (Schuleingangsuntersuchungen 2005-2009) sind behandlungsbedürftige motorische Koordinationsstörungen deutlich rückläufig von über 11 % im Jahr 2006 auf 3 % in 2014.

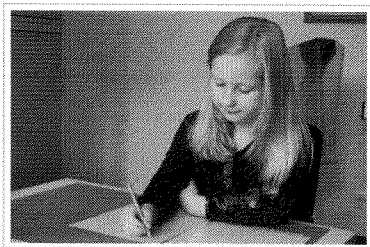
Leichte Unsicherheiten der motorischen Koordination haben hinsichtlich eines erfolgreichen Schulbesuchs eher keine signifikante Voraussagekraft. Daher werden sie an dieser Stelle nicht weiter analysiert.



**Abb. 17: Altersgemäße Körpermotorik abhängig von der KT-Besuchsdauer**

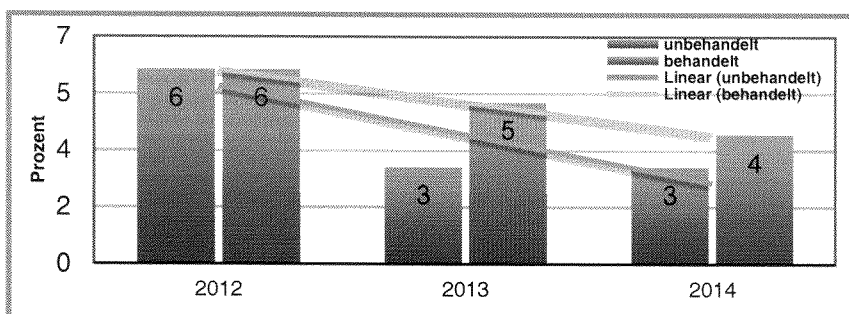
Eine altersgemäße Körperkoordination korreliert nur geringfügig mit der Dauer des KT-Besuchs (Abb. 17).

Eine wesentlich stärkere Relevanz für einen erfolgreichen Schulbesuch hat die **visuomotorische Koordination**.



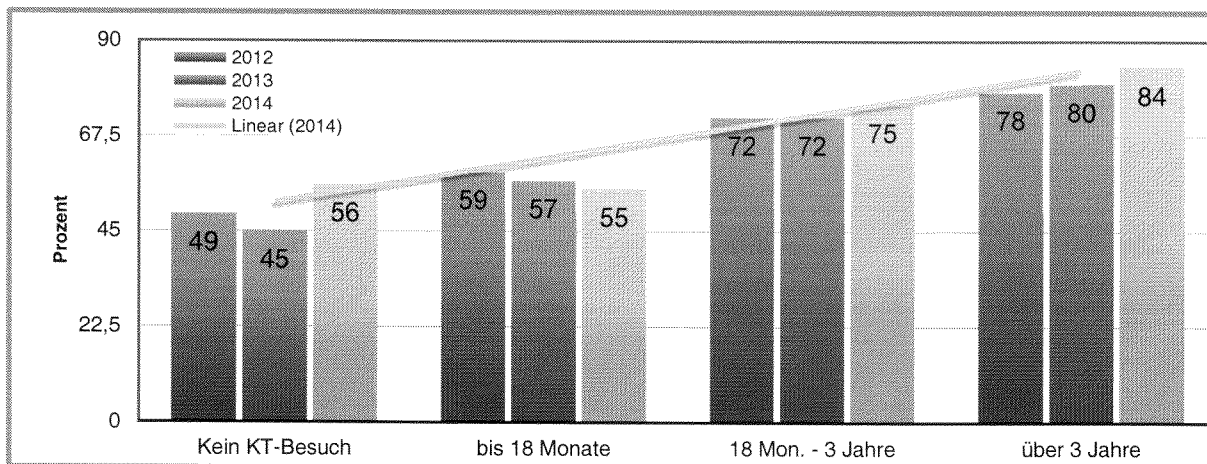
**Abb. 18: Überprüfung der Feinmotorik und Visuomotorik**

Zur Überprüfung der Visuomotorik zeichnet das Kind 3 Figuren von Malvorlagen ab und ergänzt vier unvollständig gezeichnete Figuren. Bei dieser Aufgabe werden vor allem Fertigkeiten überprüft, die die Voraussetzung für den Schreiblernprozess darstellen.



**Abb. 19: Behandlungsbedürftige feinmotorische Störungen**

Behandlungsbedürftige feinmotorische Störungen sind rückläufig. Insbesondere bislang un- behandelte Auffälligkeiten haben sich gegenüber 2012 halbiert.



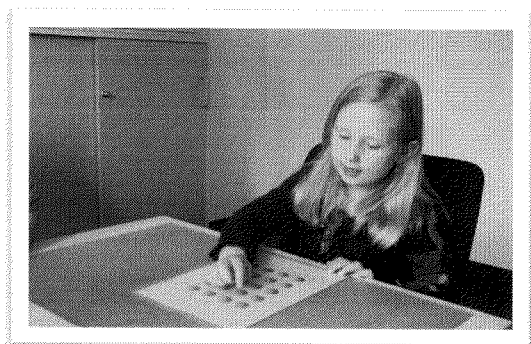
**Abb. 20: AltersgemäÙe Feinmotorik abhängig von der KT-Besuchsdauer**

Noch deutlicher als die Körpermotorik verbessert sich die Fein- und Visuomotorik mit der Dauer des KT-Besuchs.

### Wissen und Denken

Die Überprüfung des altersgemäÙen Wissens und der Denkfähigkeit erfolgt im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung informell anhand folgender Kriterien:

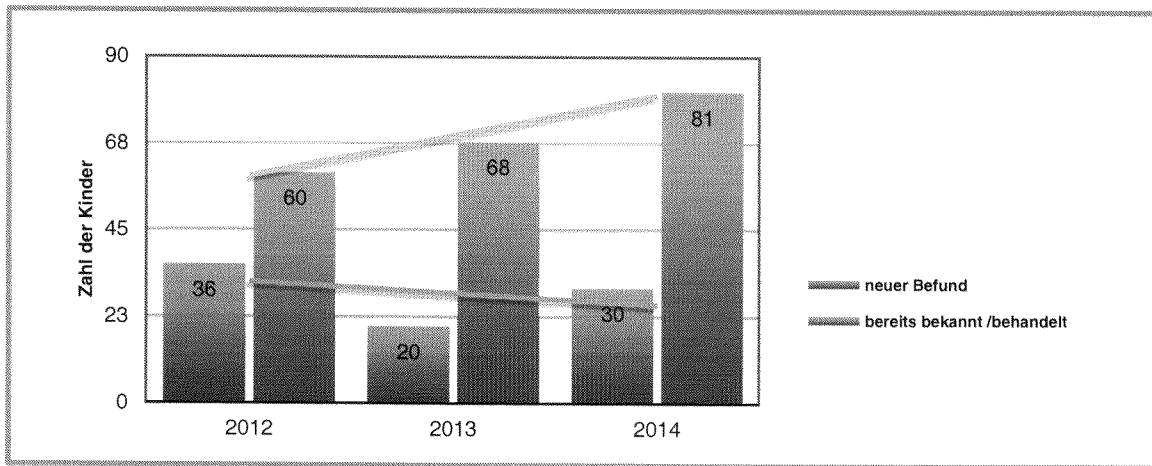
- Farben
- Formen
- Mengenvorwissen
- Aufgabenverständnis und Regelerkennung im Rahmen des S-ENS



**Abb. 21: Überprüfung des Mengenvorwissens**



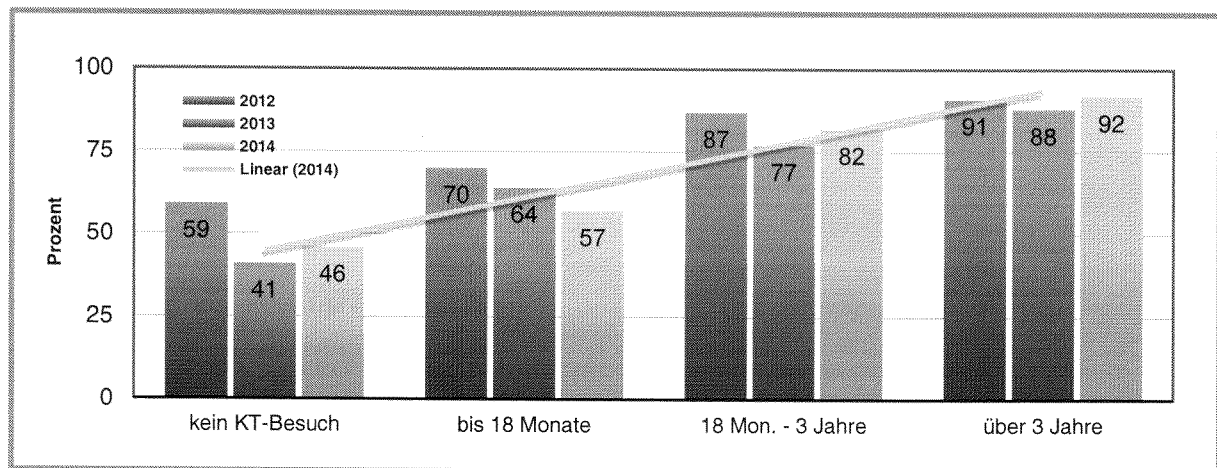
**Abb. 22: Überprüfung der visuellen Wahrnehmung und des schlussfolgernden Denkens**



**Abb. 23: Diagnostik- / Therapiebedarf bei kognitiver Einschränkung**

Seit vielen Jahren liegt der Anteil der Kinder mit relevanten kognitiven Einschränkungen bei 4%. Bei den meisten Kindern war bereits eine Diagnostik erfolgt und geeignete Fördermaßnahmen in die Wege geleitet worden.

Im Prinzip entspricht die Gesamtrate von 4 % der Zahl der nicht lernzielgleich zu unterrichtenden Kinder mit sonderpädagogischem Förderanspruch.



**Abb. 24: Altersgemäße kognitive Entwicklung in Abhängigkeit von der KT-Besuchsdauer**

Auch in der Gesamtbewertung „**Wissen und Denken**“ weisen Kinder mit längerem KT-Besuch häufiger ein unauffälliges Ergebnis auf (Abb. 24).

### **Besondere Einflussfaktoren auf Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung**

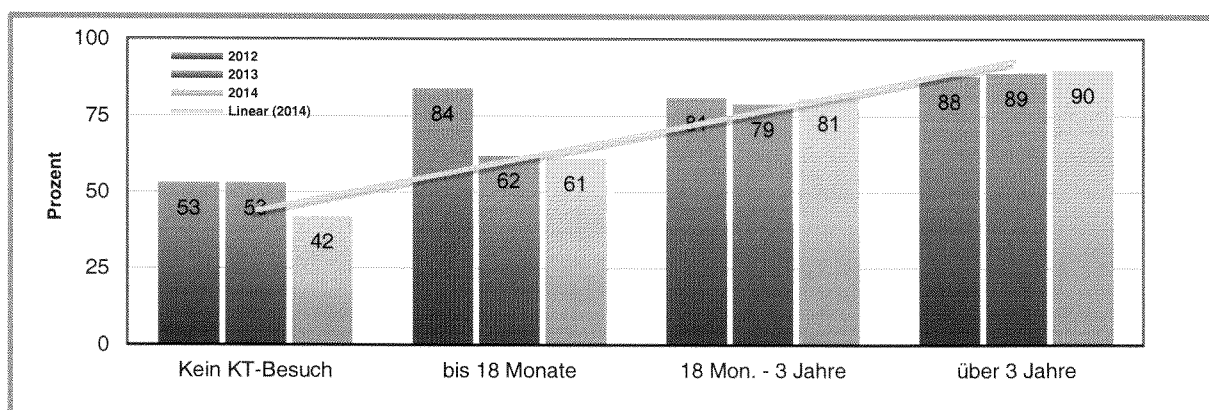
Entwicklungsrisiken können aufgrund folgender Faktoren entstehen und sollen etwas genauer betrachtet werden:

- Fehlender, zu kurzer oder unregelmäßiger KT-Besuch
- Chronische Erkrankungen und Behinderungen
- Frühgeburtlichkeit
- Psychosoziale Risikofaktoren

## ➤ Kindergartenbesuch

Wichtiger Einflussfaktor für die vorschulische Entwicklung ist die Zeitdauer des Kindergartenbesuchs. Im Betrachtungszeitraum besuchten 5% der Kinder eines jeden Jahrgangs den Kindergarten nicht oder kürzer als 18 Monate. Für Kinder aus anderen Herkunftsländern bedeutet der Besuch der Kindertagesstätte häufig die erste stabile Kontaktmöglichkeit zum deutschen Sprach- und Kulturumfeld.

Wie bereits in den Abbildungen 11, 14, 17, 20 und 24 veranschaulicht, hat ein KT-Besuch über 18 Monate eindeutig positive Auswirkungen auf die Sprachkompetenz, die Motorik und die kognitive Entwicklung des Kindes. Die Effekte verstärken sich noch durch den ganztägigen Besuch der Einrichtung.



**Abb. 25: Keine regelabweichende Schulempfehlung abhängig von der KT-Besuchsdauer**

Entsprechend korreliert auch die Empfehlung zur Regeleinschulung mit der KT-Besuchsdauer (Abb. 25).

Aus allen bisher dargestellten Ergebnissen schulrelevanter Fertigkeiten ist es wenig überraschend, dass bei Kindern mit kürzerem KT-Besuch deutlich häufiger ein regelabweichender Schulvorschlag erfolgt als bei Kindern, die den Kindergarten länger als 18 Monate besuchen. Dabei handelt es sich vorwiegend um Vorschläge zur Zurückstellung von der Regeleinschulung.

## ➤ Chronische Erkrankungen und Behinderungen

Der Anteil der Kinder mit körperlichen, seelischen und geistigen Beeinträchtigungen liegt konstant bei 2-3% des Einschulungsjahrgangs. Die zunehmende und notwendige inklusive Beschulung dieser Kinder stellt Eltern und Schulen vor eine besondere Herausforderung.

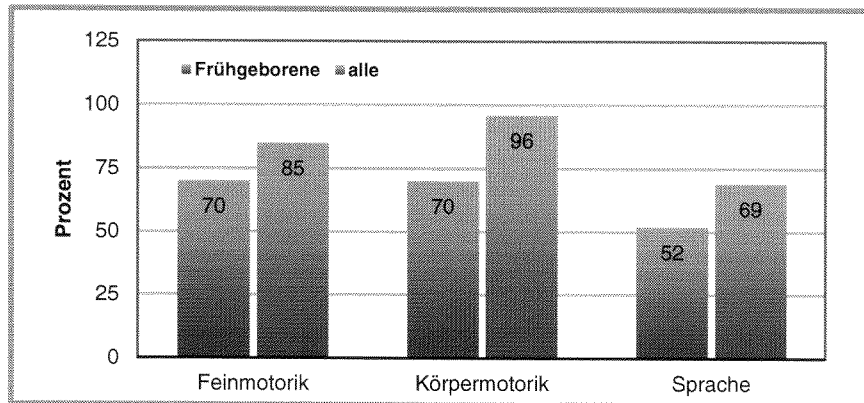
	2012	2013	2014
<b>Chronische Erkrankung</b>	100 (4%)	145 (5%)	125 (4%)
<b>Behinderung</b>	62 (2%)	61 (2%)	68 (2%)

**Tab. 3: Chronische Erkrankungen und Behinderungen**

Eine weitere besondere Aufgabenstellung ergibt sich hinsichtlich des Handlings chronischer Erkrankungen im Schulalltag wie Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und schwerer Allergien.

## ➤ Frühgeburtlichkeit

2014 wurden 29 früh geborene Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g untersucht. Alle Kinder bis auf ein Mädchen besuchten die Kindertagesstätte länger als 18 Monate.



**Abb. 26: Unauffällige Befunde bei Kindern mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 g bei der S1 2014**

Unauffällige Befunde in Feinmotorik, Körperkoordination und Sprache waren deutlich seltener als im gesamten Jahrgang (Abb. 26).

Eine regelabweichende Schulempfehlung erfolgte mit 30% doppelt so häufig wie im gesamten Jahrgang mit 16%. In diesen Fällen wurde überwiegend eine Zurückstellung von der Einschulung in die KT oder die Vorklasse empfohlen. Eine sonderpädagogische Förderung war nicht häufiger erforderlich als im Jahrgangvergleich.

## ➤ Psychosoziale Risikofaktoren

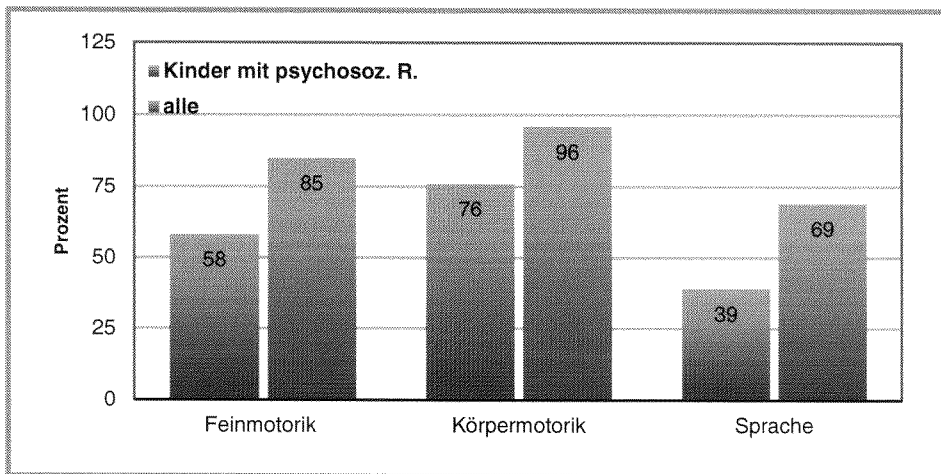
Im Rahmen der Vereinheitlichung und Standardisierung der Schuleingangsuntersuchung in Hessen wurde dieses Item 2008 neu eingeführt. Es verfolgt das Ziel, solche Fälle zu identifizieren und zu dokumentieren, in denen auf Grund ungünstiger psychosozialer Umgebungsbedingungen erhöhter sozialpädiatrischer Hilfebedarf besteht. Als Kriterium gilt die

persönliche Einschätzung des Untersuchers. Bewertet wird, ob sich ein psychosoziales Risiko (Tab. 4) nachteilig auf die Betreuung und Förderung eines Kindes auswirkt.

Familie	psychisch kranke, suchtkranke oder behinderte Eltern und/oder Geschwister
Noncompliance	erwiesene Noncompliance (z.B. auf der Basis von Vorsorge- oder Impfstatus und/oder anderer Informationen wie z.B häufige Umzüge, Arztwechsel)
Sozial	z.B. Langzeitarbeitslosigkeit, Bezug wirtschaftlicher Sozialhilfe, Eineltern-Familie, Viel-Kinder-Familie, Großeltern-Familie, Pflegekind, Broken Home, Leben im sozialen Brennpunkt, schlechter Pflegezustand, schlechter Ernährungszustand.
Migration	nicht ausreichende sprachliche und gesellschaftliche Adaptation bzw. Integration.

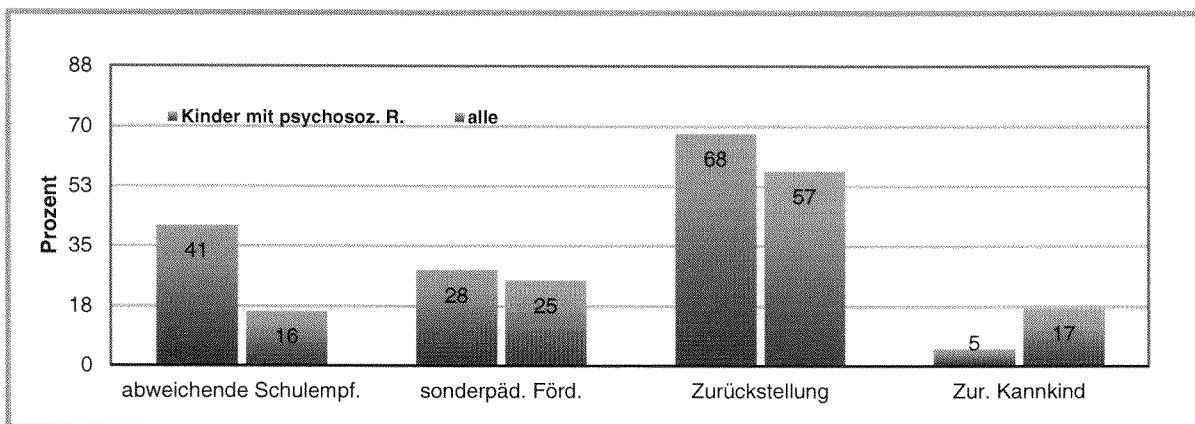
**Tab. 4: Psychosoziale Risikofaktoren**





**Abb. 27:** Unauffällige Befunde in Entwicklungsbereichen abhängig von psychosoziale Risikofaktoren

Bei der Schuleingangsuntersuchung 2014 wurden 525 Kinder (18,2%) mit einer psychosozialen Risikokonstellation identifiziert.



**Abb. 28:** Regelabweichende Schulempfehlung abhängig von psychosoziale Risikokonstellationen

Kinder aus dieser Gruppe haben deutlich schlechtere Ergebnisse in verschiedenen Entwicklungsbereichen. Sie sind mit 5 % häufiger von Behinderungen betroffen als der gesamte Jahrgang (2-3%).

Sie leiden auch häufiger unter chronischen Krankheiten mit 7% gegenüber 4-5 % in der gesamten Altersgruppe.

Kinder aus Familien mit einer entsprechenden Risikokonstellation erhalten fast 3 x so häufig eine regelabweichende Schulempfehlung wie die gesamte Altersgruppe.

## Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse

Anlässlich der vorgelegten Ergebnisse können zusammenfassend folgende Feststellungen getroffen werden:

- Seit 3 Jahren liegt die **Zahl der Kinder** für die Schuleingangsuntersuchung zwischen 2700-2900 pro Jahrgang. 2014 war ein Anstieg von ca. 200 zu verzeichnen.



➤ **Gesundheitsvorsorge:**

Wiesbadener Kinder sind medizinisch und pädagogisch gut versorgt.

Die Teilnahmequote an den Vorsorgeuntersuchungen hat sich seit der gesetzlichen Einführung der Teilnahmeverpflichtung und des Erinnerungssystems deutlich verbessert. Die aktuelle Quote für den Nachweis eines vollständigen Untersuchungsstatus liegt seit 2013 über 70 %.

Die überwiegende Zahl der behandlungsbedürftigen Befunde sind bereits kinderärztlich vor der Schuleingangsuntersuchung erkannt und behandelt.

Trotz der guten kinderärztlichen Versorgung in Wiesbaden hat die Schuleingangsuntersuchung aber neben dem sozialmedizinischen Schwerpunkt auch eine wichtige individualmedizinische Aufgabe: im Sinnesorganscreening, beim Körpercheck und insbesondere beim Entwicklungsscreening werden neue Befunde in relevantem Ausmaß festgestellt und einer Behandlung zugeführt.

Der tatsächliche Durchimpfungsgrad ist - trotz des hohen Anteils an „unvollständigem Impfstatus“ gut. Spezielle Risiken von Durchbruchserkrankungen aufgrund zu niedriger Durchimpfungsraten, z. B. bei Masern, bestehen derzeit nicht.

Auch Kinder mit Beeinträchtigungen sind in Wiesbaden medizinisch gut versorgt.

Im Rahmen der Modellregion Inklusion wurden schon wichtige Weichen gestellt.

Seit Jahren trägt neben der guten Betreuung durch die niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzte und das Sozialpädiatrische Zentrum der HSK, die Behinderterberatungsstelle des Gesundheitsamtes mit einer erfahrenen Kinder- und Jugendärztin, einer Arzthelferin, einem Sozialpädagogen und einer Heilpädagogin zur guten Versorgung dieser Kinder bei.

Die zufriedenstellende individuelle pädagogische Betreuung stark beeinträchtigter Kinder, vor allem im Entwicklungsbereich „Sozial-Emotionale Entwicklung“, bedarf aber noch weiterer Anstrengungen.

Das Management von Kindern mit chronischen Erkrankungen in Schulen und Kindergärten bedarf ebenfalls noch interdisziplinärer Kooperationen, um Schulen zu unterstützen und um Gesundheitsrisiken zu minimieren. Dazu leistet die durch eine Diplom-Sozialpädagogin besetzte „Sozialpädiatrische Koordination einen zunehmend wichtigen Beitrag.

Kinder aus Familien mit erhöhtem psychosozialen Risiko haben deutlich mehr gesundheitliche Probleme und Entwicklungsdefizite als der Durchschnitt der Altersgruppe.

➤ **Kinder mit Migrationshintergrund:**

Mittlerweile übersteigt die Zahl der Kinder mit Migrationshintergrund (56%) die Zahl der deutschen Kinder (44%).

Die größte Gruppe bilden Kinder arabischen Sprach- und Kulturhintergrunds mit 24 %, dicht gefolgt von Kindern mit türkischem Migrationshintergrund (22 %), aus dem Mittelmeerraum einschließlich Balkan mit 20 % und Kindern aus den ehemaligen GUS-Staaten und Osteuropa mit derzeit 19 %. Das führt in einigen Stadtteilen zu einer hohen Konzentration nicht deutschsprachiger Kinder in den entsprechenden Schulen und Kindertagesstätten.

Die sich daraus ergebenden sozialen Probleme, vor allem aber Sprach- und Lernprobleme lassen sich aus den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung teilweise ablesen.

Betont werden muss aber, dass ein Migrationshintergrund nicht automatisch als Risikofaktor zu bewerten ist, sondern nur bei mangelhafter oder fehlender Integration der

Familien und bei prekären sozioökonomischen Bedingungen ein Problem darstellt.

➤ **Kindertagesstättenbesuch:**

98% aller Kinder besuchen vor der Einschulung eine Kindertagesstätte, 80% im Ganztagsangebot. Die Tendenz der Kinder mit einem KT-Besuch über 18 Monate ist steigend.

Bessere Ergebnisse in allen schulrelevanten Entwicklungsbereichen korrelieren eindeutig mit der KT-Besuchsdauer.

Die pädagogische Arbeit der Kindertagesstätten in Wiesbaden ist effektiv. Am deutlichsten ist das durch Ergebnisse der S1 für die Sprachentwicklung und für die Feinmotorik zu belegen.

➤ **Sprachkompetenz**

Sprachentwicklung ist kein automatischer Vorgang, wie beispielsweise die motorische Entwicklung. Ein Kind lernt automatisch laufen, wenn es nicht massiv daran gehindert wird. Es lernt aber nur sprechen, wenn es einen adäquaten Ansprechpartner hat. Es lernt Sprechen, Verstehen und Denken nur durch Sprache.

Zusätzlich stellt Sprechen eine Beziehung zu einer anderen Person her, sodass Sprache auch unmittelbar mit der emotionalen Ebene verknüpft ist.

Das ist zu berücksichtigen, wenn die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung bewertet und interpretiert werden sollen.

Kindertagesstätten in Wiesbaden sind durch die flächendeckende Sprachstandserhebung mittels „Zauberkiste“ in die Lage versetzt, bereits frühzeitig - bei Kindern von 4 - 4 1/2 Jahren – Sprachauffälligkeiten mit pädagogischem oder therapeutischem Sprachförderbedarf zu ermitteln. In Zweifelsfällen dient die Zusatzdiagnostik der Sprachheilbeauftragten der LHW und einer weiteren Logopädin in einer Sprechstunde im Gesundheitsamt der Differenzierung und Einleitung geeigneter Maßnahmen. Die damit einhergehende Sensibilisierung der Erzieherinnen und eine verbesserte Alltagsförderung tragen Früchte.

Dennoch ist zu fragen, ob dieser Zeitpunkt alleine ausreichend ist, Sprachauffälligkeiten und Sprachstörungen rechtzeitig zu erfassen und geeignete Maßnahmen einzuleiten.

Das 2010 installierte Projekt des Gesundheitsamtes „Eltern-Impuls-Anleitung für Sprache“ - **ELIAS** - mit der Sprachheilbeauftragten und der Heilpädagogin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes erfasst in Kooperation mit den niedergelassenen Kinderärzten Kinder mit verzögertem Sprachbeginn bereits im Alter von 2 Jahren und bietet den Eltern ein niedrigschwelliges Impulsberatungsangebot. Das Angebot ist erfolgreich, wird gut nachgefragt und sehr gut angenommen. Eine Intensivierung wäre wünschenswert, um die Nachfrage zeitnah erfüllen zu können.

Auf der Suche nach **Ursachen** für die mangelnden Deutschkenntnisse von gesunden Kindern trotz langer KT-Besuchszeit muss auf ein zwar zunehmend beachtetes, dennoch unterschätztes Phänomen aufmerksam gemacht werden:

- die hohen Umgebungsgeräusche in Kindertagesstätten und Schulen und
- den mangelnden konstruktiven Schallschutz in Einrichtungen.

Hohe Umgebungsgeräusche und der in vielen öffentlichen Gebäuden ausgeprägte Nachhall verhindern eine akustische Differenzierung von Sprache und bringen damit Kinder mit schlechten Deutschkenntnissen um die Chance, in der Gruppe Sprache ausreichend zu filtern. Viele Kinder sind ohnehin durch permanente Beschallung im häuslichen Umfeld durch Fernseher, mp3-Player o.ä. bereits stark eingeschränkt in

ihrer auditiven Wahrnehmungsleistung und akustischen Differenzierungsfähigkeit. Kommen dann noch alterstypische, infektierte leichte Hörstörungen hinzu, reduziert sich die Chance nochmals, Sprache sinnvoll aufzunehmen und zu speichern. Um Abhilfe zu schaffen, ist die fortgesetzte Thematisierung und Umsetzung eines pädagogischen Schallmanagements in Kindertagesstätten und Schulen erforderlich. Eine gut besuchte Veranstaltung des „Übergang Kindergarten - Schule“ im Jahr 2013 dokumentiert das Interesse der Einrichtungen an dieser Thematik. Die bauliche Ertüchtigung der Schulen zur Umsetzung des inklusiven Unterrichts kommt zwar auch den o.g. Kindern zugute, ist aber noch nicht ausreichend. Umfassende Konzepte zu konstruktivem und pädagogischen Schallschutz wären hilfreich.

Wiesbaden, der 12.11.2014

Dr. Helga Frey  
(Kinder- Jugend- und Zahnärztlicher Dienst)