

E i n s i c h t e n u n d A u s s i c h t e n

**Bericht zur gesundheitlichen Lage der Schulanfänger
im Landkreis Hildesheim
1998**



**Herausgeber:
Landkreis Hildesheim, Gesundheitsamt - Jugendärztlicher Dienst
Hildesheim, Juli 1999**

INHALTSVERZEICHNIS

	<i>Seite</i>
Vorwort	5
Danksagung	7
Kapitel 1: Schuleingangsuntersuchung - was muß sie leisten ? Individualmedizinische, sozialkompensatorische und epidemiologische Aspekte	9
Kapitel 2: Warum ausgerechnet SOPHIA ?	12
2.1 Grundsätzliches zum Verfahren	12
2.2 Angaben zum Untersuchungsablauf	12
2.3 Hinweise zur Struktur- und Prozeßqualität	13
Kapitel 3: Ene mene Muh - woher kommst denn du ?	15
Angaben zur Gruppe der untersuchten Kinder	
3.1 Geschlecht	15
3.2 Wohnort	15
3.3 Zustimmung zur Sozialdatenerfassung	17
3.4 Nationalität	17
3.5 Angaben zur Frühgeburtlichkeit	18
3.6 Vorsorgeverhalten	19
3.7 Vorschulische Erziehung	22
Kapitel 4: Untersuchungsmethoden, Ergebnisse, Diskussionen	23
4.1 Einleitung	23
4.2 Ich sehe was, was du nicht siehst - Sehtestung	23
4.3 Hänschen, piep einmal - Hörtestung	25
4.4 Fischers Fritze - Expressive Sprachentwicklung	26
4.5 Stille Post, und: Das ist der Daumen - rezeptive Sprachentwicklung, visuelle Wahrnehmung und visuomotorische Koordination	29
4.6 Häschen hüpf - motorische Auffälligkeiten	31
Kapitel 5: EINSICHTEN . . .	33
5.1 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse aus den schulrelevanten Teilbereichen	33
5.2 Empfehlungen zur Einschulung	42
Kapitel 6: . . . und AUSSICHTEN	49
Zusammenfassende Beurteilung von Verfahren und Ergebnissen; Vorschläge zur Planung künftigen Vorgehens	
Kapitel 7: Tabellarischer Anhang und Materialien	53
Daten aus weiteren Untersuchungsbereichen, Impfstatistik, wesentliche Formblätter	
Kapitel 8: Literaturverzeichnis	60

Vorwort

Wir haben Kindern gegenüber eine besondere Verpflichtung. Sie müssen gesund aufwachsen und sich frei entfalten können. Aus diesem Grund gehört die Schulgesundheitspflege seit Jahrzehnten zu den Dienstaufgaben in unserem Landkreis. Die jährliche Schuleingangsuntersuchung mit der Erfassung eines ganzen Jahrganges ist dabei von besonderer Bedeutung. Erstmals mit dem Untersuchungsjahrgang 1997/1998 wurde diese Untersuchung durch den Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes nach einem standardisierten Verfahren (SOPHIA = sozialpädiatrisches Programm Hannover, jugendärztliche Aufgaben) durchgeführt. Nach diesem Modell arbeiten inzwischen 20 Gesundheitsämter mit Schwerpunkt in Niedersachsen. Grundlagen von SOPHIA sind standardisierte Untersuchungsmethoden, Dokumentation und Auswertung der erhobenen Befunde. Die Ergebnisse lassen sich durch die Vielfalt der dokumentierten Kategorien von der Vorgeschichte über die Sozialanamnese bis zu den medizinischen Befunden mit der Möglichkeit der Regionalisierung zur Beantwortung einer breiten Palette von Fragen heranziehen. Die Gesundheitsberichtserstattung kann als Grundlage für eine regionale Gesundheitsplanung, Steuerung und Evaluation dienen und gestattet überregionale Vergleiche.

Diese Arbeit soll helfen, für unsere Kinder weiterhin gute Rahmenbedingungen für den „Start ins Leben“ zu schaffen. Die Schuleingangsuntersuchung mit der Erfassung von annähernd 100% der Bevölkerung einer Altersstufe soll auch in Zukunft dazu beitragen.

An dieser Stelle möchte ich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ganz herzlich für die Vorbereitung und Erarbeitung dieses Berichtes danken.



Michael Schöne
Oberkreisdirektor

Danksagung

Der vorliegende Bericht ist der erste seiner Art, den wir als Jugendärztlicher Dienst des Gesundheitsamtes des Landkreises Hildesheim erstellen.

Die dargestellten Daten erscheinen uns so aussagekräftig und wichtig, dass eine Berichterstattung nicht in fernere Zukunft verschoben werden sollte. Dass bei kritischer Betrachtung eines "ersten Versuchs" formale und inhaltliche Verbesserungsmöglichkeiten deutlich werden, ist nicht überraschend und sollte zur Steigerung der Prozeßqualität führen.

Die hiermit vorgelegten "Einsichten" gewannen wir in enger und fast immer sehr konstruktiver Zusammenarbeit mit den Grundschulen aus Stadt und Landkreis Hildesheim und den niedergelassenen Kollegen, vor allem den Kinder- und Allgemeinärzten, den Augenärzten, HNO-Ärzten und Orthopäden, bei denen wir uns hier sehr herzlich für ihre Unterstützung bedanken möchten. Die Rückmeldequote - das ist der Anteil der von uns ausgegebenen Arztüberweisungen, die den Weg von uns über die Eltern an die niedergelassenen Kollegen und dann wieder zu uns zurück finden - beträgt in unserem Landkreis etwa 75%. Verglichen mit anderen Landkreisen ist dieser Wert außergewöhnlich hoch und spricht trotz aller Verbesserungswünsche für eine sehr gute und damit im Sinne der Kinder sinnvolle Zusammenarbeit.

Unser Dank gilt auch den Schulen, die uns fast immer ausreichende, oftmals sogar sehr gute Untersuchungsbedingungen ermöglichen trotz z. T. erheblicher Zeit- und Raumengpässe.

Allen direkt und indirekt an der Entstehung Beteiligten sei dieser Bericht empfohlen zur kritischen Lektüre und als Diskussionsgrundlage für unser gemeinsames Vorgehen in den kommenden Jahren, damit die verfügbaren Mittel so sinnvoll wie möglich eingesetzt werden zum Wohle "unserer" Kinder.

Hildesheim, Juli 1999

*Der Jugendärztliche Dienst
im Gesundheitsamt des Landkreises Hildesheim*

Kapitel 1: Schuleingangsuntersuchung - was muß sie leisten?

Individualmedizinische, sozialkompensatorische und epidemiologische Aspekte

Der vorliegende Bericht entstand im Spannungsfeld zwischen immer engeren Rahmenbedingungen für die Kostenträger der Schuleingangsuntersuchungen (in unserem Fall für den Landkreis Hildesheim) einerseits und den ganz offensichtlich gleichzeitig in Zahl und Schweregrad zunehmenden ernsthaften und mit Mitteln der Regelschulen nicht mehr kompensierbaren Schulleistungsproblemen vieler "unserer" Kinder und Jugendlichen andererseits.

Zur Illustration sei auf eine aktuelle Zahl aus dem Jugendhilfeplan des Landkreises Hildesheim von 1998 verwiesen:

Unter dem Stichwort "Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte" (entsprechend § 35 a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes) trägt der Landkreis Hildesheim unter bestimmten Voraussetzungen Kosten für außerschulische Hilfsmaßnahmen. Anspruchsträger sind hier fast ausschließlich Kinder und Jugendliche mit erheblichen Schwierigkeiten im Bereich von Lesen und Schreiben. Voraussetzung für die Hilfeleistung ist u. a., dass die schulischen Hilfsangebote erschöpft, die innerschulischen Kompensationsmöglichkeiten also überfordert sind (eine Tatsache, die trotz engagierter pädagogischer Arbeit in Anbetracht der Gesamtsituation nicht überrascht).

Die Fallzahlen bzw. jährlichen Kosten haben sich in den letzten drei Jahren wie folgt entwickelt:

Tabelle 1.1: Hilfeempfänger bzw. Kosten im Bereich Eingliederungshilfe nach § 35 a KJHG
(zitiert nach: Jugendhilfebericht des Landkreises Hildesheim 1998)

1996	54 Personen	438.780 DM
1997	74 Personen	631.954 DM
1998	108 Personen	872.489 DM

Diese Zahlen sind in zweierlei Hinsicht erschreckend:

Zum einen muß das Maß der Zunahme der hier entstehenden Kosten für den Träger der Jugendhilfe, den Landkreis Hildesheim, alarmierend sein.

Auf der anderen Seite ist klar, dass es sich bei den in 1998 bekanntgewordenen 108 "Personen" nur um die Spitze eines großen Eisbergs handelt. Hinter diesen Zahlen verbergen sich für die Kinder und Jugendlichen, deren Eltern und oft auch Lehrer jahrelange Leidenswege.

Darüberhinaus muß klar sein, dass nur ein geringer Teil der Kinder mit erheblichen Lese-Schreib-Problemen und daraus resultierenden seelischen Nöten den Weg in die Jugendhilfe findet- ein großer Teil erhält wenig oder keine Hilfe und steuert mit deutlich erhöhtem Risiko auf das gesellschaftliche "Aus" zu (s.u.).

In Anbetracht dieser alarmierenden Entwicklung muß man die Frage nach einer wirksamen **Primärprävention** (Erkennung von Risikogruppen vor Einsetzen der ersten "Krankheitszeichen") deutlich stellen.

Um ein wirksames Präventionsinstrument zu entwickeln, muß man sich folgende Zusammenhänge vergegenwärtigen:

Entwicklungsverzögerungen oder Entwicklungsstörungen in den visuellen, auditiven oder taktil-kinästhetischen Bereichen gelten als entscheidender Faktor für die Entstehung von umschriebenen Teilleistungsschwächen.

Von fast ebensogroßer Bedeutung sind jedoch die Erfahrungen, die Kinder mit den o. g. Entwicklungsverzögerungen mit ihrer Umwelt machen.

Frustrations- und Mißerfolgsereignisse und gesteigerter Druck des Umfeldes führen zu negativer Verstärkung, sekundärer Verhaltensauffälligkeit und machen sinnvolle Unterstützung und Förderung ungleich komplizierter, wenn nicht unmöglich.

Die pathologische Qualität, die u. U. zur Hilfebeantragung nach § 35 a KJHG (s.o.) führt, entsteht am häufigsten beim Zusammentreffen einer beeinträchtigten Ausgangssituation mit ungünstigen Begleitumständen.

Von entscheidender Bedeutung ist also die Erkennung der "Risikokinder" im Vorstadium im Sinne der ärztlichen Primärprävention und das Zusammenwirken mit der schulischen Sekundärprävention (Förderung im Frühstadium).

Die Identifikation vor Beginn des Lese- und Schreiblehrgangs wird - nach unserer Einschätzung sehr treffend- auch von J. Dorow (1994) in den Erläuterungen zum Niedersächsischen Schulgesetz von 1993 dringend gefordert.

Folgende Zahlen möchten die Notwendigkeit der Prävention im Bereich der umschriebenen Entwicklungsstörungen eindrucklich belegen:

Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen haben im Vergleich zu "durchschnittlich" entwickelten Kindern

- *signifikant schlechtere Schulleistungen, die ohne vorliegende Intelligenzminderung in den Bereich der Minderbegabten absinken;*
- *dreimal so häufig fehlende Ausbildung (16,5% vs. 6%) und ebenso häufig längere Arbeitslosigkeit (12% vs. 4%).*
- *dreimal so häufiges Auftreten kinderpsychiatrischer Störungsbilder (46% vs. 14%) mit zunehmender Tendenz zu späteren Störungen des Sozialverhaltens;*
- *viermal so häufig Straffälligkeit im Jugendalter (22% vs. 5,85%)*

Zit. nach Esser (1991)

Die frühzeitige Erkennung von Indikatoren für Teilleistungsschwächen ist somit sowohl von großer individueller als auch von ganz erheblicher ökonomischer und sozialpolitischer Bedeutung.

Es bleibt festzuhalten, dass die Kinder mit erheblichen Schulschwierigkeiten in einem deutlich im Vergleich zum Altersdurchschnitt erhöhten Anteil **nicht** an der Vorsorge U9 teilgenommen haben (Schulz 1996: 55% vs. 37% der Kinder ohne erhebliche Schulleistungsprobleme).

An eine Untersuchung vor Schulbeginn, die wirkungsvoll im Sinne der Primärprävention sein soll, muß man also aus unserer Sicht folgende Forderungen stellen:

1. Individualmedizinische und sozialkompensatorische Aspekte sollen in erster Linie die Situation des einzelnen Kindes und seiner Familie, speziell in Bezug auf die schulischen Gegebenheiten einerseits und auf die Familien, die vermehrten psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind, andererseits berücksichtigen.
 - 1.1 Es müssen gerade bei der Untersuchung auf Indikatoren für Teilleistungsstörungen Verfahren eingesetzt werden, die bei vertretbarem Aufwand valide in der Aussage sind und gut zwischen übungsbedürftigen und therapiebedürftigen Befunden unterscheiden.
 - 1.2 Eltern, Kind und Schule sollen im Falle von Entwicklungsauffälligkeiten individuell und kompetent beraten werden, wobei schulische und außerschulische Hilfsangebote sinnvoll vernetzt werden sollten.
 - 1.3 Die Untersuchungen und Beratungen sollen möglichst wohnortnah stattfinden, um schon räumlichen Benachteiligungen entgegenzuwirken und auch die Mitarbeit in "entlegenen" Regionen zu ermöglichen.
 - 1.4 Gerade Kinder aus den Familien, die von sich aus freiwillige Angebote kaum annehmen, müssen im Sinne einer nachgehenden Fürsorge besondere Beachtung finden.
 - 1.5 Der Inhalt von Untersuchungs- und Beratungsergebnissen für das einzelne Kind und dessen Eltern darf nicht durch wirtschaftliche Aspekte beeinflußt werden.
2. In epidemiologischer Hinsicht ist letztlich das Ziel eine Gesundheitsberichterstattung, die der Öffentlichkeit und den Verantwortlichen in Politik und Verwaltung die notwendigen Informationen als Grundlage und Voraussetzung für angemessene Entscheidungen liefert.
 - 2.1 Im deutschen Gesundheitssystem sollte zumindest eine komplette Jahrgangsuntersuchung unselektiert erhalten bleiben, um mit Kenntnis dieser Querschnittsdaten auch Informationen über kleinere Gruppen korrekt einordnen zu können.
 - 2.2 Die Untersuchungs-, Erhebungs- und Dokumentationsverfahren müssen standardisiert werden, damit Qualitätssicherung möglich wird und Vergleichbarkeit besteht.
 - 2.3 Ein Gesundheitsbericht muß die Durchführungsbedingungen einhalten, transparent dargestellt sein, ausreichende Akzeptanz bei allen Beteiligten finden, inhaltlich und formal veränderbar sein, und letztlich Planungsvorschläge erarbeiten.
 - 2.4 Die Antwort auf aktuelle Fragen muß ebenso möglich sein wie die Untersuchung ausschließlich regional oder lokal interessanter Themenbereiche.
 - 2.5 Es muß möglich sein, zeitliche Tendenzen zu beobachten und regionale Schwerpunkte zu erkennen.
 - 2.6 Ein überregionaler Vergleich der Daten und Erkenntnisse muß möglich sein.
3. Generell muß die Forderung nach systembegleitender Qualitätssicherung auf allen Ebenen (Strukturqualität/Prozeßqualität/Ergebnisqualität) erhoben werden.

Kapitel 2: Warum ausgerechnet SOPHIA ?

2.1 Grundsätzliches zum Verfahren

2.2 Angaben zum Untersuchungsablauf

2.3 Hinweise zu Struktur- und Prozeßqualität

2.1 Grundsätzliches zum Verfahren

Erstmals zum Einschulungsjahrgang 1998 erfolgte im Landkreis Hildesheim die Schuleingangsuntersuchung nach dem SOPHIA-Modell. Was das bedeutet, und warum dieses Verfahren für unseren Landkreis am sinnvollsten erschien, soll im Folgenden dargestellt werden.

Das Programm SOPHIA (sozialpädiatrisches Programm Hannover, jugendärztliche Aufgaben) wurde 1983 als Modellversuch zur Qualitätssicherung im jugendärztlichen Dienst in Zusammenarbeit der Medizinischen Hochschule Hannover mit dem Gesundheitsamt der Landeshauptstadt entwickelt.

Nach Ablauf des Modellversuchs wurde 1993 eine Koordinierungsstelle im Gesundheitsamt Celle eingerichtet. Eine Überarbeitung der Richtlinien fand ab 1993 statt; neben formalen Änderungen fand die standardisierte Erfassung schulrelevanter Teilbereiche als Indikatoren für mögliche spätere Teilleistungsschwächen und eine verbesserte sozialpädiatrische Anamnese Eingang in das Verfahren.

Zum jetzigen Zeitpunkt findet das SOPHIA Programm in etwa 20 Gesundheitsämtern (mit steigender Tendenz) von Stade bis Göttingen und von Paderborn bis Wolfsburg Anwendung, der regionale Schwerpunkt ist Niedersachsen. Die Zahl der so untersuchten Kinder liegt pro Jahrgang z. Z. bei etwa 50.000, auch hier ist die Tendenz steigend.

2.2 Angaben zum Untersuchungsablauf:

Die Untersuchungen finden jeweils zwischen November und Juni/Anfang Juli für die im Sommer anstehende Einschulung statt und werden möglichst nahe am 6. Geburtstag der Kinder terminiert. Die Dauer der Untersuchung beträgt pro Kind etwa zweimal 20 Minuten, das Untersuchungsteam besteht aus einer Arzthelferin und einer Ärztin bzw. einem Arzt. Bis auf die Eltern ist das Kind jeweils mit dem Untersucher allein.

Im Vorfeld wird eine **sozialpädiatrische Anamnese** erhoben, die neben Angaben zur Schwangerschaft und Geburt, zur frühkindlichen Entwicklung, zu wesentlichen Vorerkrankungen und Fördermaßnahmen auch Informationen aus dem Lebensumfeld des Kindes erfaßt wie Erziehungssituation, Berufstätigkeit, Bildungsweg der Eltern ect..

Die Angabe der Sozialdaten ist selbstverständlich freiwillig, die Bearbeitung erfolgt nach schriftlich erklärter Zustimmung der Eltern anonymisiert .

Neben einer **sorgfältigen körperlichen Untersuchung** erfolgt schwerpunktmäßig die **Entwicklungsdiagnostik in den schulrelevanten Bereichen** (s. Kapitel 4). Alle Befunde werden zunächst in vorgegebenen Rubriken in Kategorien benannt oder eben "standardisiert" dokumentiert (s. Tabelle 2.1). Die freie Beschreibung ist überdies möglich, um dem individuellen Aspekt der Untersuchung Rechnung zu tragen (Kartenvorlage s. Kapitel 7).

Tabelle 2.1 Befundkategorien zur standardisierten Erfassung nach SOPHIA

O	unauffälliger, altersentsprechender Befund
A	Arzt- oder Gremiumüberweisung, da Kontroll-, Diagnostik- oder Therapiebedarf
B	Behandlung erfolgt bereits
X	Befund z.Z. ohne Handlungsbedarf
V	Untersuchung verweigert
N	Untersuchung nicht erfolgt (z.B. Gerät defekt)

Im Falle einer nicht bekannten oder aktuell nicht ausreichend behandelten Auffälligkeit erfolgt - nach klaren Vorgaben der Arbeitsrichtlinien (s.u.) - die **Überweisung** an die Haus- oder Kinderärztin bzw. den Haus- oder Kinderarzt.

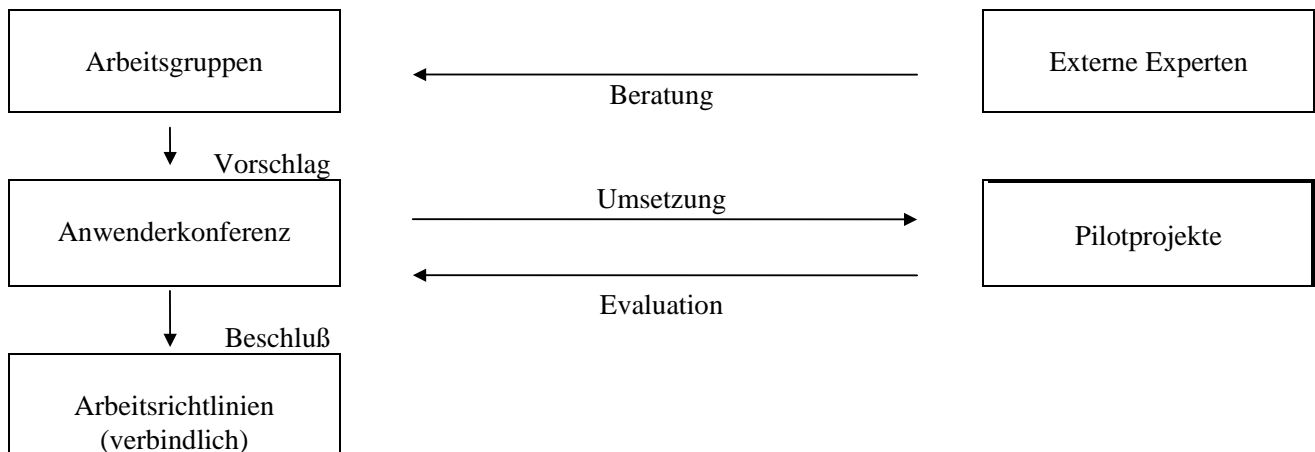
Die **Rückmeldung** durch die niedergelassenen Kollegen ist ein wesentliches Element der Qualitätssicherung. Erfolgt keine Rückmeldung innerhalb eines sinnvollen Zeitraums, wird ein **Mahnverfahren** aktiviert, was erfahrungsgemäß einen erheblichen Anteil von Befundberichten "auf den Weg" bringt.

Die Datenverarbeitung erfolgt mit dem WHO-Programm EPI-INFO und einer jährlich adaptierten Eingabemaske (EPI-DOK) vor Ort.

Die aus den Untersuchungsbefunden resultierende Schulempfehlung wird differenziert und ausführlich schriftlich formuliert. Je ein Exemplar erhalten Eltern, Schule und Schularzt (Formblatt s. Kapitel 7).

2.3 Angaben zur Struktur- und Prozeßqualität

Abbildung 2.2: Organisation der Programmentwicklung im „SOPHIA-Verbund“
(zitiert mit freundlicher Genehmigung nach Burkowitz & Pfeiffer, 1998)



Grundlage der inhaltlichen Arbeit sind die in zweimonatigen Abständen tagenden Arbeitsgruppen, die sich mit folgenden Themenschwerpunkten beschäftigen:

- Gesundheitsberichterstattung
- Inhaltliche Programmentwicklung
- Organisatorische Programmentwicklung
- Qualitätssicherung
- Schulkooperation/Gesundheitsförderung
- Sozialmedizinische Assistentinnen/Arzthelferinnen

Zum Teil auch nach Beratung durch "Externe" machen die Arbeitsgruppen Vorschläge, die dann nach Zustimmung der **Anwenderkonferenz** Aufnahme in die **Arbeitsrichtlinien** finden und somit für die teilnehmenden Ämter verbindlich sind.

Die zugrunde liegende **Kooperationsvereinbarung** sichert die Einhaltung der Durchführungsbedingungen und soll ein Verfallen in eine gewisse "Beliebigkeit" verhindern.

Neben der Auswertung der Daten vor Ort, bei der die vielfältigen analytischen Möglichkeiten des EPI-INFO-Programms zum Einsatz kommen, werden die kompatiblen Daten zentral zusammengeführt und ausgewertet.

Bei der Sichtung der Verfahrensmodelle für die Schuleingangsuntersuchung, die auf dankenswerte Initiative der Bezirksregierung Hannover im Vorfeld stattfand, überzeugte uns (wie die übrigen hier beteiligten Ämter) das SOPHIA-Programm vor allem durch folgende Argumente:

- Vergleichbarkeit mit den Nachbarlandkreisen (Landkreise Hannover und Salzgitter sind "alte" SOPHIA-Anwender, Hameln-Pyrmont, Holzminden und Peine "neue")
- SOPHIA überzeugte inhaltlich in den Bereichen der Teilleistungsschwächendiagnostik
- Die Auswertung wird von uns primär vor Ort angestrebt (regionale Fragestellungen !)
- Die zentrale Auswertung als zweiter Schritt ist möglich (überregionale Vergleichbarkeit!)
- Das Verfahren ist kostengünstig: Programm EPI-INFO durch WHO gratis verfügbar, Eingabemaske EPI-DOK preisgünstig, Fortbildungen zu EPI-INFO im Angebot der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
- Eine weitere Zeit- und Kostenersparnis durch Arbeitsteilung mit anderen Anwendern findet statt (von der Erstellung der Druckvorlagen bis zu Literatúraustausch)
- Intensive inhaltliche und formale Mitgestaltungsmöglichkeiten bestehen durch Mitarbeit in Arbeitsgruppen.

Kapitel 3: Ene mene Muh - woher kommst denn du?

Angaben zur Gruppe der untersuchten Kinder

3.1 Geschlecht

3.2 Wohnort

3.3 Zustimmung zur Sozialdatenerfassung

3.4 Nationalität

3.5 Angaben zur Frühgeburtlichkeit

3.6 Vorsorgeverhalten

3.7 Vorschulische Erziehung

Die Schuleingangsuntersuchungen fanden für den Jahrgang '98 vom November '97 bis zum Juli '98 statt. Es wurden alle Kinder untersucht, die zwischen dem 01.07.91 und dem 30.06.92 geboren sind und somit erstmals im Sommer '98 schulpflichtig wurden sowie Kinder, die im Jahr zuvor vom Schulbesuch zurückgestellt worden waren und die als sogenannte "Kann-Kinder" (nach dem 30.06.92 geboren) vorgestellten Kinder.

3.1 Geschlecht

Insgesamt wurden im Landkreis Hildesheim 3.662 Kinder untersucht, wobei die Jungen etwas in der Überzahl waren - eine Beobachtung, die sich mit den im Jugendhilfebericht von '97 gemachten Angaben deckt.

Tabelle 3.1 Geschlechterverteilung
(Angaben in absoluten und relativen Häufigkeiten)

	N	(%)
W	1.765	48,2
M	1.897	51,8
Gesamt	3.662	100,0

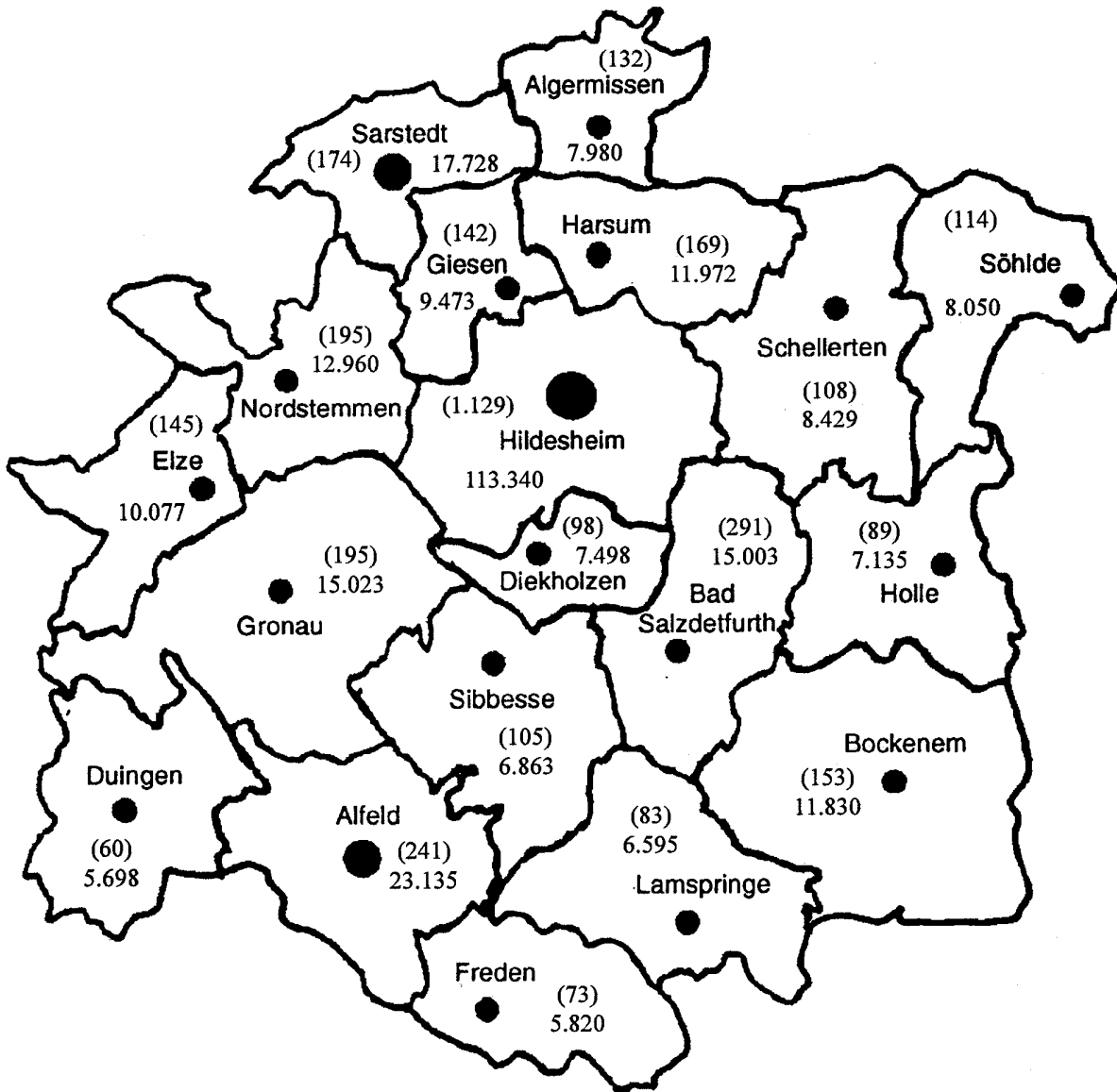
Eine zahlenmäßige Differenzierung in die Gruppe der erstmals schulpflichtigen-, der zuvor vom Schulbesuch zurückgestellten und der Kann-Kinder konnte für den Jahrgang '98 im Landkreis Hildesheim aus datentechnischen Gründen leider nicht erfolgen. Im folgenden Jahrgang wird diese Differenzierung möglich sein.

Die Differenzierung der Daten aus den Nachbarlandkreisen ergab einen Anteil von knapp 8% Kann-Kindern, etwa 80,5% erstmals schulpflichtigen Kindern und etwa 11% Kindern, die schon einmal vom Schulbesuch zurückgestellt worden waren und nun mit 7 Jahren eingeschult wurden.

3.2 Wohnort

Die Einteilung des Landkreises (Gesamteinwohnerzahl 31.12.97: 304.609) in Bezirke (s. Abb. 3.1) erfolgte entsprechend Schulbezirken bzw. Gemeindegrenzen - es ergaben sich neben den 13 Bezirken im Stadtbereich Hildesheim mit insgesamt 113.340 Einwohnern 18 Bezirke im Bereich des Landkreises. Hier lagen die Einwohnerzahlen (31.12.97) zwischen 5.820 (Samtgemeinde Freden) und 23.135 (Stadt Alfeld).

Abbildung 3.1: „Bezirke“ im Landkreis Hildesheim
 (angegeben ist die jeweilige Einwohnerzahl - Stand: 31.12.1997 - und
 in Klammern die Zahl der untersuchten Schulanfänger)



Auch wenn die Vergleichbarkeit der Absolutzahlen nicht möglich ist, erscheint die Übereinstimmung der Bezirke mit den kommunalen und Schulbezirken sinnvoll. Es werden ohnedies relative Häufigkeiten verglichen, die ja unabhängig von der Bezirksgröße sind.

Da die räumlichen Entfernungen zwischen dem jeweiligen Wohnort und dem Gesundheitsamt in Hildesheim zum Teil erheblich sind, werden die Schulanfänger der Grundschulen im Landkreis mit wenigen Ausnahmen in ihren künftigen Schulen untersucht. Dieses Verfahren stellt recht hohe Ansprüche an die Flexibilität der Schulen und der Untersuchungsteams, trägt aber der Absicht Rechnung, eine qualifizierte Beratung unabhängig vom Wohnort sicherzustellen.

3.3 Zustimmung zur Sozialdatenerfassung

Wie unter Kapitel 2 beschrieben, wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung eine recht umfangreiche Sozialanamnese erhoben. Die Datenerfassung erfolgt anonymisiert, es ist zur Erfassung der erhobenen Sozialdaten jeweils die Zustimmung der Sorgeberechtigten erforderlich. Im beschriebenen Jahrgang erhielten wir von gut 85% der Eltern die notwendige Zustimmung.

Tabelle 3.2: Zustimmung zur Sozialdatenerfassung in absoluten und relativen Häufigkeiten

	N	(%)
Ja	3.123	85,3
Nein	539	14,7
Gesamt	3.662	100,0

3.4 Nationalität

Auf die Frage nach der Staatsangehörigkeit erhielten wir folgende Antworten:

Von den untersuchten 3.662 Kindern sind 3.297 (entsprechend 90%) Kinder deutscher Staatsangehörigkeit, etwa 10% der Kinder (365) sind Angehörige anderer Staaten.

Tabelle 3.3: Angaben zur Nationalität in absoluten und relativen Häufigkeiten (vgl. Kap. 7)

	N	(%)
Deutsch	3.297	90,0
Türkisch	158	4,3
Jugoslawisch	35	1,0
Libanesisch	35	1,0
Vietnamesisch	26	0,7
alle übrigen	111	3,0
Gesamt	3.662	100,0

Die türkischen Mitschüler sind mit 158 Kindern (entsprechend 4,3%) am häufigsten vertreten, es folgen der Häufigkeit nach jugoslawische, libanesische und vietnamesische Kinder. Alle übrigen Nationen sind zahlenmäßig deutlich seltener anzutreffen (insgesamt 3%). Eine vollständige Darstellung findet sich in Kapitel 7.

Unbefriedigend erscheint uns die Tatsache, dass die Staatsangehörigkeit alleine keinen Aufschluß über die persönlich kulturelle Geschichte des einzelnen Kindes gibt. So werden z. B. Kinder türkischer Nationalität, die in Deutschland geboren sind, unter dieser Rubrik als "Ausländer" erfaßt, dagegen Spätaussiedlerkinder aus Osteuropa, die z. T. erst sehr kurz in Deutschland leben, jedoch als "Deutsche". Über eine differenziertere Erfassung unter Einbeziehung von Geburtsland und Mehrsprachigkeit wird diskutiert.

3.5 Angaben zur Frühgeburtlichkeit

Von den Eltern werden unter anderem Angaben zur Schwangerschaftsdauer und zum Geburtsgewicht der Kinder erfragt bzw. aus dem Vorsorgeheft übernommen und sind somit recht zuverlässig.

Für die im Jahr '98 untersuchten Kinder ergab sich folgende Verteilung:

Tabelle 3.4: Schwangerschaftsdauer

(Angegeben sind die absoluten Häufigkeiten und die auf die Zahl der Kinder mit eindeutiger Aussage bezogenen relativen Häufigkeiten)

SS-Dauer	N	(%)	
< 29 Wo	13	0,4	
29 - 31 Wo	23	0,7	8,1 %
32 - 36 Wo	238	7,0	
37 - 41 Wo	2.986	88,2	88,2 %
> 42 Wo	126	3,7	3,7 %
Gesamt	3.386		
(keine Angabe)	(276)		

Tabelle 3.5: Geburtsgewicht

(Angegeben werden jeweils die absoluten Zahlen und die auf die Zahl der Kinder mit eindeutiger Aussage bezogenen relativen Häufigkeiten)

Geburtsgewicht	N	(%)
< 1000 g	8	0,2
1000 - 1490 g	29	0,8
1500 - 1999 g	54	1,6
2000 - 2499 g	148	4,3
2500 - 2999 g	562	16,3
> 3000 g	2.638	76,7
Gesamt	3.439	100,0
(keine Angabe)	(223)	

Die Faktoren "Frühgeburtlichkeit" (Schwangerschaftsdauer weniger als 37 Wochen) und "sehr niedriges Geburtsgewicht" (kleiner 1.500 g) gelten als Risikofaktoren für die Entstehung von Entwicklungsstörungen. So ist gerade für diese Kindergruppe eine besonders sorgfältige Beobachtung, Begleitung und früh einsetzende Förderung einerseits, eine fundierte Beratung bei Schulbeginn und Begleitung bei evtl. auftretenden Schwierigkeiten andererseits ganz wesentlich.

Der Anteil der ehemaligen Frühgeborenen liegt mit 274 von 3.662 Kindern bei 8,1% des Jahrganges!

Sehr interessant ist der Vergleich dieser Zahlen mit den Statistiken der perinatologischen Arbeitsgemeinschaft Niedersachsen (siehe Anhang). Hier werden alle Klinikgeburten in Niedersachsen erfaßt, unter anderem werden Angaben zur Schwangerschaftsdauer und Geburtsgewicht ausgewertet. In den Berichten aus den Jahren '91 und '92 waren jeweils 1,1% der Kinder vor der 32. Schwangerschaftswoche und 7,3% in 91 bzw. 6,8% in 92 vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren - zusammen 8,4% bzw. 7,9%. Diese Zahlen decken sich recht genau mit den anlässlich der Schuleingangsuntersuchung erhobenen Werten, so dass offensichtlich zumindest keine zahlenmäßig relevanten Verschiebungen zwischen Geburtsjahr und Einschulungsjahr stattfinden. (Zur Beziehung zwischen Geburtsanamnese und schulrelevanten Befunden siehe Kapitel 5).

3.6 Vorsorgeverhalten

Seit 1991 gibt es in den alten Bundesländern ein einheitliches System zur Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen für Kinder bis zum Ende des 6. Lebensjahres; eine Angleichung in den neuen Bundesländern hat stattgefunden.

Die Teilnahme an den neun **Vorsorgeuntersuchungen** ist **freiwillig**. Die erhobenen Daten und Befunde werden ins "Gelbe Heft" eingetragen, das bei der Schuleingangsuntersuchung von einem großen Teil der Eltern (etwa 3.100 Hefte entsprechend 84,5%) vorgelegt wurde. So konnte ermittelt werden, wie viele Familien das Angebot der Vorsorge jeweils wahrgenommen haben:

Tabelle 3.6: Vorsorgeverhalten

Angaben jeweils der absoluten Zahlen und der relativen Häufigkeiten in Bezug zur Zahl der vorgelegten U-Hefte

		Kinderarzt		anderer Arzt		keine U 9		Gesamt	kein Heft vorgelegt
		n	%	n	%	n	%	n	n
U 1	(bei Geburt)	1.707	55,0	1.365	44,0	30	1,0	3.102	560
U 2	(5.-6. Lebenstag)	2.641	85,2	428	13,8	31	1,0	3.100	562
U 3	(4.-6. Lebenswoche)	2.481	80,0	550	17,7	70	2,3	3.101	561
U 4	(3.-4. Lebensmonat)	2.449	79,1	568	18,3	81	2,6	3.098	564
U 5	(6.-7. Lebensmonat)	2.371	76,5	625	20,2	104	3,4	3.100	562
U 6	(10.-12. Lebensmonat)	2.308	74,5	680	21,9	111	3,6	3.099	563
U 7	(Ende 2. Lebensjahr)	2.127	68,7	769	24,8	201	6,5	3.097	565
U 8	(36.-48. Lebensmonat)	1.865	60,1	836	27,0	400	12,9	3.101	561
U 9	(60.-64. Lebensmonat)	1.702	55,2	785	25,4	598	19,4	3.085	577

Tabelle 3.7: Vorsorgeverhalten

Angaben der absoluten und relativen Häufigkeiten in Bezug auf **alle** untersuchten Kinder

	Kinderarzt		anderer Arzt		keine U 9		kein Heft vorgelegt		Gesamt
U 8	1.865	50,9 %	836	22,8 %	400	10,9 %	561	15,3 %	3.662
U 9	1.702	46,5	785	21,4 %	598	16,3 %	577	15,7 %	3.662
	U 9 bei 2.487 = 69,7 %				kein Nachweis bei 1.175 = 32,1 %				

Ganz offensichtlich wird das Angebot der Vorsorgeuntersuchungen mit zunehmendem Alter des Kindes immer unregelmäßiger angenommen: Über die Teilnahme der Kinder, deren U-Heft nicht vorgelegt wurde, können wir nur spekulieren. Es erscheint jedoch sehr unwahrscheinlich, dass diese Kinder "sorgfältiger" versorgt sind als ihre Altersgenossen.

Einen Beleg für die Teilnahme an der U8 (3 ½ bis 4 Jahre) fanden wir bei 2.701 Kindern (entsprechend 73,7% des Jahrgangs), bei der U9 war dies nur noch bei 2.487 Kindern oder 67,9% der untersuchten Schulanfänger der Fall.

Die Vorsorgeuntersuchung U9 (die letzte "U" vor Eintreten der Schulpflicht) wurde nur bei 67,9% der Schulanfänger nachweislich durchgeführt!

Aus eigener Anschauung wissen wir, was von Kollegen in anderen Bundesländern nachgewiesen wurde:

Die Früherkennungsuntersuchungen erreichen gerade in Familien und Wohnbereichen mit überdurchschnittlicher psychosozialer Belastung (wie z.B. einer hohen Dichte von Sozialhilfeempfängern, einem großen Anteil ausländischer Familien u. ä.) ihre Zielgruppe nur sehr ungenügend. **Gerade in diesen Familien und Regionen werden jedoch frühe Anzeichen von Entwicklungsstörungen bei den Kindern nur selten wahrgenommen. Oftmals fehlt die soziale Kompetenz zum Aufsuchen von Hilfsangeboten und die Konsequenz in der Umsetzung der Maßnahmen, so dass hier die Kinder ganz besonders auf fachkundige und aufsuchende Hilfe angewiesen sind.**

Auskunft zur Frage, welcher Zusammenhang zwischen Teilnahme an der U9 und schulrelevanten Auffälligkeiten bei der Einschulungsuntersuchung besteht, gibt Kapitel 5.

3.7 Vorschulische Erziehung

Ein weiterer wesentlicher Faktor im Sinne der Vorbereitung auf die Einschulung ist die vorschulische Erziehung.

Bei der Befragung wurde hier differenziert zwischen dem Besuch einer Regeleinrichtung wie Kindergarten, Spielkreis, Vorschule u. ä. einerseits und einer Sondereinrichtung wie heilpädagogischer Kindergarten oder integrative Gruppe/Einzelmaßnahme im Regelkindergarten andererseits.

Leider sind die Kinder, die keine Einrichtung besuchen, aus datentechnischen Gründen noch nicht von denen zu trennen, deren Eltern keine Angaben machen wollten oder konnten.

So ergaben sich folgende Verteilungen:

Tabelle 3.8: Besuch einer vorschulischen Einrichtung
(Angaben in absoluten und relativen Häufigkeiten)

Besuch einer Regeleinrichtung (KiGA, KiTA, Spielkreis, Vorschule u.ä.)	2.716	74,1 %
Besuch einer Sondereinrichtung bzw. integrativen Maßnahme	107	2,9 %
keine Angabe oder kein Besuch einer vorschulischen Einrichtung	839	22,9 %
Gesamt	3.662	100 %

Kapitel 4: Untersuchungsmethoden, Ergebnisse, Diskussionen

- 4.1 Einleitung
- 4.2 **Ich sehe was, was du nicht siehst!** - Sehtestung
- 4.3 **Häschen, piep einmal!** - Hörtestung
- 4.4 **Fischers Fritze** - Expressive Sprachentwicklung
- 4.5 **Stille Post**, und:
Das ist der Daumen - rezeptive Sprachentwicklung,
visuelle Wahrnehmung und visuomotorische Koordination
- 4.6 **Häschen hüpf!** - Motorische Auffälligkeiten

4.1 Einleitung

Da die Darstellung **aller** durchgeführten Untersuchungsabschnitte nicht sinnvoll erschien, werden im Folgenden schwerpunktmäßig die **schulrelevanten Bereiche** beschrieben.

Dazu zählen die **Sehfähigkeit**, die **Hörfähigkeit**, die **Sprachentwicklung** einschließlich der **auditiven Wahrnehmung /Merkfähigkeit** sowie die **Entwicklung der visuellen Wahrnehmung** und **visuomotorischen Koordination** sowie die **motorische Entwicklung**.

Grundsätzlich wird im jeweiligen Abschnitt der Untersuchungsmodus erläutert, die verwandten Geräte bzw. Testverfahren werden beschrieben, die erhobenen Befunde tabellarisch dargestellt und mit den in den Nachbarlandkreisen gefundenen Häufigkeiten verglichen. Eine kurze Diskussion der Einzelbefunde schließt sich an, eine Zusammenfassung der schulrelevanten Befunde unter speziellen Aspekten findet sich im anschließenden Kapitel.

4.2 Ich sehe was, was du nicht siehst - Sehtestung

Die Sehtestung wird durch unsere Arzthelferinnen durchgeführt, die regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu diesem Themenbereich besuchen.

Die Untersuchung erfolgt für die Sehschärfebestimmung mit einem Rodenstocksehtestgerät (R5). Die Sehschärfe wird, getrennt für beide Augen, mit E-Haken in der Ferne untersucht. Auf Weitsichtigkeit werden beide Augen einzeln zusätzlich mit der Vorschaltlinse (+ 1,5 D.) in der Ferne untersucht.

Zusätzlich erfolgt eine Überprüfung des Stereosehens mit dem Langtest und eine Farbsinnprüfung mit Ishiharatafeln.

Bei Brillenträgern wird die Untersuchung mit Brille durchgeführt, es sei denn, eine augenärztliche Untersuchung habe in den letzten 6 Monaten stattgefunden.

Eine Empfehlung zur Kontrolluntersuchung wird bei allen Kindern ausgesprochen, die

- eine seitendifferente Sehleistung haben
- eine Sehschärfe von weniger als 0,7 in der Ferne haben,
- bei denen der Verdacht auf eine Weitsichtigkeit vorliegt,
- oder bei denen das Stereosehen (räumliches Sehen) eingeschränkt ist.

Im Jahrgang'98 ergaben sich folgende Befundhäufigkeiten:

Tabelle 4.1: Befundhäufigkeiten bei der Sehtestung

	Anzahl der untersuchten Kinder	(%)
O (unauffällig)	2.876	78,5
A (Kontrolle empfohlen)	246	6,7
B (Behandlung erfolgt)	493	13,5
N/V (nicht durchgeführt/verweigert)	40	1,1
X (Minimalbefund ohne aktuelle Konsequenz)	7	0,2
Gesamt	3.662	100

Bereits in augenärztlicher Behandlung befanden sich also 13,5% der Schulanfänger, bei weiteren 6,7% empfahlen wir eine Kontrolle des Sehbefundes.

Über das in Kapitel 2 beschriebene Rückmeldeverfahren erhielten wir dankenswerterweise in 188 von 246 Fällen eine Antwort (entsprechend 73,5%).

Die hier erhobenen Befundhäufigkeiten decken sich etwa mit den in anderen "Sophia-Landkreisen" gemachten Beobachtungen, auch die Rückmeldequote entspricht hier ungefähr denen in anderen Landkreisen.

Die fast ausschließlich bei Augenärzten durchgeführten Kontrollen hatten folgende Ergebnisse:

Tabelle 4.2: Ergebnisse der Rückmeldung (Sehtestung)

	Anzahl der Rückmeldungen	(%)
O (unauffällig)	81	47,0
B (Behandlung eingeleitet)	97	52,0
X (gelegentliche Kontrolle)	3	1,6
Gesamt	181	100

Mindestens 97 Kinder (entsprechend 2,6% des Jahrgangs!) fielen erstmals bei unserer Sehtestung auf und benötigten und erhielten eine Brille!

Unbefriedigend bleibt in diesem Zusammenhang, dass Kontrollreihenuntersuchungen zu einem späteren Zeitpunkt in den Schulen als niedrigschwelliges Angebot in der derzeitigen Situation nicht mehr durchgeführt werden können - dies wäre eine sinnvolle und leicht realisierbare Verbesserung der Versorgung im Rahmen der Schulgesundheitspflege.

4.3 Hänschen, piep einmal! - Hörtestung

Die Durchführung des Hörtests geschieht ebenfalls durch unsere Arzthelferinnen. Bei möglichst geringem Geräuschpegel (hier liegt oftmals bei den Untersuchungen in den Schulen ein Problem) wird mit einem geeichten Audiometer (Hörtestgerät mit Kopfhörer) untersucht. Die Messungen erfolgen mit fallender Lautstärke von 60 bis 20 dB auf sechs Tonfrequenzen (250, 500, 1000, 2000, 4000, 6000 Hz.).

Eine Empfehlung zur Kontrolluntersuchung wird ausgesprochen, wenn bei 20 dB (recht leise Probetöne!) auf einem oder beiden Ohren zwei oder mehr Tonfrequenzen nicht gehört werden.

Folgende Ergebnisse hatte die Hörtestung im Jahrgang'98:

Tabelle 4.3: Befundhäufigkeiten bei der Hörtestung

	Anzahl der untersuchten Kinder	(%)
O (unauffällig)	3.016	82,4
A (Kontrolle empfohlen)	172	4,7
B (Behandlung erfolgt)	134	3,7
N/V (nicht durchgeführt/verweigert)	68	1,8
X (Minimalbefund ohne aktuelle Konsequenz)	272	7,4
Gesamt	3.662	100

Es befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt 3,7% der Kinder in HNO-ärztlicher Betreuung; bei weiteren 4,7% wurde eine differenzierte Hörtestkontrolle empfohlen. Kontroll- oder behandlungsbedürftig erschienen also am Untersuchungstag 8,4% der Kinder (vergleiche andere Landkreise 9,8%).

Eine Rückmeldung erhielten wir in 132 von 172 Fällen (entsprechend 76%), in anderen Landkreisen lag die Rückmeldequote hier bei 63,2%.

Die Kontrollbefunde lauteten wie folgt:

Tabelle 4.4: Ergebnisse der Rückmeldungen (Hörtestung)

	Anzahl der Rückmeldungen	(%)
O (unauffällig)	73	55
B (Behandlung eingeleitet)	55	42
X (gelegentliche Kontrolle)	4	3
Gesamt	132	100

Die relativ hohe Rate von “bei Kontrolle unauffälligen” Befunden erklärt sich zum großen Teil mit den am Untersuchungstag durch Infekt eingeschränkten Hörfunktionen. Da wir selbst ja keine Kontrollmöglichkeiten, z. B. nach 2 bis 3 Wochen, anbieten können (der überwiegende Anteil der Untersuchungen findet ja “vor Ort”, in den Grundschulen statt, somit sind die Teams ständig in wechselnden Einsatzorten tätig), ist es im Sinne der Vorsorge unerlässlich, auch für diese Kinder eine differenzierte Nachkontrolle zu empfehlen.

Aus der Zusammenarbeit mit den Grundschulen wissen wir, dass auch erhebliche Hörschwächen nicht selten lange Zeit unerkannt bleiben und im Extremfall erst im Rahmen der Untersuchungen, die die Sonderschulüberprüfungen begleiten, auffallen.

Es ist völlig klar, dass die unter “auditive Wahrnehmung” zusammengefaßten, sehr komplexen Leistungen nicht möglich sind, wenn schon die Eingangsvoraussetzung im Sinne des rein physikalischen Hörvermögens beeinträchtigt ist.

Daher wäre eine regelmäßige, sorgfältige Hörprüfung als niedrigschwelliges Angebot in den Schulen in nicht zu großen Zeitabständen vor allem im Grundschulalter eine sinnvolle Maßnahme. Dass diese Maßnahme unter den jetzigen Bedingungen nicht durchführbar ist, bleibt unbefriedigend.

4.4 **Fischers Fritze** - Untersuchungsbefunde zur expressiven Sprachentwicklung

Die Beurteilung der Sprachentwicklung erfolgt durch die untersuchenden Ärzte. Die aktive Sprachentwicklung wird naturgemäß während der gesamten Untersuchung im Gespräch mit den Kindern beobachtet.

Zur gezielten Überprüfung der verschiedenen Artikulationszonen (Lippenlaute / Zungenzahnlaute / Gaumenlaute) werden Bildertafeln zur Hilfe genommen, anhand derer auch ein erster Eindruck vom verfügbaren Wortschatz gewonnen werden kann.

Das freie Erzählenlassen von Ereignissen oder Kommentieren einer Bildergeschichte ergibt Informationen zu den Bereichen Wortschatz, Satzbildung/Grammatik, Redefluß und bei Kindern mit einer anderen Muttersprache als Deutsch Hinweise auf die vorhandenen Deutschkenntnisse.

Hierbei handelt es sich um Teilbereiche der expressiven Sprachentwicklung.

Alle in diesem Bereich erhobenen Befunde finden Eingang in die Befundkategorie “Sprachauffälligkeit”. Wir erhielten im Jahrgang’98 folgende Ergebnisse:

Tabelle 4.5: Befundhäufigkeiten im Bereich expressiver Sprachentwicklung

	Anzahl der untersuchten Kinder	(%)
O (unauffällig)	2.265	61,9
A (Überweisung Arzt / Sprachheilfürsorge)	174	4,8
B (Behandlung erfolgt)	531	14,8
N/V (nicht durchgeführt/verweigert)	24	0,6
X (z.Z. nicht therapiebedürftig)	670	18,3
Gesamt	3.662	100

Verglichen mit den Kindern aus den anderen “Sophialandkreisen” liegt bei uns der Anteil der Sprachtherapiebedürftigen (A+B) mit 19,6% recht hoch (vs. 13%).

Differenziert nach Bezirken unseres Landkreises mußten wir feststellen, dass oft der Anteil der Therapiebedürftigen sehr ähnlich, nämlich um 20% lag, dass jedoch der Anteil der bereits in Therapie befindlichen Kinder deutlich variierte (von 50 bis 100% dieser als therapiebedürftig eingestuft Kinder).

Hier macht sich vermutlich die sehr unterschiedliche Erreichbarkeit der Therapeuten bemerkbar.

Die anschließende Vorstellung bei den niedergelassenen Kollegen erbrachte folgende Ergebnisse (Rückmeldung in 126 von 174 Fällen entsprechend 72% vs. 56,6% in den Vergleichslandkreisen):

Tabelle 4.6: Ergebnisse der Rückmeldungen (expressive Sprachentwicklung)

	Anzahl der Rückmeldungen	(%)
O (keine Therapie begonnen)	68	53,9
B (Therapie eingeleitet)	51	40,4
X (Kontrolle)	7	5,5
Gesamt	126	100

Knapp 5% der untersuchten Kinder erhielten wegen einer expressiven Sprachentwicklungsverzögerung die Empfehlung zur Kontrolluntersuchung; bei 40% dieser Kinder wurde daraufhin eine Therapie eingeleitet.

Mit den bereits jetzt verfügbaren Daten konnten wir feststellen, dass bei "ausländischen Kindern" (Nationalität nicht Deutsch) der Anteil der Sprachtherapiebedürftigen bei der Schuleingangsuntersuchung mit etwa 10% eingeschätzt wurde (etwa die Hälfte der Kinder befand sich bereits in Logopädie), im Vergleich zu den o. g. Anteil von etwa 19% der deutschen Kinder.

***"Deutsche" Kinder:
Sprachtherapie läuft oder wird empfohlen in etwa 19%
"Ausländische" Kinder:
Sprachtherapie läuft oder wird empfohlen in 10%***

Sicherlich muß der Begriff der Nationalität künftig differenzierter gefaßt werden. In Bezug auf die Sprachentwicklung ist die Muttersprachigkeit bzw. Mehrsprachigkeit das entscheidende Kriterium, nicht die Staatsangehörigkeit.

Ganz offensichtlich zeigt sich aber bereits heute, dass ausländische Kinder generell schwierigeren Zugang zu Sprachtherapien haben und auch im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung die Problemlage hier oft anders beurteilt wird als bei deutschen Kindern.

Wir haben leider bei Kontrollen in den zweiten bis vierten Klassen immer wieder feststellen müssen, dass echte expressive Sprachstörungen auch bei "fremdsprachig" aufgewachsenen Kindern eben mit schulischen Mitteln oft nicht ausreichend förderbar sind. Eine rechtzeitige, gezielte Unterstützung wäre zur Vermeidung von erheblichen Folgeproblemen ein wichtiges Ziel.

Ein weiteres, durchaus ernsthaftes Problem ist oftmals die eingeschränkte Mitarbeit der Familien. Gerade die in vieler Hinsicht belasteten Eltern sind oft nicht in der Lage, über längere Zeit ihre Kinder regelmäßig zu einer Therapie zu bringen. Hier sind die Schwierigkeiten aufgrund der örtlichen Gegebenheiten (Entfernung Wohnort zu Therapeut, schlechte Anbindung mit ÖPNV, viele kleine, unversorgte Geschwisterkinder zuhause ect.) sehr unterschiedlich.

Über ein niedrigschwelliges Angebot "vor Ort", also Angebot von Sprachtherapie in der Schule, sollte nochmals im Interesse der benachteiligten Regionen und Familien nachgedacht werden.

4.5 **“Stille Post”** und **“Das ist der Daumen”** - Untersuchungen zur rezeptiven Sprachentwicklung, optischen Differenzierung und visuomotorischen Koordination

Mit den unter 4.4 beschriebenen Methoden wird die expressive Sprachentwicklung des Kindes festgestellt.

Die Sprachverarbeitung, die rezeptive Sprachentwicklung, ist sicher eng mit der Ausdrucksfähigkeit verbunden, gezielt mit den o. g. Methoden jedoch nicht überprüfbar und war auch bis zum letzten Jahr im “Normalfall” der Schuleingangsuntersuchung kein wesentlicher Teilaspekt.

Es ist jedoch nicht nur leicht nachvollziehbar, sondern auch wissenschaftlich belegt, dass Kinder mit deutlichen Einschränkungen in diesen Teilbereichen mit ganz erheblichen schulischen und seelischen Belastungen rechnen müssen (Esser’91).

So wird u. a. auch in den Erläuterungen zum Niedersächsischen Schulgesetz von Joachim Dorow dringend gefordert, **vor** Beginn der Lese-Schreiblehrgänge zu prüfen, welche Voraussetzungen die Schülerinnen und Schüler mitbringen, weil eben diese Voraussetzungen ganz erheblich differieren. Explizit wird hier die Feststellung der expressiven Sprachentwicklung, die Überprüfung der auditiven Wahrnehmung, der optischen Differenzierung und des Symbolverständnisses sowie die feinmotorische Geschicklichkeit genannt.

Auditive Wahrnehmungsschwächen zählen zu den wichtigsten Indikatoren für Teilleistungsschwächen.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erfolgt die Überprüfung der rezeptiven Sprachentwicklung mit Untertests aus dem Psycholinguistischen Entwicklungstest (PET) von Angermeier.

Dieses Testsystem orientiert sich im Wesentlichen an den Ebenen

Rezeptive Prozesse	- Entschlüsselung
Vermittlungsprozesse	- Assoziationen
Expressive Prozesse	- Verschlüsselung

Der PET (anders als viele andere Tests ähnlicher Zielrichtung) ist vor allem im unteren Leistungsniveau sehr differenziert. Er ist anwendbar vom 3. bis 10. Geburtstag, die Norm-tabellen sind jeweils getrennt nach Geschlechtern für Kinder aus vier aufeinanderfolgenden Geburtsmonaten zusammengefaßt (z. B. von 5,0 bis 5,3 Jahre).

Ein häufig angewandter Untertest ist das **“Wörter Ergänzen”**. Hier müssen die Kinder bruchstückhaft ausgesprochene Wörter erkennen und “komplettiert” wiedergeben, wobei Artikulationsfehler unbedeutend sind. Beispiel: Kaffee anne - Kaffeekanne, aber auch Taffetanne wird akzeptiert.

Diskrepanzen zwischen aktuell unauffälligem Hörbefund und eingeschränkter auditiver Wahrnehmung bzw. phonematischer Differenzierung bestehen, soweit wir beobachten konnten, nicht selten bei Kindern mit einer erheblichen Höreinschränkung in der Vorgeschichte, die z. B. durch wiederkehrende Ohrenentzündungen oder lange bestehende Paukenergüsse verursacht worden sein kann.

Mit dem Untertest **“Zahlenfolgedächtnis”** wird die auditive Merkfähigkeit, das auditive Kurzzeitgedächtnis überprüft - eine nicht ganz so komplexe Leistung wie das Wörterergänzen, jedoch mit Gewicht auf dem Aspekt der Reihung. Dieser Untertest ist oftmals auch für ausländische Kinder durchführbar.

Im Bereich der visuellen Entschlüsselung kann der Untertest **“Bilderdeuten”** eingesetzt werden. Hier müssen Ähnlichkeiten und Unterschiede erkannt werden, was auch für Kinder ohne Deutschkenntnisse oft gut lösbar ist. Große Unterschiede in Bezug auf allgemeines Wissen einerseits sowie kulturelle Hintergründe andererseits können jedoch hier die Bewertbarkeit relativieren.

Außerdem wird von allen Kindern der **visuomotorische Schulreifetest (VSRT)** nach Esser und Stöhr durchgeführt.

Auch dieses Testverfahren ist gerade im subnormalen Bereich besonders gut differenziert, so dass auch die “Schweregradbestimmung” der visuomotorischen Störung möglich wird.

Die Erfassung von Störungen der visuomotorischen Entwicklung muß so früh wie möglich stattfinden. In jedem Fall sollte sie vor dem Beginn des Lese/Schreiblehrgangs erfolgen, um sekundäre Verhaltensauffälligkeiten zu verhindern.

Die Störung der visuomotorischen Entwicklung (visuelle Perzeption - motorische Reaktion) mindert die schulische Leistungsfähigkeit in erheblichem Maße und wird als häufigstes Problem bei Kindern mit Lernstörungen festgestellt (Frostig 1981, Lemp 1981, Esser 1991 und u.v.a.m.)

Bei dem VSRT nach Esser und Stöhr wird die Mannzeichnung mit einer geometrisch einfachen Dreierreihung kombiniert. Für die Bewertung existieren 8 Variablen für die Mannzeichnung und 27 Variablen für die Symbolreihen, deren Wertigkeit auch anhand von Schulverlaufsbeobachtungen überprüft wurde.

Nach Überprüfung dieser rezeptiven Entwicklungsbereiche wurde eine Arztüberweisung dann ausgestellt, wenn eine spezifische Diagnostik oder Einleitung einer entsprechenden Fördermaßnahme erforderlich schien.

Wir erhielten im Bereich “Indikatoren für Teilleistungsschwächen” folgende Ergebnisse:

Tabelle 4.7: Befundhäufigkeiten im Bereich der Teilleistungsdiagnostik

	Anzahl der untersuchten Kinder	(%)
O (unauffällig)	2.541	69,4
A (Arztüberweisung)	174	4,8
B (Behandlung erfolgt)	240	6,6
N/V (nicht durchgeführt / verweigert)	18	0,5
X (z.Z. nicht therapiebedürftig)	689	18,8
Gesamt	3.662	100

Im Vergleich mit den anderen Landkreisen liegen die Häufigkeiten sowohl für Arztüberweisungen als auch für bereits in Behandlung befindliche Kinder in unserem Bereich höher (A 4,8% und B 6,6% im Landkreis Hildesheim vs. A 2,0% und B 4,4% in den Vergleichsregionen).

Bei einer Rückmeldequote von 74% erbrachte die Vorstellung beim niedergelassenen Kollegen folgende Bewertung:

Tabelle 4.8: Ergebnisse der Rückmeldungen im Bereich der Teilleistungsdiagnostik

	Anzahl der Rückmeldungen	(%)
O (unauffällig)	62	48
B (Behandlung eingeleitet)	62	48
X (Kontrolle geplant)	4	3
Gesamt	128	100

Bei 11,4% der Kinder bestand eine kontrollbedürftige oder behandlungsbedürftige Wahrnehmungsschwäche; 6,6% der Kinder befanden sich bereits in Behandlung, von den nachuntersuchten Kindern erhielt etwa die Hälfte sofort eine entsprechende Förderung.

4.6 Häschen hüpf! - Motorische Auffälligkeiten

Die Beurteilung der motorischen Entwicklung der Kinder erfolgt in den Bereichen Feinmotorik/Grobmotorik/Koordination und Gleichgewicht, so dass in Teilbereichen eine Überschneidung mit dem Aspekt der visuomotorischen Koordination in der Natur der "Sache" liegt.

Zur Beurteilung wird natürlich der gesamte Spontanbewegungsablauf der Kinder beobachtet, das Gangbild, das Greifen und Hantieren ohne spezielle Anforderungen, auch unter dem Aspekt der Seitendominanz. Darüber hinaus ist eine Vielzahl von einfachen und komplexeren Bewegungsabläufen zur Überprüfung geeignet. Regelmäßig finden Anwendung das Geradeausgehen, das Hüpfen auf einem Bein und der Finger-Daumen-Oppositionsversuch; je nach Befund kommen das Ballprellen (visuomotorische Koordination), der Romberger-Stehversuch mit geschlossenen Augen (Gleichgewicht), der Hampelmannsprung u. a. hinzu.

Eine Arztüberweisung erfolgt, wenn eine spezifische Diagnostik oder Therapie erforderlich erschien.

Wir machten folgende Beobachtungen:

Tabelle 4.9: Befundhäufigkeiten im Bereich „Motorische Entwicklung“

	Anzahl der untersuchten Kinder	(%)
O (unauffällig)	2.710	74,0
A (Arztüberweisung)	150	4,1
B (Behandlung erfolgt)	229	6,3
N/V (nicht durchgeführt / verweigert)	21	0,5
X (z.Z. nicht therapiebedürftig)	552	15,1
Gesamt	3.662	100

Die Rückmeldequote betrug 77% (im Vergleich zu 49% bei den Nachbarlandkreisen) und zeigt folgende Umsetzungen:

Tabelle 4.10: Ergebnisse der Rückmeldungen im Bereich: „Motorische Entwicklung“

	Anzahl der Rückmeldungen	(%)
O (unauffällig)	58	50,0
B (Behandlung erfolgt)	54	47,0
X (Beobachtung)	3	2,6
Gesamt	115	100

Motorische Störungen gehen oftmals nicht primär mit Lernstörungen, aber mit vermehrt emotionalen Problemen einher. Sekundären Verhaltensstörungen vorzubeugen, ist das Ziel der frühzeitigen Erkennung von Entwicklungsstörungen in diesem Bereich. Für 54 Kinder begann im Anschluß an die Schuleingangsuntersuchung die Bewegungsförderung.

Kapitel 5: EINSICHTEN . . .

5.1 Zusammenfassung und Diskussionen der Ergebnisse aus den schulrelevanten Teilbereichen;

5.2 Empfehlungen zur Einschulung

In Kapitel 4 sind die jeweiligen Befundhäufigkeiten nach Teilbereichen getrennt dargestellt. Da die einzelnen Rubriken ja unabhängig voneinander verschiedene Merkmale erfassen, wird auch bei Lektüre aller aufgeführten Tabellen nicht deutlich, wie groß der **Anteil der Kinder insgesamt mit Problemen in einem oder mehreren dieser Teilbereiche** ist. Dieser Frage soll im Folgenden nachgegangen werden.

5.1 Zusammenfassung und Diskussionen der Ergebnisse aus den schulrelevanten Teilbereichen

Wie in Kapitel 4 beschrieben, werden unter dem Oberbegriff “schulrelevante Teilbereiche” die Seh- und Hörfähigkeit, die expressive Sprachentwicklung, die auditive Wahrnehmung, die visuo-motorische Koordination und die motorische Entwicklung zusammengefaßt.

Bei cumulativer Auszählung der Merkmalsausprägung “A” (= Arztüberweisung, da Handlungsbedarf) oder “B” (= bereits in ärztlicher Behandlung) ergibt sich für hier völlig “unauffällige” Kinder der Wert “0” (keine Arztüberweisung), für Kinder mit Auffälligkeiten in einem Bereich der Wert “1” usw.. Bei immerhin 4 Kindern war in 4 Bereichen eine Überprüfung erforderlich.

Tabelle 5.1: Arztüberweisung in schulrelevanten Bereichen

	Anzahl der untersuchten Kinder	Anteil in %	
0	2.989	81,6	
1	467	12,8	18,4 %
2	173	4,7	
3	29	0,8	
4	4	0,1	
5	0	0,0	
Gesamt	3.662	100,0	

Ebenso wurden die bereits laufenden Behandlungen in diesen Bereichen dokumentiert. Erhält ein Kind keine entsprechende Behandlung, taucht es in der Spalte “0” auf. Trägt es z. B. eine Brille, und es erfolgt keine weitere Therapie, findet es sich in Spalte “1”, usw..

Folgende Häufigkeiten konnten wir eruieren:

Tabelle 5.2: Laufende Behandlungen in schulrelevanten Bereichen

	Anzahl der untersuchten Kinder	Anteil in %	
0	2.591	70,8	
1	755	20,6	29,2 %
2	138	3,8	
3	122	3,3	
4	50	1,4	
5	6	0,2	
Gesamt	3.662	100,0	

Von den untersuchten Kindern befanden sich zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung knapp 30% in einem oder mehreren schulrelevanten Bereichen in Behandlung. Diese Zahl erscheint auf den ersten Blick recht hoch, es gilt aber ja z. B. schon jede Brillenversorgung als Therapie im Bereich "Sehfähigkeit". (Die entsprechenden Zahlen der Vergleichslandkreise liegen bei 24,3% vs. 29,2% im Landkreis Hildesheim).

Bemerkenswerter erscheint uns jedoch, dass eine Überweisung zur Vertiefung zur Diagnostik oder aber Therapieeinleitung darüber hinaus bei 18,4% des Jahrgangs erforderlich war. Dieser Anteil entspricht genau dem in den anderen Landkreisen gefundenen (18,6%).

***Das bedeutet: Bei 673 Kindern (knapp ein Fünftel des Jahrgangs) bestand zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung in einem oder mehreren schulrelevanten Bereichen Handlungsbedarf.
Bei 319 Kindern (8,7%) wurde sofort eine Therapie eingeleitet.***

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, ob es "äußerliche" Kriterien gibt, mit denen ein erhöhtes Risiko für das Bestehen behandlungsbedürftiger, jedoch nicht erkannter oder bis dato nicht behandelter Entwicklungsstörungen verbunden ist.

Wir untersuchten diesbezüglich den Zusammenhang mit

- Vorsorgeverhalten (Teilnahme an der U9)
- Frühgeburtlichkeit (Schwangerschaftsdauer u. Geburtsgewicht)
- Nationalität
- Besuch einer vorschulischen Einrichtung

Im Zusammenhang mit der Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung U9 ergaben sich folgende Häufigkeiten:

Tabelle 5.3: Arztüberweisungen in schulrelevante Bereichen (0 bis 5) in Abhängigkeit vom Vorsorgeverhalten bei der U 9
(absolute Werte und relative Häufigkeiten bezogen auf die Gesamtzahl der Kinder, jeweils höchster Wert hervorgehoben)

	U 9 bei Kinderarzt		U 9 bei anderem Arzt		keine U 9		kein Heft vorgelegt		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	1.445	84,9	627	79,9	453	80,3	462	80,3	2.989	81,6
1	187	11,0	110	14,0	92	15,4	78	13,6	467	12,8
2	60	3,3	42	5,4	44	7,4	27	4,7	173	4,7
3	8	0,5	6	0,8	7	1,2	8	1,4	29	0,8
4	2	0,1	0	0,0	2	0,5	0	0,0	4	0,1
5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	1.702		785		598		575		3.662	

Tendenziell läßt sich somit feststellen, dass bei den Kindern ohne U9 oder ohne Vorsorgeheft die Rate derer, die eine oder mehrere Überweisungen erhielten, bei 20 bis 25% lagen, bei den Kindern mit U9 lag sie bei 15 bis 20%.

Die Kinder, die nicht zur U9 vorgestellt worden waren, sind offensichtlich schlechter “versorgt” als die Vorsorgeteilnehmer. **Aber auch in der Gruppe der Vorsorgeteilnehmer waren im Durchschnitt bei 16,7% der Kinder Diagnostik oder Therapie in zumindest einem Teilbereich erforderlich.**

Diese Tatsache erklärt sich aus unserer Sicht im wesentlichen mit der gerade im sechsten Lebensjahr zunehmend differenzierten Entwicklung der Kinder. Das Jahr zwischen der U9 (60. bis 64. Lebensmonat) und der Schuleingangsuntersuchung (möglichst zwischen 6. Geburtstag und Einschulung) ist gerade für die oben beschriebenen Bereiche sehr wichtig, da mit der differenzierten Entwicklung von Wahrnehmung, Verknüpfung und Umsetzung in Sprache und Bewegung auch die Möglichkeit zur differenzierten Status-Bestimmung enorm wachsen.

Mit den differenzierten Möglichkeiten der Kinder steigen jedoch, oftmals leider nicht angemessen, die Anforderungen, die von der Umgebung an das Kind gestellt werden. Der “Leistungsdruck”, der nicht selten gerade auf den Kindern mit Entwicklungsschwierigkeiten lastet, ist nicht zu unterschätzen, vor allem nicht hinsichtlich der negativen Folgen - Überforderungssituationen entstehen zeitlich weit vor der echten, dann nicht mehr zu übersehenden Verhaltensauffälligkeit.

Für die **“Behandlung in schulrelevanten Teilbereichen”** ergaben sich im Zusammenhang mit der Frage des Geburtsgewichts; bzw. der Frühgeburtlichkeit folgende Verteilungen:

Tabelle 5.4: Laufende Behandlung in schulrelevanten Bereichen (0 - 5) in Bezug zum Geburtsgewicht

Angaben im prozentualen Anteil der jeweiligen „Gewichtsklasse“;
(deutliche Abweichungen vom Durchschnitt hervorgehoben)

	< 1000g	1000-1499g	1500-1999g	2000-2499g	2500-2999g	3000g u. mehr	Gesamt
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
0	25,0	37,9	46,3	66,2	67,3	71,4	69,7
1	37,5	27,6	35,2	22,3	22,8	20,6	21,4
2	12,5	6,9	11,1	3,3	4,6	3,6	3,9
3	12,5	17,3	7,4	4,1	3,7	3,1	3,4
4	12,5	6,9	0,0	4,1	1,4	1,1	1,4
5	0,0	3,4	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2
Gesamt	100 n = 8	100 n = 29	100 n = 54	100 n = 148	100 n = 562	100 N = 2.638	100 n = 3.439

Tabelle 5.5: Laufende Behandlung in schulrelevanten Bereichen (0 - 5) in Bezug zur Schwangerschaftsdauer:

Angaben im prozentualen Anteil der jeweiligen „Reifeklasse“
(deutliche Abweichungen vom Durchschnitt hervorgehoben)

	< 29 SSW	29-31 SSW	32-36 SSW	37-42 SSW	> 42 SSW	Gesamt
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
0	30,8	39,1	61,3	71,0	65,1	69,7
1	30,8	30,4	27,3	20,6	23,8	21,3
2	0,0	13,0	4,2	3,8	6,3	4,0
3	30,8	13,0	2,9	3,3	2,4	3,4
4	7,6	0,0	3,8	1,2	2,4	1,4
5	0,0	4,5	0,5	0,1	0,0	0,2
Gesamt	100 n = 13	100 n = 23	100 n = 238	100 n = 2.986	100 n = 126	100 n = 3.386

Wie aber sieht es mit den kontroll- bzw. therapiebedürftigen Befunden aus?
Die entsprechenden Verteilungen zeigen die beiden folgenden Tabellen:

Tabelle 5.6: Anzahl der Arztüberweisungen in schulrelevanten Bereichen (0 - 4)
in Bezug zum Geburtsgewicht
Angaben im prozentualen Anteil der jeweiligen „Gewichtsklasse“
(deutliche Abweichungen vom Durchschnitt hervorgehoben)

	< 1000g	1000-1499g	1500-1999g	2000-2499g	2500-2999g	3000g u. mehr	Gesamt- durchschnitt
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
0	62,5	72,4	77,7	84,5	78,5	82,6	81,6
1	37,5	10,3	16,7	8,8	13,7	12,3	12,8
2	0,0	13,9	5,6	5,3	6,2	4,4	4,7
3	0,0	3,4	0,0	1,4	1,2	0,6	0,8
4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1	0,1
Gesamt	100 n=8	100 n=29	100 n=54	100 n=148	100 n=562	100 N=2.638	100 n=3.439

Tabelle 5.7: Anzahl der Arztüberweisungen in schulrelevanten Bereichen (0 - 4)
in Bezug zur Schwangerschaftsdauer
Angaben im prozentualen Anteil der jeweiligen „Reifeklasse“
(deutliche Abweichungen vom Durchschnitt hervorgehoben)

	< 29 SSW	29-31 SSW	32-36 SSW	37-42 SSW	> 42 SSW	Gesamt
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
0	61,5	73,9	82,4	81,9	77,0	81,6
1	30,8	8,7	8,4	12,9	15,1	12,8
2	7,7	13,1	8,4	4,4	7,1	4,7
3	0,0	4,3	0,8	0,7	0,8	0,8
4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Gesamt	100 n=13	100 n=23	100 n=238	100 n=2.986	100 n=126	100 n=3.386

Der Vergleich der vier Tabellen zeigt, dass die ehemaligen Frühgeborenen bzw. die Kinder mit sehr niedrigem Geburtsgewicht bei der Schuleingangsuntersuchung schon in deutlich mehr Bereichen als ihre Altersgenossen Therapien erfahren.

Darüberhinaus bestand ein Handlungsbedarf in einem, oft in mehreren Bereichen im Vergleich zum Durchschnitt vermehrt bei den ehemals sehr unreifen Frühgeborenen (< 31. Schwangerschaftswoche) einerseits und bei den übertragenen Kindern (> 42. Schwangerschaftswoche) andererseits.

Obwohl die ehemaligen Frühgeborenen schon mehr Therapien erhalten als ihre Altersgenossen, waren Kontrollen bzw. spezifische Diagnostik oder Therapie einerseits bei den ehemals sehr unreifen Frühgeborenen, andererseits bei den übertragenen Neugeborenen deutlich häufiger als bei den Gleichaltrigen erforderlich.

Bei der Untersuchung eines möglichen **Zusammenhangs zwischen der Nationalität und den behandlungsbedürftigen oder behandelten Entwicklungsstörungen** fanden wir folgende Häufigkeiten bzw. Verteilungen (hervorgehoben sind deutliche Abweichungen nach oben oder unten):

Tabelle 5.8: Anzahl der Arztüberweisungen in schulrelevanten Bereichen (0 - 4) bezogen auf die Nationalität
Angaben in absoluten Zahlen und prozentualen Anteilen
(deutliche Abweichungen zum Durchschnitt hervorgehoben)

	Nationalität nicht deutsch		Nationalität deutsch		gesamt	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
0	286	79,2	2.700	81,9	2.989	82,6
1	59	16,2	408	12,4	467	12,8
2	14	3,8	159	4,8	173	4,7
3	2	0,5	27	0,8	29	0,8
4	1	0,3	3	0,1	4	0,1
Gesamt	365	100,0	3.297	100,0	3.662	100,0

Tabelle 5.9: Laufende Behandlung in schulrelevanten Bereichen (0 - 5)
bezogen auf die Nationalität
 (deutliche Abweichungen vom Durchschnitt hervorgehoben)

	Nationalität nicht deutsch		Nationalität deutsch		gesamt	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
0	309	84,7	2.282	69,2	2.591	70,8
1	46	12,6	709	21,5	755	20,6
2	7	1,9	131	4,0	138	3,8
3	2	0,5	120	3,6	122	3,3
4	1	0,3	49	1,5	50	1,4
5	0	0,0	6	0,2	6	0,2
Gesamt	365	100,0	3.297	100,0	3.662	100,0

Beim Vergleich dieser Zahlenverhältnisse kann man folgendes erkennen:

Die Kinder nichtdeutscher Nationalität erhalten etwas häufiger als ihre deutschen Altersgenossen eine Überweisung in einem der schulrelevanten Bereiche, im übrigen sind die Befunde recht kongruent.

Daher - so müßte man folgern - sollte auch der Anteil der in einem oder mehreren Bereichen therapierten ausländischen Kinder ebenso groß sein wie bei den deutschen Kindern. Der Blick in Tabelle 5.9. zeigt jedoch ein krasses Mißverhältnis:

21,2% der deutschen Kinder bekommen eine Therapie in einem Bereich - bei den ausländischen sind es nur 12,6%! 3,9% der Deutschen erhalten in zwei Bereichen Therapien gegenüber 1,9% der Ausländischen usw..

Insgesamt erhalten 15,3% der ausländischen , jedoch 30,8% der deutschen Kinder in einem oder mehreren schulrelevanten Bereich/en eine Therapie.

*“Ausländische” Kinder erhalten in 15,3% in einem oder mehreren schulrelevanten Bereich/en eine Therapie, bei den “deutschen” Kindern sind dies 30,8%!
 Arztüberweisungen wurden trotzdem von beiden Gruppen von den Schulärzten etwa gleichhäufig ausgestellt !*

Da aber vermutlich “Förderbedarf” bzw. “Therapiebedarf” in beiden Gruppen etwa gleich ist (in der Gruppe der ausländischen Kinder wird er sicher zumindest nicht niedriger sein !), wäre eine deutlich höhere Überweisungsrate bei den Kindern nichtdeutscher Herkunft zu erwarten gewesen. Dass dem nicht so ist, läßt den Schluß zu, dass auch bei der Schuleingangsuntersuchung oft Argumente wie z. B.: “Zur Zeit bestimmen ganz andere Probleme das Bild”, oder “es hat ja noch gar keine vorschulische Förderung im Kindergarten stattgefunden” zu häufig ins Feld geführt werden. In der Gruppe der “zuwenig” kontrollierten, diagnostizierten und therapierten ausländischen Kinder sind sicherlich einige, deren Probleme mit den häuslichen Mitteln und schulischer Unterstützung gut kompensierbar sind. Hier befinden sich jedoch auch die Kinder, die auf eine darüberhinausgehende Unterstützung angewiesen sind. **Gerade Kinder, die mit größeren psychosozialen Belastungen leben müssen, sollten so gut wie möglich auf die Anforderungen des Schulalltags vorbereitet werden.**

Darüberhinaus wurde das vorliegende Datenmaterial auf einen möglichen **Zusammenhang zwischen dem stattgehabten Besuch einer vorschulischen Einrichtung** einerseits und der Häufigkeit von **Indikatoren für Teilleistungsschwächen** andererseits untersucht.

Bis auf die Kinder, die einen Sonderkindergarten besuchen, bzw. im Rahmen einer integrativen Maßnahme Eingliederungshilfe im Regelkindergarten erhalten, unterscheiden sich die verschiedenen Gruppen hier nicht wesentlich (vgl. jedoch „Schulempfehlungen“).

Tabelle 5.10: Anzahl der Arztüberweisungen (0 - 4) bezogen auf den Besuch einer vorschulischen Einrichtung

Angaben in absoluten und relativen Häufigkeiten
(deutliche Abweichungen vom Durchschnitt hervorgehoben)

	ganztags		halbtags		Sonder- einrichtung		kein Besuch / keine Angabe		gesamt	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
0	264	81,5	1.965	82,1	91	85,0	669	79,7	2.989	81,6
1	39	12,0	295	12,3	11	10,3	122	14,5	467	12,8
2	18	5,6	112	4,7	3	2,8	40	4,8	173	4,7
3	3	0,9	17	0,7	1	0,9	8	1,0	29	0,8
4	0	0,0	3	0,1	1	0,9	0	0,0	4	0,1
Gesamt	324	100,0	2.392	100,0	107	100,0	839	100,0	3.662	100,0

Tabelle 5.11: Behandlung in schulrelevanten Teilbereichen (0 - 5) bezogen auf den Besuch einer vorschulischen Einrichtung
Angaben in absoluten und relativen Häufigkeiten
(deutliche Abweichungen vom Durchschnitt hervorgehoben)

	ganztags		halbtags		Sonder- einrichtung		kein Besuch / keine Angabe		gesamt	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
0	247	76,2	1.678	70,2	10	9,3	656	78,2	2.989	80,6
1	60	18,5	534	22,3	22	20,6	139	16,6	467	12,6
2	8	2,5	89	3,7	6	5,6	35	4,2	173	4,7
3	4	1,2	67	2,8	46	43,0	5	0,6	29	0,8
4	5	1,5	20	0,5	21	19,6	4	0,5	46	1,2
5	0	0	4	0,2	2	1,9	0	0,0	6	0,2
Gesamt	324	100,0	2.392	99,5	107	98,1	839	100,0	3.710	100,0

Zusammenfassend läßt sich folgendes feststellen:

1. Das Kriterium "Teilnahme an der U9" läßt keine Kindergruppe erkennen, in der nicht ein erheblicher Anteil der Kinder in einem oder mehreren schulrelevanten Bereichen einen auffälligen oder behandlungsbedürftigen Befund aufwies (15 bis 25%)!
2. Besondere Aufmerksamkeit sollte trotz aller meist schon lange erfolgenden Förderungen den ehemaligen Frühgeborenen und auch den deutlich übertragene Kindern gelten.
3. Ausländische Kinder sind vermutlich sowohl in der Diagnostik als auch Therapie unterversorgt (Behandlung in schulrelevanten Teilbereichen in 15,3 % vs. 30,8% bei Deutschen)!

5.2 Empfehlungen zur Einschulung

Schließlich soll der Zusammenhang zwischen den bei der Schuleingangsuntersuchung aufgefallenen Einschränkungen in den oben beschriebenen Bereichen und der daraus resultierenden Empfehlung der Schulärzte zur Einschulung dargestellt werden.

Die Tabellen 5.12 bis 5.14 fassen die Kategorien der "Schulempfehlung" zusammen; differenziertes Zahlenmaterial befindet sich im Anhang (Kapitel 7).

Tabelle 5.12: Schulärztliche Empfehlungen zur Einschulung bezogen auf die Anzahl der kontroll- bzw. therapiebedürftigen schulelevanten Bereiche
Angaben von absoluten und relativen Häufigkeiten
(deutliche Abweichungen vom Durchschnitt hervorgehoben)

	0		1		2		3 und 4		Gesamt	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Einschulung sinnvoll	2.394	81,5	360	77,6	75	43,6	7	21,2	2.836	78,8
pädagogische Beratung empfohlen	291	9,9	50	10,8	57	33,1	12	36,4	410	11,4
Zurückstellung vom Schulbesuch empfohlen	175	6,0	42	9,1	35	20,3	10	30,3	252	7,0
vorzeitige Einschulung nicht angeraten	17	0,6	5	1,1	3	1,7	0	0,0	25	0,7
Überprüfung auf sonderpäd. Förderbedarf empfohlen	61	2,1	7	1,5	2	1,2	4	12,1	74	2,1
Gesamt	2.938	100,0	464	100,0	172	100,0	33	100,0	3.597	100,0

Tabelle 5.13: Schulärztliche Empfehlungen zur Einschulung bezogen auf laufende Behandlungen in schulelevanten Teilbereichen (0 - 5)
Angaben von absoluten und relativen Häufigkeiten
(deutliche Abweichungen vom Durchschnitt hervorgehoben)

	0		1		2		3 bis 5		Gesamt	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Einschulung sinnvoll	2.135	84,2	578	76,7	83	60,1	40	22,5	2.836	78,8
pädagogische Beratung empfohlen	254	10,0	94	12,5	26	18,8	36	20,2	410	11,4
Zurückstellung vom Schulbesuch empfohlen	124	4,9	65	8,6	20	14,5	53	29,8	252	7,0
vorzeitige Einschulung nicht angeraten	16	0,6	6	0,8	3	2,2	0	0,0	25	0,7
Überprüfung auf sonderpäd. Förderbedarf empfohlen	8	0,3	11	1,5	6	4,3	49	27,5	74	2,1
Gesamt	2.537	100,0	754	100,0	138	100,0	178	100,0	3.597	100,0

Ganz offensichtlich läßt sich der inhaltlich klare Zusammenhang mit Entwicklungsstörungen in schulrelevanten Teilbereichen und einer evt. Empfehlung zur Zurückstellung vom Schulbesuch oder zur Überprüfung auf sonderpädagogischen Förderbedarf auch zahlenmäßig belegen.

Bei den diesbezüglich völlig altersentsprechend entwickelten Kindern liegt die Rate der Zurückstellungsempfehlungen bei etwa 6% - hier kommen vor allem die psychosoziale Entwicklung des Kindes oder gewissen sehr individuelle Faktoren zum Tragen, die sich nicht unter "Teilleistungsschwäche - Indikatoren" subsumieren lassen.

Eine deutlich **höhere Rate von Empfehlungen zur „Zurückstellung vom Schulbesuch“ erhalten die Kinder, die keine vorschulische Einrichtung besucht haben**, obwohl sie nicht deutlich mehr Teilleistungsschwächenzeichen mitbringen als ihre Altersgenossen. Die Vermutung liegt nahe, daß hier die **psychosoziale Entwicklung** oftmals den Ausschlag gibt (s. Tabelle 5.14).

Die Rate der Zurückstellungsempfehlungen steigt sehr deutlich bei Häufung von - behandelten oder erstmals benannten - Entwicklungsstörungen bis auf etwa 30%. Ebenso verhält es sich mit der Empfehlung zur Überprüfung auf sonderpädagogischen Förderbedarf, wobei hier alle entsprechenden Möglichkeit zusammengefaßt dargestellt wurden. Eine differenzierte Aufschlüsselung ist in Kapitel 7 zu finden.

Der Anteil der Empfehlung auf Zurückstellung vom Schulbesuch liegt für Kinder ohne wesentliche Auffälligkeiten in schulrelevanten Teilbereichen bei 5 - 6%, bei Kindern mit Auffälligkeiten in einem Teilbereich liegt diese Rate bei etwa 9% und bei Kindern mit mehrdimensionale Entwicklungsverzögerungen bei etwa 30%!

Die **Zurückstellungsempfehlung** trägt also in der Regel einem in der Grundschule voraussichtlich nicht kompensierbaren **Entwicklungsrückstand in wesentlichen Bereichen** Rechnung und geht oftmals mit der Empfehlung einher, entsprechende spezifische Fördermaßnahmen einzuleiten oder noch fortzuführen.

Die generelle Einschulung aller am Stichtag Sechsjährigen würde dieser Tatsache nicht entsprechen und den Anspruch an die Grundschule auf adäquate Förderung von z. T. mehrdimensional entwicklungsverzögerten Kindern wesentlich verschärfen.

Offensichtlich ist aber andererseits auch, dass **trotz aller Feststellungen von Entwicklungsverzögerungen** in einem oder mehreren schulrelevanten Teilbereichen **die Empfehlung zur Einschulung, dann häufig unter Einbeziehung einer pädagogischen Beratung** durch die aufnehmende Grundschule, **weitaus häufiger ausgesprochen wurde als eine Zurückstellungsempfehlung** (von 89% bei Auffälligkeiten in einem Bereich bis 42% bei Auffälligkeiten in 3 und mehr Bereichen, s. Tabelle 5.13).

Tabelle 5.14: Schulärztliche Empfehlungen zur Einschulung in Bezug auf die vorschulische Erziehung
 Angaben in absoluten und relativen Häufigkeiten
 (Kategorien z.T. zusammengefaßt - diff. s. Kapitel 7)

	Regelrichtung		Sondereinrichtung		kein Besuch / keine Angabe		Gesamt	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Einschulung sinnvoll	2.212	81,6	23	21,5	601	76,3	2.836	78,8
pädagogische Beratung empfohlen	304	11,2	11	10,3	95	12,1	410	11,4
Zurückstellung vom Schulbesuch empfohlen	167	6,2	21	19,6	74	9,4	252	7,0
vorzeitige Einschulung nicht angeraten	13	0,5	0	0,0	12	1,5	25	0,7
Überprüfung auf sonderpäd. Förderbedarf empfohlen	16	0,6	52	48,6	6	0,8	74	2,1
Gesamt	2.712	100,0	107	100,0	788	100,0	3.597	100,0

Die Belastung, die durch die notwendige Kompensation der Probleme für Kind, Eltern und Grundschule entsteht, ist z. T. ganz erheblich.

Die vorhandenen Ressourcen sind von Kind zu Kind sehr unterschiedlich.

Hier wäre eine intensive schulärztliche Begleitung der ja schon bei Einschulung benennbaren Risikokindern dringend zu fordern, um im Verlauf der Schulzeit festzustellen, bei welchen Kindern die oftmals ja sehr differenzierten und engagierten schulischen Möglichkeiten zur Kompensation genügen, und wo außerschulische Hilfe erforderlich wird. All dies sollte so frühzeitig erfolgen, dass eine sekundäre Verhaltensstörung, die jede weitere Hilfe erheblich erschwert, nicht erst entsteht.

Die Benennung der "Risikokinder" bei Einschulung ist dringend erforderlich.
Da aber auch diese Kinder ja mehrheitlich eingeschult werden, ist eine differenzierte schulärztliche Begleitung speziell dieser Gruppe und Unterstützung der jeweiligen Schule und Familie aus unserer Sicht dringend zu fordern!

Kapitel 6 . . . und Aussichten:

Zusammenfassende Beurteilung von Verfahren und Ergebnissen; Vorschläge zur Planung künftigen Vorgehens

Die im ersten Abschnitt formulierten Vorgaben, an denen sich aus unserer Sicht eine Schuleingangsuntersuchung messen lassen muß, sollen in diesem letzten Abschnitt aufgegriffen werden. Unter Berücksichtigung der in den Kapiteln 2 bis 5 dargestellten Zusammenhänge zeigt sich, welche Anforderungen das umschriebene Verfahren erfüllt, wo Anpassungen erforderlich werden und schließlich, welche weiterführenden Planungen sich ergeben müßten.

Zu 1 Individualmedizinische und sozialkompensatorische Aspekte

Zu 1.1 Wie jeweils unter Kapitel 4 beschrieben, **erfüllen** die in den schulrelevanten Teilbereichen angewandten **Untersuchungsverfahren** die unter 1.1 genannten **Forderungen** (valide Aussage bei vertretbarem Aufwand und Differenzierung im unteren Leistungsbereich) **in hohem Maße**.

Für die **Schulärzte als Untersucher** auf der anderen Seite ergibt sich aus der Erfahrung, die sie **alljährlich mit 900 bis 1.400 Kindern im Alter von etwa 6 Jahren** unter dieser fokussierten Fragestellung machen, eine von anderen Ärzten diesbezüglich **kaum erreichbare unselektierte, horizontale Vergleichsbreite**.

Zu 1.2 Die **Beratung der Eltern** findet im **Anschluß an die Schuleingangsuntersuchung** statt, wobei der zeitliche Rahmen hier begrenzt ist. Individuelle Angebote wie eine Beratung "im Amt" werden gemacht, jedoch vermutlich je nach Struktur der Familie unterschiedlich intensiv aufgenommen.

Die **Beratung der Schulen** erfolgt auf der Grundlage der **recht differenzierten, schriftlich vorliegenden "Schulempfehlung"**, die besondere Hinweise bezüglich schulrelevanter Teilbereiche enthält (s. Kapitel 7).

Darüberhinaus finden **Informationen für die Kollegien**, z. B. auf Gesamtkonferenzen, statt, deren Ziel die Vernetzung der schulischen mit den außerschulischen Hilfsangeboten ist. Auch hier wäre eine Intensivierung sicherlich sinnvoll und wünschenswert.

Zu 1.3 Die Schuleingangsuntersuchungen finden für fast alle Kinder aus dem **Bereich des Landkreises Hildesheim in den jeweiligen Grundschulen** statt. Dieses Verfahren erfordert von Schulen und Untersuchungsteams ein hohes Maß an Flexibilität, ist aber unerlässlich, um oben beschriebenes "Know-how" den Einwohnern der von der Kreisstadt weiter entfernten Orten und ihren Kindern zunächst einmal räumlich nahe zu bringen.

Zu 1.4 Kinder aus Familien, die von "Komm-Strukturen" überfordert sind, erscheinen oftmals nicht bei der ersten, dann aber auch nicht bei der zweiten Einladung zur Schuleingangsuntersuchung (anders als die Kinder, die beim ersten Termin krank waren).

Diesen Kindern wird nachgegangen, wobei hier die Vernetzung von Hilfsanbietern wie Schule, Hausarzt, Kindergarten und evtl. dem Jugendamt entscheidend ist. Der hier betriebene Aufwand ist recht erheblich, **könnte aber inhaltlich wesentlich verbessert werden**, haben sich doch diese Kinder schon a priori als Risikokinder "geoutet".

Zu 1.5 Die Jugendärzte des öffentlichen Gesundheitswesens sind aus unserer Sicht auch deshalb für die Durchführung der Schuleingangsuntersuchung prädestiniert, weil zwischen ihnen und den Schulanfängerfamilien, anders als bei den Haus- oder Kinderärzten, keine lange gewachsenen, z. T. sehr persönlichen Beziehungen einerseits und (sinnvollerweise nicht zu tabuisierende) wirtschaftlichen Aspekte andererseits eine Rolle spielen, die Einfluß auf die Beratungsergebnisse haben könnten.

Zu 2 Epidemiologischer Aspekt

Zu 2.1 Die **unselektierte Erfassung des gesamten Jahrgangs** der Schulanfänger ist die einzige verbliebene **Möglichkeit im deutschen Gesundheitssystem**, Informationen über den Gesundheitszustand einer vollständigen Jahrgangskohorte zu erhalten. Die Schuleingangsuntersuchung erfüllt somit die Anforderung, die Datenbasis zu liefern, auf der spätere Untersuchungen von Teilgruppen verantwortlich eingeordnet werden könnten.

Zu 2.2 Die **Standardisierung**, wie unter 2.2 gefordert, ist im SOPHIA-Verfahren sowohl für Anamnesenerhebung, Sozialdatenerhebung, Befunderhebung als auch für die entsprechende Dokumentation **realisiert**.

Zu 2.3 Die Befunde und Daten sind, wie gefordert in einem **Gesundheitsbericht** zusammengefaßt und hiermit vorgelegt.

Die **Durchführungsbedingungen**, wie unter Kapitel 2 und Kapitel 4 beschrieben, **wurden eingehalten**.

Im Sinne der **Transparenz** wurden alle Teilschritte beschrieben und ggf. diskutiert, verwandte Materialien angegeben bzw. abgedruckt (Kapitel 7).

Die **Akzeptanz**, die im Einzelfall immer wieder ein Problem sein kann, ist insgesamt in unserem Landkreis außergewöhnlich gut!

Zwei Zahlen möchten dies belegen:

Die Rate der **“Zustimmung zur Sozialdatenerhebung”**, mit der die Eltern ihr Vertrauen und ihre Mitarbeit dokumentieren, liegt in unserem Landkreis bei **85% (vs. 80-82%** in den Vergleichslandkreisen). Die **Rückmeldequote**, die die Kooperation mit Eltern und niedergelassenen Kollegen widerspiegelt, liegt für alle Untersuchungsbereiche in unserem Kreisgebiet bei **72-77%** im Vergleich zu Werten von bis zu 20% in Teilbereichen in anderen Kreisen. Die in Kapitel 2 beschriebene Struktur des SOPHIA-Verbundes zeigt, mit welcher Flexibilität **inhaltliche und formal-organisatorische Anpassungen** möglich sind, ohne andererseits in Beliebigkeit zu verfallen. Aus den gewonnenen Erkenntnissen lassen sich **konkrete Zielvorgaben** für das weitere Vorgehen ableiten (s.u.).

Zu 2.4 Auch **Fragestellungen** von **ausschließlich regionalem Interesse** kann nachgegangen werden. Die Implementierung mit EDV “vor Ort” anstelle einer primär zentralen Auswertung ermöglicht, soweit die erhobenen Daten das zulassen, **Antworten auf aktuelle und lokale Fragen**.

Zu 2.5 Zur Erkennung von regionalen Schwerpunkten und zeitlichen Tendenzen ist die differenzierte Auswertung nach den Bezirken einerseits, der Vergleich von Daten verschiedener Jahrgänge andererseits Voraussetzung.

Die regional differenzierte Auswertung ist verfahrenstechnisch möglich, kann auch auf Anfrage für bestimmte Bezirke durchgeführt werden, hätte aber insgesamt den Rahmen dieses Berichtes gesprengt.

In puncto zeitliche Tendenz (wird wirklich alles schlimmer?) werden weitere Berichte folgen und mit dem jetzt vorgelegten verglichen werden müssen .

Zu 2.6 Derzeit wird das unter Kapitel 2 beschriebene SOPHIA-Verfahren etwa in 20 Gesundheitssämtern angewandt, so dass Daten und Befunde von etwa 50.000 Kindern zur Verfügung stehen. Neben der direkten Auswertung vor Ort erfolgt eine gemeinsame Auswertung, soweit die Daten kompatibel sind. In diesem Jahr (98) war das bei 10.000 bis 24.000 Kindern der Fall, so dass hier gute Vergleichsmöglichkeiten für die eigenen Werte bestehen.

Zu 3 Qualitätssicherung

In Kapitel 2 und Kapitel 4 wurden bereits viele Aussagen zu den Bereichen Strukturqualität und Prozeßqualität gemacht.

Ständige Fortbildungen und Austausch einerseits und Analyse der erhobenen Befunde andererseits dienen der **Reduktion untersucherabhängiger Unterschiede**.

Im Vergleich mit den Befunden anderer Regionen auffälliger Abweichungen werden kritisch beleuchtet hinsichtlich möglicher Störgrößen. So kann z. B. ein Zeitfaktor mit einem Ortsfaktor verwechselt werden, wenn in einer Gemeinde die Zahl der Heuschnupfenkinder deshalb erhöht erscheint, weil die Untersuchung z. Z. der Pollenhochsaison stattgefunden hat.

Eine entscheidene Größe in dieser Hinsicht ist der **“Sozialgradient”** (s. Kapitel 3). Im folgenden Bericht wird diese Größe für alle Kinder bestimmt werden, so dass hier regionale und überregionale Vergleiche möglich werden und bisher nur vermutete Zusammenhänge überprüfbar werden.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, dass Verbesserungen an vielen Stellen, vor allem bezogen auf die Verarbeitung der erhobenen Daten, sinnvoll erscheinen, dass aber mit dem jetzt installierten SOPHIA-Programm ein Instrument zur Verfügung steht, was den eingangs formulierten Anforderungen in hohem Maße entspricht und somit erstmals die gesammelten Informationen als Orientierungs- und Entscheidungshilfe für Verantwortliche aus Politik und Verwaltung nachvollziehbar darstellt.

Für die weitere Planung in Bezug auf die Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse möchten wir in großer Übereinstimmung mit den pädagogischen Mitarbeitern vieler vorschulischen Einrichtungen und Schulen folgende Vorschläge formulieren:

1. Die nicht unerhebliche Zahl derjenigen Kinder, die trotz bestehender Entwicklungsstörungen in die Schule aufgenommen werden (s. Kapitel 5), bedarf einer sorgfältigen Begleitung und Unterstützung durch Schule und Schulärzte. Hospitationen im Unterricht sind z. Z. nur sehr vereinzelt möglich (Rahmenbedingungen !), wären aber eine sinnvolle und notwendige Verbesserung in diesem Bereich.

2. Den Risikokindern, deren Eltern durch ein unverbindliches Angebotssystem ganz offensichtlich überfordert sind, müssen wir sinnvoller nachgehen. Hierunter verstehen wir nicht die Vergabe von drei und mehr (nicht eingehaltenen) Terminen "im Amt": Sinnvoll wäre hier z. B. ein Hausbesuch. Auch hier sind die Rahmenbedingungen z. Z. zu eng; eine Intensivierung in diesem Punkt erscheint ebenso notwendig und sinnvoll.
3. Nach Benennung "regionaler Schwerpunkte" sollte in diesen Gemeinden oder Bezirken verstärkt eine Untersuchung in ausreichendem zeitlichen Abstand vor der Schuleingangsuntersuchung stattfinden (Kindergartenuntersuchung), damit Fördermaßnahmen bis zum Einsetzen der Schulpflicht wirksam werden können.
4. Die Beratung der Pädagogen, denen durch zunehmend schwierige Rahmenbedingungen immer weniger Möglichkeiten bleiben, auf individuelle Defizite der Kinder einzugehen, muß intensiviert werden, damit die Vernetzung mit außerschulischen Hilfsmöglichkeiten frühzeitig und sinnvoll stattfinden kann.

Wir formulieren diese Ziele, obwohl und gerade weil wir uns der schwierigen Lage der öffentlichen Kostenträger bewußt sind.

Wie im ersten Abschnitt erwähnt, entstehen durch zu spät erkannte Entwicklungsstörungen und mangelnde Umsetzung von Fördermaßnahmen für das einzelne Kind, seine Familie und seine Lehrer oft unerträgliche Belastungen, die dann auch gesamtgesellschaftlich in vielerlei negativer Hinsicht und nicht zuletzt als enorme wirtschaftliche Belastung zu buche schlagen.

Die unselektierte, kompetente Schuleingangsuntersuchung mit entsprechender Berichterstattung an Öffentlichkeit, Politik und Verwaltung ist aus unserer Sicht unverzichtbar. Über Modellprojekte zur Verbesserung der Umsetzung sollte diskutiert werden. Der hiermit vorgelegte Bericht möge zum Nutzen unserer Kinder und unseres Landkreises hierbei als Grundlage dienen.

Kapitel 7: Tabellarischer Anhang, Impfstatistiken, Materialien Daten aus weiteren Untersuchungsbereichen, Impfstatistik, wesentliche Formblätter

7.1 Zu Kapitel 2

- Schulkartenformular - Dokumentationsbereiche für kindliche Vorgeschichte und Untersuchungsbefunde Anlage 1
- Formblatt für die Schulempfehlung Anlage 2

7.2 Zu Kapitel 3

- Herkunftsländer der Schulanfänger (Tabelle 7.1)

	n	(%)
Deutschland	3.297	90,2
Türkei	158	4,3
Libanon	35	1,0
Jugoslawien	35	1,0
Vietnam	26	0,7
Russland	13	0,4
Italien	12	0,3
Albanien	11	0,3
Afghanistan	9	0,2
Bosnien-Herzegowina	6	0,2
Griechenland, Irak	je 5	0,1
Pakistan	4	0,1
Polen, Syrien	je 3	0,1
Brasilien, Schweiz, Sri Lanka, Ägypten, Ungarn, Niederlande, Sowjetunion, Thailand	je 2	0,1
Belgien, Algerien, Spanien, Äthiopien, Frankreich, Großbritannien, Jamaica, Liberien, Mazedonien, Peru, Korea, Schweden, Somalia, China, Ukraine, Zaire	je 1	0,0
Gesamt	3.662	100

■ Auszüge aus den Kurzstatistiken der Perinatologischen Arbeitsgemeinschaft
Niedersachsen (1991, 1992)

1991 (1.1.91 - 31.12.91)		Tabelle 7.2	
Schwangere:	69.692		
Kinder:	70.654		
lebend geborene Kinder:	70.395		
<u>Tragzeit nach errechnetem Termin oder klinischem Befund</u>			
Frühgeburten unter 32 Wochen:	762	1,1 %	(1,0)
Frühgeburten unter 37 Wochen:	5.078	7,3 %	(6,9)
Errechneter Termin liegt vor:	68.503	98,3 %	(98,1)
<u>Geburtsgewicht für alle Kinder</u>			
unter 1000 g	232	0,3 %	
1000 - 1499 g	487	0,7 %	
1500 - 1999 g	969	1,4 %	
2000 - 2499 g	2.763	3,9 %	
über 2499 g	66.203	93,7 %	
ohne Angabe	0	0	
Gesamt	70.654	100 %	

1992 (1.1.92 - 31.12.92)		Tabelle 7.3	
Schwangere:	73.019		
Kinder:	74.036		
lebend geborene Kinder:	73.780		
<u>Tragzeit nach errechnetem Termin oder klinischem Befund</u>			
Frühgeburten unter 32 Wochen:	745	1,0 %	(1,1)
Frühgeburten unter 37 Wochen:	5.366	7,3 %	(7,3)
Errechneter Termin liegt vor:	71.734	98,2 %	(98,3)
<u>Geburtsgewicht für alle Kinder</u>			
unter 1000 g	244	0,3 %	
1000 - 1499 g	489	0,7 %	
1500 - 1999 g	951	1,3 %	
2000 - 2499 g	2.705	3,7 %	
über 2499 g	69.647	91,1 %	
Gesamt	74.036	100 %	

■ Anzahl der Geschwister

Landkreis Hildesheim		
	Tabelle 7.4	
Anzahl d. Geschwister	n	(%)
0	778	21,2
1	1.783	48,7
2	731	20,0
3	209	5,7
4	84	2,3
5 und mehr	76	2,1
keine Angabe	1	0,1

Vergleichbare Daten überregional		
	Tabelle 7.5	
Anzahl d. Geschwister	n	(%)
0	2.317	17,1
1	6.756	49,9
2	2.819	20,8
3	913	6,7
4	322	2,4
5 und mehr	406	3,0
keine Angabe	1	0,1

■ Angaben zur Erziehungssituation

Tabelle 7.6

	Landkreis Hildesheim	
	n	(%)
Erziehung durch beide Eltern	2.591	70,8
Alleinerz. Elternteil	246	9,4
Elternteil mit festem Partner	124	3,4
Pflegeeltern / Andere	24	0,7
keine Angabe	577	15,8
Gesamt	3.662	100

7.3 Zu Kapitel 5

■ Schulärztliche Empfehlungen zur Einschulung (Gesamt)

(Tabelle 7.7)

	N	(%)
Einschulung empfohlen	2.836	77,4
Pädagogische Beratung empfohlen	410	11,2
Zurückstellung vom Schulbesuch empfohlen/ Schulkindergarten	232	6,3
Ruhen der gesamten Schulpflicht empfohlen	30	0,8
vorzeitige Einschulung nicht angeraten	25	0,7
Überprüfung auf sonderpädagogischen Förderbedarf empfohlen		
Lernhilfe	11	0,3
Gehörlosenschule	10	0,3
Schwerhörigenschule	2	0,1
Sprachheilschule	14	0,4
Körperbehindertenschule	3	0,1
Schule für Verhaltensauffälligkeit	2	0,1
Schule für geistig Behinderte	32	0,9
Sonderpäd. Überprüfung empfohlen - gesamt	74	2,2
Gesamt	3.607	100

7.4 Impfstatistiken und Durchimpfungsgrad

Ein vollständiger Impfschutz wurde angenommen, wenn wie folgt geimpft war
(Vorgabe Bez.Reg.)

Pertussis	4 x
Diphtherie, Tetanus, HiB	3 x
Hepatitis B	3 x
Poliomyelitis	3 x
Masern, Mumps, Röteln	1 x
Tuberkulose	1 x

Tabelle 7.8: Impfstatistik

Durchimpfungsgrad bezogen jeweils

a) auf alle unters. Schulanf. - N = 3.662

b) auf Kinder mit Impfbuch

Impfschutz in Absolutzahlen und Durchimpfungsgrad											
Schutzimpfung gegen	kein Impfbuch		vollständig			teilweise			nein		
	N	(%)	N	a (%)	b (%)	N	a (%)	b (%)	N	a (%)	b (%)
Diphtherie	418	11,4	3.114	85,0	96,5	120	3,3	3,7	10	0,3	0,3
Hepatitis B	426	11,6	764	20,9	23,6	595	16,2	18,3	1.877	51,3	58,0
HiB	428	11,7	2.624	71,7	81,1	367	10,0	11,3	243	6,6	7,5
Masern	435	11,9	2.773	75,7	85,9	-	-	-	454	12,4	14,0
Mumps	425	11,6	2.786	76,1	86,1	-	-	-	451	12,3	13,9
Pertussis	419	11,5	1.935	52,8	59,7	301	8,2	9,3	1.007	27,5	31,1
Poliomyelitis	418	11,4	3.070	83,8	94,6	160	4,4	4,9	14	0,4	0,4
Röteln	432	11,8	2.438	66,6	75,5	-	-	-	792	21,6	24,5
Tetanus	418	11,4	3.117	85,1	96,7	114	3,1	3,5	13	0,4	0,4
Tuberkulose	418	11,4	2.886	78,8	89,5	-	-	-	358	9,8	11,1

Kapitel 8: Literaturverzeichnis

1. Angermaier, M.J.W. (1977):
Psycholinguistischer Entwicklungstest, 2. korrigierte Auflage 1977; Testkatalog 1996/97 der Testzentrale des Berufsverbandes deutscher Psychologen Göttingen / Bern, Stand 01.03.1996
2. Bukowitz und Pfeiffer (1998/99): Persönliche Mitteilung/Referat Dresden 1998
3. Dorow, J. (1994):
Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und des Rechtschreibens. Wingentext, wt.27/Dezember 1994; Wingenverlag für Wirtschaft und Verwaltung, Essen
4. Esser, G. (1991):
Früherkennung von Teilleistungsstörungen. Öffentl. Gesundheitswesen 53 (1991): 470 - 473
5. Esser, G. und Stöhr, R.-M.:
Visuomotorischer Schulreifeftest, Testkatalog 1996/97 der Testzentrale des Bundes deutscher Psychologen, Verlag Hans Huber, Stuttgart / Bern / Toronto
6. Frostig, M. (1981):
Grundlagen zur Perzeptiven und kognitiven Entwicklung des Kindes: Prinzipien der Diagnostik und Behandlung spezifischer Lernstörungen. In: M. Frostig, H. Müller (hg): Teilleistungsstörungen. Ihre Erkennung und Behandlung bei Kindern, München: Urban & Schwarzenberg
7. Landkreis Hildesheim: Jahrbuch 1999
8. Landkreis Hildesheim, Jugendamt:
Jugendhilfeplan
1. Sozialatlas (1997)
2. Jahresbericht von 1998
9. Largo, P.H. (1995):
Kindliche Entwicklung und psychosoziale Umwelt, In: Schlack, H.G. (Hsgb): Sozialpädiatrie. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, New York
10. Lempp, R. (1981):
Eine Pathologie der psychischen Entwicklung, Huber, Stuttgart / Bern / Wien
11. Perinatologische Arbeitsgemeinschaft Niedersachsen (1991, 1992):
Kurzstatistiken der Perinatalstudien von 1991 und 1992 Freundliche Mitteilung durch
O.A. Dr. Peltner, St. Bernward-Krankenhaus, Hildesheim
12. Riegel, K. und Orth, B. (1995):
Die Entwicklung gefährdet geborener Kinder bis zum 5. Lebensjahr,
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart
13. Schlack, G. (1995):
Sozialpädiatrie - Gesundheit, Krankheit, Lebenswelten, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, /Jena / New York
14. Schulz, G. und Plum, H. et al (1996):
Weiterentwicklung der Schuleingangsuntersuchung - Persönliche Mitteilung der Autoren -,
Aachen / Köln / Düsseldorf