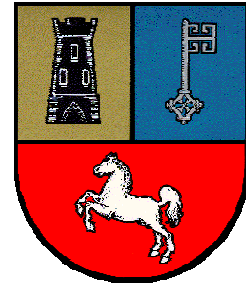


**LANDKREIS STADE**

*Stärke · Vielfalt · Zukunft*



**GESUNDHEITSAMT**

**Kommunale**

**Gesundheitsberichterstattung**

Gesundheitsbericht Teil 3

## **Kindergesundheit vor der Einschulung**

Ausgewählte Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes von 2004 bis 2009, von der Sprache zur Motorik über Allergien und Impfungen zur Schulempfehlung

Gesundheitsbericht Teil 3 - Kindergesundheit vor der Einschulung  
Ausgewählte Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen des Kinder- und Jugend-  
ärztlichen Dienstes von 2004 bis 2009, von der Sprache zur Motorik über Allergien und  
Impfungen zur Schulempfehlung

Herausgeber

Landkreis Stade - Der Landrat

Auskunft erteilt

Leiter des Gesundheitsamtes  
Dr. med. Gerhard Pallasch  
Heckenweg 7  
21680 Stade  
Tel 04141/ 12 700  
Fax 04141/ 12 714  
[gesundheitsamt@landkreis-stade.de](mailto:gesundheitsamt@landkreis-stade.de)

Erarbeitet in Zusammenarbeit mit der Leiterin des  
Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes  
Frau Dr. med. Christine Hartwig

Gesamtkonzept  
Wolfgang Kirschstein, Dipl.- Sozialpädagoge

Stand: Juni 2012

Druck : Landkreis Stade

Auflage: 110



## Vorwort

Unser Landkreis Stade ist familienfreundlich und bietet eine hohe Lebensqualität.

Lebensqualität lässt sich durch viele praktische Beiträge schaffen.

Deutliche Schwerpunkte bilden hier die Gesundheit und das Befinden unserer Kinder. Schuleingangsuntersuchungen sind ein wesentlicher öffentlicher Beitrag zur einer umfassenden Kinder- und Jugendärztlichen Bewertung der Gesundheit in der wichtigen Phase vor dem Schuleintritt, um aus der Gesamterkenntnis eine Schulfähigkeit feststellen zu können oder- wenn notwendig - auch weitere helfende Maßnahmen für Kinder und Eltern anzubieten.

Bereits im Gesundheitsbericht Teil 2 wurde eine Fülle von Informationen zu einigen wichtigen Bereichen der Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. In diesem dritten Teil wird abschließend eine weitere Auswahl von Ergebnissen dargelegt, die uns allen einen ergänzenden Eindruck zur Gesundheit von Kindern im Vorschulalter vermittelt.

Gesundheit ist auch eine Basis für Bildungserfolg. Gelingende Schulbildung ist zunehmend der Schlüssel zu einer persönlich erfolgreichen Lebensgestaltung und auch zu einer zukunftsweisenden gesellschaftlichen Entwicklung im Landkreis Stade. Das Wissen um die Gesundheit jedes Kindes und ärztliche Empfehlungen zu deren Förderung, bieten eine solide Basis für den Start ins schulische Bildungssystem.

Stade, im Juni 2012

A handwritten signature in black ink that reads "Michael Roesberg". The signature is written in a cursive, flowing style.

Michael Roesberg

Landrat

<b>Inhaltsverzeichnis</b>		<b>Seite</b>
	<b>Vorwort</b>	<b>1</b>
<b>1.</b>	<b>Einführung und Kurzüberblick</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes</b>	<b>8</b>
	<i>Gesetzliche Bestimmungen, Auftrag, Ausstattung, Qualitätssicherung</i>	
<b>3.</b>	<b>Die Kinder und ihr sozialer Kontext</b>	<b>9</b>
<b>4.</b>	<b>Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung</b>	<b>24</b>
<b>5.</b>	<b>Störungen der Sprache und des Sprechens</b>	<b>28</b>
	- <i>Sprachauffälligkeiten mit 5 Jahren</i>	
	- <i>Sprachstörungen</i>	
	- <i>spezielle Störungen</i>	
<b>6.</b>	<b>Freies Laufen bis 18 Monate</b>	<b>35</b>
<b>7.</b>	<b>Motorik, Körperkoordination, Gleichgewicht</b>	<b>36</b>
<b>8.</b>	<b>Verhaltensauffälligkeiten</b>	<b>38</b>
<b>9.</b>	<b>Allergische Erkrankungen</b>	<b>41</b>
	- <i>Neurodermitis</i>	
	- <i>Heuschnupfen</i>	
	- <i>Asthma</i>	
<b>10.</b>	<b>Pulmonale Erkrankungen</b>	<b>47</b>
<b>11.</b>	<b>Orthopädische Auffälligkeiten</b>	<b>48</b>
<b>12.</b>	<b>Hals- Nasen- Ohren- Befunde</b>	<b>51</b>
<b>13.</b>	<b>Angiokardiopathie</b>	<b>53</b>
<b>14.</b>	<b>Menschen mit Behinderungen</b>	<b>54</b>
<b>15.</b>	<b>Sehtest</b>	<b>55</b>
<b>16.</b>	<b>Farbsinntest</b>	<b>57</b>
<b>17.</b>	<b>Impfungen</b>	<b>59</b>
<b>18.</b>	<b>Psychosoziale Belastungen</b>	<b>68</b>
<b>19.</b>	<b>Schulempfehlungen und abschließende Bemerkungen</b>	<b>73</b>
<b>20.</b>	<b>Grundlagen dieses Berichtes</b>	<b>78</b>

## 1. Einführung und Kurzüberblick

Um einen zunehmend besseren Überblick über den Gesundheitszustand, über Gesundheitsrisiken und Gesundheitsverhalten der Menschen im Landkreis Stade zu erhalten, werden im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung im Landkreis Stade verfügbare anonyme Daten zusammengeführt, systematisch ausgewertet und in Gesundheitsberichten veröffentlicht.

Wie bereits im zweiten stehen im vorliegenden dritten Gesundheitsbericht nochmals die Kinder im Mittelpunkt, die von 2004 bis 2009 die Schuleingangsuntersuchung im Landkreis besuchten. Die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst erhobene Datenmenge war zu Beginn der Projektierung des Gesundheitsberichtes Teil 2 so umfangreich, dass schon zu diesem Zeitpunkt ein Gesundheitsbericht Teil 3 zum gleichen Themenkreis geplant wurde.

Schuleingangsuntersuchungen sind die einzige Quelle vielfältiger Gesundheitsdaten eines vollständigen Jahrganges von Kindern aus dem Landkreis, die - aus epidemiologischer Sicht - Informationen liefert, die die Möglichkeit bieten, nicht erwünschte problematische gesundheitliche Entwicklungen zu identifizieren, zu bewerten und mit Hilfe entsprechender Maßnahmen entweder zu verhindern oder deren Auswirkungen zu mildern. Gesundheit ist wichtig zur Wahrung von Bildungschancen.

Die große Menge der verfügbaren Daten ermöglicht einen guten Überblick über den Stand der Kindergesundheit im Landkreis und lässt Bewertungen von Entwicklungen zu. Da viele Inhalte zwar aus kinder- und jugendärztlicher Sicht interessant sind, im Rahmen eines Gesundheitsberichtes aber zu speziell sein würden, wird, wie bereits im Gesundheitsbericht Teil 2, auf eine umfassende Darstellung verzichtet. Wieder wird eine Auswahl angeboten, die der Leserin oder dem Leser mit relativ überschaubarer Information entgegenkommt.

In achtzehn Kapiteln führt dieser Bericht aufzeigend und erläuternd durch die noch verbleibenden wichtigsten Erkenntnisfelder der Schuleingangsuntersuchungen und endet mit dem neunzehnten Kapitel: Schulempfehlungen; denn darum geht es letztlich.

Zum Auftakt und zum schnellen Einstieg werden zunächst im folgenden Kurzüberblick die wesentlichen Ergebnisse zu jedem Kapitel beschrieben.

### ***Kurzüberblick***

#### **Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes:**

das fachliche Instrument zur Umsetzung der vielfältigen Aufgaben der Schuleingangsuntersuchungen . Im Überblick werden in diesem Bericht die gesetzlichen Bestimmungen und der Auftrag erläutert. Ausführungen zur gegenwärtigen Ausstattung und zur Qualitätssicherung runden die Darstellung ab.

#### **Die Kinder und ihr sozialer Kontext**

Auf Basis freiwilliger Angaben der Eltern wird hier ein zwar begrenzter, aber notwendiger Einblick in den sozialen Kontext der Kinder gegeben. Jeder weiß, dass hier richtungsbestimmende Entwicklungen der Kinder stattfinden. Eine Beurteilung zur Schulfähigkeit eines Kindes wird, besonders in Grenzfällen, zumindest sicherer durch grundlegende Kenntnisse über dessen soziale Umwelt. Die wesentlichen Ergebnisse:

- bis auf sehr wenige Ausnahmen sprachen alle vorgestellten Kinder deutsch oder es war eine Verständigung in deutscher Sprache für die Zwecke der Untersuchung möglich
- über 94 % der Kinder besuchten eine Kindertageseinrichtung, Tendenz steigend
- über 80 % der Eltern lebten zusammen mit ihren Kinder und erzogen diese gemeinsam, die mit über 10 % folgende Gruppe waren mit ihren Kindern alleine lebende und allein erziehende Eltern
- zu durchschnittlich 90 % wurden Schulkinder nach der Schule durch ihre Eltern betreut
- Mütter waren zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen durchschnittlich und im Schwerpunkt ca. 38 Jahre alt, die Väter ca. 41 Jahre, natürlich gab es auch jüngere und ältere
- der dominierende Schulabschluss der Mütter war der Realschulabschluss, ca. 49 %, der der Väter ebenso, aber nur zu 33 %
- ca. 54 % der Mütter hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung (Lehre), ca. 11 % waren Absolventen einer Hochschule, ca. 37 % der Väter hatten eine Lehre absolviert, ca. 17 % verfügten über einen Hochschulabschluss, ohne jegliche Ausbildung waren zwischen 11 und 12 % der Mütter und Väter
- Etwa 53 % der Mütter waren erwerbstätig, die Hälfte davon in Teilzeit, die Väter gingen zu ca. 93 % einer Erwerbstätigkeit nach, zu 90 % ganztags

- in insgesamt 269 Fällen musste- im Rahmen sog. sozialfürsorgerischer Maßnahmen- zum Wohle der Kinder das Jugendamt eingeschaltet werden.

### **Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung**

Die Anzahl der Kinder ohne Befund war rückläufig, noch durchschnittlich 66,5 % betrug die Quote, ebenso die Anzahl der bereits behandelten Kinder, geringfügige und deutliche Auffälligkeiten nahmen bei beiden Geschlechtern zu.

### **Störungen der Sprache und des Sprechens**

Sprachauffälligkeiten mit 5 Jahren scheinen zuzunehmen, Jungen waren stärker betroffen als Mädchen.

### **Freies Laufen bis 18 Monate**

Etwa 97 % der Mädchen und Jungen konnten bis zum Alter von 18 Monaten laufen.

### **Motorik, Körperkoordination, Gleichgewicht**

Die Anzahl auffälliger Befunde bewegt sich im medizinisch üblichen Rahmen, Jungen waren stärker betroffen als Mädchen.

### **Verhaltensauffälligkeiten**

Festgestellte Verhaltensauffälligkeiten jeder Ausprägung nahmen zu, Jungen waren deutlich stärker betroffen als Mädchen.

### **Allergische Erkrankungen**

- *Neurodermitis*: Etwa 10 % aller untersuchten Kinder litten an Neurodermitis, es bestanden keine bedeutenden Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen. Gegenüber dem bundesweiten Durchschnitt (s. a. Endnote 3, Seite 45) von 10 bis 15 % betroffenen Kindern, war im Landkreis von 2004 bis 2009 eine geringe Rückläufigkeit zu verzeichnen.
- *Heuschnupfen*: Ähnlich dem Bundesdurchschnitt: Ca. 6,7 % aller Kinder litten an Heuschnupfen, Jungen mehr als Mädchen.
- *Asthma*: 9,8 % der Kinder hatten Asthma in erwähnenswerter Weise, ca. 4,5 % ausgeprägt bis stark, Jungen waren stärker betroffen als Mädchen.

**Pulmonale Erkrankungen (Lunge)**

Überwiegend gesunde Kinder, Betroffene waren meist bereits in Behandlung, geringe Fallzahlen, Jungen etwas stärker betroffen als Mädchen.

**Orthopädische Auffälligkeiten**

30 % der Kinder wiesen Auffälligkeiten auf, geringfügigere und bedeutende nahmen um ca. 21 % zu, während die Anzahl der Kinder, die bereits mit ihren Gesundheitsstörungen in ärztlicher Behandlung waren, stark abnahm.

**Hals-Nasen-Ohren Befunde**

Bei Mädchen und Jungen: Rückläufige Anzahl deutlicher und geringfügiger Befunde, meistens wurde bereits behandelt.

**Angiokardiopathie (Herz)**

Relativ geringe Fallzahlen, keine wesentlichen Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen.

**Menschen mit Behinderungen**

Die Rate behinderter Menschen war über die Jahre konstant und relativ gering (ca. 2,6 %). Die Behinderungen waren in aller Regel bereits vorher bekannt.

**Sehtest**

Etwa 30 % aller Kinder wiesen Sehstörungen auf, 20% waren bereits Brillenträger, das ist aber nicht ungewöhnlich.

**Farbsinntest**

Nur ca. 5 % aller Kinder wiesen Farbsinnstörungen auf, deutlich mehr Jungen als Mädchen. Diese Störungen sind meist angeboren/ vererbt.

**Impfungen**

Die Durchimpfungsrate im Bereich der für Klein- und Schulkinder empfohlenen Impfungen wartete im Landkreis Stade, gemessen am Landesdurchschnitt, mit respektablem Werten auf, diese sind aber noch verbesserungswürdig.

**Psychosoziale Belastungen**

Psychosoziale Belastungen von Kindern nahmen stetig zu! Diese können dadurch vermehrt zu Lernstörungen und abweichendem Verhalten von Kindern führen.

**Schulempfehlungen**

Wie immer: Der sehr deutlich überwiegende Teil der Kinder erhielt eine Schulempfehlung ohne Einschränkungen.

Dennoch: Der prozentuale Anteil der Jungen und Mädchen, die ohne Einschränkungen eine Schulempfehlung erhielten, ging von 2004 bis 2009 Jahr für Jahr zurück!

**Anmerkung**

Fußnoten im Text werden am Ende jedes Kapitels erläutert.

## 2. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes

### ***Gesetzliche Bestimmungen, Auftrag, Ausstattung, Qualitätssicherung***

- Rechtsgrundlage

für die durch den Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen ist § 56 des Niedersächsischen Schulgesetzes (NSchG, i.d.F. vom 3. März 1998, Nds. GVBl. 1998, S.137) in Verbindung mit dem Niedersächsischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD, 24.März 2006, Nds. GVBl. S. 178).

- Verpflichtung zur Teilnahme

Kinder sind- nach §5 Abs. 2 des Niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst- zur Teilnahme an Schuleingangsuntersuchungen und weiter gehenden Tests verpflichtet.

- Mitteilung der Untersuchungsergebnisse

Den Erziehungsberechtigten wird das Untersuchungsergebnis mitgeteilt (§55 Niedersächsisches Schulgesetz), die aufnehmenden Schulen erhalten nur die für die Schulfähigkeit bedeutsamen Untersuchungsergebnisse.

- Fachärztliche Leitung

Geleitet wird der Kinder- und Jugendärztliche Dienst durch eine Fachärztin für Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Der Leiterin des Dienstes stehen zurzeit drei Ärztinnen für weitere ärztlicher Aufgaben und insgesamt vier medizinische Assistenzkräfte zur Verfügung.

- Qualitätssicherung

a) Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen anhand der „Arbeitsrichtlinien für die standardisierte schulärztliche Untersuchung“, inzwischen 9.Revision/ 6.Auflage [Hrsg.: Institut für Gesundheitswissenschaften in Forschung und Praxis], in Kooperation mit den Gesundheitsämtern der Städte Braunschweig, Salzgitter und Wolfsburg, die Region Hannover, Stadt u. Landkreis Göttingen und die Landkreise Celle, Cuxhaven, Diepholz, Gifhorn, Goslar, Hameln-Pyrmont, Harburg, Hildesheim, Holzminden, Lüchow-Dannenberg, Lüneburg, Nienburg/Weser, Northeim, Osterode/H., Peine, Rotenburg (Wümme), Schaumburg, Heidekreis, Uelzen, Verden und Wolfenbüttel.

b) Mit Hilfe des Qualitätsmanagementhandbuches des Gesundheitsamtes (Betriebsbuch) findet zusätzlich ein interner Qualitätssicherungsprozess statt.

### 3. Die Kinder und ihr sozialer Kontext

Im Gesundheitsbericht Teil 2 wurden die Kinder zunächst „vorgestellt“, soweit dieses im Rahmen des vorliegenden Datenmaterials möglich und angemessen war. Die Anzahl aller gemeldeten und vorgestellten Kinder und auch deren Herkunft, gaben einen Überblick. Und diese Anzahl der Kinder konnte bereits zu Beginn auch die Größe der Arbeitsmenge anschaulich machen, die jährlich durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen zu bewältigen ist. Die Darstellung der Herkunft - aus Deutschland und aus aller Welt - ließ kurz jenseits aller nüchternen Zahlen deutlich werden: hier geht es um Kinder, die im Landkreis Stade

gemeinsam die Schule besuchen sollen.

Auch zu Beginn des Gesundheitsberichtes Teil 3 sollen zunächst wieder die Kinder im Vordergrund stehen und zwar in ihrem sozialen Kontext, soweit dieses möglich ist. Die Darstellungen hierzu basieren primär auf freiwilligen Angaben der Eltern.

**Abbildung 3.1 Freiwillige Elternantworten zu Fragen zum sozialen Kontext der Familie**  
Landkreis Stade, Schuleingangsuntersuchungen 2004-2009

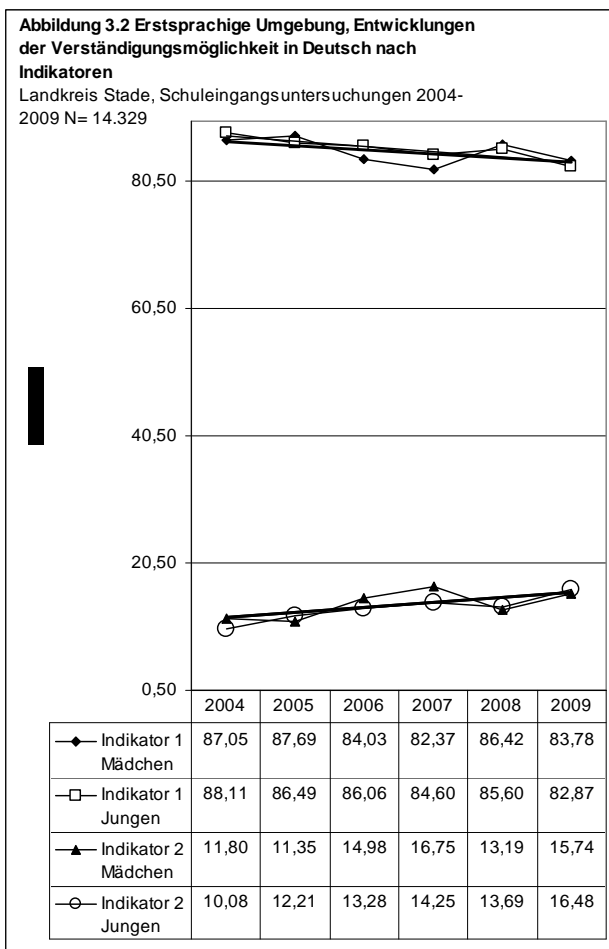
Thema	absolut geantwortet	in %
von 2004-2009 untersuchte Kinder	<b>14.543</b>	<b>100</b>
Anzahl der Geschwisterkinder	14.530	99,91
erstsprachige Umgebung	14.329	98,53
Vorschulische Erziehung	13.023	89,55
Erziehung des Kindes im Schwerpunkt durch ...	12.753	87,69
Betreuung nach der Schule	11.381	78,26
Geburtsjahrgänge der Mütter	11.613	79,85
Höchster Schulabschluss der Mutter	12.038	82,78
Berufsausbildung der Mutter	11.816	81,25
Berufliche Tätigkeit der Mutter	12.015	82,62
Schichtdienst Mütter insgesamt	14.543	100,00
Geburtsjahrgänge der Väter	10.806	74,30
Höchster Schulabschluss des Vaters	11.801	81,15
Berufsausbildung des Vaters	11.801	81,15
Berufliche Tätigkeit des Vaters	11.370	78,18
Schichtdienst Väter insgesamt	14.543	100,00

#### Fragen und Antworten

In nebenstehender Tabelle sind die Fragen dargestellt, deren Beantwortung - aus schulärztlicher Sicht - notwendig ist, um eine Einschulungsaussage nicht nur von einer reinen Befundsituation abhängig zu machen, sondern diese im Bedarfsfall in einem, für das Kind bedeutsamen Zusammenhang zu sehen. 99,91 % der befragten Eltern berichteten über die Anzahl der Geschwister, eine fast eben so große Anzahl sagte etwas über die bestehende erstsprachige Umgebung aus. Informationen hierzu können bedeutsam für die Beurteilung der Sprachfähigkeit sein. Ein Kind, das z.B. fast ausschließlich in seiner nicht-deutschen Muttersprache sozialisiert wurde, hat möglicherweise erhebliche Nachteile beim Schulstart, die es ohne Förderung nicht allein bewältigen

kann. Aufschlüsse ergeben sich ggf. auch durch Informationen über Personen und Institutionen, die das Kind in der Lebensphase vor Schulbeginn begleiteten, im Vorschulbereich und in der Schwerpunkterziehung. Ein Ausblick auf die geplante Betreuung nach dem Schultag kann einen möglichen Hilfebedarf von Eltern beschreiben.

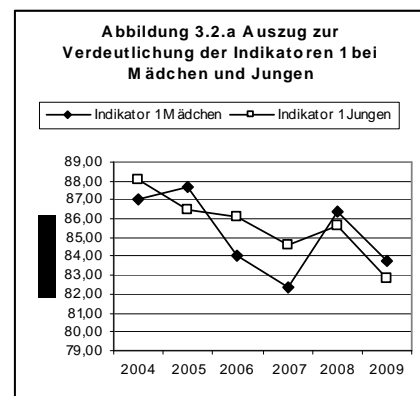
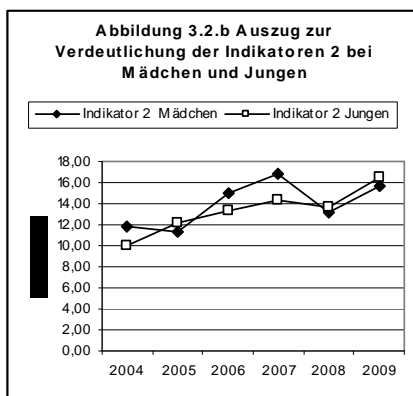
Wichtige Erkenntnisse zur sozialen Stellung der Eltern in ihrem Leben und damit verbundener Möglichkeiten der Lebensgestaltung, auch zu einer förderlichen Entwicklung des



**Indikatoren und Bedeutung**  
 1= Familiensprache Deutsch  
 2= mehrsprachige fam. Umgebung, Verständigung während der SEU in Deutsch  
 3= mehrsprachige/ fremdsprachige fam. Umgebung. Verständigung mit dem Kind während der SEU in Deutsch eingeschränkt möglich  
 4= mehrsprachige/ fremdsprachige fam. Umgebung. Verständigung mit dem Kind während der SEU in Deutsch nicht möglich  
 9= Keine Zuordnung möglich  
 (SEU = Schuleingangsuntersuchung)

Kindes, lassen sich aus Angaben zur schulischen- und beruflichen Bildung der Eltern entnehmen.

Hierzu antworteten die Eltern in einem großen Maß. Ebenso zur beruflichen Tätigkeit. Die Einleitung sozialfürsorgerischer Maßnahmen obliegt Arzt oder Ärztin. Die einzelnen Maßnahmen werden später systematisch erörtert.



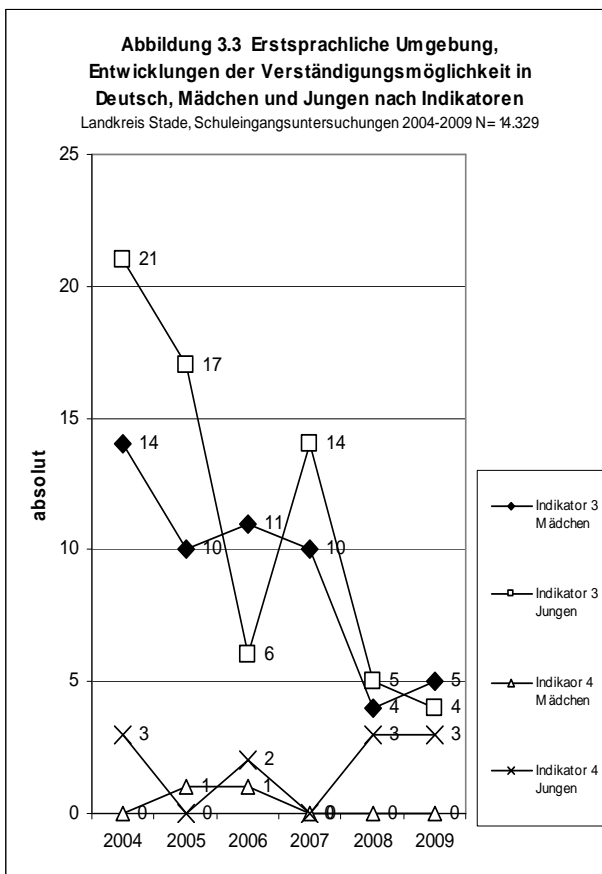
Die folgenden Ausführungen zu

Aspekten des sozialen Kontextes stellen eine Auswahl dar und sollen die Möglichkeit

eines Überblicks eröffnen. Dieser Bericht verfolgt nicht den Anspruch, aus dem gegebenen Material Thesen über mögliche Wechselwirkungen zwischen sozialem Kontext und Befunden abzuleiten.

**Erstsprachliche Umgebung**

Um erfolgreich seinen Weg in der Schule gehen zu können, ist es für jedes Kind äußerst wichtig, die deutsche Unterrichtssprache altergerecht zu verstehen und auch zu sprechen. Dazu muss die Sprache geübt worden sein. Ob dieses in ausreichendem Maße bis zur Schuleingangsuntersuchung stattgefunden hat, war und ist natürlich Gegenstand ärztlicher Begutachtung. Es gilt zum Zeitpunkt der Untersuchung festzustellen, ob und in welcher Art und Weise mit dem Kind ein Gespräch in deutscher Sprache zu führen ist. Eher unproblematisch ist die Ausgangssituation für Kinder, deren Familiensprache Hochdeutsch ist. Aber auch hier bleibt zu bedenken: nicht in allen sprachlich



deutschen Familien wird auf geeignetem Niveau richtig und ausreichend miteinander gesprochen. Vorteilhaft ist es für ein Kind u. U., wenn es in mehrsprachiger Umgebung aufwächst, wenn es sowohl die Sprache der Eltern spricht als auch die deutsche Sprache - so, dass eine Verständigung während der Schuleingangsuntersuchung möglich ist.

Die deutsche Familiensprache (Indikator 1, oberer Teil des Diagramms) wurde von 2004 bis 2009 in über 80 % der Herkunftsfamilien der zur Einschulungsuntersuchung erschienenen Kinder gesprochen, im Durchschnitt mit rückläufiger Tendenz, wobei sich die Werte von Mädchen und Jungen kaum unterschieden.

Die Anzahl der Kinder, die vor einem mehrsprachigen familiären Sozialisationshintergrund aufwuchsen (Indikator 2, unterer Teil des Diagramms), mit denen aber ein

Gespräch in Deutsch möglich war, nahm von 2004 bis 2009 zu. Auch hier waren keine bedeutsamen Abweichungen zwischen Mädchen und Jungen zu verzeichnen, einzig die Zuwächse, Mädchen um ca. 4 %, Jungen 6,4 %.

Die Anzahl der Kinder aus häuslich-fremdsprachlicher Umgebung, mit denen eine Verständigung in der Schuleingangsuntersuchung nur begrenzt oder nicht möglich war (Indikatoren 3 und 4), stellte sich als gering dar. Die niedrigsten Werte waren 2008 und 2009 festzustellen, bei eingeschränkt verständlichen Kindern.

Wenn das Sprechen der deutschen Sprache ein essentieller Faktor zur Integration von Migrantenkindern ist, dann kann in der Gesamtschau positiv vermerkt werden, dass die Anzahl der nicht deutsch sprechenden Kinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung immer mehr zurückging und der Anteil, der deutsch sprechenden Kinder mit nicht deutscher Familiensprache ständig anstieg.

Der zu verzeichnende stetige Rückgang von Einschulungskindern aus familiensprachlich deutschen Elternhäusern verdeutlicht das Fehlen dieser Kinder, im Schwerpunkt wohl durch Geburtenrückgänge.

**Vorschulische Erziehung**

Zu diesem Thema antworteten 13.023 Eltern, 1520 (10,5 %) weniger als die Gesamtzahl

von 14.543. Die überwiegende Anzahl der in diesem Rahmen vorgestellten Kinder, im Durchschnitt 94,39 % besuchten eine Kindertageseinrichtung. 2004 bis 2009 waren ständig steigende Zahlen zu

<b>Abbildung 3.4 Vorschulische Erziehung, Gesamt</b>									
Landkreis Stade, Schuleingangsuntersuchungen 2004-2009									
Jahr	Anzahl Gesamt	Regelrichtung wie KITA	in %	Fördereinrichtung	in %	keine vorschulische Einr.	in %	keine Angaben	in %
2004	2.408	2.236	92,86	62	2,57	55	2,28	55	2,28
2005	2.458	2.301	93,61	65	2,64	49	1,99	43	1,75
2006	2.239	2.116	94,51	46	2,05	17	0,76	60	2,68
2007	2.095	1.980	94,51	64	3,05	40	1,91	11	0,53
2008	1.964	1.874	95,42	65	3,31	24	1,22	12	0,61
2009	1.859	1.785	96,02	55	2,96	19	1,02	19	1,02
<b>Gesamt</b>	13.023	12.292	94,39	357	2,74	204	1,57	200	1,54

verzeichnen. 357 Kinder besuchten spezielle Fördereinrichtungen, 204 Kinder (1,57 %) waren offensichtlich ausschließlich zu Hause. 1,54 % der Eltern machten keine Angaben zum Thema. Da die vorschulische KITA- Erziehung für die meisten Eltern und Kinder eine bedeutsamen Unterstützung darstellt, ist der Anstieg der Besucherzahlen von Kindertagesstätten zu begrüßen.

### Erziehung der Kinder

Insgesamt berichteten 10.252 (80,39 %) von 12.753 auskunftswilligen Eltern darüber, dass ihr Kind primär durch sie erzogen wird. Allein erziehende Eltern und ihre Kinder

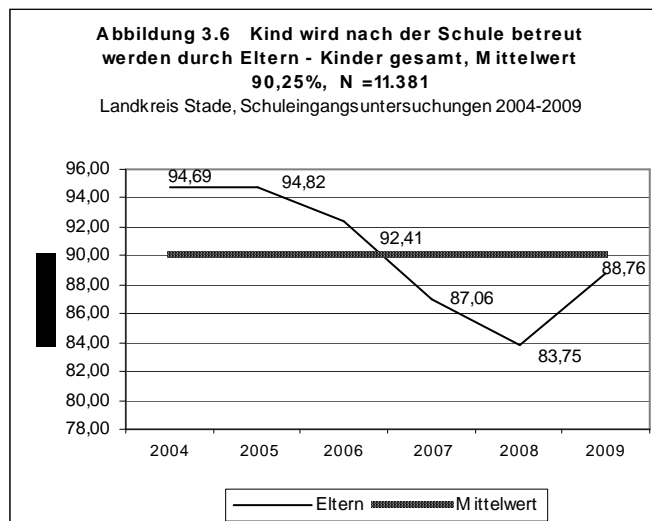
**Abbildung 3.5 Erziehung des Kindes im Schwerpunkt durch ..., Gesamt**  
Landkreis Stade, Schuleingangsuntersuchungen 2004-2009

Jahr	Anzahl Gesamt	beide leibliche Eltern/ Adoptiveltern	in %	allein erziehender Elternteil	in %	Elternteil mit Partnerin/ Partner	in %	Pflegeeltern	in %
2004	2.386	2.007	84,12	223	9,35	144	6,04	12	0,50
2005	2.333	1.563	67,00	254	10,89	496	21,26	20	0,86
2006	2.179	1.767	81,09	228	10,46	164	7,53	20	0,92
2007	2.078	1.735	83,49	206	9,91	121	5,82	16	0,77
2008	1.930	1.607	83,26	206	10,67	98	5,08	19	0,98
2009	1.847	1.573	85,17	177	9,58	77	4,17	16	0,87
<b>Gesamt</b>	12.753	10.252	80,39	1.294	10,15	1.100	8,63	103	0,81

bildeten mit durchschnittlich 10,15 % die nachfolgende Gruppe, ergänzt durch die selbst erziehenden Elternteile (8,63 %), die aber mit Partnerin/ Partner zusammen lebten. Die kleinste sich äußernde Gruppe waren die mit 0,81 % beteiligten Pflegeeltern. Die Anzahl der Meldungen und Äußerungen zu dieser Frage blieb in allen Fällen über die Jahre relativ konstant, bis auf Elternteile, die mit Partnerin/ Partner zusammen lebten. Hier wurden z.B. 2005 noch 496 Angaben registriert. Nach einer Rückkehr in einen „Hunderter- Bereich“, sank die Zahl auf 77 im Jahr 2009.

### Betreuung nach der Schule

Schülerinnen und Schüler, die die Grundschule mittags verlassen, müssen selbstverständlich betreut werden. Auch hierzu wurden alle Eltern befragt, 11.381 Wortmeldungen waren dazu von 2004 bis 2009 zu verzeichnen. Mit durch-



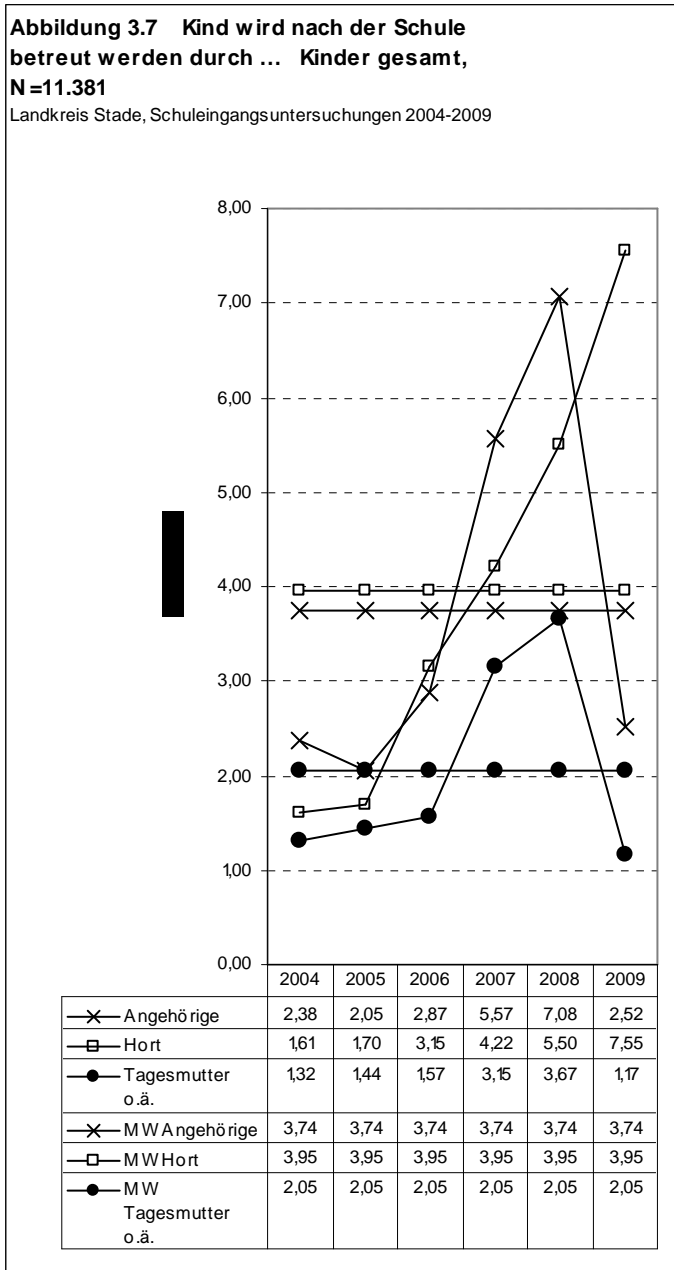
schnittlich über 90 %, so die Angaben dieser Eltern, würden die Kinder zukünftig von den Eltern selbst nach der Schule betreut werden. Besonders hohe Werte von fast 95 %

waren noch zu Anfang des Berichtszeitraumes zu registrieren. Bereits nach 2005 verfielen diese rasch, 2008 wurde ein Tiefstwert von 83,75 % erreicht (- 10,94 %). 2009 näherte sich der Umfang elterlicher Kinderbetreuung nach der Schule mit 88,76 % wieder dem langjährigen Mittelwert.

Alle übrigen Kinder befanden sich in der Obhut anderer Betreuungspersonen oder Einrichtungen. Ihre Anzahl lag im gesamten Untersuchungszeitraum im Durchschnitt bei zwei bzw. vier Prozent, also eher gering ausgeprägt.

Ab 2005 war eine allgemeine Steigerung außerhäuslicher Betreuungsaktivitäten zu verzeichnen. Angehörige leisteten diese Arbeit im Jahr 2007 zu 7,08 %, danach veränderte sich die Angebots-/Nachfragesituation offensichtlich stark. 2009 wurden nur noch knapp 2,1 % verzeichnet. Ähnlich entwickelte sich der „Bereich“ Tagesmutterbetreuung. Eine Aufwärtsentwicklung wies im Jahr 2008 einen Spitzenwert von 3,67 % auf. 2009

wurden nur noch weit unterdurchschnittliche 1,17 % aller Kinder durch Tagesmütter betreut. Einzig die Hortbetreuung zeigte seit 2005 eine stets positive Aufwärtsentwicklung, erreichte 2009 - in diesem Zusammenhang stattliche- 7,55 %.

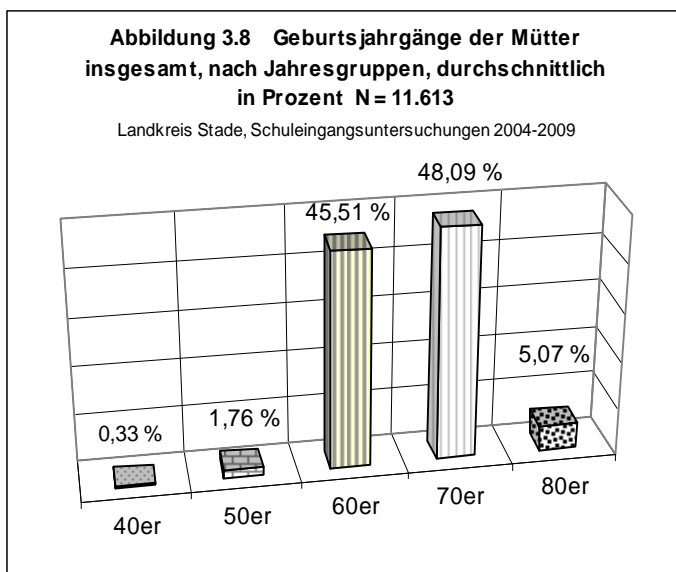


Mit Werten um 90 % fand Kinderbetreuung nach der Schule zwischen 2004 und 2009 im Landkreis Stade primär durch Eltern statt. Sollten die, nach einem kurzen Abwärtstrend 2009 wieder erreichten 88,76 % auf eine Trendumkehr hinweisen, könnte eine Stabilisierung eintreten. Die Gründe für diese Entwicklung - wider dem in der öffentlichen Diskussion dominant proklamierten Ziel, nach mehr Angeboten außerhäuslicher Betreuung - lassen sich aus Erkenntnissen der Arbeit des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes nicht ableiten.

**Mütter und Väter im Vergleich**

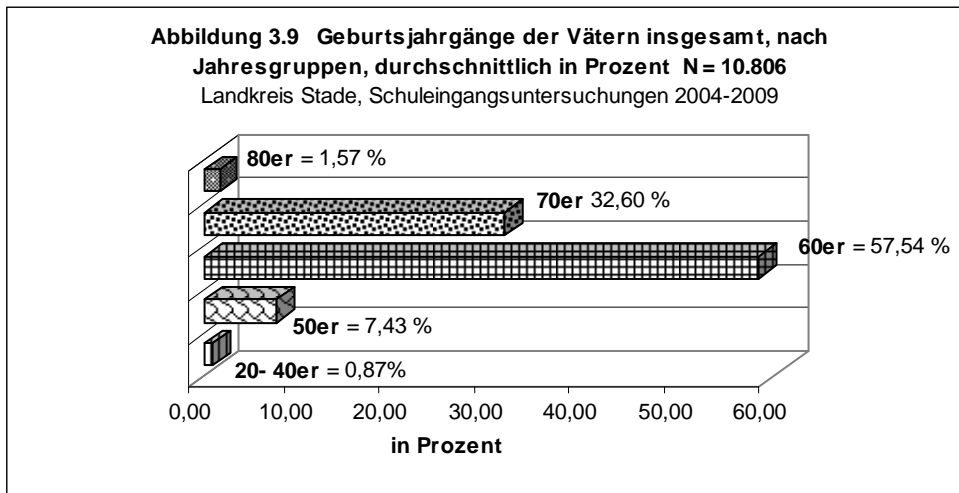
Mütter und Väter wurden gebeten, einiges über sich selbst preiszugeben, weil auch diese Informationen zu einer sachgerechten Beurteilung der Kinder beitragen können. 11.613 Mütter und 10.806 Väter kamen dieser Bitte im Untersuchungszeitraum nach. Eine kleine Auswahl an Indikatoren konnte zusätzlich wichtige Konturen beschreiben, deren inhaltliche Nutzung im individuellen Falle zum Untersuchungsalltag gehört.

Alter von Mütter und Väter zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen:



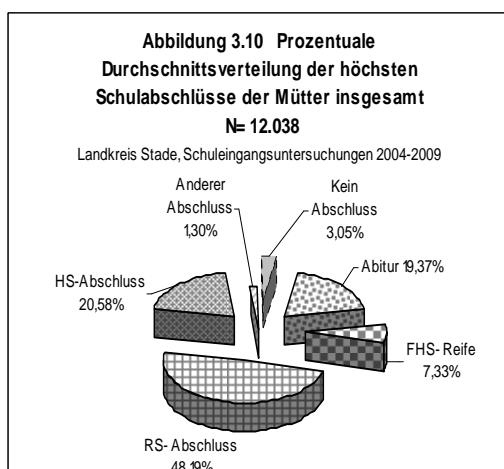
Der überwiegende Teil der Mütter, 93,60 %, war selbst zwischen 1960 und 1979 geboren. Bezogen auf ein Referenzjahr 2006, waren diese Mütter zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung ihrer Kinder durchschnittlich 38,42 Jahre alt (zwischen 27 bis 46). Zum Zeitpunkt der Geburt also etwa sechs Jahre jünger (zwischen 21 bis 40). Nur

gut 5 % der Mütter waren jünger und stammten aus den 80er Jahren (zwischen 17 bis 26), zum Zeitpunkt der Geburt ihrer Kinder ebenso ca. sechs Jahre jünger (zwischen 11 bis 19). Insgesamt 2,09 % der Mütter waren zum Zeitpunkt der Vorstellung ihrer Kinder bereits relativ alt, nach eigenen Angaben in den 40er und 50er Jahren geboren. Ob es sich hier um Adoptiv- oder Pflegeeltern handelte, wurde nicht erfragt.



Eine ähnliche Alterverteilung zeigte sich auch bei den Vätern. 90,14 % der Väter stammte aus den 60er und 70er Jahren, wobei die Jahrgänge 1960 bis 1969 dominierten. Nur eine kleine Zahl der Väter war relativ jung (80er Jahre). 7,43 % von ihnen war zwischen 1950 und 1959 geboren, bezüglich eines Referenzjahres 2006 bereits in einem fortgeschrittenen Väteralter, zurzeit durchaus aber Normalität. Relativ alte Väter, 0,87 %, stammten noch aus den 20 - 40 Jahrgängen. Dieses waren Einzelfälle. Kindesentwicklung benötigt viele unterschiedliche Ressourcen. Das Alter der Eltern ist eine davon. Ein „geeignetes Elternalter“ (nicht zu jung, nicht zu alt) ist eine gute Basis für alle Arten von Entwicklungsbeiträgen für Kinder, die deren umfassende Entfaltung sichern können. Die vorgestellten Kinder hatten in überwiegendem Maße Eltern in einem „geeigneten Elternalter“.

Schulabschlüsse von Müttern und Vätern:



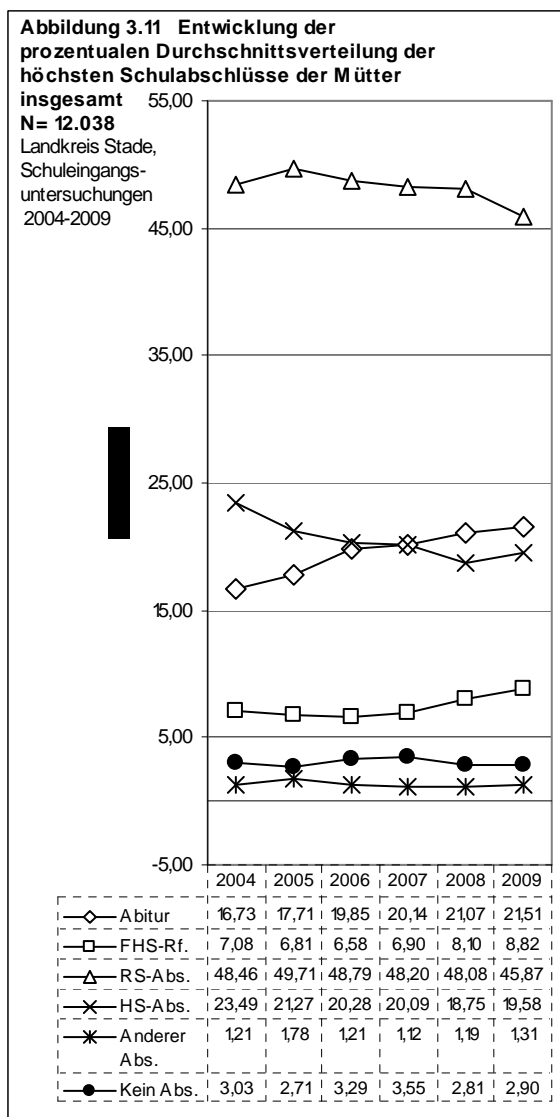
Eine weitere wichtige Ressource förderlicher Entwicklungsbeiträge für Kinder ist der Bildungsstand der Eltern. Ein Indikator hierfür ist der höchst erreichte Schulabschluss der Eltern. Angaben von 12.038 Müttern und 11.108 Vätern lagen für den Zeitraum 2004 bis 2009 vor. Die Durchschnittsverteilung der höchsten Schulabschlüsse der Mütter zeigte

folgendes Bild: mit 48,19 % dominierte der Realschulabschluss vor dem Hauptschulabschluss mit 20,58 %. Mit nur knappem Abstand, 19,37 %, folgte bereits das Abitur. Der Abschluss der Fachhochschulreife lag bei 7,33 % der Mütter vor. Andere Schulabschlüsse wurden zu 1,30 Prozent angeführt. 3,05 % der Mütter verfügten über keinen Schulabschluss.

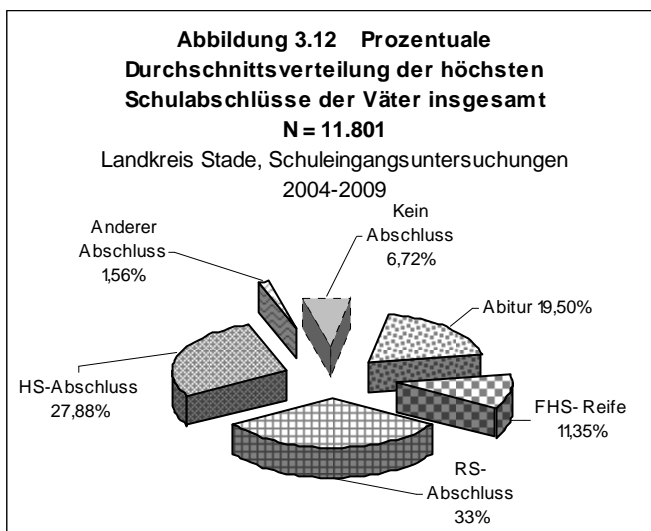
In der gegenwärtigen öffentlichen Debatte wird formaler Bildung ein hoher Stellenwert eingeräumt. Diese gilt nicht nur für Kinder, schulisch gut gebildete Eltern bereiten natürlich die zukünftige Lebenswelt der Kinder mit vor.

Die Bildungsabschlüsse der Mütter haben sich von 2004 bis 2009 leicht verändert. Der Realschulabschluss, insgesamt sehr stabil und auf hohem Niveau, veränderte sich von 48,46 % im Jahr 2004 auf 45,87 % in 2009. Dafür wuchs die Anzahl der Mütter mit Abitur im gleichen Zeitraum (+ 4,78 %), ebenso bei der Fachhochschulreife (+ 4,78 %), ebenso bei der Fachhochschulreife (+ 1,74 %). Der Hauptschulabschluss verlor 3,91 %. Die Anzahl der Mütter mit anderen oder fehlenden Schulabschlüssen blieb in dieser Zeit konstant auf vergleichsweise niedrigem Niveau.

Die vorliegenden Angaben bescheinigen dem überwiegenden Teil der Müttern ein insgesamt sehr gut ausgeprägtes bis hohes Schulbildungsniveau, das sich im Bereich der klassischen Hochschulzugangsberechtigungen (Allgemeine Hochschulreife und Fachhochschulreife) sogar noch steigerte.

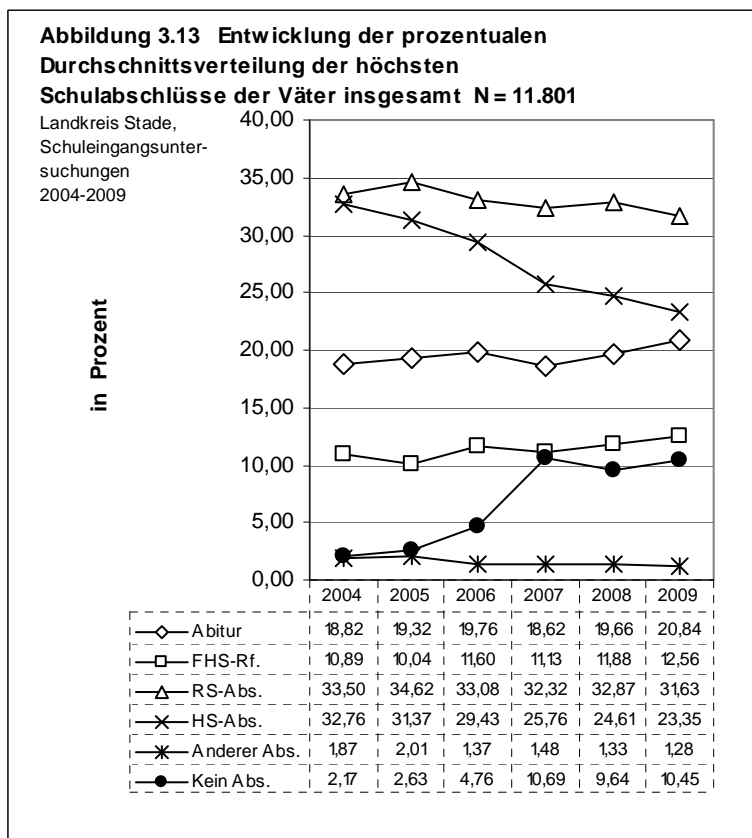


Bei den Vätern stand auch der Realschulabschluss mit 33 % an erster Stelle formaler Bildung, aber fast gleichauf gefolgt von der Menge der Hauptschulabschlüsse, die mit 27,88 % um einige Prozentpunkte höher lagen als bei den Müttern. 19,50 % der Väter hatten das Abitur abgelegt und 11,35 % verfügte über die Fachhochschulreife.



Keinen Abschluss konnten 6,72 % der Väter vorweisen, einen „anderen Abschluss“ führten 1,56 % der Väter an.

Veränderung der formalen Abschlüsse der Väter in den Untersuchungsjahren wiesen kleinere positive Tendenzen auf. Der Realschulabschluss, wenn auch auf hohem Niveau, verlor zwischen 2004 und 2009 1,87 %.

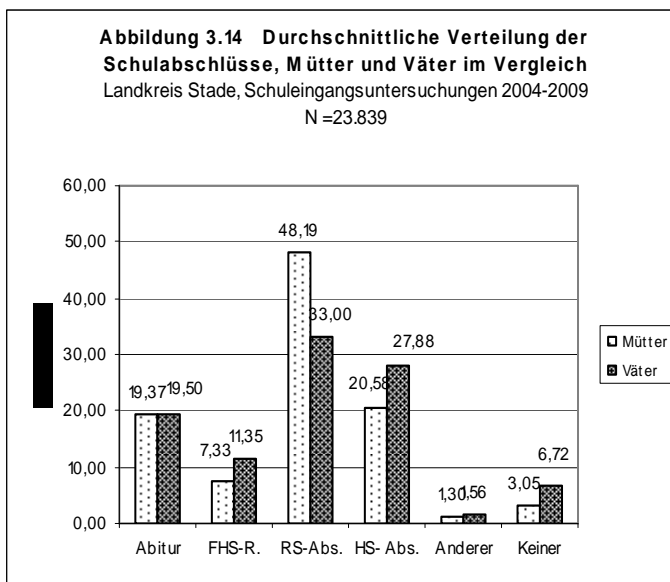


Menge der Abiturabschlüsse wuchs um 2,02 %, die der Fachhochschulreifen um 1,67 %. Die Anzahl der Hauptschulabschlüsse veränderte sich von 32,76 % im Jahr 2004 auf 23,35 % (- 9,41 %) in 2009, aber wohl nur zu einem kleinen Anteil zur Verstärkung höherer Schulabschlüsse. Der Anteil der Väter ohne Schulabschluss steigerte sich im Bezugszeitraum von 2,17 % auf 10,45 % (+ 8,37).

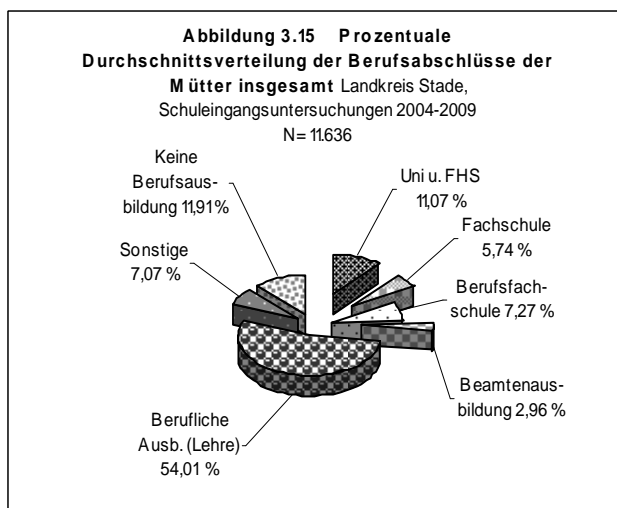
Alles in Allem: Das formale Schulbildungsniveau der Väter lag im Untersuchungszeitraum ein wenig unter dem Niveau der Mütter.

Im Direktvergleich der durchschnittlichen Verteilung der Schulabschlüsse von Müttern und Vätern zeigt sich das abschließende Bild: Deutlich mehr Mütter besitzen einen Realschulabschluss als Väter, deutlich mehr Väter als Mütter haben einen Hauptschulabschluss. Dafür profitieren diese bei der Fachhochschulreife. Beim Abitur liegen Mütter und Väter in etwa gleich auf, ebenso mit anderen Schulabschlüssen.

Keinen Schulabschluss haben deutlich mehr Männer als Frauen (+ 3,67 %). Ein direkter Vergleich der Werte der höchsten Schulabschlüssen der Mütter und Väter der in den Jahren 2004 bis 2009 vorgestellten Kinder z.B. mit Daten anderer Landkreise, konnte aufgrund der Unterschiedlichkeit der zur Verfügung stehenden Quellen nicht vorgenommen werden.



Im Rahmen der Betrachtung der allgemeinen Verteilung der Bildungsabschlüsse von Frauen und Männern war eine weitgehende Deckungsgleichheit festzustellen (vgl. z.B. Statistisches Bundesamt, Im Blickpunkt: Frauen in Deutschland 2006, S.17).

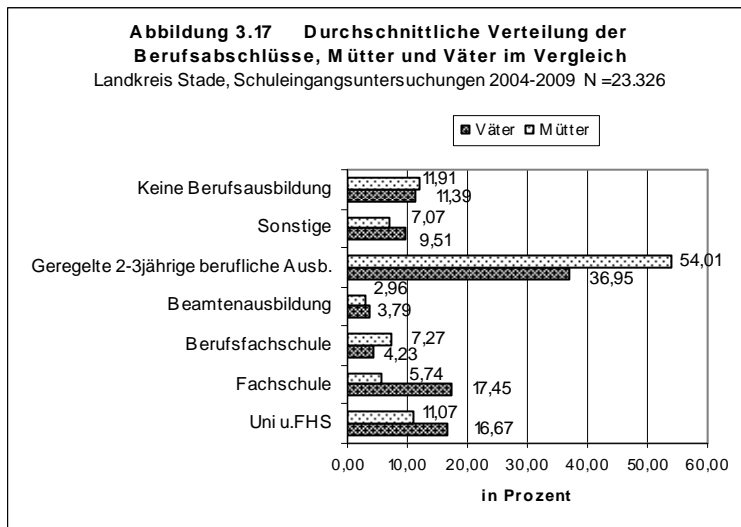
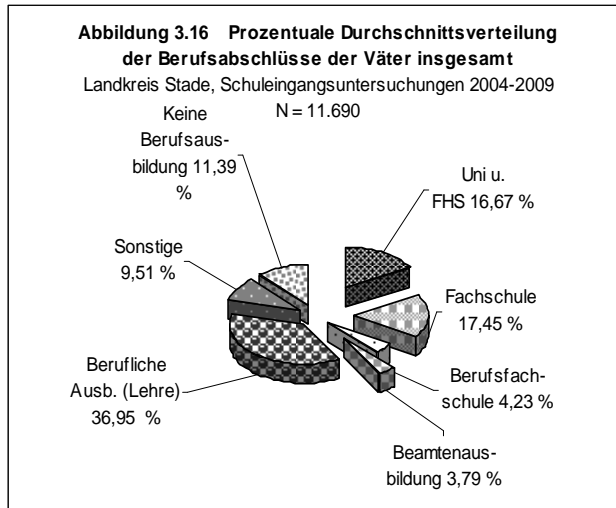


Berufsausbildung der Eltern

Die Berufsausbildungen der Eltern sind einerseits weitere Indikatoren für einen bestimmten Bildungsstand andererseits ein - wenn auch ein einzelner - Hinweis auf den möglichen sozialen Status erziehender Eltern.

Über die Hälfte der Mütter (54,01 %) schloss eine Berufsausbildung im klassischen Sinne ab. Die restlich ausgebildeten Mütter (34,08 %) hatten einen Hochschul-, Fachschul-, Berufsfachschulabschluss, eine abgeschlossene Beamtenausbildung oder sonstige Ausbildung. Ohne jegliche Berufsausbildung waren 11,91 % der Frauen.

Die Quote der Väter ohne Berufsausbildung war mit 11,39 % ähnlich wie die der Mütter. Die Verteilung der Berufsausbildung der Väter wich von der der Mütter ab. Eine klassische Berufsausbildung hatten 36,95 % der Väter abgeschlossen. Die Anteile anderen Ausbildungen lagen prozentual etwas höher als bei den Müttern.



Formale Abschlüsse und damit verbundene Bildungs- und Ausbildungsinhalte sind die eine Seite. Die andere Seite sind Art und Umfang der damit ausgeübten Erwerbstätigkeiten im Kontext einer Familiengemeinschaft.

Berufstätigkeit der Eltern

**Abbildung 3.18 Berufliche Tätigkeit der Mütter insgesamt**  
Landkreis Stade, Schuleingangsuntersuchungen 2004-2009

Von Jahr	Gesamtzahl	Ganztags	in %	Teilzeit	in %	Nein	in %
2004	2.152	120	5,58	932	43,31	1.100	51,12
2005	2.238	152	6,79	916	40,93	1.170	52,28
2006	2.072	134	6,47	927	44,74	1.011	48,79
2007	1.974	138	6,99	892	45,19	944	47,82
2008	1.836	146	7,95	919	50,05	771	41,99
2009	1.743	139	7,97	903	51,81	701	40,22
<b>Gesamt</b>	<b>12.015</b>	<b>829</b>	<b>6,90</b>	<b>5.489</b>	<b>45,68</b>	<b>5.697</b>	<b>47,42</b>

Von 12.015 Müttern gingen durchschnittlich insgesamt 52,58 % einer Erwerbstätigkeit nach, 6,90 % ganztätig, 45,68 % in Teilzeit. Mit 47,42 % war der Anteil der nicht erwerbstätigen Mütter, die sich ganz der Familienarbeit widmen, fast

genauso groß. Etwa 25 % der erwerbstätigen Mütter gaben an, im Schichtdienst zu arbeiten.

Von 11.370 Vätern gingen durchschnittlich insgesamt 92,76 % einer Erwerbstätigkeit nach, davon 89,88 % ganztags und 2,88 % in Teilzeit. Etwa 17 % der erwerbstätigen Väter leisteten Schichtarbeit. Fasst man die Schichtarbeitsanteile der Mütter

**Abbildung 3.19 Berufliche Tätigkeit der Väter insgesamt**  
Landkreis Stade, Schuleingangsuntersuchungen 2004-2009

Jahr	Gesamtzahl	Ganztags	in %	Teilzeit	in %	Nein	in %
2004	2.025	1.833	90,52	53	2,62	139	6,86
2005	2.084	1.843	88,44	45	2,16	196	9,40
2006	1.953	1.745	89,35	58	2,97	150	7,68
2007	1.874	1.668	89,01	67	3,58	139	7,42
2008	1.750	1.593	91,03	57	3,26	100	5,71
2009	1.684	1.537	91,27	47	2,79	100	5,94
<b>Gesamt</b>	<b>11.370</b>	<b>10.219</b>	<b>89,88</b>	<b>327</b>	<b>2,88</b>	<b>824</b>	<b>7,25</b>

und Väter proportional bewertet zusammen, so ergab sich zwischen 2004-2009 ein durchschnittlicher Schichtarbeitsanteil von ca. 15 %. Vergleichend lag und liegt dieses im Normalbereich. So betrug gem. Statistischem Bundesamt (Internetrecherche [http://www.-destatis.-de/jetspeed](http://www.destatis.-de/jetspeed), 15.12.2010) der Anteil der Schichtarbeit in Deutschland im Durchschnitt 15,5%.

Die qualitativ und quantitativ durch die Eltern dargelegten formale Bildungsstände und Einbindungen in Erwerbstätigkeiten konnten in ihrer Summe als wichtige Bausteine einer guten familiären Obhut für Kinder bewertet werden.

**Sozialfürsorgerische Maßnahmen**

Sozialfürsorgerische Maßnahmen sind definiert in „SOPHIA, Sozialpädiatrisches Programm Hannover, Jugendärztliche Aufgaben- Arbeitsrichtlinien für die standardisierte schulärztliche Untersuchung und Dokumentation von Schuleingangsuntersuchungen,

## 5. Auflage, 8. Revision, 2009“, S.45

1. Sondertermin bei untersuchendem Arzt
2. Sondertermin bei Seuchenabteilung (z.B. TBC)
3. Einschaltung Jugendpsychiaters oder Sozialpsychiatrischer Dienst
4. Einschaltung der Behindertenhilfe
5. Einschaltung des Sozialamtes
6. Einschaltung des Jugendamt
7. Einschaltung einer psychologischen oder anderen Beratungsstelle
8. Zus. Untersuchungstermine bei Hausarzt, Facharzt., Zahnarzt, wegen auffälliger Befunde, die in den Arbeitsrichtlinien nicht aufgeführt sind
9. Erholungsverschickung
10. Heilverschickung
11. Mehrere Maßnahmen
99. Keine Maßnahme

Immer dann, wenn in Rahmen der Schuleingangsuntersuchung Mängel und Störungen erkannt und Gefährdungen offensichtlich sind oder vermutet werden, sollten diese zu Gunsten des Kindes möglichst beseitigt werden. Hierzu gab die Kinder- und Jugendärztin Empfehlungen ab, vermittelte, leitet Maßnahmen ein oder schaltet weiterführende Institutionen ein, die der Forderung Rechnung tragen.

Exemplarische Darstellung:

Einschaltung des Jugendamtes als Sozialfürsorgerische Maßnahme

Daten und Feststellungen

- Insgesamt (nur) 12 solcher Fälle, von 2004-2009 (von 14.543 untersuchten Kindern)
- bei einer Gesamtzahl von 269 Fällen waren das 4,46 %

Wie sahen Teile des psychosozialen Bedingungsgefüges dieser Kinder aus?

- Alle Kinder waren Deutsche
- Jungen waren mit 75 % deutlich überrepräsentiert, ihre relative Gruppengröße betrug im Rahmen des Untersuchungszeitraumes insgesamt 51,68 %. Im Kontext, dass bei 37,95 % der Jungen - im Gegensatz zu 27,23% der Mädchen - Bedenken hinsichtlich einer Empfehlung zur Einschulung bestanden, erscheint dieses bedingt folgerichtig.
- Etwa die Hälfte der Kinder zeigte Sprachauffälligkeiten mit 5 Jahren
- ca. 58 % der Kinder erhielten Frühfördermaßnahmen

- Nur 17 % der Kinder zeigten keine Sprachstörungen (Keine Sprachstörungen bei der Gesamterhebung: MW aller Jungen 66,63 %, aller Mädchen 78,54 %)
- 33% der Kinder zeigten keine motorischen Auffälligkeiten, 9 % zeigten Auffälligkeiten und 58 % wurden bereits behandelt
- Insgesamt zeigten 75 % der Kinder Verhaltensauffälligkeiten, 25% hiervon befanden sich bereits in Behandlung (Verhaltensauffälligkeiten gesamt: bei 24,56% der Mädchen, 2,83 % in Behandlung, bei 29,23% der Jungen, 4,61% in Behandlung)
- Bei allen hier angeführten Kindern wurden psychosoziale Belastungen festgestellt, 33 % befanden sich bereits in der Behandlung, 17 % wurden als schwerwiegend und behandlungsbedürftig eingestuft (Gesamt: MW schwerwiegend 1,17 %, In Behandlung 3,46 %)
- 50 % zeigten Störungen des Sozialverhaltens
- das freiwillige Antwortverhalten zur häuslichen Erziehung und zu Erziehungspersonen war in diesen Fällen äußerst lückenhaft, ausreichend verwertbare Angaben lagen nicht vor
- Eltern übermittelten keine ausreichenden Daten zu Schul-, Berufsausbildungsabschluss und Erwerbstätigkeit
- Ohne jeden Vorbehalt wurden nur 18 % dieser Kinder für die Schule empfohlen (Gesamtdurchschnitt 66,55%). Beim Rest wurden nur eingeschränkte Empfehlungen abgegeben oder nicht gegeben. Bei 27 % der Kinder sollten zunächst Lernstörungen behoben werden, bevor eine Einschulung befürwortet werden konnte.

Anhand der Aufstellung der im Rahmen der ärztlichen Untersuchung festgestellten Auffälligkeiten wurde deutlich, dass diese Kinder bereits in einer für ihre Entwicklung nicht zuträglichen Situation steckten und Hilfen für das Kind selbst und die sorgeverpflichteten Eltern notwendig waren, die durch ein ärztliches Handeln allein nicht hätten geleistet werden können.

Einschulungsuntersuchungen sind auch ein Filter für Störungen, die einer rechtzeitigen Veränderung bedürfen, denn, im Beispiel bleibend, später einmal sozial auffällige Jugendliche entwickeln sich nicht selten vor einem sichtbar unzulänglichen Hintergrund und zeigen frühe Auffälligkeiten. Diese müssen beachtet werden, den Kindern und ihren Eltern muss geholfen werden, die Ursachen zu beseitigen, zumindest aber deutlich zu mildern.

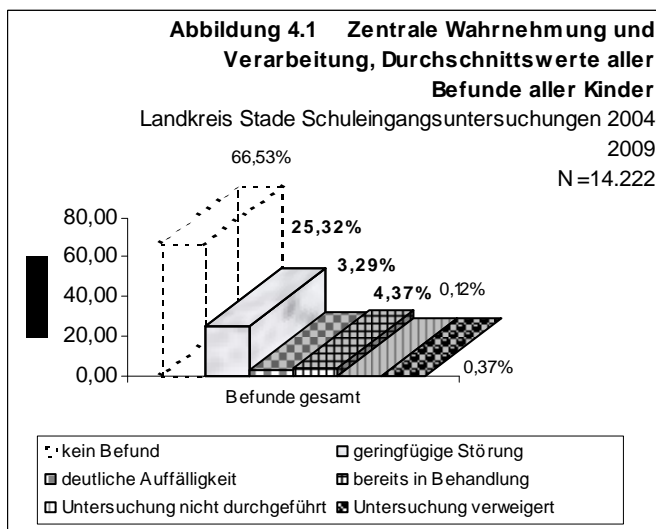
## 4. Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung

Anzahl der Kinder ohne Befund rückläufig, noch durchschnittlich 66,5 % , ebenso die Anzahl der bereits behandelten Kinder, geringfügige und deutliche Auffälligkeiten nahmen bei beiden Geschlechtern zu

Bei der Untersuchung geht es darum, Schwächen der visuomotorischen Koordination, der auditiven Differenzierung und der auditiven Merkfähigkeit noch vor Schulbeginn zu entdecken.

1 2

Visuomotorische Koordination oder auch Visuomotorik, also die Koordination visueller Wahrnehmung mit dem Bewegungsapparat, kann vereinfacht auch als Hand-Auge-Koordination bezeichnet werden. Die Begriffe „auditive Differenzierung“ und



„auditive Merkfähigkeit“ beziehen sich auf Leistungen der auditiven Wahrnehmung, der Wahrnehmung mit dem Hörsinn. Die Schuleingangsuntersuchung will Störungen, diese gehören zur Gruppe der auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen, rechtzeitig erkennen,

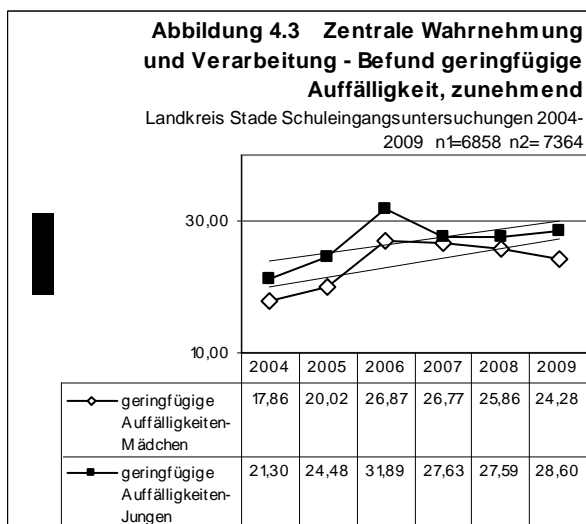
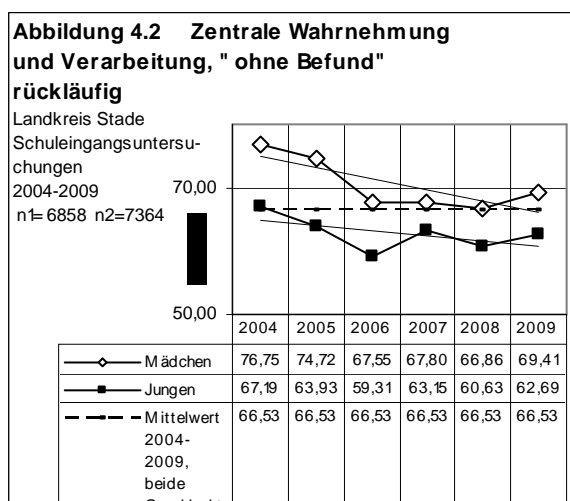
um mögliche Entwicklungsrisiken für die betroffenen Kinder zu reduzieren. „Eine auditive Verarbeitungs- und/oder Wahrnehmungsstörung (AVWS) liegt vor, wenn

**Visuelle Wahrnehmung**, die Erfassung von Sinnesreizen mit dem Auge, bedeutet für Kinder z.B. „ die Fähigkeit Formen und Farben, verschiedene Größen, Entfernungen, Bewegungen und Strukturen erkennen zu können.“  
Die **Visomotorik** ist die Umsetzung der visuellen Wahrnehmung z.B. beim Abmalen, Puzzeln, Ausschneiden und Auffädeln. Diese Fähigkeiten sind für das Erlernen von Lesen und Schreiben sehr wichtig.“<sup>2</sup>  
**Auditive Wahrnehmung** „ist die Erfassung und Verarbeitung von gehörter Information. Sie umfasst die Verarbeitung von Geräuschen, Tönen und Klängen. Voraussetzung sind ein intaktes Hörvermögen und ausreichende „Hörerfahrungen“. Diese Fähigkeiten sind sehr wichtig für die kindliche Entwicklung, vor allem zum Erlernen der Sprache und bald auch zum Schreibenlernen.“<sup>3</sup>  
„ Die **auditive Merk- und Lernfähigkeit** stellt die Fähigkeit zur Speicherung auditiver Informationen dar und umfasst mit Ultrakurzzeitgedächtnis, Kurzzeitgedächtnis, und Langzeitgedächtnis mehrere Stufen. Um eine sinnvolle und selektive Informationsfilterung sicherzustellen und vor einer Reizüberflutung zu schützen, wird jeweils nur ein bestimmter Teil der Signale stufenweise weitergeleitet. Die Verarbeitung läuft allerdings nicht streng sequentiell, sondern teilweise auch parallel ab. Einerseits kann es somit durch eine nicht optimale Filterung auf den abgestuften Ebenen zu einer Überforderung der Speicherfunktionen und der auditiven Verarbeitung durch eine ungehemmte und irrelevante Informationsansammlung kommen. Durch die Überlastung kann es zu einer Erschöpfung der auditiven Verarbeitungsmechanismen kommen. Andererseits können auch durch eine reduzierte Kapazität der Merk- und Lernfähigkeit, insbesondere bei längeren Sätzen und Texten, die Analyse von Sinnzusammenhängen und die Entschlüsselung komplexer sprachlicher Strukturen und damit auch die auditive Wahrnehmung erschwert werden, da von der kompletten Nachricht nur Anteile verarbeitet und bewußt registriert werden.“<sup>6</sup>

zentrale Prozesse des Hörens gestört sind.“<sup>4</sup> Eine Schwäche der auditiven Differenzierung liegt vor, wenn die Fähigkeit zur Unterscheidung ähnlich klingender akustischer Signale beeinträchtigt ist. Dieses beeinträchtigt z.B. die Strukturierung sprachlicher Informationen oder das Zusammensetzen von Silben zu Wörtern und dieser zu Sätzen.<sup>5</sup> Eine Schwäche der auditiven Merkfähigkeit oder auch Merk- und Lernfähigkeit kann dann festgestellt werden, wenn die Fähigkeit zur Speicherung auditiver Informationen gestört ist.

6- siehe auch im Kasten

In der Gesamtübersicht aller auswertbaren Daten zeigt sich, dass 66,53 % aller Kinder erfreulicherweise keinen Befund aufwiesen. 25,32 % der Kinder zeigten geringfügige Störungen, die allerdings zukünftiger Beobachtung und Begleitung bedurften. Deutliche Auffälligkeiten, eine Arztüberweisung wurde in diesen Fällen durchgeführt, zeigte



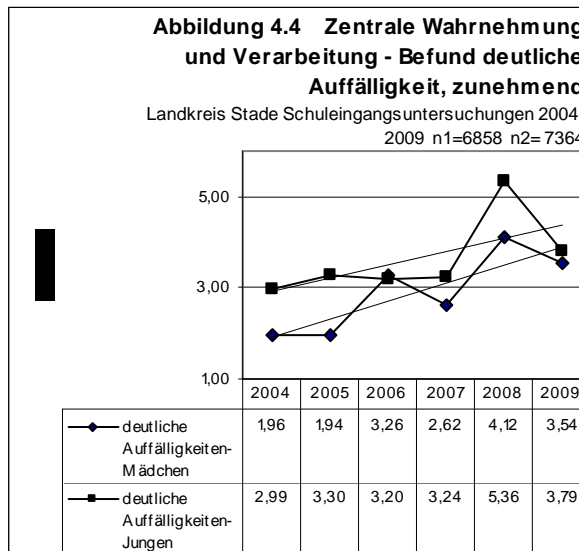
sich in 3,29 % aller Untersuchungsfälle, 4,37 % der Kinder wurden bereits ärztlich behandelt bzw. erhielten bereits die nötigen Fördermaßnahmen. Die festgestellten Schwächen im Prüfbereich Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung beliefen sich insgesamt auf fast 33 % aller Kinder, in Zahlen: auf ca. 4693 im gesamten Zeitraum, im Durchschnitt ca. 522 Kinder pro Jahr, Zahlen die durchaus den Wert

genauester Schuleingangsuntersuchungen unterstreichen.

In der Langzeitentwicklung zeigte sich ein Rückgang der Anzahl der Kinder ohne Befund, ohne festgestellte Störungen. Von 2004 bis 2009 fiel der Anteil der in diesem Segment gesunden Mädchen von 76,75 % auf 69,41 %, der der Jungen von 67,19 % auf

66,53 %. Die Mädchen befanden sich größtenteils oberhalb des Durchschnitts, die Jungen meist unterhalb. Für beide Geschlechter war die Befundsituation „ohne“ im gesamten Untersuchungszeitraum eindeutig negativ rückläufig.

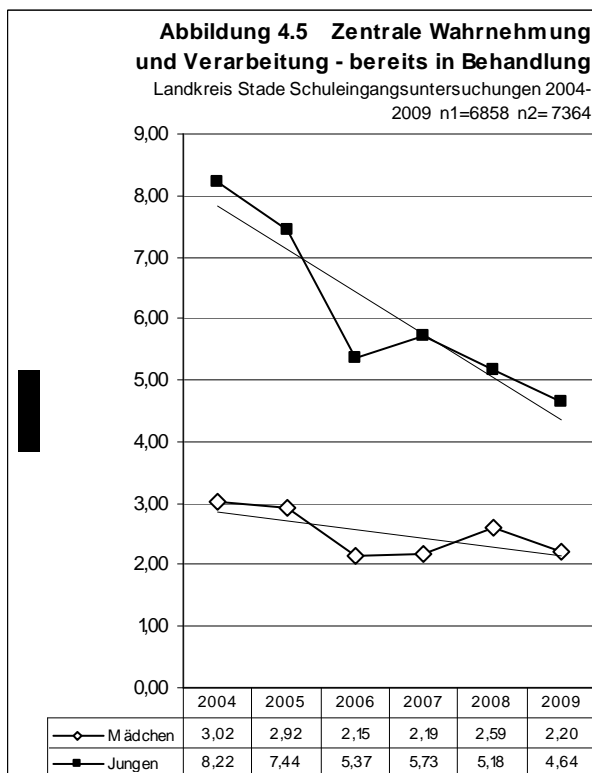
Befunde mit geringfügiger Auffälligkeit nahmen sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen prozentual zu. Die Häufungen der Feststellungen stiegen bei beiden Geschlechtern von 2004 bis 2006 deutlich an, um danach wieder abzusinken, stärker bei den Mädchen als bei den Jungen. Die Tendenz dieser Jahre war allerdings steigend. Die Jungen zeigten wieder größere Auf-



fälligkeiten als die Mädchen. Ebenso steigend war die Tendenz der Befunde mit deutlichen Auffälligkeiten, bei den

Jungen ebenso wie bei den Mädchen,

wenngleich beide Verläufe der prozentualen Häufigkeiten stärkere Schwankungen aufweisen, als bei den geringfügigen Auffälligkeiten. Mit Werten von 2,99 % (2004) bis 3,79 % (2009) zeigte sich, dass Jungen mit durchschnittlich 45 Fällen p. a. auch hier relativ stärker betroffen sind als Mädchen, 1,96 % bis 3,54 %, als auffälligem Wert der Annäherung, mit durchschnittlich 33 Fällen pro Jahr. Die Anzahl der Kinder mit Auffälligkeiten in diesem Rahmen, die zum Zeitpunkt



der Untersuchung bereits in Behandlung waren, nahm ab, bei den Jungen, absteigend von

einem hohen Niveau von 8,22 % auf 4,64 %, bei den Mädchen von 3,02 % auf 2,20 %. Alle Befunde und die dazu gehörenden Entwicklungen korrespondieren miteinander. Im Ergebnis zeigte sich im Befundbereich Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung eine bedenkliche Entwicklung, Ursachen unklar.

---

<sup>1</sup> nach SOPHIA Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgabe (...), 5. Aufl., 8. Rev., S.21

<sup>2</sup> aus „Visuelle Wahrnehmung und Visuomotorik - Elterninformation“, Kreis Soest, Abteilung Gesundheit, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, 2008

<sup>3</sup> wie 2

<sup>4</sup> Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie, zitiert bei Hendrik Berssenbrügge „ Diagnostik auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen: Anamnestische Befunde und ihr Zusammenhang mit auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen“, Dissertation, Uni Münster, 2004, S. 3

<sup>5</sup> vgl.: Hendrik Berssenbrügge „ Diagnostik auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen: Anamnestische Befunde und ihr Zusammenhang mit auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen“, Dissertation, Uni Münster, 2004, S. 38

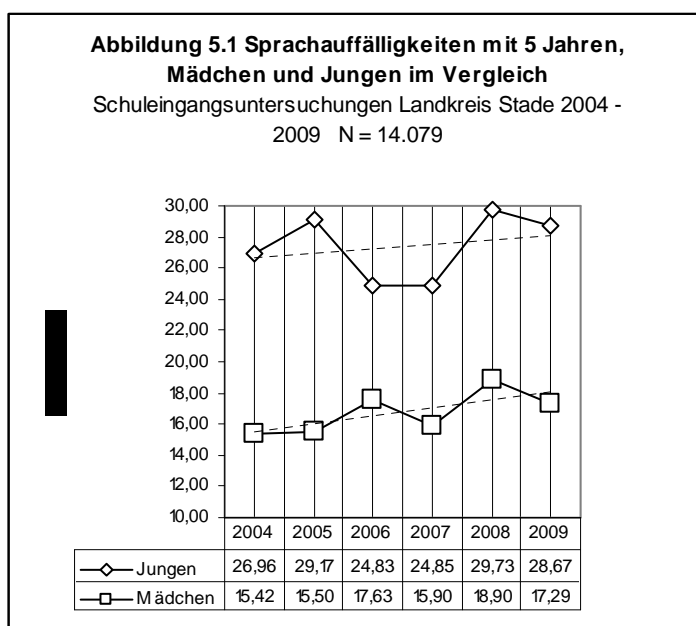
<sup>6</sup> vgl.: Hendrik Berssenbrügge „ Diagnostik auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen: Anamnestische Befunde und ihr Zusammenhang mit auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen“, Dissertation, Uni Münster, 2004, S. 39

## 5. Störungen der Sprache und des Sprechens

„In einem Alter, in dem Kinder in der Regel schon ganz selbstverständlich mit Sprache umgehen können, haben manche Kinder eine undeutliche und schwer verständliche Aussprache oder reden nur wenige und unvollständige Sätze. Andere Kinder haben große Schwierigkeiten zu verstehen, was ihnen gesagt wird. Jungen sind deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Je früher solche Störungen festgestellt werden, umso erfolgreicher kann ein Kind in seiner Sprachentwicklung unterstützt werden.“<sup>1</sup> Spätestens zum Schulbeginn kann eine nicht behandelte Sprachstörung zu einem ernsthaften Folgeproblem für das Kind werden.

### Sprachauffälligkeiten mit 5 Jahren

*Sprachauffälligkeiten mit 5 Jahren scheinen zuzunehmen, Jungen sind stärker betroffen als Mädchen*



Insgesamt standen zur Auswertung der Frage nach Sprachauffälligkeiten ihrer Kinder mit fünf Jahren 14.079 Antworten der Eltern zur Verfügung, 6.818 Angaben zu Mädchen, 7.261 zu Jungen. Insgesamt zeigten 22,15 % aller Kinder mit 5 Jahren Sprachauffälligkeiten. Bemerkenswert ist dabei der nicht unerhebliche

**Abbildung 5.2 Anzahl von Sprachauffälligkeiten mit 5 Jahren Mädchen** n = 6.818

Jahr	ja	nein	Gesamt	ja in %	nein in %
2004	190	1042	1232	15,42	84,58
2005	194	1058	1252	15,50	84,50
2006	205	958	1163	17,63	82,37
2007	179	947	1126	15,90	84,10
2008	193	828	1021	18,90	81,10
2009	177	847	1024	17,29	82,71
Gesamt	1138	5680	6818	16,69	83,31

**Abbildung 5.3 Anzahl von Sprachauffälligkeiten mit 5 Jahren Jungen** n = 7.261

Jahr	ja	nein	Gesamt	ja in %	nein in %
2004	358	970	1328	26,96	73,04
2005	378	918	1296	29,17	70,83
2006	327	990	1317	24,83	75,17
2007	296	895	1191	24,85	75,15
2008	325	768	1093	29,73	70,27
2009	297	739	1036	28,67	71,33
Gesamt	1981	5280	7261	27,28	72,72

Unterschied zwischen Jungen und Mädchen. Mädchen zeigten durchschnittlich zu 16,69 % Sprachauffälligkeiten, Jungen dagegen zu 27,28 %, (+10,59).

**Abbildung 5.4 wie oben Gesamt N = 14.079**

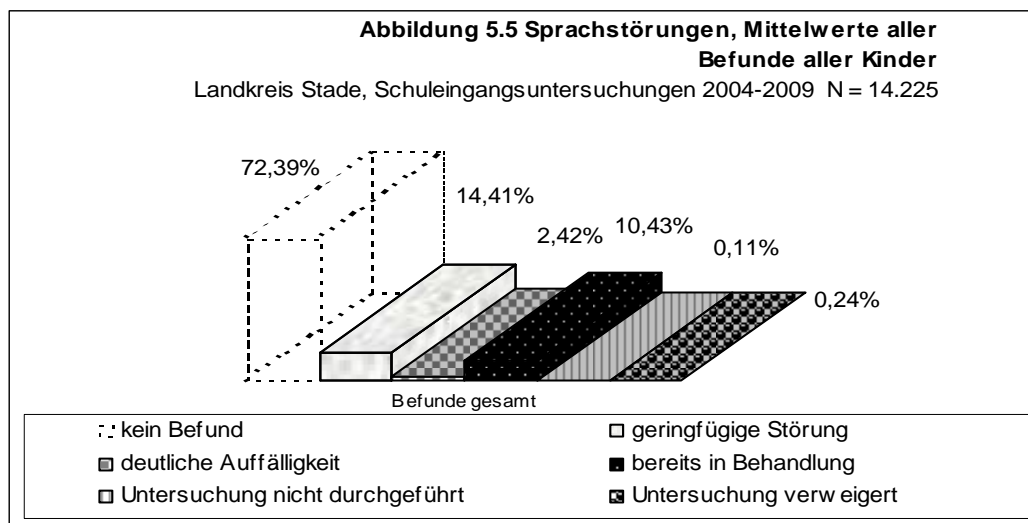
Jahr	ja	nein	Gesamt	ja in %	nein in %
2004	548	2012	2560	21,41	78,59
2005	572	1976	2548	22,45	77,55
2006	532	1948	2480	21,45	78,55
2007	475	1842	2317	20,50	79,50
2008	518	1596	2114	24,50	75,50
2009	474	1586	2060	23,01	76,99
Gesamt	3119	10960	14079	22,15	77,85

Die geschlechtsspezifischen Sprachauffälligkeiten blieben von 2004 bis 2009 auf gleichem Niveau, geprägt von leichten, aber zu erwartenden Verlaufsschwankungen. Insgesamt war bei beiden Geschlechtern eine schwache, leicht steigende Tendenz zu beobachten. Sprachauffälligkeiten mit 5 Jahren scheinen

zuzunehmen. Dieser Umstand bedarf zukünftig einer noch größeren Aufmerksamkeit. Werden Sprachstörungen daraus, benötigen die Kinder schnell qualifizierte Hilfe, eine Störung der schulischen Entwicklung könnte sich sonst anbahnen.

**Sprachstörungen**

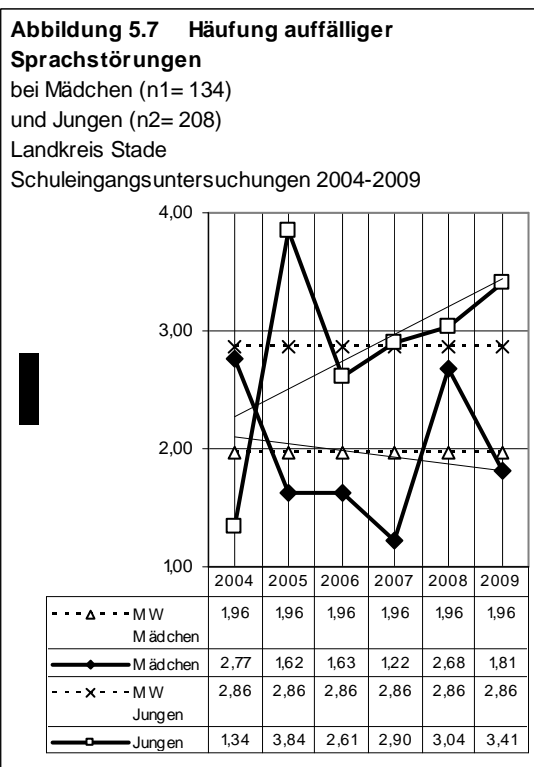
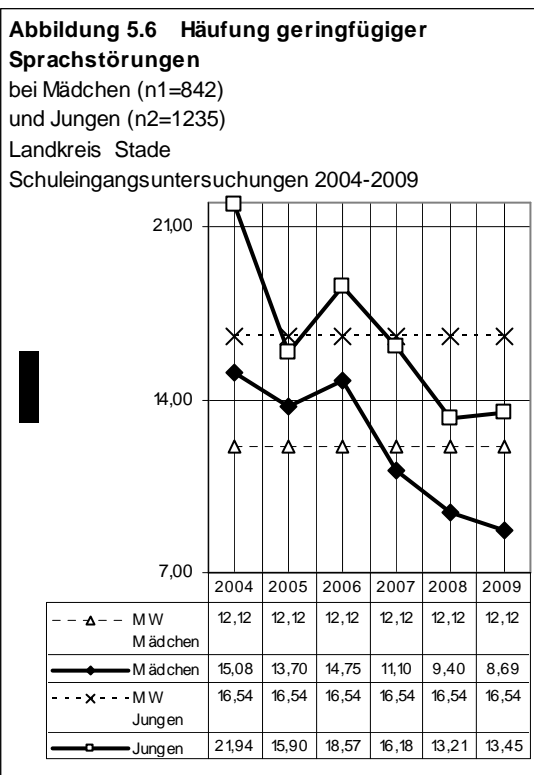
Durchschnittlich 27% aller Kinder haben Sprachstörungen unterschiedlicher Grade, gut 10% hiervon werden bereits behandelt, auffällige Sprachstörungen nehmen bei Jungen zu, mehr Jungen als Mädchen sind bereits in Behandlung



Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erfolgt die Beurteilung der Sprache im Gespräch mit den zu untersuchenden Kindern. Hierzu wird ein spezieller Prüfbogen (nach Metzker oder Kottmann) verwendet. Bei Verdacht auf Sprachstörungen kann eine zusätzliche Überprüfung mithilfe eines speziellen Grammatiktests erfolgen. Eine Sprachauffälligkeit wird bei folgenden Symptomen dokumentiert: Verzögerung der Sprachentwicklung (Dysgrammatismus, unvollständige Sätze, Wortschatzarmut), Störung

der Aussprache und Oralmotorik (Stammeln, Sigmatismus interdentalis, Sigmatismus laterales → Formen des Lispelns), Störungen im Redefluss und im Ablauf der Rede (Stottern, Poltern, unartikulierte Sprechen und bei Klangstörungen der Sprache (Rhinophobie → Näseln)<sup>2</sup>. In der Gesamtschau zeigte sich, dass 72,99 % aller Kinder keine Sprachstörungen hatten, bei 14,41 % wurden geringfügige Sprachauffälligkeiten festgestellt, deutliche Auffälligkeiten wurden bei 2,42 % der Kinder registriert und 10,43 % befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits in einer Behandlung.

Stellt man sich die Frage nach Häufungen der oben benannten Befunde und deren Entwicklung über die Jahre, so bestätigt sich für den Landkreis die oben getroffene Feststellung grundsätzlich, dass Jungen viel häufiger von Sprachstörungen betroffen sind als Mädchen. Zur Häufung geringfügiger Sprachstörungen ließ sich zunächst ein deutlicher Abwärtstrend beider Geschlechter vermerken. Die langjährigen Mittelwerte von 12,12 % bei den Mädchen und 16,54 % bei den Jungen wurden seit 2007 jeweils deutlich unterschritten. Genauso deutlich wurde bereits hier die prozentual



größere Sprachstörungsrate der Jungen.

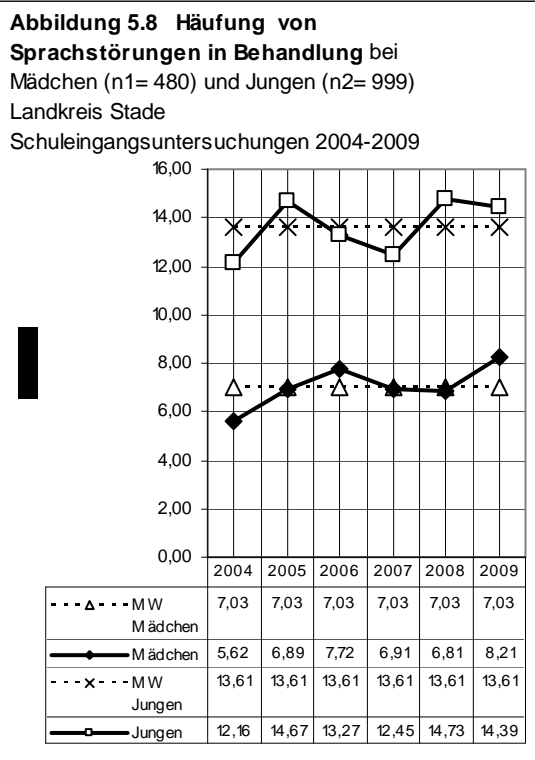
Im Segment der auffälligen Sprachstörungen, deren Häufungen in den einzelnen Jahren durchaus bedeutende Sprünge aufwiesen, wurde diese überproportionale Beteiligung besonders augenscheinlich. Zunächst zeichnete sich diese durch einen um 0,9 Prozentpunkte höheren langjährigen Mittelwert von 2,86 % (Mädchen 1,96 %) ab, auch stieg die Häufung auffälliger Sprachstörungen, nach einem deutlichen Rücklauf von 2005 auf 2006, wieder kontinuierlich und relativ stark an. Bei den Mädchen war hingegen,

trotz besonders starker Ergebnisse 2004 und 2008, ein sanfter Rücklauf zu registrieren. Im Bereich der Sprachstörungen, die bereits zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung behandelt wurden, ergab sich eine ähnliche Konstellation zu Lasten der Jungen. Trotz etwa gleichbleibender, dabei leicht schwankender Häufungen von 2004 bis zwei 2009, wurde der Unterschied der langjährigen durchschnittlichen Störungsrate deutlich, Jungen waren mit 13,61 % um 6,58 % stärker beteiligt als Mädchen.

**Spezielle Störungen**

*Sprachstörungen auf niederem Niveau, Jungen schlechter gestellt als Mädchen*

Die Kinder- und jugendärztliche Beurteilung der im Normalfall altersangemessenen und störungsfreien Sprach- und Sprechentwicklung, liefert einen wesentlichen Baustein zum Gesamtbild der Fähigkeiten und



Zwischen dem „36.-40. Lebensmonat (hat) das Kind (...) die elementaren Grundstrukturen seiner Muttersprache erworben. Es spricht und versteht die Sprache im Rahmen seiner näheren Erfahrungswelt. Schwierige Lautbildungen in der Wortartikulation werden nun fast problemlos bewältigt. In Sätzen geformte Mitteilungen sind weitgehend verständlich, auch wenn der Kommunikationspartner kein Vorwissen vom Mitteilungsinhalt hat. Die Entwicklung sprachlicher Formen und Gebrauchsweisen ist noch nicht abgeschlossen. (...) Der weitere Erwerb dieser Mittel ist jedoch nicht Selbstzweck, sondern er ergibt sich aus der Notwendigkeit, sich in der Kommunikation verständlich auszudrücken. Da die Sprache grundlegendes Mittel bei der Gestaltung der sozialen Beziehungen ist, muss das Kind auch weitere Regeln der Sprachanwendung lernen. (...) Der weitere Sprach- Lern Prozess erstreckt sich bis in das Schulalter hinein.“<sup>8</sup>

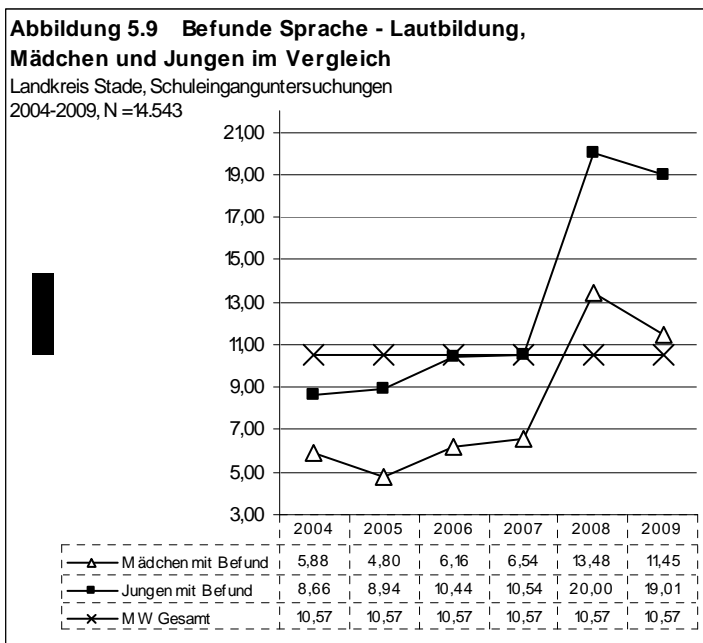
Fertigkeiten, eine Schule besuchen zu können. Auf diesem Wege werden bislang nicht behandelte Störungen entdeckt, deren rechtzeitige Behebung einen fundamentalen Beitrag zur positiven schulischen Entwicklung eines Kindes leistet.

Von einer Sprachstörung wird gesprochen, wenn aus unterschiedlichen Gründen Sprachvermögen und Sprachaufbau nicht altersgerecht entwickelt sind. Bei Sprechstörungen ist die motorische Fähigkeit des Sprechens in ihrer Entwicklung betroffen. Solche Störungen können zusammen auftreten.

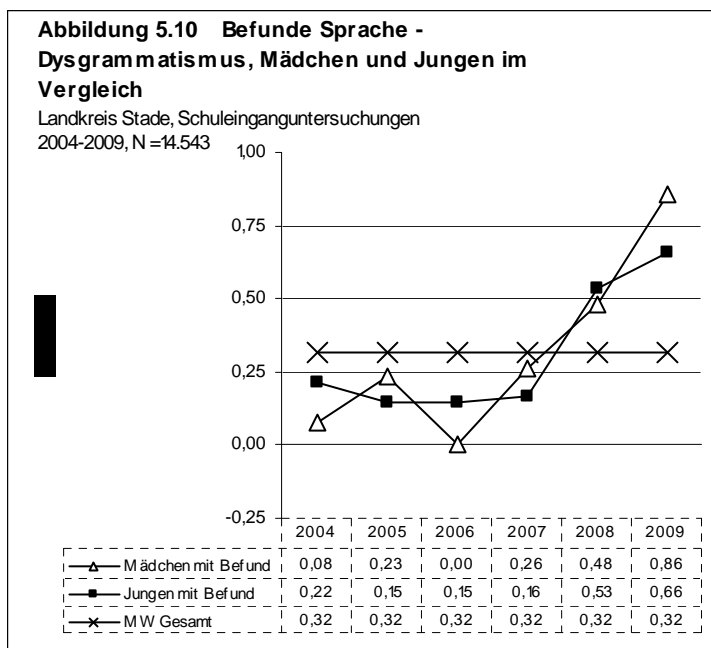
Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen führen Befunde bei „Verzögerung der Sprachentwicklung, Störungen der Aussprache und Oralmotorik, Störungen im Redefluss und im Ablauf der Rede“ und „Klangstörungen der Sprache“ zu weiteren Maßnahmen.<sup>3</sup>

Zur Abrundung des Überblicks zwei beispielhaft aufgeführte, Mädchen und Jungen vergleichende Befundlagen zur Lautbildung und zum Dysgrammatismus:

„Die Entwicklung der Lautstrukturen gehört zu den Bereichen in der kindlichen Sprache, in denen man Veränderungen in kurzen Zeitabschnitten am deutlichsten beobachten (hören) kann. Als den eigentlichen Beginn wortbezogener Lautbildung kann man die Zeit um das vollendete erste Lebensjahr ansehen.“<sup>4</sup> Zu Beginn der Schulzeit



muss diese Entwicklung weitgehend abgeschlossen sein, der Roller darf dann nicht mehr „Holler“ ausgesprochen werden, der Kuchen nicht mehr „Duchen“, der Schmetterling nicht mehr „Metterling“.<sup>3</sup> Etwa 89 % aller Kinder wiesen in diesem Bereich während des gesamten Untersuchungszeitraumes keine Störungen auf. Im Vergleich der Geschlechter zeichneten sich die Mädchen deutlich weniger mit Problemen aus als die Jungen. Eine Befundquote um 6 %, also unterhalb des Durchschnitts von 10,57 %, kennzeichnete das „Normalmaß“ der Mädchen bis 2007. Im Folgejahr veränderte sich der Quotenverlauf auf



auffällige 13,48 %, 2008 näherte er sich mit Abwärtsbewegung wieder dem Durchschnittsmaß. Die Befundquote der Jungen bewegte sich 2004 und 2005 noch unter 9 %, aber bereits höher als bei den Mädchen, war 2006 und 2007 fast Deckungsgleich mit dem Durchschnitt. In den Jahren 2008 und 2009 waren 20

und 19,01 % zu vermerken.

„Dysgrammatismus ist eine sprachliche Entwicklungsstörung, die durch verspätet einsetzende, verlangsamte, teilweise auch stockende, inkonstante und undifferenzierte Lernprozesse geprägt ist.“<sup>5</sup> „Kinder mit Dysgrammatismus wenden die grammatikalischen Regeln bei der Bildung von Sätzen und Beugung von Wörtern falsch an. Beispiele (..): ‚Ich will der Auto haben‘, ‚Flori aufs Klo muss‘, ‚Mama ist weggegangen‘ oder ‚die Igels‘. Beim Sprechenlernen ist es völlig normal, dass das Kind nicht sofort alle Wort- und Satzkonstruktionen richtig bildet. Mit vier bis fünf Jahren sollte es jedoch übliche Sätze in grammatikalisch richtiger Form sprechen können. Unterscheidet sich die Wort- und Satzbildung eines Kindes deutlich erkennbar von der seiner Altersgenossen, spricht man von Dysgrammatismus.“<sup>6</sup> „(..) Dysgrammatismus ist während der Sprachentwicklung ein normales Durchgangsstadium. Als krankhaft gilt die Störung erst, wenn sie nach dem vierten Lebensjahr auftritt. Die Ursachen für einen Dysgrammatismus können unter anderem sein: Zu viel TV-, PC- und Internetkonsum statt echter verbaler Kommunikation, ‚Über-Förderung‘ des Kindes mit Terminen ohne ausreichende Erholungsphasen, allgemeine Entwicklungsverzögerung, Konzentrations- und Rhythmusschwäche - der Sprechrhythmus ist eine wichtige Bedingung für Satzbau und Wortlängenverständnis, Hörstörungen, verkürzte Hör-Merk-Spanne - trotz intakten Gehörs kann das Kind sich nur eine kurze Zeit merken, was es gehört hat, sensorische

Integrationsstörungen- Probleme mit der Körperkoordination, frühkindliche Hirnschädigungen, Schädel-Hirn-Traumen, Veranlagung.“<sup>7</sup>

Auf einem insgesamt relativ niederen Niveau war in Teilbereichen eine insgesamt leicht steigende Anzahl von Sprachstörungen bei Einschulungskindern zu verzeichnen. Die Entwicklung wird weiter zu beobachten sein. Ob sich wandelnde Lebensweisen in den gesellschaftlichen Milieus zu einem weiteren Anstieg von Sprachstörungen führen werden, bleibt abzuwarten.

---

<sup>1</sup> BZgA, <http://www.kindergesundheit-info.de>, Stichwort, 14.02.2011

<sup>2</sup> SOPHIA Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgabe (...), 5. Aufl.,8.Rev., 2009, S.20 in Verbindung mit <http://www.wdg.pschyrembel.de>, jeweils unter den Stichwörtern, 14.02.2011

<sup>3</sup> SOPHIA Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgabe (...), 5. Aufl.,8.Rev., 2009, S.20

<sup>4</sup> wie 1

<sup>5</sup> Jana Böttcher, Gera, unter <http://www.sprachtherapie-gera.de/download/dysgrammatismus.pdf> , 12.04.2011

<sup>6</sup> Stephanie Kreckow, Kathrin Rothfischer (hier Quellenv.

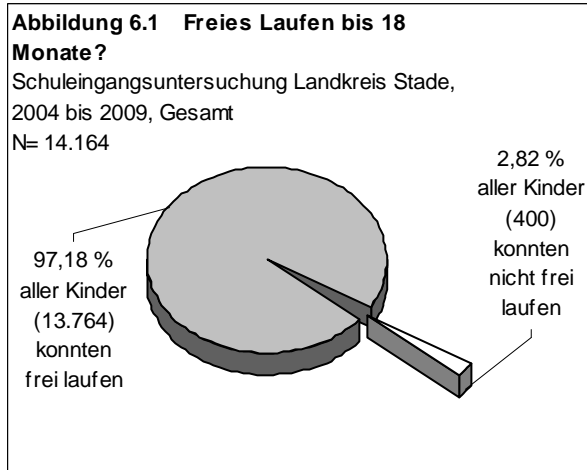
Aster S. von, Barth N., Fleischhaker C., Hebebrand J., Hennighausen K., Herpertz S.: Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Thieme-Verlag. 5. Auflage 2008, Speer C., Gahr M.: Pädiatrie. Springer-Verlag. 3. Auflage 2009 unter <http://www.netdokter.de/Gesund-Leben/Baby+Kind/Entwicklung/Dysgrammatismus-bei-Kindern-2126.html>, 12.04.2011

<sup>7</sup> <http://www.netdokter.de/Gesund-Leben/Baby+Kind/Entwicklung/Dysgrammatismus-bei-Kindern-Ur-8913.html>, am14.07.2011

<sup>8</sup> Bernd Reimann, Der frühe Spracherwerb des Kindes, <http://www.einwortsatz.de/start1.htm>, → Stichwort Spracherwerb, 05.04.2011

## 6. Freies Laufen bis 18 Monate

Ca. 97 % der Mädchen und Jungen konnten bis 18 Monate laufen.



Insgesamt waren es 14.164 Kinder, 6851 Mädchen und 7313 Jungen, deren Eltern diese Frage beantworteten. Der überwiegende Teil aller untersuchten Kinder konnte bis zum Alter von 18 Monaten frei laufen, nämlich 97,18%, 97,45 % aller Mädchen, 96,92 % aller Jungen. 2,82 % aller Kinder konnte diese noch nicht, 2,55 % aller Mädchen und 3,08 % aller Jungen.

**Abbildung 6.2 Konnte das Kind bis 18 Monaten frei laufen? Antworten durch Eltern**

von <b>Mädchen</b> n = 6.851			
Jahr	ja	nein	Gesamt
2004	1194	37	1231
2005	1219	40	1259
2006	1136	29	1165
2007	1102	27	1129
2008	1016	20	1036
2009	1009	22	1031
Gesamt	6676	175	6851
In %	97,45	2,55	100,00

von <b>Jungen</b> n = 7.313			
Jahr	ja	nein	Gesamt
2004	1300	41	1341
2005	1266	40	1306
2006	1288	37	1325
2007	1155	44	1199
2008	1077	30	1107
2009	1002	33	1035
Gesamt	7088	225	7313
In %	96,92	3,08	100,00

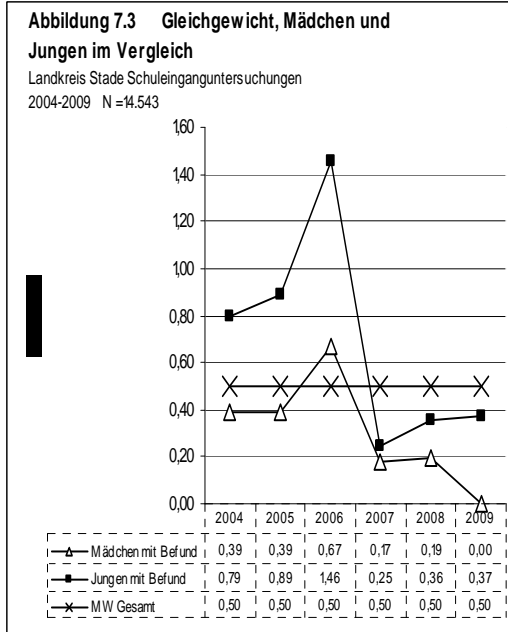
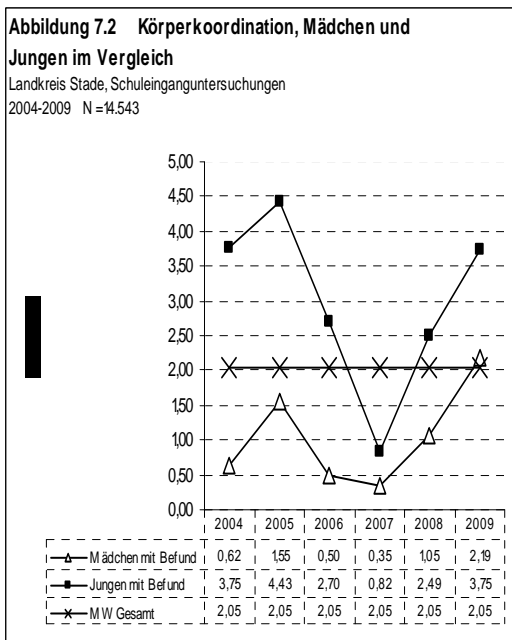
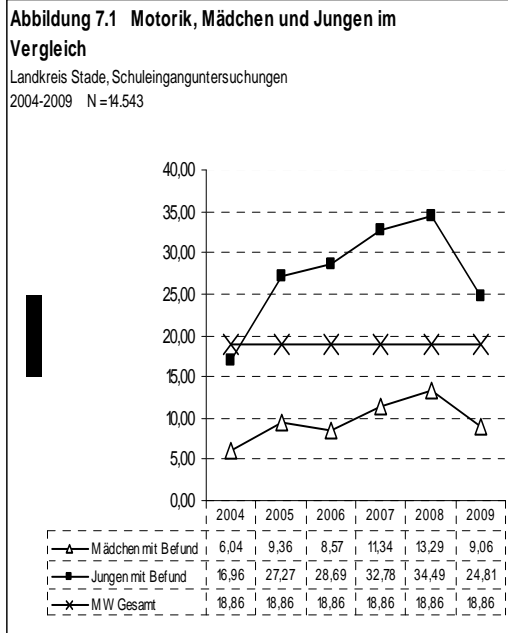
<b>Gesamt</b> N = 14.164			
Jahr	ja	nein	Gesamt
2004	2494	78	2572
2005	2485	80	2565
2006	2424	66	2490
2007	2257	71	2328
2008	2093	50	2143
2009	2011	55	2066
Gesamt	13764	400	14164
In %	97,18	2,82	100,00

## 7. Motorik, Körperkoordination, Gleichgewicht

Anzahl auffälliger Befunde im üblichen Rahmen, Jungen auch hier stärker betroffen als Mädchen

Untersuchungen der Motorik, der Körperkoordination und der Ausformung des Gleichgewichtssinnes gehören zum Standard der Schuleingangsuntersuchungen. Die Methodik der Untersuchungen differenzierte sich am Ende des Untersuchungszeitraumes. „Die Beurteilung und Dokumentation der motorischen Fähigkeiten erfolgt ab dem Einschulungsjahr 2009 getrennt für die Bereiche Ganzkörperkoordination (Grobmotorik) und Feinmotorik/Graphomotorik

1



Für diesen zusammengefassten Gesamtüberblick ließ sich eines zunächst feststellen: Jungen waren stärker betroffen als Mädchen.

Die langjährigen durchschnittlichen Auffälligkeiten aller Kinder lagen im Bereich Motorik bei 18,86 %. Die Werte der Mädchen lagen im gesamten Zeitraum mit Tiefst- und Höchstständen von 6,04 % (2004) und 13,29 % (2008) deutlich unter dem

Mittelwert. Ganz anders bei den Jungen. Sie wiesen 2004 bereits eine durchschnittliche Befundrate von 16,96 % auf steigerten sich bis 2008 auf 34,49 %. Danach sanken die Anzahl der Befunde, dass „nur“ noch ein Durchschnitt von 24,81 % erreicht wurde.

„Nach vorliegenden Schuleingangsuntersuchungen in einzelnen Bundesländern beträgt der Anteil von Kindern mit motorischen Koordinationsstörungen etwa 5 bis 10 Prozent (Schuleingangsuntersuchungen in Bayern und Nordrhein-Westfalen). Jungen sind von motorischen Entwicklungsstörungen stärker betroffen als Mädchen, die Rate Jungen/Mädchen beträgt etwa 2:1.“<sup>2</sup> Diese Feststellungen lassen sich als Maßstab durchaus an die oben angeführten Ergebnisse anlegen. Die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen wurden dargestellt. Die Mittelwerte aller Befundraten aller Kinder der drei oben beschriebenen Kategorien im gesamten Untersuchungszeitraum ergaben einen Wert von ca. 9,61%. Somit lagen die Werte des Landkreises Stade im oben beschriebenen Rahmen.

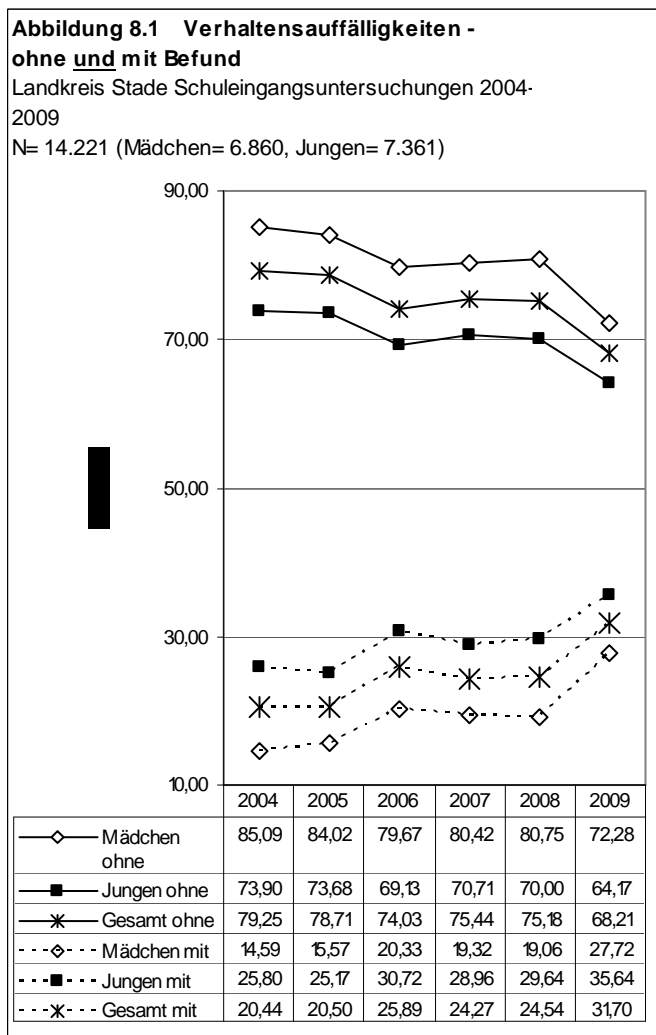
---

<sup>1</sup> SOPHIA Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgabe (...), 5. Aufl., 8. Rev., 2009, S.25 i.V. mit → Graphomotorik „... meint die differenzierte, rhythmische Schreibbewegung. Sie stellt die feinste Koordinationsaufgabe des Menschen dar. Es geht dabei um einen hochkomplexen psychomotorischen Prozess, nicht etwa nur um eine einfache technische Fähigkeit oder um ein Kopieren vorgegebener graphischer Zeichen. Zusammen mit dem Tastsinn, dem Gleichgewichtssinn und einer ausreichenden Körperspannung bildet die Bewegungsfähigkeit der Hände und Finger die motorische Grundlage allen Handelns. Handeln ist wiederum eine wesentliche Voraussetzung der Intelligenz.“ Stefanie Herbst, Praxis für Ergotherapie, Schwerte, unter <http://www.ergotherapie-schwerte.de/Graphomotorik.37.0.html>, 01.04.2011.

<sup>2</sup> Staatsinstitut für Frühpädagogik, Bayern, unter <http://www.ifpbayern.de/projekte/laufende/krombholz-motorik1.html>--> Auszug aus Häufigkeit motorischer Entwicklungsstörungen, 01.04.2011

## 8. Verhaltensauffälligkeiten

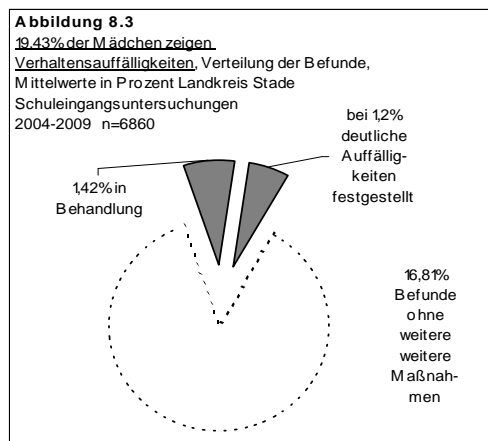
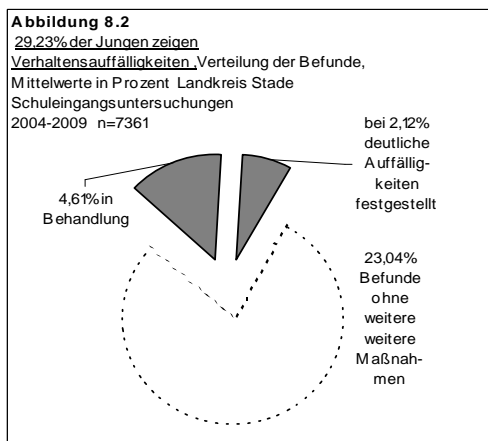
*Festgestellte Verhaltensauffälligkeiten jeder Ausprägung nahmen zu, Jungen deutlich stärker betroffen*



Die Feststellung von Verhaltensauffälligkeiten orientiert sich nach SOPHIA (s. Quellen) an den im ICD 10 (F90-F98)<sup>1</sup> verwendeten Klassifikationen. Hier werden insgesamt sieben angeführt, deren zugeordnete Verhaltensmerkmale entweder „während der Untersuchungssituation beobachtet werden, nach Angaben der Eltern oder anderer Begleitpersonen bekannt werden oder aufgrund der Angaben in einem speziellen Fragebogen, und die in einem anschließenden Beratungsgespräch als mit großer Wahrscheinlichkeit zutreffend eingestuft werden. Die sieben Klassifikationen sind: Hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, Emotionale Störungen des Kindesalters, Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Ticstörungen und Andere Verhaltens- und emotionale Störungen.<sup>2</sup>

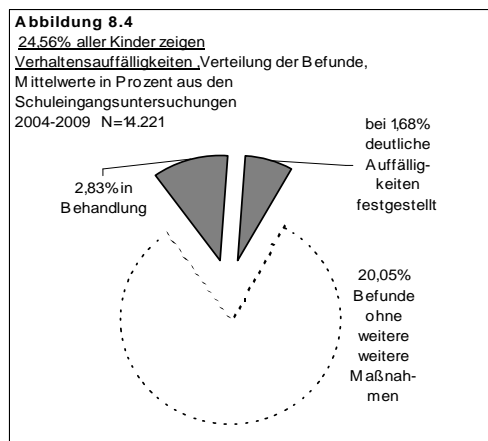
Anhand der Zahlenwerte von 2004 bis 2009 kann grundlegend festgestellt werden, dass die Anzahl der Befunde ohne Verhaltensauffälligkeiten rückläufig sind, die der Befunde mit Verhaltensauffälligkeit steigen. Im Bereich „ohne“ waren Mädchen 2004 zu über 85 % vertreten, 2007 waren es nur noch 72,28 %. Mädchen mit Verhaltensauffälligkeiten waren 2004 zu 14,59 % aufzufinden, 2009 wurden bereits 27,72 % Befunde erhoben.

Jungen schnitten schlechter ab. Jungen ohne Verhaltensauffälligkeiten in diesem Bereich warteten 2004 mit nur 73,90 % auf, (-11,19 % Punkte gegenüber den Mädchen) und bestätigten den Trend. 2009 waren nur noch 64,17 % ohne Auffälligkeiten (- 8,11



%Punkte gegenüber den Mädchen).  
 Durch die Jungen wurde 2004 eine positive Befundrate von 25,80 % eingebracht. Diese steigerte sich 2009 auf 35,64 %.

Werden die Durchschnittszahlen für Fälle mit Befund für den Berichtszeitraum herangezogen, zeigt sich, dass fast 30 % aller zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellten Jungen und fast 20 % aller Mädchen Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen, insgesamt ca. 25 % aller untersuchten Kinder.



Ebenso mussten insgesamt bei ca. 20 % keinerlei Maßnahmen eingeleitet werden, bei ca. 1,7 % wurden unbehandelte deutliche Auffälligkeiten beschrieben. Immerhin befanden sich fast 3 % der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten bereits in Behandlung, 4,61 % der Jungen und 1,42 % der Mädchen. Anhand der Tabelle „Alle

**Abbildung 8.5**  
**Verhaltensauffälligkeiten, Alle Befunde- Gesamt**  
 Landkreis Stade Schuleingangsuntersuchungen 2004-2009 N= 14.221

	Befund ohne Maßnahme		deutliche Auffälligkeit		in Behandlung	
	in %	in %	in %	in %	in %	in %
2004	454	17,71	25	0,98	45	1,76
2005	430	16,96	37	1,46	53	2,09
2006	545	21,74	51	2,03	53	2,11
2007	462	19,67	33	1,40	75	3,19
2008	446	20,61	28	1,29	57	2,63
2009	496	23,61	61	2,90	109	5,19

Befunde -Gesamt“ wird die zurückliegende Entwicklung nochmals verdeutlicht: Zwar erscheinen die absoluten Zahlen womöglich gering. Aber eine wachsende Anzahl von

Kindern wies im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen Verhaltensauffälligkeiten auf. Hinter diesen Störungen stehen viele unterschiedliche Ursachen, soziale, psychische und körperliche, die geklärt und zum Wohle der Kinder beseitigt werden müssen. Es gibt zurzeit keine Indikatoren für eine Entwicklung, die in eine positivere Richtung geht.

---

<sup>1</sup> ICD 10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision German Modification, Version 2010, Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98) - Für den interessierten Leser zu finden unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/>

<sup>2</sup> SOPHIA Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgabe (...), 5. Aufl., 8. Rev., 2009, S.37

## 9. Allergische Erkrankungen

Die Grundlage der Erhebung zum Thema allergischer Erkrankungen ist ein spezieller Fragebogen, basierend auf Erkenntnissen einer internationalen Studie zu Asthma und Allergien in der Kindheit.<sup>1</sup> Vorbereitend waren von den Eltern ein, zwei oder auch drei Fragen positiv zu beantworten, wenn bereits Beobachtungen oder ärztliche Feststellungen zu Neurodermitis, Asthma oder Heuschnupfen stattfanden. Die durch die Eltern beantworteten Fragen sind für weitere kinder- und jugendärztliche Beurteilungen hilfreich, aber „die Anzahl der positiv beantworteten Fragen zu einem allergischen Krankheitsbild ist kein Maß für die Ausprägung einer Allergie.“<sup>2</sup>

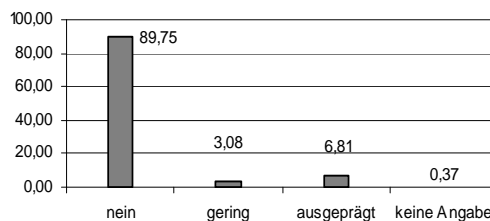
### Neurodermitis

*Etwa 10% aller untersuchten Kinder litten an Neurodermitis, keine bedeutenden Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen. Bundesweit war von 2004 bis 2009 eine geringe Rückläufigkeit zu verzeichnen.*

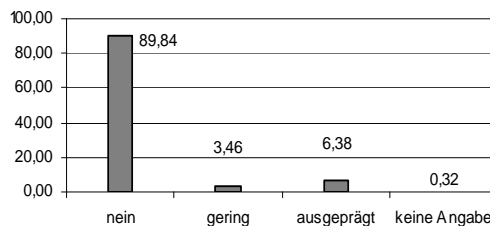
Der größte Anteil aller Kinder, 89,75%, hatte keine Anzeichen von Neurodermitis, 3,08% der Eltern führten geringere Störungen für ihre Kinder an, 6,81% der Kinder wiesen ausgeprägte Zeichen der Erkrankung aus, 0,37% aller Eltern machten keine Angaben. Zwischen den Zahlen für Mädchen und Jungen herrschten keine bedeutenden Unterschiede.

Gering ausgeprägte Neurodermitis: bei Mädchen zu 3,46 %, bei Jungen zu 2,69 %. Mit 7,23 % der Angaben zu ausgeprägtem

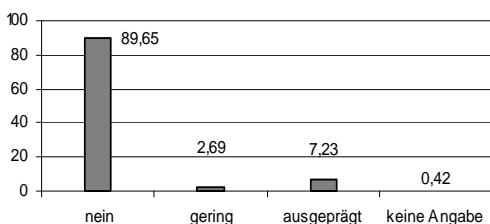
**Abbildung 9.1 Neurodermitis, allen Kindern, Verteilung in Prozent**  
Landkreis Stade Schuleingangsuntersuchungen 2004 bis 2009  
N= 14.349

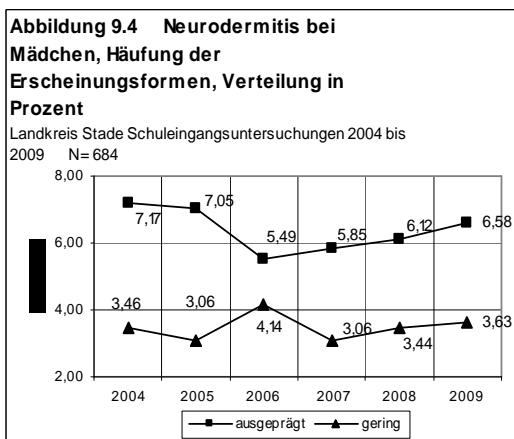


**Abbildung 9.2 Neurodermitis Mädchen, Verteilung in Prozent**  
Landkreis Stade Schuleingangsuntersuchungen 2004 bis 2009  
N= 6939



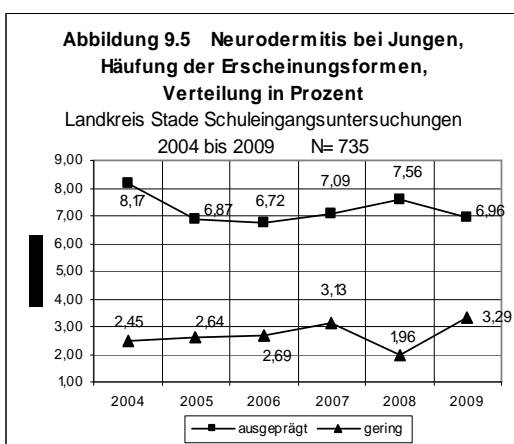
**Abbildung 9.3 Neurodermitis Jungen, Verteilung in Prozent**  
Landkreis Stade Schuleingangsuntersuchungen 2004 bis 2009  
N= 7410





Auftreten lagen die Jungen vor den Mädchen mit 6,38 Prozent.

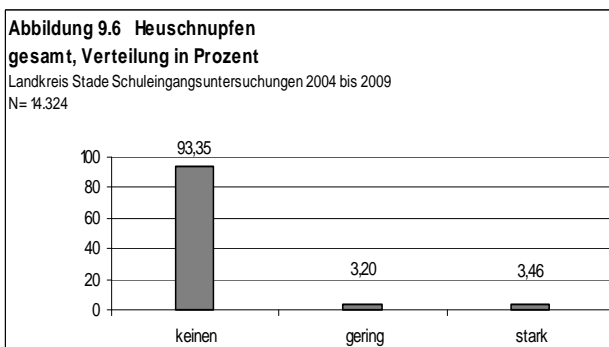
„In Deutschland leidet etwa jedes sechste bis zwölfte Kind unter sechs Jahren an Neurodermitis. Bei ungefähr einem Drittel der Kinder verringern sich die Symptome im Laufe der Jahre und verschwinden schließlich ganz.“<sup>3</sup> Die Befunde zu Neurodermitis bei Kindern bewegten sich 2004 bis 2009 im bundesweiten Rahmen, 10,25 % waren davon betroffen, pro Jahr im Durchschnitt 245 Kinder, davon 163 mit ausgeprägter Entwicklung.[ebenda]



Die Häufigkeit von Neurodermitis, bei zur Schuluntersuchung anstehenden Kindern war konstant. Bei den als ausgeprägt bezeichneten Formen war bei beiden Geschlechtern eine, wenn auch geringe, Rückläufigkeit festzustellen.

### Heuschnupfen

Bundesdurchschnitt: Ca. 6,7 % aller Kinder leiden an Heuschnupfen, Jungen mehr als Mädchen

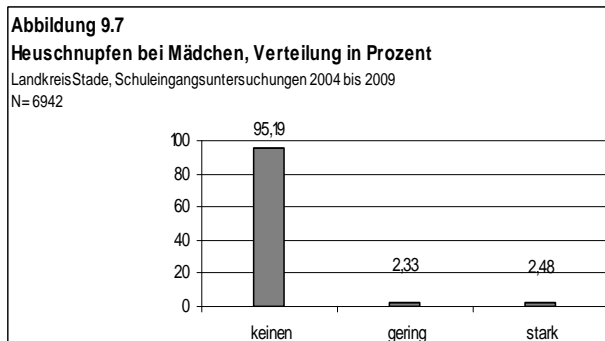


14.324 Eltern antworteten auf diese Fragen. Hier waren aus Gründen der Vereinfachung zwei positive Antworten möglich. Kein Heuschnupfen, oder eine oder zwei Fragen positiv zu beantworten. 93,35 % der Kinder hatten

keinen Heuschnupfen, 95,19 % der Mädchen und 91,51 % der Jungen. Hier gab es wieder deutliche Unterschiede zu Ungunsten der Jungen.

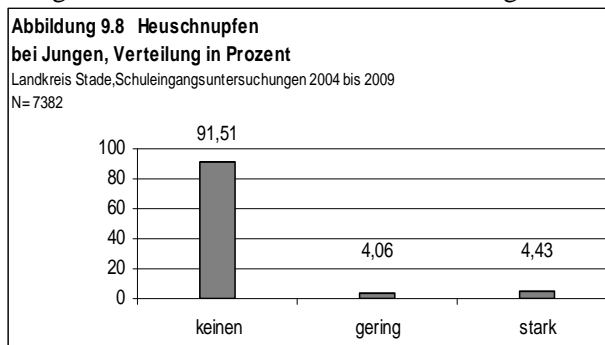
„Heuschnupfen ist eine häufige allergische Erkrankung, die in erster Linie auf einer Überempfindlichkeit gegen Eiweiße bestimmter Pollen beruht. Pollen gelangen während der Gräser- und Baumblüte in die Luft. Sie bewirken eine allergische Reaktion an den Schleimhäuten der Atemwege, Nase und Augen.  
 Die allergische Reaktion ist auf Allergene zurückzuführen, die sich an bestimmte weiße Blutkörperchen im Körper binden. Diese geben daraufhin spezielle Stoffe ab (Histamin), welche die typischen Beschwerden einer Allergie hervorrufen. Dazu gehören unter anderem tränende Augen und eine laufende Nase.  
 Experten schätzen, dass in Deutschland etwa 13 Millionen Menschen Heuschnupfen haben.  
 (...) Die Zahl der auslösenden Stoffe kann im Laufe der Jahre immer mehr zunehmen - Menschen mit Heuschnupfen entwickeln oft sogenannte Kreuzallergien gegen andere Eiweiße, zum Beispiel aus Nahrungsmitteln. Außerdem kann es zu einem sogenannten "Etagenwechsel" kommen. Das bedeutet, **die Allergie weitet sich auf die unteren Atemwege aus und kann dort zu Asthma führen.**“  
 siehe Endnote 2

Von den verbleibenden Kindern waren insgesamt 3,20 % unsicher (gering) betroffen,



2,33 % der Mädchen und 4,06 % der Jungen, 3,45 % waren sicher (stark) betroffen, Mädchen mit 2,48 %, Jungen mit deutlichen 4,43 %. Sicher (stark) betroffen waren somit im Durchschnitt ca. 29 Mädchen und 55 Jungen pro Einschulungsjahrgang. Gemäß der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, sind in Deutschland durchschnittlich ca. 4,7 % der 6 bis 7jährigen pro Jahr von Heuschnupfen betroffen. Mit durchschnittlichen 6,7 % lag der im

Landkreis Stade ermittelte Wert ein wenig höher. Zu bedenken ist dabei, dass - gemäß der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - die Krankheitshäufigkeitsraten aufgrund unterschiedlicher lokaler Belastungsfaktoren deutlich schwanken können (z.B. 2.9 % Greifswald, 6,0 % Münster) und eine direkte Vergleichbarkeit nicht gegeben ist. <sup>5</sup>



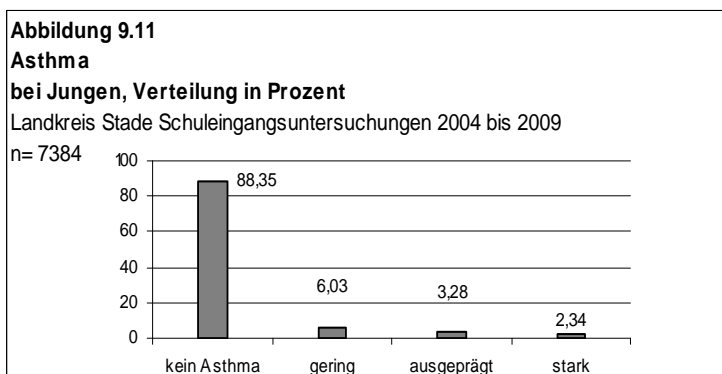
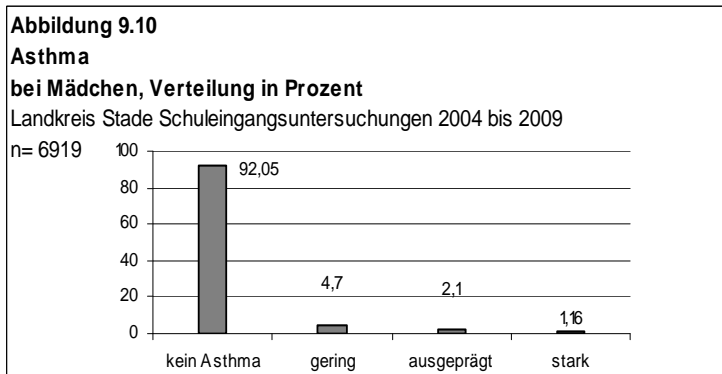
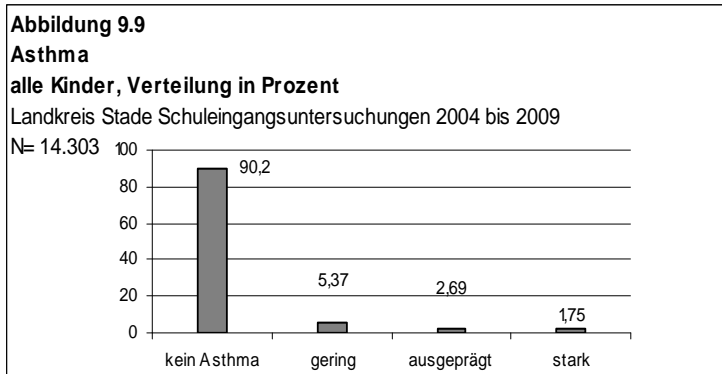
## Asthma

9,8 Prozent der Kinder haben Asthma in erwähnenswerter Weise, ca. 4,5 Prozent ausgeprägt bis stark, Jungen sind stärker betroffen als Mädchen

14.303 der befragten Eltern, der zur

Einschulungsuntersuchung erschienenen Kinder, erteilten Auskunft zu diesem Thema.

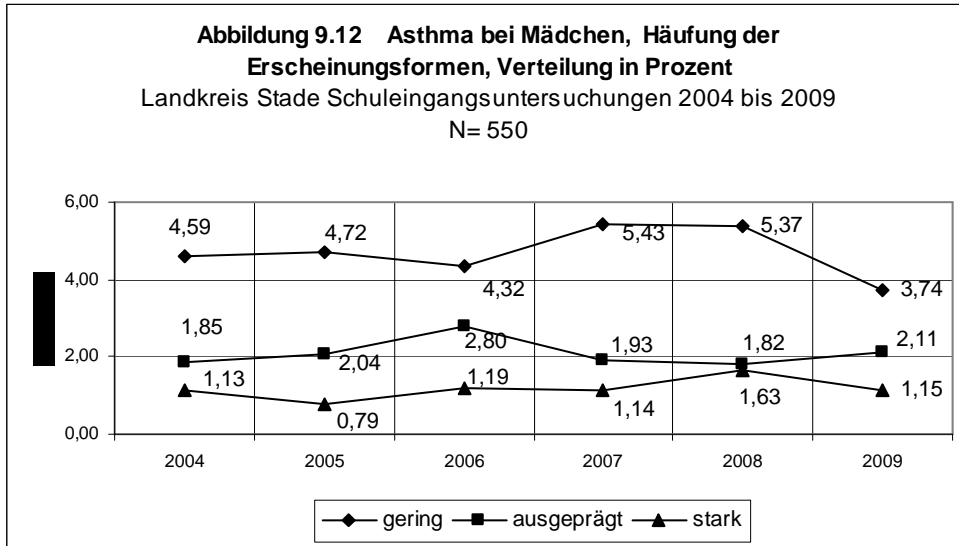
**„ Asthma bronchiale**  
 (...); syn. Bronchialasthma;  
 Definition  
 entzündliche obstruktive Atemwegerkrankung mit anfallsweise auftretender Dyspnoe (Atemtätigkeit erschwert) inf. variabler u. reversibler Bronchialverengung u. bronchialer Hyperreaktivität; (... ) eine der häufigsten chronischen. Erkrankungen, betrifft **bis zu 10 % der Kinder** (mind. 70 % <5. Lj.)( ...).“ siehe Endnote 7



Als Antwortangebote standen drei beschreibende Möglichkeiten zur Verfügung, hier - vereinfacht- als gering, ausgeprägt und stark bezeichnet. 90,20 % der Kinder hatten kein Asthma, insgesamt 9,8% aber erwähnenswerte Erscheinungsformen, 5,37 % der Fälle wurden als gering bezeichnet, 2,69 % als ausgeprägt, 1,75% (ca. 250 Kinder) als stark. Beachtenswert ist die Krankheitsverteilung der Geschlechter. 7,95 % der Mädchen waren erkrankt, aber 11,65 % der Jungen. Dieses spiegelt sich in allen angeführten Ausprägungsformen wider, ist

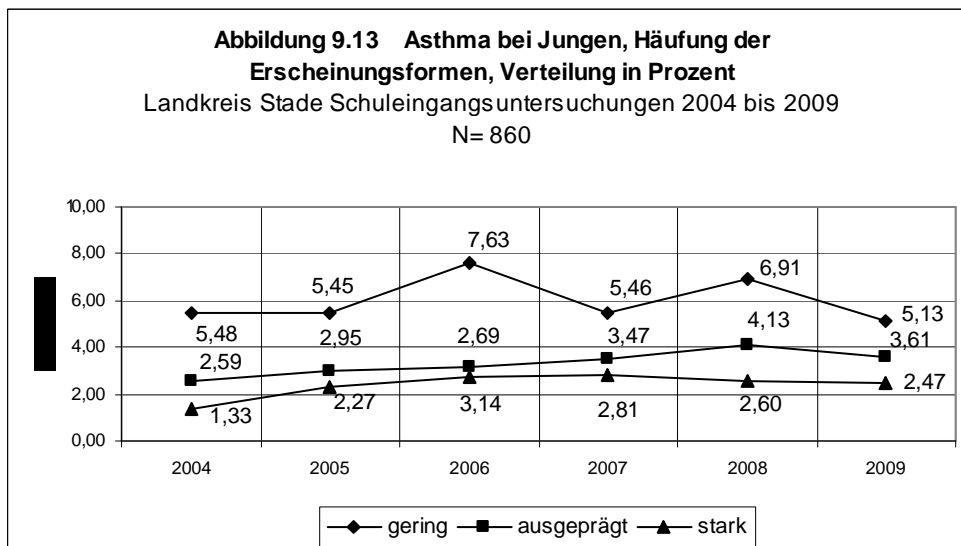
aber auch wieder nicht ungewöhnlich. „ Hinsichtlich des Asthmas zeigt sich, dass aktuell

insgesamt 3,3 % aller Kinder und Jugendlichen davon betroffen waren, Jungen häufiger als Mädchen ( ... ). Der Geschlechterunterschied ist bei (...) 3- bis 6-Jährigen und den 11-



bis 13-Jährigen besonders ausgeprägt.“<sup>6, 7</sup>

Die Häufigkeit von Asthma zeigte im Bereich geringfügiger Erscheinungen, trotz Schwankungen im Verlauf, keine Tendenzen der Ausweitung. Dieses gilt für die Mädchen auch in allen anderen Bereichen. Bei den Jungen waren bei den ausgeprägten und starken Erscheinungsformen über die Jahre leichte Steigerungen zu verzeichnen.



---

<sup>1</sup> SOPHIA, 5. Auflage, 8.Revision, S. 18 mit Bezug zu "The International Study of Asthma and Allergies in Childhood" unter [http:// isaac.auckland.ac.nz/story/background/background. php](http://isaac.auckland.ac.nz/story/background/background.php)

<sup>2</sup> Quelle SOPHIA wie 1

<sup>3</sup> BZgA, <http://www.kindergesundheit-info.de>, Stichwort, 31.01.11

<sup>4</sup> Kasten oben - Dr. med. Angela Schelling, FÄ HNO unter <http://www.netdokter.de/Krankheiten/Allergie/Wissen/Heuschnupfen> -415.html, 01.02.2011

<sup>5</sup> Gesundheitsberichterstattung Bund unter <http://www.gbe-bund.de>, Stichwort 4.3 , Allergische Krankheitsbilder, Tabelle 4.2, 01.02.2011

<sup>6</sup> Kasten oben- [http://www.wdg.psychyrembel. .de](http://www.wdg.psychyrembel.de), 31.01.11, Stichwort

<sup>7</sup> Erkennen – Bewerten – Handeln:

Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS- Studie), BZgA, RKI, 2008, S.15 ff

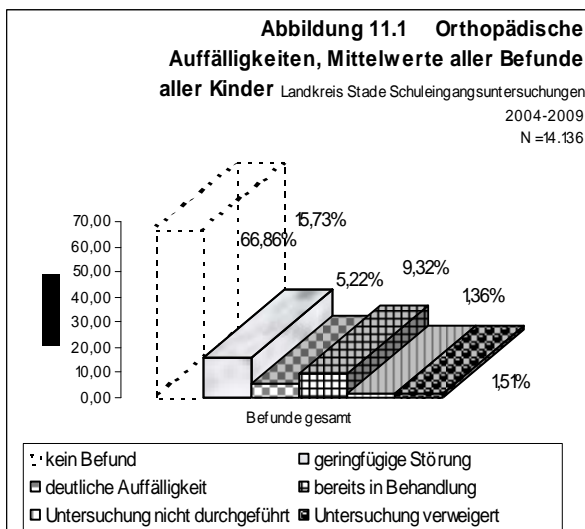


# 11. Orthopädische Auffälligkeiten

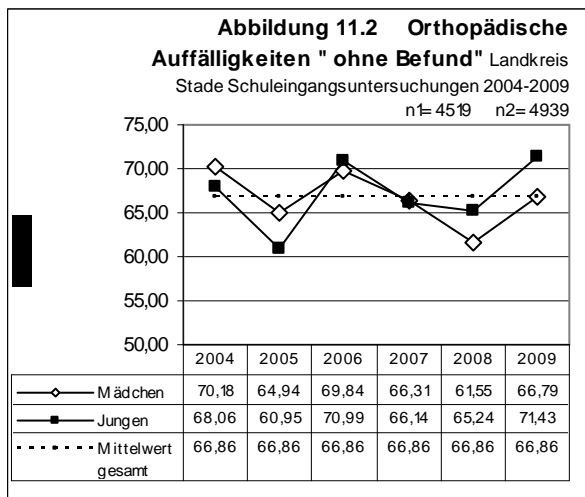
30 % der Kinder wiesen Auffälligkeiten auf, geringfügigere und bedeutende nahmen zu, während die Anzahl der Kinder, die bereits mit ihren Gesundheitsstörungen in ärztlicher Behandlung waren, stark abnahm

**Skoliose**  
 „strukturelle Wachstumsdeformität der Wirbelsäule mit fixierter seitl. Verbiegung, Drehung der einzelnen Wirbel u. Rotation der Wirbelsäule im Krümmungsbereich (...)“  
**Kyphose**  
 „(...) konvexe Krümmung der Wirbelsäule, physiol. angedeutet in der BWS; pathol. verstärkt u. fixiert (sog. Buckel) (...)“ 1

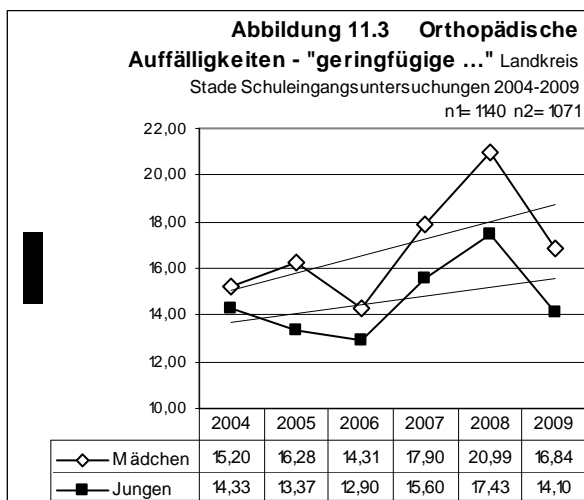
Orthopädische Auffälligkeiten definieren sich gemäß der Arbeitsrichtlinie SOPHIA „(...) wenn einer der folgende Befunde vorliegt: 1.Skoliose, 2.Kyphose, 3.Haltungsschwäche, 4.Hüftanomalie, 5.Auffälligkeiten der unteren Extremitäten.“ 2



Von allen zwischen 2004 bis 2009 untersuchten Kindern, wiesen 66,86 % keinen Befund in dieser Angelegenheit auf. Bei 15,73 % aller Kinder waren geringfügige Störungen zu verzeichnen, 5,22 % zeigten deutliche Auffälligkeiten und 9,32 % befanden sich zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bereits in fachärztlicher- oder begleitender Behandlung. Für den Bereich geringfügiger Störungen erfolgten, ggf. nach weiterer Abklärung, Kinder- und Jugendärztliche Empfehlungen „ zu sportlicher Betätigung, Förderturnen (...), orthopädischem

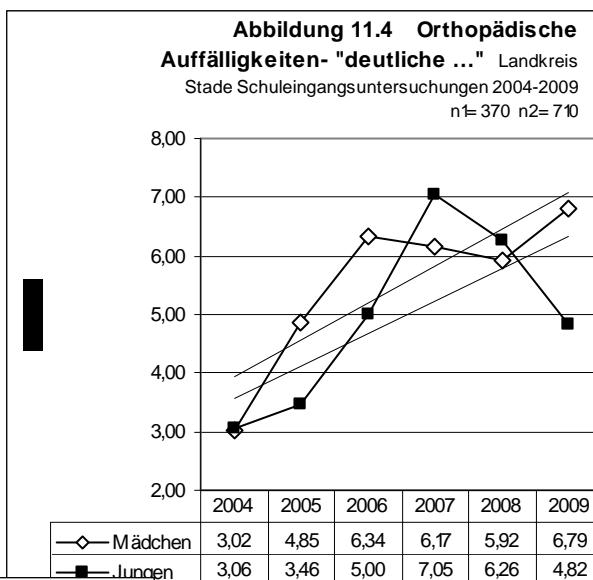


Gruppenturnen o. ä.“ 3. Bei deutlichen Auffälligkeiten erfolgte nach genauer Prüfung immer eine Arztüberweisung, wenn dieses notwendig war. Die prozentualen Anteile aller Kinder ohne jeglichen Befund zeigten sich in der Langzeitdarstellung um den Mittelwert leicht schwankend und eher uneinheitlich. Bei den Mädchen zeigte sich tendenziell ein

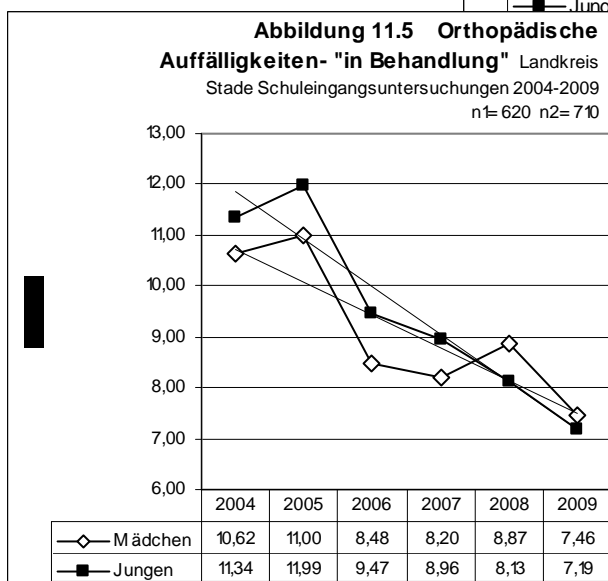


leichter Rückgang, bei den Jungen, genau anders herum, ein leichter Anstieg. Aufschlussreich sind die jeweiligen Einzelentwicklungen in den Bereichen mit Befund. 1140 Mädchen und 1071 Jungen wiesen im gesamten Untersuchungszeitraum geringfügige Auffälligkeiten auf. Obwohl die Häufungen der Befunde in den Jahren starke

parallele Schwankungen aufwiesen, musste hier doch ein eindeutiger „Trend noch oben“ sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen festgestellt werden. Dieses lässt sich ebenso über den Bereich der deutlichen Auffälligkeiten berichten. 370 Mädchen und 710 Jungen waren von 2004 bis 2009 hier betroffen. Der Anstieg der Befundraten fiel hier allerdings bedeutend



stärker aus, wobei Mädchen hier mehr betroffen waren als Jungen, deren Anteil deutlicher Auffälligkeiten seit 2007 stark zurückging. 620 Mädchen und 710 Jungen befanden sich zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen bereits in Behandlung. Die prozentualen Anteile dieser Kinder gingen, korrespondierend mit der Entwicklung im Bereich



deutlicher Auffälligkeiten, stark zurück. Diese kann ein Hinweis darauf sein, das bedeutendere orthopädische Störungen in den Jahren vor der Schuleingangsuntersuchung nicht entdeckt und behandelt wurden, was den Schluss zulässt: Kinderärzte wurden vermutlich in nicht ausreichendem Maße aufgesucht.

---

<sup>1</sup> <http://www.wdg.pschyrembel.de>, 18.02.2011, Stichwort

<sup>2</sup> SOPHIA Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgabe (...), 5. Aufl., 8.Rev., 2009, S.29, 30

<sup>3</sup> wie Fußnote 2, S.30

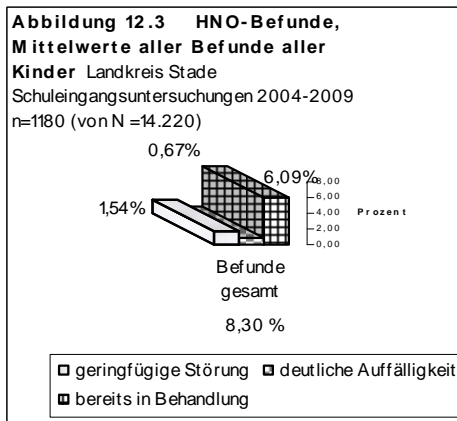
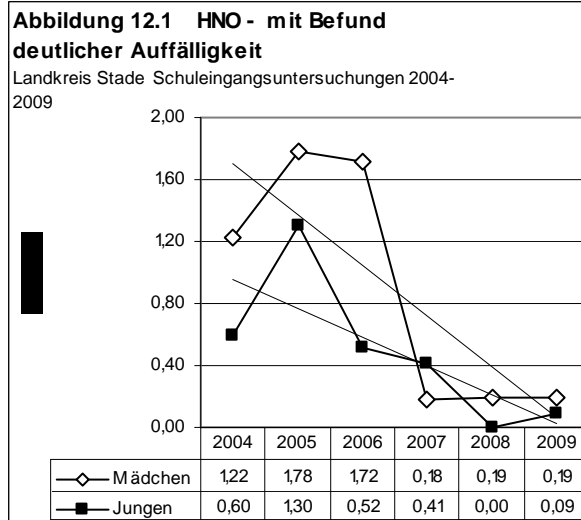
## 12. Hals-Nasen- Ohren Befunde

Bei Mädchen und Jungen: Rückläufige Anzahl deutlicher und geringfügiger Befunde

**Adenoide** meist im Kindesalter auftretende Hyperplasie (Vergrößerung ...) der Rachenmandel  
**Pathologische Tonsillen** Mandelentzündung u.m.  
**allergische Rhinitis** all. Schnupfen alles <sup>2</sup>

Nach SOPHIA <sup>1</sup> wurde ein Befund nur erhoben, wenn eine der folgenden Erkrankungen vorlag:  
 1. Adenoide,  
 2. Pathologische Tonsillen,

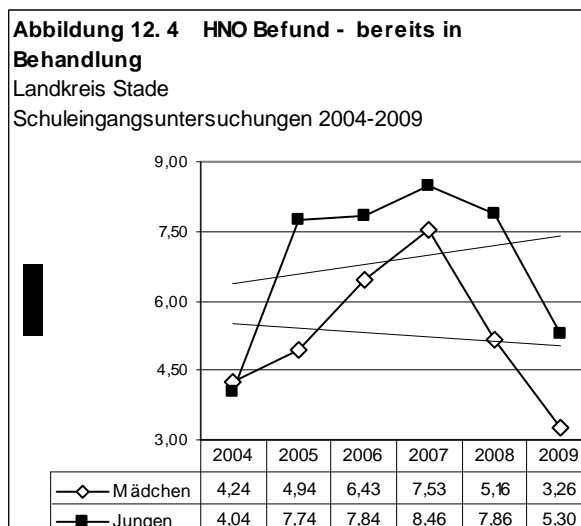
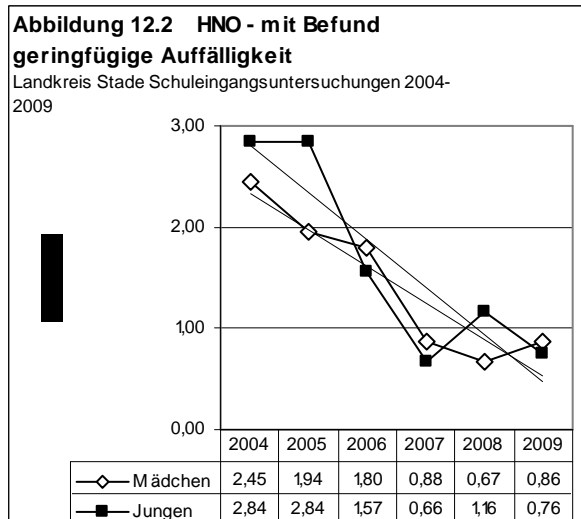
3. Heuschnupfen bzw. allergische



Rhinitis oder 4. Sonstige Erkrankungen im HNO-Bereich.

Nur bei 8,30 % aller untersuchten Kinder fielen Befunde hierzu an, der größte Teil, 6,09 %, wurde zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bereits behandelt.

Die Befunde zu deutlichen und geringfügigen Auffälligkeiten bei beiden Geschlechtern waren von 2004 bis 2009 auffallend rückläufig.



Ein sehr leichter Rückgang der bereits bei der Schuleingangsuntersuchung behandelten Mädchen musste festgestellt werden. Nachdem von 2004 bis 2007 diese Quote erfreulich gestiegen war, erfolgte 2009 ein Rücklauf auf einen Wert unter dem von 2004. Ähnliches geschah auch bei den Jungen. Nachdem die Behandeltenquote von 2004 bis 2005 stark anstieg, ein etwa gleiches Niveau bis 2008 gehalten wurde, fiel dieses 2009 wieder relativ stark ab. Diese Entwicklungen werden zukünftig beobachtet werden, da hier möglicherweise seitens des Gesundheitsamtes wieder häufiger Kinder- und Jugendärztliche Empfehlungen gegeben werden müssen.

---

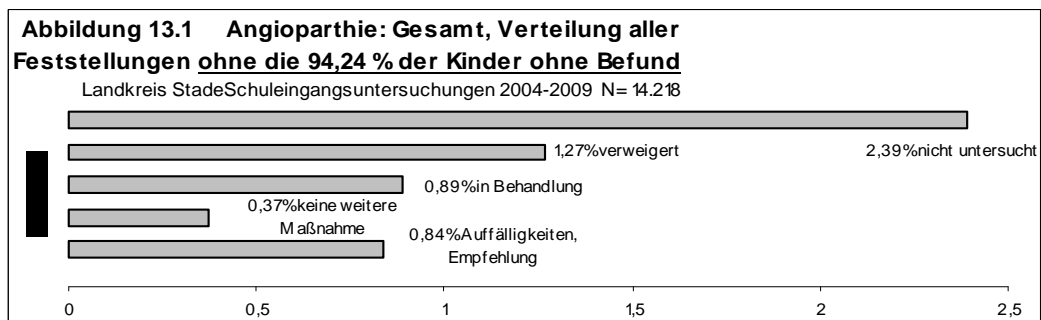
<sup>1</sup> SOPHIA Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgabe (...), 5. Aufl., 8. Rev., 2009, S.31

<sup>2</sup> <http://www.wdg.psychyrembel.de>, 21.02.2011, Stichworte

### 13. Angiokardiopathie

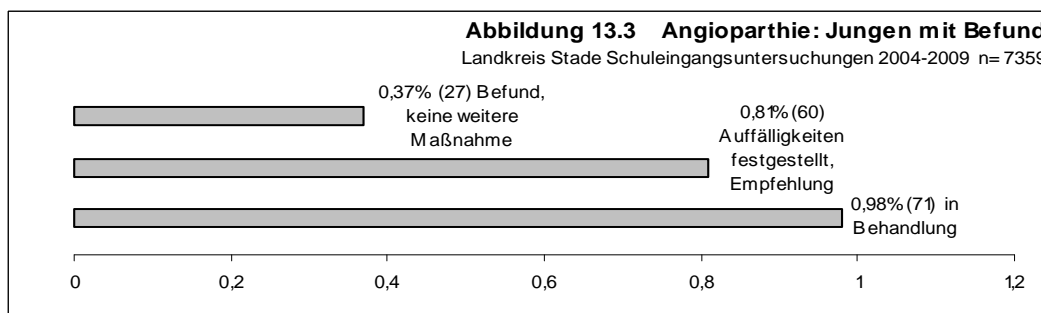
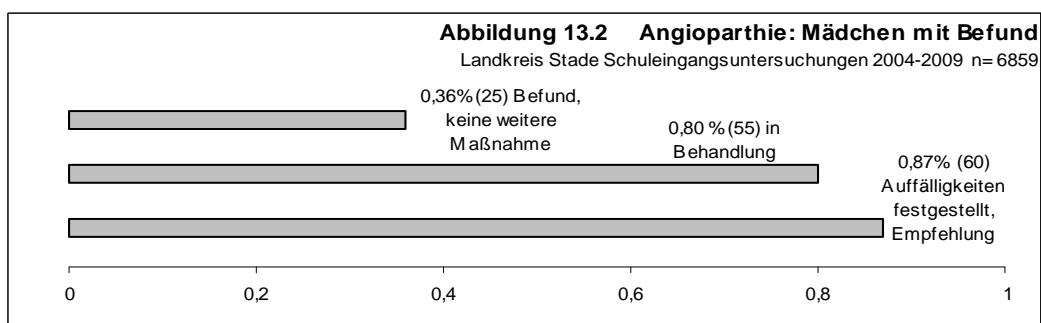
Relativ geringe Fallzahlen, keine wesentlichen Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen

„Unter einer Angiokardiopathie verstehen wir: 1. Angeborene oder erworbene Herzfehler, operierte Herzfehler, 2. Zustand nach Karditiden/ Kardiomyopathien (Herzmuskelentzündungen/ Herzmuskelerkrankungen, 3. Herzrhythmusstörungen.“<sup>1</sup>



Es wurden bei nur insgesamt 2,1 % aller untersuchten Kinder Befunde erhoben.

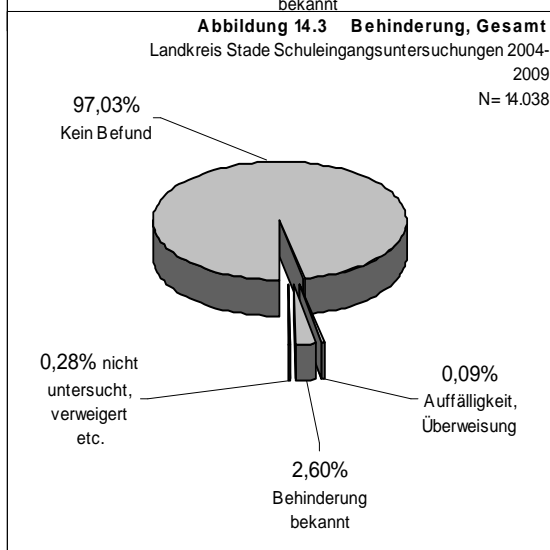
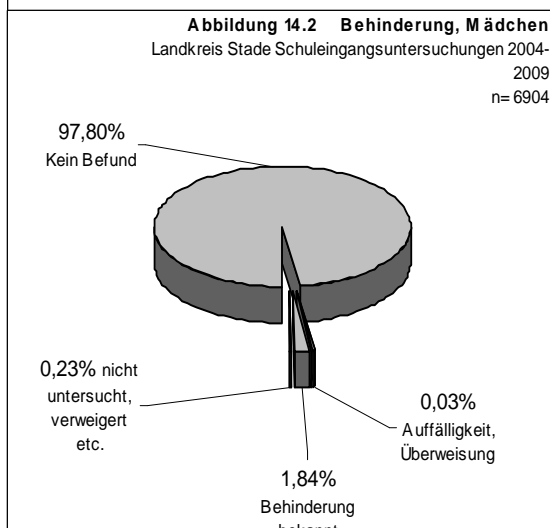
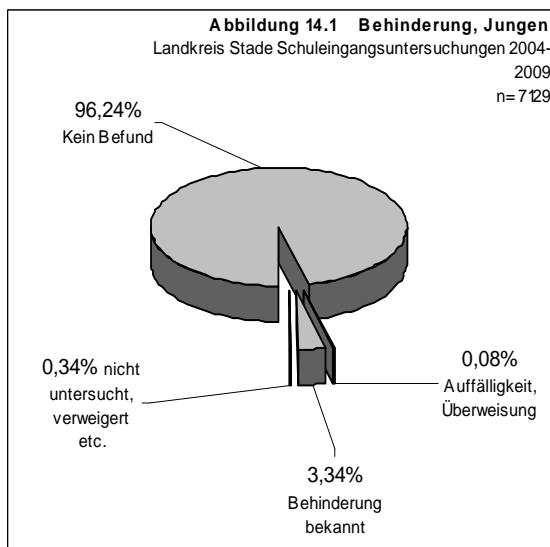
Eine Kontroll-/ Behandlungsempfehlung erhielten 0,84 % aller Kinder, 0,89 % befanden



sich bereits in Behandlung. 0,80 % aller Mädchen und 0,98 % aller Jungen befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits in ärztlicher Behandlung. Bei 0,87 % aller Mädchen wurden Auffälligkeiten befunden, die zu einer ärztlichen Empfehlung führten, dieses war auch bei 0,81 % aller Jungen so. Mädchen und Jungen unterscheiden sich in den Befundbilder nicht wesentlich.

<sup>1</sup> SOPHIA Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgabe (...), 5. Aufl.,8.Rev., 2009, S.34

## 14. Menschen mit Behinderungen



Die Rate behinderter Menschen war über die Jahre konstant und relativ gering.

Die Feststellung von „Behinderung“ im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen orientiert sich dem Standard SOPHIA gemäß an den Definitionen der Sozialgesetzbücher IX (Reha und Teilhabe behinderter Menschen), XII (Sozialhilfe), VIII (Kinder- und Jugendhilfe), der Eingliederungshilfeverordnung nach SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung) und zusätzlichen fachlichen Hinweisen. „Erfasst werden körperliche, geistige oder seelische Behinderungen (...) in einem Item, wenn sie offensichtlich sind und/ oder behördliche Feststellungen im Rahmen der Eingliederungs- oder Jugendhilfe bekannt sind und/ oder ein Behindertenausweis mit dem GdB >= 50 ausgestellt wurde und/ oder wenn bereits Maßnahmen zur Abwendung einer drohenden Behinderung durchgeführt werden.“<sup>1</sup>

Bei 2,64 % aller Kinder waren Behinderungen bereits bekannt (Mädchen 1,85 %, Jungen 3,44 %), bei 0,09 % aller Kinder (Mädchen 0,03 %, Jungen 0,08%) wurden Auffälligkeiten festgestellt und zu weiteren Maßnahmen überwiesen. Die Behindertenraten der Jahre 2004 bis 2009 waren relativ konstant.

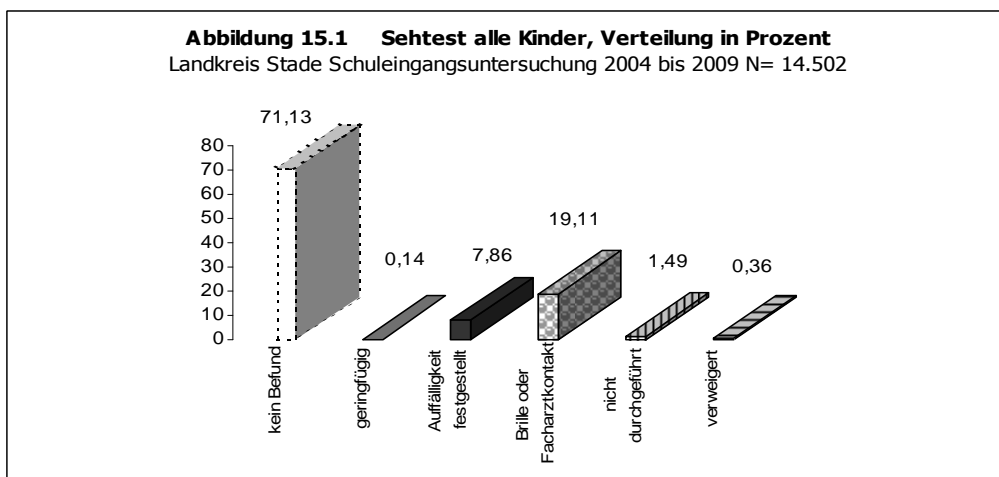
<sup>1</sup> SOPHIA Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgabe (...), 5. Aufl., 8. Rev., 2009, S. 40,41

## 15. Sehtest

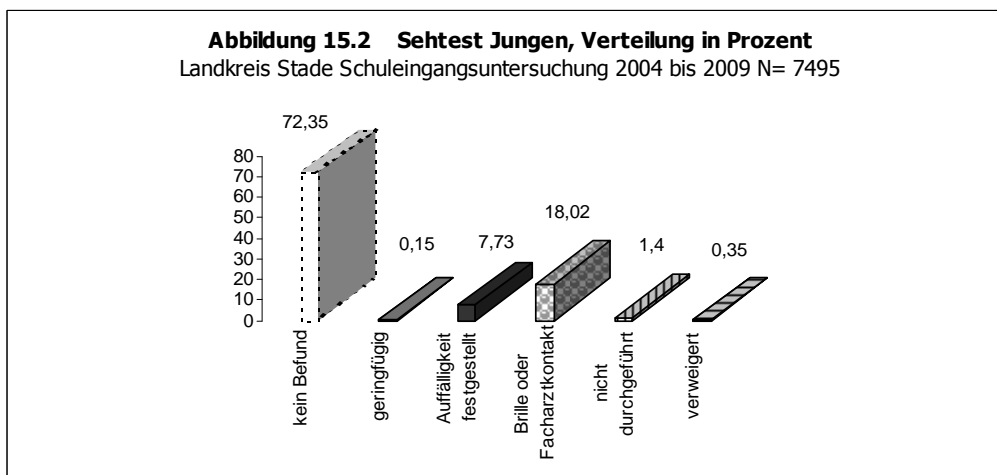
*Etwa 30 % aller Kinder weisen Sehstörungen auf, 20% sind bereits Brillenträger, das ist aber nicht ungewöhnlich.*

Gutes Sehen ist eine wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Start in das Schulleben! Daher wird natürlich ein Sehtest durchgeführt.

Die Durchführung dieses Sehtests ist im SOPHIA <sup>1</sup> standardisiert, so wie die gesamte Schuleingangsuntersuchung.

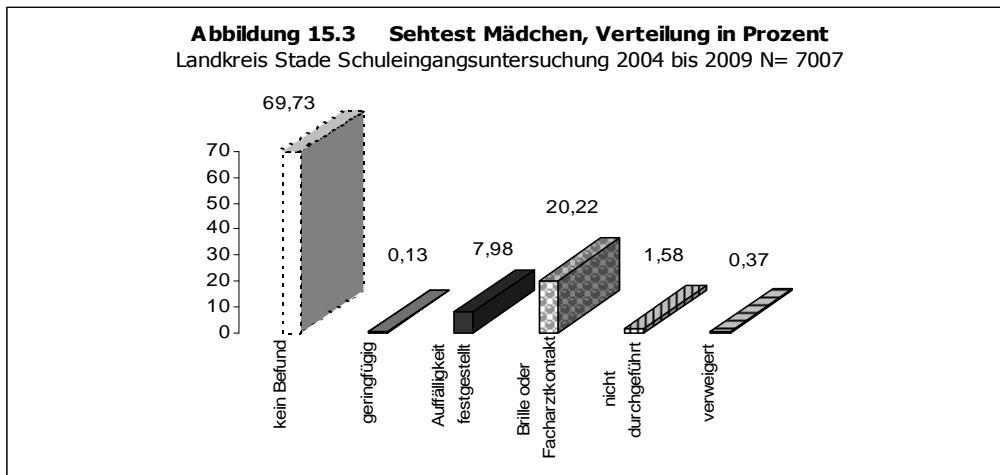


Die Untersuchung erfolgt mit einem Sehtestgerät und wird bei Brillenträgern mit Brille durchgeführt. Die Sehschärfe für die Ferne wird bestimmt, auf Weitsichtigkeit wird untersucht und es findet eine Prüfung des Stereosehens statt. Eine augenärztliche Kontrolle wird immer dann eingeleitet, wenn die Kinder eine schlechtere Sehschärfe als 1,0 Dioptrien in der Ferne haben, eine Seitendifferenz der Sehleistung aufweisen, mit Vorschaltlinse gleich gut oder besser sehen, sich Auffälligkeiten im Stereotest oder im Test zum räumlichen Sehen (TNO-Test) ergeben.



71,13% aller untersuchten Kinder, 69,73% der Mädchen und 72,35% der Jungen, wiesen keinen Befund auf, sie konnten gut sehen.

20,22% der Mädchen, aber nur 18,02% der Jungen trugen bereits eine Brille oder es bestand in dieser Angelegenheit ein Facharztkontakt.



Bei weiteren 7,86% aller Kinder wurden Auffälligkeiten festgestellt, auf die eine Empfehlung zum Facharztbesuch folgte. Bei 0,14% der Kinder wurden geringfügige Abweichungen registriert.

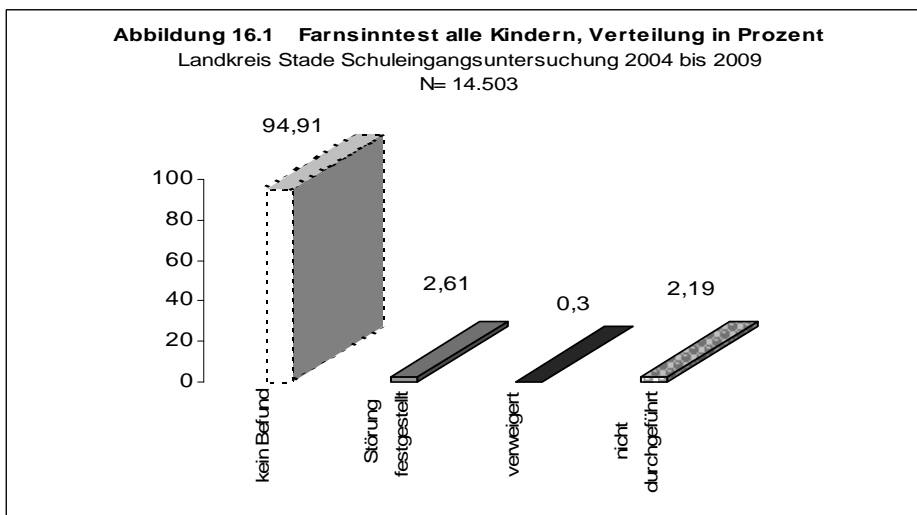
Zum Vergleich: Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 2008 im Landkreis Gifhorn waren 75,2% der untersuchten Kinder ohne Befund, 14,5% trugen bereits eine Brille und bei 9,7% wurden neue Auffälligkeiten festgestellt.<sup>2</sup> Dieser Querschnitt von 2008 ist nicht direkt vergleichbar mit dem Mittelwert der Auswertung im Landkreis Stade, zeigt aber doch auf, dass die Zahlen sich durchaus im gleichen Rahmen bewegen.

<sup>1</sup> SOPHIA Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgabe (...), 5. Aufl., 8. Rev., 2009, S.14

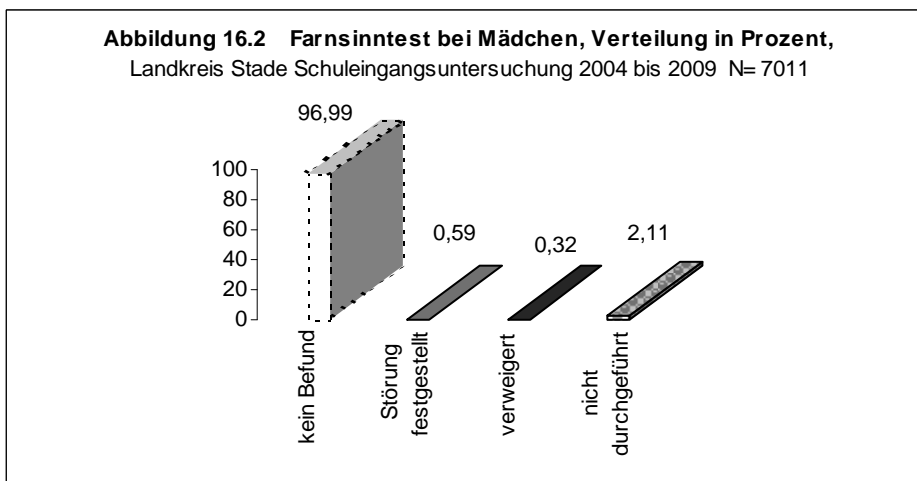
<sup>2</sup> Gesundheitsbericht: „Gesundheit und soziale Situation von Schulkinder im Landkreis Gifhorn - Einschulungsuntersuchung 2008“, 3.5.4

## 16. Farbsinntest

Nur ca. 5 % aller Kinder wiesen Farbsinnstörungen auf, deutlich mehr Jungen als Mädchen, meist angeboren/ vererbt.

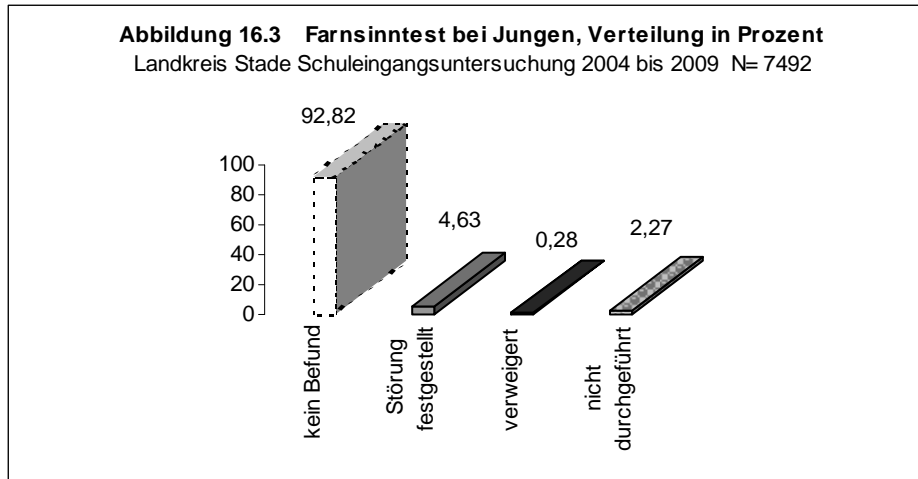


Dieser Test dient der Feststellung einer möglichen Farbsinnstörung, umgangssprachlich gerne als Farbenblindheit bezeichnet. Der Begriff Farbenblindheit ist meist irreführend, da die Rot-Grün-Blindheit als Farbenblindheit bezeichnet wird. Bei dieser Krankheit handelt es sich lediglich um eine Farbenfehlsichtigkeit (Farbenanomalie), die bei 5 % der



Bevölkerung (überwiegend Männern!) vorliegt. Im medizinischen- gutachterlichen Bereich wird meist nicht scharf zwischen der Behinderung Achromatopsie und der Funktionseinschränkung Farbenfehlsichtigkeit unterschieden. Beide Erkrankungen werden gemeinsam unter dem gleichen ICD-Diagnoseschlüssel 53.5 (Farbsinnstörungen) gelistet, wobei die Achromatopsie medizinisch als vollständiger Ausfall des Farbsinns

mit resultierenden weiteren relevanten Symptomen (geringe Sehschärfe, extreme Blendungsempfindlichkeit) einzugruppieren ist. „ Die häufigsten Farbsinnstörungen sind angeboren und erblich. Außerdem ist besonders häufig die Wahrnehmung der Farbe Grün gestört.“<sup>1</sup> Eine nicht bemerkte Störung aus diesem Bereich kann im Laufe des



Schulbesuches zu Problemen in der Beurteilung eines Kindes führen, z.B. immer dort, wo Farberkennung notwendig ist.

94,91% aller untersuchten Kinder, 96,99% der Mädchen und 92,82% der Jungen, wiesen keinen Befund auf, ihr Farbsinn war aus kinder- und jugendmedizinischer Sicht nicht zu beanstanden. Bei nur 0,59% der Mädchen, aber bei 4,63% der Jungen (siehe oben) wurde ein gestörter Farbsinn festgestellt. Der blieb Rest unklar, verweigerte die Untersuchung oder die Untersuchung konnte aus anderen Gründen nicht durchgeführt werden.

<sup>1</sup> <http://www.onmeda.de/krankheiten/farbsehstoerungen>, am 10.02.2011

## 17. Impfungen

*Die Durchimpfungsrate im Bereich der für Klein- und Schulkinder empfohlenen Impfungen wartet im Landkreis Stade, gemessen am Landesdurchschnitt, mit respektablen Werten auf, ist aber noch verbesserungswürdig*

„ Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen auf dem Gebiet der Medizin. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich; bleibende unerwünschte gravierende Arzneimittelwirkungen werden nur in ganz seltenen Fällen beobachtet. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Impfquoten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. (...)

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. (...) Für einen ausreichenden Impfschutz der von ihm betreuten Personen zu sorgen, ist eine wichtige Aufgabe des Arztes. Dies bedeutet, die Grundimmunisierung bei Säuglingen und Kleinkindern frühzeitig zu beginnen, ohne Verzögerungen durchzuführen und zeitgerecht abzuschließen.

### Legende:

**NLGA** – Niedersächsisches Landesgesundheitsamt

**GI** = Grundimmunisierung

**> 1 D** = weil notwendig, mehr als einmal geimpft

\* Göttingen- ab 2009 Stadt und Landkreis

**Polio** - gegen Kinderlähmung

**Tetanus** - gegen Wundstarkrampf

**Diphtherie** - gegen Diphtherie

**Pertussis** - gegen Keuchhusten

**Hib** - gegen die Haemophilus Influenzae B, eine der schwersten bakteriellen Infektionen in den ersten fünf Lebensjahren. Der Erreger kommt nur beim Menschen vor und findet sich vor allem auf den Schleimhäuten der oberen Atemwege. (Quelle: <http://de.wikipedia.org>, unter Stichwort, 15.06.2011)

**Masern** - gegen Masern

**Mumps** - gegen Mumps

**Röteln** - gegen Röteln

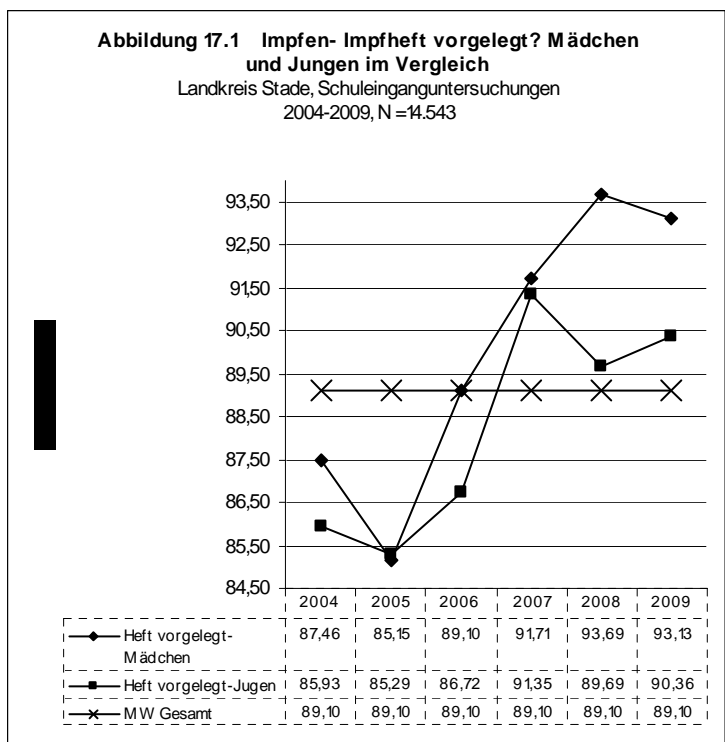
**Hepatitis B** - ist eine Infektionskrankheit der Leber mit dem Hepatitis-B-Virus (HBV), (...) (Quelle:<http://de.wikipedia.org>, unter Stichwort, 15.06.2011)

Nach der Grundimmunisierung ist lebenslang ggf. durch regelmäßige Auffrischimpfungen sicherzustellen, dass der notwendige Impfschutz erhalten bleibt (...).“<sup>1</sup>

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen 2004 bis 2009 wurden die Impfangaben mit Hilfe der vorgelegten Impfausweise dokumentiert,<sup>2</sup> wenn notwendig, wurden den Eltern

Empfehlungen gegeben. Es ging um die Erfassung der Impfangaben zu Polio, Diphtherie, Tetanus, Pertussis (Keuchhusten), Hib (Haemophilus Influenzae b), Masern, Mumps, Röteln<sup>3</sup> und Hepatitis B.

Die Ergebnisse der Überprüfung der Impfstatusdaten werden standardisiert an das Niedersächsische Landesgesundheitsamt übermittelt. Dieses führt die Daten der Schuleingangsuntersuchungen aller Kommunen des Landes zusammen und berichtet seit vielen Jahren ausführlich über die „Durchimpfungen“ von Kindern, in jährlich er-

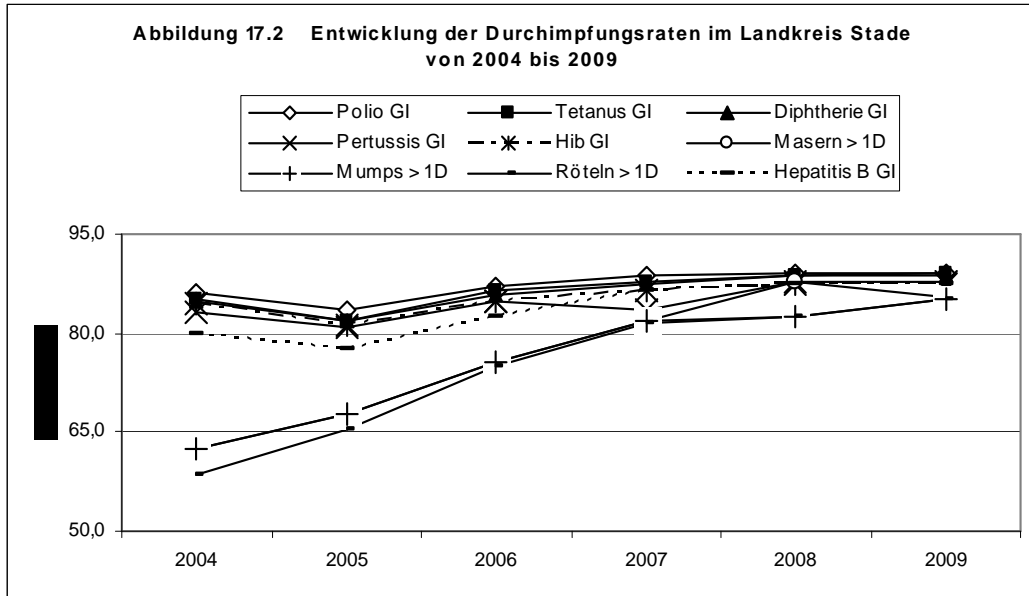


scheinenden Impfports und stellt aktuell die Jahrgänge 1999 bis 2009 zur Verfügung.<sup>4</sup> Diese übersichtliche Gesamtdarstellung erlaubt u.a. auch einen direkten Vergleich der Zahlen des Landkreises Stade mit denen anderer Kommunen. Anmerkung: Es geht im Folgenden um die Durchimpfungsraten, also die nachgewiesenen Impfungen aller untersuchten Schulanfängerinnen und -anfänger im Landkreis Stade in jeweils einem Jahr, von 2004 bis 2009. Die prozentual dargestellten Raten beziehen sich auf alle untersuchten Schulanfängerinnen und -anfänger, nicht nur auf die Kinder, deren Eltern ein Impfbuch vorlegten. Dieses waren über die Jahre des Untersuchungszeitraumes nicht wenige, durchschnittlich 89,19 % aller zur Untersuchung erschienenen Kinder. Nach einem Tiefststand vorgelegter Impfbücher im Jahr 2005, etwas mehr als 85 % für Jungen und Mädchen, wurden für die Mädchen in 93,13 % der Fälle ein Impfbuch vorgelegt, bei den Jungen waren es deutlich weniger, aber immerhin noch bei 90,36 %.

Die Durchimpfungsraten im Landkreis Stade- ausgewählt wurden die Angaben zur Polio-, Tetanus-, Diphtherie-, Pertussis-, Hib-, und Hepatitis- Grundimmunisierung, ebenso zur vollständigen Impfung von Mumps, Masern und Röteln – zeigten, bis auf Mumps und Röteln, die erst 2007 „aufschlossen“, von 2004 bis 2009 durchgehend recht hohe Werte von über 80 bis über 90 % aller untersuchten Kinder.

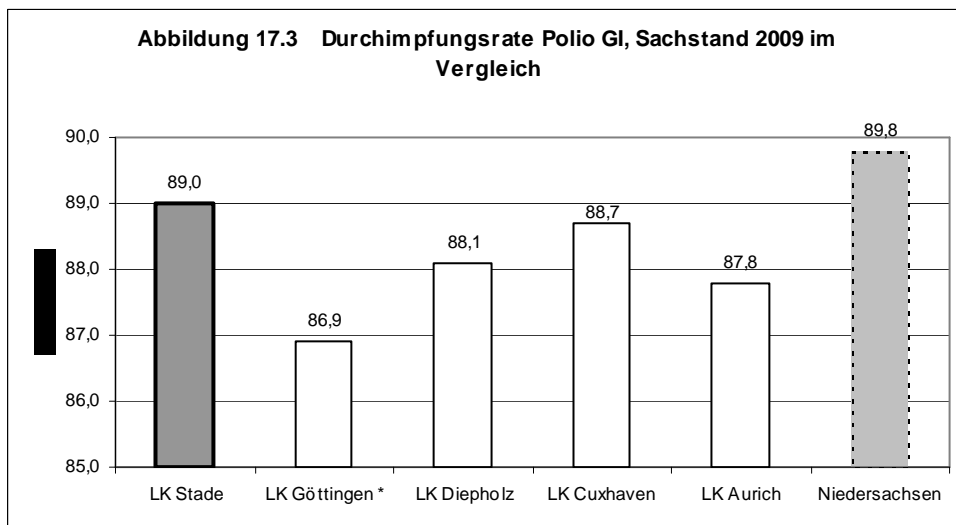
Eine sachgerechte Einschätzung der Durchimpfungsraten ergibt sich auf der Ebene von Vergleichen mit den Daten anderer Kommunen. Im fortlaufenden Abschnitt werden Vergleiche mit den Landkreisen Göttingen, Diepholz, Cuxhaven und Aurich herangezogen, ebenso mit den Werten des Landes Niedersachsen insgesamt. Die Auswahl dieser Landkreise orientierte sich zunächst an der durch das NLGA favorisierten

Darstellung nach Bezirken - je ein Referenzlandkreis pro Bezirk - vergleichbar durch etwa gleich große Zahlen vorgestellter Kinder in den Untersuchungsjahren.



Die folgenden Vergleiche beziehen sich ausschließlich auf das Jahr 2009, um an dieser Stelle nicht Entwicklungen miteinander zu vergleichen, sondern Sachstände. Die Basisdaten des o.a. Diagrammes und auch der folgenden Vergleichsdarstellungen, stehen in den Impfreports des Landes Niedersachsen zur Verfügung (siehe Endnote 4) und -konzentrierter - in einer eigenen Zusammenfassung<sup>5</sup>, im Quellenverzeichnis.

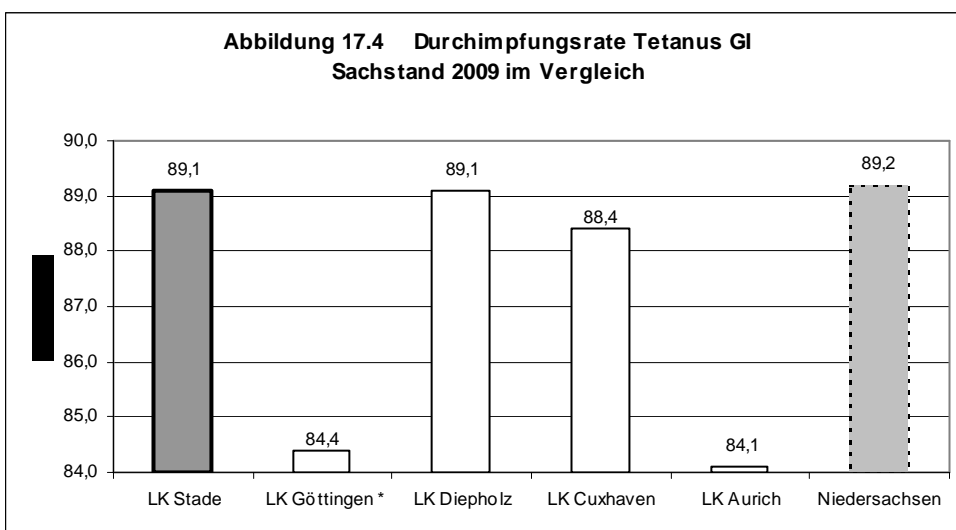
Wie schon an den aufgezeigten Entwicklungslinien zur Durchimpfung zu erkennen war: die untersuchten Kinder im Landkreis Stade zeigten im Vergleich mit Anderen eine



relativ hohe Durchimpfungsrate. Dieser Umstand ist positiv zu bewerten, aber auch noch um einige Prozentpunkte verbesserungswürdig.

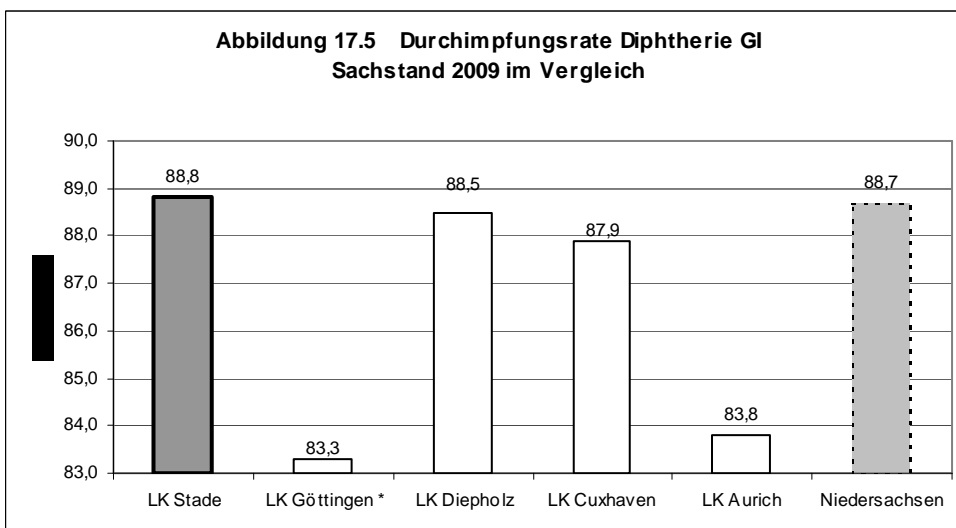
Bei der Polio GI sind in gesamt Niedersachsen noch höhere Werte zu verzeichnen als im Landkreis Stade, der mit 89 % teilweise deutlich über den Referenz-Landkreisen liegt.

Bei der Tetanus GI erreichen die Landkreise Stade und Diepholz mit 89,1 % einen hohen Gleichstand, das Land weist durchschnittlich nur 0,1 % mehr auf. Erheblich geringer ist die Durchimpfungsrate in den Landkreisen Göttingen (84,4 %) und Aurich (84,1). Die

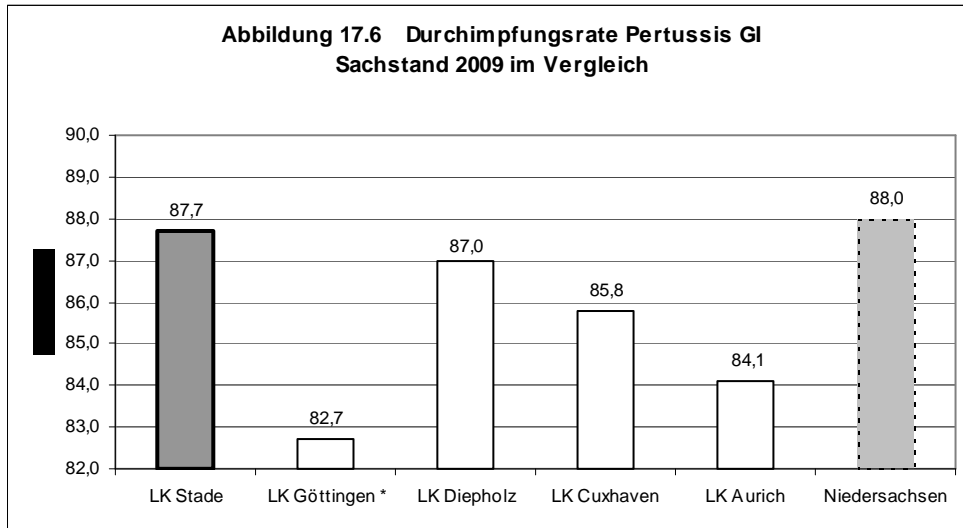


Kinder unseres Nachbarlandkreises folgen den hohen Vorgaben mit weniger Abstand (88,4 %).

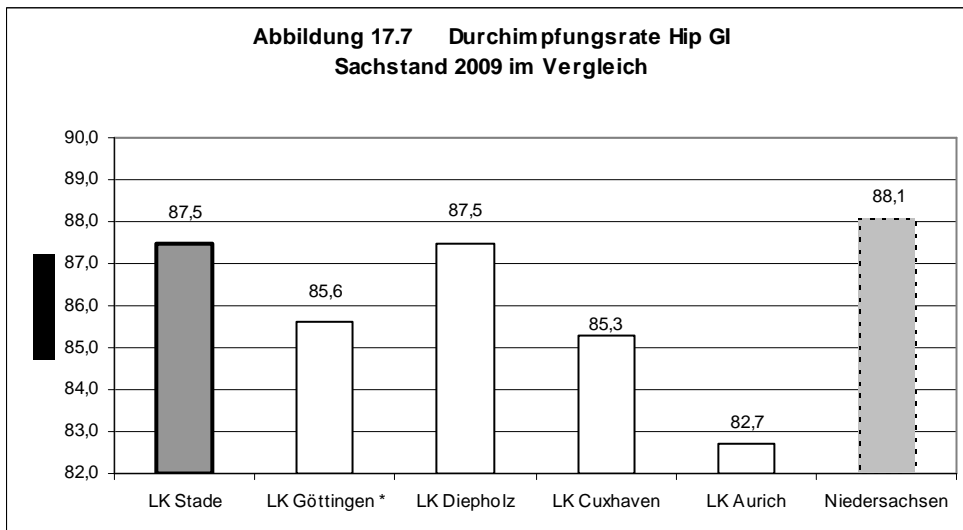
Diese Bilder setzen sich fort. In der Diphtherie GI liegt der Landkreis Stade mit 0,1 % über dem Landesdurchschnitt, gefolgt wieder von den Landkreisen Diepholz und Cuxhaven mit 88,5 % und 87,9 %. Aurich und Göttingen hatten nur eine Durchimpfung der Kinder von 83,8 % und 83,3 % festgestellt.



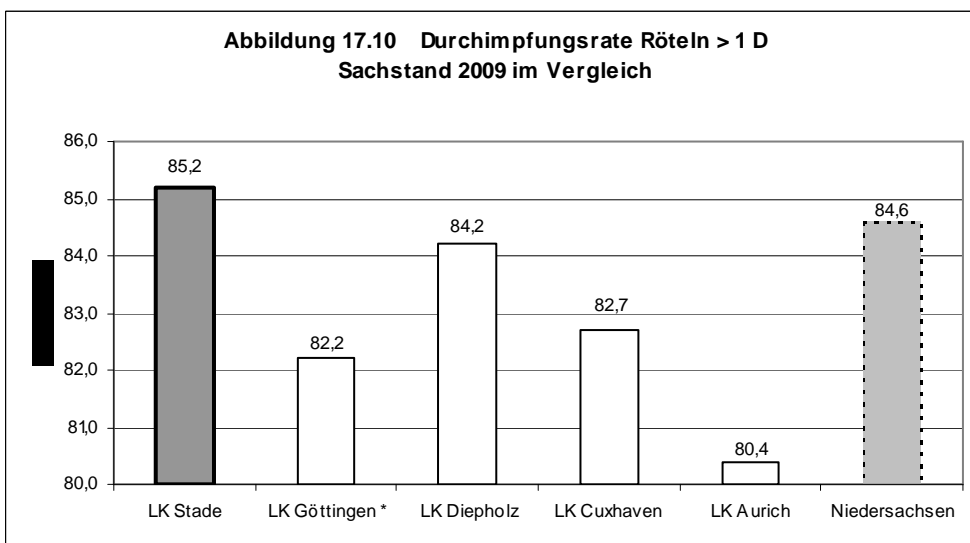
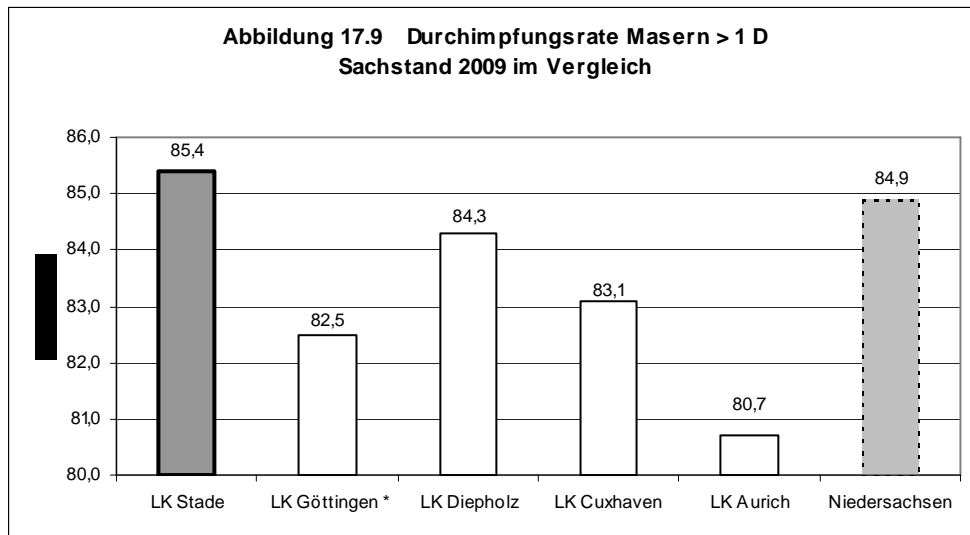
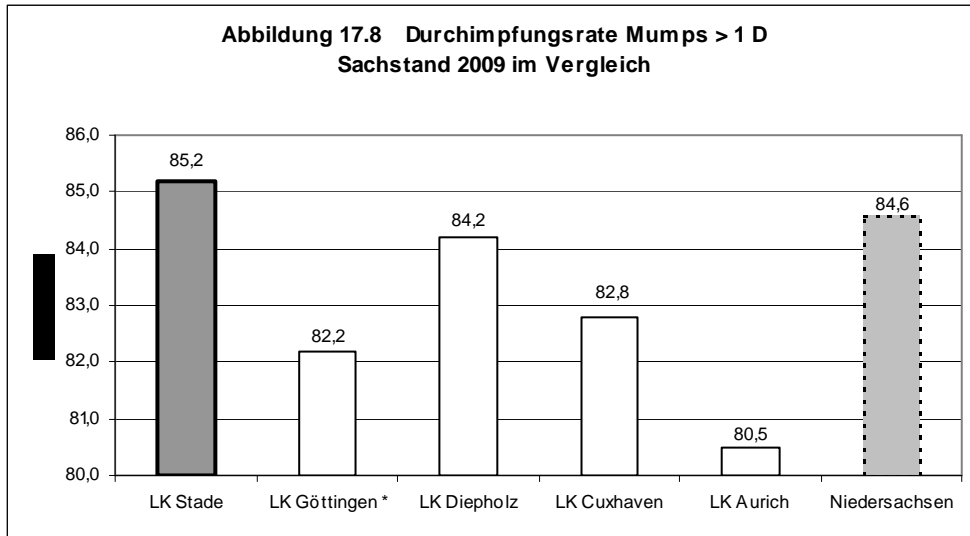
Der eigene Landkreis liegt bei der Pertussis GI mit 0,3 % nur knapp unter dem festgestellten Landesdurchschnitt, wieder gefolgt von Diepholz mit nur 0,7 % Unterschied und Cuxhaven. Göttingen und Aurich liegen mit 83,3 und 83,8 % etwas dahinter.

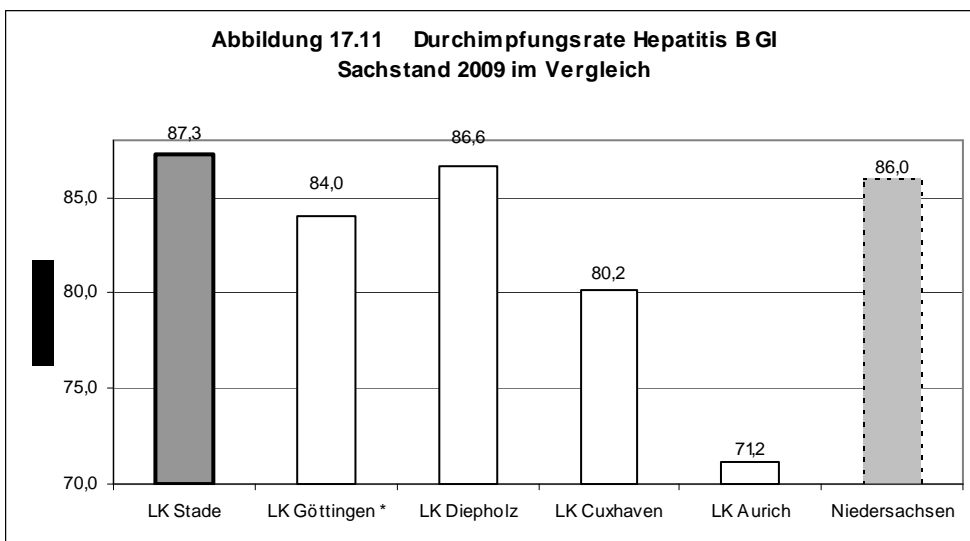


Mit 88,1 % liegt der Landesdurchschnitt bei der Durchimpfungsrate Hip GI etwas über den Landkreisen Stade und Diepholz, mit jeweils 87,5 %. Es folgen diesmal Göttingen mit 85,6 % und Cuxhaven mit 85,3 %. Aurich weist einen Wert von 82,7 % aus.



Die Ergebnisse setzen sich in ähnlicher Weise fort. Immer liegen die ermittelten Werte für den Landkreis Stade auf ähnlichem Niveau des Landesdurchschnittes, manchmal etwas geringer, manchmal etwas höher, immer gefolgt von Diepholz und Cuxhaven.





Die zur Schuleingangsuntersuchung erschienenen Kinder wiesen im Landkreis Stade im Jahr 2009 in allen relevanten Bereichen eine vergleichsweise hohe Durchimpfungsrate auf. In den meisten Teilbereichen war dieses schon seit 2004 zu verzeichnen, die anderen folgten diesem Trend erfreulicherweise.

Aber: Der Impfschutz muss deutlich besser werden! Diese gilt bundesweit, also auch für den Landkreis Stade. Im Deutschen Ärzteblatt<sup>6</sup> wurde der kontinuierliche Anstieg der Impfquoten der Schulanfänger in den letzten Jahren bestätigt. Gleichzeitig kam das Blatt

nicht umhin, auf bei Kindern bestehenden Lücken im Impfschutz hinzuweisen, „insbesondere bei Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten und Hepatitis B.“ Beispielsweise wäre zur Eliminierung der Masern eine Impfquote von 95 % bei einer zweimaligen Impfung nötig. Hier sind auch zukünftig sowohl alle Ärzte als auch die Eltern gefordert, den Impfschutz ihrer Kinder deutlich zu erhöhen!

**Eine hohe lokale Durchimpfungsrate von Kindern- ein guter Schutz vor lokalen Ausbrüchen ansteckender Kinderkrankheiten**

Eine besondere Beachtung sollte z.B. „Sozialen Brennpunkten“ mit hohem Migrantenanteil geschenkt werden. Hier kann eine zu geringe Durchimpfungsrate zu plötzlichen lokalen Ausbrüchen schwerer Krankheiten führen.

Beispiel: Migrationsfamilie X fährt im Urlaub ins Herkunftsland und hält sich dort einige Zeit auf. Die Eltern sind nicht geimpft, das älteste Kind ist ebenso nicht geimpft, es kam als Kleinkind mit den Eltern ins Gastland, zwei weitere Kinder sind schutzgeimpft. Im Urlaub spielen die Kinder mit vielen anderen im Gastbereich, das nicht geschützte Kind infiziert sich, nimmt den Keim mit nach Hause. Der Vater infiziert sich ebenfalls. Nach dem Urlaub geht er zur Arbeit, erkrankt kurz darauf, kann am Arbeitsplatz aber niemand weiter anstecken, da alle Kollegen einen Impfschutz haben.

Das infizierte Kind besucht die Grundschule und steckt eine große Anzahl von Mitschülerinnen und Mitschülern an, die ebenfalls nicht ausreichend impfgeschützt sind. Die anderen werden verschont. Die angesteckten Kinder tragen den Keim nach Hause, treffen möglicherweise auf ebenso ungeschützte Geschwister, die wiederum eine Kindertagesstätte besuchen ... Solche Ausbrüche sind nicht auszuschließen, sind bereits vorgekommen und können Menschenleben gefährden!

<sup>1</sup> Robert Koch Institut, Epidemiologisches Bulletin Nr. 30, 2. August 2010, S.279

<sup>2</sup> SOPHIA Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgabe (...), 5. Aufl.,8.Rev., 2009, S.13, Impfungen

<sup>3</sup> „Haemophilus influenzae Typ b (Hib) - Infektionen mit Haemophilus influenzae Typ b, kurz Hib genannt, sind eine bakterielle Erkrankung. Vor allem Kinder bis zum vierten Lebensjahr sind davon betroffen. (...) Die Erkrankung hat trotz ihrer Namensähnlichkeit nichts mit den Influenza-Viren zu tun, die Grippe-Infektionen verursachen. (...) Eine Infektion mit Hib verursacht Hirnhautentzündung und eine Entzündung des Kehlkopfes. Hirnhautentzündungen zeigen sich in hohem Fieber, Erbrechen, Krämpfen und Kopfschmerzen. Kehlkopfentzündungen verursachen ebenfalls hohes Fieber, begleitet von Schluckbeschwerden und Atemnot.“, BZgA, Kindergesundheit, <http://www.kindergesundheit-info.de/608.0.html>, 31.05.2011

<sup>4</sup> Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Gesundheitsbericht, Basisberichte, Impfreports zum Download, unter <http://www.nlqa.niedersachsen.de>

<sup>5</sup> Durchimpfungsrate- nachgewiesene Impfungen aller untersuchten Schulanfängerinnen und Schulanfänger 2004-2009 im Landkreis Stade, im Bundesland Niedersachsen und in den Referenz- Landkreisen Göttingen, Diepholz, Cuxhaven und Aurich in Prozent

<b>Polio GI</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>LK Stade</b>	86,0	83,5	87,0	88,7	89,2	89,0
<b>LK Göttingen *</b>	85,7	85,5	86,0	87,6	87,2	86,9
<b>LK Diepholz</b>	87,7	89,1	87,6	88,0	88,8	88,1
<b>LK Cuxhaven</b>	85,5	87,6	88,2	87,8	86,8	88,7
<b>LK Aurich</b>	82,1	85,9	84,7	82,7	84,8	87,8
<b>Niedersachsen</b>	87,1	88,3	88,4	88,4	88,6	89,8
<b>Tetanus GI</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>LK Stade</b>	85,0	81,9	86,5	87,8	88,9	89,1
<b>LK Göttingen</b>	84,3	80,7	84,5	86,4	85,3	84,4
<b>LK Diepholz</b>	88,1	86,2	87,9	88,9	89,3	89,1
<b>LK Cuxhaven</b>	84,3	87,0	88,7	87,5	86,7	88,4
<b>LK Aurich</b>	84,0	87,3	84,1	84,1	85,4	84,1
<b>Niedersachsen</b>	86,4	87,7	88,2	88,2	88,3	89,2
<b>Diphtherie GI</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>LK Stade</b>	84,8	81,8	85,8	87,5	88,7	88,8
<b>LK Göttingen</b>	83,6	80,1	83,8	85,5	84,5	83,3
<b>LK Diepholz</b>	88,1	89,0	87,8	88,6	88,9	88,5
<b>LK Cuxhaven</b>	84,0	86,8	88,5	87,4	86,4	87,9
<b>LK Aurich</b>	83,8	87,3	85,3	84,0	85,4	83,8
<b>Niedersachsen</b>	86,2	87,4	88,0	87,9	87,9	88,7
<b>Pertussis GI</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>LK Stade</b>	83,3	80,8	84,9	83,6	87,7	87,7
<b>LK Göttingen</b>	80,6	81,1	80,9	83,4	82,5	82,7
<b>LK Diepholz</b>	85,9	86,6	86,1	86,6	87,6	87,0
<b>LK Cuxhaven</b>	82,3	84,0	84,2	85,1	84,9	85,8
<b>LK Aurich</b>	80,4	84,3	82,1	82,1	84,7	84,1
<b>Niedersachsen</b>	84,0	85,3	85,9	86,5	86,9	88,0
<b>Hib GI</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>LK Stade</b>	84,4	81,1	84,9	86,4	87,4	87,5
<b>LK Göttingen</b>	82,9	83,4	83,4	85,0	85,3	85,6
<b>LK Diepholz</b>	86,9	88,4	87,0	87,2	88,5	87,5
<b>LK Cuxhaven</b>	82,0	84,1	85,7	86,2	85,2	85,3
<b>LK Aurich</b>	79,4	84,4	83,1	82,6	84,4	82,7
<b>Niedersachsen</b>	85,2	86,4	86,8	87,0	87,3	88,1
<b>Masern &gt; 1 D</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>LK Stade</b>	62,4	67,8	75,6	81,8	87,8	85,4
<b>LK Göttingen</b>	53,7	65,3	72,4	78,4	86,2	82,5
<b>LK Diepholz</b>	52,9	65,0	71,8	79,8	87,5	84,3
<b>LK Cuxhaven</b>	55,4	65,0	70,7	75,5	89,3	83,1
<b>LK Aurich</b>	47,6	57,2	68,1	73,3	85,7	80,7
<b>Niedersachsen</b>	59,4	68,0	74,4	80,4	88,6	84,9
<b>Mumps &gt; 1 D</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>LK Stade</b>	62,4	67,6	75,6	81,7	82,4	85,2
<b>LK Göttingen</b>	53,3	65,0	72,1	78,2	81,0	82,2
<b>LK Diepholz</b>	52,8	64,8	71,7	79,7	83,3	84,2
<b>LK Cuxhaven</b>	55,0	64,7	70,4	75,3	78,5	82,8

<b>LK Aurich</b>	47,7	57,3	68,1	73,3	79,2	80,5
<b>Niedersachsen</b>	59,1	67,8	74,2	80,2	82,7	84,6
<b>Röteln &gt; 1 D</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>LK Stade</b>	58,4	65,6	75,1	81,6	82,4	85,2
<b>LK Göttingen</b>	48,5	63,0	71,5	78,1	80,9	82,2
<b>LK Diepholz</b>	52,0	63,5	70,9	79,6	83,3	84,2
<b>LK Cuxhaven</b>	53,2	62,9	69,7	74,9	78,6	82,7
<b>LK Aurich</b>	47,4	57,1	68,0	73,2	79,3	80,4
<b>Niedersachsen</b>	57,7	66,9	73,7	79,9	82,6	84,6
<b>Hepatitis B GI</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>LK Stade</b>	79,9	77,5	82,4	86,4	87,5	87,3
<b>LK Göttingen</b>	74,8	75,7	78,0	82,2	83,5	84,0
<b>LK Diepholz</b>	77,8	79,7	81,7	84,7	87,8	86,6
<b>LK Cuxhaven</b>	72,4	73,2	75,3	80,8	82,1	80,2
<b>LK Aurich</b>	65,2	68,7	68,9	71,6	75,8	71,2
<b>Niedersachsen</b>	79,5	81,5	82,9	85,0	85,8	86,0

<sup>6</sup> Zylka-Menhorn, Vera, 2. Nationale Impfkonzferenz (...), in: Deutsches Ärzteblatt, Jg.108, Heft 7, A 326, 18.02.2011

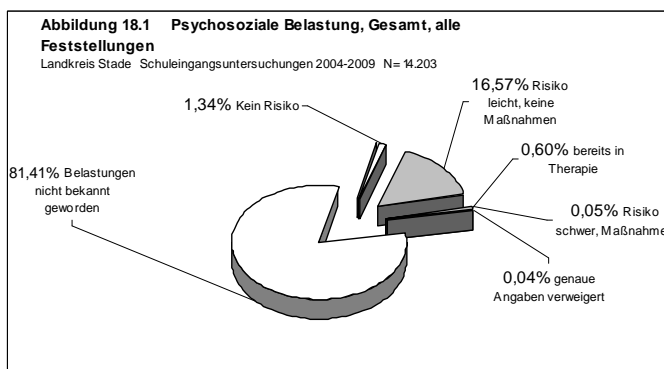
## 18. Psychosoziale Belastungen

*Psychosoziale Belastungen von Kindern nehmen stetig zu, diese können dadurch vermehrt zu Lernstörungen und Abweichendem Verhalten von Kindern führen*

Der Begriff „psychosozial“ umreißt die dem Menschen i.d.R. gegebene, ihm selbst förderliche Eigenart, mit seiner sozialen Umwelt und dem damit verbundenen Kontext in eine austauschende Beziehung zu treten.

Die grundlegenden Bedingungen eines kinderförderlichen sozialen Austausches, im Umgang mit den Eltern und anderen entwicklungsrelevanten Personen sind bekannt und belegt. Psychosoziale Belastungen, von Geburt bis zum Erwachsenwerden, können, aber müssen nicht zwangsläufig, zu schwerwiegenden Entwicklungsproblemen der betroffenen Kinder führen, die sich dann möglicherweise zu einer Störung im Lern- und Sozialverhalten entwickeln und sich im Erwachsenenalter in anderen Prägungen fortsetzt. Solche Störungen sind grundsätzlich beobachtbar, dienen als Indikatoren für eine kinder- und jugendärztliche Einschätzung der zur Zeit der Schuleingangsuntersuchung entwickelten psychosozialen Belastung. SOPHIA<sup>1</sup> erfasst diese psychosoziale Belastung der Kinder in Anlehnung an Kriterien der „Mannheimer Risikostudie“<sup>2</sup>. Die hier angeführten Kriterien haben eine wesentliche Bedeutung bei der Beurteilung eines großen Teils seelischer Behinderungen und Verhaltensauffälligkeiten. Anhand der Informationen der Eltern oder auf andere Weise erfahren, sollen die psychosozialen Belastungen, wissenschaftlichen Kriterien genügend, erfasst werden.

Eine psychosoziale Belastung wurde im Berichtszeitraum dokumentiert, wenn einer oder mehrere der folgenden Risikofaktoren bekannt wurden: „Frühe Elternschaft (Alter < 18 bei Geburt bzw. Dauer der Partnerschaft < 6



Monate bei Konzeption), Ein- Eltern- Familie (bei Geburt des Kindes), niedriges Bildungsniveau der Eltern (...), ausgeprägte chronische Schwierigkeiten (mit Dauer > 1 Jahr, wie z.B. Arbeitslosigkeit, chronische Krankheit), mangelnde soziale Integration und Unterstützung (wenig soziale Kontakte und wenig Hilfe bei der Betreuung des Kindes), beengte Wohnverhältnisse (...), unerwünschte Schwangerschaft (von Seiten der Mutter

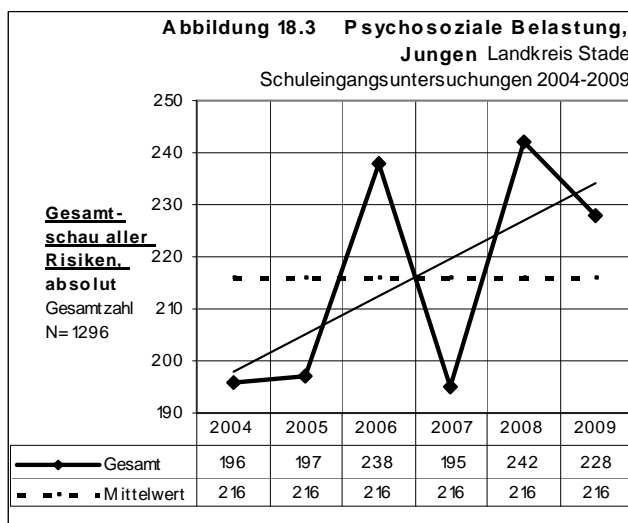
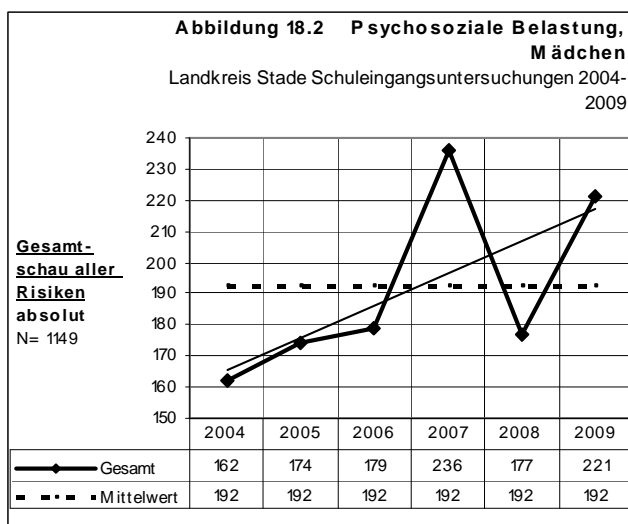
und /oder des Vaters), eheliche Disharmonie (...), psychische Störungen der Eltern (...), Kriminalität/ Herkunft aus zerrütteten familiären Verhältnissen (...).“<sup>3</sup>

Im Gesamtergebnis des Untersuchungszeitraum 2004 bis 2009 (14.203 Einzelfeststellungen) waren bei 81,41 % aller Kinder keine psychosozialen Belastungen bekannt geworden. Von den restlichen 18,59 % wiesen 1,34 % kein Risiko auf, 16,57 % ein leichtes Risiko, das allerdings keine Maßnahmen erforderte, 0,05 % erforderten Maßnahmen aufgrund eines schweren Risikos und 0,60 % befand sich bereits in therapeutischen Maßnahmen.

In den folgenden Darstellungen wurde, abweichend vom üblichen Umgang, nicht prozentual argumentiert, sondern absolut, um die Möglichkeit anzubieten, sich über die Menge der Fälle ein plastisches Bild der Entwicklungen machen zu können.<sup>4</sup> Hinter Fällen stehen

Kinder, deren beginnende oder bereits ausgeprägte psychosoziale Störung möglicherweise bereits in der Grundschule zu nachhaltig abweichendem Verhalten führen kann, mit allen bekannten Folgen.

Schaut man auf die Tendenzen im Rahmen aller festgestellten Risiken, getrennt nach Mädchen und Jungen, ist festzustellen, dass die Fallzahlen der Mädchen zwischen 2004 und 2009 deutlich zunahm. Nach einem kontinuierlichen Anstieg zwischen 2004 und 2006, von 162 auf 179 Fälle, kam es zu starken Schwankungen der Befundanzahl: 236, 117 und schließlich 221. Im Trend traf Ähnliches auch auf die Jungen zu. Zwischen 196 und 228 Befunden,

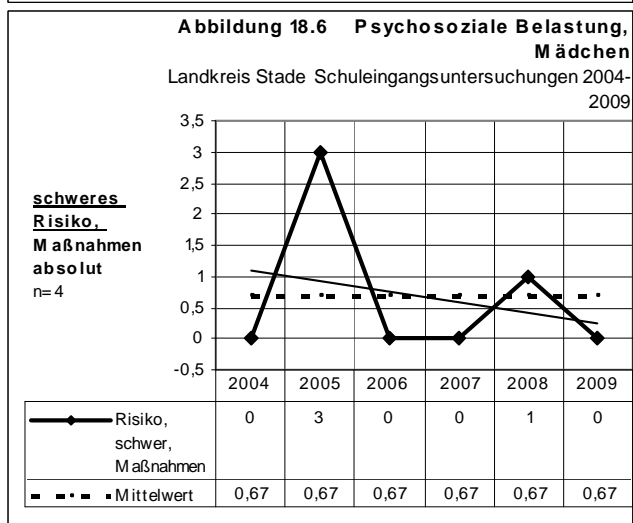
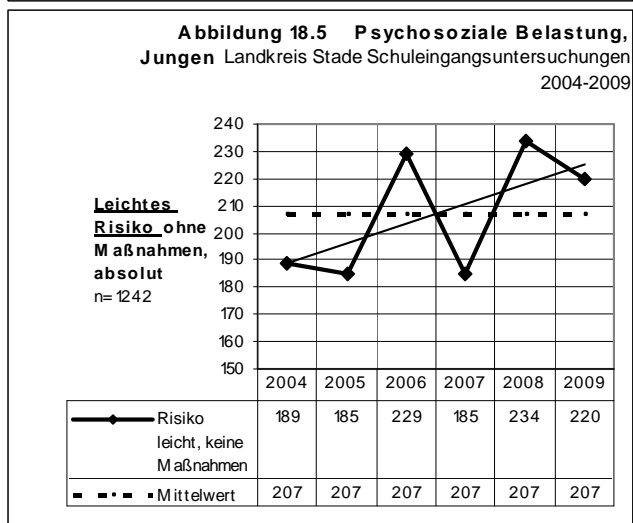
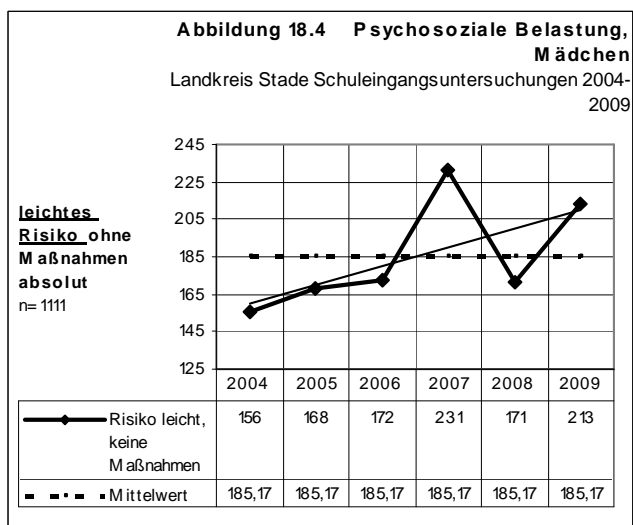


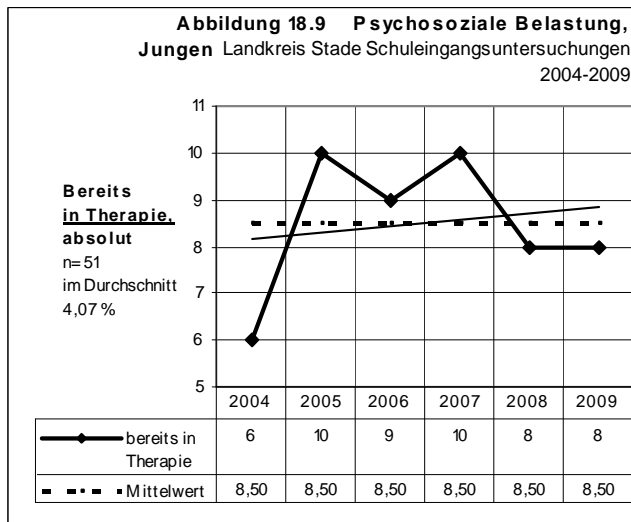
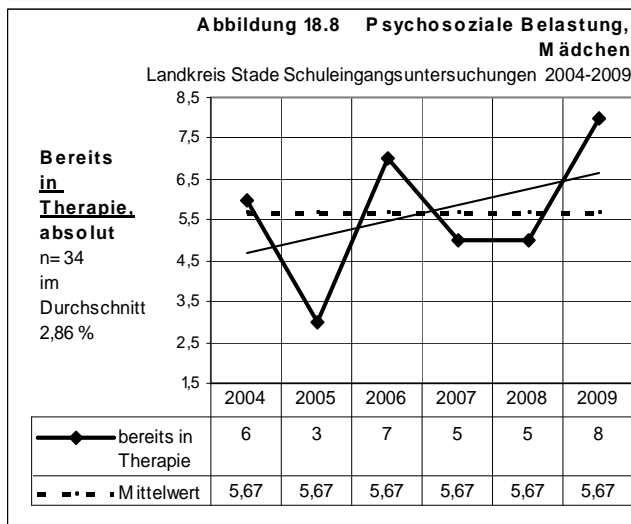
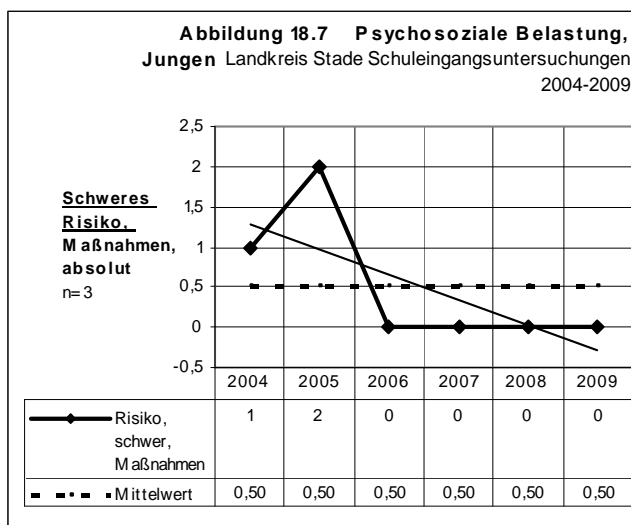
von 2004 bis 2009, schwankten die Fallzahlen, blieben dann in den beiden letzten Jahren oberhalb des langjährigen Mittelwertes stehen.

In der Gesamtschau aller festgestellten Risiken werden naturgemäß alle Befunde zusammengeführt. Die Details, die zu diesem Bild führten, setzen sich aus den nachfolgenden beschriebenen Risikokategorien zusammen.

Wie erwartet, standen die leichten Risiken, die zum Zeitpunkt der Untersuchung noch keine Maßnahmen nach sich ziehen mussten, mit der Fallzahl 1111 für die Mädchen und 1242 für die Jungen im Vordergrund. Die starke Schwankung der Fallzahlen setzen bei Mädchen 2007 ein, diese Entwicklung nahmen die Jungen seit 2005 vorweg. Der Mittelwert der Fallzahlen lag bei Jungen deutlich höher als bei Mädchen.

Schwere Risiken, mit anschließend notwendigen Maßnahmen (zum Wohle des Kindes), wurden sehr selten festgestellt. Mädchen waren zwischen 2004 und 2009 insgesamt in nur vier Fällen betroffen, Jungen fielen dreimal auf, 2004 und 2005. Für Mädchen und Jungen konnte ein





rückläufiger Trend, bei einer insgesamt erfreulich niedrigen Fallzahl festgestellt werden.

Ein anderes Bild ergab sich im Bereich der Kinder, die sich bereits zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer Therapie befanden. Mädchen zeigten eine Fallzahlfrequenz zwischen 3 und 8 pro Jahr, mit einem Mittelwert von 5,67 und einem relativen durchschnittlichen Satz von 2,86 %. Insgesamt muteten die Fallzahlen nicht hoch an. Bemerkenswert ist hierbei aber die nicht unerheblich steigende Tendenz. Die zeigte einerseits, dass die Fallzahlen zukünftig weiter steigen könnten. Andererseits nimmt offensichtlich die Anzahl der Kinder, denen bereits vor der Schuleingangsuntersuchung geholfen wird, zu. Dieses deutet auch auf ein gesteigertes Maß elterlicher und professioneller Aufmerksamkeit hin.

Ein schwächerer Trendanstieg war bei Jungen zu verzeichnen, die sich in den Jahren zwischen 6 und 10 Fällen bewegten, mit einem Mittelwert von 8,50. Mit einer Fallzahl von insgesamt 51

und durchschnittlichen 4,07 %, setzten sich Jungen von Mädchen nach oben ab.

Die Kinder- und Jugendärztlichen Befunde und Maßnahmen verfolgen das Ziel, Kindern und Eltern in einem psychosozial gestörten Leben geeignete Hilfe zu vermitteln,<sup>5</sup> wenn diese notwendig erscheint. Kinder sollen auch dadurch eine faire Entwicklungschance erhalten. Therapien sind eine wichtige Nothilfe, um Entwicklungen, die möglicherweise bereits eine lange psychosoziale Geschichte haben, zum Positiven zu verändern. Sie sind allerdings kein Allheilmittel und auch kein Mittel, die gesellschaftlichen Umstände, die in erheblichem Maße zu den hier erörterten Störungen beitragen, zu verändern.

---

<sup>1</sup> SOPHIA Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgabe (...), 5. Aufl., 8. Rev., 2009, S. 42, 43

<sup>2</sup> „Die langfristigen Folgen frühkindlicher Entwicklungsrisiken (psychosoziale Belastungen, prä- und perinatale Komplikationen)  
M. H. Schmidt, M. Laucht, G. Esser (Universität Potsdam); (...) Komplikationen), zum anderen durch Kinder mit psychosozialen Belastungen (ungünstige familiäre Lebensverhältnisse in leichter und schwerer Ausprägung). Die Ergebnisse zum Langzeitverlauf machen deutlich, dass die nachteiligen Folgen früher Entwicklungsrisiken als Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bis in die späte Kindheit fortbestehen können, aber auch, dass individuelle Reaktionen auf frühe Belastungen eine außerordentliche Heterogenität aufweisen. Welche Kinder besonders gefährdet sind und welchen es gelingt, auch schwerwiegende Belastungen zu überwinden, hängt vor allem davon ab, wie Risikobelastungen mit Schutzfaktoren des Kindes (individuelle Kompetenzen) und seiner sozialen Umgebung (familiäre Ressourcen) zusammen wirken.“ → Zenralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim unter: <http://www.zi-mannheim.de/259.html>, am 28.02.2011

<sup>3</sup> wie 1

<sup>4</sup> Durch - gemessen an großen Basiswerten - geringe Fallzahlen, wie in diesem Darstellungsbereich und deren Veränderungen in Jahresabständen, kommt es in der Graphik bekanntlich zu dramatisch anmutenden Darstellungen, die zu Fehlinterpretationen verleiten könnten. Hier wir also um die Beachtung der absoluten Werte gebeten ( 2004 1 Fall; 2005 2 Fälle Steigerung: 100 %).

<sup>5</sup> Ein direkter Bezug zu einzelnen Elementen psychosozialer Bedingungen, z.B. Bildungsniveau im Elternhaus, lässt sich aufgrund des vorhandenen Datenmaterials nicht ableiten. P. -Störungen entstehen milieuunabhängig unter vielfältigsten Bedingungen. Eine Fokussierung auf Bildungshintergründe in familialen Bereichen als auslösender Faktor für p.-Störungen ist eher dem Zeitgeist geschuldet als einer objektivierenden Gesamtschau. Siehe auch Kapitel 3 dieses Berichtes, Sozialfürsorgerische Maßnahmen.

## 19. Schulempfehlungen und abschließende Anmerkungen

Wie immer: Der größte Teil der Kinder erhält eine Schulempfehlung ohne Einschränkungen. Dennoch: Der prozentuale Anteil der Jungen und Mädchen, die ohne Einschränkungen eine Einschulungsempfehlung erhielten, ging von 2004 bis 2009 Jahr für Jahr zurück!

Das Ziel der Schuleingangsuntersuchungen ist die Abgabe einer Kinder- und Jugendärztlichen Empfehlung an die Schule, ob eine Einschulung befürwortet wird oder nur mit

Einschränkungen oder eben gar nicht.

Die Schulempfehlung folgt dem standardisierten Muster für die Schuleingangsuntersuchungen SOPHIA.<sup>1</sup> Angeführt sind hier viele Einstufungsmöglichkeiten, deren Inhalte sich durch die Summe der ärztlichen Feststellungen ergeben. Eine uneingeschränkte Empfehlung zur Einschulung erhielten im gesamten

**Legende**  
 Ergebnis der SEU und Empfehlungen an die Schule

**1 Einschulung empfohlen**  
 Schulpflichtiges Kind mit im Wesentlichen altergemäßer Entwicklung oder "Kann"-Kind mit fortgeschrittener Entwicklung

**2 Einschulung unter Beachtung von schulrelevanten Entwicklungsrückständen empfohlen**  
 Kind mit mäßigen Entwicklungsrückständen in Teilbereichen

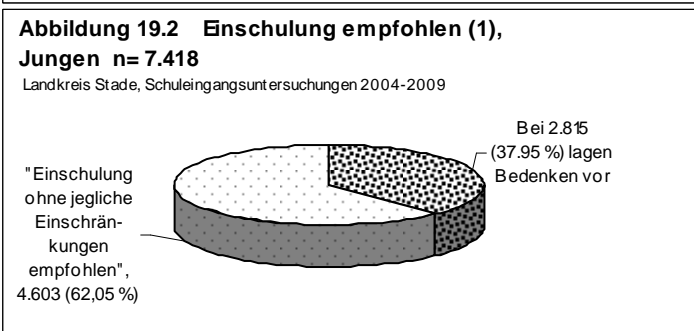
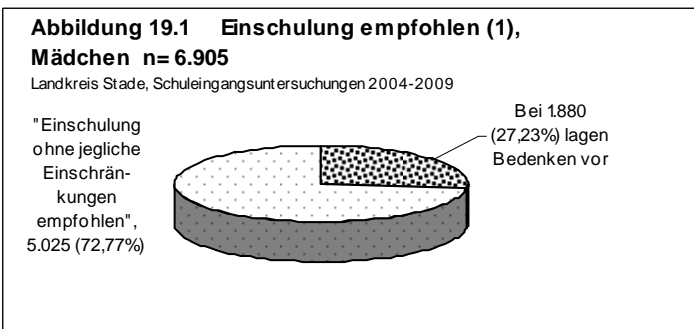
**3 Abschließende schulärztliche Empfehlung am Untersuchungstag nicht möglich, eine pädagogische Einschätzung der Lernaussgangslage wird empfohlen**  
 Nichtdurchführbarkeit wesentlicher Teile der Untersuchungen, eingeschränktes Leistungsvermögen des Kindes durch Krankheit

**4 Schulzurückstellung und Einleitung von Fördermaßnahmen (SchulKiGa) empfohlen oder ggf. Aufnahme in eine Schuleingangsstufe**  
 Kind mit erh. Entwicklungsrückständen in mehreren Bereichen und eher günstiger Entw.-Progn. (Regelbeschulung in 1 Jahr vorstellbar) oder Schulzurückstellung und Verbleib im heilpädagogischen/ integrativen KiGa (als Ausnahmeempfehlung bei behinderten Kindern möglich, aber i.d.R. greift Empf. 6 bis 14

**5 Von der Einschulung des noch nicht schulpflichtigen Kindes wird abgeraten**  
 Noch nicht schulpfl. Kind mit altersgemäßer oder verzögerter körperlicher, geistiger und/ oder sozialer Entwicklung

**6-14 Einschulung empfohlen nach sonderpädagogischer Überprüfung**  
 Kind mit erheblichen Entw.-rückständen/ Behinderungen und wahrscheinlich langfristigen Förderbedarf im Bereich:

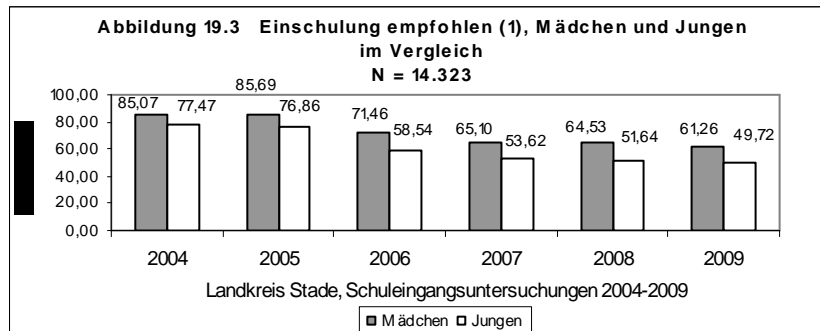
- > 6 Lernen
- > 7 Sehen
- > 8 (z.z. nicht belegt, früher Blindheit)
- > 9 Hören
- > 10 (z.z. nicht belegt, früher Gehörlosigkeit)
- > 11 Sprache
- > 12 Motorische und körperliche Entwicklung
- > 13 Emotionale und soziale Entwicklung
- > 14 Geistige Entwicklung



Zeitraum durchschnittlich 72,77 % aller Mädchen, aber nur 62,05 % aller Jungen. Bei diesen lagen in durchschnittlich 37,95 % aller Fälle Bedenken vor.

Diese gegenüber den Mädchen erhöhte Quote der Bedenken entwickelte sich von 2004 bis 2009 ständig. Betrachtet man die Empfehlungswerte zur Einschulung von Mädchen

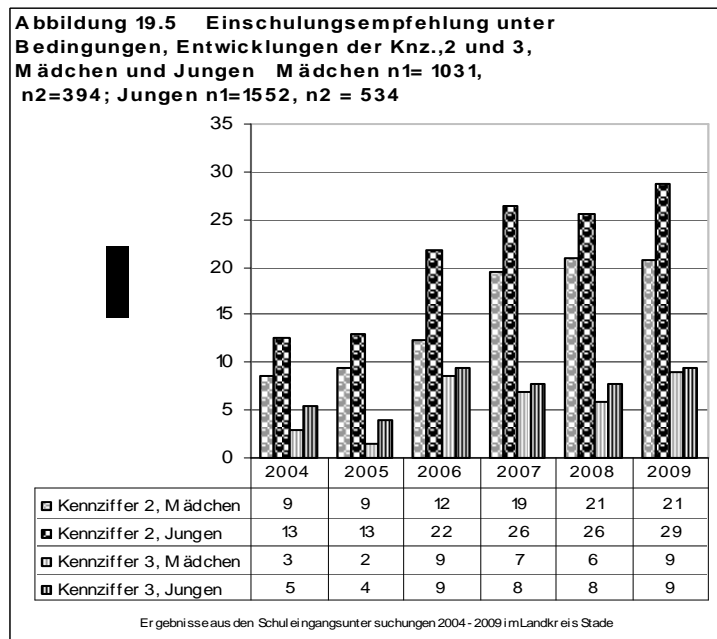
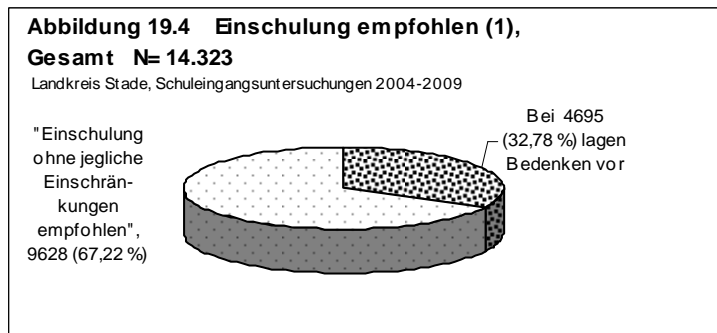
und Jungen in diesem Zeitraum, so fällt auf, dass bei beiden Geschlechtern eine ständige prozentuale Rückläufigkeit der Empfehlungen zu verzeichnen war.



Die Mädchen- Empfehlungen entwickelten sich von 85,07 % im Jahr 2004 zurück zu 61,26 % im Jahr 2009. Ähnliches geschah bei den Jungen, nur grundsätzlich auf tieferem Niveau. Standen 2004 noch 77,47 % empfohlene Jungen vor den Schultüren, schrumpfte die Anzahl der ohne Einschränkung empfohlenen Jungen 2009 auf nur noch 49,72 %.

Insgesamt wurden im gesamten Zeitraum zunächst 9628 Kinder (67,22 %) uneingeschränkt für eine Aufnahme in die Schule empfohlen, bei 4695 (32,78 %) Schülerinnen und Schülern lagen aus Kinder- und Jugendärztlicher Sicht zunächst Bedenken vor, so dass keine Empfehlung ohne Einschränkung ausgesprochen werden konnte.

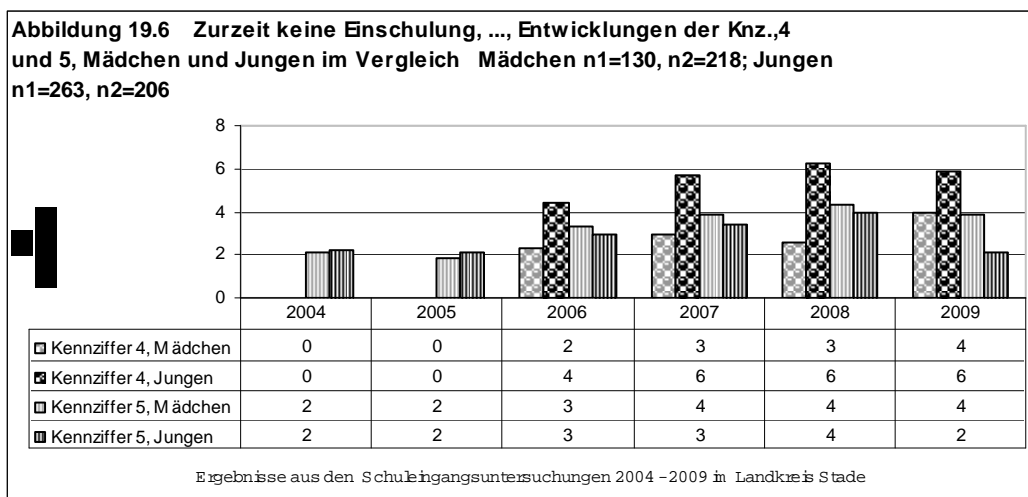
Die Analyse der Daten der insgesamt 4695 Kinder, die im gesamten Untersuchungs-



zeitraum nicht der Kennzahl - 1 - entsprachen, ergab ein differenziertes Bild.

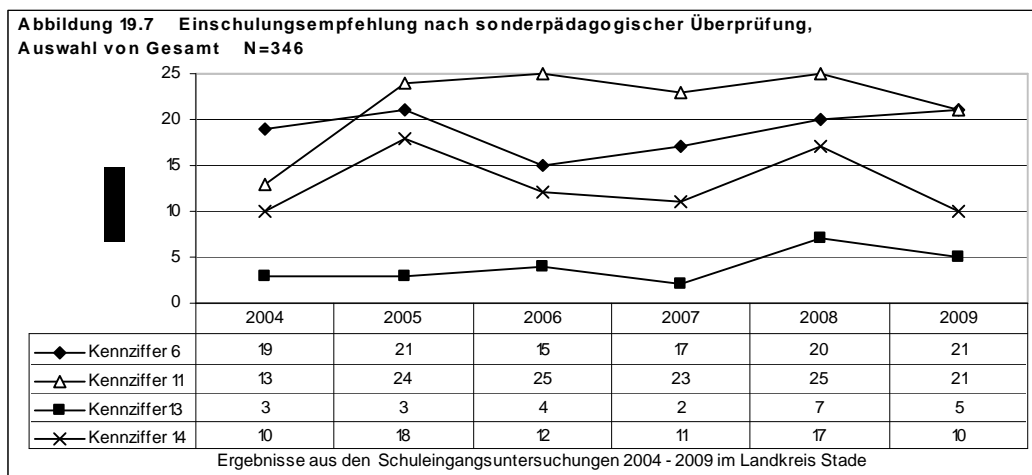
In den Bereichen der Kennziffer 2 - Empfehlung zur Einschulung unter Beachtung schulrelevanter Entwicklungsrückstände in Teilbereichen - lagen die Raten der Mädchen von 2004 bis 2009 immer hinter denen der Jungen. Ab 2006 erhöhten sich die prozentualen Anteile beider Geschlechter gegenüber 2004 und 2005. Mit 21 % der Mädchen und 29 % der Jungen, bezogen auf alle im jeweiligen Jahr untersuchten Mädchen oder Jungen, wurde ein relativ hohes Niveau erreicht. Wohl gemerkt: Diese Kinder erhalten eine Schulempfehlung, aber es sind Kinder mit mäßigen Entwicklungsrückständen.

Im Rahmen der Kennziffer 3 - hier geht es um eine pädagogische Einschätzung vor einer Schulempfehlung (siehe Legende S.73)- waren deutlich weniger Mädchen und Jungen betroffen, unter gleichen Bedingungen wie oben beschrieben. Hier bewegten sich die Raten der betroffenen Kinder bei den Mädchen zwischen 3 % und 9 %, bei den Jungen zwischen 5 % und 9 %.



Die Kennziffern 4 und 5 beinhalten einerseits Empfehlungen zur Schulzurückstellung und Einleitung von Fördermaßnahmen, andererseits wird von der Einschulung abgeraten (siehe Legende). Insgesamt blieben die Prozentanteile dieser Kinder hierbei sehr gering. 2004 und 2005 wurden Empfehlungen nach Kennziffer 4 nicht abgegeben. Die Jungen waren in dieser Kategorie etwas stärker betroffen als die Mädchen. 2006 bis 2008 mehrte sich dann die Anzahl der Kinder, die von den angeführten Kennziffern betroffen waren, leicht. Die Betroffenen der Schulzurückstellungen (Knz.4) erreichten etwas höhere Werte, die Jungen waren mehr belastet als die Mädchen, die prozentuale Anzahl der Kinder denen abgeraten wurde, die Schule schon zu besuchen (Knz.5) hielt sich von 2006 bis 2008 um ca. 3 %, Mädchen und Jungen etwa gleichauf.

Die Anzahl der Empfehlungen zur Einschulung nach sonderpädagogischer Überprüfung (Knz.6, siehe oben) war insgesamt sehr gering und über die Jahre auch keinen bemerkenswerten Schwankungen unterworfen, hier in absoluten Zahlen dargestellt.



Am geringsten ausgeprägt war das Aufkommen zu Störungen im Bereich emotionaler und sozialer Entwicklungen. Etwas deutlicher zeigten sich die jeweiligen Gruppen der Kinder, die zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen noch Defizite im Bereich geistiger Entwicklung aufwiesen (Knz.14). Zahlenmäßig größer waren die Bereiche der Kinder, denen aufgrund von Lern- und Sprachstörungen zunächst noch eine sonderpädagogische Überprüfung nahelegen war, bevor die Schule besucht wird.

**Abschließende Anmerkungen**

Eine Empfehlung zum Schulbesuch nach einer Schuleingangsuntersuchung sollte unter dem Aspekt langfristig angelegter Kinder- und Jugendärztlicher Bemühungen um die Kindesgesundheit kein Abschluss sein. Weitere Beratung der Eltern und der Schulen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, mit seinen fachspezifischen Kenntnissen und seiner Verankerung im kommunalen Kontext, stellen eine Entwicklungsperspektive dar. Dieses auch vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Veränderungen mit einem sich erhöhenden Anteil außerhäuslich betreuter Kinder und ganz besonders auch unter dem Gesichtspunkt einer sich zukünftig entwickelnden inklusiven Beschulung aller Kinder. Hier ist ein erhöhter Unterstützungsbedarf zu erwarten. Auch die erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber der Gesundheit der Kinder mit Migrationshintergrund, sollte auch zukünftig Bestandteil sozialpädiatrischen Wirkens sein. Dieses gilt z.B. ganz besonders gegenüber Milieus, die aufgrund unterschiedlicher Umstände an einer gesundheitsförderlichen Entwicklung nicht oder nur wenig teilhaben. Betroffen hiervon

sind besonders auch Migrantenfamilien aus sozialen Brennpunkten. Aus diesem Grund wurde das Gesundheitsamt bereit einmal aktiv und implementierte 2009 kooperativ mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover das „Drei-Generationen-Projekt Niedersachsen – Gesundheit mit Migranten für Migranten“ („MiMi“). Im Jahr 2009 wurden in Stade 20 Personen geschult. 2010 wurde das Projekt weiter durchgeführt (siehe auch Gesundheitsbericht Teil 2 des Landkreises Stade, S.46).

---

<sup>1</sup> SOPHIA Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgabe (...), 5. Aufl.,8.Rev., 2009, S.46, 47

## 20. Grundlagen dieses Berichtes

### Datenbasis:

Epidemiologische Daten der Schuleingangsuntersuchungen des Kinder- u. Jugendärztlichen Dienstes des Landkreises Stade, für die Einschulungsjahrgänge 2004 bis 2009, entnommen aus der im Gesundheitsamt genutzten Datenbank ISGA.

Von den 14.994 Meldungen zur Schuleingangsuntersuchung im gesamten Untersuchungszeitraum konnten 14.543 durchgeführt werden. Der vorliegende Gesamtdatensatz mit 202 pro Untersuchungsjahr angelegten Datensätzen wurde geordnet und auf 127 Datensätze pro Untersuchungsjahr reduziert. Für den gesamten Untersuchungszeitraum lagen bei 14.543 untersuchten Kindern 1,85 Millionen Einzeldatensätze zur Auswertung vor. Diese 127 verbleibenden Datensätze orientieren sich ausschließlich an den untersuchten Kindern, deren sozialen Kontext und den darstellbaren Befunden.

### Gliederung:

Die Gliederung zur besseren Übersichtlichkeit ergibt sich aus drei gewählten Oberbegriffen:

- Die Kinder
- Die Befunde
- Der soziale Kontext.

Den Oberbegriffen sind die nach SOPHIA und ISGA geläufigen Datensatzbeschreibungen untergeordnet (127 Datensatzbezeichnungen).