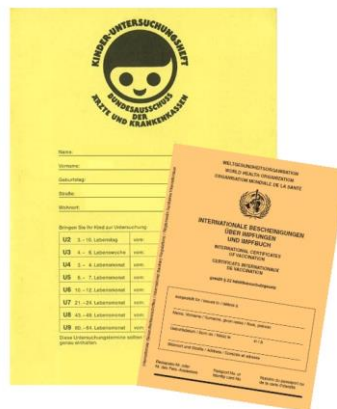


2015

Gesundheitsbericht

Schuleingangsuntersuchung 2015/2016



Kinder- und Jugendgesundheit

Gesundheit der Schulanfänger/innen

Impressum:

Herausgeber:

Kreis Euskirchen

Der Landrat

Abt. 53 – Gesundheitsamt

Redaktion und Gestaltung:

Abt. 53 – Gesundheitsamt

Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz

Dr. Silja Wortberg

Jülicher Ring 32

D-53879 Euskirchen

Email: silja.wortberg@kreis-euskirchen.de

November 2016

Inhalt

1. Einleitung	4
2. Ergebnisse aus der Schuleingangsuntersuchung 2015/2016	6
2.1 Soziodemografie.....	6
2.2 Sehen/Hören	9
2.3 Früherkennungsuntersuchungen	9
2.4 Impfstatus	10
2.3 Übergewicht /Adipositas	12
2.4 Fernsehkonsum	13
2.5 Sprache	14
2.6 Visuomotorik und visuelle Wahrnehmung	17
2.7 Zuwanderung in der Schuleingangsuntersuchung.....	19
3. EU.KITA in der Einschulungsstatistik.....	21

1. Einleitung

Die Weichen für die gesunde Entwicklung und den Erhalt körperlicher und psychischer Gesundheit werden bereits früh im Leben gestellt. Die Chancen von Kindern auf ein gesundes Leben und ihre Fähigkeiten, Schutzfaktoren zu entwickeln und gesundheitliche Risiken zu vermeiden, hängen davon ab, welche gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Einstellungen sie in den ersten Lebensjahren entwickeln und inwieweit sie unter förderlichen Lebensbedingungen aufwachsen.

Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über den Gesundheitszustand aller Kinder im Jahr vor ihrer Einschulung zum Schuljahr 2016/17 im Kreis Euskirchen, der im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes von Oktober 2015 bis Juni 2016 erhoben wurde.

Das Ziel der Einschulungsuntersuchung ist das rechtzeitige Erkennen von gesundheitlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen, die den Schulerfolg der Kinder beeinflussen oder gar gefährden können, denn der Übergang in die Schule stellt für Kinder eine wichtige Entwicklungsstufe dar,

die in verschiedenen Bereichen hohe Leistungsanforderungen stellt und Kompetenzen erfordert.

Festgestellt werden soll, ob das einzuschulende Kind der physiologischen Belastung, den grob- und feinmotorischen Anforderungen, den kommunikativen Grundstrukturen in der Gesellschaft sowie den visuellen und auditiven rezeptorischen Anforderungen zum Erlernen der Kulturtechniken wie Schreiben und Lesen voraussichtlich nachkommen kann. Auch Erkenntnisse zur Belastbarkeit des Kindes in der Schule werden gewonnen.

Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen sind somit eine Beratungsgrundlage und liefern Förderempfehlungen. Mögliche Auffälligkeiten können durch eine vertiefte diagnostische Abklärung durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte beurteilt werden und ggf. frühzeitig behandelt, gebessert und idealerweise geheilt werden.

Die Einschulungsuntersuchungen setzen sich zusammen aus einer sozialen und medizinischen Anamnese, ggf. einer körperlichen Untersuchung - sofern diese nicht durch den betreuenden Arzt des Kindes durchgeführt wurde - und der Einschätzung der motorischen, kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten des Kindes mit Hilfe standar-

disierter Testverfahren. In Nordrhein-Westfalen haben sich die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste seit 2009 auf den Untersuchungsstandard SOPESS¹ (sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen) geeinigt. Dieser gültige Standard wurde gemeinsam von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen, dem Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen und dem Zentrum für klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen entwickelt. Der Tabelle 1 sind die Inhalte der Einschulungsuntersuchung zu entnehmen (**Tab. 1**).

Neben den medizinischen Daten werden bei der Schuleingangsuntersuchung auf freiwilliger Basis Sozialdaten erhoben. Es wird entsprechend dem Landeszentrum Gesundheit NRW ein Score aus dem Bildungs- und Ausbildungsabschluss der Eltern gebildet², der den Sozialstatus widerspiegelt. Landesweit wird dieser Score als Standard benutzt.

Bei der Gesundheits- und Sozialberichterstattung handelt es sich um eine verdichtete, zielorientierte und zielgruppenorientierte Darstellung von Daten und Informationen, die für die Gesundheit und die soziale Lage der Bevölkerung, das Gesundheits- und Sozialwesen und für die die gesundheitliche und soziale Situation betreffenden Lebens- und Umweltbedingungen bedeutsam sind. Sie dient als Planungsgrundlage für die Entwicklung und Durchführung von konkreten Maßnahmen und deren Evaluation.

¹ Petermann, F., Daseking, M., Oldenhage, M & Simon, K. (2009). *Sozialpädiatrisches Screening für Schuleingangsuntersuchungen*. Düsseldorf: LIGA.NRW.

² Vgl. „Jahresbericht 2006 zur Schulärztlichen Untersuchung in NRW“ unter https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/gesundheit/berichtedaten/dsu/jahresbericht_dsu_2006.pdf

<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung der Anamnese (Krankheiten, Unfälle, Behinderung) und Übernahme der Daten aus dem Vorsorgeuntersuchungsheft U1 – U9 (soweit vorhanden)
<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung sozialer Daten aus dem Elternfragebogen (freiwillige Angaben)
<ul style="list-style-type: none"> • Übertragung der Impfdaten aus dem Impfbuch ; Beratung bei fehlenden Impfungen und Vervollständigung des Impfstatus bei Bedarf
<ul style="list-style-type: none"> • Messung von Körpergröße und Gewicht
<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung von Seh- und Hörprüfung mittels standardisierter apparativer Testmethoden, Überprüfung des räumlichen Sehvermögens und eventueller Farbsinnstörung (Rot-Grün-Sehschwäche)
<ul style="list-style-type: none"> • Ggf. eine körperliche Untersuchung des Kindes
<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungs pädiatrische Untersuchung mittels des SOPESS mit der Motorik, der visuellen Wahrnehmung und Visuomotorik (Erfassung und Verarbeitung optischer Symbole und deren Reproduktion als Voraussetzung für Lesen und Schreiben) und der ausreichenden Sprach- und Sprechfähigkeit (Redefluss, richtiges Aussprechen) sowie das Zahlen- und Mengenvorwissen

Tab. 1 Untersuchungsinhalte der Schuleingangsuntersuchung

2. Ergebnisse aus der Schuleingangsuntersuchung 2015/2016

2.1 Soziodemografie

In der Schuleingangsuntersuchung 2015/16 zum Schuljahr 2016/2017 wurden 1740 Kinder untersucht, 925 Jungen (53%) und 815 Mädchen (47%). 1429 vollständig auswertbare Sozialfragebögen wurden zurück gegeben, was einem Rücklauf von ca. 82% aller Fragebögen entspricht.

Der überwiegende Anteil der Einschulungskinder (ca. 80%) im Kreis Euskirchen wohnen bei den Eltern, die nächst größere Gruppe von ca. 12%

bei der alleinerziehenden Mutter (**Tab. 2**).

Kind wohnt bei ...	Anzahl	Prozent
beiden Eltern	1219	79,9%
alleinerziehende Mutter	176	11,5%
Mutter mit Partner/in	79	5,2%
Pflegeeltern / Adoptiveltern	21	1,4%
alleinerziehender Vater	13	0,9%
Vater mit Partner/in	8	0,5%
Großeltern oder Verwandten	6	0,4%
in einem Heim	4	0,1%

Tab. 2 Familiäre Situation der Einschüler/innen 2015/16

Der **Migrationshintergrund** wurde nicht anhand der aktuellen Nationalität der Kinder erfasst, sondern auf Basis der in den ersten vier Lebensjahren mit dem Kind in der Familie gesprochenen Sprache. Dieses Vorgehen bildet die kulturelle Zugehörigkeit und den Migrationsstatus des Kindes besser ab und hat sich in den letzten Jahren als Indikator für das kulturelle und soziale Umfeld auch überregional bewährt. Der Anteil an Einschüler/innen mit Migrationshintergrund ist im Vergleich zu den Vorjahren um ca. 4% auf 22,6% gestiegen. Dies waren 394 Kinder.

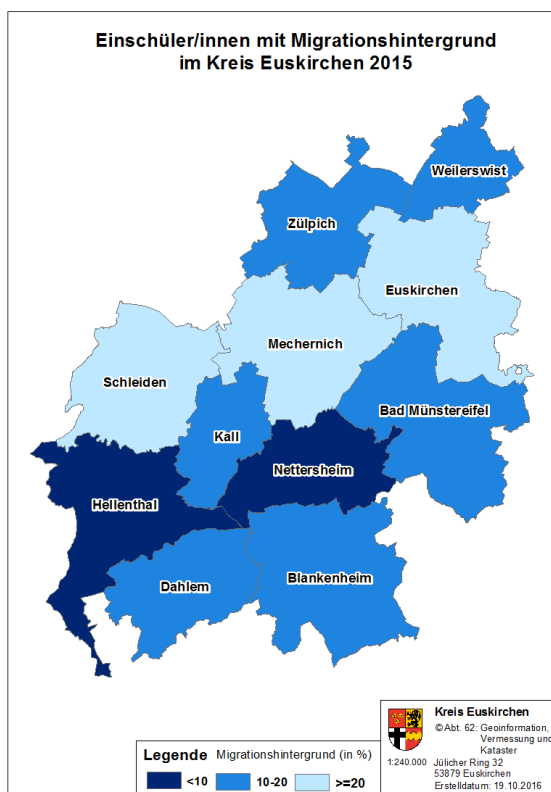


Abb. 1 Anteil an Einschüler/innen mit Migrationshintergrund

Zu berücksichtigen ist jedoch die deutliche Spannweite hinsichtlich der ein-

zelnen Städte und Gemeinden des Kreises. So haben die Gemeinden Nettersheim und Hellenthal einen Migrationsanteil von ca. 5%, die Städte Mechernich, Schleiden und Euskirchen mit ca. 25% bzw. 33% hingegen einen deutlich höheren Anteil (vgl. **Abb. 1**).

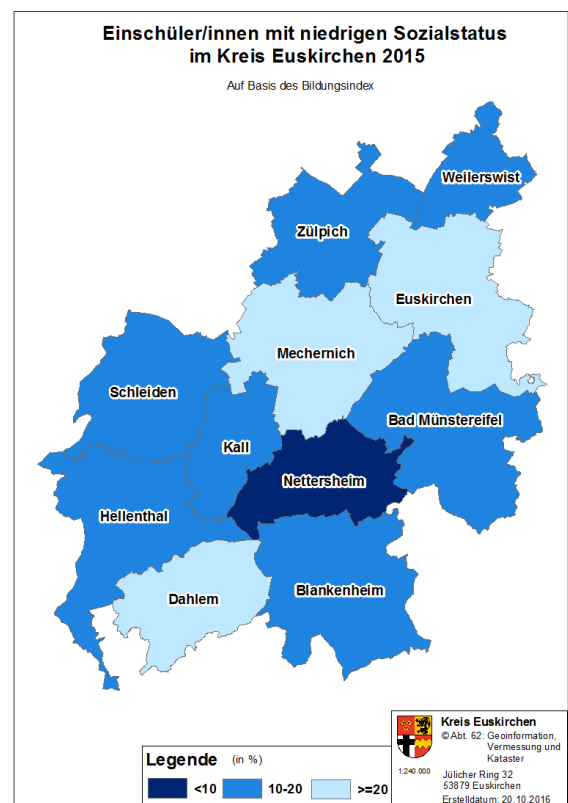


Abb. 2 Anteil an Einschüler/innen mit niedrigem Sozialstatus

Neben dem Migrationshintergrund stellt der **Sozialstatus** des Kindes und seiner Familie eine weitere wichtige Einflussgröße bei der Betrachtung des Gesundheitszustands und der Gesundheits- und Freizeitverhaltensweisen dar. Ähnlich wie der Migrationsanteil variiert die soziale Zusammensetzung

zung der Einschüler/innen im Kreis Euskirchen (**Abb. 2**).

Für den Zusammenhang von Migrationshintergrund und Sozialstatus (anhand des Bildungsindex) zeigt sich in Teilen ein deutlicher Unterschied für Kinder mit versus ohne Migrationshintergrund: Kinder mit Migrationshinter-

grund sind in der Gruppe mit niedrigem Sozialstatus deutlich häufiger als Kinder ohne Migrationshintergrund (31,2% bzw. 14,6%), wohingegen der Anteil in der Gruppe mit hohem Sozialstatus annähernd vergleichbar ist (25,6% bzw. 27,8%) (**Tab. 3**).

Sozialstatus	Alle	Muttersprache	Muttersprache
	Einschüler/innen	Deutsch	nicht Deutsch
Niedriger	17,7%	14,6%	31,2%
Mittlerer	54,9%	57,6%	43,2%
Hoher	27,4%	27,8%	25,6%

Tab. 3 Vergleich des Sozialstatus anhand des Bildungsindex der Einschüler/innen im Jahr 2015/16 im Kreis Euskirchen

2.2 Sehen/Hören

Die Befunde zum Seh- und zum Hörvermögen unterscheiden sich nicht wesentlich von denen in den Vorjahren. So zeigen sich **Sehstörungen** bei knapp 30% der Kinder und **Hörstörungen** bei ca. 7%. Sowohl beim Sehen als auch beim Hören wird ein erheblicher Anteil der Störungen erstmalig bei der Schuleingangsuntersuchung festgestellt (41% der Sehstörungen und 71% der Hörstörungen). Aufgrund der Befunde der Schuleingangsuntersuchung zum Sehen erhalten ca. 12% aller Kinder die Empfehlung, zur weiteren Diagnostik einen niedergelassenen Facharzt aufzusuchen (beim Hören knapp 5% aller Kinder). Der hohe Anteil an bis dahin unentdeckten Seh- und Hörstörungen unterstreicht die Bedeutung der Überprüfung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung.

2.3 Früherkennungsuntersuchungen

Bei den Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter wird die altersgemäße körperliche, geistige und soziale Entwicklung untersucht. Mögliche Auffälligkeiten können so frühzeitig erkannt und falls nötig behandelt werden.

Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen wird anhand des Früherkennungsheftes („U-Heft“, „gelbes Heft“) festgestellt. Die große Mehrheit der Kinder (91,9%) brachte das Heft zur Einschulungsuntersuchung mit. Deutlicher seltener legten Kinder mit einem Migrationshintergrund das Früherkennungsheft vor (75,6%). Daher ist davon auszugehen, dass die Teilnahme an der U-Untersuchung für die Gesamtheit der Kinder mit Migrationshintergrund unter den hier berichteten Werten liegt.

Gut 95% aller Kinder hatten die **U8-Früherkennungsuntersuchung** im Alter von ca. 4 Jahren in Anspruch genommen. Niedriger war die Teilnahme jedoch bei den Kindern mit Migrationshintergrund (91,7%). Der Sozialstatus der Familien hat keinen Einfluss auf die Teilnahme an der U8-Früherkennungsuntersuchung.

Die Inanspruchnahme der **U9-Früherkennungsuntersuchung** im Alter von gut 5 Jahren war mit ca. 95% aller Kinder vergleichbar mit der Teilnahmequote bei der U8. Hier zeigten sich erneut keine deutlichen Unterschiede in Abhängigkeit vom Sozialsta-

tus. Kinder mit Migrationshintergrund waren aber erheblich häufiger nicht bei der U9 (9% im Vergleich zu knapp 4%).

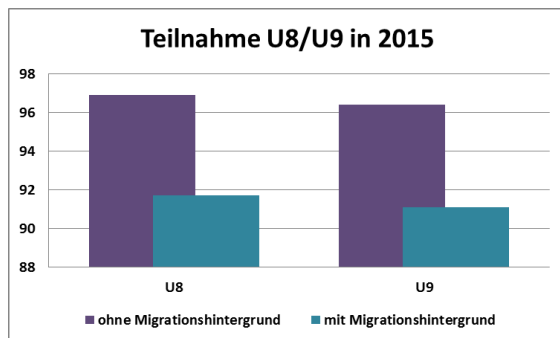


Abb. 3 Teilnahme an U8- und U9-Früherkennungsuntersuchungen der Einschüler/innen im Vergleich mit und ohne Migrationshintergrund (in %)

Insgesamt bestätigt sich der bundesweite Trend der gestiegenen Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen auch im Kreis Euskirchen. 2005 hatten nur ca. 87% die Früherkennungsuntersuchung U8 in Anspruch genommen (U9 81%), 2009

2.4 Impfstatus

Die weit überwiegende Mehrheit (89,7%) der Kinder hat bei der Einschulungsuntersuchung das Impfbuch vorgelegt, auf dessen Basis der Impfstatus bestimmt wird. Bei Kindern mit Migrationshintergrund lag das Impfbuch abweichend davon mit knapp einem Fünftel fehlender Nachweise (19,5%) deutlich seltener vor. Grund-

waren dies bereits 90% (U9 85%) und in den letzten drei Jahren liegt der Wert bei ca. 95% (U9 ebenfalls ca.95%) (**Abb. 4**).

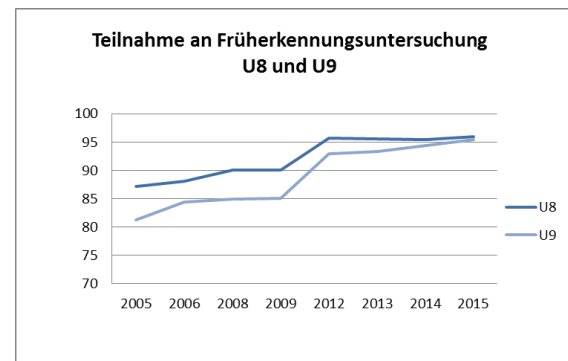


Abb. 4 Teilnahme an U8- und U9-Früherkennungsuntersuchungen der Einschüler/innen der Jahre 2005 bis 2015 (in %)

sätzlich ist davon auszugehen, dass die echte Durchimpfungsrate aller Einschüler/innen etwas unter den hier angegebenen Werten liegt, da zu erwarten ist, dass bei fehlender Impfdokumentation die Wahrscheinlichkeit für eine fehlende Impfung erhöht ist.

Insgesamt konnte bei den Einschüler/innen anhand der vorgelegten

Impfbücher eine hohe Durchimpfungsrate festgestellt werden. Es zeigt sich bei leichten Schwankungen eine Fortsetzung des hohen Durchimpfungsgrad gemäß der Definition der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut in Berlin (STIKO).

Impfung	Durchimpfungsgrad
Masern	93,2%
Mumps	93,0%
Röteln	93,1%
Hepatitis B	92,6%
Poliomyelitis	93,0%
Haemophilus influenza Typ b (Hib)	94,8%
Diphtherie	93,7%
Tetanus	94,5%
Keuchhusten	93,3%
Meningokokken-C	89,9%
Varizellen (Windpocken)	88,9%

Tab. 4 Vollständige Durchimpfung nach den Empfehlungen der STIKO

Vor dem Hintergrund des WHO-Ziels der **Masern**-Elimination ist insbesondere eine hohe Durchimpfung gegen Masern entscheidend. Empfohlen wird eine Immunisierung von min. 95% der Bevölkerung. Erfreulich ist daher das weitere Ansteigen der vollständigen Immunisierung (min. 2 Impfdosen) gegen Masern der Einschüler/innen auf 93,2% im gesamten Kreis Euskirchen (Abb. 7). Es zeigen sich jedoch Abweichungen von diesem Wert in einzelnen Gemeinden des Kreises (vgl. Abb. 8), deren Durchimpfungsraten

noch deutlich vom WHO-Ziel abweichen.

Darüber hinaus haben Kinder mit Migrationshintergrund mit 83,6% eine deutlich geringere vollständige Durchimpfung gegen Masern als Kinder ohne Migrationshintergrund (96%), wobei dieser Unterschied mehrheitlich auf begonnenen, jedoch nicht vervollständigten Immunisierungen basiert.

Weiterhin zeigt sich, dass Einschüler/innen aus Familien mit einem hohen Sozialstatus die Immunisierung gegen Masern sowohl seltener beginnen als auch seltener einen vollständigen Schutz gegen Masern aufweisen.

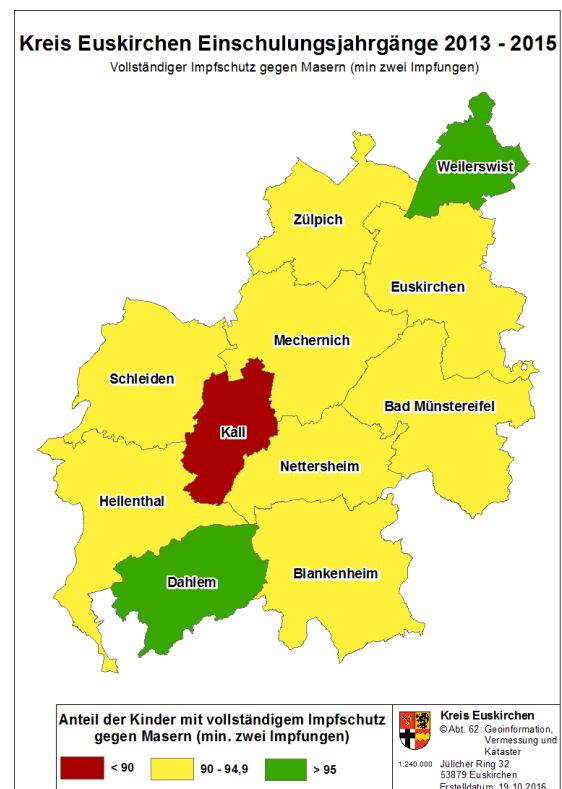


Abb. 6 Anteil an Einschüler/innen mit vollständiger Immunisierung gegen Masern

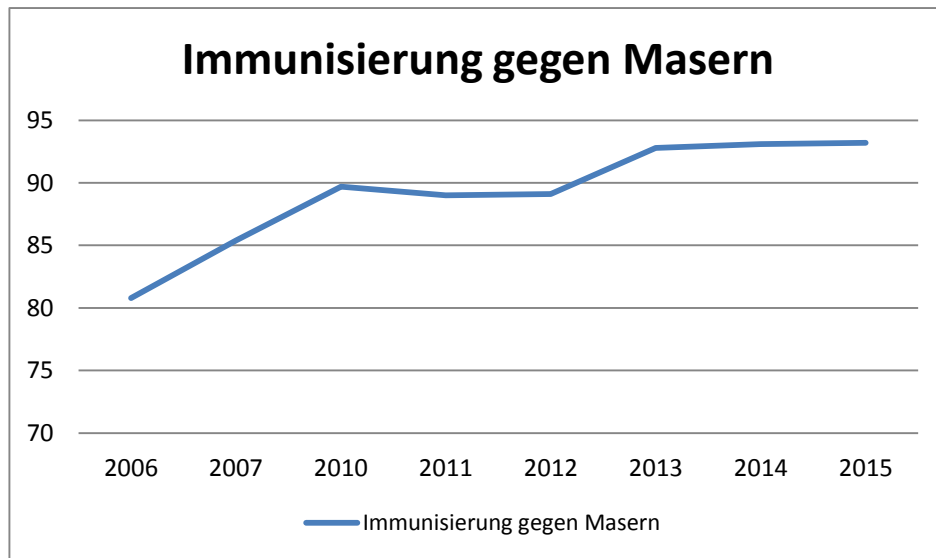


Abb. 7 Entwicklung der Durchimpfungsrate von Masern in Prozent von 2006 – 2015 (vollständige Durchimpfung, d.h. mindestens 2 Impfungen)

2.3 Übergewicht /Adipositas

Im Vergleich zu den Vorjahren ist der Anteil übergewichtiger und stark übergewichtiger (adipöser) Kinder fast konstant. Gut 6% der Einschüler/innen waren übergewichtig, knapp 4% adipös, also insgesamt knapp 10%.

Der Sozialstatus hat Einfluss auf das Körpergewicht der Kinder: So sind mehr Kinder mit niedrigem Sozialstatus im Vergleich zu mittlerem oder hohem Sozialstatus übergewichtig oder adipös (11,1% im Vergleich zu 9,4% bzw. 7,9%). In dieser Gruppe zeigt sich eine deutliche Abnahme zum Vorjahr auf ungefähr das Niveau des Jahrgangs

2013/14, was ggf. darauf hindeutet, dass die Einschulungswelle 2014/5 ein Ausreißer mit ungewöhnlichen vielen übergewichtigen Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus war (**Abb. 8**).

Kinder mit Migrationshintergrund sind etwa gleich häufig übergewichtig oder stark übergewichtig wie Kinder ohne Migrationshintergrund.

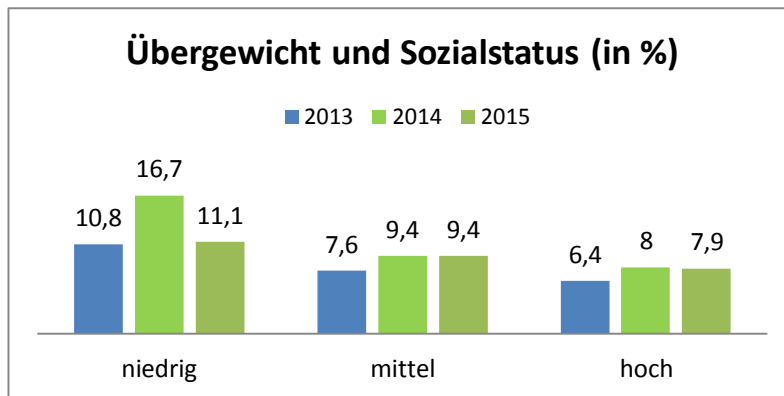


Abb. 8 Übergewicht und Adipositas nach dem Sozialstatus - Vergleich Einschulungsuntersuchung 2013/2014, 2014/15 und 2015/6

2.4 Fernsehkonsum

Der tägliche Fernsehkonsum wird anhand der Antworten der Eltern ermittelt. Auf Basis dieser Selbstauskunft schauen die meisten Kinder täglich bis zu 60 Minuten Fernsehen (48,7%). Die zweitgrößte Gruppe schaut täglich nur bis zu 30 Minuten (33%). Eine kleinere Gruppe (14,5%) schaut bis zu 120 Minuten täglich und eine Minderheit sogar mehr als 120 Minuten täglich

(3,8%). Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsindex schauen deutlich länger Fernsehen als Kinder aus Familien mit mittlerem oder hohem Bildungsindex. Sie sind in der Gruppe der Kinder mit intensivem und sehr intensivem Fernsehkonsum von täglich 120 und mehr Minuten ca. doppelt so häufig vertreten wie Kinder aus Familien mit hohem Bildungsindex (vgl. **Abb. 9**).

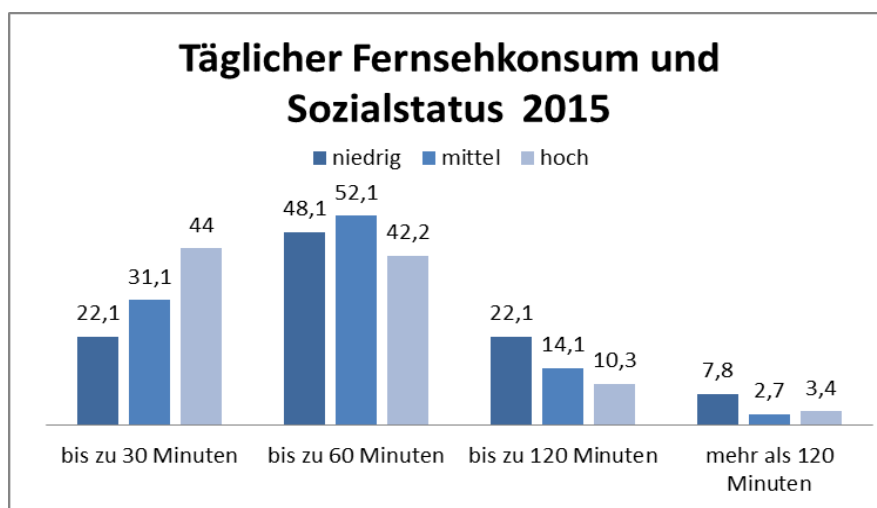


Abb. 9 Täglicher Fernsehkonsum in Minuten nach dem Sozialstatus (in %)

2.5 Sprache

Sprache ist ein zentraler Bestandteil unserer Kultur. Als Kulturtechnik ist sie für die soziale Interaktion wichtiger denn je. Daher wird den sprachlichen Fähigkeiten im SOPESS ein großer Stellenwert eingeräumt und diese in den standardisierten Untertests „Pluralbildung“, „Präposition“, „Pseudowörter“, also die auditiven Gedächtnisleistungen und die „Artikulation“, die korrekte Lautbildung, geprüft.

Aufbauend auf den genannten Untertests wird unter Einbezug der ärztlichen Erfahrung ein **Gesamturteil über die sprachlichen Fähigkeiten** des Kindes getroffen. Bei insgesamt knapp 27% aller untersuchten Kinder ist der Sprachtest auffällig und die Abklärung einer logopädischen Behandlung angeraten.

Der in den sprachlichen Untertests beschriebene Zusammenhang zum Bildungsindex der Familie (s.u.) zeigt sich auch im Gesamturteil: Analog zum Vorjahr haben gut 40% der Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsindex einen auffälligen Befund, wohingegen es aus Familien mit mittlerem und hohem Bildungsindex nur 27% bzw. 16% sind. Kinder mit Migrationshintergrund haben zu 30% einen auffälligen

Sprachtest im Vergleich zu knapp 27% der Kinder ohne Migrationshintergrund. Auffallend ist jedoch der hohe Anteil von gut einem Fünftel (21%) der Kinder mit Migrationshintergrund, bei denen - zumeist aufgrund fehlender Deutschkenntnisse – gar keine Untersuchung der Sprachkompetenz möglich war.

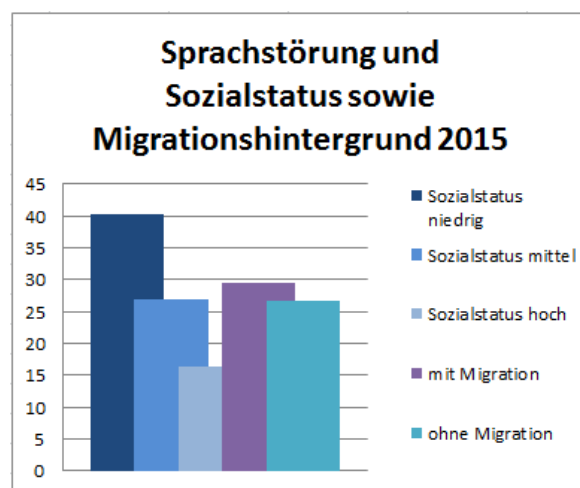


Abb. 10 Anteil an Kindern mit Sprachstörung in Abhängigkeit vom Sozialstatus und dem Migrationshintergrund (in %)

Ca. 61 % der Einschüler/innen zeigten sich in der **Artikulation** vollkommen unauffällig. Bei den ca. 39% mit einer auffälligen Artikulation ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine hohe Rate an Sigmatismus oder Schetismus, also dem sog. Lispeln, zu diesem Zeitpunkt auf den Zahnwechsel zurückzuführen ist.

Die **auditive Gedächtnisleistung**, die anhand der Pseudowörter erhoben wurde, ergab in ca. 11% auffällige Befunde. Kinder mit einem niedrigen Bildungsindex zeigten fast dreimal so häufig Auffälligkeiten in diesem Bereich wie diejenigen aus Familien mit einem hohen Bildungsindex (19% zu 6,5%). Der Unterschied von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund war gering (12,1% zu 11%).

Die **Pluralbildung** war insgesamt bei ca. 4% der Einschüler/innen noch nicht sicher erworben. Die Pluralbildung wurde von ca. 12% der Kinder aus Familien mit niedrigem, von ca. 3% der Kinder aus Familien mit mittlerem und von 2% der Kinder aus einem Elternhaus mit hohem Bildungsindex noch nicht beherrscht. Von den Kindern mit Deutsch als Muttersprache waren nur 2% auffällig, von denjenigen mit anderer Erstsprache 20%.

Defizite bei den **Präpositionen** zeigten sich bei ca. 8% der Einschüler/innen. Von den Kindern mit Deutsch als Muttersprache waren nur ca. 3% auffällig, von denjenigen mit anderer Erstsprache ca. 29%. Die Präpositionen wurden von 17 % der Kinder aus Familien mit niedrigem, 5% der Kinder aus Familien mit mittlerem und 3 % der Kin-

der aus Familien mit hohem Bildungsindex noch nicht beherrscht.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Sozialstatus der Familie das Gesamtergebnis wie auch alle Unterbereiche der sprachlichen Kompetenz deutlich beeinflusst. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zeigen schlechtere Leistungen als Kinder aus Familien mit mittlerem und höherem Sozialstatus.

Migration und Sprache

Präpositionen und Pluralbildung als Indikatoren grammatischer Fertigkeiten wurden insbesondere von Kindern mit einer anderen Muttersprache als Deutsch in einem hohen Prozentsatz noch nicht ausreichend beherrscht. Andere Untertests wie Artikulation und auditive Gedächtnisleistung weichen weniger stark oder gar nicht ab.

Neben den dargestellten Befunden zur Beurteilung einer möglichen Sprachstörung bewerten die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte bei Kindern mit Migrationshintergrund zusätzlich den Bedarf einer Sprachförderung. Insgesamt sprechen gut 52% der Kinder mit Migrationshintergrund zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung gut bis akzeptabel Deutsch.

Fast die Hälfte der Kinder mit nicht-deutscher Muttersprache spricht jedoch bei der Einschulung nur mittelmäßig bis gar nicht Deutsch. Der Anteil der Kinder mit schlechten und sehr schlechten Deutschkenntnissen ist in der Einschulungswelle 2015/16 höher

als im Vorjahr (23,4% zu 16,6%), was insbesondere auf die neu in Deutschland lebenden Kinder (vgl. Zuwanderung in der Schuleingangsuntersuchung) zurückzuführen ist.

Kinder mit Migrationshintergrund, die aus Familien mit niedrigem Bildungsindex stammen, haben signifikant häufiger schlechtere Deutschkenntnisse als Kinder aus Familien mit mittlerem und hohem Bildungsindex: Fast identisch zum Vorjahr spricht gut die Hälfte (53,6%) gut oder akzeptabel Deutsch im Vergleich zu 70,1% bzw. 72,1%. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass es unabhängig vom Migrationshintergrund einen Einfluss der Bildung der Eltern auf die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder gibt. Als Konsequenz haben insbesondere Kinder aus bildungsfernen Schichten mit Migrationshintergrund zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung sprachliche Defizite, die gezielt durch eine Sprachförderung verbessert werden sollten.

2.6 Visuomotorik und visuelle Wahrnehmung

Weitere wichtige Bereiche zur Beurteilung der kindlichen Kompetenzen im Rahmen der Einschulungsuntersuchung sind die Fähigkeiten der Visuomotorik und der visuellen Wahrnehmung.

Visuomotorik bezeichnet das Zusammenspiel von Sehen und Bewegungsapparat. Sie ermöglicht es, Bewegungen zu planen und zu koordinieren. Erfasst wird im Rahmen der Einschulungsuntersuchung die sogenannte Auge-Hand-Koordination, also das Zusammenspiel von Funktionen des feinmotorischen Bewegungsapparats mit visuellen Wahrnehmungskomponenten (Grafomotorik). Störungen im visuomotorischen Bereich können zu Lernstörungen führen.

In den Schuleingangsuntersuchungen 2015/2016 zeigten sich mit nur gut 8% auffällige **visuomotorische Befunde** bei deutlich weniger Kindern als im Vorjahr Auffälligkeiten. Der Zusammenhang zum sozialen Status der Familien ist aber weiterhin deutlich: Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben mit 16% viermal häufiger auffällige visuomotorische Befunde als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (4%).

Visuelle Wahrnehmung ist die Fähigkeit, visuelle Reize zu erkennen, zu unterscheiden und sie durch Vergleichen mit früheren Erfahrungen zu interpretieren, also Problemlöse- und Analysefähigkeiten. Die visuelle Wahrnehmung ist von großer Bedeutung für das Erlernen von Lesen, Schreiben, Rechnen und allen anderen Fertigkeiten, die für den Schulerfolg notwendig sind.

Hinsichtlich der **visuellen Wahrnehmung** zeigten sich bei gut 5% der Einschüler/innen auffällige Befunde.

Ebenso wie bei den Befunden in der Visuomotorik wurde die Diskrepanz bei den auffälligen Befunden zwischen den Kindern aus einem Elternhaus mit einem hohen Sozialstatus und den Kindern aus den Elternhäusern mit niedrigem Sozialstatus deutlich. 11% der Einschüler und Einschülerinnen aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus zeigten Störungen in der visuellen Wahrnehmung, bei Einschülern und Einschülerinnen aus Familien mit einem hohen Sozialstatus nur 1,3%. Auch hierbei ist der Unterschied zwischen dem mittleren und dem hohen Sozialstatus gering, während der Unterschied zum niedrigen Sozialstatus deutlicher ist (**Abb. 11**). Kinder mit Migrationshintergrund zeigen in beiden

Bereichen keine auffällig abweichenden Leistungen.

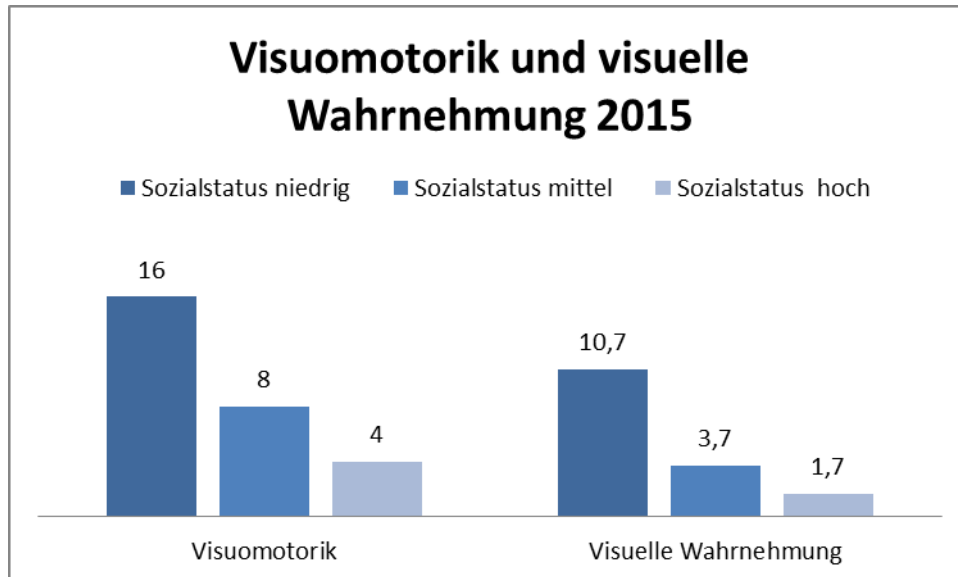


Abb. 11 Anteil der Kinder im Einschulungsjahr 2015/16 mit auffälligen Befunden im Bereich Visuomotorik und visueller Wahrnehmung nach Sozialstatus

2.7 Zuwanderung in der Schuleingangsuntersuchung

Von den 394 Kindern mit Migrationshintergrund des Untersuchungszeitraums Oktober 2014 bis Juli 2015 wurden 63 zum Schuljahr 2015/6 schulpflichtige Kinder untersucht, die seit weniger als 12 Monaten in Deutschland leben, sogenannte „zugewanderte“ Kinder. Ca. 16% aller Kinder mit Migrationshintergrund des Einschulungsjahrs 2015/6 gehörten zu den zugewanderten Kindern. Die größte Untergruppe dieser Kinder stammt aus Syrien, gefolgt von Kindern aus Afghanistan, dem Irak, Rumänien und Albanien (vgl. Tab 5).

Herkunftsland	Anzahl
Syrien	21
Afghanistan	7
Irak	6
Rumänien	6
Albanien	5
Mazedonien	4
Rußland	3
Polen	2
Bulgarien	2
Ägypten, Armenien, Ghana, Lettland, Pakistan, Spanien, Ukraine	je 1

Die Befunde zu Seh- und Hörstörungen zeigten keine abweichenden Ergebnisse im Vergleich zur Gesamtheit der Einschüler/innen. Das Körpergewicht der zugewanderten Kinder ist ebenfalls vergleichbar und liegt weit überwiegend im Normbereich, nur 3% sind übergewichtig (im Vergleich zu 10% der Gesamtheit).

Gut die Hälfte der zugewanderten Kinder legte bei der Einschulungsuntersuchung einen Impfnachweis vor (54%). Die Bewertung des Impfstatus muss anhand der vorgelegten Dokumente erfolgen und legt zahlreiche deutliche Impflücken dar. Es ist aber davon auszugehen, dass ein Großteil der Kinder in ihren Heimatländern bereits Impfungen erhalten haben, dass jedoch die Nachweise hierzu aufgrund des Zuwanderungsprozesses nicht (mehr) vorgelegt werden können. Basierend auf den vorhandenen Impfdokumenten besteht bei maximal einem Fünftel der Kinder ein vollständiger Impfschutz gegen Polio, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Masern, Mumps und Röteln gemäß der deutschen Impfempfehlungen. Bei der Mehrheit der untersuchten Kinder ist ein noch nicht vollständiger Impfschutz dokumentiert, was für eine in Deutschland begonnene, aber aufgrund der vorgeschriebenen Impfab-

stände der einzelnen Teilimpfungen (noch) nicht komletierte Impfsere spricht.

Bei der Mehrheit der Kinder war eine Untersuchung, ob eine Sprachstörung vorliegt aufgrund der fehlenden oder sehr geringen Sprachkenntnisse der Kinder nicht möglich: bei 84 % der Kinder konnten die standardisierten Tests zur Beurteilung einer Sprachstörung nicht durchgeführt werden. 6% hatten einen auffälligen Befund und knapp 10% aller (neu) zugewanderten Kinder zeigten einen unauffälligen Sprachbefund.

Bezüglich des Bedarfs der Sprachförderung aufgrund der nicht-deutschen

Muttersprache (s.o.) wurde nur bei einem Kind kein Bedarf diagnostiziert, 98% der Kinder, die erst seit weniger als 12 Monaten in Deutschland lebten, benötigen Sprachförderung zur Verbesserung ihrer Sprachkompetenz.

Für die übrigen standardisierten Tests des SOPESS zeigen sich durchschnittliche Befunde für die Bereiche der Visuomotorik, Körperkoordination und visuelle Wahrnehmung, d.h. die Befunde der zugewanderten Kindern entsprechen in etwa denen der in Deutschland geborenen oder schon länger hier lebenden Einschüler/innen mit Migrationshintergrund.

3. EU.KITA in der Einschulungsstatistik



EU.KITA³ ist ein vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (KJGD) des Kreises Euskirchen im Jahr 2010 entwickeltes Projekt zur Förderung der Kindergesundheit in den Kindertagesstätten. Es dient dazu, dem pädagogischen Fachpersonal in den Kindertagesstätten und den Eltern gezielte und bedarfsgerechte Hinweise, Anregungen und Empfehlungen zu den Förderbedürfnissen und einem eventuellen Therapiebedarf ihrer Kinder zu geben. EU.KITA stellt ein niedrigschwelliges Angebot im Setting Kindertagesstätte dar mit dem Ziel, die Entwicklungschancen vor allem der Kinder, die in besonders risikobelasteten Familien aufwachsen, zu verbessern.

Von den 1740 Einschülern und Einschülerinnen zum Schuljahr 2015/2016 waren 251 Kinder (knapp 15%) bereits im Rahmen des EU.KITA - Projektes betreut worden; insgesamt deutlich mehr Jungen (161) als Mädchen (90), daher lag der Anteil der Jungen mit gut 64% erheblich über dem der Mädchen

mit ca. 36%. Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung waren die meisten Kinder vier Jahre alt. Von den 251 Kindern hatten 22% Kinder einen Migrationshintergrund, was dem Anteil in der Gesamtheit der Einschüler/innen entspricht.

Die absolute Anzahl an EU.KITA-Kindern ist im Vergleich zum letzten Jahr mit gut 250 Kindern nahezu konstant, im Vergleich zu 2013/4 jedoch deutlich erhöht (n=190). Auch der relative Anteil, d.h. der Anteil an Einschüler/innen, die bereits Kontakt zum EU.KITA-Projekt gehabt hatten, ist wie auch das Geschlechterverhältnis und der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund konstant.

Die EU.KITA-Kinder unter den Einschüler/innen stammen statistisch bedeutsam häufiger aus Familien mit niedrigem Sozialstatus: 23% der Kinder mit niedrigem Sozialstatus im Vergleich zu 11% der Kinder mit hohem Sozialstatus wurden bereits im EU.KITA-Projekt untersucht (13,2% der Kinder mit mittlerem Sozialstatus). Die Lebenssituation von EU.KITA-Kindern unterscheidet sich leicht von

³ Weitere Informationen zum Projekt unter <https://www.kreis-euskirchen.de/service/gesundheit/EUKITA.php>
Das Projekt wurde als beispielhaftes Projekt in die Landesinitiative Gesundes Land NRW 2010 aufgenommen.

Nicht-EU.KITA-Kindern; beide Gruppen wachsen überwiegend bei beiden leiblichen Eltern auf, EU.KITA-Kinder aber etwas seltener (69% im Vergleich zu 82%).

Die **Befunde der EU.KITA-Kinder in der Einschulungsuntersuchung** zeigen durchgängig deutlich mehr auffällige Befunde als bei Kindern, die bislang nicht durch das EU.KITA-Projekt betreut wurden. So ist der Anteil auffälliger Befunde in der Visuomotorik mit 20,7% mehr als doppelt so hoch für EU.KITA-Kinder (8,2% für Nicht-EU.KITA-Kinder), der Anteil an Sprachstörungen liegt bei 45% im Vergleich zu 24,2% und auch der Anteil an EU.KITA-Kindern mit auffälligen Befunden in der visuellen Wahrnehmung ist leicht erhöht. Ebenfalls die Körperkoordination ist mit 18,7% im Vergleich zu 7,5% auffälliger Befunde bei EU.KITA-Kindern deutlich schlechter.

Zusammenfassend lässt sich daher folgern, dass der hohe Anteil von EU.KITA-Kinder mit auffälligen Befundkonstellationen und der überproportionale Anteil von Kindern aus bildungsfernen Schichten bestätigt, dass im Rahmen des Projektes die Kinder untersucht und betreut werden, die ei-

ner besonderen Aufmerksamkeit bedürfen.

Die Zielvorgaben des EU.KITA-Projekts werden umgesetzt und mit dem Projekt werden die Kinder erreicht, die einen hohen Bedarf an zusätzlicher therapeutischer oder psychosozialer Betreuung haben. Dies sind insbesondere die Kinder und Familien, die vom System der Regelversorgung nur eingeschränkt profitieren.

