

Gesundheitsberichterstattung

Die Einschulungsuntersuchung

Jahrgang 2018



Herausgeber

Landratsamt Rastatt
Gesundheitsamt
Sachgebiet Kinder- und Jugendgesundheit, Prävention
Am Schlossplatz 5
76437 Rastatt

Telefon: 07222 381-2300
Telefax: 07222 381-2399
E-Mail: amt23@landkreis-rastatt.de
Internet: www.landkreis-rastatt.de

Bildnachweis: Fotodatenbanken: Pexels, pixabay; Maico Diagnostics GmbH; Vistec AG
Stand: Juni 2018

Ansprechpartner

Anne Fechler; Dr. Bettina Schillo-Burger; Martin Schüler

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:
Frau Anne Fechler
Telefon: 07222 381-2357
E-Mail: a.fechler@landkreis-rastatt.de

© Landratsamt Rastatt, Gesundheitsamt, Sachgebiet Kinder- und Jugendgesundheit, Prävention
alle Rechte vorbehalten

Zusammenfassung zur Einschulungsuntersuchung 2018

Im vorliegenden Bericht zur Einschulungsuntersuchung (ESU) 2018 werden die Ergebnisse zu den in der Screeninguntersuchung erfassten kindlichen Entwicklungsbereichen sowie zum Impfschutz und zu den Früherkennungsuntersuchungen aufgezeigt.

In die Auswertung zur ESU 2018 konnten 2.155 Kinder im Alter von 4 und 5 Jahren aus dem Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes, dem Landkreis Rastatt und Stadtkreis Baden-Baden, einbezogen werden.

Der Landkreis Rastatt wurde für die Auswertung in die Raumschaften nördlicher Landkreis, Murgtal, Stadt Rastatt und südlicher Landkreis eingeteilt. Damit können etwaige Bedarfe kleinräumiger erkannt werden.

Impfschutz und Früherkennungsuntersuchungen

Schwerpunktthema beim Impfschutz sind in diesem Jahr die Masernimpfquoten. Die Quoten für vollständig geimpfte Kinder liegen im gesamten Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes, außer dem Murgtal, unter den erforderlichen 95%. Diese Durchimpfungsquote ist notwendig, um die Ausbreitung von Masernerkrankungen zu verhindern.

Des Weiteren sind im Landkreis Rastatt im Vergleich zum Vorjahr höhere Impfraten für die Mumps-, Röteln- und Windpockenimpfungen sowie für die Impfung gegen Hirnhautentzündung (Meningokokken) zu berichten. In Baden-Baden zeigen sich wieder ansteigende Trends für die Mumps- und Rötelnimpfraten. Die Impfraten für Windpocken und Meningokokken sind leicht rückläufig.

Die Grundimmunisierungsraten für die weiteren Impfungen, meist als 5- oder 6-fach-Impfung verabreicht, zeigen in beiden Kreisen über die letzten Jahre hin gesehen rückläufige Trends. Mit der 5-fach-Impfung werden die Impfstoffe gegen Tetanus, Diphtherie, Polio, Pertussis und Hib (*Hämophilus influenzae* Typ b) in einer Injektion verabreicht, bei der 6-fach Impfung kommt noch Hepatitis B hinzu.

Ausführliche Informationen zum Impfschutz der untersuchten Kinder siehe Seite 13-25.

Bei den Früherkennungsuntersuchungen, den U-Untersuchungen, kann festgestellt werden, dass mit zunehmendem Alter der Kinder überwiegend rückläufige Teilnahmeraten zu verzeichnen sind (siehe Seite 26 und 27).

Gewicht, Sehen und Hören

Untergewicht wird prozentual häufiger im Landkreis Rastatt als in Baden-Baden festgestellt. Einen vergleichsweise höheren Wert für Untergewicht weist der südliche Landkreis auf. Übergewichtige Kinder, und darin enthalten sind adipöse Kinder, gibt es anteilig am häufigsten in der Stadt Rastatt. Mädchen sind insgesamt tendenziell häufiger unter- als auch übergewichtig (siehe Seite 28 und 29).

Sowohl die Sehtestung als auch die Hörtestung werden standardisiert und gerätebasiert durchgeführt. Im Landkreis Rastatt ist bei rund 8 von 10 Kindern das Sehen altersentsprechend, das Hören bei 90%. In Baden-Baden zeigen 2/3 der Kinder altersentsprechende Leistungen bei der Sehtestung, bei der Hörtestung sind es 80%.

Jungen hatten bei beiden Testungen tendenziell bessere Ergebnisse als Mädchen.

Ausführliche Informationen zur Seh- und Hörtestung siehe Seite 30-36.

Motorische Fähigkeiten

Die Körpermotorik wird über das Einbeinhüpfen geprüft. Sowohl im Landkreis Rastatt als auch in Baden-Baden hatten rund 80% der untersuchten Kinder eine altersentsprechende Körpermotorik. Somit weisen überschlägig rund 20% der Kinder einen Förderbedarf auf. Die Schulärzte empfehlen für diesen Bereich fast ausschließlich die Förderung in der Kindertageseinrichtung (Kita) oder zu Hause durch die Eltern. Insgesamt zeigten Mädchen bessere Leistungen beim Einbeinhüpfen als Jungen (siehe Seite 37-39).

Die Feinmotorik, in diesem Fall die Auge-Hand-Koordination, wird anhand der optischen Differenzierungsprobe nach Breuer/Weuffen erfasst. Im Landkreis Rastatt erreichten im Schnitt rund 80% der untersuchten Kinder eine altersentsprechende Bewertung. In Baden-Baden liegt die Rate an altersentsprechenden Bewertungen bei über 85% der Kinder. Somit liegt im Landkreis Rastatt bei rund 20% der Kinder ein Förderbedarf vor, davon 4 % mit einem deutlich erhöhten Bedarf (intensive Förderung). In Baden-Baden liegt dieser Bedarf bei unter 15%, davon 3% mit einem deutlich erhöhten Bedarf (intensive Förderung). Deutliche Auffälligkeiten bei der Auge-Hand-Koordination zeigten Jungen doppelt so häufig wie Mädchen (siehe Seite 40-43).

Ergebnisse der Sprachstandsdiagnostik

Im Landkreis Rastatt bekamen 23% der untersuchten Kinder einen intensiven Sprachförderbedarf bescheinigt. Dabei reichen die Quoten in den Raumschaften von 11% bis 48%. In Baden-Baden liegt der intensive Sprachförderbedarf in diesem Jahr bei 28%.

Jungen haben etwas häufiger einen intensiven Sprachförderbedarf als Mädchen.

Wichtigstes Instrument zur Feststellung des intensiven Sprachförderbedarfs ist die erweiterte Sprachstandsdiagnostik mit dem Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5).

Einen hohen intensiven Sprachförderbedarf gibt es vor allem in Kitas in der Stadt Rastatt, in Baden-Baden und in einzelnen Landkreismunicipalitäten.

Bei einer Auswertung der Angaben der Erzieherinnen und Erzieher zur speziellen Sprachförderung in den Kitas im vorletzten Kindergartenjahr zeigt sich Folgendes: Kinder mit einem in der ESU festgestellten intensiven Sprachförderbedarf nahmen zum Zeitpunkt der ESU bislang nur zum Teil an solchen Gruppen teil.

Ein Austausch zu den Ergebnissen der ESU ist zwischen Gesundheitsamt und Kita mit Einwilligung der Sorgeberechtigten möglich. Liegt diese vor, so kann ein Austausch zwischen medizinischer und pädagogischer Seite dabei unterstützen, die optimale Förderung für ein Kind zu finden.

Ausführliche Informationen zu den Ergebnissen der Sprachstandsdiagnostik siehe Seite 46-64.

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	7
2	Wer wird in der Einschulungsuntersuchung untersucht?	9
2.1	Basisdaten in der Einschulungsuntersuchung	9
2.2	Vorteile der Einteilung nach Raumschaften	11
2.3	Kindertageseinrichtungen in der ESU	12
3	Impfschutz in der ESU 2018 – Schwerpunkt Masern.....	13
3.1	Dokumentierte Impfungen bei der Einschulungsuntersuchung.....	13
3.2	Kleinräumige Darstellung der Masernimpfquoten.....	14
3.3	Zeitlicher Verlauf der Masernimpfquoten von 2011 bis 2018.....	16
3.4	Weitere Impfungen in der Einschulungsuntersuchung.....	18
3.5	Zeitreihen zu den weiteren Impfungen von 2011 bis 2018	21
3.6	Fazit zum Impfstatus der ESU-Kinder von 2011 bis 2018	25
4	Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U6 bis U8	26
5	Über- und Untergewicht in der ESU 2018	28
6	Sehen und Hören in der Einschulungsuntersuchung	30
6.1	Sehtest in der ESU	30
6.2	Hörtest in der ESU.....	33
7	Körpermotorik und Auge-Hand-Koordination.....	37
7.1	Einbeinhüpfen.....	37
7.2	Visuomotorik – Auge-Hand-Koordination	40
8	Wie untersucht das Gesundheitsamt die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder?.....	44
9	Ergebnisse der Sprachstandsdiagnostik.....	46
9.1	Familiensprachen der Kinder	46
9.2	Mehrsprachige Kinder im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden	47
9.3	Aussprache der Kinder – Orientierende Erfassung anhand des Lautprüfbogens	48
9.4	Das Sprachscreening HASE (Heidelberger Auditives Sprachscreening in der Einschulungsuntersuchung)	49
9.4.1	Auffälliges HASE – näher hingeschaut	50
9.4.2	Mehrsprachigkeit als Chance begreifen	50
10	Intensiver Sprachförderbedarf in der Einschulungsuntersuchung	52
10.1	Methodik zur Feststellung eines intensiven Sprachförderbedarfs	53
10.2	Intensiver Sprachförderbedarf in den Raumschaften im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden	53
10.3	Entwicklung des intensiven Sprachförderbedarfs in der Stadt Rastatt und in Baden-Baden	54
10.4	Intensiver Sprachförderbedarf und Kindertageseinrichtungen.....	55
10.4.1	Einbezogene Einrichtungen im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden	55
10.4.2	Einrichtungen, in denen mindestens 25% der Kinder einen intensiven Sprachförderbedarf haben	55

10.5	Spezielle Sprachfördergruppen in den Kindertageseinrichtungen	57
10.5.1	Was sagen uns diese Ergebnisse?.....	64
10.5.2	Wie erfährt die Kindertageseinrichtung von den Ergebnissen der ESU?	64
11	Abbildungsverzeichnis	65
12	Tabellenverzeichnis	66
13	Materialien	67

1 Einführung

Seit 2009 beginnt die Einschulungsuntersuchung in Baden-Württemberg (ESU) bereits im vorletzten Kindergartenjahr, also im Alter von 4 bis 5 Jahren (Schritt 1), und ist für alle Kinder gesetzlich verpflichtend¹.

Bei Schritt 1 der ESU geht es nicht um die Frage, ob ein Kind schulreif ist, sondern ob in einzelnen kindlichen Entwicklungsbereichen noch Förderbedarf besteht. Durch die Untersuchung im vorletzten Kindergartenjahr wird somit noch Zeit für die Förderung des Kindes während der Kindergartenzeit gewonnen.



©pixabay

Die Untersuchung in Schritt 1 ist eine Screeninguntersuchung. Screening bedeutet, dass Verfahren angewandt werden, die standardisiert und ökonomisch in der Durchführung sind und Hinweise auf einen eventuellen weiteren Untersuchungsbedarf liefern können.

Die Screeninguntersuchung in Schritt 1 wird durch die sozialmedizinischen Assistentinnen des Gesundheitsamtes in der Kita vor Ort durchgeführt.

Es erfolgt die Erfassung der Impfungen und der Früherkennungsuntersuchungen, die Messung von Körpergröße und Gewicht sowie das Überprüfen von Sehen und Hören.

In mehreren Schritten werden die sprachlichen Fähigkeiten, ein wichtiger Baustein für den späteren Schulerfolg, erhoben. Die Motorik, Zeichen- und Schreibentwicklung sowie mathematische Vorläuferfähigkeiten werden ebenfalls in der Untersuchung geprüft.

Der abschließende Befund der Screeninguntersuchung wird von den Schulärzten in Zusammenarbeit mit den sozialmedizinischen Assistentinnen erstellt. Kinder, die eine

¹ § 91 Abs. 2 SchG (Schulgesetz für Baden-Württemberg)
§ 8 Abs. 2 ÖGDG (Gesundheitsdienstgesetz)
§ 2 Abs. 2 SchulUV (Schuluntersuchungsverordnung)

weiterführende Diagnostik benötigen, werden in einer ergänzenden ärztlichen Untersuchung im Gesundheitsamt gesehen.

In den nachfolgenden Kapiteln werden ausgewählte Untersuchungsbestandteile und Ergebnisse der Untersuchungen aus Schritt 1 präsentiert.

Ergebnis der Untersuchung kann sein, dass Förderbedarfe festgestellt wurden oder weitere Maßnahmen erforderlich sind, um die kindliche Entwicklung optimal zu unterstützen.

Ein in der ESU festgestellter Förderbedarf kann entweder eine „Förderung in der Kita gemäß Orientierungsplan/häuslich“ oder ein „intensiver Förderbedarf“ sein.

Ein intensiver Förderbedarf wird in der Regel bei deutlichen Entwicklungsauffälligkeiten eines Kindes bescheinigt. Demzufolge wird deutlich, dass die allgemeine Förderung im üblichen Kita- oder Vorschulprogramm nicht ausreicht, um einem betroffenen Kind die bestmöglichen Entwicklungschancen zu ermöglichen.

Die Ergebnisse der ESU werden grundsätzlich den sorgeberechtigten Personen mitgeteilt. Mit Einwilligung der Sorgeberechtigten kann sich das Gesundheitsamt mit den Erzieherinnen und Erziehern in der Kita über die Entwicklung eines Kindes austauschen. Die behandelnden Haus- oder Kinderärzte erhalten vom Gesundheitsamt nur bei vorliegender Einwilligung der Sorgeberechtigten entsprechende Informationen zu den Untersuchungsergebnissen.

Als Teil der Gesundheitsberichterstattung hatte das Gesundheitsamt Rastatt bereits in der Vergangenheit Ergebnisse der Untersuchung der Einschulungsjahrgänge 2010 bis 2014 sowie 2016 und 2017 veröffentlicht.

2 Wer wird in der Einschulungsuntersuchung untersucht?

Mit diesem Bericht informiert das Gesundheitsamt Rastatt über die Einschulungsuntersuchung des Einschulungsjahrgangs 2018 – ESU 2018.

Zur ESU 2018 wurden die Kinder mit Wohnort im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden eingeladen, deren Geburtsdatum zwischen 1. Oktober 2011 und 30. September 2012 liegt. Der Untersuchungszeitraum für den Jahrgang erstreckte sich von Herbst 2016 bis Sommer 2017 und das Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes umfasst den Landkreis Rastatt und Baden-Baden.

Die reguläre Einschulung der untersuchten Kinder erfolgt im September 2018.

2.1 Basisdaten in der Einschulungsuntersuchung

In die vorliegende Auswertung gehen insgesamt 2.155 Kinder ein, davon 1.060 Mädchen und 1.095 Jungen. Mädchen und Jungen sind annähernd gleich verteilt (Mädchen: 49%, Jungen: 51%). Das Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Screeninguntersuchung lag zwischen genau 4 Jahren und 5 Jahren und 11 Monaten. Die Kinder waren bei der Untersuchung im Schnitt genau 5 Jahre alt (Median: 60 Monate). Zwischen dem Landkreis Rastatt und Baden-Baden unterscheidet sich das mittlere Alter der Kinder nicht.

Im Landkreis Rastatt wurden 881 Mädchen (50%) und 894 Jungen (50%) untersucht, in Baden-Baden 179 Mädchen (47%) und 201 Jungen (53%).

Während der Screeninguntersuchung war bei 74% der Kinder im Landkreis Rastatt und bei 65% der Kinder in Baden-Baden eine sorgeberechtigte Person anwesend.

Für die Darstellung der Ergebnisse erfolgt eine kleinräumigere Gliederung des Landkreises Rastatt. Diese kleinräumigeren Bereiche sind der nördliche Landkreis, das Murgtal, die Stadt Rastatt und der südliche Landkreis².

Baden-Baden wird nicht weiter unterteilt.

Es ergibt sich folgende Aufteilung der Städte und Gemeinden in die entsprechenden Raumschaften (Abbildung 1):

Nördlicher Landkreis	Au am Rhein, Bietigheim, Bischweier, Durmersheim, Elchesheim-Illingen, Kuppenheim, Muggensturm, Ötigheim, Steinmauern
Murgtal	Forbach, Gaggenau, Gernsbach, Loffenau, Weisenbach
Rastatt	
Südlicher Landkreis	Bühl, Bühlertal, Hügelsheim, Iffezheim, Lichtenau, Ottersweier, Rheinmünster, Sinzheim
Baden-Baden	

² Die Bereichseinteilung ist weitestgehend übereinstimmend zur Pflegeplanung und zur früheren Einteilung in der Jugendhilfeplanung im Landkreis Rastatt.

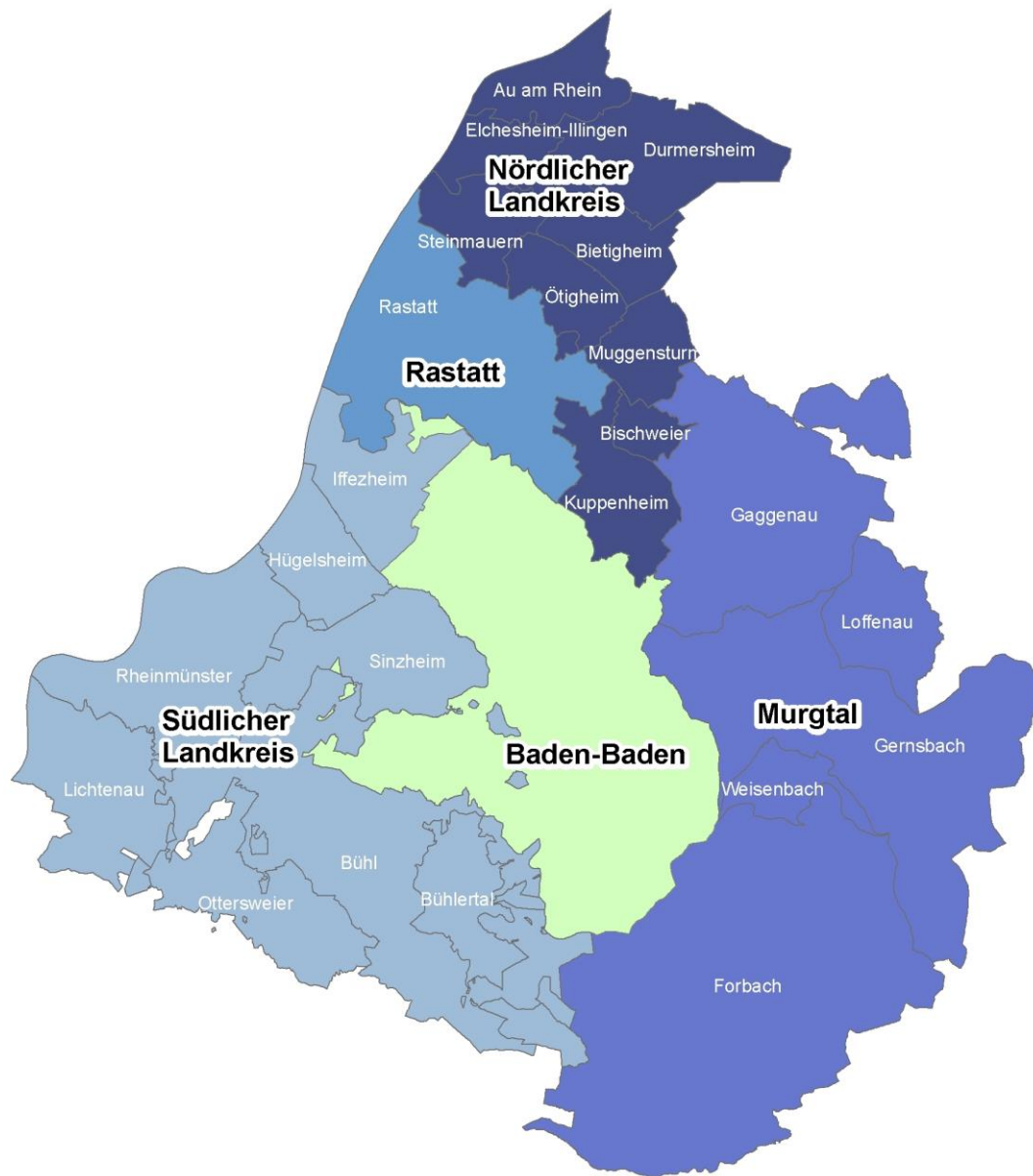


Abbildung 1: Darstellung der gewählten Raumschaften im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes

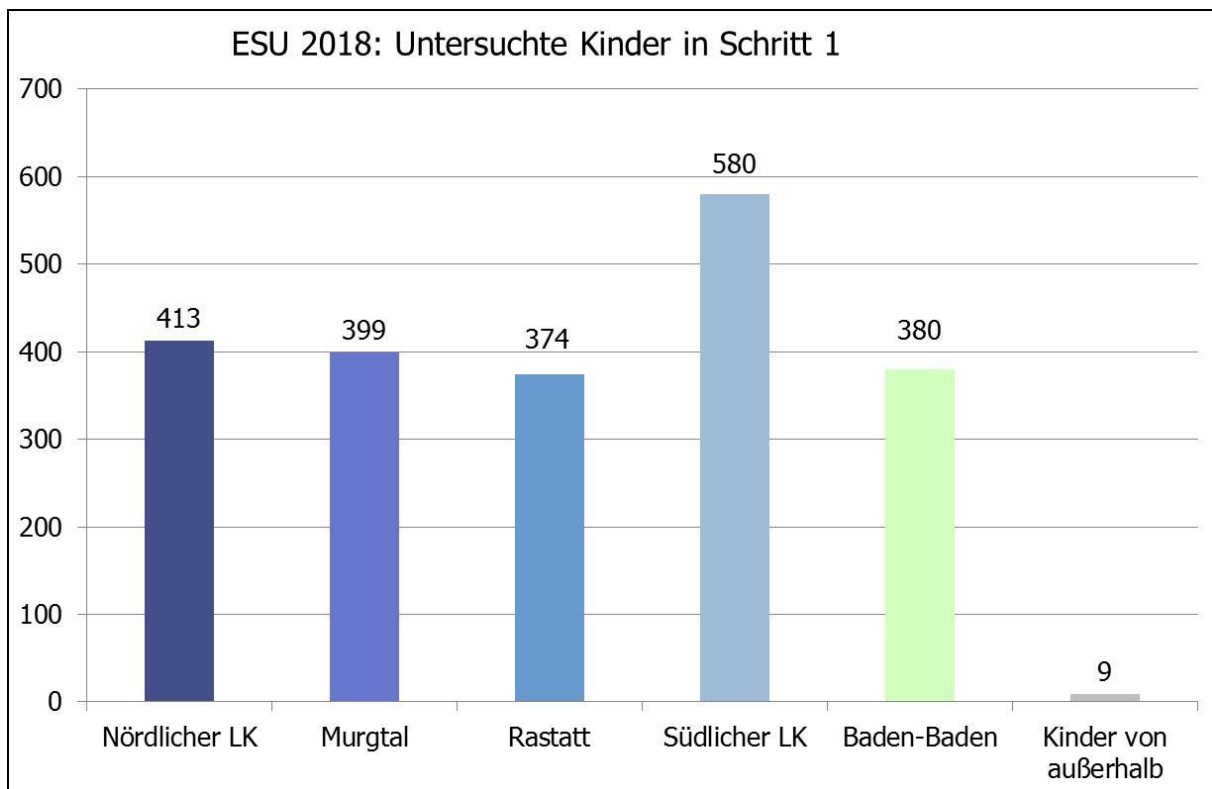


Abbildung 2: Anzahl der untersuchten Kinder im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes

Insgesamt wohnen 19% der in der ESU 2018 untersuchten Kinder im nördlichen Landkreis, 19% im Murgtal, 17% in Rastatt, 27% im südlichen Landkreis und 18% in Baden-Baden. Ein knappes halbes Prozent der untersuchten Kinder stammt aus Gemeinden außerhalb des Landkreises bzw. Stadtkreises (Abbildung 2).

Diese Kinder besuchen jedoch Kitas im Landkreis Rastatt und wurden dort untersucht, so dass sie in den Auswertungen zum Landkreis Rastatt gezählt werden³.

2.2 Vorteile der Einteilung nach Raumschaften

Die einzelnen Raumschaften und Baden-Baden weisen in Bezug auf die Zahl der untersuchten Kinder ähnliche Verhältnisse auf, so dass eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleistet ist.

Des Weiteren kann durch die Einteilung des Landkreises Rastatt in Raumschaften der Forderung nach einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung Rechnung getragen werden. Schließlich können Handlungsbedarfe in der jeweiligen Gegend beziehungsweise vor Ort entdeckt werden. Dies bietet die Möglichkeit, dass Maßnahmen für die Gesundheitsförderung und Prävention zielgenauer entwickelt und angewandt werden können.

³ Die ESU wird durch das Gesundheitsamt durchgeführt, in dessen örtlicher Zuständigkeit sich die Kita befindet (§ 1, SchulUV)

2.3 Kindertageseinrichtungen in der ESU

Im Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsamtes wurden die in die Auswertung einbezogenen 2.155 Kinder in 136 Kitas untersucht. Dabei reichte die Zahl der untersuchten Kinder je Kita von 1 Kind bis maximal 40 Kinder.

Im Landkreis Rastatt wurden in 110 Kitas Einschulungsuntersuchungen durchgeführt. Dabei entfallen auf den nördlichen Landkreis 21, auf das Murgtal 26, auf die Stadt Rastatt 22 und auf den südlichen Landkreis 41 Einrichtungen.
In Baden-Baden wurden in 26 Kitas Einschulungsuntersuchungen durchgeführt.

3 Impfschutz in der ESU 2018 – Schwerpunkt Masern

„Mit 16 Masernfällen führt die Region die Liste an“ (Badische Neueste Nachrichten vom 10. Januar 2018).

Diese Zahlen von 2017 für den Landkreis Rastatt und Baden-Baden zeigen (Baden-Württemberg: 62 Fälle insgesamt), dass Masernerkrankungen in der Region weiterhin präsent sind und der Landkreis Rastatt zusammen mit Baden-Baden im vergangenen Jahr Spitzenreiter in dieser Statistik in Baden-Württemberg war.

Masern – nur eine Kinderkrankheit? Bei den geschilderten 16 Fällen waren in der großen Mehrzahl ältere Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene betroffen, die alle ungeimpft waren.

Dabei sind die Masern eine Krankheit, die durch eine Impfung vermieden werden kann (sogenannte impfpräventable Krankheit). Um vollständig immun gegenüber der Krankheit zu sein, sind 2 Impfdosen notwendig. Diese werden zwischen dem 1. und 2. Geburtstag von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen.

Flächendeckende Daten zum Impfschutz gegen Masern in der gesamten Bevölkerung gibt es nicht. Für die Masern ist jedoch davon auszugehen, dass bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Impflücken bestehen. Daher empfiehlt die STIKO allen Erwachsenen, die nach 1970 geboren wurden und deren Impfstatus unklar ist oder die nur 1 Impfung in der Kindheit erhielten, eine einmalige Impfung gegen Masern.

Das Masernvirus ist ein hochansteckendes Virus, das mit schweren Infektsymptomen wie hohes Fieber und Entzündung der Schleimhäute beginnt. Rund 2 Wochen nach Ansteckung tritt ein charakteristischer Hautausschlag auf. Nach einer durchgemachten Infektion ist man gegenüber Masern immun.

Eine Masernerkrankung kann jedoch schwerwiegende Komplikationen mit sich bringen. Neben Lungenentzündungen kann es zu einer Gehirnhautentzündung als auch zu einer Entzündung des Gehirns kommen. In seltenen Fällen kann einige Zeit nach der Infektion eine generalisierte Entzündung des Gehirns mit Abbauprozessen auftreten. Diese schwerste Nebenwirkung einer Masernerkrankung endet in der Regel tödlich.

3.1 Dokumentierte Impfungen bei der Einschulungsuntersuchung

Aus den Impfdokumenten werden die Impfungen der Kinder erfasst. Diese Informationen zum Impfstatus sind gesetzlich verpflichtend und können unter anderem zur Einschätzung einer möglichen gesundheitlichen Gefährdung der Bevölkerung durch Infektionskrankheiten genutzt werden.

Im Landkreis Rastatt lagen bei 1.638 Kindern (92%) und in Baden-Baden bei 335 Kindern (88%) Impfdokumente vor.

Im Vergleich dazu legten in ganz Baden-Württemberg im vorangegangenen ESU-Jahr (ESU 2017) 93% der Sorgeberechtigten Informationen zum Impfstatus ihrer Kinder vor.

Bei einer Betrachtung des zeitlichen Verlaufs der letzten 4 Jahre wird deutlich, dass sich die Quote der vorgelegten Impfbücher im Landkreis Rastatt von 92% bis 94% bewegte, in Baden-Baden schwankte die Quote zwischen 88% und 93%.

Für alle Berechnungen zu den Impfquoten für impfpräventable Krankheiten werden landesweit nur Kinder einbezogen, bei denen Dokumente zum Impfstatus vorlagen.

3.2 Kleinräumige Darstellung der Masernimpfquoten

Die beiden Masernimpfungen, die für eine Grundimmunisierung erforderlich sind, sollten laut STIKO-Empfehlungen bis zum Alter von 24 Monaten verabreicht worden sein. Grundimmunisierung bedeutet, dass der Körper durch meist mehrere Impfungen in die Lage versetzt wird, einen ausreichenden Schutz gegenüber einer Krankheit aufzubauen.

Für die Masernimpfquoten wird eine Auswertung nach unvollständig geimpften Kindern mit nur 1 Impfung und vollständig geimpften Kinder mit 2 Impfungen, d. h. grundimmunisierte Kinder, vorgenommen.

Für nur einmal gegen Masern geimpfte Kinder liegen die Impfquoten in den Landkreisraumschaften und in Baden-Baden zwischen 96,5% und 97,8% und unterscheiden sich im Großen und Ganzen kaum (Abbildung 3).

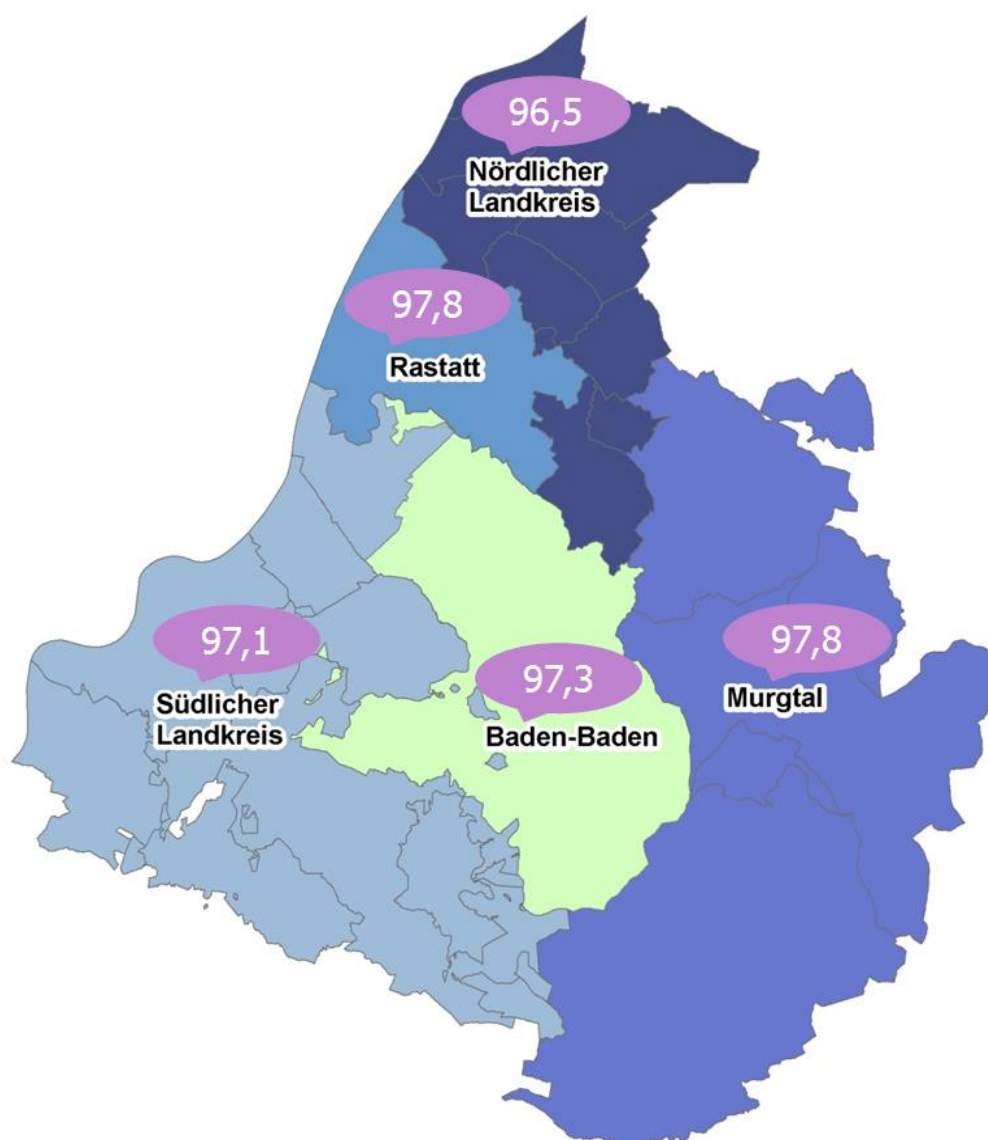


Abbildung 3: Anteile der **einmal gegen Masern geimpften** Kinder (Angaben in %)

Werden jedoch die Quoten für die vollständig geimpften, d. h. grundimmunisierten, Kinder dargestellt, so gibt es Unterschiede von bis zu 4,6 Prozentpunkten zwischen den Raumschaften (Abbildung 4).

Sollten im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes Masernfälle auftreten, so muss bedacht werden, dass für eine Eindämmung der Ausbreitung des Masernvirus eine Durchimpfungsquote in der Bevölkerung von mindestens 95% erforderlich ist.

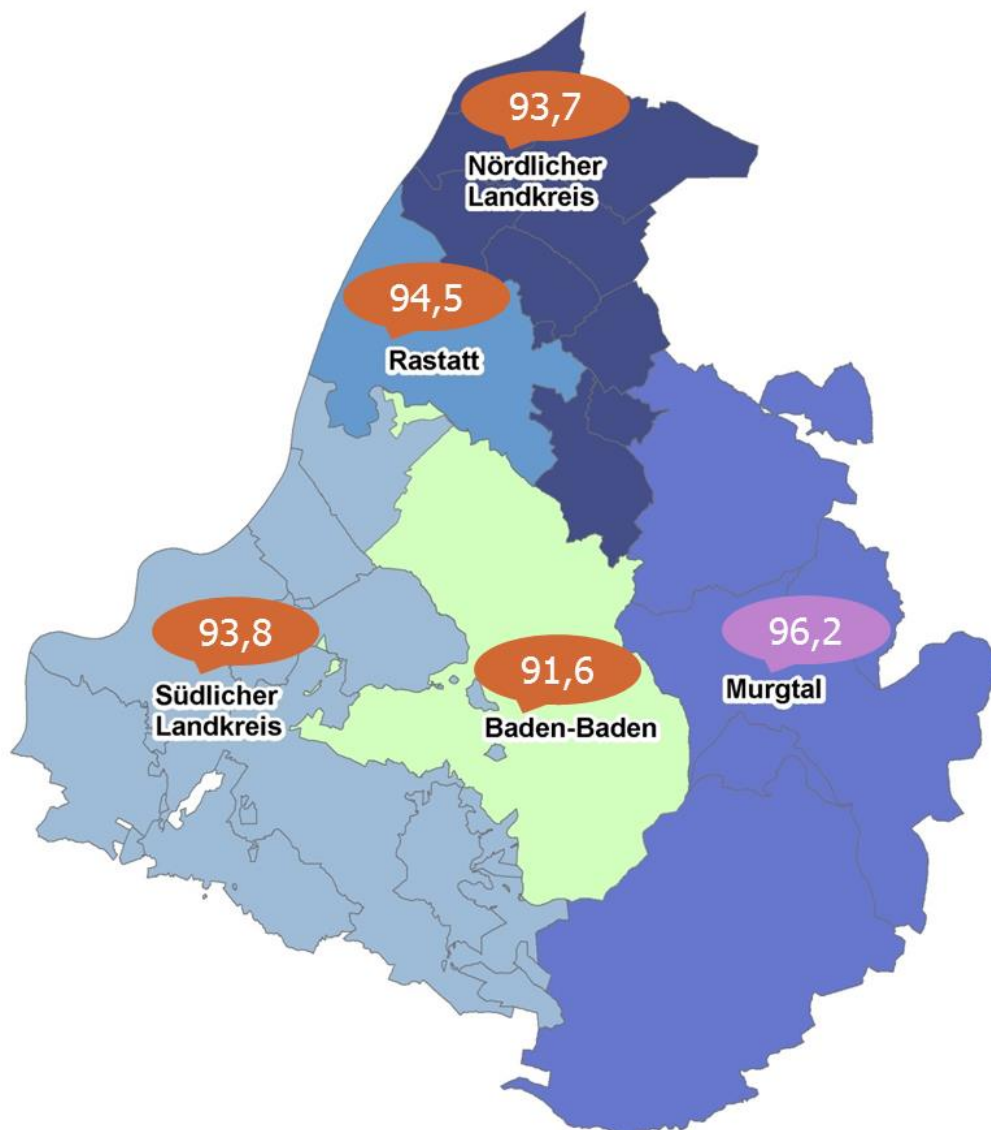


Abbildung 4: Anteile der **vollständig gegen Masern geimpften** Kinder (2 Impfungen, Angaben in %)

3.3 Zeitlicher Verlauf der Masernimpfquoten von 2011 bis 2018

Die Betrachtung des zeitlichen Verlaufs ermöglicht, Trends in den Masernimpfquoten zu erkennen. Hier zeigt sich, dass für einmal geimpfte Kinder eine Quote von 95% bereits seit mehreren Jahren erreicht werden konnte (Tabelle 1).

Das Erreichen dieser Quote ist jedoch auch für die vollständig geimpften Kinder erforderlich. Demzufolge weist das Gesundheitsamt in der ESU auf Impflücken hin und berät entsprechend.

Masern-impfquoten (Angaben in %)		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Landkreis Rastatt	1 Masernimpfung	94,5	95,8	97,8	97,4	97,7	97,3	96,0	97,3
	vollständig geimpft	88,0	90,0	92,7	93,5	94,1	93,2	93,1	94,4
Baden-Baden	1 Masernimpfung	94,2	95,4	98,6	97,4	97,7	94,4	95,2	97,3
	vollständig geimpft	86,6	90,8	91,9	91,1	92,8	88,9	90,1	91,6

Tabelle 1: Entwicklung der Masernimpfquoten von 2011-2018

Die zeitlichen Verläufe sind nachfolgend grafisch dargestellt (Abbildungen 5 und 6).

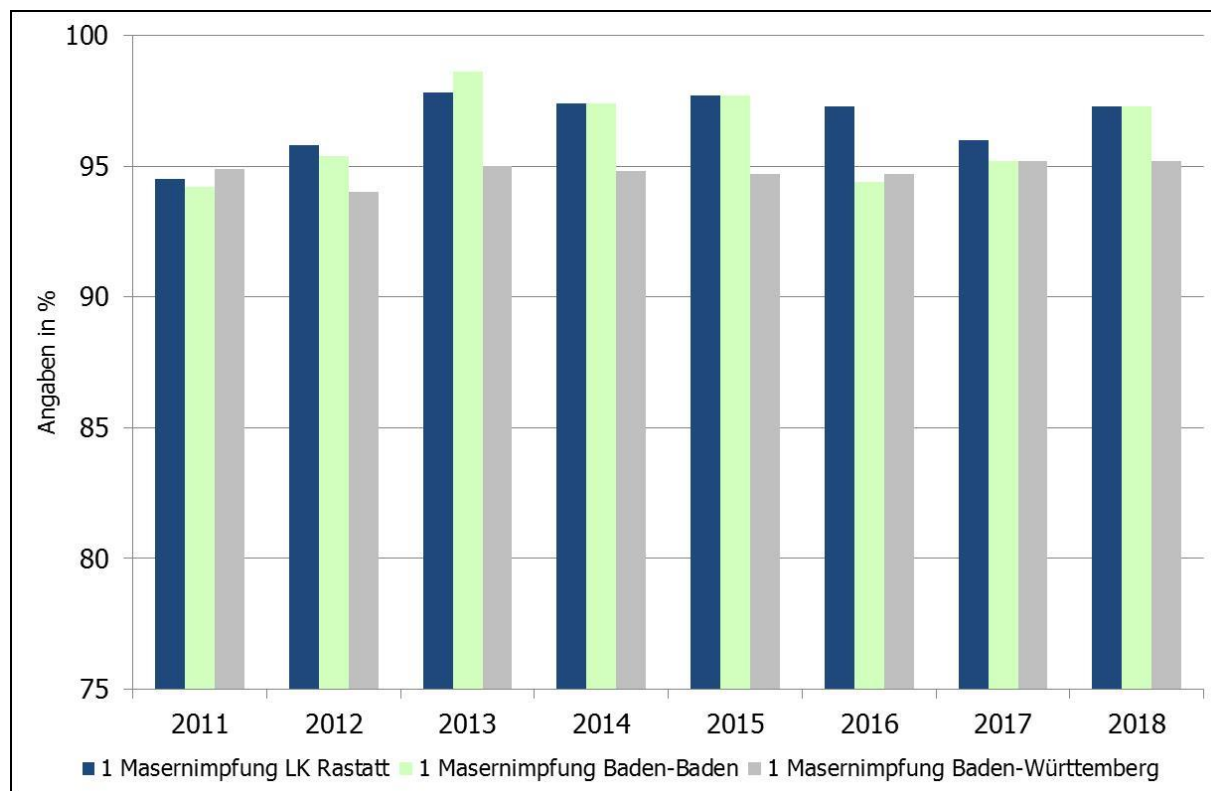


Abbildung 5: Anteile der **einmal gegen Masern geimpften** Kinder im zeitlichen Verlauf von 2011-2018

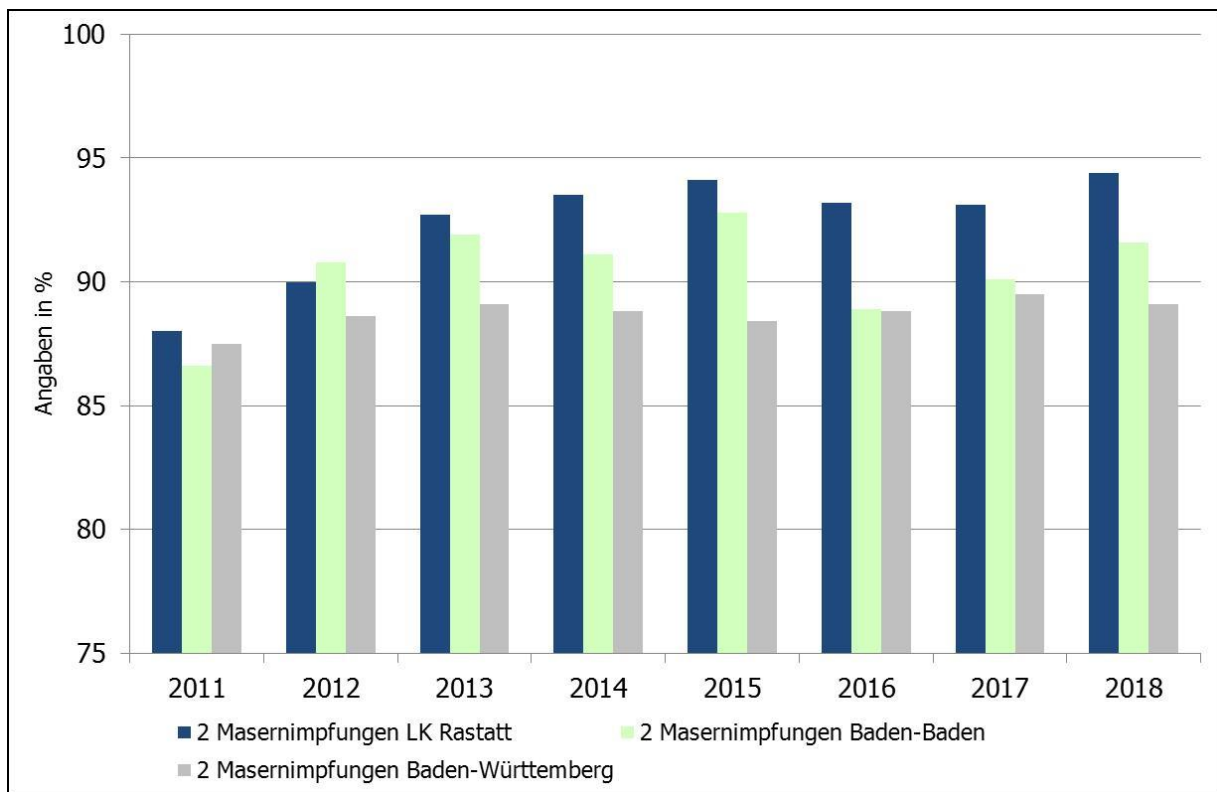


Abbildung 6: Anteile der **vollständig gegen Masern geimpften** Kinder im zeitlichen Verlauf von 2011-2018

3.4 Weitere Impfungen in der Einschulungsuntersuchung

Das Gesundheitsamt erhebt bei der ESU neben Masern auch die weiteren durchgeführten Impfungen. Die meisten Impfungen werden heutzutage mit sogenannten Kombinationsimpfstoffen durchgeführt. Kombinationsimpfstoff bedeutet, dass Wirkstoffe gegen mehrere Krankheiten in einer Injektion verabreicht werden.

Häufige Impfstoffkombinationen im Kindesalter sind die 5- oder 6-fach-Impfung.

Bei der 5-fach-Impfung werden die Impfstoffe gegen Tetanus, Diphtherie, Polio, Pertussis und Hib in einer Injektion verabreicht, bei der 6-fach-Impfung kommt noch der Impfstoff gegen Hepatitis B hinzu.

Für eine Grundimmunisierung sind für die in Tabelle 2 genannten Impfstoffe 4 Gaben erforderlich, die STIKO empfiehlt die ersten 3 Gaben im Alter von 2, 3 und 4 Monaten. Die 4. Gabe sollte zwischen dem 11. und 14. Lebensmonat erfolgen.

Die Abkürzung „4+“ bedeutet grundimmunisiert (Tabelle 2 und Abbildung 7).

5-/6-fach-Impfungen (Angaben in %)	Nördlicher Landkreis	Murgtal	Rastatt	Südlicher Landkreis	Baden- Baden
Polio 4+	93,1	93,5	94,5	92,3	90,7
Diphtherie 4+	93,6	93,8	94,8	92,5	91,6
Tetanus 4+	93,9	93,8	94,8	92,3	91,9
Pertussis 4+	93,6	93,8	94,8	92,1	91,3
Hib 4+	92,9	93,5	94,2	91,0	89,0
Hepatitis B 4+	89,1	93,5	92,1	88,3	83,9

Tabelle 2: Impfquoten für 5-/6-fach-Impfungen im regionalen Vergleich (ESU 2018)

Neben den vergleichsweise niedrigeren Impfquoten in Baden-Baden zeigt sich, dass in der Stadt Rastatt die Impfquoten bis auf Hepatitis B am höchsten sind, im südlichen Landkreis hingegen am niedrigsten.

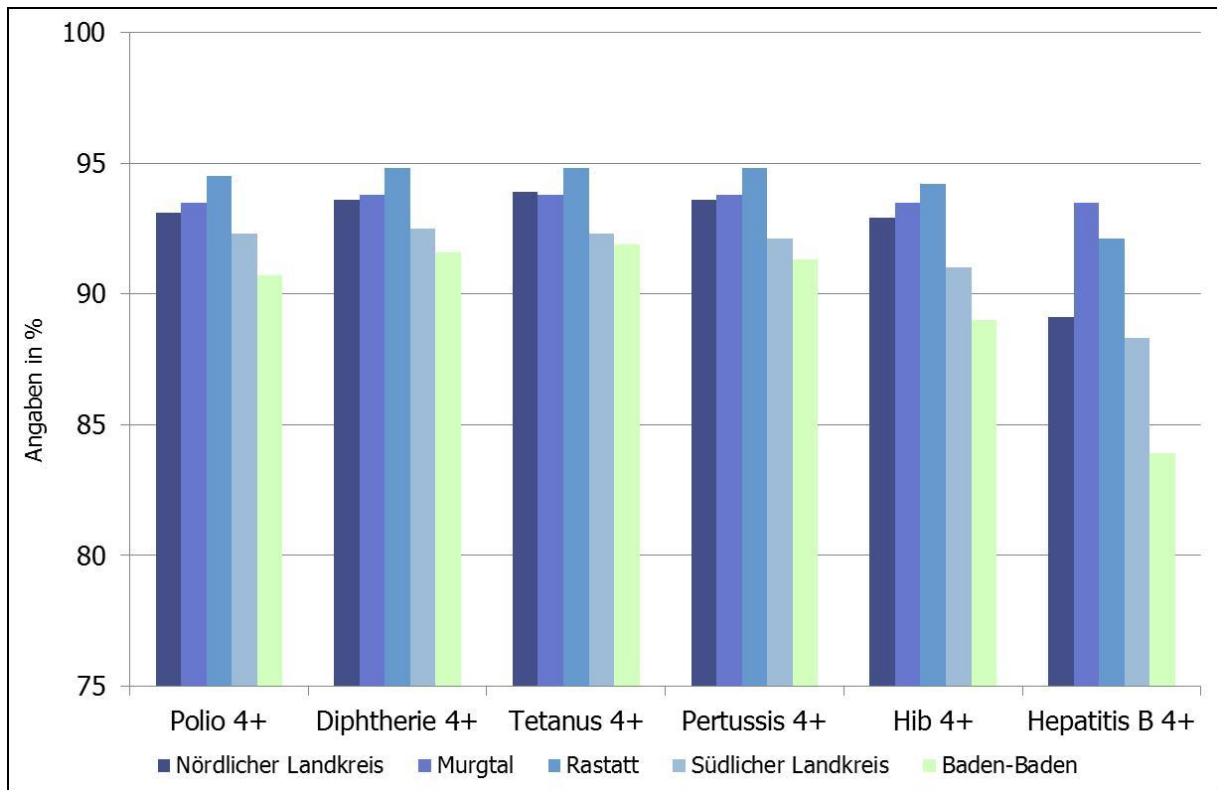


Abbildung 7: Impfquoten für 5-/6-fach-Impfungen im regionalen Vergleich (ESU 2018)

Für Mumps, Röteln und Varizellen (Windpocken) gelten Kinder mit 2 oder mehr Impfungen als grundimmunisiert. Für eine Grundimmunisierung gegen Meningokokken reicht 1 Impfung aus. Die Abkürzungen „2+“, „1+“ bedeuten grundimmunisiert (Tabelle 3).

2+/-/1+- Impfungen (Angaben in %)	Nördlicher Landkreis	Murgtal	Rastatt	Südlicher Landkreis	Baden- Baden
Mumps 2+	93,7	96,2	94,5	93,8	91,6
Röteln 2+	93,7	96,2	94,5	93,8	91,6
Meningokokken 1+	91,6	95,4	93,6	89,0	86,0
Varizellen 2+	79,7	95,1	87,3	77,6	80,9

Tabelle 3: Impfquoten für Mumps, Röteln, Meningokokken und Varizellen im regionalen Vergleich (ESU 2018)

Unterschiede bei den Impfquoten sind in einer Grafik häufig auf einen Blick zu erkennen (Abbildung 8).

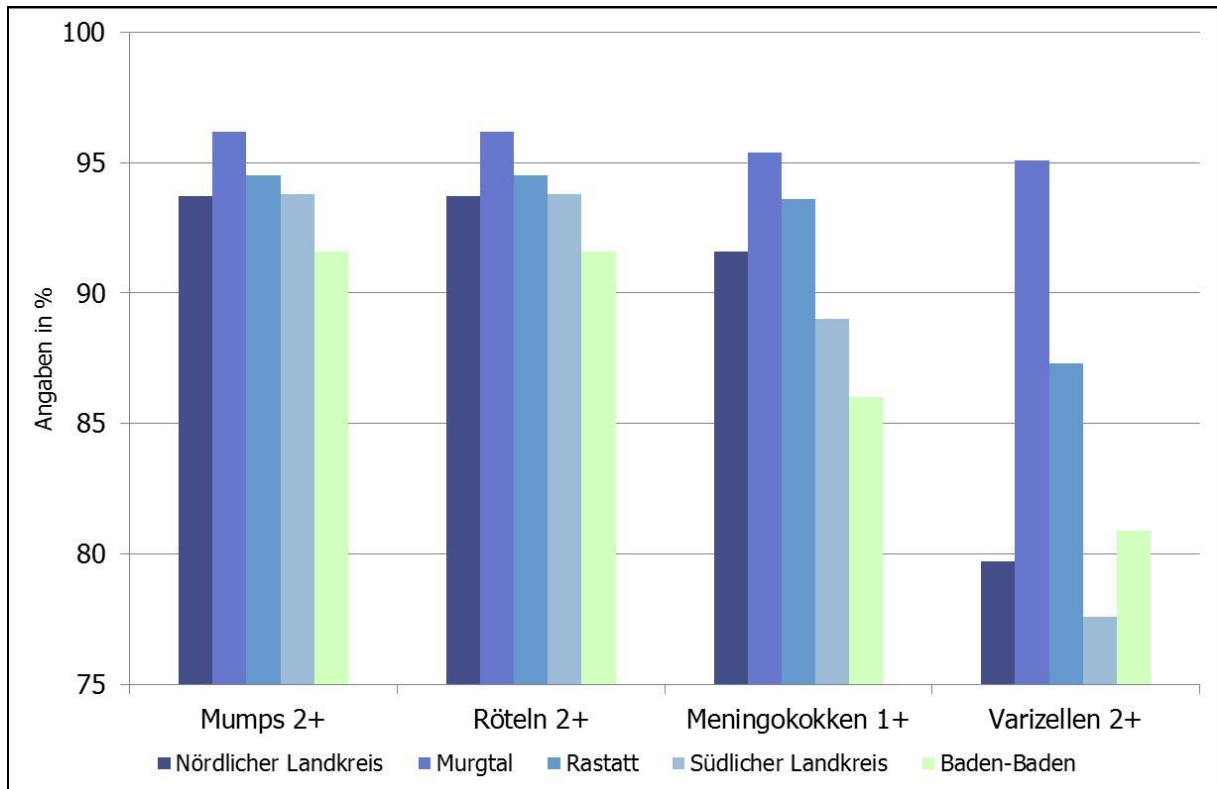


Abbildung 8: Impfquoten für Mumps, Röteln, Meningokokken und Varizellen im regionalen Vergleich (ESU 2018)

Auch bei der Grundimmunisierung gegen Mumps, Röteln, Meningokokken und Varizellen zeigt sich, dass Baden-Baden bis auf Varizellen die niedrigsten Impfquoten aufweist. Für den Landkreis Rastatt gilt, dass im Murgtal die Impfquoten gegen diese Krankheiten am höchsten sind, im südlichen Landkreis erneut am niedrigsten.

3.5 Zeitreihen zu den weiteren Impfungen von 2011 bis 2018

In diesem Abschnitt werden nur die Daten der Kinder berichtet, die eine Grundimmunisierung erhalten haben. In den Tabellen 4 und 5 sind die Grundimmunisierungen mit den Zusätzen „4+“, „2+“ bzw. „1+“, die für 4 oder mehr Impfungen, 2 oder mehr Impfungen bzw. 1 oder mehr Impfungen stehen, gekennzeichnet.

Bei den 5- oder 6-fach-Impfungen sind folgende zeitliche Trends zu erkennen (Tabelle 4, Abbildungen 9 und 10).

5-/6-fach-Impfungen (Angaben in %)		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Landkreis Rastatt	Polio 4+	92,6	94,2	96,1	95,4	96,2	94,6	94,0	93,2
	Diphtherie 4+	94,5	94,8	96,8	96,3	96,9	95,6	94,6	93,5
	Tetanus 4+	94,5	94,8	97,0	96,5	97,0	95,8	94,7	93,5
	Pertussis 4+	94,0	94,5	96,7	96,4	96,8	95,5	94,4	93,4
	Hib 4+	93,4	93,9	95,9	94,7	96,0	94,5	93,8	92,7
	Hepatitis B 4+	84,9	87,1	88,8	90,6	91,4	90,2	89,1	90,4
Baden-Baden	Polio 4+	91,0	91,1	94,5	93,9	93,9	92,9	91,3	90,7
	Diphtherie 4+	92,1	92,6	96,2	94,9	95,4	93,5	92,2	91,6
	Tetanus 4+	92,1	92,6	95,7	94,9	95,4	93,5	92,2	91,9
	Pertussis 4+	91,8	92,3	95,9	94,9	95,4	93,2	92,2	91,3
	Hib 4+	90,1	89,2	94,5	92,0	93,1	91,6	90,1	89,0
	Hepatitis B 4+	81,9	76,0	82,9	83,1	88,2	85,1	83,9	83,9

Tabelle 4: Impfquoten der 5-/6-fach-Impfungen von 2011-2018

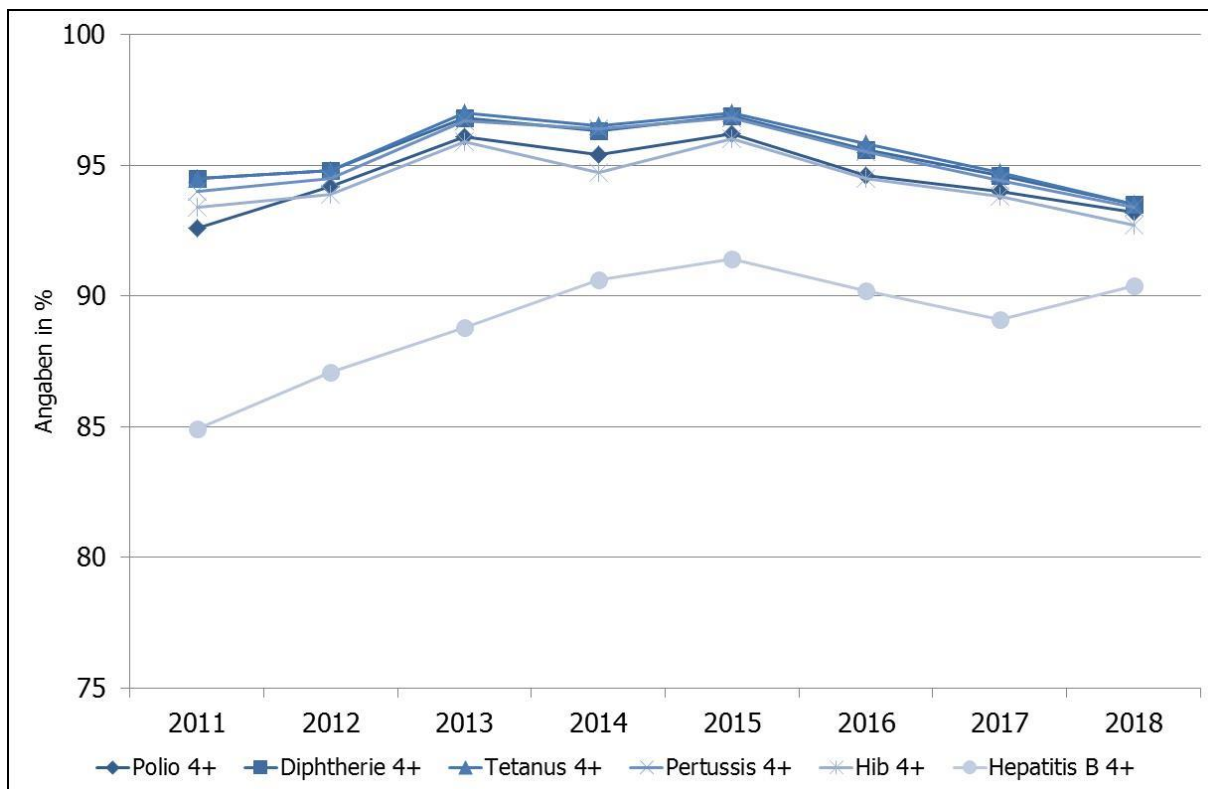


Abbildung 9: **Landkreis Rastatt:** Impfquoten der 5-/6-fach-Impfungen von 2011-2018

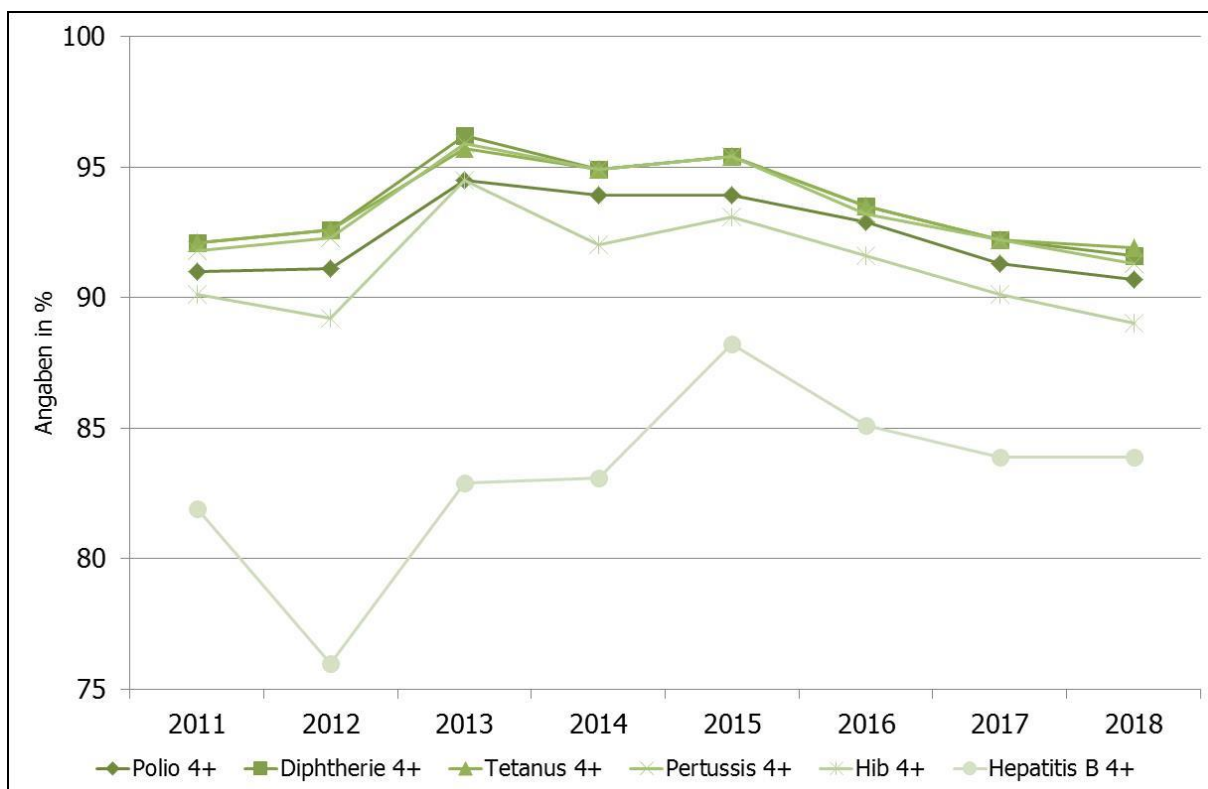


Abbildung 10: **Baden-Baden:** Impfquoten der 5-/6-fach-Impfungen von 2011-2018

Die Werte von 2011 bis 2018 bei Mumps, Röteln, Meningokokken und Varizellen zeigen für den Landkreis Rastatt und Baden-Baden folgenden Verlauf (Tabelle 5, Abbildungen 11 und 12).

2+/1+- Impfungen (Angaben in %)		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Landkreis Rastatt	Mumps 2+	87,8	89,5	92,8	93,5	94,1	93,2	92,8	94,4
	Röteln 2+	87,5	89,3	92,8	93,4	94,2	93,3	92,8	94,4
	Meningo- kokken 1+	70,1	77,0	87,0	89,3	89,0	90,1	91,0	92,0
	Varizellen 2+	27,0	55,4	74,3	79,2	79,6	82,2	80,4	84,0
Baden- Baden	Mumps 2+	86,0	90,5	91,9	90,7	92,8	88,9	89,6	91,6
	Röteln 2+	86,3	90,2	91,9	90,7	92,8	88,9	89,6	91,6
	Meningo- kokken 1+	70,3	79,7	86,4	85,9	85,9	86,1	87,8	86,0
	Varizellen 2+	37,3	65,8	81,7	84,3	85,0	82,0	83,3	80,9

Tabelle 5: Impfquoten für Mumps, Röteln, Meningokokken und Varizellen von 2011-2018

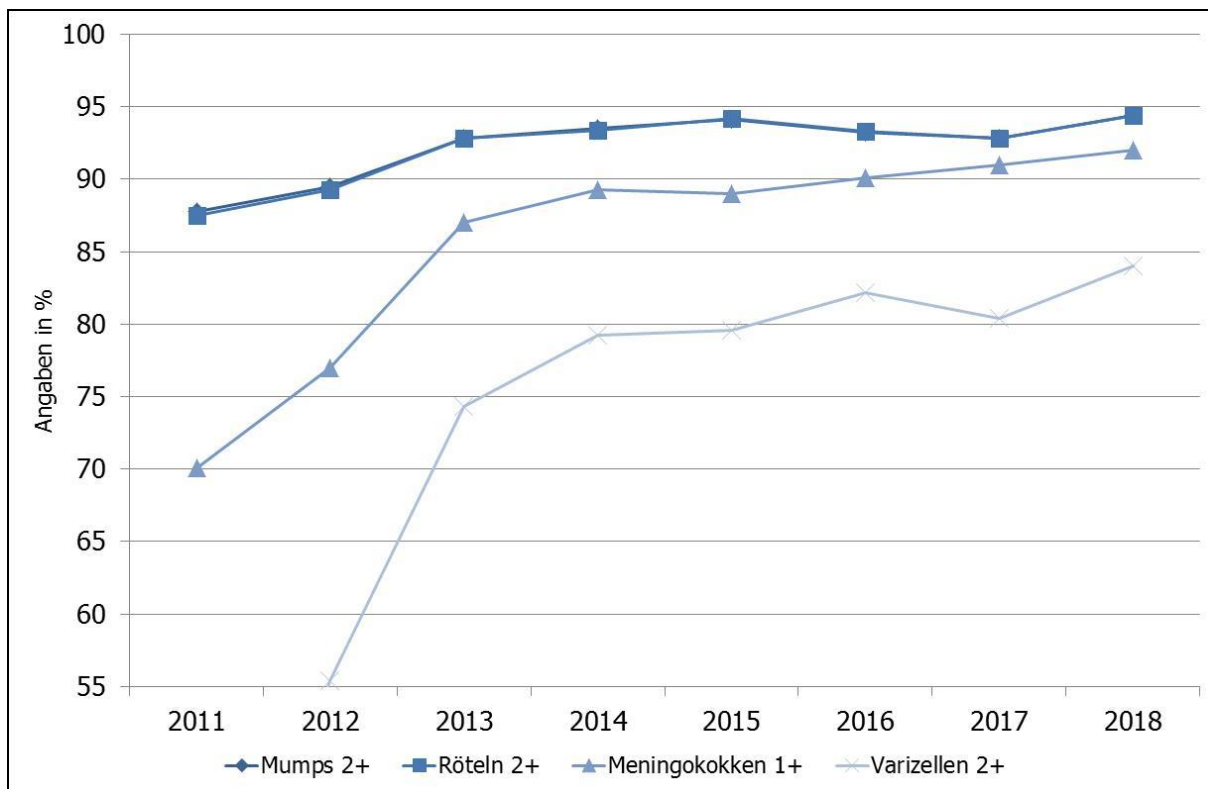


Abbildung 11: **Landkreis Rastatt:** Impfquoten für Mumps, Röteln, Meningokokken, Varizellen von 2011-2018

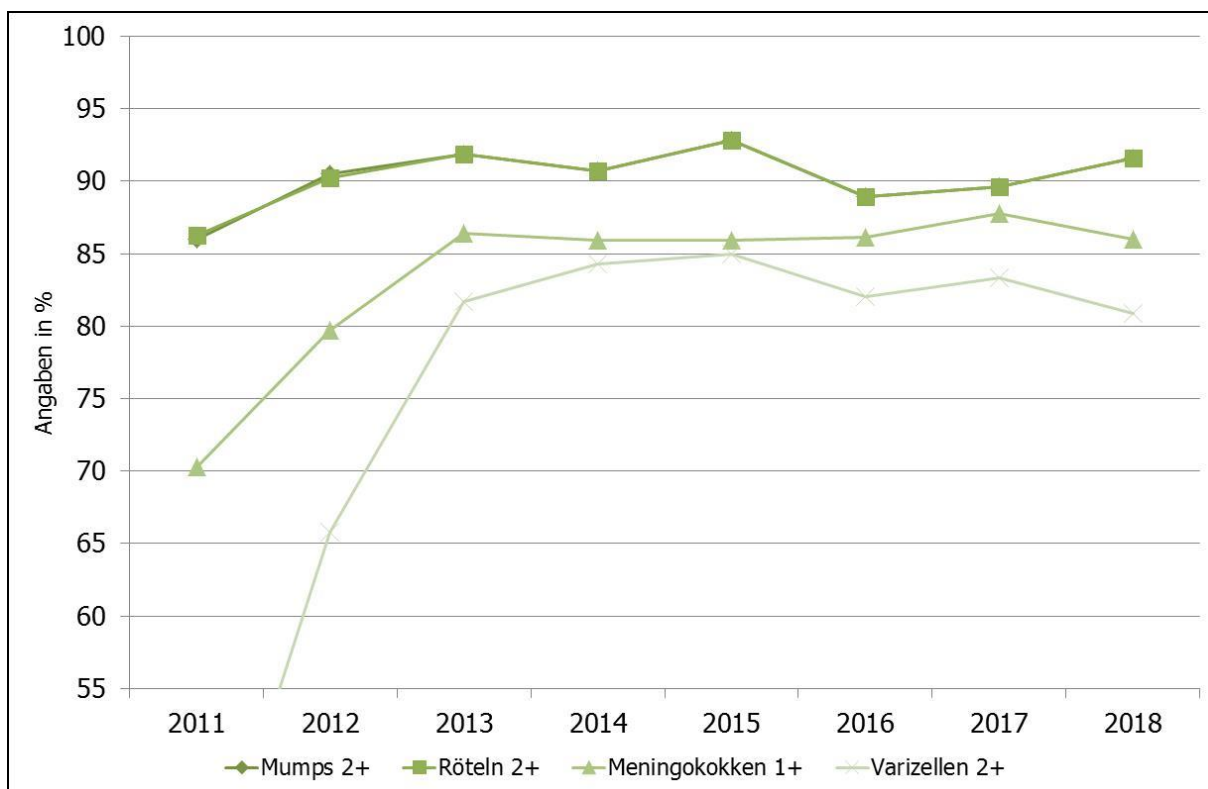


Abbildung 12: **Baden-Baden:** Impfquoten für Mumps, Röteln, Meningokokken, Varizellen von 2011-2018

3.6 Fazit zum Impfstatus der ESU-Kinder von 2011 bis 2018

Werden die Impfquoten im zeitlichen Verlauf betrachtet, so ist festzustellen, dass diese bei den 5- oder 6-fach-Impfungen über die letzten Jahre überwiegend rückläufig sind. Die Impfquoten gegen Hepatitis B steigen seit diesem Jahr wieder leicht an (Landkreis Rastatt) beziehungsweise stagnieren (Baden-Baden).

Bei den Masern-, Mumps-, Rötelnimpfungen, der Meningokokkenimpfung und den Varizellenimpfungen sind für den Landkreis Rastatt in der Gesamtschau ansteigende Trends zu beobachten.

In Baden-Baden zeigt die Masernimpfquote eine ansteigende Tendenz, jedoch fehlen für das Erreichen der 95%-Durchimpfungsquote rund 3,5 Prozentpunkte, das Gleiche gilt für die Mumps- und Rötelnimpfquoten. Bei Meningokokken und Varizellen stagnieren die Impfquoten beziehungsweise es sind rückläufige Tendenzen zu beobachten.

Studien zeigen, dass Impfmüdigkeit, ein Vergessen von Impfterminen oder ein falsch verstandenes Sicherheitsgefühl, dass „alte“ impfpräventable Krankheiten vor Ort nicht mehr auftreten können, stagnierenden und rückläufigen Impfquoten zugrunde liegen können. Aus Sicht der Prävention sollten Impflücken und rückläufige Impfquoten unbedingt vermieden werden. Daher erfolgt eine Impfberatung für die in der ESU untersuchten Kinder durch das Gesundheitsamt.

Jedoch sind Impflücken in allen Altersstufen zu finden. Folglich rät das Gesundheitsamt den eigenen Impfschutz bei den behandelnden Kinder- oder Hausärzten überprüfen und bestehende Impflücken schließen zu lassen.

4 Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U6 bis U8

Neben dem Impfstatus der Kinder wird in Schritt 1 der ESU die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) dokumentiert. Die U-Untersuchungen sind laut Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg Pflicht⁴. Die stattgefundenen Untersuchungen und die Ergebnisse werden von den behandelnden Kinder- oder Hausärzten im U-Heft dokumentiert.

Versäumen die Eltern einen Untersuchungstermin, so sind sie verpflichtet, diesen nachholen zu lassen. Sofern das Kind für die nächstfolgende Untersuchung noch zu jung ist, so ist die letzte für die Altersstufe vorgesehene Untersuchung nachzuholen. Für Nachholuntersuchungen ist das Gesundheitsamt Ansprechpartner.

In diesem Abschnitt wird auf die Untersuchungen U6 bis U8 eingegangen.

Die U6 findet am 1. Geburtstag des Kindes statt, die U7 am 2., die U7a am 3. und die U8 am 4. Geburtstag.

Bei den U-Untersuchungen wird das Kind körperlich untersucht und die kindliche Entwicklung eingeschätzt. Da alle Kinder in der ESU mindestens 4 Jahre alt sind, sollten alle genannten U-Untersuchungen bis zur U8 durchgeführt worden sein.

Bei der ESU 2018 lag das U-Heft im Landkreis Rastatt bei 1.637 Kindern (92%) und in Baden-Baden bei 341 Kindern (90%) vor.

Die nachfolgenden Ergebnisse zu den Teilnehmeraten beziehen sich nur auf diejenigen Kinder, bei denen das U-Heft vorgelegt wurde (Tabelle 6).

ESU 2018 (Angaben in %)	U6	U7	U7a	U8
Landkreis Rastatt	95,8	95,1	93,0	91,0
Nördlicher Landkreis	97,5	96,7	95,7	93,9
Murgtal	93,5	93,2	93,2	90,8
Rastatt	94,8	95,7	93,9	90,3
Südlicher Landkreis	96,9	94,9	90,3	89,4
Baden-Baden	93,8	91,8	89,4	90,9
<i>Baden-Württemberg (ESU2017)</i>	<i>96,3</i>	<i>95,5</i>	<i>92,8</i>	<i>91,7</i>

Tabelle 6: Teilnahme an den U-Untersuchungen

Von der U6 bis zur U8 ist überwiegend ein Rückgang bei den Teilnehmeraten festzustellen. Grundsätzlich sind alle U-Untersuchungen wichtig. Mit zunehmendem Lebensalter der Kinder können jedoch die kindlichen Entwicklungsbereiche differenzierter beurteilt werden. Daher sollte ein Rückgang der Teilnehmeraten bei den U-Untersuchungen unbedingt vermieden werden.

Somit ist es folgerichtig, dass in der Elternberatung seitens des Gesundheitsamtes auf die Wichtigkeit der Inanspruchnahme der U-Untersuchungen hingewirkt wird.

⁴ § 1 Abs. 1 KiSchutzG (Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg)

Im regionalen Vergleich zeigt sich, dass die höchste Inanspruchnahme der Untersuchungen im nördlichen Landkreis erfolgt. Die größten Schwankungen zwischen den Raten zeigen sich im südlichen Landkreis (Abbildung 13).

Vor allem in Bezug auf die U7a und die U8 sind in allen Raumschaften Steigerungen der Teilnehmeraten wünschenswert.

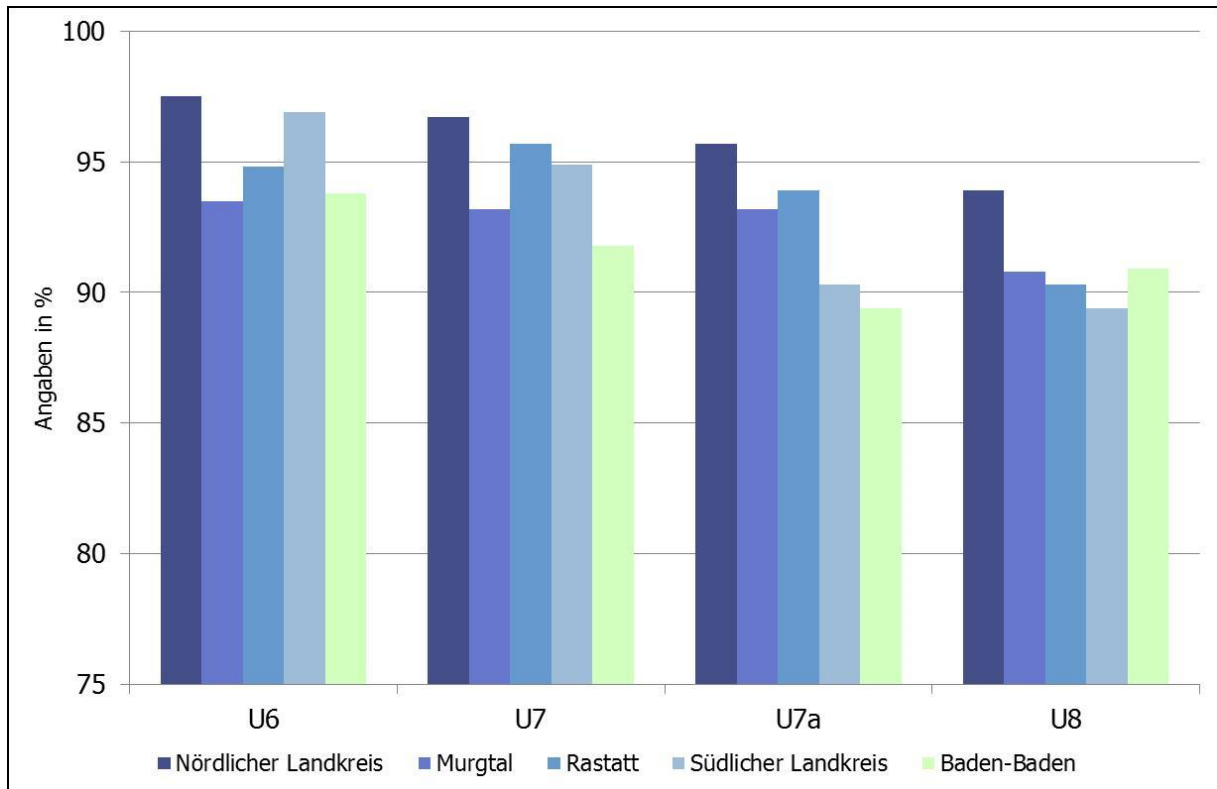


Abbildung 13: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U6 bis U8

5 Über- und Untergewicht in der ESU 2018

In der Screeninguntersuchung in Schritt 1 werden Gewicht und Größe der Kinder bestimmt. Dabei werden die Kinder in leichter Bekleidung und ohne Schuhe gewogen und gemessen.

Aus Größe und Gewicht wird der Body-Mass-Index (BMI) – Verhältnis des Körpergewichts zur Körpergröße im Quadrat – ermittelt. Die im Erwachsenenalter üblichen BMI-Grenzwerte für Untergewicht, Normalgewicht und Übergewicht sind für Kinder aufgrund der stetigen Veränderungen von Wachstum und Gewicht nicht geeignet.

Daher werden bei Kindern und Jugendlichen für die Definition von Unter- und Übergewicht alters- und geschlechtsabhängige Perzentilkurven verwendet. Diese Perzentilen wurden anhand von Gewichts- und Größendaten von rund 34.000 Kindern und Jugendlichen berechnet (Kromeyer-Hauschild, 2001⁵).

Untergewicht beginnt laut Kromeyer-Hauschild (2001) bei einem BMI-Wert unterhalb der 10. Perzentile. Dies bedeutet, dass 90% der in die Referenzuntersuchung einbezogenen Kinder höhere BMI-Werte als die als untergewichtig eingestuften Kinder hatten.

Ist ein Kind übergewichtig, so liegt sein BMI-Wert oberhalb der 90. Perzentile. Übergewicht schließt krankhaftes Übergewicht, die Adipositas (Fettleibigkeit), mit ein. Grund hierfür ist, dass Adipositas ab einem BMI-Wert oberhalb der 97. Perzentile definiert ist.

Übergewicht und Adipositas können die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinträchtigen. Neben Störungen im Fett- und Zuckerstoffwechsel können bei Adipositas laut AGA-Leitlinie⁶ vermehrt Herz-Kreislauf-Störungen, orthopädische Erkrankungen und ein erniedrigtes Selbstwertgefühl auftreten.

Für die Einschulungsuntersuchungen werden landesweit die Größen- und Gewichtsdaten der Kinder im Alter zwischen 51 und 68 Monaten (4,5- bis 5,5-Jährige) ausgewertet.

Im Landkreis Rastatt konnten somit 1.706 Kinder in die Berechnungen einbezogen werden. Davon sind 8% untergewichtig und 9% übergewichtig. In diese 9% sind die adipösen Kinder eingeschlossen (3% der 9%).

In Baden-Baden konnten die Daten von 373 Kindern ausgewertet werden. Bei 3% wurde Untergewicht festgestellt. Ebenfalls 9% der Kinder waren bei der ESU übergewichtig, davon entfällt 1% auf adipöse Kinder (Tabelle 7).

⁵ Kromeyer-Hauschild et al. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149 (8):807–818

⁶ Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA_S2_Leitlinie.pdf, letzter Zugriff: 14. Juni 2018

ESU 2018 (Angaben in %)	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht (inkl. Adipositas)	Adipositas
Landkreis Rastatt	7,8	83,4	8,8	3,4
Nördlicher Landkreis	7,6	84,4	8,0	2,4
Murgtal	5,9	84,6	9,5	3,9
Rastatt	7,0	80,6	12,4	6,5
Südlicher Landkreis	9,8	83,7	6,5	1,8
Baden-Baden	3,2	87,9	8,8	1,3
<i>Baden-Württemberg</i> (ESU 2017)	<i>7,0</i>	<i>85,1</i>	<i>7,9</i>	<i>2,8</i>

Tabelle 7: Unter-, Normal- und Übergewicht (inklusive Adipositas)

Bei der Differenzierung nach Geschlecht wird in beiden Kreisen deutlich, dass die Mädchen tendenziell häufiger unter- als auch übergewichtig sind.

Im südlichen Landkreis sind die Kinder auffallend häufiger untergewichtig. Des Weiteren sind die dortigen Kinder seltener übergewichtig.

In Rastatt zeigt sich kreisübergreifend der höchste Anteil an übergewichtigen Kindern. Ebenfalls auffällig ist, dass über die Hälfte der übergewichtigen Kinder in Rastatt krankhaft übergewichtig, d. h. adipös, ist (Abbildung 14).

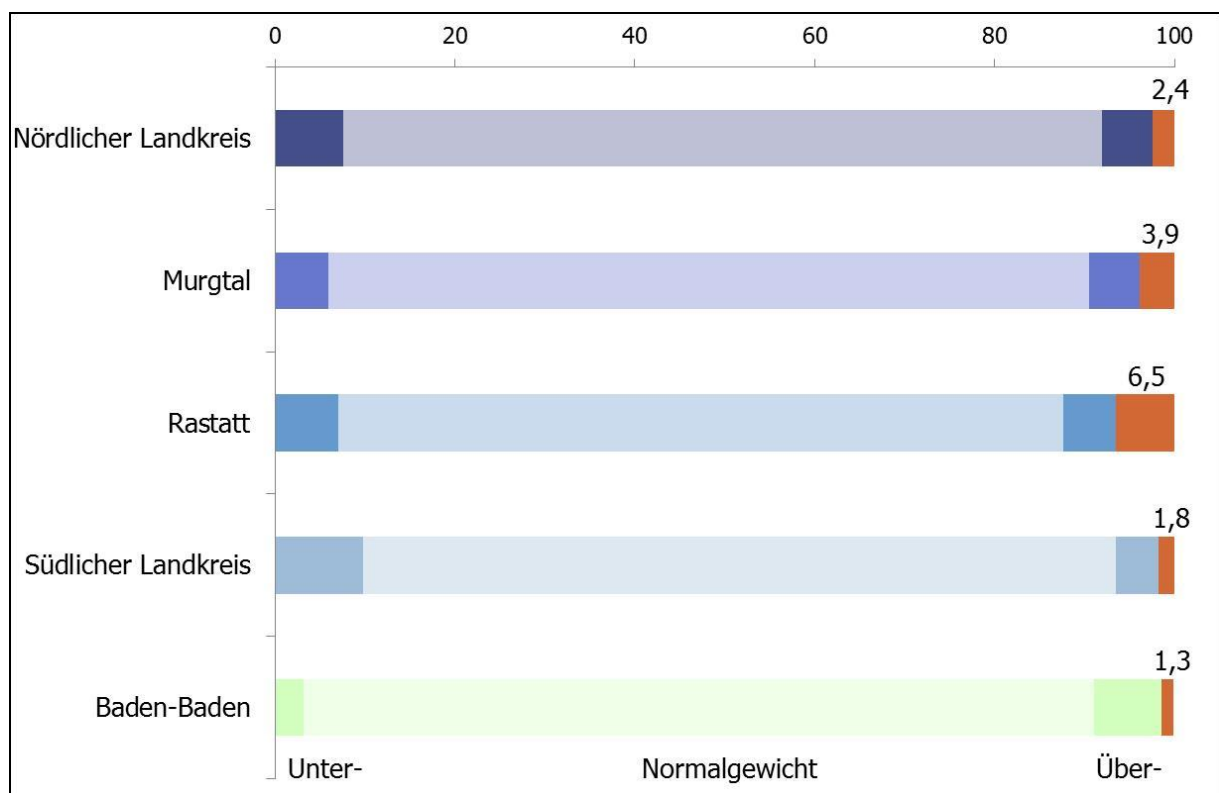


Abbildung 14: Verteilung von Unter-, Normal- und Übergewicht; krankhaftes Übergewicht (Adipositas) in orange-ner Farbe (Angaben in %)

6 Sehen und Hören in der Einschulungsuntersuchung

Die Arbeitsrichtlinien, welche der Einschulungsuntersuchung zugrunde liegen, regeln unter anderem präzise die Durchführung der Seh- und Hörtests. Beide Verfahren werden standardisiert nur mit zur Untersuchung zugelassenen Geräten durchgeführt und ausgewertet. Diese Standards werden landesweit mit dem Landesarzt für Sehbehinderte und Blinde, Herrn Prof. Klaus Rohrschneider, und dem Landesarzt für Hör- und Sprachbehinderte, Herrn Andreas Seimer, erstellt.

6.1 Sehtest in der ESU

Beim Sehtest sollen Einschränkungen der Sehschärfe (Visus) ausgeschlossen bzw. Hinweise auf Brechungsfehler erkannt werden. Dabei erfolgt die Fernvisusbestimmung mit Sehzeichen unterschiedlicher Größe, die in einem Einsichtgerät dargeboten werden (Abbildung 15). Ein Visus von 0,7 oder geringer gilt laut Arbeitsrichtlinien als kontrollbedürftiger Befund.



Abbildung 15: Fernvisusbestimmung mit Sehzeichen in der Einschulungsuntersuchung (VISTEC, mit freundlicher Genehmigung)

Ein Visus von 0,7 bedeutet, dass beispielsweise 0,4 Millimeter große Details in einem Abstand von einem Meter noch erkannt werden, bei einem Visus 1,0 müssten solche Details lediglich 0,29 mm groß sein.

In größeren Dimensionen – ein anderes Beispiel: 2 Münzen, die jeweils 2 Zentimeter groß sind, können mit einem Visus von 0,7 aus 50 Metern Entfernung noch als 2 Gegenstände wahrgenommen werden. Bei einem höheren Visus von 1,0 dürften diese Münzen kleiner sein – 1,5 Zentimeter reichen, um unter den gleichen Bedingungen diese Münzen als 2 Gegenstände erkennen zu können.

Im Landkreis Rastatt konnte bei 1.688 Kindern der Sehtest durchgeführt werden, in Baden-Baden können aufgrund verfahrensbedingter Schwierigkeiten lediglich 234 Kinder in die Auswertung einbezogen werden. Die Kennzeichnung in den jeweiligen Tabellen erfolgt mit einem Sternchen (*).

Nun interessiert der Anteil an Kindern, bei denen ein kontrollbedürftiger Befund, d. h. ein Visus von 0,7 oder geringer, festgestellt wurde. Für die Auswertung gilt, dass ein „Fernvisus 0,7 oder geringer“ definiert ist, wenn ein Visuswert von 0,7 oder geringer bei beiden Augen oder nur bei einem Auge festgestellt wurde (Tabelle 8).

ESU 2018 (Angaben in %)	Fernvisus 0,7 oder geringer
Landkreis Rastatt	21,3
Nördlicher Landkreis	11,8
Murgtal	16,4
Rastatt	37,4
Südlicher Landkreis	21,2
Baden-Baden*	32,1

Tabelle 8: Kontrollbedürftige Fernvisuswerte

Somit wird für den gesamten Landkreis Rastatt deutlich, dass gut 1/5 der Kinder einen kontrollbedürftigen Fernvisusbefund hatten, wobei deutliche Unterschiede zwischen den Raumschaften erkennbar werden.

In Baden-Baden beläuft sich dieser Anteil auf rund 1/3.

Eine Kontrolle dieser Befunde sollte bei den behandelnden Haus- oder Kinderärzten erfolgen.

Des Weiteren werden in der ESU eine mögliche Übersichtigkeit, das räumliche Sehen sowie das Farbsehen geprüft.

In der Gesamtbewertung des Sehens werden alle Ergebnisse, d. h. sowohl der Sehtest mit dem Einsichtgerät, die Prüfung auf Übersichtigkeit als auch das räumliche Sehen, berücksichtigt. Zu beachten ist, dass das Farbsehen nicht in die Gesamtbewertung einfließt, da bislang in der Augenheilkunde bei Farbsehproblemen keine Behandlungsmöglichkeit existiert.

Die Gesamtbewertung des Sehens durch die Schulärzte konnte im Landkreis Rastatt bei 1.685 Kindern durchgeführt werden. Rund 80% der Kinder haben einen altersentsprechenden Befund.

In Baden-Baden konnten 235 Kinder einbezogen werden, davon haben rund 2/3 einen altersentsprechenden Befund (Tabelle 9).

ESU 2018 (Angaben in %)	Sehen altersentsprechend
Landkreis Rastatt	77,9
Nördlicher Landkreis	86,2
Murgtal	82,6
Rastatt	63,0
Südlicher Landkreis	78,0
Baden-Baden*	66,8
<i>Baden-Württemberg (ESU 2017)</i>	<i>56,2</i>

Tabelle 9: Altersentsprechende Gesamtbewertung des Sehens

Wird nach Geschlecht getrennt, so haben im Landkreis Rastatt 80% der Jungen und 76% der Mädchen altersentsprechende Sehbefunde.

In Baden-Baden liegen diese Zahlen bei 71% der Jungen und 62% der Mädchen.

6.2 Hörtest in der ESU

Der Hörtest in der Einschulungsuntersuchung wird für das linke und das rechte Ohr getrennt mit einer computergestützten Reintonaudiometrie unter Verwendung eines geschlossenen Kopfhörers durchgeführt (Abbildung 16).

Dabei bietet die sozialmedizinische Assistentin dem Kind für jedes Ohr 5 unterschiedlich hohe Prüftöne an.

Ziel ist, dass diejenige Lautstärke gefunden wird, bei dem das Kind den gesuchten Ton ganz leise hören kann.



Abbildung 16: Computergestützte Hörtestung in der Einschulungsuntersuchung (MAICO, mit freundlicher Genehmigung)

Unauffällig ist eine Hörschwelle bei 20 Dezibel (dB), dies entspricht ungefähr Flüsterlautstärke⁷. Flüsterlautstärke ist zwar leise – doch für das Lernen von Sprache bzw. die Unterscheidung von Lauten, insbesondere von Zischlauten, ist ein ausreichendes Hörvermögen in diesem Bereich von Bedeutung.

In der ESU muss aufgrund der teilweise erschwerten Untersuchungsbedingungen in den Kitas die Definition eines altersentsprechenden Befundes weiter gefasst werden. Daher gilt: wird 1 von 10 Prüftönen erst bei 30 dB gehört und die restlichen bei 20 dB, so ist dies ebenfalls als altersentsprechender Befund zu werten.

⁷ 20 dB entspricht in etwa laut der Deutschen Gesellschaft für Akustik- Arbeitsring Lärm, dem Flüstern, vgl. auch http://www.ald-laerm.de/fileadmin/ald-laerm.de/Publikationen/Druckschriften/Broschuere_TgL2011.pdf, letzter Zugriff: 14. Juni 2018

Werden weitere Prüftöne erst bei 30 dB oder einer Lautstärke größer als 30 dB gehört, so liegt ein kontrollbedürftiger Befund vor. Diese Kontrolle sollte bei den behandelnden Haus- oder Kinderärzten erfolgen.

Sollten beispielsweise Lärm oder ein akuter Infekt das Ergebnis möglicherweise verfälscht haben können, so wird dies im Befundbericht zur ESU separat vermerkt.

Ein vollständiger Hörtest unter idealen Bedingungen konnte im Landkreis Rastatt bei 1.611 Kindern und in Baden-Baden bei 332 Kindern durchgeführt werden.

Ideale Bedingungen bedeutet, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung ein Kind nicht an einem akuten Infekt litt, keine Hörschädigungen bekannt waren und der Test in einer ruhigen Umgebung durchgeführt werden konnte.

Wie viele dieser unter idealen Bedingungen untersuchten Kinder haben dennoch einen kontrollbedürftigen Hörtest? (Tabelle 10)

ESU 2018 (Angaben in %)	Kontrollbedürftiger Hörtest trotz idealer Bedingungen
Landkreis Rastatt	7,1
Nördlicher Landkreis	3,2
Murgtal	8,0
Rastatt	12,4
Südlicher Landkreis	6,1
Baden-Baden	12,7
<i>Baden-Württemberg (ESU 2017)</i>	<i>20,8</i>

Tabelle 10: Kontrollbedürftiger Hörtest trotz idealer Bedingungen

Auch wenn keine Idealbedingungen vorliegen, wird in der Regel ein Hörtest in der Einschulungsuntersuchung durchgeführt.

Insgesamt konnte somit im Landkreis Rastatt ein Hörtest bei 1.693 Kindern durchgeführt und befundet werden. Rund 9 von 10 Kindern weisen einen altersentsprechenden Befund auf.

In Baden-Baden war die Durchführung und Befundung des Hörens bei insgesamt 358 Kindern möglich. Davon haben rund 80% der Kinder ebenfalls einen altersentsprechenden Befund (Tabelle 11).

ESU 2018 (Angaben in %)	Hören altersentsprechend
Landkreis Rastatt	89,9
Nördlicher Landkreis	96,5
Murgtal	89,5
Rastatt	82,1
Südlicher Landkreis	90,5
Baden-Baden	79,9
<i>Baden-Württemberg (ESU 2017)</i>	<i>71,8</i>

Tabelle 11: Altersentsprechende Gesamtbewertung des Hörens

Wird nach Geschlecht getrennt, so sind im Landkreis Rastatt bei tendenziell mehr Jungen (91%) als Mädchen (89%) altersentsprechende Hörbefunde festzustellen, in Baden-Baden zeigt sich mit 81% der Jungen zu 79% der Mädchen ein identisches Muster.

Werden nun die Sinnesmodalitäten Sehen und Hören miteinander verglichen, so zeigt sich, dass das Hören im Landkreis Rastatt, in Baden-Baden und sogar landesweit häufiger mit altersentsprechend befundet wird als das Sehen (Abbildung 17).

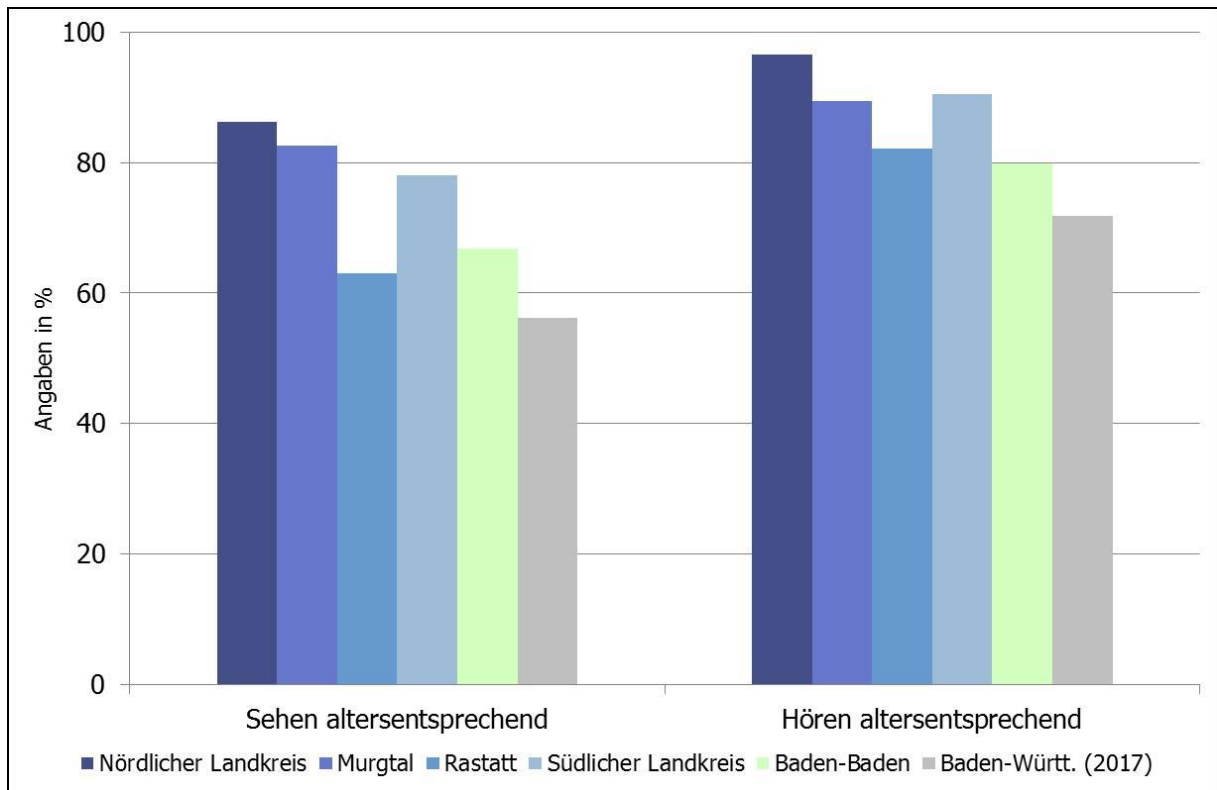


Abbildung 17: Anteile der Kinder mit altersentsprechendem Sehen und Hören

7 Körpermotorik und Auge-Hand-Koordination

Auf den nachfolgenden Seiten werden die Ergebnisse zur Prüfung der Körpermotorik und zur Erfassung der Auge-Hand-Koordination berichtet.

7.1 Einbeinhüpfen

Die Körpermotorik bzw. die Koordination wird in der ESU über das Einbeinhüpfen erfasst. Im Screening wird gezählt, wie viele Hüpfen vorwärts ein Kind je Bein schafft. Dabei gibt es altersabhängige Grenzwerte, ab wann das Einbeinhüpfen als auffällig eingestuft wird.

Im Landkreis Rastatt konnte bei 1.647 Kindern das Einbeinhüpfen durchgeführt werden. Gut jedes 5. Kind hatte Schwierigkeiten beim Einbeinhüpfen. Unterschiede zwischen den Raumschaften sind festzustellen und die Raten reichen von 15% bis 32% an auffälligen Kindern.

In Baden-Baden waren es 369 Kinder, mit denen das Einbeinhüpfen durchgeführt werden konnte. Hier hatte knapp jedes 5. Kind Schwierigkeiten, die erforderliche Zahl an Hüpfen zu schaffen (Tabelle 12).

ESU 2018 (Angaben in %)	Einbeinhüpfen auffällig
Landkreis Rastatt	20,5
Nördlicher Landkreis	16,2
Murgtal	15,2
Rastatt	31,6
Südlicher Landkreis	19,8
Baden-Baden	19,2
<i>Baden-Württemberg (ESU 2017)</i>	<i>25,0</i>

Tabelle 12: Auffälliges Einbeinhüpfen

Zwischen den Geschlechtern gibt es Unterschiede.

Im Landkreis Rastatt erreichten 26% der Jungen und lediglich 15% der Mädchen den Schwellenwert für unauffälliges Hüpfen nicht.

In Baden-Baden sieht die Lage ähnlich aus: 25% der Jungen und nur 13% der Mädchen zeigten ein auffälliges Einbeinhüpfen.

Die nachfolgende Gesamtbewertung der Körpermotorik berücksichtigt noch, ob das Hüpfen angestrengt oder unsicher wirkte. Diese qualitative Bewertung nimmt ebenfalls Einfluss auf die Gesamtbewertung und auf die etwaige Empfehlung eines Förderbedarfs.

Eine Förderung bei Defiziten in der Körpermotorik ist laut Gutachten zur Evaluation der Einschulungsuntersuchung in der Kita gut möglich⁸.

Daher ist die Identifikation von Kindern mit nicht altersgemäßen Leistungen sinnvoll und bei Einwilligung der Eltern kann ein Austausch mit den Erzieherinnen und Erziehern in den Kitas zur weiteren Förderung hilfreich sein.

Im Landkreis Rastatt konnte bei 1.643 Kindern eine Gesamtbewertung der Körpermotorik durchgeführt werden. Bei 8 von 10 Kindern wurde eine altersgerechte Entwicklung der Körpermotorik festgestellt, bei rund 18 % der Kinder wurde die Förderung in der Kita/häuslich empfohlen. Bei rund 1% waren die Auffälligkeiten derart gravierend, dass ein intensiver Förderbedarf oder gar eine Kontrolle bei den behandelnden Haus- oder Kinderärzten empfohlen werden musste.

In Baden-Baden konnte diese Gesamtbewertung bei 369 Kindern durchgeführt werden. Ebenfalls bei 8 von 10 Kindern war die Körpermotorik altersentsprechend. Bei den restlichen Kindern wurde überwiegend die Förderung in der Kita/häuslich empfohlen. Nur in Einzelfällen musste ein intensiver Förderbedarf bzw. eine Kontrolle bei den behandelnden Haus- oder Kinderärzten empfohlen werden (Tabelle 13 und Abbildung 18).

ESU 2018 (Angaben in %)	Förderung in der Kita/ häuslich	Körpermotorik altersentsprechend
Landkreis Rastatt	17,5	80,8
Nördlicher Landkreis	11,4	86,7
Murgtal	13,2	85,0
Rastatt	30,2	68,9
Südlicher Landkreis	16,4	81,3
Baden-Baden	19,2	80,5
<i>Baden-Württemberg (ESU 2017)</i>	<i>22,4</i>	<i>74,3</i>

Tabelle 13: Gesamtbewertung der Körpermotorik⁹

⁸ vgl.: https://www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/Abschlussbericht_ESU/2017_EV_ESU_Abschlussbericht.pdf, letzter Zugriff am 14. Juni 2018

⁹ Die weitere Förderkategorie „intensiver Förderbedarf“ sowie die kontrollbedürftigen Befunde liegen im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden jeweils um bzw. unter 1% und werden daher nicht dargestellt.

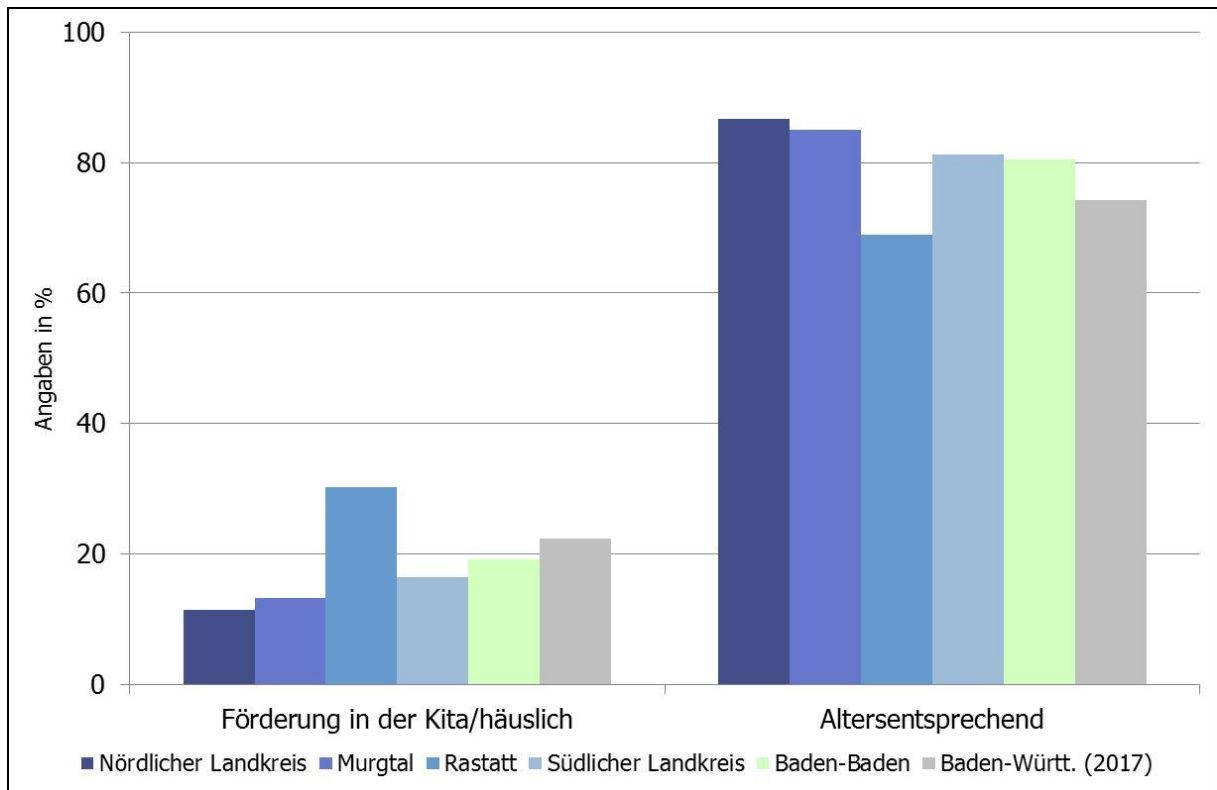


Abbildung 18: Gesamtbewertung der Körpermotorik

7.2 Visuomotorik – Auge-Hand-Koordination

Visuomotorik bedeutet das Zusammenspiel von visueller Wahrnehmung und Bewegungsapparat.



Abbildung 19: Giraffe und optische Differenzierungsprobe eines 5-jährigen Mädchens (5 Jahre, 1 Monat)

Ein Teil der Visuomotorik ist die Auge-Hand-Koordination, die in der Einschulungsuntersuchung durch Abzeichnen von Zeichen anhand einer Papiervorlage geprüft wird (Abbildung 19). Hierzu wird die optische Differenzierungsprobe nach Breuer/Weuffen¹⁰ angewandt.

Helmut Breuer und Maria Weuffen entwickelten Aufgabenstellungen, die sich für 4- und 5-Jährige unterscheiden und vom Schwierigkeitsgrad her aufsteigend sind. 4-Jährige sollten 4 verschiedene Zeichen abzeichnen können, 5-Jährige hingegen 5 verschiedene.

Sind insgesamt 1 oder 2 Zeichen auffällig, so wird von einer visuomotorischen Schwäche ausgegangen.

Bei 3 oder mehr auffälligen Zeichen kann laut Breuer/Weuffen der Hinweis auf eine visuomotorische Störung bestehen. Die Autoren sprechen in diesem Fall von einer massiven optisch-graphomotorischen Differenzierungsschwäche¹¹.

¹⁰ Breuer H, Weuffen M (2004): Lernschwierigkeiten am Schulanfang. Lautsprachliche Lernvoraussetzungen und Schulerfolg. Weinheim und Basel: Beltz

¹¹ ebd., S. 62 und S. 76



Abbildung 20: 2 Beispiele für optische Differenzierungsproben gleichaltriger Mädchen aus der ESU 2018

Im Landkreis Rastatt konnte bei 1.764 Kindern die Differenzierungsprobe nach Breuer/Weuffen durchgeführt und befundet werden.

In Baden-Baden war die Durchführung und Befundung der Differenzierungsprobe bei 376 Kindern möglich.

Die Anteile der Kinder mit einer visuomotorischen Störung sind in Tabelle 14 aufgeführt. Hinweise auf eine visuomotorische Störung liegen dann vor, wenn 3 oder mehr Zeichen fehlerhaft abgezeichnet wurden. Breuer/Weuffen gehen davon aus, dass das Beherrschen dieser verschiedenen Formen eine Grundlage für das erfolgreiche Lernen von Lesen und Schreiben darstellt.

ESU 2018 (Angaben in %)	Visuomotorische Störung
Landkreis Rastatt	7,9
Nördlicher Landkreis	3,6
Murgtal	9,6
Rastatt	16,7
Südlicher Landkreis	4,1
Baden-Baden	9,6
<i>Baden-Württemberg (ESU 2017)</i>	<i>8,9</i>

Tabelle 14: Visuomotorische Störung gemäß Differenzierungsprobe Breuer/Weuffen

Wird nun nach Geschlecht differenziert, so zeigt sich Folgendes: Jungen (11%) sind im Landkreis Rastatt mehr als doppelt so häufig von einer visuomotorischen Störung betroffen wie Mädchen (5%).

In Baden-Baden zeigen die Jungen (13%) fast 2,5-mal so häufig Anzeichen für eine visuomotorische Störung wie Mädchen (5%).

Zeigen sich Auffälligkeiten bei der Differenzierungsprobe, so sind meist Schwierigkeiten bei Richtung der Linienführung, der Lage der Zeichen auf dem Papier und der Vollständigkeit der abgemalten Zeichen zu erkennen.

Demzufolge sind die Genauigkeit der visuellen Wahrnehmung und die feinmotorischen Fähigkeiten häufig eingeschränkt. Breuer/Weuffen betonen, dass gerade Bauen, Basteln, Malen und Zeichnen in den Kitas Grundsteine für die Entwicklung guter visuomotorischer Fähigkeiten bilden, die elementar für einen späteren Schulerfolg sind.

Im Landkreis Rastatt erfolgte eine Gesamtbewertung der Visuomotorik bei 1.774 Kindern. Gut 80% der Kinder wurden als altersentsprechend befundet. Bei 15% wurde die Förderung in der Kita/häuslich und bei 4% der Kinder eine intensive Förderung als sinnvoll erachtet.

In Baden-Baden wurde eine Gesamtbewertung bei 379 Kindern vorgenommen. Dabei war die Visuomotorik bei 87% der Kinder altersentsprechend. Für 10% der Kinder ist eine Förderung in der Kita/häuslich und für 3% eine intensive Förderung empfohlen worden (Tabelle 15 und Abbildung 21).

ESU 2018 (Angaben in %)	Förderung in der Kita/häuslich	Intensiver Förderbedarf	Visuomotorik altersentsprechend
Landkreis Rastatt	15,4	3,6	80,9
Nördlicher Landkreis	15,0	2,4	82,6
Murgtal	16,8	5,5	77,2
Rastatt	16,6	4,8	78,9
Südlicher Landkreis	14,0	2,4	83,5
Baden-Baden	9,8	3,2	86,8
<i>Baden-Württemberg (ESU 2017)</i>	<i>19,3</i>	<i>4,4</i>	<i>73,3</i>

Tabelle 15: Gesamtbewertung der Visuomotorik

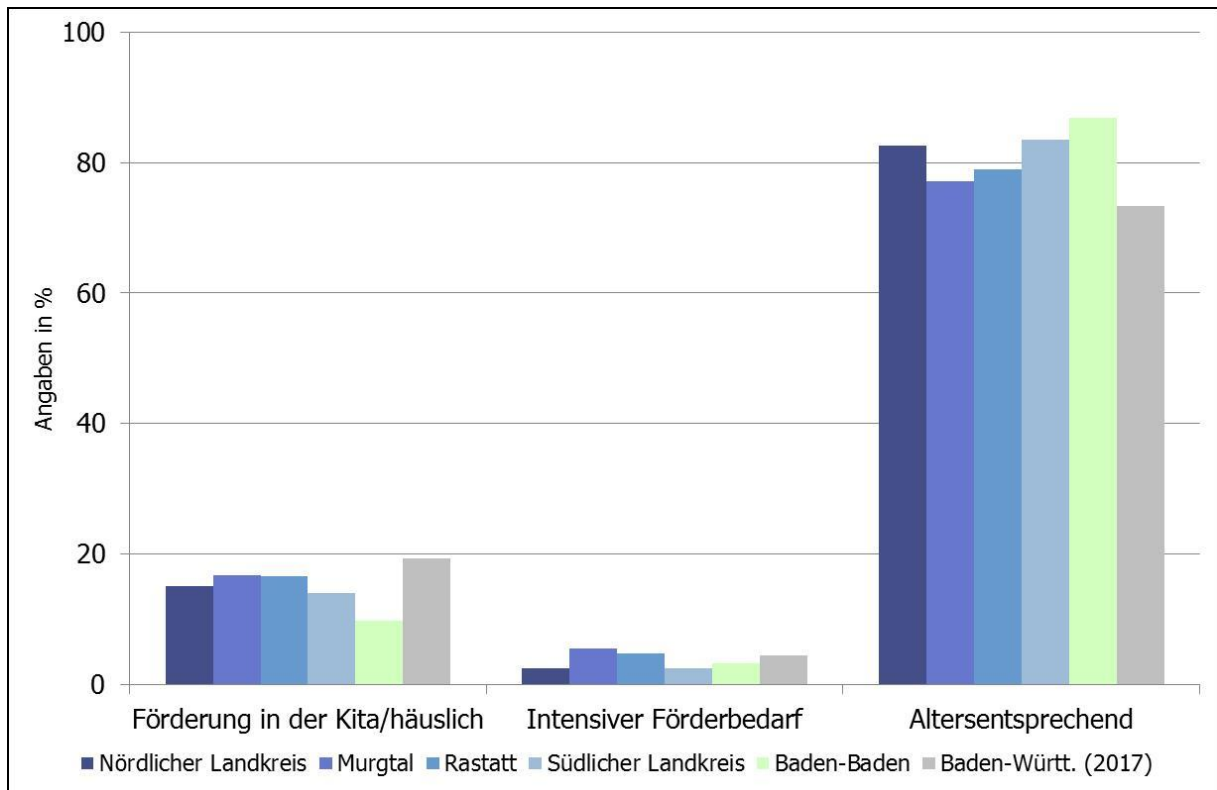


Abbildung 21: Gesamtbewertung der Visuomotorik

8 Wie untersucht das Gesundheitsamt die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder?

Bei der Schritt 1-Untersuchung wird die **spontane Sprache** des Kindes beobachtet und auf das Beherrschen von Satzbau sowie den Einsatz von korrekten Artikeln, Verb- und Pluralformen sowie Präpositionen geachtet.

Es wird erfragt, welche Sprache das Kind zuerst erlernt hat, welche Sprachen in der Familie gesprochen werden und ob eventuell bereits eine sprachtherapeutische Behandlung stattgefunden hat.

Ob ein Kind die **richtige Aussprache** beherrscht, wird anhand eines Lautprüfbogens geprüft. Hierbei kann orientierend erfasst werden, ob einzelne oder mehrere Laute falsch gesprochen, ausgelassen oder ersetzt werden.

Alle Kinder werden mit dem Sprachscreening **HASE (Heidelberger Auditives Sprachscreening in der Einschulungsuntersuchung)** untersucht. Dieses Screening bietet die Möglichkeit, Kinder mit einem Risiko für Spracherwerbs- und spätere Schriftspracherwerbsschwierigkeiten zu erkennen.

Für den Spracherwerb ist neben anderen grundlegenden Faktoren ein funktionierendes Arbeits- oder Kurzzeitgedächtnis Voraussetzung. Das kurzzeitige Behalten von Lauten und Wörtern und deren Wiedererkennung bahnen das Sprechen und später auch die Schriftsprache. In der Fachliteratur wird diese Funktion *auditives*, also auf das Gehör bezogenes, Arbeitsgedächtnis bezeichnet. Dieses Arbeitsgedächtnis wird in 2 der 3 Aufgabenbereiche von HASE ausdrücklich geprüft – dem „Wiedergeben von Zahlenfolgen“ sowie dem „Nachsprechen von Kunstwörtern“.

Begonnen wird in HASE mit dem „Nachsprechen von Sätzen“, wobei Sätze mit steigendem Schwierigkeitsgrad nachgesprochen werden sollen. Neben dem Sprachverstehen und dem Sprechen werden die Merkfähigkeit sowie grammatische Fähigkeiten der Kinder erfasst.

Der 2. Aufgabenbereich, das „Wiedergeben von Zahlenfolgen“ prüft das auditive Arbeitsgedächtnis hinsichtlich seiner Kapazität.

Beim „Nachsprechen von Kunstwörtern“ hören die Kinder Wortneubildungen, die gut auszusprechen sind, aber keinen Sinn ergeben. Hierbei wird die Verarbeitungsgenauigkeit des auditiven Arbeitsgedächtnisses erfasst.

Für alle Aufgabenbereiche in HASE gibt es altersabhängige Werte, die erreicht werden müssen, damit das Screeningergebnis als unauffällig gilt.

Sind auffällige Ergebnisse festzustellen, so wird anhand eines Ablaufschemas geprüft, ob eine Sprachstandsdiagnostik mit einem Sprachtest, dem Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (**SETK 3-5**¹²), erforderlich ist.

Der SETK 3-5 wird als ergänzende ärztliche Untersuchung in einem weiteren Termin im Gesundheitsamt durchgeführt. In diesem Test sind 5 Untertests enthalten. Diese Untertests prüfen neben Sprachverstehen, Sprachproduktion und auditivem Arbeitsgedächtnis auch die grammatischen Fähigkeiten des Kindes. Für diese Untertests gibt es ebenfalls altersabhängige Normwerte. Anhand derer kann festgestellt werden, welchen Sprachstand das untersuchte Kind im Vergleich zu altersgleichen Kindern erreicht hat.

¹² Grimm H (2015). SETK 3-5. Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (3;0-5;11 Jahre) 3. überarbeitete und neu normierte Auflage. Göttingen: Hogrefe

Intensiven Sprachförderbedarf stellen die Schulärzte dann fest, wenn in mindestens einem Bereich des SETK 3-5 das Ergebnis deutlich unterdurchschnittlich für das Alter des Kindes ist. Des Weiteren kann bei Kindern, die erst seit kurzem Kontakt mit der deutschen Sprache haben, ein intensiver Sprachförderbedarf ohne Durchführung eines SETK 3-5 festgestellt werden. Das Gleiche gilt für mehrsprachige Kinder, die in HASE nur im Nachsprechen von Sätzen auffällig sind.

Nur mit Einwilligung der Sorgeberechtigten wird die Information über einen festgestellten intensiven Sprachförderbedarf vom Gesundheitsamt an die Kitas weitergegeben.

Mit dieser Information können die Träger der Kitas Fördermittel des Landes Baden-Württemberg für SPATZ (Sprachförderung in allen Tageseinrichtungen für Kinder mit Zusatzbedarf) beantragen.

Laut SPATZ-Richtlinie vom Juli 2015 können bei einem intensiven Sprachförderbedarf die Fördermaßnahmen bei den Kindern bereits im Alter von 2 Jahren beginnen.

SPATZ hat mit der „Intensiven Sprachförderung im Kindergarten (ISK)“ und „Singen-Bewegen-Sprechen (SBS)“ grundsätzlich 2 Förderwege. Weiterführende Informationen zu SPATZ sind unter <http://www.kindergaerten-bw.de/SPATZ> zu finden.

9 Ergebnisse der Sprachstandsdiagnostik

Die Ergebnisse der Sprachstandsdiagnostik setzen sich aus mehreren Teilen zusammen und werden nachfolgend dargestellt.

9.1 Familiensprachen der Kinder

Das Gesundheitsamt fragt bei den Sorgeberechtigten an, welche Familiensprache(n) mit den Kindern in den ersten 3 Lebensjahren gesprochen wurde. In der Untersuchungssoftware besteht dabei die Möglichkeit, 2 verschiedene Sprachen zu dokumentieren.

Im Landkreis Rastatt wurden neben Deutsch 41 weitere Familiensprachen erfasst. Die nach Deutsch am häufigsten gesprochene Sprache ist Russisch. Dabei werden als Familiensprachen Deutsch und Russisch, aber auch ausschließlich Russisch von den Sorgeberechtigten angegeben.

In Baden-Baden wurden neben Deutsch 30 weitere Familiensprachen gezählt. Auch in Baden-Baden ist die nach Deutsch am häufigsten gesprochene Sprache Russisch.

Sofern eine Auswertung nach Familiensprache erfolgt, werden die Kinder nach nur Deutsch sprechend und mehrsprachig unterschieden. Mehrsprachig bedeutet, dass die Kinder entweder andere Familiensprachen oder Deutsch und weitere Familiensprachen zu Hause sprechen.

Bei der Differenzierung nach Kreisen und Raumschaften zeigen sich folgende Ergebnisse (Tabelle 16):

ESU 2018 (Angaben in %)	Nur Deutsch	Mehrsprachig	Keine Angabe
Landkreis Rastatt	62,6	32,3	5,1
Nördlicher Landkreis	72,9	21,5	5,6
Murgtal	67,7	29,1	3,3
Rastatt	40,4	53,2	6,4
Südlicher Landkreis	66,2	28,7	5,6
Baden-Baden	53,4	42,1	4,5

Tabelle 16: Kategorisierung der Familiensprachen

Zu erwarten war, dass sich der Anteil der nur Deutsch sprechenden Kinder und der mehrsprachigen Kinder nach Raumschaften unterscheidet. Grundsätzlich stellen die Angaben zur Familiensprache eine erste Orientierung hinsichtlich eines Migrationshintergrundes von Kindern dar.

Es ist dem Gesundheitsamt bislang nicht möglich, anhand den Kriterien der KiGGS-Studie¹³ (Studie zu Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) den Migrationshintergrund eines untersuchten Kindes festzustellen.

¹³ Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 50: 590-599

Hierfür sind Informationen wie das Geburtsland des Kindes und seiner Eltern sowie Angaben zur Staatsangehörigkeit bzw. den Staatsangehörigkeiten erforderlich. Diese Angaben sind zum Teil freiwillige Angaben der Sorgeberechtigten oder werden bislang nicht erhoben.

Im Hinblick auf die spätere Einschulung eines Kindes halten wir jedoch das Wissen über die Familiensprachen der Kinder für wesentlich. Die Sprachfähigkeiten eines Kindes dürften einer der wesentlichen Faktoren sein, mit dem ein Migrationshintergrund einen gelingenden Schulstart beeinflusst.

9.2 Mehrsprachige Kinder im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden

Bereits in den Vorjahresberichten zu den Einschulungsuntersuchungen wurde der zeitliche Verlauf der Anteile mehrsprachiger Kinder in den Städten und Gemeinden erfasst. Daher wird diese Entwicklung auch im vorliegenden Bericht aufgezeigt.

In der ESU 2018 schwanken die Raten von rund 34% bis rund 53% zwischen den Großen Kreisstädten und Baden-Baden. In den übrigen Städten und Gemeinden des Landkreises ist ein Anteil von rund 24% an mehrsprachigen Kindern zu verzeichnen (Abbildung 22).

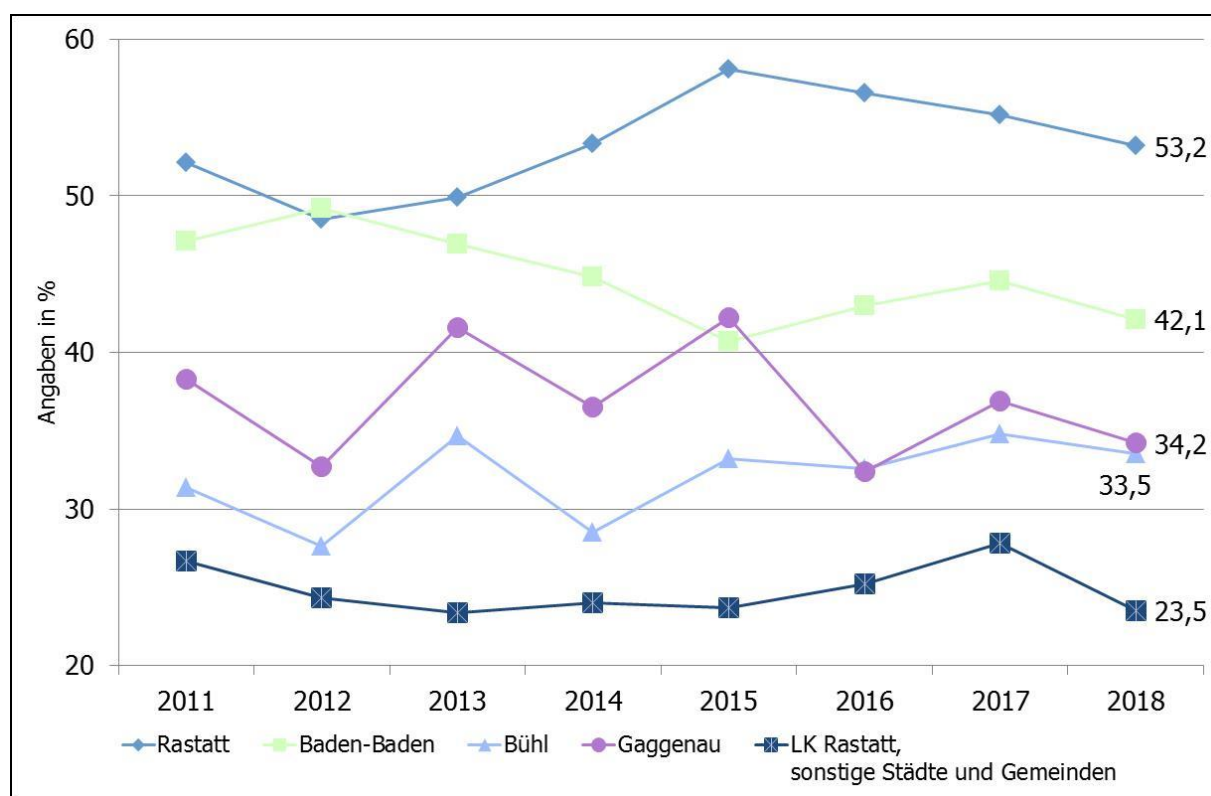


Abbildung 22: Entwicklung der Anteile von mehrsprachigen Kindern in der ESU von 2011-2018

9.3 Aussprache der Kinder – Orientierende Erfassung anhand des Lautprüfbogens

Der Lautprüfbogen ist eine Vorlage mit Farbbildern, die das Kind benennen soll. Die Bilder enthalten die zu prüfenden Laute und diese sind meist am Wortanfang zu finden.

Neben Einzellauten werden auch im Deutschen typische Lautverbindungen, wie z. B. /kn/ und /st/ geprüft.

Da die Entwicklung der Aussprache bzw. der Lauterwerb stark altersabhängig sind, wird an dieser Stelle nach 4- und 5-Jährigen differenziert.

Im Landkreis Rastatt konnte insgesamt bei 1.741 Kindern die Aussprache geprüft werden, davon bei 755 4-Jährigen und bei 986 5-Jährigen. Knapp 2/3 aller 4-Jährigen und über 70% der 5-Jährigen sprechen alle geprüften Laute korrekt aus.

In Baden-Baden wurde die Ausspracheprüfung bei 375 Kindern durchgeführt. Davon waren 175 Kinder 4 Jahre und 200 Kinder 5 Jahre alt. Bei den 4-Jährigen liegt die Quote für eine korrekte Aussprache der geprüften Laute unter 50%, bei den 5-Jährigen knapp darüber (Tabelle 17).

ESU 2018 (Angaben in %)	4-Jährige: Alle Laute korrekt	5-Jährige: Alle Laute korrekt
Landkreis Rastatt	64,4	71,9
Nördlicher Landkreis	76,0	83,2
Murgtal	70,2	67,6
Rastatt	49,4	58,7
Südlicher Landkreis	62,3	73,6
Baden-Baden	46,3	52,5

Tabelle 17: Korrekte Aussprache, differenziert nach 4- und 5-Jährigen

Tendenziell haben, sowohl bei den 4- als auch den 5-Jährigen, Mädchen etwas häufiger eine fehlerfreie Aussprache als Jungen.

Wird nun analysiert, welche Laute am häufigsten noch falsch sind, so zeigt sich folgendes Bild: Die Zischlaute /sch/ und /s/ sind am häufigsten in beiden Altersgruppen noch fehlerhaft. Bei den 4-Jährigen wird die fehlerhafte Aussprache des /s/, ein Sigmatismus bzw. Lispeln, noch als altersentsprechend bewertet.

Je nach Alter der Kinder geben die Arbeitsrichtlinien der ESU vor, dass bei fehlerhaften Lauten eine häusliche Förderung und/oder eine Kontrolle bei den behandelnden Kinder- oder Hausärzten erfolgen sollen.

Für die häusliche Förderung erhalten die Sorgeberechtigten Anregungen und Tipps in der Beratung als auch über den Elternratgeber, den jedes Kind bei der Einschulungsuntersuchung erhält.

Ein kontrollbedürftiger Befund bedeutet explizit keine Therapiebedürftigkeit. Jedoch sollte in den ärztlichen Verlaufskontrollen ein besonderes Augenmerk auf die weitere Ausspracheentwicklung betroffener Kinder gelegt werden.

9.4 Das Sprachscreening HASE (Heidelberger Auditives Sprachscreening in der Einschulungsuntersuchung)

HASE besteht aus den 3 Prüfbereichen „Nachsprechen von Sätzen“, „Wiedergeben von Zahlenfolgen“ und „Nachsprechen von Kunstwörtern“. Damit die Aufgabenstellung für das Kind ersichtlich wird, werden vorab Übungsbeispiele durchgeführt. Die tatsächlichen Nachsprechaufgaben werden dem Kind dann standardisiert über CD angeboten.

Im Landkreis Rastatt konnten bei 1.699 Kindern alle Prüfbereiche des Sprachscreenings durchgeführt werden, in Baden-Baden bei 366 Kindern.

Der Anteil an unauffälligen Screenings, d. h. altersentsprechende Leistungen in allen drei Prüfbereichen, beträgt im Landkreis Rastatt 73% und in Baden-Baden 65%.

Erwartungsgemäß deutliche Unterschiede zeigen sich bei der Differenzierung nach Familiensprachen (Tabelle 18 und Abbildung 23).

ESU 2018 (Angaben in %)	HASE altersentsprechend (alle)	HASE altersentsprechend (nur Deutsch sprechend)	HASE altersentsprechend (mehrsprachig)
Landkreis Rastatt	72,6	86,9	44,6
Nördlicher Landkreis	86,1	94,3	59,8
Murgtal	76,9	86,1	51,0
Rastatt	41,8	64,6	23,8
Südlicher Landkreis	78,8	90,2	56,1
Baden-Baden	65,0	85,6	39,7

Tabelle 18: HASE: altersentsprechende Screeningergebnisse

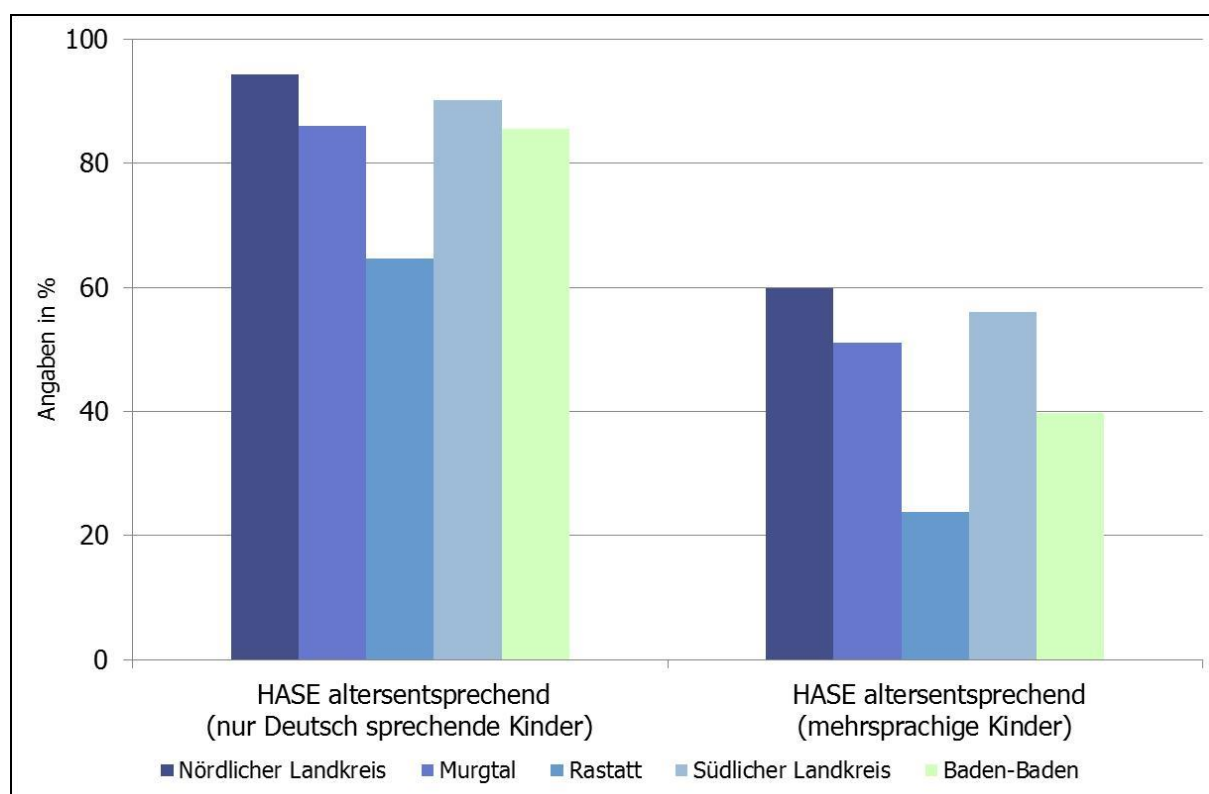


Abbildung 23: HASE: altersentsprechende Screeningergebnisse
(nur Deutsch sprechende und mehrsprachige Kinder)

Allerdings bedeutet dies im Umkehrschluss, dass insgesamt 27% der Kinder im Landkreis Rastatt und 35% der Kinder in Baden-Baden Schwierigkeiten bei der Bewältigung von HASE hatten.

9.4.1 Auffälliges HASE – näher hingeschaut

Im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden haben der Großteil der in HASE auffälligen Kinder, nämlich jeweils rund 75%, Schwierigkeiten beim Nachsprechen von Sätzen. In absoluten Zahlen ausgedrückt betrifft dies 357 Kinder im Landkreis Rastatt, in Baden-Baden 96. Deutlich abgeschlagen folgen Auffälligkeiten im Wiedergeben von Zahlenfolgen und beim Nachsprechen von Kunstwörtern.

Liegen die Schwierigkeiten ausschließlich beim Nachsprechen von Sätzen, spricht dies laut der Autorengruppe von HASE¹⁴ für unzureichende Deutschkenntnisse und nicht unbedingt für ein Risiko für Schwierigkeiten beim Sprach- und Schriftspracherwerb.

Im Landkreis Rastatt betrifft dies 182 Kinder, das heißt rund die Hälfte der insgesamt in diesem Prüfbereich auffälligen Kinder. Von diesen 182 Kindern sind rund 80% mehrsprachig oder es liegt keine Angabe zur Familiensprache vor, knapp 20% sind nur Deutsch sprechende Kinder.

In Baden-Baden haben 56 Kinder ausschließlich im Nachsprechen von Sätzen Schwierigkeiten. Von diesen 56 Kindern sind über 90% mehrsprachig oder es liegt keine Angabe zur Familiensprache vor, knapp 9% sind auch hier nur Deutsch sprechende Kinder.

9.4.2 Mehrsprachigkeit als Chance begreifen

Die Ergebnisse von HASE zeigen, dass deutliche Unterschiede in den Anteilen der Kinder mit unauffälligen Screeningergebnissen zwischen den Familiensprachgruppen vorliegen.

Einer der Knackpunkte scheint hier beim Nachsprechen von Sätzen zu liegen. Einerseits ist dies, sowohl bei den nur Deutsch sprechenden als auch den mehrsprachigen Kindern, der am häufigsten auffällige Prüfbereich. Zum anderen muss ein Kind zur korrekten Lösung dieser Aufgaben auf seine Deutschsprachkenntnisse zurückgreifen können.

Diese Sprachkenntnisse können im Kindergartenalter spielerisch erworben werden. Voraussetzung dafür ist allerdings ein intaktes Sprachlernsystem. Ein solches Sprachlernsystem existiert in sämtlichen Sprachen und schließt vor allem die Fähigkeit ein, gehörte Sprache zu verstehen und nachfolgend zur eigenen gesprochenen Sprache zu kommen.

Damit ein Kind seine Sprachlernfähigkeiten trainieren kann, braucht es Sprachvorbilder. Diese sollten nach Möglichkeit in ihrer Muttersprache kommunizieren. In der Muttersprache herrscht die größte eigene Sprachkompetenz vor und weitere, häufig unbewusste Merkmale von Sprache, wie z. B. Sprechmelodie, Betonungen und Pausen, die für das Sprachlernen elementar sind, können vermittelt werden.

Werden Sprachen im Erwachsenenalter als Fremdsprache gelernt, so stehen diese häufig unbewussten Merkmale den Sprechern oft nur eingeschränkt zur Verfügung.

¹⁴ Schöler H & Brunner M (2008): HASE Edition 2.0. Binswangen: Westra

Nichtsdestotrotz ist es unabdingbar, dass Eltern von muttersprachlich nicht Deutsch sprechenden Kindern dafür Sorge tragen, dass ihre Kinder möglichst viel Kontakt zur deutschen Sprache und entsprechenden Sprachvorbildern haben. Nur unter dieser Voraussetzung kann der Grundstein für das spielerische Lernen einer weiteren Sprache, der deutschen Sprache, gelegt werden.

Neben der Ermöglichung eines solchen Sprachkontakts kann eine intensive Sprachförderung in einer Kita für dieses Lernen einen zentralen Beitrag leisten.

10 Intensiver Sprachförderbedarf in der Einschulungsuntersuchung

Im „Orientierungsplan für Bildung und Erziehung in baden-württembergischen Kindergärten und weiteren Kindertageseinrichtungen“ ist die alltagsintegrierte Sprachförderung beschrieben.

Die intensive Sprachförderung (SPATZ), die finanziell vom Kultusministerium Baden-Württemberg gefördert wird, hat das Ziel, Kinder, bei denen die alltagsintegrierte Sprachförderung für einen gelingenden Spracherwerb nicht ausreicht, zusätzlich systematisch zu fördern.

Insgesamt wurde der Sprachstand bei 2.139 Kindern im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes in Schritt 1 der Einschulungsuntersuchung bewertet. An dieser Stelle im Bericht werden zusätzlich die Daten für das gesamte Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes und nicht nur die jeweiligen Kreisdaten für den Landkreis Rastatt und Baden-Baden berichtet, um eine Vergleichbarkeit zu den Vorjahresergebnissen zu gewährleisten.

Bei 371 Kindern wurde eine erweiterte Sprachstandsdiagnostik mit dem SETK 3-5, durchgeführt.

Somit wurden rund 17% der Kinder mit diesem Test untersucht.

Wird nach Kreisen differenziert, so wurden im Landkreis Rastatt bei 16% und in Baden-Baden bei 24 % der untersuchten Kinder ein SETK 3-5 durchgeführt.

Intensiver Sprachförderbedarf besteht zum Zeitpunkt der ESU bei insgesamt 501 von 2.139 Kindern im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes, dies sind rund 23% (95%-Konfidenzintervall: 22%-25%).

Jungen haben etwas häufiger einen intensiven Sprachförderbedarf als Mädchen (25% zu 22%).

Zu beachten ist, dass es sich hierbei um den festgestellten intensiven Sprachförderbedarf im vorletzten Kindergartenjahr, im Schnitt 1,5 Jahre vor der geplanten Einschulung, handelt.

Die Ergebnisse der Sprachstandsdiagnostik in den Einschulungsjahrgängen 2011 bis 2014, 2016 bis 2018 schwanken in der Regel um einen Wert, der in der Regel über 20% der untersuchten Kinder liegt (Tabelle 19).

	Zahl der untersuchten Kinder	Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf	in %
Jahrgang 2011	2.237	517	23,1
Jahrgang 2012	2.136	486	22,8
Jahrgang 2013	2.097	495	23,6
Jahrgang 2014	2.141	449	21,0
Jahrgang 2016	2.076	480	23,1
Jahrgang 2017	2.247	443	19,7
Jahrgang 2018	2.139	501	23,4

Tabelle 19: Entwicklung der Anteile der Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf von 2011-2018

10.1 Methodik zur Feststellung eines intensiven Sprachförderbedarfs

Grundsätzlich ist der SETK 3-5 das wichtigste Instrument zur Feststellung eines intensiven Sprachförderbedarfs.

Mit der ESU 2018 trat jedoch im Rahmen der Qualitätssicherung eine landesweite Handlungsanleitung zur SETK 3-5-Indikationsstellung des Kultusministeriums und Sozialministeriums Baden-Württemberg in Kraft.

Hiermit wird landesweit geregelt, dass nicht jedes Kind mit einem auffälligen Sprachscreening eine erweiterte Sprachstandsdiagnostik erhalten muss. Die wesentliche Neuerung ist, dass bei mehrsprachigen Kindern mit isoliert auffälligem Nachsprechen von Sätzen auf die Durchführung eines SETK 3-5 verzichtet werden kann. Demzufolge kann ein intensiver Sprachförderbedarf ohne weiterführende Diagnostik anhand der vorliegenden Sprachscreeningergebnisse bescheinigt werden.

Grund für den Verzicht auf eine weiterführende Diagnostik ist, dass den Auffälligkeiten im Screening wahrscheinlich ein mangelnder Kontakt zur deutschen Sprache und keine sprachsystematischen Defizite zugrunde liegen.

Diese Neuerung in den Abläufen zur ESU trägt zur Verringerung der durchgeführten SETK 3-5 im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes von rund 26% (ESU 2017) auf die bereits auf Seite 52 genannten 17% bei der ESU 2018 bei.

10.2 Intensiver Sprachförderbedarf in den Raumschaften im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden

Wird nun kleinräumiger betrachtet, in welchen Gegenden Kinder vermehrt einen intensiven Sprachförderbedarf aufweisen, so zeigt sich folgendes Bild (Tabelle 20):

	Kinder insgesamt	Int. Sprachförderbedarf	in %	95 %-Konfidenzintervall
Landkreis Rastatt	1.762	396	22,5	21 – 24
Nördlicher Landkreis	414	44	10,6	8 – 14
Murgtal	395	79	20,0	16 – 24
Rastatt	368	177	48,1	43 - 53
Südlicher Landkreis	585	96	16,4	13 – 19
Baden-Baden	377	105	27,9	23 – 32
<i>Baden-Württemberg (ESU 2017)</i>	<i>76.968</i>	<i>21.259</i>	<i>27,6</i>	<i>27 - 28</i>

Tabelle 20: Intensiver Sprachförderbedarf im regionalen Vergleich und mit 95%-Konfidenzintervall

Das 95%-Konfidenzintervall, auch Vertrauensintervall genannt, gibt den Wertebereich an, in dem mit 95%-Wahrscheinlichkeit der tatsächliche Sprachförderbedarf bei den untersuchten Kindern liegt.

10.3 Entwicklung des intensiven Sprachförderbedarfs in der Stadt Rastatt und in Baden-Baden

Bereits in den Vorjahresberichten zu den Einschulungsuntersuchungen wurden Zeitreihen zur Entwicklung des intensiven Sprachförderbedarfs für die Stadt Rastatt und Baden-Baden dargestellt.

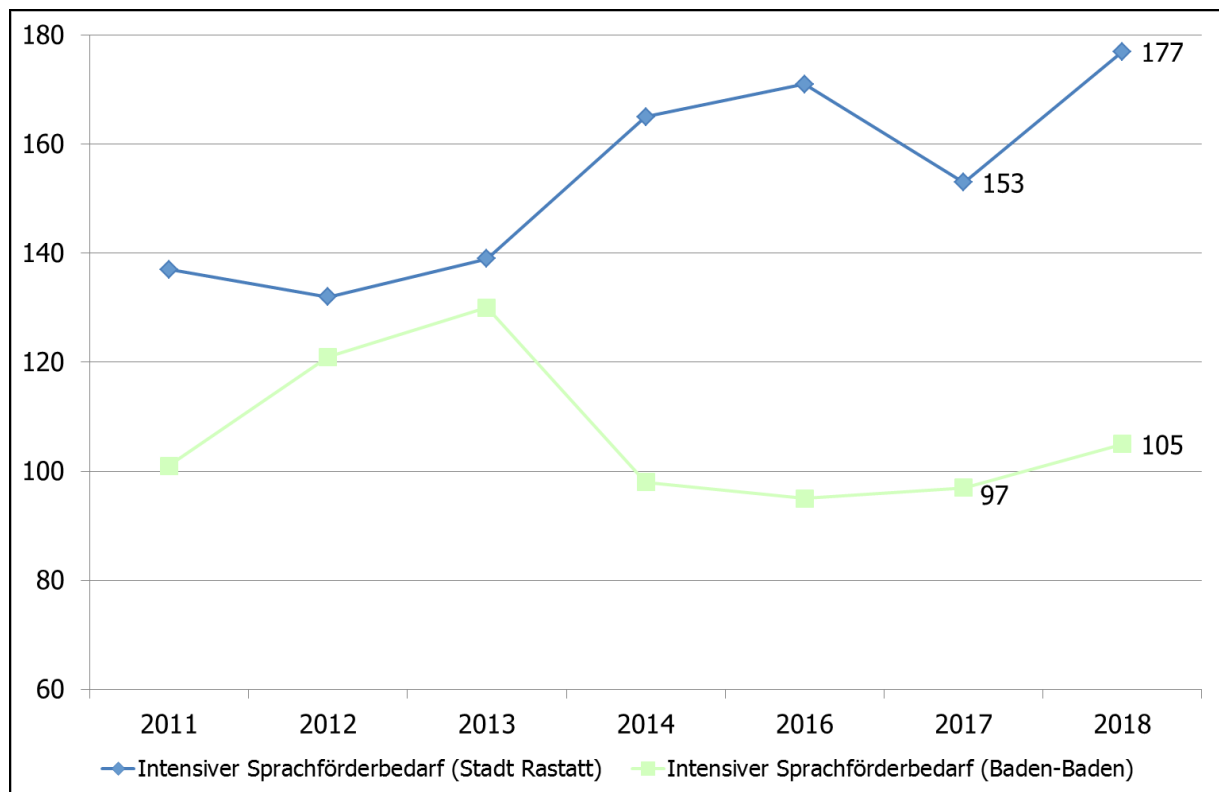


Abbildung 24: Anzahl der Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf in Rastatt und in Baden-Baden (2011-2018)

Sowohl in der Stadt Rastatt als auch in Baden-Baden sind jeweils Zunahmen der Kinder mit einem intensiven Sprachförderbedarf zu berichten (Abbildung 24).

Für Rastatt bedeutet dies, bezogen auf die bisherige Zeitreihe, einen Höchststand. Für Baden-Baden ist seit 2016 eine leichtgradige Zunahme an Kindern mit intensivem Förderbedarf festzustellen.

10.4 Intensiver Sprachförderbedarf und Kindertageseinrichtungen

Der Anteil von Kindern, die intensive Sprachförderung benötigen, ist regional und von Einrichtung zu Einrichtung verschieden.

Daher kann der durchschnittlich festgestellte Bedarf an intensiver Sprachförderung nur eine Orientierung für den tatsächlichen Bedarf in einer Einrichtung vor Ort darstellen.

Beispielsweise wurde in einzelnen Kitas bei keinem Kind ein intensiver Förderbedarf festgestellt. Ferner gibt es Einrichtungen, in denen sogar bei der Mehrzahl der Kinder intensive Fördermaßnahmen empfohlen wurden. Grundsätzlich kann für jede Kita der Bedarf an intensiver Sprachförderung berechnet werden.

Nachfolgend wird ausgewertet, in wie vielen Kitas bei mindestens 25% der Kinder in der ESU ein intensiver Sprachförderbedarf festgestellt wurde.

Um hierbei möglichst aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen, muss vorab sichergestellt sein, dass eine gewisse Anzahl an Kindern in einer Einrichtung untersucht worden ist.

Somit wurden in die nachfolgenden Auswertungen nur Kitas einbezogen, in denen 10 oder mehr Kinder untersucht worden sind.

10.4.1 Einbezogene Einrichtungen im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden

Im Landkreis Rastatt wurden in 75 von 110 Kitas 10 oder mehr Kinder in der ESU untersucht (Mittelwert und Median (Zentralwert): 20 Kinder). Dabei liegen 18 der einbezogenen Einrichtungen im nördlichen Landkreis, 17 im Murgtal, 15 in Rastatt und 25 im südlichen Landkreis.

In Baden-Baden wurden in 18 von 26 Kitas 10 oder mehr Kinder untersucht (Mittelwert: 18 Kinder; Median (Zentralwert): 16 Kinder).

Somit konnten im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden jeweils rund 70% aller Kitas, in denen Kinder untersucht wurden, einbezogen werden.

Grundsätzlich sollte daher bedacht werden, dass kleine Einrichtungen mit einer geringen Anzahl an untersuchten Kindern in dieser Analyse keine Berücksichtigung fanden.

10.4.2 Einrichtungen, in denen mindestens 25% der Kinder einen intensiven Sprachförderbedarf haben

Im Landkreis Rastatt wurde in 24 Kitas bei mindestens 25% der Kinder ein intensiver Sprachförderbedarf festgestellt.

In 6 der 24 Kitas liegt der Bedarf an intensiver Sprachförderung sogar bei über 50% aller untersuchten Kinder.

In Baden-Baden wurde in 8 Kitas bei mindestens 25% der Kinder ein intensiver Sprachförderbedarf bescheinigt. In 3 der 8 Einrichtungen liegt die Rate bei 50% der untersuchten Kinder oder darüber (Abbildung 25).

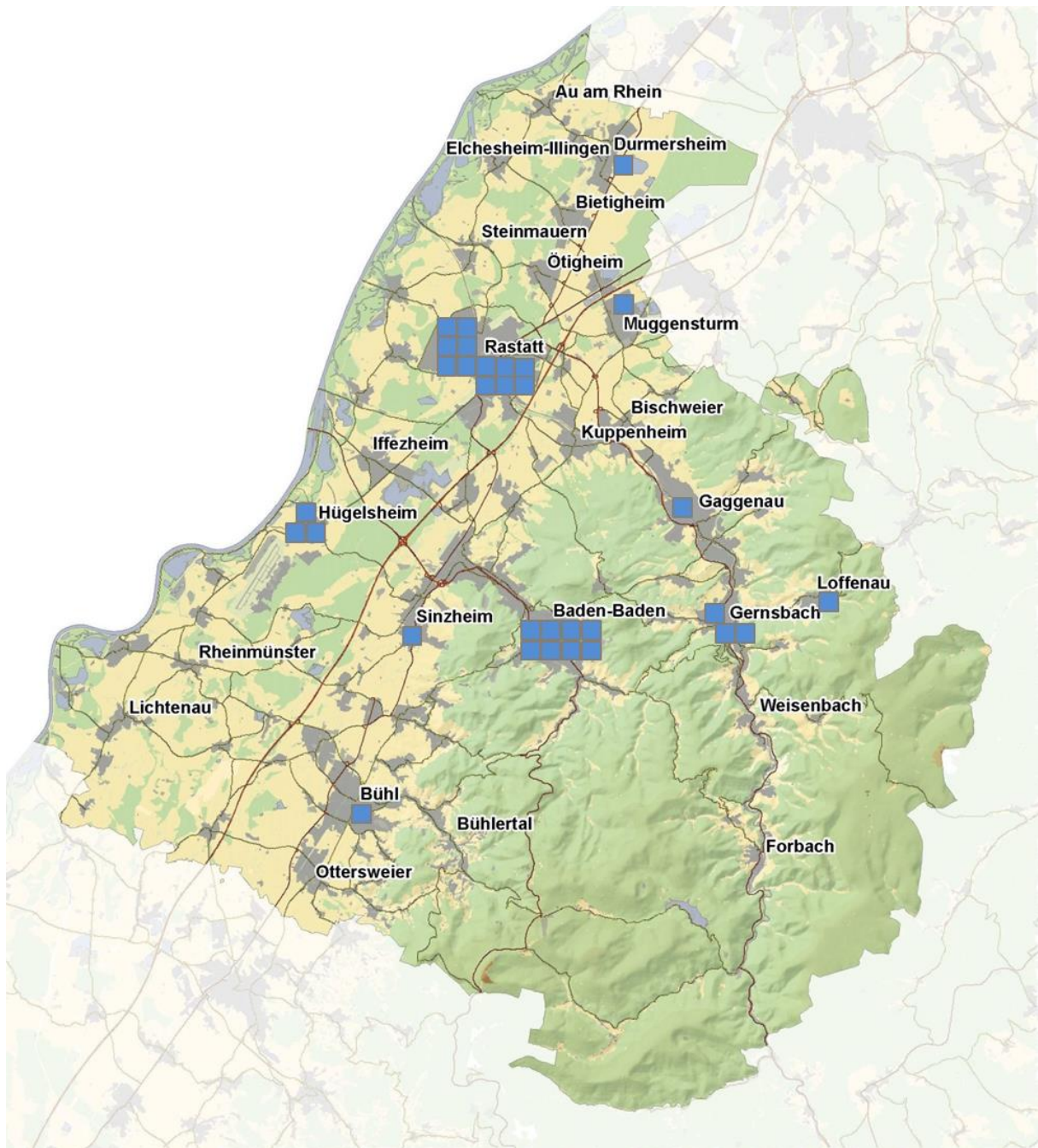


Abbildung 25: Kitas, in denen mindestens 25% der Kinder einen intensiven Sprachförderbedarf haben

Eine solche Analyse ermöglicht etwaige Handlungsbedarfe kleinräumiger zu erkennen. Des Weiteren hat der Einbezug von ausschließlich größeren Einrichtungen 2 Vorteile. Einerseits wird durch die größere Bezugsgröße das Ausmaß an zufälligen Schwankungen reduziert. Zum anderen können durch die Analyse von größeren Einrichtungen zielgruppenspezifisch mehr Kinder durch entsprechende Fördermaßnahmen erreicht werden.

10.5 Spezielle Sprachfördergruppen in den Kindertageseinrichtungen

Nehmen Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung bereits an speziellen Sprachfördergruppen teil?

Für jedes ESU-Kind wird von der Erzieherin bzw. vom Erzieher ein Beobachtungsbogen zur kindlichen Entwicklung ausgefüllt. Dieser Bogen enthält zusätzlich Fragen zu Fördermaßnahmen in der Kita – enthalten ist hierbei auch die Frage nach Sprachförderung.

Laut SPATZ-Richtlinie können bei intensivem Sprachförderbedarf finanziell vom Kultusministerium Baden-Württemberg bezuschusste, zusätzliche Sprachfördermaßnahmen angeboten werden.

Der Zuschuss wird für die intensive Sprachförderung in allen 3 Kindergartenjahren, d. h. ab einem Alter des Kindes von 2 Jahren und bei Erfüllung der Zuwendungsvoraussetzungen, auf Antrag gewährt.

Im Landkreis Rastatt lag bei 1.474 untersuchten Kindern der ausgefüllte Beobachtungsbogen vor. Bei 316 Kindern (21%) war die bisherige Teilnahme an einer speziellen Sprachfördermaßnahme in der Kita markiert.

In Baden-Baden waren die Bögen bei 322 Kindern ausgefüllt, 110 Kinder (34%) nehmen laut Angaben des Beobachtungsbogens bisher an einer solchen Förderung teil (Tabelle 21).

ESU 2018 (Angaben in %)	Sprachförderung in der Kita
Landkreis Rastatt	21,4
Nördlicher Landkreis	16,4
Murgtal	7,7
Rastatt	36,6
Südlicher Landkreis	24,7
Baden-Baden	34,2

Tabelle 21: Teilnahme an einer speziellen Sprachfördermaßnahme in der Kita

Es ist zu erkennen, dass in Baden-Baden und in der Stadt Rastatt über 1/3 der Kinder zum Zeitpunkt der ESU bereits Sprachförderung erhalten. Dort sind auch die höchsten Raten an in der ESU festgestelltem intensivem Sprachförderbedarf anzutreffen.

In einem nächsten Schritt soll analysiert werden, ob Kinder, bei denen in der ESU ein intensiver Sprachförderbedarf festgestellt wurde, bereits Sprachförderung in den Kitas erhalten. Die nachfolgende Reduktion der Gruppengröße im Vergleich zur vorherigen Auswertung ist einzelnen fehlenden Angaben zur Gesamtbewertung der Sprache geschuldet.

Im Landkreis Rastatt konnten die Daten von 1.465 Kindern ausgewertet werden. Von diesen Kindern haben 313 einen intensiven Sprachförderbedarf in der ESU bescheinigt bekommen. 314 Kinder nehmen laut Beobachtungsbogen bereits an Sprachfördermaßnahmen in den Kitas teil.

In Baden-Baden konnten die Daten von 320 Kindern ausgewertet werden, davon haben 86 Kinder einen intensiven Sprachförderbedarf. Laut Beobachtungsbogen nehmen 109 Kinder an speziellen Sprachfördergruppen teil.

In Tabelle 22 werden die Anzahl der Kinder mit festgestelltem intensiven Sprachförderbedarf in der ESU und die Anzahl der Kinder in Sprachfördergruppen in den Kitas gegenübergestellt. Es ist zu beachten, dass nur Kinder mit einer Gesamtbewertung der Sprache und einem ausgefüllten Beobachtungsbogen in diese Auswertung einbezogen werden konnten.

ESU 2018 (Anzahl der Kinder)	Intensiver Sprachförder- bedarf (int. FB) (Durch das Gesundheitsamt festgestellter int. FB)	Sprachförderung in den Kitas (SF Kita) (Angabe aus Beobachtungsbogen)
Landkreis Rastatt	313	314
Nördlicher Landkreis	36	56
Murgtal	57	24
Rastatt	139	102
Südlicher Landkreis	81	132
Baden-Baden	86	109

Tabelle 22: Intensiver Sprachförderbedarf in der ESU und Sprachförderung in der Kita im vorletzten Kindergartenjahr (Anzahl der Kinder)

Beispielsweise wird für den gesamten Landkreis Rastatt deutlich, dass praktisch die identische Anzahl an Kindern einen intensiven Förderbedarf in der ESU bescheinigt bekommen hat und an Sprachfördermaßnahmen in den Kitas teilnimmt.

In Baden-Baden liegt die Zahl der Kinder, die an Maßnahmen teilnehmen, höher als die Anzahl der Kinder mit festgestelltem intensiven Sprachförderbedarf.

In einem weiteren Schritt soll anhand der vorliegenden Daten analysiert werden, ob bereits eine Passgenauigkeit zwischen Kindern mit in der ESU festgestelltem intensivem Sprachförderbedarf und Sprachfördermaßnahmen in den Kitas gegeben ist. In den nachfolgenden Grafiken für den Landkreis Rastatt und Baden-Baden ist diese Passgenauigkeit in lila gekennzeichnet.

Passgenauigkeit meint an dieser Stelle, dass Kinder, bei denen in der ESU ein intensiver Sprachförderbedarf festgestellt wurde, laut Auskunft der Erzieherinnen und Erzieher bereits an einer speziellen Sprachfördermaßnahme in der Kita teilnehmen.

Wichtig ist zu beachten, dass anhand dieser Auswertung keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Zusammensetzung einzelner Sprachfördergruppen in den verschiedenen Kitas gezogen werden können. Dennoch kann die Analyse erste Anhaltspunkte für den Einsatz von Sprachförderressourcen im vorletzten Kindergartenjahr liefern (Abbildungen 26 bis 30).

Nördlicher Landkreis

Für den nördlichen Landkreis wird ersichtlich, dass 56 Kinder im vorletzten Kindergartenjahr an Sprachfördermaßnahmen teilnehmen. Von diesen 56 Kindern haben in der ESU 8 Kinder einen intensiven Sprachförderbedarf, 47 eine altersentsprechende Bewertung der Sprache und 1 Kind einen Förderbedarf in der Kita/häuslich.

28 Kinder mit in der ESU festgestelltem intensiven Sprachförderbedarf haben laut Beobachtungsbogen keine Plätze in solchen Maßnahmen.

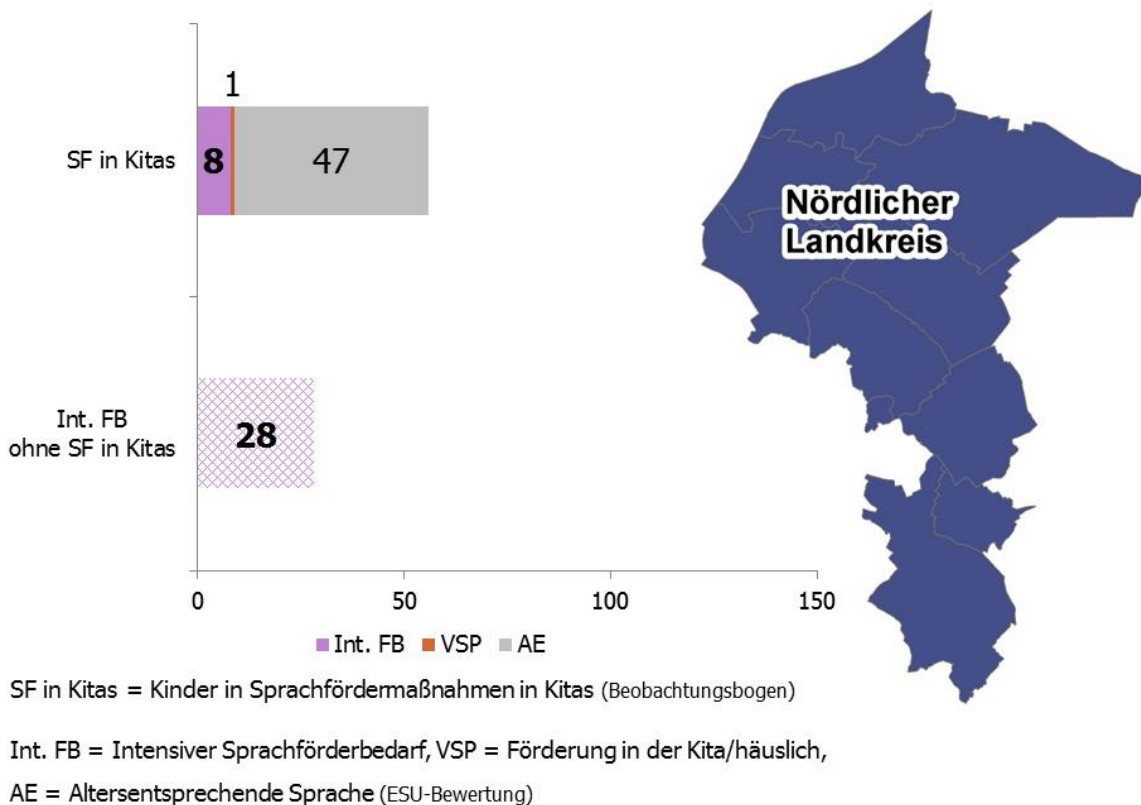


Abbildung 26: **Nördlicher Landkreis:** Kinder in Sprachfördermaßnahmen in den Kitas (vorletztes Kindergartenjahr) und deren Gesamtbewertung der Sprache in der ESU

Somit wird deutlich, dass etwas mehr als jedes 5. Kind (22%) mit einem in der ESU festgestellten intensiven Sprachförderbedarf im vorletzten Kindergartenjahr bereits an Sprachfördermaßnahmen in den Kitas teilnimmt.

Ferner sind weitere 47 Kinder mit einer altersentsprechenden Bewertung der Sprache, insgesamt rund 16% der altersentsprechenden Kinder, Teilnehmende an solchen Maßnahmen in den Kitas.

Die Anteile der Kinder in Sprachfördergruppen mit einem Förderbedarf in der Kita/häuslich sind aufgrund der geringen Anzahl der Kinder mit dieser Bewertung in der ESU nicht interpretierbar.

Murgtal

Im Murgtal erhalten 24 Kinder im vorletzten Kindergartenjahr eine spezielle Sprachförderung in den Kitas. Davon haben 11 Kinder einen intensiven Sprachförderbedarf und 13 Kinder eine altersentsprechende Bewertung der Sprache.

46 Kinder mit einem in der ESU festgestellten intensiven Sprachförderbedarf nehmen laut Beobachtungsbogen nicht an solchen Gruppen teil.

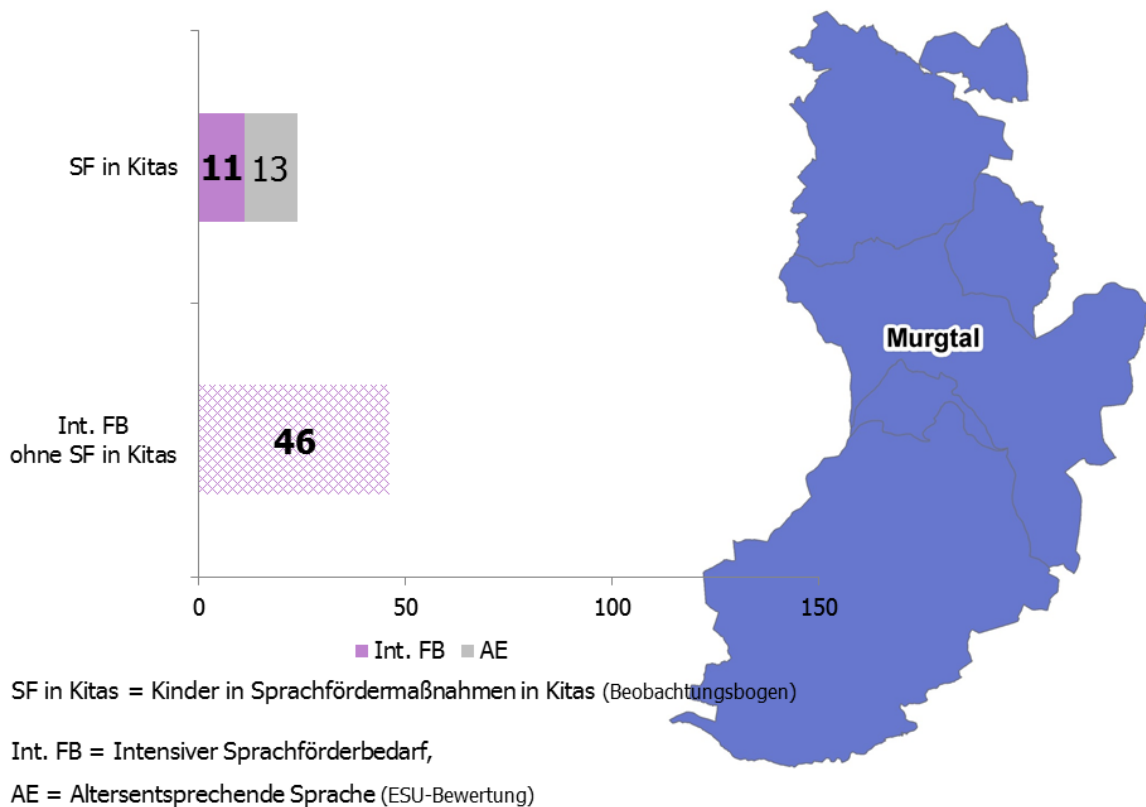


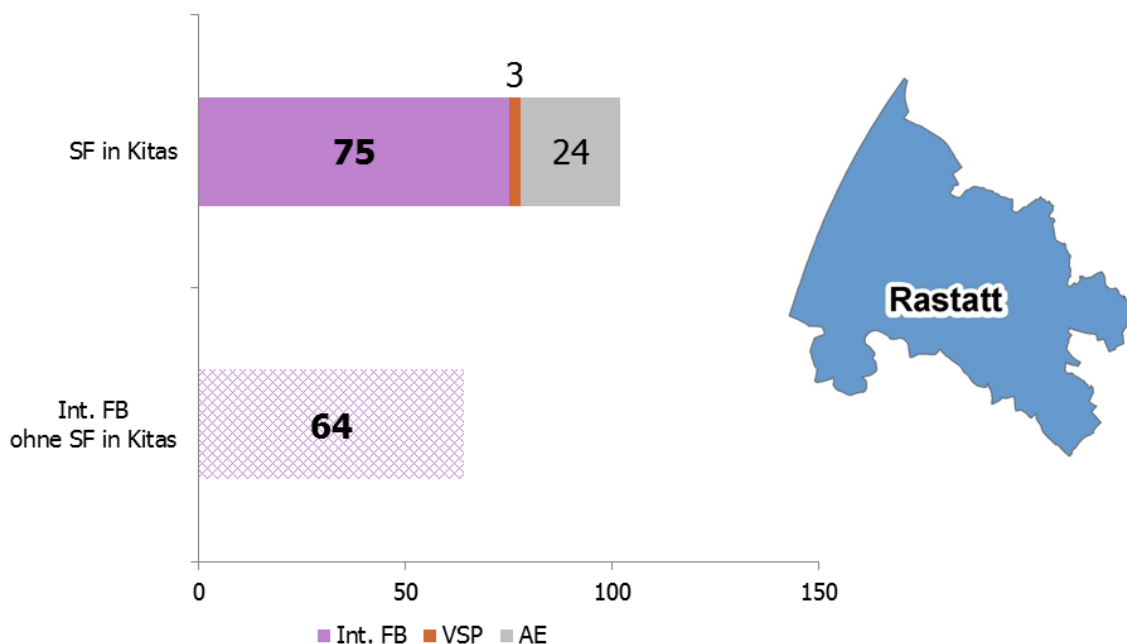
Abbildung 27: **Murgtal:** Kinder in Sprachfördermaßnahmen in den Kitas (vorletztes Kindergartenjahr) und deren Gesamtbewertung der Sprache in der ESU [^]

Knapp jedes 5. Kind (19%) mit einem in der ESU festgestellten intensiven Sprachförderbedarf hat im Murgtal laut Beobachtungsbogen im vorletzten Kindergartenjahr einen Platz in Sprachfördermaßnahmen in den Kitas. Aus der Gruppe der Kinder mit einer altersentsprechenden Bewertung der Sprache sind rund 5%, d. h. 13 Kinder, Teilnehmende an Sprachfördergruppen in den Kitas.

Rastatt

In der Stadt Rastatt nehmen 102 Kinder im vorletzten Kindergartenjahr an Sprachfördermaßnahmen in den Kitas teil. Von den 102 Kindern haben 75 in der ESU einen intensiven Sprachförderbedarf, 24 eine altersentsprechende Bewertung der Sprache sowie 3 Kinder einen Förderbedarf in der Kita/häuslich.

64 Kinder mit einem in der ESU festgestellten intensiven Sprachförderbedarf haben laut Beobachtungsbogen keine Plätze in Sprachfördermaßnahmen.



SF in Kitas = Kinder in Sprachfördermaßnahmen in Kitas (Beobachtungsbogen)

Int. FB = Intensiver Sprachförderbedarf, VSP = Förderung in der Kita/häuslich,

AE = Altersentsprechende Sprache (ESU-Bewertung)

Abbildung 28: **Stadt Rastatt:** Kinder in Sprachfördermaßnahmen in den Kitas (vorletztes Kindergartenjahr) und deren Gesamtbewertung der Sprache in der ESU

Über die Hälfte der Kinder (54%) mit einem in der ESU festgestellten intensiven Sprachförderbedarf nimmt in der Stadt Rastatt laut Beobachtungsbogen im vorletzten Kindergartenjahr an Sprachfördermaßnahmen in den Kitas teil.

Von den Kindern mit einer altersentsprechenden Bewertung der Sprache sind 24 Kinder, d. h. rund 18% aller mit altersentsprechend bewerteten Kinder, Teilnehmende an solchen Gruppen.

Die Anteile der Kinder in Sprachfördergruppen mit einem Förderbedarf in der Kita/häuslich sind aufgrund der geringen Anzahl der Kinder mit dieser Bewertung in der ESU nicht interpretierbar.

Südlicher Landkreis

Im südlichen Landkreis sind 132 Kinder im vorletzten Kindergartenjahr in Sprachfördermaßnahmen in den Kitas. Von diesen Kindern haben 42 einen intensiven Sprachförderbedarf und 90 eine altersentsprechende Bewertung der Sprache in der ESU.

Die Anzahl Kinder mit einem in der ESU festgestellten intensiven Sprachförderbedarf, die nicht an Sprachfördermaßnahmen in den Kitas teilnehmen, beläuft sich auf 39.

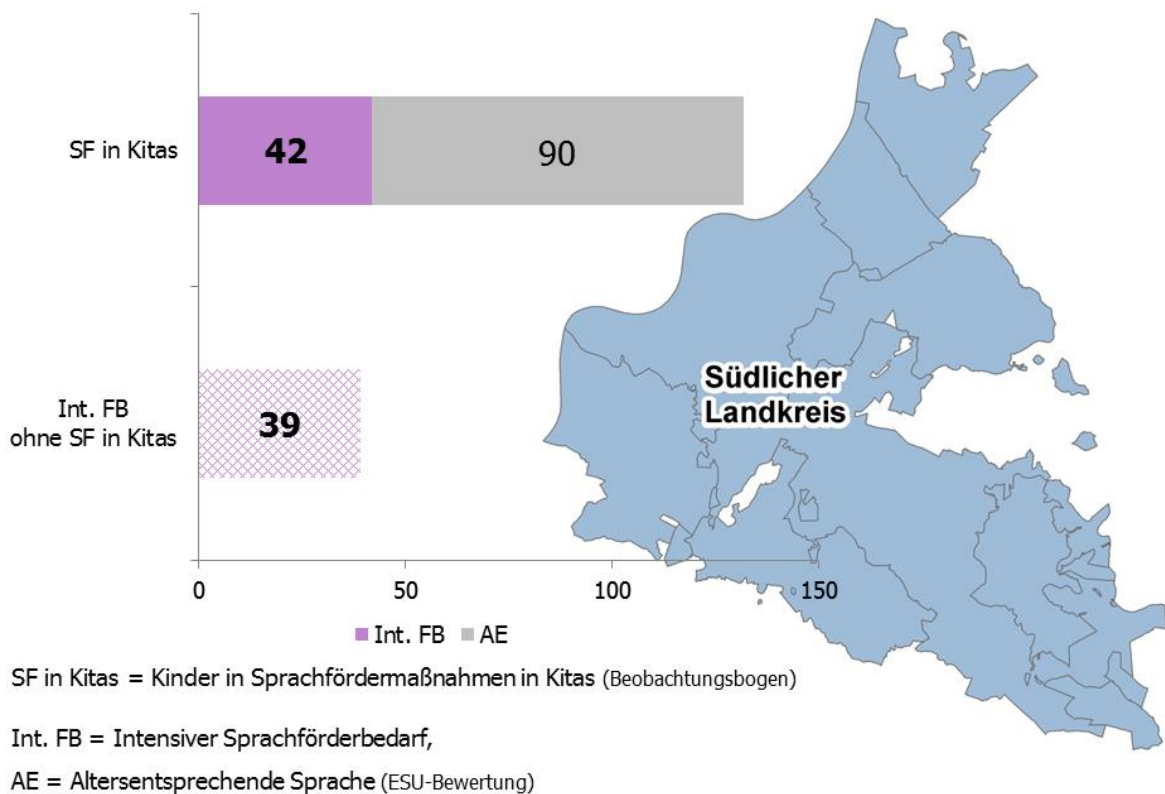


Abbildung 29: **Südlicher Landkreis:** Kinder in Sprachfördermaßnahmen in den Kitas (vorletztes Kindergartenjahr) und deren Gesamtbewertung der Sprache in der ESU

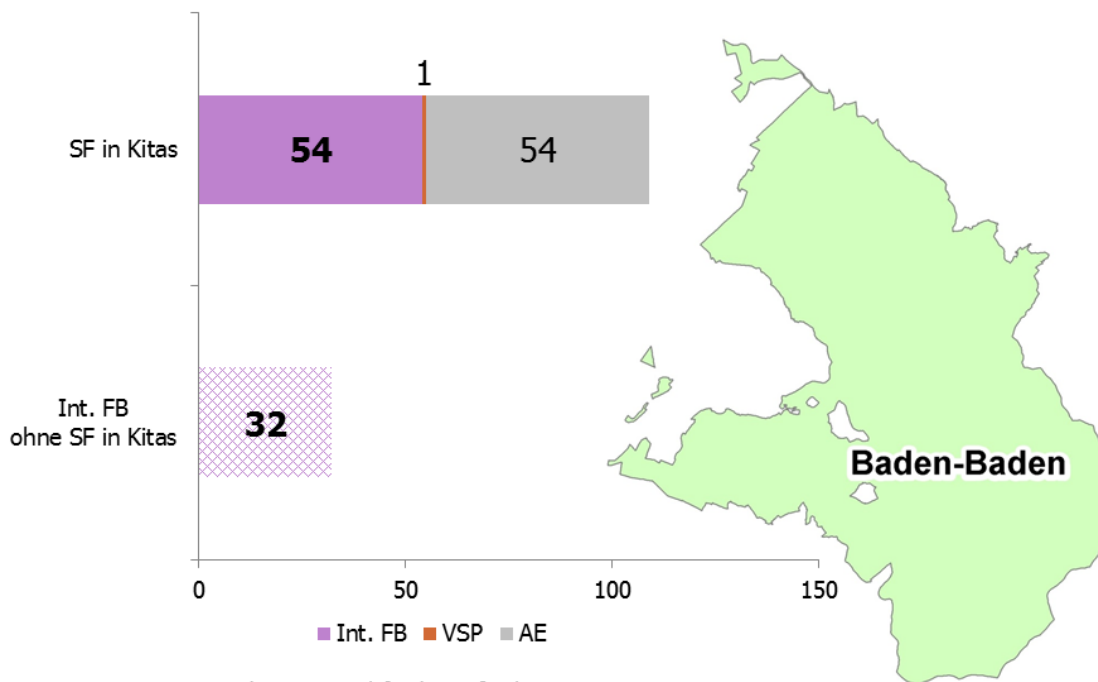
Im südlichen Landkreis nimmt ebenfalls gut die Hälfte der Kinder (52%) mit einem in der ESU festgestellten intensiven Sprachförderbedarf im vorletzten Kindergartenjahr an Sprachfördermaßnahmen in den Kitas teil.

Ferner hat jedes 5. Kind (20%) mit einer altersentsprechenden Gesamtbewertung der Sprache einen Platz in Sprachfördergruppen in den Kitas.

Baden-Baden

In Baden-Baden nehmen laut Beobachtungsbogen 109 Kinder im vorletzten Kindergartenjahr an Sprachfördermaßnahmen in den Kitas teil. Davon haben 54 Kinder einen in der ESU festgestellten intensiven Sprachförderbedarf, 54 eine altersentsprechende Bewertung der Sprache und 1 Kind einen Förderbedarf in der Kita/häuslich.

32 Kinder mit in der ESU festgestelltem intensivem Sprachförderbedarf haben laut Beobachtungsbogen keine Plätze in Sprachfördermaßnahmen in den Kitas.



SF in Kitas = Kinder in Sprachfördermaßnahmen in Kitas (Beobachtungsbogen)

Int. FB = Intensiver Sprachförderbedarf, VSP = Förderung in der Kita/häuslich,

AE = Altersentsprechende Sprache (ESU-Bewertung)

Abbildung 30: **Baden-Baden:** Kinder in Sprachfördermaßnahmen in den Kitas (vorletztes Kindergartenjahr) und deren Gesamtbewertung der Sprache

In Baden-Baden erhalten laut Beobachtungsbogen 54 (63%) der 86 Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf im vorletzten Kindergartenjahr Sprachförderung in den Kitas.

In den Sprachfördergruppen nehmen ferner 23% der Kinder mit einer altersentsprechenden Bewertung, d. h. 54 Kinder, an solchen Maßnahmen teil.

Die Anteile der Kinder in Sprachfördergruppen mit einem Förderbedarf in der Kita/häuslich sind aufgrund der geringen Anzahl der Kinder mit dieser Bewertung in der ESU nicht interpretierbar.

10.5.1 Was sagen uns diese Ergebnisse?

Diese Pilotauswertung hat zum Ziel, anhand bereits erhobener Daten Informationen zu Sprachfördermaßnahmen in den Kitas in Verbindung mit dem in der ESU festgestellten Sprachstand zu erhalten.

Ferner sollte identifiziert werden, welcher Anteil an Kindern mit einem in der ESU festgestellten intensiven Sprachförderbedarf bereits im vorletzten Kindergartenjahr tatsächlich einen Platz in Sprachfördermaßnahmen hat.

Es ist wichtig zu beachten, dass nur die Daten von Kindern ausgewertet werden konnten, bei denen ein Beobachtungsbogen der Erzieherinnen bzw. Erzieher und eine Gesamtbewertung der Sprache vorliegt.

Für die Weitergabe der Beobachtungsbögen an das Gesundheitsamt ist eine Einwilligung der Sorgeberechtigten erforderlich. Im Landkreis Rastatt liegt die Rücklaufquote der Beobachtungsbögen bei rund 83%, in Baden-Baden bei rund 85%. Solche Quoten sind als sehr gut einzuschätzen und können als Vertrauensbeweis an die Einschulungsuntersuchung gewertet werden.

Die Zusatzförderung für Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf, das Programm SPATZ des Kultusministeriums Baden-Württemberg, bietet verschiedene Förderwege und erlaubt ausdrücklich die Aufnahme von Kindern in Sprachfördergruppen, bei denen kein intensiver Sprachförderbedarf festgestellt wurde.

Daher ist es grundsätzlich unproblematisch, wenn Kinder mit einer altersentsprechenden Bewertung der Sprache oder einem Förderbedarf in der Kita/häuslich an solchen Gruppen teilnehmen. Es ist sogar wünschenswert, dass Kinder mit guten sprachlichen Fähigkeiten Teil von Sprachfördergruppen sind, damit alle von gleichaltrigen Sprachvorbildern profitieren können.

Dennoch ist es geboten, dass Kinder mit einem intensiven Sprachförderbedarf, vor allem Kinder mit Deutsch als Zweitsprache, bereits eine frühe Sprachförderung erhalten. Aus der Spracherwerbsforschung ist bekannt, dass Kinder eine weitere Sprache umso leichter lernen, je jünger sie sind. Daher ist aus fachlicher Sicht nicht zu empfehlen, intensive Sprachfördermaßnahmen in den Kitas erst spät, z. B. im Vorschuljahr, zu starten.

Grundsätzlich müssen die Sorgeberechtigten einer Teilnahme in einer Sprachfördergruppe zustimmen. Dies kann, vermutlich bei einem eher als gering einzuschätzenden Anteil, ein Hindernis für die Teilnahme an einer solchen Gruppe sein.

Dass, zumindest in Teilen des Einzugsgebiets des Gesundheitsamtes, ein Hinweis auf einen zusätzlichen Bedarf an Angeboten für intensive Sprachförderung vorliegen könnte, ist anhand der vorliegenden Daten zu vermuten. Anhaltspunkte ergeben sich hier für das Murgtal und die Stadt Rastatt. Des Weiteren kann in allen Gebieten die Passgenauigkeit bei der Verteilung von Ressourcen geprüft werden.

10.5.2 Wie erfährt die Kindertageseinrichtung von den Ergebnissen der ESU?

Für einen Austausch zwischen Gesundheitsamt und Kita ist ebenfalls eine Einwilligung der Sorgeberechtigten erforderlich. Daher sollte bei den Sorgeberechtigten sowohl von Seiten des Gesundheitsamtes als auch der Kitas der Wert einer solchen Einwilligung hervorgehoben werden.

Liegt eine Einwilligung vor, so kann ein Austausch zwischen medizinischer und pädagogischer Seite dabei unterstützen, die optimale Förderung für ein Kind zu finden und begrenzte Ressourcen zielgruppenspezifisch für das Wohl der Kinder einsetzen zu können.

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung der gewählten Raumschaften im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes	10
Abbildung 2: Anzahl der untersuchten Kinder im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes.....	11
Abbildung 3: Anteile der einmal gegen Masern geimpften Kinder (Angaben in %).....	14
Abbildung 4: Anteile der vollständig gegen Masern geimpften Kinder (2 Impfungen, Angaben in %)	15
Abbildung 5: Anteile der einmal gegen Masern geimpften Kinder im zeitlichen Verlauf von 2011-2018.....	16
Abbildung 6: Anteile der vollständig gegen Masern geimpften Kinder im zeitlichen Verlauf von 2011-2018.....	17
Abbildung 7: Impfquoten für 5-/6-fach-Impfungen im regionalen Vergleich (ESU 2018)	19
Abbildung 8: Impfquoten für Mumps, Röteln, Meningokokken und Varizellen im regionalen Vergleich (ESU 2018).....	20
Abbildung 9: Landkreis Rastatt: Impfquoten der 5-/6-fach-Impfungen von 2011-2018	22
Abbildung 10: Baden-Baden: Impfquoten der 5-/6-fach-Impfungen von 2011-2018	22
Abbildung 11: Landkreis Rastatt: Impfquoten für Mumps, Röteln, Meningokokken, Varizellen von 2011-2018	24
Abbildung 12: Baden-Baden: Impfquoten für Mumps, Röteln, Meningokokken, Varizellen von 2011-2018.....	24
Abbildung 13: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U6 bis U8.....	27
Abbildung 14: Verteilung von Unter-, Normal- und Übergewicht; krankhaftes Übergewicht (Adipositas) in orangener Farbe (Angaben in %).....	29
Abbildung 15: Fernvisusbestimmung mit Sehzeichen in der Einschulungsuntersuchung	30
Abbildung 16: Computergestützte Hörtestung in der Einschulungsuntersuchung	33
Abbildung 17: Anteile der Kinder mit altersentsprechendem Sehen und Hören.....	36
Abbildung 18: Gesamtbewertung der Körpermotorik.....	39
Abbildung 19: Giraffe und optische Differenzierungsprobe eines 5-jährigen Mädchens (5 Jahre, 1 Monat).....	40
Abbildung 20: 2 Beispiele für optische Differenzierungsproben gleichaltriger Mädchen aus der ESU 2018.....	41
Abbildung 21: Gesamtbewertung der Visuomotorik	43
Abbildung 22: Entwicklung der Anteile von mehrsprachigen Kindern in der ESU von 2011-2018.....	47
Abbildung 23: HASE: altersentsprechende Screeningergebnisse (nur Deutsch sprechende und mehrsprachige Kinder).....	49
Abbildung 24: Anzahl der Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf in Rastatt und in Baden-Baden (2011-2018).....	54
Abbildung 25: Kitas, in denen mindestens 25% der Kinder einen intensiven Sprachförderbedarf haben.....	56
Abbildung 26: Nördlicher Landkreis: Kinder in Sprachfördermaßnahmen in den Kitas (vorletztes Kindergartenjahr) und deren Gesamtbewertung der Sprache in der ESU	59
Abbildung 27: Murgtal: Kinder in Sprachfördermaßnahmen in den Kitas (vorletztes Kindergartenjahr) und deren Gesamtbewertung der Sprache in der ESU	60
Abbildung 28: Stadt Rastatt: Kinder in Sprachfördermaßnahmen in den Kitas (vorletztes Kindergartenjahr) und deren Gesamtbewertung der Sprache in der ESU	61
Abbildung 29: Südlicher Landkreis: Kinder in Sprachfördermaßnahmen in den Kitas (vorletztes Kindergartenjahr) und deren Gesamtbewertung der Sprache in der ESU	62
Abbildung 30: Baden-Baden: Kinder in Sprachfördermaßnahmen in den Kitas (vorletztes Kindergartenjahr) und deren Gesamtbewertung der Sprache	63

12 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklung der Masernimpfquoten von 2011-2018	16
Tabelle 2: Impfquoten für 5-/6-fach-Impfungen im regionalen Vergleich (ESU 2018)	18
Tabelle 3: Impfquoten für Mumps, Röteln, Meningokokken und Varizellen im regionalen Vergleich (ESU 2018).....	19
Tabelle 4: Impfquoten der 5-/6-fach-Impfungen von 2011-2018	21
Tabelle 5: Impfquoten für Mumps, Röteln, Meningokokken und Varizellen von 2011-2018 ..	23
Tabelle 6: Teilnahme an den U-Untersuchungen	26
Tabelle 7: Unter-, Normal- und Übergewicht (inklusive Adipositas)	29
Tabelle 8: Kontrollbedürftige Fernvisuswerte	31
Tabelle 9: Altersentsprechende Gesamtbewertung des Sehens.....	32
Tabelle 10: Kontrollbedürftiger Hörtest trotz idealer Bedingungen	34
Tabelle 11: Altersentsprechende Gesamtbewertung des Hörens	35
Tabelle 12: Auffälliges Einbeinhüpfen.....	37
Tabelle 13: Gesamtbewertung der Körpermotorik.....	38
Tabelle 14: Visuomotorische Störung gemäß Differenzierungsprobe Breuer/Weuffen.....	41
Tabelle 15: Gesamtbewertung der Visuomotorik	42
Tabelle 16: Kategorisierung der Familiensprachen	46
Tabelle 17: Korrekte Aussprache, differenziert nach 4- und 5-Jährigen.....	48
Tabelle 18: HASE: altersentsprechende Screeningergebnisse	49
Tabelle 19: Entwicklung der Anteile der Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf von 2011-2018.....	52
Tabelle 20: Intensiver Sprachförderbedarf im regionalen Vergleich und mit 95%-Konfidenzintervall	53
Tabelle 21: Teilnahme an einer speziellen Sprachfördermaßnahme in der Kita.....	57
Tabelle 22: Intensiver Sprachförderbedarf in der ESU und Sprachförderung in der Kita im vorletzten Kindergartenjahr (Anzahl der Kinder).....	58

Im letzten Kindergartenjahr:

Schritt 2: Wer macht was?

Die Erzieher/-innen

aktualisieren den Fragebogen zur kindlichen Entwicklung, wenn die Eltern einverstanden sind.

Die Kooperationslehrer/-innen

empfehlen die schulärztliche Untersuchung bei den Kindern, deren Schulfähigkeit gefährdet erscheint und die in Schritt 1 nicht auffällig waren.

Ihr schulärztliches Team

Sozialmedizinische Assistentinnen:

Ingrid Gesatz, Karin Burkart, Christiane Klein, Erika Klos

Schulärztinnen/Schulärzte:

Dr. Bettina Schillo-Burger, Martin Schüller

Der Arzt/die Ärztin des Gesundheitsamtes

- wertet den Erzieherinnenfragebogen und die Rückmeldung der Kooperationslehrer/-innen aus
- entscheidet über weitere Untersuchungen
- führt weitere Untersuchungen Problem orientiert durch bei
 - ausgewählten Kindern aus Schritt 1
 - Kindern mit erstmals ungünstiger Entwicklung im letzten Kindergartenjahr
 - Kindern ohne Kindergartenbesuch
- berät die Eltern bei Bedarf ausführlich

Ziel erreicht!

Kontakt:

Landratsamt Rastatt | Gesundheitsamt
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Am Schlossplatz 5 | 76437 Rastatt
Tel.: 07222 381-2300
eMail: amr23@landkreis-rastatt.de
www.landkreis-rastatt.de



EinSchulungsUntersuchung (ESU)



„Alle Kinder sollen die gleichen Chancen auf einen guten Schulstart haben.“



... so läuft die ESU ab ... in 2 Schritten

**Zeit gewinnen für die Förderung unserer Kinder...
Das wichtigste Ziel der Einschulungsuntersuchung!**

Die **Einschulungsuntersuchung** ist nach § 91 Schulgesetz und der Schuluntersuchungsverordnung Pflicht für alle Kinder, die nach Schuljahresbeginn bis zum 30.09. des laufenden Kalenderjahres das vierte Lebensjahr vollendet haben.

Schritt 1: vorletztes Kindergartenjahr

Schritt 1 erfolgt im vorletzten Kindergartenjahr.

Somit hat man mehr Zeit für eventuell erforderliche medizinische und/oder pädagogische Fördermaßnahmen. Es handelt sich um eine allgemeine Basisuntersuchung (Screening), die von der medizinischen Assistentin im Kindergarten durchgeführt wird. Zeigen sich Auffälligkeiten im Screening erfolgt eine ausführliche Nachuntersuchung im Gesundheitsamt.



Schritt 2: letztes Kindergartenjahr

Schritt 2 wird im letzten Kindergartenjahr durchgeführt, um gesundheitliche Einschränkungen der Schulfähigkeit festzustellen. In der ärztlichen Zusammenschau aller Befunde einschließlich der aktualisierten Dokumentation des Erzieherinnenfragebogens sowie der Einschätzung der/des Kooperationslehrers wird in diesem zweiten Schritt entschieden, welche Kinder aus medizinischer Sicht schulfähig sind oder ob ggf. eine Rückstellung sinnvoll wäre. Bei auffälligen oder unklaren Befunden erfolgt eine erneute schulärztliche Untersuchung im Gesundheitsamt.

Im vorletzten Kindergartenjahr:

Schritt 1: Wer macht was?

Die Eltern erklären das Einverständnis

- für die Befragung der Erzieher/-innen für den Informationsaustausch mit Erzieher/-in und Lehrer/-in

und legen bereit:

- das Impfbuch
- das Vorsorgeheft/ die Teilnahmekarte
- den Elternfragebogen
- wichtige Befunde aus früheren Untersuchungen



Quelle: GBA

Die Erzieher/-innen

füllen den Fragebogen zur kindlichen Entwicklung aus, wenn die Eltern einverstanden sind. Der Fragebogen setzt sich zusammen aus:

- den validierten Grenzsteinen der Entwicklung
- Fragen zur „Hyperaktivität“

Die medizinische Assistentin des Gesundheitsamtes

- führt bei allen Kindern eine Basisuntersuchung („Screening“) durch
- Sehen und Hören
- Körpergröße und Körpergewicht
- Sprache
- Motorik
- Schreibentwicklung
- Mengenerfassung
- Verhalten

bespricht alle Ergebnisse mit dem Arzt/der Ärztin des Gesundheitsamtes



Der Arzt/ die Ärztin des Gesundheitsamtes

- bewertet bei allen Kindern die Untersuchungsergebnisse und Dokumente
- informiert die Eltern schriftlich bzw. mündlich über die Untersuchungsergebnisse
- entscheidet über weitere Untersuchungen und führt sie teilweise selbst durch
- veranlasst die Durchführung des SETK3-5 bei Kindern mit auffälligen Ergebnissen im Sprach-Screening
- berät die Eltern über Fördermaßnahmen
- bespricht die Untersuchungsergebnisse mit Erzieher/-in, Lehrer/-in und dem Kinderarzt/der Kinderärztin, wenn die Eltern einverstanden sind

Mit Schritt 1 im vorletzten Kindergartenjahr bleibt im letzten Kindergartenjahr Zeit für vielleicht notwendige Fördermaßnahmen.