

Evaluation der Einschulungsuntersuchung in Baden-Württemberg

Abschlussbericht

vorgelegt von:

Prof. Dr. Harald Bode, Universitätsklinikum Ulm, Sozialpädiatrisches Zentrum und
Pädiatrische Neurologie, Frauensteige 10, 89075 Ulm

Im Auftrag des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg

Ulm, Juni 2017

Inhalt

Zusammenfassung	5
Ergebnisse und Empfehlungen	5
1. Befragung der Gesundheitsämter	5
2. Daten aus der landesweiten Auswertung.....	6
3. Einschulungsuntersuchungen in anderen Bundesländern	8
3.1. Inhalte und Verfahren	8
3.2. Sprachstandsverfahren.....	9
4. Neue Kinderrichtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen.....	9
5. Inklusion.....	10
6. Einschulungsuntersuchung in Baden- Württemberg – Empfehlungen zu Methoden, Umfang des Datensatzes und Perspektiven	11
7. Prioritäten bei der Weiterentwicklung der ESU	14
Einleitung	15
Ansätze und Methoden	15
Ergebnisse und Empfehlungen	17
1. Befragung der Gesundheitsämter	17
1.1 Befragung der Gesundheitsämter zur ESU bei in Deutschland gemeldeten Kindern.....	17
1.1.1 Basisdaten	17
1.1.2 Ressourcenbedarf.....	19
1.1.3 Akzeptanz und Kooperation.....	21
1.1.4 Dokumentation /EDV	25
1.1.5 Inhalte	26
1.1.6 Schulkindergärten / Waldorfeinrichtungen	32
1.1.7 Wirkung der ESU	35
1.1.8 Perspektiven	38
1.1.9 Freie Kommentare in den Fragebögen	42
1.1.10 Zusammenfassende Bewertung der Befragung der Gesundheitsämter	43
1.2 Kinder im Flüchtlings- / Asylbewerberstatus bei der ESU	44
1.3 Befragung von Eltern und Kindertageseinrichtungen	46

2. Daten aus der landesweiten Auswertung der ESU 2013 / 2014.....	47
2.1 Schritt 1	47
2.1.1 Häufigkeiten	47
2.1.2 Elternfragebogen	49
2.1.3 Erzieherinnenfragebogen.....	50
2.1.4 Varianzen in den Einschätzungen der Erzieherinnen und bei den Untersuchungsergebnissen der ESU	51
2.1.5 Ansätze für eine Verbesserung.....	57
2.2 Schritt 2.....	58
2.3 Einzelne Aspekte	58
2.4 Zusammenfassende Einschätzung	59
3. Einschulungsuntersuchungen in anderen Bundesländer	60
3.1 Inhalte und Verfahren.....	60
3.2 Sprachstandsverfahren	69
3.2.1 Expertise des deutschen Jugendinstituts	69
3.2.2 Analyse und Bewertung des Mercator Instituts	70
4. Neue Kinderrichtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen	73
5. Inklusion.....	75
6. Einschulungsuntersuchung in Baden- Württemberg – Empfehlungen zu Methoden, Umfang des Datensatzes und Perspektiven	78
Vorbemerkung	78
6.1 Unterlagen	79
6.1.1 Beobachtungsbogen für Erzieherinnen.....	79
6.1.2 Fragebogen für sorgeberechtigte Personen	81
6.1.3 Impfstatus	81
6.1.4 U-Heft	82
6.2 Basisuntersuchung.....	82
6.2.1 Körpermaße	82
6.2.2 Hörtest	83
6.2.3 Sehtest.....	83
6.2.4 Grobmotorik	84
6.2.5 Feinmotorik	84
6.2.6 Mathematische Kompetenz.....	85
6.2.7 Verhalten in der Untersuchung	85

6.2.8 Sprache	86
6.2.9 Kognition / Aufmerksamkeit	88
6.3 Ärztliche Elemente	88
6.3.1 Bewertung der Basisuntersuchung	88
6.3.2 Ergänzende Untersuchungen	89
6.3.2.1 Ergänzende ärztliche Untersuchung	89
6.3.2.2 Sprachstandsdiagnostik	89
6.4 Schritt 2 Untersuchung.....	90
6.4.1 Beobachtungsbogen für Erzieherinnen.....	90
6.4.2 Untersuchung in Schritt 2.....	91
6.5 Dokumentation	91
6.5.1 Dokumentation in Schritt 1	91
6.5.2 Dokumentation in Schritt 2	92
6.6 Befunddefinitionen	92
6.7 Beurteilungskategorien	92
6.8 Arbeitsteilung SMA / Arzt	93
6.9 Informationsweitergabe an Eltern, Kindergärten und Schule	93
Danksagung	96
Literatur	97
Anlagen.....	101

Zusammenfassung

Fragestellung und Methoden

Laut Vereinbarung zwischen dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden- Württemberg und dem Universitätsklinikum Ulm, vertreten durch Prof. Dr. Harald Bode vom November 2015, wurde von diesem die 2008 neu konzipierte Einschulungsuntersuchung (ESU) evaluiert. Dabei werden in der hier vorgelegten Evaluation die eingesetzten Methoden sowie der Umfang des Datensatzes bewertet und Ansätze zur Weiterentwicklung der ESU aufgezeigt.

Die Evaluation umfasst

1. Ergebnisse einer Befragung der Gesundheitsämter des Landes,
2. Daten aus der landesweiten Auswertung der Angaben und Befunde im Rahmen der ESU und deren Bewertung,
3. den Vergleich mit Einschulungsuntersuchungen anderer Bundesländer,
4. die Analyse der neu konzipierten Früherkennungsuntersuchungen U 8 und U 9 gemäß der neuen Kinderrichtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses,
5. die durch die Verordnung über sonderpädagogische Bildungsangebote – SBA VO entstandenen neuen Aspekte,
6. darauf aufbauend detaillierte Empfehlungen zu Methoden der ESU in Baden-Württemberg, wobei auch Stellung bezogen wird zum Umfang der Datensätze und zu Perspektiven der ESU,
7. Vorschläge zu Prioritäten in der Weiterentwicklung der ESU.

Ergebnisse und Empfehlungen

1. Befragung der Gesundheitsämter

Im ersten Quartal 2016 erfolgte eine Bestandsaufnahme der damals praktizierten ESU durch eine schriftliche Befragung der 38 Gesundheitsämter des Landes.

Dabei wurden Basisdaten, Angaben zum Ressourcenbedarf, der Akzeptanz und Kooperation, zu Dokumentation und EDV, den Inhalten und Methoden, dem Vorgehen in Schulkindergärten und Waldorfeinrichtungen und zu Wirkung und Perspektiven der ESU erfragt.

Wegen der damals aktuellen Problematik der hohen Zahl von Kindern im Flüchtlings-/Asylbewerberstatus wurden die Ämter zusätzlich zur ESU bei dieser Bevölkerungsgruppe befragt.

Die Zahl der untersuchten Kinder variierte zwischen den Landkreisen um den Faktor 6. Der Anteil der in Schritt 2 untersuchten Kinder war insgesamt gering.

Aus Sicht der Ämter waren die für die ESU vorhandenen Ressourcen nicht immer ausreichend.

Die Untersuchungsdauer je Kind differierte zwischen den Ämtern bedeutsam.

Die ESU hat aus Sicht der Ämter eine hohe Akzeptanz bei den Beteiligten, der Umfang wird als angemessen angesehen.

Die Kooperation mit Kindertagesstätten, Kinderarzt und Eltern ist aus Sicht der Ämter ein inhaltlich und zeitlich bedeutsamer Teil der ESU.

Schritte zur Vereinheitlichung der Dokumentationssysteme sind erforderlich. Die Datenübertragung ist vereinheitlicht.

Erzieherinnen- und Elternfragebogen werden überwiegend als hilfreich betrachtet.

Für das Entwicklungsscreening in ESU Schritt 1 wird teilweise Änderungsbedarf gesehen.

Das Vorgehen der Ämter in ESU Schritt 2 ist hinsichtlich der eingesetzten Verfahren und Kriterien für die zu untersuchenden Kinder sehr heterogen.

In Schulkindergärten wird die ESU von den Ämtern unterschiedlich gehandhabt. Viele Ämter sehen dort einen hohen Beratungsbedarf der Eltern und Erzieher.

Die Verfahren der ESU, die externe Ärzte in Waldorfeinrichtungen einsetzen, entsprechen häufig nicht denen der Arbeitsrichtlinien der ESU. In der Mehrzahl der Landkreise findet kein regelmäßiger Kontakt der Ämter mit diesen Ärzten statt.

Nach Einschätzung der Gesundheitsämter entdeckt die ESU oft Entwicklungsrisiken und führt zur frühzeitigen Einleitung von Fördermaßnahmen.

Die Wirkung der ESU wird durchweg als bedeutsam eingeschätzt. Sie bezieht sich auf verschiedene Ebenen: 1. Kind, 2. Eltern, 3. Erzieherinnen, 4. lokale Förderangebote, 5. lokale und regionale Netzwerke.

Etwa die Hälfte der Ämter sieht Änderungsbedarf bei der ESU Schritt 1 und Schritt 2. Die zahlreichen und detaillierten Vorschläge beziehen sich auf Umfang, Inhalte, Methoden, Organisatorisches und die Zuordnung der Untersuchungselemente zu SMA bzw. Arzt.

Bei Kindern im Flüchtlings-/ Asylbewerberstatus konnte die ESU oft nicht gemäß den Arbeitsrichtlinien erfolgen. Probleme bei der Durchführung waren zahlreich.

Bei einer Elternbefragung in Stuttgart war insgesamt eine hohe Akzeptanz der ESU zu verzeichnen. Bei Erzieherinnen bestand eine differenzierte, aber insgesamt gute Akzeptanz und Wertschätzung der ESU.

2. Daten aus der landesweiten Auswertung

Ergebnisse

Bislang liegen landesweite Daten nur zu ESU Schritt 1 vor. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich daher nur auf diesen Schritt 1.

Durch die ESU wird ein hoher Anteil von Kindern mit Förderbedarf identifiziert.

Die ESU liefert umfassende Datensätze für gültige epidemiologische Aussagen. Aus der Gesamtkohorte von ca. 89.000 Schulanfängern des Jahres 2015 liegen für die meisten Variablen Daten von 70000 – 80.000 Kindern vor.

Für die schulärztliche Beratungstätigkeit zufriedenstellend ist der Anteil von ca. 71% der Kinder mit einem vorgelegten Erzieherinnenfragebogen und von ca. 74% der Kinder mit einem vorgelegten Elternfragebogen.

Es besteht eine erhebliche Varianz in der Häufigkeit verschiedener Auffälligkeiten zwischen den Landkreisen.

Empfehlungen

Offensichtlich werden die Elternfragebögen relativ oft nur unvollständig ausgefüllt. Das Ausfüllen erfolgt auf freiwilliger Basis. Es ist daher zu prüfen, welche Angaben des Elternfragebogens auch weiterhin landesweit erfasst werden sollen.

Eine vollständigere Erfassung einiger weniger soziodemographischer Daten ist für den Landkreisvergleich und auch für die Gesundheits- und Förderplanung der Landkreise wünschenswert.

Der Migrationshintergrund sollte entsprechend der neuen, zwischen den obersten Landesgesundheitsbehörden abgestimmten Definition erfasst werden.

Die Daten der Erzieherinnenfragebögen eignen sich nicht für die landesweite Gesundheitsberichterstattung und haben nur begrenzte Aussagekraft bei einer landesweiten Auswertung durch das Landesgesundheitsamt.

Der Erzieherinnenfragebogen sollte weiterhin in der individuellen Beratung eingesetzt werden.

Es erscheint im Sinne der Qualitätssicherung erforderlich, Ursachen für die erhebliche Varianz in der Häufigkeit verschiedener Auffälligkeiten zwischen den Landkreisen zu suchen. Allerdings ist eine erhebliche Varianz auffälliger Befunde bei der ESU auch aus anderen Bundesländern bekannt.

Möglicherweise spielen Ermessensentscheidungen, personelle Ressourcen in den Gesundheitsämtern und den Landkreisen (Förderangebote etc.), Abweichungen in der Durchführung von den gültigen Arbeitsrichtlinien, Beschränkung der Untersuchung auf Subgruppen, Zuordnung eines gleichen Befundes zu unterschiedlichen Beurteilungskategorien und ein unterschiedlicher Schulungsgrad der die ESU durchführenden Personen eine Rolle. Außerdem könnten unterschiedliche Sozialstrukturen der Bevölkerung bedeutsam sein.

Das Ziel, landesweit zu einer einheitlicheren Durchführung und Bewertung der ESU zu kommen, bleibt eine dauerhafte Aufgabe.

Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen, Impfquoten, Unter-, Übergewicht, Adipositas, visuomotorische Störungen, Sprachförderbedarf und mittelfristig künftig auch mathematische Vorläuferfähigkeiten mit Relevanz für den Schulerfolg sollten in hochwertiger Qualität weiterhin landesweit in allen Gesundheitsämtern ermittelt werden und zusammen mit anonymisierten soziodemographischen Daten als Datensatz der Gesundheitsberichterstattung des Landes und der Kreise zur Verfügung gestellt werden.

Der Stellenwert von Schritt 2 der ESU sollte deutlicher herausgearbeitet werden. Erst dann ist eine landesweite Auswertung der Daten von Schritt 2 sinnvoll.

3. Einschulungsuntersuchungen in anderen Bundesländern

3.1. Inhalte und Verfahren

Die Daten der ESU werden in allen Bundesländern in unterschiedlicher Weise für die Gesundheitsberichterstattung auf Landes-, Kreis- und / oder Bezirksebene herangezogen.

Fast alle Bundesländer führen die Einschulungsuntersuchung im letzten Kindergartenjahr flächendeckend für alle Einschüler durch. In acht Bundesländern wird das SOPESS (Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening der Schuleingangsuntersuchung) eingesetzt. Lediglich in Baden- Württemberg und im Saarland wird die ESU landesweit im zweiten Kindergartenjahr durchgeführt.

Die in Baden-Württemberg in der ESU Schritt 1 untersuchten Kinder sind im Mittel 9 Monate jünger als die der Normierungsstudie im SOPESS. In dieser Zeitspanne finden erhebliche Entwicklungsprozesse statt. Damit können die Testaufgaben des SOPESS nur teilweise für die Kinder in Baden- Württemberg herangezogen werden. Außerdem fehlen bislang SOPESS Normen für Kinder im vorletzten Kindergartenjahr.

Aktuell ergibt sich aus dem Vergleich der ESU in verschiedenen Bundesländern keine Notwendigkeit für eine grundlegende Veränderung der in Baden- Württemberg eingesetzten Methoden. Wünschenswert wären mittelfristig die Überprüfung der Normierung einiger der in Baden- Württemberg eingesetzten Methoden und ggf. deren Weiterentwicklung mit dem Ziel, zu einer ähnlichen Kategorisierung mit Cut- off-Werten der Untersuchungsergebnisse wie im SOPESS zu kommen.

Die wahrscheinlich im Jahr 2018 zu erwartenden Ergebnisse des Bayerischen Pilotprojekts zur ESU im vorletzten Kindergartenjahr (Gesundheits- und Entwicklungsscreening im Kindergartenalter – GESIK) und die dort erstellten Normen für Verfahren, die für jüngere Kinder geeignet sind, könnten für die Weiterentwicklung der Verfahren in der ESU in Baden- Württemberg von Interesse sein und ggf. länderübergreifende Abstimmungen und Vergleiche erleichtern.

Zur Erkennung des eventuell bestehenden Sprachförderbedarfs erscheint für Baden- Württemberg trotz jüngeren Alters als das der in anderen Ländern mit SOPESS untersuchten Kinder das dort verwendete 5-stufige Kategorisierungssystem für die Beherrschung der deutschen Sprache sinnvoll.

Elternfragebögen sind in den meisten Bundesländern Teil der ESU. Es wird der weitere Einsatz eines Elternfragebogens in Baden-Württemberg im Rahmen der ESU uneingeschränkt befürwortet.

Wünschenswert wäre ein länderübergreifender Konsens zu einer Minimal-Liste einheitlich definierter und erhobener soziodemographischer und gesundheitsbezogener Daten, die künftig in Elternfragebögen im Rahmen der ESU erhoben werden.

Einzelne Verfahren zur Entwicklungsbeurteilung (z.B. DESK 3-6, VVV) könnten mit den damit erfassten Kompetenzbereichen mit dem Beobachtungsbogen für Erzieherinnen der ESU

in Baden-Württemberg verglichen und dieser entsprechend weiter entwickelt werden. Bevorzugt wird seitens des Autors allerdings die Beschränkung des Erzieherfragebogens auf den SDQ.

Die in Baden- Württemberg bei der ESU in Schritt 1 verwendeten Beurteilungskategorien (Arzt; intensiver Förderbedarf; häuslicher Förderbedarf/ Vorschulprogramm; in Behandlung; altersentsprechend) erscheinen weiterhin sinnvoll. Es ist gut, dass der Aspekt der Förderung betont wird.

Mit zunehmender Zahl inklusiv in Regeleinrichtungen betreuter Kinder sollte erwogen werden, bei Schritt 1 die Kategorie besondere Bedarfe in die verschiedenen sonderpädagogischen und gesundheitlichen / medizinischen Bedarfe zu spezifizieren. Dies gilt noch mehr für Schritt 2 der ESU.

Die Gesamteinschätzung des Schularztes, in die verschiedene zusätzliche Faktoren eingehen, bleibt für die schulärztlichen Empfehlungen unverzichtbar. Allerdings wird es erforderlich sein, im Rahmen der Qualitätssicherung landesweit eine Annäherung der für den Schulbesuch relevanten Beurteilungskategorien in den verschiedenen Gesundheitsämtern und bei den durchführenden Fachpersonen zu fördern.

3.2. Sprachstandsverfahren

Nur in Baden-Württemberg erfolgte 2010 die flächendeckende Sprachstandserhebung in der Verantwortung des Kinder-und Jugendgesundheitsdienstes, inzwischen auch im Saarland. Bemerkenswert ist, dass bereits 2010 in mehreren Bundesländern der Zeitpunkt der Sprachstandserhebung auf den Zeitraum von 24 – 15 Monaten vor der Einschulung vorverlegt wurde.

Die Autoren des deutschen Jugendinstituts halten die Untersuchung der Sprache durch die Gesundheitsämter für angebracht, um therapie- / abklärungsbedürftige Sprachentwicklungsstörungen und förderbedürftige Sprachentwicklungsverzögerungen abzugrenzen.

Ein Vergleich zeigt, dass die in den Bundesländern bei den Einschulungsuntersuchungen eingesetzten Verfahren zur Sprachstandserhebung sehr verschieden sind. Daten und Ergebnisse sind daher nicht vergleichbar.

Zurzeit gibt es zu HASE (Heidelberger Auditives Screening in der ESU) als Screening-Verfahren zur Ermittlung des Sprachstands für die Zielgruppe der ESU Schritt 1 in Baden-Württemberg keine bessere Alternative, insbesondere kein Verfahren mit einer höheren Anzahl erfüllter Qualitätsmerkmale.

Mittelfristig wäre eine neue Normierung von HASE wünschenswert. Hierzu könnten die Daten der ESU herangezogen werden.

4. Neue Kinderrichtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen

Die ESU Schritt 1 findet im Mittel etwa 10 – 12 Monate nach der (kinder-) ärztlichen Früherkennungsuntersuchung U 8 und 2 – 6 Monate vor der U 9 statt.

Die Seh- und Hörtests erfolgen nach der neuen Kinderrichtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses aus dem Jahr 2016 nicht nach einem einheitlichen Standardverfahren, es werden keine Kriterien für Auffälligkeiten definiert.

Die Verfahren zur Bestimmung des Seh- und Hörvermögens im Rahmen der ESU sind demgegenüber einheitlich und standardisiert. Sie sind allein eine zuverlässige Datenbasis für die Gesundheitsberichterstattung.

Die im neuen Untersuchungsheft angegebenen Beispiele zur Beurteilung der Entwicklung sind sinnvoll, aber nicht hinreichend für eine angemessene Beurteilung in den verschiedenen Bereichen und stellen so wie sie niedergelegt sind, keine ausreichende Grundlage für Förderempfehlungen dar.

Demgegenüber sind die Verfahren zur Entwicklungsbeurteilung in der ESU in Baden-Württemberg differenzierter, umfassender und standardisiert.

Ein kompletter Ersatz der ESU durch Informationen auf Basis von U8 oder U9 gemäß der neuen Kinderrichtlinie ist wegen des großen zeitlichen Abstandes (U8) und aus inhaltlichen Gründen (U8 und U9) nicht möglich. Vorstellbar wäre bei zuverlässiger regionaler Absprache die Übernahme von apparativen Seh- und Hörtestergebnissen des Kinderarztes, soweit diese nach den Kriterien der Arbeitsrichtlinien und zeitnah zur ESU durchgeführt wurden.

Da allerdings künftig laut Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24.11.2016 nur noch ein Nachweis über die Wahrnehmung der U- Untersuchungen bei der ESU verpflichtend vorzulegen ist, kann nicht mehr generell, sondern allenfalls auf freiwilliger Basis auf die Ergebnisse der U- Untersuchungen zurückgegriffen werden.

5. Inklusion

Sonderpädagogische Bedarfe müssen im Rahmen der inzwischen gültigen Verordnung über sonderpädagogische Bildungsangebote in Baden-Württemberg (SBA-VO) vom 8. März 2016 künftig im Rahmen der ESU noch stärker im Fokus stehen.

Bei der zunehmenden Zahl der in allgemeinen Schulen inklusiv betreuten Kindern, sind die komplementären Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) zu gesundheitlichen Aspekten und der sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren zu pädagogischen Aspekten, zu beachten.

Die ESU sollte in Schritt 1 und Schritt 2 in ihren Inhalten soweit möglich und sinnvoll vom Aufgabenbereich der (Sonder-)Pädagogik abgegrenzt sein.

Es sollte - analog zu ESU Schritt 2 – auch in Schritt 1 der ESU die Feststellung eines besonderen Bedarfes durch die Gesundheitsämter möglich sein und dann auch dokumentiert werden. Eine weitere Differenzierung dieser Bedarfe in sonderpädagogische und gesundheitlich / medizinische Bedarfe erscheint wünschenswert.

Es sollte angestrebt werden, dass für Kinder mit schulrelevanten chronischen Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie) und für Kinder mit Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot insbesondere in den Bereichen Körper und Sinnesbeeinträchtigung die ESU Schritt 2 regelhaft, systematisch, auf den „Arbeitsplatz Schule“ fokussiert und unter Einbeziehung eines Arztes des KJGD stattfindet.

Eine vollständigere – anonymisierte – landesweite Dokumentation von Kindern mit schulrelevanten gesundheitlichen / medizinischen Bedarfen und solchen mit sonderpädagogischen Bedarfen würde schul- und gesundheitspolitisch wichtige Daten im Querschnitt und im zeitlichen Verlauf und zu daraus abzuleitenden Bedarfen liefern (z.B. Fortbildungserfordernisse für Ärzte der Gesundheitsämter sowie Lehrer und Erzieherinnen).

6. Einschulungsuntersuchung in Baden- Württemberg – Empfehlungen zu Methoden, Umfang des Datensatzes und Perspektiven

Allgemeines

Die ESU hat sich bewährt. Sie erfüllt wesentliche Qualitätsstandards einer guten Public-Health Maßnahme und hat herausragende sozialmedizinische Bedeutung komplementär zur individualmedizinischen kinder- und jugendärztlichen Behandlung der Kinder.

Die Zweiteilung der ESU in Schritt 1 und 2 ist sinnvoll und sollte unbedingt beibehalten werden.

Die bevölkerungsbezogene Relevanz der ESU Daten ist unbestritten. Die mit dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) verbundene Stärkung der Gesundheitsberichterstattung kann u.a. auch mit Hilfe der ESU erfolgen, soweit landesweit qualitätsgesicherte Daten zu einigen relevanten Parametern zur Verfügung gestellt werden. Diese sind: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen, Impfquoten, Unter-, Übergewicht, Adipositas, visuomotorische Störungen, Sprachförderbedarf und künftig mathematische Vorläuferfähigkeiten mit Relevanz für den Schulerfolg.

Eine vollständigere Erfassung eines minimalen soziodemographischen Datensatzes und dessen anonymisierte landesweite Auswertung ist unbedingt anzustreben, da hierdurch ein wesentlicher Teil der Varianzen zwischen Landkreisen erklärt wird, und nur so sozialraumbezogene Fördermaßnahmen und aussagefähige Landkreisvergleiche möglich sind.

Die ESU als unabhängige Untersuchung und der hohe zeitliche Aufwand für Gespräche mit Eltern und Erzieherinnen sind wesentliche Gründe für die anerkannt gute Qualität und hohe Akzeptanz der ESU.

Die vielfältigen Anregungen zur Weiterentwicklung der ESU sollten im Fachbeirat ESU bzw. in Dienstbesprechungen in den 4 Regierungspräsidien diskutiert werden. Es empfiehlt sich ein schrittweises Vorgehen nach Prioritäten.

In den Dienstbesprechungen der vier Regierungspräsidien sollte geprüft werden, ob in einigen Ämtern die offensichtlich sehr lange dauernden Untersuchungen zeitökonomischer gestaltet werden können.

Es wird empfohlen, Kinder aus Schulkindergärten oder inklusiv in Regelkindergärten betreute Kinder, im Rahmen der ESU vollständig zu erfassen. Der Beratungsbedarf der Eltern insbesondere in gesundheitlichen Belangen sollte erfüllt werden. Bei aussagekräftigen und aktuellen Befunden z.B. von Frühförderstellen oder Sozialpädiatrischen Zentren kann auf eine Entwicklungsdiagnostik verzichtet werden.

Die ESU hat bei Kindern im Flüchtlings- /Asylbewerberstatus in den ersten Wochen und Monaten nach ihrer Ankunft in Deutschland die Aufgabe, ihnen den Zugang zum

medizinischen System zu ebnen. Die ESU Schritt 1 in der Form der Arbeitsrichtlinien ist nur bei manchen Kindern sinnvoll. Der Fokus sollte zunächst auf primär gesundheitlichen Belangen liegen.

Dies gilt auch für einen Teil der Kinder von EU- Arbeitsmigranten aus Ost- / Südosteuropa.

Die Wirkung der ESU könnte künftig bei entsprechenden Ressourcen an einzelnen Pilotgesundheitsämtern in wichtigen Aspekten überprüft werden.

Beobachtungsbogen für Erzieherinnen

Die Beobachtungsbögen der Erzieherinnen können als ein Baustein für die Beurteilung des individuellen Kindes weiterhin genutzt werden, sind allerdings in ihrer Aussagekraft in der derzeitigen Form ziemlich begrenzt.

Alternativ könnten die validierten Grenzsteine im Beobachtungsbogen für die Erzieherinnen wegfallen zugunsten eines komplett bearbeiteten SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire).

Fragebogen für sorgeberechtigte Personen

Der Fragebogen für sorgeberechtigte Personen sollte beibehalten, einige Fragen könnten gestrafft werden. Die soziodemographischen Daten sollten weiterhin erfragt werden.

Der Migrationshintergrund der Kinder sollte nach den bundeseinheitlichen Empfehlungen einheitlich erfasst werden und bei der landesweiten Auswertung der Daten weiterhin unbedingt dargestellt werden.

Impfstatus

Die Dokumentation des Impfstatus ist umfangreich und zeitaufwändig, bleibt jedoch unerlässlich.

U-Heft

Eine Übernahme von Daten aus dem U- Heft als Ersatz für selbst in den Ämtern erhobene Daten ist generell nicht zu empfehlen.

Auf lokaler Ebene könnten nach Absprache in Qualitätszirkeln einzelne Elemente der ESU aus den kinderärztlichen Untersuchungen U8 und U9 übernommen werden, sofern diese nach den Arbeitsrichtlinien und zeitnah zur ESU durchgeführt wurden.

Allerdings kann künftig laut Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24.11.2016 nur noch auf freiwilliger Basis auf die Ergebnisse der U- Untersuchungen zurückgegriffen werden.

Basisuntersuchung

Bei knappen Ressourcen kann auf die Prüfung der Grob-/ Körpermotorik verzichtet werden, sofern damit Zeit für prioritäre Maßnahmen gewonnen wird.

Der Begriff Malentwicklung könnte durch den Begriff Visuomotorik ersetzt werden. Alternativen zur Differenzierungsprobe könnten entsprechende Teile des SOPESS, soweit dann Altersnormen vorliegen, oder aus BUEVA III (Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter – Version III) sein. Auf die Menschzeichnung könnte ggf. verzichtet werden.

Wegen der großen Bedeutung von mathematischen Vorläuferfähigkeiten sollten die in diesem Bereich eingesetzten Verfahren erweitert werden, z.B. durch Elemente aus dem BUEVA III.

Eine ergänzende Einschätzung des kindlichen Verhaltens außerhalb der Untersuchung könnte durch einen von Eltern und Erzieherinnen ausgefüllten SDQ- Fragebogen erfolgen. Die Auswertung des SDQ – Fragebogens sollte erst im Rahmen der ESU erfolgen.

HASE sollte als geeignetes Verfahren zur Erfassung basaler sprachlicher Kompetenzen beibehalten werden. Mittelfristig ist die Erstellung aktueller Normen – möglicherweise anhand der Daten von ESU Schritt 1 – wünschenswert.

Die neuen Kriterien zur Anwendung des SETK 3-5 und der Entscheidungsbaum für Therapie- und Fördermaßnahmen erscheinen sinnvoll und sollten angewandt werden.

Die Bewertung der ESU – Ergebnisse nach ärztlichem Ermessen sollte beibehalten werden. Allerdings sollte versucht werden, den „Ermessensspielraum“ dahingehend zu verringern, dass die Unterschiede zwischen verschiedenen Ämtern in der Beurteilung ähnlicher Befunde geringer werden.

Das Element der ergänzenden ärztlichen Untersuchung ist sinnvoll für das individuelle Kind und sollte als Option für alle Ämter bei einem gewissen Anteil der Kinder (z.B. 25%) möglich sein.

Die in Schritt 1 verwendeten Beurteilungskategorien erscheinen weiterhin sinnvoll. Mit zunehmender Zahl inklusiv betreuter Kinder sollte erwogen werden, ob bei Schritt 1 die Kategorie besondere Bedarfe in die verschiedenen sonderpädagogischen und in gesundheitliche / medizinische Bedarfe spezifiziert werden kann. Dies gilt noch mehr für Schritt 2 der ESU.

Eine Verringerung des zeitlichen Dokumentationsaufwandes je Kind in Schritt 1 der ESU ist wünschenswert.

Schritt 2

Die ESU Schritt 2 kann wegen lückenhafter Datenlage für die Gesundheitsberichterstattung nicht herangezogen werden, die Zielrichtung ist bis auf weiteres auf das individuelle Kind konzentriert.

Es bedarf einer grundsätzlichen Diskussion über Inhalt, Umfang und Bedarf an der ESU Schritt 2. Diese Aspekte sollten im Fachbeirat ESU bzw. in den Dienstbesprechungen in den 4 Regierungspräsidien erarbeitet werden - auch in Abhängigkeit von personellen Ressourcen der Ämter- und dann regional umgesetzt werden.

Die ESU Schritt 2 sollte bei knappen Ressourcen auf die Gruppe der Kinder mit besonderen gesundheitlichen / medizinischen und sonderpädagogischen Bedarfen konzentriert werden. Bei diesen Kindern sollte nach entsprechender Untersuchung die Beratung von Eltern in Kooperation mit den Lehrern hinsichtlich des geeigneten Lernortes und der dort zu realisierenden Erfordernisse erfolgen.

Zumindest für Kinder mit Inklusionsbedarf müssen in ESU Schritt 2 hinreichende zeitliche / personelle Ressourcen vorhanden sein.

In Schritt 2 sollten sozialmedizinische bzw. auf den Arbeitsplatz Schule bezogene Aspekte im Vordergrund stehen. Er soll Eltern und Schule die notwendigen Informationen geben, die sie für das individuelle Kind bezüglich seiner Gesundheit und Entwicklung für einen erfolgreichen Schulbesuch benötigen.

Für Schritt 2 ist SOPESS ein in vielen Bundesländern gut etabliertes und normiertes Verfahren mit prognostischer Validität für schulische Kompetenzen.

Sehtest, Hörtest und SOPESS in Schritt 2 könnten durch sozialmedizinische Assistentinnen durchgeführt werden, sofern dafür personelle Ressourcen vorhanden sind.

Schritt 2 hat einen besonderen Stellenwert für Kinder mit besonderen gesundheitlichen / medizinischen und sonderpädagogischen Bedarfen nach der Einschulung und sollte für diese Kinder im Rahmen der Verordnung über sonderpädagogische Bildungsangebote SBA - VO des Landes regelhaft und durch einen Arzt des Gesundheitsamtes durchgeführt werden.

Besondere schulrelevante gesundheitliche / medizinische Bedarfe sollten in ESU Schritt 2 in einer gesonderten Rubrik gekennzeichnet werden, die auch für landesweite Auswertungen herangezogen werden kann.

Die ESU in Schritt 2 sollte der Zielgruppe möglichst in allen Landkreisen in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen.

7. Prioritäten bei der Weiterentwicklung der ESU

Eine erhebliche Verschlankung des ESU – Verfahrens unter Beibehaltung der wesentlichen Qualitätsstandards erscheint nicht möglich.

Eine Weiterentwicklung einzelner Elemente der ESU und damit der Qualität der ESU erscheint allerdings angebracht. Dabei sollten die vielfältigen Anregungen aus der Befragung der Gesundheitsämter und weitergehende Hinweise aus dieser Evaluation berücksichtigt werden.

Prioritäten könnten die Überarbeitung des Fragebogens für Erzieherinnen, die Beurteilung der mathematischen Vorläuferfähigkeiten und der Visuomotorik sein, mittelfristig aktualisierte Normen für HASE.

Außerdem sollten Inhalte, Umfang und Zielgruppe für Schritt 2 der ESU präzisiert werden. Schließlich ist die Varianz der ESU - Ergebnisse zwischen den verschiedenen Landkreisen zu analysieren und auf eine landesweit einheitlichere Durchführung und Bewertung der ESU hinzuwirken.

Einleitung

Laut Vereinbarung zwischen dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (im Folgenden abgekürzt als Sozialministerium) und dem Universitätsklinikum Ulm, vertreten durch Prof. Dr. Harald Bode, vom November 2015 soll die 2008 neu konzipierte Einschulungsuntersuchung (ESU) in Baden - Württemberg evaluiert werden. Ziel der Evaluation ist es, die eingesetzten Methoden sowie den Umfang des Datensatzes nochmals zu bewerten und die Qualität der ESU weiterzuentwickeln. Zudem sollen die durch die angekündigte Inklusionsvereinbarung, inzwischen verabschiedet als Verordnung über Sonderpädagogische Bildungsangebote – SBA VO, entstehenden neuen Aspekte einbezogen werden.

Ansätze und Methoden

Grundlage der folgenden Evaluation sind – soweit nichts anderes vermerkt - die vom Landesgesundheitsamt zur Verfügung gestellten „Arbeitsrichtlinien für die Einschulungsuntersuchung und deren Dokumentation in Baden- Württemberg gültig vom Oktober 2015 bis September 2016 für Untersuchungen der Einschulungsjahrgänge 2016 (Schritt 2) und 2017 (Schritt 1); Stand Juli 2015“.

Zu vermerken ist an dieser Stelle, dass während des Zeitraums dieser Evaluation Änderungen in den Arbeitsrichtlinien der ESU vorgenommen wurden, die im Folgenden teilweise, jedoch nicht vollständig berücksichtigt werden konnten. Auftrag war nach Absprache mit dem Sozialministerium, die Evaluation auf Basis der „Arbeitsrichtlinien für die Einschulungsuntersuchung und deren Dokumentation in Baden- Württemberg gültig vom Oktober 2015 bis September 2016 für Untersuchungen der Einschulungsjahrgänge 2016 (Schritt 2) und 2017 (Schritt 1); Stand Juli 2015“ durchzuführen.

1. Befragung der Gesundheitsämter

Nach sorgfältiger Durchsicht dieser umfangreichen Arbeitsrichtlinien wurde entschieden, in einer Befragung sämtlicher 38 mit der ESU betrauter Gesundheitsämter in Baden-Württemberg eine Bestandsaufnahme des aktuellen Vorgehens durchzuführen.

Dazu wurde ein umfangreicher Fragebogen entworfen, der alle Aspekte der ESU umfassen sollte. Dieser Entwurf wurde auf einer ganztägigen Sitzung des Fachbeirates ESU in Stuttgart am 29.1.16, an der der Unterzeichner teilnahm, und mit Vertretern des Sozialministeriums ausführlich in allen Einzelheiten diskutiert. Er wurde entsprechend der Einschätzung der Teilnehmer mit Zustimmung des Unterzeichners modifiziert. Die finale Version (nach Zustimmung des Sozialministeriums und vom Kultusministerium konsentiert) befindet sich in der Anlage (**Anlage 1**).

Anlässlich der im ersten Quartal 2016 sehr aktuellen Problematik der hohen Zahl von Kindern im Flüchtlings- / Asylbewerberstatus bei der ESU entschieden die Unterzeichner der Vereinbarung, zusätzlich in einem Kurzfragebogen die 38 Gesundheitsämter zur ESU bei dieser Bevölkerungsgruppe zu befragen. Die Abstimmung des Entwurfes erfolgte wie oben ausgeführt. Die finale Version befindet sich in der Anlage (**Anlage 2**).

Beide Fragebögen wurden mit einem Begleitbrief des Sozialministeriums Ende Februar 2016 per email vom Unterzeichner verschickt. 37 von 38 Gesundheitsämtern haben die bearbeiteten Fragebögen an den Unterzeichner zurückgeschickt, in Einzelfällen nach Erinnerung per email.

Zusätzlich wurde eine inzwischen publizierte Befragung des Gesundheitsamtes Stuttgart zur Akzeptanz der ESU bei Eltern und Erzieherinnen berücksichtigt.

2. Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen

Der Unterzeichner erstellte einen umfangreichen Fragenkatalog zu existierenden landesweiten Daten zu Ergebnissen der ESU. Nach Absprache mit dem Landesgesundheitsamt (LGA) wurden dem Unterzeichner für die Beantwortung der Fragen die „**Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2013 / 2014 (Schulanfänger 2015) – Landesweite Auswertung für Baden- Württemberg zu Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Untersuchungsbefunden, Stand 08.10.2015**“ als umfangreiches Druckwerk zur Verfügung gestellt und anschließend von ihm ausgewertet. Zusätzlich wurden einzelne Fragen per E-Mail mit Frau Dr. Lehrer, LGA, besprochen bzw. geklärt.

Außerdem wurde der **Gesundheitsatlas Baden- Württemberg** analysiert in Hinblick auf die Parameter und Daten, die dort aus den landesweiten und kreisbezogenen ESU – Ergebnissen aufgeführt sind.

3. Methoden der Einschulungsuntersuchung in Baden- Württemberg

Der Unterzeichner führte mehrere **Recherchen** zu Methoden bei der Einschulungsuntersuchung durch.

Dabei beschäftigte er sich mit den Methoden der aktuellen ESU in Baden – Württemberg und bewertete sie im Einzelnen.

4. Einschulungsuntersuchungen in anderen Bundesländern

Weiterhin beschäftigte sich der Unterzeichner mit Inhalten, Verfahren und Ergebnissen der Einschulungsuntersuchung in anderen Bundesländern, im Besonderen von Berlin, Brandenburg, Nordrhein – Westfalen, dem Saarland und Schleswig Holstein. Zusätzlich wurden Informationen zum Pilotprojekt zur vorverlegten Einschulungsuntersuchung in Bayern (GESiK) eingeholt.

Darüber hinaus identifizierte er sämtliche in den deutschen Bundesländern im Rahmen von Einschulungsuntersuchungen verwendeten **Sprachstandsverfahren**. Er bearbeitete eine diesbezügliche Publikationen der Mercator - Stiftung und des deutschen Jugendinstituts, die die Methodik und Qualität dieser Verfahren untersucht haben.

Zudem wurden persönlich oder schriftlich Informationen von mit der ESU in anderen Bundesländern befassten Personen (Trost-Brinkhues, Rech, Elsässer, Horacek, Nennstiel-Ratzel, Daseking) eingeholt.

5. Neue Kinderrichtlinie

Die zum 1.9.2016 in Kraft getretene neue Kinderrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde in Bezug auf die Früherkennungsuntersuchungen U 8 (46. - 48. Lebensmonat) und U 9 (60. - 64. Lebensmonat) analysiert.

6. Organisatorisches

Verschiedene schriftliche und telefonische Rückmeldungen von Ärzten der Gesundheitsämter – meist im Rahmen der Befragung bzw. durch diese angestoßen – und von diesen zur Verfügung gestelltes zusätzliches Informationsmaterial (Bachelor-, Masterarbeiten, Poster)

wurden entgegengenommen, orientierend gesichtet und im Einzelfall berücksichtigt bzw. zitiert.

Eine Befragung von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten in Baden – Württemberg zur ESU wurde zeitweise erwogen, aber letztlich auf die Zeit nach Fertigstellung dieser Evaluation zurückgestellt.

Eine Absprache mit Mitarbeitern/Innen des Sozialministeriums hat wiederholt telefonisch und persönlich stattgefunden.

Weiterhin nahm der Unterzeichner an verschiedenen Treffen zur Thematik der ESU teil, die u.a. dem Gedankenaustausch zu einzelnen Aspekten der ESU und der Abstimmung des weiteren Vorgehens dienten:

- Abschluss / Auftaktveranstaltung der ESU, Stuttgart 28.9.2016
- Besprechung im Sozialministerium am 26.1.2017
- Vorstellung von Ergebnissen der Befragung der Gesundheitsämter im Landesgesundheitsamt Stuttgart am 7.4.17
- Besprechung des Entwurfs der Schlussversion der Evaluation am 27.4.17 im Sozialministerium

Umfangreiche Anmerkungen und Hinweise des Kultusministeriums gingen am 31.5. 2017 beim Verfasser ein. Auf Vorschlag des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg werden diese Punkte nach Veröffentlichung dieses Abschlussberichtes ggf. mit dem Kultusministerium diskutiert.

Ergebnisse und Empfehlungen

1. Befragung der Gesundheitsämter

Die folgenden Zahlen beziehen sich auf die Angaben von 37 Gesundheitsämtern. 1 Gesundheitsamt nahm an der Befragung nicht teil.

Da diese 37 Ämter nicht zu allen Fragen Stellung bezogen haben, ergeben die Antworten in der Summe nicht immer die Zahl 37.

1.1 Befragung der Gesundheitsämter zur ESU bei in Deutschland gemeldeten Kindern

1.1.1 Basisdaten

Die **Zahl der untersuchten Kinder** in Schritt 1 variiert zwischen den Landkreisen um den Faktor 6. In Schritt 1 werden alle Kinder von den SMA untersucht, der Anteil der zusätzlich von Ärzten des Gesundheitsamts untersuchten Kinder schwankt stark zwischen den Landkreisen. In einigen Landkreisen werden die Kinder grundsätzlich im Tandem (SMA/ Arzt) untersucht.

Der **Anteil der Kinder**, die **in Schritt 2** untersucht werden, schwankt regional erheblich, vereinzelt werden Kinder in Schritt 2 nur im Rahmen der Eingliederungshilfe untersucht.

Insgesamt ist die Zahl der in Schritt 2 untersuchten Kinder sehr deutlich geringer. Diese Kinder werden in den meisten Landkreisen zumeist nur vom Arzt des Gesundheitsamtes untersucht.

Die **in Schritt 2 benutzten Untersuchungsverfahren** sind nicht einheitlich. In einer relevanten Zahl von Landkreisen wird die Durchführung des SETK 3 – 5 nach extern vergeben.

Tabelle 1.1. zeigt wichtige Basisdaten zu den Einschulungsuntersuchungen Schritt 1 (Einschulungsjahr 2016) und Schritt 2 (Einschulungsjahr 2017).

Tabelle 1.1.: Gesamtzahl der **Untersuchungen in Schritt 1 und Schritt 2**, Gesamtzahl und prozentuale Anteile ärztlicher Untersuchungen in Schritt 1 und prozentualer Anteil der Untersuchungen Schritt 2 bezogen auf die absolute Zahl der Untersuchungen von Schritt 1 im gleichen Untersuchungsjahr.

	Zahl der untersuchten Kinder in Schritt 1	Zahl der vom Arzt untersuchten Kinder in Schritt 1	Prozentsatz der vom Arzt untersuchten Kinder in Schritt 1	Zahl der untersuchten Kinder in Schritt 2	Prozentsatz der in Schritt 2 untersuchten Kinder
Median	2091	350	15	192	6
Mittelwert	2504	678	24	280	8
Maximum	6120	5241	100	1683	41
Minimum	980	2	0	5	0

Kinder mit bestimmten Merkmalen werden in Schritt 2 in unterschiedlicher Häufigkeit untersucht (**Tabelle 1.2.**).

Tabelle 1.2.: Häufigkeit der **Untersuchung von Kindern mit bestimmten Merkmalen** in Schritt 2 - Zahlen geben die Zahl der Ämter an.

	nie	selten	oft	immer
besondere Bedarfe	0	22	9	3
Gemäß Kinderschutzgesetz	5	26	2	2
Auf Wunsch von Kita/Schule / Eltern / Kinderärzten	0	8	21	8

Bewertung:

*Der sehr unterschiedliche Anteil von Kindern in Schritt 1, die ärztlich untersucht wurden, hängt möglicherweise mit den personellen Ressourcen der jeweiligen Ämter zusammen. Ein weiterer Grund könnten die in einzelnen Ämtern durchgeführten Tandem – Untersuchungen sein (die in den Arbeitsrichtlinien nicht vorgesehen sind). **Eine sachlich begründbare Vorgabe zu einem erstrebenswerten Prozentsatz ist nicht verbindlich möglich, ein Anteil von z.B. mindestens 25 % ist wünschenswert.** Es entspricht nicht dem Konzept der ESU 1, wenn kein Kind von einem Arzt untersucht wird.*

Bislang wird landesweit nur ein geringer Anteil von Kindern des Einschulungsjahrgangs in Schritt 2 untersucht. Diese Tatsache ist sicher auch den beschränkten personellen Ressourcen

der Gesundheitsämter geschuldet. Der tatsächliche Bedarf an ESU Schritt 2 Untersuchungen sollte in regionalen und überregionalen Arbeitsgruppen erarbeitet werden.

Im Rahmen der im Schulgesetz festgelegten Inklusion von Kindern mit besonderem Förderbedarf oder mit chronischen Erkrankungen sollten Kinder mit besonderen Bedarfen in Schritt 2 immer auch ärztlich untersucht werden. Es ist unklar, ob dies bislang erfolgt.

1.1.2 Ressourcenbedarf

Die Ressourcen erscheinen nicht immer ausreichend, was u. a. durch nichtbesetzte Stellen und / oder den hohen Aufwand durch die Untersuchung von Kindern im Flüchtlings-/Asylbewerberstatus bedingt ist (Tabelle 1.3.- 1.4.).

Tabelle 1.3.: Ressourcenbedarf Personal nach Einschätzung der Gesundheitsämter- Zahlen geben die Zahl der Ämter an.

	SMA	Arzt	Sonstige
ausreichend	26	20	23
Nicht ausreichend	9	14	10
Nicht besetzt	2	4	2

Tabelle 1.4.: Ressourcenbedarf räumlich / sachlich nach Einschätzung der Gesundheitsämter- Zahlen geben die Zahl der Ämter an.

	räumlich	sachlich
ausreichend	21	33
Nicht ausreichend	16 *	2

Probleme in der Planung und Durchführung der ESU bestehen

nie in einem Amt, selten in 30 Ämtern, oft in 3 Ämtern. Konkret werden als Probleme benannt:

- Termine werden ohne Entschuldigung nicht eingehalten
- Fehlende Krankheitsvertretung
- Software
- Knapp im ärztlichen Bereich
- keine Rückmeldung bei Kindern ohne Kindergartenbesuch
- SMA steht nur noch für ESU zur Verfügung
- Dokumentation: 15-20 Kopien je Kind
- Frustration, da nur noch Zeit für ESU (Fließbandarbeit)

Der faktische Zeitbedarf je Kind in Schritt 1 der ESU wird in **Tabelle 1.5.** angegeben:

Tabelle 1.5.: Untersuchungsdauer je Kind in Schritt 1 in Minuten (geschätzter Mittelwert)
– Zahlen geben die Zahl der Ämter an.

	Gesamt	SMA	Arzt	Dokumentation
< 30		1	4	18
30-45		26	16	10
46-60		9	13	7
61-90	10	1	3	
91-120	15			1
>120	11			

Ein großer Dokumentationsaufwand für Schritt 1 wird festgestellt.

Der faktische Zeitbedarf je Kind in Schritt 2 der ESU wird in **Tabelle 1.6.** angegeben:

Tabelle 1.6.: Untersuchungsdauer je Kind in Schritt 2 in Minuten (geschätzter Mittelwert)
– Zahlen geben die Zahl der Ämter an.

	Gesamt	SMA	Arzt	Dokumentation
<30		23	2	25
30-45	2	8	10	8
46-60	2	3	17	3
61-90	18		7	
91-120	7			
>120	5			

In Schritt 2 erfolgt häufig nur eine Untersuchung durch den Arzt, die SMA wird nur für Organisatorisches herangezogen.

Hauskinder (Kinder ohne Kindergartenbesuch)

Probleme bei der Erfassung gab es in allen Ämtern, die auf diese Frage antworteten, jeweils in 18 Ämtern selten bzw. oft.

Die am gemeldeten Wohnort lebenden Kinder ohne Kindergartenbesuch werden meist vollständig untersucht, 8 Ämter haben dazu keine Kenntnis.

Der organisatorische Aufwand wird als hoch eingeschätzt, z.B. bei Wohnsitz im Ausland. Allerdings ist der Eindruck der Ämter, dass diese Kinder zumeist in Schritt 1 und nach Rückmeldung der Grundschule unauffällig sind.

Bewertung:

Die Untersuchungsdauern je Kind differieren in den Ämtern bedeutsam. Dies mag z.T. durch unterschiedliche Wegezeiten und durch soziodemographische Faktoren bedingt sein. Aus der Untersuchungsdauer leitet sich direkt der Ressourcenbedarf ab. Die Ressourcen sind offensichtlich in einigen Ämtern nicht ausreichend, besonders im ärztlichen Bereich, etwas weniger bei den SMAs.

Es ist zu erwarten, dass bei Abnahme der Flüchtlingszahlen eine gewisse Entlastung der Ämter für die ESU eintritt.

Dennoch erscheint die personelle Ausstattung der Ämter in einigen Landkreisen unzureichend für eine ESU gemäß den Arbeitsrichtlinien.

Im Fachbeirat ESU bzw. in Dienstbesprechungen in den 4 Regierungspräsidien Arbeitskreisen sollte geprüft werden, ob in einigen Ämtern die offensichtlich sehr lange dauernden Untersuchungen zeitökonomischer gestaltet werden können.

Es sollte auch geprüft werden, ob und in welchem Umfang der Dokumentationsaufwand reduziert werden kann.

*Überlegungen zum Ausbau der ESU Schritt 2 können nur erfolgen, wenn zusätzliche personelle Ressourcen bereitgestellt werden. **Zumindest für Kinder mit Inklusionsbedarf müssen diese Ressourcen vorhanden sein.***

Außerdem ist die Im Land zunehmende Geburtenzahl bei der Ressourcenzuteilung zu berücksichtigen.

1.1.3 Akzeptanz und Kooperation

Die ESU hat eine hohe **Akzeptanz** seitens der Ärzte und SMA an den Gesundheitsämtern und auch die Akzeptanz anderer (Eltern, Erzieherinnen) ist nach Einschätzung der Mitarbeiter/Innen in den Gesundheitsämtern durchweg hoch. Die Akzeptanz der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte sowie der Lehrer wird unterschiedlich eingeschätzt.

Einzelheiten zeigen **Tabelle 1.7.- 1.9.**

Tabelle 1.7.: Bewertung der ESU Schritt 1 aus Sicht der verschiedenen Beteiligten (Einschätzung der Mitarbeiter/Innen der Gesundheitsämter) – Zahlen geben die Zahl der Ämter an

	unverzichtbar	hilfreich für viele	hilfreich für wenige	entbehrlich	weiß nicht
SMA	30	6	1		
Ärzte des Gesundheitsamtes	22	13	2		
Erzieherinnen	11	26			
Eltern	5		2	2	3
Kinder-/ Hausärzte	2	24	12	2	2
Schule / Schulamt	14	18	6	1	2

Den **Umfang der ESU Schritt 1** schätzen 31 Ämter als angemessen, 1 Amt als zu umfangreich und 4 Ämter als zu gering ein.

Im Freitext zu ESU 1 geben die Ämter folgende Hinweise:

- Umfang sollte erhalten bleiben (mehrfach)
- Sehr gutes Verfahren, um zielsicher Kinder mit Förderbedarf zu erkennen
- Runde Tische (unterschiedliches Interesse der Schulen / Kooperationslehrer)
- Indikation zur ergänzenden Sprachstandserhebung wurde 2015/16 zu Recht angepasst (vorher zu niederschwellig)
- Organisatorischer Aufwand immer noch sehr hoch (mehrfach)

- Aufgabe zur Spontansprache wäre sinnvoll (z.B. Bildbeschreibung aus LiSeDaZ)
- Systematischere / umfangreichere Anamnesefragebögen
- ESU zu sprachlastig (mehrfach)
- Es fehlen motivierende kindgemäße Untersuchungsmethoden mit moderneren Materialien (z.B. Graphomotorik) und vor allem zu den Bereichen Konzentration und Kognition
- ESU Konzeption hat sich sehr bewährt, die Untersuchung im Tandem SMA / Arzt bei Schritt 1 wird sehr begrüßt (mehrfach) (*Anmerkung: Gemäß der ESU Konzeption findet die ESU nicht im Tandem statt*)
- Bedeutung der Untersuchung und Beratung wächst. Dem kann nicht genügend entsprochen werden
- Dokumentation ist sehr umfangreich
- Seit Neukonzeption verbesserte Vernetzung und Kooperation mit Jugendamt, Schulamt, Kinderärzten, Beratungsstellen
- Meinung der Kinderärzte verschieden
- Sonderpädagogische Beratungsstellen sehen nach Schritt 1 vermehrt Kinder, Empfehlungen nie unbegründet
- Ausführliche Untersuchung und Beratung in Schritt 1 möglich, bei Schritt 2 häufig Beschränkung auf telefonische Beratung der Schulen
- Motorik kommt in Schritt 1 zu kurz, Einbeinhüpfen reicht nicht (mehrfach)
- Umfang notwendig, sinnhaft und angemessen
- Wünschenswert wären Testverfahren in den Bereichen Motorik, Zahlen- und Mengenvorwissen
- Übernahme der Ergebnisse von Seh- und Hörtest von niedergelassenen Kinderärzten, sofern im U- Heft Methode und Rohdaten vermerkt
- Ausfüllen des Anamnesebogens wird von Erzieherinnen als erheblicher Aufwand empfunden
- Standardisierte Materialien für die ärztliche Nachuntersuchung wünschenswert
- Keine weitere Reduktion
- Daten erforderlich für jährlichen Kindergesundheitsbericht und Bildungsbericht des Landkreises
- Seh- und Hörtest im ländlichen Bereich unverzichtbar, da Hausärzte Kindervorsorgen ohne apparative Unterstützung machen
- Methoden in Schritt 1 verbessern
- HASE angemessen, SETK 3-5 sehr zeitaufwändig für wenig Zusatzinformationen, Einführung eines Screening Verfahrens für Kinder, die nicht Deutsch als Muttersprache haben

Tabelle 1.8.: Bewertung der ESU Schritt 2 aus Sicht der verschiedenen Beteiligten (Einschätzung der Mitarbeiter/Innen der Gesundheitsämter) – Zahlen geben die Anzahl der Ämter an

	unverzichtbar	hilfreich für viele	hilfreich für wenige	entbehrlich
SMA	14	9	10	1
Ärzte des Gesundheitsamtes	14	14	9	0
Erzieherinnen	7	18	11	1
Eltern	5	18	12	1
Kinder-/Hausärzte	2	14	13	4
Schule / Schulamt	12	15	8	2

Den **Umfang der ESU Schritt 2** schätzen 27 Ämter als angemessen, 2 Ämter als zu umfangreich und 6 Ämter als zu gering ein.

Im Freitext zu ESU 2 geben die Ämter folgende Hinweise:

- Zu wenige Kinder untersucht, für die ESU Schritt 2 hilfreich wäre
- Runder Tisch sehr positiv
- Sprachlicher Teil im SOPESS zu gering, wird durch HASE, SETK ergänzt
- SOPESS angemessen (mehrfach)
- Inhaltlicher Umfang im Ermessen des Untersuchers
- Zu hoher organisatorischer Aufwand für zu viele unauffällige Kinder
- Standardisiertes Untersuchungsmaterial wäre hilfreich
- Schritt 2 für einzelne Kinder hilfreich, für Großteil entbehrlich
- z.T. mit, z.T. ohne Eltern / Erzieherinnenfragebogen
- Bedeutung der Untersuchung und Beratung wächst
- Gute Kooperation und individuelle Absprache mit Schulamt >/ Schule bzgl. Schulzurückstellung
- Visuomotorische Überprüfung nicht ausreichend
- SETK 3 - 5 für > 6 jährige nicht normiert
- Schulzurückstellung wegen emotionaler Unreife kann vom Schularzt schlecht beurteilt werden
- durch Schritt 1 und Fördermaßnahmen sind Zahlen für Schritt 2 und Schulzurückstellungen zurückgegangen
- deutliche verbesserte Kooperation mit Ärzten Schulamt /Erzieherinnen nach anfänglicher Skepsis
- Schritt 2 auf benachteiligte Kinder beschränken, ca. 10-20 % Nachuntersuchungsquote
- Herzstück runde Tische
- Schritt 2 Nachholung der Basisuntersuchung
- Schritt 2 nur im Ausnahmefall notwendig. Keine Konsequenzen.
- Beobachtungsbogen für Erzieherinnen wird als unnütz empfunden
- Schulamt entscheidet über Einschulung

Die **Kooperation** mit den Kindertagesstätten wird durchweg als angemessen eingeschätzt. Die Kooperation mit den Kinderärzten des jeweiligen Landkreises wird überwiegend als angemessen eingeschätzt, in einigen Landkreisen erscheint sie zu gering (**Tabelle 1.9.**).

Tabelle 1.9.: Kooperation der Gesundheitsämter mit Kindertagesstätten und Landkreisen (Zahlen entsprechen Anzahl der Ämter)

	angemessen	zu umfangreich	zu gering
Kooperation mit Kindertagesstätten	36		
Kooperation mit Kinderärzten	27		11

Offensichtlich bedeutsam ist der **Informationsaustausch** mit Eltern und Erzieherinnen, der in Schritt 1 und 2 z.T. unterschiedlich gehandhabt wird. Die Befundübermittlung liegt bei unauffälligen Kindern in alleiniger Verantwortung der SMA in 12 Ämtern, in 24 Ämtern nicht. Die schriftliche Befundübermittlung an die Eltern erfolgt in 27 Ämtern durch den Arzt, in 19 Ämtern durch die SMA. Die mündliche Befundübermittlung an die Eltern erfolgt durch den Arzt in 21 Ämtern, durch die SMA in 23 Ämtern (z.T. durch Arzt und SMA).

Tabelle 1.10. beschreibt den Umfang des Kind-bezogenen Austausches in schulrelevanten Gesundheitsfragen über die schriftliche Befundweitergabe hinaus.

Tabelle 1.10.: Kind bezogener **Austausch in schulrelevanten Gesundheitsfragen** (Zahlen entsprechen Anzahl der Ämter)

	immer	oft	selten	nie
Eltern	23	10	5	
Erzieherinnen	13	24	2	
Fördernden Stellen /Personen		13	23	
Grundschule	6	10	23	1
Behandelnden Ärzten	2	6	29	

Hierfür wird in der ESU erheblich Zeit aufgewendet (**Tabelle 1.11.**).

Der Austausch mit Kooperationslehrkräften spielt eine geringere Rolle, da er wohl erst nach Schritt 2 erfolgt, welcher z.T. nur bei einer geringen Zahl von Kindern durchgeführt wird.

Tabelle 1.11.: **Zeitaufwand** (in Minuten) für den **Informationsaustausch** (Zahlen entsprechen Anzahl der Ämter)

	< 5	6-10	>10
Mit Eltern	2	17	17
Mit Erzieherinnen	18	11	6
Mit Kooperationslehrkräften	25	4	4

Der Austausch im Interesse des Kindes wird von 17 Ämtern als immer hilfreich eingeschätzt, von 15 meistens, von keinem Amt selten oder nie.

Bewertung:

Seitens der Ämter wird – nach inzwischen mehrjähriger Erfahrung mit der Neukonzeption - die ESU Schritt 1 als unverzichtbar bzw. als hilfreich für viele Kinder angesehen.

Die ESU Schritt 1 wird im Umfang in aller Regel als angemessen angesehen, eine Weiterentwicklung der eingesetzten Verfahren wird verschiedentlich gewünscht.

Hervorgehoben wird die verbesserte Kooperation mit den örtlichen Personen und Institutionen.

Zur ESU Schritt 2 sind nur sehr vorläufige Aussagen möglich, da der Anteil der untersuchten Kinder am Einschulungsjahrgang je nach Gesundheitsamt stark variiert, in der überwiegenden Zahl jedoch gering ist.

Eine Fokussierung der ESU Schritt 2 auf Kinder mit besonderen gesundheitlichen / medizinischen- oder sonderpädagogischen Förderbedarfen erscheint für die meisten Gesundheitsämter vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen erforderlich und bei sonst vielen unauffälligen Kindern berechtigt. Die ESU Schritt 2 sollte möglichst mit auf das individuelle Kind bezogenen runden Tischen verknüpft sein, um direkte Auswirkungen zu ermöglichen.

Einen erheblichen zeitlichen Umfang beinhaltet der Austausch mit den Eltern in schulrelevanten Gesundheitsfragen, der über die schriftliche Befundweitergabe hinausgeht. Hier leistet der schulärztliche Dienst eine ganz wesentliche, bei der Ressourcenzuteilung zu berücksichtigende Arbeit, die – wenn auch in den Effekten nicht messbar – ein bedeutsamer Teil der ESU ist und wesentlich zur Wertschätzung und Akzeptanz der Eltern beiträgt.

Die Kooperation mit den Kinder- und Jugendärzten ist befriedigend. Landkreisbezogene Absprachen z.B. im Rahmen von Qualitätszirkeln können mittelfristig zu einer weiteren Verbesserung des wechselseitigen Informationsaustausches führen und ggf. eine Übertragung einzelner Aufgaben auf die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte ermöglichen.

1.1.4 Dokumentation /EDV

Die Dokumentation erfolgt papierbasiert in 9 Ämtern, mittels EDV in 9 Ämtern, in Kombination beider Verfahren in 25 Ämtern.

Die Dokumentation erfolgt durch Ärzte, SMA und sonstige Personen, z.B. Dokumentationsassistentinnen (**Tabelle 1.12.**).

Tabelle 1.12.: Dokumentation (Zahlen entsprechen Anzahl der Ämter)

	komplett	überwiegend	teils	gar nicht
Arzt	3	4	27	
SMA	9	18	7	
Sonstige	1	2	8	12

An **Vorschlägen zur Verbesserung der Dokumentation** werden genannt:

- Keine jährliche Änderung der Erfassung (Fehlerquelle)
- Papierakte zeitaufwändig, aber am zuverlässigsten
- EDV Zeitfresser, suboptimal
- EDV- Probleme, Updates nicht im laufenden Betrieb
- Vorteil einer Papierakte
- Handakte für jedes Kind
- Einheitliche Eingabemaske Schritt 2
- Bessere Software
- Octoware ist gut

- Verbesserte Octoware wünschenswert
- ISGA extrem fehleranfällig und anwenderunfreundlich
- Sehr zufrieden mit Papierdokumentation
- Eingaben zu Schritt 2 standardisieren wie zu Schritt 1
- Elternanweisung für SETK 3 - 5, Schritt 2, Dokumentation und Weitergabe dieser Befunde

Bewertung:

Die Dokumentation der Ergebnisse der ESU ist unterschiedlich, offenbar existieren vier verschiedene Dokumentationssysteme. Die EDV- Ausstattung der Ämter ist unterschiedlich gut, die Software wird von einigen Ämtern als veränderungsbedürftig angesehen. Teilweise ermöglicht die Software die Beantwortung bestimmter Fragestellungen nicht (z.B. Anteil der Kinder mit Asyl-/ Flüchtlingsstatus; Anteil der nachgeholt Untersuchungen, ISGA- Software erlaubt keine Bearbeitung spezifischer landkreisbezogener Fragen).

*Mit dem Landesgesundheitsamt sind **Schritte zur Vereinheitlichung der Dokumentationssysteme** zu klären. Die Datenübertragung ist vereinheitlicht.*

*Inzwischen sind offenbar erste Schritte erfolgt. Laut Mitteilung von Frau Dr. Leher vom 23.9.16 erfolgt die Übertragung der Daten an das Landesgesundheitsamt inzwischen problemlos. **Probleme bestehen weiter wohl vor Ort und sollten dort angegangen werden** (Softwareprobleme, Netzwerkumgebung, IT-Betreuung).*

1.1.5 Inhalte

Schritt 1 wird komplett in 21, überwiegend in 15, teilweise in einem, entsprechend den aktuell gültigen Arbeitsrichtlinien (ARL) durchgeführt. Alle Ämter arbeiten auf dieser Basis der ARL, die im Bedarfsfall den örtlichen Gegebenheiten angepasst wird.

Als **Gründe für eine nicht komplett nach ARL durchgeführte ESU** wird angegeben:

- Alle Kinder werden ärztlich gesehen
- Personalmangel
- Ohne SETK 3 - 5
- Weniger SETK 3 - 5 aus diversen Gründen (Überforderung der Kinder, Compliance, Stigmatisierung)
- Schritt 1 nicht im vorgegebenen Zeitintervall möglich (Zeitdruck, Arbeitsverdichtung)
- Elternfragebogen geändert
- Schritt 2 ohne SETK 3 - 5
- Neue SETK 3 - 5 Kriterien
- HASE ohne CD, zu aufwändige Geräte
- Ziel: alles über LAPTOP (Seh-Hörtest, HASE)
- SETK 3 - 5 nur bei massiv sprachauffälligen Kindern ohne bisherige Versorgung
- Vereinfachung bei behinderten, nicht Deutsch sprechenden Kindern
- Übernahme von Seh-Hörtest aus sicher gestellten Quellen (Kinderarzt, HNO-Arzt)
- Kinder aus Schulkindergarten nur auf Anfrage
- Elternfragebogen ohne Sozialangaben, da dies der Akzeptanz der ESU abträglich war

Besondere Bedarfe werden durch den Arzt in 30, durch die SMA in 25 Ämtern erfasst, zusätzlich durch Information aus dem Elternfragebogen in 31, aus dem Erzieherinnenfragebogen 33 und durch die ESU in 32 Ämtern.

Merkmale, die auf besondere Bedarfe hinweisen, haben keine Konsequenzen in 2, sind wichtig für Elterngespräche in 31 und führen zu einem regelmäßigen Austausch mit den beteiligten Einrichtungen und Personen in 26 Ämtern.

Dazu werden folgende **Anmerkungen** gemacht:

- Wichtig für weitere Empfehlung zur Diagnostik
- für Gesamtbeurteilung unerlässlich
- Nur sehr wenige Eltern von Schulkindergärten wünschen keine ESU
- Wegen Überlastung der Eltern / Kinder durch vielfältige Termine nicht flächendeckend untersucht
- Vielfältiger Beratungsbedarf

Impfstatus

Erfassung und Dokumentation des Impfstatus können nach Ansicht von 28 Ämtern so bleiben, 6 Ämter wünschen eine Änderung / Vereinfachung.

Dazu werden folgende **Anmerkungen** gemacht:

- MMR Dokumentation ändern
- Lebensalter MMR-Impfung
- Eintrag fehlende Impfungen
- Zusatzfeld für 5 fach-Impfung
- missverständlich
- mehrfache Änderungen erschweren Dokumentation und Vergleichbarkeit (2)
- Dokumentation auf Octoware unübersichtlich
- Ein Klick für Sammelbefund : Impfung laut STIKO

Hörtest

Der Hörtest wird nach ARL in 35 Ämtern durchgeführt, in 2 Ämtern nicht.

Dazu werden folgende **Anmerkungen** gemacht:

- von 20 – 50 dB bzw. erst ab 20 dB wegen Umgebungslärm
- Daten werden aus verlässlicher Quelle übernommen

Sehtest

Der Sehtest wird nach ARL in 33 Ämtern durchgeführt, in 3 Ämtern nicht.

Dazu werden folgende **Anmerkungen** gemacht:

- Zu umfangreich, Kinder zeitlich / in Konzentration überfordert, Verweis dann an Kinderarzt
- Dokumentationsmöglichkeit in Software „Mitarbeit fehlt“ ergänzen
- Sehtest mit Laptop gewünscht
- Daten aus verlässlicher Quelle übernehmen
- Verwendung von FrACT (Prof. Bach, Freiburg)

Entwicklungsscreening

Das Entwicklungsscreening in Schritt 1 bewerten die Ämter wie folgt (**Tabelle 1.13.**).

Tabelle 1.13.: Bewertung des Entwicklungsscreenings in Schritt 1 (Zahlen entsprechen Anzahl der Ämter)

	unverzichtbar	hilfreich	manchmal nützlich	Änderungsbedarf	kann wegfallen	wird nicht durchgeführt
Grobmotorik (Einbeinhüpfen)	20	12	2	1		
Spontansprache	29	7		1		
HASE	30	4		2		
Sprachverständnis KVS	13	13	6	3	1	
Artikulation	32	4				
Graphomotorik	33	3				
Visuomotorik	32	3			1	
Menschzeichnung.	27	10				
Mengenerfassung	32	2			1	
Verhalten	29	3	2	1		1
SETK 3-5	11	13	7	2	3	

Zu **möglichem Änderungsbedarf** wird mitgeteilt:

- SETK 3 - 5 zu einseitig, SOPESS besser
- SETK 3 - 5 wird an externe Fachkräfte vergeben
- SETK 3 - 5 sehr gut
- Grobmotorik differenzierter (Hampelmann, Ballspiel), Koordination fehlt
- SETK 3 - 5 verzichtbar, da HASE sehr gut
- Keine Konsequenz aus SETK 3 - 5, hoher Zeitaufwand
- Erzieherinnen erfassen individuellen Sprachstand besser
- Aufwertung Spontansprache, Testvorlagen nicht kindgerecht
- Verhalten nur Momentaufnahme, subjektiv
- KVS nicht aussagekräftig
- Kriterien für Verhalten genauer definieren
- Nonverbale Aufgaben zur Kognition (z.B. Schlussfolgern, Bildergänzen)
- SETK 3 - 5 kann wegfallen, da ohnehin in allen Kindergärten Sprachförderung, spezielle Ergebnisse nicht umzusetzen
- HASE wird im Kindergarten geübt, daher geringe Aussagekraft
- Neue Indikationsrichtlinien für SETK 3 - 5- Einsatz werden begrüßt
- Neue Indikationsrichtlinien für SETK 3 - 5- Einsatz werden nicht begrüßt
- Methoden in allen Bereichen weiter entwickeln
- KVS beinhaltet keine Zusatzinformation
- Sprachtests für DaZ – Kinder
- Sortieraufgaben für Mengenerfassung
- Seitwärtshüpfen wie in KiGGS , Wunsch dies landesweit einzuführen
- SETK 3 - 5 wird wegen Personalmangel nicht durchgeführt
- HASE zu wenig Wörter
- Bessere Altersdifferenzierung für Mengenerfassung
- DP0 und DP1 veraltet, wenig motivierend, SOPESS besser (2mal)
- Sprachtests ohne CD besser

Fragebogen

Den Einsatz von Fragebögen in Schritt 1 bewerten die Ämter wie folgt (**Tabelle 1.14.**).

Tabelle 1.14.: Bewertung der Fragebögen in Schritt 1 (Zahlen entsprechen Anzahl der Ämter)

	unver- zichtbar	hilfreich	manchmal nützlich	Änderungs- bedarf	kann wegfallen	nicht durchgeführt
Erzieherinnen ohne SDQ	13	21	3			
Erzieherinnen SDQ	9	20	6			2
Eltern 1. Teil	22	10	1		1	1
Eltern Soziodemo- graphische Daten	4	13	7	2	8	1
Eltern SDQ	5	3	6		7	16

Zu **möglichem Änderungsbedarf** wird mitgeteilt:

- SDQ wird von Eltern selten ausgefüllt / verzerrt / geschönt (3mal)
- Soziodemographische Daten nicht EDV erfasst
- SDQ: Erzieherinnen sehen zu häufig, Eltern zu selten Auffälligkeiten
- Widerstand der Eltern bei soziodemographischen Daten (Schulbildung)
- Keine Zeit für Dokumentation soziodemographischer Daten
- Eltern SDQ wird laut ARL leider nicht durchgeführt
- Eltern SDQ in Kurzform wie für Erzieherinnen wäre hilfreich
- Fragen zur Frühgeburtlichkeit wichtig
- SDQ Hyperaktivität: Erzieherinnen sollen nur ankreuzen nicht auswerten (keine Diagnose)
- Soziofamiliäre Faktoren begründen Verhaltensebene des Kindes
- Soziodemographische Daten für Landkreisvergleich essentiell, da dieser Faktor 80 % der Varianz erklärt
- Erzieherinnenfragebogen ausfüllen im Alltag schwierig
- SDQ von Eltern wäre hilfreich
- es wird nach aktuelleren Verfahren gefragt (z.B. Körpermotorik, Visuomotorik),
- die 2 – stufige Sprachstandsdiagnostik wird von einigen Ämtern in ihrer Notwendigkeit hinterfragt.

Externe Befunde werden übernommen und ersetzen Teile der ESU regelhaft in 3, im Einzelfall in 28, nie in 5 Ämtern. In einzelnen Ämtern wird der SETK 3-5 durch Logopäden durchgeführt, vereinzelt werden die Rohdaten von Seh- und Hörtest vom Kinderarzt oder die vorhandenen Arztberichte bei behinderten Kindern übernommen. 2 Ämter meinen, externe Befunde könnten die ESU komplett ersetzen, 34 Ämter meinen das nicht, ggf. bei behinderten Kindern.

Bewertung:

Schritt 1 wird mehrheitlich nach den gültigen Arbeitsrichtlinien durchgeführt, Abweichungen sind meist begrenzten personellen Ressourcen geschuldet. Der Einsatz des SETK 3 - 5 wird unterschiedlich gehandhabt. **Die neuen SETK 3 - 5 Kriterien aus 2016 sollten ein einheitliches und ökonomisches Vorgehen ermöglichen.**

Besondere Bedarfe werden regelhaft von den Ämtern erfasst und ziehen einen vielfältigen Beratungsbedarf nach sich. **Besondere Bedarfe müssen im Rahmen der inzwischen gültigen Verordnung über sonderpädagogische Bildungsangebote in Baden-Württemberg vom 8. März 2016 künftig im Rahmen der ESU noch stärker im Fokus stehen.**

Die Dokumentation des Impfstatus ist umfangreich und zeitaufwändig, aus epidemiologischen und gesundheitspolitischen Gründen jedoch unverzichtbar.

Wenig Änderungsbedarf wird bei den Seh- und Hörtests gesehen.

Nur wenige Ämter sehen Änderungsbedarf bei den Inhalten und Verfahren des Entwicklungsscreenings. Änderungswünsche werden in den Bereichen Sprache, Grobmotorik, Mengen und Verhalten formuliert.

In vielen Ämtern wird der Eltern-SDQ nicht durchgeführt. Die Bewertung des Verhaltens im SDQ durch Eltern und Erzieherinnen wird z.T. in seiner Gültigkeit kritisch gesehen.

Die begrenzte Gültigkeit in Verhaltensfragebögen ist bekannt. Sie ergänzen die Verhaltensbeobachtung während der ESU. Da es keine objektiven Verfahren zur Verhaltensbeurteilung geben kann, ist die mehrdimensionale Beschreibung durch Erzieherinnen, Eltern und Verhaltensbeobachtung sinnvoll und das bestmögliche Vorgehen und sollte daher fortgeführt werden. Die Auswertung des SDQ sollte erst im Rahmen der ESU erfolgen. Auch die soziodemographischen Angaben werden nicht einheitlich erhoben. Eine vollständigere Erfassung eines minimalen soziodemographischen Datensatzes (anonymisiert) ist unbedingt anzustreben, da hierdurch ein wesentlicher Teil der Varianzen erklärt, und nur so sozialraumbezogene Fördermaßnahmen und aussagefähige Landkreisvergleiche möglich sind.

Die Übernahme externer Befunde in die ESU steht erst in den Anfängen. Landkreisbezogene Qualitätszirkel mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten könnten künftig diese Möglichkeit verstärkt ins Auge fassen. Bei einer solchen Übernahme sind standardisierte, einheitliche und qualitätsgesicherte Verfahren erforderlich.

Schritt 2

In Schritt 2 werden folgende **Untersuchungsverfahren** verwendet:

SOPESS von 33 Ämtern, SETK 3 - 5 von 24 Ämtern, andere von 12 Ämtern.

Als **andere Verfahren** wurden benannt: Breuer- Weuffen, Hase, Elemente aus anderen Verfahren(ET 6-6, SOPESS), alle Elemente aus Schritt 1, SETK 3 - 5 durch Fachkräfte, Kottmann, Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik, CHAT, SDQ, Bildergeschichten, SENS. Gewünscht werden mehr Verfahren, die landesweit in Schritt 2 verwendet werden.

Konkret wird beispielsweise ein Verzicht auf den SETK 3 – 5 und eine regelmäßige Nutzung des SOPESS für Subgruppen von Kindern in Schritt 2 zur Diskussion gestellt.

Externe Befunde werden übernommen: Regelhaft in einem Amt, im Einzelfall in 26, nie in 10 Ämtern.

Sie können nach Ansicht von 2 Ämtern die ESU komplett ersetzen, nach Ansicht von 34 Ämtern nicht, ggf. bei sonderpädagogischen Gutachten, Arztberichten, SPZ-Berichten.

Schritt 2 wird immer als **hilfreich bezogen auf guten Schulstart** von 6 Ämtern gesehen, von 22 oft, von 6 selten. 3 Ämter können dazu keine Angabe machen.

Als **Vorschläge zur Verbesserung** der ESU Schritt 2 werden genannt:

- Nonverbale IQ- Items
- für schwächere Kinder nicht standardisierte Materialien der Einrichtung
- Standardisierung der Sprachförderung im Kindergarten
- Fortbildung für Ärzte des ÖGD zu Themen: psychisch kranke Eltern, interkulturelles Training, Umgang mit schwierigen / bildungsfernen Eltern, Eltern-Kind-Interaktion
- Mehr ärztliches Personal, falls mehr medizinische Fragestellungen zur Schulfähigkeit
- Mehr ärztliche Ressourcen für gründlichere Untersuchung der Kinder und intensivere Kooperation
- Bislang wegen fehlender personeller Ressourcen fast kein Schritt 2
- Schritt 2 wird auf Sommer / Herbst vorgezogen, ca. 1 Jahr vor der Einschulung
- Frühe Kooperation Kindergarten / Schule
- Mehr Ressourcen
- Standardisierter Schritt 2 ähnlich Schritt 1
- Konzept zur Evaluation der ESU in einem Pilotgesundheitsamt
- Weiter so nach der eigenen Variante
- Mehr Zeit für Elterngespräche, besonders bei sozial benachteiligten Familien
- Sozialraumorientierte Beratung
- Untersuchung variabler, ausführlicher, landesweite Testverfahren
- Geeigneter Testverfahren und längere Untersuchungszeiten für Kinder mit besonderen Förderbedarfen
- Bessere Vernetzung mit Sonderpädagogen, die sonderpädagogischen Förderbedarf feststellen
- Verpflichtende Einführung von runden Tischen nach ESU 1 und ESU 2 für Erzieherinnen, Kooperationslehrer, Sonderpädagogen und Schularzt, dafür pro Schule 25 h / Jahr erforderlich
- Vertiefte Zusammenarbeit der Akteure
- Schritt 2 in den Monaten vor der Einschulung erscheint oft spät
- Schritt 1 gut, Schritt 2 für wirksame Fördermaßnahmen zu spät, da stellt sich Frage des Lernorts
- Freie Gestaltung unter Nutzung standardisierter Verfahren als Anpassung an das individuelle Kind, keine generelle Standardisierung
- Ausgedehnter Test der Grobmotorik
- Abgrenzung zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs
- Bessere Kooperation KiTa, Grundschule, Schulamt, ÖGD
- Bessere Darstellung behinderungsspezifischer Einschränkungen bei Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen
- ESU 2 muss immer individuell sein
- Nur kurze telefonische Beratung in Schritt 2, wenn Familien gut eingebunden sind
- Engerer Austausch mit Kooperationslehrern, verbesserte Kommunikation Kinderarzt/SPZ/KJGD
- Nachfolgeuntersuchung in 2. Klasse

Bewertung:

Das Vorgehen bei der ESU Schritt 2 ist hinsichtlich der eingesetzten Verfahren, der Untersuchungsquote und der Kriterien für die zu untersuchenden Kinder so heterogen, dass aktuell keine Bewertung möglich ist. Für die ESU Schritt 2 sollten in den kommenden Jahren folgende Möglichkeiten diskutiert werden:

- Fortsetzung des je nach individuellem Arzt individualisierten Vorgehens
- Erhöhung des Anteils nachuntersuchter Kinder mit dem Ziel, die Wirksamkeit der ESU Schritt 1 und der empfohlenen / durchgeführten Fördermaßnahmen zu prüfen
- Entwicklung eines „minimal data set“ für eine landesweit repräsentative Aussage, die ggf. in Einzelbereichen auch Vergleiche mit Bundesländern ermöglichen würde, die die Einschulungsuntersuchung im Jahr vor der Einschulung durchführen.
- Konzentration der ESU Schritt 2 auf die Kinder mit besonderen gesundheitlichen / medizinischen Bedarfen und sonderpädagogischen Förderbedarfen in der Schule.

Ein Ausbau der ESU Schritt 2 ist nur mit zusätzlichen personellen Ressourcen möglich.

1.1.6 Schulkindergärten / Waldorfeinrichtungen

Schulkindergärten

In Schulkindergärten findet Schritt 1 der ESU regelhaft in 15, als Angebot in 18 Ämtern statt. 2 Ämter führen nur eine Impfbuchkontrolle und soweit möglich einen Seh-/ Hörtest durch, 6 Ämter führen in Schulkindergärten keine ESU durch.

Im **Freitext** wird ausgeführt:

- Angebot im Elternbrief
- je nach Fähigkeiten
- im Einzelfall auf Anfrage
- nur Schritt 2
- keine ESU, wenn Kinder z.B. schon im SPZ sind
- externe Unterlagen werden berücksichtigt
- nur in Sprachheilkindergärten
- bei schwerer Behinderung nur Impfbuchkontrolle

Probleme bei der Durchführung der ESU in Schulkindergärten zeigt **Tabelle 1.15.**

Tabelle 1.15.: Probleme bei der Durchführung der ESU in Schulkindergärten (Zahlen entsprechen Anzahl der Ämter)

	ja	nein
Akzeptanzprobleme der Eltern	5	25
Akzeptanzprobleme der Erzieherinnen	6	25
Durchführung	18	10

Folgende **Probleme und Vorgehensweisen** werden benannt:

- Freitext: großer Zeitaufwand
- Modifikation im Einzelfall
- nicht einsetzbar / Probleme bei schwerer Behinderung, Autisten
- abgewandelte Untersuchungsmethoden

- Schritt 1 wird bei allen Kindern gemacht und sehr geschätzt
- wird häufig von Eltern nicht gewünscht, da das Kind bereits im SPZ
- Eltern wird anhand der Aufgaben gezeigt, dass das Kind nicht regelschulfähig ist

Besondere Bedarfe bei der Durchführung der ESU in Schulkindergärten werden in **Tabelle 1.16** genannt.

Tabelle 1.16.: Besondere Bedarfe bei der Durchführung der ESU in Schulkindergärten
(Zahlen entsprechen Anzahl der Ämter)

	ja	nein
Beratungsbedarf Eltern	24	7
Beratungsbedarf Erzieherinnen	20	11
Förderung des Kindes	21	11
Entwicklung/ Beschulungsperspektive	26	4

Der Anteil von Kindern, bei denen schulrelevante gesundheitliche Einschränkungen und besondere Bedarfe bestehen, die jedoch in der ESU nicht untersucht werden (z.B. Kinder in Schulkindergärten), wird unterschiedlich eingeschätzt:

In Schritt 1 von mehreren Ämtern 0 %, von vielen Ämtern < 1-2 %, einmal 40 – 45 %; in Schritt 2 15%, 2%, 50%, 100% oder ist nicht bekannt.

Bewertung:

Das Vorgehen der Ämter bei Kindern in Schulkindergärten ist unterschiedlich und wird als zeitlich aufwändig beschrieben. Häufig werden besondere Bedarfe und Beratungsbedarf von Eltern oder Erzieherinnen gesehen.

Bereits heute werden vermehrt im vorschulischen Bereich Kinder mit besonderem Förderbedarf in Regeleinrichtungen inklusiv betreut. Es wird empfohlen, Kinder aus Schulkindergärten oder inklusiv in Regelkindergärten betreute Kinder im Rahmen der ESU zu erfassen. Bei aussagekräftigen und aktuellen Befunden z.B. von Frühförderstellen oder SPZ kann auf eine Entwicklungsdiagnostik verzichtet werden, der Beratungsbedarf der Eltern insbesondere in gesundheitlichen Belangen sollte erfüllt werden.

Waldorfeinrichtungen

In Waldorfeinrichtungen wird die ESU von Ärzten außerhalb des ÖGD, die im gleichwertigen Verfahren untersuchen in 2 Landkreisen durchgeführt, in 7 Landkreisen nicht.

Die Untersuchung erfolgt in Absprache mit dem Gesundheitsamt, sowohl von externen Ärzten als auch vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) in 13 Landkreisen, in 13 anderen nicht. Nur in einem Landkreis erfolgt sie ausschließlich durch den KJGD, in 18 Landkreisen nicht.

Abweichung vom Verfahren des KJGD (d.h. den ARL) bei den externen Ärzten in Waldorfeinrichtungen sehen die Ämter in den verschiedenen Bereichen (**Tabelle 1.17.**)

Tabelle 1.17. Abweichungen vom Verfahren des KJGD bei den externen Ärzten in Waldorfeinrichtungen nach Einschätzung der Gesundheitsämter (Zahlen entsprechen Anzahl der Ämter)

	ja	nein
Grobmotorik (Einbeinhüpfen)	5	17
Spontansprache	8	12
HASE	28	
Sprachverständnis KVS	27	1
Artikulation	11	12
Graphomotorik	11	11
Visuomotorik (DP 0/ DP 1)	21	7
Menschzeichnung	10	13
Mengenerfassung	14	12
Verhalten	10	13
SETK 3-5	28	

Die externen Ärzte nehmen in 2 Landkreisen regelmäßig an Fortbildungen zur ESU im Gesundheitsamt oder LGA teil, in 16 Kreisen nicht, 17 Ämter haben dazu keine Informationen.

Die **Kooperation** mit dem KJGD und den externen Ärzten findet im Rahmen von regelmäßigen persönlichen Besprechungen in 11 Kreisen statt, in 20 Kreisen findet ein solcher Kontakt nicht statt. Ein schriftlicher / telefonischer Kontakt besteht in 26 Kreisen, in 6 nicht.

Zur ESU in Bezug auf die Waldorfeinrichtungen machen die Ämter folgende **Anmerkungen**:

- Zusammenführung der Daten über SMA
- Einführung der Waldorfärzte über die Schulärzte
- Untersuchung teilweise nach ARL, teilweise andere Verfahren
- Sprache wird nur beobachtet, nicht getestet
- Beurteilung pauschal für alles
- Seh- Hörtest z.T. nicht mit den in den ARL empfohlenen Geräten
- Es gibt keinen Kontakt zu Waldorfärzten
- Schriftliche Kooperation eher selten / keine Kooperation
- Waldorf –Verfahren ist nicht gleichwertig
- Nur sporadisch Kontakt bei fehlerhaft ausgefüllten Unterlagen
- Verfahren der Waldorfärzte nicht bekannt
- Untersuchung und Fragebögen bei Waldorf Ärzten wohl umfangreicher ; individuellere Untersuchung
- Bei Verweigerung der Untersuchung informieren Schulärzte der Waldorf Einrichtungen den KJGD, der dann das Jugendamt informiert
- Fragebögen z.T. unvollständig, z.T. auffällig gleichförmig ausgefüllt
- Versuch eines Austauschs läuft leider immer ins Leere
- Kein Interesse von Seiten der Waldorf ÄrztInnen
- Kein Kontakt seitens der Waldorf Einrichtungen gewünscht
- Ärztliche Beurteilung nicht richtliniengerecht ausgefüllt
- Kein / wenig Kontakt zu den externen Ärzten

- Bei Waldorf Kindern reduzierter Beratungsbedarf, da häufig aus bildungsnahen Elternhäusern
- Beurteilung von Sprachstand und Visuomotorik nur durch Beobachtung
- Kein standardisierter Sehtest
- Keine Impfberatung
- Jährliches Kooperationsstreffen
- Verwertbare Befunde werden in Datenbank eingetragen

Bewertung:

Die Kooperation des KJGD mit den externen Ärzten, die in den Waldorfeinrichtungen die ESU durchführen, ist unterschiedlich intensiv, die von letzteren verwendeten Verfahren bei der „Waldorf-ESU“ entsprechen häufig nicht denen der Arbeitsrichtlinien.

Wünschenswert ist ein regelmäßiger Kontakt des KJGD mit den externen Ärzten der Waldorfeinrichtungen auf Landkreisebene und eine Verbesserung der Ergebnisübermittlung an den KJGD sowie landesweite Absprachen.

1.1.7 Wirkung der ESU

Der ESU wird aus Sicht der Mitarbeiter/Innen der Gesundheitsämter durchweg ein bedeutsamer Stellenwert bei der Entdeckung von Entwicklungsrisiken und für die frühzeitige Einleitung von Fördermaßnahmen zugesprochen (**Tabelle 1.18.**).

Tabelle 1.18.: Wirkung der ESU nach Einschätzung der Gesundheitsämter (Zahlen entsprechen Anzahl der Ämter)

	immer	oft	selten	nie
ESU entdeckt Entwicklungsrisiken	1	32	2	0
ESU führt zu frühzeitiger Einleitung von Fördermaßnahmen	3	30	2	1

Als **Beispiele für die Wirkung der ESU** nennen die Ämter:

- Anregung, nachhaltige Unterstützung bereits empfohlener Fördermaßnahmen
- Nachholung von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen
- Teils erstmalige Entdeckung von Seh-/ Hörstörungen
- Entdeckung von Förderbedarf
- Sensibilisierung für Beobachtung zu Entwicklungsrückständen (Eltern, Kindergärten)
- Modifizierung von Förderplänen
- Motivierung der Eltern für Förderung
- Teils Zustimmung zu anfangs nicht akzeptiertem Beschulungsvorschlag
- Klärung elterlicher Unsicherheiten
- Hinweise des neutralen Gesundheitsamtes werden von Eltern akzeptiert
- Erzieherinnen schätzen Unterstützung durch KJGD, werden entlastet
- Eltern unauffälliger Kinder werden bestätigt
- Nicht von allen Kindern gibt es Rückmeldungen zu durchgeführter Förderung

- Durch Bedarfsfeststellung in der ESU zunehmend bessere Sprachförderprogramme in Kitas
- Entdeckung von Entwicklungsrisiken auch bei unauffälliger U8/U9
- Willkommene Beratung bei leichtem Förderbedarf
- Beratung hinsichtlich Schulbesuch (erfolgt durch Kinderärzte oft nicht)
- Vermittlung bei verschiedenen Ansichten / Kommunikationsbarrieren
- Sonderpädagogische Beratungsstellen werden früher tätig
- Viele Kinderärzte warten auf die Ergebnisse der ESU für ihre Entscheidungen über weitere Fördermaßnahmen
- Begleitende Erzieherinnengespräche führen zur Kompetenzstärkung der Erzieherinnen und weniger Konflikten mit Kinderärzten bei Förderempfehlungen
- Immer wieder werden Kinder mit unerkannter Entwicklungsverzögerung herausgefiltert
- Kinder ohne Früherkennungsuntersuchung werden untersucht, da ESU –Pflicht – Kinderschutzaspekt
- Eltern werden zu notwendigen medizinischen Maßnahmen überzeugt
- Verbesserung des Übergangs Kindergarten – Schule
- Es fehlen in vielen Bereichen geeignete Förderangebote
- Beratung bzgl. Frühförderung und Eingliederungshilfe
- Sprachförderung
- Verbesserung der Stifthaltung / Einbeinhüpfen, Mengenerkennen/ in einzelnen Bereichen des SETK 3-5 durch häusliches Üben
- Hohe Akzeptanz in der Region, Wunsch nach Untersuchung jedes Kindes durch ÖGD
- Mehr Zeit für fachliche Beratung von Erzieherinnen / Pädagoginnen zu untersuchten Kindern
- Zunehmende Zahl von Frühfördermaßnahmen
- Schulen und Kinderärzte erbitten ESU-Befundbogen
- Pflichtuntersuchung zur Erkennung einer Kindeswohlgefährdung
- Nachuntersuchung durch Ärzte des KJGD wird von Kindergärten und FF Stellen erbeten, da deren Aussagen Gewicht beigemessen wird
- bezogen auf Kind, Einrichtung (Rückmeldung von Auffälligkeiten des Untersuchungsjahrgangs), und Landkreis (Kleinraumauswertung führt zu Erkennung von Problemgebieten), seitdem großes Interesse an den ESU Daten zur Förderplanung
- Vorstellung bei Kinderarzt / SPZ wegen Therapiebedarf
- Sensibilisierung der Eltern bei geringen Deutschkenntnissen der Kinder
- Entwicklungsdefizite werden von Eltern häufig nicht wahrgenommen
- Vermittlung mobiler Förderung durch persönliche Kontakt
- Vermittlung an soziale Dienste, zur psychologischen Beratungsstelle
- Passgenaue Vermittlung freier Kindergartenplätze für zugezogene Kinder
- Brillenverordnung, Kinderschutz, Hörprobleme, Impfberatung
- Unbürokratische Vorstellung in Gehörlosenschule oder Sprachheilschule
- Einleitung kinder- und jugendpsychiatrischer Abklärungen / sonderpädagogischer Überprüfungen
- Kinder mit spezifischen Sprachentwicklungsstörungen werden erstmals erkannt, dann spezifisch gefördert und angemessen beschult
- Erhebliche Zahl von Kindern mit Integrationshilfe nach ESU 1
- Entdeckung von Entwicklungsdefiziten und Einleitung von Förderung bei fehlenden Früherkennungsuntersuchungen

- Gehstruktur, d.h. Untersuchung in Kitas verkürzt und erleichtert Kommunikation und schafft Vertrauen
- Grobmotorische Auffälligkeiten – Sportverein; Konzentrationsstörung – Reduktion des Medienkonsums
- Gesundheitsberichte: Presse, Medien, Diskussion über Sprachförderung, vermehrte Mittelabrufung von SPATZ
- ESU Daten Grundlage von kreisweiten Entscheidungen im Bildungsbereich
- Befragung der Eltern zeigt hohe Wertschätzung
- Erzieherinnen bejahen in Stichprobe zu 65%, dass Kinder als Folge der ESU Therapie - / Fördermaßnahmen erhalten, zu 76% helfen sie den Eltern, ihre Kinder besser zu unterstützen
- ESU Daten als Grundlage für stadtteilbezogene Planungen zur Gesundheitsförderung und Prävention
- Stärkung der Selbstwirksamkeit der Familien
- Durch Vernetzung aller Beteiligten wird das Ziel Gesundheitsförderung und Prävention bzw. Feststellung schulrelevanter Einschränkungen erreicht
- Installation von Sprachförderprogrammen in Kindergärten
- Aufbau eines Netzwerkes Kindergarten, Schule, Frühförderstelle, Jugendamt, Gesundheitsamt
- Einleitung weiterer Diagnostik

Die Ämter schätzen den Anteil der **Kinder mit neuen / zusätzlichen Fördermaßnahmen** nach ESU 1 im Bereich Sprache zwischen 10 und 70 %, im Mittel bei etwa 20%, 13 Ämter können dazu keine Angabe machen.

Für andere Förderbereiche (bspw. Motorik) schätzen sie den Anteil der Kinder mit neuen / zusätzlichen Fördermaßnahmen nach ESU 1 zwischen 5 und 75%, im Mittel bei etwa 15%. Häufig sehen sie häuslichen Förderbedarf. 13 Ämter können dazu keine Angabe machen.

Informationen über Fördermaßnahmen zwischen Schritt 1 und 2 erhalten 4 Ämter immer (über den Erzieherinnenfragebogen), 19 oft, 14 selten.

Die zwischen Schritt 1 und 2 erfolgten Fördermaßnahmen sind für 1 Amt immer wirksam, für 26 Ämter oft, für 1 Amt selten, 4 Ämter können das nicht beurteilen.

Der Anteil von **Kindern mit schulrelevanten Einschränkungen** wird in Schritt 1 zwischen 8% und 60%, im Mittel bei etwa 20% geschätzt, 11 Ämter können dazu keine Angabe machen.

Der Anteil von Kindern mit schulrelevanten Einschränkungen in Schritt 2 wird zwischen 2 – und 90% geschätzt, etwa auf 5-10 % bei Nachuntersuchung aller Kinder, bei einer selektierten ESU 2 auf 60 – 90% dieser ausgewählten Kinder.

Bewertung:

Aus Sicht der Gesundheitsämter wird die Wirkung der ESU durchweg als bedeutsam eingeschätzt. Diese Wirkung bezieht sich auf Fördermaßnahmen und auf verschiedenen Ebenen. Diese Ebenen sind Kinder, Eltern, Erzieher, lokale Förderangebote, lokale und regionale Netzwerke.

Die ESU Schritt 1

- identifiziert allgemeinen und spezifischen Förderbedarf,
- ermöglicht eine von Eltern oft gewünschte Beratung,
- sensibilisiert Erzieherinnen und führt zur Etablierung erforderlicher Förderangebote in Kitas und anderen lokalen Institutionen,
- verbessert den Informationsaustausch zwischen verschiedenen Institutionen und die Entscheidungsgrundlagen für weitergehende diagnostische und fördernde Maßnahmen
- ist komplementär zu den Früherkennungsuntersuchungen des Kinder- und Jugendarztes.

Ein bedeutsamer Anteil von Kindern erhält zusätzliche Fördermaßnahmen als Ergebnis der ESU Schritt 1, insbesondere, aber keineswegs nur im Bereich der Sprache.

Die ESU Schritt 2 wird so heterogen durchgeführt, dass Aussagen zur Wirkung nicht möglich sind. Aus Sicht des Unterzeichners sollte die ESU Schritt 2 bei knappen Ressourcen nicht auf den gesamten Einschulungsjahrgang, sondern auf die Gruppe der Kinder mit schulrelevanten gesundheitlichen / medizinischen Bedarfen und sonderpädagogischen Förderbedarfen konzentriert werden und bei diesen Kindern nach entsprechender Untersuchung die Beratung von Eltern und Schule hinsichtlich des geeigneten Lernorts und der dort zu realisierenden Erfordernisse im Fokus stehen. Dazu ist hinreichend Zeit für runde Tische für Besprechungen zu einzelnen Kindern mit Erzieherinnen, Kooperationslehrern, Sonderpädagogen und Schulärzten des KJGD erforderlich. Dabei sind bei zunehmender Zahl inklusiv in allgemeinen Schulen betreuter Kinder die komplementären Aufgaben von KJGD zu gesundheitlichen und der sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren zu pädagogischen Aspekten zu beachten.

Im Kapitel 1.1.8. werden zahlreiche weitere nachvollziehbare, praktische Beispiele für die Wirkung der ESU unter der Rubrik „freie Kommentare“ gegeben.

Eine messbare „objektive“ Wirkung des ESU kann allenfalls im Längsschnittverlauf geprüft werden. Dies könnte – bei Bereitstellung entsprechender zusätzlicher personeller / zeitlicher Ressourcen - in Pilotgesundheitsämtern in den kommenden Jahren angegangen werden.

1.1.8 Perspektiven

Die Sichtweise der Ämter zum Änderungsbedarf ist uneinheitlich.

Die Zahl der Ämter, die Änderungsbedarf sehen ist geringfügig größer als die der Ämter, die keinen Änderungsbedarf sehen (**Tabelle 1.19.**).

Tabelle 1.19.: Änderungsbedarf bei der ESU nach Einschätzung der Gesundheitsämter
(Zahlen entsprechen Anzahl der Ämter)

Die ESU sollte geändert werden	ja	nein
Schritt 1	20	17
Schritt 2	18	18

Seitens der die ESU durchführenden Personen (SMA, Ärzte) wird verschiedentlich, wenn auch nicht durchweg Änderungsbedarf für die ESU gesehen. Dies bezieht sich z.T. auf organisatorische Aspekte und den Anteil, den SMA bzw. Ärzte bei der Untersuchung haben sollten. Dieser ist aktuell in den verschiedenen Ämtern sehr unterschiedlich, was wahrscheinlich mit den örtlichen Ressourcen und Schwerpunkten zusammenhängt.

Die Ausführungen der Ämter, die Änderungsbedarf sehen, sind unterschiedlich und z.T. detailliert. Änderungsbedarf wird je nach Amt in unterschiedlicher Weise hinsichtlich Umfang, Inhalten, Methoden, Organisatorischem und der Zuordnung von Untersuchungselementen zu SMA bzw. Arzt gesehen. Dazu werden im Einzelnen folgende Vorschläge gemacht:

Schritt 1:

Umfang, Inhalte, Methoden, Organisatorisches, Zuordnung Arzt / SMA

Umfang

- Umfang ohne Qualitätsverlust verringern
- Schritt 1 Aufwand angemessen, gute Akzeptanz, wenig Rückmeldung von den Kinderärzten

Inhalte

- Inhalte und Methoden aktualisieren
- Items für nonverbale Kognitionsleistung
- Inhalte (Zahlen-, Mengenvorwissen, HASE, KVS, Verhalten) ändern
- Es fehlen Methoden zum Screening des Sprachverständnisses, der Überprüfung von Aufmerksamkeit und Konzentration
- Farbsinnprüfung bei Mädchen weglassen

Methoden

- Evtl. HASE neu, da Inhalte bekannt
- SETK 3 - 5 Indikationen wie geplant verringern
- Gute Alternative zu HASE
- HASE ändern
- HASE – Sätze kindgerecht ändern
- Einfachere Einwilligungserklärungen bzw. Übersetzungen z.B. in Rumänisch, Arabisch, Farsi
- Standardisierte Beurteilung der Spontansprache
- Aussagekraft Menschzeichnung bzgl. Kognition?
- Visuomotorik mit DP Zeichen und Einbeinhüpfen werden immer wieder kritisiert
- Kriterien für altersentsprechende Graphomotorik fehlen (im Kreis 56% nicht altersentsprechend!)
- Motorik inhaltlich ändern

Organisatorisches

- Standorte
- Nachmeldung (Umzüge) berücksichtigen
- Raumorganisation zu aufwändig
- Tandem Arzt SMA
- Impfdokumentation ändern
-

Zuordnung Arzt / SMA

- Befundung der unauffälligen Kinder (nur?) durch SMA´s
- Befundweitergabe unauffälliger / leicht auffälliger Kinder durch SMA
- Zuordnung SMA / Arzt den einzelnen Ämtern überlassen

Schritt 2

Inhalte

- Inhalte im Einzelfall bei Kindern mit geistiger Behinderung
- Inhalte, Methoden, Organisatorisches ändern
- Kein Screening, sondern diagnostische Methoden einsetzen
- Verpflichtend für 10% Kinder, die im unteren Leistungsbereich liegen
- Nur einzelne Kinder nachuntersuchen
- Klare Abgrenzung pädagogische / medizinische Fragestellung
- Mehr Aussagen zu emotionaler und sozialer Entwicklung
- Evaluationskonzept zur Wirkung der ESU in Pilotgesundheitsamt (gern Lörrach)

Methoden

- Methoden ändern
- Standardisierte Verhaltensbeurteilung durch Fragebögen
- Vorgehensweise einheitlich nicht geklärt
- Schritt 2 individuell

Organisatorisches

- Absprache Schule / Schulamt
- Meldungen der Schulen bei nicht vorliegender ESU 1 unterschiedlich
- Organisatorisches ändern
- SMA nicht beteiligen
- Tandem Arzt / SMA
- Aus personellen Gründen erheblich reduziert
- Problem in Schritt 1 auffällige Kinder nachzuverfolgen, die nicht von den Grundschulen gemeldet werden
- Nachteil bei Beschränkung auf Schritt 1: Kontaktverlust zu Grundschulen
- Verlässliche Rückmeldung von KITA und Schule für ESU 2 Kinder nötig

Weitere Ideen, Vorschläge, Kommentare:

- Enger Korridor zwischen Weihnachten und Schulanmeldung für Durchführung von Schritt 2: terminlicher Engpass, Arbeitsüberlastung
- Merkmale der ESU stärken oder zumindest beibehalten
- Gewicht der Untersuchungsmaterialien (Gesamtmasse > 30kg) verringern
- Ergonomie mehr beachten
- Datenverarbeitung zu aufwändig, ISGA ungeeignet, Scannen positiv
- Flächendeckender Schritt 2 entbehrlich, da Rückstellungen keine große Rolle mehr spielen und bezüglich Inklusion alles schon früher klar sein muss
- Verpflichtendes letztes Kindergartenjahr
- In jedem Kindergarten heil-/ sonderpädagogisches Fachpersonal dauerhaft vorhanden
- Anforderung und Inhalt der ESU ist heute eine sozialmedizinische Untersuchung und Beratung bei veränderten Lebensbedingungen
- Weiterentwicklung und Verbesserung bedeutet Mehraufwand
- ÖGD kann im Vergleich zu Niedergelassenen ohne Interessenlagen tätig werden
- Schritt 2 wird zunehmend in Auftrag gegeben, Nachholen von Schritt 1 plus Durchführung von Schritt 2 ist sehr aufwendig
- Standardisierte Untersuchung wäre sehr hilfreich
- Hoher Beratungsbedarf wegen Inklusion, Frist 1.2. für Antrag auf sonderpädagogischen Förderbedarf große Herausforderung
- Wichtig ist Beratung zu neuen Medien

- Rechtliche Klärung bei Verweigerung der Teilnahme zur ESU
- Schritt 2 nur in sehr ausgewählten Fällen, da die Schulentscheidung von den Eltern getroffen wird
- ÖGD als Berater für Kinderbetreuungseinrichtungen in Fragen besonderer Bedarfe und medizinischer Aspekte eventuell sinnvoller als punktuelle Untersuchung aller Kinder
- Einheitliches Vorgehen in Schritt 2
- Akzeptanz runder Tische
- Änderungen bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache- SETK 3 - 5 zu lang, andere Materialien
- Rückmeldesystem
- Mehr und ausführlichere Testverfahren in Schritt 2
- Mehr Gespräche mit Schule, Eltern Kindergarten
- Ausreichende personelle Ausstattung nötig
- Gut laufende EDV nötig
- Neukonzeption hat sehr zur Qualitätsverbesserung beigetragen
- Persönliche Untersuchung in Schritt 2 wegen mangelnder Ressourcen nur ausnahmsweise
- Aufgabe der ESU ist Beurteilung der Entwicklung in Hinblick auf die schulische Inklusion
- Beurteilungsbogen im Kindergarten nur für auffällige Kinder, die in Schritt 2 untersucht werden. Erzieherinnen beklagen großen Aufwand ohne Nutzen
- Nach Meinung der Erzieherinnen sollte mehr auf das Verhalten der Kinder eingegangen werden
- Grobmotorik kommt zu kurz; kontraproduktiv, dass Normwerte herabgesetzt wurden
- SOPESS verbindlich in ARL aufnehmen
- Für ärztliche Nachuntersuchung standardisierte Testverfahren für Kognition, Motorik, Mengenerfassung, Aufmerksamkeit/ Konzentration zur Verfügung stellen
- Tandem Untersuchung hat sich bewährt
- ESU Daten für Gesundheitsberichterstattung unverzichtbar
- Bedeutung des Kinderschutzaspekts
- Impfberatung - Zweitmeinung bei impfkritischen Kinderärzten

Bewertung:

Die vielfältigen Anregungen zur Weiterentwicklung der ESU sollten im Fachbeirat ESU diskutiert werden. Änderungsbedarf wird je nach Amt in unterschiedlicher Weise hinsichtlich Umfang, Inhalten, Methoden, Organisatorischem und der Zuordnung von Untersuchungselementen zu SMA bzw. Arzt gesehen.

Es empfiehlt sich ein schrittweises Vorgehen nach Prioritäten. In Kapitel 6 werden die Anregungen der Ämter aufgegriffen. Sie fließen in die Methodenbewertung durch den Unterzeichner ein.

Bei Schritt 1 werden u.a. bei der Sprachstandsdiagnostik insbesondere HASE, Sprachverständnis und Spontansprache als Themen genannt, zusätzliche Inhalte (Zahlen, Mengen, Aufmerksamkeit) werden nachgefragt. Die zwischenzeitlich erfolgte Spezifizierung zur Durchführung des SETK 3-5 ermöglicht evtl. frei werdenden Ressourcen etwas stärker auch auf andere schulrelevante Bereiche (Zahlen, Mengen, sozialmedizinische Beratung) zu lenken.

Der Unterzeichner und die Mehrzahl der Ämter halten den Umfang / die Dauer der ESU Schritt 1 grundsätzlich für angemessen.

*Bei Schritt 2 sollte der Fachbeirat unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten an einer Weiterentwicklung arbeiten. Dem Unterzeichner erscheint eine generelle Ausweitung der eingesetzten Verfahren oder auf alle Kinder nicht sehr realistisch. Möglicherweise ist auch eine komplette Standardisierung bei Beschränkung auf die Gruppe der Kinder mit schulrelevanten **gesundheitlichen / medizinischen Bedarfen** und **sonderpädagogischen Bedarfen** nicht sinnvoll, da Diagnostik und Beratung zu jeweils sehr individuellen Bedarfen erforderlich ist.*

In Absprache mit den Staatlichen Schulämtern ist zu prüfen, ob über die ESU Schritt 2 (oder ggf. schon über Schritt 1) ein landesweiter minimaler anonymisierter Datensatz zu diesen Bedarfen aus der ESU Schritt 2 auch für die Gesundheitsberichterstattung und -planung erstellt werden kann. Weitere Ausführungen zur ESU Schritt 2 finden sich in Kapitel 5 und 6.

1.1.9 Freie Kommentare in den Fragebögen

Aus den zahlreichen freien Kommentaren werden hier nur einige Aspekte herausgegriffen. Vielfach wird betont, dass die ESU nachhaltige Wirkung habe.

Diese beziehe sich auf Eltern, Erzieherinnen, die Schule, niedergelassene Kinderärzte /andere fachmedizinische Bereiche, Therapeuten.

Eltern werden über niederschwellige Beratungs- Hilfsangebote in der Umgebung informiert. Fördermaßnahmen werden angeregt oder eine bereits von Dritten erfolgte Anregung nachhaltig unterstützt. Die Nachholung von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen wird initiiert. Seh- und Hörstörungen und auch Entwicklungsrisiken werden teilweise erstmalig entdeckt (trotz durchgeführter Früherkennungsuntersuchungen). Viele Unsicherheiten seitens der Eltern können geklärt werden, andere Eltern in ihrem Erziehungsstil bestärkt werden. Die Ergebnisse von Schritt 2 ermöglichen oft, dass die Eltern einem bis dato nicht akzeptierten Beschulungsvorschlag zustimmen.

Erzieherinnen fördern gezielt die Kompetenzen der Kinder, die Inhalte der ESU sind. Sie werden oft und nicht nur bei komplexeren Verhaltensproblemen beraten. Bei förderbedürftigen Kindern werden die Erzieherinnen durch die Elternberatung im Rahmen der ESU bestärkt und damit entlastet. Im Falle einer möglichen Kindeswohlgefährdung wird ein Kontakt zu einer insoweit erfahrenen Fachkraft hergestellt. Es finden Beratungen zu Fragen der Inklusion statt. Häufig erfolgt eine Teilnahme an runden Tischen.

Die **Schulen** (Kooperationslehrer, Schulleitungen u.a.) erhalten schulrelevante Informationen zu Unterstützungs- und Förderbedarf und Fragen der Inklusion von Kindern mit Entwicklungsstörungen, Behinderungen und chronischen Erkrankungen. Häufig erfolgt eine Teilnahme an runden Tischen.

Niedergelassene Kinderärzte erhalten die Befunde der ESU einschließlich ggf. einer ausführlichen Sprachstandserhebung (die in der kinderärztlichen Praxis nur in Ausnahmefällen möglich ist). Viele Kinderärzte warten auf die Ergebnisse der ESU für die Entscheidung über weitere Fördermaßnahmen. Kinder mit Therapiebedarf werden beim Kinderarzt / SPZ vorgestellt. Die ESU kann bei Konflikten zwischen Kinderärzten und Eltern hinsichtlich erforderlicher Fördermaßnahmen vermitteln. Eltern werden zur Nachholung versäumter Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen beim Kinderarzt ermuntert.

Bei **verschiedenen Ansichten oder Kommunikationsbarrieren** kann zwischen Erzieherinnen, Kinderärzten, Schulen und Eltern vermittelt werden.

Eine deutliche **Verbesserung verschiedener Funktionen** (Stifthaltung, Hüpfen Mengenerkennung, Sprache) durch häusliche Übung wird häufig zwischen zwei Untersuchungsterminen (SMA, Arzt) festgestellt.

Frühförderstellen berichten von einem Anstieg der Anmeldungen seit Durchführung dieser Form der ESU. Die Förderempfehlungen seien begründet, sinnvoll und hilfreich.

Kritisch wird gesehen, dass ein festgestellter Förderbedarf nicht zwangsläufig bedeutet, dass dieser von den Eltern akzeptiert wird. Selbst dann wird er nicht zwangsläufig umgesetzt. Die Gesundheitsämter erhalten nicht immer eine Rückmeldung dazu, manche Fördermaßnahmen werden nicht ausreichend umgesetzt (betrifft nicht die Sprachförderung). Dies liegt z.T. an fehlenden Förderangeboten.

1.1.10 Zusammenfassende Bewertung der Befragung der Gesundheitsämter

*In der Befragung wird deutlich, dass die ESU als **unabhängige Untersuchung** von den beteiligten Gesundheitsämtern, den Eltern und Erzieherinnen und häufig auch den Kinder- und Jugendärzten als unverzichtbar bzw. für viele Kinder hilfreich angesehen wird. Die Gesamtuntersuchungszeit der ESU in Schritt 1 liegt im Mittel der Landkreise geschätzt bei einer Untersuchungszeit am Kind von etwa 90 Minuten (SMA und Arzt). Dies und der **hohe zeitliche Aufwand** für Gespräche mit Eltern und Erzieherinnen ist ein wesentlicher Grund für die **anerkannt gute Qualität und hohe Akzeptanz** der ESU. Die ESU bietet Zeit und Raum für Befunderhebungen und Gespräche, die in diesem zeitlichen Umfang und Inhalten in den Früherkennungsuntersuchungen oft keinen Platz finden.*

*Die **organisatorische Praxis** der ESU in Schritt 1 ist in den Landkreisen unterschiedlich. Zu Schritt 2 gibt es wenig belastbares Material für das Land insgesamt, da nur ein relativ geringer Anteil der Kinder in Schritt 2 nochmals untersucht wird. Hiermit steht bzw. entfällt die Möglichkeit, die Wirkung der ESU zu objektivieren oder zumindest zu überprüfen. Dies wird noch verschärft durch die Tatsache, dass den Gesundheitsämtern oft nicht bekannt ist bzw. rückgemeldet wird, ob die empfohlenen Fördermaßnahmen umgesetzt wurden. Möglicherweise könnte der wichtige Aspekt der Wirkung der ESU künftig in Form von **Pilotprojekten** an einzelnen Gesundheitsämtern geprüft und damit die Informationslage verbessert werden.*

*Etwa die Hälfte der Ämter sieht bei der ESU **Änderungsbedarf**, oft auf mehreren Ebenen, insbesondere inhaltlich, methodisch und organisatorisch. Dieser sollte schrittweise angegangen werden.*

*Der Unterzeichner sieht auf Basis der Mitteilungen der Gesundheitsämter bei der ESU **wesentliche Qualitätsstandards** einer guten Public-Health Maßnahme erfüllt:*

- *Sensibilisierung von Eltern, Erzieherinnen (und Lehrern) für relevante Gesundheits- und Entwicklungsthemen*
- *Stärkung der Selbstwirksamkeit von Eltern und Erzieherinnen bei diesen Themen*
- *Teilhabe durch direktes Eingebundensein der Betroffenen*

- Ausrichtung an den Bedürfnissen der Zielgruppe (naturgemäß bei einer Vollerhebung eines Jahrgangs nicht auf alle, jedoch die Mehrzahl der Eltern zutreffend)
- Realisierte Vernetzung mit Eltern, Erzieherinnen, Schule
- Möglichkeit der repräsentativen Darstellung relevanter Gesundheitsdaten im Quer- und Längsschnitt sowie auf Kreisebene
- Standardisierung der Durchführung der Untersuchungen (trifft nur auf Schritt 1 zu).

Der Unterzeichner anerkennt aus eigener Erfahrung und den Rückmeldungen der Ämter die herausragende **sozialmedizinische Bedeutung der ESU**, die komplementär zur individualmedizinischen kinder- und jugendärztlichen Behandlung der Kinder zu betrachten ist. Sozial benachteiligte Familien werden niederschwellig und nahezu lückenlos erreicht. Für diese Familien besteht Zeit und Raum für Beratungen. Notwendige Fördermaßnahmen, die bislang nicht gesehen, nicht akzeptiert oder nicht eingeleitet wurden, haben die Chance einer Umsetzung nach einem Elterngespräch im Rahmen der ESU.

1.2 Kinder im Flüchtlings- / Asylbewerberstatus bei der ESU

35 Gesundheitsämter haben bei der aktuell laufenden ESU diese Kinder in Schritt 1 untersucht, 24 Gesundheitsämter in Schritt 2.

Ganz überwiegend lag in Schritt 1 die Anzahl dieser Kinder unter 5% (29 Ämter, 2 Ämter 6-10%). Gleiches gilt für Schritt 2 (25 Ämter < 5%, 5 Ämter 6 – 10 %, 1 Amt 11-20%). Mehrfach wird die Vermutung geäußert, dass die Anzahl künftig 6 – 10 % betragen könnte. Die Durchführung der ESU bei diesen Kindern gemäß gültiger **Arbeitsrichtlinien** ist bei den meisten Ämtern (20 Schritt 1; 18 Schritt 2) nur manchmal möglich. In 9 (Schritt 1) bzw. 8 (Schritt 2) Ämtern gelingt dies oft, in 1 (Schritt 1) bzw. 2 (Schritt 2) Ämtern immer, in 3 (Schritt 1) bzw. 2 (Schritt 2) Ämtern nie.

Diese Kinder werden meist in der Kita (31 Ämter) oder dem örtlichen Gesundheitsamt (34 Ämter) untersucht, seltener in der Schule (15 Ämter) oder Gemeinschaftsunterkünften (5 Ämter).

Zahlreich und häufig sind die **Probleme in der Durchführung** (Mehrfachnennungen) für die Ämter. Probleme bei der Identifikation / Erfassung der Kinder (22 Ämter), organisatorische Probleme (26 Ämter), sprachliche Probleme (33 Ämter), Probleme bei der Bewertung der Ergebnisse (14 Ämter), bei der Befundübermittlung an die Eltern (26 Ämter) bzw. an Kita / Schule (6 Ämter).

Die aktuelle Zahl von Kindern im Flüchtlings-/ Asylbewerberstatus hat auf die Durchführung der ESU in 8 Ämtern keinen Einfluss, erschwert in 22 Ämtern die Durchführung und führt in 17 Ämtern zu Veränderungen in der Durchführung der ESU.

Die aktuelle Zahl von Kindern im Flüchtlings-/ Asylbewerberstatus führt zudem in 7 Ämtern zu Veränderungen in der ESU bei den in Baden- Württemberg gemeldeten Kindern. Aufgrund einer Ressourcenverknappung finden z.T. weniger ärztliche Nachuntersuchungen statt bzw. diese werden auf auffällige Kinder beschränkt.

Es wurden vielfältige **Kommentare und Vorschläge** zur künftigen Durchführung der ESU bei diesen Kindern gegeben:

- Handlungsauftrag erklären
- Optische Items aus SOPESS II recht gut durchführbar
- Bewertung bei mangelnder Berührung der Kinder mit Bildmaterial ggf. zu schlecht
- Kognition durch nonverbale Tests zu prüfen
- Kinder werden bei schnellem Wohnortwechsel bzw. fehlendem Kindergartenbesuch nicht erfasst
- ESU 1 nicht vordringlich, zuerst Anbindung an Kinderarzt
- ESU 2 zu einem späteren Zeitpunkt, wenn Kinder angekommen und sprachliche Grundkenntnisse haben
- Mehrsprachiges Infomaterial für Eltern
- Baldmöglichst zuerst Kindergartenbesuch, danach erst ESU
- Verschieben der ESU bei jüngeren Kindern um ein Jahr (zuverlässigere Adressen, Namensschreibung geklärt, nicht asylberechtigte wieder im Heimatland, Kinder haben sich eingelebt, Entwicklungsstand besser einschätzbar)
- Kinder am besten über eine Kita erreichbar, wo die Kinder bereits sind
- Sprachtest abändern
- Mehr Zeit und Personal erforderlich
- Untersuchung sollte in Kita / Schule erfolgen
- Kein weiterer Kulturschock (Erzieherinnen, Eltern Dolmetscher sollten dabei sein)
- Mehr Wert auf nonverbale Anteile
- Auf körperliche Untersuchung ausdehnen
- Untersuchungen sollten Kindern angeboten werden, die bereits in der Schule sind
- Kinder deren Eltern im Rahmen der EU-Freizügigkeit hier arbeiten, sind öfter nicht versichert
- ESU Screening in Gemeinschaftsunterkünften, da dort Sozialarbeiter / Dolmetscher vorhanden
- Standardisierte Meldung vom Landratsamt Fachbereich Asyl an Gesundheitsamt
- Zusammenfassung von Schritt 1 + 2, U8 und / oder U9
- Untersuchung erst nach einigen Monaten Aufenthalt in Deutschland
- Asylbewerberstatus ist oft den Kitas nicht bekannt
- Schulsprechstunde in den Grundschulen (dafür unzureichende Personalkapazität)
- Zielsetzung / Grenzwerte ?
- Fokus auf körperliche Untersuchung, Sehen, Hören und Impfpasskontrolle legen
- Tandemuntersuchung SMA/ Arzt
- Eltern wird Gesundheitssystem erläutert, der nächste Kinderarzt informiert und U-Termin vereinbart
- Mit Dolmetscher klappt ESU meist sehr gut

Von einem Amt kommt die folgende Rückmeldung: Die ESU wird wichtiger denn je. Sie liefert die Datenbasis, mit der Veränderungen im Bereich Kindergesundheit und frühkindliche Entwicklung früh entdeckt werden können. Die Kinder im Flüchtlings- /Asylbewerberstatus beanspruchen Ressourcen im Bereich frühkindliche Bildung und Betreuung und Gesundheitsförderung. Es wird befürchtet, dass sich dies nachteilig auf die zur Verfügung stehende Betreuung der Gesamtheit der Kinder auswirkt.

ESU Daten bieten ein Monitoring wichtiger Grunddaten wie Sprachkompetenz, motorische Kompetenz, frühe Mathematik, Visuomotorik, Verhalten, Impfdaten, Adipositas / Untergewicht.

Die ESU liefert auch Daten zur Allokation von Ressourcen: Sprachförderung in Kita und Schule, Motorik Förderung, Mathematikprogramme, Impfkampagnen, Gesundheitsförderung / Ernährung.

Im Verlauf der Gutachtenerstellung wurde wiederholt auf ähnliche Schwierigkeiten der ESU Durchführung bei Kindern von EU-Arbeitsmigranten aus Ost-/ Südosteuropa hingewiesen.

Bewertung:

Die ESU hat bei Kindern im Flüchtlings- /Asylbewerberstatus in den ersten Wochen und Monaten nach ihrer Ankunft in Deutschland in der Form der Arbeitsrichtlinien nur begrenzten Sinn. Der Fokus sollte zunächst auf primär gesundheitlichen Belangen liegen, wobei die Aufgaben des KJGD und der niedergelassener Kinder- und Jugendärzte abgestimmt sein müssen. Möglicherweise hat die ESU bei diesen Kindern andere Inhalte und Ziele als bei schon länger in Deutschland lebenden Kindern. Die Grenzwerte der Arbeitsrichtlinien können nur eingeschränkt herangezogen werden.

Es erscheint vordringlich, diese Kinder rasch in eine Kindertagesstätte mit entsprechenden Förderangeboten zu integrieren.

Ggf. ist es sinnvoll, bei erst seit kurzem in Deutschland lebenden Kindern auf eine ESU nach den ARL im Alter von Kindern im zweiten Kindergartenjahr (Schritt 1) zu verzichten zugunsten einer verbindlichen und an den ARL orientierten ESU einige Monate vor der Einschulung (Schritt 2).

Informationsbroschüren in den wesentlichen Sprachen der Kinder im Asylbewerber / Flüchtlingsstatus und Dolmetscher sollten zur Verfügung stehen.

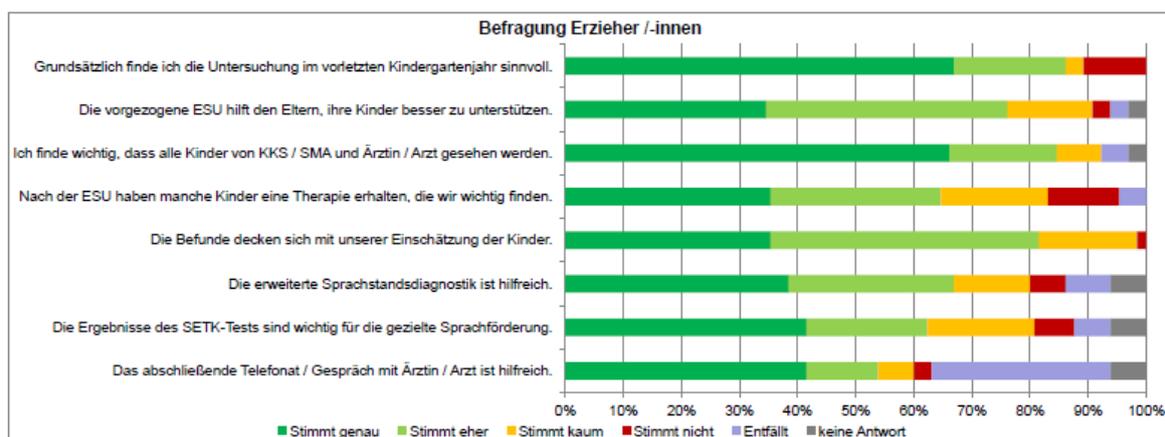
Ähnliche Aspekte gelten für einen Teil der Kinder von Arbeitsmigranten aus Ost-/ Südosteuropa.

1.3 Befragung von Eltern und Kindertageseinrichtungen

Vom Gesundheitsamt Stuttgart wurden Eltern und Kindertageseinrichtungen zur Einschulungsuntersuchung in Stuttgart anonym befragt. In Stuttgart findet die ESU im Tandem Arzt / SMA statt. 419 Elternfragebögen (von 86% der untersuchten Kinder) und 65 von 100 an Kindertageseinrichtungen versandte Fragebögen wurden ausgewertet.

Aus Sicht der Eltern wurden Dauer und Ort der Untersuchung, Begrüßung und Gesprächsatmosphäre, Seh-, Hör- und Sprachtests, die Tests zur Feinmotorik und Malentwicklung und die ärztliche Beratung in jeweils etwa 95% mit der Note sehr gut oder gut beurteilt.

Bei den Erzieherinnen hielten eine deutliche Mehrzahl (85%) die Untersuchung im zweiten Kindergartenjahr für sinnvoll. Die erweiterte Sprachstandsdiagnostik wurde von 65 % der Einrichtungen als hilfreich eingeschätzt. 35% der Einrichtungen wussten („stimmt genau“), dass nach der ESU, die betreffenden Kinder eine Therapie erhalten haben, die die Erzieherinnen für wichtig hielten. Weitere Aussagen sind in der folgenden Abbildung zusammengefasst.



(Quelle. Fischer C, Eehalt S, Tropp HO: Befragung von Eltern und Kindertageseinrichtungen zur Einschulungsuntersuchung in Stuttgart. Das Gesundheitswesen 78 (04) 2016; <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/issue/10.1055/s-006-31466/grouping/042055>)

Bewertung:

Bei der Elternbefragung ist insgesamt eine hohe Akzeptanz der ESU zu verzeichnen. Auch die Aussagen der Erzieherinnen sprachen für eine differenzierte, aber insgesamt gute Akzeptanz und Wertschätzung der ESU.

2. Daten aus der landesweiten Auswertung der ESU 2013 / 2014

2.1 Schritt 1

2.1.1 Häufigkeiten

Tabelle 2.1. zeigt die Häufigkeit, mit der Variablen im Rahmen der Einschulungsuntersuchung 2013 / 2014 erhoben wurden (Schulanfänger 2015).

Tabelle 2.1.: Häufigkeiten bei der Einschulungsuntersuchung 2013/ 2014

Durchgeführte Untersuchungen	N
Untersuchte Kinder	89836
Auswertungskollektiv (4;0 – 5; 11 J)	89327
BMI	76234
Sehtest (Fernvisus)	73561
Gesamtbewertung Sehtest	76173
Gesamtbewertung Hörtest (Anzahl untersuchter Kinder)	76821
Davon Hörtest (Anzahl untersuchter Kinder mit vollständiger Dokumentation der Hörtestergebnisse)	60392
Einbeinhüpfen	74944
Gesamtbewertung Grobmotorik	73633
Händigkeit	79656

Graphomotorik Stifthaltung	69723
Gesamtbewertung Graphomotorik	79607
Visuomotorik Breuer/Weuffen	77558
Gesamtbewertung Visuomotorik	79935
Menschzeichnung	77791
Bewertung Menschzeichnung	79471
Simultane Mengenerfassung	78235
Bewertung Simultane Mengenerfassung	79613
Verhalten während Untersuchung	72728
HASE – Nachsprechen Sätze	79315
HASE – Wiedergabe Zahlenfolgen	79568
HASE – Nachsprechen Kunstwörter	79026
Sprachverständnis KVS	14553
Artikulation	80347
Artikulation - Gesamtbewertung	76056
SETK 3-5	21466
- SETK 3 - 5 extern vergeben	11358
- Berechnungen aus den Ergebnissen	19882
Gesamtbewertung Sprache	72482
Beobachtungsbogen Erzieherinnen	63623
- Körpermotorik	62446
- Sprache	62446
- Soziale Kompetenz	62446
- Emotionale Kompetenz	62446
- Hyperaktivität	62446
- Angaben zu Kita-Sprachförderung	61030
Elternfragebogen	66489
- Angaben Förderung / Therapie	60150
- Sprachförderung in Kita	60150
- Logopädie	60150
- Ergotherapie	60150
- Psychotherapie	60150
- Andere Förder-/Heilmaßnahmen	60150
- Bisherige ärztliche Untersuchung	71285
- Schulabschluss Mutter / Vater	39218
- Berufstätigkeit Mutter / Vater	

Bewertung:

Die ESU liefert umfassende Datensätze für gültige epidemiologische Aussagen. Unklar ist, wieso aus der Gesamtkohorte von ca. 89000 Kindern für die meisten Variablen nur Daten von 70000 – 80000 Kindern vorliegen.

Verweigerung der Untersuchung insgesamt oder einzelner Abschnitte der ESU durch Kinder, Nicht- Beantwortung der Eltern- bzw. Erzieherinnenfragebögen insgesamt oder einzelner Fragen, ggf. auch fehlerhaftes Ausfüllen von Fragebögen könnten zur Erklärung dieser Differenz beitragen. Wahrscheinlich fallen auch einige Kinder aus der Statistik, da sie nicht in das vorgesehene Zeitfenster fallen. Möglicherweise ist auch die Datenübermittlung unvollständig. Einzelne Ämter beteiligen sich nicht an der landesweiten Auswertung. Eine weitere Verbesserung der Datenvollständigkeit sollte angestrebt werden, eine lückenlose Vollständigkeit landesweiter Daten ist und bleibt aber unrealistisch.

Der zeitaufwändige SETK 3-5 wird künftig infolge der Neufassung der ESU – Arbeitsrichtlinien zielgenauer und verbindlicher erfolgen. Die Zahl der untersuchten Kinder wird sich möglicherweise im Vergleich zu den 21466 Kindern aus dem ESU- Jahrgang 2013/14 kaum verändern.

Für die schulärztliche Beratungstätigkeit zufriedenstellend ist der Anteil von ca. 71% der Kinder mit einem vorgelegten Erzieherinnenfragebogen und von ca. 74% der Kinder mit einem vorgelegten Elternfragebogen.

2.1.2 Elternfragebogen

Tabelle 2.2. fasst die Angaben der Eltern im Elternfragebogen zusammen.

Tabelle 2.2.: Elternangaben (Angaben in Prozent, erste Zeile Landesdurchschnitt, zweite Zeile niedrigster und höchster Wert je Landkreis)

Elternfragebogen	Ja	Nein	Keine Angaben		
Angaben Förderung / Therapie	24.7 39.5– 12.7	63.3 20.8 - 79.8	12.0 0.2 – 59.0		
Förderung / Therapie	keine	begonnen	abgeschlossen	Warte- liste	Keine Angaben
Sprachförderung in Kita	66.9 28.8 - 88.7	13.7 5.1 – 24.7	0.4	0.1	18.9 0.1 – 68.1
Logopädie	66.7	9.1 6.6-11.8	1.6	1.2	21.4 3.4-70.3
Ergotherapie	68.8	2.7 1.5 – 5.0	0.6	0.3	27.6 1,4 – 77.2
Psychotherapie	69.5	0.5 0.2 – 1.2	0.1	0.1	29.9 1,6-78,9
Andere Förder- /Heilmaßnahmen	69.0	2.7 1.1 – 7.0	0.2	0.2	27.9 1,4-75,7
	Augen- arzt	Bekannte Hörstörung			
Bisherige ärztliche Untersuchung	9.7	1,7			
	Haupt- schule	Abitur FH- Reife			
Schulabschluss Mutter	15.1 7.5-22.7	32.6 21.8 – 60.3			
Schulabschluss Vater	20.2 6.8 – 31.7	34.2 22.4 – 58.7			
	Vollzeit	Teilzeit	Hausfrau	Sonstiges / keine Angaben	
Berufstätigkeit Mutter	6.9 5.4-12.8	37.7 32.2-51.3	21.8 17.5-30.5	33.6 8.1 - 100	
Berufstätigkeit Vater	55.6 55.8 –73.3	2.3 0.9-6.2	0.9 0-3.3	33.3 15.0 - 100	

Bewertung:

Offensichtlich werden die Elternfragebögen relativ oft nur unvollständig ausgefüllt. Mögliche Ursachen sind u.a. mangelnde Sprachkenntnisse, fehlender Informationsstand der Eltern, aktive Entscheidung der Eltern gegen Datenweitergabe, unterschiedliche Handhabung in den verschiedenen Ämtern. Maßnahmen zur Verbesserung des Informationsstandes von Eltern und Einrichtungen sind wünschenswert.

In einigen Landkreisen wird der Elternfragebogen nicht verwendet bzw. fehlen sehr häufig Elternangaben z.B. zu Fördermaßnahmen, wogegen in anderen Landkreisen diese fast vollständig sind. Daraus ergeben sich verzerrte Zahlen.

Empfehlenswert wäre bei der landesweiten Auswertung eine Kategorie „ keine Angaben“.

Mithin sind die Elternangaben aus dem Elternfragebogen für epidemiologische Aussagen nicht verlässlich. Es ist daher zu prüfen, ob alle Angaben des Elternfragebogens auch weiterhin landesweit erfasst werden sollten.

Allerdings können die Elternangaben in den einzelnen Gesundheitsämtern durchaus eine sinnvolle Information für die Elternberatung darstellen und sollten daher vor Ort weiter verwendet werden.

Eine vollständigere Erfassung einiger weniger soziodemographischer Daten wäre für den Landkreisvergleich und auch für die Gesundheits- und Förderplanung der Landkreise wünschenswert.

Beispielhaft ist dies in Berlin umgesetzt (s. Grundauswertung der Einschulungsdaten 2015 Berlin; www.gsi-berlin.info).

Offensichtlich bestanden 2013 /14 große Unterschiede in den Angeboten der Sprachförderung in Kitas. Laut Elternangaben fand im Landesdurchschnitt bei 66,9% der Kinder in der Kita keine Sprachförderung statt. Dies ist unter dem Aspekt der Chancengleichheit kritisch zu sehen.

2.1.3 Erzieherinnenfragebogen

Die **Erzieherinnenfragebogen** wurden je nach Landkreis in sehr unterschiedlichem Umfang eingesetzt. Bei 89836 untersuchten Kindern lagen 63623 Erzieherinnenfragebögen vor (ca. 71%).

Tabelle 2.3. fasst die Einschätzungen der Erzieherinnen zusammen.

Tabelle 2.3.: Einschätzungen der Erzieherinnen (Angaben in Prozent)

Beobachtungsbogen Erzieherinnen	unauffällig	Ein Grenzstein Nicht erreicht	Beide Grenzsteine nicht erreicht
- Körpermotorik	89.3	8.6	2.0
- Sprache	81.5	16.3	2.2
- Soziale Kompetenz	82.8	14.4	2.8
- Emotionale Kompetenz	67.3	22.9	9.8
- Hyperaktivität	91.6	3.6	4.5

Bewertung:

Besonders häufig beobachteten Erzieherinnen Auffälligkeiten in den Bereichen emotionale Kompetenz, soziale Kompetenz und Sprache.

Die Gesundheitsämter bewerteten diese Fragebögen in ihrer Relevanz z.T. kritisch. Die Ämter gaben folgende Kommentare:

- SDQ: Erzieherinnen sehen zu häufig, Eltern zu selten Auffälligkeiten
- SDQ Hyperaktivität: Erzieherinnen sollen nur ankreuzen nicht auswerten (keine Diagnose)
- Erzieherinnenfragebogen ausfüllen im Alltag schwierig.

Der Erzieherinnenfragebogen schafft bei den Erzieherinnen Bewusstsein für schulrelevante Entwicklungsbereiche und sensibilisiert für individuelle Förderangebote und -maßnahmen. Aus diesem Grunde sollte er weiterhin in der individuellen Beratung eingesetzt werden.

2.1.4 Varianzen in den Einschätzungen der Erzieherinnen und bei den Untersuchungsergebnissen der ESU

Auffallend ist eine erhebliche Varianz bei der Häufigkeit verschiedener Auffälligkeiten zwischen den verschiedenen Landkreisen. Dies bezieht sich sowohl auf die Einschätzungen in Erzieherinnenfragebögen wie auf die Ergebnisse und Empfehlungen der ESU nach Untersuchung durch SMA / Ärzte des Gesundheitsamtes (**Tabellen 2.4 – 2.7**).

Einschätzung der Erzieherinnen

Tabelle 2.4. zeigt, wie viele Kinder nach Einschätzung der Erzieherinnen in verschiedenen Entwicklungsbereichen als unauffällig eingeschätzt wurden.

Tabelle 2.4.: Einschätzung der Erzieherinnen: Anteil unauffälliger Kinder (in Prozent)

Beobachtungsbogen Erzieherinnen Unauffällig	Landesmittel	Höchster Wert	Niedrigster Wert
- Körpermotorik	89.3	93.1	74.4
- Sprache	81.5	100	61.1
- Soziale Kompetenz	82.8	90.7	61.0
- Emotionale Kompetenz	67.3	86.6	39.1
- Hyperaktivität	91.6	100	83.2

Tabelle 2.5: Einschätzungen der Erzieherinnen: Landkreise mit höchstem und niedrigstem Anteil auffälliger Kinder in Prozent

Beobachtungsbogen Erzieherinnen	Ein Grenzstein nicht erreicht		Zwei Grenzsteine nicht erreicht	
	Höchster Wert	Niedrigster Wert	Höchster Wert	Niedrigster Wert
- Körpermotorik	18.9	5.2	9.0	0.6
- Sprache	34.0	9.9	7.6	0.2
- Soziale Kompetenz	29.0	8.3	9.2	0.6
- Emotionale Kompetenz	43.6	8.7	16.4	7.1
- Hyperaktivität	Grenzwertig		Auffällig	
	Höchster Wert	Niedrigster Wert	Höchster Wert	Niedrigster Wert
	12.4	0.0	8.8	0.0

Bewertung:

Die Häufigkeit von Auffälligkeiten in den durch den Erzieherinnenfragebogen erfassten Entwicklungsbereichen sollte in den verschiedenen Landkreisen nicht in dem Ausmaß variieren wie hier. Offenbar werden durch die Erzieherinnen verschiedene Beurteilungsmaßstäbe angelegt, möglicherweise bestimmte Probleme in bestimmten Landkreisen auch gar nicht gesehen bzw. nicht erfasst (z.B. niedrigster Wert für unauffällige emotionale Kompetenz 39%; niedrigste Werte für zwei nicht erreichte Grenzsteine im Bereich Sprache 0,2%; niedrigster Wert für Auffälligkeit im Bereich Hyperaktivität 0 %).

Empfehlenswert ist eine intensiviertere lokale Kooperation der Gesundheitsämter mit den Erzieherinnen, um das Verständnis für und die Akzeptanz der Befragungsinstrumente zu verbessern.

Die Daten der Erzieherinnenfragebögen können für die individuelle Beratung hilfreich sein, sie eignen sich nicht für die landesweite Gesundheitsberichterstattung und haben allenfalls begrenzte Aussagekraft bei einer landesweiten Auswertung durch das Landesgesundheitsamt.

Untersuchungsergebnisse der ESU

Tabelle 2.6. zeigt wie viele Kinder nach Einschätzung der Ärzte der Gesundheitsämter in verschiedenen Entwicklungsbereichen als altersentsprechend eingeschätzt wurden.

Tabelle 2.6.: Anteil von Kindern (in Prozent) **mit altersentsprechenden Befunden** (Landesmittel, höchster und niedrigster Wert)

	Alters- entsprechend		
	Landesmittel	Höchster Wert (Landkreis)	Niedrigster Wert (Landkreis)
Gesamtbewertung Sehtest	59.6	90.2	33.8
Gesamtbewertung Hörtest	72.0	90.1	49.1
Gesamtbewertung Grobmotorik	73.4	86.6	61.0
Gesamtbewertung Graphomotorik	54.0	84.9	24.8
Gesamtbewertung Visuomotorik	73.3	87.4	42.9
Bewertung Menschzeichnung	78.4	91.1	41.4
Bewertung Simultane Mengenerfassung *	83.4	90.5	60.7
Verhalten während Untersuchung	83.4	95.1	57.4
HASE – Nachsprechen Sätze	72.3	85.1	51.8
HASE – Wiedergabe Zahlenfolgen	83.5	97.4	75.5
HASE – Nachsprechen Kunstwörter	81.6	95.9	67.0
Sprachverständnis KVS	84.3	95.5	73.1
Artikulation - Gesamtbewertung	61.5	80.4	45.4
SETK 3 - 5- Berechnungen aus den Ergebnissen (kein Förderbedarf)	41.2	60.7	15.9
Gesamtbewertung Sprache	62.8	86.1	42.1

*Korrigierte Daten laut Mitteilung des LGA vom 27.4.17

Tabelle 2.7: Anteil von Kindern (in Prozent) je Landkreis, bei denen ein Arztbesuch empfohlen bzw. intensiver Förderbedarf festgestellt wurde (höchster und niedrigster Wert)

	Arztbesuch empfohlen		Intensiver Förderbedarf	
	Höchster Wert	Niedrigster Wert	Höchster Wert	Niedrigster Wert
Gesamtbewertung Sehtest	60.7	9.5	-	-
Gesamtbewertung Hörtest	41.7	9.7	-	-
Gesamtbewertung Grobmotorik	14	0.1	5.3	0.1.
Gesamtbewertung Graphomotorik	11.7	0.1	9.8	0.2
Gesamtbewertung Visuomotorik	6.7	0.1	6.0	0.1
Bewertung Menschzeichnung	8.7	0.1	8.3	0.2
Bewertung Simultane Mengenerfassung	-	-	12.5	0.1
Verhalten während Untersuchung	11.0	0.2	7.3	0.1
Artikulation - Gesamtbewertung	44.4	0.4	-	-

Bewertung:

Offensichtlich entdeckt die ESU einen hohen Anteil von Kindern, bei denen ein intensiver Förderbedarf besteht oder ein Arztbesuch zu empfehlen ist. Hinzu kommt noch ein beträchtlicher Anteil von Kindern mit häuslichem Förderbedarf (Zahlen hier nicht aufgeführt).

Im Sinne der Qualitätssicherung besteht allerdings bei der großen Varianz der Untersuchungsergebnisse der ESU zwischen den verschiedenen Landkreisen offensichtlich Handlungsbedarf.

Die Häufigkeit altersentsprechender Befunde in der ESU, die Häufigkeiten eines empfohlenen Arztbesuches und eines intensiven Förderbedarfs sollten in den verschiedenen Landkreisen nicht in diesem Ausmaß variieren. Dies gilt insbesondere für einigermaßen „objektive“ Befunde (Sehen, Hören).

Allerdings ist eine erhebliche Varianz auffälliger Befunde bei der ESU auch aus anderen Bundesländern bekannt. Ein Beispiel zeigt Tabelle 2.8.

Tabelle 2.8. Häufigkeit auffälliger Befunde in den verschiedenen Landkreisen bei der ESU für das Schuljahr 2014/15 in Schleswig Holstein

Sehen	17 – 47 %
Hören	3,9 – 22,5 %
Motorik	4,8 – 25,3%
Verhalten	9,5 – 39 %
Sprache	12 – 46,6%
Förderbedarf	9 – 36%

Natürlich ist bei der komplexen Materie nicht zu erwarten, dass aus den verschiedenen Ämtern nahezu identische Werte geliefert werden. Auch bei Vertragsärzten besteht – wie der Unterzeichner aus eigener Erfahrung weiß - eine sehr deutliche Varianz in der Beurteilung von Entwicklungsauffälligkeiten und daraus abgeleiteten Konsequenzen, z.B. Heilmittelverordnungen.

Zudem gilt es zu bedenken, dass aus der Fachliteratur zwar „objektive“ Angaben zur Häufigkeit von Entwicklungsstörungen, z.B. der Sprache und der Motorik (ca. 5% bzw. 8%) bestehen, jedoch nicht zur Häufigkeit von Auffälligkeiten entsprechend den Kriterien der ESU (medizinischer Abklärungs-/ Behandlungsbedarf, intensiver Förderbedarf, häuslicher Förderbedarf/ Vorschulprogramm, in Behandlung), die natürlich deutlich häufiger als die oben genannten Entwicklungsstörungen zu erwarten sind.

Landesweite Mittelwerte oder Medianwerte können bis auf weiteres als sinnvolle Orientierung auch für die einzelnen Landkreise und für Zeitreihen dienen.

Zur Erklärung der großen Varianz der Ergebnisse kommen verschiedene Aspekte in Frage:

1. Die Unterschiede in einzelnen Landkreisen in den Bereichen Sprache und Motorik könnten durch unterschiedliche soziale Schichtung erklärt werden.

Allerdings wurden vom Unterzeichner bei der Analyse im Detail festgestellt, dass Extremwerte in beiden Richtungen nicht immer die gleichen Kreise treffen, somit keine systematische Tendenz erkennbar war.

2. Möglicherweise können die erheblichen Varianzen z.T. auch dadurch erklärt werden, dass in manchen Landkreisen nur Subgruppen mit einzelnen Verfahren untersucht werden, z.B. nur Kinder ohne Früherkennungsuntersuchungen oder solche mit Auffälligkeiten im Erzieherinnenfragebogen.

Ein solches Vorgehen, das wahrscheinlich zu einer Erhöhung des Anteils auffälliger Kinder führen würde, ist abzulehnen, da es den flächendeckenden standardisierten Vorgaben der Arbeitsrichtlinien widerspricht und zu einer deutlichen Qualitätsminderung der ESU unter Public-Health- Aspekten führt.

3. Einzelne starke Abweichungen sind ggf. Dokumentations-, Datenübertragungs- oder Rechenprogrammfehler.

4. Auch fällt auf, dass die Werte im Landkreisvergleich etwas besser übereinstimmen, wenn man jeweils die Summe aus intensivem Förderbedarf und häuslichem Förderbedarf bildet. Diese möglicherweise unterschiedliche Zuordnung eines gleichen Befundes erklärt allerdings nur zu einem geringeren Teil die Unterschiede zwischen den Landkreisen.

5. Wenn in einigen Landkreisen bei verschiedenen Entwicklungsbereichen ein intensiver Förderbedarf nur bei weniger als 1% der Kinder festgestellt wurde, **müssen dort die Kriterien für diese Kategorie geklärt werden.**

6. Unklar bleibt auch, welche Ursachen hinter der sehr unterschiedlichen Häufigkeit der Empfehlung eines Arztbesuches stehen. Eine mögliche Ursache könnte eine Ressourcenknappheit in den Ämtern sein.

7. Unklar ist auch, ob sich der Prozentsatz der Förderempfehlungen ggf. an den regionalen Angeboten orientiert.

8. Die Bewertung der Ergebnisse der Screeninguntersuchungen und die Erkenntnisse der vorgelegten Dokumente erfolgt gemäß Seite 37 der Arbeitsrichtlinien nach **ärztlichem Ermessen**. Klare Bewertungsschemata mit Messwerten existieren für Hör- und Sehtests. Die Bewertung anderer Bereiche, z.B. Grob- oder Feinmotorik beinhalten mehr als die dokumentierten Rohwerte. Dies ist bei den Ergebnissen der ESU mit den Kategorien altersentsprechend / Arztbesuch empfohlen / intensiver Förderbedarf / Förderung im Rahmen des Orientierungsplans bzw. häuslich zu berücksichtigen.

Die Maßgabe („ärztliches Ermessen“) erklärt teilweise die erhebliche Varianz bei den Ergebnissen zwischen verschiedenen Landkreisen.

9. **Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die ESU nicht in allen Landkreisen in exakt der gleichen Weise durchgeführt wird.** In der oben beschriebenen Befragung gaben 21 Ämter an, die ESU in Schritt 1 komplett nach den aktuell gültigen Arbeitsrichtlinien durchzuführen, 15 Ämter überwiegend, ein Amt nur teilweise.

Als Abweichungen von einer Durchführung komplett nach den gültigen Arbeitsrichtlinien und Begründungen dafür wurden angegeben:

- alle Kinder werden ärztlich gesehen
- Personalmangel
- ohne SETK 3 - 5
- weniger SETK 3 - 5 aus diversen Gründen (Überforderung der Kinder, Compliance, Stigmatisierung)
- Schritt 1 nicht im vorgegebenen Zeitintervall möglich (Zeitdruck, Arbeitsverdichtung)
- Elternfragebogen geändert
- neue SETK 3 - 5 Kriterien
- HASE ohne CD, zu aufwändige Geräte
- SETK 3 - 5 nur bei massiv sprachauffälligen Kindern ohne bisherige Versorgung
- Vereinfachung bei behinderten, nicht Deutsch sprechenden Kindern
- Übernahme von Seh-Hörtest aus sichergestellten Quellen (Kinderarzt, HNO-Arzt)
- Kinder aus Schulkindergarten nur auf Anfrage
- Hörtest ab 20 dB (Umgebungsärm)
- Elternfragebogen ohne Sozialangaben, da dies der Akzeptanz der ESU abträglich war

2.1.5 Ansätze für eine Verbesserung

Die Varianz der Ergebnisse der ESU zwischen den verschiedenen Gesundheitsämtern sollten in folgender Priorität angegangen werden:

Priorität 1: Aufklärung der Varianz bei objektiven Untersuchungsverfahren (Sehtest, Hörtest, mit geringer Einschränkung: HASE)

Priorität 2: Untersuchungsverfahren mit subjektiver Interpretation, bei denen Abweichungen in der Durchführung zu vermuten sind (Simultane Mengenerfassung, Grobmotorik, Visuomotorik)

Priorität 3: Untersuchungsverfahren mit subjektiver Interpretation (Verhalten während der Untersuchung, Menschzeichnung, mit Einschränkungen: Artikulation, Gesamtbewertung der Sprache).

Dazu sind verschiedene Maßnahmen geeignet, z.B.:

- Überarbeitung und genauere Definition bestimmter Kategorien (z.B. in Behandlung, Förderbedarf häuslich / in Kita,) durch SOPs und Schulungen
- Möglichst verbindliche Durchführung der ESU in allen Gesundheitsämtern entsprechend den jeweils gültigen Arbeitsrichtlinien
- Schulungen zwecks Erarbeitung einheitlicherer Bewertungskriterien für Auffälligkeiten in den verschiedenen Untersuchungsverfahren mit subjektiven Bewertungsanteilen und deren Anwendung, ggf. zunächst mit Gesundheitsämtern, deren Ergebnisse besonders vom Landesdurchschnitt abweichen.

Ziel muss sein, landesweit zu einer einheitlicheren Durchführung und Bewertung der ESU zu kommen, um

- eine Gleichbehandlung der Kinder zu ermöglichen bzw. Benachteiligungen zu verringern,
- Unmut von Eltern und Ärzten, die unterschiedliche Vorgehensweisen in verschiedenen Landkreisen erfahren, abzubauen und damit die Akzeptanz der ESU bei Eltern hoch zu halten bzw. bei Ärzten zu steigern,
- valide landesweite Daten für die Gesundheitsberichterstattung zu bekommen.

Allerdings sollte die Latte auch nicht zu hoch gehängt werden. Es ist bei einer solch komplexen Maßnahme wie der ESU mit vielen subjektiven, institutionellen sowie regionalen Besonderheiten nicht möglich, einen bevölkerungsbezogenen, landesweit kompletten einheitlichen und den Standards der Arbeitsrichtlinien entsprechenden, vollständigen und „objektiven“ Datensatz über alle schulrelevanten gesundheitlichen und entwicklungsbezogenen Aspekte aller Kinder zu erhalten. **Diesem Ziel etwas näher zu kommen bleibt dauerhafte Aufgabe.**

Davon unabhängig ist die hohe Bedeutung der ESU für die Feststellung eines individuellen Förder- und Behandlungsbedarfes, für die individuelle Beratung von Eltern und Erzieherinnen, und letztlich auch für die Kinder- und Jugendärzte.

2.2 Schritt 2

Bislang existieren keine landesweiten Daten zu den Ergebnissen in der ESU Schritt 2. Nach Aussage von Frau Dr. Leher, LGA Stuttgart, werden die Daten in Schritt 2 sehr heterogen erhoben. Dies deckt sich mit den Ergebnissen unserer Befragung der Gesundheitsämter. Bislang werden die Ergebnisse zu Schritt 2 von den Gesundheitsämtern teilweise gar nicht an das LGA übermittelt. Dies solle in Zukunft eher möglich sein mit Umstellung des Softwaresystems auf eine modernere Basis.

Empfehlung:

Obwohl hier also ein großer Handlungsbedarf besteht, sollte zunächst der Stellenwert von Schritt 2 der ESU deutlicher herausgearbeitet werden. Ohne hinreichende Ressourcen in allen Gesundheitsämtern wird es nicht möglich sein, landesweit einen ausreichend großen Prozentsatz von Kindern in Schritt 2 zu untersuchen, der eine sinnvolle landesweite Auswertung und Berichterstattung ermöglichen würde.

2.3 Einzelne Aspekte

Migrationshintergrund

Wenig hilfreich für die Bewertung der Ergebnisse ist die aktuelle Datenlage zum **Migrationshintergrund** der Kinder. Von den Meldeämtern wird oft nur die erste Nationalität an die Gesundheitsämter gemeldet. Damit ist die Nationalität der großen Mehrzahl der in Deutschland geborenen Kinder bei relevantem Migrationshintergrund der Eltern lediglich Deutsch. Trotz Meldeverordnung gibt es nach Mitteilung von Frau Dr. Leher (LGA) keine einheitlichen Programme oder Strukturen, wie die entsprechenden Daten zu übermitteln seien. Die Einpflege der Daten für die Gesundheitsämter ist dementsprechend z.T. sehr mühsam.

Empfehlung:

Es wird empfohlen, auch künftig relevante Daten zum Migrationshintergrund der Kinder zu erheben. Der Datensatz sollte sich künftig an der neuen, zwischen den obersten Landesgesundheitsbehörden abgestimmten Definition orientieren.

Gesundheitsatlas und bundesweite Gesundheitsberichterstattung

Die bevölkerungsbezogene Relevanz von Daten aus der ESU ist unbestritten. Aktuell werden im Gesundheitsatlas Baden-Württemberg folgende Parameter dargestellt: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen und Impfquoten, Unter-, Übergewicht, Adipositas, auffällige Grobmotorik, visuomotorische Störungen, Sprachförderbedarf. Zu diesen Parametern sind außerdem Zeitreihen und kreisbezogene Auswertungen vorhanden. Mittelfristig wünschenswert wären Angaben zu Fähigkeiten in mathematischen Vorläuferfähigkeiten mit Relevanz für den Schulerfolg.

Auch aus anderen Bundesländern und Berichten des Robert- Koch- Instituts geht hervor, dass gewisse Daten aus der ESU als einzigem Instrument einer bevölkerungsbezogenen Gesundheitsberichterstattung mit nahezu vollständiger Erfassung aller Mitglieder einer Bevölkerungsgruppe regelhaft verwendet werden. Dazu gehören insbesondere Daten zur Durchimpfungsrate, zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen, zumeist auch als weitere objektiv messbare Parameter der Body- Mass- Index (BMI) sowie Angaben zur Häufigkeit von Seh- und Hörstörungen sowie Entwicklungsauffälligkeiten.

Empfehlung:

Die zurzeit im Gesundheitsatlas Baden-Württemberg aufgeführten Parameter aus der ESU sollten in hochwertiger Qualität weiterhin landesweit in allen Gesundheitsämtern ermittelt werden.

Allenfalls auf die Daten zur Grob- und Visuomotorik könnte wegen begrenzter Schulrelevanz (Grobmotorik) bzw. den bekannten Risiken subjektiver Interpretation (Visuomotorik) im Gesundheitsatlas verzichtet werden, nicht jedoch in der individuellen Befunderhebung und der landes- und kreisbezogenen Auswertung durch das Landesgesundheitsamt.

2.4 Zusammenfassende Einschätzung

Die bevölkerungsbezogene Relevanz der ESU Daten ist unbestritten. Die ESU ist das einzige Verfahren, das im Land eine weitgehend komplette Erfassung von gesundheitsrelevanten Daten einer Bevölkerungsgruppe ermöglicht. Die Daten der ESU gehen in den Gesundheitsatlas Baden-Württemberg ein. Die Daten der ESU gehen zudem in bundesweite Berichte (s. z.B. Robert-Koch-Institut) ein (Impfquoten, Teilnahmequoten an Früherkennungsuntersuchungen). Außerdem werden sie zunehmend für die Gesundheitsberichterstattung der Landkreise herangezogen. Damit sind sie auch die Voraussetzung für die regionale, landes- und bundesweite Gesundheitsberichterstattung, -planung und -förderung.

Für die landesweite Gesundheitsberichterstattung sollten besonders die direkt bei den Kindern erhobenen Daten und Befunde berücksichtigt werden. Die Ergebnisse der ärztlichen Bewertung müssen wegen des darin notwendigerweise enthaltenen subjektiven Faktors entsprechend kommentiert werden.

Auf eine landesweite Auswertung der Erzieherinnenfragebögen sollte verzichtet werden. Ein Grundsatz anonymisierter soziodemographischer Daten bezogen auf Land, Kreis und Sozialraum ist – wie in den anderen Bundesländern im Rahmen der ESU ebenfalls realisiert – zur Bewertung der Daten und Public- Health- bezogener Konsequenzen unabdingbar.

Es erscheint erforderlich, Ursachen für die erhebliche Varianz bei der Häufigkeit verschiedener Auffälligkeiten, zwischen den Landkreisen zu suchen. Möglicherweise spielen Ermessensentscheidungen, personelle Ressourcen in den Gesundheitsämtern und den Landkreisen (Förderangebote etc.), Abweichungen in der Durchführung von den gültigen Arbeitsrichtlinien und lokal unterschiedliche Schulungen der die ESU durchführenden Personen eine Rolle. Außerdem könnten unterschiedliche Sozialstrukturen der Bevölkerung bedeutsam sein.

3. Einschulungsuntersuchungen in anderen Bundesländer

3.1 Inhalte und Verfahren

Alle Bundesländer führen Einschulungsuntersuchungen (ESU) durch. Die föderalistische Struktur Deutschland bedingt, dass das Vorgehen dabei unterschiedlich ist. ***Die Daten der ESU werden in allen Bundesländern in unterschiedlicher Weise für die Gesundheitsberichterstattung auf Landes-, Kreis und / oder Bezirksebene herangezogen.***

Außerordentlich interessante, gesundheitspolitisch bedeutsame und für die Allokation von Entwicklungs- und Fördermaßnahmen bedeutsame Erkenntnisse zeigen sich auf Basis dieser Daten beispielsweise aus der Gesundheitsberichterstattung Berlins 2014, dem Einschulungsbericht 2015 des Saarlandes, auf der Gesundheitsplattform Brandenburg, dem Gesundheitsatlas Baden-Württemberg oder dem Kindergesundheitsbericht des Landkreises Biberach.

Fast alle Bundesländer führen die Einschulungsuntersuchung im letzten Kindergartenjahr flächendeckend für alle Einschüler durch. Lediglich in Baden- Württemberg und im Saarland wird die ESU landesweit im zweiten Kindergartenjahr durchgeführt. In Bayern erfolgt eine Untersuchung im zweiten Kindergartenjahr zurzeit im Rahmen eines Pilotprojektes, welches vor Ort bei den Beteiligten offenbar große Zustimmung erfährt (Nennstiel- Ratzel, persönliche Mitteilung). Eine flächendeckende Untersuchung aller Einschüler durch den schulärztlichen Dienst findet zurzeit in Bayern nicht statt. Die in den Ländern im Rahmen der ESU erhobenen Informationen beziehen sich weitestgehend auf die gleichen schulrelevanten Eigenschaften und Fähigkeiten der Kinder.

In den näher betrachteten ESUs von 6 Bundesländern werden immer der Impfstatus und die wahrgenommenen Früherkennungsuntersuchungen erfasst. Auch die erfassten schulrelevanten Eigenschaften und Fähigkeiten unterscheiden sich kaum. Nur in einzelnen Bundesländern wird der Zustand des Gebisses systematisch erhoben und generell eine komplette körperliche Untersuchung durchgeführt. In allen Bundesländern wird ein Elternfragebogen benutzt, ein Erzieherinnenfragebogen nur in Baden- Württemberg (**Tabelle 3.1.**).

Tabelle 3.1.: Zielbereiche der Einschulungsuntersuchungen in verschiedenen Bundesländern

	BW ESU1	Berlin	NRW	Saar	Brandenburg	Schleswig- Holstein
Alter (Mittelwert)	5,0 Jahre	5 8/12 Jahre	5 ½- 6 Jahre*	4 ½ - 5 ½ Jahre*	5,9 Jahre	5 ½ - 6 Jahre*
Dokumentation Impfung	x	x	x	x	x	x
Dokumentation Früherkennungs- untersuchung	x	x	x	x	x	x
Größe	x	x	x	x	x	x
Gewicht	x	x	x	x	x	x
Körperliche Untersuchung	-	-	-	x	-	x
Zustand des Gebisses	-	x	-	x	-	x
Händigkeit	x	x	x	-	n.b.	-
Sehtest	x	x	x	x	x	x
Hörtest	x	x	x	x	x	x
Grobmotorik / Körperkoordination	x	x	x	x	x	x
Grapho-/ Visuomotorik	x	x	x	x	x	x
Schlussfolgern /Kognition	-	x	x	x	x	-
Mengenerfassung	x	x	x	x		x
Verhalten	x	x	x	x	x	x
Selektive Aufmerksamkeit	-	-	x	-	-	x
Sprache	x	x	x	x	x	x
Beobachtungs- bogen Erzieherinnen	x	-	-	-	-	-
Elternfragebogen	x	x	x	x	x	x

*aus dem verfügbaren Bericht des Landesentrums für Gesundheit Nordrhein – Westfalen und dem Bericht des Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung Schleswig-Holstein geht das durchschnittliche Alter der untersuchten Kinder nicht hervor. Im Saarland erfolgte die Umstellung auf das Halbjahr vor dem letzten Kindergartenjahr seit 2011, vollständig vollzogen ab Einschulungsjahrgang 2015/2016; n.b. nicht berichtet.

Die ESU Schritt 2 in Baden-Württemberg wird nur bei einer relativ geringen Zahl von ausgewählten Kindern und stark individualisiert durchgeführt. Sie kann daher nicht mit der etwa zeitgleich zur ESU Schritt 2, in anderen Bundesländern flächendeckend systematisch durchgeführten ESU, verglichen werden.

Vergleich der Untersuchungsverfahren

Inzwischen werden in 8 Bundesländern die Kinder mit SOPESS (Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening der Schuleingangsuntersuchung) untersucht, unter anderem in Nordrhein Westfalen und Brandenburg (s. **Tabelle 3.2.**). 2 weitere Bundesländer sind dabei, SOPESS einzuführen (Trost-Brinkhues, persönliche Mitteilung).

SOPESS wurde an einer repräsentativen Stichprobe von 12603 Kindern normiert. 90 % der Kinder waren zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung 63 – 76 Monate alt, der Mittelwert des Alters lag bei 69 Monaten mit einer Standardabweichung von 4,7 Monaten. Bei einer in der Literatur gut begründeten Häufigkeit umschriebener Entwicklungsstörungen von bis zu 8 % wurden Kinder mit Ergebnissen unter der 10. Perzentile als auffällig, zwischen der 10. und 25. Perzentilen als grenzwertig und über der 25. Perzentilen als unauffällig bezeichnet (Daseking).

Die in Baden-Württemberg in der ESU untersuchten Kinder sind im Mittel 9 Monate jünger als die der Normierungsstudie im SOPESS. In dieser Zeitspanne finden erhebliche Entwicklungsprozesse statt. Damit können nur ein Teil der Testaufgaben des SOPESS (teilweise nicht altersgerecht bzw. zu schwierig) herangezogen und die ermittelten Normen für die Kinder in Baden-Württemberg nicht verwendet werden.

Das in Berlin eingesetzte S-ENS (Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen) ist ab 5 Jahren normiert, wird dort bei jüngeren Kindern nicht durchgeführt. Es ist kein Screening auf schulische Vorläuferfähigkeiten und von daher für Baden- Württemberg keine Perspektive (Trost-Brinkhues, persönl. Mitteilung).

Bei der vorgezogenen Einschulungsuntersuchung im Saarland wurden zur Beurteilung des Entwicklungsstandes die in Baden-Württemberg etablierten Verfahren und Materialien teilweise übernommen.

Das Bayerische Pilotprojet zur ESU im vorletzten Kindergartenjahr wird voraussichtlich Ende 2017 abgeschlossen und danach evaluiert werde (Nennstiel-Ratzel, persönl. Mitteilung). **Die Ergebnisse dieser Evaluation könnten für ESU in Baden-Württemberg hinsichtlich der inhaltlichen Weiterentwicklung der Methoden und deren Normierung von Interesse sein und ggf. länderübergreifende Abstimmungen und Vergleiche erleichtern.** Methodisch werden in diesem Pilotprojekt u.a. Normen für jüngere Kinder für das BES (Bayerisches Einschulscreening) und einfache Aufgaben des SOPESS erstellt. Diese Normen wären aktuell und könnten für künftig bei neuen bzw. ergänzten Verfahren der ESU Schritt 1 in Baden-Württemberg verwendet werden (z.B. Zahlen- und Mengenvorwissen, nonverbale Intelligenz) In verschiedenen Ländern wird die Beherrschung der deutschen Sprache in der Spontansprache nach standardisierten qualitativen Kriterien bei den Kindern im Rahmen der ESU dokumentiert, insbesondere bei solchen mit nichtdeutscher Erstsprache. Dies erscheint sehr sinnvoll.

Bewertung:

Zusammenfassend ergibt sich aus dem Vergleich der ESU in verschiedenen Bundesländern aktuell kein Ansatz für eine grundlegende Veränderung der in Baden- Württemberg eingesetzten Methoden. Wünschenswert wären mittelfristig die Überprüfung der Normierung der in Baden- Württemberg eingesetzten Methoden und ggf. deren Weiterentwicklung mit dem Ziel, zu einer ähnlichen Kategorisierung mit Cut- off-Werten der Untersuchungsergebnisse, wie im SOPESS, zu kommen.

Zur Erkennung des evtl. bestehenden Förderbedarfs erscheint für Baden-Württemberg, trotz jüngeren Alters als dem der in anderen Ländern mit SOPESS untersuchten Kinder, das dort verwendete 5-stufige Kategorisierungssystem für die Beurteilung des Sprachstandes sinnvoll.

Tabelle 3.2.: Untersuchungsverfahren bei der ESU in verschiedenen Bundesländern

	BW ESU1	Berlin	NRW
Grobmotorik	Einbeinhüpfen	S-ENS * (Seitwärtshüpfen)	Seitliches Springen
Grapho-/ Visuomotorik / Visuelle Wahrnehmung	Stifthaltung Differenzierungsprobe Breuer-Weuffen Menschzeichnung	S-ENS Gestaltrekonstruktion und – reproduktion; Regeln, Ähnlichkeiten, Unterschiede von Mustern	Einzeichnen geometrischer Figuren (LKW), Abzeichnen von 2 Motiven, Erkennen von Gleichem / Analogien
Mengenerfassung	Simultane Erfassung	SOPESS-Simultane Mengenerfassung	Abzählen, Mengenvergleich
Verhalten	Freie Beobachtung: Konzentration, Mitarbeit, Arbeitstempo, Ausdauer, Impulskontrolle, Selbstvertrauen, Frustrationstoleranz	-	Freie Beobachtung /Screening: Konzentration, Ausdauer, psychosoziale Entwicklung / emotionale Reife
Selektive Aufmerksamkeit	-	-	Durchstrichen von traurigen Gesichtern
Sprache	HASE (Nachsprechen Sätze, Kunstwörter, Zahlenfolge), KVS (ab 5 J), SETK 3 - 5 (nach Indikation), Spontansprache, Artikulation (Lautprüfbogen)	S-ENS Pseudowörter, Wörterergänzen, Wörter nachsprechen, SOPESS- Pluralbildung, Artikulation	Präpositionen, Pluralbildung, Pseudowörter nachsprechen, Artikulation (Bildkarten)
Deutschkenntnisse	-	Stufen 1 (nicht) – 4 (sehr) gut)	Stufe 1 (nicht verständlich) – bis 5 (fehlerfrei und flüssig)
Beobachtungs- bogen Erzieherinnen	Sprachförderung in KiTa, Körpermotorik, Sprachentwicklung Soziale Kompetenz, emotionale Kompetenz, Selbständigkeit, SDQ (Hyperaktivität), spezielle Fördermaßnahmen, freie Anmerkungen	-	-

Elternfragebogen	Spezielle Förderung / Therapie (Sprachförderung in der KiTa, Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie, Anderes), SDQ gesamt, Angaben zum Kind, Angaben zu Eltern	Angaben zum Kind, Angaben zu Eltern	Spezielle Förderung / Therapie (Sprachförderung in der KiTa, Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie, Anderes), Angaben zum Kind, Angaben zu Eltern
------------------	---	-------------------------------------	---

Tabelle 3.2. Untersuchungsverfahren bei der ESU in verschiedenen Bundesländern – Fortsetzung

	Saarland	Brandenburg	Schleswig-Holstein
Grobmotorik	Einbeinstand, Einbeinhüpfen, Seiltänzerengang	Seitliches Springen	Seitliches Springen
Grapho-/ Visuomotorik / Visuelle Wahrnehmung	Stifthaltung Differenzierungsprobe Breuer-Weuffen Menschzeichnung Grundfarben Formerfassung	Einzeichnen geometrischer Figuren (LKW), Abzeichnen von 2 Motiven, Erkennen von Gleichem / Analogien	-
Mengenerfassung	Zählen, Simultane Erfassung	Abzählen, Mengenvergleich	VEERS*
Verhalten	SDQ (Eltern, SMA und Arzt), Freie Beobachtung	Freie Beobachtung /Screening: Konzentration, Ausdauer, psychosoziale Entwicklung / emotionale Reife	SDQ, Freie Beobachtung
Selektive Aufmerksamkeit	-	Durchstrichen von traurigen Gesichtern	-
Sprache	Artikulation, HASE, KVS	Präpositionen, Pluralbildung, Pseudowörter nachsprechen, Artikulation (Bildkarten)	VEERS*
Deutschkenntnisse	Stufe 1 (gut) – 3 (wenig bis gar nicht)	Stufe 1 (nicht verständlich) –	-

		bis 5 (fehlerfrei und flüssig)	
Beobachtungsbogen Erzieherinnen	-	-	-
Elternfragebogen	Spezielle Förderung / Therapie (Sprachförderung in der KiTa, Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie, Anderes), SDQ gesamt, Angaben zum Kind, Angaben zu Eltern	Angaben zum Kind, Angaben zu Eltern	Soziodemographische Daten, medizinische Vorgeschichte, Inanspruchnahme Heilpädagogik und Heilmittel, SDQ

* HASE: Heidelberger Auditives Screening; KVS: Kurzverfahren zur Überprüfung des lautsprachlichen Niveaus; SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire; S-ENS :Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen; SOPESS (Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening der Schuleingangsuntersuchung); VEERS: standardisierter Test zur Ermittlung der Sprachentwicklung, des Mengenverständnisses, des Zahlen- und Wortfolgedächtnisses.

Einschub:

Kurz vor Fertigstellung dieser Evaluation wurde dem Unterzeichner die 3. Version der Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA III) bekannt, die Ende 2016 veröffentlicht wurde. Es handelt sich dabei um einen Individualtest zur Feststellung des Entwicklungsstandes und der Schulreife sowie zur Früherkennung von umschriebenen Entwicklungsstörungen und allgemeinen Entwicklungsrückständen für Kinder im Alter zwischen 4;0 und 6;5 Jahren. Nach Angaben der Verfasser kann die Testbatterie auch im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen verlässlich verwendet werden. Die einzelnen Untertests sind an umfangreichen Stichproben in 3 – Monatsschritten normiert. Für die Weiterentwicklung der ESU sollte dieses Verfahren unter Berücksichtigung der Bedingungen der ESU in Baden- Württemberg und evtl. Lizenzfragen vom Fachbeirat ESU analysiert werden. Prioritär erscheinen Items zur Mengenerfassung und Visuomotorik, ggf. zu einem späteren Zeitpunkt solche der selektiven Aufmerksamkeit und der nonverbalen Intelligenz interessant.

Elternfragebogen

Die näher betrachteten Bundesländer erfragen Angaben zur Gesundheit, teils auch zur Lebenswelt der Kinder (**Tabelle 4.3.**). In sehr ähnlichem Umfang werden systematisch soziodemographische Daten der Familien erfasst (**Tabelle 4.4.**). Dabei ist überall ein anonymisiertes Vorgehen entsprechend der jeweiligen Datenschutzbedingungen gegeben. Schulrelevante Erkrankungen, Entwicklungsauffälligkeiten und Fördermaßnahmen bzw. Förderbedarf werden in Bezug zu Geschlecht, sozialer Lage, dem Migrationshintergrund, der Herkunft, der Erstsprache und dem Sozialraum dargestellt. Auch die Dauer des Kindergartenbesuchs und des Medienkonsums werden mehrheitlich erfasst, vereinzelt auch das Vorhandensein von Rauchern im Haushalt. Daraus ergeben sich in den verschiedenen Gesundheitsberichten klare Interventionsansätze auf Kreis-, Bezirks-, und / oder Landesebene.

Die Kategorisierung des Migrationshintergrundes erfolgt noch nicht einheitlich. Diesbezüglich existieren jedoch länderübergreifende Bestrebungen (Abschlussbericht Senatsverwaltung Berlin 2013).

Empfehlung:

Es wird der weitere Einsatz eines Elternfragebogens in Baden-Württemberg im Rahmen der ESU uneingeschränkt befürwortet. Inhaltlich scheinen keine grundlegenden Änderungen erforderlich. **Wünschenswert wäre ein länderübergreifender Konsens zu einer Minimal-Liste einheitlich definierter und erhobener soziodemographischer und gesundheitsbezogener Daten, die künftig in Elternfragebögen im Rahmen der ESU erhoben werden.** Dabei sollten die Fragebögen auch weiterhin in der individuellen Elternberatung zur präventiven Beratung und Förderberatung nutzbar sein und zusätzlich – anonymisiert und vollständig – für die Gesundheitsberichterstattung herangezogen werden können.

Die ESU ermöglicht mit diesem Instrument, durch die Analyse von Zeitreihen, relevante gesellschaftliche und gesundheitliche Veränderungen und Trends frühzeitig zu erkennen und Effekte von Interventionsmaßnahmen zu überprüfen. Dabei ist ein sozialräumlicher Bezug von herausragender Bedeutung und muss durch eine entsprechende Datenerhebung möglich sein. Eine Vergleichbarkeit der Daten der ESU, mit denen aus Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) sollte durch möglichst gleiche Fragestellungen bzw. Definitionen – soweit noch nicht vorhanden - mittelfristig angestrebt werden. Dabei ist zu betonen, dass sich die Daten von KiGGS und ESU komplementär verhalten und im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung keineswegs ein Verfahren das andere ersetzen kann.

Tabelle 3.3.: Fragen zum Kind

	BW ESU1	Berlin	NRW	Saar	Brandenburg	Schleswig- Holstein
Dauer Kindergartenbesuch	x	x	x	-	x	x
Lebensmittelpunkt des Kindes	x	x	x	x	n.b.	x
Zahl / Alter der Geschwister	x	x	x		n.b.	x
Gesprochene Sprachen in den ersten 3 Lebensjahren	x	x	x	x	n.b.	x
Geburtsland des Kindes	-	x	x	-	n.b.	-
Gesundheitszustand des Kindes	x	-	x	x	x	x
- Bisherige / jetzige Erkrankungen	x	-	x	x	x	x
- Bisherige / jetzige Medikamente	x	-	x	x	n.b.	x
- Spezielle Förderung / Therapie	x	-	x	x	x	x
Augenärztliche	x	-	-	-	n.b.	x

Untersuchung in den letzten 12 Monaten						
Medienkonsum pro Tag (Dauer in Stunden)	x	x	x	-	n.b.	-
Sorgen um das Kind	x	-	x	-	n.b.	-
Stärken des Kindes	x	-	-	-	n.b.	-
Raucher im Haushalt	-	x	-	--	n.b.	-

n.b.: Daten wurden nicht berichtet (s. Elsässer et al.)

Tabelle 3.4. : Soziodemographische Daten der Eltern (jeweils zu Mutter und Vater)

	BW ESU1	Berlin	NRW	Saar	Brandenburg	Schleswig-Holstein
Geburtsjahr	x	-	x	-	n.b.	-
Staatsangehörigkeit	x	x	x	x	n.b.	-
Geburtsland	x	x	x	x	n.b.	x
Jahre in Deutschland	x	-	x	-	n.b.	-
Schulabschluss	x	x	x	x	n.b.	x
Berufstätigkeit	x	x	x	-	n.b.	-

n.b.: Daten wurden nicht berichtet (s. Elsässer et al.)

Beurteilungskategorien

Die Ergebnisse der ESU werden in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich kategorisiert:

Baden - Württemberg: fehlende Mitarbeit, nicht durchgeführt, Arzt (medizinischer Abklärungs-/ Behandlungsbedarf), intensiver Förderbedarf, häuslicher Förderbedarf/ Vorschulprogramm, in Behandlung, altersentsprechend

Berlin: ohne Befund, auffällig, keine Angaben; schulische Förderung empfohlen (6 Bereiche), sonderpädagogischer Förderbedarf (8 Bereiche), Mitteilung nach §5Abs 3 Grundschul-VO (4 Kategorien), Rückstellung vom KJGD befürwortet (4 Kategorien), Rückstellung vom Schulamt erfolgt

Nordrhein-Westfalen: nicht durchgeführt, Arzt (medizinischer Abklärungs-/ Behandlungsbedarf), Kind bereits in Behandlung, Behinderung / dauerhafte Schädigung, nicht behandlungsbedürftiger Befund, ohne Befund

Saarland: A= ärztliche, psychologische oder heilpädagogische Diagnostik / Therapie erforderlich; B = Kind bereits in ärztlicher, psychologischer oder heilpädagogischer

Behandlung; X = aktuell keine Veranlassung, leichterer Befund; D: nur bei ausgeprägtem Befund mit dauerhafter Beeinträchtigung.

Brandenburg: für die Gesundheitsberichterstattung wird der Förderbedarf ausgewertet.

Schleswig-Holstein: A= Auffälliger Befund und Arztüberweisung, B= Auffälliger Befund, bereits behandelt; D= Auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung; X= Auffälliger Befund, nicht behandlungsbedürftig, kein Befund.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass sich die Beurteilungskategorien der ESU je nach Zeitpunkt (im zweiten oder im letzten Kindergartenjahr) unterscheiden müssen. Während im zweiten Kindergartenjahr (Baden- Württemberg – Schritt 1, Saarland- Schritt 1) die Aspekte der Förderung und sozialkompensatorische Aspekte neben der Veranlassung weiterer medizinischer Maßnahmen klar im Vordergrund steht, stehen bei der ESU im Jahr vor der Einschulung gesundheitliche Aspekte in Hinblick auf den Lernort Schule, die Veranlassung einer eventuell erforderlichen sonderpädagogischen Überprüfung und ggf. die Empfehlung einer Zurückstellung vom Schulbesuch im Vordergrund.

Empfehlung:

Die in Baden-Württemberg bei der ESU in Schritt 1 verwendeten Beurteilungskategorien erscheinen weiterhin sinnvoll. Es ist gut, dass der Aspekt der Förderung betont wird. Mit zunehmender Zahl inklusiv in Regeleinrichtung betreuter Kinder sollte geprüft werden, ob die Kategorie besondere Bedarfe in die verschiedenen sonderpädagogischen und medizinische / gesundheitliche Bedarfe spezifiziert werden kann. Diese Kategorien sollten besonders bei Schritt 2 der ESU eingefügt werden (s. Kapitel 5).

Kriterien für schulärztliche Empfehlungen

Eine direkte Ableitung einer schulärztlichen Empfehlung allein aufgrund von Perzentilen in Testergebnissen, die beispielsweise im SOPESS erhoben werden, erscheint fragwürdig. Ein auffälliger Befund mit einem Prozentrang unter 10 kann beispielweise einen medizinischen Abklärungsbedarf oder eine Förderempfehlung nach sich ziehen. Ein Ergebnis mit einem Prozentrang über 25 wird allenfalls einen häuslichen Förderbedarf / Teilnahme am Vorschulprogramm bedeuten. Eine mögliche Zuordnung von Testergebnissen und Beurteilungskategorien zeigt **Tabelle 3.5**.

Tabelle 3.5.: Screening -Testergebnisse - Orientierung für schulärztliche Empfehlungen

Prozentrang	Empfehlung
< 10	Arzt und / oder intensiver Förderbedarf
10 - 25	Intensiver und oder häuslicher Förderbedarf / Vorschulprogramm
> 25	Evtl. häuslicher Förderbedarf / Vorschulprogramm

Empfehlung:

Die Gesamteinschätzung des Schularztes, in die verschiedene zusätzliche Faktoren eingehen, bleibt für die schulärztlichen Empfehlungen unverzichtbar. Allerdings wird es erforderlich sein, im Rahmen der Qualitätssicherung, landesweit eine Annäherung der für den Schulbesuch relevanten Beurteilungskategorien in den verschiedenen Gesundheitsämtern und bei den durchführenden Fachpersonen zu fördern.

3.2 Sprachstandsverfahren

Die folgenden Ausführungen beruhen auf einer „Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts zur Sprachstandsfeststellung und Sprachförderung im Kindergarten sowie beim Übergang in die Schule“ aus dem Jahr 2010 und einer Analyse und Bewertung des Mercator – Instituts über die „Qualität von Sprachstandsverfahren im Elementarbereich“ aus dem Jahr 2013.

3.2.1 Expertise des deutschen Jugendinstituts

Diese beruht auf den Ergebnissen einer Internetrecherche, der Auswertung öffentlich zugänglicher Dokumente und Auskünften der Länderministerien.

Eine landesweit verpflichtende Sprachstandserhebung wurde zur Zeit der Expertise in allen Bundesländern außer in Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen durchgeführt. Die Durchführung erfolgte damals fast immer in den Kindertagesstätten durch Erzieherinnen, z.T. in Kooperation mit Grundschullehrern, letztlich in der Verantwortung der jeweiligen Schulämter. **Nur in Baden-Württemberg erfolgte sie in der Verantwortung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes.**

Die eingesetzten Verfahren waren Beobachtungsverfahren, Screening-Verfahren oder Tests und im Ländervergleich sehr unterschiedlich:

SISMIK – Sprachverhalten und Interesse an Sprache bei Migrantenkindern im Kindergarten

SELDAK – Sprachentwicklung und Literacy bei deutschsprachig aufwachsenden Kindern

WESPE – Wir Erzieherinnen schätzen den Sprachstand unserer Kinder ein

KISTE – Kindersprachtest für das Vorschulalter

CITO – Sprachtest

HAVAS 5 – Hamburger Verfahren zur Analyse des Sprachstands bei 5 - Jährigen

KiSS - Kindersprachscreening

Fit in Deutsch,

Deutsch plus 4,

Delphin 4 – Diagnostik, Elternarbeit, Förderung der Sprachkompetenz bei 4 – Jährigen

VER-ES – Verfahren zur Einschätzung des Sprachförderbedarfs von Kindern im Jahr vor der Einschulung

HASE – Heidelberger auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung

SSV – Sprachscreening im Vorschulalter

SETK 3-5 – Sprachentwicklungstest für 3-5 jährige Kinder

S-ENS – Screening des Entwicklungsstands bei Einschulungsuntersuchungen

BUEVA (modifiziert) – Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen

SOPHIA - Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgaben

freie Beobachtung mit Meilensteinen.

In den Verfahren selbst wurde eine Mehrsprachigkeit selten berücksichtigt.

Bei den Schuleingangsuntersuchungen waren damals folgende Verfahren im jeweiligen Bundesland landesweit verbreitet: HASE, SETK 3-5 (Baden-Württemberg), S-ENS (Berlin, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt), SOPHIA (Niedersachsen).

Die Autoren halten die Untersuchung des Sprache durch die Gesundheitsämter für angebracht, um therapie- / abklärungsbedürftige Sprachentwicklungsstörungen und förderbedürftige Sprachentwicklungsverzögerungen abzugrenzen.

Sie betonen weiter, dass aufgrund der verschiedenen Modalitäten bei Sprachstandserhebung und Schuleingangsuntersuchung ein Vergleich der dabei erhobenen Daten länderübergreifend kaum möglich ist.

Bewertung:

Der Vergleich zeigt, dass die in den Bundesländern bei den Einschulungsuntersuchungen eingesetzten Verfahren zur Sprachstandserhebung sehr verschieden und deren Daten und Ergebnisse daher nicht vergleichbar sind.

Bemerkenswert ist, dass bereits 2010 in mehreren Bundesländern der Zeitpunkt der Sprachstandserhebung auf den Zeitraum von 24 – 15 Monaten vor der Einschulung vorverlegt wurde: Baden- Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Saarland, teilweise in Hamburg.

3.2.2 Analyse und Bewertung des Mercator Instituts

Eine interdisziplinäre Expertenkommission entwickelte im Jahr 2013 Qualitätsmerkmale zur Beurteilung von Sprachstandsverfahren und unterzog die zu dem Zeitpunkt in den Bundesländern gängigen Verfahren einer Überprüfung, inwieweit die Verfahren diese Qualitätsmerkmale erfüllten.

Zusätzlich zu den unter 4.2.1. genannten wurden folgende Verfahren bewertet: QuaSta, DESK 3-6, Früh Deutsch lernen, Vorstellungsverfahren Viereinhalbjähriger.

Die Autoren betonen, dass immer mehr Verfahren diagnostischen Standards genügen, wie sie in der Psychologie üblich sind. Allerdings erfüllten die Hälfte aller Verfahren 16 oder weniger der insgesamt 32 Qualitätsmerkmale in 10 Handlungsfeldern. **Inbesondere Beobachtungsbögen und Einschätzverfahren erreichten häufig nicht eine ausreichende Bewertung. Dies galt u.a. auch für die Meilensteine der Sprachentwicklung.**

Die folgenden 10 Handlungsfelder der Qualitätsmerkmale wurden definiert:

- Berücksichtigung sprachlicher Basisqualifikationen
- Validität
- Objektivität
- Reliabilität
- Normierung
- Fehlerquote
- Qualifizierung der pädagogischen Fachkräfte
- Zeitliche Anforderungen
- Mehrsprachigkeit
- Spezifität der Diagnostik.

Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die Bewertung der Sprachstandsverfahren in Baden- Württemberg (HASE, SETK 3-5, LiSe - DaZ) und die gleich oder besser bewerteten Verfahren: DESK 3-6 (Mecklenburg- Vorpommern), KiSS (Hessen), Cito Sprachtest Version 3 (Bremen), Vorstellungsverfahren Viereinhalbjähriger (Hamburg).

Die Anzahl der erfüllten Qualitätsmerkmale (maximal 32) betragen:

DESK 3-6:	25 (Screening)
KiSS:	25 (Beobachtung)
LiSe-DaZ:	23 (Test)
Cito 3 :	22 (Test)
HASE:	22 (Screening)
Vorstellungsverfahren Viereinhalbjähriger (VVV):	22 (gemischtes Verfahren)
SETK 3-5:	17 (Test)

Im Einzelnen wurden die Verfahren wie folgt bewertet:

	Cito 3	DESK 3-6	HASE	KiSS	LiSe-DaZ	VVV
Ausweisung und Anzahl	+	+++	-	++	-	+++
Differenziertheit der Aufgaben	++	+++	+++	+++	+++	+
Berücksichtigung instabiler Übergangerscheinungen	/	-	-	-	++	+
Über Außenkriterium quantifiziert	-	-	-	-	-	-
Expertenrating	+	+	-	+	-	+
Bezug zu Spracherwerbtheorie	-	-	+	+	++	+
Konstruktvalidität	+	+	+	+	+	+
Empirische Faktorenstruktur	+	-	++	-	++	-
Prognostische Validität	-	+++	++	-	-	++
Konvergente Validität	-	++	+	+++	-	-
Alltagsnahe Testsituation	+	+++	-	+	+	-
Alltagsnahe Aufgaben / Beobachtung	++	+	-	++	+	+
Manual	+++	+++	++	+++	+++	+
Objektivität	+++	+	+	-	++	++
Reliabilität	++	++	+	+++	+	+++
Bezug zu Teilbereichen	++	+	+	+	++	++
Alter der Normierung	+++	+	+	+	++	+++
Umfang der Normstichprobe	+++	+++	+++	++	+++	+++
Gewinnung der Normstichprobe	+++	++	+++	++	++	+++
Unterscheidung von Zielgruppen	++	+	-	+	++	+
Sensitivität	-	++	+++	++	-	-
Spezifität	-	+++	++	+++	-	+++
RATZ-Index	-	++	++	/	-	/
Durchführende Person qualifiziert	+	+++	+	+++	+	+
Dauer Durchführung	+	+++	++	++	++	+
Dauer Durchführung, Auswertung, Dokumentation	+++	-	+++	+	++	-
L1 / mehrsprachigen Sprachgebrauchsformen	++	+++	+	+	+	+
Sprachbiographie	-	-	-	+	+	-
Elternabfrage	-	-	-	+	-	-
Diagnose abhängig von Mehrsprachigkeit	+++	+	++	++	+	-
Separate Normen für	+	+	-	+	+++	

DaZ - Kinder						
Diagnosekriterien	+	+	+	++	++	+

+++ : sehr gut; ++ : gut; + ausreichend; - nicht ausreichend; *-keine Angaben; / nicht bewertet

Der Cito Sprachtest Version 3 ist ein zeitaufwändiges Verfahren (Dauer 40 Minuten). Allein deshalb mag er als Verfahren zur ausschließlichen Sprachstandsdiagnostik erwogen werden, sprengt jedoch den Rahmen einer, die körperliche Untersuchung und verschiedene Entwicklungsbereiche umfassenden Einschulungsuntersuchung. Kritisiert wird außerdem, dass er als computergestützter Test nur passive Sprachkenntnisse prüft. Aktiver Wortschatz, Artikulation und Satzbildung werden nicht erfasst.

Der DESK 3-6 (Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten, Tröster et al.) dient der Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen in Kindergärten, hat somit eine etwas andere Funktion als eine Einwicklungsdiagnostik im Rahmen der ESU. Er beinhaltet entsprechend Beobachtungsaufgaben, Gruppenaufgaben und Einzelaufgaben zur Beurteilung motorischer, sprachlicher, sozial- emotionaler und kognitiver Kompetenzen. Die DESK-Skalen weisen substantielle Zusammenhänge mit dem HASE und dem SSV auf. **Damit ergeben sich für ihn gegenüber dem Verfahren zur Sprachstandsdiagnostik in der ESU in Baden- Württemberg keine substantiellen Vorteile. Ein Vergleich des DESK 3-6- mit seinen 4 erfassten Kompetenzbereichen mit dem Beobachtungsbogen für Erzieherinnen der ESU in Baden-Württemberg könnte interessant sein.**

KiSS (Kindersprachscreening) ist ein systematisches Verfahren zur Überprüfung und Beobachtung des Sprachstands durch pädagogische Fachkräfte für Kinder im Alter von 4 – 4 ½ Jahren und umfasst je einen Kinder-, Kita- und Elternbogen. Er unterscheidet unauffällige, sprachpädagogisch förderbedürftige und medizinisch abklärungsbedürftige Kinder. Wegen des Alters der Kinder bei der ESU in Baden-Württemberg kommt er hier nicht infrage. Gleiches gilt für das in Hamburg verwendete Vorstellungsverfahren Viereinhalbjähriger (VVV). Ein Vergleich mit dem Beobachtungsbogen für Erzieherinnen der ESU in Baden-Württemberg könnte interessant sein.

LiSe-DaZ (Linguistische Sprachstandserhebung – Deutsch als Zweitsprache) wird in Baden-Württemberg möglicherweise in einzelnen Ämtern fakultativ eingesetzt. Als grundsätzliche Überlegung hält der Unterzeichner dieses Verfahren für die individuelle Diagnostik einer umschriebenen Sprachentwicklungsstörung bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache für geeignet, nicht jedoch für die Anwendung im Rahmen der ESU, da letztlich für den erfolgreichen Einstieg in den Schulbesuch die Kompetenz in der deutschen Sprache zählt. Der SETK 3-5 ist ein Test, der wegen seines zeitlichen Umfangs von 20 – 30 Minuten für ein flächendeckendes Screening im Rahmen der ESU ungeeignet ist. Dem ist mit der neu gefassten landesweiten Handlungsanleitung vom 30.05.2016, zur Indikationsstellung des SETK 3-5, Rechnung getragen.

Das SSV (Sprachscreening im Vorschulalter) ist eine Kurzfassung des SETK 3-5. Es schneidet in der Analyse der Mercator Stiftung mit nur 14 erfüllten Qualitätsmerkmalen im Vergleich zu HASE (22 Qualitätsmerkmale erfüllt) deutlich schlechter ab und ist zudem wegen Aufgabenwiederholung nicht als 1. Schritt für ein Sprachscreening geeignet, wenn im 2. Schritt der SETK 3-5 folgt.

Bewertung:

Mithin gibt es zu HASE als Screening-Verfahren zur Ermittlung des Sprachstands für die Zielgruppe der ESU Schritt 1 in Baden- Württemberg keine bessere Alternative, insbesondere kein Verfahren mit einer höheren Anzahl erfüllter Qualitätsmerkmale.

Besonders relevante Qualitätsmerkmale für flächendeckende Screening-Verfahren erfüllt HASE: Differenziertheit der Aufgaben, empirische Faktorenstruktur, prognostische Validität, geeignete Normstichprobe, hohe Sensitivität, gute Spezifität, geringe Dauer der Durchführung und Auswertung, keine Abhängigkeit von Mehrsprachigkeit.

Die Tatsache, dass HASE keine Alltagsaufgaben berücksichtigt, wird eher positiv gesehen, da somit der sprachliche Hintergrund und die Welterfahrung der Kinder nicht berücksichtigt wird. Auch die fehlende Abhängigkeit von Mehrsprachigkeit wird im Rahmen der ESU positiv gewertet.

Lücken im Screening des Sprachstands durch HASE wie Artikulation, Sprachbiographie, Elterneinschätzung werden durch den Einsatz weiterer Instrumente in der ESU Schritt 1 geschlossen.

Mittelfristig wäre eine neue Normierung von HASE wünschenswert. Hierzu könnten die Daten der ESU herangezogen werden. Mit der überarbeiteten Anleitung für HASE (Schöler 2016) ist ein erster Schritt in diese Richtung vorbereitet.

Den Empfehlungen der Mercator-Stiftung schließt sich der Unterzeichner an:

- *Konsens über Ziele und Funktion von Sprachstandsverfahren herstellen*
- *Empirische Belege für die prognostische Qualität ermitteln*
- *Keine Förderung ohne Diagnose – keine Diagnose ohne Förderung*
- *Qualifizierung pädagogischer Fachkräfte*
- *Bundeländerübergreifender Transfer einheitlicher Qualitätsstandards.*

4. Neue Kinderrichtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen

Die ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen U8 (46 – 48. Lebensmonat) und U 9 (60 – 64. Lebensmonat) beinhalten ein orientierendes Screening auf Entwicklungsauffälligkeiten und eine körperliche Untersuchung. Sie werden überwiegend von Kinder- und Jugendärzten, im ländlichen Bereich in einem nicht genau bekannten Umfang (geschätzt 20 – 30 %) durch Allgemeinärzte durchgeführt.

Die U 9 liegt zeitlich relativ nah am Durchschnittsalter der Kinder in Baden- Württemberg zum Zeitpunkt der ESU Schritt 1 (Mittelwert 58,9 Monate; 25.Perzentile 56 Monate; 75.Perzentile 62 Monate)

Nach der seit 1.7.2016 gültigen Neufassung der Kinderrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wird bei der U 8 und U 9 untersucht bzw. erfragt:

- **Komplette körperliche Untersuchung**
- **Sehtest**
- **Hörtest (nur U 8)**
- **Grobmotorik,**
- **Feinmotorik**
- **Sprache**
- **Perzeption / Kognition**
- **Soziale / emotionale Kompetenz**
- **Interaktion / Kommunikation.**

Außerdem werden die Eltern gefragt, ob sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden sind, ob ihr Kind von der Umgebung gut verstanden wird und ob das Kind stottert.

Auffälligkeiten in den genannten Bereichen sollen mit einem Kreuz vermerkt werden.

Ein erweiterter Beratungsbedarf soll mit einem Kreuz vermerkt werden, z.B. zur Sprache, Medienkonsum, Ernährung und Bewegung. Kriterien für einen solchen Bedarf werden nicht angegeben.

Für den Sehtest werden keine Verfahren vorgeschrieben, jedoch verschiedene Tests vorgeschlagen.

Für den Hörtest wird eine Screening- Audiometrie mit Bestimmung der Hörschwelle für beide Ohren gefordert.

Für beide Verfahren wird im Untersuchungsheft kein Kriterium für die Einordnung als Auffälligkeit angegeben.

Die Beurteilung der Entwicklung soll **orientierend** erfolgen, wobei unklar bleibt, welche der Bereiche durch Untersuchung und welche durch Befragung beurteilt werden.

Die zu beurteilenden Fähigkeiten beschränken sich auf einzelne Aspekte des jeweiligen Entwicklungsbereichs. Beispielweise ist zur Sprache bei der U 8 lediglich festzustellen, ob das Kind 6 – Wortsätze in Kindersprache spricht und Geschichten etwa in zeitlichem und logischem Verlauf wiedergeben kann.

Zum Entwicklungsbereich Perzeption / Kognition soll bei der U 9 lediglich geprüft werden, ob das Kind mindestens 3 Farben erkennen und richtig benennen kann.

Beurteilung:

Die U 8 findet gegen Ende des 1. Kindergartenjahres statt, im Durchschnitt 10 – 12 Monate vor der ESU Schritt 1. Die Ergebnisse der U 8 können wegen der raschen Entwicklung in diesem Lebensabschnitt für die ESU Schritt 1 nicht herangezogen werden.

Die Früherkennungsuntersuchungen U 8 und U 9 haben als Schwerpunkt, die Erkennung körperlicher Erkrankungen und haben hier ihre Stärke.

Die Seh- und Hörtests erfolgen nicht nach einem einheitlichen Standardverfahren, es finden sich keine Kriterien für Auffälligkeiten. Mithin ist zu befürchten, dass von verschiedenen Ärzten unterschiedliche, möglicherweise vereinzelt auch nur orientierende, nicht-apparative Verfahren eingesetzt werden und unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe angelegt werden. Die Verfahren zur Bestimmung des Seh- und Hörvermögens im Rahmen der ESU sind demgegenüber einheitlich und standardisiert in Durchführung und Bewertung. Sie sind allein eine zuverlässige Datenbasis für eine seriöse Gesundheitsberichterstattung.

Die Beurteilung der kindlichen Entwicklung kann im Rahmen der ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen nur einen begrenzten zeitlichen Rahmen einnehmen und ist lediglich als orientierend anzusehen. Sie erfolgt möglicherweise teilweise lediglich durch Befragung und ist nicht standardisiert, mithin subjektiv. Eine große Variation in der Durchführung der Entwicklungsbeurteilung mit stark schwankenden subjektiven Bewertungen ist zu erwarten. Die im Untersuchungsheft angegebenen Beispiele sind sinnvoll, aber nicht hinreichend für eine angemessene Beurteilung von Entwicklung in den verschiedenen Bereichen und stellen so wie sie niedergelegt sind, keine ausreichende Grundlage für Förderempfehlungen dar.

Demgegenüber sind die Verfahren zur Entwicklungsbeurteilung in der ESU in Baden-Württemberg sehr viel differenzierter, umfassender und standardisiert. Relevante

Vorläuferfähigkeiten (Sprache, Zahlen- und Mengenverständnis, selektive Aufmerksamkeit) für schulische Fertigkeiten werden in den kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen nicht oder nur rudimentär erfasst, aus zeitlichen Gründen und wegen anderer berechtigter Zielsetzung der U8 und U9.

Mithin erscheint ein kompletter Ersatz der ESU durch die Früherkennungsuntersuchung U8 oder U9 aus inhaltlichen Gründen nicht möglich. Vorstellbar wäre bei zuverlässiger regionaler Absprache z.B. auf Landkreisebene die Übernahme von apparativen Seh- und Hörtestergebnissen des Kinderarztes, soweit diese einheitlich nach den Kriterien der Arbeitsrichtlinien der ESU und zeitnah zur ESU Schritt 1 durchgeführt werden.

Da allerdings künftig laut Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24.11.2016 nur noch ein Nachweis über die Wahrnehmung der U- Untersuchungen bei der ESU verpflichtend vorzulegen ist, kann nicht mehr zuverlässig, sondern allenfalls auf freiwilliger Basis auf die Ergebnisse der U- Untersuchungen zurückgegriffen werden.

5. Inklusion

Vorbemerkung

Die Kommentare des Kultusministeriums zum Entwurf dieser Evaluation vom Mai 2017 geben Anlass, eingangs die verwendete Begrifflichkeit zu reflektieren.

Der Begriff „**Behinderung**“ ist in der Alltagssprache, im pädagogischen Bereich (Lernbehinderung, geistige Behinderung, Körperbehinderung etc.) und sozialrechtlich (drohende seelische Behinderung, Behindertenausweis, Grad der Behinderung etc.) seit vielen Jahren etabliert und wird nach wie vor regelhaft verwendet.

Dem entgegengestellt wird die neuere Begrifflichkeit der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), die den Aspekt der „**Teilhabe**“ ganz in den Vordergrund stellt. Im Konzept der ICF ist die Teilhabe zwar durch den Gesundheitszustand eines Menschen, aber auch durch persönliche Faktoren und wesentlich durch Umweltfaktoren bestimmt.

Bei der ESU sollte unstrittig und in Abgrenzung zu den Aufgaben der sonderpädagogischen Diagnostik der Gesundheitszustand eines Kindes im Zusammenhang mit Störungen der Körperfunktionen / - Strukturen festgestellt werden.

Der Begriff „**Behinderung**“, wie er als Beurteilungskategorie bei der ESU in einzelnen anderen Bundesländern verwendet wird (s. Kapitel 3.1), sollte wegen der dadurch möglicherweise empfundenen Stigmatisierung nicht verwendet werden. Gleiches gilt für die Begriffe „**dauerhafte Beeinträchtigung**“ und „**dauerhafte Schädigung**“.

Andererseits greift der Begriff der „Gesundheitsstörung“ – ggf. mit ICD – 10 Ziffer – im Kontext der ESU zu kurz, da daraus für das einzelne Kind nicht die Bedingungen für einen erfolgreichen Schulbesuch ableitbar sind. Die gilt auch für den Begriff „**auffälliger Befund mit Leistungseinschränkung**“.

Der Begriff der „**Teilhabebeeinträchtigung**“ wiederum geht über den in der ESU möglichen Beurteilungsrahmen hinaus, da die zu Beurteilung einer solchen nötige umfassende Kenntnis von personalen und insbesondere Umweltfaktoren in der ESU nicht gewonnen werden kann.

Die bisher im Befundbogen der Gesundheitsämter in Baden-Württemberg (Anlage 3.6 der ARL) verwendete Bezeichnung „**Kind mit besonderen Bedarfen**“ ist im Kontext der ESU

angemessen und repräsentiert die Zielsetzung der ESU deutlich, indem sie auf notwendige Bedingungen für einen erfolgreichen Schulbesuch hinweist.

Es wird vorgeschlagen, diese Terminologie im Rahmen der Weiterentwicklung der ESU zu spezifizieren. Dies ist sowohl im Interesse des einzelnen Kindes, als auch, um aussagekräftige Daten zur Prävalenz besonderer Bedarfe in den im Folgenden angeführten Spezifikationen zu erhalten. Die hohe Relevanz solcher epidemiologischer Daten für Planungen auf Landes- und Kreisebene ist evident.

Empfehlung:

*Es wird vorgeschlagen, zwischen **sonderpädagogischen Bedarfen** und **gesundheitlich / medizinischen Bedarfen** zu unterscheiden und diese jeweils zu spezifizieren. Dabei soll die ESU lediglich auf mögliche sonderpädagogische Bedarfe hinweisen, die dann erst im Rahmen des dafür vorgesehenen sonderpädagogischen Begutachtungsverfahrens konkret festgestellt werden.*

Die Kategorisierung der sonderpädagogischen Bedarfe wie in Anlage 3.6 ist bislang nur in Schritt 2 vorgesehen. Sie sollte auch analog in Schritt 1 erfolgen.

Gesundheitliche / medizinische Bedarfe mit Relevanz während des Schulbesuchs sollten zusätzlich und gesondert erfasst werden. Diese betreffen eine steigende Zahl von Kindern mit chronischen Erkrankungen (z.B. Asthma, Epilepsie, Diabetes). Beispiele für eine mittelfristig zu entwickelnde Spezifizierung könnten sein: Gabe von Medikamenten, Notfallmaßnahmen, Anwesenheit von Pflegediensten / Therapeuten, Einsatz von Hilfsmitteln etc. (jeweils in der Schule).

Aktueller Sachstand

Im Schulgesetz vom 21.07.2015 werden in § 15 die sonderpädagogischen Beratungs-, Unterstützungs- und Bildungsangebote in allgemeinen Schulen und sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren präzisiert. § 82 des Schulgesetzes in Baden- Württemberg führt in Absatz 2 aus:.... „Auf Verlangen der Schulaufsichtsbehörde haben sich Kinder und Jugendliche an der sonderpädagogischen Diagnostik (einschließlich Schulleistungsprüfung und Intelligenztest) zu beteiligen **und vom Gesundheitsamt untersuchen zu lassen**“.

Die Verordnung des Kultusministeriums über die Feststellung und Erfüllung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot (SBA-VO; Inklusionsverordnung) vom 8.3.2016 erwähnt lediglich in § 7 (Anspruchsfeststellung) Absatz 2, dass „bei Bedarf die Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ abzustimmen sei.

Explizit wird die Einschulungsuntersuchung in dieser Verordnung an keiner Stelle erwähnt. Dabei könnte die ESU sowohl in Schritt 1 wie in Schritt 2, gerade für Kinder mit sonderpädagogischen und gesundheitlichen / medizinischen Bedarfen, eine wichtige Ergänzung zu dem notwendigen sonderpädagogischen Beratungsangebot darstellen. Die Umsetzung der Inklusion von Kindern mit besonderen pädagogischen und / oder gesundheitliche / medizinischen Bedarfen in allgemeinen Schulen ist ein Prozess, der von allen Beteiligten persönlichen Einsatz, Sachverstand und Ressourcen erfordert.

ESU Schritt 1:

Aktuell wird die Untersuchung von **Kindern in Betreuung von Schulkindergärten** unterschiedlich gehandhabt (z.T. ja, z.T. nicht, z.T. teilweise bzw. auf Elternwunsch). Zunehmend werden Kinder mit chronischen Erkrankungen und / oder besonderem pädagogischem Förderbedarf in **Regelkindergärten oder inklusiven Gruppen** betreut. Die bisherigen Arbeitsrichtlinien für die ESU beschränken sich auf Hinweise auf anamnestisch bekannte besondere Bedarfe (Besuch eines Schulkindergartens; Inklusionsassistent/in; sonstiges). Möglicherweise ergibt sich im Einzelfall auch im Ergebnis

der ärztlichen Gesamtbeurteilung der ESU der Hinweis auf besondere Bedarfe. Das diesbezügliche Vorgehen der Ämter ist nicht einheitlich. In den Ämtern wird ein vielfältiger Beratungsbedarf bei Kindern mit besonderen Bedarfen gesehen und befriedigt. Die Kategorisierung orientiert sich an den in Baden-Württemberg üblichen sonderpädagogischen (Förder-) Bedarfen: Körper, Sehvermögen, Gehör, geistig, Sprache, Förderschule, Sonstiges. Die Beurteilung durch die Gesundheitsämter erfolgt dann, wenn sie in Amtshilfe ein Formblatt HB/A erstellen.

ESU Schritt 2:

Aus den Ergebnissen der Befragung der Gesundheitsämter und der landesweiten Auswertung ist ersichtlich, dass die ESU Schritt 2 nur bei einem kleinen Teil der Kinder eines Jahrgangs bei unklaren Auswahlkriterien durchgeführt wird.

Die Arbeitsrichtlinien ermöglichen in Schritt 2, Hinweise auf besondere Bedarfe in folgender Weise zu dokumentieren: Körper, Sehvermögen, Gehör, geistig, Sprache, Förderschule, Sonstiges. Dies entspricht den klassischen sonderpädagogischen Bildungsangeboten.

Empfehlung:

Schritt 2 sollte aus Sicht des Unterzeichners im Kontext der Bemühungen um schulische Inklusion einen deutlicher definierten Stellenwert bekommen.

*Um einen erfolgreichen Schulbesuch zu erleichtern, sollten neben den Kindern mit Anspruch auf ein **sonderpädagogisches Bildungsangebot** (klassische Inklusionskinder) auch solche mit schulrelevanten gesundheitlichen / medizinischen Bedarfen (z.B. **chronische Erkrankungen** wie Asthma, Diabetes, Epilepsie) im Focus stehen. Letztgenannte Kinder haben häufig keinen sonderpädagogischen Förderbedarf, dennoch schulrelevante gesundheitliche / medizinische Bedarfe. Diese Tatsache wird in den Einschulungsuntersuchungen in anderen Bundesländern berücksichtigt (siehe z.B. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung Schleswig-Holstein.)*

*Es sollte angestrebt werden, dass für Kinder mit schulrelevanten chronischen Erkrankungen und für Kinder mit Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot in den Bereichen Körper und Sinnesbeeinträchtigung die **ESU Schritt 2 regelhaft**, systematischer und Problem fokussierter als bisher stattfindet. Dabei müssten die zeitlichen Abläufe mit denen der sonderpädagogischen Gutachten abgestimmt werden.*

Eine Absprache der sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungsstellen mit den Gesundheitsämtern z.B. in Form runder Tische sollte bei Kindern mit festgestelltem Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot in den Bereichen Körper und Sinnesbeeinträchtigungen, die Regel sein.

Für Kinder mit schulrelevanten gesundheitlichen / medizinischen Bedarfen bzw. chronischen Erkrankungen sollten die Ämter zeitliche Ressourcen für eine Beratung der Eltern und der in Frage kommenden Schulen haben, soweit diese Aufgaben nicht von anderen betreuenden Fachärzten übernommen werden.

Es sollte - analog zu ESU Schritt 2 – auch in Schritt 1 der ESU die Feststellung besonderer sonderpädagogischer Bedarfe durch die Gesundheitsämter möglich sein und dann auch dokumentiert und spezifiziert wird.

Die Kategorien könnten sein: Körper, Sehvermögen, Gehör, geistig, Sprache, Lernen, Sonstiges (z.B. Begleitung). Offen ist allerdings, ob und wie die Feststellung dieser Bedarfe operationalisiert werden kann.

Schulrelevante gesundheitliche / medizinische Bedarfe sollten in Schritt 1 und Schritt 2 erfasst und mittelfristig weiter spezifiziert werden.

Für den erheblichen individuellen Beratungsbedarf bei diesen Kindern bietet die ESU ein wichtiges Angebot, für das genügend zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen sollten.

Es sollte geprüft werden, ob schulrelevante gesundheitliche Aspekte bei in Schulkindergärten oder inklusiv in Regeleinrichtungen betreuten Kindern hinreichend von anderer Seite (Schulkindergarten, betreuende Kinder- und Jugendärzte, Sozialpädiatrische Zentren u.a.) erfasst und – in der Regel über die Eltern - an die aufnehmenden Schulen weitergeleitet werden. Dies ist besonders bei den zunehmend in Regelkindergärten inklusiv betreuten Kindern mit gesundheitlichen / medizinischen Bedarfen und sonderpädagogischem Förderbedarf zu prüfen.

Es sollte geprüft werden, ob die ESU Schritt 2 bei betroffenen Kindern, das Formblatt HB/ A ersetzen kann und damit die Verfahren vereinfacht werden können.

Die ESU sollte in Schritt 1 und Schritt 2 in ihren Inhalten soweit möglich und sinnvoll vom Aufgabenbereich der (Sonder-)Pädagogik abgegrenzt sein, wobei wichtige Hinweise über gesundheitliche Aspekte aus der ESU für den (sonder-)pädagogischen Bereich wünschenswert und möglich sind.

*Eine verbesserte, d.h. auch **vollständigere Dokumentation** von Kindern mit chronischen Erkrankungen bzw. schulrelevanten gesundheitlichen / medizinischen Bedarfen während des Schulbesuchs und solchen mit Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot in den Bereichen Körper und Sinnesbeeinträchtigungen in Schritt 1 und 2 würde schul- und gesundheitspolitisch wichtige Daten im Querschnitt und im zeitlichen Verlauf zur Prävalenz von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf, zu schulrelevanten chronischen Erkrankungen und zu daraus abzuleitenden Bedarfen liefern (z.B. zu Fortbildungserfordernissen für Ärzte der Gesundheitsämter sowie Lehrer und Erzieherinnen).*

6. Einschulungsuntersuchung in Baden- Württemberg – Empfehlungen zu Methoden, Umfang des Datensatzes und Perspektiven

Vorbemerkung

Entwicklungsverzögerungen, und -störungen, insbesondere solche schulischer Vorläuferfähigkeiten sind im Vorschulalter häufig. Schätzungen weisen darauf hin, dass mindestens 10% der Kinder eines Jahrgangs davon betroffen sind. Im besonders für den Schulerfolg bedeutsamen Entwicklungsbereich Sprache, liegt der Anteil der Kinder mit mangelnder Sprachkompetenz in der deutschen Sprache noch darüber. Defizite bei der Einschulung erschweren einen guten Schulstart und gefährden den schulischen Lernerfolg.

Die Grundidee der Einschulungsuntersuchung in Baden- Württemberg ist vordringlich die früh- / rechtzeitige Erkennung eines Förderbedarfs bzw. die Einleitung medizinischer Abklärungsmaßnahmen bei Entwicklungsrisiken (Verzögerungen und -störungen) vor Schulbeginn, damit die verbleibende Zeit genutzt werden kann, um etwaige Defizite durch Elternberatung, geeignete Fördermaßnahmen bzw. Therapien auszugleichen. Aus diesem Grund wurde die **ESU Schritt 1** in das zweite Kindergartenjahr gelegt.

Dieser Ansatz ist intuitiv einsichtig. Er trägt dazu bei, allen Kindern - auch solchen mit sozialer Benachteiligung - einen bestmöglichen Schulstart zu ermöglichen.

In **ESU Schritt 2** können

- Effekte der eingeleiteten Beratungs-, Förder- und Therapiemaßnahmen überprüft werden
- erst zu diesem Zeitpunkt auffällige Kinder (infolge Zuzug, neu aufgetretener Erkrankungen sowie erst jetzt erkennbarer Entwicklungs- und Gesundheitsprobleme) untersucht werden.
- Schritt 2 hat zudem die in anderen Bundesländern ganz im Vordergrund stehende „betriebsmedizinische“ Aufgabe („Arbeitsplatz Schule“).

Neben der individuellen Ausrichtung liefert die ESU außerdem wichtige flächendeckende Daten für die Gesundheitsberichterstattung.

Empfehlung:

Die Zerteilung der ESU in Schritt 1 und 2 ist sinnvoll und sollte unbedingt beibehalten werden.

Die ESU in Schritt 2 sollte einer umschriebenen Zielgruppe, möglichst in allen Landkreisen, in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen.

Die mit dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) verbundene Stärkung der Gesundheitsberichterstattung kann u.a. auch mit Hilfe der ESU erfolgen, soweit landesweit qualitätsgesicherte Daten zu einigen relevanten Parametern zur Verfügung gestellt werden.

6.1 Unterlagen

6.1.1 Beobachtungsbogen für Erzieherinnen

Baden- Württemberg ist bislang das einzige Bundesland, das flächendeckend im Rahmen der ESU einen Erzieherinnenfragebogen einsetzt.

Die Analyse der Fachleute im Auftrag des Mercator-Instituts zu den Sprachstandsverfahren im Vorschulbereich zeigte, dass Beobachtungsbögen und Einschätzverfahren keine ausreichende Zahl von Qualitätsmerkmalen erfüllen. Beispielsweise erfüllten die Meilensteine der Sprachentwicklung nur 8 von 32 Qualitätsmerkmalen. Dies ist nicht verwunderlich.

Gründe sind u.a.:

- die Formulierung der Grenzsteine ist ungenau und ermöglicht erheblichen Spielraum für eine Interpretation und Bewertung (Beispiel : Sprache 5 Jahre: „korrekte, einfach strukturierte Grammatik“)
- die Zahl der Fragen je Entwicklungsbereich ist zu gering, um diesen Bereich angemessen zu erfassen
- Erzieherinnen sind nicht gleichermaßen geschult
- bei einigen Fragen sind alternativ Elternangaben möglich.

Auch andere Autoren betonen die mangelnde Standardisierung als Schwäche vieler Grenzsteine beim Screening auf Entwicklungsauffälligkeiten (Macha und Petersen).

Eine gleich ungünstige Einschätzung hat der Unterzeichner zu dem im Rahmen der ESU Schritt 1 eingesetzten Erzieherinnenfragebogen, dessen Umfang in Anbetracht der erfragten Kompetenzen sehr gering ist. Dies ist notgedrungen so. **Förderempfehlungen können aus diesem Erzieherinnenfragebogen nicht abgeleitet werden.** Umfassendere und besser standardisierte Beobachtungs- oder Fragebögen sind in der Praxis den Erzieherinnen nur im Fall klinisch auffälliger einzelner Kinder, nicht jedoch auf die gesamte Gruppe des vorletzten Kindergartenjahrs zuzumuten.

Alternative und hinreichend qualitätsgesicherte sehr kurze Beobachtungsverfahren zur Beurteilung von Körpermotorik, Sprache, sozialer Kompetenz, emotionaler Kompetenz und der Selbständigkeit in Schritt 1 der ESU existieren nicht. Gleiches gilt für die Kompetenzen im Erzieherinnen - Beobachtungsbogen Schritt 2.

Lediglich der SDQ, für den auf Basis der KiGGS- Studie des Robert-Koch Instituts bundesweite Normen für die Altersgruppen der ESU existieren, stellt eine Alternative dar, umfasst allerdings nicht die gleichen Kompetenzen:

Erzieherinnenbeobachtungsbogen Schritt 1: Körpermotorik, Sprache, sozialer Kompetenz, emotionaler Kompetenz und der Selbständigkeit (8 Items + 5 SDQ Hyperaktivität)

Erzieherinnenbeobachtungsbogen Schritt 2: Körpermotorik, Körperbewusstsein, hand-Fingermotorik, Sprachentwicklung, kognitive Entwicklung, soziale Kompetenz, emotionale Kompetenz, Selbständigkeit (16 Items + 5 Items Hyperaktivität))

SDQ: Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen, Prosoziales Verhalten (25 Items)

Empfehlung:

Die Beobachtungsbögen können als ein Baustein für die Beurteilung des individuellen Kindes weiterhin genutzt werden, sind allerdings in ihrer Aussagekraft in der derzeitigen Form ziemlich begrenzt. Es ist zu prüfen, ob die Dokumentation der Ergebnisse gemäß Anlage 3.6. der Arbeitsrichtlinien im Einzelnen erforderlich ist. Ausreichend könnte sein, lediglich das Vorliegen eines Erzieherinnenfragebogens zu dokumentieren. Eine landesweite Auswertung der Daten ist nicht sinnvoll.

Die Auswertung des SDQ sollte nicht durch die Erzieherinnen, sondern durch die SMA des Gesundheitsamtes erfolgen und in die Gesamtbewertung des Verhaltens eingehen.

Alternativ wäre zu prüfen, ob die validierten Grenzsteine im Beobachtungsbogen für die Erzieherinnen zugunsten eines komplett von Erzieherinnen bearbeiteten SDQ wegfallen könnten. Dadurch würde sich der Umfang des Bogens ins Schritt 1 bedeutsam, in Schritt 2 geringfügig erhöhen. Dies wäre insofern gerechtfertigt, als einige im Beobachtungsbogen erfragten Kompetenzen ohnehin im Rahmen der ESU untersucht werden (Vermeidung von Redundanzen) und zudem zuverlässigere Angaben zu für den erfolgreichen Schulbeginn wesentlichen Kompetenzen gewonnen werden, die im Rahmen der ESU nur eingeschränkt beobachtet und beurteilt werden können. Die Akzeptanz der Erzieherinnen zu einem solchen Vorgehen müsste allerdings geklärt werden.

Falls dies nicht gegeben ist, wäre eine – ggf. freiwillige – Bearbeitung des SDQ durch die Eltern zu erwägen.

6.1.2 Fragebogen für sorgeberechtigte Personen

Die Fragen 1-8 „Angaben zu Lebenswelt und Gesundheit“ sind relevant für das individuelle Kind, auch unter dem Aspekt der Inklusion, d.h. besonderer gesundheitlich bedingter Bedürfnisse für das Gelingen des Schulbesuchs. Sie sind eine sehr gute Grundlage für die individuellen Beratungsgespräche im Rahmen der ESU.

Soziodemographische Daten der Eltern wären hilfreich zur Feststellung des individuellen Förderbedarfs. Sie dürfen nach Maßgabe des Datenschutzes jedoch vom Arzt des Gesundheitsamtes nicht eingesehen werden. Die Analyse des Datensatzes der Einschulungsuntersuchung in Baden- Württemberg zeigte u.a., dass eine andere Familiensprache als deutsch deutlich häufiger, ein hoher Schulabschluss der Mutter oder des Vaters deutlich seltener als in der Vergleichsgruppe einen intensiven Sprachförderbedarf erforderlich machte (Spannenkrebs et al.).

Empfehlung:

Der Fragebogen für sorgeberechtigte Personen hat eine hohe Akzeptanz. Er wird bei über 90% der untersuchten Kinder ausgefüllt. Er sollte beibehalten werden. Unter Wahrung der Anonymität geben Antworten zu den Fragen 1 – 8 wichtige Informationen für die Gesundheitsberichterstattung der Kreise und des Landes.

Bei Frage 5.1. genügt es, sich auf aktuelle Erkrankungen zu beschränken („hat, nicht hatte“). Die Fragen 5.3. und 6 könnten ggf. etwas gestrafft werden.

Eltern, die sich Sorgen um Entwicklung oder Verhalten des Kindes machen (Frage 7,) sollte der SDQ angeboten werden. Falls der SDQ keinen hinreichenden Platz im Erzieherinnenfragebogen findet, wäre zu prüfen, ob er generell für alle Kinder dem Elternfragebogen beigelegt werden kann. Dies ist im Rahmen von Studien z.B. im Stadtgebiet Dresden erfolgreich umgesetzt worden (Schmitt et al. 2015). Einige Ämter sehen dies aus ihrer praktischen Erfahrung allerdings kritisch („wird verzerrt / geschönt ausgefüllt“).

Die soziodemographischen Daten sollten weiterhin erfragt werden. Sie erklären einen Teil der Variabilität von kindlichen Kompetenzen im Kreisvergleich oder auch in kleinen Sozialräumen, wie beispielsweise die Gesundheitsberichterstattung des Landes Berlin zeigt. Daraus kann direkt eine gezielte Förderplanung und Ressourcenallokation abgeleitet werden („Daten für Taten“).

Der Migrationshintergrund der Kinder sollte nach den bundeseinheitlichen Empfehlungen einheitlich erfasst werden und bei der landesweiten Auswertung der Daten weiterhin unbedingt dargestellt werden. Zu klären ist, ob diese Elternangaben valider als die Angaben der Meldebehörden sind.

6.1.3 Impfstatus

Ein möglichst kompletter Impfschutz der Bevölkerung ist ein unstrittiges Gesundheitsziel. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der Einschüler und Schulkinder mit deren hoher Kontaktrate zu anderen Kindern und dem Risiko der endemischen / epidemischen Ausbreitung impfpräventabler Erkrankungen. Daher werden seit 2001 auf Basis des Infektionsschutzgesetzes regelmäßig in allen Bundesländern Daten zum Impfstatus der Schulanfänger erhoben und an das Robert- Koch - Institut übermittelt. Die Erfassung des Impfstatus im Rahmen der ESU ist auch für die Gesundheitsberichterstattung des Landes und für gesundheitsfördernde Maßnahmen unerlässlich, sowohl landesweit wie im Kreisbezug und ggf. noch kleinräumiger, d.h. sozialraumbezogen.

Allerdings ist die Dokumentation - wegen der Vielzahl der zu dokumentierenden Impfungen - relativ aufwendig. Mehrfache Änderungen in den zurückliegenden Jahren haben die Dokumentation und die Vergleichbarkeit der Zahlen erschwert.

Empfehlung:

Die Dokumentation des Impfstatus bleibt unerlässlich, schon aufgrund des Infektionsschutzgesetzes. Bei Veränderungen der Impfdokumentation sollten die Aspekte der Vereinfachung und der Vergleichbarkeit in Zeitreihen beachtet werden. Eine vereinfachte Dokumentation sollte erwogen werden. Ein Vorschlag könnte sein, mit einem Item „Impfung laut STIKO“ zu dokumentieren.

Ein Abgleich mit den Erfordernissen der Impfdokumentation für die bundesweite Gesundheitsberichterstattung des Robert- Koch- Instituts sollte soweit nötig erfolgen.

6.1.4 U-Heft

Die Befragung der Gesundheitsämter zeigte, dass nur 3 Ämter regelhaft externe Befunde übernehmen, wobei nicht ausgeführt wurde, ob es sich dabei um Einträge in den U- Heften handelt. 28 Ämter übernehmen im Einzelfall externe Befunde (s. Ergebnisse - Kapitel 1 – Befragung der Gesundheitsämter).

Problematisch für eine Übernahme von Daten aus den U- Heften ist die nicht standardisierte Durchführung. Dies wird sich auch durch die neue G-BA-Kinderrichtlinie aus dem Jahr 2016 nicht ändern, die zwar ein neues Untersuchungsheft mit modifizierten Inhalten begründet, zur Methodik jedoch keine verbindlichen Ausführungen macht. Damit würde eine generelle Übernahme von Daten aus dem U- Heft einen deutlichen Qualitätsverlust der ESU-Daten nach sich ziehen und Vergleiche auf Kreis- und Landesebene unmöglich machen.

Empfehlung:

Die Daten aus dem U- Heft eignen sich als Hilfe für die individuelle Einschätzung und Elternberatung. Eine generelle Übernahme von Daten aus dem U- Heft als Ersatz, für selbst in den Ämtern erhobene Daten, ist nicht zu empfehlen.

Bei zeitnaher, zur ESU erfolgter Messung von Länge und Gewicht könnten diese Daten evtl. übernommen werden, da sie wenig stör anfällig sind. Die dadurch gewonnene Untersuchungszeit ist allerdings gering.

Auf lokaler Ebene könnten nach Absprache in Qualitätszirkeln mit den örtlichen Kinderärzten einzelne jeweils festzulegende Elemente der ESU (z.B. Hörtest, Sehtest) aus den kinderärztlichen U – Untersuchungen übernommen werden, sofern diese nach den Standards und zeitnah zur ESU durchgeführt wurden.

Da allerdings künftig laut Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24.11.2016 nur noch ein Nachweis über die Wahrnehmung der U- Untersuchungen bei der ESU verpflichtend vorzulegen ist, kann nicht mehr zuverlässig, sondern allenfalls auf freiwilliger Basis auf die Ergebnisse der U- Untersuchungen zurückgegriffen werden.

6.2 Basisuntersuchung

6.2.1 Körpermaße

Diese Daten stellen Basisbefunde der körperlichen Untersuchung dar und sind insofern unverzichtbar. Sie gehen auch in die Landesberichterstattung (Gesundheitsatlas) ein. Grundsätzlich könnten die Daten und die jeweiligen Perzentilen aus den Messwerten der

Früherkennungs- Untersuchungen übernommen werden, sofern die U- Hefte vorliegen. Der Body - Mass- Index müsste berechnet werden.

Empfehlung:

Es ist zu prüfen, ob die Daten von Länge und Gewicht aus den U- Heften übernommen werden könnten, sofern sie zeitnah erhoben wurden. Dies ist nur sinnvoll, wenn dadurch für den Gesamtablauf der ESU incl. Dokumentation Zeit / Ressourcen eingespart würden. Da allerdings künftig laut Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24.11.2016 nur noch ein Nachweis über die Wahrnehmung der U- Untersuchungen bei der ESU verpflichtend vorzulegen ist, kann nicht mehr zuverlässig, sondern allenfalls auf freiwilliger Basis auf die Ergebnisse der U- Untersuchungen zurückgegriffen werden.

Aus epidemiologischen Gründen und auch für die Betrachtung in Zeitreihen sind Länge, Gewicht und BMI als Parameter weiterhin unverzichtbar.

6.2.2 Hörtest

Ein gutes Hörvermögen ist für die kindliche Entwicklung und einen erfolgreichen Einstieg in die Schulzeit von großer Bedeutung. Mithin ist die Überprüfung des Hörvermögens im Rahmen der ESU Schritt 1 unverzichtbar. Die Durchführung ist standardisiert. Sie wurde zuletzt im April 2016 mit Herrn Seimer, Landesarzt für Hör- und Sprachbehinderte, abgestimmt. Mithin besteht kein Änderungsbedarf.

Im Rahmen der U- Untersuchungen durch Kinder- und Jugendärzte werden auch Hörprüfungen durchgeführt. Standardisierte methodische Vorgaben und Dokumentationsrichtlinien bestehen jedoch nicht.

Empfehlung:

Die Überprüfung des Hörvermögens sollte entsprechend der gültigen Arbeitsrichtlinien bei allen Kindern in Schritt 1 der ESU durchgeführt werden. Ergebnisse der Hörprüfungen im Rahmen der U-Untersuchungen können nur ersatzweise übernommen werden, wenn sie gemäß der Arbeitsrichtlinien durchgeführt wurden. Landesweit kann dies zur Zeit nicht erfolgen, regional evtl. nach Absprache mit den örtlichen Kinder- und Jugendärzten. Da allerdings künftig laut Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24.11.2016 nur noch ein Nachweis über die Wahrnehmung der U- Untersuchungen bei der ESU verpflichtend vorzulegen ist, kann nicht mehr zuverlässig, sondern allenfalls auf freiwilliger Basis auf die Ergebnisse der U- Untersuchungen zurückgegriffen werden.

6.2.3 Sehtest

Ein gutes Sehvermögen ist für die kindliche Entwicklung und einen erfolgreichen Einstieg in die Schulzeit von großer Bedeutung. Mithin ist die Überprüfung des Sehvermögens im Rahmen der ESU Schritt 1 unverzichtbar. Die Durchführung ist standardisiert. Sie wurde zuletzt im April 2016 mit Prof. Rohrschneider, Landesarzt für Sehbehinderte und Blinde, abgestimmt. Mithin besteht kein Änderungsbedarf.

Im Rahmen der U- Untersuchungen durch Kinder- und Jugendärzte werden auch Sehprüfungen durchgeführt. Standardisierte methodische Vorgaben und Dokumentationsrichtlinien bestehen jedoch nicht.

Empfehlung:

Die Überprüfung des Sehvermögens sollte entsprechend der gültigen Arbeitsrichtlinien bei allen Kindern in Schritt 1 der ESU durchgeführt werden. Ergebnisse der Sehprüfungen im Rahmen der U – Untersuchungen können nur ersatzweise übernommen werden, wenn sie gemäß der Arbeitsrichtlinien durchgeführt wurden. Landesweit kann dies zur Zeit nicht erfolgen, regional evtl. nach Absprache mit den örtlichen Kinder- und Jugendärzten. Da allerdings künftig laut Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24.11.2016 nur noch ein Nachweis über die Wahrnehmung der U- Untersuchungen bei der ESU verpflichtend vorzulegen ist, kann nicht mehr zuverlässig, sondern allenfalls auf freiwilliger Basis auf die Ergebnisse der U- Untersuchungen zurückgegriffen werden.

6.2.4 Grobmotorik

Der Begriff Grobmotorik suggeriert, dass diese Form der Motorik „grob“ sei. Dies ist bei unauffälligen Kindern keineswegs der Fall. Vielfach wird daher alternativ der Begriff Körpermotorik statt Grobmotorik verwendet, entsprechend dann Handmotorik statt Feinmotorik.

Grob- / Körpermotorik ist eine recht zeitökonomisch zu messende Kompetenz, deren Bedeutung für den erfolgreichen Schulbeginn begrenzt ist. Unstrittig lässt sich diese Kompetenz bei nachgewiesenen Defiziten im Vorschulbereich fördern. Bislang wird sie durch die Zahl der Hüpfen im Einbeinhüpfen rechts und links definiert. Einige Ämter plädieren für eine Ausweitung des Untersuchungsverfahrens. Dem wird in den Arbeitsrichtlinien vom September 2016 insofern Rechnung getragen, als ergänzend bei der ärztlichen Untersuchung als zusätzliche Verfahren Seiltänzerengang, Hackengang rückwärts, Einbeinstand oder seitwärtshüpfen vorgeschlagen werden. Hierzu werden allerdings keine Durchführungsrichtlinien oder Normwerte angegeben, so dass für den Arzt nur eine nicht standardisierte, qualitative Einschätzung bleibt.

Empfehlung:

*Die Überprüfung der Grob- /Körpermotorik sollte landesweit nicht durch zusätzliche Verfahren ausgeweitet werden, da deren Bedeutung für den erfolgreichen Schulbeginn begrenzt erscheint. **Bei knappen Ressourcen kann auf die Prüfung dieser Kompetenz verzichtet werden, sofern damit Zeit für prioritäre Maßnahmen gewonnen wird.***

6.2.5 Feinmotorik

Graphomotorik /Stifthaltung

Diese Kompetenz ist für den Schulerfolg von beachtlicher Bedeutung und einer vorschulischen Förderung zugänglich. Sie sollte weiterhin im Rahmen der ESU geprüft werden. Die Bewertungen zeigen eine extreme Streuung zwischen den Kreisen. Dies ist bei einem qualitativen Kriterium nicht ganz überraschend. Eine Standardisierung der Beurteilung ist nicht einfach.

Empfehlung:

Durch Bewertungsvorlagen in den Arbeitsrichtlinien könnte die Beurteilung der Stiftführung einheitlicher werden, für die Stifthaltung könnten Skizzen oder Fotos als Bewertungshilfe sinnvoll sein. Dabei sollten Normvarianten und abweichende Stifthaltungen bei Linkshändern berücksichtigt werden. Außerdem könnten gemeinsame Workshops / Schulungen zu einer einheitlicheren Bewertung beitragen.

Die Dokumentation der Händigkeit erscheint verzichtbar.

Differenzierungsprobe

Die Aufgaben der Differenzierungsprobe sind gut standardisiert und normiert, insofern nicht zu beanstanden.

Die Durchführung einer Menschzeichnung kann zur ersten Einschätzung des fein-/graphomotorischen und kognitiven Entwicklungsstandes eines individuellen Kindes grundsätzlich nützlich sein. Allerdings sind weder Durchführung noch Auswertung standardisiert, die Arbeitsrichtlinien diesbezüglich eher vage. Die Gütekriterien für ein flächendeckendes Screeningverfahren erfüllt die Menschzeichnung nur begrenzt.

Empfehlung:

Der Begriff Malentwicklung könnte durch den Begriff Visuomotorik ersetzt werden.

Eine Alternative zur Differenzierungsprobe könnte der entsprechende Teil des SOPESS sein, soweit dann Normen für die Altersgruppe der Kinder in Schritt 1 vorliegen. Eine Alternative wären Items aus der BUEVA III (= Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter - Version III). Dabei müssten die Richtlinien zur Auswertung gestrafft werden.

Übungseffekte sind bei visuomotorischen Aufgaben grundsätzlich immer möglich.

Es sollte diskutiert werden, ob auf die Durchführung einer Menschzeichnung verzichtet werden kann. Zumindest erscheint eine landesweite Auswertung der Daten dazu nicht sinnvoll.

6.2.6 Mathematische Kompetenz

Mathematische Vorläuferfähigkeiten sind eine wichtige Voraussetzung für den Schulerfolg. Bislang wird in der ESU Schritt 1 lediglich die spontane Mengenerfassung geprüft. Dieses Verfahren ist sinnvoll und sollte beibehalten werden.

Empfehlung:

Wegen der großen Bedeutung von mathematischen Vorläuferfähigkeiten sollten die in diesem Bereich eingesetzten Verfahren erweitert werden. Dazu bieten sich an:

- *Zählen von 1 – 20 anhand einer Bildvorlage*
- *Mengenvergleiche*

Entsprechende Verfahren finden sich im SOPESS. Eine weitere Alternative wären Aufgaben aus der BUEVA III.

6.2.7 Verhalten in der Untersuchung

Die Einschätzung des Verhaltens während der Untersuchung erfolgt nicht durch ein standardisiertes Verfahren. Es ist vielmehr subjektiv und situationsabhängig. Es ist dennoch ein sinnvoller Aspekt für die Beurteilung eines individuellen Kindes, da es als Verhalten in einem „Arbeitsbelastungstest“ entwicklungs- und schulrelevant und ggf. für eine Elternberatung zugänglich und förderbar ist. Es ist aus zeitökonomischen Gründen nicht sinnvoll, diese subjektive Einschätzung durch umfangreichere standardisierte Beobachtungsverfahren zu ersetzen, die weiterhin eine subjektive Komponente beinhalten.

Empfehlung:

Die Beobachtung des Verhaltens in der Untersuchung sollte in der aktuellen Form und Dokumentation beibehalten werden. Allerdings sollte sie nur für Beurteilung und Elternberatung beim individuellen Kind verwendet werden. **Für eine landesweite Auswertung erscheint dieses Kriterium, wie es aktuell bestimmt wird, wenig valide und daher verzichtbar.**

Eine ergänzende Einschätzung des kindlichen Verhaltens außerhalb der Untersuchung könnte durch einen von Eltern bzw. Erzieherinnen ausgefüllten SDQ- Fragebogen erfolgen, der eine landesweite Auswertung ermöglicht..

6.2.8 Sprache

Sprachliche Kompetenzen sind Grundlage für den Lese- und Schriftspracherwerb und das schulische Lernen insgesamt. Ihre Überprüfung ist ein Kernanliegen der Einschulungsuntersuchung und muss es auch künftig bleiben. Die dazu verwendeten Verfahren sind HASE, Beurteilung der Spontansprache, der Artikulation, der SETK 3-5 und der KVS.

HASE

Der Ländervergleich verschiedener Verfahren zur Beurteilung des Sprachstands im Auftrag der Mercator-Stiftung attestierte dem HASE eine gute Erfüllung der formulierten Qualitätskriterien. Aktuell ist kein deutschsprachiges Screeningverfahren erkennbar, dass besser als HASE wäre. Die Durchführung ist standardisiert und nochmals im April 2016 mit Prof. Schöler, dem Autor von HASE abgestimmt worden. HASE ist auch bei Kindern mit geringen Deutsch Kenntnissen durchführbar, sofern sie die Aufgabenstellung verstehen. Zur weiteren Bewertung wird auf Kapitel 3.2. verwiesen.

Empfehlung:

HASE sollte als geeignetes Verfahren zur Erfassung basaler sprachlicher Kompetenzen beibehalten werde. Mittelfristig ist die Erstellung aktueller Normen – möglicherweise anhand der Daten von ESU Schritt 1 – wünschenswert. Der Fachbeirat ESU sollte prüfen, ob es mittelfristig sinnvoll ist, HASE (und ggf. andere Verfahren) in allen Ämtern mittels Laptop / CD durchzuführen.

Spontansprache

Diese kann und wird entsprechend nicht standardisiert erfasst. Die verwendeten Kategorien (Satzbau, Artikel, Verb, Plural, Präposition, Stottern / Poltern) sind nicht ausreichend definiert und insgesamt aufgrund fehlender qualitativer und quantitativer Angaben nicht aussagekräftig.

Empfehlung:

Die Beobachtung der Spontansprache mit den genannten Kategorien sollte beibehalten werden. Die Bewertung der Spontansprache ermöglicht eine individuelle Elternberatung und Förderempfehlungen. Ein standardisiertes Verfahren ist nicht verfügbar bzw. im gebotenen zeitlichen Rahmen nicht realisierbar. Die Bewertung sollte auch weiterhin nicht in die landesweite Datenauswertung aufgenommen werden.

Artikulation

Die Artikulation ist eine für die Verständlichkeit der Sprache und ggf. für die sozialen Beziehungen der Kinder im Vorschulalter relevant und bei Störungen durch eine logopädische Therapie behandelbar. Artikulationsstörungen sollten möglichst bis zur Einschulung

verschwunden sein. Insofern sollte diese Kompetenz weiterhin erfasst werden. Allerdings wird der Ravensburger Lautprüfbogen und insbesondere das Bewertungsschema nach Tigges-Zuzok von Fachleuten z.T. kritisch kommentiert.

Empfehlung:

Die Überprüfung und Bewertung der Artikulation sollte anhand der publizierten Reihenfolge der Überwindung phonologischer Prozesse (nach Fox) erfolgen.

KVS

Der KVS soll laut Arbeitsrichtlinie zur Überprüfung des Sprachverständnisses durchgeführt werden, wenn Kinder ab 5 Jahren beim Nachsprechen von Sätzen im HASE im Grenzbereich (7 Punkte) liegen. Einzelne Ämter halten den KVS, der 3 Manipulationsaufgaben enthält, nicht für aussagekräftig bzw. sehen dadurch keine Zusatzinformation. Die landesweite Auswertung der Schulanfänger 2015 zeigt, dass der KVS bei 14553 von 89327 Kindern erfolgte, allerdings waren 10711 Kinder zum Untersuchungszeitpunkt jünger als 5 Jahre, ein Alter, in dem für den KVS keine Normen existieren. Nur 3842 Kinder im Alter von mindestens 5 Jahren wurden mit KVS untersucht.

Empfehlung:

Die Überprüfung des Sprachverständnisses ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings sollte der KVS auf die Kinder der Altersgruppe beschränkt werden, für die auch Normen existieren. Ggf. sollte anhand der vorliegenden Daten mittels Vierfeldertafel geprüft werden, ob der KVS gegenüber dem Nachsprechen von Sätzen im HASE tatsächlich relevante Zusatzinformationen liefert und seine Resultate – wenn Kinder mit grenzwertigen HASE Ergebnissen bei KVS Überprüfung in relevanter Zahl unauffällig sind - ggf. die Zahl der mit SETK 3-5 zu untersuchenden Kinder reduziert.

Keine Alternative wäre, aus den vorhandenen KVS – Daten Normen zu errechnen, da die mit KVS untersuchten Kinder bereits Schwächen im HASE zeigten und damit keine für die Gesamtpopulation repräsentative Gruppe darstellen.

SETK 3-5

Der SETK 3-5 ist ein Testverfahren, dessen zeitlicher Umfang von 20 – 30 Minuten ihn als ein flächendeckendes Verfahren für alle Kinder in ESU Schritt 1 ungeeignet macht (Überlastung der Kinder, begrenzte Ressourcen der Ämter / Tester). Als nachgelagertes Verfahren in einem zweistufigen Ablauf erscheint er wegen der besonderen Bedeutung der Sprachentwicklung jedoch trotz seines zeitlichen Bedarfs gerechtfertigt.

Die landesweite Handlungsanleitung zur SETK 3-5 Indikationsstellung des Kultusministeriums und Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 30.05.2016 präzisiert die Indikationsstellung. Aktualisierte T- Werte und ein Entscheidungsbaum zur Förderbedürftigkeit nach Prof. Grimm, der Autorin des SETK 3-5, operationalisieren die Bewertung und sollten zur Reduktion landesweiter Varianzen in der Bewertung beitragen.

Empfehlung:

Die neuen Indikationskriterien für SETK 3-5 erscheinen sinnvoll und sollten angewandt werden. Dabei sind die neuen Normen laut Anlage 12a der Arbeitsrichtlinien vom September 2016 zu berücksichtigen. Der Entscheidungsbaum zur Förderbedürftigkeit nach Anlage 12 der Arbeitsrichtlinien vom September 2016 sollte angewandt werden.

6.2.9 Kognition / Aufmerksamkeit

Kognition

Verschiedentlich wird von den Ämtern in der Befragung der Wunsch nach Verfahren zur Beurteilung der kognitiven Entwicklung geäußert. Dies ist nachvollziehbar.

Empfehlung:

Die Menschzeichnung kann allenfalls zu einer ersten Orientierung über die kognitiven Fähigkeiten eines Kindes dienen.

Es sollte geprüft werden, ob Elemente aus Verfahren, die in anderen Ländern zur Überprüfung der kognitiven Entwicklung im Rahmen der Einschulungsuntersuchung eingesetzt werden, auch in Baden-Württemberg eingesetzt werden können, z.B.: „Plättchentest“ und „Züge“ aus SOPESS.

Auch der Untertest „Nonverbale Intelligenz“ aus der BUEVA III wäre zu erwägen.

Vor einer landesweiten Einführung könnte ein Testlauf im Rahmen einer Sondererhebung in einzelnen Ämtern stehen. Dabei ist der zusätzliche Zeitbedarf zu ermitteln.

Aufmerksamkeit:

Aufmerksamkeit und Konzentration sind wichtige Voraussetzungen für einen Schulerfolg und in gewissem Umfang durch geeignete erzieherische und pädagogische Maßnahmen vor der Einschulung, günstig zu beeinflussen. Allerdings ist diese Kompetenz situationsabhängig und damit durch Beobachtung und / oder Testung im Rahmen der ESU Schritt 1 nur bedingt bewertbar (s. Kapitel 6.2.7. Verhalten während der Untersuchung). Klassischerweise wird zur Feststellung von Aufmerksamkeit- / Konzentrationsproblemen eine übereinstimmende Einschätzung in zwei verschiedenen Alltagswelten eines Kindes gefordert.

Empfehlung:

Es könnte im Rahmen einer Sondererhebung in einzelnen Ämtern geprüft werden, ob eine standardisierte Beurteilung z.B. der selektiven Aufmerksamkeit (aus dem SOPESS oder der BUEVA III) in Kombination mit dem bereits im Erzieherinnenfragebogen verwendeten Teil „Hyperaktivität“ des SDQ sinnvoll und praktikabel ist. Dabei ist der zusätzliche Zeitbedarf zu ermitteln.

6.3 Ärztliche Elemente

6.3.1 Bewertung der Basisuntersuchung

Laut Arbeitsrichtlinien werden bei allen Kindern die Ergebnisse der Screening-Untersuchung durch die / den medizinische /n Assistentin /en sowie die Erkenntnisse aus der vorgelegten Dokumenten nach ärztlichem Ermessen bewertet (S.37 der ARL). Diese Vorgehensweise ist sinnvoll, sachlich begründet, aber erschwert wegen der mit dieser Bewertung verbundenen Subjektivität Kreisvergleiche. Aus Sicht des Unterzeichners liegt hierin eine wesentliche Quelle der Varianzen in den Untersuchungsergebnissen auf Landesebene. Dabei wird angenommen, dass in den Ämtern nicht die sozialmedizinischen Assistentinnen allein, sondern die Ärzte, ggf. gemeinsam mit den medizinischen Assistentinnen die Einordnung in die Kategorien Arzt, intensiver Förderbedarf, häuslicher Förderbedarf / Vorschulprogramm und altersentsprechend vornehmen.

Empfehlung:

Die Bewertung nach ärztlichem Ermessen sollte beibehalten werden, allerdings sollte durch SOP's (Standard Operation Procedures), Schulungen etc. versucht werden, den „Ermessensspielraum“ dahingehend zu verringern, dass die Unterschiede zwischen verschiedenen Ämtern in der Beurteilung ähnlicher Befunde geringer werden. Dabei sollte besonders mit Ämtern mit stark vom Median abweichenden Beurteilungshäufigkeiten in geeignetem Rahmen das Gespräch gesucht werden und nach Erklärungen für die Abweichungen gesucht werden.

Bei Kreisvergleichen sollten – sofern vorhanden – die tatsächlichen Befunde und deren Bewertung nach ärztlichen Ermessen getrennt dargestellt und entsprechend erläutert werden. Kritisch zu sehen wäre - wie von einzelnen Ämtern diskutiert - wenn sich Bewertungen und Empfehlungen an den örtlichen Gegebenheiten und nicht primär am Bedarf der Kinder orientieren würden.

6.3.2 Ergänzende Untersuchungen

6.3.2.1 Ergänzende ärztliche Untersuchung

Diese erfolgt nach ärztlichem Ermessen und entsprechend der Vorbefunde. Die Arbeitsrichtlinien enthalten umfangreiche und systematische Vorschläge für die Durchführung. Eine vollständige Standardisierung ist aus der Natur der Sache heraus nicht sinnvoll, ebenso wenig eine sozialraum-, kreis- oder landesweite Auswertung. Vielmehr ist die ergänzende ärztliche Untersuchung für die individuelle Einschätzung des Kindes und die Beratung seiner Eltern hilfreich und sicher ein geschätztes Element der ESU. Es bestehen erhebliche Varianzen der Ämter bezogen auf den Anteil der Kinder, die eine ergänzende ärztliche Untersuchung erhalten (0 – 100%; s. Tabelle 1.1.).

Empfehlung:

Das Element der ergänzenden ärztlichen Untersuchung ist sinnvoll für das individuelle Kind und sollte als Option für alle Ämter bei einem gewissen Anteil der Kinder (z.B. 25%) möglich sein. Dies gilt insbesondere unter dem Aspekt der zunehmenden Zahl von Kindern mit besonderen gesundheitlichen / medizinischen und sonderpädagogischen Bedarfen, die in Regelschulen unterrichtet werden (Inklusion). Allerdings sind für die ergänzende ärztliche Untersuchung entsprechende personelle Ressourcen erforderlich, die nach Angaben der Ämter z.Zt. nicht überall ausreichen.

Kreisvergleiche oder landesweite Datenanalysen sind momentan nicht sinnvoll.

6.3.2.2 Sprachstandsdiagnostik

Bei 23,9% der Schulanfänger 2015 wurde der SETK 3-5 durchgeführt (auf Kreisebene minimal 4,2%, maximal 49,1%). Der damalige landesweite Prozentsatz erscheint in Anbetracht der hohen Zahl sprachförder- und sprachtherapiebedürftiger Kinder gerechtfertigt. Die landesweite Anleitung zum Einsatz des SETK 3-5 vom 30.05.2016 präzisiert mit einem Entscheidungsbaum die Indikationsstellung. Beispielsweise wird bei bereits in Sprachtherapie befindlichen Kindern auf die Durchführung des SETK 3-5 verzichtet. Insofern werden hier externe „Befunde“ übernommen.

Die Normen für die Ergebnisse des SETK 3-5 sind aktuell (Publikation Grimm 2015; Anlage 12a der Arbeitsrichtlinien von September 2016). Die Konsequenzen der Testergebnisse sind von der Autorin des SETK 3-5 klar definiert und sinnvoll (Anlage 12 der ARL vom

September 2016). Auch die Empfehlung einer intensiven Sprachförderung bei in Schritt 1 im HASE- Screeningtest auffälligen Kindern, die weniger als 10 Monate Deutschkontakt hatten, erscheint sinnvoll.

Empfehlung:

Die Kriterien zur Anwendung des SETK 3-5 (ARL September 2016) sollte nicht geändert werden. Es ist nicht anzunehmen, dass es dadurch zu einer Abnahme des Anteils der mit SETK 3-5 zu untersuchenden Kinder kommt und damit Ressourcen eingespart werden. Es wird sich zeigen, ob die erheblichen Unterschiede im Anteil der mit SETK 3-5 untersuchten Kinder mit der neuen landesweiten Anleitung abnehmen. Andernfalls bestünde Klärungsbedarf, z.B. im Rahmen des Fachbeirates ESU.

6.4 Schritt 2 Untersuchung

Die Ausführungen zu Schritt 2 werden hier sehr knapp gehalten, da Schritt 2 im Rahmen der ESU bislang nur in wenigen Ämtern in relevantem Umfang erfolgt (s. Tabelle 1.1.). Sollte – z.B. im Rahmen von Pilotprojekten – die Wirkung der ESU (zwischen Schritt 1 und Schritt 2) untersucht werden, müsste dies durch entsprechende Angaben von Eltern und Erzieherinnen sowie durch Untersuchungen und Tests in den Ämtern erfolgen. Dieser Aspekt wird in den aktuellen Arbeitsrichtlinien zu Schritt 2 nicht hinreichend dargestellt, da er bislang nicht im Fokus steht.

Empfehlung:

Es bedarf einer grundsätzlichen Diskussion über Inhalt und Umfang der Schritt 2 Untersuchung, auch in Abhängigkeit von den zur Verfügung gestellten personellen Ressourcen.

Schritt 2 hat einen besonderen sozialmedizinischen Stellenwert für Kinder mit besonderen gesundheitlichen / medizinischen und sonderpädagogischen Bedarfen nach der Einschulung und sollte für diese Kinder im Rahmen der Verordnung über sonderpädagogische Bildungsangebote SBA - VO des Landes regelhaft durchgeführt werden (s. Kapitel 5. Inklusion). Außerdem sollten in Schritt 2 aus anderen (Bundes-) Ländern zugezogene Kinder und solche, bei denen nach Schritt 1 neu schulrelevante gesundheitliche Störungen auftraten oder erst später Förderbedarfe erkannt wurden, untersucht werden.

In Pilotprojekten an einzelnen Gesundheitsämtern könnte - bei entsprechender personeller Ausstattung durch längsschnittliche Untersuchung von Kindern in Schritt 1 und Schritt 2, die Wirkung der ESU evaluiert werden.

6.4.1 Beobachtungsbogen für Erzieherinnen

Grundsätzliches zu Beobachtungsbögen wurde in Kapitel 6.1.1. angesprochen und gilt gleichermaßen für den Einsatz von Beobachtungsbögen in Schritt 2.

Empfehlung:

Der Beobachtungsbogen kann als Baustein für die Beurteilung des individuellen Kindes genutzt werden. Tatsächlich bereits vorhandene (Integrationshilfen, sonderpädagogische Unterstützung etc.) und aus Sicht der Erzieherinnen absehbare besondere gesundheitliche / medizinische und sonderpädagogische Bedarfe in der Schule sollten dokumentiert werden.

6.4.2 Untersuchung in Schritt 2

In den Monaten vor der Einschulung treten besondere gesundheitliche / medizinische Bedarfe der Kinder im Rahmen der ESU stärker in den Vordergrund. Zusätzlich können Kinder, die in Schritt 1 auffällig waren und ggf. eine zusätzliche (pädagogische) Unterstützung beim Schulbesuch benötigen, jedoch von den Eltern oder der Schule nicht zu einer sonderpädagogischen Begutachtung gemeldet wurden, rechtzeitig vor Schulbeginn identifiziert und damit wichtige Unterstützung bei der Wahl des Schulortes und der dort erforderlichen Maßnahmen geleistet werden.

Empfehlung:

Die ESU Schritt 2 sollte komplementär zu einer evtl. sonderpädagogischen Begutachtung gesehen werden. Für zugezogene oder neuerdings auffällige Kinder, bei denen eine solche Begutachtung noch nicht vorgesehen ist, ist neben der ärztlich – medizinischen Untersuchung auch eine erneute Entwicklungsdiagnostik sinnvoll. In Frage kommt das SOPESS, das auch eine prognostische Validität hinsichtlich Leseverständnis, Rechnen und Rechtschreibung in der Schule besitzt, ggf. auch die kürzlich erschienenen BUEVA III.

Aufgrund der Besonderheiten und genannten Ziele der ESU Schritt 2 sind Screeningverfahren zur Festlegung eines Förderbedarfs zu diesem Zeitpunkt wenig zielführend.

Untersuchungen durch ärztliche Assistentinnen (SMA´s) sind bei objektiven Verfahren (Seh-, Hörtest) und beim SOPESS sinnvoll. Die Untersuchung bei gesundheitlichen / medizinischen Bedarfen (chronische Erkrankungen, sonderpädagogischer Bildungsanspruch im Bereich Körper oder Sinnesbehinderung) und bei auffälligen Befunden im SOPESS (z.B. < 10.Perzentile) muss in der Hand des Schularztes liegen.

Runde Tische unter Einschluss von Mitarbeitern der Gesundheitsämter für einzelne Kinder sind für eine nachhaltige Wirkung von Schritt 2 für die schulische Situation der Kinder bedeutsam.

6.5 Dokumentation

6.5.1 Dokumentation in Schritt 1

Der Zeitaufwand für die Dokumentation ist erheblich. Er beträgt nach Angaben der Ämter je Kind etwa 30 Minuten (s. Tabelle 1.5.). Der Unterzeichner sieht keine Möglichkeit für eine erhebliche Zeitersparnis. Bei jeder Verkürzung bleiben mehr oder weniger relevante Informationen auf der Strecke, was gegen den erreichten Zeitgewinn abgewogen werden muss. Es könnte evtl. versucht werden, die Impfdokumentation zu vereinfachen (Rubrik: Impfung nach STIKO); die Rubriken fehlende Mitarbeit/ nicht durchgeführt bzw. verweigert / abgebrochen könnten ggf. zusammengefasst werden. Zu prüfen ist außerdem, ob und in welchem Umfang Daten des Erzieherinnenfragebogens zusätzlich zum vorliegenden Bogen nochmals in Anlage 3.6. der Arbeitsrichtlinien vom Juli 2015 eingetragen werden sollen. Eine Vereinheitlichung der Dokumentationssysteme ist erforderlich. Die Datenübertragung ist vereinheitlicht.

Empfehlung:

Eine Verringerung des zeitlichen Dokumentationsaufwandes je Kind ist wünschenswert. Nicht alle für das einzelne Kind dokumentierten Befunde sind für eine landesweite Auswertung sinnvoll (s. dort). Insofern ist zu klären, welche Befunde an das Landesgesundheitsamt zur Auswertung weitergeleitet werden.

6.5.2 Dokumentation in Schritt 2

Der Umfang der Dokumentation ist angemessen.

Empfehlung:

Die Bezeichnung der besonderen Bedarfe sollte geprüft und ggf. angepasst werden (statt Förderschule : Lernen etc.). Es fehlt eine Rubrik für Kinder mit emotional – seelischen Störungen (z.B. Autismus, Mutismus etc.). **Besondere schulrelevante gesundheitliche / medizinische Bedarfe (z.B. Diabetes, Asthma, Epilepsie, eingeschränkte körperliche Belastbarkeit bei Herz- Lungenerkrankungen) sollten in einer gesonderten Rubrik gekennzeichnet werden, die auch für landesweite Auswertungen herangezogen werden kann.**

Nicht alle für das einzelne Kind dokumentierten Befunde sind für eine landesweite Auswertung sinnvoll (s. dort). Insofern ist zu klären, welche Befunde an das Landesgesundheitsamt zur Auswertung weitergeleitet werden.

6.6 Befunddefinitionen

Im Fachbeirat wurde der Vorschlag diskutiert, Befundbewertung und Empfehlungen auf dem Dokumentationsbogen getrennt zu erfassen. Man könne z.B. nach einem Ampelsystem den jeweiligen Befund bewerten (beispielsweise anhand landesweit festgestellter Perzentilen) und erst in einem zweiten Schritt daraus Empfehlungen ableiten, die von den Bedingungen vor Ort und dem individuellen Fall abhängen würden.

Kommentar:

Dieser Vorschlag würde einen zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfordern. Außerdem erscheint es fragwürdig, wenn seitens des KJGD Empfehlungen in Abhängigkeit von den Bedingungen vor Ort formuliert würden, da damit ggf. lokale Förderdefizite verschleiert würden.

6.7 Beurteilungskategorien

Die Ergebnisse der ESU werden in Baden- Württemberg wie folgt kategorisiert:

- Arzt
- intensiver Förderbedarf
- häuslicher Förderbedarf / Vorschulprogramm
- in Behandlung
- altersentsprechend.

Die Kategorien Arzt; intensiver Förderbedarf; in Behandlung und altersentsprechend sind – wie auf S. 7 der Arbeitsrichtlinien vom Juli 2015 definiert - unstrittig und sinnvoll im Rahmen der übergeordneten Zielsetzung der ESU Schritt 1.

Es wurde vorgebracht, dass eigentlich jedes Kind einen häuslichen Förderbedarf hat bzw. im Rahmen des regulären Kindergartenbesuchs im Jahr vor der Einschulung am Vorschulprogramm teilnimmt. Insofern könnte notfalls auf diese Kategorie verzichtet werden. Andererseits sind gerade Kinder mit kleinen / geringen Auffälligkeiten häufig und eine dankbare und sinnvolle Aufgabe für eine erfolgversprechende Beratung von Eltern und ggf. Erzieherinnen im Rahmen der ESU. Diese Leistung der Ämter sollte sich in der entsprechenden Dokumentation auch nachweisbar abbilden. Es könnte sinnvoll sein und die Akzeptanz der ESU weiter erhöhen, wenn die Ämter schriftliche Handlungsanweisungen für häusliche Fördermaßnahmen den Eltern aushändigen würden, wie dies offenbar in einzelnen Ämtern bereits geschieht.

Die von anderen Bundesländern verwendeten Beurteilungskategorien sind nur begrenzt heranziehbar, da sie im Rahmen der dortigen ESU bei Kindern im Jahr vor der Einschulung erhoben werden und dann notwendigerweise der Förderaspekt weniger im Vordergrund steht (s. Kapitel 3.1.).

Empfehlung

Insgesamt erscheinen die bislang in Schritt 1 verwendeten Beurteilungskategorien weiterhin sinnvoll.

Für Schritt 2 bieten sich die Kategorien unauffällig, grenzwertig und auffällig an, wie sie im SOPESS definiert sind.

In Schritt 1 und 2 sollten sonderpädagogische Bedarfe mit den Kategorien Körper, Sehvermögen, Gehör, geistig, Lernen, Sprache, ggf. emotional-seelisch, Sonstiges und schulrelevante gesundheitliche / medizinische Bedarfe dokumentiert werden.

6.8 Arbeitsteilung SMA / Arzt

Das Vorgehen in den einzelnen Kreisen ist verschieden. In einem Kreis geben die SMAs in Schritt 1 gleich vor Ort die Befunde an die Eltern weiter und beraten anhand eines vorhandenen Elternratgebers zur häuslichen Förderung. Dadurch werden ärztliche Kapazitäten aus Schritt 1 frei für Schritt 2. In anderen Kreisen arbeiten SMA und Arzt im Tandem.

Empfehlung:

Als Richtschnur und Minimalstandard für die Untersuchung müssen die Vorgaben der Arbeitsrichtlinien gelten. Auffällige Befunde sollten den Eltern durch den Schularzt mitgeteilt werden. Das Vorgehen bei Elternberatung und runden Tischen, die als Folge und Teil der ESU anzusehen sind, kann je nach örtlichen Gegebenheiten unterschiedlich gehandhabt werden.

Die aktuellen Arbeitsrichtlinien sehen eine Untersuchung im Tandem nicht vor. Die Argumente der im Tandem arbeitenden Ämter sollten gehört werden. Allerdings erscheint ein solches Vorgehen aus sachlichen (Letztverantwortung des Schularztes) und ökonomischen Gründen (hoher Personalbedarf) fragwürdig.

6.9 Informationsweitergabe an Eltern, Kindergärten und Schule

Die Vorgänge entsprechend Anlage 3.7. – 3.12. der Arbeitsrichtlinien vom Juli 2015 sind nicht Gegenstand dieser Evaluation, da sie sich nicht auf Methoden und Inhalte der ESU beziehen. Es wurde in der Befragung der Ämter deutlich, dass sich die konkrete Kooperation

mit Erzieherinnen / Kindergärten und Lehrern / Schulen in der Praxis unterschiedlich gestaltet.

Empfehlung:

Im Rahmen der halbjährlich stattfindenden Treffen des Fachbeirats ESU sollten gute Kooperationen, typische Schwierigkeiten und mögliche Lösungen dargestellt und diskutiert werden, um Vernetzung des KJGD und Wirksamkeit der ESU noch weiter zu verbessern.

Exkurs: Wirkung der ESU

Die Frage nach der Wirkung der ESU wurde in Vorgesprächen vor Auftragserteilung zur Evaluation der ESU aufgeworfen. Sie ist nicht Gegenstand des Evaluationsauftrags. Nach Ansicht des Unterzeichners ist diese Frage allenfalls in Teilaspekten systematisch-wissenschaftlich zu untersuchen. Die Gesamtbewertung der ESU, ihrer Ziele und damit auch ihrer Wirkung muss im gesellschaftlichen und politischen Kontext erfolgen. Dennoch seien einige Gedanken angeführt.

Die Frage nach der Wirkung der ESU kann in mehrere Elemente gegliedert werden, hauptsächlich:

1. Werden bestehende Entwicklungsrisiken entdeckt?
2. Werden geeignete Fördermaßnahmen empfohlen?
3. Werden diese Maßnahmen durchgeführt?
4. Sind diese Maßnahmen wirksam?
5. Verbessern sich Schulstart und Schulerfolg durch diese Maßnahmen?
6. Hat die ESU Auswirkungen auf gruppen-, kreis- und landesbezogene Maßnahmen?

Diese Aufzählung zeigt bereits die Komplexität dieser Fragestellung, die im Rahmen des Gutachtauftrags und auch aus inhaltlich- methodischen Grenzen nicht beantwortet werden kann. Erst recht ist eine Kosten- Nutzen- Analyse der ESU oder einzelner Abschnitte der ESU jenseits der Möglichkeiten dieser Evaluation, aus vielen Gründen auch schwer vorstellbar und als wissenschaftliches Projekt kaum finanzier- und umsetzbar.

Um einigen Aspekten der Fragestellung näher zu treten, wäre es unabdingbar, dass eine substanziale Zahl von Kindern im Längsschnitt in Schritt 1 und Schritt 2 untersucht werden und dokumentiert würde, welche konkreten Fördermaßnahmen empfohlen und durchgeführt wurden, auch in welchem Umfang.

Diese Voraussetzungen sind zurzeit in Baden-Württemberg nicht gegeben. Erkenntnisse könnten bei entsprechender Bereitschaft und vorhandener Ressourcen in 1 – 2 Pilotgesundheitsämtern gewonnen werden. Dazu müsste allerdings ein neues wissenschaftliches Forschungsprojekt initiiert werden.

Dabei ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die Realisierung geeigneter Fördermaßnahmen nur zu einem kleinen Anteil in der Verantwortung der SMAs und Schulärzte, die die ESU durchführen, liegt. Die Prüfung der ESU in ihrer Wirkung auf Schulstart und Schullaufbahn liegt jenseits des Aufgabengebiets der Gesundheitsämter, soweit nicht spezifische medizinische Störungen bestehen.

Zu bedenken ist weiterhin, dass die kindliche Entwicklung von zahlreichen, oft nicht direkt einer Messung / Erfassung zugänglichen Einflüssen abhängt, die Ergebnisse konkreter Fördermaßnahmen „verwässern“ umso mehr, je länger die Beobachtungszeiträume sind.

Immerhin gibt es in der wissenschaftlichen Literatur genügend Hinweise, die eine Wirksamkeit von geeigneten Fördermaßnahmen bei Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten im Vorschulalter belegen (z. B. Gottschling-Lang et al., Hart et al., Hasselhorn und Kluger, Wake et al.).

Außerdem zeigen sich in der praktischen Tätigkeit der SMAs und Schulärzte doch sehr deutliche und vielfältige Hinweise auf eine Wirksamkeit der ESU (s. Kapitel 1.1.3, 1.1.7. und 1.1.8), die an dieser Stelle nochmals zusammengefasst werden:

Auf das Kind bezogen:

Es werden oft Entwicklungsrisiken entdeckt. Die ESU führt oft zur frühzeitigen Einleitung von Fördermaßnahmen.

Von einzelnen Ämtern wurde bei der Untersuchung von Kindern in ESU Schritt 1 und 2 im Längsschnitt eine deutliche Verbesserung verschiedener Funktionen durch häusliche Übung beschrieben.

Auf die Eltern bezogen:

Sie werden für Entwicklungsprobleme sensibilisiert. Ihre Selbstwirksamkeit wird gestärkt. Besonders hilfreich ist dies für sozial benachteiligte Familien oder Eltern mit geringen Deutschkenntnissen. Der hohe Beratungsbedarf hinsichtlich Förderbedarf und Fördermöglichkeiten kann erfüllt werden. Dies ist besonders bedeutsam bei der gestiegenen Zahl von Kindern mit Bedarf für die Inklusion unterstützenden Maßnahmen.

Auf die Erzieherinnen bezogen:

Sie werden für einen Förderbedarf einzelner Kinder sensibilisiert und erhalten durch die Ergebnisse der ESU Schritt 1 konkrete Hinweise. Eltern und Erzieherinnen entwickeln gemeinsam Haltungen und Maßnahmen mit dem Ziel, für die Kinder eine bestmögliche Bildung im Vorschulalter und Voraussetzungen für einen guten Schulstart zu erreichen.

Auf die Kinder- und Jugendärzte bezogen:

Diesen werden relevante komplementäre und oft neue Informationen als Grundlage für die Einleitung medizinischer Diagnostik und / oder von funktionellen (z.B. Heilmittelverordnungen) und medizinischen Therapien gegeben.

Vernetzung:

Die verschiedenen lokalen Leistungserbringer und Institutionen entwickeln auf kommunaler und kreisbezogener Ebene eine vertiefte Zusammenarbeit mit empirisch gestützten, abgesprochenen und zielorientierten Maßnahmen sowohl für individuelle Kinder (runde Tische) wie auch für die bevölkerungsbezogene Planung gesundheits- und entwicklungsfördernder Maßnahmen. Dazu gehört auch die Anpassung der Förderangebote an den Bedarf.

Gesundheitsberichterstattung:

Durch Sozialraum-, Kreis- und Landesbezogene Daten im Querschnitt und im Längsschnitt (Zeitreihen) können Gesundheit und Entwicklung von Kindern im Vorschulalter mit wichtigen Zielindikatoren beschrieben werden und ein daraus ableitbarer Interventionsbedarf im Kontext formulierter Gesundheitsziele.

Zusammenfassend ist der Unterzeichner davon überzeugt, dass die ESU ein wirksames und wichtiges Instrument ist in einem Orchester von Personen und Maßnahmen, die letztlich zu einem guten Schulstart und Schulerfolg der Kinder beitragen.

Danksagung

Dem Ministerium für Soziales und Integration Baden – Württemberg (Herrn Dr. J. Wuthe und Frau Dr. A. Würz) sei für das durch die Auftragserteilung zur Evaluation erwiesene Vertrauen und die konstruktive Begleitung gedankt.

Besonderer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheitsämter für die Beratung bei der Erstellung und insbesondere für die gründliche Bearbeitung der Fragebögen mit den vielfältigen sachdienlichen Hinweisen zur Weiterentwicklung der ESU.

Verschiedenen Mitgliedern des Fachbeirats ESU wird für wichtige Informationen zu Methodik, praktischer Durchführung und Erfahrungen mit der ESU gedankt.

Die landesweiten Ergebnisse der ESU 2013 / 14 stellte Frau Dr. A. Leher zur Verfügung. Sie und Frau A. Fechler gaben Hinweise zur Interpretation dieser Daten.

Wichtige Hinweise zum Vorgehen in anderen Bundesländern und zu Untersuchungsverfahren gaben Frau Dr. U. Horacek, Recklinghausen, Herr J. Rech, Saarbrücken, Fr. Dr. G. Trost-Brinkhues, Aachen, Frau Dr. G. Elsässer, Brandenburg, Frau Dr. U. Nennstiel-Ratzel, Oberschleißheim und Frau. PD. Dr. Daseking, Bremen.

Konstruktive Überlegungen, die zu einem späteren Zeitpunkt ggf. weiter zu diskutieren sind, kamen aus dem Ministerium für Kultus, Jugend und Sport, Baden- Württemberg.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Medizinisch Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF). Sprachentwicklungsstörungen (SES), Diagnostik von, unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES). <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/049-006.html>

Bode H, Brunner M. Gutachten über das Modellprojekt zur Neukonzeption Einschulungsuntersuchung. https://www.google.de/search?q=Gutachten+%C3%BCber+das+Modellprojekt+zur+Neukonzeption+Einschulungsuntersuchung&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=u96pV5HFMsvLgAbMz5bACw

Daseking M et al. Entwicklung und Normierung des Einschulungsscreenings SOPESS. Gesundheitswesen 2009; 71: 648 – 655

Daseking M et al. Die Validität der Sprachskala des SOPESS unter Berücksichtigung der Erstsprache. Gesundheitswesen 2009; 71: 663-668

Daseking M et al. Vorhersage von schulischen Lernstörungen durch SOPESS. Gesundheitswesen 2011; 73: 650 - 659

Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.). Sprachstandsfeststellung und Sprachförderung im Kindergarten sowie beim Übergang in die Schule von A. Lisker. www.dji.de/fileadmin/user.../Sprachstandsfeststellung_Dietz_Lisker.pdf

Elsässer G et al. Ergebnisse der brandenburgischen Schuleingangsuntersuchung. Wie wirksam ist das Netzwerk gesunde Kinder. Brandenburgisches Ärzteblatt 2015; 11: 16-18

Esser G, Wyschkon A. BUEVA III – Basisdiagnostik umschriebener Entwicklungsstörungen im Vorschulalter – Version III. Hogrefe, Göttingen. 1. Auflage 2016.

Fischer C et al. Befragung von Eltern und Kindertageseinrichtungen zur Einschulungsuntersuchung in Stuttgart. Abstract. ÖGD- Kongress Reutlingen 2016

Fox-Boyer A. P.O.P.T. Kindliche Aussprachestörungen: Phonologischer Erwerb/Differenzialdiagnostik/Therapie. Schulz-Kirchner-Verlag 2015.

Franze, M., Gottschling, A. & Hoffmann, W. Das Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3-6) als Basis gezielter individueller Förderung in Kindertageseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern. Erste Ergebnisse des Modellprojekts "Kinder in Kitas (KiK)" zur Akzeptanz des DESK 3-6 bei Erziehenden. Bundesgesundheitsblatt 2010; 12: 1290-1297.

Gemeinsamer Bundesausschuss (GbA). Kinderrichtlinie. <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/>

Gesundheitsatlas Baden-Württemberg. <http://www.gesundheitsatlas-bw.de/>

Gottschling-Lang, A., Franze, M. & Hoffmann, W. Gezielte individuelle Förderung von 3- bis 6-Jährigen - Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen in sozial benachteiligten Regionen. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2014; 9(4): 241-246.

Hart U. Leistet die neue Einschulungsuntersuchung in Baden- Württemberg einen Beitrag zur Kindergesundheit. Hausarbeit im Rahmen eines Master-Studiums.

Hart U et al. Evaluation von Fördermaßnahmen in Kindertageseinrichtungen im Landkreis Biberach – eine Analyse von Daten aus der Einschulungsuntersuchung zur. *Gesundheitswesen* 2016; 78: V54

Hasselhorn M, Kuger S. Wirksamkeit schulrelevanter Förderung in Kindertagesstätten. *Z Erziehungswiss* 2014; 17: 299 - 314

Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mauz E, KiGGS Study Group (2014) Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). *Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)*

Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 57(7) · DOI 10.1007/s00103-014-1979-3

Korsch F. Früherkennung von Verhaltensauffälligkeiten bei Schulanfängern. Umsetzung bei schulärztlichen Einganguntersuchung in Bremen.

https://www.google.de/search?q=Gutachten+%C3%BCber+das+Modellprojekt+zur+Neukonzeption+Einschulungsuntersuchung&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=u96pV5HFMsvLgAbMz5bACw#q=korsch+wie+gut+stimmen+eltern+und+erzieherinnen

Kreisgesundheitsamt Biberach. Kindergesundheitsbericht 2014.

Land Brandenburg, Abteilung Gesundheit im LUGV. Gesundheitsplattform.

<http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de>

Landesgesundheitsamt Baden- Württemberg. Gesundheitsatlas Baden- Württemberg

<http://www.gesundheitsatlas-bw.de/bytheme?themeid=3>

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein- Westfalen.

Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS.

Handanweisung zur Durchführung und Auswertung. www.liga.nrw.de

Macha T, Petermann F. Grenzsteine der Entwicklung. *Pädiatrie hautnah* 2015; 27: 43-45

Mercator – Stiftung (Hrsg.). Die Qualität von Sprachstandsverfahren im Elementarbereich von U. Neugebauer und M. Becker-Mrotzek (2013). <https://www.stiftung-mercator.de/de/publikation/qualitaetsmerkmale-fuer-sprachstandsverfahren-im-elementarbereich/>

Michaelis R et al. Validierte und teilvalidierte Grenzsteine der Entwicklung. Ein Entwicklungsscreening für die ersten 6 Lebensjahre. *Monatsschr Kinderheilkd* 2013; 161:898–910

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden – Württemberg. Arbeitsrichtlinien für die Einschulungsuntersuchung und deren Dokumentation in Baden- Württemberg. Stand Juli 2015

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Einschulkindern im Saarland. 3.Bericht Saarland 2015.

https://www.google.de/search?q=saarland+einschulungsuntersuchung&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=ub6pV9CNL6vagAbd_ISQBQ

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung Schleswig-Holstein. Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein Schuljahr 2014/2015.

https://www.google.de/search?q=bericht+kinder+jugend%C3%A4rztlicher+Dienst+schleswig+holstein+2014+&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=aKq1V8vYK6bdgAbN_oiYCA

Nennstiel- Ratzel U et al. Elternfragebögen zu Grenzsteinen der kindlichen Entwicklung im Alter von 1 bis 6 Jahre. Kinderärztliche Praxis 2013; 84: 106-114

Robert-Koch- Institut. Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2013. Epidemiologisches Bulletin Nr. 16 / 20.April 2015

Schmitt J et al. Determinanten der psychischen Gesundheit im Einschulungsalter – Ergebnisse einer populationsbezogenen Untersuchung in Dresden. Kinder- und Jugendarzt 2015; 46: 312-325

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin. Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2014.

<https://www.berlin.de/.../gesundheits.../gesundheitsberichterstattung.../grund...>

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin. Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2015. http://www.gsi-berlin.info/gsi_suchen.asp

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin. Einheitliche Erfassung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen. Modellprojekt der AG GPRS der AOLD- Abschlussbericht.

https://www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/publikationen/.../gbe_spezial_2013_1.pdf

Spannenkrebs M et al. Die neue Einschulungsuntersuchung in Baden-Württemberg: Welche Determinanten beeinflussen die schulärztliche Gesamtbewertung Intensiver pädagogischer Förderbedarf im kindlichen Entwicklungsfeld Sprache. Gesundheitswesen 2013; 75: 838-847

Tröster H, et al. DESK 3-6. Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten. Göttingen: Hogrefe 2004

Verordnung des Kultusministeriums über die Feststellung und Erfüllung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot (Verordnung über sonderpädagogische Bildungsangebote – SBA-VO). www.landesrecht-bw.de

Waldmann HC et al: Screening des Entwicklungsstandes bei der Einschulungsuntersuchung: Validität der kognitiven Skalen des SOPESS. Gesundheitswesen 2009; 71: 656-662

Wake M, Tobin S et al. Randomized trial of a population-based, home-delivered intervention for preschool language delay. *Pediatrics* 2013; 132: e895-904

Anlagen

- Informationsschreiben des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren vom 10.2.2016
- 2 Fragebögen (Befragung der Gesundheitsämter Baden- Württemberg)