
Bericht Kindergesundheit im Einschulungsalter

Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2020
Teil I: Auswertung und Datenanalyse

Impressum

Herausgeber
Stadt Emden

Fachdienst Gesundheit,
Ysaac-Brons-Str. 16

Fachdienst Integrierte Planung, Steuerung und Service
Maria-Wilts-Straße 3

26721 Emden

Redaktion und Gestaltung

Christiane Lamschus mit Unterstützung von Ilka-Antje Ubben und Andrea Trauernicht - Team Kinder-
gesundheit

Imke Olk, Martin Schabler (und Lisa Sperling) - Integrierte Sozialplanung

Druck
REDLINE design & illustration

Juni 2021

Inhalt

Vorwort		4
1	Einleitung	5
2	Demographische und soziale Rahmenbedingungen	6
3	Allgemeine Hinweise zur Schuleingangsuntersuchung	10
3.1	Gesetzliche Grundlagen	10
3.2	Ziele und Inhalte der Schuleingangsuntersuchungen	11
3.3	Verfahren der Kompetenzfeststellung	13
3.4	Methodische Hinweise	13
4	Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2020	16
4.0	Zusammenfassung	16
4.1	Beschreibung des Untersuchungsjahrgangs	20
4.1.1	Grundgesamtheit der Kinder in der Schuleingangsuntersuchung	20
4.1.2	Untersuchte Kinder im Rahmen der Kompetenzfeststellung	24
4.1.3	Familienstruktur	26
4.1.4	Herkunft	27
4.1.5	Verständigungsmöglichkeit auf Deutsch	29
4.2	Früherkennungsuntersuchungen	33
4.3	Impfstatus	37
4.4	Sehvermögen	45
4.5	Hörvermögen	48
4.6	Auditive Wahrnehmung („Hörwahrnehmung“)	51
4.7	Sprachstörungen	54
4.8	Koordinative Fertigkeiten und Motorik	57
4.8.1	Grobmotorik	57
4.8.2	Feinmotorik	60
4.8.3	Visuomotorik	63
4.9	Gewicht	66
4.10	Verhalten	70
5	Zahngesundheit der Kinder beim Übergang in die Schule	77
6	Weitere Schritte und Ausblick	82
	Tabellenverzeichnis	84
	Abbildungsverzeichnis	85
	Literaturverzeichnis	89

Vorwort



Moin, sehr geehrte Leserinnen und Leser,

Kinder sind Zukunft- ihre Gesundheit ist entscheidend für ihre eigene Lebensqualität, aber auch für die künftige Entwicklung unserer gesamten Gesellschaft.

Bereits seit dem Jahr 2015 ist die Dokumentation der Gesundheit der jüngsten Bürgerinnen und Bürger Emdens ein wichtiger Baustein der städtischen Agenda. Die jährlichen Schuleingangsuntersuchungen bilden die Datengrundlage und ermöglichen es, einen gesamten Jahrgang der Bevölkerung medizinisch zu erfassen und zu untersuchen.

In Emden ist es trotz der Pandemie gelungen, bei allen im Jahr 2020 eingeschulten Kindern die Schuleingangsuntersuchungen durchzuführen. Damit ist unsere Seehafenstadt eine von wenigen Kommunen in Deutschland, die das leisten konnten.

Dieser Bericht stellt umfassend die Gesundheit von Kindern in einer wichtigen Lebensphase dar: Der Übergang zwischen Kita und Schule. Es ist unsere Pflicht, die Gesundheit von Kindern zu schützen und zu fördern.

Dafür erhalten Entscheidungsträger*innen in Politik und Verwaltung sowie Bürgerinnen und Bürger hier wichtige Impulse und finden eine verlässliche Informationsquelle. Der Zusammenarbeit vieler Beteiligter ist es zu verdanken, dass dieser umfangreiche Bericht nun vor Ihnen liegt. Dafür bedanke ich mich von Herzen. #kidsfirst bleibt unser Leitgedanke in der Stadt Emden.

Ich wünsche Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre- und bleiben Sie gesund.

Ihr Tim Kruthoff

1 Einleitung

Der Kindergesundheitsbericht ist Teil der Gesundheitsberichterstattung (GBE), die das Ziel verfolgt, die Gesundheit der Bevölkerung durch eine bessere Steuerung und Gestaltung der Versorgungsstrukturen sowie die Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung langfristig zu verbessern. Hierzu wird in Berichtsform über den Gesundheitszustand der Bevölkerung informiert und die Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen als auch die Inanspruchnahme von präventiven und medizinischen Leistungen beschrieben.

In Emden ist die GBE seit dem Jahr 2015 ein Baustein der integrierten Berichterstattung, die in der Sozialplanung neu aufgebaut wird (siehe hierzu Basisbericht Sozialplanung S. 9-11). Der Kindergesundheitsbericht wird in enger Kooperation zwischen den Mitarbeiter*innen der Sozialplanung und dem Team Kindergesundheit sowie der Mitarbeiterin für Zahngesundheitsprophylaxe im Fachdienst Gesundheit erarbeitet.

Ein wesentliches Merkmal des integrierten Berichtswesens ist der fachbereichsübergreifende Austausch und die enge Abstimmung verschiedener Fachdisziplinen bei der Interpretation der Daten und der Ableitung von Handlungsempfehlungen.

Der kommunale Kindergesundheitsbericht ergänzt die landesweiten Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen (SEU), die das Niedersächsische Landesgesundheitsamt seit 2010 in regelmäßigen Abständen veröffentlicht. Mit der eigenen Berichterstattung erhalten Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen, eine breite Fachöffentlichkeit aus den Bereichen Bildung, Jugendhilfe und Stadtentwicklung, Politiker*innen sowie die interessierte Öffentlichkeit in größeren Zeitabständen einen spezifischen und vertiefenden Einblick in alle Einzelbefunde.

Der vorliegende Bericht ist in seiner Grundstruktur gegenüber der letzten Veröffentlichung noch einmal vollständig überarbeitet worden. Vorangestellt sind die wesentlichen demographischen und sozialen Rahmenbedingungen in Emden sowie die aktuellen gesetzlichen und organisatorischen Grundlagen für die Schuleingangsuntersuchungen. Hieran schließen die neuesten Untersuchungsergebnisse an. Die verschiedenen Untersuchungsinhalte sind einleitend kurz erläutert, dann werden die jeweiligen Ergebnisse bezogen auf den letzten Einschulungsjahrgang, im Zeitverlauf und größtenteils auch schulbezogen betrachtet. Ein gesonderter Blick wird auf die Untersuchungsergebnisse bei den neuzugewanderten Kindern gelegt. Zur Einschätzung der Untersuchungsergebnisse in Emden werden außerdem die Durchschnittswerte des Landes Niedersachsen herangezogen.

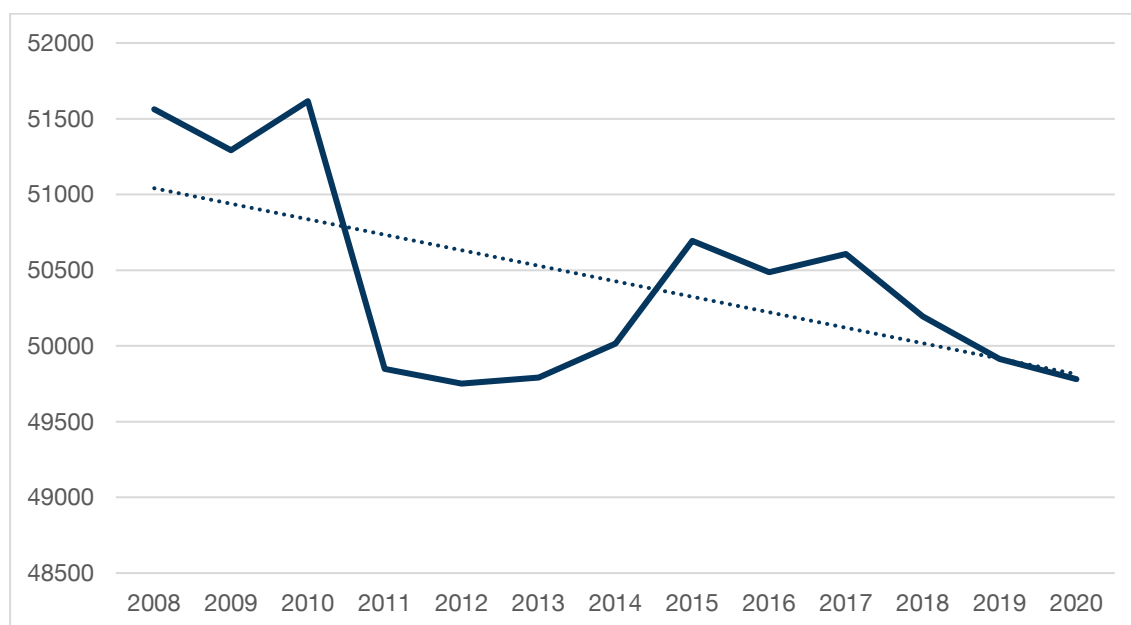
Die Corona-Pandemie hat leider verhindert, dass dem ursprünglichen Plan für die Erstellung dieses Berichtes systematisch gefolgt werden konnte. Zum einen liegen für das Jahr 2020 keine Vergleichswerte vor, da Emden zu den wenigen Kommunen zählt, die die Schuleingangsuntersuchungen im ersten Pandemiejahr vollständig durchgeführt haben. An dieser Stelle wird auf das Vorjahresergebnis zurückgegriffen. Zum anderen waren unter den Anforderungen und Bedingungen für die Pandemiebekämpfung Zusammenkünfte für die fachübergreifende Bewertung der Ergebnisse und die Abstimmung von Handlungsempfehlungen bislang nicht möglich. Dies wird nachgeholt und in einem zweiten Berichtsteil veröffentlicht.

Das Kapitel zu der Zahngesundheitsprophylaxe in diesem Bericht beschränkt sich ebenfalls auf die wesentlichen Ergebnisse. Anlässlich des 25-jährigen Dienstjubiläums der Emdener Fachkraft sei hier auf eine Begleitbroschüre verwiesen, mit der dieser Bereich des Kindergesundheitsdienstes vollständig dokumentiert wird.

2 Demographische und soziale Rahmenbedingungen

Emden, die mit etwa 49.780 Einwohnern (30.09.2020) kleinste kreisfreie Stadt Niedersachsens, liegt im Nordwesten Niedersachsens an der Grenze zu den Niederlanden. Als größte Stadt Ostfrieslands mit einiger Entfernung zu den nächsten größeren Städten ist Emden das bedeutendste Wirtschafts-, Arbeitsmarkt- und Versorgungszentrum der Region und als Mittelzentrum Träger zentralörtlicher Funktionen des gehobenen Bedarfs. Aufgrund der dezentralen Lage zu anderen Oberzentren des Landes übernimmt Emden zusätzlich oberzentrale Teilfunktionen und ist damit für ein großes Einzugsgebiet von hoher Bedeutung hinsichtlich der Funktionen Wohnen, Arbeiten, Verwaltung, Bildung, Freizeit und medizinischer Versorgung.

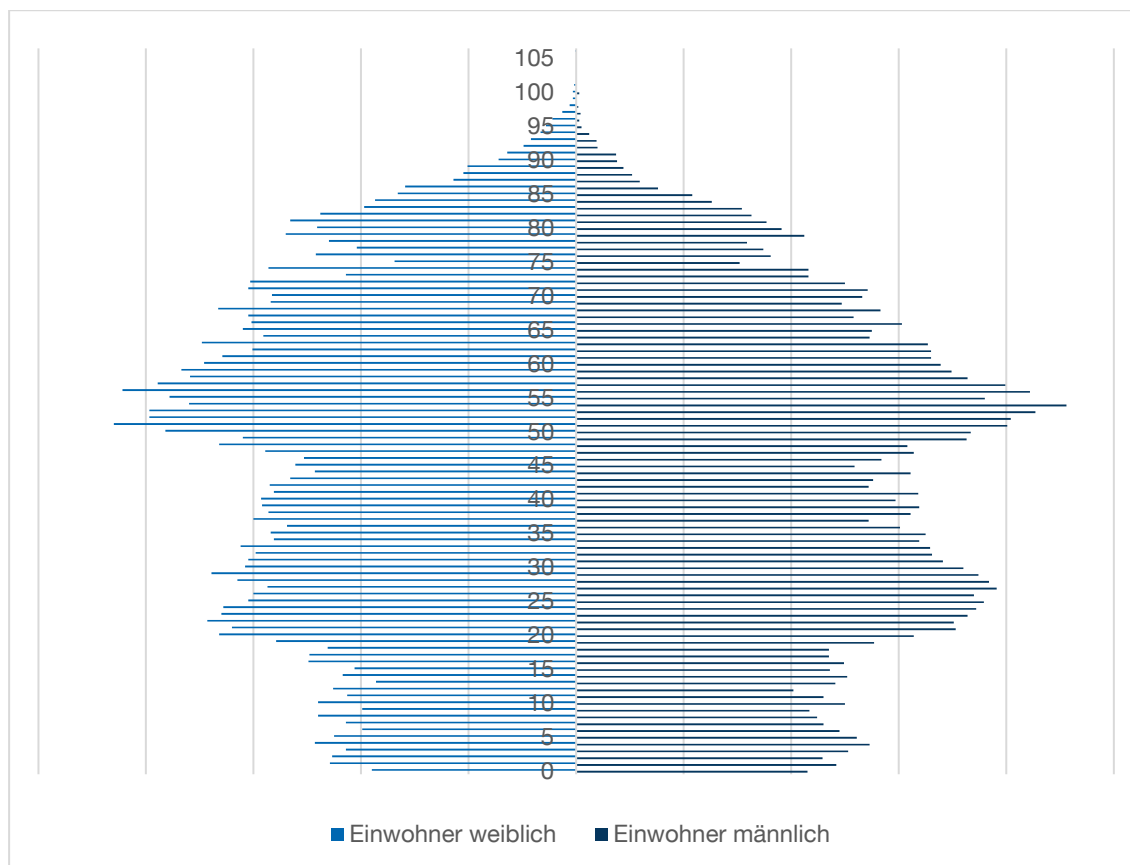
Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung 2008-2020



Die Daten zur demographischen Entwicklung kennzeichnen Emden als Typ alternde Stadt. Die Bevölkerungsentwicklung ist insgesamt, unterbrochen von der Flüchtlingswelle 2015/16, rückläufig. Das Wanderungsmuster ist durch eine hohe Abwanderung bei den jungen Familien geprägt, die sich zur den konstanten natürlichen Verlusten (im Saldo - 3 Personen pro 1000 Einwohner) addieren.

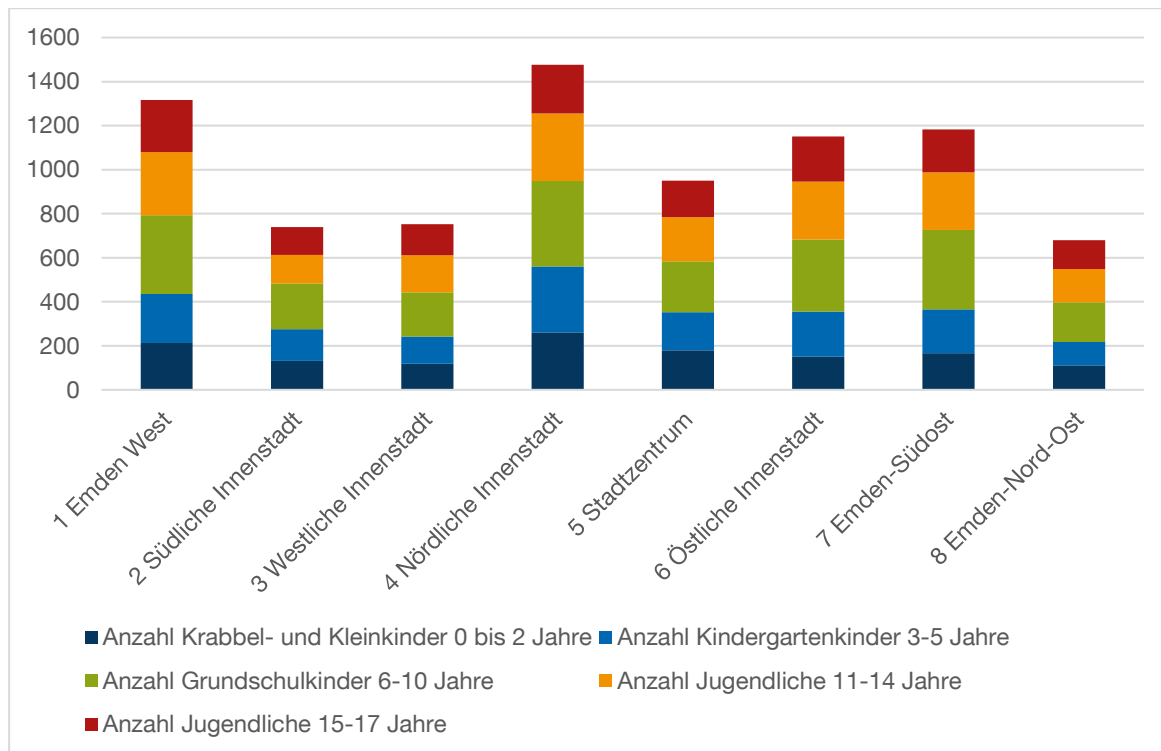
Die Bevölkerung der Stadt Emden verteilt sich auf drei unterschiedlich strukturierte, prägende Siedlungsbereiche: das Stadtzentrum, begrenzt durch die historischen Wallanlagen, einen städtischen Bereich innerhalb und einen noch überwiegend dörflich und ländlich geprägten Raum außerhalb des Autobahnringes. Nach dem Stadtzentrum (8.850 Einwohner) bilden Barenburg (7.233 Einwohner) und Borssum/Hilmarsum (6.081 Einwohner) die beiden bevölkerungsreichsten Stadtteile.

Abbildung 2: Bevölkerungspyramide Stadt Emden (31.12.2020)



Der demographische Wandel vollzieht sich in den Emden Stadtteilen unterschiedlich. Alternden Gebieten stehen Sozialräume mit einem zum Teil sehr hohen Kinder- und Jugendanteil gegenüber (siehe Basisbericht Integrierte Sozialplanung 2018, S.30ff).

Abbildung 3: Verteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Stadtbereiche¹ Emdens



Jede fünfte in Emden gemeldete Person hat einen Zuwanderungshintergrund. Die größte Teilgruppe (etwa 50%) sind Bewohner ohne deutsche Staatsangehörigkeit mit einem Bevölkerungsanteil von rund 11% (31.12.2020). Die deutsche Bevölkerung mit Migrationshintergrund teilt sich in zwei ungefähr gleich große Gruppen auf: die eingebürgerten Deutschen, die 5,2% der Bevölkerung ausmachen und die Aussiedler mit einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von 5,3 % (Berechnungen für 2017).

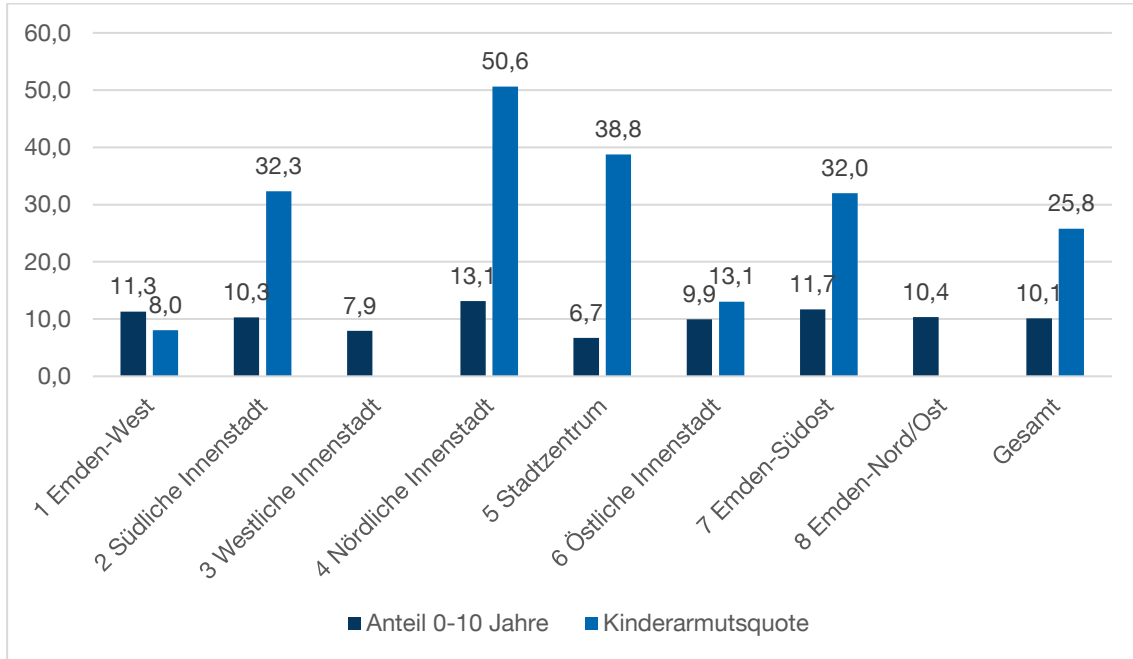
Die Beschäftigtenquote der Gesamtbevölkerung liegt nur geringfügig unter dem Landesdurchschnitt. Die Arbeitslosenquote bewegt sich mit 8,4% (31.12.2020) allerdings deutlicher über der Quote des Landes Niedersachsen und des Bundes. Auch im regionalen Maßstab ist die Arbeitslosigkeit vergleichsweise hoch, hier muss jedoch berücksichtigt werden, dass Emden über ein hohes Arbeitsangebot verfügt und eine hohe Zahl an Einpendlern hat. Das Beschäftigungsangebot wird also nur anteilig von der arbeitsfähigen Bevölkerung Emdens genutzt. Beides wirkt sich auf die gemessene Arbeitslosigkeit in der Region aus.

¹ Für besondere Themen und statistische Analyseverfahren sind die 30 statistischen Bezirke noch einmal zu acht Stadtteilen mit mindestens 4000 Einwohnern zusammengefasst. Die größeren Stadtteile entsprechen einem Stadtteil. In den anderen Stadtteilen sind Gebiete zusammengefasst. Damit diese Gebietsebene nicht mit den Stadtteilen vermischt wird, wurden anhand der Lage im Stadtgebiet eigene Bezeichnungen gewählt:

- 1 Emden-West = Wybelsum/Logumer Vorwerk, Twixlum, Larrelt
- 2 Südliche Innenstadt = Port Arthur/Transvaal
- 3 Westliche Innenstadt = Constantia, Conrebbersweg, Früchteburg
- 4 Nördliche Innenstadt = Barenburg
- 5 Stadtzentrum = Stadtzentrum
- 6 Östliche Innenstadt = Wolthusen, Herrentor, Friesland
- 7 Emden-Südost = Borssum
- 8 Emden-Nord/Ost = Harsweg, Uphusen, Jarßum/Widdelswehr, Petkum

Hiermit in Verbindung steht eine Armutsentwicklung in Emden. Die SGB II Quote in Emden (16,8 im Jahr 2019) lag in den vergangenen Jahren deutlich über dem Landeswert. Die Kinderarmutsquote erreichte im Jahr 2019 einen Wert von 25,8%.

Abbildung 4: Anteil der Altersgruppe 0-10 Jahre und Kinderarmutsquote 2019



Die ungleiche Verteilung des Transferleistungsbezuges und die hieran gekoppelte Armut, die für die Betrachtung der gesundheitlichen Situation höchst relevant sind, wurden im Basisbericht Sozialplanung anhand mehrerer Indikatoren umfassend dargestellt (S.73ff). Die Kinderarmutsquote konnte aufgrund der geringen Fallzahl für die westliche Innenstadt sowie Emden-Nord/Ost nicht abgebildet werden.

3 Allgemeine Hinweise zur Schuleingangsuntersuchung

3.1 Gesetzliche Grundlagen

Die Schuleingangsuntersuchung ist die einzige gesetzlich vorgeschriebene Untersuchung des öffentlichen Gesundheitswesens, bei der ein gesamter Jahrgang der Bevölkerung medizinisch erfasst und untersucht wird.

Die rechtlichen Grundlagen der Schuleingangsuntersuchungen finden sich in § 4 Abs.1,2, § 5 Abs. 1,2, § 8 Abs. 1-4 des Niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD), sowie in § 56 Abs. 1-4 und § 64 Abs 1-2 (mit Erläuterungen) des Niedersächsischen Schulgesetzes (NSchG).

Für die Erhebung des Impfstatus im Rahmen der Einschulungsuntersuchung dienen die vorgeannten Gesetze in Verbindung mit §34 Absatz 10 und 11 des Infektionsschutzgesetzes als Grundlage. Die Datenerhebung und Datenauswertung erfolgen nach den aktuellen Datenschutzbestimmungen.

In Niedersachsen werden mit Beginn eines Schuljahres alle Kinder schulpflichtig, die bis zum 30. September des Einschulungsjahres das 6. Lebensjahr vollendet haben. Durch die 2018 gesetzlich eingeführte Flexibilisierung des Einschulungstermins für Kinder (Flexikinder), die zwischen dem 2. Juli und 1. Oktober 6 Jahre alt werden, können die Sorgeberechtigten den Schulbesuch durch eine schriftliche Erklärung bis zum 1. Mai gegenüber der Schule um ein Jahr hinausschieben. Alle schulpflichtig werdenden Kinder müssen untersucht werden, auch wenn die Eltern bereits mitgeteilt haben, dass ihr Kind erst im darauffolgenden Jahr eingeschult werden soll. Flexikinder werden insgesamt zwei Mal im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung untersucht, wenn bei der ersten Untersuchung schulrelevante Auffälligkeiten festgestellt wurden.

Auch jüngere Kinder können durch einen Antrag der Eltern eingeschult werden, wenn der Entwicklungsstand eine erfolgreiche Mitarbeit im ersten Schuljahrgang erwarten lässt. Die Entscheidung über die Einschulung dieser so genannten "Kann-Kinder" trifft die Schulleitung. Auch die Zurückstellung schulpflichtiger Kinder liegt in der Verantwortung der zuständigen Schulleitung.

Aufgrund der Corona-Pandemie konnten und können in vielen Kommunen 2020 und 2021 nicht alle Kinder schulärztlich untersucht werden. Das Niedersächsische Kultusministerium hat für die Schulaufnahme in der Pandemie besondere Regelungen erlassen, die Gültigkeit haben, solange der Schulbetrieb aufgrund der Pandemie Einschränkungen unterliegt.

In Niedersachsen wurde zum Schuljahresbeginn 2013/2014 die inklusive Schule beginnend mit den Schuljahrgängen 1 und 5 eingeführt. Das bedeutet, dass auch die Erziehungsberechtigten von Kindern mit Beeinträchtigungen wählen können, welche Schulform ihr Kind besuchen soll. Die Umsetzung der inklusiven Schule basiert auf der UN-Behindertenrechtskonvention für eine gleichberechtigte Teilhabe in der Gesellschaft, für einen gleichberechtigten, barrierefreien Unterricht. Seit dem Schuljahr 2013/14 sind die Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen im Grundschulbereich vollständig abgebaut worden.

Seit dem 01.03.2020 ist das Masernschutzgesetz in Kraft getreten. Das Gesetz sieht vor, dass alle Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr beim Eintritt in die Krippe, Kita oder Schule die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Masernimpfungen vorweisen müssen.

Auch bei der Betreuung durch eine Kindertagespflegeperson muss in der Regel ein Nachweis über die Masernimpfung erfolgen.

Gleiches gilt für Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen oder medizinischen Einrichtungen tätig sind wie Erzieher, Lehrer, Tagespflegepersonen und medizinisches Personal (soweit diese Personen nach 1970 geboren sind). Auch Asylbewerber und Flüchtlinge müssen den Impfschutz vier Wochen nach Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft aufweisen.

3.2 Ziele und Inhalte der Schuleingangsuntersuchungen

In der Schuleingangsuntersuchung werden die Kinder im Hinblick auf ihren Entwicklungs- und Gesundheitszustand ärztlich untersucht. Hier werden schulrelevante Bereiche besonders berücksichtigt, schulärztliche Empfehlungen über mögliche Hilfen, Förder- und Therapiemaßnahmen gegeben und Eltern beraten. Die Schulen erhalten aus den Untersuchungen schulrelevante Informationen zu jedem Kind, die für eine individuelle Förderung und Planung wichtig und notwendig sind.

Als einzige Untersuchung eines kompletten Jahrgangs erhält man aus den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen Aussagen über den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen einer Jahrgangskohorte. Diese Ergebnisse sind kommunalpolitisch und für die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen von Bedeutung. Ziel ist es, jedem Kind einen guten Start in der Schule zu ermöglichen.

Was wird untersucht?

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung finden die Überprüfung des Seh-, Hör- und Sprachvermögens, eine kurze körperliche Untersuchung sowie die Beurteilung der kognitiven und motorischen Fähigkeiten und des Verhaltens der Kinder statt. Der Impfstatus und die Teilnahme an den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen U1 – U9 werden dokumentiert. Einzelne soziodemographische Angaben (Migrationshintergrund, familiäre Situation etc.), die für die Einschätzung der Situation und der Entwicklungschancen des Kindes durch die untersuchende Schulärztin oder den untersuchenden Schularzt erforderlich sind, werden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung ebenfalls erfasst.

Neben der individualmedizinischen Beurteilung werden schulrelevante Entwicklungsbereiche besonders berücksichtigt und schulärztliche Empfehlungen über mögliche Hilfen und Fördermaßnahmen gegeben. Die Schuleingangsuntersuchung (SEU) basiert auf der Erhebung persönlicher Daten des Kindes und der Eltern und schließt die Beurteilung der folgenden Bereiche ein:

- Hör- und Sehtest
- Körperliche Untersuchung mit Größe und Gewicht unter Berücksichtigung von Wirbelsäule und Haltung
- Impfstatus
- Grobmotorik und Koordination
- Feinmotorik
- Visuomotorische Koordination (Auge-Handkoordination)
- Sprachentwicklung: Sprachvermögen (Verständigungsmöglichkeit auf Deutsch) und Sprachstörung
- Auditive Wahrnehmung
- Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern

- Zahlen- und Mengenverständnis
- Selektive Aufmerksamkeit
- Aufgabenverständnis und Arbeitsverhalten
- Verhalten

In Niedersachsen werden die Einschulungsuntersuchungen nach den Richtlinien von 2 unterschiedlichen Anwendergemeinschaften durchgeführt (Weser-Ems, SOPHIA). Alle Landkreise und kreisfreien Städte sind einem dieser beiden Anwenderkreise angeschlossen.

In Emden wird die Schuleingangsuntersuchung standardisiert nach dem Weser-Ems-Modell mit dem „Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen“ (SOPESS) durchgeführt. Trotz der einheitlichen Arbeitsrichtlinien gibt es in den einzelnen Kommunen Unterschiede im Umfang der Untersuchungen, sodass bei einigen Punkten der Landesvergleich schwierig oder nicht möglich ist.

Die Daten werden anonymisiert ausgewertet. Bei einer Screeninguntersuchung ist eine Empfehlung für eine weitere fachärztliche Abklärung (A-Befund) nicht zwingend mit einem pathologischen Befund gleichzusetzen, da es das Ziel ist, keine gravierenden Einschränkungen zu übersehen.

SOPESS wurde ab 2016 schrittweise übernommen. Dadurch sind zusätzliche Untersuchungsbereiche hinzugekommen (Selektive Aufmerksamkeit, Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern, Mengenerfassung). In diesem Bericht werden nicht alle Bereiche dargestellt. Die Bereiche Grobmotorik und Körperkoordination und Sprache werden anders als in den Vorjahren erfasst.

Bei den Einschulungsuntersuchungen kommt es besonders darauf an, die Auffälligkeiten zu erkennen, die Einfluss auf das Lernen und das Verhalten in der Schule haben können. So sind z.B. Fähigkeiten wie gutes Seh- und Hörvermögen, Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Teilnahme im Unterricht und damit für den späteren Lernerfolg. Sprach- und Sprechstörungen behindern ein Kind in seinen Lernerfolgen. Probleme in der Feinmotorik, der Grobmotorik, im Verhalten und in den Wahrnehmungsbereichen können ebenfalls erhebliche Auswirkungen auf den Schulalltag haben.

In Emden werden die Schuleingangsuntersuchungen im Gesundheitsamt der Stadt Emden durchgeführt. Die Eltern erhalten eine schriftliche Einladung und einen Untersuchungstermin für ihr Kind, mit der Bitte, das Vorsorge- und Impfheft und den zugesandten Vorbereitungsbogen mitzubringen.

3.3 Verfahren der Kompetenzfeststellung

Für den Integrationsprozess ist von großer Bedeutung, dass die neuzugewanderten Kinder und Jugendlichen so schnell wie möglich eine Förderung im Bildungssystem bekommen, die einerseits ihrem Entwicklungs- und Bildungsstand und andererseits ihrem Lernvermögen gerecht wird. Das im Jahr 2017 eingeführte Verfahren dient demzufolge der erstmaligen Feststellung vorhandener Kompetenzen und der Empfehlung der passenden Schulform sowie der Vermittlung eines Platzes in einer entsprechenden Schule. Für die aufnehmenden Schulen soll die Kompetenzfeststellung außerdem eine Hilfestellung sein, um dort erforderliche Fördermaßnahmen besser planen und anbieten zu können. Die Lehrkräfte erhalten Hinweise, die ihnen helfen, auf individuell vorhandene Stärken und Schwächen rechtzeitig einzugehen.

Alle neuzugewanderten Familien mit noch nicht volljährigen Kindern werden durch den Bildungskoordinator schriftlich in ihrer jeweiligen Herkunftssprache ins Gesundheitsamt eingeladen. Hier findet, gekoppelt an die amts- bzw. schulärztliche Untersuchung der Kinder und Jugendlichen, die sogenannte Kompetenzfeststellung statt. Sie besteht aus drei Teilen. Im ersten Schritt werden die Kontaktdaten überprüft, Informationen über die Familie aufgenommen und die Verständigungsmöglichkeiten der Familienmitglieder ermittelt. In Teil 2 des Gesprächs wird die Bildungsbiografie erfragt. Der dritte Teil dient der Information und Aufklärung über das deutsche Gesundheits- und das niedersächsische Schulsystem. Den Eltern werden die in Frage kommenden Schulen vorgestellt, um eine Wahl treffen zu können. Ein durch die Stadt Emden organisierter Dolmetscher begleitet das Verfahren und unterstützt die durch Offenheit, Verständnis und Neugierde geprägte Gesprächsatmosphäre.

Im Anschluss erhält der zuständige Sachbearbeiter in der Schulverwaltung einen Bericht mit der Schulempfehlung und der Elternwahl. Dieser informiert die Schulen und leitet ihnen, sofern die Eltern der Datenübermittlung zugestimmt haben, die Informationen der schulärztlichen Untersuchung zu. Bei Bedarf bekommen die Familien Unterstützung bei der Schulanmeldung.

3.4 Methodische Hinweise

Die bei der SEU erhobenen Daten werden im Fachdienst Gesundheit mit Hilfe des Programms ISGA (Informationssystem Gesundheitsamt) datenschutzrechtlich sicher erfasst und bearbeitet. Wie alle anderen Kommunen stellt die Stadt Emden ihr Datenmaterial anonymisiert für jeden Jahrgang dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA) für die landesweite Auswertung zur Verfügung. Das NLGA führt die verschiedenen Datensätze zusammen, bereinigt und vereinheitlicht die Daten, prüft sie auf ihre Plausibilität und gibt den Jugendärztlichen Diensten der Gesundheitsämter Rückmeldung über besondere Auffälligkeiten. Die ausgewerteten Daten werden den einzelnen Kommunen zur Verfügung gestellt. Auf dieser Grundlage werden einzelne Datensätze noch einmal auf ihre Gültigkeit überprüft und können in den Kommunen genutzt werden.

Dokumentation der Befunderhebung

Wichtig für die Bewertung von Untersuchungsbefunden ist neben der **Häufigkeit** vor allem auch die **Ausprägung** eines Befundes. Die Befundkategorien sind folgendermaßen vorgegeben:

leer = ohne auffälligen Befund: standardisiert untersucht

O = ohne auffälligen Befund: nicht standardisiert untersucht

M = Befund ohne Abklärungsempfehlung: Untersuchung durchgeführt, geringer Befund festgestellt, keine über das Beratungsgespräch durch den Schularzt bzw. die Schulärztin hinausgehende Maßnahme erforderlich

A = Abklärungsempfehlung: Befund bedarf einer weiteren Abklärung, dokumentierte Empfehlung zum Aufsuchen einer entsprechenden niedergelassenen Fachärztin/eines Facharztes, Fachberater/-in oder Gremienvorstellung

B = bereits in Behandlung: bezüglich des untersuchten Items bereits in ärztlicher Behandlung, Betreuung oder Therapie

K = keine Untersuchung/keine Angabe: Untersuchung nicht durchgeführt, Untersuchung vom Kind verweigert oder nicht möglich, keine Untersuchungsergebnisse dokumentiert

Um eine Vergleichbarkeit der Kommunen untereinander zu gewährleisten, werden nicht standardisierte, unauffällige Untersuchungen (O) und Untersuchungen, die nicht durchgeführt werden konnten (K), unter „keine Aussage“ zusammengefasst.

Während eines Durchgangs ist es nicht immer möglich, alle Bestandteile der Untersuchung standardisiert durchzuführen. Dieses kann an der Mitarbeit der Kinder liegen und/oder an den vorhandenen Zeitressourcen. 2019 wurden in Emden bei der auditiven Wahrnehmung und der Grobmotorik mehr Kinder als in den Vorjahren nicht standardisiert untersucht aber als unauffällig bewertet. Im Rahmen des Kompetenzfeststellungsverfahrens wurden 2018/19/20 deutlich mehr Kinder als zuvor für eine Schulaufnahme untersucht bei gleichbleibenden Personalressourcen. Aus diesem Grund konnten die oben genannten Untersuchungssitems nicht vollständig nach den vorgegebenen Standards durchgeführt werden.

Definition und Erfassung des Migrationshintergrundes des Kindes

Viele Statistiken und Datenanalysen differenzieren nach Menschen mit deutscher und Menschen mit einer anderen Staatsangehörigkeit. Hiermit allein kann der Personenkreis der Zuwanderinnen und Zuwanderer und deren Nachkommen nicht mehr hinreichend dargestellt werden, daher wird in zahlreichen Statistiken auch das Merkmal des Migrationshintergrundes aufgeführt. Der Begriff bezeichnet Menschen mit eigener oder familiärer Zuwanderungsgeschichte. Hierzu zählen neben Ausländer*innen auch Deutsche, die selbst oder deren Eltern zugewandert sind (siehe hierzu auch die Schaubilder im Basisbericht Sozialplanung, S.53 und im Migrations- und Teilhabebericht 2019, S.12).

Bei Aussagen, die diesem Merkmal zugeordnet werden, ist prinzipiell zu beachten, dass keine verbindliche und einheitliche Definition des Begriffs besteht. Daten aus verschiedenen Fachstatistiken (z.B. amtliche Bevölkerungsstatistik, Jugendhilfestatistik, Schulstatistik) können daher gegebenenfalls nicht unmittelbar miteinander verglichen werden.

Für die SEU in Niedersachsen wurde eine vorläufige Definition des Migrationshintergrunds erarbeitet.

Demnach liegt ein Migrationshintergrund vor, wenn einer der folgenden Fälle zutrifft:

- ein Elternteil und das Kind wurden nicht in Deutschland geboren
- beide Eltern wurden nicht in Deutschland geboren
- beide Eltern sind nicht deutscher Staatsangehörigkeit.

Für den Fall, dass beide Eltern unterschiedlicher nicht deutscher Herkunft sind, wird dem Kind die ethnische Zugehörigkeit der Mutter zugeordnet.

Um die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund genauer beschreiben zu können, werden die Nationalität/das Herkunftsland und definierte Herkunftsregionen genutzt.

Da dem Konzept für die integrierte Berichterstattung folgend auch in diesem Bericht auf den Basisbericht Sozialplanung als grundlegendes Datenwerk verwiesen wird, sei an dieser Stelle noch einmal erwähnt, dass die Grundgesamtheit der Kinder mit Migrationshintergrund aus der SEU nicht mit den ermittelten Daten zum Migrationshintergrund aus der kommunalen Statistikstelle verglichen und verrechnet werden kann.

4 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2020

4.0 Zusammenfassung

Gesamtergebnis

Gesetzliche Änderungen und die Neuzuwanderungswelle haben in den vergangenen Jahren Einfluss sowohl auf den Umfang und die Organisation als auch auf die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen genommen. Die Zahl der Untersuchungen ist in den vergangenen 10 Jahren durch Zweituntersuchungen und das Kompetenzfeststellungsverfahren gestiegen. Dies bedeutet über ein Jahr betrachtet einen deutlichen Mehraufwand.

Vorsorge

- Bei der Untersuchung 2020 wurden wie im Vorjahr wieder mehr Untersuchungshefte vorgelegt. 2018 war der Großteil fehlender Vorsorgehefte noch auf die Flüchtlingssituation zurückzuführen. Seitdem lässt sich beobachten, dass bei Familien mit Migrationshintergrund eher weniger und bei einheimischen Familien eher mehr Vorsorgedokumente fehlten.

Impfungen und vollständige Grundimmunisierung:

- Der Anteil der vorgelegten Impfpausweise ist seit dem Jahr 2017 insgesamt gestiegen.
- In den vergangenen beiden Jahren gilt dies auch für die neuzugewanderten Kinder und somit auch für die Gesamtheit der Kinder mit Migrationshintergrund.
- Ein positiver Trend zeigt sich bei der Grundimmunisierung: 2020 ist der Anteil vollständig geimpfter Kinder im Vergleich zum Vorjahr nochmals (z.T. deutlich) gestiegen.
- Im Landesvergleich einzelner Impfungen lag Emden 2019 leicht unter oder im Durchschnitt. Bei den Meningokokken und Varizellen lagen die Werte oberhalb des Landesmittels.

Verständigungsmöglichkeiten/ Deutschkenntnisse

- Das Sprachvermögen hat in den letzten 10 Jahren abgenommen. Fast 40% der Kinder hatten 2020 unterschiedlich starke Verständigungsschwierigkeiten.
- Der Anteil der Kinder die vor dem Schuleintritt sehr fehlerhaft, nur bruchstückhaft oder gar kein Deutsch sprachen, ist hoch, aber seit 2018 wieder leicht gesunken.
- Mangelnde Deutschkenntnisse treten aber nicht nur bei den Kindern mit Migrationshintergrund auf. Bei den Untersuchungen 2019 gab es auffällig viele deutschstämmige Kinder mit großen Verständigungsschwierigkeiten, demgegenüber nahm der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die gar kein Deutsch sprachen, stark ab.
- In drei Schulen sprachen nur rund 60% der Kinder oder weniger (min= 33%) fehlerfrei deutsch.

Sprachstörung:

Störungen in der Sprach- und Sprechentwicklung können sich in unterschiedlichen Bereichen in unterschiedlicher Ausprägung zeigen. Häufige Störungsbilder betreffen die Artikulation, Grammatik, Sprechmotorik, Redefluss und Stimmbildung.

- Auch bei den Sprachstörungen ist seit 2010 eine Zunahme zu erkennen. Allerdings schneidet das schlechteste Untersuchungsergebnis in Emden aus dem Jahr 2019 besser als der Landesvergleich ab.
- In Emden haben Kinder mit Migrationshintergrund deutlich mehr Abklärungsempfehlungen erhalten. Hier spielen wiederum die teilweise schlechteren Verständigungsmöglichkeiten eine Rolle, weshalb häufiger eine weitere Diagnostik und Beratung empfohlen wird. Sprechen Kinder sehr fehlerhaft oder gar kein Deutsch, kann die Beurteilung nicht oder erschwert nach dem Standardverfahren erfolgen und werden häufig unter „keiner Aussage“ notiert. Die Anzahl nicht standardisiert durchgeführter Untersuchungen ist im Jahr 2019 besonders hoch.

Sehen und Hören

- Im Sehvermögen lässt sich im Zeitverlauf ein leicht positiver Entwicklungstrend beobachten. Beim Sehtest in Emden zeigt sich eine leichte Zunahme der Abklärungsempfehlungen, bei gleichzeitiger Abnahme bereits in Behandlung befindender Kinder. Die Entwicklung spiegelt sich auch im Landesvergleich wider.
- Die Beurteilung des Hörvermögens hat sich in den vergangenen Jahren wieder verbessert und nähert sich dem positiven Ergebnis aus dem Referenzjahr 2010 an.
- Lediglich 2019 fielen die Ergebnisse leicht aus dem Rahmen, da mehr milde Befunde und Abklärungsempfehlungen verzeichnet wurden. Dadurch fielen die Ergebnisse im Landesvergleich 2019 auch leicht unterdurchschnittlich aus. Im Jahr 2020 zeigt sich wieder ein besseres Ergebnis, da weniger Auffälligkeiten festgestellt wurden.

Grob-, Fein- und Visuomotorik:

- Bei der Grobmotorik (Körperkoordination und Gleichgewicht) bewegt sich der Anteil der unauffälligen Kinder im Durchschnitt der letzten Jahre. Der Anteil der Kinder mit einem Befund ist in den vergangenen 2 Jahren leicht gestiegen.
- Auch bei der Feinmotorik (Überprüfung der Hand-Auge-Koordination, Stiftführung- und -haltung) liegen die unauffälligen Befunde in den letzten Jahren in etwa gleich. Es fällt nur ein leichter Anstieg milder Befunde auf, der allerdings darauf zurückzuführen ist, dass die Abklärungsempfehlungen bis 2017 zu hoch ausfielen und nach Überprüfung den milden Befunden zugeordnet wurden. Im letzten Untersuchungsjahr 2020 stiegen zuletzt auch die Abklärungsempfehlungen wieder leicht an. Im Landesvergleich zeigten die Emder Kinder in der Feinmotorik auffälligere Befunde.
- Auch die Ergebnisse der Visuomotorik (Kordinierung des Sehens mit den Bewegungen des Körpers) fallen im Landesvergleich unterdurchschnittlich aus. Der Anteil der Kinder ohne Befund hat seit 2018 wieder abgenommen, im gleichen Zeitraum haben die Befunde ohne Abklärungsempfehlung entsprechend zugenommen. Im Vergleich zum Jahr 2016 hat sich der Wert mehr als verdoppelt.

Auditive Wahrnehmung

- In den vergangenen zwei Jahren lassen sich vermehrt Kinder mit Auffälligkeiten in der auditiven Wahrnehmung feststellen.
- Bei der auditiven Wahrnehmung wurde ein Vergleich mit Weser-Ems herangezogen, da die Auswertung im Landesvergleich nach anderen Kriterien beurteilt wurde.
- Auch hier zeigten sich leicht unterdurchschnittliche Ergebnisse, die jedoch unter Berücksichtigung der hohen Anzahl nicht standardisierter Untersuchungen in Emden zu betrachten sind.

Gewicht

- Emden hat mehr normalgewichtige und übergewichtige Kinder als im Landesdurchschnitt. Bei der letzten SEU 2020 war die Zahl der adipösen Kinder vergleichsweise hoch, der Anteil Normalgewichtiger hat wieder abgenommen.
- Der Anteil untergewichtiger Kinder fällt im Landesvergleich niedriger aus. Im Zeitverlauf ist aber auch zu erkennen, dass die Zahl der stark untergewichtigen Schulanfänger*innen (auf niedrigem Niveau) zugenommen hat.
- An drei Grundschulen hat mind. jedes vierte untersuchte Kind kein Normalgewicht.

Verhalten

- Auffälliges Verhalten nimmt insgesamt zu und es werden gleichzeitig mehr Abklärungsempfehlungen ausgesprochen. Im Landesvergleich 2019 fielen die Auffälligkeiten im Verhalten deutlich niedriger aus.
- Eltern beurteilen das Verhalten ihrer Kinder häufig positiver als medizinisches und pädagogisches Fachpersonal. Dieses lässt sich aus Vergleichen der fachlichen Bewertung und der Auswertung der Elternfragebögen zu den Stärken und Schwächen ihrer Kinder (SDQ Fragebogen) ablesen.
- An drei Schulen tritt auffälliges Verhalten gehäuft auf. Der niedrigste Anteil verhaltensunauffälliger Kinder in einer Schule lag bei 64% (Durchschnitt=75%; Maximum=88%).

Gesundheit der neuzugewanderten Kinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung

Das Verfahren zur Kompetenzfeststellung erweitert das Wissen über die familiäre Situation und den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen, die in das Schulsystem eintreten. Die Daten für eine noch vergleichsweise kleine Teilgruppe an neuzugewanderten Kindern (45), die vor dem Schulstart standen, sind erstmalig auch gesondert ausgewertet. Bei dem Vergleich zur Gesamtgruppe lässt sich kein grundlegend anderer Gesundheitszustand feststellen. Allerdings muss beachtet werden, dass die Abklärungsempfehlungen bei den neuzugewanderten Kindern zum Teil deutlich höher ausgefallen sind. In den meisten Fällen wurden (auch bedingt durch die Flüchtlingssituation) keine Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt. Anders ist es bei den in Deutschland geborenen Kindern (mit und ohne Migrationshintergrund), die nach der

Geburt und in der frühkindlichen Phase in der Regel untersucht und beobachtet wurden und folglich auch häufiger in Behandlung oder in Fördermaßnahmen sind.

- Insgesamt unterscheiden sich die Ergebnisse für diese Kinder also nur in wenigen Teilbereichen von der Gesamtheit aller neueingeschulten Jungen und Mädchen. Wo Unterschiede festgestellt wurden, muss dies aufgrund der noch schwachen Datenbasis als Momentaufnahme betrachtet werden.
- In den Bereichen Fein- und Visuomotorik blieben weniger neuzugewanderte Kinder ganz ohne Befund. Bei der Feinmotorik wurden vergleichsweise viele milde Befunde festgestellt. Bei der Visuomotorik hingegen wurden viele Abklärungsempfehlungen ausgesprochen.
- Im Vergleich zur Gesamtgruppe erhalten neuzugewanderte Kinder deutlich häufiger eine Empfehlung zur weiteren augenärztlichen Abklärung. Auch beim Hörvermögen erhalten Neuzugewanderte häufiger eine Abklärungsempfehlung. Hier ist die Differenz zur Gesamtgruppe geringer als beim Sehen.
- Der Anteil Normalgewichtiger ist in dieser Gruppe etwas geringer, es gibt dafür relativ gesehen mehr (stark) untergewichtige Kinder (die Fallzahlen sind allerdings sehr gering).
- Beim Verhalten konnten rund ein Viertel der Kinder nicht nach dem Standardverfahren untersucht werden, wodurch ein Vergleich zur Gesamtgruppe schwer zu beurteilen ist.

Zahngesundheit

Die Zahngesundheit steht in engem Zusammenhang mit der Zahngruppenprophylaxe, die in Emden seit 25 Jahren durchgeführt wird.

- Insgesamt lässt sich feststellen, dass die KiTa-Kinder und Grundschüler ihre Zähne sehr viel besser pflegen und daher größere Chancen haben, von teuren und schmerzhaften Zahnsanierungen im Erwachsenenalter verschont zu bleiben.
- Der Anteil der Kinder mit einem gesunden Gebiss hat merklich zugenommen, zum Schulstart werden weniger Kinder mit einem kariösen Gebiss gezählt.
- Gleichwohl ist besorgniserregend, dass im Widerspruch dazu, das Kariesrisiko bei einigen Gruppen, vor allem bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien steigt.
- Vermehrt lässt sich – wie auch in anderen Kommunen - bei einzelnen Kindern ein starker Kariesbefall schon der Milchzähne beobachten.

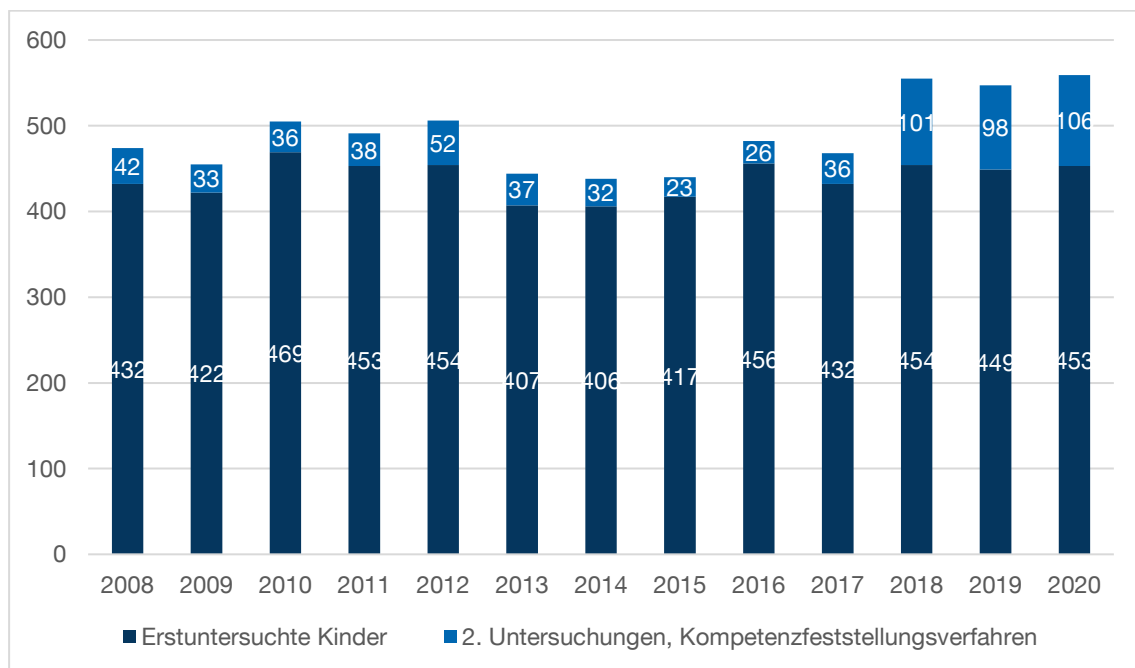
4.1 Beschreibung des Untersuchungsjahrgangs

4.1.1 Grundgesamtheit der Kinder in der Schuleingangsuntersuchung

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung beziehen sich auf die zum ersten Mal untersuchten Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung im Alter von 6 Jahren. **Im Jahr 2020 befanden sich 453 Mädchen und Jungen im Übergang von der Kita zur Schule.**

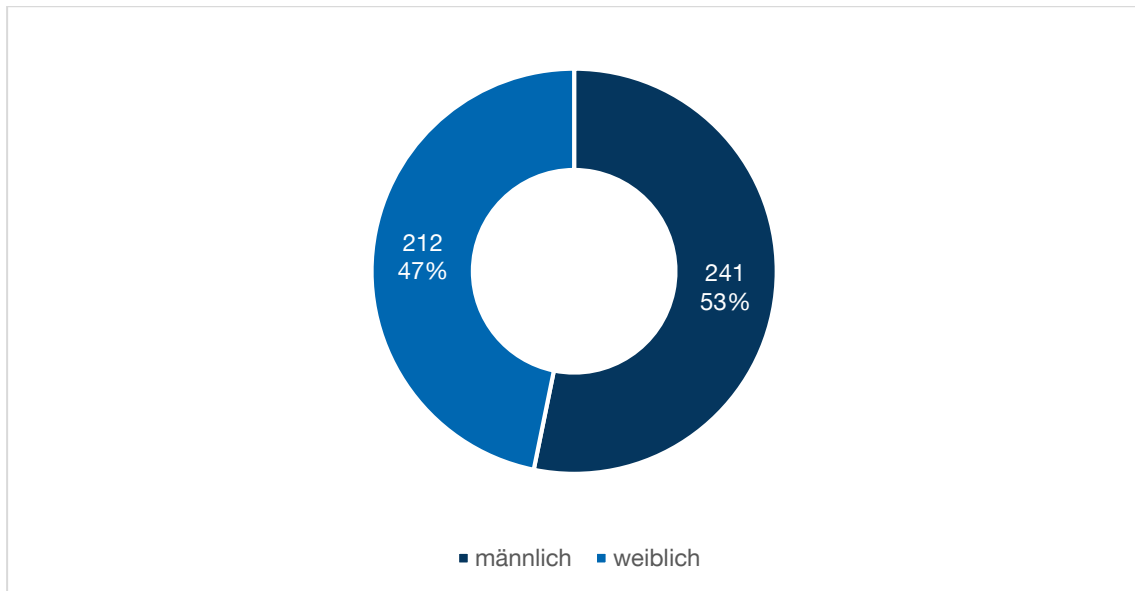
Die tatsächliche Anzahl der untersuchten Kinder ist stets höher als die Anzahl der erstmalig untersuchten Kinder, weil Kinder, die für ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt werden, im darauffolgenden Jahr ein zweites Mal untersucht werden. Kinder, bei denen in der ersten Untersuchung deutlich erhöhte Förder- oder Therapiebedarfe festgestellt werden, werden in Einzelfällen, nach Einleitung der Maßnahme, vor der Einschulung zu einer Nachuntersuchung eingeladen. Seit Juli 2017 findet in Emden im Rahmen eines neu eingeführten Kompetenzfeststellungsverfahrens eine schulärztliche Untersuchung für neu zugewanderte Kinder und Jugendliche statt. Diese Kinder finden sich alle in der Gesamtzahl der untersuchten Kinder wieder.

Abbildung 5: Anzahl der untersuchten Kinder seit 2008



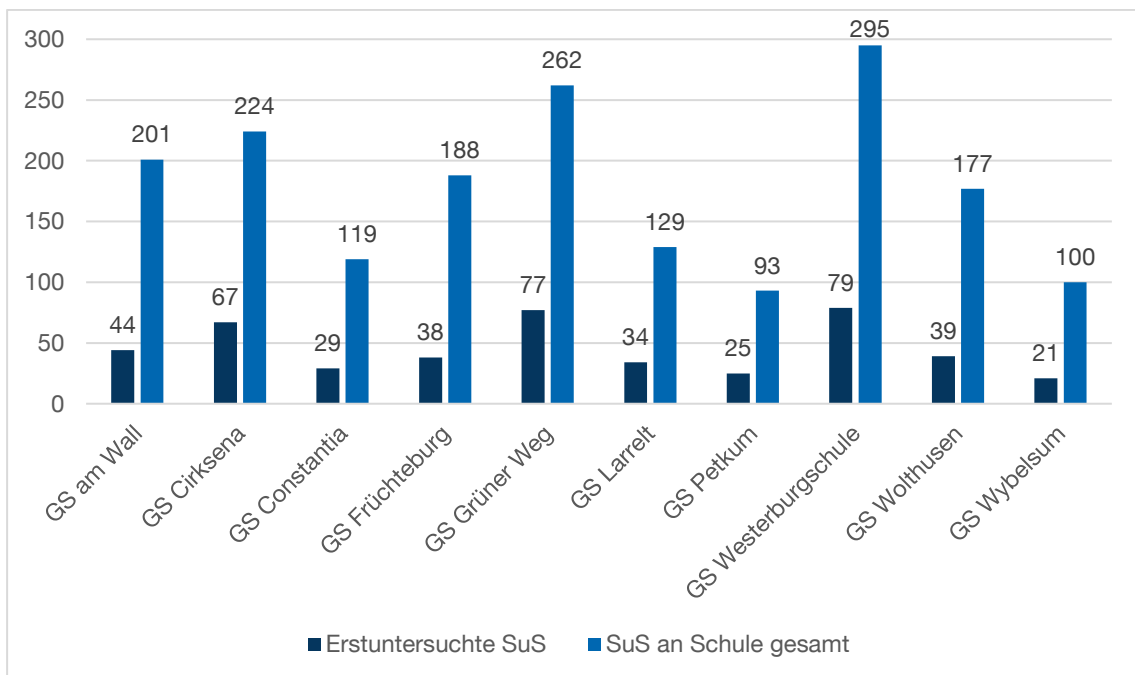
Im Berichtsjahr 2020 wurden insgesamt 559 Kinder untersucht, bei rund 81% handelt es sich um eine Erstuntersuchung zum Schuleinstieg. Die Erstuntersuchungen sind im Vergleich mit dem Jahr 2009 um 7,3 % gestiegen (2009=422 Kinder), allerdings schwankt die Anzahl in den vergangenen 10 Jahren (siehe Abbildung 5) und liegt in den letzten 3 Jahren auf einem überdurchschnittlich hohen Niveau. Die Gesamtzahl der untersuchten Kinder ist im gleichen Zeitraum dagegen um rund 22% gestiegen. Hier ist insgesamt ein Trend zur Zunahme an Untersuchungen mit einem entsprechenden Mehraufwand zu erkennen.

Abbildung 6: Geschlecht der erstuntersuchten Kinder



Bei den erstuntersuchten Kindern im Untersuchungsjahr 2020 ist bei dem Verhältnis zwischen Jungen und Mädchen ein leichter Überhang an Jungen (53% zu 47%) zu erkennen.

Abbildung 7: Schülerinnen und Schüler an der Grundschulen im Schuljahr 2020/21



Das Verhältnis zwischen der Schülerschaft der gesamten Schule und den erstuntersuchten Schüler*innen der Schulen beträgt insgesamt 25,3%, es variiert allerdings zwischen einzelnen

Schulen. So entsprechen beispielsweise die erstuntersuchten Kinder an der Grundschule Wybelsum sowie der Grundschule Fruchteburg in etwa einem Fünftel, an der Grundschule Cirksena und Grüner Weg hingegen knapp einem Drittel der Schülerschaft. Aufgrund der unterschiedlichen Anzahl an Schüler*innen werden bei den schulspezifischen Auswertungen neben Prozentangaben auch immer die absoluten Werte angegeben, um die Gruppengröße besser einschätzen zu können.

Schulärztliche Zurückstellungsempfehlungen

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen erfolgt eine Beratung hinsichtlich notwendiger Förder- und Unterstützungsmaßnahmen im Hinblick auf die bevorstehende Schulaufnahme. Die Schulen erhalten schulrelevante Informationen zu jedem Kind. Diese Informationen sind zur individuellen Förderung und für die schulischen Planungen erforderlich. Jedes schulpflichtige Kind hat einen Rechtsanspruch auf eine Beschulung, unabhängig von körperlichen oder geistigen Einschränkungen. In einzelnen Fällen kann es sein, dass ein Kind noch keine Schulbereitschaft zeigt oder dass ein Kind aus schulärztlicher Sicht noch nicht als schulfähig eingeschätzt wird. **Diese Einschätzung wird immer mit den Eltern/Erziehungsberechtigten besprochen und eine entsprechende Empfehlung hinsichtlich der Schulfähigkeit an die zuständige Grundschule gegeben.**

In Emden gibt es eine sehr enge Zusammenarbeit des Gesundheitsamtes mit den Grundschulen und Kindertagesstätten. Es werden in Einzelfällen unter Berücksichtigung der schulärztlichen Empfehlungen zusätzliche pädagogische Beratungen durch die aufnehmende Grundschule durchgeführt und/oder Möglichkeiten besonderer Förder- und Unterstützungsmaßnahmen abgesprochen. **Die Entscheidung über eine Zurückstellung liegt letztendlich in der Verantwortung der Schule und kann von der schulärztlichen Empfehlung abweichen.**

In den Auswertungen der Einschulungsdaten werden die schulärztlichen Empfehlungen hinsichtlich der Einschulung oder der Zurückstellung erfasst. Für die Planungen der Einschulungsuntersuchungen im Folgejahr teilen die Emdener Grundschulen dem Emdener Gesundheitsamt mit, welche Kinder zurückgestellt wurden.

Tabelle 1: Schulärztliche Zurückstellungsempfehlungen nach aufzunehmender Einrichtung

	empfohlene Einrichtung				Zurückstellungsempfehlung		SEU absolut
	Regelkindergarten	Sprachheilkindergarten	Heilpädagogischer Kindergarten	Förderkind/Integrationskind in Kindergarten mit Förder-/Integrationsgruppe	Zurückstellung absolut	Zurückstellung in %	
2016	27	6	1	2	36	7,9	456
2017	22	6	0	7	35	8,1	432
2018	36	4	1	1	42	9,3	454
2019	56	3	1	0	60	13,4	449
2020	69	3	1	4	77	17,0	453

Aus der Tabelle geht hervor, dass seit der 2018 gesetzlich eingeführten Flexibilisierung des Einschulungsalters, mit der Möglichkeit, dass die Sorgeberechtigten die Einschulung um ein Jahr hinausschieben können, deutlich mehr schulpflichtige Kinder als in den Vorjahren vom Schulbesuch zurückgestellt werden. Der größte Teil der Kinder verblieb nach der empfohlenen Zurückstellung im Regelkindergarten.

Die folgende Tabelle zeigt, wie viele Kinder 2020 vom Schulärztlichen Dienst der Stadt Emden die Empfehlung einer Zurückstellung erhalten haben und wie viele Kinder tatsächlich von den Schulen zurückgestellt wurden.

Tabelle 2: Empfohlene Zurückstellungen aus ärztlicher Sicht und Zurückstellungen der Grundschulen

2020	Anzahl der (empfohlenen) Zurückstellungen	davon Flexikinder	gesamt Flexikinder
empfohlene Zurückstellung (Schulärztlicher Dienst)	77	59	116
Zurückstellung der Grundschulen	83	61	

Insgesamt fallen 116 Kinder in den flexiblen Einschulungszeitraum (siehe Kapitel 3.1). Rund 53% der Flexikinder wurden für ein Jahr vom dem Schulbesuch zurückgestellt und besuchen weiterhin eine vorschulische Einrichtung. Die übrigen 47% der Flexikinder wurden eingeschult. Zusätzlich zu den 61 zurückgestellten Flexikindern wurden 22 schulpflichtige Kinder außerhalb des flexiblen Einschulungszeitraums zurückgestellt.

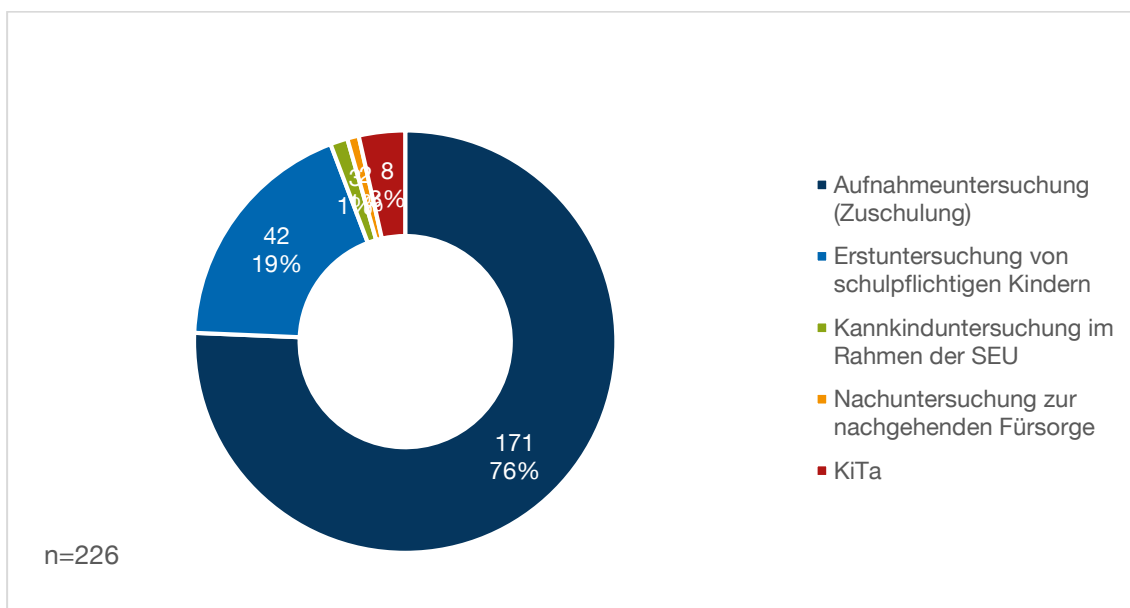
Letztendlich wurden sechs Kinder mehr zurückgestellt, als vom schulärztlichen Dienst empfohlen. Ein Probevergleich ergab allerdings eine größere Abweichung. Das bedeutet einerseits, dass (mit Einschränkungen) als schulfähig beurteilte Kinder durch die Schulleitungen nach pädagogischer Beratung und im Einvernehmen mit den Sorgeberechtigten vom Schulbesuch zurückgestellt wurden. Andererseits sind Kinder eingeschult worden, für die vom schulärztlichen Dienst eine Zurückstellung empfohlen wurde.

4.1.2 Untersuchte Kinder im Rahmen der Kompetenzfeststellung

Das Kompetenzfeststellungsverfahren ermöglicht, das Bild der Gesundheit von Kindern (und Jugendlichen) beim Übergang in die Schule zu vervollständigen. Im vorliegenden Bericht sind die Untersuchungen in diesem Verfahren aus 2018, 2019 und 2020 zusammengefasst. Jahresspezifische Besonderheiten werden dadurch abgeschwächt und Ergebnisse zu dieser Gruppe sind aussagekräftiger. Das gilt insbesondere für die 45 Kinder (davon 24 in 2018, 8 in 2019 und 13 in 2020), die vor dem Start in die Schule standen und eine ordentliche Schuleingangsuntersuchung mitgemacht haben. Bei einigen Untersuchungsbereichen wurden speziell für diese Teilgruppe Auswertungen vorgenommen und die Ergebnisse im Vergleich zur Gesamtheit aller neu eingeschulten Kinder betrachtet.

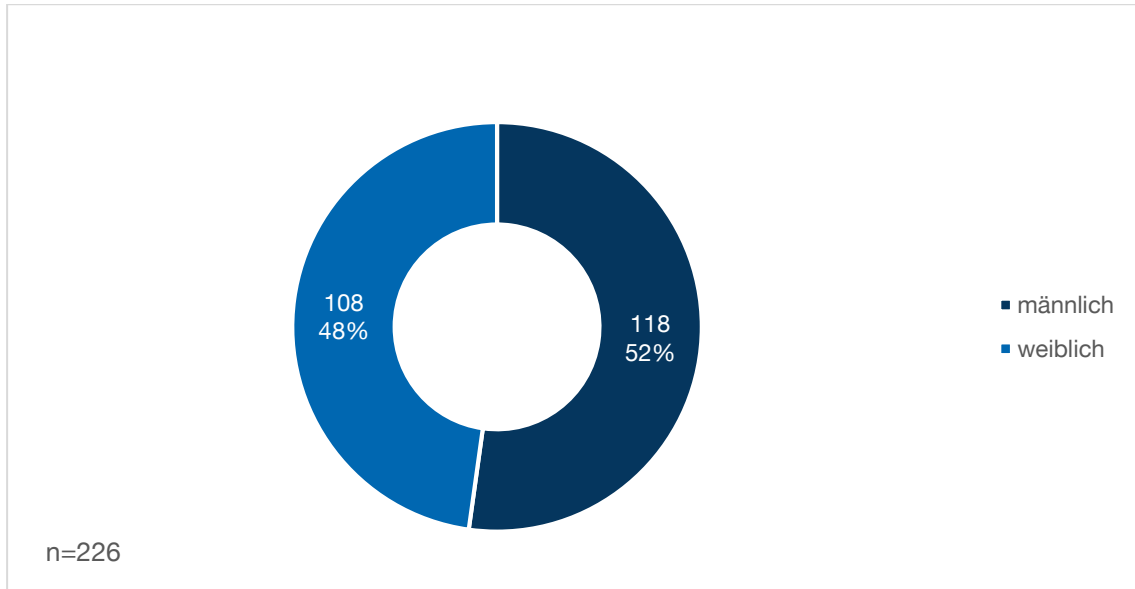
Insgesamt sind in 3 Jahren 226 Kinder und Jugendliche aus verschiedenen Altersgruppen zur Kompetenzfeststellung eingeladen und untersucht worden (2018 = 91 Untersuchungen, 2019 = 61, 2020=74 Untersuchungen).

Abbildung 8: Anteil der Untersuchungsarten bei den neuzugewanderten Kindern



Bei der großen Mehrheit der Kinder, rund drei Viertel (171), erfolgte eine Untersuchung für die sogenannte Zuschulung (Integration in einem altersgerechten Jahrgang einer allgemeinbildenden Schule). Der Anteil der regulären Eingangsuntersuchungen lag dagegen bei 20%. Davon waren 42 Kinder im schulpflichtigen Alter (Erstuntersuchungen), 3 Kinder zählten zu den sogenannten „Kann-Kindern“ (siehe S.10). 5% der Kinder waren noch nicht im schulpflichtigen Alter. Sie erhielten eine Empfehlung für die Integration in eine Kita und eine Gesundheitsberatung.

Abbildung 9: Geschlecht der Kinder und Jugendlichen bei der Kompetenzfeststellung



Bei den in der Kompetenzfeststellung untersuchten Kindern und Jugendlichen waren 118 männlich und 108 weiblich. Wie bereits im vorangegangenen Kapitel des Einschulungsjahrgangs festgestellt, lässt sich auch bei den untersuchten neuzugewanderten Kindern ein leichter Jungenüberhang erkennen.

Abbildung 10: Altersgruppen der in der Kompetenzfeststellung untersuchten Kinder und Jugendlichen

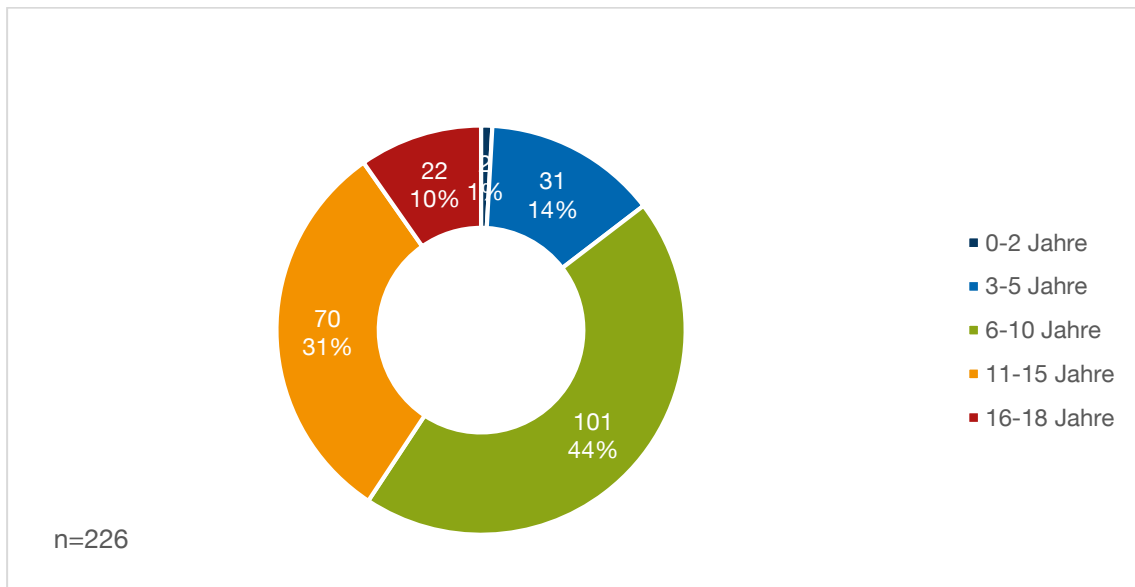


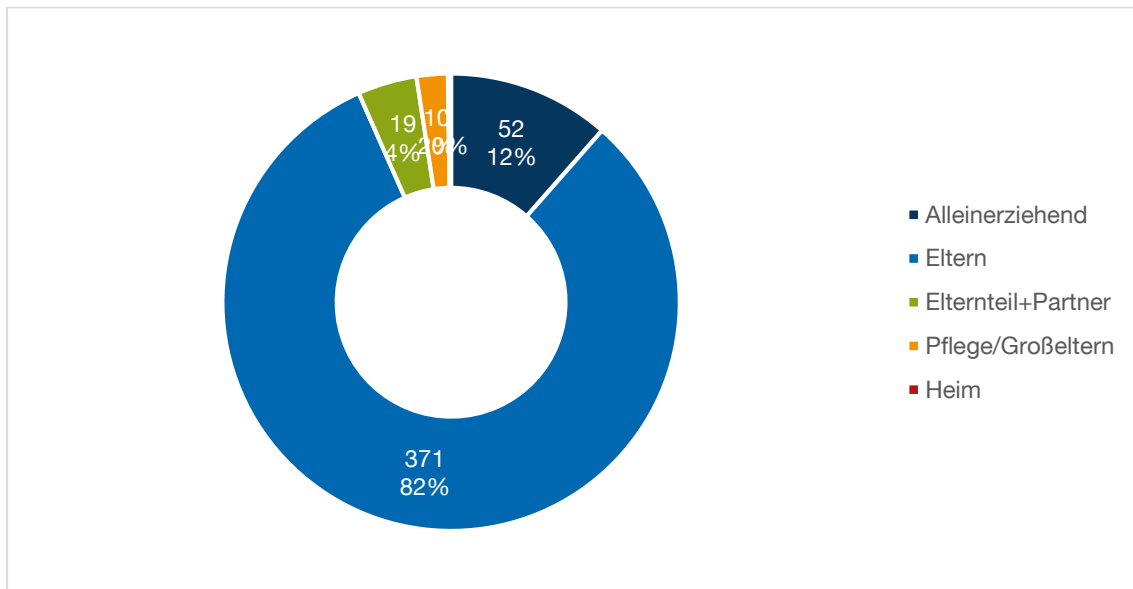
Abbildung 10 zeigt die Altersverteilung der untersuchten neuzugewanderten Kinder und Jugendlichen. Hierdurch wird sichtbar, in welcher Entwicklungsphase sich die Untersuchten befanden und in welchem Lebensabschnitt die Integration in das Bildungssystem erfolgte. Erkennbar ist, dass die Altersgruppe 6-10 Jahre mit 44% am stärksten vertreten war. Unter Berücksichtigung

der angrenzenden Altersjahrgänge ging es also bei etwas weniger als der Hälfte aller Kompetenzfeststellungen um den Übergang oder die Integration in die Grundschule. Etwas mehr als ein Viertel der untersuchten Kinder und Jugendlichen waren zwischen 11 und 15 Jahren und stiegen in eine weiterführende Schule der Sekundarstufe I ein. 10% der Kinder und Jugendlichen lagen im Altersbereich der Sekundarstufe II. Eine etwas größere Gruppe von 14% bildeten jüngere Kinder im Kindergartenalter. Den geringsten Anteil (nur 1%) stellt die Altersgruppe der 0-2-Jährigen dar.

4.1.3 Familienstruktur

Die Kenntnis über die Familienkonstellation, in der ein Kind aufwächst, kann für die Beratung der Eltern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wichtig sein und hilft als Hintergrundinformation, um genaue Empfehlungen geben zu können.

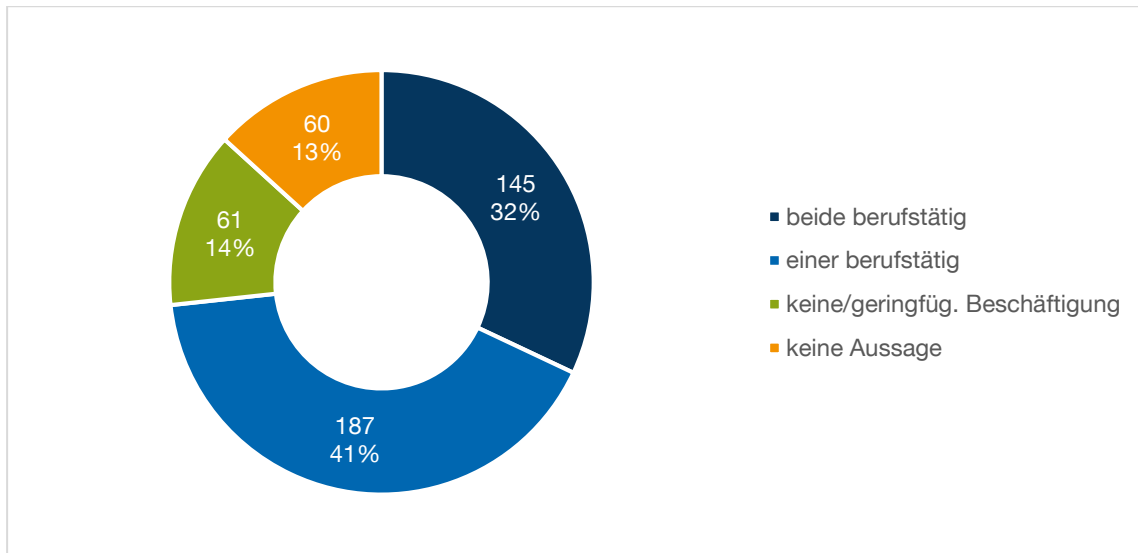
Abbildung 11: Familiäre Situation der Einschulungskinder



Für alle der 453 erstuntersuchten Kinder wurden Angaben zur familiären Situation gemacht. Überwiegend wuchsen die Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung in Familien mit beiden Eltern (82%) auf. In einem Alleinerziehenden-Haushalt lebten 12% der Kinder. Der Anteil der Kinder, die bei einem Elternteil mit Partner*in lebten, betrug 4%. 10 Kinder (2%) lebten bei den Pflege- oder Großeltern und 1 (0,2%) Kind lebte in einem Heim. (vgl. Abb. 11).

Die Berufstätigkeit der Eltern gibt Hinweise darauf, wie bzw. von wem das Kind außerhalb der Unterrichtszeiten in der Schule betreut werden kann. Gehen beide Eltern beispielsweise einer Vollzeitbeschäftigung nach, benötigt das Kind möglicherweise zusätzliche Hilfestellung bei schulischen Aufgaben. In solch einem Fall würde den Eltern je nach Bedarf eine zusätzliche Betreuungsmöglichkeit (wie z.B. Hausaufgabenbetreuung) für ihr Kind empfohlen werden.

Abbildung 12: Berufstätigkeit der Eltern der untersuchten Kinder

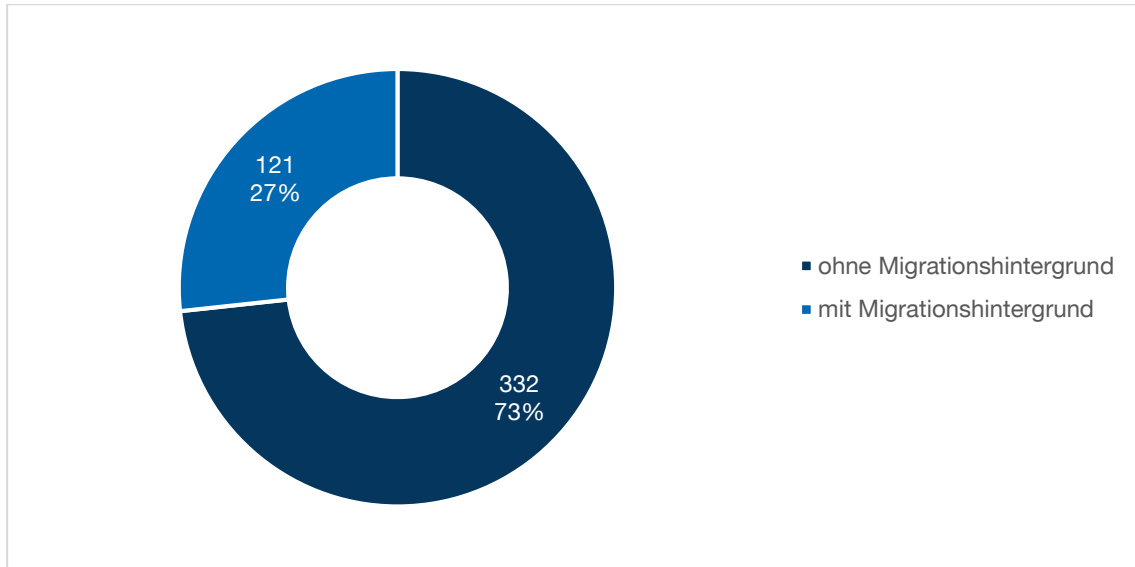


Bei 87% der zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellten Kinder haben die Eltern Angaben zur eigenen Berufstätigkeit gemacht. In 32% der Haushalte waren beide Eltern entweder Teilzeit oder Vollzeit berufstätig. Der Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr um 10% gesunken. Bei rund 41% der Familien war nur ein Elternteil berufstätig. 14% der Eltern gaben an, beide entweder geringfügig beschäftigt zu sein und/oder keiner Tätigkeit nachzugehen (vgl. Abb.12). Die Angaben geben erste Hinweise darauf, dass der Betreuungsbedarf durch die Berufstätigkeit oder fehlende Beschäftigung der Eltern eher gestiegen ist.

4.1.4 Herkunft

Über die festgestellte Herkunft können Aussagen über die ethnische und kulturelle Vielfalt des aufzunehmenden Jahrgangs insgesamt und in den einzelnen Schulen gemacht werden. Sie wird über den Migrationshintergrund und die Nationalität ausgedrückt. Der Migrationshintergrund kann in verschiedenen Bereichen durchaus Einfluss auf das Untersuchungsergebnis nehmen, wie zum Beispiel bei der Vorlage eines Untersuchungsheftes. Auch das Sprachvermögen bzw. die Verständigungsmöglichkeiten können unter Umständen bei Kindern mit Migrationshintergrund geringer sein, bei neuzugewanderten Kindern ist dies zwangsläufig der Fall. Allerdings ist diese Gruppe so unterschiedlich, dass Rückschlüsse aus der Herkunft auf die einzelnen Untersuchungsergebnisse nur sehr eingeschränkt möglich sind. So kann ein Kind mit Migrationshintergrund hervorragend deutsch sprechen, während ein Kind ohne Zuwanderungsgeschichte durchaus Schwierigkeiten in der Verständigung haben kann, ohne dass dabei eine Sprachstörung besteht.

Abbildung 13: Migrationshintergrund der erstuntersuchten Kinder



Entsprechend der Definition des Migrationshintergrunds (siehe S.14f.) wurde bezogen auf die gesamte Untersuchungsgruppe für 73% der Kinder kein Migrationshintergrund und für 27% der Kinder ein Migrationshintergrund angegeben.

Abbildung 14: Migrationshintergrund der erstuntersuchten Kinder nach den zuwanderungsstärksten Ländern

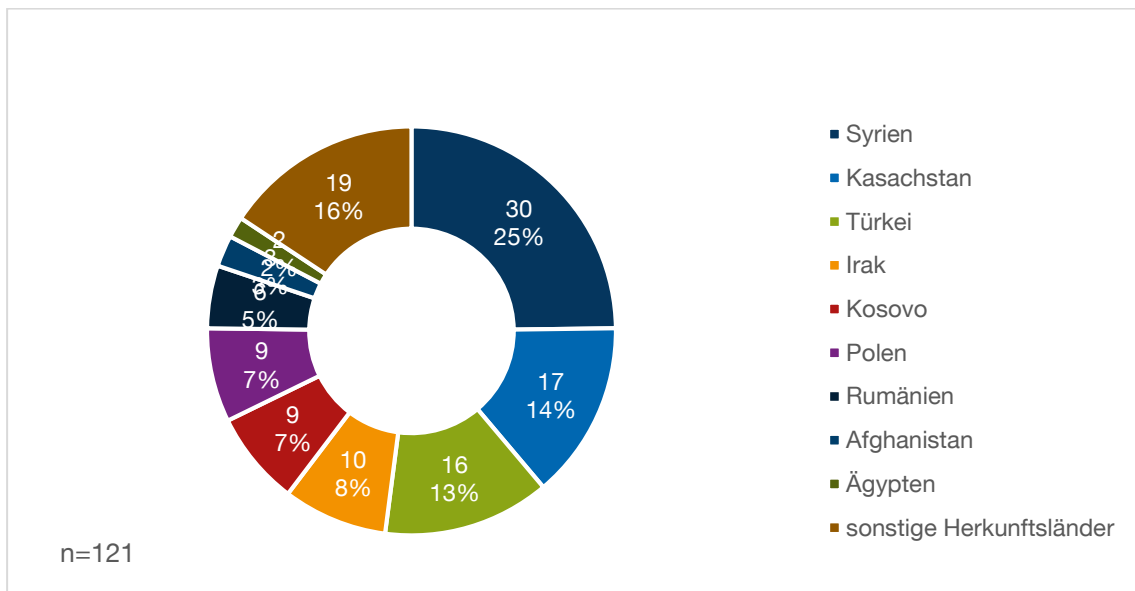
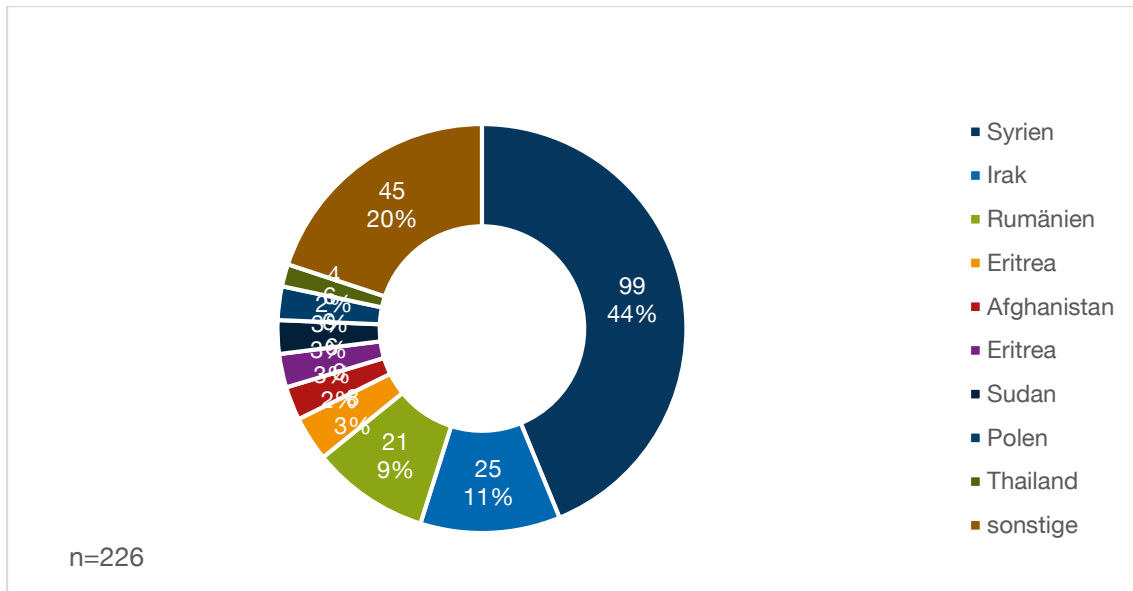


Abbildung 14 zeigt die Herkunft der Kinder differenzierter. Rund die Hälfte der 121 Kinder mit Migrationshintergrund deren Herkunftsland eindeutig festgestellt wurde, stammen aus Syrien, Kasachstan, der Türkei, Irak und Kosovo. Die Verteilung entspricht in etwa der Neuzuwanderung aus den zuwanderungsstärksten Staaten. Sie gibt Aufschluss darüber, welche sprachlichen und kulturellen Hintergründe bei der Einschulung und Integration in das Schulsystem beachtet werden müssen.

Abbildung 15: Nationalität der neuzugewanderten Kinder und Jugendlichen in der Kompetenzfeststellung



Im Rahmen der Kompetenzfeststellung lag der Anteil untersuchter Kinder und Jugendlicher aus Syrien allein bei 44%. Höhere Anteilswerte unter den zugewanderungsstärksten Ländern erreichten außerdem der Irak (11%) und Rumänien (9%). Bei einem Vergleich der Nationalitäten in den Abbildungen 14 und 15 ist die unterschiedliche Altersspanne zu berücksichtigen. Ein Zusammenhang zwischen den Nationalitäten der neuzugewanderten Kinder und der Herkunft der neu eingeschulten Kinder mit Migrationshintergrund lässt sich allerdings gut ableiten.

4.1.5 Verständigungsmöglichkeit auf Deutsch

Die Verständigungsmöglichkeit in der deutschen Sprache der Kinder wird aufgrund der Erkenntnisse in der Untersuchungssituation bewertet. Dabei geht es um die Einschätzung, wie einfach bzw. schwierig die Verständigung in der deutschen Sprache erfolgte und um Förderempfehlungen. Durch die Erfassung dieses Merkmals kann im Nachgang nachvollzogen werden, ob die Untersuchung durch Verständigungsprobleme erschwert war und ob z.B. für weitere Beratungsgespräche Sprachmittler*innen benötigt werden.

Rund 62% der erstuntersuchten Kinder sprachen fehlerfrei die deutsche Sprache, 38% haben demzufolge unterschiedlich starke Verständigungsschwierigkeiten. 17 Kinder (4%) sprachen im Übergang zur Schule kein Deutsch, 28 Kinder (6%) sprachen nur bruchstückhaft Deutsch. Hierbei handelt es sich um Kinder mit Migrationshintergrund (siehe Abbildung 17). 79 Kinder (17%) sprachen die deutsche Sprache mit leichten Fehlern und 48 Kinder (11%) wiesen erhebliche Fehler bei der deutschen Sprache auf. Im Vergleich zum Vorjahr zeigten insgesamt weniger Kinder Verständigungsschwierigkeiten.

Abbildung 16: Deutschkenntnisse der erstuntersuchten Kinder

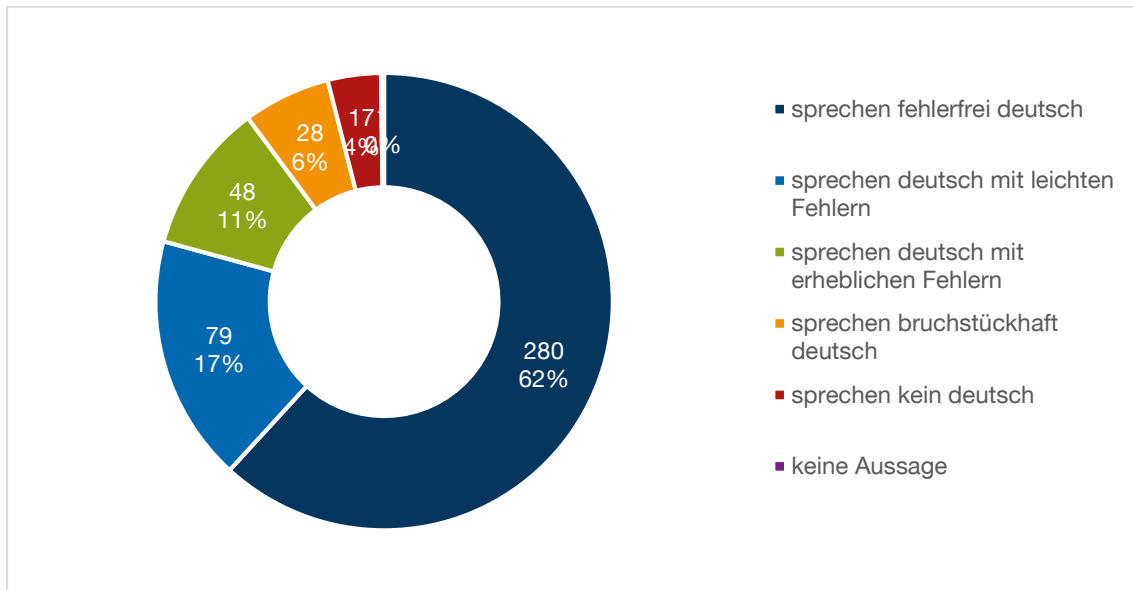
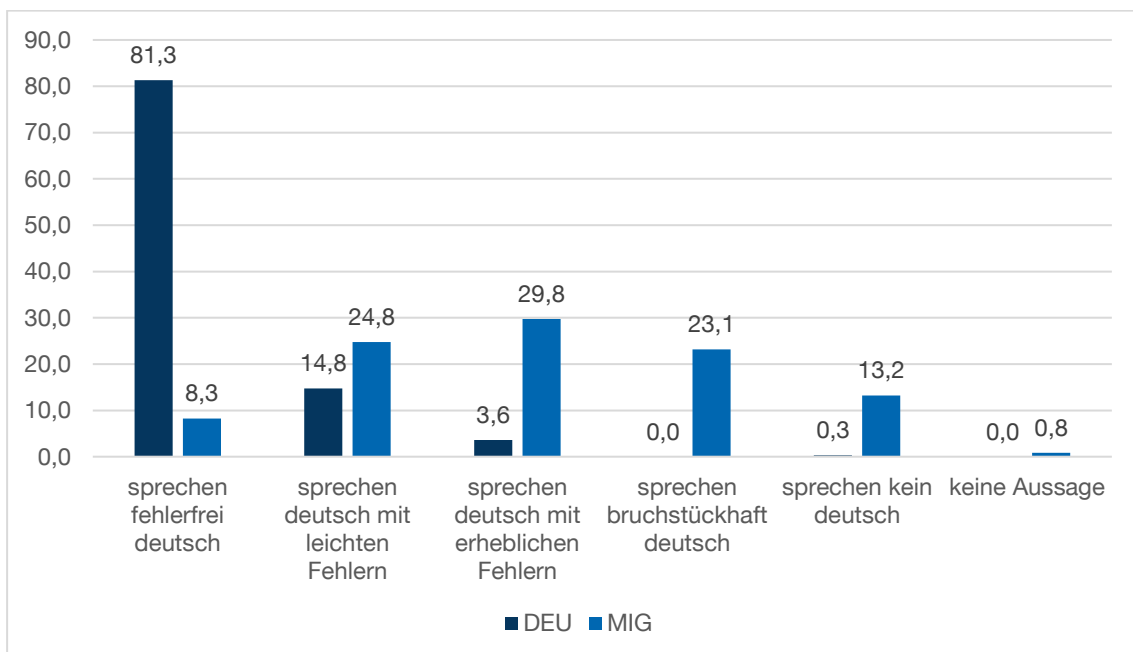


Abbildung 17: Verständigungsmöglichkeit der deutschen Kinder und der Kinder mit Migrationshintergrund

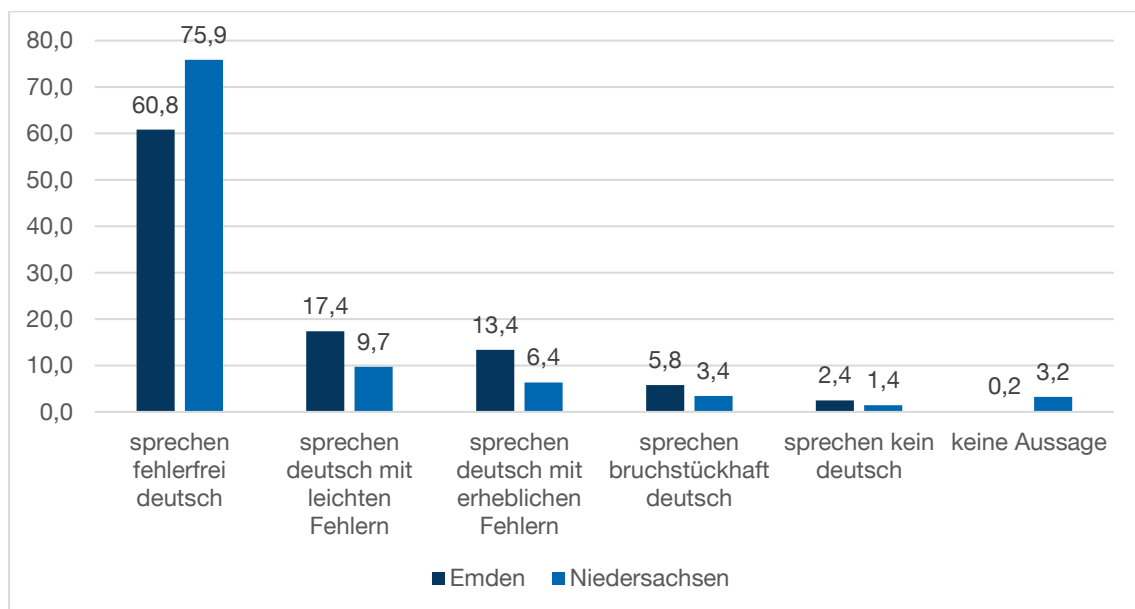


Von den deutschen Kindern konnten rund 19% nicht fehlerfrei Deutsch sprechen. Davon zählten rund 15% zu den Kindern, die leichte Fehler in der deutschen Sprache aufwiesen und rund 4%, die die deutsche Sprache nur mit erheblichen Fehlern sprechen konnten. Im Vergleich zum Vorjahr lässt sich insbesondere im Bereich der erheblichen Verständigungsschwierigkeiten ein Rückgang von rund 4% beobachten, der sich auch im Gesamtergebnis der Abb. 16 widerspiegelt. Der Anteil fehlerfrei deutschsprechender Kinder ist damit ebenfalls im Vergleich zum Vorjahr um rund 2% auf rund 81% gestiegen.

Rund 8% der Kinder mit Migrationshintergrund sprachen fehlerfrei Deutsch und 25% zeigten leichte Fehler beim Deutschsprechen. Im Vergleich zum Vorjahr gab es rund 3% mehr fehlerfrei deutschsprechende Kinder mit Migrationshintergrund.

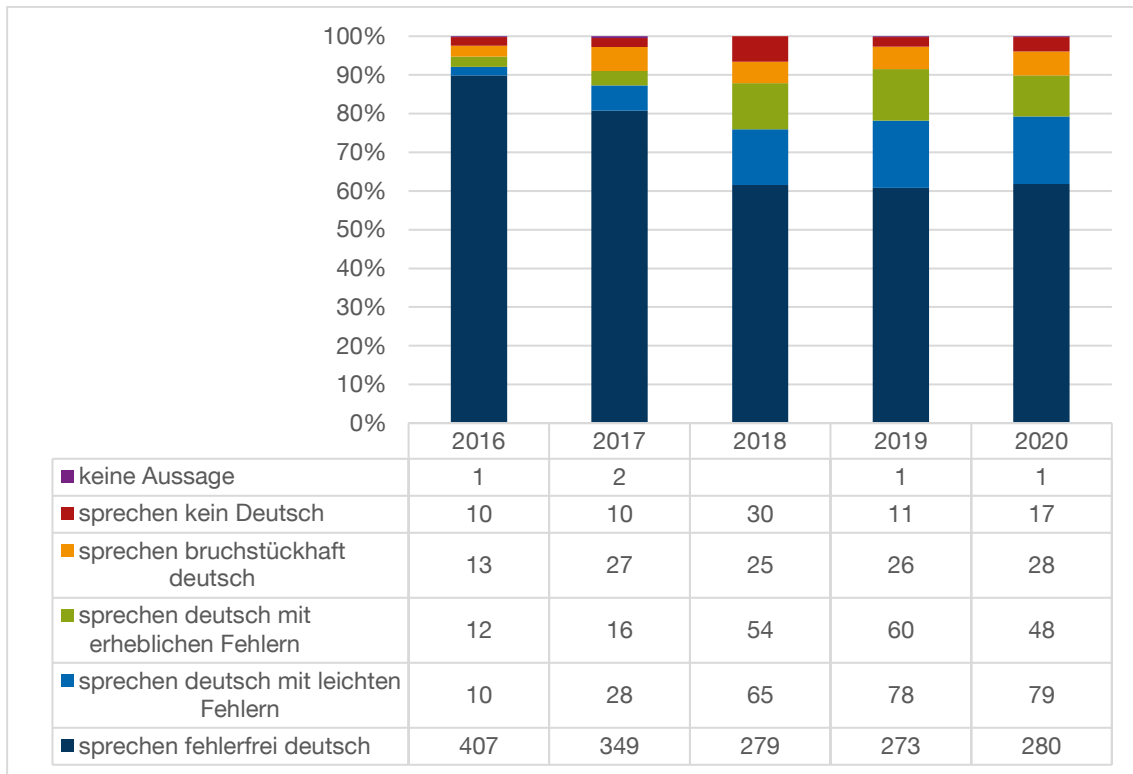
Gleichzeitig bedeutet das, dass die übrigen 66% der Kinder mit Migrationshintergrund den größeren Verständigungsproblemen zuzuordnen sind. Sowohl bei dem Anteil Deutsch sprechender Kinder mit erheblichen Fehlern, als auch bei dem Anteil der bruchstückhaft Deutschsprechenden lässt sich im Vergleich zum Vorjahr ein leichter Anstieg verzeichnen. Die Zahl der Kinder, die im Übergang zur Grundschule noch kein Deutsch sprachen, erhöhte sich um 3% und lag damit bei 13%.

Abbildung 18: Verständigungsmöglichkeit der untersuchten Kinder im Vergleich Emden/ Niedersachsen 2019



Die Ergebnisse im Jahr 2019 des Landes sind nur bedingt mit denen aus Emden vergleichbar, da 66% der Kommunen keine Untersuchungsergebnisse zu der Verständigungsmöglichkeit liefern konnten. Besonders niedrig fällt der Anteil fehlerfrei Deutsch sprechender Kinder im Vergleich zum Land aus (Land=76%). Rund 40% der Kinder in Emden hatten dementsprechend unterschiedlich große Verständigungsschwierigkeiten, wohingegen der Anteil des Landes bei rund 25% lag.

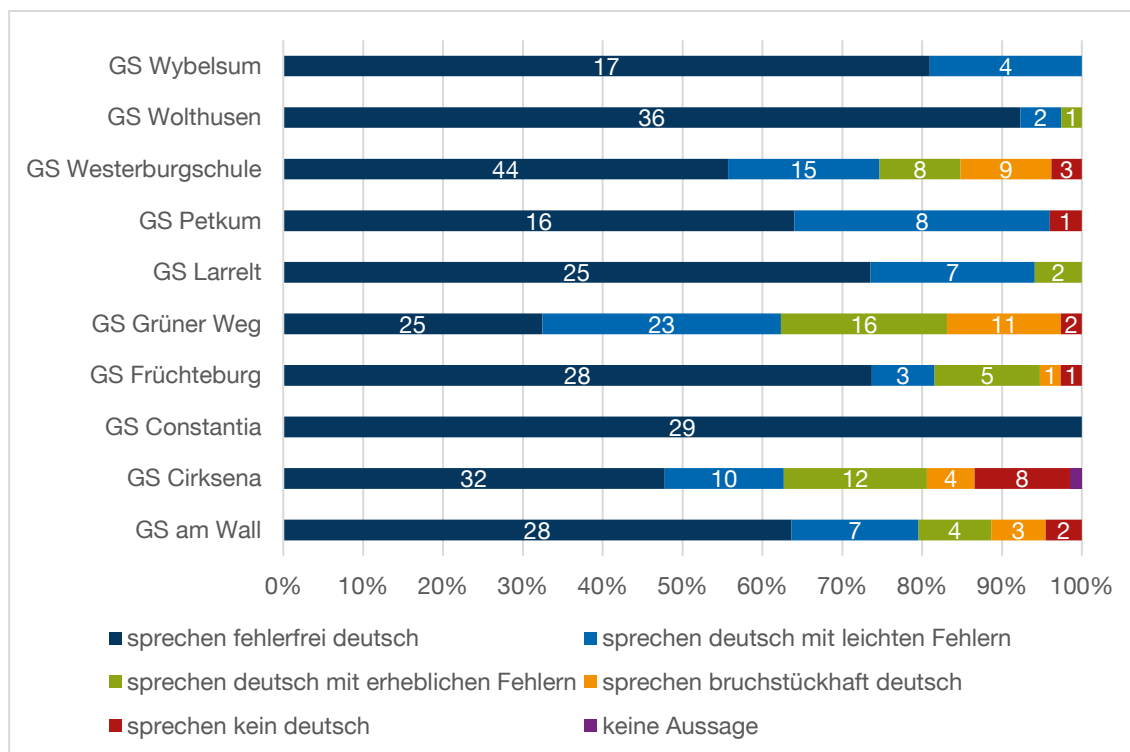
Abbildung 19: Verständigungsmöglichkeit der untersuchten Kinder im zeitlichen Verlauf



Im Zeitverlauf ist eine merkliche Abnahme im Übergang zum Jahr 2018 der fehlerfrei Deutsch sprechenden Kinder zu erkennen, die sich bis zum Untersuchungsjahr 2020 mit zuletzt leicht positiver Entwicklung beobachten lässt. Einerseits lässt sich das Ergebnis durch die geringere Anzahl an Kindern mit Migrationshintergrund in den Jahren 2016 und 2017 erklären, wodurch sich Verständigungsprobleme noch nicht so stark auf das Gesamtergebnis ausgewirkt haben. Andererseits zeigten ab dem Jahr 2018 auch vermehrt Kinder ohne Migrationshintergrund Verständigungsschwierigkeiten der deutschen Sprache. Dazu zählt der erhöhte Anteil der Kinder mit leichten Fehlern, als auch mit erheblichen Fehlern, der im Übergang zum Jahr 2018 um mehr als das Doppelte (6,5% auf 14%) bzw. um das Dreifache (von 3,7 auf 12%) gestiegen ist. Auch der Anteil der Kinder, die kein Deutsch sprachen, erreichte im besagten Jahr den Höchstwert von 6,6%, der ausschließlich auf die Kinder mit Migrationshintergrund zurückzuführen ist. Die Tendenz der Schwierigkeiten im Sprachvermögen nimmt bis zum Jahr 2019 weiter zu, was sich überwiegend durch den hohen Anteil leichter- und erheblicher Fehler der deutschen Sprache erklären lässt.

Die Entwicklung im Jahr 2020 lässt sich sehr gut durch den Vergleich der Kinder mit/ und ohne Migrationshintergrund (Abb. 17) erklären. Die fehlerfreie Verständigungsmöglichkeit (bzw. leichte Fehler) der einheimischen Kinder nimmt wieder zu, was sich im abnehmenden Anteil der Kinder mit erheblichen Fehlern im Zeitverlauf zeigt. Dagegen zeigen die Kinder mit Migrationshintergrund vermehrt größere Verständigungsprobleme, worunter auch ein erhöhter Anteil im Vergleich zum Jahr 2019 die deutsche Sprache nicht spricht.

Abbildung 20: Deutschkenntnisse nach Schulen



Bei der Betrachtung der Deutschkenntnisse nach Schulen gibt es sehr deutliche Unterschiede. Einerseits lassen sich Schulen erkennen, bei denen der Anteil der fehlerfrei Deutsch sprechenden Kinder bei 80% oder noch darüber liegt (Wybelsum, Wolthusen, Constantia). Andererseits gibt es Schulen mit Anteilswerten bei dieser Gruppe, die z.T. deutlich unter dem Durchschnitt liegen. Die größten Schwierigkeiten in der Verständigung sind in dieser Hinsicht bei der Grundschule Grüner Weg vorzufinden. Von den Kindern, die diese Schule besuchen werden, sprachen rund 33% fehlerfrei Deutsch, 30 % machten leichte Fehler, dagegen zeigten rund 38% erhebliche Fehler oder sprachen kaum oder gar kein Deutsch.

4.2 Früherkennungsuntersuchungen

Die Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen dienen der Früherkennung und Vorbeugung von Erkrankungen und Risikofaktoren. Mit dem im Oktober 2009 verabschiedetem „Gesetz zur Förderung der Gesundheit und Verbesserung des Schutzes von Kindern in Niedersachsen“ wurde ein verbindliches Einladungs- und Meldewesen eingeführt. Seit April 2010 werden die Eltern aller in Niedersachsen lebenden Kinder zu den Vorsorgeuntersuchungen U5 bis U8 vom Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS) eingeladen. Neben dem Einladungsschreiben erhalten die Eltern eine Rückmeldungskarte, auf der die Durchführung der entsprechenden Vorsorgeuntersuchung durch den untersuchenden Arzt bzw. der untersuchenden Ärztin zu bestätigen ist (§ 3 NFrüherkUG). Die Rückmeldungskarte wird von der jeweiligen Arztpraxis an das LS zurückgesendet.

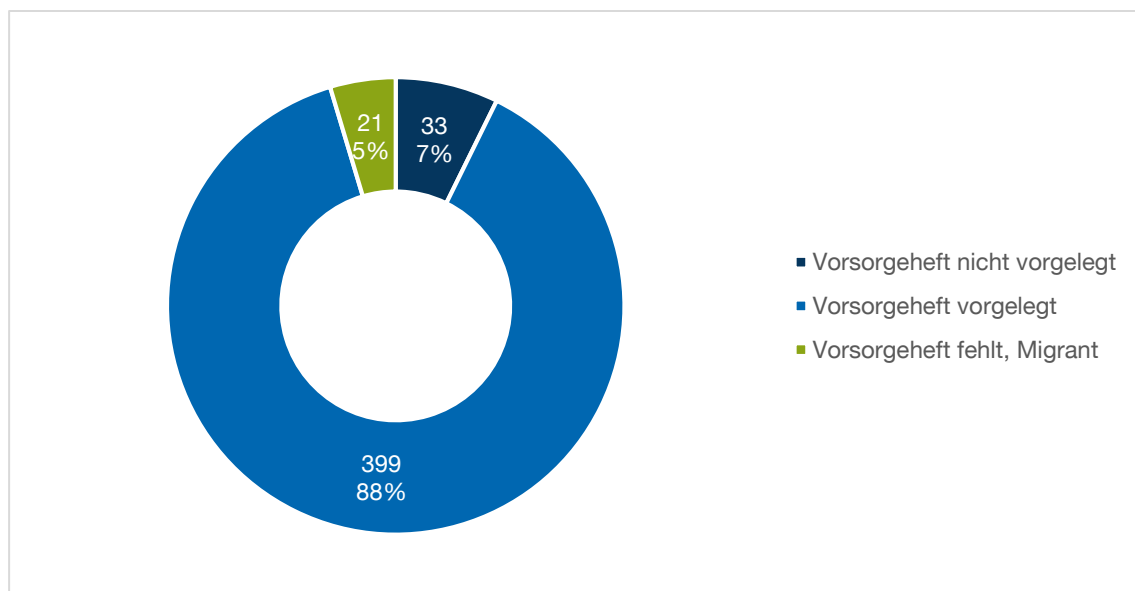
Sollte keine Rückmeldung beim LS eingehen, werden die Eltern aufgefordert, die Untersuchung nachzuholen. Wenn nach Ablauf der Toleranzgrenze dem Ministerium keine Bestätigung über die Durchführung der Früherkennungsuntersuchung vorliegt, wird hierüber das zuständige örtliche Jugendamt informiert.

Die Ergebnisse der U-Untersuchungen werden von dem untersuchenden Arzt bzw. der untersuchenden Ärztin im Untersuchungsheft dokumentiert. Das Untersuchungsheft liegt den Eltern bereits seit der ersten Untersuchung nach Geburt des Kindes vor und wird zur Schuleingangsuntersuchung mitgenommen. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der U9 (zwischen dem 60. und 64. Lebensmonat), welche in der Regel im Jahr vor der Einschulung stattfindet. Bei der U9 werden neben einer medizinischen Untersuchung unter anderem auch Fertigkeiten überprüft, die bei der Einschulungsuntersuchung relevant sind. Dennoch kann die U9 nicht die Einschulungsuntersuchung ersetzen, da bei der Einschulungsuntersuchung neben dem Entwicklungs- und Gesundheitszustand ein besonderer Untersuchungsschwerpunkt auf die schulrelevanten Bereiche gelegt wird. Es werden eventuelle Beratungs-, Förder- und Therapiebedarfe festgestellt und Eltern und Schulen werden entsprechend beraten.

Die verbindliche Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen gilt von der U5 bis einschließlich U8. Ein Einladungsschreiben für die U9 gibt es nicht mehr vom Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie. Die Teilnahme an der U9 fällt deutlich niedriger aus als bei allen anderen U-Untersuchungen, was die Wichtigkeit der Einschulungsuntersuchungen zusätzlich verdeutlicht.

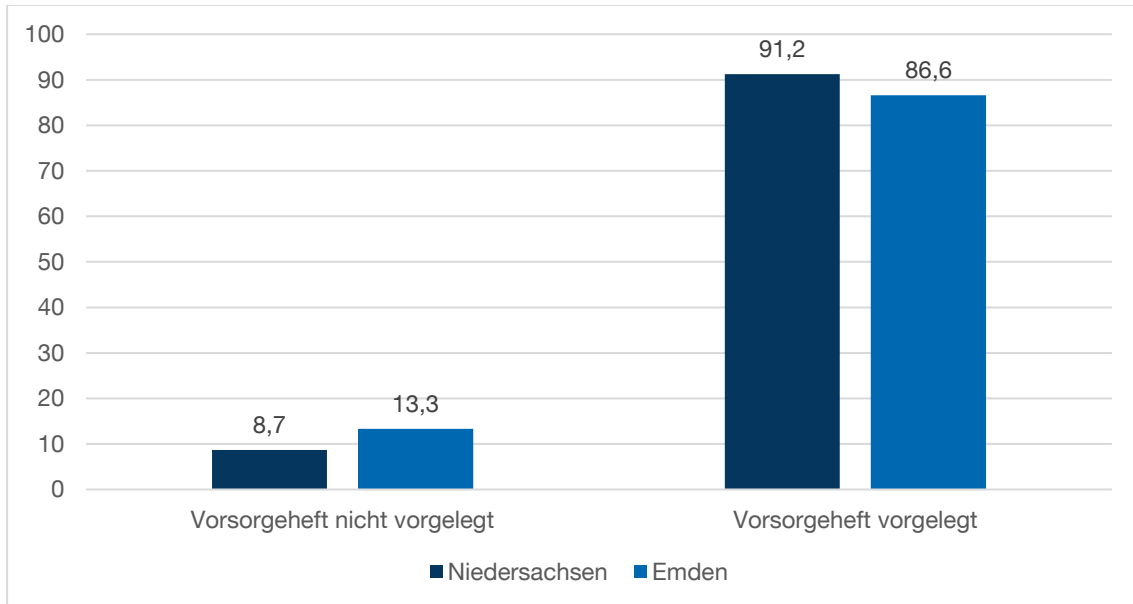
Bei der Schuleingangsuntersuchung wird dokumentiert, ob das Vorsorgeheft zur Untersuchung vorgelegt wurde, weiterhin wird überprüft, welche der U1-U9 wahrgenommen wurden.

Abbildung 21: Vorgelegte Untersuchungshefte Emden



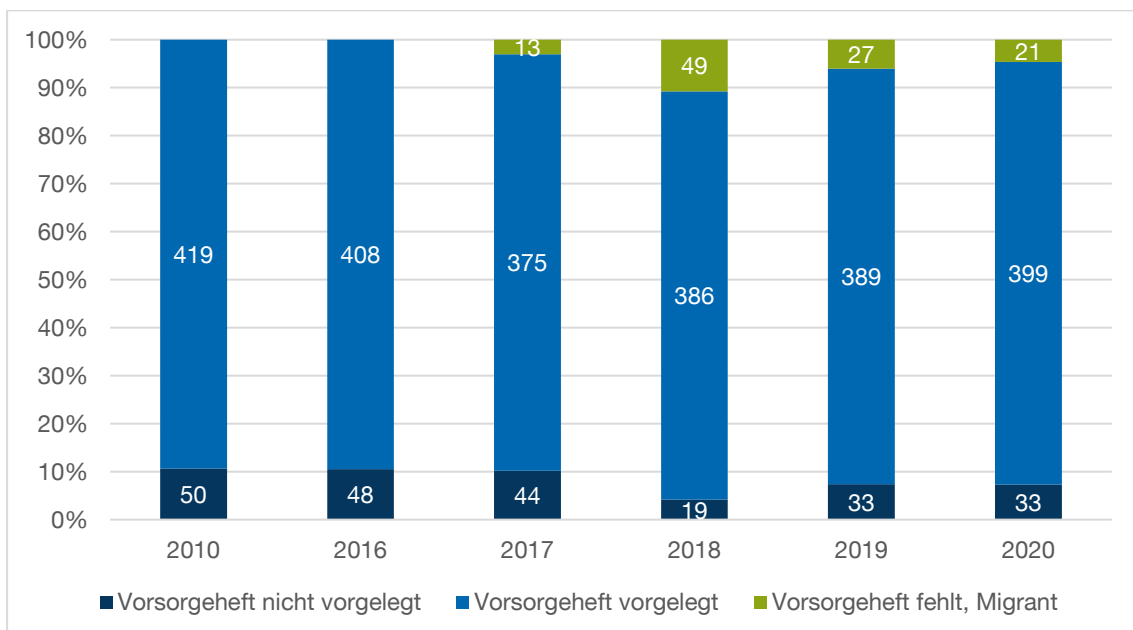
Ein Vorsorgeheft wurde von 88% aller Kinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung vorgelegt. Die übrigen 12% lassen sich weiter unterteilen zu den Kindern, die kein Vorsorgeheft besitzen da sie noch nicht lange in Deutschland wohnen (5%) und den Kindern, die aus anderen Gründen kein Vorsorgeheft vorlegten (7%).

Abbildung 22: Vorlage des Vorsorgeheftes für Früherkennungsuntersuchungen Vergleich Emden/Niedersachsen 2019



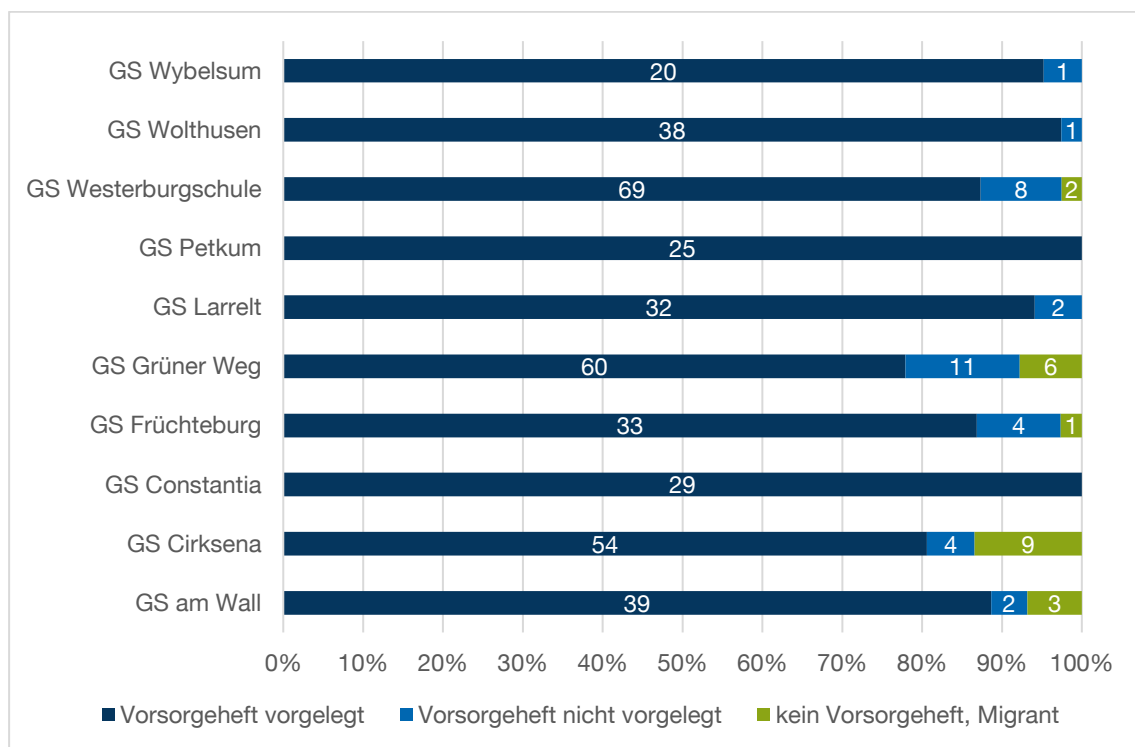
Das Ergebnis in Emden lag 2019 rund 5% unter dem Landesdurchschnitt. Zwischen den Kommunen schwanken die Werte allerdings sehr stark, von rund 83%-95%. Das Untersuchungsergebnis für 2019 ist auch vor dem Hintergrund der Anzahl an neuzugewanderten Kindern zu bewerten. Abbildung 23 stellt diesen Umstand im Zeitverlauf in absoluten Werten dar. Die 60 Fälle, bei denen kein Vorsorgeheft mitgebracht wurde, verteilen sich ungefähr zu gleich großen Anteilen auf einheimische Kinder und auf Kinder mit Migrationshintergrund. Bei der zweiten Gruppe handelt es sich fast ausschließlich um Kinder aus zugewanderten Familien.

Abbildung 23: Vorlage des Vorsorgeheftes für Früherkennungsuntersuchungen im zeitlichen Verlauf



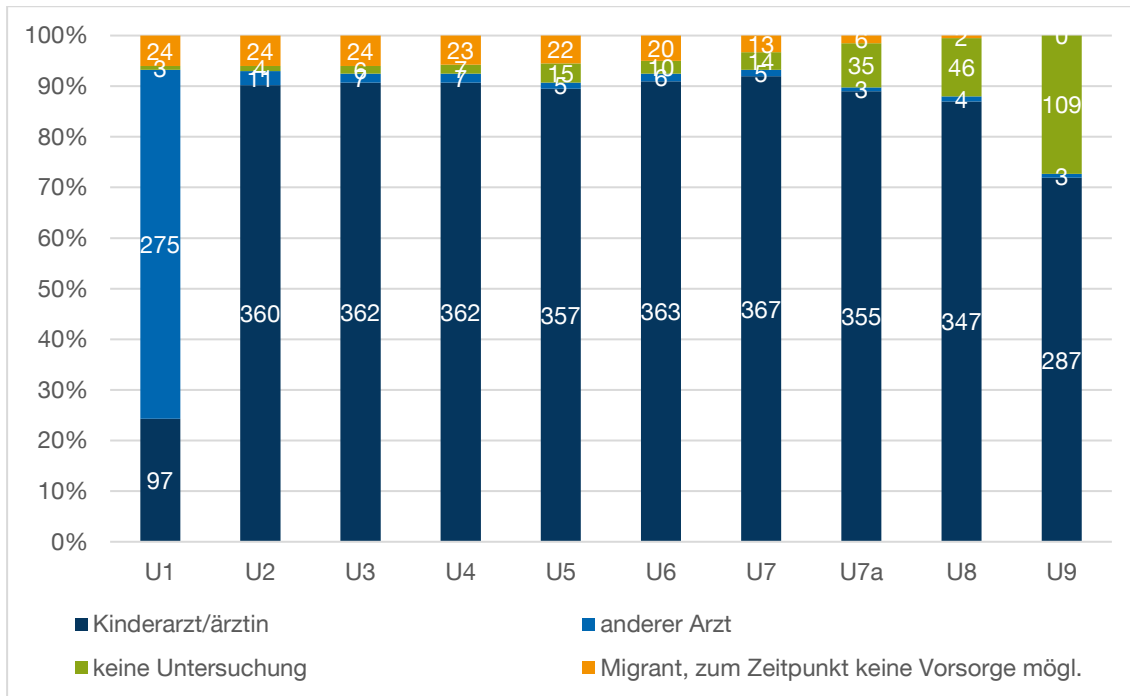
Das Fehlen des Vorsorgeheftes oder das Fehlen von einzelnen Vorsorgeuntersuchungen bei zugewanderten Familien kann erst seit August 2016 codiert werden und wird bei den Untersuchungen ab 2017 explizit ausgewiesen. Zwischen den Jahren 2016 und 2017 ist der Anteil vorgelegter Untersuchungshefte um auffällige 2,6 Prozentpunkte gesunken, was auf die fehlenden Vorsorgehefte von Kindern neuzugewanderter Familien zurückzuführen ist. Im Jahr 2018 hat der Wert vorgelegter Hefte noch einmal um 1,8 (85%) Prozentpunkte abgenommen. Auch hier lässt sich das Ergebnis durch den hohen Anteil der zugewanderten Kinder, die kein Vorsorgeheft besaßen (10,8%), erklären. Im Untersuchungsjahr 2019 hat sich der Anteil vorgelegter Vorsorgehefte wieder um 1,6% (86,6%) erhöht und dem Niveau aus dem Jahr 2017 angeglichen. Der Anteil zugewandelter Kinder ohne Vorsorgeheft ist im Vergleich zum Vorjahr um rund 5% gesunken, bei gleichzeitigem Anstieg nicht vorgelegter Hefte - was nicht auf die Flüchtlingssituation zurückzuführen ist. Im Jahr 2020 hat der Anteil der Kinder, die kein Vorsorgeheft besaßen, erneut abgenommen, was das positive Ergebnis erklärt und nach den vergangenen drei Jahren einen Höchstwert vorgelegter Vorsorgehefte erreicht.

Abbildung 24: Vorlage des Vorsorgeheftes für Früherkennungsuntersuchungen nach Schulen



Bei einer differenzierten Betrachtung der Vorlage von Vorsorgeheften zeigen sich zum Teil erhebliche Unterschiede mit Blick auf die einzelnen Schulen, wobei das Ergebnis unter Berücksichtigung des Migrationsstatus des Kindes betrachtet werden muss. Während das Vorsorgeheft für alle Kinder, die an der Grundschule Petkum und Constantia eingeschult wurden, vorlag, galt dies bei den Grundschulen Grüner Weg und Cirksena nur für 78% bzw. für rund 81%. Von 30 Fällen der beiden Schulen lassen sich die Hälfte der Kinder einem Migrationshintergrund zuordnen, die über kein Dokument verfügten.

Abbildung 25: Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen



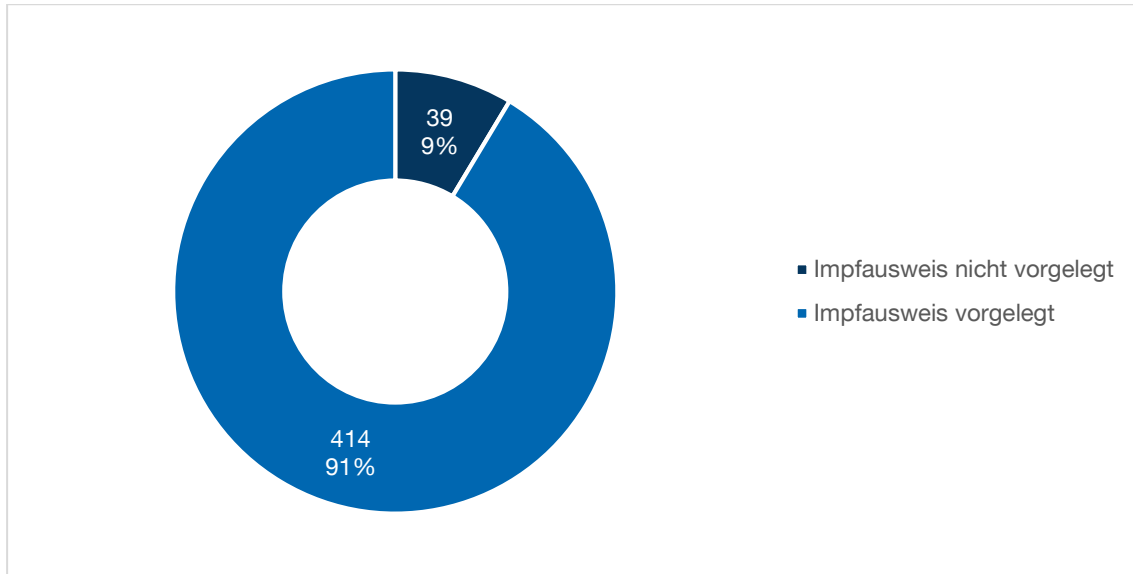
Das Fehlen des Vorsorgeheftes kann nicht mit dem Fehlen der Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 gleichgesetzt werden. Es ist allerdings zu vermuten, dass der Anteil nicht durchgeführter Untersuchungen bei jenen Kindern höher ist, deren Vorsorgeheft nicht vorgelegt wurde. In welchem Maß Vorsorgeuntersuchungen bei den 2020 eingeschulten Kindern wahrgenommen wurden zeigt Abbildung 25. Sie veranschaulicht auch, wie bei den Kindern mit zunehmendem Alter die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen abgenommen hat. Die Hefte weisen bei den Untersuchungen U1- U7 eine nahezu vollständige Teilnahme aus. Bei der U7a und U8 nimmt die Teilnahme leicht ab. In der Regel wird der Großteil der Kinder aller Vorsorgeuntersuchungen von Kinderärzten durchgeführt, dabei besteht eine Ausnahme bei der U1-Untersuchung. Die U1 findet direkt nach der Entbindung im Krankenhaus statt und wird von dem für die Entbindung zuständigen/r Arzt/ Ärztin durchgeführt. Dies ist nur in seltenen Fällen ein/e Kinderarzt/-ärztin. Der Anteil der U1 Untersuchungen, die von einem/r anderen Arzt/-ärztin als einem/r Kinderarzt/-ärztin durchgeführt wurden, fällt höher aus als hier angegeben, da die Zuordnung der zuständigen Ärzte in der Auswertung in Emden nicht richtig erfasst wurde. An der U9 haben in Emden 27% der Kinder mit vorgelegtem Untersuchungsheft nicht mehr teilgenommen.

4.3 Impfstatus

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten Präventionsmaßnahmen. Ein vollständiger Impfschutz dient nicht nur dem Schutz der geimpften Person vor ansteckenden Krankheiten (Individualprophylaxe), eine hohe Durchimpfung der Bevölkerung schützt auch die Personen, die z. B. aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen selbst nicht geimpft werden können.

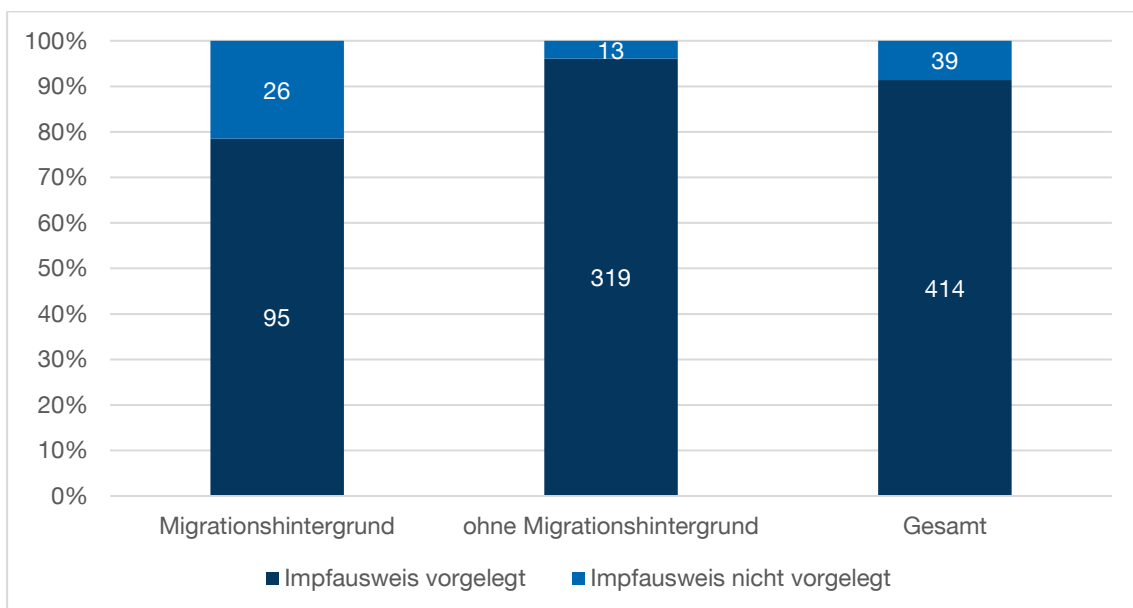
Da Impfungen ausschließlich in den persönlichen Impfheften dokumentiert werden und keine zentrale Speicherung erfolgt, stellt die Schuleingangsuntersuchung den ersten und einzigen Zeitpunkt dar, um den Grad der frühkindlichen Grundimmunisierung zu erheben.

Abbildung 26: Vorlage des Impfausweises bei der Schuleingangsuntersuchung



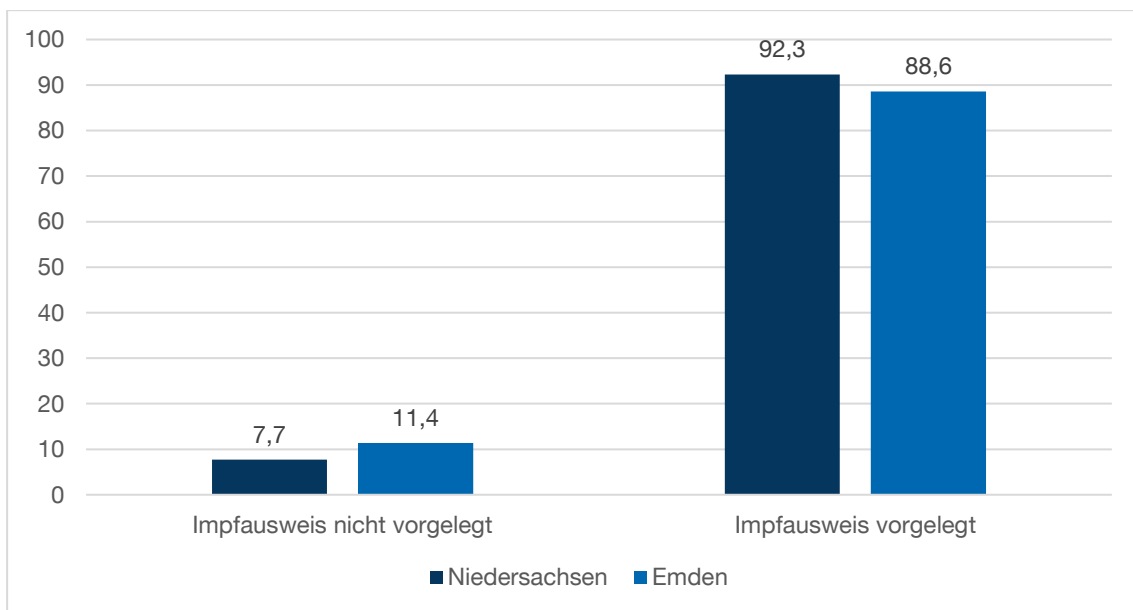
Für das Schuljahr 2020/21 wurde ein Impfdokument für 414 Kinder vorgelegt, dies entsprach 91% der insgesamt untersuchten Kinder. Bei 39 Kindern (9%) wurde kein Impfausweis vorgelegt. Die Vorlage eines Dokumentes sagt jedoch nichts über den vollständigen Impfschutz aus. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein 2%iger Anstieg vorgelegter Impfausweise zu verzeichnen.

Abbildung 27: Vorlage des Impfausweises bei Kinder mit und ohne Migrationshintergrund



Anders als bei dem Vorsorgeheft ist in den meisten Fällen davon auszugehen, dass auch im Ausland geborene Kinder über ein Impfdokument verfügen. Trotzdem ist der Unterschied bei der Vorlage des Impfausweises für Kinder ohne Migrationshintergrund (vorgelegt= 96%) und mit Migrationshintergrund (vorgelegt= 79%) sehr deutlich. Möglicherweise sind Verständigungsprobleme hierfür mit verantwortlich. Der Entwicklungstrend vorgelegter Impfhäfte der Kinder mit Migrationshintergrund ist jedoch im Zeitverlauf steigend. Bei den einheimischen Kindern zeigen sich bei der Betrachtung der letzten Jahre Schwankungen (2018= 96%, 2019= 92%). Diese Befunde können als Anhaltspunkte für einen bestehenden Aufklärungsbedarf gedeutet werden.

Abbildung 28: Vorlage Impfausweis Emden/Niedersachsen 2019



Wie bei den Vorsorgeheften ist auch bei der Vorlage des Impfausweises eine große Schwankung zwischen den Kommunen zu beobachten. Das Ergebnis in Emden für 2019 bewegt sich im unteren Bereich und ist im Landesvergleich leicht unterdurchschnittlich ausgefallen. Im Vergleich zum Jahr 2018 ist der Anteil der vorgelegten Impfausweise um 1,7 % gesunken. Trotz des niedrigeren Anteils wurden mehr Impfdokumente als Vorsorgehefte zur Untersuchung mitgebracht.

Abbildung 29: Vorlage Impfausweis im zeitlichen Verlauf

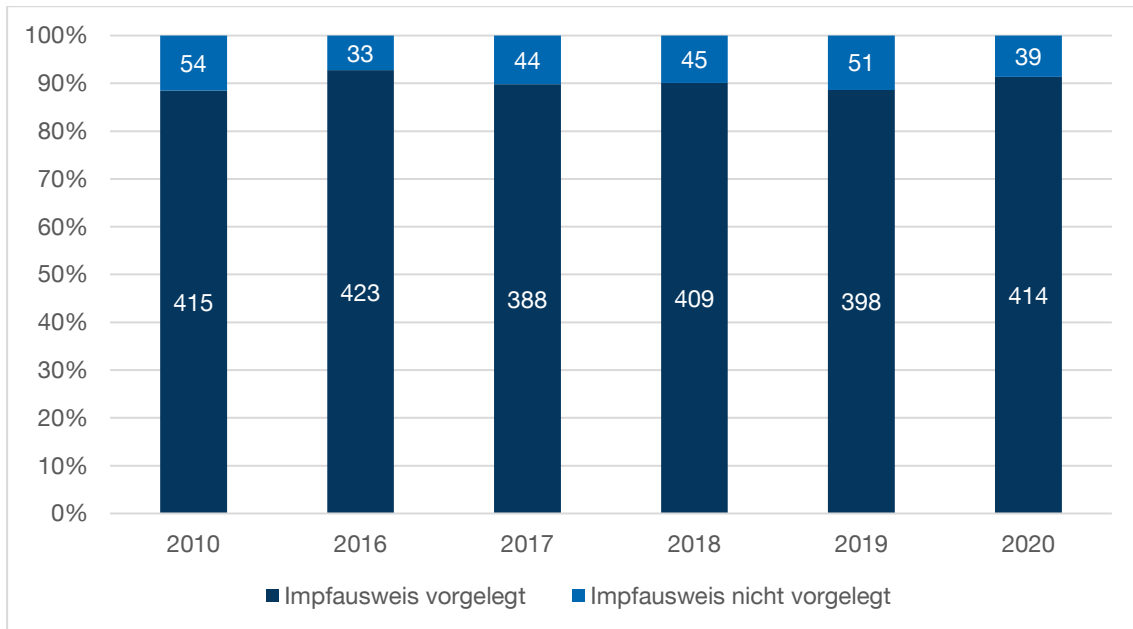
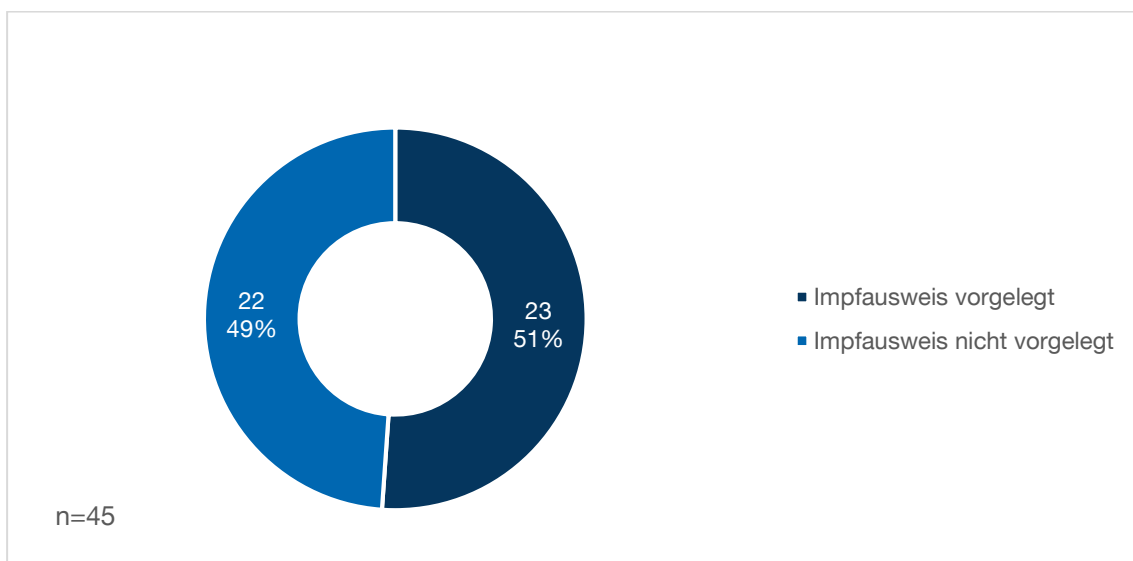


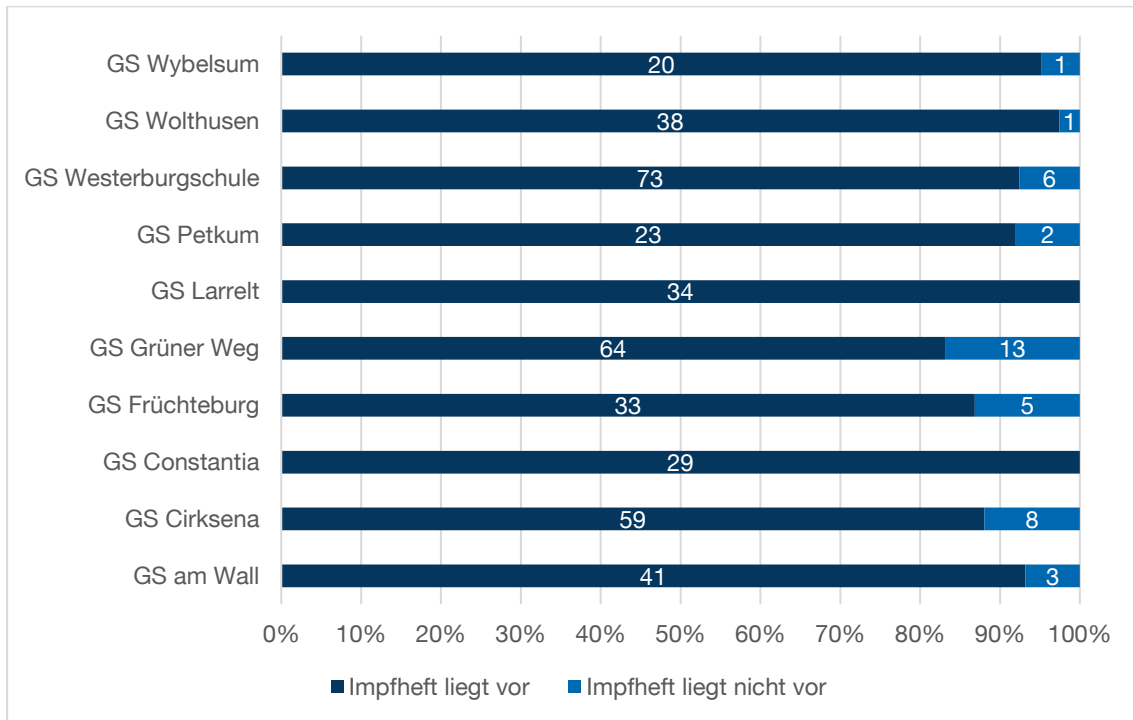
Abbildung 29 zeigt sowohl in absoluten Werten als auch in Relation, wie viele Impfausweise vorgelegt bzw. nicht vorgelegt wurden. Im Jahresvergleich sind leichte Schwankungen zu erkennen. Im Jahr 2010 lag der Anteil der vorgelegten Impfhefte mit 88,5% auf einem niedrigen Niveau. Er stieg im Jahr 2016 auf rund 93%, um ein Jahr später wieder auf rund 90% zu fallen. Im Jahr 2018 blieb der Wert nahezu unverändert. Im Jahr 2019 fällt der Wert erneut und gleicht dem Tiefstwert des Vergleichsjahres 2010. Dieses verhältnismäßig unterdurchschnittliche Ergebnis spiegelt sich auch im Landesvergleich wieder. Zuletzt im Jahr 2020 lässt sich eine positive Entwicklung der vorgelegten Impfhefte mit rund 91% verzeichnen und nähert sich erstmals wieder dem Höchstwert im Jahr 2016 (93%).

Abbildung 30: Vorlage des Impfausweises der neuzugewanderten Kinder



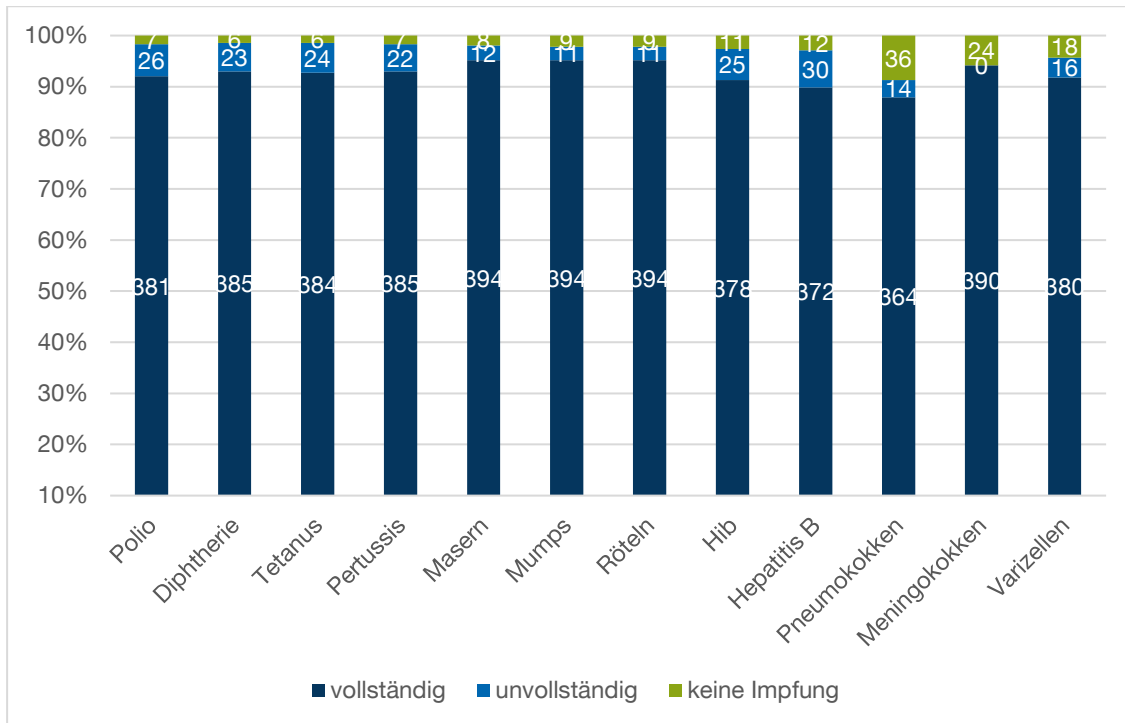
Bei den Schuleingangsuntersuchungen im Zuge der Kompetenzfeststellung lag der Anteil der vorgelegten Impfausweise bei 51%. Dies erklärt wohl auch den vergleichsweise niedrigen Anteilswert bei allen Kindern mit Migrationshintergrund in der Abbildung 27.

Abbildung 31: Vorlage des Impfausweises nach Emdener Schulen



Bei einer Verteilung des Befundes auf die Grundschulen Emdens ergibt sich, wie zu erwarten war, ein ähnliches Bild wie bei den Vorsorgeheften. Bei den vorgelegten Impfheften reicht hier die Spanne von 83-100%. Blickt man bei den Kindern ohne Impfpass auf die Familiensprache, so lässt sich in der Grundschule Grüner Weg, Fruchteburg und Cirksena, in denen der Anteil der Ausweise auffällig geringer ausfällt, sehr gut erkennen, wie stark der Migrationshintergrund auf das Ergebnis Einfluss nimmt.

Abbildung 32: Untersuchte Schulanfänger mit Impfausweis nach Art der Impfung



Die Untersuchungsergebnisse zur Art der Impfung beziehen sich auf die 414 Kinder, für die ein Impfheft mitgebracht wurde. Die Impfhefte wiesen aus, dass bei Masern, Mumps und Röteln rund 95% der erstuntersuchten Kinder eine vollständige Grundimmunisierung erreichten. Im Vergleich zum Vorjahr (siehe Tabelle 3) ist ein rund 2% prozentiger Anstieg zu verzeichnen. Die Raten für die anderen Impfungen fallen etwas niedriger aus: Rund 93% der Kinder hatten einen vollständigen Schutz gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis (Keuchhusten). Der vollständige Schutz gegen Varizellen (Windpocken) und Polio (Kinderlähmung) fiel mit rund 92% noch etwas geringer aus. Rund 90% der Kinder hatten einen Schutz gegen Hepatitis B. 2019 lag der Schutz gegen Hepatitis B bei noch rund 87%. Am wenigsten verbreitet ist ein Schutz gegen Pneumokokken mit 88%. Hier waren im Untersuchungsjahr (2020) 36 Kinder nicht geimpft. Bei allen aufgeführten Impfungen lässt sich eine Verbesserung des Impfschutzes im Vergleich zum Vorjahr feststellen.

Anhand der Tabelle 3 lässt sich die positive Entwicklung des Impfschutzes in Emden im Vergleich zum Vorjahr 2019 ablesen. Während sich der prozentuale Anstieg bei der Meningokokken-Impfung nur sehr gering bemerkbar macht (0,7%), lässt sich bei den übrigen Impfungen ein mindestens 2% prozentiger Anstieg (Maximum= rund 4%) verzeichnen. Der Anstieg des Impfschutzes bei Diphtherie und Tetanus blieb jedoch bei unter 2%.

Tabelle 3: Gegenüberstellung des Impfschutzes in Emden für 2019 und 2020

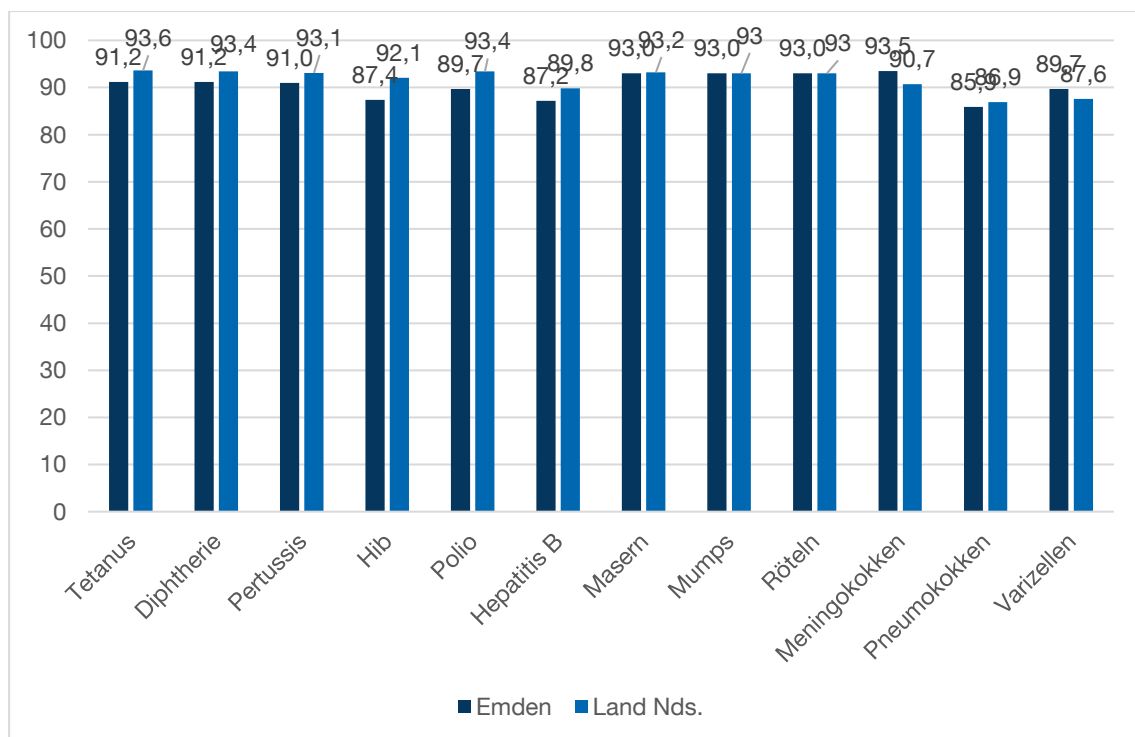
Emden	Impfungen in %		Differenz
	2019	2020	
Polio	89,7	92,0	+2,3
Diphtherie	91,2	93,0	+1,8
Tetanus	91,2	92,8	+1,6
Pertussis	91,0	93,0	+2,0
Masern	93,0	95,2	+2,2
Mumps	93,0	95,2	+2,2
Röteln	93,0	95,2	+2,2
Hib	87,4	91,3	+3,9
Hepatitis B	87,2	89,9	+2,7
Meningokokken	93,5	94,2	+0,7
Pneumokokken	85,9	87,9	+2,0
Varizellen	89,7	91,8	+2,1

Tabelle 4: Gegenüberstellung der Grundimmunisierung in Emden, im Bezirk Weser-Ems und in Niedersachsen

2019	Impfungen in %		
	Emden	Bezirk Weser-Ems	Land Nds.
Polio	89,7	93,5	93,4
Diphtherie	91,2	94,0	93,4
Tetanus	91,2	94,0	93,6
Pertussis	91,0	93,9	93,1
Masern	93,0	93,1	93,2
Mumps	93,0	93,1	93,0
Röteln	93,0	93,0	93,0
Hib	87,4	92,4	92,1
Hepatitis B	87,2	90,8	89,8
Meningokokken	93,5	92,2	90,7
Pneumokokken	85,9	88,7	86,9
Varizellen	89,7	88,4	87,6

Die Durchimpfung von Kindern im Einschulungsalter variiert für die Impfungen in den einzelnen Kommunen. Sie wird in den jährlichen Impfberichten des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes (www.nlga.niedersachsen) erfasst und dort ausführlich beschrieben. Die vorliegende Tabelle stellt die Unterschiede des Impfschutzes in Emden, im Bezirk Weser-Ems, sowie in Niedersachsen dar. Während sich zwischen Weser-Ems und Niedersachsen kaum Unterschiede der prozentualen Durchimpfung zeigten (mit Ausnahme einer rund 2% prozentigen Abweichung bei den Meningokokken und Pneumokokken), ergeben sich im Vergleich mit Emden größere Abweichungen einzelner Impfungen die in der Abbildung 30 grafisch dargestellt wurden.

Abbildung 33: Vergleich der vollständigen Grundimmunisierung in Emden und Niedersachsen 2019



Die vollständige Grundimmunisierung liegt bei der Impfung der Meningokokken und Varizellen rund 2% über dem Landesdurchschnitt. Bei Masern, Mumps und Röteln entsprechen die Werte dem Landesdurchschnitt. Die höchsten Abweichungen ergaben sich bei Polio (3,7%) und Hib (4,7%). Auch Tetanus, Diphtherie und Pertussis weisen im Vergleich zum Land geringere Anteilswerte mit einer Abweichung von rund 2% auf.

In Deutschland ist es in den letzten Jahren immer wieder zu Masernausbrüchen gekommen, da weniger als 95% der Bevölkerung geimpft sind. Durch das Masernschutzgesetz soll eine höhere Immunität zum Schutz vor der Masernerkrankung erreicht werden. Nach dem Erreichen einer Durchimpfungsquote der Bevölkerung von 95% können sich die Masernviren nicht weiterverbreiten.

4.4 Sehvermögen

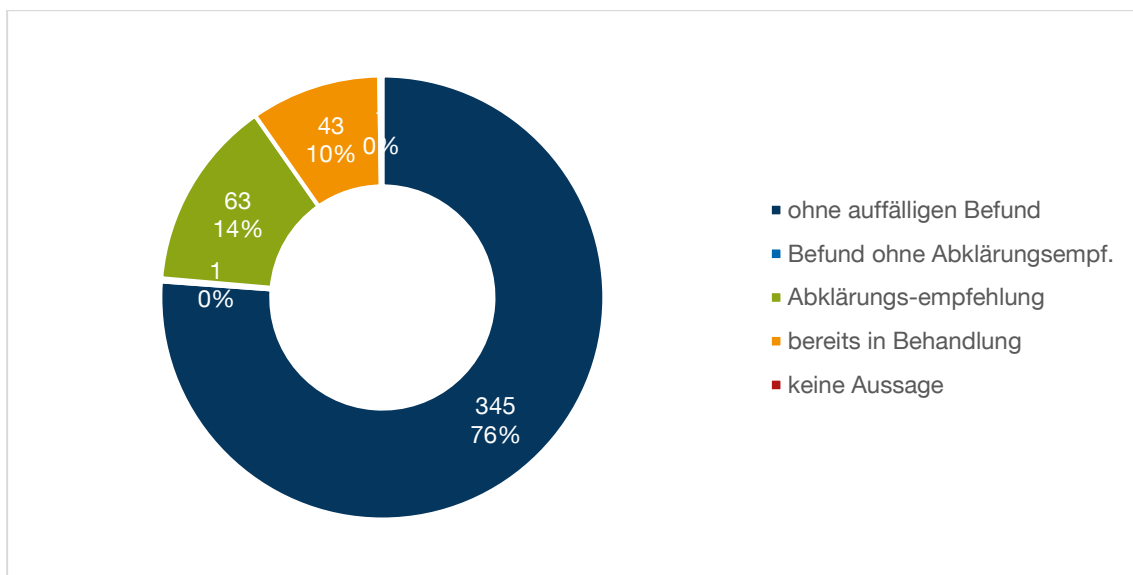
Ein gutes Sehvermögen ist für die Gesamtentwicklung des Kindes und für einen späteren Schulerfolg unverzichtbar. Die Sehfähigkeit der Kinder wird mit standardisierten Tests überprüft. Untersucht werden die Sehschärfe, das Farbsehen sowie das räumliche Sehen. Bei Brillenträgern erfolgt die Untersuchung mit Brille.

Eine augenärztliche Untersuchung wird bei allen Kindern empfohlen, die

- eine seitendifferente Sehleistung haben,
- ab dem 6. Lebensjahr auf einem oder beiden Augen eine Sehschärfe von weniger als 1,0 in der Ferne haben (bei Kindern unter 6 Jahren (zwischen 48 und 72 Monaten) ist eine Sehschärfe von 0,8 (bzw. 0,7 bei Sehtestgerät Rodenstock) beidseitig ausreichend),
- die einen Verdacht auf eine Weitsichtigkeit haben,
- die den Verdacht auf ein eingeschränktes Stereosehen (räumliches Sehen) haben,
- weitere Auffälligkeiten des Auges oder des Sehens aufweisen.

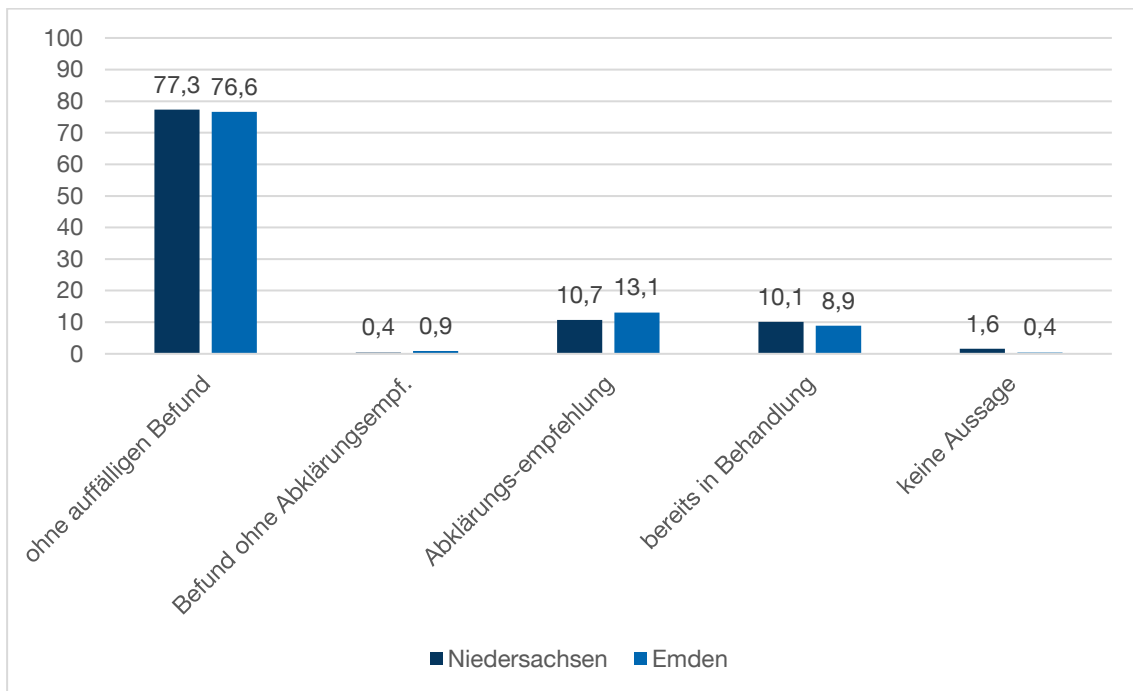
Eine isolierte Farbsinnstörung ist keine Indikation für eine Arztüberweisung. Bei dem Verdacht auf eine Farbsinnstörung erfolgt eine Beratung der Eltern. Es gibt unterschiedliche Arten und Ausprägungen der Farbsinnstörungen. Bei Unsicherheiten im Erkennen von Farben bei farbsinn-gestörten Schüler*innen ist auf eine gute Beleuchtung und Kennzeichnung der Farben zu achten. Fehlleistungen in der Schule, die auf unsicheres Erkennen von Farben zurückzuführen sind, dürfen die Leistungsbewertung nicht negativ beeinflussen.

Abbildung 34: Sehvermögen der untersuchten Kinder in der Schuleingangsuntersuchung



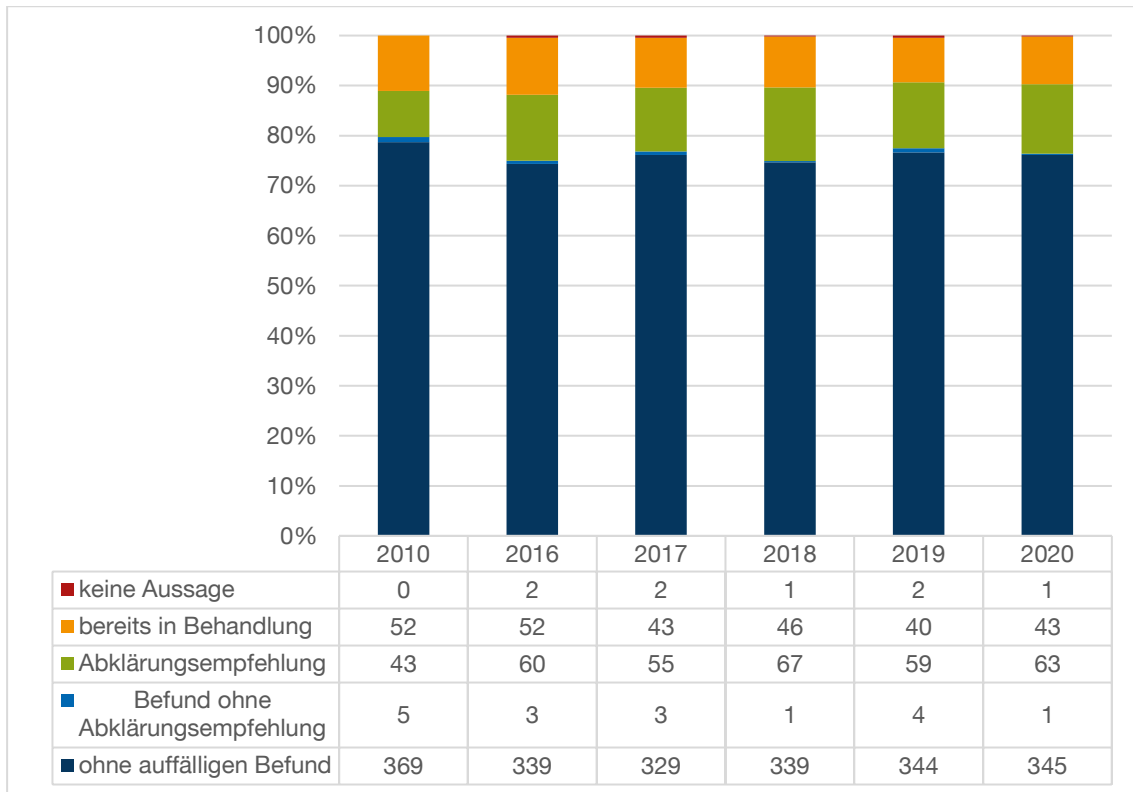
Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigten bei drei Viertel der Kinder (76 %) keine Auffälligkeiten im Sehvermögen. Bei 14 % der Kinder wurde die Abklärung der festgestellten Auffälligkeiten durch eine Fachärztin oder einen Facharzt empfohlen. 10% der Kinder hatten eine bekannte Sehschwäche und sind deshalb in Behandlung. Bei einem Kind wurde ein Befund festgestellt, der zwar leicht auffällig war, jedoch keine weitere Abklärung erforderlich machte. Für ein weiteres Kind konnte keine Aussage getroffen werden, da keine Untersuchung stattfinden konnte.

Abbildung 35: Sehvermögen der untersuchten Kinder Vergleich Emden /Niedersachsen 2019



Der Anteil unauffälliger Augenbefunde im Jahr 2019 entspricht in etwa mit einer Abweichung von rund 1% den Ergebnissen des Landes (76,6% zu 77,3%). Mit Ausnahme von den Abklärungsempfehlungen, bei denen die Untersuchungsergebnisse rund 3% über dem Landesdurchschnitt lagen, lassen sich keine weiteren Auffälligkeiten bzw. Abweichungen feststellen.

Abbildung 36: Sehvermögen der untersuchten Kinder im zeitlichen Verlauf

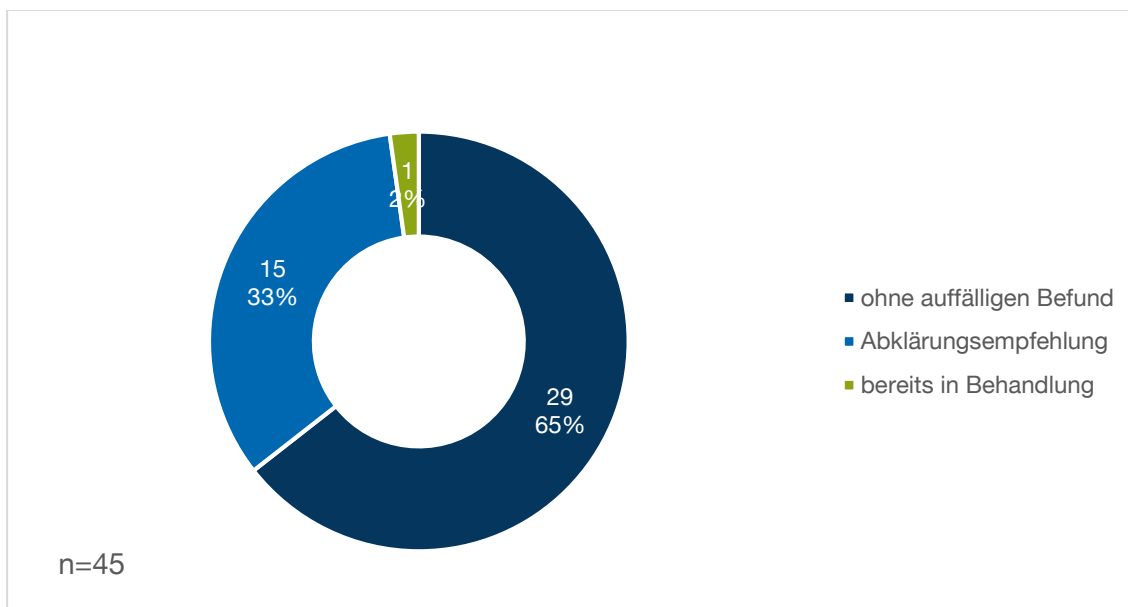


Der Anteil der Kinder ohne auffälligen Befund ist mit Ausnahme von einer 2%igen Abweichung in den Jahren 2016 und 2018 annähernd gleichgeblieben. Dort lag der Anteil mit rund 74,5% etwas niedriger, anstatt wie gewöhnlich bei rund 76,5%.

Auch der Anteil der in Behandlung befindenden Kinder ist über die Jahre ziemlich konstant (rund 10%), wobei in den vergangenen beiden Jahren eine leichte abnehmende Tendenz zu beobachten ist (2019= rund 9%, 2020= rund 9,5%). 2018 wurden auffällig viele Überweisungen für die Abklärung des Sehvermögens bei einem Augenarzt empfohlen (rund 15%), trotz eines Rückgangs im Jahr 2019 um rund 2%, fiel der Wert im Landesvergleich noch immer überdurchschnittlich hoch aus. Zuletzt gab es wieder einen leichten Anstieg der Abklärungsempfehlungen. Die Entwicklung im Zeitverlauf zeigt insbesondere bei der Betrachtung auf das Vergleichsjahr 2010, dass deutlich häufiger Abklärungsempfehlungen ausgesprochen wurden.

Von den Abklärungsempfehlungen der auffälligen Sehtestbefunde gab es 2018 in 60% der Fälle, 2019 in 56%, 2020 in 52% der Fälle eine augenärztliche Rückmeldung. Bei den zurückgemeldeten Fällen wurde 2018 in 73% und 2019 in 76% und 2020 in 67% eine augenärztliche Behandlung eingeleitet. Hier zeigt sich wie wichtig der Sehtest vor der Einschulung und gegebenenfalls eine Abklärung beim Augenarzt ist.

Abbildung 37: Sehvermögen der untersuchten neuzugewanderten Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung



In Abbildung 37 ist das Untersuchungsergebnis weniger differenziert nur für die neuzugewanderten Kinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung dargestellt. Im Kreisdiagramm ist zu erkennen, dass der Anteil der Mädchen und Jungen, die problemlos sehen können, um 11% niedriger ausfiel, als in der Gesamtgruppe der einzuschulenden Kinder. In 15 Fällen (33%) gab es einen auffälligen Sehbefund mit Abklärungsempfehlung, was einem Drittel der Gesamtgruppe entspricht. Ein Kind (2%) befand sich bereits zu dem Zeitpunkt in ärztlicher Behandlung.

4.5 Hörvermögen

Ein gutes Hörvermögen ist die Grundvoraussetzung für eine normale sprachliche und kognitive Entwicklung sowie für das Erlernen von Lesen und Schreiben. Chronische Mittelohrentzündungen, die Folgen einiger Infektionskrankheiten wie Masern, Keuchhusten oder Mumps sowie angeborene Hörstörungen können die Ursache für eine Schwerhörigkeit sein. Starke und dauerhafte Lärmbelastung führen auch zu Gehörschädigungen.

Der Hörtest erfolgt mit einem geeichten Audiometer in geräuscharmer Umgebung. Gemessen wird bei 30 dB auf sechs Tonfrequenzen (250, 500, 1000, 2000, 4000 und 6000 Hz). Werden bei 30 dB auf einem Ohr zwei oder mehr Töne nicht gehört, erfolgt eine Arztüberweisung. Kinder, die mit Hörgeräten versorgt sind, werden nicht getestet, da bei ihnen bereits eine Leistungseinträchtigung im Bereich Hören bekannt ist. Hier erfolgt eine pädagogisch-audiologische Beratung durch den mobilen Dienst für Hörgeschädigte an Regelschulen.

Bei der Überprüfung des Hörvermögens 2020 waren 412 Kinder (91%) unauffällig. Das entspricht einem Anteil von 91%. Von 28 Kindern (6%) mit einem Befund erhielten 22 (5%) die Empfehlung zur weiteren Abklärung bei einem Facharzt oder einer Fachärztin. Für die übrigen 6 Kinder (1%) war der Befund so gering, dass es keine weitere Abklärung erforderlich machte (z.B. unauffälliger Hörtest bei Zustand nach einer Hals-Nasen-Ohrenärztlichen Operation mit Entfernung der Rachenmandeln und Paukendrainage). 11 Kinder (2%) befanden sich schon in ärztlicher Behandlung.

Bei 2 Kindern (1%) wurde der Befund mit „keiner Aussage“ notiert. Dazu zählt 1 Kind, bei dem keine Untersuchung stattfinden konnte. Bei einem weiteren Kind konnte keine standardisierte Untersuchung durchgeführt werden, wobei das Ergebnis einen unauffälligen Befund zeigte.

Abbildung 38: Hörvermögen der untersuchten Kinder in der Schuleingangsuntersuchung

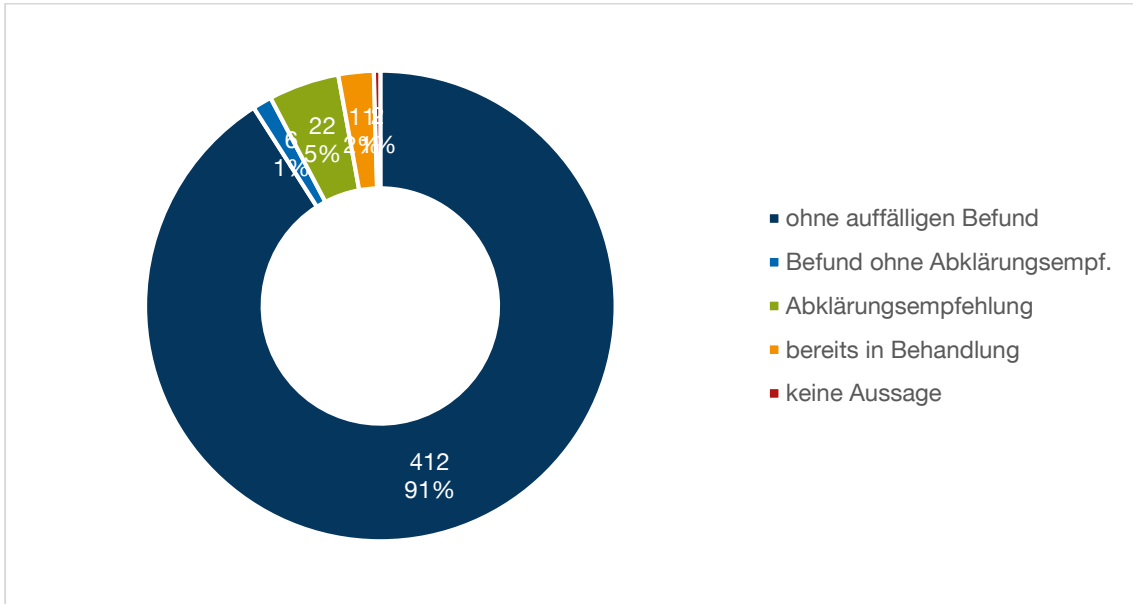
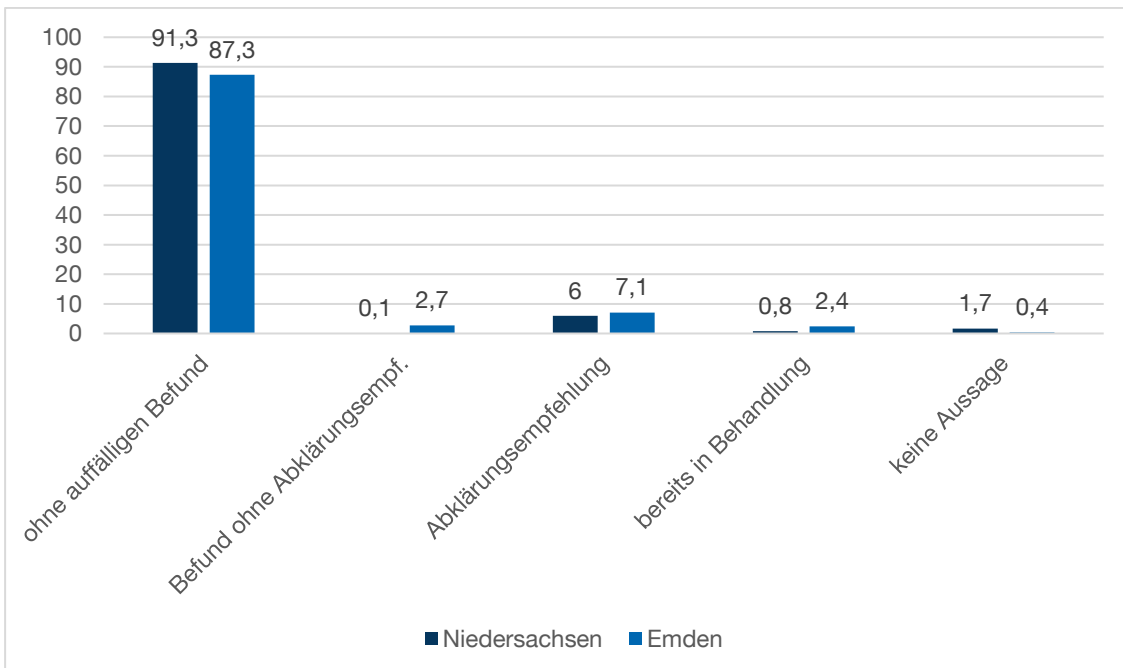
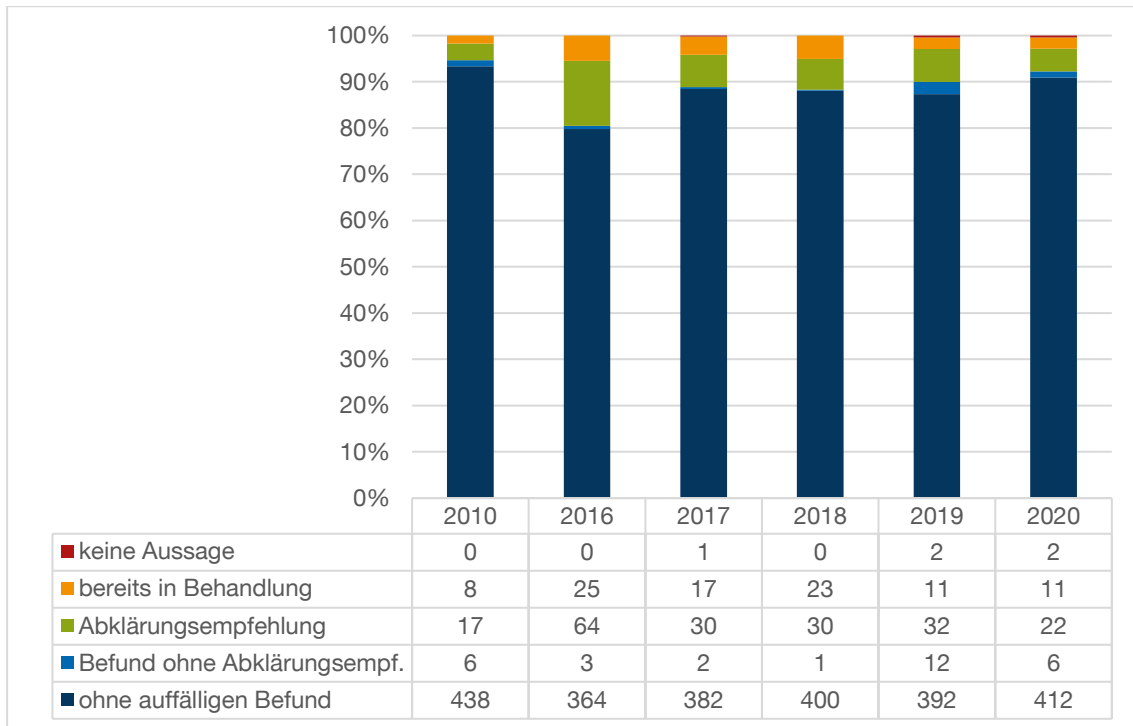


Abbildung 39: Hörvermögen Vergleich Emden/Niedersachsen 2019



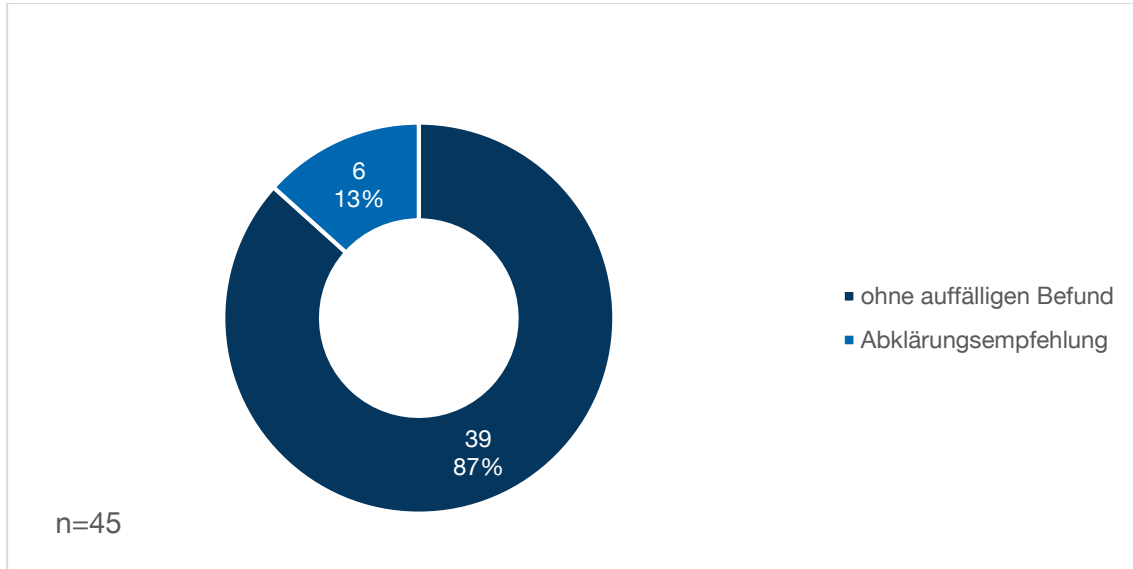
Der Anteil der Kinder ohne auffälligen Befund lag mit einer Differenz von 4 Prozentpunkten unter dem Landesmittel. Dadurch ergeben sich im Vergleich zum Land gleichzeitig erhöhte Anteile der auffälligen und milden Befunde mit einer Abweichung von rund 1-2%.

Abbildung 40: Hörvermögen der Emden Kinder im zeitlichen Verlauf



Nach dem merklichen Rückgang unauffälliger Befunde im Jahr 2016 lässt sich bis zum Jahr 2020 ein nahezu konstanter Anstieg unauffälliger Befunde des Hörtestes feststellen. Zuletzt nähert sich dieser wieder dem Niveau aus dem Vergleichsjahr 2010 an (2010= rund 93%, 2020= rund 91%). Der verringerte Anteil im besagten Jahr lässt sich insbesondere auf die hohe Zahl der ausgesprochenen Abklärungsempfehlungen, sowie auch auf die in Behandlung befindender Kinder zurückführen, die in den nachfolgenden Jahren wieder abnehmen. Hintergrund für das aus dem Rahmen fallende Ergebnis war eine Grippewelle, die auch einen Teil der untersuchten Kinder erfasst hatte. Das Virus war die eindeutige Ursache für den damals festgestellten hohen Anteil an Kindern mit einem auffälligen Befund. Auffällig ist im Jahr 2019 der vergleichsweise hohe Anteil an milden Befunden (2018= 0,2%, 2019= rund 3%). Auch die Abklärungsempfehlungen fielen in dem Jahr etwas höher aus, was die leicht negative Entwicklung der unauffälligen Befunde (2019= 87%) erklärt. Im Untersuchungsjahr 2020 haben die auffälligen Befunde insgesamt wieder abgenommen.

Abbildung 41: Hörvermögen der untersuchten neuzugewanderten Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung



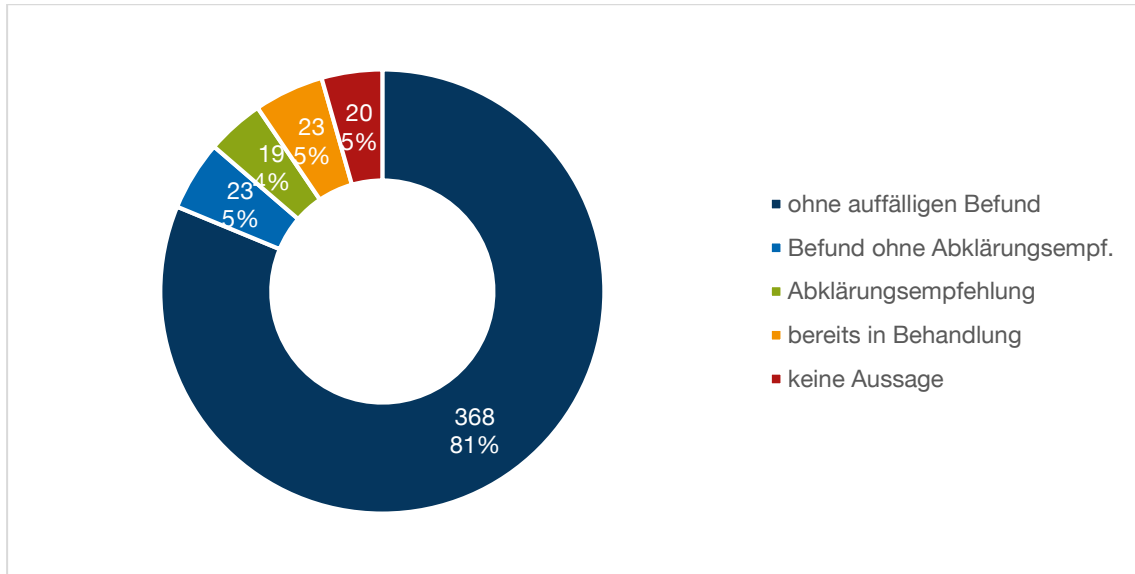
Das Hörvermögen der neuzugewanderten Kinder zeigt im Vergleich zu der Gesamtgruppe eine Abweichung von 4%. Der Anteil unauffälliger Hörbefunde aller erstuntersuchten Kinder lag bei 91%. In sechs Fällen gab es einen auffälligen Befund mit einer Abklärungsempfehlung, welche im Verhältnis mit 13% auch im Vergleich zur Gesamtgruppe (5%) recht hoch ausfiel.

4.6 Auditive Wahrnehmung („Hörwahrnehmung“)

Hierunter versteht man die Verarbeitung und Umsetzung von Gehörtem im Gehirn, umgangssprachlich spricht man auch von der „Hörwahrnehmung“. Ein gutes Hörvermögen ist die Voraussetzung für eine aussagekräftige Beurteilung der auditiven Wahrnehmung. Die auditive Wahrnehmungsfähigkeit ist abhängig von der Aufnahme akustischer Reize, der Hörfunktion, der Aufmerksamkeit und der Reizverarbeitung im Gehirn.

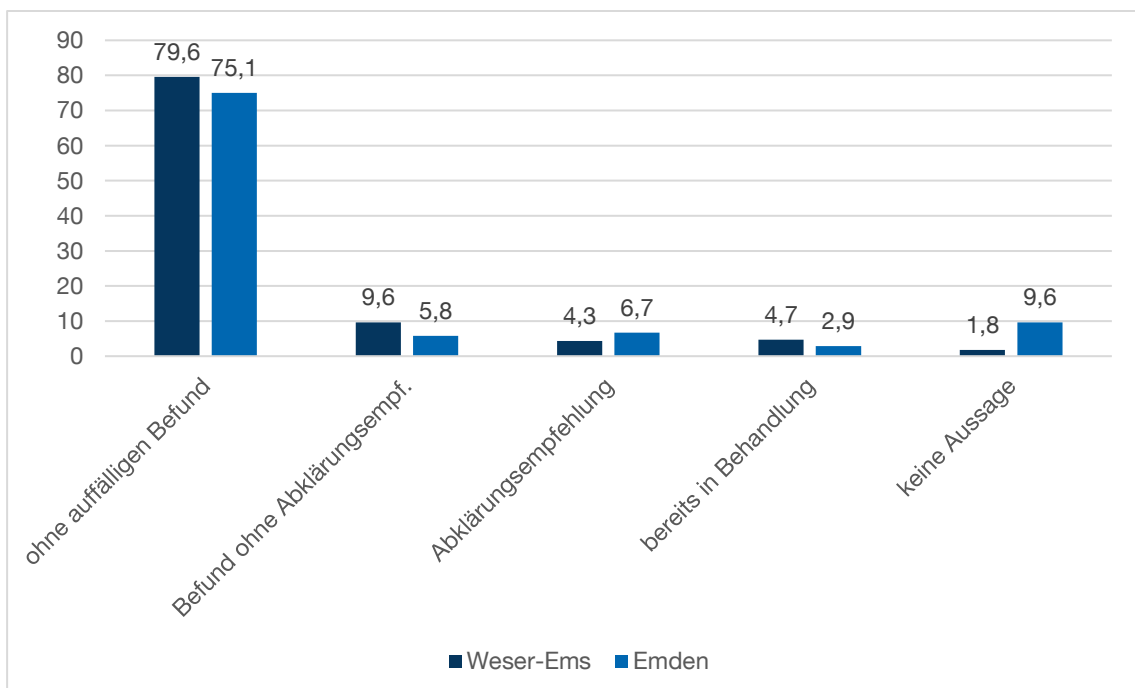
Im Rahmen der SEU werden die Merkfähigkeit, die Differenzierungsmöglichkeit und die Aufmerksamkeit überprüft. Kinder mit einer auditiven Wahrnehmungsschwäche können Probleme beim Lesen und Schreiben entwickeln. Es kann z.B. zum Verwechseln ähnlich klingender Buchstaben und Laute kommen. Reime, Geschichten, Wörter oder Zahlenreihen können schlecht gemerkt werden, Störgeräusche beeinträchtigen das Lernen.

Abbildung 42: Auditive Wahrnehmung der untersuchten Kinder



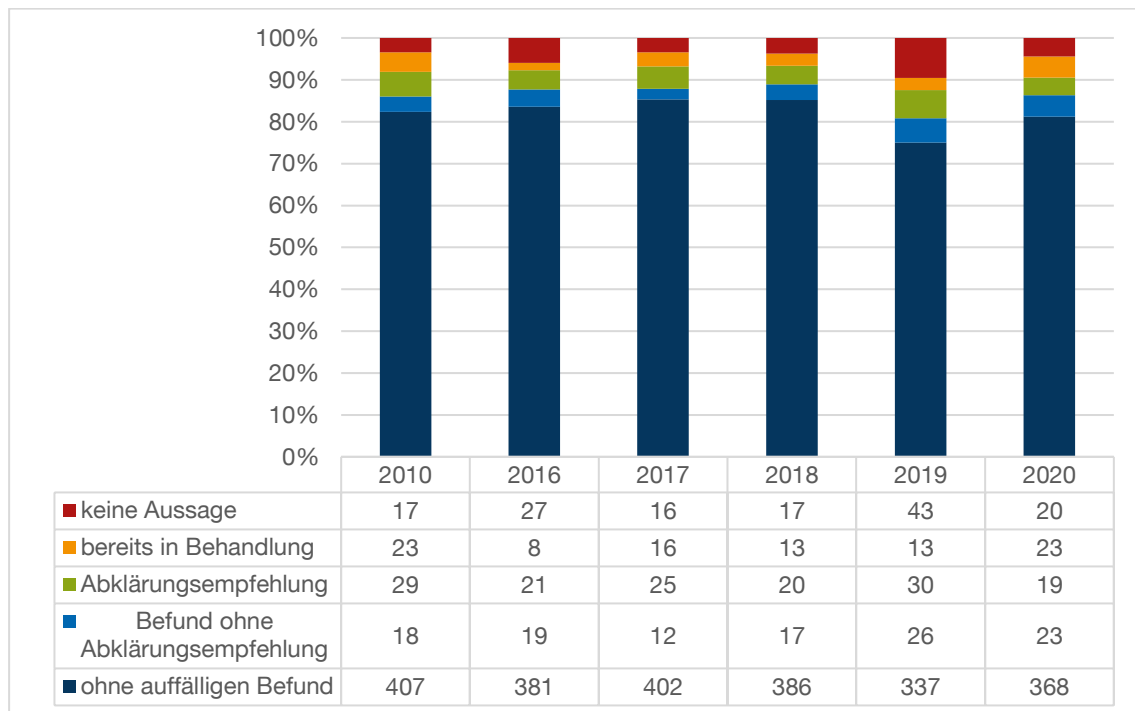
Bei der auditiven Wahrnehmung blieben 81% ohne Auffälligkeiten. Bei 9% wurde ein Befund festgestellt, wovon 4% zu einer weiteren Abklärung bei einem Facharzt geraten wurde. Zu dem Zeitpunkt befanden sich bereits 5% in ärztlicher Behandlung. Von 20 Kindern (5%) zu denen „keine Aussage“ getroffen werden konnte, wurden 13 nicht standardisiert untersucht, die alle einen unauffälligen Befund aufzeigten. Dadurch ergibt sich noch eine Differenz von 7 Kindern (1,5%), bei denen die Untersuchung nicht möglich war bzw. nicht erfolgen konnte.

Abbildung 43: Auditive Wahrnehmung der untersuchten Kinder im Vergleich Emden/ Weser-Ems 2019



Die unauffälligen Befunde fielen im Vergleich zu Weser-Ems in Emden rund 5% niedriger aus. Der niedrige Wert muss allerdings unter Berücksichtigung des hohen Anteils nicht standardisiert untersuchter Kinder betrachtet werden, der sich unter „keiner Aussage“ wiederfindet. Bei den milden Befunden sowie den in Behandlung befindenden Kindern wies Emden niedrigere Werte auf. Leicht über dem Durchschnitt (rund 2%) lag Emden bei den ausgesprochenen Abklärungsempfehlungen.

Abbildung 44: Auditive Wahrnehmung der untersuchten Kinder im zeitlichen Verlauf

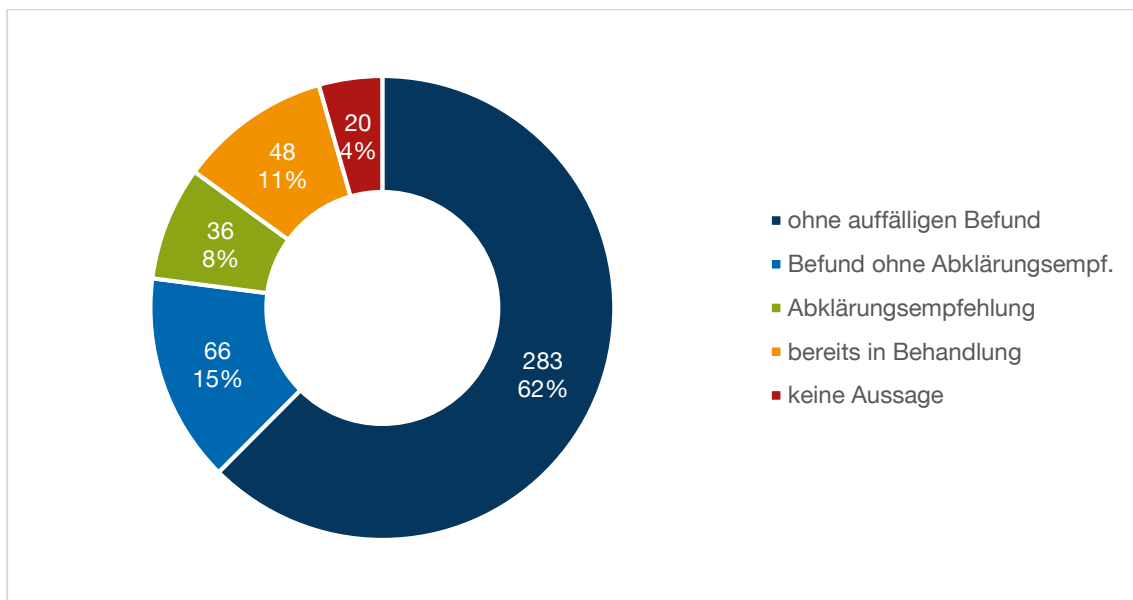


Im Zeitverlauf stiegen die unauffälligen Befunde bis zum Jahr 2017 leicht an, um bis 2018 auf dem Niveau zu bleiben. Auffällig ist die Abweichung im Jahr 2019, die sich unter anderem aus der hohen Anzahl nicht standardisiert untersuchter Kinder ergibt. Unter keiner Aussage zählten von den 43 Kindern 37 Kinder zu den nicht standardisiert durchgeführten Untersuchungen und 6 Kinder, zu denen tatsächlich keine Aussage getroffen werden konnte, da keine Untersuchung stattfinden konnte. Auch lässt sich im selben Jahr eine Zunahme der Befunde (mit und ohne Abklärungsempfehlungen) beobachten. Nachdem die Abklärungsempfehlungen ein Jahr später im Jahr 2020 wieder abgenommen haben, stieg die Anzahl der in Behandlung befindender Kinder. Da sich in dem Jahr die nicht standardisierten Untersuchungen wieder halbiert haben, stieg der Anteil ohne auffällige Befunde (auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau) wieder an.

4.7 Sprachstörungen

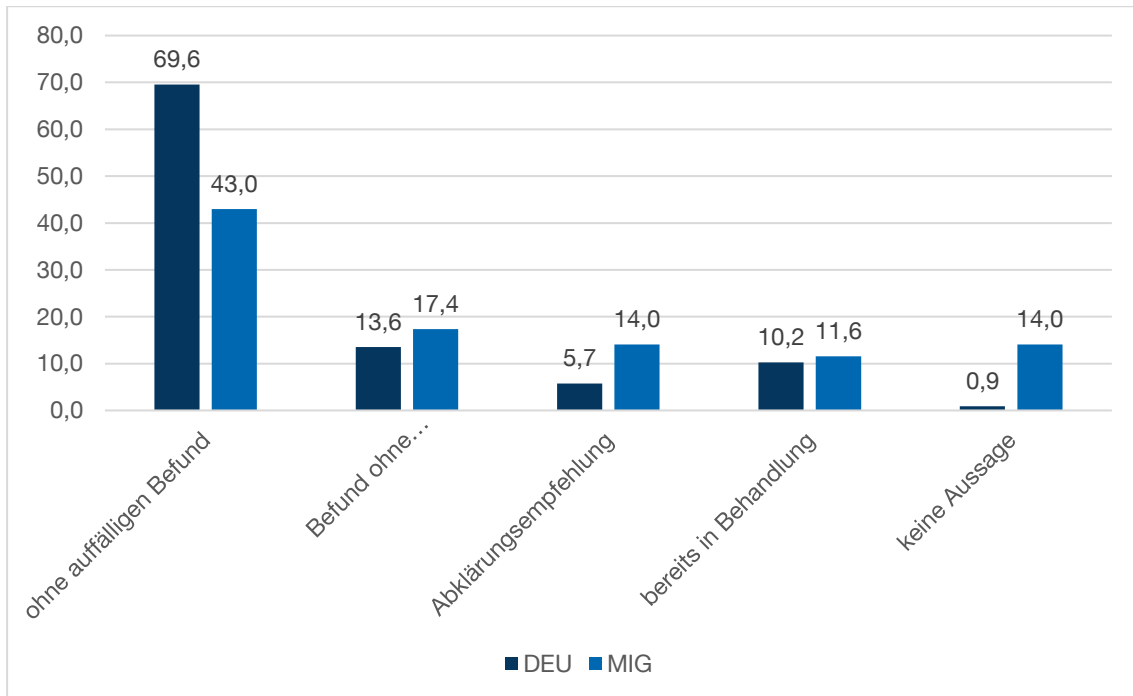
Die Sprachfähigkeit ist eine Grundlage für den Bildungserfolg und die Teilhabe an der Gesellschaft. Kognitive und soziale Fertigkeiten sind eng mit der Sprachkompetenz verknüpft. Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wird zur Beurteilung sprachlicher Fertigkeiten und möglicher Sprachstörungen im Gespräch mit dem Kind und unter Zuhilfenahme von einheitlichen Bewertungsbögen die Sprache bezüglich des Satzbaus, der Grammatik und Aussprachestörungen beurteilt. Die weiteren Maßnahmen und Empfehlungen hängen von der Ausprägung der Auffälligkeiten ab. Sprachtherapeutische Maßnahmen werden nur bei Sprachstörungen verordnet. Zuständig hierfür sind die vertragsärztlichen Praxen (Kinder-, HNO- oder andere Fachärzte).

Abbildung 45: Sprachstörung der erstuntersuchten Kinder



Von den 453 untersuchten Kindern blieben rund 62% der Kinder ohne auffälligen Befund. In 102 Fällen (23%) gab es einen Befund, davon wurde für 36 Kinder (8%) eine Empfehlung zur Abklärung ausgesprochen. Bei den übrigen 66 Kindern (15%) war der Befund so gering, dass keine weitere Abklärung erforderlich war. 48 Kinder (11%) befanden sich bereits in Behandlung. Von den 20 Kindern (4%), die „keiner Aussage“ zugeordnet wurden, konnte bei einem Kind keine Zuordnung erfolgen und 19 nicht standardisiert untersucht werden. Die Beurteilung der Sprache kann nur nach dem Standardverfahren ausgewertet werden, wenn in der Verständigungsmöglichkeit auf Deutsch (Abb. 17) keine größeren Schwierigkeiten festgestellt wurden. Die hier nicht standardisierten Untersuchungen finden sich somit in der Anzahl wieder, die zu dem Zeitpunkt entweder noch kein Deutsch sprechen konnten oder noch große Verständigungsschwierigkeiten zeigten.

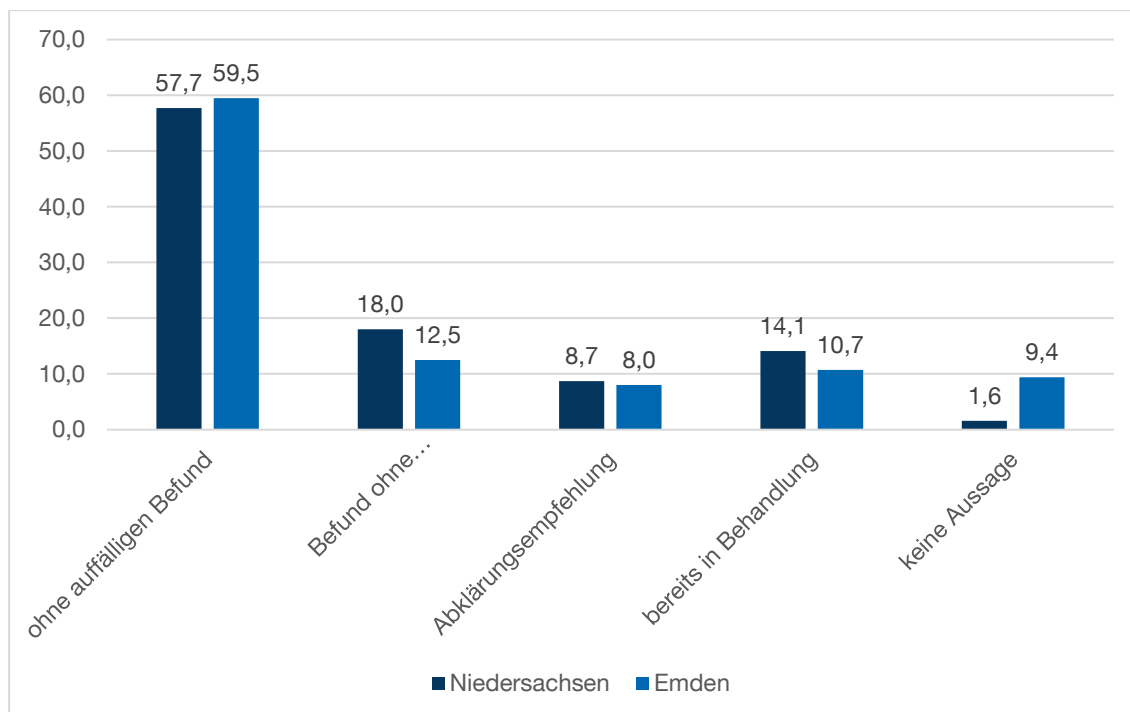
Abbildung 46: Sprachstörung der deutschen Kinder und der Kinder mit Migrationshintergrund



Rund 70% der einheimischen Kinder zeigten in der Sprache einen unauffälligen Befund. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein Anstieg von rund 6% zu verzeichnen. Ein leichter Befund ohne weitere Abklärungsempfehlung wurde bei rund 14% festgestellt. Deutlich niedriger fällt der Anteil der empfohlenen Abklärungen mit rund 6% aus. Zu dem Zeitpunkt befanden sich bereits 10% in ärztlicher Behandlung. Bei 3 Kindern (rund 1%) konnte die Untersuchung nicht standardisiert durchgeführt werden.

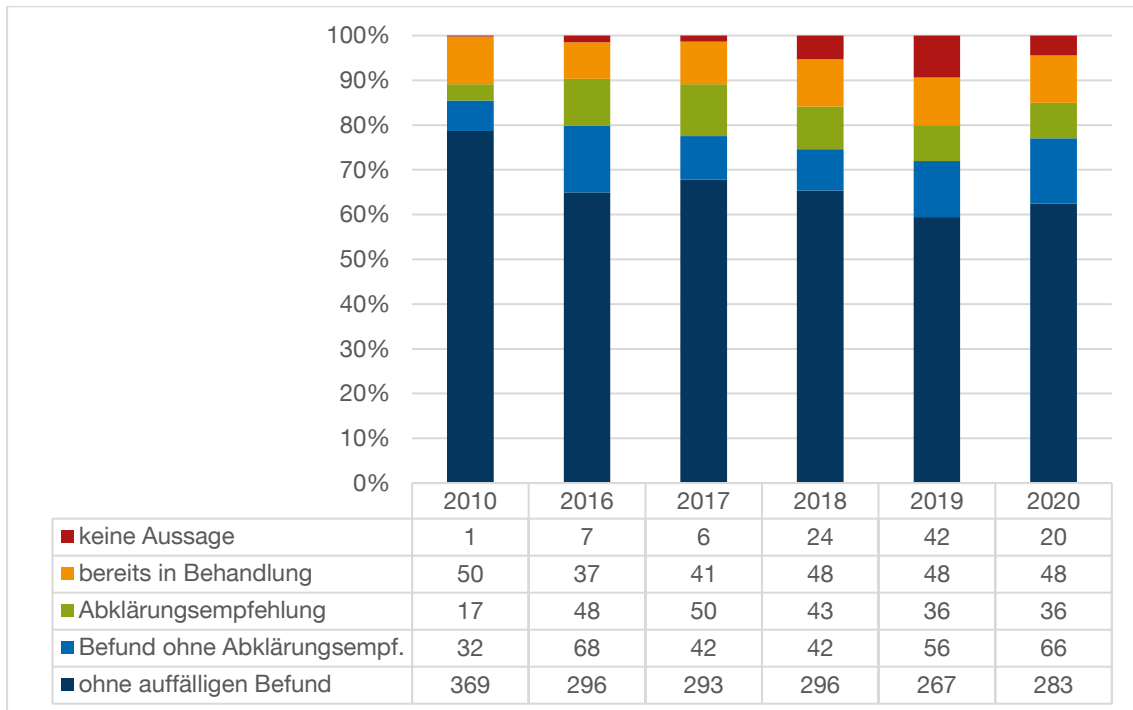
Von den 121 Kindern mit Migrationshintergrund zeigten 43% einen unauffälligen Befund, der im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken ist. Auffällig ist auch der im Vergleich zu den deutschen Kindern hohe Anteil leichter Befunde (rund 17%) und Abklärungsempfehlungen (14%). Letzteres lässt sich durch die bereits erwähnte schwierige Beurteilung von Sprachstörungen bei Kindern ohne gute Deutschkenntnisse erklären, weshalb vermehrt eine weitere Diagnostik und Beratung empfohlen wird. Rund 12% befanden sich bereits in Behandlung. 14% (17 Kinder), die sich unter „keiner Aussage“ wiederfinden, konnten nicht standardisiert untersucht werden.

Abbildung 47: Sprachstörung der untersuchten Kinder Vergleich Emden / Niedersachsen 2019



Der Anteil der Kinder ohne auffälligen Befund liegt rund 2% über dem Landesdurchschnitt. In Emden wurden dagegen für deutlich weniger Kinder als im Landesdurchschnitt ein Befund ohne Abklärungsempfehlung ausgestellt. Beide Gruppen zusammen repräsentieren sowohl im Land als auch in Emden rund drei Viertel der untersuchten Kinder. In Niedersachsen befanden sich rund 14% der Kinder bereits in Behandlung, das sind 4% mehr als in Emden. Der Wert für die Kinder, zu denen keine Aussage getroffen werden konnte, fiel vergleichsweise hoch aus.

Abbildung 48: Sprachstörung der untersuchten Kinder im zeitlichen Verlauf



Der Anteil der Kinder ohne Auffälligkeiten in der Sprache ist tendenziell eher rückläufig. Allerdings muss hierbei wieder der in den letzten Jahren gewachsene Migrationsanteil, sowie die vermehrten Verständigungsschwierigkeiten im Allgemeinen berücksichtigt werden, wodurch die Anzahl nicht standardisiert untersuchter Kinder (notiert unter keiner Aussage) bis 2019 stetig zunimmt. Nach einem zwischenzeitigen Rückgang der milden Befunde im Jahr 2017 und 2018 hat dieser in den letzten beiden Jahren wieder zugenommen. Die Abklärungsempfehlungen sind seit 2018 rückläufig, wohingegen der in Behandlung befindende Anteil konstant bei rund 11% bleibt.

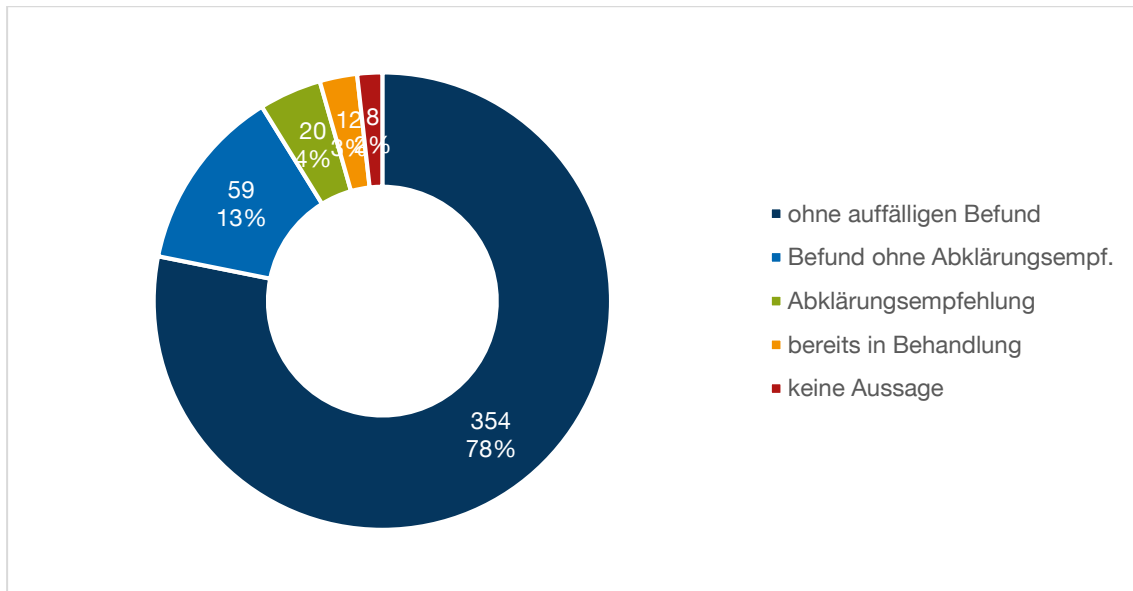
4.8 Koordinative Fertigkeiten und Motorik

Koordinative Fertigkeiten haben positive Auswirkungen auf die Lernleistung sowie auf die Les-, Rechen- und Schreibfertigkeiten. Dabei wird zwischen den grobmotorischen, feinmotorischen und visuomotorischen Fertigkeiten unterschieden.

4.8.1 Grobmotorik

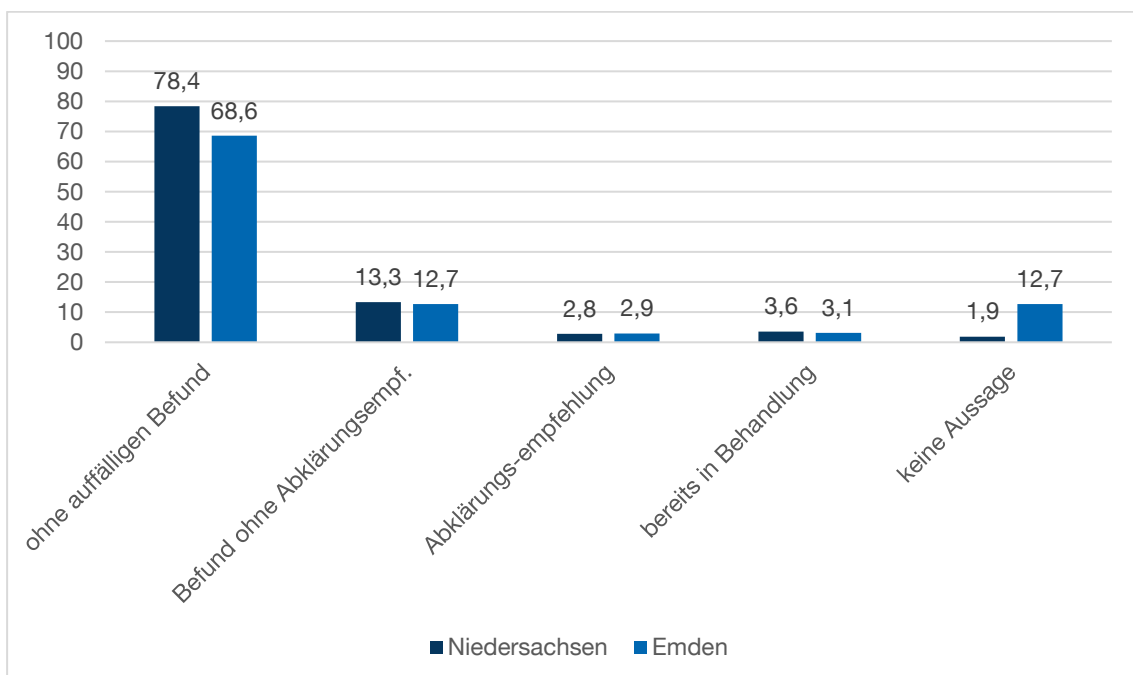
Bei der Untersuchung der Grobmotorik wird die Körperkoordination, das Gleichgewicht und die Körperhaltung überprüft. Hierbei wird das seitliche Überspringen beurteilt, zusätzlich können das Stehen und das Hüpfen auf einem Bein sowie das Balancieren mit in die Bewertung einbezogen werden.

Abbildung 49: Grobmotorische Entwicklung der untersuchten Kinder



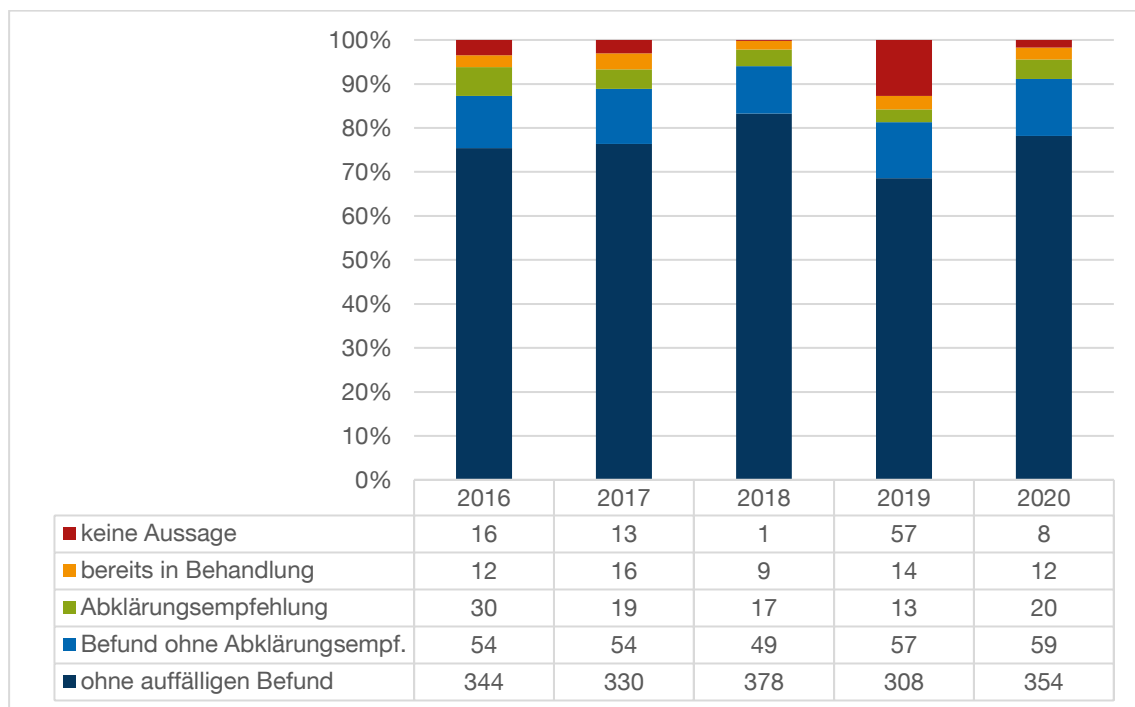
Rund 78% der untersuchten Kinder zeigten eine unauffällige grobmotorische Entwicklung. Ein milder Befund, der keine ärztliche Abklärung erforderlich machte, wurde bei 13% festgestellt. Diesen Kindern wurde die Teilnahme an Sportförderangeboten, Bewegungsförderung oder die Teilnahme an einem psychomotorischen Förderangebot empfohlen. Eine Abklärungsempfehlung erhielten 4%, wohingegen sich 3% bereits in Behandlung befanden. Von den 8 Kindern (2%), die keiner Aussage zugeordnet wurden, konnten 7 Kinder nicht nach dem Standardverfahren untersucht werden, zeigten aber einen unauffälligen Befund in der grobmotorischen Entwicklung. Bei 1 Kind konnte keine Untersuchung durchgeführt werden.

Abbildung 50: Grobmotorische Entwicklung der untersuchten Kinder Vergleich Emden / Niedersachsen



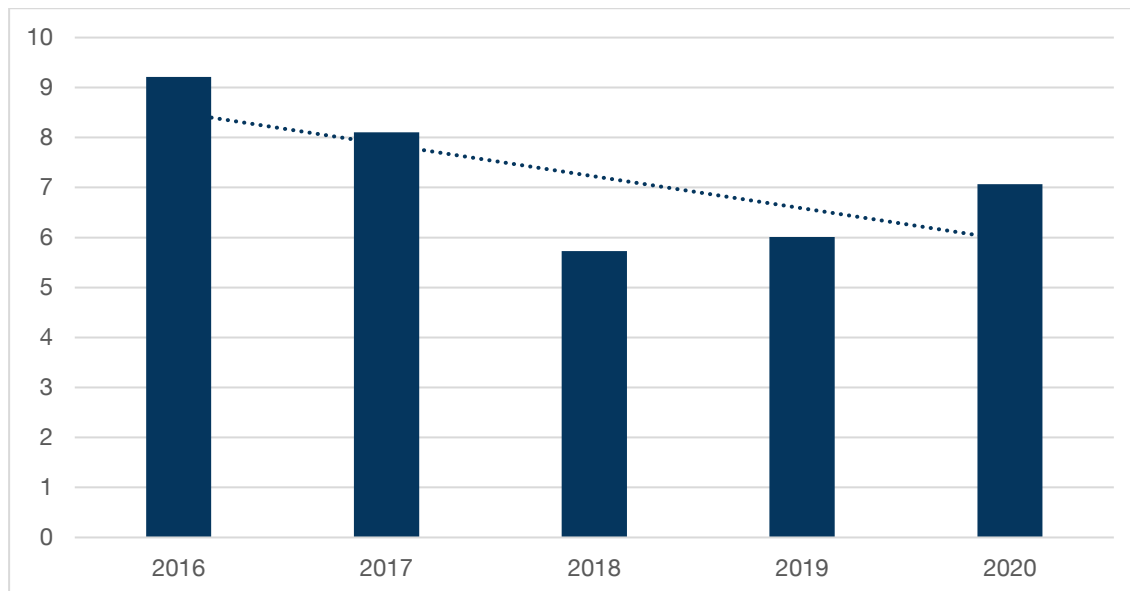
Emden liegt bei den unauffälligen Befunden deutlich (rund 10%) unter dem Landesdurchschnitt. Dabei muss beachtet werden, dass der Wert für 2019 auch im Zeitverlauf besonders niedrig ausfiel, da eine besonders hohe Anzahl von Kindern nicht nach dem Standardverfahren untersucht, aber als unauffällig bewertet wurde und deshalb unter keiner Aussage wiederzufinden ist. Ansonsten zeigten sich im Vergleich zum Land keine größeren Abweichungen.

Abbildung 51: Grobmotorische Entwicklung der untersuchten Kinder im zeitlichen Verlauf



Bei der Betrachtung der grobmotorischen Entwicklung bewegt sich der Anteil unauffälliger Befunde ungefähr im Durchschnitt der letzten Jahre, was sich aus der Abbildung des Zeitverlaufs nur schwer erkennen lässt. Die Entwicklung ist in Abbildung 46 etwas verzerrt dargestellt, weil im Jahr 2019 verhältnismäßig viele Kinder nicht standardisiert untersucht wurden und der Kategorie keine Aussage zugeordnet sind. 2018 lässt sich ein Höchstwert unauffälliger Befunde von 83% verzeichnen. Aus der folgenden Abbildung 52 geht hervor, dass der Anteil der Kinder mit einem Befund (mit Abklärungsempfehlung und in Behandlung) seit 2019 wieder steigt.

Abbildung 52: Anteil der Kinder mit einem Befund oder in Behandlung der grobmotorischen Entwicklung

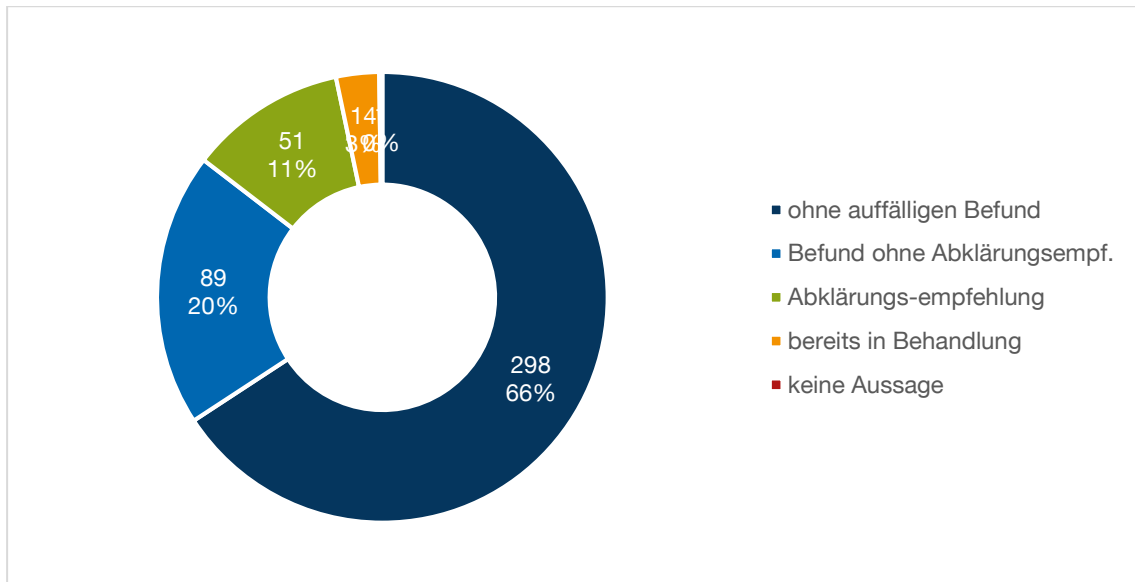


4.8.2 Feinmotorik

Die Feinmotorik wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung durch die Beurteilung der Handmotorik bei einem Zeichenversuch überprüft. Die Überprüfung kann Aufschluss darüber geben, ob Unsicherheiten oder Störungen in der der Auge-Hand Koordination und/oder bei den Schreib- und Malbewegungen (Graphomotorik) vorliegen. Gute feinmotorische Fertigkeiten und eine gute Auge-Hand-Koordination sind wichtige Voraussetzungen für das Erlernen des Schreibens und des Zeichnens.

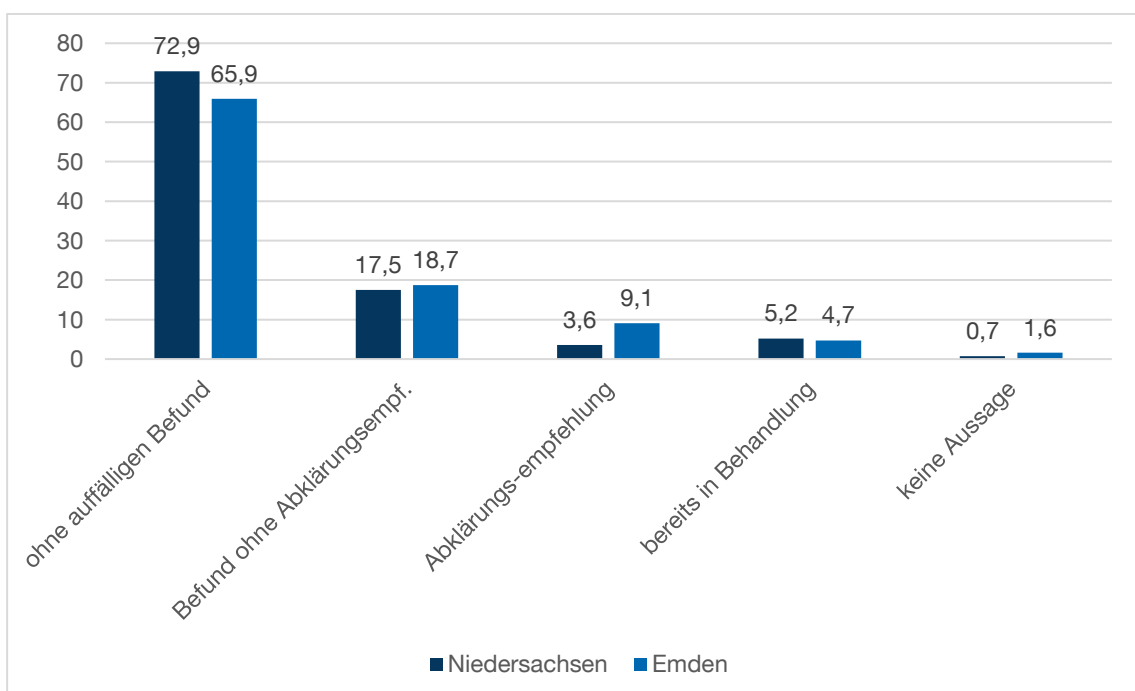
Die Feinmotorik ist bei jedem Menschen schon im Kindesalter abhängig von der Bewegungssteuerung und der Verarbeitung der Sinneseindrücke. Störungen in diesen Bereichen haben ungünstige Auswirkungen auf das Erlernen des Schreibens und auf andere regelmäßige Tätigkeiten wie z.B. das Fädeln, das Musizieren, das Backen und Kochen sowie das Essen und Trinken (lebenspraktische Fertigkeiten).

Abbildung 53: Feinmotorische Entwicklung der untersuchten Kinder



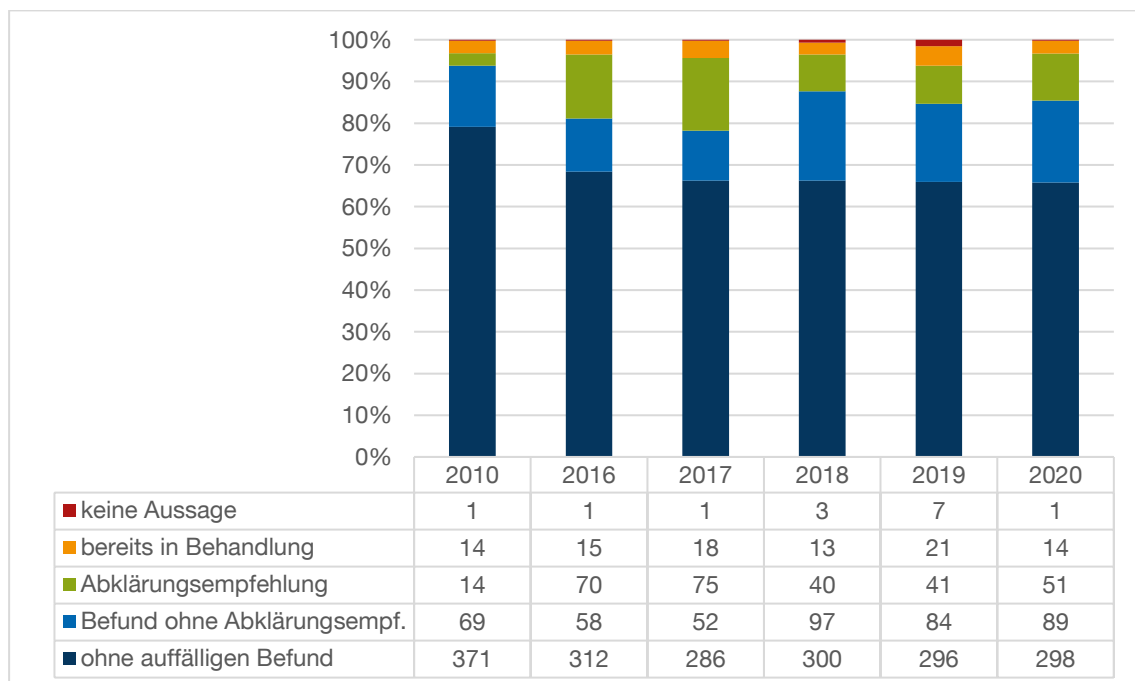
Im Untersuchungsjahr 2020 waren in der Feinmotorik ungefähr zwei Drittel der Kinder normal entwickelt. Immerhin 20% zeigten einen leichten Befund und erhielten eine Förderempfehlung im Vorschulbereich oder eine Übungsempfehlung im familiären Umfeld. Rund 3% der Kinder waren bereits in Behandlung und 11% wurde empfohlen, einen Arzt aufzusuchen, um den Befund abzuklären. Für 1 Kind konnte keine Untersuchung erfolgen.

Abbildung 54: Feinmotorische Entwicklung der untersuchten Kinder Vergleich Emden / Niedersachsen 2019



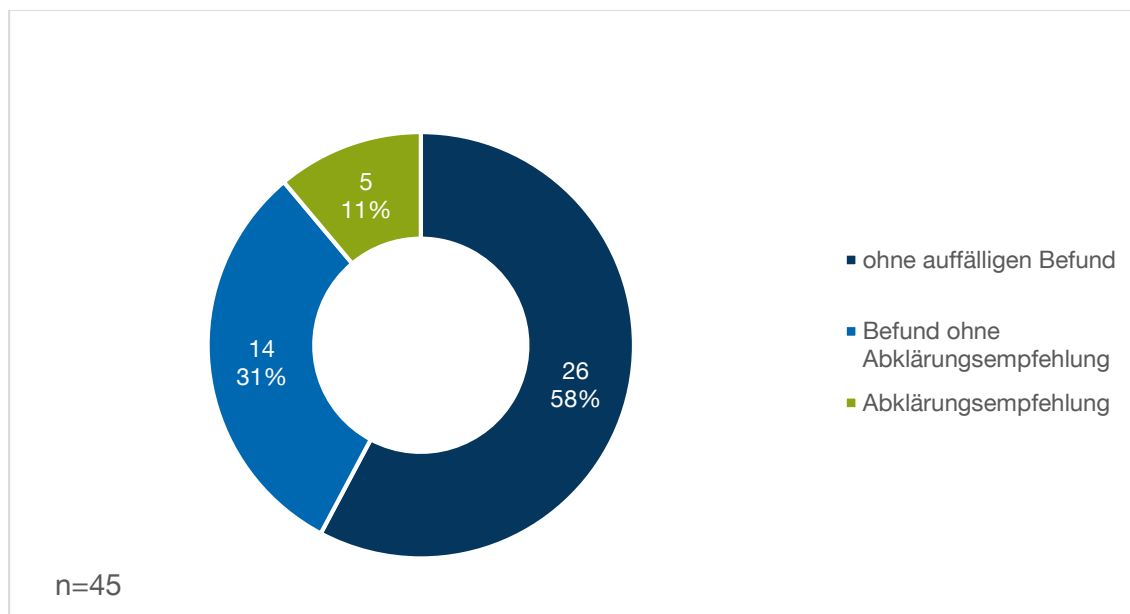
Im Vergleich zu den Ergebnissen in Niedersachsen zeigten in der feinmotorischen Entwicklung deutlich mehr Kinder einen abklärungsbedürftigen Befund (+5%), wodurch die unauffälligen Befunde gleichzeitig geringer ausfielen (-7%). Die milden Befunde lagen in etwa auf dem Niveau des Landes. Bei der Feinmotorik ist allerdings auffällig, dass die Werte der einzelnen Kommunen in Niedersachsen sehr stark schwanken, der Mittelwert kann insofern nur bedingt als Vergleichsgröße genutzt werden. In Emden sind etwas weniger Kinder (-0,5%) in einer therapeutischen Behandlung als im Landesdurchschnitt (5,2%).

Abbildung 55: Feinmotorische Entwicklung im zeitlichen Verlauf



Im Zeitverlauf zeigt sich bei der Feinmotorik seit 2016 ein nahezu gleichbleibendes Ergebnis für die Kinder ohne Befund. Im Jahr 2010 wurden deutlich weniger Abklärungsempfehlungen ausgesprochen, weshalb ein Vergleich mit dem Referenzjahr in diesem Bereich der Untersuchung wenig aussagekräftig ist. 2016 und 2017 fielen die Werte für die Abklärungsempfehlungen in Emden zu hoch aus. Nach der Überprüfung der Auswertungen wurden hier Kinder mit einem eher milden Befund (Befund ohne Abklärungsempfehlungen), die nur eine Übungsempfehlung erhalten haben, den Abklärungsempfehlungen zugeordnet. Bis zum Jahr 2019 spiegelt sich die korrigierte Zuordnung in dem niedrigen Anteil an Abklärungsempfehlungen wider, wobei im darauffolgendem Jahr 2020 wieder ein leichter Anstieg auffälliger Befunden zu beobachten ist (2019= 9%, 2020= 11%). Trotz des im Zeitverlauf erkennenden Rückgangs der Abklärungsempfehlungen fiel der Wert im Vergleich zum Land (2019) dennoch auffällig hoch aus.

Abbildung 56: Feinmotorische Entwicklung der neuzugewanderten Kinder in der Schuleingangsuntersuchung



In der Feinmotorik ließen sich bei den neuzugewanderten Kindern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung im Vergleich zur Gesamtgruppe mehr Auffälligkeiten feststellen (ohne auffälligen Befund 66% bei n=453). In Relation bekamen mehr Kinder einen Befund, der allerdings mehrheitlich leicht ausfiel. Die Abklärungsempfehlungen unterschieden sich im Verhältnis allerdings nicht im Vergleich zur Gesamtgruppe.

4.8.3 Visuomotorik

Bei der Visuomotorik handelt es sich um die Fähigkeit, das Sehen mit den Bewegungen des Körpers zu koordinieren (Basteln, Schreiben, Greifen, Ballwerfen etc.). Auch im schulischen Bereich spielt die Visuomotorik beim Lesen und Schreiben eine wichtige Rolle. Störungen in der Visuomotorik können zu Problemen beim Lesen und Schreiben führen. Überschreiten von Begrenzungslinien beim Malen, Schreiben und Rechnen können die Folge sein. Zum Schreiben lernen benötigt man eine gute graphomotorische Koordination. In die Beurteilung der Visuomotorik fließt auch die Beurteilung der graphomotorischen Fertigkeiten der Feinmotorik ein.

Die Ergebnisse der visuomotorischen Untersuchung passen zu den Befunden und Beobachtungen der Feinmotorik. Bei der Visuomotorik erhielten jedoch deutlich mehr Kinder eine Abklärungsempfehlung (17% gegenüber 11%), entsprechend weniger Kinder hatten hier nur einen leichten Befund. Dies erklärt sich daraus, dass viele der untersuchten Kinder mit einem milden Befund in der Feinmotorik Einschränkungen in der Malfertigkeit zeigten. Sie erhielten daraufhin die Empfehlung zu einer weiteren Abklärung oder Beratung. Dadurch fallen entsprechend auch die unauffälligen Befunde mit 62% etwas niedriger aus. Es befanden sich zu dem Zeitpunkt bereits 2% in Behandlung. Unter „keiner Aussage“ finden sich 2 Kinder, wovon bei einem Kind keine Untersuchung durchgeführt werden konnte und bei dem anderen keine standardisierte Untersuchung stattgefunden hat.

Abbildung 57: Visuomotorische Koordination aller untersuchten Kinder

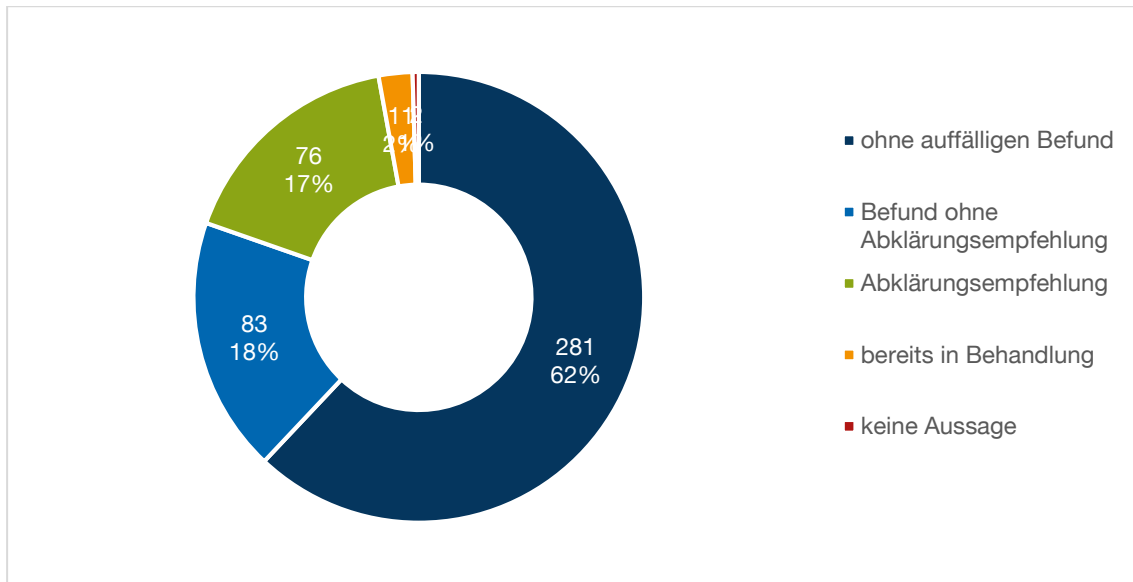
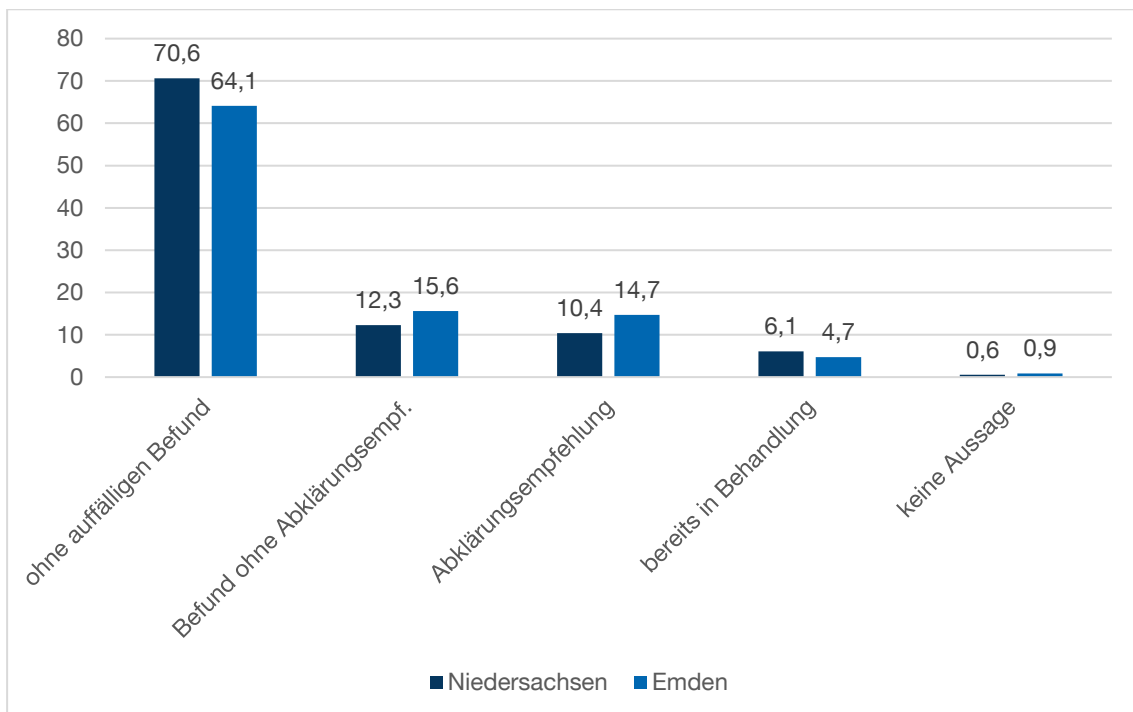
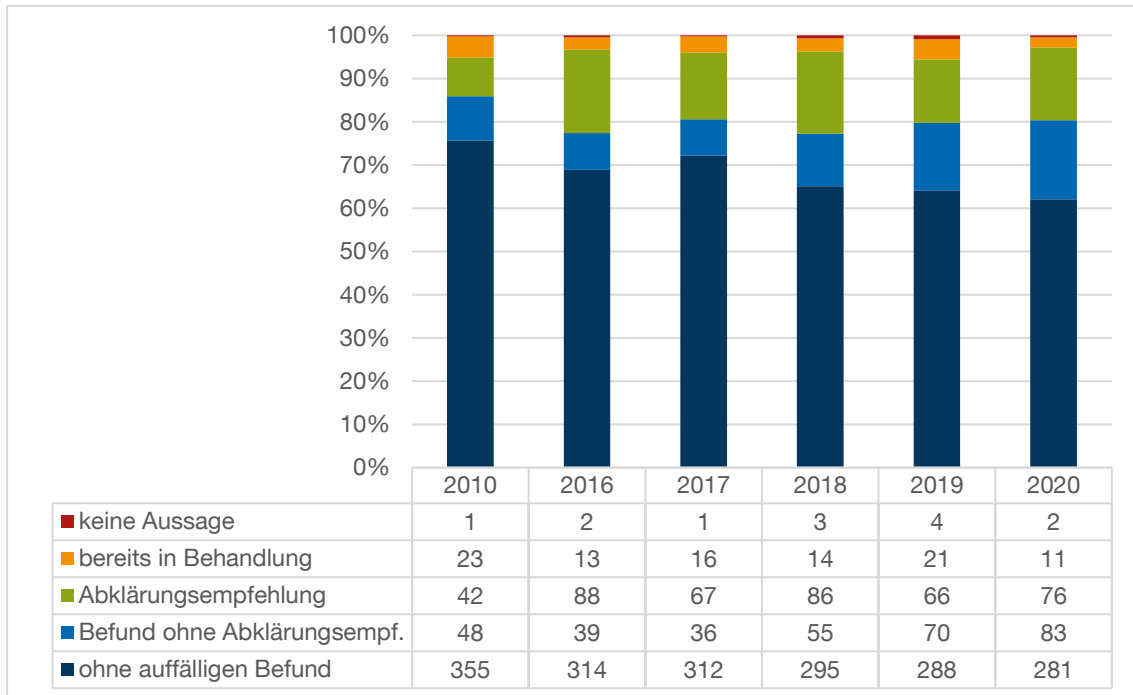


Abbildung 58: Visuomotorische Koordination der untersuchten Kinder Vergleich Emden / Niedersachsen 2019



Der Anteil der erstuntersuchten Kinder, der bei der visuomotorischen Entwicklung als unauffällig eingestuft wurde, liegt rund 6% unter dem Landesdurchschnitt. Entsprechend fiel der Anteil der Befunde (mit und ohne Abklärungsempfehlungen) in Emden mit insgesamt rund 30% deutlich höher aus (+8%). In beiden Kategorien liegt der Wert merklich über dem Landesmittel. In Emden befanden sich im Untersuchungsjahr etwas weniger Kinder in Behandlung (-1%).

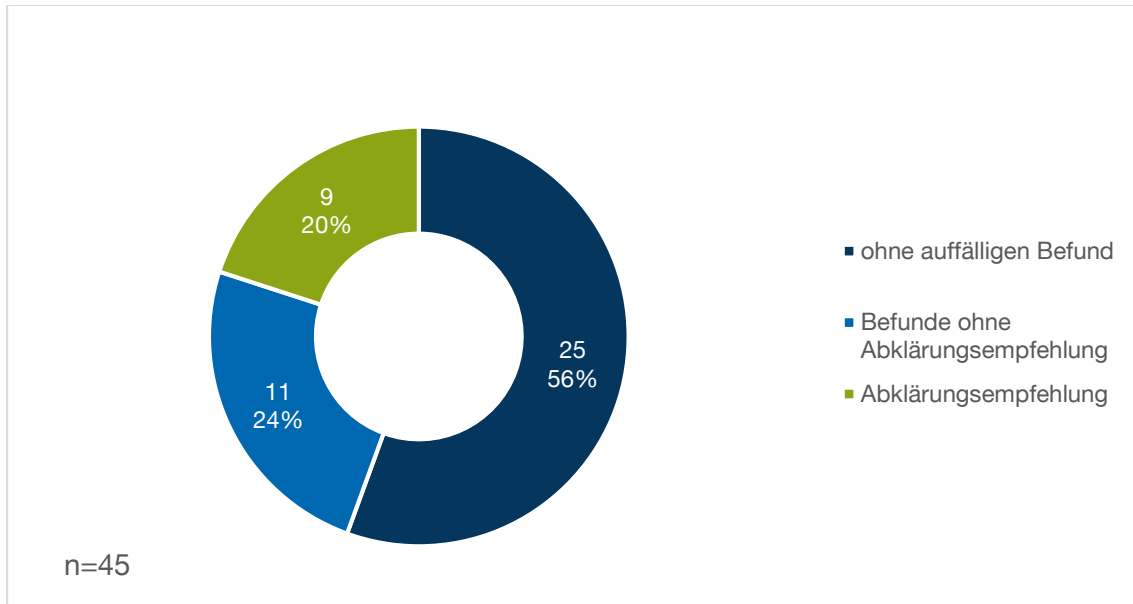
Abbildung 59: Visuomotorische Koordination der untersuchten Kinder im zeitlichen Verlauf



In der Zeitreihe zeigen sich in allen Kategorien leichte Schwankungen. Insgesamt ist bei der Visuomotorik eine eher negative Entwicklung zu beobachten. Der Anteil der Kinder ohne Befund lag in den letzten beiden Jahren deutlich unter den Werten für 2016 und 2017. Umgekehrt ist bei den milden Befunden ohne Abklärungsempfehlungen seit 2018 ein deutlicher Anstieg zu erkennen. Die Abklärungsempfehlungen hingegen nehmen seit 2017 wieder leicht ab. Bei den in Behandlung befindender Kindern lässt sich kein Trend erkennen, da sich der Wert auf einem gleichbleibenden niedrigen Niveau bewegt.

Im Vergleich zur Feinmotorik der gleichen Gruppe zeigten sich auch hier deutlich mehr Abklärungsempfehlungen bei gleichzeitigem Rückgang der milden Befunde ohne Abklärungsempfehlungen. Im Gesamtergebnis überwiegen dennoch, anders als bei der Gesamtgruppe, die milden Befunde mit 24%. Mit einem Anteil von 44% an Befunden liegt auch dieser deutlich über dem Anteil in der Gesamtgruppe (35%).

Abbildung 60: Visuomotorische Koordination der neuzugewanderten Kinder im Rahmen der Einschulungsuntersuchung



4.9 Gewicht

Der Body-Mass-Index (BMI) stellt ein Maß für die Gesamtkörpermasse dar und gibt das Verhältnis der Körpergröße zum Körpergewicht an. Übergewicht bedeutet ein zu hohes Körpergewicht im Verhältnis zur Körpergröße. Die Berechnung erfolgt mit Hilfe von alters- und geschlechtsspezifischen Perzentilkurven. In der Einschulungsuntersuchung werden Perzentile für den BMI von Jungen und Mädchen im Alter von 4,5 bis 7 Jahren verwendet. Perzentile (Hundertstelwerte) sind Vergleichswerte für Gewicht und Größe von Kindern.

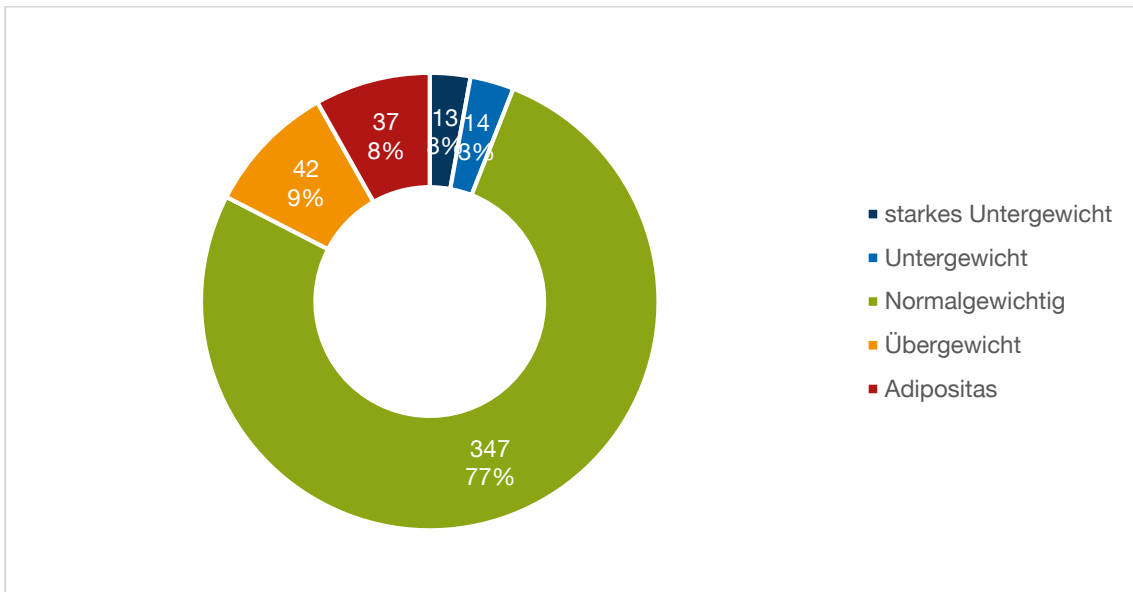
Maßnahmen sind erforderlich bei starkem Übergewicht (BMI über dem 97. Perzentil) oder bei starkem Untergewicht (BMI unterhalb des 3. Perzentil). Eine Beratung erfolgt auch bei Kindern mit einem Gewicht zwischen dem 90. und 97. Perzentil.

Starkes Untergewicht	unterhalb des 3. Perzentils (Vergleichskohorte)
Leichtes bis mäßiges Untergewicht	zwischen dem 3. und unter dem 10. Perzentil
Normalgewicht	zwischen dem 10. und unter dem 90. Perzentil
Leichtes bis mäßiges Übergewicht	zwischen dem 90. und unter dem 97. Perzentil
Starkes Übergewicht (Adipositas)	über dem 97. Perzentil

Insbesondere (starkes) Übergewicht ist häufig mit negativen Gesundheitsfolgen, wie erhöhtem Blutdruck, Gefäßerkrankungen oder Diabetes verbunden. Auch kann Übergewicht speziell für Kinder eine Einschränkung in der sozialen Entwicklung bedeuten. Als Ursache dafür gelten Ernährungsgewohnheiten, ein Mangel an Bewegung und die genetische Veranlagung sowie soziale und psychosoziale Faktoren. Sind Kinder bereits im Einschulungsalter übergewichtig oder adipös, gelingt es ihnen in der weiteren Entwicklung nur schwer, ein Normalgewicht zu erreichen.

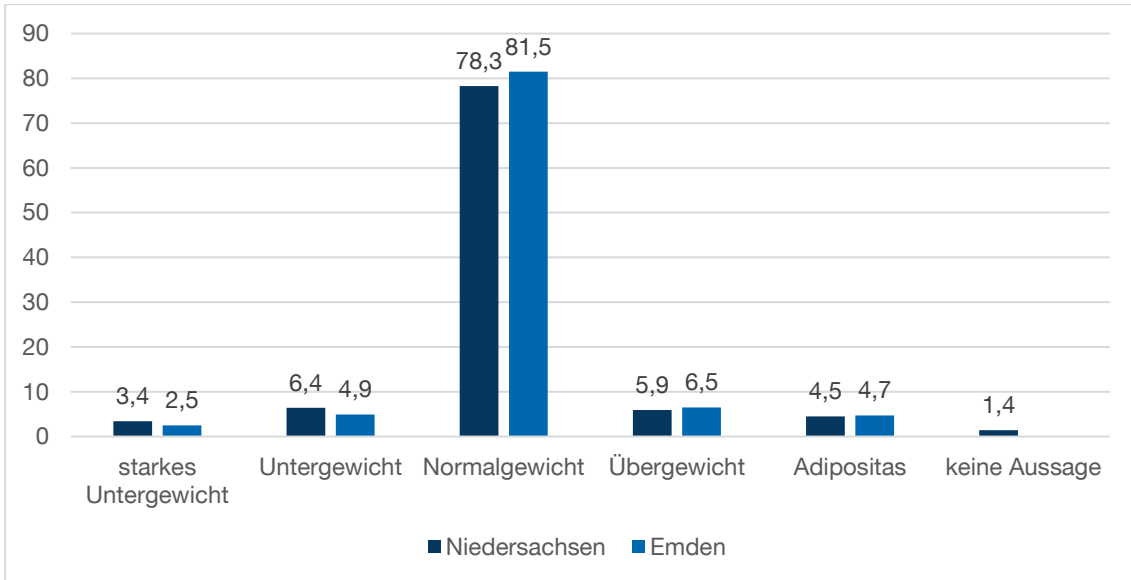
Untergewicht ist in Deutschland selten auf eine Mangelernährung zurückzuführen. Untergewichtige Kinder sind nicht zwangsläufig krank. Genetische Veranlagungen, Wachstumsschübe oder eine ausgeprägte Bewegungsfreude können eine Ursache für ein niedriges Gewicht sein. Kinder mit starkem Untergewicht müssen sorgsam kinderärztlich beobachtet werden. Chronische Erkrankungen, Fehlbildungen, Essgewohnheiten oder Probleme im familiären Umfeld sind Risikofaktoren für ein niedriges Gewicht.

Abbildung 61: Body Mass Index (BMI) der untersuchten Kinder



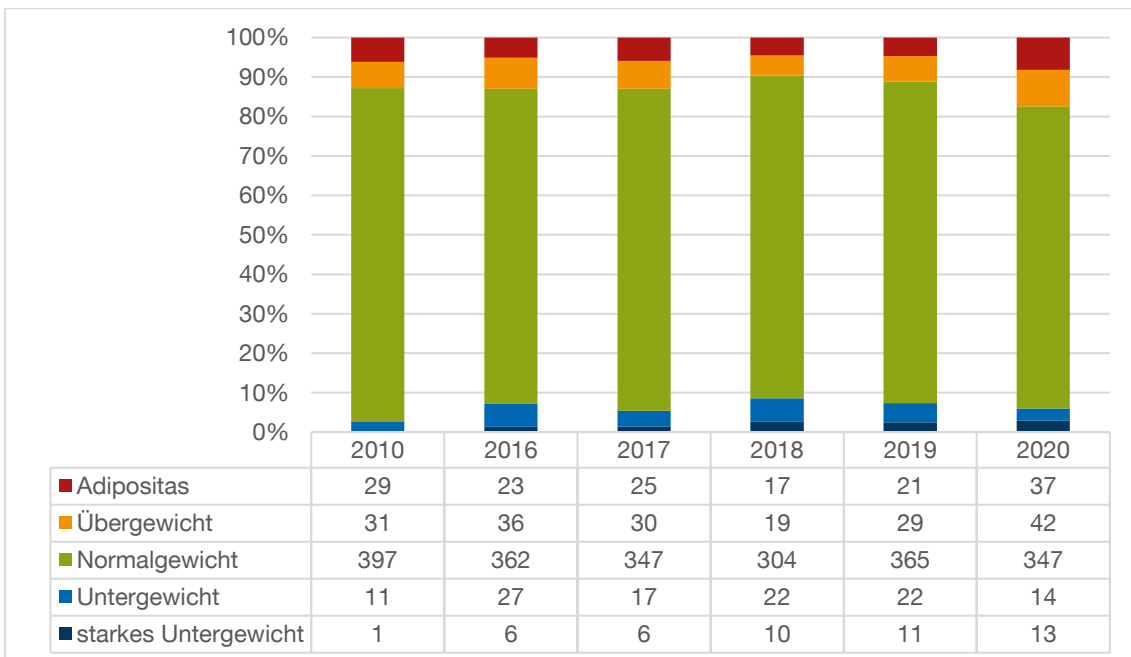
Von den 453 bei der Schuleingangsuntersuchung 2020 untersuchten Kindern waren 77% normalgewichtig, 6% leicht bis stark untergewichtig und 17% übergewichtig bzw. adipös. Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil normalgewichtiger Kinder um rund 4% abgenommen, was sich insbesondere durch den Anstieg adipöser Kinder erklären lässt.

Abbildung 62: Body Mass Index (BMI) der untersuchten Kinder Vergleich Emden / Niedersachsen 2019



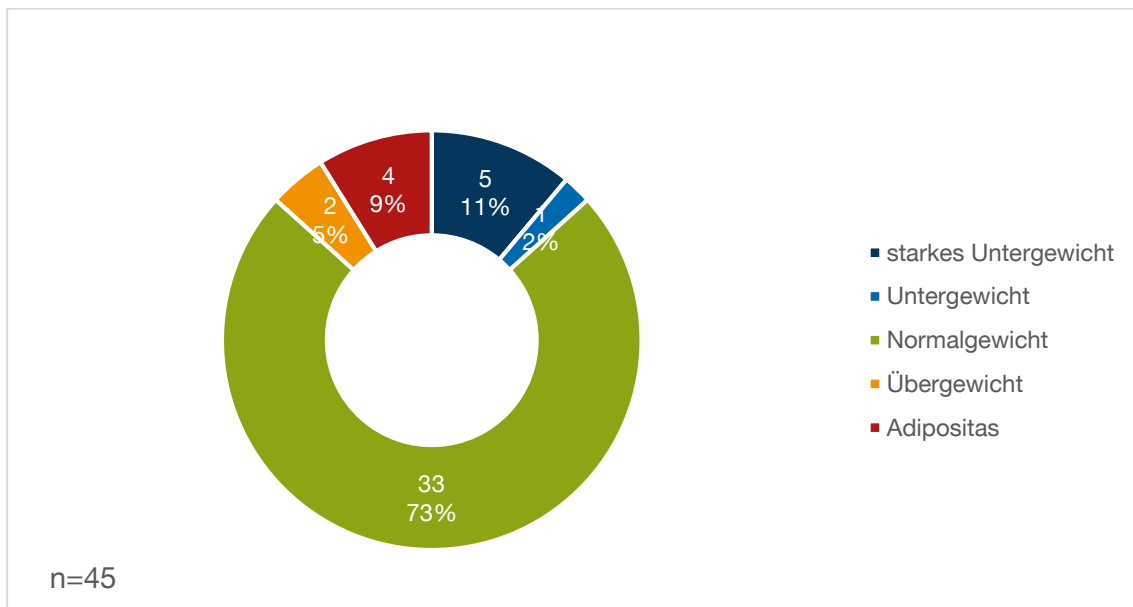
In Emden waren bei der Schuleingangsuntersuchung 2019 mehr Kinder normalgewichtig als im Landesmittel (+3%). Dies entspricht dem Ergebnis aus dem Vorjahr 2018. Der Anteil (stark-) untergewichtiger Kinder fällt in Emden etwas niedriger aus. Ein umgekehrtes Bild zeigt sich bei dem Übergewicht. Der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder in Emden fiel geringfügig höher aus als im Landesdurchschnitt.

Abbildung 63: Body Mass Index (BMI) der untersuchten Kinder im zeitlichen Verlauf



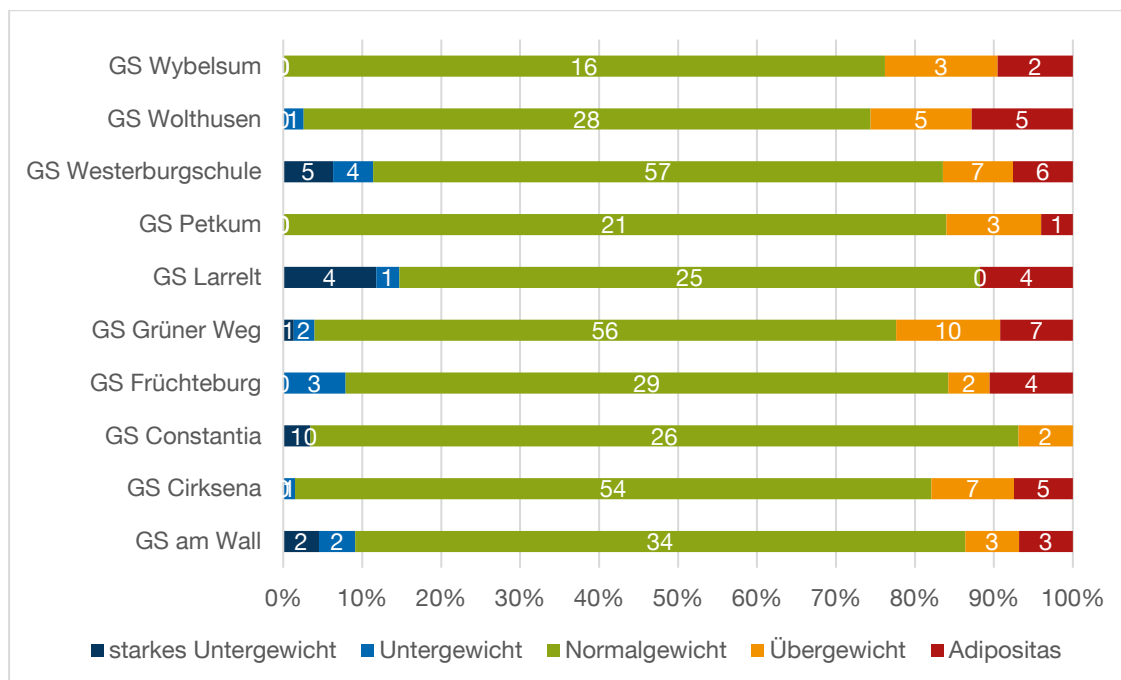
Zu erkennen ist, dass der Anteil normalgewichtiger Kinder im Zeitverlauf Schwankungen mit einer abnehmenden Tendenz aufweist. Im Jahr 2010 startete der Anteil mit einem Höchstwert von 85% normalgewichtiger Kinder. Zwischen 2016-2019 lag der Anteil im Durchschnitt nur noch bei 81%. Während 2018 die vergleichsweise hohe Zahl der (stark-) Untergewichtigen auffällt, ist im Jahr 2020 ein Anstieg von übergewichtigen bzw. adipösen Kindern zu verzeichnen. In den beiden Jahren wirkte sich die Entwicklung letztendlich auch auf den gesunkenen Anteil normalgewichtiger Kinder (2018= 78%, 2020= 77%) aus. Aber auch geht aus dem Zeitverlauf insgesamt hervor, dass auch die (stark-) untergewichtigen Kinder im Vergleich zum Jahr 2010 häufiger auftreten.

Abbildung 64: Body Mass Index (BMI) der neuzugewanderten Kinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung



Bei den neuzugewanderten Kindern liegt der Anteil normalgewichtiger Kinder mit 73% etwas niedriger im Vergleich der Gesamtgruppe. Die übrigen 27% ergeben sich aus 6 Kindern, die (stark) untergewichtig waren, sowie weiteren 6 Kindern mit einer Feststellung des Übergewichts bzw. Adipositas. Die Unterschiede im Ergebnis sollten aber angesichts der niedrigen Fallzahl mit Vorsicht bewertet werden.

Abbildung 65: Body Mass Index (BMI) der untersuchten Kinder nach Schulen



Bei differenzierter Betrachtung des Body Mass Index nach Grundschulen zeigen sich wieder zum Teil deutliche Unterschiede. Bei der Betrachtung des Übergewichts lässt sich bei den Grundschulen Wybelsum (rund 24%), Wolthusen (rund 25%) und Grüner Weg (rund 22%) ein Anteil von mindestens 20% erkennen. Bei den drei aufgelisteten Schulen handelt es sich um eine absolute Anzahl von 32 Kindern, wobei die Mehrheit zu den übergewichtigen Kindern zuzuordnen ist. Kinder mit einem (starken-) Untergewicht hingegen treten in den Grundschulen Larrelt (rund 15%) und Westerburg (rund 11%) vermehrt auf. Bei diesen Schulen handelt es sich um eine absolute Zahl von 14 Kindern.

4.10 Verhalten

Die Beurteilung, Erhebung und Erfassung des Verhaltens erfolgt im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung während der Interaktion in der Untersuchungssituation, den Angaben der Eltern oder Begleitpersonen, sowie durch die Befragung der Eltern anhand eines standardisierten Elternfragebogens (SDQ²) zu den Stärken und Schwächen des Kindes.

Der SDQ-Elternfragebogen ist ein validiertes, standardisiertes und international anerkanntes Screeningverfahren für die Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten und dient als Beratungsgrundlage für das Elterngespräch in der Untersuchungssituation. Das Ausfüllen des Fragebogens ist freiwillig.

² SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire): Der Fragebogen zu Stärken und Schwächen (Goodman 1997) dient der Erhebung der Verhaltensauffälligkeiten und –stärken von Kindern und Jugendlichen und der Quantifizierung kindlicher Verhaltensaspekte – auch im Entwicklungsrahmen. Eine Besonderheit ist der ausgewogene Anteil an positiv formulierten Verhaltensaspekten in der Selbst- und Fremdbewertung. (aus http://www.sabineschaefer.com/fileadmin/user_upload/Lizenzfreie_Testverfahren/SDQ_Anleitung_21.12.2010_Homepage.pdf, 7.1.2021)

Wenn kein Fragebogen von den Eltern ausgefüllt wurde oder aufgrund von Sprach-oder Verständigungsbarrieren nicht ausgefüllt werden konnte, das Schulkind in der Untersuchungssituation bereitwillig und motiviert mitgearbeitet hat und keine Hinweise auf Verhaltensunsicherheiten vorliegen, wird das Verhalten als unauffällig beurteilt und als nicht standardisiert untersucht dokumentiert.

Zu berücksichtigen ist, dass es sehr unterschiedliche Vorstellungen von einem „normalen Verhalten“ gibt. Die Einschätzung des kindlichen Verhaltens durch die Eltern/Erziehungsberechtigten ist vor dem jeweiligen soziokulturellen Hintergrund zu sehen. Eltern und Fachkräfte aus Kita und Schule schätzen das Verhalten von Kindern häufig unterschiedlich ein.

Bei 69% der erstuntersuchten Kinder wurden 2020 keine Auffälligkeiten im Verhalten festgestellt. Eine leichte Auffälligkeit ohne weiterführende Abklärungsempfehlung wurde bei 14% dokumentiert. Bei 8% der Kinder wurde eine weitere Abklärung durch einen Arzt empfohlen. Zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen befanden sich bereits 19 Kinder (4%) in einer psychologischen oder verhaltenstherapeutischen Beratung oder in Behandlung. 23 Kinder (5%) konnten nicht nach dem Standardverfahren untersucht werden. Diese Kinder wurden unter „keiner Aussage“ zugeordnet, da kein SDQ-Fragebogen ausgefüllt wurde, das Verhalten wurde als unauffällig nicht standardisiert untersucht bewertet.

Abbildung 66: Verhalten der untersuchten Kinder (fachliche Bewertung jugendärztlicher Dienst)

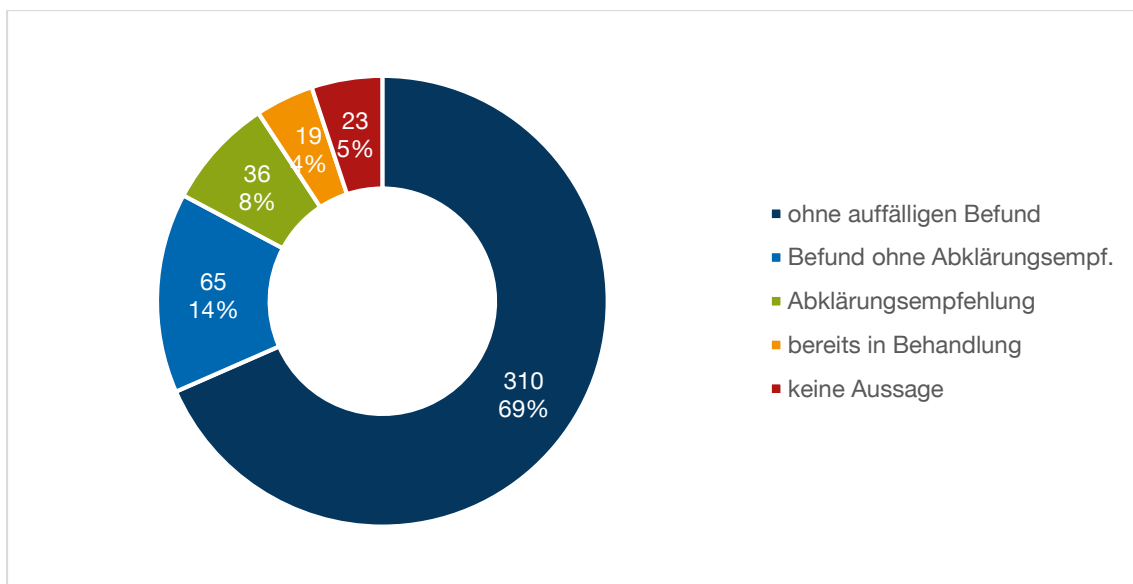
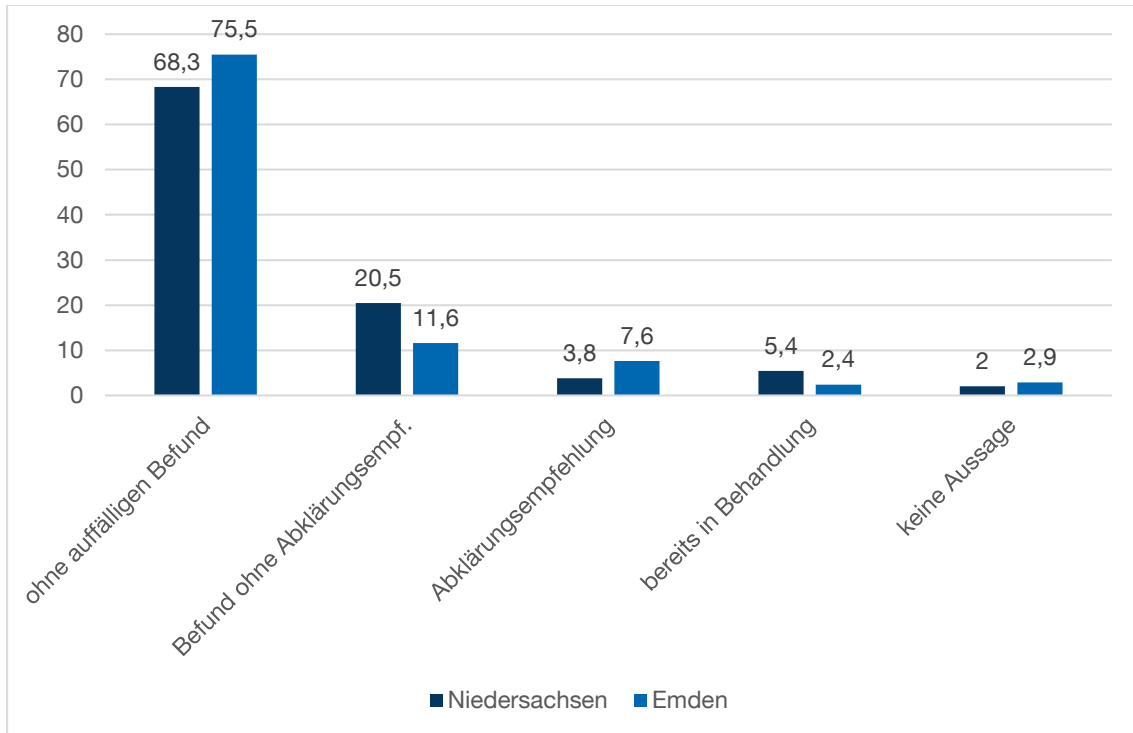
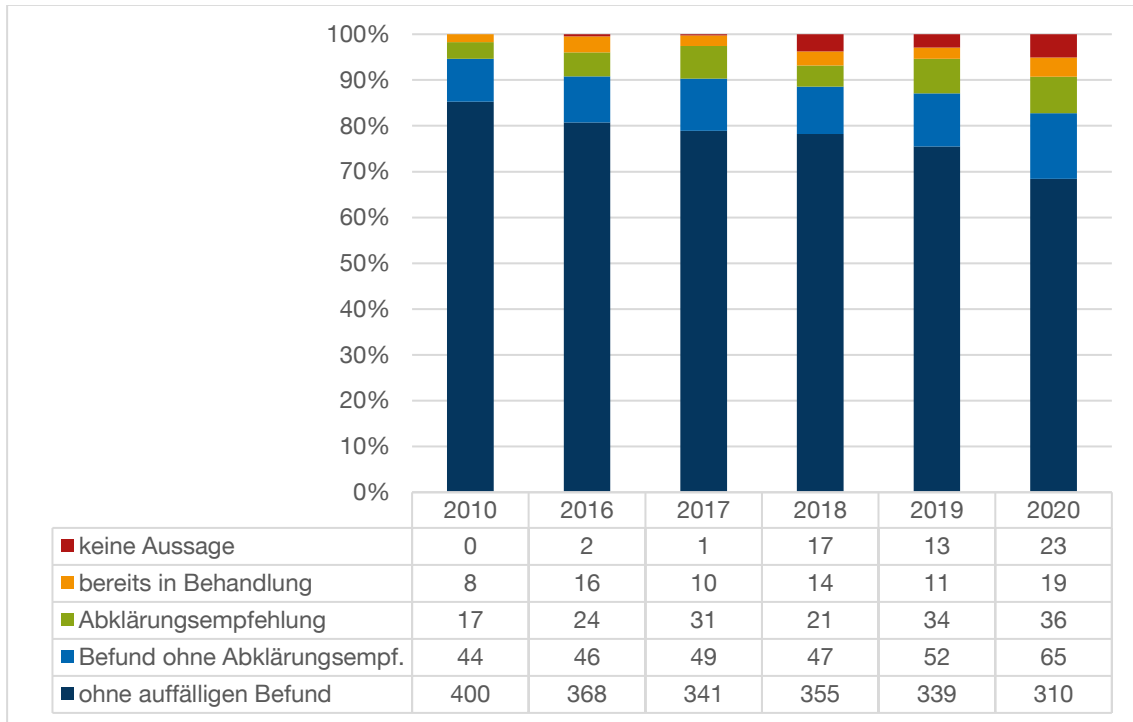


Abbildung 67: Verhalten der untersuchten Kinder (fachliche Bewertung jugendärztlicher Dienst) Vergleich Emden / Niedersachsen 2019



Der Anteil der Kinder, der im Jahr 2019 ohne auffälligen Befund im Verhalten blieben, lag im Vergleich zum Land Niedersachsen deutlich höher. Umgekehrt verhält es sich bei den leichten Befunden als auch bei den bereits in Behandlung befindenden Kindern. Hier liegt der Anteil (deutlich) unter dem Landesdurchschnitt. Bei den Empfehlungen zur Abklärung des Verhaltens durch eine/n Fachärztin/-arzt bzw. zum Aufsuchen einer Beratungsstelle ist der Prozentwert gegenüber dem Land Niedersachsen genau doppelt so hoch. Der Anteil, zu dem keine Aussage getroffen werden konnte, lag in Emden leicht über dem Landesdurchschnitt. Auch in dem Jahr handelte es sich dabei um nicht standardisierte Untersuchungen, die einen unauffälligen Befund zeigten.

Abbildung 68: Verhalten der untersuchten Kinder (fachliche Bewertung jugendärztlicher Dienst) im zeitlichen Verlauf



Bei der Betrachtung des Verhaltens durch die ärztliche Bewertung der gesamten letzten Jahre lässt sich insgesamt ein Abwärtstrend unauffälliger Befunde beobachten. Während im Jahr 2010 rund 85% ohne auffälligen Befund im Verhalten blieben, sind es im Untersuchungsjahr 2020 nur noch 69%. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein Rückgang um 6% festzustellen. Das Ergebnis lässt sich einerseits durch den leichten Anstieg der nicht standardisiert durchgeführten Untersuchungen seit 2018 begründen. Andererseits ist der Anteil mit Befunden (mit Abklärungsempfehlungen und in Behandlung) seit 2018 um 2% gestiegen (siehe Abb. 63). Auch der Anstieg der milden Befunde ohne weitere Abklärungsempfehlung um 3% hat sich 2020 auf das Ergebnis ausgewirkt.

Abbildung 69: Anteil der erstuntersuchten Kinder mit einem Befund oder in Behandlung (Verhalten)

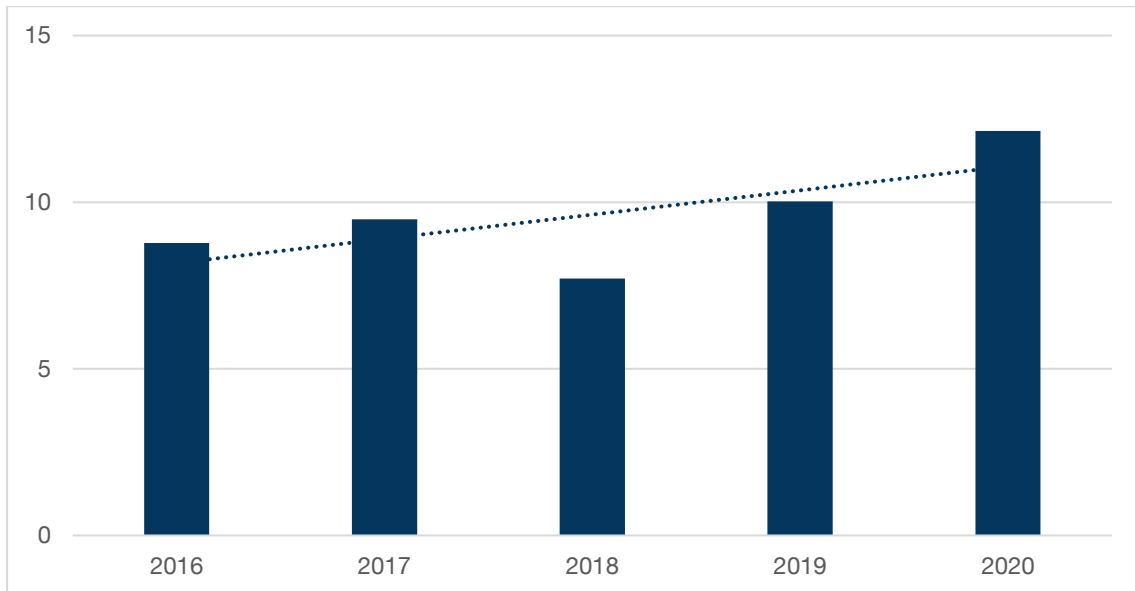
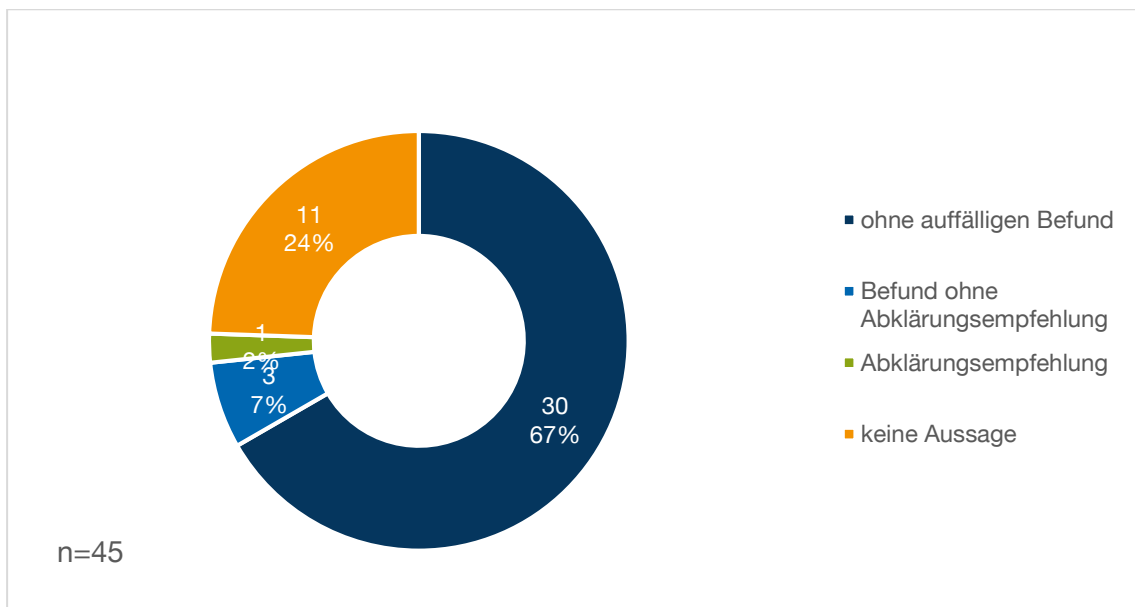
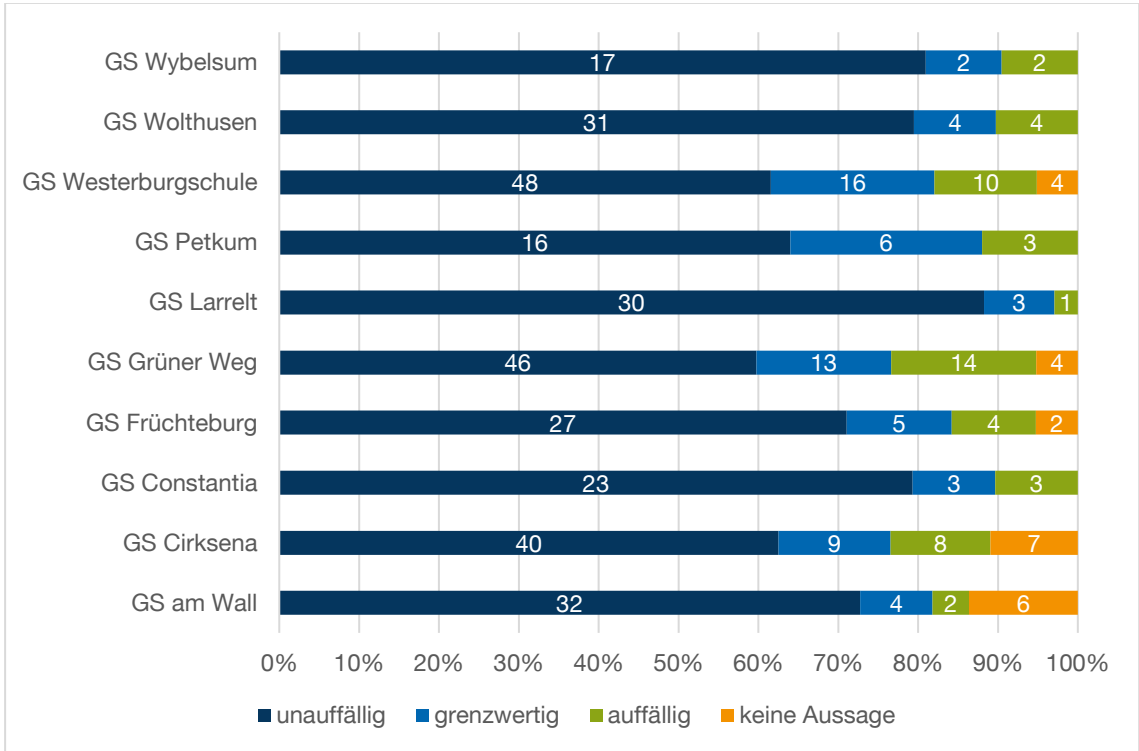


Abbildung 70: Verhalten der neuzugewanderten Kinder (Bewertung jugendärztlicher Dienst) im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung



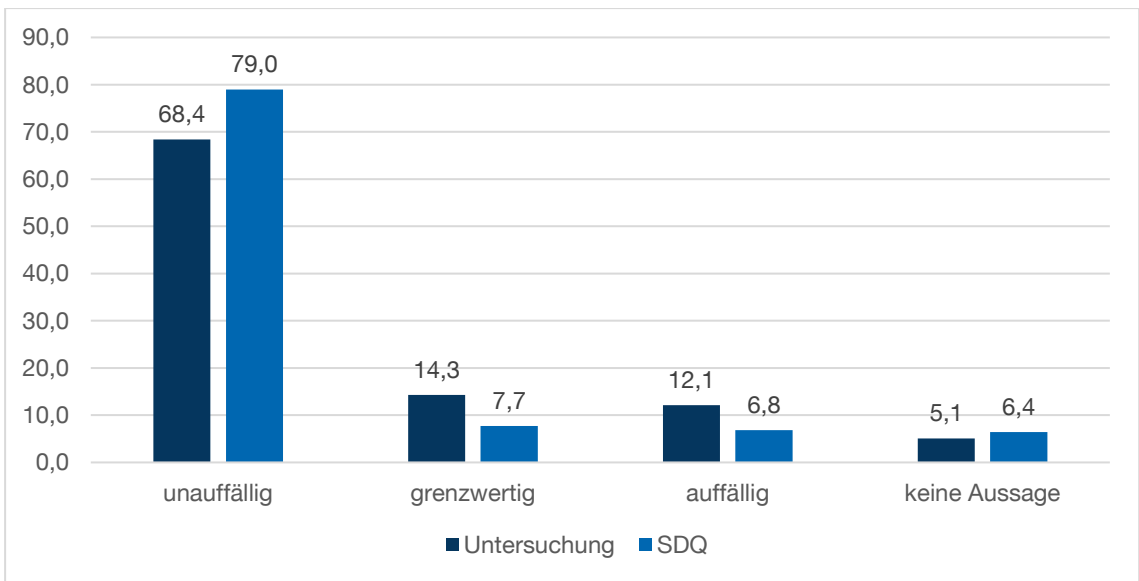
Bei der Auswertung des Verhaltens muss beachtet werden, dass rund ein Viertel der Kinder nicht standardisiert untersucht werden konnten (keine Aussage). Ein Vergleich zur Gesamtgruppe ist daher schwer zu beurteilen. Insgesamt konnten bei 30 Kindern (67%) keine Auffälligkeiten festgestellt werden, bei 3 Kindern (7%) wurde ein milder Befund festgestellt, der keine weitere Abklärung erforderlich machte. 1 weiteres Kind (2%) erhielt eine Abklärungsempfehlung.

Abbildung 71: Verhalten der untersuchten Kinder (fachliche Bewertung jugendärztlicher Dienst) nach Grundschulen



Die Ergebnisse zum Verhalten variieren zwischen den Grundschulen deutlich. Während in den Grundschulen Larrelt (12%) und am Wall (14%) bei nur wenigen Kindern ein auffälliges oder grenzwertiges Verhalten festgestellt wurde, trifft dies in der Grundschule Petkum (36%) und Grüner Weg (35%) auf über ein Drittel der Kinder zu.

Abbildung 72: Verhalten der untersuchten Kinder Vergleich fachliche Bewertung jugendärztlicher Dienst / Elternfragebogen (SDQ)

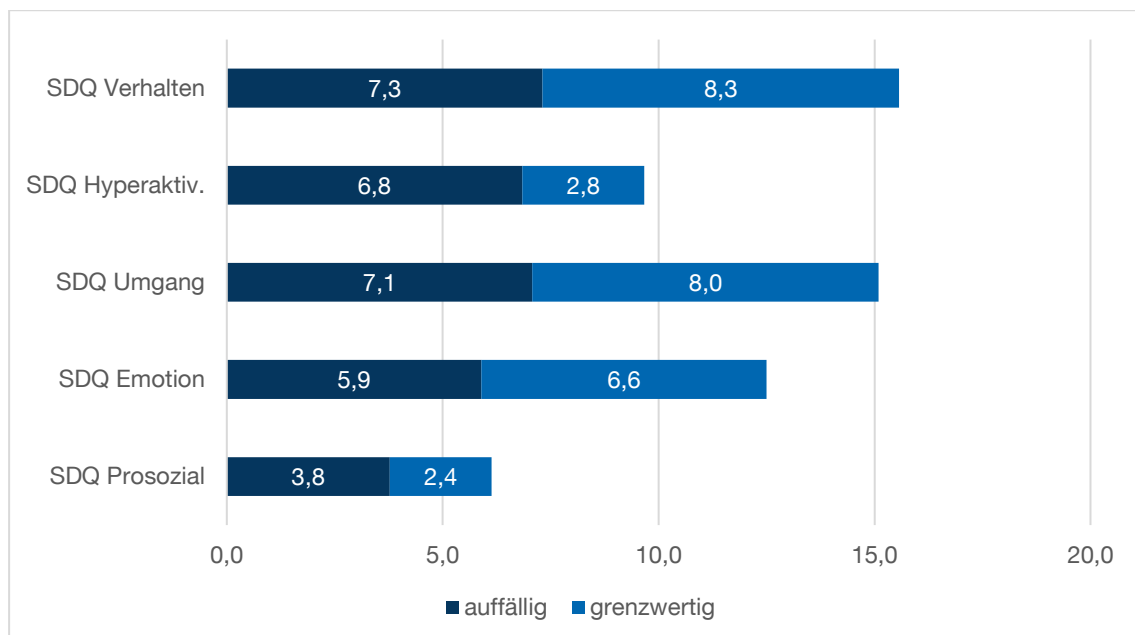


Bei dem Vergleich des Verhaltens nach fachlicher Bewertung und dem Elternfragebogen lassen sich erhebliche Abweichungen erkennen. Rund 79% der Eltern schätzten ihre Kinder als Verhaltensunauffällig ein, die fachliche Bewertung hingegen fiel um 7% niedriger aus. Auch die Bewertung von grenzwertigem und auffälligem Verhalten wurde von den Eltern niedriger eingestuft. Die fachliche Bewertung des jugendärztlichen Dienstes hingegen lag bei einem fast doppelt so hohen Anteil. Dass die Eltern das Verhalten ihres Kindes grundsätzlich positiver beurteilen, entspricht den Erfahrungen und den Untersuchungen der letzten Jahre. Für 29 Kinder (6,4%) konnte von den Eltern kein Fragebogen ausgefüllt werden, wodurch keine standardisierte Untersuchung möglich war. Der Großteil wurde dennoch laut fachlicher Bewertung als unauffällig eingestuft.

Neben dem allgemeinen Verhalten werden im Elternfragebogen weiterhin Angaben zur Hyperaktivität, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, emotionale Probleme sowie prosoziales Verhalten des Kindes abgefragt (siehe Abb. 67). Anhand eines Punktesystems lässt sich dann erkennen, in welchen Bereichen die Eltern Auffälligkeiten sehen. Diese Ergebnisse lassen trotz des standardisierten Verfahrens im Zeitverlauf nur schwer vergleichen. Um Trends in der Verhaltensentwicklung erkennen zu können, müssten weitere Angaben und Erfahrungswerte aus der Schule und der Erziehungsberatung hinzugezogen werden.

Bei der Befragung 2020 entfielen die meisten Nennungen auf das Verhalten (auffällig= 7,3%) und den Umgang mit gleichaltrigen Kindern (auffällig= 7,1%). In den anderen Verhaltensbereichen liegen die Einschätzungen zum Teil deutlich niedriger. Die geringsten Auffälligkeiten wurden im prosozialem Verhalten (auffällig= 3,8%) genannt.

Abbildung 73: Verhalten der untersuchten Kinder nach Elternfragebogen (SDQ)



5 Zahngesundheit der Kinder beim Übergang in die Schule

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird auch der Gesundheitszustand der Zähne überprüft. Die Befunde stehen in einem doppelten Zusammenhang mit der Zahngruppenprophylaxe, die seit genau 25 Jahren im Gesundheitsamt erfolgreich durchgeführt wird. Als Langzeituntersuchung im Übergang von der Kita in die Schule liefert die SEU zum einen Hinweise darauf, wie wirkungsvoll die Aufklärungsarbeit in den Einrichtungen der frühkindlichen Bildung gewesen ist. Zum anderen lässt sich aus den Ergebnissen der SEU ableiten, worauf bei der Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Mundgesundheit in den Schulen geachtet werden muss.

Die gruppenprophylaktische Betreuung von Kindern und Jugendlichen ist seit dem 01.01.1990 als eine Leistung im Sozialgesetzbuch (§ 21 SGB V) festgeschrieben. Danach haben die Krankenkassen mit Hilfe der Zusammenarbeit der Zahnärzte*innen und dem Jugendzahnärztlichen Dienst die Aufgabe, einheitliche Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht beendet haben, zu fördern. Die zutragenden Kosten werden dabei vollständig von den Krankenkassen übernommen.

In Emden ist für die Zahngesundheitsprophylaxe im Gesundheitsamt eine Mitarbeiterin (in Vollzeit) verantwortlich. Ihre Arbeit findet überwiegend in den Bildungseinrichtungen statt, wo sie über die Art und die Ursachen von Zahnerkrankungen und Entzündungen des Zahnhalteapparats sowie über richtige Mundhygiene und gute Ernährung spielerisch aufklärt. Zusätzlich zu den Krankenkassen unterstützt auch die LAGJ (Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Nds. e.V.). Dadurch wird es ermöglicht, regelmäßige Zahnputztrainings in allen Emder Einrichtungen zu zeigen, wie eine richtige Zahnreinigung funktioniert und wie Fluoride zur Härtung des Zahnschmelzes bei besonders kariesgefährdeten Kindern wirken können. Außerdem wird in Veranstaltungen für die ganze Familie darauf hingewiesen, dass eine zuckerreduzierte Ernährung und gesunde Zähne zusammengehören.

Die „Zahnfee“ hat ihr Angebot mit Blick auf die festgestellte Zahngesundheit stetig angepasst. Heute sind neben der klassischen Gruppenprophylaxe in den Einrichtungen auch Zahnarztbesuche mit Angstpatienten, Besichtigungen der Räumlichkeiten von Zahnarztpraxen mit Schulklassen und Elternabende fester Bestandteil der alltäglichen Arbeit. Da der Jugendzahnärztliche Dienst in den Kommunen sehr unterschiedlich organisiert ist, lassen sich Daten zur Zahngesundheit nur schwer landesweit vergleichen.

Dieses Kapitel beschränkt sich daher auf die Situation in Emden. Dargestellt wird - analog zum vorangegangenen Kapitel – der Befund zur Zahngesundheit der Kinder im Berichtsjahr sowie die Ergebnisse im Zeitverlauf.

Einleitend zeigt Abbildung 68, wie viele Kinder seit der Einführung der Gruppenprophylaxe zahnmedizinisch betreut und untersucht wurden. Nach der Aufstockung auf eine Vollzeitstelle ist die Zahl der erreichten Kinder sprunghaft angestiegen. Schon im Millenniumsjahr 2000 war ein hohes Niveau von rund 6800 Kindern erreicht, das unter Berücksichtigung größerer Schwankungen in den folgenden zehn Jahren fast kontinuierlich auf einen Wert über 8000 Kinder gesteigert werden konnte.

Abbildung 74: Erreichte Kinder seit Einführung der Zahngesundheitsprophylaxe

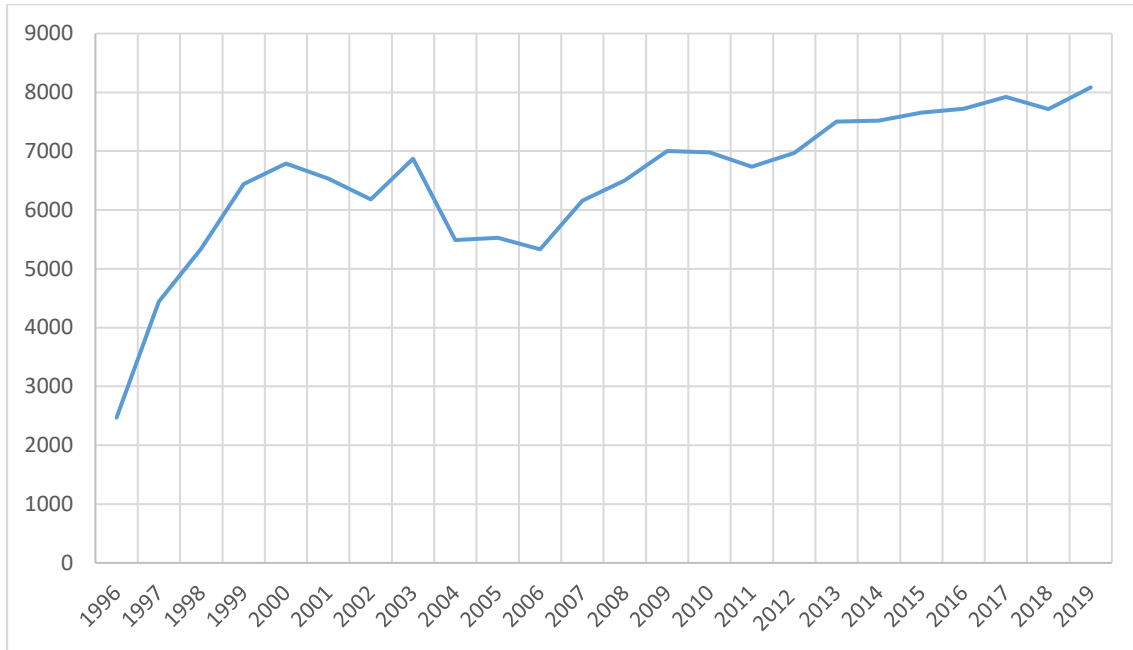
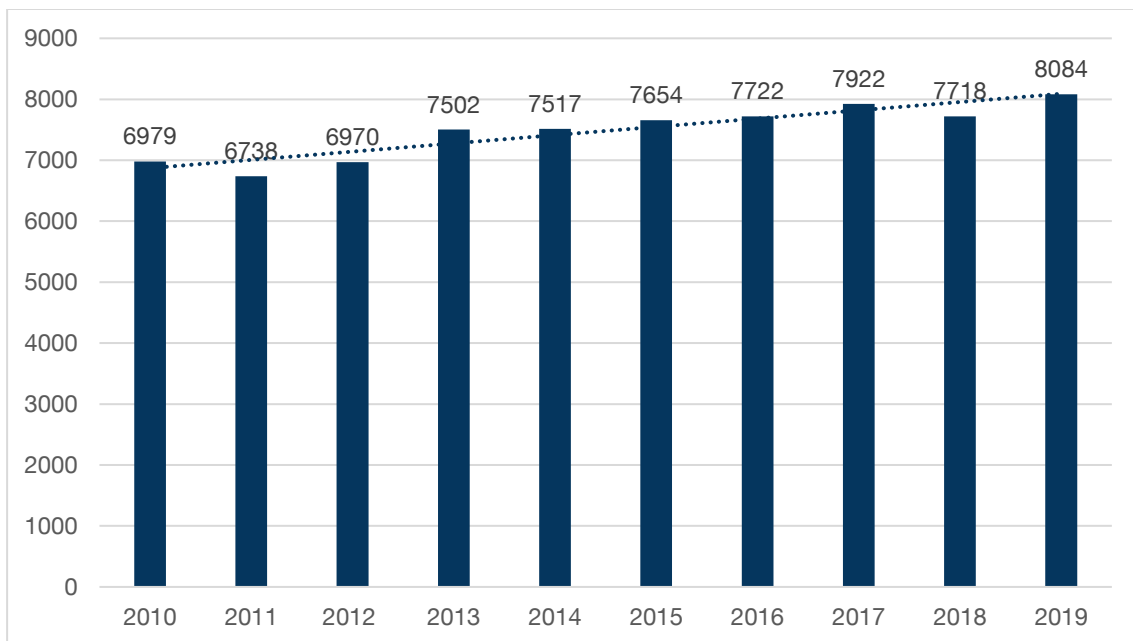


Abbildung 75: Anzahl der erreichten Kinder seit 2010



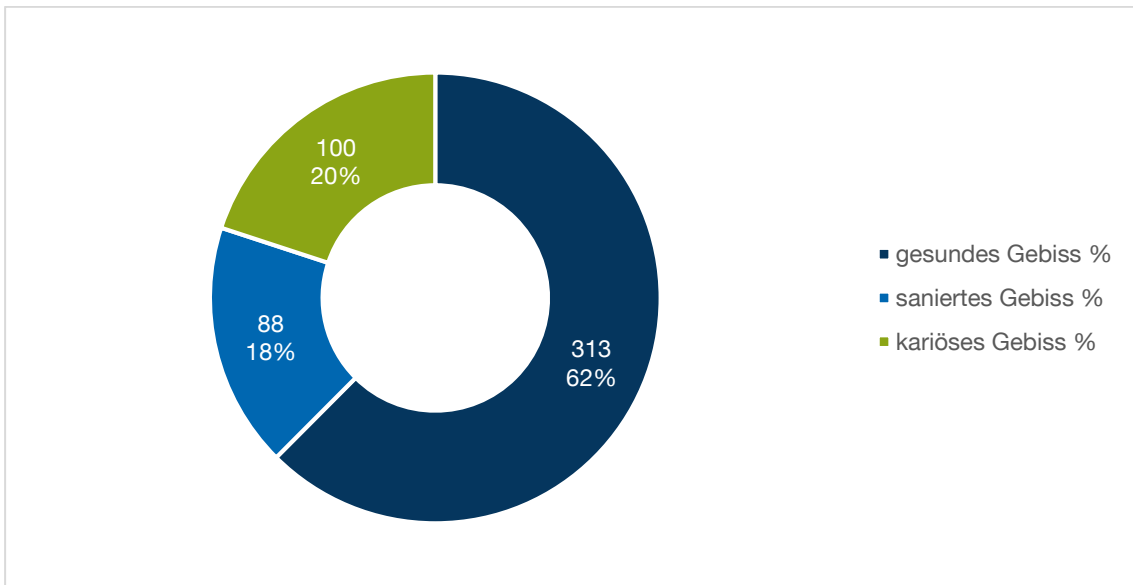
Im Verlauf der Jahre wurde der Kontakt zu allen Kindergärten/Kindertagesstätten sowie den Grundschulen und der Förderschule Emden auf- und ausgebaut. Die steigende Tendenz seit 2009 lässt sich durch die Ausweitung des Angebots auf Krippen, Spielkreise, Behinderteneinrichtungen und Fördergruppen erklären. Im Berichtsjahr 2019 wurde erstmalig die 8000er Marke überschritten und 8084 Kinder durch die Zahngruppenprophylaxe erreicht. Dies entspricht einer Steigerung in den letzten 10 Jahren um 15%. In den vergangenen fünf Jahren entwickelten sich

die Zahlen unter dem Einfluss der Flüchtlingszuwanderung und –Abwanderung. Außerdem wurde zusätzlich ein Programm für Kariesrisikokinder (2018) eingeführt. Im aktuellen Jahr 2020 konnte der Kontakt der „Zahnfee“ zu den Kindern in den Einrichtungen aufgrund der Pandemie ausschließlich über YouTube-Videos in Form einer „Online-Prophylaxe“ erfolgen. Die Zahl der erreichten Kinder kann daher nicht genau angegeben werden. Ein deutlicher Vorteil dieser Form der Ansprache ist, dass auch viele Eltern beteiligt werden.

Die jeweiligen Jahreswerte schließen die Schuleingangsuntersuchungen mit ein. Im Weiteren sind die Ergebnisse von 501 Kindern, die im Zeitraum vom 01.8.2019 bis 20.6.2020 untersucht wurden (Erstuntersuchungen und Folgeuntersuchungen werden hier nicht unterschieden), dargestellt.

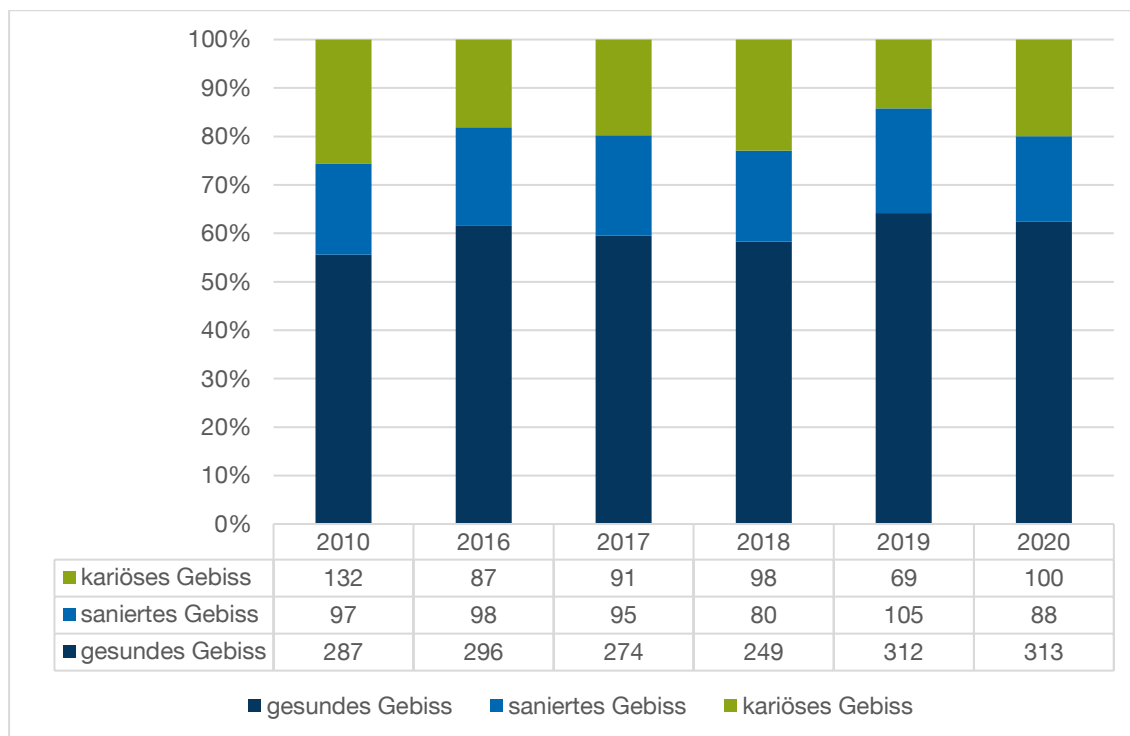
Die Zahngesundheit wird mit Hilfe der drei Kategorien gesundes Gebiss, saniertes Gebiss und kariöses Gebiss beurteilt. Ein saniertes Gebiss liegt vor, sobald ein Zahn, z.B. durch eine Füllung repariert wurde. Bei einem kariösen Gebiss ist Karies an mindestens einem Zahn festgestellt, dieser aber noch nicht behandelt worden.

Abbildung 76: Ergebnis der Zahngesundheit 2020 der untersuchten Kinder



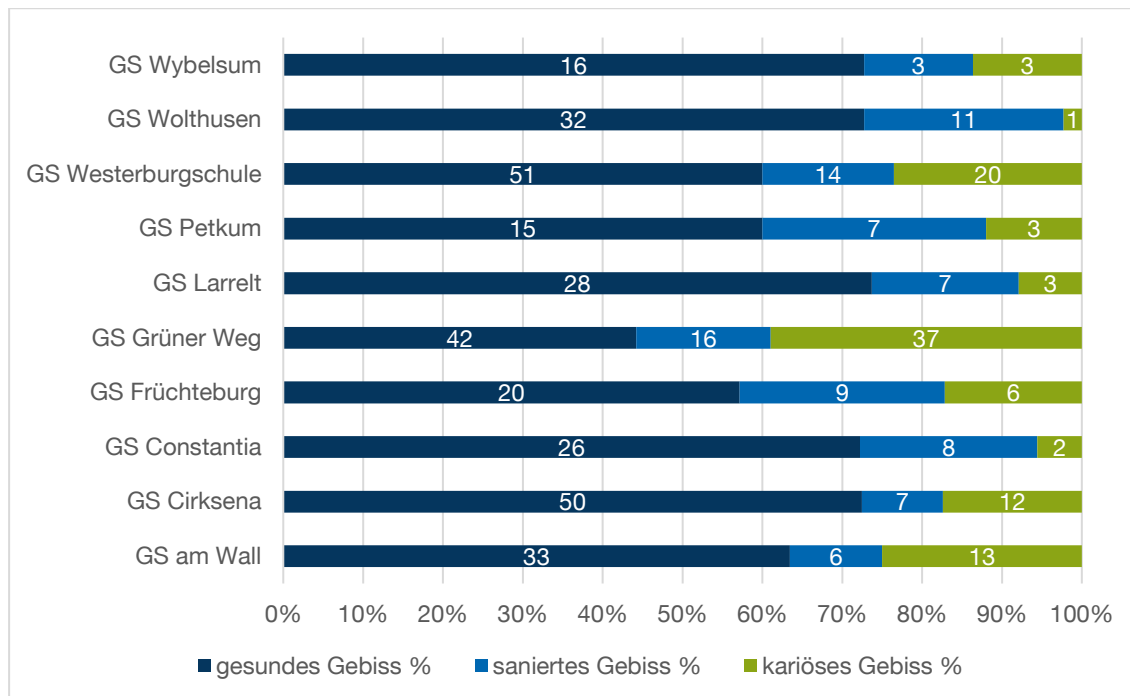
Von den untersuchten Jungen und Mädchen hatten 62% ein gesundes- und 18% ein saniertes Gebiss. Bei 20% wurde ein kariöses Gebiss festgestellt. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil gesunder Gebisse um rund 2% gesunken, was sich durch den Anstieg kariöser Gebisse erklären lässt. Bei den sanierten Gebissen ist ein Rückgang von rund 4% im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen.

Abbildung 77: Entwicklung der Zahngesundheit der untersuchten Kinder im zeitlichen Verlauf



Bei der Betrachtung der Zahngesundheit im Zeitverlauf lässt sich insgesamt eine erfreuliche Entwicklung feststellen. Während im Jahr 2010 noch rund 26% der eingeschulerten Kinder einen oder mehrere kariöse Defekte hatten, waren es im Jahr 2020 gerade noch 20%. Wobei im Vorjahr ein noch geringerer Wert von rund 14% vorlag. Das heißt umgekehrt, dass seit dem Referenzjahr 2010 der Anteil gesunder Gebisse um 6%, seit 1995 sogar um ganze 20% gestiegen ist. Abbildung 71 zeigt sowohl diese allgemeine positive Entwicklung, als auch die Schwankungen der Untersuchungsergebnisse zwischen den Jahren mit einem eher rückläufigen Ergebnis zwischen den Jahren 2016-18. Nach der positiven Entwicklung im Jahr 2019 mit einem Höchstwert von rund 64% gesunder Gebisse ist zuletzt erneut ein leichter Rückgang zu beobachten, der sich durch den Anstieg kariöser Zähne erklären lässt.

Abbildung 78: Zahngesundheit 2020 nach Grundschulen



Erwartungsgemäß variiert die Zahngesundheit zwischen den Grundschulen zum Teil erheblich. Bei der Betrachtung von der Bundeszahnärztekammer leicht modifizierten Zielwert der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 80%, weicht das Ergebnis in der Grundschule Larrelt mit dem höchsten Anteil gesunder Gebisse im Jahr 2020 nur noch 6% von der Zielmarke ab. Allerdings liegt in zwei Grundschulen der Anteil gesunder Gebisse unter 60%, in der Grundschule Grüner Weg sogar nur bei 44%.

Entsprechend starke Unterschiede gibt es bei den kariösen Gebissen. Während im Vorjahr zwei Schulen mit Kindern ohne kariöse Zähne zu verzeichnen waren, sind es im letzten Jahr mindestens 2% pro Grundschule. Es lässt sich in Abbildung 72 für die Grundschulen Westerburg, Grüner Weg und am Wall ein Anteil kariöser Gebisse von mehr als 20 Prozent ablesen. Die Spanne der sanierten Gebisse reicht von 10% bis 26%.

Neben dieser deutlichen Ungleichheit der Zahngesundheit zwischen Schüler*innen aus unterschiedlichen Schulen und Sozialräumen gibt es aus der Zahngesundheitsprophylaxe einen weiteren Befund, der eng mit dem sozialen Status der Familie zusammenhängen kann. Während durch bessere Zahnpflege und regelmäßigen Zahnarztbesuch wie oben festgestellt, die Zahl der Kinder mit kariösem Gebiss insgesamt sinkt, steigt die Zahl derjenigen Kinder, bei denen nicht nur ein Zahn, sondern mehrere oder viele Zähne mit Karies befallen sind. Die Kinder, bei denen dies beobachtet werden kann, werden außerdem jünger. Diese Beobachtung der frühen und starken Schädigung einzelner Gebisse mit überwiegend Milchzähnen deckt sich mit Untersuchungsergebnissen zahnärztlicher Dienste in anderen Kommunen. In Emden wurde darauf mit einer Intensivprophylaxe reagiert, d.h. Einrichtungen, in denen das Problem vermehrt auftrat, wurden in kurzen Zeitintervallen aufgesucht und die präventive Arbeit bei den Kindern ausgeweitet.

6 Weitere Schritte und Ausblick

Ein wesentliches Merkmal des integrierten Berichtswesens ist der fachbereichsübergreifende Austausch und die enge Abstimmung verschiedener Fachdisziplinen bei der Interpretation der Daten und der Ableitung von Handlungsempfehlungen. Es war ursprünglich geplant auch diese Ergebnisse im Kindergesundheitsbericht mit zu veröffentlichen. Dieser wichtige Arbeitsschritt, in dem Handlungsbedarfe beschrieben, die notwendigen Handlungen priorisiert und durch Maßnahmen konkretisiert werden, muss pandemiebedingt zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen und ist für die zweite Jahreshälfte geplant. Dabei gilt es, die Untersuchungsbereiche noch einmal tiefer in den Blick zu nehmen und spezifische Förderbedarfe zu bestimmen. Tabelle 5, in der die Ergebnisse der Untersuchungen zusammengefasst sind, dient hierbei als Orientierungshilfe. Sie unterscheidet durch die Pfeilrichtung zwischen Ergebnissen, mit einer eher positiven, stabilen oder negativen Entwicklungsdynamik. Außerdem wird durch die Farbe auch das Entwicklungsniveau mit Blick auf die Landesergebnisse berücksichtigt (überdurchschnittlich, durchschnittlich, unterdurchschnittlich). Auf diese Weise zeigt die SEU 2020 Entwicklungsbereiche auf, in denen tendenziell ein höherer Förder- bzw. Unterstützungsbedarf besteht.

Tabelle 5: Gesamtentwicklung im Überblick

Verständigungsmöglichkeit in deutsch	
Vorsorgehefte	
Impfhefte	
Grundimmunisierung	
Hörvermögen	
Sehvermögen	
Übergewicht	
Untergewicht	
Grobmotorik und Koordination	
Feinmotorik	
Visuomotorik (Auge-Handkoordination)	
Sprachentwicklung/-störung	
Auditive Wahrnehmung	
Verhalten	

Pfeil aufsteigend	Entwicklungstendenz positiv
Pfeil gerade	Entwicklungstendenz stabil
Pfeil absteigend	Entwicklungstendenz negativ
Pfeil grün	Entwicklungsniveau überdurchschnittlich
Pfeil blau	Entwicklungsniveau durchschnittlich
Pfeil rot	Entwicklungsniveau unterdurchschnittlich

Bei den weiteren Überlegungen sollen verstärkt die maßgeblichen Einfluss- und Risikofaktoren für die (gesundheitliche) Entwicklung berücksichtigt werden. Durch die Zusammenführung der Daten auf der Landesebene ist nachgewiesen, dass das Geschlecht, der Migrationshintergrund,

der Bildungsgrad der Eltern und der Kindergartenbesuch Einfluss nehmen auf das Ergebnis (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2018, S. IV)³. Außerdem spielen sowohl die individuelle Armutslage eines Kindes als auch die Konzentration von Armut in einzelnen Stadtteilen oder Quartieren eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung der Kinder (siehe Gross, Jehles 2015). Dieses Wissen in Verbindung mit den hier veröffentlichten Ergebnissen hilft, den Förderbedarf noch weiter zu präzisieren und mit gezielten Maßnahmen Fehlentwicklungen zu begegnen. In Emden häufen sich auffällige Befunde vor allem in jenen Schulen, die in den ausgewiesenen Gebieten mit hohem sozial-integrativen Entwicklungsbedarf (siehe Basisbericht Integrierte Sozialplanung 2017) liegen. Diese Schulen und Sozialräume stehen bei der Maßnahmenplanung entsprechend im Focus.

Die Handlungsempfehlungen werden in einem zweiten Teil dieses Kindergesundheitsberichtes separat veröffentlicht.

Monitoring erweitern

Die Zusammenarbeit des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes im Gesundheitsamt und der Integrierten Sozialplanung hat sich durch die gemeinsame Erarbeitung des vorliegenden Berichtes noch einmal intensiviert. Es konnten Themen identifiziert werden, wie z.B. die Differenzierung des Förderbedarfes oder die kontinuierliche Beobachtung der Rückstellung, denen schon bei der Untersuchung und Dateneingabe eine größere Aufmerksamkeit geschenkt werden soll.

Die Auswertung der kommunalen Daten aus der SEU soll in ein jährliches Monitoring überführt und der Kindergesundheitsbericht, der nur in größeren Abständen veröffentlicht wird, durch neue digitale Berichtsformate ergänzt werden.

Nachdem für die Kinder, die im Sommer 2021 mit der Schule beginnen, keine vollständigen Untersuchungsergebnisse vorliegen werden, ist geplant, den folgenden Jahrgang möglichst komplett zu untersuchen. Aus der geschaffenen vorliegenden Datengrundlage und den 2022er Daten ist dann perspektivisch ein Vergleich der Gesundheitssituation vor und nach der Corona-Pandemie möglich und es lassen sich erstmals datenbasierte Erkenntnisse gewinnen, wie sich die Pandemie auf die gesundheitliche Entwicklung ausgewirkt hat. Wie sich die Situation bei den Kindern im laufenden Schuljahr darstellt, ist ein eigenes, qualitatives Untersuchungsfeld, dass die standardisierte Schuleingangsuntersuchung, die hier dokumentiert ist, sinnvoll ergänzen würde.

³ Bei dem Einfluss des Migrationshintergrundes ist zu berücksichtigen, dass sich die Bedingungen für die gesundheitliche Entwicklung der einheimischen Kinder mit Migrationshintergrund und der neuzugewanderten Kinder aus anderen Kulturkreisen zum Teil erheblich unterscheiden. Letztere sind mit dem deutschen Gesundheits- und Bildungssystem noch wenig vertraut, benötigen teilweise besondere Formen und Medien zur Aufklärung und spezifische Hilfen zur Teilhabe.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schulärztliche Zurückstellungsempfehlungen nach aufzunehmender Einrichtung	22
Tabelle 2: Empfohlene Zurückstellungen aus ärztlicher Sicht und Zurückstellungen der Grundschulen	23
Tabelle 3: Gegenüberstellung des Impfschutzes in Emden für 2019 und 2020	43
Tabelle 4: Gegenüberstellung der Grundimmunisierung in Emden, im Bezirk Weser-Ems und in Niedersachsen	43
Tabelle 5: Gesamtentwicklung im Überblick	82

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung 2008-2020	6
Abbildung 2: Bevölkerungspyramide Stadt Emden (31.12.2020)	7
Abbildung 3: Verteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Stadtbereiche Emdens	8
Abbildung 4: Anteil der Altersgruppe 0-10 Jahre und Kinderarmutsquote 2019	9
Abbildung 5: Anzahl der untersuchten Kinder seit 2008	20
Abbildung 6: Geschlecht der erstuntersuchten Kinder	21
Abbildung 7: Schülerinnen und Schüler an der Grundschulen im Schuljahr 2020/21	21
Abbildung 8: Anteil der Untersuchungsarten bei den neuzugewanderten Kindern	24
Abbildung 9: Geschlecht der Kinder und Jugendlichen bei der Kompetenzfeststellung	25
Abbildung 10: Altersgruppen der in der Kompetenzfeststellung untersuchten Kinder und Jugendlichen	25
Abbildung 11: Familiäre Situation der Einschulungskinder	26
Abbildung 12: Berufstätigkeit der Eltern der untersuchten Kinder	27
Abbildung 13: Migrationshintergrund der erstuntersuchten Kinder	28
Abbildung 14: Migrationshintergrund der erstuntersuchten Kinder nach den zuwanderungsstärksten Ländern	28
Abbildung 15: Nationalität der neuzugewanderten Kinder und Jugendlichen in der Kompetenzfeststellung	29
Abbildung 16: Deutschkenntnisse der erstuntersuchten Kinder	30
Abbildung 17: Verständigungsmöglichkeit der deutschen Kinder und der Kinder mit Migrationshintergrund	30
Abbildung 18: Verständigungsmöglichkeit der untersuchten Kinder im Vergleich Emden/ Niedersachsen 2019	31
Abbildung 19: Verständigungsmöglichkeit der untersuchten Kinder im zeitlichen Verlauf	32
Abbildung 20: Deutschkenntnisse nach Schulen	33
Abbildung 21: Vorgelegte Untersuchungshefte Emden	34
Abbildung 22: Vorlage des Vorsorgeheftes für Früherkennungsuntersuchungen Vergleich Emden/ Niedersachsen 2019	35
Abbildung 23: Vorlage des Vorsorgeheftes für Früherkennungsuntersuchungen im zeitlichen Verlauf	35
Abbildung 24: Vorlage des Vorsorgeheftes für Früherkennungsuntersuchungen nach Schulen	36
Abbildung 25: Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen	37
Abbildung 26: Vorlage des Impfausweises bei der Schuleingangsuntersuchung	38
Abbildung 27: Vorlage des Impfausweises bei Kinder mit und ohne Migrationshintergrund	38
Abbildung 28: Vorlage Impfausweis Emden/Niedersachsen 2019	39
Abbildung 29: Vorlage Impfausweis im zeitlichen Verlauf	40
Abbildung 30: Vorlage des Impfausweises der neuzugewanderten Kinder	40
Abbildung 31: Vorlage des Impfausweises nach Emden Schulen	41
Abbildung 32: Untersuchte Schulanfänger mit Impfausweis nach Art der Impfung	42
Abbildung 33: Vergleich der vollständigen Grundimmunisierung in Emden und Niedersachsen 2019	44

Abbildung 34: Sehvermögen der untersuchten Kinder in der Schuleingangsuntersuchung	45
Abbildung 35: Sehvermögen der untersuchten Kinder Vergleich Emden /Niedersachsen 2019	46
Abbildung 36: Sehvermögen der untersuchten Kinder im zeitlichen Verlauf	47
Abbildung 37: Sehvermögen der untersuchten neuzugewanderten Kinder bei der Schuleingangs-untersuchung	48
Abbildung 38: Hörvermögen der untersuchten Kinder in der Schuleingangsuntersuchung	49
Abbildung 39: Hörvermögen Vergleich Emden/Niedersachsen 2019	49
Abbildung 40: Hörvermögen der Emden Kinder im zeitlichen Verlauf	50
Abbildung 41: Hörvermögen der untersuchten neuzugewanderten Kinder bei der Schuleingangs-untersuchung	51
Abbildung 42: Auditive Wahrnehmung der untersuchten Kinder	52
Abbildung 43: Auditive Wahrnehmung der untersuchten Kinder im Vergleich Emden/ Weser-Ems 2019	52
Abbildung 44: Auditive Wahrnehmung der untersuchten Kinder im zeitlichen Verlauf	53
Abbildung 45: Sprachstörung der erstuntersuchten Kinder	54
Abbildung 46: Sprachstörung der deutschen Kinder und der Kinder mit Migrationshintergrund	55
Abbildung 47: Sprachstörung der untersuchten Kinder Vergleich Emden / Niedersachsen 2019	56
Abbildung 48: Sprachstörung der untersuchten Kinder im zeitlichen Verlauf	57
Abbildung 49: Grobmotorische Entwicklung der untersuchten Kinder	58
Abbildung 50: Grobmotorische Entwicklung der untersuchten Kinder Vergleich Emden / Niedersachsen	58
Abbildung 51: Grobmotorische Entwicklung der untersuchten Kinder im zeitlichen Verlauf	59
Abbildung 52: Anteil der Kinder mit einem Befund oder in Behandlung der grobmotorischen Entwicklung	60
Abbildung 53: Feinmotorische Entwicklung der untersuchten Kinder	61
Abbildung 54: Feinmotorische Entwicklung der untersuchten Kinder Vergleich Emden / Niedersachsen 2019	61
Abbildung 55: Feinmotorische Entwicklung im zeitlichen Verlauf	62
Abbildung 56: Feinmotorische Entwicklung der neuzugewanderten Kinder in der Schuleingangs-untersuchung	63
Abbildung 57: Visuomotorische Koordination aller untersuchten Kinder	64
Abbildung 58: Visuomotorische Koordination der untersuchten Kinder Vergleich Emden / Niedersachsen 2019	64
Abbildung 59: Visuomotorische Koordination der untersuchten Kinder im zeitlichen Verlauf	65
Abbildung 60: Visuomotorische Koordination der neuzugewanderten Kinder im Rahmen der Einschulungsuntersuchung	66
Abbildung 61: Body Mass Index (BMI) der untersuchten Kinder	67
Abbildung 62: Body Mass Index (BMI) der untersuchten Kinder Vergleich Emden / Niedersachsen 2019	68
Abbildung 63: Body Mass Index (BMI) der untersuchten Kinder im zeitlichen Verlauf	68
Abbildung 64: Body Mass Index (BMI) der neuzugewanderten Kinder im Rahmen der Schuleingangs-untersuchung	69
Abbildung 65: Body Mass Index (BMI) der untersuchten Kinder nach Schulen	70

Abbildung 66: Verhalten der untersuchten Kinder (fachliche Bewertung jugendärztlicher Dienst)	71
Abbildung 67: Verhalten der untersuchten Kinder (fachliche Bewertung jugendärztlicher Dienst) Vergleich Emden / Niedersachsen 2019	72
Abbildung 68: Verhalten der untersuchten Kinder (fachliche Bewertung jugendärztlicher Dienst) im zeitlichen Verlauf	73
Abbildung 69: Anteil der erstuntersuchten Kinder mit einem Befund oder in Behandlung (Verhalten)	74
Abbildung 70: Verhalten der neuzugewanderten Kinder (Bewertung jugendärztlicher Dienst) im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung	74
Abbildung 71: Verhalten der untersuchten Kinder (fachliche Bewertung jugendärztlicher Dienst) nach Grundschulen	75
Abbildung 72: Verhalten der untersuchten Kinder Vergleich fachliche Bewertung jugendärztlicher Dienst / Elternfragebogen (SDQ)	75
Abbildung 73: Verhalten der untersuchten Kinder nach Elternfragebogen (SDQ)	76
Abbildung 74: Erreichte Kinder seit Einführung der Zahngesundheitsprophylaxe	78
Abbildung 75: Anzahl der erreichten Kinder seit 2010	78
Abbildung 76: Ergebnis der Zahngesundheit 2020 der untersuchten Kinder	79
Abbildung 77: Entwicklung der Zahngesundheit der untersuchten Kinder im zeitlichen Verlauf	80
Abbildung 78: Zahngesundheit 2020 nach Grundschulen	81

Literaturverzeichnis

BARTELHEIMER, PETER (2004): Teilhabe, Gefährdung und Ausgrenzung als Leitbegriffe der Sozialberichterstattung Sozialberichterstattung. In: SOFI-Mitteilungen 32, S. 47-61, Göttingen

BERTELSMANN STIFTUNG (2015): KECK konkret, Gütersloh

BERTELSMANN STIFTUNG; ZENTRUM FÜR INTERDISZIPLINÄRE REGIONALFORSCHUNG (2014): Kleinräumiges Monitoring für kommunale Prävention am Beispiel des kanadischen Projektes HELP. In: Bertelsmann Stiftung/Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (Hrsg.): Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“ Dokumentation, Band 1, Gütersloh

GKV-Spitzenverband (2021): GKV Bündnis für Gesundheit. Förderangebot für Kommunalen Strukturaufbau <https://www.gkv-buendnis.de/foerderprogramm/kommunaler-strukturaufbau/>.

BÖHM, KATHARINA, SCHÖNKNECHT, MARIAN (2021): Zugänge zu Kindern und Familien über das Gesundheitssystem verbessern. Eine Analyse der Kooperationen zwischen Kommunen und medizinischen Leistungserbringern. In: Bertelsmann Stiftung/Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (Hrsg.): Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“, Band 17, Gütersloh

GROOS, THOMAS; JEHLES, NORA (2015): Der Einfluss von Armut auf die Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung. In: Bertelsmann Stiftung/Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (Hrsg.): Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“ Werkstattbericht, Band 3, Gütersloh

LANDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEIT & AKADEMIE FÜR SOZIALMEDIZIN NIEDERSACHSEN e.V. (2013): Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen, Hannover

NAGY, THERESA (2019): Auffälligkeiten im Kindesalter. Risikofaktoren und die Inanspruchnahme präventiver Angebote. In: Bertelsmann Stiftung/Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (Hrsg.): Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“, Band 14, Gütersloh

NIEDERSÄCHSISCHES LANDESGESUNDHEITSAMT (2018): Kindergesundheit im Einschulungs-alter. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2017. Gesundheitsberichterstattung für Niedersachsen, Hannover

STADT EMDEN (2018): Basisbericht – Integrierte Sozialplanung. Sozial(räumlich)e Ungleichheit in Emden, Emden