

Sehvermögen

U-Untersuchung

Kindergarten

Migrationshintergrund

Vorsorgeuntersuchungen Psychische Auffälligkeiten

Über- und Untergewicht (BMI) Grobmotorische Entwicklung Geschwister

Berufstätigkeit der Eltern **Hörvermögen** Familiäre Situation Sprachvermögen

Kindergarten **Schwerpunkt:** Untersuchungsjahrgang Computerspielsucht

Depressionen **Sehvermögen** Migrationshintergrund Impfausweis

Vorsorgeuntersuchungen **Grobmotorische Entwicklung** Geschlecht

Schuleingangsuntersuchungen **Depressionen** Hörvermögen ADHS

Impfausweis Über- und Untergewicht (BMI) Familiäre Situation Kindergarten

Geschwister Kindergarten

Sprachvermögen U-Untersuchung

ADHS

Impfausweis

Psychische Gesundheit Grobmotorik

Eltern

Vorsorgeuntersuchungen

Über- und Untergewicht

Migrationshintergrund

Sprachvermögen

Depressionen

BMI

2012

Kindergesundheit im Einschulungsalter

Ergebnisse der Schuleingangs-
untersuchung 2012

Gesundheitsberichterstattung
für Niedersachsen



Niedersachsen

Herausgeber:
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
Roesebeckstr. 4 – 6, 30449 Hannover

November 2013

Autorinnen:
Dr. Elke Bruns-Philipps
Katharina Hesse-Jungesblut
Nicola Jahn
Christel Zühlke

Kontakt:
Christel Zühlke
christel.zuehlke@nlga.niedersachsen.de
Tel.: 0511-4505-133

Satz und Layout: Petra Neitmann
Grafik: Ina Holle, Kirsten Reißner, Nicola Jahn

Bildrechte: © Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, wenn nicht anders
angegeben

Der Bericht ist unter www.nlga.niedersachsen.de zum Download verfügbar.

Niedersächsisches
Landesgesundheitsamt

Kindergesundheit im Einschulungsalter

Ergebnisse der Schuleingangs-
untersuchung 2012

Gesundheitsberichterstattung
für Niedersachsen

Kindergesundheit im Einschulungsalter

Eine glückliche Kindheit ist eines der schönsten Geschenke,
die Eltern zu vergeben haben.

(unbekannt)

Über die Entwicklung von Lebenskompetenz und von Lebenschancen entscheidet nichts so sehr wie die Bildung. Dabei sind in der öffentlichen Diskussion zwei Aspekte besonders relevant: Zum einen die Bedeutung des sozialen Umfelds und der elterlichen Bildung sowie ihrer Ressourcen für den Bildungsweg der Kinder und zum anderen die frühzeitige Förderung von Kindern in ihrer Entwicklung. Deshalb steht im Vordergrund der Schuleingangsuntersuchung nicht nur die Untersuchung des Kindes auf gesundheitliche Beeinträchtigungen, sondern in besonderem Maß auch das Erkennen von Entwicklungsverzögerungen, die die Schulfähigkeit des Kindes beeinflussen können.

Damit alle Kinder die gleichen Chancen für einen gelungenen Start in der Schule haben, werden in Niedersachsen die Schuleingangsuntersuchungen landesweit durch den kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienst nach einem standardisierten Verfahren durchgeführt. Die zusammengefassten Untersuchungsergebnisse weisen für Niedersachsen die wichtigsten schulrelevanten Untersuchungsergebnisse auf Landes- und auf kommunaler Ebene aus. Die Ergebnisse dienen zudem als wichtige Grundlage für die Planung und Durchführung von präventiven Maßnahmen.

Die standardisierte Untersuchung des Sehvermögens war schon immer ein feststehender Bestandteil der Schuleingangsuntersuchung, denn ein gutes Sehvermögen gilt als eine wesentliche Voraussetzung für erfolgreiches Lernen im schulischen Regelbetrieb. Hinzu kommt, dass einzelne Sehstörungen nur bis zum Vorschulalter erfolgreich korrigiert werden können. Wird dieser Zeitpunkt versäumt, können sie zu einer dauerhaften Beeinträchtigung des Sehvermögens führen. Dies hat uns dazu bewogen, das Thema Sehen als Schwerpunkt für diesen Bericht zu wählen.

Wir danken allen Kolleginnen und Kollegen der Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienste für ihre verantwortungsvolle und engagierte Tätigkeit im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung, den niedersächsischen Kommunen für das zur Verfügung stellen der Daten sowie allen Autorinnen und Autoren für ihre Beiträge zu diesem Bericht.



Dr. Matthias Pulz

Präsident des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes



Zusammenfassung

Hintergrund

„Kindergesundheit im Einschulungsalter – Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2012“ ist die zweite landesweite Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen in Niedersachsen, die das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) im Rahmen seiner „Gesundheitsberichterstattung für Niedersachsen“ vorlegt.

Ziel der Schuleingangsuntersuchungen ist es festzustellen, ob beim Kind eine altersgerechte Entwicklung vorliegt oder ob Förder- bzw. Unterstützungsbedarf besteht. Neben der Untersuchung des Seh-, Hör- und Sprachvermögens erfolgt dabei eine Beurteilung der motorischen Fähigkeiten und des Verhaltens des Kindes. Außerdem werden Größe und Gewicht sowie Impfstatus und die Teilnahme an den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) U1 – U9 dokumentiert. Einzelne soziodemographische Angaben (Familienstand der Eltern, Migrationshintergrund, Ausbildung der Eltern 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.

Für die vorliegende Veröffentlichung haben die Landkreise, kreisfreien Städte sowie die Region Hannover ihre Ergebnisse der standardisierten Schuleingangsuntersuchungen für das Einschulungsjahr 2012 dem NLGA zur Verfügung gestellt. Diese Daten wurden zusammengeführt und ausgewertet. Mit den Auswertung können Aussagen sowohl zu den oben genannten Aspekten der Entwicklung und der Gesundheit von Schulanfängerinnen und Schulanfängern als auch zu möglichen Zusammenhängen einzelner Faktoren getroffen werden.

Zentrale Ergebnisse

Mehr als 70.000 Jungen und Mädchen wurden für das Einschulungsjahr 2012 von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der niedersächsischen Gesundheitsämter untersucht.

Etwas mehr als die Hälfte der untersuchten Kinder waren Jungen (52,2 %), 47,8 % waren Mädchen. Über einen Migrationshintergrund verfügten fast ein Viertel (23,6 %) der angehenden Schulanfängerinnen und -anfänger.

Vier Fünftel (80,1 %) aller untersuchten Kinder wurden bei der Schuleingangsuntersuchung 2012 als normalgewichtig eingestuft, jeweils ein Zehntel war übergewichtig (10,2 %) bzw. untergewichtig (9,8 %).

Die häufigsten Auffälligkeiten waren im Bereich des **Sehvermögens** zu beobachten. Bereits in augenärztlicher Behandlung befanden sich 11,3 % der Kinder, und 13,1 % wurde vor dem Hintergrund der schulärztlichen Untersuchungsergebnisse empfohlen, ihr Sehvermögen fachärztlich überprüfen zu lassen. Damit war das Sehvermögen bei nahezu einem Viertel der Kinder im Einschulungsalter eingeschränkt bzw. zumindest abklärungsbedürftig. Hinsichtlich ihres **Sprachvermögens** wurden bei vier Fünfteln (80,2 %) der Kinder keine oder nur geringfügige Beeinträchtigungen festgestellt. Bereits in sprachtherapeutischer Behandlung befanden sich 15,0 % der Kinder.

Jeweils über 90 % der Kinder zeigten einen altersadäquaten Entwicklungsstand ihres **Hörvermögens** (90,2 %), ihrer **feinmotorischen** Fähigkeiten (90,5 %), ihres **Verhaltens** (91,4 %) und ihrer **grobmotorischen** Fähigkeiten (93,3 %).

Fasst man die **Ergebnisse aller Untersuchungsbereiche**¹ der Schuleingangsuntersuchung zusammen, so wurde für fast die Hälfte der Kinder (48,5 %) weder ein auffälliger noch ein geringfügiger Befund („Befund ohne Maßnahme“) dokumentiert. In mindestens einem der Untersuchungsbereiche befanden sich 29,0 % der untersuchten Kinder bereits in Behandlung/Therapie, und bei 24,4 % der Kinder wurde ein abklärungsbedürftiger Befund in mindestens einem der

¹Sehvermögen, Hörvermögen, Sprachvermögen, grobmotorische Entwicklung, feinmotorische Entwicklung und Verhalten.

Untersuchungsbereiche festgestellt. Dies macht deutlich, wie wichtig die Schuleingangsuntersuchung neben den von den Krankenkassen finanzierten Kinder-Früherkennungsuntersuchungen ist.

Im Hinblick auf mögliche soziodemographische Einflussfaktoren zeigten sich bei den Untersuchungsergebnissen Zusammenhänge mit vier Faktoren: **Geschlecht, Migrationshintergrund, Ausbildungsabschluss der Eltern** und **Kindergartenbesuch**.²

Kinder, die keinen **Kindergarten** besucht haben, wurden bei den einzelnen Untersuchungen häufiger als nicht altersgerecht entwickelt eingestuft. Gleichzeitig zeigte sich in dieser Teilgruppe sowohl hinsichtlich der fein- und grobmotorischen Fähigkeiten als auch im Bereich Verhalten ein höherer Anteil an bislang unbehandelten auffälligen Befunden. Auch bei den Untersuchungen zum Hör- und Sehvermögen – vor allem jedoch zum Sprachvermögen – wurde für die Kinder, die keinen Kindergarten besucht haben, häufiger ein abklärungsbedürftiger Befund festgestellt. Dem gegenüber waren Kinder, die einen Kindergarten besucht haben, häufiger bereits in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung. Insgesamt können die Untersuchungsergebnisse dahingehend interpretiert werden, dass ein Kindergartenbesuch zu einem früheren Erkennen und ggf. Behandeln von Beeinträchtigungen beiträgt.

Zwischen den Untersuchungsergebnissen und dem **Ausbildungsabschluss der Eltern** zeigte sich ebenfalls ein Zusammenhang: Je höher qualifizierend der Ausbildungsabschluss der Eltern war, desto günstiger fielen die Untersuchungsergebnisse aus. Dies galt besonders für den Bereich Sprache: So wurde 86,5 % der Kinder aus dem bildungsnahen Milieu ein altersgerechtes Sprachvermögen attestiert. Für Kinder aus bildungsfernen Haushalten lag der entsprechende Wert fast fünfzehn Prozentpunkte darunter, bei 71,9 %. Auffällig ist weiterhin, dass bei fast allen Untersuchungssitems zwischen bildungsfernem und mittlerem Bildungsmilieu eine deutlich größere Differenz an Befundhäufigkeiten zu beobachten war, während die Untersuchungsergebnisse bei Kindern mit mittlerem Bildungshintergrund und aus bildungsnahem Milieu nicht so deutlich voneinander abwichen.³

Die Auswertung der Daten legt außerdem nahe, dass Kinder mit **Migrationshintergrund** hinsichtlich ihrer Entwicklungschancen schwierigere Ausgangsbedingungen haben. So waren die Abweichungen vom Normalgewicht und der Anteil der Befunde, die zur fachlichen Abklärung empfohlen werden, bei Kindern mit Migrationshintergrund höher. Außerdem wiesen sie einen niedrigeren relativen Anteil an bereits in Behandlung befindlichen Kindern in den Befundkategorien Sehvermögen, Hörvermögen, Grobmotorik, Feinmotorik und Verhalten aus als Kinder ohne Migrationshintergrund.

Bei einzelnen Untersuchungsbereichen waren auch Unterschiede zwischen **Mädchen und Jungen** auszumachen: Mädchen wurde in den Bereichen Sprachvermögen, Feinmotorik, Grobmotorik und Verhalten deutlich häufiger ein für den Schulbeginn erforderlicher Entwicklungsstand attestiert als Jungen.

Schwerpunkt „Sehvermögen von Kindern im Einschulungsalter“

In diesem zweiten Bericht der alle zwei Jahre erscheinenden Reihe zur „Kindergesundheit im Einschulungsalter – Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung“ wird der Schwerpunkt auf den Untersuchungsbereich Sehen gelegt. Fragestellungen und Themen rund um das Thema Sehen werden von Gastautorinnen und -autoren aufgegriffen und näher beleuchtet. Mit Beiträgen über die Funktion des Auges und die Bedeutung des Sehens, die Notwendigkeit zur Früherkennung von Sehschwächen, die augenärztliche Versorgungssituation in Niedersachsen sowie zu Fördermöglichkeiten für Kinder mit Sehbehinderungen und blinde Kinder wird die Komplexität des Themas Sehen veranschaulicht.

²Eine statistische Signifikanz ist bei den Untersuchungsergebnissen nicht gegeben.

³Eine Ausnahme hiervon bildet das Sehvermögen: hier zeigte sich ein proportional ausgeglicheneres Bild.

Inhaltsverzeichnis

Kindergesundheit im Einschulungsalter	I
Zusammenfassung	III
1 Einleitung	1
2 Kurzporträt Niedersachsen	3
3 Schuleingangsuntersuchungen in Niedersachsen	7
4 Methodik	11
5 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung	15
5.1 Beschreibung des Untersuchungsjahrgangs	17
5.2 Vorsorgeuntersuchungen: Vorlage U-Untersuchungsheft	25
5.3 Vorlage Impfausweis	31
5.4 Über- und Untergewicht (BMI)	37
5.5 Sehvermögen	43
5.6 Hörvermögen	49
5.7 Sprachvermögen	55
5.8 Grobmotorische Entwicklung	63
5.9 Feinmotorische Entwicklung	71
5.10 Verhalten	77
6 Schwerpunktthema: Sehvermögen	83
6.1 Sehen lernen wir in den ersten Lebensjahren	86
Sehen mit Kinderaugen	92
6.2 Mit Durchblick in die Schule – Sehchwächen rechtzeitig erkennen	93
Motorische Entwicklungsrückstände und Probleme im Sozialverhalten – ein Fallbeispiel	95
6.3 Augenärztliche Versorgungssituation in Niedersachsen - 2012/2013	96
6.4 Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern: Neuer Vertrag in Niedersachsen	102
6.5 Beratungs- und Fördermöglichkeiten für Kinder mit dem Unterstützungsbedarf Sehen	104
Abbildungsverzeichnis	109
Tabellenverzeichnis	112
Anhang Tabellen	115
Autorinnen und Autoren	142

1 Einleitung

Vor der Einschulung werden in Niedersachsen alle Kinder gemäß der Rechtsgrundlage des § 5 Absatz 2 des Niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung (SEU) ärztlich untersucht. Die Untersuchung dient dazu, eventuellen Förderbedarf für einen erfolgreichen Schulbesuch frühzeitig festzustellen und Eltern zu beraten, wie ihr Kind gegebenenfalls unterstützt werden kann. Gemeinsam mit den Schulen wird der mögliche Unterstützungsbedarf für einzelne Schülerinnen oder Schüler besprochen.

Die Landkreise, kreisfreien Städte und die Region Hannover führen die Schuleingangsuntersuchungen im eigenen Wirkungsbereich durch und sind die Halter der dabei erhobenen Daten. Für die Erstellung von landesweiten Berichten zur Gesundheitssituation von Kindern im Einschulungsalter stellen die Landkreise, die kreisfreien Städte sowie die Region Hannover dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA) das dafür relevante Datenmaterial zur Verfügung.

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) hat die Aufgabe, über den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu informieren sowie die Verbreitung von gesundheitlichen Risikofaktoren, die Inanspruchnahme von präventiven und medizinischen Leistungen sowie die Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen zu beschreiben. Die GBE stellt Daten für eine effektive Gesundheitsplanung zur Verfügung und bildet somit die Grundlage für einen gesundheits- und sozialpolitischen Planungsprozess. Ziel der Gesundheitsberichterstattung ist es, die Gesundheit der Bevölkerung durch eine bessere Steuerung und Gestaltung der Versorgungsstrukturen sowie eine Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung langfristig zu verbessern.

Mit diesem Bericht zur Kindergesundheit im Einschulungsalter informiert das NLGA über den Gesundheitszustand von Kindern der Einschulungskohorte 2012 in Niedersachsen. Es wird eine umfassende Übersicht über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung in den Bereichen Impfstatus, Teilnahme an Kinder-Früherkennungsuntersuchungen, Größe und Gewicht, Sehen, Hören, Sprache, Motorik und Verhalten für das Land Niedersachsen präsentiert. Die Untersuchungsergebnisse werden für die einzelnen Landkreise, kreisfreien Städte und die Region Hannover ausgewiesen, was einen Vergleich der Kommunen untereinander möglich macht. Dieser Vergleich ist auch im Hinblick auf die interne und externe Qualitätssicherung bei der Datenerhebung von großer Bedeutung.

Vor dem Hintergrund ausgewählter soziodemographischer Einflussfaktoren werden die Untersuchungsergebnisse näher beleuchtet und kommentiert. Die Darstellung der Zusammenhänge zwischen einzelnen Befunden der Schuleingangsuntersuchung und sozialen Faktoren kann eine Grundlage für zielgruppenorientierte und räumlich begrenzte Interventionen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung bilden.

Zielgruppen dieses Berichts sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der öffentlichen Verwaltung, Politikerinnen und Politiker, sowie die interessierte Öffentlichkeit.

Ein niedersächsischer Bericht zur Kindergesundheit im Einschulungsalter erscheint – mit jeweils wechselnden Schwerpunktthemen – alle zwei Jahre. In jeder Ausgabe des Berichts wird ein Aspekt der Schuleingangsuntersuchung ausführlicher dargestellt. Im diesjährigen Bericht wird das Thema „Sehvermögen“ besonders beleuchtet. Neben einer ausführlichen Darstellung der Ergebnisse der SEU im Untersuchungsbereich „Sehvermögen“ werden die Grundlagen des Sehens, häufige Störungen und Krankheiten des kindlichen Auges sowie die Versorgungssituation mit Augenärzten in Niedersachsen vorgestellt.

Unser besonderer Dank gilt den Gastautorinnen und Gastautoren für ihre Beiträge sowie den Landkreisen, den kreisfreien Städten und der Region Hannover, die uns die Daten zur Verfügung gestellt haben. Gleichfalls bedanken wir uns herzlich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Niedersächsischen Gesundheitsämter sowie bei den Vertretern der Arbeitsgemeinschaften für ihre Mitarbeit, ihre Unterstützung und ihre kritischen Stellungnahmen.

2 Kurzporträt Niedersachsen

Überblick

Niedersachsen ist mit 47.612,8 km² flächenmäßig das zweitgrößte Bundesland der Bundesrepublik Deutschland, in dem mit ungefähr acht Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern ein knappes Zehntel der Bundesbevölkerung lebt. Bezogen auf die Bevölkerungszahl steht Niedersachsen im Ländervergleich hinter Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern an vierter Stelle. Das Flächenland Niedersachsen ist in 37 Landkreise, acht kreisfreie Städte sowie die Region Hannover untergliedert. Die größten Städte (> 100.000 Einwohner) sind Hannover, Braunschweig, Osnabrück, Oldenburg, Wolfsburg, Göttingen, Hildesheim und Salzgitter.

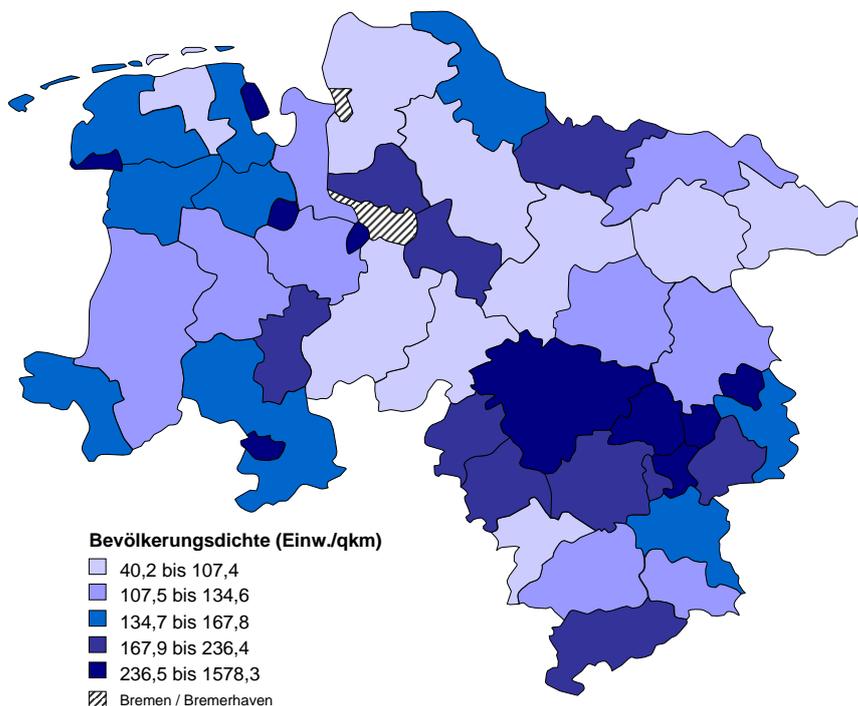


Abb. 2.1 Bevölkerungsdichte 2011, Niedersachsen; Quelle: LSKN 2013

Bevölkerung und Sozialstruktur

In Niedersachsen war laut Zensus 2011, wie auch in allen anderen Bundesländern, ein leichter Frauenüberschuss (Frauen: 51,1 %; Männer: 48,9 %) zu verzeichnen.¹ Dieser ist vor allem der längeren Lebenserwartung von Frauen geschuldet.

¹vgl. Pressemitteilung Nummer 39/13 des Landesbetriebes für Statistik und Kommunikationstechnologie, http://www.lskn.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=25666&article_id=115551&psmand=40 (Stand: August 2013)

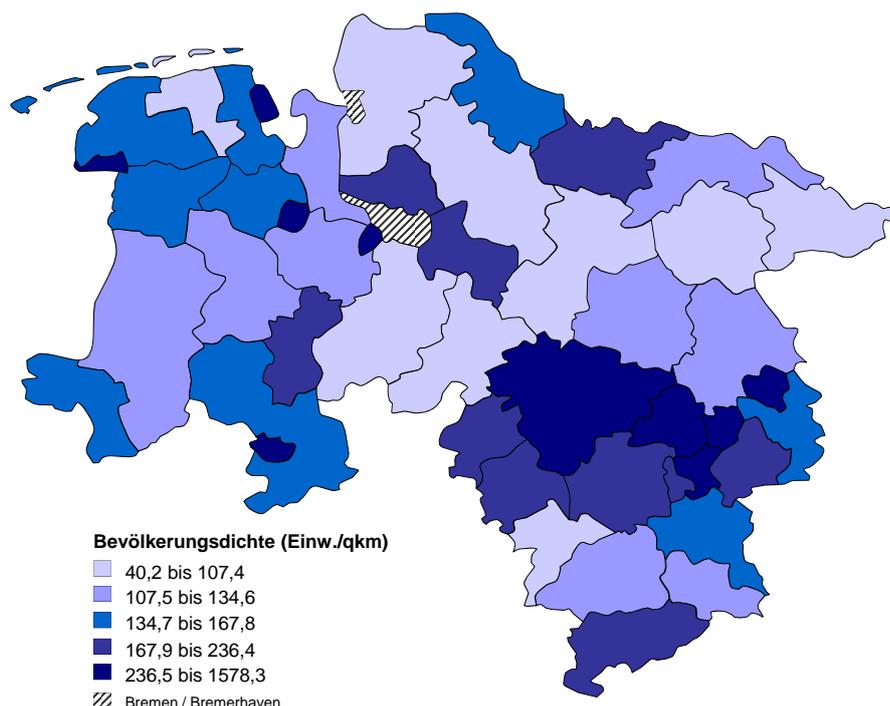


Abb. 2.2 Jugendquotient 2011, Niedersachsen; Quelle: LSKN 2013

Der Anteil Jugendlicher unter 18 Jahren an der Gesamtbevölkerung Niedersachsens betrug 2011 17,5 %; im erwerbsfähigen Alter waren 61,8 % und älter als 65 Jahre waren 20,8 %. Der Jugendquotient lag im gleichen Jahr bei 27,7.² Das entspricht einer Relation von 1 : 3,6 von Jugendlichen unter 18 Jahren zu Personen im erwerbsfähigen Alter.³ Bundesweit lag der Jugendquotient 2010 laut Bundeszentrale für politische Bildung bei 33,3.⁴

Regional sind deutliche Unterschiede zu erkennen: Bei der Betrachtung der ehemaligen Regierungsbezirke Braunschweig (Jugendquotient: 26,0), Hannover (26,9), Lüneburg (29,7) und Weser-Ems (30,0) beträgt das Verhältnis von Person unter 18 Jahren zu Erwerbstätigen zwischen 1 : 3,3 bis 1 : 3,8. Dabei fällt auf, dass die Ergebnisse zwischen Stadt und Land differieren: Die Städte Osnabrück (Jugendquotient: 22,3) und Braunschweig (22,5) sowie Wilhelmshaven (22,6) unterscheiden sich von den Landkreisen Cloppenburg (35,9), Vechta (33,3) und Grafschaft Bentheim (32,5), mit einem Verhältnis von 1 : 2,8 bis 1 : 4,5. Der Karte kann weiterhin entnommen werden, dass in Südniedersachsen der Anteil an unter 18-Jährigen relativ gering ist, was dadurch begründet sein kann, dass in der Harzregion eher die Bevölkerung im späteren Lebensabschnitt lebt und beispielsweise der Landkreis Göttingen studentisch geprägt ist.

²Der Jugendquotient kann zur genaueren Betrachtung der demographischen Struktur herangezogen werden. Er drückt die Anzahl der jüngeren Bevölkerung bezogen auf die 18- bis 64-Jährigen im erwerbsfähigen Alter aus und gibt an, wie viele der abhängigen Minderjährigen auf 100 Erwerbstätige kommen.

³vgl. http://www.apps.nlga.niedersachsen.de/gbe/abbzus.php?abb_zus=2.7b (Stand: Juli 2013)

⁴vgl. <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61544/entwicklung-der-alterstruktur> (Stand: Juli 2013)

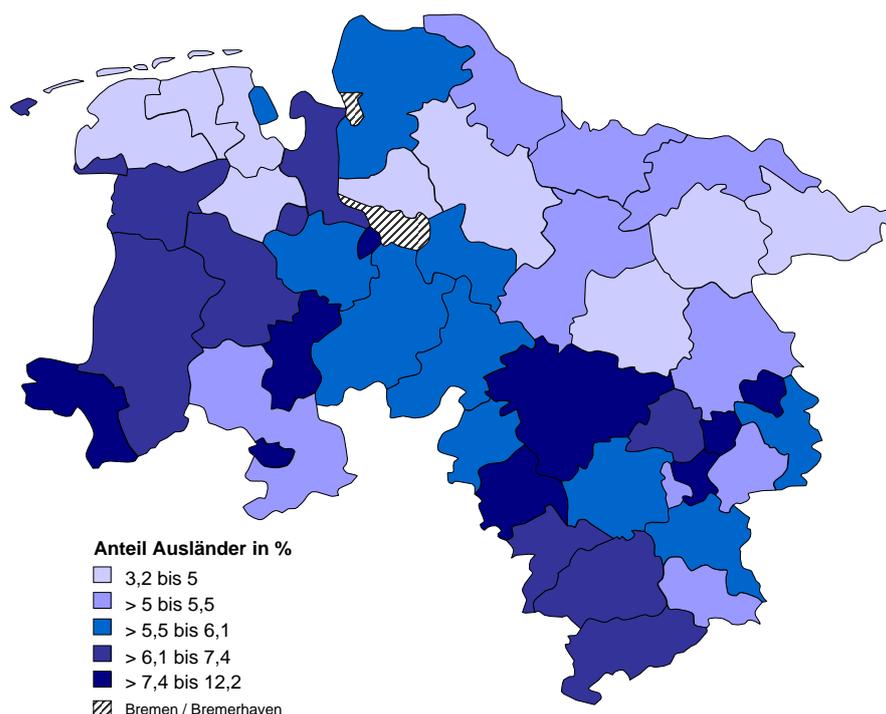


Abb. 2.3 Anteil der Ausländer an der Bevölkerung in % im Jahr 2011, Niedersachsen; Quelle: LSKN 2013

Der Anteil der Personen mit ausländischer Nationalität ist regional unterschiedlich und lag in Niedersachsen mit 5,5 % unter dem Bundesdurchschnitt von 7,7 %. In den alten Bundesländern ist dies nach Schleswig-Holstein (4,2 %) die zweitniedrigste Quote. Mit 50,1 % ist der Männeranteil unter den Ausländern höher als im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung Niedersachsens (48,8 %), der Anteil der Frauen ohne deutschen Pass ist entsprechend geringer (49,9 %).⁵

In den Städten und industriellen Ballungszentren leben mehr Ausländer/innen als in den ländlich geprägten Regionen. Landkreise bzw. kreisfreie Städte mit einem Ausländeranteil von rund 10 % sind die Region Hannover (9,2 %), die Städte Wolfsburg (9,4 %) und Salzgitter (8,9 %) sowie der Landkreis Grafschaft Bentheim (10,8 %) (vgl. Abb. 2.1).⁶

Mit Ausnahme des Landkreises Grafschaft Bentheim zeigen sich hier noch die historischen Ursprünge der Zuwanderung, an deren Beginn die gezielte Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte für die Industrie stand. Auch die späteren Zuwanderer sind überwiegend potentielle Arbeitnehmer/innen und lassen sich daher in Regionen mit großem Arbeitskräftebedarf nieder. Der Landkreis Grafschaft Bentheim stellt eine Besonderheit dar. Dessen hoher Ausländeranteil ist auf die beträchtliche Zahl niederländischer Staatsbürger zurückzuführen, die auf Grund der preiswerteren Mieten und Grundstückspreise in Deutschland leben, jedoch zum größten Teil in den Niederlanden arbeiten.

⁵Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht, vgl. https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:00,BEV_1_2_2,m,table (Stand: Juli 2013)

⁶Anhang C Kreistabellen, vgl. <http://www.lskn.niedersachsen.de/download/78281> (Stand: Juli 2013)

Nach 50 Jahren Zuwanderungsgeschichte erlaubt indes das Merkmal „Person mit Migrationshintergrund“ einen differenzierteren und zeitgemäßen Blick auf die migrationsbedingte Vielfalt in der Gesellschaft – und damit auf die heterogenen sprachlichen, kulturellen und/oder ethnischen Wurzeln, Traditionen, Verhaltensweisen und Gewohnheiten von Sub-Populationen. Als „Person mit Migrationshintergrund“ definiert das Statistische Bundesamt „die ausländische Bevölkerung – unabhängig davon, ob sie im Inland oder im Ausland geboren wurde – sowie alle Zugewanderten, unabhängig von ihrer Nationalität. Daneben zählen zu den Personen mit Migrationshintergrund auch die in Deutschland geborenen eingebürgerten Ausländer sowie eine Reihe von in Deutschland geborenen mit deutscher Staatsangehörigkeit, bei denen sich der Migrationshintergrund aus dem Migrationsstatus der Eltern ableitet. Zu den letzteren gehören die deutschen Kinder (Nachkommen der ersten Generation) von Spätaussiedlern und Eingebürgerten und zwar auch dann, wenn nur ein Elternteil diese Bedingungen erfüllt. Darunter subsumiert werden seit 2000 auch die (deutschen) Kinder ausländischer Eltern, die die Bedingungen für das Optionsmodell erfüllen, d. h. mit einer deutschen und einer ausländischen Staatsangehörigkeit in Deutschland geboren wurden.“⁷

In der Bundesrepublik lebten 2011 im Durchschnitt 18,9 % Menschen mit Migrationshintergrund. Der Anteil in Niedersachsen war mit 16,5 %, verglichen mit den alten Bundesländern, am dritt-niedrigsten.⁸

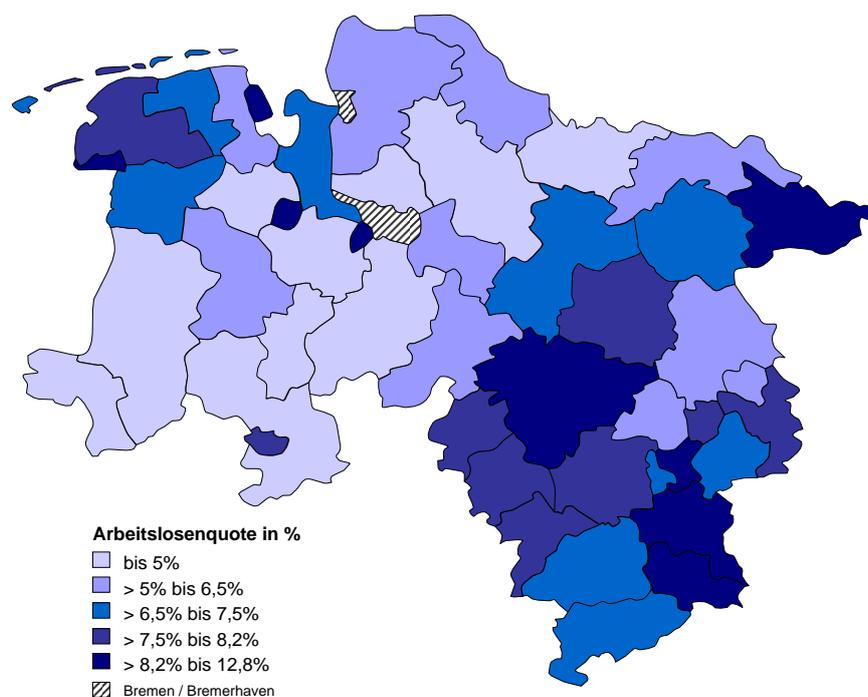


Abb. 2.4 Arbeitslosenquote 2011, Niedersachsen; Quelle: LSKN 2013

Die Arbeitslosenquote in Niedersachsen lag 2011 mit 6,9 % leicht unter dem Bundesdurchschnitt (7,1 %). Besonders niedrig waren die Arbeitslosenquoten in den Landkreisen Emsland (3,7 %) und Vechta (3,6 %). Hohe Arbeitslosenraten waren in den Landkreisen Lüchow-Dannenberg (10,4 %) und der Stadt Wilhelmshaven (12,8 %) zu verzeichnen (vgl. Abb. 2.3).⁹

⁷<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/MigrationIntegration.html> (Stand: Juli 2013)

⁸Geschlecht nach Migrationshintergrund, https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:00,BEV_2_1_8,m,table und https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:03,BEV_2_1_8,GESCHLECHT,table (Stand: Juli 2013)

⁹Bundesagentur für Arbeit, Arbeitslosenquoten, <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201112/iiia4/monats-jahresquoten/monats-jahresquoten-d-0-pdf.pdf> (Stand: Juli 2013)

3 Schuleingangsuntersuchungen in Niedersachsen

Vor Schulbeginn findet für alle Kinder in Niedersachsen eine verpflichtende Schuleingangsuntersuchung (SEU) durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste des Öffentlichen Gesundheitsdienstes statt. Die rechtlichen Grundlagen der Schuleingangsuntersuchungen finden sich in § 5 Abs. 2 des Niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD), gültig ab 01.08.2008, sowie in § 56 des Niedersächsischen Schulgesetzes (NSchG), gültig ab 01.01.2007.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird der Entwicklungs- und Gesundheitszustand aller Kinder vor der Einschulung ärztlich überprüft, schulelevante Stärken und Schwächen des Kindes werden ermittelt, eventueller Förderbedarf wird festgestellt und die Eltern werden entsprechend beraten. Neben einer körperlichen Untersuchung, der Bestimmung von Körpergröße und Gewicht sowie einem Seh- und Hörtest kommen im Rahmen der SEU verschiedene kindgerechte Testelemente zum Einsatz. Sie tragen dazu bei, die kindliche Sprachentwicklung, die motorische und kognitive Entwicklung sowie die kindliche Kompetenz im Bereich der zentralen Sinneswahrnehmung und -verarbeitung in Form einer Screeninguntersuchung zu erfassen.¹ Zudem werden Informationen zur medizinischen Vorgeschichte, der psychischen Gesundheit und dem Umfeld des Kindes erhoben. Auch das Verhalten des Kindes in der Untersuchungssituation und seine Interaktion mit dem/der Untersucher/in sowie den Eltern fließt in die Beurteilung ein. Ferner wird die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen (Impfungen, Früherkennungs-/Vorsorgeuntersuchungen) erfasst und dokumentiert.

In der Schuleingangsuntersuchung geht es auch um eine frühzeitige Prävention. Die Eltern werden zu sinnvollen Förder- und Unterstützungsangeboten für ihre Kinder beraten, die zum Teil durchaus im häuslichen Alltag stattfinden können, zum Teil aber auch die Einbeziehung externer Fachleute erforderlich machen. Gegebenenfalls werden weitere diagnostische und/oder therapeutische Schritte, z. B. bei deutlichen Entwicklungsproblemen, empfohlen. Je nach Komplexität der Problemlage kann zudem eine interdisziplinäre nachgehende Fürsorge sinnvoll erscheinen.

Wenn erforderlich, erfolgt im Rahmen der SEU eine Beratung für die Eltern. Die Schulen ihrerseits erhalten aus der Schuleingangsuntersuchung schulelevante Informationen zu jedem Kind. Diese können von den Schulen zum einen für die individuelle Förderung der Kinder und zum anderen für die jahrgangsbezogene Planung beispielsweise der Klassenzusammenstellungen berücksichtigt und genutzt werden.



© VRD - Fotolia.com

¹Bei der Schuleingangsuntersuchung handelt es sich um eine Screeninguntersuchung. Das bedeutet, dass es sich um eine systematische Untersuchung bestimmter schulerelevanter Entwicklungs- und Gesundheitskriterien handelt. Ziel eines Screeningverfahrens ist es, keine gravierenden Befunde zu übersehen. Daher ist die Empfehlung für eine weitere Abklärung bei einem/einer niedergelassenen Arzt/Ärztin nicht zwingend mit einem pathologischen Befund gleichzusetzen.

Als einzige einen kompletten Jahrgang umfassende, standardisierte Untersuchung ermöglicht es die Schuleingangsuntersuchung, vollständige und valide epidemiologische Erkenntnisse über den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme präventiver Angebote für die untersuchte Jahrgangskohorte zu gewinnen. Die Schuleingangsuntersuchung umfasst somit individualmedizinische, sozialkompensatorische, epidemiologische und arbeitsmedizinische Aspekte (Arbeitsplatz Schule). Ziel ist es, jedem Kind gerecht zu werden, ihm einen guten Start in der Schule zu ermöglichen und ihm damit möglichst viele Zukunftschancen zu sichern.

Zwei unterschiedliche Verfahren der Schuleingangsuntersuchung kommen in Niedersachsen zur Anwendung, das **Untersuchungsmodell Weser-Ems** und das **Modell SOPHIA**:²



Das **Untersuchungsmodell Weser-Ems** wurde in Anlehnung an das sogenannte Bielefelder Modell im ehemaligen niedersächsischen Regierungsbezirk Weser-Ems entwickelt. Ziel des 1993 eingeführten „Pilotprojekts Weser-Ems, Standardisierte jugendärztliche Einschulungsuntersuchungen“ war die Vereinheitlichung der Untersuchungsinhalte und der Befunddokumentation, um so eine Basis für die Auswertung valider und überregional vergleichbarer Daten zu schaffen. Zusätzlich sollte aufgrund der hohen Tierstaldichte in Weser-Ems sowie einer regional und bundesweit beobachteten steigenden Häufigkeit von Erkrankungen des allergischen Formenkreises eine Prävalenzerhebung dieser sog. atopischen Erkrankungen bei den Schulanfängerinnen und Schulanfängern erfolgen.

Unter der Federführung der Bezirksregierung Weser-Ems wurden in Kooperation mit den Jugendärztinnen und -ärzten der beteiligten Gesundheitsämter Arbeitsrichtlinien erstellt, die Vorgaben zur Befunderhebung machten, aber auch eine einheitliche Befunddokumentation sowie die Befundgrenzen vorgaben. Nach dem seither mehrmals aktualisierten Weser-Ems-Modell untersuchen die Gesundheitsämter folgender Landkreise bzw. kreisfreien Städte: Landkreis Ammerland, Landkreis Aurich, Grafschaft Bentheim, Landkreis Cloppenburg, Stadt Delmenhorst, Stadt Emden, Landkreis Emsland, Landkreis Friesland, Landkreis Leer, Stadt Oldenburg, Landkreis Oldenburg, Stadt Osnabrück, Landkreis Osnabrück, Landkreis Vechta, Landkreis Wesermarsch, Stadt Wilhelms- haven, Landkreis Wittmund.

Das **Untersuchungsmodell SOPHIA** (Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgaben) wurde 1982 von einer Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und der Abteilung Jugendgesundheitspflege des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Hannover, entwickelt und 1993 vom Celler Gesundheitsamt weiter ausdifferenziert.

Derzeit sind es 27 Landkreise und kreisfreie Städte sowie die Region Hannover, die nach diesem Konzept jährlich rund 50.000 Untersuchungen durchführen: Stadt Braunschweig, Landkreis Celle, Landkreis Cuxhaven, Landkreis Diepholz, Landkreis Gifhorn, Stadt und Landkreis Göttingen, Landkreis Goslar, Landkreis Hameln-Pyrmont, Region Hannover, Landkreis Harburg, Landkreis Helmstedt, Landkreis Hildesheim, Landkreis Holzminden, Landkreis Lüchow-Dannenberg, Landkreis Lüneburg, Landkreis Nienburg, Landkreis Northeim, Landkreis Osterode a. H., Landkreis Peine, Landkreis Rotenburg/W., Stadt Salzgitter, Landkreis Schaumburg, Landkreis Heidekreis, Landkreis Stade, Landkreis Uelzen, Landkreis Verden, Landkreis Wolfenbüttel, Stadt Wolfsburg.

²Lediglich der Landkreis Osterholz hat ein eigenes Verfahren zur Durchführung von Schuleingangsuntersuchungen entwickelt.

Um eine bessere Vergleichbarkeit der beiden niedersächsischen Untersuchungsmodelle zu erzielen sowie eine landesweite Gesundheitsberichterstattung auf Basis der erhobenen Daten vorzubereiten, wurde im Jahr 2006 unter der Moderation des Niedersächsischen Landesgesundheitsamts (NLGA) die Arbeitsgruppe Schuleingangsuntersuchungen (AG SEU) gebildet. Die AG SEU setzt sich aus Vertretern der Weser-Ems- und SOPHIA-Anwendergemeinschaften, des Fachausschusses Kinder- und Jugendgesundheit des niedersächsischen Landesverbandes der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens zusammen. Die dort entwickelten Empfehlungen wurden jeweils in den Anwendergemeinschaften vorgestellt und in die Systeme übernommen.

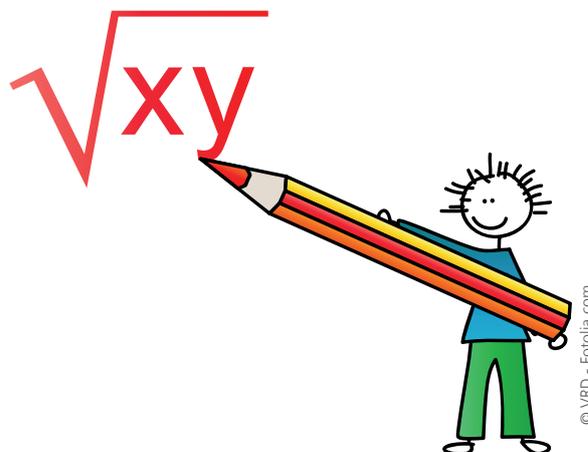
Als Resultat dieser freiwilligen Kooperation konnten die Arbeitsrichtlinien und Untersuchungsverfahren der beiden Anwendergemeinschaften soweit in Übereinstimmung gebracht werden, dass die meisten Untersuchungsinhalte vergleichbar erhoben und damit ab dem Einschulungsjahrgang 2010 flächendeckend für ganz Niedersachsen gemeinsam auswertbar sind.



© VRD - Fotolia.com

4 Methodik

Die niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte sowie die Region Hannover führen die Schuleingangsuntersuchung im eigenen Wirkungskreis durch. Es gibt zwei Anwendergemeinschaften, SOPHIA (Sozialpädagogisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgaben) und Weser-Ems, denen sich fast alle niedersächsischen Landkreise, kreisfreien Städte und die Region Hannover angeschlossen haben. Trotz der in der jeweiligen Anwendergemeinschaft geltenden Arbeitsrichtlinien gibt es zum Teil Unterschiede in der Art und im Umfang der durchgeführten Untersuchungen, was sich auf die Quantität und Qualität der Daten auswirkt. Auch die Tatsache, dass pro Landkreis in der Regel mehrere Ärztinnen/Ärzte und Assistentinnen/Assistenten die Schuleingangsuntersuchung durchführen und die Daten erheben, kann zu einer Varianz der Daten führen.



Für die landesweite Auswertung der Daten stellen die Kommunen dem NLGA ihr Datenmaterial zur Verfügung. Das NLGA führt die verschiedenen Datensätze zusammen, bereinigt und vereinheitlicht die Daten, prüft sie auf ihre Plausibilität und wertet sie anschließend aus.

Datenbereinigung

Die Daten der einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte wurden als erstes um die Daten bereinigt, die nicht in den betreffenden Untersuchungsjahrgang gehören. Das bedeutet, dass alle Datensätze entfernt wurden, die nicht zwischen August des Vorjahres und dem Tag des Schulbeginns erhoben wurden. In einem zweiten Schritt wurden Fehlkodierungen in den einzelnen Datensätzen ermittelt und auf „keine Angabe“ gesetzt.

Plausibilitätsprüfung der Daten

Nach der Bereinigung erfolgte die Überprüfung der Daten aller Landkreise, kreisfreien Städte und der Region Hannover auf Plausibilität. Dazu wurden für die verschiedenen Befunde die Häufigkeiten der Befundkategorien berechnet und zwischen den Landkreisen, kreisfreien Städten und der Region Hannover verglichen. Wuch eine Kommune stark vom Durchschnitt ab, erfolgte zur Klärung eine Kontaktaufnahme. Stellte sich dabei heraus, dass die Datenabweichung plausibel erschien, wurden die Daten in der vorliegenden Form beibehalten und im Text erläutert. Waren die Abweichungen z. B. durch technische Probleme bei der Datenerfassung zu erklären, wurden die entsprechenden Befunderhebungen auf „keine Angabe“ gesetzt und nicht in die Auswertung einbezogen. Der Grund für das Weglassen einzelner Befunderhebungen oder Datensätze wird im Bericht nicht speziell ausgewiesen.

Die Daten des Landkreises Osterholz wurden aufgrund eines abweichenden Untersuchungskonzepts nicht für die Auswertung berücksichtigt.

Datenanpassung

Die Datensätze der beiden Anwendergemeinschaften unterscheiden sich bedingt durch die jeweiligen Arbeitsrichtlinien in ihrer Struktur und wurden in einem ersten Schritt durch Datenvereinheitlichung zusammengefügt. Dies erfolgte entweder durch einfache Umbenennung der Items bzw. der Codierung oder durch Erzeugung eines neuen Items mittels Datenverknüpfung.

Um eine gemeinsame Auswertung zu ermöglichen, wurden die Ergebnisse der Befunderhebung (z. B. für die Sehfähigkeit) für beide Anwendergemeinschaften wie folgt dokumentiert bzw. umkodiert:

- **K = keine Untersuchung/keine Angabe:** Untersuchung nicht durchgeführt, Untersuchung vom Kind verweigert oder nicht möglich, keine Untersuchungsergebnisse dokumentiert
- **O = ohne auffälligen Befund:** Untersuchung durchgeführt, unauffälliger Befund
- **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/eines entsprechenden niedergelassenen Fachärztin/-arztes, Fachberater/-in oder Gremienvorstellung
- **B = bereits in Behandlung:** bezüglich des untersuchten Items bereits in ärztlicher Behandlung, Betreuung oder Therapie

Datenauswertung

Die Datenzusammenführung wurde mit den Programmen EpiData (3.1) sowie EpiInfo (Version 6.04), die Auswertung mit dem Programm EpiData Analysis (V2.1.0.157) vorgenommen.

In die Gesamtdatei zur Auswertung wurden nur die Daten der Kinder aufgenommen, die das erste Mal bei einer Schuleingangsuntersuchung vorgestellt wurden.¹ Dadurch wird vermieden, dass Kinder durch eine jährliche Auswertung der Schuleingangsuntersuchungsdaten doppelt in die Auswertungen eingehen.

Da nicht alle Landkreise/kreisfreien Städte Daten zu allen Items geliefert haben – teils weil sie nicht erfasst wurden, teils weil einzelne Daten nicht plausibel waren (siehe Prüfung auf Plausibilität) – variiert die Gesamtzahl (n) bei den einzelnen vorgestellten Untersuchungsergebnissen.

Die Auswertung erfolgte in drei Schritten:

1. Für ausgewählte Items wurden die Häufigkeiten der einzelnen Kodierungen in Absolutzahlen und Prozentwerten errechnet, wobei auch „keine Angaben“ ausgewiesen wurden. Unter „keine Angabe“ wurden zudem nicht durchgeführte Untersuchungen gezählt.
2. Für den Vergleich der einzelnen Landkreise/kreisfreien Städte und der Region Hannover wurde jeweils der Anteil der Kinder mit auffälligem Befund, der eine ärztliche Abklärung erforderlich macht, und der Anteil der Kinder, die bereits in Behandlung/Therapie sind, ausgewiesen.
3. Für Gesamtniedersachsen wurden einzelne soziale Indikatoren in Assoziation zu ausgewählten Untersuchungsergebnissen gesetzt.

Erläuterungen zu den soziodemographischen Angaben

Migrationshintergrund

In den beiden Anwendergemeinschaften werden unterschiedliche Daten erfasst, die Rückschlüsse auf einen Migrationshintergrund des Kindes liefern. Um eine einheitliche Auswertung für Niedersachsen vornehmen zu können, wurde eine eigene, vorläufige Definition des Migrationshintergrunds erarbeitet. Demnach liegt ein Migrationshintergrund vor, wenn die „Herkunft der Familie“ (SOPHIA) nicht Deutschland ist oder ein beidseitiger Migrationshintergrund (Weser-Ems) vorliegt. Dies ist der Fall, wenn einer der folgenden Fälle zutrifft:

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

Wenn nur Angaben zum Geburtsland des Kindes vorlagen, wurde auch hier ein Migrationshintergrund definiert, wenn das Kind als Geburtsland nicht Deutschland hatte.

¹Kinder durchlaufen teilweise mehr als eine Schuleingangsuntersuchung, wenn sie wegen mangelnder Schulreife vom Schulbesuch zurückgestellt werden oder wenn sie als „Kannkinder“ von Ihren Eltern vorgestellt wurden, von einer Einschulung dann jedoch abgesehen wurde. Die tatsächliche Anzahl an durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen liegt über der der ausgewerteten Datensätze.

Bei Unklarheiten bezüglich der Herkunft der Familie wird im SOPHIA-Anwenderkreis die Ethnizität der Mutter verwendet. Für den Fall, dass beide Eltern unterschiedlicher nicht deutscher Herkunft sind, wurde dem Kind die ethnische Zugehörigkeit der Mutter zugeordnet, da hier eine stärkere Prägung des Kindes vermutet wird. Eine einheitliche Erfassung des Migrationshintergrunds in beiden Anwendergemeinschaften wäre wünschenswert.

Um die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund genauer beschreiben zu können, wurde die Nationalität/das Herkunftsland definierten Herkunftsregionen zugeordnet, die sich weitestgehend an den bestehenden Regionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) orientieren. Abweichend von den WHO-Regionen haben wir die Regionen Südost-Asien sowie Westliche Pazifikregion zu „Asien, Australien, Ozeanien“ vereint, Europa in West- und Osteuropa unterteilt sowie Nord- und Südamerika zusammengefasst. Um die Kinder ohne Migrationshintergrund und die große Gruppe der türkischstämmigen Personen besser darstellen zu können, wurden Deutschland und die Türkei extra ausgewiesen.

Der Migrationshintergrund kann somit anhand der Regionen Deutschland, Türkei, Westeuropa, Osteuropa, Asien, Australien, Ozeanien, Naher Osten, Afrika sowie Nord-, Südamerika dargestellt werden. Eine differenzierte Zuordnung der Länder zu den entsprechenden Regionen ist der Karte im Anhang zu entnehmen.

Familiäre Situation

Die Daten der Schuleingangsuntersuchung beinhalten Informationen darüber, in welcher Familienkonstellation die Kinder aufwachsen. Diese Informationen können im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung für das Elterngespräch wichtig sein, bereiten aber für die Auswertung wegen der Heterogenität der Gruppen, der teils geringen Fallzahlen und der sich häufig ändernden Biographien größere Probleme. Daher wurde auf die Einbeziehung dieser Daten verzichtet.

Definition des Ausbildungsgrads der Eltern

Um Aussagen über den Ausbildungsgrad der Eltern machen zu können, wurde der jeweils höchste berufliche Abschluss der Mutter und des Vaters zusammengefasst, durch ein Punkteverfahren bewertet und addiert. Wenn ein Elternteil alleinerziehend war oder für den anderen Partner in der Beziehung kein Berufsabschluss angegeben wurde, erfolgte eine Verdopplung der Punktzahl der Bewertung des einen Elternteils.

Berufsabschluss Mutter	Punkte	Berufsabschluss Vater	Punkte
keine Ausbildung	0	keine Ausbildung	0
Lehre/Ausbildung	1	Lehre/Ausbildung	1
Fachschule	1	Fachschule	1
Sonstiges	1	Sonstiges	1
Hochschule	2	Hochschule	2

Das Ergebnis war eine Differenzierung des Ausbildungsgrads der Eltern in die Rubriken „bildungsfern“, „mittlere Bildung“ und „bildungsnah“.

Auswertung des Ausbildungsgrads der Eltern:	
0 – 1 Punkt:	bildungsfern
2 Punkte:	mittlere Bildung
3 – 4 Punkte:	bildungsnah

Im vorliegenden Bericht wurden aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur Graphiken und erläuternde Texte verwendet. Eine tabellarische Dokumentation der Ergebnisse befindet sich im Anhang.²

²Die Tabellen und Graphiken wurden mit dem Tabellenkalkulationsprogramm Excel erstellt. Da mit Blick auf eine bessere Lesbarkeit auf eine Dezimalstelle nach dem Komma gerundet wurde, kann es gelegentlich vorkommen, dass 100 % nicht immer exakt erreicht werden.

5 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung

Sehvermögen
U-Untersuchung
 Kindergarten Migrationshintergrund
 Vorsorgeuntersuchungen Psychische Auffälligkeiten
Über- und Untergewicht (BMI) Grobmotorische Entwicklung Geschwister
 Berufstätigkeit der Eltern **Hörvermögen** Familiäre Situation Sprachvermögen
 Kindergarten **Schwerpunkt:** Untersuchungsjahrgang Computerspielsucht
 Depressionen **Sehvermögen** Migrationshintergrund BMI
 Vorsorgeuntersuchungen **Grobmotorische Entwicklung** Geschlecht
 Schuleingangsuntersuchungen **Depressionen** Hörvermögen ADHS
Impfstatus Über- und Untergewicht (BMI) Familiäre Situation Kindergarten
 Geschwister Kindergarten **Sprachvermögen** U-Untersuchung
 ADHS Impfstatus Eltern Psychische Gesundheit Grobmotorik
 Vorsorgeuntersuchungen
 Über- und Untergewicht
 Migrationshintergrund **Sprachvermögen**
 Depressionen
 BMI

5.1 Beschreibung des Untersuchungsjahrgangs

Für den Einschulungstermin 2012 liegen Daten für 70.248 Kinder vor, die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung in Niedersachsen erstmalig untersucht wurden.

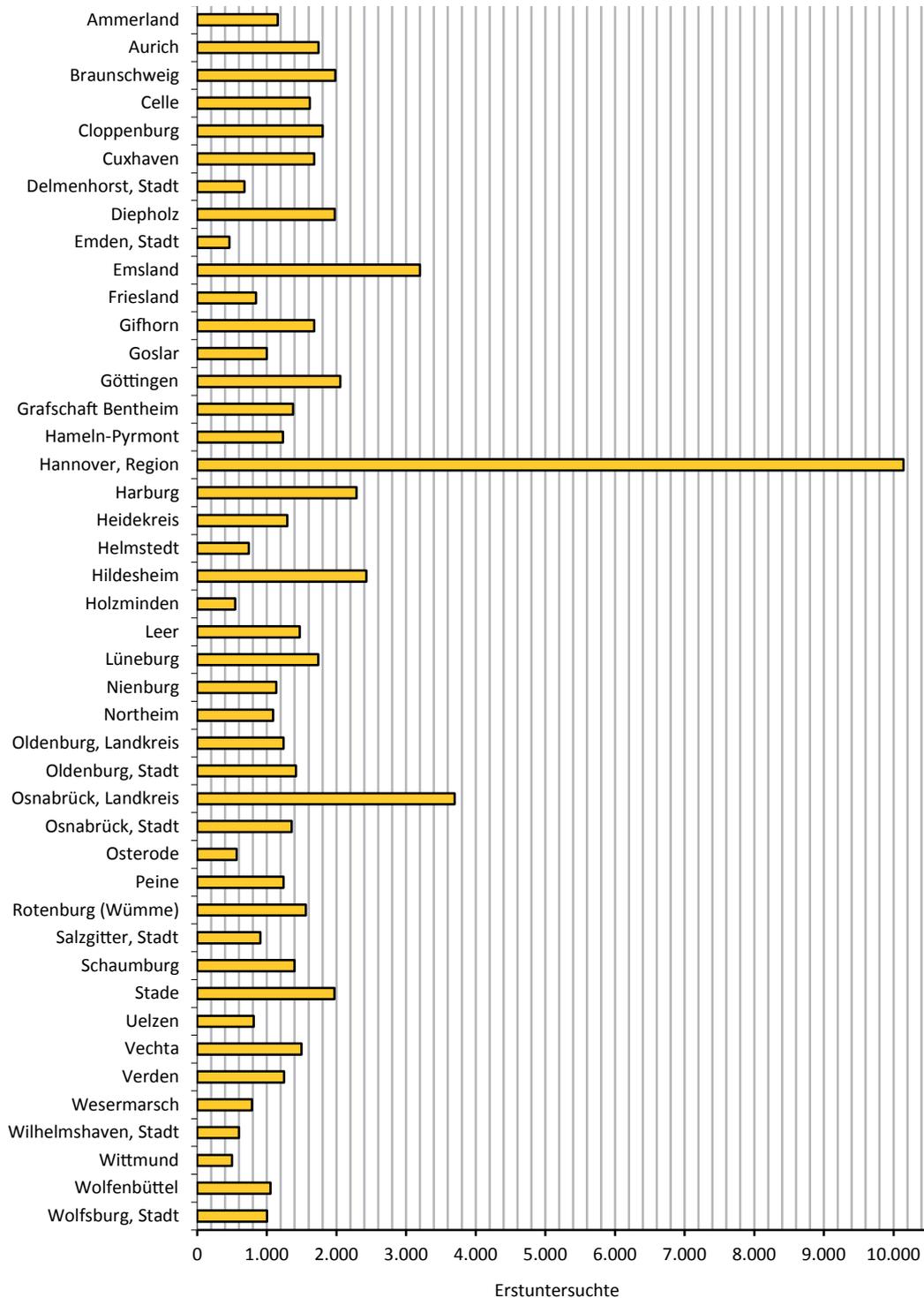


Abb. 5.1.1 Anzahl Erstuntersuchungen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Die Anzahl der untersuchten Kinder in den verschiedenen Landkreisen und kreisfreien Städten variiert erwartungsgemäß nach der jeweiligen Einwohnerzahl und der demographischen Struktur

der Bevölkerung (vgl. Abb. 5.1.1). Während in der Region Hannover insgesamt 10.145 Kinder zum ersten Mal untersucht worden sind, waren es in der Stadt Emden lediglich 461 Kinder.

Die tatsächliche Zahl der untersuchten Kinder liegt durch die zum zweiten Mal vorgestellten Kinder darüber – je nach Landkreis und kreisfreier Stadt um durchschnittlich 7,0 % (0,6 % - 27,6 %). Der Zeitaufwand der Untersuchung ist für diese Kinder häufig höher.

Geschlecht

Von den untersuchten Kindern waren 36.651 männlich und 33.592 weiblich, das Geschlechterverhältnis lag bei 52,2 % Jungen zu 47,8 % Mädchen. Für fünf Kinder wurde keine Angabe zum Geschlecht gemacht.

Migrationshintergrund

Entsprechend der Definition des Migrationshintergrunds wie sie im Methodenteil dargelegt ist (vgl. Kapitel 4) wurde, bezogen auf die gesamte Untersuchungskohorte, für 75,7 % der Kinder kein Migrationshintergrund und für 23,6 % der Kinder ein Migrationshintergrund angegeben. Bei 0,7 % der Kinder konnte anhand der vorliegenden Daten keine Aussage zu einem Migrationshintergrund gemacht werden.

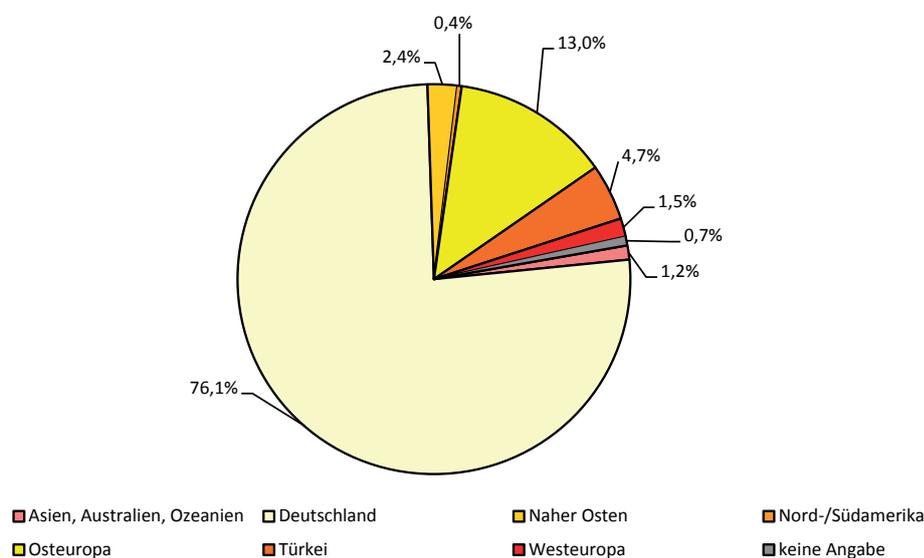


Abb. 5.1.2 Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.054

Die größte Gruppe mit Migrationshintergrund bildeten die Kinder mit osteuropäischem Hintergrund (13,0 %), gefolgt von der Gruppe der Kinder aus Familien türkischer Herkunft (4,7 %). Die drittgrößte Gruppe stellten die Kinder dar, deren Migrationshintergrund im Nahen Osten liegt (2,4 %). Die kleineren Gruppen waren, in absteigender Reihenfolge, Kinder mit westeuropäischen (1,5 %), asiatisch-australisch-ozeanischen (1,2 %), afrikanischen (0,7 %) und nord-/südamerikanischen (0,4 %) Wurzeln (vgl. Abb. 5.1.2).

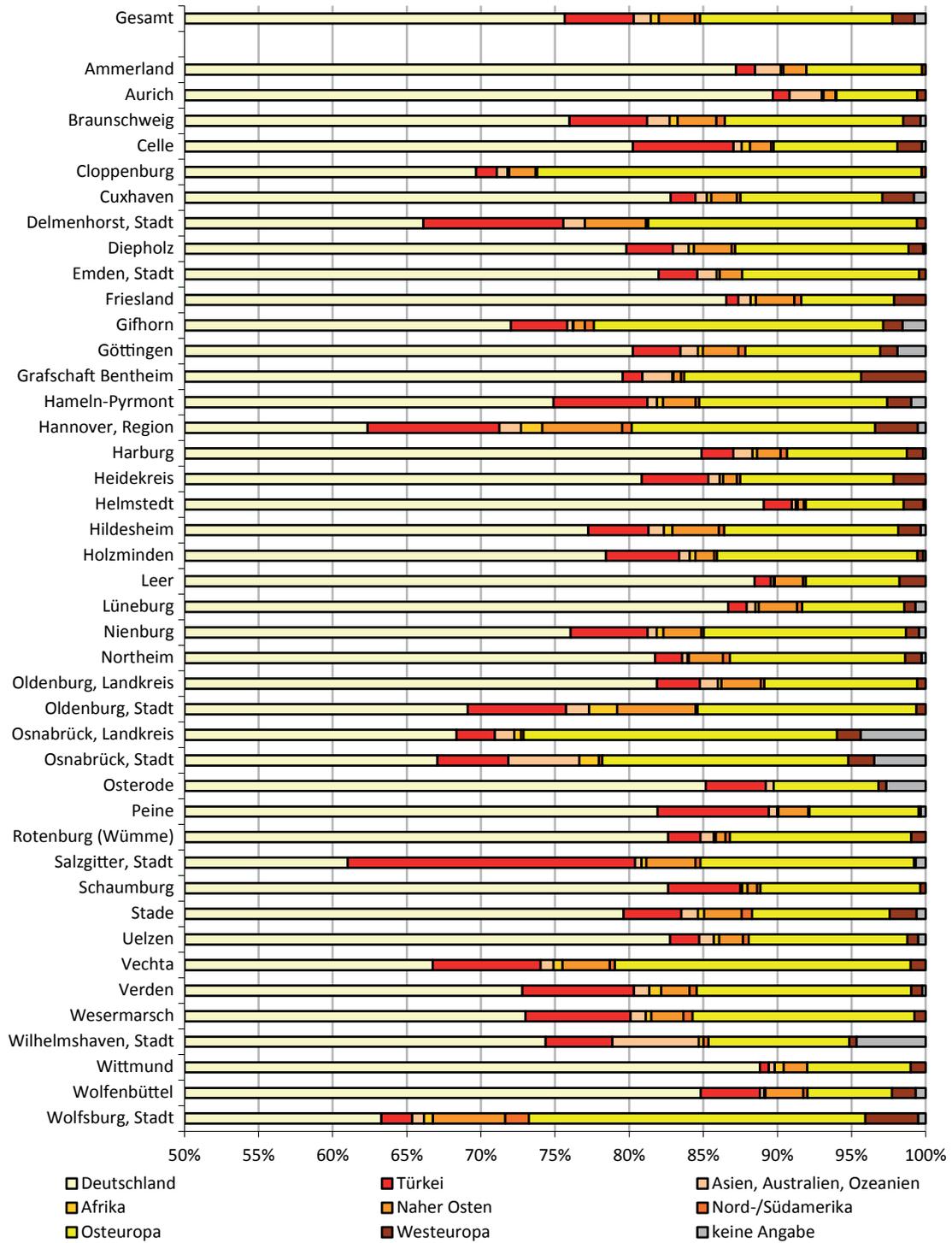


Abb. 5.1.3 Migrationshintergrund nach Regionen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.054

Zwischen den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten zeigen die Daten einen variierenden Anteil an Kindern mit und ohne Migrationshintergrund; auch die Anteile der verschiedenen Herkunftsländer unterscheiden sich zum Teil erheblich (vgl. Abb. 5.1.3). Dies ist u. a. mit der Art und der Anzahl der ansässigen Industrien, die in den einzelnen Kommunen als Arbeitgeber zur Verfügung stehen, verbunden. Nicht selten dominiert eine ethnische Gruppe in einem speziellen Industriezweig einer Kommune. Die Grafschaft Bentheim bildet in diesem Zusammenhang einen Sonderfall: Der hier verhältnismäßig hohe Anteil von Kindern westeuropäischer Herkunft ist der räumlichen Nähe zu den Niederlanden geschuldet. Viele Niederländer leben wegen des günsti-

geren Wohnraums bzw. Baulands in Deutschland, arbeiten jedoch in den Niederlanden. Kinder dieser oft jungen Familien werden durch die Schuleingangsuntersuchung erfasst, auch wenn sie zum Teil nicht in Deutschland eingeschult werden.

Familiäre Situation

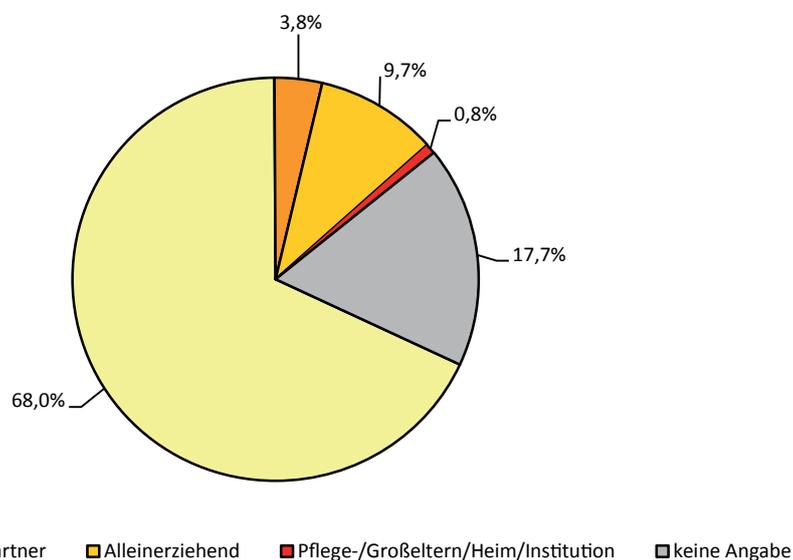


Abb. 5.1.4 Familiäre Situation, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Für 57.791 (82,3 %) der bei der Schuleingangsuntersuchung 2012 untersuchten Kinder wurden Angaben zur familiären Situation gemacht. Überwiegend lebten die Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung in Familien mit beiden Eltern. Fast ein Zehntel der Kinder lebte in einem Alleinerziehendenhaushalt. Der Anteil der Kinder, die mit einem Elternteil und dessen neuem/neuer Partner/in zusammenlebten, betrug 3,8 %. Unter einem Prozent lag der Anteil der Kinder, die in Pflegefamilien, Heimen oder bei den Großeltern aufwuchsen (vgl. Abb. 5.1.4).

Berufstätigkeit der Eltern

Die Berufstätigkeit der Eltern gibt Hinweise darauf, wie bzw. von wem das Kind außerhalb der Unterrichtszeiten betreut und versorgt wird. Wenn beispielsweise beide Eltern Vollzeit berufstätig sind und keine andersartige adäquate Betreuung nach der Schule zur Verfügung steht, hat das Kind möglicherweise weniger Hilfestellung bei schulischen Problemen. In einem solchen Fall würde den Eltern bei eher eine ausgleichende Maßnahme empfohlen werden (z. B. Hausaufgabenbetreuung, Hort).

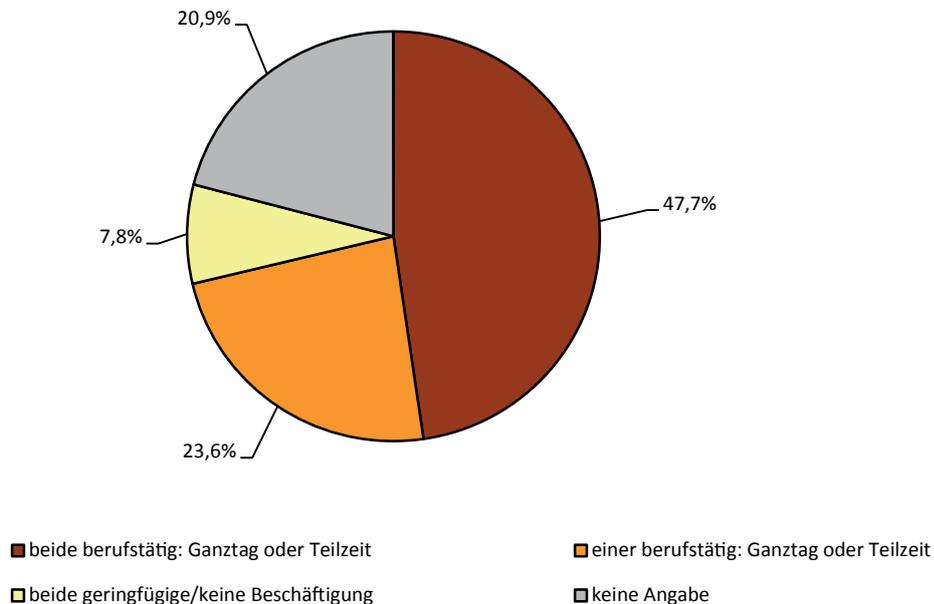


Abb. 5.1.5 Berufstätigkeit der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Annähernd vier Fünftel der Eltern (79,1 %) der zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellten Kinder beantworteten die Fragen zur Berufstätigkeit. Die Mehrheit machten die Eltern aus, die beide berufstätig waren (47,7 %). Bei einem knappen Viertel (23,6 %) der Familien war ein Elternteil berufstätig (Voll- oder Teilzeit). 7,8 % der Eltern gaben an, beide geringfügig beschäftigt zu sein und/oder keiner Tätigkeit nachzugehen (vgl. Abb. 5.1.5).

Besuch Kindergarten

Für Kinder ist der Kindergarten oder eine vergleichbare Einrichtung ein wichtiger Ort, um soziale Fähigkeiten zu erlernen, Sprachkenntnisse zu festigen und hilfreiche Fertigkeiten für den Schulstart vermittelt zu bekommen.

In Niedersachsen hat der weit überwiegende Teil der Kinder vor der Einschulung einen Kindergarten oder eine vergleichbare Einrichtung besucht. Für 97,5 % der Kinder haben die Eltern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung angegeben, dass ihr Kind einen Kindergarten besucht, während nur für 1,2 % der Kinder die Angabe gemacht wurde, dass das Kind keinen Kindergarten besucht hat. Für 1,3 % der Kinder wurde diesbezüglich keine Angabe gemacht. Für die Kinder, für die keine Angabe zum Kindergartenbesuch vorliegt, kann vermutet werden, dass sie zu einem höheren Prozentsatz keinen Kindergarten besucht haben (vgl. Tab. 5.1.6).

Die hohe Quote mag auch der Tatsache geschuldet sein, dass der Besuch eines Kindergartens im letzten Jahr vor Schulbeginn beitragsfrei ist.¹

¹vgl. http://www.mk.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=25430&article_id=6213&psmand=8 (Stand: 2008)

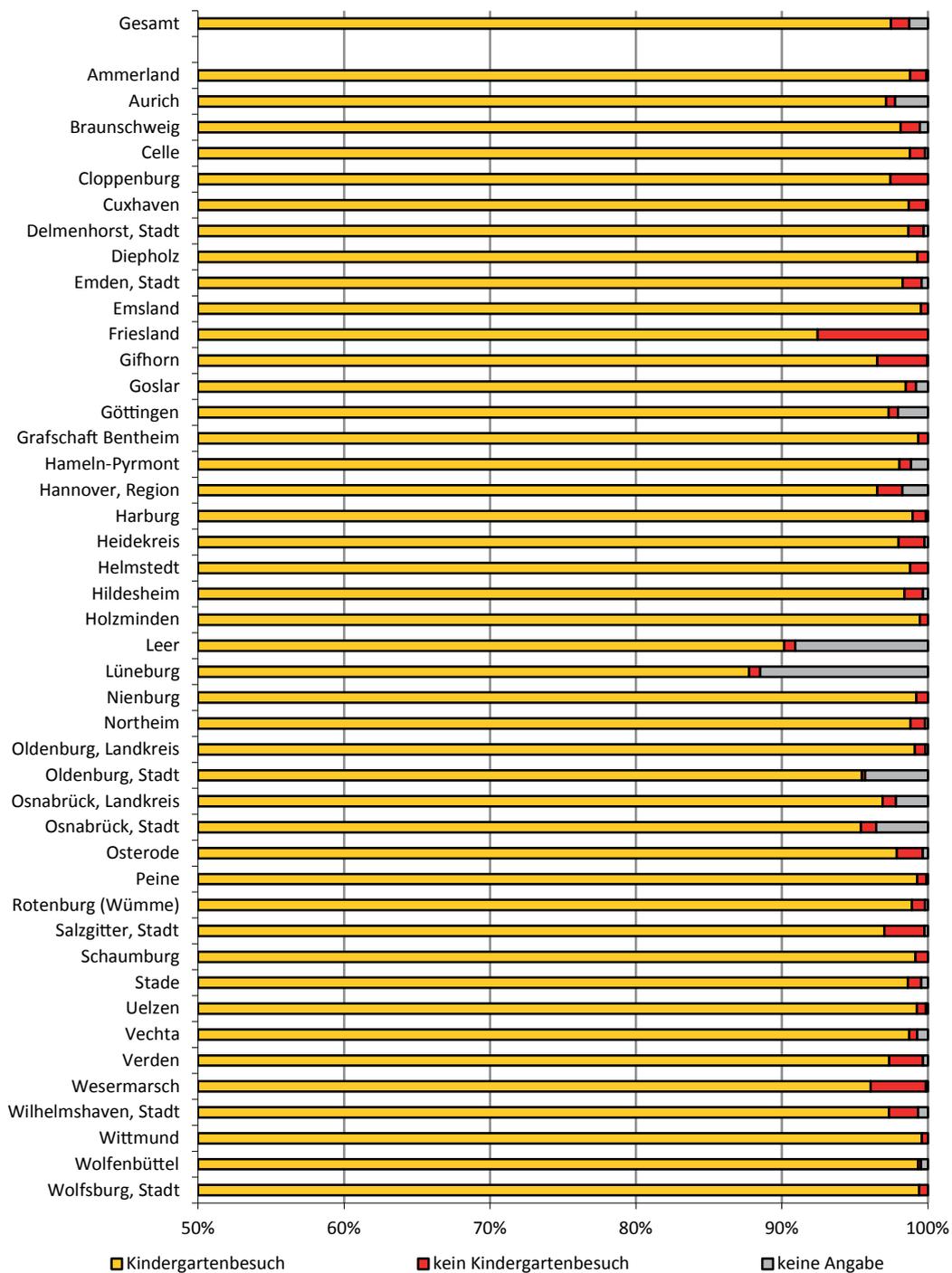


Abb. 5.1.6 Kindergartenbesuch / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Auf kommunaler Ebene unterscheiden sich die Daten sowohl hinsichtlich der Vollständigkeit der Angaben (88,5 % bis 100,0 %) als auch bezüglich des prozentualen Anteils an Kindern, die einen Kindergarten besucht haben (vgl. Abb. 5.1.6). Wenn man die fehlenden Angaben nicht berücksichtigt, lag der Anteil Kinder mit Kindergartenbesuch zwischen 92,4 % und 99,8 %.

Geschwister

Die Tatsache, ob und wie viele Geschwister ein Kind hat und an welcher Position in der Geschwisterfolge sich das Kind befindet, kann sich auf die Entwicklung eines Kindes auswirken. Jüngere Kinder profitieren nicht selten in ihrer Entwicklung von älteren Geschwistern. Die Anzahl der Geschwister kann auch einen Hinweis darauf geben, ob es für das Kind möglicherweise schwierig werden könnte, sich zu Hause in einem ruhigen Umfeld mit schulischen Themen zu befassen.

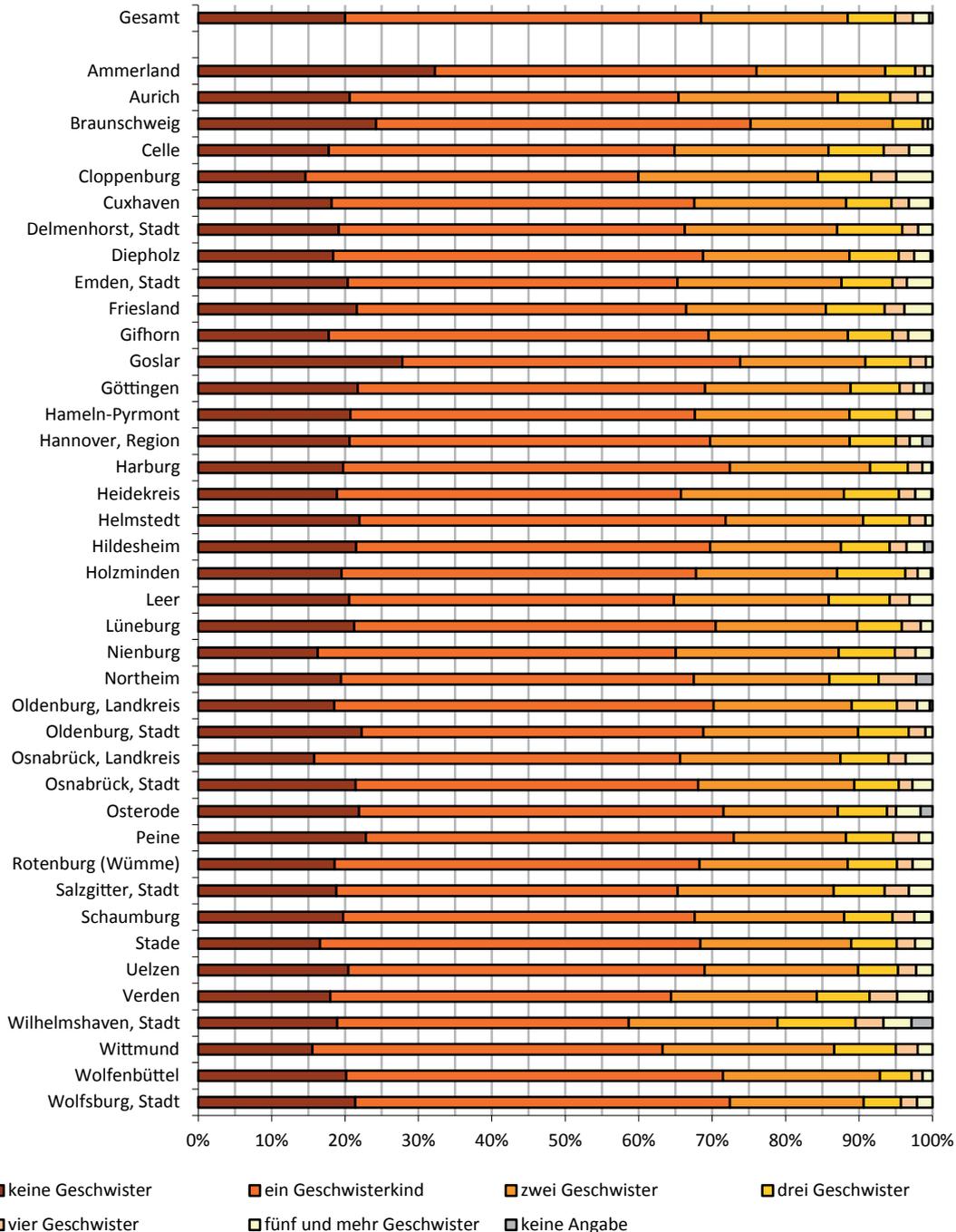


Abb. 5.1.7 Geschwister / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 63.388

Für insgesamt 20,0 % der Gesamtkohorte wurde angegeben, dass sie Einzelkinder sind. Fast die Hälfte (48,6 %) hatte eine Schwester oder einen Bruder, knapp ein Fünftel (19,9 %) hatten zwei Geschwister, 6,4 % hatten drei Geschwister. Zu einem Haushalt mit vier Geschwistern gehörten

2,4 % der Kinder und 2,2 % der Kinder lebten in einem Haushalt mit fünf oder mehr Geschwistern. Für 0,4 % der Kinder wurde keine Angabe zur Familiengröße gemacht.

Zwischen den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten gab es teilweise große Unterschiede, was die Anzahl der Geschwisterkinder der Schulanfänger/innen anbelangt (vgl. Abb. 5.1.7).

5.2 Vorsorgeuntersuchungen: Vorlage U-Untersuchungsheft

Die von den Krankenkassen finanzierten Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) bei Säuglingen und Kindern sowie Jugendlichen (J1) dienen sowohl der Früherkennung und Vorbeugung von Erkrankungen als auch von physischen, psychischen und sozialen Entwicklungsverzögerungen.

Im Oktober 2009 wurde in Niedersachsen das „Gesetz zur Förderung der Gesundheit und Verbesserung des Schutzes von Kindern in Niedersachsen“ (NFrüherkUG) verabschiedet und damit ein verbindliches Einladungs- und Meldewesen für die sogenannten U-Untersuchungen eingeführt. Seit dem 01.04.2010 werden die Eltern bzw. die gesetzlichen Vertreter aller in Niedersachsen lebenden Kinder vom Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS) schriftlich zur U5 bis U8 eingeladen. Neben dem Einladungsschreiben erhalten die Eltern eine Rückmeldungskarte, auf der die Durchführung der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung durch den Pädiater/die Pädiaterin bzw. Allgemeinmediziner/-medizinerin zu bestätigen ist (§ 3 NFrüherkUG). Die Rückmeldungskarte wird dann von der Arztpraxis an das LS zurückgesendet. Geht keine Rückmeldung beim LS ein, werden die Eltern daran erinnert, die Untersuchung nachzuholen.¹

Die Ergebnisse der U-Untersuchungen werden von dem untersuchenden Arzt bzw. der untersuchenden Ärztin in dem sogenannten Vorsorgeheft (U-Untersuchungsheft) dokumentiert, das den Eltern seit der ersten Untersuchung nach Geburt des Kindes vorliegt und das zur Schuleingangsuntersuchung mitgebracht werden soll. Besonderes Augenmerk liegt auf der U9, die zwischen dem 60. und 64. Lebensmonat, also in der Regel im Jahr vor der Einschulung, erfolgt und Fähigkeiten überprüft, die auch bei der Schuleingangsuntersuchung relevant sind.

Bei der Schuleingangsuntersuchung wird dokumentiert, ob die Kinder das Vorsorgeheft zur Untersuchung vorgelegt haben. Durch Einsichtnahme in die Vorsorgehefte wird zudem überprüft, welche Untersuchungen der U1 bis U9 wahrgenommen wurden.



© VRD – Fotolia.com (modifiziert)

¹Wenn trotz Einladung und Erinnerung keine ärztliche Bestätigung über eine durchgeführte Untersuchung eingeht, informiert das LS die örtlich zuständige Kinder- und Jugendhilfe. Die Kommune prüft dann im Einzelfall, ob sie sich im Sinne des Kindeswohls einschaltet.

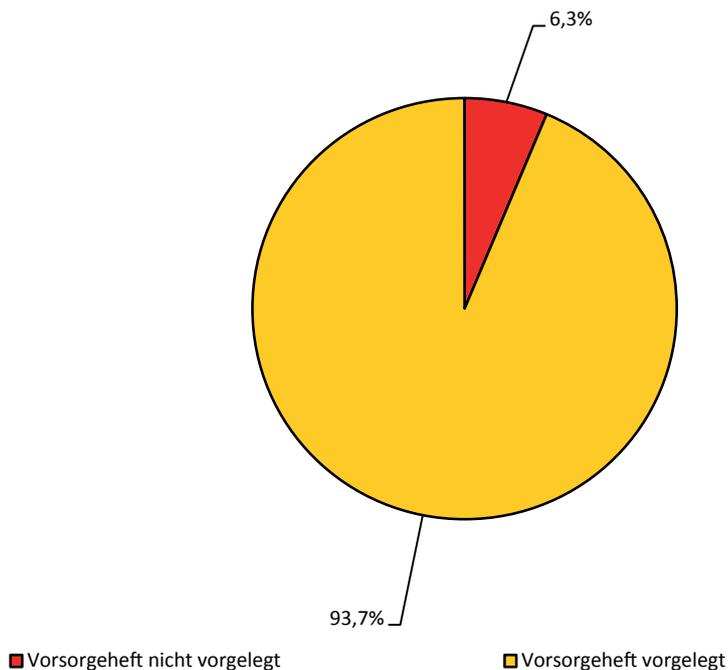


Abb. 5.2.1 Vorlage Vorsorgeheft, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Bei der SEU 2012 wurde für 93,7 % der untersuchten Kinder in Niedersachsen das Vorsorgeheft zur Schuleingangsuntersuchung vorgelegt, für 6,3 % der Kinder nicht (vgl. Abb. 5.2.1).

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 den Kindern höher ist, deren Vorsorgeheft nicht vorgelegt wurde.

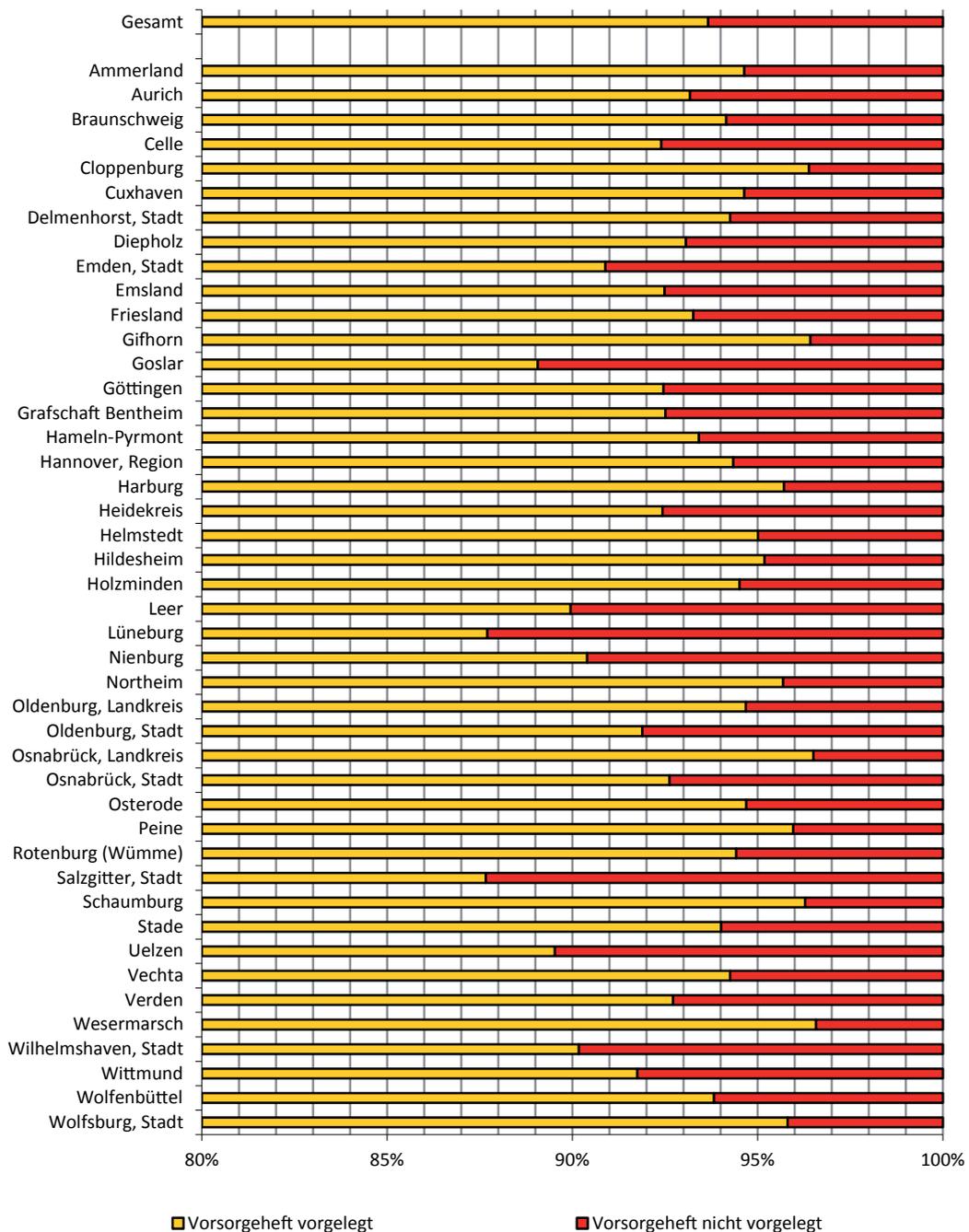


Abb. 5.2.2 Vorlage Vorsorgeheft / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Zwischen den einzelnen Landkreisen gab es deutliche Unterschiede bei dem Anteil der zur Untersuchung vorgelegten Vorsorgehefte (vgl. Abb. 5.2.2). Laut der übermittelten Daten wurde das Vorsorgeheft für 87,7 % bis 96,6 % der untersuchten Kinder zur Schuleingangsuntersuchung vorgelegt.

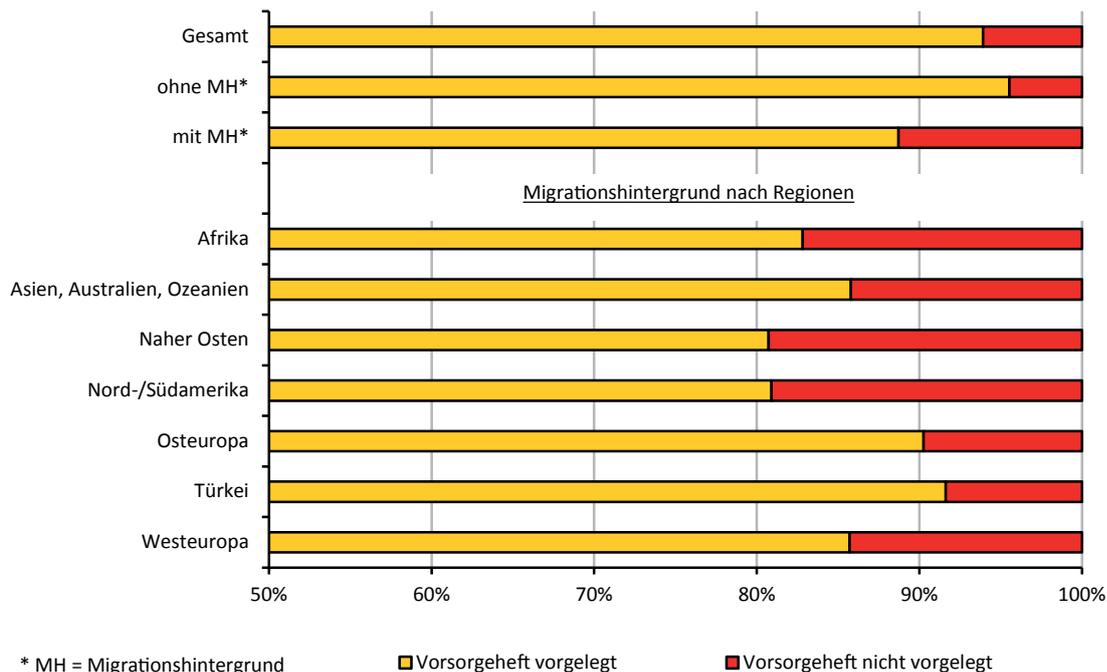


Abb. 5.2.3 Vorlage Vorsorgeheft / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.569

95,5 % der 49.976 Kinder ohne Migrationshintergrund erschienen zur Schuleingangsuntersuchung mit Vorsorgeuntersuchungsheft. Für Kinder mit Migrationshintergrund wurde das Heft zu 88,7 % vorgelegt (vgl. Abb. 5.2.3). Dies mag zum Teil der Tatsache geschuldet sein, dass Kinder, die im Ausland geboren und/oder aufgewachsen sind, eventuell kein Vorsorgeheft oder vergleichbares Dokument besitzen.

Betrachtet man die Daten der Kinder mit Migrationshintergrund nach Herkunftsregionen (vgl. Abb. 5.2.3), dann fällt auf, dass für weniger als ein Zehntel (8,4 %) der Kinder mit türkischem Migrationshintergrund (n = 3.069) kein Vorsorgeheft vorgelegt wurde, jedoch für ein knappes Fünftel (19,3 %) der Kinder aus der Region des Nahen Ostens (n = 1.598).

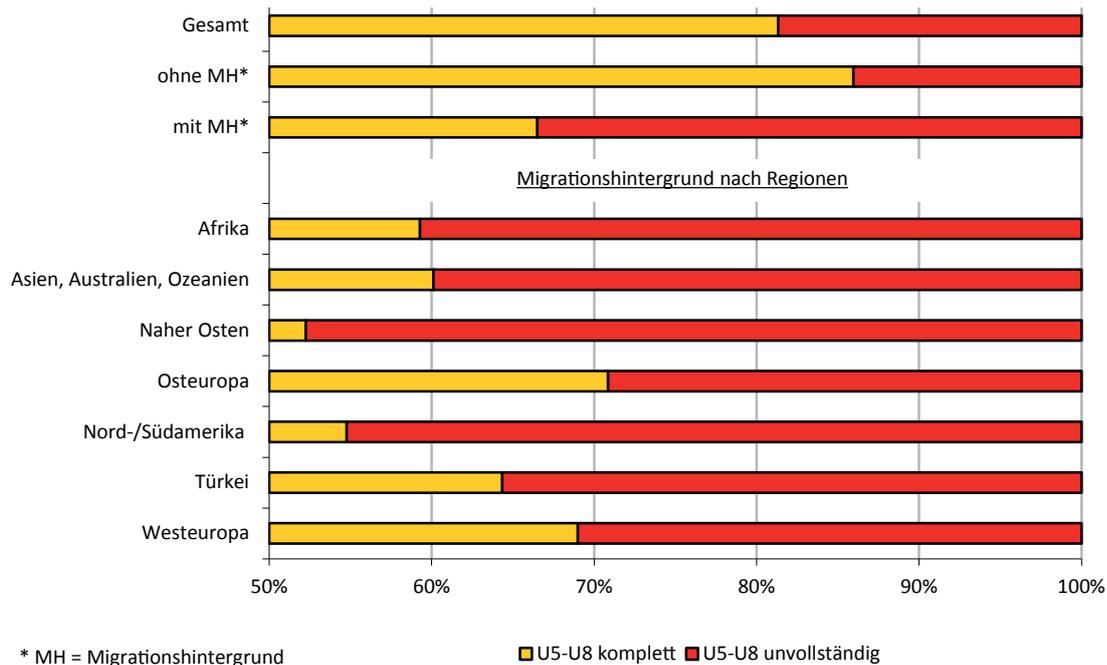


Abb. 5.2.4 Vollständigkeit der U5 bis U8 / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.569

81,3 % der untersuchten Kinder haben alle Untersuchungen in der Reihe U5 bis U8 absolviert.² Beim Vergleich der einzelnen Herkunftsregionen ist jedoch hinsichtlich der vollständigen Inanspruchnahme der U5 bis U8 ein starkes Gefälle zu bemerken; Kinder mit Migrationshintergrund hatten nur zu etwas über der Hälfte (Naher Osten (n = 1.598): 52,3 %) bis leicht über zwei Drittel (Osteuropa (n = 8.570): 70,9 %) die Vorsorgeuntersuchungen U5 bis U8 vollständig besucht (vgl. Abb. 5.2.4).

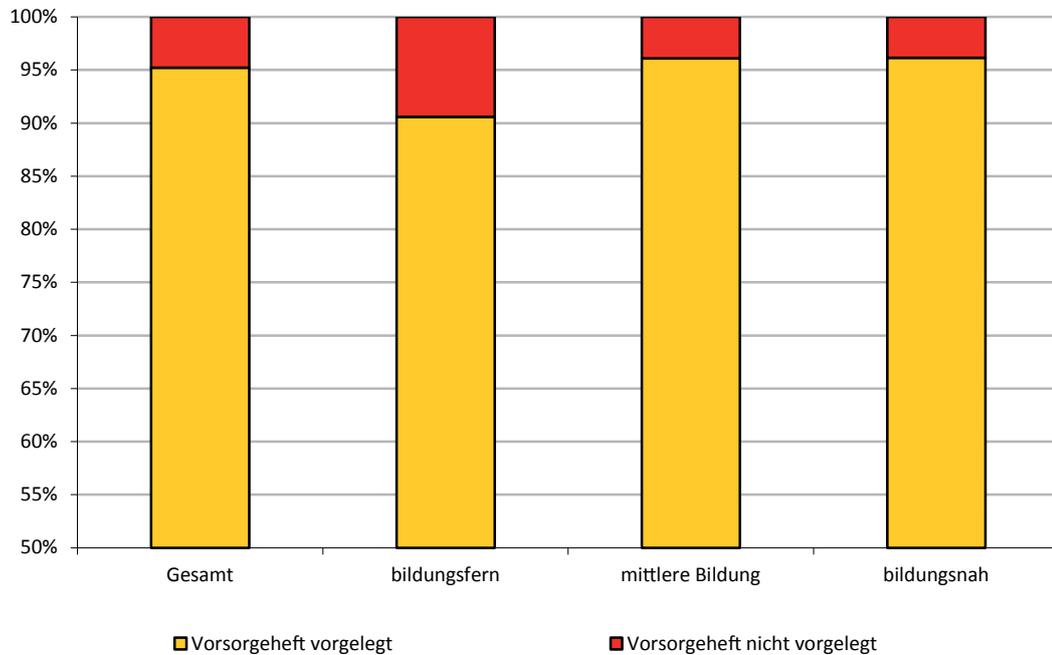


Abb. 5.2.5 Vorlage Vorsorgeheft / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 50.128

Bei 50.128 Kindern gaben die Eltern an, welchen Ausbildungsabschluss sie erlangt hatten. Dabei kann beobachtet werden, dass die Eltern mit einem höheren und mittleren Berufsbildungsgrad das Vorsorgeheft häufiger vorlegten als Eltern mit geringerer Berufsbildung (96,1 % zu 90,6 %) (vgl. Abb. 5.2.5).

²Da zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung noch nicht alle Kinder den 60. Lebensmonat erreicht haben und somit nicht die U9 absolviert haben können, wird hier nur die Teilnehmerate an der U5 bis U8 ausgewertet.

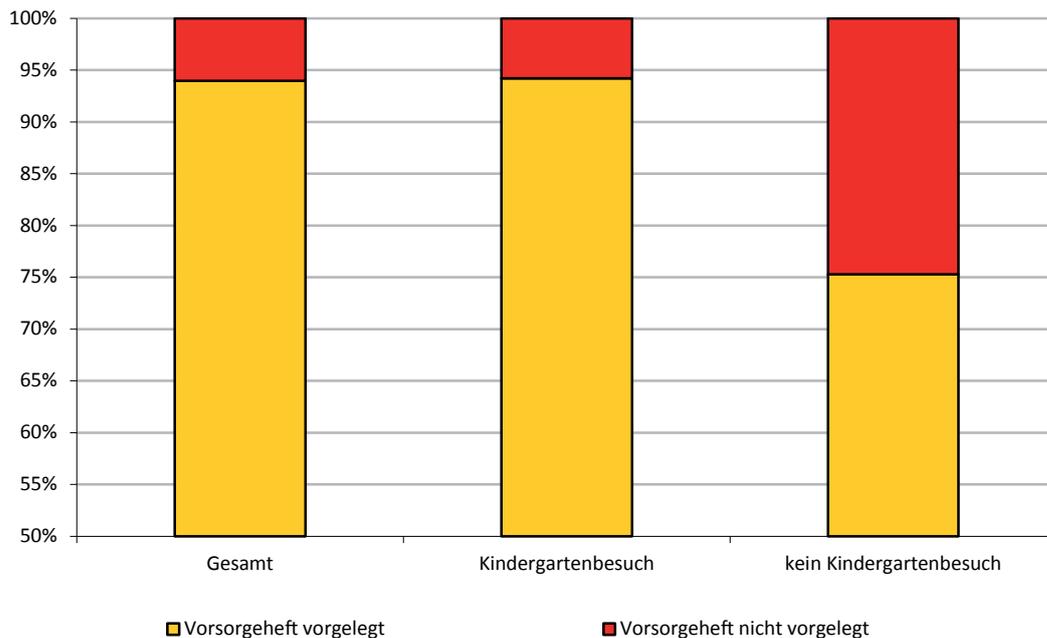


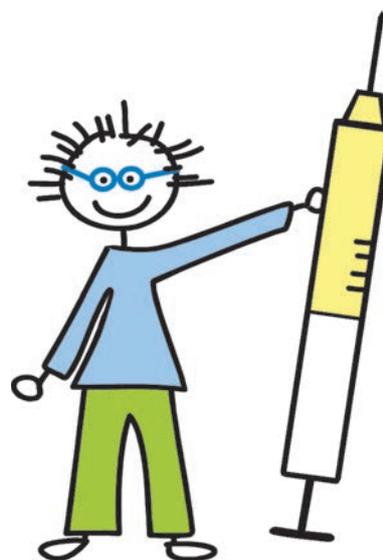
Abb. 5.2.6 Vorlage Vorsorgeheft / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 69.361

Für 94,2 % der Kinder, die einen Kindergarten besuchen haben (n = 68.479), wurde das U-Heft bei der Schuleingangsuntersuchung vorgelegt, jedoch nur für 75,3 % der Kinder, die keinen Kindergarten besucht haben (n = 882) (vgl. Abb. 5.2.6).

5.3 Vorlage Impfausweis

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten Präventionsmaßnahmen. Ein vollständiger Impfschutz dient nicht nur dem Schutz der geimpften Person vor ansteckenden Krankheiten (Individualprophylaxe), sondern hat auch eine wichtige bevölkerungsmedizinische Relevanz: Durch das Erreichen einer hohen Durchimpfung in der Bevölkerung ist es möglich, eine sogenannte Bevölkerungsimmunität zu erreichen. Das bedeutet, dass durch eine hohe Durchimpfung der Bevölkerung auch die Personen geschützt werden, die z. B. aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen selbst nicht geimpft werden können.

Gemäß § 34 Abs. 11 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) hat das Gesundheitsamt den Impfstatus des Kindes bei Aufnahme in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule zu erheben. Die Überprüfung des Impfstatus erfolgt mit Hilfe des Impfausweises, der zur Schuleingangsuntersuchung vorgelegt werden soll. Impfungen werden ausschließlich in den persönlichen Impfausweisen dokumentiert, es erfolgt keine zentrale Speicherung. Daher stellt die Schuleingangsuntersuchung den ersten und einzigen Zeitpunkt dar, den Grad der frühkindlichen Grundimmunisierung zu erheben.



© VRD – Fotolia.com (modifiziert)

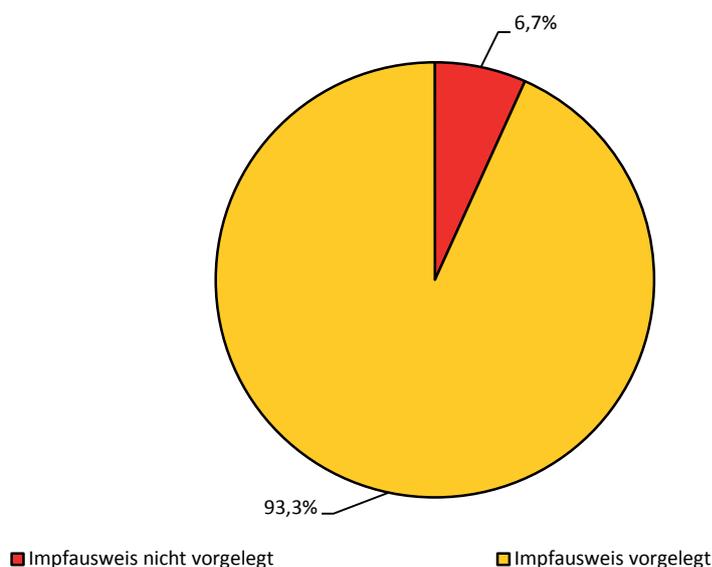


Abb. 5.3.1 Vorlage Impfausweis, Schuleingangsuntersuchungen 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Das Impfdokument wurde im aktuellen Untersuchungsjahrgang für 65.517 Kinder vorgelegt, dies entsprach 93,3 % der insgesamt untersuchten Kinder. Bei 6,7 % der untersuchten Kinder fehlte dieses Dokument (vgl. Abb. 5.3.1).

Tab. 5.3.1a Grundimmunisierung der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.517		
	Absolut	%
Tetanus	63.111	96,4
Diphtherie	62.781	95,9
Pertussis	62.522	95,5
Hib	62.401	95,3
Polio	63.110	96,4
Hepatitis B	60.413	92,3
Masern	60.920	93,0
Mumps	60.818	92,9
Röteln	60.815	92,9
Pneumokokken*	40.837	62,4
Meningokokken*	55.324	84,5
Varizellen**	45.666	69,7
Gesamt	30.437	46,5
Gesamt***	57.469	87,7

* seit 2007 von der STIKO empfohlen
 ** 2009 umgestellt von einer auf zwei Impfungen
 *** ohne Pneumokokken, Meningokokken und Varizellen

Über eine vollständige Grundimmunisierung für alle empfohlenen Impfungen verfügten 87,7 % der Kinder, für die ein Impfdokument vorgelegt wurde. Nicht eingerechnet in diesen Wert sind die Impfungen gegen Pneumokokken, Meningokokken und Varizellen, da diese Impfungen erst zu einem späteren Zeitpunkt von der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Instituts als Standardimpfungen empfohlen wurden.

Weitere Zahlen zu den durchgeführten Impfungen werden im jährlich erscheinenden Impfreport des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes aufgeführt (www.nlga.niedersachsen.de).

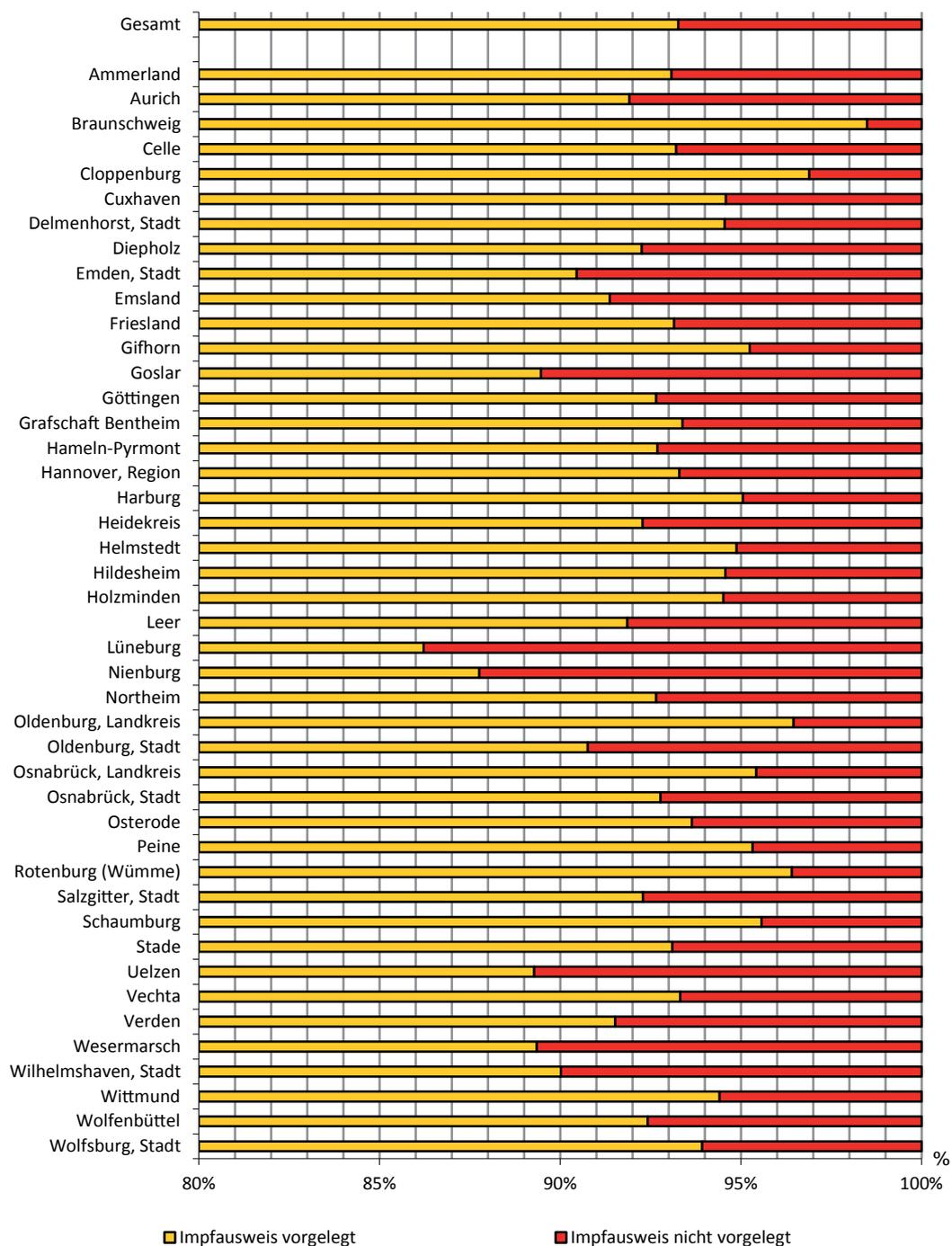


Abb. 5.3.2 Vorlage Impfausweis / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Zwischen den einzelnen Landkreisen unterscheidet sich die Quote der vorgelegten Impfausweise (86,2 % bis 98,5 %) (vgl. Abb. 5.3.2). Wie zu erwarten war, ähneln die Zahlen denen der Vorlage des Vorsorgeuntersuchungsheftes. Bei der Schuleingangsuntersuchung werden meistens beide

oder keines der Dokumente für die Kinder vorgelegt. Auch wenn bei einem fehlenden Impfausweis nicht unterstellt werden kann, dass dem Kind die Grundimmunisierung fehlt, so liegt die Vermutung nahe, dass in dieser Gruppe der Anteil mit unvollständiger Grundimmunisierung höher ist.

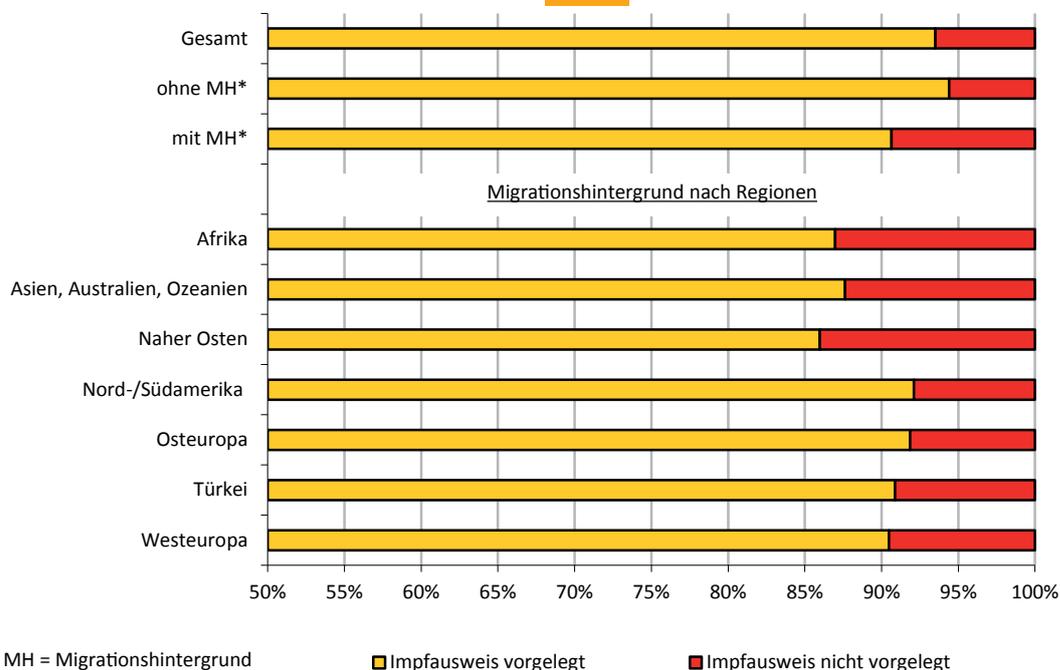


Abb. 5.3.3 Vorlage Impfausweis / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.569

Für 90,7 % der Kinder mit Migrationshintergrund wurde ein Impfdokument bei der Schuleingangsuntersuchung vorgelegt, während es bei den Kindern ohne Migrationshintergrund 94,4 % waren.

Die Daten zeigen Unterschiede bei der regionalen Betrachtung des Migrationshintergrunds. Bei Kindern mit nord- und südamerikanischem Migrationshintergrund (n = 241) wurde das Dokument in 7,9 % und bei Kindern mit osteuropäischem Migrationshintergrund (n = 8.570) in 8,1 % der Fälle nicht vorgelegt, während es bei Kindern mit Migrationshintergrund Naher Osten (n = 1.598) 14,0 % waren (vgl. Abb. 5.3.3). Es ist nur in den seltensten Fällen davon auszugehen, dass ein Kind, auch wenn es im Ausland geboren wurde, über kein Impfdokument verfügt. Ob möglicherweise ein sprachliches Verständnisproblem dazu beiträgt, dass das Dokument für Kinder mit Migrationshintergrund seltener vorgelegt wurde, bleibt zu klären, ebenso wie ggf. daraus folgende Konsequenzen hinsichtlich einer zielgruppengerichteten Aufklärung.

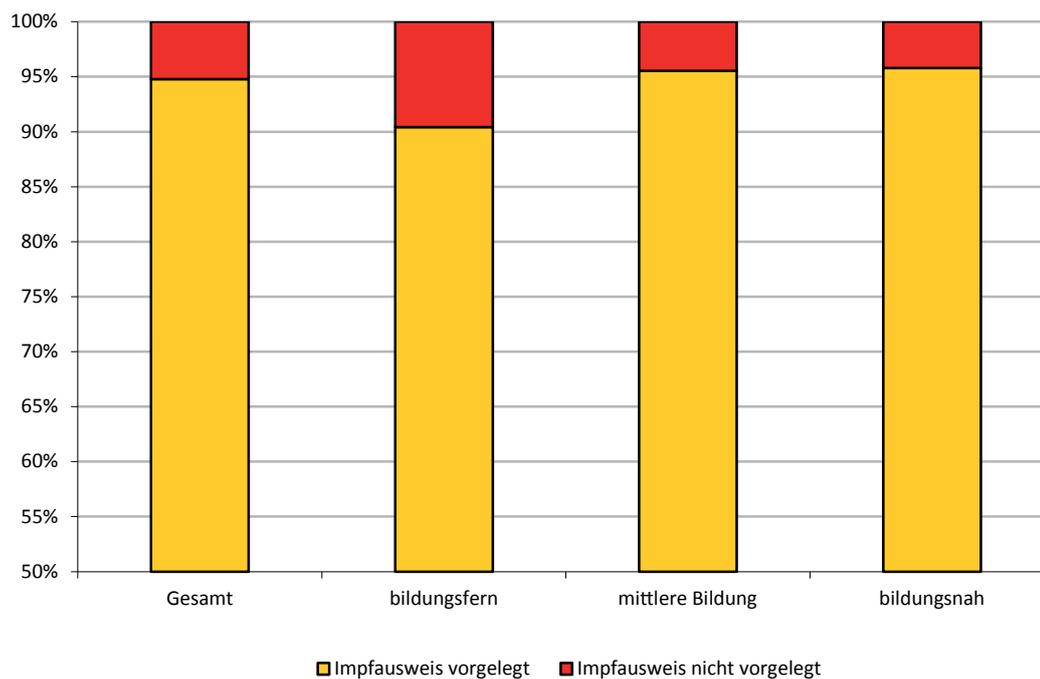


Abb. 5.3.4 Vorlage Impfausweis / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 50.128

Das Impfdokument wurde für Kinder aus bildungsnahen Familien mit 95,8 % und aus Familien mit mittlerer Bildung mit 95,5 % deutlich häufiger zur Schuleingangsuntersuchung vorgelegt, als für Kinder aus Familien mit geringer qualifizierendem Berufsabschluss der Eltern (90,4 %) (vgl. Abb. 5.3.4).

5.4 Über- und Untergewicht (BMI)

Die Beurteilung des Körpergewichts orientiert sich an den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA). Der Body Mass Index (BMI) stellt ein Maß für die Gesamtkörperfettmasse dar und gibt das Verhältnis der Körpergröße zum Körpergewicht nach folgender Formel an:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{\text{Körpergröße (m)} \times \text{Körpergröße (m)}}$$

Kinder entwickeln sich im Wachstum physiologisch unterschiedlich. Diese alters- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten werden anhand von Wachstumskurven, den geschlechtsbezogenen BMI-Perzentilen nach Kromeyer-Hauschild, verglichen und überprüft. Diese Perzentile geben an, wie viele Kinder einer Vergleichsgruppe gleichen Geschlechts und Alters einen niedrigeren bzw. höheren BMI besitzen:



© VRD – Fotolia.com (modifiziert)

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

Übergewicht und starkes Übergewicht (Adipositas) erhöhen das Risiko für spätere Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck, Erkrankungen der Gefäße oder Diabetes mellitus Typ II. Speziell für Kinder kann Übergewicht und insbesondere Adipositas darüber hinaus eine Einschränkung in der sozialen Entwicklung bedeuten. Als ursächlich für Übergewicht und starkes Übergewicht gelten falsche Ernährungsgewohnheiten und ein Mangel an körperlicher Aktivität sowie die genetische Veranlagung, frühkindliche Prägung, soziodemographische und psychosoziale Faktoren. In den seltensten Fällen liegt eine andere Primärerkrankung vor.

Kindliches Untergewicht ist oftmals Ausdruck einer sehr lebhaften und bewegungsfreudigen kindlichen Natur, insbesondere, wenn das Ernährungsverhalten und die körperliche Belastbarkeit altersgerecht unauffällig sind. Kinder mit einem starken Untergewicht sollten jedoch sorgsam beobachtet werden. Ein starkes Untergewicht kann einhergehen mit weiteren gesundheitlichen Problemen wie z. B. Infektanfälligkeit, geringer körperlicher Belastbarkeit oder auch mit psychosozialen Schwierigkeiten. Die Gründe für das Auftreten von Untergewicht sind mannigfaltig und können von primär somatischen Ursachen, über eine genetische Veranlagung oder Essstörungen bis hin zu Schwierigkeiten im familiären Umfeld mit teilweise erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren für die kindliche Entwicklung reichen. In diesem Sinne kann ein deutliches kindliches Untergewicht auch ein Hinweis auf eine inadäquate Versorgung bzw. elterliche Vernachlässigung sein.

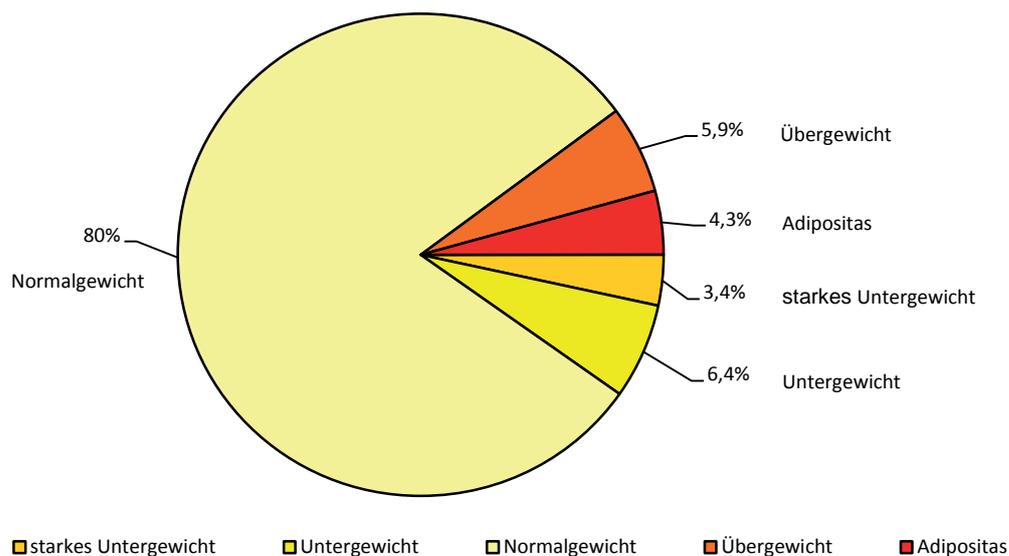


Abb. 5.4.1 Body Mass Index (BMI), Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.793

Von den 64.793 bei der Schuleingangsuntersuchung 2012 untersuchten Kindern waren 80,1 % normalgewichtig, 9,8 % untergewichtig bzw. stark untergewichtig und 10,2 % übergewichtig bzw. adipös (vgl. Abb. 5.4.1). Dies entspricht der statistisch zu erwartenden Prävalenz. Bei der Unterteilung der Gruppe Untergewicht („untergewichtig“ und „stark untergewichtig“) sowie der Gruppe Übergewicht („übergewichtig“ und „adipös“) fällt auf, dass 3,4 % bzw. 4,3 % der untersuchten Kinder stark untergewichtig bzw. adipös waren und somit von der zu erwartenden Prävalenz von 3,0 % leicht abwichen.

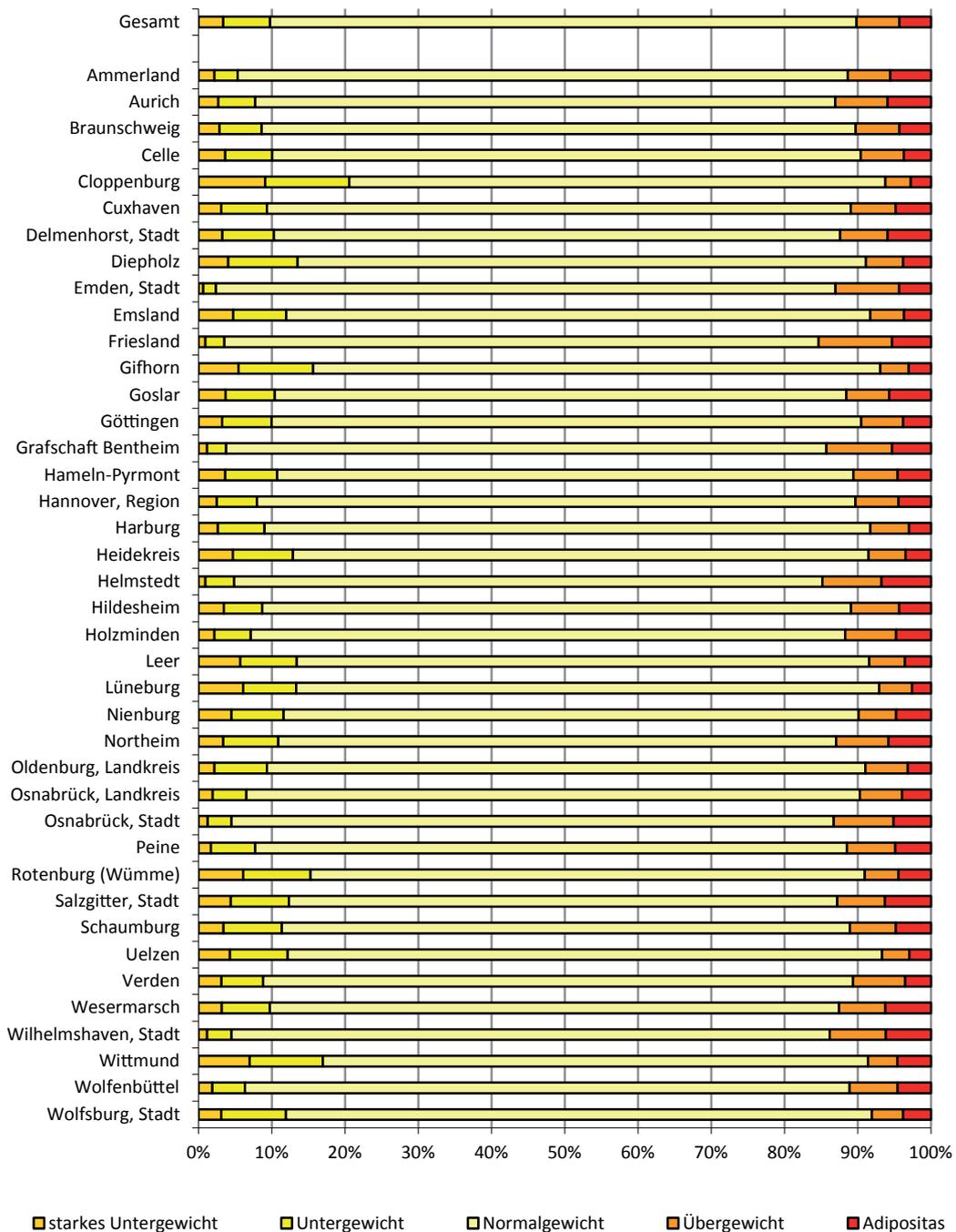


Abb. 5.4.2 Body Mass Index (BMI) / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.793

Die Spannweite des Anteils an normalgewichtigen Kindern lag im Landkreisvergleich zwischen 73,2 % und 84,6 % (vgl. Abb. 5.4.2). Der Anteil für Übergewicht betrug im Minimum 3,5 % und im Maximum 10,0 %, für starkes Übergewicht (Adipositas) lag der Anteil zwischen 2,6 % und 6,7 %. Für Untergewicht lag die Spannweite zwischen 1,7 % und 11,5 %, starkes Untergewicht wurde für 0,7 % bis 9,1 % der Kinder dokumentiert.

Die Abweichungen von der zu erwartenden Prävalenz sind schwer zu erklären. Als mögliche Gründe hierfür kommen neben tatsächlich bestehenden Unterschieden nicht geeichte Waagen und fehlerhafte Messungen in Frage oder ein trotz Standardisierungsvorgaben in den Arbeitsrichtlinien unterschiedliches Vorgehen beim Wiegen (z. B. Wiegen mit Bekleidung). Es bleibt zu beobachten,

ob die Unterschiede auch im Zeitverlauf über die nächsten Jahre persistieren oder ob sie sich nivellieren werden.

Es gab keine geschlechtsspezifischen Auffälligkeiten bei der Betrachtung des BMI. In den Daten für Niedersachsen konnte zwischen Mädchen und Jungen hinsichtlich Über- bzw. Untergewicht kein signifikanter Unterschied gesehen werden.

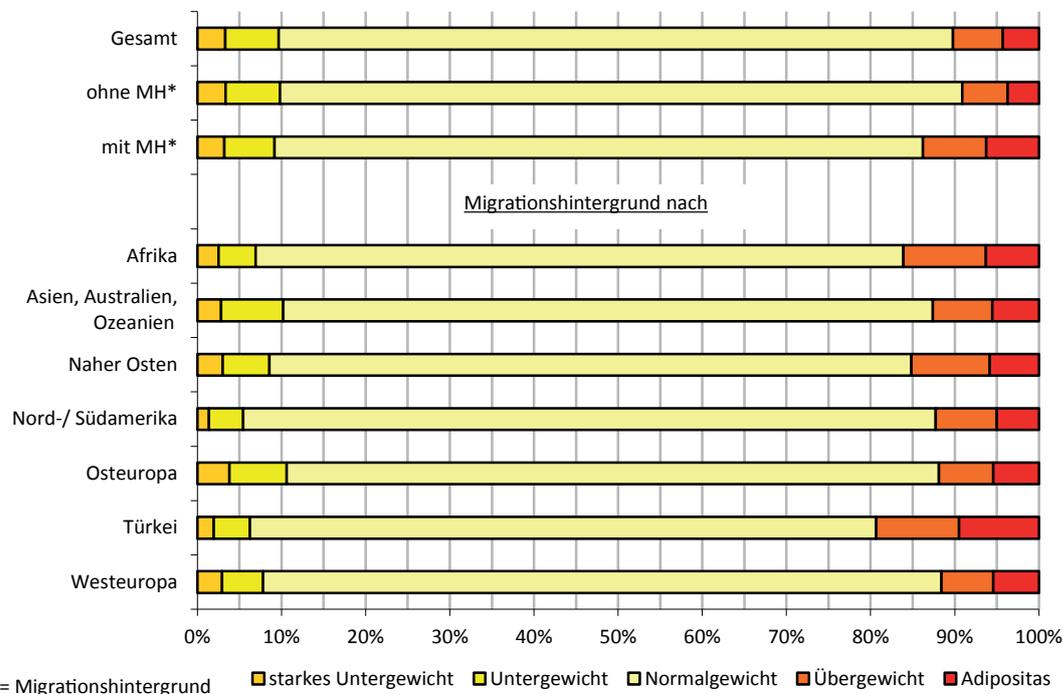


Abb. 5.4.3 Body Mass Index (BMI) / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 60.141

In Bezug auf den Migrationshintergrund zeigten sich Unterschiede hinsichtlich der Gewichtsverteilung (vgl. Abb. 5.4.3). Konnten beim Untergewicht nur geringe Unterschiede festgestellt werden – der Anteil der untergewichtigen Kinder mit Migrationshintergrund lag bei 9,2 %, der von Kindern ohne Migrationshintergrund bei 9,9 % – waren bei Kindern mit Übergewicht größere Unterschiede zu beobachten: Die Kinder mit Migrationshintergrund waren zu 13,8 % übergewichtig (Übergewicht 7,5 %, Adipositas 6,3 %) und die ohne Migrationshintergrund zu 9,1 % (Übergewicht 5,4 %, Adipositas 3,7 %).

Werden die Daten des Migrationshintergrunds für die entsprechenden Herkunftsregionen separat ausgewertet, dann ist zu sehen, dass Kinder mit Migrationshintergrund Türkei (n = 2.766) zu etwa einem Fünftel (19,4 %) übergewichtig waren, gefolgt von den Kindern mit Migrationshintergrund Afrika (n = 317) mit 16,1 % und dem Nahen Osten (n = 1.425) mit 15,2 % Übergewicht.

Den höchsten Anteil an untergewichtigen Kindern hatten mit 10,6 % die untersuchten Kinder mit osteuropäischem Migrationshintergrund (n = 7.839), 10,2 % der Kinder aus Asien, Australien und Ozeanien (n = 707) und 9,8 % der Kinder ohne Migrationshintergrund (n = 43.943).

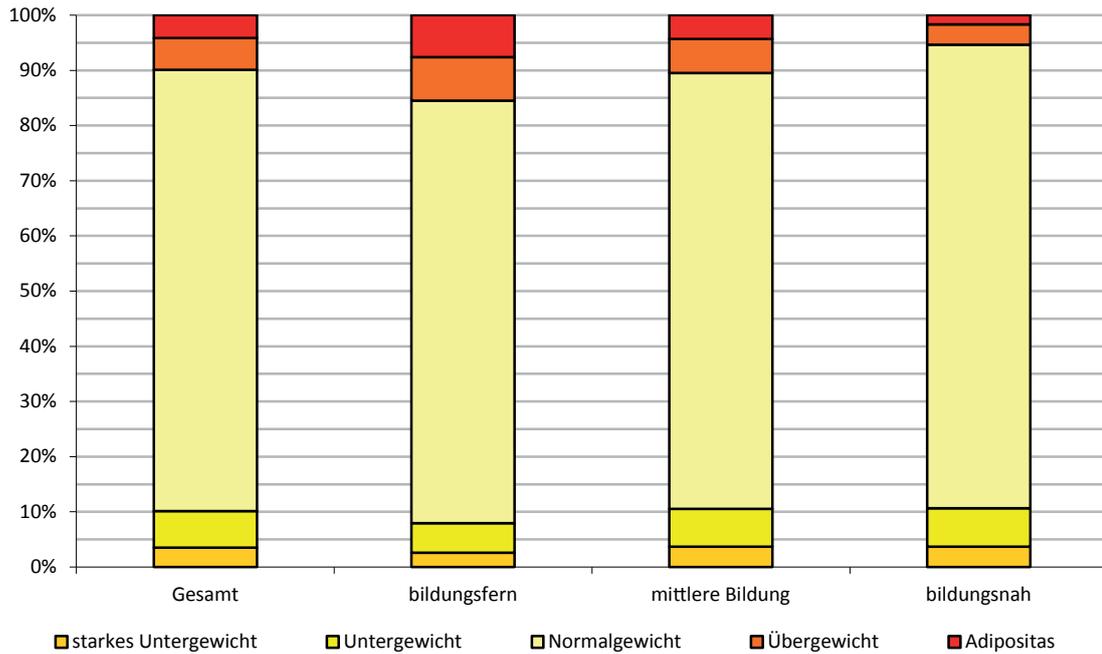


Abb. 5.4.4 Body Mass Index (BMI) / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 46.742

Eine Korrelation ließ sich zwischen dem Gewicht der Kinder und dem Ausbildungshintergrund der Eltern erkennen (vgl. Abb. 5.4.4): 84,0 % der Kinder aus bildungsnahen Familien wiesen ein normales Gewicht auf, 1,7 % waren adipös und 3,7 % übergewichtig. Hinsichtlich der Tendenz zu Untergewicht war jedoch auffällig, dass 10,7 % dieser Kinder untergewichtig waren, von denen 3,7 % starkes Untergewicht hatten. Die bei der Schuleingangsuntersuchung vorgestellten Kinder aus Familien mit mittlerer Bildung entsprachen dem Landesdurchschnitt: 78,9 % hatten das Normalgewicht, 10,5 % waren untergewichtig und 10,5 % übergewichtig. Von den Kindern, deren Eltern auf Grund der Berufsausbildung als bildungsfern eingestuft wurden, entsprachen 76,5 % dem Normalgewicht, 15,5 % waren übergewichtig (7,9 % Übergewicht, 7,6 % Adipositas) und 8,0 % waren untergewichtig (5,4 % Untergewicht, 2,6 % starkes Untergewicht).

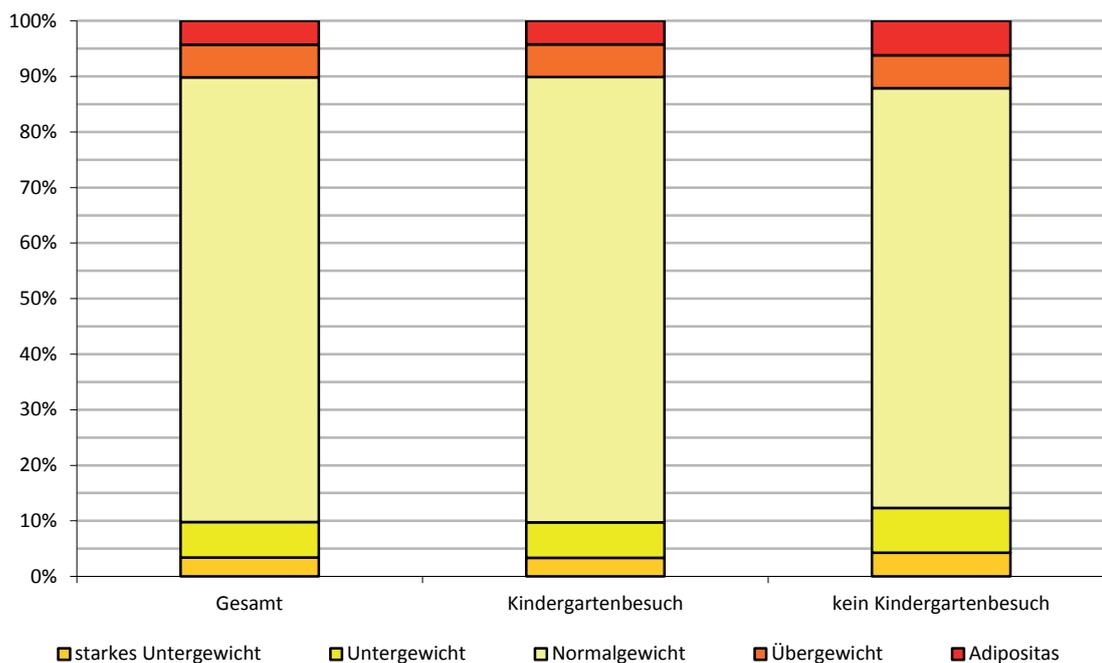


Abb. 5.4.5 Body Mass Index (BMI) / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 63.989

Von den Kindern, die keinen Kindergarten besucht hatten, hatten nach den uns vorliegenden Daten 75,6 % Normalgewicht, 12,1 % wurden als übergewichtig (5,9 % übergewichtig, 6,2 % adipös) eingestuft. Für diejenigen, die im Vorfeld einen Kindergarten besucht hatten, lag der Anteil der Normalgewichtigen bei 80,1% der Übergewichtigen bei 10,2 % (5,9 % übergewichtig, 4,3 % stark übergewichtig). Es konnte festgestellt werden, dass Kinder ohne eine Betreuung in einem Kindergarten seltener untergewichtig waren, dafür aber einen erhöhten Anteil an stark Übergewichtigen auswiesen (vgl. Abb. 5.4.5). Die Daten sind auf Grund der geringen Fallzahlen von Kindern ohne Kindergartenbesuch allerdings nur eingeschränkt aussagekräftig.



© VRD – Fotolia.com (modifiziert)

5.5 Sehvermögen

„Ich sehe was, was du nicht siehst, und das ist ...“

Ein gutes Sehvermögen ist für den Erwerb der Lese- und Schreibkompetenz von großer Bedeutung. Das Sehvermögen der Kinder wird mit standardisierten Tests überprüft. Untersucht werden die Nah- und Fernsicht, das Farbsehen sowie das räumliche Sehen. Bei Brillenträgern erfolgt die Untersuchung mit Brille. Eine Empfehlung zur Kontrolluntersuchung bei einer Augenärztin/einem Augenarzt wird bei allen Kindern ausgesprochen,

- die eine seitendifferente Sehleistung haben,
- die eine Sehschärfe von weniger als 1,0 in der Ferne haben (bei Kindern von 48 bis 60 Monaten ist 0,7 beidseitig ausreichend),
- bei denen der Verdacht auf eine Weitsichtigkeit vorliegt,
- bei denen das Stereosehen (räumliches Sehen) eingeschränkt ist (trifft nicht auf Brillenträger zu),
- bei denen ein Verdacht auf eine Achsabweichung besteht oder,
- die weitere Auffälligkeiten im Bereich der Augen oder des Sehens aufweisen.

Im Sinne der Screeninguntersuchung wird auch den Kindern eine augenärztliche Abklärungsuntersuchung empfohlen, bei denen unter Umständen die Abweichung im Sehtest auf einer mangelnden Kompetenz beim Umsetzen der verbalen Aufforderungen, auf einer schwachen Konzentrationsleistung oder anderen Faktoren beruht. Diese Faktoren sind für die Durchführung einer apparativen Testung maßgeblich von Bedeutung, wobei ihr Einfluss ggf. in der Situation vor Ort nicht eindeutig eingeschätzt werden kann.

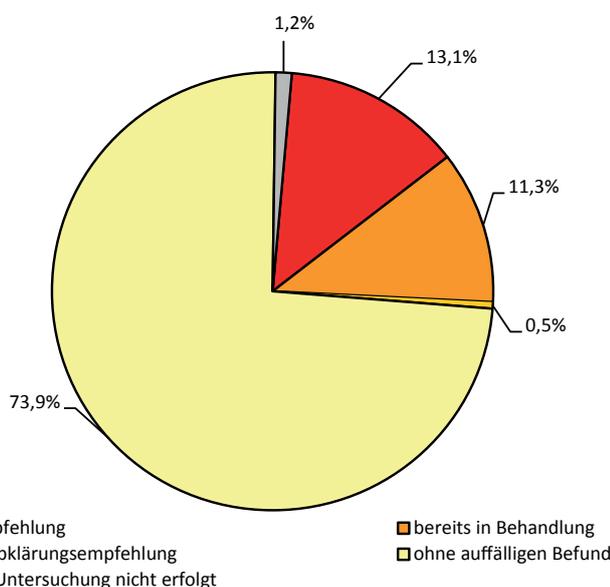


Abb. 5.5.1 Sehvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigten bei knapp drei Viertel der Kinder (73,9 %) keine Auffälligkeiten beim Sehen. Bei 13,1 % der Kinder wurde die Abklärung der festgestellten Auffälligkeiten durch eine/n Facharzt/-ärztin empfohlen. 11,3 % der Kinder hatten eine bekannte und in Behandlung befindliche Sehschwäche, bei 0,5 % wurde ein Befund festgestellt, der zwar leicht auffällig war, jedoch keine weitere Abklärung durch eine/n Augenärztin/-arzt erforderlich machte. Für 1,2 % der Kinder wurde keine Angabe gemacht oder der Test konnte nicht durchgeführt werden (vgl. Abb. 5.5.1).

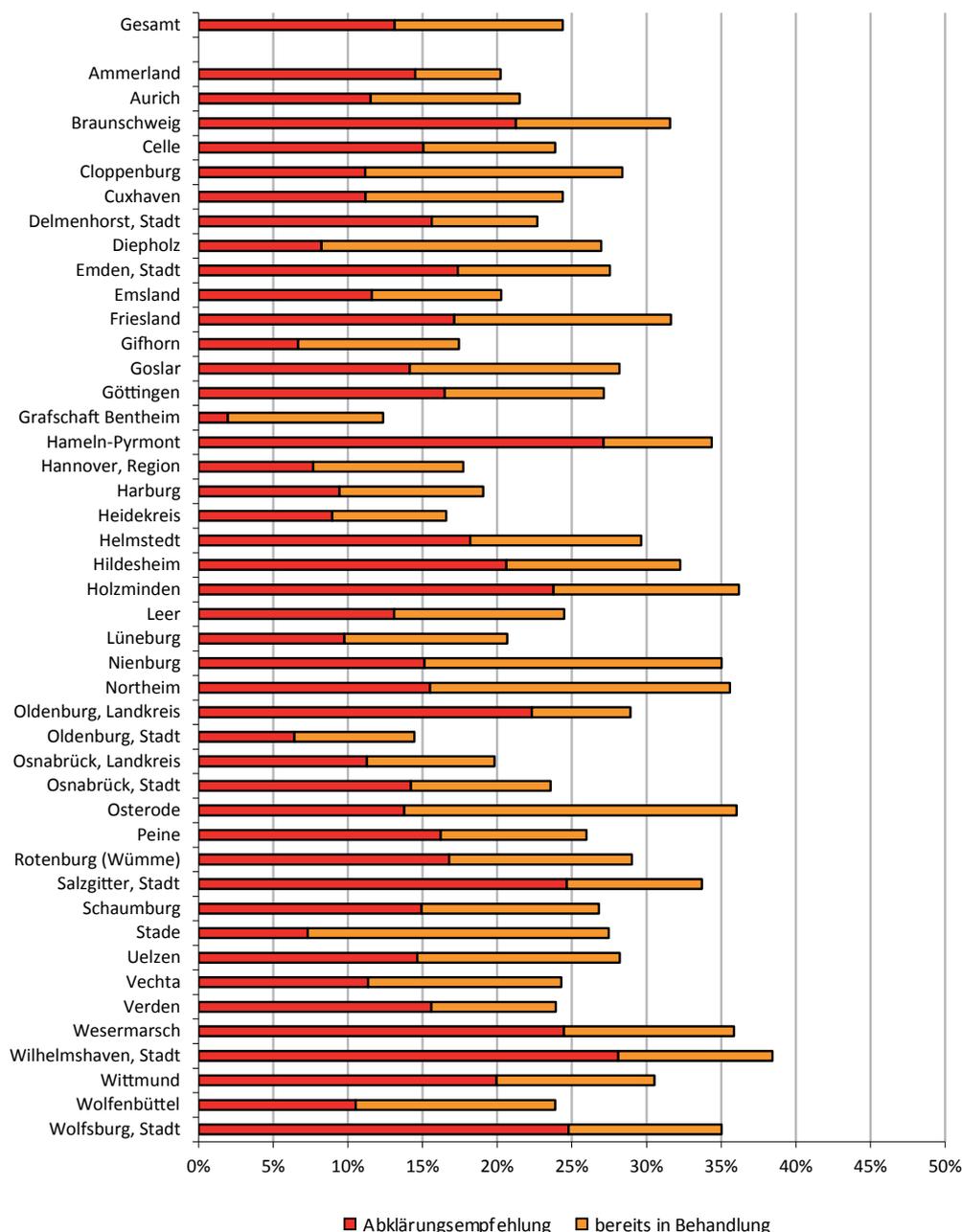


Abb. 5.5.2 Sehvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte zeigten die Daten Unterschiede (vgl. Abb. 5.5.2) in Bezug auf die Befunde des Sehvermögens der untersuchten Kinder. In den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten machte der Anteil der Befunde, die eine fachärztliche Abklärung erforderlich machten, im Minimum 2,0 % und im Maximum 28,1 % aus. Über die Gründe dieser Unterschiede können nur Vermutungen angestellt werden: So sind Untersuchervarianzen, Fehler in der Datenerfassung bzw. -übermittlung oder Messfehler auf Grund von technischen Einschränkungen

der Messgeräte nicht auszuschließen. Auch könnte dieser Unterschied ein Hinweis auf eine nicht bedarfsgerechte fachärztliche Versorgung (Über- oder Unterversorgung) in der jeweiligen Region sein (vgl. hierzu auch Kapitel 6, Schwerpunktthema: Sehen).

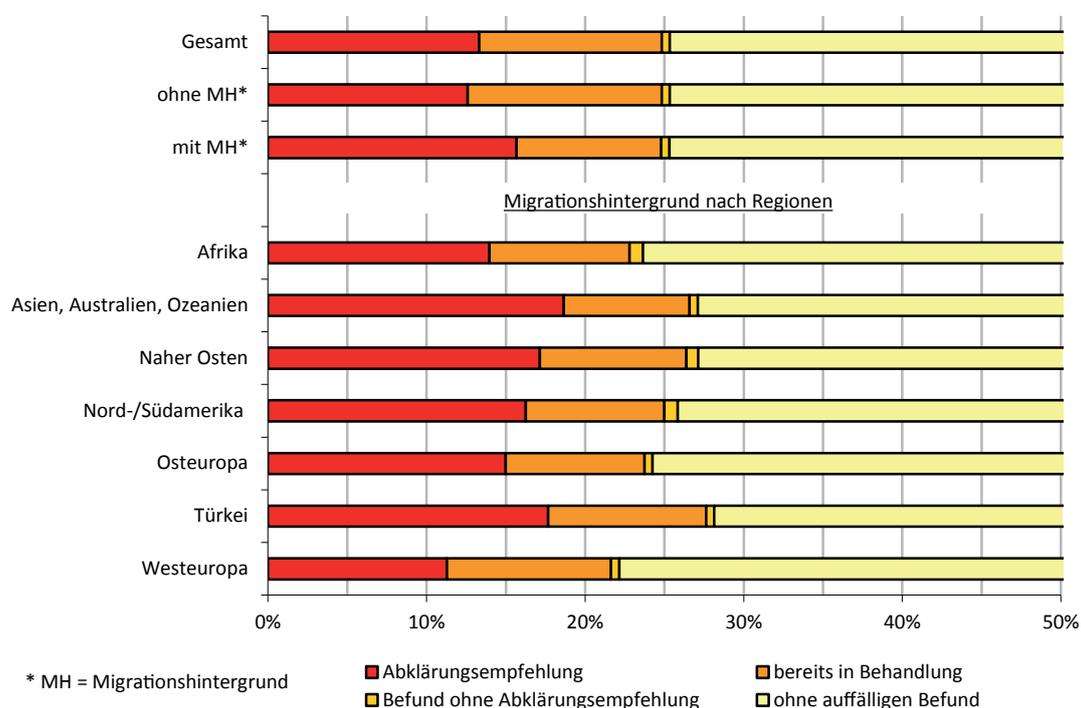


Abb. 5.5.3 Sehvermögen / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.785

Ob ein Kind über einen Migrationshintergrund verfügt oder nicht, war nur geringfügig mit den Untersuchungsergebnissen assoziiert (vgl. Abb. 5.5.3). 12,6 % der Kinder ohne Migrationshintergrund und 15,7 % der Kinder mit Migrationshintergrund wiesen einen auffälligen Befund auf, der eine Empfehlung zur fachärztlichen Abklärung nach sich zog. Bereits in augenärztlicher Behandlung befanden sich 12,2 % der Kinder ohne und 9,1 % der Kinder mit Migrationshintergrund.

Bezogen auf die verschiedenen Herkunftsregionen zeigt die Datenauswertung Unterschiede: So wurde für 18,7 % der Kinder mit Herkunftsregion Asien, Australien Ozeanien (n = 745) eine Abklärung des Sehvermögens empfohlen, während dies nur bei 11,3 % der Kinder mit westeuropäischem Migrationshintergrund (n = 975) der Fall war. Allerdings war die Anzahl der untersuchten Kinder beider Herkunftsregionen so gering, dass diese Beobachtung ein Zufallsergebnis sein kann. Die höchste Quote der bereits in Behandlung befindlichen Kinder erreichten die Kinder ohne Migrationshintergrund (n = 49.455) mit 12,2 %, am wenigsten waren die Kinder mit der Herkunftsregion Asien, Australien, Ozeanien (n = 745) in dieser Befundkategorie mit 7,9 % vertreten.

Die Relation von „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“ fällt bei Kindern mit Migrationshintergrund ungünstiger aus (vgl. Tab. 5.5.3a), d. h. dass eine Sehschwäche bei Kindern mit Migrationshintergrund häufiger erst bei der Schuleingangsuntersuchung festgestellt wurde.

Tab. 5.5.3a Sehvermögen / Migrationshintergrund nach Regionen, Relation „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.785

Migrationshintergrund nach Regionen	bereits in Behandlung absolut (%)	Abklärungsempfehlung absolut (%)	Σ (bereits in Behandlung + Abklärungsempfehlung)	Relation $\frac{\text{Abklärungsempfehlung}}{\text{bereits in Behandlung}}$
Deutschland (n = 49.455)	6.054 (49,3 %)	6.229 (50,7 %)	12.283	1,0
Afrika (n = 351)	31 (38,8 %)	49 (61,3 %)	80	1,6
Asien, Australien, Ozeanien (n = 7.458)	59 (29,8 %)	139 (70,2 %)	198	2,4
Naher Osten (n = 1.581)	146 (35 %)	271 (65 %)	417	1,9
Nord-/Südamerika (n = 240)	21 (35 %)	39 (65 %)	60	1,9
Osteuropa (n = 8.416)	737 (36,9 %)	1.262 (63,1 %)	1.999	1,7
Türkei (n = 3.022)	301 (36 %)	534 (64 %)	835	1,8
Westeuropa (n = 9.750)	101 (47,9 %)	110 (52,1 %)	211	1,1
Gesamt (n = 64.785)	7.450 (46,3 %)	8.633 (53,7 %)	16.083	1,2

Für Kinder ohne Migrationshintergrund betrug das Verhältnis der Befundung „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“ etwa 1:1. Bei Kindern aus der Region Asien, Australien, Ozeanien (n = 351), dem Nahen Osten (n = 1.581) und Nord-/Südamerika (n = 240) kamen auf ein Kind mit einer bereits festgestellten Sehschwäche annähernd zwei Kinder, deren Sehleistung eine Empfehlung zur fachärztlichen Abklärung nach sich zog. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass Kinder mit Migrationshintergrund augenärztlich weniger gut versorgt sind.

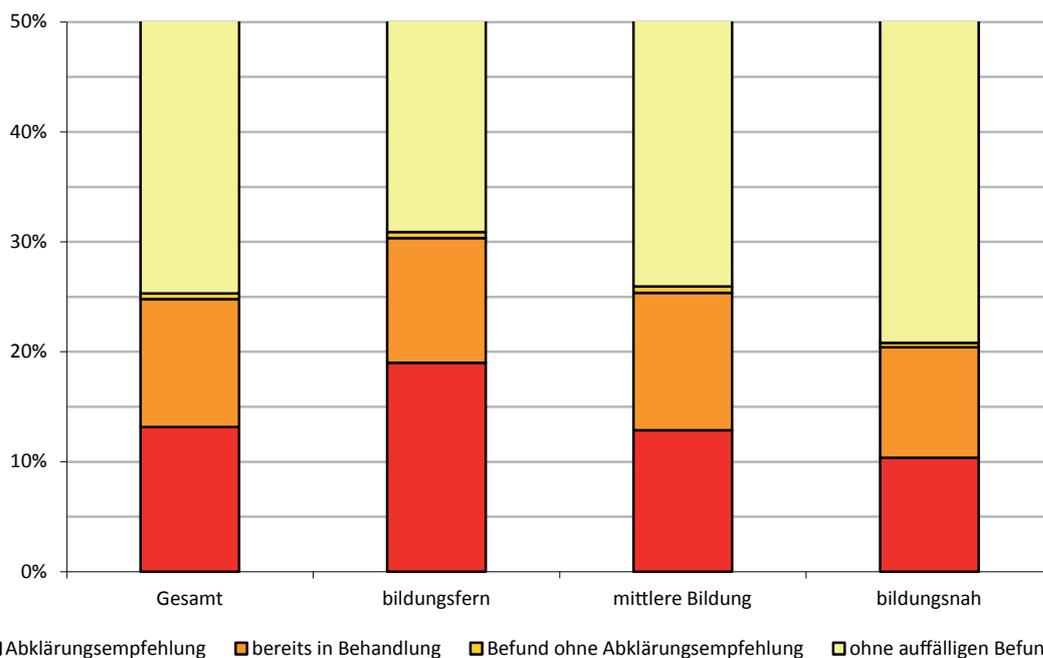


Abb. 5.5.4 Sehvermögen / Ausbildung Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.774

Die berufliche Qualifizierung der Eltern ist mit den Befundergebnissen der Sehleistung der Kinder (vgl. Abb. 5.5.4) assoziiert. Die Befunde über die Sehleistung der Kinder, deren Eltern über ein mittleres Ausbildungsniveau verfügen, entsprachen in etwa dem niedersächsischen Durchschnitt. Bei 79,2 % der Kinder aus bildungsnahen Familien wurde keine Einschränkung hinsichtlich des Sehvermögens festgestellt. Bei Kindern aus bildungsfernen Elternhäusern lag dieser Wert zehn Prozentpunkte darunter (69,1 %). Zugleich war der Anteil der Kinder, die an eine/n Facharzt/-ärztin überwiesen wurden, bei Kindern aus bildungsfernen Haushalten fast doppelt so hoch (19,0 %) wie bei bildungsnahen Familien (10,4 %).

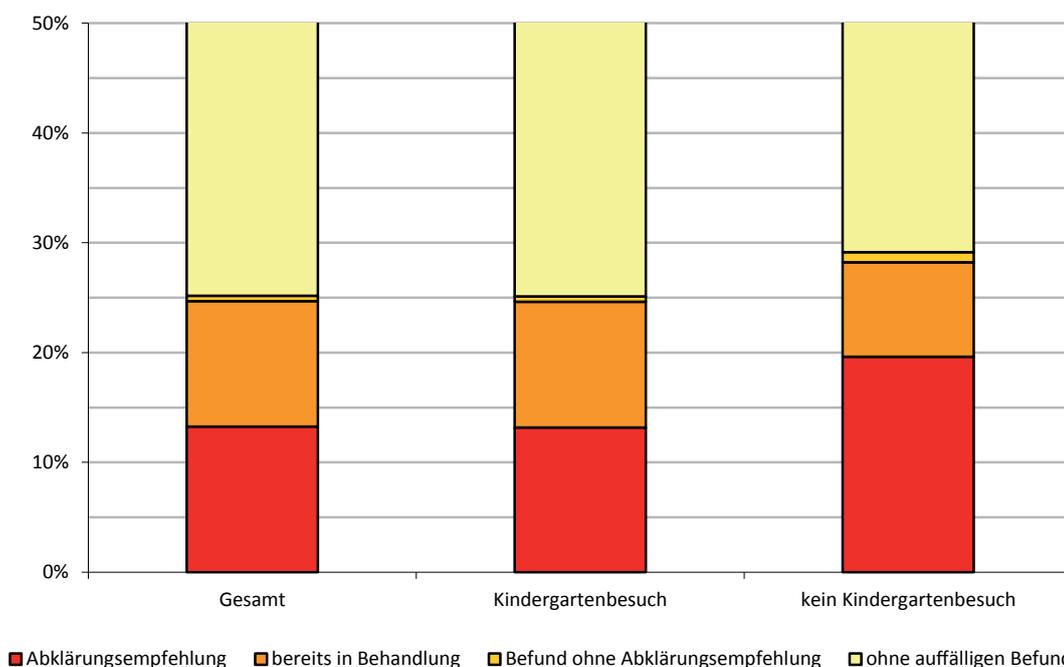


Abb. 5.5.5 Sehvermögen / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 68.584

Einen höheren Anteil an Empfehlungen zur fachärztlichen Abklärung der Sehleistung wiesen mit 19,6 % die Kinder auf, die keinen Kindergarten besucht haben (n = 861), gegenüber 13,2 % der Kinder, die einen Kindergarten besucht haben (n = 67.723) (vgl. Tab. 5.5.5 im Anhang). Gleichzeitig befanden sich in der Gruppe der Kinder, die keinen Kindergarten besucht haben, prozentual weniger Kinder in fachärztlicher Behandlung als in der Gruppe der Kinder, die im Kindergarten waren (8,6 % bzw. 13,2%).

Ein möglicher Grund dieser Beobachtungen könnten entsprechende Hinweise der Erzieherinnen und Erzieher über eine mangelnde Sehleistung an die Eltern sein, mit dem Ergebnis, dass die Kinder diesbezüglich ärztlich überprüft werden.

Tab. 5.5.5a Sehvermögen / Besuch der Vorsorgeuntersuchung U7 bis U9, Relation „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.802

Besuch der Vorsorgeuntersuchung	bereits in Behandlung absolut (%)	Abklärungsempfehlung absolut (%)	Σ (bereits in Behandlung + Abklärungsempfehlung)	Relation $\frac{\text{Abklärungsempfehlung}}{\text{bereits in Behandlung}}$
Vorsorgeuntersuchung U7 erfolgt (n = 61.465)	7.295 (48,4 %)	7.765 (51,6 %)	15.060	1,1
Vorsorgeuntersuchung U7 nicht erfolgt (n = 3.433)	286 (31,1 %)	635 (68,9 %)	921	2,2
Vorsorgeuntersuchung U8 erfolgt (n = 58.903)	7.087 (49,1 %)	7.336 (50,9 %)	14.423	1,0
Vorsorgeuntersuchung U8 nicht erfolgt (n = 5.991)	494 (31,6 %)	1.067 (68,4 %)	1.561	2,2
Vorsorgeuntersuchung U9 erfolgt (n = 53.372)	6.437 (49,9 %)	6.451 (50,1 %)	12.888	1,0
Vorsorgeuntersuchung U9 nicht erfolgt (n = 6.583)	554 (32,4 %)	1.155 (67,6 %)	1.709	2,1

Ob die Vorsorgeuntersuchungen U7 und/oder U8 und/oder U9 besucht wurden, hat einen Einfluss auf das Ergebnis der Untersuchung zum Sehvermögen (vgl. Tab. 5.5.5a). Bei allen drei Vorsorgeuntersuchungen wird ein einfacher Sehtest durchgeführt, der Sehfehler erkennen und gegebenenfalls eine augenärztliche Behandlung initiieren kann.

Es zeigte sich, dass die Kinder, die keine Vorsorgeuntersuchung wahrgenommen haben, seltener bereits in Behandlung waren und häufiger zur Abklärung des Befunds an eine/n Facharzt/-ärztin überwiesen wurden, als dies bei den Kindern der Fall war, die an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben.

5.6 Hörvermögen

Ein differenziertes Hörvermögen ist Voraussetzung für eine normale Sprachentwicklung und für den Erwerb der Lese- und Schreibfertigkeit. Somit ist ein gutes Hörvermögen für einen Schulerfolg grundlegend. Als Ursachen für Schwerhörigkeit im Kindesalter gelten genetische Faktoren, chronische Mittelohrentzündungen sowie einige Kinderkrankheiten wie Masern, Keuchhusten oder Mumps. Auch Lärmexposition kann bleibende Schäden am Gehör hinterlassen, was im Alter der Schulanfängerinnen und Schulanfänger jedoch eher unwahrscheinlich ist.



© VRD – Fotolia.com (modifiziert)

Das periphere Hörvermögen wird bei der Schuleingangsuntersuchung mit einem standardisierten Verfahren getestet. Dieser Hörtest erfolgt mit einem geeichten Audiometer bei möglichst geringem Geräuschpegel. Ein Verdacht auf eine Hörstörung liegt vor, wenn bei der Hörprüfung mit dem Audiometer unter Benutzung von Kopfhörern mit Schallschutzkappen bei einer Lautstärke von 30 dB mindestens zwei der Frequenzen 250, 500, 1.000, 2.000, 4.000, 6.000 Hz auf einem oder beiden Ohren nicht wahrgenommen werden.

Kinder, die mit Hörgeräten versorgt sind, werden nicht getestet.

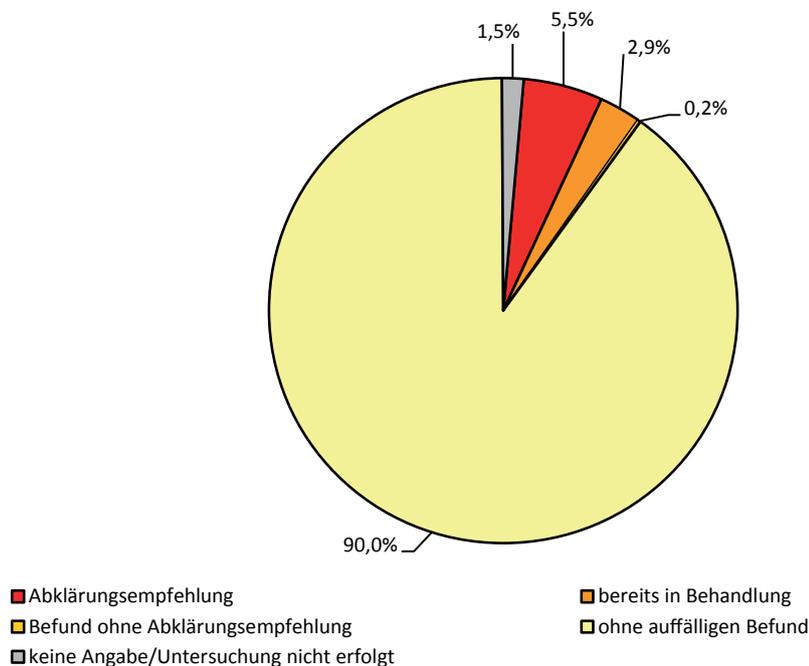


Abb. 5.6.1 Hörvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Bei 90,0 % der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung vorgestellten Kinder war das Hörtestergebnis unauffällig. Bei 5,5 % der untersuchten Kinder zeigte sich ein kontrollbedürftiges Ergebnis, 2,9 % der Kinder befanden sich aufgrund einer bekannten Hörschwäche bereits in ärztlicher Behandlung und bei 0,2 % der Kinder lagen die Einschränkungen im altersentsprechend akzeptablen Rahmen. Für 1,5 % der Kinder wurde keine Angabe gemacht (vgl. Abb. 5.6.1).

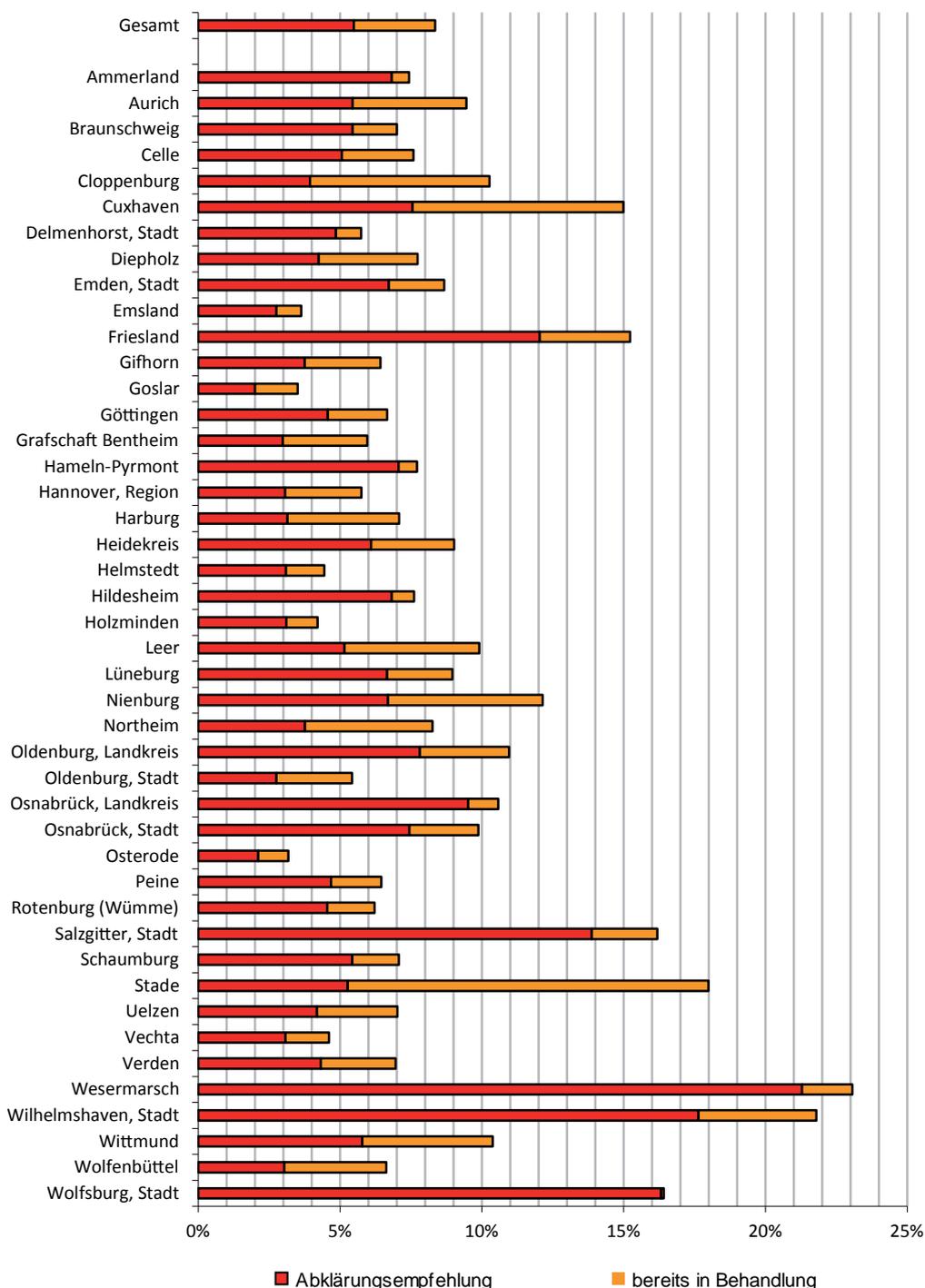


Abb. 5.6.2 Hörvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Die Spannweite der erhobenen Befunddaten ist in den Landkreisen und kreisfreien Städten relativ groß. Der Anteil der Kinder ohne Beeinträchtigung der Hörfähigkeit bewegte sich zwischen 75,7 % im Minimum und 96,3 % im Maximum. Wurde landesweit bei 5,5 % der Kinder eine fachärztliche Abklärung empfohlen, variierte dies in den Landkreisen zwischen 2,0 % und 21,3 %. Auch bezüglich der bereits in Behandlung befindlichen Kinder war die Streuung hoch: 0,1 % bzw. 12,7 % waren die Minimal- bzw. Maximalwerte auf kommunaler Ebene (vgl. Abb. 5.6.2).

Eine Erklärung für die Unterschiede bei den Untersuchungsergebnissen kann unter anderem die Jahreszeit sein, zu der die Schuleingangsuntersuchungen in einer Kommune überwiegend vorgenommen wurden: Findet die SEU überwiegend in den Wintermonaten statt, ist mit mehr auffäl-

ligen Untersuchungsergebnissen zu rechnen, da sich die dann gehäuft auftretenden Erkältungskrankheiten vorübergehend negativ auf das Gehör auswirken können.

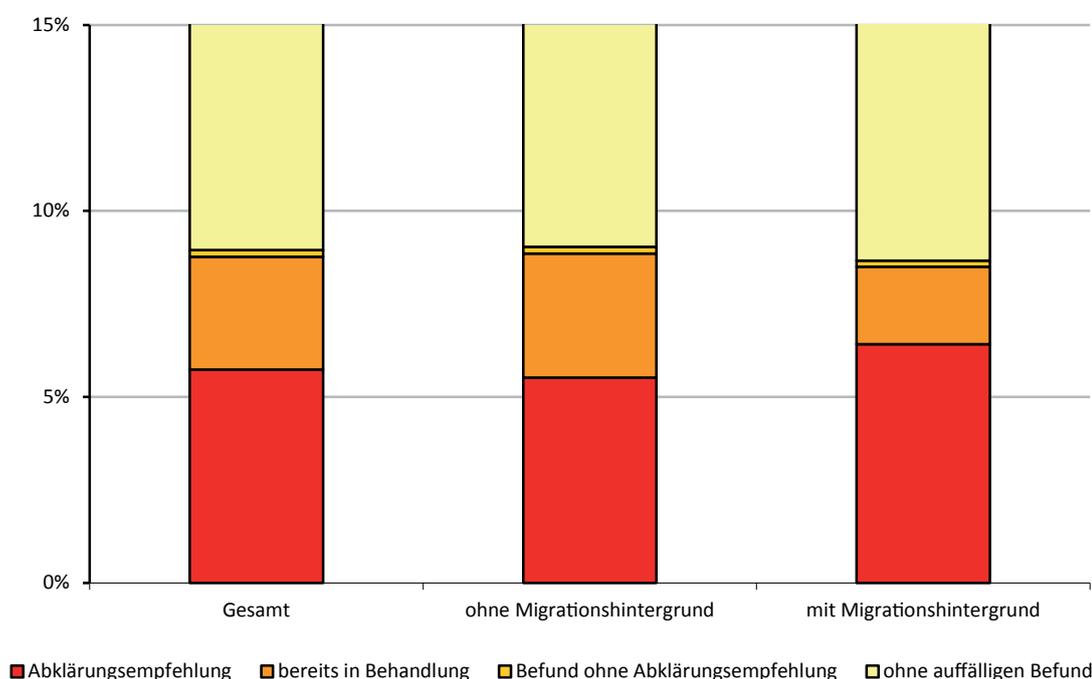


Abb. 5.6.3 Hörvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.585

Bei Kindern mit Migrationshintergrund wurde häufiger eine fachärztliche Abklärung des Befundes empfohlen als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (6,4 % gegenüber 5,5 %), während der Anteil der bereits in Behandlung befindlichen Kinder mit Migrationshintergrund niedriger war (2,1 % gegenüber 3,3 %) (vgl. Abb. 5.6.3/Tab. 5.6.3a).



© VRD – Fotolia.com (modifiziert)

Migrationshintergrund	bereits in Behandlung absolut (%)	Abklärungsempfehlung absolut (%)	Σ (bereits in Behandlung + Abklärungsempfehlung)	Relation $\frac{\text{Abklärungsempfehlung}}{\text{bereits in Behandlung}}$
ohne Migrationshintergrund (n = 49.309)	1.643 (37,6 %)	2.722 (62,4 %)	4.365	1,7
mit Migrationshintergrund (n = 15.276)	318 (24,5 %)	980 (75,5 %)	1.298	3,1
Gesamt (n = 64.585)	1.961 (34,6 %)	3.702 (65,4 %)	5.663	1,9

Das Verhältnis von bereits in Behandlung befindlichen Kindern zu Abklärungsempfehlung lag bei Kindern ohne Migrationshintergrund 1 : 1,7 während es bei Kindern mit Migrationshintergrund fast das Doppelte 1 : 3,1 betrug.

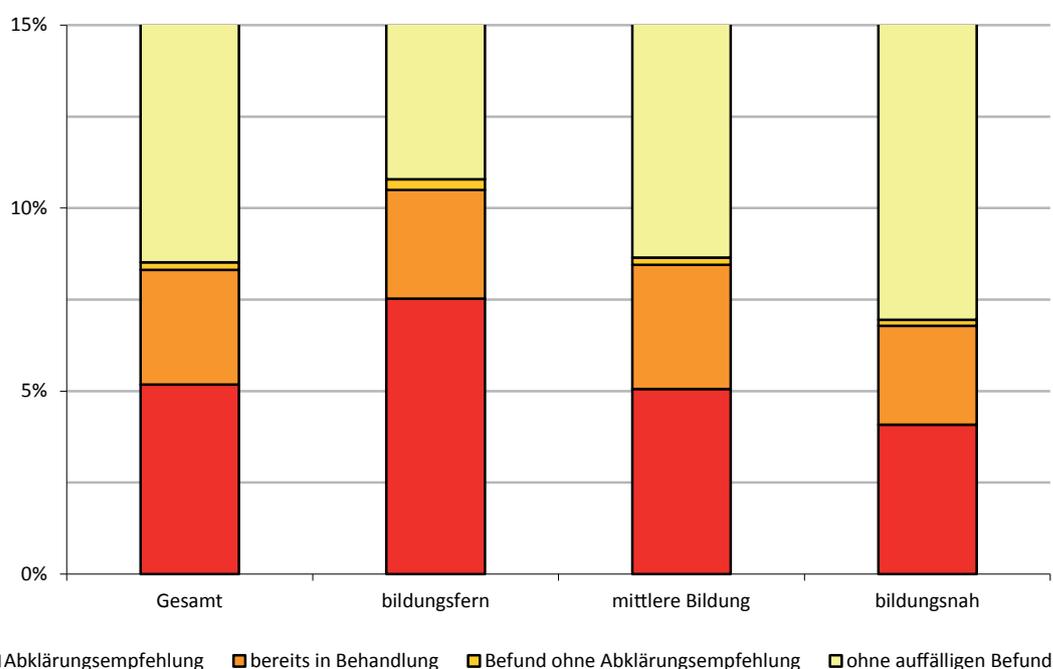


Abb. 5.6.4 Hörvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.652

Es ist ein statistischer Zusammenhang der Untersuchungsergebnisse zum Hörvermögen mit dem Ausbildungsgrad der Eltern zu beobachten: Ähnlich wie auch bei den anderen Untersuchungen zeigt sich mit zunehmendem Bildungsgrad eine abnehmende Häufigkeit an abklärungsbedürftigen Befunden: Kinder bildungsferner Eltern zeigten zu 7,5 % eine abklärungsbedürftige Hörauffälligkeit. Verfügt die Eltern über eine mittlere Bildung, wurden 5,1 % der Kinder aufgrund einer festgestellten Hörauffälligkeit zur Abklärung an eine/n Facharzt/-ärztin überwiesen, bei Kindern bildungsnaher Eltern waren es 4,1 % (vgl. Abb. 5.6.4).

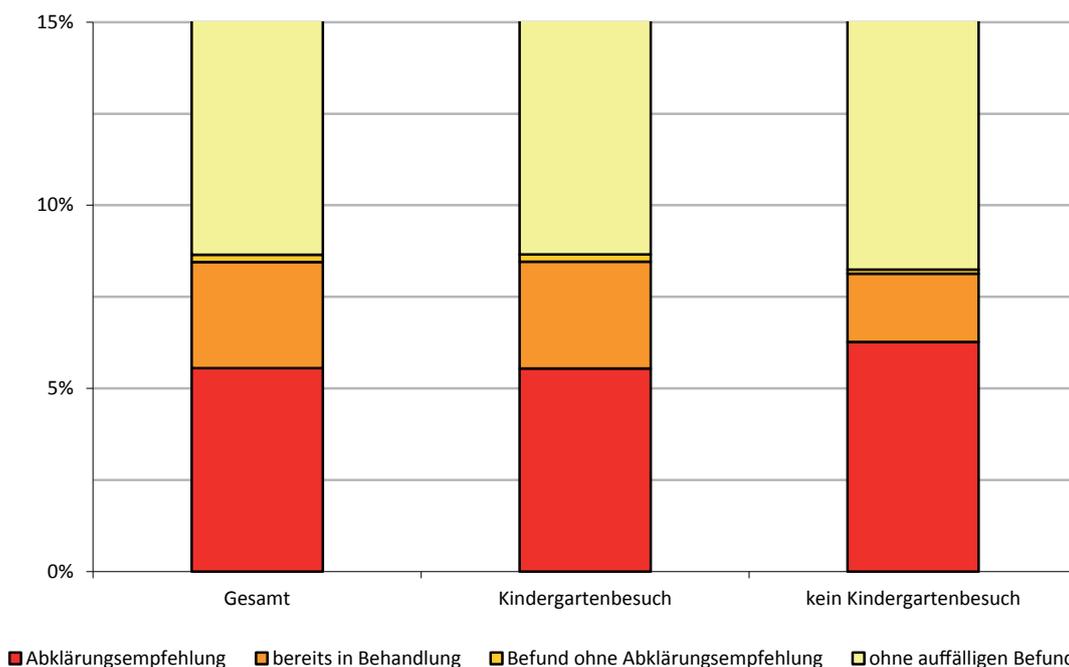


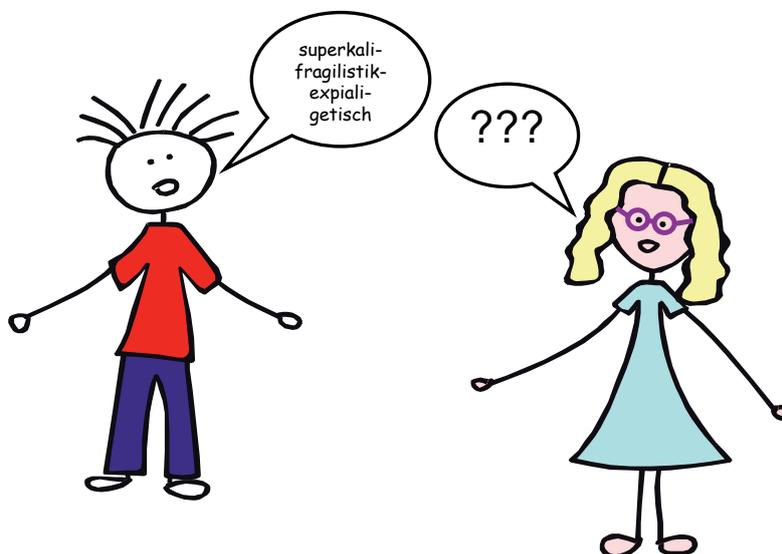
Abb. 5.6.5 Hören / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 68.373

Bei Kindern, die einen Kindergarten besucht haben, wurden Hörschwächen häufiger bereits vor der Schuleingangsuntersuchung erkannt (vgl. Abb. 5.6.5). 2,9 % dieser Kinder befanden sich bereits in Behandlung, während nur 1,9 % der Kinder, die eine solche Einrichtung nicht besucht haben, bereits in Behandlung waren. Gleichzeitig wurde bei Kindern, die nicht im Kindergarten waren, etwas häufiger eine abklärungsbedürftige Hörbeeinträchtigung (6,3 %) diagnostiziert als bei jenen, die einen Kindergarten besucht hatten (5,5 %). Angesichts der kleinen Fallzahl von Kindern, die keinen Kindergarten besucht haben (n = 861), sind diese Ergebnisse vorsichtig zu bewerten.

5.7 Sprachvermögen

Der Potsdamer Postkutscher putzt den Potsdamer Postkutschwagen.

Eine dem Alter entsprechende Sprache (Sprach-, Sprech- und Stimmfähigkeit), ein angemessenes Sprachverständnis und ein altersgerechter Wortschatz haben eine große Bedeutung für den reibungslosen Eintritt in das Schulleben. Als sprachlich unauffällig gilt ein Schulanfänger, der sich in seiner Muttersprache verständlich mitteilen kann, dabei grammatikalisch sinnvolle Sätze bildet und einen altersgemäßen Wortschatz besitzt. Die Untersuchung zum Sprachvermögen erfasst daher alle Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen des Kindes. Als Störungen werden folgende Befunde gewertet:



© VRD – Fotolia.com (modifiziert)

Die Untersuchung zum Sprachvermögen erfasst daher alle Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen des Kindes. Als Störungen werden folgende Befunde gewertet:

- Sprech- und Sprachstörungen
- Verzögerung der Sprachentwicklung (Dysgrammatismus, unvollständige Sätze, Wortschatzarmut)
- Störungen der Aussprache und Oralmotorik (Stammeln, Sigmatismus interdentalis, Sigmatismus lateralis)
- Störungen im Redefluss und im Ablauf der Rede (Stottern, Poltern, unartikulierte Sprechen)
- Klangstörungen der Sprache (Rhinophonie)

Im Rahmen eines Gespräches mit dem Kind wird mit Hilfe von standardisierten Verfahren die allgemeine Sprachkompetenz beurteilt. Überprüft wird die Artikulationsfähigkeit (Lippen-, Zungen-, Zahn-, Gaumenlaute), das Sprachverständnis und die Satzbildung sowie die phonematische Diskrimination (Lautdifferenzierung).

Auch auf Anomalien wie z. B. Kieferfehlstellungen und Hörstörungen als Ursache für eine Sprach- oder Sprechstörung wird geachtet. Auch diese ziehen Befundkontrollen und gegebenenfalls auch weitere Empfehlungen und Maßnahmen mit sich.

Bei Problemen im Bereich der expressiven oder der rezeptiven Sprachentwicklung kommt dem Ergebnis der peripheren Hörtestung eine besondere Bedeutung zu.

Da das Sprachvermögen unabhängig von dem Migrationshintergrund und den möglicherweise mangelnden Deutschkenntnissen der Schulanfänger und -anfängerinnen untersucht wird, kann deren Sprachvermögen gelegentlich nur eingeschränkt oder auch gar nicht beurteilt werden. Diese Fälle werden unter „keine Angabe“ dokumentiert, was zu Verzerrungen der Befundung des Sprachvermögens führen kann.

Seit dem Jahr 2002 werden in Niedersachsen alle Kinder ca. 12 – 14 Monate vor Schulbeginn zu einem Sprachfeststellungsverfahren in die Schule eingeladen. Dabei überprüfen Lehrkräfte, ob die Deutschkenntnisse des Kindes ausreichend sind, um erfolgreich am Unterricht teilzunehmen. Bei nicht ausreichenden Deutschkenntnissen werden die Kinder dazu verpflichtet, an den angebotenen Sprachfördermaßnahmen teilzunehmen.

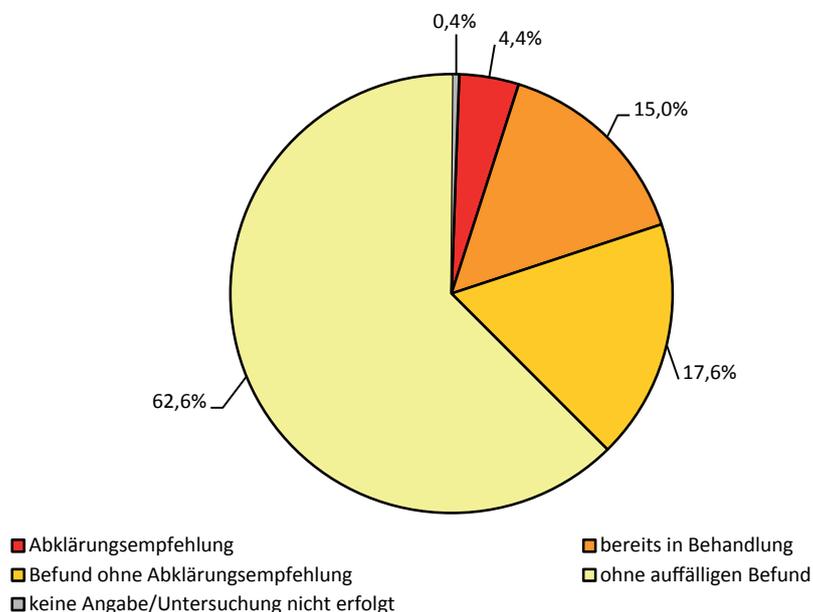


Abb. 5.7.1 Sprachvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Bei der Schuleingangsuntersuchung 2012 wurden insgesamt 70.248 Kinder zu möglichen Sprachauffälligkeiten untersucht. Die Auswertung der Daten ergab bei fast zwei Dritteln (62,6 %) der Kinder einen unauffälligen Befund und bei 17,6 % einen leicht auffälligen Befund, der jedoch keine weitere fachspezifische Abklärung erforderlich machte. 15,0 % der Kinder befanden sich bereits in einer sprachtherapeutischen Maßnahme und 4,4 % wurden zur weiteren fachspezifischen Abklärung der Befunde überwiesen. Für 0,4 % der Schulanfänger/innen wurde bzw. konnte keine Angabe zum Sprachvermögen gemacht / werden (vgl. Abb. 5.7.1).

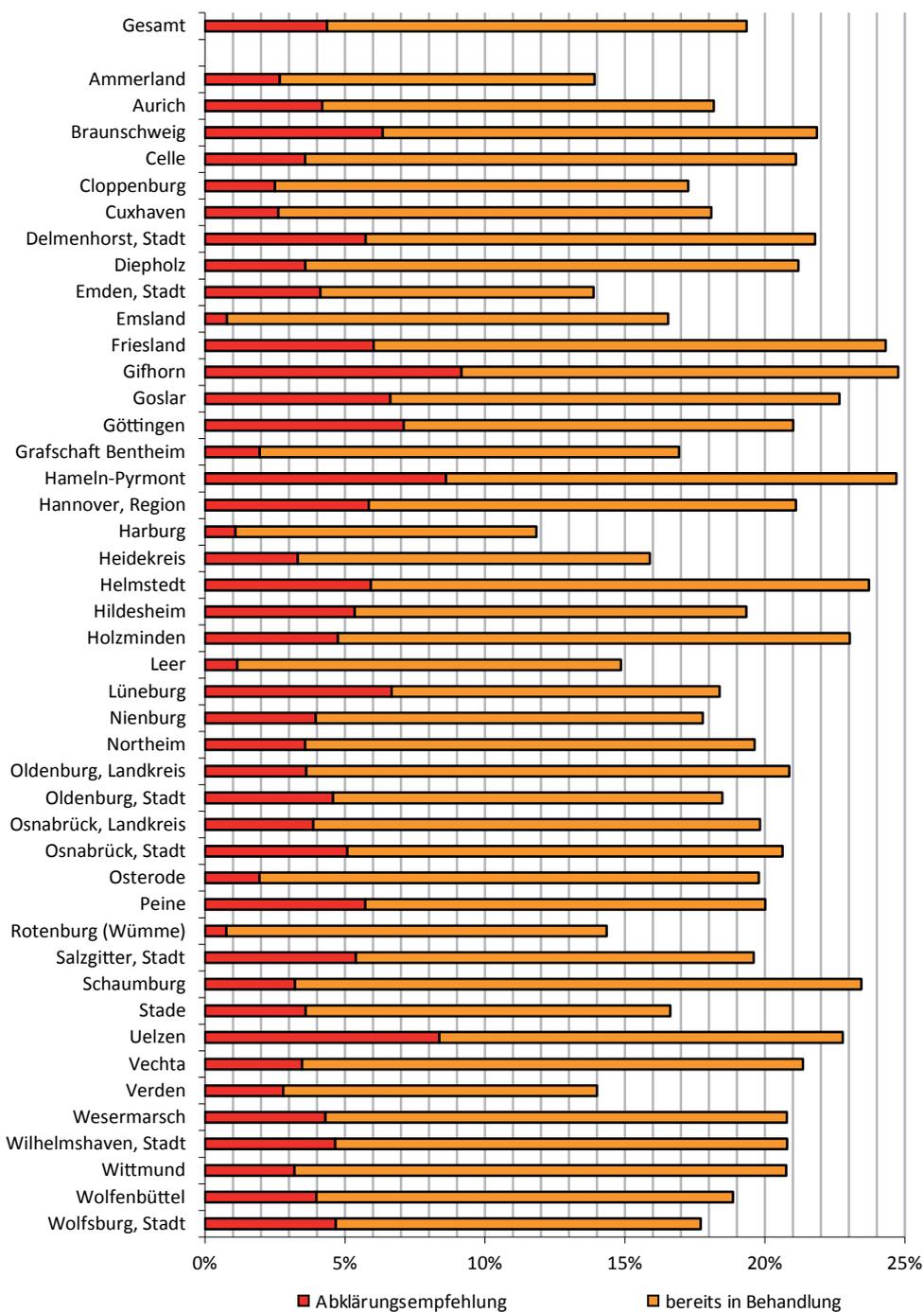


Abb. 5.7.2 Sprachvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Die Auswertungsergebnisse zum Sprachvermögen variieren auf regionaler Ebene (vgl. Abb. 5.7.2): Mindestens 0,8 % und höchstens 9,2 % der Schulanfänger/innen erhielten eine Empfehlung für eine weitergehende Abklärung. Zwischen 9,8 % und 20,2 % der Kinder befanden sich zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bereits in sprachtherapeutischer Behandlung.

In ländlichen Regionen kann ein erhöhter Anteil abklärungsbedürftiger Befunde eventuell dadurch erklärt werden, dass eine fachspezifische Unterversorgung (Ärzte/Ärztinnen, Logopäden/Logopädinnen) herrscht und somit im Vorfeld zur Schuleingangsuntersuchung seltener entsprechende Untersuchungen/Behandlungen zur Sprachentwicklung durchgeführt worden sind. In anderen Regionen trifft möglicherweise genau das Gegenteil zu: Durch ein Überangebot der Versorgung könnte eine besondere Sensibilität für das Thema bestehen, wodurch sich eine höhere Quote an Kindern in sprachtherapeutischer Behandlung zumindest teilweise erklären ließe.

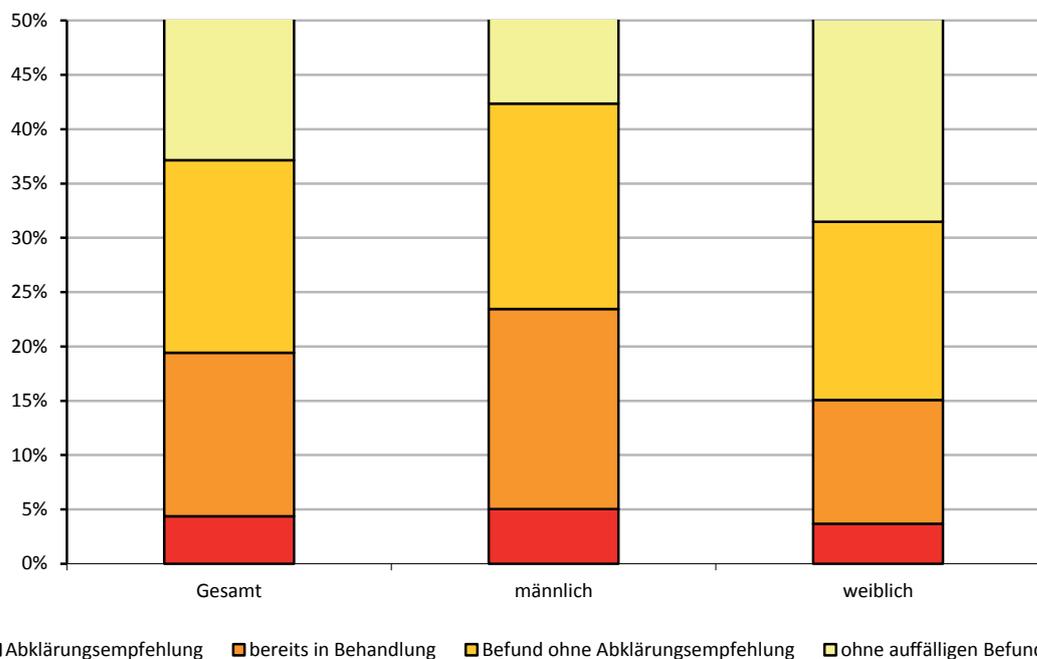


Abb. 5.7.3 Sprachvermögen / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 69.948

Bezogen auf das Sprachvermögen sind Mädchen bei der Schuleingangsuntersuchung den Jungen deutlich überlegen (vgl. Abb. 5.7.3). Bei 5,0 % der Jungen und 3,7 % der Mädchen wurde empfohlen, eine weitere Abklärung eines Befundes vornehmen zu lassen. 18,4 % der Jungen und 11,4 % der Mädchen befanden sich bereits in Behandlung. Darüber hinaus wurden bei Jungen mit 18,9 % mehr leicht auffällige Befunde ohne Abklärungsempfehlung dokumentiert als bei Mädchen (16,4 %).

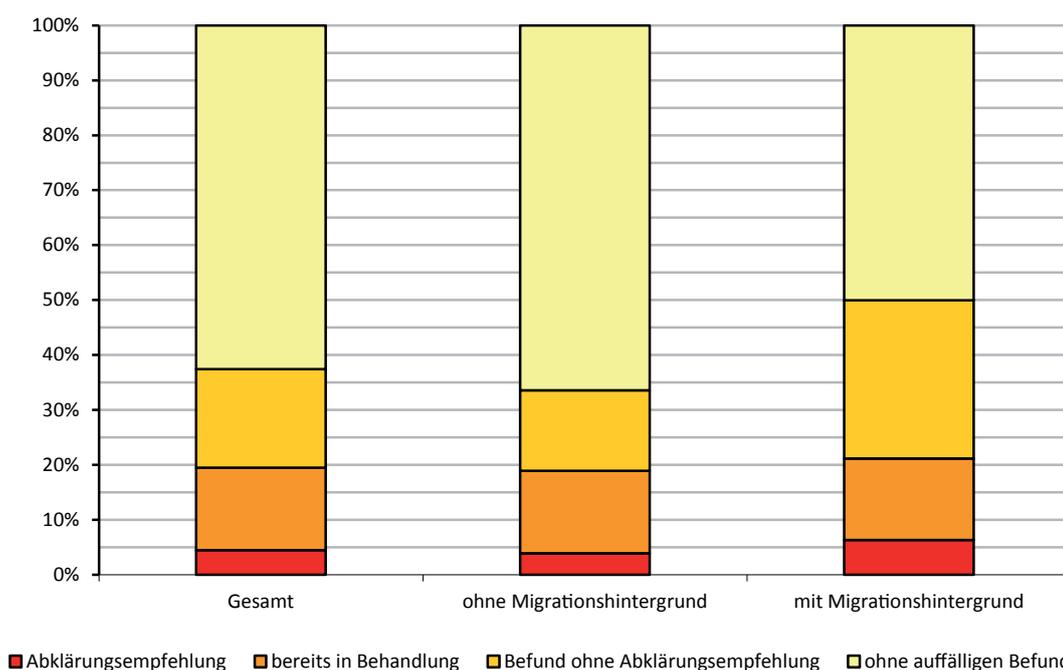


Abb. 5.7.4 Sprachvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.285

Auch der Migrationshintergrund spielt eine Rolle hinsichtlich des Sprachvermögens (vgl. Abb. 5.7.4). Insgesamt wiesen 21,2 % der untersuchten Kinder mit und 18,9 % der Kinder ohne Migrationshintergrund Beeinträchtigungen ihres Sprachvermögens („Abklärungsempfehlung“ und „bereits in Behandlung“) auf.

Der Anteil der Befunde, die einer weiteren Abklärung bedurften, war bei Kindern mit Migrationshintergrund (6,3 %) höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (3,9 %). Bereits in Behandlung befanden sich 14,9 % bzw. 15,0 % der Kinder. Ein leicht auffälliger Befund ohne Abklärungsempfehlung wurde für 28,8 % der Kinder mit und für 14,6 % der Kinder ohne Migrationshintergrund dokumentiert.

Somit zeigten nur etwa die Hälfte der Kinder mit einem familiären Migrationshintergrund (50,1 %) einen gänzlich unauffälligen Sprachstand, während in der Gruppe der Schulanfängerinnen und -anfänger ohne Migrationshintergrund für über zwei Drittel (66,4 %) keine Beeinträchtigung ihres Sprachvermögens festgestellt wurde. Der hohe Anteil an abklärungsbedürftigen Befunden bei Kindern mit Migrationhintergrund lässt sich zum Teil dadurch erklären, dass, besonders bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern ohne gute Deutschkenntnisse, die Beurteilung oft schwierig ist. In diesen Fällen kann eine differenzierte weitere Diagnostik und Beratung erforderlich sein.

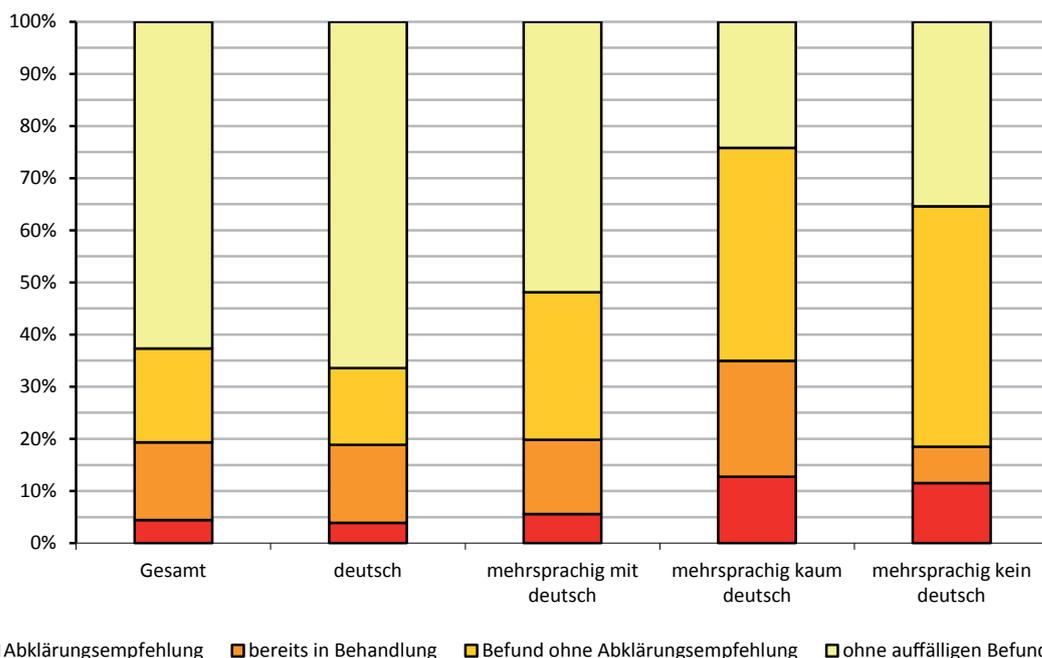


Abb. 5.7.5 Sprachvermögen / Familiensprache, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 63.614

Zwischen der in der Familie gesprochenen Sprache und den Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung sind deutliche Assoziationen zu erkennen (vgl. Abb. 5.7.5). Der Anteil der Kinder mit guten Deutschkenntnissen, deren Befunde einer weiteren ärztlichen Abklärung bedurften, lag bei 3,9 % (deutsch) bzw. 5,6 % (mehrsprachig mit deutsch). Deutlich höher war der Anteil an Abklärungsempfehlungen in der Gruppe der Kinder, die über eingeschränkte bzw. keine Deutschkenntnisse verfügten (geringe Deutschkenntnisse: 12,7 %, keine Deutschkenntnisse: 11,5 %). In fachärztlicher Behandlung befanden sich 15,0 % der Kinder mit Familiensprache Deutsch, 14,2 % der mehrsprachigen Kinder mit guten Deutschkenntnissen, 22,3 % der mehrsprachigen Kinder mit eingeschränkten Deutschkenntnissen und 6,9 % der Kinder, mit denen eine Kommunikation in deutscher Sprache nicht möglich war.

Bemerkenswert ist zudem die je nach Familiensprache unterschiedliche Relation der bereits in Behandlung befindlichen Kinder zu jenen, die zur Abklärung an eine/n Fachärztin /-arzt überwiesen werden (vgl. Tab. 5.7.5a). Von den Kindern mit auffälligen Befunden, hatten jene, die einsprachig deutsch aufwuchsen, bereits annähernd zu vier Fünfteln (79,4 %) eine Behandlung begonnen. Von den mehrsprachig mit deutsch aufgewachsenen Kindern waren gut zwei Drittel (71,7 %)

Tab. 5.7.5a Sprachvermögen / Familiensprache, Relation „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 63.614

Familiensprache	bereits in Behandlung absolut (%)	Abklärungsempfehlung absolut (%)	Σ (bereits in Behandlung + Abklärungsempfehlung)	Relation $\frac{\text{Abklärungsempfehlung}}{\text{bereits in Behandlung}}$
deutsch (n = 49.503)	7.409 (79,4 %)	1.920 (20,6 %)	9.329	0,3
mehrsprachig mit deutsch (n = 12.808)	1.817 (71,7 %)	718 (28,3 %)	2.535	0,4
mehrsprachig kaum deutsch (n = 1.173)	261 (63,7 %)	149 (36,3 %)	410	0,6
mehrsprachig kein deutsch (n = 130)	9 (37,5 %)	15 (62,5 %)	24	1,7
Gesamt (n = 63.614)	9.496 (77,2 %)	2.802 (22,8 %)	12.298	0,3

bereits in therapeutischer Betreuung, bei Kindern mit geringen Deutschkenntnissen lag der Anteil etwas darunter (63,7 %). Nur noch etwas mehr als die Hälfte (53,6 %) der auffälligen Kinder ohne Deutschkenntnisse befanden sich in sprachtherapeutischer Behandlung. Hier ist allerdings zu beachten, dass die Fallzahl sehr gering war und es sich daher um eine Zufallsschwankung handeln könnte.

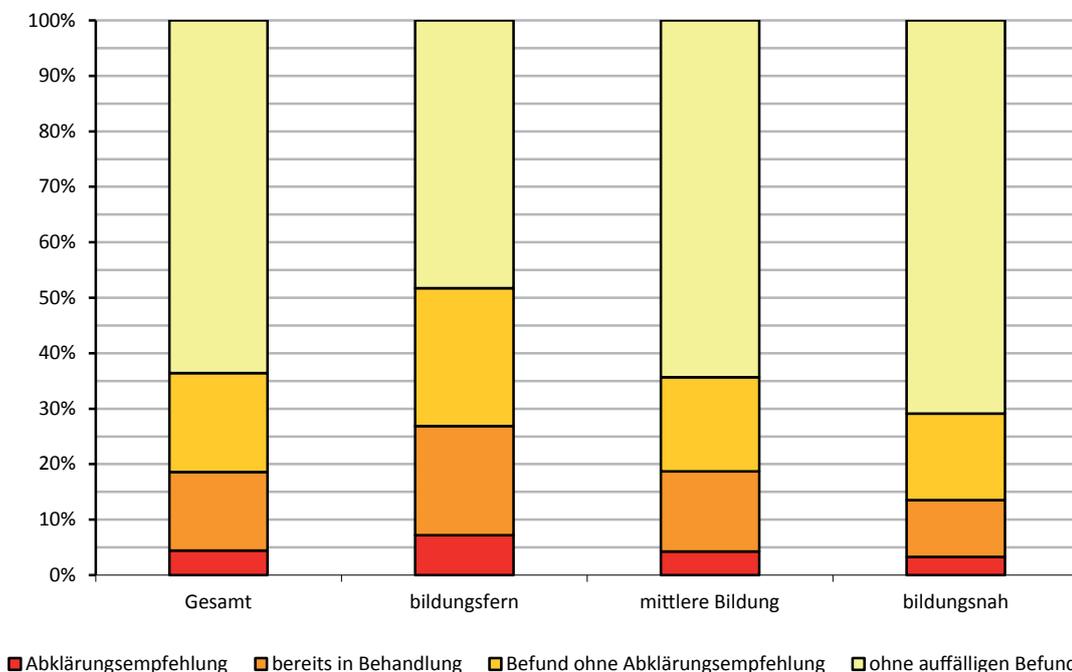


Abb. 5.7.6 Sprachvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.954

Zwischen dem Sprachvermögen und der Bildung der Eltern kann eine Assoziation beobachtet werden (vgl. Abb. 5.7.6). Die Datenauswertung ergab eine zunehmende Anzahl an Auffälligkeiten, die einer weitergehenden Abklärung bedurften, mit abnehmendem Bildungsniveau des Elternhauses: 3,3 % bei Kindern aus bildungsnahen Familien, 4,2 % bei Kindern aus Familien mit mittlerer Bildung und 7,2 % bei Kindern, deren Eltern als bildungsfern einzustufen waren. Gleiches galt für den prozentualen Anteil der bereits in Behandlung befindlichen Kinder: 10,3 % (bildungsnah), 14,5 % (mittlere Bildung) und 19,7 % (bildungsfern). Nur etwa die Hälfte (48,3 %) der Kinder aus bildungsfernen Familien wies keine Beeinträchtigung des Sprachvermögens auf, während bei 70,9 % der Kinder aus bildungsnahen Familien keine Einschränkung des Sprachvermögens gesehen wurde.

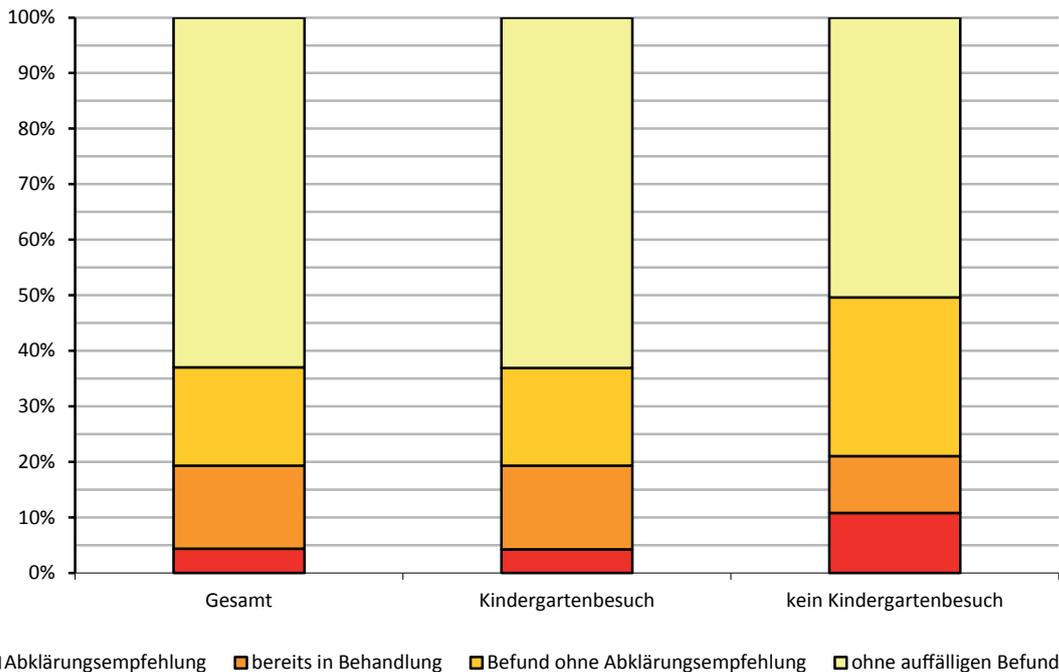


Abb. 5.7.7 Sprachvermögen / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 69.085

Zwischen Kindergartenbesuch und Sprachentwicklung gibt es eine positive Korrelation (vgl. Abb. 5.7.7): So wurde Kindern, die einen Kindergarten oder eine vergleichbare Einrichtung besucht haben, deutlich seltener eine Abklärung empfohlen (4,3 %) als Kindern, die nicht im Kindergarten waren (10,8 %). Es ist zu vermuten, dass der Kindergartenbesuch eine Rolle bei der frühzeitigen Feststellung und Behandlung von Sprachauffälligkeiten spielt. Bei Kindern, die einen Kindergarten besucht haben, lag der Anteil derer, die sich bereits in Behandlung befanden, mit 15,0 % höher als in der Vergleichsgruppe, die keine Kinderbetreuungseinrichtung besucht hatten (10,2 %). Es ist davon auszugehen, dass der Besuch des Kindergartens zum einen die Sprachfertigkeiten der Kinder unterstützt und zum anderen, dass die Erzieher/-innen die Eltern frühzeitig auf Sprachauffälligkeiten aufmerksam machen, was eine frühzeitige Intervention zur Folge haben kann.

5.8 Grobmotorische Entwicklung

Es tanzt ein Bi-Ba-Butzemann in unserm Haus herum, bidebum...

Jacob Grimm

Bei den Untersuchungen zur Grobmotorik wird die Körperkoordination (z. B. Laufen, Hüpfen, Springen) geprüft. Die für diese Aktivitäten erforderlichen diagonal entgegen gesetzten Bewegungen von Armen und Beinen beeinflussen die Entwicklung und das Zusammenspiel beider Gehirnhälften und sind somit auch für das Erlernen von Lesen und Schreiben wichtig. Insofern ist eine altersgerecht entwickelte Grobmotorik nicht nur für eine erfolgreiche Teilnahme am Sportunterricht von Bedeutung.

Als Ursachen bzw. Risikofaktoren für Störungen der Grobmotorik werden neben genetischen und biologischen Dispositionen (z. B. niedriges Geburtsgewicht) die veränderten Lebensstile, -räume und -bedingungen für Kinder angesehen.

Zur Überprüfung ihrer Grobmotorik werden die Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung aufgefordert, verschiedene Bewegungsübungen wie Einbeinstand, Hüpfen und seitliches Überhüpfen einer Linie durchzuführen. Damit werden die Koordinationsfähigkeiten und das Gleichgewichtsempfinden der Kinder überprüft.



© VRD – Fotolia.com (modifiziert)

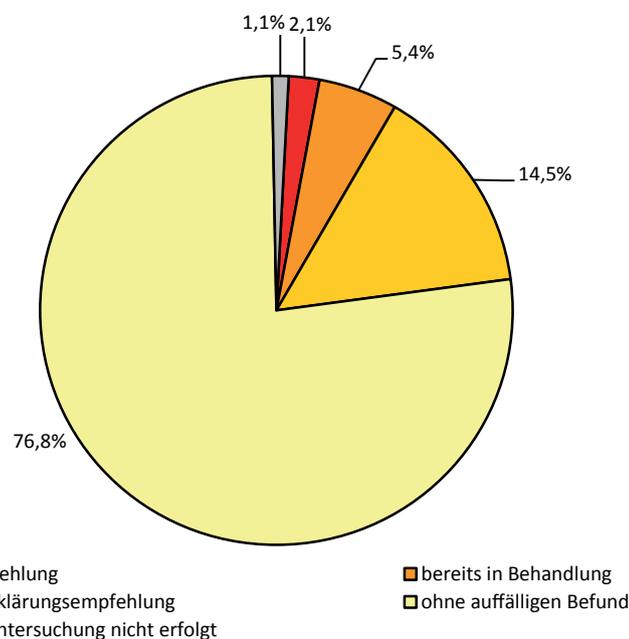


Abb. 5.8.1 Grobmotorische Entwicklung, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.485

Bei 76,8 % von 66.485 untersuchten Kinder wurde kein auffälliger Befund festgestellt. Ein leicht auffälliger Befund, der jedoch keine Abklärungsempfehlung erforderlich macht, war bei 14,5 % der Kinder zu beobachten. 5,4 % der Kinder befanden sich bereits in Behandlung, und bei 2,1 % wurde eine Abklärung des Befunds empfohlen (vgl. Abb. 5.8.1).

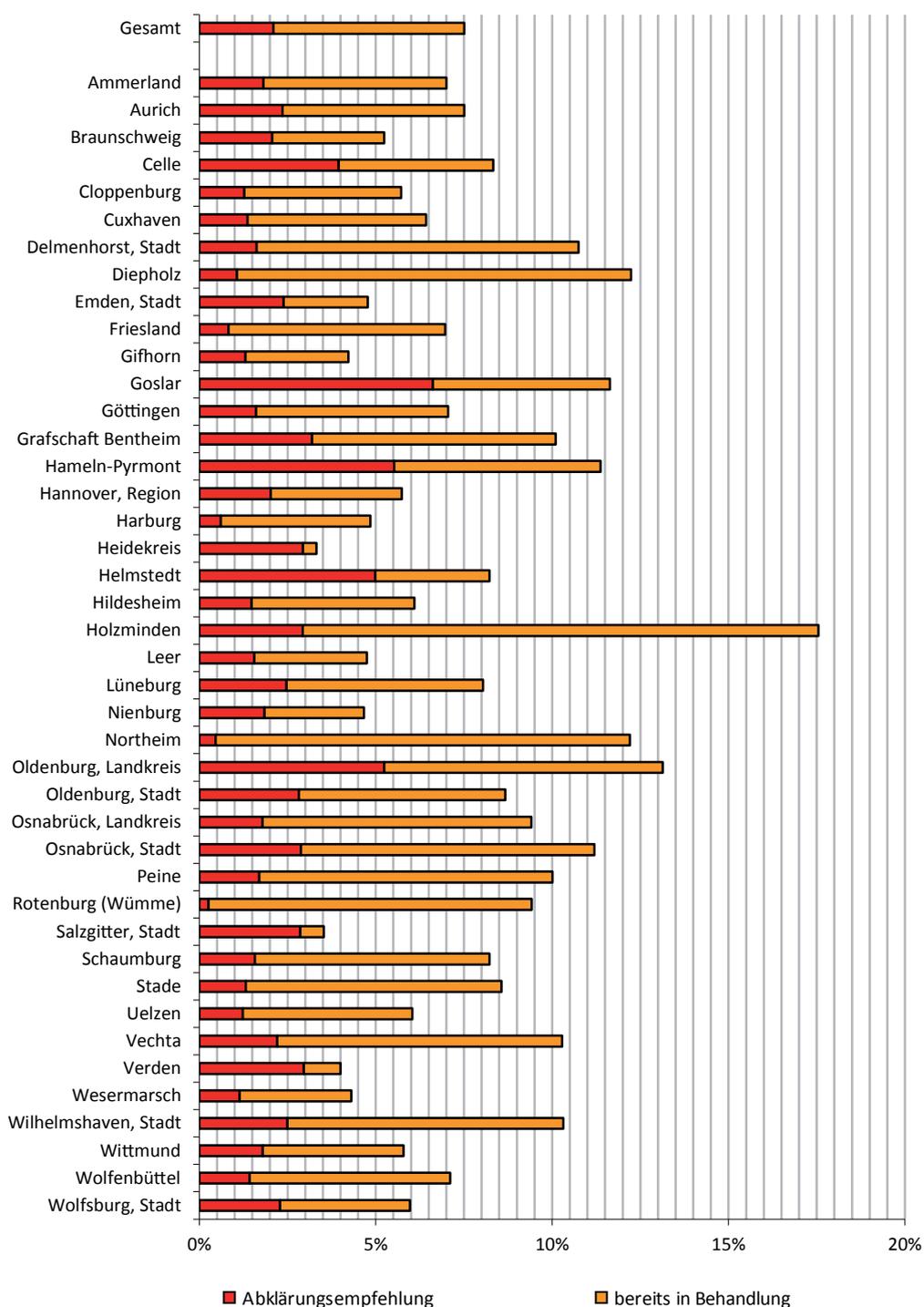


Abb. 5.8.2 Grobmotorische Entwicklung / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.485

Die Spannweite der Befunde für eine Empfehlung zur fachärztlichen Abklärung reichte bei den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten von 0,3 % bis 6,6 %. Bereits in Behandlung befanden sich zwischen 0,4 % und 14,6 % der Kinder (vgl. Abb. 5.8.2).

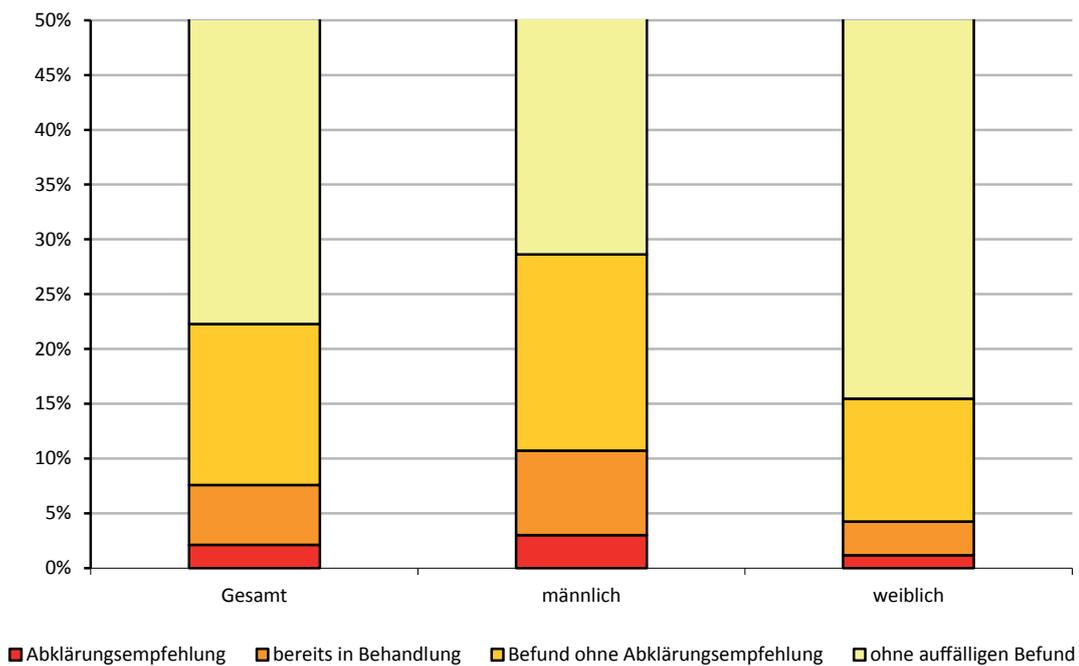


Abb. 5.8.3 Grobmotorische Entwicklung / Geschlecht Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.722

Unterschiede lassen sich hinsichtlich der Verteilung der Befunde nach Geschlecht feststellen (vgl. Abb. 5.8.3). Mädchen schnitten gegenüber Jungen in allen Befundkategorien deutlich besser ab: Während bei 3,0 % der Jungen eine weitere Abklärung der Grobmotorik empfohlen wurde, betrug der Anteil der Mädchen nur 1,2 %. Mehr als doppelt so viele Jungen (7,7 %) wie Mädchen (3,1 %) befanden sich aufgrund von Förderungsbedarf in der grobmotorischen Entwicklung bereits in Behandlung. Bei 17,9 % der Jungen und 11,2 % der Mädchen wurde ein leicht auffälliger Befund diagnostiziert, jedoch keine Maßnahme zur weiteren Abklärung angeraten.



© VRD – Fotolia.com (modifiziert)

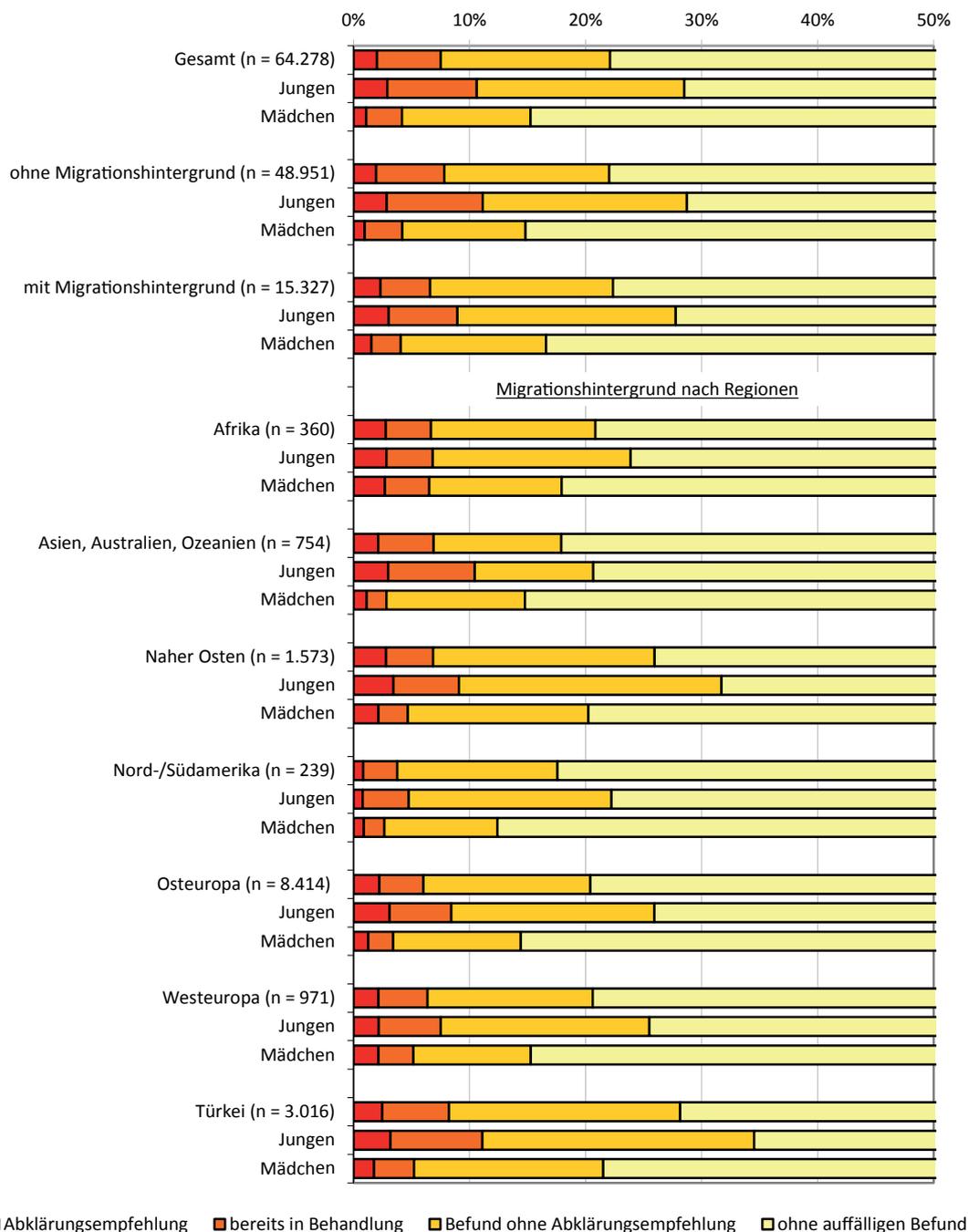


Abb. 5.8.4 Grobmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund nach Regionen/Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.278

Ob ein Kind über einen Migrationshintergrund verfügte oder nicht, schien weniger relevant für die Untersuchungsergebnisse zu sein. Bei 1,9 % der Kinder ohne und bei 2,3 % der Kinder mit Migrationshintergrund wurde eine abklärungsbedürftige grobmotorische Beeinträchtigung festgestellt. Bereits in Behandlung befanden sich 5,9 % der Kinder ohne und 4,3 % der Kinder mit Migrationshintergrund.

Bei genauerer Betrachtung der jeweiligen Herkunftsregionen der Kinder zeigen sich deutlichere Unterschiede (vgl. Abb. 5.8.4): So hatten Kinder mit nord-/südamerikanischer Herkunft nur in 0,8 % der Fälle eine Abklärungsempfehlung, während das bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern mit Herkunftsregion Afrika und dem Nahen Osten jeweils zu 2,8 % der Fall war. Bereits in Behandlung befanden sich zwischen 2,9 % (Nord-/Südamerika) und 5,9 % (Deutschland) der

Kinder. Der Anteil der festgestellten leicht auffälligen Befunde ohne Abklärungsempfehlung lag zwischen 11,0 % (Asien, Australien, Ozeanien) und 19,9 % (Türkei).

Bei der Betrachtung der jeweiligen Herkunftsregionen sind auch die bereits erwähnten geschlechts-spezifischen Unterschiede deutlich zu sehen.

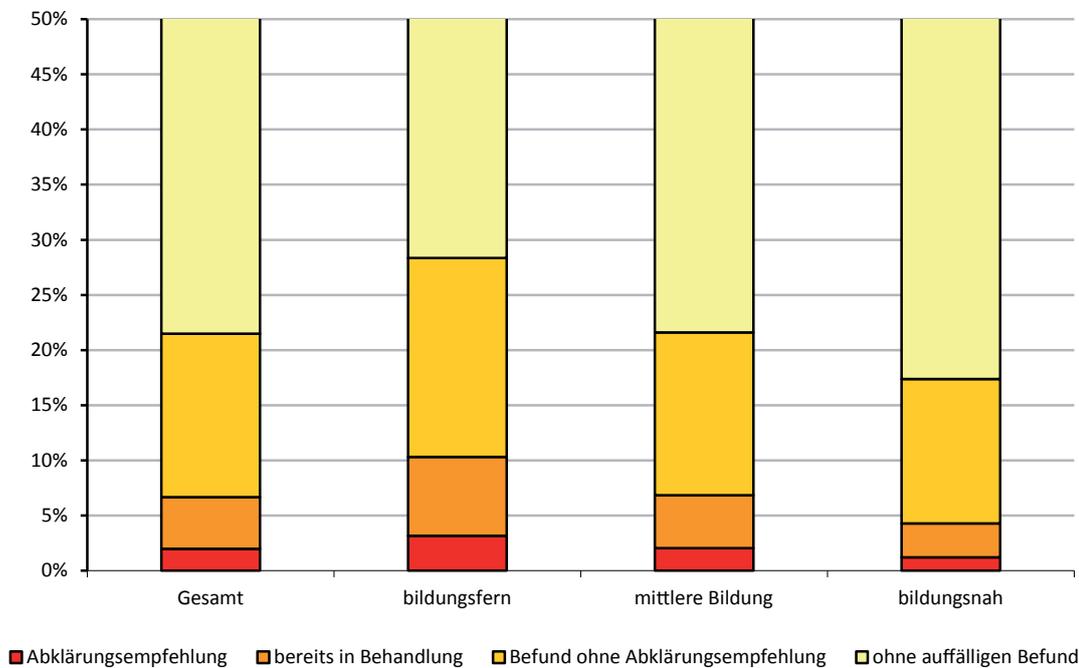


Abb. 5.8.5 Grobmotorische Entwicklung / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.106

Bezogen auf die grobmotorische Entwicklung der Kinder zeigt sich ein statistischer Zusammenhang mit der Ausbildung der Eltern (vgl. Abb. 5.8.5). Kinder aus bildungsnahen Familien weisen das geringste Risiko auf, grobmotorisch nicht altersgerecht entwickelt zu sein: Bei 82,6 % wurde kein auffälliger Befund festgestellt, bei 13,1 % wurde ein leicht auffälliger Befund festgestellt, der aber keine Abklärungsempfehlung nach sich zog. 3,1 % der Kinder befanden sich bereits in Behandlung und für 1,2 % wurde die Empfehlung für eine weitergehende Abklärung ausgesprochen. Kinder, die in bildungsfernen Haushalten aufwuchsen, waren zu 71,7 % ohne auffälligen Befund und bei 18,0 % wurde ein Befund ohne Abklärungsempfehlung diagnostiziert. Auch der Anteil der bereits in Behandlung befindlichen Kinder (7,1 %) und der Abklärungsempfehlungen (3,2 %) war in dieser Gruppe am größten.

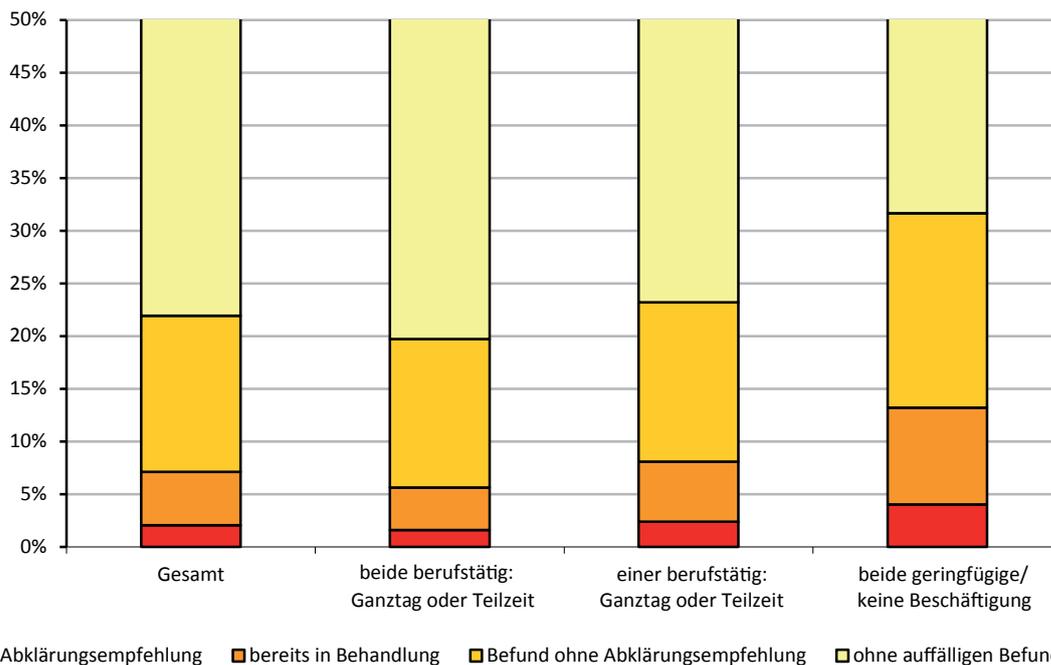


Abb. 5.8.6 Grobmotorische Entwicklung / Berufstätigkeit der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 54.453

Zwischen den Untersuchungsergebnissen im Bereich der grobmotorischen Entwicklung und der beruflichen Situation der Eltern zeigt sich ein Zusammenhang (vgl. Abb. 5.8.6). Bei Kindern von berufstätigen Eltern (Vollzeit und/oder Teilzeit) wurde für 1,6 % eine Abklärungsempfehlung dokumentiert und 4,0 % dieser Kinder befanden sich bereits in ärztlicher Behandlung. Kinder von Eltern mit geringfügiger oder keiner Beschäftigung wurden fast doppelt so häufig (4,0 %) zur weiteren Abklärung an eine/n niedergelassene/n Ärztin/Arzt überwiesen und 9,2 % befanden sich bereits in Behandlung. Dieser statistische Zusammenhang ist mit großer Wahrscheinlichkeit nicht durch die Berufstätigkeit der Eltern direkt bedingt, sondern möglicherweise auch Ausdruck einer dahinter liegenden ökonomischen und sozialen Stellung der Familie.

Die Auswertung erlaubt jedoch vor dem Hintergrund der bei Berufstätigkeit notwendigen Betreuungsregelung Rückschlüsse auf mögliche Zugangswege zu den betroffenen Zielgruppen.

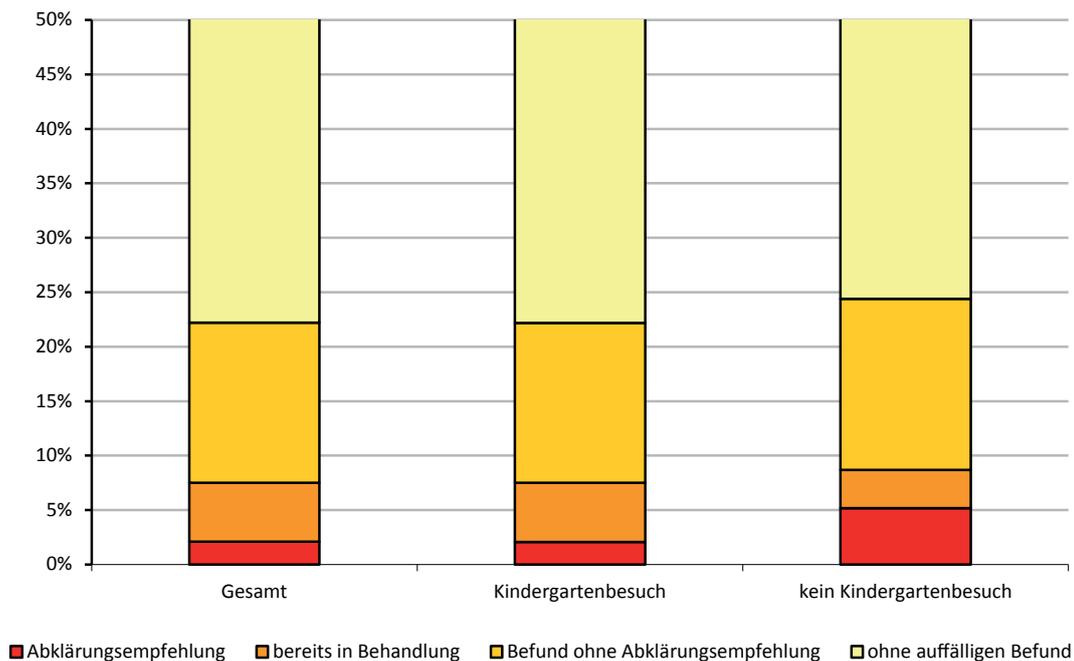


Abb. 5.8.7 Grobmotorische Entwicklung / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.854

Der Besuch eines Kindergartens ist mit positiveren Ergebnissen hinsichtlich der grobmotorischen Entwicklung der untersuchten Kinder assoziiert (vgl. Abb. 5.8.7). Bei Kindern, die keinen Kindergarten besucht haben, wurde für 5,2 % eine Empfehlung zur Abklärung der grobmotorischen Entwicklung ausgesprochen. Demgegenüber wurde bei Kindern, die einen Kindergarten besucht haben, eine Abklärung sehr viel seltener empfohlen (2,1 %). Der Anteil der Kinder, die sich bereits in Behandlung befanden, war bei den Kindern, die einen Kindergarten besucht haben, höher (5,4 %) als bei der Gruppe der Kinder, die nicht im Kindergarten waren (3,5 %). Diese Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, dass grobmotorische Entwicklungsverzögerungen im Zweifelsfall bei Kindern, die einen Kindergarten besucht hatten, früher erkannt und ggf. behandelt wurden. Auch ist zu vermuten, dass sich der Besuch eines Kindergartens förderlich auf die grobmotorischen Fähigkeiten der Kinder auswirkt.

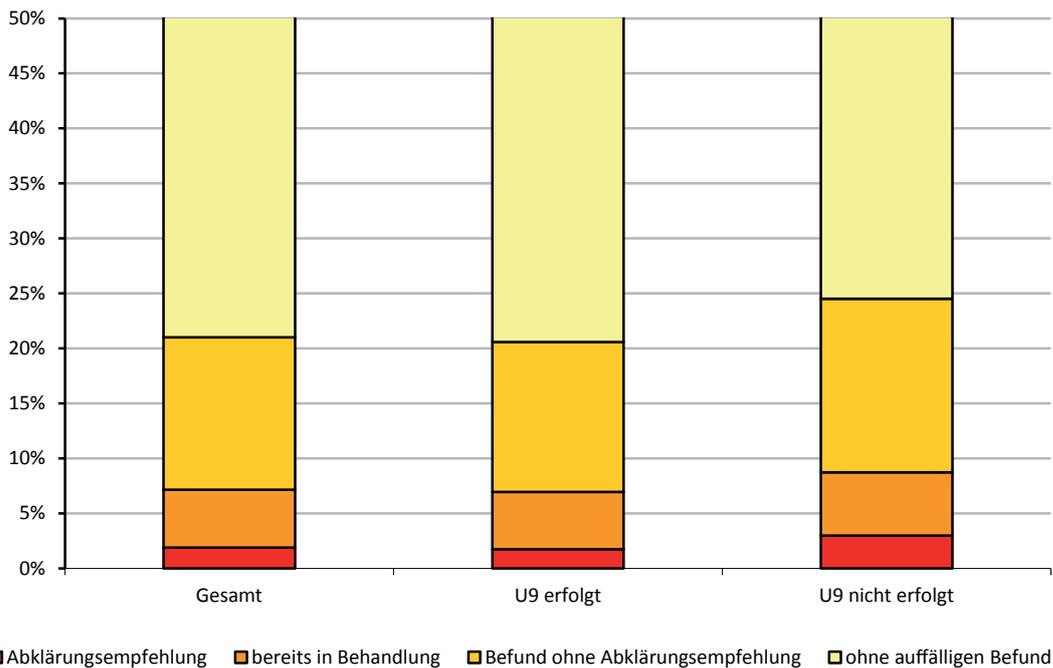


Abb. 5.8.8 Grobmotorische Entwicklung / Teilnahme U9, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 56.609

Bei der Betrachtung der Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U9 zeigt sich, dass die Kinder, die an der U9 teilgenommen haben, hinsichtlich ihrer grobmotorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einem höheren Prozentsatz altersgerecht entwickelt sind (vgl. Abb. 5.8.8).¹ 79,4 % der Kinder, die bei der U9 waren, zeigten keinen auffälligen Befund, bei 13,6 % wurde ein Befund ohne Abklärungsempfehlung festgestellt, 5,2 % der Kinder befanden sich bereits in Behandlung und 1,8 % wurde eine Abklärung des Befunds geraten. Demgegenüber waren 75,5 % der Kinder, die nicht an der U9 teilgenommen haben, ohne auffälligen Befund. Ein Befund ohne Abklärungsempfehlung wurde für 15,8 % dokumentiert, 5,7 % befanden sich bereits in Behandlung und 3,0 % der Kinder wurde eine weitere Abklärung des festgestellten Befunds empfohlen.



© VRD - Fotolia.com

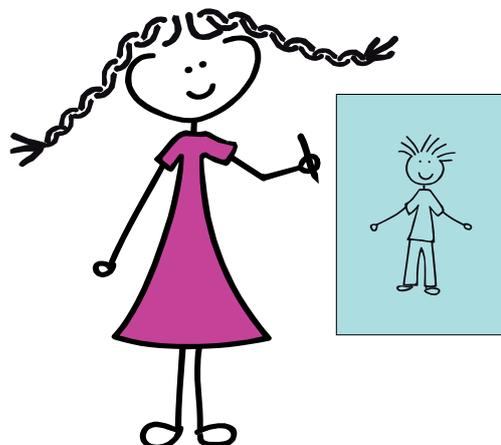
¹In diese Auswertung wurden nur die Kinder mit einbezogen, die zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung über 64 Monate alt waren und so das entsprechende Alter für die U9 hatten, die zwischen dem 60. und 64. Lebensmonat stattfinden sollte.

5.9 Feinmotorische Entwicklung

Der Bereich Feinmotorik/Graphomotorik wird getrennt von der Grobmotorik/Ganzkörperkoordination beurteilt.

Bei der Prüfung der Feinmotorik wird in erster Linie die Handmotorik überprüft. Die Untersuchung soll dokumentieren, ob Entwicklungsverzögerungen der Hand-Auge-Koordination und/oder der Graphomotorik (Stifthalterung) bestehen. Es werden folgende Tests durchgeführt:

- Beurteilung der Malstifthalterung und Kraftdosierung bei der Durchführung des visuo-motorischen Schulreife-tests (VSRT) nach Esser/Stöhr (Hogrefe Verlag): Zeichnen eines Menschen und Fortsetzung des Musters einer begonnenen Figurenreihe
- Stifte stecken: in schnellst möglicher Zeit müssen Stifte in eine waagrecht angebrachte Lochleiste gesteckt werden
- Finger-Daumen-Oppositionsversuch (fakultativ)



© VRD – Fotolia.com (modifiziert)

Störungen in der Feinmotorik können bei Aktivitäten wie Zeichnen oder Schreiben zu Leistungseinbußen in der Schule führen. Ein festgestellter Mangel an feinmotorischen Fähigkeiten kann im familiären Umfeld gut und gezielt gefördert werden und bedarf nicht unbedingt der ärztlichen Anleitung.

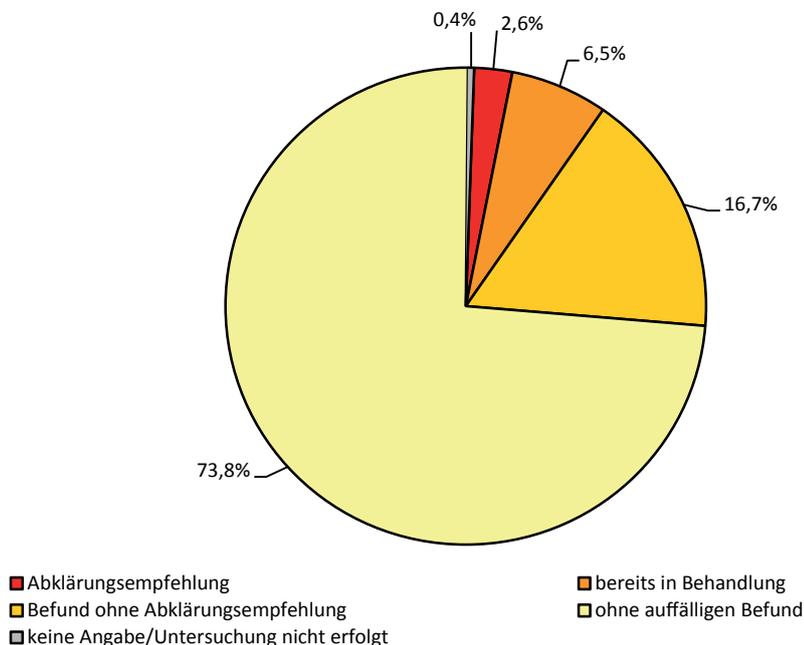


Abb. 5.9.1 Feinmotorische Entwicklung, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.485

Nach Datenlage zeigten fast drei Viertel der untersuchten Kinder des Untersuchungsjahres 2012 feinmotorisch keinen auffälligen Befund (73,8 %), bei weiteren 16,7 % wurde ein leicht auffälliger Befund festgestellt, der jedoch keiner weiteren ärztlichen Abklärung bedurfte. 6,5 % der Kinder waren bereits in Behandlung und 2,6 % der Kinder erhielten eine Empfehlung zur weiteren Abklärung (vgl. Abb. 5.9.1).

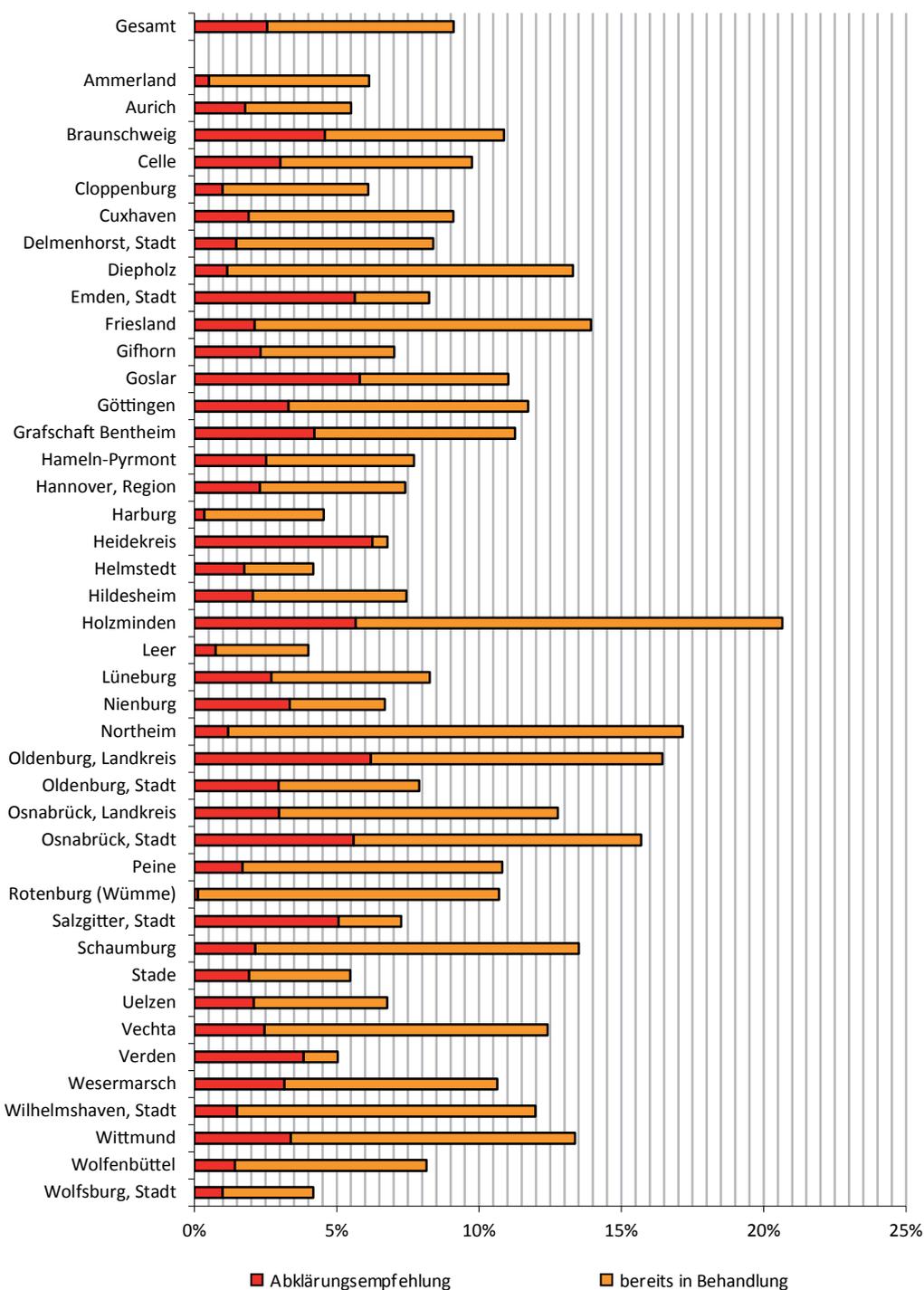


Abb. 5.9.2 Feinmotorische Entwicklung / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.485

Landesweit wurde für 2,6 % der 66.485 untersuchten Kinder eine weitergehende Abklärung der feinmotorischen Entwicklung empfohlen, die Spannweite lag zwischen 0,1 % und 6,3 %. Bereits in Behandlung befanden sich auf kommunaler Ebene zwischen 0,5 % und 16,0 % der Kinder (vgl. Abb. 5.9.2).

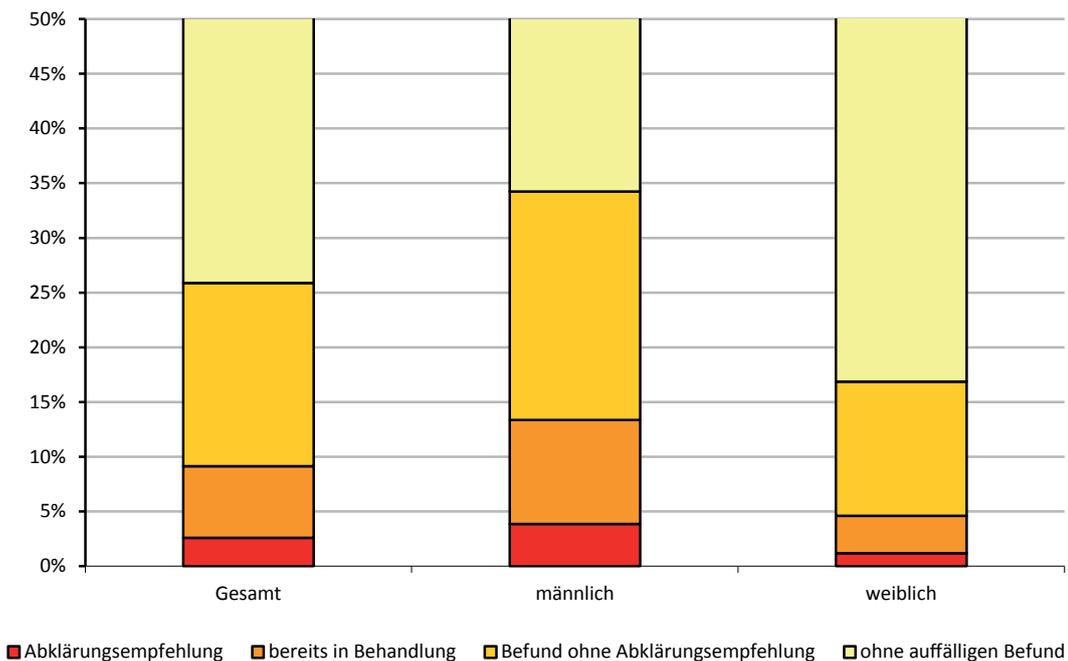
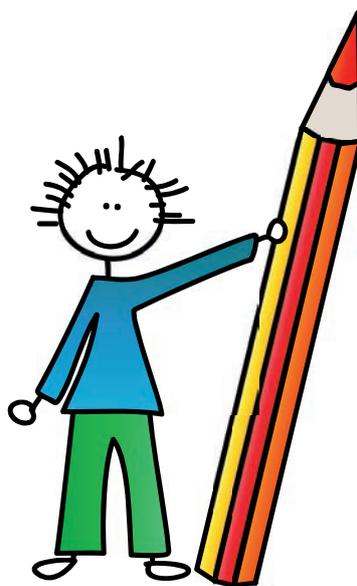


Abb. 5.9.3 Feinmotorische Entwicklung / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.202

Bei der Auswertung der Daten zur Feinmotorik fallen wie auch schon bei der Grobmotorik (vgl. Kap. 5.8) deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede auf (vgl. Abb. 5.9.3). Lediglich 1,2 % der Mädchen, aber mehr als dreimal so vielen Jungen (3,9 %), wurde empfohlen, eine weitergehende Abklärung durchführen zu lassen. Außerdem befanden sich mehr als doppelt so viele Jungen (9,5 %) wie Mädchen (3,6 %) bereits in Behandlung. Gleichfalls ist der Anteil der Jungen, bei denen ein leicht auffälliger Befund ohne weiteren Abklärungsbedarf dokumentiert wurde, deutlich höher (20,9 %) als bei Mädchen (12,3 %). Als ursächlich für diese Unterschiede können geschlechtsspezifisch unterschiedliche Entwicklungsverläufe vermutet werden. Zudem könnte es eine Rolle spielen, dass Mädchen bei ihrer Art zu spielen, feinmotorischen Fähigkeiten besser trainieren.



© VRD - Fotolia.com

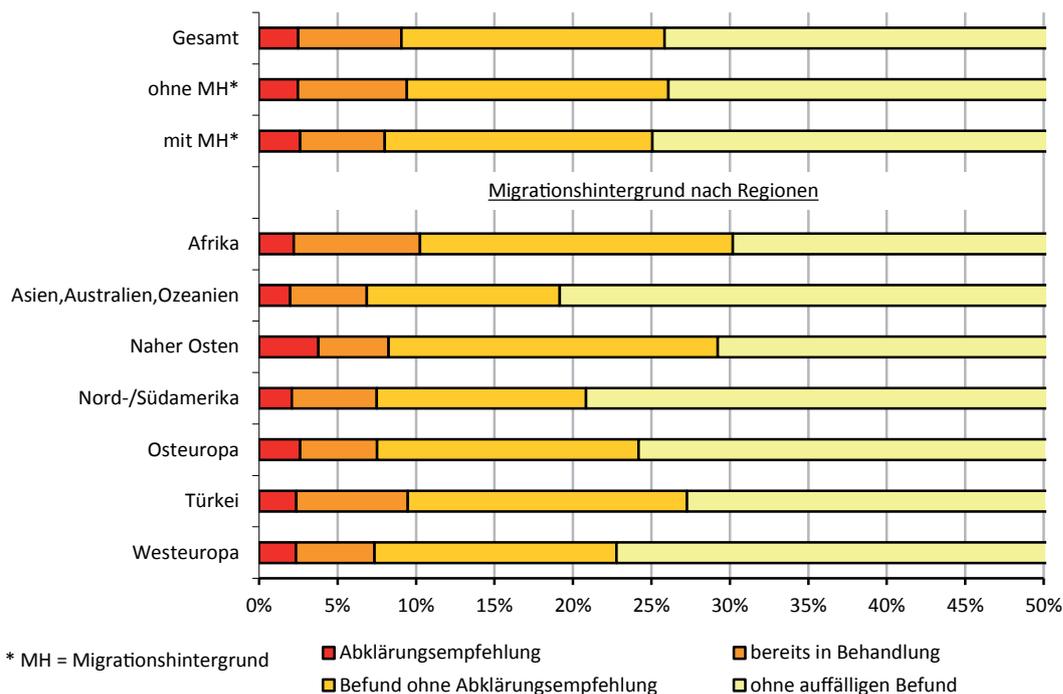


Abb. 5.9.4 Feinmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.750

Die Auswertung der Daten deutet zunächst auf einen geringen Einfluss des Migrationshintergrunds auf die feinmotorischen Fähigkeiten der Schulanfängerinnen und -anfänger hin (vgl. Abb. 5.9.4). Der Anteil der Kinder, die eine Abklärungsempfehlung erhielten, lag bei Kindern ohne Migrationshintergrund bei 2,5 % und bei Kindern mit Migrationshintergrund bei 2,6 %. Ein wenig größer war die Differenz bei den bereits in Behandlung befindlichen Schulanfängerinnen und Schulanfängern: 6,9 % der Kinder ohne und 5,4 % der Kinder mit Migrationshintergrund befanden sich in entsprechender Behandlung.

Bei der differenzierteren Betrachtung der jeweiligen Herkunftsregionen der Kinder mit Migrationshintergrund fallen Unterschiede bei den Untersuchungsergebnissen zur Feinmotorik auf (vgl. Abb. 5.9.5): Während Kinder mit Migrationshintergrund Asien, Australien, Ozeanien (n = 757) den geringsten Anteil an Abklärungsempfehlungen hatten (2,0 %), waren es bei Kindern mit Wurzeln im Nahen Osten (3,8 %; n = 1.588) annähernd doppelt so viele. Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die sich bereits in Behandlung befanden, lag je nach Herkunft zwischen 4,5 % (Naher Osten, n = 1.588) und 8,0 % (Afrika, n = 361).

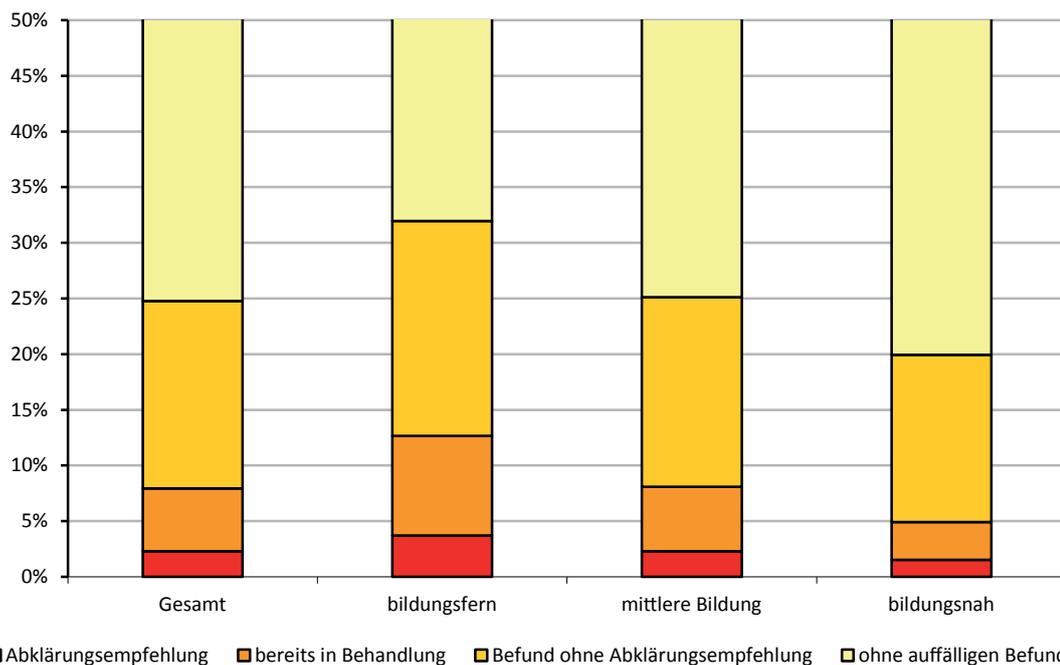


Abb. 5.9.5 Feinmotorische Entwicklung / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.461

Anhand der vorliegenden Daten zeigt sich ein statistischer Zusammenhang zwischen den feinmotorischen Fähigkeiten und dem Ausbildungsgrad der Eltern (vgl. Abb. 5.9.5). Eine weitergehende Abklärung der feinmotorischen Entwicklung wurde für 1,5 % der Kinder bildungsnaher Eltern, für 2,3 % der Kinder von Eltern mit mittlerer Bildung und für 3,7 % der Kinder von bildungsfernen Eltern empfohlen. Bereits in Behandlung befanden sich 8,9 % der Schulanfängerinnen und -anfänger, die in bildungsfernen Haushalten aufwuchsen, 5,8 % der Kinder in Haushalten mit mittlerer Bildung und 3,4 % der Kinder aus bildungsnahen Elternhäusern. Etwas geringer fielen die Unterschiede bei den leicht auffälligen Befunden aus, die keine Abklärungsempfehlung nach sich zogen: Hier betrug die Anteile 19,3 % (bildungsfern), 17,0 % (mittlere Bildung) und 15,0 % (bildungsnah).

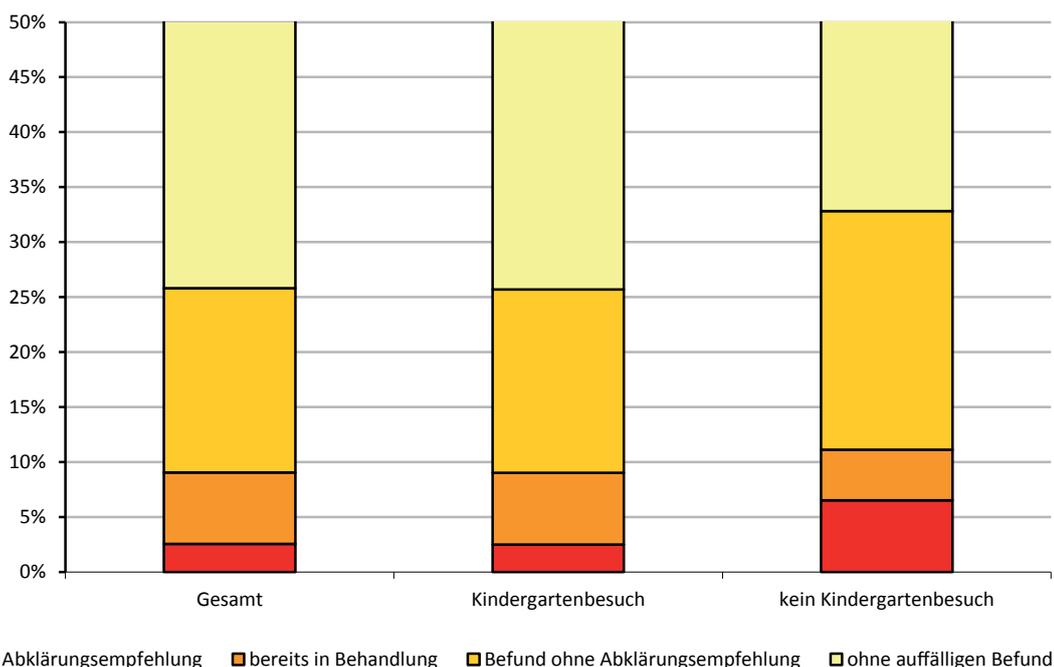


Abb. 5.9.6 Feinmotorische Entwicklung / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.330

Die Daten zeigen, dass die feinmotorische Entwicklung bei Kindern, die einen Kindergarten oder eine ähnliche Einrichtung besucht haben, häufiger altersentsprechend ist (vgl. Abb. 5.9.6). Während bei Kindergartenkindern nur in 2,5 % der Fälle eine Abklärung des Befunds empfohlen wurde, wurde denjenigen Kindern, die keinen Kindergarten besucht hatten, mehr als doppelt so häufig (6,5 %) eine weitergehende Abklärung angeraten. Der Anteil der bereits in Behandlung befindlichen Kindern war hingegen bei denen, die nicht im Kindergarten waren, niedriger (4,6 %) als bei denen, die einen Kindergarten besucht haben (6,5 %). Diese Ergebnisse geben Anlass zu der Vermutung, dass Kinder, die einen Kindergarten oder eine vergleichbare Einrichtung besuchen, zum einen besser gefördert sind und zum anderen bei Defiziten frühzeitiger an eine Behandlung herangeführt werden.

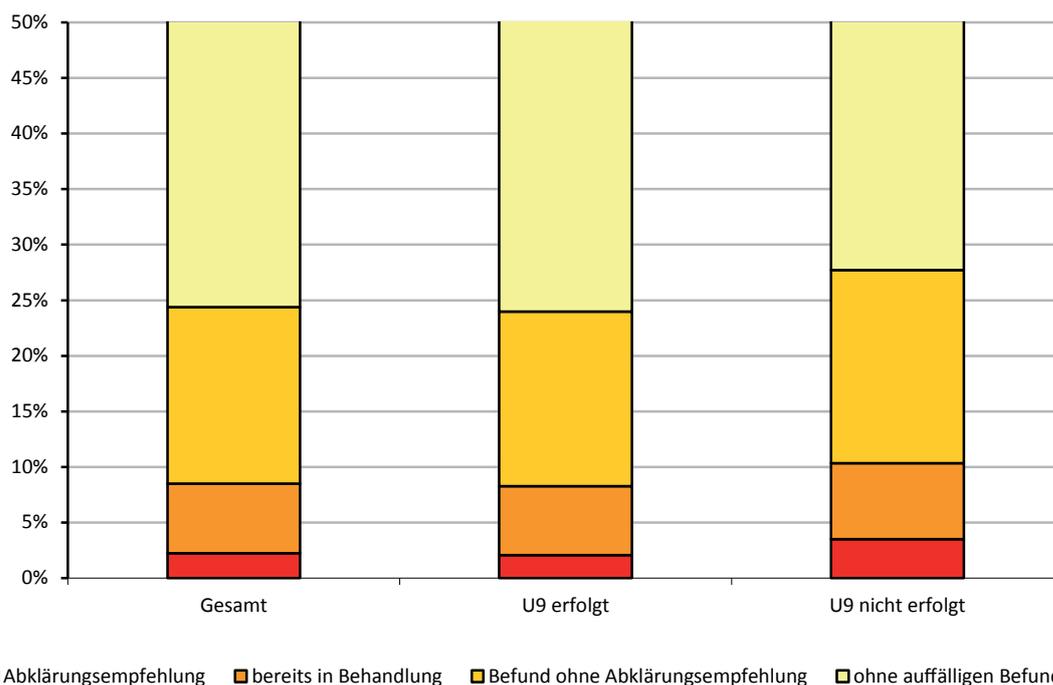


Abb. 5.9.7 Feinmotorische Entwicklung / Besuch der Vorsorgeuntersuchung U9, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 56.996

Nach Datenlage schnitten die Kinder, bei denen die Vorsorgeuntersuchung U9 schon durchgeführt worden war, bei der Bewertung der feinmotorischen Fähigkeiten besser ab (vgl. Abb. 5.9.7).¹ In dieser Gruppe wurde lediglich bei 2,1 % der Kinder eine weitere Abklärung des Befundes empfohlen, während der Anteil an Arztüberweisungen bei den Kindern, die nicht an der U9 teilgenommen hatten, fast doppelt so hoch war (3,5 %). Auch der Anteil der bereits in Behandlung befindlichen Kinder sowie der leicht auffälligen Befunde ohne Abklärungsbedarf war bei Kindern, die nicht an der U9 teilgenommen hatten, etwas höher (bereits in Behandlung: 6,8 % zu 6,2 %, Befund ohne Abklärungsempfehlung: 17,4 % zu 15,7 %).

¹In diese Auswertung wurden nur die Kinder mit einbezogen, die zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung über 64 Monate alt waren und so das entsprechende Alter für die U9 hatten, die zwischen dem 60. und 64. Lebensmonat stattfinden sollte.

5.10 Verhalten

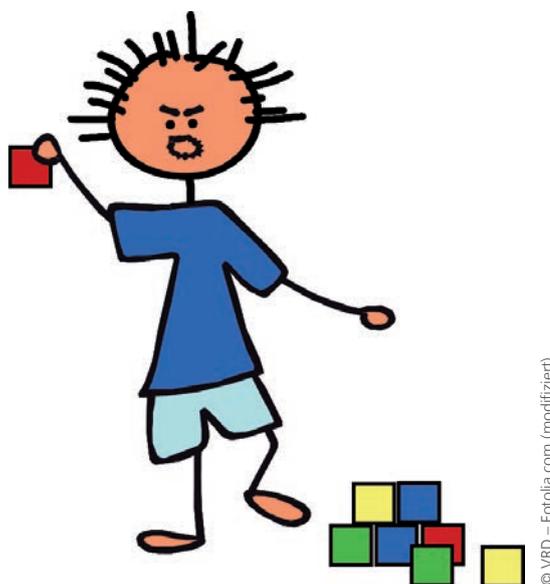
Die Beurteilung der Verhaltensauffälligkeiten/psychischen Auffälligkeiten der Kinder durch die/ den untersuchende/n Ärztin/Arzt beruht auf dem Verhalten des Kindes in der Untersuchungssituation, seiner Interaktion sowie den Angaben der Eltern bzw. Begleitpersonen im Beratungsgespräch.

Zudem wird von vielen Eltern – auf freiwilliger Basis – vor dem Beratungsgespräch ein Fragebogen, der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), ausgefüllt. Dieser SDQ-Fragebogen ist ein validiertes, standardisiertes und international anerkanntes Verfahren für das Screening psychischer Auffälligkeiten. Die Angaben der Eltern zum Kind aus dem SDQ-Fragebogen werden im Beratungsgespräch besprochen und nur dann in die Beurteilung der Verhaltensauffälligkeiten mit aufgenommen, wenn diese als mit hoher Wahrscheinlichkeit zutreffend eingestuft werden. Die Einschätzung des kindlichen Verhaltens durch die Eltern ist allerdings vor dem jeweiligen soziokulturellen Hintergrund zu sehen – so gibt es in verschiedenen sozialen Kontexten sehr unterschiedliche Vorstellungen vom „normalen kindlichen Verhalten“. Außerdem ist gerade die SEU für viele Eltern ein kritisches Moment, so dass die Beantwortung der Fragen im SDQ durchaus auch hiervon beeinflusst werden kann.

Von vielen untersuchenden Ärztinnen und Ärzten wird der Einsatz des SDQ-Fragebogens als ein sehr hilfreiches Instrument bewertet, da er zum einen eine geeignete Grundlage für das Elterngespräch ist und zum anderen, weil er es ermöglicht, sich in relativ kurzer Zeit einen Überblick über das Verhalten des Kindes zu verschaffen. Im Gespräch mit den Eltern zeigt sich immer wieder, dass die Eltern geradezu erleichtert sind, über bestimmte Themen sprechen zu können und eine erste Beratung zu erhalten. Von den fünf im SDQ zusammengefassten Unterskalen sind in Hinsicht auf den Schulbesuch die Skalen der „Aufmerksamkeitskompetenz“ und der „emotionalen Probleme“ von besonderer Relevanz.

Die Dokumentation des Verhaltens erfolgt in den Einteilungen „ohne auffälligen Befund“, „Beratung ohne Abklärungsempfehlung“, „Befund mit Abklärungsempfehlung“, „bereits in Behandlung/Beratung“, „keine Angabe/Untersuchung nicht erfolgt“. Unter „Beratung ohne Abklärungsempfehlung“ sind die Fälle zu verstehen, bei denen das Kind geringe Auffälligkeiten zeigt, jedoch keine Abklärung durch eine/n entsprechende/n Fachärztin/-arzt oder eine Beratungsstelle erforderlich ist. In diesen Fällen erfolgt in der Regel eine Beratung der Eltern durch den/die Schularzt/-ärztin. Bei Kindern mit „Befund mit Abklärungsempfehlung“ zeigen sich Auffälligkeiten, die eine Abklärung und/oder gegebenenfalls Therapie durch eine/n entsprechende/n Facharzt/-ärztin erforderlich machen oder eine Beratung durch eine psychologischen Beratungsstelle oder Erziehungsberatung als sinnvoll erscheinen lassen.

Die Gründe für ein auffälliges Sozialverhalten sind mannigfaltig, und in der Regel sind sie durch eine Vielzahl verschiedener Ursachen bedingt. Kinder können z. B. sowohl aufgrund von emotionaler Vernachlässigung als auch wegen Überbehütung und zu hohem Erwartungsdruck durch das Elternhaus ein auffälliges Sozialverhalten zeigen. Auch traumatische Erfahrungen sowie mit Ängsten verbundene Lebensumstände können zu einem auffälligen Sozialverhalten führen. Zudem können genetische Faktoren eine Rolle bei der Ausbildung von Verhaltensauffälligkeiten spielen.



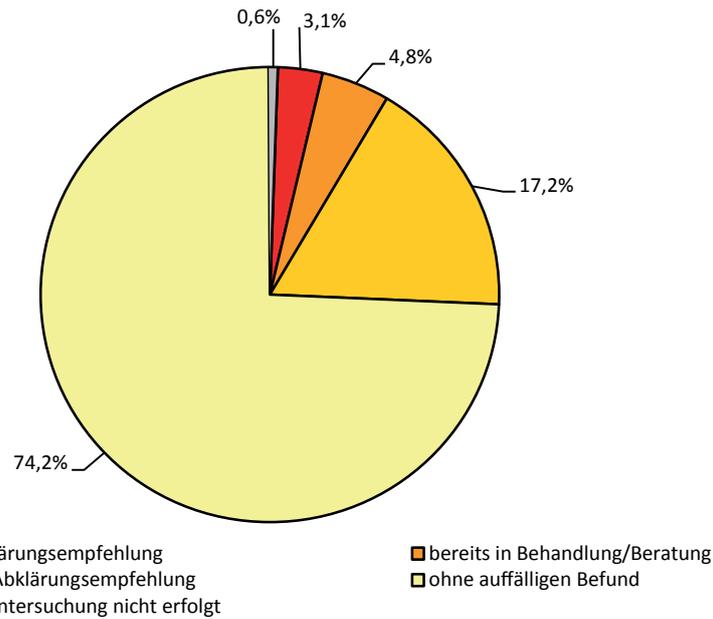


Abb. 5.10.1 Verhalten, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 61.237

Von den untersuchten Kindern wurden bei 74,2 % keine Auffälligkeiten im Verhalten festgestellt. Eine Beratung durch die/den untersuchende/n Ärztin/Arzt ohne weiterführende Abklärungsempfehlung wurde bei 17,2 % dokumentiert und eine Auffälligkeit, die eine weitere Abklärung durch eine/n niedergelassene/n Fachärztin/-arzt bzw. das Aufsuchen einer Beratungsstelle erforderlich macht, bei 3,1 % der Kinder. Zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung waren bereits 4,8 % der Kinder wegen Auffälligkeiten in psychologischer oder verhaltenstherapeutischer Beratung oder Behandlung (vgl. Abb. 5.10.1).

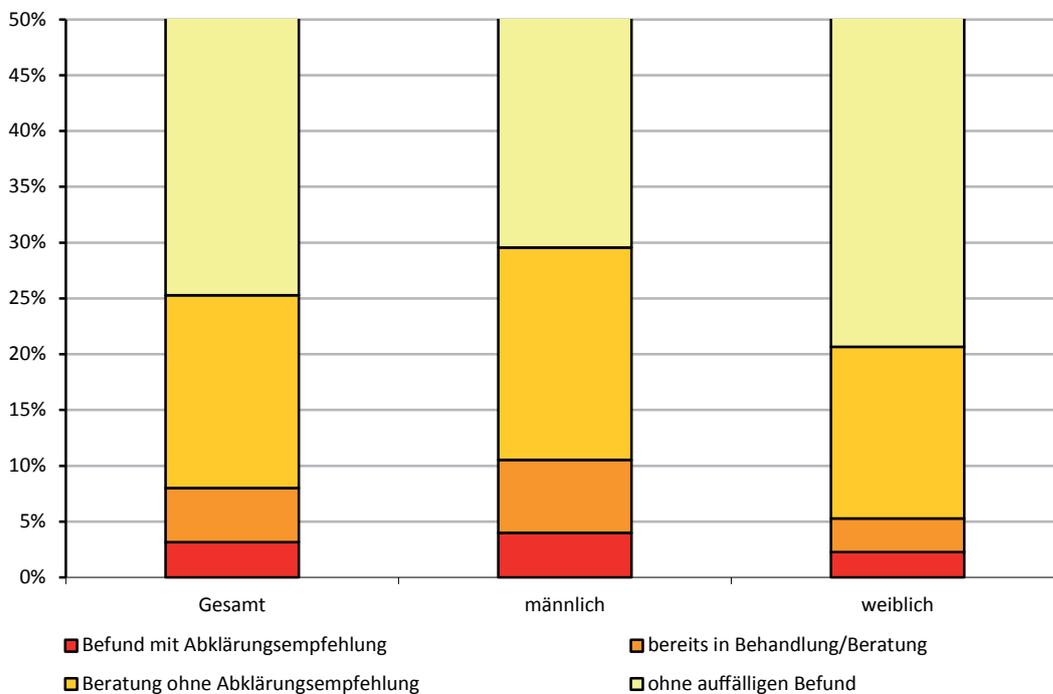


Abb. 5.10.2 Verhalten / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 60.843

Nach Datenlage zeigten Jungen häufiger Auffälligkeiten mit Abklärungsempfehlungen (4,0 %) und leichtere Auffälligkeiten ohne weiterführende Abklärungsempfehlungen (19,0 %) als Mädchen (2,3 % bzw. 15,4 %). Auch waren Jungen häufiger in psychologischer oder therapeutischer

Beratung/Behandlung (6,5 % im Vergleich zu 3,0 %) (vgl. Abb. 5.10.2). Dass Jungen häufiger Auffälligkeiten im Verhalten zeigen als Mädchen, deckt sich mit Beobachtungen anderer Studien (vgl. Döpfner et al. 2000, Ravens-Sieberer 2007). Allerdings sollte bei der Bewertung der Untersuchungsergebnisse in Betracht gezogen werden, dass Jungen im Verhalten eher auffallen, da ihre Reaktionen häufiger nach außen gerichtet sind, als dies bei Mädchen der Fall ist (vgl. Döpfner 1997, Ihle 2002).

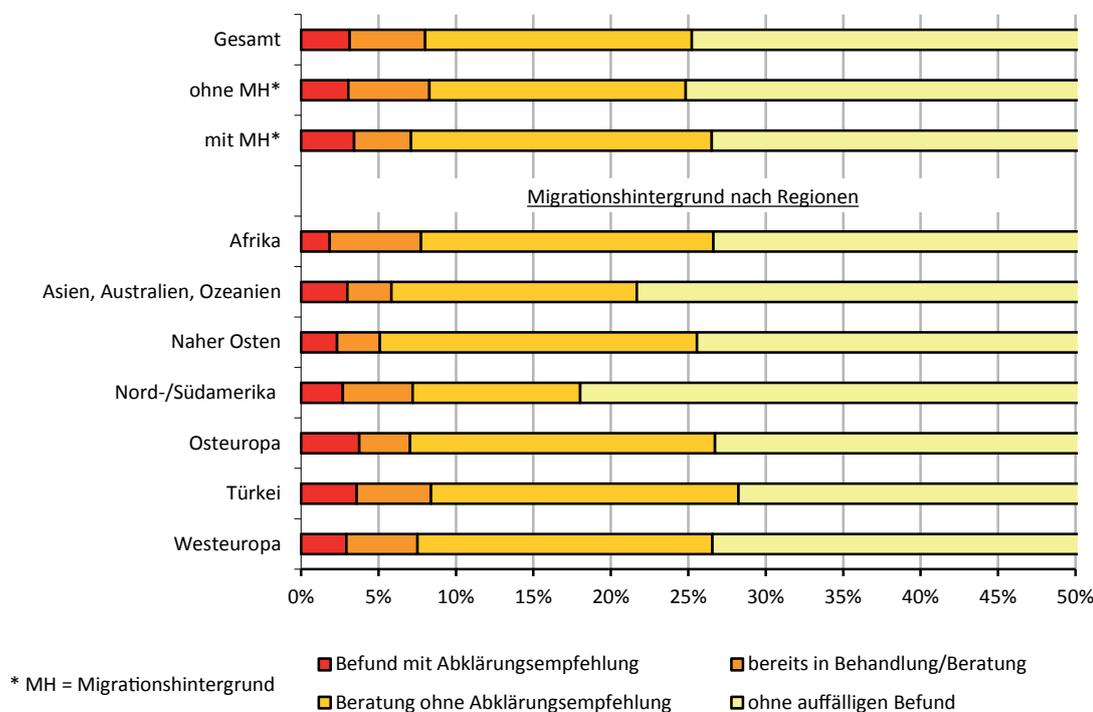


Abb. 5.10.3 Verhalten / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 59.382

Bei den Untersuchungsergebnissen zum Verhalten sind keine deutlichen Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund zu beobachten. Erst die Untergliederung der Kinder nach Herkunftsregionen zeigt – sowohl bei dem Anteil der Kinder mit Abklärungsempfehlung, als auch bei den bereits in Beratung/Behandlung befindlichen Kindern – erkennbare Unterschiede (vgl. Abb. 5.10.3). Kinder mit nord- oder südamerikanischer Herkunft (n = 222) haben den größten Anteil an unauffälligen Befunden (82,0 %), während Kinder türkischer Herkunft (n = 2.791) den niedrigsten Anteil haben (71,8 %). Im Verhältnis zu den dokumentierten Auffälligkeiten mit und ohne Abklärungsempfehlungen ist der Anteil der nord- und südamerikanischen Kinder, die bereits in Beratung/Behandlung sind, sehr hoch. Die Eltern dieser Kinder scheinen ein hohes Bewusstsein für Verhaltensauffälligkeiten bei ihren Kindern zu haben und über gute Kenntnisse von Hilfsmöglichkeiten und über deren Zugangswege zu verfügen.

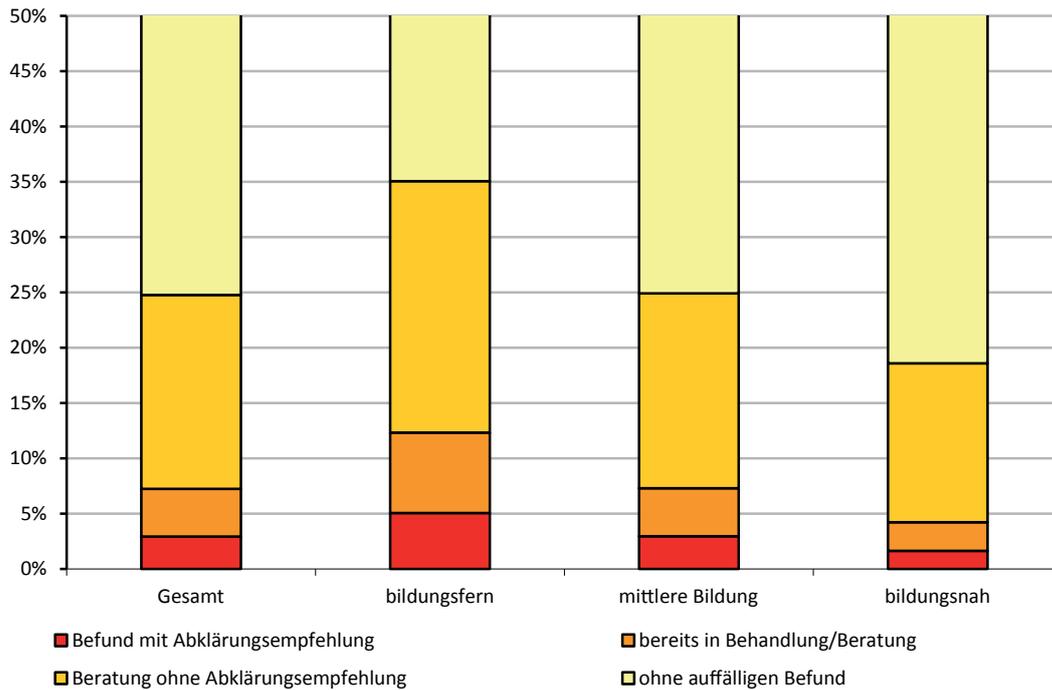


Abb. 5.10.4 Verhalten / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 44.768

Betrachtet man das Verhalten der Kinder im Zusammenhang mit dem Ausbildungshintergrund der Eltern, ist zu beobachten, dass der Anteil der Kinder ohne auffälligen Befund mit zunehmendem Bildungshintergrund steigt. Eine weitere Abklärung des Befunds wurde 1,6 % der Kinder aus bildungsnahen Familien empfohlen, bei Familien mit mittlerem Bildungsniveau betrug dieser Anteil 3,0 % und bei Kindern, die in bildungsfernen Familien aufwuchsen, 5,1 % (vgl. Abb. 5.10.4). Kinder aus bildungsfernen Familien wiesen zudem die höchste Quote an Beratungen ohne Abklärungsempfehlungen auf (22,7 %) und waren am häufigsten bereits in Beratung/Behandlung (7,3 %).

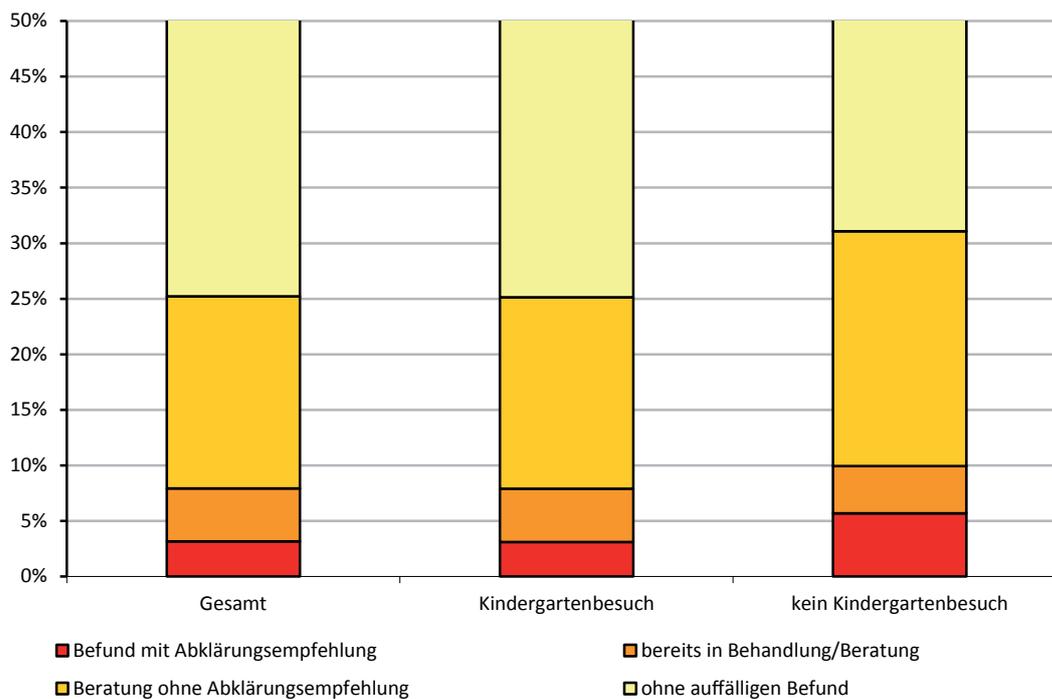


Abb. 5.10.5 Verhalten / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 60.080

Bei Kindern, die einen Kindergarten oder eine vergleichbare Einrichtung besucht haben, wurden seltener abklärungsbedürftige Verhaltensauffälligkeiten (3,1 %) und seltener Beratungen ohne Abklärungsempfehlungen (17,2 %) dokumentiert als bei Kindern, die keinen Kindergarten besucht haben (Abklärungsempfehlung: 5,7 %, Beratungen ohne Abklärungsempfehlungen: 21,1 %). Kinder, die einen Kindergarten besucht haben, waren zu 4,8 % bereits in Beratung/Behandlung, und Kinder, die eine solche Einrichtung nicht besucht haben, zu 4,2 % (vgl. Abb. 5.10.5).

Die Beobachtungen legen die Vermutung nahe, dass Kinder in Kindertageseinrichtungen soziale Fähigkeiten erlernen, die Verhaltensauffälligkeiten unwahrscheinlicher machen beziehungsweise auffangen.

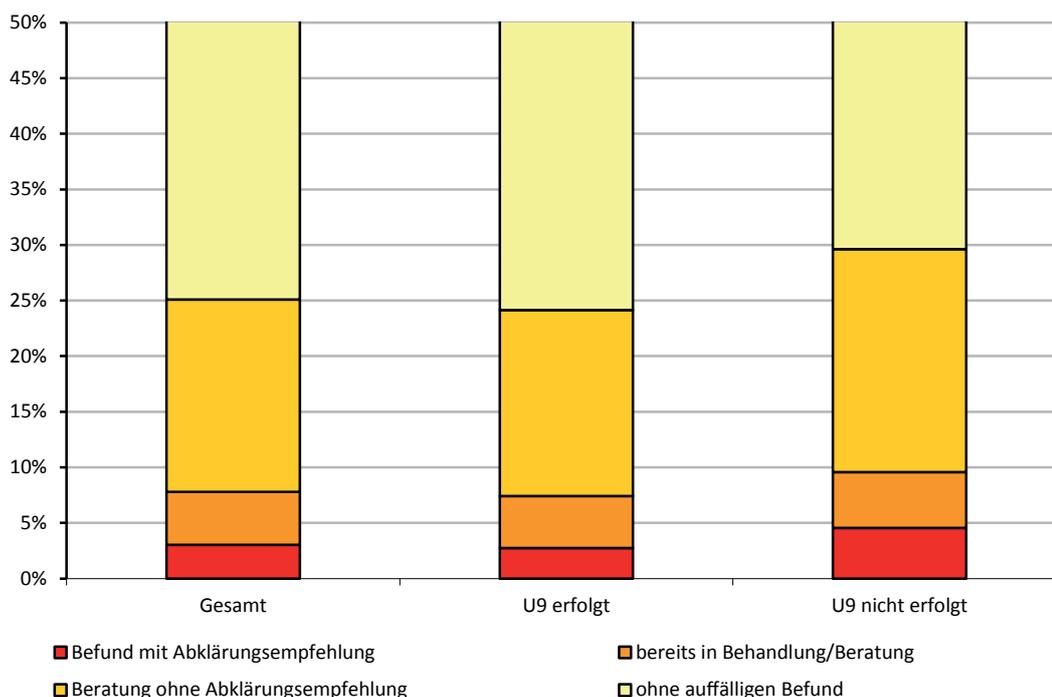


Abb. 5.10.6 Verhalten / Besuch der U9, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 56.229

Kinder, die nicht an der Früherkennungsuntersuchung U9 teilgenommen haben, wurden öfter als abklärungsbedürftig eingestuft (4,6 %).¹ Im Vergleich dazu wurde nur 2,7 % der Kinder, die an der U9 teilgenommen haben, eine fachliche Abklärung ihrer Verhaltensauffälligkeit angeraten. Eine Beratung ohne Abklärungsempfehlung erhielten 20,0 % der Kinder ohne U9 und 16,7 % mit U9. 5,0 % der Kinder, bei denen die U9 nicht durchgeführt wurde, und 4,7 % der Kinder, bei denen die U9 durchgeführt wurde, waren bereits in Behandlung/Beratung (vgl. Abb. 5.10.6).

Literatur:

Döpfner, M./Lehmkuhl, G./Heubrock, D. 2000: Ratgeber Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe-Verlag

Döpfner 1997, Ihle 2002 (zit. n. Hölling, H./Erhart, M./Ravens-Sieberer, U./Schlack, R. 2007: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50, 784 – 793)

Ravens-Sieberer U./Wille N./Bettge S./Erhart M. 2007: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder und Jugendsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50, 871 – 878

¹In diese Auswertung wurden nur die Kinder mit einbezogen, die zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung über 64 Monate alt waren und so das entsprechende Alter für die U9 hatten, die zwischen dem 60. und 64. Lebensmonat stattfinden sollte.

6 Schwerpunktthema: Sehvermögen

Das Licht überliefert das Sichtbare dem Auge;
das Auge überliefert's dem ganzen Menschen.

Das Ohr ist stumm, der Mund ist taub;
aber das Auge vernimmt und spricht.

In ihm spiegelt sich von außen die Welt, von innen der Mensch.
Die Totalität des Innern und Äußern wird durchs Auge vollendet.

Johann Wolfgang von Goethe

Die Augen sind unser Fenster zur Welt: Üblicherweise nimmt der (sehende) Mensch ungefähr 80 % der Informationen aus der Umwelt über das Auge auf. Das Auge bzw. die Fähigkeit zu sehen spielt allein vor dem Hintergrund der Menge der zu verarbeitenden Informationen somit eine herausragende Rolle. Die visuelle Wahrnehmung zählt – genauso wie die auditive Wahrnehmung – zu den sogenannten Fernsinnen, d. h. wir sehen nicht direkt mit dem Auge, der Sinneseindruck entsteht vielmehr im Gehirn.¹

Der Themenkomplex Sehvermögen wurde im vorliegenden zweiten Bericht zur Kindergesundheit im Einschulungsalter als Schwerpunktthema gewählt, da ein gutes Sehvermögen eine elementare Voraussetzung für einen erfolgreichen Regelschulbesuch ist. Außerdem gehören Einschränkungen des Sehvermögens zu den mit Abstand am häufigsten dokumentierten Befunden, die bei der Schuleingangsuntersuchung 2012 von Mitarbeiterinnen

und Mitarbeitern der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste beobachtet wurden: Bei mehr als einem Achtel der untersuchten Kinder (13,1 %) wurde eine Überprüfung des Sehvermögens bei einem Facharzt/einer Fachärztin empfohlen, und 11,3 % befanden sich bereits in augenärztlicher Behandlung. Somit haben nahezu ein Viertel der angehenden Erstklässlerinnen und Erstklässler eine (potentielle) Sehbeeinträchtigung.² Der Untersuchungsbereich Sehvermögen umfasst die Nah- und Fernsicht, das räumliche Sehen sowie den Farbsinn. Alle drei Einzelbewertungen fließen in einem Gesamturteil zusammen. Im Gegensatz zu den Befunden beim Sehen und Stereosehen stellt eine mögliche Farbsinnstörung keine Indikation für eine weitere ärztliche Überprüfung dar, sondern wird nur als Information an die Schule weitergegeben und in einem Gespräch mit den Eltern erläutert.



© VRD – Fotolia.com (modifiziert)

¹Bei den sogenannten Nahsinnen (olfaktorische Wahrnehmung: riechen, gustatorische Wahrnehmung: schmecken, taktile Wahrnehmung: fühlen) entsteht der Sinneseindruck direkt im Organ (Nase, Zunge, Haut).

²Da die Sehfähigkeit in Form eines Screenings durchgeführt wird, kann es möglich sein, dass die Zahl der tatsächlich in ihrem Sehvermögen eingeschränkten Kinder von der Zahl der an eine/n Fachärztin/ arzt überwiesenen Kinder abweicht.

Von einer Farbsinnstörung waren nach Berechnungen des Niedersächsischen Landesgesundheitsamts (NLGA) in der Schuleingangsuntersuchung 2012 3,7 % der Jungen und 0,3 % der Mädchen betroffen, ohne genaue Spezifizierung, welche Art von Farbsinnstörung vorliegt. Dieses Ergebnis entspricht nicht ganz der Prävalenz der Rot-Grün-Farbsinnstörung in der nordeuropäischen Bevölkerung, die bei Männern ca. 8 % und bei Frauen 0,4 % beträgt.³

Ein gutes Sehvermögen ist erforderlich, um dem Schulunterricht folgen zu können – etwa um zu erkennen, was der Lehrer/die Lehrerin an die Tafel schreibt, was in der Lesefibel geschrieben steht oder wie die eigenen Schreibversuche gelingen. Gut sehen zu können ist jedoch nicht erst in der Schule, sondern auch auf dem Weg zur Schule wichtig und somit eine Grundvoraussetzung für die sichere Teilnahme am Straßenverkehr.

Die Folgen der Einschränkungen des Visus beschränken sich aber nicht nur auf die offensichtlichen Wahrnehmungsschwierigkeiten, die einem Kind daraus erwachsen können. Vielmehr können weitere – mit Fehlsichtigkeiten häufig einhergehende – Beschwerden wie etwa Kopfschmerzen, schnelles Ermüden und/oder Konzentrationsschwierigkeiten einem erfolgreichen Schulbesuch nachhaltig entgegenstehen. Zudem steht die visuelle Wahrnehmung in einem Zusammenhang mit dem Bewegungsapparat (Visuomotorik). Mit einem eingeschränkten Sehvermögen geht im Entwicklungsverlauf von Kindern vielfach eine Verzögerung der motorischen Entwicklung einher.

Einen Zusammenhang zwischen Sehvermögen und motorischer Entwicklung belegen auch die Untersuchungsergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2012. Bei Kindern mit auffälligem Sehbefund (Abklärungsempfehlung, bereits in Behandlung) wurden nach Berechnungen des NLGA häufiger abklärungsbedürftige Befunde in der Grob- und in der Feinmotorik festgestellt: Im Bereich der Grobmotorik fielen 3,0 % der Kinder auf, im Bereich der Feinmotorik 3,5 %. Für Kinder mit unauffälligem Sehbefund lag die entsprechende Quote lediglich bei 1,8 % bzw. 2,2 %. Kinder mit auffälligem Sehbefund erhielten bei der Einschätzung der motorischen Fähigkeiten nicht nur häufiger eine Abklärungsempfehlung, sie befanden sich auch deutlich häufiger bereits in ärztlicher/therapeutischer Behandlung (Grobmotorik: 9,4 %, Feinmotorik: 10,6 %). Der Anteil der Kinder ohne auffälligen Sehbefund, die sich in ärztlicher/therapeutischer Behandlung befanden, betrug hier jeweils weniger als die Hälfte: Grobmotorik 3,8 %, Feinmotorik 4,8 %.

In den nachfolgenden Kapiteln wird das Thema „Sehvermögen von Kindern im Einschulungsalter“ von niedersächsischen Autorinnen und Autoren aus der Theorie und Praxis in seiner Vielgestaltigkeit näher beleuchtet.

Dass richtiges Sehen im Entwicklungsverlauf erst gelernt werden muss, erläutert der Augenarzt Dr. med. Sebastian Weiß. In seinem Beitrag beschreibt er die Physiologie des Sehens, die Entwicklung des Sehvermögens bei Kindern sowie den Einfluss der Sehfähigkeit auf die Entwicklung des Kindes. Zudem skizziert er in seinem Artikel häufige Einschränkungen der Sehfunktion im Kindesalter und weist vor dem Hintergrund, dass viele Sehstörungen nur im Vorschulalter erfolgreich behandelt werden können, auf die besondere Relevanz von Früherkennung und Prävention hin.

Die niedergelassene Augenärztin Dr. Maike Müller gibt in einem Interview Auskunft über auch für Laien erkennbare Indizien für eine Sehschwäche bei Kindern. Außerdem erläutert sie den Ablauf der augenärztlichen Untersuchung, ab wann eine solche möglich ist und wie häufig sie erfolgen sollte. Weiterhin berichtet Dr. Müller über häufig diagnostizierte Sehfehler bei Kindern und ihre Behandlungsmöglichkeiten.

³Neben einer Rot-Grün-Farbsinnstörung, die am häufigsten auftritt, gibt es noch zwei weitere Gruppen: Die Blau-Gelb-Farbsinnstörung, welche bei 1 von 10.000 Personen auftritt, und die vollständige Farbblindheit (Achromatopsie), welche nur 1 von 30.000 Personen betrifft. Farbsinnstörungen können sowohl angeboren als auch erworben sein. Die Rot-Grün-Farbsinnstörung ist x-chromosomal, das bedeutet, dass dieser Defekt bei Frauen auf beiden x-Chromosomen auftreten muss, um einen entsprechenden Sehfehler zu verursachen, während er bei Männern beim Auftreten generell eine Störung hervorruft. Jungen und Männer weisen somit häufiger eine solche Seheinschränkung auf.

Die Bedeutung von Früherkennung und Prävention unterstreicht auch das Fallbeispiel aus dem Landkreis Hildesheim, in dem die Schulärztin Dr. Uta Sosada eindringlich auf die Notwendigkeit einer frühzeitigen Überprüfung des Sehvermögens hinweist.

Robert Biermann von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen beschreibt in seinem Artikel die augenärztliche Versorgungssituation in Niedersachsen für die Jahre 2012 und 2013. In diesem Zusammenhang erklärt er gleichfalls die Berechnungsgrundlage der Bedarfsplanung, die sich mit der Einführung der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 geändert hat.

Über eine Vereinbarung zur Kostenübernahme für eine augenärztliche Vorsorgeuntersuchung bei Kindern zwischen dem 31. und 42. Lebensmonat, die von einigen Krankenkassen in Niedersachsen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) beschlossen wurde, informiert der Landesvorsitzende des Berufsverbands der Augenärzte (BVA), Dr. Gerrit Fahl.

Ein Beitrag mit umfassenden Informationen zu spezifischen Beratungs- und Fördermöglichkeiten für Kinder mit Sehbehinderungen und blinde Kinder von Mechthild Backsmann, der Leiterin des Landesbildungszentrums für Blinde (LBZB), schließt dieses Kapitel ab.

6.1 Sehen lernen wir in den ersten Lebensjahren

Sebastian Weiß

Gutes Sehen ist etwas,
was wir uns alle bis in das hohe Alter wünschen,
es ist aber nicht selbstverständlich.

Wie funktioniert Sehen?

Auch wenn es natürlich scheint – das Sehen ist ein hochkomplexer Vorgang, bei dem die Augen und das Gehirn beständig große Leistungen vollbringen. Tatsächlich sehen wir nicht Dinge und Gegenstände, sondern vielmehr Licht, welches entweder direkt in unser Auge scheint oder von Gegenständen reflektiert wird. Etwas Helles reflektiert stark, etwas Schwarzes hingegen gar nicht. Das Licht wird von der Hornhaut und der Linse im Auge gebündelt, um auf der zentralen Netzhaut (Makula) und der peripheren Netzhaut aufgenommen zu werden (vgl. Abb. 6.1.1).

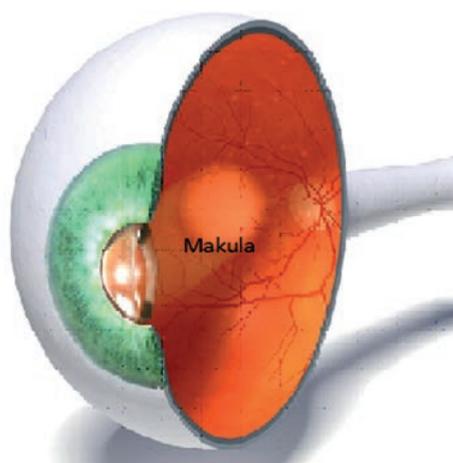


Abb. 6.1.1 Licht wird auf der Netzhaut gebündelt



Abb. 6.1.2 Basisschema (Küppers) - integrierte Farbmischung

Das Licht, das auf der Netzhaut auftrifft, wird dort von drei unterschiedlichen Zelltypen aufgenommen, welche auf die Farben Blau, Grün und Rot reagieren. Erst die Mischung der Farben führt dazu, dass wir auch weitere Farben wie z. B. Weiß oder Gelb wahrnehmen (vgl. Abb. 6.1.2). Die Grundlagen der Farbenlehre gehen übrigens auf Johann Wolfgang von Goethes Abhandlung (*1749 – †1832) "Zur Farbenlehre" zurück, die von Johannes Itten (*1888 – †1967) und Harald Küppers (*1928) verfeinert wurde.

Sehen ist die Wahrnehmung von elektrischen Impulsen im Gehirn

Die Zellen auf der Netzhaut wandeln das Lichtsignal nun in elektrische Impulse um, welche dann über den Sehnerv an das Gehirn gesendet werden (vgl. Abb. 6.1.3). Erst im Gehirn wird das

Licht, das in Form von elektrischen Impulsen im Sehzentrum ankommt, in ein Bild verwandelt. Sehen ist somit ein Vorgang des Gehirns und nicht unbedingt des Auges. Hierzu gibt es interessante Arbeiten des amerikanischen National Eye Institutes (NEI) in Bethesda bei Washington, die es geschafft haben mit dem „Brain Port“ Seheindrücke über die Zunge an das Gehirn weiterzuleiten (vgl. z. B. DANILOV et al.).

Quelle: www.ihr-augenarzt.info, Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Herrn Dr. med. Alexander Wähning

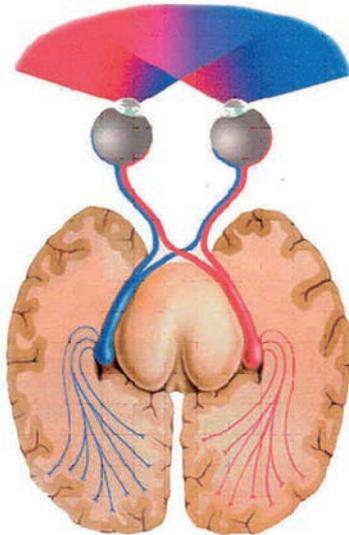


Abb. 6.1.3 Weiterleitung der Impulse an das Gehirn

Sehen ist ein Lernprozess

Das Auge als Organ ist mit der Geburt bereits funktionsfähig. Die einzelnen Netzhautschichten, welche zum Sehen befähigen, sowie der optische Apparat der Hornhaut und der Linse sind mit der Geburt angelegt. Die Signale kommen nur noch nicht im Gehirns an. Die einzelnen Verknüpfungen der Synapsen zu Bereichen der Sehrinde am Hinterkopf müssen erst noch erfolgen. Im Rahmen der Reifung unseres Gehirn wird verständlich, dass wir praktisch blind auf die Welt kommen und unser Gehirn erst lernen muss, die

Impulse zu deuten und zu verarbeiten. Diese Entwicklung führt dazu, dass wir im Laufe der Zeit Kontraste und Kanten wahrnehmen. Außerdem werden unterschiedliche Hirnfunktionen, wie die Bewegung von Hand und Fingern oder auch der Gleichgewichtssinn, erst im Laufe der ersten Entwicklungsjahre nach und nach mit dem Sehzentrum verbunden.

Mit der entwicklungsbedingt zunehmenden Neugier wachsen auch das Sehzentrum und viele andere Bereiche des Gehirns. Dieses führt zu einer Verbesserung unserer Fähigkeiten und Reaktionen. Erst nach dem sechsten Lebensjahr, zur Einschulung, kommt die volle Plastizität des Gehirns, d. h. die Fähigkeit von Nervenzellen, Synapsen und Hirnarealen sich zu verändern und zu verknüpfen, zum Tragen.

Die Fähigkeit zum räumlichen Sehen ist mit ungefähr neun Jahren voll ausgeprägt. Hierdurch ist das Kind beispielsweise in der Lage zu sehen, ob zwei verschieden große Autos gleich weit entfernt sind.

Einschränkungen der Sehfähigkeit

Die meisten Kinder entwickeln nach der Geburt ohne Probleme ein normales Sehen. Nur manche gesunde, aber auch viele behinderte Kinder, benötigen während Ihrer Sehentwicklung einen Augenarzt.

Der häufigste Grund für eine Fehlsichtigkeit ist eine Kurz- oder Weitsichtigkeit. In einer industriellen Nation mit fast nicht vorhandener Analphabetenrate haben ca. 30 % der Bevölkerung eine Kurzsichtigkeit und die Tendenz ist weiter steigend (vgl. WILDE 2010). Weitere 20 % der Bevölkerung sind weitsichtig.

Bei einer Kurzsichtigkeit (Myopie) wird das Licht zu stark gebündelt, wohingegen bei einer Weitsichtigkeit (Hyperopie) das Licht zu wenig gebeugt wird (vgl. Abb. 6.1.4). Beides führt zu unscharfem Sehen. Diese Veränderungen des Auges lassen sich gut mit einer Brille ausgleichen. Da die Brille heutzutage eine größere Akzeptanz hat, als noch vor vielen Jahren, ist eine Anpassung auch bei Kleinkindern möglich.

Vision defects (Sehfehler)

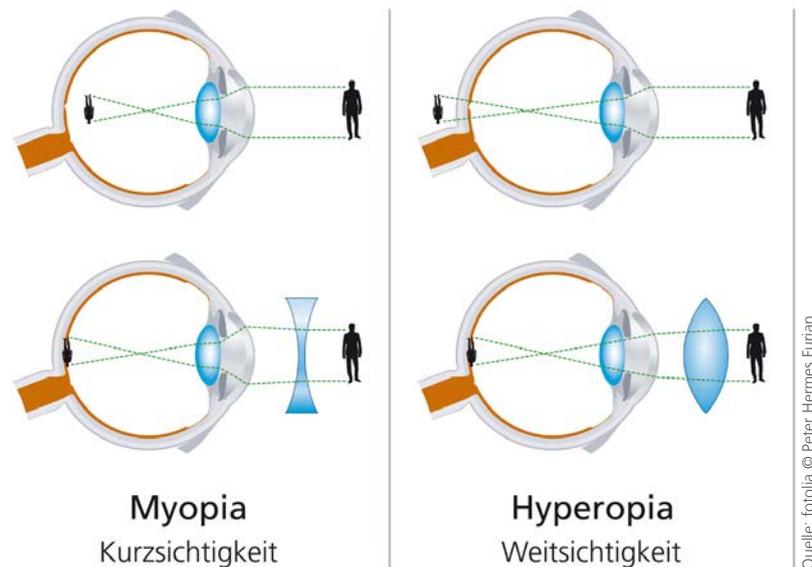


Abb. 6.1.4 Kurz- und Weitsichtigkeit

Selbst so banale Dinge wie die unterschiedliche Refraktion (= Fähigkeit das einfallende Licht so zu brechen, dass sich auf der Netzhaut ein scharfes Bild abzeichnet) der beiden Augen oder ein hängendes Lid, welches das Auge verdeckt, können dazu führen, dass das Gehirn nicht lernt, ein oder sogar beide Augen korrekt zu benutzen. Das Auge bleibt schwachsichtig, oder amblyop, wie der Augenarzt sagen würde. Das Stereosehen, das mit „3D-Sehen“ umschrieben werden kann, benötigt in der Regel zwei Augen. Ein nicht gut funktionierendes Auge wird vom Gehirn praktisch abgeschaltet. Dieses führt z. B. zu einem Schielen (Strabismus). Gleichzeitig ist durch die „Abschaltung“ eines Auges im Gehirn die Fähigkeit, räumlich zu sehen (Stereosehen), stark eingeschränkt. Diese Entwicklung ist, wenn sie zu spät diagnostiziert wird, nicht mehr umzukehren.

„Sehen lernen“ ist, wie im vorigen Abschnitt ausgeführt, auf die ersten Lebensjahre beschränkt. Bei früher Diagnose einer Amblyopie (Sehchwäche eines Auges), in der Regel bis zu einem Alter von sechs Jahren, kann der Vorgang des Sehens mit nur einem Auge jedoch noch rückgängig gemacht werden.

Liegt eine Amblyopie vor, die durch eine Brille korrigiert werden soll, geht es beim Tragen der Brille daher nicht nur um Akzeptanz, sondern vor allem darum, zu gewährleisten, dass das Kind die Brille ständig trägt. Hier sind die Eltern gefragt, für das zuverlässige Brilletragen des Kindes zu sorgen, um einen optimalen Sehvorgang zu garantieren und somit einer Fehlentwicklung des amblyopen Auges entgegen zu wirken und den Verlust des Stereosehens zu verhindern.

Einfluss des Sehens auf die Entwicklung

Es ist nachgewiesen, dass ein gutes Sehvermögen eine Voraussetzung für die Entwicklung des Kindes und seiner schulischen Leistung ist. Viele andere Funktionen des Gehirns sind an das Sehen gekoppelt. Die Entwicklung der Hand-Auge-Koordination zum Greifen nach Gegenständen in den ersten Lebensmonaten korreliert stark mit der Entwicklung des Sehens. Auch unsere ersten Schritte und sogar das Stehen sind mit dem Sehvorgang verbunden. Erst eine Verknüpfung des Sehens mit dem Gleichgewichtszentrum im Gehirn führt dazu, dass ein sicherer Stand und Gang möglich ist. Blinde Kinder erlernen diesen Vorgang mit einer deutlichen Zeitverzögerung. Der Einfluss der Sehfähigkeit auf die motorische Entwicklung von Kindern zeigt sich beispielsweise auch im „Motorischen Test für NRW“ (vgl. www.jfkyks.nrw.de/sport/motorischer-test/, Stand: Juli 2013), bei dem Schülerinnen und Schüler, die eine Sehhilfe benötigten, diese aber im Schulsport nicht getragen haben, signifikant schlechter abschnitten als normalsichtige Kinder.

Auch in den Daten der niedersächsischen Schuleingangsuntersuchung 2012 zeigt sich eine Korrelation zwischen Sehvermögen und grobmotorischer Entwicklung: So wurden bei Kindern mit auffälligem Sehbefund (Abklärungsempfehlung, bereits in Behandlung) häufiger abklärungsbedürftige Befunde in der Grob- und in der Feinmotorik festgestellt (vgl. Abb. 6.1.5/Abb. 6.1.6). Eine Abklärungsempfehlung wurde im Bereich der Grobmotorik für 1,8 % der Kinder mit unauffälligem Sehbefund ausgesprochen, die entsprechende Quote für Kinder mit auffälligem Sehbefund lag bei 3,0 %. Vergleichbare Untersuchungsergebnisse zeigen sich bei der Feinmotorik: Die feinmotorischen Fertigkeiten wurden bei 2,2 % der Kinder mit unauffälligem Sehbefund als abklärungsbedürftig eingeschätzt, der Anteil an Abklärungsempfehlungen betrug bei Kindern mit auffälligem Sehbefund hingegen 3,5 %.

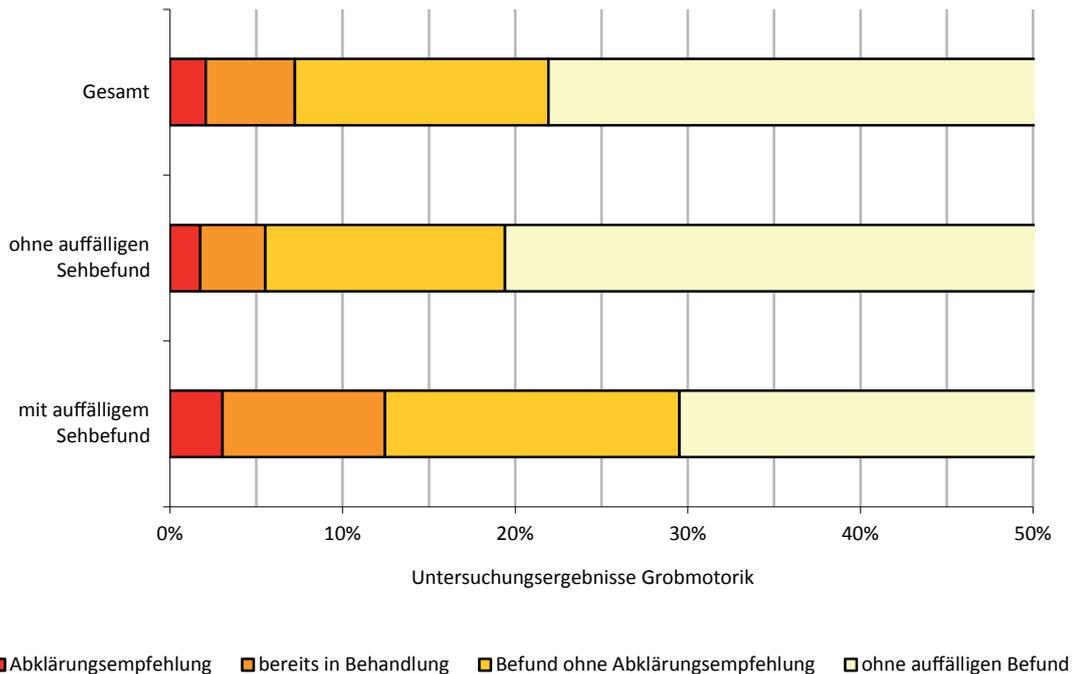


Abb. 6.1.5 Grobmotorik / Sehvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.594

Der Anteil der bereits in Behandlung ihrer motorischen Fertigkeiten befindlichen Kinder war bei Kindern mit Einschränkungen ihres Sehvermögens gleichfalls deutlich höher als bei Kindern ohne behandlungsbedürftige Beeinträchtigungen ihres Sehvermögens. Kinder ohne auffälligen Sehbefund waren hinsichtlich ihrer grobmotorischen Entwicklung zu 3,8 % und hinsichtlich ihrer feinmotorischen Entwicklung zu 4,8 % in Behandlung. Die Quote der Kinder bei Kindern mit behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen ihres Sehvermögens war mehr als doppelt hoch: Rund ein Zehntel (Grobmotorik: 9,4 %, Feinmotorik: 10,6 %) dieser Kinder befanden sich bereits in Behandlung.

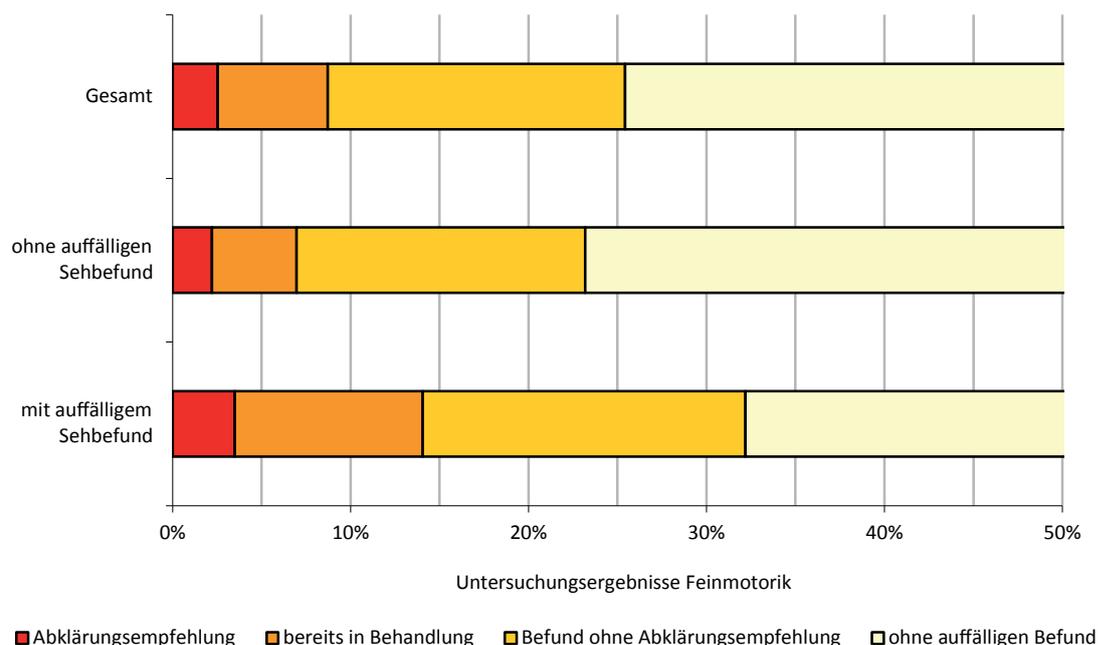


Abb. 6.1.6 Feinmotorik / Sehvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.031

Bedeutung von Prävention

Da Kinder eine einseitige Sehminderung bei einem guten anderen Auge selber häufig nicht bemerken, sind Vorsorgeuntersuchungen wichtig. Beobachtungen durch die Eltern können erste Hinweise auf eine Sehstörung geben. Ein Screening lohnt sich, wenn die zu erkennende Erkrankung ausreichend häufig vorkommt und eine erfolgreiche Behandlung gewährleistet ist. Screeninguntersuchungen, welche durch die Eltern durchgeführt werden, haben sich allerdings als nicht geeignet herausgestellt, eine einseitige Sehschwäche gezielt aufzudecken (vgl. GROENEWOLD/TJAM 2010).

Leider fehlt es noch immer an gezielten, fachspezifischen Vorsorgeuntersuchungen im frühen Kindesalter. Nur 30 % aller Kinder im ganzen Bundesgebiet werden im Vorschulalter augenärztlich untersucht (vgl. IQWiG 2007). Genau an dieser Stelle kommt der Schuleingangsuntersuchung mit einhergehender Sehprüfung ein wichtiger Stellenwert zu.

In unserem Land wird in Zukunft die Prävalenz von Augenerkrankungen durch die veränderte Altersstruktur der Bevölkerung zunehmen. An einer Amblyopie leiden insgesamt ca. 2,6 % der Bevölkerung bis 20 Jahren. Aus einer umfassenden Kohortenuntersuchung der Rotterdam Eye Study wissen wir, dass für nicht an Amblyopie Erkrankte das Risiko, im Laufe des Lebens an einer beidseitigen Sehbehinderung (Sehschärfe < 0,5) zu erkranken, 10 % beträgt. Das Risiko der von Amblyopie Betroffenen beträgt hingegen 18 % (vgl. van LEEUWEN et al. 2007). Ein zusätzlicher langfristiger Nutzen der Untersuchung könnte gegeben sein, da durch eine Amblyopiebehandlung im Kindesalter die Wahrscheinlichkeit einer späteren beidseitigen Sehbehinderung durch eine hinzu kommende Erkrankung des besseren Auges sinkt.

Der Autor hofft, Ihnen die Komplexität des Themas Sehen etwas näher gebracht zu haben. Sehen ist ein Vorgang, für den es sich auch in einer industriellen Nation lohnt, durch Untersuchungen überprüft und ggf. fachärztlich behandelt zu werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Sebastian Weiß
 Oberarzt der Klinik für Augenheilkunde
 Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum
 Klinik für Augenheilkunde
 Allendestraße 30
 17036 Neubrandenburg
 0395-37951650
 WeissS@dbknb.de
<http://dbknb.de/dbk/aug>

Literatur

DANILOV, Yuri/TYLER, M. 2005: Brainport: An Alternative Input to the Brain. In: Journal of Integrative Neuroscience, Volume 04, Issue 04

GROENEWOUD, J. H./TIJAM, A. M. 2010: Rotterdam Amblyopia Screening Effectiveness Study: Detection and Causes of Amblyopia in a Large Birth Cohort. In: Investigation in Ophthalmology and Visual Science, Volume 51, Issue 7, 3476 – 3484

IQWIG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2007: Früherkennungsuntersuchung von Sehstörungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres. Vorbericht und vorläufige Nutzenbewertung (www.iqwig.de/download/S05-02_Vorbericht_Sehscreening_bei_Kindern.pdf, Stand: Mai 2013)

van LEEUWEN, Redmer/EIJKEMANS, Marinus J. C./VINGERLING, Johannes R./HOFMAN, Albert/de JONG, Paulus T. V. M./SIMONSZ, Huib 2007: Risk of Bilateral Visual Impairment in Individuals with Amblyopia: the Rotterdam Study. In: British Journal of Ophthalmology, 91, 1450 – 1451

WILDE, A. 2010: Untersuchungen zur Epidemiologie und Genetik der Myopie, Ludwig-Maximilians-Universität zu München (Dissertation)

Sehen mit Kinderaugen

1. Lebensmonat	Neugeborene sehen nicht scharf. Sie erkennen hell und dunkel, können kontrastreiche Umrisse erkennen und Gegenstände in Gesichtsnähe betrachten.
2. Lebensmonat	Grobe Muster und Gesichtskonturen werden wahrgenommen.
3. und 4. Lebensmonat	Das dreidimensionale Sehen fängt an sich zu entwickeln. Das Baby betrachtet intensiv seine Hände und Finger, was der Grundstein für die Entwicklung der Auge-Hand-Koordination ist.
5. Lebensmonat	Das Baby betrachtet Objekte in 1 bis 2 Meter Entfernung.
6. Lebensmonat	Gegenstände werden betrachtet und gezielt gegriffen.
8. Lebensmonat	Das Baby kann zwischen bekannten und unbekanntem Gesichtern unterscheiden.
9. Lebensmonat	Kleine Gegenstände werden mit Daumen und Zeigefinger (Pinzettengriff) präzise aufgenommen.
12. Lebensmonat	Ende des ersten Lebensjahres kann ein Kind Gegenstände gezielt in die Hand einer anderen Person legen.
1. bis 5. Lebensjahr	Die Sehschärfe nimmt bis annähernd 100% zu. Die Fernsicht ist gut entwickelt, das Interesse an Bildern und Büchern wächst. Die visuelle Lesefähigkeit (Fähigkeit eng beieinander stehender Buchstaben zu unterscheiden) ist noch in der Entwicklung.

6.2 Mit Durchblick in die Schule – Sehschwächen rechtzeitig erkennen

Frau Dr. Maike Müller ist Augenärztin und praktiziert in Hannover. In einem Interview erläutert sie die häufigsten Sehschwächen im Kindesalter und beantwortet Fragen zur augenärztlichen Untersuchung von Kindern im Vorschulalter.

NLGA: Ab welchem Alter kann bzw. sollte eine augenärztliche Untersuchung bei Kindern durchgeführt werden?

Dr. Maike Müller: Die Sehfähigkeit von Kindern kann schon im Säuglingsalter getestet werden und wird im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Früherkennungsuntersuchungen bei der U5 (ca. 6. – 7. Lebensmonat), der U8 (ca. 3,5 – 4 Jahre) und der U9 (ca. 5 Jahre) vom Kinderarzt überprüft. Allerdings fallen bestimmte Fehlsichtigkeiten im Kindesalter nicht immer auf, da die Augen von Kindern über eine stark ausgeprägte Fähigkeit zur Akkommodation – das ist die Flexibilität der Linse zum Ausgleich von Brechungsfehlern – verfügen. Außerdem liegen längere Zeitabschnitte zwischen den U-Untersuchungen, in denen die Sehfähigkeit des Kindes überprüft wird. Deshalb sollten Eltern, sobald sie den Verdacht haben, dass ihr Kind eine Sehschwäche hat, eine Augenärztin bzw. einen Augenarzt aufsuchen. Der Bundesverband der Augenärzte Deutschlands e. V. empfiehlt, auch Kinder, die keine Auffälligkeiten zeigen, zur Überprüfung der Sehfähigkeit im Alter zwischen 24 und 30 Monaten einem Augenarzt oder einer Augenärztin vorzustellen.

Woran können Eltern und/oder andere Betreuungspersonen denn erkennen, dass ein Kind eine Sehschwäche hat?

Kinder, die nicht gut sehen können, bewegen sich häufig etwas ungeschickt: sie stolpern und stoßen sich häufiger oder greifen an Gegenständen, die sie in die Hand nehmen wollen, vorbei. Auch ein geringer Abstand zu Bildschirm, Fernseher oder Buch ist ein Indiz für eine Sehschwäche. Manchmal bewegen sich Kinder mit einer Sehschwäche unsicher bei Dämmerung oder wenn es dunkel ist. Außerdem können Kopfschmerzen ein Zeichen für eine Sehschwäche sein. Zudem ist Schielen ein wichtiger Hinweis auf eine Sehschwäche eines Auges oder beider Augen.

Wie wird die Sehschärfe des Kindes getestet?

Die Sehschärfe wird an jedem Auge einzeln getestet. Das jeweils andere Auge wird blickdicht abgedeckt. Zunächst wird die Sehschärfe ohne Korrekturgläser geprüft: Hierzu werden Zeichen (Zahlen, Buchstaben, Figuren) auf eine 5 m entfernt liegende Wand projiziert. Wenn das Kind die Zeichen nicht erkennen kann, werden Korrekturgläser vorgesetzt. Für Kinder mit eingeschränktem Wortschatz gibt es spezielle kindgerechte Bildtafeln (z. B. den LEA-Test), auf denen sie einfache Symbole erkennen und bezeichnen sollen. Für Säuglinge und Kleinkinder, die noch nicht sprechen können, gibt es spezielle Testkarten, mit denen man deren Sehvermögen abschätzen kann.

Wie häufig sollte die Sehschärfe eines Kindes überprüft werden, wenn das Kind bereits eine Brille hat?

Mindestens einmal im Jahr, besser ist es aber, wenn die Sehschärfe des Kindes alle sechs Monate überprüft wird.

Gibt es Augenärzte bzw. -ärztinnen, die auf Kinder spezialisiert sind?

Es gibt keine spezielle Weiterbildung zum Augenarzt für Kinder. Eine Liste von Augenärztinnen und Augenärzten in ihrer Nähe erhalten Eltern beispielsweise von den Krankenkassen oder vom Berufsverband der Augenärzte über die Internetseite <http://cms.augeninfo.de/index.php?id=455> (Stand Juli 2013).

Welche Formen von Sehschwächen treten bei Kindern im Vorschulalter häufig auf?

Bei Kindern im Vorschulalter ist häufig eine Hyperopie (Über- bzw. Weitsichtigkeit) anzutreffen. Hier ist der Augapfel im Vergleich zur Brechkraft der Linse zu kurz gebaut, d. h. auf der Netzhaut kann kein scharfes Bild abgebildet werden. Kleine Objekte in der Nähe kann das Kind dann nicht oder nur mit großer Anstrengung scharf sehen. Da der Augapfel im Kindesalter noch im Wachs-

tum befindlich ist, kann sich eine Hyperopie im Laufe der Zeit auch „auswachsen“ – das Kind braucht möglicherweise später keine Brille mehr. Wichtig ist jedoch, dass eine Hyperopie gelegentlich zusammen mit einem Schiefhler auftritt bzw. dass Schielen die Folge einer unbehandelten Hyperopie sein kann. Daher ist es wichtig, die Sehfähigkeit des Kindes sehr frühzeitig zu überprüfen, um eine Sehschwäche gegebenenfalls mit einer Brille auszugleichen.

Bei einer Kurzsichtigkeit (Myopie) ist der Augapfel zu lang und deshalb kann ebenfalls kein scharfes Bild auf der Netzhaut entstehen. Gegenstände, die weit entfernt sind, werden unschärfer wahrgenommen als nahe gelegene Objekte. Kurzsichtige Kinder beschäftigen sich gerne mit Objekten im Nahbereich, weil sie entfernte Gegenstände nicht oder nur unscharf erkennen können. Grüne Bäume werden zwar als Bäume erkannt, aber die einzelnen Blätter sieht das Kind nicht. Auch bei Kurzsichtigkeit kann ein Schielen auftreten, besonders dann, wenn ein Auge kurzsichtiger ist als das andere. Kurzsichtigkeit wird mit einer Brille bzw. im späteren Alter mit Kontaktlinsen und ab dem Erwachsenenalter gelegentlich durch eine Operation ausgeglichen. Bei Kurz- und Weitsichtigkeit ist von einer genetischen Disposition (Veranlagung) auszugehen. Deshalb sollten Eltern, die selbst kurz- oder weitsichtig sind, ihr Kind möglichst früh einem Augenarzt/einer Augenärztin vorstellen.

Eine dritte häufige Sehschwäche, mit der ich in meiner Praxis zu tun habe, ist die Hornhautverkrümmung (Astigmatismus). Dies ist Brechungsfehler des Auges, bei dem die von einem Gegenstand ausgehenden Lichtstrahlen nicht punkt- sondern stabförmig auf der Netzhaut abgebildet werden. Leidet ein Kind an einer Hornhautverkrümmung, kann man häufig beobachten, dass es die Augen zukneift, um scharf sehen zu können. Dies gilt sowohl für die Nähe als auch für die Ferne und kann mit Kurz- oder Weitsichtigkeit kombiniert sein. Um eine Hornhautverkrümmung auszugleichen, wird eine Brille benötigt, die das einfallende Licht nur in einer Achse bricht.

Sie haben eben häufiger erwähnt, dass Kurz- oder Weitsichtigkeit zu einem Schiefhler führen können. Welche Konsequenzen hätte ein unbehandeltes Schielen für das Kind bzw. was kann man tun, wenn das Schielen bereits manifest geworden ist?

Das wesentliche Problem ist, dass durch das Schielen kein Stereosehen entsteht, also dass beide Augen nicht gemeinsam zu einem räumlichen Seheindruck beitragen. Jedes Auge sieht alleine, z. B. das eine in der Nähe schärfer und das andere in der Ferne schärfer. Das jeweils andere Auge geht in die Schielstellung und der Seheindruck des schielenden Auges wird vom Gehirn nicht mehr wahrgenommen (supprimiert).

Kinder leiden immer noch häufig unter den durch den kosmetischen Aspekt auftretenden Hänseleien. Wesentlich ist zunächst das ständige Tragen einer korrekten und gut sitzenden Brille, denn bei fehlender Korrektur ist mit einem weiteren Verlust an Sehkraft bei dem schwächeren Auge zu rechnen. Wenn auch mit der korrekten Brille ein Ungleichgewicht beider Augen entsteht (z. B. das rechte Auge sieht 1,0 und das linke nur 0,2), dann wird das bessere Auge stundenweise abgeklebt, um das schwächere zu trainieren und das Gehirn dazu zu bringen, die Suppression (Unterdrückung) zu unterbrechen.

Wie kann das Tragen einer Brille attraktiv gemacht werden?

Kinderbrillen sollen grundsätzlich ständig getragen werden. Für die Eltern ist es daher eine wichtige Aufgabe, dafür zu sorgen, dass das Kind die Brille auch gerne trägt. Hilfreich ist es hierfür beispielsweise, dass sich das Kind selbst die Brille aussuchen darf. Auch sollten die Eltern bei der Verordnung einer Brille nicht mit Abwehr reagieren, denn ein solches Unbehagen könnte sich auch auf das Kind übertragen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Maike Müller
Engelbosteler Damm 64
30167 Hannover
0511-714125
www.augenaerztin-mueller.de

Motorische Entwicklungsrückstände und Probleme im Sozialverhalten – ein Fallbeispiel

Uta Sosada

Aus dem Landkreis Hildesheim berichtet die Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde Frau Dr. Uta Sosada von einem Fall, bei dem deutlich wird, wie wichtig es ist, dass eine Fehlsichtigkeit frühzeitig erkannt wird:

P., ein vier Jahre und zwei Monate alter Junge, wurde im Rahmen von PiAF („Prävention in aller Frühe“: Präventionsprojekt im Landkreis Hildesheim¹) bei einer Kindergarten-Reihenuntersuchung vorgestellt. P. wurde als drittes Kind nach einer insgesamt komplikationslosen Schwangerschaft in der 38. Schwangerschaftswoche geboren. Die Meilensteine der kindlichen Entwicklung – darunter ist die altersgemäße Entwicklung bestimmter Fähigkeiten und Kompetenzen zu verstehen – wurden zeitgerecht erreicht. Ernste Vorerkrankungen wurden nicht berichtet. Sämtliche Vorsorgeuntersuchungen (außer der im Krankenhaus erfolgten U1) erfolgten durch einen Kinderarzt. Auffälligkeiten sind nicht dokumentiert. Aufgrund einer ausgeprägten Mundatmung sind im Alter von etwa drei Jahren eine Adenotomie (Entfernen der Rachenmandeln), Paukendrainage (Einsetzen eines Röhrchens zur Belüftung des Mittelohrs) und Tonsillektomie (Entfernen der Gaumenmandeln) durchgeführt worden. Seit dem Alter von drei Jahren besucht P. den Regelkindergarten vor Ort. Hier berichten die ErzieherInnen von zunehmenden Schwierigkeiten im Kindergartenalltag: P. stolpere oft und sei motorisch unkoordiniert. Auch das Gefahrenbewusstsein sei unzureichend. Die Eigenregulierung falle ihm schwer, es komme immer wieder zu Konfliktsituationen im Spiel mit anderen Kindern. Außerdem interessiere P. sich kaum für feinmotorische Tätigkeiten, und „Malen“ möge er überhaupt nicht. Die graphomotorische Entwicklung wird von den ErzieherInnen als nicht altersgerecht eingeschätzt.

Im Rahmen von PiAF zeigt P. in der Einzelsituation eine recht unkomplizierte Mitarbeit. Die grob- und feinmotorische Entwicklung ist jedoch nicht ganz altersgerecht. Bei der Überprüfung des Sehvermögens ergibt sich ein auffälliger Befund.

Die Kontrolle durch den niedergelassenen Augenarzt zeigt eine deutlich ausgeprägte Weitsichtigkeit (rechts: + 9,25, links: + 8,75). Eine entsprechende Brille wird verordnet. P. akzeptiert die Brille problemlos und trägt sie regelmäßig. Schon bald zeichnet sich im Kindergartenalltag ein Zugewinn in sämtlichen motorischen Bereichen ab: P. wird im grobmotorischen Spiel deutlich sicherer und traut sich mehr zu. Das gemeinsame Spiel – besonders draußen mit anderen Kindern – ist nun weniger konfliktbeladen. Er beginnt, „sich für den Maltisch zu interessieren“.

Im Nachgespräch wird auch von Seiten der PädagogInnen im Kindergarten nochmals der äußerst positive Entwicklungsverlauf insbesondere im Bereich der motorischen Fähigkeiten und auch im sozial-emotionalen Bereich angemerkt. Ein eindeutiger zeitlicher Zusammenhang mit der adäquaten Brillenversorgung wird gesehen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ute Sosada
FD 409 – Fachdienst Gesundheit Landkreis Hildesheim
Ludolfinger Str. 2
31137 Hildesheim
05121-3097-101
www.landkreishildesheim.de

¹ vgl. www.kinderschutz-niedersachsen.de/index.cfm?uuid=286A2709E08140F9BA7633FFABACDE87&and_uuid=1DF452A9E08140F9BA0879CBF6459B57

6.3 Augenärztliche Versorgungssituation in Niedersachsen - 2012/2013

Robert Biermann

Einleitung

Um die ambulante augenärztliche Versorgungssituation des Landes Niedersachsen in den Jahren 2012/2013 darzustellen, ist es notwendig, sich mit der Thematik der Bedarfsplanung auseinander zu setzen. Ärzte oder Psychotherapeuten benötigen einen freien Vertragssitz, um gesetzlich versicherte Patienten ambulant behandeln zu können. Wie viele freie Sitze für z. B. Augenärzte es davon in einer Planungsregion gibt, regelt die Bedarfsplanung.

1993 hatte der Gesetzgeber die Bedarfsplanung eingeführt, um bundesweit eine ausgewogene haus- und fachärztliche Versorgung zu sichern. Vor der Problematik der „Ärztenschwemme“ der späten 90er Jahre war das ursprüngliche Ziel, einen Anstieg der Arztzahlen vor allem in überversorgten Gebieten zu verhindern. Hierzu wurden in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Maßnahmen zur Begrenzung des Anstiegs der Ärztezahlen festgelegt.

Die Zeiten der „Ärztenschwemme“ sind vorbei. In der haus- und fachärztlichen Versorgung fehlt der Nachwuchs an Medizinerinnen, die ländlichen Räume des Flächenlandes Niedersachsen beklagen schon heute zu wenige Ärzte. Hierbei kommt ein Verteilungsproblem zum Tragen: schwindender Bestand an Landärzten und beständig hohe ärztliche Versorgung in den Zentren.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die überholte Bedarfsplanung zu reformieren. Die daraus entstandene neue Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 20.12.2012 führt starke Veränderung der bisherigen Planung ein.

Berechnungsgrundlagen der Bedarfsplanung

Für das Untersuchungsjahr des Berichts 2012 wurde die Versorgungssituation von Planungsbe-
reichen einzelner Arztgruppen im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)
aufgrund der „alten“ Bedarfsplanungs-Richtlinie 2007 durch die 3. Fortschreibung des Bedarfs-
plans 2012 ermittelt.

Räumliche Grundlage und Planungsbereich für die Berechnung der Versorgungsgrade, und somit
der Möglichkeiten freier Arztsitze oder für die Zulassungssperrung überversorgter Bereiche, ist für
die allgemeine fachärztliche Versorgung, zu der die Arztgruppe der Augenärzte gehört, der Land-
kreis, die kreisfreie Stadt oder die Kreisregion.

Als Besonderheiten in Niedersachsen sind zu beachten: die Region Hannover und die Landes-
hauptstadt werden getrennt sowie der Landkreis Diepholz und die Stadt Delmenhorst, der Land-
kreis Emden und die Stadt Aurich sowie der Landkreis Friesland und die Stadt Wilhelmshaven
jeweils gemeinsam berechnet. Das Gebiet Amt Neuhaus im Landkreis Lüchow-Dannenberg unter-
liegt der Bedarfsplanung der KV Mecklenburg-Vorpommern.

Grundlage für alle weiteren Berechnungen in der Bedarfsplanung ist eine sogenannte allgemei-
ne Verhältniszahl, also die Relation Einwohner pro Arzt. Für die Feststellung der Verhältniszahl
wurden die Planungsbereiche (Landkreise, kreisfreie Städte und Kreisregionen) neun raumord-
nungsspezifischen Planungsregionen zugeordnet. Diese reichten von großen Verdichtungsräumen
(geringere Relation) bis zu ländlichen Regionen (höhere Relation).

Für die Arztgruppe der Augenärzte hieß das für Niedersachsen, dass die Spannweite der Allgemei-
nen Verhältniszahl 11.107 : 1 (z. B. Braunschweig) bis 25.778:1 (z. B. Cuxhaven) betrug. Die Ein-
rechnung eines Demographiefaktors zur Beachtung regionaler Unterschiede in der Altersstruktur
wurde im Jahr 2012 nicht vorgenommen.

Die Berechnung des Versorgungsgrads erfolgte dann nach folgender Berechnungsweise:

$$\frac{\text{Allgemeine Verhältniszahl} \times \text{Aktuelle Arztzahl} \times 100}{\text{Aktuelle Einwohnerzahl}}$$

Bei einem Versorgungsgrad unter 110 % können weitere Zulassungen durch die Zulassungsausschüsse erteilt werden, bis die Grenze zur Überversorgung (110 %) erreicht wird.

Liegt der errechnete Versorgungsgrad bei Augenärzten unter 50 % liegt eine rechnerische Unterversorgung vor. In diesem Fall sind Maßnahmen zur Behebung der Situation zu prüfen und ggf. einzuleiten.

Stand der augenärztlichen Versorgung 2012

Die augenärztliche Versorgung im Jahre 2012 weist annähernd flächendeckend für das ganze Land Versorgungsgrade von über 100 % auf (auf Abbildung 6.3.1 in Dunkelgrün (100 - 110 %) und Hellgrün (über 110 %)) dargestellt. Der Landkreis Helmstedt (in Gelb dargestellt) lag mit einem Versorgungsgrad von 98,2 % knapp unter der 100 %-Marke.

Nur die Landkreise Peine (67,7 %), Wolfenbüttel (72,9 %) und Gifhorn (74,9 %), in der Abbildung in Rot dargestellt, lagen deutlich unter 100 % Versorgungsgrad. Eine Unterversorgung wird jedoch erst bei Unterschreiten eines Versorgungsgrads von 50 % auf Ebene des Planungsbereichs festgestellt.

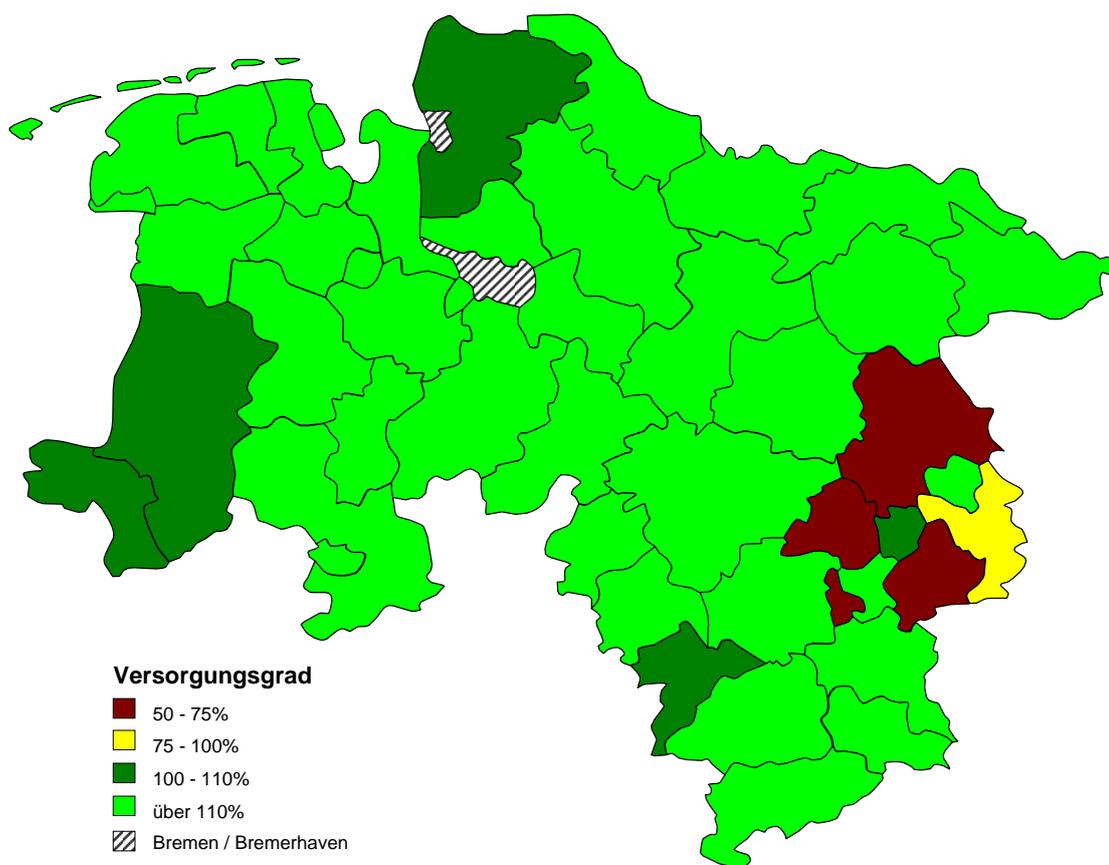


Abb. 6.3.1 Versorgungsgrad der augenärztlichen Versorgung 2012, Niedersachsen

Es ist anzumerken, dass ein rein zahlenmäßig erfasster Versorgungsgrad nicht zwangsläufig einer realen Unter- oder Überversorgung entspricht.

Hierbei müssen z. B. die Auslastung der vor Ort vorhandenen Praxen durch die tatsächlichen Fallzahlen, sowie die Mitversorgung durch benachbarte „überversorgte“ Planungsbereiche berücksichtigt werden.

Die Bedarfsplanung sah mit der Fortschreibung 03/2012 neue Zulassungsmöglichkeiten für Augenärzte in folgenden Gebieten vor:

Planungsbereich
Braunschweig - kreisfreie Stadt
Gifhorn - Landkreis
Helmstedt - Landkreis
Peine - Landkreis
Wolfenbüttel - Landkreis
Holzminen - Landkreis
Cuxhaven - Landkreis
Emsland - Landkreis
Grafschaft Bentheim - Landkreis

Tab. 6.3.1 Zulassungsmöglichkeiten in der augenärztlichen Versorgung in Niedersachsen 2012

Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie

Mit der Einführung der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) eine weitreichende Neuerung in die Bedarfsplanung eingeführt. Durch die Neufassung der Richtlinie werden nun alle Arztgruppen der Bedarfsplanung unterworfen. Die Arztgruppen werden vier Versorgungsebenen zugeordnet:

- 1.) hausärztliche Versorgung
- 2.) allgemeine fachärztliche Versorgung
- 3.) spezialisierte fachärztliche Versorgung
- 4.) gesonderte fachärztliche Versorgung

Für die Arztgruppen der hausärztlichen, der spezialisierten fachärztlichen und der gesonderten fachärztlichen Versorgung gibt es nur jeweils eine einheitliche Verhältniszahl.

Für die Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (also auch für Augenärzte) gibt es jeweils fünf Verhältniszahlen je nach Kreistyp des Planungsbereichs. Einfluss auf die Einteilung in einen der Kreistypen haben vor allem Mitversorgungseffekte von bzw. zu angrenzenden Planungsbereichen. Auch räumliche Verflechtungen werden anhand der Pendlerbewegungen berücksichtigt.

Stark Mitversorgend	Größere Städte in zentraler Lage, die eine erhebliche Mitversorgungsleistung für die umliegenden Regionen erbringen.
Dual-Versorgung	Die Einwohner dieser Regionen nehmen Versorgungsangebote in anderen Regionen wahr. Gleichzeitig erbringen die Dual-Versorger Mitversorgungsleistungen für das Umland.
Stark Mitversorgt	Klassischer „Speckgürtel“ mit starker Verflechtung zur Kernstadt. Ein erheblicher Anteil der Bevölkerung wird durch die Kernstadt mitversorgt.
Mitversorgt	Regionen mit weniger Verflechtung zu mitversorgenden Regionen. Teilweise wird die Bevölkerung hier mitversorgt. Ansonsten findet Eigenversorgung statt.
Eigenversorgung	Peripherer, eher ländlicher Raum mit wenig/keiner Beziehung zu mitversorgenden Regionen. Versorgung wird hier aus der Region heraus organisiert.

Abb. 6.3.2 Kriterien für die Typisierung von Kreistypen

Jeder Kreistyp zeichnet sich durch eine abweichende erforderliche Arztdichte aus. Je höher der Grad der Eigen- und Mitversorgung, umso höher ist die erforderliche Arztdichte.

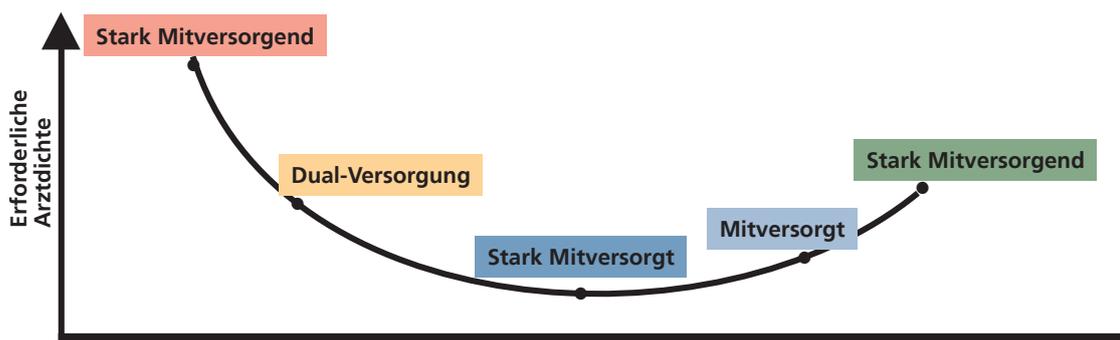


Abb. 6.3.3 Erforderliche Arztdichte von Kreistypen

Die Planungsbereiche für die einzelnen Versorgungsebenen sind unterschiedlich und wie folgt:

- 1.) Mittelbereiche
- 2.) kreisfreie Städte, Landkreise, Kreisregionen
- 3.) Raumordnungsregionen
- 4.) Gebiet der KV Niedersachsen (Land Niedersachsen ohne Amt Neuhaus)

Die Verhältniszahlen beziehen sich grundsätzlich auf die Wohnbevölkerung im entsprechenden Planungsbereich. Die allgemeine Verhältniszahl für die augenärztliche Versorgung der fünf Kreistypen reicht nun von 13.399 : 1 (z. B. Oldenburg) bis 24.729 : 1 (z. B. Osterholz).

Ausnahmen bilden die Kinderärzte (bezieht sich auf die bis unter 18-Jährigen) und die Frauenärzte (bezieht sich auf die weibliche Bevölkerung).

Der regional unterschiedlichen demographischen Entwicklung wird durch einen Demographiefaktor Rechnung getragen. Hierbei werden der Bedarf nach ärztlichen Leistungen der Bevölkerung unter 65 Jahre und der Bevölkerung, die 65 Jahre und älter ist, berücksichtigt. Ausgenommen vom Demographiefaktor sind Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater sowie die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung.

Abweichungen von der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie sind in begründeten Fällen möglich, sofern regionale Besonderheiten dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erfordern. Regionale Besonderheiten können regionale Demographie, regionale Morbidität, sozio-ökonomische Faktoren, räumliche Faktoren sowie infrastrukturelle Besonderheiten sein.

Die Auswirkungen der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie auf die augenärztliche Versorgung im Jahr 2013 stellen sich in der Fortschreibung 2/2013 so dar: Die flächendeckende Versorgung für das ganze Land ist sichergestellt. Die Versorgungslage in den Landkreisen Peine (75,1 %), Wolfenbüttel (77,7 %) und Gifhorn (78,2 %) konnte verbessert werden.

In den Landkreisen Cuxhaven und Holzminden lassen sich nun Versorgungsgrade von 97,9 bzw. 89,9 % messen. Zahlenmäßige Anzeichen für eine Unterversorgung (unter 50 % Versorgungsgrad) lassen sich für die niedersächsischen Planungsbereiche nicht ausmachen.

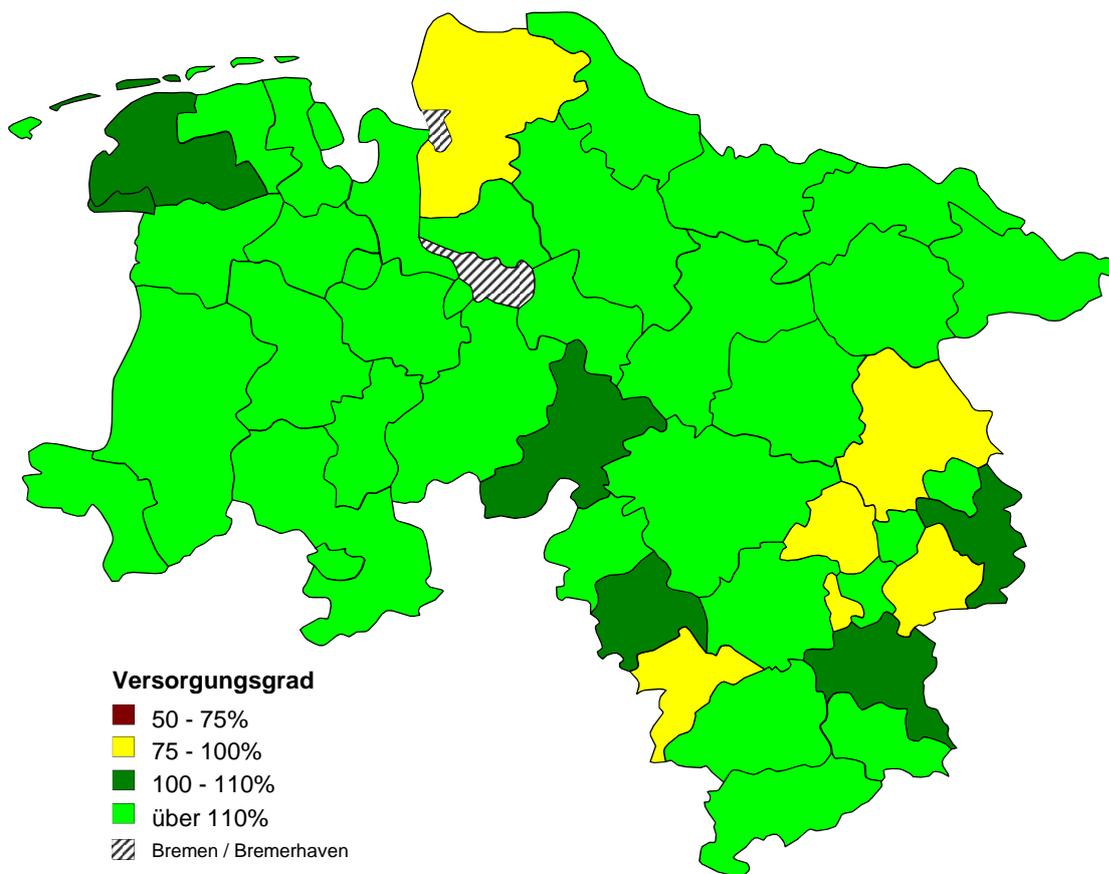


Abb. 6.3.4 Versorgungsgrad der augenärztlichen Versorgung 2013

Die Bedarfsplanung sah somit mit der Fortschreibung 02/2013 neue Zulassungsmöglichkeiten für Augenärzte in folgenden Gebieten vor:

Planungsbereich
Gifhorn - Landkreis
Goslar - Landkreis
Helmstedt - Landkreis
Peine - Landkreis
Wolfenbüttel - Landkreis
Hameln-Pyrmont - Landkreis
Holz Minden - Landkreis
Nienburg (Weser) - Landkreis
Cuxhaven - Landkreis
Emden - Landkreis / Stadt Aurich

Tab. 6.3.2 Zulassungsmöglichkeiten in der augenärztlichen Versorgung in Niedersachsen 2013

Was bringt die Zukunft?

Die zukünftige Entwicklung der augenärztlichen Versorgung ist eng mit dem demographischen Wandel verbunden. Die zwar tendenziell abnehmende, aber zunehmend ältere Bevölkerung wird in Zukunft verstärkt augenärztliche Leistungen in Anspruch nehmen.

Der zurzeit noch landesweit durchgängig hohe Versorgungsgrad wird mittel- und langfristig aufgrund fehlenden Nachwuchses bei den niedergelassenen Augenärzten nur unter großen Anstrengungen zu halten sein. Hier gilt es, zukünftig Modelle für eine gesicherte Versorgung speziell im ländlichen Raum Niedersachsens zu finden.

Quellen:

Abbildungen 6.3.1, 6.3.2, 6.3.5, 6.6.6: Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN)

Abbildungen 6.3.3, 6.3.4: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Korrespondenzadresse:

Robert Biermann
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN)
Unternehmensbereich Vertragsärztliche Versorgung
- Fachbereich Sicherstellung -
Berliner Allee 22
30175 Hannover
0511-380 3317
www.kvn.de

6.4 Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern: Neuer Vertrag in Niedersachsen

Gerrit Fahl

Je früher eine Sehkraftminderung erkannt und behandelt wird, umso besser sind die Chancen, dass man mit dem betroffenen Auge später Lesen und Autofahren kann und frei in seiner Berufswahl ist. Unbehandelt führt sie jedoch zu einem dauerhaften Sehschaden, der nach Abschluss der Sehentwicklung zwischen dem 6. und 8. Lebensjahr meist nicht mehr korrigiert werden kann. Werden Sehschwächen jedoch frühzeitig entdeckt, können sie vielfach noch erfolgreich behandelt werden. Durch eine rechtzeitige Nutzung von Prävention und Früherkennung können somit auch Folgeerkrankungen verhindert werden.

Vor diesem Hintergrund hat die AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen mit der Kasenärztliche Vereinigung einen „Vertrag über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern“ geschlossen. Er ist seit dem 1. Juli 2013 für Untersuchungen bei Kindern zwischen dem 31. und 42. Lebensmonat gültig. Die Initiative für diesen Vertrag kam vom Berufsverband der Augenärzte und wurde von den Gesprächspartnern der AOK Niedersachsen sehr konstruktiv aufgenommen, sodass schon nach 3 Monaten der Vertrag der KVN vorgelegt werden konnte und dann abgeschlossen wurde.

Dieser Vertrag ist der dritte Vertrag mit einer Krankenkasse in Niedersachsen; bisher bestehen entsprechende Vereinbarungen mit der Knappschaft und der BKK-Melitta. Dennoch ist der Vertrag mit der AOK von besonderer Bedeutung, weil hier ca. 20.000 Kinder pro Jahr erfasst werden. Um den Erfolg dieser Bemühungen zu verbessern, werden die anspruchsberechtigten Familien von der Krankenkasse individuell über die kostenlose Vorsorgemöglichkeit informiert.

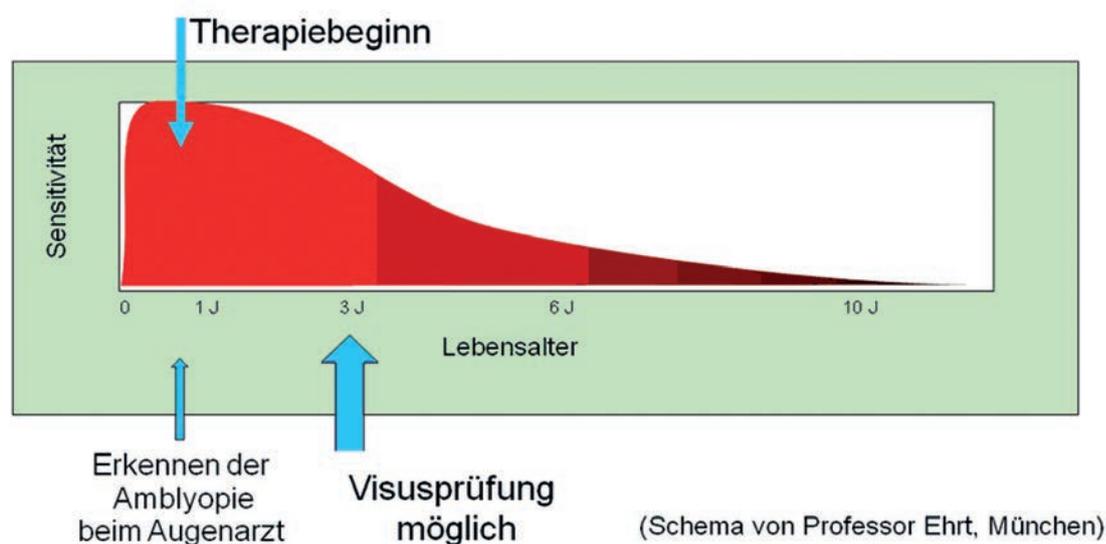


Abb. 6.4.1 Prognose für den Erfolg einer augenärztlichen Therapie bei Amblyopie

Grundsätzlich ist gerade die frühe Erkennung einer Schwachsichtigkeit (Amblyopie) für den Erfolg der Therapie entscheidend. Durch diese zusätzliche Vorsorge wird der Zeitpunkt für die Erkennung einer Amblyopie in einen erheblich günstigeren Zeitraum verlagert als es z. B. die Einschulungsuntersuchungen leisten können. Zudem ist diese Vorsorge nicht Teil einer anderen und umfassenden Untersuchung wie z. B. der U7a bei den Kinderärzten. Hier kommen die Kinder – auch das ist Vertragsbestandteil – nach kurzer Wartezeit und ausschließlich zur Prüfung verschiedener Sehfunkti-

onen zum Augenarzt. Dadurch sind Probleme wie etwa Ermüdung leichter zu umgehen. Zudem fällt es natürlich einem Augenarzt leichter, auffällige visuelle Befunde auch bei kleinen Patienten als solche zu registrieren.

Ein weiterer Aspekt ist die geplante wissenschaftliche Begleitung des Projektes. Dadurch soll nachgewiesen werden, dass eine augenärztliche Vorsorgeuntersuchung von Kleinkindern eine wesentlich bessere Entwicklung der Sehfähigkeit ermöglicht. Zur Zeit bedarf es spezieller Verträge der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, um diese augenärztliche Vorsorge zu ermöglichen. Das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) hat bisher keinen Nachweis der Behandlungserfolge akzeptiert. Daher ist eine augenärztliche Vorsorge bisher nicht zugelassen. Deshalb sind solche Untersuchungen zur Zeit entweder innerhalb besonderer Verträge oder nur als private Leistungen verfügbar.

In der Zusammenarbeit mit der AOK Niedersachsen und im Zuge der wissenschaftlichen Aufarbeitung der Ergebnisse in den nächsten Jahren, soll es gelingen, den Nachweis zu erbringen, dass die frühzeitige Erkennung einer Schwachsichtigkeit und deren frühe Behandlung Erfolge zeigt, die ohne diese Vorsorge nicht möglich gewesen wären. Das Ziel ist natürlich, diese Vorsorge allen Kindern zu ermöglichen, um eine vermeidbare Schwachsichtigkeit auch tatsächlich zu vermeiden.

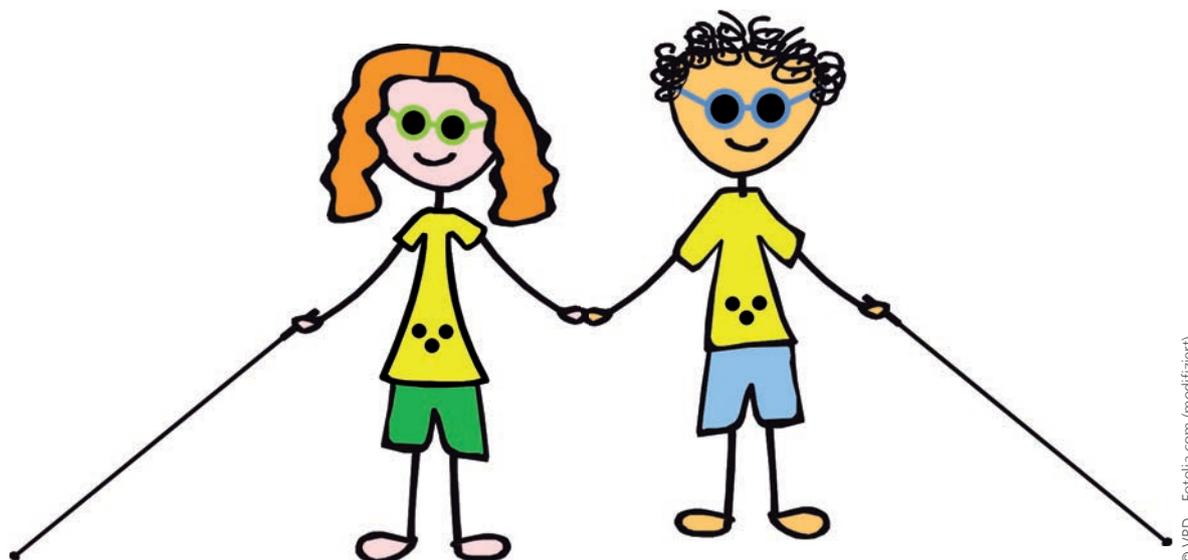
Damit diese Vorsorge allen Kindern in Niedersachsen angeboten werden kann, ist allerdings die Revision der Entscheidung des IQWiG notwendig. Diese Untersuchung mit wirklich repräsentativen Patientenzahlen wird hoffentlich der breiten Einführung dieser Vorsorge den Weg ebnen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Gerrit Fahl
Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V.
(BVA)
BVA-Landesvorsitzender Niedersachsen
Am Schäferstieg 5
21680 Stade
04141-61912

6.5 Beratungs- und Fördermöglichkeiten für Kinder mit dem Unterstützungsbedarf Sehen

Mechthild Backsmann



© VRD – Fotolia.com (modifiziert)

Die Diagnose Sehbehinderung oder Blindheit trifft die betroffenen und beteiligten Personen oft schwer. Sehende Menschen nehmen rund 80 % der Informationen aus der Umwelt visuell wahr. Dementsprechend gravierend sind die Auswirkungen für Menschen, die nur eingeschränkt oder gar nicht sehen können. So erfahren Betroffene in vielen Bereichen des Lebens Einschränkungen, wie beispielsweise in ihrer Kommunikation mit anderen Menschen, in ihrer Mobilität und Orientierung, im Erwerb und in der Durchführung lebenspraktischer Fertigkeiten sowie bei Tätigkeiten, die ein länger andauerndes Sehen in der Nähe erfordern. Diese Einschränkungen erstrecken sich dabei auf das private Leben, die Schule oder den Beruf. Es ist daher von großer Bedeutung, Kinder mit Sehbehinderungen und Blindheit frühzeitig zu fördern, damit sie zu einem Leben in Teilhabe, Gleichberechtigung und Selbstbestimmung befähigt werden.

Sehbehinderung, hochgradige Sehbehinderung und Blindheit – Hintergründe

Eine Reduktion der Sehschärfe (Visus) auf weniger als 0,3 auf dem besseren Auge (Sehrest von 30 % oder weniger) wird als Sehbehinderung bezeichnet. Als hochgradig sehbehindert gilt, wer auf dem besser sehenden Auge mit optimaler Korrektur lediglich eine Sehschärfe von nicht mehr als 0,05 besitzt (Sehrest von 5 % oder weniger).

In Deutschland gilt nach den gesetzlichen Bestimmungen und Versorgungsrichtlinien eine Person als blind, wenn ihre Sehschärfe auf dem besseren Auge auch mit optimaler Brillen- oder Kontaktlinsenkorrektur höchstens 0,02 beträgt (Sehrest von 2 % oder weniger), oder wenn andere dauerhafte Störungen des Sehvermögens vorliegen, die mit dieser Beeinträchtigung gleichzusetzen sind.

Der Oberbegriff „sehgeschädigt“ beinhaltet alle Formen der Seheinschränkungen.

Wie viele sehbehinderte und blinde Mitbürgerinnen und Mitbürger in Deutschland bzw. in Niedersachsen leben, ist unbekannt, da es kein zentrales Register hierfür gibt. Nach Schätzungen von Verbänden und Vereinen sollen in Deutschland etwa 500.000 sehbehinderte und 150.000 blinde Menschen leben. Die WHO allerdings beziffert die Anzahl sehbehinderter und blinder Menschen auf 1,5 Millionen Menschen in Deutschland.

Die Ätiologie von Sehbehinderung oder Blindheit kann sehr vielfältig sein und gliedert sich zunächst in angeborene und erworbene Schädigungen. Weiterhin sind organische Veränderungen und Erkrankungen des Auges von neurologisch bedingten Behinderungen der Sehnerven und der übergeordneten Zentren der visuellen Verarbeitung voneinander zu differenzieren.

Frühgeborene haben beispielsweise aufgrund einer unvollständigen Ausreifung der Blutgefäße, die die Netzhaut versorgen, in Kombination mit einer künstlichen Beatmung in den ersten Lebensstagen ein erhöhtes Risiko für eine Netzhautablösung (Retinopathie). Mehrfachbehinderungen sind gleichfalls nicht selten mit starken Sehbehinderungen oder Blindheit verbunden. Weiterhin gelten Stoffwechselerkrankungen und genetische Dispositionen als Ursache für Blindheit. Außerdem weisen Menschen mit Migrationshintergrund aus Ländern mit einer unzureichenden Gesundheitsversorgung eine erhöhte Sehbehindertenquote auf, weil in ihrem Geburtsland keine medizinischen Behandlungsmöglichkeiten gegeben waren. Eine weitere Ursache für Sehbehinderungen bzw. Blindheit sind Unfälle.

Kinder mit Sehbehinderungen und Blindheit

Einem Kind, das mit einer Sehbehinderung oder blind geboren wird, ist es zunächst nicht bewusst, dass es sich in seinen Wahrnehmungsfähigkeiten bzw. Möglichkeiten von anderen Kindern unterscheidet. Vielmehr nimmt es die Sehstörung zunächst gar nicht wahr und ist auch nicht in der Lage dazu, diese zu beschreiben. Erst in Situationen, in denen das Sehvermögen relevant ist, erkennt das Kind seine diesbezüglichen Einschränkungen, so z. B. beim gemeinschaftlichen Spiel mit anderen Kindern oder bei Aktivitäten wie Malen, Ausschneiden, Bauklötze stapeln etc.

Ein Kind mit Sehbehinderung oder Blindheit benötigt häufig Unterstützung, sich selbst und andere wahrzunehmen. So kann es im Bereich der Kommunikation zu Unsicherheiten, Missverständnissen und Fehlinterpretationen kommen, da Kinder mit Seheinschränkungen Mimik und Gestik ihrer Kommunikationspartner anders oder auch gar nicht wahrnehmen können.

Neben visuellen Informationen über unsere unmittelbare Umgebung befähigt uns das Sehen, uns räumlich zu orientieren, unseren Standort in der Umwelt zu bestimmen und uns in dieser zu orientieren. Kinder werden zudem durch visuelle Reize angeregt, sich zu bewegen und sich mit ihrer Umgebung aktiv auseinander zu setzen. Für die motorische Entwicklung ist das Sehvermögen daher ein grundlegender Faktor.

Kinder mit Sehbehinderung oder Blindheit setzen ihre weiteren Wahrnehmungsquellen gezielt zum Informationserwerb ein und sollten in der Nutzung ihrer weiteren Sinne gezielt gefördert werden.

Frühkindliche Förderung

Sehbehinderung oder Blindheit wirken sich auf die gesamte Entwicklung des betroffenen Kindes aus. Ohne frühzeitige und spezifische Förderung besteht für die Kinder ein erhebliches Risiko für Entwicklungsverzögerungen. Die frühkindliche Förderung umfasst alle Entwicklungsbereiche, die Förderung der Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit, Orientierung und Mobilität, den Erwerb lebenspraktischer Fertigkeiten und die individuelle Unterstützung bei Arbeiten im Nahbereich.

Damit sich ein Kind mit einer veränderten visuellen Wahrnehmung bestmöglich entwickeln kann, bietet das Land Niedersachsen durch das Landesbildungszentrum für Blinde (LBZB) Beratung und Förderung des Kindes im Elternhaus, im Kindergarten und im LBZB an. Diese Förderung erstreckt sich auf den Zeitraum von der Geburt bis zur Einschulung des Kindes und ist für blinde und hochgradig sehbehinderte Kinder mit und ohne weitere Beeinträchtigungen bestimmt.

Im Rahmen der frühkindlichen Förderung findet zunächst eine individuelle pädagogische Diagnostik des funktionalen Sehens statt. Darauf abgestimmt können die Eltern, aber auch das begleitende medizinische, pädagogische und therapeutische Umfeld beraten und begleitet werden. Zur Beratung gehören z. B. Informationen über Fördermöglichkeiten, Gestaltung einer förderlichen Lernumgebung des Kindes, Unterstützung bei der Auswahl von Spielmaterialien, vergrößernden Sehhilfen, Hilfsmitteln und Therapien. Zur frühkindlichen Förderung gehört auch die Beratung bei den Übergängen zum Kindergarten und zur Schule.

Die Kosten für die frühkindliche Förderung durch das LBZB trägt das Land Niedersachsen.

Schulung Lebenspraktischer Fähigkeiten

Sehbehinderte und blinde Kinder (und Erwachsene) können erhebliche Schwierigkeiten haben, ihre alltägliche Lebensführung zu bewältigen. Bereits die Ausführung einfachster Tätigkeiten kann für sie zum Problem werden. Daher gibt es die Schulung Lebenspraktischer Fähigkeiten, damit Betroffene erlernen, ihren Alltag ohne zusätzliche Hilfe selbständig zu bewältigen. Bei diesem Unterricht erlernen sehbehinderte und blinde Menschen bestimmte Techniken, Methoden und Strategien zum Umgang mit den Alltagssituationen, in denen normalsichtige Menschen auf ihre Fähigkeit zur Auge-Hand-Koordination zurückgreifen können.

Die Schulung der Lebenspraktischen Fähigkeiten wird auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnitten – von Essenstechniken, z. B. den Umgang mit Messer und Gabel, den Umgang mit Geld, über Körperpflege bis hin zu Kommunikationshilfen wie die Bedienung eines Telefons, das Erlernen und Schreiben der eigenen Unterschrift u. v. a. m.

Das Üben der Lebenspraktischen Fähigkeiten findet im Einzelunterricht statt. Die Dauer und der Umfang einer solchen Schulung werden auf die Wünsche, das Tempo und Fähigkeiten der sehbehinderten oder blinden Person abgestimmt. Dadurch variieren die Inhalte, die Dauer und die Gestaltung des Unterrichts.

Für die Übernahme der Kosten sind in der Regel die Krankenkassen, das Sozialamt oder die Agentur für Arbeit zuständig

Schulung in Orientierung und Mobilität

Sehbehinderte und blinde Menschen sind nicht nur in ihrer alltäglichen Lebensführung im Haushalt eingeschränkt, sondern auch in der Orientierung und Fortbewegung in der eigenen Wohnung sowie in fremden Räumen und im Außenbereich.

Der Schwerpunkt dieser Schulung liegt auf der Orientierung und Mobilität in verschiedenen Umweltsituationen. Dabei wird eine intensive Sinnesschulung – besonders des Gehörs und des Tastsinns – vorgenommen, um zu erlernen wie Umweltinformationen ohne oder mit geringem Sehsinn wahrgenommen, interpretiert und beurteilt werden können. Ziel ist es, dass die Menschen mit Sehbehinderung oder Blindheit daraus richtige Verhaltensweisen ableiten. Außerdem wird beispielsweise der Einsatz des weißen Langstocks als Verkehrsschutzzeichen und Orientierungshilfe geübt. Daneben werden Techniken vermittelt, wie man sich ohne Langstock in unbekanntem Räumen und Gebäuden orientieren kann. Weitere Inhalte der Schulung für Orientierung und Mobilität ist der Umgang mit Sehhilfen, das Aufbauen einer geistigen Landkarte und der Einsatz elektronischer Orientierungshilfen (z. B. Ultraschall für Hindernisse von oben, Navigationsgeräte für Wege ins Unbekannte).

Schule

In der Bundesrepublik gibt es mehr als 60 Schulen für Sehbehinderte und Blinde, in Niedersachsen gibt es zwei Förderschulen für diese Kinder. Für Kinder mit Blindheit und hochgradiger Sehbehinderung gibt es das Landesbildungszentrum für Blinde (www.lbzb.de) und für Kinder mit Sehbehinderung die Franz-Mersi-Schule (www.franz-mersi-schule.de).

Zum Schuljahresbeginn 2013/14 wurde in Niedersachsen die inklusive Schule¹ verbindlich eingeführt, wodurch allen Schülerinnen und Schüler ein gleichberechtigter und barrierefreier Zugang zu den niedersächsischen Schulen gewährleistet wird. Im Zuge der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention haben Eltern von Schülerinnen und Schülern mit einer Behinderung nun das Wahlrecht, ob sie ihr Kind auf eine allgemeinbildende Schule oder eine Förderschule mit dem Schwerpunkt Sehen schicken. Bei dieser Entscheidung sollten verschiedene Faktoren wie etwa der Schulweg, die Entfernung vom Elternhaus, aber auch die sozialen Kontakte des Kindes bedacht

¹ „Inklusion bedeutet eine umfassende und uneingeschränkte Teilhabe jedes Einzelnen am gesellschaftlichen Leben. Ziel ist die aktive Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in der Gesellschaft, indem ein barrierefreies Umfeld geschaffen wird. Das schließt ausdrücklich das Recht auf Bildung ein. Der Begriff der Inklusion löst den Begriff der Integration ab. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass im Vordergrund die Anpassung der Schule an das Kind steht – nicht umgekehrt.“ (vgl. Niedersächsisches Kultusministerium: http://nibis.ni.schule.de/~infosos/ftp/pdf/Inklusion/Die_wichtigsten_Fragen_und_Antworten_zur_inkluisiven_Schule_in_barrierefreier_Fassung.pdf)

werden. Außerdem spielt es auch eine Rolle, ob an der gewünschten Schule beispielsweise auf die Behinderung abgestimmte Hilfsmittel und spezielle Lehr- und Lernmittel verfügbar sind.

Um die Entscheidung über den Schulbesuch zu erleichtern, können Eltern sich durch Lehrkräfte des LBZB oder der Franz-Mersi-Schule sowie durch Lehrkräfte, die im Überprüfungsverfahren zur Feststellung des Unterstützungsbedarfes eingesetzt sind, umfassend beraten lassen. Außerdem stehen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der frühkindlichen Förderung und des sozialen Dienstes den Eltern beratend zu Seite.

Mobiler Dienst Sehen

Damit die engmaschige Betreuung von Kindern mit Sehbehinderung und Blindheit nicht mit der Einschulung endet und das Kind weiter gefördert wird, gibt es neben den schulischen Angeboten des Landesbildungszentrums für Blinde (LBZB) und der Franz-Mersi-Schule in Hannover den Mobilen Dienst Sehen.

Der Mobile Dienst Sehen wurde für Schülerinnen und Schüler eingerichtet, bei denen ein Unterstützungsbedarf mit dem Schwerpunkt Sehen besteht. Dabei soll sichergestellt werden, dass das schulpflichtige Kind die erforderliche Hilfe erhält und somit befähigt wird, eine wohnortnahe Schule zu besuchen. Förderung und Unterstützung durch den Mobilen Dienst erfolgen durch Förderschullehrkräfte aus dem Förderschwerpunkt Sehen in der besuchten Schule. Die Mobilen Dienste decken als Hilfe und zur Vervollständigung des Unterrichts der allgemeinbildenden Schule den sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf ab und wirken bei der Lösung von etwaigen Problemen mit.

Im einzelnen berät und unterstützt der Mobile Dienst die sehgeschädigten Kinder durch Trainings im Gebrauch von Hilfsmitteln, Einzelförderung (Punktschrift, lebenspraktische Fähigkeiten, etc.), individuelle auf die Behinderung abgestimmte Aufbereitung des Unterrichtsmaterials oder auch die Vorbereitung und Durchführung von Klassenausflügen. Den Lehrkräften erläutert der Mobile Dienst ggf. die Diagnose, er gibt Hilfestellung bei der Gestaltung von Arbeitsblättern und der Arbeitsumgebung sowie didaktische und methodische Hinweise zur Unterrichtsgestaltung. Auch die Eltern erhalten Hilfestellung und Unterstützung durch den Mobilen Dienst, etwa in Form von Informationen über außerschulische Förderungen und Therapieformen, Beratung über den Förderort (Förderschule oder allgemeinbildende Schule), Information über rechtliche Hintergründe oder auch Unterstützung bei Behördengängen (z. B. Beantragung eines Behindertenausweises).

Hilfsmittel und Kostenträger

Um an verschiedenen Bereichen des Lebens (zu Hause, in der Schule, im Straßenverkehr u. a.) selbstständig teilzunehmen, sind für sehbehinderte oder blinde Menschen diverse Hilfsmittel (Vergrößerungssoftware, Arbeitsplatzbeleuchtung, Diktiergerät, Lupe, Punktschriftmaschine, Bildschirmlesegerät, elektronische Software und Ausstattung für den Computer u. a.) erforderlich.

Je nachdem in welchem Lebensbereich das Hilfsmittel benötigt wird, kommen unterschiedliche Kostenträger in Betracht. Für die Bereiche des privaten Gebrauchs, der Schule, der Ausbildung, des Studiums und des Berufs sind unterschiedliche Träger oder Behörden zuständig. Den Überblick zu behalten, kann also durchaus kompliziert sein.

Die Krankenkasse ist Kostenträger von Hilfsmitteln, wenn diese für den unmittelbaren Ausgleich einer Behinderung dienen, zur Pflege oder für die Schule erforderlich sind. Hierbei ist eine Verordnung durch einen Arzt notwendig.

Das Sozialamt kann zuständig sein, wenn kein anderer Kostenträger zur Finanzierung verpflichtet ist. Die Unterstützung erfolgt häufig im Rahmen der Eingliederungshilfe. Dabei können Leistungen im Vorschulalter, zum Schulbesuch innerhalb und außerhalb der Schulpflicht, Leistungen für die Ausbildung, das Studium, das Praktikum oder den Berufseinstieg übernommen werden.

Hilfsmittelleistungen für den Beruf können vom Rentenversicherungsträger, von der Arbeitsagentur oder der ARGE getragen werden.

Das Integrationsamt ist nachrangiger Leistungsträger, wenn Rentenversicherungsträger, Arbeitsagentur oder ARGE nicht mehr zuständig sind.

Nach § 14 SGB IX muss sich ein Kostenträger innerhalb von 2 Wochen entscheiden, ob er zuständig ist oder den Antrag an den vermuteten Kostenträger weiterleiten. Dieser Kostenträger muss dann handeln.

Nähere Informationen zu den Kostenträgern für Hilfsmittel finden sich unter:

- www.incobs.de/infotehek/finanzierung/index.php
- www.incobs.de/downloads/broschueren/pdf_finanzierung.pdf
- www.dbsv.org/fileadmin/publikationen/20_265_Testwarenkorb/08_Hilfsmittel_fuer_sehbehinderte_Menschen.pdf
- www.rehadat.de/gkv2/Gkv.KHS

Landesblindengeld

Das Landesblindengeld ist eine Leistung des Landes Niedersachsen und wird auf Antrag bei der zuständigen Kommune gewährt. Ausschließlich hochgradig sehbehinderte und blinde Menschen können das Landesblindengeld erhalten, um den Mehraufwand auszugleichen, den sie durch ihre Behinderung haben.

Voraussetzung für den Erhalt des Landesblindengeldes ist:

- das Merkzeichen Bl im Schwerbehindertenausweis
- der sogenannte gewöhnliche Aufenthalt in Niedersachsen, bzw. Aufenthalt in einer stationären Einrichtung innerhalb der Bundesrepublik, wenn vor Aufnahme der Wohnort im Land Niedersachsen gelegen hat

Die Höhe des Blindengelds beträgt bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres € 320,-- monatlich, nach Vollendung des 25. Lebensjahres € 265,-- Euro monatlich und bei Aufenthalt in stationären Einrichtungen € 100,-- monatlich. Auf das Blindengeld werden Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften angerechnet.

Vertiefende Informationen

Neben dem Landesbildungszentrum für Blinde (LBZB, www.lbzb.de) gibt es in Niedersachsen außerdem Verbände und Vereine, die sich für die Bedürfnisse und die Rechte von Menschen mit Seheinschränkungen einsetzen. Bei diesen Vereinen oder Verbänden findet man nicht nur Gleichgesinnte, sondern auch eine vielfältige und hochqualifizierte Beratung und Betreuung. So haben sie sich bereits mit vielen Prozessen und auftretenden Problemen beschäftigt, arbeiten in einem engmaschigen Netzwerk und können auf einen breiten Erfahrungshorizont zurückgreifen. Eine kleine Auswahl an Internetadressen, auf denen sich vertiefende Informationen finden, ist im folgenden aufgeführt:

- DBSV (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V.): www.dbsv.org
- DVBS (Deutscher Verein der Blinden und Sehbehinderten in Studium und Beruf e. V.): www.dvbs-online.de
- Blinden- und Sehbehindertenverband Niedersachsen e. V.: www.blindenverband.org
- Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderungen e.V.: www.bvkm.de

Korrespondenzadresse:

Mechthild Backsmann
Schulleitung im Landesbildungszentrum für Blinde
Bleekstraße 22
30559 Hannover / Germany
Fon: +49 (0) 511 5247-206
Fax: +49 (0) 511 5247-349
E-Mail: Mechthild.Backsmann@LBZB-H.Niedersachsen.de
<http://www.LBZB.de>

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1	Bevölkerungsdichte 2011, Niedersachsen Quelle: LSKN 2013	3
Abb. 2.2	Jugendquotient 2011, Niedersachsen Quelle: LSKN 2013	4
Abb. 2.3	Anteil der Ausländer an der Bevölkerung in % im Jahr 2011, Niedersachsen Quelle: LSKN 2013	5
Abb. 2.4	Arbeitslosenquote 2011, Niedersachsen Quelle: LSKN 2013	6
Abb. 5.1.1	Anzahl Erstuntersuchungen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	17
Abb. 5.1.2	Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.054	18
Abb. 5.1.3	Migrationshintergrund nach Regionen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.054	19
Abb. 5.1.4	Familiäre Situation, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	20
Abb. 5.1.5	Berufstätigkeit der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	21
Abb. 5.1.6	Kindergartenbesuch / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	22
Abb. 5.1.7	Geschwister / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 63.388	23
Abb. 5.2.1	Vorlage Vorsorgeheft, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	26
Abb. 5.2.2	Vorlage Vorsorgeheft / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	27
Abb. 5.2.3	Vorlage Vorsorgeheft / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.569	28
Abb. 5.2.4	Vollständigkeit der U5 bis U8 / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.569	28
Abb. 5.2.5	Vorlage Vorsorgeheft / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 50.128	29
Abb. 5.2.6	Vorlage Vorsorgeheft / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 69.361	30
Abb. 5.3.1	Vorlage Impfausweis, Schuleingangsuntersuchungen 2012, Niedersachsen, n = 70.248	31
Abb. 5.3.2	Vorlage Impfausweis / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	33
Abb. 5.3.3	Vorlage Impfausweis / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.569	34
Abb. 5.3.4	Vorlage Impfausweis / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 50.128	35
Abb. 5.4.1	Body Mass Index (BMI), Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.793	38
Abb. 5.4.2	Body Mass Index (BMI) / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.793	39
Abb. 5.4.3	Body Mass Index (BMI) / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 60.141	40

Abb. 5.4.4	Body Mass Index (BMI) / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 46.742	41
Abb. 5.4.5	Body Mass Index (BMI) / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 63.989	41
Abb. 5.5.1	Sehvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	43
Abb. 5.5.2	Sehvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	44
Abb. 5.5.3	Sehvermögen / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.785	45
Abb. 5.5.4	Sehvermögen / Ausbildung Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.774	46
Abb. 5.5.5	Sehvermögen / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 68.584	47
Abb. 5.6.1	Hörvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	49
Abb. 5.6.2	Hörvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	50
Abb. 5.6.3	Hörvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.585	51
Abb. 5.6.4	Hörvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.652	52
Abb. 5.6.5	Hören / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 68.373	53
Abb. 5.7.1	Sprachvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	56
Abb. 5.7.2	Sprachvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	57
Abb. 5.7.3	Sprachvermögen / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 69.948	58
Abb. 5.7.4	Sprachvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.285	59
Abb. 5.7.5	Sprachvermögen / Familiensprache, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 63.614	60
Abb. 5.7.6	Sprachvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.954	61
Abb. 5.7.7	Sprachvermögen / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 69.085	62
Abb. 5.8.1	Grobmotorische Entwicklung, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.485	63
Abb. 5.8.2	Grobmotorische Entwicklung / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.485	64
Abb. 5.8.3	Grobmotorische Entwicklung / Geschlecht Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.722	65
Abb. 5.8.4	Grobmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund nach Regionen/Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.278	66
Abb. 5.8.5	Grobmotorische Entwicklung / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.106	67

Abb. 5.8.6	Grobmotorische Entwicklung / Berufstätigkeit der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 54.453	68
Abb. 5.8.7	Grobmotorische Entwicklung / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.854	69
Abb. 5.8.8	Grobmotorische Entwicklung / Teilnahme U9, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 56.609	70
Abb. 5.9.1	Feinmotorische Entwicklung, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.485	71
Abb. 5.9.2	Feinmotorische Entwicklung / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.485	72
Abb. 5.9.3	Feinmotorische Entwicklung / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.202	73
Abb. 5.9.4	Feinmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.750	74
Abb. 5.9.5	Feinmotorische Entwicklung / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.461	75
Abb. 5.9.6	Feinmotorische Entwicklung / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.330	75
Abb. 5.9.7	Feinmotorische Entwicklung / Besuch der Vorsorgeuntersuchung U9, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 56.996	76
Abb. 5.10.1	Verhalten, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 61.237	78
Abb. 5.10.2	Verhalten / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 60.843	78
Abb. 5.10.3	Verhalten / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 59.382	79
Abb. 5.10.4	Verhalten / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 44.768	80
Abb. 5.10.5	Verhalten / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 60.080	80
Abb. 5.10.6	Verhalten / Besuch der U9, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 56.229	81
Abb. 6.1.1	Licht wird auf der Netzhaut gebündelt	86
Abb. 6.1.2	Basisschema (Küppers) - integrierte Farbmischung	86
Abb. 6.1.3	Weiterleitung der Impulse an das Gehirn	87
Abb. 6.1.4	Kurz- und Weitsichtigkeit	88
Abb. 6.1.5	Grobmotorik / Sehvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.594	89
Abb. 6.1.6	Feinmotorik / Sehvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.031	90
Abb. 6.3.1	Versorgungsgrad der augenärztlichen Versorgung 2012, Niedersachsen	97
Abb. 6.3.2	Kriterien für die Typisierung von Kreistypen	98
Abb. 6.3.3	Erforderliche Arztdichte von Kreistypen	99
Abb. 6.3.4	Versorgungsgrad der augenärztlichen Versorgung 2013	100
Abb. 6.4.1	Prognose für den Erfolg einer augenärztlichen Therapie bei Amblyopie	102
	Niedersächsische Landkreise, kreisfreie Städte und Region Hannover: Anwendergemeinschaften	144
	Herkunftsregionen der Schulanfängerinnen und Schulanfänger	145

Tabellenverzeichnis

Tab. 5.3.1a	Grundimmunisierung der Kinder mit vorgelegtem Impfausweis, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.517	32
Tab. 5.5.3a	Sehvermögen / Migrationshintergrund nach Regionen, Relation „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.785	46
Tab. 5.5.5a	Sehvermögen / Besuch der Vorsorgeuntersuchung U7 bis U9, Relation „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.802	48
Tab. 5.6.3a	Hörvermögen / Migrationshintergrund, Relation „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.488	52
Tab. 5.7.5a	Sprachvermögen / Familiensprache, Relation „Abklärungsempfehlung“ zu „bereits in Behandlung“, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 63.614	60
Tab. 6.3.1	Zulassungsmöglichkeiten in der augenärztlichen Versorgung in Niedersachsen 2012	98
Tab. 6.3.2	Zulassungsmöglichkeiten in der augenärztlichen Versorgung in Niedersachsen 2013	100
Tab. 5.1.1	Anzahl Erstuntersuchungen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	116
Tab. 5.1.2	Migrationshintergrund nach Regionen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.054 (Teil 1)	117
Tab. 5.1.2	Migrationshintergrund nach Regionen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.054 (Teil 2)	118
Tab. 5.1.3	Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.054	119
Tab. 5.1.4	Familiäre Situation, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	119
Tab. 5.1.5	Berufstätigkeit der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	119
Tab. 5.1.6	Kindergartenbesuch / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	120
Tab. 5.1.7	Geschwister / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 63.388 (Teil 1)	121
Tab. 5.1.7	Geschwister / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 63.388 (Teil 2)	122
Tab. 5.2.1	Vorlage Vorsorgeheft, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	123
Tab. 5.2.2	Vorlage Vorsorgeheft / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	123
Tab. 5.2.3	Vorlage Vorsorgeheft / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.569	124
Tab. 5.2.4	Vollständigkeit der U5 bis U8 / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.569	124
Tab. 5.2.5	Vorlage Vorsorgeheft / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 50.128	124

Tab. 5.2.6	Vorlage Vorsorgeheft / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 69.361	124
Tab. 5.3.1	Vorlage Impfausweis, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	125
Tab. 5.3.2	Vorlage Impfausweis / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	125
Tab. 5.3.3	Vorlage Impfausweis / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.569	126
Tab. 5.3.4	Vorlage Impfausweis / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 50.128	126
Tab. 5.4.1	Body Mass Index (BMI), Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.793	127
Tab. 5.4.2	Body Mass Index (BMI) / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.793	127
Tab. 5.4.3	Body Mass Index (BMI) / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 60.141	128
Tab. 5.4.4	Body Mass Index (BMI) / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 46.742	128
Tab. 5.4.5	Body Mass Index (BMI) / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 63.989	128
Tab. 5.5.1	Sehvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	129
Tab. 5.5.2	Sehvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	129
Tab. 5.5.3	Sehvermögen / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.785	130
Tab. 5.5.4	Sehvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.774	130
Tab. 5.5.5	Sehvermögen / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 68.584	130
Tab. 5.6.1	Hörvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	131
Tab. 5.6.2	Hörvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	131
Tab. 5.6.3	Hörvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.585	132
Tab. 5.6.4	Hörvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.652	132
Tab. 5.6.5	Hörvermögen / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 68.373	132
Tab. 5.7.1	Sprachvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	133
Tab. 5.7.2	Sprachvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	133
Tab. 5.7.3	Sprachvermögen / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 69.948	134
Tab. 5.7.4	Sprachvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.285	134

Tab. 5.7.5	Sprachvermögen / Familiensprache, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 63.614	134
Tab. 5.7.6	Sprachvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.954	134
Tab. 5.7.7	Sprachvermögen / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 69.085	134
Tab. 5.8.1	Grobmotorische Entwicklung, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.485	135
Tab. 5.8.2	Grobmotorische Entwicklung / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.485	135
Tab. 5.8.3	Grobmotorische Entwicklung / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.722	136
Tab. 5.8.4	Grobmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund nach Regionen / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.278	136
Tab. 5.8.5	Grobmotorische Entwicklung / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.106	137
Tab. 5.8.6	Grobmotorische Entwicklung / Berufstätigkeit der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 54.453	137
Tab. 5.8.7	Grobmotorische Entwicklung / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.854	137
Tab. 5.8.8	Grobmotorische Entwicklung / Teilnahme U9, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 56.609	137
Tab. 5.9.1	Feinmotorische Entwicklung, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.485	138
Tab. 5.9.2	Feinmotorische Entwicklung / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.485	138
Tab. 5.9.3	Feinmotorische Entwicklung / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.202	139
Tab. 5.9.4	Feinmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.750	139
Tab. 5.9.5	Feinmotorische Entwicklung / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.461	139
Tab. 5.9.6	Feinmotorische Entwicklung / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.330	140
Tab. 5.9.7	Feinmotorische Entwicklung / Besuch der Vorsorgeuntersuchung U9, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 56.996	140
Tab. 5.10.1	Verhalten, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 61.237	140
Tab. 5.10.2	Verhalten / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 60.843	140
Tab. 5.10.3	Verhalten / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 59.382	141
Tab. 5.10.4	Verhalten / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 44.768	141
Tab. 5.10.5	Verhalten / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 60.080	141
Tab. 5.10.6	Verhalten / Besuch der U9, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 56.229	141

Anhang

Tabellen

Tab. 5.1.1 Anzahl Erstuntersuchungen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248	
Landkreis	Gesamt
Gesamt	70.248
Ammerland	1.157
Aurich	1.744
Braunschweig	1.985
Celle	1.620
Cloppenburg	1.801
Cuxhaven	1.681
Delmenhorst, Stadt	679
Diepholz	1.977
Emden, Stadt	461
Emsland	3.197
Friesland	847
Gifhorn	1.680
Goslar	997
Göttingen	2.056
Grafschaft Bentheim	1.376
Hamel-Pyrmont	1.231
Hannover, Region	10.145
Harburg	2.288
Heidekreis	1.296
Helmstedt	742
Hildesheim	2.430
Holzminen	547
Leer	1.474
Lüneburg	1.741
Nienburg	1.136
Northeim	1.090
Oldenburg, Landkreis	1.241
Oldenburg, Stadt	1.418
Osnabrück, Landkreis	3.697
Osnabrück, Stadt	1.357
Osterode	566
Peine	1.239
Rotenburg (Wümme)	1.561
Salzgitter, Stadt	908
Schaumburg	1.399
Stade	1.973
Uelzen	812
Vechta	1.498
Verden	1.250
Wesermarsch	789
Wilhelmshaven, Stadt	601
Wittmund	501
Wolfenbüttel	1.055
Wolfsburg, Stadt	1.005

Landkreis	Afrika	%	Asien, Australien, Ozeanien	%	Deutschland	%	Naher Osten	%
Gesamt	361	0,5	767	1,2	49.976	75,7	1.598	2,4
Ammerland	2	0,2	20	1,7	1.009	87,2	18	1,6
Aurich	2	0,1	38	2,2	1.564	89,7	14	0,8
Braunschweig	11	0,6	30	1,5	1.508	76,0	52	2,6
Celle	9	0,6	9	0,6	1.300	80,2	23	1,4
Cloppenburg	2	0,1	13	0,7	1.255	69,7	32	1,8
Cuxhaven	5	0,3	13	0,8	1.392	82,8	29	1,7
Delmenhorst, Stadt	0	0,0	10	1,5	449	66,1	28	4,1
Diepholz	7	0,4	21	1,1	1.578	79,8	50	2,5
Emden, Stadt	1	0,2	6	1,3	378	82,0	7	1,5
Friesland	3	0,4	7	0,8	733	86,5	22	2,6
Gifhorn	1	0,1	6	0,4	1.210	72,0	13	0,8
Göttingen	7	0,3	24	1,2	1.650	80,3	49	2,4
Grafschaft Bentheim	1	0,1	28	2,0	1.095	79,6	7	0,5
Hameln-Pyrmont	5	0,4	8	0,6	922	74,9	27	2,2
Hannover, Region	146	1,4	147	1,4	6.326	62,4	548	5,4
Harburg	7	0,3	30	1,3	1.942	84,9	36	1,6
Heidekreis	3	0,2	10	0,8	1.048	80,9	12	0,9
Helmstedt	1	0,1	2	0,3	661	89,1	3	0,4
Hildesheim	14	0,6	25	1,0	1.877	77,2	76	3,1
Holzminen	2	0,4	4	0,7	429	78,4	7	1,3
Leer	1	0,1	3	0,2	1.304	88,5	28	1,9
Lüneburg	4	0,2	10	0,6	1.509	86,7	45	2,6
Nienburg	5	0,4	7	0,6	864	76,1	29	2,6
Northeim	1	0,1	4	0,4	891	81,7	25	2,3
Oldenburg, Landkreis	3	0,2	15	1,2	1.016	81,9	33	2,7
Oldenburg, Stadt	27	1,9	22	1,6	980	69,1	75	5,3
Osnabrück, Landkreis	17	0,5	48	1,3	2.527	68,4	0	0,0
Osnabrück, Stadt	18	1,3	65	4,8	910	67,1	0	0,0
Osterode	0	0,0	3	0,5	482	85,2	0	0,0
Peine	1	0,1	7	0,6	1.015	81,9	25	2,0
Rotenburg (Wümme)	2	0,1	14	0,9	1.290	82,6	10	0,6
Salzgitter, Stadt	3	0,3	4	0,4	554	61,0	30	3,3
Schaumburg	5	0,4	2	0,1	1.156	82,6	9	0,6
Stade	8	0,4	22	1,1	1.571	79,6	50	2,5
Uelzen	3	0,4	8	1,0	672	82,8	13	1,6
Vechta	9	0,6	13	0,9	1.000	66,8	48	3,2
Verden	10	0,8	13	1,0	910	72,8	24	1,9
Wesermarsch	3	0,4	8	1,0	576	73,0	17	2,2
Wilhelmshaven, Stadt	2	0,3	35	5,8	447	74,4	0	0,0
Wittmund	3	0,6	2	0,4	445	88,8	8	1,6
Wolfenbüttel	1	0,1	3	0,3	895	84,8	27	2,6
Wolfsburg, Stadt	6	0,6	8	0,8	636	63,3	49	4,9

Tab. 5.1.2 Migrationshintergrund nach Regionen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.054 (Teil 2)

Nord-/ Süd- amerika	%	Osteuropa	%	Türkei	%	Westeuropa	%	keine Angabe	%	Gesamt
241	0,4	8.570	13,0	3.069	4,6	987	1,5	485	0,7	66.054
0	0,0	90	7,8	15	1,3	3	0,3	0	0,0	1.157
1	0,1	95	5,4	20	1,1	10	0,6	0	0,0	1.744
11	0,6	239	12,0	104	5,2	23	1,2	7	0,4	1.985
3	0,2	135	8,3	110	6,8	27	1,7	4	0,2	1.620
2	0,1	467	25,9	25	1,4	5	0,3	0	0,0	1.801
4	0,2	161	9,6	28	1,7	36	2,1	13	0,8	1.681
1	0,1	123	18,1	64	9,4	4	0,6	0	0,0	679
5	0,3	231	11,7	62	3,1	20	1,0	3	0,2	1.977
0	0,0	55	11,9	12	2,6	2	0,4	0	0,0	461
4	0,5	53	6,3	7	0,8	18	2,1	0	0,0	847
10	0,6	328	19,5	64	3,8	22	1,3	26	1,5	1.680
10	0,5	187	9,1	66	3,2	24	1,2	39	1,9	2.056
3	0,2	164	11,9	18	1,3	60	4,4	0	0,0	1.376
3	0,2	156	12,7	78	6,3	20	1,6	12	1,0	1.231
64	0,6	1.666	16,4	902	8,9	292	2,9	54	0,5	10.145
10	0,4	185	8,1	49	2,1	25	1,1	4	0,2	2.288
3	0,2	134	10,3	58	4,5	28	2,2	0	0,0	1.296
1	0,1	49	6,6	14	1,9	10	1,3	1	0,1	742
9	0,4	285	11,7	99	4,1	37	1,5	8	0,3	2.430
1	0,2	74	13,5	27	4,9	2	0,4	1	0,2	547
3	0,2	93	6,3	16	1,1	26	1,8	0	0,0	1.474
6	0,3	120	6,9	22	1,3	13	0,7	12	0,7	1.741
2	0,2	155	13,6	59	5,2	10	0,9	5	0,4	1.136
5	0,5	129	11,8	20	1,8	12	1,1	3	0,3	1.090
3	0,2	128	10,3	36	2,9	7	0,6	0	0,0	1.241
2	0,1	209	14,7	94	6,6	9	0,6	0	0,0	1.418
6	0,2	782	21,2	96	2,6	59	1,6	162	4,4	3.697
3	0,2	225	16,6	65	4,8	24	1,8	47	3,5	1.357
0	0,0	40	7,1	23	4,1	3	0,5	15	2,7	566
1	0,1	91	7,3	93	7,5	2	0,2	4	0,3	1.239
5	0,3	191	12,2	34	2,2	15	1,0	0	0,0	1.561
3	0,3	131	14,4	176	19,4	1	0,1	6	0,7	908
3	0,2	151	10,8	68	4,9	5	0,4	0	0,0	1.399
14	0,7	183	9,3	77	3,9	36	1,8	12	0,6	1.973
3	0,4	87	10,7	16	2,0	6	0,7	4	0,5	812
5	0,3	299	20,0	109	7,3	15	1,0	0	0,0	1.498
6	0,5	181	14,5	94	7,5	9	0,7	3	0,2	1.250
5	0,6	118	15,0	56	7,1	6	0,8	0	0,0	789
2	0,3	57	9,5	27	4,5	3	0,5	28	4,7	601
0	0,0	35	7,0	3	0,6	5	1,0	0	0,0	501
3	0,3	60	5,7	42	4,0	17	1,6	7	0,7	1.055
16	1,6	228	22,7	21	2,1	36	3,6	5	0,5	1.005

Tab. 5.1.3 Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.054		
Migrationshintergrund nach Regionen	Gesamt	%
Gesamt	66.054	100,0
Afrika	361	0,5
Asien, Australien, Ozeanien	767	1,2
Deutschland	49.976	75,7
Naher Osten	1.598	2,4
Osteuropa	8.570	13,0
Nord-/Südamerika	241	0,4
Türkei	3.069	4,6
Westeuropa	987	1,5
keine Angabe	485	0,7

Tab. 5.1.4 Familiäre Situation, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248		
Familiäre Situation	Gesamt	%
Gesamt	70.248	100,0
Eltern	47.736	68,0
Elternteil+Partner	2.671	3,8
Alleinerziehend	6.815	9,7
Pflege-/Großeltern/Heim/Institution	569	0,8
keine Angabe	12.457	17,7

Tab. 5.1.5 Berufstätigkeit der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248		
Berufstätigkeit der Eltern	Gesamt	%
Gesamt	70.248	100,0
beide berufstätig: Ganztage oder Teilzeit	33.485	47,7
einer berufstätig: Ganztage oder Teilzeit	16.577	23,6
beide geringfügige/keine Beschäftigung	5.484	7,8
keine Angabe	14.702	20,9

Landkreis	kein Kindergartenbesuch	%	Kindergartenbesuch	%	keine Angabe	%	Gesamt
Gesamt	882	1,3	68.479	97,5	887	1,3	70.248
Ammerland	13	1,1	1.143	98,8	1	0,1	1.157
Aurich	11	0,6	1.694	97,1	39	2,2	1.744
Braunschweig	26	1,3	1.948	98,1	11	0,6	1.985
Celle	17	1,0	1.600	98,8	3	0,2	1.620
Cloppenburg	46	2,6	1.755	97,4	0	0,0	1.801
Cuxhaven	20	1,2	1.659	98,7	2	0,1	1.681
Delmenhorst, Stadt	7	1,0	670	98,7	2	0,3	679
Diepholz	14	0,7	1.963	99,3	0	0,0	1.977
Emden, Stadt	6	1,3	453	98,3	2	0,4	461
Emsland	15	0,5	3.182	99,5	0	0,0	3.197
Friesland	64	7,6	783	92,4	0	0,0	847
Gifhorn	57	3,4	1.622	96,5	1	0,1	1.680
Goslar	7	0,7	982	98,5	8	0,8	997
Göttingen	13	0,6	2.001	97,3	42	2,0	2.056
Grafschaft Bentheim	9	0,7	1.367	99,3	0	0,0	1.376
Hameln-Pyrmont	10	0,8	1.207	98,1	14	1,1	1.231
Hannover, Region	175	1,7	9.793	96,5	177	1,7	10.145
Harburg	21	0,9	2.264	99,0	3	0,1	2.288
Heidekreis	23	1,8	1.270	98,0	3	0,2	1.296
Helmstedt	9	1,2	733	98,8	0	0,0	742
Hildesheim	31	1,3	2.391	98,4	8	0,3	2.430
Holzminden	3	0,5	544	99,5	0	0,0	547
Leer	11	0,7	1.329	90,2	134	9,1	1.474
Lüneburg	13	0,7	1.528	87,8	200	11,5	1.741
Nienburg	9	0,8	1.127	99,2	0	0,0	1.136
Northeim	11	1,0	1.077	98,8	2	0,2	1.090
Oldenburg, Landkreis	9	0,7	1.230	99,1	2	0,2	1.241
Oldenburg, Stadt	3	0,2	1.354	95,5	61	4,3	1.418
Osnabrück, Landkreis	34	0,9	3.582	96,9	81	2,2	3.697
Osnabrück, Stadt	14	1,0	1.295	95,4	48	3,5	1.357
Osterode	10	1,8	554	97,9	2	0,4	566
Peine	8	0,6	1.230	99,3	1	0,1	1.239
Rotenburg (Wümme)	14	0,9	1.544	98,9	3	0,2	1.561
Salzgitter, Stadt	25	2,8	881	97,0	2	0,2	908
Schaumburg	12	0,9	1.387	99,1	0	0,0	1.399
Stade	18	0,9	1.946	98,6	9	0,5	1.973
Uelzen	5	0,6	806	99,3	1	0,1	812
Vechta	8	0,5	1.479	98,7	11	0,7	1.498
Verden	29	2,3	1.217	97,4	4	0,3	1.250
Wesermarsch	30	3,8	758	96,1	1	0,1	789
Wilhelmshaven, Stadt	12	2,0	585	97,3	4	0,7	601
Wittmund	2	0,4	499	99,6	0	0,0	501
Wolfenbüttel	2	0,2	1.048	99,3	5	0,5	1.055
Wolfsburg, Stadt	6	0,6	999	99,4	0	0,0	1.005

Tab. 5.1.7 Geschwister / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 63.388 (Teil 1)

Landkreis	keine Geschwister	%	ein Geschwisterkind	%	zwei Geschwister	%	drei Geschwister	%
Gesamt	12.678	20,0	30.753	48,5	12.648	20,0	4.110	6,5
Ammerland	373	32,2	507	43,8	203	17,5	47	4,1
Aurich	360	20,6	781	44,8	378	21,7	125	7,2
Braunschweig	481	24,2	1.013	51,0	384	19,3	81	4,1
Celle	288	17,8	763	47,1	340	21,0	122	7,5
Cloppenburg	263	14,6	817	45,4	440	24,4	131	7,3
Cuxhaven	306	18,2	830	49,4	348	20,7	103	6,1
Delmenhorst, Stadt	130	19,1	320	47,1	141	20,8	60	8,8
Diepholz	364	18,4	996	50,4	394	19,9	132	6,7
Emden, Stadt	94	20,4	207	44,9	103	22,3	32	6,9
Friesland	183	21,6	380	44,9	161	19,0	68	8,0
Gifhorn	299	17,8	869	51,7	319	19,0	102	6,1
Goslar	277	27,8	459	46,0	170	17,1	61	6,1
Göttingen	447	21,7	973	47,3	407	19,8	137	6,7
Hamel-Pyrmont	255	20,7	578	47,0	259	21,0	79	6,4
Hannover, Region	2.093	20,6	4.982	49,1	1.928	19,0	636	6,3
Harburg	452	19,8	1.205	52,7	437	19,1	117	5,1
Heidekreis	245	18,9	607	46,8	288	22,2	97	7,5
Helmstedt	163	22,0	370	49,9	139	18,7	47	6,3
Hildesheim	523	21,5	1.171	48,2	434	17,9	161	6,6
Holz Minden	107	19,6	264	48,3	105	19,2	51	9,3
Leer	303	20,6	652	44,2	311	21,1	122	8,3
Lüneburg	370	21,3	857	49,2	336	19,3	106	6,1
Nienburg	185	16,3	554	48,8	252	22,2	87	7,7
Northeim	212	19,4	524	48,1	201	18,4	73	6,7
Oldenburg, Landkreis	230	18,5	641	51,7	234	18,9	76	6,1
Oldenburg, Stadt	316	22,3	660	46,5	299	21,1	97	6,8
Osnabrück, Landkreis	585	15,8	1.842	49,8	807	21,8	242	6,5
Osnabrück, Stadt	291	21,4	633	46,6	289	21,3	82	6,0
Osterode	124	21,9	281	49,6	88	15,5	38	6,7
Peine	283	22,8	621	50,1	189	15,3	80	6,5
Rotenburg (Wümme)	290	18,6	776	49,7	315	20,2	105	6,7
Salzgitter, Stadt	171	18,8	422	46,5	193	21,3	63	6,9
Schaumburg	276	19,7	670	47,9	285	20,4	92	6,6
Stade	328	16,6	1.022	51,8	405	20,5	122	6,2
Uelzen	166	20,4	394	48,5	170	20,9	44	5,4
Verden	225	18,0	580	46,4	248	19,8	90	7,2
Wilhelmshaven, Stadt	114	19,0	239	39,8	122	20,3	64	10,6
Wittmund	78	15,6	239	47,7	117	23,4	42	8,4
Wolfenbüttel	213	20,2	541	51,3	226	21,4	45	4,3
Wolfsburg, Stadt	215	21,4	513	51,0	183	18,2	51	5,1

Tab. 5.1.7 Geschwister / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 63.388 (Teil 2)

Landkreis	vier Geschwister	%	fünf und mehr Geschwister	%	keine Angabe	%	Gesamt
Gesamt	1.515	2,4	1.418	2,2	267	0,4	63.388
Ammerland	15	1,3	12	1,0	0	0,0	1.157
Aurich	65	3,7	35	2,0	0	0,0	1.744
Braunschweig	14	0,7	12	0,6	0	0,0	1.985
Celle	56	3,5	49	3,0	2	0,1	1.620
Cloppenburg	62	3,4	88	4,9	0	0,0	1.801
Cuxhaven	40	2,4	50	3,0	4	0,2	1.681
Delmenhorst, Stadt	15	2,2	13	1,9	0	0,0	679
Diepholz	42	2,1	45	2,3	4	0,2	1.977
Emden, Stadt	9	2,0	16	3,5	0	0,0	461
Friesland	23	2,7	32	3,8	0	0,0	847
Gifhorn	36	2,1	54	3,2	1	0,1	1.680
Goslar	21	2,1	9	0,9	0	0,0	997
Göttingen	40	1,9	29	1,4	23	1,1	2.056
Hameln-Pyrmont	29	2,4	31	2,5	0	0,0	1.231
Hannover, Region	194	1,9	174	1,7	138	1,4	10.145
Harburg	46	2,0	29	1,3	2	0,1	2.288
Heidekreis	29	2,2	28	2,2	2	0,2	1.296
Helmstedt	16	2,2	7	0,9	0	0,0	742
Hildesheim	56	2,3	58	2,4	27	1,1	2.430
Holzminden	9	1,6	10	1,8	1	0,2	547
Leer	40	2,7	46	3,1	0	0,0	1.474
Lüneburg	45	2,6	27	1,6	0	0,0	1.741
Nienburg	32	2,8	25	2,2	1	0,1	1.136
Northeim	56	5,1	0	0,0	24	2,2	1.090
Oldenburg, Landkreis	34	2,7	22	1,8	4	0,3	1.241
Oldenburg, Stadt	33	2,3	13	0,9	0	0,0	1.418
Osnabrück, Landkreis	86	2,3	135	3,7	0	0,0	3.697
Osnabrück, Stadt	25	1,8	37	2,7	0	0,0	1.357
Osterode	7	1,2	19	3,4	9	1,6	566
Peine	43	3,5	23	1,9	0	0,0	1.239
Rotenburg (Wümme)	33	2,1	42	2,7	0	0,0	1.561
Salzgitter, Stadt	30	3,3	29	3,2	0	0,0	908
Schaumburg	42	3,0	32	2,3	2	0,1	1.399
Stade	49	2,5	47	2,4	0	0,0	1.973
Uelzen	20	2,5	18	2,2	0	0,0	812
Verden	47	3,8	54	4,3	6	0,5	1.250
Wilhelmshaven, Stadt	23	3,8	23	3,8	17	2,8	601
Wittmund	15	3,0	10	2,0	0	0,0	501
Wolfenbüttel	16	1,5	14	1,3	0	0,0	1.055
Wolfsburg, Stadt	22	2,2	21	2,1	0	0,0	1.005

Tab. 5.2.1 Vorlage Vorsorgeheft, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248					
Landkreis	Vorsorgeheft nicht vorgelegt	%	Vorsorgeheft vorgelegt	%	Gesamt
Gesamt	4.446	6,3	65.802	93,7	70.248
Tab. 5.2.2 Vorlage Vorsorgeheft / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248					
Ammerland	62	5,4	1.095	94,6	1.157
Aurich	119	6,8	1.625	93,2	1.744
Braunschweig	116	5,8	1.869	94,2	1.985
Celle	123	7,6	1.497	92,4	1.620
Cloppenburg	65	3,6	1.736	96,4	1.801
Cuxhaven	90	5,4	1.591	94,6	1.681
Delmenhorst, Stadt	39	5,7	640	94,3	679
Diepholz	137	6,9	1.840	93,1	1.977
Emden, Stadt	42	9,1	419	90,9	461
Emsland	240	7,5	2.957	92,5	3.197
Friesland	57	6,7	790	93,3	847
Gifhorn	60	3,6	1.620	96,4	1.680
Goslar	109	10,9	888	89,1	997
Göttingen	155	7,5	1.901	92,5	2.056
Grafschaft Bentheim	103	7,5	1.273	92,5	1.376
Hamelnd-Pyrmont	81	6,6	1.150	93,4	1.231
Hannover, Region	573	5,6	9.572	94,4	10.145
Harburg	98	4,3	2.190	95,7	2.288
Heidekreis	98	7,6	1.198	92,4	1.296
Helmstedt	37	5,0	705	95,0	742
Hildesheim	117	4,8	2.313	95,2	2.430
Holzminen	30	5,5	517	94,5	547
Leer	148	10,0	1.326	90,0	1.474
Lüneburg	214	12,3	1.527	87,7	1.741
Nienburg	109	9,6	1.027	90,4	1.136
Northeim	47	4,3	1.043	95,7	1.090
Oldenburg, Landkreis	66	5,3	1.175	94,7	1.241
Oldenburg, Stadt	115	8,1	1.303	91,9	1.418
Osnabrück, Landkreis	129	3,5	3.568	96,5	3.697
Osnabrück, Stadt	100	7,4	1.257	92,6	1.357
Osterode	30	5,3	536	94,7	566
Peine	50	4,0	1.189	96,0	1.239
Rotenburg (Wümme)	87	5,6	1.474	94,4	1.561
Salzgitter, Stadt	112	12,3	796	87,7	908
Schaumburg	52	3,7	1.347	96,3	1.399
Stade	118	6,0	1.855	94,0	1.973
Uelzen	85	10,5	727	89,5	812
Vechta	86	5,7	1.412	94,3	1.498
Verden	91	7,3	1.159	92,7	1.250
Wesermarsch	27	3,4	762	96,6	789
Wilhelmshaven, Stadt	59	9,8	542	90,2	601
Wittmund	87	8,2	968	91,8	1.055
Wolfenbüttel	62	6,2	943	93,8	1.005
Wolfsburg, Stadt	21	4,2	480	95,8	501

Tab. 5.2.3 Vorlage Vorsorgeheft / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.569

Migrationshintergrund nach Regionen	Vorsorgeheft nicht vorgelegt	%	Vorsorgeheft vorgelegt	%	Gesamt
Gesamt	3.994	6,1	61.575	93,9	65.569
ohne Migrationshintergrund	2.235	4,5	47.741	95,5	49.976
mit Migrationshintergrund	1.759	11,3	13.834	88,7	15.593
Migrationshintergrund nach Regionen					
Afrika	62	17,2	299	82,8	361
Asien, Australien, Ozeanien	109	14,2	658	85,8	767
Naher Osten	308	19,3	1.290	80,7	1.598
Nord-/Südamerika	46	19,1	195	80,9	241
Osteuropa	836	9,8	7.734	90,2	8.570
Türkei	257	8,4	2.812	91,6	3.069
Westeuropa	141	14,3	846	85,7	987

Tab. 5.2.4 Vollständigkeit der U5 bis U8 / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.569

Migrationshintergrund nach Herkunftsregionen	U5-U8 unvollständig	%	U5-U8 komplett	%	Gesamt
Gesamt	12.243	18,7	53.326	81,3	65.569
ohne Migrationshintergrund	7.020	14,0	42.956	86,0	49.976
mit Migrationshintergrund	5.223	33,5	10.370	66,5	15.593
Migrationshintergrund nach Regionen					
Afrika	147	40,7	214	59,3	361
Asien, Australien, Ozeanien	306	39,9	461	60,1	767
Naher Osten	763	47,7	835	52,3	1.598
Nord-/ Südamerika	109	45,2	132	54,8	241
Osteuropa	2.498	29,1	6.072	70,9	8.570
Türkei	1.094	35,6	1.975	64,4	3.069
Westeuropa	306	31,0	681	69,0	987

Tab. 5.2.5 Vorlage Vorsorgeheft / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 50.128

Ausbildung der Eltern	Vorsorgeheft nicht vorgelegt	%	Vorsorgeheft vorgelegt	%	Gesamt
Gesamt	2.394	4,8	47.734	95,2	50.128
bildungsfern	754	9,4	7.256	90,6	8.010
mittlere Bildung	1.105	3,9	27.147	96,1	28.252
bildungsnah	535	3,9	13.331	96,1	13.866

Tab. 5.2.6 Vorlage Vorsorgeheft / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 69.361

Kindergartenbesuch	Vorsorgeheft nicht vorgelegt	%	Vorsorgeheft vorgelegt	%	Gesamt
Gesamt	4.199	6,1	65.162	93,9	69.361
Kindergartenbesuch	3.981	5,8	64.498	94,2	68.479
kein Kindergartenbesuch	218	24,7	664	75,3	882

Tab. 5.3.1 Vorlage Impfausweis, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248					
Landkreis	Impfausweis nicht vorgelegt	%	Impfausweis vorgelegt	%	Gesamt
Gesamt	4.731	6,7	65.517	93,3	70.248
Tab. 5.3.2 Vorlage Impfausweis / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248					
Ammerland	80	6,9	1.077	93,1	1.157
Aurich	141	8,1	1.603	91,9	1.744
Braunschweig	30	1,5	1.955	98,5	1.985
Celle	110	6,8	1.510	93,2	1.620
Cloppenburg	56	3,1	1.745	96,9	1.801
Cuxhaven	91	5,4	1.590	94,6	1.681
Delmenhorst, Stadt	37	5,4	642	94,6	679
Diepholz	153	7,7	1.824	92,3	1.977
Emden, Stadt	44	9,5	417	90,5	461
Emsland	276	8,6	2.921	91,4	3.197
Friesland	58	6,8	789	93,2	847
Gifhorn	80	4,8	1.600	95,2	1.680
Goslar	105	10,5	892	89,5	997
Göttingen	151	7,3	1.905	92,7	2.056
Grafschaft Bentheim	91	6,6	1.285	93,4	1.376
Hameln-Pyrmont	90	7,3	1.141	92,7	1.231
Hannover, Region	680	6,7	9.465	93,3	10.145
Harburg	113	4,9	2.175	95,1	2.288
Heidekreis	100	7,7	1.196	92,3	1.296
Helmstedt	38	5,1	704	94,9	742
Hildesheim	132	5,4	2.298	94,6	2.430
Holzminen	30	5,5	517	94,5	547
Leer	120	8,1	1.354	91,9	1.474
Lüneburg	240	13,8	1.501	86,2	1.741
Nienburg	139	12,2	997	87,8	1.136
Northeim	80	7,3	1.010	92,7	1.090
Oldenburg, Landkreis	44	3,5	1.197	96,5	1.241
Oldenburg, Stadt	131	9,2	1.287	90,8	1.418
Osnabrück, Landkreis	169	4,6	3.528	95,4	3.697
Osnabrück, Stadt	98	7,2	1.259	92,8	1.357
Osterode	36	6,4	530	93,6	566
Peine	58	4,7	1.181	95,3	1.239
Rotenburg (Wümme)	56	3,6	1.505	96,4	1.561
Salzgitter, Stadt	70	7,7	838	92,3	908
Schaumburg	62	4,4	1.337	95,6	1.399
Stade	136	6,9	1.837	93,1	1.973
Uelzen	87	10,7	725	89,3	812
Vechta	100	6,7	1.398	93,3	1.498
Verden	106	8,5	1.144	91,5	1.250
Wesermarsch	84	10,6	705	89,4	789
Wilhelmshaven, Stadt	60	10,0	541	90,0	601
Wittmund	28	5,6	473	94,4	501
Wolfenbüttel	80	7,6	975	92,4	1.055
Wolfsburg, Stadt	61	6,1	944	93,9	1.005

Tab. 5.3.3 Vorlage Impfausweis / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.569

Migrationshintergrund	Impfausweis nicht vorgelegt	%	Impfausweis vorgelegt	%	Gesamt
Gesamt	4.256	6,5	61.313	93,5	65.569
ohne Migrationshintergrund	2.799	5,6	47.177	94,4	49.976
mit Migrationshintergrund	1.457	9,3	14.136	90,7	15.593
Migrationshintergrund nach Regionen					
Afrika	47	13,0	314	87,0	361
Asien, Australien, Ozeanien	95	12,4	672	87,6	767
Naher Osten	224	14,0	1.374	86,0	1.598
Nord-/ Südamerika	19	7,9	222	92,1	241
Osteuropa	698	8,1	7.872	91,9	8.570
Türkei	280	9,1	2.789	90,9	3.069
Westeuropa	94	9,5	893	90,5	987

Tab. 5.3.4 Vorlage Impfausweis / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 50.128

Ausbildung der Eltern	Impfausweis nicht vorgelegt	%	Impfausweis vorgelegt	%	Gesamt
Gesamt	2.617	5,2	47.511	94,8	50.128
bildungsfern	768	9,6	7.242	90,4	8.010
mittlere Bildung	1.264	4,5	26.988	95,5	28.252
bildungsnah	585	4,2	13.281	95,8	13.866

Tab. 5.4.1 Body Mass Index (BMI), Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.793

Landkreis	starkes Unter- gewicht	%	Unter- gewicht	%	Normal- gewicht	%	Über- gewicht	%	Adipositas	%	Gesamt
Gesamt	2.193	3,4	4.142	6,4	51.882	80,1	3.797	5,9	2.779	4,3	64.793

Tab. 5.4.2 Body Mass Index (BMI) / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.793

Ammerland	25	2,2	37	3,2	964	83,3	67	5,8	64	5,5	1.157
Aurich	47	2,7	88	5,0	1.381	79,2	125	7,2	103	5,9	1.744
Braunschweig	57	2,9	114	5,7	1.610	81,1	119	6,0	85	4,3	1.985
Celle	59	3,6	104	6,4	1.302	80,4	95	5,9	60	3,7	1.620
Cloppenburg	164	9,1	207	11,5	1.318	73,2	63	3,5	49	2,7	1.801
Cuxhaven	52	3,1	105	6,2	1.340	79,7	103	6,1	81	4,8	1.681
Delmenhorst, Stadt	22	3,2	48	7,1	525	77,3	44	6,5	40	5,9	679
Diepholz	80	4,0	188	9,5	1.534	77,6	100	5,1	75	3,8	1.977
Emden, Stadt	3	0,7	8	1,7	390	84,6	40	8,7	20	4,3	461
Emsland	152	4,8	231	7,2	2.550	79,8	147	4,6	117	3,7	3.197
Friesland	8	0,9	22	2,6	687	81,1	85	10,0	45	5,3	847
Gifhorn	92	5,5	171	10,2	1.301	77,4	65	3,9	51	3,0	1.680
Goslar	37	3,7	67	6,7	778	78,0	58	5,8	57	5,7	997
Göttingen	66	3,2	139	6,8	1.656	80,5	117	5,7	78	3,8	2.056
Grafschaft Bentheim	16	1,2	36	2,6	1.128	82,0	123	8,9	73	5,3	1.376
Hamel-Pyrmont	45	3,7	87	7,1	969	78,7	74	6,0	56	4,5	1.231
Hannover, Region	254	2,5	554	5,5	8.291	81,7	598	5,9	448	4,4	10.145
Harburg	61	2,7	145	6,3	1.893	82,7	121	5,3	68	3,0	2.288
Heidekreis	61	4,7	106	8,2	1.019	78,6	65	5,0	45	3,5	1.296
Helmstedt	7	0,9	29	3,9	596	80,3	60	8,1	50	6,7	742
Hildesheim	84	3,5	127	5,2	1.954	80,4	160	6,6	105	4,3	2.430
Holzminden	12	2,2	27	4,9	444	81,2	38	6,9	26	4,8	547
Leer	84	5,7	114	7,7	1.152	78,2	72	4,9	52	3,5	1.474
Lüneburg	106	6,1	126	7,2	1.386	79,6	78	4,5	45	2,6	1.741
Nienburg	51	4,5	81	7,1	892	78,5	58	5,1	54	4,8	1.136
Northeim	37	3,4	82	7,5	830	76,1	78	7,2	63	5,8	1.090
Oldenburg, Landkreis	27	2,2	89	7,2	1.014	81,7	72	5,8	39	3,1	1.241
Osnabrück, Landkreis	71	1,9	171	4,6	3.097	83,8	213	5,8	145	3,9	3.697
Osnabrück, Stadt	17	1,3	44	3,2	1.116	82,2	111	8,2	69	5,1	1.357
Peine	21	1,7	75	6,1	1.001	80,8	82	6,6	60	4,8	1.239
Rotenburg (Wümme)	95	6,1	144	9,2	1.181	75,7	72	4,6	69	4,4	1.561
Salzgitter, Stadt	40	4,4	72	7,9	680	74,9	59	6,5	57	6,3	908
Schaumburg	48	3,4	111	7,9	1.085	77,6	88	6,3	67	4,8	1.399
Uelzen	35	4,3	64	7,9	659	81,2	30	3,7	24	3,0	812
Verden	39	3,1	71	5,7	1.007	80,6	89	7,1	44	3,5	1.250
Wesermarsch	25	3,2	52	6,6	613	77,7	50	6,3	49	6,2	789
Wilhelmshaven, Stadt	7	1,2	20	3,3	491	81,7	46	7,7	37	6,2	601
Wittmund	35	7,0	50	10,0	373	74,5	20	4,0	23	4,6	501
Wolfenbüttel	20	1,9	47	4,5	871	82,6	69	6,5	48	4,5	1.055
Wolfsburg, Stadt	31	3,1	89	8,9	804	80,0	43	4,3	38	3,8	1.005

Tab. 5.4.3 Body Mass Index (BMI) / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 60.141

Migrationshintergrund	starkes Unter-gewicht	%	Unter-gewicht	%	Normal-gewicht	%	Über-gewicht	%	Adipositas	%	Gesamt
Gesamt	1.993	3,3	3.828	6,4	48.174	80,1	3.561	5,9	2.585	4,3	60.141
ohne Migrationshintergrund	1.540	3,4	2.977	6,5	37.236	81,0	2.494	5,4	1.696	3,7	45.943
mit Migrationshintergrund	453	3,2	851	6,0	10.938	77,0	1.067	7,5	889	6,3	14.198
Migrationshintergrund nach Regionen											
Asien, Australien, Ozeanien	20	2,8	52	7,4	546	77,2	50	7,1	39	5,5	707
Afrika	8	2,5	14	4,4	244	77,0	31	9,8	20	6,3	317
Naher Osten	43	3,0	79	5,5	1.087	76,3	133	9,3	83	5,8	1.425
Nord-/ Südamerika	3	1,4	9	4,1	181	82,3	16	7,3	11	5,0	220
Osteuropa	298	3,8	533	6,8	6.077	77,5	507	6,5	424	5,4	7.839
Türkei	54	2,0	119	4,3	2.058	74,4	273	9,9	262	9,5	2.766
Westeuropa	27	2,9	45	4,9	745	80,6	57	6,2	50	5,4	924

Tab. 5.4.4 Body Mass Index (BMI) / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 46.742

Ausbildung der Eltern	starkes Unter-gewicht	%	Unter-gewicht	%	Normal-gewicht	%	Über-gewicht	%	Adipositas	%	Gesamt
Gesamt	1.646	3,5	3.102	6,6	37.370	79,9	2.694	5,8	1.930	4,1	46.742
bildungsfern	196	2,6	404	5,4	5.770	76,5	597	7,9	573	7,6	7.540
mittlere Bildung	978	3,7	1.803	6,8	20.795	78,9	1.627	6,2	1.140	4,3	26.343
bildungsnah	472	3,7	895	7,0	10.805	84,0	470	3,7	217	1,7	12.859

Tab. 5.4.5 Body Mass Index (BMI) / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 63.989

Kindergartenbesuch	starkes Unter-gewicht	%	Unter-gewicht	%	Normal-gewicht	%	Über-gewicht	%	Adipositas	%	Gesamt
Gesamt	2.159	3,4	4.095	6,4	51.245	80,1	3.750	5,9	2.740	4,3	63.989
Kindergartenbesuch	2.123	3,4	4.027	6,4	50.608	80,1	3.700	5,9	2.688	4,3	63.146
kein Kindergartenbesuch	36	4,3	68	8,1	637	75,6	50	5,9	52	6,2	843

Tab. 5.5.1 Sehvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Landkreis	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	keine Angabe/Untersuchung nicht erfolgt	%	Gesamt
Gesamt	9.224	13,1	7.916	11,3	339	0,5	51.941	73,9	828	1,2	70.248

Tab. 5.5.2 Sehvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Ammerland	168	14,5	66	5,7	1	0,1	920	79,5	2	0,2	1.157
Aurich	201	11,5	174	10,0	35	2,0	1.328	76,1	6	0,3	1.744
Braunschweig	422	21,3	205	10,3	19	1,0	1.330	67,0	9	0,5	1.985
Celle	244	15,1	143	8,8	8	0,5	1.210	74,7	15	0,9	1.620
Cloppenburg	201	11,2	310	17,2	16	0,9	1.273	70,7	1	0,1	1.801
Cuxhaven	188	11,2	222	13,2	4	0,2	1.242	73,9	25	1,5	1.681
Delmenhorst, Stadt	106	15,6	48	7,1	17	2,5	508	74,8	0	0,0	679
Diepholz	163	8,2	370	18,7	80	4,0	1.354	68,5	10	0,5	1.977
Emden, Stadt	80	17,4	47	10,2	8	1,7	326	70,7	0	0,0	461
Emsland	371	11,6	277	8,7	0	0,0	2.549	79,7	0	0,0	3.197
Friesland	145	17,1	123	14,5	2	0,2	575	67,9	2	0,2	847
Gifhorn	112	6,7	181	10,8	0	0,0	1.378	82,0	9	0,5	1.680
Goslar	141	14,1	140	14,0	12	1,2	689	69,1	15	1,5	997
Göttingen	339	16,5	219	10,7	25	1,2	1.459	71,0	14	0,7	2.056
Grafschaft Bentheim	27	2,0	143	10,4	9	0,7	1.197	87,0	0	0,0	1.376
Hameln-Pyrmont	334	27,1	89	7,2	2	0,2	785	63,8	21	1,7	1.231
Hannover, Region	778	7,7	1.021	10,1	10	0,1	8.160	80,4	176	1,7	10.145
Harburg	216	9,4	220	9,6	8	0,3	1.821	79,6	23	1,0	2.288
Heidekreis	116	9,0	99	7,6	7	0,5	1.058	81,6	16	1,2	1.296
Helmstedt	135	18,2	85	11,5	16	2,2	503	67,8	3	0,4	742
Hildesheim	501	20,6	283	11,6	0	0,0	1.629	67,0	17	0,7	2.430
Holz Minden	130	23,8	68	12,4	0	0,0	347	63,4	2	0,4	547
Leer	193	13,1	168	11,4	1	0,1	1.111	75,4	1	0,1	1.474
Lüneburg	170	9,8	190	10,9	0	0,0	1.360	78,1	21	1,2	1.741
Nienburg	172	15,1	226	19,9	2	0,2	721	63,5	15	1,3	1.136
Northeim	169	15,5	219	20,1	0	0,0	690	63,3	12	1,1	1.090
Oldenburg, Landkreis	277	22,3	82	6,6	8	0,6	863	69,5	11	0,9	1.241
Oldenburg, Stadt	91	6,4	114	8,0	11	0,8	1.200	84,6	2	0,1	1.418
Osnabrück, Landkreis	417	11,3	316	8,5	0	0,0	2.734	74,0	230	6,2	3.697
Osnabrück, Stadt	193	14,2	127	9,4	0	0,0	977	72,0	60	4,4	1.357
Osterode	78	13,8	126	22,3	0	0,0	347	61,3	15	2,7	566
Peine	201	16,2	121	9,8	0	0,0	912	73,6	5	0,4	1.239
Rotenburg (Wümme)	262	16,8	191	12,2	9	0,6	1.087	69,6	12	0,8	1.561
Salzgitter, Stadt	224	24,7	82	9,0	1	0,1	583	64,2	18	2,0	908
Schaumburg	209	14,9	166	11,9	2	0,1	1.013	72,4	9	0,6	1.399
Stade	144	7,3	398	20,2	5	0,3	1.414	71,7	12	0,6	1.973
Uelzen	119	14,7	110	13,5	4	0,5	576	70,9	3	0,4	812
Vechta	170	11,3	194	13,0	5	0,3	1.127	75,2	2	0,1	1.498
Verden	195	15,6	104	8,3	4	0,3	937	75,0	10	0,8	1.250
Wesermarsch	193	24,5	90	11,4	3	0,4	502	63,6	1	0,1	789
Wilhelmshaven, Stadt	169	28,1	62	10,3	0	0,0	369	61,4	1	0,2	601
Wittmund	100	20,0	53	10,6	0	0,0	348	69,5	0	0,0	501
Wolfenbüttel	111	10,5	141	13,4	0	0,0	791	75,0	12	1,1	1.055
Wolfsburg, Stadt	249	24,8	103	10,2	5	0,5	638	63,5	10	1,0	1.005

Tab. 5.5.3 Sehvermögen / Migrationshintergrund nach Regionen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.785									
Migrationshintergrund	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	8.633	13,3	7.450	11,5	326	0,5	48.376	74,7	64.785
ohne Migrationshintergrund	6.229	12,6	6.054	12,2	244	0,5	36.928	74,7	49.455
mit Migrationshintergrund	2.404	15,7	1.396	9,1	82	0,5	11.448	74,7	15.330
Migrationshintergrund nach Regionen									
Afrika	49	14,0	31	8,8	3	0,9	268	76,4	351
Asien, Australien, Ozeanien	139	18,7	59	7,9	4	0,5	543	72,9	745
Naher Osten	271	17,1	146	9,2	12	0,8	1.152	72,9	1.581
Nord-/ Südamerika	39	16,3	21	8,8	2	0,8	178	74,2	240
Osteuropa	1.262	15,0	737	8,8	41	0,5	6.376	75,8	8.416
Türkei	534	17,7	301	10,0	15	0,5	2.172	71,9	3.022
Westeuropa	110	11,3	101	10,4	5	0,5	759	77,8	975

Tab. 5.5.4 Sehvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.774									
Ausbildung der Eltern	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	6.549	13,2	5.790	11,6	264	0,5	37.171	74,7	49.774
bildungsfern	1.505	19,0	897	11,3	44	0,6	5.469	69,1	7.915
mittlere Bildung	3.613	12,9	3.508	12,5	162	0,6	20.773	74,0	28.056
bildungsnah	1.431	10,4	1.385	10,0	58	0,4	10.929	79,2	13.803

Tab. 5.5.5 Sehvermögen / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 68.584									
Kindergartenbesuch	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	9.101	13,3	7.825	11,4	337	0,5	51.321	74,8	68.584
Kindergartenbesuch	8.932	13,2	7.751	11,4	329	0,5	50.711	74,9	67.723
kein Kindergartenbesuch	169	19,6	74	8,6	8	0,9	610	70,8	861

Tab. 5.6.1 Hörvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248											
Landkreis	Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffälli- gen Befund	%	keine Angabe/ Untersuchung nicht erfolgt	%	Gesamt
Gesamt	3.851	5,5	2.014	2,9	138	0,2	63.201	90,0	1.044	1,5	70.248
Tab. 5.6.2 Hörvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248											
Ammerland	79	6,8	7	0,6	2	0,2	1.065	92,0	4	0,3	1.157
Aurich	95	5,4	70	4,0	16	0,9	1.544	88,5	19	1,1	1.744
Braunschweig	108	5,4	31	1,6	3	0,2	1.828	92,1	15	0,8	1.985
Celle	82	5,1	41	2,5	1	0,1	1.483	91,5	13	0,8	1.620
Cloppenburg	71	3,9	114	6,3	9	0,5	1.601	88,9	6	0,3	1.801
Cuxhaven	127	7,6	125	7,4	2	0,1	1.398	83,2	29	1,7	1.681
Delmenhorst, Stadt	33	4,9	6	0,9	1	0,1	635	93,5	4	0,6	679
Diepholz	84	4,2	69	3,5	0	0,0	1.809	91,5	15	0,8	1.977
Emden, Stadt	31	6,7	9	2,0	4	0,9	417	90,5	0	0,0	461
Emsland	88	2,8	28	0,9	1	0,0	3.079	96,3	1	0,0	3.197
Friesland	102	12,0	27	3,2	0	0,0	696	82,2	22	2,6	847
Gifhorn	63	3,8	45	2,7	0	0,0	1.558	92,7	14	0,8	1.680
Goslar	20	2,0	15	1,5	21	2,1	915	91,8	26	2,6	997
Göttingen	94	4,6	43	2,1	6	0,3	1.887	91,8	26	1,3	2.056
Grafschaft Bentheim	41	3,0	41	3,0	4	0,3	1.250	90,8	40	2,9	1.376
Hamelnd-Pyrmont	87	7,1	8	0,6	0	0,0	1.114	90,5	22	1,8	1.231
Hannover, Region	311	3,1	273	2,7	20	0,2	9.363	92,3	178	1,8	10.145
Harburg	72	3,1	90	3,9	9	0,4	2.094	91,5	23	1,0	2.288
Heidekreis	79	6,1	38	2,9	0	0,0	1.160	89,5	19	1,5	1.296
Helmstedt	23	3,1	10	1,3	0	0,0	706	95,1	3	0,4	742
Hildesheim	166	6,8	19	0,8	0	0,0	2.224	91,5	21	0,9	2.430
Holzwinden	17	3,1	6	1,1	0	0,0	522	95,4	2	0,4	547
Leer	76	5,2	70	4,7	1	0,1	1.325	89,9	2	0,1	1.474
Lüneburg	116	6,7	40	2,3	0	0,0	1.558	89,5	27	1,6	1.741
Nienburg	76	6,7	62	5,5	0	0,0	970	85,4	28	2,5	1.136
Northheim	41	3,8	49	4,5	1	0,1	984	90,3	15	1,4	1.090
Oldenburg, Landkreis	97	7,8	39	3,1	6	0,5	1.085	87,4	14	1,1	1.241
Oldenburg, Stadt	39	2,8	38	2,7	14	1,0	1.320	93,1	7	0,5	1.418
Osnabrück, Landkreis	352	9,5	39	1,1	0	0,0	3.061	82,8	245	6,6	3.697
Osnabrück, Stadt	101	7,4	33	2,4	0	0,0	1.160	85,5	63	4,6	1.357
Osterode	12	2,1	6	1,1	0	0,0	536	94,7	12	2,1	566
Peine	58	4,7	22	1,8	0	0,0	1.153	93,1	6	0,5	1.239
Rotenburg (Wümme)	71	4,5	26	1,7	0	0,0	1.449	92,8	15	1,0	1.561
Salzgitter, Stadt	126	13,9	21	2,3	2	0,2	740	81,5	19	2,1	908
Schaumburg	76	5,4	23	1,6	0	0,0	1.283	91,7	17	1,2	1.399
Stade	104	5,3	251	12,7	0	0,0	1.607	81,4	11	0,6	1.973
Uelzen	34	4,2	23	2,8	1	0,1	746	91,9	8	1,0	812
Vechta	46	3,1	23	1,5	2	0,1	1.424	95,1	3	0,2	1.498
Verden	54	4,3	33	2,6	0	0,0	1.147	91,8	16	1,3	1.250
Wesermarsch	168	21,3	14	1,8	5	0,6	601	76,2	1	0,1	789
Wilhelmshaven, Stadt	106	17,6	25	4,2	2	0,3	455	75,7	13	2,2	601
Wittmund	29	5,8	23	4,6	3	0,6	446	89,0	0	0,0	501
Wolfenbüttel	32	3,0	38	3,6	2	0,2	972	92,1	11	1,0	1.055
Wolfsburg, Stadt	164	16,3	1	0,1	0	0,0	831	82,7	9	0,9	1.005

Migrationshintergrund	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	3.702	5,7	1.961	3,0	116	0,2	58.806	91,1	64.585
ohne Migrationshintergrund	2.722	5,5	1.643	3,3	90	0,2	44.854	91,0	49.309
mit Migrationshintergrund	980	6,4	318	2,1	26	0,2	13.952	91,3	15.276

Ausbildung der Eltern	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	2.571	5,2	1.555	3,1	103	0,2	45.423	91,5	49.652
bildungsfern	593	7,5	234	3,0	23	0,3	7.030	89,2	7.880
mittlere Bildung	1.415	5,1	949	3,4	57	0,2	25.568	91,4	27.989
bildungsnah	563	4,1	372	2,7	23	0,2	12.825	93,0	13.783

Kindergartenbesuch	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	3.799	5,6	1.980	2,9	138	0,2	62.456	91,3	68.373
Kindergartenbesuch	3.745	5,5	1.964	2,9	137	0,2	61.666	91,3	67.512
kein Kindergartenbesuch	54	6,3	16	1,9	1	0,1	790	91,8	861

Tab. 5.7.1 Sprachvermögen, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Landkreis	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	keine Angabe/Untersuchung nicht erfolgt	%	Gesamt
Gesamt	3.063	4,4	10.531	15,0	12.395	17,6	43.964	62,6	295	0,4	70.248

Tab. 5.7.2 Sprachvermögen / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 70.248

Ammerland	31	2,7	130	11,2	50	4,3	942	81,4	4	0,3	1.157
Aurich	73	4,2	244	14,0	207	11,9	1.208	69,3	12	0,7	1.744
Braunschweig	126	6,3	308	15,5	584	29,4	965	48,6	2	0,1	1.985
Celle	58	3,6	284	17,5	385	23,8	886	54,7	7	0,4	1.620
Cloppenburg	45	2,5	266	14,8	236	13,1	1.248	69,3	6	0,3	1.801
Cuxhaven	44	2,6	260	15,5	273	16,2	1.098	65,3	6	0,4	1.681
Delmenhorst, Stadt	39	5,7	109	16,1	96	14,1	432	63,6	3	0,4	679
Diepholz	71	3,6	348	17,6	425	21,5	1.129	57,1	4	0,2	1.977
Emden, Stadt	19	4,1	45	9,8	46	10,0	350	75,9	1	0,2	461
Emsland	25	0,8	504	15,8	350	10,9	2.315	72,4	3	0,1	3.197
Friesland	51	6,0	155	18,3	156	18,4	480	56,7	5	0,6	847
Gifhorn	154	9,2	262	15,6	271	16,1	989	58,9	4	0,2	1.680
Goslar	66	6,6	160	16,0	201	20,2	567	56,9	3	0,3	997
Göttingen	146	7,1	286	13,9	325	15,8	1.296	63,0	3	0,1	2.056
Grafschaft Bentheim	27	2,0	206	15,0	76	5,5	1.066	77,5	1	0,1	1.376
Hamelnd-Pyrmont	106	8,6	198	16,1	345	28,0	580	47,1	2	0,2	1.231
Hannover, Region	594	5,9	1.548	15,3	2.069	20,4	5.853	57,7	81	0,8	10.145
Harburg	25	1,1	246	10,8	428	18,7	1.576	68,9	13	0,6	2.288
Heidekreis	43	3,3	163	12,6	103	7,9	975	75,2	12	0,9	1.296
Helmstedt	44	5,9	132	17,8	73	9,8	493	66,4	0	0,0	742
Hildesheim	130	5,3	340	14,0	603	24,8	1.351	55,6	6	0,2	2.430
Holzwinden	26	4,8	100	18,3	170	31,1	247	45,2	4	0,7	547
Leer	17	1,2	202	13,7	40	2,7	1.213	82,3	2	0,1	1.474
Lüneburg	116	6,7	204	11,7	301	17,3	1.107	63,6	13	0,7	1.741
Nienburg	45	4,0	157	13,8	198	17,4	723	63,6	13	1,1	1.136
Northeim	39	3,6	175	16,1	191	17,5	679	62,3	6	0,6	1.090
Oldenburg, Landkreis	45	3,6	214	17,2	228	18,4	746	60,1	8	0,6	1.241
Oldenburg, Stadt	65	4,6	197	13,9	335	23,6	818	57,7	3	0,2	1.418
Osnabrück, Landkreis	143	3,9	590	16,0	541	14,6	2.406	65,1	17	0,5	3.697
Osnabrück, Stadt	69	5,1	211	15,5	152	11,2	922	67,9	3	0,2	1.357
Osterode	11	1,9	101	17,8	43	7,6	407	71,9	4	0,7	566
Peine	71	5,7	177	14,3	214	17,3	777	62,7	0	0,0	1.239
Rotenburg (Wümme)	12	0,8	212	13,6	270	17,3	1.066	68,3	1	0,1	1.561
Salzgitter, Stadt	49	5,4	129	14,2	305	33,6	419	46,1	6	0,7	908
Schaumburg	45	3,2	283	20,2	242	17,3	827	59,1	2	0,1	1.399
Stade	71	3,6	257	13,0	255	12,9	1.377	69,8	13	0,7	1.973
Uelzen	68	8,4	117	14,4	187	23,0	439	54,1	1	0,1	812
Vechta	52	3,5	268	17,9	468	31,2	706	47,1	4	0,3	1.498
Verden	35	2,8	140	11,2	326	26,1	747	59,8	2	0,2	1.250
Wesermarsch	34	4,3	130	16,5	69	8,7	551	69,8	5	0,6	789
Wilhelmshaven, Stadt	28	4,7	97	16,1	60	10,0	414	68,9	2	0,3	601
Wittmund	16	3,2	88	17,6	48	9,6	347	69,3	2	0,4	501
Wolfenbüttel	42	4,0	157	14,9	250	23,7	603	57,2	3	0,3	1.055
Wolfsburg, Stadt	47	4,7	131	13,0	200	19,9	624	62,1	3	0,3	1.005

Tab. 5.7.3 Sprachvermögen / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 69.948

Geschlecht	Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffälli- gen Befund	%	Gesamt
Gesamt	3.062	4,4	10.531	15,1	12.394	17,7	43.961	62,8	69.948
männlich	1.833	5,0	6.719	18,4	6.902	18,9	21.037	57,6	36.491
weiblich	1.229	3,7	3.812	11,4	5.492	16,4	22.924	68,5	33.457

Tab. 5.7.4 Sprachvermögen / Migrationshintergrund, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.285

Migrationshintergrund	Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffälli- gen Befund	%	Gesamt
Gesamt	2.925	4,5	9.784	15,0	11.738	18,0	40.838	62,6	65.285
ohne Migrationshintergrund	1.949	3,9	7.490	15,0	7.295	14,6	33.106	66,4	49.840
mit Migrationshintergrund	976	6,3	2.294	14,9	4.443	28,8	7.732	50,1	15.445

Tab. 5.7.5 Sprachvermögen / Familiensprache, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 63.614

Familiensprache	Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffälli- gen Befund	%	Gesamt
Gesamt	2.802	4,4	9.496	14,9	11.460	18,0	39.856	62,7	63.614
deutsch	1.920	3,9	7.409	15,0	7.294	14,7	32.880	66,4	49.503
mehrsprachig mit deutsch	718	5,6	1.817	14,2	3.627	28,3	6.646	51,9	12.808
mehrsprachig kaum deutsch	149	12,7	261	22,3	479	40,8	284	24,2	1.173
mehrsprachig kein deutsch	15	11,5	9	6,9	60	46,2	46	35,4	130

Tab. 5.7.6 Sprachvermögen / Ausbildung der Eltern, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 49.954

Ausbildung der Eltern	Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffälli- gen Befund	%	Gesamt
Gesamt	2.219	4,4	7.060	14,1	8.917	17,9	31.758	63,6	49.954
bildungsfern	571	7,2	1.567	19,7	1.975	24,8	3.837	48,3	7.950
mittlere Bildung	1.196	4,2	4.071	14,5	4.786	17,0	18.108	64,3	28.161
bildungsnah	452	3,3	1.422	10,3	2.156	15,6	9.813	70,9	13.843

Tab. 5.7.7 Sprachvermögen / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 69.085

Ausbildung der Eltern	Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffälli- gen Befund	%	Gesamt
Gesamt	3.016	4,4	10.344	15,0	12.238	17,7	43.487	62,9	69.085
Kindergartenbesuch	2.924	4,3	10.257	15,0	11.995	17,6	43.058	63,1	68.234
kein Kindergartenbesuch	92	10,8	87	10,2	243	28,6	429	50,4	851

Tab. 5.8.1 Grobmotorische Entwicklung, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.485

Landkreis	Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffälli- gen Befund	%	keine Angabe/ Untersuchung nicht erfolgt	%	Gesamt
Gesamt	1.394	2,1	3.598	5,4	9.653	14,5	51.082	76,8	758	1,1	66.485

Tab. 5.8.2 Grobmotorische Entwicklung / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.485

Ammerland	21	1,8	60	5,2	95	8,2	976	84,4	5	0,4	1.157
Aurich	41	2,4	90	5,2	330	18,9	1.252	71,8	31	1,8	1.744
Braunschweig	41	2,1	63	3,2	433	21,8	1.440	72,5	8	0,4	1.985
Celle	64	4,0	71	4,4	369	22,8	1.090	67,3	26	1,6	1.620
Cloppenburg	23	1,3	80	4,4	296	16,4	1.386	77,0	16	0,9	1.801
Cuxhaven	23	1,4	85	5,1	226	13,4	1.335	79,4	12	0,7	1.681
Delmenhorst, Stadt	11	1,6	62	9,1	56	8,2	543	80,0	7	1,0	679
Diepholz	21	1,1	221	11,2	535	27,1	1.181	59,7	19	1,0	1.977
Emden, Stadt	11	2,4	11	2,4	30	6,5	406	88,1	3	0,7	461
Friesland	7	0,8	52	6,1	160	18,9	608	71,8	20	2,4	847
Gifhorn	22	1,3	49	2,9	130	7,7	1.449	86,3	30	1,8	1.680
Goslar	66	6,6	50	5,0	197	19,8	665	66,7	19	1,9	997
Göttingen	33	1,6	112	5,4	231	11,2	1.639	79,7	41	2,0	2.056
Grafschaft Bentheim	44	3,2	95	6,9	96	7,0	1.137	82,6	4	0,3	1.376
Hamelnd-Pyrmont	68	5,5	72	5,8	216	17,5	861	69,9	14	1,1	1.231
Hannover, Region	205	2,0	377	3,7	1.171	11,5	8.302	81,8	90	0,9	10.145
Harburg	14	0,6	97	4,2	264	11,5	1.870	81,7	43	1,9	2.288
Heidekreis	38	2,9	5	0,4	127	9,8	1.112	85,8	14	1,1	1.296
Helmstedt	37	5,0	24	3,2	142	19,1	533	71,8	6	0,8	742
Hildesheim	36	1,5	112	4,6	347	14,3	1.916	78,8	19	0,8	2.430
Holzwinden	16	2,9	80	14,6	82	15,0	365	66,7	4	0,7	547
Leer	23	1,6	47	3,2	85	5,8	1.315	89,2	4	0,3	1.474
Lüneburg	43	2,5	97	5,6	220	12,6	1.354	77,8	27	1,6	1.741
Nienburg	21	1,8	32	2,8	152	13,4	897	79,0	34	3,0	1.136
Northeim	5	0,5	128	11,7	166	15,2	781	71,7	10	0,9	1.090
Oldenburg, Landkreis	65	5,2	98	7,9	312	25,1	738	59,5	28	2,3	1.241
Oldenburg, Stadt	40	2,8	83	5,9	550	38,8	727	51,3	18	1,3	1.418
Osnabrück, Landkreis	66	1,8	282	7,6	398	10,8	2.917	78,9	34	0,9	3.697
Osnabrück, Stadt	39	2,9	113	8,3	173	12,7	1.023	75,4	9	0,7	1.357
Peine	21	1,7	103	8,3	110	8,9	995	80,3	10	0,8	1.239
Rotenburg (Wümme)	4	0,3	143	9,2	233	14,9	1.175	75,3	6	0,4	1.561
Salzgitter, Stadt	26	2,9	6	0,7	153	16,9	695	76,5	28	3,1	908
Schaumburg	22	1,6	93	6,6	247	17,7	1.021	73,0	16	1,1	1.399
Stade	26	1,3	143	7,2	234	11,9	1.542	78,2	28	1,4	1.973
Uelzen	10	1,2	39	4,8	112	13,8	645	79,4	6	0,7	812
Vechta	33	2,2	121	8,1	267	17,8	1.067	71,2	10	0,7	1.498
Verden	37	3,0	13	1,0	266	21,3	921	73,7	13	1,0	1.250
Wesermarsch	9	1,1	25	3,2	68	8,6	681	86,3	6	0,8	789
Wilhelmshaven, Stadt	15	2,5	47	7,8	14	2,3	518	86,2	7	1,2	601
Wittmund	9	1,8	20	4,0	81	16,2	384	76,6	7	1,4	501
Wolfenbüttel	15	1,4	60	5,7	162	15,4	803	76,1	15	1,4	1.055
Wolfsburg, Stadt	23	2,3	37	3,7	117	11,6	817	81,3	11	1,1	1.005

Tab. 5.8.3 Grobmotorische Entwicklung / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.722

Geschlecht	Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffälli- gen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.394	2,1	3.598	5,5	9.653	14,7	51.077	77,7	65.722
männlich	1.025	3,0	2.623	7,7	6.105	17,9	24.311	71,4	34.064
weiblich	369	1,2	975	3,1	3.548	11,2	26.766	84,5	31.658

Tab. 5.8.4 Grobmotorische Entwicklung / Migrationshintergrund nach Regionen / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 64.278

Migrationshintergrund nach Herkunftsregion und Geschlecht	Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffälli- gen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.308	2,0	3.522	5,5	9.382	14,6	50.066	77,9	64.278
Jungen	969	2,9	2.569	7,7	5.957	17,9	23.828	71,5	33.323
Mädchen	339	1,1	953	3,1	3.425	11,1	26.238	84,8	30.955
Deutschland / ohne Migrations- hintergrund	953	1,9	2.867	5,9	6.966	14,2	38.165	78,0	48.951
Jungen	728	2,9	2.101	8,3	4.469	17,6	18.109	71,3	25.407
Mädchen	225	1,0	766	3,3	2.497	10,6	20.056	85,2	23.544
mit Migrationshintergrund	355	2,3	655	4,3	2.416	15,8	11.901	77,6	15.327
Jungen	241	3,0	468	5,9	1.488	18,8	5.719	72,2	7.916
Mädchen	114	1,5	187	2,5	928	12,5	6.182	83,4	7.411
Afrika	10	2,8	14	3,9	51	14,2	285	79,2	360
Jungen	5	2,8	7	4,0	30	17,0	134	76,1	176
Mädchen	5	2,7	7	3,8	21	11,4	151	82,1	184
Asien, Australien, Ozeanien	16	2,1	36	4,8	83	11,0	619	82,1	754
Jungen	12	3,0	30	7,5	41	10,2	319	79,4	402
Mädchen	4	1,1	6	1,7	42	11,9	300	85,2	352
Naher Osten	44	2,8	64	4,1	300	19,1	1.165	74,1	1.573
Jungen	27	3,5	44	5,6	177	22,6	534	68,3	782
Mädchen	17	2,1	20	2,5	123	15,5	631	79,8	791
Nord-/Südamerika	2	0,8	7	2,9	33	13,8	197	82,4	239
Jungen	1	0,8	5	4,0	22	17,5	98	77,8	126
Mädchen	1	0,9	2	1,8	11	9,7	99	87,6	113
Osteuropa	187	2,2	320	3,8	1.210	14,4	6.697	79,6	8.414
Jungen	136	3,1	233	5,3	767	17,5	3.249	74,1	4.385
Mädchen	51	1,3	87	2,2	443	11,0	3.448	85,6	4.029
Westeuropa	21	2,2	41	4,2	138	14,2	771	79,4	971
Jungen	11	2,2	27	5,3	91	18,0	377	74,5	506
Mädchen	10	2,2	14	3,0	47	10,1	394	84,7	465
Türkei	75	2,5	173	5,7	601	19,9	2.167	71,9	3.016
Jungen	49	3,2	122	7,9	360	23,4	1.008	65,5	1.539
Mädchen	26	1,8	51	3,5	241	16,3	1.159	78,5	1.477

Ausbildung der Eltern	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	972	2,0	2.305	4,7	7.272	14,8	38.557	78,5	49.106
bildungsfern	247	3,2	556	7,1	1.405	18,0	5.581	71,7	7.789
mittlere Bildung	561	2,0	1.327	4,8	4.073	14,8	21.652	78,4	27.613
bildungsnah	164	1,2	422	3,1	1.794	13,1	11.324	82,6	13.704

Berufstätigkeit	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.129	2,1	2.743	5,0	8.065	14,8	42.516	78,1	54.453
beide berufstätig: Ganztag und/oder Teilzeit	527	1,6	1.330	4,0	4.633	14,1	26.432	80,3	32.922
einer berufstätig: Ganztag oder Teilzeit	388	2,4	924	5,7	2.450	15,1	12.445	76,8	16.207
geringfügige/ keine Beschäftigung	214	4,0	489	9,2	982	18,4	3.639	68,4	5.324

Kindergartenbesuch	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.369	2,1	3.505	5,4	9.531	14,7	50.449	77,8	64.854
Kindergartenbesuch	1.326	2,1	3.476	5,4	9.401	14,7	49.823	77,8	64.026
kein Kindergartenbesuch	43	5,2	29	3,5	130	15,7	626	75,6	828

Teilnahme U9	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.079	1,9	2.968	5,2	7.848	13,9	44.714	79,0	56.609
U9 erfolgt	889	1,8	2.606	5,2	6.851	13,6	39.943	79,4	50.289
U9 nicht erfolgt	190	3,0	362	5,7	997	15,8	4.771	75,5	6.320

Tab. 5.9.1 Feinmotorische Entwicklung, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.485

Landkreis	Abklärungs- empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs- empfehlung	%	ohne auffälli- gen Befund	%	keine Angabe/ Untersuchung nicht erfolgt	%	Gesamt
Gesamt	1.704	2,6	4.350	6,5	11.084	16,7	49.069	73,8	278	0,4	66.485

Tab. 5.9.2 Feinmotorische Entwicklung / Landkreise, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 66.485

Ammerland	6	0,5	65	5,6	45	3,9	1.037	89,6	4	0,3	1.157
Aurich	31	1,8	65	3,7	228	13,1	1.408	80,7	12	0,7	1.744
Braunschweig	91	4,6	125	6,3	402	20,3	1.366	68,8	1	0,1	1.985
Celle	49	3,0	109	6,7	444	27,4	1.009	62,3	9	0,6	1.620
Cloppenburg	18	1,0	92	5,1	191	10,6	1.495	83,0	5	0,3	1.801
Cuxhaven	32	1,9	121	7,2	202	12,0	1.320	78,5	6	0,4	1.681
Delmenhorst, Stadt	10	1,5	47	6,9	58	8,5	561	82,6	3	0,4	679
Diepholz	23	1,2	240	12,1	946	47,9	764	38,6	4	0,2	1.977
Emden, Stadt	26	5,6	12	2,6	47	10,2	376	81,6	0	0,0	461
Friesland	18	2,1	100	11,8	227	26,8	496	58,6	6	0,7	847
Gifhorn	39	2,3	79	4,7	319	19,0	1.234	73,5	9	0,5	1.680
Goslar	58	5,8	52	5,2	156	15,6	723	72,5	8	0,8	997
Göttingen	68	3,3	173	8,4	340	16,5	1.467	71,4	8	0,4	2.056
Grafschaft Bentheim	58	4,2	97	7,0	190	13,8	1.031	74,9	0	0,0	1.376
Hameln-Pyrmont	31	2,5	64	5,2	287	23,3	845	68,6	4	0,3	1.231
Hannover, Region	234	2,3	518	5,1	1.322	13,0	8.042	79,3	29	0,3	10.145
Harburg	8	0,3	96	4,2	187	8,2	1.978	86,5	19	0,8	2.288
Heidekreis	81	6,3	7	0,5	159	12,3	1.037	80,0	12	0,9	1.296
Helmstedt	13	1,8	18	2,4	41	5,5	667	89,9	3	0,4	742
Hildesheim	50	2,1	131	5,4	505	20,8	1.738	71,5	6	0,2	2.430
Holzminde	31	5,7	82	15,0	100	18,3	331	60,5	3	0,5	547
Leer	11	0,7	48	3,3	125	8,5	1.285	87,2	5	0,3	1.474
Lüneburg	47	2,7	97	5,6	310	17,8	1.275	73,2	12	0,7	1.741
Nienburg	38	3,3	38	3,3	145	12,8	896	78,9	19	1,7	1.136
Northeim	13	1,2	174	16,0	137	12,6	765	70,2	1	0,1	1.090
Oldenburg, Landkreis	77	6,2	127	10,2	474	38,2	547	44,1	16	1,3	1.241
Oldenburg, Stadt	42	3,0	70	4,9	443	31,2	847	59,7	16	1,1	1.418
Osnabrück, Landkreis	110	3,0	362	9,8	540	14,6	2.677	72,4	8	0,2	3.697
Osnabrück, Stadt	76	5,6	137	10,1	101	7,4	1.041	76,7	2	0,1	1.357
Peine	21	1,7	113	9,1	72	5,8	1.032	83,3	1	0,1	1.239
Rotenburg (Wümme)	2	0,1	165	10,6	252	16,1	1.141	73,1	1	0,1	1.561
Salzgitter, Stadt	46	5,1	20	2,2	195	21,5	643	70,8	4	0,4	908
Schaumburg	30	2,1	159	11,4	337	24,1	870	62,2	3	0,2	1.399
Stade	38	1,9	70	3,5	264	13,4	1.587	80,4	14	0,7	1.973
Uelzen	17	2,1	38	4,7	90	11,1	665	81,9	2	0,2	812
Vechta	37	2,5	149	9,9	354	23,6	957	63,9	1	0,1	1.498
Verden	48	3,8	15	1,2	424	33,9	758	60,6	5	0,4	1.250
Wesermarsch	25	3,2	59	7,5	111	14,1	589	74,7	5	0,6	789
Wilhelmshaven, Stadt	9	1,5	63	10,5	8	1,3	518	86,2	3	0,5	601
Wittmund	17	3,4	50	10,0	133	26,5	299	59,7	2	0,4	501
Wolfenbüttel	15	1,4	71	6,7	113	10,7	852	80,8	4	0,4	1.055
Wolfsburg, Stadt	10	1,0	32	3,2	60	6,0	900	89,6	3	0,3	1.005

Geschlecht	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.704	2,6	4.349	6,6	11.084	16,7	49.065	74,1	66.202
männlich	1.324	3,9	3.263	9,5	7.178	20,9	22.587	65,8	34.352
weiblich	380	1,2	1.086	3,4	3.906	12,3	26.478	83,1	31.850

Migrationshintergrund	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.619	2,5	4.256	6,6	10.860	16,8	48.015	74,2	64.750
ohne Migrationshintergrund	1.215	2,5	3.424	6,9	8.226	16,7	36.444	73,9	49.309
mit Migrationshintergrund	404	2,6	832	5,4	2.634	17,1	11.571	74,9	15.441
Migrationshintergrund nach Regionen									
Afrika	8	2,2	29	8,0	72	19,9	252	69,8	361
Asien, Australien, Ozeanien	15	2,0	37	4,9	93	12,3	612	80,8	757
Naher Osten	60	3,8	71	4,5	333	21,0	1.124	70,8	1.588
Nord-/ Südamerika	5	2,1	13	5,4	32	13,3	190	79,2	240
Osteuropa	221	2,6	417	4,9	1.413	16,7	6.429	75,8	8.480
Türkei	72	2,4	216	7,1	540	17,8	2.208	72,7	3.036
Westeuropa	23	2,3	49	5,0	151	15,4	756	77,2	979

Ausbildung der Eltern	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.141	2,3	2.783	5,6	8.328	16,8	37.209	75,2	49.461
bildungsfern	293	3,7	704	8,9	1.519	19,3	5.352	68,0	7.868
mittlere Bildung	639	2,3	1.612	5,8	4.738	17,0	20.831	74,9	27.820
bildungsnah	209	1,5	467	3,4	2.071	15,0	11.026	80,1	13.773

Tab. 5.9.6 Feinmotorische Entwicklung / Kindergartenbesuch, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 65.330

Kindergartenbesuch	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.677	2,6	4.236	6,5	10.944	16,8	48.473	74,2	65.330
Kindergartenbesuch	1.622	2,5	4.197	6,5	10.761	16,7	47.906	74,3	64.486
kein Kindergartenbesuch	55	6,5	39	4,6	183	21,7	567	67,2	844

Tab. 5.9.7 Feinmotorische Entwicklung / Besuch der Vorsorgeuntersuchung U9, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 56.996

Teilnahme U9	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.273	2,2	3.578	6,3	9.054	15,9	43.091	75,6	56.996
U9 erfolgt	1.048	2,1	3.143	6,2	7.944	15,7	38.472	76,0	50.607
U9 nicht erfolgt	225	3,5	435	6,8	1.110	17,4	4.619	72,3	6.389

Tab. 5.10.1 Verhalten, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 61.237

Landkreis	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	keine Angabe/Untersuchung nicht erfolgt	%	Gesamt
Gesamt	1.927	3,1	2.940	4,8	10.517	17,2	45.464	74,2	389	0,6	61.237

Tab. 5.10.2 Verhalten / Geschlecht, Schuleingangsuntersuchung 2012, Niedersachsen, n = 60.843

Geschlecht	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.927	3,2	2.939	4,8	10.517	17,3	45.460	74,7	60.843
männlich	1.259	4,0	2.061	6,5	6.005	19,0	22.215	70,4	31.540
weiblich	668	2,3	878	3,0	4.512	15,4	23.245	79,3	29.303

Migrationshintergrund	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.866	3,1	2.888	4,9	10.231	17,2	44.397	74,8	59.382
ohne MH*	1.376	3,0	2.366	5,2	7.462	16,5	33.920	75,2	45.124
mit MH*	490	3,4	522	3,7	2.769	19,4	10.477	73,5	14.258
Migrationshintergrund nach Regionen									
Afrika	6	1,9	19	5,9	61	18,9	237	73,4	323
Asien, Australien, Ozeanien	20	3,0	19	2,8	106	15,8	524	78,3	669
Naher Osten	33	2,3	39	2,8	290	20,5	1.054	74,4	1.416
Nord-/ Südamerika	6	2,7	10	4,5	24	10,8	182	82,0	222
Osteuropa	298	3,8	259	3,3	1.559	19,7	5.802	73,3	7.918
Türkei	100	3,6	134	4,8	554	19,8	2.003	71,8	2.791
Westeuropa	27	2,9	42	4,6	175	19,0	675	73,4	919

Ausbildung der Eltern	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.314	2,9	1.936	4,3	7.845	17,5	33.673	75,2	44.768
bildungsfern	363	5,1	520	7,3	1.626	22,7	4.647	64,9	7.156
mittlere Bildung	747	3,0	1.095	4,4	4.429	17,6	18.901	75,1	25.172
bildungsnah	204	1,6	321	2,6	1.790	14,4	10.125	81,4	12.440

Kindergartenbesuch	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.897	3,2	2.876	4,8	10.385	17,3	44.922	74,8	60.080
Kindergartenbesuch	1.850	3,1	2.841	4,8	10.211	17,2	44.354	74,9	59.256
kein Kindergartenbesuch	47	5,7	35	4,2	174	21,1	568	68,9	824

Teilnahme U9	Abklärungs-empfehlung	%	bereits in Behandlung	%	Befund ohne Abklärungs-empfehlung	%	ohne auffälligen Befund	%	Gesamt
Gesamt	1.709	3,0	2.679	4,8	9.714	17,3	42.127	74,9	56.229
U9 erfolgt	1.279	2,7	2.177	4,7	7.796	16,7	35.332	75,8	46.584
U9 nicht erfolgt	267	4,6	294	5,0	1.176	20,0	4.129	70,4	5.866

Autorinnen und Autoren

Mechthild Backsmann

Landesbildungszentrum für Blinde (LBZB)
Bleekstr. 22
30559 Hannover
0511-5247-206
www.lbzb.de

Robert Biermann

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN)
Unternehmensbereich Vertragsärztliche Versorgung
- Fachbereich Sicherstellung -
Berliner Allee 22
30175 Hannover
0511-380 3317
www.kvn.de

Dr. med. Elke Bruns-Philipps, MPH

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)
Roesebeckstr. 4 – 6
30449 Hannover
0511-4505-137
www.nlga.niedersachsen.de

Dr. med. Gerrit Fahl

Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V. (BVA)
BVA-Landesvorsitzender Niedersachsen
Am Schäferstieg 5
21680 Stade
04141-61912

Katharina Hesse-Jungesblut, MPH

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)
Roesebeckstr. 4 – 6
30449 Hannover
0511-4505-249
www.nlga.niedersachsen.de

Nicola Jahn

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)
Roesebeckstr. 4 – 6
30449 Hannover
0511-4505-135
www.nlga.niedersachsen.de

Dr. med. Maike Müller

Engelbosteler Damm 64
30167 Hannover
0511-714125
www.augenaerztin-mueller.de

Dr. med. Ute Sosada

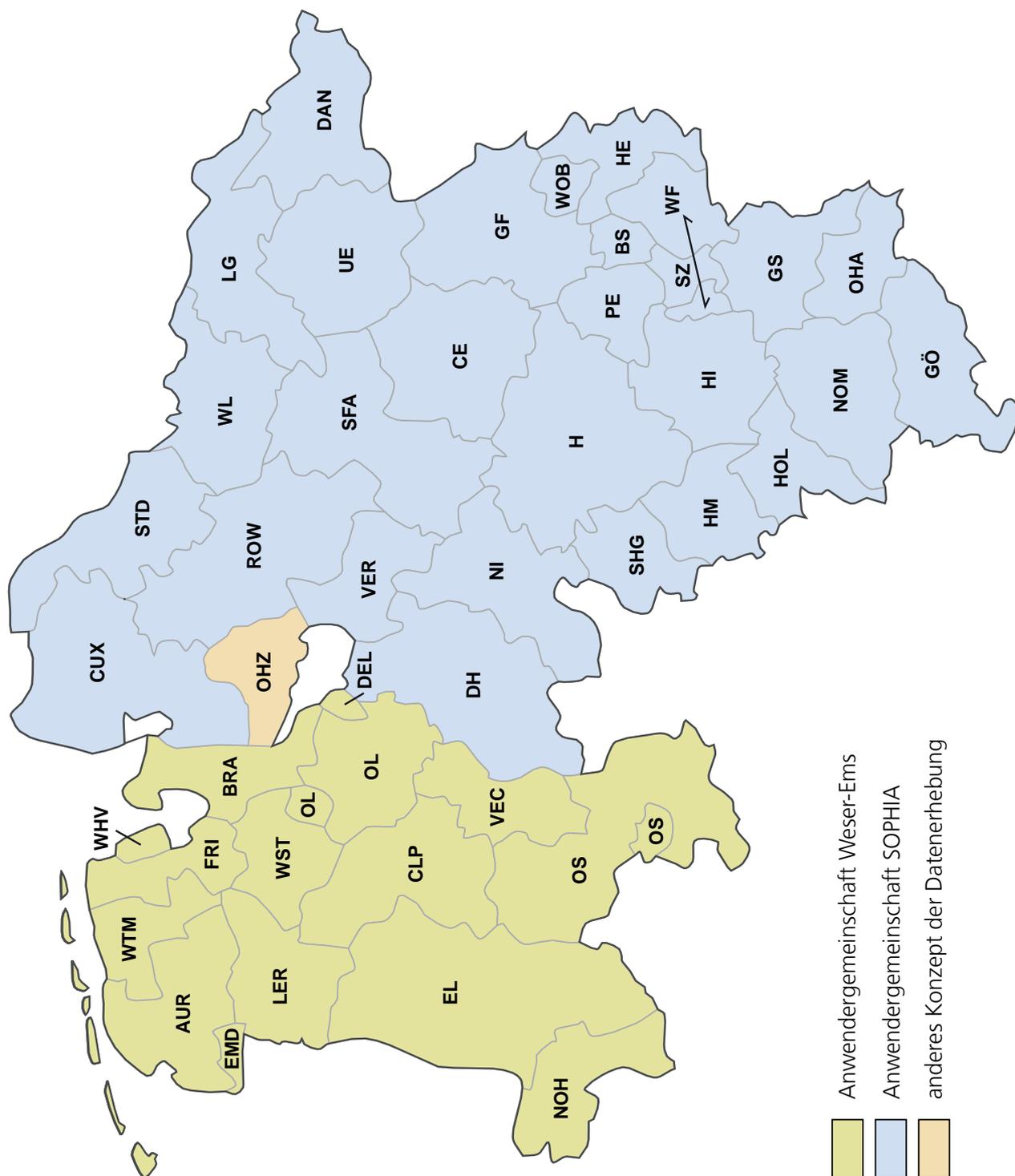
FD 409 – Fachdienst Gesundheit Landkreis Hildesheim
Ludolfinger Str. 2
31137 Hildesheim
05121-3097-101
www.landkreishildesheim.de

Dr. med. Sebastian Weiß

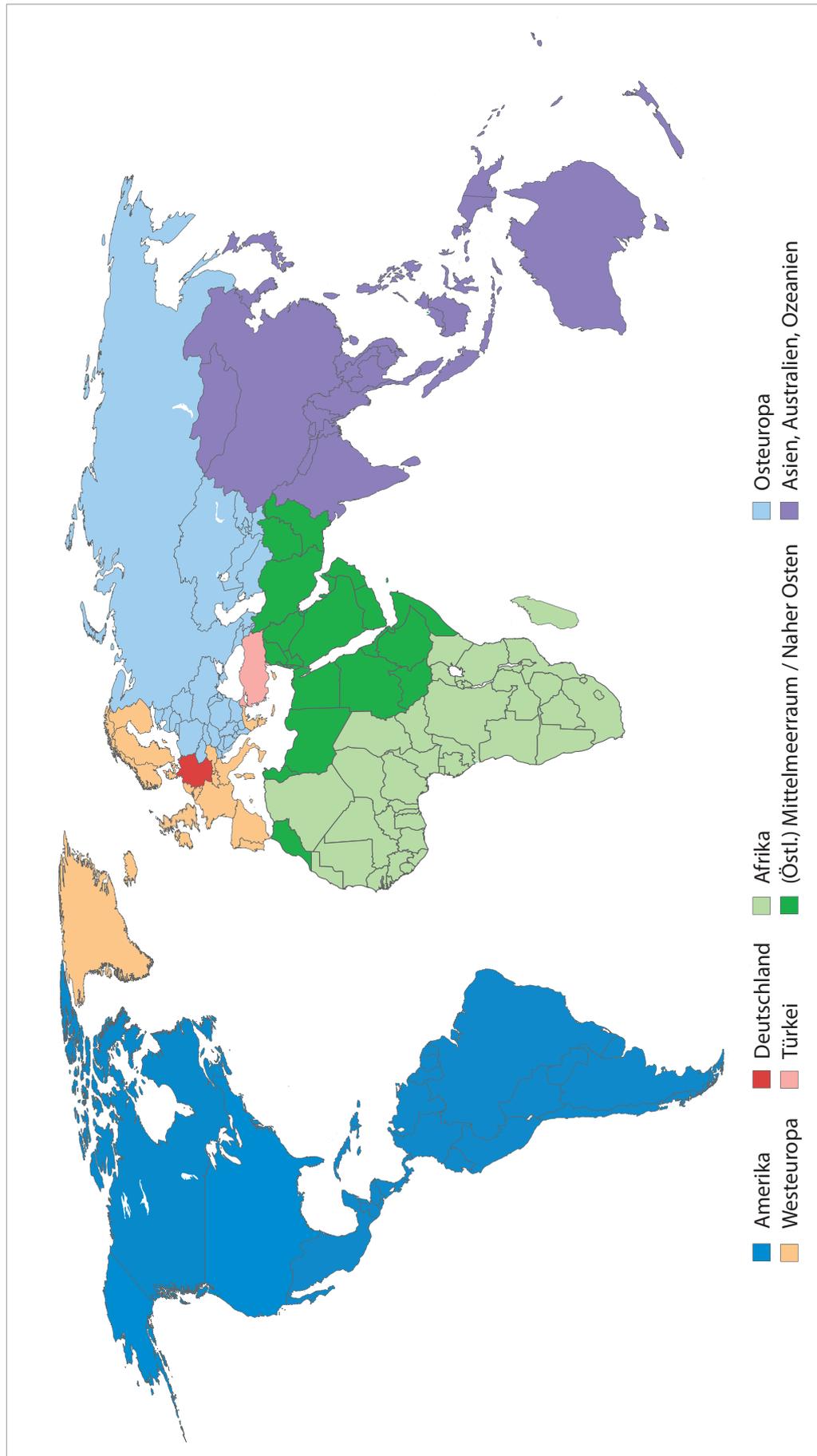
Oberarzt der Klinik für Augenheilkunde
Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum
Klinik für Augenheilkunde
Allendestraße 30
17036 Neubrandenburg
0395/ 37951650
WeissS@dbknb.de
<http://dbknb.de/dbk/aug>

Christel Zühlke, MPH

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)
Roesebeckstr. 4 – 6
30449 Hannover
0511-4505-133
www.nlga.niedersachsen



Niedersächsische Landkreise, kreisfreie Städte und Region Hannover: Anwendergemeinschaften



Herkunftsregionen der Schulanfängerinnen und Schulanfänger

