

Konzept für eine Vorverlegung und Erweiterung der Schuleingangsuntersuchung in das vorletzte Kindergartenjahr

1. Hintergrund

„Alle Kinder haben ein Recht auf den bestmöglichen Start ins Leben“. Diese Feststellung der Vereinten Nationen gilt in besonderem Maße mit Blick auf die Gesundheit, weil davon die persönlichen und sozialen Entwicklungsperspektiven von Kindern in hohem Maße abhängen. Das Krankheitsspektrum im Kindes- und Jugendalter hat sich in den industrialisierten Ländern verändert. So konnten Infektionskrankheiten im 20. Jahrhundert stark zurückgedrängt werden, während chronische und psychische Erkrankungen sowie Entwicklungsauffälligkeiten an Bedeutung zunehmen. Gesellschaftliche Ungleichheiten machen sich im Leben von Kindern in besonderem Maße bemerkbar. Der soziale Status der Eltern und die Lebensumwelt beeinflussen ihre Chance, gesund aufzuwachsen und auch in späteren Jahren eine gute Gesundheit zu erhalten (1). Deshalb ist es wichtig, dass jedes Kind die notwendigen Voraussetzungen für eine gute gesundheitliche Entwicklung erhält.

Mit der Einschulung beginnt für die Kinder und die Eltern ein neuer, aufregender Lebensabschnitt. Zu den Grundlagen für einen erfolgreichen Schulstart gehören für alle Kinder:

- körperliche Voraussetzungen wie ein ausreichendes (evtl. entsprechend korrigiertes) Seh- und Hörvermögen und eine altersgemäße psychomotorische Entwicklung,
- kognitive Fähigkeiten wie Konzentrationsvermögen (selektive Aufmerksamkeit), das Vermögen Arbeitsaufträge umzusetzen und eine altersgemäße Sprachentwicklung,
- sozial-emotionale Fähigkeiten wie Selbstvertrauen, Lust am Lernen und die Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit anderen Kindern.

In den letzten Jahren hat sich der wissenschaftliche Erkenntnisstand dazu tiefgreifend verändert, mit großer Bedeutung für die Gestaltung des Schuleinstiegs und der darauf bezogenen Diagnostik. Kinder mit Defiziten in den genannten Bereichen, insbesondere auch in den Vorläuferfähigkeiten des Lesens, Rechnens und Rechtschreibens, haben später häufig Lernprobleme oder entwickeln sogar manifeste Lernstörungen, wie z. B. eine Lese-Rechtschreibschwäche (LRS; ICD10 F81.0) oder eine Rechenschwäche (Dyskalkulie; ICD10 F81.2). Beide Störungen haben eine Prävalenz von jeweils etwa 6%. Die klinische Relevanz dieser Störungen liegt nicht nur darin, dass die betroffenen Kinder häufig in ihrem Schulerfolg und darüber hinaus insgesamt in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe beeinträchtigt sind, sondern insbesondere auch in den sekundären Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung (2). In zahlreichen Studien wird übereinstimmend eine erhöhte Rate psychischer Auffälligkeiten und emotionaler Probleme bei Kindern mit LRS berichtet (3). So treten bei 40 bis 60 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit einer LRS psychische Probleme auf. Schon im Grundschulalter ist eine depressive Symptomatik mit Traurigkeit, gedrückter Stimmung und schulbezogenen Ängsten mit LRS assoziiert. Zu den häufigsten komorbiden Störungen mit LRS in dieser Altersgruppe gehört das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (etwa 20 Prozent, 4).

Vor der Einschulung kann eine Lese-Rechtschreibstörung in der Regel noch nicht verlässlich diagnostiziert werden. Durch die Erfassung von Risikofaktoren lassen sich jedoch Kinder, bei denen im Schulalter mit großer Wahrscheinlichkeit Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und Schreibens auftreten werden, erkennen. Als bedeutsame Risikofaktoren wurden in den letzten Jahren insbesondere Sprachentwicklungsstörungen und eine familiäre Belastung mit einer Lese-Rechtschreibstörung identifiziert (3).

Dass Sprachentwicklungsstörungen ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Lese-Rechtschreibstörung darstellen, ist seit den 1970er Jahren bekannt. In mehreren

Langzeitbeobachtungen von sprachentwicklungsgestörten Kindergartenkindern wurden im Schulalter bei vielen erhebliche und anhaltende Probleme beim Erlernen des Lesens und Rechtschreibens festgestellt. Eine Arbeitsgruppe aus Oxford beobachtete in einer Längsschnittstudie die Entwicklung sprachentwicklungsgestörter Kinder vom Kindergarten- bis ins Jugendalter. Demnach traten bei über 90 % dieser Kinder erhebliche Lese-Rechtschreibschwierigkeiten auf, die bis ins spätere Schulalter hinein persistierten und den Schulerfolg erheblich beeinträchtigten, wenn die Sprachstörung noch zum Zeitpunkt der Einschulung bestand. Bildete sich die Sprachstörung bis zum Einschulungszeitpunkt weitgehend zurück, war das LRS-Risiko deutlich geringer, auch wenn es immer noch über dem Wert der Kinder mit unauffälliger Sprachentwicklung lag (5). Eine möglichst frühzeitige Unterstützung, am besten im Alter von 4 bis 5 Jahren (6) der Kinder ist daher unbedingt anzustreben, dies gilt entsprechend auch bei anderen Entwicklungsauffälligkeiten, etwa den sozial-emotionalen Fähigkeiten, bei denen sich gegenwärtig häufig erst mit dem Schulbeginn Defizite und ein psychotherapeutischer Therapiebedarf bemerkbar machen (vgl. Gesundheitsreport 1/2011). Zumindest teil-weise wäre dies durch eine frühe Förderung vermeidbar. Dies setzt jedoch voraus, dass die Kinder die Chance auf eine rechtzeitige Diagnose ihrer Entwicklungsauffälligkeiten bekommen, damit eine Förderung überhaupt eingeleitet werden kann. Law zeigt in einem systematischen Review auf Basis von 33 publizierten Studien, dass ein längerer Förderzeitraum effektiver ist (7).

2. Schuleingangsuntersuchung

Die Schuleingangsuntersuchung (SEU) bietet die Möglichkeit , bei allen Kindern - auch zusätzlich zu den Früherkennungsuntersuchungen U8 bzw. U9 - den Entwicklungsstand des Kindes zu überprüfen, um gesundheitliche oder entwicklungsbezogene Einschränkungen, die den Schulbesuch erschweren könnten, frühzeitig festzustellen. Insofern unterscheidet sich die Schuleingangsuntersuchung wesentlich von den Früherkennungsuntersuchungen (U8 und U9), bei denen vor allem die Erkennung behandlungsbedürftiger akuter und chronischer Erkrankungen im Vordergrund steht. Findet die SEU früh genug statt, können bei vor-handenen Lern- und Entwicklungsdefiziten noch vor Eintritt in die Schule entsprechende Fördermaßnahmen bzw. Therapien eingeleitet werden, um vorhandene Defizite soweit als möglich auszugleichen und den Kindern einen guten Start in die Schulzeit zu ermöglichen. Die Kinder profitieren sowohl vom früheren Zeitpunkt als auch von der längeren Förderdauer.

2.1. Schuleingangsuntersuchung derzeit in Bayern

In Bayern sind derzeit alle Kinder verpflichtet, im Jahr vor der Aufnahme in die erste Jahrgangsstufe an der Schuleingangsuntersuchung teilzunehmen (Art. 80 BayEUG).

Die bisherige bayerische Schuleingangsuntersuchung stellt noch sehr stark die Beurteilung der Schulreife in den Mittelpunkt mit dem Ziel, nicht ausreichend entwickelte Kinder zurückzustellen. Dagegen trägt sie dem Ziel zu wenig Rechnung, mit einer Entwicklungsdiagnostik möglichst frühzeitig einen notwendigen Förderbedarf zu identifizieren und noch vor der Einschulung geeignete Maßnahmen einzuleiten. Dies gilt sowohl im Hinblick auf das Untersuchungsspektrum als auch im Hinblick auf den Untersuchungszeitpunkt. Das Untersuchungsspektrum, d.h. der Umfang der beobachteten entwicklungsdiagnostischen Merkmale, ist in Bayern derzeit vergleichsweise eng gefasst und kann die gewünschte frühe Feststellung eines eventuellen Förderbedarfs nicht ausreichend leisten. Auf Grund des späten Untersuchungszeitpunktes ist derzeit eine gezielte Förderung vor Schulbeginn oft nicht mehr möglich, da der Zeitpunkt bei einer Diagnosestellung in der Schuleingangsuntersuchung zu nah am Einschulungstermin liegt. Auch muss mit Wartezeiten bis zum Therapiebeginn gerechnet werden.

Daher sollte die Schuleingangsuntersuchung in Bayern von der Zielsetzung her konsequent auf eine frühe Diagnostik von Entwicklungsauffälligkeiten, die den späteren Schulerfolg beeinträchtigen können, ausgerichtet werden, sowohl vom Untersuchungsspektrum als auch vom Untersuchungszeitpunkt her.

2.2. Situation in anderen Bundesländern

In 14 der 16 Bundesländer, nicht so in Bayern und Baden-Württemberg, werden flächendeckend alle Kinder im Jahr vor der Einschulung mit standardisierten Untersuchungsverfahren (z. B. SOPESS; 8) von einem Schularzt untersucht. Die Finanzierung erfolgt aus dem jeweiligen Landeshaushalt. Die Untersuchung beinhaltet in der Regel einen apparativen Seh- und Hörtest sowie eine Testung der selektiven Aufmerksamkeit, des Zahlen- und Mengenvorwissens und eine erste Testung der Visuomotorik durch die SMA. Anschließend untersucht eine Ärztin/ein Arzt das Kind körperlich und testet weitere Parameter zur Abklärung der visuomotorischen Fähigkeiten, der visuellen Wahrnehmung, der Sprache und der Körperkoordination.

3. Konzept für eine geänderte Schuleingangsuntersuchung in Bayern

Im Vergleich zu allen anderen Bundesländern hat die Schuleingangsuntersuchung in Bayern entwicklungsdiagnostisch die geringste Aussagekraft, weil viele relevante Merkmale nicht erfasst werden. Daher kann mit dem derzeitigen Untersuchungsprogramm in Bayern ein erheblicher Teil der Kinder mit vorschulischem Förder- oder Therapiebedarf nicht identifiziert werden. Wichtige Parameter der Vorläuferfertigkeiten des Schriftspracherwerbes (z. B. visuelle Aufmerksamkeit, Visuomotorik) und der Rechenfähigkeit (z. B. Mengen- und Zahlenvorwissen) werden derzeit ebenso wie die emotionale und soziale Entwicklung nicht oder nicht ausreichend geprüft. Eine ärztliche Untersuchung und Befundbesprechung findet nicht flächendeckend und auch nicht wie in Baden-Württemberg bei allen Kindern mit auffälligen Befunden statt, sondern nur bei einem kleinen Teil der Kinder (ca.13% der bayerischen Schulanfänger, darunter 5% wegen fehlender U9, Spannweite zwischen den Landkreisen 1,3% bis 86,2%; 9).

Damit fällt Bayern im Umfang und in der Qualität des Untersuchungskonzepts gegenüber allen anderen Bundesländern ab.

3.1 Vorverlegung der Schuleingangsuntersuchung

In Bayern soll daher, ähnlich wie in Baden-Württemberg, eine in das vorletzte Kindergarten-jahr vorgezogene Schuleingangsuntersuchung mit einem erweiterten Screeningumfang durch die SMA eingeführt werden. Bei allen auffälligen Screeningbefunden soll eine ärztliche Untersuchung inklusive der Besprechung des auffälligen Befundes mit den Eltern folgen. Sofern aus ärztlicher Sicht auf Basis der Erstuntersuchung erforderlich, sollten in einem zweiten Schritt Kinder mit auffälligen Befunden im Jahr vor der Einschulung ärztlich nachuntersucht werden.

Der Zeitraum für eine mögliche bzw. notwendige Förderung von Kindern mit Entwicklungsdefiziten, die in der Schuleingangsuntersuchung entdeckt werden, wird durch die Vorverlegung der Schuleingangsuntersuchung entscheidend verlängert. Dies betrifft insbesondere die Möglichkeit einer gezielten Sprachförderung bzw. logopädischen Therapie, die Förderung der sozialen und emotionalen Entwicklung, der Rechenvorläuferfähigkeiten, der Konzentrationsfähigkeit sowie der Feinmotorik. In vielen Fällen wird auch eine Förderung der Sprachkompetenz oder von Vorläuferrechenfähigkeiten durch die Familie möglich sein (4). Diese benötigt jedoch ebenfalls ausreichend Zeit.

Auch die angestrebte Chancengleichheit (Art.3 Bayer. Verfassung) kann durch die frühere Untersuchung aller in Bayern gemeldeten Kinder, unabhängig vom Kindergarten- oder Kinderarztbesuch, sowie der ausgeweiteten schulärztlichen Untersuchungen und der daraus resultierenden Möglichkeiten einer weiterführenden Diagnostik, ggf. Förderung oder Therapie verbessert werden. Damit können die bereits in Bayern erfolgreich arbeitenden Fördereinrichtungen (Frühförderstellen, SVE, Vorkurs Deutsch, SPZ) vermehrt auch den Kindern zugutekommen, die besonderen Bedarf haben, derzeit aber noch nicht erreicht werden.

3.2 Erweiterter Untersuchungsumfang

Die Screeninguntersuchungen durch die SMAs werden um eine Testung der selektiven Aufmerksamkeit und des Mengen- und Zahlenvorwissens und der sozial-emotionalen Entwicklung ergänzt. Die Testung der Visuomotorik wird an den aktuellen wissenschaftlichen Stand angepasst und für die jüngere Altersgruppe normiert.

3.2.1 Selektive Aufmerksamkeit (Konzentrationsfähigkeit)

Die Konzentrationsfähigkeit, d.h. die Fähigkeit, die eigene Aufmerksamkeit selektiv zu steuern, ist für das Erlernen aller Kulturtechniken eine wichtige Basisfunktion (10). Dabei geht es darum, auf relevante Reize sowohl schnell als auch richtig zu reagieren und Störreize auszublenden bzw. auf irrelevante Aspekte nicht zu reagieren. Sowohl Querschnitts- als auch Längsschnittstudien konnten im Altersbereich von 3-6 Jahren einen starken Anstieg der Konzentrationsleistung nachweisen (11). Dieser Anstieg lässt sich zum einen auf Hirnreifungsprozesse (Myelinisierung und Synapsenreduktion) und zum anderen auf Lern- und Übungsprozesse begründen. Die visuelle Aufmerksamkeit unterstützt ein Kind dabei, Buchstaben und die Position von Buchstaben im Wortgefüge wieder zu erkennen oder sich auf der Tafel bzw. im Heft oder Buch zurechtzufinden.

3.2.2 Mengen- und Zahlenvorwissen

Entgegen der häufigen Annahme, dass das Abschneiden in Mathematik hauptsächlich von der Intelligenz und vom räumlichen Vorstellungsvermögen abhinge, stellen Langzeitstudien die Bedeutung von Vorwissen besonders heraus. Ganz entscheidend sind auch die numerischen Kenntnisse, die die Kinder schon aus dem Vorschulalter mitbringen. Dies zeigte sich in einer Langzeitstudie von Krajewski (12), die über vier Jahre hinweg die mathematische Entwicklung von Kindergartenkindern bis zum Ende der Grundschulzeit untersuchte und die Bedeutsamkeit des frühen Mengen- und Zahlenvorwissens für das Erlernen der schulischen Mathematik herausstellte. Der Zusammenhang der schulischen Mathematikleistung mit diesem mathematikspezifischen Vorwissen war während der gesamten Grundschulzeit höher als der Zusammenhang mit der Intelligenz (12). Die Basis für die im Mathematikunterricht vermittelten sekundären Fähigkeiten stellen einige sich im Kleinkind- und Vorschulalter entwickelnde primäre Fähigkeiten dar:

- Mengenschätzung: Fähigkeit, ohne zu zählen kleine Mengen mit bis zu 4 Objekten zu schätzen,
- Ordinalität: Grundverständnis von „mehr“ und „weniger“, auf das die Fähigkeit aufbaut, ordinale Beziehungen zu erkennen und zu verstehen,
- Zählen: Grundfähigkeit, seriell angeordnete Zahlen zum Abzählen von Mengen und für einfache Rechenoperationen zu verwenden,

3.2.3 Visuomotorik

Im schulischen Kontext kommt der visuomotorischen Leistung ein hoher Stellenwert, insbesondere beim Schreiben lernen zu. Ein gelungenes Zusammenspiel der Leistung spiegelt sich in einer guten Hand-Auge-Koordination wider und ermöglicht gute graphomotorische Leistungen sowie ein sauberes Schriftbild. Es hilft den Kindern, sich in Büchern, Heften und an der Tafel zurechtzufinden und in eigenen Arbeitsheften Gesehenes niederzuschreiben. Für die weitere schulische Leistungsfähigkeit ist es wichtig, dass sich Schreibvorgänge schnell automatisieren und wenig Kraft- und Konzentrationsanstrengungen der Kinder binden. Ansonsten kann eine reduzierte Bewegungsgeschwindigkeit das Schreibtempo soweit herabsetzen, dass das Kind den Lerninhalten nicht mehr folgen kann (13). Bei der Visuomotorik handelt es sich um ein Zusammenspiel unterschiedlicher Anforderungen. Visuelle Wahrnehmungskomponenten und motorische Leistung werden bei der Aufgabenbearbeitung zusammengeführt. Dabei ist eine flüssige Blicksteuerung und Augenfolgebewegung (Oculomotorik) zum Abscannen ebenso wichtig wie die Fähigkeit des Auges, sich auf verschiedene Entfernungen (Tafel/Vorlage/Heft) einzustellen (Akkommodation). Informationen über Größe, Form und Lage des Gesehenen müssen erkannt und integriert werden (visuell-analytische und visuell-räumliche Fähigkeiten). Motorisch ist eine muskuläre Feinabstimmung erforderlich, die sowohl eine flüssige gezielte Bewegung als auch eine angemessene Kraftdosierung ermöglicht.

3.2.4 Sprachstandserfassung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung

Das im Herbst 2014 flächendeckend eingeführte Bayerische Einschulungssprachscreening – BESS wird mit Normwerten für jüngere Kinder eingesetzt werden.

3.2.5 Soziale und emotionale Entwicklung

Allgemein kann unter emotionaler Kompetenz die Fähigkeit verstanden werden, mit eigenen Emotionen und mit Emotionen anderer angemessen umzugehen. Die soziale Kompetenz ist als die Fähigkeit eines Kindes definiert, zunehmend komplexere soziale Beziehungen zu *anderen* Kindern und zu Erwachsenen aufbauen und aktiv gestalten zu können. Für den Schulbesuch wird soziale Kompetenz in der Interaktion mit Erwachsenen, der Interaktion mit Gleichaltrigen, dem Verhalten in Gruppen und der sozialen Eigenständigkeit erwartet. Der Verdacht auf Defizite in diesem Bereich kann bei Vorschulkindern im Rahmen eines Screenings am besten durch Elternfragebögen z. B. den SDQ gestellt werden. Bei einem auffälligen Ergebnis soll die sozioemotionale Entwicklung in der schulärztlichen Untersuchung weiter überprüft werden.

3.3 Ausweitung der schulärztlichen Untersuchungen

Auffällige Befunde in einem entwicklungsdiagnostischen Screening beunruhigen die Eltern und führen in der Folge zu weiteren Arztbesuchen mit diagnostischen Maßnahmen. Um bei-des auf das notwendige Maß zu begrenzen, sollte jedes Kind mit einem auffälligen Befund in der Entwicklungsdiagnostik, einem auffälligen Verhalten oder bei Verdacht auf Vernachlässigung oder Kindeswohlgefährdung schulärztlich untersucht werden; ebenso Kinder, die keine vorschulische Einrichtung besuchen. Die Mitteilung auffälliger Befunde ist ebenso wie die kompetente Beratung der Eltern eine ärztliche Aufgabe und sollte unbedingt durch einen Arzt erfolgen. Dies wird auch im Gutachten zum Modellprojekt in Baden-Württemberg (14), in dem als einzigem Bundesland außer Bayern auf eine flächendeckende schulärztliche Untersuchung verzichtet wird, für alle Kinder empfohlen.

3.4 Übersicht über das Untersuchungskonzept

Im Detail sieht das neue Konzept folgende Untersuchungen vor:

Schritt 1: flächendeckende Untersuchung 24 - 14 Monate vor Einschulung

1. Screeninguntersuchung durch die SMA bei allen Kindern Bisheriges Verfahren oder angepasstes Testinstrument für bislang bereits getestete Parameter:

- ✓ Überprüfung des Impfstatus, Impfberatung, ImpfreCALL,
- ✓ Überprüfung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1–U8 (ggf. U9 sofern das Alter schon erreicht ist),
- ✓ Messung Körperlänge und Körpergewicht,
- ✓ standardisierter Sehtest,
- ✓ apparativer Hörtest,
- ✓ standardisiertes Sprach- und Sprechscreening (BESS),
- ✓ standardisierte Untersuchung der Visuomotorik: Testverfahren *statt des bisherigen Formenzeichnens*
- ✓ standardisierte Untersuchung der selektiven Aufmerksamkeit,
- ✓ standardisierte Untersuchung des Mengen und Zahlenvorwissens.

2. Einsatz eines Elternfragebogens zum Stand der psychomotorischen und sozioemotionalen Entwicklung (freiwillig).

3. Hinzuziehung von im Kindergarten vorhandener Dokumentation der kindlichen Entwicklung incl. der Ergebnisse der Sprachstandserfassung mit *Sismik* und *Seldak*, so-fern diese vorliegt (freiwillig mit Einwilligung der Eltern).

4. Schulärztliche Untersuchung bei allen Kindern ohne U8 bzw. U9 (je nach Alter des Kindes) oder bei auffälligen Befunden im Screening der SMA, in der Dokumentation des Kindergartens oder im Elternfragebogen und bei allen Kindern, die keine vor-schulische Einrichtung besuchen

5. Bei auffälligen Befunden erfolgt die Befundmitteilung und Beratung der Eltern immer durch einen Arzt.

Schritt 2: Speziell indizierte schulärztliche Untersuchung 3 - 6 Monate vor der Einschulung

Bei auffälligen Befunden in der schulärztlichen Untersuchung in Schritt 1 kann der untersuchende Arzt die Indikation für eine ärztliche Wiederholungsuntersuchung im letzten Jahr vor der Einschulung stellen. Ebenso sollen alle Kinder, die keine Kindertageseinrichtung besuchen nochmals untersucht werden (Risikogruppe).

Auf Wunsch der Eltern oder bei Anraten der Erzieherin oder Schule kann eine schulärztliche Entwicklungsdiagnostik (z. B. nach SOPESS) im Jahr vor der Einschulung durchgeführt werden.

4. Planung der Umsetzung und Erstellung von Normwerten im Rahmen eines Pilotprojektes

Die SEU wird in einigen Landkreisen (ca. 10.000 Kinder) vorverlegt, im Screeningumfang erweitert und bei auffälligen Screeningbefunden durch eine ein- bzw. zweimalige schulärztliche Untersuchung ergänzt wie unter 3.4 beschrieben.

Die für das erweiterte Screening vorgesehenen Entwicklungstests aus SOPESS wurden für Kinder im Alter von 5-6 Jahren normiert. Das bedeutet, dass für jüngere Kinder neue Normwerte erstellt werden müssen. Diese sollen in den ersten beiden Jahren der Umsetzung des neuen

Konzeptes im Rahmen eines Pilotprojektes in aus-gewählten Gesundheitsämtern auf Basis der Untersuchungsergebnisse von ca. 10.000 Kindern erstellt werden. Bis diese Normwerte vorliegen, werden vorläufige Grenzwerte für die Beurteilung der Testergebnisse herangezogen. Dies ist vertretbar, da Kinder mit auffälligen Testergebnissen zunächst schulärztlich nachuntersucht werden und nur bei weiterhin bestehendem Verdacht von Auffälligkeiten an die niedergelassenen Kinder- bzw. Hausärzte zur weiteren diagnostischen Abklärung verwiesen werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Anzahl der falsch positiven Screeningergebnisse möglichst gering ist.

In den Pilotgesundheitsämtern müssen die Ergebnisse des Screenings auf Itemebene in eine Datenbank eingegeben werden, ebenso müssen die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung detailliert dokumentiert werden. Zusätzlich sollen in diesen Ämtern aktuelle Verfahren zum Seh- und Hörscreening getestet werden. Das bedeutet, dass in diesen Ämtern mehr Personal benötigt wird und die vom LGL kostenlos zur Verfügung gestellte Datenbank verwendet werden sollte.

5. Zusammenfassung

Die in diesem Sinne reformierte Schuleingangsuntersuchung wäre besser gegen die kassenfinanzierten U-Untersuchungen abgegrenzt und konsistent auf eine entwicklungsdiagnostische Zielsetzung ausgerichtet. Mit dem so an den Diagnostik- und Förderbedarf der Kinder angepassten Untersuchungsprofil wird nicht nur den aktuellen entwicklungspsychologischen Erkenntnissen Rechnung getragen, sondern auch die gesundheits- und bildungspolitische Effizienz der Schuleingangsuntersuchung wesentlich erhöht. Die bereits in Bayern vorhandenen Förder- und Therapiemöglichkeiten für Kinder mit Entwicklungsdefiziten, könnten effizienter genutzt werden. Für die Kinder wird absehbar ein erheblicher Gewinn erzielt, der sich später auch in den schulischen und beruflichen Perspektiven auszahlen wird. Eine enge Zusammenarbeit mit den Kinderärzten wird angestrebt und in einer engen Kooperation mit dem BVKJ auf Landesebene vorbereitet.

Literatur

- 1 Lampert T., Hagen C., Heizmann B. Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut; 2010 ;65 – 68. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=13077&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=97688415&p_lfd_nr=4
- 2 Petermann F., Daseking M. Screening und Schuleingangsuntersuchung. Gesundheitswesen 2011; 73: 635-36
- 3 Suchodoletz W.v. Früherkennung von Lese- und Rechtschreibstörung In Suchodoletz Früherkennung von Entwicklungsstörungen Hogrefe 2005; 191-222
- 4 Schulte-Körne G: The prevention, diagnosis, and treatment of dyslexia. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(41): 718–27. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0718
- 5 Snowling M.J., Adams, J.W., Bishop D.V.M., Stothard S.E. Educational attainments of school leavers with a preschool history of speech-language impairments. Int J Language and Communication disorders. 2001; 36: 173-183
- 6 Wake M., Levickis P., Tobin S., Zens N., et al. Improving outcomes of preschool language delay in the community: protocol for the Language for Learning randomized controlled trial, BMC Pediatrics 2012; 12 (96): 1-11
- 7 Law J., Garrett Z., Nye C. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3

- 8 Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen SOPESS: Theoretische und statistische Grundlagen zur Testkonstruktion, Normierung und Validierung 2009
www.liga.nrw.de
- 9 LGL Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2008/2009
<http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/praevention/kindergesundheit/schuleingangsuntersuchung/index.htm>
- 10 Kinsey K., Rose M., Hansen P., Richardson A., Stein J. Magnocellular mediated visuo-spatial attention and reading ability. *Neuroreport* 2004; 15: 2215-2218
- 11 Krampen G. Konzentrationsleistung und Übergang vom voroperatorischen zum konkret operatorischen Denken. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 2008; 40: 79-86
- 12 Krajewsky K., Schneider W. Früherkennung von Rechenstörungen In: Suchodoletz Früherkennung von Entwicklungsstörungen Hogrefe 2005; 223-244
- 13 Stehn H. Wenn das „O“ Ecken hat. Mal- und Schreibauffälligkeiten erkennen - Hilfen geben. Osdorf F & B
- 14 Bode H. : Gutachten über das Modellprojekt zur Neukonzeption Einschulungsuntersuchung in Baden Württemberg