



Landratsamt
Biberach

Gesundheitsberichterstattung: Kindergesundheitsbericht 2015



Schulärztliches Team
Kreisgesundheitsamt Biberach
Rollinstrasse 17
88400 Biberach

Impressum

Ausgabe: März 2016
Herausgeber: Schulärztliches Team
Kreisgesundheitsamt Biberach
Rollinstrasse 17
88400 Biberach
Amtsleiterin Dr. med. Monika Spannenkrebs

Autoren: Dr. med. Monika Spannenkrebs
Melanie Rapp

Vorwort

In allen Bundesländern Deutschlands werden von den Gesundheitsämtern Einschulungsuntersuchungen durchgeführt. Während die Untersuchung früher das Aufdecken von körperlichen Erkrankungen der Kinder und die Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten wie der Tuberkulose zum Ziel hatte, geht es heute neben der Beobachtung des Impfschutzes laut Infektionsschutzgesetz vorrangig um die Erfassung von kindlichen Entwicklungsstörungen im Bereich der Vorläuferfertigkeiten für den späteren schulischen Lernerfolg. Gleichzeitig ist die Einschulungsuntersuchung als flächendeckende Erhebung eine hervorragende Datenquelle, um den Gesundheitszustand und die kindliche Entwicklung in einer Region im Querschnitt abzubilden oder längsschnittlich zu beobachten.

Der vorliegende Kindergesundheitsbericht bietet einen Überblick über die Situation der Kinder im Landkreis Biberach im vorletzten Jahr vor der Einschulung. Er soll neben der interessierten Allgemeinheit auch politische Entscheidungsträger und Akteure im lokalen Gesundheitswesen und in der Erziehung und Bildung der Kinder ansprechen und der kommunalen Gesundheitskonferenz im Landkreis Biberach als Datengrundlage zur Kindergesundheit dienen.

Inhalt

1	Einleitung.....	- 4 -
2	Gesetzliche Grundlagen	- 4 -
3	Datengrundlage.....	- 4 -
4	Schulärztliches Team	- 4 -
5	Einschulungsuntersuchung in Baden-Württemberg.....	- 5 -
5.1	Untersuchungen im Schritt 1 im vorletzten Kindergartenjahr.....	- 5 -
5.2	Untersuchungen im Schritt 2 im letzten Kindergartenjahr.....	- 6 -
6	Beschreibung der untersuchten Kinder	- 7 -
7	Früherkennungsuntersuchungen.....	- 9 -
7.1	Früherkennungsuntersuchungsraten im Landkreis Biberach	- 10 -
8	Impfungen	- 11 -
8.1	Impfungen im Einzelnen.....	- 11 -
8.2	Masern, Mumps, Röteln	- 11 -
8.3	Keuchhusten (Pertussis)	- 13 -
9	Hörvermögen.....	- 14 -
9.1	Definition der Hörstörung	- 14 -
9.2	Häufigkeit von Hörstörungen.....	- 14 -
10	Sehvermögen	- 14 -
11	Grobmotorik.....	- 15 -
12	Feinmotorik und Visuomotorik	- 15 -
12.1	Händigkeit	- 15 -
12.2	Grafomotorik und Stifthaltung	- 15 -
13	Mengenerfassung	- 17 -
14	Sprache	- 18 -
14.1	Sprachscreening und Sprachstandsdiagnose	- 18 -
14.2	Heidelberger auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung.....	- 18 -
14.3	Artikulation.....	- 19 -
14.4	SETK 3-5.....	- 19 -
14.5	Intensiver Sprachförderbedarf.....	- 20 -
14.6	Arztbesuch empfohlen.....	- 20 -
15	Übergewicht.....	- 21 -
16	ErzieherInnenfragebogen	- 23 -
17	Maßnahmen der Frühförderung.....	- 25 -
17.1	Logopädie.....	- 25 -
17.2	Ergotherapie.....	- 26 -
17.3	Sprachförderung im Kindergarten	- 26 -
18	Tabellarische Zusammenfassung.....	- 27 -

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht über die neue Einschulungsuntersuchung	- 6 -
Abbildung 2: Kinder mit deutscher Familiensprache und mit einer anderen Familiensprache in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach	- 8 -
Abbildung 3: Übersicht über die Kindervorsorgeuntersuchungen der gesetzlichen Krankenkassen	- 9 -
Abbildung 4: Durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen in Prozent , Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach	- 10 -
Abbildung 5: Vollständige Impfungen gegen verschiedene Erkrankungen in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach	- 13 -
Abbildung 6: Ergebnis im Bereich Visuomotorik in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach	- 16 -
Abbildung 7: Simultane Mengenerfassung in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach	- 17 -
Abbildung 8: SETK 3-5 durchgeführt in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach	- 19 -
Abbildung 9: Intensiver pädagogischer Förderbedarf Sprache in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach	- 20 -
Abbildung 10: Body-Mass-Index (BMI) Mädchen 4,5 - 8 Jahre	- 21 -
Abbildung 11: Body- Mass- Index (BMI) Jungen 4,5- 8 Jahre	- 22 -
Abbildung 12: Übergewicht und Adipositas in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach	- 22 -
Abbildung 13: Nicht erreichte Grenzsteine Körpermotorik in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach	- 23 -
Abbildung 14: Nicht erreichte Grenzsteine Sprache in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach	- 24 -
Abbildung 15: Logopädie laut Elternfragenbogen Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach	- 25 -
Abbildung 16: Ergotherapie laut Elternfragenbogen Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach	- 26 -

1 Einleitung

Der Schulbeginn stellt an ein Kind neue Herausforderungen, denen es sowohl körperlich als auch von seinem Entwicklungsstand her gewachsen sein muss. Die neue Einschulungsuntersuchung in Baden-Württemberg soll relevante Entwicklungsrisiken für den späteren Schulerfolg frühzeitig vor der Einschulung feststellen, um Fördermaßnahmen einleiten zu können. Seit 2009 hat sich aus diesem Grund die bisherige Einschulungsuntersuchung in Baden-Württemberg dahingehend verändert, dass alle Kinder vom Gesundheitsamt im vorletzten Jahr vor der Regeleinschulung untersucht werden, um genügend Zeit für eventuell nötige Fördermaßnahmen zu gewinnen.

Die sprachliche Entwicklung steht besonders im Fokus der schulärztlichen Untersuchung, da Entwicklungsstörungen der Sprache die meisten Risiken für eine gelungene Schullaufbahn mit sich bringen. Für Kinder, die nach ärztlicher Beurteilung einen intensiven pädagogischen Förderbedarf im Bereich Sprache aufweisen, können die Kindergärten Landesmittel für Sprachfördergruppen beantragen.

2 Gesetzliche Grundlagen

Die neue Einschulungsuntersuchung wird im Landkreis Biberach entsprechend gesetzlicher Vorgaben (Gesundheitsdienstgesetz BW § 8 und VwV ESU und Jugendzahnpflege, Arbeitsrichtlinien des Sozialministeriums, Schulgesetz BW § 91 (2), MVO§ 6a, IFSG) flächendeckend durchgeführt.

In Verknüpfung mit der Einschulungsuntersuchung wird durch die ärztlichen Mitarbeiter des Gesundheitsamtes die verbindliche Sprachstandsdiagnose gemäß der Verwaltungsvorschrift des Kultusministeriums zur Durchführung einer Sprachstandsdiagnose in Verknüpfung mit der Einschulungsuntersuchung durchgeführt.

Die erhobenen Daten werden in pseudonymisierter Form verarbeitet.

3 Datengrundlage

Datengrundlage dieses Kindergesundheitsberichtes sind die Daten der neuen Einschulungsuntersuchung Schritt 1 von Kindern, die im Jahr 2015 eingeschult wurden. Die Daten wurden im Jahr 2013/2014 im Landkreis Biberach erhoben.

4 Schulärztliches Team

Das schulärztliche Team besteht aus drei Schulärztinnen und vier sozialmedizinischen Assistentinnen und wird von einer Sekretariatskraft unterstützt:

<u>Schulärztinnen:</u>	<u>Sozialmedizinische Assistentinnen:</u>
Dr. med. Katja Heil	Maria Ruchti
Dr. med. Sigrun Klessinger	Claudia Scherl
Dr. med. Helga Lieser-Mack	Margot Schlanser
	Heike Storrer

Schulsekretariat: Friedhilde Gauder

5 Einschulungsuntersuchung in Baden-Württemberg

Seit 2009 hat sich die bisherige Einschulungsuntersuchung dahingehend verändert, dass alle Kinder vom Gesundheitsamt im vorletzten Jahr vor der Regeleinschulung im Schritt 1 des neuen Verfahrens untersucht werden, um genügend Zeit für eventuell nötige Fördermaßnahmen zu gewinnen. In einem Schritt 2 werden nur noch wenige Kinder mit gezielten Fragestellungen direkt vor der Einschulung untersucht.

5.1 Untersuchungen im Schritt 1 im vorletzten Kindergartenjahr

Die Einschulungsuntersuchung im Schritt 1 findet in zwei Stufen statt. Zunächst erheben sozialmedizinische AssistentInnen von jedem Kind im mittleren Kindergartenjahr mit einem standardisierten Screening einen orientierenden Entwicklungsstatus. Dazu besucht die sozialmedizinische Assistentin jedes Kind im Kindergarten. Dieses Screening umfasst die Entwicklungsfelder Grobmotorik, Grafomotorik, Visuomotorik, Mengenvorwissen und Sprache. Ergänzt wird das Screening durch die Beobachtung des Verhaltens in der Untersuchungssituation.

Gleichzeitig werden die Eltern gebeten, zur Erhebung der Vorgeschichte einen Fragebogen auszufüllen und das gelbe Vorsorgeheft vorzulegen. Die ErzieherInnen beurteilen jedes Kind in einem Fragebogen nach dem Grenzsteinprinzip von Michaelis und tragen dadurch wichtige Beobachtungen aus dem Kindergartenalltag bei.

Die SchulärztInnen entscheiden anhand dieser Vorinformationen, ob sie ein Kind zur vertiefenden ärztlichen Nachuntersuchung einbestellen.

Nur Kinder, bei denen sich in der Gesamtschau Hinweise für Entwicklungsrisiken zeigen, werden zu einer detaillierten schulärztlichen Untersuchung eingeladen.

Die sprachliche Entwicklung steht im Fokus der schulärztlichen Untersuchung, da Entwicklungsstörungen der Sprache die meisten Risiken für eine gelungene Schullaufbahn mit sich bringen. Bei Kindern, die im Screening im sprachlichen Bereich aufgefallen sind, kann eine Sprachstandsdiagnose mit dem Testverfahren SETK 3-5 (Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder) durchgeführt werden. Diese Sprachstandsdiagnose folgt den gesetzlichen Vorgaben des Kultusministeriums Baden-Württemberg.

Bei Auffälligkeiten in der ärztlichen Nachuntersuchung werden die Eltern über Maßnahmen zur individuellen Gesundheitsförderung und über häusliche Fördermöglichkeiten beraten. Die Sprachstandsdiagnose gibt auch Hinweise darauf,

ob ein zusätzlicher Sprachförderbedarf besteht. Falls erforderlich, leitet die Schulärztin weitere diagnostische und therapeutische Schritte ein.

Als Ergebnis der Untersuchung erfolgt eine ärztliche Bewertung der Entwicklungsbereiche in fünf Kategorien, die auch mehrfach festgestellt werden können: altersentsprechend (ohne Befund), häusliche Förderung oder andere häusliche Maßnahmen empfohlen, Förderung im Rahmen des Orientierungsplans (Vorschulprogramm im Kindergarten) empfohlen, intensive pädagogische Förderung empfohlen, Vorstellung beim Kinder-/Hausarzt empfohlen. Das Ergebnis der Untersuchung wird im schulärztlichen Befundbericht dokumentiert. Dieser schulärztliche Befundbericht wird allen Eltern übergeben, mit der Bitte, ihn dem betreuenden Kinder- oder Hausarzt vorzulegen. Auszüge aus dem Befundbericht gehen an den Kindergarten und später an die Schule, falls die Eltern zustimmen.

Als Abschluss der Einschulungsuntersuchung hat das Gesundheitsamt Biberach als Besonderheit einen runden Tisch eingeführt, an dem die Befunde mit Einverständnis der Eltern mit den Vertretern des Kindergartens und der zuständigen Grundschule besprochen werden.

5.2 Untersuchungen im Schritt 2 im letzten Kindergartenjahr

Im Schritt 2 werden im Jahr vor der Einschulung ausgewählte Kinder mit besonderen Fragestellungen schulärztlich nachuntersucht.

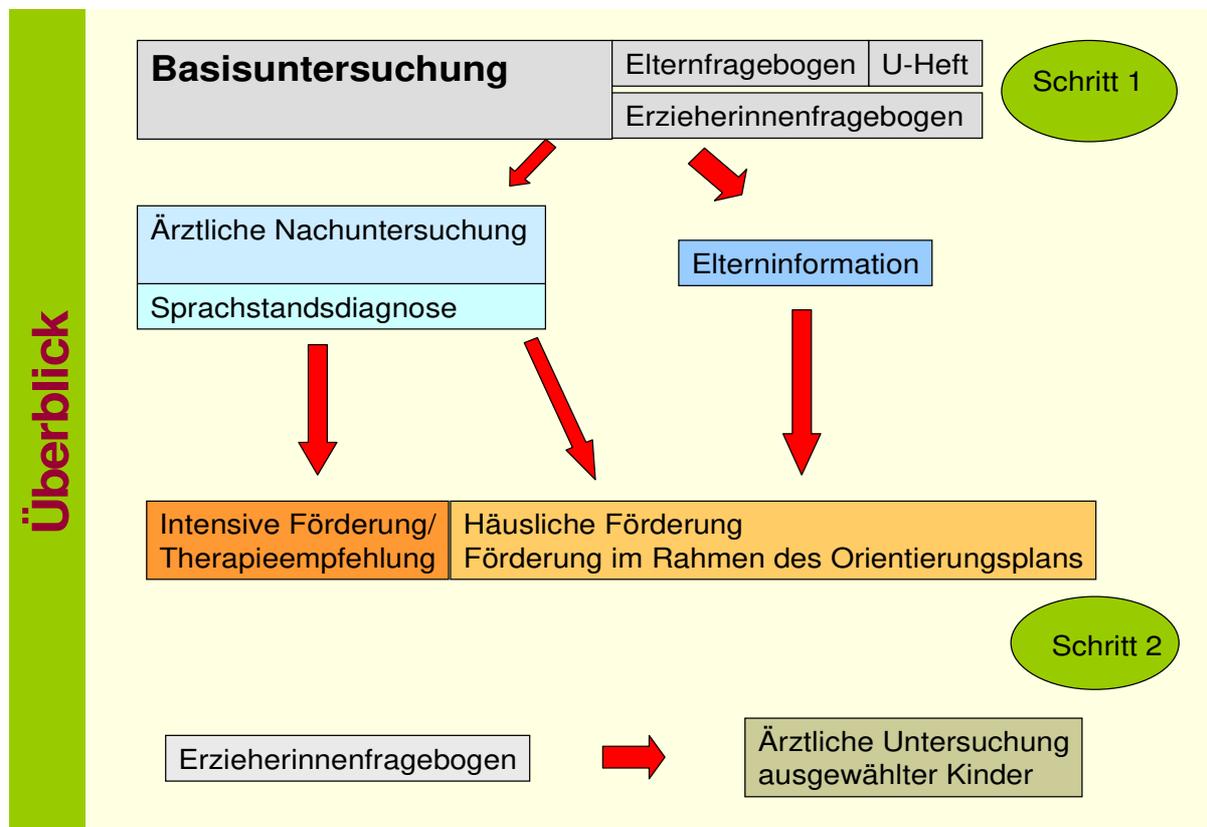


Abbildung 1: Übersicht über die neue Einschulungsuntersuchung

6 Beschreibung der untersuchten Kinder

Im Untersuchungsjahr 2013/2014 wurden 1884 Kinder, die 2015 schulpflichtig sind, im Rahmen von Schritt 1 der neuen Einschulungsuntersuchung vom schulärztlichen Team untersucht.

1836 Kinder konnten für die Auswertungen herangezogen werden.

6.1 Ärztlich nachuntersucht

651 (34,5%) aller Kinder wurden aufgrund der Ergebnisse der Basisuntersuchung ärztlich nachuntersucht. Bei 30,3% aller Kinder wurde im Rahmen der ärztlichen Nachuntersuchung eine Sprachstandsdiagnose mit dem SETK 3-5 durchgeführt.

6.2 Verteilung Mädchen/Jungen

50,1% der untersuchten Kinder waren Jungen, 49,9% waren Mädchen.

64,9% der Kinder waren zum Zeitpunkt der Untersuchung vier Jahre alt,

35,1% waren bei der Untersuchung bereits 5 Jahre alt. Im Mittel betrug das Alter 58,0 Monate.

6.3 Zweisprachigkeit, Familiensprache

Die Nationalitäten der Kinder vermitteln nur einen unzureichenden Eindruck über die Sprachkompetenz der Kinder, da beispielsweise Kinder mit Migrationshintergrund in der Familie eine deutsche Nationalität haben. Deshalb wurden die Eltern nach der Familiensprache gefragt, die in den ersten drei Lebensjahren mit den Kindern gesprochen wurde.

Von 1836 Kindern wuchsen 1391 mit deutscher Familiensprache auf (75,8%). 445 Kinder (24,2%) wuchsen mit einer anderen Familiensprache auf und erwarben entweder simultan oder sukzessiv Deutsch als Zweitsprache. Etwa die Hälfte dieser Kinder lernte schon in der Familie Deutsch kennen, z. B. über Geschwister.

Die häufigsten Sprachen nach Deutsch waren Russisch zusammen mit Russisch und Deutsch (7,6%) und Türkisch zusammen mit Türkisch und Deutsch (4,4%).

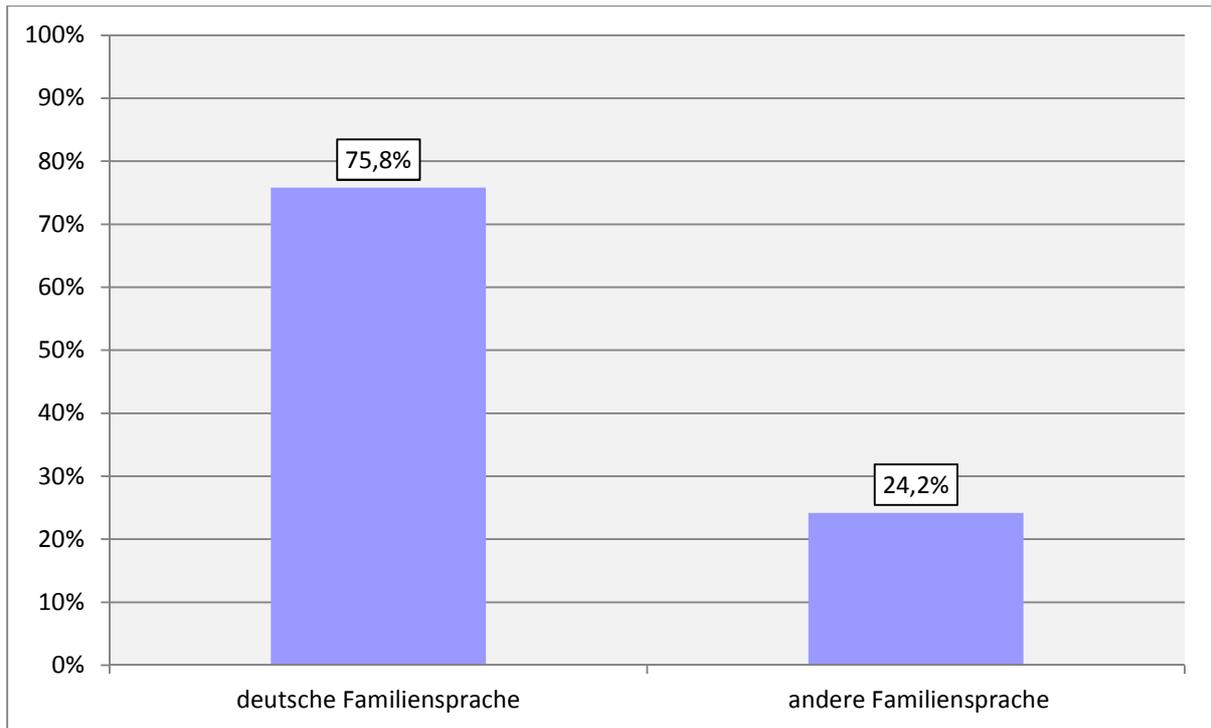


Abbildung 2: Kinder mit deutscher Familiensprache und mit einer anderen Familiensprache in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach

7 Früherkennungsuntersuchungen

In jedem Lebensabschnitt können bestimmte Veränderungen, Beschwerden oder Erkrankungen auftreten. Bei vielen Erkrankungen zeigt sich, dass die Behandlungsmöglichkeiten in einem frühen Stadium sehr viel besser sind. Die nach den Richtlinien (§ 26 SGB V) durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres dienen der Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden.

Eine Jugendgesundheitsuntersuchung wird zusätzlich im 13.- 14. Lebensjahr angeboten.

Nach § 1 Abs. 1 Satz 1 KiSchG BW besteht eine Teilnahmepflicht innerhalb des für die jeweilige Untersuchung vorgesehenen Toleranzzeitraumes. Im Ausnahmefall der Versäumung der rechtzeitigen Untersuchung, sieht § 2 KiSchG die Nachholung durch das zuständige Gesundheitsamt oder einen beauftragten Dritten vor.

§ 1 Abs. 1 KinderschutzG BW:

Verpflichtung zur termingerechten Teilnahme U1-U9+J1

Untersuchungsstufe		Toleranzgrenze
U 2	3. – 10. Lebenstag	3. – 14. Lebenstag
U 3	4. – 5. Lebenswoche	3. – 8. Lebenswoche
U 4	3. – 4. Lebensmonat	2. – 4 ½ Lebensmonat
U 5	6. – 7. Lebensmonat	5. – 8. Lebensmonat
U 6	10. – 12. Lebensmonat	9. – 14. Lebensmonat
U 7	21. – 24. Lebensmonat	20. – 27. Lebensmonat
U 7a	34. – 36. Lebensmonat	33. – 38. Lebensmonat
U 8	46. – 48. Lebensmonat	43. – 50. Lebensmonat
U 9	60. – 64. Lebensmonat	58. – 66. Lebensmonat
J 1	ab voll. 13. – voll. 14. Lebensjahr	ab voll. 12. – voll. 15. Lebensjahr



Baden-Württemberg
Ministerium für Arbeit und Soziales

Abbildung 3: Übersicht über die Kindervorsorgeuntersuchungen der gesetzlichen Krankenkassen

7.1 Früherkennungsuntersuchungsraten im Landkreis Biberach

In 94,0% legten die Eltern ein gelbes Vorsorgeheft vor.

Eltern, die das Untersuchungsheft vorgelegt haben stellten ihre Kinder zu den Vorsorgeuntersuchungen der ersten beiden Lebensjahre zuverlässig vor.

Von der U2 mit 99,1% ging die Beteiligung bis zur U7 (am zweiten Geburtstag) nur leicht auf 97,3% zurück. Die U7a am dritten Geburtstag weisen mittlerweile 94,2% der Kinder vor.

Die U8 als wichtige Vorsorgeuntersuchung in der Kindergartenzeit wurde bei 94,8% der Kinder durchgeführt. Für die U9 waren viele Kinder im mittleren Kindergartenjahr noch zu jung.

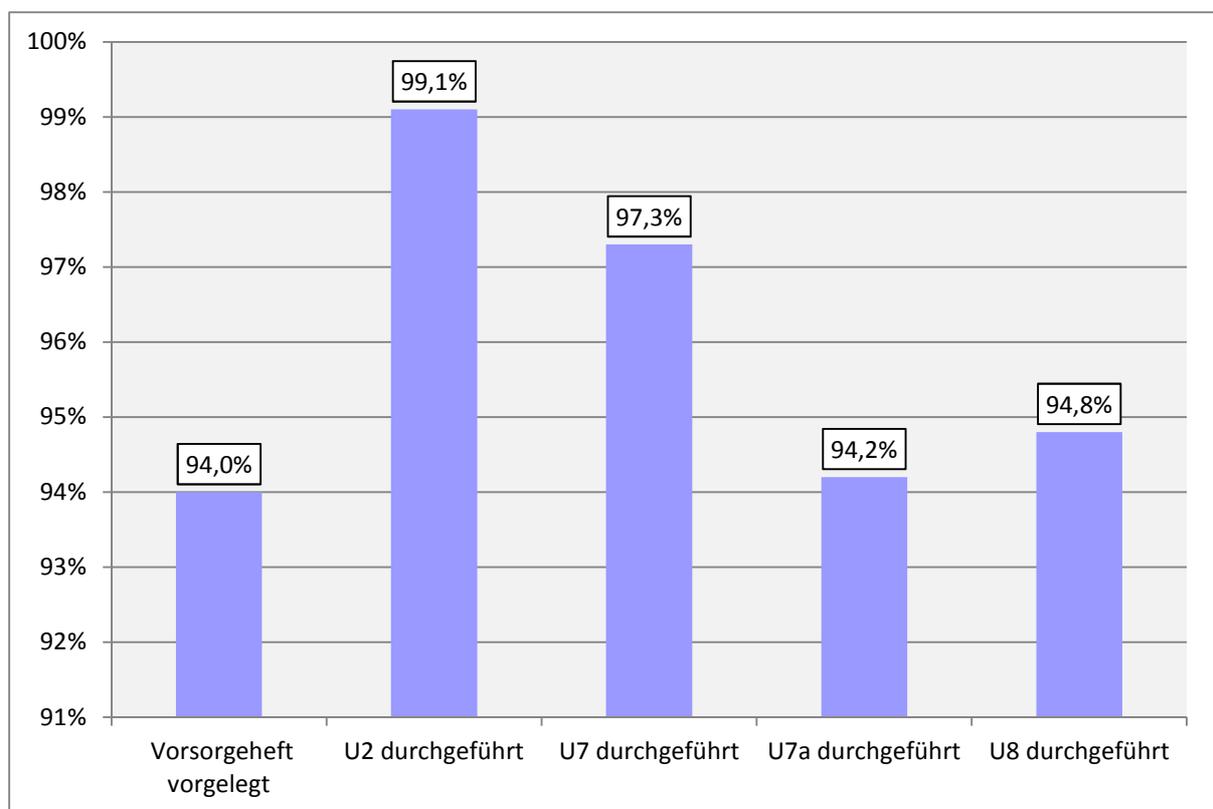


Abbildung 4: Durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach

8 Impfungen

Bei 90,8% aller Kinder wurde von den Eltern das Impfbuch zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt. Kinder mit anderen Familiensprachen als deutsch legten das Impfbuch etwas seltener in 85,6% der Fälle vor. Alle nachfolgenden Daten beziehen sich auf die Auswertung aller 1667 vorgelegten Impfbücher.

8.1 Impfungen im Einzelnen

Bei den Impfungen gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) lagen die Raten vollständig grundimmunisierter Kinder bei 94,5%, bei den Impfungen gegen Diphtherie bei 94,3% und bei den Impfungen gegen Kinderlähmung (Polio) bei 93,9%. Vollständige Impfungen gegen Hämophilus-Influenzae B (HiB-Impfung) fanden sich bei 92,9%. Einen Impfschutz gegen Windpocken (Varizellen) konnten 76,2% der Kinder vorweisen.

8,6% der Kinder waren gegen FSME (von Zecken übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis) geimpft.

72,2% der Kinder waren ausreichend gegen Pneumokokken geimpft. 84,4% der Kinder hatten eine Impfung gegen Meningokokken (Meningokokken-C- Impfstoff), einer ansteckenden Form der Hirnhautentzündung, erhalten.

8.2 Masern, Mumps, Röteln

Nach der Geburt ist der Säugling noch für ca. 6-9 Monate durch die Antikörper der Mutter vor einer Masernerkrankung geschützt. Üblicherweise wird die erste Masern-Impfung nach Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Berlin ab dem vollendeten 11. Lebensmonat durchgeführt. Die STIKO empfiehlt eine zweite Masern-Impfung, um einen zuverlässigen Schutz zu gewährleisten. Diese zweite Impfung sollte im zweiten Lebensjahr erfolgen, sie kann bereits vier Wochen nach der ersten Impfung durchgeführt werden. Meist wird bei den beiden Impfungen gegen Masern ein Kombinationsimpfstoff verwendet, der gleichzeitig auch vor Mumps und Röteln schützt.

Gefürchtet sind Röteln während der Schwangerschaft, da die Gefahr besteht, dass die Infektion auf das Kind im Mutterleib übergeht. Geschieht dies in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft, ist das Risiko einer schweren Schädigung für das Ungeborene besonders groß. Die Folgen reichen von Fehlbildungen der Augen und Ohren, des Herzens bis zu Fehlbildungen des Gehirns.

Auch bei Mumps kann es zu Komplikationen kommen. Darunter fallen bei Männern die Entzündung der Hoden und in seltenen Fällen Hirnhautentzündungen, aber auch Entzündungen der Bauchspeicheldrüse und der Eierstöcke.

Seit dem 29. März 2013 gilt eine bundesweite namentliche Meldepflicht für Masern, Mumps und Röteln.

Zwei Masernimpfungen und damit einen sicheren Masernimpfschutz wiesen 89,9% der Kinder auf. Um eine Weiterverbreitung von Masern in der Bevölkerung zu verhindern, wäre aber eine Durchimpfungsrate von 95% nötig. Davon ist der Landkreis Biberach weit entfernt. Die Impfraten gegen Mumps und gegen Röteln korrespondieren mit den Masernimpfraten.

Große Unterschiede in den Impfraten finden sich, wenn die Gemeinden im Landkreis betrachtet werden. Über 95% der Kinder sind in Erolzheim, Ertingen und Tannheim zweimal gegen Masern geimpft, zwischen 90% und 95% weisen zwei Masernimpfungen in der Stadt Biberach und in der Stadt Laupheim sowie in den Gemeinden Eberhardzell, Burgrieden, Hochdorf, Ingoldingen, Kirchdorf, Maselheim, Mietingen, Mittelbiberach, Ochsenhausen, Rot an der Rot, Warthausen und Schemmerhofen auf. Nur zwischen 80% und 90% der Kinder weisen zwei Masernimpfungen in den Gemeinden Achstetten, Bad Schussenried, Berkheim, Riedlingen, Schwendi, Steinhausen und Uttenweiler auf. Weniger als 80 % weisen zwei Masernimpfungen in den Gemeinden Bad Buchau, Langenenslingen, Ummendorf auf.

In Gutenzell-Hürbel weisen weniger als 80% wenigstens eine Masernimpfung auf.

8.3 Keuchhusten (Pertussis)

Keuchhusten ist eine der häufigsten Kinderkrankheiten, die besonders im Säuglingsalter durch Komplikationen sogar zum Tod führen kann. Ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene erkranken im Allgemeinen nicht so schwer, tragen aber zur Erregerzirkulation bei und sind eine bedeutende Infektionsquelle für Säuglinge und Kleinkinder.

Eine vollständige Grundimmunisierung gegen Keuchhusten fand sich im Landkreis Biberach bei 94,3%.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt neben den vier Impfungen im Säuglingsalter eine weitere - also fünfte - im Alter von neun bis 17 Jahren.

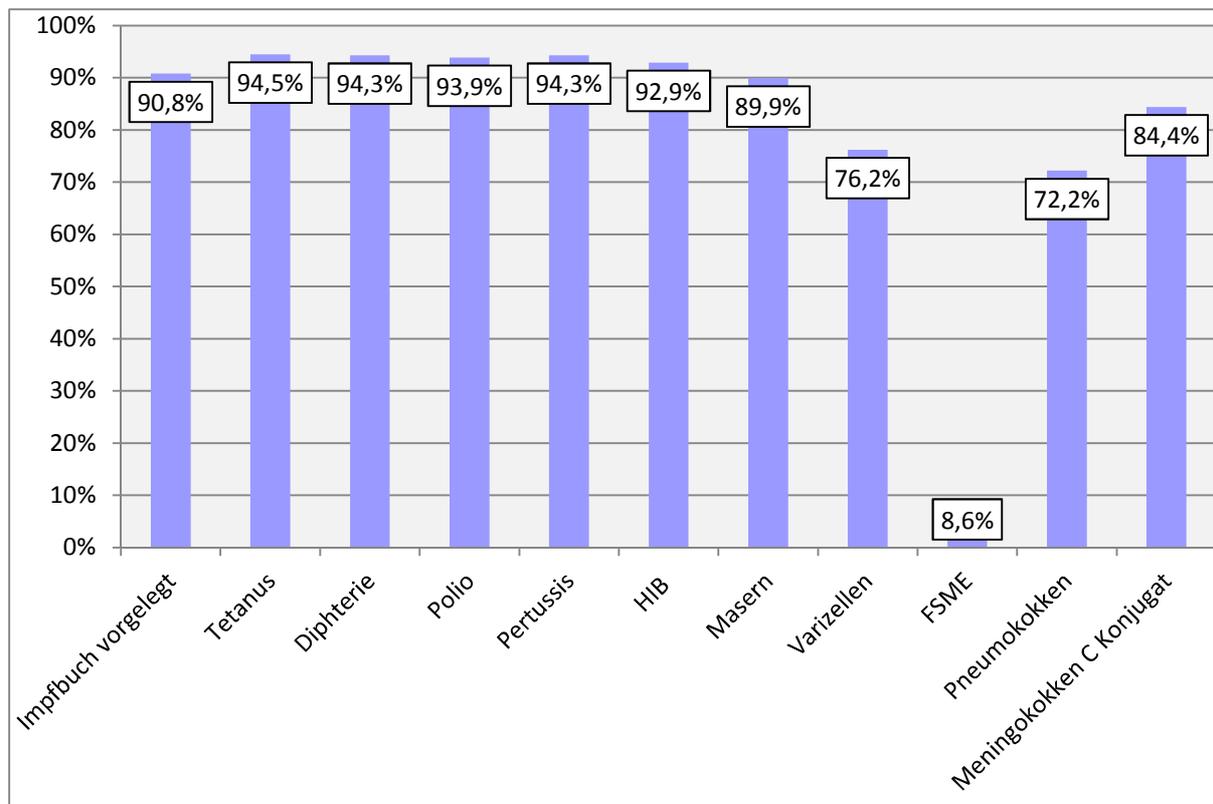


Abbildung 5: Vollständige Impfungen gegen verschiedene Erkrankungen in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach

9 Hörvermögen

Hörstörungen bei Kindern sind sehr ernstzunehmende Erkrankungen. Eine Beeinträchtigung des Hörvermögens bedeutet nicht nur eine verminderte oder aufgehobene auditive Wahrnehmung, häufig sind gravierende Entwicklungsstörungen auf sprachlicher, intellektueller, sozialer und emotionaler Ebene die Folge. Manchmal sind Hörstörungen auch nur vorübergehender Natur, beispielsweise in Form einer Schalleitungsstörung durch einen Paukenerguss im Rahmen eines Infektes der oberen Atemwege. Dies muss im Einzelfall überprüft werden.

9.1 Definition der Hörstörung

Das Gehör wird mittels Tonaudiometrie überprüft. Laut Arbeitsrichtlinien für die Einschulungsuntersuchung und Dokumentation Baden-Württemberg wird ein Hörverlust über 30 dB in mindestens zwei von fünf geprüften Frequenzen von 250 – 4000 Hz oder ein Hörverlust über 40 dB in mindestens einer Frequenz als kontrollbedürftiger und ggf. weiter abzuklärender Befund definiert.

9.2 Häufigkeit von Hörstörungen

Bei 79,7% der Kinder wurde das Ergebnis des Hörtests als altersentsprechend ärztlich befundet. 19,8% der Kinder wurden zur Überprüfung des Hörens ihrem Haus- oder Kinderarzt zugewiesen.

10 Sehvermögen

Etwa 80 Prozent all unserer Informationen werden über die Augen aufgenommen. Die Sehleistung und die Entwicklung des Sehvermögens sind daher gerade bei Kindern von größter Wichtigkeit. Damit sich eine Sehschwäche gar nicht erst festigt, kommt es vor allem auf das rechtzeitige Erkennen möglicher oder bereits bestehender Störungen an.

Im Bereich Sehvermögen werden Sehschärfe und räumliches Sehen überprüft.

73,0% hatten einen altersentsprechenden Befund im Sehtest (räumliches Sehen, Visusüberprüfung, Farbsehen). Bei 27,0% der Kinder wurde eine Überprüfung des Sehens in der nächsten Vorsorgeuntersuchung oder beim Augenarzt empfohlen.

11 Grobmotorik

Die Überprüfung der Grobmotorik erfolgte durch Einbeinhüpfen über zehn Hüpfen. Teilweise nahmen die Schulärzte eine erweiterte Grobmotoriküberprüfung vor. Bei 0,9% der Kinder wurde aufgrund der grobmotorischen Probleme ein Arztbesuch empfohlen. Als altersentsprechend wurde die Grobmotorik bei 76,3% der Kinder eingeschätzt. 22,1% wurde eine häusliche Förderung empfohlen.

Grobmotorische Ungeschicklichkeiten lassen sich oft durch sportliche Betätigung beispielsweise in ortsansässigen Vereinen verbessern.

12 Feinmotorik und Visuomotorik

12.1 Händigkeit

Rechts- bzw. Linkshändigkeit bedeutet nicht nur, dass man mit einer bestimmten Hand schreibt. Es bedeutet, dass eine Hand die meisten Schlüsselaufgaben des täglichen Lebens verrichtet und dabei am Geschicktesten ist. 8,8% der Vorschulkinder im Landkreis Biberach waren linkshändig, 1,3% der Kinder waren beidhändig oder noch nicht festgelegt. In der Vorschulzeit ist es jedoch wichtig, dass das Kind zur Vorbereitung des Schreibens eine Hand als Schreibhand einsetzt.

12.2 Grafomotorik und Stifthaltung

Unter Grafomotorik werden differenzierte Bewegungen der Finger und der Hände verstanden, die diese beim Schreiben, Malen, Ausschneiden, Falten usw. ausführen. Wichtig ist dazu eine gute Stifthaltung in funktionaler Dreipunkthaltung. Nur 61,8% der Kinder hielten den Stift richtig. In der Gesamtschau der Grafomotorik wurde 36,3% der Kinder eine häusliche Förderung der Grafomotorik empfohlen. Die Eltern wurden diesbezüglich angeleitet. Die Familiensprache hat keinen wesentlichen Einfluss auf die Stifthaltung und die Grafomotorik.

12.3 Visuomotorik

Die Qualität von Aufnahme und Verarbeitung visueller Symbole sowie die Fähigkeit zu deren handmotorischer Umsetzung sind entscheidende Voraussetzungen für das Erlernen von Lesen und Schreiben. Das Lesen von Buchstaben- und Zahlenverbindungen erfordert als so genannte visuelle Wahrnehmung zunächst eine genaue optische Unterscheidung nach Form, Größe, Lage, Folgenbildung, Art und Anzahl von Kleindetails, sowie die Feststellung von Ähnlichkeiten und Unterschieden. Das Schreiben stellt als komplette oder partielle Reproduktion visuell erfasster Symbole hohe Anforderungen an die Qualität der visuomotorischen Leistungsfähigkeit.

Die Visuomotorik wird mit der Differenzierungsprobe nach Breuer-Weuffen überprüft. Die vierjährigen Kinder müssen vier einfache „Zauberschriftzeichen“ genau erkennen und nachmalen, die fünfjährigen fünf komplexere Zeichen. 42,3% sind visuomotorisch unauffällig, 47,6% zeigen eine visuomotorische Schwäche auf, 10,0% eine visuomotorische Störung. Ein häuslicher Förderbedarf wurde bei 14,9% aller Kinder festgestellt (Jungen 20,3%, Mädchen 9,5%).

Bei der Menschzeichnung gelang es 74,5% der Kinder (Jungen 63,2%, Mädchen 85,8%) ein altersentsprechendes Männchen zu zeichnen.

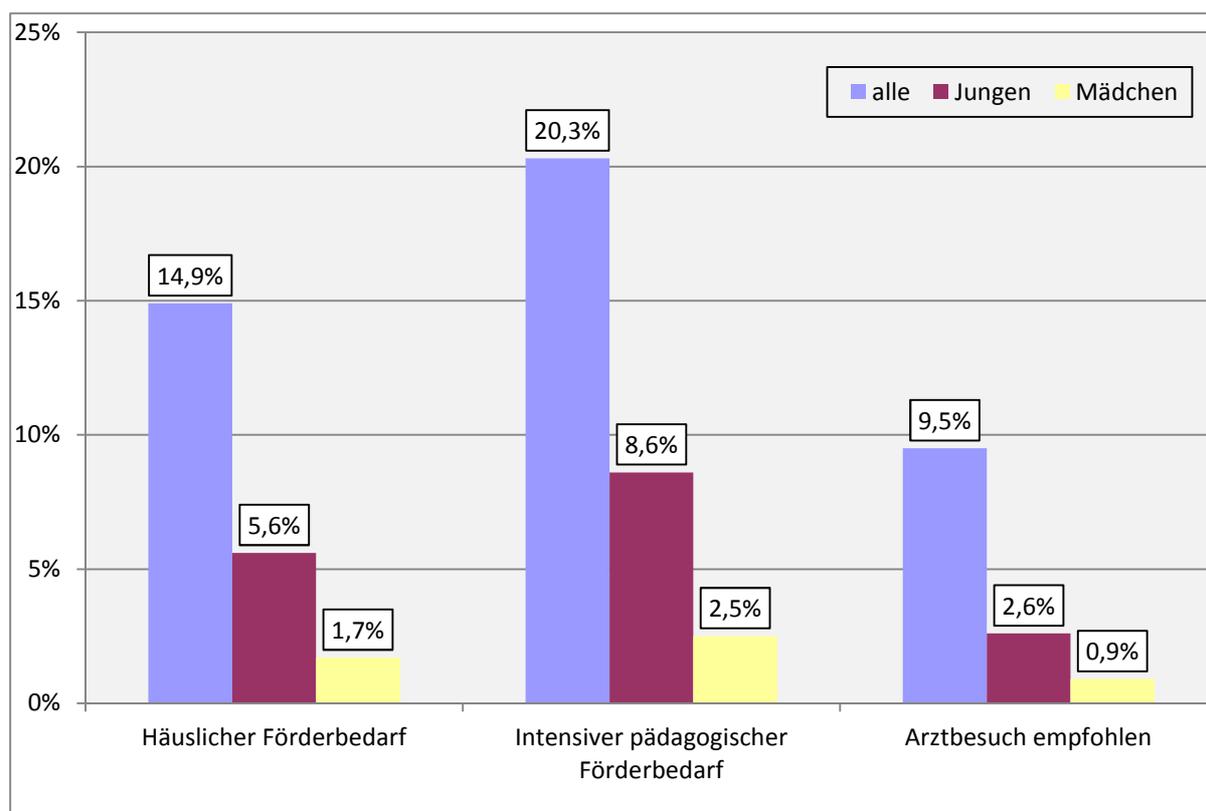


Abbildung 6: Ergebnis im Bereich Visuomotorik in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach

13 Mengenerfassung

Das simultane Erfassen einer Menge von vier ohne Abzählen wird zur Einschulung erwartet. Für den Erwerb mathematischer Kompetenzen ist die Simultanerfassung von Mengen eine entscheidende Vorläuferfertigkeit.

Das simultane Erfassen ist auch für das Lesen von großer Bedeutung, ermöglicht es doch den Kindern, ein Wort nicht Buchstabe für Buchstabe, sondern in Silben zu erfassen. Neben der Sprachkompetenz führen wenig ausgebildete mathematische Vorläuferfertigkeiten zu einer Benachteiligung der Kinder beim Schuleintritt. Besonders häufig zeigen sich Probleme bei der Mengenerfassung bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache. Die Ursachen hier sind vielfältig: teilweise wird zu Hause zu wenig Förderung angeboten, teilweise führt auch das sehr unterschiedliche Ausdrücken von Mengen in unterschiedlichen Sprachen zu einer weniger stabil aufgebauten Mengenvorstellung.

18,6% der Kinder fallen auf, weil sie erst die Menge zwei oder eins spontan (d.h. ohne abzählen) benennen können oder keine Menge benennen können (Kinder mit Deutsch als Familiensprache 1,8%, Kinder die auch andere Familiensprachen sprechen 30,7%). 31,7% aller Kinder können eine Menge von drei spontan erkennen, 22,8% aller Kinder bereits eine Menge von vier, 26,8% aller Kinder bereits eine Menge von fünf. Kindern, die in ihrem Kindergarten eine besondere mathematische Förderung erfahren, fällt die Mengenerfassung nach Beobachtung der SchulärztInnen leichter.

Die Notwendigkeit einer intensiven pädagogischen Förderung wird bei 4,4% der Kinder festgestellt. Eine häusliche Förderung wird bei 14,5% der Kinder empfohlen.

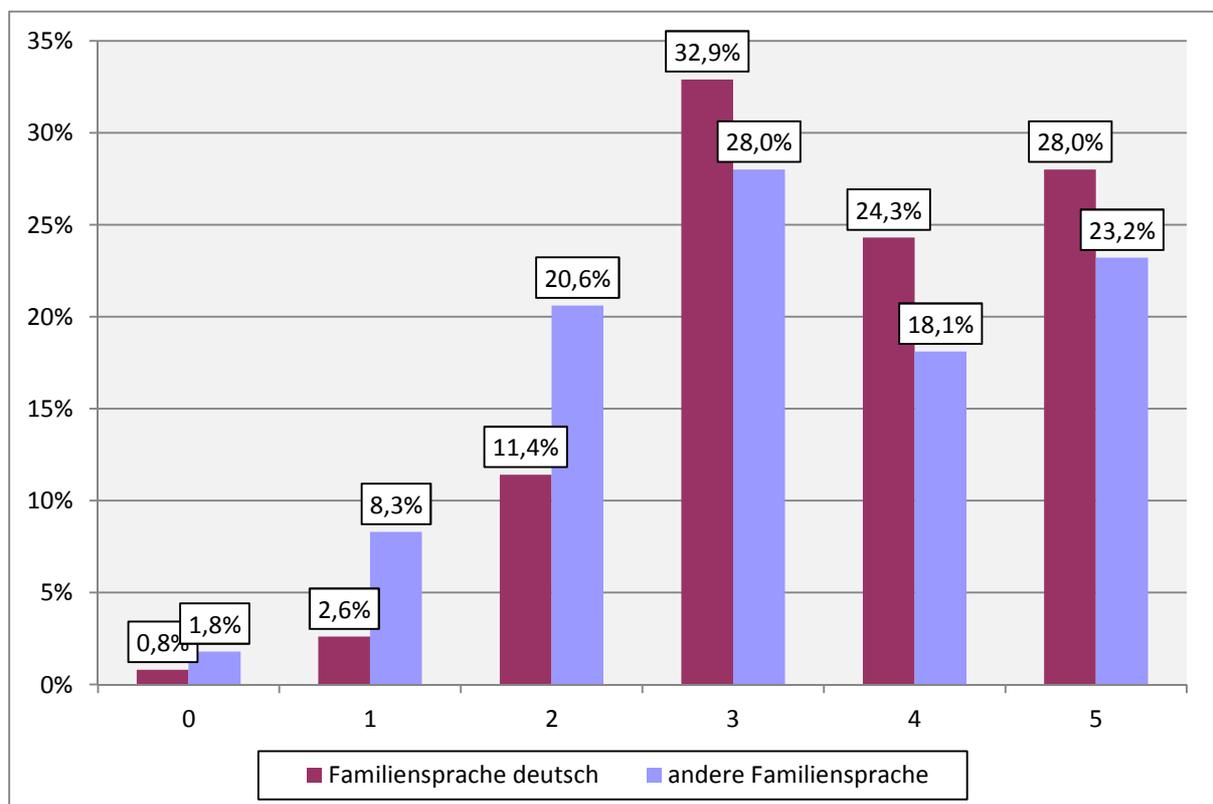


Abbildung 7: Simultane Mengenerfassung in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach

14 Sprache

Bis zum Eintritt in die Schule lernen gesunde Kinder ihre Muttersprache normalerweise spielend. Sie verfügen nicht nur über große Wortschatz- und Grammatikkenntnisse, sondern können sich mit Hilfe der Sprache auch altersentsprechend souverän verhalten. Von einer Sprachentwicklungsstörung spricht man, wenn sich ein Kind im Vergleich zu seiner Altersgruppe in seinem Spracherwerb und seinem Sprachverständnis zu spät, oder zu langsam und unvollständig entwickelt.

Kinder ohne hinreichende Kenntnisse in der Schulsprache Deutsch sind vom Kindergarten über die Schule bis hin zum Beruf in ihrer individuellen Entwicklung stark benachteiligt. Dies betrifft die deutschen Kinder mit verzögerter Sprachentwicklung in ähnlicher Weise wie die Kinder, die Deutsch als Zweitsprache kennen lernen und nicht ausreichend erwerben.

14.1 Sprachscreening und Sprachstandsdiagnose

Das Sprachscreening in der Einschulungsuntersuchung hat mehrere Elemente:

eine Überprüfung von Hörwahrnehmung und Sprachverarbeitung durch drei Untertests des Heidelberger auditiven Screenings in der Einschulungsuntersuchung (HASE); Autor: Prof. Dr. Hermann Schöler, PH Heidelberg

Nachsprechen von Sätzen, Wiedergabe von Zahlenfolgen, Nachsprechen von Kunstwörtern

eine Überprüfung des Sprachverständnisses mit Manipulationsaufgaben des KVS von Breuer-Weuffen

eine Wortschatzprüfung und Artikulationsprüfung anhand des Ravensburger Lautprüfungsbogens

eine Überprüfung der Spontansprache mit Bildkarten aus dem Untertest ESR des Sprachentwicklungstests für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5); Autor: Hannelore Grimm, Göttingen

Bei auffälligen Befunden im Screening erfolgte eine ausführliche Sprachstandsdiagnose im Auftrag des Kultusministeriums mit dem SETK 3-5.

14.2 Heidelberger auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung

Der Untertest Nachsprechen von Sätzen NS gelingt bei 74,8% aller Kinder altersentsprechend (Kinder mit Deutsch als Familiensprache 83,4%, Kinder mit anderen Familiensprachen 47,4%).

Der Untertest Wiedergabe von Zahlenfolgen WZ fällt bei 87,2% aller Kinder altersentsprechend aus (Kinder mit Deutsch als Familiensprache 89,4%, Kinder mit anderen Familiensprachen 80,1%).

Der Untertest Nachsprechen von Kunstwörter NK wird bei 79,6% der Kinder als altersentsprechend eingestuft. (Kinder mit Deutsch als Familiensprache 81,1%, Kinder mit anderen Familiensprachen 74,9%).

14.3 Artikulation

Ein Arztbesuch wird aufgrund von Aussprachestörungen 11,4% aller Kinder empfohlen (Jungen 15,7%, Mädchen 7,0%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 11,6%, Kinder mit anderen Familiensprachen 10,6%).

14.4 SETK 3-5

Bei 556 Kindern (30,3%) wurde eine Sprachstandsdiagnostik mit dem SETK 3-5 durchgeführt (Jungen 33,7%, Mädchen 26,9%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 23,1%, Kinder mit anderen Familiensprachen 52,8%). Alle Tests wurden von den SchulärztInnen selbst durchgeführt und nicht extern vergeben.

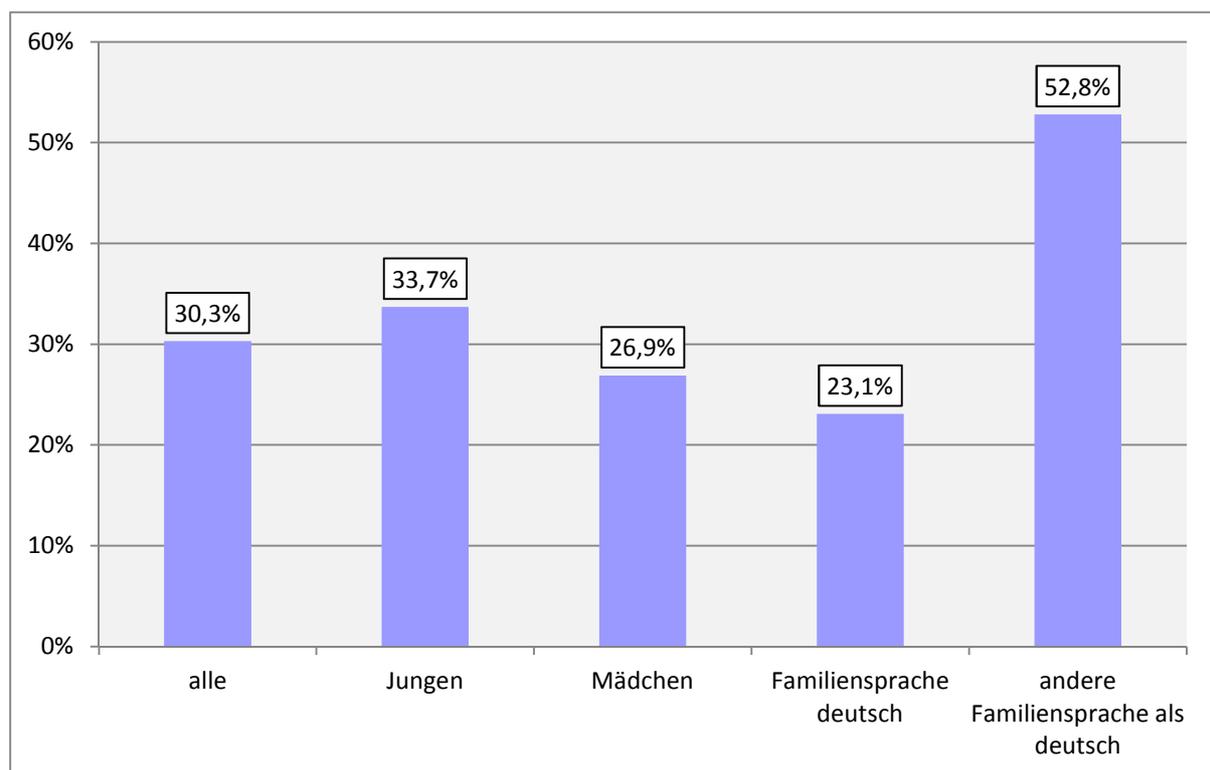


Abbildung 8: SETK 3-5 durchgeführt in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach

14.5 Intensiver Sprachförderbedarf

Aufgrund der Ergebnisse des Sprachscreenings und des SETK 3-5 empfahlen die SchulärztInnen bei 492 Kindern (26,8% aller Kinder) die Weiterführung oder den Neustart einer intensiven Sprachförderung im Kindergarten.

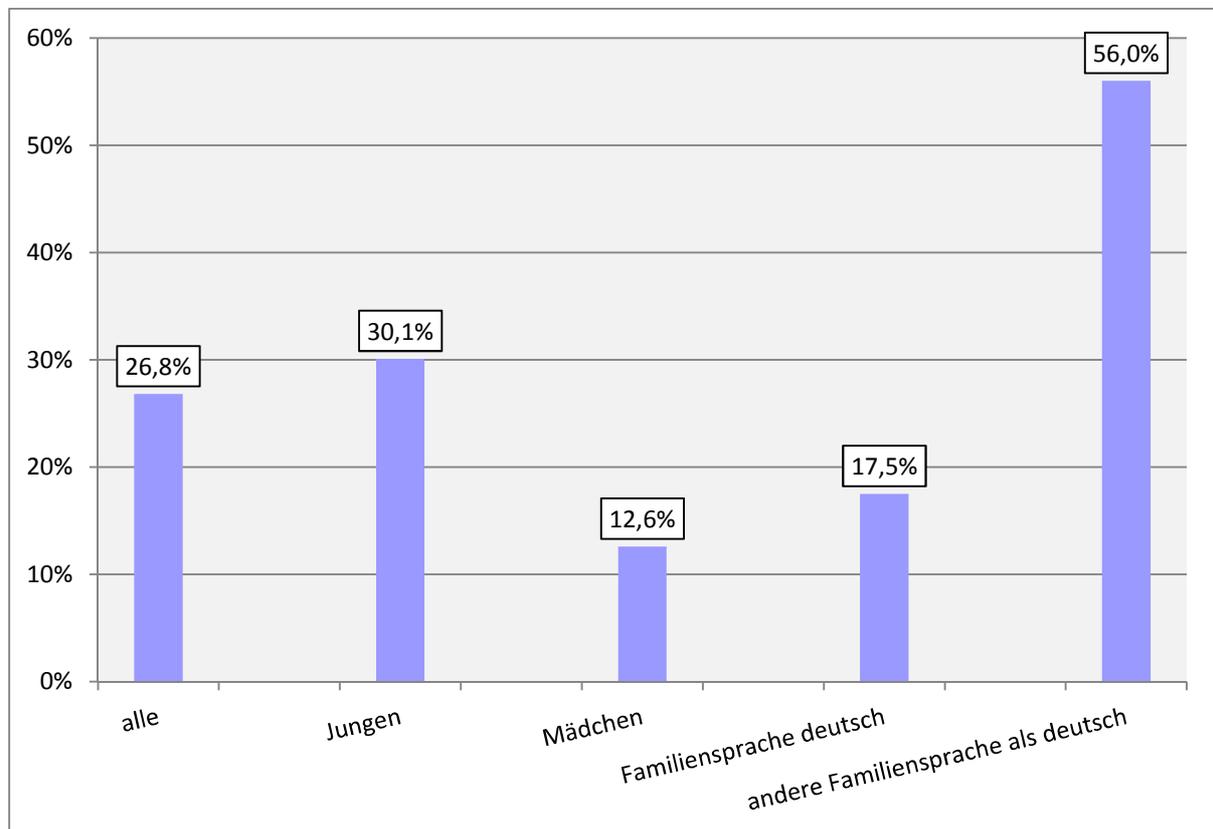


Abbildung 9: Intensiver pädagogischer Förderbedarf Sprache in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach

14.6 Arztbesuch empfohlen

144 Kindern (8,0% aller Kinder) wurde aufgrund der Ergebnisse des Sprachscreenings und des SETK 3-5 zu einem Arztbesuch beim Kinder- oder Hausarzt geraten, um zu klären, ob eine weiterführende Diagnostik oder logopädische Therapie indiziert ist (Jungen 9,5%, Mädchen 6,4%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 7,2%, Kinder mit anderen Familiensprachen 10,4%).

15 Übergewicht

In den letzten Jahren bereitet vermehrtes Übergewicht im Kindesalter überall Anlass zur Sorge. Um Übergewicht zu definieren, wird im Allgemeinen der Body-Mass-Index (BMI) herangezogen. Der Body-Mass-Index stellt eine Relation zwischen Körpergröße und Körpergewicht dar.

Wir setzen als Referenzwerte die in Deutschland erhobenen, somit populationsspezifischen Werte der Arbeitsgemeinschaft für Adipositas (Kromeyer-Hausschild) ein. Dieses Vorgehen wird in den Leitlinien der entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften empfohlen, da in anderen ethnischen Populationen gewonnene Werte nicht unkritisch auf deutsche Kinder übertragbar sind. Das 90. alters- und geschlechtsspezifische Perzentil der Referenzdaten für deutsche Kinder und Jugendliche gilt als Grenzwert zur Definition von Übergewicht, das 97. Perzentil als Grenzwert zur Definition von starkem Übergewicht bzw. Adipositas. In Abbildung 3 und 4 lässt sich für jede Altersstufe geschlechtsspezifisch ablesen, ob der BMI noch im Normbereich gelegen ist, oder ob bereits Übergewicht oder gar starkes Übergewicht vorliegt.

Alter	Starkes Untergewicht	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Starkes Übergewicht
4,5	unter 13,87	13,88 - 14,54	14,55 - 17,55	17,56 - 18,89	ab 18,9
5	unter 13,82	13,83 - 14,5	14,51 - 17,6	17,61 - 19,01	ab 19,02
5,5	unter 13,79	13,8 - 14,49	14,5 - 17,7	17,71 - 19,18	ab 19,19
6	unter 13,78	13,79 - 14,5	14,51 - 17,85	17,86 - 19,43	ab 19,44
6,5	unter 13,81	13,82 - 14,55	14,56 - 18,06	18,07 - 19,75	ab 19,76
7	unter 13,87	13,88 - 14,63	14,64 - 18,33	18,34 - 20,14	ab 20,15
7,5	unter 13,95	13,96 - 14,75	14,76 - 18,64	18,65 - 20,59	ab 20,6
8	unter 14,06	14,07 - 14,89	14,9 - 19	19,01 - 21,1	ab 21,11

Abbildung 10: Body-Mass-Index (BMI) Mädchen 4,5 - 8 Jahre

Alter	Starkes Untergewicht	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Starkes Übergewicht
4,5	unter 13,87	13,88 - 14,54	14,55 - 17,55	17,56 - 18,89	ab 18,9
5	unter 13,82	13,83 - 14,5	14,51 - 17,6	17,61 - 19,01	ab 19,02
5,5	unter 13,79	13,8 - 14,49	14,5 - 17,7	17,71 - 19,18	ab 19,19
6	unter 13,78	13,79 - 14,5	14,51 - 17,85	17,86 - 19,43	ab 19,44
6,5	unter 13,81	13,82 - 14,55	14,56 - 18,06	18,07 - 19,75	ab 19,76
7	unter 13,87	13,88 - 14,63	14,64 - 18,33	18,34 - 20,14	ab 20,15
7,5	unter 13,95	13,96 - 14,75	14,76 - 18,64	18,65 - 20,59	ab 20,6
8	unter 14,06	14,07 - 14,89	14,9 - 19	19,01 - 21,1	ab 21,11

Abbildung 11: Body- Mass- Index (BMI) Jungen 4,5- 8 Jahre

Im Alter von 51- 68 Monaten waren 6,8% der Kinder im Landkreis Biberach untergewichtig, 7,1% der Kinder waren übergewichtig (Jungen 6,8%, Mädchen 7,4%, Kinder mit Deutsch als Muttersprache 5,6%, Kinder mit anderen Familiensprachen 14,2%). Weitere 2,7% der Kinder waren sogar stark übergewichtig und gelten als adipös (Jungen 2,6%, Mädchen 2,8%, Kinder mit Deutsch als Muttersprache 2,0%, Kinder mit anderen Familiensprachen 5,7%).

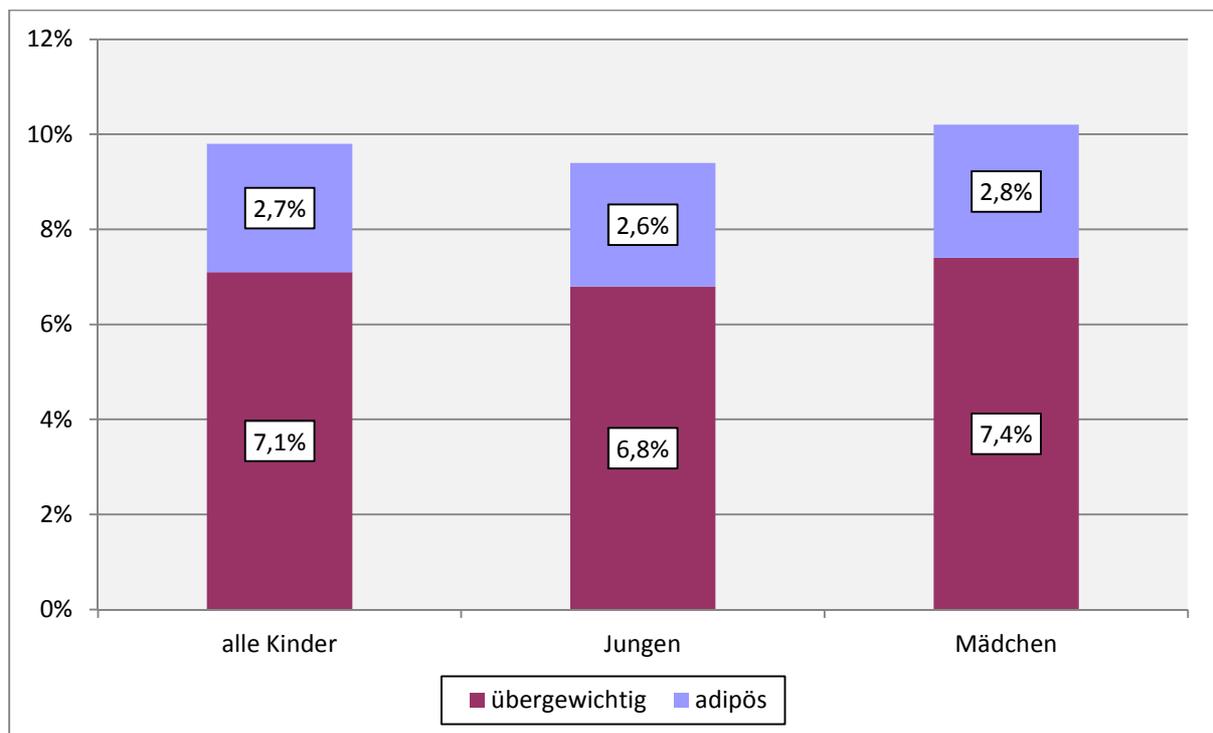


Abbildung 12: Übergewicht und Adipositas in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach

16 ErzieherInnenfragebogen

Bei 89,7% der Kinder konnten die SchulärztInnen auf Informationen der ErzieherInnen anhand eines Fragebogens zurückgreifen. In diesem werden nach dem Grenzsteinprinzip von Prof. Michaelis die wesentlichen Entwicklungsbereiche kurz abgefragt. Grenzsteine der Entwicklung sind Entwicklungsziele, die bis zu einem bestimmten Alter von gesunden Kindern erreicht worden sind. Dieses Instrument zielt darauf ab, die Kinder herauszufiltern, die besonders auffallen, weil sie im entsprechenden Entwicklungsbereich unter Prozentrang 10 liegen.

Im Bereich Körpermotorik haben 9,7% der Kinder einen Grenzstein nicht erreicht (Jungen 12,0%, Mädchen 7,4%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 9,1%, Kinder mit anderen Familiensprachen 11,3%).

2,5% der Kinder haben zwei Grenzsteine nicht erreicht (Jungen 2,3%, Mädchen 2,7%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 2,4%, Kinder mit anderen Familiensprachen 2,8%).

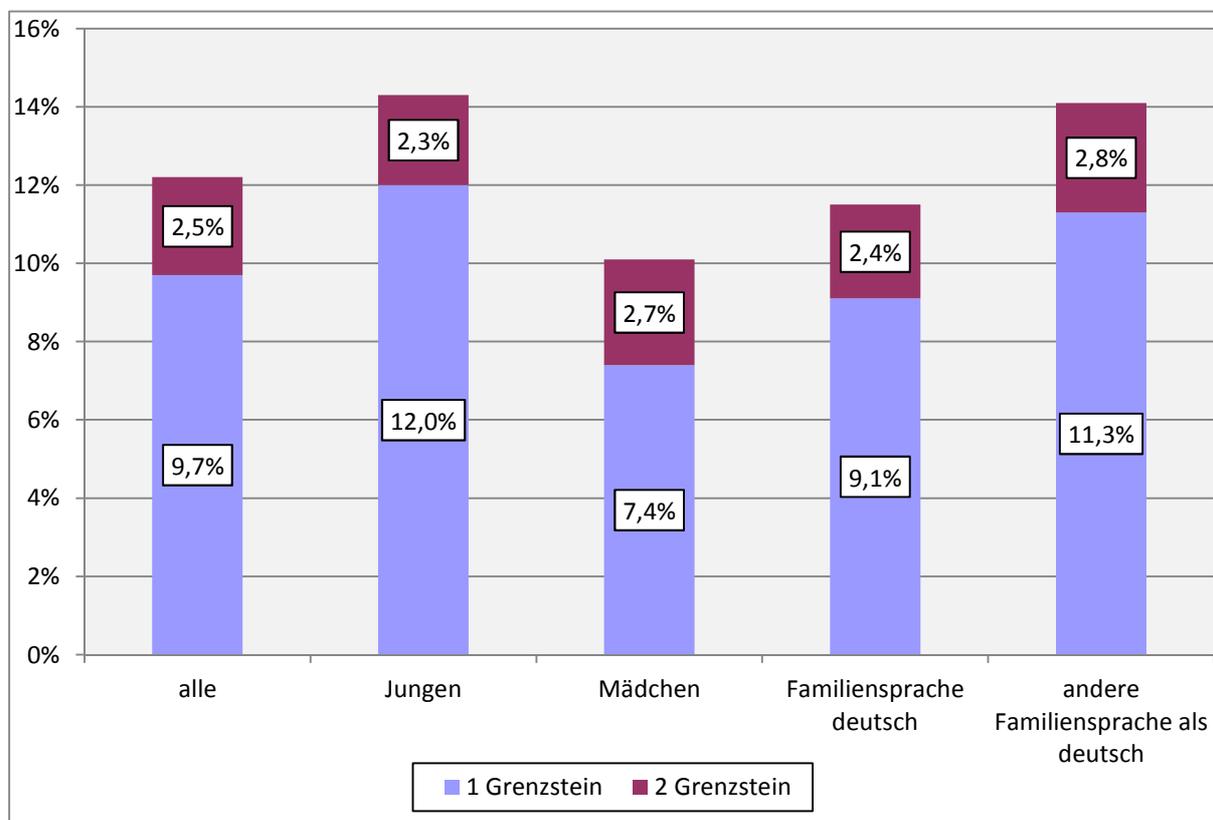


Abbildung 13: Nicht erreichte Grenzsteine Körpermotorik in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach

Im Bereich Sprache haben 17,6% der Kinder einen Grenzstein nicht erreicht (Jungen 20,2%, Mädchen 15,1%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 12,2%, Kinder mit anderen Familiensprachen 35,1%).

2,4% der Kinder haben zwei Grenzsteine nicht erreicht (Jungen 2,9%, Mädchen 1,8%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 1,1%, Kinder mit anderen Familiensprachen 6,4%).

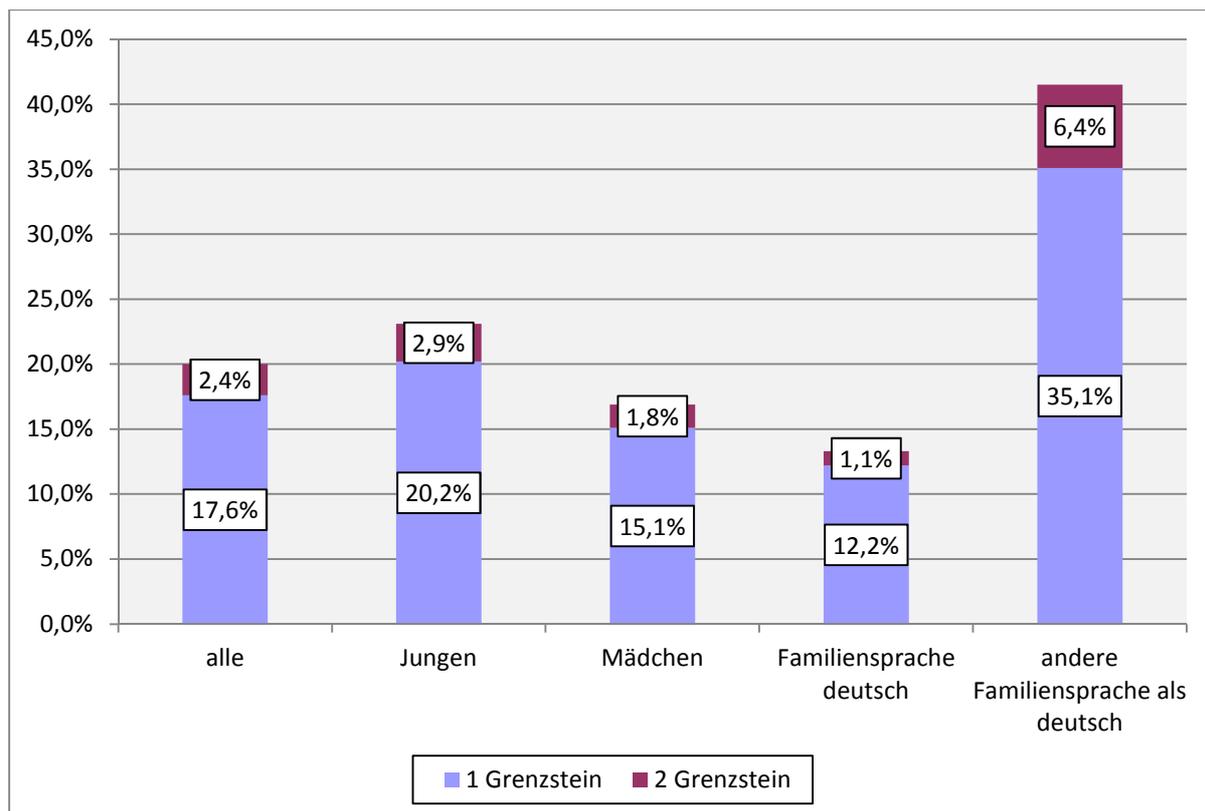


Abbildung 14: Nicht erreichte Grenzsteine Sprache in Prozent, Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach

Im Bereich Soziale Kompetenz haben 15,4% der Kinder einen Grenzstein nicht erreicht (Jungen 19,8%, Mädchen 11,1%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 14,6%, Kinder mit anderen Familiensprachen 17,9%). 3,7% der Kinder haben zwei Grenzsteine nicht erreicht (Jungen 4,4%, Mädchen 3,0%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 2,6%, Kinder mit anderen Familiensprachen 7,2%).

Im Bereich Emotionale Kompetenz haben 21,9% der Kinder einen Grenzstein nicht erreicht (Jungen 24,2%, Mädchen 19,5%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 20,3%, Kinder mit anderen Familiensprachen 27,0%). 11,1% der Kinder haben zwei Grenzsteine nicht erreicht (Jungen 12,6%, Mädchen 9,7%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 9,1%, Kinder mit anderen Familiensprachen 17,7%).

Hinsichtlich Hinweisen auf Hyperaktivität beurteilten die ErzieherInnen 91,4% der Kinder als unauffällig (Jungen 88,3%, Mädchen 94,5%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 93,2%, Kinder mit anderen Familiensprachen 85,6%). 4,3% der Kinder wurden als grenzwertig eingeschätzt (Jungen 5,6%, Mädchen 2,9%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 3,2%, Kinder mit anderen Familiensprachen 7,7%). Als auffällig eingeschätzt wurden 4,4% der Kinder (Jungen 6,1%, Mädchen 2,7%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 3,7%, Kinder mit anderen Familiensprachen 6,7%).

17 Maßnahmen der Frühförderung

17.1 Logopädie

Logopädische Leistungen werden in Einrichtungen des Gesundheitswesens oder in logopädischen Praxen erbracht. Es muss eine medizinische Indikation und eine Heilmittelverordnung (Rezept) vorliegen, damit Krankenkassen oder andere Kostenträger die logopädischen Leistungen bezahlen. Eine logopädische Therapie erhalten Kinder nach entsprechender Diagnosestellung durch ärztliche Verordnung. Die Eltern werden im Elternfragebogen nach der logopädischen Therapie gefragt. Der Elternfragebogen wurde von 1700 Kindern ausgefüllt.

Davon erhielten 10,6% der Kinder (Jungen 13,7%, Mädchen 7,5%) eine logopädische Therapie.

Bei weiteren 1,5% der Kinder (Jungen 1,5%, Mädchen 1,5%) war die logopädische Therapie bereits abgeschlossen.

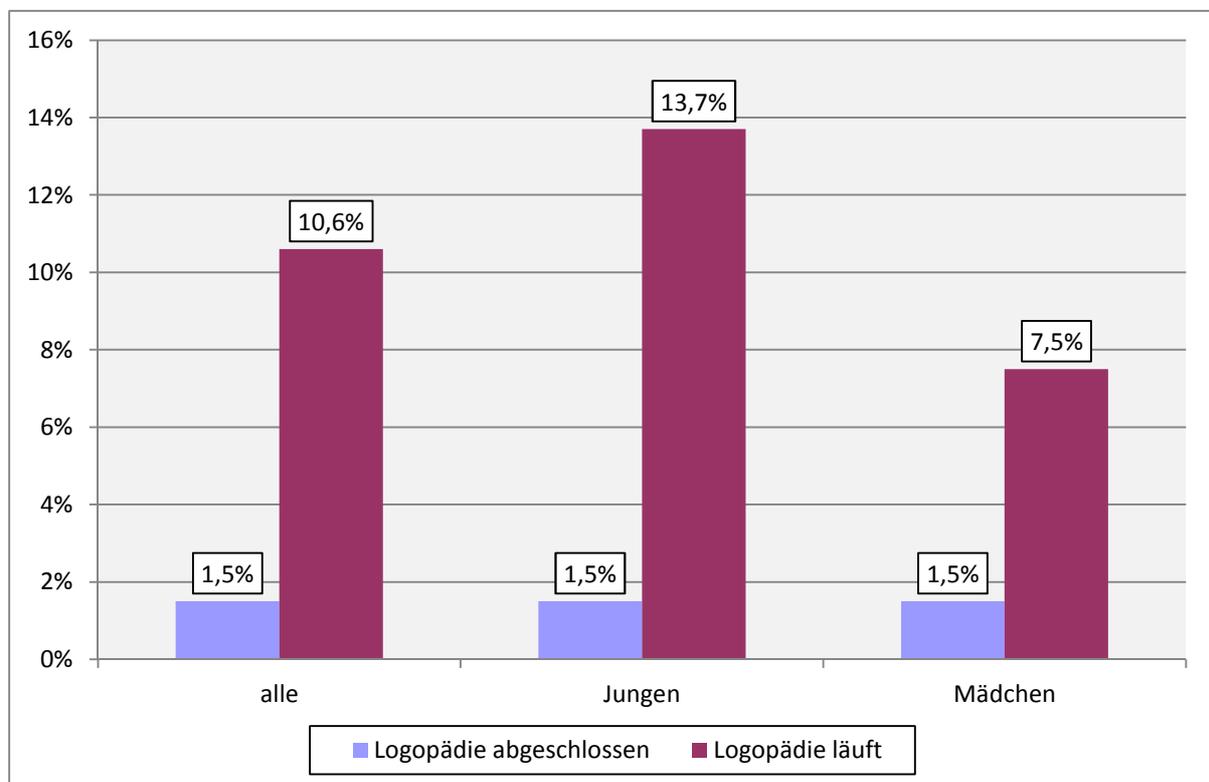


Abbildung 15: Logopädie laut Elternfragebogen Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach

17.2 Ergotherapie

Ähnlich wie die Logopädie ist auch die Ergotherapie an eine medizinische Indikation bzw. eine Heilmittelverordnung (Rezept) gebunden, damit Krankenkassen oder andere Kostenträger die Leistungen bezahlen. Die Ergotherapie hat neben der Verbesserung der Wahrnehmung, die Erarbeitung von komplexen Bewegungsabläufen, den Abbau pathologischer Bewegungsmuster und die Förderung der Handgeschicklichkeit und Feinmotorik inkl. Grafomotorik zur Aufgabe.

2,9% der Kinder (Jungen 4,6%, Mädchen 1,3%), wurden laut Elternangaben ergotherapeutisch behandelt. Bei weiteren 0,4% der Kinder (Jungen 0,7%, Mädchen 0,1%) war die ergotherapeutische Therapie bereits abgeschlossen.

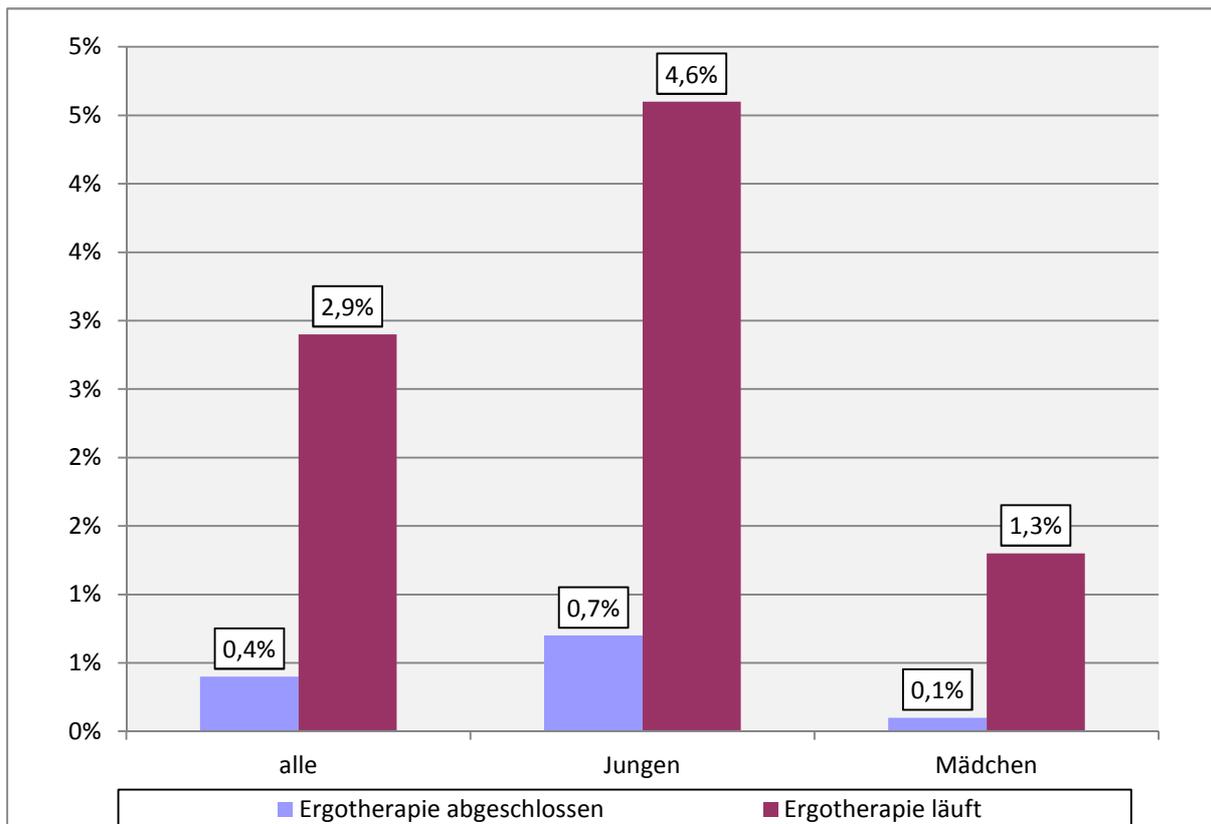


Abbildung 16: Ergotherapie laut Elternfragebogen Einschuljahrgang 2015, Untersuchungsjahr 2013/2014, Landkreis Biberach

17.3 Sprachförderung im Kindergarten

Sprachförderung im Kindergarten erhielten laut ErzieherInnenfragebogen (N=1647) 25,6% der Kinder (Jungen 28,0%, Mädchen 23,3%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 19,0%, Kinder mit anderen Familiensprachen 46,9%).

18 Tabellarische Zusammenfassung

	Landkreis Biberach	Stadt Biberach
Allgemein		
Ausgewertete Kinder	1836	269
Alter im Mittel in Monaten	58	57,7
Ärztlich nachuntersucht	34,5%	47,9%
Kinder mit deutscher Familiensprache	1391 (75,8%)	161 (59,9%)
Kinder mit anderen Familiensprachen	24,2%	40,1%
Vorsorgeuntersuchungen		
gelbes Vorsorgeheft vorgelegt	94,0%	92,6%
davon:		
U2	99,1%	99,2%
U7a	94,2%	99,2%
U8	94,8%	95,2%
Impfen		
Impfbuch vorgelegt	90,8%	88,8%
davon:		
Zwei Masernimpfungen	89,9%	91,6%
Hören		
Hören altersentsprechend	79,7%	77,3%
Hören Arztzuweisung	19,8%	22,4%
Sehen		
Sehen altersentsprechend	73,0%	62,2%
Sehen Arztzuweisung	27,0%	37,8%
Motorik		
Grobmotorik altersentsprechend	76,3%	68,6%
Stifhaltung unauffällig	61,8%	62,9%
Grafomotorik häusliche Förderung	36,3%	34,2%
Visuomotorik häusliche Förderung	14,9%	17,8%
Menschzeichnung altersentsprechend	74,5%	78,7%
Mengenverständnis		
Mengenerfassung weniger als drei simultan	18,6%	23,3%
Sprache		

Intensiver pädagogischer Förderbedarf Sprache	26,8%	34,6%
Sprache Arztbesuch empfohlen	8,0%	8,9%
Gewicht		
Übergewichtige Kinder	7,1%	5,6%
Adipöse Kinder	2,7%	2,4%
Medizinische Therapien		
Logopädie läuft (Elternangabe)	10,6%	8,6%
Logopädie abgeschlossen (Elternangabe)	1,5%	2,2%
Ergotherapie läuft (Elternangabe)	2,9%	2,2%
Ergotherapie abgeschlossen (Elternangabe)	0,4%	0,0%