



Landratsamt
Biberach

Gesundheitsberichterstattung

Einschulung 2013
Untersuchungsjahr
2011-2012



Kreisgesundheitsamt
Rollinstr.17
88400 Biberach

Impressum

Ausgabe: Juli 2013
Herausgeber: Schulärztliches Team
Kreisgesundheitsamt Biberach
Rollinstrasse 17
88400 Biberach
Amtsleiter Dr. med. Volker Baumann

Autoren: Dr. med. Monika Spannenkrebs
Dr. med. Ulrike Hart
Maria Hanel

Inhalt

1	Vorwort.....	- 1 -
2	Einleitung	- 2 -
3	Gesetzliche Grundlagen.....	- 2 -
4	Datengrundlage.....	- 2 -
5	Schulärztliches Team	- 3 -
6	Durchführung der neuen Einschulungsuntersuchung	- 3 -
7	Beschreibung der untersuchten Kinder	- 4 -
8	Früherkennungsuntersuchungen.....	- 6 -
9	Impfungen	- 8 -
10	Hörvermögen	- 10 -
11	Sehvermögen.....	- 11 -
12	Grobmotorik	- 11 -
13	Feinmotorik	- 12 -
14	Mengenerfassung.....	- 13 -
15	Sprache.....	- 14 -
16	Übergewicht	- 17 -
17	ErzieherInnenfragebogen	- 19 -
18	Maßnahmen der Frühförderung	- 21 -
19	Sprachförderung im Kindergarten.....	- 23 -
20	Längsschnittuntersuchung 2010-2012.....	- 25 -
	Teil 2: Zusammenfassung.....	- 28 -

1 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 Kindergesundheitsbericht 2013 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 unserer Kinder ansprechen.

Teil 1: Kindergesundheit

2 Einleitung

Seit 2009 hat sich 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.

3 Gesetzliche Grundlagen

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

In Verknüpfung mit der Einschulungsuntersuchung wird durch die ärztlichen Mitarbeiter des Gesundheitsamtes die verbindliche Sprachstandsdiagnose gemäß der Verwaltungsvorschrift des Kultusministeriums durchgeführt. Die erhobenen Daten werden in pseudonymisierter Form verarbeitet.

4 Datengrundlage

Datengrundlage dieses Kindergesundheitsberichtes sind die Daten der neuen Einschulungsuntersuchung Schritt 1 von Kindern, die im Jahr 2013 eingeschult werden. Die Daten wurden im Jahr 2011/2012 im Landkreis Biberach erhoben.

5 Schulärztliches Team

Das schulärztliche Team besteht aus drei Schulärztinnen und vier sozialmedizinischen Assistentinnen:

<u>Schulärztinnen:</u>	<u>Sozialmedizinische Assistentinnen:</u>
Dr. med. Ulrike Hart	Inge Huber
Dr. med. Helga Lieser-Mack	Claudia Scherl
Dr. med. Monika Spannenkrebs	Margot Schlanser
	Heike Storrer

6 Durchführung der neuen Einschulungsuntersuchung

6.1 Untersuchungen im Schritt 1 im vorletzten Kindergartenjahr

Die sozialmedizinischen Assistentinnen besuchen jedes Kind im vorletzten Kindergartenjahr im Kindergarten und führen eine Basisuntersuchung durch. Dieses Screening ist in Baden-Württemberg landesweit standardisiert. Gleichzeitig werden die Eltern gebeten, zur Erhebung der Vorgeschichte einen Fragebogen auszufüllen und das gelbe Vorsorgeheft vorzulegen. Die Erzieherinnen beurteilen jedes Kind in einem Erzieherinnenfragebogen mit dem Grenzsteininstrument nach Michaelis.

Die Schulärztin entscheidet anhand dieser Vorinformationen, ob sie ein Kind zur vertiefenden ärztlichen Nachuntersuchung einbestellt.

Im Rahmen der ärztlichen Nachuntersuchung wird gegebenenfalls eine Sprachstandsdiagnose nach den Vorgaben des Kultusministeriums durchgeführt.

Bei Auffälligkeiten in der ärztlichen Nachuntersuchung werden die Eltern über individuelle Gesundheitsförderung und über häusliche Fördermöglichkeiten beraten. Die Sprachstandsdiagnose gibt Hinweise darauf, ob ein zusätzlicher Sprachförderbedarf besteht. Falls erforderlich, leitet die Schulärztin weitere diagnostische und therapeutische Schritte ein.

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 einen runden Tisch eingeführt, an dem die Befunde mit Einverständnis der Eltern mit den Erzieherinnen und den Kooperationslehrern der zuständigen Grundschule besprochen werden.

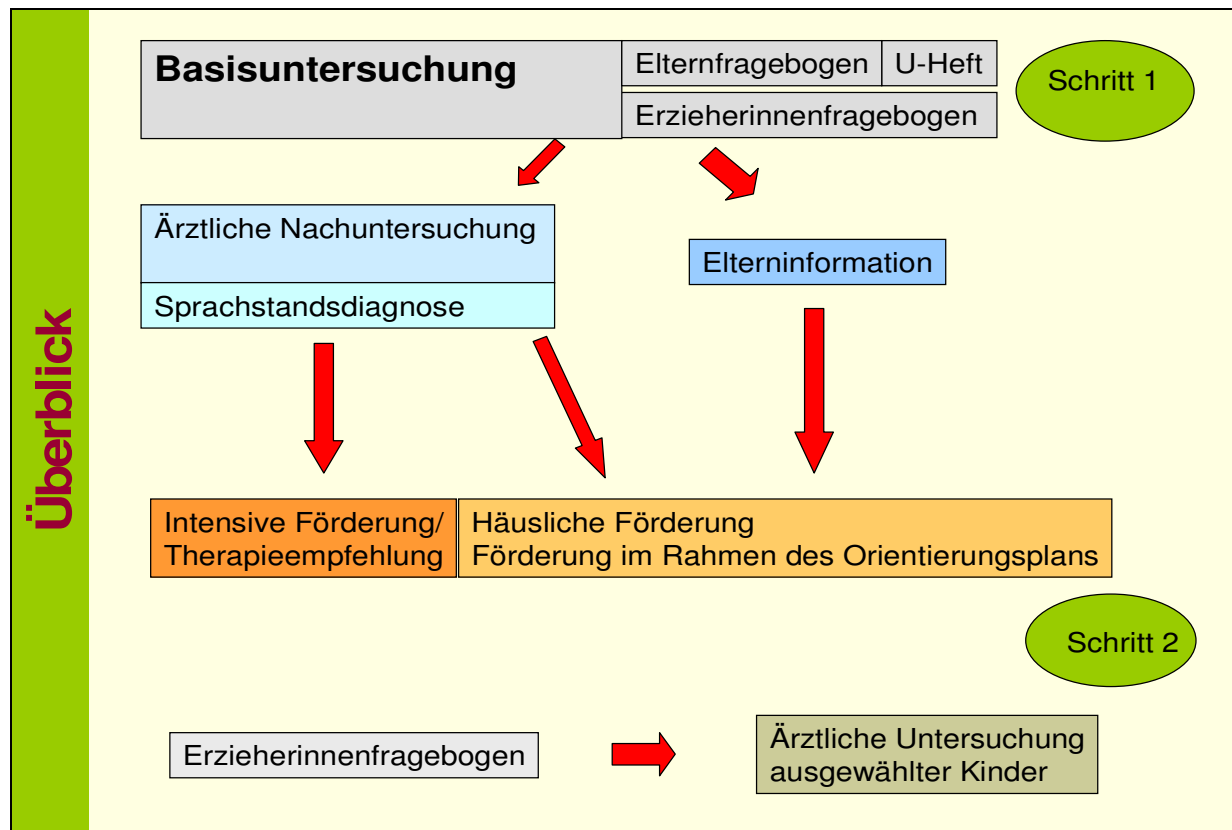


Abbildung 1: Übersicht über die neue Einschulungsuntersuchung

6.2 Untersuchungen im Schritt 2 im letzten Kindergartenjahr

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

7 Beschreibung der untersuchten Kinder

Im Untersuchungsjahr 2011/2012 wurden 1816 Kinder, die 2013 schulpflichtig sind, im Rahmen von Schritt 1 der neuen Einschulungsuntersuchung vom schulärztlichen Team untersucht. Alle 1816 Kinder konnten für die Auswertungen herangezogen werden.

7.1 Ärztlich nachuntersucht

634 (34,9%) der Kinder wurden aufgrund der Ergebnisse der Basisuntersuchung ärztlich nachuntersucht. Bei 30,0% aller Kinder wurde im Rahmen der ärztlichen Nachuntersuchung eine Sprachstandsdiagnose mit dem SETK 3-5 durchgeführt.

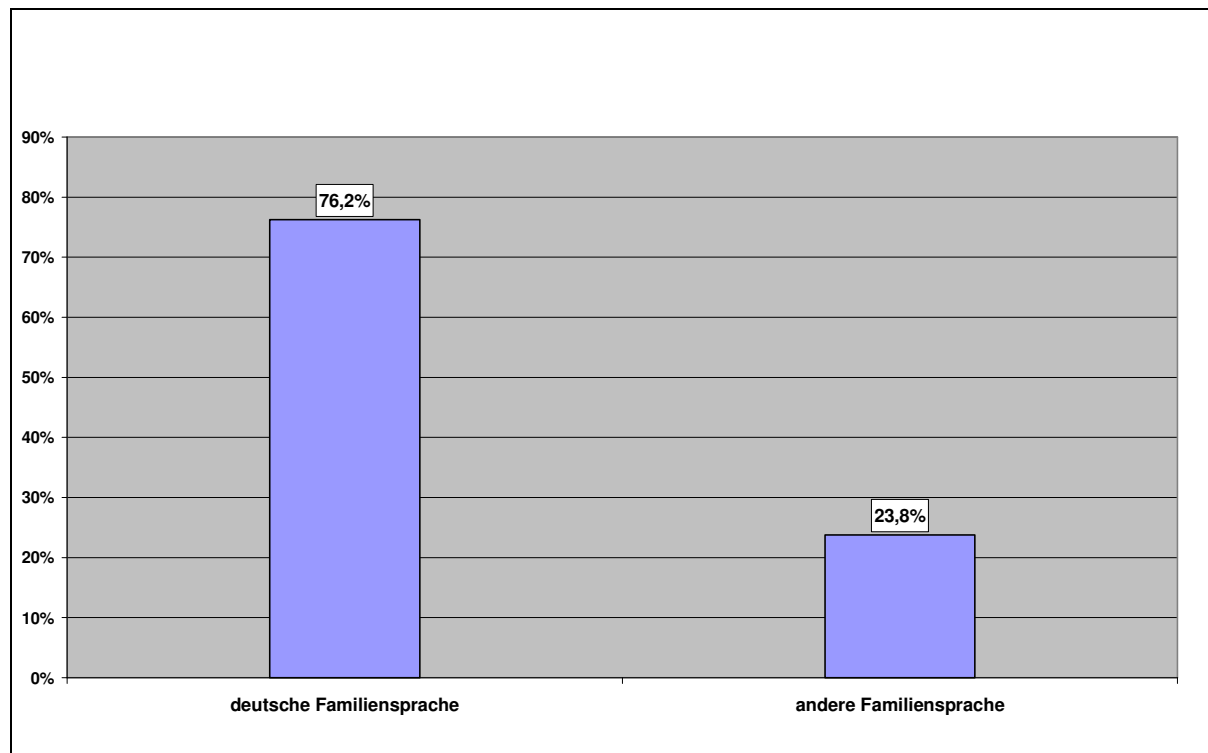
7.2 Verteilung Mädchen/Jungen

51,7% der untersuchten Kinder waren Jungen, 48,3% waren Mädchen. 64,4% der Kinder waren zum Zeitpunkt der Untersuchung vier Jahre alt, 35,6% waren bei der Untersuchung bereits 5 Jahre alt. Im Mittel betrug das Alter 57,8 Monate.

7.3 Zweisprachigkeit, Familiensprache

Die Nationalitäten der Kinder vermitteln nur einen unzureichenden Eindruck über die Sprachkompetenz der Kinder, da beispielsweise mittlerweile viele türkische Kinder eine deutsche Nationalität haben und alle russlanddeutschen Kinder ebenfalls eine deutsche Nationalität besitzen. Deshalb wurden die Eltern nach der Familiensprache gefragt, die in den ersten drei Lebensjahren mit den Kindern gesprochen wurde. Von 1816 Kindern wuchsen 1384 mit deutscher Familiensprache auf (76,2%). 432 Kinder (23,8%) 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 (8,4%) und Türkisch zusammen mit Türkisch und Deutsch (4,9%).

Diagramm 1: Kinder mit Familiensprache Deutsch und mit einer anderen Familiensprache in Prozent, Einschuljahrgang 2013, Untersuchungsjahr 2011/2012, Landkreis Biberach



8 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. bis 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

Abbildung 2: Übersicht über die Kindervorsorgeuntersuchungen der gesetzlichen Krankenkassen

8.1 Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen im Landkreis Biberach

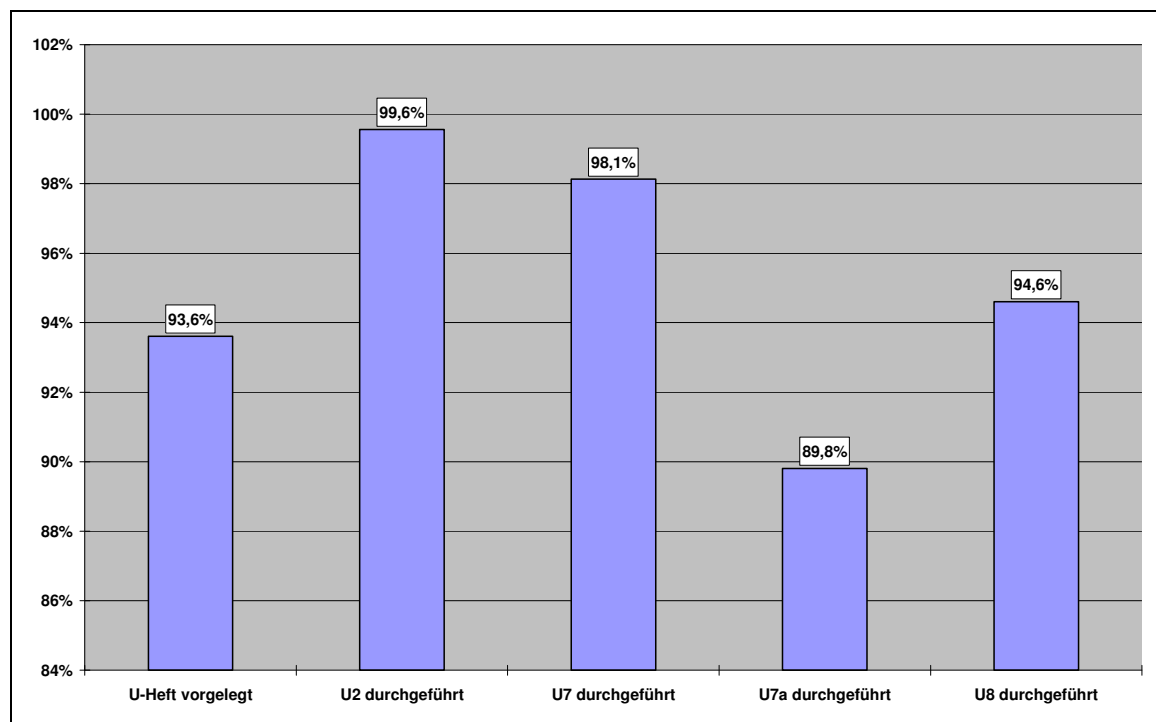
In 93,6% legten die Eltern ein gelbes Vorsorgeheft vor.

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

Von der U2 mit 99,6% ging die Beteiligung bis zur U7 (am zweiten Geburtstag) nur leicht auf 98,1% zurück. Die neu eingeführte U7a am dritten Geburtstag wird noch nicht überall routinemäßig durchgeführt. Im Landkreis Biberach weisen mittlerweile 89,8% der Kinder diese Vorsorgeuntersuchung vor.

Die U8 als wichtige Vorsorgeuntersuchung in der Kindergartenzeit wurde bei 94,6% der Kinder durchgeführt. Für die U9 waren viele Kinder im mittleren Kindergartenjahr noch zu jung.

Diagramm 2: Durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen in Prozent, Einschuljahrgang 2013, Untersuchungsjahr 2011/2012, Landkreis Biberach



9 Impfungen

Bei 90,4% der Kinder wurde von den Eltern das Impfbuch zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt.

Alle nachfolgenden Daten beziehen sich auf die Auswertung dieser 1536 Impfbücher.

Die Familiensprache hatte keinen wesentlichen Einfluss auf die Impfraten.

9.1 Impfungen im Einzelnen

Bei den Impfungen gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) lagen die Raten vollständig grundimmunisierter Kinder bei 94,0%, bei den Impfungen gegen Diphtherie bei 94,1% und bei den Impfungen gegen Kinderlähmung (Polio) bei 93,1%. Vollständige Impfungen gegen Hämophilus-Influenzae B (HiB-Impfung) fanden sich bei 93,0%. Einen Impfschutz gegen Windpocken (Varizellen) konnten 69,3% der Kinder vorweisen. 11,5% der Kinder sind gegen FSME (von Zecken übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis) geimpft.

Die Pneumokokken-Impfung wurde erst in den letzten Jahren eingeführt. 67,5% der Kinder waren ausreichend dagegen geimpft. 78,0% der

Kinder haben eine Impfung gegen Meningokokken (Meningokokken-C-Impfstoff), einer ansteckenden Form der Hirnhautentzündung, erhalten.

9.2 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. Dazu zählen Entzündungen der Hoden mit evt. Unfruchtbarkeit und in seltenen Fällen eine Hirnhautentzündung.

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

Zwei Masernimpfungen und damit einen sicheren Masernimpfschutz wiesen nur 90,5% 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.

9.3 Keuchhusten (Pertussis)

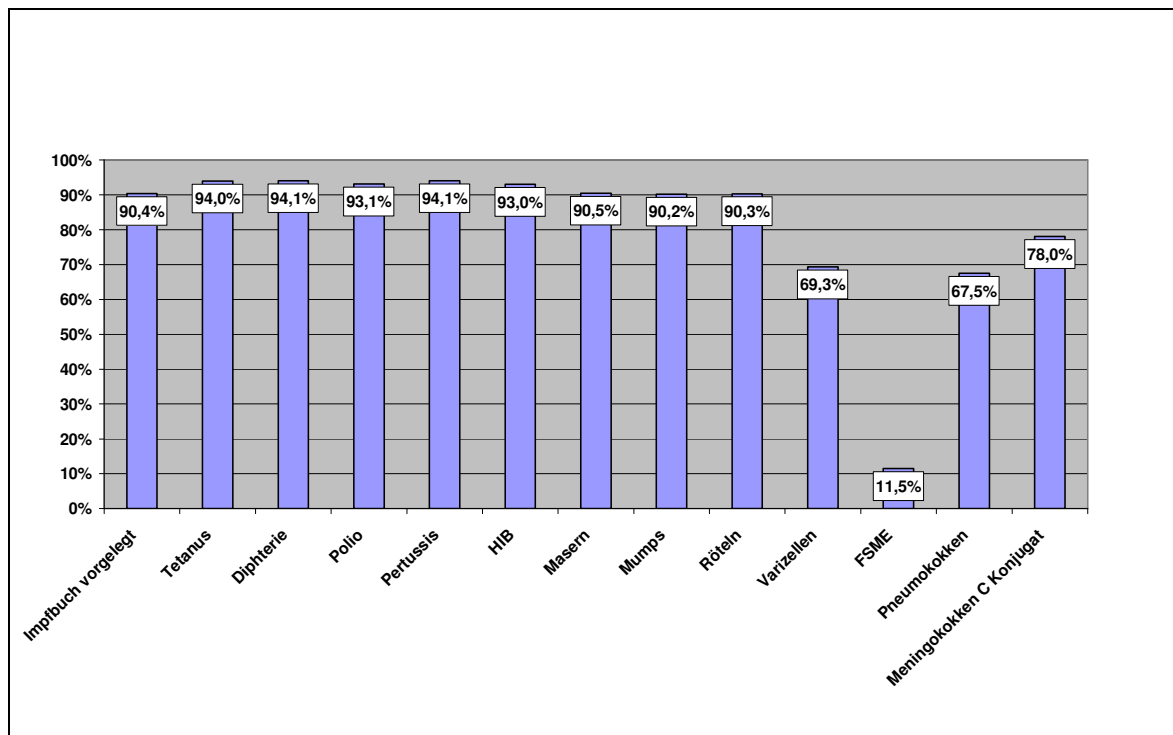
Keuchhusten ist eine der häufigsten Kinderkrankheiten, die besonders im Säuglingsalter durch Komplikationen sogar zum Tod führen kann. Ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene erkranken im Allgemeinen

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 94,1%.

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

Diagramm 3: Vollständige Impfungen gegen verschiedene Erkrankungen in Prozent, Einschuljahrgang 2013, Untersuchungsjahr 2011/2012, Landkreis Biberach



10 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.

10.1 Definition der Hörstörung

Das Gehör wird mittels Tonaudiometrie überprüft, dabei wird ein Hörverlust über 30 dB in mindestens zwei von fünf geprüften Frequenzen von 250 – 4000 Hz als Hörstörung definiert.

10.2 Häufigkeit von Hörstörungen

Bei 79,1% der Kinder wurde das Ergebnis des Hörtests als altersentsprechend ärztlich befundet. 17,6% der Kinder wurden zur Überprüfung des Hörens ihrem Haus- oder Kinderarzt zugewiesen.

11 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.

73,8% hatten einen altersentsprechenden Befund im Sehtest (räumliches Sehen, Visusüberprüfung, Farbsehen). Bei 23,7% der Kinder wurde eine Überprüfung des Sehens in der nächsten Vorsorgeuntersuchung oder beim Augenarzt empfohlen.

12 Grobmotorik

Die Überprüfung der Grobmotorik erfolgte durch Einbeinhüpfen über zehn Hüpfen. Teilweise nahmen die Schulärzte eine erweiterte Grobmotoriküberprüfung vor. Bei 2,2% der Kinder wurde aufgrund der grobmotorischen Probleme ein Arztbesuch empfohlen. Als altersentsprechend wurde die Grobmotorik bei 72,4% der Kinder eingeschätzt. 25,7% wurde eine häusliche Förderung empfohlen.

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

13 Feinmotorik

13.1 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. 8,9% der Vorschulkinder im Landkreis Biberach waren linkshändig, 1,4% waren beidhändig. 0,7% der Kinder hatten sich noch nicht festgelegt. In der Vorschulzeit ist es jedoch wichtig, dass das Kind zur Vorbereitung des Schreibens eine Hand als Schreibhand einsetzt.

13.2 Grafomotorik

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. 60,4% der Kinder hielten den Stift richtig. Bei 39,1% der Kinder sollte durch eine häusliche Förderung die Grafomotorik noch unterstützt werden. Die anwesenden Eltern werden diesbezüglich angeleitet. Die Familiensprache hat keinen wesentlichen Einfluss auf die Stifthaltung und die Grafomotorik.

13.3 Visuomotorik

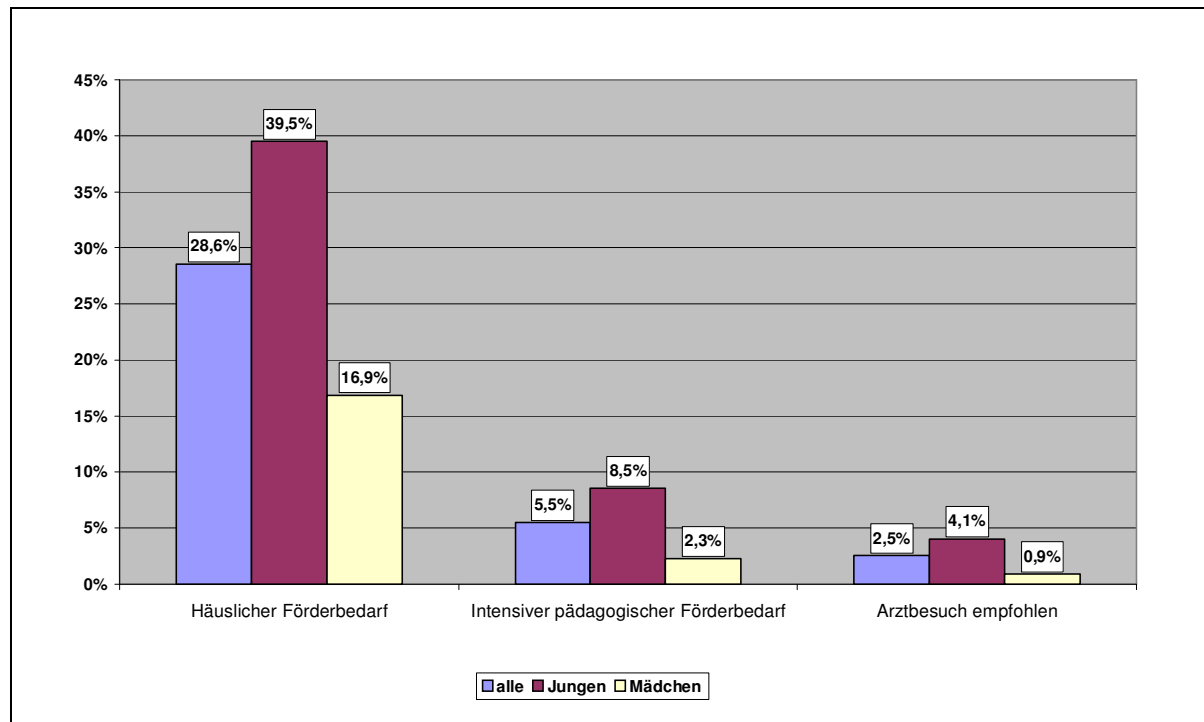
Die Qualität von Aufnahme und Verarbeitung visueller Symbole sowie die Fähigkeit zu deren handmotorischer Umsetzung sind entscheidende Voraussetzungen für das Erlernen von Lesen und Schreiben. Das Lesen von Buchstaben- und Zahlenverbindungen erfordert als so genannte **visuelle Wahrnehmung** zunächst 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. 52,1% der Vierjährigen reproduzierten bereits vier Zeichen richtig, 66,5% der Fünfjährigen bereits vier oder fünf Zeichen. Ein häuslicher Förderbedarf wurde bei 28,6% aller Kinder

festgestellt (Jungen 39,5%, Mädchen 16,9%), eine Förderung im Kindergartenalltag wird bei 17,7% empfohlen.

Bei der Menschzeichnung gelang es 71,3% der Kinder (Jungen 58,8%, Mädchen 84,7%) ein altersentsprechendes Männchen zu zeichnen. Die Familiensprache hat auf die Visuomotorik keinen wesentlichen Einfluss.

Diagramm 4: Visuomotorik in Prozent, Einschuljahrgang 2013, Untersuchungsjahr 2011/2012, Landkreis Biberach

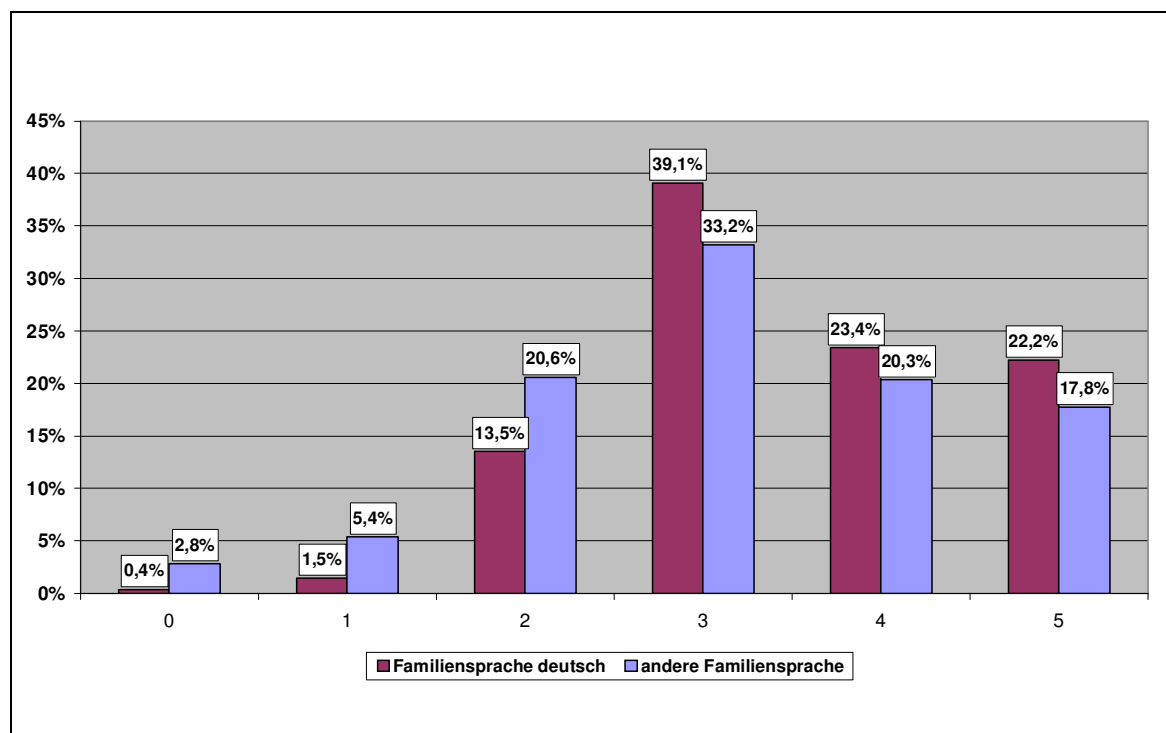


14 Mengenerfassung

Das simultane Erfassen einer Menge von vier ohne Abzählen wird bis 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.

18,5% der Kinder fallen auf, weil sie erst die Menge zwei oder eins spontan (d.h. ohne abzuzählen) benennen können oder keine Menge benennen können (Kinder mit Deutsch als Familiensprache 15,3%, Kinder mit anderen Familiensprachen 28,7%). 37,7% aller Kinder können eine Menge von drei spontan erkennen, 22,7% aller Kinder bereits eine Menge von vier, 21,2% aller Kinder bereits eine Menge von fünf. Kindern, die in ihrem Kindergarten eine besondere mathematische Förderung erfahren, fällt die Mengenerfassung nach Beobachtung der Schulärzte leichter. Die Notwendigkeit einer intensiven pädagogischen Förderung wird bei 3,9% der Kinder festgestellt. Eine häusliche Förderung wird bei 19,4% der Kinder, eine Förderung im Kindergartenalltag bei 13,2% der Kinder empfohlen.

Diagramm 5: Simultane Mengenerfassung in Prozent, Einschuljahrgang 2013, Untersuchungsjahr 2011/2012, Landkreis Biberach



15 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 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.

15.1 Sprachscreening und Sprachstandsdiagnose

Das Sprachscreening in der Einschulungsuntersuchung hat mehrere Elemente:

1. eine Überprüfung von Hörwahrnehmung und Sprachverarbeitung durch drei Untertests des Heidelberger auditiven Screenings in der Einschulungsuntersuchung (HASE): Nachsprechen von Sätzen, Wiedergabe von Zahlenfolgen, Nachsprechen von Kunstwörtern
2. eine Überprüfung des Sprachverständnisses mit Manipulationsaufgaben des KVS von Breuer-Weuffen
3. eine Wortschatzprüfung und Artikulationsprüfung anhand des Ravensburger Lautprüfungsbogens
4. eine Überprüfung der Spontansprache mit Bildkarten aus dem Untertest ESR des SETK 3-5

Bei auffälligen Befunden im Screening erfolgte eine ausführliche Sprachstandsdiagnose im Auftrag des Kultusministeriums mit dem SETK 3-5 (Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder).

15.2 HASE (Heidelberger auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung; Prof. Dr. Hermann Schöler, PH Heidelberg)

Der Untertest Nachsprechen von Sätzen NS gelingt bei 71,8% aller Kinder altersentsprechend (Kinder mit Deutsch als Familiensprache 80,6%, Kinder mit anderen Familiensprachen 43,3%).

Der Untertest Wiedergabe von Zahlenfolgen WZ fällt bei 79,9% aller Kinder altersentsprechend aus (Kinder mit Deutsch als Familiensprache 83,1%, Kinder mit anderen Familiensprachen 69,7%).

Der Untertest Nachsprechen von Kunstwörter NK wird bei 79,2% der Kinder als altersentsprechend eingestuft. (Kinder mit Deutsch als Familiensprache 80,3%, Kinder mit anderen Familiensprachen 75,7%).

15.3 Artikulation

Ein Arztbesuch wird aufgrund von Aussprachestörungen 19,0% aller Kinder empfohlen (Jungen 23,8%, Mädchen 13,9%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 19,8%, Kinder mit anderen Familiensprachen 14,7%).

15.4 SETK 3-5 (Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder; Hannelore Grimm, Göttingen)

Bei 544 Kindern (30,0%) wurde eine Sprachstandsdiagnostik mit dem SETK 3-5 durchgeführt (Jungen 34,1%, Mädchen 25,5%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 22,5%, Kinder mit anderen Familiensprachen 53,9%). Alle Tests wurden von den Schulärztinnen selbst durchgeführt und nicht extern vergeben.

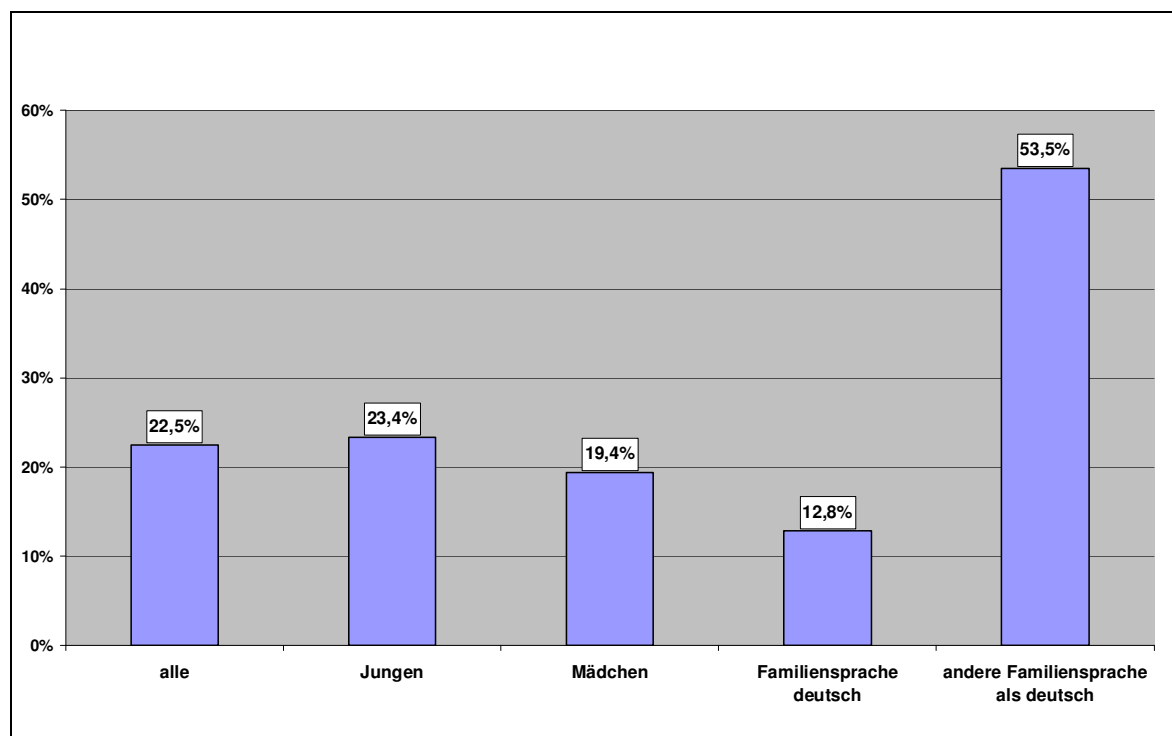
15.5 Intensiver Sprachförderbedarf

Aufgrund der Ergebnisse des Sprachscreenings und des SETK 3-5 empfahlen die Schulärzte bei 408 Kindern (22,5% aller Kinder) die Weiterführung oder den Neustart einer intensiven Sprachförderung im Kindergarten (Jungen 23,4%, Mädchen 19,4%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 12,8%, Kinder mit anderen Familiensprachen 53,5%). Kinder mit intensivem Förderbedarf konnten anschließend Sprachförderung über die Bruno-Frey-Stiftung oder über das landesweite Programm ISK (Intensive Sprachförderung im Kindergarten) in der Kleingruppe erhalten.

15.6 Arztbesuch empfohlen

228 Kindern (12,6% 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 15,2%, Mädchen 9,7%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 13,1%, Kinder mit anderen Familiensprachen 10,9%).

Diagramm 6: Intensiver pädagogischer Förderbedarf Sprache in Prozent, Einschuljahrgang 2013, Untersuchungsjahr 2011/2012, Landkreis Biberach



16 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

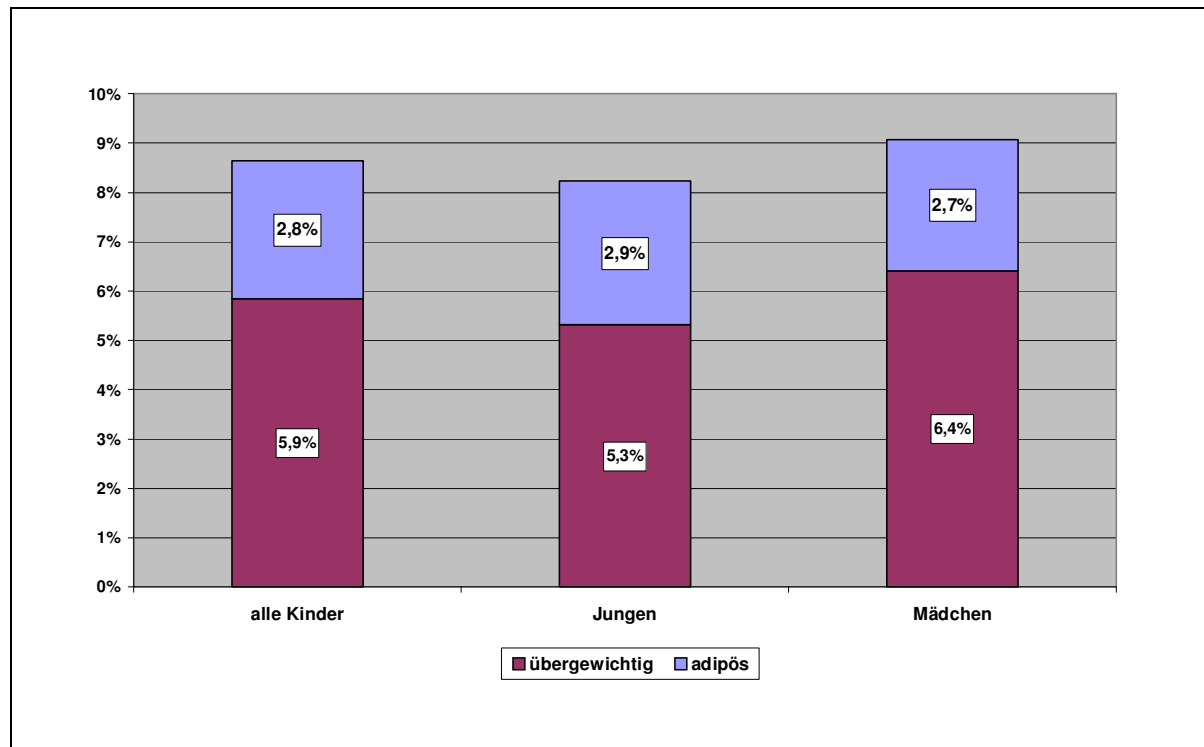
Abbildung 3: Body-Mass-Index (BMI) Mädchen 4,5 - 8 Jahre

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

Im Alter von 49-69 Monaten waren 1,5% der Kinder im Landkreis Biberach untergewichtig, 5,9% der Kinder waren übergewichtig (Jungen 5,3%, Mädchen 6,4%). Weitere 2,8% der Kinder waren sogar stark übergewichtig und gelten als adipös (Jungen 2,9%, Mädchen 2,7%).

Diagramm 7: *Übergewicht und Adipositas in Prozent, Einschuljahrgang 2013, Untersuchungsjahr 2011/2012, Landkreis Biberach*



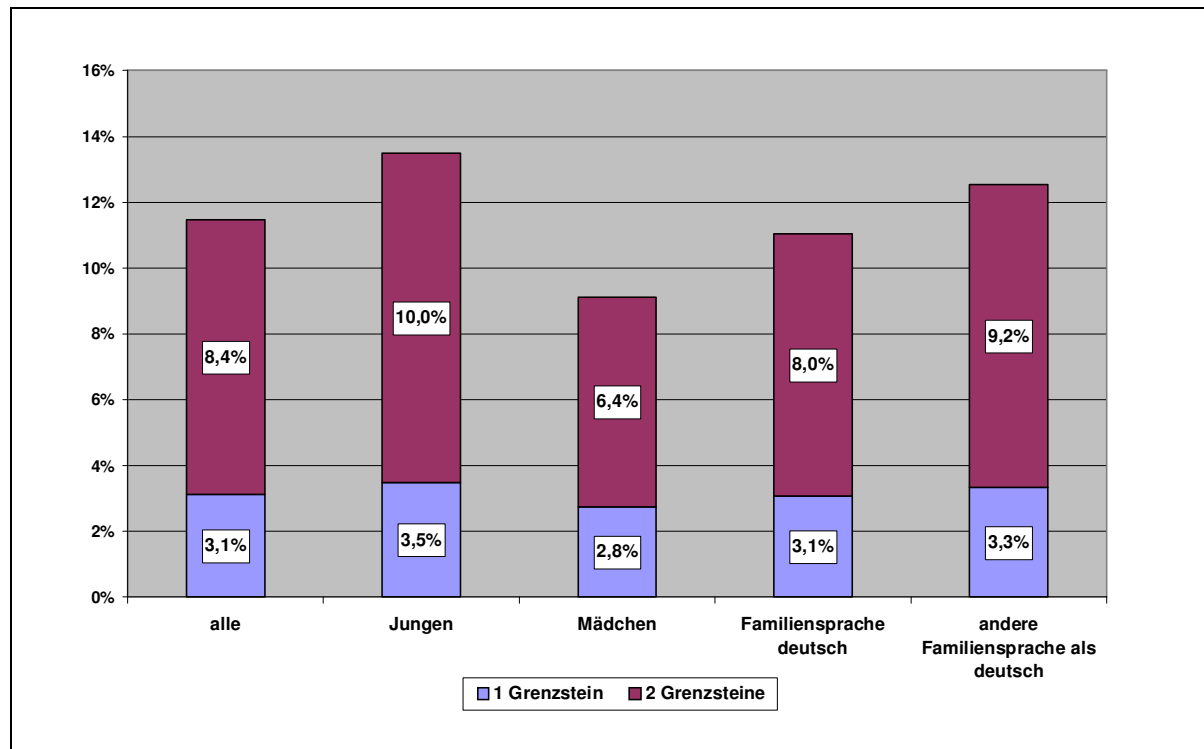
17 ErzieherInnenfragebogen

Bei 91,5% der Kinder konnten die Schulärzte auf Informationen der Erzieherinnen anhand eines Erzieherinnenfragebogens 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 3,1% der Kinder einen Grenzstein nicht erreicht (Jungen 3,5% , Mädchen 2,8% , Kinder mit Deutsch als Familiensprache 3,1%, Kinder mit anderen Familiensprachen 3,3%).

8,4% der Kinder haben zwei Grenzsteine nicht erreicht (Jungen 10,0%, Mädchen 6,4%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 8,0%, Kinder mit anderen Familiensprachen 9,2%).

Diagramm 8: Nicht erreichte Grenzsteine Körpermotorik in Prozent, Einschuljahrgang 2013, Untersuchungsjahr 2011/2012, Landkreis Biberach



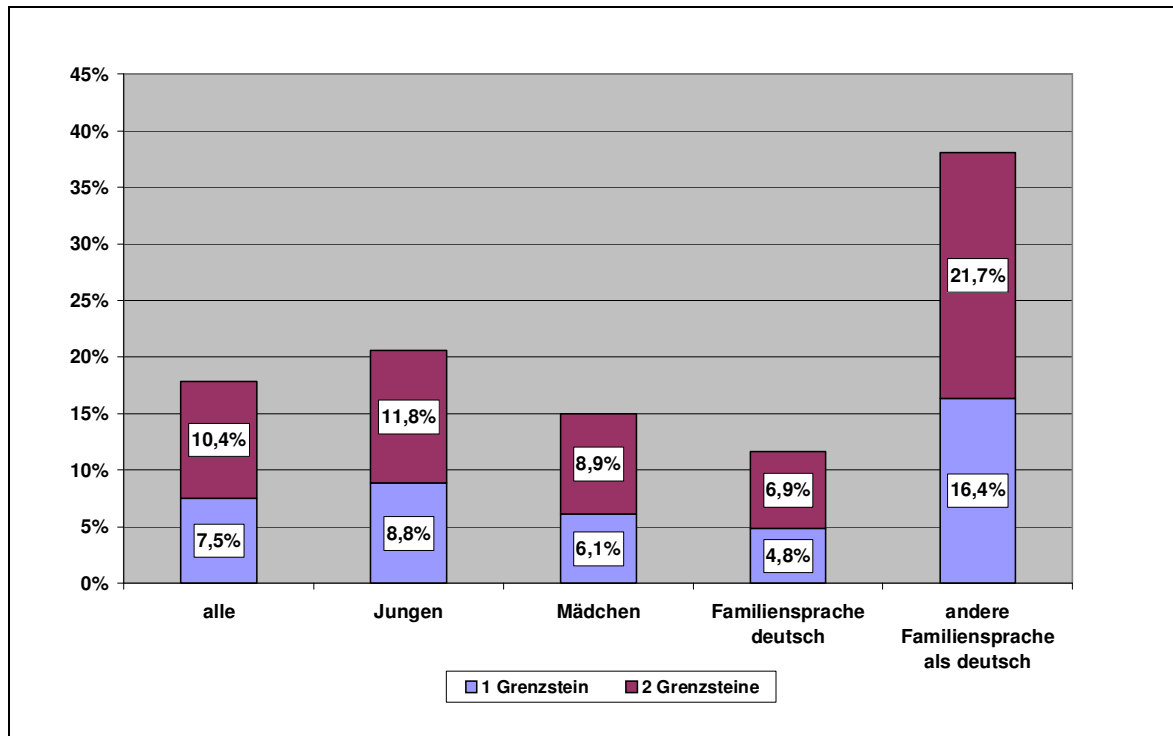
Im Bereich Sprache haben 7,5% der Kinder einen Grenzstein nicht erreicht (Jungen 8,8%, Mädchen 6,1%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 4,8%, Kinder mit anderen Familiensprachen 16,4%). 10,4% der Kinder haben zwei Grenzsteine nicht erreicht (Jungen 11,8%, Mädchen 8,9%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 6,9%, Kinder mit anderen Familiensprachen 21,7%).

Im Bereich Soziale Kompetenz haben 6,7% der Kinder einen Grenzstein nicht erreicht (Jungen 8,7%, Mädchen 4,5%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 6,9%, Kinder mit anderen Familiensprachen 5,9%). 9,4% der Kinder haben zwei Grenzsteine nicht erreicht (Jungen 11,5%, Mädchen 7,1%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 7,7%, Kinder mit anderen Familiensprachen 15,1%).

Im Bereich Emotionale Kompetenz haben 22,6% der Kinder einen Grenzstein nicht erreicht (Jungen 25,7%, Mädchen 19,2%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 21,8%, Kinder mit anderen Familiensprachen 25,3%). 9,3% der Kinder haben zwei Grenzsteine

nicht erreicht (Jungen 11,1%, Mädchen 7,4%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 8,4%, Kinder mit anderen Familiensprachen 12,0%).

Diagramm 9: Nicht erreichte Grenzsteine Sprache in Prozent, Einschuljahrgang 2013, Untersuchungsjahr 2011/2012, Landkreis Biberach



Hinsichtlich Hinweisen auf Hyperaktivität beurteilten die Erzieherinnen 90,5% der Kinder als unauffällig (Jungen 87,1%, Mädchen 94,3%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 91,7%, Kinder mit anderen Familiensprachen 86,7%). 4,5% schätzten sie als grenzwertig ein (Jungen 5,7%, Mädchen 3,3%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 4,0%, Kinder mit anderen Familiensprachen 6,1%). Als auffällig eingeschätzt wurden 4,9% der Kinder (Jungen 7,2%, Mädchen 2,5%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 4,3%, Kinder mit anderen Familiensprachen 7,2%).

18 Maßnahmen der Frühförderung

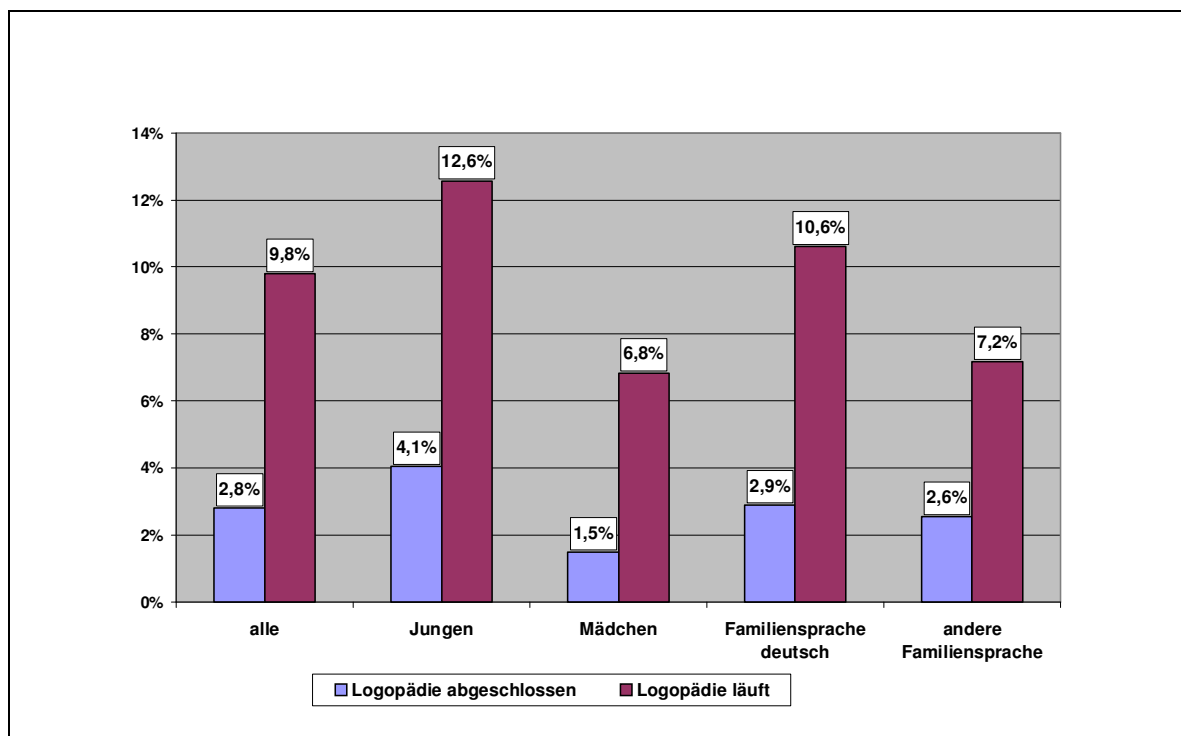
18.1 Logopädie

Logopädische Leistungen werden in Einrichtungen des Gesundheitswesens oder in logopädischen Praxen erbracht. Es muss eine medizinische Indikation und eine sog. Heilmittelverordnung (Rezept) vorliegen, damit Krankenkassen oder andere Kostenträger die

logopädischen Leistungen bezahlen. Eine logopädische Therapie erhalten Kinder folglich nach entsprechender Diagnosestellung durch ärztliche Verordnung.

Eine logopädische Therapie erhielten 9,8% der Kinder (Jungen 12,6%, Mädchen 6,8%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 10,6%, Kinder mit anderen Familiensprachen 7,2%). Bei weiteren 2,8% der Kinder (Jungen 4,1%, Mädchen 1,5%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 2,9%, Kinder mit anderen Familiensprachen 2,6%) war die logopädische Therapie bereits abgeschlossen.

Diagramm 01: Logopädie laut Elternfragebogen
Einschuljahrgang 2013, Untersuchungsjahr 2011/2012, Landkreis Biberach



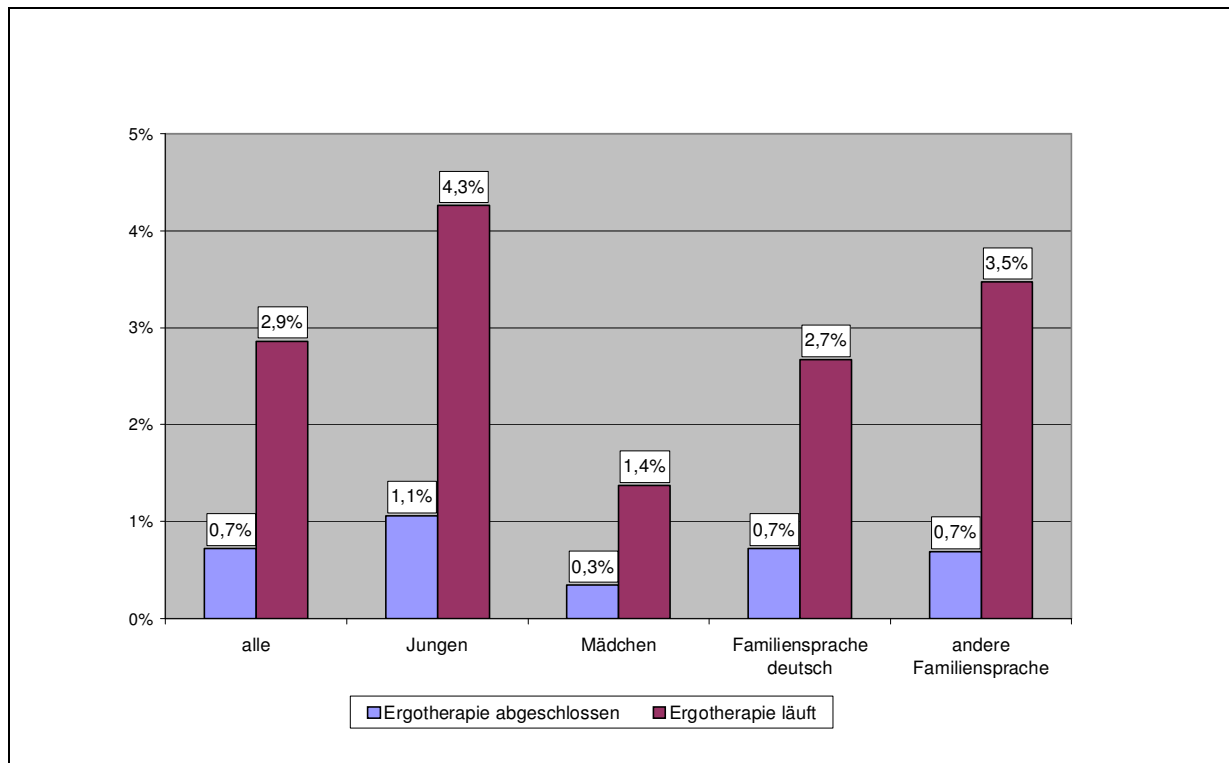
18.2 Ergotherapie

Ähnlich wie die Logopädie ist auch die Ergotherapie an eine medizinische Indikation bzw. eine sog. 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 4,3%, Mädchen 1,4%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 2,7%, Kinder mit anderen Familiensprachen 3,5%)

wurden laut Elternangaben ergotherapeutisch behandelt. Bei weiteren 0,7% der Kinder (Jungen 1,1%, Mädchen 0,3%, Kinder mit Deutsch als Familiensprache 0,7%, Kinder mit anderen Familiensprachen 0,7%) war die ergotherapeutische Therapie bereits abgeschlossen.

Diagramm 11: Ergotherapie laut Elternfragenbogen
Einschuljahrgang 2013, Untersuchungsjahr 2011/2012, Landkreis Biberach



19 Sprachförderung im Kindergarten

Sprachliche Kompetenz verbessert die individuellen Lebenschancen von Kindern wesentlich. Seit Jahren koordiniert der Landkreis deshalb Sprachfördermaßnahmen in den Kindergärten und Schulen. Dank der engagierten Arbeit der vielen Sprachförderkräfte vor Ort gelingt eine landesweit beachtete umfassende sprachliche Förderung unserer Kinder. Als außerordentlicher Glücksfall erweist sich dabei die Bruno-Frey-Stiftung, die seit 2006 die Sprachförderung im Landkreis unterstützt. Das bestehende Förderangebot des Landes Baden-Württemberg kann damit ergänzt und erweitert werden. Die Stiftung fördert seit vielen Jahre Fortbildungen, Material- und über einige Jahre auch Personalkosten sowie Elternarbeit in Eltern-Kind-Gruppen. Unter der fachlichen Leitung des Gesundheitsamtes wurden mittlerweile viele Kindergärten im Ravensburger Modell fortgebildet. Das Ravensburger Modell ist ein vom Hör-Sprachzentrum Ravensburg angebotenes

umfassendes Sprachförderkonzept, das relevante Bereiche der Sprache fördert.

Die Erzieherinnen erhalten Schulungen in der Anwendung

- des Sprachförderprogramms des Schweizer Psycholinguisten, PD Dr. Zvi Penner. Hierbei handelt es sich um ein umfassendes sprachstrukturelles Programm, das über sprachrhythmische zu syntaktischen Inhalten bis hin zum Sprachverstehen Kindern Hilfestellung gibt, um Merkmale der deutschen Sprache zu erwerben. In dem Förderprogramm werden Erkenntnisse der Spracherwerbsforschung umgesetzt.
- der phonologischen PC- Trainingsprogramme miniLÜK Hörspaß und Hörpfad des Kölner Hörgeschädigtenpädagogen Prof. Dr. Franz Coninx.

Zusätzlich werden die Erzieherinnen in vielen ganzheitlichen Themen rund um Sprachförderung fortgebildet: von Sprache und Musik bis hin zu Literacy oder Sprache und Bewegung.

Es wird viel Wert darauf gelegt, den Erzieherinnen Hintergrundwissen zu vermitteln

- zum Spracherwerb,
- zu Sprachentwicklungsstörungen
- zu den Problemen der Kinder mit Deutsch als Zweitsprache
- zu der Bedeutung des Hörens und der Hörwahrnehmung und Möglichkeiten der Optimierung des Hörens.

Die Erzieherinnen erhalten Fortbildungen zu Methoden der Sprachstandserhebung. Auf eine Verinnerlichung der wichtigen Lerninhalte und ein Einfließen von entsprechenden Förderinhalten in die gesamte kommunikative Alltagssituation im Kindergarten wird großen Wert gelegt. Eine regelmäßige und kontinuierliche Praxisbegleitung ist seit Jahren ein selbstverständliches Angebot, das die Erzieherinnen gerne annehmen.

Ziel des Ravensburger Modells:

Die Erzieherinnen sollen befähigt werden, die gezielten sprachlichen Bedürfnisse der Kinder immer besser wahrzunehmen und dank ihres Hintergrundwissens sowohl mit speziellem Fördermaterial als auch im Kindergartenalltag den Kindern entsprechende Hilfe anbieten zu können.

Das Festhalten an einem Förderplan als Richtschnur ist außerordentlich wichtig, um alle relevanten Bereiche der Sprache anzubieten

Als zentral wichtig wird erachtet, dass **eine Erzieherin des Kindergartens selbst** die Sprachförderung anbietet und dass möglichst viele Erzieherinnen des Kindergartens mit den Inhalten vertraut sind. Nur so kann gewährleistet werden, dass ein spezifischer Lerninhalt aus der Sprachförderung in unzähligen Situationen über den Tag hinweg angesprochen wird und sich so die für das sprachlernende Kind notwendige regelmäßige Wiederholung der Lerninhalte ergibt.

Dieses Modell verlangt von den Erzieherinnen sehr viel Einsatz, müssen sie sich doch umfassend fortbilden und intensiv mit den Förderinhalten befassen.

Unter www.biberach.de/bruno-frey.html sind weitere Informationen zur Sprachförderung im Landkreis Biberach nachzulesen.

20 Längsschnittuntersuchung der Untersuchungsjahre 2010-2012¹

Sprache

Zwischen den Untersuchungsjahren 2009/2010 und 2010/2011 lassen sich sowohl bei Kindern mit Deutsch als Muttersprache DaM, als auch bei den Kindern mit Deutsch als Zweitsprache DaZ signifikante Verbesserungen im Bereich *intensiver pädagogischer Förderbedarf Sprache* erkennen. Zwischen den Jahren 2010/2011 und 2011/2012 verändert sich der *intensive pädagogische Förderbedarf Sprache* bei den Kindern mit Deutsch als Muttersprache und den Kindern mit Deutsch als Zweitsprache nicht weiter signifikant.

Die absoluten und relativen Häufigkeiten der drei Untersuchungsjahre lassen sich der Tabelle 1 entnehmen.

¹ Hanel, Maria: Längsschnittuntersuchung unterschiedlicher Entwicklungsbereiche von Vorschulkindern im Landkreis Biberach - Analyse der Daten aus der neuen Einschulungsuntersuchung der Untersuchungsjahre 2010-2012. Ulm, Schule für Medizinische Dokumentation, Studienarbeit, 2013

Die Kinder mit Deutsch als Zweitsprache DaZ haben gegenüber den Kindern mit Deutsch als Muttersprache DaM in allen Untersuchungsjahren ein rund 4fach erhöhtes signifikantes Risiko für einen *intensiven pädagogischen Förderbedarf Sprache*.

	alle Kinder			<i>Intensiver pädagogischer Förderbedarf Sprache</i>		
	gesamt	DaM	DaZ	gesamt	DaM	DaZ
2009/2010	1775 *fehlende Werte bei n=20	1344 (74,9%)	431 (25,1%)	472 (26,5%)	223 (*16,6%)	249 (*57,8%)
2010/2011	1825	1418 (77,9%)	407 (22,1%)	374 (20,5%)	172 (*12,1%)	202 (*49,6%)
2011/2012	1816	1384 (76,2%)	432 (23,8%)	408 (22,5%)	177 (*12,8%)	231 (*53,5%)

Tabelle 1: Absolute und relative* Häufigkeiten für den Befund *intensiver pädagogischer Förderbedarf Sprache*

Simultane Mengenerfassung

Im Untersuchungsjahr 2010/2011 wird den Kindern mit Deutsch als Muttersprache DaM und der Kindern mit Deutsch als Zweitsprache DaZ signifikant häufiger als im Vorjahr eine *altersentsprechende* simultane Mengenerfassung attestiert. Zwischen den Jahren 2010/2011 und 2011/2012 gibt es für diesen Befund bei allen Kindern keine signifikanten Veränderungen.

Die absoluten und relativen Häufigkeiten der drei Untersuchungsjahre lassen sich der Tabelle 2 entnehmen.

Kindern mit Deutsch als Zweitsprache DaZ wird in allen drei Untersuchungsjahren signifikant seltener eine *altersentsprechende* simultane Mengenerfassung als den Kindern mit Deutsch als Muttersprache DaM attestiert (RR 0,5-0,6).

	alle Kinder			simultane Mengenerfassung <i>altersentsprechend</i>		
	gesamt	DaM	DaZ	gesamt	DaM	DaZ
2009/2010	1775 *fehlende Werte bei n=20	1344 (74,9%)	431 (25,1%)	1368 (77,1%)	1107 (*82,3%)	261 (*60,6%)
2010/2011	1825	1418 (77,9%)	407 (22,1%)	1502 (82,3%)	1207 (*85,1%)	295 (*72,5%)
2011/2012	1816	1384 (76,2%)	432 (23,8%)	1456 (80,2%)	1151 (*83,2%)	305 (*70,6%)

Tabelle 2: Absolute und relative* Häufigkeiten für den Befund simultane Mengenerfassung *altersentsprechend*

Grafomotorik

In der Grafomotorik haben von Jahr zu Jahr mehr Kinder, zuletzt rund 60%, eine *unauffällige* Stifthaltung. Über die drei Untersuchungsjahre sind keine Unterschiede zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund erkennbar.

Der Anteil der Kinder, bei denen im Untersuchungsjahr 2012 ein *häuslicher Förderbedarf* Grafomotorik attestiert wird, sinkt über die Jahre und liegt bei rund 39%. Über die Untersuchungsjahre ist hierbei kein Unterschied zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund zu beobachten.

Visuomotorik

Im Bereich Visuomotorik steigt der Anteil der Kinder mit einem *altersentsprechenden* Befund auf rund 71% im Untersuchungsjahr 2012. Dabei haben Kinder mit DaZ gegenüber den Kindern mit DaM in allen drei Jahren ein annähernd gleiches Risiko.

Teil 2: Zusammenfassung

Untersuchte Kinder 1816

	Landkreis Biberach	Stadt Biberach
Allgemein		
Ausgewertete Kinder	1816	280
Alter im Mittel	57,8 Monate	58,0 Monate
Ärztlich nachuntersucht	34,9%	40,0%
Kinder mit deutscher Familiensprache	1384 (76,2%)	153 (55,7%)
Kinder mit anderen Familiensprachen	432 (23,8%)	112 (44,3%)
Vorsorgeuntersuchungen		
gelbes Vorsorgeheft vorgelegt	93,6%	91,8%
davon:		
U2	99,6%	98,9%
U7a	89,8%	96,4%
U8	94,6%	95,4%
Impfen		
Impfbuch vorgelegt	90,4%	90,6%
davon:		
Zwei Masernimpfungen	90,5%	90,3%
Hören		
Hören altersentsprechend	79,1%	75,7%
Hören Arztzuweisung	17,6%	22,1%
Sehen		
Sehen altersentsprechend	73,8%	68,2%
Sehen Arztzuweisung	23,7%	28,6%
Motorik		
Grobmotorik altersentsprechend	72,4%	70,4%
Stifthalterhaltung unauffällig	70,5%	61,4%
Grafomotorik häusliche Förderung	39,1%	38,35
Vierjährige vier Zeichen richtig	52,1%	53,0%
Fünfjährige vier oder fünf Zeichen richtig	66,5%	66,5%
Visuomotorik häusliche Förderung	28,6%	28,7%
Menschzeichnung altersentsprechend	71,3%	77,9%

	Landkreis Biberach	Stadt Biberach
Mengenverständnis		
Mengenerfassung weniger als drei simultan	18,5%	17,7%
Sprache		
Artikulation Arztbesuch empfohlen	19,0%	15,3%
Intensiver pädagogischer Förderbedarf Sprache	22,5%	29,3%
Sprache Arztbesuch empfohlen	12,6%	7,5%
Gewicht		
Übergewichtige Kinder	5,9%	9,3%
Adipöse Kinder	2,8%	4,4%
Medizinische Therapien		
Logopädie läuft (Elternangabe)	9,8%	6,4%
Logopädie abgeschlossen (Elternangabe)	2,8%	1,4%
Ergotherapie läuft (Elternangabe)	2,9%	1,8%
Ergotherapie abgeschlossen (Elternangabe)	0,7%	0,0%