

Die Schuleingangsuntersuchung: Ein kritischer Blick auf Historie und Status quo

The School Entry Health Examination: A Critical View of History and Status Quo.

Autoren

Anja Wattjes¹, Maria Karathana², Bernhard Krackhardt², Ursel Heudorf³

Institute

- 1 Gesundheitsamt Hannover, Hannover
- 2 Gesundheitsamt Frankfurt, Kinder- und Jugendmedizin, Frankfurt am Main
- 3 Gesundheitsamt Frankfurt, Abteilung Infektiologie und Hygiene, Frankfurt am Main

Schlüsselwörter

Schuleingangsuntersuchung, Schulgesundheit, Kindergesundheit Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Key words

school entrance examination, school health, child health, public health department, paediatric care

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0576-0662>

Gesundheitswesen 2018; 80: 310–316

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Ursel Heudorf
Gesundheitsamt
Abteilung Infektiologie und Hygiene
Breite Gasse 28
60313 Frankfurt am Main
ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de

ZUSAMMENFASSUNG

In Deutschland wurde bereits Ende des 19. Jahrhunderts die Untersuchung der Schulanfänger, die Schuleingangsuntersuchung, etabliert. Lag zunächst der Fokus auf dem Ausschluss von Infektionserkrankungen und Gesundheitsproblemen, die den Schulbesuch erschweren könnten bzw. sich im Lauf des Schulbesuchs verschlechtern könnten, trat Mitte des 20. Jahrhunderts das Konzept der Schulreife in den Vordergrund. Dabei wurden unterschiedliche „Schulreife-Konzepte“ angewandt, die inzwischen wieder verlassen wurden, da sie einer Evaluation nicht standhielten. Inzwischen wurde auch das Konzept der

„Schulreife“ durch das Konzept der „Schulfähigkeit“ ersetzt. Es stellt sich nicht mehr die Frage, ob, sondern mit welchen Hilfen und welcher Förderung ein Kind einzuschulen ist. Heute umfasst die Schuleingangsuntersuchung in praktisch allen Bundesländern neben einer Anamnese die Erfassung des Vorsorge- und des Impfstatus, einen Seh- und Hörtest sowie als besonderen Schwerpunkt die Beurteilung der Entwicklung der Kinder und des individuellen Förderbedarfs– insbesondere im Bereich der Visuomotorik, der Kognition und der Sprache. In fast allen Bundesländern macht die Schuleingangsuntersuchung einen Großteil der Arbeit des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes aus und bindet erhebliche Ressourcen. In der vorliegenden Arbeit wird dies kritisch diskutiert und ein Diskurs angeregt, ob diese Ressourcen nicht zielführender im Sinne der Kindergesundheit eingesetzt werden sollten angesichts geänderter gesellschaftlicher Bedingungen wie der in vielen Bundesländern verpflichtenden Wahrnehmung der Kinder-Vorsorgeuntersuchungen, der Zunahme von Seiteneinsteigenden aus anderen Ländern, insbesondere auch von Asylsuchenden, oder der Inklusion mit Schließung der Förderschulen und den damit verbundenen großen Herausforderungen in den Regelschulen.

ABSTRACT

At the end of the 19th century, the school entrance medical examination of all school beginners was established in Germany. The focus was on exclusion of infectious diseases and illnesses that could make school attendance more difficult or worsen during the school visit. In the middle of the 20th century the concept of “school maturity” came to the foreground. Different “school maturity concepts” were applied but abandoned because they could not withstand an evaluation. Meanwhile, the concept of “school maturity” has been replaced by the concept of “school ability”. The question no longer arises as to whether or not a child can be taught at school, but rather the assistance and support with which this can be achieved. Today, the school entrance medical check-up in nearly all the federal states includes, in addition to a medical history, an assessment of the precautionary and vaccination status, a visual and hearing test as well as assessment of the development of the child and his/her individual support requirements, especially in the field of cognition and language. In almost all German federal states, the

school entrance examinations use up considerable resources of the pediatric and adolescent services in the public health departments. In the paper presented, this is critically discussed, and a discourse is suggested as to whether these resources could be used more effectively in terms of child health

considering changed social conditions, such as the mandatory health checks in childhood in many federal states, the increase of immigrants from other countries, in particular asylum seekers, or the "Inclusion", i. e. with closure of special-needs schools and the associated challenges in the regular schools.

Historie der Schulgesundheitspflege in Deutschland bis zum Ende des 2. Weltkriegs

Nach Einführung der Schulpflicht in den Ländern in Deutschland im 17. und 18. Jahrhundert [1] wurde im 18. und 19. Jahrhundert auch das öffentliche Schulwesen ausgebaut [2]. Mit zunehmender Durchsetzung der Schulpflicht wurden jedoch die schlechten Verhältnisse in den Schulen zu einem immer größeren Problem [3].

Bereits Johann Peter Frank hatte in seiner Abhandlung „System einer vollständigen medizinischen Polizey“ auf die Verantwortung des Staates für die Gesundheit seiner Schüler hingewiesen („Ihr lehrt sie Religion, Ihr lehrt sie Bürgerpflicht. Auf ihres Leibes Wohlstand seht Ihr nicht“ [4]. Mit seiner 1836 veröffentlichten Abhandlung „Zum Schutz der Gesundheit in den Schulen“, in der der Schule ein krankmachender Effekt durch Überlastung bedingt durch zu viel Unterrichtsstoff zugeschrieben wurde, löste Medizinalrat Lorinser den sog. „Lorinser Schulstreit“ aus [5]. Der Breslauer Augenarzt Hermann Cohn machte 1867 nach umfangreichen Untersuchungen an Schülern auf die verbreitete Kurzsichtigkeit bei diesen aufmerksam und stellte einen Zusammenhang zum Schulmobiliar her [6].

Abhilfe tat not. 1859 unterschied der Merseburger Sanitätsrat Otto Schraube in seinem Buch „Die sanitätspolizeiliche Beaufsichtigung des Schulunterrichts“ zwischen der „Schulhygiene“ und „Unterrichtshygiene“. Die Schulhygiene befasste sich in erster Linie mit der Beschaffenheit des Schulgebäudes, den Lichtverhältnissen, Sanitäreinrichtungen, der Einrichtung wie z. B. den Schulbänken, der Heizung und Belüftung, während in der „Unterrichtshygiene“ eher pädagogische Fragestellungen wie das Schuleintrittsalter, Schulzeiten, Ferien, Sportunterricht, Pausenregelungen, Hausaufgaben und Unterrichtsinhalte thematisiert wurden [7]. Der Berliner Arzt Friedrich Falk forderte dann in seinem Buch „Die sanitätspolizeiliche Überwachung höherer und niederer Schulen und ihre Aufgaben“ eine Überwachung der Schule durch Ärzte und regelmäßige Untersuchungen der Schüler während der Schulzeit, aber auch bei Schuleintritt. Der Schulanfänger sollte „an keinem Übel leiden, welches in seinem oder seiner Mitschüler Interesse den Schulbesuch verbietet“ [8].

Rudolf Virchow selbst verfertigte schließlich im Auftrag der Preußischen Regierung die Stellungnahme „Über gewisse, die Gesundheit benachteiligende Einflüsse der Schule“ [9], in der er nach eingehender Literaturrecherche feststellt, dass ... „eine einheitliche Vollständigkeit der Schulpathologie nicht existiert“, eine solche aber dringlich notwendig sei. Die Schulgesundheitspflege solle in die Hand von Ärzten gelegt werden, die die gesundheitlichen Gefährdungen der Schüler wissenschaftlich aufarbeiten sollten. Als mögliche Gesundheitsgefährdungen benannte Virchow: Luft und Licht im Klassenzimmer, Trinkwasser, Sanitäreinrichtungen, Sitzgelegen-

heiten, der Bewegungsmangel und die Belastung der Schüler durch den Unterricht.

Ende des 19. Jahrhunderts wurde mit der endgültigen Durchsetzung der Schulpflicht und dem Ausbau der Volksschule die Frage der schulhygienischen Überwachung immer zwingender. 1877 veröffentlichte der Kinderarzt Baginsky zusammen mit Janke das erste „Handbuch der Schulhygiene“, in dem er die Aufgaben des Schularztes beschrieb, u. a. Überwachung des Schulgebäudes, der Lehrinhalte, aber auch der Schüler hinsichtlich ansteckender Krankheiten als auch die gesundheitlicher Auswirkungen der Schule auf dieselben [10]. 1882 befasste sich der „4. Internationale Hygienekongress“ in Genf mit den Aufgaben des Schularztes, 1883 stellte die Stadt Frankfurt den ersten Stadtarzt ein, der auch schulärztliche Aufgaben wahrnehmen sollte. 1896 wurden in Wiesbaden die ersten Schulärzte eingestellt. Das Wiesbadener Schularztwesen galt schnell als vorbildlich in Deutschland. Die Aufgabe der dortigen Schulärzte lag – neben der Schulhygiene – insbesondere in der Überwachung des Gesundheitszustandes der Kinder, wozu die Untersuchung aller Schulanfänger gehörte. Diese Aufgaben wurden auch in den Leitsätzen zur Schulhygiene festgeschrieben, die durch eine auf dem Internationalen Kongress für Schulhygiene im Jahr 1904 gegründete Kommission zur einheitlichen Organisation des Schuldienstes erstellt und in der „Zeitschrift für die Schulgesundheitspflege“ veröffentlicht wurden. In den Leitsätzen wurde neben der Schulhygiene die sog. „Schülerhygiene“ festgeschrieben. Diese umfasst die Aufnahmeuntersuchung der Schüler, schulärztliche Sprechstunden und Nachuntersuchungen. Die Aufnahmeuntersuchung war bereits von Baginsky und Janke [10] detailliert beschrieben worden (**Box**). 1907 beschrieb der Wiesbadener Schularzt Cuntz im Auftrag des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege acht Leitsätze für die Aufnahmeuntersuchung [11]. Letztendlich sind diese Vorgaben bis heute Bestandteil der Schuleingangsuntersuchung.

SCHULEINGANGSUNTERSUCHUNG

„Die Aufnahme neuer Schüler, ganz besonders aber der zum ersten Male nach der Schule gebrachten, erfolgt nach genauer Untersuchung seitens des Schularztes. Hierbei ist festzustellen

- a) die Größe des Kindes;
- b) sein Gewicht (wenn Zeit und Gelegenheit dazu ist);
- c) seine Körperhaltung (Skoliose, Kyphose; Lordose);
- d) seine Ernährung (Gesichtsfarbe, Fettpolster, Muskulatur);
- e) die stattgehabte Vaccination (Impfschein);

- f) Zustand der Augen – Emmetropie, Sehschärfe, Ametropie, Myopie, Hyperopie, Schielen, Augenentzündungen;
- g) Zustand der Ohren (Gehörschärfe),
- h) besondere Bemerkungen, bezüglich Scrophulose, Rachitis, Lues, Epilepsie, Chorea, Stottern.

(Baginsky und Janke, 1890)

„I. Die Aufnahmeuntersuchung (Erstuntersuchung) sämtlicher zur Schule angemeldeter Kinder. Bei derselben ist für jedes aufgenommene Kind ein Gesundheitsschein (Personalbogen) anzulegen, in welchem die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung, wie auch die Beobachtung des Lehrers über körperliches und geistiges Verhalten des Kindes während der ganzen Schulzeit einzutragen sind.

Als Unterlage für diese Aufnahmeuntersuchung ist ein anamnestischer Fragebogen an die Eltern bzw. den Hausarzt zu fordern. Derselbe soll enthalten Angaben über bisherige Krankheiten, Verletzungen, körperliche und geistige Fehler des Kindes; wünschenswert sind auch Angaben über gesundheitsschädigende häusliche Verhältnisse, Wohnung u. dgl.

Aus dieser Aufnahmeuntersuchung bzw. dem Gesundheitsschein müssen sich ergeben:

1. Die vollständigen Personalien des Kindes (einzutragen durch den Lehrer);
2. Größe und Gewicht aller Kinder, auf Zentimeter und $\frac{1}{4}$ Kilogramm abgerundet (gemessen mindestens einmal im Jahr und zu gleichbleibendem Termin, und einzutragen durch den Lehrer);
3. Brustumfang, jedenfalls bei allen schwächlichen, namentlich auf Tuberkulose verdächtigen Kindern (gemessen bei In- und Expiration, herabhängenden Armen, und eingetragen durch den Schularzt);
4. Urteil über die allgemeine körperliche Entwicklung des Kindes in Hinsicht auf seine Arbeitsfähigkeit (Lernfähigkeit) nach den Zensuren gut, mittel, schlecht.
5. Urteil über den psychischen Zustand des Kindes (notwendigerweise später zu ergänzen nach den Beobachtungen des Lehrers);
6. Angabe zu vorhandenen Krankheiten:
 - a) allgemeiner konstitutioneller Art, Entwicklungs-, Ernährungskrankheiten u. dgl.,
 - b) spezielle Organerkrankungen in einigen für den Schulbetrieb wichtigen Symptomengruppen.
7. Angabe, ob und in welcher Weise die vorhandene Erkrankung eine besondere Rücksichtnahme im Unterricht oder Teilnahme an den Wohlfahrtseinrichtungen der Schule erfordert (sog. Vorschläge an die Schule);
8. Angabe, ob ferner schulärztliche Überwachung notwendig ist; Auswahl der Überwachungsschüler und Schulinvaliden.

Diese Aufnahmeuntersuchung ist möglichst genau und nach allgemein gültigen ärztlichen Vorschriften und einheitlichen Grundsätzen durchzuführen.

Dem Schularzt ist für diese Untersuchung, wie für seine sonstige Tätigkeit, wenn irgend möglich, ein besonderes Zimmer in der Schule zur Verfügung zu stellen.

Als geeignete Zeit für die Aufnahmeuntersuchung empfiehlt sich der zweite oder dritte Monat nach Schulbeginn.

Wünschenswert ist schon in den ersten Tagen eine vorläufige Besichtigung zur Zurückweisung gänzlich schulunfähiger Kinder. Für die allgemeine Prüfung von Gesicht und Gehör ist ein späterer Termin zweckmäßig“.

(Cuntz, 1907).

Mit Einstellung der Schulärzte – bis zum Ausbruch des ersten Weltkriegs waren 1200–1500 Schulärzte in Deutschland tätig [12] – verschob sich der Schwerpunkt von der Überwachung des Schulgebäudes hin zur Sorge um den Gesundheitszustand der Schüler (Schülerhygiene) [13]. Diese Entwicklung kann gut nachvollzogen werden an den Veröffentlichungen der „Zeitschrift für Schulgesundheitspflege“. Haupt [3] unterschied verschiedene Veröffentlichungsperioden: von der Gründung 1888–1897 reine Schulhygiene, von 1897 bis 1904 Übergangsphase, in der das Kind in den Mittelpunkt rückt, nach 1918 bis zum Ende der Herausgabe der Zeitschrift 1938 stehen die Auswirkungen des ersten Weltkriegs und der Wirtschaftskrise sowie der Aufbau niedergegangener Strukturen im Mittelpunkt.

Bereits im Kaiserreich, aber sicher nach dem ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik erhielt der Schularzt neben seinen Aufgaben der Schüleruntersuchung einschließlich der Bekämpfung der Infektionskrankheiten – insbesondere der Tuberkulose – auch die wichtige Aufgabe als Schaltstelle bei der Verteilung der Kinder zur Unterbringung in See- oder Solebädern, Ferienkolonien, Waldschulen, Schulspeisung usw. [14]. Im Dritten Reich wurde mit dem Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens und insbesondere der 3. Durchführungsverordnung in §§ 55–58 die Überwachung der Schulgebäude und Einrichtungsgegenstände, die Verhütung und Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen und die Schulgesundheitspflege geregelt. Der etablierte Aufgabenkatalog der Schulgesundheitspflege wurde weitgehend übernommen, aber um eine rassehygienische Ausrichtung ergänzt. 1940 wurde die Schulgesundheitspflege und die Hitler-Jugendgesundheitspflege zusammengefasst. Es waren Reihenuntersuchungen im Alter von 6, 10, 14, 15 und 18 Jahren vorgesehen. Dabei lag die Intention nicht auf dem Wohl der Kinder, sondern auf der Feststellung und Erfassung der „Tauglichkeit“ der Kinder und Selektion bereits im frühen Kindesalter.

Schulgesundheitspflege und Schuleingangsuntersuchung nach dem 2. Weltkrieg

Nach dem Ende des Krieges stand auch in der Schulgesundheitspflege die Bekämpfung der Not im Vordergrund. Hierzu zählten die Eindämmung von Infektionskrankheiten, die Infektionsprophylaxe, Schulspeisung und Erholungsverschickungen. So wurde das Aufgabenfeld der Schulgesundheitspflege der Weimarer Republik fortgeführt [15].

Auch Haberda griff in seinem Buch „Schulhygiene“ diese Tradition auf, ergänzt um neue Aspekte wie Sexualhygiene, Hygiene des kindlichen Seelenlebens, Alkohol und Nikotin und Schülerelbstmorde [16]. 1966 veröffentlichte der „Ausschuss für Fragen der Schulgesundheitspflege“ der „Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie“ einen Leitfaden für den Schularzt, der u. a. Ziele für die Schuleingangsuntersuchung beschrieb: „Feststellung der körperlichen und geistigen Fähigkeit, mit Erfolg die Schule zu besuchen, die Schulreife; rechtzeitige Korrektur vorübergehender oder beeinflussbarer Schwächen vor Schuleintritt; Auswahl behinderter Kinder in geeignete Sonderschulen, um ihnen von Beginn an einen erfolversprechenden Schulbesuch zu ermöglichen und Zeitverlust auf der einen, Enttäuschungen auf der anderen Seite zu vermeiden“. Mit Aufschwung nach dem Krieg hatte sich der Fokuswechsel vollzogen hin zum individuellen Kind.

Verschiedene „Schulreifetests“ wurden entwickelt, u. a. der „Münchener Schulreifetest“, der „Weilburger Test“, der „Frankfurter Test“ und der „Kern´sche Grundleistungstest“ [17]. Da diese allerdings sehr unterschiedliche Testergebnisse erbrachten, wurde zunehmend nach geeigneten, standardisier- und validierbaren Test- und Dokumentationsverfahren gesucht. Ab 1979 setzte sich nahezu bundesweit das „Bielefelder Modell“ durch (Anleitung zur Schuleingangsuntersuchung mit Schulgesundheitsbogen, Elternfragebogen sowie Anleitung zur statistischen Auswertung), in Niedersachsen wurde ein weiteres Untersuchungs-Dokumentations- und Auswertungsprogramm eingesetzt: SOPHIA (sozialpädiatrisches Programm Hannover – jugendärztliche Aufgaben). Mit dem Bielefelder Modell [18], aber insbesondere in den 1990er Jahren wurden große Anstrengungen zur Standardisierung der Untersuchung und deren Dokumentation sowie zur Qualifizierung der Kinder- und Jugendärztlichen Teams vorgenommen [19–23].

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts verbesserte sich die gesundheitliche Lage der Kinder in der Bundesrepublik Deutschland. Zudem gehören seit 1971 die Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen. Hierdurch konnte sich der Fokus der Schulhygiene weiter weg von der Abwehr von Krankheit hin zu einer individuellen Entwicklungsförderung verschieben [15]. Die Entwicklungsdiagnostik wurde damit zunehmend wichtiger; diese war aber im Bielefelder Modell nur unzureichend berücksichtigt [24]. Somit mussten neue Tests gefunden und validiert werden, um Vorläuferfertigkeiten von später in der Schule zu erlernenden Fähigkeiten zu überprüfen [25]. Der von einer Arbeitsgruppe verschiedener Gesundheitsämter entwickelte und von den Universitäten Köln und Bremen weiterentwickelte und validierte S-ENS-Test (Screening des Entwicklungsstandes) testet Körperkoordination, Visuomotorik, visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung, Sprachkompetenz und Informationsverarbeitung sowie Artikulation [24]. An der Universität Bremen wurde ein weiteres Screening, das „sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen- SOPESS“ entwickelt und validiert. Dieses umfasst die Merkmalsbereiche Visuomotorik, selektive Aufmerksamkeit, Zahlen- und Mengenvorwissen, visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern, Sprache und Körperkoordination [26–29]. In Sachsen-Anhalt arbeiten die Gesundheitsämter seit 2006/7 auch mit der Vorschultestbatterie BUEVA (Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter) zur Erkennung von Teilleistungsstörungen im Vorschulalter. Die

meisten dieser Tests erfassen dabei kognitive Fähigkeiten, während die sozial-emotionale Kompetenz nicht untersucht und erfasst wird.

1990er Jahre: Kritik an der Schuleingangsuntersuchung

Nach Einführung der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder 1971 wurde die Frage nach der Sinnhaftigkeit der Fortführung der Reihenuntersuchung zum Schulbeginn aufgeworfen [30–33]. Dabei spielt neben oben genannter methodischer Fragen auch eine Rolle, dass die Schuleingangsuntersuchung viele ärztliche Ressourcen bindet. Die Schuleingangsuntersuchung macht einen Großteil, wenn nicht sogar einen überwiegenden Teil der Aktivitäten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes aus [32, 33]. So plädierten bereits in den 1990er Jahren Hurrelmann und Palentien für einen Umbau des jugendärztlichen Dienstes zu einem „schulbetriebsärztlichen Dienst“ und sie empfahlen, „den Reihencharakter der Schuleingangsuntersuchungen aufzugeben“ [32].

Bereits in dem viel diskutierten Gutachten von Canaris aus dem Jahr 1992 war die Empfehlung ausgesprochen worden, den individualmedizinischen Aussagewert der Schuleingangsuntersuchungen niedriger als bisher anzusetzen und stattdessen den epidemiologischen Dokumentationswert stärker zu gewichten [Canaris 1992; zitiert nach 23]. Nicht nur angesichts der Standardisierungs- und Akzeptanzprobleme stellten Hurrelmann und Palentien Repräsentativ-Stichprobenverfahren als (bessere) Alternativen dar, die nicht nur epidemiologisch besser verwertbare und aussagekräftigere Daten ermöglichen, sondern dies auch mit geringerem Zeit- und Personalaufwand und mit einem für die Gesundheitsberichterstattung wesentlich geeigneteren Zuschnitt [32].

Auf Grundlage einer umfassenden Analyse und unter Berücksichtigung der aktuellen gesundheitlichen und schulischen Rahmenbedingungen sowie Erfahrungen aus dem Ausland sah Gruhl 1994 einen enormen Reformdruck für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst und hinterfragte insbesondere die [31]. Er verwies hierbei auf

- „Die ungeklärte Validität und Reliabilität schulärztlicher Untersuchungen
- Die nicht bewiesene epidemiologische Relevanz
- Die Vorsorgeleistungen im niedergelassenen Bereich (insbesondere die in zeitlichem Zusammenhang mit der Schuleingangsuntersuchung stehende U9; UH)
- Die zunehmende Notwendigkeit der sozialpädiatrischen Begleitung von sozial- und gesundheitlich benachteiligten Schülern bzw.
- Die gesundheitsfördernden und gruppenprophylaktischen Aufgaben der Schulgesundheitsdienste, die z. T. zu kurz kommen, usw. [31].

Um „unzureichend besetzte Handlungsfelder im präventiven Bereich besser abzudecken“ empfahl er dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ein neues Profil für die Schuleingangsuntersuchungen. Diese sollten nach seinen Empfehlungen rein ergänzend zu den Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden. Die körperlichen Untersuchungen könnten entfallen, wenn die letzten Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden. Eine Seh- und Hörprüfung sollte unbedingt beibehalten werden. Zumindest Teile könnten durch medizinische Fachangestellte oder sogar durch

pädagogische Beobachtungen übernommen werden. Epidemiologische Daten müssen nicht im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung [34] sondern können durch repräsentative Stichproben erhoben und die Effizienz der Schuleingangsuntersuchung hinsichtlich ihrer Aussagekraft für die Entwicklung der Kinder evaluiert werden [31].

Die Schuleingangsuntersuchung zu Beginn des 21. Jahrhunderts

Im 20. Jahrhundert wurde das Konzept der Schulreife durch das der Schulfähigkeit ersetzt. Schulfähigkeit besteht aus sozio-emotionalen, motorischen und kognitiven Komponenten [35]. Zu den sozio-emotionalen Fähigkeiten zählen Oldenhage et al. unter anderem Selbstständigkeit, Selbststeuerung, Stress- und Emotionsregulation, Problem- und Konfliktlösestrategien und Aufgabenorientierung. Diese Kompetenzen sind nur bedingt während einer Schuleingangsuntersuchung zu beurteilen [28]. Zu den kognitiven Fähigkeiten gehören verschiedene Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse von Informationen [28].

Da die Bildung unter die Kulturhoheit der Länder fällt, existieren in allen Bundesländern unterschiedliche Schulgesetze und Ausführungsverordnungen, in denen auch die Durchführung der Schuleingangsuntersuchung festgelegt wird. Eine im Rahmen einer Masterarbeit im Jahr 2013 und für diesen Beitrag aktualisierte Recherche zeigt: Schuleingangsuntersuchungen sind in praktisch allen Ländern in Verordnungen festgeschrieben, wobei die Ausgestaltung im Detail in den Bundesländern teilweise sehr unterschiedlich ausfällt:

In Hamburg wurden zum Beispiel die Schuleingangsuntersuchungen 2001–2003 abgeschafft [36]. Inzwischen sind diese aber wieder verpflichtend eingeführt. Hierbei wird erste schulärztliche Untersuchung 1–1,5 Jahre vor Schulbeginn vorgenommen, insbesondere bei Kindern, die Auffälligkeiten in der Entwicklung oder einen inkompletten Vorsorgestatus haben. Nachdem durch die zwischenzeitliche Abschaffung der Schuleingangsuntersuchung ein erheblicher Einbruch zu verzeichnen war, gestaltete sich die Wiedereinführung der Schuleingangsuntersuchung sehr aufwendig [37]. Nach einigen Jahren war die Datenlage aber wieder zufriedenstellend, sodass jetzt wieder Kindergesundheitsberichte publiziert werden können. In Baden-Württemberg dagegen ist die Schuleingangsuntersuchung als zweizeitige Untersuchung gestaltet, wobei die erste 15–24 Monate vor der Einschulung im Kindergarten durch die sozialmedizinische Assistentin und die zweite kurz vor der Einschulung durch den Schularzt vorgenommen wird. Das Saarland hat inzwischen das Modell von Baden-Württemberg weitgehend übernommen. In Brandenburg werden die Kinder über die Schuleingangsuntersuchung hinaus bereits in der KITA im Alter von 30–42 Lebensmonaten durch ein Team aus Schularzt und Arzthelferin gesehen. In Sachsen erfolgt eine Sprachstandstestung um das 4. Lebensjahr – und weitere Untersuchungen in den 2. und 6. Klassen sowie in den Förderschulen in den 4. und 8. Klassen. In Schleswig-Holstein werden alle 4-Jährigen untersucht, auch in Thüringen, wo darüber hinaus noch die Kinder der 4. und der 8. Klasse gesehen werden.

Eine aktuelle Erfassung zu den schulärztlichen Stellungnahmen zum Schulbeginn im Ländervergleich wurde auf dem ÖGD-Kon-

gress 2017 in München vorgestellt [38]. Heute wird SOPESS in den meisten Bundesländern zur Testung der Entwicklung genutzt. In Niedersachsen wird teilweise auch SOPHIA eingesetzt. Eine körperliche Untersuchung wird in Hamburg nur bei fehlender U8 und U9, bei von den sozialmedizinischen Angestellten im Screening als „auffällig“ befundenen Kindern in Bayern, ansonsten in allen Bundesländern grundsätzlich vorgenommen. Im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen wurde berichtet, dass in München bei als auffällig befundenen Kindern zunächst eine Fallbesprechung und nur bei Bedarf eine körperliche Untersuchung vorgenommen wird, wodurch nicht erforderliche körperliche Untersuchungen gezielt vermieden und mehr Zeit für aufwändige Untersuchungen und Interventionen gewonnen wurden [39]. In Bayern wird derzeit in diesem Zusammenhang ein Gesundheits- und Entwicklungsscreening im Kindergartenalter (GESiK) erprobt [40], Große Bedeutung wird der sogenannten Sprachstandserfassung beigemessen, die in Baden-Württemberg bspw. bereits im Kindergarten durch den HASE-Test und den SETK vorgenommen wird – als Teil der späteren Schuleingangsuntersuchung. In Hessen wurde das KISS-System zur Sprachstandserfassung etabliert, es wurde allerdings als freiwilliges Modul nicht mit der Schuleingangsuntersuchung vernetzt.

Schlussfolgerungen

Seit der Einführung der schulärztlichen Tätigkeit und dem Ausbau der Schuleingangsuntersuchung vor mehr als 130 Jahren, haben diese sich immer wieder ändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen angepasst. Unbestritten bleibt, dass mit der Schulpflicht der Staat in der Fürsorgepflicht steht für das physische und psychische Wohl der Kinder. Zudem ist die Schuleingangsuntersuchung die einzige Untersuchung in dieser Altersklasse, die bei allen Kindern verpflichtend durchgeführt wird.

Allerdings ist mehr als 20 Jahre nach der Kritik von Gruhl [31] und anderer festzustellen, dass eine einheitliche Validierung der Einschulungsuntersuchungen immer noch aussteht. Trotz der länderweiten Einführung von Testprogrammen und erheblicher Bemühungen um Standardisierung, sind weiterhin methodisch bedingt erhebliche Unterschiede bei den Ergebnissen zwischen den Bundesländern, aber auch zwischen einzelnen Gesundheitsämtern zu verzeichnen, die die Aussagekraft der auf dieser Basis erhobenen epidemiologischen Daten der Kindergesundheitsberichterstattung einschränken.

In allen Bundesländern macht die Schuleingangsuntersuchung weiterhin den Großteil der Arbeit des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes aus und bindet erhebliche Ressourcen. Diese wären aber möglicherweise auf anderen Gebieten besser einzusetzen. Denn in der Zwischenzeit haben sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verändert. Durch erhebliche Umbrüche der wirtschaftlichen Situation und des Arbeitsmarkts in Europa emigrieren immer mehr Arbeitnehmer nach Deutschland, deren Kinder als „Seiteneinsteigende“ [41, 42] oft ohne jegliche Sprachkenntnisse altersentsprechend in die Jahrgangstufen eingeschult werden, nicht selten ohne vorher durch den öffentlichen Gesundheitsdienst gesehen zu werden. Dies trifft auch auf die vielen Kinder zu, die als unbegleitete minderjährige Ausländer [43] oder mit ihren Familien als Flüchtlinge und Asylsuchende nach Deutschland kommen. Mit Einführung der Inklusion haben sich weitere Problemstellungen er-

geben. Förderschulen werden geschlossen, die Kinder gehen in den „inklusive Unterricht“ auf Regelschulen. Diese sind mit den diversen Fragestellungen dieser Kinder oft überfordert, insbesondere im gesundheitlichen Bereich. Nicht zuletzt in diesem Zusammenhang wird 2017 in Hessen gemeinsam mit dem Land Brandenburg ein Pilotprojekt „Schulgesundheitsfachkraft“ („school nurse“) mit wissenschaftlicher Begleitung gestartet [44, 45]. Auch die rechtzeitige Schließung von Impfzügen gewinnt angesichts der veränderten gesellschaftlichen Situation in den Schulen an Bedeutung [46].

Es wäre also an der Zeit, vor diesem Hintergrund einen erneuten Diskurs über die Aufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes zu führen und in diesem Zusammenhang auch die Schuleingangsuntersuchung und insbesondere deren Gestaltung neu zu diskutieren. Die Notwendigkeit eines effektiven Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes angesichts Zunahme der Seiteneinsteigenden und der Flüchtlinge sowie der Herausforderungen der Inklusion besteht mehr denn je.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Konrad F-M. Geschichte der Schule. München: Verlag C. H. Beck; 2012
- [2] Drewek P. Geschichte der Schule. In: Harney K, Krüger H-H. Einführung in die Geschichte der Erziehungswissenschaft und Erziehungswirklichkeit. Opladen en Bloomfield Hills: Verlag Barbara Buderich; 2006
- [3] Haupt M. Schulhygiene und schulärztlicher Dienst im Spiegel der „Zeitschrift für Schulgesundheitspflege“ 1888–1938. Öffentliches Gesundheitswesen 1964; 26: 273–281
- [4] Frank JP. System einer vollständigen medicinischen Polizey. Band 2. Gedruckt bei Johann Thomas Eilen von Trattner 1786
- [5] Seng U. Die Schulpolitik im Bistum Breslau im 19. Jahrhundert. Wiesbaden: Harrassowitz; 1989
- [6] Cohn H. Untersuchung der Augen von 10060 Schulkindern nebst Vorschlägen zur Verbesserung der den Augen nachtheiligen Schuleinrichtungen. Leipzig: Verlag von Friedrich Fleischer; 1867
- [7] Schraube O. Die sanitätspolizeiliche Beaufsichtigung des Schulunterrichts. Ein Wort zur Reform der Schulen an Administrativbeamte, Aerzte, Schulmänner und Eltern. Halle: Verlag Pfeffer; 1859
- [8] Falk F. Die sanitäts-polizeiliche Überwachung höherer und niederer Schulen und ihre Aufgaben. Leipzig: Verlag von Veit & Comp; 1868
- [9] Virchow R. Über gewisse, die Gesundheit benachteiligende Einflüsse der Schulen. Centralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen 1869; 11: 343–362
- [10] Baginsky A., (Hrsg.). Janke O. Handbuch der Schulhygiene zum Gebrauche für Ärzte, Sanitätsbeamte, Lehrer, Schulvorstände und Techniker. 3. Auflage. Stuttgart: Verlag von Ferdinand Enke; 1900
- [11] Cuntz F. Einheitliche Organisation des schulärztlichen Dienstes mit besonderer Rücksicht auf die Dienstanweisung. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege – Der Schularzt 1907; 5: 463–470
- [12] Hahn S. Vor 100 Jahren: Erste Schulärzte in Leipzig – ein Beitrag zur Geschichte der Schulhygiene in Deutschland. Gesundheitswesen 1993; 55: 76–81
- [13] Poelchau G. Anleitung für die schulärztliche Tätigkeit. Hamburg: Verlag von Leopold Voss; 1908
- [14] Czerny A. Die Mitwirkung der Schulärzte bei der Einrichtung und Durchführung von Schülerspeisungen unter besonderer Berücksichtigung der Grundsätze der amerikanischen Quäkerspeisung. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1920; 33: 366–368
- [15] Maser W. 100 Jahre für die Gesundheit der Kinder. Der schulärztliche Dienst in Wiesbaden von 1896 bis 1996. Wiesbaden: Magistrat der Landeshauptstadt Wiesbaden Gesundheitsamt; 1996
- [16] Haberda M. Schulhygiene (Schulgesundheitslehre). Wien: Verlag Wilhelm Mauderich; 1951
- [17] Schenk- Danzinger L. Schuleintrittsalter, Schulfähigkeit und Lesereife. In: , Deutscher Bildungsrat (Hrsg.). Gutachten und Studien der Bildungskommission 7. Stuttgart: Ernst Klett Verlag; 1969
- [18] Schmidt W. Dokumentation schulärztlicher Untersuchungen. Gesundheitswesen 1970; 32: 159–162
- [19] Meireis H. Grundanforderungen an die Dokumentation schulärztlicher Vorsorgeuntersuchungen. Gesundheitswesen 1992; 54: 7045–7709
- [20] Meireis H. Vereinheitlichung der jugendärztlichen Dokumentation. Gesundheitswesen 1995; 57: 729–733
- [21] Meireis H. Qualitätssicherung im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Gesundheitswesen 1997; 59: 159–163
- [22] Meireis H. Lage und Perspektive des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes KJGD. Gesundheitswesen 2001; 63: 667–671
- [23] Jaescke B. Eine Neukonzeption der schulärztlichen Dokumentation-Erfassung von Gesundheitsdaten auf dem PC. Öffentliches Gesundheitswesen 1989; 51: 465–469
- [24] Dietmair I, Simon K. Screening des Entwicklungsstandes (S-ENS)- ein Verfahren zur Erfassung von Entwicklungsstörungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. Congress Abstract. Gesundheitswesen 2004; 66: 33
- [25] Petermann F, Daseking M. Screening und Schuleingangsdiagnostik. Gesundheitswesen 2011; 73: 635–636
- [26] Daseking M, Petermann F, Röske D et al. Entwicklung und Normierung des Einschulungstestes SOPESS. Gesundheitswesen 2009; 71: 648–655
- [27] Daseking M, Petermann F, Simon K et al. Vorhersage von schulischen Lernstörungen durch SOPESS. Gesundheitswesen 2011; 73: 650–659
- [28] Oldenhage M, Daseking M, Petermann F. Erhebung des Entwicklungsstandes im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. Gesundheitswesen 2009; 71: 638–647
- [29] Waldmann H-C, Oldenhage M, Petermann F et al. Screening des Entwicklungsstandes bei der Einschulungsuntersuchung: Validität der kognitiven Skalen des SOPESS. Gesundheitswesen 2009; 71: 656–662
- [30] Bodmer HG. Schulärztliche Aufgaben und Tätigkeit gestern und heute. Sozial- und Präventivmedizin 1983; 28: 10–12
- [31] Gruhl M. Die Schuleingangsuntersuchung – ausländische Modelle und weiterführende Überlegungen. Gesundheitswesen 1994; 56: 446–451
- [32] Hurrelmann K, Palentien C. Plädoyer für einen Umbau des jugendärztlichen Dienstes zu einem „schulbetriebsärztlichen Dienst“. Gesundheitswesen 1996; 58: 525–532
- [33] Zimmermann E. Den schulärztlichen Beitrag zur schulischen Förderung qualifizieren. Gesundheitswesen 1997; 59: 598–603
- [34] Weißling A. Die Schuleingangsuntersuchung: Perspektiven für eine Gesundheitsberichterstattung in Schule und Gemeinde. Gesundheitswesen 2000; 62: 383–390
- [35] Krenz A. Ist mein Kind schulfähig? München: Kösel-Verlag; 2010
- [36] Höldke B. Neue Aufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes. Das „Hamburger Konzept“. Gesundheitswesen 2001; 63: 672–676
- [37] Kirchhoff, persönliche Mitteilung
- [38] Trost-Brinkhues G. Schulärztliche Stellungnahmen zum Schulbeginn (SEU) im Ländervergleich. Gesundheitswesen 2017; 79: 319

- [39] Franz A, Martignoni K, Meyer-Borgstädt A et al. Qualitätsmanagement (QM) in der Gesundheitsuntersuchung zur Einschulung in der Landeshauptstadt München. *Gesundheitswesen* 2017; 79: 330
- [40] Nennstiel-Ratzel U, Hölscher G, Morlock G et al. Gesundheits- und Entwicklungsscreening im Kindergartenalter – GESiK. *Gesundheitswesen* 2017; 79: 319
- [41] Karathana M, Krackhardt B, Schade M et al. Schuleingangsuntersuchung bei Seiteneinsteigern – was kann, was soll sie leisten? Ein Diskussionsbeitrag auf Grundlage der Daten aus dem Gesundheitsamt Frankfurt am Main 2006-2016 *Gesundheitswesen*. 2017 Dec 15. doi: 10.1055/s-0043-121887. [Epub ahead of print]
- [42] Simon K. Schulärztliche Untersuchungen von Seiteneinsteigenden in Nordrhein-Westfalen. *Gesundheitswesen* 2017; 79: 331–332
- [43] Karathana M, Krackhardt B, Huber M et al. Unbegleitete minderjährige Asylsuchende (UMA) in Frankfurt am Main 2006-2015: Allgemeiner Gesundheitszustand, Prävalenz von Tuberkulose, Parasiten und multiresistenten Erregern. *Hygiene und Medizin* 2016; 41: 152–159
- [44] Ellsäßer G, Basekow A. School nurse – Modellprojekt in den Bundesländern Brandenburg und Hessen – Aktueller Stand der fachlichen Begleitung durch den KJGD in Brandenburg. *Gesundheitswesen* 2017; 79: 319
- [45] AWO Potsdam: Schulgesundheitsfachkraft <https://www.awo-potsdam.de/projekte/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg.html>
- [46] Hable M, Wetzel B, Richter V. Impflückenschließung in Schulen am Ende der Sekundarstufe I. *Gesundheitswesen* 2017; 79: 330