

Konzept

für ein

gesundheitsorientiertes Übergangsmanagement vom Kindergarten zur Volksschule

Wien, am 30.3.2015



Präambel:

Entwicklungsbeeinträchtigungen der körperlichen oder seelischen Gesundheit wie auch psychosoziale Belastungen können die Bildungslaufbahn eines Kindes von Beginn an erheblich erschweren und somit seinen gesamten weiteren Lebensweg ganz entscheidend beeinflussen.

Kinder, die unter Entwicklungsbeeinträchtigungen leiden, haben vergleichsweise signifikant schlechtere Schulleistungen, dreimal so häufig fehlende Ausbildung und ebenso oft längere Arbeitslosigkeit. Sie zeigen Tendenz zu späteren Störungen des Sozialverhaltens und viermal so häufige Straffälligkeit im Jugendalter.

Daher ist es sowohl aus individualpräventiver als auch aus bildungsökonomischer Sicht höchst sinnvoll, derartige Entwicklungsbeeinträchtigungen frühest möglich zu erkennen, um pädagogisch darauf angemessen zu reagieren und/oder qualifizierte Therapie- bzw. Fördermaßnahmen einzuleiten.

Die Erfassung von Entwicklungsbedrohungen, -beeinträchtigungen oder -störungen zu einem Zeitpunkt, der notwendige Unterstützungs- und Therapiemöglichkeiten noch rechtzeitig vor dem Schulbeginn ermöglicht, ist somit eine der wesentlichen Weichen, um Auswirkungen von sozialer Ungleichheit auf Gesundheit und Bildungsverläufe zu mildern.

A. Ausgangslage:

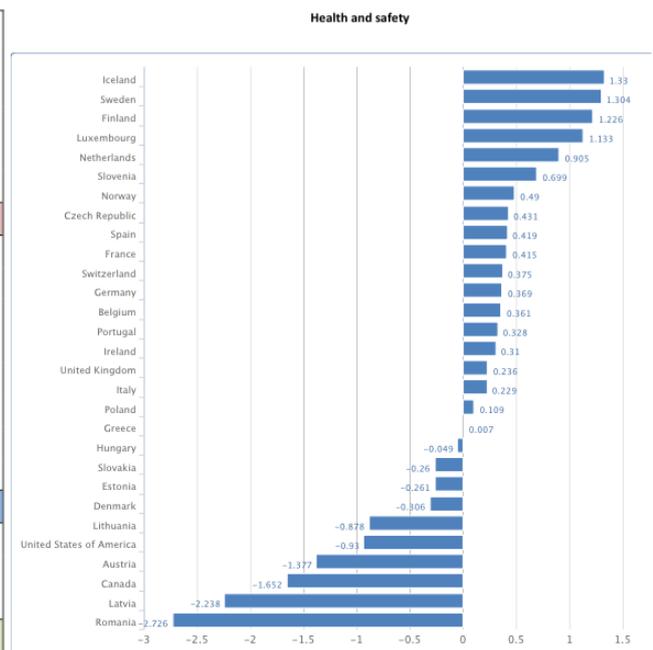
Die **Risikofaktoren** für Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen haben sich in Industriestaaten in den letzten Jahrzehnten **fundamental verändert**. Waren es früher die klassischen Infektions- und Mangelkrankungen, welche die Gesundheit und Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen bedroht haben, so sind heute an deren Stelle andere Risiken und Gefährdungen, die so genannten „modernen **Morbiditäten**“ getreten.

In diesem Sinne ist eine stete Zunahme von

- **Lebensstilerkrankungen**¹
- **chronischen Entwicklungsstörungen**² sowie
- **psychosozialen Integrations- und Regulationsstörungen**³ zu beobachten.

Hiervon sind grundsätzlich alle Industriestaaten, Österreich aber offensichtlich in besonderem Ausmaß betroffen. In den regelmäßigen Erhebungen von OECD und UNICEF (Health at a Glance) rangiert Österreich bei den Kategorien „Gesundheit“ und „Risikoverhalten“ von Kindern und Jugendlichen an der letzten Stelle aller erfassten EU-Staaten.

	UNICEF	OECD
Schweden	1	1
Dänemark	4	2
Tschechien	10	3
Finnland	3	4
Niederlande	2	5
Deutschland	11	6
Ungarn	16	7
Spanien	5	8
Polen	15	9
Norwegen	8	10
Italien	6	11
Portugal	14	12
Frankreich	7	13
Vereinigtes Königreich	13	14
Schweiz	9	15
Griechenland	17	16
Irland	18	17
Belgien	12	18
Österreich	19	19



Quelle: **Gesundheitsausgaben und Gesundheitsindikatoren im Kindesalter**, IHS, Röhrling, Czypionka, Riedel, 2009; Daten aus: OECD: Doing Better for Children (2009). UNICEF: An overview of child well-being in rich countries (2007)

¹ wie Bewegungsmangel, Haltungsschäden, Fehlernährung, Suchtverhalten, etc.

² wie Cerebralpareesen, TL- oder SI-Störungen, autistische Erkrankungen, Diabetes, etc.

³ wie frühe Bindungs- und Beziehungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, ADHS, Angst oder Depression, sowie Vernachlässigung, Misshandlung, o. Erziehungsunsicherheit von Seiten der Eltern

Auf der einen Seite haben in Deutschland pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen an Vorschulkindern gezeigt, dass bei 33% der untersuchten Kinder eine Maßnahme erforderlich war, bei Buben deutlich häufiger⁴. In Screenings zur Sprachkompetenz wurden 28% als förder- und 5% als therapiebedürftig erfasst.⁵ Psychiatrische Störungsbilder wurden zu 15%, psychosomatische bis zu 50% gesehen.⁶

Auf der anderen Seite klagen 35% der Lehrerinnen und Lehrer über Verausgabung, Erschöpfung und Resignation, mehr als 20% leiden an stressbedingten Belastungssymptomen, welche einer medizinisch ernsthaften gesundheitlichen Beeinträchtigung („Burnout“) entsprechen⁷. Mehr als 50% der PädagogInnen, welche in vorzeitigen Ruhestand gehen, tun dies aus überwiegend psychischen Gründen und geben hierfür als Grund wiederum besonders häufig das Verhalten schwieriger Schüler an.

Diese Belastungskonstellation im „Lebensraum Schule“ wird häufig durch eine wechselseitige Überforderung in der konkreten Lern- und Lehrsituation bedingt oder aufrechterhalten. Kinder scheitern oft schon früh an den ersten Schulanforderungen und nehmen dieses Eigenbild des Versagens in die weitere Bildungslaufbahn mit. Pädagogen und Pädagoginnen wiederum erleben sich dem vielfältigen Unterstützungsbedarf der Kinder gegenüber häufig hilflos und ohnmächtig. Beide Seiten können ihr persönliches Potential im Rahmen des Lehrer-Schüler-Verhältnis nicht verwirklichen, weil die Passung zwischen kindlichen Bedürfnissen und schulisch-systemischer Kompetenz sowie Rahmenbedingung nicht optimal hergestellt wurde.

Diese Problemlage wird auch durch die Möglichkeit der flexible Schuleingangsphase nicht gelöst. Diese ist ein geeignetes Instrument um Kindern mit einer moderaten Entwicklungsunreife⁸ die notwendige Zeit für ein individuell angemessenes Nachreifen zu geben. Liegt aber eine definitive Entwicklungsbeeinträchtigung oder -störung vor, dann braucht es eine klare Entscheidung über das richtige Angebot der Beschulung bzw. der Förder- und Therapiemaßnahmen. In solchen Fällen verschiebt die flexible Schuleingangsphase bloß den Zeitpunkt der Entscheidungsfindung nach hinten und führt oftmals sogar zu einem unnötigen Zeitverlust, wenn dann nach drei Jahren und Schulstufenwiederholung erst eine andere Beschulungsform gesucht werden muss. Das Kind hat dann aber schon ein erhebliches Entwicklungsfenster von spezifischer Förderung versäumt und zwei Mal die soziale Peergroup verloren. Es erscheint daher nützlich und hilfreich, den Schuleintritt durch mehr Klarheit über die körperliche, geistige, seelische und soziale Kompetenz des Kindes auf allen seinen Entwicklungsachsen und -dimensionen im Sinne eines vorbereiteten „Hineingehens“ für beide Seiten zu erleichtern, und vorhersehbaren schulischen und psychosozialen Problemen so rechtzeitig wie möglich vor zu beugen.

⁴ BKK Bundesverband und Berufsverband der Kinder und Jugendärzte Deutschlands

⁵ Schäfer et al: Welche Faktoren bestimmen die Sprachkompetenz von Kinder?, Päd. HS Heidelberg

⁶ Ziegert, Deutsches Ärzteblatt 99, Heft 21, 2002 u. Schmidt-Lachmann, Jugendgesundheitsstudie Stuttgart 2000

⁷ Bauer et al., Freiburger Schulstudie, 2004

⁸ Dies meint eine Entwicklungsverzögerung auf der zeitlichen Achse, ohne primär qualitative Beeinträchtigung.

Für eine Erfassung des gesamten Spektrums von möglichen kognitiven, funktionellen oder emotional-affektiven Entwicklungsauffälligkeiten ist die derzeit österreichweit im Einsatz stehende „Sprachstands-Feststellung“ nicht ausreichend bzw. nicht geeignet. Sie fokussiert ausschließlich auf die Sprachentwicklung und lässt alle anderen Entwicklungsdimensionen (somatische, sensorische, motorische, kognitive, psychische, soziale Entwicklungsachsen) unbedacht.

Auch bezüglich Sprachentwicklung wird lediglich festgestellt, ob ein Kind ein altersadäquates Sprachniveau erreicht hat (dzt. 76%) oder nicht (24%), jedoch nicht, die Ursache hinterfragt. Dasselbe Ergebnis wird überdies ebenso durch die bloß subjektive Einschätzung der betreuenden PädagogInnen erreicht. Die subjektive Einschätzung vor der Beobachtung und das objektive Ergebnis der systematischen Sprachstandsbeobachtung korrelieren hoch ($\rho = .67$) und statistisch signifikant ($p < 0.01$).

Für die Wahl der richtigen Fördermaßnahme wäre es dringend notwendig auch qualitativ zu differenzieren, ob das Nicht-Erreichen eines altersadäquaten Sprachniveaus etwa auf Grund von Fremdsprachlichkeit („Sprachbarriere“), durch eine funktionellen Sprachstörung wie einer multiplen Dyslalie oder Dysgrammatismus, einer Sprachentwicklungsstörung, einer Hörschwäche, oder vielleicht auf Grund einer zu schwachen kognitiven Begabung zu erklären ist.

B. Prävalenz von bildungsrelevanten Entwicklungsstörungen:

Die Datenlage über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Österreich muss als äußerst bescheiden bezeichnet werden.⁹ Sie erlaubt keine repräsentativen Aussagen zur Häufigkeit von entwicklungsbedingten Auffälligkeiten. Es ist daher derzeit in Österreich nicht möglich eine klare Antwort auf die Frage der Prävalenz von bildungsrelevanten Entwicklungsstörungen zu geben.

Um sich hier aber dennoch einer, dem Auftrag entsprechend sinnvollen Antwort zu nähern, wird exemplarisch auf drei Quellen rekuriert. Als die im europäischen Raum wissenschaftlich sicherlich belastbarste Grundlage für eine Quantifizierung von längerfristig bestehenden Entwicklungsstörungen, ist die KIGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts heran zu ziehen. Es wurden in diese, für Deutschland bevölkerungsrepräsentative, Untersuchung 17.641 Kinder und Jugendliche von 0-17 Jahren aus 167 Städten und Gemeinden eingeschlossen. Auf Grundlage der internationalen Erfahrung, dass sich die Vielfalt chronischer Entwicklungsstörungen nicht über die Erfassung spezifisch-medizinischer Diagnosen aus starren Klassifikationssystemen wie den ICD-10 abbilden lassen, wurden diagnoseübergreifende Instrumente entwickelt. In der nun vorliegenden Arbeit zur **„Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und**

⁹ s. Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie des BMG (v.a. Umsetzung und Begleitmaßnahmen, Ziel 11,12,16), Strategiepapiere der SV wie „Streissler-Bericht“

Jugendgesundheitssurvey (KIGGS) in Deutschland¹⁰ wurde die deutschsprachig validierte Version des „Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Screener“¹¹ eingesetzt, welcher sich aufgrund seiner Kürze bei gleichzeitig guten Testeigenschaften international durchgesetzt hat.

Ein spezieller Versorgungsbedarf lag bei insgesamt knapp 14% der Kinder und Jugendlichen vor. Fasst man jene, für die hier relevante Fragestellung gezieltere Altersgruppen der 3-6 und 7-10 jährigen zusammen, ergibt sich ein nahezu identer Wert für eine **Prävalenz chronischer Entwicklungsstörungen mit 13,95%**. Es besteht in diesem Alter mit 18% eine nahezu doppelt so hohe Bubenlastigkeit gegenüber 9,65% bei den Mädchen. Interessanter Weise gibt es im Rahmen dieser Untersuchung keine Unterschiede durch die Variablen „Sozialstatus“ oder „Familieneinkommen“. Ob dies eventuell ein „Underreporting“ darstellt bleibt offen, da in anderen Arbeiten zu Armut und gesundheitliche Chancengleichheit sehr wohl eine höhere Krankheitslast für Kinder in Armutsbedrohung berichtet wird. Bei Kindern mit Migrationshintergrund ist zum einen der oben beschriebene Geschlechtsunterschied nicht zu beobachten und zum anderen liegt die Prävalenz deutlich unter jener von Nicht-Migranten. Da der CSHCN-Screener aber methodisch nicht in den übersetzten Ausländer-Fragebogen eingebracht werden konnte, muss möglicherweise mit einer Untererfassung in diesem Segment gerechnet werden.

Aus Österreich liegen wenige aussagekräftige Arbeiten vor. Aus der HBSC-Studie (Health and Behavior in School-aged Children)¹² ist bekannt, dass **16,8%** der 11-15 jährigen österreichischen Schülerinnen und Schüler angeben, dass bei ihnen eine „lang andauernde körperliche Erkrankung oder Behinderung“ ärztlich diagnostiziert wurde. Hintergrund hierfür könnte etwa die im internationalen Vergleich sehr hohe Mehrlings- und Frühgeborenenrate (8,2%), der Nikotin- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, hohe Zahlen von Adipositas, uam. sein. Dies bleibt aber alles in Ermangelung konkreter Untersuchungen spekulativ.

Eine aktuelle Arbeit von Sommer (Graz, 2015) zeigt jedenfalls auf, dass nur bei ca. 30% der frühgeborenen Kinder mit einer unauffälligen altersgemäßen Entwicklung bis zum Schulalter gerechnet werden kann. 44% der Kinder zeigten einen milden oder moderaten, 26% einen schweren Entwicklungsrückstand. 12% hiervon haben eine Cerebralparese entwickelt, ca. 25% litten an Seh- und 7% an Hörstörungen, bei fast der Hälfte der Kinder gab es Auffälligkeiten im Somatogramm. 38% wurden regulär eingeschult, 13% besuchten ein weiteres Jahr den Kindergarten oder eine Vorschule. In eine Integrationsklasse wurden 36% eingeschult, 13% besuchten eine Sonderschule oder wurden nach Sonderschullehrplan unterrichtet.

¹⁰ C. Scheidt-Nave et al, Robert-Koch-Institut Berlin, 2007

¹¹ Bethell CD et al, Identifying children with special health care needs; *Ambul Pediatr* 2:38-48

¹² vgl. LBI Gesundheitsförderungsforschung

Andere große epidemiologische Untersuchungen - wie die deutsche BELLA-Studie - zeigten Ergebnisse, dass bei 21,9% aller Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vorliegen. Fliedl und Krammer (Hinterbrühl, 2012) kommen nach Auswertung verschiedener Studien zur Kinder- und Jugendpsychiatrie zu dem Ergebnis, „dass bezüglich psychischer Erkrankungen in Österreich von einer durchschnittlichen **Prävalenz** von **17,5%** ausgegangen werden muss. **9,7%** aller Kinder und Jugendlichen sind von einer psychiatrischen Störung im engeren Sinn betroffen und damit eindeutig behandlungsbedürftig“ (zitiert aus dem Ergebnisbericht „Außerstationäre psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen“, GÖG/BMG 2013).

Aus diesen wenigen vorliegenden Daten ist leider nicht zu differenzieren, in wie weit diese erfassten Gruppen – mit zum Teil eher somatischen oder eher psychischen Störungsbildern - Überlappungsfelder zeigen (dies ist jedenfalls anzunehmen) oder wie sich diese Zahlen konkret im Alter rund um die Einschulung darstellen.

Die rechtzeitige Erfassung von bildungsrelevanten Entwicklungsauffälligkeiten, eine - wenn möglich und notwendig - noch vorschulische Zuführung zu einer indizierten Förder- oder Therapiemaßnahme sowie eine im Weiteren passgenaue Einschulung sind jedenfalls die Herausforderungen an ein gutes gesundheitliches Übergangsmanagement vom Kindergarten in die Grundschule. Dies ist zugleich aber auch der sein bildungspolitischer Benefit.

C. Konzept und Ergebnisse des Modellprojekts GIK St. Veit a.d. Glan

In St.Veit/Glan wurde im Kindergartenjahr 2006/07 ein Modellprojekt mit dem Ziel durchgeführt, den Übergang vom Kindergarten in die Volksschule zu einer differenzierten und umfassenden Förderung der Kinder zu nutzen (KIK – Kreatives Lernen im Kindergarten). Dem pädagogischen Konzept wurde 2008 das Subprojekt GIK (Gesund im Kindergarten) hinzu gefügt. Beauftragt war die **Entwicklung und Umsetzung eines Untersuchungsganges** zur vorschulischen Erfassung von kindlichen Entwicklungsstörungen und –beeinträchtigungen durch die Anwendung moderner Testinstrumente sowie einer qualifizierte medizinische Reihenuntersuchung.

Methodik

Aus Gründen der erwünschten Kosten- und Zeitoptimierung wurde ein modularer Untersuchungsaufbau gewählt.

Modul 1

- a. standardisierte Screening-Instrumente (Elternfragebögen):
 - „Fragebogen über die Entwicklung fünfjähriger Kinder“, Barbara Ohrt et al., Pädiat. Prax. 46,11-19 (1993/1994). Dieser FB erfasst motorische, kognitive, sprachliche und soziale Fähigkeiten und ist mehrsprachig vorliegend.

- SDQ (Strengths and Difficulties Questionair, R. Goodmann, 2001; J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 40: 1337-1345). Dieser FB erfasst emotionale und Verhaltensprobleme sowie Peer-Group- und prosoziales Verhalten und ist ebenfalls mehrsprachig vorliegend.
- b. Anamnesebogen zur medizinischen Vorschuluntersuchung: ein aus der Praxis von Entwicklungsambulatorien stammender Elternfragebogen, der Sozial-, Familien-, Schwangerschafts-, Geburts-, Entwicklungs- und allgemeinmedizinische Anamnese erfasst.
- c. Befragung der Kindergartenpädagoginnen bezüglich ihrer besonderen Wahrnehmungen die Kinder betreffend.

Modul 2

- a. Persönlich-ärztliche, vertiefende Anamneseerhebung mit Eltern und Kind anhand der vorliegenden Informationen
- b. Entwicklungs- und sozialpädiatrische Reihenuntersuchung (8-achsiges entwicklungsdiagnostisches Modell n. Vavrik, unveröffentlicht)

Nach Besprechung der Freiwilligkeit der Teilnahme sowie der geltenden ärztlichen Schweigepflicht erklärten sich alle Eltern der 18 Kinder zu einer Teilnahme bereit und die Fragebögen wurden über den Kindergarten an die Eltern verteilt. Für das Ausfüllen des Ohrt-Bogens sowie des SDQ ist mit jeweils ca. 5 Minuten, für den Anamnesebogen mit ca. 15 Minuten zu rechnen. Dies ergibt für die Eltern insgesamt eine zeitliche Belastung von etwa 25 Minuten. Die fachliche Auswertung ist bei ausreichender Routine in insgesamt ca. 15 – 20 Minuten zu bewerkstelligen. Parallel dazu wurden die Kindergartenpädagoginnen von der Jugendfürsorgeärztin über beobachtete Auffälligkeiten und Besonderheiten im Kindergartenalltag befragt.

Ergebnisse

Das Sample von 18 Kindern ist einerseits natürlich zu klein und war andererseits auch keine bevölkerungsrepräsentative Auswahl, um daraus belastbare, allgemeine Aussagen zum Störungsspektrum oder zur Fördernotwendigkeit tätigen zu können. Unter Betrachtung des Projekts als Anwendungsbeobachtung können dennoch einige interessante inhaltliche und methodische Ergebnisse abgeleitet werden.

Die Mitarbeit der Eltern und der Pädagoginnen war durchgängig positiv, was internationalen Erfahrungen über die gute Akzeptanz solcher Schuleingangsuntersuchungen entspricht.

Die Übereinstimmung der Aussagekraft der Fragebögen mit der Wahrnehmung der Pädagoginnen war sehr hoch. Obwohl bei der Beantwortung von Fragebögen durch Eltern immer die Gefahr eines Positiven gefärbten oder Problem verleugnenden Bias besteht, wurde nur ein zusätzliches Kind durch die Pädagoginnen genannt, welches nicht auch durch die FB als auffällig detektiert wurde. Auch die weitere, vertiefende entwicklungs- und sozialpädiatrische Untersuchung erbrachte eine weitgehende Übereinstimmung.

Im Modul 2 wurden die Kinder – v.a. jene mit auffälligen Befunden aus den Fragebögen - differenzierter diagnostisch begutachtet und einer entsprechenden weiteren externen Betreuung zugeführt. Zusätzliche Entdeckungen durch die ärztliche Untersuchung gab es v.a. im Bereich der Seh- oder Hörstörungen. Diese Untersuchung muss auf Grund des enorm breiten Störungsspektrums mit hoher und entsprechend spezialisierter, fachlicher Qualität und mit ausreichend Zeit auch für eine umfassende Nachbesprechung mit den Eltern erfolgen. Dies ist für eine möglichst passgenaue und erfolgreiche Einleitung weiterer Maßnahmen unumgänglich.

Insgesamt wurde bei 4 Kindern (22,2%) eine noch mögliche Förderintervention bis Schuleintritt und bei weiteren 4 Kindern (22,2%) ein dringender Diagnostik- oder Therapiebedarf gefunden. Ein Kind hiervon stand schon in laufender Therapie, zwei waren wegen ihrer Problematik schon früher vorstellig geworden, hatten aber kein passendes oder ausreichendes Therapiesetting gefunden.

D. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Eine vorschulische Reihenuntersuchung kann unterschiedliche Zwecke erfüllen und verschiedene Zielsetzungen verfolgen. Dementsprechend unterscheiden sich Inhalt und Aufbau. Grundsätzlich erfüllt sie aber einen bildungs- und gesundheitspolitisch individual- sowie general-präventiven Zweck.

Das hier vorgestellte Konzept beschreibt einen zeit- und kostengünstigen modularen Aufbau, welcher versucht Entwicklungsauffälligkeiten von Kindern im ersten Schritt mittels einer Fragebogenerhebung sowie Interviews der Pädagoginnen zu erfassen. Alle, in diesem Projekt als förder- oder behandlungsbedürftig erkannten Kinder wurden so schon durch das Modul 1 detektiert. Es scheint somit ein ökonomisch wenig aufwändiges aber dennoch ausreichend gutes Querschnittsinstrumentarium zu sein, um fest zu stellen, welche Kinder zu einer weiteren vertiefenden Untersuchung eingeladen werden sollen.

Die so als auffällig wahrgenommenen Kinder sollen in einem zweiten Schritt einer vertieften entwicklungs- und sozialpädiatrisch Diagnostik zugeführt und bei Bedarf an entsprechende funktionelle, psychosoziale oder sonder- und heilpädagogische Förder- oder Therapiemaßnahmen weiter vermittelt werden. Diese Untersuchung könnte entweder durch entsprechend qualifiziertes ärztliches Personal in der Bildungsinstitution selbst oder über ein „Entwicklungs- und Sozialpädiatrisches Ambulatorium“ bzw. „Zentrum für Entwicklungsförderung“ erfolgen.

Der Zeitpunkt dieser Intervention empfiehlt sich in etwa um 12-15 Monate vor der Einschulung, weil einerseits ein Teil der Instrumente für dieses Alter normiert sind, und andererseits auch ein noch sinnvoller Förder- oder Therapie-Zeitraum bis zum

Schulbeginn besteht. Die notwendigen Angebote müssten dann allerdings ausreichend vorhanden und niederschwellig erreichbar sein.

Ein derartiges Übergangsmanagement stellt ein hervorragendes Instrument dar, um Auswirkungen gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit zu einem frühen Zeitpunkt wahrzunehmen und durch Folgemaßnahmen soweit möglich zu kompensieren. Es ermöglicht somit eine gesellschaftliche Intervention in Richtung bildungsrelevanter, gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. Durch das „verpflichtende Kindergartenjahr“ besteht aktuell eine sehr günstige Realität alle Kinder gleichermaßen standardisiert zu erfassen.

Die „Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr“ (ÖBIG 2012) empfiehlt in ihrer Analyse sogar die Ausweitung auf ein zweites solches verpflichtendes Kindergartenjahr. In der Begründung heißt es:

- *Besonders relevant sind die positiven Auswirkungen auf die Bildungspotenziale der Kinder, da frühkindliche institutionelle Bildung einen Beitrag zur Förderung der sozialen, kognitiven, sprachlichen, emotionalen sowie motorischen Kompetenzen leistet. Bildung ist ein zentraler Einflussfaktor auf die Gesundheit.*
- *Das verpflichtende Kindergartenjahr bietet darüber hinaus Möglichkeiten, spezifischen Förderbedarf einzelner Kinder früh zu erkennen und in Kooperation mit den Eltern und anderen Bildungspartnerinnen und –partnern zu leisten. Die betroffenen Kinder können damit adäquat unterstützt und vertiefend auch auf die Anforderungen des weiteren Bildungsweges vorbereitet werden.*
- *Die positiven Auswirkungen des verpflichtenden Kindergartenjahrs sind bei sozial benachteiligten Gruppen potenziell besonders stark, weshalb das verpflichtende Kindergartenjahr auch einen Beitrag zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten leistet.*
- *Die positiven Auswirkungen des verpflichtenden Kindergartenjahrs gelten aber nur unter der Bedingung, dass die pädagogische Qualität der Bildungsarbeit gewährleistet ist. Nur dann können die genannten Potenziale ausgeschöpft werden.*

Bei geeignetem Datenmanagement kann diese Erhebung durch die Erfassung eines kompletten Jahrgangs auch ein epidemiologisch sehr wertvolles und für Österreichs Gesundheitsberichtserstattung derzeit einzigartiges Instrumentarium darstellen und als Grundlage für gesundheitspolitische Planungen und Entscheidungen dienen. Hier besteht insofern eine gute Anschlussmöglichkeit, als dass in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie des BMG (Ziel 11, „Früherkennung und gezielte Förderung bei Kindern und Jugendlichen verbessern“) eine solche „Standardisierte Untersuchungen zur **Früherkennung von spezifischem Förderbedarf bereits im Kindergarten**“ empfohlen wird. Zitat: „Diese Untersuchung sollte spätestens mit der Anmeldung für das verpflichtende Kindergartenjahr erfolgen, damit noch Zeit für Hilfestellung vor dem Schuleintritt bleibt“. Insofern könnte ein hohes Kooperationsinteresse von Seiten des Gesundheitswesens bestehen.

Die in Deutschland weitgehend flächendeckende s.g. „Schuleingangsuntersuchung“ wird nicht als Konkurrenz zum bestehenden Programm der Vorsorgeuntersuchungen

(h.o. Mutter-Kind-Pass) erlebt, da sich Inhalt und Zielsetzung deutlich unterscheiden. Im Gegenteil, erfüllt es wechselseitig ergänzende Funktion und erreicht auch jene ca. 70% Kinder, welche nicht zur 5-Jahres-Untersuchung des MuKiPa gebracht werden. Gerade diese Kinder benötigen später oft in einem überproportional hohen Prozentsatz speziellen Förderbedarf und/oder Unterstützung durch Jugendwohlfahrts-einrichtungen.

Auch die pädagogische Feststellung der Schulreife und die Schuleinschreibung sind davon nicht unmittelbar tangiert. Für die Einschätzung der richtigen Beschulungsform kann das Übergangsmanagement jedoch bei entsprechender Kommunikation eine wertvolle Hilfe sein.

Weiters kann dieser Kontakt zusätzliche Public-Health-Aufgaben erfüllen indem etwa auf fehlende MuKiPa-Termine oder Impflücken und/oder gesundheitsfördernde Angebote oder Erziehungsberatung hingewiesen wird.

Ein miteinander konkurrenzfrei vernetztes und aufeinander aufbauendes System von Präventionsmaßnahmen in der frühen Kindheit bis zum Schuleintritt wird in beeindruckender Weise in der deutschen Stadt Dormagen unter dem Begriff der „**Präventionskette**“ gelebt.

All diese Thesen müssten jedoch erst durch eine Bestätigung mit wesentlich höheren Fallzahlen und einer entsprechenden Evaluation abgesichert werden.

Ein gut funktionierendes und vorrangig an den Bedürfnissen des Kindes orientiertes gesundheitliches Übergangsmanagement vom Kindergarten in die Grundschule wäre jedenfalls ein wertvoller Schritt in Richtung einer sozialen Präventionspolitik sowie eine große Unterstützung für eine gelingende Inklusionspädagogik. Ein solches sollte aber auch in ein pädagogisches Übergangsmanagement eingebettet sein.

Resilienz und Vulnerabilität sind keine schicksalshaften Charaktereigenschaft, die das eine oder andere Kind zufällig mit auf den Weg bekommt, sondern es sind frühe Erfahrungen von gelingender oder misslingender Bewältigung. Auch der Übergang in die Schule stellt so eine Bewältigungssituation dar. Kinder mit Entwicklungsstörung sind oft vulnerabler, weil sie nicht so leicht kognitiv kompensieren können, und sich aus Vorerfahrungen minderwertig und vom Gutdünken anderer abhängig fühlen.

Gerade deshalb und insbesondere zur Milderung der - auch bildungsrelevanten - Auswirkungen von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, sollte für jedes Kind ein Anrecht auf eine solches Übergangsmanagement bestehen. Vorhersagbaren schulischen Problemen und deren enormen individuellen wie gesellschaftspolitischen Konsequenzen könnte so vorgebeugt und rechtzeitig entgegengetreten werden.