

Prof. Dr. Ute Thyen
Universität Lübeck
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Derzeit (bis 1.10.2013)
Alfried Krupp Wissenschaftskolleg
Martin-Luther-Str. 14
17487 Greifswald

Greifswald, den 06.05.2013

An den
Bildungsausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtages
Frau Anke Erdmann, Vorsitzende
Herrn Ole Schmidt, Ausschussgeschäftsführer
Sowie alle Ausschussmitglieder und Anzuhörenden
Schleswig-Holsteinischer Landtag
Postfach 7121
24171 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 18/1164

Stellungnahme zu den Anträgen zur Flexibilisierung des Einschulalters

Flexibilisierung des Einschulalters

Antrag der Fraktion der FDP, Drucksache 18/507

Flexiblen Eintritt in die Grundschule ermöglichen

Änderungsantrag der Fraktion der CDU, Drucksache 18/541

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Mitunterzeichnerin ich beziehe mich wie die Kollegin Frau Dr. Mesing ebenfalls auf den Offenen Brief vom 12.12.2012 an die Ministerin Frau Prof. Dr. Wara Wende mit dem Betreff: *Gerechtere Bildungschancen für alle Kinder. Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiater sehen zunehmende Probleme bei Grundschulern.*

Zum Hintergrund

Ich möchte zunächst skizzieren, in welchem Diskussionsfeld der Offene Brief und die beiden Anträge zu sehen sind. Prinzipiell verfolgen die Bundesrepublik insgesamt und die Bundesländer eine Politik, die in der Vergangenheit übliche besondere Förderung von Kindern mit Behinderungen oder Entwicklungsauffälligkeiten zu verlassen zu Gunsten einer inklusiven Sozial- und Bildungspolitik. Die UN-Kinderrechtskonvention wurde 1992 unterzeichnet, ein letzter Vorbehalt, dass das deutsche Ausländerrecht Vorrang vor der Konvention hat, wurde 2010 ausgeräumt. Insofern gilt es, dafür Sorge tragen, dass alle Kinder gleiche Chancen für eine bestmögliche Förderung ihrer Entwicklung, Bildung und Schutz erhalten. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ist in Deutschland ohne Vorbehalte seit März 2009 in Kraft. Dies bedeutet, dass die Vertragsstaaten zusichern, allen Kindern Zugang zu einer inklusiven Erziehung und Bildung zu ermöglichen. Artikel 24 legt den Zugang zur Regelschule als den Normalfall fest. Insofern stellen sich weniger Fragen nach den Zielen, die die Unterzeichner des offenen Briefes wie auch die Landesregierung teilen.

Die Einschulungsberichte des Landes Schleswig-Holstein, deren wissenschaftliche Auswertung und Interpretation mir im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung seit vielen Jahren übertragen ist,

zeigen nach wie vor, dass bei vielen Kindern in einem oder mehreren Bereichen ein Förderbedarf vorliegt. Ich zitiere aus dem aktuellen Bericht, der dem Sozialministerium vorliegt:

- Nach klinischer Einschätzung finden sich bei 9,1% der Schulanfänger **Verhaltensauffälligkeiten**; bei Verwendung eines Screening-Fragebogens in Verbindung mit der klinischen Einschätzung bei 21,0% der Kinder. Mädchen sind weniger häufig betroffen (12,1%) als Jungen (20,8%), unabhängig vom Untersuchungsverfahren.
- 8,8% der Schulanfänger werden von den kinder- und jugendärztlichen Diensten als **sprachinkompetent** in der Unterrichtssprache Deutsch beurteilt.
- **Sprachauffälligkeiten** sind bei 13,8% der sprachkompetenten Schulanfänger zu finden, wobei Mädchen in 11,7% der Fälle, Jungen in 16,0% der Fälle betroffen sind. 16,6% dieser Kinder erhielten vom schulärztlichen Dienst eine Sprachförderempfehlung. Die Hälfte der 13,8% befindet sich in einer die Sprache betreffenden Förderung.
- **Auffälligkeiten in der Motorik** zeigen sich bei 14,0% aller Schulanfänger, wobei Mädchen mit 7,6% deutlich weniger auffällig sind gegenüber Jungen mit 20,0%. In der Hälfte (47,8%) aller Fälle werden die Auffälligkeiten als geringgradig eingeschätzt; ein Drittel (34,2%) der motorisch Auffälligen befindet sich bereits in Behandlung.
- **Von den Schulärzt/innen festgestellter Förderbedarf:** Der Anteil der Jungen, die mit Förderbedarf eingeschult werden, liegt in Flensburg mit 43,6% am höchsten, in der Hansestadt Lübeck mit 8,8% am niedrigsten. Die entsprechenden Raten betragen bei den Mädchen 25,1% in Flensburg und 3,8% in Lübeck. Die erhebliche Variation zwischen den verschiedenen Kreisen und kreisfreien Städten in der Empfehlung zur Förderung in der Schule muss regional diskutiert und reflektiert werden. Es bieten sich regionale Gesundheitskonferenzen unter Beteiligung der Schulen, des öffentlichen Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes sowie des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte an, um Maßnahmen und Möglichkeiten zur Förderung der Kinder zu diskutieren. In Schleswig-Holstein haben ca. 25% aller Kinder einen erhöhten Förderbedarf. In der internationalen Literatur ist beschrieben, dass bei der anzustrebenden Inklusion von Kindern mit Entwicklungsstörungen und besonderen Gesundheitsproblemen etwa 20% aller Kinder einen über den Durchschnitt hinausgehenden Förderbedarf haben werden.
- Bei den schulpflichtigen Kindern zeigt sich, dass in den schulärztlichen Untersuchungen für das Schuljahr 2012 nur noch wenige schulpflichtige Kinder (n=160) aufgrund erheblicher Gesundheitsprobleme vom **Schulbesuch beurlaubt** und im aktuellen Schuljahr nicht eingeschult werden. Diese Option wird von den Kreisen und kreisfreien Städten sehr unterschiedlich genutzt; die Rate liegt mit landesdurchschnittlich 0,7% (0-1,6%) unter 2% und wird am häufigsten in Schleswig-Flensburg (n= 22, 1,7%), Plön (n=15, 1,5%) und Pinneberg (n=30, 1,2%) und am seltensten in Dithmarschen und Neumünster (keine Kinder beurlaubt) genutzt. Der Anteil liegt deutlich unter der der Kinder, die noch vor 5 bis 10 Jahren wegen einer Entwicklungsunreife vom Schulbesuch zurückgestellt wurden (z.B. 2003: 5,0%, davon 4,5% Zurückstellungen wegen körperlicher Unreife und 0,5% Zurückstellungen aus medizinischer Indikation)“.

Empfehlung zur Flexibilisierung des Einschulalters/ flexibler Eintritt in die Grundschule

Nun zu dem eigentlichen Anliegen, der Frage, ob aktuell eine Flexibilisierung des Einschulalters erforderlich ist. Prinzipiell ist dies aus Sicht einer Inklusion fördernden Politik die oben geschilderte Zunahme der Empfehlung einer besonderen Förderung in der Schule und der Rückgang der Beurlaubungen / Rückstellungen eine positive Entwicklung. Wie indem offenen Brief dargestellt, ist das Schulgesetz, das eine Rückstellung aus Gründen der Entwicklung nicht mehr zuließ, jedoch in Kraft getreten, ohne den Wechsel vorzubereiten und ausreichend pädagogisch und strukturell abzusichern. Es ist daher folgerichtig, ein Moratorium auszusprechen, währenddessen an den Problemen gearbeitet wird, ohne dass die Kinder und ihre Familien zu Leidtragenden werden. Ich empfehle eine Beschlussfassung, dass ein Kind vom Schulbesuch zurückgestellt / beurlaubt werden kann, wenn erhebliche Zweifel der Kinder- und Jugendärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Schulärzte) bestehen, dass das Kind unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten, den Ressourcen der Familie, dem Engagement der beteiligten Schule den Schulbesuch aufnehmen kann. Diese Beurlaubung / Rückstellung sollte unter Empfehlungen für eine gute Förderung des Kindes in der „gewonnenen“ Zeit und einer erneuten Überprüfung vor der Einschulung im darauffolgenden Jahr erfolgen. Das Moratorium sollte zeitlich befristet werden mit dem Ziel einer Überprüfung nach zum Beispiel 5 Jahren, ob die Ziele zur inklusiven Beschulung weiter erreicht werden konnten.

Ich empfehle weiterhin, dass die Kinder- und Jugendärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes die Möglichkeit zu eben diesen Nachuntersuchungen erhalten und die Verlaufsuntersuchung bei wiederholt vorgestellten Kindern dokumentiert und wissenschaftlich ausgewertet werden können. Dazu müssen technisch und datenschutzrechtlich die Voraussetzungen geklärt werden. Ohne eine Evaluation der Veränderungen der Bedingungen zur Einschulung ist zu befürchten, dass damit zwar das System Schule entlastet wird, aber keine Förderung des Kindes verbunden ist. Eine weitere Zunahme der Verordnung von Heilmitteln durch die betreuenden Kinder- und Jugendärzte ist sicher keine nachhaltige Lösung.

Entwicklung einer langfristigen Strategie („Roadmap“)

Das Moratorium sollte zur Erstellung einer „Roadmap“ für die Planung der Gesundheits- Sozial- und Bildungspolitik für Kinder in Schleswig-Holstein genutzt werden. Die Umsetzung der Ziele der UN-Kinderrechtskonvention und der UN-Konvention für die Rechte der Menschen mit Behinderung erfordert einen umfassenden Umbau des gesamten Betreuungs- und Schulwesens. Im Wesentlichen heißt dies, dass die pädagogischen Fachkräfte aus den Sondereinrichtungen und –schulen in die Regelschulen integriert werden müssen und dass langfristig alle angehenden Pädagog/innen und Lehramtsstudierenden eine Befähigung zum inklusiven Unterricht benötigen. Bei einem in Deutschland über viele Jahre gewachsenen, hochqualifizierten Sonderschulwesens und den unterschiedlichen Kulturen in den verschiedenen Schulbereichen wird dies kaum ohne besondere Anstrengungen und eine hohe Bereitschaft aller Beteiligten (Sozial- und Bildungspolitiker, Lehrerinnen und Lehrer, pädagogische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Kommunen als Bauträger, Universitäten und Fachhochschulen und viele andere Institutionen und Akteure) gelingen. Alle müssen in einen gemeinsamen Veränderungsprozess eingebunden werden und sich von traditionellen Modellen verabschieden, die den Gedanken der Inklusion nicht verwirklichen können. Best-practice-Modelle sind in unserem Nachbarland Dänemark anzusehen, aber Schleswig-Holstein

muss hier einen eigenen Weg finden, der zur Geschichte des Landes, den Institutionen aber vor allem auch den Menschen passt. Dies sollte bereits bei den 0-3jährigen beginnen (dazu liegt ein aktuelles Gutachten sowohl zur Frühförderung durch das Deutschen Institut für Sozialwirtschaft vom Januar 2013 vor), zudem auch die aktuellen Publikationen zum Konzept der Frühen Hilfen, der Qualitätssicherung zur Betreuung in Kindertagespflege und Krippe und schließlich den Bildungsangeboten in Kindertagesstätten.

Die Transformation eines stark segregierten Bildungswesens in eine inklusive Beschulung verlangt nach zahlreichen Verbesserungen und Investitionen:

(1) bauliche Veränderungen müssen erfolgen, die einen barrierefreien Zugang für Kinder mit Mobilitätseinschränkungen ermöglichen. Schulen müssen über Ruhe- und Gruppenräume verfügen, in die sich leicht erschöpfbare Kinder zurückziehen können. Kinder mit Minderungen der Intelligenz und Lernschwächen bedürfen besonderer Spielräume, wenn sie sich in Gruppen zusammenfinden, um positive Gruppenerfahrungen zu ermöglichen.

(2) in Ganztageseinrichtungen müssen im Rahmen der Schulmensa die besonderen Ernährungsbedürfnisse von Kindern mit Stoffwechselerkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen oder besondere Diäten Berücksichtigung finden. Weiterhin bietet die gesunde Mahlzeit in der Schule eine Möglichkeit zur Gesundheitsförderung und Prävention von Essstörungen. Wichtig ist, dass die Schule ein Ort des gemeinsamen Aufwachsens wird, das gemeinsame Essen gehört dazu ebenso wie das gemeinsame Spielen.

(3) Mitarbeit von Fachkräften aus den Gesundheitsberufen in den Schulen sind erforderlich, um bei Kindern mit chronischen Gesundheitsstörungen notwendigen Behandlungen in der Schule durchzuführen (inklusive Medikamentengabe) oder Gesundheitsförderung in den Schulen zu ermöglichen, die riskantes Gesundheitsverhalten frühzeitig erkennen und Unterstützung anbieten.

(4) Der Schulsport muss innovative, binnendifferenzierte Unterrichtsformen entwickeln, damit Kinder mit chronischen Gesundheitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten gerade von diesem, für die emotionale und soziale Entwicklung bedeutsamen Unterrichtsfach nicht ausgeschlossen werden.

(5) Die Teilnahme an besonderen Veranstaltungen wie Ausflügen und Klassenfahrten muss durch Einsatz von geschulten Lehrkräften, ggf. unterstützendem Personal sichergestellt werden, um den betroffenen Kindern eine Teilhabe an diesen so wesentlichen Erfahrungen zu ermöglichen. Eine Autonomieentwicklung wird durch den häufig geübten Einsatz der Eltern als Begleiter in diesen Situationen außer Kraft gesetzt.

(6) Die notwendige Ausstattung mit Hilfsmitteln wie Schreibhilfen, Sehhilfen, Lernhilfen, Personal Computer, spezielle Sportgeräte und Mobilitätshilfen usw. müssen in der Schule vorgehalten werden, sodass häufig für die Schule und für zu Hause eine doppelte Ausstattung erforderlich ist.

(7) Die Beseitigung von sozialen Barrieren wie mangelndes Verständnis, Stigmatisierung, aber auch Überbehütung und fehlende Anforderungen durch Erzieher/innen und Lehrer/innen ist eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Aufnahme von Kindern mit besonderem Versorgungsbedarf in Regeleinrichtungen. Sie erscheint noch wichtiger als die bauliche Beseitigung physikalischer Barrieren.

(8) Zum Abbau sozialer Barrieren und Ausschöpfung von sozialen Hilfen ist die Tätigkeit von Sozialpädagogen in der Schule notwendig, die das soziale Case Management und die Koordinierung der sozialen Maßnahmen mit der Jugendhilfe, der Eingliederungs- / Behindertenhilfe, dem öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter und den Angeboten des Schulsystems übernehmen. Eine individuelle Schulbegleitung durch nicht fachlich geschultes Personal ist sowohl für die Entwicklung des Kindes schädlich als auch für die Gruppendynamik im Klassenraum hinderlich.

Die Inklusion von Schüler/innen mit chronischen Gesundheitsstörungen, Entwicklungsauffälligkeiten und Funktionseinschränkungen bedeutet im Sinne der Ottawa-Charta von 1986 einen Beitrag zur Entwicklung der Schule zu einer gesundheitsfördernden Einrichtung für alle Kinder. Von den Systemlogiken des Gesundheitswesens, der Jugendhilfe und des Bildungswesens her ist nicht klar, in welche Zuständigkeit die Klärung, Verantwortlichkeit und Organisation dieser anstehenden Veränderungsprozesse ausgehen soll. Eine sinnvolle Federführung könnte durch die kinder- und jugendärztlichen Dienste des öffentlichen Gesundheitswesens erfolgen, die bereits zum jetzigen Zeitpunkt einen Dreh- und Angelpunkt in der Koordinierung von Maßnahmen der Behinderten- und der Jugendhilfe sind.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. Ute Thyen