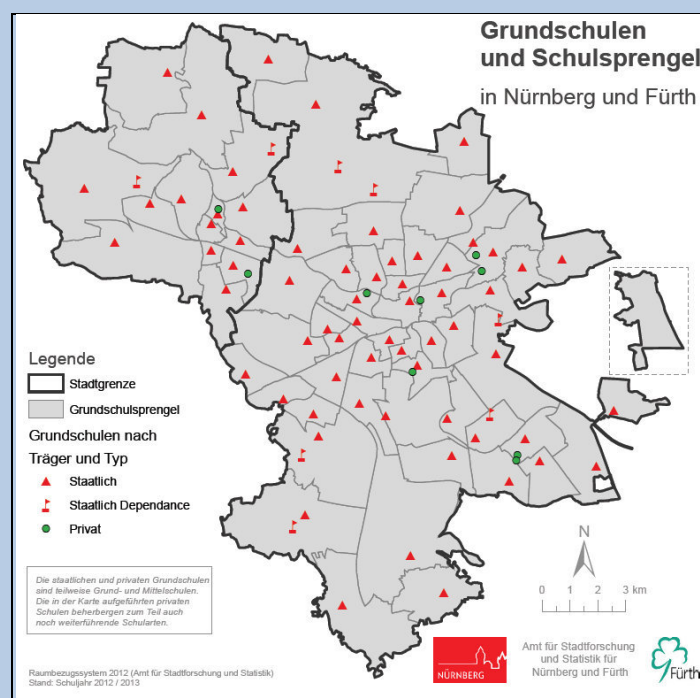

Schriftenreihe zur Gesundheitsförderung

Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung für die Schuljahre 2004/05 bis 2010/11

In der langfristigen Entwicklung, unter dem Aspekt des Migrations-
hintergrundes und der sozialräumlichen Zuordnung in Nürnberg

Mai 2013



Impressum

Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg
Gesundheitsförderung
Gesundheitsberichterstattung
Burgstr. 4
90 403 Nürnberg

Schutzgebühr 8 Euro

Ansprechpartner

M. Meusel
Tel.: 0911/ 231-3382
Fax: 0911/ 231-3847
e-mail: monika.meusel@stadt.nuernberg.de.

**Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen
für die Schuljahre 2004/05 bis 2010/11**

**In der langfristigen Entwicklung, unter dem Aspekt des
Migrationshintergrundes und der sozialräumlichen
Zuordnung in Nürnberg**

Herausgegeben vom Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg
Bearbeitet von M. Meusel / Gesundheitsberichterstattung unter Mitarbeit des
Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienstes am Gesundheitsamt
Mai 2013

Vorwort

Kommunale Gesundheitsberichterstattung soll die notwendigen Informationen liefern, um Aktivitäten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung zielgenauer entwickeln zu können. „Daten für Taten“ – dabei geht es nicht nur darum, zuverlässige Orientierungspunkte für eine Steuerung der Aktivitäten des Gesundheitsamtes zu gewinnen. Diese Informationen sollen vielmehr auch anderen städtischen und nicht-städtischen Akteuren helfen, Problemlagen deutlicher zu erkennen und entsprechende Handlungsschwerpunkte zu setzen. Und: Die gemeinsame Auseinandersetzung mit Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung soll auch die Entwicklung gemeinschaftlicher Handlungsstrategien fördern, denn die Suche nach Lösungen für viele gesundheitsbezogenen Probleme erfordert einen abgestimmten bereichs- und institutionenübergreifenden Ansatz über die sektoralen Grenzen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereiches hinweg.

Die nun vorliegenden Auswertungsergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen für die Schuljahre 2004/05 bis 2010/11 werfen einen Blick zurück auf die gesundheitliche Situation im Kindergartenalter. Vor dem Hintergrund der noch immer recht spärlichen Daten zur gesundheitlichen Lage auf kommunaler Ebene sind diese Ergebnisse besonders wertvoll, da sie auf der einzigen Erhebung basieren, bei der der Gesundheitszustand nahezu eines gesamten Jahrgangs der Bevölkerung untersucht wird. Sie beschreiben die Gesundheit in einer sensiblen Lebensphase, in der Weichenstellungen für den Bildungsweg und das spätere „soziale Schicksal“ erfolgen, die auch von gesundheitlichen Voraussetzungen mit abhängig sind. Und dieses Schicksal ist gesellschaftlich beeinflussbar.

Gesundheit und Krankheit sind nicht gleichmäßig verteilt, sondern in hohem Maße von der sozialen Lage abhängig. Unterschiede von bis zu mehr als zehn Jahren bei einem Vergleich der durchschnittlichen Lebenserwartung von Angehörigen der Unterschicht und der Oberschicht in unserer Gesellschaft sind ein chronischer Skandal, mittlerweile oft zitiert, leider aber mit noch immer zu geringer Bedeutung für die tatsächliche Prioritätensetzung in der Gesundheits- und Gesellschaftspolitik. Die Grundlagen für dieses Auseinanderklaffen der Lebenschancen werden schon im Kindesalter angelegt: Darum liegt ein besonderer Schwerpunkt dieses Berichts darauf, Zusammenhängen zwischen dem Niveau der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen und der Zugehörigkeit des Schulsprengels zu sozioökonomisch unterschiedlich strukturierten Sozialräumen nachzugehen. Auch das Vorhandensein eines Migrationshintergrundes der Eltern wird näher beleuchtet; nicht weil - überspitzt ausgedrückt - ein Migrationshintergrund etwa gesundheitsschädlich sei, sondern weil Menschen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt ein deutlich höheres Armutsrisiko im Vergleich zur Gesamtbevölkerung haben.

Die Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen wurden im Gesundheitsausschuss vorgelegt und werden auch in einer gemeinsamen Sitzung des Schul- und Jugendhilfeausschusses des Nürnberger Stadtrates behandelt. Es ist zu hoffen, dass sich daraus Impulse für verstärkte weitere Anstrengungen ergeben, in gemeinschaftlichen, trägerübergreifenden Bemühungen die gesundheitliche Gerechtigkeitslücke bei Kindern in Nürnberg abzubauen.

Dr. med. Fred-Jürgen Beier M.A.
Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg

INHALT

	Seite
1. <u>Kindergesundheit - „Grundstein“ für die Gesundheit im Erwachsenenalter</u>	1
2. <u>Ziel und Verfahren der Schuleingangsuntersuchungen (SEU)</u>	2
3. <u>Die demographische Zusammensetzung der SchulanfängerInnen</u>	3
3.1 Zusammensetzung der Kinder nach Geschlecht und Alter.....	3
3.2 Zusammensetzung der Kinder nach ihrem Migrationshintergrund.....	4
3.2.1 Migrationshintergrund der Kinder.....	4
3.2.2 Muttersprache der Eltern.....	5
3.3 Struktur der Herkunftsfamilien.....	6
3.3.1 Haushaltsgröße – gemessen an der Zahl der Kinder.....	6
3.3.2 Haushaltsgröße – gemessen an der Zahl der Erwachsenen im Haushalt.....	7
4. <u>Kindergartenbesuch</u>	9
5. <u>Dokumentation präventiver Maßnahmen</u>	12
5.1 Vorlage des Untersuchungsheftes - Dokumentation der Teilnahme an den gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen.....	12
5.2 Vorlage des Impfbuchs - Dokumentation der Teilnahme an den Schutzimpfungen.....	13
6. <u>Vorsorgeverhalten der Eltern</u>	14
6.1 Teilnahme an den gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen U1-U9.....	14
6.1.1 Nachweis einer vollständigen Untersuchungsreihe U1-U9.....	14
6.1.2 Lücken in der Untersuchungsreihe.....	16
6.2 Teilnahme an den Schutzimpfungen.....	18
6.2.1 Schutzimpfung gegen Polio (Kinderlähmung).....	18
6.2.2 Schutzimpfung gegen Tetanus.....	19
6.2.3 Schutzimpfung gegen Diphtherie.....	20
6.2.4 Schutzimpfung gegen Pertussis (Keuchhusten).....	21
6.2.5 Schutzimpfung gegen Masern.....	21
6.2.6 Schutzimpfung gegen Mumps.....	22
6.2.7 Schutzimpfung gegen Röteln.....	23
6.2.8 Schutzimpfung gegen Hepatitis B.....	24
6.2.9 Schutzimpfung gegen Hib (Haemophilus influenzae).....	24
6.2.10 Kurzfristige Entwicklung anderer Impfungen.....	25
6.2.11 Impfschutz der Kinder nach Migrationshintergrund.....	26
7. <u>Die Gewichtssituation der Kinder (Unter- und Übergewicht)</u>	27
7.1 starkes und moderates Untergewicht.....	27
7.2 moderates und starkes Übergewicht (Adipositas).....	28
7.3 Gewichtssituation der Kinder nach dem Migrationshintergrund.....	29
7.3.1 Untergewicht.....	29
7.3.2 Übergewicht.....	30

8.	<u>Auffälligkeiten in der sprachlichen und feinmotorischen Entwicklung der Kinder</u>	32
8.1	Sprachtestung.....	32
8.2	Testung der feinmotorischen Fertigkeiten.....	35
9.	<u>Handlungsfelder</u>	38
10.	<u>Ergebnisse im Querschnitt der Grundschulsprengel (SEU 2004/05 bis 2010/11) aus sozialräumlicher Perspektive</u>	39
10.1	Die sozialräumliche Zuordnung der Grundschulsprengel.....	39
10.2	Die Bewertung der Grundschulsprengel.....	40
10.3	Anzahl der Kinder mit Migrationshintergrund, d.h. mit mindestens einem Elternteil nicht deutscher Sprachherkunft (% aller Kinder in den GS Sprengeln).....	41
10.4	Bewertung der GS Sprengel nach bestimmten Merkmalen.....	42
10.4.1	Teilnahme an Schutzimpfungen.....	42
10.4.1.1	Anzahl der Kinder ohne oder ohne Nachweis einer vollständigen Grundimmunisierung gegen Tetanus (% aller Kinder in den GS Sprengeln).....	42
10.4.1.2	Anzahl der Kinder ohne oder ohne Nachweis einer ausreichenden Grundimmunisierung gegen Masern (% aller Kinder in den GS Sprengeln).....	44
10.4.2	Anzahl der Kinder ohne Nachweis oder mit Lücken (mindestens einer fehlenden Untersuchung) in der Reihe von Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 (% aller Kinder in den GS Sprengeln).....	45
10.5	ausgewählte Befunde (Screening).....	46
10.5.1	Anzahl der Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit in der Wort-/Satzbildung (% der Kinder in den GS Sprengeln).....	46
10.5.2	Anzahl der Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit in der Entwicklung der feinmotorischen Fähigkeiten (% der Kinder in den GS Sprengeln).....	47
10.6	Gewichtssituation.....	48
10.6.1	Anzahl der Kinder mit Untergewicht (% der Kinder in den GS Sprengeln).....	48
10.6.2	Anzahl der Kinder mit moderatem Übergewicht (% der Kinder in den GS Sprengeln).....	50
10.6.3	Anzahl der Kinder mit Adipositas (% der Kinder in den GS Sprengeln).....	51
10.7	Ergebnis und Interventionsrahmen – die zusammenfassende Bewertung der GS Sprengel...	52
10.8	Handlungsansätze.....	55

LITERATUR UND QUELLEN

1. Kindergesundheit – „Grundstein“ für die Gesundheit im Erwachsenenalter

Kinder im Vorschulalter sind in besonderer Weise exponiert gegenüber dem sozialen Umfeld, in das sie hineingeboren werden, da sie es zunächst normalerweise weder selbständig verlassen noch ihren Bedürfnissen entsprechend gestalten können. So teilen sie am Anfang ihres Lebens die Lebensumstände ihrer Eltern bzw. der Elternteile, bei denen sie aufwachsen.¹ Ergebnisse der epidemiologischen Lebenslaufforschung weisen darauf hin, dass Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten ebenso wie Schutzfaktoren für die Gesundheit teilweise schon in der Kindheit erworben werden und sich oft erst im späteren Leben bis ins hohe Alter hinein auswirken.² So ergeben sich vielfältige Verknüpfungspunkte zwischen der sozialen Situation der Eltern /-teile und der Entwicklung der kindlichen Gesundheit sowie auch der Gesundheit im Erwachsenenalter.

In dem vorliegenden Bericht wird der Aspekt des Migrationshintergrunds der Kinder im Zusammenhang mit bestimmten Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen (SEU) besonders berücksichtigt. Damit wird vor allem die soziale Lage der Eltern beleuchtet – Menschen mit Migrationshintergrund haben in Deutschland, wie auch in Nürnberg – ein im Durchschnitt deutlich höheres Armutsrisiko als der Durchschnitt der Gesamtbevölkerung,³ wofür der entscheidende Faktor die überdurchschnittlich hohe Arbeitslosigkeit ist.⁴ Neben ihrem vorrangigen Ziel - der Beurteilung der Schulfähigkeit eines Kindes – ist die SEU eine wichtige Datenquelle aus bevölkerungsmedizinischer Sicht, da sie eine Vollerhebung soziodemographischer und medizinischer Parameter jeweils eines gesamten Jahrganges darstellt.⁵ Sie kann daher eine wichtige Auffangfunktion erfüllen, da Defizite in der Entwicklung der Kinder und auch in ihrer Teilnahme an präventiven Maßnahmen häufiger in Bevölkerungsgruppen vorkommen, die in schwierigen sozialen Verhältnissen leben.

Zusätzlich zur Betrachtung der längerfristigen Entwicklung der Ergebnisse der SEU im Laufe der Schuljahre 2004/05-2010/11, wurden ausgewählte Merkmale auch auf der Ebene der Grundschulsprengel im Stadtgebiet Nürnbergs (Stand 2009) ausgewertet. Dies soll zum einen Handlungshilfen für kleinräumig orientierte Interventionen liefern. Zum anderen wurde eine sozialräumliche Zuordnung der GS Sprengel vorgenommen. Da die Sprengel in der Regel auch der Wohnort der Kinder sind, entsteht dadurch ein Hinweis auf deren Wohnumfeld und mittelbar auch auf ihren sozioökonomischen Hintergrund. Dies erscheint umso wichtiger, als bisher keine sozioökonomischen Merkmale der Eltern im Rahmen der SEU erhoben wurden.

¹ vgl. **HORSTKOTTE, E.:** Soziale Ungleichheit und Entwicklungschancen von Kindern in Bremen in: Prävention 03, 2007, S. 75-78, S. 75

² vgl. **LAMPERT, T.:** Frühe Weichenstellung in: Bundesgesundheitsblatt 5/2010, S. 486-496, S. 486

³ vgl. Gesundheitsamt Nürnberg (Hrsg.): Migration und Gesundheit, Zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Nürnberg, Oktober 2012, S. 1

⁴ Der Anteil der Nürnberger wohnberechtigten Bevölkerung mit einer nicht deutschen Staatsangehörigkeit an der gesamten wohnberechtigten Bevölkerung betrug zum 31.12.2010 17,1%. Demgegenüber war der Anteil von arbeitslosen Ausländern an den Arbeitslosen im Stadtgebiet Nürnberg mit 33,1% überrepräsentiert. **Quelle:** Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch der Stadt Nürnberg 2011, S. 85 und 247

⁵ Sie ist neben der amtlichen Todesursachenstatistik und den bevölkerungsmedizinischen Krebsregistern eine der wichtigsten Datenquellen zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung.

Bis zum Schuljahr 2008/09 war es möglich, die SEU beim niedergelassenen Kinderarzt/ -ärztin durchführen zu lassen. Dies war in Nürnberg etwa bei 100 Kindern jährlich der Fall. Seit der gesetzlichen Neuregelung vom 16.5.2008 ist dies nicht mehr möglich, außer im Falle einer schweren Behinderung.

2. Ziel und Verfahren der Schuleingangsuntersuchungen (SEU)

Das vorrangige Ziel der Schuleingangsuntersuchung (SEU) ist die Beurteilung der Schulfähigkeit eines Kindes aus medizinischer Sicht. Der körperliche, geistige wie auch der emotional-soziale Entwicklungsstand des Kindes werden aus individualmedizinischer Sicht bestimmt; bei Bedarf werden medizinische und weitere, auf unterschiedlichem Gebiet fördernde pädagogische Maßnahmen empfohlen sowie die Personensorgeberechtigten und die Schulen hierzu beraten. Die SEU ist eine Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.⁶ Die Teilnahme an ihr ist gesetzlich verpflichtend.⁷ Ihre Ziele und Inhalte sind bayernweit verbindlich vorgegeben.⁸

Seit 2002 besteht die SEU aus einem zweistufigen Verfahren. In der für alle Kinder des betreffenden Jahrgangs obligatorischen ersten Stufe werden alle Kinder durch eine Kinderkrankenschwester des Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienstes gescreent. Bei dem Screening – einer orientierenden, standardisierten Testung – werden vor allem sprachliche und motorische Besonderheiten sowie Auffälligkeiten im Wahrnehmungsvermögen identifiziert. Außerdem finden folgende Erhebungen und Untersuchungen statt:

- Erhebung der Vorgeschichte und der Entwicklung des Kindes mittels Anamnesebogen, Erfassung des Impfstatus (nach den Aufzeichnungen des Impfausweises), bei Bedarf eine Impfberatung,
- die Überprüfung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen, insbesondere an der U9 (Untersuchung mit ca. 5 Jahren),
- ein apparativer Hör- und Sehtest,
- Messung der Körperlänge und des Körpergewichts.

Bei einer fehlenden Früherkennungsuntersuchung U9 oder einem auffälligen Screening durch die Kinderkrankenschwester werden die Kinder in einer zweiten Stufe schulärztlich untersucht. Weiterhin ist dies indiziert bei einem Kind in schulvorbereitender Einrichtung (SVE) oder auf Wunsch der Eltern bzw. der Schule. In Nürnberg werden jährlich ca. 35-38% der Kinder schulärztlich untersucht. Bei dieser Untersuchung wird der Entwicklungsstand des Kindes individualmedizinisch bestimmt und bei Bedarf entsprechende medizinische und fördernde pädagogische Maßnahmen empfohlen. Die Funktion der SEU ist nicht die der Krankheitsfrüherkennung. Sie trägt vielmehr dafür Sorge, für den Schulbesuch relevanten Befunde festzustellen und die Sorgeberechtigten sowie die aufnehmende Schule dazu zu beraten. Sie unterstützt die Schulen dabei, Kindern sehr unterschiedlichen Entwicklungsstandes gerecht zu werden und gibt wichtige Hinweise auf den individuellen Förderbedarf.⁹ Die folgende Auswertung bezieht sich vornehmlich auf die Informationen aus dem Anamnesebogen und auf bestimmte Ergebnisse des Screenings. Im Verlauf der Schuljahre 2004/05 bis 2010/11 wurden 30.762 Kinder auf ihre Schulfähigkeit hin untersucht (Screening durch Kinderkrankenschwestern). Dies waren im jährlichen Durchschnitt 4.395 Kinder.

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des städtischen Gesundheitsamtes wertet die Ergebnisse des SEU-Screenings durch die Kinderkrankenschwestern und gegebenenfalls der ärztlichen Untersuchung durch die Kinder- und JugendärztInnen des Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienstes im Amt seit dem Schuljahr 1999/2000 nach bevölkerungsmedizinischen Gesichtspunkten aus. Die Datengrundlage für den Auswertungszeitraum 2004/05 bis 2010/11 waren die sog. „Export-Dateien“ des Gesundheitsamtes. Diese bestehen aus den Datensätzen, die während der SEU für jedes Kind angelegt, und nach einer ersten Plausibilitätsprüfung an das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) übermittelt

⁶ s. Regelungen der Schulgesundheitspflegeverordnung vom 20.12.2008 sowie die Gemeinsame Bekanntmachung der beiden beteiligten Ministerien vom 12.11.2010 (am 1.1.2011 in Kraft getreten).

⁷ Art. 80 des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) vom 31.5.2000 in Verbindung mit dem Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz (GDVG) Art. 14 Abs.5

⁸ durch die Regelungen der Schulgesundheitspflegeverordnung vom 20.12.2008 sowie die Gemeinsame Bekanntmachung der beiden beteiligten Ministerien vom 12.11.2010 (am 01.01.2011 in Kraft getreten). Bis zu diesen Regelungen – also im größten Teil des Untersuchungszeitraums – war die SEU durch die Gemeinsame Bekanntmachung zur Schulgesundheitspflege vom 04.04.1996 rechtlich verankert.

⁹ vgl. WEGNER, G.: Aufgaben des ÖGD im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheit, Bundesgesundheitsblatt 2005, 48, S. 1103-1110, S. 1107

werden. Die Datensätze sind anonymisiert und lassen keine Rückschlüsse auf einzelne SchulanfängerInnen zu. Dieses Vorgehen steht im Dienste größtmöglicher Aktualität der Daten, geht jedoch zu Lasten der Vergleichbarkeit mit vorhergehenden Nürnberger Auswertungen und den Daten auf Landesebene, da sich im Laufe der weiteren Verarbeitung noch geringfügige Änderungen der Fallzahlen ergeben können. Stichtag der verarbeiteten Datensätze ist der 11.8.2011. Im Lauf des Auswertungszeitraums änderten sich bestimmte Variablendefinitionen und –beschreibungen innerhalb des Datensatzes. Auch waren erhebungstechnisch bedingt sowie durch Veränderungen im Aufbau des Datensatzes nicht für jedes Schuljahr lückenlose Angaben für alle Kinder vorhanden. Im Verlauf des Textes wird an gegebener Stelle darauf hingewiesen werden.

3. Die demographische Zusammensetzung der SchulanfängerInnen

3.1 Zusammensetzung der Kinder nach Geschlecht und Alter

Von den 30.762 Kindern, die zwischen den Schuljahren 2004/05 bis 2010/11 dem Screening unterzogen wurden, waren 51,9% Jungen und 47,9% Mädchen. Für 66 Kinder (0,2%) lagen keine Angaben zum Geschlecht vor. Berücksichtigt man diese Kinder nicht (n=30.696), betrug der entsprechende Anteil 52,0% Jungen und 48,0% Mädchen. (vgl. Tab. 1) Im Vergleich zur Zusammensetzung der 0-6 Jährigen in der Gesamtbevölkerung Nürnbergs nach dem Geschlecht (50,9% Jungen und 49,1% Mädchen am 31.12.2010) waren die Jungen unter den SchulanfängerInnen etwas überrepräsentiert.¹⁰ Dies liegt u.a. darin begründet, dass Jungen häufiger als Mädchen vom Schulbesuch zurückgestellt und daher in vielen Fällen ein zweites Mal untersucht werden.

Tab. 1: Anzahl der im Rahmen des Screenings auf ihre Schulfähigkeit hin überprüften Kinder in Nürnberg (SEU 2004/05-2010/11)

Schuljahr	Anzahl der Kinder, die auf ihre Schulfähigkeit hin überprüft wurden	Dar. Jungen	Dar. Mädchen	Dar. o.A.	Jungen %	Mädchen %	o.A. %
2004/05	4.424	2.247	2.177	0	50,8	49,2	0
2005/06	4.451	2.293	2.154	4	51,6	48,4	0,1
2006/07	4.551	2.391	2.160	0	52,5	47,5	0
2007/08	4.500	2.342	2.099	59	52,0	46,6	1,3
2008/09	4.488	2.369	2.116	3	52,8	47,1	0,1
2009/10	4.549	2.370	2.179	0	52,1	47,9	0
2010/11	3.799	1.949	1.850	0	51,3	48,7	0
alle	30.762	15.961	14.735	66	51,9	47,9	0,2

Das durchschnittliche Alter der Kinder zum Zeitpunkt der SEU ist während des Auswertungszeitraums gesunken: 2004/05 waren die Jungen durchschnittlich 6,02, und die Mädchen 5,98 Jahre alt. 2010/11 lagen die entsprechenden Werte bei 5,74 Jahre für Jungen und 5,69 Jahre für Mädchen. Dies bedeutet, dass die Jungen zum Zeitpunkt der SEU 0,28 Jahre, die Mädchen 0,29 Jahre jünger waren als 2004/05. Der Median für das Alter aller Kinder ist von 6,0 Jahren 2004/05 auf 5,67 im Jahr 2010/11 zurückgegangen. Ein wahrscheinlicher Grund für den sinkenden Altersdurchschnitt liegt in der schrittweisen Herabsetzung des frühestmöglichen Einschulungsalters um jeweils einen Monat jährlich zwischen den Jahren 2005/06 und 2010/11.¹¹ Ferner gibt es kein Mindestalter mehr, ab dem die vorzeitige Einschulung beantragt werden kann.¹²

¹⁰ vgl. Statistisches Jahrbuch der Stadt Nürnberg 2010, S. 35

¹¹ Waren bis 2005 Kinder schulpflichtig, die jeweils bis zum 30.6. 6 Jahre alt wurden, wurde ab dem Schuljahr 2005/06 der Stichtag für die Schulpflicht jährlich um einen Monat nach hinten verschoben mit dem Ziel seitens der Bayerischen Staatsregierung, ihn endgültig auf den 31.12 zu verschieben. Die Regelung wurde allerdings ab dem Einschulungsjahrgang 2010/11 wieder ausgesetzt. Dies erklärt teilweise die im Vergleich mit den Vorjahren geringere Kinderzahl im Schuljahr 2010/11. Ein weiterer Grund für die „Verjüngung“ der Kinder besteht darin, dass aufgrund rückläufiger Personalressourcen beim Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienst der Beginn der Untersuchungen seit 2005/06 bereits Anfang November desjenigen Jahres liegt, das der Einschulung vorausgeht.

¹² KNOLL, F.: Staatliche Schulberatung in Bayern, www.schulberatung.bayern.de 22.11.2011

3.2 Zusammensetzung der Kinder nach ihrem Migrationshintergrund

Zur Bestimmung des Migrationshintergrundes der Kinder diente in der vorliegenden Auswertung die Muttersprache der Eltern. Diese stellt einen Schätzer für den Migrationshintergrund der Kinder dar: Eine nicht-deutsche Sprachherkunft des Kindes liegt vor, wenn mindestens ein Elternteil muttersprachlich eine andere als die deutsche Sprache spricht. Diese Definition entspricht der des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, nicht aber derjenigen der Amtlichen Statistik, so auch nicht der des Amtes für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth¹³ und auch nicht der des Robert-Koch-Instituts (RKI).¹⁴ Die Vergleichbarkeit migrationsbezogener Angaben mit diesen Datenquellen ist daher nur unter Einschränkungen gegeben. Ab dem Schuleingangsjahr 2009/10 wurde bei der Erfassung der Eigenschaft „Migrationshintergrund“ die RKI-Definition verwendet.

Im Folgenden werden unterschieden

- Kinder mit beiden Elternteilen deutscher Muttersprache. Diese Kinder haben keinen Migrationshintergrund. Wenn die Sprachherkunft nur eines Elternteils bekannt und diese deutsch ist, wird auch das Kind der deutschen Sprachherkunft zugeordnet.
- Kinder mit beiden Eltern nicht deutscher Muttersprache. Diese Kinder haben einen zweiseitigen Migrationshintergrund. Wenn die Sprachherkunft nur eines Elternteils bekannt, und diese nicht deutsch ist, wird das Kind der nicht deutschen Sprachherkunft zugeordnet.
- Kinder mit je einem Elternteil deutscher und nicht deutscher Muttersprache: Diese Kinder haben einen einseitigen Migrationshintergrund. Werden sie in der folgenden Auswertung nicht gesondert erwähnt, gelten sie als Kinder mit Migrationshintergrund.

3.2.1 Migrationshintergrund der Kinder

Der o.g. Definition entsprechend und bezogen auf alle SchulanfängerInnen, hatten im Zeitraum zwischen 2004/05 und 2010/11 51,5% aller Kinder (n=15.828) einen Migrationshintergrund – einseitig 12,1% (n=3.720) und zweiseitig 39,4% (n=12.108). Muttersprachlich deutsch sprechende Eltern hatten 46,4% der Kinder (n=14.272), d.h. sie hatten keinen Migrationshintergrund. Für 2,1% (n=662) der Kinder lagen keine Auskünfte hierzu vor. Im zeitlichen Verlauf ist der Anteil der Kinder mit einem Migrationshintergrund beständig angestiegen von 45,0% im Jahr 2004/05 auf 56,9% im Jahr 2010/11. Umgekehrt nahm der Anteil muttersprachlich deutscher Kinder im selben Zeitraum ab von 49,1% auf 42,7%.¹⁵ Seit dem SEU-Jahrgang 2006/07 überstiegen die Anteile der Kinder mit Migrationshintergrund an den SchulanfängerInnen die der ohne Migrationshintergrund. (vgl. Abb. 1)

Bezieht man nur die Kinder ein, für die Angaben zur elterlichen Muttersprache vorlagen (n=30.100), und nicht alle Kinder – eine tendenzielle Überschätzung - betrug der Anteil der Kinder mit Eltern einer nicht deutschen Sprachherkunft 57,1% und der Anteil der Kinder deutscher Sprachherkunft 42,9%.

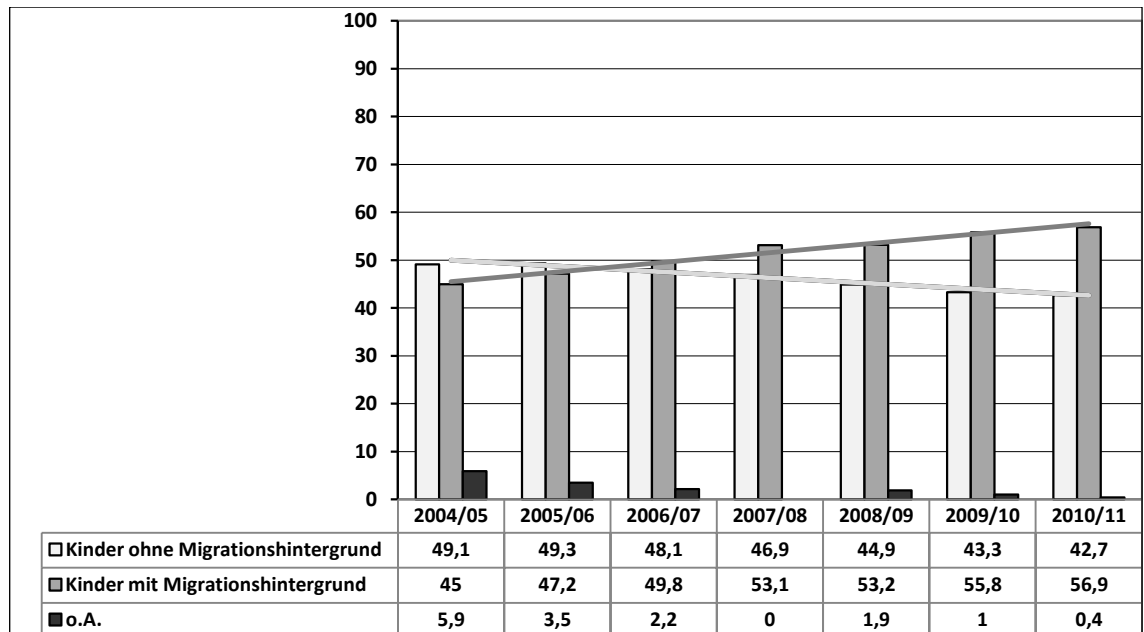
¹³ Demnach sind Menschen mit Migrationshintergrund „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenem Elternteil“. Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Menschen mit Migrationshintergrund in Nürnberg, Statistische Nachrichten N1 2011, S. 8

Das Amt für Stadtforschung und Statistik leitet den Migrationshintergrund aus dem Einwohnermelderegister mit Hilfe der Software MigraPro anhand der Merkmale: Geburtsort/ -land, Staatsangehörigkeit, Art des Erwerbs der deutschen Staatsangehörigkeit. Für jede Person wird der persönliche Migrationshintergrund bestimmt; Kinder unter 18 Jahren werden dem Migrationshintergrund der Eltern bzw. eines Elternteils zugeordnet. vgl. Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, a.a.O. S. 9/10

¹⁴ Kinder mit Migrationshintergrund sind Kinder, die entweder selbst aus einem anderen Land nach Deutschland zugewandert sind, und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder deren beide Elternteile zugewandert oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind. **Quelle:** Kinder und Jugendsurvey (KIGGS-Studie) in: Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Migration und Gesundheit, Berlin, 2008 S. 9-12 Diese Definition wird in Nürnberg seit dem SEU-Jahrgang 2009/10 eingesetzt. Aus Gründen der längerfristigen Vergleichbarkeit wurde in der vorliegenden Auswertung für die SEU-Jahrgänge 2009/10 und 2010/11 jedoch die elterliche Muttersprache weiter verwendet.

¹⁵ s. TOP 5 der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 15.12.2011, Anlage 2, S. 3

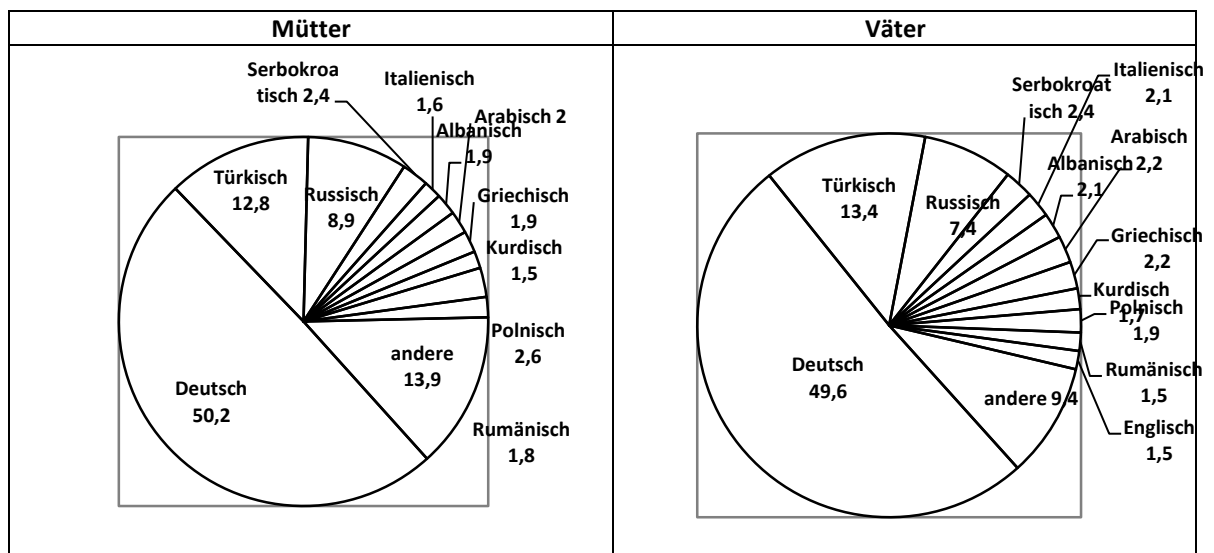
Abb. 1: Kinder ohne und mit Migrationshintergrund (% aller Kinder) SEU 2004/05-2010/11



3.2.2 Muttersprache der Eltern

Seit dem Schuljahr 2007/08 wurde die Muttersprache der Eltern – getrennt nach Vater und Mutter – im Rahmen der SEU erfasst. Wie Abb. 2 zeigt, waren die wichtigsten nicht deutschen Muttersprachen Türkisch (12,0% der Mütter und 13,4% der Väter) sowie Russisch (8,9% der Mütter und 7,4% der Väter).¹⁶

Abb. 2: Muttersprache der Väter und Mütter (% aller Mütter und Väter) SEU 2007/08-2010/11



*bezogen auf alle Mütter und Väter

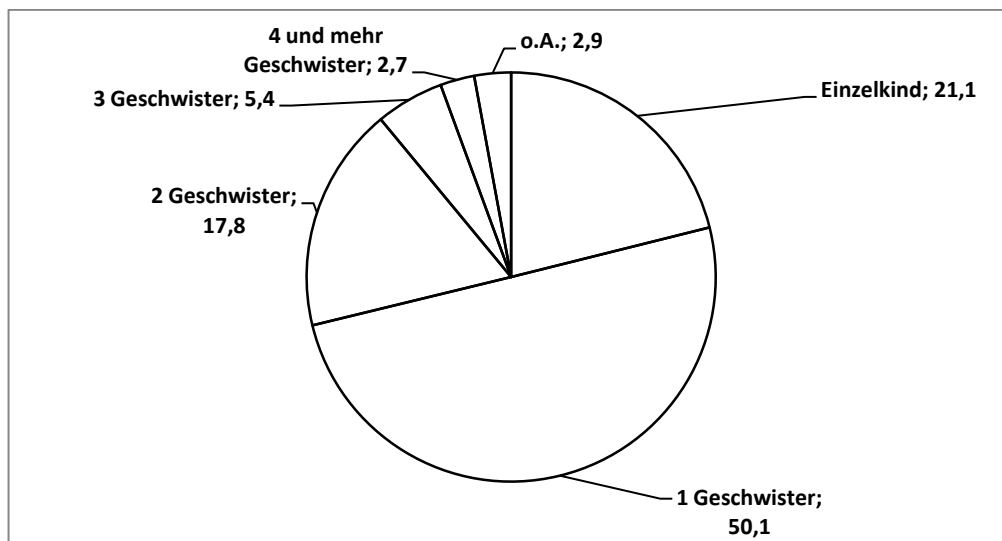
¹⁶ **Zum Vergleich:** Das Amt für Stadtforschung und Statistik berechnete an der Bevölkerung mit Hauptwohnsitz in Nürnberg einen Anteil von 16% bzw. einen Anteil von 7% von Menschen mit Migrationshintergrund mit dem Bezugsland Türkei bzw. Russland. **Quelle:** Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Menschen mit Migrationshintergrund in Nürnberg, Statistische Nachrichten N1 2011, S. 23

3.3 Struktur der Herkunftsfamilien

3.3.1 Haushaltsgröße – gemessen an der Zahl der Kinder

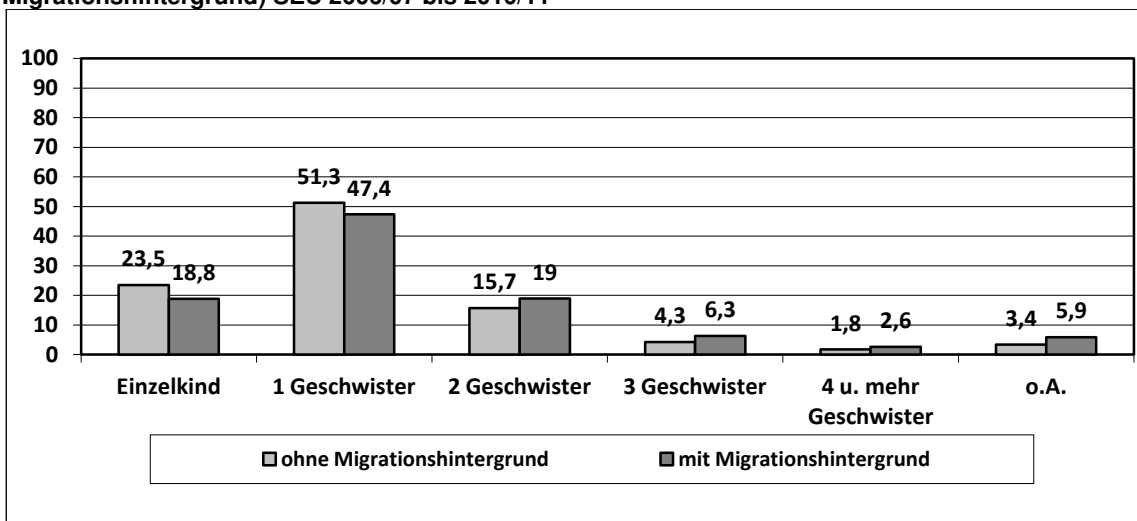
Die Zahl der Geschwister der SchulanfängerInnen lag nur für den Zeitraum 2006/07 bis 2010/11 vor. In dieser Zeit wurden 21.887 Kinder zur SEU vorgestellt. Die meisten dieser Kinder hatten 1 Geschwister (50,1%), gefolgt von 21,1% Einzelkindern. Insgesamt 25,9% der Kinder hatten 2 und mehr Geschwister, d.h. sie stammten aus größeren Familien mit mindestens 3 Kindern. Die entsprechenden Parameter lagen nicht vor für 2,9% der Kinder (n=632). (vgl. Abb. 3) Berücksichtigt man diese Datensätze nicht, verblieben 21.255 Kinder, von denen 51,7% 1 Geschwister hatten, 22,1% Einzelkinder waren und 26,8% der Kinder noch mindestens 2 Geschwister aufwiesen.

Abb. 3: Anzahl der Kinder nach der Zahl der Geschwister (% aller Kinder) SEU 2006/07 bis 2010/11



21.643 Datensätze waren im Zeitraum 2006/07 bis 2010/11 zum Migrationshintergrund und Geschwisterzahl auswertbar. Legt man diese Zahl zugrunde – ebenfalls eine tendenzielle Überschätzung –, zeigte sich, dass Einzelkinder sowie Kinder mit 1-2 Geschwistern unter den Kindern mit Migrationshintergrund seltener und Kinder mit einer größeren Geschwisterzahl (3 und mehr Geschwister) häufiger vertreten waren im Vergleich zu den Familien ohne Migrationshintergrund. (s. Abb. 4)

Abb. 4: Anzahl der Kinder nach der Geschwisterzahl (% der Kinder ohne und mit Migrationshintergrund) SEU 2006/07 bis 2010/11



Im zeitlichen Verlauf deutete sich bei den Familien ohne Migrationshintergrund ein Trend zur „Vergrößerung“ an: Der Anteil der Einzelkinder ging zurück (von 29,1% 2006/07 auf 21,8% 2010/11) bei einer gleichzeitigen Steigerung des Anteils „mittelgroßer“ Familien mit insgesamt 2-3 Kindern (von 61,9% 2006/07 auf 71,4% 2010/11). Bei den Familien mit Migrationshintergrund war keine wesentliche Veränderung der Familiengröße im zeitlichen Verlauf erkennbar mit Ausnahme einer leichten Zunahme des Anteils „mittelgroßer“ Familien mit 2-3 Kindern. Es deutete sich auch eine Abnahme des Anteils „großer“ Familien mit mindestens 4 Kindern sowie eine Zunahme des Anteils von Einzelkindern an. (vgl. Tab. 2)

Tab. 2: Anzahl der Kinder nach der Geschwisterzahl (% der Kinder ohne und mit Migrationshintergrund) Vergleich SEU 2006/07 und 2010/11

Migrationshintergrund	Einzelkind		1 -2 Geschwister		3 u. mehr Geschwister		o.A.	
	2006/07	2010/11	2006/07	2010/11	2006/07	2010/11	2006/07	2010/11
Ohne M.	29,1	21,8	61,8	71,4	6,9	6,8	2,1	0,1
Mit M.	19,4	19,6	65,9	69,8	9,8	9,5	4,9	1,1

3.3.2 Haushaltsgröße – gemessen an der Zahl der Erwachsenen im Haushalt

Die Haushaltsgröße – gemessen an der Zahl der erwachsenen Haushaltsangehörigen - wurde im Rahmen der SEU seit 2007/08 erfasst. Damit lagen 17.336 Datensätze vor. 11,6% dieser Kinder stammten aus Haushalten mit einem Erwachsenen. Dies bedeutet in der Regel, dass das Kind bei einem alleinerziehenden Elternteil aufwächst.¹⁷ Kinder in dieser Lage sind häufig besonders armutsgefährdet und aufgrund der Assoziation von „Armut und Gesundheit“ oft auch mit einem schlechteren Gesundheitszustand konfrontiert im Vergleich zu den Kindern aus Paarfamilien: „In vielen Untersuchungen konnte gezeigt werden, daß die Kinder aus Scheidungs- und Einelternefamilien ein höheres Risiko für körperliche und psychische Erkrankungen aufweisen.“¹⁸ Mehrheitlich jedoch (80,5%) lebten die Kinder mit 2 Erwachsenen, 3,9% der Kinder sogar mit 3 und mehr Erwachsenen zusammen. Bei 4,0% der Kinder (n=712) fehlten die Angaben hierzu. (vgl. Abb. 5)

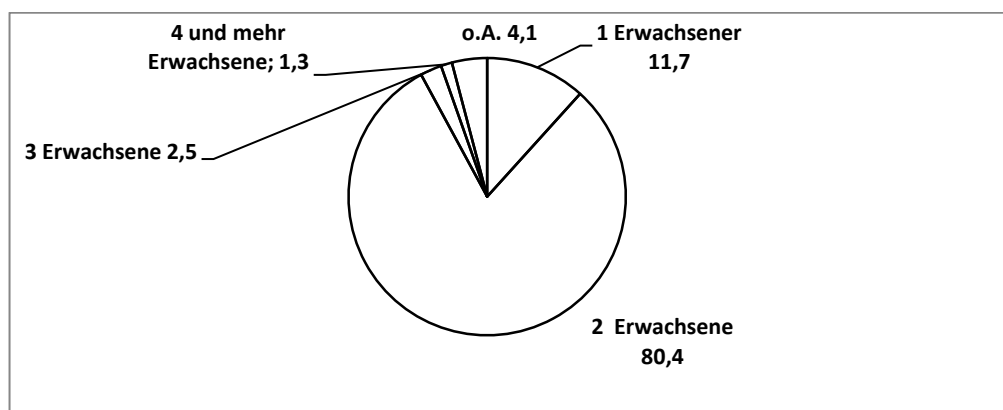
Die Zahl der Erwachsenen im Haushalt ist allerdings nur ein Anhaltspunkt für die Lebensform der Kinder: Im Zeitalter nicht seltener „Patchwork“-Familien und alternativer Wohnformen müssen 2 Erwachsene ebenso wenig das Elternpaar einer Kleinfamilie darstellen als 3 und mehr Erwachsene eine Großfamilie mit mehreren Generationen im Haushalt.

Berücksichtigt man nur die Kinder, für die Angaben zur Zahl der Erwachsenen im Haushalt vorliegen (n=16.624)- eine tendenzielle Überschätzung -, betrug der Anteil der Kinder aus Haushalten mit einem Erwachsenen 12,1%, mit 2 Erwachsenen 83,9%, mit 3 Erwachsenen 2,6% und aus Haushalten mit 4 und mehr Erwachsenen 1,4%.

¹⁷ **Zum Vergleich:** Die Stichprobe im Rahmen der Gesundheits-Monitoring-Einheiten (GME) des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Sachbereich Arbeits- und Umweltepidemiologie ergab für die Jahre 2004-2007 einen Anteil alleinerziehender Mütter von 10,0%.

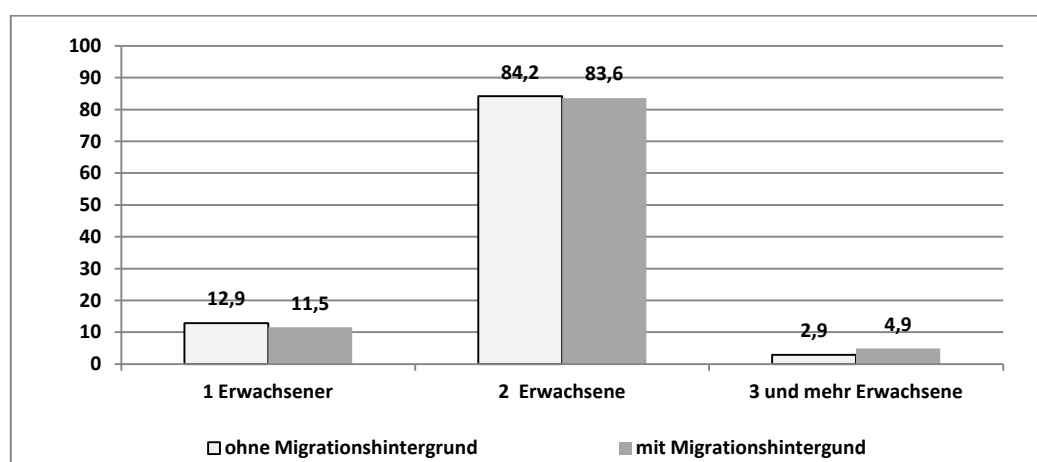
¹⁸ **SCHARTE, M., BOLTE, G., GME-Studiengruppe:** Kinder alleinerziehender Frauen in Deutschland: Gesundheitsrisiken und Umweltbelastungen in: Gesundheitswesen 2012, Bd. 74, S. 123-131, S. 124

Abb.5: Anteile der Kinder nach der Anzahl der Erwachsenen im Haushalt (% aller Kinder) SEU 2007/08 bis 2010/11



Für den Zeitraum 2007/08 bis 2010/11 lagen 17.191 Datensätze mit Angaben zum Migrationshintergrund und der Zahl der Erwachsenen im Haushalt vor. In der Haushaltsgröße – gemessen an den erwachsenen Haushaltsangehörigen – unterschieden sich Haushalte mit und ohne Migrationshintergrund nur wenig: Haushalte mit nur einer oder mit 2 erwachsenen Personen waren unter den Familien deutscher SchulanfängerInnen etwas häufiger vertreten, Haushalte mit 3 und mehr Erwachsenen bei Familien mit einem ein – oder beidseitigen Migrationshintergrund. (vgl. Abb. 6)

Abb. 6: Anzahl der Kinder nach der Zahl der Erwachsenen im Haushalt (% der Kinder ohne und mit Migrationshintergrund) SEU 2007/08 bis 2010/11



Im zeitlichen Verlauf zeichnete sich auch hier eine „Vergrößerung“ der Haushalte ab - eine Abnahme der Haushalte mit nur einer erwachsenen – in der Regel alleinerziehenden – Person bei Familien ohne und mit Migrationshintergrund sowie eine Zunahme der Anteile von Kindern aus Haushalten mit 2 und mehr Erwachsenen vor allem bei den Familien mit Migrationshintergrund. (vgl. Tab. 3)

**Tab. 3: Anteile der Kinder nach der Zahl der Erwachsenen im Haushalt (% der Kinder ohne und mit Migrationshintergrund)
Vergleich SEU 2007/08 und 2010/11**

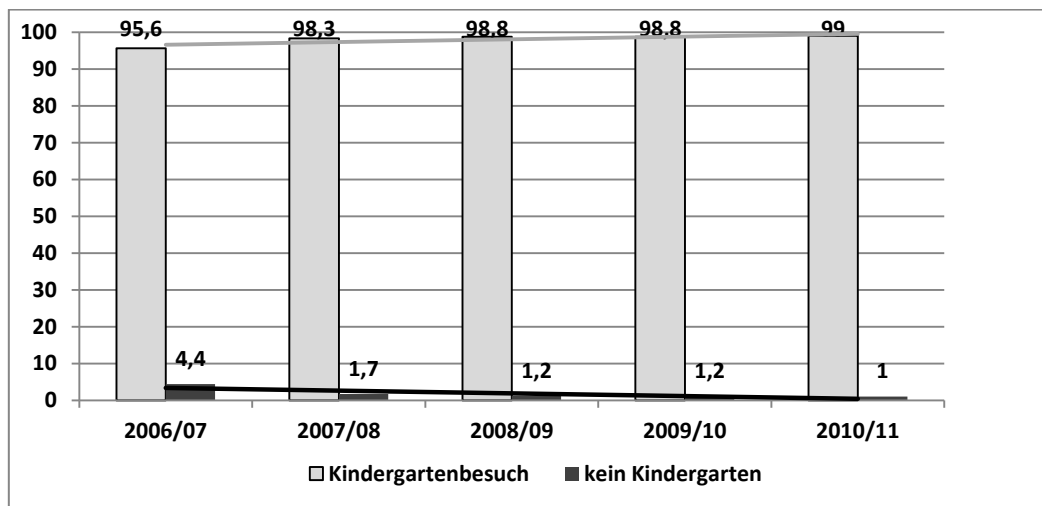
Migrationshintergrund	1 Erwachsener		2 Erwachsene		3 u. mehr Erwachsene		o.A.	
	2007/08	2010/11	2007/08	2010/11	2007/08	2010/11	2007/08	2010/11
Ohne M.	12,9	10,8	80,9	83,2	3,1	4,1	3,1	0,7
Mit M.	11,4	10,5	74,5	81,7	4,5	5,1	9,6	2,7

4. Kindergartenbesuch

Der Kindergartenbesuch konnte aufgrund der Datenstruktur nur für den Zeitraum zwischen 2006/07 und 2010/11 ausgewertet werden. In diesem Zeitabschnitt wurden 21.887 Kinder im Screening erfaßt. Beinahe alle diese Kinder – 20.698 (94,5%) - besuchten vor der Einschulung einen Kindergarten. 1,9% (n=407) der Kinder -1,9% Jungen und 1,8% Mädchen taten dies jedoch nicht. Für 782 Kinder (3,6%) lagen keine Angaben zum Kindergartenbesuch vor.

Berücksichtigt man nur die Kinder, für die Angaben zum Kindergartenbesuch gemacht wurden (n=21.105), betrug der – tendenziell überschätzte - Anteil der Kindergartenkinder 98,1%. Im zeitlichen Verlauf konnte sich der Kindergartenbesuch verbessern: Besuchten im SEU-Jahrgang 2006/07 95,6% der Kinder eine Einrichtung, waren es 2010/11 bereits 99,0%. Dementsprechend ist auch der Anteil der Kinder, die keinen Kindergarten besuchten, von 4,4% 2006/07 auf 1,0% im Jahr 2010/11 zurückgegangen. (vgl. Abb. 7)

Abb. 7: Anzahl der Kinder nach dem Kindergartenbesuch (% der Kinder mit Angaben zum Kindergartenbesuch) SEU 2006/07 bis 2010/11

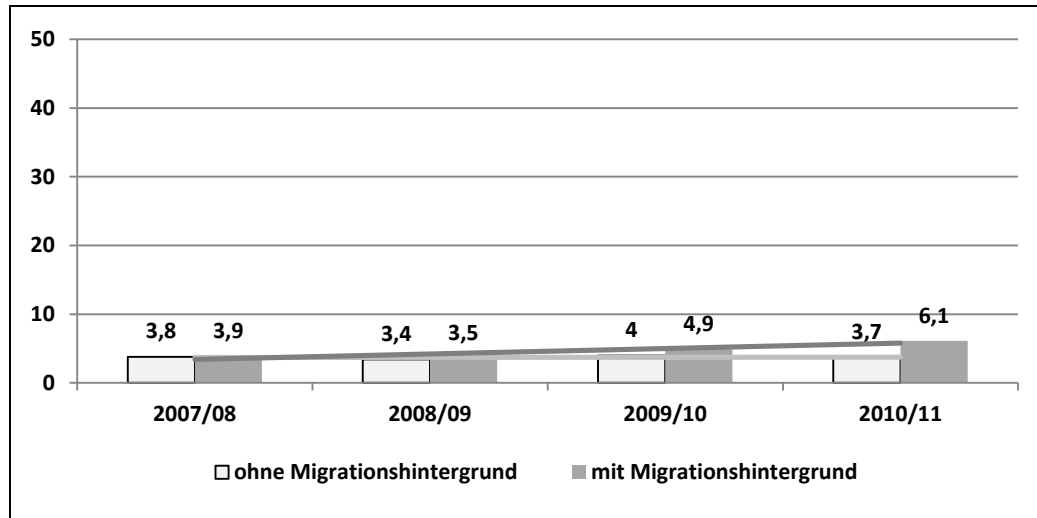


Die besuchte Einrichtung (n=21.105) war in den meisten Fällen ein Regelkindergarten (95,4%). In eine Schulvorbereitende Einrichtung (SVE)¹⁹ gingen 4,3% der Kinder und 0,3% in eine Heilpädagogische Tagesstätte (HPT).²⁰ Wie Abb. 8 zeigt, besuchten im Zeitraum 2007/08 bis 2010/11 Kinder aus Familien mit einem Migrationshintergrund häufiger eine SVE als Kinder aus muttersprachlich deutschen Familien (4,6% gegenüber 3,7%), und zwar mit einer zunehmenden Tendenz, während sich bei den Kindern ohne Migrationshintergrund der Besuch einer SVE kaum verändert hat. So gingen schließlich im Jahr 2010/11 Kinder mit Migrationshintergrund 1,6 mal so häufig in eine SVE als Kinder ohne Migrationshintergrund.

¹⁹ Schulvorbereitende Einrichtungen (SVE) bieten für Kinder, die zur Entwicklung ihrer Fähigkeiten auch im Hinblick auf die Schulfähigkeit sonderpädagogischer Anleitung und Unterstützung bedürfen, in den letzten 3 Jahren vor Schulbeginn sonderpädagogische Förderung. Dazu sind an Förderschulen Kleingruppen eingerichtet, die von geschultem Fachpersonal betreut werden. Die Förderschwerpunkte der Schulvorbereitenden Einrichtungen entsprechen denen der Förderschule, der sie angehören. (Zitat aus www.nuernberg.de/internet/schulen/foerderschulen_schulvorbereitung.html)

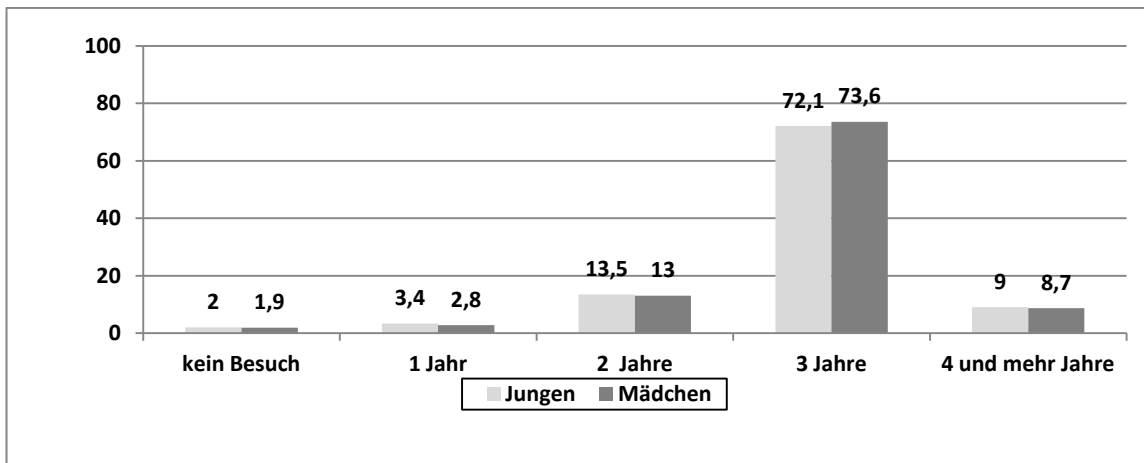
²⁰ Heilpädagogische Tagesstätten (HPT) sind teilstationäre Einrichtungen zur Erziehung, Förderung und Bildung, Pflege und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung im Alter von 3 bis 18 Jahren. (Zitat aus www.stmas.bayern.de)

Abb. 8: Anzahl der Kinder, die eine Schulvorbereitende Einrichtung (SVE) besuchten (% der Kindergartenkinder ohne und mit Migrationshintergrund) Durchschnitt SEU 2007/08 bis 2010/11



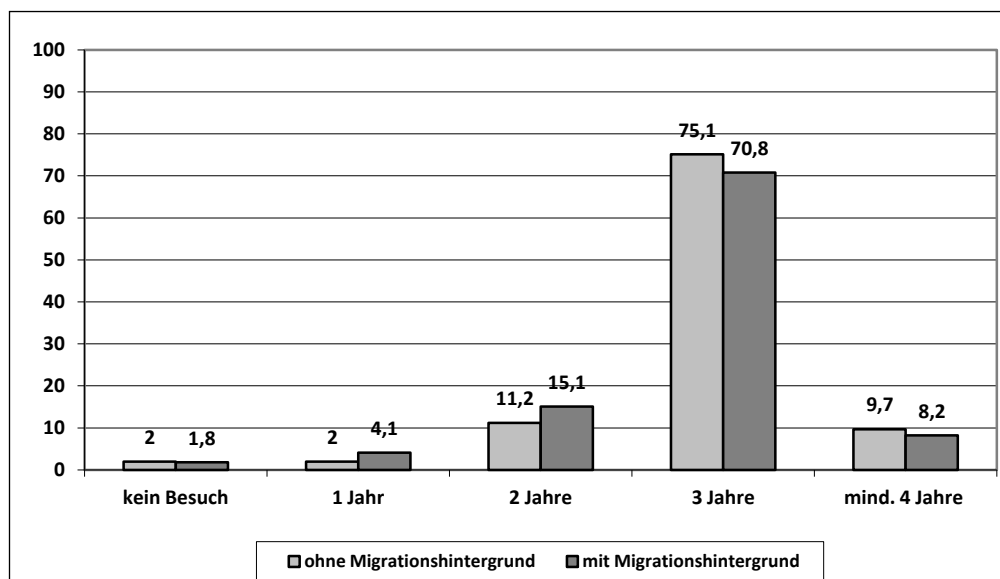
Die häufigste Besuchsdauer im Kindergarten war zwischen 2006/07 und 2010/11 3 Jahre, gefolgt von einem 2 jährigen Besuch. Jungen und Mädchen unterschieden sich in der Dauer des Kindergartenbesuchs nur geringfügig: Im Vergleich zu den Mädchen besuchten Jungen etwas häufiger einen Kindergarten für 1 und 2 Jahre sowie für 4 und mehr Jahre. Mädchen hingegen besuchten etwas häufiger als Jungen 3 Jahre lang eine Einrichtung. (vgl. Abb. 9)

Abb. 9: Anzahl der Jungen und Mädchen nach der Dauer des Kindergartenbesuchs (% der Jungen und Mädchen mit Angaben zum Kindergartenbesuch) SEU 2006/07 bis 2010/11



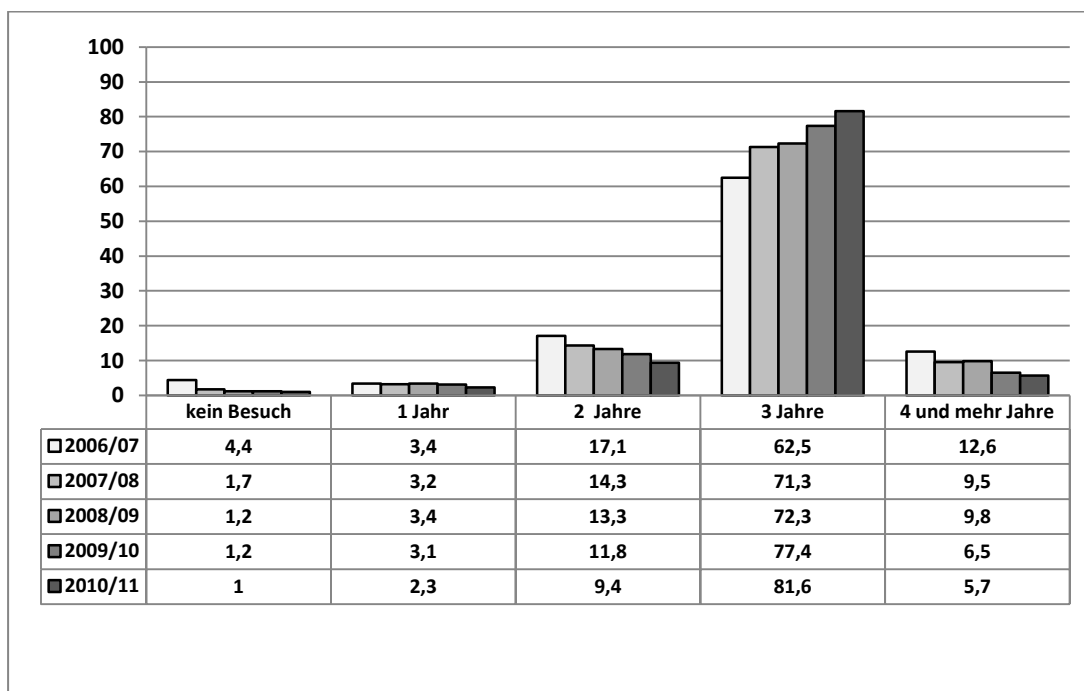
Aus Abb. 10 geht hervor, dass Familien mit Migrationshintergrund im Vergleich zu den Familien ohne Migrationshintergrund etwas häufiger zu einer kürzeren Aufenthaltsdauer in der Einrichtung von 1 oder 2 Jahren neigten, während Haushalte ohne Migrationshintergrund ihre Kinder häufiger etwas länger – 3 und mehr Jahre - in einen Kindergarten schickten.

Abb. 10: Anteile der Kinder nach der Dauer des Kindergartenbesuchs (% der Kinder ohne und mit Migrationshintergrund)
SEU 2006/07 bis 2010/11



Im zeitlichen Verlauf 2006/07 bis 2010/11 reduzierte sich der Anteil der Kinder ohne Kindergartenbesuch von insgesamt 4,4% auf 1%. Ein 3 jähriger Kindergartenbesuch wurde hingegen häufiger bei einer gleichzeitigen Abnahme des Anteils der Kinder mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer von 1 und 2 Jahren sowie von mindestens 4 Jahren. (vgl. Abb. 11)

Abb. 11: Dauer des Kindergartenbesuchs (in % der Kinder mit Angaben zum Kindergartenbesuch)
SEU 2006/07 bis 2010/11



Wie aus Tab. 4 hervorgeht, war diese Entwicklung auch unabhängig vom Migrationshintergrund der Kinder zu beobachten.

Tab. 4: Anteile der Kinder nach der Dauer des Kindergartenbesuchs und nach dem Migrationshintergrund (% der Kinder mit Angaben zum Kindergartenbesuch) Vergleich SEU 2006/07 und 2010/11

Migrationshintergrund	Kein Kindergartenbesuch		1-2 Jahre		3 Jahre		Mindestens 4 Jahre	
	2006/07	2010/11	2006/07	2010/11	2006/07	2010/11	2006/07	2010/11
Ohne M.	5,6	0,2	15,5	9,6	65,5	83,6	13,5	6,5
Mit M.	3,3	1,5	25,2	13,3	60,0	80,1	11,8	5,1

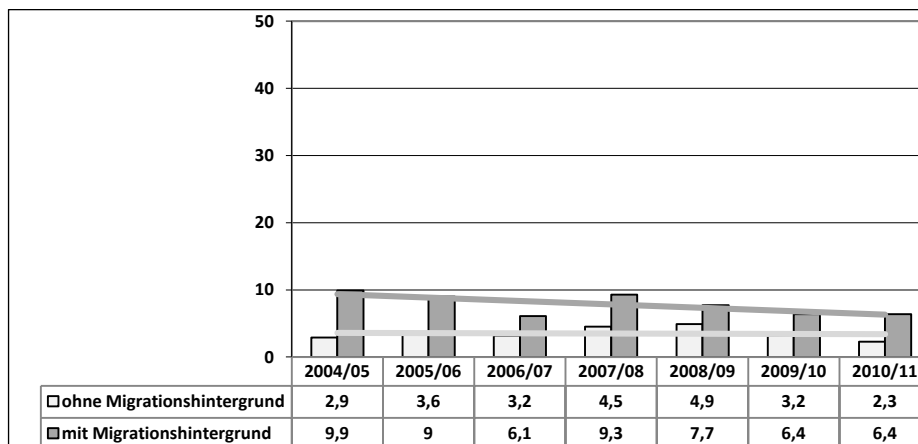
5. Dokumentation präventiver Maßnahmen

5.1 Vorlage des Untersuchungsheftes - Dokumentation der Teilnahme an den gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen

Die Teilnahme an den gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen ist im Programm der gesetzlichen Krankenkassen verankert. Zwischen der Geburt und der Einschulung des Kindes ist eine Reihe von 9-10²¹ Früherkennungsuntersuchungen durch eine(n) Kinderarzt/-ärztin vorgesehen, die der Früherkennung von Störungen der geistigen und körperlichen Entwicklung des Kindes dienen. Seit dem 16.5.2008 besteht in Bayern für die Personensorgeberechtigten die gesetzliche Verpflichtung, dieses Angebot wahrzunehmen. Die Ergebnisse der Untersuchungen werden in einem Untersuchungsheft (U-Heft) dokumentiert, das zur SEU mitgebracht werden soll.

Im Zeitraum 2004/05 bis 2010/11 legten durchschnittlich 93,8% der Kinder das U-Heft vor. 6,2% verblieben ohne U-Heft. Dieser Anteil war bei den Jungen mit durchschnittlich 6,5% höher als bei den Mädchen (5,8%). Unter den 30.093 Kindern, für die Angaben zur Vorlage des Vorsorgeheftes und zum Migrationshintergrund gemacht wurden, brachten die Kinder mit Migrationshintergrund durchschnittlich häufiger kein U-Heft zur SEU mit als Kinder ohne Migrationshintergrund (7,8% gegenüber 5,8%). Wie Abb. 12 zeigt, konnte jedoch im zeitlichen Verlauf der Anteil der Kinder ohne U-Heft an den Kindern mit Migrationshintergrund reduziert werden, während sich bei den Kindern ohne Migrationshintergrund keine wesentliche Veränderung abzeichnete.

Abb. 12: Anteile der Zahl der Kinder ohne ein U-Heft (% der Kinder ohne und mit Migrationshintergrund) SEU 2004/05 bis 2010/11

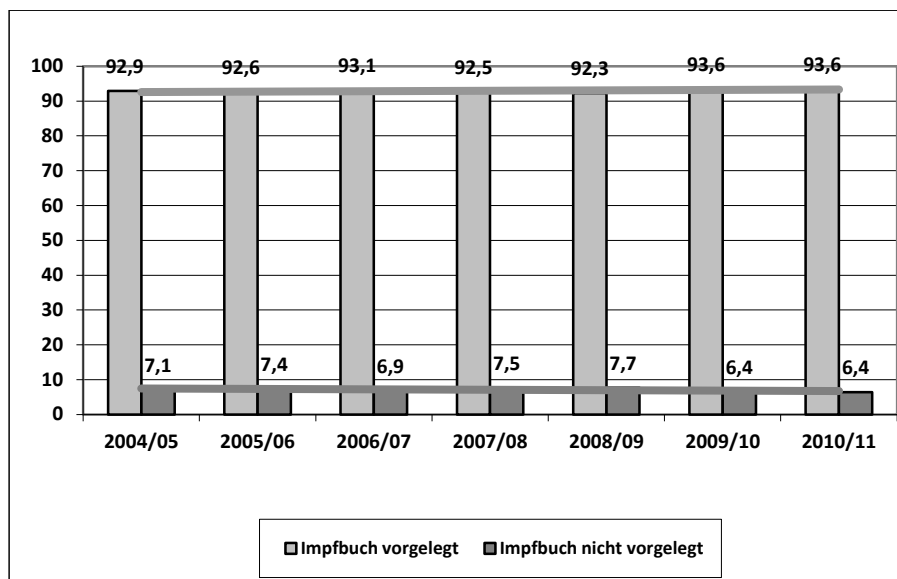


²¹ Im Schuljahr 2008 wurde die Untersuchung U7a eingeführt, die nicht in die Auswertung eingeht, um die längerfristige Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten.

5.2 Vorlage des Impfbuchs - Dokumentation der Teilnahme an den Schutzimpfungen

Die Teilnahme an den Schutzimpfungen ist in Deutschland freiwillig und beruht auf der aktiven Mitwirkung der Eltern und der Verantwortlichen im Gesundheitswesen. Daher wirkt sich die öffentliche Diskussion über das Für und Wider bestimmter Impfungen auf die Durchimpfungsraten der Kinder aus, ebenso wie die Veränderungen in den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) des Robert-Koch-Instituts (RKI) zum Verabreichungsmodus der Impfungen.²² Als Nachweis für die Impfungen dient ein Impfbuch, über das in der Regel jedes Kind verfügt, und das zur SEU mitgebracht werden soll.

Abb. 13: Anzahl der Kinder nach Vorlage des Impfbuchs (% aller Kinder) SEU 2004/05 bis 2010/11

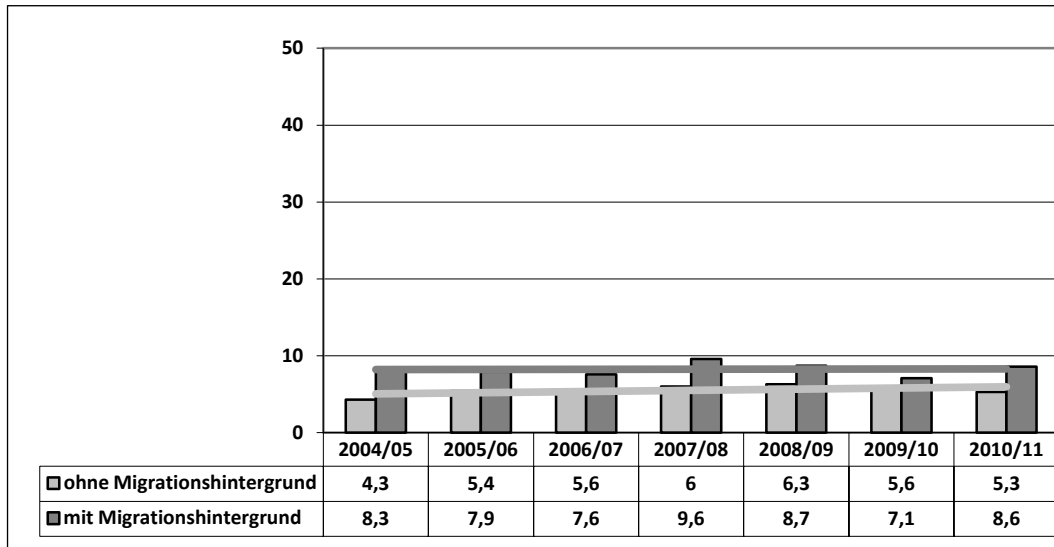


Im Durchschnitt des Zeitraums 2004/05 bis 2010/11 legten 92,9% aller zur SEU vorgestellten Kinder ein Impfbuch vor. 7,1% der Kinder - 7,4% Jungen und 6,6% Mädchen - konnten ihren Impfstatus nicht dokumentieren oder es lagen keine Angaben hierzu vor. Dieser Anteil hat sich gegenüber 2004/05 leicht reduziert. (vgl. Abb.13)

Angaben zur Vorlage des Impfbuchs und zum Migrationshintergrund waren für 30.542 Kinder vorhanden. Wie Abb. 13 zeigt, konnten zwischen 2004/05 und 2010/11 Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu den Kindern ohne Migrationshintergrund durchweg häufiger kein Impfbuch vorlegen (8,2% gegenüber 5,3%).

²² s. auch Ausschussvorlage vom 15.12.2011, S. 7

Abb. 13: Anzahl der Kinder ohne Impfnachweis nach dem Migrationshintergrund (% der Kinder ohne und mit Migrationshintergrund) SEU 2004/05 bis 2010/11



6. Vorsorgeverhalten der Eltern

6.1 Teilnahme an den gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen U1-U9

Im Unterschied zur SEU, die eine Einschätzung der kindlichen Schulfähigkeit vornimmt, dient die Krankenkassenleistung „Früherkennungsuntersuchung ... der Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden“. ²³ Eine vollständige Teilnahme an allen 9 Vorsorgeuntersuchungen ²⁴ ist daher eine wichtige präventive Maßnahme für eine gesunde Entwicklung des Kindes. Insofern ist aus pädiatrischer Sicht die eine Untersuchung nicht durch die andere zu ersetzen.

6.1.1 Nachweis einer vollständigen Untersuchungsreihe U1-U9

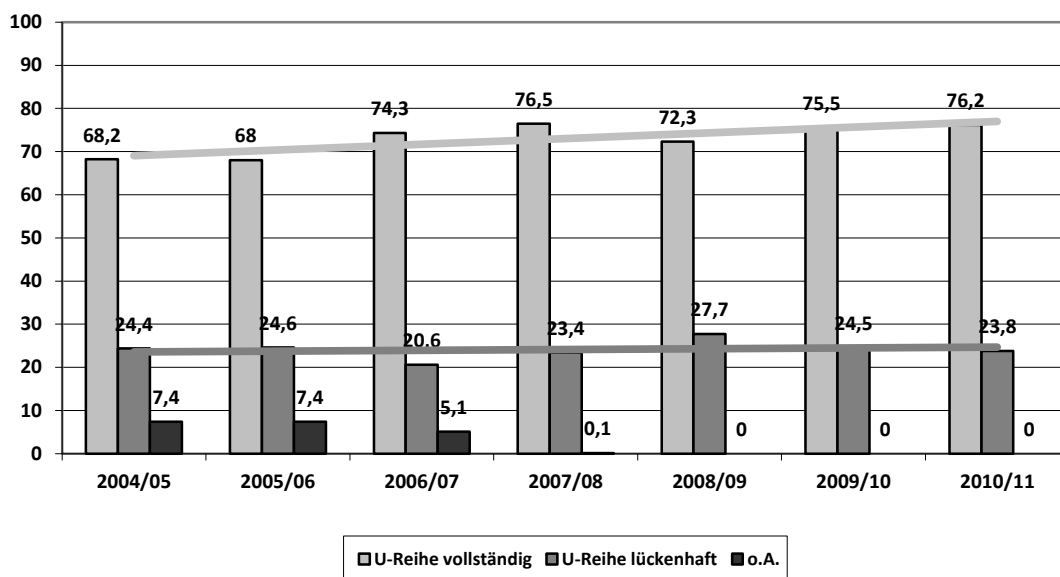
Im Zeitraum 2004/05 bis 2010/11 konnten 72,6% aller Kinder die vollständige Teilnahme an allen 9 Vorsorgeuntersuchungen nachweisen. Weitere 24,1% konnten keine oder keine vollständige Untersuchungsreihe belegen und für 2,9% der Kinder wurden keine Angaben zu diesem Sachverhalt gemacht. Berücksichtigt man letztere nicht, betrug – eine tendenzielle Überschätzung - der Anteil der Kinder mit einer vollständig nachgewiesenen U-Reihe 75,2%.

Im zeitlichen Verlauf ist der Anteil von Kindern mit einer nachgewiesenermaßen vollständigen Untersuchungsreihe kontinuierlich gestiegen, d.h. die Teilnahmebereitschaft der Eltern bzw. die Dokumentation der Untersuchungen haben sich verbessert. (vgl. Abb. 14)

²³ Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres vom 18.6.2009

²⁴ Im Schuljahr 2008 wurde die Untersuchung U7a eingeführt. Daher liegen noch keine auswertbaren Datenreihen vor.

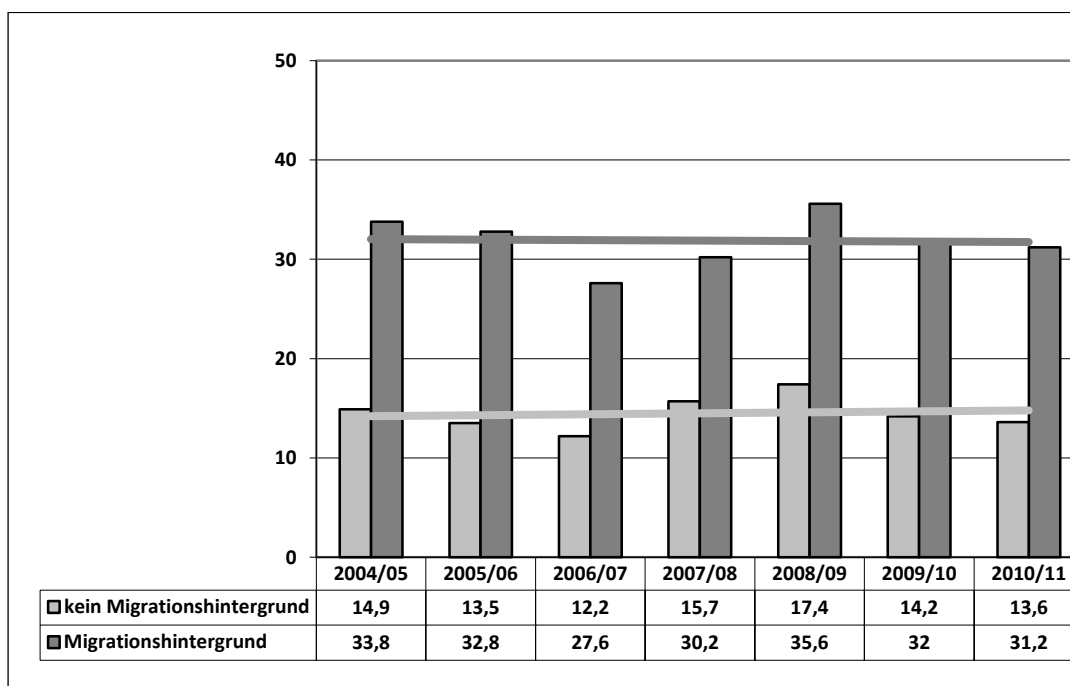
Abb. 14: Anzahl der Kinder mit Nachweis einer vollständigen Untersuchungsreihe U1 bis U9 (% aller Kinder) SEU 2004/05 bis 2010/11



Allerdings verblieben für den Auswertungszeitraum immer noch 24,8% der Kinder, die nicht an der gesamten Untersuchungsreihe teilgenommen haben oder keinen Nachweis darüber erbringen konnten. Jungen (24,9%) und Mädchen (24,8%) unterschieden sich hierin kaum.²⁵

Hinter dieser Zahl können sich einerseits Kinder verbergen, deren Eltern die Früherkennungsuntersuchungen nur lückenhaft wahrgenommen haben. Andererseits fallen hierunter auch solche Kinder, deren Eltern erst nach ihrer Geburt nach Deutschland eingewandert sind bzw. deren Eltern aufgrund der Umstände einer Migration über keine entsprechenden Dokumente (mehr) verfügen.

Abb. 15: Anzahl der Kinder ohne oder ohne Nachweis einer vollständigen Untersuchungsreihe U1 bis U9 (% der Kinder ohne und mit Migrationshintergrund) SEU 2004/05 bis 2010/11



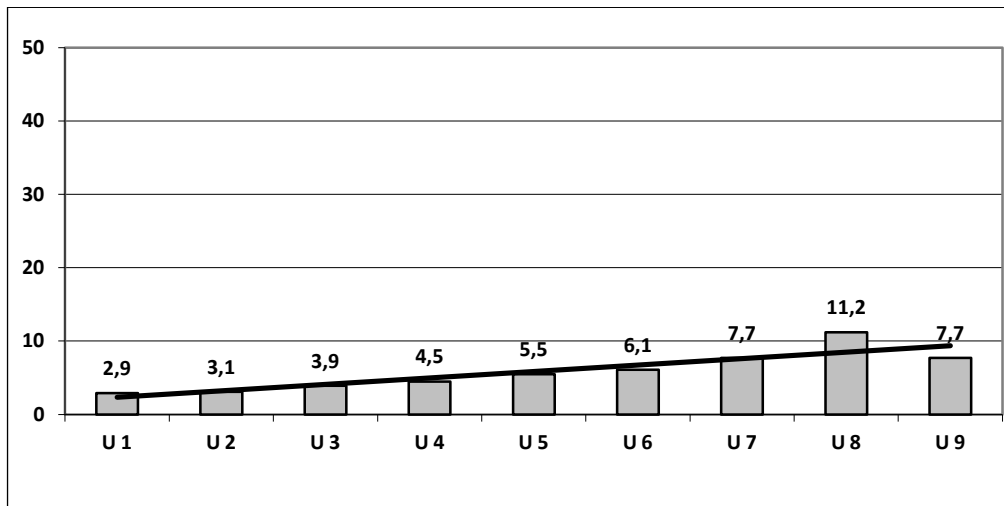
²⁵ Angaben zu Geschlecht und U-Reihe lagen in 29.799 Fällen vor.

Unter diesem Gesichtspunkt ist auch der Umstand zu sehen, dass Kinder mit Migrationshintergrund während des Auswertungszeitraums etwa doppelt so häufig als Kinder ohne Migrationshintergrund keine vollständige U-Reihe vorweisen konnten (31,9% gegenüber 14,5%).²⁶ Obwohl im Jahr 2008/09 unabhängig vom Migrationshintergrund eine vorübergehende Zunahme lückenhafter Untersuchungsreihen festzustellen war, zeichneten sich im zeitlichen Verlauf zwischen 2004/05 und 2010/11 keine wesentlichen Veränderungen der Anteilswerte ab. (vgl. Abb. 15) Betrachtet man ausschließlich die Kinder mit einem Vorsorgeheft (n=28.845) – eine positive Vorauswahl –, wiesen im Zeitraum 2004/05 bis 2010/11 79,9% der Kinder eine lückenlose Teilnahme an den Untersuchungen U1-U9 nach, und entsprechend hatten 20,1% der Kinder mindestens eine Lücke in der Untersuchungsreihe.

6.1.2 Lücken in der Untersuchungsreihe

Abb. 16 zeigt für den Zeitraum 2004/05 bis 2010/11, dass einzelne Früherkennungsuntersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder, für das sie vorgeschrieben sind, häufiger fehlten. Die häufigste Lücke war die Untersuchung U8: Sie fehlte bei 11,2% der Kinder.²⁷

Abb. 16: Fehlende oder nicht dokumentierte Einzeluntersuchungen (U1 bis U9) (% aller Kinder) SEU 2004/05 bis 2010/11



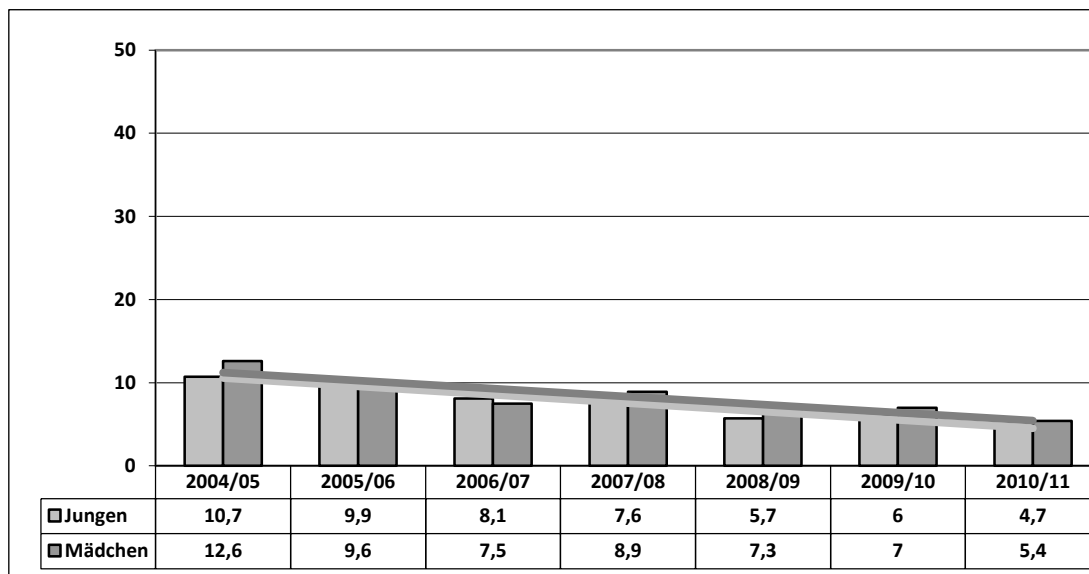
Die U9 ist die letzte Vorsorgeuntersuchung vor der Einschulung und soll zwischen dem 60. und 64. Lebensmonat stattfinden. Neben grob- und feinmotorischen Fähigkeiten der Kinder untersucht sie das Sprachverständnis sowie das Hör- und Sehvermögen.²⁸ Im Zeitraum zwischen 2004/05 und 2010/11 konnten 7,7% der Kinder keine U9 nachweisen – 7,5% der Jungen und 8,3% der Mädchen. Diese Untersuchungslücke U9 konnte jedoch im zeitlichen Verlauf sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen reduziert werden. (vgl. Abb. 17)

²⁶ Angaben zu Migrationshintergrund und Vollständigkeit der U-Reihe zugleich lagen für 30.040 Kinder vor.

²⁷ Die U8 findet im 46.-48. Lebensmonat statt. Es werden u.a. die Beweglichkeit und Koordinationsfähigkeit des Kindes sowie Reflexe, Muskelkraft, Aussprache und der Zahnstatus untersucht. Quelle: wikipedia.org/wiki/Kindervorsorgeuntersuchung, 21.8.2012

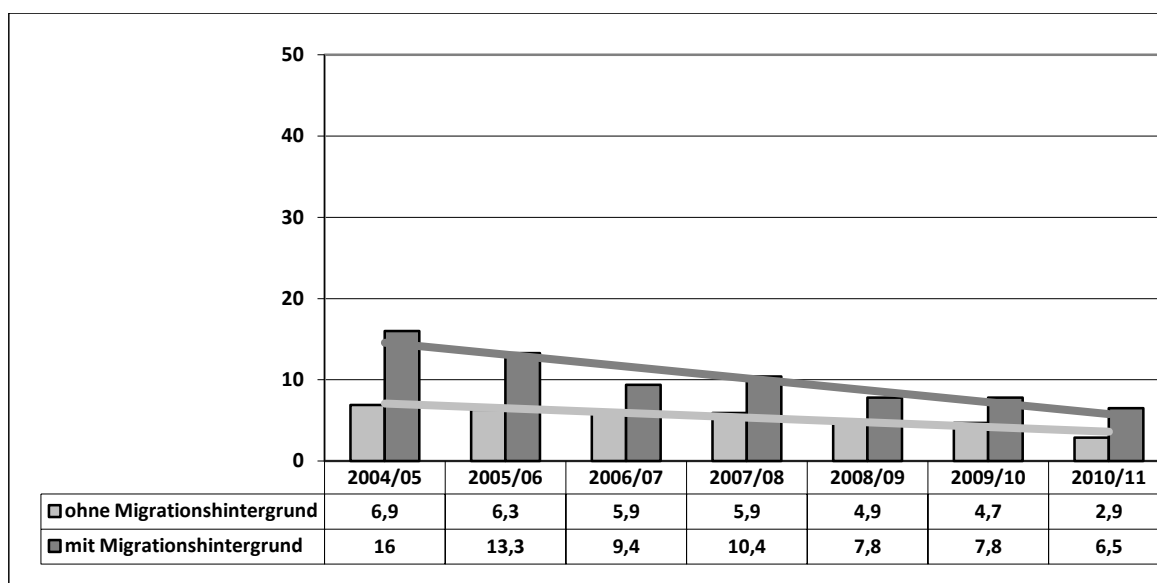
²⁸ Quelle: wikipedia.org/wiki/Kindervorsorgeuntersuchung, 21.8.2012

Abb. 17: Anzahl der Jungen und Mädchen ohne oder ohne Nachweis der U9 (% aller Jungen und Mädchen) SEU 2004/ 05 bis 2010/11



Datensätze mit Angaben zu Migrationshintergrund und dem Nachweis der U9 waren zwischen 2004/05 und 2010/11 für 29.363 Kinder vorhanden. Abb. 18 zeigt, dass Kinder mit Migrationshintergrund wesentlich häufiger keine U9 nachweisen konnten als Kinder ohne Migrationshintergrund (10,0% gegenüber 5,5%). Allerdings fiel der Rückgang der Untersuchungslücke U9 bei den Kindern mit Migrationshintergrund wesentlich deutlicher aus.

Abb. 18: Anzahl der Kinder ohne oder ohne Nachweis der Teilnahme an der U9 (% der Kindern ohne und mit Migrationshintergrund) SEU 2004/05 bis 2010/11



6.2 Teilnahme an den Schutzimpfungen

Die **Impfraten** stellen –analog zum Nachweis der Früherkennungsuntersuchungen – eine Schätzung der tatsächlichen Durchimpfung der Kinder dar: Kinder ohne Impfnachweis oder ohne Angaben zum Impfstatus könnten einerseits über eine vollständige Grundimmunisierung (GI) verfügen, diese jedoch aus unterschiedlichen Gründen nicht dokumentiert haben, z.B. durch die Umstände einer Migration. Zum anderen kann das Fehlen eines Impfnachweises auf ein tatsächliches Defizit in der Durchimpfung des Kindes hinweisen, z.B. auf eine „Nachlässigkeit“ oder auch eine bewusst impfkritische Haltung der Eltern. Des Weiteren ist die Definition einer vollständigen GI vom verwendeten Impfstoff und dessen Verabreichungsmodus abhängig.

In die vorliegende Auswertung gingen im Unterschied zur Auswertung 1999/2000-2003/04 und zu den Werten des Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, die sich auf Kinder mit vorgelegtem Impfbuch beziehen, nicht nur die Kinder mit einem vorgelegten Impfbuch ein, sondern alle SchulanfängerInnen. Dies bedeutet, dass auch die Kinder ohne Impfbuch sowie die Kinder, für die keine Angaben zum Impfstatus vorliegen (2.170 Kinder) in der Auswertung enthalten sind. Dieses konservative Vorgehen bedeutet eine tendenzielle Unterschätzung der Impfraten, während - wie es bei der Beschränkung der Auswertung auf Kinder mit einem Impfbuch der Fall wäre – eine Überschätzung vorläge. Die tatsächlichen Impfraten können mit keiner der genannten Methoden abgebildet werden und weichen wahrscheinlich geringfügig von den Ergebnissen der Auswertung ab.

6.2.1 Schutzimpfung gegen Polio

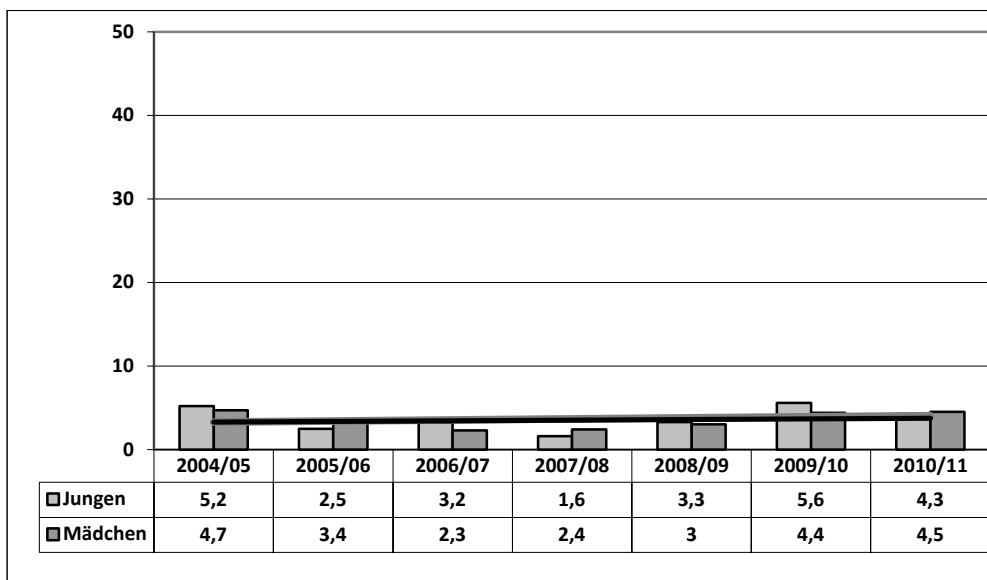
Ein ausreichender **Impfschutz gegen Polio** war während des gesamten Auswertungszeitraumes nachweislich für 89,6% aller Kinder gegeben. 10,4% der Kinder waren überhaupt nicht oder nicht ausreichend grundimmunisiert, konnten keinen Impfnachweis erbringen oder es lagen keine Angaben zu ihrem Impfschutz vor.

Bezieht man in die Auswertung nur die Kinder ein, für die zwischen 2004/05 und 2010/11 Angaben zur Polio-Impfung und zum Geschlecht vorlagen (n=28.533) – eine tendenzielle Überschätzung - betrug der Anteil grundimmunisierter Kinder 96,4% - 96,3% der Jungen und 96,5% der Mädchen. Die verbleibenden Kinder setzten sich zusammen aus jeweils 1,4% der Jungen und Mädchen, die überhaupt nicht gegen Polio geimpft waren (391 Kinder zwischen 2004/05 und 2010/11, dar. 68 Kinder im Jahr 2010/11). Weitere 2,3% der Jungen und 2,1% der Mädchen (619 Kinder, 89 Kinder im Jahr 2010/11) waren mit nur 1-2 Impfungen versehen, d.h. unvollständig grundimmunisiert. Somit verfügten insgesamt 3,6% der Kinder - 3,7% der Jungen und 3,5% der Mädchen über gar keinen oder über einen nur unvollständigen Impfschutz. Dieser Anteil ist zwischen 2004/05 und 2010/11 bei Jungen und Mädchen angestiegen. Insgesamt wiesen 1.010 Kinder (dar. 157 Kinder im Jahr 2010/11) keine ausreichende Grundimmunisierung gegen Polio auf. (vgl. Abb. 19)

Die exakte Impfrate ist nicht festzustellen, da aus dem Datensatz der verwendete Impfstoff – und damit die Definition einer vollständigen Grundimmunisierung – nicht hervorgeht.²⁹

²⁹An dieser Stelle sei bemerkt, dass sich die Definition einer vollständigen Grundimmunisierung geändert hat: Vor und einschließlich 2008/09 bestand eine vollständige Grundimmunisierung aus 3 und mehr Impfungen, seit 2009/10 ist eine vollständige GI bereits als Variable im Datensatz definiert. Eine vollständige GI liegt für den Kombinationsimpfstoff ohne Pertussiskomponente bei der Verabreichung von 3 Dosen vor. Mit Pertussiskomponente wären mindestens 4 Impfungen erforderlich und als Polio-Einzelimpfung 2 Dosen. Da aus dem Datensatz keine Informationen zum verwendeten Impfstoff hervorgehen, wird als Norm eine mindestens 3 malige Verabreichung angenommen.

Abb. 19: Anzahl der Jungen und Mädchen ohne Impfung, mit nur 1-2 Impfungen/ einer unvollständigen Grundimmunisierung gegen Polio (% der Jungen und Mädchen) SEU 2004/05 bis 2010/11

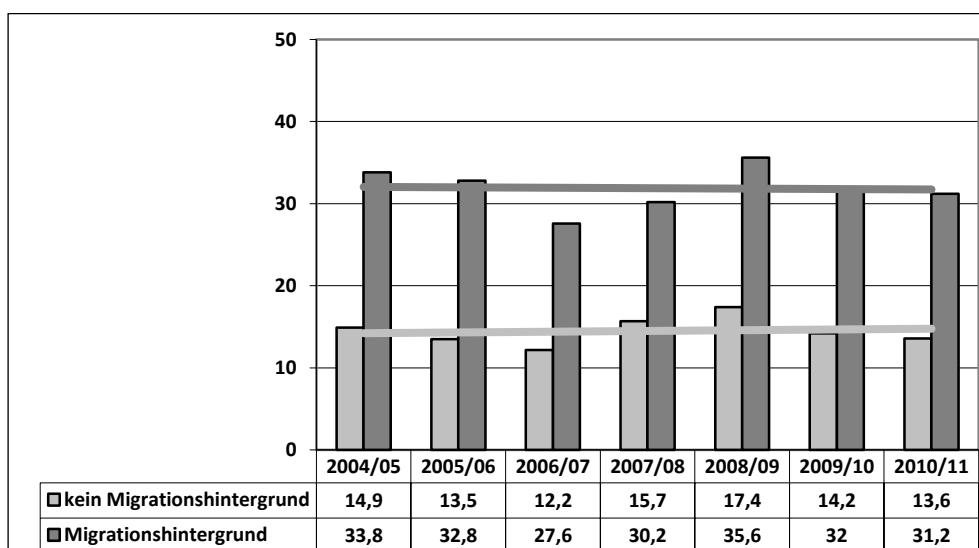


6.2.2 Schutzimpfung gegen Tetanus

2004/05 bis 2010/11 konnten durchschnittlich 91,0% aller Kinder eine ausreichende Grundimmunisierung gegen Tetanus dokumentieren. 9,0% der Kinder besaßen keinen oder keinen ausreichenden Impfschutz oder konnten diesen nicht nachweisen.

Betrachtet man nur die 28.549 Kinder, für die Angaben zur Tetanus-Impfung und zum Geschlecht vorlagen, betrug die Durchimpfungsrate der Kinder durchschnittlich 97,9% - 98,0% für Jungen und 97,8% für Mädchen. Im zeitlichen Verlauf ist die Imprate sowohl bei Jungen als auch Mädchen etwas zurückgegangen.

Abb. 20: Anzahl der Jungen und Mädchen ohne Impfung oder mit 1-2 Impfungen/ einer unvollständigen Grundimmunisierung gegen Tetanus (% der Jungen und Mädchen) SEU 2004/05 bis 2010/11



Im Zeitraum zwischen 2004/05 und 2010/11 hatten 0,4% der Jungen und 0,5% der Mädchen überhaupt keine Tetanus-Impfung (127 Kinder, dar. 31 im Jahr 2010/11) und 1,6% der Jungen und 1,7% der Mädchen waren mit nur 1-2 Impfungen nicht ausreichend geschützt (467 Kinder, dar. 89 im Jahr 2010/11). Insgesamt wiesen somit durchschnittlich 2,0% der Jungen und 2,2% der Mädchen ein Defizit im Impfschutz gegen Tetanus auf (594 Kinder, dar. 120 im Jahr 2010/11). Im zeitlichen Verlauf wurde dieses Impfdefizit bei Jungen und Mädchen häufiger. (vgl. Abb. 20)

Auch hier war die exakte Impfrate nicht festzustellen, da aus dem Datensatz der verwendete Impfstoff – und damit die Definition der vollständigen Grundimmunisierung nicht hervorgeht.³⁰

6.2.3 Schutzimpfung gegen Diphtherie

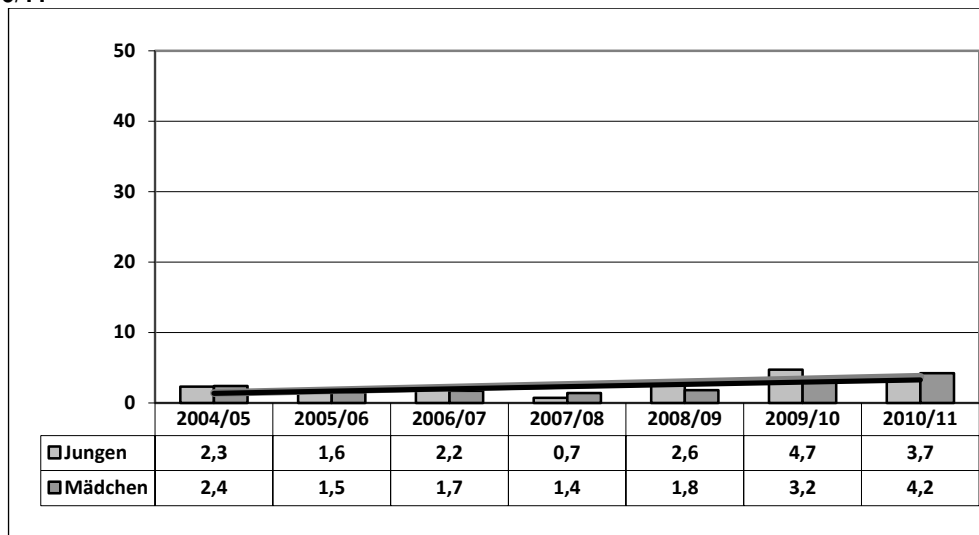
Gegen Diphtherie waren 2004/05 bis 2010/11 nachgewiesenermaßen durchschnittlich 90,7% aller SchulanfängerInnen ausreichend geimpft. 8,3% der Kinder hatten keine oder eine unzureichende Grundimmunisierung oder konnten ihren Impfstatus nicht dokumentieren.

Für 28.545 Kinder lagen Daten zur Durchimpfung gegen Diphtherie und zum Geschlecht vor. Legt man diese Zahl zugrunde, betrug die Durchimpfung der Kinder durchschnittlich 97,5% - gleichwohl bei Jungen und Mädchen.

Jeweils 0,9% der Jungen und Mädchen hatten keine Impfung gegen Diphtherie bekommen (252 Kinder, dar. 53 im Jahr 2010/11) und jeweils 1,6% eine nur unzureichende Immunisierung (452 Kinder, dar. 90 im Jahr 2010/11). Dies bedeutet, daß 2,5% der Jungen und Mädchen nicht oder ungenügend gegen eine Infektion mit Diphtherie geschützt waren (704 Kinder, dar. 143 im Jahr 2010/11).

Auch der Impfschutz gegen Diphtherie hat sich im zeitlichen Verlauf bei Jungen und Mädchen tendenziell leicht verschlechtert. (vgl. Abb. 21)

Abb. 21: Anzahl der Jungen und Mädchen ohne Impfung oder mit 1-2 Impfungen/ einer unvollständigen Grundimmunisierung gegen Diphtherie (% der Jungen und Mädchen) SEU 2004/05 bis 2010/11



³⁰ An dieser Stelle sei bemerkt, dass die Definition einer vollständigen Grundimmunisierung geändert hat: Bis einschließlich 2008/09 bestand eine vollständige Grundimmunisierung aus 3 und mehr Impfungen, seit 2009/10 ist eine vollständige GI bereits als Variable im Datensatz definiert. Eine vollständige GI liegt für den Kombinationsimpfstoff ohne Pertussiskomponente bei der Verabreichung von 3 Dosen vor. Mit Pertussiskomponente wären mindestens 4 Impfungen erforderlich. Da aus dem Datensatz keine Informationen zum verwendeten Impfstoff hervorgehen, wird als Norm eine mindestens 3 malige Verabreichung angenommen.

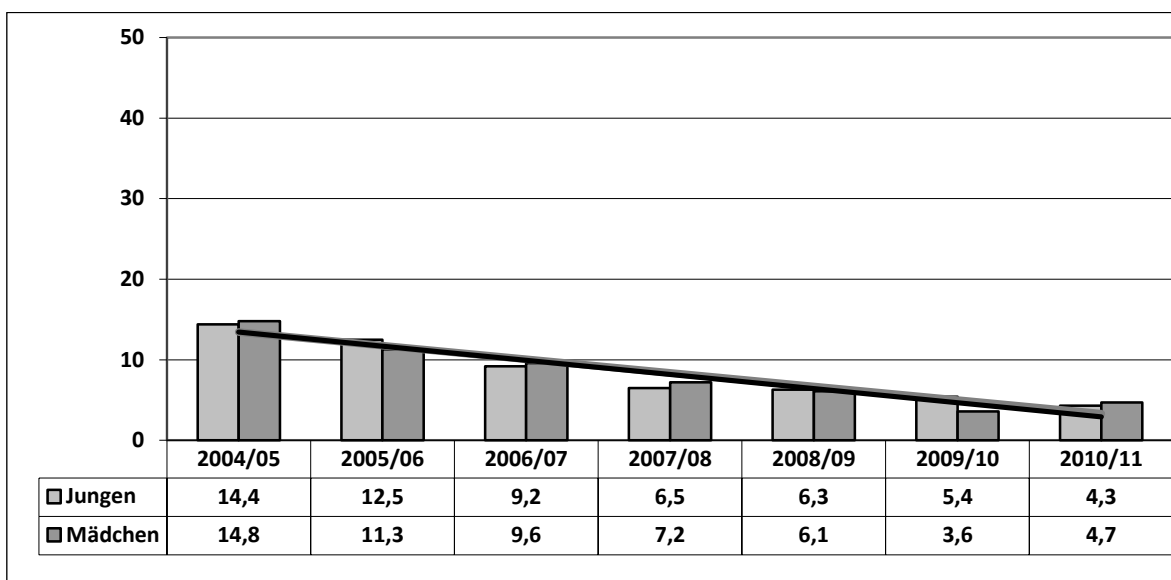
6.2.4 Schutzimpfung gegen Pertussis (Keuchhusten)

Eine ausreichende, d.h. mindestens 4 malige Impfung gegen Pertussis konnten zwischen 2004/05-2010/11 85,3% der Kinder nachweisen.³¹ Für 15,7% der Kinder lagen keine Angaben zum Impfstatus, keine oder eine nur ungenügende Impfung vor.

Bezieht man sich nur auf die Kinder mit gleichzeitigen Angaben zum Geschlecht und zur Impfung gegen Pertussis (n= 28.594), so betrug der Anteil vollständig grundimmunisierter Kinder durchschnittlich 91,7% - 91,6% bei Jungen und 91,9% bei den Mädchen.

Gleichermaßen auf Jungen und Mädchen verteilt, waren 2,8% der Kinder gänzlich ohne Impfschutz gegen Pertussis (802 Kinder, dar. 80 im Jahr 2010/11). Weitere 5,6% der Jungen und 5,4% der Mädchen waren nur unvollständig grundimmunisiert³² (1.573 Kinder, dar. 81 im Jahr 2010/11). Im gesamten Zeitraum waren somit 8,4% der Jungen und 8,2% der Mädchen (2.375 Kinder, dar. 161 im Jahr 2010/11) nicht oder ungenügend gegen Pertussis geschützt. Dieser Anteil konnte erfreulicherweise im zeitlichen Verlauf bei Jungen und Mädchen reduziert werden. Allerdings war bei den Mädchen im Jahr 2010/11 gegenüber 2009/10 wieder ein leichtert Anstieg festzustellen. (vgl. Abb. 22)

Abb. 22: Anzahl der Jungen und Mädchen Kinder ohne Impfung und mit 1-3 Impfungen/ einer unvollständigen Grundimmunisierung gegen Pertussis (% der Jungen und Mädchen) SEU 2004/05 bis 2010/11



6.2.5 Schutzimpfung gegen Masern

Gegen Masern waren zwischen 2004/05 und 2010/11 lediglich 76,4% aller Kinder ausreichend, d.h. mindestens 2 mal geimpft.³³ 23,6% aller Kinder hatten kein Impfdokument, keinen oder einen unzureichenden Impfschutz bzw. keine Angaben zu diesem Thema in ihrem Datensatz. Für 28.545 Kinder lagen gleichzeitig Angaben zu Geschlecht und Masern-Impfung vor. Wenn man nur diese Kinder in die Auswertung einbezieht, betrug der Anteil der ausreichend grundimmunisierten Kinder 82,1% - 81,6% der Jungen und 82,6% der Mädchen.

³¹ Standardisierte Definitionen für das Ausfüllen der Sammelstatistik der Impfbuchkontrollen in den 6. Klassen gemäß den Empfehlungen des RKI und Empfehlungen der STIKO 7/2011, S. 1, Stand 13.10.2011

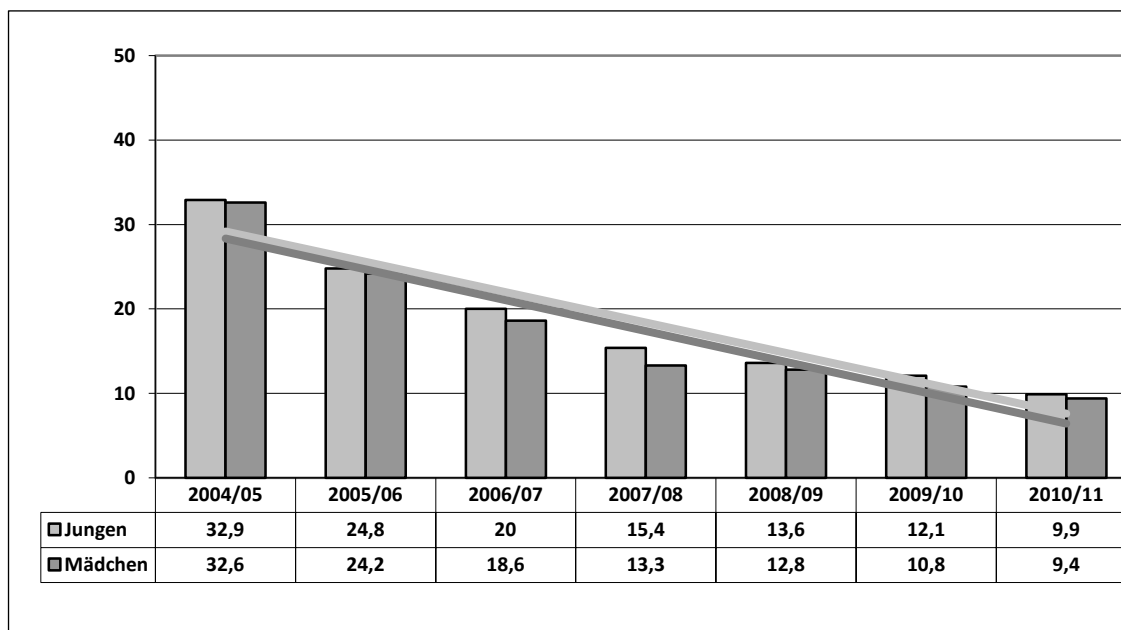
³² 1-3 Impfungen. Dies gilt auch für die Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln.

³³ Standardisierte Definitionen für das Ausfüllen der Sammelstatistik der Impfbuchkontrollen in den 6. Klassen gemäß den Empfehlungen des RKI und Empfehlungen der STIKO 7/2011, S. 1, Stand 13.10.2011

5,1% der Jungen und 4,7% der Mädchen (5.144 Kinder, dar. 150 im Jahr 2010/11) hatten überhaupt keinen Impfschutz gegen Masern. Weitere 13,3% der Jungen und 12,6% der Mädchen waren mit nur 1 Impfung unzureichend grundimmunisiert (3.729 Kinder, dar. 195 im Jahr 2010/11). Damit waren 18,4% der Jungen und 17,3% der Mädchen (5.144 Kinder, dar. 345 im Jahr 2010/11) nicht oder unzureichend gegen Masern geschützt. Im Laufe des Auswertungszeitraums 2004/05 bis 2010/11 ist dieser Anteil bei Jungen und Mädchen deutlich gesunken von 32,0% auf knapp 10,0%. (vgl. Abb. 23)

Es ist bedauerlich, dass trotz aller Aufklärungsaktionen bisher der WHO-Zielwert für die Elimination der Masern – mindestens 95,0% der Kinder und Jugendlichen sind zweimal gegen Masern geimpft – immer noch deutlich verfehlt wird.

Abb. 23: Anzahl der Jungen und Mädchen ohne Impfung oder mit 1 Impfung/ einer unvollständigen Grundimmunisierung gegen Masern (% der Jungen und Mädchen) SEU 2004/05 bis 2010/11

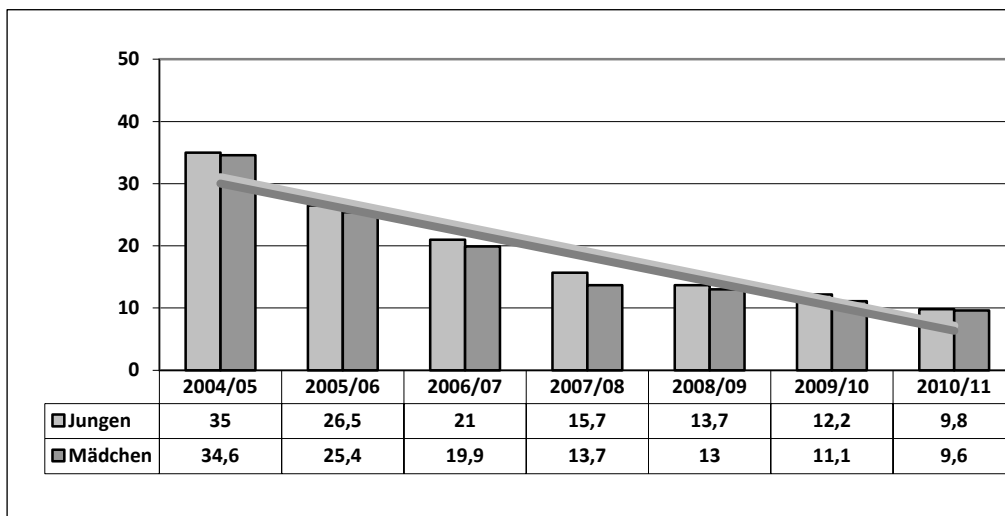


6.2.6 Schutzimpfung gegen Mumps

75,7% der Kinder konnten im Durchschnitt des Zeitraums zwischen 2004/05 und 2010/11 eine ausreichende (mindestens 2 malige) Impfung gegen Mumps nachweisen.³⁴ Dies war nicht der Fall für 24,3% der Kinder, die kein Impfdokument, keine oder eine unzureichende Impfung (1 Impfung) nachweisen konnten bzw. für die keine Angaben zu diesem Sachverhalt gemacht wurden. Bezieht man nur die Kinder in die Auswertung ein, für die Angaben zum Geschlecht und zur Impfung gegen Mumps vorlagen (n=28.550), betrug die Impfquote 81,3 (80,9 bei den Jungen und 81,8 bei den Mädchen).

6,5% der Jungen und 6,2% der Mädchen hatten keinerlei Impfschutz gegen Mumps (1.417 Kinder, dar. 150 im Jahr 2010/11). 12,6% der Jungen und 12,0% der Mädchen wiesen mit nur 1 Impfung eine unzureichende Grundimmunisierung auf (3.735 Kinder, dar. 195 im Jahr 2010/11). Zusammen waren 19,1% der Jungen und 18,2% der Mädchen (5.152 Kinder, dar. 345 im Jahr 2010/11) gegen Mumps nicht oder nicht ausreichend geschützt. Wie schon bei den Masern hat sich dieser Anteil im Laufe des Auswertungszeitraums bei Jungen und Mädchen stetig und merklich (parallel zu den Daten der Masern-Impfung) reduziert. (vgl. Abb. 24)

³⁴ Standardisierte Definitionen für das Ausfüllen der Sammelstatistik der Impfbuchkontrollen in den 6. Klassen gemäß den Empfehlungen des RKI und Empfehlungen der STIKO 7/2011, S. 1, Stand 13.10.2011

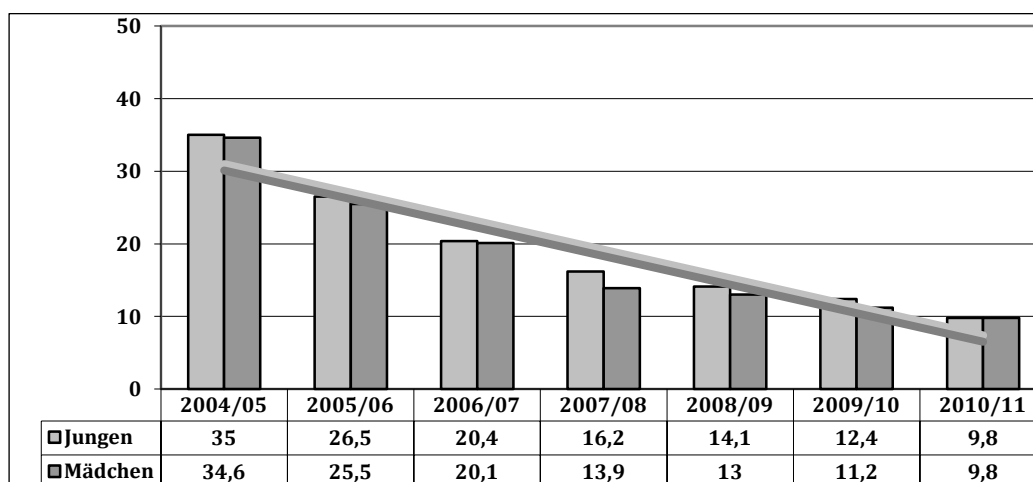
Abb. 24: Anzahl der Jungen und Mädchen ohne Impfung oder mit 1 Impfung/ einer unvollständigen Grundimmunisierung gegen Mumps (% der Jungen und Mädchen) SEU 2004/05 bis 2010/11

6.2.7 Schutzimpfung gegen Röteln

Zwischen 2004/05 bis 2010/11 konnten 75,3% der Kinder einen vollständigen (mindestens 2 maligen) Impfschutz gegen Röteln nachweisen. 25,7% waren nicht oder ungenügend geimpft, konnten die Impfungen nicht nachweisen bzw. hatten keine Angaben hierzu in ihrem Datensatz.

Bezieht man die Auswertung nur auf die Kinder, für die Angaben zum Geschlecht und zur Impfung gegen Röteln vorlagen (n=28.533), waren im mehrjährigen Durchschnitt 81,2% der Kinder - 80,7% der Jungen und 81,7% der Mädchen vollständig grundimmunisiert.

Ein Anteil von 6,6% (1.880 Kinder, dar. 150 im Jahr 2010/11) - 6,7% der Jungen und 6,4% der Mädchen waren überhaupt nicht gegen Röteln geimpft, und weitere 12,3% der Kinder - 12,6% der Jungen und 11,9% der Mädchen (3.522 Kinder, dar. 200 im Jahr 2010/11) waren unzureichend geimpft. Insgesamt wiesen somit 18,9% der Kinder - 19,3% der Jungen und 18,3% der Mädchen keinen oder einen nur unzureichenden Impfschutz gegen Röteln auf. Im zeitlichen Verlauf hat sich jedoch das Impfddefizit gegen Röteln bei Jungen und Mädchen merklich verkleinert. (Abb. 25) Grund für diesen parallelen Verlauf der Impfquoten gegen Masern, Mumps und Röteln ist vor allem, dass diese Impfungen in der Regel als Kombination verabreicht werden.

Abb. 25: Anzahl der Jungen und Mädchen ohne Impfung oder mit 1 Impfung/ einer unvollständigen Grundimmunisierung gegen Röteln (% der Jungen und Mädchen) SEU 2004/05 bis 2010/11

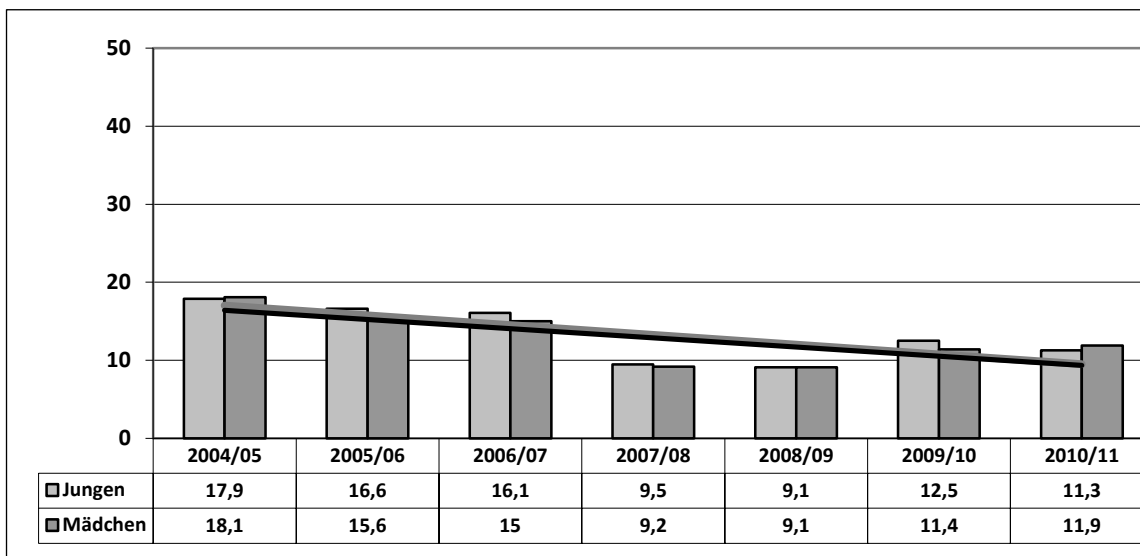
6.2.8 Schutzimpfung gegen Hepatitis B

Gegen Hepatitis B waren im Durchschnitt 2004/05 bis 2010/11 80,8% aller Kinder nachweislich ausreichend grundimmunisiert. 19,2% der Kinder erbrachten keinen Nachweis über diese Impfung, waren nicht bzw. nur unzureichend geimpft, oder es lagen keine Angaben dazu im Datensatz vor.

Von den 28.541 Datensätzen, die zwischen 2004/05 und 2010/11 Informationen zum Geschlecht wie auch zum Impfstatus enthielten, konnten 86,9% eine vollständige Grundimmunisierung (86,7% Jungen und 87,1% Mädchen) nachweisen.

9,2% der Kinder (2.634 Kinder, dar. 314 2010/11) – 9,3% der Jungen und 9,1% der Mädchen – waren nicht gegen Hepatitis B geimpft. Weitere 13,1% (1.105 Kinder, dar. 100 im Jahr 2010/11) – 13,3% der Jungen und 12,9% der Mädchen waren nicht vollständig geimpft. Im zeitlichen Verlauf war der Anteil der Kinder ohne oder ohne ausreichenden Impfschutz zwar zurückgegangen, ist jedoch seit 2009/10 gestiegen. (vgl. Abb. 26)

Abb. 26: Anzahl der Jungen und Mädchen ohne Impfung oder mit 1 Impfung/ einer unvollständigen Grundimmunisierung gegen Hepatitis B (% der Jungen und Mädchen) SEU 2004/05 bis 2010/11



6.2.9 Schutzimpfung gegen Hib (Haemophilus influenzae)

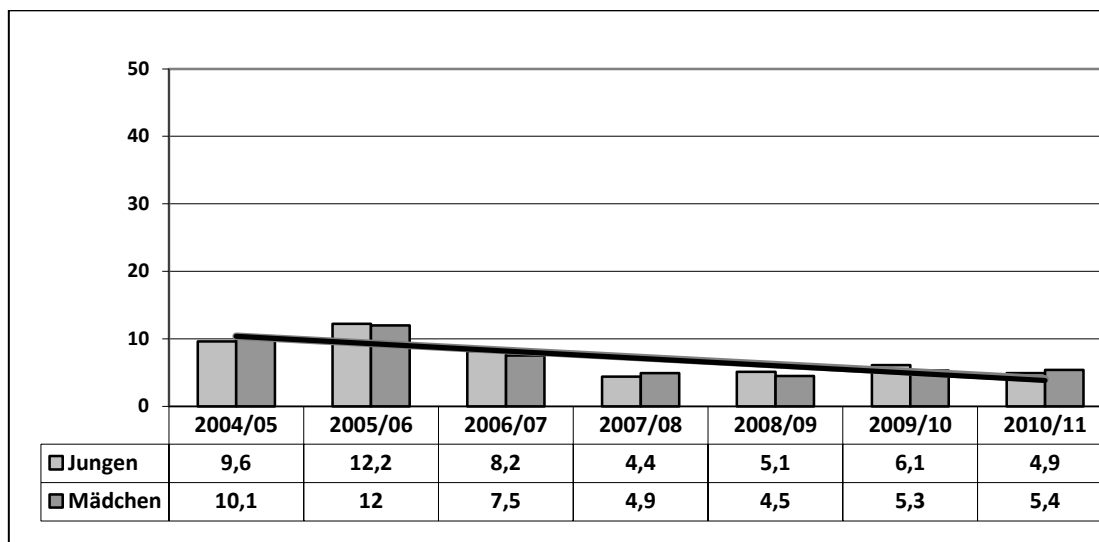
86,3% Kinder waren zwischen 2004/05 und 2010/11 nachweislich vollständig gegen Haemophilus influenzae (Hib) immunisiert.³⁵ 13,7% der Kinder waren nicht oder unzureichend geimpft, hatten kein Impfdokument oder keine Angaben zu diesem Sachverhalt.

Unter ausschließlicher Berücksichtigung der Kinder, für die Angaben zum Geschlecht und zur Impfung gegen Hib vorlagen (28.536), betrug die Impfquote 92,8% (92,8% bei Jungen und 92,9% bei Mädchen).

4,4% der Kinder (1.250 Kinder, dar. 99 im Jahr 2010/11) – 4,4% der Jungen und 4,3% der Mädchen – waren nicht gegen Hib geimpft. Einen unzureichenden Impfschutz (weniger als 3 Impfungen) wiesen jeweils 2,8% der Jungen und Mädchen auf (803 Kinder, dar. 84 im Jahr 2010/11). So waren insgesamt 7,2% der Kinder (2.053 Kinder, dar. 183 im Jahr 2010/11) nicht oder nicht ausreichend gegen Hib geschützt. In der Tendenz hat sich dieser Anteil seit 2005/06 deutlich verringert. (vgl. Abb. 27)

³⁵ mindestens 3 Impfungen

Abb. 27: Anzahl der Jungen und Mädchen ohne Impfung oder mit 1-2 Impfungen/ einer unvollständigen Grundimmunisierung gegen Hib (% der Jungen und Mädchen) SEU 2004/05 bis 2010/11



6.2.10 kurzfristige Entwicklung anderer Impfungen

Die Impfungen gegen Varizellen (Windpocken) und FSME (Frühsommermeningoenzephalitis) wurden erst seit der SEU 2007/08 vollständig statistisch dokumentiert. Eine ausreichende Grundimmunisierung gegen Varizellen ist nach 2maliger Impfung, gegen FSME nach dreimaliger Impfung gegeben. Demnach waren zwischen 2007/08 und 2010/11 7,1% aller Kinder ausreichend und nachweislich gegen **Varizellen** und 23,5% der Kinder gegen **FSME** immunisiert.

Bezieht man nur die Kinder mit vollständigen Angaben zum Geschlecht und Impfung in die Auswertung ein, ergab sich für die Impfung gegen **Varizellen** (n=16.114) zwischen 2004/05 und 2010/11 eine Impfquote von 7,4% - 7,2% der Jungen und 7,6% der Mädchen. Bis zum Jahr 2010/11 konnte die Impfquote auf 16,0% - auch jeweils für Jungen und Mädchen gesteigert werden. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Varizellen-Impfung nur den Kindern empfohlen ist, die vorher noch keine Windpocken durchgemacht haben.³⁶

Die Impfquote gegen **FSME** (n= 16.116) betrug 30,7% - 30,4% für Jungen und 31,1% für Mädchen. Auch hier konnte die Durchimpfung im Laufe der Zeit gesteigert werden, sodass im Jahr 2010/11 42,7% der Kinder – 42,6% der Jungen und 43,0% der Mädchen – ausreichend gegen FSME geschützt waren.

Die Impfungen gegen **Meningokokken**³⁷, **Pneumokokken**³⁸ und **Hepatitis A** werden seit 2009/10 dokumentiert. 2010/11 waren 47,9% aller Kinder gegen Meningokokken, 12,7% gegen Pneumokokken und 3,9% gegen Hepatitis A ausreichend geimpft. (vgl. Tab. 6 bis 8)

Bezieht man ausschließlich die Kinder ein, deren Datensätze zugleich Angaben zum Geschlecht und zum Impfstatus enthalten, ergaben sich Impfraten gegen Meningokokken von 50,9%, gegen Pneumokokken von 13,5% und gegen Hepatitis A von 4,2%.

³⁶ Die Impfung gegen Varizellen ist seit August 2004 für alle Kinder und Jugendlichen ohne Varizellen in der Vorgeschichte empfohlen.

³⁷ Die Impfung gegen Meningokokken Gr. C ist seit Juli 2006 für alle Kinder ab dem Beginn des 2. Lebensjahres empfohlen.

³⁸ Dagegen wird die Impfung gegen Pneumokokken von der STIKO nur für einen ausgewählten Personenkreis (Kinder ab dem 2. Lebensjahr, Jugendliche und Erwachsene mit chronischen Erkrankungen, insbesondere der Immunabwehr) empfohlen.

Tab.6: Meningokokken

Schuljahr	alle Kinder	Ohne Impfung	GI unvollständig	GI abgeschlossen	o.A.
2009/10	4.549	2.582	193	1.500	274
%		56,8	4,2	33,0	6,0
2010/11	3.799	1.573	182	1.821	223
		41,4	4,8	47,9	5,9

Tab. 7: Pneumokokken

Schuljahr	alle Kinder	Ohne Impfung	GI unvollständig	GI abgeschlossen	o.A.
2009/10	4.549	3.797	132	346	274
%		83,5	2,9	7,6	6,0
2010/11	3.799	2.973	121	482	223
		78,3	3,2	12,7	5,9

Tab. 8: Hepatitis A

Schuljahr	alle Kinder	Ohne Impfung	GI unvollständig	GI abgeschlossen	o.A.
2009/10	4.549	4.054	73	148	274
%		89,1	1,6	3,3	6,0
2010/11	3.799	3.379	48	149	223

Insgesamt hat sich der Impfschutz der Kinder zwischen den Jahren 2004/05 und 2010/11 positiv entwickelt: Die Impfraten gegen die meisten Infektionskrankheiten sind gestiegen.²¹ Wenig verändert haben sich die Impfraten gegen Polio, Tetanus und Diphtherie. Die Impfraten gegen diese Krankheiten lagen über der seitens der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Schwelle einer Durchimpfung von 95,0%.²²

6.2.11 Impfschutz der Kinder nach dem Migrationshintergrund

Wie aus Tab. 9 hervorgeht, betraf diese günstige Entwicklung der Impfraten in erster Linie die Kinder mit Migrationshintergrund: Im langjährigen Mittel 2004/05 bis 2010/11 waren sowohl die Kinder mit einem einseitigen, als auch die Kinder mit einem zweiseitigen Migrationshintergrund besser durchgeimpft als Kinder ohne Migrationshintergrund. Dabei wiesen die Kinder mit einem zweiseitigen Migrationshintergrund die höchsten Impfraten auf. Dies bedeutet, dass ein Gefälle im Impfschutz der Kinder bestand von den Kindern mit zwei- über die Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund bis hin zu den Kindern ohne Migrationshintergrund. Eine durchgängig positive Entwicklung – der Anstieg der Impfquoten – war im zeitlichen Verlauf nur bei den Kindern mit zweiseitigem Migrationshintergrund festzustellen.

Die Kinder ohne Migrationshintergrund wiesen sinkende Impfraten gegen Polio, Tetanus und Diphtherie auf, sowohl in der Tendenz als auch gegenüber 2004/05 (Polio: um 1 Prozentpunkte (PP), Tetanus: 2,4 PP, Diphtherie: 3,3 PP). Dabei unterschritten die Impfraten gegen Polio und Diphtherie die Schwelle von 95,0%. Auch die Impfraten der Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund gegen Tetanus und Diphtherie haben sich reduziert (Tetanus um 1,4 PP, Diphtherie um 1,9 PP).

²¹ s. Ausschussvorlage vom 15.12.2011, Anlage 2, S. 7

²² Nach den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollten jeweils mindestens 95,0% der Bevölkerung geimpft sein, um den Ausbruch von Epidemien nachhaltig verhindern zu können.

Tab. 9: Impfraten und Anteile der Anzahl der Kinder ohne oder ohne Nachweis einer vollständigen Grundimmunisierung (GI) an der Zahl der Kinder ohne und mit Migrationshintergrund (%) Durchschnitt SEU 2004/05 bis 2010/11

IMPFRATEN	DURCHSCHNITT			2010/11		
Migrationshintergrund	Ohne	Einseitig	Zweiseitig	Ohne	Einseitig	Zweiseitig
Polio mind. 3l.	95,5	96,9	97,5	94,0	96,5	97,2
Tetanus mind. 3 l.	97,6	98,0	98,3	95,7	97,0	97,6
Diphtherie mind. 3 l.	96,8	97,9	98,3	94,4	97,9	98,3
Masern mind. 2 l.	79,3	82,1	85,7	87,8	89,5	93,3
Mumps mind. 2 l.	78,7	82,0	85,0	87,8	89,5	93,3
Röteln mind. 2 l.	78,3	82,0	84,3	87,4	89,7	93,3
Pertussis mind. 4 l.	90,6	91,6	93,3	93,8	95,6	97,4
Hepatitis B mind. 3 l.	83,2	87,0	91,6	83,6	89,0	93,2
Hib mind. 3 l.	91,2	92,1	92,2	93,3	94,9	96,6

KEINE/ UNZUREICHENDE GRUNDIMMUNISIERUNG	DURCHSCHNITT			2010/11		
Migrationshintergrund	Ohne	Einseitig	Zweiseitig	Ohne	Einseitig	Zweiseitig
Polio weniger als 3l.	4,5	3,0	2,5	6,0	3,5	2,9
Tetanus weniger als 3 l.	2,4	2,0	1,7	4,3	3,0	2,4
Diphtherie weniger als 3 l.	3,2	2,1	1,7	5,6	2,1	1,7
Masern weniger als 2 l.	20,7	17,9	14,3	12,2	10,5	6,7
Mumps weniger als 2 l.	21,3	18,0	15,0	12,2	10,5	6,7
Röteln weniger als 2 l.	21,7	18,0	15,0	12,6	10,3	6,7
Pertussis weniger als 4 l.	9,4	8,4	6,8	6,2	4,4	2,6
Hepatitis B weniger als 3 l.	16,8	13,0	8,4	16,4	11,0	6,8
Hib weniger als 3 l.	8,8	7,9	7,8	6,7	5,1	3,4

Ein Handlungsbedarf besteht darin, die Anteile der Anzahl der Kinder ohne nachgewiesene Impfungen oder mit einem unvollständigen Impfschutz zu verringern mit dem Ziel, den Schwellenwert der WHO für die Durchimpfung der Bevölkerung von 95,0% zu erreichen. Die höchsten Anteile nicht oder ungenügend geimpfter Kinder fanden sich bei den Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B. (vgl. Tab. 9)

7. Die Gewichtssituation der Kinder (Unter- und Übergewicht)

7.1 starkes und moderates Untergewicht

Änderungen der administrativen Vorschriften ermöglichen seit dem Jahr 2005/06 in höherem Prozentsatz als vorher eine frühere Einschulung der Kinder.²⁷ Daher wurden die Schulanfänger/-innen im Verlauf des Auswertungszeitraums allmählich jünger, kleiner und leichter. Letztendlich waren im Durchschnitt des Jahres 2010/11 die Jungen bei ihrer SEU 5,74 Jahre alt, die Mädchen 5,69 Jahre alt. Die durchschnittliche Körpergröße der Jungen betrug 1,17 m, die der Mädchen 1,15 m. Das Durchschnittsgewicht der Jungen und Mädchen waren 21,0 kg bzw. 20,3 kg. Da Körpergröße und -gewicht die Berechnungsgrundlagen für den Body-Mass-Index (BMI)²⁸ sind, ging auch dieser im Durchschnitt zurück von 16,0 im Jahr 2004/05 auf 15,79 bei den Jungen und von 15,81 auf 15,63 bei den Mädchen.²⁹ Dies muss jedoch nicht gleichbedeutend mit günstigeren Körperproportionen der Kinder sein.

²⁷ Der bisherige Stichtag für die SEU – jeweils der 30.9. – wurde durch eine gesetzliche Regelung der bayerischen Staatsregierung zwischen 2005/06 und 2010/11 jährlich um einen Monat nach hinten verschoben. Dadurch wurde das Mindestalter für die Einschulung reduziert. Seit dem Jahr 2010/11 wurde der Stichtag auf den 30.9. festgelegt: Alle Kinder, die bis zum 30.09. eines Jahres 6 Jahre alt werden, sind in diesem Jahr schulpflichtig.

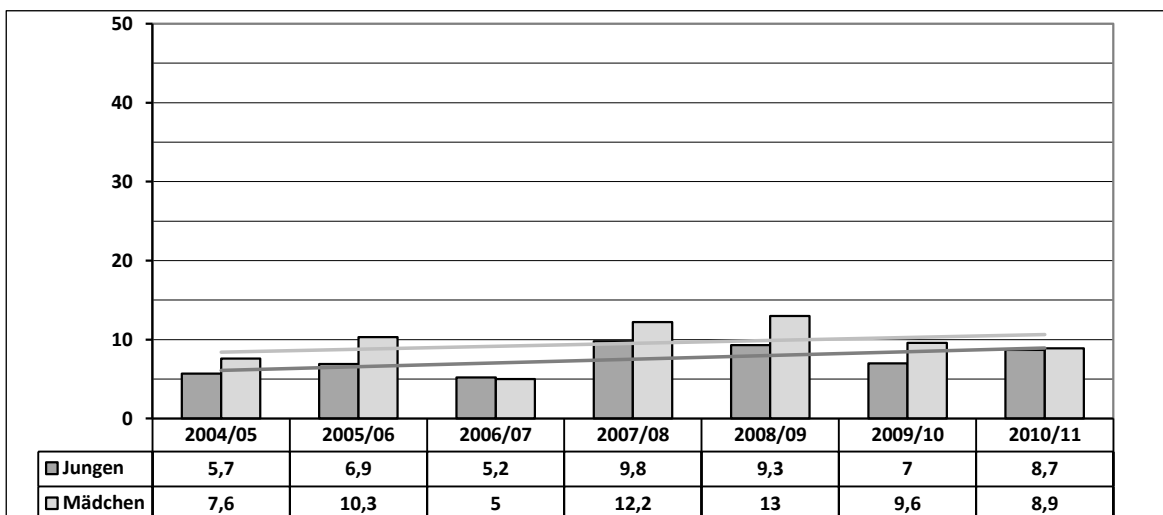
²⁸ Der BMI-Wert ist errechnet sich aus —————

²⁹ s. Ausschussvorlage vom 15.12.2011, Anlage 2, S. 8

Die **BMI-Werte** der Kinder wurden anhand von alters- und geschlechtsspezifischen Normwerten nach dem hierfür gebräuchlichen Referenzsystem von KROMEYER/ HAUSCHILD (2001) bewertet und den Gewichtsklassen zugeordnet. Der Definition der Gewichtsklassen geht die Grundannahme voraus, dass die Gesamtheit der Werte innerhalb einer Bevölkerung oder -gruppe normalverteilt ist im Sinne der Gauß'schen Normalverteilung. Demnach gelten die oberen und unteren 10% der Gewichte jeweils als Über- bzw. Untergewicht. Unter die obersten und untersten 3% der Werte fallen starkes Über- und Untergewicht.³⁰

Demnach wiesen im Zeitraum 2004/05 bis 2010/11 1,9% aller Jungen und 2,8% aller Mädchen ein starkes Untergewicht auf. Weitere 5,6% der Jungen und 6,7% der Mädchen hatten moderates Untergewicht. Betrachtet man den Anteil von Kindern mit Untergewicht insgesamt, konnten rein rechnerisch 7,5% der Jungen und 9,5% der Mädchen als untergewichtig eingestuft werden. Mädchen waren somit insgesamt häufiger untergewichtig als Jungen. Der Erwartungswert von einem Anteil von 10,0% wurde jedoch bei Jungen und Mädchen unterschritten. Allerdings ist der Anteil untergewichtiger Kinder zwischen 2004/05 und 2010/11 gestiegen von 5,7% auf 8,7% bei den Jungen (um 3 PP) und von 7,6% auf 8,9% bei den Mädchen (um 1,3 PP). Der Abstand zwischen Jungen und Mädchen hat sich im zeitlichen Verlauf etwas verkleinert. (s. Abb. 28)

Abb. 28: Anzahl der Jungen und Mädchen mit Untergewicht (% aller Jungen und Mädchen) SEU 2004/05 bis 2010/ 11

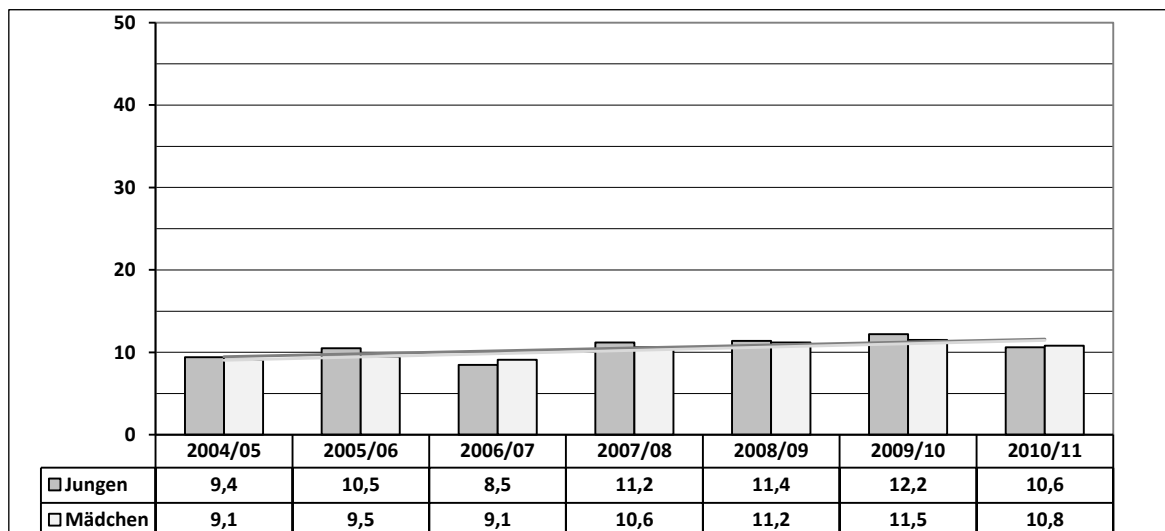


7.2 moderates und starkes Übergewicht /Adipositas)

Rein rechnerisch wurden während des Auswertungszeitraumes 5,7% der Jungen und 5,8% der Mädchen als moderat übergewichtig eingestuft. Der jeweils zu erwartende Wert von 7% wurde unterschritten. Weitere 4,8% der Jungen und 4,4% der Mädchen wiesen starkes Übergewicht (Adipositas) auf. Die Erwartungswerte gemäß der Definition wären 3%, d.h. die Werte für Adipositas lagen bei Jungen und Mädchen darüber.

Betrachtet man die Entwicklung des Anteils übergewichtiger Kinder zwischen 2004/05 und 2010/11 insgesamt, so ist der Anteil "zu dicker" Jungen von 9,4 auf 10,6% (um 1,2 PP), etwas stärker noch der entsprechende Anteil der Mädchen von 9,1 auf 10,8% (um 1,7 PP) angestiegen. Trotzdem lag er noch in der Nähe des Erwartungswertes von 10%. (s. Abb. 29)

³⁰ Demnach definiert sich starkes Untergewicht als < 3.Perzentile, moderates Untergewicht >= 3. bis < 10.Perzentile, Übergewicht >90.bis <= 97.Perzentile und Adipositas >97.Perzentile .

Abb. 29: Anzahl der Jungen und Mädchen mit Übergewicht (% aller Jungen und Mädchen) SEU 2004/05 bis 2010/ 11

7.3 Gewichtssituation der Kinder nach dem Migrationshintergrund

Aus Gründen der Aufbereitung der Daten standen in nur 25.292 Datensätzen vollständige Voraussetzungen zur Berechnung der BMI-Werte (Körpergröße und –gewicht) sowie zum Geschlecht und Migrationshintergrund zur Verfügung. In dieser Gesamtheit befanden sich 13.093 Jungen und 12.199 Mädchen.³¹ Dies entspricht 82,2% der Kinder, die zwischen 2004/05 und 2010/11 im Rahmen der SEU vorgestellt wurden. Gegenüber der Gesamtzahl der Kinder stellen die folgenden Werte daher eine tendenzielle Überschätzung der tatsächlichen Werte dar.

7.3.1 Untergewicht

2,0% der Jungen und 3,3% der Mädchen erwiesen sich als **stark untergewichtig**. Die Werte der Mädchen lagen somit geringfügig über dem definitionsgemäß zu erwartenden Wert von 3%. Differenziert nach dem Migrationshintergrund zeigte sich, dass die Mädchen ohne Migrationshintergrund (3,7%) und mit einem einseitigen Migrationshintergrund (3,9%) den Normwert überschritten und daher etwas häufiger stark untergewichtig waren als erwartet.

Als **moderat untergewichtig** erwiesen sich 6,5% der Jungen und 7,8% der Mädchen. Legt man die Norm von 7% zugrunde, lagen die Werte der Mädchen etwas über, die der Jungen, etwas unter dem Normwert. Bei genauerer Betrachtung des Migrationshintergrundes zeigte sich, dass Jungen (7,7%) und Mädchen (9,0) ohne Migrationshintergrund sowie Mädchen mit einseitigem Migrationshintergrund (7,6%) im Vergleich zum Erwartungswert häufiger als moderat untergewichtig eingestuft wurden. (vgl. Abb. 29 und 30)

Fasst man starkes und moderates Untergewicht zusammen, galten rein rechnerisch 8,5% der Jungen und 11,1% der Mädchen als untergewichtig. Mädchen waren somit häufiger untergewichtig als Jungen und überschritten den Normwert von 10,0%. Insbesondere waren Mädchen ohne Migrationshintergrund (12,7%) und Mädchen mit einem einseitigen Migrationshintergrund (11,5%) betroffen. Außerdem bestand ein Gefälle in der Häufigkeit von Untergewicht ausgehend von den Kindern ohne Migrationshintergrund mit den höchsten Werten über die Kinder mit einseitigem hin zu den Kindern mit zweiseitigem Migrationshintergrund. (vgl. Abb. 30 und 31)

³¹ Nicht plausible Extremwerte wurden anhand des sogen. „Boxplots“ getrennt für Jungen und Mädchen ausgeschlossen. Diese Zahlen stellen gegenüber einer Auswertung, die sich auf die Zahl aller Kinder bezieht wie in der Ausschussvorlage vom 2.12.11, eine tendenzielle Überschätzung der tatsächlichen Werte dar.

7.3.2 Übergewicht

Als **moderat übergewichtig** wurden im langjährigen Mittel (2004/05 bis 2010/11) 7,1% der Jungen und 7,0% der Mädchen eingestuft. Diese Werte lagen im Bereich des Erwartungswerts für moderates Übergewicht von 7%. Differenziert nach dem Migrationshintergrund, überschritten Jungen (9,1%) und Mädchen (9,3%) mit zweiseitigem Migrationshintergrund diesen Wert. Als **stark übergewichtig (adipös)** galten jeweils 5,6% der Jungen und Mädchen. Damit wurde der Erwartungswert für Adipositas von 3% deutlich überschritten. Differenziert nach dem Migrationshintergrund betrachtet, lagen die Werte der Jungen und Mädchen ohne Migrationshintergrund etwas über, aber noch im Rahmen der Norm von 3%. Die Kinder mit Migrationshintergrund hingegen waren häufiger stark übergewichtig als erwartet: 7,9% der Jungen und 7,3% der Mädchen mit zweiseitigem sowie 7,2 der Jungen und 4,6% der Mädchen mit einseitigem Migrationshintergrund galten als adipös. (vgl. Abb. 30 und 31)

Insgesamt ergab sich ein Anteil von 12,7% (moderat und stark) übergewichtigen Jungen und 12,6% Mädchen. Diese Werte für Jungen und Mädchen lagen über den definitionsgemäßen Erwartungswerten von 10,0%. Differenziert nach dem Migrationshintergrund der Kinder zeigte sich ein deutliches Gefälle in der Prävalenz von Übergewicht ausgehend von den Kindern mit einem zweiseitigen über die Kinder mit einem einseitigen Migrationshintergrund hin zu den Kindern ohne Migrationshintergrund. So waren letztendlich etwa doppelt so viele Jungen und Mädchen mit einem zweiseitigen Migrationshintergrund als übergewichtig eingestuft (16,3% der Jungen und 15,4% der Mädchen) im Vergleich zu den Jungen und Mädchen ohne einen Migrationshintergrund (8,5% der Jungen und 8,7% der Mädchen). (vgl. Abb. 29 und 30)

Positiv formuliert, waren 2004/05 bis 2010/11 78,4% der Jungen und 76,5% der Mädchen normalgewichtig. Dabei wiesen Jungen (81,8%) und Mädchen (78,6%) ohne Migrationshintergrund am häufigsten eine normale Gewichtssituation auf. Es folgten die Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund mit 78,1% der Jungen und 77,7% der Mädchen. Am seltensten normalgewichtig waren die Kinder mit einem beidseitigen Migrationshintergrund: 75,7% der Jungen und 74,0% der Mädchen. (vgl. Abb. 29 und 30)

Das beschriebene Gefälle in der Gewichtssituation der Kinder nach ihrem Migrationshintergrund findet sich auch auf überregionaler Ebene: So hat das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit für den SEU-Jahrgang 2008/09 und das Land Bayern einen Anteil von adipösen Jungen und Mädchen von 7,6% bzw. 6,1% berechnet für Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund gegenüber einem Anteil von jeweils 2,5% für Jungen und Mädchen deutschsprachiger Eltern. Die Werte für Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund lagen dazwischen (4,0% der Jungen und 3,5% der Mädchen).³⁹ „Wie auch auf Bundesebene zeigt sich ein deutlicher Gradient nach der ethnischen Herkunft der Kinder. Kinder aus Familien mit nicht deutschsprachigen Eltern sind häufiger adipös als Kinder aus herkunftsdeutschen Familien. Neben der sozialen Lage kommen dabei auch kulturelle Prägungen des Ernährungs- und Freizeitverhaltens zum Tragen.“⁴⁰

³⁹ vgl. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Adipositas in Bayern – Update 2012, Gesundheitsreport Bayern 1/2012, S. 2

⁴⁰ a.a.O.

Abb. 30: Gewichtssituation der Jungen - Gewichtsklassen nach Migrationshintergrund (M.) (% der Jungen ohne und mit Migrationshintergrund, n=13.093) Durchschnitt SEU 2004/05 bis 2010/11

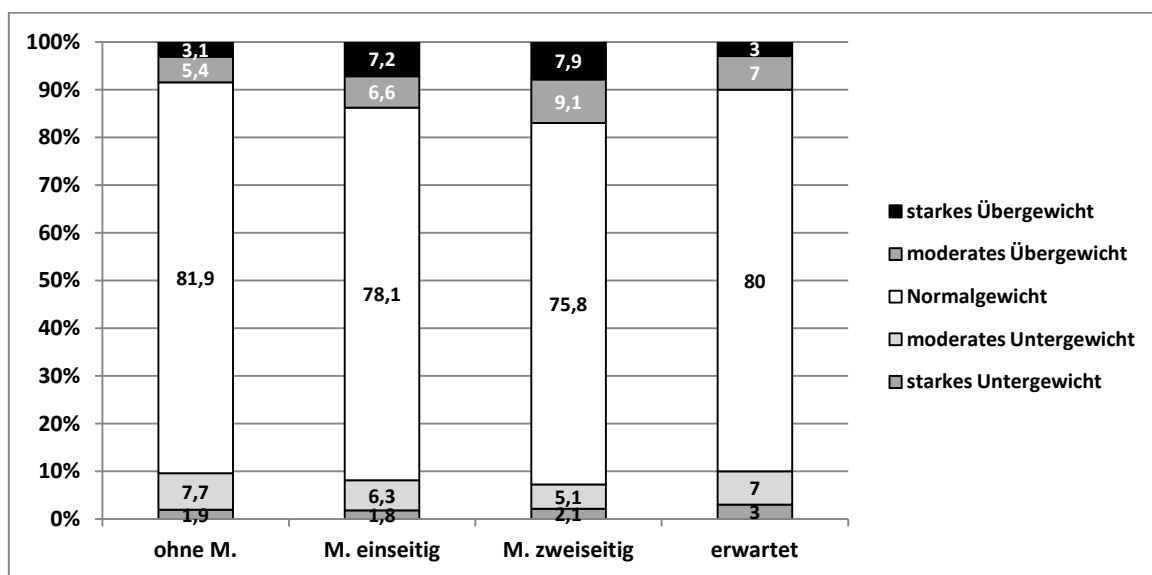
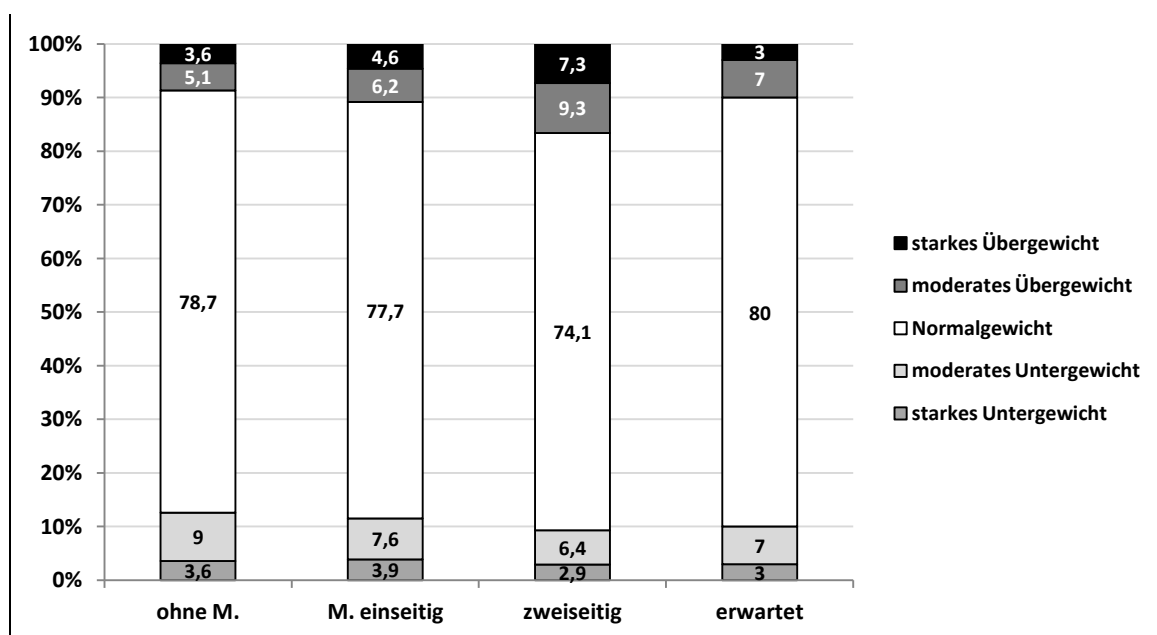


Abb. 31: Gewichtssituation – Gewichtsklassen der Mädchen nach Migrationshintergrund (M.) (% der Mädchen ohne und mit Migrationshintergrund, n=12.199) Durchschnitt SEU 2004/05 bis 2010/11



Im langjährigen Mittel und in Bezug auf die Erwartungswerte für Über- und Untergewicht waren häufiger als erwartet

- stark untergewichtig: Mädchen ohne und mit einem einseitigen Migrationshintergrund
- moderat untergewichtig: Jungen und Mädchen ohne Migrationshintergrund sowie Mädchen mit einseitigem Migrationshintergrund
- moderat übergewichtig: Jungen und Mädchen mit zweiseitigem Migrationshintergrund
- stark übergewichtig: Jungen und Mädchen mit einem ein- sowie mit einem zweiseitigen Migrationshintergrund.

8. Auffälligkeiten in der feinmotorischen und sprachlichen Entwicklung

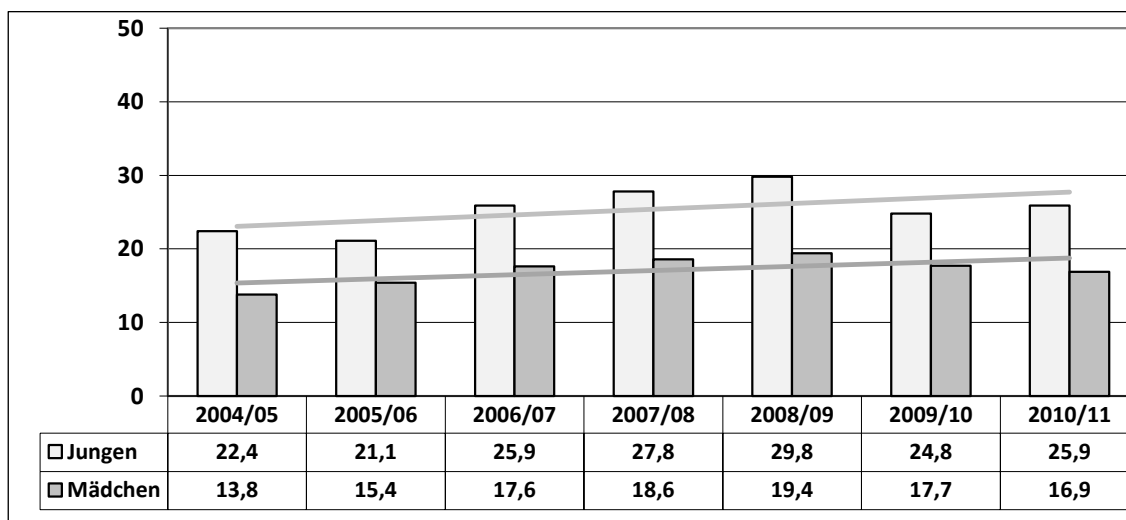
Die sprachliche und motorische Entwicklung sind wesentliche Determinanten für die spätere schulische und persönliche Entwicklung eines Kindes. Dementsprechend schwerwiegend sind Entwicklungsdefizite in diesen Bereichen. Ausgewertet wurden Befunde, die im Screeningverfahren durch Kinderkrankenschwestern anhand (bisher noch nicht ausreichend standardisierter) Tests erhoben wurden.

8.1 Sprachtestung

Die **Sprachtestung** prüft Störungen in der Entwicklung der Laut-, Wort- und Satzbildung. Sie wurde in den vergangenen Jahren methodisch verbessert durch die Einführung eines verfeinerten Messinstrumentariums,⁴¹ das seit der SEU 2005/06 angewendet wird. Dies führte zu einer höheren Erkennungsrate u.a. von Wort- und Satzbildungsstörungen. Eine davon unabhängige Zunahme von Sprachdefiziten bei Schulanfängern/-innen kann jedoch nicht ausgeschlossen werden.

Durchschnittlich wurde zwischen 2004/05 und 2010/11 bei 25,4% der Jungen und 17,1% der Mädchen eine Auffälligkeit in der **Lautbildung**⁴² festgestellt, d.h. Jungen wiesen häufiger eine Lautbildungsstörung auf als Mädchen. Die Anteile der Kinder mit einem auffälligen Befund sind im zeitlichen Verlauf bei Jungen und Mädchen gestiegen: Im Jahr 2010/11 wiesen schließlich 25,9% der Jungen und 16,9% der Mädchen eine Lautbildungsstörung auf. Dies waren gegenüber 2004/05 3,5PP bei den Jungen und 3,1 PP bei den Mädchen mehr. (vgl. Abb. 32)

Abb. 32: Anzahl der Jungen und Mädchen mit mindestens einer Auffälligkeit in der Lautbildung (% aller Jungen und Mädchen) SEU 2004/05 bis 2010/11



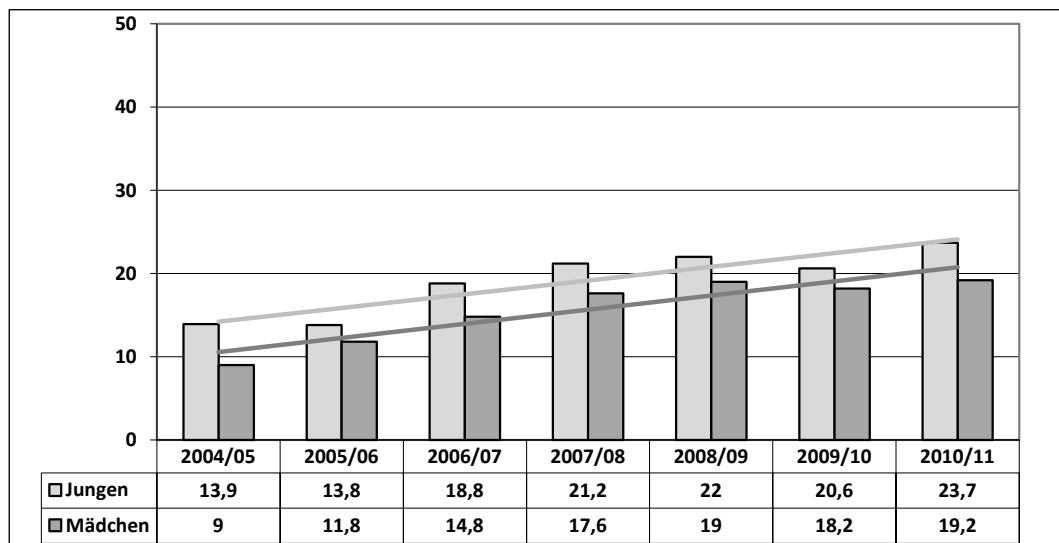
Im Vergleich zu den unterschiedlichen Häufigkeiten von Lautbildungsstörungen bei Jungen und Mädchen, waren die Unterschiede nach dem Migrationshintergrund der Kinder weniger ausgeprägt: Mindestens eine Auffälligkeit wiesen 24,5% der Jungen ohne, 24,9% der Jungen mit einseitigem und 26,9% der Jungen mit zweiseitigem Migrationshintergrund auf. Bei den Mädchen betrugen die entsprechenden Werte 16,5%, 17,6% und 17,2%.

Mindestens ein auffälliger Befund in der **Wort- und Satzbildung**⁴³ wurde im Verlauf des Auswertungszeitraumes bei durchschnittlich 19,1% der Jungen und 15,7% der Mädchen festgestellt. Zwischen 2004/05 und 2010/11 war bei Kindern beiderlei Geschlechts eine Zunahme dieses Anteils um etwa 10 PP zu verzeichnen. (vgl. Abb. 33)

⁴¹ Einführung des Triolog-Sprachtests

⁴² Lautbildungsstörungen (Dyslalie) bezeichnet die Schwierigkeit in der Aussprache und Artikulation einzelner Laute bzw. Lautverbindungen.

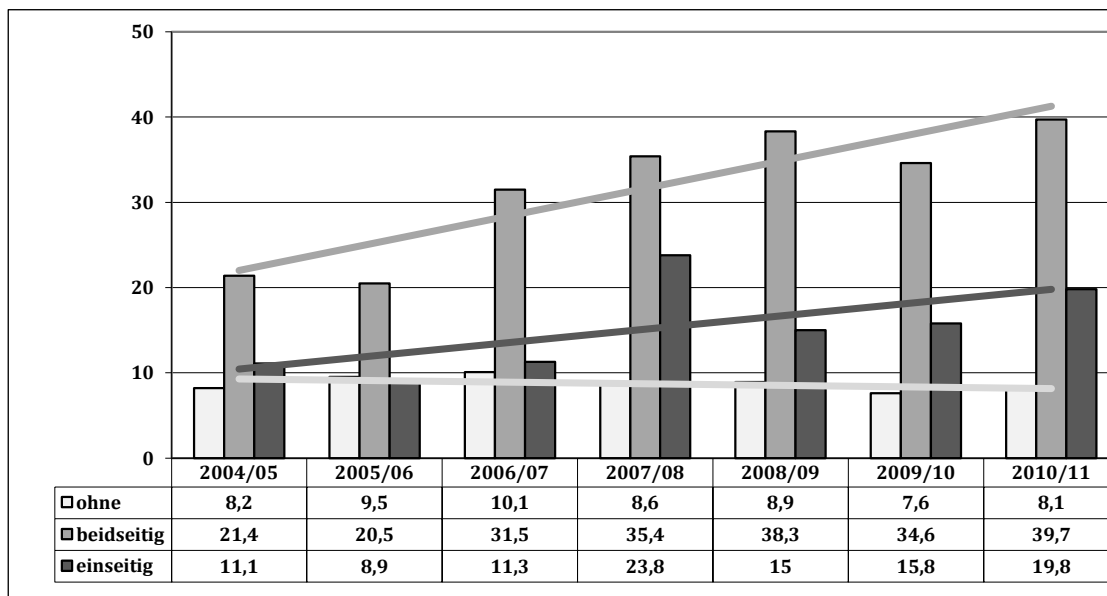
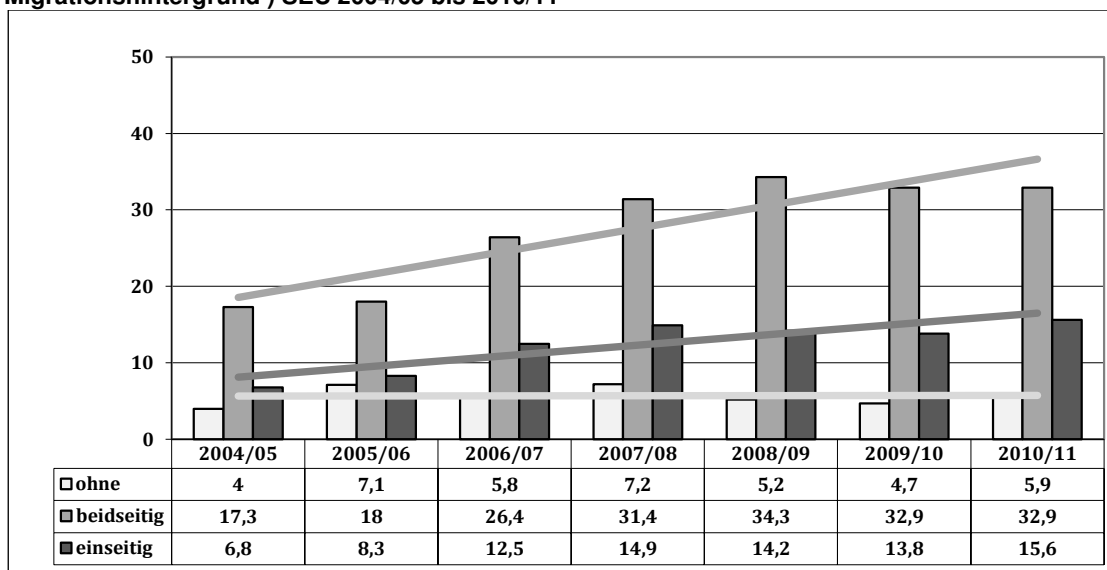
⁴³ Störungen der a) Wort- bzw. b) Satzbildung beziehen sich auf Probleme mit der Grammatik; es kann z.B. a) kein korrekter Plural gebildet werden oder b) entspricht die Wortstellung im Satz nicht den Regeln.

Abb. 33: Anzahl der Jungen und Mädchen mit mindestens einer Auffälligkeit in der Wort-/Satzbildung (% aller Jungen und Mädchen) SEU 2004/05 bis 2010/11

Die Kinder verschiedenen Migrationshintergrundes unterschieden sich deutlich nach ihrem Anteil von Kindern mit mindestens einer Wort-/Satzbildungsstörung: 8,7% der Jungen ohne Migrationshintergrund, jedoch 15,1% der Jungen mit einseitigem und 31,6% der Jungen mit beidseitigem Migrationshintergrund wiesen einen auffälligen Befund auf. Dies bedeutet, dass bei Jungen mit einseitigem Migrationshintergrund 1,7 mal und bei Jungen mit zweiseitigem Migrationshintergrund 3,6 mal so oft eine Auffälligkeit vorlag im Vergleich zu den Jungen ohne Migrationshintergrund. Auch bei den Mädchen zeigte sich dieser Unterschied: Die entsprechenden Werte betrugen 5,7%, 12,3% und 24,9%, d.h. gegenüber den Mädchen ohne Migrationshintergrund hatten Mädchen mit einseitigem Migrationshintergrund 2,2 mal so oft und Mädchen mit zweiseitigem Migrationshintergrund 4,4 mal so oft einen auffälligen Befund. Es wird auch hier ein Gefälle deutlich von den Kindern mit einem zwei- hin zu den Kindern mit einem einseitigen Migrationshintergrund bis zu den Kindern ohne Migrationshintergrund. Wie Abb. 33 zeigt, nahm im zeitlichen Verlauf die Häufigkeit eines auffälligen Befunds bei Kindern mit Migrationshintergrund stetig und deutlich zu, besonders deutlich bei den Jungen, während sie bei den Kindern ohne Migrationshintergrund leicht zurückgegangen ist. (vgl. Abb. 34 und 35)

Dabei sollte berücksichtigt werden, dass der für die SEU-Saison 2005/06 eingeführte Test nach ersten Anlaufschwierigkeiten ab 2006/07 zuverlässige Ergebnisse geliefert hat. Die Zahlen 2004/05 und mit Einschränkungen 2005/06 sind mit anderen Instrumenten erfasst worden⁴⁴ Damit könnte erklärt sein, dass die hinsichtlich der Wort-Satzbildungsstörung auffälligen Ergebnisse bei Kindern mit ein- und zweiseitigem Migrationshintergrund im Durchschnitt der Jahre 2006/07 und 2010/11 deutlich höher lagen als in den beiden Jahrgängen 2004/05 und 2005/06.

⁴⁴. Früher fehlte die genauere Bewertung der Pluralbildung, des Gebrauchs der Präpositionen, der Zeitformen der Verben und der Bildung der Gegensätze von Adjektiven.

Abb.34: Anzahl der Jungen mit mindestens einer Wort-/Satzbildungsstörung (% der Jungen ohne und mit Migrationshintergrund) SEU 2004/05 bis 2010/11**Abb.35: Anzahl der Mädchen mit einer Wort-/Satzbildungsstörung (% der Mädchen ohne und mit Migrationshintergrund) SEU 2004/05 bis 2010/11**

Betrachtet man die Laut-, Satz- und Wortbildungsstörungen zusammen, so hatten zwischen 2004/05 und 2010/11 durchschnittlich 27,3% der Jungen ohne Migrationshintergrund und 41,3% der Jungen mit (ein- und zweiseitigem) Migrationshintergrund mindestens eines dieser sprachlichen Entwicklungsdefizite aufzuweisen. Die entsprechenden Werte betragen bei den Mädchen 18,7% und 33,6%.

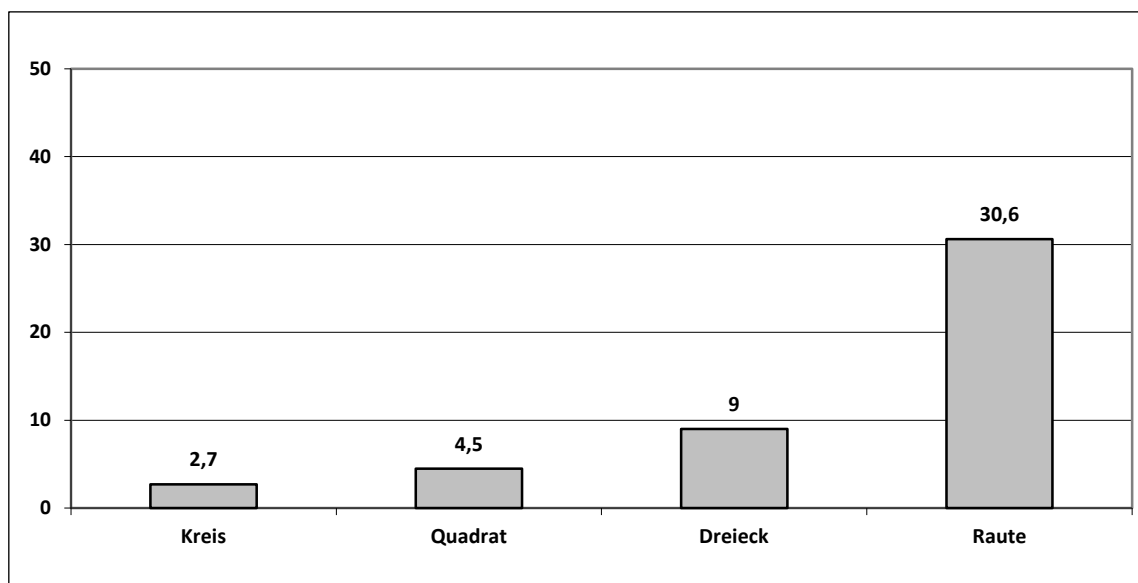
Die stets deutlich häufigere Betroffenheit von Jungen gegenüber Mädchen ist ein Hinweis auf die sog. „Knabenwendigkeit“ vieler Befunde, d.h. auf die Tatsache, dass verschiedene Krankheiten und Störungen regelmäßig häufiger bei Jungen als bei Mädchen zu beobachten sind.

Auch andernorts wurde nachgewiesen, daß „Kinder mit Migrationshintergrund häufiger auffällige Testergebnisse in dem durchgeführten Entwicklungsscreening bei den Einschulungsuntersuchungen aufweisen als deutsche Gleichaltrige.“ Eine multivariate Analyse der Screening-Befunde in Berlin ergab, dass der stärkste Faktor hierbei der niedere Sozialstatus der Eltern ist, und dass der Migrationshintergrund nur in Verbindung mit unzureichenden Deutschkenntnissen von Kind oder Eltern(-teil) die Testergebnisse signifikant beeinflusst.

8.2 Testung der feinmotorischen Fähigkeiten

Die Entwicklung der **feinmotorischen Fähigkeiten** der Kinder wird im Rahmen des SEU-Screenings durch das Zeichnen geometrischer Formen (Kreis, Quadrat, Dreieck und Raute) getestet. Am schwersten fiel den Kindern das Zeichnen einer Raute: Damit hatten im Jahr 2010/11 34,5% der Kinder Schwierigkeiten gegenüber von 29,7% im Jahr 2004/05. Dies bedeutet eine Zunahme von 4,8 Prozentpunkten. Dabei ist zu beachten, dass die Schwierigkeit der Formen in der oben angegebenen Reihenfolge zunimmt. Das Zeichnen der Raute ist – entwicklungsbedingt – von den jüngeren Kindern eines Einschuljahrgangs oft nicht zu leisten. (vgl. Abb. 36)

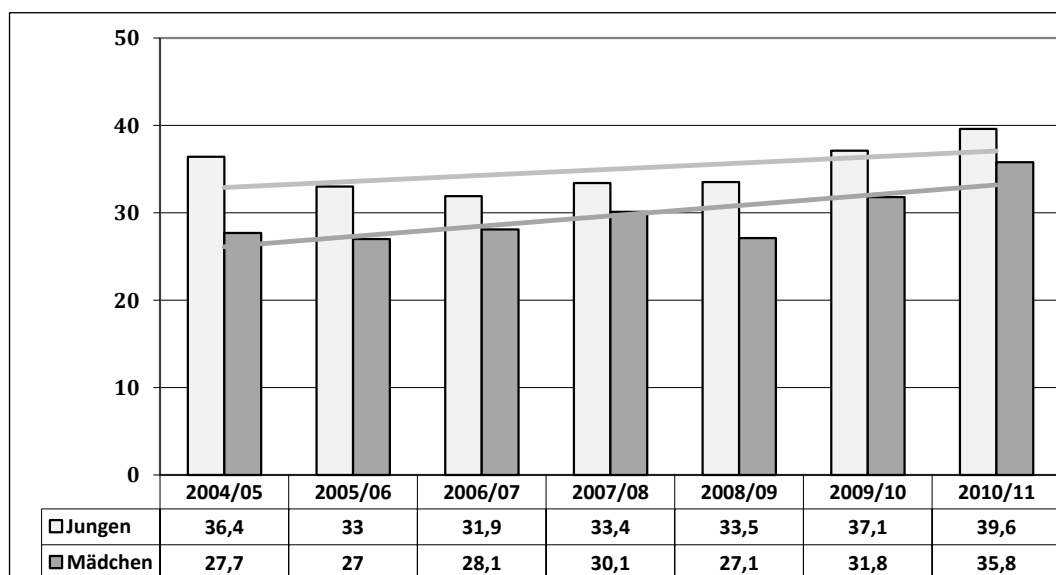
Abb. 36: Schwierigkeiten beim Zeichnen nach den geometrischer Figuren (% aller Kinder) SEU 2004/05 bis 2010/11



Zwischen 2004/05 und 2010/11 betrug der Anteil der Jungen und Mädchen mit mindestens einer Auffälligkeit in einem der zeichnerischen Tests 35,0% bzw. 29,7%. Die Jungen hatten somit deutlich häufiger Schwierigkeiten beim Zeichnen geometrischer Figuren als Mädchen. Allerdings verringerte sich dieser Abstand im zeitlichen Verlauf durch das „Aufholen“ der Mädchen: Es fand eine Zunahme um 3,2 Prozentpunkte bei den Jungen und um 8,1 Prozentpunkte bei den Mädchen während des Auswertungszeitraums statt. (s. Abb.37)

Ein Teil der Zunahme von Auffälligkeiten im feinmotorischen Bereich kann durch die bereits erwähnte Verringerung des Durchschnittsalters der Kinder erklärt werden, da es sich bei den überprüften Fertigkeiten um heranreifende Funktionen handelt, die allerdings förderabhängig sind.

Abb. 37: Anzahl der Jungen und Mädchen mit mindestens einer Auffälligkeit beim Zeichnen geometrischer Formen (% aller Jungen und Mädchen) SEU 2004/05 bis 2010/11



Für 30.034 Kinder lagen im Zeitraum 2004/05 Angaben zum Geschlecht, Migrationshintergrund und zeichnerischen Fähigkeiten vor. Diese Zahl liegt der Betrachtung der Kinder nach dem Migrationshintergrund zugrunde. Daher können die folgenden Angaben etwas von den oben stehenden Werten abweichen. Zwischen 2004/05 und 2010/11 hatten demnach 34,1% der Jungen und 29,2% der Mädchen Probleme beim Zeichnen von mindestens einer der 4 getesteten geometrischen Figuren. Am seltensten Schwierigkeiten hatten die Kinder ohne Migrationshintergrund (30,4% der Jungen und 26,4% der Mädchen) gegenüber den Kindern mit einseitigem (33,9% der Jungen und 30,3% der Mädchen) und zweiseitigem Migrationshintergrund (38,6% der Jungen und 32,2% der Mädchen). (vgl. Abb. 38 und 39) Auch hier zeigte sich das Gefälle in der Entwicklung zeichnerischer Fähigkeiten von den Kindern zweiseitigem über die Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund bis hin zu den Kindern deutscher Sprachherkunft. Ursache dieser häufig auftretenden Probleme in der Feinmotorik könnte mangelnde Anregung sein, da ja Kinder mit (zweiseitigem) Migrationshintergrund auch in höherem Prozentsatz keinen Kindergarten besuchen bzw. dort eine kürzere durchschnittliche Aufenthaltsdauer aufweisen als Kinder ohne Migrationshintergrund (s. Punkt 3.2).

Abb. 38: Anzahl der Jungen mit mindestens einer Auffälligkeit beim Zeichnen geometrischer Formen (% der Jungen ohne und mit Migrationshintergrund) SEU 2004/05 bis 2010/11

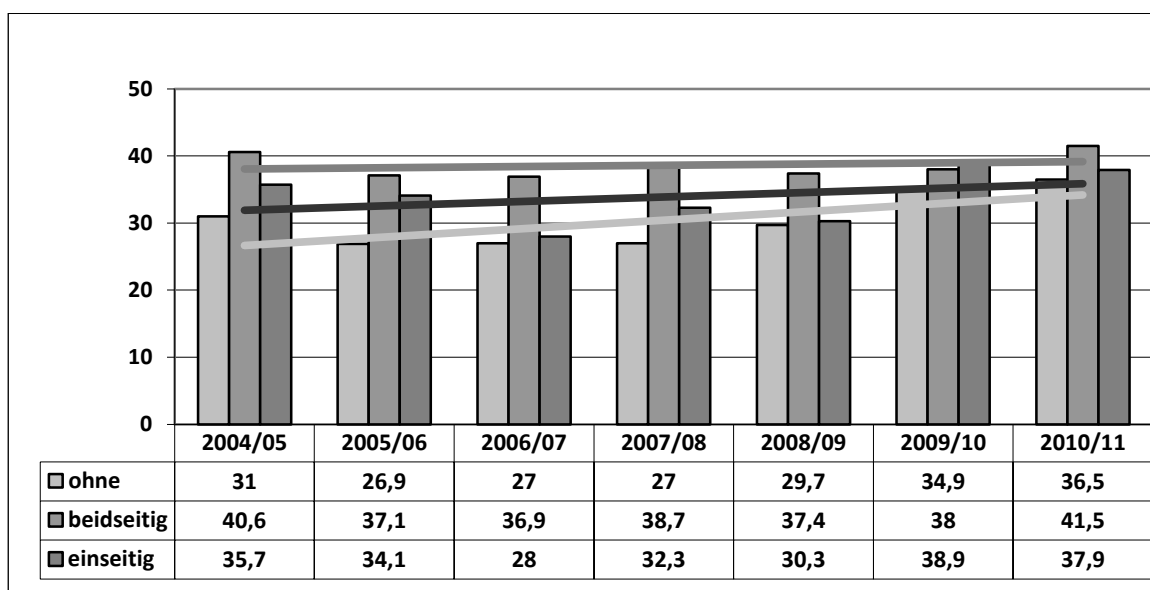
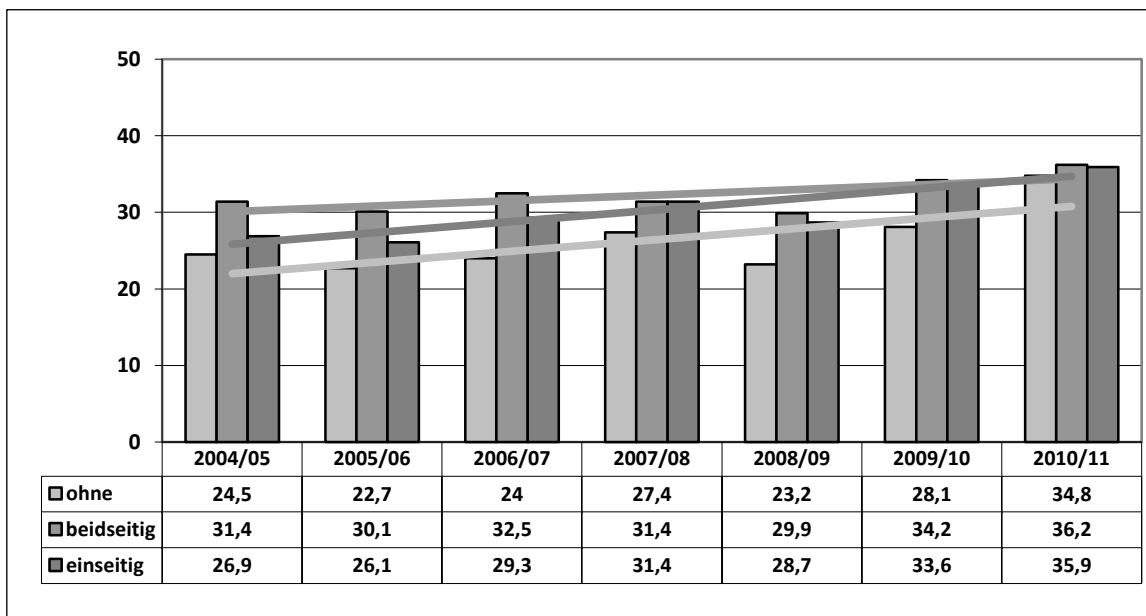


Abb. 39: Anzahl der Mädchen mit mindestens einer Auffälligkeit beim Zeichnen geometrischer Formen (% der Mädchen ohne und mit Migrationshintergrund) SEU 2004/05 bis 2010/11

Im Verlauf des Auswertungszeitraums fand eine Zunahme der Anteile von Kindern mit mindestens einer Auffälligkeit beim Zeichnen geometrischer Formen an den Kindern statt. Der Verlauf dieser Entwicklung war bei den Mädchen ausgeprägter als bei den Jungen. (vgl. Abb. 39).

Die stets dennoch deutlich häufigere Betroffenheit von Jungen gegenüber Mädchen ist ein Hinweis auf die sog. „Knabenwendigkeit“ vieler Befunde, d.h. auf die Tatsache, dass verschiedene Krankheiten und Störungen regelmäßig häufiger bei Jungen als bei Mädchen zu beobachten sind.

Auch andernorts wurde nachgewiesen, daß „Kinder mit Migrationshintergrund häufiger auffällige Testergebnisse in dem durchgeführten Entwicklungsscreening bei den Einschulungsuntersuchungen aufweisen als deutsche Gleichaltrige.“⁴⁵ Eine multivariate Analyse der Screening-Befunde in Berlin ergab, dass der stärkste Faktor hierbei der niedere Sozialstatus der Eltern ist, und dass der Migrationshintergrund nur in Verbindung mit unzureichenden Deutschkenntnissen von Kind oder Eltern(-teil) die Testergebnisse signifikant beeinflusst.⁴⁶

⁴⁵ OBERWÖRMANN, S. et al.: Migrationshintergrund als Einflussfaktor auf die kindliche Entwicklung im Einschulungsalter – ein multivariates Modell, Gesundheitswesen 2013, 75, S. 203-209, S. 204

⁴⁶ vgl. a.a.O. S. 203

9. Handlungsfelder

Aus den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen (2004/05 bis 2010/11), einschließlich der Entwicklungstrends im zeitlichen Verlauf, lassen sich unter besonderer Berücksichtigung von Kindern mit Migrationshintergrund folgende Handlungsfelder benennen:

- **Weitere Steigerung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1-U9:** Trotz der merklichen Verbesserungen in diesem Bereich wiesen die Kinder mit Migrationshintergrund (vor allem mit zweiseitigem) im Vergleich zu den Kindern ohne Migrationshintergrund noch häufiger ein Defizit auf: Sie legten häufiger kein U-Heft vor, konnten seltener eine vollständige Teilnahme an allen Früherkennungsuntersuchungen und im Besonderen an der U9 nachweisen. Hier muss die Motivation der Personensorgeberechtigten, die Früherkennungsuntersuchungen wahrzunehmen, weiter gestärkt werden. Es wird jedoch immer einen Anteil von Kindern geben, die aufgrund der Umstände ihrer Migration keine Untersuchungen wahrnehmen konnten bzw. bei denen diese nicht (mehr) dokumentiert sind.
- **Förderung der Entwicklung feinmotorischer und sprachlicher Fähigkeiten:** Diesbezügliche Probleme nahmen im zeitlichen Verlauf vor allem bei Kindern mit Migrationshintergrund zu. Aufgrund des jüngeren Alters der Kinder zum Zeitpunkt ihrer Einschulung sind diese Probleme zum Teil entwicklungsbedingt. Auch wurde seit dem Jahr 2005/06 das Messinstrumentarium für die Sprachtestung verfeinert, was zu einer höheren Erkennungshäufigkeit von grammatikalischen Fehlern v.a. bei Kindern mit Migrationshintergrund führte. Dazu ist allerdings anzumerken, dass es sich bei dem Screening durch die Kinderkrankenschwestern um eine orientierende Testung handelt und die Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen gewissen Einschränkungen unterliegen. Bei der Vermeidung von Entwicklungsdefiziten kommt neben der Förderung der motorischen und sprachlichen Fähigkeiten der Kinder durch die Eltern der Förderung in den Kindertagesstätten besondere Bedeutung zu. Hier sollte durch gezielte Elternarbeit mittelfristig eine gewisse Verbesserung zu erzielen sein. Unter Mitwirkung des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg wird derzeit am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) – der fachlichen Oberbehörde - ein standardisierter Sprachtest für die SEU entwickelt. Darüber hinaus wird derzeit im Rahmen eines Runden Tisches mit Federführung beim Gesundheitsamt Nürnberg geprüft, wie sich die Bereiche Kindertageseinrichtungen, Schulen und Gesundheitsamt enger vernetzen können in Bezug auf die Beurteilung der sprachlichen Kompetenz der Kinder, und wie eine effektivere Sprachförderung gewährleistet werden kann.
- **Förderung eines gesundheits- und kindgerechten Bewegungs- und Ernährungsverhaltens:** Im langjährigen Mittel und in Bezug auf die Erwartungswerte für Über- und Untergewicht waren häufiger als erwartet
 - stark untergewichtig: Mädchen ohne und mit einem einseitigen Migrationshintergrund
 - moderat untergewichtig: Jungen und Mädchen ohne Migrationshintergrund sowie Mädchen mit einseitigem Migrationshintergrund
 - moderat übergewichtig: Jungen und Mädchen mit zweiseitigem Migrationshintergrund
 - stark übergewichtig: Jungen und Mädchen mit einem ein sowie mit einem zweiseitigen Migrationshintergrund.

Gerade im Kindesalter ist die alters- und geschlechtsspezifische Bewertung der BMI-Werte unter Vorbehalt zu sehen, da diese den tatsächlichen körperlichen Entwicklungsstand des Kindes nicht abbilden. Auch wird die Definition von Über- und Untergewicht und dessen Bedeutung für die Gesundheit wissenschaftlich kontrovers diskutiert. Dem herabgesetzten Altersdurchschnitt der Kinder durch die Möglichkeit einer früheren Einschulung wurde im Rahmen der altersspezifischen Bewertung der BMI-Werte Rechnung getragen. Die Tatsache, dass in erster Linie Mädchen ohne Migrationshintergrund häufiger als erwartet als untergewichtig eingestuft wurden, legt die Annahme nahe, dass es sich hier vor allem um ästhetische und lebensstilbezogene Vorstellungen

der Kinder und Eltern handelt. Anders verhält es sich beim Übergewicht: Hier waren Jungen und Mädchen mit Migrationshintergrund häufiger vertreten. Die Normwerte für Adipositas wurden von den Jungen und Mädchen mit einem zweiseitigen Migrationshintergrund deutlich überschritten. Dieser Sachverhalt besteht in Nürnberg wie auch überregional bereits langfristig. Die Häufigkeit von Adipositas steht in direktem Zusammenhang mit der sozialen Lage der Eltern, sie weist ferner überregional „einen deutlichen Gradient nach der ethnischen Herkunft der Kinder auf.“⁴⁷ Auch hier sind neben dem Elternhaus die Kindertagesstätten diejenigen Einrichtungen, die einen Einfluss auf das Bewegungs- und Ernährungsverhalten der Kinder nehmen können. Die Weiterentwicklung des von Gh/Gesundheitsförderung und dem SportService getragenen Netzwerks „Bewegter Kindergarten“ zu einem Netzwerk „Gesunder Kindergarten“ könnte hier einen wichtigen Beitrag leisten.

- **Die Ausnahme - der Impfschutz:** Obwohl die Impfraten im zeitlichen Verlauf bei den meisten Impfungen gesteigert werden konnten, war der Impfschutz der Kinder ohne Migrationshintergrund im Vergleich zu den Kindern mit, und besonders zu den Kindern mit einem zweiseitigen Migrationshintergrund, schlechter. Eine bedenkliche Tendenz stellt der Rückgang der Impfraten gegen Polio, Tetanus und Diphtherie bei den Kindern ohne Migrationshintergrund dar, die sowohl in der längerfristigen Entwicklung als auch gegenüber 2004/05 besteht. Für Polio und Diphtherie wurde die Schwelle von 95,0% für einen ausreichenden Impfschutz der Bevölkerung unterschritten. Auch die Kinder mit einem einseitigen Migrationshintergrund wiesen sinkende Impfraten gegen Tetanus und Diphtherie auf. Da die Teilnahme an den Schutzimpfungen in Deutschland freiwillig ist, gilt es, die Impfbereitschaft der Eltern insgesamt, aber auch vor allem der Eltern deutscher Sprachherkunft zu fördern und die Bedeutung der sog. „Herdenimmunität“⁴⁸ wieder stärker ins öffentliche Bewusstsein zu rücken.

10. Ergebnisse im Querschnitt der Grundschulsprengel (SEU 2004/05 bis 2010/11) aus sozialräumlicher Perspektive

10.1 Die sozialräumliche Zuordnung der Grundschulsprengel

Zusätzlich zur Betrachtung der längerfristigen Entwicklung wurden ausgewählte Merkmale der Ergebnisse aus den SEU-Jahrgängen 2004/05-2010/11 auch auf der Ebene der Grundschulsprengel im Stadtgebiet Nürnbergs (Stand 2009) ausgewertet. Die kleinräumige Auswertung der Daten auf der Ebene der Grundschulsprengel sollte zum einen als Handlungshilfe für Interventionen auf der Basis der GS Sprengel dienen. Zum anderen sollte eine sozialräumliche Zuordnung der GS Sprengel, die in der Regel auch der Wohnort der Kinder sind, einem Hinweis auf das Wohnumfeld der Kinder und mittelbar auch auf deren sozioökonomischen Hintergrund geben, da während des Auswertungszeitraums im Rahmen der SEU keine sozioökonomischen Merkmale der Eltern erhoben wurden.

Es wurden die Sozialraumtypen der Sozialraumanalyse 2007 des Amtes für Stadtforschung und Statistik verwendet, basierend auf den Merkmalsausprägungen am Stichtag des 31.12.2006.⁴⁹ Die aktuellere Sozialraumtypisierung des Jahres 2010 wurde nicht herangezogen, da sie erst am Ende des Auswertungszeitraums berechnet wurde. Sozialraumtypen werden rechnerisch im Verfahren der Clusteranalyse gebildet aus bestimmten soziodemographischen, sozioökonomischen und städtebaulichen Merkmalen auf der Ebene der Statistischen Distrikte Nürnbergs.⁵⁰ Da die GS Sprengel nicht immer deckungsgleich mit den statistischen Distrikten sind, wurde die Zuordnung sozialräumlich heterogener Sprengel anhand einer Konsensentscheidung von drei MitarbeiterInnen des Gesundheitsamtes aus den

⁴⁷ Bayer. Landesamt für Lebensmittelsicherheit und Gesundheit (Hrsg.): Adipositas in Bayerns – Update 2012, a.a.O.

⁴⁸ „Der Begriff Herdimmunität beschreibt den Grad der Gesamtimmunität der Bevölkerung. Immunbiologisch liegt ihm der Prozentsatz der Antikörperträger sowie die Höhe der Antikörperspiegel bzw. der zellulären Immunität zugrunde.“

Quelle: HAHN, H.: Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie, Heidelberg, S. 158

⁴⁹ Amt für Stadtforschung und Statistik: Sozialraumtypisierung – neue Grundlagen für Wahlanalysen und Stadtteilplanung, Statistischer Monatsbericht Febr. 2008. Die aktuellere Sozialraumtypisierung des Jahres 2010 wurde nicht verwendet, da der größte Teil des Auswertungszeitraums vor deren Berechnung lag.

⁵⁰ mit mindestens 50 Einwohnern

Arbeitsfeldern Gesundheitsberichterstattung, Kinder- und Jugendärztlicher Gesundheitsdienst und Gesundheitsförderung vorgenommen.

Die 6 Sozialraumtypen des Amtes für Stadtforschung und Statistik wurden nach dem Kriterium des Armutspotentials, d.h. der ökonomischen Belastung des Sozialraums zu 3 Kategorien zusammengefasst. Hierfür wurde die Einschätzung der ökonomischen Belastung vom Amt für Stadtforschung und Statistik übernommen.⁵¹

- **Sozialraumtyp A: überdurchschnittlich oder stark ökonomisch belastet.** Er enthält Typ 2 der städtischen Typisierung (Innenstadtrandgebiete entlang der großen Hauptverkehrsstraßen mit hohen MigrantInnenanteilen, geringer Wohnbindung, Gebiete des sozialen Wohnungsbaus und der Stadterneuerung), dessen Armutspotential als überdurchschnittlich eingeschätzt wurde. Weiterhin enthält er Typ 3 (überwiegend dicht bebaute Gebiete in und nahe von Gewerbegebieten mit höchsten MigrantInnenanteilen, minderwertigem Wohnraum und starkem Sanierungsbedarf). Das Armutspotential gilt hier als stark überdurchschnittlich.
- **Sozialraumtyp B: normale oder überwiegend normale ökonomische Belastung.** Hierunter entfällt Typ 1 der städtischen Typisierung (dicht bebaute Alt- und Innenstadtgebiete mit geringer Wohnbindung und relativ teurem und wenig kinder- und familienfreundlichem Wohnungsbestand), der ein überwiegend durchschnittliches Armutspotential enthält. Das Armutspotential von Sozialraumtyp Typ 4 (aufgelockerte städtische Randgebiete mit überwiegend deutschen Haushalten und Senioren) wurde als durchschnittlich, punktuell etwas erhöht eingestuft.
- **Sozialraum Typ C: kaum oder geringe ökonomische Belastung.** Er enthält Typ 5 der städtischen Typisierung (städtische Randgebiete mit ruraler Struktur, oft in bester Lage, geringem MigrantInnenanteil, überwiegend deutschen Haushalten mit Kindern und mit starker Wohnbindung), dessen Armutspotential als am niedrigsten gilt. Weiterhin ist Typ 6 enthalten mit einem geringen Armutspotential (Wohngebiete, teilweise Neubau- und Sanierungsgebiete, zum Teil in bester Lage mit jungen (Groß-)Familien, auch wohlhabenden MigrantInnenfamilien).

10.2 Die Bewertung der Grundschulsprengel

In der aktuellen Berechnung wurde für jedes Merkmal die unterste und oberste Quartile der jeweiligen Merkmalsausprägungen (Durchschnitt 2004/05 bis 2010/11) ermittelt und diejenigen GS Sprengel identifiziert, deren Werte für das jeweilige Merkmal sich unter den 25% „besten“ oder „schlechtesten“ Werten befand.

Darüber hinaus wurde aus der Summe der langfristigen Mittelwerte je Merkmal (2004/05 bis 2010/11) ein abschließendes Ranking der GS Sprengel berechnet. Dabei wurden die Merkmale nicht gewichtet. Die detaillierten Daten können für jeden Sprengel auf Nachfrage zur Verfügung gestellt werden. Im Unterschied zur Auswertung 1999/2000 bis 2003/04 ging der Migrationshintergrund der Kinder nicht in das Ranking ein, da er bereits in der sozialräumlichen Zuordnung der GS Sprengel enthalten ist. Er wurde daher gesondert dargestellt. Verwendet wurden die Sprengelbezeichnungen aus der Schulsprengelkarte des Amtes für Stadtforschung und Statistik (Stand Nov. 2009). Der GS Sprengel Preißlerstr. wurde aufgelöst und ging ab dem Schuljahr 2008/09 in die Sprengel Reutersbrunnenstr. und Knauerstr. ein. Um die Vergleichbarkeit mit den vorhergehenden Schuljahren zu gewährleisten, wurde er als Sprengel „ehemalige Preißlerschule“ für den Rest des Auswertungszeitraums bis zum Jahr 2010/11 weitergeführt.

⁵¹ vgl. Amt für Stadtforschung und Statistik: Sozialraumtypisierung – neue Grundlagen für Wahlanalysen und Stadtteilplanung, a.a.O.

In die zusammenfassende Bewertung der Schulsprengel gingen die langjährigen Mittel 2004/05 bis 2010/11 folgender Merkmale ein:

- Anzahl der Kinder ohne oder ohne Nachweis einer vollständigen Grundimmunisierung gegen Tetanus (% der Kinder in den GS Sprengeln),
- Anzahl der Kinder ohne oder ohne Nachweis einer vollständigen Grundimmunisierung gegen Masern (% der Kinder in den GS Sprengeln),
- Anzahl der Kinder ohne oder ohne Nachweis einer unvollständigen Reihe von Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 (% der Kinder in den GS Sprengeln),
- Anzahl der Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit in der Wort- oder Satzbildung (% der Kinder in den GS Sprengeln),
- Anzahl der Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit in der feinmotorischen Entwicklung (% der Kinder in den GS Sprengeln),
- Anzahl der Kinder mit Untergewicht (% der Kinder in den GS Sprengeln)
- Anzahl der Kinder mit Übergewicht(% der Kinder in den GS Sprengeln)
- Anzahl der Kinder mit Adipositas (% der Kinder in den GS Sprengeln).

10.3 Anzahl der Kinder mit Migrationshintergrund, d.h. mit mindestens einem Elternteil nicht deutscher Sprachherkunft (% aller Kinder in den GS Sprengeln) SEU 2004/05 bis 2010/11

Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund an den Kindern in den GS Sprengeln, d.h. mit mindestens einem Elternteil nicht deutscher Sprachherkunft, betrug – berechnet als Durchschnittswert aus den Jahren 2004/05 bis 2010/11 – in der Gesamtstadt 51,7%. Die Spannbreite dieses Anteils in den GS Sprengeln bewegte sich zwischen 11,1% (Schule Großgründlach) und 80,8% (Wiesenschule).

Tab. 10: GS Sprengel mit den niedrigsten und höchsten Anteilen von Kindern mit Migrationshintergrund (% der Kinder in den Sprengeln)

GS SPRENGEL MIT DEN NIEDRIGSTEN ANTEILEN VON KINDERN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND AN DEN KINDERN IN DEN GS SPRENGELN (unterhalb bis einschließlich der 1. Quartile=26,9)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
43	Schule Großgründlach, Reutleser Str. 6	C	11,1
36	F.-Staedtler-Schule, Neunhofer Hauptstr. 73	C	12,0
27	Buchenbühler Schule, Kalchreuther Str. 130	C	13,5
13	GS Fischbach, Fischbacher Hauptstr. 118	C	17,5
28	GS Nbg-Katzwang, Katzwanger Hauptstr. 130	C	18,2
30	Ketteler-Schule, Leerstetter Str. 3	C	18,5
31	M.-L.-King-Schule, Luther-King-Str. 14	C	19,9
19	VS Ziegelstein, Heroldsberger Weg 42 a	C	23,5
33	GS Laufamholz, Moritzbergstr. 21	C	23,9
18	Schule Altenfurt, H.-Kolb-Str. 53	C	24,7
52	GS Thoner Espan, Am Thoner Espan 10	C	24,8
17	Gebr.-Grimm-Schule, Grimmstr. 16	C	25,2
8	M.-Beckmann-GS, Beckmannstr. 2	C	26,9

GS SPRENGEL MIT DEN HÖCHSTEN ANTEILEN VON KINDERN MIT MIGRATIONHINTERGRUND AN DEN KINDERN IN DEN GS SPRENGELN (ab der 3. Quartile=65,3)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
56	F.-Wanderer-Schule, Wandererstr. 170	A	65,4
63	Holzgartenschule, Holzgartenstr. 14	B	66,1
51	Sperberschule, Sperberstr. 85	A	68,9
16	G.-Ledebour-Schule, G.-Ledebour-Str.7	B	71,8
32	Maiacher GS, Maiacher Str. 18	A	72,1
21	F.-W.-Herschel-Schule, Herschelplatz 1	A	73,2
15	Kopernikusschule, Gabelsberger Str. 41	A	73,3
61	G.-P.-Amberger-Schule, Ambergerstr. 25	A	74,2
37	K.-Groß-Schule, Oedenberger Str. 135	A	74,5
29	Knauerschule, Knauerstr. 20	A	74,6
40	ehem. Preißerschule	A	75,9
38	C.-v.-Ossietzky-Schule, Ossietzkystr. 2	A	76,2
49	Schule St. Leonhard, Schweinauer Str. 20	A	76,9
64	Wiesenschule, Wiesenstr.	A	80,8

Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund leben oft in schlechteren sozialen Verhältnissen und einem entsprechend schlechteren Umfeld als Kinder deutscher Familien. Dies spiegelt sich auch in der Sozialraumzugehörigkeit der GS Sprengel wieder: Alle 13 GS Sprengel mit den niedrigsten Anteilen von Kindern mit Migrationshintergrund (Werte innerhalb des 1. Quartils) gehörten zum Sozialraum Typ C – dem Sozialraumtyp mit dem geringsten Armutspotential.

Die 14 GS Sprengel mit den höchsten MigrantInnenanteilen waren vornehmlich dem Typ A (12 mal) – dem Sozialraumtyp mit (stark) überdurchschnittlichem Armutspotential und in zwei Fällen dem Typ B (durchschnittliches Armutspotential) zugeordnet.

10.4. Bewertung der GS Sprengel nach bestimmten Merkmalen

10.4.1 Teilnahme an Schutzimpfungen

Die Bewertung des Impfstatus der Kinder in den GS Sprengeln wurde anhand der Schutzimpfungen gegen Tetanus und Masern durchgeführt. Tetanus erschien hierzu geeignet aufgrund der Schwere der Krankheit und der leicht rückläufigen Impfraten der Kinder deutscher Sprachherkunft. Zudem wird die Impfung meist in Kombination mit den Impfungen gegen Polio und Diphtherie verabreicht, sodaß sie als „Leitimpfung“ betrachtet werden kann. Ähnliches gilt für die Impfung gegen Masern, die meist zugleich mit den Impfungen gegen Mumps und Röteln gegeben wird. Außerdem kommt es u.a. aufgrund einer unzureichenden Herdenimmunität immer wieder zu regional begrenzten Masernausbrüchen einschließlich ernsthafter Komplikationen und auch Todesfällen.⁵²

10.4.1.1 Anzahl der Kinder ohne oder ohne Nachweis einer vollständigen Grundimmunisierung gegen Tetanus (% der Kinder in den GS Sprengeln) SEU 2004/05 bis 2010/11

Im Durchschnitt der Jahre 2004/05 bis 2010/11 hatten - bezogen auf die Gesamtstadt und auf die Kinder, für die Angaben zum Impfstatus vorlagen - 1,9% der SchulanfängerInnen keine ausreichende Grundimmunisierung gegen Tetanus oder konnten diese nicht nachweisen. Die Spannweite dieses Anteils bewegte sich zwischen 0,2% (Bauernfeindschule) bis zu 4,2% (Knauerschule).

⁵² Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Masern im Jahr 2005 und Ausbrüche in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen in der ersten Hälfte des Jahres 2006, Epidemiologisches Bulletin, Juli 2006, Nr. 27

Tab. 11: GS Sprengel mit den niedrigsten und höchsten Anteilen von Kindern ohne oder ohne Nachweis einer vollständigen Grundimmunisierung gegen Tetanus (% der Kinder in den GS Sprengeln)

GS SPRENGEL MIT DEN NIEDRIGSTEN ANTEILEN VON KINDERN OHNE ODER OHNE NACHWEIS EINER VOLLSTÄNDIGEN GRUNDIMMUNISIERUNG GEGEN TETANUS (unterhalb bis einschließlich der 1. Quartile=1,3)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
7	Bauernfeindschule, Bauernfeindstr. 24	B	0,2
41	Regenbogenschule, Regenbogenstr. 73	B	0,4
16	G.-Ledebour-Schule, G.-Ledebour-Str.7	B	0,4
26	A.-Stifter -Schule, J.-Leber-Str. 108	B	0,5
9	Th.-Billroth-Schule, Billrothstr. 6	C	0,6
18	Schule Altenfurt, H.-Kolb-Str. 53	C	0,8
25	GS Insel Schütt, Hintere Insel Schütt 5	B	0,9
36	F.-Staedtler-Schule, Neunhofer Hauptstr. 73	C	1,1
60	GS Zugspitzstr., Zugspitzstr. 123	B	1,1
20	Birkenwaldschule, Herriedener Str. 25	B	1,2
31	M.-L.-King-Schule, Luther-King-Str. 14	C	1,2
13	GS Fischbach, Fischbacher Hauptstr. 118	C	1,2
61	G.-P.-Amberger-Schule, Ambergerstr. 25	A	1,3
22	Wahlerschule, Holsteiner Str. 2a	C	1,3

GS SPRENGEL MIT DEN HÖCHSTEN ANTEILEN VON KINDERN OHNE ODER OHNE NACHWEIS EINER VOLLSTÄNDIGEN GRUNDIMMUNISIERUNG GEGEN TETANUS (ab der 3. Quartile=2,6)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
28	GS Nbg-Katzwang, Katzwanger Hauptstr. 130	C	2,6
14	GS Nbg-Eibach, Fürreuthweg 95	C	2,6
55	GS Viatisstr., Viatisstr. 270	B	2,6
44	H.-v.-Forster-Schule, Am Röthenbacher Landgraben 65	B	2,6
53	Thusneldaschule, Thusneldastr. 5	B	2,6
1	St. Johannis, Adam-Kraft-Str.2	B	2,7
37	K.-Groß-Schule, Oedenberger Str. 135	A	2,8
48	Dr.-Th.-Schöller-Schule, Schnieglinger Str. 38	A	2,8
40	ehem. Preißlerschule	A	2,9
17	Gebr.-Grimm-Schule, Grimmstr. 16	C	2,9
45	A.-Lindgren-Schule, Salzbrunner Str. 61	B	3,1
32	Maiacher Str., Maiacher Str. 18	A	3,6
29	Knauerschule, Knauerstr. 20	A	4,2

Die Schutzimpfung gegen Tetanus ist eine der wichtigsten Impfungen. Umso mehr fällt auf, daß sich unter den 13 Sprengeln mit den höchsten Anteilen von Kindern, die nicht oder unzureichend geimpft waren, bzw. die eine Impfung nicht nachweisen konnten, auch 3 Sprengel des Sozialraumtyps C, d.h. eines wohlsituierten Umfelds befanden. Die übrigen Sprengel gehörten jeweils 5 mal den Sozialraumtypen B - eher durchschnittlich strukturiert - und dem A - mit überdurchschnittlichem Armutspotential - an. Auch die Sprengel mit einer guten Durchimpfung der Kinder (14 Sprengel), wiesen in Bezug auf ihre Sozialraumzugehörigkeit ein eher heterogenes Bild auf: 6 Sprengel gehörten zum Sozialraumtyp C, 7 zu B und ein Sprengel zum Typ A.

10.4.1.2 Anzahl der Kinder ohne oder ohne Nachweis einer vollständigen Grundimmunisierung gegen Masern (% der Kindern in den GS Sprengeln) SEU2004/05 bis 2010/11

14,7% der SchulanfängerInnen konnten im Durchschnitt der Jahre 2004/05 bis 2010/11 - bezogen auf die Gesamtstadt und auf die Kinder, zu denen Angaben zum Impfstatus gemacht werden konnten - keine oder keine ausreichende Grundimmunisierung gegen Masern nachweisen. Die Spannweite dieses Anteils bewegte sich zwischen 8,3% (C.-v.-Ossietzky-Schule) bis zu 27,1% (Scharerschule).

Tab. 12: GS Sprengel mit den niedrigsten und höchsten Anteilen von Kindern ohne oder ohne Nachweis einer vollständigen Grundimmunisierung gegen Masern an den Kindern in den GS Sprengeln

GS SPRENGEL MIT DEN NIEDRIGSTEN ANTEILEN VON KINDERN OHNE ODER OHNE NACHWEIS EINER VOLLSTÄNDIGEN GRUNDIMMUNISIERUNG GEGEN MASERN (unterhalb bis einschließlich der 1. Quartile=13,3)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
38	C.-v.-Ossietzky-Schule, Ossietzkystr. 2	A	8,3
26	A.-Stifter -Schule, J.-Leber-Str. 108	B	9,9
11	Dunantschule, Dunantstr. 10	B	10,5
49	Schule St. Leonhard, Schweinauer Str. 20	A	10,8
44	H.-v.-Forster-Schule, Am Röthenbacher Landgraben 65	B	10,9
16	G.-Ledebour-Schule, G.-Ledebour-Str.7	B	11,1
61	G.-P.-Amberger-Schule, Ambergerstr. 25	A	11,1
37	K.-Groß-Schule, Oedenberger Str. 135	A	11,7
21	F.-W.-Herschel-Schule, Herschelplatz 1	A	12,3
8	M.-Beckmann-GS, Beckmannstr. 2	C	12,7
7	Bauernfeindschule, Bauernfeindstr. 24	B	12,9
56	F.-Wanderer-Schule, Wandererstr. 170	A	13,0
43	Schule Großgründlach, Reutleser Str. 6	C	13,3

GS SPRENGEL MIT DEN HÖCHSTEN ANTEILEN VON KINDERN OHNE ODER OHNE NACHWEIS EINER VOLLSTÄNDIGEN GRUNDIMMUNISIERUNG GEGEN MASERN (ab der 3. Quartile=18,1)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
25	GS Insel Schütt, Hintere Insel Schütt 5	B	18,2
10	Bismarckschule, Bismarckstr. 20	B	18,4
33	GS Laufamholz, Moritzbergstr. 21	C	19,3
30	Ketteler-Schule, Leerstetter Str. 3	C	19,7
65	GS Gebersdorf, Gebersdorfer Str. 175	C	19,7
1	St. Johannis, Adam-Kraft-Str.2	B	20,4
42	Reutersbrunnenschule, Reutersbrunnenstr. 12	A	20,6
22	Wahlerschule, Holsteiner Str. 2a	C	22,3
54	L.-Uhland-Schule, Uhlandstr. 33	B	23,2
48	Dr.-Th.-Schöller-Schule, Schnieglinger Str. 38	A	23,4
63	Holzgartenschule, Holzgartenstr. 14	B	24,3
55	GS Viatisstr., Viatisstr. 270	B	25,6
47	Scharerschule, Scharerstr. 33	B	27,1

Auch bei der Impfung gegen Masern zeigte sich kein einheitliches Bild in Bezug auf die sozialräumliche Zuordnung: Nur 2 der 13 Sprengel mit einem besonders guten Impfschutz gehörten zum Sozialraumtyp C – dem Typ mit dem geringstem Armutspotential. Hingegen zählten auch 6 dieser Sprengel zum Sozialraumtyp A – einem Typ mit einem (stark) überdurchschnittlichen Armutspotential, und 5 zu dem eher durchschnittlich strukturierten Sozialraumtyp B. Die 13 Sprengel mit einer relativ schlechten Durchimpfung gegen Masern waren mehrheitlich (7 mal) durchschnittlich situiert, 4 Sprengel befanden sich in Sozialräumen des Typs C und 2 innerhalb des Typs A.

Die Durchimpfung der Kinder folgte nicht - wie andere Merkmale - einem sozialen Gradienten. Vielmehr wies die Heterogenität in der Sozialraumzugehörigkeit der Sprengel mit der jeweils "besten" und "schlechtesten" Impfbeteiligung auf das Zusammenwirken verschiedener Faktoren hin, deren Gestaltungskraft im einzelnen an dieser Stelle nicht geklärt werden kann: Gerade besser gestellte Eltern verhalten sich den Schutzimpfungen gegenüber oft sehr kritisch. Auch scheint in den letzten Jahren eine gewisse „Impfmüdigkeit“ zuzunehmen. Andererseits sind gerade Kinder aus Migrantenfamilien, d.h. aus in der Regel ökonomisch schlechter situierten Familien, im Durchschnitt besser geimpft als Kinder aus deutschen Familien.

10.4.2 Anzahl der Kinder ohne Nachweis oder mit Lücken (mindestens einer fehlenden Untersuchung) in der Reihe von Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 (% aller Kinder in den GS Sprengeln) SEU 2004/05 bis 2010/11

Gesamtstädtisch betrachtet, haben 27,0% der Kinder nicht vollständig an allen 9 Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen bzw. konnten ihre Teilnahme daran nicht dokumentieren. Die Werte für diesen Anteil bewegten sich zwischen 9,3% (Schule Großgründlach) und 44,2% (Wiesenschule).

Tab. 13: GS Sprengel mit den niedrigsten und höchsten Anteilen von Kindern mit einer unvollständigen Reihe von Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9) % der Kinder in den GS Sprengeln

GS SPRENGEL MIT DEN NIEDRIGSTEN ANTEILEN VON KINDERN OHNE ODER OHNE NACHWEIS EINER VOLLSTÄNDIGEN TEILNAHME AN DEN FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN U1-U9 (unterhalb bis einschließlich der 1. Quartile=17,4)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIALRAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
43	Schule Großgründlach, Reutleser Str. 6	C	9,3
65	GS Gebersdorf, Gebersdorfer Str. 175	C	9,4
14	GS Nbg-Eibach, Fürreuthweg 95	C	12,5
30	Ketteler-Schule, Leerstetter Str. 3	C	12,6
52	GS Thoner Espan, Am Thoner Espan 10	C	12,8
13	GS Fischbach, Fischbacher Hauptstr. 118	C	12,8
36	F.-Staedtler-Schule, Neunhofer Hauptstr. 73	C	13,7
28	GS Nbg-Katzwang, Katzwanger Hauptstr. 130	C	13,8
8	M.-Beckmann-GS, Beckmannstr. 2	C	13,9
33	GS Laufamholz, Moritzbergstr. 21	C	15,1
12	E.-Kästner-Schule, Eichstätter Str. 11	C	15,5
9	Th.-Billroth-Schule, Billrothstr. 6	C	16,7
20	Birkenwaldschule, Herriedener Str. 25	B	17,2

GS SPRENGEL MIT DEN HÖCHSTEN ANTEILEN VON KINDERN OHNE ODER OHNE NACHWEIS EINER VOLLSTÄNDIGEN TEILNAHME AN DEN FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN U1-U9 (ab der 3. Quartile=33,2)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIALRAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
47	Scharrerschule, Scharrerstr. 33	B	33,4
51	Sperberschule, Sperberstr. 85	A	33,6
49	Schule St. Leonhard, Schweinauer Str. 20	A	33,9
42	Reutersbrunnenschule, Reutersbrunnenstr. 12	A	34,1
63	Holzgartenschule, Holzgartenstr. 14	B	34,6
32	Maiacher GS, Maiacher Str. 18	A	35,0
40	ehem. Preißlerschule	A	36,1
45	A.-Lindgren-Schule, Salzbrunner Str. 61	B	36,7
25	GS Insel Schütt, Hintere Insel Schütt 5	B	38,5
54	L.-Uhland-Schule, Uhlandstr. 33	B	38,6
29	Knauerschule, Knauerstr. 20	A	39,2
38	C.-v.-Ossietzky-Schule, Ossietzkystr. 2	A	39,2
37	K.-Groß-Schule, Oedenberger Str. 135	A	40,8
64	Wiesenschule, Wiesenstr. 68	A	44,2

Fast ausnahmslos gehörten die 13 Schulsprengel mit der häufigsten lückenlosen Teilnahme an der Untersuchungsreihe dem Sozialraumtyp C an, d.h. sie lagen in einem Wohnumfeld ohne oder mit nur geringem Armutspotential. Umgekehrt lag die Mehrzahl der 14 Sprengel mit einer besonders lückenhaften Teilnahme an der Reihe der Früherkennungsuntersuchungen im Sozialraumtyp A (9 mal) mit (stark) überdurchschnittlichem Armutspotential; 5 Sprengel wiesen ein durchschnittliches Armutspotential auf (Sozialraumtyp B).

Die sozialräumliche Zuordnung der Sprengel mit den günstigsten und ungünstigsten Bewertungen hinsichtlich der Lückenlosigkeit der Untersuchungen U1-U9 kann als Hinweis darauf gelten, dass in besser gestellten Familien möglicherweise auf die Früherkennung von Behinderungen und Krankheiten im Vergleich zu schlechter situierten Familien mehr Wert gelegt wird, bzw. die Dokumentation der Untersuchungsreihe besser gewährleistet ist.

10.5. ausgewählte Befunde (Screening)

10.5.1 Anzahl der Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit in der Wort- oder Satzbildung (% der Kinder in den GS Sprengeln) SEU 2004/05 bis 2010/11

17,5% der Kinder wiesen im Durchschnitt der Gesamtstadt mindestens eine Auffälligkeit in der Entwicklung ihrer Wort- und Satzbildung auf. Die Spannweite dieser Werte bewegte sich von 2,2% (GS Gebersdorf) bis zu 42,5% (GS Maiacher Str.)

Tab. 14: GS Sprengel mit den niedrigsten und höchsten Anteilen von Kindern mit mindestens einer Auffälligkeit in der Wort- und Satzbildung (% der Kinder in den GS Sprengeln)

GS SPRENGEL MIT DEN NIEDRIGSTEN ANTEILEN VON KINDERN MIT MINDESTENS EINER AUFFÄLLIGKEIT IN DER ENTWICKLUNG DER WORT/ SATZBILDUNG (unterhalb bis einschließlich der 1. Quartile=11,2)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
65	GS Gebersdorf, Gebersdorfer Str. 175	C	2,2
30	Ketteler-Schule, Leerstetter Str. 3	C	4,2
27	Buchenbühler Schule, Kalchreuther Str. 130	C	5,1
28	GS Nbg-Katzwang, Katzwanger Hauptstr. 130	C	5,2
33	GS Laufamholz, Moritzbergstr. 21	C	5,8
41	Regenbogenschule, Regenbogenstr. 73	B	6,0
14	GS Nbg-Eibach, Fürreuthweg 95	C	6,7
17	Gebr.-Grimm-Schule, Grimmstr. 16	C	6,8
31	M.-L.-King-Schule, Luther-King-Str. 14	C	6,9
13	GS Fischbach, Fischbacher Hauptstr. 118	C	8,5
43	Schule Großgründlach, Reutleser Str. 6	C	8,5
20	Birkenwaldschule, Herriedener Str. 25	B	9,9
8	M.-Beckmann-GS, Beckmannstr. 2	C	10,5
11	Dunantschule, Dunantstr. 10	B	11,1

GS SPRENGEL MIT DEN HÖCHSTEN ANTEILEN VON KINDERN MIT MINDESTENS EINER AUFFÄLLIGKEIT IN DER ENTWICKLUNG DER WORT/ SATZBILDUNG (ab der 3. Quartile=21,1)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
47	Scharrerschule, Scharrerstr. 33	B	21,3
49	Schule St. Leonhard, Schweinauer Str. 20	A	21,7
7	Bauernfeindschule, Bauernfeindstr. 24	B	23,5
16	G.-Ledebour-Schule, G.-Ledebour-Str.7	B	24,1
39	GS Paniersplatz, Paniersplatz 37	B	24,9
45	A.-Lindgren-Schule, Salzbrunner Str. 61	B	25,0
40	ehem. Preißlerschule	A	26,9
64	Wiesenschule, Wiesenstr. 68	A	27,2
15	Kopernikusschule, Gabelsberger Str. 41	A	27,4
25	GS Insel Schütt, Hintere Insel Schütt 5	B	28,6
37	K.-Groß-Schule, Oedenberger Str. 135	A	36,8
51	Sperberschule, Sperberstr. 85	A	38,7
32	Maiacher GS, Maiacher Str. 18	A	42,5

Von den 14 GS Sprengeln, in denen Auffälligkeiten in der Entwicklung der Wort/ Satzbildung im Laufe des Screenings durch die Kinderkrankenschwestern am seltensten festgestellt wurden, lagen 11 im Sozialraumtyp C, d.h. in einem gut situierten Umfeld; nur 3 dieser Sprengel gehörten zum Typ B mit einem durchschnittlichen Armutspotential. Die 13 Sprengel mit den häufigsten Auffälligkeiten lagen ausnahmslos in Sozialräumen des Typs A (7 mal) und B (6 mal), d.h. in einem durchschnittlich bzw. (stark) überdurchschnittlich ökonomisch belasteten Umfeld.

10.5.2 Anzahl der Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit in der feinmotorischen Entwicklung (% der Kinder in den GS Sprengeln, Screening) SEU 2004/05 bis 2010/11

Gesamtstädtisch betrachtet, wiesen im Rahmen des Screenings zwischen 2004/05 und 2010/11 32,1% der Kinder bei der Testung ihrer zeichnerischen Fähigkeiten (Zeichnen von Kreis, Dreieck, Quadrat, Raute) mindestens eine Auffälligkeit auf. Die Werte in den Sprengeln rangierten von 14,1 % (Schule Altenfurt) bis 51,8% (K.-Groß-Schule).

Tab. 15: GS Sprengel mit den niedrigsten und höchsten Anteilen von Kindern mit mindestens einer Auffälligkeit in der Entwicklung der zeichnerischen Fähigkeiten (% der Kinder in den GS Sprengeln)

GS SPRENGEL MIT DEN NIEDRIGSTEN ANTEILEN VON KINDERN MIT MINDESTENS EINER AUFFÄLLIGKEIT IN DER ENTWICKLUNG DER ZEICHNERISCHEN FÄHIGKEITEN (unterhalb bis einschließlich der 1. Quartile=25,5)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
18	Schule Altenfurt, H.-Kolb-Str. 53	C	14,1
28	GS Nbg-Katzwang, Katzwanger Hauptstr. 130	C	17,0
13	GS Fischbach, Fischbacher Hauptstr. 118	C	17,1
12	E.-Kästner-Schule, Eichstätter Str. 11	C	17,8
8	M.-Beckmann-GS, Beckmannstr. 2	C	19,1
43	Schule Großgründlach, Reutleser Str. 6	C	20,2
30	Ketteler-Schule, Leerstetter Str. 3	C	20,8
31	M.-L.-King-Schule, Luther-King-Str. 14	C	22,0
41	Regenbogenschule, Regenbogenstr. 73	B	22,7
7	Bauernfeindschule, Bauernfeindstr. 24	B	23,1
52	GS Thoner Espan, Am Thoner Espan 10	C	23,2
36	F.-Staedtler-Schule, Neunhofer Hauptstr. 73	C	24,0
20	Birkenwaldschule, Herriedener Str. 25	B	25,2
65	GS Gebersdorf, Gebersdorfer Str. 175	C	25,4

GS SPRENGEL MIT DEN HÖCHSTEN ANTEILEN VON KINDERN MIT MINDESTENS EINER AUFFÄLLIGKEIT IN DER ENTWICKLUNG DER ENTWICKLUNG DER ZEICHNEREISCHEN FÄHIGKEITEN (ab der 3. Quartile=37,4)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
32	Maiacher GS, Maiacher Str. 18	A	37,5
29	Knauerschule, Knauerstr. 20	A	38,0
40	ehem. Preißlerschule	A	38,2
64	Wiesenschule, Wiesenstr. 68	A	38,8
54	L.-Uhland-Schule, Uhlandstr. 33	B	40,8
21	F.-W.-Herschel-Schule, Herschelplatz 1	A	41,0
42	Reutersbrunnenschule, Reutersbrunnenstr. 12	A	41,6
9	Th.-Billroth-Schule, Billrothstr. 6	C	41,7
38	C.-v.-Ossietzky-Schule, Ossietzkystr. 2	A	41,8
25	GS Insel Schütt, Hintere Insel Schütt 5	B	41,9
51	Sperberschule, Sperberstr. 85	A	43,2
47	Scharrerschule, Scharrerstr. 33	B	44,0
37	K.-Groß-Schule, Oedenberger Str. 135	A	51,8

11 der 14 GS Sprengel mit den niedrigsten Anteilen von Kindern mit mindestens einer Auffälligkeit in der feinmotorischen Entwicklung lagen im günstig strukturierten Sozialraumtyp C. Weitere 3 Sprengel gehörten dem sozialräumlich durchschnittlich strukturierten Typ B an. Von den 13 Sprengeln mit den höchsten Anteilen auffälliger Kinder gehörten mit einer Ausnahme eines Sozialraums Typ C alle den Typen A (9) und B (3) an, d.h. sie waren in der Mehrzahl von einem (starken) sozialräumlichen Armutspotential geprägt.

Auffälligkeiten in der sprachlichen und feinmotorischen Entwicklung der SchulanfängerInnen kamen am seltensten in den GS Sprengeln des Sozialraumtyps C vor, d.h. in einem Umfeld mit keinem oder einem nur geringen Armutspotential, während sich die Sprengel mit den häufigsten Auffälligkeiten mehrheitlich im Sozialraumtyp A – (stark) überdurchschnittlich ökonomisch belastet – befanden, sowie zu einem geringeren Teil im durchschnittlich strukturierten Sozialraumtyp B.

10.6. Gewichtssituation

10.6.1 Anzahl der Kinder mit Untergewicht (% der Kinder in den GS Sprengeln) SEU 2004/05 bis 2010/11

Gesamtstädtisch wurden rein rechnerisch zwischen 2004/05 und 2010/11 8,3% der Kinder als untergewichtig eingestuft. Ihre Anteile an den SchulanfängerInnen in den Sprengeln bewegten sich zwischen Werten von 4,1% (Buchenbühler Schule) und 17,5% (GS Nbg-Katzwang).

Tab. 16: GS Sprengel mit den niedrigsten und höchsten Anteilen von Kindern mit Untergewicht (% der Kindern in den GS Sprengeln)

GS SPRENGEL MIT DEN NIEDRIGSTEN ANTEILEN VON KINDERN MIT UNTERGEWICHT (unterhalb bis einschließlich der 1. Quartile=6,8)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
27	Buchenbühler Schule, Kalchreuther Str. 130	C	4,1
64	Wiesenschule, Wiesenstr. 68	A	4,4
37	K.-Groß-Schule, Oedenberger Str. 135	A	5,7
54	L.-Uhland-Schule, Uhlandstr. 33	B	5,8
38	C.-v.-Ossietzky-Schule, Ossietzkyst. 2	A	6,0
33	GS Laufamholz, Moritzbergstr. 21	C	6,2
48	Dr.-Th.-Schöller-Schule, Schnieglinger Str. 38	A	6,3
53	Thusneldaschule, Thusneldastr. 5	B	6,5
43	Schule Großgründlach, Reutleser Str. 6	C	6,5
7	Bauernfeindschule, Bauernfeindstr. 24	B	6,7
32	Maiacher GS, Maiacher Str. 18	A	6,7
1	St. Johannis, Adam-Kraft-Str.2	B	6,7
51	Sperberschule, Sperberstr. 85	A	6,7
31	M.-L.-King-Schule, Luther-King-Str. 14	C	6,7
10	Bismarckschule, Bismarckstr. 20	B	6,8

GS SPRENGEL MIT DEN HÖCHSTEN ANTEILEN VON KINDERN MIT UNTERGEWICHT (ab dem 3. Quartil=9,6)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
45	A.-Lindgren-Schule, Salzbrunner Str. 61	B	9,6
15	Kopernikusschule, Gabelsberger Str. 41	A	10,1
40	ehem. Preißlerschule	A	10,1
8	M.-Beckmann-GS, Beckmannstr. 2	C	10,4
16	G.-Ledebour-Schule, G.-Ledebour-Str.7	B	11,0
13	GS Fischbach, Fischbacher Hauptstr. 118	C	11,2
30	Ketteler-Schule, Leerstetter Str. 3	C	11,3
42	Reutersbrunnenschule, Reutersbrunnenstr. 12	A	11,6
61	G.-P.-Amberger-Schule, Ambergerstr. 25	A	11,6
44	H.-v.-Forster-Schule, Am Röthenbacher Landgraben 65	B	17,1
63	Holzgartenschule, Holzgartenstr. 14	B	17,4
28	GS Nbg-Katzwang, Katzwanger Hauptstr. 130	C	17,5

Die sozialräumliche Zugehörigkeit der 15 GS Sprengel mit den niedrigsten Anteilen untergewichtiger Kinder war heterogen ausgeprägt: 4 der Sprengel lagen in Sozialräumen des Typs C, 5 im Sozialraumtyp B und 6 im Sozialraumtyp A. Gleichmäßig – je 4 mal – waren die 12 Sprengel mit den höchsten Anteilen untergewichtiger Kinder auf die drei Sozialraumtypen verteilt.

Dem abnehmenden Alter der Kinder bei ihrer Einschulung wird, wie bereits in Punkt 7 ausgeführt, durch die Berechnung alters- und geschlechtsspezifischer Schwellenwerte für die Einstufung der BMI-Werte in Gewichtsklassen Rechnung getragen. Dennoch können die BMI-Werte von „Kindern gleichen Geschlechts und gleichen kalendarischen Alters aufgrund von unterschiedlichen biologischem Alter (Entwicklungsstand) voneinander abweichen und (müssen) entsprechend interpretiert werden“.⁵³ Kinder in den Sprengeln mit den niedrigsten Anteilen von Untergewicht müssen zwangsläufig häufiger in anderen Gewichtsklassen (Normal- oder Übergewicht) vorkommen.

⁵³ Quelle: www.dr-hintermueller.at/bmibuben/bmimaedchen.htm

10.6.2 Anzahl der Kinder mit moderatem Übergewicht (% der Kinder in den GS Sprengeln) SEU 2004/05 bis 2010/11

Rein rechnerisch wurden zwischen 2004/05 und 2010/11 in der Gesamtstadt 5,8% der SchulanfängerInnen als moderat übergewichtig eingestuft. Die Spannweite der Werte in den GS Sprengeln erstreckte sich von 1,2% (VS Ziegelstein) bis 11,3% (Maiacher GS).

Tab. 17: GS Sprengel mit den niedrigsten und höchsten Anteilen von Kindern mit moderatem Übergewicht (% der Kinder in den GS Sprengeln)

GS SPRENGEL MIT DEN NIEDRIGSTEN ANTEILEN VON KINDERN MIT MODERATEM ÜBERGEWICHT (unterhalb bis einschließlich der 1. Quartile=4,0)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
19	VS Ziegelstein, Heroldsberger Weg 42 a	C	1,2
27	Buchenbühler Schule, Kalchreuther Str. 130	C	1,3
52	GS Thoner Espan, Am Thoner Espan 10	C	1,7
28	GS Nbg-Katzwang, Katzwanger Hauptstr. 130	C	2,1
62	Bartholomäusschule, Bartholomäusstr. 16	B	2,1
9	Th.-Billroth-Schule, Billrothstr. 6	C	2,2
43	Schule Großgründlach, Reutleser Str. 6	C	2,9
36	F.-Staedtler-Schule, Neunhofer Hauptstr. 73	C	2,9
17	Gebr.-Grimm-Schule, Grimmstr. 16	C	2,9
22	Wahlerschule, Holsteiner Str. 2a	C	3,4
33	GS Laufamholz, Moritzbergstr. 21	C	3,6
55	GS Viatisstr., Viatisstr. 270	B	3,9
18	Schule Altenfurt, H.-Kolb-Str. 58	C	4,0

GS SPRENGEL MIT DEN HÖCHSTEN ANTEILEN VON KINDERN MIT MODERATEM ÜBERGEWICHT (ab der 3. Quartile=7,4)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
60	GS Zugspitzstr., Zugspitzstr. 23	B	7,4
15	Kopernikusschule, Gabelsberger Str. 41	A	7,5
42	Reutersbrunnenschule, Reutersbrunnenstr. 12	A	7,7
20	Birkenwaldschule, Herriedener Str. 25	B	7,7
38	C.-v.-Ossietzky-Schule, Ossietzkystr. 2	A	7,8
11	Dunantschule, Dunantstr. 10	B	8,0
21	F.-W.-Herschel-Schule, Herschelplatz 1	A	8,1
61	G.-P.-Amberger-Schule, Ambergerstr. 25	A	8,2
56	F.-Wanderer-Schule, Wandererstr. 170	A	8,3
45	A.-Lindgren-Schule, Salzbrunner Str. 61	B	9,0
64	Wiesenschule, Wiesenstr. 68	A	9,1
29	Knauerschule, Knauerstr. 20	A	9,2
7	Bauernfeindschule, Bauernfeindstr. 24	B	10,5
40	ehem. Preißlerschule	A	10,5
32	GS Maiacher Str., Maicher Str. 18	A	11,3

Abgesehen von 2 Ausnahmen des Sozialraumtyps B befanden sich alle der 13 GS Sprengel mit den niedrigsten Anteilen übergewichtiger Kinder in Sozialräumen des Typs C, d.h. in einem ökonomisch nicht oder kaum belasteten Umfeld. Umgekehrt gehörten alle GS Sprengel (15) mit einem besonders hohen Anteil übergewichtiger Kinder ausnahmslos zu den Sozialraumtypen A (10 mal) und B (5 mal), d.h. sie lagen überwiegend in Sozialräumen mit (stark) überdurchschnittlichem Armutspotential.

10.6.3 Anzahl der Kinder mit Adipositas (% der Kinder in den GS Sprengeln) SEU 2004/05 bis 2010/11

Rein rechnerisch wurden gesamtstädtisch im Zeitraum 2004/05 bis 2010/11 4,5% der SchulanfängerInnen als adipös, d.h. stark übergewichtig eingestuft. Die Werte in den GS Sprengeln bewegten sich zwischen 0,6% (GS Großgründlach) und 8,6% (F.-W.-Herschel-Schule).

Tab.18: GS Sprengel mit den niedrigsten und höchsten Anteilen von Kindern mit Adipositas (% der Kinder in den GS Sprengeln)

GS SPRENGEL MIT DEN NIEDRIGSTEN ANTEILEN VON KINDERN MIT ADIPOSITAS (unterhalb bis einschließlich der 1. Quartile=2,7)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
43	Schule Großgründlach, Reutleser Str. 6	C	0,6
55	GS Viatisstr., Viatisstr. 270	B	1,1
19	VS Ziegelstein, Heroldsberger Weg 42 a	C	1,2
33	GS Laufamholz, Moritzbergstr. 21	C	1,2
9	Th.-Billroth-Schule, Billrothstr. 6	C	1,4
36	F.-Staedtler-Schule, Neunhofer Hauptstr. 73	C	1,6
17	Gebr.-Grimm-Schule, Grimmstr. 16	C	1,7
30	Ketteler-Schule, Leerstetter Str. 3	C	2,0
39	GS Paniersplatz, Paniersplatz 37	B	2,1
13	GS Fischbach, Fischbacher Hauptstr. 118	C	2,2
52	GS Thoner Espan, Am Thoner Espan 10	C	2,5
27	Buchenbühler Schule, Kalchreuther Str. 130	C	2,5
28	GS Nbg-Katzwang, Katzwanger Hauptstr. 130	C	2,6
44	H.-v.-Forster-Schule, Am Röthenbacher Landgraben 65	B	2,7

GS SPRENGEL MIT DEN HÖCHSTEN ANTEILEN VON KINDERN MIT ADIPOSITAS (ab der 3. Quartile=5,6)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	DURCHSCHNITT 2004/05 bis 2010/11
64	Wiesenschule, Wiesenstr. 68	A	5,7
62	Bartholomäusschule, Bartholomäusstr. 16	B	5,7
45	A.-Lindgren-Schule, Salzbrunner Str. 61	B	5,9
61	G.-P.-Amberger-Schule, Ambergerstr. 25	A	6,2
56	F.-Wanderer-Schule, Wandererstr. 170	A	6,2
51	Sperberschule, Sperberstr. 85	A	6,4
15	Kopernikusschule, Gabelsberger Str. 41	A	6,6
32	Maiacher GS, Maiacher Str. 18	A	6,7
25	GS Insel Schütt, Hintere Insel Schütt 5	B	7,1
49	Schule St. Leonhard, Schweinauer Str. 20	A	7,2
29	Knauerschule, Knauerstr. 20	A	7,8
7	Bauernfeindschule, Bauernfeindstr. 24	B	8,0
40	ehem. Preißlerschule	A	8,5
21	F.-W.-Herschel-Schule, Herschelplatz 1	A	8,6

Abgesehen von 3 Ausnahmen des Sozialraumtyps B, befanden sich alle GS Sprengel mit den niedrigsten Anteilen stark übergewichtiger Kinder (14), im gut situierten Sozialraumtyp C, d.h. in einem ökonomisch nicht oder kaum belasteten Sozialraum.

Umgekehrt gehörten alle 14 GS Sprengel mit einem besonders hohen Anteil adipöser Kinder mehrheitlich zum (stark) überdurchschnittlich belasteten Sozialraumtyp A (10 mal) und 4 mal zum durchschnittlich strukturierten Sozialraumtyp B. Im Unterschied zur vergleichsweise heterogenen sozialräumlichen Zuordnung der GS Sprengel nach der Ausprägung des Merkmals Untergewicht, gab es bei der sozialräumlichen Zuordnung der GS Sprengel nach den Merkmalen Übergewicht und Adipositas deutliche Hinweise auf einen Bezug zur Beschaffenheit des sozialen Umfeldes der Kinder.

10.7 Ergebnis und Interventionsrahmen – die zusammenfassende Bewertung der GS Sprengel

Die Ausprägungen der einzelnen Merkmale wurden für jeden GS Sprengel ohne Gewichtung addiert. Daraus resultierte ein Gesamtwert, der die Grundlage für die Reihung der Sprengel bildete. Da die Merkmale „negativ“ formuliert wurden, weisen Sprengel mit einem niedrigen Gesamtwert (bis einschließlich der 1. Quartile =81,7) auf eine insgesamt günstige gesundheitliche Situation der Kinder im Sprengel hin. Umgekehrt deuten Sprengel mit einem hohen Gesamtwert (ab der 3. Quartile =133,0) auf eine insgesamt ungünstige gesundheitliche Situation der Kinder in den Sprengeln hin.

Tab. 19: GS Sprengel mit einem Gesamtwert, der zu den 25% „besten“ und „schlechtesten“ Werten gehörte

GS SPRENGEL MIT DEN NIEDRIGSTEN GESAMTWERTEN (unterhalb bis einschließlich der 1. Quartile=81,7)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	GESAMTWERT
43	Schule Großgründlach, Reutleser Str. 6	C	62,8
13	GS Fischbach, Fischbacher Hauptstr. 118	C	74,0
8	M.-Beckmann-GS, Beckmannstr. 2	C	76,1
30	Ketteler-Schule, Leerstetter Str. 3	C	77,2
36	F.-Staedtler-Schule, Neunhofer Hauptstr. 73	C	77,4
28	GS Nbg-Katzwang, Katzwanger Hauptstr. 130	C	77,6
65	GS Gebersdorf, Gebersdorfer Str. 175	C	77,9
18	Schule Altenfurt, H.-Kolb-Str. 53	C	78,6
52	GS Thoner Espan, Am Thoner Espan 10	C	78,6
12	E.-Kästner-Schule, Eichstätter Str. 11	C	79,5
33	GS Laufamholz, Moritzbergstr. 21	C	81,4
41	Regenbogenschule, Regenbogenstr. 73	B	81,4
31	M.-L.-King-Schule, Luther-King-Str. 14	C	81,6

GS SPRENGEL MIT DEN HÖCHSTEN GESAMTWERTEN (ab der 3. Quartile=133,0)			
SPRENGEL	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	GESAMTWERT
45	A.-Lindgren-Schule, Salzbrunner Str. 61	B	135,4
42	Reutersbrunnenschule, Reutersbrunnenstr. 12	A	136,4
15	Kopernikusschule, Gabelsberger Str. 41	A	137,6
29	Knauerschule, Knauerstr. 20	A	138,0
54	L.-Uhland-Schule, Uhlandstr. 33	B	138,5
63	Holzgartenschule, Holzgartenstr. 14	B	144,4
64	Wiesenschule, Wiesenstr. 68	A	145,7
40	ehem. Preißlerschule	A	146,7
47	Scharrerschule, Scharrerstr. 33	B	148,6
25	GS Insel Schütt, Hintere Insel Schütt 5	B	149,8
51	Sperberschule, Sperberstr. 85	A	153,4
32	Maiacher GS, Maiacher Str. 18	A	157,0
37	K.-Groß-Schule, Oedenberger Str. 135	A	158,1

Obwohl die sozialräumliche Zuordnung nur eine idealtypische Annäherung an die sozioökonomische Realität in den Sprengeln darstellt, zeichnete sich doch bei bestimmten Merkmalen ab, dass die GS Sprengel mit den jeweils besten Werten (innerhalb der 1. Quartile) überwiegend zu den besser situierten Sozialräumen des Typs C gehörten. Dies traf vor allem auf die Vollständigkeit der Reihe der Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9) zu, auf Auffälligkeiten in der sprachlichen und feinmotorischen Entwicklung sowie auf Übergewicht und Adipositas. Weniger eindeutig war die Sozialraumzugehörigkeit der GS Sprengel mit einer Gesamtbewertung oberhalb der 3. Quartile – der „schlechtesten“ Werte ausgeprägt: Zwar waren diese Sprengel mehrheitlich in Sozialräumen des Typs A – mit (stark)

überdurchschnittlichem Armutspotential gelegen, trotzdem waren hier aber auch Sprengel des Sozialrumtyps B in unterschiedlich starkem Ausmaß vertreten.

Die Konzentration ungünstiger Merkmalsausprägungen in Schulsprengeln mit überdurchschnittlichem Armutspotential und umgekehrt, wie sie sich in der Auswertung 1999/2000-2003/04 zeigte, trat in der vorliegenden Auswertung demzufolge weniger deutlich zutage. Dies wurde auch in der Zusammenschau deutlich:

Folgende GS Sprengel gehörten zu den Sprengeln mit einem Wert, der zu den **25% der „besten“ Werte** gehörte:⁵⁴

- 6 mal: Schule Großgründlach, Reutleser Str. 6 (C)
- 5 mal: GS Fischbach, Fischbacher Hauptstr. 118 (C),
- 4 mal:
- M.-Beckmann-GS, Beckmannstr. 2 (C),
Ketteler-Schule,
Leerstetter Str. 3 (C),
F.-Staedtler-Schule,
Neunhofer Hauptstr. 73 (C),
GS Nbg-Katzwang, Katzwanger Hauptstr. 130 (C),
GS Laufamholz, Moritzbergstr. 21 (C),
M.-L.-King-Schule, Luther-King-Str. 4 (C),
Birkenwaldschule,
Herriedener Str. 25, (B),
Bauernfeindschule, Bauernfeindstr. 24 (B)
- 3 mal:
GS Gebersdorf, Gebersdorfer Str. 175 (C),
GS Thoner Espan, Am Thoner Espan 10 (C),
Regenbogenschule, Regenbogenstr. 73 (B),
Buchenbühler Schule, Kalchreuther Str. 130 (C),
Th.-Billroth-Schule, Billrothstr. 6 (C).

Folgende GS Sprengel wiesen einen Wert auf, der sich unter den **25% der „schlechtesten“ Werte** befand:

- 6 mal: ehem. Preißlerschule (A)
- 5 mal:
A.-Lindgren-Schule,
Salzbrunner Str. 61 (B),
Reutersbrunnenschule, Reutersbrunnensctr. 12 (A),
Knauerschule, Knauerstr. 20 (A),
Scharerschule, Scharrerstr. 33 (B),
GS Insel Schütt Hintere Insel Schütt 5 (B)
- 4 mal:
Wiesenschule, Wiesenstr. 68 (A),
Sperberschule, Sperberstr. 85 (A),
Maiacher GS, Maiacher Str. 18 (A),
K.-Groß-Schule, Oedenberger Str. 135 (A)
- 3 mal:
C.-v.-Ossietzky-Schule, Ossietzkystr. 2 (A),
Schule St.Leonhard, Schweinauer Str. 20 (A),
Kopernikusschule, Gabelsberger Str. 41 (A),
L.-Uhland-Schule, Uhlandstr. 33 (B),
Holzgartenschule, Holzgartenstr. 14 (B).

Alle anderen Grundschulsprengel wiesen bei zwei, einem oder keinem Merkmal einen der 25% „besten“ oder „schlechtesten“ Werte auf.

⁵⁴ ohne die Sprachherkunft der Eltern, da diese Bestandteil der Sozialraumtypisierung ist

Tab. 20: Zusammenfassende Bewertung der GS Sprengel auf der Basis des langjährigen Mittels ausgewählter Merkmale SEU 2004/05 bis 2010/11

GS	ADRESSE	SOZIAL- RAUM	TETA- NUS	MA- SERN	U1- U9	WORT SATZ	FEIN	UG	ADI- POS.	ÜG	SUMME
43	Schule Großgründlach, Reutleser Str. 6	C	1,4	13,3	9,3	8,5	20,2	6,5	0,6	2,9	62,8
13	GS Fischbach, Fischbacher Hauptstr. 118	C	1,2	16,1	12,8	8,5	17,1	11,2	2,2	5,0	74,0
8	M.-Beckmann-GS, Beckmannstr. 2	C	2,0	12,7	13,9	10,5	19,1	10,4	3,0	4,5	76,1
30	Ketteler-Schule, Leerstetter Str. 3	C	2,0	19,7	12,6	4,2	20,8	11,3	2,0	4,7	77,2
36	F.-Staedtler-Schule, Neunhofer Hauptstr. 73	C	1,1	15,0	13,7	11,5	24,0	7,6	1,6	2,9	77,4
28	GS Nbg-Katzwang, Katzwanger Hauptstr. 130	C	2,6	16,7	13,8	5,2	17,0	17,5	2,6	2,1	77,6
65	GS Gebersdorf, Gebersdorfer Str. 175	C	2,3	19,7	9,4	2,2	25,4	9,5	5,0	4,4	77,9
18	Schule Altenfurt, H.-Kolb-Str. 53	C	0,8	14,8	18,5	13,7	14,1	8,3	4,5	4,0	78,6
52	GS Thoner Espan, Am Thoner Espan 10	C	2,1	15,0	12,8	12,6	23,2	8,7	2,5	1,7	78,6
12	E.-Kästner-Schule, Eichstätter Str. 11	C	1,4	14,7	15,5	13,4	17,8	7,4	3,5	5,9	79,5
33	GS Laufamholz, Moritzbergstr. 21	C	1,8	19,3	15,1	5,8	28,4	6,2	1,2	3,6	81,4
41	Regenbogenschule, Regenbogenstr. 73	B	0,4	15,0	18,8	6,0	22,7	7,0	4,5	7,0	81,4
31	M.-L.-King-Schule, Luther-King-Str. 14	C	1,2	17,6	17,9	6,9	22,0	6,7	3,0	6,4	81,6
27	Buchenbühler Schule, Kalchreuther Str. 130	C	2,4	16,5	18,0	5,1	32,0	4,1	2,5	1,3	82,1
14	GS Nbg-Eibach, Fürreuthweg 95	C	2,6	17,9	12,5	6,7	26,5	9,4	3,6	5,6	84,8
17	Gebr.-Grimm-Schule, Grimmstr. 16	C	2,9	15,9	20,0	6,8	28,3	7,2	1,7	2,9	85,7
26	A.-Stifter -Schule, J.-Leber-Str. 108	B	0,5	9,9	20,6	13,1	25,8	7,4	5,0	5,9	88,4
19	VS Ziegelstein, Heroldsberger Weg 42 a	C	2,1	16,5	20,0	11,4	28,5	8,0	1,2	1,2	89,0
11	Dunantschule, Dunantstr. 10	B	1,8	10,5	20,7	11,1	26,9	6,9	4,6	8,0	90,5
20	Birkenwaldschule, Herriedener Str. 25	B	1,2	15,6	17,2	9,9	25,2	9,0	5,1	7,7	91,0
9	Th.-Billroth-Schule, Billrothstr. 6	C	0,6	14,3	16,7	13,0	41,7	8,3	1,4	2,2	98,2
60	GS Zugspitzstr., Zugspitzstr. 123	B	1,1	14,4	31,9	15,1	25,9	8,1	5,2	7,4	109,1
16	G.-Ledebour-Schule, G.-Ledebour-Str.7	B	0,4	11,1	25,5	24,1	27,0	11,0	3,9	7,1	110,2
56	F.-Wanderer-Schule, Wandererstr. 170	A	1,9	13,0	28,5	17,1	28,3	7,2	6,2	8,3	110,5
7	Bauernfeindschule, Bauernfeindstr. 24	B	0,2	12,9	25,7	23,5	23,1	6,7	8,0	10,5	110,7
22	Wahlerschule, Holsteiner Str. 2a	C	1,3	22,3	23,6	17,7	31,6	8,9	3,5	3,4	112,3
53	Thusneldaschule, Thusneldastr. 5	B	2,6	17,7	29,7	14,5	33,6	6,5	3,1	4,8	112,5
1	St. Johannis, Adam-Kraft-Str.2	B	2,7	20,4	24,4	18,5	32,1	6,7	3,9	4,5	113,1
44	H.-v.-Forster-Schule, Am Röthenbacher Landgraben 65	B	2,6	10,9	25,3	16,1	33,3	17,1	2,7	6,1	114,0
55	GS Viatisstr., Viatisstr. 270	B	2,6	25,6	21,9	16,1	36,4	8,2	1,1	3,9	115,7
62	Bartholomäusschule, Bartholomäusstr. 16	B	2,2	17,7	32,4	16,2	31,8	8,4	5,7	2,1	116,4
34	F.-Hegel-Schule, Neue Hegelstr. 17	B	2,2	18,0	30,8	17,0	32,3	8,3	3,7	4,7	116,8
39	GS Paniersplatz, Paniersplatz 37	B	2,5	17,4	22,8	24,9	35,3	7,5	2,1	4,9	117,4
61	G.-P.-Amberger-Schule, Ambergerstr. 25	A	1,3	11,1	30,9	15,7	36,7	11,6	6,2	8,2	121,6
48	Dr.-Th.-Schöller-Schule, Schnieglinger Str. 38	A	2,8	23,4	25,7	20,0	33,5	6,3	5,3	5,0	122,1
21	F.-W.-Herschel-Schule, Herschelplatz 1	A	2,2	12,3	29,9	13,5	41,0	7,1	8,6	8,1	122,8
10	Bismarckschule, Bismarckstr. 20	B	2,5	18,4	31,8	19,2	36,9	6,8	2,8	4,7	123,1
38	C.-v.-Ossietzky-Schule, Ossietzkystr. 2	A	1,9	8,3	39,2	14,5	41,8	6,0	4,8	7,8	124,2
49	Schule St. Leonhard, Schweinauer Str. 20	A	1,4	10,8	33,9	21,7	35,1	8,4	7,2	7,2	125,7
45	A.-Lindgren-Schule, Salzbrunner Str. 61	B	3,1	14,9	36,7	25,0	31,3	9,6	5,9	9,0	135,4
42	Reutersbrunnenschule, Reutersbrunnenstr. 12	A	2,3	20,6	34,1	13,1	41,6	11,6	5,6	7,7	136,4
15	Kopernikusschule, Gabelsberger Str. 41	A	1,6	17,6	30,1	27,4	36,8	10,1	6,6	7,5	137,6
29	Knauerschule, Knauerstr. 20	A	4,2	17,7	39,2	15,0	38,0	6,9	7,8	9,2	138,0
54	L.-Uhland-Schule, Uhlandstr. 33	B	1,8	23,2	38,6	19,3	40,8	5,8	3,7	5,2	138,5
63	Holzgartenschule, Holzgartenstr. 14	B	2,2	24,3	34,6	20,9	35,9	17,4	5,0	4,1	144,4
64	Wiesenschule, Wiesenstr. 68	A	1,4	14,9	44,2	27,2	38,8	4,4	5,7	9,1	145,7
40	ehem. Preißlerschule	A	2,9	13,4	36,1	26,9	38,2	10,1	8,5	10,5	146,7
47	Scharrerschule, Scharrerstr. 33	B	2,1	27,1	33,4	21,3	44,0	9,2	4,6	7,0	148,6
25	GS Insel Schütt, Hintere Insel Schütt 5	B	0,9	18,2	38,5	28,6	41,9	8,9	7,1	5,7	149,8
51	Sperberschule, Sperberstr. 85	A	1,7	15,7	33,6	38,7	43,2	6,7	6,4	7,4	153,4
32	Maiacher GS, Maiacher Str. 18	A	3,6	13,7	35,0	42,5	37,5	6,7	6,7	11,3	157,0
37	K.-Groß-Schule, Oedenberger Str. 135	A	2,8	11,7	40,8	36,8	51,8	5,7	3,8	4,8	158,1

1. Quartil= 81,7, 3. Quartil=133,0,

Blau = wies eine der 25% „besten“ Merkmalsausprägungen und Orange wies eine der 25% „schlechtesten“ Merkmalsausprägungen auf.

Tabelle 20 zeigt zusammenfassend alle GS Sprengel in der Reihenfolge ihrer Gesamtbewertung. Die jeweils „besten“ und „schlechtesten“ Merkmalsausprägungen wurden gekennzeichnet.

Hinsichtlich der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu beachten:

- Die Tabelle ist nicht als punktgenaues Ranking zu verstehen, sondern liefert Anhaltspunkte für die Positionierung eines GS Sprengels innerhalb der Gesamtheit der Nürnberger Grundschulsprengel, da die einzelnen Merkmale – die Bestandteile der Gesamtwertbewertung - ungewichtet waren. Dadurch wurde allen Merkmalen die gleiche Bedeutung für die Charakterisierung des Gesundheitszustandes der SchulanfängerInnen in allen Sprengeln beigemessen.
- Der Entwicklungs- und Gesundheitszustand der Kinder zum Zeitpunkt ihrer Einschulung wirft „einen Blick zurück“ in die vorschulische Lebensphase. Die wichtigste Rolle für das „gesunde Aufwachsen“ der Kinder vor der Einschulung kommt neben der familiären Situation den Kindertagesstätten zu. Die vorliegende Reihung der GS Sprengel gibt daher Hinweise auf den Bedarf an präventiven Maßnahmen in den Kindertagesstätten und dem jeweiligen Sozialraum sowie auf das Ausmaß der in der jeweiligen Grundschule erforderlichen kompensatorischen Leistungen – beides unter Einbeziehung der Eltern.

10.8 Handlungsansätze

Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen im Sozialraum unter besonderer Berücksichtigung der „Settings“ Kindertagesstätten und Schulen, bieten günstige Ansatzpunkte für ein zielgruppenspezifisches, lebensweisenorientiertes Vorgehen. Gerade vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen ist es notwendig, bedarfsorientiert Interventionsschwerpunkte zu setzen. Die schulsprengelbezogenen Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen geben wichtige Hinweise darauf, welche Stadtgebiete im Hinblick auf Aktivitäten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern besonders berücksichtigt werden sollten. Neben der städtischen Verwaltung (Gesundheit, Soziales, Schulverwaltung), dem Staatl. Schulamt sind auch weitere Akteure, z.B. die Krankenkassen, in die Überlegungen miteinzubeziehen. Im Mittelpunkt sollten Bemühungen stehen, nachhaltige gesundheitsorientierte Angebote an Kindertagesstätten – und auch an Schulen – in GS Sprengeln mit ungünstigeren Ergebnissen zu etablieren bzw. weiter auszubauen.

LITERATUR

Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch der Stadt Nürnberg 2010 und 2011

ders.: Menschen mit Migrationshintergrund in Nürnberg, Statistische Nachrichten N1 2011

ders.: Sozialraumtypisierung – neue Grundlagen für Wahlanalysen und Stadtteilplanung, Statistischer Monatsbericht Febr. 2008

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Adipositas in Bayern – Update 2012, Gesundheitsreport Bayern 1/2012

Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg (Hrsg.): Migration und Gesundheit, Zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Nürnberg, Oktober 2012

HORSTKOTTE, E.: Soziale Ungleichheit und Entwicklungschancen von Kindern in Bremen in: Prävention 03, 2007, S. 75-78

KNOLL, F.: Staatliche Schulberatung in Bayern, www.schulberatung.bayern.de 22.11.2011

LAMPERT, T.: Frühe Weichenstellung in: Bundesgesundheitsblatt 5/2010, S. 486-496

Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Migration und Gesundheit, Berlin, 2008

ders. (Hrsg.): Masern im Jahr 2005 und Ausbrüche in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen in der ersten Hälfte des Jahres 2006, Epidemiologisches Bulletin, Juli 2006, Nr. 27

SCHARTE, M., BOLTE, G., GME-Studiengruppe: Kinder alleinerziehender Frauen in Deutschland: Gesundheitsrisiken und Umweltbelastungen in: Gesundheitswesen 2012, Bd. 74, S. 123-131

WEGNER, G.: Aufgaben des ÖGD im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheit, Bundesgesundheitsblatt 2005, 48, S. 1103-1110

QUELLEN

Vorlage für die Sitzung des Gesundheitsausschusses am 15.12.2011: Schuleingangsuntersuchungen 2004/05 bis 2010/11 – eine vertiefende Analyse

Vorlage für die Sitzung des Gesundheitsausschusses am 29.11.2012: Die Gesundheit von Kindern mit Migrationshintergrund im Vorschulalter

Schulpflegeverordnung vom 20.12.2008

Bayerisches Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) vom 31.5.2000

Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz (GDVG) vom 24.7.2003

Standardisierte Definitionen für das Ausfüllen der Sammelstatistik der Impfbuchkontrollen in den 6. Klassen gemäß den Empfehlungen des RKI und Empfehlungen der STIKO 7/201 Stand 13.10.2011

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres vom 18.6.2009

www.nuernberg.de/internet/schulen/foerderschulenschulvorbereitung.html

www.stmas.bayern.de

wikipedia.org/wiki/Kindervorsorgeuntersuchung, 21.8.2012

www.dr-hintermueller.at/bmibuben/bmimaedchen.htm

ANHANG

Karten 1 und 2

ISSN 1437 - 4625