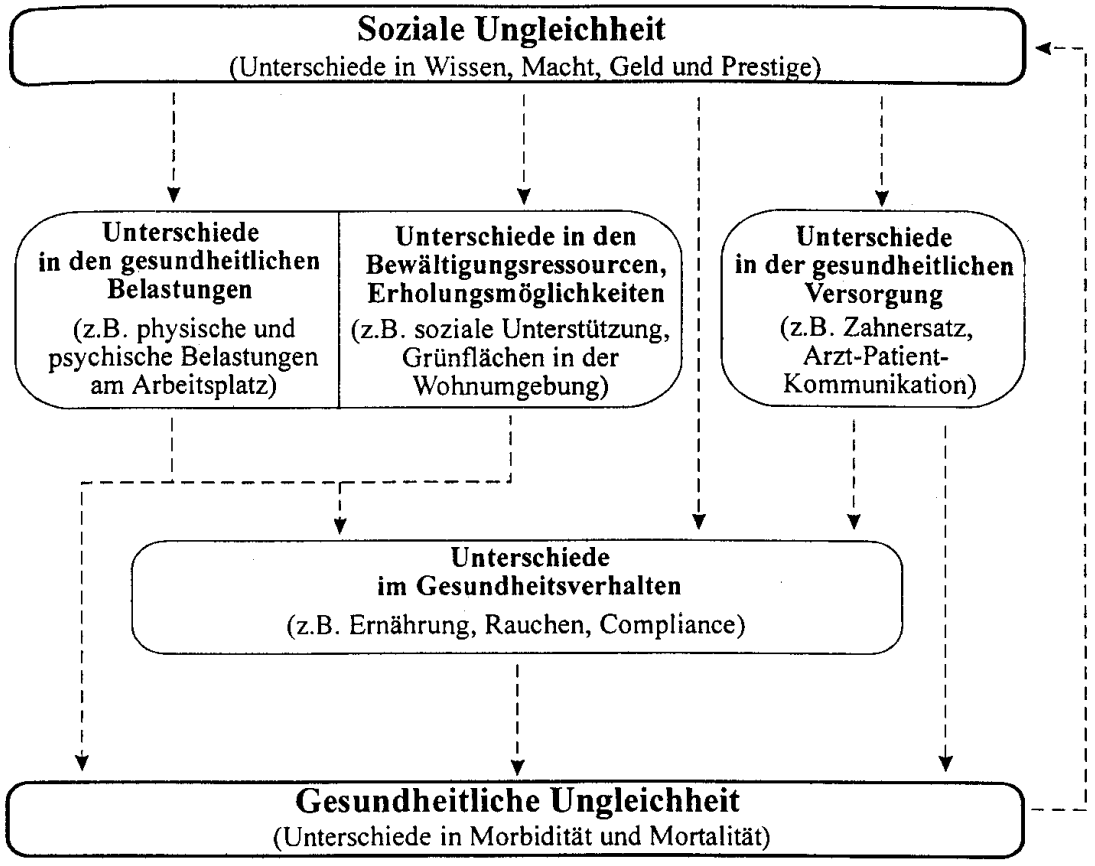
Armut und Gesundheit

Beitrag des Gesundheitsamtes zum Sozialbericht der Stadt Nürnberg

Soziale Ungleichheit, d. h. Unterschiede in Wissen, Macht, Geld und Prestige führen direkt oder indirekt über Unterschiede im Gesundheitsverhalten zu Unterschieden in der Morbidität und Mortalität der Bevölkerung. Dieser Zusammenhang wird durch viele nationale und internationale empirische Studien bestätigt. Die Ursachen hierfür liegen in den Unterschieden in der gesundheitlichen Belastungen insbesondere am Arbeitsplatz, den dem einzelnen zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten (wie soziale Unterstützung und Wohnumfeld) sowie bei der gesundheitlichen Versorgung (z.B. bei Zahnersatz, der Arzt-Patient-Kommunikation aber auch Zugangsbarrieren wie z. B. für Wohnungslose, Suchtkranke). Diese Zusammenhänge werden in der folgenden Abbildung[1] dargestellt.

Abbildung 1: Soziale Ungleichheit und Gesundheit



Quelle: Mielck

[1] A. Mielck: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern 2000, S. 173

Umgekehrt kann natürlich auch der psychische oder körperliche Gesundheitszustand einer Person Rückwirkungen auf den sozialen Status haben, sei es über Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit oder auch durch die mit einer Krankheit verbundenen Kosten. Überspitzt gesagt führt Armut nicht nur zu einem höheren Krankheitsrisiko und damit möglicherweise früheren Tod, sondern die mit Krankheit verbundenen Einschränkungen und Kosten können ebenso auch zu einer Verarmung der Betroffenen z. B. durch Frühverrentung führen. So ist beispielsweise zu vermuten, dass die mehrfach beschriebene hohe Herzinfarktmortalität in Nürnberg mit von der besonderen sozialen Struktur der Stadt verursacht sein dürfte.

Über den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit liegen zwar eine Vielzahl von empirischen Studien zu Einzelaspekten im In- und Ausland vor, bundesweit gültige Daten, die sich auf den regionalen Bereich herunterbrechen ließen, sind jedoch nicht vorhanden. Und auch im Rahmen des Statistischen Informationssystem liegen für die Stadt Nürnberg nur Mortalitätsdaten (Todesursachenstatistik) vor, die jedoch nicht mit sozio-ökonomischen Daten verknüpft werden können.

Direkt für Nürnberg sind nur einige wenige Aussagen aus einzelnen Studien der letzten Jahre vorhanden. Die beste Datenbasis liefert die Wohnungs- und Haushaltsbefragung 1995[2], bei der der Schwerpunkt bei Fragen zur Gesundheit lag. Leider wurde die Befragung seither nicht wiederholt. Eine Erhebung zur Ernährung und Gesundheit an Nürnberger Hauptschulen[3] aus dem Jahr 1997/98 versucht durch die Auswahl der untersuchten Schulen eine sozio-ökonomische Differenzierung der Aussagen zu ermöglichen. Ebenfalls nur indirekt über den Schulsprengel lassen sich die Daten der Einschulungsuntersuchungen auf sozio-ökonomische Unterschiede hin interpretieren.

Subjektiver Gesundheitszustand und soziale Ungleichheit

In die in Nürnberg turnusmäßig durchgeführte Wohnungs- und Haushaltserhebung wurden im Jahr 1995 auf die Initiative des Gesundheitsamtes hin einige Zusatzfragen zur Einschätzung des Gesundheitszustandes der befragten BürgerInnen und zur Häufigkeit des Auftretens ausgewählter gesundheitlicher Beschwerden[4] aufgenommen. Es handelte sich um eine Stichprobe von 5.577 Wohnungen, von denen letztlich 3.494 Fragebögen vollständig ausgewertet werden konnten[5].

Das vorliegende Material ermöglicht keinen Zugang zu den Individualdaten. Deshalb können Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit an dieser Stelle rechnerisch nicht nachgewiesen werden. Es zeigten sich dennoch zumindest in einigen Bevölkerungsgruppen deutliche Hinweise auf diese Zusammenhänge.

Wie oben ausgeführt, bewirken Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, den Bewältigungsressourcen, den Erholungsmöglichkeiten und in der gesundheitlichen Versorgung zugleich auch Unterschiede im Gesundheitsverhalten der Bevölkerung und damit eine gesundheitliche Ungleichheit hinsichtlich Morbidität und Mortalität.[6] Für einige der mittel- oder unmittelbaren Einflussgrößen können aus der Wohnungs- und Haushaltserhebung mögliche Zusammenhänge mit dem Gesundheitszustand aufgezeigt werden.

---

[2] Stadt Nürnberg, Amt für Stadtforschung und Statistik: Leben in Nürnberg, Ergebnisse der Wohnungs- und Haushaltserhebung 1995, Nürnberg 1998

[3] Stadt Nürnberg, Gesundheitsamt: Ernährung und Gesundheit an Nürnberger Hauptschulen, Nürnberg 1999

[4] Es wurde die Häufigkeit des Auftretens von 10 Befindlichkeitsstörungen abgefragt : Kopfschmerzen/Migräne, Konzentrationsprobleme, Magen- und Verdauungsprobleme, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Rücken- und Kreuzschmerzen, Niedergeschlagenheit, Nervosität und Antriebslosigkeit.

[5] Stadt Nürnberg, Amt für Stadtforschung und Statistik, a.a.O. S. 5

[6] s. Schaubild MIELCK a.a.O.

Geht man davon aus, dass **Familienstand**, **Haushaltstyp** und **Haushaltsgröße** einen Einfluss auf den Lebensstandard haben, zeigte sich ein Zusammenhang mit dem gesundheitlichen Befinden: Getrennt lebende, geschiedene oder verwitwete Personen schätzten am häufigsten ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht ein, ebenso Ein-Personen-Haushalte mit einem Erwachsenen von 65 Jahren oder älter.

Tabelle 1: Familienstand und Einschätzung des Gesundheitszustandes

	sehr gut	gut	zufrieden-stellend	weniger gut	schlecht	weiß nicht/ keine Antwort
ledig	21,2	45,4	23,4	6,2	2,9	0,8
verheiratet	12,2	38	33	11,9	4,2	0,8
getrennt lebend, geschieden, verwitwet	8,2	26,5	35,1	18,9	10,1	1,2

Getrennt Lebende, Geschiedene oder Verwitwete hatten bei allen abgefragten Beschwerden auch die größten Anteile häufig Betroffener. Alleinerziehende wiesen bei Nervosität, Niedergeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Konzentrationsproblemen, Kopfschmerzen/Migräne, Abgespanntheit/Erschöpfung und Antriebslosigkeit, den jeweils höchsten Anteil häufig Betroffener auf. Obwohl Haushalte mit 5 Personen und mehr ihren Gesundheitszustand relativ häufig als sehr gut einschätzten, hatten sie die höchsten Anteile an Personen, die häufig an Appetitlosigkeit, Magen- und Verdauungsproblemen, Konzentrationsproblemen, Kopfschmerzen /Migräne, Abgespanntheit/Erschöpfung leiden sowie an Nervosität.

Ausländer schätzten ihren Gesundheitszustand zwar besser ein als Deutsche, hatten aber trotzdem bei den meisten gesundheitlichen Beschwerden (Niedergeschlagenheit, Appetitlosigkeit. Schlafstörungen, Magen-/Verdauungsprobleme, Konzentrationsprobleme, Kopfschmerzen/Migräne, Abgespanntheit/Erschöpfung) den größeren Anteil häufig Betroffener als die Deutschen.

Geht man davon aus, dass der **allgemeine und der berufsbildende Schulabschluss** den Lebensstandard eines Menschen bzw. seine Lebenschancen beeinflussen, zeigt sich ein eindeutiger Zusammenhang mit dem gesundheitlichen Befinden: Mit dem Grad des Schulabschlusses stieg der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand positiv einschätzten.

Tabelle 2: Schulabschluss und Einschätzung des Gesundheitszustandes

Allgemeiner Schulabschluss	sehr gut	gut	zufrieden-stellend	weniger gut	schlecht	weiß nicht/ keine Antwort
Volks- und Hauptschule	9,3	31,1	35,8	15,6	7,3	0,8
Mittlere Reife	16,3	43,3	27,1	9,4	3,3	0,5
Abitur, Hochschulreife	20,8	45,7	24,1	6,3	1,9	1,3
Berufsbildender Abschluss	sehr gut	gut	zufrieden-stellend	weniger gut	schlecht	weiß nicht/ keine Antwort
Berufsschule	11,9	35,6	33,9	12,5	5,2	0,9
Berufsfach-/ Fach schule	16,1	39,9	30,2	10,3	3	0,4
Fachhochschule/ Hochschule	20,4	47,8	23	6,1	1,5	1,3

Befragte mit Volks- und Hauptschulabschluss hatten - mit Ausnahme von Abgespanntheit/Erschöpfung - bei allen der abgefragten Befindlichkeitsstörungen den höchsten Anteil häufig davon Betroffener.

Erwerbstätigkeit und die **Stellung im Beruf** beeinflussen den Lebensstandard direkt: Arbeitslose und RentnerInnen wiesen den größten Anteil weniger guter bis schlechter Einschätzungen ihres Gesundheitszustandes auf.

Tabelle 3: Erwerbstätigkeit und Einschätzung des Gesundheitszustandes

	sehr gut	gut	zufrieden-stellend	weniger gut	schlecht	weiß n./ k. A.
Teilzeit bis 35 Std	11,9	48,5	25,9	9	3,5	1,2
Vollzeit über 35 Std	19	44,5	26,8	7	1,9	0,8
arbeitslos z.Z.	12,4	27,3	24,8	23,1	11,6	0,8
SchülerIn, StudentIn, Wehr- u. Zivildienstl.	23,9	51,3	17,9	5,1	1,7	-
Hausfrau/-mann, Sonst.	11,8	38,7	32,7	13,1	3,7	-
RentnerIn/PensionärIn	5,6	21,7	40,8	19,9	10,8	1,2

Tabelle 4: Berufliche Stellung und Einschätzung des Gesundheitszustandes

	sehr gut	gut	zufrieden-stellend	weniger gut	schlecht	weiß nicht/ keine Antwort
Selbständig, ltd./wiss. Angestellte, höhere BeamtIn	22	47,6	22,9	5,1	1	1,5
Mittl. und einfache Angestellte, BeamtInn	18,1	45,9	26	6,9	2,3	0,9
Facharbeiterin, MeisterIn, VorarbeiterIn	14,2	45,8	28,9	9,5	1,2	0,3
Un-, angelernte ArbeiterIn	8,9	37,5	31	14,9	7,1	0,6

Arbeitslose hatten mit Ausnahme von Abgespanntheit/Erschöpfung bei allen abgefragten gesundheitlichen Beschwerden die größten Anteile häufig Betroffener.
An- und ungelernte ArbeiterInnen hatten ebenfalls den größten Anteil weniger guter und schlechter Einschätzungen des Gesundheitszustandes sowie bei allen Beschwerden die größten Anteile häufig Betroffener.

Zwischen dem **Nettohaushaltseinkommen** und der Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand zeigte sich ebenfalls ein eindeutiger Zusammenhang: Die Haushalte mit einem Einkommen von unter 1.000 DM hatten die größten Anteile von Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bzw. weniger gut bezeichneten. Mit steigendem Einkommen nahm die Zufriedenheit mit dem gesundheitlichen Befinden zu.

Tabelle 5: Haushaltsnettoeinkommen u. Einschätzung des Gesundheitszustandes

	sehr gut	gut	zufrieden-stellend	weniger gut	schlecht	weiß nicht/ keine Antwort
bis 1.000 DM	5,6	34,4	26,7	20	12,2	1,1
1.000 bis u. 2.000 DM	10,1	29,6	28,8	19,9	10,5	1,1
2.000 bis u. 3.000 DM	11,8	35,9	34,5	12,1	3,9	0,0
3.000 bis u. 4.000 DM	10,1	38,5	34,5	12,1	3,9	0,9
4.000 bis u. 5.000 DM	16,7	44,6	28,5	7,2	2,6	0,5
5.000 DM und mehr	22,8	42,8	25,6	7,3	1,2	0,2

Mit Ausnahme von Abgespanntheit/Erschöpfung und Antriebslosigkeit hatten Haushalte mit einem Nettoeinkommen von unter 1.000 DM bei allen gesundheitlichen Beschwerden der Erhebung die höchsten Anteile häufig Betroffener. Bis unter die Einkommensgrenze von 2.000 DM war dies bei allen abgefragten Beschwerden der Fall.

Auch die **Art des Haupteinkommens** beeinflusst stark das gesundheitliche Befinden: BezieherInnen von Renten- und Transfereinkommen hatten die größten Anteile von Personen, die mit ihrem Gesundheitszustand unzufrieden waren. Am zufriedensten waren Haushalte, die ihr Einkommen aus der eigenen Arbeit erwirtschaften. Allerdings wiesen Bezieher von Transfereinkommen auch einen relativ hohen Anteil sehr guter Beurteilungen ihres Gesundheitszustandes auf. Sie hatten bei allen Beschwerden den höchsten Anteil von häufig betroffenen Personen mit Ausnahme von Kreuz- und Rückenschmerzen.

Tabelle 6: Art des Haupteinkommens u. Einschätzung des Gesundheitszustandes

	sehr gut	gut	zufrieden-stellend	weniger gut	schlecht	weiß nicht/ keine Antwort
Arbeitseinkommen	17,1	44,8	26,8	8,1	2,5	0,8
Renteneinkommen	6,2	23,9	39,3	19,9	9,5	1
Transfereinkommen	14,8	31,6	25,8	16,1	11	0,6

Die folgende Tabelle fasst noch einmal die Personengruppen zusammen, bei denen eine gewisse Wahrscheinlichkeit für Armut gegeben ist, und die bei 5 und mehr der abgefragten gesundheitlichen Beschwerden den jeweils höchsten Anteil von häufig Betroffenen aufwiesen. Es zeigt sich deutlich ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit im Auftreten bestimmter gesundheitlicher Beschwerden und bestimmten sozialen Merkmalen.

Tabelle 7: Gesundheitliche Beschwerden in bestimmten Bevölkerungsgruppen

	Un-/angelernte ArbeiterInnen	Getrennt Lebende, Geschied., Verwitwete	Alleinerziehende	Ausländer	Volks- u. Hauptschulabschluß	Arbeitslose	Nettoeink. u. 1.000 DM	Bezieh. von Transfereink.	HH m. 5 P. u. mehr
Kopfschmerzen/ Migräne	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Konzentrationsprobleme	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Abgespanntheit/ Erschöpfung	+	+	+	+				+	+
Magen-/Verdauungsprobleme	+	+		+	+	+	+	+	+
Schlafstörungen	+	+		+	+	+	+	+	
Appetitlosigkeit	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Rücken-/ Kreuzschmerzen	+	+			+	+	+		
Niedergeschlagenheit	+	+	+	+	+	+	+	+	
Nervosität	+	+	+		+	+	+	+	+
Antriebslosigkeit	+	+	+		+	+		+	

Das sog. Äquivalenzeinkommen ermöglicht eine realistischere Beurteilung des Wohlstandsniveaus eines Haushaltes als das Nettoeinkommen, da es die Haushaltsgröße mit berücksichtigt. Dadurch soll die Möglichkeit, in einem größeren Haushalt wirtschaftlicher leben zu können als in einem kleineren, berücksichtigt werden.[7] Das Wohlstandsniveau eines Haushalts bestimmt die Versorgungslage und auch den Zugang zu den Chancen, gesundheitsförderlich zu leben, wesentlich mit.

In Nürnberg betrug das Äquivalenzeinkommen für einen Ein-Personen-Haushalt im Jahr 2001 1.225 E. 50% (613 E) dieses Einkommens gelten als die Schwelle zur relativen Armut. Bei einem Einkommen unter 40% des Äquivalenzeinkommens spricht man von strenger Armut. Bei 60% des Äquivalenzeinkommens (735 E) ist bereits die Schwelle zum armutsnahen Niedrigeinkommen erreicht. 200% (2.450 E) des Äquivalenzeinkommens dagegen ist der Schwellenwert für Reichtum.[8]

Unter den Reichen war der Grad der Zufriedenheit mit der Gesundheit am höchsten: Insgesamt 64,5% beurteilten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Mehr als die Hälfte von ihnen (58,4%) verhielt sich gesundheitsförderlich, indem sie angab, mindestens einmal pro Woche Sport zu betreiben.

Die Reichen litten am seltensten unter gesundheitlichen Beschwerden: Unter ihnen war der Anteil derjenigen Personen, die häufig an gesundheitlichen Störungen litten, am geringsten. Dies traf für alle abgefragten Beschwerden zu. Umgekehrt gaben die Reichen am häufigsten an, nie von den abgefragten Beschwerden betroffen zu sein (mit Ausnahme der Abgespanntheit).

Tabelle 8:

Einkommen in % des durchschnittl. Äquivalenzeinkommens	sehr gut	gut	zufriedenstellend	weniger gut	schlecht	weiß nicht/ keine Antwort
weniger als 40%	9,8	35,0	25,7	17,5	11,5	0,5
weniger als 50%	12,3	34,0	27,9	16,8	8,6	0,4
weniger als 60%	11,1	37,4	30,9	14,0	6,2	0,4
mehr als 200%	23,9	40,6	27,1	6,5	1,9	

Einkommen in % des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens	täglich	mehrmals pro Woche	einmal pro Woche	seltener	nie
weniger als 40%	4,9	15,8	14,2	22,4	42,6
weniger als 50%	4,5	15,6	14,3	24,6	41,0
weniger als 60%	4,7	15,1	16,0	26,4	37,9
mehr als 200%	7,8	30,5	20,1	26,6	14,9

Die Häufigkeit des Auftretens bestimmter gesundheitlicher Beschwerden hängt zusammen mit der Höhe des Einkommens: Der Anteil der häufig von Magenbeschwerden, Schlafstörungen und Antriebslosigkeit Betroffenen nimmt kontinuierlich zu mit der Abnahme des Einkommens. Umgekehrt sinkt der Anteil nie von Konzentrationsproblemen, Magenbeschwerden, Schlafstörungen, von Appetit- und Antriebslosigkeit Betroffener fortlaufend mit dem Einkommen. Auch der Anteil derjenigen Befragten die nie Sport betreiben, ist bei den Haushalten, die über weniger als 40% des Äquivalenzeinkommens verfügen, d.h. in strenger Armut leben, am höchsten (42,6%).

[7] vgl. Armutsbericht, Kapitel 2.3, S. 10
[8] Dieser Wert erhält für jedes weitere Haushaltsmitglied eine Gewichtung (vgl. a.a.O.) S. a.a.O. Tabelle 4

Magenbeschwerden **Schlafstörung**

% des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens	häufig	manchmal	nie	häufig	manchmal	nie
weniger als 40%	19,7	31,5	48,9	12,0	25,7	62,3
weniger als 50%	16,7	33,1	50,2	11,4	25,4	63,1
weniger als 60%	15,2	31,2	53,6	10,1	25,5	64,4
mehr als 200%	6,6	25,7	67,8	4,7	22,0	73,3

Antriebslosigkeit **Konzentrationsprobleme**

% des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens	häufig	manchmal	nie	häufig	manchmal	nie
weniger als 40%	11,9	40,3	47,7	9,8	40,5	49,7
weniger als 50%	11,9	40,3	47,9	9,4	40,3	50,2
weniger als 60%	10,0	40,5	49,6	6,9	39,6	53,5
mehr als 200%	3,3	36,7	60,0	6,7	30,7	62,7

Appetitlosigkeit

% des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens	häufig	manchmal	nie
weniger als 40%	8,1	21,5	70,3
weniger als 50%	8,2	20,7	71,1
weniger als 60%	5,3	18,8	75,8
mehr als 200%		9,5	90,5

Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Die vom Institut für Soziologie der Universität Erlangen-Nürnberg durchgeführte Studie zu Ernährung und Gesundheit an vier Nürnberger Hauptschulen versucht über die Auswahl der Schulen Unterschiede u. a. auch in der sozialen und ethnischen Herkunft zu berücksichtigen. So wurden in der Studie eine Hauptschule mit für Nürnberg herausragender Sozialstruktur in einem Gebiet mit aufgelockerter Bebauung, eine Hauptschule in einem Wohngebiet mit durchschnittlicher Sozialstruktur, eine Schule mit hohem Ausländeranteil und eine Schule mit hohem Aussiedler- und Ausländeranteil ausgewählt.[9] Das Einzugsgebiet der beiden letztgenannten Schulen weist außerdem einen besonders hohen Arbeitslosenanteil auf. D. h. es wurde zwar der Einfluss der sozialen Lage auf einzelne Fragen untersucht, nicht jedoch der Einfluss von Armut. Die Erhebung bezog sich ausschließlich auf die Schülerinnen und Schüler der 5. und 8. Klassen.

Die Studie erbrachte folgendes Ergebnis: „An den zwei Schulen mit sozialstrukturell schlechter zusammengesetzter Schülerschaft finden sich überproportional viele Übergewichtige (28,8 und 14,9 % gegenüber 11,9 und 12,3 % an den beiden anderen Schulen), an den zwei Schulen mit sozialstrukturell besser zusammengesetzter Schülerschaft überproportional viel untergewichtige Befragte – und umgekehrt" (8,2 bzw. 7,1 % gegenüber 2,8 und 2,7 % in den sozialstrukturell schlechter zusammengesetzten Schulen)[10]. Auch bei dem Zustand der Zähne zeigten sich insbes. im Hinblick auf eine kieferorthopädische Behandlung ebenfalls deutliche soziale Unterschiede: „Eine kieferorthopädische Behandlungsnotwendigkeit wird bei Jugendlichen aus schlechterer sozialer Lage häufiger angegeben als bei Jugendlichen aus besseren sozialen Lagen; bei letzteren ist eine solche Behandlung, sofern überhaupt notwendig, bereits relativ häufig in Angriff genommen oder gar schon abgeschlossen worden."

[9] Stadt Nürnberg, Gesundheitsamt 1999, Ernährung und Gesundheit an Nürnberger Hauptschulen, 1999, S. 5
[10] a. a. O., S. 37

Auch bei Plaque und Gingivitis zeigen sich deutliche soziale Unterschiede: 39,5 % der Schüler aus der Unterschicht gegenüber 33,7 % aus der oberen Mittelschicht weisen Plaque, 16,0 % gegenüber 13,2 % weisen Gingivitis auf.[11] Alle anderen Aussagen der Untersuchung liegen entweder nicht nach Schulstandort bzw. Schichtzugehörigkeit differenziert vor oder es zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich der sozialen Lage.

Die Schuleingangsuntersuchung war bis zum Schuljahr 2002/3 die einzige Volluntersuchung eines nahezu gesamten Kinderjahrgangs zu dessen Gesundheitszustand. Bei der Einschulung 2003 wurden nur noch die Kinder vollständig untersucht, die keine U 9 vorweisen können. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung wurde zuletzt die Schuleingangsuntersuchung 1999[12] vollständig und systematisch ausgewertet. Zwar wurden in der Schuleingangsuntersuchung keine sozialstrukturellen Merkmale der Eltern erfasst, über den Schulsprengel ist jedoch eine kleinräumliche Analyse der Ergebnisse möglich. Im Analogieschluss lassen sich über die Sozialstruktur des Sprengels wiederum Rückschlüsse auf die soziale Zusammensetzung der Familien der Schülerschaft ziehen. D. h. es ist zu vermuten, dass die beobachteten Unterschiede zwischen Schulsprengeln mit vorwiegend sozialstrukturell schlecht situierter Bevölkerung und sozialstrukturell überwiegend gut situierter Bevölkerung auf soziale Ungleichheit zurückzuführen sind. Für eine exakte Klassifikation der Schulsprengel fehlt bisher ein Modell der sozialräumlichen Gliederung. Als Ersatz lassen sich hier nur informierte Vermutungen anstellen. Vergleicht man die sozialstrukturell schwachen Schulsprengel der Volksschulen Reutersbrunnenstraße, Wandererstraße, Preißlerstraße, Amberger Straße, Ossietzkystraße, Salzbrunner Straße, Gabelsberger Straße, Schweinauer Hauptstraße, Wiesenstraße und Knauerstraße mit einander, so zeigen sich große Gemeinsamkeiten: Der Anteil der Kinder mit Übergewicht war in ihnen hoch bis sehr hoch, das gleiche gilt für Kinder mit motorischen Defiziten (motorische Koordinationsstörungen) sowie Thoraxverbildungen und Wirbelsäulenverbiegungen. Außerdem war der Anteil der Kinder mit mindestens einer unvollständigen Impfung gegen Polio, Diphtherie und/oder Tetanus in fast allen diesen Schulsprengeln überproportional hoch. In den deutlich sozialstrukturell besser situierten Schulsprengeln Fischbacher Hauptstraße, Moritzbergstraße, Kalchreuther Straße, Heroldsberger Weg und Grimmstraße lagen diese Werte deutlich unter dem Stadtdurchschnitt.[13] D. h. die beobachteten Unterschiede dürften stark sozialstrukturell bedingt sein.

LITERATUR

Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern, 2000

Stadt Nürnberg, Amt für Stadtforschung und Statistik: Leben in Nürnberg, Ergebnisse der Wohnungs- und Haushaltserhebung 1995, Nürnberg 1998

Stadt Nürnberg, Gesundheitsamt: Ernährung und Gesundheit an Nürnberger Hauptschulen, Nürnberg 1999

Sozialbericht der Stadt Nürnberg, Band I, dann veröffentlicht im Januar 2004

Stadt Nürnberg, Gesundheitsamt: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 1999 mit ausgewählten kleinräumigen und zeitlichen Aspekten, Nürnberg 2000

Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt: Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000, München 2002

[11] a.a.O., S. 39

[12] Stadt Nürnberg, Gesundheitsamt: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 1999 mit ausgewählten kleinräumigen und zeitlichen Aspekten, Nürnberg 2000

[13] siehe a.a.O., S.56