

## **Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 1999/2000 bis 2008/09 im zeitlichen Verlauf und unter sozialräumlichen Aspekten**

- I. Die vorrangige Aufgabe der Schuleingangsuntersuchung ist die Beurteilung der Schulfähigkeit eines Kindes aus medizinischer Sicht, ggf. die Erkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen und die Beratung zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Neben diesem individualmedizinischen Aspekt gestattet die Schuleingangsuntersuchung die Erhebung bevölkerungsbezogener Gesundheitsparameter, da der Gesundheitszustand eines gesamten Jahrgangs von SchulanfängerInnen erfasst wird. Die Untersuchung ist gesetzlich verpflichtend<sup>1</sup> und wird als ein Screening durchgeführt, das Auffälligkeiten in der sprachlichen und motorischen Entwicklung aller Kinder, die Inanspruchnahme bestimmter präventiver Leistungen (Schutzimpfungen, Früherkennungsuntersuchungen) sowie bestimmte körperliche und soziodemographische Daten festhält. In bestimmten Fällen erfolgt darüber hinaus eine schulärztliche Untersuchung der Kinder (im Schnitt bei 37 % eines Jahrgangs im ausgewerteten Zeitraum).

Die Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsamtes wertet in Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienst des Amtes in regelmäßigen Abständen das Datenmaterial des Screenings aus. Dabei soll die längerfristige Entwicklung der erhobenen Merkmale, ihre klein- und sozialräumliche Verteilung sowie Unterschiede zwischen den Geschlechtern und der sprachlichen Herkunft der Kinder beobachtet werden. Aus den Ergebnissen lassen sich Konsequenzen für gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung ableiten.

Auswertungen unterschiedlichen Umfangs liegen für die Jahre 1992, 1995, 1999-2003 vor. Gegenstand des aktuellen Berichts ist die Auswertung der Jahre 2004-2008 unter Einbeziehung der bereits vorliegenden Ergebnisse für den Zeitraum 1999-2003. Eine sprengelbezogene Auswertung war für die Jahre 1999-2002 und 2007-2008 möglich.

In dem Zehnjahreszeitraum 1999-2008 wurden 42.654 Kinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen vorgestellt, im Jahresdurchschnitt 4.265. Seit 2004 wird die Herkunft der Kinder nach dem Kriterium der elterlichen Muttersprache erfasst. Demnach hatten 2008 53,3% der Kinder einen Migrationshintergrund; gegenüber 2004 (43,8%) bedeutet dies eine deutliche Zunahme. Im Zeitraum 2007-2008 reichte die Spannweite des Anteils von Kindern mit Migrationshintergrund in den Grundschulsprengeln von 87,6% (GS Knauerstr.) bis 14,6% (GS Reutleser Str. in Großgründlach). 2007 waren außer der deutschen Sprachherkunft die türkische mit 13% sowie die russische / (süd-) osteuropäische mit 17,3% der Elternteile die häufigste.

Die meisten Kinder (durchschnittlich 91,8%) besuchten zwischen 1999 und 2008 einen Kindergarten vor ihrer Einschulung - Kinder deutscher etwas häufiger als Kinder ausländischer Herkunft. In dem Zehnjahreszeitraum ist der Anteil der Kindergartenkinder an den SchulanfängerInnen bei allen Kindern angestiegen: von 82,0% bezogen auf Kinder ausländischer Staatsangehörigkeit) auf 95,4% (Kinder mit Migrationshintergrund) und von 92,8% (deutsche Kinder) auf 97,0% (Kinder ohne Migrationshintergrund). Der größte Teil der Kindergartenkinder – insgesamt 52,4%- stammte im Durchschnitt der Jahre 2005-2008 aus

---

<sup>1</sup> Artikel 80 des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen vom 31.5.2000

einer Familie mit 2 Kindern. (dar. 26,7% ohne und 25,7% mit Migrationshintergrund) Der Anteil der Kindergartenkinder, die aus einem allein erziehenden Haushalt kommen, betrug 2008 11,1% bei den Kindern mit und 14,6 % bei den Kindern ohne einen Migrationshintergrund. Ab einer Familiengröße von 2 Geschwistern oder mehr nahm die Anzahl der Kindergartenkinder ab. Möglicherweise kommt hier die finanzielle Belastung kinderreicher Familien zum Ausdruck oder auch bessere Kinderbetreuungsmöglichkeiten innerhalb größerer Familien.

Bei der **vorschulischen sportlichen, musikalischen und kreativen Förderung** ihrer Kinder waren Familien ohne Migrationshintergrund aktiver als MigrantInnenfamilien. So betrieben nach Auskunft der Eltern 59,2% der Kinder ohne Migrationshintergrund regelmäßig Sport und konnten 32,8% frei schwimmen. Bei den Kindern mit Migrationshintergrund betrugen die entsprechenden Anteile 35,5% und 13,5%. Auch wurden Mädchen in den genannten Bereichen stets etwas häufiger gefördert als Jungen.

Die Berechnung der **Impfraten** bezieht sich auf die Kinder, die ein Impfbuch vorlegen konnten, da dies die Voraussetzung zur Beurteilung des Impfstatus ist. Insgesamt konnten 2008 7,6% der Kinder kein Impfbuch vorlegen. 1999 betrug dieser Anteil noch 9,6%. Schutzimpfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin bei der Verhütung und Bekämpfung zahlreicher Infektionskrankheiten. Von Seiten der WHO sollten mindestens 95% der Bevölkerung jeweils über einen ausreichenden Impfschutz verfügen, um einen Kollektivschutz der Bevölkerung zu gewährleisten. Die Teilnahme an Schutzimpfungen ist in der Bundesrepublik Deutschland freiwillig.

2008 überschritten die Impfraten der Nürnberger SchulanfängerInnen 95% bei den Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis und Hib (Haemophilus influenzae Typ B). Gegen Pertussis (Keuchhusten) und Hepatitis B waren etwas mehr als 90% der Kinder ausreichend geimpft. Die Impfraten gegen Masern, Mumps und Röteln betrugen jeweils ca. 86% (mindestens 2 Impfungen). Im Vergleich mit dem bayerischen Landesdurchschnitt 2008/09 waren alle Nürnberger Impfraten vergleichbar hoch oder besser, im Vergleich zum Bund war die Durchimpfung der Nürnberger Kinder gegen Pertussis gleich hoch, gegen Masern, Mumps und Röteln schlechter.

**Tabelle 1: Vergleich der Impfraten Deutschland-Bayern-Nürnberg 2008/09<sup>2</sup>**

|               | Deutschland | Bayern | Nürnberg | besser/schlechter als Bund | besser/schlechter als Land |
|---------------|-------------|--------|----------|----------------------------|----------------------------|
| Impfung       | 2008        | 2008   | 2008     |                            |                            |
| Tetanus       | 96,8%       | 98,3%  | 98,4 %   | +                          | +/-                        |
| Diphtherie    | 96,4%       | 97,4%  | 98,2%    | +                          | +                          |
| Poliomyelitis | 95,7%       | 95,9%  | 97,2%    | +                          | +                          |
| Pertussis     | 94,0%       | 92,2%  | 94,1%    | +/-                        | +                          |

<sup>2</sup> Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Gesundheitsreport Bayern 1/2009: Der Impfstatus der Kinder in Bayern – Update 2009

|                            |       |       |       |   |   |
|----------------------------|-------|-------|-------|---|---|
| Hib                        | 94,1% | 94,1% | 95,4% | + | + |
| Hepatitis B                | 90,5% | 89,3% | 91,2% | + | + |
| Masern (mind. 2 Impfungen) | 89,0% | 84,7% | 87,0% | - | + |
| Mumps (mind. 2 Impfungen)  | 88,8% | 84,5% | 86,6% | - | + |
| Röteln (mind. 2 Impfungen) | 88,7% | 84,3% | 86,4% | - | + |

Die Entwicklung der Impfraten der Nürnberger SchulanfängerInnen im Zehnjahreszeitraum seit 1999 wird unabhängig vom tatsächlichen Impfverhalten beeinflusst von Änderungen der verwendeten Impfstoffe, der Definition des Tatbestands der Grundimmunisierung sowie von Änderungen im Verfahren der Datenerhebung und der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission. In der Tendenz zeigte sich eine Verbesserung der Durchimpfung seit 1999 bei fast allen Impfungen. Lediglich der Impfschutz gegen Diphtherie blieb nahezu unverändert; der Impfschutz gegen Masern und Mumps hat sich etwas verschlechtert (90,2% bzw. 90,1% 1999 gegenüber 86,7% bzw. 86,6% 2008).

Kinder mit Migrationshintergrund sind heute in der Regel – so auch in Nürnberg - besser durch Impfungen geschützt als Kinder ohne Migrationshintergrund, haben aber häufiger keinen Impfausweis vorgelegt, sodass ihre Impfraten möglicherweise etwas überschätzt werden. 2004 waren Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu den Kindern aus deutschen Herkunftsfamilien nur gegen Tetanus und Hib seltener vollständig immunisiert. 2008 lagen alle Impfraten der Kinder mit Migrationshintergrund über denen der deutschen. Der Unterschied betrug zwischen 1,5 und 7,7 Prozentpunkte und war am höchsten bei der Impfung gegen Hepatitis B: Hier waren 87,0% der Kinder ohne gegenüber von 94,7% der Kinder mit Migrationshintergrund vollständig geimpft. Auch bei den Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln war der Abstand zwischen den Kindern ausländischer und deutscher Herkunft relativ groß (6,6-6,9 Prozentpunkte): Über jeweils mindestens 2 Impfungen verfügten 82,9 - 83,3% der Kinder deutscher gegenüber 89,6-89,9% ausländischer Herkunft.

Zu den Gründen des sich abzeichnenden „Impfrückstandes“ der deutschen Kinder zählen sowohl Impfgegner und –kritiker unter den Eltern als auch eine gewisse „Impfmüdigkeit“ der Bevölkerung in Zeiten eingedämmter Epidemien. Auch unterscheiden sich MigrantInnengruppen unterschiedlicher Herkunft in ihrem Impfverhalten. So wiesen Kinder türkischer Staatsangehörigkeit (SEU 2003) bessere Impfraten auf als Kinder anderer ausländischer und auch deutscher Nationalität. Seit 2004 ist es möglich, die Impfraten nach der Sprachherkunft der Kinder weiter zu differenzieren. Eine entsprechende Auswertung steht noch aus und ist ergänzend für den Beginn des Jahres 2011 vorgesehen.

Diese Befunde können nicht zufrieden stellen: Daher berät und informiert das Gesundheitsamt individuell bei Feststellung von Impflücken anlässlich der Schuleingangsuntersuchung, wobei hier im Gegensatz zu anderen Gesundheitsparametern nicht das Hauptaugenmerk auf Kinder mit Migrationshintergrund gelegt werden muss. Auch

werden die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte regelmäßig über die Impfraten bei den Nürnberger Schulanfängern informiert. Schließlich führt das Gesundheitsamt in den 6. Klassen eine Aktion zur Sichtung der Impfausweise durch, bei der in hohem Ausmaß Impflücken festgestellt werden. Auch hierüber wird die Ärzteschaft informiert.

Die **Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9** beginnen gleich nach der Geburt und sollten bis zum 64. Lebensmonat abgeschlossen sein. Den Personensorgeberechtigten ist es aufgetragen, für ihre Kinder die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen sicherzustellen (GDVG Art. 14 Abs. 1, neu eingeführt 16.05.2008). Die Untersuchungsergebnisse werden in einem Vorsorgeheft dokumentiert. Nur bei Vorlage des Untersuchungsheftes kann die Teilnahme an der Untersuchungsreihe und deren Ergebnis beurteilt werden.

Zwischen 1999 und 2008<sup>3</sup> konnten durchschnittlich 9,0% der untersuchten Kinder kein Vorsorgeheft vorlegen. Dieser Anteil wurde seit 1999 (12,8%) geringer und betrug 2008 nur noch 7%. Stets war der Anteil der Kinder ohne Vorsorgeheft an den Kindern mit deutlich höher als an den Kindern ohne Migrationshintergrund. Obwohl sich dieser Unterschied merklich verkleinert hat, bestand auch 2008 noch ein Unterschied (7,7% gegenüber 4,9%). Teilweise ist dies darauf zurückzuführen, dass die Familie erst nach Geburt des Kindes zugewandert ist.

Die vollständige Untersuchungsreihe U1-U9 konnten 2008 72,3% der Kinder mit vorgelegtem Heft nachweisen. Dies war deutlich häufiger als 1999 (62,8%). Auch hier bestand ein – sich seit 1999 verkleinernder - Unterschied zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund 64,4% der Kinder mit und 82,6% der Kinder ohne Migrationshintergrund nahmen an allen 9 Untersuchungen teil. Im Jahr 1999 betrug die entsprechenden Anteile noch 71,0% und 34,1% (bezogen auf Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit). Fast alle Kinder jedoch (93,1% 2008) konnten die letzte Untersuchung der Reihe – die U9 um den 5. Geburtstag - nachweisen. Gegenüber 1999 (75,3%) bedeutet dies einen merklichen Fortschritt. – Mit Aktionen wie „Ich geh‘ zur U – und Du?“, die von der BZgA durchgeführt und vom Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienst des Gesundheitsamtes unterstützt wird, soll die Quote der durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen gezielt weiter gesteigert werden.

Im Zeitraum 2004-2008 waren **Störungen der Sprachentwicklung** die häufigsten überprüfungsbedürftigen Befunde. Im Jahr 2008 wiesen 21,1% der beurteilbaren Kinder eine Lautbildungsstörung und 16,3% eine Wort-/ Satzbildungsstörung auf. Seit 2004 wird die Herkunft der Kinder nach dem Migrationshintergrund erfasst: Seither nahmen die diagnostizierten **Wort- und Satzbildungsstörungen** bei den Kindern mit Migrationshintergrund fortlaufend und deutlich zu von 16,5% 2004 auf 34,7% 2008, während bei den Kindern ohne Migrationshintergrund sogar eine leichte Abnahme zu verzeichnen war und der entsprechende Anteil 2008 nur 7,1% betrug. Dies bedeutet, dass vor allem Kinder nicht deutscher Sprachherkunft Schwierigkeiten bei der Wort- und Satzbildung hatten. Auch konnte dieses Modul des Screenings (2004-05 und 2007-08) bei 6,7% der Kinder aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse überhaupt nicht durchgeführt werden. Störungen in der Sprachentwicklung lassen sich bei Kindern mit Migrationshintergrund bisweilen schwer von

---

<sup>3</sup> Entsprechende Angaben fehlen für das Jahr 2003/04

Sprachunsicherheiten unterscheiden. Daher kann es bei der Beurteilung der Überprüfungsbedürftigkeit von Befunden zur Unter- oder Übererfassung kommen.

Der deutliche Anstieg der Quoten von Kindern mit Migrationshintergrund, die Störungen in der Wort- und Satzbildung haben, ist auf ein verfeinertes Testverfahren<sup>4</sup> seit 2005 zurückzuführen. Seither wird neben dem Nachsprechen von Sätzen auch Wert auf grammatikalische Formen gelegt (Pluralbildung, Präpositionen, Gegensätze von Adjektiven, Zeitformen der Verben, Konjugation der Verben) gelegt. Dadurch können die in der Schule zu erwartenden Sprachprobleme genauer erfasst werden.

Es bleibt abzuwarten, wie sich die seit über zehn Jahren eingeführten und ausgebauten Sprachförderprogramme in Kindertageseinrichtungen (u.a. „Deutsch-80“, inzwischen zu „Deutsch-240 „ ausgebaut) auf die Sprachkompetenz der Kinder mit Migrationshintergrund auswirken.

Bei den **Lautbildungsstörungen** spielte der Herkunftseffekt eine vergleichsweise geringe Rolle. Hier machte sich der Unterschied zwischen den Geschlechtern stärker bemerkbar: 2008 wiesen 29,8% der Jungen gegenüber von 19,8% der Mädchen eine überprüfungsbedürftige Lautbildungsstörung auf. Im Vergleich zu 2004 hat sich dieser Anteil bei Jungen (22,5% 2004) und Mädchen (13,8%% 2004) fortlaufend erhöht.

Das Screening der **motorischen Fähigkeiten** der Kinder - Einbeinstand und –hüpfen – ergab für die Jahre 2004-2006, dass durchschnittlich 15,0% der Kinder Auffälligkeiten zeigten. Auch hier erwies sich die Herkunft der Kinder im Vergleich zum Geschlecht als weniger bedeutend: Mädchen waren in diesem Zeitraum nur halb so häufig (9,3%) von einer motorischen Auffälligkeit betroffen als Jungen (19,4%).

Auffälligkeiten bei der **Faust-Hand-Koordination** (2007-2008) wurden bei 18,1% der Kinder festgestellt. Jungen waren im Vergleich zu den Mädchen häufiger davon betroffen (20,6% gegenüber 13,6%) und Kinder ohne Migrationshintergrund häufiger als Kinder mit einem Migrationshintergrund (19,0% gegenüber 8,9%).

Das Formenzeichnen – als Hinweis auf die **feinmotorischen Fähigkeiten** der Kinder – bereitete am seltensten Schwierigkeiten bei der Darstellung eines Kreises (2,0%). 3,5% der Kinder konnten kein Quadrat, 7,9% kein Dreieck und 29,3% keine Raute zu Papier bringen. Jungen erwiesen sich als durchweg ungeschickter beim Zeichnen im Vergleich zu den Mädchen: So konnten beispielsweise 9,8% der Jungen und 5,8% der Mädchen kein Dreieck und 31,5% der Jungen gegenüber von 26,9% der Mädchen keine Raute zeichnen. – Die Zunahme der Kinder, die in der Reihe Kreis – Quadrat – Dreieck – Raute nicht in der Lage waren, die Form korrekt nachzuzeichnen, ist dadurch bedingt, dass die Schwierigkeit in der genannten Reihenfolge zunimmt, ist also per se kein Hinweis auf eine Störung. So ist z.B. erst von einem sechsjährigen Kind zu erwarten, dass es die Raute abzeichnen kann (mittleres Alter bei der Untersuchung zuletzt 5,9 Jahre).

---

<sup>4</sup> Triolog-Test

Das im Vergleich mit den Mädchen vielfach „schlechtere Abschneiden“ der Jungs im Rahmen des Screenings ist kein auf Nürnberg beschränktes Phänomen, sondern ist unter dem Begriff „Knabenwendigkeit“ bestimmter Störungen überregional bekannt<sup>5</sup>.

Als Grundlage für die Berechnung des Body Mass Index (BMI) wurden Körpergewicht und -größe<sup>6</sup> der Kinder gemessen. Die Bewertung der BMI-Werte im Hinblick auf **Über-/Untergewicht** erfolgte nach altersabhängigen Grenzwerten, die aus einer Stichprobe der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) abgeleitet wurden (Referenzsystem nach KROMEYER-HAUSCHILD et al.).

Im Durchschnitt der Jahre 2005-2008 waren 81,5% der Jungen und 78,9% der Mädchen normalgewichtig<sup>7</sup>, und 6,9% der Jungen und 6,8% der Mädchen hatten „normales Übergewicht“<sup>8</sup>. Weitere 3,1% der Jungen und 2,7% der Mädchen litten unter Adipositas<sup>9</sup>, d.h. starkem bzw. krankhaftem Übergewicht. Im zeitlichen Verlauf 2005-2008 bewegte sich der Anteil (normal und stark) übergewichtiger Kinder in einer Größenordnung von etwa 10%, der sich auch im Vergleich zu den vorhergehenden SEUs 1999-2003 wenig verändert hat. Innerhalb dieser 10% hat der Anteil adipöser Jungen leicht abgenommen von 3,6% 2005 auf 2,9% 2008. Der Anteil der Jungen mit „normalem“ Übergewicht ist hingegen etwas angestiegen von 6,7% auf 7,0%. Umgekehrt nahm bei den Mädchen der Anteil adipöser Kinder zu von 2,4 auf 3,0%, während der Anteil „normal“ übergewichtiger Mädchen zurückging von 7,1% 2005 auf 6,1% 2008. Untergewicht<sup>10</sup> hat an Bedeutung gewonnen: Der Anteil untergewichtiger Jungen stieg von 8,0% 2005 auf 9,1% 2008 und der Anteil untergewichtiger Mädchen von 12,1% auf 12,9% im entsprechenden Zeitraum.

Wie auch schon im Zeitraum 1999-2003 waren in den darauffolgenden Jahren 2005-2008 Kinder ausländischer Herkunft häufiger – auch krankhaft – übergewichtig als Kinder ohne Migrationshintergrund, und zwar doppelt so häufig „normal“ übergewichtig (8,9% gegenüber 4,5%) und mehr als doppelt so häufig adipös (4,0% gegenüber 1,6%). Umgekehrt wiesen 11,8% der Kinder ohne und nur 8,6% der Kinder mit Migrationshintergrund Untergewicht auf.

Während die Risikofaktoren für Übergewicht und damit auch die Ansatzpunkte für die Prävention hinlänglich bekannt sind – Fehlernährung und Bewegungsarmut -, werden die Ursachen für Untergewicht noch diskutiert. Sie reichen von Mangelernährung (in Deutschland wohl eher sehr selten) über den Lebensstil (der Eltern) bis hin zur langfristigen Veränderung der durchschnittlichen Körpermaße.

Schulärztlich untersucht wurden 2007-2008 38,1% der zur SEU vorgestellten Kinder. Eine **schulärztliche Untersuchung** zusätzlich zum oder anstatt des Screenings wird durchgeführt, wenn die U9 fehlt, das Kind im Screening oder bei der U9 Auffälligkeiten zeigte, auf Wunsch der Eltern oder der Schule, eine vorzeitige Einschulung beantragt wurde oder sich das Kind in einer schulvorbereitenden Einrichtung befindet. Die wichtigsten Gründe

<sup>5</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin: SPZ Qualitätssicherung, Umschriebene Entwicklungsstörungen, Stand 01.03.2007, S. 96

<sup>6</sup> BMI = Körpergewicht [kg] / (Körpergröße [m] x Körpergröße [m])

<sup>7</sup> BMI-Werte zwischen der 11. und der 90. Perzentile

<sup>8</sup> BMI-Werte zwischen der 90. und 97. Perzentile

<sup>9</sup> BMI-Werte ab der 97. Perzentile

<sup>10</sup> BMI-Werte einschließlich der 10. Perzentile

für eine SEU waren mit 20,5 bzw. 20,4% eine fehlende U9 und Auffälligkeiten des Kindes beim Screening. Als Konsequenz aus der Untersuchung werden schulärztliche Empfehlungen ausgesprochen. Die Entscheidung für ein weiteres Vorgehen wird von der Schule im Einvernehmen mit den Eltern getroffen. In der überwiegenden Anzahl der Empfehlungen (42,7%) konnte der Besuch der Regelschule nahegelegt werden. Im Falle von weiteren 18,2% konnte die Schulfähigkeit nicht abschließend beurteilt werden, sodass weitere pädagogische bzw. psychologische Untersuchungen zur Beurteilung der Schulfähigkeit empfohlen wurden. Mit 13,2% und 12,4% folgten die Empfehlungen des Besuchs einer Diagnose- und Förderklasse mit Förderschwerpunkt sowie die Zurückstellung bei gleichzeitigem Besuch einer Kindertagesstätte. Bei der Interpretation dieser Zahlen ist zu beachten, dass sie sich nicht auf den gesamten Einschulungsjahrgang beziehen, sondern nur auf die Kinder, die schulärztlich untersucht worden waren.

Die grundlegenden bevölkerungsmedizinischen Informationen der Einschulungsuntersuchungen werden **kleinräumig auf der Ebene der Grundschulsprengel** ausgewertet und eine abschließende Bewertung der einzelnen Sprengel vorgenommen. Da in der Einschulungsuntersuchung keine Daten erfasst werden, die die soziale Lage der Kinder beschreiben, werden die Schulsprengel nach Möglichkeit den 6 Sozialraumtypen zugeordnet, die das Amt für Stadtforschung und Statistik für das Stadtgebiet Nürnbergs berechnet hat aus ausgewählten Merkmalen zur Bevölkerungs- und Sozialstruktur, des Wohnumfeldes und des Armutspotentials. Die sozialräumliche Gliederung der Stadt ist nicht immer deckungsgleich mit der räumlichen Ausdehnung der Grundschulsprengel. Die Zuordnung erfolgte in diesen Fällen zu den Sozialräumen, denen sie mit dem größten Teil ihrer Fläche zugehören.

Das Ranking der Schulsprengel wird berechnet anhand der negativen „defizitären“ Ausprägungen folgender Merkmale: Grunddaten (Impfbuch nicht vorgelegt, Vorsorgeheft nicht vorgelegt, U1-U9 unvollständig), Migrationshintergrund, Impfraten (gegen Polio, Tetanus, Diphtherie, Masern, Mumps, Röteln, Pertussis, Hib, Hepatitis B), auffällige Befunde (Lautbildungs-, Wort- und Satzbildungsstörungen), Gewichtsprobleme (Anteil der Kinder mit Übergewicht). Es können die Ergebnisse für die Zeiträume 1999-2002 und 2007-2008 verglichen werden. Neben dem Ranking lassen sich diejenigen Grundschulsprengel identifizieren, die zu den jeweils 25% der Sprengel gehören, in denen sich Hinweise auf einen eher schlechteren und auf einen eher besseren gesundheitlichen Status der SchulanfängerInnen am meisten verdichten. Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Kinder können auf diese Weise zielgenau geplant und durchgeführt werden.

Die klein- und sozialräumliche Bewertung der Grundschulsprengel ist noch nicht abgeschlossen. Erste Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass sich im Vergleich zum Ranking des Zeitraums 1999-2003 keine wesentlichen Veränderungen ergeben haben. Um weitere soziodemographische Daten zu gewinnen, die eine Steigerung der Zielgenauigkeit geplanter gesundheitsfördernder Maßnahmen gestatten, ist für die im November 2011 beginnende Schuleingangsuntersuchung die freiwillige Erhebung weiterer Angaben geplant (Herkunftsland der Eltern, Sprache, Schulabschluss der Eltern). Derzeit läuft die Überprüfung des Fragebogens durch den Datenschutzbeauftragten. Auch könnten die in einigen Kindertageseinrichtungen angebotenen freiwilligen - mit elterlichem Einverständnis durchgeführten - Untersuchungen der Kinder durch die KinderärztInnen des

Gesundheitsamtes zusammen mit der Schuleingangsuntersuchung in eine Längsschnittauswertung eingehen, soweit es die personellen Kapazitäten der Dienststelle zulassen.

II. Herrn Dr. Beier

Am 25.11.10

Gh/GF-GBE

gez.

Monika Meusel