

Eckdaten aus den Schuleingangsuntersuchungen für die Schuljahre 2011/12 bis 2015/16 unter sozialräumlichen Aspekten

1. Ziel und Verfahren der Schuleingangsuntersuchung (SEU)

Das Verfahren der Schuleingangsuntersuchung (SEU) und die Teilnahme daran sind **gesetzlich geregelt**.¹ Die SEU dient der Beurteilung der Schulfähigkeit der Kinder durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Aus bevölkerungsmedizinischer Sicht ist sie **eine der wichtigsten Datenquellen in Deutschland**, weil sie eine **Vollerhebung** bestimmter soziodemographischer und medizinischer Parameter eines gesamten Jahrgangs von Kindern im Vorschulalter darstellt.

Seit 2003 besteht die SEU in Nürnberg aus einem **zweistufigen Verfahren**: Alle Kinder des betreffenden Jahrgangs werden in einer ersten Stufe durch eine Kinderkrankenschwester des Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes einer orientierenden, standardisierten Testung (Screening) unterzogen. Dabei werden die sprachliche und motorische Entwicklung sowie verschiedene Wahrnehmungsbereiche getestet. 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),
- die Überprüfung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen, insbesondere an der U 9 (Untersuchung mit ca. 5 Jahren),
- ein apparativer Hör- und Sehtest,
- Messung der Körperlänge und des Körpergewichts.

In einer zweiten Stufe findet in bestimmten Fällen² eine Untersuchung durch eine(n) Schularzt/-ärztin des Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienstes statt. In Nürnberg ist die schulärztliche Untersuchung jährlich bei ca. 35-38% der Kinder indiziert.

Das städtische Gesundheitsamt wertet im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) **bestimmte Informationen aus dem Anamnesebogen, aus dem SEU-Screening durch die Kinderkrankenschwestern** und bei Bedarf einzelne Parameter aus der schulärztlichen Untersuchung nach bevölkerungsmedizinischen Gesichtspunkten aus.³ Die Datensätze sind anonymisiert und lassen keine Rückschlüsse auf einzelne Schulanfänger/-innen zu.

Daten zur sozialen Lage der Eltern und damit auch zu den Lebensumständen der Kinder werden im Rahmen der SEU in Bayern nicht erhoben. Ausgewählte Variablen der SEU wurden in Nürnberg kleinräumig auf der Ebene der **Grundschulsprengelel**⁴ ausgewertet, die in der Regel auch der Wohnort der Kinder sind. Die Grundschulsprengelel wurden den **Sozialraumtypen der Stadt Nürnberg**⁵ zugeordnet. Dadurch entstanden Hinweise auf das **Wohnumfeld der Kinder** und mittelbar auch auf den **sozioökonomischen Hintergrund ihrer Eltern**. Auch der

¹ 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, 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).

²Die schulärztliche Untersuchung findet statt beim Fehlen der letzten Früherkennungsuntersuchung U 9 vor der Einschulung, nach einem auffälligen Screening durch die Kinderkrankenschwester, wenn das Kind eine schulvorbereitende Einrichtung (SVE) besucht, auf Wunsch der Eltern bzw. der Schule.

³ Die Datengrundlage sind die sog. „**Export-Dateien**“ des Gesundheitsamtes. Diese bestehen aus den Datensätzen, die während der SEU für jedes Kind angelegt werden und nach einer ersten Plausibilitätsprüfung an das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) übermittelt werden. Dieses Vorgehen dient der größtmöglichen Aktualität der Daten. Es handelt sich dabei jedoch noch nicht um die endgültigen „amtlichen“ Zahlen, da sich im Laufe der weiteren Verarbeitung beim LGL noch geringfügige Änderungen ergeben können. Es liegen Ergebnisberichte für die Schuljahre 1999/2000, 2001/02-2003/04, 2005/06-2010/11 vor.

⁴ Sprengelinteilung Stand 2009

⁵ Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Sozialraumtypisierung für Nürnberg-Kontinuität und Wandel städtischer Teilgebiete 2010-2014, Statistischer Monatsbericht für November 2014, 15.01.15IM443, S. 1-2

Migrationshintergrund der Eltern wurde besonders berücksichtigt, da nicht alle, aber viele Bevölkerungsgruppen mit einem Migrationshintergrund in Deutschland - so auch in Nürnberg⁶ - ein im Durchschnitt deutlich höheres Armutsrisiko als die Gesamtbevölkerung tragen.⁷ Die Ergebnisse der sozialraumbezogenen Auswertungen sollen **Handlungshilfen für kleinräumig orientierte Interventionen in den Stadtteilen** bieten, besonders für die dortigen Kindertagesstätten und Grundschulen. Damit kommt der SEU eine wichtige **handlungsrelevante Monitoringfunktion** zu, zumal sich Auffälligkeiten in der Entwicklung der Kinder und auch in ihrer Teilnahme an präventiven Maßnahmen häufiger bei Kindern aus schwierigen sozialen Verhältnissen zeigen.

Die folgende Auswertung bezog sich auf die SEU für die Schuljahre 2011/12 bis 2015/16. Es nahmen 21.737 Kinder an den SEU für diesen Zeitraum teil. Der 7.12.2016 war der Stichtag für die verarbeiteten Datensätze. Die aktuelle Auswertung schließt an den Auswertungszeitraum der SEU 2004/05 bis SEU 2010/11 an.

2. Demographische Eckdaten

Das Medianalter der Schulanfänger/-innen zum Zeitpunkt der SEU war 5,9 Jahre. 51,8% von ihnen waren Jungen und 48,2% Mädchen (Bayern SEU 2014/15: 51,3% Jungen, 48,7% Mädchen).⁸ Die Kinder stammten überwiegend aus Familien mit 2 Kindern (50,4%) (Bayern SEU 2014/15: 53,3%) und lebten meist mit 2 Erwachsenen im Haushalt (80,8%) (Bayern SEU 2014/15: 86,1%). 19,4% der Kinder waren Einzelkinder (Bayern SEU 2014/15: 17,9%) und 10,8% stammten aus einem alleinerziehenden Haushalt (Bayern SEU 2014/15: 8,5%).

Beinahe alle Kinder (99,0%) besuchten im Jahr vor ihrer Einschulung eine Kindertagesstätte (Bayern SEU 2014/15: 99,1%). Die häufigste Besuchsdauer waren 3 Jahre (69,6%) (Bayern SEU 2014/15: 53,1%) und 4 Jahre (19,1%) (Bayern SEU 2014/15: 24,8%).

3. Migrationshintergrund

Der Migrationshintergrund wurde, wie auch schon in der vorhergehenden Auswertung, anhand der **Muttersprache der Eltern** bestimmt. Diese Definition entspricht der des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) hinsichtlich der Auswertungen der SEU, nicht aber der des Amtes für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth und auch nicht der Definition des Robert-Koch-Instituts.⁹

Nach der LGL-Definition besteht kein Migrationshintergrund, wenn beide Elternteile muttersprachlich deutsch sprechen. Ist die Muttersprache beider Elternteile nicht die deutsche Sprache, hat das Kind einen beidseitigen Migrationshintergrund. Bei einem einseitigem Migrationshintergrund spricht je ein Elternteil die deutsche und eine nicht deutsche Muttersprache.¹⁰

53,9% der Kinder (n=11.713) hatten definitionsgemäß einen (ein- oder beidseitigen) Migrationshintergrund. 39,8% der Kinder (n=8.644) hatten keinen Migrationshintergrund.

⁶ Der Anteil der Nürnberger Bevölkerung (Hauptwohnsitz) mit einer nicht deutschen Staatsangehörigkeit an der gesamten Bevölkerung (Hauptwohnung) betrug zum 31.12.2015 21,5% und der Anteil von arbeitslosen Ausländern an den Arbeitslosen im Stadtgebiet Nürnberg 37,4%. **Quelle:** Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch der Stadt Nürnberg 2016, S. 79 und 243

⁷ vgl. Gesundheitsamt Nürnberg (Hrsg.): Migration und Gesundheit, Zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Nürnberg, Oktober 2012, S. 1

⁸ Die Werte für Bayern sind **Orientierungswerte**, da sie sich nur auf einen Jahrgang - die SEU 2014/15 beziehen.

⁹ Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Menschen mit Migrationshintergrund in Nürnberg, Statistische Nachrichten N1 2011, S. 8 -10 und Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Migration und Gesundheit, Berlin, 2008 S. 9-12

¹⁰ War die Sprachherkunft nur eines Elternteils bekannt und war diese deutsch, wurde das Kind der deutschen Sprachherkunft, war sie nicht Deutsch, wurde das Kinder der nicht deutschen Sprachherkunft zugeordnet.

Für 6,3% der Kinder (n=1.380) lagen keine Angaben dazu vor. Dies bedeutet im Vergleich zum vorhergehenden Auswertungsintervall SEU 2004/05 bis SEU 2010/11

- einen Rückgang des Anteils der Kinder ohne Migrationshintergrund (von 46,4% auf 39,8%)
- einen steigenden Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund (von 51,5% auf 53,9%)
- einen steigenden Anteil von Kindern ohne auswertbare Angaben zum Migrationshintergrund (von 2,1% auf 6,3%).

Unter ausschließlicher Betrachtung der Kinder mit gültigen Angaben zum Migrationshintergrund (n=20.360) – eine tendenzielle Überschätzung,

- hatten 57,5% der Kinder einen Migrationshintergrund (Bayern SEU 2014/15: 29,5%):
44,2% der Kinder einen beidseitigen und 13,3% einen einseitigen,
- hatten 42,5% der Kinder keinen Migrationshintergrund (Bayern SEU 2014/15: 70,5%).

Wie schon im vorhergehenden Auswertungsintervall SEU 2004/05 bis SEU 2010/11, waren **Türkisch und Russisch die beiden wichtigsten nicht deutschen Muttersprachen** (jeweils etwa 11%).¹¹

4. Dokumentation präventiver Maßnahmen: Vorlage des U-Hefts und des Impfbuchs

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist gesetzlich verpflichtend und im Programm der gesetzlichen Krankenkassen verankert.¹² Zwischen der Geburt und der Einschulung des Kindes ist eine Reihe von 9-10 Untersuchungen (U1-U9) durch eine(n) Kinderarzt/-ärztin vorgesehen, deren Ergebnisse in einem Untersuchungsheft (U-Heft) dokumentiert werden. Das Heft soll zur SEU vorgelegt werden, ebenso wie das Impfbuch, das als Nachweis für die Teilnahme an Schutzimpfungen dient.

92,6% der Kinder brachten ein Vorsorgeheft und 92,1% ein Impfbuch zum Screening mit.

Der Anteil der Kinder ohne Dokumente ist im Vergleich zum vorhergehenden Auswertungszeitraum SEU 2004/05 bis SEU 2010/11 etwas gestiegen:

- der Anteil der Kinder ohne U-Heft von 6,2% auf 7,4%
- der Anteil der Kinder ohne Impfbuch von 7,1% auf 7,9%.

Der Zuwachs des Anteils von Kindern ohne U-Heft fand bei den Kindern mit Migrationshintergrund statt (von 7,8% auf 9,9%), während die Kinder ohne Migrationshintergrund etwas seltener ohne U-Heft (3,5% gegenüber 5,8%) zur SEU kamen.

Der wachsende Anteil der Kinder ohne Impfbuch erfolgte unabhängig vom Migrationshintergrund: von 5,3% auf 6,0% bei den Kindern ohne und von 8,2% auf 8,7% bei den Kindern mit Migrationshintergrund.

Kinder mit Migrationshintergrund brachten häufiger keine Dokumente zum Screening mit als Kinder ohne Migrationshintergrund: 9,9% gegenüber 3,2% legten kein U-Heft; 8,7% gegenüber 6,0% legten kein Impfbuch vor.

Hinter der Zahl der Kinder, die ohne Dokumente zur SEU kommen, sind zum einen Kinder zu vermuten, deren Eltern die Früherkennungsuntersuchungen wie auch Impfungen nur lückenhaft wahrgenommen haben. Zum anderen sind hier auch Kinder enthalten, die nicht in Deutschland geboren wurden, und deren Eltern aufgrund der Umstände einer Migration über keine

¹¹ Die Muttersprache der Eltern wird im Rahmen der SEU getrennt nach Mutter und Vater erfasst. Ausgewertet wurde die Muttersprache, wenn ihr Anteil an der Gesamtheit der Sprachen > 1%.

¹² seit dem 16.5.2008 gemäß Art. 14 Abs.1 GDVG, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) (Hrsg.): Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2013/14, S. 67

entsprechenden Dokumente (mehr) verfügen oder die aus Ländern kommen, in denen es keine den deutschen Vorsorgeuntersuchungen entsprechende Früherkennung bzw. Schutzimpfungen und deren Dokumentation gibt.

5. Teilnahme an den gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen U1-U9

Die SEU und die Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 haben mit der Einschätzung der kindlichen Schulfähigkeit einerseits und der Früherkennung von Krankheiten, „die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,“¹³ eine unterschiedliche Zielsetzung. Die vollständige Teilnahme an allen 9 Vorsorgeuntersuchungen stellt eine wichtige präventive Maßnahme für eine gesunde Entwicklung des Kindes dar. Im Schuljahr 2008 wurde die Untersuchung U7a eingeführt, in Bayern aber noch nicht flächendeckend umgesetzt.¹⁴

Bei 25,5% aller gescreenten Kinder (SEU 2012/13 bis SEU 2015/16 n=17.795)¹⁵ (einschließlich der Teilnahme an der U7a) fehlte mindestens eine Untersuchung in der Reihe U1-U9 (SEU 2004/05 bis SEU 2010/11: 24,8%). Dieser Anteil unterschied sich nach dem Migrationshintergrund: 30,8% aller Kinder mit Migrationshintergrund gegenüber 19,5% aller Kinder ohne Migrationshintergrund konnten keine lückenlose Untersuchungsreihe nachweisen.

Berücksichtigt man ausschließlich die Kinder mit einem U-Heft (n=15.815) und ohne Berechnung der U7a – eine positive Vorauswahl – hatten 18,0% der Kinder eine lückenhafte Untersuchungsreihe: 11,1% der Kinder ohne, 18,8% der Kinder mit einseitigem und 24,4% der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund.

6. Teilnahme an den Schutzimpfungen

Die Impfraten geben nicht nur Auskunft über den **individuellen Impfschutz des Kindes**, sondern auch über den kollektiven Impfschutz, der innerhalb einer Bevölkerung besteht, wenn genügend Individuen immun gegen den Erreger sind, um dessen Verbreitung zu unterbinden (**„Herdenimmunität“**).¹⁶

Gegenüber dem Auswertungsintervall SEU 2004/05 bis SEU 2010/11

- konnten die Impfraten gegen Masern, Mumps und Röteln, Pertussis, Hepatitis B und Hib **verbessert** werden, ebenso die Impfraten gegen Varizellen, Meningokokken und Pneumokokken (nur SEU 2011/12 bis SEU 2015/16). Die Impfung gegen Hepatitis A wurde kaum in Anspruch genommen,
- hat sich der Impfschutz gegen Tetanus, Polio und Diphtherie sowie gegen FSME und Hepatitis A etwas **verschlechtert**,
- waren **Kinder mit Migrationshintergrund nach wie vor besser durchimpft** als Kinder ohne Migrationshintergrund.

¹³ Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres vom 18.6.2009

¹⁴ Die Teilnahmequoten variieren zwischen den Gesundheitsamtsbezirken stark (zwischen 39,7 und 99,3%). Daher liegen noch keine auswertbaren Datenreihen vor. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) (Hrsg.): Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/15, S. 75

¹⁵ Die Daten der SEU 2011/12 erwiesen sich hinsichtlich der Vorsorgeuntersuchungen als problematisch und wurden daher aus der Berechnung ausgeschlossen.

¹⁶ Herdenimmunität kann nur bei Krankheiten entstehen, die ausschließlich zwischen Menschen übertragen werden, z.B. nicht bei Tetanus und FSME. Der Schwellenwert für die Impfrate, ab der eine Herdenimmunität gewährleistet ist, hängt von der Basisreproduktionszahl der Krankheit ab, d.h. von der Zahl der Fälle, die eine Infektion nach sich zieht.

Tab. 1: Impfraten in Nürnberg und Bayern (% Kinder mit einer nachgewiesenen abgeschlossenen Grundimmunisierung)

	Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3	Spalte 4	Spalte 5	Spalte 6
Vollständige Impfung gegen	Nürnberg SEU 2015/16	Nürnberg LGL SEU 2015/16*	Bayern LGL 2015/16*	Nürnberg SEU 2004/05-2010/11	Nürnberg SEU 2011/12-2015/16	Notwendige Impfrate für die Herdenimmunität der Gesamtbevölkerung¹⁷
Polio mind. 3 I.	95,3	96,2	95,6	96,4	96,0	80-85
Tetanus mind. 3 I.	96,3	97,2	97,2	97,9	97,1	-
Diphtherie mind. 3 I.	95,5	96,4	96,3	97,5	96,4	80-85
Masern mind. 2 I.	91,6	92,6	91,3	82,1	91,9	Mind. 1 I. 92-95 Mind. 2 I. 95 ¹⁸
Mumps mind. 2 I.	91,4	92,4	91,0	81,3	91,6	Mind. 1 I. 90-92 ¹⁹
Röteln mind. 2 I.	91,4	92,4	91,0	81,2	91,6	Mind.1 I. 85-87
Pertussis mind. 4 I.	95,6	96,4	95,5	91,7	96,2	92-95
Hepatitis B mind. 3 I.	88,6	89,2	86,0	86,9	89,1	unbekannt
Hib mind. 3 I.	94,1	94,9	93,9	92,8	95,0	80-85
Varizellen	64,2	64,2	75,7	-	64,2	85-90

Quelle: Datensätze aus der SEU für die Schuljahre 2004/05 bis 2010/11 und 2011/12 bis 2015/16 des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg, bearbeitet durch Dr. R. Wittenberg, *Indikatorenansatz des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Indikator 07.14 und 07.13, Stand 8.11.2017, eigene Berechnungen

Im Regionalvergleich der Impfraten²⁰ war der Impfschutz der Nürnberger Schulanfänger/-innen mindestens ebenso gut wie bayernweit, mit Ausnahme der Impfung gegen Varizellen. (vgl. Tab. 1, Spalten 2 und 3)

Auch gewährleisteten die Nürnberger Impfungen die sog. „Herdenimmunität“²¹ gegen Polio, Diphtherie, Mumps, Röteln, Pertussis und Hib. Die Impfungen gegen Masern und Varizellen lagen jedoch unter dem erforderlichen Schwellenwert. (vgl. Tab. 1, Spalten 1, 5 und 6)

¹⁷ vgl. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Der Impfstatus der Kinder in Bayern –Update 2006, Gesundheitsmonitor 4/ 2006, S. 2

¹⁸ Von der WHO empfohlene Impfrate für die zweite Masernimpfung. Quelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Der Impfstatus der Kinder in Bayern –Update 2010, Gesundheitsreport Bayern 1/2010, S. 2

¹⁹ Gegen Masern, Mumps und Röteln sind jeweils 2 Impfungen vorgesehen, die in der Regel als Kombinationsimpfung verabreicht werden (MMR). Als vollständige Grundimmunisierung sind 2 Impfungen definiert. Die Angaben zur Herdenimmunität für diese Impfungen in obenstehender Tabelle beziehen sich auf mind. 1 Impfung. Da die Impfungen für mind. 1 Impfung in der Regel höher sind als die Impfungen für mind. 2 Impfungen, ist die Herdenimmunität gegen Mumps und Röteln in Nürnberg gegeben.

²⁰ Aufgrund der hier verwendeten Datenbasis (**Exportdateien** des Gesundheitsamtes) sind die Impfungen, berechnet aus den Daten des Gesundheitsamtes nicht direkt mit den Impfungen des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) vergleichbar.

²¹ vgl. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Der Impfstatus der Kinder in Bayern –Update 2006, Gesundheitsmonitor 4/ 2006, S. 2

7. Die „Gewichtssituation“ der Kinder

Der Body-Mass-Index (BMI)²² - berechnet aus der Körpergröße und dem –gewicht des Kindes, ist die Grundlage für die Bewertung der „Gewichtssituation“ des Kindes. Der durchschnittliche BMI betrug im aktuellen Auswertungszeitraum SEU 2011/12 bis SEU 2015/16 15,8 für Jungen und 15,7 für Mädchen. Das Medianalter der Kinder war 5,9 Jahre.

Der aktuellen Auswertung lagen zur Bewertung der BMI-Werte, ausgehend vom Medianalter 5,9 Jahre (SEU 2011/12 bis SEU 2015/16), die **Perzentilwerte für das Alter 6,0 Jahre** zugrunde. Daher sind die Ergebnisse nur für einen orientierenden Vergleich mit den Ergebnissen des vorhergehenden Auswertungsintervalls SEU 2004/05 bis 2010/11 geeignet, die auf den Referenzwerten in Altersabstufungen von 6 Monaten beruhen.²³ Körpergröße, -gewicht und Geschlecht waren als Voraussetzungen zur Einstufung des Körperbaus der Kinder für 18.701 Kinder gegeben. (zum Verfahren der Bewertung der BMI-Werte s. Anlage Punkt 1)

Tab. 2: Die „Gewichtssituation“ SEU 2004/05 bis SEU 2010/11 und SEU 2011/12 bis SEU 2015/16 (gültige %)

	Jungen		Mädchen	
	SEU 2004/05 bis SEU 2010/11	SEU 2011/12 bis SEU 2015/16	SEU 2004/05 bis SEU 2010/11	SEU 2011/12 bis SEU 2015/16
Starkes Untergewicht	1,9	3,2	2,8	3,0
Moderates Untergewicht	5,6	5,5	6,7	5,8
Normalgewicht	82,0	80,2	80,3	80,9
Moderates Übergewicht	5,7	6,2	5,8	6,1
Starkes Übergewicht	4,8	4,9	4,4	4,2

Quelle: Datensätze aus der SEU für die Schuljahre 2004/05 bis 2010/11 und 2011/12 bis 2015/16 des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg, bearbeitet durch Dr. R. Wittenberg, eigene Berechnungen

Insgesamt wurden 8,7% der Jungen (n=845) und 8,8% (n=792) der Mädchen als untergewichtig eingestuft (SEU 2004/05 bis 2010/11: 7,5% der Jungen und 9,5% der Mädchen), **11,1% der Jungen (n=1.072) und 10,3% der Mädchen (n=928) als übergewichtig** (SEU 2004/05 bis 2010/11: 10,5% der Jungen und 10,2% der Mädchen). **Normalgewicht wiesen 80,2% der Jungen und 80,9% der Mädchen auf** (SEU 2004/05 bis 2010/11: 82,0% der Jungen und 80,3% der Mädchen).

Im (orientierenden) Vergleich zum Auswertungszeitraum SEU 2004/05 bis SEU 2010/11 hat sich der Anteil stark untergewichtiger Kinder,²⁴ vor allem Jungen sowie der Anteil moderat übergewichtiger Jungen und Mädchen erhöht, während der Anteil moderat untergewichtiger Kinder, vor allem Mädchen zurückgegangen ist. (vgl. Tab. 2)

Betrachtet man zusätzlich den Migrationshintergrund der Kinder (n=18.009), zeigte sich wie schon im vorhergehenden Auswertungsintervall SEU 2004/05 bis SEU 2010/11 eine **Abstufung der**

²² Der BMI-Wert ist errechnet sich aus $\frac{\text{Körpergewicht}}{\text{Größe}^2}$

²³ Die Entscheidung für diese Vorgehensweise wurde in Abstimmung zwischen der GBE des Gesundheitsamtes und den Koordinatorinnen der Stadtteilprojekte getroffen.

²⁴ Der Stichtag für die Einschulungsuntersuchung ist seit der SEU 2010/11 der 30.9. Er wurde nach hinten verschoben. Daher sind die Kinder im aktuellen Auswertungsintervall SEU 2011/12 bis 2015/16 jünger. Der Anteil untergewichtiger Kinder ist daher überschätzt.

„Gewichtssituation“ der Kinder nach ihrem Migrationshintergrund (vgl. Abb. 1 und Abb. 2): Die jeweils „günstigste“ Situation fand sich bei den Kindern ohne Migrationshintergrund und die jeweils „ungünstigste“ bei den Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund hinsichtlich

- **des Normalgewichts:** 84,1% der Jungen und 84,3% der Mädchen ohne Migrationshintergrund wurden als normalgewichtig eingestuft gegenüber 76,0% der Jungen und 77,6% der Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund
- **der Prävalenz von Übergewicht:** 7,0% der Jungen und 6,8% der Mädchen ohne Migrationshintergrund hatten Übergewicht gegenüber 14,9% Jungen und 12,4% Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund.

Untergewicht: 9,2% der Jungen und 9,0% der Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund wurden als untergewichtig eingestuft. Die „günstigste“ Situation wiesen hier jedoch die Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund auf (7,5% der Jungen und 7,9% der Mädchen).

Auch bayernweit „hat der Migrationshintergrund einen deutlichen Einfluss auf das Gewicht der Kinder: Kinder ohne Migrationshintergrund sind häufiger unter- und normalgewichtig als Kinder mit ein- und beidseitigem Migrationshintergrund. Der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder steigt mit zunehmendem Migrationshintergrund an; Adipositas tritt bei den Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund mehr als doppelt so häufig auf (6,0%) als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (2,4%)...Dieser Zusammenhang zeigte sich bereits in den letzten Jahrgängen der Schuleingangsuntersuchung.“²⁵ (Bayern SEU 2014/15) Neben der sozialen Lage kommen dabei auch kulturelle Prägungen des Ernährungs- und Freizeitverhaltens zum Tragen.“²⁶

Die erwarteten Normwerte lt. Definition wurden überschritten hinsichtlich Adipositas (Normwert: 3%) durch Jungen und Mädchen mit einseitigem und von Jungen mit beidseitigem Migrationshintergrund,

- hinsichtlich starken Untergewichts (Normwert: 3%) durch Jungen und Mädchen mit einem beidseitigen Migrationshintergrund. (vgl. Abb. 1 und Abb. 2)

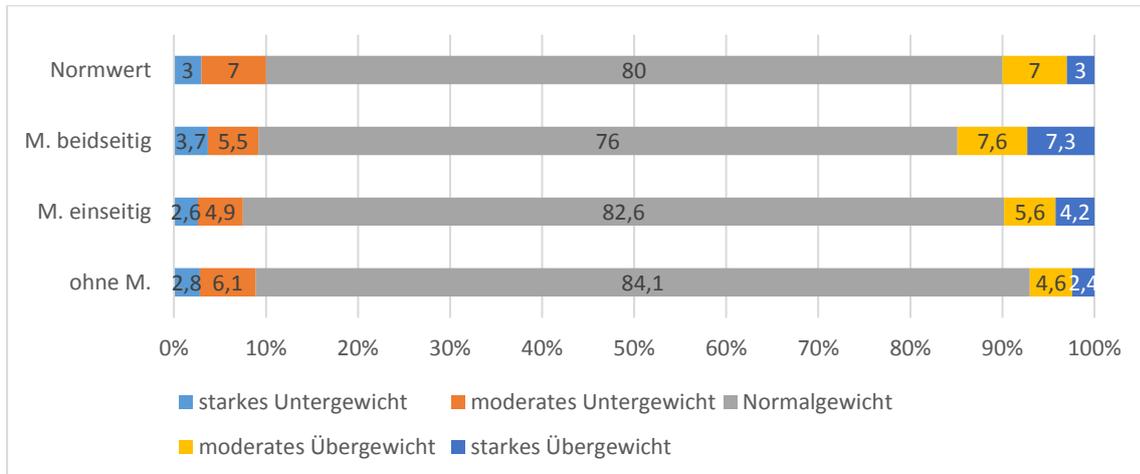
Die Normwerte lt. Definition wurden unterschritten

- hinsichtlich des Normalgewichts (Normwert: 80,0%) durch Jungen und Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund. (vgl. Abb. 1 und Abb. 2)

²⁵ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) (Hrsg.): Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/15, S. 40

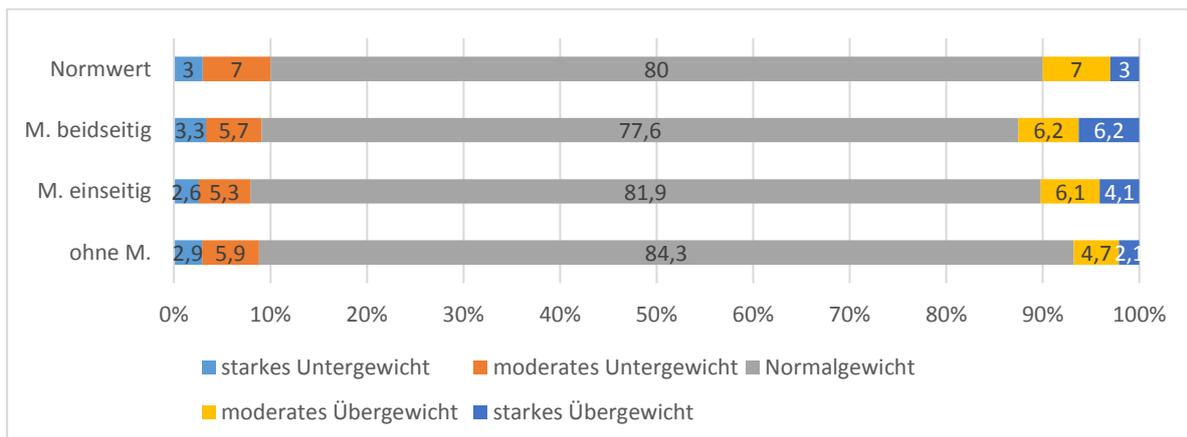
²⁶ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Adipositas in Bayern – Update 2012, Gesundheitsreport Bayern 1/2012, S. 2

Abb. 1: „Gewichtssituation“ der Jungen nach dem Migrationshintergrund (M.) (gültige %) SEU 2011/12 bis 2015/16



Quelle: Datensätze aus den SEU für die Schuljahre 2011/12 bis 2015/16 des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg, bearbeitet durch Dr. R. Wittenberg, eigene Berechnungen

Abb. 2: „Gewichtssituation“ der Mädchen nach dem Migrationshintergrund (M.) (gültige %) SEU 2011/12 bis 2015/16



Quelle: Datensätze aus den SEU für die Schuljahre 2011/12 bis 2015/16 des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg, bearbeitet durch Dr. R. Wittenberg, eigene Berechnungen

8. Testung der sprachlichen und visuomotorischen Fähigkeiten – Ergebnisse aus dem Screening

Die Sprachentwicklung ist eine wesentliche Voraussetzung für die spätere schulische Entwicklung des Kindes und sollte bis zum Schuleintritt abgeschlossen sein. Im Screening getestet werden

- **Lautbildungsstörungen:** Störungen der Lautbildung (Dyslalie) bezeichnen Schwierigkeiten in der Aussprache und Artikulation einzelner Laute bzw. Lautverbindungen,
- **Wort-/ Satzbildungsstörungen:** Eine Wort-/ Satzbildungsstörung liegt vor, wenn ein Kind Sätze falsch oder unvollständig bildet.

Betrachtet man alle Kinder, die sich dem Screening unterzogen haben, ergab sich ein Anteilswert von 18,9% Jungen (n=2.128) und 11,3% Mädchen (n=1.188), die mindestens eine Auffälligkeit bei der Testung der Lautbildung aufwiesen. Dies waren niedrigere Werte im Vergleich zum vorhergehenden Auswertungszeitraum 2004/05 bis 2010/11 (25,4% der Jungen und 17,1% der Mädchen). Betrachtet man nur die Kinder, bei denen die Testung durchgeführt werden konnte

(95,6% der Kinder, n=20.774),²⁷ wurde bei 19,8% der Jungen und 11,8% der Mädchen mindestens eine Lautbildungsstörung festgestellt. **Jungen waren somit deutlich häufiger von einer Lautbildungsstörung betroffen als Mädchen.**

Im Unterschied dazu ist die Häufigkeit der Wort-/Satzbildungsstörungen bei Jungen und Mädchen gegenüber dem vorhergehenden Auswertungsintervall 2004/05 bis 2010/11 gestiegen von 19,1% auf 21,0% der Jungen und von 15,7% auf 17,1% der Mädchen.

Betrachtet man Laut-, Wort- und Satzbildungsstörungen zusammen (n=19.920), wurde bei 33,4% der Jungen und 25,0% der Mädchen mindestens eine Störung in der Sprachentwicklung (Lautbildung und/oder Wort-/ Satzbildung) festgestellt.²⁸ Es wurde eine deutliche Abstufung nach dem Migrationshintergrund der Kinder sichtbar: **Mehr als doppelt so oft waren Jungen und Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund betroffen im Vergleich zu den Jungen und Mädchen ohne Migrationshintergrund.** (vgl. Tab.2)

Tab. 2: Jungen und Mädchen mit mindestens einem auffälligen Befund in der Sprachentwicklung (% der Jungen und Mädchen nach dem Migrationshintergrund n=19.920) Durchschnitt SEU 2011/12 bis 2015/16

	Jungen	Mädchen
Ohne Migrationshintergrund	20,3	13,6
Migrationshintergrund einseitig	22,3	14,9
Migrationshintergrund zweiseitig	47,7	38,4
alle	33,4	25,0

Quelle: Datensätze aus den SEU für die Schuljahre 2011/12 bis 2015/16 des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg, bearbeitet durch Dr. R. Wittenberg, eigene Berechnungen

Es ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass der stärkste Faktor für die häufigere Betroffenheit der Kinder mit Migrationshintergrund durch auffällige Testergebnisse in dem durchgeführten Entwicklungsscreening der im Durchschnitt niedrigere Sozialstatus der Eltern ist, und dass der Migrationshintergrund nur in Verbindung mit unzureichenden Deutschkenntnissen von Kind oder Eltern(-teil) die Testergebnisse signifikant beeinflusst.²⁹

Die Dauer des Kindergartenbesuchs (Jahre) scheint positiv auf die Sprachentwicklung der Kinder zu wirken: Ab einer Dauer von 2 Jahren ging der Anteil der Kinder mit mindestens einer Lautbildungsstörung ebenso zurück wie der Anteil der Kinder mit mindestens einer Wort-/ Satzbildungsstörung ab einem Kindergartenbesuch von 1 Jahr. (Tab. 3)

Tab. 3: Anteil der Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit in der Sprachentwicklung (% der Kinder nach der Dauer des Kindergartenbesuchs n=12.491) SEU 2012/13 bis SEU 2015/16

Dauer des Kindergartenbesuchs	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 J. und mehr	5 J. und mehr
Mind. 1 Auff. in der Lautbildung (n=12.491)	22,0	22,2	14,0	11,0	-
Mind. 1 Auff. in der Wort-/ Satzbildung (n=12.393)	54,9	42,3	21,5	11,0	4,4

²⁷ Die Beurteilung der sprachlichen Fähigkeiten war aufgrund **mangelnder Deutschkenntnisse** für 2,7% der Jungen (n=285) und für 2,3% der Mädchen(n=221) nicht möglich. Dies betraf vor allem Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund (4,8% der Jungen und 4,1% der Mädchen).

²⁸**Zur Orientierung:** In Bayern (SEU 2014/15) hatten 25,2% der Kinder (gültige %) mindestens eine Sprachstörung. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) (Hrsg.): Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/15, S. 47

²⁹ vgl. a.a.O. S. 203

Quelle: Datensätze aus den SEU für die Schuljahre 2012/13 bis 2015/16 des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg, bearbeitet durch Dr. R. Wittenberg, eigene Berechnungen

Die Entwicklung der **visuomotorischen Fähigkeiten** der Kinder sind vor allem für das Schreibenlernen wichtig (Schriftbild, Schreibtempo). Sie werden getestet im Rahmen des SEU-Screenings durch das Abzeichnen geometrischer Formen (Kreis, Quadrat, Dreieck und Raute) unterschiedlichen Schwierigkeitsgrades.³⁰

Die Häufigkeit von Problemen beim Formenzeichnen nahm erwartungsgemäß mit dem Schwierigkeitsgrad der Formen zu: vom Kreis (3,3%) über das Quadrat (3,4%) und das Dreieck (8,7%) bis zur Raute (27,6%). Im Vergleich zum vorhergehenden Auswertungszeitraum 2004/05 bis 2010/11 haben sich die Probleme beim Zeichnen geometrischer Formen reduziert: von 35,0% auf 30,4% der Jungen und von 29,7% auf 26,2% der Mädchen. **Nach wie vor aber hatten Jungen deutlich etwas häufiger Schwierigkeiten beim Zeichnen geometrischer Figuren als Mädchen (30,4% der Jungen und 26,2% der Mädchen).** Die Unterschiede bei einer Differenzierung nach Migrationshintergrund waren eher gering.

Kinder mit mehreren Problemen beim Zeichnen wiesen auch besonders häufig auch mindestens ein Problem in der sprachlichen Entwicklung auf. (vgl. Tab. 4)

Tab. 4: Anteil der Kinder mit mindestens einem Problem beim Zeichnen geometrischer Formen und Anteil der Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit in der Sprachentwicklung (Laut-/Wort-/Satzbildung) Screening SEU 2011/12 bis SEU 2015/16

Zahl der Auffälligkeiten (Auff.) im Formenzeichnen	Keine Auff.	1 Auff.	2 Auff.	3 Auff.	4 Auff.
Mind. 1 Wort-/Satzbildungsstörung	16,8	24,2	35,4	47,5	41,5
Mind. 1 Lautbildungsstörung	13,8	16,2	26,5	44,0	48,7

Quelle: Datensätze aus den SEU für die Schuljahre 2011/12 bis 2015/16 des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg, bearbeitet durch Dr. R. Wittenberg, eigene Berechnungen

9. Auswertung nach Sozialraumtyp und Grundschulsprenkel

9.1 Sozialraumtypen

Sozialraumtypen sind ein räumliches Bezugssystem, das vom Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth regelmäßig generiert wird. Grundlage sind Daten zur Bevölkerungs- Sozial- und städtebaulichen Struktur auf Distriktsebene. **Sie beschreiben die „strukturelle Heterogenität der Stadtgesellschaft“**, sind ein Index zur Einschätzung des Armutspotentials und der sozialen Belastungen innerhalb der Stadt und daher eine wichtige Planungsgrundlage. (Beschreibung der Sozialraumtypen und Karte Sprengel/ Sozialraumtypen, s. Anlage Punkt 2)

Die GS Sprengel sind in ihrer Sozialraumzugehörigkeit in der Regel nicht homogen. Ihre Zuordnung zu Sozialraumtypen wurde aufgrund der Typisierung der Distrikte vorgenommen, aus denen sich Sprengel zusammensetzten.³¹

Der größte Anteil der gescreenten Kinder lebte in GS Sprengeln des Typs 4 oder des überwiegenden Typs 4 (32,5%, n=7.033), d.h. sie entstammten einem Umfeld mit aufgelockerter

³⁰ vgl. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) (Hrsg.): Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/15, S. 47

³¹ Überwiegende Zugehörigkeit bedeutet, dass mehr als die Hälfte der Distrikte demselben Sozialraumtyp angehörten. In den „Mischtypen“ kamen alle genannten Sozialraumtypen gleich oft vor. Eine Gewichtung nach der Anzahl der Kinder in den Distrikten wurde nicht vorgenommen.

Bebauung, stabiler Wohndauer und weitgehend ohne soziale Belastungen. Beinahe genauso hoch war jedoch der Anteil der Kinder aus dem (überwiegenden) Sozialraumtyps 2 (30,0%, n=6.490), dem Sozialraumtyp mit dem größten Armutspotential. 19,3% (n=4.185) lebten im durchschnittlich strukturierten Sozialraumtyp (überwiegend) 3 und weitere 18,1% (n=3.948) in Sozialraumtyp (überwiegend) 1 und in ihrer Sozialraumzugehörigkeit heterogenen GS Sprengeln.

Die Merkmale, die auf der Ebene der GS Sprengel und der Sozialraumtypen ausgewertet wurden, entstammten dem Anamnesebogen und dem Screening. Bei der kleinräumigen Betrachtung der Befunde aus der SEU darf nicht vergessen werden, dass es sich um „einen **Blick zurück**“ in die **vorschulische Lebensphase** handelt, in der der familiären Situation, dem Besuch von Kindertagesstätten sowie dem sozialen und städtebaulichen Umfeld der Kinder die wichtigste Rolle für das „gesunde Aufwachsen“ vor der Einschulung zukommt.

9.2 Auswahl und Definition der Merkmale

Impfstatus: Auf der Ebene der GS Sprengel wurde der Impfstatus der Kinder anhand der **Schutzimpfungen gegen Tetanus und Masern** bewertet. Tetanus erschien hierzu geeignet aufgrund der Schwere der Krankheit und auch aufgrund rückläufiger Impfraten. 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.³²

Kleinräumig dargestellt wurde der Anteil der Kinder ohne, ohne ausreichende oder ohne Nachweis einer vollständigen Grundimmunisierung an allen gescreenten Kindern im Grundschulsprengel (GS Sprengel).

2,9% der Kinder (n=581) hatten keine, keine ausreichende oder keinen Nachweis der Grundimmunisierung gegen Tetanus. Die Spannweite dieses Anteils bewegte sich zwischen den GS Sprengeln zwischen 0,9% und 5,8%.

8,0% der Schulanfänger/-innen (n=1.575) hatten keine oder keine ausreichende Grundimmunisierung gegen Masern oder konnten diese nicht nachweisen. Die Spannweite war hier größer: zwischen 3,3% und 13,6%.

Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U1-U9: Die vollständige Teilnahme an allen 9 Vorsorgeuntersuchungen dient als wichtige präventive Maßnahme der Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden.

Die Berechnungen auf der Ebene der GS Sprengel wurden mit den Daten ab der SEU 2012/13 durchgeführt, unter Ausschluss der U7a (n= 17.784).³³ Die Berechnungen gaben den Anteil der Kinder an allen im GS Sprengel gescreenten Kindern wieder, in deren Untersuchungsreihe U1-U9 mindestens eine Untersuchung fehlte.

Der Anteil der Kinder mit einer unvollständigen Untersuchungsreihe U1-U9 betrug stadtweit 16,0% mit einer Spannweite in den Sprengeln zwischen 5,4% und 28,2%.

Testung der sprachlichen und visuomotorischen Fähigkeiten - Befunde aus dem Screening: Die Entwicklung der Wort-/ Satzbildung und der visuomotorischen Fähigkeiten sind wesentliche Voraussetzungen für die spätere schulische Entwicklung des Kindes.

³²Robert-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

³³ Die Daten der SEU 2011/12 zu diesem Punkt erschienen problematisch, und die U7a war in Bayern noch nicht flächendeckend etabliert.

Auf der Ebene der GS Sprengel lag der Anteil der Kinder an den im GS Sprengel gescreenten Kinder vor, die mindestens einen auffälligen Befund bei der Testung ihrer Fähigkeiten in der Wort-/Satzbildung und im Zeichnen geometrischer Formen aufwiesen.

Gesamtstädtisch hatten 19,7% aller Kinder (n=4.155) mindestens eine Auffälligkeit in der Wort-/Satzbildung und 28,3% (n=6.156) mindestens ein Problem beim Formenzeichnen. Die Werte in den GS Sprengeln streuten von 4,2% bis 37,0% hinsichtlich der Auffälligkeiten in der Wort-/Satzbildung und von 6,6% bis 53,6% hinsichtlich der Auffälligkeiten beim Formenzeichnen.

Gewichtssituation: Die „Gewichtssituation“ der Kinder wurde auf der Basis des Body-Mass-Index (BMI) ermittelt anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Normwerte für Kinder aus dem Referenzsystem von KROMEYER-HAUSCHILD für das Alter 6,0 Jahre.

Auf der Ebene der GS Sprengel wurde der Anteil der Kinder von starkem und moderatem Untergewicht zusammengefasst dargestellt sowie moderates und starkes Übergewicht, jeweils bezogen auf die Kinder im GS Sprengel, für die die Daten zur Berechnung des BMI (Körpergewicht und- größe) vorlagen. (n=18.701)

8,8% der Kinder (n=1.687) wurden als untergewichtig eingestuft, 6,1% als moderat übergewichtig (n=1.148) und 4,5% als stark übergewichtig (adipös) (n=851). 80,6% der Kinder wiesen Normalgewicht auf (n=15.015).

Die Werte in den GS Sprengeln für Untergewicht bewegten sich zwischen 2,6% und 19,2%, für moderates Übergewicht zwischen 2,6% und 9,3% sowie für starkes Übergewicht zwischen 0,0% und 7,9%.

9.3 Ausgewählte Merkmale in den Sozialraumtypen

Im **Sozialraumtyp (überwiegend) 1 – dem City-Typ** mit schwacher Wohnbindung, und geprägt durch Singlehaushalte, fanden sich im Vergleich zu den anderen Sozialraumtypen die **höchsten Anteile von Kindern ohne, ohne ausreichende oder ohne nachgewiesene Schutzimpfung gegen Masern**, sowie die **höchsten Anteile von Kindern mit sprachlichen und/ oder visuomotorischen Problemen**. Die Werte für alle anderen Merkmale waren im Sozialraumtyp (überwiegend) 1 etwas niedriger als in der Gesamtstadt (Ausnahme: starkes Übergewicht). Kein GS Sprengel des Sozialraumtyps wies einen Maximalwert für eines der Merkmale auf. (vgl. Tab. 5)

Tab. 5: Sozialraumtyp 1 oder überwiegend Typ 1					
Anzahl der Kinder Screening: 775					
% der Kinder Screening: 3,5					
Anzahl der Sprengel: 3					
	Merkm. It. Definition im Sozialraumtyp	Sprengel Minimum	Sprengel Maximum	Spannbreite P.P.	Merkm. It. Definition Gesamtstadt
Tetanus	2,5	1,1	3,7	2,6	2,9
Masern	9,4	7,3	13,4	6,1	8,0
Vorsorgeuntersuchungen	15,1	12,2	17,3	5,1	16,0
Wort-/Satzbildung	26,7	25,0	29,9	4,9	19,7
Formenzeichnen	38,0	31,8	48,1	16,3	28,3
Untergewicht	8,7	7,6	9,4	1,8	8,8
Moderates Übergewicht	6,0	4,2	8,2	4,0	6,1

Starkes Übergewicht	4,7	1,9	6,9	5,0	4,5
---------------------	-----	-----	-----	-----	-----

Quelle: Datensätze aus den SEU für die Schuljahre 2011/12 bis 2015/16 des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg, bearbeitet durch Dr. R. Wittenberg, eigene Berechnungen

Sozialraumtyp (überwiegend) 2 – der sozial am stärksten belastete Sozialraumtyp, geprägt durch Einwohner/-innen mit Migrationshintergrund, wies in der Gesamtheit seiner GS Sprengel den **höchsten Anteil von Kindern ohne, ohne ausreichende oder mit nicht nachgewiesener Schutzimpfung gegen Tetanus** auf. Zudem hatte er den **höchsten Anteil von Kindern mit (moderatem und starkem) Übergewicht** und **gemeinsam mit dem Sozialraumtyp (überwiegend) 1 den höchsten Anteil von Kindern mit mindestens einer Wort-/Satzbildungsstörung**. Die GS Sprengel mit den **gesamstädtischen Maximalwerten für Wort-/Satzbildungsstörungen sowie für moderates und starkes Übergewicht** lagen ebenfalls in diesem Sozialraumtyp. Die Sprengel-Werte für Wort-/ Satzbildungsstörungen haben hier auch ihre größte Spannbreite unter den GS Sprengeln. Mit Ausnahme der Schutzimpfung gegen Masern und Untergewicht lagen die Werte für alle ausgewählten Merkmale im Sozialraumtyp über denen der Gesamtstadt. (vgl. Tab. 6)

Tab. 6: Sozialraumtyp 2 oder überwiegend Typ 2					
Anzahl der Kinder Screening: 6.490					
% der Kinder Screening: 30,0					
Anzahl der Sprengel: 11					
	Merkmal lt. Definition im Sozialraumtyp	Sprengel Minimum	Sprengel Maximum	Spannbreite P.P.	Merkmal lt. Definition Gesamtstadt
Tetanus	3,1	1,7	4,9	3,2	2,9
Masern	7,8	3,8	12,4	8,6	8,0
Vorsorgeuntersuchungen	19,0	14,0	26,3	12,3	16,0
Wort-/Satzbildung	26,8	11,9	37,0	25,1	19,7
Formenzeichnen	30,4	21,9	44,1	22,2	28,3
Untergewicht	8,7	5,7	18,7	13,0	8,8
Moderates Übergewicht	7,8	4,8	9,3	4,5	6,1
Starkes Übergewicht	6,3	4,2	7,9	3,7	4,5

Quelle: Datensätze aus den SEU für die Schuljahre 2011/12 bis 2015/16 des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg, bearbeitet durch Dr. R. Wittenberg, eigene Berechnungen

Sozialraumtyp überwiegend 3, unauffällig strukturiert, wies auch in den Merkmalsausprägungen seiner GS Sprengel **keine Auffälligkeiten** auf: Die Werte in den GS Sprengeln lagen allesamt unter dem jeweiligen gesamstädtischen Wert, und die Werte für die Schutzimpfungen gegen Tetanus und Masern entsprachen diesen. Die Spannbereite zwischen den GS Sprengeln des Sozialraumtyps in Bezug auf die Schutzimpfung gegen Tetanus war hier am höchsten. (vgl. Tab. 7)

Tab. 7: Sozialraumtyp überwiegend Typ 3					
Anzahl der Kinder Screening: 4.185					
% der Kinder Screening: 19,3					
Anzahl der Sprengel: 9					
	Merkmal lt. Definition im Sozialraumtyp	Sprengel Minimum	Sprengel Maximum	Spannbreite P.P.	Merkmal lt. Definition Gesamtstadt
Tetanus	2,9	0,9	4,6	3,7	2,9
Masern	8,0	3,3	13,1	9,8	8,0
Vorsorgeuntersuchungen	14,4	10,0	21,3	11,3	16,0
Wort-/Satzbildung	21,2	15,0	31,7	16,7	19,7

Formenzeichen	27,9	15,9	48,0	32,1	28,3
Untergewicht	6,4	3,6	7,7	4,1	8,8
Moderates Übergewicht	5,8	4,2	8,1	3,9	6,1
Starkes Übergewicht	4,3	2,8	6,6	3,8	4,5

Quelle: Datensätze aus den SEU für die Schuljahre 2011/12 bis 2015/16 des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg, bearbeitet durch Dr. R. Wittenberg, eigene Berechnungen

Der aus **Sozialraumtyp (überwiegend) 2 und Sozialraumtyp überwiegend 3** kombinierte Typ wies die **höchsten Werte** und gleichzeitig auch die **sprengelbezogenen gesamtstädtischen Maxima** für den Anteil von Kindern mit einer **lückenhaften Untersuchungsreihe** und mit **Untergewicht** auf. Auch der sprengelbezogene Maximalwert für **Schwierigkeiten im Formenzeichen** befand sich in dem Sozialraumtyp. Die Werte für alle anderen Merkmale waren – mit Ausnahme der beiden Schutzimpfungen – höher als in der Gesamtstadt. Die GS Sprengel des Sozialraumtyps hatten die größte Spannweite in ihren Werten für moderates Übergewicht. (vgl. Tab. 8)

Tab. 8: Mischtyp aus Sozialraumtyp 2 und Sozialraumtyp 3

Anzahl der Kinder Screening: 2.320

% der Kinder Screening: 10,7

Anzahl der Sprengel: 4

	Merkmale It. Definition im Sozialraumtyp	Sprengel Minimum	Sprengel Maximum	Spannbreite P.P.	Merkmale It. Definition Gesamtstadt
Tetanus	2,5	1,8	3,2	1,4	2,9
Masern	7,4	5,9	11,0	5,1	8,0
Vorsorgeuntersuchungen	20,7	14,7	28,2	13,5	16,0
Wort-/Satzbildung	23,8	12,4	35,6	23,2	19,7
Formenzeichen	30,5	19,0	53,6	34,6	28,3
Untergewicht	11,0	6,9	19,2	12,3	8,8
Moderates Übergewicht	7,2	4,4	8,9	4,5	6,1
Starkes Übergewicht	5,2	4,2	7,0	2,8	4,5

Quelle: Datensätze aus den SEU für die Schuljahre 2011/12 bis 2015/16 des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg, bearbeitet durch Dr. R. Wittenberg, eigene Berechnungen

Die Werte für alle Merkmale waren im **Sozialraumtyp (überwiegend) 4 – dem sozial entspanntesten Sozialraumtyp**, niedriger als die gesamtstädtischen Werte. Auch kamen mit Ausnahme der beiden Schutzimpfungen **keine Sprengel mit Maximalwerten** vor. Beinahe alle Merkmale (Ausnahme: Schutzimpfung gegen Tetanus und Wort-/ Satzbildungsstörungen) hatten jedoch die stadtwweit größte Spannweite zwischen den Werten für die einzelnen GS Sprengel im Sozialraumtyp. (vgl. Tab. 9)

Tab. 9: Sozialraumtyp 4 oder überwiegend Typ 4

Anzahl der Kinder Screening: 7.033

% der Kinder Screening: 32,5

Anzahl der Sprengel: 21

	Merkmale It. Definition im Sozialraumtyp	Sprengel Minimum	Sprengel Maximum	Spannbreite P.P.	Merkmale It. Definition Gesamtstadt
Tetanus	2,8	1,1	5,8	4,7	2,9
Masern	7,8	3,3	13,6	10,3	8,0
Vorsorgeuntersuchungen	12,3	5,4	21,7	16,3	16,0

Wort-/Satzbildung	9,4	4,2	23,1	18,9	19,7
Formenzeichnen	24,5	6,6	42,2	35,6	28,3
Untergewicht	8,1	2,6	18,8	16,2	8,8
Moderates Übergewicht	4,8	2,6	7,1	4,5	6,1
Starkes Übergewicht	2,7	0	6,8	6,8	4,5

Quelle: Datensätze aus den SEU für die Schuljahre 2011/12 bis 2015/16 des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg, bearbeitet durch Dr. R. Wittenberg, eigene Berechnungen

Der Sozialraumtyp 5 – neue Wohnquartiere für Familien mit Kindern und die junge Generation mit Migrationshintergrund - war für keinen der GS Sprengel prägend. Vielmehr gingen die Distrikte, die dem Sozialraumtyp 5 angehörten, in die Mischtypen ein, die sich aus den Sozialraumtypen 2, 3, 4 und 5 zusammensetzten.

Die **Mischtypen aus den Sozialraumtypen 2-5** hatten durchweg niedrigere Werte als die gesamtstädtischen Werte, auch gab es in dem Sozialraumtyp **keine GS Sprengel mit einem Maximalwert**, und die Spannbreite zwischen den Werten der GS Sprengel erreichte auch keine maximale Ausprägung. (vgl. Tab. 10)

Tab. 10: Mischtypen aus den Sozialraumtypen 2-5					
Anzahl der Kinder Screening: 853					
% der Kinder Screening: 3,9					
Anzahl der Sprengel: 3					
	Merkmal lt. Definition im Sozialraumtyp	Sprengel Minimum	Sprengel Maximum	Spannbreite P.P.	Merkmal lt. Definition Gesamtstadt
Tetanus	2,1	1,3	3,5	2,2	2,9
Masern	6,6	5,0	9,2	4,2	8,0
Vorsorgeuntersuchungen	15,7	11,9	18,1	6,2	16,0
Wort-/Satzbildung	17,1	12,6	24,6	12,0	19,7
Formenzeichnen	23,0	18,0	26,2	8,2	28,3
Untergewicht	9,0	6,1	13,3	7,2	8,8
Moderates Übergewicht	5,9	4,1	7,1	3,0	6,1
Starkes Übergewicht	4,3	4,1	4,5	0,4	4,5

Quelle: Datensätze aus den SEU für die Schuljahre 2011/12 bis 2015/16 des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg, bearbeitet durch Dr. R. Wittenberg, eigene Berechnungen

10. Handlungsfelder

Handlungsfelder, die sich aus den Auswertungen der Daten aus den SEU 2011/12 bis SEU 2015/16 und, soweit möglich, auch im Vergleich mit dem vorhergehenden Auswertungsintervall SEU 2004/05 bis SEU 2010/11 ergeben, erstrecken sich zielgruppenbezogen auf die Gesamtstadt, sozialraumbezogen auf städtische Teilgebiete sowie auf die einzelnen Grundschulen und Kindertagesstätten in den entsprechenden Sprengeln.

10.1 Zielgruppenbezogene Handlungsfelder

10.1.1 Jungen und Mädchen

Unterschiede zwischen **Jungen und Mädchen** zeigten sich, wie auch schon im vorhergehenden Auswertungsintervall SEU 2004/05 bis SEU 2010/11, in erster Linie in der **Entwicklung sprachlicher und visuomotorischer Fähigkeiten**. Jungen hatten im Vergleich zu Mädchen, wie auch schon im vorhergehenden Auswertungsintervall SEU 2004/05 bis SEU 2010/11, häufiger Probleme hinsichtlich

- der **Lautbildung**: 18,9% Jungen und 11,3% Mädchen mit sinkender Tendenz (SEU 2004/05 bis SEU 2010/11: 25,4% Jungen und von 17,1% Mädchen).
- der **Wort-/Satzbildung**: 21,0% Jungen und 17,1% Mädchen mit steigender Tendenz (SEU 2004/05 bis SEU 2010/11: 19,1% Jungen und 15,7% Mädchen).
- des **Zeichnens geometrischer Formen**: 30,4% der Jungen und 26,2% der Mädchen mit sinkender Tendenz (SEU 2004/05 bis SEU 2010/11: 35,0% Jungen und 29,7% Mädchen) (vgl. S. 9 und 10).

Die stets häufigere Betroffenheit von Jungen gegenüber Mädchen ist ein Hinweis auf die sog. „**Knabenwendigkeit**“ vieler Befunde, d.h. auf die Tatsache, dass sowohl allgemeine Entwicklungsstörungen, als auch umschriebene schulelevante Entwicklungsstörungen in Sprache und Motorik signifikant häufiger bei Jungen als bei Mädchen zu beobachten sind. Hier besteht einerseits ein genderbezogener Interventionsbedarf hinsichtlich der Beobachtung und Förderung der sprachlichen und visuomotorischen Entwicklung von Jungen, die außer den für die schulische Entwicklung relevanten Fähigkeiten auch die Neigungen und Präferenzen der Jungen in der Freizeit einschließt. Andererseits muss auch beachtet werden, dass ebenso bei den Mädchen noch ein deutlicher Förderbedarf besteht.

10.1.2 Migrationshintergrund

Unterschiede wurden weiterhin deutlich zwischen den Kindern mit und ohne **Migrationshintergrund**.

Bei Kindern mit Migrationshintergrund wurde die Teilnahme an präventiven Leistungen seltener als bei Kindern ohne Migrationshintergrund nachgewiesen. Es wurde häufiger – und mit steigender Tendenz gegenüber dem vorhergehenden Auswertungszeitraum SEU 2004/05 bis SEU 2010/11 – kein **U-Heft** beim Screening (9,9% gegenüber 3,2%) und häufiger kein **Impfbuch** (8,6% gegenüber 6,0%) vorgelegt. (vgl. S. 4)

Auch Lücken in der **vollständigen Teilnahme an der Untersuchungsreihe** selbst (U1-U9, einschl. U7a) waren bei ihnen im Vergleich zu den Kindern ohne Migrationshintergrund deutlich häufiger (30,8% gegenüber 19,5%), wurden aber im zeitlichen Verlauf etwas seltener (SEU 2004/05 bis SEU 2010/11: 31,9%), während sie bei den Kindern ohne Migrationshintergrund zunahmen (SEU 2004/05 bis SEU 2010/11: 14,4%).

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen seitens der Kinder mit Migrationshintergrund sollte gesteigert und ihre Dokumentation verbessert werden. Es muss aber bedacht werden, dass es auch künftig immer einen Anteil von Kindern geben wird, die aufgrund der Umstände ihrer Migration keine Untersuchungen wahrnehmen konnten bzw. bei denen diese nicht (mehr) dokumentiert sind.

Der Tendenz zur Verschlechterung der vollständigen Teilnahme an den Untersuchungen U1-U9 sollte entgegengewirkt werden: Es bedarf einer Verstärkung der Motivation der Personensorgeberechtigten, das Angebot der Krankenkassen wahrzunehmen und damit auch der gesetzlichen Verpflichtung zur Teilnahme gerecht zu werden.

Wie auch schon im vorhergehenden Auswertungszeitraum SEU 2004/05 bis SEU 2010/11, verfügten Kinder ohne Migrationshintergrund durchweg über einen schlechteren **Impfschutz** als Kinder mit Migrationshintergrund. Auch stellte der leichte Rückgang der Impfraten gegen Polio, Tetanus und Diphtherie (und FSME) bei allen Kindern eine bedenkliche Tendenz dar. Obwohl die Schwelle für die Sicherung der Herdenimmunität bei fast allen Schutzimpfungen erreicht wurde, unterschritten die Impfraten gegen Masern und Varizellen den erforderlichen Schwellenwert. (vgl. S. 5-6) Der Schwellenwert einer Impfrate von 95,0% gegen Masern und von 85,0%-90,0% gegen Varizellen sollte mindestens erreicht und die Impfraten gegen Polio, Tetanus, Diphtherie (und FSME) gesteigert werden. Da die Teilnahme an den Schutzimpfungen in Deutschland freiwillig ist, sollte die Impfbereitschaft der Eltern insgesamt, vor allem der Eltern ohne Migrationshintergrund,

gefördert werden und auch die Bedeutung der sog. „Herdenimmunität“ wieder stärker ins öffentliche Bewusstsein rücken.

Wie schon im vorhergehenden Auswertungsintervall SEU 2004/05 bis SEU 2010/11 zeigten sich Unterschiede in der „**Gewichtssituation**“ der Kinder nach dem Migrationshintergrund. Demnach befanden sich Kinder ohne Migrationshintergrund in der jeweils „günstigsten“ Situation und Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund in der „ungünstigsten“ Situation hinsichtlich des Anteils der Kinder mit Normalgewicht und des Anteils der Kinder mit Übergewicht. Auch bei der Prävalenz von Untergewicht wiesen Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund die höchsten Werte auf. (Vorlage S. 7)

Die erwarteten Anteilswerte der „Gewichtsklassen“ nach dem Referenzsystem von KROMEYER-HAUSCHILD wurden entsprechend überschritten von Jungen und Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund hinsichtlich des starken Untergewichts, des moderaten Übergewichts sowie von Jungen hinsichtlich des starken Übergewichts.

Die alters- und geschlechtsspezifische Interpretation der BMI-Werte gibt gerade im Kindesalter den körperlichen Entwicklungsstand des Kindes nicht in jedem Fall tatsächlich wieder. Auch wird die Definition von Über- und Untergewicht und dessen Bedeutung für die Gesundheit wissenschaftlich kontrovers diskutiert. Interventionen zur Reduktion der Abweichungen vom Normalgewicht sollten stets vor dem Hintergrund dieses Interpretationsrahmens entwickelt werden. So wird Untergewicht in Deutschland selten durch Nahrungsmangel verursacht. Vor allem bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund spielen ästhetische und lebensstilbezogene Vorstellungen von Kindern und Eltern bei der Bewertung von Untergewicht eine Rolle. Vor allem starkes Untergewicht, das das Längenwachstum und die mentale Reifung beeinträchtigen sowie das Immunsystem schwächen kann,³⁴ muss aber auch vor dem Hintergrund der Biographie und Herkunft der Kinder gesehen werden, als mögliche Folge vergangener Mangelsituationen, chronischer Krankheiten oder auch als Folge von Unterschieden im Körperbau nach der ethnischen Herkunft. Essstörungen dagegen treten im Vorschulalter (unabhängig vom Migrationshintergrund), soweit bisher bekannt, eher selten auf, werden dann häufiger in Form einer Essstörung mit Essattacken (binge eating disorder) beobachtet und führen meist zu einer gravierenden Adipositas.

Übergewicht, vor allem Adipositas, kann sich als Hypothek für die Gesundheit im Erwachsenenalter erweisen. Die nach dem Migrationshintergrund abgestufte Häufigkeit von moderatem Übergewicht und Adipositas 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.“³⁵ Hier sind es neben dem Elternhaus die Kindertagesstätten, die einen Einfluss auf das Bewegungs- und Ernährungsverhalten der Kinder nehmen können. Zudem sollte das physische Umfeld des Kindes im Stadtteil so gestaltet sein, dass es gefahrlos zu nutzen ist und zu Spiel und Bewegung anregt.

Auch hinsichtlich der sprachlichen und – in deutlich geringerem Ausmaß - hinsichtlich der **visuomotorischen Entwicklung** (Formenzeichnen) bestand ein Unterschied nach dem Migrationshintergrund. Demnach hatten Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund am häufigsten Probleme. Trotz der Verbesserung der feinmotorischen und lautbildnerischen Fähigkeiten der Kinder im zeitlichen Verlauf bildeten die Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund nach wie vor das „Schlusslicht“ hinsichtlich der Wort- und Satzbildung und der visuomotorischen Entwicklung. Der Förderung der motorischen und sprachlichen Fähigkeiten der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund vor der Einschulung kommt daher eine besondere Bedeutung zu. Hier sind eine gezielte Elternarbeit und Förderung in den Kindertagesstätten wichtig: Nicht zuletzt, da sich ein Zusammenhang zwischen der Dauer des Kindergartenbesuchs (Jahre) und dem Anteil der Kinder mit mindestens einer Auffälligkeit im

³⁴ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) (Hrsg.): Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2013/14, S. 35/36

³⁵ Bayer. Landesamt für Lebensmittelsicherheit und Gesundheit (Hrsg.): Adipositas in Bayerns – Update 2012, a.a.O.

Bereich Laut-/ Wort- Satzbildung zeigte und zudem Kinder mit einer größeren Zahl von Problemen beim Zeichnen auch besonders häufig Defizite in der sprachlichen Entwicklung aufwiesen. (vgl. S. 9-10)

Bei der Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich der **Sprachentwicklung** der Kinder und der entsprechenden Ableitung von Handlungsempfehlungen ist zu beachten, dass der stärkste Faktor für die häufigere Betroffenheit der Kinder mit Migrationshintergrund durch auffällige Testergebnisse in dem durchgeführten Entwicklungsscreening der im Durchschnitt niedrigere Sozialstatus der Eltern ist, und dass der Migrationshintergrund häufig nur in Verbindung mit unzureichenden Deutschkenntnissen von Kind oder Eltern(-teil) die Testergebnisse signifikant beeinflusst.³⁶ Dies sollte in der Diskussion über die Entwicklungsdefizite bei Kindern mit Migrationshintergrund hervorgehoben und dadurch auch die Grenzen individueller Förderung und Prävention aufgezeigt werden. Hier muss verhältnispräventiv auf gesellschaftspolitischer Ebene angesetzt werden.

10.2 sozialraumbezogene Handlungsansätze

Die Ergebnisse der kleinräumigen Auswertungen unter Berücksichtigung der Sozialraumzugehörigkeit der Grundschulsprenkel sollen Hinweise darauf geben, in welchen städtischen Teilräumen ein Handlungsbedarf besteht zur Verbesserung der gesundheitlichen Entwicklungschancen der Kinder.

In ihrer Gesamtheit wiesen die GS Sprengel, die (überwiegend) den Sozialraumtypen 3 und 4 angehörten, keine auffälligen Werte hinsichtlich der untersuchten Merkmale auf (Vorlage S. 11-12). Sozialraumtyp 3 ist durchschnittlich strukturiert und Sozialraumtyp 4 ist der Sozialraumtyp mit dem geringsten Potential sozialer Belastungen. Zusammen lebten in ihnen 51,7% der im Zeitraum SEU 2011/12 bis SEU 2015/16 gescreenten Kinder, d.h. mehr als die Hälfte der Kinder wuchs in „entspannten“ Sozialraumtypen auf. Im Einzelnen zeigte sich innerhalb des Sozialraumtyps 4 jedoch eine große Heterogenität zwischen den GS Sprengeln in Bezug auf fast alle ausgewählten Merkmale. Die Sprengel mit den gesamtstädtischen Maximalwerten für nicht oder unzureichend gegen Tetanus und Masern geimpfte Kinder befanden sich ebenfalls in diesem Sozialraumtyp.

Die Gesamtheit der GS Sprengel des (überwiegenden) Sozialraumtyps 2 wies im Vergleich zur Gesamtheit der GS Sprengel der anderen Sozialraumtypen die höchsten Werte sowie die gesamtstädtischen Maxima innerhalb der Grundschulen auf für moderates und starkes Übergewicht und Auffälligkeiten in der Wort-/ Satzbildung. Auch hatte die Gesamtheit dieser Sprengel den höchsten Anteil nicht oder ungenügend gegen Tetanus geimpfter Kinder. Im Sozialraumtyp 2 als der sozial am stärksten belastete Typ, lebten 30,0% der gescreenten Kinder und dieser Sozialraumtyp bildete auch den Schwerpunkt für diejenigen der ausgewählten Merkmale, die mit einem niederen sozialen Status bzw. einem Migrationshintergrund in Verbindung mit einem niederen sozialen Status einhergehen.

Die GS Sprengel des Sozialraumtyps 1 wiesen in ihrer Gesamtheit die höchsten Werte für nicht oder ungenügend gegen Masern geimpfte Kinder auf sowie für Kinder mit Auffälligkeiten in der Wort-/Satzbildung und im Formenzeichnen. Lücken in den Vorsorgeuntersuchungen sowie Untergewicht waren am häufigsten in GS Sprengeln zu finden, die einem Mischtyp aus den Typen 2 und 3 angehörten.

Neben dem Elternhaus bieten Kindertagesstätten und Schulen günstige Ansatzpunkte für ein gezieltes Vorgehen bei gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen im Stadtteil. Darüber hinaus gilt es, aus verhältnispräventiver Perspektive zu handeln. Dies bedeutet, in GS Sprengeln mit „ungünstigeren“ Ergebnissen, auch das unmittelbare Umfeld der Kinder - die familiäre und soziale Situation, in der sie aufwachsen und der sie gerade am Anfang ihres Lebens in besonderem Maße ausgesetzt sind, zugunsten positiver Entwicklungschancen zu beeinflussen. Hier wirken Bildungsgrad und Einkommen der Eltern entscheidend auf die Entwicklung ihrer Kinder

³⁶ vgl. a.a.O. S. 203

ein. Vor allem Sprengel mit einer überwiegenden Zugehörigkeit zum Sozialraumtyp 2 sollten hier auch im Hinblick auf die Situation des Elternhauses berücksichtigt werden.

Nicht zuletzt weist dies auf die Notwendigkeit hin, die physische Umgebung der Kinder so zu gestalten, dass sie Bewegungsfreiheit ohne gefährliche Barrieren bietet, z.B. im Hinblick auf den Straßenverkehr, und weitere Anstrengungen unternommen werden müssen, über mehr wohnungsnaher Grünflächen und Spielmöglichkeiten zu Bewegung zu motivieren. Neben den Fachplanungen der Stadtverwaltung (Gesundheit, Soziales, Verkehr und Umwelt) sowie dem Staatlichen Schulamt sind auch weitere Akteure, z.B. die Krankenkassen oder die freien Träger der Kindertagesstätten in dieser Hinsicht wichtige Akteure. Die Stadtteilprojekte des Gesundheitsamtes und das Stadtteilprojekt des Bildungszentrums in der Südstadt bieten gute Möglichkeiten für die Umsetzung einer problemnahen, kleinräumig verankerten Strategie.

10.3 Handlungsansätze in der Grundschule und Kindertagesstätten

Im Unterschied zum vorhergehenden Auswertungszeitraum SEU 2004/05 bis SEU 2010/11 wurde keine Positionierung der einzelnen GS Sprengel nach der Ausprägung der ausgewählten Merkmale vorgenommen zugunsten der Auswertung auf der Ebene der Sozialraumtypen. Zur Standortbestimmung für die einzelne Grundschule werden Profilblätter für jede Schule erstellt mit den Werten für den Sprengel im Vergleich zu den Werten für die Gesamtstadt. Die Blätter werden der jeweiligen Schulleitung zur Verfügung gestellt. Auch der im Rahmen der „Gesundheitsregion Plus“ etablierte Arbeitskreis „Gesund von -Anfang an“ unter Beteiligung der Akteure und Entscheidungsträger/-innen der Kinder- und Jugendarbeit (einschl. Träger der Kitas) sowie der Schulverwaltung soll dazu genutzt werden, praktische Konsequenzen aus den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung zu ziehen.