



B6

Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheits- berichterstattung für Nordrhein-Westfalen.

Anregungen für die kommunale Praxis am
Beispiel Kinder- und Jugendgesundheit.

LIGA.Praxis 1

Jan Amonn - Volker Kersting - Klaus Peter Strohmeier

Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen

**Anregungen für die kommunale Praxis am Beispiel Kinder- und
Jugendgesundheit**

August 2007

Impressum

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW)
Ulenbergstraße 127 – 131
40225 Düsseldorf
Telefon 0211 3101-0
Telefax 0211 3101-1189
www.liga.nrw.de
poststelle@liga.nrw.de

Namensbeiträge geben die Meinung der Verfasser wieder. Sie entsprechen nicht unbedingt der Auffassung des Herausgebers.

Layout
LIGA.NRW

Das LIGA.NRW ist eine Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen und gehört zum Geschäftsbereich des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Verbreitung und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des LIGA.NRW.

Düsseldorf, 2008

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	4
1. Kleinräumige Integration von Gesundheits- und Sozialberichterstattung	6
1.1 Soziale Lage, Gesundheit und Raum	6
1.2 Handlungsperspektiven	6
1.3 Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung	7
2. Die Auswahl von Gesundheitsindikatoren	8
2.1 Anknüpfungspunkt: Die Schuleingangsuntersuchung	8
2.2 Dimensionen der Kindergesundheit	9
2.3 Weitere Datenquellen	12
3. Die Wahl der räumlichen Bezugsebene	13
3.1 Die angemessene Gliederungsebene	13
3.2 Die Ausgangslage in den Kreisen	13
4. Die Auswahl von Kontextindikatoren	15
4.1 Orientierung an etablierten Merkmals- und Indikatorenkatalogen	15
4.2 Ergebnisse der Datenanalyse	17
5. Software zur Datenanalyse und -Visualisierung	19
Literatur	21
Anhang	
A) Kontextmerkmale und –Indikatoren	23
B) Gesundheitsindikatoren	31

Einleitung

Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat eine Forschergruppe der Ruhr-Universität Bochum¹ in Kooperation mit dem Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD) Möglichkeiten und Nutzen einer Zusammenführung der kommunalen Gesundheits- und Sozialberichterstattung zu einem integrierten kommunalen Monitoring auf Stadtteilebene untersucht²:

In zwei kreisfreien Städten und einem Kreis wurden Merkmale des Familienhintergrunds von Schulanfängern und Eigenschaften der Stadtteile, in denen sie wohnen, auf ihren Beitrag zur Erklärung und zur Prognose des Gesundheitszustands der Kinder analysiert. Dass Armut und ein geringer Bildungsstand der Eltern sich nachteilig auf den Gesundheitszustand der Kinder auswirken, ist mittlerweile gut erforscht und bekannt. Kinder der unteren sozialen Schichten z.B. werden besonders häufig mit unvollständigen Vorsorgeuntersuchungen, mit Übergewicht, mit Körperkoordinationsproblemen oder Sprachkompetenzdefiziten eingeschult. Gleiches gilt auch für die Kinder von Einwanderern. Umgekehrt sind es vor allem die Kinder der oberen Schichten, die einen unvollständigen Impfschutz bei der Einschulung aufweisen. Solche Merkmale der sozialen Lage der Familie werden mittlerweile in immer mehr Städten bei der Schuleingangsuntersuchung (SEU) als freiwillige Angaben der Eltern und unabhängig vom Verfahren der SEU vom Gesundheitsamt mit erhoben.

Neben den Unterschieden zwischen den sozialen Schichten sind die Unterschiede zwischen den Stadtteilen ein und derselben Stadt von Bedeutung.

Einige der wichtigsten Stadtteilmerkmale werden im Rahmen der kommunalen Pflichtstatistik, die jede Gemeinde für ihre Gemeindeteile führt, erfasst.

Merkmale sind u.a.

- der Anteil der nichtdeutschen Bevölkerung,
- die Geburtenrate,
- die Fluktuationen der Wohnbevölkerung,
- der Anteil der Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren,
- die Bevölkerungsdichte,
- der Anteil der Leistungsbezieher nach SGB II an der Wohnbevölkerung, differenziert nach Erwerbsfähigkeit und Nichterwerbsfähigkeit (Diese Merkmale können allerdings noch nicht überall auf Stadtteilebene ausgewiesen werden),
- die Wahlbeteiligung bei der Kommunalwahl als Indikator für gesellschaftliche Teilhabe (Partizipation).

Die Studie hat ein Indikatorensystem erarbeitet, das, kontinuierlich erhoben und ausgewertet, helfen kann, Gebiete mit besonderen gesundheitlichen Problemen der Kinder zu identifizieren. Damit sind Grundlagen für eine sozialräumlich differenzierte Prävention und Intervention gelegt.

¹ Professor Dr. Klaus Peter Strohmeier, Diplom-Soziologe Volker Kersting und Diplom-Sozialwissenschaftler Jan Amonn

² Strohmeier, K.P./Kersting, V./Amonn, J. (2007): Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen, Experimentelle Umsetzung, Bochum

Eltern der unteren sozialen Schichten in einer Siedlung mit Sozialwohnungen der siebziger Jahre und weitgehend anonymen Nachbarschaften bedürfen einer anderen Ansprache als Eltern der bürgerlichen Mittelschicht in einer grünen Vorstadtsiedlung. Ein wirksamer Ausgleich benachteiligender Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand verlangt demnach einen auf die jeweiligen sozialen Begebenheiten der unterschiedlichen Quartiere abgestimmten Mitteleinsatz und abgestimmte Methoden.

Eine kleinräumige lokale integrierte Sozial- und Gesundheitsberichterstattung auf Quartiersebene kann helfen, solche besonderen Bedarfe für Prävention und frühe Förderung frühzeitig zu lokalisieren. Sie kann im Vorfeld die Entstehung problematischer Milieus erkennen und örtliche Entwicklungen im Zeitverlauf verfolgen. Sie ist auch geeignet, die Wirkungen gesundheitspolitischen Handelns zumindest abzuschätzen. Integrierte kleinräumige Informationssysteme erfüllen darüber hinaus die wichtige Funktion der Unterrichtung der kommunalen Öffentlichkeit.

1. Kleinräumige Integration von Gesundheits- und Sozialberichterstattung

1.1 Soziale Lage, Gesundheit und Raum

Eine kleinräumige Integration von Gesundheits- und Sozialberichterstattung ist dringend erforderlich, da ein klarer Zusammenhang zwischen der sozialen Lage von Bevölkerungsgruppen und ihrem Gesundheitszustand besteht, der unter dem Stichwort „gesundheitliche Ungleichheit“ diskutiert wird.

Gute Gründe sprechen dafür, die Integration der Berichterstattung auf der räumlichen Ebene vorzunehmen. Gesundheitliche Ungleichheit hat eine spezifische räumliche Dimension, da soziale und räumliche Ungleichheit zusammen hängen:

Bestimmte Bevölkerungsgruppen verteilen sich ungleich über räumliche Teilgebiete („Segregation“). Wegen der Unterschiede in der Sozialstruktur einzelner Teilgebiete („Kompositionseffekte“), teilweise auch wegen der Herausbildung sozialräumlicher Milieus („Kontexteffekte“) gibt es beträchtliche kleinräumige Unterschiede im Gesundheitszustand und -verhalten der Bevölkerung unterschiedlicher Sozialräume. Sowohl eine Dokumentenanalyse³ kleinräumiger Gesundheitsberichte wie auch die statistischen Analysen⁴ am Beispiel der Modellkommunen Essen und Köln haben das nachdrücklich belegt. Die Integration von Gesundheits- und Sozialberichterstattung kleinräumig vorzunehmen, ist daher aus fachlicher Sicht sinnvoll und manchmal auch der einzige Weg, einen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und dem Gesundheitszustand von Bevölkerungs-(gruppen) - wenn auch nur auf ökologischer Ebene - herzustellen.

1.2 Handlungsperspektiven

Mit einer solchen räumlichen Perspektive eröffnen sich konkrete Handlungschancen, denn durch die Fokussierung auf räumliche Teilgebiete und die in ihnen verorteten „Settings“ lassen sich zielgenaue Maßnahmen entwickeln, die zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit beitragen können:

- Durch eine kleinräumige, integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung können sinnvolle räumliche Schwerpunkte bei der Planung gesundheitspolitischer Maßnahmen gesetzt und auch legitimiert werden.
- Sie liefert zugleich Informationen über die sozialen Kontexte gesundheitspolitischer Interventionen und erlaubt es so, milieuspezifische Handlungskonzepte zu entwickeln.
- Ein kleinräumig ausgelegtes integriertes Berichtswesen stellt außerdem die Grundlagen zur Identifikation von geeigneten „Settings“ und weiteren einzubeziehenden Akteuren vor Ort (Kindergärten, Schulen, Ärzte, andere Gesundheitsberufe, Sportvereine, Krankenkassen, Altentreffs, Jugendheime, Moscheevereine, etc.) bereit, um die vorhandenen Potentiale optimal nutzen zu können.

³ Strohmeier, K.P./Kersting, V./Amonn, J. (2005): Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen, Machbarkeitsstudie und Konzeptualisierung, Bochum, unveröffentlichter Zwischenbericht.

⁴ Strohmeier, K.P./Kersting, V./Amonn, J. (2007): Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen, Experimentelle Umsetzung, Bochum

Soziale Lage und Gesundheit

Raum als Integrationsebene

räumliche Handlungsschwerpunkte

milieuspezifische Handlungskonzepte

Identifikation von „Settings“ und Akteuren

- Damit öffnet es auch die Perspektive für eine Integration von Gesundheits- Sozial- und Stadteilerneuerungspolitik, denn das Problem gesundheitlicher Ungleichheit kann nicht durch die Gesundheitspolitik allein gelöst werden.

1.3 Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung

Der Aufbau einer systematischen Gesundheitsberichterstattung ist als Einstieg in einen kontinuierlichen Prozess der gesundheitspolitischen Planung und Umsetzung zu begreifen.

In diesen Prozess gilt es frühzeitig alle relevanten Akteure einzubeziehen, insbesondere dann, wenn es um den Aufbau integrierter Systeme geht, in denen Informationen aus unterschiedlichen kommunalen Aufgabenbereichen zusammengeführt werden sollen - die Integration von Gesundheits- und Sozialberichterstattung kann und darf nicht allein Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung sein, will man auf breiter Ebene Erfolge erzielen. Ein erster Erfolg mag bereits darin liegen, einen Dialog zwischen den Vertretern von Gesundheits-, Sozial-, Jugend- und Statistikamt über die Möglichkeiten einer Integration von Sozial- und Gesundheitsberichterstattung anzustoßen, wie dies im Rahmen des Projektes „Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen“ in den Modellkommunen gelungen ist. Insofern liefern die vor dem Hintergrund dieses Projektes entwickelten Handlungsempfehlungen auch keine Lösungen „von der Stange“, sondern bieten Anstöße und Argumente für eine kleinräumige Integration von Gesundheits- und Sozialberichterstattung und benennen Chancen und Schwierigkeiten auf diesem Weg.

Grundsätzlich sind beim Aufbau eines kleinräumigen, integrierten Berichtssystems vier grundlegende Fragen zu beantworten:

- Welche Gesundheitsindikatoren sollen betrachtet werden? (Kapitel 2)
- Was ist die angemessene räumliche Bezugsebene? (Kapitel 3)
- Welche Kontextindikatoren sollen herangezogen werden? (Kapitel 4)
- Welche technische Infrastruktur wird benötigt? (Kapitel 5)

Integrierte Handlungsansätze

Einstieg in einen Prozess

Einbeziehung aller Akteure

Schritte

2. Die Auswahl von Gesundheitsindikatoren

2.1 Anknüpfungspunkt: Die Schuleingangsuntersuchung

Einen guten Anknüpfungspunkt für den Aufbau kleinräumiger integrierter Berichtssysteme für den Bereich Kinder- und Jugendgesundheit stellt die Schuleingangsuntersuchung dar.

- Sie bietet differenzierte Informationen zu entwicklungs- und schulrelevanten Gesundheitsaspekten einzelner Kinder.
- Sie setzt frühzeitig in einem Alter an, in dem Präventions- und Interventionsmaßnahmen noch besonders Erfolg versprechend sind.
- Sie wird jährlich als Vollerhebung eines gesamten Jahrgangs durchgeführt,
- liegt also auch flächendeckend vor und bietet die Möglichkeit kleinräumiger Auswertungen.
- Sie ist relativ einfach zu erschließen.
- Die erhobenen Gesundheitsdaten sind zum Teil mit Informationen zur individuellen Lebenslage (z.B. Bildungshintergrund der Eltern) verknüpft.

Zudem stellt das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd) mit dem „Bielefelder Modell“ eine Systematik zur Dokumentation der schulärztlichen Untersuchung bereit, der die überwiegende Mehrheit der nordrhein-westfälischen Kommunen folgt. Auf diese Weise wird eine interkommunale Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleistet. „Insellösungen“, d.h. singuläre kommunale Entwicklungen sind vor diesem Hintergrund nicht empfehlenswert.

Das lögd empfiehlt den nordrhein-westfälischen Kommunen auch, im Rahmen der schulärztlichen Untersuchungen, auf freiwilliger Basis individuelle Daten zur Soziodemographie und Lebenssituation nach vorgegebenem Standard zu erheben. Durch eine Orientierung der entsprechenden Items am Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS) des Robert-Koch-Instituts (RKI) ist auch hier eine Vergleichbarkeit gewährleistet.

Aggregierte Daten zur Sozialstruktur auf Stadtteilebene liefern bereits wichtige Informationen über Unterschiede in der gesundheitlichen Situation verschiedener Bevölkerungsgruppen. Solche Informationen beinhalten allerdings noch die Gefahr „ökologischer Fehlschlüsse“: Eine Häufung gesundheitlicher Probleme in Stadtteilen mit besonders hohen Ausländeranteilen bedeutet nicht zwingend, dass der Gesundheitszustand der nicht-deutschen Kinder besonders schlecht ist. Hier kann zum Beispiel die Minderheit der deutschen Kinder in schlechter sozialer Lage besondere Gesundheitsprobleme aufweisen. Zur Identifikation von Zielgruppen gesundheitspolitischer Maßnahmen braucht man deshalb auch Informationen zur sozialen Lage auf Individualebene. Daher ist es empfehlenswert, die im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung nach dem „Bielefelder Modell“ vorgeschlagenen Daten zur Soziodemographie und Lebenssituation zu erheben.

Die Datenanalyse für die Stadt Essen hat gezeigt, dass bei Kindern aus Haushalten mit niedrigem Bildungsstand, bei Kindern mit Migrationshintergrund, Kindern arbeitsloser Väter oder nicht erwerbstätiger Mütter, Alleinerziehender oder bei Kindern aus kinderreichen Familien sowie bei Kindern ohne oder mit nur kurzem Kindergartenbesuch häufiger Probleme im Gesundheitszustand und -verhalten zu beobachten sind. Dies gilt für fast alle relevanten Gesundheitsindikatoren mit Ausnahme der Wahrnehmung von Impfungen. Hier sind insbeson-

Orientierung am
„Bielefelder Modell“

Erhebung sozialer
Merkmale

dere bei den Kindern aus mittleren und höheren Bildungsschichten Mängel im gesundheitlichen Vorsorgeverhalten zu konstatieren.

Bei der Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen ist es sinnvoll, neben der kleinräumigen Erfassung des Wohnortes auch Informationen über konkrete „Settings“ wie abgebende Kindergärten und aufnehmende Schulen festzuhalten. Der Standardbelegbogen nach dem Bielefelder Modell sieht hierzu die Felder „Großräumig“, „Kleinräumig 1“ und „Kleinräumig 2“ vor. Das Konzept des „Settings“ entwickelte die WHO flankierend zur Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986. „Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst, und andererseits als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet werden können“ (BZgA 2003; 205, zit. nach: Altgeld, T. 2004). Kindergärten und Schulen lassen sich als solche „Settings“ begreifen. Bei der Planung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Setting lassen sich Zielgruppen und Zugangswege genau bestimmen und bereits vorhandene Ressourcen optimal nutzen.

2.2 Dimensionen der Kindergesundheit

In Abstimmung mit dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd) konnten zentrale Gesundheitsindikatoren auf Basis der Schuleingangsuntersuchungen ausgewählt und ihre Aussagekraft in Datenanalysen überprüft werden. Dabei konnte gezeigt werden, dass sich verschiedene Dimensionen der Gesundheit von Kindern identifizieren lassen, die

- weitgehend unabhängig voneinander sind,
- bei denen sich signifikante kleinräumige Unterschiede beobachten lassen,
- welche sich mit Zusammenhängen zwischen der sozialen Lage und der Gesundheitssituation auf der Individual- und auf der teilräumlichen Ebene in Verbindung bringen lassen.

Dabei ist es sinnvoll, zwischen dem Gesundheitsverhalten und dem Gesundheitszustand zu unterscheiden.

Das Gesundheitsverhalten lässt sich durch zwei unabhängige Dimensionen charakterisieren:

A) Die Wahrnehmung der empfohlenen Impfungen:

Impfungen gehören zu „den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich und unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen werden nur in seltenen Fällen beobachtet“ (vgl.: Robert-Koch-Institut, 4.3.07). Durch Impfungen wird der Einzelne und dadurch gleichzeitig auch die Allgemeinheit vor Infektionskrankheiten geschützt. Allerdings gibt es in Deutschland keine gesetzliche Impfpflicht.

Die gesetzlichen Grundlagen zur Durchführung von Impfungen bildet das Infektionsschutzgesetz (IfSG), in dessen Mittelpunkt vorbeugende Maßnahmen und die Unterstützung eigenverantwortlichen Handelns durch Information und Aufklärung stehen. Gemäß § 20 Abs. 2 IfSG werden Impfeempfehlungen von der Ständigen Impfkommission (STIKO) mit Sitz am Robert-Koch-Institut (RKI) herausgegeben. Die Empfehlungen der STIKO sollen i. d. R. von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder übernommen und

Erfassung der „Settings“
Kindergarten und Schule

Indikatorenwahl

Gesundheits-
verhalten

Impfstatus

Weitere Defizite im Gesundheitsverhalten

hierauf basierend öffentliche Impfpfehlungen ausgesprochen werden. Sie bilden die Grundlage für Verhandlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen. In der Regel werden die Kosten der empfohlenen Impfungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche und die entsprechenden Auffrischungsimpfungen von den Krankenkassen bezahlt.

Insgesamt ist die Impfbereitschaft in Deutschland relativ hoch. Ungefähr zehn Prozent aller Eltern haben allerdings eine kritische Haltung zu Impfungen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: <http://www.kindergesundheit-info.de/615.0.html>, 4.3.07) (Vgl. insgesamt: Robert-Koch-Institut (RKI), 4.3.07; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Kindergesundheits, 4.3.07, Kinderärzte-im-Netz, 4.3.07)

B) Weitere Defizite im Gesundheitsverhalten:

Hierzu zählt die unvollständige Wahrnehmung der letzten Früherkennungsuntersuchungen (U8 und U9), eine augenärztlich nicht ausreichend versorgte Sehstörung und die Notwendigkeit einer nachgehenden Fürsorge. Diese auf Mängel in der gesundheitlichen Fürsorge der Eltern deutenden Indikatoren sind untereinander korreliert.

- Die Früherkennungs- oder Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 für Kinder von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr sind eine wichtige Grundlage für das gesunde Aufwachsen von Kindern. Sie dienen zur Beurteilung der körperlichen und psychischen Entwicklung und der frühzeitigen Erkennung von Erkrankungen und drohenden Behinderungen. Sie sind gemäß §26 SGB V Bestandteil des Pflichtleistungskataloges der Krankenversicherung. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass alle Kinder unabhängig vom Einkommen der Eltern diese Vorsorgeleistung erhalten können.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig, d.h., es liegt im Ermessen der Eltern, ob sie ihre Kinder untersuchen lassen. Verschiedene Studien belegen, dass die Teilnahme an den ersten Früherkennungsuntersuchungen relativ regelmäßig erfolgt, während die Teilnahme an den späteren Untersuchungen zu wünschen übrig lässt (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 4.3.07).

- Im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung sind eine Prüfung der Sehschärfe mittels Fernvisustest und eine Prüfung auf Hyperopie mit Vorschaltlinse vorgesehen. Im Rahmen der Dokumentation nach dem „Bielefelder Modell“ wird dabei auch festgehalten, ob ein festgestellter Befund bereits ausreichend versorgt ist oder eine Augenarztüberweisung erfolgt (vgl.: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd): Jugendärztliche Definitionen. Manuskriptdruck).
- Schließlich wird ein bei der schulärztlichen Untersuchung gefasster Beschluss zu einer nachgehenden Fürsorge durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst dokumentiert.

Die nachgehende Fürsorge ist wichtiger Bestandteil der sozialkompensatorischen Aufgabe des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes. Nachgehende Fürsorge ist immer dann notwendig, wenn die Abwendung eines gesundheitlichen Schadens oder eine adäquate Förderung des Kindes durch den oder die Erziehungsberechtigten nicht sichergestellt werden kann (vgl.: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd): Dokumentation der schulärztlichen Untersuchung nach dem „Bielefelder Modell“, Stand September 2005).

Der Gesundheitszustand lässt sich ebenfalls durch zwei unabhängige Dimensionen charakterisieren:

A) Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes/Teilleistungsstörungen

Mit dem Screening des Entwicklungsstandes (S-ENS) im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung nach dem „Bielefelder Modell“ liegt ein validiertes und normiertes Screeningverfahren zur Erfassung verschiedener Merkmalsbereiche des Entwicklungsstandes vor.

Durch den Einsatz von S-ENS in Nordrhein-Westfalen haben sich auch neue Chancen für die Gesundheitsberichterstattung und die Gesundheitsplanung ergeben. (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd): S-ENS - Screening des Entwicklungsstandes. Handanweisung, Manual I und II, September 2003)

B) Übergewicht

Übergewicht und Adipositas können erhebliche gesundheitliche Folgeprobleme mit sich bringen: Störungen des Stoffwechsels, Diabetes, Bluthochdruck, orthopädische Erkrankungen und nicht zuletzt psycho-soziale Beeinträchtigungen. Je früher Kinder übergewichtig werden, desto größer ist die Gefahr, dass sie dieses Übergewicht auch als Erwachsene nicht mehr loswerden. Bei der Entstehung von Übergewicht spielen die konkreten Lebensbedingungen und verschiedene Lebensstile eine zentrale Rolle, sie wird aber zum Teil auch durch genetische Faktoren beeinflusst. In den letzten Jahren lässt sich eine deutliche Zunahme von Übergewicht und Adipositas bei Kindern beobachten. (vgl. Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, 4.3.07)

Ein gängiges Maß zur Beurteilung des Gewichts ist der Body-Mass-Index (BMI), für dessen Verteilung sich auf Referenzdaten von Kromeyer-Hausschild zurückgreifen lässt. Die Referenzwerte sind jeweils für verschiedene Altersgruppen und differenziert nach Geschlecht zu berechnen. Demnach werden Kinder mit einem BMI-Wert über dem 90. Perzentil als übergewichtig, Kinder mit einem BMI über dem 97. Perzentil als deutlich übergewichtig oder adipös bezeichnet.

Bei der Entwicklung von kleinräumigen Systemen zur Gesundheits- und Sozialberichterstattung, die an die Schuleingangsuntersuchung anknüpfen, ist es empfehlenswert, sich auf diese Dimensionen des Gesundheitszustandes und -verhaltens von Kindern zu beziehen.

2.3 Weitere Datenquellen

Die Schuleingangsuntersuchung stellt die am leichtesten zu erschließende und allgemein verfügbare Quelle dar, die sich kleinräumig auswerten lässt. Eine Dokumentenanalyse kleinräumiger kommunaler Gesundheitsberichte hat gezeigt, dass sie die bei weitem am häufigsten genutzte Datenquelle für eine kleinräumige Berichterstattung darstellt.⁵ Prinzipiell ist auch die Erschließung weiterer Datenquellen möglich. Dies ist jedoch jeweils mit einem nicht unerheblichen Projektaufwand verbunden:

Besondere Chancen können etwa Kooperationen der kommunalen Ämter mit den Krankenkassen ergeben. So ging beispielsweise die Stadt Essen eine Kooperation mit der AOK ein, die

5 Strohmeier, K.P./Kersting, V./Amonn, J. (2005): alle Angaben oben

Gesundheitszustand

Entwicklungsstand

Übergewicht

Projektaufwand

Chancen: Kooperationen mit Krankenkassen

dem Amt für Entwicklungsplanung, Statistik, Stadtforschung und Wahlen den Versicherten- und Leistungsdatensatz eines Jahrgangs zur Verfügung stellte. Dieser konnte - erweitert um Angaben zum Stadtteil bzw. -bezirk, in dem die Versicherten wohnen - für kleinräumige Analysen genutzt werden.⁶

Das Beispiel Lübecks zeigt, dass prinzipiell auch die Daten für die Todesursachenstatistik und die Krankenhausdiagnosestatistik, die ansonsten für epidemiologische Auswertungen auf kommunaler Ebene nur schwer zugänglich sind, nutzbar gemacht werden können. Die entsprechenden Daten werden dezentral durch die Krankenhäuser bzw. bei den Verstorbenen durch die örtlichen Gesundheitsämter erfasst. Durch den dortigen Aufbau neuer Datenstrukturen und die Einführung einer speziellen EDV-Software konnten diese Daten für eine kleinräumige kommunale Gesundheitsberichterstattung über verschiedene Zielgruppen – wie z.B. über Seniorinnen und Senioren - nutzbar gemacht werden.⁷

⁶ Stadt Essen, Amt für Entwicklungsplanung, Statistik, Stadtforschung und Wahlen / AOK Die Gesundheitskasse / Gesundheitsamt (1994): Ausgewählte Ergebnisse zum Gesundheitszustand von Beschäftigten. Eine Analyse von Daten der AOK. Die Gesundheitskasse der Stadt Essen 1990, Beiträge zur Stadtforschung 12, 180 S., Essen

⁷ Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt (1998): Stadt-Gesundheit. Basisbericht, Lübeck ; Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt (2000): Lübecker Kindergesundheitsbericht. Daten, Fakten und Einschätzungen zur gesundheitlichen Lage der Kinder in Lübeck, Lübeck ; Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt (2004): SeniorInnen-Gesundheitsbericht. Daten, Fakten und Einschätzungen zur gesundheitlichen Lage der Senioren/innen in Lübeck, Lübeck

3. Die Wahl der räumlichen Bezugsebene

3.1 Die angemessene Gliederungsebene

Beim Aufbau einer kleinräumigen integrierten Sozial- und Gesundheitsberichterstattung ist es nahe liegend, auf die in den Kommunen jeweils etablierten räumlichen Gliederungen zurückzugreifen. Das heißt, dass die Raumabgrenzung in der Regel pragmatisch anhand der Routinen des administrativen Handelns erfolgt und „administrative Gebietseinteilungen“ (Stadtteile, statistische Bezirke, etc.) herangezogen werden.

Die Aggregationsebene sollte dabei danach gewählt sein, Problemlagen im Raum so fokussieren zu können, dass gezieltes Handeln möglich ist, wobei die Beschränkung auf ein hinreichendes Detailniveau sinnvoll ist. Als Faustregel lässt sich formulieren, dass für eine kleinräumige integrierte Berichterstattung Raumeinheiten von 5.000 bis 10.000 Einwohnern zu empfehlen sind. Auf dieser Ebene liegen meist auch die entsprechenden Daten zur Demographie und Sozialstruktur vor.

Bei Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen lässt sich als Kriterium eine Mindestzahl von 30 untersuchten Kindern pro Raumeinheit formulieren, die nötig ist, um noch verlässliche Aussagen treffen zu können. Das ist in der Regel in Raumeinheiten von wenigstens 5.000 bis 10.000 Einwohnern gegeben. Bei Raumeinheiten mit Fallzahlen von unter 30 Kindern ist gegebenenfalls eine Aggregation über mehrere Jahre oder über mehrere Gebiete sinnvoll.

Die Dokumentenanalyse hat gezeigt, dass die meisten Kommunen auf solche administrativen Gebietseinteilungen mit um die 10.000 Einwohner zurückgreifen. Ein solches Berichtswesen lässt sich als „kleinräumig“ charakterisieren. Im günstigsten Fall sind diese Gebiete dabei so geschnitten, dass sie hinsichtlich ihrer Einwohnerzahl miteinander vergleichbar sind. Zudem sollten sie mit sozialen Strukturen korrespondieren und intern möglichst homogen sein. Einige Städte haben vor diesem Hintergrund auch Neukonzeptionen von Räumen in „sozialräumlichen Gliederungen“ entwickelt. Bei der Wahl zwischen verschiedenen Gliederungen sollte jedoch insbesondere die Größe der Raumeinheiten und die Verfügbarkeit weiterer Daten berücksichtigt werden.

3.2 Die Ausgangslage in den Kreisen

Die Ausgangslage für den Aufbau kleinräumiger Berichtssysteme stellt sich in den Kreisen recht unterschiedlich dar. Hier sind die einzigen statistisch systematisch ausgewiesenen Raumeinheiten in der Regel die Gemeinden.

Bereits auf dieser Ebene lassen sich zum Teil signifikante räumliche Differenzierungen der Gesundheitssituation erkennen. Allerdings sind diese Gebietseinheiten sehr groß und in sich heterogen. Am Beispiel des Oberbergischen Kreises konnte unter der Heranziehung der dort bei der Schuleingangsuntersuchung erfassten Schulnummern eine erhebliche interne Variation nachgewiesen werden.

Erforderlich ist deshalb eine kleinräumigere Gliederung unterhalb der Gemeindeebene.

Rückgriff auf etablierte
Gliederungen

die Aggregationsebene

Faustregel: ca.
10.000 Einwohner

„kleinräumig“
und
„sozialräumlich“

die Gemeindeebene

kleinräumigere Gliederungsebenen

Systematisch wurden darunter liegende Einheiten mit den so genannten „Gemeindeteilen“ letztmalig im Rahmen der Volkszählung 1987 erfasst. Während heute einige Kreise über eine entsprechende kleinräumige Gliederung verfügen⁸, liegt in anderen Kreisen – wie dem am Modellprojekt beteiligten Oberbergischen Kreis - keine nutzbare räumliche Gliederung vor, für die systematisch Daten erhoben werden.

Die Einrichtung einer kleinräumigen Gliederung stellt hier den notwendigen ersten Schritt dar, mit dem die grundlegende Voraussetzung für den Aufbau eines kleinräumigen Berichtswesens geschaffen werden kann. Die Voraussetzungen hierfür sind durchaus gegeben, da insbesondere in der Einwohnermeldestatistik grundlegende Informationen adressscharf vorliegen. Damit sind Daten zur Alterstruktur, zur Staatsangehörigkeit sowie die Voraussetzungen für Haushaltsgenerierungen gegeben. Im Rahmen des Projektes „Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen“ ist es im Oberbergischen Kreis auf Initiative der Gesundheitsverwaltung gelungen, die Akteure fachbereichsübergreifend zusammenzubringen und sich mit der Hilfe des Gebietsrechenzentrums schrittweise der Betrachtung von einzelnen „Settings“ und kleineren Raumeinheiten zu nähern.

⁸ Ein gutes Beispiel für die Möglichkeiten einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung bei entsprechender kleinräumiger Gliederung stellt etwa der Bericht des Kreisgesundheitsamtes Recklinghausen „Schulstart 2006“ dar.

4. Die Auswahl von Kontextindikatoren

Eine Dokumentenanalyse⁹ von kommunalen Gesundheitsberichten mit kleinräumigen Analysen hat gezeigt, dass in vielen Berichten lediglich ein oder zwei soziale Indikatoren herangezogen wurden, zumeist die Sozialhilfe- und Arbeitslosendichte.

In den Kommunen sind meist jedoch wesentlich mehr Informationen verfügbar, die für eine kleinräumige Berichterstattung genutzt werden könnten. Oft fehlt es bislang noch an Transparenz, welche Daten wo standardmäßig anfallen.

bisherige Praxis

4.1 Orientierung an etablierten Merkmals- und Indikatorenkatalogen

Beim Aufbau kleinräumiger Berichtssysteme, die Gesundheits- und Sozialindikatoren integrieren, ist es möglich und empfehlenswert, sich bei der Auswahl von Sozial- bzw. Kontextindikatoren an bereits etablierte Merkmals- und Indikatorenkataloge anzulehnen. Zu nennen sind hier insbesondere die „Innerstädtische Raumb Beobachtung“ des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung, die daran zum Teil angelehnten Kontextindikatoren „Soziale Stadt NRW“ sowie die Sachdaten der Arbeitsgemeinschaft Kommunalstatistik (KOSTAT).

„Innerstädtische Raumb Beobachtung“

Die „Innerstädtische Raumb Beobachtung - vergleichende Stadtforschung“ (IRB) des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) ergänzt die laufende Raumb Beobachtung auf der Ebene der Kreise und Gemeinden durch eine kleinräumige Perspektive auf Stadtentwicklungsprozesse. Diese werden in ihrer innerstädtischen Differenzierung beobachtet und vergleichend analysiert.

Die „Innerstädtische Raumb Beobachtung“ ist ein bereits 1986 begonnenes Kooperationsprojekt vom Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, dem Deutschen Städtetag (DST), dem Verband Deutscher Städtestatistiker (VDST), dem KOSIS-Verbund sowie dem Deutschen Institut für Urbanistik (Difu). An dem Projekt beteiligen sich mehrere Dutzend Städte, die die Großstadtlandschaft der Bundesrepublik Deutschland repräsentieren. Mit den kommunalstatistischen Ämtern der Städte wurden vergleichbare Merkmalskomplexe (Merkmals- bzw. Tabellenprogramm), innerstädtisch vergleichbare Raumabgrenzungen und abgestimmte Stadtteiltypisierungen erarbeitet.

Die teilnehmenden Städte stellen kleinräumige Daten für einen gemeinsamen Pool zur Verfügung. Die Zusammenstellung und Aufbereitung der Daten wird vom BBR in Kooperation mit einer Arbeitsgemeinschaft der Städte durchgeführt. Da sich die räumlichen Untergliederungen zwischen den Städten unterscheiden, wurde als Basis der vergleichenden Stadtbeobachtung jeweils die statistische Gliederungsstufe ausgewählt, die dem Konzept des „Nahbereichs“ entspricht und in der Regel um die 10.000 Einwohner zählt. Der gemeinsam mit den Kommunen entwickelte Merkmalskatalog beschränkt sich auf Daten und Tabellen, die von den kommunalstatistischen Ämtern mit vertretbarem Aufwand zur Verfügung gestellt werden können.

⁹ Strohmeier, K.P./Kersting, V./Amonn, J. (2005): alle Angaben oben

Er umfasst 30 Merkmalsbereiche zu 7 Themengebieten:

- Bevölkerungsbestand: Bevölkerung (am Ort der Hauptwohnung), Altersgruppen, Geschlecht, Staatsangehörigkeit (ausschließlich nichtdeutsche sowie deutsche und nichtdeutsche Staatszugehörigkeit („Doppelstaater“)), Familienstände, steuerrechtliche Personenverbände, Haushalte
- Bevölkerungsbewegungen: Natürliche Bevölkerungsbewegungen, Einwohner ab 18 nach Wohndauer an der Adresse und Wanderungen (differenziert nach Zielgebiet)
- SGB II-Leistungen
- Wohnen/Bauen: Bestand Wohngebäude, Wohnungen, Bautätigkeit: Abgänge, Zugänge
- Flächennutzung
- Beschäftigte/Arbeitslose: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, Arbeitslose (SGB II und III), Empfänger von Arbeitslosengeld (SGB III)
- Wahlen: Wahlberechtigte, Wahlbeteiligung
(Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung: Stand 2006)

Von den kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen beliefern zurzeit folgende Städte das Berichtssystem:

- Bielefeld
- Bochum
- Bonn
- Dortmund
- Duisburg
- Düsseldorf
- Essen
- Gelsenkirchen
- Köln
- Krefeld
- Münster
- Oberhausen
- Wuppertal

Ein weiteres etabliertes kleinräumiges Berichtssystem stellen die Kontextindikatoren zum Stadtteilmonitoring als Bestandteil der Evaluation des Programms „Soziale Stadt NRW“ dar.

Der Einstieg in die Evaluation dieses integrierten Handlungsprogramms erfolgte 2003 mit dem Ziel, die Situation und Entwicklung der Programmstadtteile im gesamtstädtischen Kontext und auch im Vergleich zu anderen Stadtteilen in Nordrhein-Westfalen beurteilen zu können. Gemeinsam von verschiedenen Landesressorts, den Städten, dem Städtenetz der Städte mit Programmgebieten in der „Sozialen Stadt“ und der Wissenschaft wurde im so genannten „Expertenkreis Evaluation“ ein Evaluationskonzept entwickelt, in dem die „Kontextindikatoren zur Stadtteilanalyse“ einen wichtigen Baustein darstellen. Unter Federführung des Städtenetzes wurde hierzu ein Katalog gemeinsamer kleinräumiger Merkmale entwickelt.

Ein wesentliches Kriterium bildete dabei die praktische Umsetzbarkeit. Der Katalog verwendet überwiegend prozessproduzierte Daten, die im Verwaltungsvollzug standardmäßig anfallen. Um eine Einheitlichkeit der erhobenen Indikatoren sicherzustellen und die Datenbereitstellung für die teilnehmenden Städte so einfach wie möglich zu gestalten, wurde der Indikatorensatz in vielen Punkten an den Datensatz der „Innerstädtischen Raumbewertung (IRB)“ des

Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung angepasst. Mit dem Aufbau und der Umsetzung dieses Berichtssystems wurden Prof. Dr. Strohmeier und Volker Kersting vom Zentrum für Interdisziplinäre Ruhrgebietsforschung der Ruhr-Universität Bochum (ZEFIR) beauftragt. Dieses Berichtssystem umfasst derzeit mehr als 20 programmteilnehmende kreisfreie Städte und Kreise in Nordrhein-Westfalen.

Der Katalog beinhaltet 30 Indikatoren zu 10 Themenbereichen:

- Bevölkerung
- Transferleistungen
- Schule und Bildung
- Sicherheit
- Arbeitsmarkt
- Flächennutzung
- Gebäude- / Wohnungsbestand
- Kinder und Jugendliche
- Gesundheit
- Wahlverhalten

Schließlich ist auf die Sammlung kleinräumiger kommunaler Daten durch die Arbeitsgemeinschaft Kommunalstatistik (KOSTAT) zu verweisen. An diesem Projekt beteiligen sich ca. 100 deutsche Städte mit einer Einwohnerzahl ab 50.000, darunter nahezu alle deutschen Großstädte. Die erfassten Daten werden seit 1999 jährlich fortgeschrieben. Das Datenspektrum ist noch eingeschränkt, soll aber sukzessive ausgebaut werden. Zurzeit stehen folgende Sachdaten zur Verfügung:

- Einwohner am Ort der Hauptwohnung
 - weiblich
 - nicht deutsch
 - unter 18 Jahre
 - 18 bis unter 30 Jahre
 - 30 bis unter 40 Jahre
 - 40 bis unter 50 Jahre
 - 50 bis unter 60 Jahre
 - 60 Jahre und älter
 - Wohnberechtigte Bevölkerung
 - Zahl der Haushalte oder vergleichbare Größe

4.2 Ergebnisse der Datenanalyse

Ausgehend von solchen etablierten Katalogen konnte im Rahmen der Datenanalyse gezeigt werden, dass sozialräumliche Kontextindikatoren einen hinreichenden Vorhersagewert für die Ermittlung unterschiedlicher gesundheitlicher Lagen haben¹⁰. Hintergrund ist, zumindest in den großen Städten, eine hochgradige räumliche Segregation der Wohnbevölkerung in sozialstruktureller, ethnischer und demographischer Hinsicht. Kinder in ähnlichen Lebenslagen, mit ähnlichem ethnischen Hintergrund sind in der Regel Nachbarn in der Stadt.

¹⁰ Strohmeier, K.P./Kersting, V./Amonn, J. (2007): Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen, Experimentelle Umsetzung, Bochum

KOSTAT

Betrachtet man die unterschiedlichsten Befunde und Empfehlungen des schulärztlichen Dienstes, so fällt auf, dass wir auf der Ebene der einzelnen Kinder keine erhebliche Korrelation finden. Das Maß der Kumulation von gesundheitlichen Problemen bei einzelnen Kindern kann also als durchaus begrenzt gelten.

Es reichen wenige Indikatoren ...

Starke Korrelationen finden wir dagegen auf der Stadtteilebene. Das heißt: es gibt Wohngebiete, in denen wir eine hohe räumliche Konzentration vieler nicht gesunder Kinder vorfinden, die allerdings unterschiedliche Probleme haben. Diese Milieus lassen sich mit den Kontextindikatoren relativ eindeutig abgrenzen. Unter den Kontextindikatoren, für die wir besonders hohe Prädiktorqualitäten ermittelt haben, sind vor allem solche, die alle statistischen Ämter der Kommunen (also nicht nur die „erste Liga“ der kommunalen Statistik) aufbereiten und auswerten können:

... die jedes Statistikamt aufbereiten kann

- **Der Anteil der Leistungsbezieher nach SGB II** (Bereitstellung in Kooperation mit der Bundesagentur für Arbeit)
- **die Wahlbeteiligung bei der Kommunalwahl** (als Indikator für soziale Integration und Partizipation)
- **der Anteil der nichtdeutschen Bevölkerung**
- **die Geburtenrate**
- **der Anteil der türkischstämmigen Bevölkerung**
- **die Fluktuationsrate** (Zuzüge plus Fortzüge durch Bestand)
- **der Altenquotient**
- **die Bevölkerungsdichte**

Ein integriertes kleinräumiges Systems der Gesundheitsberichterstattung sollte als Minimalbestand diese Indikatoren vorhalten: Gebiete mit einer hohen Kumulation gesundheitlicher Problemlagen werden in der Regel charakterisiert durch überdurchschnittliche Anteile an SGB II-Beziehenden, niedrige Wahlbeteiligung, hohe Anteile nichtdeutscher und insbesondere türkischer Bevölkerung, hohe Geburtenraten, hohe Fluktuation, unterdurchschnittliche Altenquotienten und große Bevölkerungsdichte.

umfassendes Indikatorenset

Für den Aufbau umfassenderer Berichtssysteme wird ein breiteres Set aussagekräftiger Kontext- und Gesundheitsindikatoren empfohlen (s. Anhang).

5. Software zur Datenanalyse und -Visualisierung

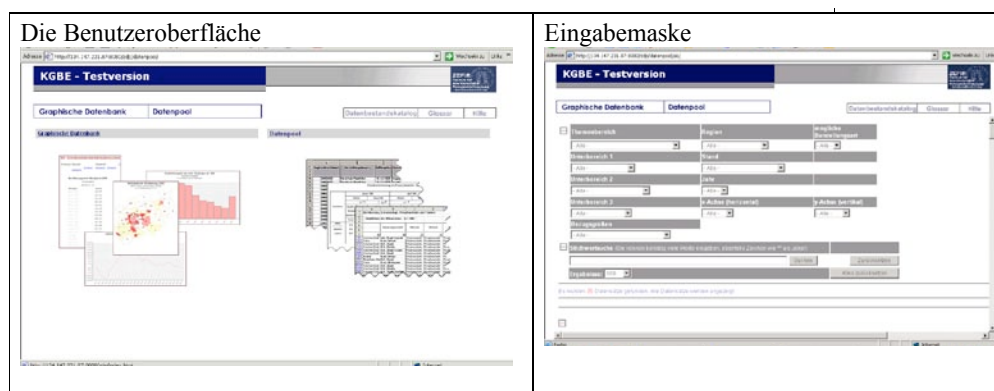
Die Entwicklung einer integrierten kleinräumigen Gesundheits- und Sozialberichterstattung erfordert eine ressortübergreifende Zusammenarbeit innerhalb der Kommune, wobei die Gesundheitsberichterstattung wesentliche Impulse geben sowie Informationen und spezifische Kompetenz einbringen kann. Auf der technischen Ebene verfügt die Kommunale Gesundheitsberichterstattung in NRW über einige kostenfreie Programme zur Analyse und Veranschaulichung von Gesundheitsdaten (GBE-map, GBE-Stat, DAT, epi-info). Besonders das Tool GBE-map eignet sich gut für eine Visualisierung solcher Daten und damit für einen ersten Einstieg in eine integrierte Berichterstattung.

Die Bereitstellung von Software zur vertieften Datenanalyse (z.B. SPSS) und Kartierung (Geographische Informationssysteme) und der Aufbau der technischen Infrastruktur können und sollten jedoch nicht Aufgabe der Gesundheitsämter sein. Hier gilt es auf die Ressourcen der dafür spezialisierten kommunalen Ämter und Institutionen zurückzugreifen. Entsprechende Kompetenz und Software ist häufig in Gebietsrechenzentren, Statistischen Ämtern, Planungsämtern oder im Bereich Geoinformation vorhanden. Neben dem ‚guten Willen‘ zur Kooperation kann es je nach Bedingungen vor Ort erforderlich sein, finanzielle Mittel für den Aufbau des Informationssystems oder für Dienstleistungen Dritter bereitzustellen. Die Werbung für die Unterstützung der Vorhaben durch die Politik und die Verwaltungsspitze ist daher eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Implementation.

Exemplarische Darstellungen der Ergebnisse des hier beschriebenen Projektes stehen in einer Beispieldatenbank zur Verfügung (s.u.). Die WEB-Datenbank ermöglicht die räumliche Visualisierung von Gesundheits- und Kontextdaten.

WEB-Datenbank mit Beispieldaten

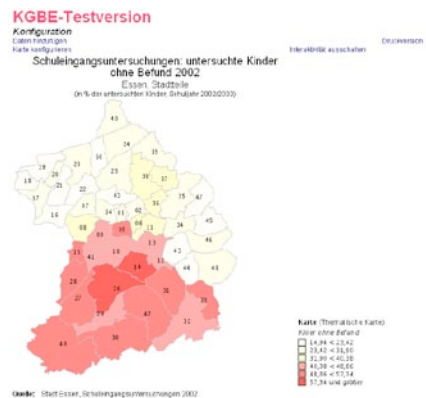
<http://134.147.231.87:8080/zdp/datenpool/>



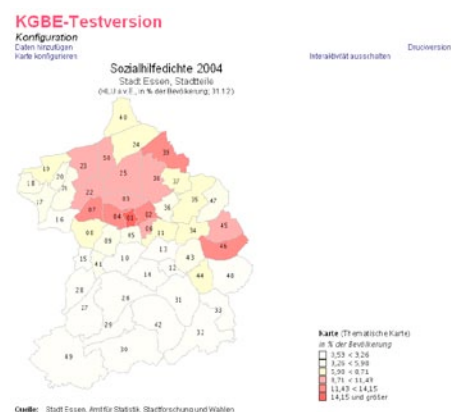
Nutzung von
GBE-map

Aufbau einer
technischen
Infrastruktur

Kartenbeispiel
 Untersuchte Kinder ohne Befund



Kartenbeispiel
 Sozialhilfedichte



Literatur

- Altgeld, T. (2004): Gesundheitsfördernde Settings – Modelle für integrative Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen, in: Regiestelle E&C der Stiftung SPI, E&C-Fachforum. Perspektive: Gesunder Stadtteil Gesundheitsfördernde Settingansätze und Jugendhilfestrategie in E&C-Gebieten, Berlin; 27ff
- Arbeitsgemeinschaft Kommunalstatistik (KOSTAT) (2006): <http://www.kostat.de>, 07.05.06
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2004): Informationen aus der Forschung des BBR, Nr. 6/ Dezember 2004: Werkstatt innerstädtische Raumbearbeitung „IRB“
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2005): vergleichende Stadtbeobachtung: <http://www.bbr.bund.de/raumordnung/raumbearbeitung/stadtbeobachtung.htm>, 21.09.05
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007): <http://www.kindergesundheit-info.de/615.0.html>, 4.3.07 und <http://www.bzga.de/?uid=02ffda69e2e77ab1601b5c5fa6357cfa&id=Seite3052>, 4.3.07
- City-Monitoring (2006): <http://www.city-monitoring.de/index.html>, 27.11.06
- Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt (1998): Stadt-Gesundheit. Basisbericht, Lübeck
- Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt (2000): Lübecker Kindergesundheitsbericht. Daten, Fakten und Einschätzungen zur gesundheitlichen Lage der Kinder in Lübeck, Lübeck
- Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt (2004): SeniorInnen-Gesundheitsbericht. Daten, Fakten und Einschätzungen zur gesundheitlichen Lage der Senioren/innen in Lübeck, Lübeck
- Kinderärzte-im-Netz (2007): <http://www.kinderaerzteimnetz.de/bvkj/aktuelles1/show.php3?id=1773&nodeid=26&nodeid=26&query=Fr%FCherkennung>, 4.3.07
- Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) (2006): Zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Epidemiologisches Bulletin 40.06; Essstörungen im Jugendalter Epidemiologisches Bulletin 44.06 http://www.kiggs.de/experten/fachbeitraege/2006/beitrag_40/index.html, 4.3.07
- Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen; Essstörungen http://www.kiggs.de/experten/erste_ergebnisse/symposium/index.html, 4.3.07
- Kreis Recklinghausen, Gesundheitsamt (2007): Schulstart 2006. Entwicklung, Gesundheit und Lebenssituation der Einschulungskinder, Recklinghausen
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Iögd) (2006) Kommunale Gesundheitsberichterstattung – ein gesundheitspolitisches Planungs- und Steuerungsinstrument: http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/kommunale_gesundheitsberichterstattung/kgb.html, 19.11.2006
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd) (2005): Dokumentation der schulärztlichen Untersuchung nach dem „Bielefelder Modell“. Aktualisierung der Jugendärztlichen Definitionen, Stand September 2005
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd) (1989): Jugendärztliche Definitionen. Manuskriptdruck.
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd) (2003): S-ENS - Screening des Entwicklungsstandes. Handanweisung, Manual I und II
- Robert-Koch-Institut (RKI) (2007): Impfen http://www.rki.de/cln_011/nn_326560/DE/Content/Infekt/Impfen/impfen__node.html__nnn=true, 4.3.07

- Stadt Essen, Amt für Entwicklungsplanung, Statistik, Stadtforschung und Wahlen / AOK Die Gesundheitskasse / Gesundheitsamt (1994): Ausgewählte Ergebnisse zum Gesundheitszustand von Beschäftigten. Eine Analyse von Daten der AOK. Die Gesundheitskasse der Stadt Essen 1990, Beiträge zur Stadtforschung 12, Essen
- Strohmeier, K.P./Kersting, V./Amonn, J. (2005): Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen, Machbarkeitsstudie und Konzeptualisierung, Bochum, unveröffentlichter Zwischenbericht.
- Strohmeier, K.P./Kersting, V./Amonn, J. (2007): Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen, Experimentelle Umsetzung, Bochum

Anhang

A) Kontextmerkmale und -indikatoren

Bevölkerung	
<p>Wohnberechtigte Bevölkerung Definition: Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner mit Haupt- oder Nebenwohnsitz</p> <p>Anmerkung: Notwendiges Merkmal zur Berechnung der Wohnflächenversorgung</p>	<p>Quelle: Einwohnermeldeamt, Statistikstelle, Gebietsrechenzentrum</p> <p>Intervall: jährlich Stichtag: 31.12.</p>
<p>Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung nach Altersgruppen insgesamt und Anzahl der Personen im Alter von 0-2, 3-5, 6-14, 15-17, 18-64 und 65 und mehr Jahren</p> <p>Anmerkung: Basis zur Berechnung von Infrastrukturbedarfen etc.</p>	<p>Quelle: Einwohnermeldeamt, Statistikstelle, Gebietsrechenzentrum</p> <p>Intervall: jährlich Stichtag: 31.12.</p>
<p>Jugendquotient Definition: Einwohnerinnen und Einwohner (am Ort der Hauptwohnung) im Alter von 0-17 Jahren / Einwohnerinnen und Einwohner (am Ort der Hauptwohnung) im Alter von 18-64 Jahren * 100</p> <p>Anmerkung: Hinweis auf „Familienprägung“ eines Gebietes und potentielle Belastung informeller Solidarpotentiale sowie Infrastrukturbedarf</p>	<p>Quelle: Einwohnermeldeamt, Statistikstelle, Gebietsrechenzentrum</p> <p>Intervall: jährlich Stichtag: 31.12.</p>
<p>Altenquotient Definition: Einwohnerinnen und Einwohner (am Ort der Hauptwohnung) im Alter von 65 und mehr Jahren / Einwohnerinnen und Einwohner (am Ort der Hauptwohnung) im Alter von 18-64 Jahren * 100</p> <p>Anmerkung: Hinweis auf potentielle Belastung informeller Solidarpotentiale sowie Infrastrukturbedarf hinsichtlich Pflege und Hilfe im Alltag</p>	<p>Quelle: Einwohnermeldeamt, Statistikstelle, Gebietsrechenzentrum</p> <p>Intervall: jährlich Stichtag: 31.12.</p>

<p>Nichtdeutsche Einwohnerinnen und Einwohner am Ort der Hauptwohnung Anzahl der Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit, Anzahl und Anteil an der Hauptwohnsitzbevölkerung</p>	<p>Quelle: Einwohnermeldeamt, Statistikstelle, Gebietsrechenzentrum</p> <p>Intervall: jährlich Stichtag: 31.12.</p>
<p>Nichtdeutsche Einwohnerinnen und Einwohner am Ort der Hauptwohnung nach Staatsangehörigkeiten Definition: Die fünf in der Stadt am häufigsten vertretenen nichtdeutschen Staatsangehörigkeiten nach Anzahl und Anteilen an der nichtdeutschen Hauptwohnsitzbevölkerung</p>	<p>Quelle: Einwohnermeldeamt, Statistikstelle, Gebietsrechenzentrum</p> <p>Intervall: jährlich Stichtag: 31.12.</p>
<p>Erwachsene Einwohnerinnen und Einwohner nach Wohndauer an der Adresse</p>	
<p>Erwachsene Einwohnerinnen und Einwohner am Ort der Hauptwohnung mit Wohndauer unter 3 Jahren Definition: Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner ab 18 Jahren mit Wohndauer von 0 bis unter 3 Jahren an gleicher Adresse und Anteil an der Hauptwohnsitzbevölkerung ab 18 Jahren</p> <p>Anmerkung: hoher Anteil der Bevölkerung mit kurzer Wohndauer weist auf hohe Instabilität der sozialen Verhältnisse in dem Teilgebiet</p>	<p>Quelle: Einwohnermeldeamt, Statistikstelle, Gebietsrechenzentrum</p> <p>Intervall: jährlich Stichtag: 31.12.</p>
<p>Erwachsene Einwohnerinnen und Einwohner am Ort der Hauptwohnung mit Wohndauer von 20 und mehr Jahren Definition: Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner ab 18 Jahren mit Wohndauer von 20 und mehr Jahren an gleicher Adresse und Anteil an der Hauptwohnsitzbevölkerung ab 18 Jahren</p> <p>Anmerkung: hoher Anteil der Bevölkerung mit langer Wohndauer weist auf hohe Stabilität der sozialen Verhältnisse in dem Teilgebiet</p>	<p>Quelle: Einwohnermeldeamt, Statistikstelle, Gebietsrechenzentrum</p> <p>Intervall: jährlich Stichtag: 31.12.</p>

Mobilität	
<p>Zuwanderungen/Zuzüge (der Hauptwohnsitzbevölkerung)</p> <p>Definition: Anzahl Personen, die im Laufe eines Kalenderjahres in ein Teilgebiet gezogen sind, sowie ihr Anteil an der Ausgangsbevölkerung (Hauptwohnsitzbevölkerung des Vorjahres am 31.12.)</p> <p>Anmerkung: Zuwanderungsquote als Indikator für Attraktivität (auch mangels Alternative) eines Gebiets</p>	<p>Quelle: Einwohnermeldeamt, Statistikstelle, Gebietsrechenzentrum</p> <p>Intervall: jährlich</p> <p>Jahressumme und Stichtag: 31.12. des Vorjahres</p>
<p>Abwanderungen/Fortzüge (der Hauptwohnsitzbevölkerung)</p> <p>Definition: Anzahl Personen, die im Laufe eines Kalenderjahres aus einem Teilgebiet weggezogen sind, sowie ihr Anteil an der Ausgangsbevölkerung (Hauptwohnsitzbevölkerung des Vorjahres am 31.12.)</p> <p>Anmerkung: Zuwanderungsquote als Indikator für Attraktivität (auch mangels Alternative) eines Gebiets</p>	<p>Quelle: Einwohnermeldeamt, Statistikstelle, Gebietsrechenzentrum</p> <p>Intervall: jährlich</p> <p>Jahressumme und Stichtag: 31.12. des Vorjahres</p>
<p>Umzüge (der Hauptwohnsitzbevölkerung) innerhalb des Teilgebietes</p> <p>Definition: Anzahl Personen, die im Laufe eines Kalenderjahres innerhalb eines Teilgebietes umgezogen sind, sowie ihr Anteil an der Ausgangsbevölkerung (Hauptwohnsitzbevölkerung des Vorjahres am 31.12.)</p> <p>Anmerkung: Umzugsquote als Indikator für Attraktivität (auch mangels Alternative) eines Gebiets</p>	<p>Quelle: Einwohnermeldeamt, Statistikstelle, Gebietsrechenzentrum</p> <p>Intervall: jährlich</p> <p>Jahressumme und Stichtag: 31.12. des Vorjahres</p>

<p>Wanderungssaldo (der Hauptwohnsitzbevölkerung) Definition: Zuzüge – Fortzüge der Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung / Hauptwohnsitzbevölkerung * 1000</p> <p>Anmerkung: Indikator für Attraktivität (auch mangels Alternative) eines Gebiets</p>	<p>Quelle: Einwohnermeldeamt, Statistikstelle, Gebietsrechenzentrum</p> <p>Intervall: jährlich Jahressumme und Stichtag 31.12. des Vorjahres</p>
<p>Fluktuationsrate (der Hauptwohnsitzbevölkerung) Definition: Zuzüge + Fortzüge + Umzüge innerhalb des Teilgebietes/ Hauptwohnsitzbevölkerung * 1000</p> <p>Anmerkung: hohe Fluktuation weist auf eine hohe Instabilität der sozialen Verhältnisse in dem Teilgebiet</p>	<p>Quelle: Einwohnermeldeamt, Statistikstelle, Gebietsrechenzentrum</p> <p>Intervall: jährlich Jahressumme und Stichtag 31.12</p>
<p>Natürliche Bevölkerungsbewegung</p>	
<p>Lebendgeborene pro 1000 der Hauptwohnsitzbevölkerung Definition: Anzahl Lebendgeborene und Lebendgeborene pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Hauptwohnsitzbevölkerung)</p> <p>Anmerkung: höhere Geburtenrate in benachteiligten Stadtteilen mit niedrigem sozialen Rang und hohem Ausländeranteil</p>	<p>Quelle: Einwohnermeldeamt, Statistikstelle, Gebietsrechenzentrum</p> <p>Intervall: jährlich Jahressumme und Stichtag 31.12</p>
<p>Sterbefälle pro 1000 Einwohner Definition: Anzahl Sterbefälle und Sterbefälle pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Hauptwohnsitzbevölkerung)</p> <p>Anmerkung: höhere Sterberate in überalterten Stadtteilen</p>	<p>Quelle: Einwohnermeldeamt, Statistikstelle, Gebietsrechenzentrum</p> <p>Intervall: jährlich Jahressumme und Stichtag 31.12</p>

Haushalte	
<p>Haushalte Alleinerziehender Definition: Anzahl Haushalte Alleinerziehender und Anteil an Haushalten insgesamt</p> <p>Anmerkung: nur mit Haushaltsgenerierungsverfahren möglich</p>	<p>Quelle: Einwohnermeldeamt, Statistikstelle, Gebietsrechenzentrum, Haushaltsgenerierungsverfahren</p> <p>Intervall: jährlich Stichtag 31.12</p>
Transferleistungsbezug und Arbeitslosigkeit	
<p>Leistungsbezug nach SGBII insgesamt Definition: Anzahl Personen mit Leistungsbezug nach SGB II und Anteil an der Hauptwohnsitzbevölkerung unter 65 Jahren</p>	<p>Quelle: Bundesagentur für Arbeit, ggf. Statistikstelle</p> <p>Intervall: jährlich Stichtag: 31.12</p>
<p>Leistungsbezug nach SGBII von Personen im erwerbsf. Alter Definition: Anzahl erwerbsf. Personen mit Leistungsbezug nach SGB II und Anteil an der Hauptwohnsitzbevölkerung 15 bis unter 65 Jahre</p> <p>Anmerkung: Indikator für Ausmaß der Armut der Bev. im erwerbsf. Alter</p>	<p>Quelle: Bundesagentur für Arbeit, ggf. Statistikstelle</p> <p>Intervall: jährlich Stichtag: 31.12</p>
<p>Leistungsbezug nach SGBII von nichterwerbsf. Personen Definition: Anzahl nicht erwerbsf. Personen mit Leistungsbezug nach SGB II und Anteil an der Hauptwohnsitzbevölkerung unter 15 Jahren</p> <p>Anmerkung: Nichterwerbsf. sind zu ca. 95 % oder mehr unter 15 Jahre alt; Indikator für Ausmaß von Kinderarmut</p>	<p>Quelle: Bundesagentur für Arbeit, ggf. Statistikstelle</p> <p>Intervall: jährlich Stichtag: 31.12</p>

<p>Arbeitslose Definition: Anzahl registrierter Arbeitsloser (SGB II und III) und Anteil an der Hauptwohnsitzbevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren</p> <p>Anmerkung: Indikator gibt Ausmaß der Arbeitslosigkeit in der Bev. wieder – nicht zu verwechseln mit den offiziellen Arbeitslosenquoten, die sich auf zivile bzw. auch abhängige zivile Erwerbspersonen beziehen und damit höhere Anteilswerte bilden. Die Grundlage zu deren Berechnung liegen kleinräumig nicht vor</p>	<p>Quelle: Bundesagentur für Arbeit, ggf. Statistikstelle</p> <p>Intervall: jährlich Stichtag: 31.12</p>
<p>Langzeitarbeitslose Definition: Anzahl Langzeitarbeitsloser (Arbeitslosigkeit von einem Jahr und länger) und Anteil an den registrierten Arbeitslosen</p> <p>Anmerkung: Indikator für verfestigte bzw. strukturelle Arbeitslosigkeit</p>	<p>Quelle: Bundesagentur für Arbeit</p> <p>Intervall: jährlich Stichtag: 31.12</p>
Gebäude/ Wohnungsbestand	
<p>Selbstgenutztes Wohneigentum Definition: Selbstgenutztes Wohneigentum insgesamt und Anteil am Wohnungsbestand im Teilgebiet.</p>	<p>Quelle: Steueramt/Grundbesitzabgaben, Statistikstelle</p> <p>Intervall: jährlich Stichtag: 31.12.</p>
<p>Ein- und Zweifamilienhäuser Definition: Anzahl Wohngebäude mit 1 bis 2 Wohnungen und Anteil an Wohngebäuden insgesamt im Teilgebiet.</p>	<p>Quelle: Amt für Wohnungswesen, Statistikstelle</p> <p>Intervall: jährlich Stichtag: 31.12.</p>

Wohnflächenversorgung Definition: Wohnfläche insgesamt und pro Einwohner/-in (wohnberechtigte Bevölkerung) in qm bzw. qm/Person	Quelle: Amt für Wohnungswesen, Statistikstelle Intervall: jährlich Stichtag: 31.12.
Sozialwohnungen Definition: Anzahl Sozialwohnungen und Anteil am Wohnungsbestand	Quelle: Amt für Wohnungswesen, Statistikstelle Intervall: jährlich Stichtag: 31.12.
Bevölkerungsdichte	
Gebietsfläche Definition: Größe der Teilgebiete in ha	Quelle: Katasteramt, Statistikamt Intervall: einmalig
Bevölkerungsdichte Definition: Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung pro ha	Quelle: Katasteramt, Einwohnermeldeamt, Statistikstelle Intervall: jährlich Stichtag: 31.12.
Bildung	
Übergänge zum Gymnasium Definition: Anzahl und Anteil der Schüler/-innen, die nach der Grundschule auf Gymnasien wechseln, nach Wohnort der Schülerinnen und Schüler Anmerkung: Indikator für Ungleichheit der Chancen von Kindern in benachteiligten Stadtgebieten	Quelle: Schulverwaltungsamt Intervall: jährlich Stichtag: 15.10

Jugendhilfe	
<p>ambulante „Hilfen zur Erziehung“ Definition: Kinder/Jugendliche in ambulanter Betreuung (§§ 27 I + II, §§ 29, 30, 31, 32 SGBVIII) pro 1.000 Kinder/Jugendliche von 0 bis 17 Jahren (am Ort der Hauptwohnung)</p> <p>Anmerkung: aufgrund der relativ geringen Fallzahlen ist ggf. eine Aggregation über mehrere Jahre sinnvoll</p>	<p>Quelle: Jugendamt</p> <p>Intervall: jährlich</p> <p>Jahressumme: Neu begonnene Hilfen</p>
Kinderbetreuung	
<p>Kinderbetreuungsangebote Definition: Anzahl Betreuungsplätze für Kinder von 0-2 Jahren und für Kinder von 3-5 Jahren und Anteile an der jeweiligen Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung</p>	<p>Quelle: Jugendamt</p> <p>Intervall: jährlich</p> <p>Stichtag: 15.10.</p>
Wahlbeteiligung	
<p>Wahlbeteiligung Definition: Anteil der Personen, die an einer Wahl teilgenommen haben, an den Wahlberechtigten</p> <p>Anmerkung: Ergebnisse liegen unter Umständen für verschiedene räumliche Ebenen vor; Indikator gibt Hinweis auf soziale Integration und Partizipation</p>	<p>Quelle: Wahlanalysen</p> <p>Stichtage: Wahltag</p>

B) Gesundheitsindikatoren

Impfstatus	
<p>Kompletter Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln</p> <p>Definition: Anteil der Kinder, mit mindestens 2 Impfdosen gegen Masern, Mumps und Röteln an allen Kindern mit vorgelegtem Impfheft</p> <p>Anmerkung: Ca. 10% der Eltern können Impfheft nicht vorlegen</p>	<p>Quelle: Schuleingangsuntersuchungen, Gesundheitsämter, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD)</p> <p>Intervall: jährlich</p>
Sonstiges Gesundheitsverhalten	
<p>Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9</p> <p>Definition: Anteil der Kinder, die Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 vollständig wahrgenommen haben, an allen Kindern mit vorgelegtem Vorsorgeheft</p> <p>Anmerkung: Ca. 10% der Eltern können Vorsorgeheft nicht vorlegen</p>	<p>Quelle: Schuleingangsuntersuchungen, Gesundheitsämter, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD)</p> <p>Intervall: jährlich</p>
<p>Augenarztüberweisung</p> <p>Definition: Anteil der Kinder mit herabgesetzte Sehschärfe, die eine Augenarztüberweisung erhalten (Befund 11, Dokumentation: A)</p>	<p>Quelle: Schuleingangsuntersuchungen, Gesundheitsämter, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD),</p> <p>Intervall: jährlich</p>
<p>Nachgehende Fürsorge</p> <p>Definition: Anteil der Kinder, für die eine nachgehende Fürsorge durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst beschlossen werden musste (Maßnahme 59)</p>	<p>Quelle: Schuleingangsuntersuchungen, Gesundheitsämter, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD),</p> <p>Intervall: jährlich</p>

Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes/Teilleistungsstörungen	
<p>Auffälligkeit im Bereich „Sprachkompetenz / auditive Informationsverarbeitung“</p> <p>Definition: Anteil der Kinder mit mindestens einem „auffälligen“ Befund in den Tests „Pseudowörter nachsprechen“, „Wörter ergänzen“, „Sätze nachsprechen“</p> <p>Anmerkung: Eine Bewertung der sprachgebundenen Tests „Wörter ergänzen“ und „Sätze nachsprechen“ erfolgt bei einer anderen Erstsprache als Deutsch nur, sofern die Deutschkenntnis als mindestens „flüssig“ eingestuft wurden</p>	<p>Quelle: Schuleingangsuntersuchungen, Gesundheitsämter, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd), Intervall: jährlich</p>
<p>Auffälligkeit im Bereich „Visuelle Wahrnehmung / Visuomotorik“</p> <p>Definition: Anteil der Kinder mit mindestens einem „auffälligen“ Befund in der „visuellen Wahrnehmung und Informationsverarbeitung“ und/oder beim Gesamtmerkmal „Visuomotorik“</p>	<p>Quelle: Schuleingangsuntersuchungen, Gesundheitsämter, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd), Intervall: jährlich</p>
Gewicht	
<p>Übergewicht</p> <p>Definition: Anteil der Kinder mit einem Body-Mass-Index über dem 90. Perzentil nach Kromeyer-Hausschild</p>	<p>Quelle: Schuleingangsuntersuchungen, Gesundheitsämter, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd), Intervall: jährlich</p>

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ulenbergstraße 127 - 131, 40225 Düsseldorf
Fax 0211 3101-1189
poststelle@liga.nrw.de
www.liga.nrw.de