

Gemeinsame Wissenschaftliche Jahrestagung der DGSMP und der DGMS

19. bis 22. Sept. 2001, Bielefeld

Vortrag

Verflechtung von Gesundheits- und Sozialberichterstattung in Nordrhein-Westfalen

Bardehle, D. ¹, Strohmeier, K.-P. ², Laaser, U. ³

1) Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen, 2) Universität Bochum, 3) Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Thema der Landesgesundheitskonferenz 2001 „Soziale Lage und Gesundheit“

Die Zusammenführung von Gesundheits- und Sozialberichterstattung ist seit ca. 2 Jahren immer mehr in den Mittelpunkt der Sozial- und der Gesundheitspolitik des Landes NRW gerückt.

Im Dokument „Informationsgrundlage für die Sozialpolitik verbessern – Sozialberichterstattung problemorientiert weiterentwickeln“ (24) vom 15.3.2001 fordert der Landtag die Landesregierung auf, „die Armut- und Sozialberichterstattung in Bezug auf Geschlechterdifferenzierung, Sozialräumlichkeit und den Zusammenhang zwischen Armut, Gesundheit und sozialer Lage qualitativ weiter zu verbessern und zu verstetigen sowie die Armut bei Kindern verstärkt zu behandeln“ (Zit. S. 3)

Erstmals befasst sich die Landesgesundheitskonferenz in NRW im Jahre 2001 mit dem Thema: „Soziale Lage und Gesundheit“ (8). Das Ziel besteht darin, alle Institutionen und Organisationen, die in NRW Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung tragen, mit der Frage zu konfrontieren, für welche Bevölkerungsgruppen objektiv nachweisbare Einflüsse sozialer Ungleichheit auf Krankheit und Gesundheit bestehen und zu untersuchen, welche Maßnahmen zur Minimierung dieser Unterschiede getroffen werden sollten.

Als wichtige Informationsquellen dienen die Sozial- und die Gesundheitsberichterstattung des Landes NRW.

Die Sozialberichterstattung wird in NRW durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie mit dem Schwerpunkt Sozial- und Armutsberichterstattung bearbeitet. Jugendberichte, die auf dem SGB VIII basieren (17), werden vom MFJFG, Abteilung Jugend herausgegeben. Die Gesundheitsberichterstattung wird im Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit auf der Grundlage des ÖGD-Gesetzes (18) bearbeitet.

Schwerpunkte der Landesgesundheitsberichterstattung sind gegenwärtig: Die Darstellung von geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Gesundheit, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die Gesundheit von Migranten, die Evaluation des Landesprogramms gegen Sucht. Das Gesundheitszieleprogramm des Landes Nordrhein-Westfalen bildet dazu den gesundheitspolitischen Rahmen. So wie im World Health Report 2000 betont wird, stellen sozioökonomische Ungleichheiten in der Bevölkerung eine Herausforderung an die Gesundheitspolitik dar, sie werden zunehmend zum Gegenstand von Gesundheitsberichterstattung. Deshalb haben sich die Autoren zum Ziel gesetzt, zu analysieren, in welchem Maße bereits sozioökonomische Unterschiede Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage in NRW haben. Dazu werden die Sozialberichte und Gesundheitsberichte hinsichtlich ihrer Verflechtung zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage analysiert. Auf der Grundlage von sozioökonomischen Datenanalysen auf der Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten werden soziale Unterschiede herausgearbeitet, denen in einem zweiten Schritt Gesundheitsindikatoren zugeordnet werden. Vorschläge für die Weiterentwicklung der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung in NRW werden in der Schlussbetrachtung unterbreitet.

Gegenwärtiger Stand der Verwendung von Gesundheits- und Sozialindikatoren in der Berichterstattung

Um zu erkennen, welche Indikatoren zur gesundheitlichen Lage in Sozialberichten und welche Sozialindikatoren in Gesundheitsberichten bereits verwendet und in die gesundheits- bzw. sozialpolitische Berichterstattung einfließen, wurde eine Analyse der seit dem Jahre 1997 erschienenen Gesundheits- und Sozial- sowie Jugendberichte des Landes NRW vorgenommen (Tab. 1):

Tab. 1. Gesundheitliche Indikatoren in der Sozialberichterstattung, Soziale Indikatoren in der Gesundheitsberichterstattung, NRW, 1993-2001

Sozialbericht- erstellung	Kapitel	Indikator	Bemerkung
1. Sozialbericht 1998	Soziale und psychosoziale Aspekte der Lebenssituation	subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes	Langzeitarbeitslose geben schlechtere Gesundheit an
2. 7. Kinder- und Jugendbericht, 2000	Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen	Häufigkeit chronischer Krankheiten und von Unfällen, Zahngesundheit, Säuglingssterblichkeit, Essstörungen, Alkohol- und Nikotinkonsum, Konsum illegaler Drogen	gut ausgearbeiteter Beitrag zur gesundheitlichen Lage
3. Lebenslage älterer Menschen, 1999 Armut im Alter, 1992	Gesundheit Gesundheitszustand und Befindlichkeit	Krankenhaus-Inanspruchnahme, Pflegebedürftigkeit, Ausgaben der GKV und der Pflegeversicherung	Daten des Statistischen Bundesamtes verwendet, keine NRW-spezifischen Daten
4. Soziale Situation kinderreicher Familien, 1994	Soziale und sozioökonomische Merkmale	Krankheit als Ursache von Sozialhilfebezug wird mit 1,7% bei verheirateten und 0,3% bei alleinstehenden Familien mit 3 und mehr Kindern ausgewiesen (1992)	Mikrozensus-Daten von NRW werden verwendet, die Möglichkeiten der Nutzung von Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus wurden nicht ausgeschöpft,
5. Ausländerinnen und Ausländer in NRW, 1994 Zahlenspiegel 1997 zu Ausländerinnen und Ausländern in NRW	Die gesundheitliche Situation der ausländischen Bevölkerung Im Zahlenspiegel 1997 sind keine Angaben zur gesundheitlichen Lage	Arbeitsunfähigkeit häufiger bei Inf.krankheiten, Magen-Darm-Erkrankungen, Wirbelsäulenleiden und Unfällen als bei Deutschen, Zufriedenheit mit Gesundheit ähnlich wie bei Deutschen, Arztbesuche zeigen ähnliches Muster wie bei Deutschen	SOEP Daten werden gut interpretiert. Häufig sind Ausländer in einer unteren sozialen Schicht, daher ist direkte Vergleichbarkeit mit Indikatoren über Deutsche ungünstig und führt zu Fehlschlüssen. Der Zahlenspiegel 1997 wurde vom LDS erarbeitet
6. Wohnungsnot und Obdachlosigkeit, 1993	Lebenslagen einiger betroffener Personengruppen	Schwangere, behinderte und psychisch Kranke Wohnungslose als speziell betroffene Gruppen, keine Indikatoren	kein spezielles Kapitel mit Bezug zur Gesundheit
7. Alleinerziehende – Lebenslagen und Lebensformen, 1993	Psychische Belastungen	Beschreibung psychosomatischer Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Erschöpfung, Überlastung, nicht quantifiziert, Fallbeispiele	kein Kapitel mit Bezug zur Gesundheit, Möglichkeiten des Mikrozensus zur Nutzung von Gesundheitsdaten sind nicht ausgeschöpft

8. Verschuldung, Überschuldung und Schuldnerberatung, 1993	kein Kapitel mit Bezug zur Gesundheit	Krankheit als Ursache von Überschuldung, Stress, psychische Erkrankung und Suchtverhalten als Folge, keine Gesundheitsindikatoren	Krankheit als Ursache und Folge von Überschuldung unzureichend dargestellt
9. Arbeitnehmer und Arbeitnehmerhaushalte mit Niedrigeinkommen, 1998	kein Kapitel mit Bezug zur Gesundheit	keine Gesundheitsindikatoren	
10. Arbeitslose, Langzeitarbeitslose und ihre Familien	Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit	Subjektive Gesundheit, Zufriedenheit mit der Gesundheit, chronische Beschwerden und ihre Häufigkeit, Behinderung	Indikatoren wurden dem SOEP und dem Bundesgesundheitsurvey (1992) entnommen
Gesundheitsberichterstattung	Kapitel	Indikator	Bemerkung
1. Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in NRW, Band 9, 1997	Die Sozialstruktur in NRW und regionale Differenzierung,	Clusteranalyse mit Bildung von 6 Clustern nach 11 soziodemographischen Indikatoren	Es wurden keine Gesundheitsindikatoren verwendet
2. Gesundheit von Frauen und Männern Landesgesundheitsbericht 2000	Soziodemographische Situation von Frauen und Männern, Benachteiligte Frauengruppen Alleinstehende Alleinstehende Wohnungslose	Lebenserwartung, dargestellt nach den 6 Clustergebieten, s. 1 Armutsanteil in der Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht (Sozialhilfedichte), Verteilung nach Geschlecht Gesundheitliche Lage Alleinerziehender, Rauchverhalten Alleinstehender Anteil von Erkrankungen nach Diagnosegruppen	niedrige Lebenserwartung und hohes Armutsniveau korrelieren (nach Kreisen und kreisfreien Städten) Lebenserwartung wird durch Armut negativ und durch Prosperität positiv beeinflusst Gesundheitsriskanteres Verhalten als verheiratete Frauen, schlechtere subjektive Gesundheit Im Vergleich zur Wohnbevölkerung wesentlich höhere Erkrankungszahlen
3. Gesundheit von Zuwanderern in NRW, 2000	Gesundheitsstatus von Zuwanderern Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Psychische Gesundheit und psychosoziale Versorgung von Zuwanderern	z.B. höhere Tuberkuloseinz. Anteilmäßig z.B. weniger Rehabilit.maßnahmen als Deutsche häufig keine Indikatoren, sondern Expertenurteile	Vergleich zwischen Deutschen und Zuwanderern ist mit Schichtindex nicht direkt vergleichbar
4. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in NRW, 2001	Angebot und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung	Säuglingssterblichkeit, Untergewichtig Lebendgeborene, Impfraten von deutschen und Migrantenkindern	alle Indikatoren zur Gesundheit sind bei schlechter sozialen Lage ungünstiger

Typisierung der Sozialstruktur in Kreisen und kreisfreien Städten

Strohmeier hat im Jahre 1997 (22) anhand von 11 Indikatoren des Merkmalsbereiches Sozialstruktur (soziodemographische Indikatoren des Themenfeldes 2 des GMK-Indikatorensetzes, (Basisjahr 1995)) eine Klassifikation der unterschiedlichen Lebensverhältnisse in den 54 Kreisen und kreisfreien Städten für NRW vorgenommen, diese mit der Clustermethode zu 6

Clustern verdichtet, die von gesundheitlich benachteiligten bis zu prosperierenden Kreisen reichen.

In einem ersten Schritt wurden die Merkmale, die die Analyse 1997 gebildet haben, aktualisiert. Die Merkmale haben damit in dieser Analyse folgende Ausprägung:

1. LDS-Prognose Gesamtbevölkerung 1.1.1998-1.1.2015, Veränderung in %
2. Kinder unter 15 Jahren, 1999, in Prozent der Bevölkerung
3. Personen über 65 Jahren, 1999, in Prozent der Bevölkerung
4. Lebendgeborene 1999 pro 1000 Frauen im Alter von 15-45 Jahren
5. Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) am 31.12.1999 je 1000 Einwohner
6. Arbeitslose am 30.9.99 in Prozent der abhängigen Erwerbspersonen
7. Verfügbares Einkommen pro Person 1997 in DM
8. Anteil der nichtdeutschen Bevölkerung an der Bevölkerung insgesamt, 1999
9. Bevölkerungsdichte, Einwohner je qkm, 2000
10. Bevölkerungsveränderung 1990 - 1999 in Prozent
11. Kumulierter Wanderungssaldo 1997-1999 je 1000 Einwohner

Diese Merkmale wurden einer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) unterzogen. Mittels einer Clusteranalyse (Median-Methode) wurden die Faktorladungen der Faktoren 1 und 2 der 54 Kreise und kreisfreien Städte in NRW strukturiert.

Die Beschreibung der Cluster als Gebietstypen hat sich zum Bericht 1997 nicht geändert. Teilweise finden wir aber heute eine geänderte Gebietszugehörigkeit der Kreise und kreisfreien Städte. In der nachfolgenden Tabelle 2 ist die Zugehörigkeit zum Gebietstyp 1997 dem heutigen gegenübergestellt.

Tabelle 2:

Gegenüberstellung der Gebietszugehörigkeit der Kreise und kreisfreien Städte in NRW 1997-2001

Kreis/Stadt	Cluster 2001	Cluster 1997
Düsseldorf, krfr. Stadt	1	1
Duisburg, krfr. Stadt	2	2
Oberhausen, krfr. Stadt	2	2
Gelsenkirchen, krfr. Stadt	2	2
Dortmund, krfr. Stadt	2	2
Herne, krfr. Stadt	2	2
Essen, krfr. Stadt	3	2
Krefeld, krfr. Stadt	3	3
Mönchengladbach, krfr. Stadt	3	3
Wuppertal, krfr. Stadt	3	4
Aachen, krfr. Stadt	3	3
Köln, krfr. Stadt	3	4
Leverkusen, krfr. Stadt	3	4
Bielefeld, krfr. Stadt	3	1
Bochum, krfr. Stadt	3	4
Hagen, krfr. Stadt	3	2
Mülheim an der Ruhr, krfr. St.	4	1
Remscheid, krfr. Stadt	4	4
Solingen, krfr. Stadt	4	4

Mettmann, Kreis	4	1
Neuss, Kreis	3	1
Bonn, krfr. Stadt	4	1
Rheinisch-Bergischer Kreis	4	1
Münster, krfr. Stadt	4	1
Herford, Kreis	4	6
Ennepe-Ruhr-Kreis	4	4
Kleve, Kreis	5	5
Viersen, Kreis	5	6
Wesel, Kreis	5	3
Düren, Kreis	5	5
Erftkreis	5	6
Euskirchen, Kreis	5	6
Oberbergischer Kreis	5	5
Rhein-Sieg-Kreis	5	6
Borken, Kreis	5	5
Coesfeld, Kreis	5	5
Steinfurt, Kreis	5	5
Warendorf, Kreis	5	5
Gütersloh, Kreis	5	6
Lippe, Kreis	5	5
Minden-Lübbecke, Kreis	5	5
Paderborn, Kreis	5	5
Hochsauerlandkreis	5	5
Märkischer Kreis	5	3
Olpe, Kreis	5	5
Siegen-Wittgenstein, Kreis	5	3
Soest, Kreis	5	5
Aachen, Kreis	6	3
Heinsberg, Kreis	6	5
Bottrop, krfr. Stadt	6	3
Recklinghausen, Kreis	6	3
Höxter, Kreis	6	5
Hamm, krfr. Stadt	6	3
Unna, Kreis	6	3

Wie Tabelle 3 zeigt, hat sich auch der Bevölkerungsanteil in den jeweiligen Gebietstypen geändert. Der Gebietstyp fünf, der auch schon 1997 den höchsten Anteil an der Bevölkerung in NRW verzeichnen konnte, hat 2001 mit 38% einen weiten Vorsprung. Die Typen drei, vier und sechs konnten ihre Bevölkerungsanteile minimal aufstocken; alle anderen Gebietstypen (eins und zwei) sind „Bevölkerungsverlierer“.

Tabelle 3:
Bevölkerungsanteil in den jeweiligen Gebietstypen 1997-2001

Cluster	Bevölkerungsanteil 2001	Bevölkerungsanteil 1997
1 nur Düsseldorf	3	16
2 Armutspol	10	15
3 Durchschnitt	21	20
4 heterogene Kreise	16	15
5 Wachstumspol	38	23
6 prosp. Kreise	12	11

Abb. 1:

Sechs Gebietstypen nach demographischen Merkmalen

Der Anteil der Bevölkerung in den prosperierenden und durch Wohlstand geprägten Clustern 5 und 6 beträgt 50%, im Cluster 2, dem Armutspol, dagegen 10%.

Die über 65-Jährigen entsprechen der Zuordnung der Cluster, d.h. es gibt keine Auffälligkeiten zwischen älteren Bürgern und Clusterzuweisung.

Abb. 2:

Während für den Armutspol, d.h. einige Ruhrgebietsstädte eine Bevölkerungsabnahme bis zum Jahre 2015 prognostiziert wird, so wird es einen Bevölkerungszuwachs im Wachstumsgürtel geben (Cluster 5 und 6).

Abb. 3:

Die geschlechtsspezifische Lebenserwartung ist im Armutspol (Cluster 2) mit 72,9 Jahren für Männer und 79,7 Jahren für Frauen niedriger als für Cluster 4 mit 75,1 Jahren für Männer und 81,0 Jahren für Frauen. Cluster 4, „jüngere Städte“, weisen die günstigsten Werte auf.

Abb. 4:

Untergewichtig Lebendgeborene sind häufiger im Armutspol (Cluster 2) mit 8,4% zu finden als im Wachstumspol mit 6,5%. Auch für diesen Indikator zeigt sich, dass Cluster 4 („Jüngere Städte“) ebenso gute Ergebnisse hat wie Cluster 5, das Wachstumscluster.

Abb. 5 und Abb. 6:

Die beiden kartographischen Darstellungen zeigen, dass für die beiden Untersuchungen Verschiebungen in der Clusterzuweisung aufgetreten sind. Die Cluster 4-6 haben anteilmäßig zugenommen, die Cluster 1-3 haben abgenommen. Dies bedeutet eine weitere Polarisierung und Fokussierung auf wenige Kreise / kreisfreie Städte mit Armutspotential und schlechterer gesundheitliche Lage.

Diskussion der Ergebnisse

Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage (Beispiel: Einkommen) und Sterblichkeit (Beispiel Lebenserwartung) wurde durch Annette Reil-Held im Jahre 2000 für Deutschland untersucht und bestätigt (23). Für Männer wurde eine Differenz in der Lebenserwartung von 4 Jahren zwischen oberen und unteren Einkommensschichten ermittelt. Diese Differenzen finden wir zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten in NRW. Während die Männer in Bonn (76,8 Jahre) und Münster (75,8 Jahre) eine hohe Lebenserwartung aufweisen, finden wir die

geringste Lebenserwartung für die Kreise Gelsenkirchen (72,2 Jahre) und Herne (72,9 Jahre), die ungünstige soziodemographische Indikatoren aufweisen.

Die ökologisch ausgerichtete Clusteranalyse zeigt die Gesundheitswirkung einer erheblichen räumlichen Konzentration für benachteiligte soziale Lagen (Cluster 2 – Armutspol) bzw. für privilegierte soziale Lagen (Cluster 5). Hier liegt zugleich die Grenze ökologischer Analysen. Weitere Differenzierungen erfordern die Auswertung von Individualdaten. Hier könnte ein entsprechend erweitertes Auswertungsprogramm des Mikrozensus weiterhelfen.

Für die Zukunft könnte überlegt werden, den Stichprobenumfang zu erhöhen, um hinreichend regionalisierte Analysen zu ermöglichen.

Schlussfolgerungen, Ausblick

Der Landtag NRW hat im Jahre 1992 die Einführung von „Landessozialberichten“ beschlossen, im Jahre 1998 folgte ein Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, in dem die Einführung von Landesgesundheitsberichten festgeschrieben wurde. Gegenwärtig liegen mehrere Landessozialberichte, der erste Landesgesundheitsbericht und Indikatoren zur gesundheitlichen und sozialen Lage in NRW vor. Ein erster Schritt zur Herstellung einer engeren Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialberichterstattung könnte darin bestehen, die Ergebnisse der Sozialberichterstattung in stärkerem Umfang für die Gesundheitsberichterstattung zu nutzen.

Erste Integrationsversuche finden gegenwärtig im Bereich der Kinder- und Jugendberichterstattung und Gesundheitsberichterstattung mit der Erstellung des „Zweiten Berichts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in NRW“ statt. Mit der Aufnahme sozialer Schichtfaktoren in den Indikatorensatz der Länder im Rahmen „Gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen“ wird es möglich sein, unter Nutzung von Survey- und Mikrozensusdaten zum Rauchen, zur Ernährung, zum Alkoholkonsum, zur sportlichen Betätigung soziale Differenzierungen nach Alter und Geschlecht vorzunehmen, wodurch gezielte Interventionen zumindest auf Landesebene unterstützt werden. Weder für die Mortalität, noch für stationäre Behandlungen, noch für die Morbidität lassen sich damit weiterreichende soziale Differenzierungen ermöglichen. Hier werden künftig einerseits epidemiologische Studien gezielt anzusetzen sein, andererseits ökologische Studien wie die hier von Herrn Strohmeier skizzierte Clusterung helfen, auf der Kreisebene soziale Differenzierungen zu erkennen, die dann durch vertiefende Studien weiter analysiert werden müssten. Vordergründig geht es darum, Erkenntnisse aus derartigen Studien für die Sozial- und Gesundheitspolitik des Landes zu nutzen.

Folgende kurz- und mittelfristige Arbeitsschritte empfehlen die Autoren:

- Qualitätsverbesserungen auf dem Gebiet der Sozial- und Gesundheitsstatistik durchführen, bevor Verflechtung beider Berichtssysteme begonnen wird.
- Erstellung integrierter Informationssysteme, die Gesundheits- und Sozialstatistik einschließen
- Koordinierung von Qualitätsverbesserungen und Integration von Gesundheits- und Sozialstatistik durch das LDS im Rahmen von Arbeitsgruppen
- Ständige Durchführung ökologischer Analysen (z.B. Clusteranalysen), um Trends zu beobachten und Frühwarn-Funktion zu gewährleisten
- Zusätzlich sollte der Mikrozensus intensiver genutzt werden, um vulnerable Gruppen zu identifizieren. Eine Aufstockung des Mikrozensus könnte für kleinräumige Analysen unter dem Aspekt der Verflechtung von Sozial- und Gesundheitsdaten sehr hilfreich sein.
- Durchführung von Modellprojekten in Kommunen zur Verbesserung der Prozesssteuerung. Das Land sollte für die Kommunen eine Servicefunktion übernehmen.

Literatur

1. WHO (Hrsg.) (2000): The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance, pages 215
2. Iögd (Hrsg.) (1997): Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsberichterstattung, Band 9/1997, 164 S.
3. MFJFG (Hrsg.) (2000): Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsberichte NRW. 171 S.
4. MFJFG (Hrsg.) (2000): Gesundheit von Frauen und Männern. Landesgesundheitsbericht 2000. 382 S.
5. MFJFG (Hrsg.) (2001): Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsbericht 2001, z.Z. in Bearbeitung
6. MASSKS (Hrsg.) (1999): Sozialbericht '98, 156 S.
7. MASSKS (Hrsg.) (1998): Sozialbericht NRW 1998. Materialband, 156 S.
8. AG Soziale Lage und Gesundheit der Landesgesundheitskonferenz: Entschließung zur 10. Landesgesundheitskonferenz 2001 zum Thema: Soziale Lage und Gesundheit (Arbeitsdokumente)
9. U. Laaser, K. Gebhardt, P. Kemper (Hrsg.) (2000): Gesundheit und soziale Benachteiligung, Informationssysteme – Bedarfsanalysen – Interventionen. Verlag Hans Jacobs. Lage: 2000, 248 S.
10. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (1999): Schwerpunktheft: Bundesgesundheitsurvey 1998. Das Gesundheitswesen. 2. Sonderheft, 61. Jahrgang, S. 55-222
11. Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 487 S.
12. Ahrens, W., Bellach, BM, Jöckel, K-H (1998): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. RKI Schriften 1/98. Medizin Verlag München, 140 S.
13. AGLMB der Länder (Hrsg.) (1996): Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Zweite, überarbeitete Fassung. Wiesbaden. Hessisches Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit. 240 S.
14. Stolzenberg, H. (2000): Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Public Use File, BGS98. Dokumentation des Datensatzes. Berlin, April 2000, RKI
15. Iögd (Hrsg.) (2001): Überarbeitung des GMK-Indikatorenatzes, Version 2000
16. Stand nach der Sitzung der AG GBE der AOLG am 6./7. März 2001 in
17. Sozialgesetzbuch (SGB) Achtes Buch (VIII) Kinder- und Jugendhilfe in der Fassung vom 8. Dez. 1998
18. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 25. Nov. 1997. (GV NRW. S. 431)
19. Ahrens, W., B.-M. Bellach, K.-H. Jöckel: Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. RKI Schriften 1/98. Medizin Verlag München, S. 140
20. Bardehle, D., M. Blettner, U. Laaser (2001): Gesundheits- und soziodemographische (sozialepidemiologische Indikatoren in der Gesundheits- und Sozialberichterstattung. Bundesgesundheitsbl. 2001, 44:382-393, Springer Verlag 2001
21. Statistische Nachrichten Nordrhein-Westfalen (2001): Rauchverhalten und Bildung, 2. Jahrgang, 2001, Heft 5
22. D. Bardehle, R. Annuß, Experte: K.-H. Strohmeier, V. Kersting (1997): Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. Band 9/1997 der Serie Gesundheitsberichterstattung des Iögd, 164 S
23. Anette Reil-Held (2000): Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger? Universität Mannheim, A5,6, Institut für Volkswirtschaftslehre und Statistik, No. 580-00, 28 S.

24. Landtag Nordrhein-Westfalen (2001): Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vom 15.3.2001: Informationsgrundlage für die Sozialpolitik verbessern – Sozialberichterstattung problemorientiert weiterentwickeln. Datum des Originals: 15.03.2001, Drucksache 13/889 des Landtags NRW

PD Dr. Doris Bardehle
Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst
Westerfeldstraße 35/37, 33611 Bielefeld, DE

Abb. 1:
Sechs Gebietstypen nach demographischen Merkmalen der kreisfreien Städte und Kreise in NRW (in Prozent)

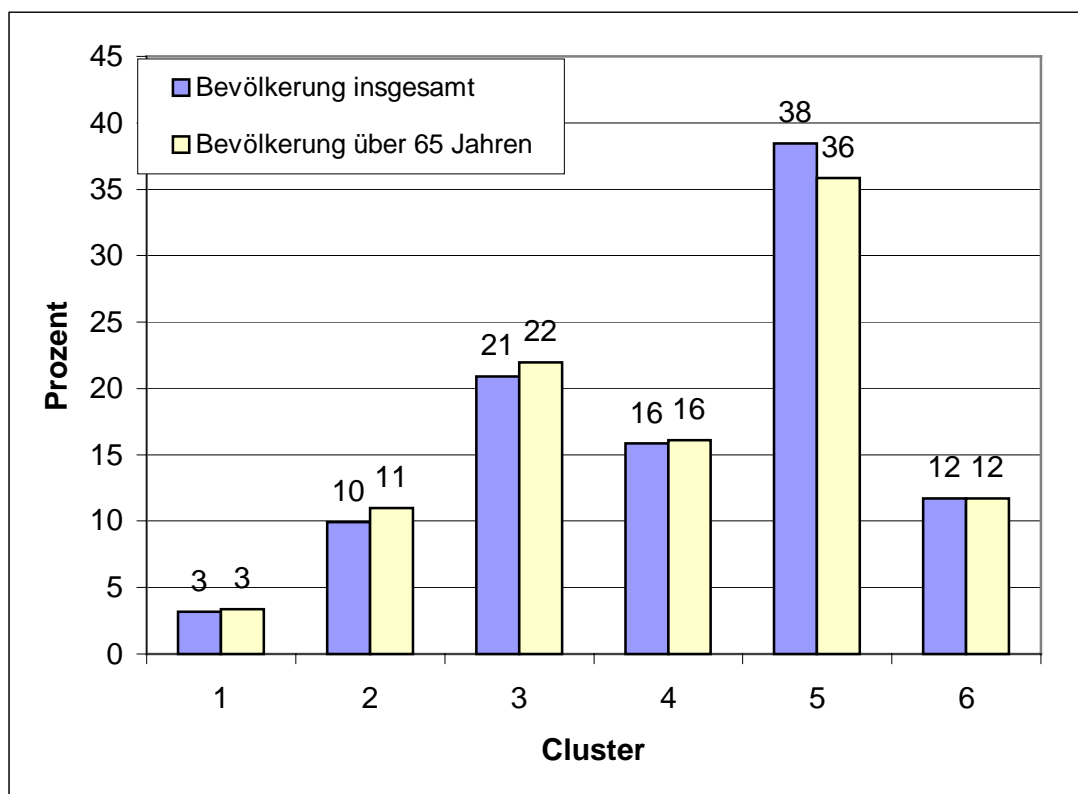


Abbildung 2:

Bevölkerungsveränderung in den sechs Gebietstypen bis zum Jahre 2015, in den kreisfreien Städte und Kreise in NRW

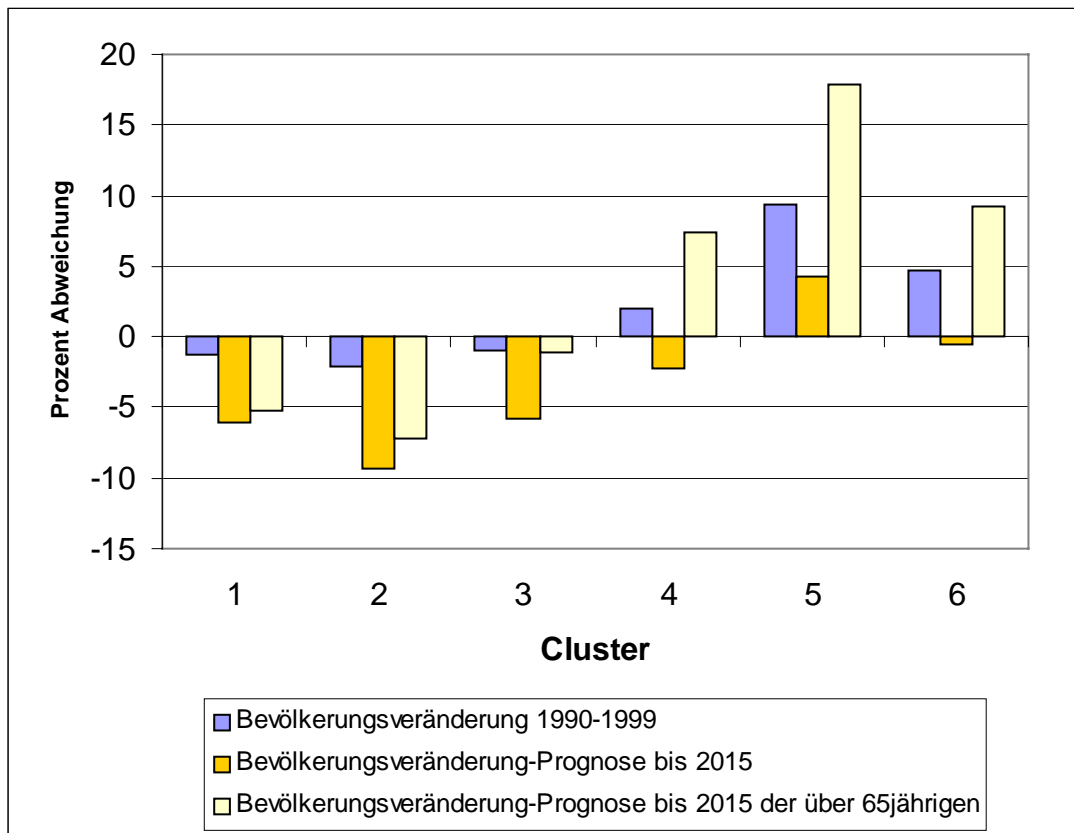


Abbildung 3:

Geschlechtsspezifische mittlere Lebenserwartung in den sechs Gebietstypen der kreisfreien Städte und Kreise in NRW 1997-1999

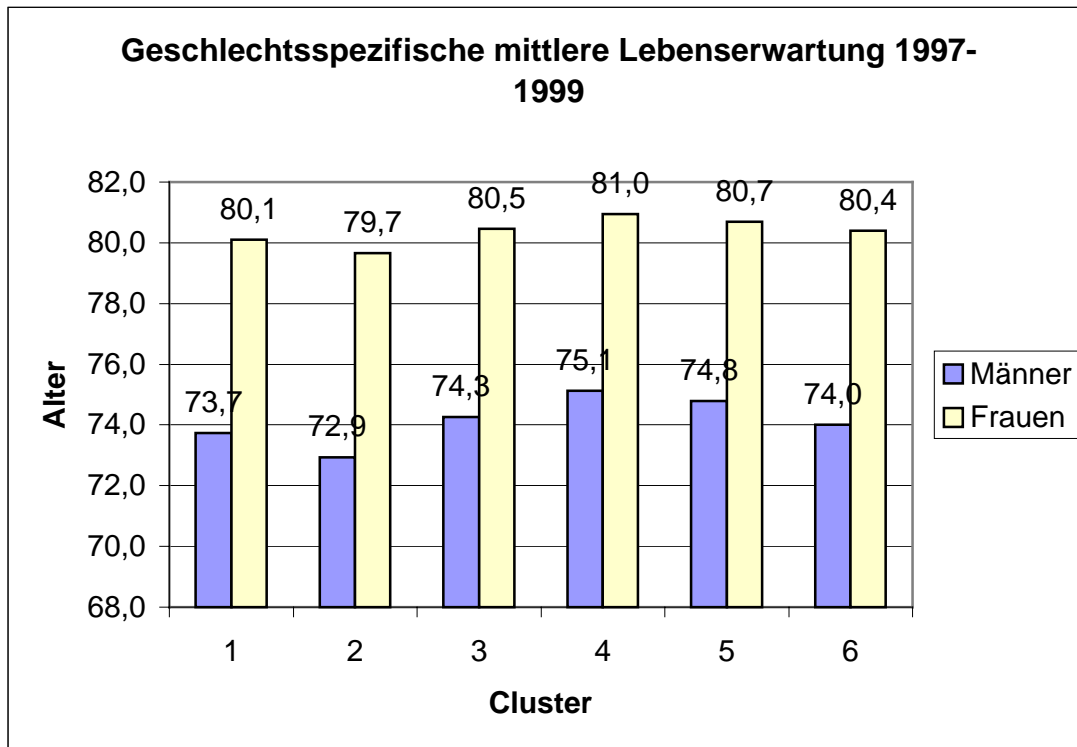
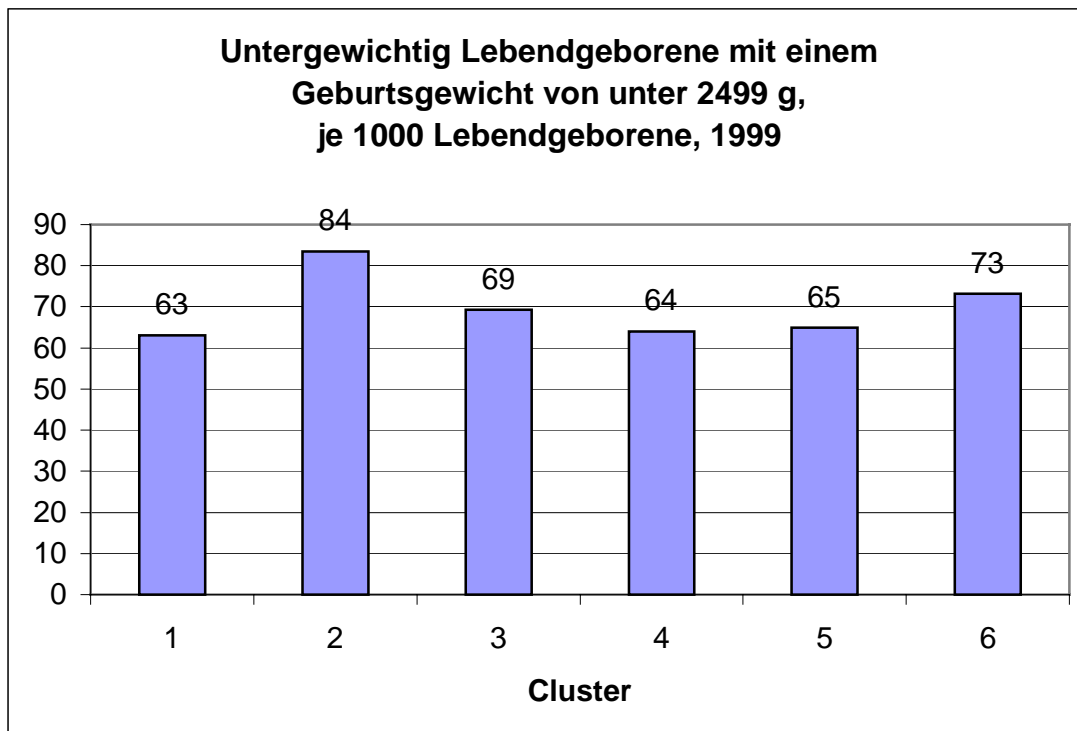


Abbildung 4:



Karte 1: Klassifizierung der 54 Kreise und kreisfreien Städte nach dem Indikatorensetz von 1997

