



Integrierte Gesundheitsberichterstattung^{GBE}

Fachtagung

„Kommunale Gesundheitsberichterstattung in NRW
- integriert und kleinräumig“ 28.10.2015, Dortmund

Christoph Gormanns
Gesundheitsamt Landeshauptstadt Düsseldorf



Inhalt

- Die gute Grundlage: Sozialräumliche Gliederung
- GBE und Integrierte Jugendhilfe- und Schul-Entwicklungsplanung
- GBE und Kommunale Sozialberichterstattung
- GBE: Basisgesundheitsberichte
- GBE in spe: Kleinräumiges Gesundheitsberichtssystem
- GBE und Public-Health ▶ Daten für Taten
- GBE in Form der integrierten Planung



Gute Grundlage: Sozialräumliche Gliederung Düsseldorf



600.000 Einwohner
10 Stadtbezirke
49 Stadtteile
166 Sozialräume!

- Sozialräumliche Gliederung 1997, Fortschreibung 2011, Aktualisierung 31.12.2014
- sozial homogene Gebiete
- sozioökonomische Situation
- Wohnsituation
- Bebauungsstrukturen
- Entstehungsgeschichte von Siedlungen



Welche Daten sind wo?

beim Amt für Statistik und Wahlen:

- Sozialhilfedatei
- Einwohnerdatei
- Schülerdatei
- Gebäudedatei
- Daten zur Arbeitslosigkeit und Beschäftigung

beim Jugendamt:

- Daten zu den Hilfen zur Erziehung
- Daten zur Jugendgerichtshilfe und Straftaten strafunmündiger Kinder
- Daten zu Gewaltdelikten gegen Kinder
- Daten des Bezirkssozialdienstes

beim Gesundheitsamt:

- Daten der Schuleingangsuntersuchung



Clusteranalyse

Zuordnung der Sozialräume zu Gruppen
mit unterschiedlichem sozialen Handlungsbedarf

Typ 1 „die Bestsituierten“

(20 Sozialräume mit 12% der Einwohnerinnen und Einwohner)

Typ 2 „überdurchschnittlich gut Situierte“

(47 Sozialräume mit 24% der Einwohnerinnen und Einwohner)

Typ 3 „durchschnittlich Situierte“

(56 Sozialräume mit 42% der Einwohnerinnen und Einwohner)

Typ 4 „unterdurchschnittlich Situierte“

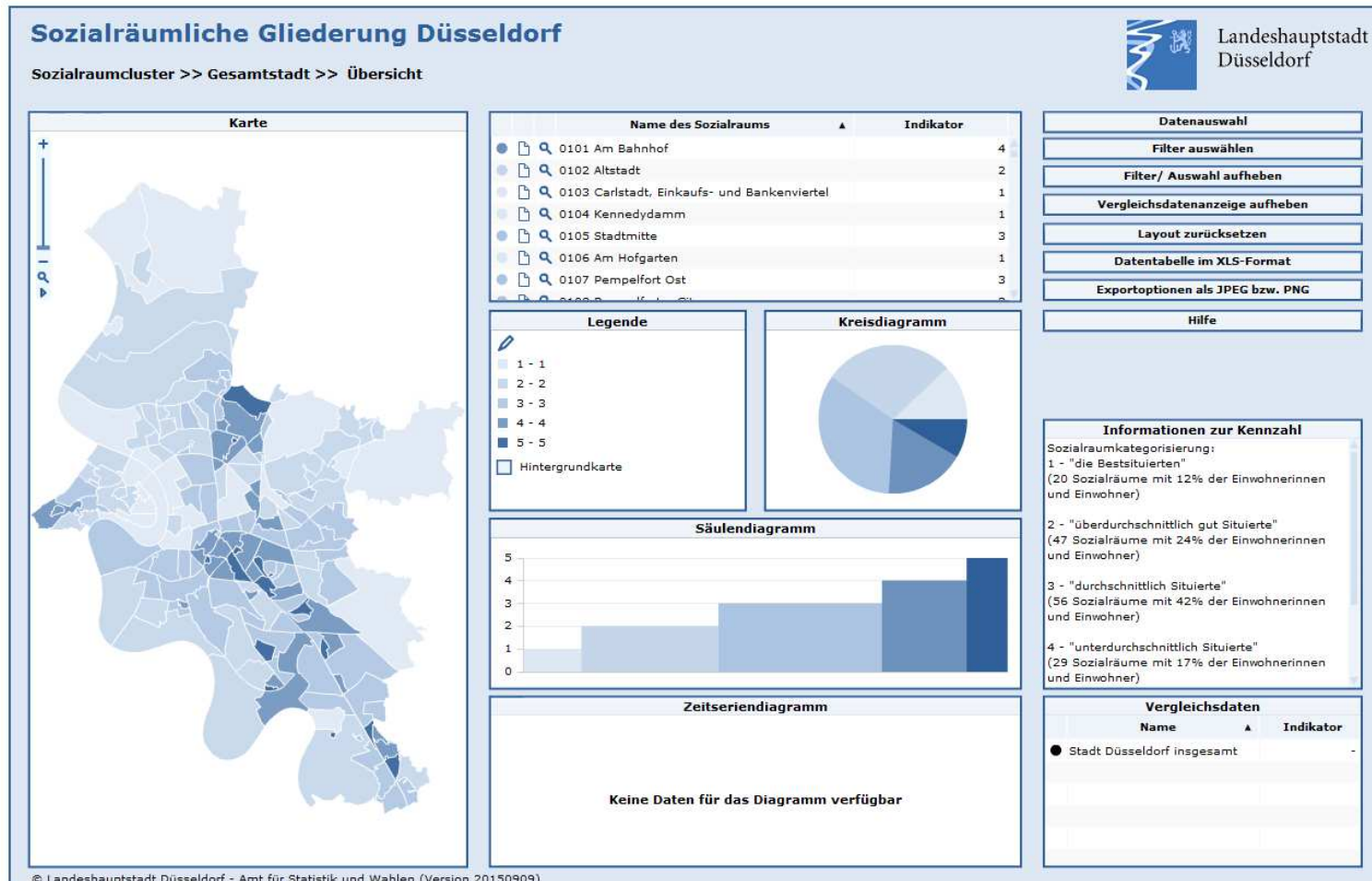
(29 Sozialräume mit 17% der Einwohnerinnen und Einwohner)

Typ 5 „am schlechtesten Situierte“

(14 Sozialräume mit 5% der Einwohnerinnen und Einwohner)



Sozialräume - Darstellung im Instant-Atlas®





Sozialräumliche Gliederung, Szt. 903

Landeshauptstadt
Düsseldorf

Sozialräumliche Gliederung Fortschreibung 2011

1 / 244

Sozialräumliche Gliederung

**Sozialraum 0903:
„Hassels Nord“
Stadtteil Hassels**

Gebietskennzeichnung:
Hochhausanstellung des sozialen Wohnungsbau

Der Sozialraum bezieht ein eng umrissenes Gebiet südlich der Altenriedstraße, zwischen Furdter und Stenzler Straße im Stadtteil Hassels. Flächenmäßig gehört er zu den kleineren Sozialräumen (Rang 148).

Die Bebauungsstruktur besteht aus mehrgeschossigen Mehrfamilienhäusern, Zeilenbebauung und Hochhäusern. Nahezu alle Wohnungen wurden als Projekt des sozialen Wohnungsbau zwischen 1967 und 1976 gebaut. Durchschnittlich befindet sich 18 Wohnungen in einem Haus. Der Wohnflächenstandard ist sehr gering.

An der Furdter Straße ist eine Kleingartenanlage vorhanden. An der Stenzler Straße befindet sich darüber hinaus eine öffentliche Grün- und sportliche. Die verkehrliche Anbindung an das Stadtzentrum ist durch die Nähe zum S-Bahnhof Röhlsloh und durch Buslinien gegeben.

Bevölkerung und Sozialstruktur:
3.656 Personen leben im Sozialraum. Gemessen an der Einwohnerzahl gehört er damit zu den Sozialräumen mittlerer Größe (Rang 69).

Die Bevölkerung ist gekennzeichnet durch einen eher hohen Anteil an Kindern und Jugendlichen sowie einen geringen Anteil älterer Menschen über 60 Jahren.

Der Ausländeranteil liegt weit über dem städtischen Durchschnitt. Die bevölkerungsstärksten ausländischen Nationalitäten sind Angehörige der GUS-Staaten, Tunesien und Marokkos. Der Arbeitslosenanteil an der Bevölkerung ist in diesem Sozialraum sehr hoch. Die SGB II-Beizuchene stellt die zweitgrößte in ganz Düsseldorf dar. Auch der Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren, die in SGB II-Haushalten leben, ist sehr hoch.

Bildungsbeteiligung:
Die Hauptqualifikation des Sozialraums ist überdurchschnittlich hoch, die Gymnasialquote liegt unter dem städtischen Durchschnitt.

Besonderheiten:
Es handelt sich um einen Sozialraum mit hohem sozialen Handlungsbedarf.

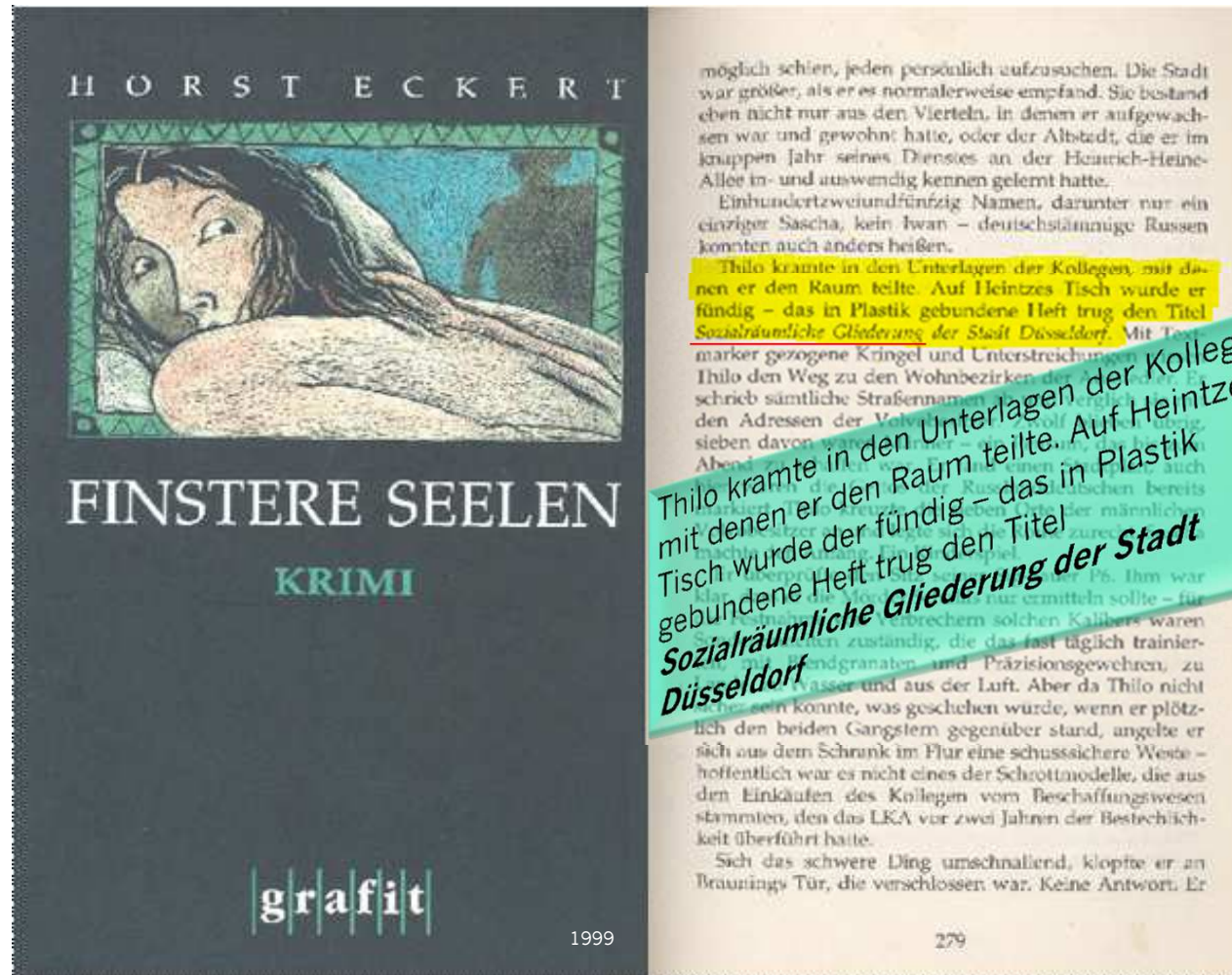
	0903	Gesamt
Fläche		
Fläche in ha	20,0	21.667,5
Einwohner je km²	18318	2.769
Bevölkerung		
Bevölkerung insgesamt	3.656	600.088
Bevölkerungsentwicklung 2005-2010 in %	-6,9	+2,1
Anteil Personen im Alter von ... Jahren in %		
unter 6	9,1	5,4
6 bis unter 18	18,8	9,4
18 bis unter 30	15,1	20,1
30 und älter	5,0	5,0
Ausländeranteil in %	43,8	18,8
Haushalte		
Haushalte insgesamt	1.381	348.062
Anteil Einperson-Haushalte in %	31,2	54,0
Anteil Haushalte mit Kindern in %	35,6	16,1
Soziales		
Arbeitslosenanteil in %	36,3	12,1
Anteil Leistungsempfänger nach SGB II in %	48,6	13,3
Anteil Kinder in Bedarfsgemeinschaften mit SGB II-Bezug in %	42,7	28,1
Bildung		
Anteil Hauptschüler in %	22,4	12,8
Anteil Gymnasialisten in %	18,0	50,8
Wohnbebauung		
Wohnflächenstandard (m² Wohnfläche je Einwohner)	26,4	39,3
Anteil Wohnungen im öffentlich geförderten Wohnungsbau in %	36,2	6,7
Anteil Wohnungen im Eigentumsbau in %	2,8	18,2

Sozialräumliche Gliederung 169

https://www.duesseldorf.de/statistik/stadtforschung/download/sozialraeumliche_gliederung2011.pdf



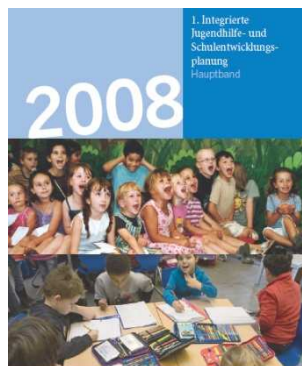
Bereits berühmt ...





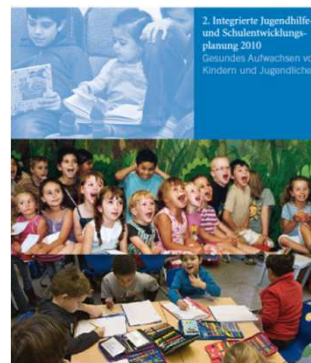
GBE und Integrierte Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung

1. Integrierte Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung 2008 *Hauptband*



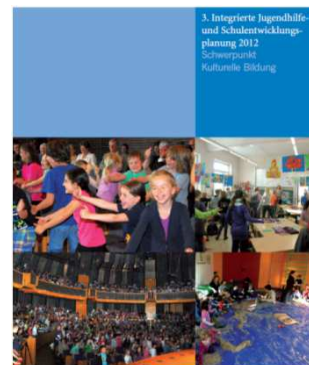
Jugendamt
Schulverwaltungsamt
+ Amt für Statistik u. Wahlen

2. Integrierte JHSEP 2010 *Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen*



Jugendamt
Schulverwaltungsamt
Gesundheitsamt
+ Amt für Statistik u.W.

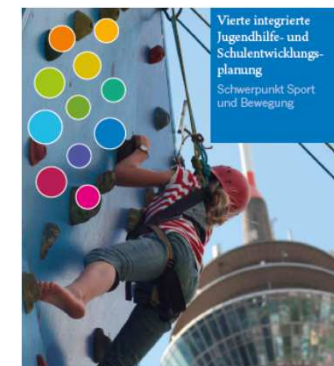
3. Integrierte JHSEP 2012 *Schwerpunkt Kulturelle Bildung*



Jugendamt
Schulverwaltungsamt
Gesundheitsamt
Kulturamt
+ Amt für Statistik u.W.

4. Integrierte JHSEP 2015 *Schwerpunkt Sport und Bewegung*

Schwerpunkt Sport und Bewegung



Jugendamt
Schulverwaltungsamt
Gesundheitsamt
Kulturamt
Sportamt
+ Amt für Statistik u.W.



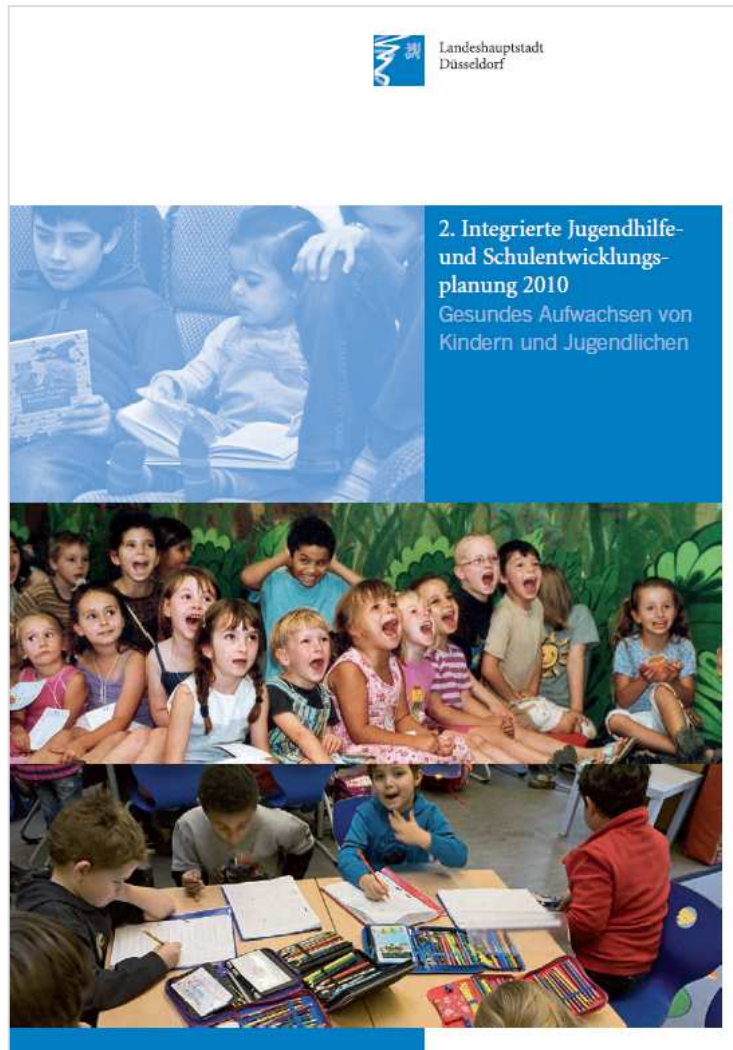
Worin besteht der Mehrwert der integrierten Planung?

- Ein Fachthema wird integriert aus unterschiedlicher fachlicher Sicht betrachtet **Folge: unterschiedliche Handlungsansätze und Herangehensweisen werden besser verstanden**
- Netzwerkstrukturen werden organisiert, verstetigt und unterstützt **Beispiele: Bildungsübergänge, Präventionsangebote wie Aktion Zahngesundheit etc.**
- Datenanalysen unterstützen künftige Planungsprozesse **Beispiele: Inanspruchnahme von Betreuungsangeboten, Früherkennung**
- Qualitätsentwicklungsprozesse werden angestoßen **Beispiel: Übergang Kita-Grundschule und Bewegungsförderung**
- Die Überführung gelungener Projekte in die Regelstrukturen werden unterstützt **Beispiele: Begleiteter Übergang, Familienhebammen**
- Neue Arbeitsansätze in konkreten räumlichen Zusammenhängen werden angestoßen **Beispiel Sportraumnutzung in Oberbilk**



Ein Erfolg ... nicht nur Geschichte

- Durch die integrierte Jugendhilfe- und Schul-Entwicklungsplanung wurde ein permanenter gemeinsamer Planungsprozess initiiert. Diese Planung beschränkt sich nicht auf die Veröffentlichung von Berichten.
- Die Zahl gemeinsamer, integrierter Bestandteile wird laufend erweitert.
- Die Zahl gemeinsamer Arbeitsgemeinschaften und Projekte ist gewachsen.
- Die Partnerämter beteiligen sich dauerhaft am weiteren Planungsprozess und sichern so Kontinuität.



Mit der 2. Integrierten Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung

Schwerpunktthema "Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen",

das in **Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf** erarbeitet wurde,

knüpfte der Bericht unmittelbar an Themenstellungen und Anregungen des 13. Kinder- und Jugendberichtes der Bundesregierung an.

www.duesseldorf.de/jugendamt/dwn/2juhi_schulewplan_haupt.pdf

Inhaltsverzeichnis Hauptband

2. Integrierte Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung 2010

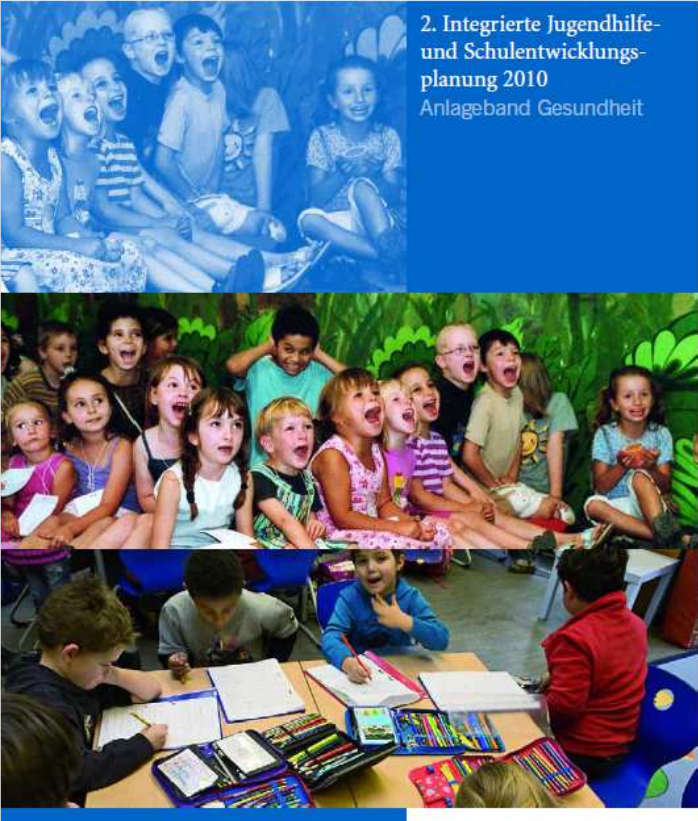
Inhaltsübersicht

Seite		05
07	1. Einleitung	
08	1.1 Integrierte Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung in Düsseldorf	
10	1.2 Zweite Integrierte Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung mit dem Schwerpunkt „Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen“	
15	2. Tageseinrichtungen	
16	2.1 Betreuungsangebote für Kinder bis zum Schuleintritt	
29	2.2 Betreuungsangebote für Kinder bis zum Schuleintritt – Ausgewählte qualitative Aspekte	
37	3. Zusammenarbeit von Tageseinrichtung und Grundschule	
38	3.1 Organisation des Übergangs von der Tageseinrichtung in die Grundschule	
43	3.2 Der Übergang von der Tageseinrichtung in die Grundschule – Schwerpunkt Sprache	
48	3.3 Der Übergang von der Tageseinrichtung in die Grundschule – Schwerpunkt Musikalische Erziehung	
50	3.4 Der Übergang von der Tageseinrichtung in die Grundschule – Schwerpunkt Kinder mit Behinderungen	
61	4. Schulen	
62	4.1 Allgemeines	
65	4.2 Grundschulen	
75	4.3 Allgemeinbildende weiterführende Schulen	
93	4.4 Berufskollegs	
96	4.5 Schulen des zweiten Bildungswegs	
97	4.6 Musikschule	
99	5. Gesundheit im Umfeld von Tageseinrichtungen und Schule	
100	5.1 Befunde zur Gesundheit der Düsseldorfer Kinder	
121	5.2 Verpflegung in Tageseinrichtungen und Schulen	
127	5.3 Gesundheitsförderung und Prävention	
133	6. Kooperationen Jugendhilfe – Schulbereich – Gesundheit	
134	6.1 Strukturelle Zusammenarbeit	
141	6.2 Besondere Formen der Zusammenarbeit und Projekte	
159	7. Projekte der integrierten Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung	
160	7.1 Statusbericht zu den Projekten der ersten integrierten Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung	
163	7.2 Neue Projekte der zweiten integrierten Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung	
	8. Anlageband Jugendhilfe	
	Anlageband Schule	
	Anlageband Gesundheit	

www.duesseldorf.de/jugendamt/dwn/2juhi_schulewplan_haupt.pdf

Anlageband

Landeshauptstadt
Düsseldorf



2. Integrierte Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung 2010
Anlageband Gesundheit

www.duesseldorf.de/jugendamt/dwn/2juhi_schulewplan_gesundheit.pdf

DÜSSELDORF



Variablen

- Körperkoordination und Grobmotorik
- kompensatorischer Sport
- Visuomotorik
- Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen
- Sprachauffälligkeiten
- Förderbedarf Deutsch
- Übergewicht und Adipositas
- Gebisszustand/dmf-t/DMF-T/
 - d – decayed (zerstörte)
 - m – missing (fehlende)
 - f – filled (gefüllte)
 - t – teeth (Zähne)
- Kariesrisiko
- Früherkennungsuntersuchungen U8_{4 Jahre} und U9_{6 Jahre}

Anlageband Gesundheit



2. Integrierte Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung 2010 – Anlageband Gesundheit

2. Auf einen Blick

Anbieter der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Anzahl der Arztpraxen für Kinder- und Jugendärzte	Anzahl der Arztpraxen für Psychiatrie und Psychotherapie	Anzahl der Hebammen	Anzahl der Zahnkliniken des Kinder- und Jugendgesundheitszentrums
38	11	93	6

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Befunde der Schiefehlungsuntersuchungen Angaben in Prozent, absolute Zahlen in Klammern			
Verfunde	2007	2008	2009
Körperkoordination und Grobmotorik	7,7 (342)	6,9 (299)	8,9 (412)
Visuomotorik	9,3 (412)	9,4 (409)	13,0 (567)
Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	18,9 (837)	15,8 (684)	16,5 (767)
Übergewicht und Adipositas	15,4 (678)	13,0 (560)	13,9 (640)
Teilnahme UB+U9	79,3 (3107)	78,6 (3037)	77,6 (3260)
Förderbedarf Deutsch	17,9 (602)	15,8 (626)	18,4 (659)
kompensatorischer Sport	8,5 (378)	8,2 (357)	10,9 (504)

Befunde der logopädischen Reihenuntersuchungen in Kindertagesstätten, Angaben in Prozent, absolute Zahlen in Klammern		
	2008	2009
untersuchte Kinder	2410	2700
davon auffällig	1938	2209
+ bereits in Therapie	861	1193
= auffällig insgesamt	2799	3402

	2007/2008				2008/2009			
	gesund	sanfter	be- handl- ungs- bedürftig	DMF-T	gesund	sanfter	be- handl- ungs- bedürftig	DMF-T
Kindertagesstätten (3-7 Jahre)	74,7 (5869)	6,7 (525)	18,6 (1459)	1,09	74,4 (3721)	6,8 (342)	18,8 (938)	1,11
Grundschulen (6-13 Jahre)	90,3 (13543)	5,9 (880)	3,9 (578)	0,18	88,9 (7976)	6,4 (573)	4,7 (418)	0,21
Förderschulen (10-18 Jahre)	49,2 (507)	30,2 (311)	20,7 (213)	1,60	50,7 (355)	23,9 (167)	25,4 (178)	1,63
Hauptschulen (10-18 Jahre)	50,8 (419)	31,9 (263)	17,2 (142)	1,69	52,1 (533)	30,9 (316)	17,0 (174)	1,63

¹⁾ Der DMF-T-Wert ist die Summe sanfter (decayed), fehlender (missing) und gefüllter (filled) Zähne (daxt) bei jedem Kind. Ein kleinschriebener DMF-T-Wert bezieht sich auf die Milchzähne, ein großschriebener DMF-T-Wert auf die bleibenden Zähne.

2. Integrierte Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung 2010 – Anlageband Gesundheit

Kerndatensatz nach der Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendberufshilfe DAJ, Angaben in Prozent, absolute Zahlen in Klammern	2007/2008		2008/2009	
	DAJ-Risiko		DAJ-Risiko	
Kindertagesstätten	12,3 (1026)		12,2 (665)	
Grundschulen*	8,9 (1342)		8,7 (786)	
Hauptschulen*	0,6 (5)		0,8 (8)	
Förderschulen*	4,8 (69)		5,8 (62)	

* nur städtische Schulen

Kooperationen von Kindertagesstätten mit dem Gesundheitsamt

Anzahl der Familienkontrollen mit Kooperationsvereinbarung	Anzahl der logopädischen Ambulanzzeiten
14	28

Maßnahmen in Kindertagesstätten

Anzahl der Einrichtlungen	2007/2008		2008/2009	
	2008	2009	2008	2009
zahnärztliche Reihenuntersuchungen	215	125		
Kariesprophylaxe	183	190		
logopädische Untersuchungen	202	237		
Infoveranstaltungen Karies für Eltern	183			
Infoveranstaltungen Karies für Erzieher	88			
Seh- und Hörtests	23			
betriebsmedizinische Begehungen	21			

Kooperationen von Schulen mit dem Gesundheitsamt

Anzahl der Einrichtlungen	2007/2008		2008/2009	
	2008	2009	2008	2009
zahnärztliche Reihenuntersuchungen	104	75		
Kariesprophylaxe	111	105		
Intensivprophylaxe/Fluoridapplikation	44	45		
Impfkontrolle und Impfungen	49			
Sexualpädagogik	18			

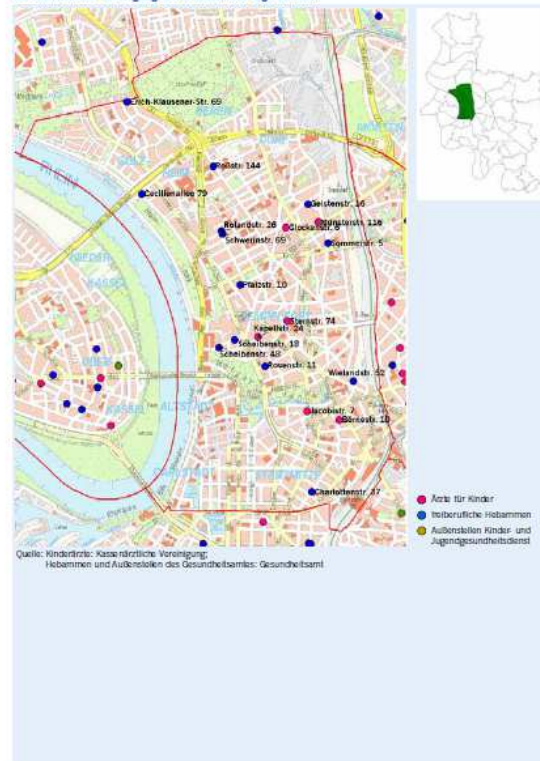
Beispiel Stadtbezirk 1 (von 10)



Stadtbezirk 1

Altstadt, Carlstadt, Stadtmitte, Pempelfort, Derendorf, Golzheim

Gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen



13

Gesundheit von Schulanfängerinnen und -anfängern

Ergebnisse der Schulinganguntersuchungen

Daten nach Wohnort



15

Gesundheit von Schulanfängerinnen und -anfängern, Daten von 2007 bis 2009 zusammengefasst (Quelle: Schulinganguntersuchungen, Gesundheitsamt)

Sozialraum (Wohnort)	Sprach- oder Elternbildung		Förderbedarf Deutsch als Zweitsprache		auffällige Fehlbesonderheiten		auffällige Größenmerkmale		Übergewicht und Adipositas		kompensatorischer Sport		13 B und 13 9	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
101	25,3	22	37,8	28	20,9	18	6,9	6	20,0	17	11,5	10	73,3	44
102	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70,6	12
103	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73,7	14
104	31,4	11	-	-	14,7	5	-	-	-	-	-	-	75,8	25
105	18,4	18	28,2	22	-	-	10,2	10	19,4	19	12,2	12	72,2	57
106	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85,4	35
107	13,8	25	20,1	31	11,3	20	9,4	17	16,0	29	11,6	21	84,2	133
108	12,1	20	15,7	19	8,2	13	4,8	8	11,0	18	6,1	10	78,5	117
109	11,4	10	-	-	6,1	5	5,7	5	6,8	6	5,7	5	84,1	69
110	17,9	10	-	-	-	-	-	-	16,1	9	-	-	87,8	43
111	-	-	-	-	0,0	0	-	-	-	-	-	-	91,7	11
112	-	-	-	-	-	-	-	-	27,3	6	-	-	90,5	19
113	15,0	43	23,3	53	10,2	29	7,3	21	11,6	33	7,7	22	81,6	204
114	-	-	0,0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	75,0	21
Altstadt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70,6	12
Karlstadt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72,2	13
Stadtmitte	21,5	40	32,9	50	11,5	21	8,6	16	19,6	36	11,8	22	72,9	102
Pempelfort	12,1	47	17,3	53	9,3	35	7,0	27	12,4	48	8,5	33	81,7	285
Derendorf	14,6	47	23,5	59	9,8	31	7,8	25	13,1	42	8,4	27	82,7	234
Golzheim	15,9	33	3,1	5	7,0	14	5,3	11	9,2	19	4,8	10	82,7	158

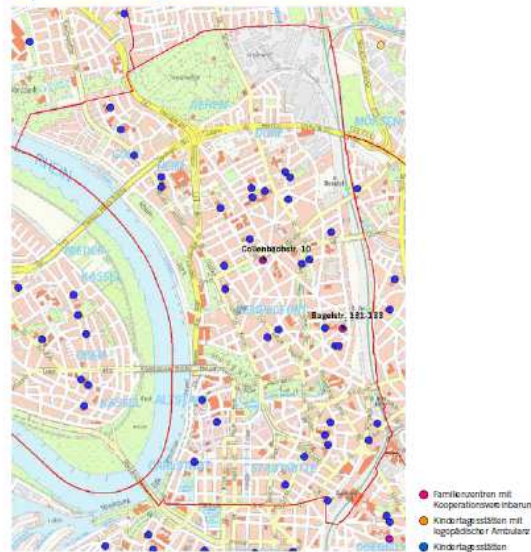
-* bedeutet, dass in den Jahren 2007 bis 2009 weniger als 5 Kinder aus dem Sozialraum untersucht worden sind. Die Angaben wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen geteilt.

Kooperationen mit dem GA



2. Integrierte Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung 2010 – Anlageband Gesundheit

16 Kooperationen von Kindertagesstätten mit dem Gesundheitsamt

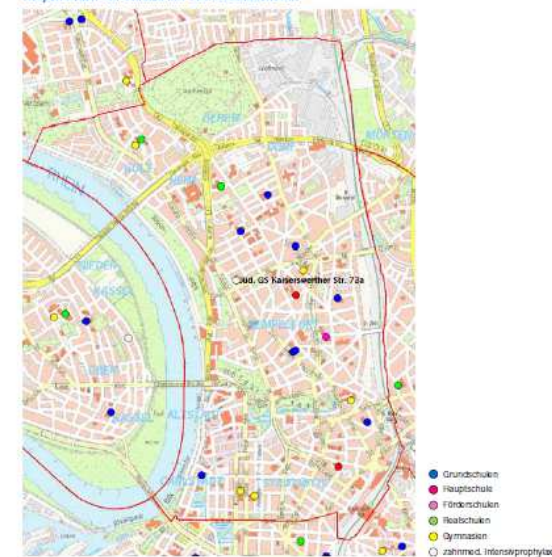


Maßnahmen des zahnärztlichen Dienstes, des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes und des logopädischen Dienstes des Gesundheitsamtes in Kindertagesstätten

	zahnärztliche Reihenuntersuchung Anzahl der Kinder		Kariesprophylaxe mit je 4 Modulen		Karies Infos für Eltern/ Erzieher	Seh-/ Hör tests	betriebs med. Begleitungen	logopädische Reihenuntersuchungen Anzahl der Kinder	
	Kindergartenjahr		Kindergartenjahr					Kalenderjahre (2008 und 2009 zusammengefasst)	
	2007/2008	2008/2009	2007/2008	2008/2009	2008 + 2009	2008 + 2009	2008 + 2009	2008	2009
Tageseinrichtungen für Kinder									
Ackerstraße 3	12		x	x	Eit			10	
Altstadt 9	26	29	x					4	
Annastraße 84	13			x	Eit/Erz				8
Danekestraße 121	21		x						6

2. Integrierte Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung 2010 – Anlageband Gesundheit

18 Kooperationen von Schulen mit dem Gesundheitsamt

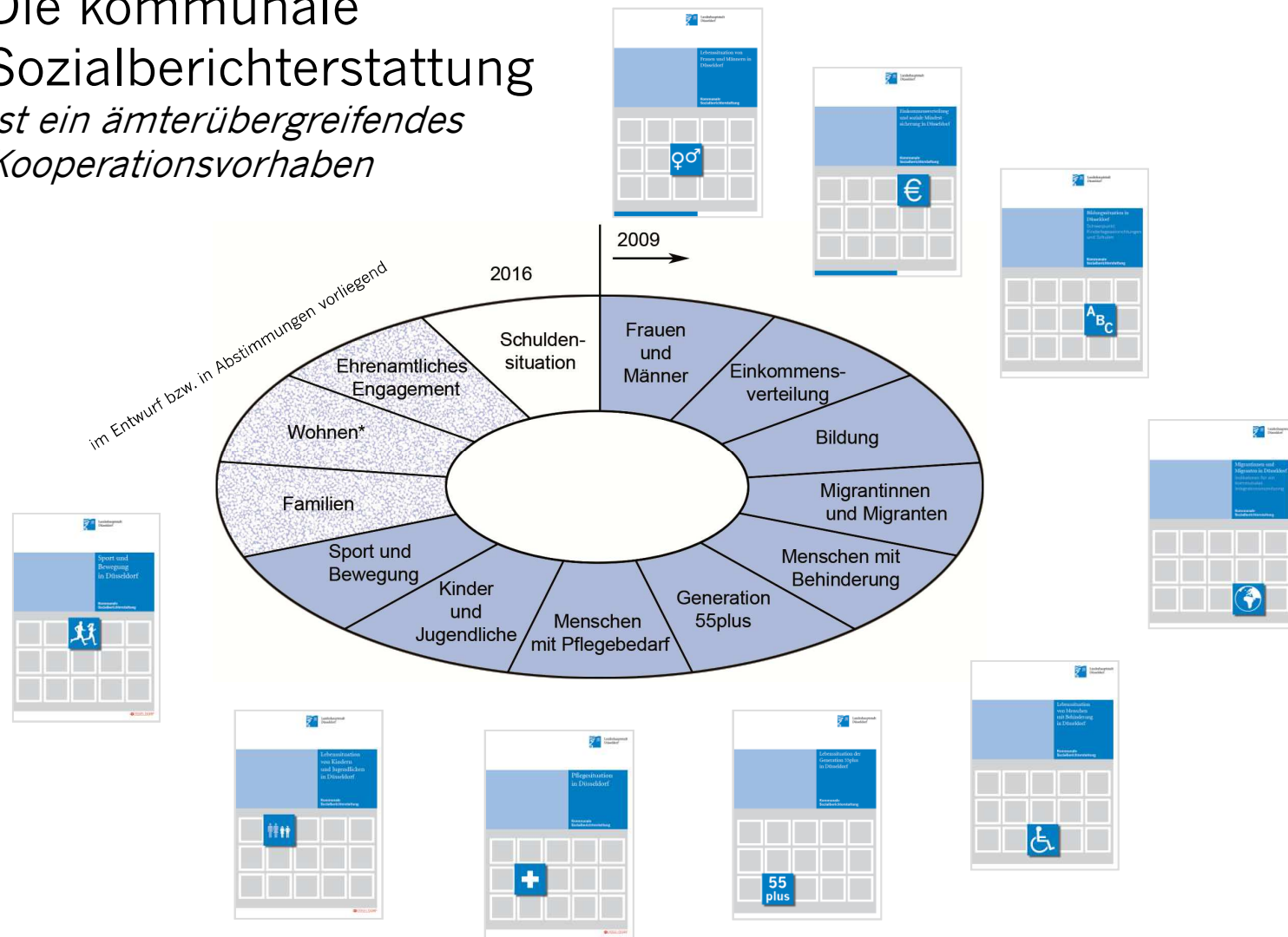


Maßnahmen des zahnärztlichen Dienstes, des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten), der AIDS-Beratung und der Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte des Gesundheitsamtes in Schulen

	zahnärztliche Reihenuntersuchung Anzahl der Kinder		Kariesprophylaxe mit je 4 Modulen		Fluoridapplikation der Zähne Anzahl der Kinder		Impfheft kontrolle/ Impfaktion Anzahl der Kinder	sexualpädagogische Prävention
	Schuljahr		Schuljahr		Halbjahre			
	2007/2008	2008/2009	2007/2008	2008/2009	1. Hj. 2009	2. Hj. 2009	2008 + 2009	2008 + 2009
Grundschulen								
städt. RGS Thomas-Schule, Blumenthalstraße 11	159		x	x				
städt. RGS Max-Schule, Citadellstraße 2 b	101	104	x	x				
städt. RGS St.-Rochus-Schule, Ehrenstraße	95		x	x				



Die kommunale Sozialberichterstattung *ist ein ämterübergreifendes Kooperationsvorhaben*



* Bericht zum Wohnen in Düsseldorf und zur Situation von Menschen mit einer Wohnproblematik

2015: Sport und Bewegung



Landeshauptstadt
Düsseldorf



Sport und Bewegung	
Inhaltsverzeichnis	
Vorwort	3
Methodische Erläuterungen und Hinweise	6
1. Einleitung	7
2. Die demografische Entwicklung in Düsseldorf	11
3. Vereinssport in Düsseldorf	17
3.1 Mitgliederstruktur und Organisationsgrade	18
3.2 Sportarten im Vereinssport	24
3.3 Projektion der Mitgliederentwicklung der Düsseldorfer Sportvereine bis 2025	26
3.4 Exkurs Besonderheiten der Sportvereinsstatistik (Fortuna-Effekt)	29
4. Sportverhalten, Sportnachfrage und Organisation des Sporttreibens – Ergebnisse der Düsseldorfer Bevölkerungsumfrage 2010	33
4.1 Grunddaten zum Sporttreiben der Düsseldorfer Bevölkerung	35
4.2 Organisation des Sporttreibens	41
4.3 Sporttreiben und Bildungsstatus	45
5. Sportmotorische Fitness von Kindern in Düsseldorf	49
5.1 Ergebnisse der sportmotorischen Tests „Check!“ und „ReCheck!“ 2003 bis 2013	50
5.2 Ergebnisse der sportmotorischen Tests „Check!“ und „ReCheck!“ 2012	53
5.3 Sportmotorische Leistung 2012 aus sozialräumlicher Perspektive	54
5.4 Ergebnisse des Fragebogens zum „Check!“ 2012	58
6. Zusammenfassung	63
Literaturverzeichnis	67
Abbildungs-, Tabellen- und Kartenverzeichnis	69
Kontakt	72

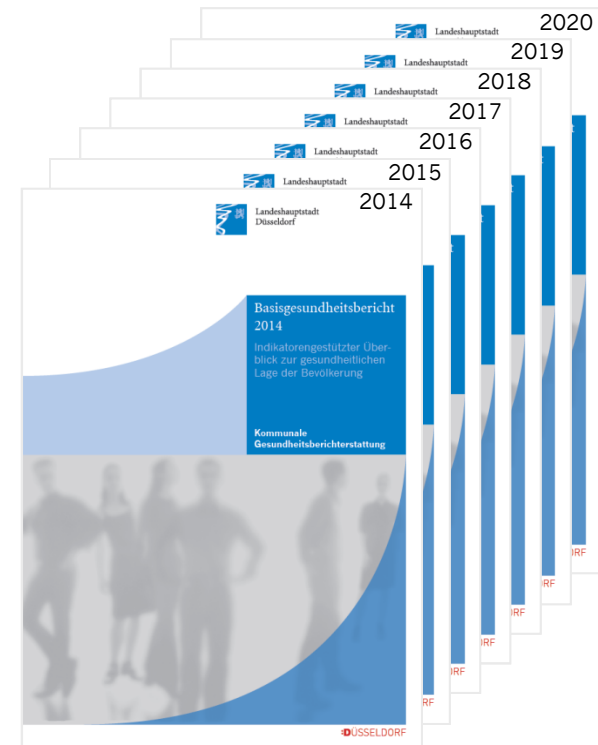
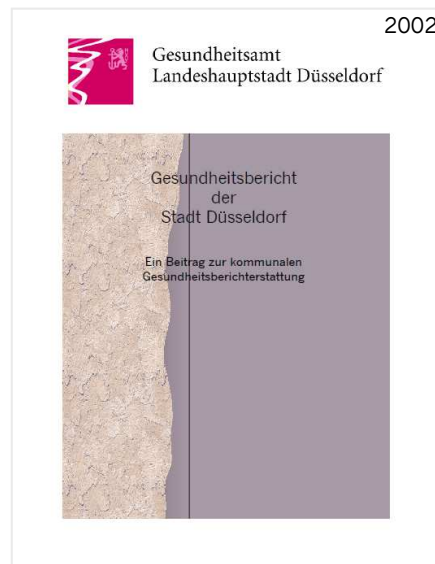
- 5 -

:DÜSSELDORF



GBE: Basisgesundheitsberichte

Ziel Gesundheits-
Monitoring





Beispiel COPD Chronische Atemwegserkrankung der unteren Atemwege

19. Chronische Atemwegserkrankungen der unteren Atemwege - COPD (J40-J44)
[Gf Ge K Se V]

Die Fallzahlen liegen im Schnitt unter denen von NRW. Dennoch ist auffällig, dass Männer häufiger betroffen sind, und nach vorheriger, rückläufiger Tendenz, die Fallzahlen bei Frauen wieder zunehmen.

ICD-10 Definitionen
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J44)

- J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet
- J41 Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis
- J42 Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis
- J43 Emphysem
- J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankungen

Tab. 28: Krankenhaufälle COPD nach Geschlecht 2012

Verwaltungsbezirk	männlich		Frauen
	Anzahl	je 100.000 Einwohner	
Düsseldorf	833	294,0	399,8
Normale-Werte	32 258	309,8	

Quelle: LZS NRW, ICD-10/J40-J44

Ausgewählte Krankheiten
Krankenhaufälle ausgewählter Krankheitsgruppen/Krankheiten

Definition
Die Krankenhaufälle-Statistik ist Bestandteil der 1990 eingeführten amtlichen Krankenhausstatistik (weitere Erhebungsteile: I. Grunddaten und III. Kostenrechnung). Die Krankenhausstatistik erstreckt sich auf alle Krankenhäuser sowie alle Versorgungs- oder Rehabilitationseinrichtungen. Im Folgenden werden die Datendefinitionen für die allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser dargestellt. Diese Definitionen sind im allgemeinen auch für die Versorgungs- oder Rehabilitationseinrichtungen gültig, die auf einer eigenen Hülfsseite behandelt werden.

Mit der Krankenhaufälle-Statistik wird sowohl der Behandlungs- als auch der Wohnort des Patienten erfasst. Der vorliegende Datensatz ist nach dem Wohnort organisiert! Er stellt also die Krankheitshäufigkeit und nicht Versorgungsziffern der Kommune dar.

Die Meldungen zur Diagnosedatistik beziehen sich auf alle im Laufe des Berichtsjahres entlassenen vollstationären Patienten. Die Angaben betreffen auch die im Krankenhaus verstorbenen Patienten, nicht jedoch teilstationär oder ambulant behandelte Patienten sowie gesunde Neugeborene.

Patienten, die mehrfach innerhalb eines Jahres vollstationär behandelt wurden, werden auch mehrfach erfasst. Dies ist bei der Auswertung zu beachten, vor allem bei Diagnosen, die häufig mit wiederholten Krankenhausaufnahmen einhergehen, wie bestimmte Krebserkrankungen oder auch AIDS. In diesen Fällen kann auch der Zahl der Krankenhaufälle nur sehr bedingt auf die Erkrankungshäufigkeit in der Bevölkerung geschlossen werden.

Als Hauptdiagnose ist diejenige zum Zeitpunkt der Entlassung bekannte Diagnose angegeben, die hauptsächlich die Behandlungsplanung bzw. den Umfang der medizinischen Leistungen bestimmt hat. Sie ist entsprechend der dreiteiligen ICD-10 Klassifikation verschlüsselt. Im vorliegenden Datensatz sind die Fälle mit fehlender/fehlerhafter Diagnoseverschlüsselung unter dem Schlüssel »000« zusammengefasst.

Basisgesundheitsbericht 2014

Tab. 29: Krankenhaufälle COPD nach Alter und Geschlecht

Alter	männlich		weiblich		Insgesamt
	Anzahl	je 100.000 Einwohner	Anzahl	je 100.000 Einwohner	
	0-4	2	0,7	-	
5-9	7	2,0	6	1,8	13
10-14	-	-	16	4,7	16
15-19	-	-	-	-	-
20-24	-	-	3	0,9	3
25-29	-	-	3	0,9	3
30-34	3	0,9	-	-	3
35-39	8	2,3	3	0,9	11
40-44	7	2,0	7	2,0	14
45-49	41	11,9	20	5,8	61
50-54	50	14,2	41	11,7	91
55-59	64	18,1	59	16,6	123
60-64	101	28,3	91	25,8	192
65-69	122	34,2	125	35,1	247
70-74	124	34,7	129	36,5	253
75-79	157	43,9	130	36,8	287
80-84	98	27,2	86	24,1	184
85 u. älter	43	11,9	108	30,1	151
Insgesamt	833	235,8	834	235,2	1.667

Abbildung an europäischer Ebene

Abbildung: Standardisierte, alters- und geschlechtsspezifische Mortalitätsraten für COPD nach Geschlecht
Quelle: LZS NRW, ICD-10/J40-J44

Tab. 31: Krankenhaufälle COPD je 100.000 Einwohner

Basisgesundheitsbericht 2014

Abb. 32: Krankenhaufälle COPD nach Alter und Geschlecht 2012

Abb. 31: Krankenhaufälle COPD je 100.000 Einwohner

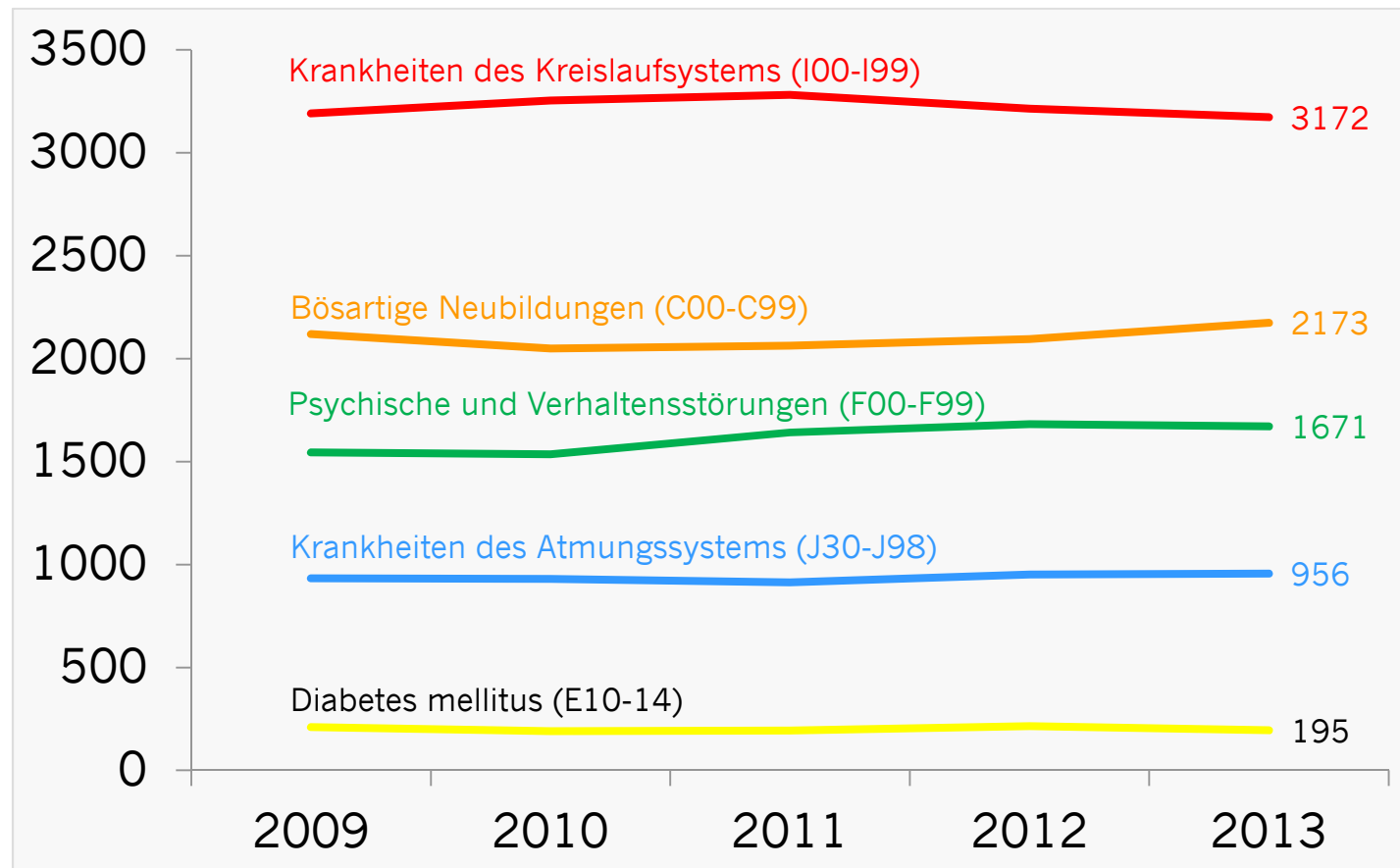
Heute wissen wir es besser!





Morbidität NCD Düsseldorf 2009-2013

Anzahl der Krankenhausfälle (ICD) je 100.000 Einwohner



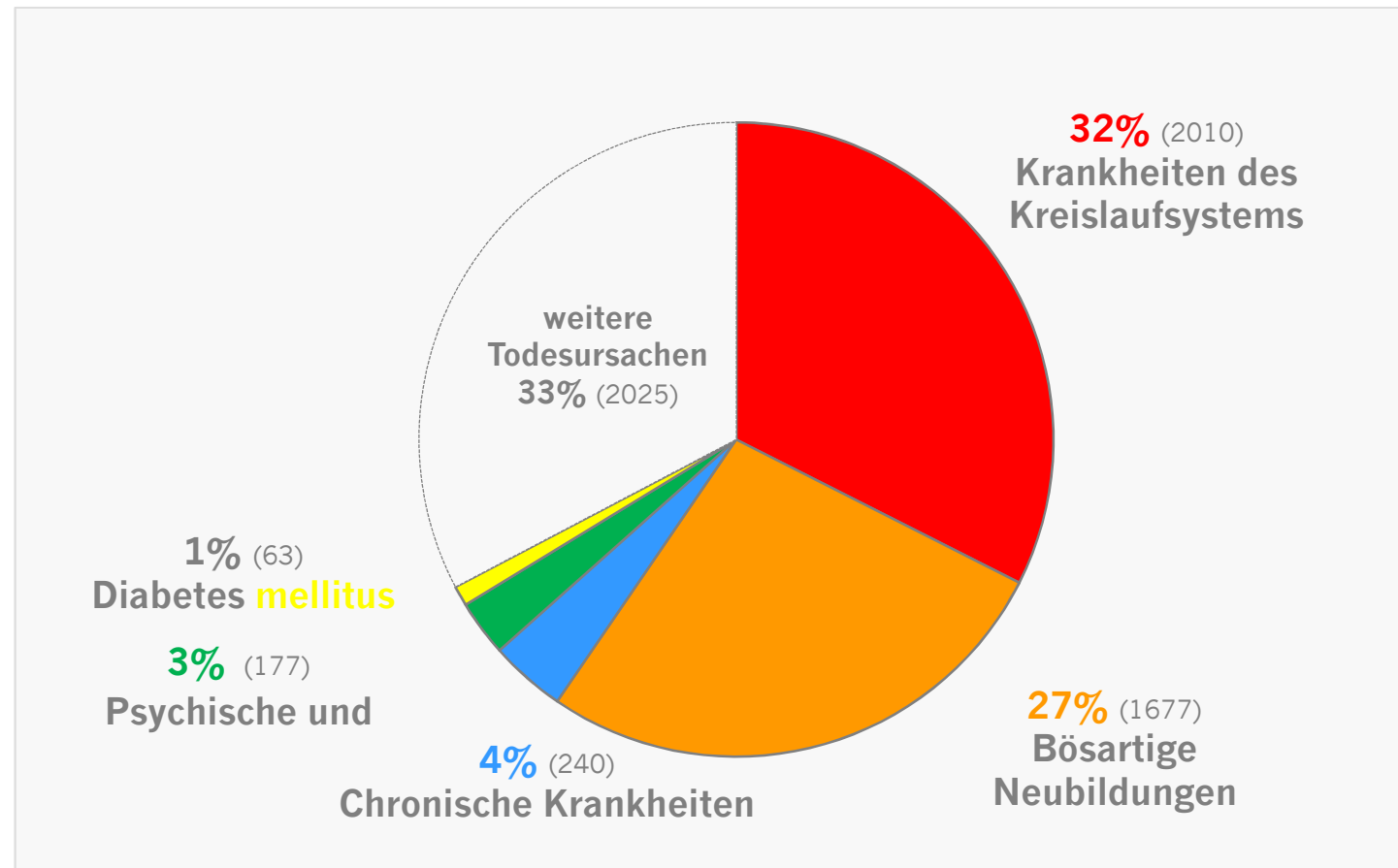
GBE-Stat, LZG.NRW 2015, eigene Auswertung

DÜSSELDORF



Mortalität Düsseldorf 2013

6192 Todesfälle, davon 2/3 aufgrund NCD



GBE-Stat, LZG.NRW 2015, eigene Auswertung

:DÜSSELDORF



Global Burden of Disease-Studie

Ergebnisse Deutschland 2010

Krankheitslast

- **88,1% der Gesamtkrankheitslast NCD-induziert**
 - 19,4% Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - 17,9% bösartige Neubildungen
 - 15,8% muskuloskelettale Erkrankungen
 - 11,4% psychische und Verhaltensstörungen

Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland
Deutsches Ärzteblatt 2014 (38) S. 629-638

Risikofaktoren

- 13,8% Ernährungsbedingte Risiken
 - 26% aller Todesfälle
- 10,9% Hypertonie
- 10,9% hoher BMI

Hauptursachen für verlorene gesunde Lebensjahre

- ischämische Herzerkrankungen ♂ Rang 1
♀ Rang 2
- Schlaganfall ♂ Rang 4
♀ Rang 4

Zukünftiger Schwerpunkt

Nichtübertragbare Krankheiten / NCD (non-communicable diseases)

NCD –

nichtübertragbare
Krankheiten

mind. 2/3 aller Todesfälle
und Krankheitslasten

**Herz-Kreislauf-
Erkrankungen**

Krebs

**chronisch
obstruktive
Lungen-
Erkrankungen**

Diabetes

Adipositas

**Psychische
Erkrankungen**

Gemeinsamkeiten

- Ätiologie
- Risikofaktoren, verhaltens- und umweltbedingt
- oft kumulatives Auftreten
- Notwendigkeit ähnlicher Präventions- und Versorgungsmodelle
- hoher Anteil an Krankheitslast und Mortalität

:DÜSSELDORF



Daten der Kassenärztlichen Vereinigung geeignet für eine kleinräumige GBE?

Die in den Kassenärztlichen Vereinigungen routinemäßig verarbeiteten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten (GKV)

- stellen eine einmalige Datengrundlage dar.
- wurden bisher kaum in einer systematischen Weise für eine wissenschaftlich Analyse des Gesundheits- und Krankheitsprofils der Bevölkerung – als Basis für eine umfassende Gesundheitsberichterstattung – verwendet.
- bieten die Chance kleinräumiger Betrachtungen.



GBE in spé: Kleinräumiges Gesundheitsberichtssystem

in Kooperation mit der KV und Zi auf der Basis von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten



Kreisstelle Stadt Düsseldorf



Das kleinräumige Gesundheitsberichtssystem soll ...

- den definierten Bezirken und Sozialräumen der Landeshauptstadt die gesundheitlichen Daten zuordnen können.
- über den Status quo informieren.
- regionale und statusgruppen-spezifische Handlungsbedarfe identifizieren.
- die Planung von Interventions-Maßnahmen unterstützen.
- die Evaluation von Interventions-Maßnahmen ermöglichen.

:DÜSSELDORF



Das kleinräumige Gesundheitsberichtssystem für die LH Düsseldorf umfasst ...

die Erstellung eines **konfigurierbaren Analyse- und Projektionstools**, welches auf unterschiedlich kleinräumiger Systematik für Sozialräume, Stadtbezirke, und Sozialraumcluster Indikatoren des Gesundheits- und Krankheitsprofils der Bevölkerung darstellen kann.

Diese **Indikatoren** beziehen sich auf:

- Krankheitsentitäten aus dem Bereich der nicht-übertragbaren Erkrankungen
- Infektionskrankheiten und
- Indikatoren der Inanspruchnahme von Früherkennung

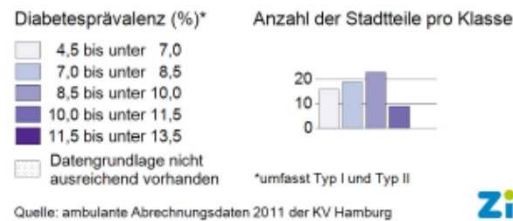
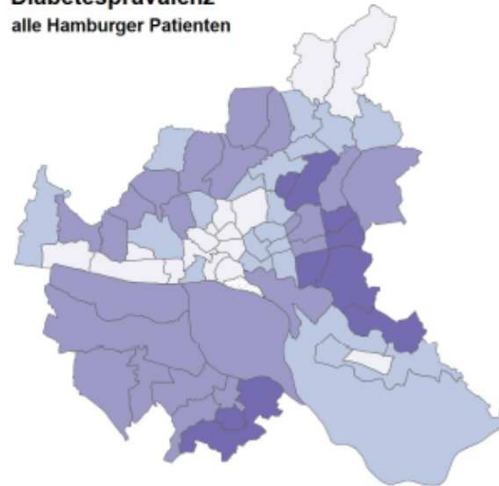


Indikatorenübersicht

- GA:** TBC, bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane/Atmungsorgane/Brustdrüse, ischämische Herzkrankheiten, zerebrovaskuläre Krankheiten, Diabetes mellitus, COPD, psychische Erkrankungen organisch/Substanzen/Affekte, Adipositas
- ZI-Erw:** Hypertonie, Asthma bronchiale, Osteoporose, Osteoarthrose, chron. Rückenschmerzen, Migräne/sonst. Kopfschmerz, Schilddrüsenerkrankungen, Schlafstörungen, Hepatitis A/B/C/D/E, Chlamydieninfektionen/Gonokokkeninfektionen, Salmonellen/Typhus/Paratyphus, Niereninsuffizienz, Gastritis, Verletzungen, Vergiftungen, Schwerhörigkeit, Gesundheitsrisiko aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Entzündliche Neuropathie, Pneumonie & andere infektiöse Lungenerkrankungen, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, Periphere Neuropathie/Myopathie, schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen, Angsterkrankungen, Somatoforme Störungen, Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankungen, Antibiotikaresistenzen
- ZI-Ki/J:** Masern/Mumps/Röteln, Heuschnupfen/Allergien, Neurodermitis, Asthma Bronchiale, Pseudokrapp, Epilepsie, ADHS, Verhaltensstörung/Soziale Störung mit Beginn in der Kindheit, Emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit
- ZI-Inanspruchnahmen:** Früherkennung/Vorsorge (Anzahl), Mutterschaftsvorsorge, Cervixkarzinom Früherkennung



Diabetesprävalenz alle Hamburger Patienten



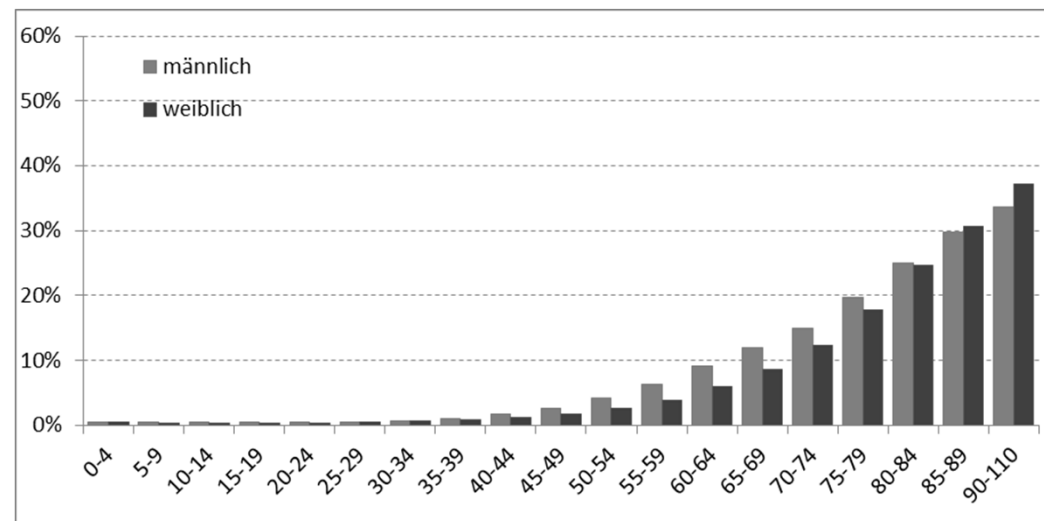
Darstellungsmöglichkeiten

am Beispiel Hamburg

Abbildung 2: Beispiel
Prävalenz
Herzinsuffizienz
(Hamburg Gesamt,
N=1,4 Millionen)

Alter	männlich	weiblich
0-4	36090	35087
5-9	30612	29766
10-14	29704	29006
15-19	30450	32344
20-24	36338	50224
25-29	44026	66221
30-34	48017	67257
35-39	41046	54913
40-44	46785	59266
45-49	49636	61205
50-54	41324	51940
55-59	34002	42454
60-64	32904	40926
65-69	30984	38218
70-74	36255	46020
75-79	23792	34530
80-84	14794	26788
85-89	7484	20177
90-110	3198	12578

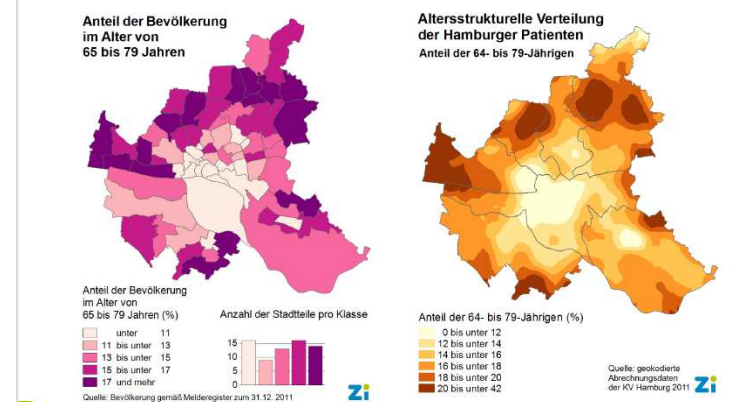
Tabelle 1: Beispiel
Patientenzahlen nach
Alters- und
Geschlechtsgruppen
(Hamburg Gesamt)



Was tun bei kleinen Fallzahlen?

- Zusammenlegung von benachbarten und vergleichbaren Sozialräumen
- Darstellungen nur für gröbere Gebietssystematiken
- Zusammenlegung von Alterskategorien
- Interpolation, Glättung, funktionale Anpassung

Ausgehend von bestehenden Datenpunkten erfolgt kontinuierliche Schätzung der Ausprägung zwischen den Datenpunkten





Die 2-jährliche, kleinräumige Erfassung der Gesundheits- und Krankheitsindikatoren bedeutet...

- erstmaliges Gewinnen wissenschaftlicher Erkenntnisse zur zeitlichen Stabilität von kleinräumigen Mustern gesundheitlicher Bedarfslagen.
- gleichzeitiges Abbilden der Auswirkungen von lokalen Interventionsmaßnahmen oder zwischenzeitlichen Änderungen der potentiellen Risikofaktoren auf das Gesundheits- und Krankheitsprofil in den kleinräumigen Einheiten.



Fazit I: Die Gesundheitsberichterstattung der Landeshauptstadt Düsseldorf ist in Bewegung

A.

Basisgesundheitsbericht

- Jährliches Monitoring
Trends LHD 2014 ff.

B.

Kleinräumiges
Gesundheitsberichtssystem.

- Zweijährliches Monitoring
Sozialraumentwicklung 2015/2016 ff

C.

Daten externer
und überregionaler
Datenhalter mit Bezug
auf die LH Düsseldorf



Daten für Taten !



Fazit II & Ausblick

- Wir wissen und berichterstaten mehr, als je zuvor.
Wir gehen dabei regelmäßiger und systematischer vor.
Auch kleinräumige Daten liegen in Teilen zunehmend vor.
- Gesundheitsbezogene, kleinräumige Daten gab es bislang nur über eigene Auswertungen der Schuleingangsuntersuchung (und einige spezielle Fragestellungen, wie bspw. TBC). Sie werden zukünftig zweijährlich in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung verfügbar sein.
- Die Zukunft liegt in der integrierten, möglichst kleinräumigen Berichterstattung und Zusammenführung von Daten zu klaren Fragestellungen.
- Der Slogan „Daten für Taten“ behält seine Berechtigung.



Was nun, was tun?!



Gesetzliche Grundlagen / Rahmengebende Instanzen

WHO WHO Europe BMG 'Präventionsgesetz' BMELV MGEPA LZG KGK



Gesundheitsamt



Gesundheitskonferenz Koordination Gesunde Stadt Gesundheitsberichterstattung

ZPG – Zentrum für Prävention & Gesundheitsförderung Schlaganfallbüro

NCD -
nichtübertragbare
Krankheiten

**Herz-Kreislauf-
Erkrankungen**

Krebs

**chronisch
obstruktive
Lungen-
Erkrankungen**

Diabetes

Adipositas

**Psychische
Erkrankungen**

Ziele -
Populationsebene

Salzaufnahme
< 5 g/Tag

kardiometabolisches
Risiko ↓

Tabakkonsum ↓

Alkoholkonsum ↓

Inanspruchnahme
Vorsorgemaßnahmen
Krebserkrankungen ↑

Stigmatisierung
psychischer
Erkrankungen ↓

Aufklärung über
psychische Er-
krankungen und
Zugangswege ↑

Adipositas & BMI ↓

Bewegungsmangel ↓

Ernährung

Einführung DGE-
Qualitätsstandards

Kitas

Schulkantinen

Städtische
Kantinen

Betriebskantinen

Tabak

Reduzierung
Tabakkonsum

Lokaler freiwilliger
Werbeverzicht für Tabak

Ausweitung
Rauchverbot
im öffentlichen
Raum

**Psychische
Erkrankungen**

Alkohol

Weiterführung
laufender
Präventions-
programme

Ärztlich
psychiatrische
Sprechstunde

HaLt
Hart am Limit

Klasse 2000

Programme
der Suchthilfe-
planung

Weitere Programme

**NRW
Gesundheitsziele**

Herz-Kreislauf-
Erkrankungen reduzieren

Krebs bekämpfen

Rückenleiden minimieren

Sucht bekämpfen

Depression erkennen
und behandeln

Kooperationen

Kompetenznetz
Herz

Krankenkassen

ÄKNO

KVNO

Gesundheits-
konferenz

Selbsthilfe-Büro

MED⁺ - Forum
Gesundheits-
wirtschaft

DIS e.V.

Schlaganfall-Hilfe

BZgA

INFORM

DGE

Ernährungs-
beratung / GA

Jugendamt

Schulamt

Amt für Ver-
braucherschutz

VZ-NRW

Jugendhilfe

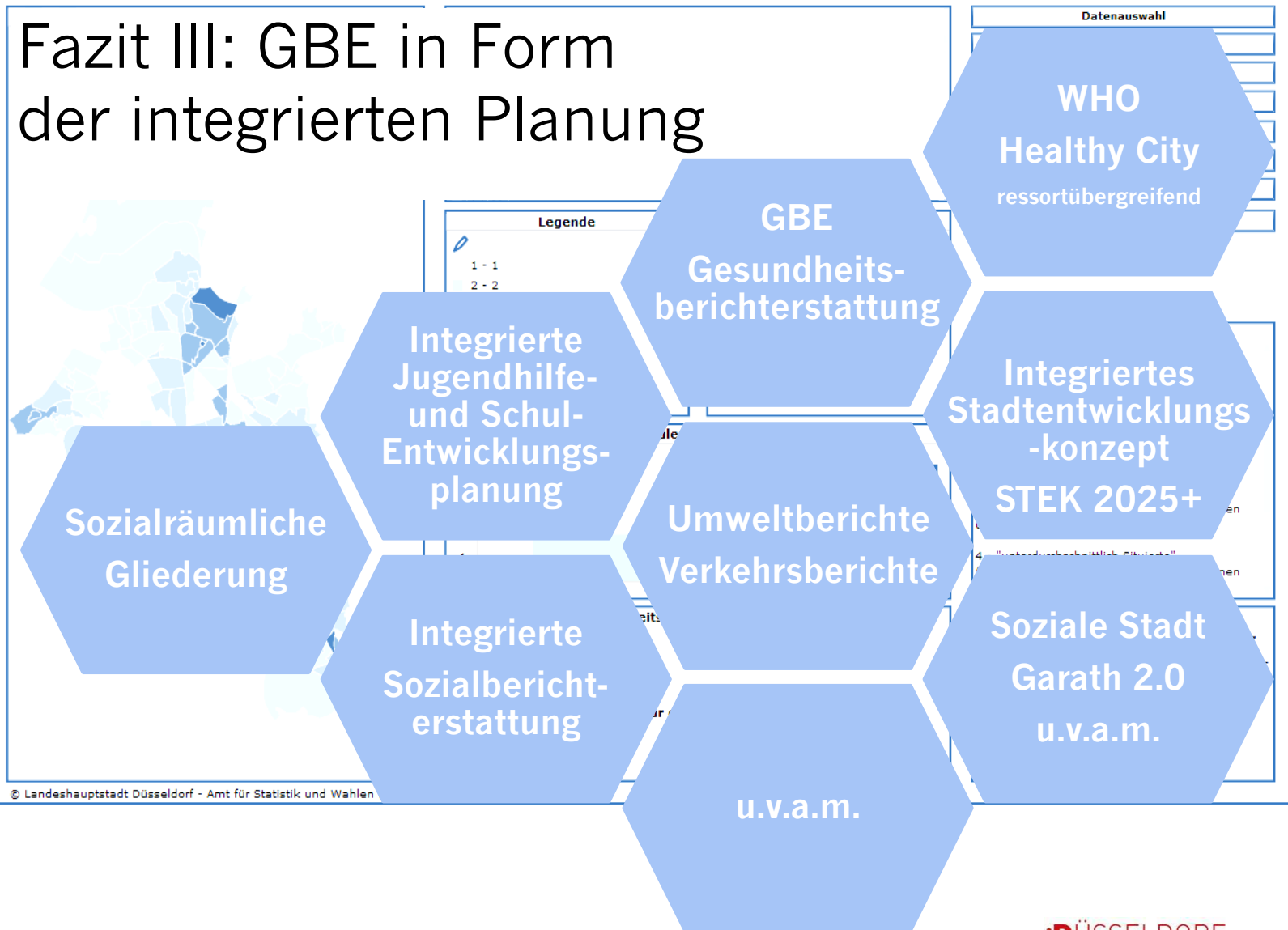
Suchthilfe

Schulträger

Betriebskantinen

... und viele
andere mehr.

Fazit III: GBE in Form der integrierten Planung



© Landeshauptstadt Düsseldorf - Amt für Statistik und Wahlen



Gesundheitsberichte zum Download

auf der Website des Gesundheitsamts

https://www.duesseldorf.de/gesundheitsamt/netzwerke_und_kooperationen/gbe/index.shtml

Christoph Gormanns

Arzt – Gesundheitsförderung und Prävention
Koordinator Gesunde Stadt Düsseldorf
Gesundheitsberichterstattung

Kölner Str. 180
40227 Düsseldorf
Telefon 0211 – 89 96022
Telefax 0211 – 89 29384
christoph.gormanns@duesseldorf.de