



Bericht

der Landesregierung

Praxisausführung des Gesundheitsdienstgesetzes

Drs. 16/2227

**Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend
und Senioren**

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	S. 3
1.1 Gesetzliche Grundlage der Gesundheitsberichterstattung	
1.2 Berichtsauftrag	
2. Aktivitäten des Landes	S. 4
2.1 Landesgesundheitsberichte	
2.2 Konsequenzen aus der Gesundheitsberichterstattung des Landes	
3. Festlegung einheitlicher Kriterien	S. 7
3.1 Arbeitsgruppe „Kommunale Gesundheitsberichterstattung“	
3.2 Leitfaden für die kommunale Gesundheitsberichterstattung in Schleswig-Holstein	
3.3 Einheitliche Kriterien für die kommunale Gesundheitsberichterstattung in Abstimmung mit dem Land	
4. Berichte der Kreise und kreisfreien Städte	S. 10
4.1 Übersicht über die Berichte der Kreise und kreisfreien Städte	
4.2 Berichtstypen	
4.2.1 Berichte über ausgewählte Bevölkerungsgruppen	
4.2.2 Themenspezifische Berichte	
4.2.3 Themen- und altersgruppenübergreifende Berichte	
4.3 Ableitung von Handlungsempfehlungen in kommunalen Berichten	
4.4 Beispiele der Verbindung kommunaler Gesundheitsberichterstattung mit gesundheitspolitischen Aktivitäten der Kreise und kreisfreien Städte und des Landes	
5. Zukünftige Initiativen des Landes und Ausblick	S. 38

1. Einleitung

1.1 Gesetzliche Grundlage der Gesundheitsberichterstattung

Die gesetzliche Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung findet sich im § 6 des Gesundheitsdienst-Gesetzes des Landes Schleswig-Holstein. Dieser lautet:

§ 6 Gesundheitsberichterstattung

(1) Zur Unterrichtung über die gesundheitlichen Verhältnisse, insbesondere über Gesundheitsrisiken einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung sammeln die Kreise und kreisfreien Städte die hierfür notwendigen nichtpersonenbezogenen Daten, werten sie nach epidemiologischen Gesichtspunkten aus und führen sie in regelmäßigen Abständen in Gesundheitsberichten zusammen. Soweit die Kreise und kreisfreien Städte zur Erhebung von Daten nach Satz 1 nicht in der Lage sind oder die Erhebung mit unverhältnismäßigem Aufwand verbunden ist, wirken sie darauf hin, dass die entsprechenden Daten von anderen Behörden erhoben werden. Behörden, die über Daten im Sinne von Satz 1 verfügen, teilen diese den Kreisen und kreisfreien Städten auf Anforderung mit.

(2) Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren legt im Benehmen mit den Kreisen und kreisfreien Städten für die Datenerhebung und Berichterstattung nach Absatz 1 einheitliche inhaltliche und formale Kriterien fest, soweit dies für den Vergleich oder die Zusammenführung von Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung erforderlich ist. Die Kreise und kreisfreien Städte leiten ihre Gesundheitsberichte dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren zu.

(3) Soweit für besondere Fragestellungen personenbezogene Daten erhoben werden müssen, gelten § 3 Abs. 4, §§ 6, 8 bis 10 und 12 bis 19 des Landesstatistikgesetzes vom 8. März 1991 (GVObI. Schl.-H. S. 131), Zuständigkeiten angepasst durch Landesverordnung vom 16. Juni 1998 (GVObI. Schl.-H. S. 210), entsprechend. Eine Auskunftspflicht besteht nicht

(4) Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren erstellt zumindest einmal in der Legislaturperiode Landesgesundheitsberichte über einzelne Themen oder Bevölkerungsgruppen.

Unter Gesundheitsberichterstattung wird die regelmäßige Berichterstattung über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, über Gesundheitsrisiken, Versorgungsziele, Ressourceneinsatz, Leistungen und Ergebnisse des Gesundheitswesens verstanden. Die Gesundheitsberichterstattung ist immer bevölkerungsbezogen. Mit der Beschreibung der gesundheitlichen Lage ermöglicht sie gesundheits- und sozialpolitische Schwerpunktsetzungen.

Sie dient damit der Verbesserung der gesundheitlichen Situation bzw. der Versorgungssituation und ist Teil eines gesundheitspolitischen Prozesses. Sie soll wichtige

Themen auf die politische Agenda setzen und den Adressaten durch die Bereitstellung von Informationen bessere Handlungsmöglichkeiten eröffnen.

Der Schleswig-Holsteinische Landtag hat mit dem Gesundheitsdienst-Gesetz die Bedeutung der Gesundheitsberichterstattung hervorgehoben. Er hat die kommunale Gesundheitsberichterstattung gestärkt und diese seit dem 01.01.2002 zur pflichtigen Selbstverwaltungsaufgabe der Kommunen gemacht. Gleichzeitig hat er der Landesregierung Landesgesundheitsberichte über einzelne Themen oder Bevölkerungsgruppen zugewiesen. Ferner hat er die Möglichkeit geschaffen, im Benehmen mit den Kreisen und kreisfreien Städten für die Datenerhebung und Berichterstattung einheitliche inhaltliche und formale Kriterien festzulegen, soweit diese für den Vergleich oder die Zusammenführung von Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung erforderlich sind.

Für die Landesregierung und die Kommunen hat die Gesundheitsberichterstattung große gesundheitspolitische Bedeutung. Der vorliegende Bericht zeigt auf, welche Themenvielfalt und Schwerpunktsetzungen seit Verabschiedung des Gesundheitsdienst-Gesetzes vom Land und von den Kommunen aufgegriffen wurden. Für die Kommunen gilt dies - nach ersten Anlaufschwierigkeiten - insbesondere in den letzten drei Jahren. Seither gibt es eine sich entwickelnde Dynamik.

Das kann als Hinweis verstanden werden, dass der Wert der Gesundheitsberichterstattung zunehmend auch als Grundlage für gesundheitspolitisches Handeln verstanden wird. Auch dies wird der Bericht anhand von ausgewählten Beispielen darstellen.

1.2 Berichtsauftrag

Der schleswig-holsteinische Landtag hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren gebeten, dem Landtag zur 36. Tagung einen schriftlichen Bericht vorzulegen, der die Umsetzung der Vorgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG) vom 14. Dezember 2001 gemäß § 6 durch die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes darlegt (Drucksache 16 / 2227).

2. Aktivitäten des Landes

2.1 Landesgesundheitsberichte

Die Gesundheitsberichterstattung des Landes hat sich bisher auf folgende Schwerpunktthemen konzentriert:

- Bericht „Sterblichkeit in Schleswig-Holstein 1980 bis 1998“
- Berichte „Krebs in Schleswig-Holstein“
- Berichte über die Schuleingangsuntersuchungen
- Bericht „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein.“

Zu diesen Berichten:

In der vorherigen Legislaturperiode ist der **Bericht „Sterblichkeit in Schleswig-Holstein 1980 bis 1998“** erschienen. Er enthält Informationen dazu, wie sich in Schleswig-Holstein die Sterblichkeit in einzelnen Altersgruppen, z. B. bei den Säuglingen, und an ausgewählten Krankheiten, wie z. B. Herzinfarkt, Brustkrebs und Leberzirrhose, entwickelt hat und welche regionalen Unterschiede in Schleswig-Holstein zu beobachten sind.

Jährlich hat das Krebsregister Schleswig-Holstein einen **Bericht „Krebs in Schleswig-Holstein“** veröffentlicht. Darin informiert es über die Häufigkeit an Krebsneuerkrankungen sowie über die Krebssterblichkeit, sowohl für einzelne Krebsarten als auch für Krebs insgesamt. Außerdem sind den Berichten Angaben zur Stadienverteilung der Tumorerkrankungen, zu regionalen Unterschieden innerhalb Schleswig-Holsteins und zur zeitlichen Entwicklung der Neuerkrankungsraten zu entnehmen.

In den jährlichen **Berichten über die Schuleingangsuntersuchungen** werden die Ergebnisse der Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und teilweise der Zahnärztlichen Dienste dargestellt. Die Berichte enthalten auch Angaben zu Impfquoten und zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Die in den Kreisen und kreisfreien Städte erhobenen Daten werden im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren durch die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, ausgewertet.

Im Sommer 2007 ist der **Bericht „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein“** veröffentlicht worden. Er gibt einen umfassenden Überblick über die gesundheitliche Situation der Heranwachsenden in Schleswig-Holstein. Die Basis des Berichts bilden umfangreiche Befragungen und Untersuchungen des Robert-Koch-Instituts. Sie haben repräsentative Informationen über die körperliche, psychische und soziale Lage der Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein ergeben. Eine weitere Informationsquelle des Berichtes bilden die Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen.

2.2 Konsequenzen aus der Gesundheitsberichterstattung des Landes

Die Gesundheitsberichterstattung dient mit als Grundlage für politisches Handeln. Nachfolgend werden einige Beispiele aufgezeigt:

Herz-Kreislaufkrankungen

Der Sterblichkeitsbericht zeigte für Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesdurchschnitt eine höhere Sterblichkeit von Frauen und Männern im Alter von 35 bis 64 Jahren an koronaren Herzerkrankungen. Dieses Ergebnis hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren zum Anlass genommen, auf dem Gesundheitsforum 2003 das Gesundheitsziel „Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit an koronaren Herzerkrankungen“ zu verabschieden. Zur Umsetzung hat das Ministerium im Jahr 2004 ein umfassendes bevölkerungsbezogenes Modellvorhaben zur Prävention von koronaren Herzerkrankungen initiiert und unterstützt seitdem die Durchführung und Koordination für zehn Jahre.

Brustkrebs

Die Berichte des Krebsregisters Schleswig-Holstein weisen auf die hohe Zahl von Brustkrebs-Erkrankungen hin. Insgesamt ist davon auszugehen, dass jährlich 2.300 Frauen - die Hälfte davon jünger als 62 Jahre - in Schleswig-Holstein neu an Brustkrebs erkranken. Es ist deshalb Ziel der Landesregierung, für jede erkrankte Frau die bestmögliche medizinische und psychosoziale Versorgung und Betreuung sicherzustellen. Die Landesregierung hat die Brustkrebsversorgung der Frau auf vier Versorgungssäulen aufgebaut:

- Bei „*Brust-Life*“ handelt es sich um ein Vorsorgeprogramm zur Selbstabtastung der Brust. Es setzt auf Aufklärung und Angstabbau und motiviert Frauen zum regelmäßigen Arztbesuch.
- Beim *Mammographie-Screening* werden Frauen zwischen 50 und 69 Jahren regelmäßig alle zwei Jahre per Brief zu einer vorsorglichen Mammographie eingeladen. Damit können auch nicht tastbare Tumore entdeckt werden.
- Bei „*QuaMaDi*“ (qualitätsgesicherte Mammadiagnostik) handelt es sich um ein Diagnoseprogramm, das die Entdeckung von Brustkrebs in Schleswig-Holstein deutlich verbessert hat. QuaMaDi ist ein bundesweit einmaliges Projekt. Es wird nur Frauen in Schleswig-Holstein angeboten und erreicht jährlich rund 60.000 Frauen. Bei QuaMaDi bekommen Frauen mit Verdacht auf Brustkrebs eine sichere Diagnose durch eine Mammographie mit Zweitbefundung und ggf. eine Drittbefundung mit weiterer Abklärungsdiagnostik.
- Im *Disease-Management-Programm-Brustkrebs* arbeiten in Schleswig-Holstein acht Brustzentren mit insgesamt 24 Kliniken und Spezialisten in der ambulanten Versorgung nach einheitlichen Leitlinien zur Brustkrebstherapie zusammen, um so optimale Heilungschancen für alle betroffenen Frauen zu erzielen. Die Teilnahme am Disease-Management-Programm-Brustkrebs gewährleistet den Frauen damit eine Versorgung ihrer Erkrankung von der Therapie bis zur Nachsorge auf höchstem Niveau.

Unter dem Dach der Gesundheitsinitiative der Landesregierung haben das Gesundheitsministerium, die gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein und die Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein gemeinsam ein Netzwerk „*Betrifft Brust*“ gegründet.

Schleswig-Holstein als Vorsitzland der Gesundheitsministerkonferenz hat das Thema „Qualität der Brustkrebsversorgung verbessern“ auf die Tagesordnung der diesjährigen Konferenz im Juli in Plön gesetzt. Dem Antrag Schleswig-Holsteins haben sich alle Bundesländer angeschlossen. Darin wird festgestellt, dass es in Deutschland hochwertige Versorgungsangebote im Bereich der Brustgesundheit gibt. Es gibt aber in Teilbereichen noch Verbesserungsbedarf, z. B. bei den Krebsfrüherkennungsrichtlinien, dem Aufbau klinischer Krebsregister sowie der Nutzung klinischer und epidemiologischer Krebsregister-Daten zur Qualitätssicherung.

Kinder- und Jugendgesundheit

Da in sozial benachteiligten Familien häufig gesundheitliche Risiken mit niedrigen gesundheitsfördernden Ressourcen zusammentreffen, benötigen diese Familien besondere Unterstützung. Familienunterstützende Programme wie Schutzengel oder Willkommen im Leben, aber auch das verbindliche Einladungssystem zu den Früherkennungsuntersuchungen sind wichtige Bausteine einer solchen Unterstützung für junge Familien. Darüber hinaus hat Schleswig-Holstein einen sog. Regionalen Knoten zur Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter aufgebaut. Unter der Regie der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. in Schleswig-Holstein werden verschiedene Projekte u.a. für Alleinerziehende und sozial Benachteiligte angeboten sowie Multiplikatorenschulungen durchgeführt. Vor dem Hintergrund wachsender Kinderarmut hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren unter dem Dach des Kinder- und Jugendaktionsplans das Landesprogramm „Offensive gegen Kinderarmut“ ins Leben gerufen. Alle Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holsteins, der Deutsche Kinderschutzbund, der Landesjugendring, der Sozialverband Schleswig-Holstein und die Stiftung Familie in Not haben ihre Bereitschaft zur aktiven Unterstützung zugesagt. Sie wollen dazu beitragen, die Abwärtsspirale aus materieller Not, sozialer und kultureller Verarmung und gesundheitlichen Risiken zu unterbrechen und dafür zu sorgen, dass alle Kinder und Jugendliche gute Start- und Entwicklungschancen für ein gesundes Leben erhalten.

Auch das Aktionsbündnis gegen den Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen und das Programm „Nichtrauchen TiefDurchatmen“ gehören zu den Maßnahmen zur gezielten Verringerung gesundheitlicher Risiken.

3. Festlegung einheitlicher Kriterien für die Gesundheitsberichterstattung der Kreise und kreisfreien Städte

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren legt im Benehmen mit den Kreisen und kreisfreien Städten einheitliche inhaltliche und formale Kriterien für die Datenerhebung und Berichterstattung fest, soweit dies für den Vergleich und die Zusammenführung von Ergebnissen in der Gesundheitsberichterstattung erforderlich ist.

3.1 Arbeitsgruppe „Kommunale Gesundheitsberichterstattung“

Um den öffentlichen Gesundheitsdienst in allen Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins bei einer funktionsfähigen kommunalen Gesundheitsberichterstattung unterstützend zu begleiten, hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren die Bildung eines Arbeitskreises angeregt. Eine wichtige Aufgabe der Arbeitsgruppe war die Erstellung eines Leitfadens für die Gesundheitsberichterstattung (siehe unten).

Das Ministerium war außerdem den Mitgliedern der Arbeitsgruppe bei der Beschaffung geeigneter Daten behilflich. So hat es eine Sonderauswertung der Mortalitätsdaten durch das Statistische Landesamt finanziert und den Kreisen und kreisfreien Städten regionalbezogene Informationen über Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsunfähigkeit zur Verfügung gestellt.

Zur weiteren Unterstützung hat die Landesregierung Kopien einer CD anfertigen lassen, die alle Indikatoren der 3. Neufassung des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder in Form von Excel-Tabellen sowie alle Kommentartexte als Word-Dokument enthält. Zusätzlich stehen für die Indikatorenberechnung festgelegte statistische Verfahren als Excel-Arbeitsblätter zur Verfügung. Diese ursprünglich für die Ländergesundheitsberichterstattung konzipierten Indikatorensätze sind teilweise auch für die kommunale Gesundheitsberichterstattung nutzbar, denn ca. 50 Indikatoren des Indikatoren-Katalogs sehen eine regionale Untergliederung vor. Auch die Excel-Arbeitsblätter zur Berechnung der Lebenserwartung sowie zur Durchführung der Altersstandardisierung sind für die kommunale Gesundheitsberichterstattung hilfreich. Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen (Düsseldorf) hat begleitend dazu Schulungsveranstaltungen angeboten.

Das Ministerium hat die Mitglieder der Arbeitsgruppe auch auf einen Zertifikatslehrgang mit vier Modulen zur Gesundheitsberichterstattung aufmerksam gemacht, der von der Akademie in Düsseldorf angeboten wurde.

3.2 Leitfaden für die kommunale Gesundheitsberichterstattung in Schleswig-Holstein

Der Leitfaden sollte allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beim Aufbau einer eigenen Gesundheitsberichterstattung helfen.

Der Leitfaden gliedert sich in folgende Bereiche:

- Ziele der kommunalen Gesundheitsberichterstattung
- Rahmenbedingungen der Gesundheitsberichterstattung
- Daten und Datenquellen (sortiert nach Datenhaltern und inhaltlichen Bereichen)
- Kooperation mit anderen Teilen der Verwaltung
- Überblick über die gesundheitliche Situation
- Gesundheitsberichte
 - a) Berichtstyp: Basisbericht

- b) Berichtstyp: Spezialbericht/themenspezifischer Bericht
- c) Umgang mit dem Bericht
- Methodische Hinweise (statistische Maßzahlen, epidemiologische Maße und Methoden)
- Bereiche, für die Daten der Kreise und kreisfreien Städte auf Landesebene zusammengeführt werden (sollen)
- Qualitätsmanagement
- Evaluation
- sonstiges (Ansprechpartnerinnen und -partner für das Thema Gesundheitsberichterstattung in den Kommunalverwaltungen).

3.3 Einheitliche Kriterien für die kommunale Gesundheitsberichterstattung in Abstimmung mit dem Land

Für das Ministerium war eine einheitliche Datenerhebung im Hinblick auf die Kinder- und Jugendgesundheit wichtig. Einzuschulende Kinder werden flächendeckend zu Schuleingangsuntersuchungen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst eingeladen. Die ärztlichen Untersuchungen haben nicht nur eine individualmedizinische Bedeutung, sondern auch eine herausragende epidemiologische. Denn die 5- bis 6-jährigen Kinder sind die einzige Bevölkerungsgruppe, deren gesundheitliche Lage aufgrund repräsentativer Daten routinemäßig beschrieben und eingeschätzt werden kann.

Zwischen Land und Kommunen erfolgte eine Abstimmung über eine einheitliche Durchführung von Einschulungsuntersuchungen und eine einheitliche Erfassung der Daten. Die Arbeitsanweisung enthält Ziele, Art und Inhalt der vorzunehmenden Dokumentation. Damit wurde es möglich, die Ergebnisse der Untersuchungen gemeinsam auszuwerten und jährliche Berichte über die Gesundheit einzuschulender Kinder in Schleswig-Holstein zu erstellen.

Für die Infektionserkrankungen erfassen die Gesundheitsämter die Daten nach einheitlichen Kriterien. Die Festlegung der Kriterien erfolgte durch das Robert-Koch-Institut in Absprache mit den obersten Landesgesundheitsbehörden. Jährlich erscheint der „Infektiologische Bericht über meldepflichtige Krankheiten in Schleswig-Holstein“, der vom Kompetenzzentrum für das Meldewesen übertragbarer Krankheiten am Institut für Infektionsmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, erstellt wird.

Aus dem nachfolgenden Kapitel wird erkennbar, dass die Kommunen im Rahmen ihrer neuen Zuständigkeit darüber hinaus eigene Schwerpunktsetzungen in ihrer Gesundheitsberichterstattungen gewählt haben.

4. Berichte der Kreise und kreisfreien Städten

4.1 Übersicht über die Berichte der Kreise und kreisfreien Städte

Alle Kreise und kreisfreien Städte betreiben Gesundheitsberichterstattung. Einige bisher begrenzt auf Infektionskrankheiten und die jährlichen Schuleingangsuntersuchungen, deren Ergebnisse in eine landesweite Darstellung einfließen. Einige Kreise sind darüber hinaus mit Tätigkeits- und Produktberichten noch in der Aufbauphase.

Die ganz überwiegende Anzahl der Kommungen haben zusätzlich spezielle Gesundheitsberichte zu ganz unterschiedlichen Themenbereichen und Schwerpunkten gefertigt. Diese werden nachfolgend dargestellt. Der Übersicht schließen sich einige exemplarische Auszüge bzw. Zusammenfassungen aus diesen Berichten an, um die Inhalte näher darzustellen.

Kreis / kreisfreie Stadt	Jahr	Titel	Bevölke- rungs- gruppe	Inhalt u. a.
Flensburg	2006	Mortalitätsbericht Stadt Flensburg 1990-2005	gesamte Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> - allgemeine Sterblichkeit - vorzeitige Sterblichkeit - Perinatal- und Säuglingssterblichkeit - Todesursachenspezifische Sterblichkeit (Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, Neubildungen, etc.)
Flensburg	2005	Bericht über die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Stadt Flens- burg	Kinder und Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung der Zahngesundheit von 1979 bis 2004 - Untersuchungsergebnisse 2004 von Kindergärten, Grundschulen und weiterführenden Schulen - Flensburger Einrichtungen im Landesvergleich
Flensburg	2007	Startklar ?! Kin-	Kinder	<ul style="list-style-type: none"> - gesundheitliche Störungen wie

Kreis / kreisfreie Stadt	Jahr	Titel	Bevölke- rungs- gruppe	Inhalt u. a.
		dergarten-Ein- gangsunter- suchung von Ja- nuar - Juli 2007		Sehstörungen, Hörstörungen, allergische Erkrankungen, Sko- liose, Übergewicht - Entwicklungsstörungen in den Bereichen Sprache, Körper- motorik, Handmotorik, Verhal- ten - Heilpädagogischer Förder- bedarf - Deutschkenntnisse bei Migra- tionshintergrund - Gesundheitliche Vorsorge - Inanspruchnahme und Empfeh- lung medizinischer Therapien - Freizeitaktivitäten (Sport, Musik und Fernsehkonsum) - Handlungsvorschläge
Kiel	2006	Kieler Gesund- heitsbericht Sterblichkeit und Todesursachen 2004	gesamte Bevölkerung	- allgemeine Sterblichkeit - altersspezifische Sterblichkeit - vorzeitige Sterblichkeit (bis 64 Jahre) - Säuglings- und Perinatalsterb- lichkeit - Todesursachenspezifische Sterblichkeit - Handlungsbedarf
Kiel	2006	Kieler Gesund- heitsbericht Gesunder Start ins Schulleben	Schulanfän- ger und Schulanfän- gerinnen	- Karieserkrankungen - Behandlungsbedürftigkeit - Prophylaxebehandlungen - Befunde der Schuleingangs- untersuchungen wie Überge- wicht, Verhaltensauffälligkeiten, Koordinationsstörungen, Sprachauffälligkeiten, Impfsta- tus usw.
Lübeck	1998	Stadt - Gesundheit - Basisgesund- heitsbericht -	gesamte Bevölkerung	- soziodemographische u. sozial- ökonomische Lebensbedingun- gen - gesundheitliche Lage wie Mor-

Kreis / kreisfreie Stadt	Jahr	Titel	Bevölke- rungs- gruppe	Inhalt u. a.
				bidität und Mortalität - Gesundheitsversorgung (ambulante Versorgung, Versorgung in Einrichtungen, Selbsthilfegruppen)
Lübeck	2004	Lübecker Senio- rInnen- Gesundheits- bericht	Senioren / Seniorinnen	- Allgemeine Lebensbedingun- gen - Gesundheitliche Beeinträchti- gungen und Erkrankungen (sta- tionäre Behandlung, Behin- derung, Pflegebedürftigkeit) - Sterblichkeit und Sterberisiko - Gesundheitsversorgung
Lübeck	2007	Lübecker Ge- sundheitsbericht – Mortalität und Todesursachen –	gesamte Bevölkerung	- Bevölkerungsstruktur - Arbeit und Soziale Lage - allgemeine Sterblichkeit - vorzeitige Sterblichkeit - Säuglings- und Perinatalsterb- lichkeit - Todesursachenspezifische Sterblichkeit, altersspezifische Todesursachen (Herz-Kreis- laufsterblichkeit, Krebssterb- lichkeit - Handlungsempfehlungen
Neumün- ster	2005	Kindergesundheit in Neumünster	Kinder	- Übergewichtigkeit - Beteiligung an Vorsorgeunter- suchungen - Impfschutz
Neumün- ster	2006	Zahngesundheits- bericht für das Schuljahr 2004/2005	Kinder in Kitas, Spiel- gruppen, Grund-, Haupt- und Förder- schulen	- Anzahl naturgesunder, sanier- ter und behandlungsbedürftiger Zähne - Gruppenprophylaxe - Empfehlungen - Gesundheitsziele

Kreis / kreisfreie Stadt	Jahr	Titel	Bevölke- rungs- gruppe	Inhalt u. a.
Dith- marschen	2008	Fachdienst Ge- sundheits- förderung / Fach- dienst Gesund- heitsschutz Gesundheits- bericht	gesamte Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> - Schuleingangsuntersuchungen (Impfschutz, Herabsetzung des Seh- und Hörvermögens, Sprech-/Sprachauffälligkeiten, Allergien, Neurodermitis, BMI, Inanspruchnahme Früherkennungsuntersuchungen) - Krebs in Schleswig-Holstein - Sozialpsychiatrischer Dienst - Todesfälle nach Todesursache 2006 - Trink- und Badewasser (Hygiene)
Herzogtum Lauenburg	2006	Basisgesundheits- bericht	gesamte Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> - Rahmenbedingungen (Alter, Geschlecht, Nationalität, demografische Entwicklung etc.) - Medizinische Versorgung (ambulante sowie stationäre und teilstationäre Versorgung) - Eingliederungshilfe gem. SGB - Gesundheitliche Lage der Bevölkerung (Todesursachen, Verkehrsunfälle) - Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens sowie amtsärztliche Begutachtungen, gesundheitlicher Umweltschutz und Kommunalhygiene, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, psychosoziale Gesundheit, Suchtkrankenhilfe - Rat und Unterstützung für Patienten und Angehörige - Selbsthilfegruppen
Nord- friesland	2004	Kommunale Ge- sundheitsbericht- erstattung - 1. Basisbericht -	gesamte Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> - Bevölkerungsstruktur / Sozioökonomische Aspekte - Gesundheitliche Lage (Todesursachen, meldepflichtige Krankheiten, Krebs, Verkehrsunfälle) - Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen des Gesundheitswesens (ambulante Suchtkrankenhilfe, Hilfen für psychisch Kranke, Menschen

Kreis / kreisfreie Stadt	Jahr	Titel	Bevölke- rungs- gruppe	Inhalt u. a.
				<p>mit Behinderung, Jugendärztlicher Dienst, Frühförderung, Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Beratungsstelle Stiftung-Mutter-Kind)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Natürliche und technische Umwelt wie Trinkwasser, Badewasser, Ozon - Ressourcen im Gesundheitswesen (Öffentlicher Gesundheitsdienst, ambulante Versorgung und stationäre Versorgung, Beratungsstellen und Behandlungszentren, Selbsthilfe) - Alten- und Pflegeeinrichtungen, Sozialkompaß
Nordfriesland	2006	Kinder- und Jugendgesundheit im Kreis Nordfriesland 2003	Kinder und Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> - Bevölkerungsstruktur - Sozioökonomische Aspekte der Bevölkerung - Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen des Gesundheitswesens wie Jugendärztlicher Dienst, Sozialdaten, Relevante Befunde - Vorsorgeuntersuchungen - Veränderungen im Bereich schulärztlicher Untersuchungen (8. Klasse)
Nordfriesland	2007	Ressourcen im öffentlichen Gesundheitswesen im Kreis Nordfriesland, Entwicklung 2003-2006	gesamte Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> - an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmende Ärzte - Niedergelassene Zahnärzte bzw. Kieferorthopäden - Gesundheitsberufe/ medizinische Heilberufe - Heilpraktiker - Apotheken - Stationäre Versorgung in Krankenhäusern und Privatkliniken - Selbsthilfeeinrichtungen

Kreis / kreisfreie Stadt	Jahr	Titel	Bevölke- rungs- gruppe	Inhalt u. a.
Nord- friesland	2007	Ressourcen im öffentlichen Gesundheitswesen, Ergänzungsbericht: Altersstruktur niedergelassener Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen / Zahnärzte im Kreis Nordfriesland, Entwicklung 2003-2007	Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> - an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmende Ärzte und Ärztinnen nach Alter und Geschlecht - Altersverteilung der niedergelassenen Zahnärzte und Zahnärztinnen
Ost- holstein	2007	Produktberichte		Produktberichte zu den Themen: <ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitshilfen für Kinder und Jugendliche - Hilfen für psychisch kranke Menschen/Hilfen für behinderte Menschen - Heimaufsicht - Infektionsschutz - Gesundheitlicher Umweltschutz - Gutachten und Stellungnahmen
Schleswig- Flensburg	2002 - 2007	2002 / 2007 über die Gesamtqualität des Trinkwassers im Kreis Schleswig-Flensburg; Monitoringprogramm zur hygienischen Beeinträchtigung der Lippingau/Geltinger Bucht im Zeitraum 2006 / 2007 sowie Berichterstattung über die Grenzwertüberschreitungen an natürlichen Badestellen des Kreises		Die Berichte handeln u. a. von der Trinkwasserqualität von ca. 800 Trinkwasserversorgungsanlagen im Kreis Schleswig-Flensburg sowie die Feststellung der Badewasserqualität der Lippingau und Geltinger Bucht.

Kreis / kreisfreie Stadt	Jahr	Titel	Bevölke- rungs- gruppe	Inhalt u. a.
		Schleswig-Flens- burg im Zeitraum 2002 / 2007		
Segeberg	2002	Diagnose für die Gesundheitsregion Segeberg	gesamte Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> - Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens - Gesundheitliche Lage (Länge des Lebens, Entwicklung der Sterblichkeit, Säuglingssterblichkeit, Arbeitsunfähigkeit, Behinderungen, Frühberentungen, Pflegebedürftigkeit, Unfalltote) - Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen (Ernährung, Rauchen, Alkohol, Drogen, Gewalt, Luftverschmutzung, Lärmbelästigung, Berufskrankheiten, Arbeitsunfälle) - Krankheiten (Herz- und Kreislauferkrankungen, Krebs, Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, etc.) - Gesundheitsschutz und Gesundheitsversorgung (Prävention, ambulante Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung, Einzugsbereiche der Kliniken im Kreis Segeberg, Alten- und Behindertenhilfe, Rettungsdienst, Selbsthilfegruppen
Steinburg	2005	Zahngesundheit bei Kindern im Kreis Steinburg – Steinburger Ge- sundheitsbericht	Kinder	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl naturgesunder, sanierter und behandlungsbedürftiger Gebisse - Vergleich der Ergebnisse der Jahre 1992/1993 und 2002/2003.

4.2 Berichtstypen

Die Gesundheitsberichte der Kommunen lassen sich in Abhängigkeit davon, mit welchen Gesundheitsproblemen und welchen Bevölkerungsgruppen sie sich befassen, verschiedenen Kategorien zuordnen.

Auszugsweise werden im Folgenden wichtige Ergebnisse der einzelnen Berichte dargestellt.

4.2.1 Berichte über ausgewählte Bevölkerungsgruppen

Drei kreisfreie Städte und ein Kreis (Flensburg, Kiel, Neumünster, Nordfriesland) haben eigene Berichte über die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen erstellt.

Auszug aus dem Bericht der Stadt Flensburg über die Kindergarten-Eingangsuntersuchung von Januar bis Juli 2007:

„Die vorliegende Auswertung des Projektes „Startklar?!“ belegt eindrucksvoll, dass bereits bei Kindergartenanfängern in erheblichem Maße Entwicklungsauffälligkeiten vorliegen und weist auf das deutliche Überwiegen dieser Störungen im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen hin. Die untersuchten Kinder zeigen Auffälligkeiten der Sprache in 26,7 %, des Verhaltens in 16,9 %, und der Motorik in 15,6 %. Bei 10,8 % liegen kombinierte Störungen vor, so dass eine heilpädagogische Fördermaßnahme erforderlich ist. Diese Raten würden sich sogar noch erhöhen, wenn die 30 behinderten Kinder aus den beiden heilpädagogischen Kindertagesstätten mit berücksichtigt wären.

Es konnte herausgearbeitet werden, dass ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern aus bildungsfernen Elternhäusern besteht. Verglichen mit der Altersgruppe der Flensburger Einschüler 2006, die Auffälligkeiten der Sprache in 33,4 %, des Verhaltens in 22,9 % und der Motorik in 24,8 % aufwiesen, finden sich diese Befunde bei den jungen Kindergartenkindern noch in geringerem Ausmaß.

Aus der Literatur ist bekannt, dass sich beginnende Auffälligkeiten in einzelnen Entwicklungsbereichen bei fehlender Förderung mit zunehmendem Alter als Störung manifestieren und zudem einen negativen Einfluss auf andere Bereiche ausüben. Kinder mit Entwicklungsstörungen fallen später in einem hohen Prozentsatz in der Schule durch Lernstörungen auf und zeigen auch bedingt durch ständige schulische Misserfolgserlebnisse dann häufig Verhaltensprobleme. Eine aktuelle wissenschaftliche Studie belegt, dass ein altersgerechtes Verhalten ohne Hyperaktivität und Konzentrationsprobleme den Schulerfolg stärker beeinflusst als die Intelligenz.

Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung der frühzeitigen Erfassung von und der Förderung bei Entwicklungsauffälligkeiten offensichtlich und die Sinnhaftigkeit der Untersuchung von jungen Kindergartenkindern wie im Projekt „Startklar?!“ besonders deutlich.

Die große Bereitschaft der Eltern, ihr Kind durch den jugendärztlichen Dienst untersuchen zu lassen, die gute Unterstützung durch die ErzieherInnen, denen es häufig gelang, auch zweifelnde Eltern von dem Wert der Untersuchung zu überzeugen sowie das durchweg positive Feedback, zeigt, welch hohen Stellenwert eine frühzeitige Entwicklungsdiagnostik auch für Eltern und Pädagogen hat.“

Auszug aus dem Bericht der Stadt Kiel über die Schulanfänger und Schulanfängerinnen:

„Ausgewählte Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchungen 2004/05

Anzahl der Untersuchungen und Untersuchungsgrad

Insgesamt wurden 13.445 Kinder im Alter von 3 bis 18 Jahren zahnärztlich untersucht. Der Untersuchungsgrad bei den Grundschulkindern beträgt 94%, bei den Erstklässlern und Erstklässlerinnen sogar 99%.

Naturgesunde Gebisse bei Erstklässlern und Erstklässlerinnen

50% der Kieler Erstklässler und Erstklässlerinnen hatten ein naturgesundes Gebiss. Dieser Prozentsatz liegt unter dem Landesdurchschnitt von 60%. Mit 63% ist der Anteil naturgesunder Gebisse im Sozialzentrum Nord besonders hoch. In Gaarden weisen nur 26% und in Mettenhof nur 34% der 6jährigen Kinder ein völlig gesundes Gebiss auf.

Karieserkrankungen bei Erstklässlern und Erstklässlerinnen

Im Durchschnitt hat jedes Kieler Kind in der ersten Klasse 2,2 durch Karies geschädigte, gezogene oder gefüllte Milchzähne. In Gaarden sind es durchschnittlich fast 4, in Mettenhof 3 Milchzähne. Die geringste Anzahl karieskranker Zähne haben die Kinder im Sozialzentrum Nord mit durchschnittlich 1,3.

Kariesrisiko bei Erstklässlern und Erstklässlerinnen

20% der Kieler Erstklässler hatten mindestens 6 karieskranke Milchzähne oder einen an Karies erkrankten bleibenden Zahn (Kariesrisiko). Das Kariesrisiko ist in Gaarden mit 42% doppelt so hoch. In Mettenhof weist ein Drittel aller Kinder der ersten Klassen ein erhöhtes Kariesrisiko auf.

Behandlungsbedürftigkeit wegen Karies bei Grundschulkindern

Knapp ein Viertel aller Kieler Grundschul Kinder weisen wegen Karies behandlungsbedürftige Zähne auf. In Gaarden sind die Zähne bei einem Drittel und in Mettenhof sogar bei 40% behandlungsbedürftig.

Prophylaxebehandlungen

Anzahl der Prophylaxeimpulse

Insgesamt wurden 85.899 Prophylaxe-Impulse an 7.552 Grundschulkindern gesetzt. Entsprechend des Bedarfs weist Mettenhof die größte Betreuungsintensität auf. Die Betreuungsintensität in Gaarden liegt unterhalb des Betreuungserfordernisses.

Ausgewählte Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen aus dem Jahr 2005/06

Anzahl der Untersuchungen

1.843 Einschüler/innen wurden untersucht.

Migrationshintergrund

Bei rund einem Viertel handelt es sich um Kinder mit Migrationshintergrund. In Gaarden liegt dieser Anteil etwa bei 60% und in Mettenhof etwa bei 50%. Bei der überwiegenden Mehrheit der Migrantenfamilien wird zuhause in erster Linie die Muttersprache gesprochen.

Lebenssituation

70% der Kinder leben bei beiden leiblichen Eltern. Der Anteil alleinerziehender Eltern liegt bei 22%. Diesbezüglich gibt es keine Unterschiede zwischen den Sozialzentren.

Bildungsstatus der Eltern

Den höchsten Bildungsgrad zeigen Eltern der Sozialzentren Nord und Mitte. Gaarden hat den höchsten Anteil von Müttern ohne Schulabschluss (12%).

Übergewicht

16% der Kieler Einschüler und Einschülerinnen sind übergewichtig. Dies ist im bundesweiten und Schleswig-Holsteinischen Vergleich (10%) sehr hoch. In Gaarden liegt der Anteil übergewichtiger Kinder sogar bei 28%.

Verhaltensauffälligkeiten

Emotionale und soziale Verhaltensauffälligkeiten sind in Gaarden besonders häufig (12%). In Kiel liegt der Anteil bei durchschnittlich 7% der Einschüler und Einschülerinnen. In Mettenhof werden viele verhaltensauffällige Kinder (4% aller Einschüler/innen) erst bei der Schuleingangsuntersuchung als solche erkannt.

Koordinationsstörungen

Koordinationsstörungen liegen bei 40% der Gaardener Einschüler und Einschülerinnen vor. Dies ist doppelt so viel wie im Kieler Durchschnitt (21%).

Sprachauffälligkeiten

Sprachauffälligkeiten wurden bei einem Viertel der Kieler Kinder beobachtet. Dies ist im Schleswig-Holsteinischen Vergleich (16%) sehr viel. Besonders häufig sind Sprachauffälligkeiten in Mettenhof (34%) und Gaarden (28%).

Impfschutz

Die Durchimpfungsrate für Masern, Mumps und Röteln ist mit 70% dringend verbesserungswürdig. In Gaarden liegt die Durchimpfungsrate bei 60%. Für Hepatitis B liegt die Durchimpfungsrate zwischen 92% (im Sozialzentrum Süd) und 81% (im Sozialzentrum Nord).

Beratungen von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern 2005 Individualberatungen
2005 wurden 2.514 Beratungen durchgeführt. Dieses Angebot wird in Gaarden besonders intensiv in Anspruch genommen. Bei 165 Familien wurden Hausbesuche durchgeführt.“

Auszug aus dem Bericht über die Kindergesundheit in Neumünster:

„Die in diesem Bericht statistisch dargestellten Parameter belegen nur wenige Aspekte der gesundheitlichen Lage der Neumünsteraner Kinder. Die ungleichen sozio-ökonomischen Lebensbedingungen in verschiedenen Teilen von Neumünster bleiben nicht ohne Folgen für die Kinder, was die schulärztlichen und schulzahnärztlichen Untersuchungsbefunde deutlich belegen.

Die Zahlen zeigen, dass nicht alle Neumünsteraner Eltern ihre Kinder regelmäßig den kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen zuführen. So wird möglicherweise gravierenden Entwicklungsstörungen nicht ausreichend vorgebeugt. Reihenuntersuchungen bereits in den Kindergärten könnten helfen, Gesundheitsprobleme insbesondere bei sozial benachteiligten Kindern nicht erst bei Schuleingangsuntersuchungen festzustellen, um eine uneingeschränkte Teilnahme am Unterricht in einer Regelschule zu gewährleisten. Flächendeckenden Reihenuntersuchungen und Gesundheitsberatungen gerade für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche sind zur präventiven Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung eine sehr hohe Priorität einzuräumen. Da die Vorsorgeangebote von sozial schwächer gestellten Eltern in wesentlich geringerem Umfang als von der Durchschnittsbevölkerung angenommen werden, sollten diese Untersuchungsarten aus den oben genannten Gründen intensiviert werden. Eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung mit allen um die Kindergesundheit beteiligten Personen und Institutionen ist unerlässlich.“

Bericht des Kreises Nordfriesland über die Kinder- und Jugend- gesundheit:

„Der Bericht stellt die Bevölkerungsstruktur und die sozioökonomischen Aspekte der Bevölkerung dar. Er beschreibt die Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen des Gesundheitswesens im jugendärztlichen und jugendzahnärztlichen Dienst. Weiterhin werden die durchgeführten Untersuchungen des Kreises Nordfriesland in diesen Diensten beschrieben. Ferner erhebt er die Sozialdaten, die Nationalität, familiäre Herkunft, Muttersprache, Angaben zur Erziehung, Familienzusammensetzung und Haushaltsgröße sowie Geschwisterkinder.

Als relevante Befunde gesundheitlicher Beeinträchtigungen von epidemiologischer und/oder gesundheitspolitischer Relevanz sind hervorzuheben:

Im Untersuchungsjahr wurde bei 12,9 % der einzuschulenden Kinder eine Herabsetzung der Sehstärke diagnostiziert. Interessant ist dabei, dass die Hälfte der Gesundheitsstörung des Sehens von den Ärztinnen und Ärzten des kinder- und jugendärztlichen Dienstes erstmals erhoben wurden und einer erneuten fachärztlichen Untersuchung bedurften.

Eine Hörstörung wurde bei 5,1 % der Einschülerinnen und Einschüler diagnostiziert. Erst 0,9 % der Kinder waren bereits in Behandlung, bei 4,2 % der einzuschulenden Kinder wurde eine Vorstellung beim Hals-, Nasen- und Ohrenarzt zur weiteren diagnostischen Abklärung empfohlen.

Der Bericht verweist auf einen hohen Anteil von Sprachstörungen, wobei der Anteil der Jungen mit 28,6 % deutlich höher ist als bei Mädchen (19,9 %).

Weiterhin befasst sich der Bericht mit der Prävention durch Impfungen und dem jugendzahnärztlichen Dienst.“

Die Stadt Lübeck hat einen Bericht über die gesundheitliche Lage der Senioren der Stadt veröffentlicht.

Auszug aus dem Lübecker SeniorInnen-Bericht:

„Es konnte gezeigt werden, dass dem Schutz, dem Erhalt, der Wiederherstellung und der Besserung der Gesundheit der Lübecker Senioren/innen mit einer Vielzahl von gesundheitlichen Versorgungsangeboten entsprochen wird, deren Bereitstellung den Bedürfnissen älterer Menschen allerdings nicht immer bzw. nicht ausreichend gerecht wird.

Bei der wohnortnahen Versorgung der Lübecker Senioren/innen mit Hausärzten/innen fällt auf, dass die Senioren/innen aus den Stadtbezirken St. Jürgen-Land, Dänischburg, Strecknitz, Herrenwyk, Gr. Steinrade, Falkenfeld/Vorwerk, Dornbreite, Karlshof und Eichholz deutlich schlechter versorgt sind, als die Senioren/innen der anderen Lübecker Stadtbezirke. Während in Lübeck im Durchschnitt von einem/r Hausarzt/Hausärztin nur 277 Senioren/innen versorgt werden, muss ein/e Hausarzt/Hausärztin in den o.g. Stadtbezirken mehr als doppelt und dreimal so viele Senioren/innen versorgen. Im Stadtbezirk Dänischburg versorgt ein/e Hausarzt/Hausärztin sogar 1.275 Senioren/innen. In Strecknitz, wo nur zwei Hausärzte/innen praktizieren, beträgt das Versorgungsverhältnis 1.074 Senioren/innen pro Hausarzt/Hausärztin. Damit alle älteren Menschen Lübecks ärztlichen Rat und Hilfe ohne große Hindernisse, wie z. B. lange Anfahrtswege und Wartezeiten in Anspruch nehmen können, sollte die hausärztliche Versorgung in Lübeck noch weiter dezentralisiert werden.

Gleiches gilt auch für die fachärztliche Versorgung, deren Erreichbarkeit bzw. Inanspruchnahme auf Grund der räumlichen Konzentration der Facharztpraxen Lübecks nur für die Senioren/innen aus der Innenstadt, Huxtertor, Marli/Brandenbaum, St.

Lorenz Süd und eingeschränkt auch für die Senioren/innen aus Kücknitz, Travemünde, Holstentor-Nord, Burgtor und Strecknitz relativ unproblematisch ist. Von den Senioren/innen der übrigen Stadtbezirke Lübecks wird zwecks fachärztlichen Versorgungsbedarfes eine hohe Mobilitätsbereitschaft abverlangt. Um ihnen die Inanspruchnahme fachärztlicher Behandlungen zu erleichtern, sollte, da mit der Dezentralisierung der fachärztlichen Versorgung mittelfristig nicht zu rechnen ist, von den Krankenkassen ein Fahrdienst eingerichtet werden, mindestens aber sollten ihnen die Fahrkosten zu den Facharztpraxen wieder erstattet werden.

Bei der zahnärztlichen Versorgung, die gemessen an den Versorgungsstandards der Bedarfsplanung der Zahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holsteins in Lübeck nicht ausreichend vorhanden ist – der zahnärztliche Versorgungsgrad der Lübecker Bevölkerung lag Anfang des Jahres 2004 bei 94,8 % - kann vermutet werden, dass gesundheitlich eingeschränkte und ältere Menschen, die den langen Terminabsprachen und Wartezeiten des knappen Versorgungsangebotes nicht bzw. kaum Folge leisten können, auf die Inanspruchnahme von zahnärztlicher Behandlungen verzichten. Besonders problematisch ist die zahnärztliche Versorgung für die Senioren/innen in den sog. Randgebieten Lübecks. In St. Jürgen-Land, Strecknitz, Herrenwyk, Dänischburg und Gr. Steinrade besteht kein zahnärztliches Versorgungsangebot. Während in Lübeck durchschnittlich von einem/r Zahnarzt/Zahnärztin 379 Senioren/innen versorgt werden, sind es in Karlshof, Falkenfeld/Vorwerk, Dornbreite und Kücknitz/Pöppendorf und Eichholz doppelt bis über sechsmal so viele Senioren/innen. Auch bei der zahnärztlichen Versorgung ist im Sinne des wohnortnahen Versorgungsbedarfs älterer Menschen eine weitere Dezentralisierung anzustreben.

Die Versorgung der Lübecker Senioren/innen mit pflegerischen Einrichtungen stellt sich mit Ausnahme der Tagespflege relativ zufriedenstellend dar, wenngleich die Versorgungsstrukturen im Einzelnen noch verbesserungswürdig sind. Wie fast überall im Gesundheitswesen, ist auch in der Pflege das Versorgungsangebot aufgrund der Wirtschaftlichkeit knapp bemessen und kann dazu führen, dass nicht alle Senioren/innen gleichermaßen gut und sofort versorgt werden.

Bei der ambulanten pflegerischen Versorgung durch Pflegedienste kann die Inanspruchnahme zusätzlich auch durch die Wohnorte der Pflegebedürftigen erschwert sein. Die Standorte der ambulanten Pflegedienste Lübecks konzentrieren sich hauptsächlich in und um die städtischen Zentren Innenstadt und Travemünde. Weil lange Wegestrecken zu den Haushalten der Pflegebedürftigen für die Pflegedienste eher nachteilig sind (die Wegezeiten der Pflegedienste werden nach Aussage der ambulanten Pflegedienste nicht ausreichend vergütet), sind möglicherweise viele ältere Menschen, insbesondere in Buntekuh, Moisling, Eichholz und Kücknitz, wo keine ambulanten Pflegeeinrichtungen existieren, ambulant pflegerisch unterversorgt.

Auch bei der stationären pflegerischen Versorgung der Lübecker Senioren/innen mit Pflegeplätzen, die gemäß der Pflegebedarfsplanung des Jahres 2004 insgesamt als ausreichend beurteilt werden kann (siehe Kapitel 5,2.3), gibt es regionale Unterschiede in Bezug auf die Wohnorte der Senioren/innen. Während den Lübecker Senioren/innen im Durchschnitt 5 Pflegeplätze pro 100 Senioren/innen zur Verfügung stehen, verfügen die Senioren/innen in Moisling, Marli/Brandenbaum, Holstentor-Nord, Huxtortor und Kücknitz/Pöppendorf nur maximal über 3 Pflegeplätze pro 100 Senioren/innen. In den Stadtbezirken Dänischburg, Strecknitz und St. Jürgen-Land

ist das Pflegeplatzangebot gleich Null. Um stationär pflegerisch versorgt zu werden, so ist zu vermuten, müssen viele Lübecker Senioren/innen nicht nur ihre Wohnung, sondern auch ihr gewohntes Wohnumfeld (Stadtbezirk, Stadtteil) verlassen. Auch im Sinne der Gesundheitsförderung der Senioren/innen sollte darauf hingewirkt werden, dass die wohnortnahe Versorgung bei der stationären pflegerischen Versorgung der Senioren/innen mit Pflegeplätzen zukünftig noch mehr Gewicht erhält.

Bei der Tagespflege ist die Versorgungssituation der Lübecker Senioren/innen besonders unzureichend. Da es in Lübeck seit der Schließung des einzigen Lübecker Tagespflegeheimes Ende des Jahres 2003 keine tagespflegerischen Versorgungsmöglichkeiten mehr gibt, sind die Lübecker Senioren/innen gänzlich auf die (Mit-)Versorgung der Tagespflegeheime der Nachbargemeinden angewiesen. Abgesehen davon, dass die Tagespflegeplätze dort knapp bemessen sind, wie die langen Wartelisten der Tagespflegeheime verdeutlichen, sind sie für viele Senioren/innen auf Grund der großen räumlichen Entfernungen auch kaum erreichbar. Die Tagespflege ist ein wichtiger Bestandteil der Pflegeinfrastruktur. Die Tagespflege schließt eine Lücke im ambulanten-stationären pflegerischen Versorgungssystem, indem sie den ambulant versorgten pflegebedürftigen Senioren/innen hilft, die stationäre Pflege zu vermeiden bzw. hinauszuzögern und sollte auch den Lübecker Senioren/innen möglichst wohnortnah wieder zur Verfügung gestellt werden.

Positiv hervorzuheben ist der Versorgungsbeitrag der Geriatrischen Klinik und Tagesklinik des DRK-Therapiezentrum Marli, deren geriatrische Behandlungsstrukturen es den Lübecker Senioren/innen ermöglicht, bei schweren Erkrankungen so zu genesen, dass sie ihr eigenständiges Leben in gewohnter Umgebung aufrecht erhalten können und Pflegebedürftigkeit vermieden oder verbessert wird. Gerade in Zeiten knapper Behandlungsressourcen der Akutkrankenhäuser, die dazu beitragen, dass auch die älteren Patienten/innen immer früher entlassen werden, obwohl ihr Gesundungsprozess durchschnittlich wesentlich länger dauert, gewinnt die klinisch geriatrische Versorgung immer mehr an Bedeutung und sollte dem zunehmenden Bedarf der Lübecker Altenbevölkerung noch entsprechend weiter ausgebaut werden. Abschließend sei noch auf die gerontopsychiatrische Versorgungssituation der Lübecker Senioren/innen hingewiesen. Ursprünglich nur an dem Versorgungsbedarf von alt gewordenen psychisch kranken Menschen ausgerichtet, steht der wachsenden Zahl von demenziell erkrankten älteren Menschen auch in Lübeck gegenwärtig nur ein begrenztes gerontopsychiatrisches Versorgungsangebot zur Verfügung. Abgesehen von ca. 10 Betten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, besteht die stationäre gerontopsychiatrische Versorgung in Lübeck hauptsächlich nur aus den gerontopsychiatrischen Versorgungsangeboten (geschlossene Abteilung und/oder Pflegekonzept) einiger (9) Lübecker Pflegeheime und einer Wohngruppe für chronisch psychisch kranke ältere Menschen der Brücke gGmbH Lübeck. Mit der Umsetzung der beschlossenen Verlegung von 60 Betten von Neustadt nach Lübeck im Jahre 2005 in Form der Schaffung einer spezialisierten gerontopsychiatrischen Station mit 20 – 24 Betten in der geplanten Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie auf dem Gelände der Sana-Kliniken Lübeck GmbH, und der Einrichtung einer angeschlossenen Tagesklinik, auch und besonders für gerontopsychiatrische Patienten/innen, wird sich die stationäre gerontopsychiatrische Versorgungssituation der Lübecker Senioren/innen jedoch sehr bald verbessern.“

4.2.2 Themenspezifische Berichte

Einen **Mortalitätsbericht** haben die kreisfreien Städte Flensburg, Kiel und Lübeck veröffentlicht. Diesen Berichten sind Informationen zur Sterblichkeit, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen und nach Todesursachen, zu entnehmen. Auch über die vorzeitige Sterblichkeit sowie über die Säuglings- und Perinatalsterblichkeit geben sie Auskunft. Sterblichkeitswerte ermöglichen eine globale Bewertung der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung.

Auszug aus dem Flensburger Mortalitätsbericht:

„Der Mortalitätsbericht für die Stadt Flensburg 1990-2005 schließt an den Bericht zur Sterblichkeit in Schleswig-Holstein für den Zeitraum 1980 – 1998 an und gibt einen Überblick aktuellerer Daten zu verschiedenen Bereichen der Mortalität. Im Vergleich mit den kreisfreien Städten und Schleswig-Holstein wird auch den damals festgestellten Auffälligkeiten nachgegangen.

Allgemeine Sterblichkeit

Die allgemeine Sterblichkeit ist in Flensburg bei den Männern kontinuierlich zurückgegangen und bei den Frauen leicht angestiegen. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern verringern sich und die Mortalitätsraten gleichen sich an.

Vorzeitige Sterblichkeit

- *Bericht zur Sterblichkeit in Schleswig-Holstein 1980-1998: Höchste Quote an vorzeitiger Sterblichkeit sowohl bei Frauen als auch bei Männern unter 65 Jahre*

Wie in den anderen kreisfreien Städten ist auch in Flensburg die vorzeitige Sterblichkeit von Frauen in der Tendenz höher als im Landesdurchschnitt. Die vorzeitige Sterblichkeit von Frauen unterliegt sehr hohen Schwankungen (im beobachteten Zeitraum 1990-2005 zwischen 49 und 86 Todesfälle in Flensburg), die keine Ausweisung eines eindeutigen Trends möglich machen. Zum Beispiel hatte Flensburg 2002 die geringste Quote an vorzeitiger Sterblichkeit und 2004 die höchste Quote. Ausschlaggebend für diese extremen Schwankungen sind die geringen Fallzahlen. Damit wäre die Eindeutigkeit der Aussage des Landesberichtes zu hinterfragen. Bei den Männern ist die vorzeitige Sterblichkeit durch weniger hohe Schwankungen gekennzeichnet, Gründe dafür können nicht benannt werden. Im Vergleich zu den anderen kreisfreien Städten weicht die Quote von Flensburg nur geringfügig ab.

Todesursachen

Etwa 3/4 aller Todesfälle in Flensburg sterben an einer Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems oder aufgrund von Neubildungen. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sind dabei die häufigste Todesursache (47,3% bei Frauen und 39,2% bei Männern). Bei den unter 65jährigen sind Neubildungen an erster Stelle.

Zusammen mit Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sind diese beiden Krankheiten für etwa die Hälfte der Todesfälle verantwortlich.

- Bericht zur Sterblichkeit in Schleswig-Holstein 1980-1998: Höchste Quote bei Sterblichkeit an koronaren Herzerkrankungen bei Frauen im Alter von 35-65 Jahren (bei Männern dritthöchste Quote)

Flensburg hat im aktuellsten Jahr 2004 eine der geringsten weiblichen Mortalitätsraten aufgrund von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Die Anzahl der gestorbenen Frauen unter 65 Jahre ist von 15 im Jahr 2000 auf 9 im Jahr 2004 zurückgegangen. Damit hat sich die damals festgestellte Tendenz ins Gegenteil umgekehrt. Die Mortalitätsraten der Männer sind in allen kreisfreien Städten und Kreisen zurückgegangen, jedoch am deutlichsten in Flensburg. 2004 ist die Mortalitätsrate in Flensburg am geringsten.

Allerdings sind koronare Herzerkrankungen nach wie vor eher ein Risiko für Männer: nach wie vor sterben doppelt so viele Männer wie Frauen unter 65 Jahren an Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems.

- Bericht zur Sterblichkeit in Schleswig-Holstein 1980-1998: Höchste bzw. sehr hohe Mortalitätsrate bei Frauen und Männern bis 65 Jahre, die an Lungenkrebs gestorben sind.

Lungenkrebs ist bei beiden Geschlechtern die häufigste Art der Neubildung als Todesursache und ist bei den unter 65jährigen Frauen in Flensburg konstant geblieben (Absenkung von 7 auf 6 Personen). Bei den Männern hat sich die Anzahl der an Lungenkrebs gestorbenen Personen halbiert (von 19 auf 8 Personen). Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen ist aber auch hier von einer definitiven Aussage abzuraten. Es zeigt sich dass die Analyse von Todesursachen in der Altersgruppe der unter 65jährigen aufgrund sehr geringer Fallzahlen nur bedingt generalisierbar sind und einer ausgewogenen Betrachtung bedürfen. Die Verwendung von Zeitreihen und größeren Einzugsgebieten erscheint geboten.

Perinatal- und Säuglingssterblichkeit

- Bericht zur Sterblichkeit in Schleswig-Holstein 1980-1998: Hohe Perinatal- und Säuglingssterblichkeit

In der Darstellung der Perinatal- und Säuglingssterblichkeit sind die Schwankungen aufgrund der sehr geringen Zahlen sehr hoch, daher sind 5-Jahres-Vergleiche anzustellen. In Flensburg sind die Perinatal- und Säuglingssterblichkeit in dem beobachteten Zeitraum von 1995-1999 bis 2000-2004 deutlich zurückgegangen und liegen z. T. nahe dem Landesdurchschnitt. Im Vergleich zu den anderen kreisfreien Städten ist die Säuglingssterblichkeit in Flensburg am deutlichsten zurückgegangen. Auch bei der Perinatalsterblichkeit hat Flensburg von allen kreisfreien Städten eine der geringsten Quoten. Nahezu alle Bereiche zur Mortalität zeigen, dass aufgrund der sehr geringen Fallzahlen nur in einem sehr begrenzten Maße zuverlässige Aussagen gemacht werden können. Es wird daher die Empfehlung gegeben, zukünftig nur noch in sehr viel größeren Jahresabschnitten Zeitreihen zu erstellen und Vergleiche zu der Entwicklung in Schleswig-Holstein aufzubauen.“

Auszug aus dem Kieler Gesundheitsbericht über Sterblichkeit und Todesursachen:

„Wie viele Menschen sterben pro Jahr in Kiel?“

In Kiel sterben seit 2000 jährlich rund 2.500 Menschen. 2004 starben 2.467 Menschen (1.362 Frauen und 1.105 Männer). Die rohe Sterberate liegt bei rund 1.000 Menschen je 100.000 Einwohner. Die für regionalen und zeitlichen Vergleich geeignete altersstandardisierte Rate beträgt 667 für die gesamte Kieler Bevölkerung (Frauen: 538; Männer: 834).

Ist die Männersterblichkeit in Kiel übermäßig erhöht?

Die altersstandardisierten Raten zeigen, dass die Männersterblichkeit 2004 um den Faktor 1,6 höher ist als die Frauensterblichkeit. Die Männersterblichkeit nähert sich allmählich der Frauensterblichkeit an. Das Ausmaß der Männersterblichkeit ist in Kiel vergleichbar zu Schleswig-Holstein. Eine erhöhte Männersterblichkeit zeigt sich in allen westlichen industrialisierten Ländern. Allerdings ist die vorzeitige Männersterblichkeit (bis zum Alter von 64 Jahren) in Kiel seit 1990 zwischen 16-30% höher als der Schleswig-Holsteinische Landesdurchschnitt. 2004 lag sie 20% über dem Landesdurchschnitt. In absoluten Zahlen ausgedrückt starben 2004 348 Männer unter 65 Jahren.

In welchem Alter sterben die Menschen in Kiel?

Die Kieler Sterblichkeit zeigt den typischen altersspezifischen Verlauf: von hohen Werten im ersten Lebensjahr, sinkt sie im Alter von 1-29 auf ein Minimum. Ab 35 Jahren steigt sie überproportional an. Die Männersterblichkeit ist in jeder Altersgruppe höher als die Frauensterblichkeit (Ausnahme: bei den 5-9jährigen Kindern ist sie fast identisch). Die Sterblichkeit innerhalb der ersten 7 Lebenstage und im ersten Lebensjahr ist in Kiel, insbesondere bei den Jungen, relativ hoch. Die Säuglingssterblichkeit liegt bei 6 je 1.000 Lebendgeborenen, die Perinatalsterblichkeit (Totgeborene und innerhalb von 7 Tagen Verstorbene) liegt bei knapp 8 je 1.000 Lebend- und Totgeborene. 30% der Männer, aber nur 13% der Frauen sterben vorzeitig, d.h. unter 65 Jahren.

Woran sterben die Menschen in Kiel

$\frac{3}{4}$ aller Todesfälle sind durch Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs verursacht. Herz-Kreislaufkrankungen ist insbesondere bei älteren Menschen die häufigste Todesursache: Bei den 65-79jährigen sterben rund 40%, bei den über 80jährigen mehr als die Hälfte an Herz-Kreislaufkrankungen. Es handelt sich dabei in erster Linie um chronisch ischämische Herzkrankheiten, Herzinsuffizienz, akute Herzinfarkte und Schlaganfälle. Bösartige Neubildungen spielen bereits in jüngerem Alter eine wichtige Rolle: Bei den unter 65jährigen sind Neubildungen Todesursache Nummer 1. Krebs ist für mehr als die Hälfte der Todesfälle bei Frauen unter 65 Jahren verantwortlich. Von den Männern, die unter 65 Jahren verstorben sind, starb rund $\frac{1}{3}$ an Krebs. Die häufigsten Krebs-Diagnosen waren 2004 bei den Frauen: Brustkrebs, Bronchial-/Lungenkrebs und Dickdarmkrebs, bei den Männern Bronchial- und Lungenkrebs, Prostatakrebs und Dickdarmkrebs. Verletzungen/Vergiftungen nehmen insgesamt eine recht große Bedeutung ein. Im Alter von 1-34 sind sie bei Männern die häufigste, bei Frauen die zweithäufigste Todesursache, die für rund 30%-50% der Todesfälle in diesen jungen Altersgruppen

verantwortlich sind. Selbsttötungen und Unfälle (keine Verkehrsunfälle) stehen dabei im Vordergrund. Von den Frauen stirbt ein hoher Anteil an Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen (21% der an äußeren Todesursachen verstorbenen Frauen). Verglichen mit Schleswig-Holstein starben Frauen seltener als erwartet an sonstigen Herzkrankheiten (insbesondere Herzinsuffizienz).

Die erhöhte frühzeitige Männersterblichkeit kann nicht auf eine bestimmte Todesursache zurückgeführt werden. Sie setzt sich aus Krebs (33% der unter 65jährigen Todesfälle), Herzkreislauf-Erkrankungen (26%), und äußeren Todesursachen (16%) zusammen.“

Auszug aus dem Lübecker Gesundheitsbericht über Sterblichkeit und Todesursachen:

„Der Indikator zur Beurteilung der Lebensbedingungen, die allgemeine Sterblichkeit, die angibt, wie viele Menschen in einer Region pro Jahr versterben, hat sich in Lübeck von 1990 bis 2004 insgesamt um ca. 15 % verbessert. Bei den Lübecker Männern sank die allgemeine Sterblichkeit bis 2004 um ca. 18 %, bei den Lübecker Frauen verstarben 2004 im Vergleich zu 1990 17 % weniger. Merkwürdig rückläufig war die allgemeine Sterblichkeit der Lübecker Bevölkerung allerdings nur in den 90-er Jahren. Seit der Jahrtausendwende wurde sowohl bei den Lübecker Männern als auch bei den Lübecker Frauen keine wesentliche Abnahme der allgemeinen Sterblichkeit mehr verzeichnet. Im Gegenteil, seit 2002 hat die allgemeine Sterblichkeit der Lübecker Bevölkerung insgesamt wieder zugenommen.

Die neuere Entwicklung der allgemeinen Sterblichkeit in Lübeck ist möglicherweise auf Wohlstandsverluste (z. B. höhere Arbeitslosigkeit) zurückzuführen, die sich in den Städten i.d.R. ungleich stärker auswirken als in ländlichen Regionen und auch den Wiederanstieg der allgemeinen Sterblichkeit in Flensburg und Neumünster begründen könnten.

Während sich die Entwicklung der allgemeinen Sterblichkeit der Lübecker Frauen nur wenig von der allgemeinen Sterblichkeit der Frauen Schleswig-Holsteins insgesamt unterscheidet - auch im Landesdurchschnitt hat die Sterblichkeit der Frauen seit 2002 zugenommen – verläuft die Entwicklung der allgemeinen Sterblichkeit der Lübecker Männer im Verhältnis zum Landesdurchschnitt weniger gleichförmig. Seit 1995 war die allgemeine Sterblichkeit bei den Lübecker Männern regelmäßig höher als bei den Männern Schleswig-Holsteins insgesamt, wobei sich die Unterschiede in 2003 und 2004 zu Ungunsten der Lübecker Männer vergrößert haben.

Gleichwohl ist die mittlere Lebenserwartung der Lübecker Männer auch zwischen 2002 und 2004 von 74,83 auf 75,08 Jahre noch etwas angestiegen, fällt aber hinter der mittleren Lebenserwartung der schleswig-holsteinischen Männer zurück. Im Vergleich zu den Lübecker Männern leben die Männer Schleswig-Holsteins bezogen auf das Jahr 2004 durchschnittlich ca. 1 Jahr länger. Vergleichsdaten aus den anderen kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins liegen noch nicht vor.

Im Gegensatz zu den Lübecker Männern steigt die Lebenserwartung bei den Lübecker Frauen neuerdings nicht weiter an. Die mittlere Lebenserwartung der Lübecker

Frauen hat sich von 1990 bis 2004 zwar von 79,06 Jahren auf 81,13 Jahre erhöht, ist im Verhältnis zu 2002 jedoch leicht gesunken und lag 2004 noch etwas unter dem schleswig-holsteinischen Landesdurchschnitt von 81,38 Jahren.

Trotz der seit 1990 insgesamt abnehmenden Sterblichkeit bzw. zunehmenden Lebenserwartung der Lübecker Bevölkerung ist das ungleiche Sterberisiko zwischen den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen und den sozial privilegierten Bevölkerungsgruppen Lübecks offensichtlich nicht aufgehoben worden. Beim Vergleich der stadtbezirksbezogenen Sterberaten der Lübecker Männer mit den sozialen Belastungsindexen der Stadtbezirke wurde ein Zusammenhang zur allgemeinen Sterblichkeit der Lübecker Männer in Abhängigkeit von ihrem Sozialstatus nachgewiesen, der insbesondere bei der ca. 40 % höheren Sterblichkeit der Männer aus Buntekuh – einem der sozial höchst belasteten Stadtbezirke Lübecks – zum Ausdruck kommt.

Bei der allgemeinen Sterblichkeit der Lübecker Frauen konnte diesbezüglich kein sozialer Zusammenhang festgestellt werden, was nicht heißen soll, dass es unter den Lübecker Frauen kein ungleiches Sterberisiko gibt, sondern dass die sozialen Unterschiede durch den Einfluss der höheren Pflegeheimsterblichkeit der Frauen – über 80 % der PflegeheimbewohnerInnen sind Frauen – auf die stadtbezirksbezogenen Sterberaten der Lübecker Frauen, statistisch nicht in Erscheinung treten. Schon die erhöhte Sterblichkeit der Frauen aus Buntekuh und Herrenwyk - zwei Stadtbezirke mit hohem sozialen Belastungsindex – kann als Indiz dafür gelten, dass auch bei den Frauen Lübecks soziale Unterschiede beim Sterberisiko bestehen. Eine Besonderheit, für die es weder eine soziologische noch eine sozialräumliche Erklärung (z. B. Heimeffekt) gibt, stellt die in 2001/2002 ca. 54 % erhöhte allgemeine Sterblichkeit der Frauen aus Strecknitz dar, einem Stadtbezirk der schon seit 1996 durch erhöhte Sterberaten, sowohl bei den Frauen, als auch bei den Männern auffällt und allein deswegen in Bezug auf die Ursachen der Sterblichkeit gesondert untersucht werden sollte.

Dass die mittlere Lebenserwartung der Männer und Frauen Lübecks in den letzten Jahren (zwischen 2002 und 2004) kaum noch zu- bzw. etwas abgenommen hat, ist auch auf den Wiederanstieg der vorzeitigen Sterblichkeit, also auf vermehrt viele Sterbefälle bei den unter 65-jährigen LübeckerInnen zurückzuführen. Zwar war die vorzeitige Sterblichkeit bei den Lübecker Männern - die ohnehin häufiger vorzeitig versterben als die Lübecker Frauen – 2004 immer noch um ca. 5 % niedriger als 1990, ist aber zwischen 2002 und 2004 um ca. 2 % angestiegen und war 2004 im Verhältnis zum schleswig-holsteinischen Landesdurchschnitt um ca. 26 % höher. Bei den Lübecker Frauen sank die vorzeitige Sterblichkeit 2002 gegen über 1990 um rund 31 %, hat sich jedoch seitdem wieder um ca. 21 % erhöht und war 2004 ca. 6 % höher als die vorzeitige Sterblichkeit aller schleswig-holsteinischen Frauen. Die vorzeitige Sterblichkeit gilt als wichtiger Indikator für bestehende Gesundheitsrisiken. Die Unterschiede bei der vorzeitigen Sterblichkeit der Lübecker Männer zur vorzeitigen Sterblichkeit der schleswig-holsteinischen Männer, die übrigens auch bei den Kieler Männern bestehen, weisen darauf hin, dass die Belastungserfahrungen im Alltags- und Erwerbsleben der Bevölkerung in den Städten ungleich höher sind und seit 2002 möglicherweise noch zugenommen haben.

Ausschlaggebend beteiligt am Umfang der allgemeinen und vorzeitigen Sterblichkeit waren und sind – nicht nur in Lübeck, sondern in allen kreisfreien Städten Schleswig-

Holsteins – die Krankheiten des Kreislaufsystems und die Krebserkrankungen (Neubildungen), sowie mit Abstand folgend die Krankheiten des Atmungs- und Verdauungssystems und die Verletzungen und Vergiftungen, deren Rangfolge je nach Altersgruppe und Geschlecht variiert. So stehen z. B. beim Sterberisiko der 35- bis 65-jährigen Männer und Frauen Lübecks Krebserkrankungen mit 27 bzw. 50 % an vorderster Stelle, beim Sterberisiko der 65- bis 80-jährigen Männer hingegen überwiegen mit 39 % bereits die Krankheiten des Kreislaufsystems während bei den Frauen dieser Altersgruppe weiterhin die Krebserkrankungen (36 %) die Liste der Todesursachen anführen. Abgesehen davon ist das Sterberisiko der Lübecker Männer bei allen der genannten Todesursachen, also auch bei den Krebserkrankungen wesentlich, höher als das der Lübecker Frauen. Alterstandardisiert, bezogen auf den Altersaufbau der Gesamtbevölkerung Lübecks, war die Herz-Kreislaufsterblichkeit bei der männlichen Bevölkerung Lübecks 2004 um ca. 67 % höher als bei der weiblichen Bevölkerung Lübecks. Bei der Krebssterblichkeit machte der Unterschied bei den Lübecker Männern 2004 ca. 58 % aus.

Nach wie vor stehen die Krankheiten des Kreislaufsystems mit rund 44 % aller Sterbefälle an vorderster Stelle bei den Todesursachen der Lübecker Bevölkerung. Dank der Verbesserung der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern und Erfolgen bei der Prävention der Risikofaktoren (z. B. Übergewicht) ist die Herz-Kreislaufsterblichkeit in Lübeck, wie insgesamt in Deutschland, seit mindestens 10 Jahren rückläufig. Bei der männlichen Bevölkerung Lübecks ging die Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems von 1996 bis 2004 um 22 % zurück, bei der weiblichen Bevölkerung Lübecks sank die Herzkreislaufsterblichkeit im gleichen Zeitraum um 20 %. Ob davon allerdings vorwiegend die besonders gesundheitlich gefährdeten Bevölkerungsschichten betroffen sind, bleibt angesichts der erhöhten Herz-Kreislaufsterblichkeit der Männer in den sozial belasteten Stadtbezirken Lübecks, wie z. B. in Herrenwyk, wo die Herz-Kreislaufsterblichkeit der Männer 2001/2002 43 % über dem städtischen Durchschnitt lag, zu bezweifeln. Um die Herz-Kreislaufsterblichkeit weiter abzusenken und gleiche Gesundheitschancen für alle Bevölkerungsschichten Lübecks zu realisieren, sollte besonders in den sozial belasteten Stadtbezirken und hier insbesondere für die männliche Bevölkerung mehr zielgruppengerichtete Prävention erfolgen, was nicht ausschließen sollte, dass auch die Lebensbedingungen der sozial benachteiligten Menschen Lübecks noch zu verbessern sind, weil durch erhöhten Berufs- und Alltagsstress jegliches Bemühen um eine gesundheitsbewusste Lebensführung zunichte gemacht werden kann.

Auch bei der Krebssterblichkeit (Neubildungen), der zweithäufigsten Todesursache in Deutschland, konnte in Lübeck in den Jahren von 1996 bis 2004 ein Rückgang von 11,5 % bei den Frauen bzw. 6,5 % bei den Männern verzeichnet werden. Vergleichsdaten aus den anderen kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins liegen noch nicht vor. Abgesehen davon, dass die Krebssterblichkeit in Lübeck weniger rückläufig war als die von der WHO für Männer und Frauen geforderte Abnahme um 15 %, bestehen auch bei der Krebssterblichkeit der Lübecker Bevölkerung soziale Unterschiede.

Die erhöhte Krebssterblichkeit in den sozial belasteten Stadtbezirken Lübecks, insbesondere in Buntekuh, wo die Krebssterblichkeit 2001/2002 bei den Männern 50 % und bei den Frauen 100 % über dem städtischen Durchschnitt lag, weist darauf hin, dass die sozial benachteiligten Menschen Lübecks ein höheres Krebssterbe- bzw.

Krebserkrankungsrisiko haben, als die sozial besser gestellten Menschen Lübecks. Zurückzuführen ist dieses u.a. auf das bei sozial benachteiligten Menschen besonders ausgeprägte riskante Gesundheitsverhalten, wie Rauchen und Fehlernährung, das mitverantwortlich ist für die Entstehung von Krebs der Atmungs- und Verdauungsorgane, die 2002 bei den Lübecker Männern 30 bzw. 29 % und bei den Lübecker Frauen 14 bzw. 34 % aller Krebssterbefälle ausmachten.

Zur Absenkung des Krebssterbe- und Krebserkrankungsrisikos bei den besonders gefährdeten Bevölkerungsschichten ist es nicht allein damit getan nur mehr zielgruppengerichtete Präventionsmaßnahmen anzubieten - die so sie denn eingerichtet, vornehmlich in den sozial belastetsten Stadtbezirken verortet werden sollten – sondern auch darauf hinzuwirken, dass sich die sozialökonomischen Verhältnisse der benachteiligten Menschen Lübecks weiter verbessern. Im übrigen sollte, da viele Krebsarten wie z. B. Brust- und Darmkrebs im Frühstadium heilbar sind und das Krebssterberisiko damit weiter abgesenkt werden kann, die Inanspruchnahme der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen für alle LübeckerInnen per Krankenversicherungsleistung obligatorisch sichergestellt werden.“

Berichte über die **Zahngesundheit** ihrer Bevölkerung haben die Städte Flensburg, Neumünster und der Kreis Steinburg erstellt. Diese Berichte geben Auskunft über den Zustand der Zähne bei Kindern in Kindertagesstätten, in Grund-, Haupt- und Förderschulen sowie über die Aktivitäten im Rahmen der Gruppenprophylaxe.

Auszug aus dem Bericht der Stadt Flensburg über die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen:

„Die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Flensburg verbesserte sich in den letzten Jahren erkennbar. Immer mehr Kinder und Jugendliche haben naturgeseunde Zähne. Eine Entwicklung, die mit Blick auf die Kindertagesstätten besonders deutlich wird. Das Ziel war und ist es weiterhin, die Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen zu fördern und zu verbessern. Mittels verschiedener Basis- sowie Intensiv-Prophylaxeprogramme lässt sich ein sehr positiver Trend erkennen, den es fortzusetzen gilt. Die Auswertung des Datenmaterials zeigt aber auch auf, wo besonderer Handlungsbedarf besteht. So sind wesentliche Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungstypen erkennbar. Im Vergleich der weiterführenden Schulen untereinander wird dies besonders deutlich. Die Schulen mit erhöhtem Kariesrisiko werden bereits seit Jahren mittels zielgerichteter Prophylaxeprogramme intensiv betreut. Zwar ist eine Verbesserung zu erkennen, die Unterschiede zwischen den Schultypen bleiben jedoch bestehen. Auch zwischen den Einrichtungen eines Typs sind Unterschiede sichtbar. Auffällig ist hier der Zusammenhang zwischen Zahngesundheit und Standorten der Einrichtungen, wie besonders die Darstellungen zu den Kindergärten offen legt. Im innerstädtischen Vergleich ermitteln die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Einzugsbereichen mit schwacher Sozialstruktur seit Jahren einen wesentlich höheren Behandlungsbedarf. Durch die bisher durchgeführten Prophylaxeprogramme verbesserte sich zwar die Zahngesundheit, eine Weiterführung und punktuelle Intensivierung der Programme ist jedoch unerlässlich. Für den Zahngesundheitsbericht 2006 wird eine enge Kooperation mit dem Dänischen Gesundheitsdienst angestrebt. Eine gemeinsame Auswertung des deutschen und dani-

schen Datenmaterials wird einen umfassenden Überblick zur Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Flensburg geben sowie eine Vergleichbarkeit zwischen beiden herstellen können.“

Auszug aus Zahngesundheitsbericht der Stadt Neumünster:

„Zusammenfassung der Ergebnisse

Vom schulzahnärztlichen Dienst des Fachdienstes Gesundheit wurden im Schuljahr 2004/2005 insgesamt 6364 Kinder in 33 Kindertagesstätten und Spielgruppen sowie in 19 Grund-, Haupt- und Förderschulen untersucht. Das sind 84,9 % aller Kinder, die in diesem Schuljahr die genannten Einrichtungen in Neumünster besucht haben.

Die Untersuchungsergebnisse des Schuljahres 2004/2005 zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen sozialen Belastungsfaktoren und der Zahngesundheit besteht. Das bedeutet, dass in Bezirken mit hoher sozialer Belastung der prozentuale Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss niedriger ist als in Bezirken mit geringerer sozialer Belastung.

Viele Eltern aus dem Randgebiet bringen ihre Kinder in einer Kindertagesstätte oder Spielgruppe in der Nähe ihres Arbeitsplatzes unter. Das heißt insbesondere für einige Einrichtungen im Kerngebiet, dass eine Durchmischung von Kindern aus dem Kern- und Randgebiet vorliegt. Aus diesem Grunde kann hier anhand der Einrichtungen keine Zuweisung der Kinder zum Kern- oder Randgebiet erfolgen. Insgesamt betrachtet, haben 58 % der Kindergartenkinder in Neumünster ein naturgesundes Gebiss. Betrachtet man Kindergärten, die hauptsächlich von der Bevölkerung des Kerngebietes frequentiert werden, sinkt der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss unter 40 %, bei einer Einrichtung sogar auf 34 %.

Bei den 6- bis 7-Jährigen (Erstklässlern) zeigen die Ergebnisse der Grundschulprofile, dass in 4 von 15 Schulen der Parameter „naturgesund“ besser war als der Landesdurchschnittswert (54 %). Entsprechend liegen die mittleren dmf(t)-Werte, die sich auf die Anzahl der schadhafte Zähne beziehen, dieser 4 Schulen im Bereich von 1,37 bis 1,62 und sind somit ebenfalls besser als der Landesdurchschnittswert von 1,76. Die übrigen 11 Schulen erreichten die Landesdurchschnittswerte nicht. In einer Schule nur bei ¼ der Kinder ein naturgesundes Gebiss festgestellt werden. Auch hier zeigt sich, dass insbesondere in den Bezirken mit einer hohen sozialen Belastung der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen geringer ist und mit 33 % auffällig unter dem Landesdurchschnitt liegt. Ebenso sind die dmf(t) Werte hier erhöht, was sich wiederum daran zeigt, dass von den sechs untersuchten Schulen im Kerngebiet, nur in einer Schule bessere Werte als im Landesdurchschnitt ermittelt wurden.

Bei den untersuchten Kindern der Klassen 1 bis 4 setzt sich der Trend fort. Der Anteil von Kindern aus dem Kerngebiet mit naturgesunden Zähnen ist im Vergleich zu den Kindern im Randgebiet mit 38 % zu 55 % deutlich geringer.

Weiterhin zeigt sich, dass, je älter die untersuchten Kinder sind, der Anteil mit naturgesunden Zähnen weiter sinkt und der Anteil mit sanierten Zähnen steigt. Erfreulicher Trend hier, der Anteil der behandlungsbedürftigen Kinder nimmt in den

Trend hier, der Anteil der behandlungsbedürftigen Kinder nimmt in den Klassen 5 bis 9 mit 27 % im Vergleich zu den Klassen 1 bis 4 mit 35 % ab. In den Einrichtungen mit integrativem Schwerpunkt und in den Förderschulen ist insgesamt die Anzahl der Kinder mit naturgesunden Zähnen geringer, auch hier sinkt mit dem zunehmenden Alter der Anteil der behandlungsbedürftigen Kinder.

Die in vielen Studien getroffene Feststellung, dass Armut krank macht, belegen auch die Ergebnisse der schulzahnärztlichen Untersuchungen für das Schuljahr 2004/2005 in Neumünster. Kinder aus Bezirken mit einer hohen sozialen Belastung haben eher behandlungsbedürftige oder schon sanierte Zähne, als Kinder aus Bezirken mit einer geringeren sozialen Belastung. Hervorzuheben ist außerdem, dass im Vergleich zum schleswig-holsteinischen Landesdurchschnitt nur wenige Kinder in Neumünster gleich gute oder bessere Zähne haben.“

Auszug aus dem Bericht des Kreises Steinburg über die Zahngesundheit bei Kindern:

„Die Zahngesundheit ist von vielfältigen Faktoren abhängig, wobei die Aufklärungsarbeit, eine angemessene Ernährung, das früh einsetzende Zahnputztraining und ein gesundheitsbewusstes Erziehungsverhalten der Eltern mit lokalen Maßnahmen an den Zähnen wie Fissurenversiegelungen und Schmelzhärtung durch Fluoride zu kombinieren sind. Der aufsuchenden, flächendeckenden Tätigkeit des Gesundheitsamtes kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.

Bei der Auswertung der Ergebnisse der einzelnen Schulen zeigte sich, dass in 2002/03 schon fünf Schulen das Gesundheitsziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für 2010 - 50 Prozent der Sechsjährigen mit naturgesunden Zähnen - erreicht haben. In weiteren fünf Schulen liegt die Anzahl dieser Kinder bereits zwischen 45 und 49 Prozent, wobei hier jeweils sechs- und siebenjährige Kinder untersucht worden sind, sodass die beobachteten Ergebnisse noch näher an der WHO-Vorgabe liegen dürften.

Der Vergleich im Abstand von zehn Jahren ergibt bzgl. des Merkmals „Naturgesundes Gebiss“ eine Verbesserung um zehn Prozentpunkte für den Gesamtdurchschnitt. Sollte sich diese positive Entwicklung fortsetzen, könnte das oben genannte Ziel der WHO für die Erstklässler bis 2010 durchaus erreicht werden.

Bei einigen Schulen lässt sich dieser positive Trend nicht nachweisen. Stillstand oder eine eher gegenläufige Entwicklung (Verschlechterung bzgl. naturgesunder Zähne) sowie Zunahme der Behandlungsbedürftigkeit lassen bei diesen Schulen einen Zusammenhang mit fehlendem Gesundheitsbewusstsein der Eltern, hohem Migrantenanteil und sozialen Minderheiten vermuten.

Eine Reihe weiterer Schulen weist zwar eine Steigerung des Anteils der Kinder mit naturgesunden Zähnen auf, aber gleichzeitig besteht auch ein hoher Anteil derer mit behandlungsbedürftigen Gebissen. Hier deutet sich an, dass die Erschließung von Neubaugebieten im Einzugsgebiet dieser Schulen mit der daraus folgenden Durchmischung der Sozialstruktur diese Verbesserung herbeigeführt hat. Trotzdem ist die Gruppe der Kinder mit hohem Kariesrisiko dort weiterhin vorhanden, tritt aber zahlenmäßig nicht so deutlich hervor.“

Ein Bericht über die **Ressourcen der Gesundheitsversorgung** liegt für den Kreis Nordfriesland vor. Er beschreibt v. a., wie viele Leistungsanbieter in der Region, unterschieden nach verschiedenen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen, Hilfe bei gesundheitlichen Schwierigkeiten leisten.

Bericht des Kreises Nordfriesland über die Ressourcen im öffentlichen Gesundheitswesen:

In diesem Bericht wird die Versorgungssituation im Kreis Nordfriesland durch Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Apotheken, Hebammen, Selbsthilfegruppen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, physiotherapeutische Berufe, Dialyseneinrichtungen, Kliniken, Rehakliniken, Kurkliniken und ärztlich geleitete Kurheime analysiert.

Der Bericht wird fortgesetzt durch einen Ergänzungsbericht 2007, in dem auch die Altersstruktur der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte analysiert wird.

Es wird darauf verwiesen, dass 24 % der Kassenärzte über 60 Jahre, 45 % über 55 Jahre alt sind. Bei der Gesamtzahl der Zahnärzte und Kieferorthopäden, zum Zeitpunkt der Berichterstattung 2007, waren 16 % 61 Jahre und älter. Es zeigen sich bereits Probleme bei der Praxisabgabe an Nachfolger.

4.2.3 Themen - und altersgruppenübergreifende Berichte

Mehrere Kommunen befassen sich in ihren Berichten mit der gesamten Bevölkerung, d.h. mit allen Altersgruppen. Diese **Basisgesundheitsberichte** vermitteln eine Übersicht in verschiedenen Bereichen von gesundheitlicher Gefährdung, gesundheitlichem Zustand und gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung. Basisgesundheitsberichte liegen für die Stadt Lübeck sowie für die Kreise Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg, Nordfriesland und Segeberg vor.

Gesundheitsbericht des Kreises Dithmarschen:

Im vorliegenden Bericht sind die wesentlichen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes anhand der Praxisdaten vorgestellt. Ressourcen und Potenziale, aktuelle Zahlen und Verläufe werden unter Berücksichtigung datenschutzrelevanter Belange für den Kreis Dithmarschen vorgelegt. Neben gemeindebezogenen Daten aus Dithmarschen reichern Erhebungen der Statistischen Ämter des Bundes und des Landes, aber auch Erhebungen zahlreicher weiterer Institutionen aus dem Gesundheitsbereich den Gesundheitsbericht an.

Basisgesundheitsbericht des Kreises Herzogtum Lauenburg:

Der Basisbericht stellt zunächst die Rahmenbedingungen der Gesundheitsberichterstattung dar. Er beschreibt die medizinische Versorgung von ambulant bis stationär. Er schildert die Eingliederungshilfe gemäß Sozialgesetzbuch. In einem nächsten Kapitel beschreibt er die gesundheitliche Lage der Bevölkerung. Es erfolgt die Darstellung der Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens.

Basisgesundheitsbericht des Kreises Nordfriesland:

Der Bericht wurde vom Kreis Nordfriesland in einem ersten Schritt als reine Leistungsstatistik erstellt. Er dient als Grundlage einer Weiterentwicklung in Richtung qualitativer Gesundheitsberichterstattung. Die Leistungsdaten der einzelnen Sachgebiete sind integrierter Bestandteil des Berichtes und sollen in den Folgejahren analysiert und bewertet werden.

Der Bericht stellt nach den Rahmenbedingungen der Gesundheitsberichterstattung, der Bevölkerungsstruktur und der sozioökonomischen Aspekte, die gesundheitliche Lage der Bevölkerung des Kreises dar. Der Themenbereich zieht sich über die Darstellung der Todesursachen, meldepflichtige Erkrankungen, Krebsregister, Verkehrsunfälle/Verkehrstote. Beschrieben wird die Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen des Gesundheitswesens. Ferner geht der Bericht auf die Themen Trinkwasser, Badewasser und Ozon ein. Abschließend werden die Ressourcen im Gesundheitswesen und die Alten- und Pflegeeinrichtungen angeführt.

Basisgesundheitsbericht des Kreises Segeberg:

Der Bericht „Diagnose für die Gesundheitsregion Segeberg“ informiert über die demographischen und sozialen Rahmenbedingungen und beschreibt die gesundheitliche Lage anhand von Lebenserwartung, Säuglings- und Müttersterblichkeit sowie von krankheitsbedingten Todesfällen. Auch die Häufigkeit von Unfällen, Frühberentungen und Pflegebedürftigkeit gehört dazu. Er stellt die gesundheitliche Versorgung im Kreis Segeberg dar, der sowohl die stationäre und teilstationäre Versorgung umfasst, als auch den Rettungsdienst und die Alten- und Behindertenhilfe. Der Bericht enthält außerdem Aussagen zum individuellen Gesundheitsverhalten (Rauchen und Alkoholkonsum) und zu potentiellen Gesundheitsgefährdungen, wie beispielsweise Luftverschmutzung, Lärmbelästigung und Belastungen aus der Arbeitswelt.

Zur weiteren Information wird auf die nachfolgenden Internetadressen verwiesen:

Stadt Flensburg: „Bericht über die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Stadt Flensburg“ →

http://www.flensburg.de/imperia/md/content/flensburg/soziales_gesundheit/gesundheit/8.pdf

Stadt Flensburg: „Mortalitätsbericht Stadt Flensburg 1990 – 2005“ →

http://www.flensburg.de/imperia/md/content/flensburg/soziales_gesundheit/gesundheit/27.pdf

Landeshauptstadt Kiel: „Kieler Gesundheitsbericht 1/2006 Sterblichkeit und Todesursachen 2004“ →

http://www.kiel.de/Aemter_30_bis_52/50/Buero_AL_Service/Mortalitaet_%202004.pdf

Landeshauptstadt Kiel: „Kieler Gesundheitsbericht 2/2006 Gesunder Start ins Schulleben“ →

http://www.kiel.de/Aemter_30_bis_52/50/Buero_AL_Service/Gesundheitsbericht2-2006-k.pdf

Hansestadt Lübeck: „Lübecker SeniorInnen-Gesundheitsbericht“ 2004 →

http://www.luebeck.de/bewohner/umwelt_gesundheit/gesundheitsbericht/files/seniorinnen.pdf

Hansestadt Lübeck: „Lübecker Gesundheitsbericht; Mortalität und Todesursachen“ →

http://www.luebeck.de/bewohner/umwelt_gesundheit/gesundheitsbericht/files/gesundheitsbericht-mortalitaet-2007.pdf

Stadt Neumünster: „Zahngesundheitsbericht für das Schuljahr 2004/2005“ →

http://www.neumuenster.de/cms/files/zahngesundheitsbericht_neumuenster.pdf

Kreis Herzogtum Lauenburg: „Gesundheitsberichterstattung des Kreises Herzogtum Lauenburg 1. Basisbericht 2006“ →

http://www.herzogtum-lauenburg.de/media/custom/327:2757_1.PDF?loadDocument&ObjID=2757&ObjLa=1&Ext=PDF

Kreis Steinburg: „Zahngesundheit bei Kindern im Kreis Steinburg“ – Steinburger Gesundheitsbericht → Kurzzusammenfassung:

<http://www.aeksh.de/SHAE/2006/200605/h065040a.html>

4.3 Ableitung von Handlungsempfehlungen in kommunalen Berichten

Handlungsbedarf sehen die Kommunen vor allem in folgenden Bereichen:

- Am häufigsten enthalten kommunale Gesundheitsberichte Hinweise darauf, dass die gesundheitliche Lage der Menschen deutlich mit dem sozialökonomischen Status assoziiert ist. Sie sehen deshalb die Notwendigkeit, gesundheitsförderliche Aktivitäten zu koordinieren und in sozialen Brennpunkten zu konzentrieren.
- Unabhängig vom Sozialstatus halten die Verfasser von Gesundheitsberichten es für wichtig, den Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln sowie gegen Hepatitis B weiter aufzubauen.
- Im Hinblick auf die älter werdende Gesellschaft betonen sie die Bedeutung wohnungsnaher bzw. leicht erreichbarer ärztlicher Versorgungsangebote sowie
- die Verbesserung der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen.
- Auch zielgruppenorientierte Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen werden für wichtig gehalten.

4.4 Beispiele der Verbindung kommunaler Gesundheitsberichterstattung mit gesundheitspolitischen Aktivitäten der Kreise und kreisfreien Städte und des Landes

„Gesundheit an der Westküste“

Aufgrund regionaler Besonderheiten an der Westküste, wie die rückläufige Zahl niedergelassener Ärzte und eine geringe Dichte an Krankenhausbetten, hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren das Zukunftsprojekt „Gesundheit an der Westküste“ entwickelt. Das Ziel besteht darin, auch künftig überall im Land eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für die Bevölkerung sicherzustellen. Die regionalspezifischen Merkmale der Westküste erfordern ein zielgerichtetes Handeln aller Beteiligten. Gemeinsam mit den Akteuren sollen die Versorgungsangebote in den ländlichen Gebieten optimiert werden.

Inbesondere sind hier zu nennen:

- Gesundheitsversorgung aus einer Hand entwickeln – damit es nur einen Ansprechpartner von der Klinik bis zu Hause gibt.
- Ambulante Versorgung in Krankenhäusern für alle Patienten – unabhängig von der Versicherung.
- „Datenautobahnen“ nutzen und Telemedizin weiter entwickeln – damit überall schnell und kostengünstig versorgt werden kann.
- Gezielte Versorgungsmodelle für eine älter werdende Bevölkerung entwickeln – damit die Menschen länger zu Hause wohnen können.
- Schwer- und schwerstkranken Menschen die richtige Versorgung ermöglichen – würdig und schmerzfrei bis zum Ende.

Gesundheitsregion Segeberg

Auf Initiative des Kreises Segeberg haben sich die ambulanten, stationären und teilstationären Gesundheitsdienstleister zur Gesundheitsregion Segeberg zusammengeschlossen. Die Gesundheitsregion ist Mitglied im Deutschen Netzwerk der gesunden Städte und Kreise, einem Netzwerk der Weltgesundheitsorganisation.

Übergewicht

Zur Verbesserung der Kindergesundheit hat das Land Schleswig-Holstein die Kampagne OptiKids-Kinderleicht ins Leben gerufen. In diesem Leitprojekt des Kinder- und Jugend-Aktionsplans stehen die Vorbeugung, Früherkennung und Bekämpfung von Übergewicht im Vordergrund. Innerhalb des Projektes ist ein Netzwerk von Partnern verschiedener Berufsgruppen, wie PädagogInnen, Tagesmüttern, Kinderärztinnen und -ärzten entstanden. Für die Region Neumünster, in der der Anteil übergewichtiger Kinder besonders groß ist, ist eine Datenbank mit Präventions- und Therapieangeboten geschaffen worden. Eine intensive Öffentlichkeitsarbeit hat Akteure für das Problem Übergewicht und Adipositas sensibilisiert und Eltern über fundierte Hilfeangebote informiert.

Geriatrische Versorgung sowie Palliativ- und Hospizversorgung

Wie auch der Bericht aus Lübeck über die Gesundheit von Seniorinnen und Senioren zeigt, stellt der wachsende Anteil älterer Menschen das Gesundheitssystem vor besondere Anforderungen. Die Landesregierung unterstützt in vier Modellregionen (Lübeck, Flensburg, Heide und Itzehoe) ein bundesweit einmaliges Modellprojekt zur ambulanten geriatrischen Versorgung. Das Ziel besteht in der Vermeidung, Verringerung und der Verzögerung von stationärer bzw. teilstationärer Behandlung.

In der Modellregion Lübeck wird die ambulante geriatrische Versorgung durch ein weiteres Modellprojekt „beflügelt“. Es handelt sich dabei um ein elektronisches Portal für Hausärzte. Die beteiligten Hausärzte erhalten Zugang zu den Daten ihrer Patienten, welche sich in einer der drei Systeme der Lübecker Geriatrie - stationäre Behandlung, Tagesklinik oder ambulante geriatrische Versorgung - befinden. Das Portal unterstützt damit die aktuellen Bestrebungen im Gesundheitswesen, eine schwellenfreie Kommunikation zwischen den einzelnen Versorgungssektoren zu erreichen. Eine gute palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung und eine engagierte Hospizbewegung sorgen dafür, dass Menschen in Schleswig-Holstein mit der gebotenen Fürsorge und in Würde sterben können. Stationäre Hospize gibt es derzeit in Lübeck, Rendsburg, Geesthacht, Neumünster und Kiel.

5. Zukünftige Initiativen des Landes und Ausblick

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesundheitsdienst-Gesetz der Gesundheitsberichterstattung wichtige Impulse gegeben. Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt einen dynamischen Prozess auf. Dieser darf nicht abbrechen, muss vielmehr noch weiterentwickelt werden.

Wichtige gesundheitspolitische Themen gibt es genügend, Schwerpunktsetzungen werden deshalb auch zukünftig erforderlich sein.

Der demographische Wandel erfordert in vielen Bereichen neue Anforderungen an das Gesundheitswesen. Die Landesregierung sieht in der rechtzeitigen Vorbereitung auf zukünftige Herausforderungen eine vordringliche gesundheitspolitische Aufgabe.

Als Vorsitzland der Gesundheitsministerkonferenz in diesem Jahr hat die Landesregierung einen Beschluss unterstützt, nach dem alle im Gesundheitswesen Verantwortung tragenden Institutionen gebeten werden, sich der älteren und hochbetagten Menschen in besonderer Weise anzunehmen. So empfiehlt die Gesundheitsministerkonferenz auch für ältere Menschen die Potenziale von Gesundheitsförderung sowie primärer, sekundärer und tertiärer Prävention konsequent zu nutzen.

Der Beschluss weist auch auf die Notwendigkeit der Koordination der medizinisch-sozialen Versorgung älterer Menschen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst hin. Es gilt, die Übergänge zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens, aber auch der Pflege und der Altenhilfe, regelhaft und fachlich abgestimmt zu organisieren.

Die Kommunen sind, vom Gesetzgeber ausdrücklich gewünscht, in der Wahl ihrer Themen für ihre Gesundheitsberichterstattung frei. Sie setzen, wie im Bericht erkennbar, eigene Schwerpunkte. Die Landesregierung wird sich den Kommunen gegenüber aber werbend dafür einsetzen, das Thema der Gesundheitsministerkonferenz aufzugreifen. Dabei bietet die Landesregierung - entsprechend der Regelung im Gesundheitsdienst-Gesetz - den Kommunen an, mit ihnen für eine Datenerhebung und Berichterstattung einheitliche inhaltliche und/oder formale Kriterien festzulegen.

Die Landesregierung beabsichtigt, diesen Landtagsbericht den Kommunen zur Verfügung zu stellen. Dies als Information, aber auch als Anerkennung für die bisher geleistete Arbeit, gleichzeitig aber auch als Motivation, der Gesundheitsberichterstattung den ihr entsprechenden Wert zuzumessen.