

Gesundheitsförderung braucht kleinräumige (Sozial-) Daten

Dr. phil. Dagmar Starke

Worüber reden wir überhaupt?

- ▶ ...und wenn ja, warum?

Gesundheitsförderung

Kleinräumig

(Sozial-) Daten

Gesundheitsförderung

- ▶ Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen.

= durch Ressourcenstärkung
mehr Gesundheit



Turne in die Urne?!

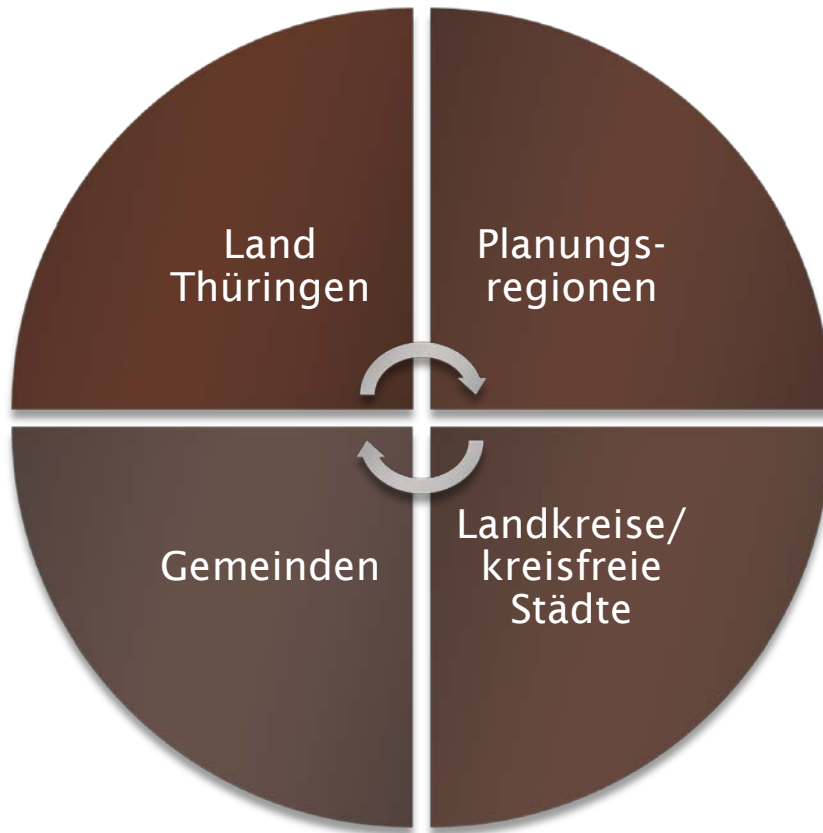
(WHO, Ottawa-Charter 1986)

Gesundheitsförderung...ist mehr als...



Akademie für
öffentliches
Gesundheitswesen
in Düsseldorf





kleinräumig

Der Raum als
Bezugsgröße... aber
welcher Raum ist der
richtige?



Akademie für
öffentliches
Gesundheitswesen
in Düsseldorf



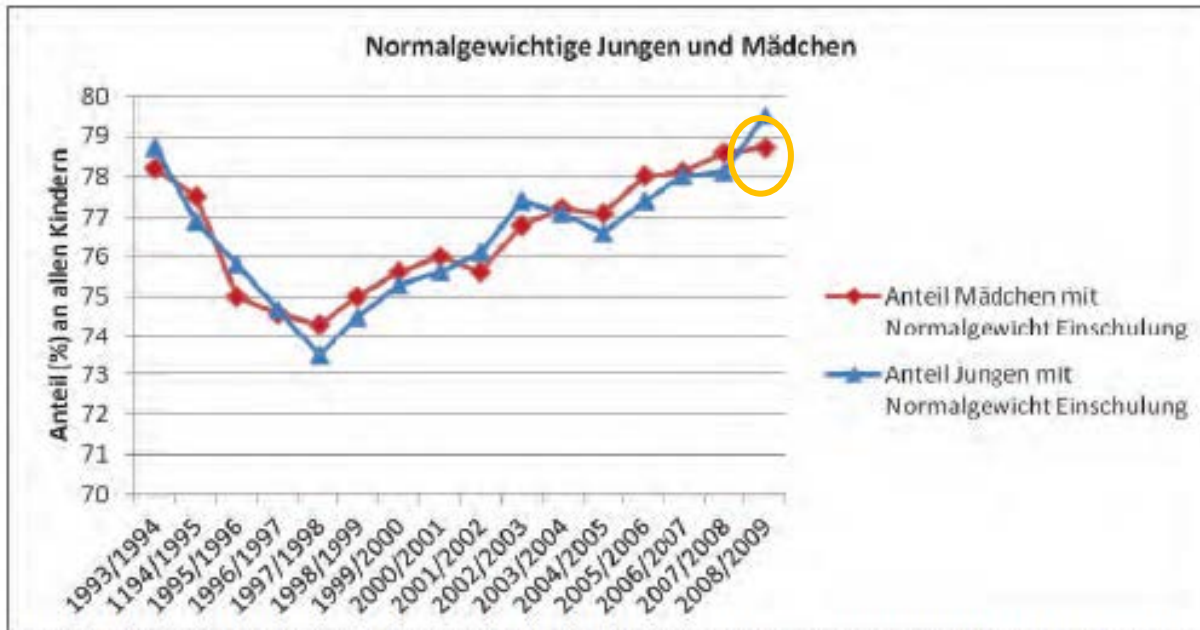
Wie kleinräumig ist kleinräumig?

- ▶ **Gemeinden mit mindestens 5 000 Einwohner/innen**
 - ▶ Datenverfügbarkeit
 - ▶ Belastbare Analysen und Prognosen
- ▶ **Statistiken**
 - ▶ Zellbesetzungen
 - ▶ Darstellung: zu kleine Fallzahlen werden aus Datenschutzgründen bewusst nicht angezeigt
- ▶ **ABER: Gesundheitliche Unterschiede spiegeln sich z.T. auf sehr kleinräumigen Ebenen wider!**

Konkret am Beispiel Normalgewicht I

Anteil normalgewichtiger **Mädchen** und **Jungen** bei der Einschulung in Thüringen 1993/4 bis 2008/9

Abbildung 84: Normalgewichtige Jungen und Mädchen bei der Einschulungsuntersuchung im Zeitvergleich der Schuljahre 1993/94 bis 2008/2009

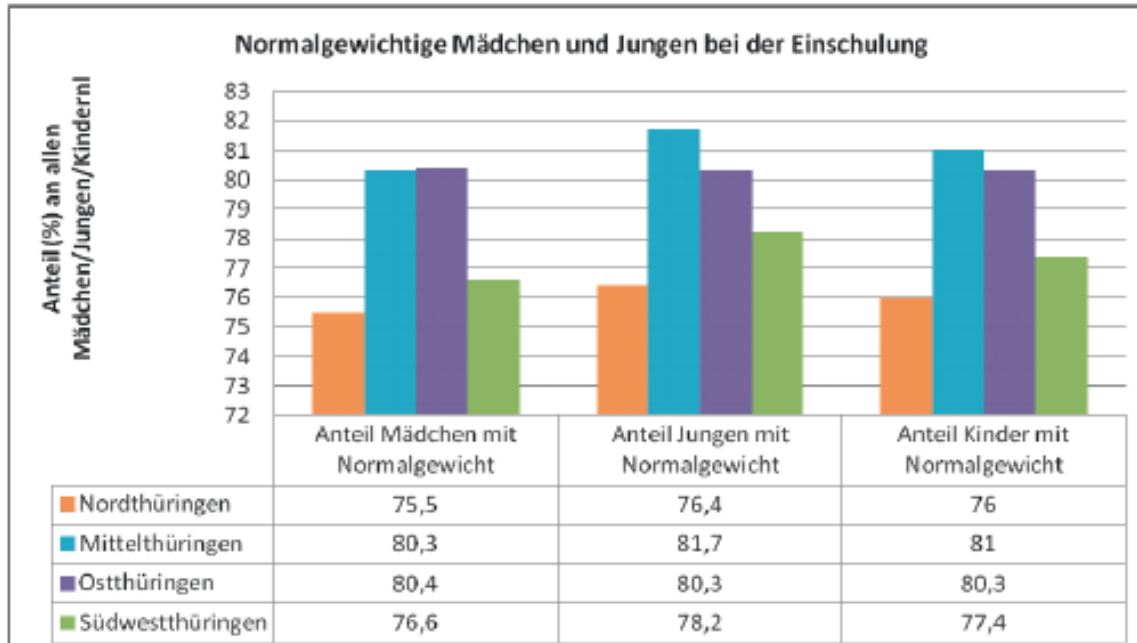


Quelle: Thüringer Landesverwaltungsamt / Basisdaten vom Thüringer Landesamt für Statistik, eigene Bearbeitung

Konkret am Beispiel Normalgewicht II

Anteil normalgewichtiger **Mädchen** und **Jungen** bei der Einschulung 2008/9 nach Planungsregionen

Abbildung 109: Anteil normalgewichtiger Mädchen und Jungen bei der Einschulung zum Schuljahr 2008/2009 nach Planungsregionen

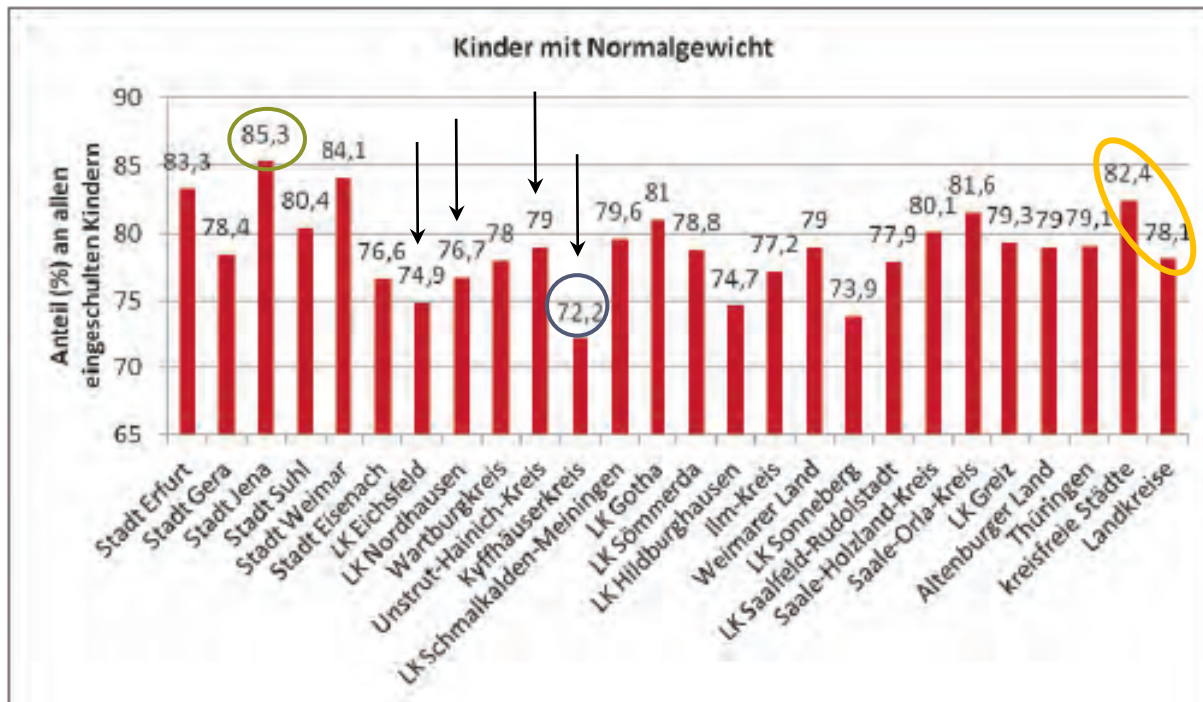


Quelle: Basisdaten vom Thüringer Landesverwaltungsamt / Thüringer Landesamt für Statistik, Abb. 85 & 86

Konkret am Beispiel Normalgewicht III

Normalgewichtige Kinder bei der Einschulung 2008/9 nach Landkreisen und kreisfreien Städten

Abbildung 85: Normalgewichtige Kinder bei der Einschulungsuntersuchung in den Schulen der Landkreise und kreisfreien Städte zum Schuljahr 2008/2009



Quelle: Thüringer Landesverwaltungsamt / Basisdaten vom Thüringer Landesamt für Statistik, eigene Bearbeitung



Adipositas bei Einschulungs- untersuchungen nach Geschlecht



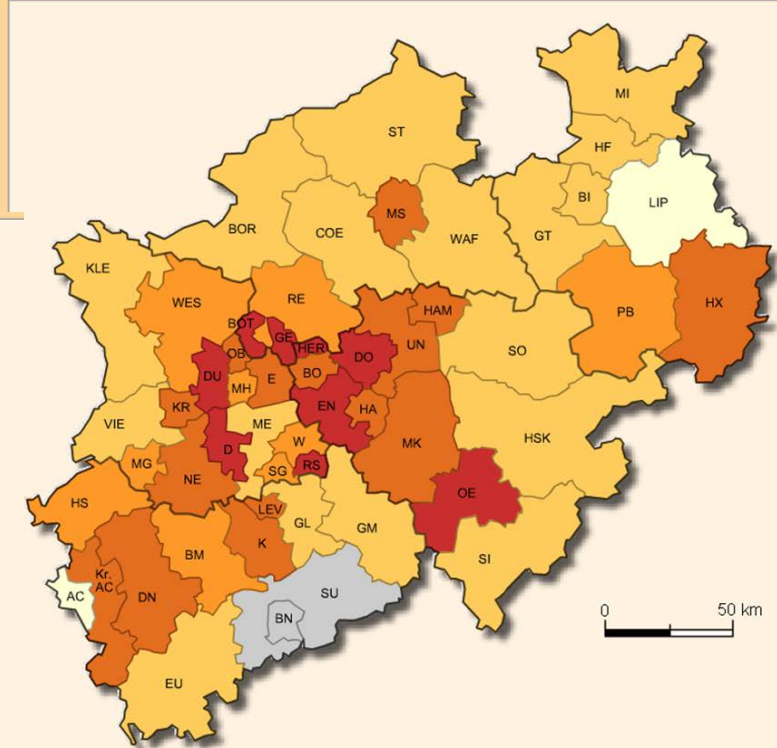
Akademie für
öffentliches
Gesundheitswesen
in Düsseldorf

Befund Adipositas bei Einschulungsuntersuchungen nach Geschlecht

Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken

Indikator Nr. 3.57_02

Jungen
2009

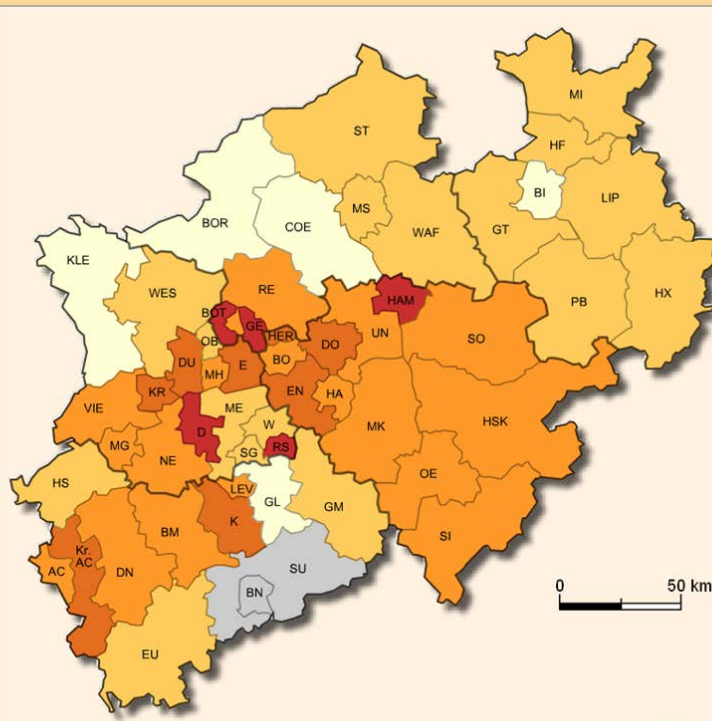


Quelle: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen; Dok. der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

lögD

Mädchen
2009

Anteil der Befunde
in %



Quelle: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen; Dok. der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

lögD

(liga.nrw.de, Stand 11/3/11)



Konkrete Beispiele: Kleinräumige Betrachtung nach Schulen

Tabelle 59: Anteil der Schulneulinge mit Übergewicht und Adipositas in den einzelnen Schulen, Angaben in %, Daten von 2007 bis 2009 zusammengefasst (Quelle: Schuleingangsuntersuchungen, Gesundheitsamt).

Stadtbezirke		Mittelwert	Standard- abweichung	Minimum	Maximum	Perzentil 25	Perzentil 75
1	N = 8	13,3	5,6	7,7	24,8	8,6	15,6
2	N = 6	14,1	6,9	8,3	24,5	9,5	21,1
3	N = 14	16,5	4,8	10,3	27,0	11,8	19,2
4	N = 6	10,9	5,0	3,9	17,3	7,3	15,2
5	N = 6	7,6	3,8	4,0	15,0	6,3	6,9
6	N = 10	16,5	4,9	9,7	26,0	13,9	18,3
7	N = 8	15,8	8,9	5,7	33,3	9,2	19,8
8	N = 13	17,4	6,4	7,8	31,4	13,3	20,9
9	N = 16	16,1	4,6	7,0	24,2	12,6	19,1
10	N = 5	16,7	6,3	7,5	23,1	14,0	21,9
Düsseldorf städt. Schulen	N = 92	15,1	6,0	3,9	33,3	10,3	18,8
nicht städt. Schulen	N = 6	15,4	11,8	0,0	30,0	6,4	25,6
Düsseldorf gesamt	N = 98	15,1	6,4	0,0	33,3	10,0	19,2

Legende: MW (Mittelwert), SD (Standardabweichung), Min (Minimum), Max (Maximum), 25. (25. Perzentile), 75. (75. Perzentile)

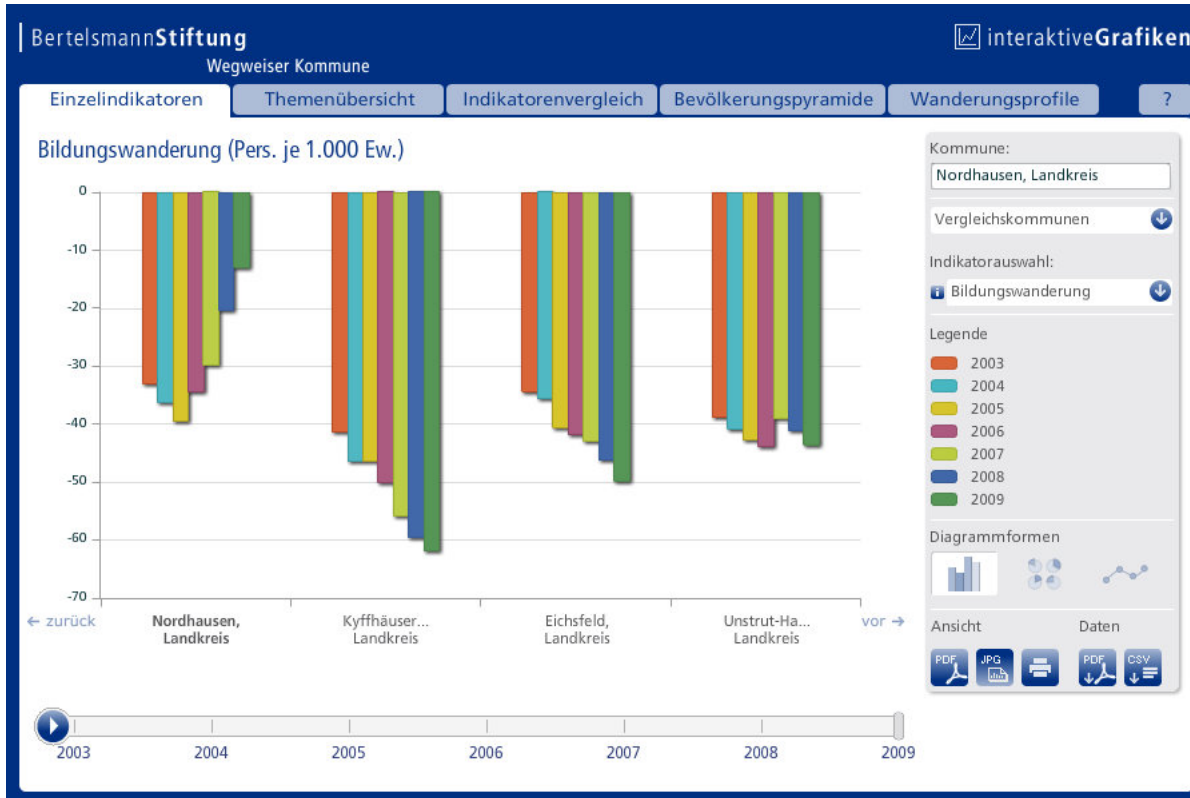
Quelle: 2. Integrierte Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung 2010. Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Hrsg: Landeshauptstadt Düsseldorf, Der Oberbürgermeister

(Sozial-) Daten

- ▶ Welche Indikatoren können herangezogen werden, um Unterschiede auf kleinräumiger Ebene besser zu verstehen?
- ▶ CAVE!
- ▶ Auch Daten zur Sozialen Lage dienen nur der Beschreibung – für Kausalzusammenhänge sind Studien notwendig!

Indikatoren allgemein

- ▶ **Bevölkerungsentwicklung**
 - ▶ Geschlechterverteilung
 - ▶ Altersverteilung
 - ▶ Jugend-/Altenquotient
 - ▶ Fertilitätsindex
 - ▶ Wanderungssaldo
- ▶ **Soziale Lage**
 - ▶ Bildungswanderung
 - ▶ Haushalte mit geringem Einkommen
 - ▶ Kinderarmut
 - ▶ Anteil ausländischer Haushalte
 - ▶ Anteil Arbeitsloser/Langzeitarbeitsloser...



Bildungswanderung

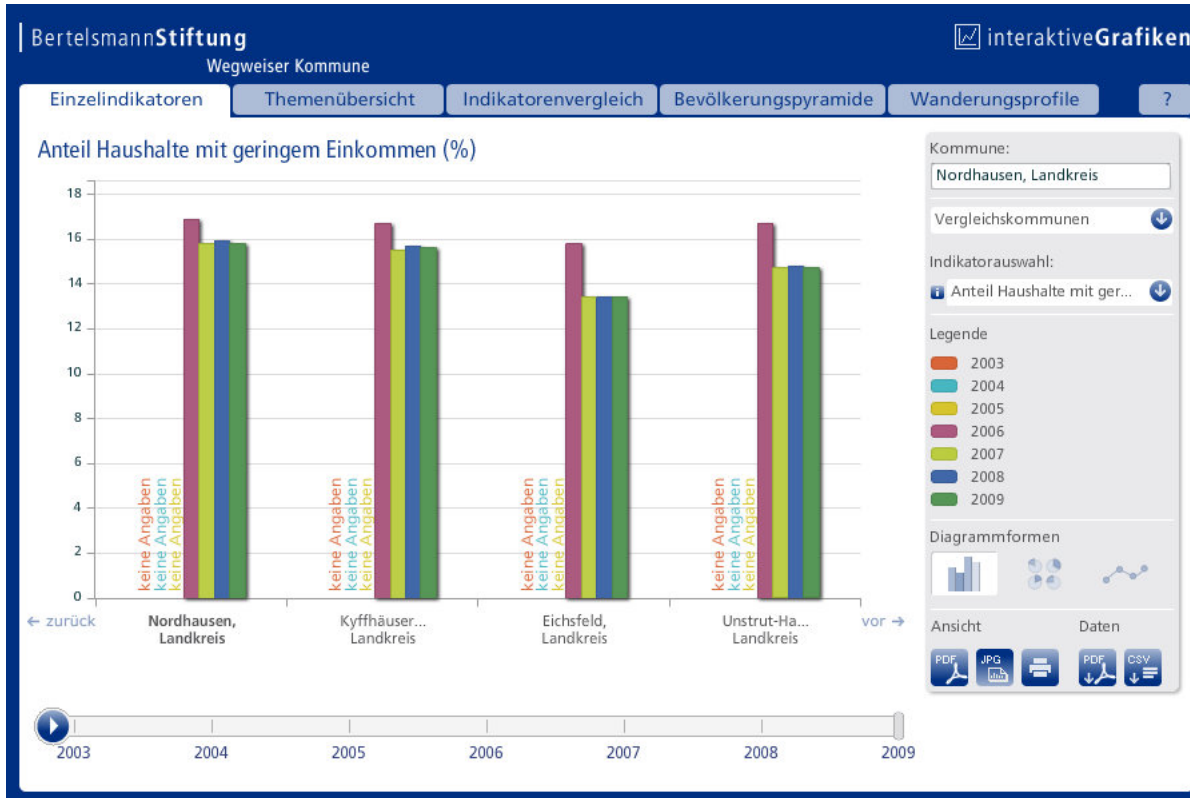
Abwanderung
insbesondere der 18-
24-Jährigen

Positives Saldo = hohe
Attraktivität der Region

Haushalte mit geringem Einkommen

Indikator der Sozialen Lage

Haushalte mit geringem Einkommen = Haushalte verfügen über ein Gesamtnettoeinkommen < 1000 Euro





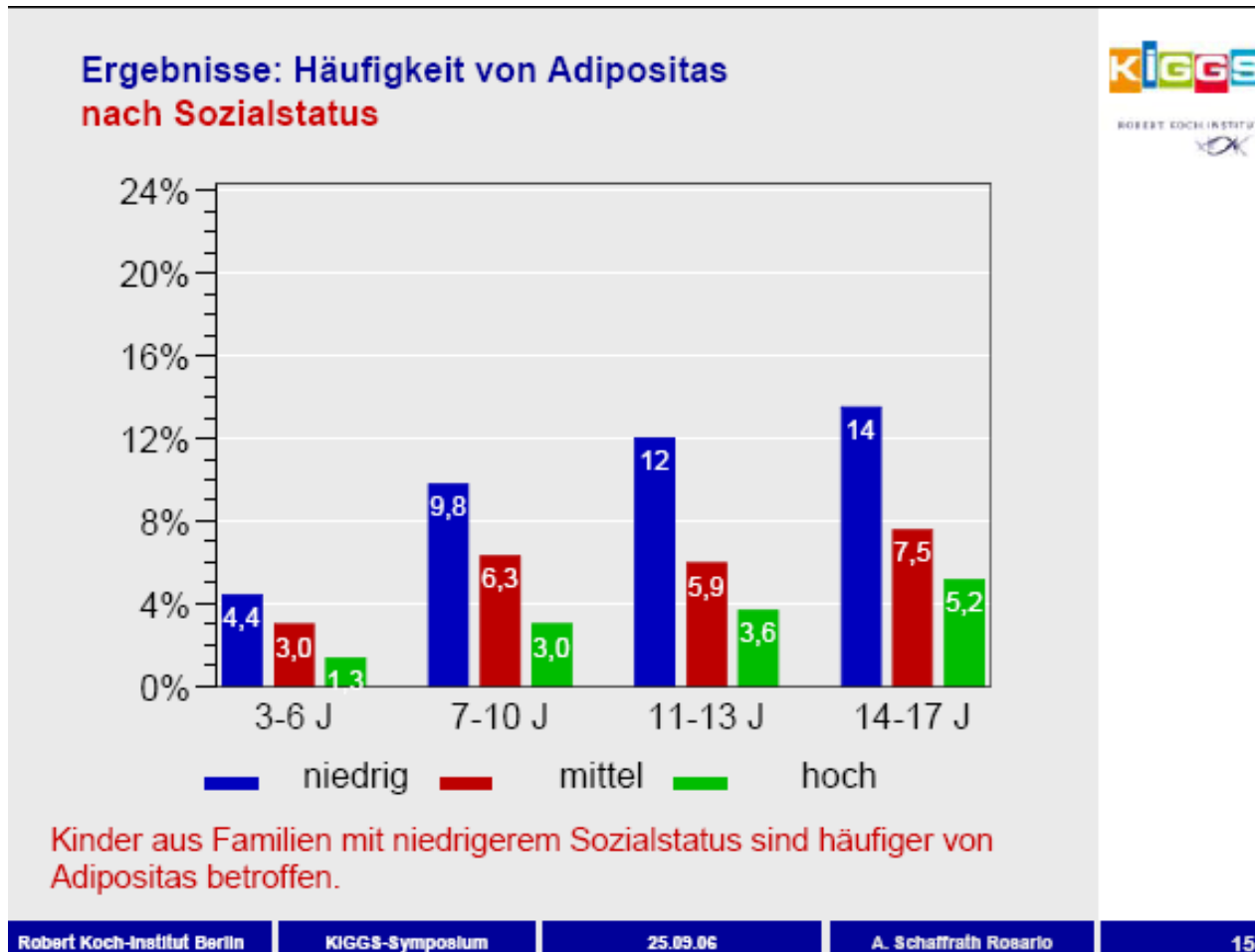
Kinderarmut

Indikator zur Sozialen Lage

Kinder und Jugendliche < 15 Jahre, die Leistungen nach SGB II erhalten

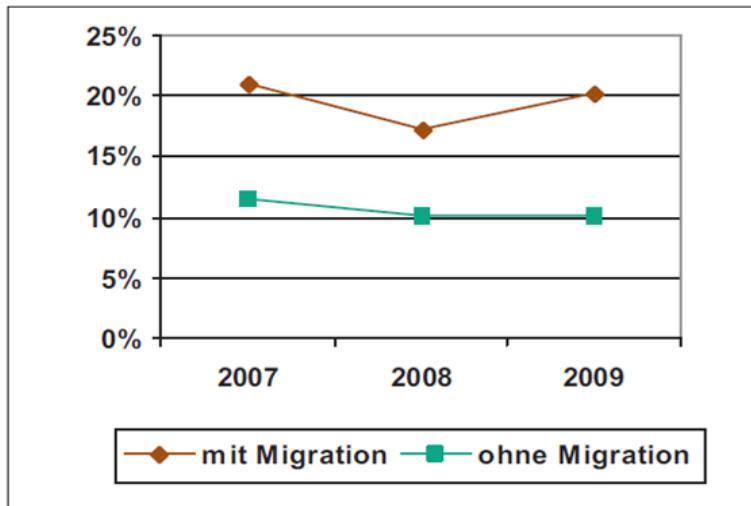


Gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter: Adipositas

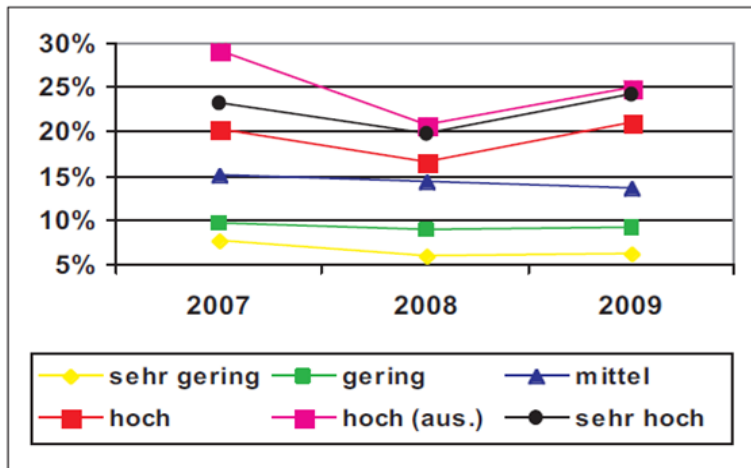


Kleinräumige Betrachtung nach weiteren Kriterien

Grafik 35: Übergewicht und Adipositas nach Herkunft.



Grafik 36: Übergewicht und Adipositas nach sozialer Belastung.

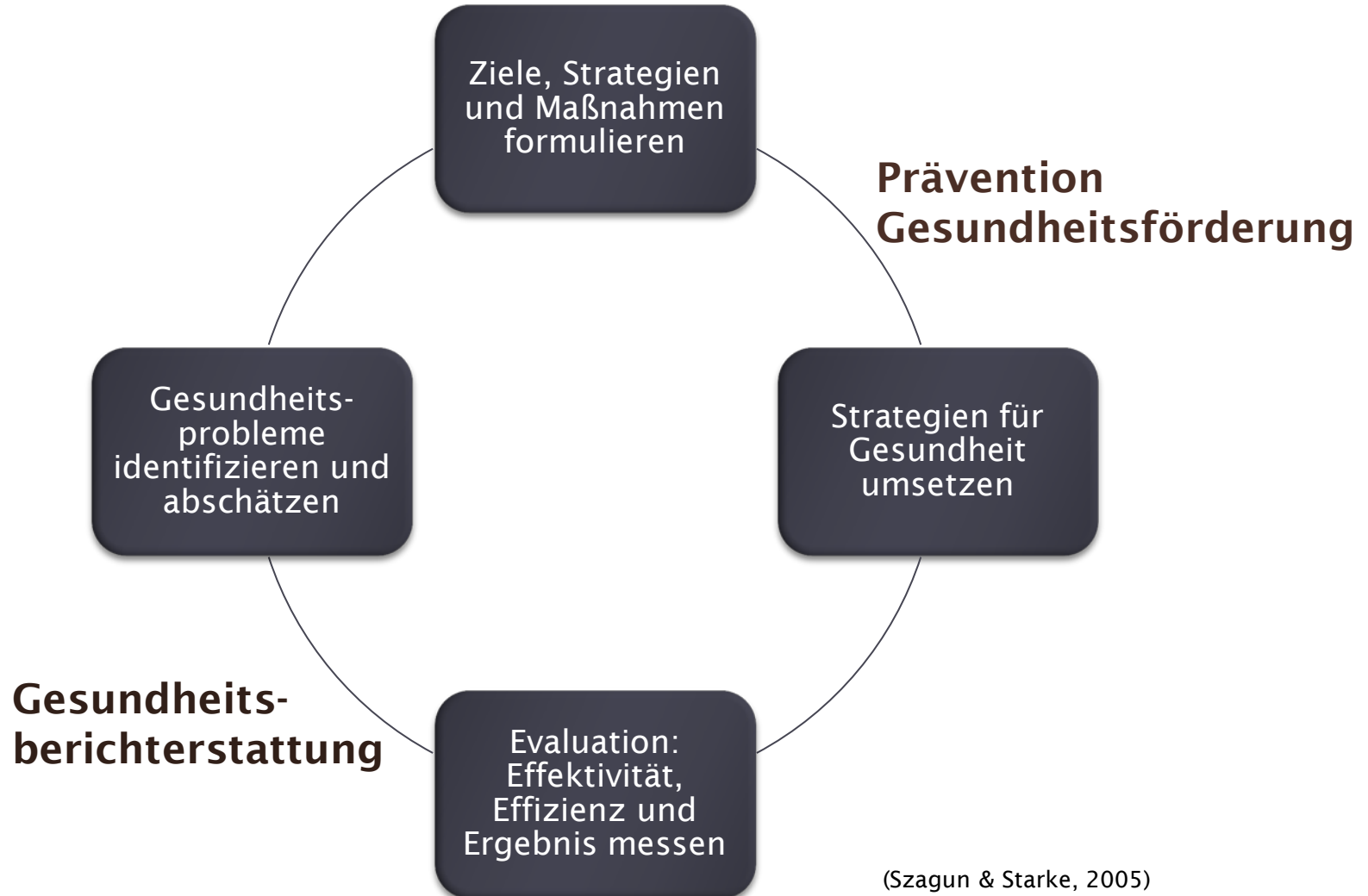


Quelle: 2. Integrierte Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung 2010. Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Hrsg: Landeshauptstadt Düsseldorf, Der Oberbürgermeister

Kommunalen Herausforderungen strategisch begegnen

Gesundheitsförderung als integrierendes
Gestaltungsprinzip

Daten für Taten: Public Health Handlungszyklus



kleinräumige Daten als Handlungsgrundlage, das heißt...

- ▶ Daten müssen auf kleinräumiger Ebene aktuell vorhanden sein und regelmäßig aktualisiert werden.

„The generation of increasing volumes of evidence by epidemiology is of little consequence unless that knowledge influences policy and practice, in addition to improving our understanding of aetiology and causal pathways“. (Bhopal, The Lancet 2011)

- ▶ Nur Daten zu gewinnen, ist kein Fortschritt.
- ▶ Politik muss Daten ernst nehmen und braucht Ausdauer.

Das heißt entsprechend der
Ottawa Charter ...

state of the art für Interventionen seit Ottawa (1986)

Gesundheitsbelastungen senken und
Gesundheitsressourcen fördern

unspezifische (d.h. nicht explizit auf
Gesundheit bezogene) Interventionen anerkennen

gesundheitsrelevante Kontexte berücksichtigen,
positiv beeinflussen und verändern

Partizipation

(vgl. Rosenbrock 2008, 2010)

Gesundheitsförderung als kommunales Gestaltungsprinzip

▶ Gesundheitsförderung ist mehr als...



- ▶ **Unspezifische** (nicht explizit auf Gesundheit bezogene) Interventionen, z.B.
 - ▶ Ressourcen Jugendlicher stärken, z.B. durch Förderung von Selbstsicherheit, Selbstbehauptung, sozialer Kompetenz, Teamfähigkeit, Integrationsfähigkeit
 - ▶ Ressourcen werdender und junger Mütter, Väter und Eltern stärken, z.B. durch Stärkung der Selbstwirksamkeit und Bildung (nicht virtueller) sozialer Netzwerke

Gesundheitsförderung als kommunales Gestaltungsprinzip

▶ Gesundheitsrelevante Kontexte

- ▶ Gesundheitsfördernde Lebenswelten (Wohnsituation, Umwelt, Arbeitsplätze) gestalten



▶ Partizipation

- ▶ Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger, z.B. vorhandene Infrastruktur nutzen: Gemeindehäuser, Vereinsheime, Clubhäuser in Stadtvierteln

Konkret auf kommunaler Ebene...

- ▶ muss Gesundheitsförderung nachhaltig angelegt sein, das heißt
 - ▶ Verzicht auf „schnelle“ Effekte
 - ▶ Strukturen aufbauen und aufrecht erhalten
 - ▶ Erfolgreiche Strategien in der Fläche ausrollen
 - ▶ lieber eine Intervention
 - ▶ gut geplant
 - ▶ sicher finanziert
 - ▶ qualifiziert durchgeführt und
 - ▶ evaluiert
- anstatt Projektitis

***Vor allen Dingen: kein
blinder Aktionismus!***

Vielen Dank für Ihr Interesse!

Dr. Dagmar Starke | Akademie für öffentliches Gesundheitswesen | starke@akademie-oegw.de



