

# Kreisgesundheitsprofil 2014



Kreis Unna  
Januar 2015

**Impressum****Herausgeber**

Kreis Unna - Der Landrat  
Friedrich-Ebert-Straße 17  
59425 Unna  
E-Mail: [www.kreis-unna.de](http://www.kreis-unna.de)

**Gesamtleitung**

Josef Merfels,  
Leiter FB Gesundheit und Verbraucherschutz

**Bearbeitung:**

Dr. Joachim Hartlieb, MPH  
Thekla Pante, M.Sc. Public Health  
Christian Scholz, Dipl. Verwaltungswirt, Dipl. Betriebswirt (VA)  
Nicole Söhlke, Verw. Angest.

**Druck**

Hausdruckerei Kreis Unna

**Stand**

26. Januar 2015



# Gesund im Kreis Unna

Kreisgesundheitsprofil 2014

<b>Vorwort zum Kreisgesundheitsprofil 2014 .....</b>	<b>8</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>9</b>
1.1 Motivation, Zielsetzung und Auftrag .....	9
1.2 Struktur des Berichtes und Lesehinweis .....	10
<b>2 Demografie.....</b>	<b>12</b>
2.1 Einleitung.....	12
2.2 Bevölkerungsentwicklung im Kreis Unna.....	13
2.2.1 Ab- und Zuwanderung .....	13
2.2.2 Geburtenentwicklung und Sterbefälle .....	14
2.3 Aktuelle Bevölkerungssituation im Kreis Unna .....	17
2.3.1 Durchschnittsalter und Altersstruktur .....	18
2.3.2 Haushaltsgröße und Familienstand .....	18
2.3.3 Anteil der nicht deutschen Bevölkerung .....	20
2.4 Bevölkerungsprognose bis 2030 .....	21
2.5 Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Gesundheitswesen .....	23
2.6 Zusammenfassung .....	26
<b>3 Gesundheitszustand .....</b>	<b>27</b>
3.1 Einleitung.....	27
3.2 Krebs .....	28
3.2.1 Neuerkrankungen im Kreis Unna.....	29
3.2.2 Lungenkrebs und Darmkrebs Neuerkrankungen im Kreis Unna.....	29
3.2.3 Krebsrisiko Tabak.....	31
3.2.4 Krebsrisiko Übergewicht im Kreis Unna .....	34
3.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen .....	36
3.4 Unfälle .....	38
3.5 Infektionskrankheiten.....	42
3.5.1 Meldepflichtige Infektionskrankheiten .....	42
3.5.2 Campylobacteriose (Lebensmittelinfektionen) .....	42
3.5.3 Salmonellen.....	44
3.5.1 Masern.....	44
3.5.2 Multiresistente Keime (MRSA).....	46
3.6 Sterbefälle im Kreis Unna .....	47
3.7 Vermeidbare Sterbefälle .....	48
3.7.1 Schlaganfall .....	49
3.7.2 Lungenkrebs.....	51
3.7.3 Ischämische Herzkrankheiten.....	52
3.7.4 Lebererkrankungen .....	52
3.7.5 Säuglingssterblichkeit.....	53
3.7.6 Selbsttötungen - Suizide.....	54



3.8	Schwerbehinderte Personen im Kreis Unna .....	55
3.8.1	Schwerbehinderte Menschen im Kreis Unna nach Grad der Behinderung .....	56
3.8.2	Schwerbehinderte Personen unter 15 Jahren .....	57
3.9	Zusammenfassung .....	60
<b>4</b>	<b>Gesundheitsverhalten .....</b>	<b>62</b>
4.1	Einleitung .....	62
4.2	Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern .....	62
4.3	Suchtverhalten von Männern und Frauen .....	63
4.3.1	Allgemeine Suchtproblematik im Kreis Unna .....	64
4.3.2	Methadon-Substitutionsbehandlung .....	64
4.3.3	Alkoholmissbrauch von Kindern und Jugendlichen .....	65
4.4	Vorsorgeuntersuchungen - Nachgewiesene Teilnahme an der U9 .....	67
4.5	Zusammenfassung .....	70
<b>5</b>	<b>Gesundheitsversorgung .....</b>	<b>71</b>
5.1	Einleitung .....	71
5.1.1	Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung im Kreis Unna .....	71
5.1.2	Stationäre medizinische Versorgung .....	74
5.1.3	Stroke Unit .....	74
5.1.4	Schlaganfall-Netzwerk .....	75
5.2	Zahnärzte .....	76
5.3	Apotheken .....	76
5.4	Pflege und komplementäre Versorgung im Kreis Unna .....	77
5.5	Pro-Kopf-Versorgung mit ärztlichen und nicht ärztlichen Angeboten .....	78
5.6	Der öffentliche Gesundheitsdienst – ÖGD .....	78
5.6.1	Gesundheitsschutz und Umweltmedizin .....	79
5.6.2	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst .....	79
5.6.3	Zahnärztlicher Dienst .....	80
5.6.4	Sozialpsychiatrischer Dienst .....	80
5.6.5	Suchtberatung .....	83
5.6.6	Selbsthilfe .....	87
5.6.7	Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung .....	89
5.7	Gesundheitsförderung .....	91
5.8	Zusammenfassung .....	93
<b>6</b>	<b>Soziale Lage und Gesundheit .....</b>	<b>95</b>
6.1	Einleitung .....	95
6.2	Arbeitsmarkt .....	96
6.2.1	Erwerbstätige im Kreis Unna .....	96
6.2.2	Erwerbslose im Kreis Unna .....	97
6.2.3	Nichterwerbspersonen im Kreis Unna .....	97
6.2.4	Arbeitslose in den Kommunen des Kreises Unna .....	98
6.3	Haushaltsnettoeinkommen .....	99

6.4	Prävention und Gesundheitsförderung im Jobcenter Kreis Unna .....	99
6.5	Bildung.....	101
6.6	Zusammenfassung .....	103
<b>7</b>	<b>Umwelt.....</b>	<b>104</b>
7.1	Einleitung.....	104
7.1.1	Trinkwasserqualität.....	104
7.1.2	Luftqualität.....	106
7.1.3	Feinstaub.....	107
7.1.4	Ozon.....	108
7.1.5	Lärmentwicklung.....	109
7.2	Zusammenfassung .....	112
<b>8</b>	<b>Gesund Aufwachsen.....</b>	<b>113</b>
8.1	Einleitung.....	113
8.2	Gesundheit der heranwachsenden Generation .....	113
8.2.1	Trinkverhalten von Kindern und Jugendlichen am Beispiel der Kreisstadt Unna.....	114
8.2.2	Schuleingangsuntersuchungen (SEU).....	115
8.2.3	Methodik der Befunderhebung im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)...	116
8.2.3.1	Visuelle Wahrnehmungsstörungen .....	116
8.2.3.2	Motorische Störungen.....	117
8.2.3.3	Diagnose: unzureichende Deutschkenntnisse .....	118
8.2.3.4	Diagnose: therapiebedürftige Sprachstörungen.....	120
8.2.3.5	Übergewicht.....	121
8.2.3.6	Übergewicht und Migrationshintergrund .....	122
8.2.4	Gesundheitszustand und das Freizeitverhalten von Jugendlichen im Kreis Unna....	123
8.2.5	Befragung zum Freizeitverhalten von Schülern und Schülerinnen .....	124
8.2.5.1	Angaben zu Frühstück, Sportverein und Verhütung .....	124
8.2.5.2	Rauchen – Alkohol - Drogen.....	125
8.2.5.3	Computer – Spielkonsole – Handy - Fernsehen .....	126
8.3	Zahngesundheit.....	126
8.3.1	Grundlagen.....	126
8.3.2	Zahnärztliche Untersuchungen.....	128
8.3.3	Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe .....	129
8.4	Gesundheitsverhalten der Eltern .....	130
8.4.1	Familien in riskanten Lebenslagen .....	131
8.5	Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention.....	132
8.5.1	Programm „Klasse2000“ .....	132
8.5.1.1	„Klasse2000“ im Kreis Unna .....	132
8.5.1.2	„Klasse2000“ wirkt langfristig .....	135
8.5.1.3	Weitere Planung und Aussicht.....	135
8.5.2	Präventionsangebote der Krankenkassen .....	136
8.5.2.1	JolinchenKids ein Projekt der AOK .....	137



	8.5.2.2	Gesunde Lebenswelten – Präventionsprojekt der Techniker Krankenkasse .....	137
	8.5.2.3	Prävention der Knappschaft: Mitmachtheater Erwin und Rosi .....	138
8.6		Zusammenfassung .....	139
<b>9</b>		<b>Gesund Altern .....</b>	<b>141</b>
9.1		Einleitung .....	141
9.2		Demografie .....	142
9.3		Lebensraum, Wohnen und Umfeld .....	142
9.4		Gesundheitszustand 50+ .....	143
	9.4.1	Gesunde Lebenserwartung ab 50 Jahren .....	143
	9.4.2	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes .....	144
	9.4.3	Häufigste Diagnosen .....	146
	9.4.4	Pflegebedürftigkeit .....	147
	9.4.5	Todesursachen nach Alter .....	147
	9.4.6	Übergewicht und Rauchverhalten im Alter .....	148
	9.4.7	Körperliche Aktivität .....	148
9.5		Gesellschaftliche Teilhabe und Mobilität .....	150
9.6		Migrantinnen und Migranten im Alter .....	150
9.7		Zusammenfassung .....	152
<b>10</b>		<b>Ausblick .....</b>	<b>153</b>
<b>11</b>		<b>Anhang .....</b>	<b>156</b>
		Abkürzungsverzeichnis .....	156
		Tabellenverzeichnis .....	159
		Abbildungsverzeichnis .....	160
		Literaturverzeichnis .....	166



## Vorwort zum Kreisgesundheitsprofil 2014

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Politik- und Aufgabenfeld Gesundheit hat beim Kreis Unna stets einen hervorgehobenen Stellenwert eingenommen. Bereits im Jahre 1986 wurde das damalige Kreisgesundheitsamt im Rahmen einer breit angelegten Aufgabenkonzeption zu einer serviceorientierten Bürgereinrichtung umgebaut. Zudem war der Kreis Unna im Jahre 1989 Gründungsmitglied des „Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland“. Das kreisweite Kompetenzzentrum kommunales Gesundheitsmanagement genießt in diesem bundesweiten Verbund nach wie vor ein hohes Ansehen. Mit der Einrichtung der ersten Gesundheitshäuser in Deutschland wurden bereits im Jahre 1991 die wichtigen Grundlagen der inzwischen etablierten Gesundheitsförderung im Kreis Unna geschaffen.



Ebenso einen hohen Stellenwert genießt beim Kreis Unna die kommunale Gesundheitsberichterstattung. Diese im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst festgeschriebene Pflichtaufgabe erfüllt der Kreis Unna seit nunmehr 20 Jahren mit großem Engagement. Bereits 1994 wurde der Psychiatriebericht erstellt, welcher noch heute im Kern die Grundlage für eine bedarfsgerechte gemeindepsychiatrische Versorgung darstellt. Dem Psychiatriebericht folgten in den Jahren 2001, 2003 und 2004 der Sucht-, Migrations- und der Behindertenbericht mit nachhaltig wirkenden Handlungsempfehlungen. Zwischen 2004 und heute entstanden zusätzliche zehn Berichte zu speziellen gesundheitlichen Aufgabenfeldern.

Ich möchte an dieser Stelle exemplarisch den Kindergesundheitsbericht aus dem Jahre 2007 und die insgesamt drei Teilberichte über eine erfolgreiche Patientenberatung im Kreis Unna zwischen 2007 und 2010 nennen. Der jüngste Bericht stammt aus dem Jahre 2013 und beschäftigt sich mit der für Gesundheitsförderung und Prävention bedeutenden Problematik rund um die Schulverpflegung.

Nachdem bereits im Jahre 2003 ein erster Basisbericht zur gesundheitlichen Lage im Kreis Unna erarbeitet wurde, möchte ich Ihnen heute das Kreisgesundheitsprofil für den Kreis Unna 2014 präsentieren. Neben allgemeinen Feststellungen zum demografischen Wandel und seinen gesundheitlichen Auswirkungen gibt der Bericht wichtige Informationen zu Gesundheit und Krankheit im Kreis Unna. Hierzu gehören neben Daten der häufigsten festgestellten Diagnosegruppen natürlich auch Angaben zum medizinisch-therapeutischen Versorgungssystem und den Leistungen unseres Fachbereiches Gesundheit und Verbraucherschutz.

Ich habe besonderen Wert darauf gelegt, dass aus den jeweiligen Darstellungen auch Schlussfolgerungen gezogen und Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden können. Der Bericht soll dazu beitragen, mögliche Defizite und Ressourcen zu erkennen, und dazu anregen, richtungweisende Schlüsse für eine bedarfsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung im Kreis Unna zu ziehen. Zudem sollen die hier abgebildeten Daten eine Grundlage für die nachfolgende umfassende „Fachplanung Gesundheit“ bilden.

Mein besonderer Dank gilt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, aber auch externen Unterstützern, welche die Fülle von Daten aufbereitet, anschaulich dargestellt und inhaltlich ausgewertet haben.

Ihnen, sehr geehrte Damen und Herren, biete ich diesen Bericht als Informationsquelle und Arbeitshilfe an, damit Sie sich ein umfassendes Bild über die gesundheitliche Lage im Kreis Unna machen können.

Herzlichst

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dirk Wigant'.

Dirk Wigant - Gesundheitsdezernent des Kreises Unna



# 1 Einleitung

## 1.1 Motivation, Zielsetzung und Auftrag

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung stellt seit 1998 eine Grundsäule des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Nordrhein-Westfalen dar. So ist sie gesetzlich in mehreren Paragraphen des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) verankert. Die zwei bedeutendsten Paragraphen sind § 6 und § 21. Dabei beschreibt besonders § 21 die Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörde im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung wie folgt:

*„Die untere Gesundheitsbehörde erstellt zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 regelmäßig Gesundheitsberichte auf der Grundlage eigener und der in der Gesundheitskonferenz beratenen Erkenntnisse. Dabei sind soziale und geschlechtsspezifische Gegebenheiten regelmäßig einzubeziehen. Die untere Gesundheitsbehörde macht die Berichte der Öffentlichkeit zugänglich.“ (MIK 2014a).*

Es wird deutlich, dass die Gesundheitsberichterstattung einem fortlaufenden Prozess unterliegt, welcher zur Identifizierung der gesundheitlichen Lage und Versorgung dient. Aufbauend auf diese gewonnenen Erkenntnisse können bedarfsgerechte kommunalpolitische Maßnahmen geplant und umgesetzt werden. Die bisherige Gesundheitsberichterstattung des Kreises Unna wurde hauptsächlich im Rahmen von Sonderberichten zu ausgewählten Themen durchgeführt. So wurden in den letzten Jahren die folgenden Gesundheitsberichte erarbeitet und veröffentlicht.

- Psychiatriebericht (1994),
- Suchtbericht (2001),
- Gesundheitsbericht Migration (2003),
- Positionspapier Patientenberatung (2004),
- Behindertenbericht (2004),
- Evaluationsbericht Sucht (2005),
- Suchtprävention im Kreis Unna (2006),
- Kinderbericht Kreis Unna (2007),
- Dokumentation Kinderkonferenz Bergkamen (2007),
- Gesundheitskonzept "Besser GesUNd" (2008),
- Gesundheitsbericht Zentrum für Patientenberatung (ZeP) Teil 1 (2007),
- Gesundheitsbericht ZeP Teil 2 (2008),
- Gesundheitsbericht ZeP Teil 3 (2010),
- Die Schulverpflegung im Kreis Unna - Situation und Ausblick (2013).

Die klassische Gesundheitsberichterstattung in Form eines Basisgesundheitsberichts wurde im Kreis Unna bisher nur einmal, im Jahr 2003, durchgeführt. Um jedoch eine komplexe Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Lage der im Kreis Unna lebenden Bevölkerung durchführen zu können, sollte in festgelegten Abständen die Erarbeitung eines Basisgesundheitsberichts erfolgen. Besonders die aus dem Basisbericht resultierenden Handlungsempfehlungen sind für die zukünftige Arbeit der unteren Gesundheitsbehörde von zentraler Bedeutung.



Mit Hilfe des vorliegenden Kreisgesundheitsprofils soll die Forderung der Gesetzgebung nach einem regelmäßig erstellten Gesundheitsbericht erneut im Kreis Unna aufgegriffen werden. So soll zukünftig neben der Erstellung und Veröffentlichung von Sonderberichten ein stärkerer Schwerpunkt auf der Gesundheitsberichterstattung im Rahmen eines Basisgesundheitsberichtes erfolgen. Das Kreisgesundheitsprofil stellt dabei eine neue und umfassendere Form des im Jahre 2003 veröffentlichten Basisgesundheitsberichts dar. Die vorliegende, erweiterte Form des Basisgesundheitsberichtes dient als Grundlage für zukünftige Berichte, die im Intervall von 2-4 Jahren erstellt werden sollen. Mit der Einführungen einer kontinuierlichen Basisgesundheitsberichterstattung können Entwicklungen zeitnah aufgezeigt und analysiert werden, um darauf aufbauend zukünftige Strategien der unteren Gesundheitsbehörde entwickeln zu können.

## 1.2 Struktur des Berichtes und Lesehinweis

Das vorliegende Kreisgesundheitsprofil soll dem Leser einen Überblick über den aktuellen Gesundheitsstand sowie das Gesundheitsverhalten der im Kreis Unna lebenden Bevölkerung geben. Die folgende Darstellung umfasst alle Altersgruppen, legt aber unter Berücksichtigung des demografischen Wandels einen Schwerpunkt auf die Themengebiete „Gesundes Heranwachsen“ und „Gesundes Altern“. Neben diesen beiden Schwerpunkten erstreckt sich der Basisgesundheitsbericht über die Themen Krankheitsgeschehen, Todesursachen, gesundheitliche Versorgung, individuelle Voraussetzungen für Gesundheit wie gesundheitsschädigendes oder -förderliches Verhalten sowie mögliche Einflüsse der Umwelt. Zudem werden die Rahmenbedingungen für Gesundheit und gesundheitliche Versorgung wie z.B. die Bevölkerungsstruktur des Kreises Unna beschrieben.

Der vorliegende Basisgesundheitsbericht gliedert sich in zehn Kapitel, deren Inhalte im Folgenden kurz vorgestellt werden:

1. Das aktuelle Kapitel dient dem Leser als Einleitung und zum besseren Verständnis der nachfolgenden Kapitel.
2. Der zweite Abschnitt widmet sich der **Demografie** im Kreis Unna. In diesem Kapitel werden allgemeine Angaben zur Bevölkerungsentwicklung im Kreis beschrieben. Dabei werden besonders die Geburtenrate, die Todesfälle sowie die Zu- und Abwanderung berücksichtigt.
3. Im Mittelpunkt des dritten Kapitels steht der **Gesundheitszustand** der Bevölkerung im Kreis Unna. Neben den großen Volkskrankheiten wie Schlaganfall, Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden auch Statistiken zu Unfällen und Infektionskrankheiten präsentiert. Im weiteren Verlauf werden vermeidbare Sterbefälle sowie körperliche und psychische Behinderungen im Kreis Unna beschrieben.
4. Gegenstand des vierten Kapitels ist das **Gesundheitsverhalten** der Menschen im Kreis Unna. Neben der Darstellung des allgemeinen Gesundheitsverhaltens von Männern und Frauen wird dieser Abschnitt insbesondere dem Suchtverhalten und der Vorsorge gewidmet. Zusätzlich wird das Projekt „Klasse2000“ näher beschrieben.
5. Daran anschließend wird auf die **Gesundheitsversorgung** im Kreis Unna eingegangen. Dieses Kapitel enthält Angaben zur ambulanten haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung im Kreisgebiet, der stationären medizinischen Versorgung und dem Bereich des nicht ärztlichen Therapieangebotes (Komplementärbereich) sowie der Pflegesituation. Zudem wird auf den öffentlichen Gesundheitsdienst mit seinen Leistungen näher eingegangen.



6. Der nachfolgende Bereich ist dem Thema **Soziale Lage und Gesundheit** gewidmet. Hier werden Angaben zum Arbeitsmarkt sowie zur alltäglichen Lebenssituation der Menschen im Kreis Unna vorgenommen. Insbesondere Daten zu den Bereichen Einkommen, Wohnen und Bildung werden berücksichtigt.
7. Das Thema **Umwelt und Gesundheit** wird im folgenden Kapitel aufgegriffen. Hierzu zählen Angaben zur Trinkwasser- und Luftqualität ebenso wie Informationen zu Feinstaub und Lärmbelastigung.
8. Das Thema **Gesund Aufwachsen** wird im siebten Kapitel behandelt. Anhand ausgewählter Daten der Schuleingangsuntersuchung und der Zahnprophylaxe werden Aussagen über den Gesundheitszustand der heranwachsenden Bevölkerung im Kreis Unna gemacht. Daneben werden die Probleme von risikobelasteten Familien näher betrachtet. Abschließend wird auf ausgewählte Präventionsprojekte der Krankenkassen näher eingegangen.
9. Das vorletzte Kapitel widmet sich dem Thema **Gesund Altern**. Dabei wird der subjektiv empfundene Gesundheitszustand der älteren Menschen beschrieben, auf deren Lebensumfeld eingegangen, ihre körperlichen Aktivitäten dargestellt und das Thema Ehrenamt und gesellschaftliche Teilhabe näher dargestellt.
10. Das Abschlusskapitel gibt einen Ausblick und beschreibt auf Basis der vorangestellten Daten und unter Berücksichtigung der gezogenen Schlussfolgerungen mögliche Zielfelder und Handlungsoptionen mit einer denkbaren Ausgestaltung von themenbezogenen Zielsetzungen zu konkreten Maßnahmenvorschlägen.

Die genutzten Daten dieses Berichtes entstammen unterschiedlichen Quellen. Soweit es möglich war stammen sie aus eigenen Erhebungen. Der überwiegende Teil der Daten stammt jedoch von externen Stellen wie zum Beispiel dem Landeszentrum für Gesundheit NRW (LZG NRW), der Information und Technik NRW (IT NRW) sowie den Datenbeständen des Landesprogramms „GBE Stat“. Dabei wurde eine Vielzahl der Daten im Internet recherchiert. Dazu gehören unter anderem die Datensätze der Bundesgesundheitsberichterstattung oder Erhebungen des Robert Koch-Instituts (RKI). Auch werden Angaben der ärztlichen und zahnärztlichen Selbstverwaltungen sowie des Krebsregisters Münster aufbereitet und dargestellt. Die Begleittexte wurden wissenschaftlich recherchiert und mit den entsprechenden Zitationen unterlegt.

Bereits an dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass der vorliegende Bericht über eingeschränktes Datenmaterial verfügt. Allgemeine Daten zu Krankheiten, wie z.B. Informationen zur stationären und ambulanten Behandlung sind in der Obhut der Krankenkassen und der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Selbstverwaltungsorgane. Darauf hat die untere Gesundheitsbehörde keinen unmittelbaren Zugriff. Zudem wird versucht, unter Berücksichtigung des Gender-Mainstreaming-Gedankens<sup>1</sup>, eine Geschlechtertrennung bei der Darstellung der Daten zu treffen. Diese ist jedoch auf Grund der vorhandenen Datengrundlagen nicht immer möglich.

---

<sup>1</sup> „Gender Mainstreaming bedeutet, bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen, da es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt.“ (BMFSFJ 2012).



## 2 Demografie

### 2.1 Einleitung

Im Zentrum demografischer Betrachtungen steht die Entwicklung von Bevölkerungen. Neben der Frage nach bestehenden und zukünftigen Altersstrukturen erforscht die Demografie zudem soziale und wirtschaftliche Prozesse, welche bedeutend für zukünftige gesellschaftliche Veränderungen sind. So definiert das Bundesministerium des Inneren (BMI) Demographie wie folgt:

*„Der demografische Wandel zeigt sich in Veränderungen der Bevölkerungsentwicklung, der Alters- und Geschlechterstruktur, der ethnischen Zusammensetzung und der regionalen Verteilung der Bevölkerung sowie der Lebensformen. Er wird im Wesentlichen durch die Entwicklung der Anzahl der Geburten, der Sterbefälle und der Wanderungsbilanz bestimmt“ (BMI 2011: 11).*

Betrachtet man die Geburten in Deutschland so kann festgestellt werden, dass das Niveau dieser dauerhaft niedrig sein wird. In etwa 40 Jahren wird die Anzahl der Geburten in Deutschland unter dem „Generationensatz“ liegen. Dies bedeutet, dass die Anzahl der Geburten nicht mehr ausreicht, um die bestehende Bevölkerungszahl zu erhalten. Gleichzeitig wächst die Zahl der älteren Menschen, da die Generation der Kinder niedriger ist als die ihrer Eltern. Auch die wachsende Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung trägt zu einer demografischen Veränderung bei. Die geburtenstarken Jahrgänge zwischen 1955 und 1964 (Babyboomer) werden 2020 ihr Rentenalter erreicht haben und bei ihrer Versorgung auf zahlenmäßig unterlegene jüngere Jahrgänge angewiesen sein. Schon zum jetzigen Zeitpunkt kann der Bevölkerungsrückgang sowie der veränderte Altersaufbau in der aktuellen Altersstruktur erkannt werden (BMI 2011).

Neben der Geburtenrate und einer wachsenden Lebenserwartung tragen Bevölkerungszugänge bzw. -abgänge einen weiteren zentralen Beitrag zur Bevölkerungsentwicklung bei. In der Vergangenheit hat Deutschland von Wanderungsbewegungen profitiert. Durch die erzielten Zuwanderungsgewinne konnte der Prozess der gesellschaftlichen Alterung gemildert werden. Seit 2010 zeigt sich der Wanderungssaldo wieder positiv, nachdem er in den Vorjahren ständig rückläufig und zeitweilig sogar negativ war. Bedingt durch den beschriebenen Zuwanderungsgewinn konnte eine Steigerung der in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten verzeichnet werden. So leben aktuell nahezu 16 Millionen Menschen mit einem Migrationshintergrund in Deutschland. Man kann davon ausgehen, dass sich diese Heterogenität fortsetzen wird. Regional lässt sich ein unterschiedlicher Verlauf der demografischen Entwicklung feststellen. Besonders betroffen von Rückgängen der Bevölkerung sind dabei Regionen in Ostdeutschland. Grundsätzlich nehmen die Rückgänge aber auch in ländlichen und städtischen Regionen Westdeutschlands zu (BMI 2011).

Die zu erwartende demografische Entwicklung hat einen signifikanten Einfluss auf das Gesundheitswesen. So ist damit zu rechnen, dass Gesundheitsleistungen bedingt durch eine Alterung der Gesellschaft vermehrt in Anspruch genommen werden. Diese führt wiederum zu einer Steigerung der Kosten des Gesundheitswesens, wodurch die Gesundheitsförderung und Prävention an Wichtigkeit gewinnen.

Unter Berücksichtigung der Definition des BMI werden bei der weiteren Betrachtung der Thematik im Kreis Unna besonders die Unterpunkte Geburten, Sterbefälle und Wanderungsbilanz eine zentrale Rolle einnehmen. Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit den Auswirkungen des Demografischen Wandels auf das Gesundheitswesen.



## 2.2 Bevölkerungsentwicklung im Kreis Unna

Für zukünftige kommunalpolitische Planungen spielt die Analyse von bereits stattgefundenen Bevölkerungsentwicklungen eine wichtige Rolle. So können auf Grundlage der Analyseergebnisse kommunalpolitische Ziele bedarfsgerecht geplant und umgesetzt werden. Der Kreis Unna verzeichnete in den letzten zehn Jahren, trotz seiner Nähe zum lukrativen Wirtschaftsraum Ruhrgebiet, Rückgänge in seiner Einwohnerzahl. Dieser Rückgang spiegelt die allgemeine demografische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland wider. Bei einer Schrumpfung der Bevölkerung im Kreis Unna um insgesamt 4,8% seit 2010 fällt auf, dass der Rückgang der männlichen Bevölkerung (-6,3%) nahezu doppelt so hoch ist wie bei den Frauen (-3,5%) (Abb.1).

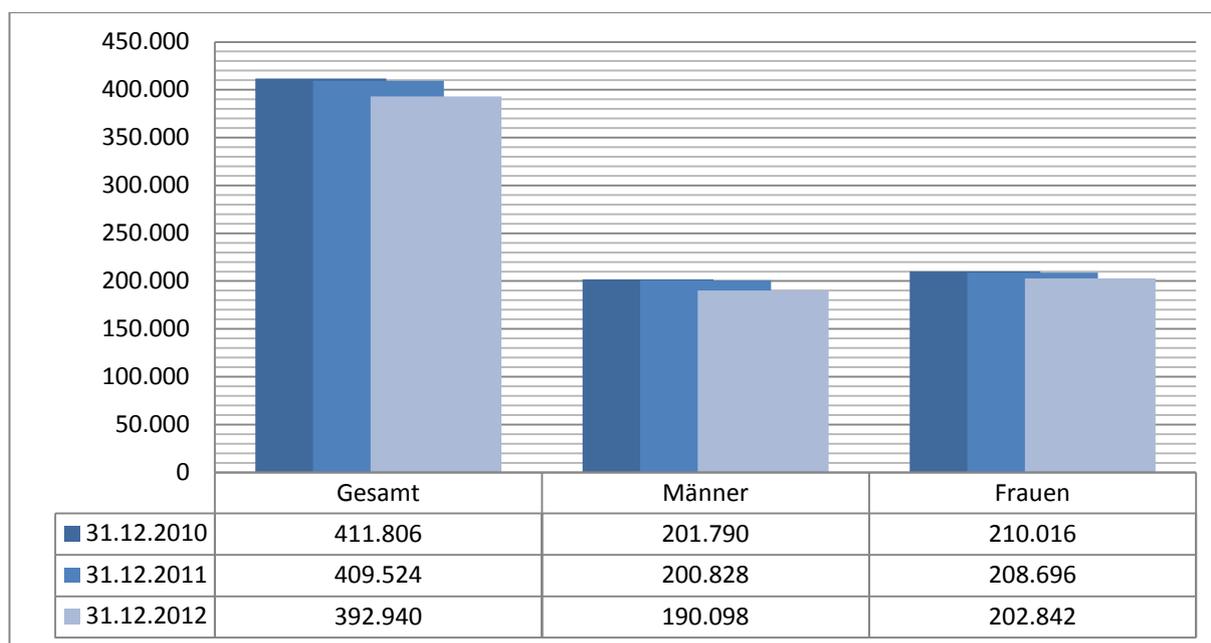


Abbildung:1: Entwicklung der Bevölkerung im Kreis Unna zwischen 2010 und 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

Dieses Ungleichgewicht der Geschlechter kann unter anderem durch die durchschnittliche Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung begründet werden. So liegt auch heute noch die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen in Westdeutschland mit 83 Jahren um sechs Jahre höher als bei Männern. Jedoch müssen bei der Betrachtung des Rückganges der Einwohnerzahlen und dem Ungleichgewicht der Geschlechterverteilung im Kreis Unna noch andere Faktoren berücksichtigt werden. Besonders die Zu- und Abwanderung der Bevölkerung über das Kreisgebiet hinaus stellt dabei, neben den Geburten und den Sterbefällen, einen besonderen Einflussfaktor dar.

### 2.2.1 Ab- und Zuwanderung

Wird die Zu- und Abwanderung der Bevölkerung von 2002 bis 2011 betrachtet, so kann ein geringes Überwiegen der Abwanderungsrate gegenüber der Zuwanderungsrate festgestellt werden (Abb. 2). Jedoch gestaltet sich die Zu- und Abwanderung im Jahre 2012 nahezu ausgeglichen, wodurch der Rückgang der Bevölkerung im Jahr 2012 durch andere Faktoren zu begründen ist. Neben der Betrachtung der Ausgeglichenheit der Zu- und Abwanderung fällt auf, dass zwischen 2002 und 2006 eine star-



ke Abnahme der allgemeinen Wanderungsbereitschaft über die Kreisgrenze hinaus stattgefunden hat. Seit 2006 hält sich diese jedoch auf einem stabilen Niveau. Rückschlüsse über die Gründe der Abnahme der Wanderungsbereitschaft zwischen 2002 und 2006 können auf Grundlage der vorhandenen Daten an dieser Stelle nicht gezogen werden.

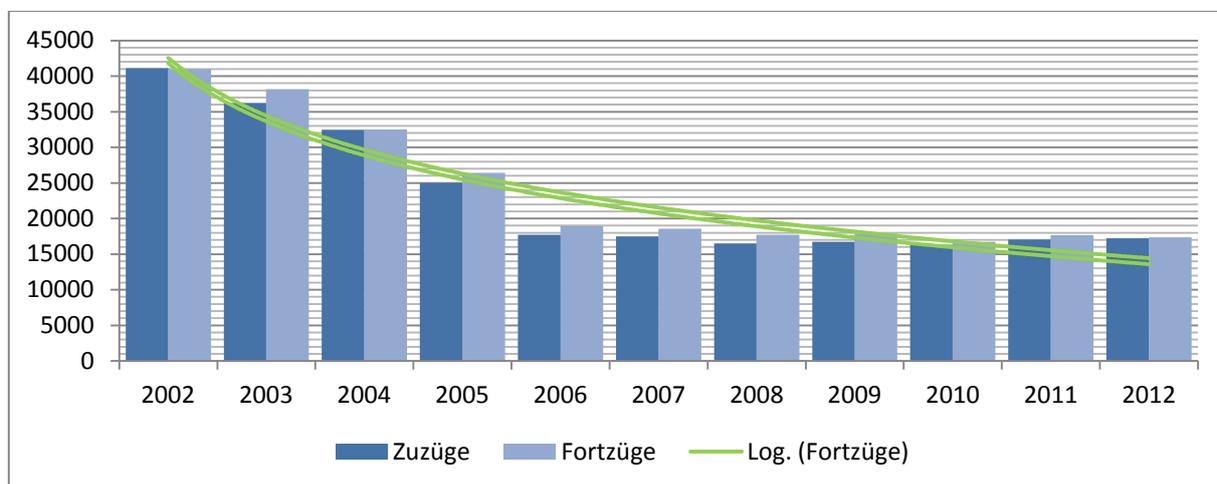


Abbildung 2: Zu- und Abwanderungen über die Kreisgrenze hinweg (Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage des IT NRW)

Wird die Zu- und Abwanderung differenzierter unter Genderaspekten betrachtet, so bestätigt diese die Geschlechterdiskrepanz bei der Bevölkerung des Kreises Unna (Abb. 3.). Es fällt auf, dass gerade die männliche Bevölkerung des Kreises ab 2002 mehr Abwanderung als Zuwanderung, im Vergleich zu der weiblichen Bevölkerung, aufweist. Auch die Ursachen der höheren Abwanderung der Männer, kann an dieser Stelle, unter Berücksichtigung der vorhandenen Daten, nicht begründet werden.

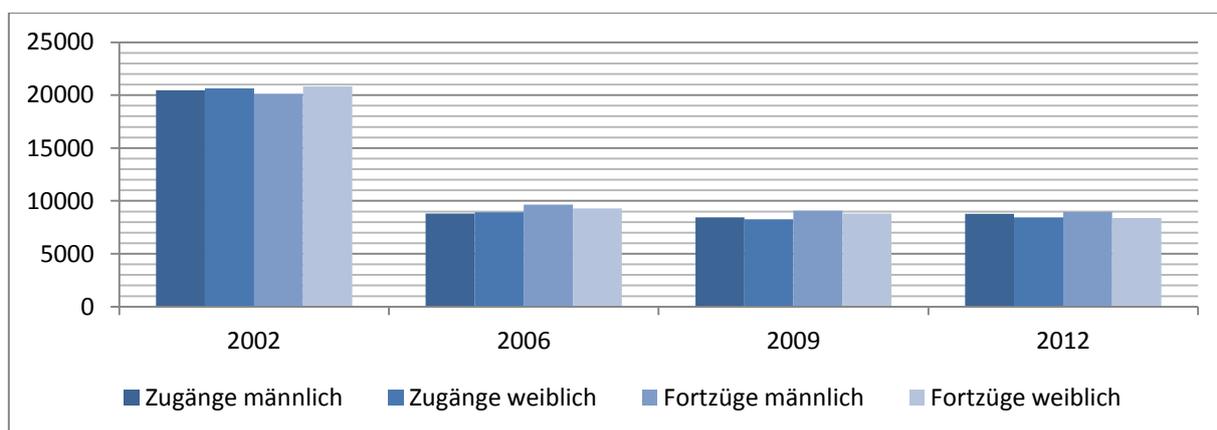


Abbildung 3: Zu- und Abwanderung über die Kreisgrenze hinweg nach Geschlecht (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

### 2.2.2 Geburtenentwicklung und Sterbefälle

Wie bereits geschildert spielt die Geburtenrate bei der Bevölkerungsentwicklung eine zentrale Rolle, wodurch die Analyse dieser folglich einen hohen Stellenwert bei der Auseinandersetzung mit dem demografischen Wandel und der kommunalen Stadtentwicklungspolitik einnimmt.



Bei der folgenden Betrachtung der Geburtenrate im Kreis Unna werden grundsätzlich alle Lebend- und Todgeburten berücksichtigt. Laut Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT NRW) sind alle Kinder, bei denen nach der Trennung vom Mutterleib das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat, als Lebendgeborenen einzustufen (IT NRW 2011). Die Anzahl der im Kreis Unna lebendig zur Welt gekommenen Kinder hat sich zwischen 2005 und 2011 verändert. Erstmals sank die Zahl der Lebendgeburten zum Jahreswechsel 2008/2009 unter die 3.000-Marke (gestrichelte Linie).

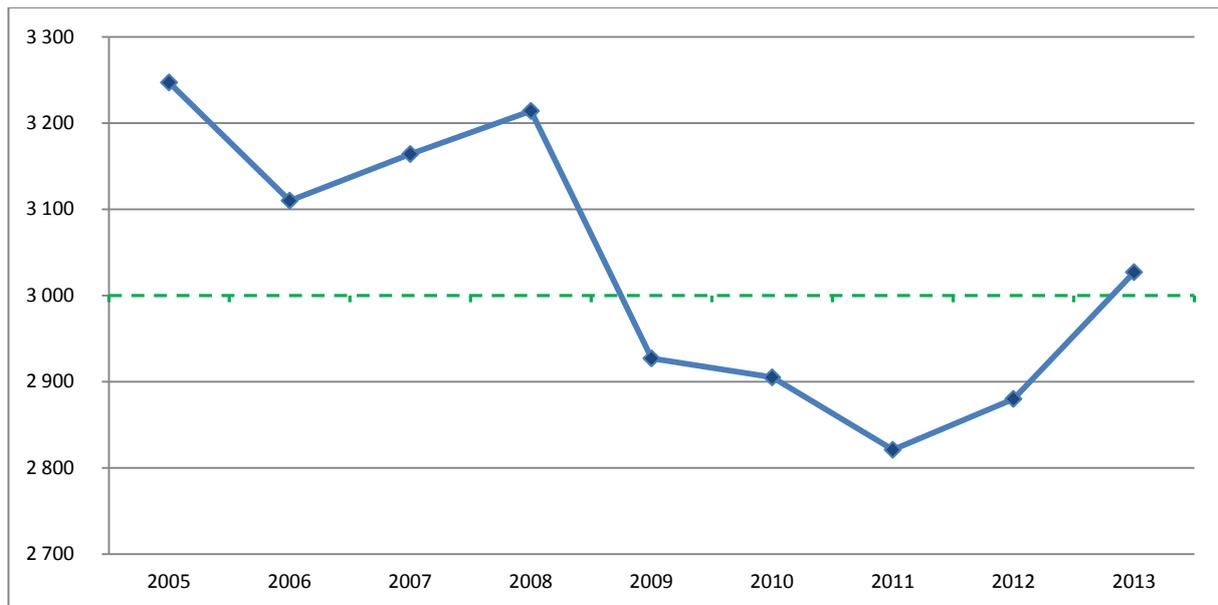


Abbildung 4: Lebendgeburten im Kreis Unna 2005-2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Bei einer genaueren Betrachtung des Geburtenverlaufs im Kreis Unna fällt besonders das Jahr 2009 auf, da es einen beträchtlichen Rückgang der Geburten zum Vorjahr aufweist. Seit 2011 lässt sich allerdings wieder ein Anstieg der Lebendgeburten im Kreis Unna registrieren (Abb. 4)

Werden Daten der Geburtenziffern im Kreis Unna mit denen des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) verglichen, so wird deutlich, dass der Kreis Unna bei den Geburten erstmals seit 2012 über dem Landesdurchschnitt liegt (Abb. 5).



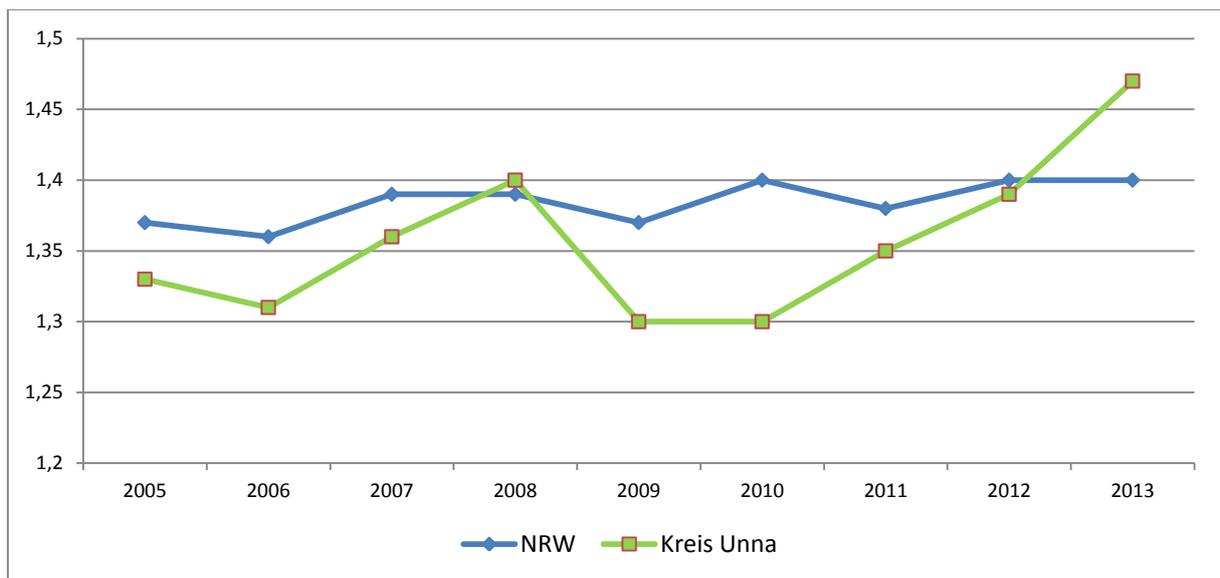


Abbildung 5: Geburtenziffern der 15 - 50-jährigen Frauen, im Vergleich Kreis Unna/NRW zwischen 2005 und 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Zur Analyse von Veränderungen der Alterszusammensetzung der Bevölkerung, die als eine statistische Grundlage für die kommunale Stadtentwicklungspolitik dient, darf eine Gegenüberstellung der Geburten und der Sterbefälle nicht vernachlässigt werden. Bei einer Gegenüberstellung dieser für den Kreis Unna spiegelt sich das in großen Teilen der Bundesrepublik Deutschland gängige Bild wider (Abb. 6) (Statistische Bundesamt 2014). Wenngleich im Kreis Unna die Geburten leicht zunehmen, ergibt sich auch eine leichte Zunahme bei den Sterbefällen. Die dadurch bedingte „Schere“ zwischen Geburten und Todesfällen wird zwar momentan nicht größer kann aber nach wie vor als Baustein für den Rückgang der Einwohnerzahlen im Kreis Unna gelten.

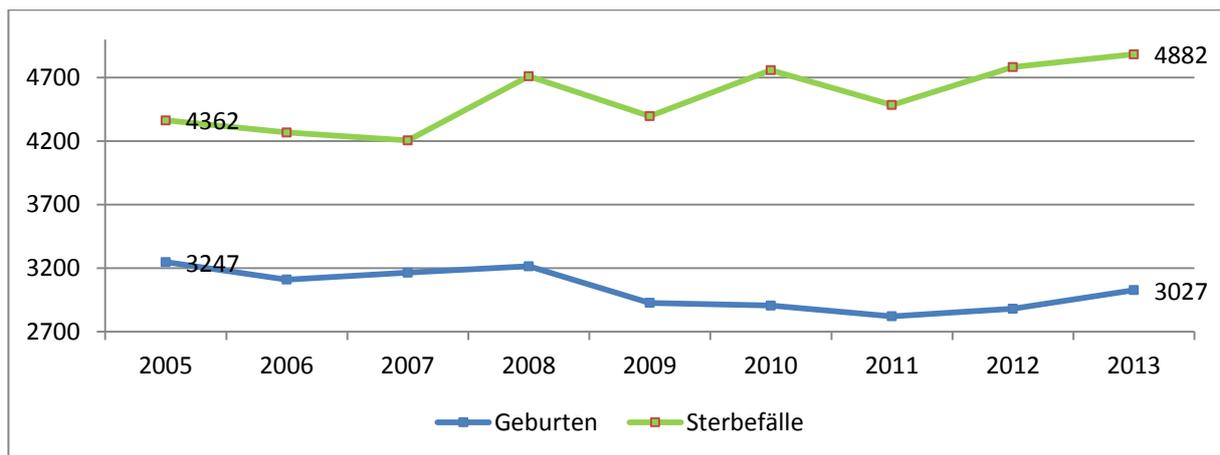


Abbildung 6: Lebendgeborene und Gestorbene ab 2005 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)



### 2.3 Aktuelle Bevölkerungssituation im Kreis Unna

Nachdem der Verlauf der Bevölkerungsentwicklung der letzten Jahre veranschaulicht wurde, soll nun eine kurze Darstellung der momentanen Bevölkerungssituation des Kreises Unna vorgenommen werden. Bei dieser Darstellung ist zu berücksichtigen, dass drei unterschiedliche Datensätze zur Bestimmung der Einwohnerzahlen des Kreises Unna angewendet werden können. Die bisher am häufigsten verwendeten Daten sind Hochrechnungen auf Basis der Volkszählung von 1987. Diese wurden jedoch in den letzten Jahren von Daten, die auf Grundlage des Zensus 2011 errechnet wurden, abgelöst. Der dritte Datensatz beinhaltet die Daten des Einwohnermeldeamtes, welche alle Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt in den Kommunen mit Haupt- oder Nebenwohnsitz gemeldet sind, erfassen. Bedingt durch eine Unstimmigkeit der drei Datensätze werden an dieser Stelle einmalig die Einwohnerzahlen auf Grundlage aller drei Datensätze dargestellt (Abb. 7). Für die Darstellung werden die Daten des Jahres 2012 (Stichtag 31.12.2012) verwendet, da für die neueren Jahrgänge noch keine genauen Zahlen der drei Datensätze vorliegen. So umfasste die Einwohnerzahl des Kreis Unna im Jahr 2012 auf Basis der Volkszählung von 1987 407.484 Einwohner. Auf Basis des Zensus 2011 wurden, mit einer Differenz von -3,6%, nur 392.940 Einwohner im Kreisgebiet festgestellt. In den Melderegistern der zehn Kommunen des Kreises Unna wurden im Jahr 2012 403.552 Einwohner registriert. Dieses entspricht einer Differenz von +2,7% im Vergleich zum Zensus 2011.

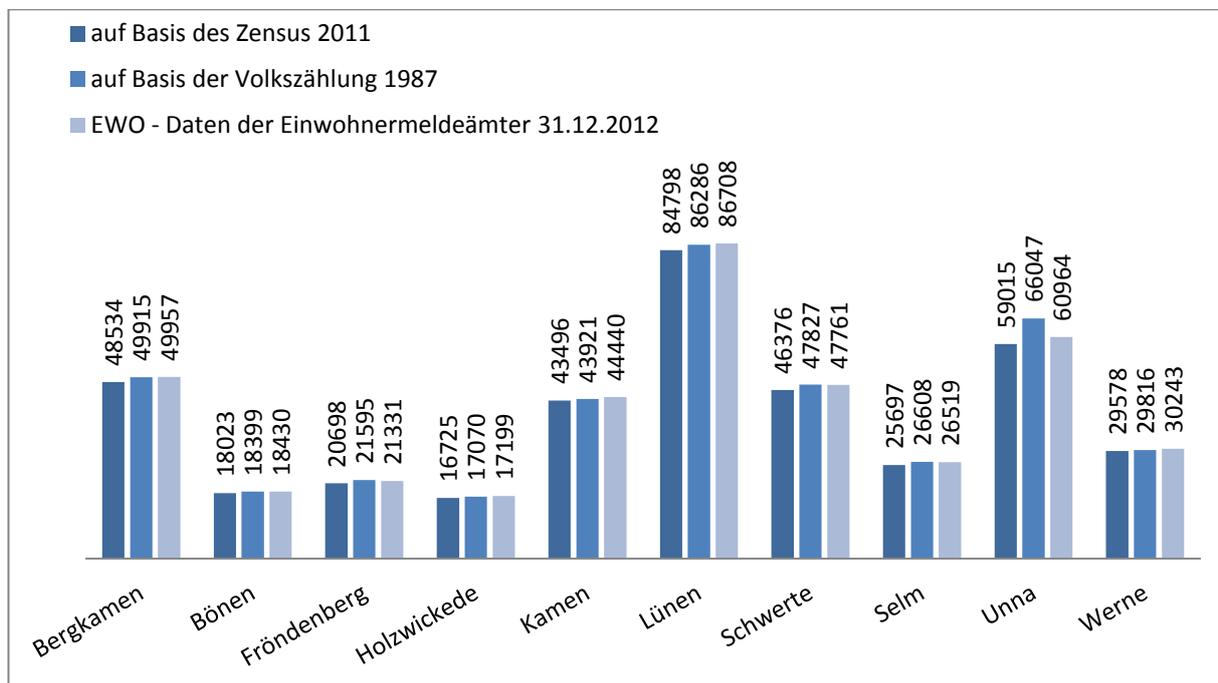


Abbildung 7: Einwohner in den Kommunen auf Basis des Zensus 2011, der Volkszählung 1987 und der Einwohnermeldeämter für das Jahr 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

Neben der Anzahl der Gesamteinwohner des Kreises Unna sollte bei der Betrachtung der aktuellen Bevölkerungssituation die variable Altersstruktur, Haushaltszusammensetzung und der Anteil der ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger berücksichtigt werden. Die Darstellung bzw. Analyse dieser Variablen stellt eine wichtige Säule zukünftiger bedarfsgerechter kommunaler Gesundheitsplanung dar.



### 2.3.1 Durchschnittsalter und Altersstruktur

Die Betrachtung bzw. Analyse der Altersstrukturen im Kreis Unna darf bei infrastrukturellen Planungen nicht vernachlässigt werden. Mit Hilfe der Analyseergebnisse kann z.B. die Anzahl von zukünftig benötigten Schulplätzen/Ausbildungsplätzen oder Anforderungen an den Pflegebereich vorhergeplant werden. Eine Veränderung der Altersstrukturen auf Kreisebene hat zudem Einfluss auf den Bildungs-, Wohnungs-, Gesundheits- und Wirtschaftssektor.

Wie bereits im Abschnitt „Geburtenrate und Sterbefälle“ veranschaulicht, fand in den letzten Jahren auf Grund der Abnahme der Geburtenrate eine Verschiebung der Altersstrukturen im Kreis Unna statt. So kommt es im Kreisgebiet, wie auch in der Bundesrepublik Deutschland, neben einer Schrumpfung der Bevölkerung auch zu einer strukturellen Alterung der Bevölkerung. Das aktuelle Durchschnittsalter (Stand 31.12.2013) liegt im Kreis Unna bei 44 Jahren. Dabei liegt das Durchschnittsalter im Südkreis (Fröndenberg/Ruhr, Schwerte, Holzwickede) mit 45 Jahren um ein Jahr über dem Durchschnittsalter im Kreis Unna. Dem gegenüber stehen die Stadt Bergkamen sowie die Gemeinde Bönen, die ein Jahr unter dem Kreisdurchschnitt liegen.

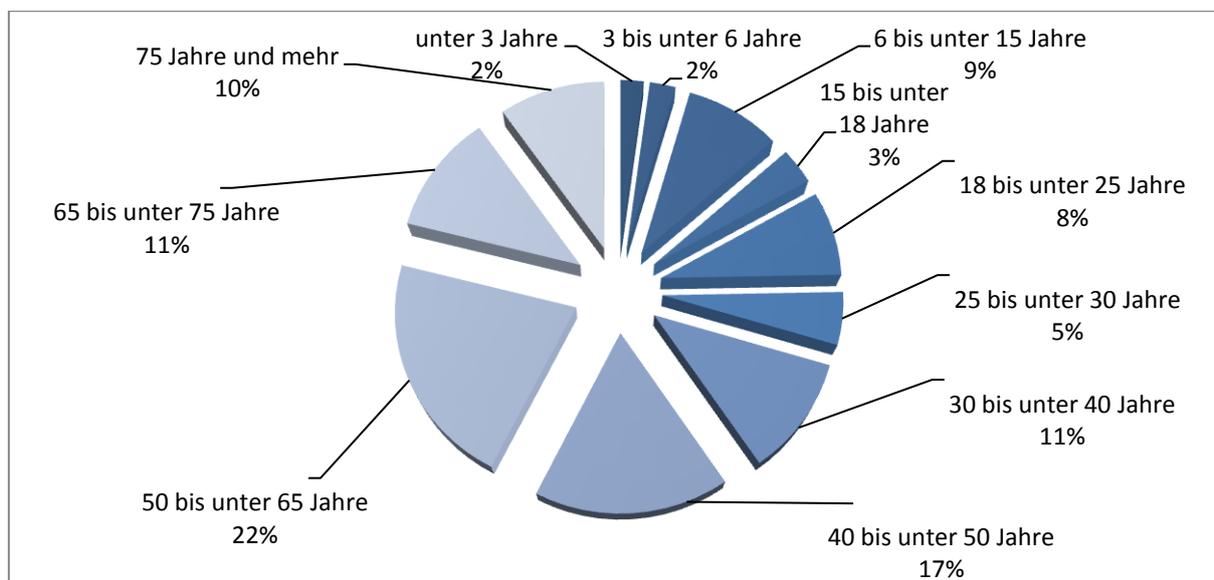


Abbildung 8: Anteil der Altersgruppen in % 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

Wird neben dem Durchschnittsalter die Verteilung der Altersgruppen im Kreis Unna betrachtet, so zeigte sich 2012 noch ein ausgeglichenes Bild (Abb. 8). Im erwerbstätigen Alter befanden sich 63% der Einwohner im Kreisgebiet. Die über 65-jährigen stellen mit 21% der Einwohner die zweitgrößte Gruppe dar. Im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland spiegelt die beiden Gruppen ein fast identisches Bild der Altersverteilung auf Bundesebene wider. Nur bei den unter 18-Jährigen liegt der Kreis Unna mit 14% unterhalb des Bundeswertes (18%) (BMI 2011).

### 2.3.2 Haushaltsgröße und Familienstand

Die Haushaltsgröße wird an der Anzahl der gemeldeten Personen, die in einem Haushalt leben, bemessen. Mit Hilfe der Haushaltsgröße können Entwicklungstrends identifiziert werden, um auf diese ggf. bedürfnisgerecht reagieren zu können. Besonders der in der Bundesrepublik Deutschland be-



obachtbare Trend der Individualisierung kann über die Haushaltsgröße bestimmt werden. Zudem können Aussagen zu der Bedarfslage von speziellen Wohnungstypen (z.B. Singlewohnungen), Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgung und Pflege differenzierter identifiziert und prognostiziert werden.

Wird zuerst die durchschnittliche Haushaltsgröße im Kreis Unna betrachtet, so lässt sich ein sehr geringer Abwärtstrend feststellen (Abb. 9). Jedoch liegt die durchschnittliche Haushaltsgröße bereits nur bei 2,27 Personen pro Haushalt. Wird im nächsten Schritt die reale Haushaltsgröße pro Person betrachtet, fällt auf, dass die überwiegende Mehrzahl der Einwohner im Kreis Unna in Ein- und Zweipersonenhaushalten leben (Abb. 10). Gerade einmal die Hälfte der Einwohner im Kreisgebiet leben in einem Haushalt mit mehr als drei Personen.

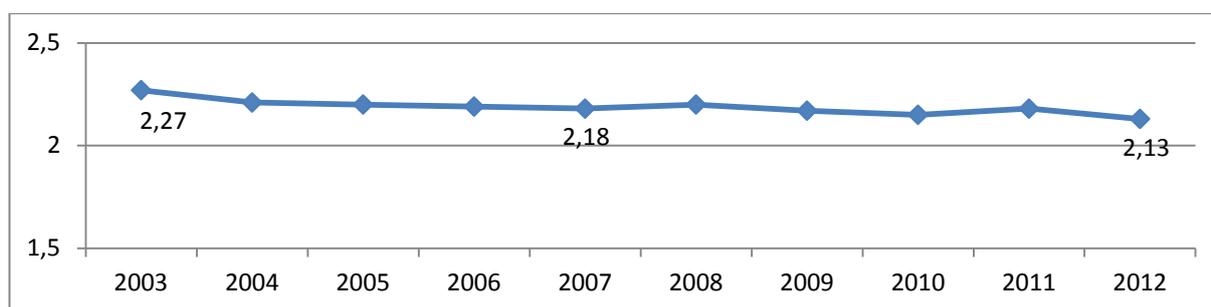


Abbildung 9: Durchschnittliche Haushaltsgröße im Kreis Unna 2003-2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Das Verhältnis zwischen Ein- bzw. Zweipersonenhaushalten und Haushalten mit mehr als drei Personen hat sich von 2003-2012 kaum verändert. Jedoch hat sich die Anzahl der Zweipersonenhaushalte verringert, wohingegen die Haushalte mit nur einer Person einen Zuwachs verzeichnen konnten. Im Jahr 2012 kamen Ein- und Zweipersonenhaushalten fast gleichhäufig im Kreisgebiet vor. In den letzten Jahren konnte nur bei Haushalten mit einer Person ein Zuwachs festgestellt werden, womit der erwähnte Trend auf Bundesebene, hin zu einer Individualisierung, auch auf Kreisebene bestätigt werden kann. Auch der bereits erwähnte Überhang an Frauen kann bei den Singles beobachtet werden. Jedoch hat sich der Frauenüberhang bei den Singles seit 2003 verringert und hält sich mit dem Anteil der Singlemänner fast die Waage.

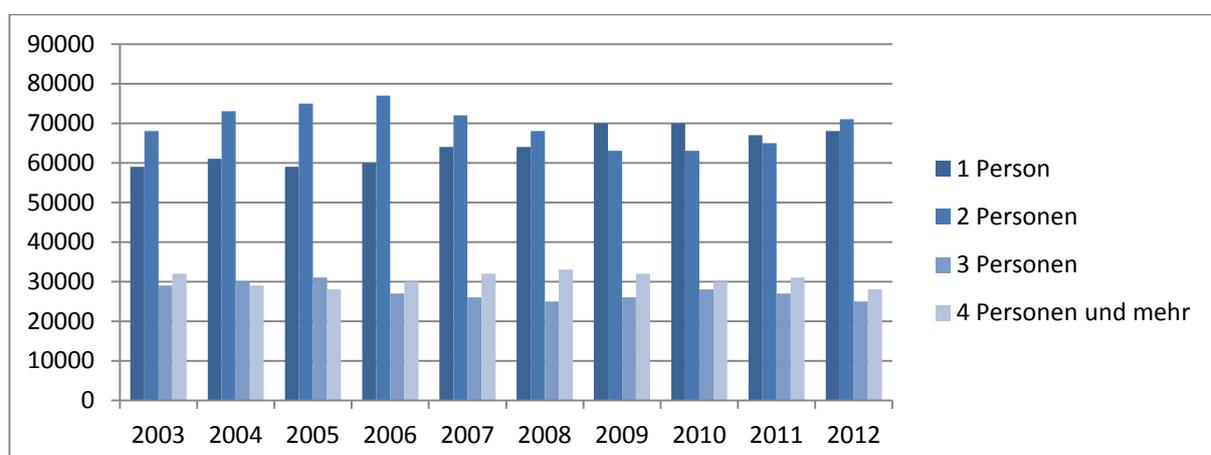


Abbildung 10: Haushalte nach Haushaltsgröße im Kreis Unna 2003-2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)



Wird zu der Haushaltsgröße noch der Familienstand betrachtet, fällt auf, dass in allen Kommunen des Kreisgebietes ledige Personen die stärkste Gruppe darstellen (Abb. 11). Somit spiegelt der Familienstand das Bild der Haushaltsgröße der Singles wider. Andere Formen des Familienstandes können jedoch nicht mit der Haushaltsgröße in Verbindung gebracht werden, da beim Familienstand keine Kinder berücksichtigt werden.

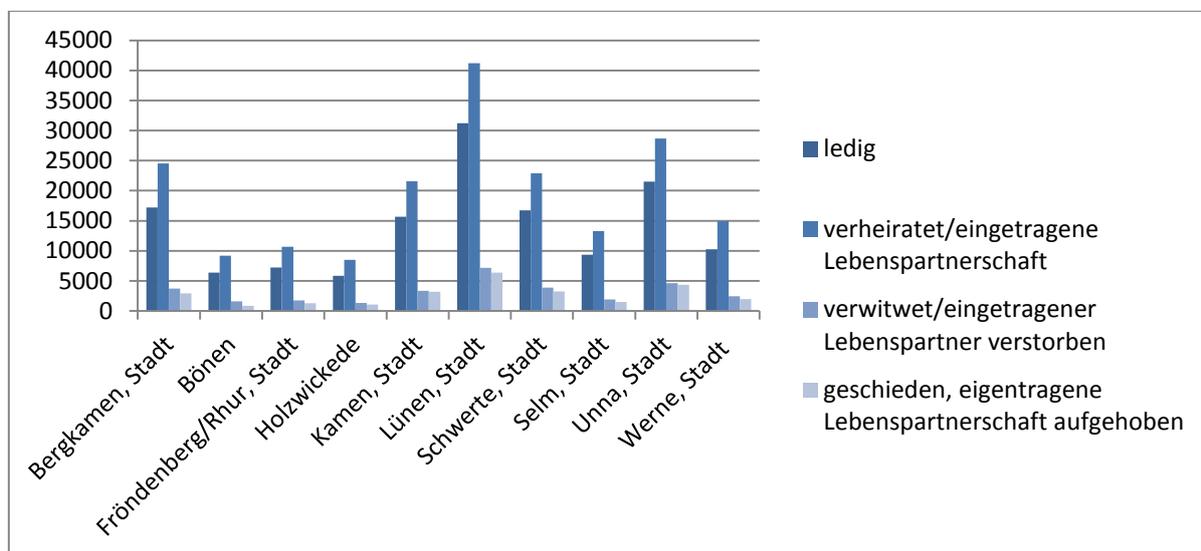


Abbildung 11: Familienstand der Bevölkerung im Kreis Unna 09.05.2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

Neben den ledigen Personen sind verheiratete Personen bzw. Personen in einer Lebenspartnerschaft am zweit häufigsten im Kreis Unna vertreten. Verwitwete oder Personen mit verstorbenen Lebenspartnern sowie geschiedene oder Personen mit einer aufgehobenen eingetragenen Lebenspartnerschaft befinden sich im Kreisgebiet im Vergleich zu den beiden erst genannten Gruppen auf einem sehr niedrigem Level.

### 2.3.3 Anteil der nicht deutschen Bevölkerung

Um eine bedarfsgerechte kommunale Gesundheitsplanung umsetzen zu können, müssen in diese alle Bevölkerungsgruppen integriert werden. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf Personen mit einem Migrationshintergrund gelegt werden, da bei dieser Personengruppe Besonderheiten bei der Gesundheitsversorgung bzw. Prävention berücksichtigt werden müssen. So kann es zu Problemen/Herausforderungen auf Grund von Sprachbarrieren, kulturellem Hintergrund oder migrationsspezifischen Gesundheitsbelastungen kommen.

Bei der Betrachtung der Anzahl der im Kreis Unna lebenden Migrantinnen und Migranten ist zu beachten, dass bisher noch keine Daten auf Grundlage des Zensus 2011 in Bezug auf Migrationsstatus existieren. Aus diesem Grund werden bei der folgenden Betrachtung der nicht deutschen Bevölkerung<sup>2</sup> im Sinne einer einheitlichen Betrachtung ausschließlich Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis der Volkszählung vom 25.05.1987 benutzt (Abb. 12).

Der Anteil der nicht deutschen Bevölkerung lag 2013 im Kreisgebiet bei 8,8% (Abb. 12; gestrichelt Linie). Werden Daten zum Anteil der nicht deutschen Bevölkerung des Regierungsbezirkes Arnsberg

<sup>2</sup> Die Gliederung „deutsch/nichtdeutsch“ ist durch die Reform des Staatsangehörigkeitsrechts vom Juli 1999 ab dem Berichtsjahr 2000 beeinflusst (LZG 2013)



(11,2%) und des Landes NRW (10,9) hinzugezogen, so wird deutlich, dass der Kreis Unna bei dem Anteil der nicht deutschen Bevölkerung ca. 2% unter dem Durchschnitt liegt.

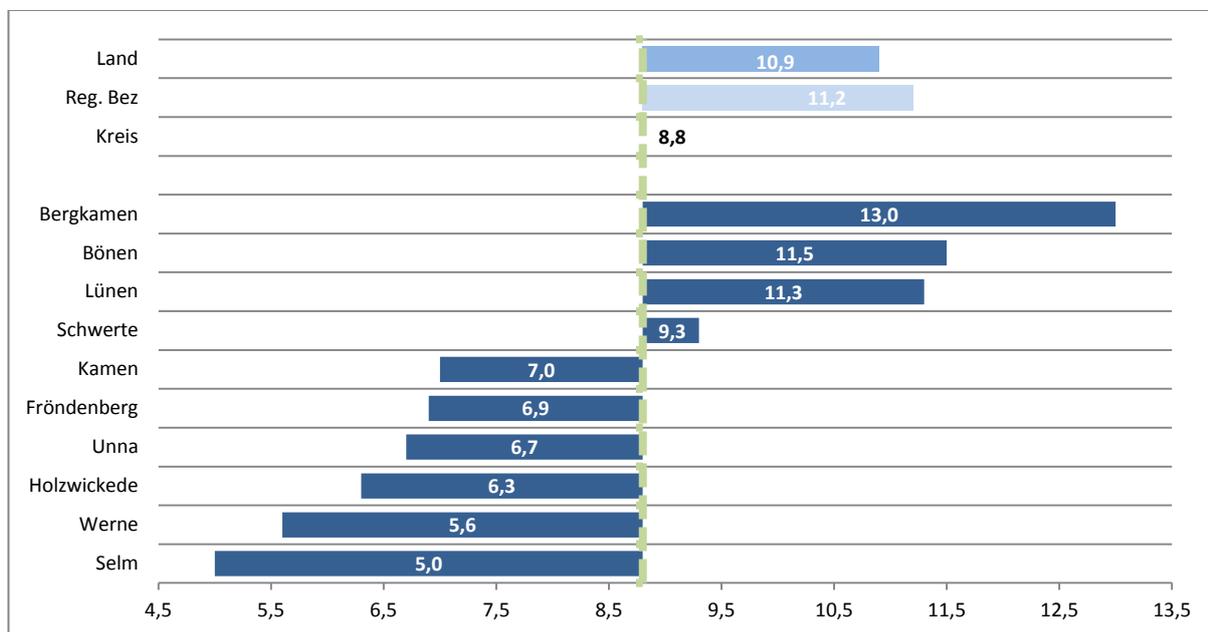


Abbildung 12: Anteil der nicht deutschen Bevölkerung in den Städten und Gemeinden in % 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, IT NRW)

Wird weiterführend eine Betrachtung des Anteils der nicht deutschen Bevölkerung auf kommunaler Ebene durchgeführt zeigt sich ein sehr unterschiedliches Bild. So befinden sich drei Kommunen oberhalb des Landes- bzw. Regierungsbezirkdurchschnitts, wobei zwei der drei Kommunen nur knapp über dem Durchschnitt liegen. Bei diesem Vergleich sticht besonders der Anteil der nicht deutschen Bevölkerung in der Kommune Bergkamen mit 13% heraus. Die Mehrzahl der Kommunen im Kreis Unna liegt unterhalb des Landes- bzw. Regierungsbezirkdurchschnitts. Die beiden Kommunen Werne und Selm haben einen Anteil der nicht deutschen Bevölkerung in Höhe von 5% bzw. 5,3%, was ca. der Hälfte des Landes- bzw. Regierungsbezirkdurchschnitts entspricht.

Der Anteil der nicht deutschen Bevölkerung im Kreis Unna konnte ein minimales Plus von 62 Bürgerinnen und Bürgern im Jahr 2012 im Vergleich zum Vorjahr verzeichnen. Der bereits erwähnte Frauenüberschuss kann auch beim Anteil der nicht deutschen Bevölkerung erkannt werden. Jedoch gestaltet sich dieser wesentlich ausgeprägter. So sind ca. zweidrittel des Anteils der nicht deutschen Bevölkerung Frauen.

Die drei am stärksten vertretenen Personengruppen, die keine deutsche Staatsbürgerschaft inne haben, kommen aus der Türkei (14.784 Personen), Polen (2.577 Personen) und Italien (1.483 Personen).

## 2.4 Bevölkerungsprognose bis 2030

Abschließend soll auf Grundlage der bisher stattgefundenen Entwicklung sowie des aktuellen Bevölkerungszustands eine Prognose der Bevölkerungsentwicklung für den Kreis Unna erfolgen. Wie bereits veranschaulicht, ist auch im Kreis Unna zukünftig mit einer Abnahme sowie einer strukturellen Alterung der Bevölkerung zu rechnen. Betrachtet man nun noch einmal die bereits vollzogene Entwicklung der Bevölkerung, so fällt auf, dass bis 2000 eine kontinuierliche Steigerung der Einwohnerzahl im Kreis



Unna stattgefunden hat (Abb. 13). Erst nach der Jahrtausendwende ist es zu einem Rückgang der Bevölkerungszahlen gekommen, welcher in den darauf folgenden Jahren fortgesetzt wurde.

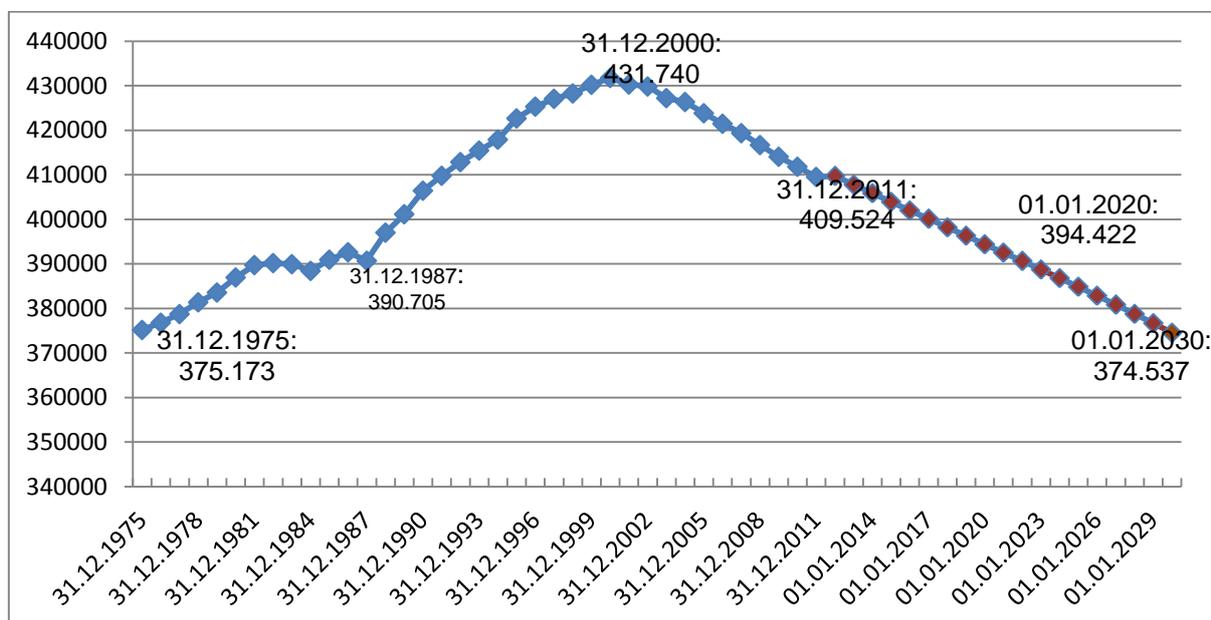


Abbildung 13: Bevölkerungsentwicklung Kreis Unna 1975-2030 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

Unter Berücksichtigung der Entwicklung der letzten zehn Jahre ist daher damit zu rechnen, dass es zu einer weiteren Abnahme der Einwohnerzahlen im Kreis Unna kommen wird. So wird sich die Einwohnerzahl bei gleich bleibender Abnahme bis 2020 auf 394.422 Einwohner reduziert haben. Bis 2030 wird sich die Bevölkerung im Kreis Unna nochmal um 19.885 Einwohner verringern. Neben der eigentlichen Abnahme der Bevölkerung spielt bei zukünftigen Planungen besonders die Alterszusammensetzung eine zentrale Rolle.

Bereits jetzt liegt das Durchschnittsalter der Einwohner im Kreis Unna bei 44 Jahren. 2011 stellte die Gruppe der erwerbstätigen Bürgerinnen und Bürger mit Abstand die größte Gruppe im Kreisgebiet dar. Auch 2030 werden die erwerbstätigen Einwohner noch die größte Gruppe sein, jedoch wird sie sich um ca. 10% verringern (Abb. 14). Dies ist hauptsächlich durch den Eintritt der „Babyboomer“ in das Rentenalter zu begründen. So steigt die Zahl der über 65-Jährigen bis 2030 um ca. 10% an. Bei der Veranschaulichung dieser Hochrechnung für das Jahr 2030 wird davon ausgegangen, dass die Geburtenrate in den nächsten Jahren stabil auf dem jetzigen Level bleiben wird. Kommt es aber zu einer weiteren Abnahme der Geburtenrate, wird es zu einer Erhöhung des durchschnittlichen Alters im Kreis Unna kommen.



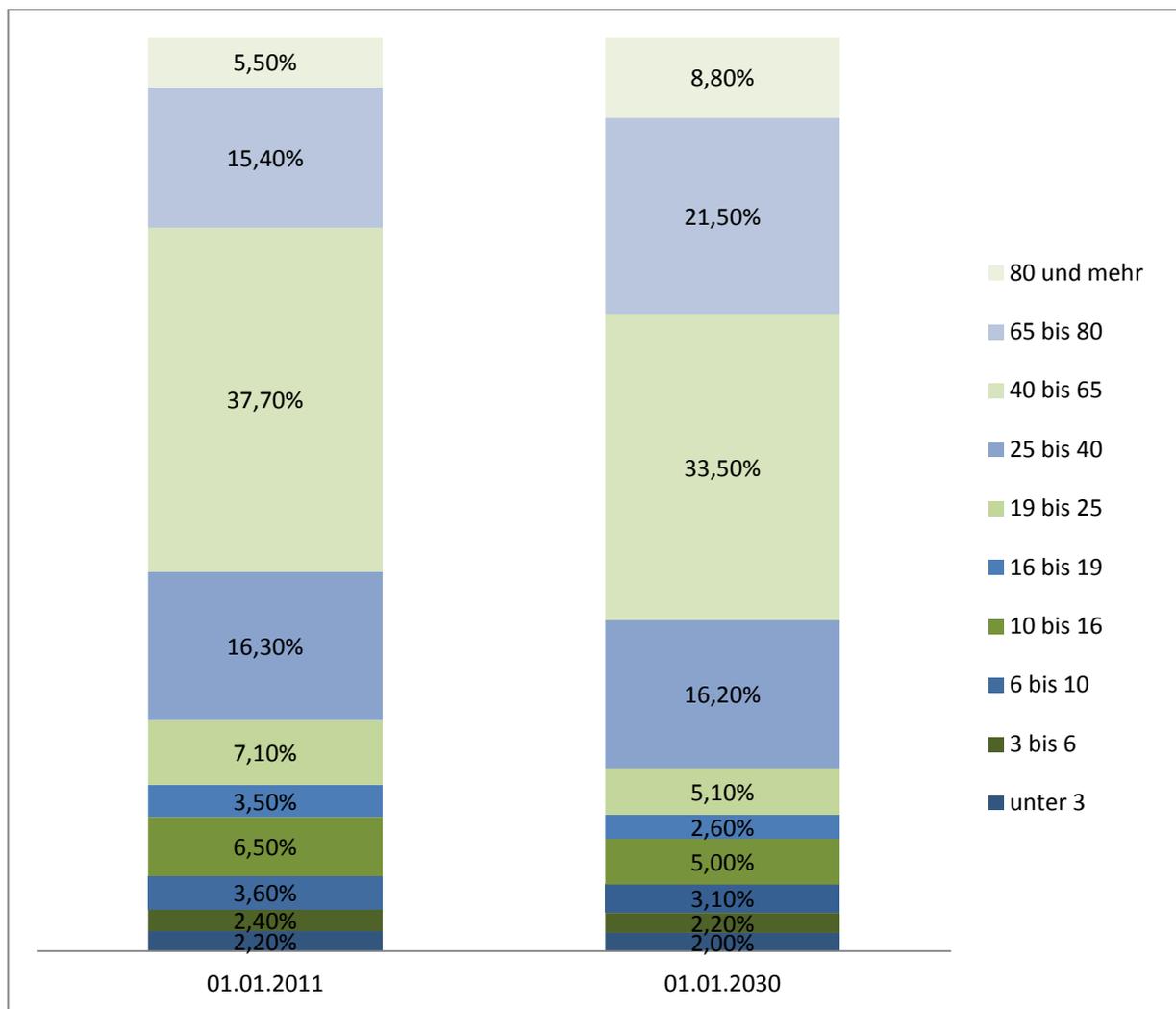


Abbildung 14: Bevölkerungsentwicklung im Kreis Unna nach Alter 2011-2030 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist davon auszugehen, dass 2060 jeder Dritte (34 %) mindestens 65 Lebensjahre durchlebt haben wird, und es werden doppelt so viele 70-Jährige leben, wie Kinder geboren werden (BMI 2011). Da der Kreis Unna in seiner demografischen Entwicklung sehr der Entwicklung der Bundesrepublik ähnelt, muss damit gerechnet werden, dass sich im Kreisgebiet der gleiche Trend durchsetzen wird.

## 2.5 Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Gesundheitswesen

Im Zuge des demografischen Wandels wird auch das Gesundheitswesen in besonderem Maße betroffen sein. Nationale Studien belegen, dass es bei Diabetes, Rheuma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie bei pflegeintensiven Erkrankungen wie Demenz erhebliche Zunahmen geben wird (DUZ 2011). Unter Verweis auf den Deutschen Alterssurvey von 2008 kommt das Robert Koch-Institut (RKI) zu der Annahme, dass die Anzahl der Multimorbidität<sup>3</sup> bei Menschen ab 65 Jahren zwischen 1996 (26%) und 2008 (20%) abgenommen hat. Gleichzeitig wird allerdings die Methode, Multimorbidität zu messen in

<sup>3</sup> es bestehen mehrere Krankheiten gleichzeitig



Frage gestellt. Insofern fehlt immer noch ein entsprechendes standardisiertes Verfahren. Die Anzahl der Neuerkrankungen an Krebs steht allerdings in einem Zusammenhang mit der demografischen Alterung und auch das individuelle Erkrankungsrisiko hat sich verändert. Im Zeitraum zwischen 1999 und 2008 sind die Krebszahlen beim Darm, der Lunge, der Brustdrüse der Frau sowie bei der Prostata angestiegen, wenngleich in einem unterschiedlichen Umfang. Der Prostatakrebs ist um 54% gestiegen und beim Lungenkrebs der Frauen ist eine Steigerung von 39% zu verzeichnen. Grundsätzlich fallen bei Männern altersabhängige Steigerungen höher aus als bei Frauen (Nowossadeck 2012).

Grundsätzlich hat das persönliche Erkrankungsrisiko aber auch noch andere Ursachen und ist nicht ausschließlich mit dem demografischen Wandel zu begründen. So werden Tumore beispielsweise durch verbesserte Screening-Verfahren<sup>4</sup> deutlich eher festgestellt. Dadurch werden vermehrt Diagnosen erstellt, die sich wiederum auf den Risikoanstieg niederschlagen und wenig darüber aussagen, ob sich das Risiko tatsächlich erhöht hat (vgl. dazu: Einführung des Mammographie-Screenings 2005–2008) (ebd.).

Im Rahmen der Bundesgesundheitsberichterstattung kommt das RKI zu folgenden Kernaussagen:

1. Bis zum Jahre 2030 wird der Anteil der älteren Bevölkerung mit 65 Jahren und älter von bislang 21 % auf 29 % steigen.
2. Durch die demografische Alterung werden viele chronische Erkrankungen aber auch die Multimorbidität wieder zunehmen.
3. Die Hälfte aller Menschen wird ab einem Alter von 65 Jahren von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen sein.
4. Die Zahlen der Krankenhausbehandlungen wegen Prostatakrebs und Herzschwäche sind bereits jetzt, bedingt durch die demografische Alterung, gestiegen.
5. Die Explosion der Kosten für *stationäre* Behandlungen ist aufgrund des demografischen Wandels allerdings trotzdem nicht zu befürchten. (ebd.).

Auch die Arbeitswelt und die damit einhergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind durch den demografischen Wandel beeinflusst. Bis zum Jahre 2030 wird das Potential an Arbeitskräften um ca. 6 Millionen sinken (BAuA, 2012). Schon ab 2012 wird die Altersgruppe der 20-64jährigen deutlich sinken und bis zum Jahre 2030 um 6,4 Mio. geschrumpft sein (ebd.).

Beim Eintritt in die Rente im Jahre 2010 waren Männer im Durchschnitt 63,8 Jahre und Frauen im Durchschnitt 63,3 Jahre alt. Aufgrund von Erwerbsminderung betrug das Renteneintrittsalter bei Männern allerdings 50,9 Jahre und bei Frauen 49,8 Jahre (ebd.).

Die Rangliste der Diagnosen beim Renteneintritt wegen Erwerbsminderung lautet:

1. psychische und Verhaltensstörungen gesamt: 39,3% (Männer: 33,4% / Frauen: 45,6%),
2. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes 14,7 %,
3. Neubildungen 13,3 % und
4. Herz-Kreislauf-Erkrankungen 10,0 % (ebd.).

Bereits im Jahre 2008 wurde im Rahmen der GBE des Bundes darüber diskutiert, ob in Zukunft das Gesundheitswesen, angesichts des demografischen Wandels bezahlbar bleibt. In ihrem Aufsatz „Demografie und Fortschritt: Bleibt Gesundheit bezahlbar?“ haben Karin Böhm und Silke Mardorf folgende, wörtlich zitierte Kernaussagen getroffen:

---

<sup>4</sup> durch Krankenkassen finanzierte Früherkennungsmaßnahmen



- *„Das Gesundheitssystem wird, und damit der Kampf gegen Leiden, Schmerzen und Behinderung, von Natur aus kostspielig bleiben.*
- *In der Stärkung des gesellschaftlichen und individuellen Bewusstseins für die eigene Gesundheit und gesundheitswirksame Faktoren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens dürfte ein Schlüssel für die Gesundheit der Bevölkerung auch im Hinblick auf ihre künftige Finanzierbarkeit liegen.*
- *Mit der Entscheidung über die Höhe des Ressourceneinsatzes für das Gesundheitswesen wird auch über die Bedeutung entschieden, die dem Gesundheitswesen als Teilbereich der Volkswirtschaft im Hinblick auf Wachstum und Beschäftigung zukommt.*
- *Durch das alleinige Abstellen auf die deutlich höheren Gesundheitsausgaben für ältere Menschen pro Kopf im Vergleich zu den jüngeren können die möglichen Folgen des Alterungsprozesses auf das Ausgabengeschehen im Gesundheitswesen nur unzureichend erklärt werden.*
- *Die ökonomischen Chancen und Herausforderungen einer alternden Gesellschaft können nicht in der Weise bilanziert werden, die ein klares Bild über die künftige Entwicklung des Ausgabengeschehens im Gesundheitswesen ergeben würde“ (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Gesundheit und Krankheit im Alter; gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts, Böhm & Mardorf, 2008, S. 289).*

Da Krankheiten im Alter zunehmen und Gesundheitsleistungen dadurch zwangsläufig stärker in Anspruch genommen werden, führt dies auch insgesamt zu einer Steigerung der Kosten im Gesundheitswesen. Investitionen in Prävention und Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind somit unbedingt erforderlich. Die jeweils gewählten Interventionsstrategien sollten dabei nicht nur auf eine ältere Bevölkerung ausgerichtet sein, sondern bereits in frühen Jahren ansetzen, so dass ein gesundes Aufwachsen ermöglicht und ein aktives Altern unterstützt werden kann.



## 2.6 Zusammenfassung

- Seit 2010 konnte im Kreis Unna eine Schrumpfung der Bevölkerung um insgesamt 4,8% festgestellt werden (Stand 2012). Dabei ist besonders die Zahl der männlichen Einwohner zurückgegangen.
- Wird die Zu- und Abwanderung der Bevölkerung von 2002 bis 2011 betrachtet, so kann ein geringes Überwiegen der Abwanderungsrate gegenüber der Zuwanderungsrate festgestellt werden. 2012 gestaltete sich die Zu- und Abwanderungsrate jedoch so gut wie ausgeglichen.
- Die Geburtenrate im Kreis Unna sank von 2001 bis 2011 um 945 Geburten pro Jahr. Dabei kam es besonders im Jahr 2009 zu einem drastischen Einbruch der Geburtenrate.
- Im Kreis Unna nehmen die Geburten ab wohingegen die Sterbefälle leicht zunehmen.
- Zur Darstellung der Einwohnerzahl im Kreis Unna können drei Datensätze verwendet werden. Die Bevölkerungszahl des Kreises Unna im Jahr 2012, auf Basis der Volkszählung von 1987, umfasste 407.484 Einwohner. Auf Basis des Zensus 2011 wurden nur 392.940 Einwohner im Kreisgebiet festgestellt. In den Melderegistern der zehn Kommunen des Kreises Unna konnten im Jahr 2012 403.552 Einwohner registriert werden.
- Das aktuelle Durchschnittsalter (Stand 31.12.2013) liegt im Kreis Unna bei 44 Jahren. Dabei liegt das Durchschnittsalter im Südkreis (Fröndenberg/Ruhr, Schwerte, Holzwickede) mit 45 Jahren um ein Jahr über dem Durchschnittsalter im Kreis Unna. 2012 zeigte sich ein ausgeglichenes Bild der Altersstrukturen.
- Im Kreis Unna liegt die durchschnittliche Haushaltsgröße bei 2,27 Personen. Wird die reale Haushaltsgröße pro Person betrachtet, fällt auf, dass die überwiegende Mehrzahl der Einwohner im Kreis Unna in Ein- und Zweipersonenhaushalten leben.
- Ledige Personen bilden im Kreisgebiet die häufigste Form des Familienstandes.
- Der Anteil der nicht deutschen Bevölkerung lag 2013 im Kreisgebiet bei 8,8% (Grundlage: Volkszählung von 1987). Ca. zwei Drittel des Anteils der nicht deutschen Bevölkerung sind Frauen. Dabei stellen türkische Mitbürgerinnen und Mitbürger die größte Personengruppe mit Migrationshintergrund im Kreisgebiet dar.
- Unter Berücksichtigung der Entwicklung der letzten zehn Jahre ist damit zu rechnen, dass es zu einer weiteren Abnahme der Einwohnerzahlen im Kreis Unna kommen wird. So wird sich die Einwohnerzahl bei gleich bleibender Abnahme bis 2020 auf 394.422 Einwohner reduziert haben. Dabei steigt die Zahl der über 65-Jährigen bis 2030 um ca. 10% im Kreisgebiet an.



## 3 Gesundheitszustand

### 3.1 Einleitung

Der Soziologe Talcott Parsons definiert Gesundheit als einen „*Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums*“ (Parsons 1951). Diese Leistungsfähigkeit benötigt der Mensch, um seine Rollen und Aufgaben im Rahmen seiner persönlichen Einordnung in der Gesellschaft wirksam erfüllen zu können. Unter dem Prozess der jeweiligen Einordnung in die Gesellschaft versteht Parsons die Sozialisation mit den damit verbundenen Normen- und Werteübernahmen (Parsons 1951).

Im gesundheitswissenschaftlichen Verständnis von Gesundheit empfindet der Mensch ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den ihn umgebenden Lebensbedingungen zu den an ihn gestellten Anforderungen unter Berücksichtigung seiner individuellen Fähigkeiten und Ziele. Die Grundlage dafür bildet seine eigene seelische, körperliche und gesellschaftliche Entwicklung. Sobald eine derartige Ausgewogenheit festgestellt wird, kann der Mensch Lebensfreude entwickeln. Dadurch wird er bereit, sich produktiv mit seinen eigenen Ressourcen und Kompetenzen an den gestellten gesellschaftlichen Aufgaben aktiv zu beteiligen (Hurrelmann 1999, 2010).

Die Gesundheit wird gefördert durch die Beeinflussung der Lebensbedingungen von Menschen unter Einbeziehung ihrer individuellen sozialen Rahmenbedingungen, die es ihnen gestatten, eigene Kompetenzen für Gesundheit zu erlernen bzw. vorhandene Kompetenzen weiter zu entwickeln. Auf diese Weise kann es Menschen ermöglicht werden, Voraussetzungen dafür zu schaffen, um aus eigenem Antrieb eine Entscheidung für ein gesundes Leben treffen zu können.

Krankheiten können durch eine zielgerichtete Verringerung von Belastungen und Risiken verhindert oder gelindert werden. Dafür notwendige präventive Interventionen richten sich in der Regel an Risikogruppen mit erwarteten, bereits erkennbaren oder schon vorhandenen Störungen und Krankheiten. Je nach Zeitpunkt der Maßnahme wird zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention<sup>5</sup> unterschieden (Kreis Unna 2007).

In den Kernaussagen des Gesundheitsberichtes des Bundes aus dem Jahre 2006 werden zusammenfassend die wesentlichen Aspekte des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in Deutschland genannt:

- Die steigende Lebenserwartung ist ein Indiz dafür, dass sich der Gesundheitszustand der Deutschen insgesamt verbessert hat.
- Von dieser günstigen Entwicklung in den zurückliegenden Jahren profitieren allerdings nicht alle Gruppen der Bevölkerung. Der Gesundheitszustand von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen ist schlechter als der Durchschnitt.
- Ebenfalls lassen sich Unterschiede bei der geschlechterspezifischen Betrachtung des Gesundheitszustandes ausmachen. Die Sterberate bei Männern ist höher als bei Frauen. Dies wird durch schlechte Arbeitsbedingungen und ungesunden Lebensstil begründet.

<sup>5</sup> Durch **Primärprävention** soll das Eintreten von Krankheit vermieden werden. Die Maßnahmen richten sich entweder mit allgemeinen Aufklärungskampagnen an die breite Bevölkerung oder aber speziell an Menschen, bei denen ein Erkrankungsrisiko besteht (z.B. Raucher, Übergewichtige, Menschen mit hohem Blutdruck).

**Sekundärprävention** will die Ausweitung des Krankheitsbildes eingrenzen und den Verlauf der Krankheit verkürzen. Die Maßnahmen richten sich an Menschen, die bereits krank sind und bei denen eine Verschlimmerung ihrer Krankheit vermieden bzw. der Krankheitsverlauf abgebrochen werden kann.

**Tertiärprävention** umfasst Maßnahmen, die eine möglichst weitgehende Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach einem Krankheitsereignis verfolgen.



- Es kann ein Rückgang der Herz-Kreislauf-Erkrankungen festgestellt werden. Wenngleich diese nach wie vor die häufigsten Todesursachen darstellen, ist die Prävalenz<sup>6</sup> an der Sterblichkeit insgesamt zurückgegangen. Dies gilt insbesondere für Erwerbstätige. Infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist deren Berentung inzwischen deutlich verringert. Dennoch verursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach wie vor sehr hohe Behandlungskosten und zwar insbesondere in den Bereichen der koronaren Herzkrankheiten und beim Schlaganfall.
- Die entscheidenden Risikofaktoren bei Herz-Kreislauf-Krankheiten sind nach wie vor der übermäßige Konsum von Zigaretten, Übergewicht, der Mangel an Bewegung, Bluthochdruck, Beeinträchtigung des Fettstoffwechsels und Diabetes mellitus. Dies sind auch die wesentlichen, ärztlich festgestellten Diagnosegruppen und Grundlage für zahlreiche präventive Interventionen.
- Einen deutlich höheren Stellenwert nehmen die psychischen Erkrankungen ein. Deren Verbreitung bezieht sich zwar auf die Bevölkerung insgesamt, ist aber speziell bei Frauen festzustellen. Insbesondere bei der Arbeitsunfähigkeit und bei der frühzeitigen Berentung werden psychische Erkrankungen immer öfter diagnostiziert.
- Demenzerkrankungen werden sich bis zum Jahre 2050 nach aktuellen Prognosen verdoppeln.
- Ein Fünftel aller Frauen und ein Siebtel aller Männer haben chronische Rückenschmerzen. Die Kosten für Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems lagen nach Angaben des Bundesamtes für Statistik bereits im Jahre 2002 bei 25,2 Mrd. Euro. Neben dem immensen volkswirtschaftlichen Schaden sind diese Erkrankungen die häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeitstage und führen sowohl bei Männern als auch bei Frauen häufig zu einer vorzeitigen Berentung (GBE Bund et al. 2006).

### 3.2 Krebs

Im Jahr 2010 wurde in Deutschland bei 252.400 Männer und 224.900 Frauen die Diagnose Krebs festgestellt. Dies geht aus einer Schätzung des Zentrums für Krebsregisterdaten im RKI hervor. Bei Männern wurden die Diagnosen Prostatakrebs (65.830) und Lungenkrebs (35.040), bei Frauen Brustkrebs (70.340) und Darmkrebs (28.630), am häufigsten gestellt (Ärzte Zeitung 2013).

Nach einer Prognose von Wissenschaftlern des Zentrums für Krebsregisterdaten am Robert Koch-Institut werden im Jahre 2014 voraussichtlich 501.000 Personen in Deutschland, davon ca. 265.000 Männer und 236.000 Frauen, an Krebs erkranken (RKI 2014a). Die Daten wurden anhand der epidemiologischen Krebsregister der Bundesländer erstellt.

Im Jahre 2005 wurde das Gesetz „zur Einrichtung eines flächendeckenden bevölkerungsbezogenen Krebsregisters in Nordrhein-Westfalen“<sup>7</sup> grundlegend geändert. Dazu wurden seit dem 01.07.2005 auch die „Rahmenbedingungen für die Krebsregistrierung in NRW“ angepasst:

Die Registrierung erfolgt für ganz NRW. Es besteht eine Meldepflicht für alle Ärztinnen / Ärzte und Zahnärztinnen / Zahnärzte. Die Datenübermittlung und -speicherung erfolgt ausschließlich elektronisch sowie in pseudonymisierter Form<sup>8</sup> und es besteht eine Informationspflicht gegenüber Patientinnen und Patienten (Epidemiologisches Krebsregister NRW gGmbH 2013).

<sup>6</sup> Alle Fälle einer Erkrankung in einer Population zum Zeitpunkt der Erhebung (GBE Bund 1999).

<sup>7</sup> Das Krebsregistergesetz (KRG NRW) vom 5. April 2005

<sup>8</sup> Bei der **Pseudonymisierung** wird der Name oder ein anderes Identifikationsmerkmal durch ein Pseudonym (zumeist eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt) ersetzt, um die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (bfdi 2012).



### 3.2.1 Neuerkrankungen im Kreis Unna

Nach den Angaben des RKI haben die Krebsneuerkrankungen in Deutschland zwischen 2000 und 2010 zugenommen. Bei den Männern wurde eine Steigerungsrate von 21 Prozent und bei den Frauen von 14 Prozent ermittelt. Als wesentlicher Grund dafür wird die steigende Anzahl älterer Menschen als Reaktion auf den demografischen Wandel angeführt (Ärzte Zeitung 2013).

Beim Vergleich der Neuerkrankungen zwischen dem Kreis Unna und dem Land NRW zeigen die Verlaufskurven sowohl beim Kreis Unna als auch beim Land NRW starke Schwankungen, wenngleich beide Trendlinien einen Abwärtstrend belegen. Es fällt allerdings auf, dass die Krebsneuerkrankungen zwischen 2010 und 2011 zugenommen haben (Abb. 15). Damit werden auf das Jahr 2014 bezogenen Schätzungen der RKI Wissenschaftler auch für den Kreis Unna und das Land NRW bestätigt.

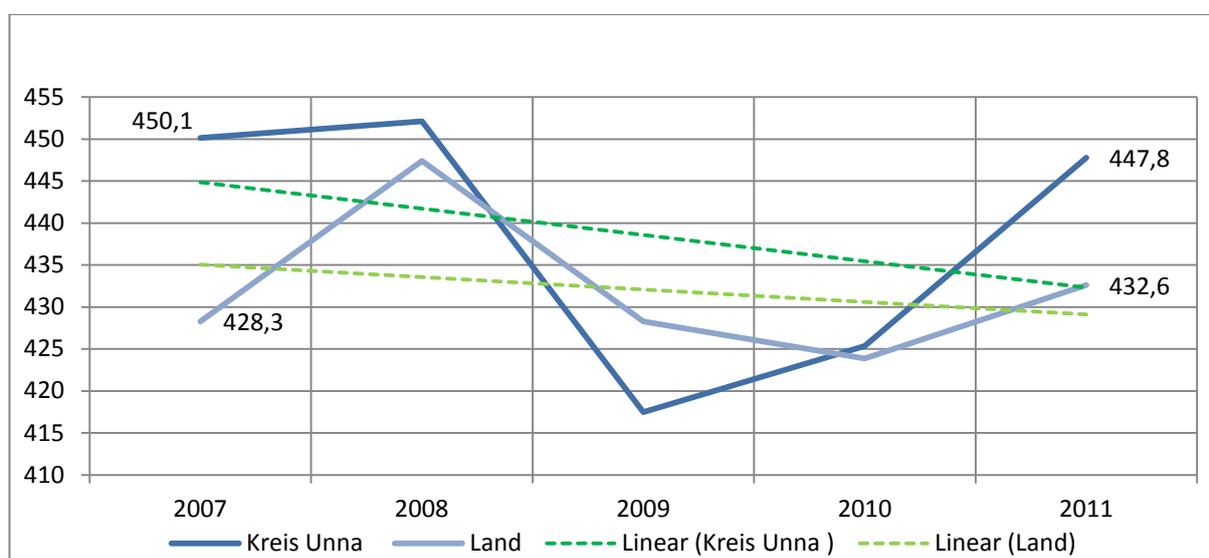


Abbildung 15: Krebsneuerkrankungen im Kreis Unna und im Land NRW, Fälle pro 100.000 EW von 2007-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Krebsregister NRW)

### 3.2.2 Lungenkrebs und Darmkrebs Neuerkrankungen im Kreis Unna

Es fällt auf, dass beide Krebsarten seit 2009 kontinuierlich zugenommen haben (Abb. 16). Beim Lungenkrebs ergibt sich, bezogen auf das Basisjahr 2007 eine Steigerung um 7,2%. Die steigenden Zahlen der Lungenkrebs Neuerkrankten im Kreis Unna müssen eine besondere Beachtung finden.

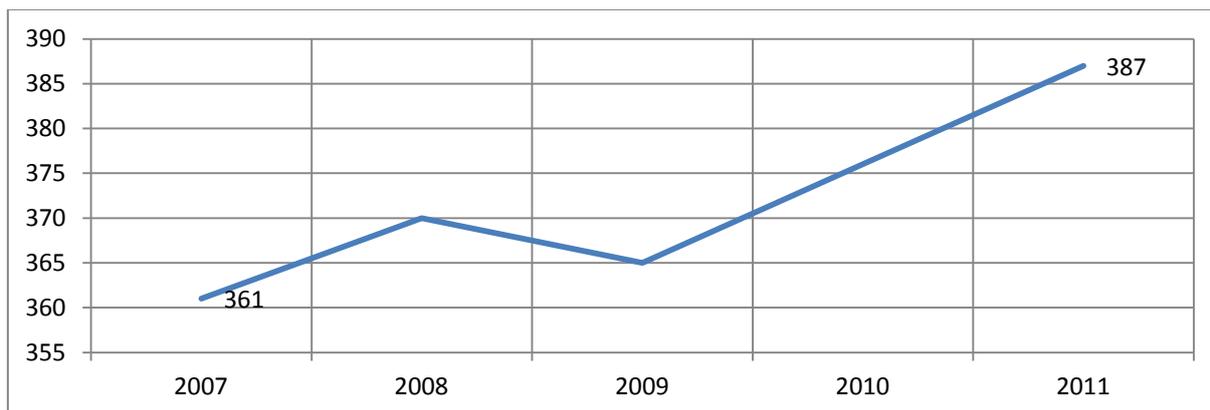


Abbildung 16: Lungenkrebsneuerkrankungen im Kreis Unna 2007-2011, Fälle gesamt (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Krebsregister NRW 2014)

Das hauptsächliche Risikofaktor für Lungenkrebs ist der Konsum von Tabak. Dies bezieht sich sowohl auf das aktive als auf das passive Rauchen. Bei männlichen Rauchern ist das Risiko an Lungenkrebs zu erkranken zwanzig bis dreißigmal so hoch wie bei Nie-Rauchern. Rauchende Frauen haben ein neunfach höheres Risiko als Nie-Raucherinnen. Durch das veränderte Rauchverhalten bei Frauen, aber auch durch eine stetige Zunahme der Raucherinnen ist die Zahl der an Lungenkrebs gestorbenen Frauen seit 1990 ständig gestiegen (DKfZ 2012).

Der Dickdarmkrebs gehört zu den häufigsten Krebserkrankungen. Im internationalen Vergleich liegen die Erkrankungszahlen in Deutschland im oberen Bereich (DKfZ 2012). Die Zunahme beim Darmkrebs im Kreis Unna betrug 2011 gegenüber 2007 bereits 12,2% (Abb. 17).

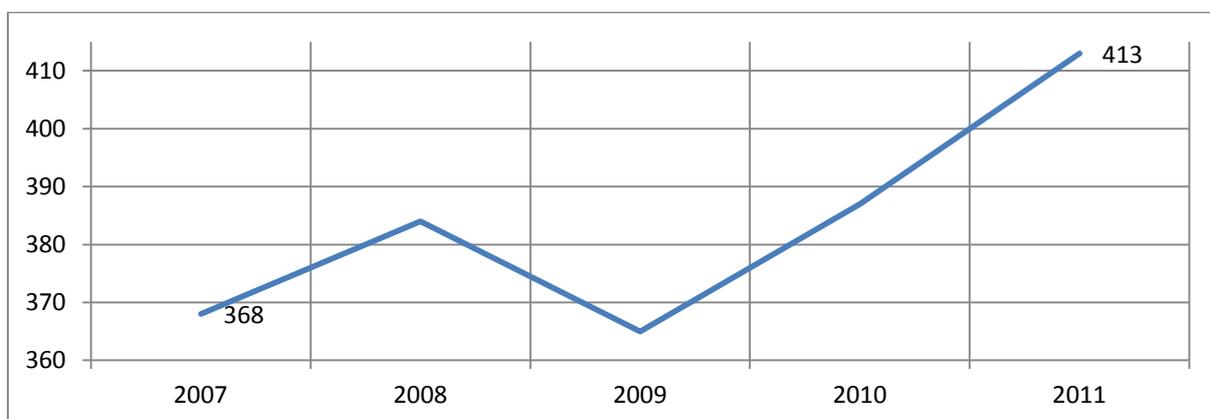


Abbildung 17: Darmkrebsneuerkrankungen im Kreis Unna 2007-2011, Fälle gesamt (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Krebsregister NRW 2014)

Nach einhelliger Meinung von Fachleuten werden als Ursachen für Darmkrebs insbesondere Ernährungs- und Lebensgewohnheiten ausgemacht. Eine zu hohe Aufnahme von Kalorien, ein geringer Anteil an pflanzlichen Lebensmitteln, Mangel an Bewegung und Übergewicht ergeben in ihrer Verbindung einen hohen Risikofaktor.



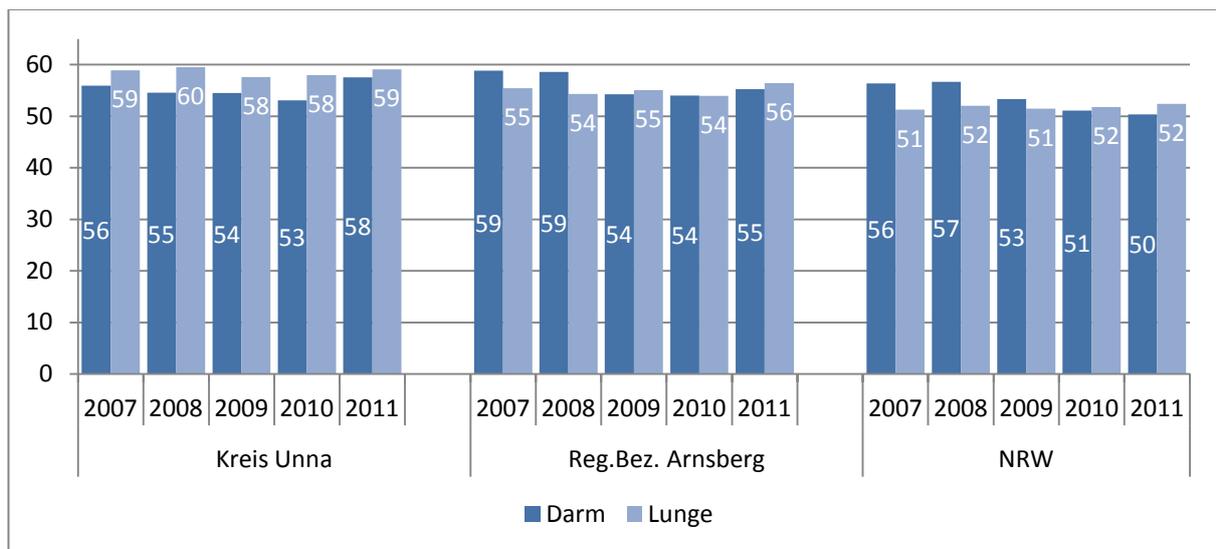


Abbildung 18: Darmkrebs- und Lungenkrebsneuerkrankungen 2007-2011 im Vergleich mit Land und Reg. Bez., Fälle pro 100.000 EW (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Krebsregister NRW)<sup>9</sup>

Nicht nur beim Lungenkrebs sondern auch beim Darmkrebs gilt das Rauchen als Krankheitsrisiko. Auch Alkohol ist ein anerkannter Risikofaktor für Darmkrebs (DKfZ 2012). Im Vergleich kann festgestellt werden, dass die Lungenkrebsneuerkrankungen im Kreis Unna stärker gestiegen sind als im NRW Durchschnitt, wobei gleichzeitig die Werte für die Lungenkrebsneuerkrankungen im Kreis Unna über den Werten der Neuerkrankungen beim Darmkrebs liegen (Abb. 18). Es bietet sich daher an, wesentliche Risikofaktoren für Lungenkrebs und Darmkrebs genauer zu beleuchten. In diesem Fall handelt es sich um Tabakkonsum und Übergewicht.

### 3.2.3 Krebsrisiko Tabak

In den zurückliegenden Jahren wurden unterschiedliche Aktivitäten zur Verringerung des Tabakkonsums unternommen. Dennoch ist das Rauchen immer noch stark verbreitet. Insofern ist es nach wie vor ein großes Risiko für die Volksgesundheit (Lampert et. al. 2013; Lampert 2013). Die Studie des RKI zur „Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“ die zwischen 2008 und 2011 durchgeführt wurde, belegt, dass „29,7% der 18- bis 79-jährigen Erwachsenen rauchen (Frauen =26,9%, Männer =32,6%)“. 6% der Frauen rauchen mehr als 20 Zigaretten pro Tag und bei Männern sind es sogar 10,6%. Die stärksten Raucherinnen und Raucher sind bei den jungen Erwachsenen zu finden und bei Menschen mit einem niedrigen Sozialstatus. Grundsätzlich kann zudem festgestellt werden, dass im

<sup>9</sup> Die festgestellten Werte basieren auf der altersstandardisierten Rate – **ASR** - (Europastandard) pro 100.000 Einwohner. Dieses Rechenverfahren dient der „Herstellung vergleichbarer epidemiologischer Maßzahlen für strukturell verschiedene Gesamtheiten. Der Strukturunterschied der Bevölkerung kann z.B. bezüglich des Alters, des Geschlechts und/oder anderer Merkmale bestehen. [...] Liegen unterschiedliche Altersstrukturen bei Bevölkerungen verschiedener Regionen oder der Bevölkerung eines Gebietes über die Zeit hinweg vor, sind deren Mortalitäts- oder Morbiditätsraten nur beschränkt vergleichbar. Für interregionale oder intertemporale Vergleiche ist daher eine Altersstandardisierung notwendig. Hierbei wird der Bezugsbevölkerung die Altersstruktur einer Referenzpopulation, die so genannte Standardbevölkerung unterstellt. Dabei werden die altersspezifischen Mortalitäts- oder Morbiditätsraten der Bezugsbevölkerung entsprechend dem Altersaufbau der Standardbevölkerung gewichtet. [...] Nach einer Altersstandardisierung können Daten unterschiedlicher Jahre oder Regionen miteinander verglichen werden, ohne dass es zu Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher Altersstrukturen kommt. Bei der Interpretation altersstandardisierter Morbiditäts- oder Mortalitätsraten ist zu beachten, dass sie keine realen, im Sinne von empirisch beobachtbaren, Angaben darstellen. Sie beschreiben vielmehr, wie die Mortalitäts- oder Morbiditätsraten in der betrachteten Bevölkerung wären, wenn die Bezugsbevölkerung der Standardbevölkerung entspräche, also von altersstrukturbedingten Effekten abstrahiert würde.“ ([https://www.gbe-bund.de/Gesundheitliche\\_Lage/Definition](https://www.gbe-bund.de/Gesundheitliche_Lage/Definition), Gesundheitsberichterstattung des Bundes 22.01.2015)

Vergleich zu früheren Gesundheitsstudien der Anteil der Raucherinnen und Raucher in zurückliegenden Jahren geringfügig zurückgegangen ist. Nach Angaben des Drogen- und Suchtberichtes 2012 (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung und BMG 2012) ist die Zahl rauchender Männer seit 1995 um 5 Prozent gesunken, während sich die Daten bei den Frauen kaum verändert haben.

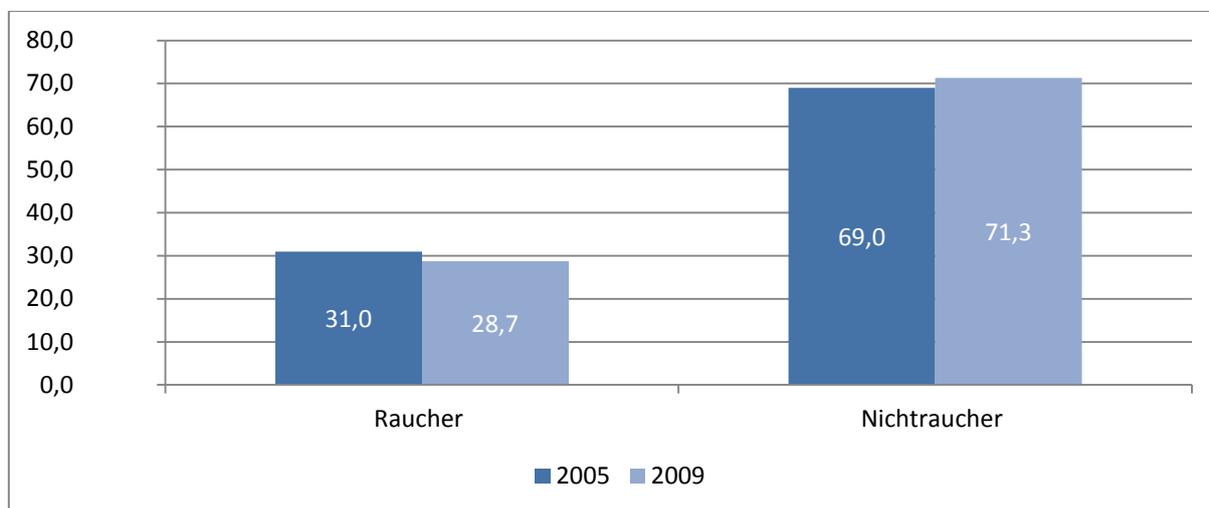


Abbildung 19: Rauchverhalten im Kreis Unna 2005 und 2009 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

Leider existieren im Indikatorensetz des LZG NRW keine aktuellen auswertbaren Daten für den Kreis Unna. Aus diesem Grund muss der vorhandene Zeitvergleich zwischen 2005 und 2009 an dieser Stelle ausreichen, um für den Kreis Unna zumindest einen vermuteten Trend nachzuweisen. Danach können die o.g. Studienergebnisse für den Kreis Unna nur zum Teil bestätigt werden. Im Vergleich der Jahre 2005 und 2009 hat sich die Zahl der Nichtraucher im Kreis Unna insgesamt um gut 2% verringert (Abb. 19). Dennoch gehörte noch rund ein Drittel der Kreisbevölkerung zum Kreis der aktiven Raucher.

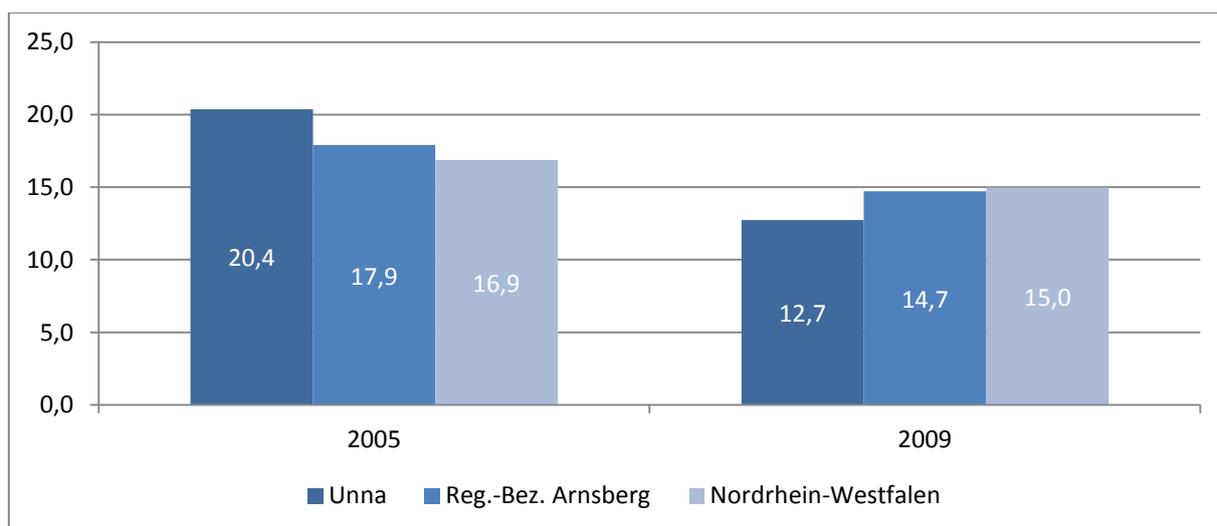


Abbildung 20: Anteil der Raucher, die täglich mehr als 20 Zigaretten rauchen in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

Im Vergleich mit NRW und dem Reg. Bez. Arnsberg wird deutlich, dass der Anteil der Raucher, die täglich mehr als 20 Zigaretten rauchen, im Kreis Unna um über 7% gesunken ist (Abb. 20).



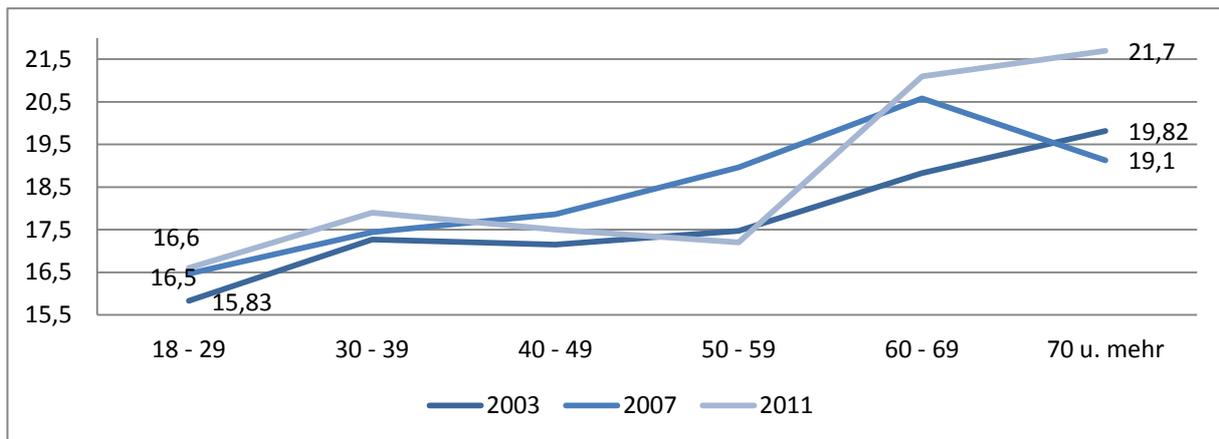


Abbildung 21: Alter der männlichen Raucher bei Rauchbeginn in NRW in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Die Betrachtung des durchschnittlichen Alters bei Rauchbeginn auf Landesebene bringt erstaunliche Erkenntnisse. Offensichtlich liegt das „Eintrittsalter“ bei Rauchern überwiegend oberhalb von 50 Jahren. Die Abbildung zeigt die Verlaufskurven der Jahre 2003, 2007 und 2011 bei männlichen Rauchern. Den größten Zuwachs bei Rauchern kann man bei den 60 bis über 70 –jährigen erkennen. Auch der Rauchbeginn bei jungen Männern nimmt zu (Abb. 21).

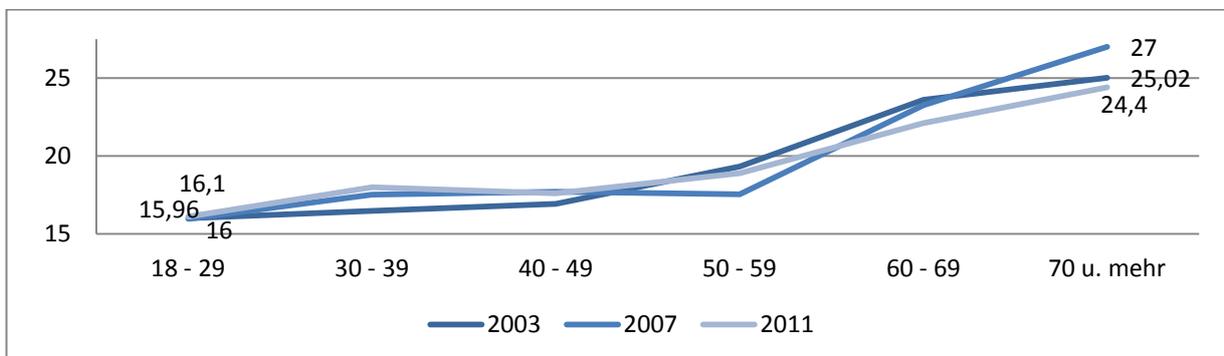


Abbildung 22: Alter der weiblichen Raucherinnen bei Rauchbeginn in NRW in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Ähnlich wie bei den männlichen Rauchern sieht auch das Bild bei den rauchenden Frauen aus. Auch die meisten Frauen beginnen erst mit ca. 50 Jahren mit dem Rauchen. Mit zunehmendem Alter ist ein kontinuierlicher Anstieg der Zahlen zu verzeichnen. Es ist allerdings festzustellen, dass die Frauen ab dem 60. Lebensjahr inzwischen seltener mit dem Rauchen beginnen. Der Rauchbeginn bei jungen Mädchen liegt seit 2003 kontinuierlich bei ungefähr gleichen Werten (Abb. 22).

### 3.2.4 Krebsrisiko Übergewicht im Kreis Unna

Übergewicht<sup>10</sup> und Adipositas sind inzwischen weltweite Gesundheitsprobleme, zumal eine stetige Zunahme zu vermieden ist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Übergewicht und Adipositas wie folgt:

Tabelle 1: Klassifizierung des Body-Mass-Index (Quelle: WHO, eigene Darstellung)

BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Bezeichnung
unter 18,5	Untergewicht
zwischen 18,5 und 24,9	Normalgewicht
zwischen 25 und 29,9	Übergewicht
zwischen 30 und 34,9	Adipositas, Grad I
zwischen 35 und 39,9	Adipositas Grad II
ab 40	extreme Adipositas Grad III

Die bereits erwähnte „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) (RKI 2012) liefert dazu aktuelle Daten. Demnach sind 67,1% der Männer und 53,0% der Frauen übergewichtig. Gegenüber dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998<sup>11</sup> (BGS 98) gibt es hier keine Veränderung. Dennoch ist eine Zunahme bei Adipositas besonders bei den Männern zu beobachten. Nach Angaben im Bundesgesundheitsurvey 1998 des BGS waren 18,9% der Männer und 22,5% der Frauen stark übergewichtig. In DEGS1 wurde bei 23,3% der Männer und bei 23,9% der Frauen eine Adipositas festgestellt. Besonders bei jungen Erwachsenen hat die Adipositas stark zugenommen (Mensink et. al. 2013).

Ähnlich wie beim Krebsrisiko Tabak konnten im Rahmen der Ländergesundheitsberichterstattung zum Übergewicht keine aktuellen Daten für den Kreis Unna ermittelt werden. Aus diesem Grund werden die vorhandenen Daten eingesetzt, um - wie beim Risikofaktor Tabak - zumindest einen Trend aufzuzeigen.

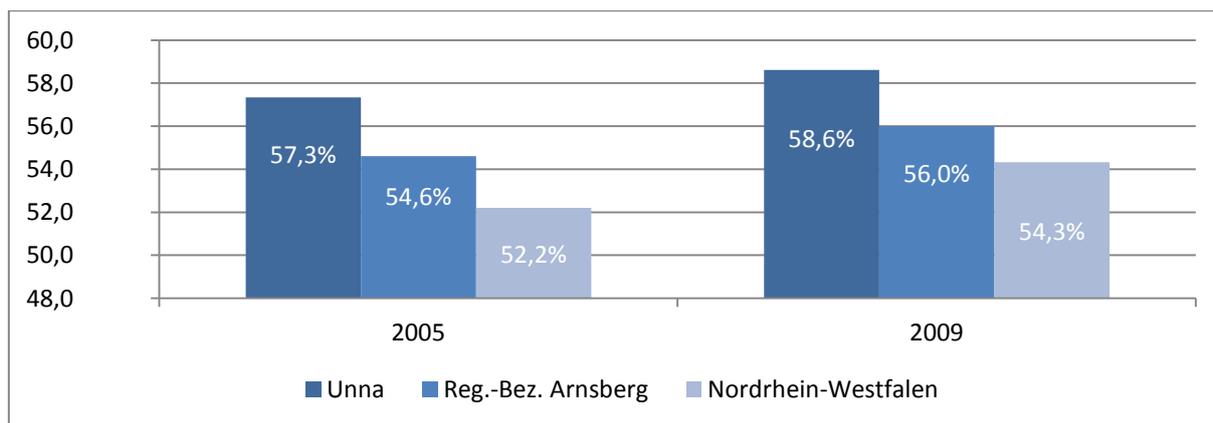


Abbildung 23: Anteil Übergewicht gemäß BMI in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

<sup>10</sup> Unter Übergewicht versteht man eine Erhöhung des Körpergewichts durch eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfettanteils. Übergewicht wird durch den Body-Mass-Index (BMI) bestimmt. Der BMI ist definiert als das Körpergewicht (in Kilogramm) dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (in Meter):

$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht (kg)}}{\text{Größe (m)}^2}$$

(GBE-Themenheft 16 "Übergewicht und Adipositas", Robert Koch-Institut, 2003, S.7)

<sup>11</sup> Der BGS98 war die erste repräsentative gesamtdeutsche Untersuchung zum Gesundheitszustand der Erwachsenenbevölkerung. Die Daten wurden für alte und neue Bundesländer nach einheitlichen Merkmalen zeitgleich und unter den gleichen Bedingungen erhoben. online in Internet: <http://www.rki.de/>.



Bei der Diagnose Adipositas kann festgestellt werden, dass die Zahlen im Kreis Unna über denen im Regierungsbezirk und auch über dem Landesdurchschnitt liegen (Abb. 23).

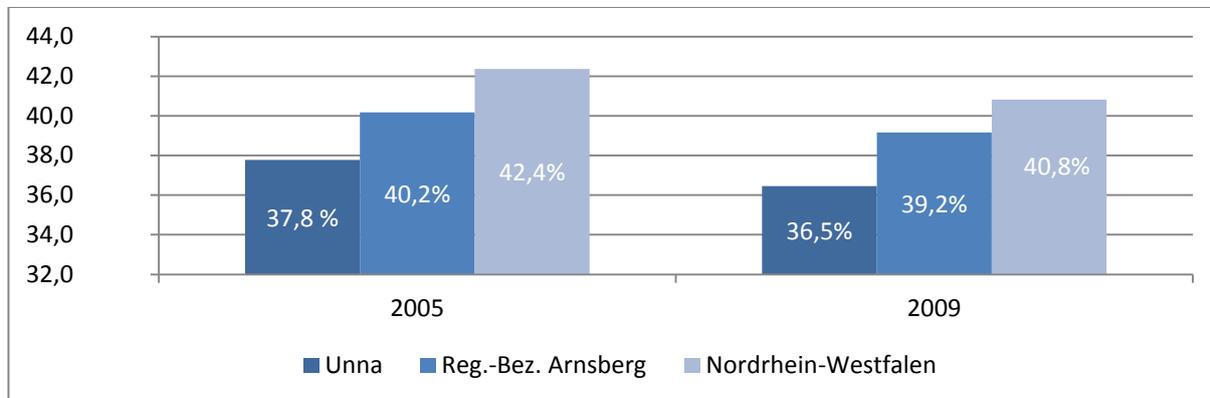


Abbildung 24: Anteil Normalgewicht gemäß BMI in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Wird zudem die Anzahl der Normalgewichtigen berücksichtigt, so zeigt sich, dass im Kreis Unna die Frage des Übergewichts eine besondere Relevanz hat, da die Zahl der Normalgewichtigen seit 2005 noch einmal zurückgegangen ist. Der Trend des Anstieges der Anzahl der Übergewichtigen in Kombination mit der Abnahme der Anzahl der Normalgewichtigen kann auch auf Regierungsbezirks- und Landesebene beobachtet werden (Abb. 24).

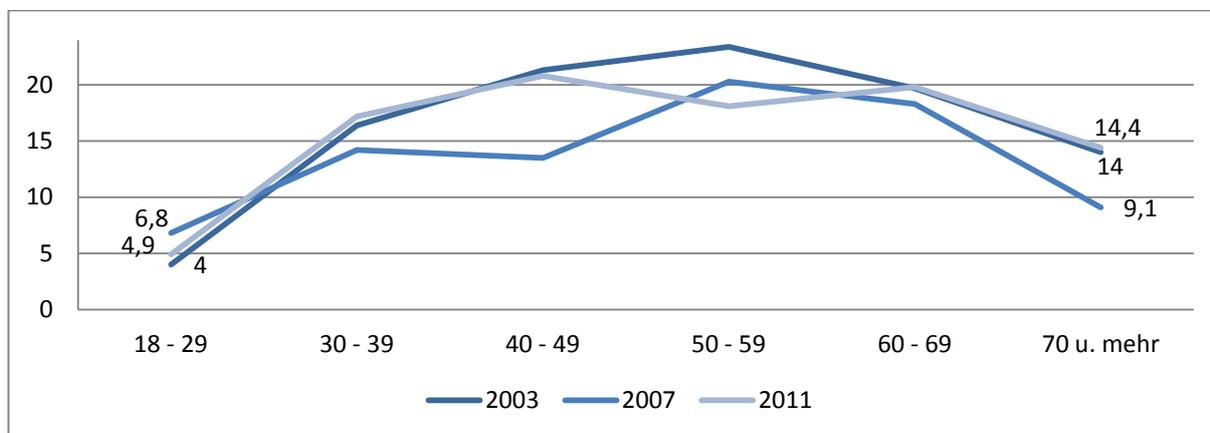


Abbildung 25: BMI >= 30 bei Männer nach Altersgruppe NRW von 2003 bis 2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG)

Der Vergleich von übergewichtigen Männern und Frauen, unter Berücksichtigung der Altersgruppe, zeigt weitere interessante Aspekte auf. Während das Übergewicht bei den Männern ab dem achtzehnten Lebensjahr kontinuierlich steigt und erst nach dem sechzigsten Lebensjahr wieder sinkt, steigt das Übergewicht bei Frau erst ab dem fünfzigsten Lebensjahr und bleibt bis ins hohe Alter kontinuierlich hoch. In beiden Fällen kann festgestellt werden, dass nach 2003 die Zahlen gesunken, allerdings nach 2007 wieder gestiegen sind (Abb. 25, Abb. 26).



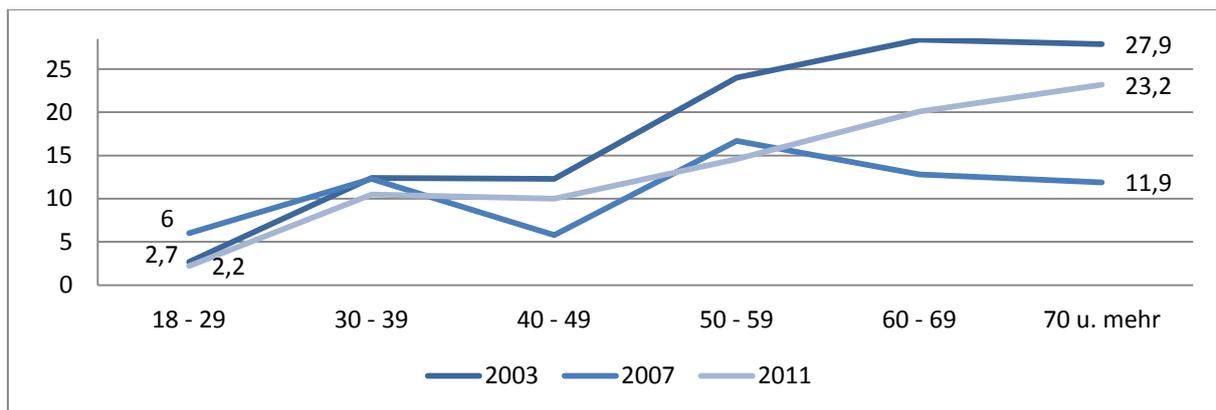


Abbildung 26: BMI > = 30 bei Frauen nach Altersgruppe NRW von 2003 bis 2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG)

Anlass zu Bedenken geben die Zahlen der 18-29-jährigen, da festzustellen ist, dass einerseits die Zahlen ab dieser Altersgruppe kontinuierlich in die Höhe gehen und andererseits die Zahlen bei den Männern bereits ab dem achtzehnten Lebensjahr doppelt so hoch sind wie bei den gleichaltrigen Frauen.

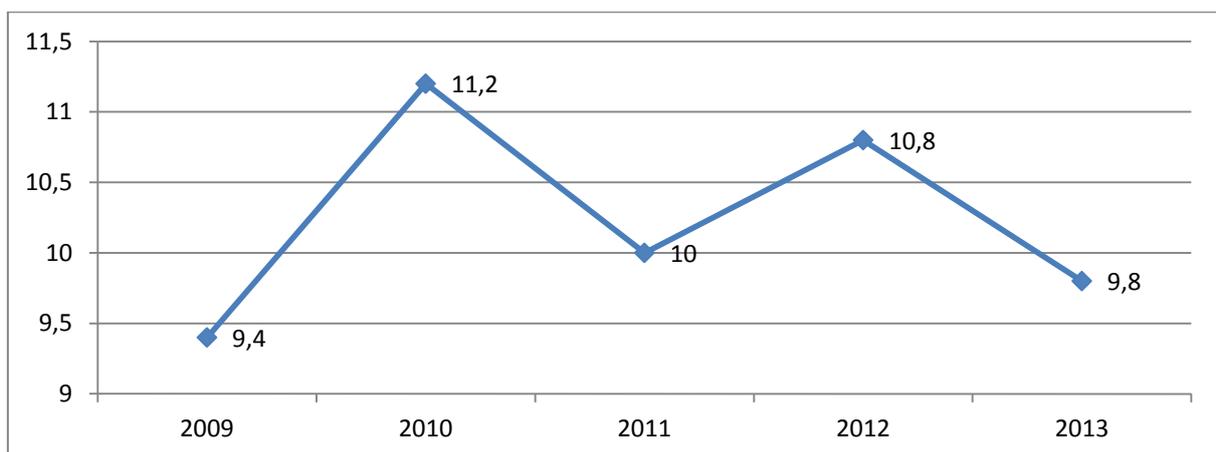


Abbildung 27: Übergewicht bei Schuleingangsuntersuchung Kreis Unna von 2009 bis 2013 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Ein Blick auf die Schuleingangsuntersuchungen zeigt, dass die Daten der übergewichtigen Kinder seit 2009 zwischen 9,4% im Jahre 2009 und 9,8% im Jahre 2013 schwanken (Abb. 27). Wenngleich die Schwankungen eher moderat ausfallen, so sind die Zahlen mit um die 10% sehr hoch.

Bedingt durch die dargestellte Situation ist das Krebsrisiko Übergewicht im Kreis Unna besonders zu beachten.

### 3.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Zu den Krankheiten mit den häufigsten Todesursachen zählen in den Industrienationen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dazu gehören Herzerkrankungen und Erkrankungen der Blutgefäße. Grundsätzlich haben Herz-Kreislauf-Erkrankungen einen chronischen Verlauf und bedürfen einer permanenten Behandlung, um Folgeschäden zu vermeiden. Wie das Statistische Bundesamt ermittelt hat, war 2008 in deutschen Krankenhäusern jede sechste bis siebte Erstdiagnose eine Herz-Kreislauf-



Erkrankung. Zudem waren für vier von zehn Todesfällen Erkrankungen des Herz-Kreislaufs verantwortlich (BMBF 2014).

Im medizinischen Verständnis wird als Ursache für Herz-Kreislauf-Erkrankungen von einer Arteriosklerose gesprochen. Hierbei handelt es sich um ein Gefäßleiden, welches sich allerdings erst sehr spät bemerkbar macht und insofern sehr heimtückisch ist. Die Verkalkungen der Arterien verursachen hauptsächlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und sind sehr häufige Todesursachen in der westlichen Welt. Verkalkungen können sich bei sämtlichen Arterien entwickeln, welche sowohl das Herz aber auch die Hals- und Bauchschlagader betreffen. Als Folge daraus können Herzinfarkt, Schlaganfall und schwere Durchblutungsstörungen entstehen. Eine Arteriosklerose kann sich in allen Arterien des Körperkreislaufs entwickeln. Bevorzugt betroffen sind aber bestimmte Gefäßregionen. Neben den Gefäßen, die das Herz selbst versorgen, sind auch die Hals- oder die Bauchschlagader betroffen. Die schwerwiegendsten und häufigsten Komplikationen der Arteriosklerose sind Herzinfarkt, Schlaganfall, schwere Durchblutungsstörungen der Beine und die Bildung von Aneurysmen<sup>12</sup>. Als hauptsächliche Risikofaktoren für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung gelten fettreiche Ernährung ebenso wie hoher Blutdruck, Diabetes, Bewegungsmangel, Rauchen, übermäßiger Alkoholgenuss aber auch Stress (Eberhard-Metzger 2006).

Gerade Herz-Kreislauf-Erkrankungen können durch gezielte Prävention und eine gesundheitsförderliche Lebensgestaltung weitgehend vorgebeugt und somit deren Entstehung verhindert werden.

Insbesondere wird empfohlen, mit dem Rauchen aufzuhören. Ein weiteres bewährtes Mittel ist die Umstellung der Ernährung und eine permanente Gewichtskontrolle, wodurch eine gezielte Senkung des Bluthochdrucks erreicht werden kann. Der Bewegungsmangel sollte regelmäßig durch spazieren gehen, joggen, schwimmen oder Radfahren ausgeglichen werden. Bei allen körperlichen Aktivitäten sollte die Herzfrequenz in einem beschwerdefreien Bereich liegen (Eberhard-Metzger 2006).

Die im Kreis Unna von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffene Bevölkerung soll im Folgenden anhand der durch die Erkrankung bedingten Krankenhausaufenthalte bestimmt werden.

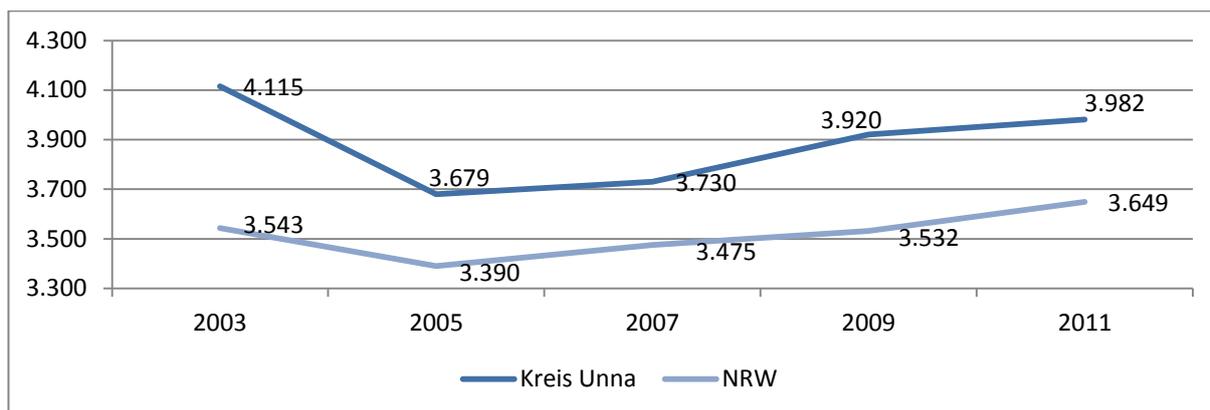


Abbildung 28: Krankenhausesfälle Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 100-199) pro 100.000 Einwohner 2003-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

Grundsätzlich kann positiv bewertet werden, dass die Krankenhausesfälle infolge von Herzkreislauferkrankungen im Kreis Unna anders als in NRW zwischen 2003 und 2011 weniger geworden sind (Abb. 28). Trotzdem muss festgestellt werden, dass sich die Zahlen für den Kreis Unna über dem Landes-

<sup>12</sup> Als Aneurysma bezeichnet man eine pathologische, begrenzte irreversible Verdünnung und Ausweitung der Gefäßwand einer Arterie beziehungsweise der Wandung der Herzventrikel (Universitätsklinikum Jena 2014)



durchschnitt befinden und in einer Größenordnung von ca. 3.900 Fällen pro 100.000 Einwohner liegen. Dies bedeutet, dass im Kreis Unna jährlich über 16.000 Menschen aufgrund einer Herz-Kreislauf-Erkrankung stationär behandelt werden.

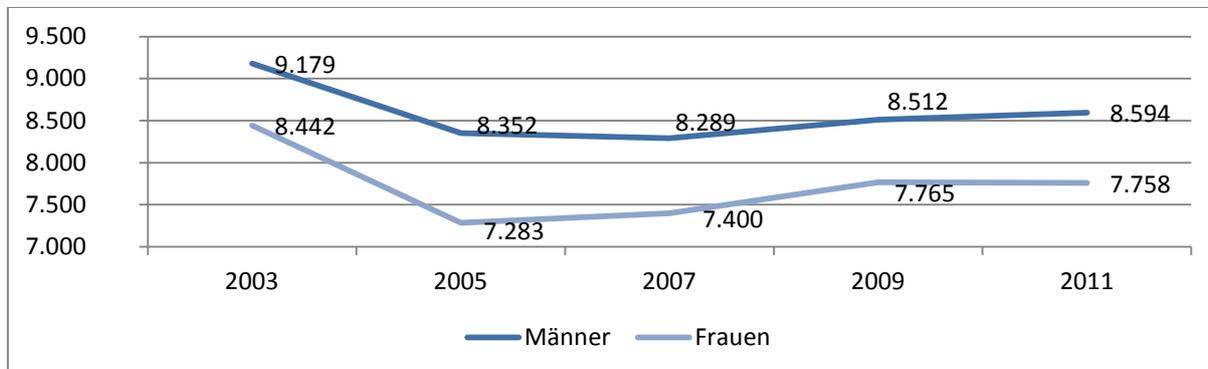


Abbildung 29: Krankenhausfälle Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 100-199) pro 100.000 Einwohner nach Geschlecht im Kreis Unna 2003-2011, absolute Zahlen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

Die geschlechtsspezifischen Verlaufskurven der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigen, dass Männer häufiger von dieser Krankheit betroffen sind als Frauen, wenngleich die absoluten Zahlen auch bei den Frauen seit 2005 wieder ansteigen (Abb. 29).

### 3.4 Unfälle

Nach Informationen des Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen (MIK) (2014) sind die Zahlen der Verkehrstoten im Jahre 2013 um mehr als 9% gesunken (Abb. 30).

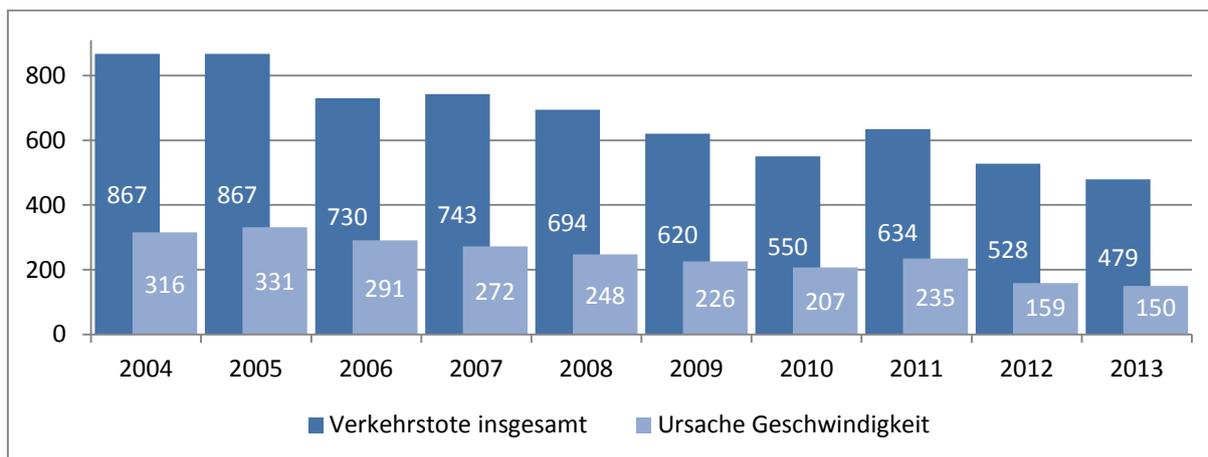


Abbildung 30: Verkehrstote insgesamt und Ursache Geschwindigkeit in NRW von 2004-2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

Dennoch sind die aktuellen Daten nicht zufriedenstellend. „Immer noch ist fast jeder dritte Verkehrstote Opfer von zu hoher Geschwindigkeit“, wird durch den zuständigen Minister festgestellt (MIK 2014). Auch die Anzahl Schwerverletzter im Straßenverkehr gibt Anlass zu Bedenken. Wenngleich die Zahl der Schwerverletzten gegenüber 2012 um 5% zurückgegangen ist, so muss festgestellt werden, dass immer noch über 70.000 Menschen im Straßenverkehr verunglücken. In diesem Zusammenhang wird



darauf verwiesen, dass in Deutschland nahezu 40.000 Menschen leben, die nach einem Verkehrsunfall schwerbehindert sind (MIK 2014).

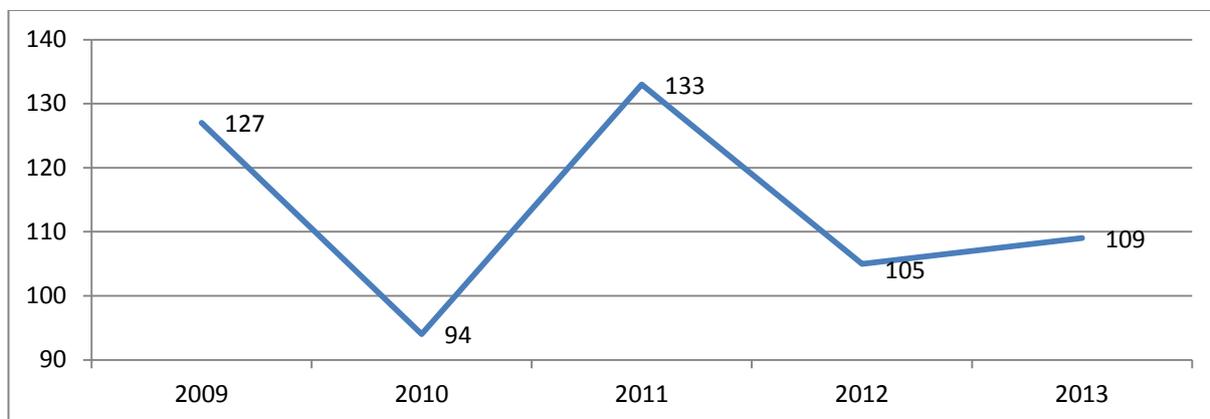


Abbildung 31: Getötete Fußgänger im Straßenverkehr in NRW (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage MIK 2014)

Nach Angaben des Ministeriums wurden im Jahre 2013 wieder mehr Fußgänger im Straßenverkehr in NRW getötet. Dies entspricht einem Anstieg gegenüber dem Vorjahr um 4% (Abb. 31). Die erhobenen Daten über getötete Fußgänger im Straßenverkehr wurden vom Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen analysiert, wodurch festgestellt worden ist, dass die Hälfte der getöteten Fußgänger den Unfall selber verschuldeten (MIK 2014).

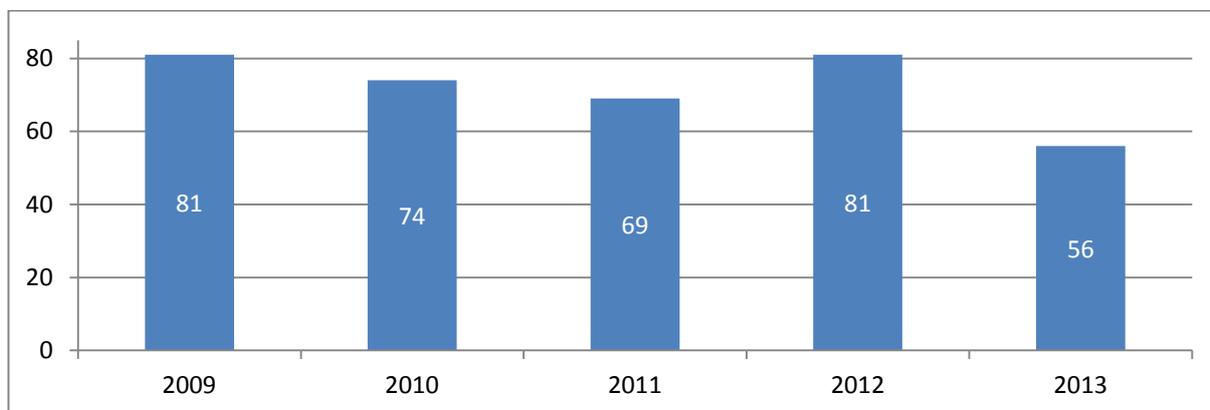


Abbildung 32: Getötete Radfahrer in NRW von 2009-2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage MIK 2014)

Positiver gestalten sich die aktuellen Zahlen in Bezug auf verunglückte Fahrradfahrer. So konnte die Zahl der getöteten Radfahrer 2013 gegenüber 2012 um 31% gesenkt werden. Das Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen führt diesen Rückgang darauf zurück, dass die Polizeibehörden „örtlich zugeschnittene Konzepte aus Aufklärung und Kontrolle entwickelt“ haben (MIK 2014) (Abb. 32).

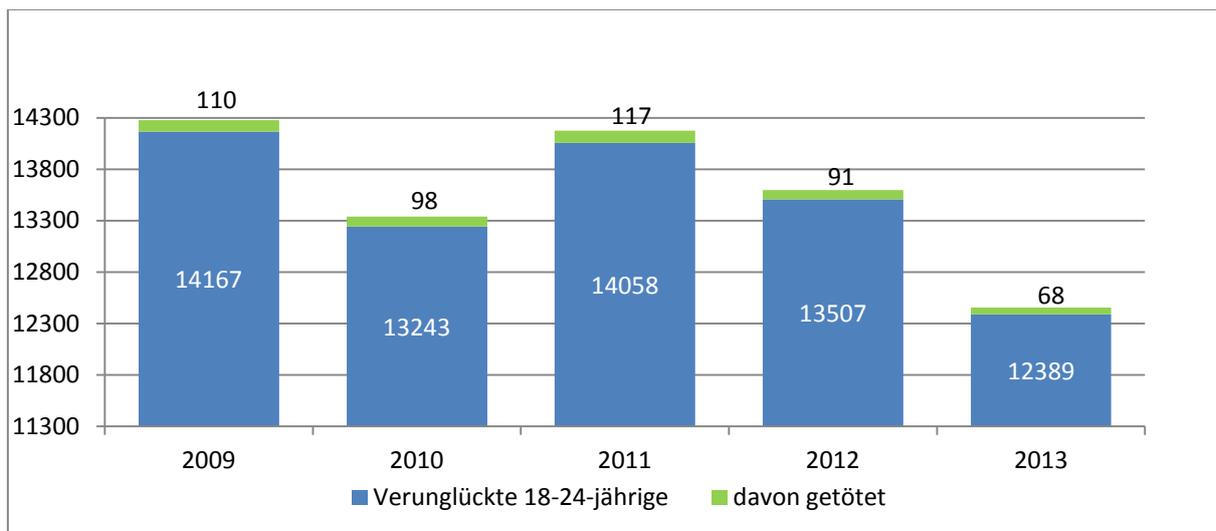


Abbildung 33: Verunglückte 18-24 Jährige und davon getötete Personen in NRW von 2009-2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage MIK 2014)

Besonders herauszuheben ist der Rückgang der getöteten jungen Menschen im Straßenverkehr. Dies wird mit einer verbesserten Präventionsstrategie in Verbindung gebracht (Abb. 33). Im Jahre 2013 wurden landesweit nahezu 160.000 Schülerinnen und Schüler in 560 gezielten Veranstaltungen durch das bundesweite Präventionsprogramm „Crash Kurs NRW“<sup>13</sup> erreicht. Insgesamt konnten mit dieser Aktion bislang 300.000 Schülerinnen und Schüler angesprochen werden.

Die Verkehrsunfallstatistik der Kreispolizeibehörde Unna<sup>14</sup> bestätigt im Wesentlichen die landesweiten Angaben. Grundsätzlich werden folgende Grundaussagen zur Verkehrsunfallentwicklung 2013 gemacht:

1. Die Gesamtunfallzahl ist um 210 gestiegen (2012: 7851 / 2013: 8061),
2. die Anzahl der Unfälle mit Personenschaden ist von 858 auf 810 gefallen,
3. Die Anzahl der Verunglückten ist von 1.049 auf 1.018 gefallen,
4. die Anzahl der Schwerverletzten ist von 131 auf 110 gefallen und
5. die Anzahl der Verkehrstoten ist von 2 auf 5 gestiegen (Polizei Unna, 2014).

<sup>13</sup> vgl.: <http://www.crashkurs-nrw.uni-koeln.de/>

<sup>14</sup> Zuständigkeit: Kreis Unna ohne Lünen; die erhobenen Daten beziehen sich ausschließlich auf den vorgenannten Zuständigkeitsbereich.



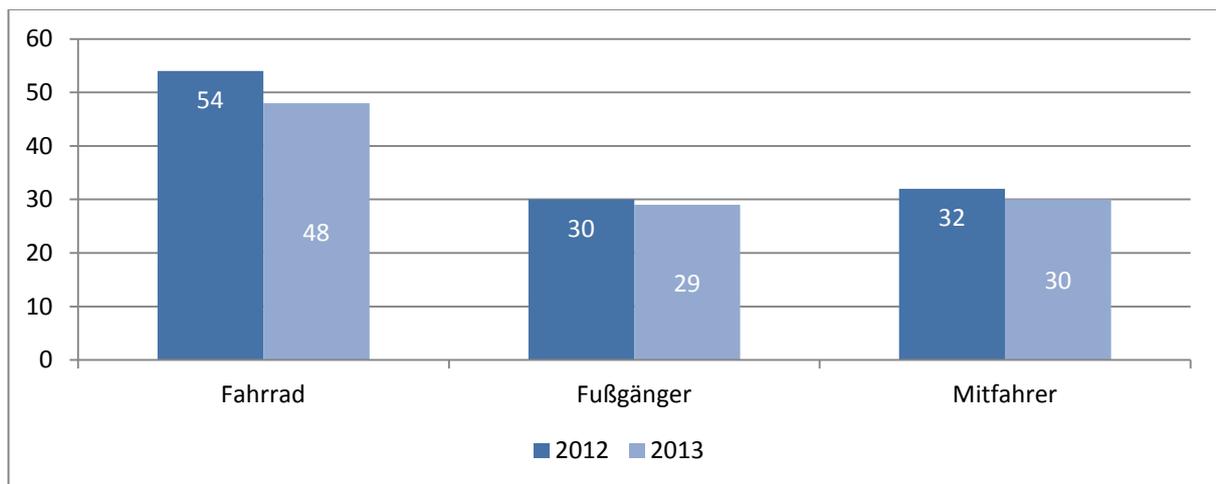


Abbildung 34: Verunglückte Kinder nach Verkehrsbeteiligung im Kreis Unna 2012 und 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreispolizeibehörde Unna)

So kann auch im Kreis Unna ein Rückgang der Unfallzahlen von Kindern beobachtet werden. Dies bezieht sich sowohl auf Unfälle mit dem Fahrrad als auf Fußgänger und Mitfahrer (Abb. 34).

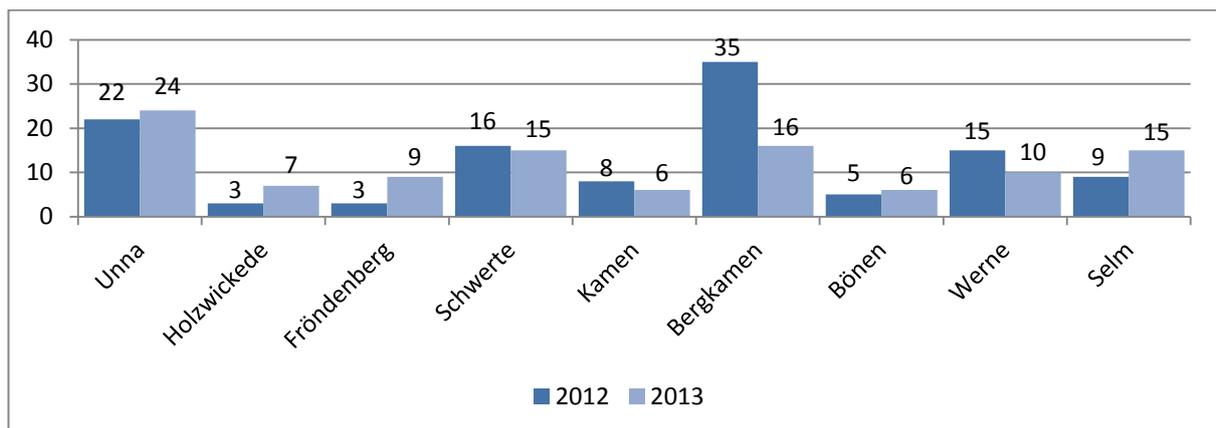


Abbildung 35: Verunglückte Kinder nach Kommune (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreispolizeibehörde Unna)

Beim Blick auf die Unfälle von Kindern in den Kommunen des Kreises Unna fällt auf, dass insbesondere in Bergkamen die Kinderunfälle um mehr als die Hälfte zurückgegangen sind (Abb. 35). Dies ist zwar erfreulich, lässt aber nicht darüber hinwegsehen, dass immer noch über 100 Kinder im Straßenverkehr im Kreis Unna (ohne Lünen) verunglücken.

### 3.5 Infektionskrankheiten

„Nach dem Infektionsschutzgesetz sind eine ganze Reihe von übertragbaren Krankheiten meldepflichtig. Damit soll eine weitere Ausbreitung der Erkrankung in der Bevölkerung verhindert werden. Der behandelnde Arzt, das untersuchende Labor sowie Gemeinschaftseinrichtungen sind verpflichtet, dem Gesundheitsamt den Namen, die Anschrift und die Art der Erkrankung zu nennen“ (Kreis Unna 2014).

Nachfolgend werden ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten im Zeitreihenvergleich zwischen 2009 und 2013 abgebildet. Die vorhandenen Daten wurden vom Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz ermittelt und aufbereitet. Abschließend wird auf die Verbreitung von Masern und auf multiresistente Keime eingegangen.

#### 3.5.1 Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Seit 2009 haben die meldepflichtigen Krankheiten insgesamt abgenommen. Ausnahmen sind beim Rotavirus<sup>15</sup> festzustellen. Eine deutliche Abnahme zeigt sich beim Norovirus<sup>16</sup> (Tab. 2).

Tabelle 2: Fälle Meldepflichtige Infektionskrankheiten zwischen 2009 und 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Krankheiten	2009	2010	2011	2012	2013
Campylobacter	523	601	563	513	512
E.-coli-Enteritis	34	37	40	21	24
EHEC/STEC	10	10	31	21	19
Hepatitis A	2	5	5	4	2
Rotavirus	200	157	126	141	264
Salmonellose	278	148	121	122	103
Shigellose	0	1	3	0	0
Weitere Bedrohliche (gastro)	1	12	1	1	1
Yersiniose	15	12	26	12	10
Noro	924	777	535	604	341
Gesamtzahl	1987	1760	1451	1439	1276

#### 3.5.2 Campylobacteriose (Lebensmittelinfektionen)

Eine akute *Campylobacter*-Enteritis äußert sich in Durchfall, krampfartigen Bauchschmerzen und Fieber. Die Übertragung erfolgt entweder durch Mensch-zu-Mensch Übertragung oder durch eine gemeinsame Expositionsquelle, wie z.B. in Badegewässern, durch Tierkontakt oder durch Lebensmittel. Die Inkubationszeit beträgt grundsätzlich 1-10 Tage, dennoch tritt die Erkrankung gewöhnlich 2-5 Tage

<sup>15</sup> Rotaviren sind häufige Erreger akuter Durchfallerkrankungen und kommen oft bei Kleinkindern in den Wintermonaten vor. Bei Säuglingen, Kleinkindern, alten Menschen und abwehrgeschwächten Patienten können sie einen starken Durchfall auslösen, der unter Umständen zu einem lebensbedrohlichen Flüssigkeitsverlust führt. (Quelle: Kreis Unna 2014)

<sup>16</sup> Noro – Viren sind unbehüllte Viren mit hoher Umweltresistenz, weltweit verbreitet, einziges bekanntes Erregerreservoir ist der Mensch. Häufigster Verursacher nicht bakteriell bedingter Gastroenteritiden, vor allem in Gemeinschaftseinrichtungen (Krankenhäuser, Pflegeheime) mit Häufung in den Wintermonaten (Quelle: Kreis Unna 2014).



nach der Übertragung auf. Der direkte oder indirekte Nachweis ist dem Gesundheitsamt durch die verpflichtete Person (z.B. feststellender Arzt) namentlich zu melden, soweit die Nachweise auf eine akute Infektion hinweisen (§ 7 Abs. 1 Nr. 6 IfSG). Das Gesundheitsamt ist darüber hinaus gem. § 25 Abs. 1 IfSG ggf. dazu berechtigt, eigene Ermittlungen anzustellen (LZG NRW 2012).

Tabelle 3: Campylobacter gemeldete Fälle in den Kommunen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

<b>Campylobacter</b>	2009	2010	2011	2012	2013
Unna	97	101	91	94	85
Selm	47	56	57	48	44
Schwerte	50	66	67	46	41
Bönen	22	35	12	36	31
Bergkamen	49	50	58	77	44
Lünen	117	110	116	97	105
Fröndenberg	30	44	33	18	37
Werne	40	50	51	30	42
Kamen	48	65	52	36	46
Holzwickede	23	24	26	31	37
Gesamtzahl	523	601	563	513	512

Die Darstellung der gemeldeten Fälle beim Campylobacter zeigt, dass hierbei flächendeckend nur eine geringfügige Abnahme festzustellen ist (Tab. 3).

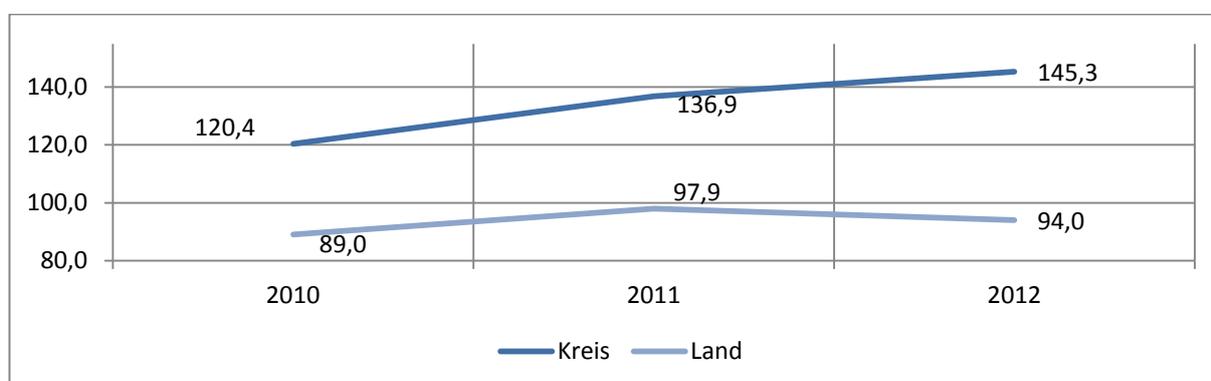


Abbildung 36: Campylobacter gemeldete Fälle pro 100.000 EW Kreis Unna und NRW im Vergleich, Stand 11/2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Im Kreis Unna liegt die Zahl der gemeldeten Fälle zum Campylobacter erheblich über dem Landesdurchschnitt. Dies bedeutet allerdings nicht, dass es im Kreis Unna deutlich mehr Lebensmittelinfektionen gibt als in anderen Teilen Nordrhein-Westfalens (Abb. 36). Die Meldebereitschaft der niedergelassenen Ärzteschaft ist sehr unterschiedlich ausgeprägt. Im Kreis Unna existiert ein sehr gutes Netzwerk zwischen dem Fachbereich Gesundheit und der Ärzteschaft und darum auch eine außergewöhnlich hohe Kooperationsbereitschaft. Dies schlägt sich auch in der überdurchschnittlich hohen Meldebereitschaft bei meldepflichtigen Krankheiten nieder. Diese hohe Meldebereitschaft gilt auch für die nächstfolgenden Darstellungen.

### 3.5.3 Salmonellen

Eine akute **Salmonellen-Erkrankung** (Salmonellose) äußert sich in Durchfall, krampfartigen Bauchschmerzen, Erbrechen und Fieber. Die Übertragung erfolgt durch Mensch-zu-Mensch Übertragung sowie durch Tierkontakte und Lebensmittel. Die Inkubationszeit liegt zwischen 6 und 72 Stunden. Dem Gesundheitsamt wird gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 41 IfSG der direkte oder indirekte Nachweis von Salmonellen soweit er auf eine akute Infektion hinweist, namentlich gemeldet. Das Gesundheitsamt ist darüber hinaus gem. § 25 Abs. 1 IfSG ggf. dazu berechtigt, eigene Ermittlungen anzustellen (LZG NRW 2012). Die Anzahl der Salmonellen-Erkrankungen hat im Kreis Unna nachgelassen. In allen Kommunen des Kreises Unna ist ein Rückgang um deutlich mehr als die Hälfte zu erkennen (Tab. 4).

Tabelle 4: Salmonellosen in den Kommunen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Salmonellosen	2009	2010	2011	2012	2013
Unna	44	18	18	15	18
Selm	16	20	16	12	18
Schwerte	16	16	4	10	11
Bönen	12	10	7	4	5
Bergkamen	25	17	15	14	6
Lünen	51	29	26	16	19
Fröndenberg	19	11	5	6	4
Werne	27	11	9	14	7
Kamen	19	12	18	22	9
Holzwickede	49	4	3	9	6
Gesamtzahl	278	148	121	122	103

Aus den bereits erläuterten Gründen liegt auch die Anzahl der gemeldeten Salmonellen Fälle über dem Landesdurchschnitt. (Abb. 37).

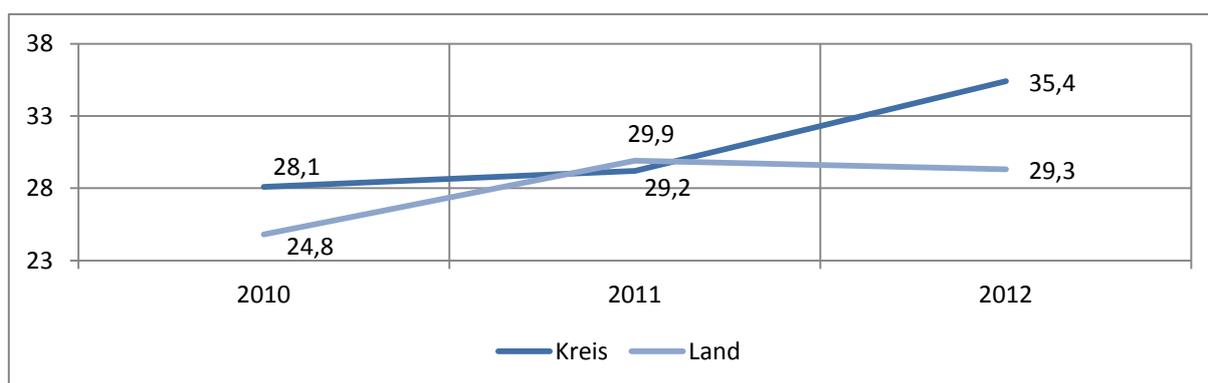


Abbildung 37: Salmonellosen gemeldete Fälle pro 100.000 EW, Kreis Unna und NRW im Vergleich, Stand 11/2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

### 3.5.1 Masern

Masern werden durch Viren ausgelöst, sind hochansteckend und kommen weltweit vor. Die Frühphase der Erkrankung ist durch hohes Fieber, Husten und Schnupfen gekennzeichnet. Angeschlossen an diese tritt der für Masern typische Hautausschlag auf. Masern sind nicht ungefährlich, da in der Regel



bei ca. 10% der Erkrankten Komplikationen auftreten. Bedingt durch eine flächendeckende Impfprävention ist die Anzahl der Masernerkrankungen in Deutschland erheblich zurückgegangen. Die Empfehlung der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Institutes (STIKO) befürwortet folgende Zielgruppen bei der Masernimpfung:

- „Nach 1970 geborene bzw. in der Kindheit nur einmal geimpfte Personen >18 Jahre oder nach 1970 geborene Personen >18 Jahren mit unklarem Impfstatus.
- Nach 1970 Geborene mit unklarem Impfstatus, ohne Impfstatus oder mit nur einer Impfung in der Kindheit, die im Gesundheitswesen und bei der Betreuung von Immundefizienten sowie in Gemeinschaftseinrichtungen tätig sind.
- Postexpositionsprophylaxe
- Ungeimpfte ab dem Alter von 9 Monaten bzw. in der Kindheit nur einmal geimpfte Personen oder Personen mit unklarem Impfstatus mit Kontakt zu Masernerkrankten; möglichst innerhalb von 3 Tagen nach Exposition.
- Im Rahmen eines Ausbruches.
- Nach 1970 Geborenen mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit“ (RKI 2013).

Da trotz einer umfangreichen Impfkampagne ein flächendeckender Impfschutz der Bevölkerung in Deutschland noch nicht erreicht werden konnte, kommt es nach wie vor zu Neuerkrankungen. Besonders bei Jugendlichen und Erwachsenen steigen die Infektionszahlen (BZgA 2014).

*„Der Kinder – und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) hat 2007/2008 im Rahmen der Landesimpfkampagne gegen Masern bei allen Schülern und Schülerinnen ab Klasse 5 einen Impfbuchcheck durchgeführt und die Schließung von Impflücken bei Kinder- und Jugendärzten, bzw. bei Hausärzten empfohlen“ (Kreis Unna 2013).*

Nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO) werden zwischen dem 11. und 23. Lebensmonat zwei Impfungen gegen Masern empfohlen. Die folgende Abbildung (Abb. 38) belegt, dass die Impfbereitschaft im Kreis Unna deutlich zugenommen hat. Nach einem kurzen Rückgang im Jahre 2010 konnten 2012 bei 89,4% der Einschulungskinder zwei Impfungen gegen Masern nachgewiesen werden, wobei 2012 ca. 95% der Einschulungskinder ein Impfbuch vorlegten.

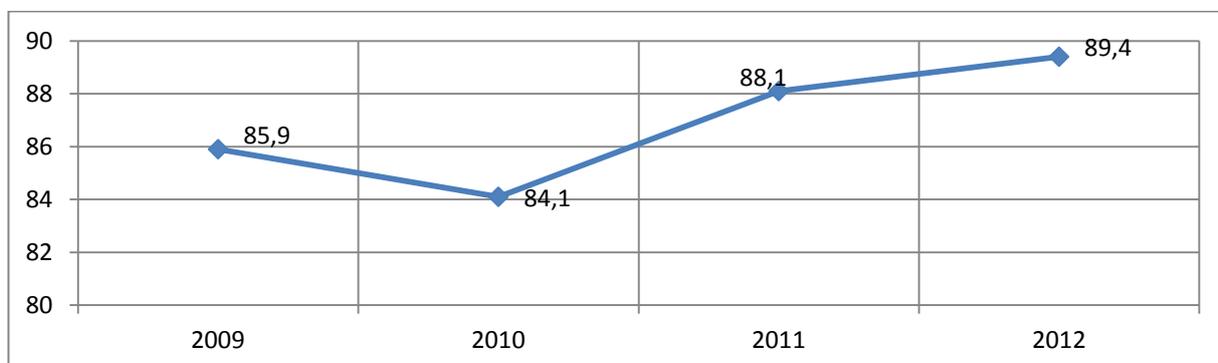


Abbildung 38: Nachweis zwei Impfungen gegen Masern im Kreis Unna 2009-2012 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)



### 3.5.2 Multiresistente Keime (MRSA)

„MRSA“ ist die Abkürzung für „Methicillin resistenter Staphylococcus aureus“. Dieser ist eine Variante des Bakteriums Staphylococcus aureus. Der Name „MRSA“ wurde gewählt, da diese Bakterienvariante von dem Antibiotikum Methicillin – und damit auch von vielen anderen Antibiotika – nicht abgetötet werden kann, sie ist resistent. Ein Teil der Bevölkerung trägt Staphylokokken und auch MRSA-Bakterien regelmäßig in der Nase und auf der Haut, ohne dass gesunde Menschen daran erkranken. Jedoch kann MRSA bei Menschen mit geschwächtem Immunsystem Infektionen verursachen, die mit Standard-Antibiotika nicht mehr erfolgreich zu behandeln sind. Daher sind diese Keime problematisch. Dies wurde von politisch wie administrativ Verantwortlichen in Bund und Ländern bereits vor Jahren erkannt, und es wurden gezielte gegensteuernde Maßnahmen ergriffen. Auf lokaler Ebene haben sich in vielen Kreisen und kreisfreien Städten in NRW bereits MRSA-Netzwerke gebildet (Kreis Unna 2014). In dem seit 2008 im Kreis Unna bestehenden MRSA-Netzwerk wird das Aktionsprogramm der verschiedenen Akteure vom Gesundheitsamt des Kreises Unna moderiert. Netzwerkarbeit bedeutet nicht alleine das Verabreden gemeinsamer Vorgehensweisen, sondern insbesondere den Informationsaustausch und das gegenseitige Kennenlernen. Von Anbeginn waren die acht Akutkrankenhäuser im Kreis Unna, die Kinderklinik im Lebenszentrum Königsborn und das Justizvollzugskrankenhaus des Landes NRW Teilnehmer des MRSA-Netzwerkes. Diese Akteure haben zunächst nach für alle Krankenhäuser im Kreis Unna einheitlichen Lösungswegen bezüglich der MRSA-Problematik gesucht. Im Jahr 2010 wurden die niedergelassenen Ärzte, die Dialyseeinrichtungen sowie die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und die Ärztekammer Westfalen-Lippe in die Netzwerkarbeit einbezogen. Im Jahr 2011 wurde mit der Integration der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen das Netz nochmals enger gesponnen (Kreis Unna 2014).

Im Vergleich zu NRW haben sich die Meldungen im Kreis Unna deutlich verringert. Dennoch ist festzustellen, dass seit 2011 erneut ein leichter Anstieg der Meldungen zu verzeichnen ist (Abb. 39).

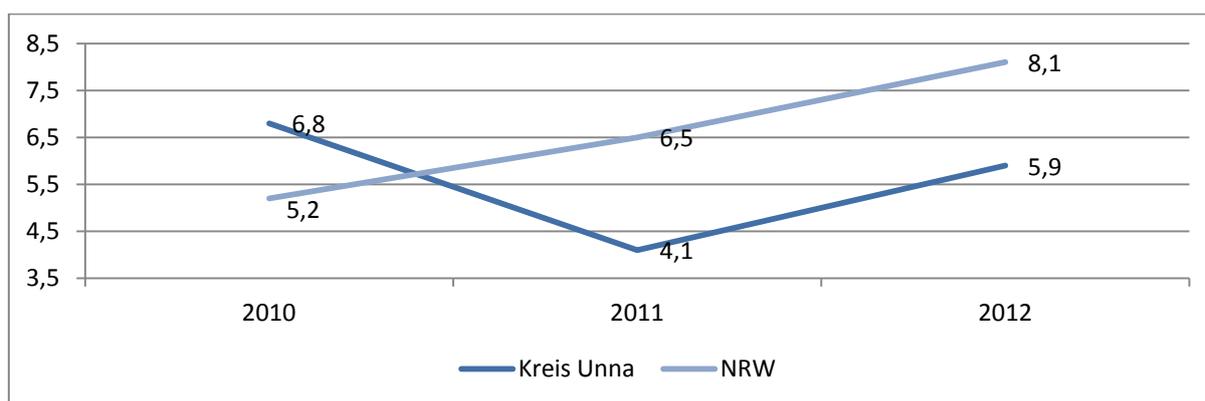


Abbildung 39: MRSA Meldungen von 2010-2012 im Kreis Unna und NRW (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW 2013)



### 3.6 Sterbefälle im Kreis Unna

Die Darstellung der Sterbefälle erfolgt nach dem Standardized-Mortality-Ratio-Konzept (SMR). Danach werden alle beobachteten Sterbefälle der Kommunen in NRW aufeinander bezogen. Auf diese Weise wird ein Durchschnittswert für NRW ermittelt. Die jeweils erzielten und dargestellten Ergebnisse stellen eine prozentuale Abweichung vom Durchschnittswert dar (Abb. 40).

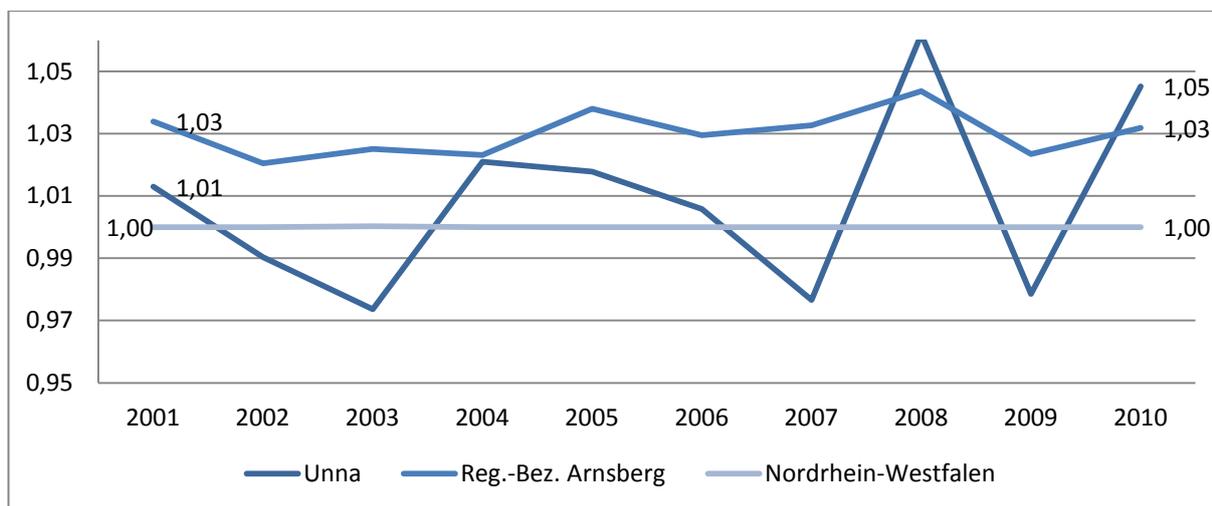


Abbildung 40: Sterbefälle nach SMR im Vergleich (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Der Wert für die Landesebene liegt beim SMR-Konzept immer bei 1,00. Abweichungen vom Landesdurchschnitt bei den Kreisen und kreisfreien Städten können auf diese Weise besser dargestellt werden (LZG NRW, 2013).

Während die durchschnittlichen prozentualen Abweichungen auf der Ebene des Regierungsbezirkes Arnsberg relativ konstant um 1,03 liegen, schwankt der Wert im Kreis Unna zwischen 0,97 und über 1,05. Die entsprechenden Trendlinien lassen darauf schließen, dass die Sterbefälle im Kreis Unna, orientiert am SMR, im Verhältnis zum Regierungsbezirk und zum Land NRW zunehmen werden.

Eine Schlussfolgerung daraus kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht erfolgen. Die starken Schwankungen bei den Daten für den Kreis Unna, mit einer steigenden Trendlinie lassen allerdings darauf schließen, dass hier Auffälligkeiten vorliegen, denen im Rahmen einer nachgehenden Betrachtung Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. In jedem Fall müssen die Daten für die nachfolgenden Jahre, sobald sie vorliegen, beobachtet und interpretiert werden.

Die häufigsten Todesursachen bei Männern und Frauen („Die geschlechtsspezifische Sterblichkeit“) benennt die Todesfälle bei Frauen bzw. Männern bezogen auf 100.000 Einwohner der Bevölkerungsgruppe (Landesamt für Datenverarbeitung NRW, 2013). Darin sind keine Totgeborenen, nachträglich beurkundete Kriegssterbefälle oder gerichtliche Todeserklärungen enthalten. Ebenfalls nicht berücksichtigt sind Gestorbene, welche „Angehörige der im Bundesgebiet stationierten ausländischen Streitkräfte sind, sowie minderjährige Verstorbene, deren Väter - bzw. bei Nichtehelichen, deren Mütter - Angehörige der im Bundesgebiet stationierten ausländischen Streitkräfte sind“ (Landesamt für Datenverarbeitung NRW 2013). Im Rahmen der Gesundheitsindikatoren des Landes NRW finden sich keine vergleichbaren Daten für den Kreis Unna, so dass an dieser Stelle ausschließlich auf landesweite Daten zurückgegriffen werden kann.

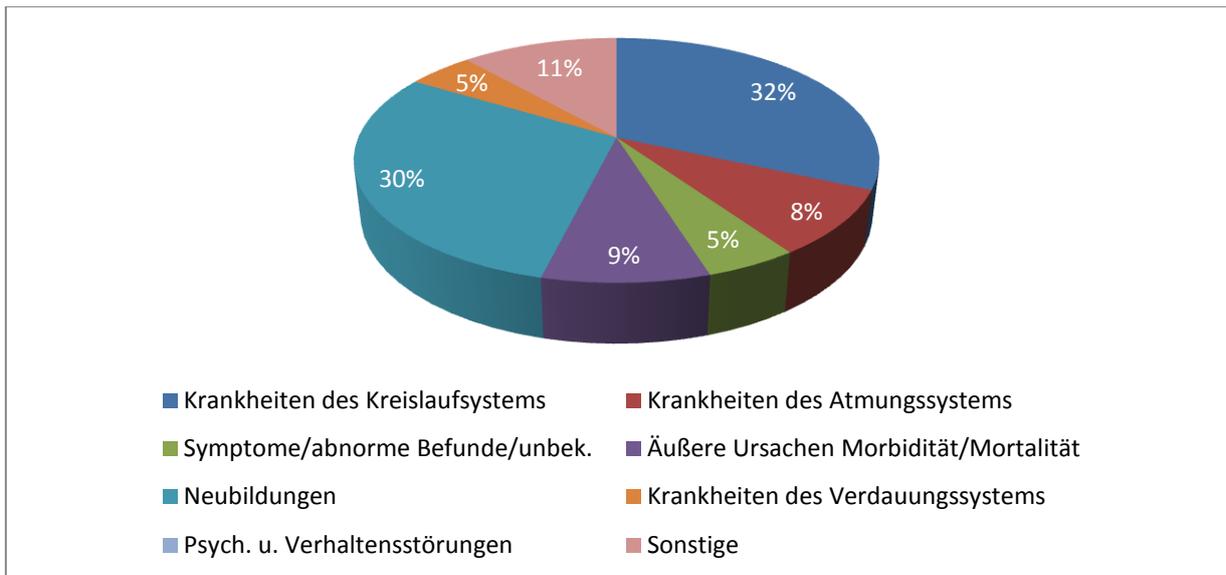


Abbildung 41: Sterbefälle Männer nach Hauptdiagnosegruppen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Die Landesstatistik zeigt, dass die hauptsächlichen Todesursachen sowohl bei Männern als auch bei Frauen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (Männer 32%, Frauen 40%) und Krebserkrankungen (Männer 30%, Frauen 25%) sind. Der weibliche Anteil fällt bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen höher aus, bei den Männern dominieren die Krebserkrankungen (Abb. 41, Abb. 42.).

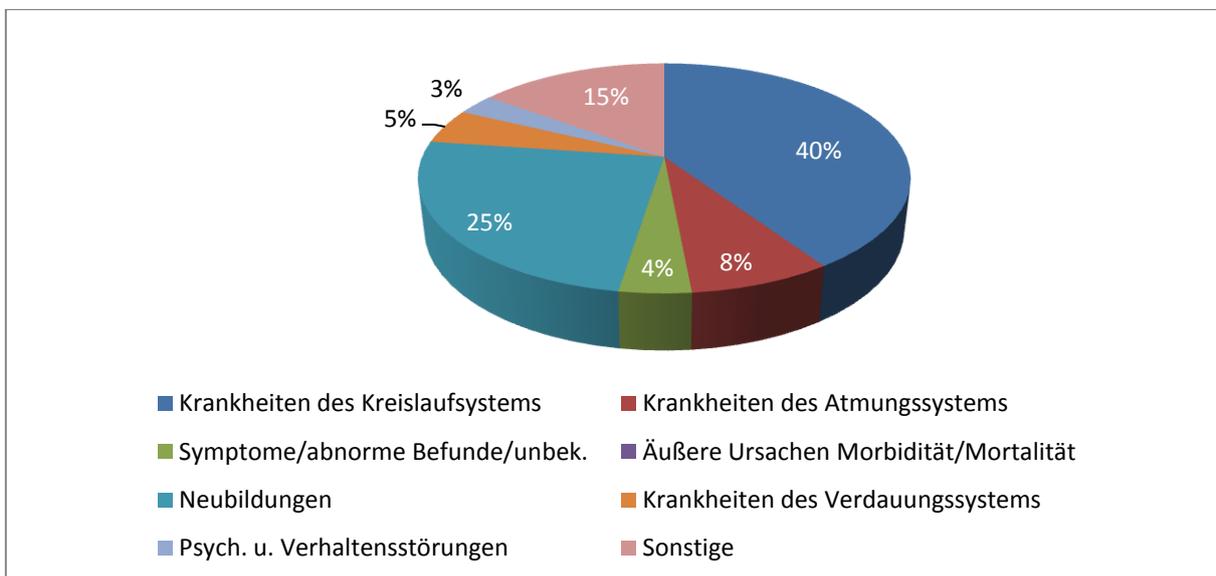


Abbildung 42: Sterbefälle Frauen nach Hauptdiagnosegruppen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

### 3.7 Vermeidbare Sterbefälle

Nachfolgend werden zunächst die vermeidbaren Sterbefälle im Kreis Unna dargestellt. Sie beziehen sich auf Lungenkrebs, ischämische Herzkrankheiten (Herzinfarkt) und Erkrankungen der Leber. Zusätzlich werden Suizidraten und die häufigsten Todesursachen bei Männern und Frauen abgebildet.



Soweit nicht anders gekennzeichnet sind die Abbildungen als auch die Datengrundlagen dem Programm GBE Stat. 2013, herausgegeben vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2013, entnommen. Die dargestellten Diagnosen entstammen der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD--10 Liste) (ebd.).

Das Landeszentrum für Gesundheit NRW (LZG) definiert den Begriff „Vermeidbare Sterbefälle“- immer für die jeweils betrachtete Altersgruppe - „als ausgewählte Todesursachen, welche bei einer entsprechenden Behandlung oder Vorsorge zu vermeiden gewesen wären“ (LZG NRW 2013). Derartig ausgewählte Todesursachen lassen sich einteilen als:

- „primärpräventiv vermeidbar (Lebensweise, z. B. Lungenkrebs, Leberzirrhose);
- sekundärpräventiv vermeidbar (Früherkennung, z. B. Brustkrebs);
- tertiärpräventiv vermeidbar (Qualität der medizinischen Versorgung, z. B. ischämische Herzkrankheiten)“ (LZG NRW 2013)

Sollten also sämtliche existierenden präventiven und kurativen Maßnahmen, die zur Vermeidung existieren, genutzt werden, so kann vermutet werden, dass die Sterblichkeit an diesen Todesursachen, verglichen mit einem bestimmten Zeitraum, zurückgeht oder zumindest nicht zunimmt (ebd.).

Nachfolgend werden die vermeidbaren Sterbefälle anhand der Diagnosen Lungenkrebs, ischämische Herzkrankheiten (Herzinfarkt) und Erkrankungen der Leber für den Kreis Unna dargestellt.

### 3.7.1 Schlaganfall

Die hauptsächlichen Ursachen für einen Schlaganfall liegen in einer verminderten Durchblutung durch den Verschluss von Gefäßen (ischämischer Infarkt) und eine Blutung (hämorrhagischer Infarkt). Die verminderte Durchblutung wird in 80% der Fälle von einem verstopften Blutgefäß verursacht. Eine derartige Verstopfung ist häufig die Folge einer Gefäßverkalkung (Arteriosklerose). Eine weitere Ursache des Schlaganfalls kann in einem eingeschwemmten Blutgerinnsel liegen. Der Grund dafür ist das Herz. Insbesondere bei Vorhofflimmern oder Herzrhythmusstörungen, bei denen der linke Vorhof rasch schlägt können sich sogenannte Thromben<sup>17</sup> bilden, welche dann ins „Gehirn gespült werden können“. Bei einer Blutung kann es zu einem Riss eines der Hirngefäße kommen. Durch den Eintritt des Blutes in das umliegende Gehirngewebe werden die nachfolgenden Gebiete nicht mehr ausreichend durchblutet. Das Blut erhöht den Druck auf die Zellen, wodurch das umliegende Hirngewebe beschädigt wird.<sup>18</sup> Die Risikofaktoren für einen Schlaganfall bestehen zum einen, wie bereits dargestellt, im hohen Alter, aber auch in einer genetischen Veranlagung. Bluthochdruck, Diabetes Mellitus sowie hohe Cholesterinwerte und Tabakkonsum begünstigen eine Gefäßverkalkung und unterstützen auf diese Weise einen Schlaganfall. Weitere Risikofaktoren sind Herzkrankheiten, Übergewicht, mangelnde Bewegung und erhöhter Alkoholkonsum (Universitätsklinikum Freiburg 2014).

Insgesamt verstarben in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2012 8.831 Menschen (3.298 Männer, 5.533 Frauen) an den Folgen eines Schlaganfalls. Im Rahmen des Welt-Schlaganfall-Tages am 29.10.2013 wurde mitgeteilt, dass die Anzahl der Todesfälle durch Schlaganfall in Deutschland gegenüber dem Jahre 2011 um 1,4% gesunken ist (DSG 2014).

<sup>17</sup> Blutgerinnsel (Thrombus) oder Blutpfropf welcher den Blutstrom behindert (Universitätsklinikum Freiburg 2014).

<sup>18</sup> hämorrhagischer (blutiger) oder roter Schlaganfall (Universitätsklinikum Freiburg 2014).

Im Jahr 2012 betrug die Sterberate infolge eines Schlaganfalls in NRW 4,6 %, gemessen an allen Todesfällen. Insofern stand die Todesursache Schlaganfall landesweit an fünfter Stelle. Schlaganfälle und Hirninfarkte mit tödlicher Folge sind bei jüngeren Menschen weniger verbreitet als bei älteren Menschen. Die nachfolgende Grafik (Abb. 43) belegt den Rückgang der „an Schlaganfall Gestorbenen“ seit 2003. (IT NRW 2013).

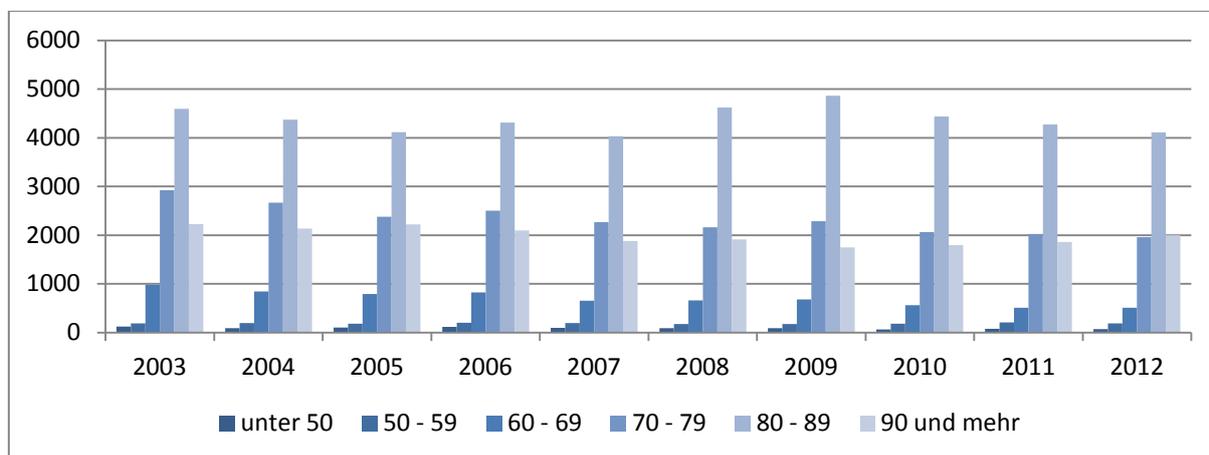


Abbildung 43: An Schlaganfall (einschl. Hirninfarkt) gestorbene in Nordrhein-Westfalen ( Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW 2013)

Jedoch ist die Todesursache Schlaganfall (incl. Hirninfarkt) bei älteren Menschen weit verbreitet. Nach Angaben von IT NRW betrug das Durchschnittsalter der Gestorbenen im Jahre 2012 82 Jahre (IT NRW 2013).

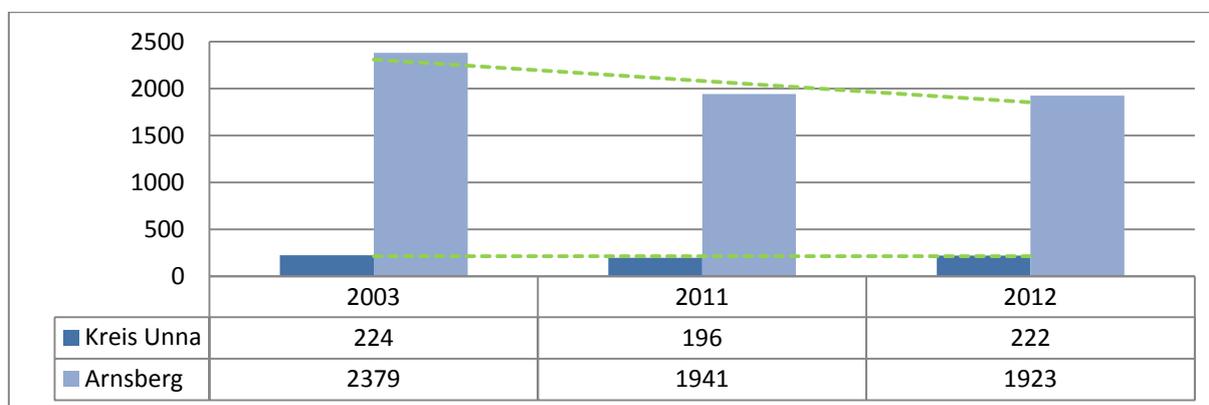


Abbildung 44: Entwicklung der an Schlaganfall gestorbene Personen im Kreis Unna im Vergleich zum Reg. Bez. Arnsberg. 2003-2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage II NRW 2013)

Bei der Betrachtung der Entwicklung von an Schlaganfall Gestorbenen fällt auf, dass die Zahlen im Regierungsbezirk Arnsberg deutlich zurückgegangen, im Kreis Unna allerdings seit 2003 nahezu gleich geblieben sind (Abb. 44). Es ergibt sich daher die Notwendigkeit, diesen signifikanten Unterschied anhand der Altersstruktur zu hinterfragen.



Tabelle 5: Anzahl Schlaganfälle nach Alter (Quelle: Eigene Darstellung, IT NRW 2013)

Kreis Unna	50-65	66-80	81 u. älter
2003	11	80	133
2011	11	58	127
2012	11	57	154
Arnsberg			
2003	167	817	1 395
2011	112	527	1 302
2012	98	501	1 324
NRW			
2003	613	3 610	6 823
2011	474	2 350	6 133
2012	453	2 275	6 103

Während die Zahlen bei den 50-65-Jährigen im Kreis Unna zwischen 2003 und 2012 konstant bei elf Gestorbenen liegt und die Zahlen bei den 66-80-Jährigen deutlich gesunken sind, ist die Zahl bei den über 81-Jährigen hingegen gestiegen (Tab. 5). Die Betrachtung des Regierungsbezirkes und der Landesebene zeigt einen Rückgang der Zahlen auf nahezu alle Altersgruppen bezogen. Es wird daher zu prüfen sein, inwieweit es Defizite bei der Versorgung hochaltriger Bevölkerungsgruppen im Kreis Unna gibt. Bei den nachfolgend dargestellten Risikofaktoren tauchen Diabetes Mellitus, Übergewicht und Bewegungsmangel auf.

### 3.7.2 Lungenkrebs

In Landesvergleich kann festgestellt werden, dass die Sterblichkeit an Lungenkrebs im Kreis Unna zwischen 1,04 und 1,10 (SMR) liegt. Damit liegt sie über dem Landesdurchschnitt, welcher bei einem Wert von 1 SMR liegt.

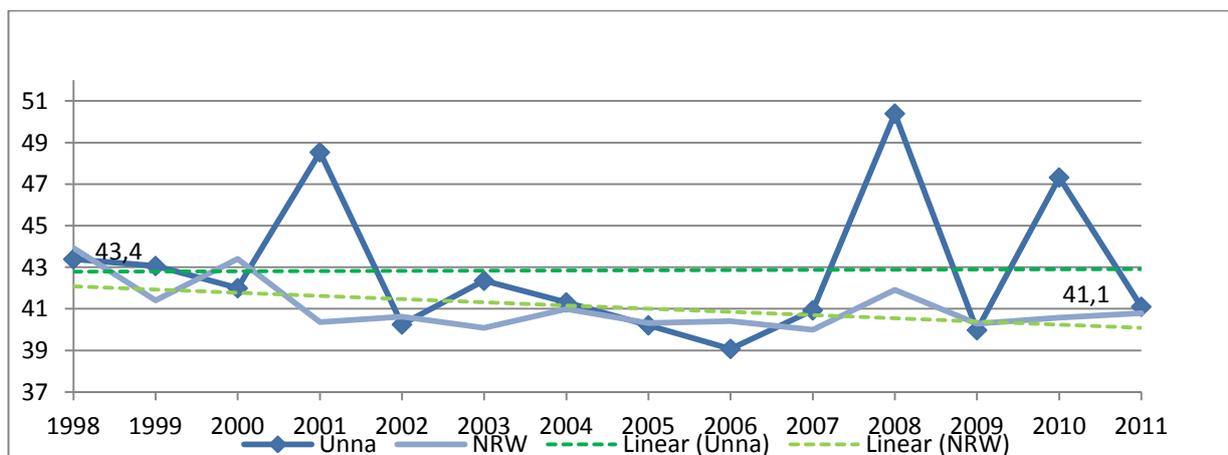


Abbildung 45: Sterbefälle je 100.000 EW<sup>19</sup> insgesamt nach ICD-10: C33 – C34 (Lungenkrebs) von 1998-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

<sup>19</sup> altersstandardisierten Rate – ASR - (Europastandard) pro 100.000 Einwohner (vgl. Fußnote 9)



Im Zeitreihenvergleich zwischen dem Kreis Unna und dem Land NRW fällt auf, dass sich die Krebsraten im Kreis Unna sehr wechselhaft entwickeln. Die Trendlinie für den Kreis Unna (obere gestrichelte Linie) zeigt eine Kontinuität, während die Trendlinie für das Land NRW (untere gestrichelte Linie) einen Abwärtstrend belegt. So können die vorangestellten Aussagen zum Landesvergleich bestätigt werden (Abb. 45).

### 3.7.3 Ischämische Herzkrankheiten

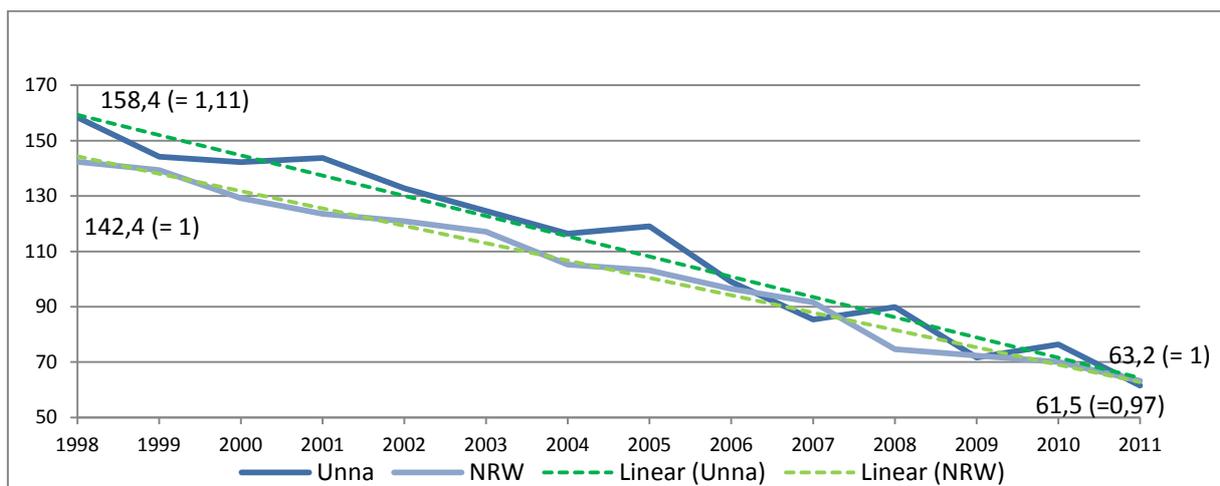


Abbildung 46: Sterbefälle je 100.000 EW<sup>20</sup> insgesamt nach ICD-10: I20 – I25 (Ischämische Herzkrankheiten) von 1998-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

In Landesvergleich liegen die Werte für ischämische Herzkrankheiten im Kreis Unna zwischen 1,11 und 0,97 und damit im Jahre 2011 unter dem Landesdurchschnitt von 1 (SMR)<sup>21</sup>. Der Zeitreihenvergleich zeigt dass sich die Werte von Kreis und Land seit 1998 inzwischen stark angenähert haben. Die Trendlinien zeigen allerdings, dass die ischämischen Herzkrankheiten im Kreis Unna gegenüber dem Landesdurchschnitt stärker abgenommen haben und zwischen 1998 und 2011 fast um zwei Drittel gesunken sind (Abb.46).

### 3.7.4 Lebererkrankungen

Landesweit liegen die Werte zu Erkrankungen der Leber im Kreis Unna zwischen 1,09 im Jahre 1998 und 0,81 im Jahre 2011 (SMR<sup>22</sup>). Damit sind die Zahlen gegenüber dem Landesdurchschnitt (1 SMR) leicht gesunken.

<sup>20</sup> altersstandardisierten Rate – ASR - (Europastandard) pro 100.000 Einwohner (vgl. Fußnote 9)

<sup>21</sup> s. Einführung Kap. 3.6 Sterbefälle

<sup>22</sup> s. Einführung Kap. 3.6 Sterbefälle



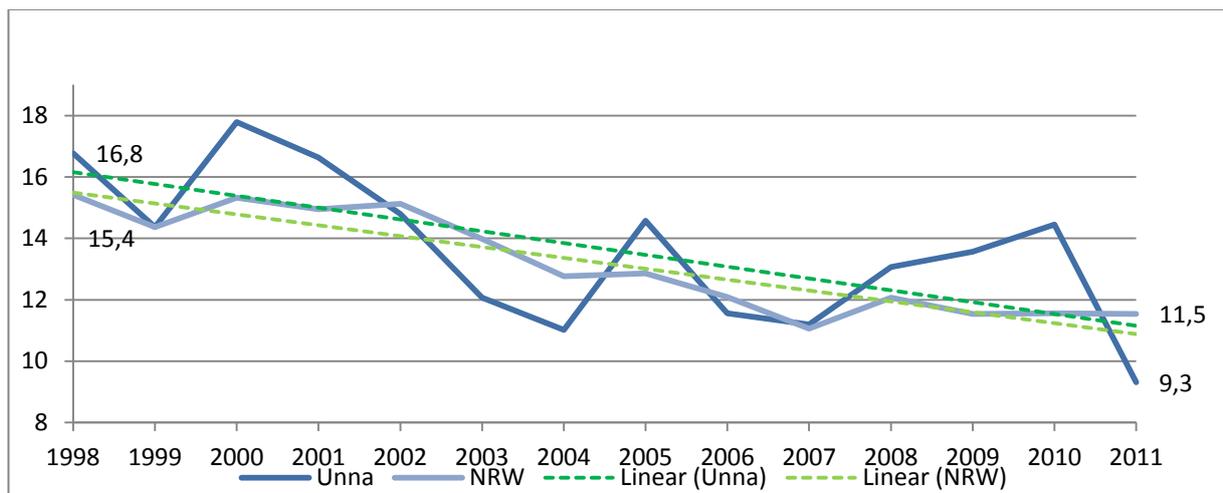


Abbildung 47: Sterbefälle je 100.000 EW<sup>23</sup> nach ICD-10: K70 – K77 (Erkrankung der Leber) von 1998-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Der Zeitreihenvergleich macht deutlich, dass die Erkrankungen der Leber im Kreis Unna größeren Schwankungen unterliegen als im Landesdurchschnitt zu erkennen ist. Die Trendlinien verlaufen allerdings nahezu parallel. Im Ergebnis ist festzustellen, dass sich die Erkrankungen der Leber im Kreis Unna zwischen 1998 und 2011 nahezu halbiert haben (Abb. 47).

### 3.7.5 Säuglingssterblichkeit

Erstaunlich ist die signifikante Steigerung der Säuglingssterblichkeit im Kreis Unna gegenüber den Durchschnittswerten im Regierungsbezirk und auf Landesebene seit 2006. Dennoch kann an dieser Stelle dafür noch keine schlüssige Erklärung gegeben werden. Es bedarf daher bei dieser Frage einer dringenden nachgehenden Betrachtung (Abb. 48).

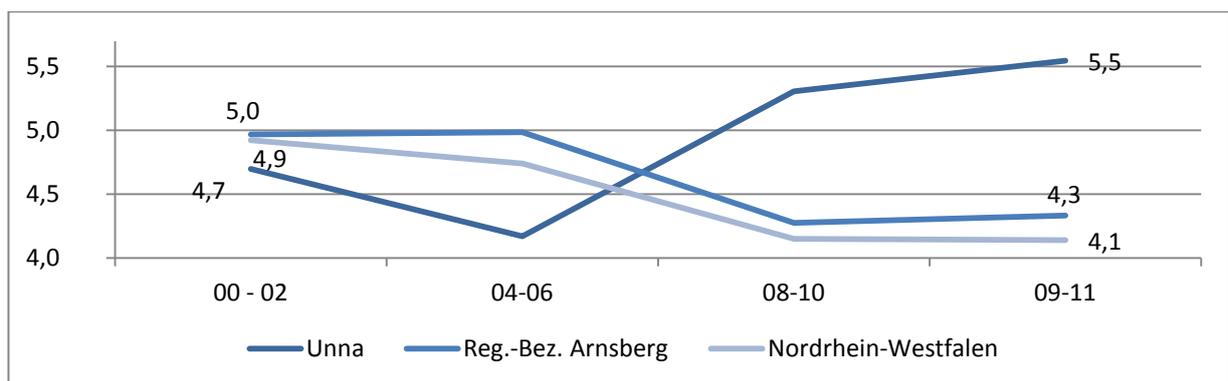


Abbildung 48: Vergleich der im ersten Lebensjahr Gestorbenen pro 100.000 Lebendgeborene (Mittelwert) von 2000-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

<sup>23</sup> altersstandardisierten Rate – ASR - (Europastandard) pro 100.000 Einwohner (vgl. Fußnote 9)



### 3.7.6 Selbsttötungen - Suizide

Die Rate der Selbsttötungen (Suizidrate = Anteil der Bevölkerung, der durch Selbsttötung stirbt) lag im Jahr 2012 bei den Männern bei 15,8 und bei den Frauen bei 5,6. Dies bedeutet, dass pro 100.000 Einwohnern etwa 16 Männer und 6 Frauen durch Selbsttötung gestorben sind. Die Suizidrate stieg mit dem Lebensalter stark an (Abb. 49) (IT NRW).

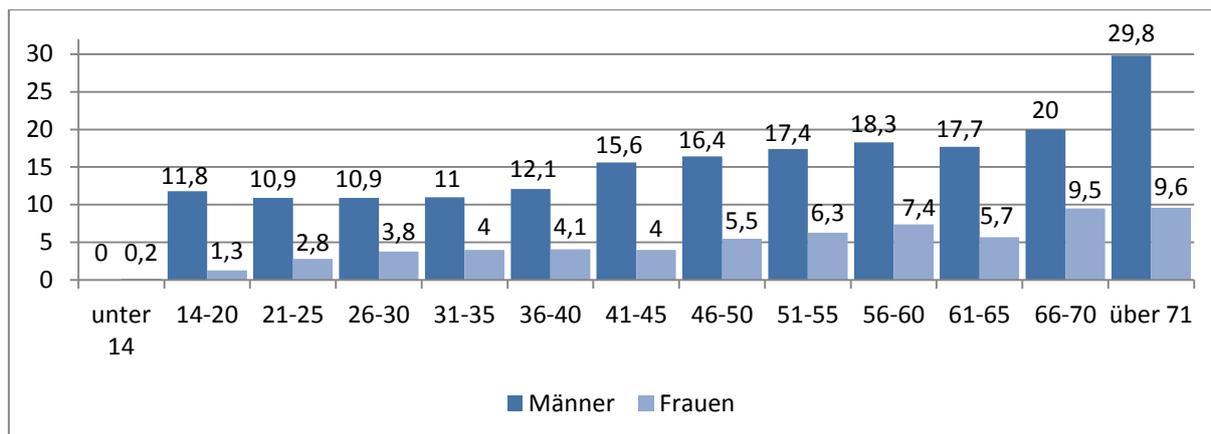


Abbildung 49: Suizide in NRW pro 100.000 EW nach Alter und Geschlecht 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

In absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2012 insgesamt 1.725 Menschen durch Selbsttötungen gestorben sind (470 Frauen, 1.255 Männer). Die häufigsten Todesursachen bei den Selbsttötungen waren „Erhängen, Strangulieren und Ersticken“ (747 Sterbefälle), „Vergiften mit Medikamenten und anderen Drogen“ (322 Sterbefälle) sowie „Stürze in die Tiefe“ (165 Sterbefälle) (IT NRW). Aus Datenschutzgründen ist eine gesonderte Darstellung der Suizide im Kreis Unna für das Jahr 2012 nicht möglich. Dies ist darin begründet, dass die Datensätze für den Kreis Unna zu gering sind und daher Rückschlüsse auf die betroffenen Personen möglich wären.



### 3.8 Schwerbehinderte Personen im Kreis Unna

Der Landesbetrieb für Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) definiert den Begriff der Schwerbehinderung wie folgt:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. Der Grad der Behinderung (GdB) gibt das Ausmaß der Funktionseinschränkung – gestuft nach Zehnergraden von 20 bis 100 – wieder. Als schwerbehinderte Menschen gelten Personen, denen von den zuständigen Aufgabenträgern ein Grad der Behinderung von 50 oder mehr zuerkannt worden ist. Auf Antrag stellen die kreisfreien Städte oder Kreise für diese Personen Ausweise über die Schwerbehinderteneigenschaft aus. Die Art der Behinderung wird anhand von 55 Kategorien erfasst, wobei sich die Einteilung nicht primär an der ursächlichen Krankheitsdiagnose (z. B. Multiple Sklerose), sondern an der Erscheinungsform der Behinderung und der durch sie bestimmten Funktionseinschränkungen (z. B. funktionelle Veränderung an den Gliedmaßen) orientiert. Als Ursache der Behinderung gelten unter anderem angeborene Behinderungen, Krankheiten, Unfälle, Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigungen“ (Tab. 6) (IT NRW).

Tabelle 6: Art der Behinderung mit Vorkommen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Art der schwersten Behinderung	Schwerbehinderte Menschen im Kreis Unna am 31.12.2011		
	Insgesamt	Männer	Frauen
<b>Insgesamt</b>	50 796	26 170	24 626
Verlust oder Teilverlust von Gliedmaßen	201	137	64
Funktionseinschränkungen von Gliedmaßen	6 099	2 868	3 231
Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und des Rumpfes, Deformierung des Brustkorbes	6 661	3 528	3 133
Blindheit und Sehbehinderung	1 790	704	1 086
Sprach- oder Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen	1 846	1 060	786
Verlust einer Brust oder beider Brüste, Entstellungen u. a	875	13	862
Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen bzw. Organ-systemen	9 359	5 582	3 777
Querschnittslähmung, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten	7 186	3 708	3 478
Sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen	16 779	8 570	8 209



Eine Darstellung der Häufigkeit der Arten der schwersten Behinderungen kann für den Kreis Unna in Tabelle 5 nachgelesen werden. Wie in der Definition geschildert ist der Kreis Unna zur Ausstellung von Ausweisen über die Schwerbehinderteneigenschaft verantwortlich.

### 3.8.1 Schwerbehinderte Menschen im Kreis Unna nach Grad der Behinderung

Bei der Betrachtung der statistischen Angaben zu den behinderten und schwerbehinderten Menschen ist die Datenquelle zu berücksichtigen:

Die Bezirksregierung Münster weist die behinderten und schwerbehinderten Menschen gesamt aus, also

- Personen, deren Grad der Behinderung mindestens 20 und maximal 40 beträgt und
- Personen, bei denen ein Grad der Behinderung von mindestens 50 festgestellt wurde, unabhängig davon, ob sie einen gültigen Ausweis haben oder nicht.

Der Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW) bildet in der Statistik nur eine Teilmenge des von der Bezirksregierung Münster erfassten Personenkreises ab. Hier werden alle zwei Jahre die Personen erfasst, die eine Schwerbehinderung (Grad der Behinderung von wenigstens 50) und einen gültigen Schwerbehindertenausweis haben. Die Bezirksregierung Münster erfasst alle Menschen mit Behinderung – auch die ohne (gültigen) Schwerbehindertenausweis gemäß § 131 SGB IX. Daraus ergibt sich eine zahlenmäßige Differenz zwischen den Daten der Bezirksregierung Münster (Datengrundlage Bestandsdaten Kreisverwaltung Unna) und den Daten von IT.NRW.

Nach den Angaben der Bezirksregierung lebten im Kreis Unna zum 31.12.2011 insgesamt 97.001 Menschen mit einer festgestellten Behinderung bzw. Schwerbehinderung (Tab. 7). Dies entspricht 23,7 % der Gesamtbevölkerung des Kreises Unna. Die Schwerbehindertenquote liegt bei 15,8 %. Dabei verteilten sich Menschen mit einer festgestellten Behinderung bzw. Schwerbehinderung auf die Städte und Gemeinden des Kreises wie folgt:

Tabelle 7: Grad der Behinderung nach Alter (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Kommune	2010			2011		
	Gesamt	GdB 20-40	GdB ≥ 50	Gesamt	GdB 20-40	GdB ≥ 50
<b>Bergkamen</b>	11.170	3.843	7.327	11.381	4.024	7.357
<b>Bönen</b>	3.996	1.334	2.662	4.101	1.403	2.698
<b>Fröndenberg</b>	4.808	1.590	3.218	4.876	1.642	3.234
<b>Holzwickede</b>	3.802	1.212	2.590	3.875	1.264	2.611
<b>Kamen</b>	10.802	3.412	7.390	10.967	3.563	7.404
<b>Lünen</b>	21.628	7.038	14.590	22.044	7.390	14.654
<b>Schwerte</b>	11.943	3.666	8.277	12.159	3.842	8.317
<b>Selm</b>	6.151	2.025	4.126	6.245	2.143	4.102
<b>Unna</b>	14.500	4.434	10.066	14.702	4.623	10.079
<b>Werne</b>	6.534	2.099	4.435	6.651	2.205	4.446
<b>Kreis Unna</b>	95.334	30.653	64.681	97.001	32.099	64.902



Die Zahl der von der Bezirksregierung Münster erfassten schwerbehinderten Menschen im Kreis Unna hat sich zum 31.12.2012 auf 64.910 erhöht. Die Zahl der von der Bezirksregierung Münster insgesamt erfassten behinderten und schwerbehinderten Menschen im Kreis Unna hat sich zum 31.12.2012 auf 98.603 erhöht.

### 3.8.2 Schwerbehinderte Personen unter 15 Jahren

Wird nun die Anzahl schwerbehinderter Kinder unter 15 Jahren im Kreis Unna betrachtet, so lag diese von 2001 bis 2011 zwischen 843 und 738 Kindern (Abb. 50). Folglich reduzierte sich die Anzahl der schwerbehinderten Kinder im Kreis Unna in zehn Jahren um 105 Kinder. Diese Reduzierung muss jedoch unter dem Aspekt des allgemeinen Geburtenrückgangs im Kreisgebiet und einer damit einhergehenden Verringerung der Anzahl der im Kreis Unna lebenden Kinder betrachtet werden (LDS NRW 2001; LDS NRW 2003).

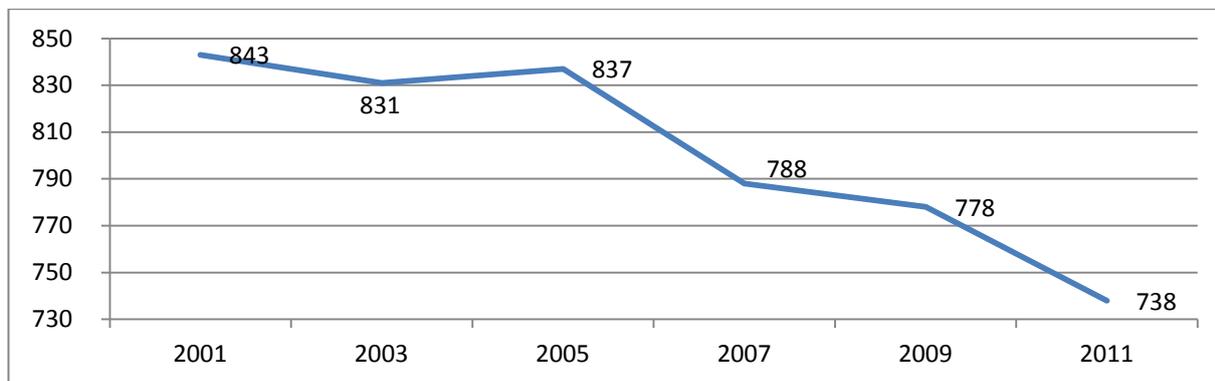


Abbildung 50: Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren 2001-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LDS NRW)

Trotz einer Verringerung der Anzahl der schwerbehinderten Kinder zeigt ein Vergleich des prozentualen Anteils der schwerbehinderten Kinder an den Lebendgeburten in dem genannten Zeitraum dass die Anzahl schwerbehinderter Kinder im Vergleich zur Entwicklung bei den Lebendgeburten um über 3,8% gestiegen ist. (Abb. 51)

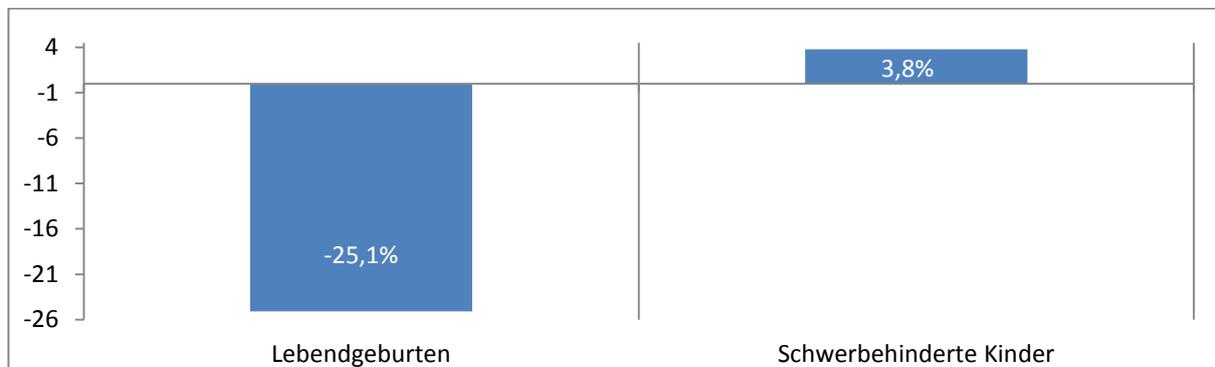


Abbildung 51: Entwicklung der Anzahl der Lebendgeburten und der Anzahl der schwerbehinderten Kinder zwischen 2001 und 2011 im Kreis Unna in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LDS NRW)

Abbildung 52 zeigt, dass bei den absoluten Zahlen die Anzahl der Lebendgeburten stärker zurückgegangen ist als die Zahlen schwerbehinderter Kinder im Kreis Unna.

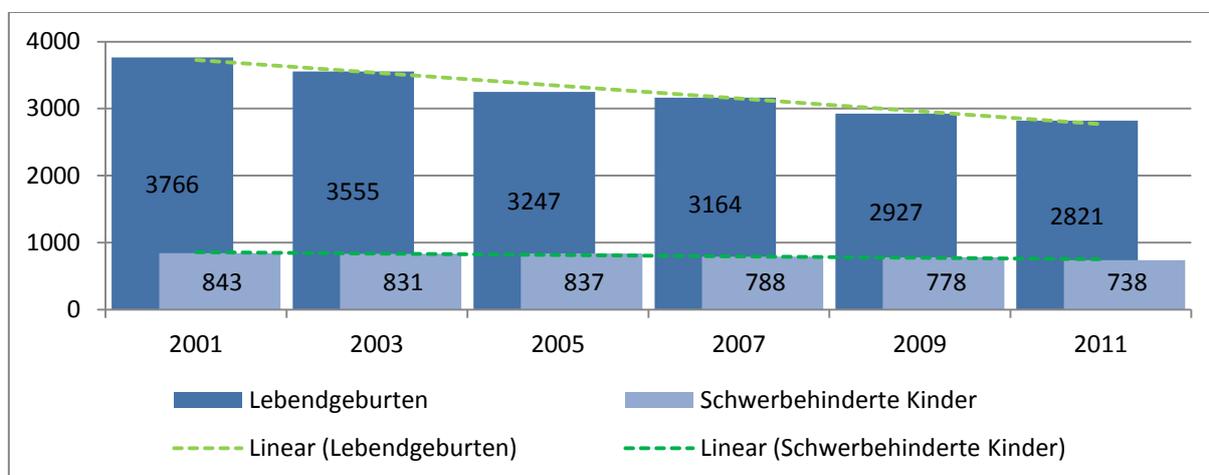


Abbildung 52: Anzahl schwerbehinderter Kinder im Vergleich zu den Lebendgeburten 2001-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LDS NRW)

Der Anstieg des Anteils schwerbehinderter Kinder an den Lebendgeburten ist deutlich abzulesen. Zwischen 2001 und 2011 ist ein Anstieg schwerbehinderter Kinder von 3,8% festzustellen, wenngleich die Zahlen 2011 gegenüber dem Vorjahr 2010 leicht rückläufig sind, ist diese Steigerung sehr auffällig (Abb. 53).

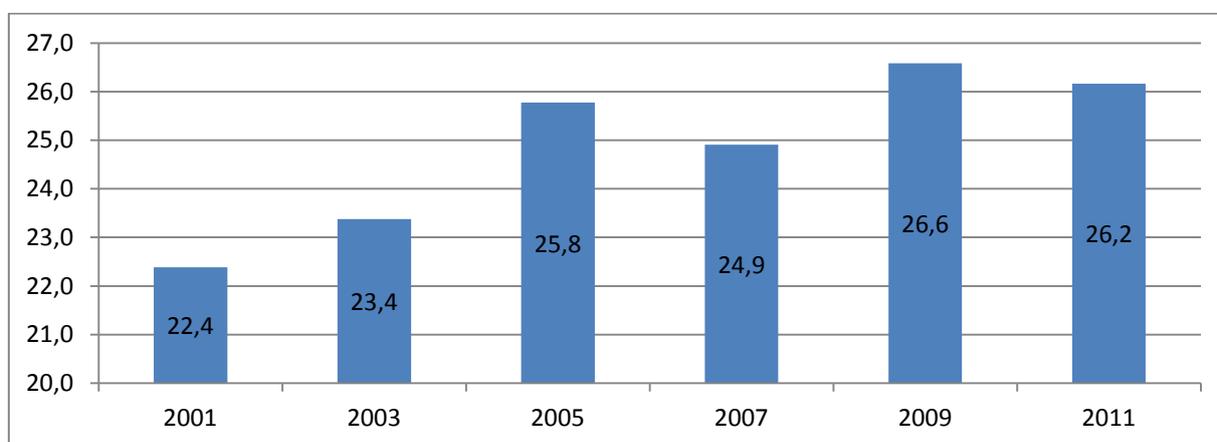


Abbildung 53: Anteil schwerbehinderter Kinder an den Lebendgeburten 2001-2011 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LDS NRW)

Die Entwicklung der Lebendgeburten trifft nicht nur auf den Kreis Unna zu, sondern ist Landes- und bundesweit festzustellen. Die verhältnismäßige Steigerung der behinderten Kinder zu den Lebendgeburten könnte sich allerdings mittelfristig und langfristig als Problem erweisen, wenn nicht rechtzeitig die Weichen für eine bedarfsgerechte Inklusion innerhalb des Fachbereiches Gesundheit und Verbraucherschutz gestellt werden. Hier bieten sich als Maßnahmen beispielsweise ein Netzwerk für KiTas mit Einbezug von behinderten Kindern, gezielte Fortbildungsmaßnahmen für Erzieherinnen oder eine Behandlung des Themas in einer kommunalen Gesundheitskonferenz an.



Im Vergleich der Geschlechter bei schwerbehinderten Kindern im Kreis Unna sind die Jungen deutlich in der Überzahl. Die eingefügte Trendlinie neigt sich zudem bei den Mädchen stärker als bei den Jungen (Abb.54).

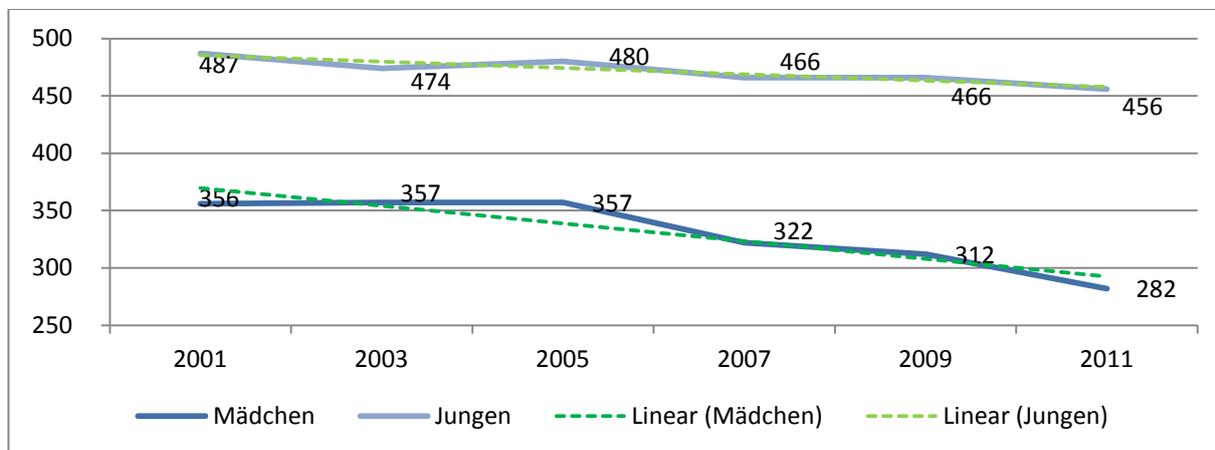


Abbildung 54: Schwerbehinderte Kinder im Kreis Unna nach Geschlecht 2001-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LDS NRW)

### 3.9 Zusammenfassung

- Bei der Betrachtung der Entwicklung von an Schlaganfall Gestorbenen fällt auf, dass die Zahlen im Regierungsbezirk Arnsberg deutlich zurückgegangen, im Kreis Unna allerdings seit 2003 nahezu gleich geblieben sind.
- Beim Vergleich der Neuerkrankungen zwischen dem Kreis Unna und dem Land NRW zeigen die Verlaufskurven sowohl beim Kreis Unna als auch beim Land NRW starke Schwankungen, wenngleich beide Trendlinien einen Abwärtstrend belegen.
- Lungenkrebs und Darmkrebsneuerkrankungen haben seit 2009 im Kreis Unna stetig zugenommen. Beim Lungenkrebs ergibt sich, bezogen auf das Basisjahr 2007 eine Steigerung um 7,2%. Die Zunahme beim Darmkrebs im Kreis Unna betrug 2011 gegenüber 2007 bereits 12,2%. Im Vergleich kann festgestellt werden, dass die Lungenkrebsneuerkrankungen im Kreis Unna stärker gestiegen sind als im NRW Durchschnitt und im Regierungsbezirk Arnsberg.
- Im Vergleich der Jahre 2005 und 2009 hat sich die Zahl der Raucher im Kreis Unna insgesamt um gut 2% verringert. Dennoch gehörte noch immer fast ein Drittel der Kreisbevölkerung zum Kreis der aktiven Raucher.
- Bei der Diagnose Adipositas kann festgestellt werden, dass die Zahlen im Kreis Unna über den Zahlen im Regierungsbezirk und auch über dem Landesdurchschnitt liegen. Anlass zu Bedenken geben die Zahlen der 18-29-Jährigen, da festzustellen ist, dass einerseits die Zahlen ab dieser Altersgruppe kontinuierlich in die Höhe gehen und andererseits die Zahlen bei den Männern bereits ab dem achtzehnten Lebensjahr doppelt so hoch sind wie bei den gleichaltrigen Frauen.
- Trotz eines Rückgangs der Herzkreislauferkrankungen zwischen 2003 und 2011 liegen die Zahlen für den Kreis Unna über dem Landesdurchschnitt und befinden sich in einer Größenordnung von ca. 3.900 Fällen pro 100.000 Einwohner.
- Die Gesamtunfallzahl im Kreis Unna ist im Jahr 2013 im Vergleich zum Vorjahr um 210 Fälle (+ 2,68%) gestiegen. Jedoch ist die Anzahl der Unfälle mit Personenschaden von 858 auf 810 gefallen. Zudem konnte ein Rückgang der Unfallzahlen von Kindern beobachtet werden. Dies bezieht sich sowohl auf Unfälle mit dem Fahrrad als auch auf Fußgänger und Mitfahrer.
- Seit 2009 haben die meldepflichtigen Krankheiten insgesamt abgenommen. Besonders deutlich war dabei die Abnahme der Norovirus-Fälle. Jedoch konnte eine Zunahme beim Rotavirus festgestellt werden.
- Nach einem kurzen Rückgang im Jahre 2010 konnten 2012 bei 89,4% der Einschulungskinder zwei Impfungen gegen Masern nachgewiesen werden, wobei 2012 ca. 95% der Einschulkinder ein Impfbuch vorlegten.
- Seit 2011 ist ein leichter Anstieg der MRSA-Fälle zu verzeichnen.
- Die Landesstatistik zeigt, dass die hauptsächlichen Todesursachen sowohl bei Männern als auch bei Frauen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und Krebserkrankungen sind.



- Im Zeitreihenvergleich zwischen dem Kreis Unna und dem Land NRW fällt auf, dass sich die Krebsraten im Kreis Unna sehr wechselhaft entwickeln, wobei sie leicht über dem Landesdurchschnitt liegen.
- Ischämische Herzkrankheiten im Kreis Unna haben gegenüber dem Landesdurchschnitt stark abgenommen. So sind sie zwischen 1998 und 2011 fast um zwei Drittel gesunken.
- Erkrankungen der Leber im Kreis Unna haben sich zwischen 1998 und 2011 nahezu halbiert.
- Im Gegensatz zu den Durchschnittswerten im Regierungsbezirk und auf Landesebene ist im Kreis Unna seit 2006 eine signifikante Steigerung der Säuglingssterblichkeit festzustellen.
- Im Land Nordrhein-Westfalen sind im Jahr 2012 insgesamt 1.725 Menschen durch Selbsttötungen gestorben. Aus Datenschutzgründen ist eine gesonderte Darstellung der Suizide im Kreis Unna für das Jahr 2012 nicht möglich.
- Lt. Bezirksregierung Münster sind im Kreis Unna zum 31.12.2012 insgesamt 98.603 behinderte und schwerbehinderte Menschen erfasst. Im Jahr 2010 waren es noch 95.334 Menschen.
- Im Kreis Unna ist ein deutlicher Rückgang der Lebendgeburten zu verzeichnen (-33,5%). Im Vergleichszeitraum ist die Anzahl der Lebendgeborenen mit Schwerbehinderung um ca. 14% gesunken. Damit stieg der Anteil schwerbehinderter Kinder an den Lebendgeburten von 2001 bis 2011 um ca. 26 %. Rund 62% der Lebendgeborenen mit Schwerbehinderung sind Jungen.



## 4 Gesundheitsverhalten

### 4.1 Einleitung

Unter Gesundheitsverhalten werden diejenigen Aktivitäten von Menschen verstanden, welche darauf ausgerichtet sind, einen bestehenden guten Gesundheitszustand zu erhalten. Insofern sind diese Menschen bemüht, einen direkten Einfluss auf die Erhaltung ihres Gesundheitszustandes auszuüben, indem sie Verantwortung für ihre Gesundheit wahrnehmen (Kasl & Cobb 1966).

Menschen dieser Kategorie suchen aktiv nach Gesundheitsinformationen, nehmen Kontrolluntersuchungen wahr, entscheiden sich für medizinische Prophylaxe, bevorzugen z.B. einen moderaten Konsum von Alkohol oder entwickeln Aktivitäten zur Förderung ihrer Gesundheit, welche sie in ihren Lebensalltag integrieren (ebd.).

In der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion sind die Thesen von Kasl und Cobb allerdings nicht unumstritten, weil sie das Gesundheitsverhalten von kranken Menschen ausschließen (Kaptein & Weinmann 2004, zit. in: Klein 2007). Insbesondere dieser Personenkreis ist darum bemüht, durch eine gezielte gesundheitsförderliche Lebensweise, das Fortschreiten ihrer Krankheit zu stoppen oder aufzuhalten (ebd.).

Gleichzeitig verhalten sich Menschen bewusst gesundheitsförderlich, um Krankheiten erst gar nicht entstehen zu lassen. Kaptein und Weinmann definieren Gesundheitsverhalten daher als *„Aktivitäten, durch die Krankheiten und Behinderungen verhindert bzw. früh erkannt werden können und welche die Gesundheit fördern und verbessern“* (Kaptein & Weinmann 2004: 26-27). Grundsätzlich steht der Begriff Gesundheitsverhalten für eine gesundheitsfördernde Lebensweise, um schädigende Einflüsse vermeiden zu können.

Ein durch Gesundheitsförderung geprägtes Gesundheitsverhalten beeinflusst einerseits die individuellen Lebensbedingungen von Menschen, konzentriert sich aber auch gleichzeitig auf soziale Rahmenbedingungen, unter denen Kompetenzen für Gesundheit gelernt werden können. Insofern unterstützt Gesundheitsförderung die wesentlichen Grundlagen, um es Menschen zu ermöglichen, aus eigenem Antrieb eine Entscheidung für ein gesundes Leben zu treffen.

Zielgruppen von gesundheitsfördernden Maßnahmen sind nicht nur Risikogruppen, sondern alle Gruppen der Bevölkerung. Maßnahmen der Gesundheitsförderung setzen da an, wo Krankheit noch nicht eingetreten ist (Kreis Unna, der Landrat 2007).

### 4.2 Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern

Das Bewusstsein für Gesundheit und das daraus resultierende Verhalten ist, wie wissenschaftliche Untersuchungen gezeigt haben, bei Frauen und Männern unterschiedlich ausgeprägt. Auch im Hinblick auf die Bewältigung einer Krankheit ergeben sich Unterschiede (Johannes Gutenberg-Universität 2011; vgl. Kolip 2008).

Frauen und Männer bilden keine homogene Gruppe und demzufolge ist der Zustand ihrer Gesundheit sowie das darauf abgestimmte Verhalten aber auch die jeweilige Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen von unterschiedlichen Faktoren wie zum Beispiel dem sozioökonomischen Status abhängig (ebd.).

Frauen und Männer verhalten sich unterschiedlich und nehmen anders wahr. Aus diesem Grund müssen derartige Abweichungen auch im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten berücksichtigt werden.



Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat in seinem ersten Gender-Datenreport Erkenntnisse zum Thema Gesundheitsstatus und Gesundheitsrisiken von Frauen und Männern komprimiert zusammengefasst:

- *„Frauen werden älter als Männer. Die Lebenserwartung von neugeborenen Mädchen beträgt in Deutschland heute 81 Jahre, die von neugeborenen Jungen 75 Jahre.*
- *Gesundheit und Krankheit hängen nicht nur von objektiven Faktoren, sondern auch von subjektiver Wahrnehmung und Bewertung ab.*
- *Frauen geben im Durchschnitt etwas häufiger als Männer an, in den vergangenen vier Wochen krank gewesen zu sein. Männer erleiden durchschnittlich häufiger folgenschwere (Arbeits-) Unfälle als Frauen. Für Männer ist die Jugend, für Frauen das Alter eine besonders unfallträchtige Lebensphase.*
- *Männer bewerten ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt besser und sind mit ihrer Gesundheit zufriedener als Frauen. Am zufriedensten mit ihrer Gesundheit sind junge Männer mit (Fach-) Hochschulabschluss, die voll erwerbstätig sind, über ein hohes Einkommen verfügen und in den westlichen Bundesländern leben.*
- *Frauen stellen circa 55 Prozent der Krankenhauspatientinnen und -patienten, Männer verbringen aber durchschnittlich mehr Tage im Krankenhaus, wenn sie erkranken.*
- *58 Prozent der deutschen Männer und 41 Prozent der deutschen Frauen ab dem Alter von 18 Jahren sind übergewichtig oder stark übergewichtig. Im Alter von 18 bis 19 Jahren sind 13 Prozent der jungen Frauen und 6 Prozent der jungen Männer untergewichtig.*
- *Männer rauchen mehr und sie konsumieren mehr Alkohol und illegale Drogen als Frauen; Frauen sind häufiger von Medikamenten abhängig.*
- *Männer erleiden mehr schwere und tödliche Arbeitsunfälle als Frauen. Sie begehen auch deutlich häufiger als Frauen Selbstmord.*
- *Ausländische Männer mittleren Alters rauchen häufiger als deutsche. Alkoholabstinenz ist unter ausländischen jungen Frauen und Männern deutlich verbreiteter als unter deutschen“ (BMFSFJ 2005: 471).*

### **4.3 Suchtverhalten von Männern und Frauen**

Beim Suchtverhalten ergeben sich ebenfalls Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Das Rauchen ist bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen. In der Altersgruppe der 18-79-Jährigen rauchen 32,6% der Männer und 26,9% der Frauen. Diese Beobachtung konnte besonders bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen gemacht werden (Lampert et.al. 2013).

Männer trinken auch mehr Alkohol als Frauen. Etwa ein Drittel aller Männer haben einen riskanten Alkoholgebrauch (32,6%), während etwa 22,1% der Frauen regelmäßig trinken. Jeder vierte Mann trinkt mindestens einmal pro Monat mehr als fünf alkoholische Getränke (Rauschtrinken) (RKI 2012).

Auch beim Konsum illegaler Drogen liegen die Männer vorne. Wenn Frauen illegale Drogen konsumieren, so ist das nicht immer gleichbedeutend mit regelmäßigem Konsum oder einer starken Suchterkrankung, während Männer eher in eine Drogenabhängigkeit abrutschen (Busch et. al. 2013).



### 4.3.1 Allgemeine Suchtproblematik im Kreis Unna

Nachfolgend stehen die spezielle Problematik der Substitutionsbehandlung und die Frage des Alkoholmissbrauches im Vordergrund. Zusätzlich wird eine gezielte Befragung des Jugendamtes der Kreisstadt Unna kurz beschrieben.

### 4.3.2 Methadon-Substitutionsbehandlung

Eine Substitutionsbehandlung von Suchtabhängigen erfolgt mit legalen, zu verordnenden Medikamenten, mit dem Ziel, eine nachhaltig anhaltende Abstinenz von Drogen zu erreichen. Methadon ist Ersatzstoff für Heroin. Im Jahre 2005 wurde es von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in die Liste notwendiger Arzneimittel aufgenommen (BAG Schweiz 2009).

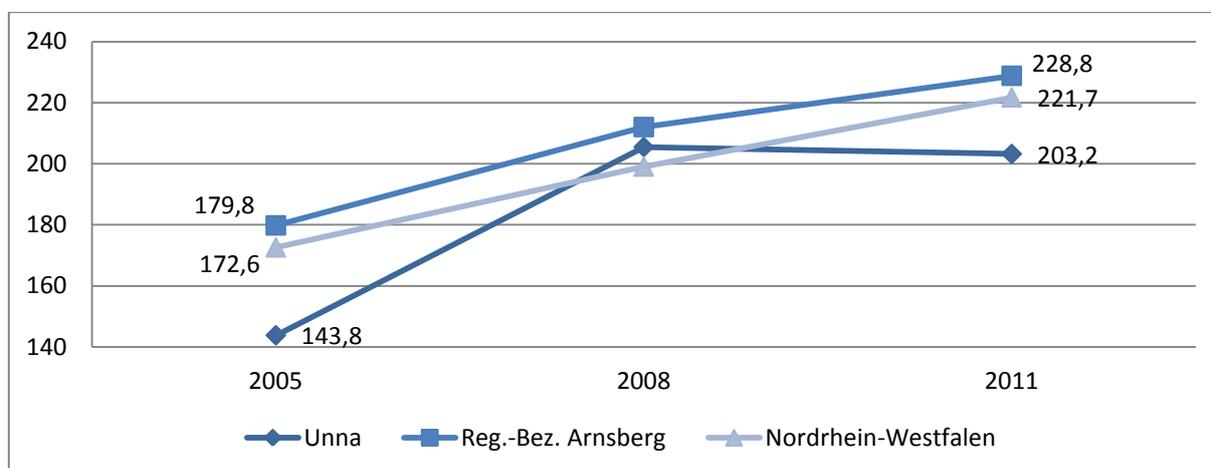


Abbildung 55: Gemeldete Substitutionsbehandlungen 2005-2011 pro 100.000 EW (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Die Substitutionsbehandlungen im Kreis Unna liegen deutlich unter den Durchschnittsdaten des Landes NRW und des Regierungsbezirkes Arnsberg. Während im Kreis Unna nach 2008 ein leichter Rückgang zu verzeichnen war, steigen die Zahlen in NRW und im Regierungsbezirk linear an (Abb.55).

Im Kreis Unna wird die Substitutionsbehandlung sowohl von ausgewählten niedergelassenen Ärzten, als auch von einer Substitutionsambulanz in Lünen durchgeführt. Darüber hinaus hält die Gemeinnützige Gesellschaft für Suchthilfe im Kreis Unna mbH (nachfolgend: gGmbH) im Rahmen der Drogenhilfe im Kontaktladen Unna „niedrigschwellige und akzeptierende Angebote vor allem für i. v. - konsumierende Drogenkonsumenten/ -innen“ vor. „Konkret bedeutet dies: Abstinenz und Änderung des Lebensstils werden nicht zur Voraussetzung für Hilfe gemacht. Stattdessen werden elementare (Über-) Lebenshilfen angeboten, wodurch die Risiken des unbestritten gefährlichen Lebensstils minimiert werden sollen.“ (gGmbH 2014)



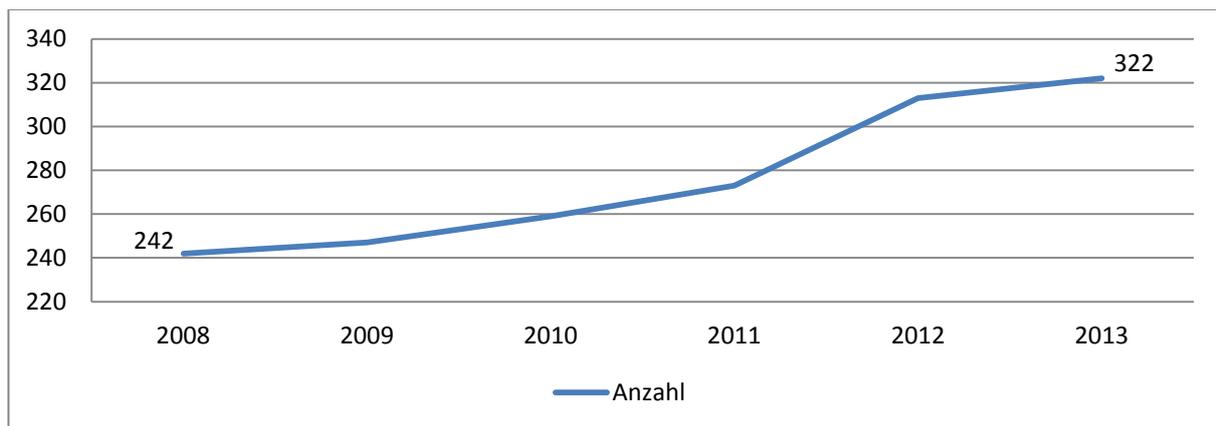


Abbildung 56: Substitutionsbehandlung von 2008-2013 der gGmbH – Anzahl der Fälle (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage gGmbH)

Die gGmbH leistet seit Jahren neben der Beratung und Vermittlung im Rahmen der psychosozialen Begleitung auch einen eigenen aktiven Beitrag zur Substitution. Seit 2008 sind die Substitutionsbehandlungen von 242 auf 322 Fälle, also um 33,1%, gestiegen (Abb. 56). Die gGmbH hat sich somit zu einem stabilisierenden Faktor in der Substitutionsbehandlung entwickelt.

#### 4.3.3 Alkoholmissbrauch von Kindern und Jugendlichen

Am 13.04.2011 wurde die 8. Kreisgesundheitskonferenz zum Thema „Jugendliche im Vollrausch – mehr Prävention wagen“ in der Stadthalle Kamen durchgeführt. Unter anderem wurden bei dieser Konferenz Beispiele guter Präventionskonzepte zur Diskussion gestellt. Dazu zählten die Projekte „HaLT“ (Hart am Limit), „Komm mal klar - Vollrausch ohne mich“, „Eltern aktiv“ und „Voll ist out“ (Kreis Unna 2011b). Eine wesentliche Handlungsempfehlung dieser Konferenz lautete:

*„Die Kreisgesundheitskonferenz bittet, die Einrichtung einer Fachstelle für Prävention im Kreis Unna zu prüfen. Die Fachstelle soll in ihrer inhaltlichen Ausrichtung die Präventionsarbeit mit besonderer Beachtung lokaler Notwendigkeiten und Bezüge begleiten und weiter entwickeln.“*  
(Kreis Unna 2011b).

Die Verantwortung für die Umsetzung dieser Handlungsempfehlung lag bei den Suchtberatungsstellen im Kreis Unna und hier insbesondere bei der gGmbH. Eine von der gGmbH zusammengeführte Statistik der Krankenhäuser in Unna von 2008 bis 2013 zeigt deutlich, dass die Anzahl Minderjähriger, die infolge übermäßigen Alkoholkonsums in stationäre Behandlung eingewiesen wurden, seit 2008 deutlich gesunken ist. Dass die intensiviertere Präventionsarbeit der gGmbH ihre Wirkung zeigt, beweist die Tatsache, dass - nach einer vorübergehenden Steigerung der Einweisungen im Jahre 2013 - die Zahlen erneut gesunken sind. Insgesamt sind die Einweisungen seit 2008 um 62,9% gesunken (Abb. 57).

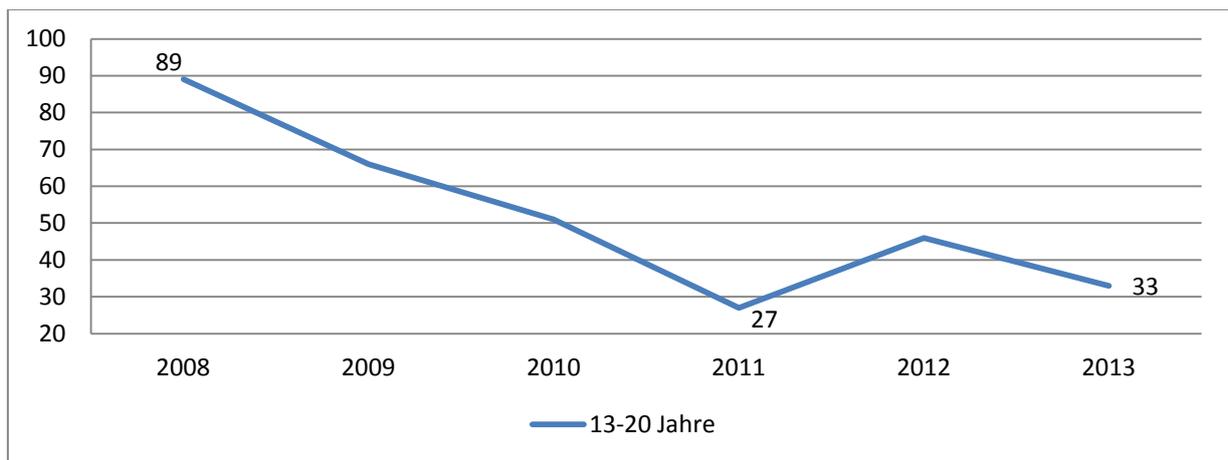


Abbildung 57: Krankenhauseinlieferungen auf Grund einer Alkoholvergiftung in der Altersgruppe 13-20 Jahre von 2008-2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage gGmbH)

Tabelle 8 zeigt die altermäßige Verteilung bei den Einweisungen infolge einer Alkoholvergiftung. Insbesondere bei der Altersgruppe der 16 und 17-Jährigen ist ein erfreulicher, überdurchschnittlicher Rückgang zu verzeichnen.

Tabelle 8: Einweisungen infolge einer Alkoholvergiftung nach Alter (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage eigene Berechnungen)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Rückgang seit 2008
13 Jahre	3	0	0	0	0	0	3
14 Jahre	4	12	1	0	2	1	3
15 Jahre	5	10	11	3	7	2	3
16 Jahre	20	7	8	7	5	5	15
17 Jahre	16	11	7	4	11	6	10
18 Jahre	15	6	16	7	7	9	6
19 Jahre	12	10	3	1	7	5	7
20 Jahre	14	10	5	5	7	5	9
<b>Gesamt</b>	<b>89</b>	<b>66</b>	<b>51</b>	<b>27</b>	<b>46</b>	<b>33</b>	<b>56=62,9%</b>

Die Betrachtung der geschlechtsspezifischen Einweisungen infolge einer Alkoholvergiftung zeigt, dass die Jungen in der Überzahl sind. Insgesamt wurden 2013 nahezu doppelt so viele Jungen eingeliefert. Die Trendlinien belegen aber, dass der Rückgang bei den Jungen erheblich stärker ausgeprägt ist als bei den Mädchen. Während der Rückgang bei den Jungen 67,7% beträgt, hat sich der Rückgang bei den Mädchen mit 50% halbiert. Insgesamt ergibt sich ein positives Bild mit eindeutig abnehmendem Trend (Abb. 58).



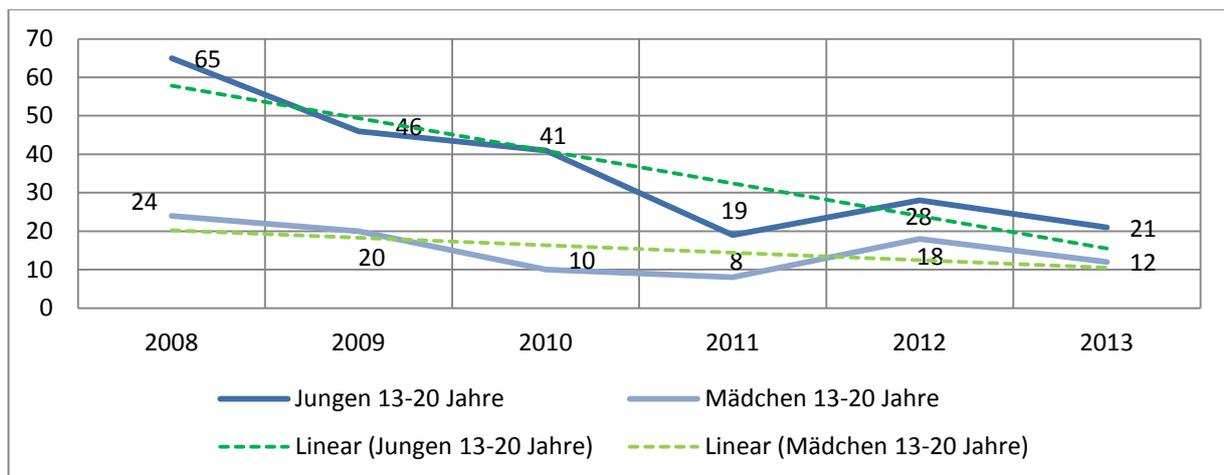


Abbildung 58: Anzahl der Einlieferungen auf Grund von Alkoholvergiftungen in der Altersgruppe 13-20 Jahre von 2008-2013, getrennt nach Geschlecht (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage eigene Berechnungen)

Die Rückgänge der Einweisungen lassen sich auch bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung noch einmal bestätigen. Besonders auffällig ist der Rückgang bei den 16 und 17-jährigen Mädchen (Tab. 9).

Tabelle 9: Rückgang Einweisungen auf Grund von Alkoholvergiftungen in der Altersgruppe 13-20 Jahre von 2008-2013, getrennt nach Geschlecht (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage eigene Berechnungen)

Jahre	2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	2013	2013
Alter	Junge	Mäd.	Junge	Mäd.	Junge	Mäd.	Junge	Mäd.	Junge	Mäd.	Junge	Mäd.
13 Jahre	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14 Jahre	3	1	7	5	0	1	0	0	0	2	1	0
15 Jahre	1	4	8	2	10	1	3	0	4	3	1	1
16 Jahre	15	5	5	2	7	1	4	3	4	1	4	1
17 Jahre	14	2	7	4	5	2	2	2	9	2	5	1
18 Jahre	10	5	4	2	13	3	4	3	3	4	5	4
19 Jahre	10	2	7	3	2	1	1	0	4	3	2	3
20 Jahre	12	2	8	2	4	1	5	0	4	3	3	2
<b>Gesamt</b>	<b>65</b>	<b>24</b>	<b>46</b>	<b>20</b>	<b>41</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>18</b>	<b>21</b>	<b>12</b>

#### 4.4 Vorsorgeuntersuchungen - Nachgewiesene Teilnahme an der U9

Die U9 ist die letzte Vorsorgeuntersuchung vor der Einschulung des Kindes. Hierbei werden die Grob- und Feinmotorik des Kindes, die Entwicklung der geistigen und sozialen Fähigkeiten und die Sprachentwicklung untersucht. Wenn bei dieser Untersuchung Fehlentwicklungen festgestellt werden, besteht die Möglichkeit, diese noch vor Schulbeginn zu beheben oder zu verbessern.

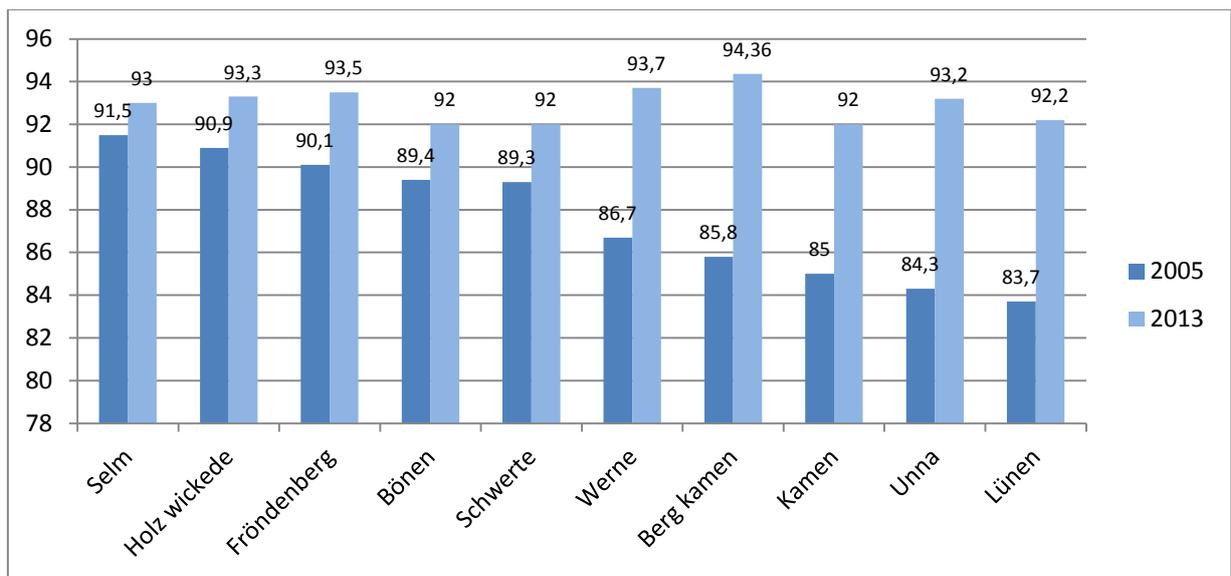


Abbildung 59: Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung U9 in den einzelnen Kommunen des Kreises Unna im Vergleich 2005 zu 2013 (Quelle; Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Bestand 2005 noch ein deutliches Gefälle in der Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchung U9 mit zunehmender Größe der Kommune, so liegt 2013 die Akzeptanz der Vorsorge flächendeckend über 90%. Hierzu wird auch die positive Meldepflicht der Kinderärzte und die Überprüfung der Kindeswohlgefährdung durch die Jugendämter geführt haben (Abb. 59) (U-Untersuchung-TeilnahmedatenVO – UTeilnahmeDatVO NRW).

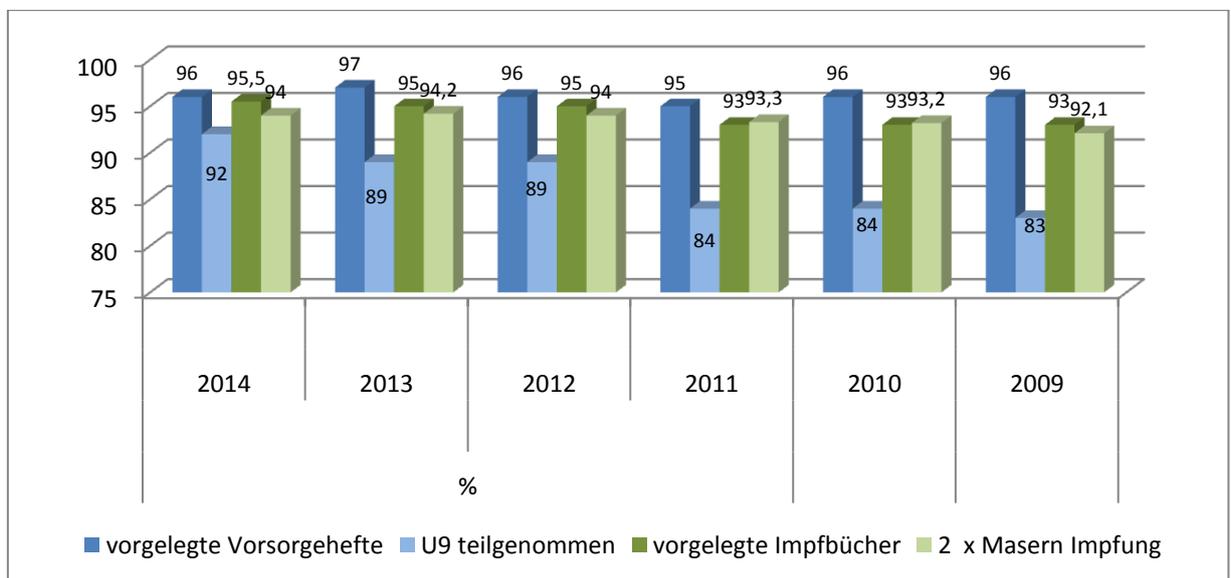


Abbildung 60: prozentuale Vorlage von Vorsorgeheften und Impfbüchern, Teilnahme an der Untersuchung U9 im Alter von 60-64 Monaten und kompletter Impfstatus gegen Masern im Kreis Unna (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Trotz der guten Vorsorgesituation (Abb. 60) fanden die Schulärztinnen im Kreis Unna auch 2014 bei jedem 4. Einschulungskind kontrollbedürftige Befunde (Abb. 61). Dabei ging es oft um Auffälligkeiten im Skelett- und Muskelaufbau oder um Entwicklungsauffälligkeiten (13%), eine augenärztliche Kontrolluntersuchung (8,5%) oder eine Empfehlung zur Kontrolle beim HNO-Arzt (3,6%). Ebenso wurde mindestens jedem 4. Kind (26,5 %) kompensatorischer Sport empfohlen.



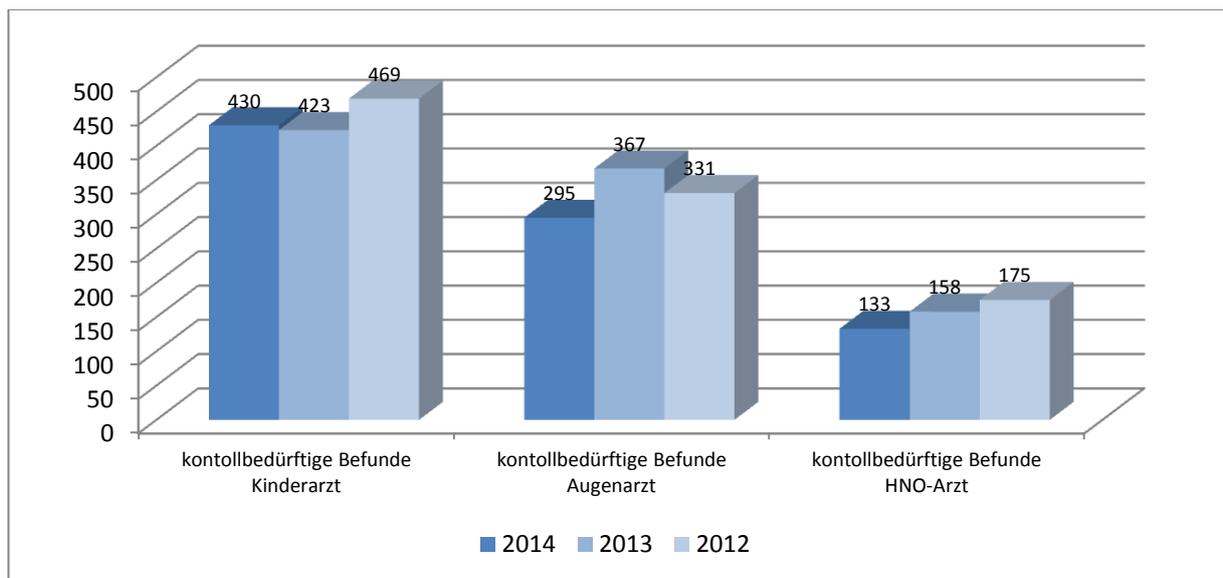


Abbildung 61 schulärztlich erhobene, kontrollbedürftige Befunde bei SEU im Kreis Unna (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

#### 4.5 Zusammenfassung

- Die Substitutionsbehandlungen im Kreis Unna liegen deutlich unter den Durchschnittsdaten des Landes NRW und des Regierungsbezirkes Arnsberg.
- Die von der gemeinnützigen Gesellschaft für Suchthilfe im Kreis Unna m.b.H (gGmbH) begleiteten Substitutionsbehandlungen sind von 242 im Jahr 2008 auf 322 Fälle im Jahr 2013 (+ 33,1%) gestiegen.
- Die Anzahl Minderjähriger, die infolge übermäßigen Alkoholkonsums in stationäre Behandlung eingewiesen wurden, ist seit 2008 deutlich gesunken (-62,9%). Besonders bei der Altersgruppe der 16 und 17-jährigen ist ein erfreulicher, überdurchschnittlicher Rückgang zu verzeichnen.
- Die Akzeptanz der Vorsorge (Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchung U9) liegt im Jahr 2013 flächendeckend über 90%.
- Im Kreis Unna wurden 2014 im Rahmen schulärztlicher Untersuchungen bei jedem 4. Einschulungskind kontrollbedürftige Befunde festgestellt.



## 5 Gesundheitsversorgung

### 5.1 Einleitung

In diesem Kapitel wird die Palette der ärztlichen und komplementären Versorgung, sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor abgebildet. Dabei werden die Zahlen der Ärzte/Fachärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheken, bezogen auf die Städte und Gemeinden im Kreis Unna genannt und veranschaulicht. Bei den Ärzten wird zuerst auf die aktuelle Bedarfsrichtlinie der KVWL hingewiesen.

#### 5.1.1 Ambulante haus- und fachärztliche Versorgung im Kreis Unna

Seit dem 01.07.2013 ist die Bedarfsplanung für die ärztliche Versorgung neu geregelt. Grundsätzlich sind vier ärztliche Versorgungsgruppen definiert: Hausärztliche Versorgung, allgemeine fachärztliche Versorgung, spezialisierte fachärztliche Versorgung und gesonderte fachärztliche Versorgung (Abb.62).

Neue Systematik der Bedarfsplanung seit dem 01.07.2013 **KVWL** Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Hausärztliche Versorgung	Allg. fachärztl. Versorgung	Spezialisierte fachärztl. Vers.	Gesonderte fachärztl. Versorg.
Mittelbereiche	Kreise	Raumordnungsregionen	KVen
Eine Verhältniszahl	Fünf Verhältniszahl	Eine Verhältniszahl	Eine Verhältniszahl
Anzahl 883 [111]	Anzahl 372 [27]	Anzahl 97 [8]	Anzahl 17 [1]
<b>Arztgruppen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hausärzte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Augenärzte</li> <li>▪ Chirurgen</li> <li>▪ Frauenärzte</li> <li>▪ HNO-Ärzte</li> <li>▪ Hautärzte</li> <li>▪ Nervenärzte</li> <li>▪ Psychotherap.</li> <li>▪ Orthopäden</li> <li>▪ Urologen</li> <li>▪ Kinderärzte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachinternisten</li> <li>▪ Anästhesisten</li> <li>▪ Radiologen</li> <li>▪ Kinder- und Jugendpsychiater</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PRM-Mediziner</li> <li>▪ Nuklearmediziner</li> <li>▪ Strahlentherap.</li> <li>▪ Neurochirurgen</li> <li>▪ Humangenetiker [NRW]</li> <li>▪ Laborärzte [NRW]</li> <li>▪ Pathologen [NRW]</li> <li>▪ Transfusionsmediziner [NRW]</li> </ul>

Quelle: KBV, 2013

Abbildung 62: Neue Systematik der Bedarfsplanung seit dem 01.07.2013 (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)

Für die regionale Bedarfsplanung gelten Mittelbereiche (Hausärzte), Kreise (allg. Fachärzte), Raumordnungsregionen<sup>24</sup> (spez. Fachärzte) und der Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung NRW (KV NRW) für die gesonderte fachärztliche Versorgung. Darüber hinaus werden vier Gruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung NRW-weit geplant. Die sechs Mittelbereiche im Kreis Unna sind auf Lünen (incl. Selm), Werne, Bergkamen, Kamen, Unna (incl. Bönen, Fröndenberg und Holzwickede)

<sup>24</sup> in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung

und Schwerte bezogen. Die in eckigen Klammern vermerkten Zahlen geben die Anzahl der jeweiligen Planungsbereiche in Westfalen-Lippe wieder, da sich die Übersicht auf die Bundesebene bezieht.

Bei der Betrachtung der hausärztlichen Versorgung fällt auf, dass sich die Anzahl der Ärzte, bei angenommener gleich bleibender Entwicklung, bis zum Jahre 2024 deutlich verringern wird (Abb. 63).

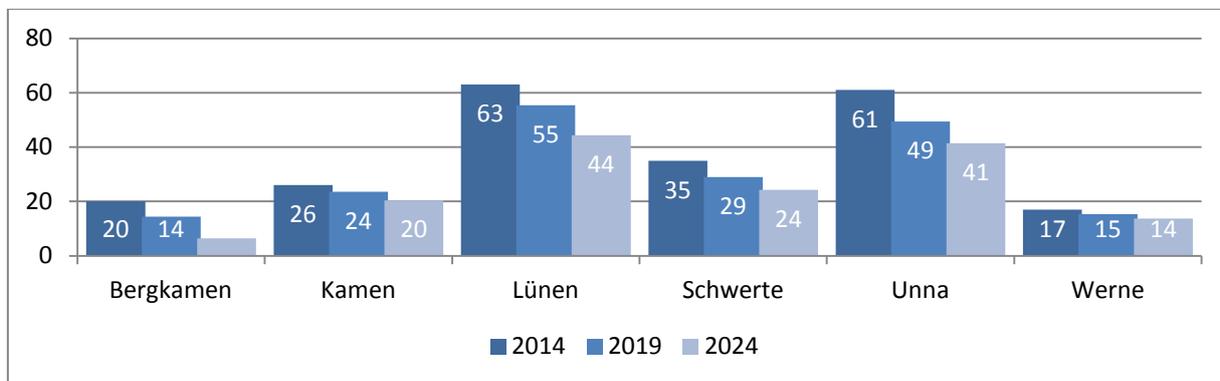


Abbildung 63: Prognose Hausärzte im Mittelbereich ohne Zuwachs 2014-2024 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)

Bei der durch den Kreis Unna erstellten Zukunftsprognose wird davon ausgegangen, dass eine Reihe von Hausärzten auch über das fünfundsiebzehnte Lebensjahr hinaus praktizieren wird. Insofern sind im 5-Jahresschnitt zunächst die heute über 65-jährigen Hausärzte herausgenommen worden und erst im 10-Jahresschnitt die heute 60-jährigen Hausärzte weggefallen. Die KVWL hat aber darauf hingewiesen, dass Hausärzte mit 65 Lebensjahren in der Regel in den Ruhestand treten. Insofern könnte sich die Situation noch dramatischer gestalten als hier dargestellt.

Insbesondere für den Mittelbereich Bergkamen, in dem bereits 2014 der bestehende Versorgungsgrad unter 100% liegt, kann ein besorgniserregendes Szenario entwickelt werden (Abb. 64).

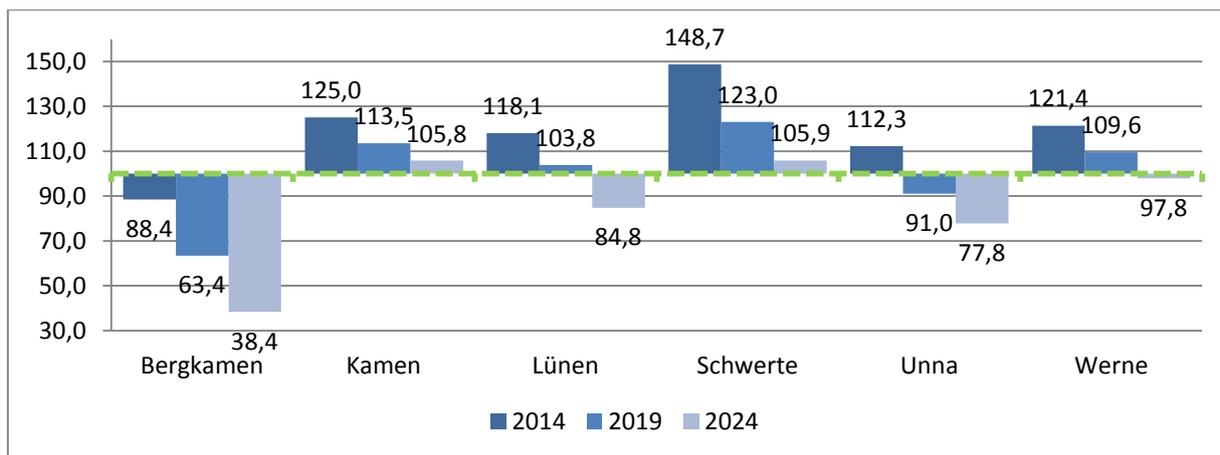


Abbildung 64: Prognose Versorgungsgrad 2014-2024 in % (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung, Datengrundlage Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe)

Zu den Fachärzten im Kreis Unna wird auf die nachfolgende Abbildung 65 und auf die beigefügte Tabelle 10 verwiesen.



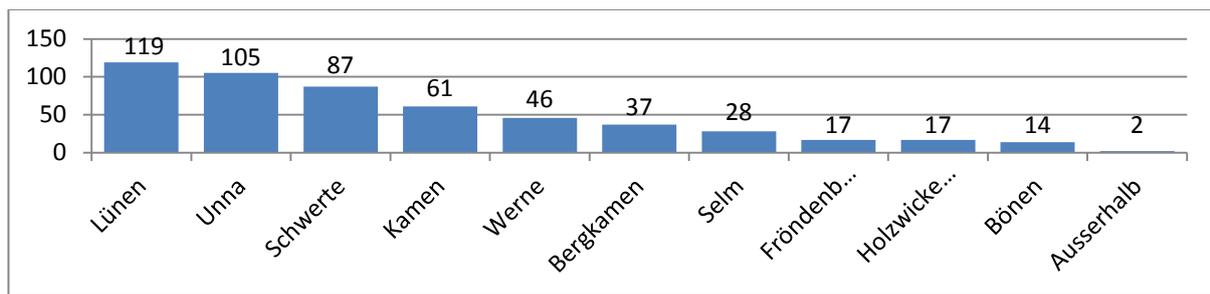


Abbildung 65: Fachärzte in den Städten und Gemeinden des Kreises Unna insgesamt; Stand 2/2014 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna 2014)

Tabelle 10: Fachärzte in den Städten und Gemeinden des Kreises Unna insgesamt; Stand 2/2014 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna 2014)

<b>N=533</b>	<b>Allgemeinmediziner</b>	<b>Internisten</b>	<b>Frauenärzte</b>	<b>Kinder- und Jugendmedizin</b>	<b>Orthopäden</b>
Bergkamen	11	6	2	2	1
Bönen	6	2	1	2	0
Fröndenberg	7	3	2	1	0
Holzwickede	5	2	3	2	1
Kamen	18	16	5	2	2
Lünen	29	24	8	7	7
Schwerte	23	16	6	4	2
Selm	10	3	4	2	2
Unna	18	28	12	4	8
Werne	9	6	5	3	5
Außerhalb	0	0	0	1	0
<b>Gesamt</b>	<b>136</b>	<b>106</b>	<b>48</b>	<b>30</b>	<b>28</b>
	<b>Augenärzte</b>	<b>Psychotherapeuten</b>	<b>Prakt. Ärzte</b>	<b>Radiologen</b>	<b>HNO Ärzte</b>
Bergkamen	2	2	3	0	1
Bönen	1	1	0	0	1
Fröndenberg	1	1	1	0	1
Holzwickede	1	1	1	0	1
Kamen	3	0	3	0	2
Lünen	5	3	4	6	6
Schwerte	3	4	2	6	2
Selm	1	4	1	0	0
Unna	6	3	3	4	3
Werne	2	1	2	4	2
Außerhalb	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>19</b>
	<b>Sonstige</b>	<b>Chirurgen</b>	<b>Neurologen</b>	<b>Hautärzte</b>	<b>Urologen</b>
Bergkamen	0	2	2	1	2
Bönen	0	0	0	0	0
Fröndenberg	0	0	0	0	0
Holzwickede	0	0	0	0	0
Kamen	1	2	3	2	2
Lünen	3	4	6	3	4
Schwerte	5	6	3	3	2
Selm	0	0	0	1	0
Unna	4	3	3	3	3
Werne	4	1	0	1	1
Außerhalb	1	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>14</b>

### 5.1.2 Stationäre medizinische Versorgung

Im Kreis Unna stehen 2.218 Krankenhausbetten zur Verfügung. Diese Betten teilen sich auf acht der Akutversorgung dienenden Krankenhäuser auf. Sieben von ihnen gehören in die Kategorie „Regelversorgung“. Ein Krankenhaus wird der Kategorie „Schwerpunkt Krankenhaus“ zugeordnet. Das Angebot wird ergänzt durch fünf psychiatrische Einrichtungen und drei Privatkliniken im Kreis Unna (Jungnitz 2013) (Abb.66).



Abbildung 66: Krankenhäuser im Kreis Unna (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Jungnitz 2013)

### 5.1.3 Stroke Unit

Im Notfall muss die Therapie bei einem Schlaganfall möglichst zeitnah erfolgen. Insofern bildet die „Stroke Unit“<sup>25</sup> als Spezialstation für Schlaganfallpatienten die beste Anlaufstation. Die Stroke Unit verfügt über spezielle Einrichtungen, um Patienten nach einem akuten Schlaganfall optimal versorgen zu können. Auf dieser Station arbeiten besonders ausgebildete Ärzte, Krankenschwestern (Pfleger), Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden (Sprachtherapeuten) und Sozialarbeiter in einem Team zusammen. Zu den Aufgaben einer Stroke Unit Station gehören:

- eine sofortige Diagnose, um eine gezielte Therapie einleiten zu können,

<sup>25</sup> „Stroke“ lässt sich mit dem deutschen „Schlag“ übersetzen, „Unit“ bedeutet so viel wie „Einheit“ (Schlaganfall Hilfe 2014).



- die permanente Kontrolle von „Blutdruck, Herzaktion, Sauerstoffgehalt im Blut, Blutzucker, Körpertemperatur und Blutfluss der zum Gehirn führenden Blutgefäße über spezielle Geräte (Monitore)“,
- eine zeitnahe Therapie mit Medikamenten unter ständiger Beobachtung möglicher Nebenwirkungen,
- die früh einsetzende Rehabilitation durch das multidisziplinäre Team.  
(Universitätsklinikum Freiburg 2014; Schlaganfall Hilfe 2014).

Ein wesentliches Kriterium einer Stroke Unit Abteilung ist die gute Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen der Klinik oder des Krankenhauses. Dies ist besonders dann wichtig, wenn ein kurzfristiger operativer Eingriff, z.B. bei einer Hirnblutung oder eine dringende neurologische Behandlung, notwendig wird (Universitätsklinikum Freiburg 2014; Schlaganfall Hilfe 2014).

Im Kreis Unna sind sowohl im Evangelischen Krankenhaus Unna als auch im St. Marien-Hospital Lünen Neurologische Kliniken etabliert, die beide über Stroke Units verfügen und der Akutbehandlung des Schlaganfalls dienen (Kreis Unna 2014). Weitere Stroke Unit Einrichtungen gibt es im St. Marien Hospital in Hamm, im Knappschaftskrankenhaus in Dortmund und im Klinikum Dortmund.

#### 5.1.4 Schlaganfall-Netzwerk

Auf Initiative der Leitungen der Neurologischen Kliniken des Evangelischen Krankenhauses Unna und des St. Marien-Hospitals Lünen wurde im Mai 2010 unter der Schirmherrschaft von Landrat Michael Makiolla das Netzwerk „Gemeinsam gegen Schlaganfall im Kreis Unna“ gegründet. Ziel des Netzwerkes ist es, die Schlaganfallversorgung im Kreis Unna zu verbessern (Abb. 67).



Abbildung 67: Plakat Schlaganfall (Quelle: Kreis Unna)

## 5.2 Zahnärzte

Bundesweit liegt die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung bei durchschnittlich fast 109 Zahnärzten je 100.000 Einwohner. Im Kreis Unna stellt sich die Versorgungssituation deutlich ungünstiger dar. Hier kommen auf 100.000 Einwohner lediglich 80 Zahnärzte (Abb. 68).

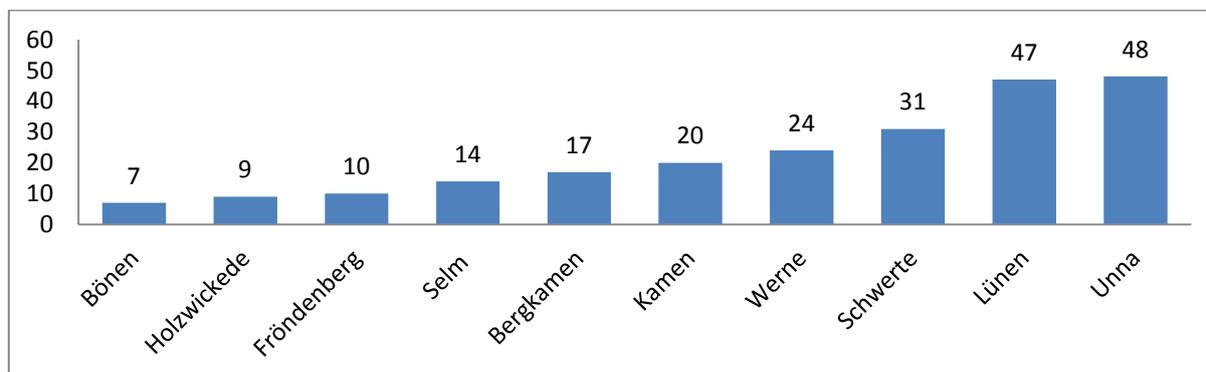


Abbildung 68: Niedergelassene Zahnärzte (n=227) nach Kommunen in absoluten Zahlen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Die wenigsten Praxen sind aufgrund des aufgezeigten Versorgungsschlüssels auf die Zuführung von Patienten angewiesen. Erfahrungsgemäß ist eine Klientel, die in Folge ihrer wirtschaftlichen Situation keine Zuzahlungen leisten kann, wenig attraktiv. Kommt durch den Angstfaktor noch eine gewisse Unzuverlässigkeit hinzu, ist häufig viel „Überzeugungsarbeit“ durch den Zahnärztlichen Dienst des Fachbereiches Gesundheit und Verbraucherschutz (ZÄD) des Kreises Unna erforderlich, um diese besonders hilfebedürftigen Patienten in die Praxis zu bringen. Die geringe Zahnärztdichte kann mit ein Grund für die vergleichsweise geringe Beteiligung der niedergelassenen Zahnärzteschaft an den gruppenprophylaktischen Aktivitäten sein. Der Betreuung, vor allem der Kinder und Jugendlichen, durch den Zahnärztlichen Dienst, kommt deshalb nach wie vor eine hohe Bedeutung zu.

## 5.3 Apotheken

Insgesamt gibt es im Kreis Unna 102 Apotheken, die sich wie folgt auf die Kommunen verteilen (Abb. 69).

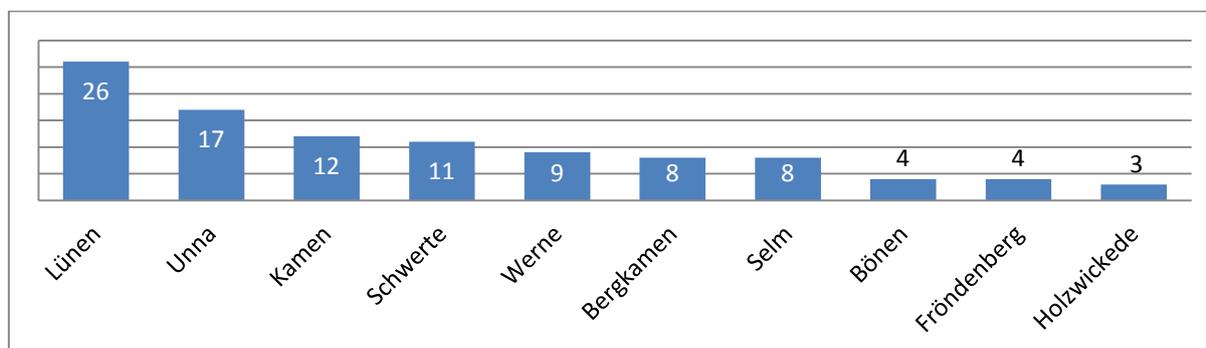


Abbildung 69: Apotheken (n=102) im Kreis Unna nach Kommunen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)



Im Verhältnis zur Einwohnerzahl (Zensus 2011) ergibt sich in Selm die höchste Anzahl der Apotheken pro Kopf, während in Bergkamen weniger Apotheken pro Einwohner zur Verfügung stehen. (Abb. 70)

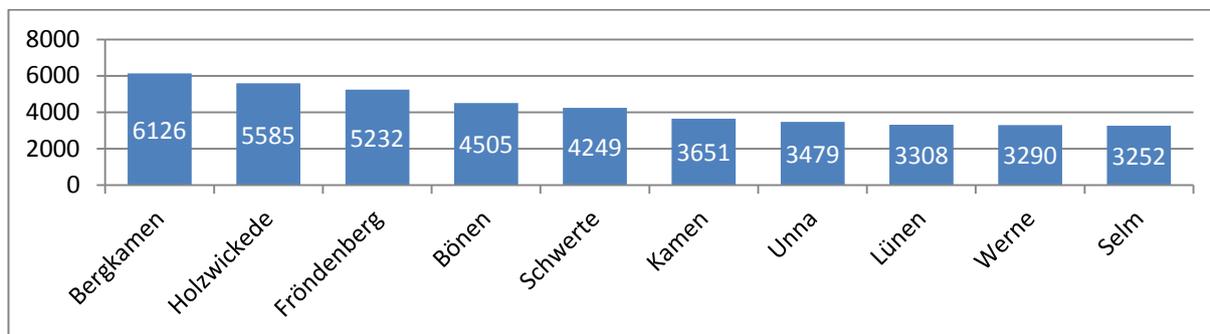


Abbildung 70: Einwohner pro Apotheke nach Zensus 2011 (Quelle: Kreis Unna, eigene Darstellung)

#### 5.4 Pflege und komplementäre Versorgung im Kreis Unna

Nachfolgend wird ein Überblick über das komplementäre Leistungsspektrum gegeben. Hierzu zählen neben den ambulanten Pflegediensten auch Heilpraktiker, Hebammen, Ergotherapeuten, Logopäden, Krankengymnasten und Physiotherapeuten im Kreis Unna, aufgeteilt auf die kreisangehörigen Städte und Gemeinden (Tab. 11).

Tabelle 11: Überblick komplementäre Versorgungsangebote (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Ort/Anzahl	Pflegedienste	Heilpraktiker	Hebammen	Ergotherapeuten	Logopäden	Krankengymnastik	Physiotherapeuten
Bergkamen	10	1	9	4	4	6	12
Bönen	5	1	2	4	1	1	7
Fröndenberg	6	1	9	3	2	2	7
Holzwickede	3	3	6	1	1	1	7
Kamen	10	3	11	6	6	4	26
Lünen	28	6	22	6	6	8	32
Schwerte	5	9	15	4	6	4	25
Selm	6	2	2	3	3	0	9
Unna	16	18	22	11	6	8	45
Werne	4	1	8	3	4	4	17
außerhalb	--	5	28	--	5	--	--
<b>Gesamt</b>	<b>93</b>	<b>50</b>	<b>134</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>38</b>	<b>187</b>

## 5.5 Pro-Kopf-Versorgung mit ärztlichen und nicht ärztlichen Angeboten

Die Betrachtung der Pro-Kopf-Versorgung zeigt, dass, ähnlich wie bei der hausärztlichen Versorgung, in Bergkamen die geringste Versorgungsdichte besteht. Die größte Versorgungsdichte ergibt sich in der Kreisstadt Unna (Abb. 71).

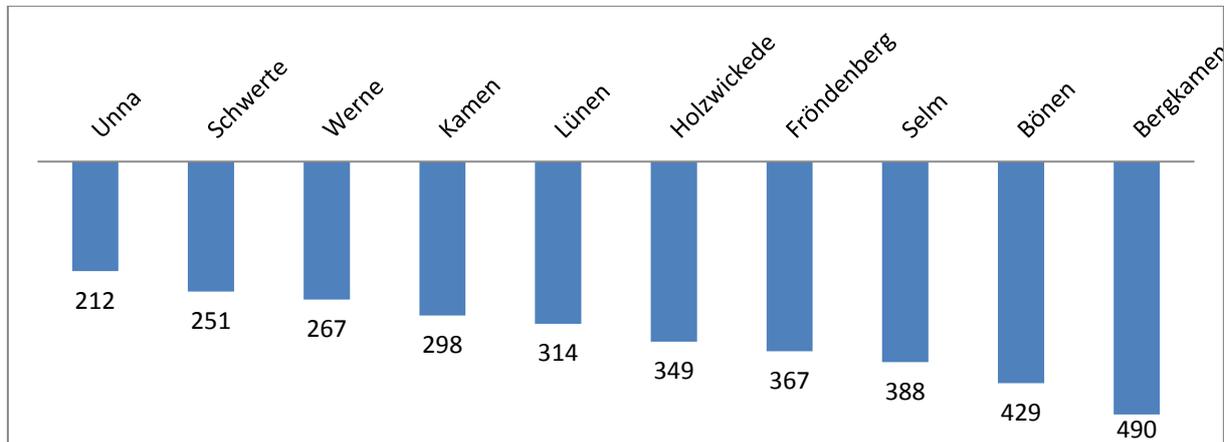


Abbildung 71: Pro-Kopf-Versorgung ärztlicher und nicht ärztlicher Angebote (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

In diese Auflistung sind alle Ärzte, Zahnärzte und die Angebote der komplementären Versorgung mit einbezogen.

## 5.6 Der öffentliche Gesundheitsdienst – ÖGD

„Im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung übernimmt auch das Öffentliche Gesundheitswesen wichtige Aufgaben. Einrichtungen, die man als Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bezeichnet, gibt es auf der Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen. Der ÖGD kümmert sich aber weniger um die Gesundheit des einzelnen Menschen, sondern hat eher die Förderung und den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung insgesamt im Blick. So beobachtet er

- die gesundheitlichen Verhältnisse und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung,
- wirkt mit an der Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten,
- überwacht Hygienevorschriften und die Herstellung und den Handel mit Arzneimitteln, Medizinprodukten, Betäubungsmitteln und Gefahrstoffen.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann der ÖGD die gesundheitliche Versorgung von Menschen auch selbst übernehmen - meist gilt dies für Menschen, die keinen oder nur einen erschwerten Zugang zur Regelversorgung haben.

Die Kommunen und Kreise sind auf der kommunalen Ebene Träger des ÖGD; sie heißen "untere Gesundheitsbehörde" (Gesundheitsämter). Ihre vielfältigen Aufgaben regelt das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Auf der Landesebene sind das Gesundheitsministerium und die fünf Bezirksregierungen Träger des ÖGD. Das Ministerium hat - neben seiner Aufsichtsfunktion - vorrangig die Aufgabe der politischen Planung und Förderung von strukturellen Maßnahmen. Gemeinsam mit der



*Landesgesundheitskonferenz legt es beispielsweise landesweite Gesundheitsziele fest. Dabei wird es unterstützt vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen.“ (MGEPA 2014)*

Die konkreten Aufgaben des Kreises Unna als untere Gesundheitsbehörde werden vom Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz wahrgenommen. Sie beziehen sich gem. §6 ÖGDG<sup>26</sup> auf:

1. die Mitwirkung an der Gesundheitsförderung, der Prävention und dem Gesundheitsschutz,
2. die Mitwirkung an der Gesundheitshilfe,
3. die Dienste der Qualitätssicherung,
4. die Ausstellung amtsärztlicher Zeugnisse und Gutachtertätigkeit,
5. die Gesundheitsberichterstattung und auf
6. die ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung.

Der Fachbereich ist in Sachgebiete gegliedert, welche diese Aufgaben wahrnehmen.

### **5.6.1 Gesundheitsschutz und Umweltmedizin**

Das Sachgebiet Gesundheitsschutz und Umweltmedizin sorgt für einen größtmöglichen Gesundheitsschutz. Das beginnt bei der umweltmedizinischen Beratung und reicht bis zum Krisenmanagement bei Epidemien. Die Aufgaben beziehen sich auf

- Apotheken und Arzneimittel
- Berufe des Gesundheitswesens
- Bescheinigungen nach dem Infektionsschutzgesetz für den Lebensmittelbereich
- HIV und AIDS
- Hygiene in Einrichtungen
- Infektionskrankheiten
- MRSA-Netzwerk
- Trinkwasser
- Tuberkulose
- Umwelthygiene und Planungsverfahren

### **5.6.2 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst**

Das Sachgebiet Kinder- und Jugendgesundheit ist Partner von Eltern, Erzieher/innen, Lehrer/innen und niedergelassenen Ärzte/innen für "Kindergesundheit im Kreis Unna". Zur Organisationseinheit gehören der Schulärztliche Dienst, die Gesundheitsfürsorge für Kinder und Jugendliche, die Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle des Kreises Unna und die Sexualprävention. Die Aufgaben beziehen sich auf:

- Untersuchungen von Kindergartenkindern
- Einschulungsuntersuchungen

<sup>26</sup> Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) vom 25. November 1997 (Artikel 3 d. Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen)



- Tipps zum Schulstart
- Untersuchungen für Schulkinder
- Schulentlassungsuntersuchung
- Sozialmedizinische und psychosoziale Sprechstunde
- Förderung der Gesundheit für Kinder und Jugendliche
- Schutzimpfungen
- Ernährungsberatung
- Kopfläuse in Kindertageseinrichtungen und Schulen
- Sexualpädagogik, Familienplanung
- Schwangerenkonfliktberatung, Schwangerenberatung, Sexualprävention

### **5.6.3 Zahnärztlicher Dienst**

Der Zahnärztliche Dienst ist in Unna und im Kreishaus Lünen erreichbar. Er bietet vielfältige Leistungen rund um die Zähne und die Mundgesundheit an. Aufgabenschwerpunkte sind der Erhalt und die Verbesserung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Hierzu gehören Zahnputzaktionen, Gesundheitsunterricht, zahnärztliche Untersuchungen in Kindergärten und Schulen, Informationen und Zahngesundheitsberatung für Eltern sowie Schulungen von Multiplikatoren. Alle Prophylaxeaktionen laufen mit finanzieller Unterstützung und in Kooperation mit dem Arbeitskreis Zahngesundheit, dessen Mitglied der Kreis Unna ist. Gemeinsam mit Vertretern der Krankenkassen und der niedergelassenen Zahnärzteschaft findet hier eine Zusammenarbeit gem. § 21 SGB V statt. Weiterhin wird vom Zahnärztlichen Dienst die zahnärztliche Betreuung geistig und körperlich Behinderter angeboten. Wichtige andere Arbeitsbereiche des Sachgebietes sind:

- Unabhängige zahnmedizinische Patientenberatung
- Gutachterliche Stellungnahmen

### **5.6.4 Sozialpsychiatrischer Dienst**

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist Beratungsstelle für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und solchen, die sich in einer seelischen Notsituation befinden oder Rat und Hilfe aufgrund einer Behinderung benötigen. Die Fachleute sind auch Ansprechpartner für Angehörige. Die Gespräche unterliegen der Schweigepflicht und sind kostenlos. Aufgabenschwerpunkte sind:

- Beratung psychisch Kranker
- Hilfen für Suchtkranke
- Hilfen für Behinderte und Hörgeschädigte
- fachärztliche Gutachten und Stellungnahmen
- Koordination psychosozialer und sozialpsychiatrischer Hilfen
- Kriseninterventionen
- Gruppenangebote

Die Beratung psychisch Kranker im Sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises Unna folgt gemeindepsychiatrischen Grundsätzen. Im Kreis Unna hat die Gemeindepsychiatrie inzwischen eine über 25-jährige Tradition. Bereits im Rahmen der Psychiatrieplanung 1994 wurden erste Plätze im Betreuten Wohnen eingerichtet, erste Kontaktstellen für psychisch Kranke und Tagesstätten installiert und die tagesklinische Versorgung deutlich verbessert. Die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) existiert



seit 1988 und ist zum festen Treffpunkt für alle an der Versorgung Beteiligten geworden. Die Koordinierungsstelle für psychosoziale Versorgung wurde 1990 mit Unterstützung des Landes NRW eingerichtet und die politisch und kommunal verantwortlichen Kräfte im Kreis Unna haben die psychosoziale Versorgung 1991 zu einem dauerhaften gesundheitspolitischen Schwerpunkt erhoben. Nach wie vor hat die Versorgung psychisch Kranker und seelisch Behinderter im Kreis Unna einen hohen Stellenwert. Die Grundlagen der Zusammenarbeit der Anbieter psychosozialer Dienstleistungen in der gemeindepsychiatrischen Versorgung und dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises Unna ist im Rahmen einer Netzwerkvereinbarung überarbeitet worden. Diese Netzwerkvereinbarung ist im Juni 2014 unterzeichnet worden. Ziel ist hierbei eine bedarfsorientierte und wohnortnahe Beratung und Versorgung von psychisch Kranken und ihrer Angehörigen. Die Beratung umfasst vor allem die Koordination psychosozialer und sozialpsychiatrischer Hilfen, Kriseninterventionen und aufsuchende Hilfen. Es finden regelmäßige fachärztliche Sprechstunden statt. Trotz einer inzwischen deutlich verbesserten Versorgungsstruktur bleiben psychische Erkrankungen ein Problem. Dies bezieht sich u. a. auf psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz.

Immer mehr Menschen werden aufgrund psychischer Probleme krankgeschrieben oder werden frühberentet. Laut Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse von 2013 haben psychische Verhaltensstörungen als Ursachen für krankheitsbedingte Fehlertage seit 2000 um nahezu 80% zugenommen. Aktuell wird davon ausgegangen, dass bei nahezu jeder achten Krankschreibung eine psychiatrische Diagnose zugrunde liegt. Nach Angaben der deutschen Rentenversicherung geben vier von zehn Frühberenteten psychische Probleme als Ursache für ihren Ruhestand an. Neben der Diagnose selbst steigen auch deren Behandlungskosten permanent an. Deutschlandweit liegen die Gesamtkosten bei über 28 Mrd. Euro. Dies sind ca. 10% der jährlichen bundesweiten Gesundheitskosten. Insofern sind psychische Erkrankungen direkt nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Magen-Darm-Erkrankungen die dritthäufigste Erkrankung in Deutschland (Grobe et al. 2013; Lüdemann & Völker 2013).

Leider existieren für den Kreis Unna keine Daten über die Anzahl psychisch kranker Menschen. Im Rahmen der Datenerfassung von IT NRW sind psychische Erkrankungen nicht explizit ausgewiesen, sondern mit seelischer Behinderung, Querschnittslähmungen, zerebralen Störungen, geistigen Behinderungen und Suchtproblematik zusammengefasst. Am Stichtag 31.12.2011 gehörten 7.186 Menschen dieser Diagnosegruppe an. Gemessen an der ermittelten Zahl für NRW mit insgesamt 272.572 entspricht diese Zahl einem prozentualen Anteil in NRW von 2,8%, während der Bevölkerungsanteil des Kreises Unna nur 2,25% zu Gesamt-NRW ausmacht.

Zur Versorgung psychisch kranker Menschen stehen im Kreis Unna zur Verfügung:

- 55 Tagesstättenplätze, verteilt auf vier Tagesstätten in Schwerte, Unna, Bergkamen und Lünen,
- 80 tagesklinische Plätze, verteilt auf drei Standorte in Schwerte (40 Plätze), Unna (20 Plätze) und Lünen (20 Plätze),
- 373 Plätze im betreuten Wohnen, davon 340 Plätze für psychisch Kranke (Stand: 01.02.2012),
- 629 Plätze im ambulant betreuten Wohnen, davon 371 psychisch Kranke (Stand: 31.12.2011).

Im Falle einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung werden psychisch Kranke in der Regel nach § 14 PsychKG über die örtliche Ordnungsbehörde in Verbindung mit einer entsprechenden ärztlichen Stellungnahme in das zuständige Fachkrankenhaus eingewiesen. Eine solche Maßnahme bedeutet im Einzelfall eine Gefahrenabwehr. Sie führt aber nicht selten zu Diskriminierung, Ausgrenzung und Stigmatisierung des psychisch Kranken. Grundsätzlich dienen solche Einweisungen aber dem Schutz des

psychisch Kranken und sie sollen in der Regel eine Fremd- oder Selbstgefährdung verhindern. Nicht selten schließt sich daran eine nachhaltige therapeutische Behandlung an.

Orientiert am Mittelwert im Regierungsbezirk Arnsberg haben sich die Zahlen der Einweisungen nach dem PsychKG recht unterschiedlich entwickelt. Während die Anzahl der Einweisungen zwischen 2007 und 2009 deutlich über dem Mittelwert lagen, haben diese im Jahr 2010 nahezu den Stand von 2004 erreicht (Abb. 72).

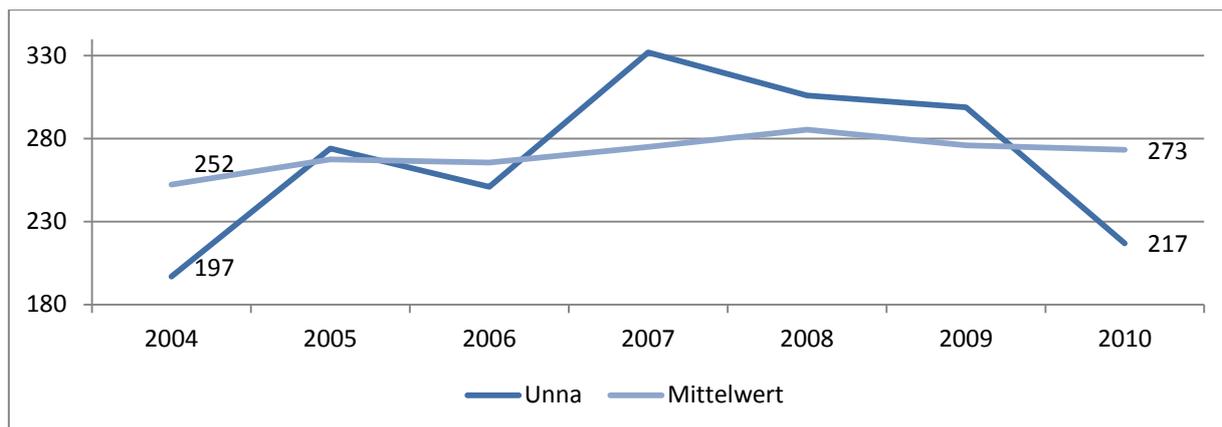


Abbildung 72: Einweisung nach PsychKG im Vergleich zum Mittelwert des Reg. Bez. Arnsberg (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Grundsätzlich könnte nach der zahlenmäßigen Entwicklung zwischen 2004 und 2010 angenommen werden, die Notwendigkeit von PsychKG Maßnahmen habe deutlich nachgelassen. Diese Einschätzung ändert sich allerdings bei der Betrachtung der Jahre 2010 bis 2012. Nach 2010 haben die Zahlen der Einweisung nach § 14 PsychKG wieder deutlich zugenommen (Abb. 73). Zwischen 2010 und 2012 kann eine Steigerung von ca. 20% registriert werden.

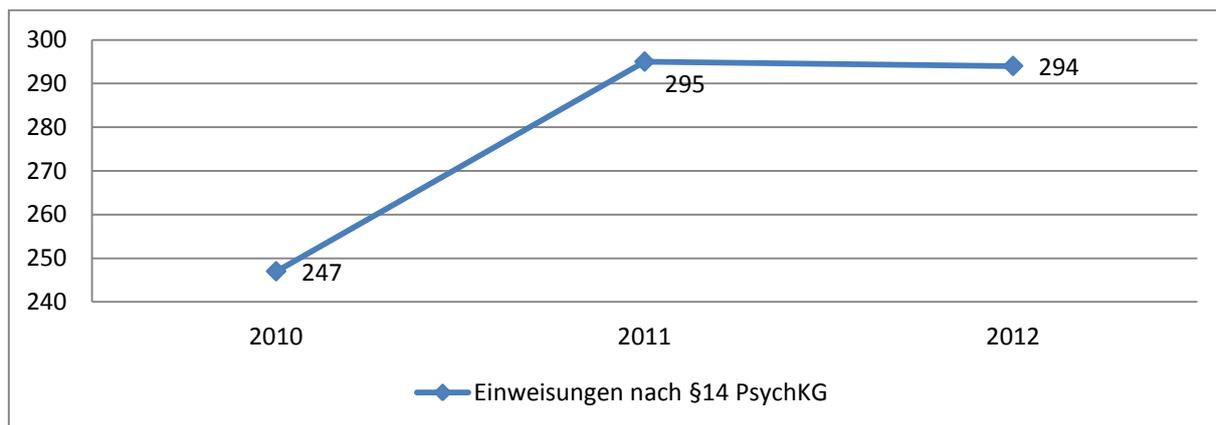


Abbildung 73: Einweisungen nach §14 des PsychKG im Kreis Unna 2010-2010 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Anhand dieser Steigerung werden die bundesweiten Daten zur Entwicklung psychischer Erkrankungen eindrucksvoll bestätigt. Das Problem psychischer Erkrankungen ist auch im Kreis Unna erheblich. Ein Blick auf die Einweisungen nach PsychKG in den Kommunen des Kreises Unna zeigt, dass gerade in den Ballungsräumen des Kreises Unna die meisten Maßnahmen erfolgen. Interessant ist die Tatsache,



dass in Lünen zwischen 2010 und 2012 eine erhebliche Zunahme von PsychKG Maßnahmen zu beobachten ist (Abb. 74).

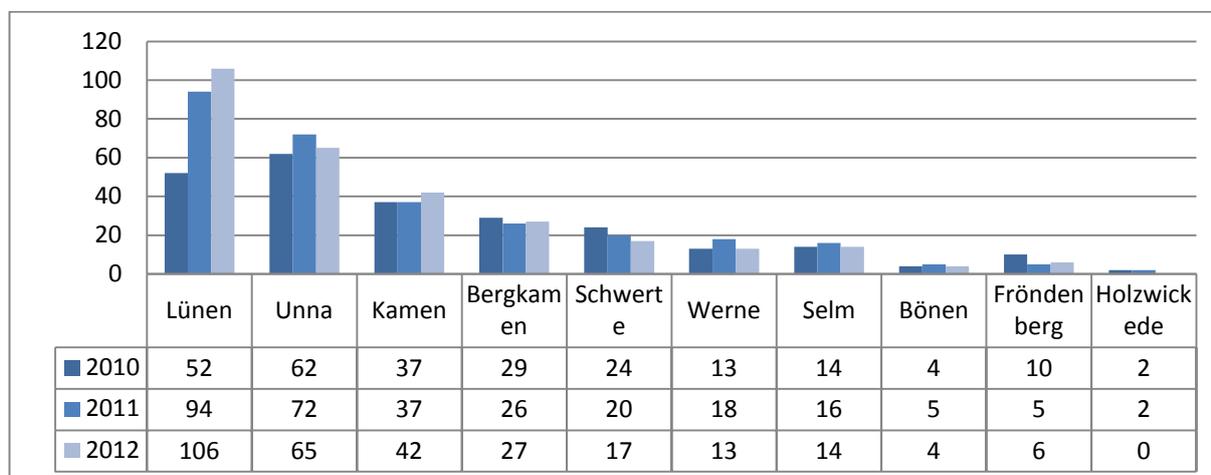


Abbildung 74: Einweisungen nach §14 PsychKG in den Kommunen des Kreises Unna 2010-2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Diese Zunahme ist auch auf der nachfolgenden Tabelle abzulesen (Tab. 12). Grundsätzlich zeigen die Daten allerdings insgesamt große Schwankungen. Insofern ist es schwierig, aus den gezeigten Darstellungen geeignete Schlüsse zu ziehen.

Tabelle 12: Einweisung nach §14 PsychKG pro 1000 Einwohner 2010-2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Kommune	Einweisungen nach §14 PsychKG pro 1000 Einwohner		
	2010	2011	2012
Unna	0,94	1,42	0,98
Kamen	0,84	0,45	0,35
Lünen	0,60	0,42	1,22
Bergkamen	0,58	0,52	0,54
Selm	0,52	0,19	0,95
Schwerte	0,50	1,50	0,44
Fröndenberg	0,46	0,09	0,22
Werne	0,44	0,60	0,52
Bönen	0,22	0,87	0,00
Holzwickede	0,12	0,29	0,28

### 5.6.5 Suchtberatung

Wenn Abhängigkeit oder Suchtgefährdung zum Problem werden, kommen viele andere Probleme hinzu. Die Fachleute in den Beratungsstellen helfen, Wege aus der Sucht oder Abhängigkeit zu finden. Die Suchtberatung des Kreises arbeitet zusammen mit dem allgemeinen Sozialdienst, Betrieben, den Bewährungshilfen, Frauenberatungen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Selbsthilfegruppen, der Schuldnerberatung, dem Suchthilfeverband und speziellen Übergangseinrichtungen. Die Aufgabenschwerpunkte der Suchthilfe beziehen sich auf:



- Begleitende Hilfen
- Krisenintervention
- Aufsuchende Hilfen
- Diagnostik und Indikationsstellung
- Vorbereitung auf die Rehabilitation
- Prävention
- Einzel-, Gruppen- und Familiengespräche

Die nachfolgenden Leistungsdaten beziehen sich auf insgesamt fünf Beratungsstellen im Kreis Unna:

1. gGmbH für Suchthilfe im Kreis Unna
2. Suchtberatung des Kreises Unna und der Diakonie Schwerte
3. Beratungsstelle für Suchtgefährdete und Abhängige, Diakonie Ruhr Hellweg, Kamen
4. Suchtberatungsstelle des Kreises Unna für Bergkamen, Kamen und Bönen
5. Gemeinsame Suchtberatungsstelle des Kreises Unna und des DRK Lünen

Die Suchtkrankenberatungsstellen orientieren sich an den methodischen und fachspezifischen Notwendigkeiten der modernen Suchtkrankenhilfe. Ihre Angebote finden auf freiwilliger und partnerschaftlicher Ebene unter Einbeziehung des sozialen und beruflichen Umfeldes statt. Ihre gesetzlichen Auftragsgrundlagen sind: §§ 14, 16 ÖGDG NRW und §§ 9 – 36 PsychKG NRW. Generelles Ziel der Suchtkrankenberatungsstellen ist es, den riskanten, schädlichen oder abhängigen Gebrauch von Suchtmitteln möglichst zu verhindern bzw. daraus resultierende Schäden zu mindern. Die klientenbezogenen Leistungen bilden dabei einen zentralen Arbeitsschwerpunkt. Darunter sind alle Leistungen zusammengefasst, welche sich unmittelbar an Klienten oder deren Angehörige richten. Hierzu zählen die Leistungssegmente:

1. Information/Erstkontakt
2. Beratung/Begleitung/Behandlung/Therapie
3. Vermittlung
4. Fallmanagement

Nachfolgend werden die Leistungen der Beratungsstellen insgesamt und in den genannten Leistungssegmenten vorgestellt. Insgesamt haben die Klienten mit mindestens einer Leistung zwischen 2011 und 2012 deutlich zugenommen (Abb. 75).

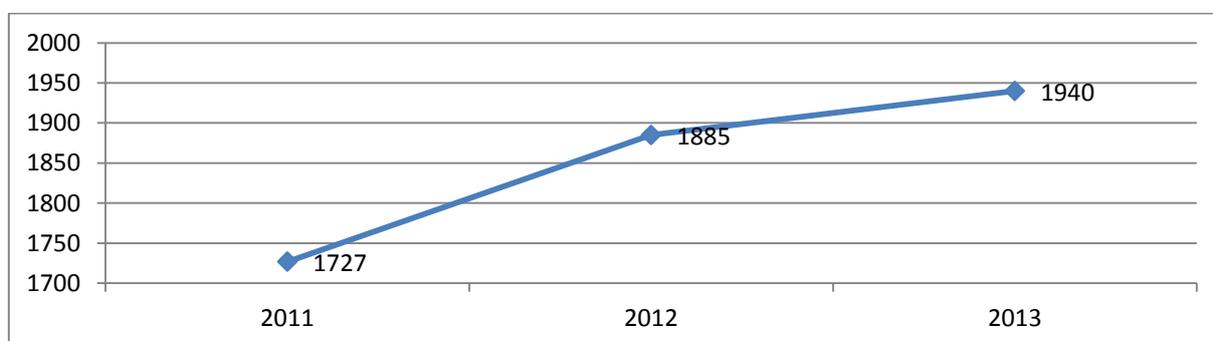


Abbildung 75: Gesamtanzahl der betreuten Klienten (mindestens eine Leistung) in den Beratungsstellen für Sucht im Kreis Unna 2011-2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)



Leistungen zur Information/Erstkontakt beinhalten das Erstgespräch und ein Folgegespräch. Im Informationsgespräch werden die Daten des Klienten aufgenommen, allgemeine Informationen über das Suchthilfesystem gegeben und die Inhalte künftiger Zusammenarbeit mit Klienten geklärt (Abb. 76).

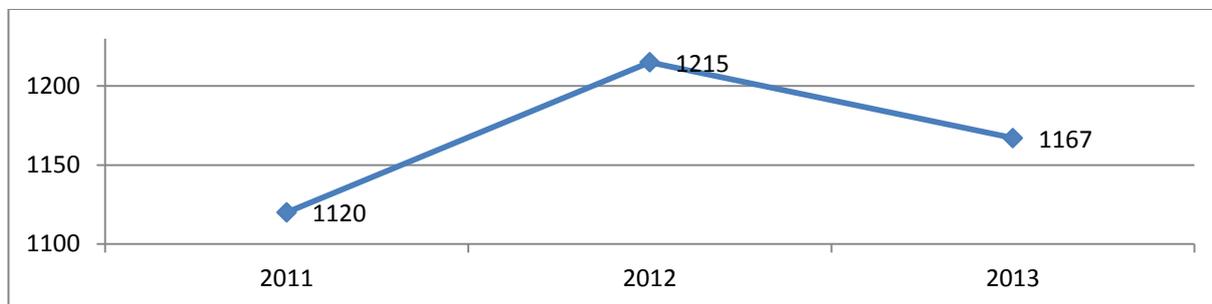


Abbildung 76 Leistungen der Information im Rahmen des Erstkontaktes 2011 - 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna).

Im Folgenden sollen kurz die Leistung der Beratung, Begleitung, Behandlung und Therapie dargestellt werden. Beratung stellt die zeitlich begrenzte Unterstützung bei der Lösung einer aktuellen Problemlage des Ratsuchenden dar. Sie ist i.d.R. durch Informationsweitergabe sowie durch Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs-, und Handlungshilfe geprägt. Begleitung bezeichnet den längerfristig und fortlaufend angelegten Klienten-Kontakt mit umfassenderen Unterstützungsleistungen. Behandlung / Therapie beinhaltet die strukturierte, planende und zeitliche begrenzte therapeutische Arbeit mit einem Klienten, die auf Grundlage eines anerkannten suchttherapeutischen Konzepts gestaltet wird (Abb. 77).

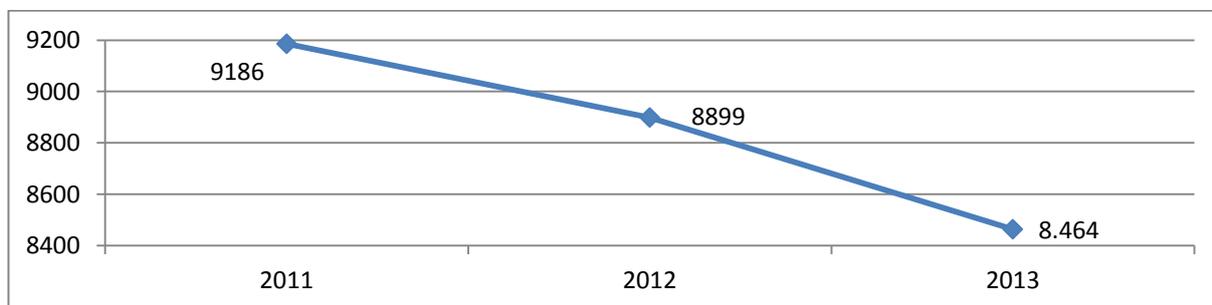


Abbildung 77 Leistungen der Beratung, Begleitung, Behandlung & Therapie 2011 - 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Die Leistung Vermittlung beinhaltet die Einbeziehung oder auch Weitervermittlung in weitere Unterstützungsmaßnahmen sozialer oder rechtlicher Art, in eine psychotherapeutische oder sozialtherapeutische Behandlung und / oder medizinische Maßnahme (Abb. 78).

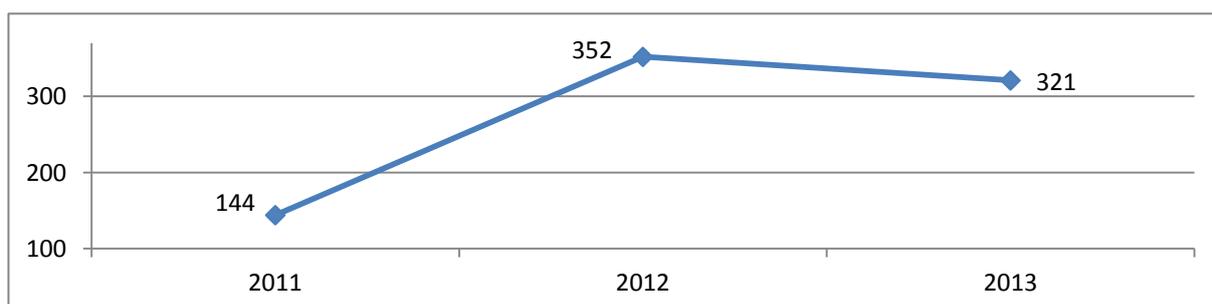


Abbildung 78 Leistungen der Vermittlung 2011- 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)



Die Leistungen zum Fallmanagement umfassen Tätigkeiten der klientenbezogenen Leistungen außerhalb eines direkten Klientenkontaktes wie zum Beispiel Kooperationen mit anderen Beratungsdiensten, Hilfeplanungen oder Leistungen des Berichtwesens (Abb.79).

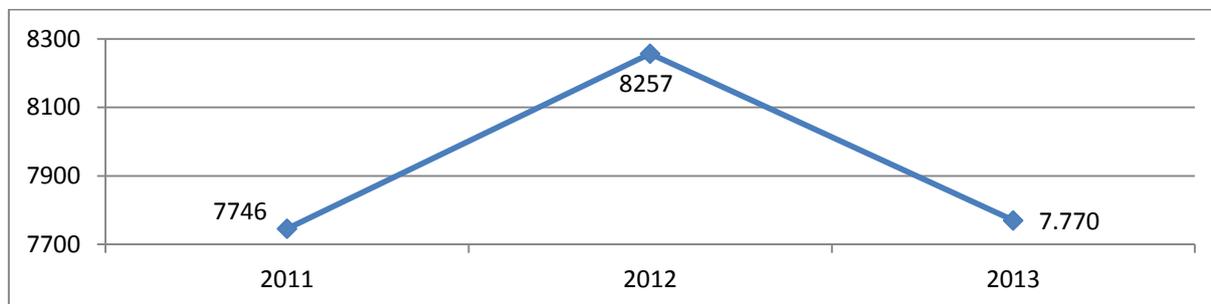


Abbildung 79 Leistungen des Fallmanagements 2011 - 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

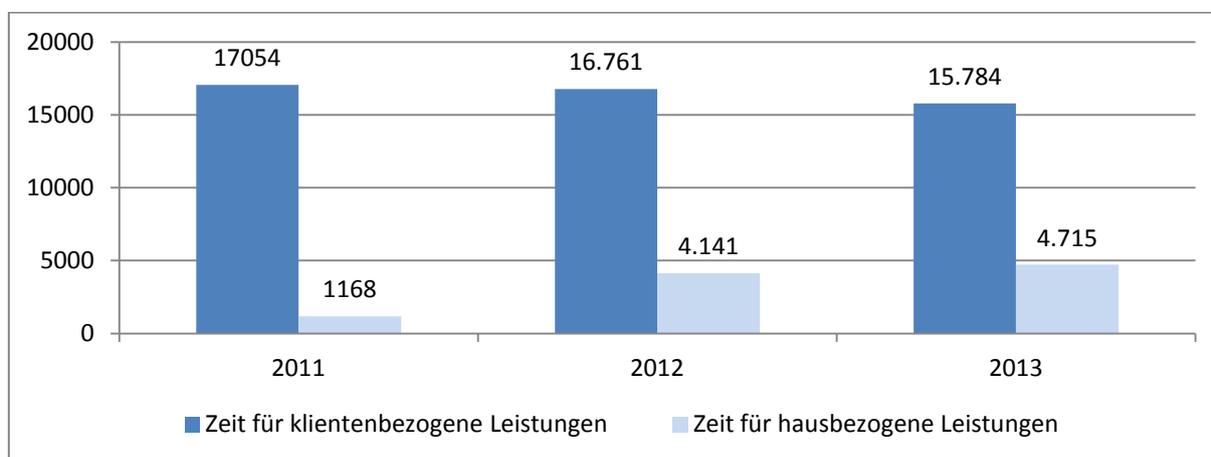


Abbildung 80 Vergleich zeitlicher Aufwand für klientenbezogene und hausbezogene Leistungen zwischen 2011 und 2013

Die haus- und organisationsbezogenen Leistungen werden unterteilt in einrichtungsbezogene Leistungen und organisationsbezogene Leistungen. Die Leistungsdaten werden jeweils zusammengefasst dargestellt.

Einrichtungsbezogene Leistungen beinhalten niedrigschwellige Angebote, offene und Selbsthilfeangebote sowie regelmäßige nichttherapeutische Angebote. Organisationsbezogene Leistungen umfassen alle Tätigkeiten in einer Einrichtung, die zur Steuerung und Weiterentwicklung derselben dienen. Sie beinhaltet auch alle Tätigkeiten im Rahmen von Kooperation zu anderen (Fach-)Einrichtungen und weiteren Trägern im Verbund. Tätigkeiten im Bereich der Verwaltung gehören weiterhin in den Bereich der Hausleistungen. Es fällt auf, dass die hausbezogenen Leistungen seit 2011 offensichtlich erheblich mehr Zeit in Anspruch nehmen. Dadurch ist einerseits der Rückgang der klientenbezogenen Leistungen aber auch der Rückgang der aufgebrachtten Betreuungszeiten erklärbar (Abb. 80).



### 5.6.6 Selbsthilfe

Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen verfügen zu Ihrem Thema über ein umfangreiches Alltagswissen. Selbsthilfegruppen sind „Experten“ für ihre eigenen Belange. Sie sind damit für die Kommune ein gutes Bindeglied zu den Bürgerinnen und Bürgern. Sie sind ein wichtiger Teil des bürgerschaftlichen Engagements für den Kreis Unna. Initiativen und Selbsthilfegruppen sind weniger abhängig von behördlichen Strukturen und Unternehmen. Sie haben daher eine hohe Autonomie, Glaubwürdigkeit und Neutralität. Aus eigener Betroffenheit heraus arbeiten Selbsthilfegruppen immer lösungsorientiert, da ihre eigenen und jeweils individuell zu beschreibenden Problemfelder konkrete Lösungen brauchen. Die Selbsthilfe verfügt aufgrund des vorhandenen Alltagswissens über eine hohe Betroffenenkompetenz, die dem Versorgungssystem zu sehr niedrigen Kosten zur Verfügung gestellt werden kann. Im täglichen Bemühen um fachliche Akzeptanz auf allen örtlichen Ebenen entwickelt die Selbsthilfe stets ein hohes Maß an Kreativität. Diese bezieht sich einerseits auf die Bereitstellung von Ressourcen und andererseits auf das Beschaffen von Informationen und das Finden von Lösungen.

Seit 1989 unterstützt der Kreis Unna den Aufbau von Selbsthilfegruppen sowie bestehende Selbsthilfegruppen systematisch. Neben der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (K.I.S.S.) bieten die Gesundheitshäuser in Lünen und Unna sowie der Treffpunkt Gesundheit Schwerte einen Rahmen mit dem Ziel, ein selbsthilfefreundliches Klimas zu erhalten und auszubauen. Die Gruppenzahlen haben sich von anfänglich ca. 100 Gruppen auf über 250 Selbsthilfegruppen gesteigert. Diese Entwicklung spiegelt sich ebenso im Land NRW wider.

Grundsätzlich sind die fachliche und die infrastrukturelle Unterstützung von Menschen, die an Selbsthilfe interessiert sind, sowie von bestehenden Selbsthilfegruppen elementare Voraussetzung zum Erhalt und Ausbau eines selbsthilfefreundlichen Klimas in den Städten und Gemeinden des Kreises Unna.

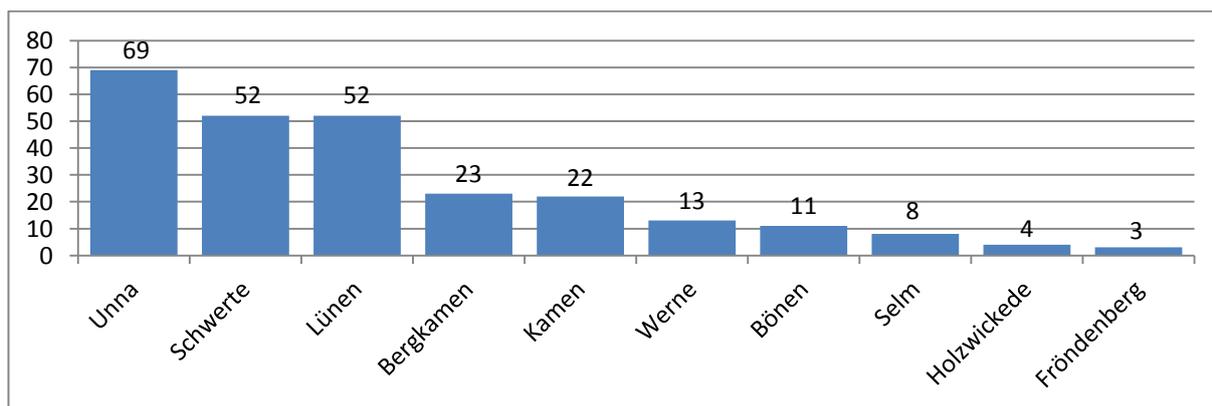


Abbildung 81: Selbsthilfegruppen (n=257) im Kreis Unna nach Kommunen 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Wie in Abbildung 81 dargestellt befinden sich die meisten Selbsthilfegruppen in den beiden großen Kommunen Unna und Lünen, darüber hinaus aber auch in Schwerte. In diesen drei Städten befindet sich die K.I.S.S. mit ihrem infrastrukturellen Angebot. Dieses umfasst u.a. die kostenfreie Nutzung von Gruppenräumen, was eine elementare Voraussetzung in der Startphase einer Gruppengründung darstellt.



Insgesamt bestanden im Jahre 2012 (Stichtag: 31.12.2012) 257 Selbsthilfegruppen im Kreis Unna. Bei der Darstellung der Selbsthilfegruppen pro 10.000 Einwohner liegt Schwerte vor der Kreisstadt Unna. Die wenigsten Selbsthilfegruppen gibt es in Holzwickede und in Fröndenberg (Abb. 82).

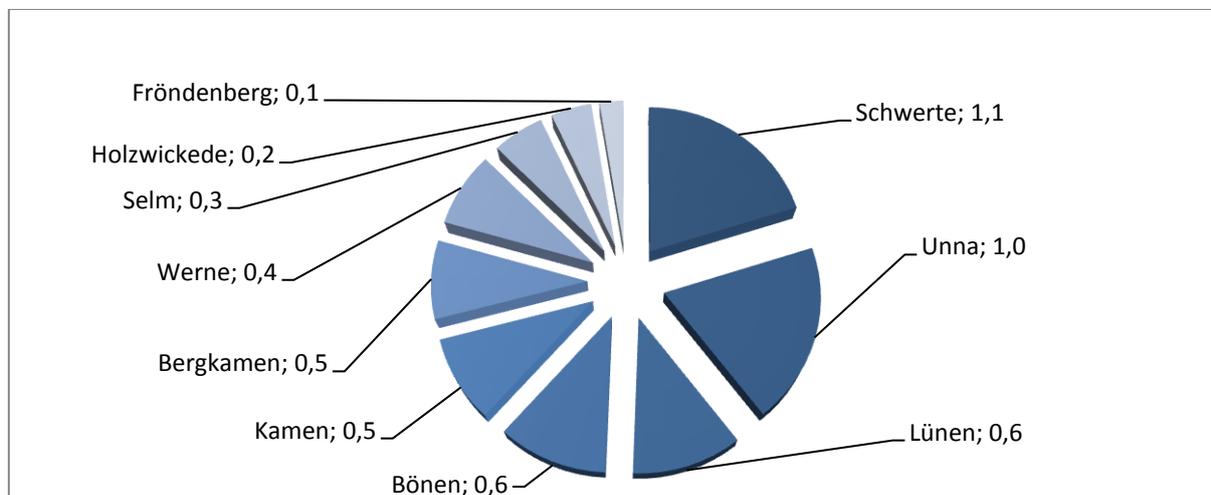


Abbildung 82: Anzahl der Selbsthilfegruppen pro 10.000 EW 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Deutlich mehr als die Hälfte aller Selbsthilfegruppen widmen sich gesundheitlichen Themenbereichen. Die Verteilung der Gruppen (gesundheitliche, psychosoziale Themen und allgemeine Lebensprobleme sowie Suchtselbsthilfe) sind der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen (Abb. 83).

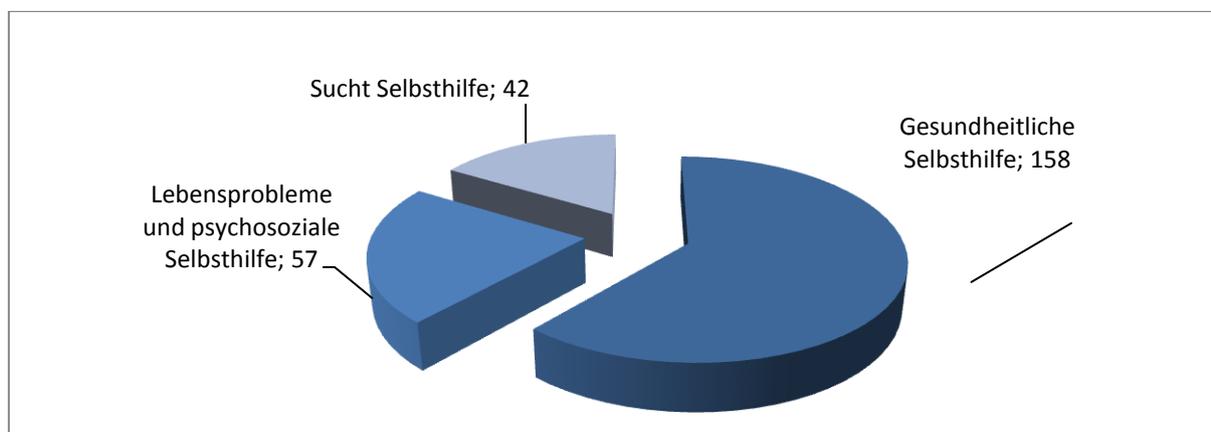


Abbildung 83: Themenschwerpunkte der Selbsthilfegruppen im Kreis Unna 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Bei der Aufteilung der Selbsthilfegruppen in regionale Bereiche ist zu berücksichtigen, dass die Gruppen in Bergkamen unter „Bergkamen 1“ mit insgesamt 17 Selbsthilfegruppen dem Bereich Mitte und mit insgesamt 6 Selbsthilfegruppen unter „Bergkamen 2“ dem Bereich Nord zugeordnet sind. Insofern gibt es in diesen Bereichen regionale Überschneidungen (Abb. 84).



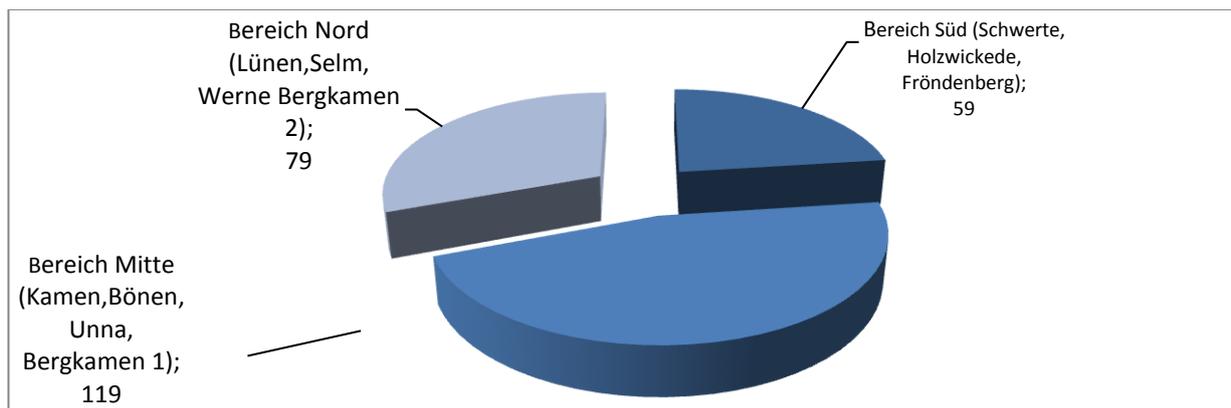


Abbildung 84: Selbsthilfegruppen im Nord-, Mittel- und Südkreis 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Die Themenbereiche in Bezug auf die Regionalbereiche sind proportional ähnlich verteilt wie bei der Darstellung für das gesamte Kreisgebiet (Abb. 85).

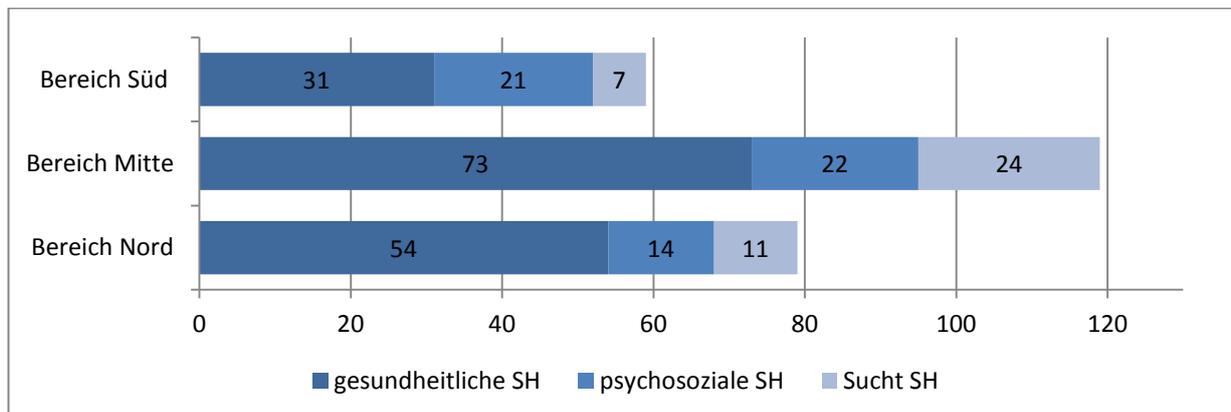


Abbildung 85: Verteilung der Themenbereiche der Selbsthilfegruppen auf den Nord-, Mittel- und Südkreis 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

### 5.6.7 Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung

Das Sachgebiet Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung umfasst die Aufgabenbereiche

- Überwachung der landwirtschaftlichen Betriebe
- Fleischhygiene, Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Kosmetiküberwachung
- Tierheim
- Tierschutz

Die Lebensmittelüberwachung beginnt im Stall mit der Überwachung der landwirtschaftlichen Betriebe, d.h. der Tiergesundheit, der Haltung der Tiere, dem Umgang mit den Tieren, der Anwendung von Futtermitteln und dem Einsatz von Arzneimitteln. Eine Ausnutzung der Synergien ermöglicht eine Lebensmittelüberwachung vom Stall zur Ladentheke und vom Feld auf den Tisch.

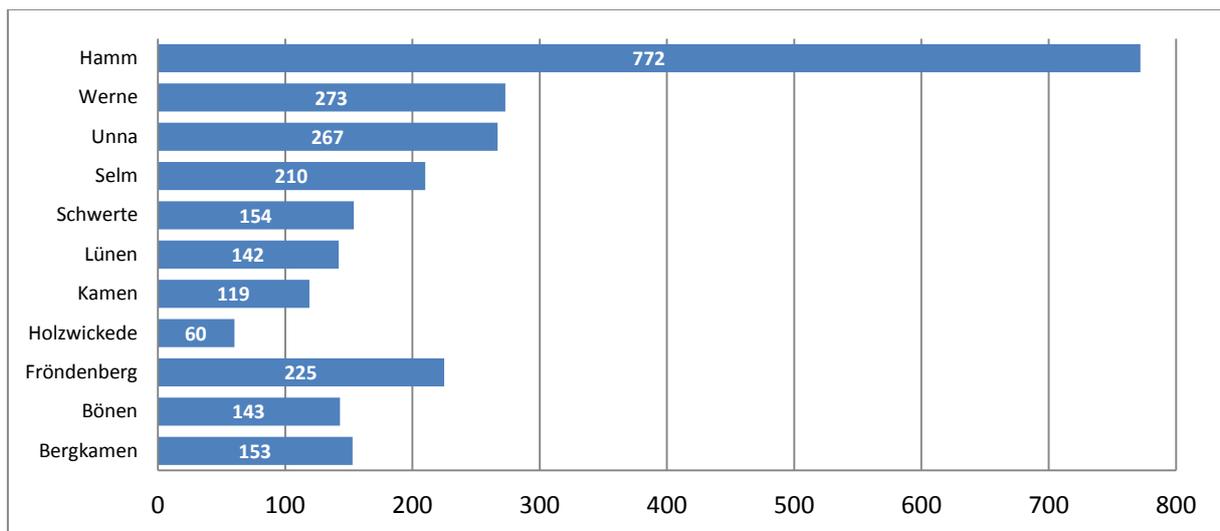


Abbildung 86: Tierhalter im Kreis Unna, Stand 12.06.2013 incl. Hamm (Quelle: Kreis Unna)

Im Produkt ist neben der Tierseuchenbekämpfung, der Tierkörperbeseitigung, der Arzneimittel- und Futtermittelüberwachung auch der Tierschutz landwirtschaftlicher Nutztiere angesiedelt. Die Überwachung erfolgt durch Tierärzte im Rahmen einer Risikoanalyse und anlassbezogen. Gleichzeitig werden Proben zur Tiergesundheit (somit auch zur humanen Gesundheitsvorsorge) in gesetzlich vorgeschriebenen Abständen entnommen. Insgesamt existieren im Kreis Unna und der Stadt Hamm 2.518 Tierhalter (Abb. 86).

Tabelle 13 Tierzahlen im Kreis Unna, Stand: 12.06.2013

Tierzahlen	Rinder	Schweine	Schafe	Ziegen	Equiden	Geflügel	Bienenvölker
Bergkamen	632	2.889	57	19	142	6.422	156
Bönen	1.245	9.673	274	10	323	55.771	163
Fröndenberg	1.602	9.450	374	27	619	138.498	48
Holzwickede	350	2.620	154	24	128	1.013	341
Kamen	706	4.085	107	13	146	6.880	276
Lünen	582	4.828	1.060	15	409	2.473	41
Schwerte	585	5.079	330	41	570	3.072	35
Selm	3.580	36.932	255	31	377	30.148	40
Unna	1.603	23.900	1.151	47	475	33.781	25
Werne	2.711	63.703	1.424	25	471	80.944	319
Hamm	7.363	69.179	759	224	1.092	145.238	266
Gesamt	20.959	232.338	5.945	476	4.752	504.240	1.710

Der Kreis Unna ist von der landwirtschaftlichen Prägung her sehr unterschiedlich (Tab. 13). Während im Südkreis die Landwirtschaft eher dem Sauerland mit der Extensivhaltung ähnelt, herrschen im Nordkreis mit der Intensivhaltung eher münsterländische Verhältnisse. Ursache hierfür ist vor allem die geographische Ausprägung der Landschaft mit den unterschiedlichsten Bodenverhältnissen. Für die Überwachung spiegelt sich dies in unterschiedlichem Vorhandensein von kritischen Kontrollpunkten bei der Risikoeinstufung der Betriebe wider, wenn unterschiedliche Eigenkontrollsysteme vorhanden sind.

Je 1.000 Einwohner werden entsprechend einer Verwaltungsvorschrift 5 Proben Lebensmittel und 0,7 Proben Kosmetika und Bedarfsgegenstände in den Herstellerbetrieben und aus dem Handel entnom-



men und zur Untersuchung an das staatliche Veterinäruntersuchungsamt Arnsberg, die Chemischen Untersuchungsämter Hamm, Hagen, Dortmund und Bochum oder das Eichamt Dortmund eingesandt. In einwohnerstarken Kreisen wie dem Kreis Unna sind die gesetzlich vorgegebenen Probenzahlen daher relativ hoch. Die Probenverteilung erfolgt risikobasiert schwerpunktmäßig in den Herstellungsbetrieben (Abb. 87).

Beanstandungen machen die unterschiedlichsten behördlichen Maßnahmen erforderlich. Diese reichen von der Auflage einer zu korrigierenden Kennzeichnung bis hin zur Anordnung der Rücknahme oder des öffentlichen Rückrufes. In diesen Fällen wird das Europäische Schnellwarnsystem aktiviert, das die zu beteiligenden Behörden europaweit nach dem Schneeballprinzip vernetzt und in eine Veröffentlichung der Warnung auf der Homepage der EU nach sich zieht. Verbraucher können hier Einblick nehmen.

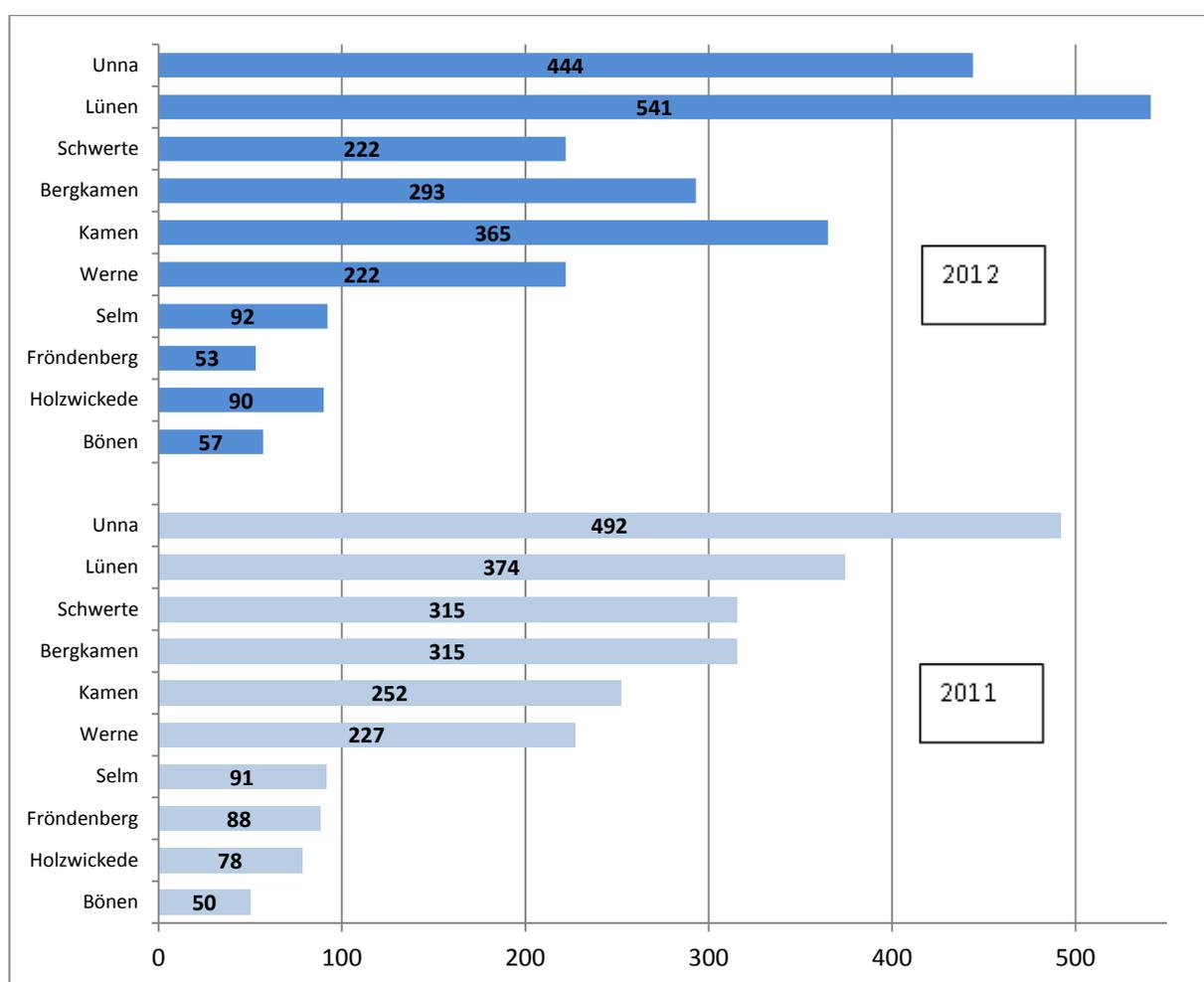


Abbildung 87: Lebensmittelproben 2011 und 2012; Entnahmeschlüssel 5,7 Proben pro 1.000 Einwohner (Quelle: Kreis Unna)

## 5.7 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung beeinflusst die Lebensbedingungen von Menschen und konzentriert sich auf soziale Rahmenbedingungen, unter denen Kompetenzen für Gesundheit gelernt werden. Gesundheitsförderung widmet sich der Unterstützung von Grundlagen, um es Menschen zu ermöglichen, aus eigenem Antrieb eine Entscheidung für ein gesundes Leben zu treffen.



Zielgruppen von gesundheitsfördernden Maßnahmen sind nicht nur Risikogruppen, sondern alle Gruppen der Bevölkerung. Maßnahmen der Gesundheitsförderung setzen da an, wo Krankheit noch nicht eingetreten ist.

Durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung soll bürgerschaftliches Engagement gefördert werden. Initiativen, freie Organisationen, Selbsthilfegruppen, benachteiligte Bevölkerungsgruppen werden ebenso ernst genommen wie auch Bürgerinnen und Bürger mit ihren individuellen Fähigkeiten, Problemen und Ansprüchen.<sup>27</sup>

Die wesentlichen Instrumente der kommunalen Gesundheitsförderung sind die kommunale Gesundheitsberichterstattung (§ 21 ÖGDG) und die kommunale Gesundheitskonferenz (§ 24 ÖGDG).

Die Kreisgesundheitskonferenz berät über gemeinsam interessierende Fragen zur gesundheitlichen Versorgung und Planung und gibt einvernehmliche Handlungsempfehlungen. Grundsätzlich sind die Konferenzen der interessierten Öffentlichkeit zugänglich. Die Gesundheitskonferenz beschäftigt sich mit aktuellen gesundheitspolitischen Themen.

In der Kreisgesundheitskonferenz sind alle Akteure des kommunalen Gesundheitswesens vertreten. Dazu gehören insbesondere die Vertreter des ambulanten und stationären Versorgungsbereiches, der Kostenträger und der Politik. Daneben sind Vertreter der Selbsthilfe, der Suchtselbsthilfe, Schulen, Behinderten- und Ausländerbeiräte sowie der Städte und Gemeinden in der Konferenz vertreten.

Auf der Grundlage von Gesundheitsberichten werden in der Gesundheitskonferenz konkrete Maßnahmen vereinbart und an den politischen Ausschuss für Gesundheit und Verbraucherschutz zur Beschlussfassung weitergeleitet.

Seit der konstituierenden Sitzung der Kreisgesundheitskonferenz 2000 in Holzwickede wurden weitere neun Konferenzen im Kreis Unna durchgeführt. Die Themenpalette reicht von Gesundheitsförderung in Kitas und Grundschulen über Patientenberatung, Alkoholmissbrauch bis hin zur hausärztlichen Versorgung.

Neben der Gesundheitsberichterstattung und der Geschäftsführung der kommunalen Gesundheitskonferenz gehören die „ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung“ und die Regionalkoordination des Gesunde Städte-Netzwerkes zu den wesentlichen Bestandteilen der kommunalen Gesundheitsförderung.

---

<sup>27</sup> Kreis Unna, der Landrat (Hrsg.) (2007) *Besser GesUNd, Ein Gesundheitskonzept für Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitserziehung des Fachbereiches Gesundheit und Verbraucherschutz*



## 5.8 Zusammenfassung

- Die Anzahl der Hausärzte im Kreis Unna wird sich, bei angenommener gleich bleibender Entwicklung, bis zum Jahre 2024 deutlich verringern. Insbesondere für den Mittelbereich Bergkamen, in dem bereits 2014 der bestehende Versorgungsgrad unter 100% liegt, kann ein besorgniserregendes Szenario entwickelt werden.
- Im Kreis Unna werden durch acht Krankenhäuser 2.218 Krankenhausbetten zur Versorgung der Bevölkerung bereitgestellt.
- Im Kreis Unna kommen auf 100.000 Einwohner lediglich 80 Zahnärzte. Die geringe Zahnarzt-dichte kann mit ein Grund für die vergleichsweise geringe Beteiligung der niedergelassenen Zahnärzteschaft an den gruppenprophylaktischen Aktivitäten sein.
- Insgesamt gibt es im Kreis Unna 102 Apotheken, wobei in Selm die größte und in Bergkamen die geringste Pro-Kopf-Versorgung vorzufinden ist.
- In allen Kommunen des Kreises Unna sind vor Ort ambulante Pflegedienste, Heilpraktiker, Hebammen, Ergotherapeuten, Logopäden, Krankengymnasten und Physiotherapeuten anzutreffen.
- Die Pro-Kopf-Versorgung zeigt, dass ähnlich wie bei der hausärztlichen Versorgung in Bergkamen die geringste Versorgungsdichte vorliegt.
- Im Kreis Unna werden die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch die Sachgebiete Koordination und Planung, Gesundheitsschutz und Umweltmedizin, Kinder- und Jugend-gesundheit, Amtsärztlicher Dienst, Zahnärztlicher Dienst und Sozialpsychiatrischer Dienst ausgeübt.
- Im Kreis Unna sind zur Versorgung von psychisch erkrankten Personen 55 Tagesstättenplätze, 80 tagesklinische Plätze, 340 Plätze im betreuten Wohnen sowie 371 Plätze im ambulanten Wohnen verfügbar.
- Nach 2010 haben die Zahlen der Einweisung nach § 14 PsychKG wieder deutlich zugenommen. So konnte zwischen 2010 und 2012 eine Steigerung von ca. 20% registriert werden. Ein Blick auf die Einweisungen nach PsychKG in den Kommunen des Kreises Unna zeigt, dass gerade in den Ballungsräumen des Kreises Unna die meisten Maßnahmen erfolgen. Dabei fällt besonders Lünen mit einer signifikanten Steigerung auf.
- In der Suchtberatung hat die Anzahl der Klienten, die mindestens eine Leistung in Anspruch genommen hat, zwischen 2008 und 2012 deutlich zugenommen. Dies konnte besonders bei der Gemeinnützigen Gesellschaft für Suchthilfe (gGmbH) festgestellt werden. Auch bei der Leistung „Information/Erstgespräch“ konnte die Gemeinnützige Gesellschaft für Suchthilfe (gGmbH) mit Abstand die meisten Kontakte verzeichnen.
- Insgesamt bestanden im Jahre 2012 257 Selbsthilfegruppen im Kreis Unna. Bei der Darstellung der Selbsthilfegruppen pro 10.000 Einwohner liegt Schwerte vor der Kreisstadt Unna. Die wenigsten Selbsthilfegruppen gibt es in Holzwickede und in Fröndenberg. Deutlich mehr als die Hälfte aller Selbsthilfegruppen widmen sich gesundheitlichen Themenbereichen.



- Im Rahmen der Lebensmittelüberwachung werden regelmäßige Stichproben bei im Kreis Unna ansässigen, lebensmittelrechtlich Verantwortlichen durchgeführt. Insgesamt lag die Rate der ahndungswürdigen Probenbeanstandungen im Kreis Unna im Jahr 2011 bei 4,4%. Im Jahre 2012 gaben 3% der Proben Anlass zu Beanstandungen.
- Gesundheitsförderung ist gemäß ÖGDG eine Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Gesetzlich verankerte Instrumente der kommunalen Gesundheitsförderung sind die kommunale Gesundheitsberichterstattung und die Geschäftsführung der kommunalen Gesundheitskonferenz.
- Wesentliche Bestandteile kommunaler Gesundheitsförderung sind die „ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung“ und die Regionalkoordination des Gesunde Städte-Netzwerkes.



## 6 Soziale Lage und Gesundheit

### 6.1 Einleitung

„Der sozioökonomische Status (SES) stellt eine zentrale Analysekategorie der epidemiologischen Forschung und Gesundheitsberichterstattung dar“ (Lampert 2013). Bereits im Bundesgesundheitsurvey des RKI aus dem Jahre 1998 wurde nachgewiesen, dass „in Deutschland ausgeprägte sozioökonomische Differenzen hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens, des Vorliegens von Gesundheitsrisiken und gesundheitlichen Beeinträchtigungen, der Krankheitslast und auch der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bestanden“ (ebd.)

Obwohl Deutschland nach wie vor zu den reichsten Ländern der Welt zählt und insbesondere über einen hohen Standard im Rahmen der sozialen Sicherung verfügt, weitet sich das Verhältnis zwischen arm und reich immer mehr. Zwischen 1998 und 2008 ist der Anteil der in Armut<sup>28</sup> lebenden oder von Armut bedrohten Menschen<sup>29</sup> von 11% auf 14%, gemessen an der Gesamtbevölkerung, angewachsen. Hierbei sind zwei wesentliche Aspekte zu beobachten:

- einerseits ist das Risiko der Menschen, welche schon in Armut leben überdurchschnittlich gestiegen (Langzeitarbeitslose und Menschen mit niedriger Qualifikation sind davon in besonderem Maße betroffen) und
- zweitens reichen die Grenzen der Armut mittlerweile bis in eine ehemals gut gesicherte Mittelschicht hinein (Grabka & Frick 2010; Goebel et al. 2010).

Der unmittelbare Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit und, dass sich das eine auf das andere auswirkt, ist inzwischen wissenschaftlich hinreichend belegt. Sämtliche Forschungsergebnisse stimmen dahingehend überein, dass allgemeine gesundheitliche Beschwerden und Krankheitsereignisse bei in Armut lebenden Menschen häufiger vorkommen. Im Rahmen einer Selbstbewertung schätzen diese Menschen ihre eigenen Chancen auf Lebensqualität geringer ein und unterliegen zudem vermehrt einer vorzeitigen Sterblichkeit (Mielck 2000; Richter & Hurrelmann 2009; Lampert 2011).

Immer wieder werden Diskussionen darüber geführt, auf welche Weise die gesundheitliche Lage von Bevölkerungsgruppen in prekären Lebenslagen verbessert und deren gesundheitliche Chancen erhöht werden können. Eine grundsätzliche Voraussetzung dabei ist allerdings, bei Planungsvorhaben, welche gesundheitliche Auswirkungen haben können, aber auch bei der Umsetzung politischer Entscheidungen, auf die besonderen Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe aufmerksam zu machen. Hierbei ist es von entscheidender Bedeutung, Datenmaterial vorzuhalten, um einen Entwicklungsprozess gesundheitsbezogener Problemlagen, bedingt durch soziale Ungleichheit durch gezielte Zeitreihenvergleiche öffentlich machen zu können (RKI 2005; BZgA 2010).

Aus diesen genannten Gründen werden nachfolgend neben gesundheitlichen und medizinischen Orientierungsdaten auch soziale Orientierungsdaten mit soziodemografischen Angaben in Kombination mit den jeweils vorherrschenden individuellen Lebenslagen im Kreisgesundheitsprofil berücksichtigt.

<sup>28</sup> In den entwickelten Wohlfahrtsstaaten bezieht sich die Armutsforschung auf die Messung relativer Armut. Hier wird Armut über den Abstand zu einem durchschnittlichen Wohlstandsniveau der jeweiligen Gesellschaft bestimmt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BAMS), „Lebenslagen in Deutschland, Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung, Forschungsprojekt Soziale Mobilität, Ursachen für Auf- und Abstiege“, Studie für den 4. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, S 15 ff.)

<sup>29</sup> Armutsgefährdung = das Äquivalenzeinkommen einer Person beträgt weniger als 60% des Medians in der Gesellschaft (BAMS, ebd.)

Diese stellen einerseits Daten des Arbeitsmarktes und Daten der Erwerbs- und Arbeitslosigkeit dar. Sie beinhalten ebenfalls Angaben zum Durchschnittsalter bei Renteneintritt, Informationen über das durchschnittliche Familieneinkommen, Bildungschancen und Wohnsituation.

## 6.2 Arbeitsmarkt

Der Personenkreis der Erwerbstätigen, der Erwerbslosen und der Nichterwerbspersonen werden vom Fachbereich Mikrozensus bei IT NRW nach der ILO (Internationale Arbeitsorganisation) differenziert definiert:

### 6.2.1 Erwerbstätige im Kreis Unna

*„Erwerbstätige sind Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, die im Berichtszeitraum wenigstens eine Stunde für Lohn oder sonstiges Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschl. Soldaten und Soldatinnen sowie mithelfender Familienangehöriger), selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben. Die in dieser Veröffentlichung dargestellten Ergebnisse beziehen sich bei Vorliegen einer oder mehrerer Tätigkeiten auf die Haupterwerbstätigkeit.“ ( IT NRW 2012)*

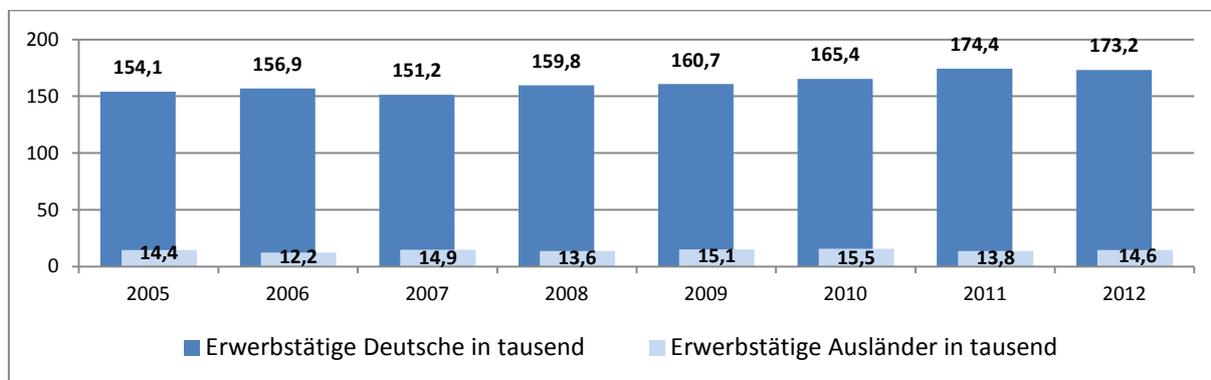


Abbildung 88: Entwicklung der deutschen und ausländischen Erwerbstätigen im Kreis Unna von 2005 bis 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

Die Hochrechnung der dargestellten Zahlen basiert auf den fortgeschriebenen Ergebnissen der Volkszählung 1987 (IT NRW 2012). Die Abbildung (Abb. 88) zeigt, dass sich die Beschäftigungssituation im Kreis Unna zwischen 2005 und 2012 deutlich gebessert hat. Im Jahre 2005 waren im Kreis Unna 154.100 Menschen erwerbstätig und nach einer relativ konstanten Entwicklung stieg die Zahl der Erwerbstätigen im Jahre 2012 auf 173.200 an. Eine nahezu gleichbleibende Zahl der Erwerbstätigen ist bei ausländischen Arbeitnehmern festzustellen. Allerdings lässt sich seit 2009 auch ein Rückgang der Zahlen beobachten, wenngleich seit 2011 ein erneuter Anstieg der Zahlen zu registrieren ist.



## 6.2.2 Erwerbslose im Kreis Unna

„Erwerbslose sind Personen ohne Erwerbstätigkeit, die sich in den letzten vier Wochen aktiv um eine Arbeitsstelle bemüht haben und sofort, d. h. innerhalb von zwei Wochen, für die Aufnahme einer Tätigkeit zur Verfügung stehen. Dabei spielt es keine Rolle, ob sie bei einer Arbeitsagentur als Arbeitslose gemeldet sind oder nicht. Zu den Erwerbslosen werden auch sofort verfügbare Nichterwerbstätige gezählt, die ihre Arbeitsuche abgeschlossen haben, die Tätigkeit aber erst innerhalb der nächsten drei Monate aufnehmen werden. Die Unterschiede zwischen den Erwerbslosen und den Arbeitslosen der Bundesagentur für Arbeit (BA) sind erheblich. Einerseits können nicht bei den Arbeitsagenturen registrierte Arbeitsuchende erwerbslos sein. Andererseits zählen Arbeitslose, die eine geringfügige Tätigkeit ausüben, nach ILO-Definition nicht als Erwerbslose, sondern als Erwerbstätige.“ (IT NRW 2012).

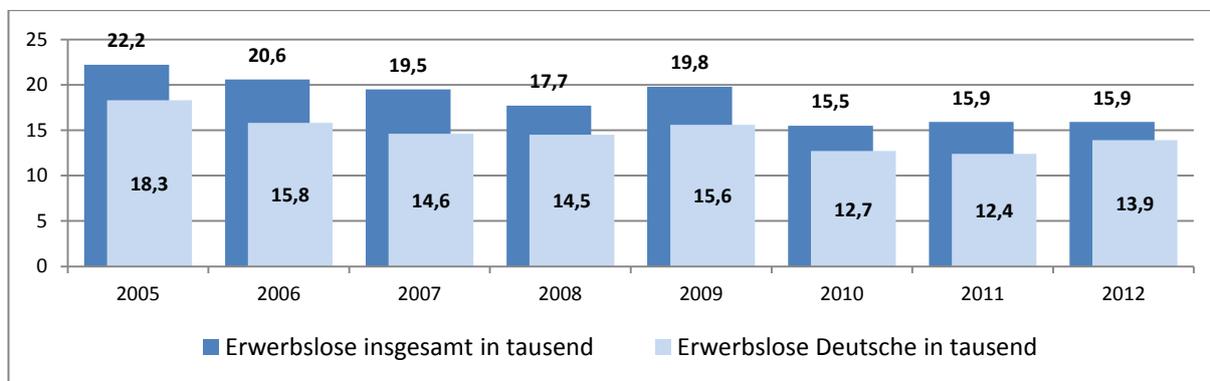


Abbildung 89: Entwicklung der Erwerbslosen im Kreis Unna von 2005 bis 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

Die erfreuliche Entwicklung bei der Lage der Erwerbstätigen lässt sich auch bei den Darstellungen der Erwerbslosendaten feststellen. Seit 2005 sind die Zahlen von 22.200 im Jahre 2005 auf 15.900 im Jahre 2012 gesunken (Abb. 89). Bemerkenswert ist allerdings, dass die Zahlen zwischen 2005 und 2008 kontinuierlich gesunken sind, 2009 deutlich gestiegen sind, danach erneut gesunken und seit 2010 relativ stabil sind. Die Bewegungen bei den deutschen Erwerbslosen sind nahezu identisch mit den Gesamtzahlen, sodass davon ausgegangen werden kann, dass sich keine gravierenden Abweichungen der Erwerbslosigkeit zwischen deutschen und ausländischen Erwerbslosen ergeben.

## 6.2.3 Nichterwerbspersonen im Kreis Unna

„Nichterwerbspersonen sind Personen, die keine – auch keine geringfügige – auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen. Personen unter 15 Jahren zählen grundsätzlich zu den Nichterwerbspersonen.“ (IT NRW 2012).

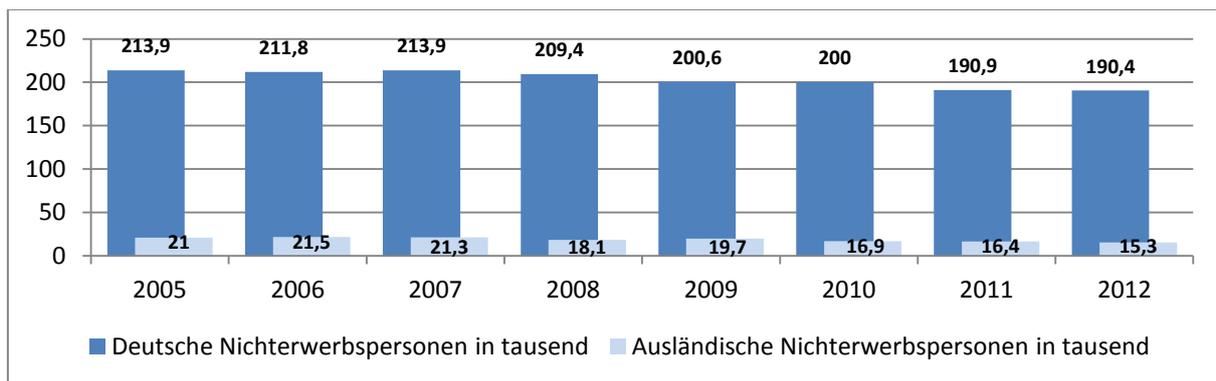


Abbildung 90: Entwicklung der Nichterwerbstitigen im Kreis Unna von 2005 bis 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

Gehörten 2005 noch 213.900 Menschen im Kreis Unna zu der Gruppe der Nichterwerbstitigen, so waren es 2012 nur noch 190.400 Personen (Abb. 90). Nur zum Teil lässt sich der Rückgang durch die Zunahme der Anzahl der erwerbstitigen Personen erklären. Offensichtlich machen sich hier erste Auswirkungen des demografischen Wandels mit Rückgang der Bevölkerungszahlen, insbesondere des Anteils jüngerer Menschen, bemerkbar.

#### 6.2.4 Arbeitslose in den Kommunen des Kreises Unna

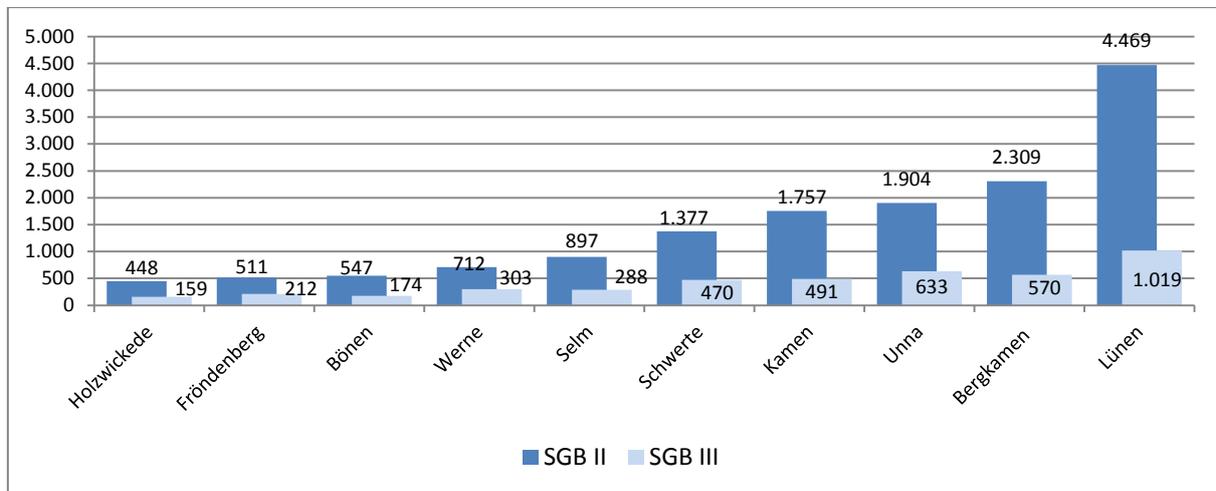


Abbildung 91: Arbeitslose im Kreis Unna nach Rechtskreisen im Mai 2014 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Bundesagentur für Arbeit)

Die Zahlen der Arbeitslosen in den Kommunen sind bezogen auf Mai 2014 den unterschiedlichen Rechtskreisen SGB II und SGB III zugeordnet. Erwartungsgemäß sind die Zahlen in den Ballungsräumen des Kreises Unna von Schwerte bis Lünen deutlich höher als in den übrigen Kommunen (Abb. 91). Besonders auffällig ist allerdings die hohe Zahl im Rechtskreis SGB II für Lünen. Leider konnten über IT NRW keine Daten zur Erwerbstitigkeit in den Kommunen des Kreises Unna ermittelt werden. In diesem Fall wäre es sicherlich interessant, hier einen prozentualen Abgleich herzustellen, um die Lasten der Kommunen besser einordnen zu können.



### 6.3 Haushaltsnettoeinkommen

„Ermittelt wird die Gesamthöhe des Nettoeinkommens durch eine Selbsteinstufung der Befragten in vorgegebene Einkommensgruppen. Die Einkommensangaben umfassen nicht nur die Einkommen aus Erwerbstätigkeit, sondern auch alle übrigen Einkommensarten. Neben dem persönlichen Nettoeinkommen der Haushaltsmitglieder wird für jeden Haushalt die Höhe seines Nettoeinkommens im letzten Monat (Summe aller Einkunftsarten ohne Steuern und Sozialversicherungsbeiträge, z. B. Erwerbseinkommen, Unternehmereinkommen, Rente, Pension, öffentliche Unterstützungen, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, Arbeitslosengeld I und II, Kindergeld, Wohngeld, Sachbezüge) erfragt.“ (IT NRW)

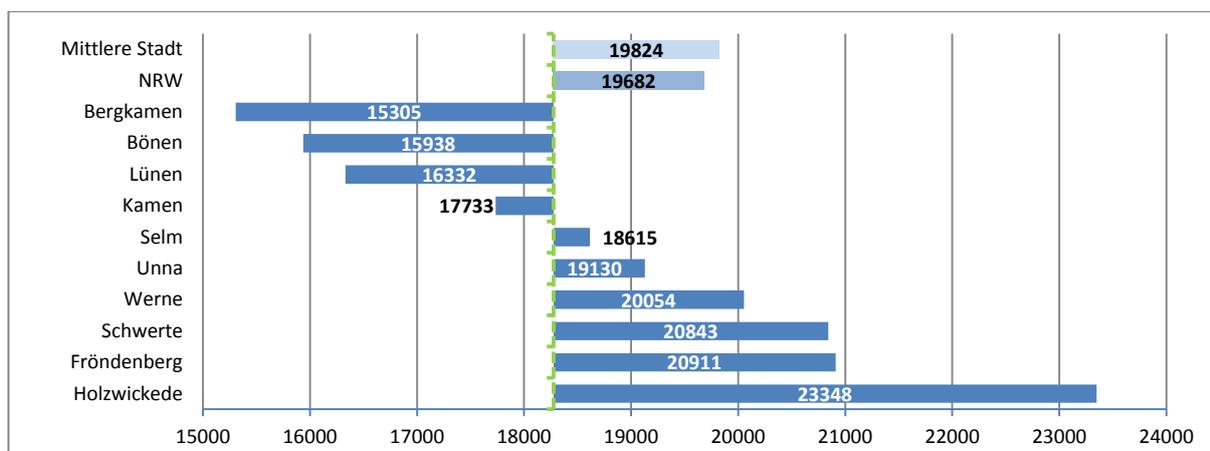


Abbildung 92: Verfügbares Einkommen im Kreis Unna 2009 in Euro pro Einwohner (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

Das Durchschnittseinkommen der im Kreis Unna lebenden Bevölkerung beträgt 18.276 Euro (Abb. 92 gestrichelte Linie). Jedoch liegt das durchschnittliche Einkommen in Bergkamen, Bönen und Lünen weit unter dem Durchschnittswert des Kreises Unna. Im Gegensatz dazu stehen Schwerte, Fröndenberg und Holzwickede, wobei besonders Holzwickede ein überdurchschnittlich hohes Durchschnittseinkommen aufweist.

### 6.4 Prävention und Gesundheitsförderung im Jobcenter Kreis Unna

Gesundheitsförderung und Prävention stehen im Fokus der arbeitsmarktpolitischen Planungen des Jobcenters Kreis Unna. Thematisch spiegeln sie sich in zahlreichen Projekten für Arbeitslosengeld II-Empfänger wider. Die im Folgenden aufgelisteten Projekte zeigen beispielhaft die Umsetzung:

Im Rahmen des Bildungs- und Teilhabepakets wird Kindern und Jugendlichen die Teilnahme an (Mannschafts-) Sport ermöglicht. Gut erhaltene Sportbekleidung und –geräte können in den Sozialkaufhäusern abgegeben werden. Mit Hilfe der Schulsozialarbeiter wurde eruiert, welche Sportarten interessant sind. Im Frühjahr 2013 wurden die gesammelten Sportsachen öffentlichkeitswirksam in den kreisweiten Sozialkaufhäusern ausgestellt und verkauft.

Von September 2007 bis Mai 2009 setzte das Jobcenter Kreis Unna das Modellprojekt „JobFit NRW“ um. Dieses Projekt sprach langzeitarbeitslose Bewerber an. Mittlerweile bildet die Gesundheitsförde-



rung einen festen Bestandteil bei der Umsetzung der arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen des Jobcenters Kreis Unna (mit einem Anteil von bis zu 20 Prozent einer Maßnahme). Die teilnehmenden Bewerber erfahren z.B. in einer Gesundheitserstberatung mehr über sich und ihre Gesundheit. Weitere Themen sind u.a. Stressabbau durch Bewegung im Alltag, Ernährung, Entwicklung von Kommunikationsstrategien. Die Vermittlungsfachkräfte des Jobcenter Kreis Unna wurden mit Hilfe von hausinternen Schulungen für die Themen Gesundheitsförderung und Prävention bei Langzeitarbeitslosen sensibilisiert, mit der Zielsetzung, Verständnis für die Situation der Arbeitslosen zu schaffen.

Darauf aufbauend wurde ab Sommer 2014 das Projekt „Gesundheitsorientierende Beratung“ als ein integrativer Bestandteil des mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Modellprojekts zur „Verbesserung von Gesundheitsorientierung und Gesundheitsförderung für Leistungsempfängerinnen und -empfänger von ALG II“ im Kreis Unna – als Modellregion - verankert. Zielsetzung ist, durch die Förderung der Gesundheitskompetenz der Maßnahmeteilnehmer, die Beschäftigungs- und Leistungsfähigkeit als Voraussetzung für ihre Integration in Erwerbstätigkeit aufrechtzuerhalten bzw. zu verbessern.

Die Projektmodule beinhalten folgende Themenschwerpunkte:

- Die Vermittlung von Basiswissen zu Ursachen und Wirkungszusammenhängen zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit sowie Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Situation
- Reflexion des Gesundheitsverhaltens
- Information zu Präventionsangeboten der gesetzlichen Krankenkassen
- Transfers gesundheitsorientierender Lebensweisen in den Alltag (z.B. Entspannungstechniken, Ernährungsgewohnheiten, Bewegung)
- Unterstützung hinsichtlich der weiterführenden beruflichen Eingliederung (z.B. Bewerbungsverhalten, Umgang mit Rückschlägen).

Auch hier sollen die Vermittlungsfachkräfte des Jobcenters Kreis Unna mit Hilfe von hausinternen Schulungen für die Beratungsarbeit in den Themen Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen sensibilisiert werden.

Das Projekt „Chancen für Familien“ ist ein Kooperationsprojekt der Jugendhilfe Stadt Lünen und des Jobcenters Kreis Unna. Familien, die in den Rechtskreisen SGB VIII und SGB II gleichermaßen hilfesuchend sind, werden gemeinsam von den genannten Institutionen betreut. Zielsetzung ist die langfristige Reduzierung von Hilfen und Steuermitteln, einhergehend mit einer besseren Vernetzung.

Das Projekt „Stark im Job. Gute Arbeit für Alleinerziehende“ wird für Alleinerziehende im SGB II-Bezug umgesetzt. Hierbei werden durch eine niederschwellige Ansprache Hilfestellungen aufgezeigt. Alleinerziehende mit ihren besonderen Problemlagen (z.B. Kinderbetreuung, Verschuldung) werden auf ihrem Weg, in Arbeit zu münden, unterstützt.

Im Rahmen von Netzwerkarbeit kooperiert das Jobcenter Kreis Unna mit zahlreichen Institutionen, Verbänden und der Wirtschaftsförderung, um die eigene Arbeit bekannt zu machen und von anderen zu lernen (z.B. Kinderbetreuung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Runder Tisch gegen Gewalt, Bündnis für Familie Kreis Unna, dessen Jahresthema 2014 „Gesundheit“ im Forum Demografie ist (Jobcenter 2014<sup>30</sup>).

<sup>30</sup> Textbeitrag des Jobcenters (vollständig übernommen).



## 6.5 Bildung

In der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS Studie) wird explizit formuliert, dass Bildung gleichbedeutend mit Gesundheitsschutz ist. Wissenschaftliche Erhebungen zeigen, dass sowohl Jungen als auch Mädchen in Gymnasien weniger rauchen und seltener übergewichtig sind als die Schüler und Schülerinnen in Hauptschulen. Ein weiterer Aspekt wird darin gesehen, dass Kinder aus schlechteren sozialen Verhältnissen durch Bildung mehr Erfolgserlebnisse haben. Diese unterstützen sie bei der Entwicklung psychischer und sozialer Ressourcen. Dadurch erlernen sie Kompetenzen, um weniger anfällig für Gesundheitsrisiken zu sein. Insofern ist eine gute Schulbildung nicht nur eine sinnvolle Investition in die berufliche Zukunft sondern auch, um ein gesundes Leben führen zu können (Ellert et al. 2014).

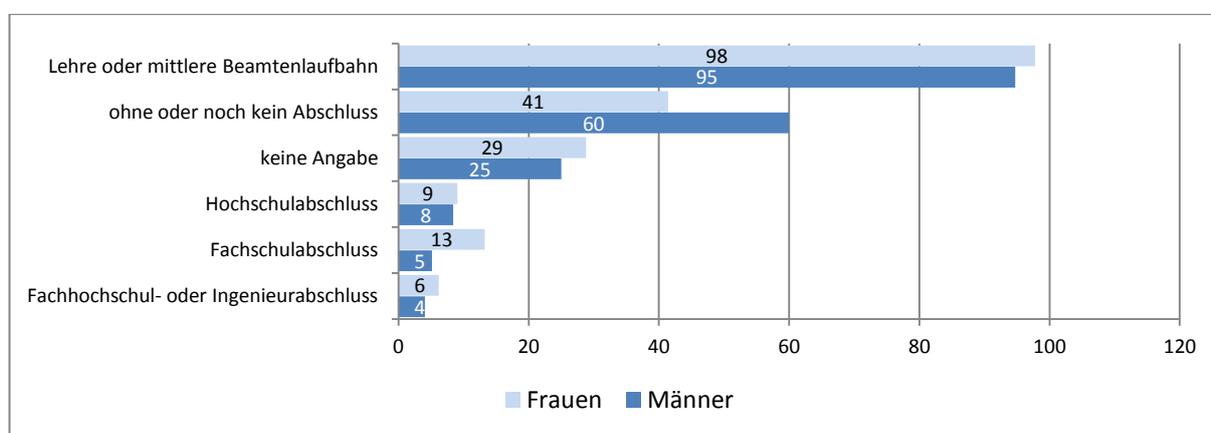


Abbildung 93: Letzer beruflicher Ausbildungsabschluss der Bevölkerung im Kreis Unna, in Tausend (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage /IT NRW)

Im Jahre 2012 hatte im Kreis Unna rd. 11,5% der Bevölkerung einen Fach- oder Hochschulabschluss (Abb. 93). Bemerkenswert ist die relativ große Zahl bei der Kategorie ohne/kein Abschluss. Dies wird allerdings dahingehend interpretiert, dass darunter relativ viele Menschen in Ausbildung zu subsumieren sind. Dennoch machen zwischen 25.000 und 29.000 Bürgerinnen und Bürger dazu keine Angabe. Interessant ist auch die Beobachtung, dass Frauen seltener ohne Abschluss und bei den höher qualifizierten Abschlüssen leicht im Vorteil gegenüber Männern sind.

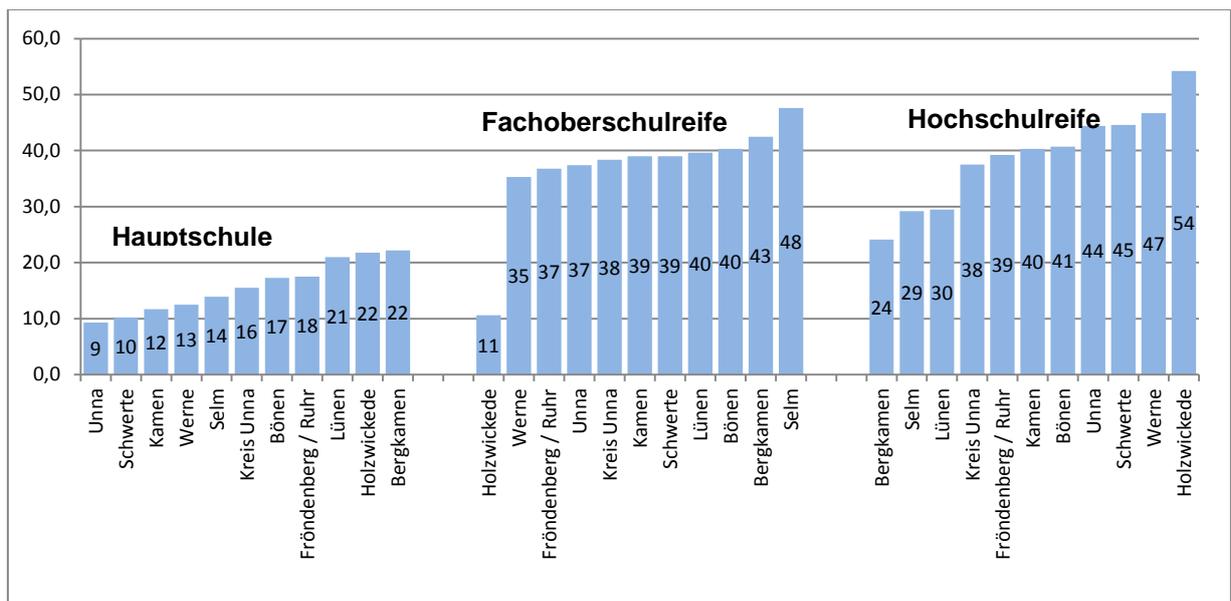


Abbildung 94: Schulabschluss Jg. 2011/12 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna/IT NRW)

Bei der Darstellung von Schulabschlüssen im Schuljahr 2011/2012, bezogen auf die Hauptschule, die Fachoberschul- und die Hochschulreife muss zunächst darauf verwiesen werden, dass sich die Angabe auf den Schulstandort und nicht auf den Wohnort bezieht (Kreis Unna) (Abb. 94). Insgesamt fällt auf, dass in Bergkamen die meisten Hauptschulabschlüsse und die geringste Zahl der Schulabgänger mit Hochschulreife zu verzeichnen sind. Während in Holzwickede kaum Schulabgänger mit Fachoberschulreife zu registrieren sind, ist ihr Anteil an den Hauptschülern und Absolventen mit Hochschulreife besonders hoch. Grundsätzlich spiegeln die gezeigten Ergebnisse allerdings auch das jeweilige Schulangebot wider.



## 6.6 Zusammenfassung

- Die Beschäftigungssituation im Kreis Unna hat sich zwischen 2005 und 2012 gebessert. Im Jahre 2005 waren im Kreis Unna 154.100 Menschen erwerbstätig und nach einer relativ konstanten Entwicklung stieg die Zahl der Erwerbstätigen im Jahre 2012 auf 173.200 an.
- Eine nahezu gleichbleibende Zahl der Erwerbstätigen ist bei ausländischen Arbeitnehmern festzustellen. Allerdings lässt sich ab 2009 auch ein Rückgang der Zahlen beobachten, wenngleich seit 2011 ein erneuter Anstieg der Zahlen zu registrieren ist.
- Seit 2005 sind die Zahlen der Erwerbslosen von 22.200 im Jahre 2005 auf 15.900 im Jahre 2012 gesunken.
- Die Zahlen der Arbeitslosen sind in den Ballungsräumen des Kreises Unna von Schwerte bis Lünen deutlich höher als in den übrigen Kommunen. Besonders auffällig ist die hohe Zahl im Rechtskreis SGB II für Lünen.
- Durch das Job Center wird ab Sommer 2014 das Projekt „Gesundheitsorientierende Beratung“ zur „Verbesserung von Gesundheitsorientierung und Gesundheitsförderung für Leistungsempfängerinnen und -empfänger von ALG II“ im Kreis Unna – als Modellregion - verankert.
- Frauen sind seltener ohne Abschluss und bei den höher qualifizierten Abschlüssen leicht im Vorteil gegenüber Männern.
- Bei den Schulabgängern 2011/12 gab es in Bergkamen die meisten Hauptschulabschlüsse und die geringste Zahl der Absolventen mit Hochschulreife. In Holzwickede gab es kaum Schulabgänger/-innen mit Fachoberschulreife, allerdings einen hohen Anteil an Hauptschulabschlüssen und Absolventen mit Hochschulreife.



## **7 Umwelt**

### **7.1 Einleitung**

In einem direkten Zusammenhang mit sozialen und ökonomischen Einflussfaktoren wirkt sich auch eine unbeschädigte Umwelt auf die Entwicklung der Menschen gesundheitsförderlich aus. Die gesamte Lebenswelt der Menschen, zum Beispiel in Bezug auf ihr Wohnumfeld, die Bedingungen rund um ihr Arbeitsleben, ihre Freizeitgestaltung oder auch ihr Konsumverhalten wird geprägt von Umweltbedingungen. Aus diesem Grund hängen auch Wohlbefinden und Gesundheit sehr stark von einer intakten Umwelt ab (UBA 2013).

Nicht nur der Schutz der Bevölkerung vor Gesundheitsgefahren durch Umweltbelastungen sondern auch die Förderung ihrer Gesundheit durch unterstützende Umweltbedingungen muss der grundsätzliche Leitgedanke einer verantwortungsbewussten Umwelt- und Gesundheitspolitik sein. Umweltbelastungen sind gleichzeitig Gesundheitsgefahren. Hierzu zählen sogenannte Stressoren wie zum Beispiel:

- chemische Stressoren wie Schadstoffe in der Luft, im Wasser, im Boden, in der Nahrungskette, in Produkten des Alltags und im menschlichen Körper
- physikalische Stressoren Lärm, Partikel oder Strahlung und
- biologische Stressoren Schimmelpilze oder Blaualgen (ebd.).

Insofern ist ein engagierter Umweltschutz auch gleichzeitig ein nachhaltig wirkender Beitrag zur Gesundheitsförderung.

Wenn auch der vorliegende Bericht das Thema Umwelt nur am Rande streifen kann, so soll zumindest bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass insbesondere bei kommunalen Planungen, welche direkt oder indirekt in Umweltbelange eingreifen, noch stärker als bisher gesundheitliche Interessen hinterfragt und berücksichtigt werden müssen. Nachfolgend werden einige wenige Aspekte rund um das Thema Umwelt und Gesundheit beschrieben. Hierzu gehören neben der Trinkwasser- und Luftqualität auch Angaben zu Lärmentwicklungen.

#### **7.1.1 Trinkwasserqualität**

Trinkwasser ist nach Meinung aller Ernährungsexperten das Lebensmittel Nr. 1 und sollte daher als besonders schützenswert gelten. Vor allem im bevölkerungsreichen Bundesland Nordrhein-Westfalen mit seiner hohen Anzahl von Industriebetrieben wird aus diesem Grund ein umfangreicher Aufwand für die ständige Überwachung von Oberflächengewässern, Grund- und Rohwasser betrieben. Hinsichtlich des Leitungswassers existieren gesetzlich geregelte Grenzwertbestimmungen für Stoffe, welche im Trinkwasser vorkommen. Hierzu gehören neben dem PH-Wert und der Wasserhärte auch der Calcium-, Magnesium-, Natrium- und Sulfatgehalt. Deren Kontrolle und die Einhaltung der vorgegebenen Grenzwerte haben in Deutschland und somit auch im Kreis Unna einen hohen Stellenwert. Die Gesundheitsämter sind dazu verpflichtet, die einwandfreie Hygiene des Leitungswassers nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes regelmäßig zu überprüfen (Barmer GEK 2012).

Im Kreisgebiet befinden sich acht Wasserversorgungsunternehmen (davon drei mit eigener Wassergewinnung) und ca. 526 Eigen- und Einzelwasserversorgungsanlagen (Tab. 14). Bei der Neuerrichtung



oder wesentlichen Änderungen von Wasserversorgungsanlagen bzw. bei Wasserschutzzonefestlegungen ist zu den Genehmigungsanträgen eine gutachterliche Stellungnahme abzugeben.

Tab. 14: Öffentliche Wasserversorgung im Kreis Unna (Quelle: Kreis Unna)

Wasserversorgungsunternehmen (WVU)	
WVU <b>mit</b> eigener Wassergewinnung im Kreis Unna	WVU <b>ohne</b> eigene Wassergewinnung im Kreis Unna
WasserWerke Westfalen GmbH	Gelsenwasser AG
Stadtwerke Fröndenberg GmbH	Stadtwerke Lünen GmbH
Stadtwerke Hamm GmbH	GSW Wasser-plus GmbH
	Wasserversorgung Holzwickede
	Stadtwerke Schwerte GmbH

Die EDV-gestützte Überwachung der Wasserversorgungsanlagen umfasst örtliche Prüfungen spätestens alle 1-3 Jahre einschließlich einer umfangreichen Wasseranalyse und der dazugehörigen Schutzzone bzw. der Umgebung der Anlagen und die Überwachung von Wasseranalysen (täglich bzw. jährlich). Bei Beanstandungen ist eine Gefahrenabschätzung für die menschliche Gesundheit mit evtl. Beratungen der Betreiber, Anordnungen von Maßnahmen und Erteilung von Ausnahmegenehmigungen nach Trinkwasserverordnung 2001 sowie evtl. weiterer Besichtigung vorzunehmen. Stellungnahmen und Beratungen werden bei Neuerrichtungen von Brunnenanlagen, technischen Anlagen, Festsetzungen von Wasserschutzzone, Grenzwertüberschreitungen und Sanierungsmaßnahmen erforderlich.

Die nachfolgenden Angaben für die Wasserwerke Westfalen GmbH beziehen sich auf das Wasserwerk Hengsen (Tab. 15). Bei der Darstellung der Werte der Stadtwerke Hamm wurde der Mittelwert der gemeldeten Werte der Wasserwerte Warmen, Echthausen und Halingen errechnet. Grundsätzlich beruhen alle Darstellungen auf der von den Unternehmen gemeldeten Jahrestrinkwasseranalysen für das Jahr 2012. Die Wasseranalysen wurden durchgeführt von der „Westfälischen Wasser- und Umweltanalytik GmbH“ (WWU) und dem „Hygiene Institut des Ruhrgebietes“. Die nachfolgenden Erläuterungen sind Originalzitate der Wasserwerke Westfalen GmbH.

Tab. 15: Trinkwasserwerte im Kreis Unna (Quelle: Kreis Unna)

	Stadtwerke Hamm	Stadtwerke Fröndenberg	Wasserwerke Westfalen
PH Wert $\geq 6,5$ und $\leq 9,5$	7,72	8,01	7,7
Härte	weich	weich	weich
Calcium mg/L	47,3	48	48
Magnesium mg/L	5,5	6,3	5,8
Natrium mg/L	22,7	27	30
Sulfat mg/L	34,3	55	37

„Der ph-Wert informiert, ob eine Flüssigkeit neutral, sauer oder basisch ist. In chemisch reinem Wasser, sogenanntes destilliertes Wasser, ist der ph-Wert 7 und damit neutral. Bei einem ph-Wert unter 7 wird das Wasser saurer. Umgekehrt weist ein ph-Wert über 7 auf eine basische (man spricht auch von einer alkalischen) Reaktion des Wassers hin“ (Dortmunder Wasserwerke).



*„Die Angaben zur Trinkwasserhärte erfolgen gemäß dem Gesetz über die Umweltverträglichkeit von Wasch- und Reinigungsmitteln, geändert am 31.10.2006, am 04.05.2007 veröffentlicht und damit in Kraft getreten. Danach sind nach § 9 Wasch- und Reinigungsmittelgesetz (WRMG) statt der bisherigen vier Härtebereiche nun drei neu definierte Härtebereiche gültig:*

- *Härtebereich weich: < 1,5 Millimol Calciumcarbonat je Liter (entspricht < 8,4 Grad deutscher Härte)*
- *Härtebereich mittel: 1,5 bis 2,5 Millimol Calciumcarbonat je Liter (entspricht 8,4 Grad deutscher Härte bis 14 Grad deutscher Härte)*
- *Härtebereich hart:> 2,5 Millimol Calciumcarbonat je Liter (entspricht > 14 Grad deutscher Härte)“ (WRMG 2007).*

*„Calcium ist wichtig zum Aufbau von Knochen und Zähnen. Es verhilft Haut, Nägeln und Haaren zu natürlicher Schönheit, unterstützt die Blutgerinnung und fördert die Weiterleitung der Nervenimpulse auf die Muskelzellen. In der Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (Trinkwasserverordnung - TrinkwV 2001) wird für Calcium kein Grenzwert aufgeführt. Es werden allerdings regelmäßige Untersuchungen gefordert. Gemessen wird in Milligramm pro Liter mg/L“ (WRMG 2007).*

*„Magnesium sorgt für schnelle Reaktionen und beschleunigt die Leitung der Nervenimpulse zu den Muskelzellen. Desweiteren hilft Magnesium, den Ruhestoffwechsel aufrechtzuerhalten und aktiviert Enzyme zur Energiegewinnung. Gemessen wird in Milligramm pro Liter mg/L“ (WRMG 2007).*

*„Natrium erhält die Gewebespannung, reguliert den Wasserhaushalt und unterstützt die Muskeltätigkeit (ebd.). Gemessen wird in Milligramm pro Liter mg/L. Der Grenzwert lt. TrinkwV 2001 für Natrium liegt bei 200 mg/L“ (WRMG 2007).*

*„Sulfat ist ein Salz der Schwefelsäure, das entgiftend auf die Leber wirkt und die Gallen- und Verdauungsfunktionen anregt. Es gilt als nichtalkoholischer Magenbitter. Gemessen wird in Milligramm pro Liter mg/L. Der Grenzwert lt. TrinkwV 2001 für Sulfat liegt bei 240 mg/L“ (WRMG 2007).*

Die Qualität des Trinkwassers der öffentlichen Wasserversorgung im Kreis Unna muss anhand der ermittelten Werte als sehr gut bezeichnet werden.

## **7.1.2 Luftqualität**

Die Qualität der Außenluft wird täglich von Fachleuten an bundesweit verteilten Messstationen gemessen. Über den Internetlink <http://www.umweltbundesamt.de/daten/luftbelastung/aktuelle-luftdaten> können sich Bürgerinnen und Bürger schon kurz nach den Messungen über aktuelle und regional aufbereitete Messwerte informieren. Die Messungen erfolgen täglich zwischen 07:30 Uhr und 22:30 Uhr, jeweils im Abstand von 3 Stunden. Auf diese Weise werden sogenannte „Stundenmittelwerte“ unterschiedlicher Schadstoffe ermittelt. Im Sommer werden diese Mittelwerte sogar stündlich aktualisiert. Jeweils morgens um 7:30 Uhr werden die „Stundenmittelwerte“ der vergangenen Nacht erhoben und ausgewertet. Grundsätzlich entsprechen die im Internet abgebildeten Daten nur vorläufigen Messwerten (UBA 2014).



### 7.1.3 Feinstaub

Unter dem Begriff Feinstaub werden sowohl der „primär“ ausgelöste als auch der „sekundär“ gebildete Feinstaub zusammengefasst. Primär entsteht Feinstaub zum Beispiel bei Verbrennungsvorgängen. Von sekundär entstandenem Feinstaub wird dann gesprochen, wenn er durch „gasförmige Vorläufer-substanzen“ (Schwefel- und Stickoxide und Ammoniak) entsteht. (ebd.)

Auslöser (Emittenten):

Das menschliche Handeln ist wesentlich für die Entstehung von Feinstaub verantwortlich, hier insbesondere durch die Nutzung von Kraftfahrzeugen, Kraft- und Fernheizwerken, Öfen sowie Heizungen in Wohnhäusern. Auch bei der Erzeugung von Metall und Stahl sowie beim „Umschlagen von Schuttgütern“ entsteht Feinstaub. Bodenerosionen bilden eine natürliche Ursache für die Entstehung von Feinstaub. Grundsätzlich gilt jedoch, dass sogenannte Ballungsräume die hauptsächlichen Auslöser von Feinstaub sind. Dies gilt insbesondere für den Straßenverkehr, wobei nicht nur durch Motoren (insb. Dieselmotoren) Feinstaub in die Luft gelangt, sondern auch durch Bremsen- und Reifenabrieb. Gleichzeitig wird Feinstaub von der Straße aufgewirbelt. Schließlich gehört auch die Landwirtschaft zu den Emittenten. Hier tragen besonders die „Ammoniakemissionen“ aus der Tierhaltung zur sekundären Bildung von Feinstaub bei (ebd.).

Krankheitsrisiken:

Feinstaubteilchen sind in Grenzwerte eingeteilt, welche sich auf ihre Größe beziehen. Bei Staubteilchen der Größe PM<sub>10</sub> ist der Durchmesser kleiner als 10 µm (1 µm=1/1000 mm). Feinstaubteilchen mit der Größenbezeichnung PM<sub>2,5</sub> entsprechen Teilmengen der Größenordnung (Staubfraktion) PM<sub>10</sub>. Für die Gesundheit haben besonders kleine bis ultrafeine Feinstaubpartikel eine große Bedeutung. Insbesondere gelangen sie in die Lungenbläschen. Ihre maximale Größe entspricht denen von Bakterien. Sie sind für das menschliche Auge somit nicht sichtbar. Grundsätzlich kann Feinstaub Entzündungen der Atemwege und Ablagerungen („Plaquetbildung“) in den Blutgefäßen auslösen. Wissenschaftliche Untersuchungen weisen bei hoher Feinstaubkonzentration ein gehäuftes Auftreten von Atemwegs- und Herzkreislaufkrankungen nach. Bemerkenswert sind die Feststellungen dass einerseits Menschen mit bestehenden Erkrankungen verstärkt gefährdet sind und zudem Studien eine rechnerische Verringerung der Lebenserwartung in Europa durch die Wirkung von Feinstaub nachgewiesen haben (ebd.).

Grenzwerte:

*„Zum Schutz der menschlichen Gesundheit gelten seit dem 1. Januar 2005 europaweit Grenzwerte für die Feinstaubfraktion PM<sub>10</sub>. Der Tagesgrenzwert beträgt 50 µg/m<sup>3</sup> und darf nicht öfter als 35mal im Jahr überschritten werden. Der zulässige Jahresmittelwert beträgt 40 µg/m<sup>3</sup>. Für die noch kleineren Partikel PM<sub>2,5</sub> gilt seit 2008 europaweit ein Zielwert von 25 µg/m<sup>3</sup> im Jahresmittel, der bereits seit dem 1. Januar 2010 eingehalten werden soll. Ab 1. Januar 2015 ist dieser Wert verbindlich einzuhalten und ab dem 1. Januar 2020 dürfen die PM<sub>2,5</sub>-Jahresmittelwerte den Wert von 20 µg/m<sup>3</sup> nicht mehr überschreiten“ (UBA 2013a).*



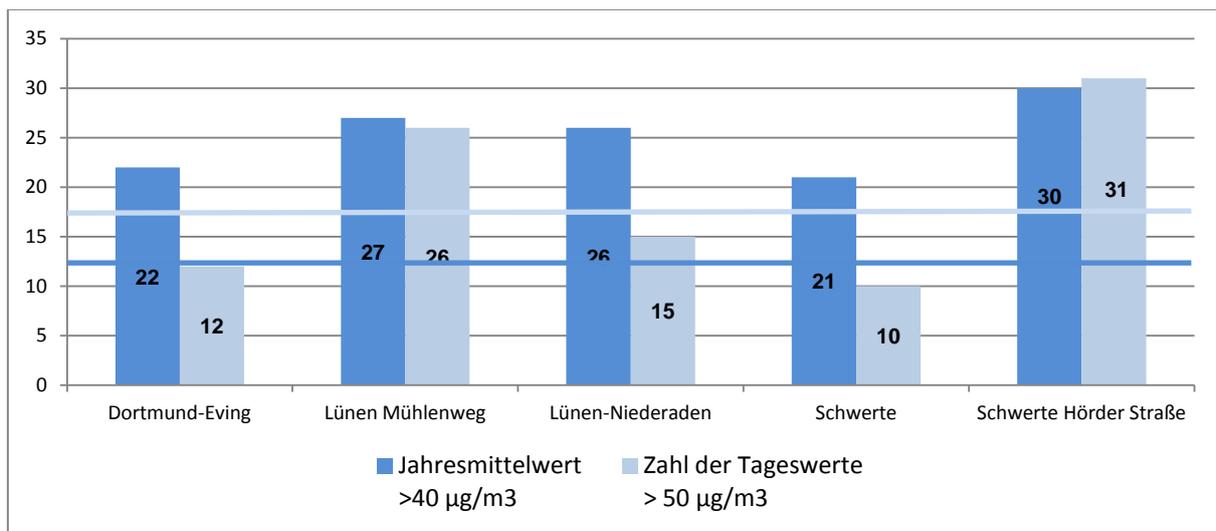


Abbildung 95: Feinstaubwerte an Messstationen im Kreis Unna- jährliche Auswertung 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage UBA)

Die Werte der für den Kreis Unna relevanten Messstationen zeigen, dass die Feinstaubbildung sowohl im Tages- als auch im Jahresdurchschnitt unter den Grenzwerten liegt (Abb. 95). Dennoch gibt zumindest eine Presseerklärung des Ministeriums für Klimaschutz, Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW Umweltministerium) keine grundsätzliche Entwarnung. Das Ministerium weist darauf hin, dass die Schadstoff-Belastung der Luft zwar weiter abnimmt, allerdings immer noch Handlungsbedarf bei der Verringerung von Feinstaub besteht. Dies bezieht sich auf zahlreiche Überschreitungen der EU-Grenzwerte insbesondere in den Ballungsgebieten (NRW Umweltministerium 2014).

#### 7.1.4 Ozon

Ozon ist farblos und giftig. Es ist ein sehr wichtiges Spurengas der Atmosphäre. In einer Höhe von 20 bis 30 Kilometern besteht eine natürliche Ozonschicht, welche die Erde vor schädlichen Ultraviolettstrahlungen der Sonne schützt (Umwelt Bundesamt 2014).

Auslöser (Emittenten):

Ebenso wie bei der Feinstaubentwicklung ist auch bei der Erzeugung von „Ozonvorläuferstoffen“ (z.B. Stickstoff) der Mensch einer der größten Verursacher. Die überwiegende Menge an Stickstoffoxiden entstammt in erster Linie dem Straßenverkehr (ca. 50%) und Feuerungsanlagen. Durch die Nutzung von Lösungsmitteln werden sogenannte „flüchtige organische Stoffe“ freigesetzt. Dies betrifft insbesondere Farben, Lacke, Klebstoffe und Reinigungsmittel. Im Straßenverkehr werden durch die Kraftstoffverbrennung flüchtige organische Stoffe freigesetzt. Dazu gibt es noch „natürliche organische Verbindungen“, welche als Ausdünstungen der Laub- und Nadelbäume entstehen. Überdüngte Böden produzieren „biogene Stickstoffoxide“ (ebd.).

Krankheitsrisiken:

Ozon kann zu einer verminderten Lungenfunktion, entzündlichen Reaktionen in den Atemwegen und konkreten Atembeschwerden beitragen. Da derartige Auswirkungen immer in Zusammenhang mit dem „Atemminutenvolumen“ stehen, wird bei erhöhten Ozonwerten von körperlichen Anstrengungen abgeraten, weil dies ein erhöhtes Krankheitsrisiko bedeutet (ebd.).



Grenzwerte:

„Für die Ozonkonzentration gibt es eine Informationsschwelle von  $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$  (1-Stunden-Wert) und eine Alarmschwelle von  $240 \mu\text{g}/\text{m}^3$  (1-Stunden-Wert). Ab einem Ozonwert von  $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$  werden dazu über die Medien Verhaltensempfehlungen an die Bevölkerung gegeben. Zum Schutz der menschlichen Gesundheit ist ein Zielwert festgelegt: Der maximale 8-Stunden-Wert eines Tages darf an höchstens 25 Tagen pro Kalenderjahr, gemittelt über 3 Jahre, den Wert von  $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$  überschreiten. Langfristig sollen die maximalen 8-Stundenmittel den Wert von  $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$  gar nicht mehr überschreiten. Zum Schutz der Vegetation gilt im 5-Jahresmittel ein Zielwert von  $18.000 \mu\text{g}/\text{m}^3$  als Summe der Differenz zwischen Einstundenmittelwerten über  $80 \mu\text{g}/\text{m}^3$  und  $80 \mu\text{g}/\text{m}^3$  während Tagesstunden (8–20 Uhr) der Hauptvegetationszeit von Mai bis Juli (AOT 40)“ (Umwelt Bundesamt 2014).

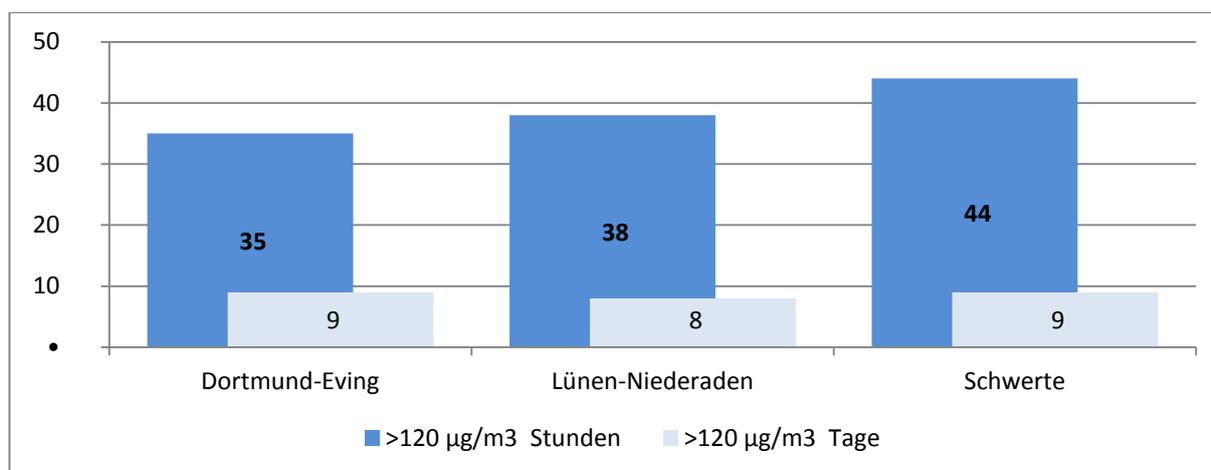


Abbildung 96: Ozon – Überschreitung der Zielwerte für den Gesundheitsschutz 2012 nach Messstationen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Nach Angaben des Landesentrums für Gesundheit NRW (LZG NRW) zeigen die Werte der Messstationen Dortmund Eving, Lünen-Niederaden und Schwerte, dass nahezu in allen durch Messungen erfassten Regionen des Kreises Unna an acht bis neun Tagen des Jahres 2012 Zielwerte für den Gesundheitsschutz überschritten waren (Abb. 96). Der Stundenanteil liegt mit 44 Stunden während des Jahres in Schwerte am Höchsten. Bezogen auf Nordrhein Westfalen konnte im genannten Zeitraum und dem zugrunde liegenden Schwellenwert  $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$  eine Überschreitung von 29 Tagen / 233 Stunden gemessen werden. Damit ist der gesetzte Grenzwert von 25 Tagen in NRW um 4 Tage überschritten worden. Die Messungen im Kreis Unna liegen demgegenüber deutlich unter den Schwellenwerten.

### 7.1.5 Lärmentwicklung

Die Nachwirkungen von Lärm sind vielfältig. Insbesondere ist das Gehör betroffen, wobei kurze „Schallspitzen“ und auch eine dauerhafte Beschallung bleibende Schädigungen nach sich ziehen können. Direkt auf das Gehör einwirkende Geräuschbelastungen („aurale Wirkungen“, ab Pegel 85dB(A)) können das Hörvermögen erheblich beeinträchtigen. Dies kann bis zur Schwerhörigkeit führen. Weitere Störungen können in Form von begrenzten und dauerhaften Geräuschen im Ohr (Tinnitus) führen. Hohe Schallpegel werden im Arbeitsleben, aber auch in der Freizeit, beeinflusst durch laute Musik gemessen. Lärm kann daher als ein wichtiger Auslöser von körperlichen und psychischen Störungen angesehen werden. Insofern wirkt Lärm auf Körper und Psyche (UBA 2013b, UBA 2014a).

Die begriffliche Unterscheidung zwischen Lärm und Schall wird vom Umweltbundesamt dahingehend vorgenommen, dass unter *Lärm* eine Wirkung beschrieben wird, während *Schall* eine messbare physikalisch/akustische Größe darstellt. Lärm bezeichnet daher jedwede Beeinträchtigung durch Schall, welche eine Belastung darstellt oder gesundheitliche Schädigungen auslöst. Schall wirkt sich nicht nur beeinträchtigend auf das Hörvermögen aus, sondern gilt auch als psychosozialer Stressor. Dadurch werden Schlafstörungen und Leistungsbeeinträchtigungen bis hin zur Chronifizierung verursacht. Derartige Störungen können schon bei niedrigeren Schallpegeln auftreten. Folgeerscheinungen können eine Veränderung des Blutdrucks, der Herzfrequenz oder sonstige Beeinträchtigungen des Kreislaufs sein. Durch eine vermehrte Ausschüttung von Stresshormonen kann es zu Eingriffen in Stoffwechselfvorgänge des Körpers kommen (UBA 2014).

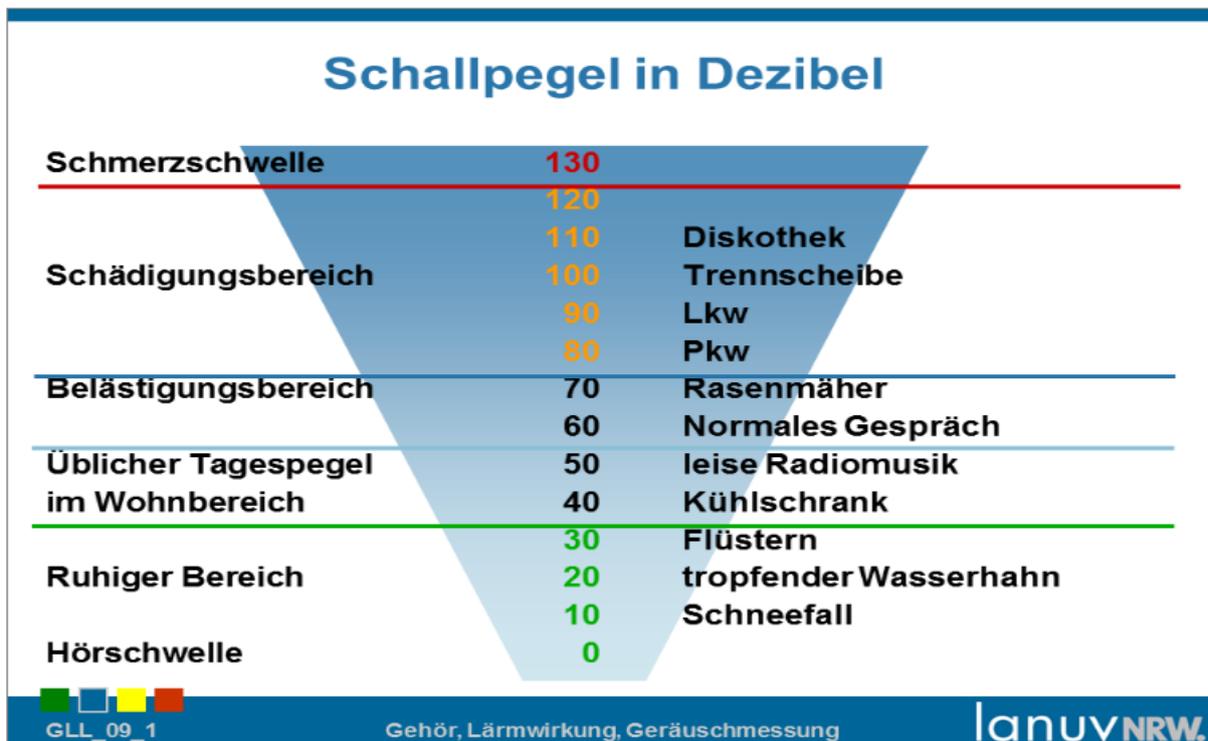


Abbildung 97: Schallpegel in Dezibel (Quelle: LANUV NRW 2014)

Nach der Grafik des Landesamts für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen (LANUV) beginnt der Schädigungsbereich bereits bei 80 dB(A) (Abb. 97). Aber auch normale Geräusche mit einem Schallpegel von 60 dB(A) haben bereits eine belästigende Wirkung. Wenngleich die Wirkung eines tropfenden Wasserhahns sehr gravierend sein kann, liegt der Schallpegel dafür mit 20 dB(A) im ruhigen Bereich.



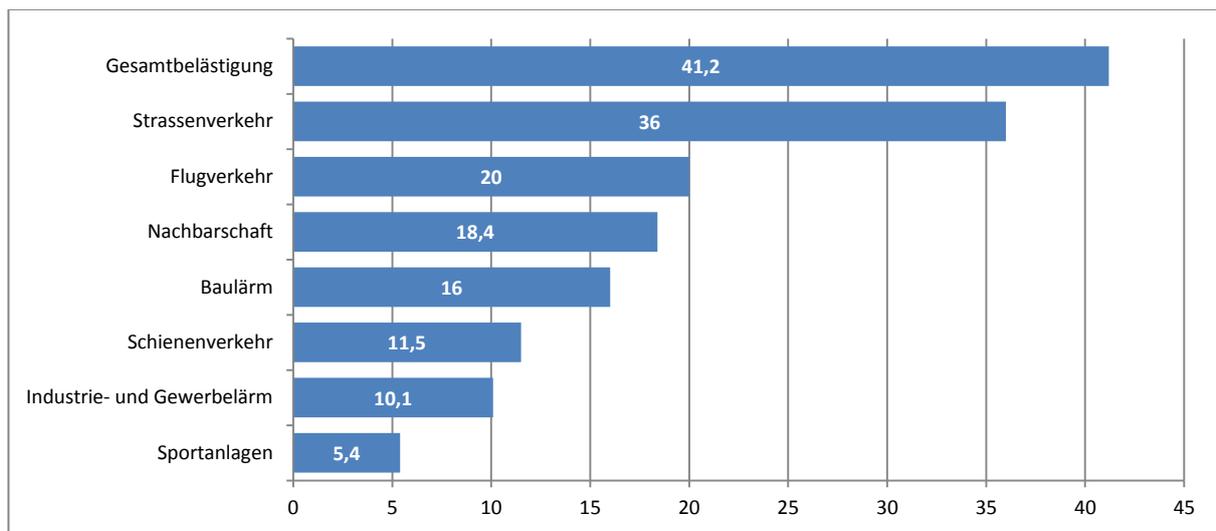


Abbildung 98: Online Lärmbefragung des Umweltbundesamtes vom 14.04.2011, Antwortkategorie stark bis äußerst belästigt in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage UBA)

In einer bundesweiten Online Umfrage zur Lärmbelästigung haben seit März 2002 über 68.000 Personen teilgenommen. Insgesamt fühlen sich 41,2% der Befragten durch Lärm belästigt (Abb. 98). Nahezu gleich mit der Belästigung durch Fluglärm wird die Störung durch Nachbarschaftslärm bewertet. Darunter werden Lärmbelästigungen durch „laut eingestellte Fernseher, eine Party, Heimwerkerarbeiten in der Wohnung oder im Garten oder auch der Betrieb von Fahrzeugen auf privatem Gelände“ zusammengefasst (UBA 2014a).

Dem Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz selbst liegen aktuell keine kreisbezogene Daten zur Lärmentwicklung und -belästigung vor. Grundsätzlich sind allerdings durch die Richtlinie 2002/49<sup>31</sup> der Europäischen Gemeinschaften die Mitgliedsstaaten aufgefordert, über ihre zuständigen Planungsbehörden sogenannte „Lärmaktionspläne“ (Artikel 8) zu erstellen.

Gem. eines Runderlasses des Ministeriums für Umwelt und Naturschutz vom 7.2.2008<sup>32</sup> unter Bezug auf das Bundes-Immissionsschutzgesetz (BImSchG)<sup>33</sup> sind die Kommunen verpflichtet, für ihren Geltungsbereich derartige „Lärmaktionspläne“ aufzustellen. Entsprechende Pläne sind bereits im Kreis Unna (u.a. in Kamen und der Kreisstadt Unna) den zuständigen politischen Gremien vorgelegt worden.

Es bietet sich daher an, bei zukünftigen fachlichen Planungen diesem Thema eine stärkere Gewichtung zu geben und mit den kommunalen Planungsstellen intensiv zu kooperieren.

<sup>31</sup> RICHTLINIE 2002/49/EG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 25. Juni 2002 (Artikel 8) über die Bewertung und Bekämpfung von Umgebungslärm L 189/12 DE Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften 18.7.2002

<sup>32</sup> RdErl. d. Ministeriums für Umwelt und Naturschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz - V-5 - 8820.4.1 v. 7.2.2008

<sup>33</sup> Gesetz zum Schutz vor schädlichen Umwelteinwirkungen durch Luftverunreinigungen, Geräusche, Erschütterungen und ähnliche Vorgänge (Bundes-Immissionsschutzgesetz - BImSchG) Ausfertigungsdatum: 15.03.1974, zuletzt geändert: in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Mai 2013 (BGBl. I S. 1274)

## 7.2 Zusammenfassung

- Die Qualität des Trinkwassers der öffentlichen Wasserversorgung im Kreis Unna gilt als sehr gut.
- Die Feinstaubbildung sowohl im Tages- als auch im Jahresdurchschnitt im Kreis Unna liegt unter den festgelegten Grenzwerten.
- Im Durchschnitt wurden in Nordrhein Westfalen im Jahre 2012, bezogen auf den zugrunde liegenden Schwellenwert von  $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ , an 29 Tagen (233 Stunden) Überschreitungen des Ozon-Grenzwertes gemessen. Im Kreis Unna wurden 25 Tage ermittelt. Die Messungen im Kreis Unna liegen damit um 4 Tage unter den Durchschnittswerten in NRW.
- Bezogen auf NRW Gesamt fühlen sich 42% der Einwohner durch Lärm belästigt. Der größte Anteil fällt dabei auf Lärm durch Straßenverkehr mit 36%. Durch Nachbarschaftslärm fühlen sich knapp über 18% der Einwohner belästigt.
- Für die Gesundheitsplanung liegen aktuell keine verwertbaren Datensätze zur Lärmbelästigung vor.
- Eine stärkere Kooperation mit den kommunalen Planungsebenen in Bezug auf Umwelt und Gesundheit wird empfohlen.



## 8 Gesund Aufwachsen

### 8.1 Einleitung

Analog zum Handlungsprozess der Bundesinitiative „Gesund älter werden“ wurde in NRW das Landesprojekt „Kein Kind zurücklassen“ auf den Weg gebracht. Danach sollen in den nächsten Jahren konkrete präventive Projekte und Programme, sowohl im Bereich der Jugendhilfe aber auch im Rahmen der Gesundheitsförderung (vgl.: Kinderbildungsgesetz Nordrhein-Westfalen (KiBiz NRW)) in den NRW Kommunen entwickelt und angeboten werden. Die Konzepte beziehen sich auf niedrigschwellige Geburtsvorbereitungsangebote, die Stabilisierung von Kindertageseinrichtungen sowie Familienzentren als Orte für Kinder-, Jugend-, und Gesundheitsförderung bis hin zu einer konsequenten Ausrichtung der Schulen als Lernorte für eine ausgewogene und gesunde Entwicklung. Der Kreis Unna mit seinen Fachbereichen Jugend und Familie sowie Gesundheit und Verbraucherschutz ist seit 2012 Partner dieses Landesprojektes. Der Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz will mit dem Konzept des gesunden Aufwachsens das Kreisgesundheitskonzept konsequent weiter umsetzen. Dabei werden auch gute Präventionsansätze im Rahmen des Gesunde Städte-Netzwerkes für den Kreis Unna genutzt. In erster Linie sind hierbei die besonderen Kenntnisse der bundesweiten Kompetenzzentren Kinder- und Jugendgesundheit zu nennen.

### 8.2 Gesundheit der heranwachsenden Generation

Zwischen 2003 und 2006 wurden unter Federführung des RKI bundesweit 17.000 Menschen von 0-17 Jahren (Kinder, Jugendliche) und deren Eltern befragt, um eine Beschreibung des körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen vornehmen zu können. Die Umfrage und die daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden für zahlreiche wissenschaftliche Beiträge genutzt. Von 2009 bis 2012 wurde eine telefonische Folgebefragung durchgeführt. Daran haben über 12.000 Mädchen und Jungen mit ihren Eltern und etwa 4.000 junge Frauen und Männer teilgenommen. Die Eltern der bis 17-jährigen Mädchen und Jungen wurden danach gefragt, wie Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben. Zusätzlich haben Jugendliche ab 11 Jahren eine eigene Einschätzung vorgenommen (Abb. 99) (RKI 2013a).

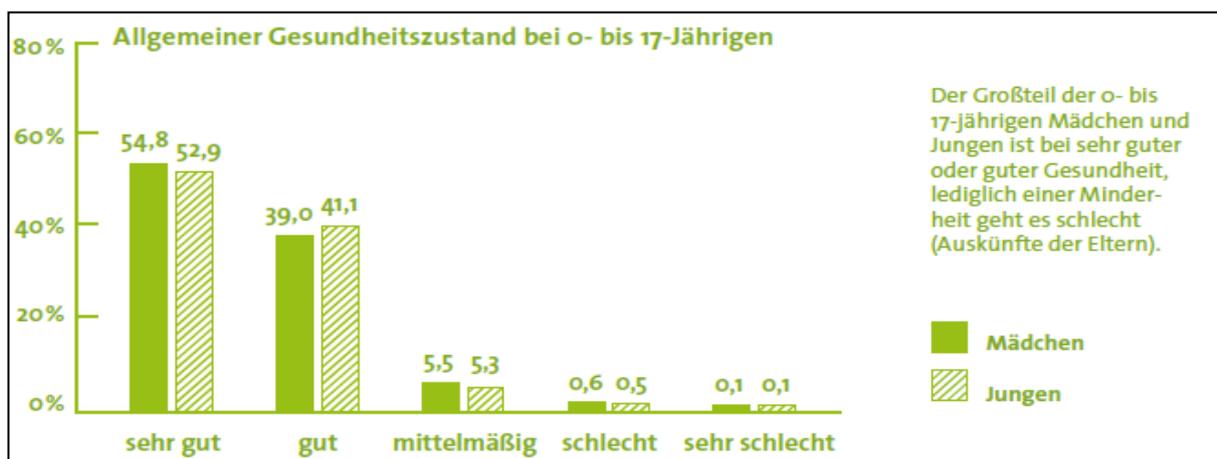


Abbildung 99: Allgemeiner Gesundheitszustand der 0- bis 17-Jährigen (Quelle: RKI 2013a)

Etwa 94% der befragten Eltern bewerten den Gesundheitszustand ihrer Kinder mit gut bis sehr gut. Die 11-17-Jährigen kommen mit insgesamt 88% ebenfalls zu dieser Bewertung. Lediglich ein Anteil von 0,6% der Befragten beschreibt einen schlechten Gesundheitszustand. Die Befragung bestätigt allerdings auch die weit verbreitete Annahme, dass Jugendliche sehr viel Zeit mit Fernsehen und Computern verbringen. Über 60% der Befragten gaben an, täglich mehr als zwei Stunden vor dem Fernseher oder vor dem Computer zu sitzen. Für die Kategorie „mehr als vier Stunden“ entschieden sich 34% der Befragten und 15% gaben an, mehr als 6 Stunden diese Medien zu nutzen. Bei der intensiven Nutzung fanden sich wesentlich mehr Jungen als Mädchen. Als ein zentrales Problem wird nach wie vor der intensive Alkoholenuss von Jugendlichen beschrieben. Hierbei steigt der Anteil der Alkohol konsumierenden Jugendlichen mit zunehmendem Alter schnell an. Ab einem Alter von 14 Jahren wird das Rauschtrinken bedeutsamer (RKI 2013a).

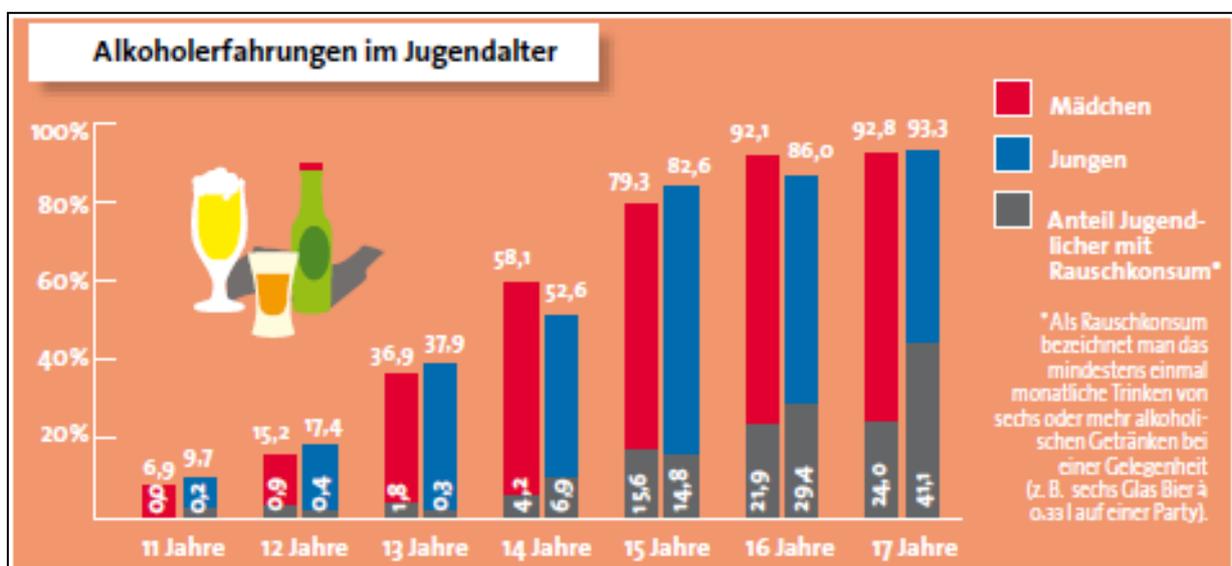


Abbildung 100: Alkoholgefahr im Jugendalter (Quelle: RKI 2013a)

Insgesamt kommt die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) zu dem Ergebnis, dass neben dem Rauchen besonders das Trinken zu den bedeutendsten Risikofaktoren im Jugendalter zählt (Abb. 100). Hier werden Grundlagen für einen späteren Alkoholgebrauch oder auch Alkoholmissbrauch geschaffen (ebd.).

### 8.2.1 Trinkverhalten von Kindern und Jugendlichen am Beispiel der Kreisstadt Unna

Sowohl im Jahre 2010 als auch im Jahre 2013 wurden die Schüler und Schülerinnen in der Stadt Unna zum Freizeitverhalten mit dem Schwerpunkt Alkoholkonsum befragt (Stadt Unna 2014). Im Ergebnis kommen die Befragter zu einem positiven Fazit. Es gibt Grund zu der Annahme, dass der präventive Jugendschutz in der Stadt Unna zu wirken scheint. Die Frage „Trinkst du Alkohol“ beantworteten im Jahre 2013 66% der Befragten mit „Nein“. Die gleiche Frage wurde im Jahre 2010 nur von 57% verneint. Zu der Frage nach einem Alkoholrausch antworteten 2013 68% der befragten Schülerinnen und Schüler mit nein. Im Jahre 2010 konnten nur 62% diese Frage verneinen. Die Umfrage belegt, dass Alkopops nach wie vor sehr gefragt sind (Abb. 101) (ebd.).



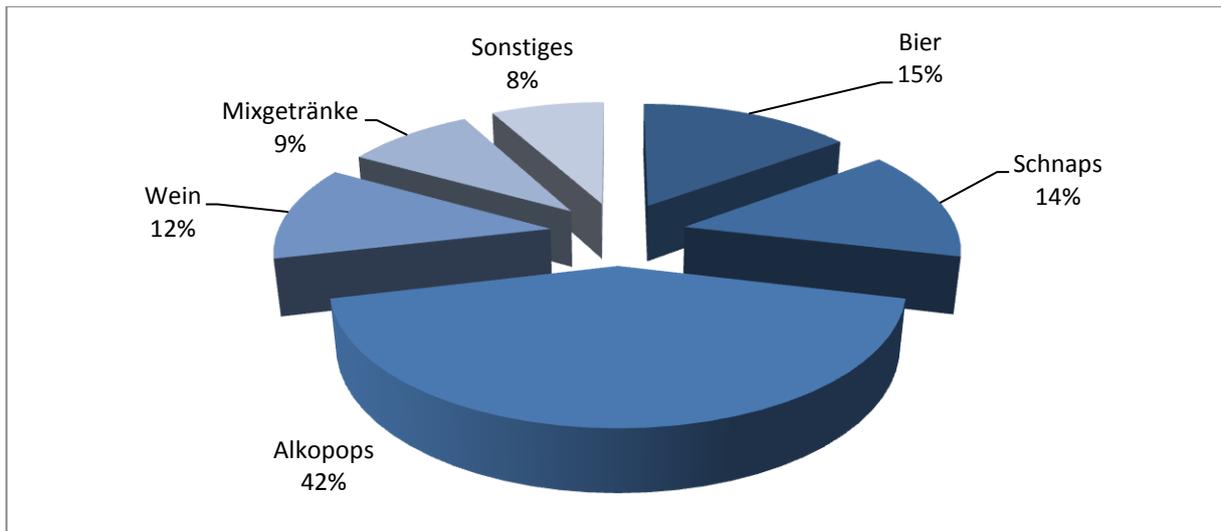


Abbildung 101: Was hauptsächlich getrunken wird (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Stadt Unna)

Besonders erfreulich wird von den Befragten die Tatsache gewertet, dass sich nahezu 40% der Befragten eine Informationsveranstaltung zum Thema Alkoholmissbrauch wünschen. Nach Angaben der Stadt Unna lagen die Reaktionen bei dieser Antwortmöglichkeit im Jahre 2010 um ca. 10% niedriger (Abb. 102). Auch daraus kann geschlossen werden, dass die Bemühungen der Kreisstadt Unna, mehr Prävention zu wagen, ihre positiven Wirkungen zeigen.

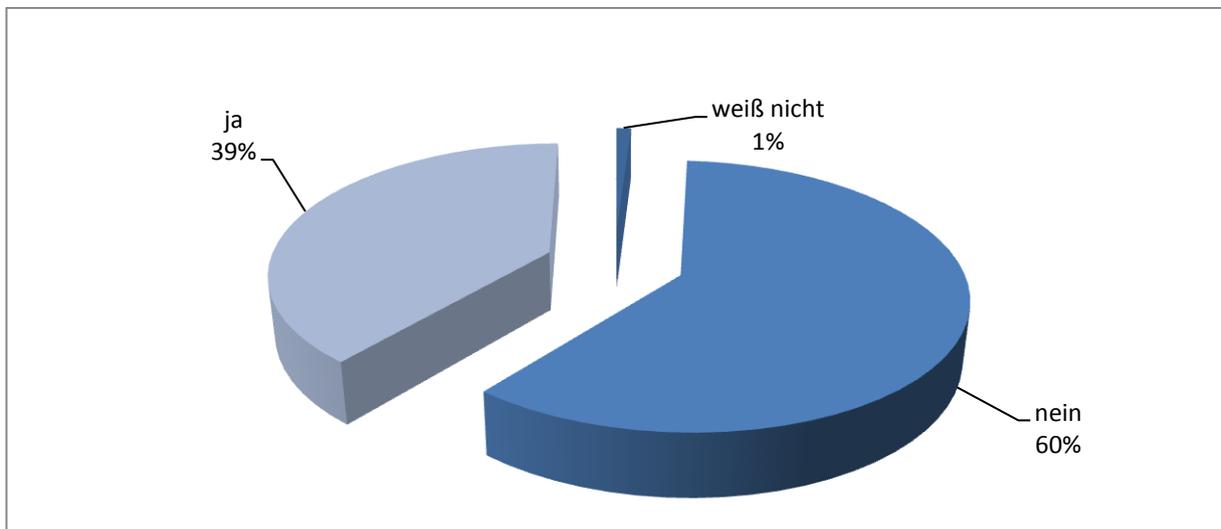


Abbildung 102: Werden Informationsveranstaltungen gewünscht (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Stadt Unna)

## 8.2.2 Schuleingangsuntersuchungen (SEU)

Gesetzliche Grundlage für die Durchführung der schulärztlichen Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen ist § 54 Schulgesetz NRW und § 12 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW. Hiernach führen die unteren Gesundheitsbehörden die schulische Eingangs- und Ausgangsuntersuchung und, soweit erforderlich, weitere Reihenuntersuchungen durch. Die SEU ist mit Wegfall der Wehrpflicht mittlerweile die einzige Pflichtuntersuchung in Deutschland und die einzige Datenquelle zur Beurteilung des Gesundheitszustandes eines ganzen Jahrganges.



### 8.2.3 Methodik der Befunderhebung im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)

Bei der Durchführung und Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen orientieren sich fast alle Gesundheitsämter an den „Jugendärztlichen Definitionen“, einem standardisierten Verfahren des „Landeszentrum Gesundheit NRW“ (LZG NRW). Die dargestellten Daten des Bereiches Kinder- und Jugendgesundheit basieren auf den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen aus den Jahren 2009 bis 2014. Die SEU ist die einzige Pflichtuntersuchung, die es in Deutschland gibt und die flächendeckend durchgeführt wird. Sämtliche Daten entsprechen eigenen Erhebungen des Fachbereiches Gesundheit und Verbraucherschutz. Die jeweiligen wörtlich zitierten Kommentierungen sind teilweise der Loseblattsammlung „Jugendärztliche Definitionen“ vom LZG NRW entnommen.

Die Anzahl der untersuchten Kinder im Kreis Unna ist zwar im Trend rückläufig, aber bislang nicht so abnehmend, wie die Geburtenzahlen es vermuten ließen. 2014 wurden wieder mehr Kinder untersucht als 2013. 2014 wurden mehr Kinder geboren als 2013 (Abb. 103).

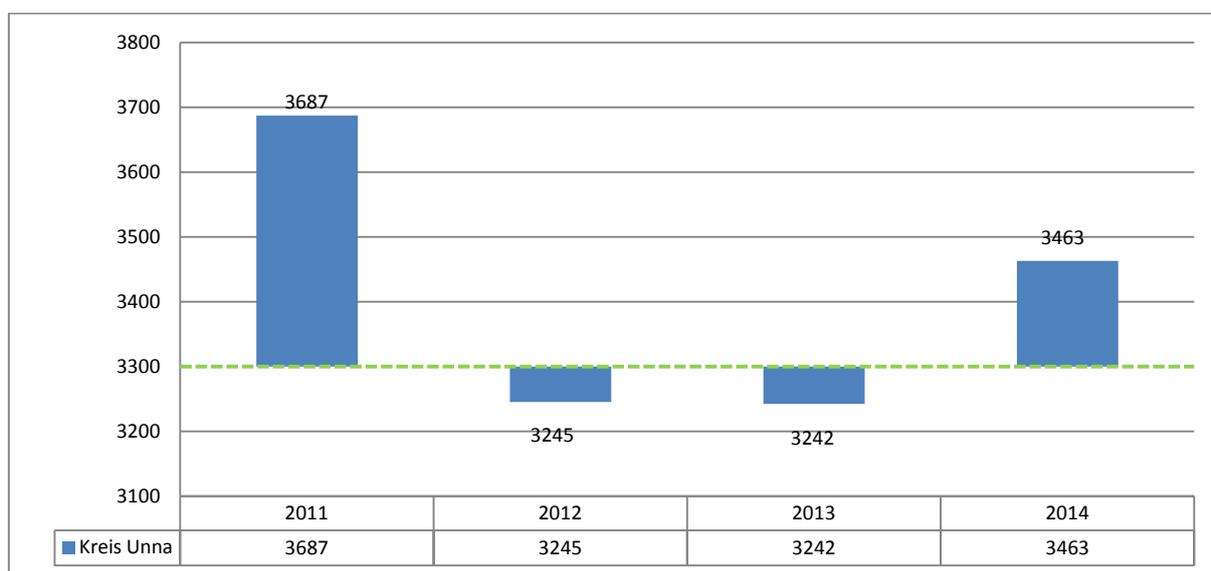


Abbildung 103: Untersuchte Kinder im Kreis Unna 2011 bis 2014 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

#### 8.2.3.1 Visuelle Wahrnehmungsstörungen

„Das visuelle Wahrnehmen ist besonders notwendig beim Lesen lernen, beim Schreiben und beim Rechnen. Insofern ist die visuelle Wahrnehmung eine „grundlegende Fähigkeit. Gleichzeitig bildet sie eine basale Grundlage für den Erwerb schulischer Fertigkeiten wie logisches Denkvermögen und Problemlösungsfähigkeit“.<sup>34</sup> Im Kreis Unna haben sich die Zahlen der Wahrnehmungsstörungen seit 2012 linear nahezu halbiert (Abb. 104).

<sup>34</sup> Jugendärztliche Definitionen, Stand 2011/2012



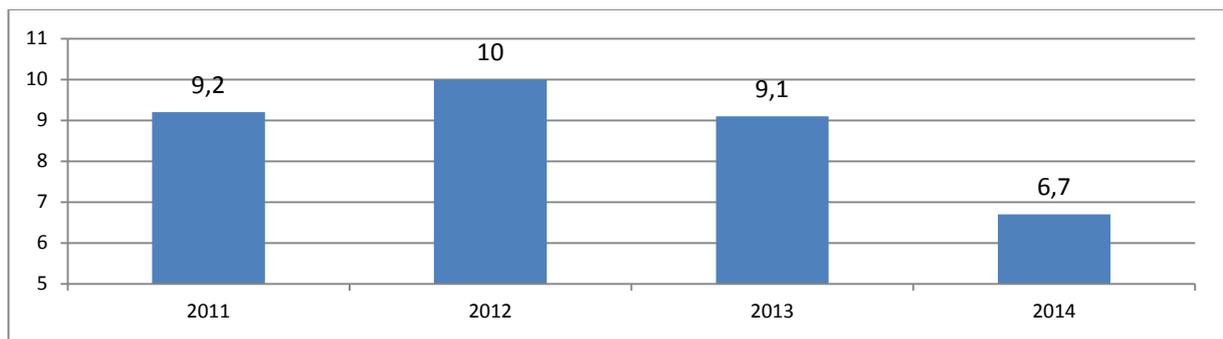


Abbildung 104 Visuelle Wahrnehmungsstörungen bei Einschulkindern 2011-2014 im Kreis Unna (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

In Bergkamen, Fröndenberg, Holzwickede, Kamen und Unna lässt sich zumindest im Verhältnis zu 2011 ein leichter Rückgang der visuellen Wahrnehmungsstörungen erkennen, wenngleich die Prozentwerte hier immer noch zwischen 2,9% (Holzwickede) und 13,3% (Unna) liegen. Eine deutliche Abnahme seit 2012 ist in Bönen zu erkennen, wo sich die Werte fast halbiert haben (Abb. 105).

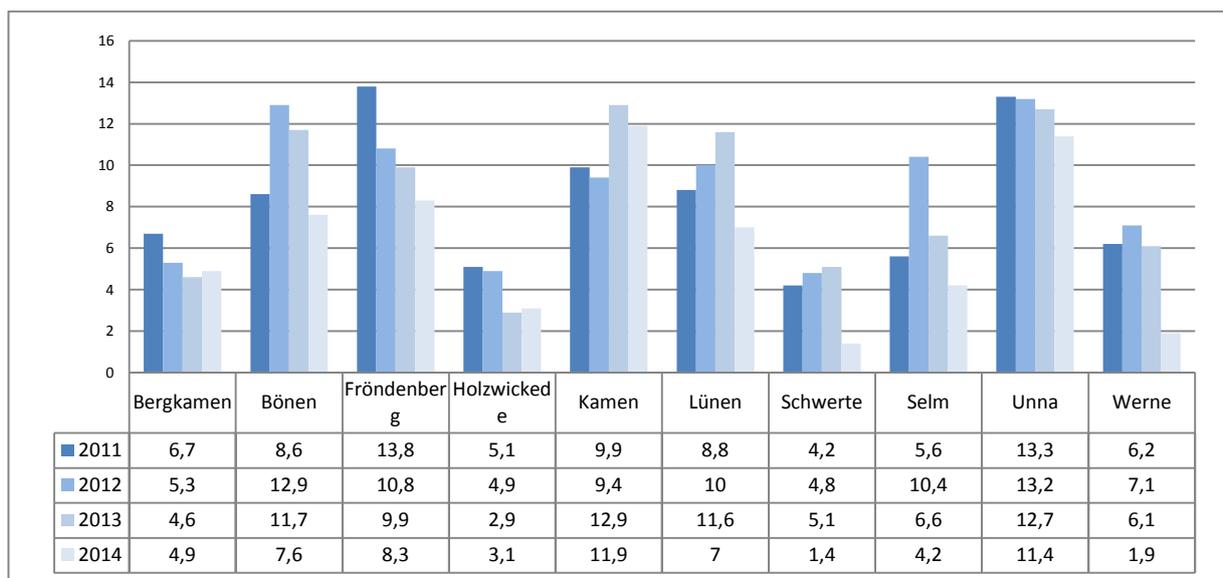


Abbildung 105: Visuelle Wahrnehmungsstörungen von Einschulkindern 2011 – 2014 in den Kommunen des Kreis Unna in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

### 8.2.3.2 Motorische Störungen

„Im Kindesalter können sich Störungen der Motorik bzw. der Körperkoordination auf die psychosoziale Entwicklung auswirken. Insofern können auf diese Weise Verhaltensauffälligkeiten und ein unzureichend entwickeltes Selbstwertgefühl die Folgen sein“<sup>35</sup>. Im Rahmen der schulärztlichen Untersuchungen können „Nachuntersuchungen beim behandelnden Kinder- und Jugendarzt“ eingeleitet werden.

<sup>35</sup> Jugendärztliche Definitionen, Stand 2011/2012

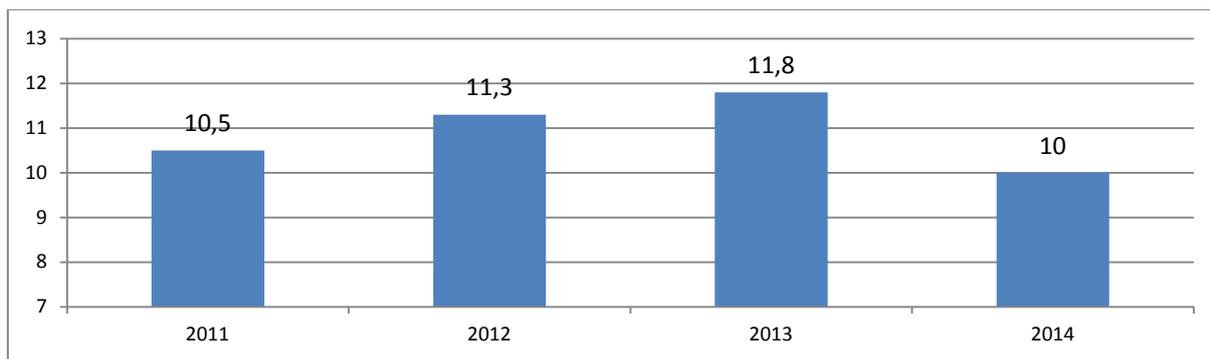


Abbildung 106: Motorische Störungen bei Einschulkindern im Kreis Unna 2011-2014 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Die motorischen Störungen bei den Einschulkindern im Kreis Unna bewegen sich seit 2011 nahezu konstant zwischen 10% und 11,8% (Abb. 106)

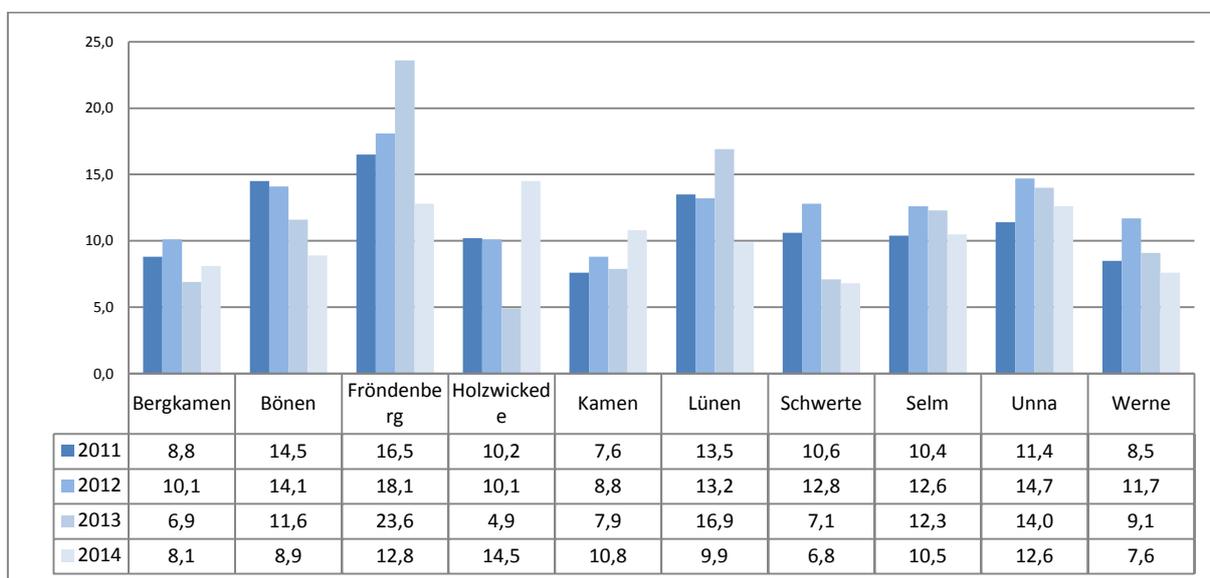


Abbildung 107: Motorische Störungen bei Einschulkindern 2011-2012 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Die kreisweite Konstanz motorischer Störungen lässt sich allerdings bei den Kommunen in der Einzeldarstellung nur bedingt beobachten. Besonders auffallend sind die Schwankungen zwischen 2013 und 2014 in Fröndenberg und Holzwickede. Eine deutliche Abnahme motorischer Störungen lässt sich in Bönen und Lünen feststellen. (Abb. 107).

### 8.2.3.3 Diagnose: unzureichende Deutschkenntnisse

„Die Erfassung des Migrationshintergrundes erfolgt mit der Frage nach der Erstsprache. Mit der Erstsprache werden Werte, Normen und Regeln vermittelt. Deshalb ist sie Ausdruck des kulturellen Hintergrundes des Kindes.“<sup>36</sup>

<sup>36</sup> Jugendärztliche Definitionen, Stand 2011/2012



Die Beurteilung der Deutschkenntnisse bei Kindern, mit denen zu Hause in den ersten vier Lebensjahren nicht überwiegend deutsch gesprochen wurde, wird folgendermaßen kategorisiert:

1. Das Kind spricht kein Deutsch.
2. Das Kind spricht nur radebrechend Deutsch.  
> 1+2 = *mangelnde Deutschkenntnisse*
3. Das Kind spricht flüssig Deutsch, jedoch mit erheblichen Fehlern.
4. Das Kind spricht flüssig Deutsch, jedoch mit leichten Fehlern.
5. Das Kind spricht fehlerfrei Deutsch. Ein Akzent wird nicht berücksichtigt.<sup>37</sup>

Vergleichbar der Vorjahre lernte jedes vierte Kind (25,5 Prozent) als Erstsprache nicht Deutsch, sondern eine andere Sprache. Zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung 2014 verfügten 92 (2,7%) Kinder über unzureichende Deutschkenntnisse. Gegenüber dem Vorjahr (3,5%) ist hier ein leichter Rückgang zu verzeichnen. (Abb. 108)

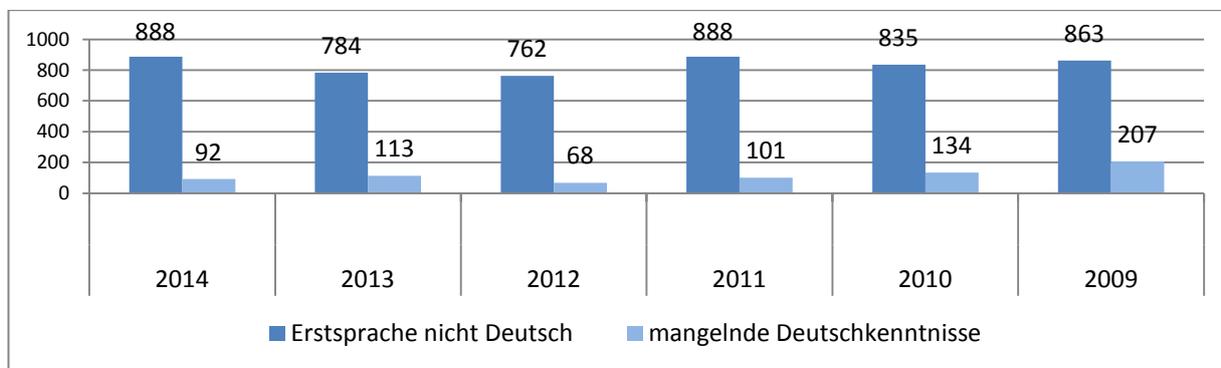


Abbildung 108: Anzahl der Kinder mit Migrationshintergrund, die bei der SEU mangelnde Deutschkenntnisse aufwiesen. (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

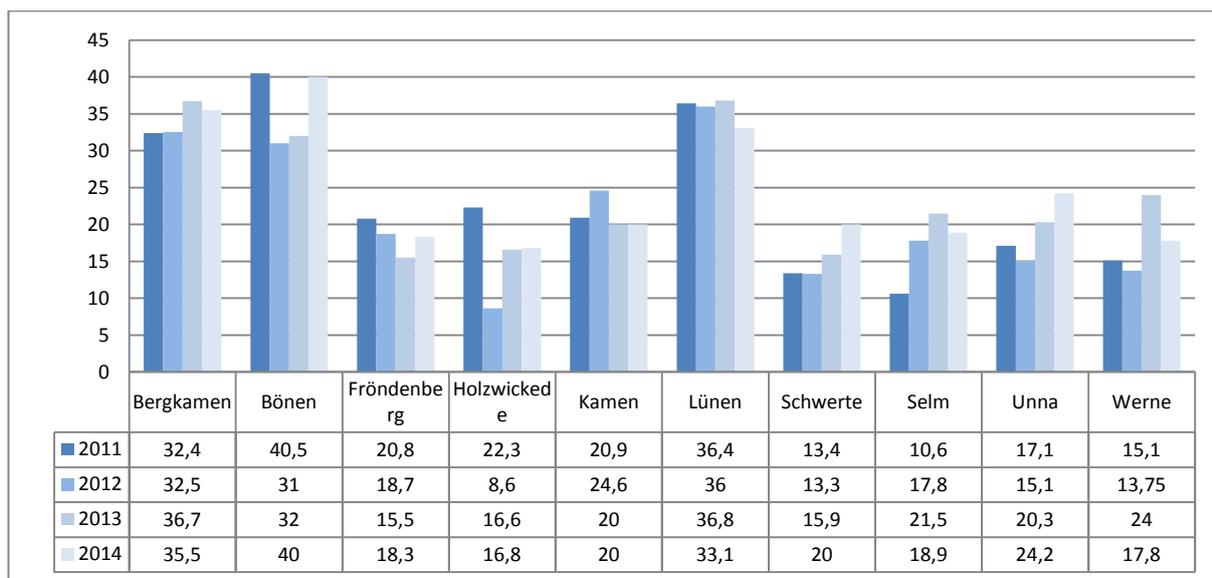


Abbildung 109: prozentualer Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund bei der SEU pro Kommune 2011 -2014 in %. (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

<sup>37</sup> LZG NRW 2009



Der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung festgestellte Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund wird in der Abbildung 109 im Zeitreihenvergleich zwischen 2011 und 2014 bezogen auf die Kommunen im Kreis Unna dargestellt.

### 8.2.3.4 Diagnose: therapiebedürftige Sprachstörungen

„Eine medizinisch relevante Sprachentwicklungsstörung, die nicht ausreichend therapiert wird, kann zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Kindes führen.“ Bei einem „Verdacht auf eine Entwicklungsstörung“ wird eine weitere Diagnostik beim behandelnden Kinder- und Jugendarzt initiiert.<sup>38</sup> (Abb. 110).

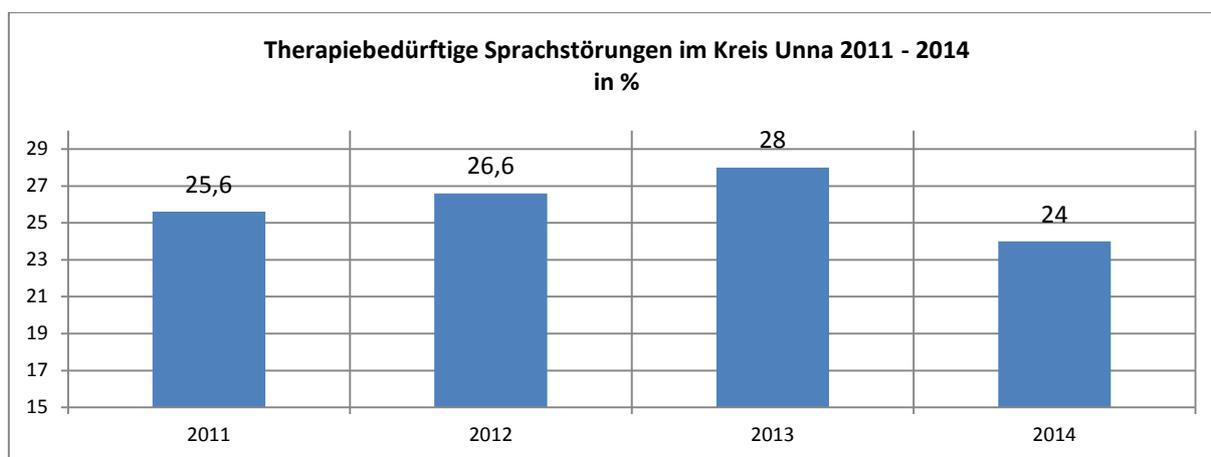


Abbildung 110: Therapiebedürftige Sprachstörungen im Kreis Unna 2011-2014 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

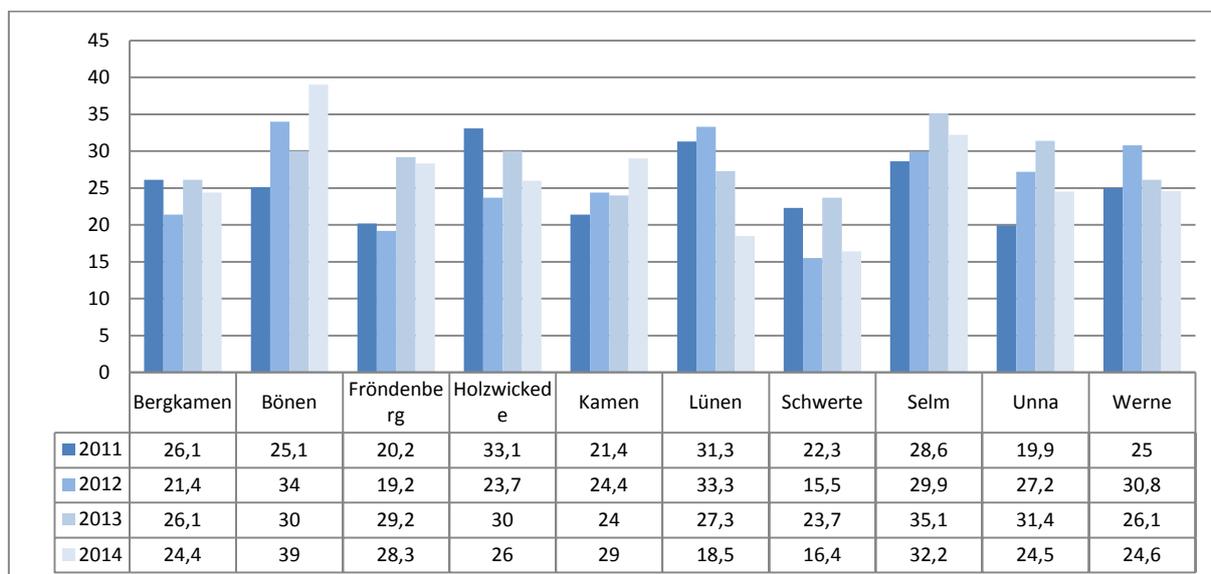


Abbildung 111: Therapiebedürftigkeit der Sprachstörungen in den Kommunen 2011-2014 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Die stärksten Zunahmen bei den therapiebedürftigen Sprachstörungen lassen sich in Bönen und Kamen vermelden (Abb. 111).

<sup>38</sup> Jugendärztliche Definitionen, Stand 2011/2012



### 8.2.3.5 Übergewicht

„Die Berechnung für Übergewicht und Adipositas erfolgt auf der Grundlage des Body-Mass-Index (BMI) und orientiert sich an den Referenzwerten der deutschen Adipositasgesellschaft aus dem Jahr 2000 (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter). Bei Kindern ist die Bewertung des BMI stark mit dem Alter verknüpft. Für die Beurteilung des BMI bei Kindern hat sich in Deutschland das Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild et. al.<sup>39</sup> durchgesetzt. Dabei wird Übergewicht zwischen dem 90. und 97. Perzentil, Adipositas bei einem BMI oberhalb des 97. Perzentils definiert.“<sup>40</sup> Im Kreis Unna bewegen sich die Zahlen inzwischen bei 8,3% der Einschulungskinder (Abb. 112).

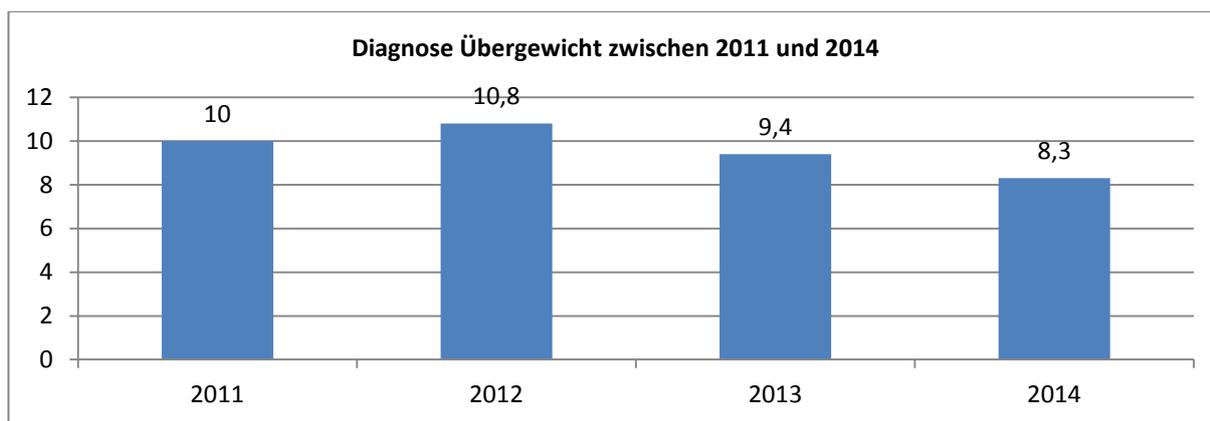


Abbildung 112: Übergewicht bei Schuleingangsuntersuchungen kreisweit 2011-2014 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Die Diagnose Übergewicht ist im Kreis Unna insgesamt leicht rückläufig (Abb. 111).

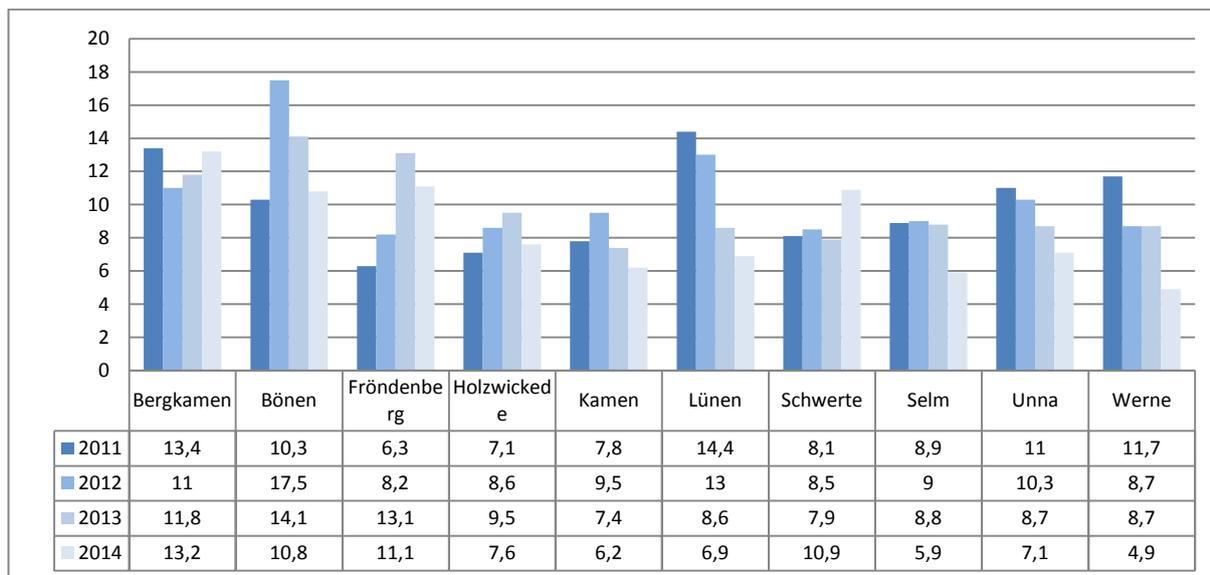


Abbildung 113: Übergewicht bei Einschulkindern 2011-2014 in den Kommunen in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

<sup>39</sup> Monatsschrift Kinderheilkunde 8 (2001) Nr. 149, S. 807– 818

<sup>40</sup> Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen, LZG NRW 2003

Eine geringe Zunahme der übergewichtigen Kinder lässt sich für Bergkamen feststellen. In nahezu allen anderen Kommunen lässt sich der kreisweite Trend bestätigen (Abb. 113).

### 8.2.3.6 Übergewicht und Migrationshintergrund

Neben vielen anderen Faktoren, die im sich ändernden Lebensumfeld von Kindern liegen, wie z. B. eingeschränkte örtliche Spielmöglichkeiten im Freien, geringe Bewegung, verändertes Essverhalten usw., ist ein Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Übergewicht unübersehbar; 2014 waren 11,2% der Migrantenkinder aber „nur“ 8,1% der deutschen Kinder übergewichtig (Abb. 114).

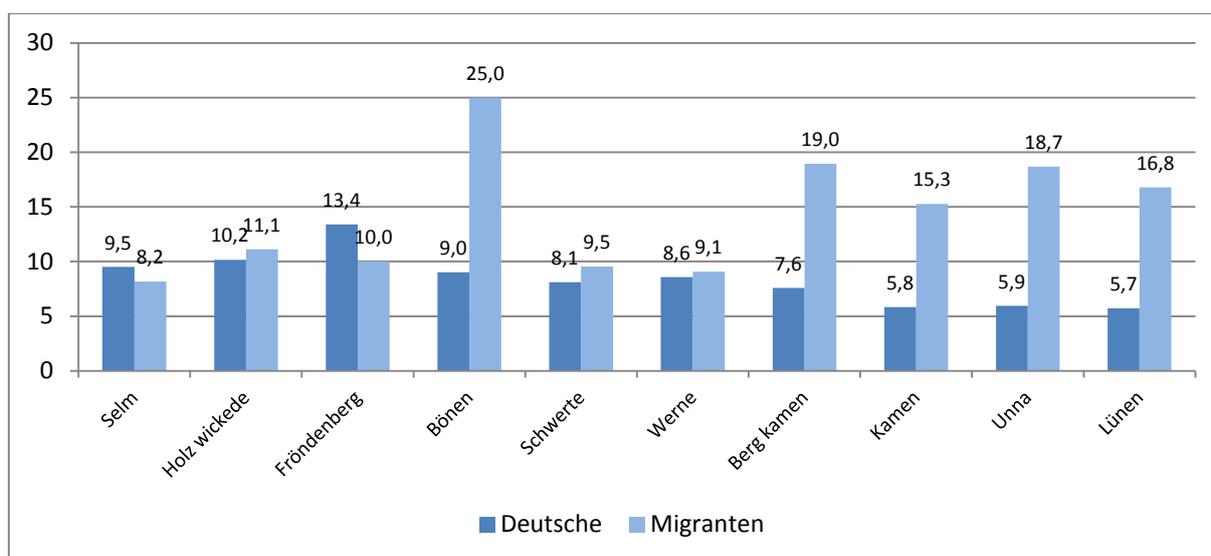


Abbildung 114: Übergewicht und Migrationshintergrund bei Einschulkindern 2014 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Migrantenkinder besuchen seltener einen Sportverein. 2014 waren zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung 31,6% der Migrantenkinder und 56,1% der deutschen Kinder Mitglied im Sportverein (Abb. 115).

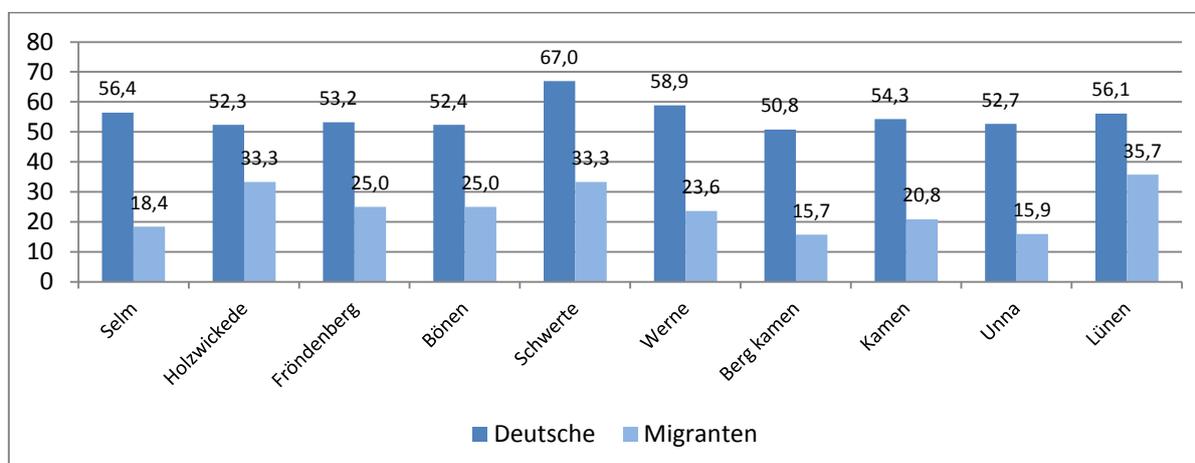


Abbildung 115: Mitgliedschaft im Sportverein und Migrationshintergrund bei Einschulkindern 2014 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)



### 8.2.4 Gesundheitszustand und das Freizeitverhalten von Jugendlichen im Kreis Unna

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst hat 2013 insgesamt 772 Schülerinnen bzw. Schüler (315 Mädchen und 457 Jungen) untersucht und befragt. Alle waren Schüler der 9. Jahrgangsstufe in Förderschulen, Hauptschulen und Gesamtschulen im Kreis und erhielten eine Schulausgangsuntersuchung (§ 54 Abs. 2 SchulG NRW).

Seit 1998 gibt es zwar eine Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche im Alter von 12 bis 14 Jahren, die J1, aber trotz zwischenzeitlich positiver Tendenzen und intensiver Bewerbung musste festgestellt werden, dass nur jeder dritte Junge bzw. jedes dritte Mädchen dieses kostenlose Angebot der Krankenkassen nutzt. Wahrscheinlich fanden Schulärztinnen deshalb bei jeder vierten Untersuchung (193) behandlungs- bzw. kontrollbedürftige Befunde (Abb. 116). Zusätzlich erhielt jeder fünfte Jugendliche (167 = 20,5%) eine Mitteilung zur Kontrolle der Sehfähigkeit beim Augenarzt. 13 Schülerinnen bzw. Schülern wurde empfohlen, die Hörfähigkeit durch einen HNO-Arzt überprüfen zu lassen.

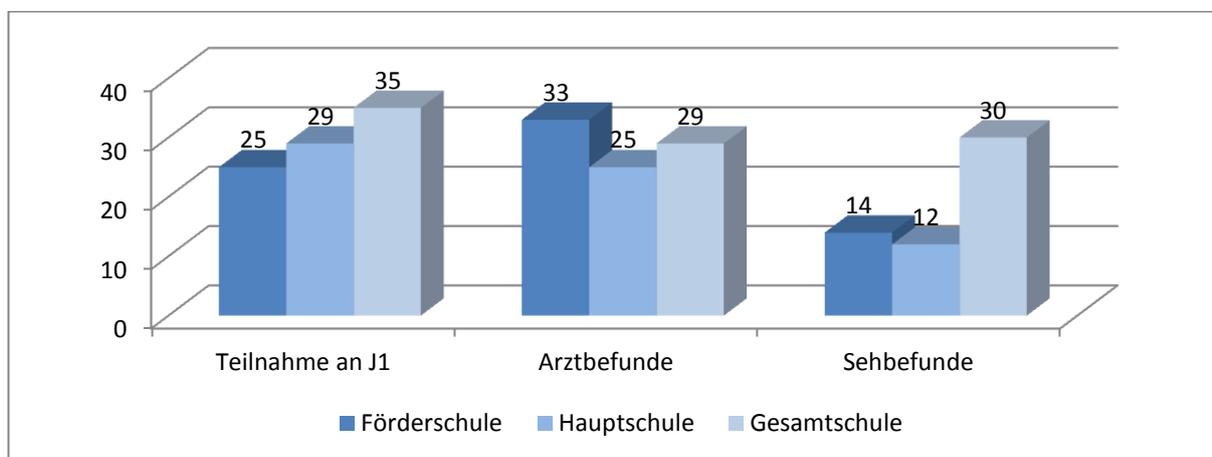


Abbildung 116: Untersuchungsergebnisse J1 in % (Quelle: Kreis Unna)

113 Schülerinnen oder Schüler (13,8 %) wiesen Übergewicht (d.h. ein Gewicht >90. Perzentile in einer Gauß-Referenzverteilung) auf, 87 (11%) waren definitionsgemäß sogar adipös (>97. Perz.) (Abb. 117).

- Insgesamt brachten also 25% der Jugendlichen zu viel Gewicht auf die Waage.
- Hier sind die Mädchen deutlich mehr vertreten (fast 30%) als die Jungen (21%).

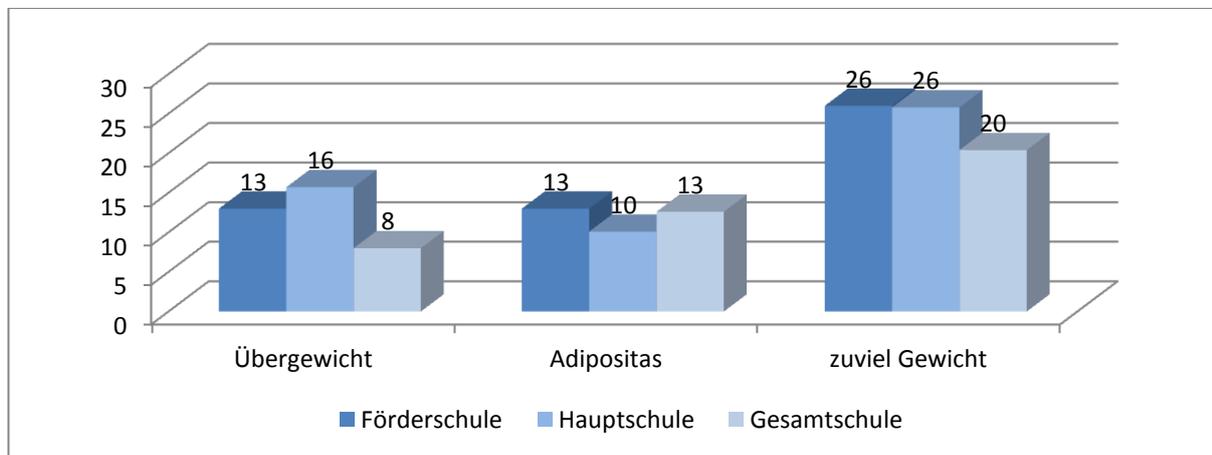


Abbildung 117: Übergewicht bei Jugendlichen in % (Quelle: Kreis Unna)



Insgesamt wurden im Jahr 2013 546 Impfbücher ausgewertet. Hierbei handelte es sich teilweise um Ersatzimpfbücher, in denen nicht alle erhaltenen Impfungen auch dokumentiert waren.

- 16% fehlte die 4. Impfung gegen Polio
- 4% hatten keine Masernimpfung
- 6% hatten nur eine Impfung gegen Masern
- 48% hatten keine Impfung gegen Meningokokken
- 19% hatten keine Auffrischimpfung gegen Keuchhusten
- 64% der Mädchen konnten keinen Impfschutz gegen humane Papillomaviren (HPV), eine Mitursache von Gebärmutterhalskrebs nachweisen.

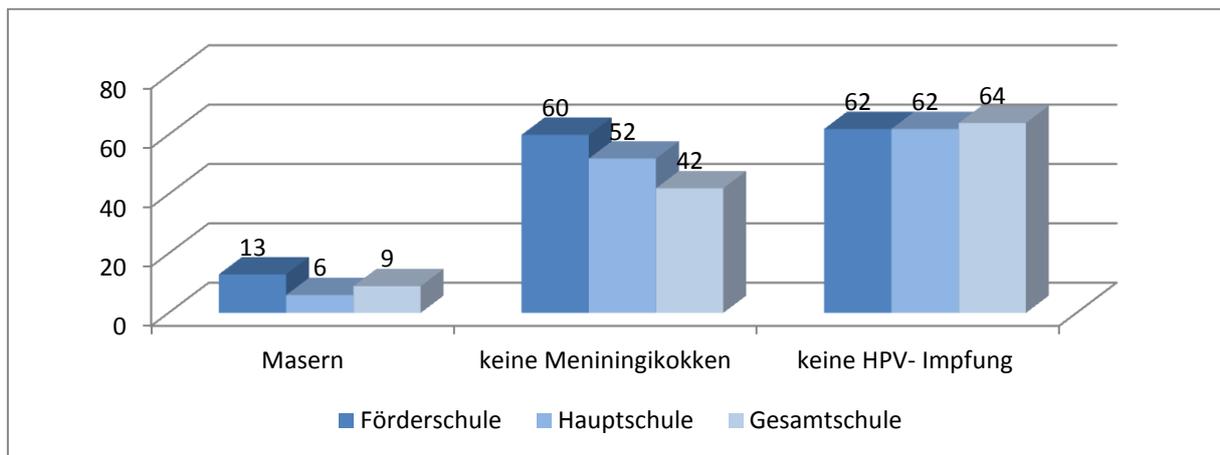


Abbildung 118: Impfergebnisse bei Jugendlichen in % (Quelle: Kreis Unna)

Einen altersentsprechenden Impfschutz (gegen Tetanus, Diphtherie, Polio, Pertussis, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis B und Meningokokken) konnten nur knapp 50% der Jugendlichen nachweisen. Die Zahlenangaben bei Masern beziehen sich auf insgesamt 2 Impfungen.

143 Schüler bzw. Schülerinnen erhielten mit Einverständnis der Eltern während der Untersuchung eine oder mehrere Impfungen durch die Schulärztin (Abb. 118).

## 8.2.5 Befragung zum Freizeitverhalten von Schülern und Schülerinnen

Der KJGD befragt seit vielen Jahren die Schülerinnen bzw. Schüler kreisweit nach ihrem Freizeitverhalten. Sie antworten freiwillig. Die Statistik wird anonymisiert erhoben.

### 8.2.5.1 Angaben zu Frühstück, Sportverein und Verhütung

Nicht einmal jeder zweite Schüler, jede zweite Schülerin hat vor Schulbeginn zuhause gefrühstückt. Nur 43% kommen mit häuslichem Frühstück zur Schule.

349 Schüler (43 %) gaben an, im Sportverein organisiert zu sein (39% Mädchen bzw. 46% Jungen von allen Befragten).

Vielen Jugendlichen, besonders bei auffälligen Rückenbefunden, wurde Sport im Verein oder ambulanter REHA-Sport mit Unterstützung der Krankenkasse und nach Verordnung durch niedergelassene



Ärzte empfohlen. Jedes 4. Mädchen (20%) in dieser Stichprobe gab an, die Pille zu nehmen (Abb. 119).

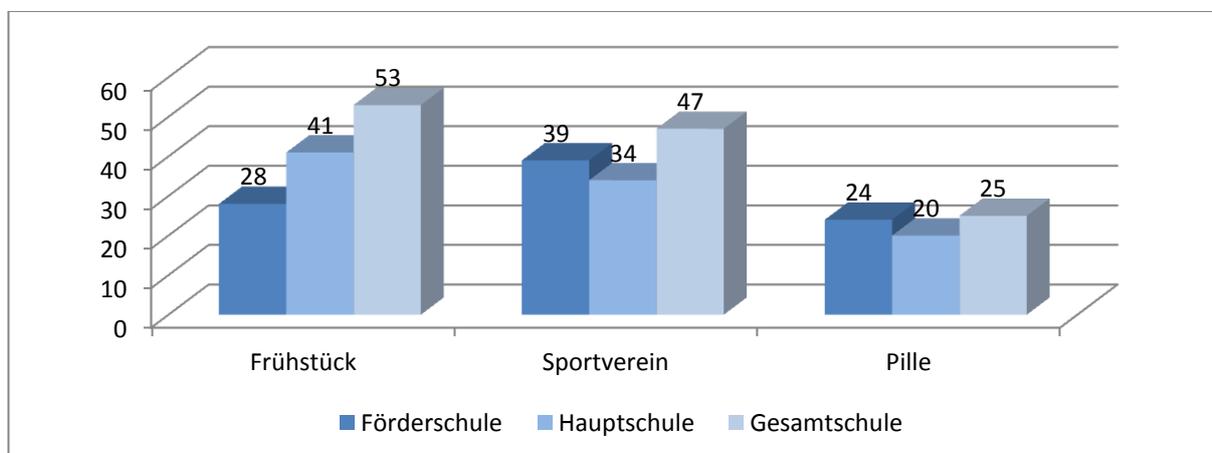


Abbildung 119: Frühstück, Sportverein, Verhütung (Quelle: Kreis Unna)

### 8.2.5.2 Rauchen – Alkohol - Drogen

Noch vor 10 Jahren erhielt der KJGD bei seiner Befragung zumeist zustimmende Antworten zum Konsum. Rauchen und Alkoholgenuss war weit verbreitet. Viele Schüler hatten in den 9. Klassen schon Drogenerfahrungen. Wenngleich davon auszugehen ist, dass diese Fragen nicht immer wahrheitsgemäß beantwortet werden, ist doch eine deutliche und erfreuliche Trendwende kreisweit zu verzeichnen. „Nur noch“ 20% der Mädchen und 15% der Jungen gaben an, regelmäßig zu rauchen.

38% der Jungen und 32% der Mädchen räumten einen gelegentlichen Alkoholkonsum ein, als regelmäßige „Trinker“ bezeichneten sich „nur“ 13 Schülerinnen bzw. Schüler. 16 Schülerinnen oder Schüler gaben an, bereits Drogenerfahrungen gemacht zu haben. Hier liegt die Dunkelziffer wahrscheinlich deutlich höher (Abb. 120).

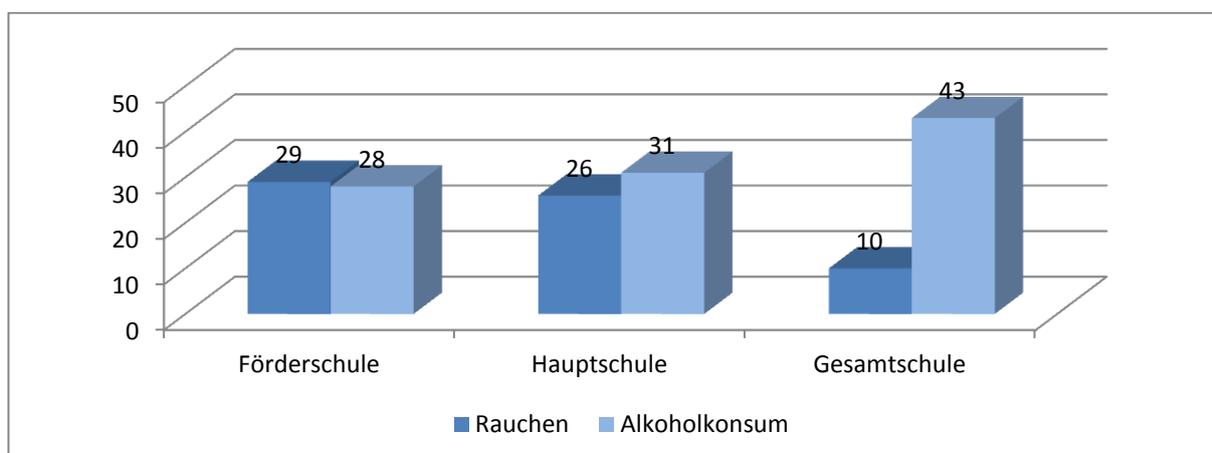


Abbildung 120: Rauchen und Alkoholkonsum (Quelle: Kreis Unna)

### 8.2.5.3 Computer – Spielkonsole – Handy - Fernsehen

So wie die substanzgebundenen Süchte wohl eher rückläufig sind, so nimmt das technikgebundene Suchtverhalten bei Mädchen und Jungen deutlich zu (70% verbringen mindestens 2 Stunden täglich mit diesen Geräten, die Hälfte davon sogar 5 Stunden und mehr).

Der bekannte Trend: „Surfen im Internet per Handy“ ist auch im Kreis Unna angekommen. Hier zeigen 80% der Schülerinnen und Schüler besonderes Interesse. Insgesamt gibt es im Medienkonsum so gut wie keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Nur 4% nutzen Medien gar nicht.

Der reine Fernsehkonsum geht im Vergleich zu Vorjahren wohl eher zurück. Oft läuft der Fernseher nebenbei als Geräuschkulisse, wobei die Sendung selbst nicht richtig wahrgenommen wird.

- Mehr als 40% der Schülerinnen bzw. Schüler gaben an täglich maximal 2 Stunden fern zu sehen.
- „Nur 24%„ schauen täglich mehr als 2 Stunden in „die Röhre“,

das waren vor Jahren noch deutlich mehr. Dieser Trend zeigt sich in allen Schultypen und ist geschlechtsunabhängig

Die Einzelgespräche mit den Schülerinnen und Schülern haben gezeigt, dass ein deutlicher Bedarf im Hinblick auf Beratung und im weiteren auch in medizinischer Betreuung der Jugendlichen besteht.

Viele Schülerinnen und Schüler nutzten die Gelegenheit, im geschützten Rahmen persönliche, teilweise auch intime Fragen zu stellen, für die sie ansonsten keinen Ansprechpartner hatten. Bei der Dokumentation werden wir zukünftig zusätzlich den Migrationshintergrund erfassen, um Auswertungen auch unter diesem Gesichtspunkt machen zu können.

## 8.3 Zahngesundheit

Gesunde Zähne bedeuten Lebensqualität. Zahnschmerzen hingegen können das Leben zur Qual machen, die Zahnbehandlungsangst gehört immer noch zu den häufigsten erworbenen Phobien und durch Zahnschäden entstehen jährlich Milliardenkosten.

### 8.3.1 Grundlagen

Dem Auftrag des § 13 ÖGDG folgend ist es Aufgabe des Zahnärztlichen Dienstes, Kinder, Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten, Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrerinnen und Lehrer in Fragen der Gesunderhaltung des Zahn-, Mund- und Kieferbereiches zu beraten. Dazu sind regelmäßig Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen und Schulen des Kreises durchzuführen. Diese sind weiterhin als erforderlich anzusehen. Trotz großer Erfolge in der Kariesbekämpfung zeigt z.B. mehr als ein Drittel der 15-Jährigen über alle Schulformen hinweg zahnärztlichen Behandlungs- oder Beratungsbedarf. Aus diesem Grund finden sich die Vorsorgeuntersuchungen im KiBiz und Schulgesetz fest verankert. Einen weiteren Kernpunkt der Betreuung stellt die Erarbeitung, Organisation und Durchführung spezifischer Gesundheitsförderungsprogramme nach dem ÖGDG dar (sog. zahnmedizinische Gruppenprophylaxe im Sinne des § 21 SGB V). Besonders bedeutsam ist auch hier die sozialkompensatorische, aufsuchende Betreuung von Kindern und Jugendlichen in den pädagogischen Einrichtungen.



Daher hat der Zahnärztliche Dienst (ZÄD) des Gesundheitsamtes im Kreis Unna zusammen mit dem örtlichen Arbeitskreis Zahngesundheit<sup>41</sup> seit den frühen 80iger Jahren, noch bevor sich die zweite Säule der zahnärztlichen Prävention – die Individualprophylaxe in den Zahnarztpraxen – etabliert hat, systematisch die zahnmedizinische Vorsorge (sog. Gruppenprophylaxe) in den Kindergärten und Schulen aufgebaut. Die Krankenkassen beteiligen sich an den Kosten für die Prophylaxefachkräfte und finanzieren die Verbrauchsmaterialien in der Gruppenprophylaxe (Zahnbürsten, Arbeitsblätter, Broschüren etc.). Bestandteil der Maßnahmen des ZÄD waren und sind die

- regelmäßige zahnärztliche Untersuchung von Kindern und Jugendlichen,
- Maßnahmen zur Verhütung von Zahnschäden in Kindertagesstätten und Schulen.

Die bedeutsamste Erkrankung stellt traditionell die Karies dar. Anhand der seit Jahren nach international anerkannter und standardisierter Methode nach WHO aufgenommenen Zahnbefunde im Rahmen der Untersuchungen ist es möglich, die Situation der Mundgesundheit und ihre Entwicklungen darzustellen.

Das Risiko für Zahnerkrankungen ist weiterhin hoch. Etwa jedes zehnte dreijährige Kind hat bereits Karies, fast ein Drittel davon die sog. Nuckelflaschenkaries, eine besonders zerstörerische Form. In der ersten Klasse sind weniger als die Hälfte der Gebisse frei von dieser Erkrankung.

In den Jahren 1980 bis 2000 konnte die Erkrankung im bleibenden Gebiss - einhergehend mit Ausbau der Betreuung - kontinuierlich erheblich verringert werden. So hatten beispielsweise Viertklässler 1980 – gemessen am sog. DMF-T-Index<sup>42</sup> - noch etwa doppelt so viel Karies wie im Jahr 2000. Trotz dieser erfreulichen Entwicklung profitierte ein nicht unerheblicher Anteil von Kindern und Jugendlichen nicht im gleichen Maße von diesem Trend. Da Karies eine weitestgehend vermeidbare Krankheit darstellt, haben die Lebensführung, insbesondere die Ernährung, das Mundhygieneverhalten und die Regelmäßigkeit des Zahnarztbesuches zur Behandlung aber auch zur Prophylaxe einen entscheidenden Einfluss auf die Zahngesundheit. Insbesondere Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebenslagen vereinen bis heute den Hauptanteil der Erkrankungen auf sich.

---

<sup>41</sup> Der Arbeitskreis Zahngesundheit Westfalen-Lippe im Kreis Unna (AKZ) besteht aus Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen, der niedergelassenen Zahnärzteschaft und des Fachbereichs Gesundheit und Verbraucherschutz des Kreises Unna

<sup>42</sup> Der DMF-T-Index steht für die mittlere Anzahl der kariös erkrankten (D/d), der wegen Karies gezogenen (M/m) und der wegen Karies bereits gefüllten (F/f) Zähne je Gebiss. Kleinbuchstaben stehen für die Milchzähne, Großbuchstaben für die bleibenden Zähne.



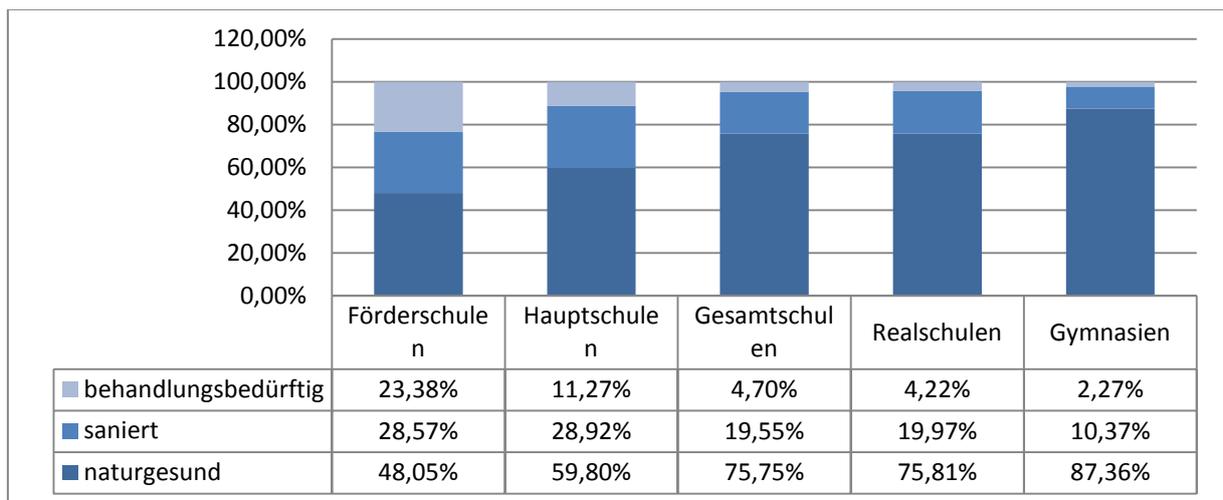


Abbildung 121: Zahnärztliche Versorgung der Karies nach Schultypen bei 12jährigen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna 2013)

Dies lässt sich an den unterschiedlichen Lebensumständen, z.B. dem besuchten Schultyp (Abb. 121), aber auch räumlich aufzeigen (Abb.122).

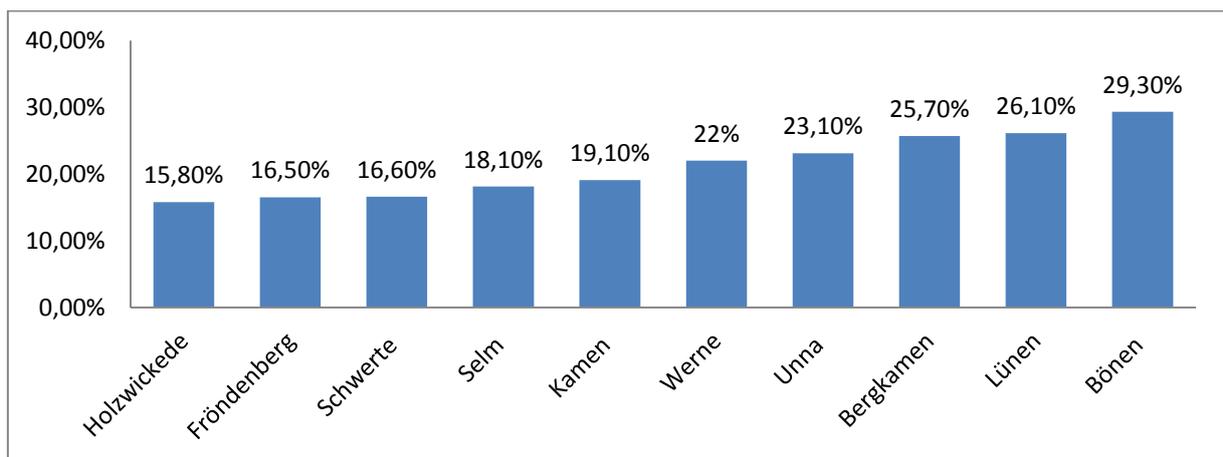


Abbildung 122: Behandlungsbedürftigkeit wegen Karies bei 5jährigen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna 2013)

Dieses Phänomen der Ungleichverteilung der Karieserkrankung bestimmt die heutige Ausrichtung der Maßnahmen. Besonders die Gruppe mit hohem Erkrankungsrisiko bedarf einer zugehenden Betreuung, denn diese Kinder profitieren oftmals wenig von den Angeboten in Zahnarztpraxen mit ihrer alleinigen „Komm-Struktur“. Durch diese sog. Polarisierung hat sich die Aufgabenwahrnehmung des ZÄD in den letzten zehn Jahren erheblich gewandelt.

### 8.3.2 Zahnärztliche Untersuchungen

Gesteuert anhand der Befundergebnisse führen die Untersuchungsteams des ZÄD heute ihre Untersuchungen insbesondere dort gezielt durch, wo der höchste Bedarf besteht. Während sie an einigen Schulen nicht in allen Klassenstufen durchgeführt werden, finden sie in anderen Bereichen mit dem nötigen Nachdruck statt. Dadurch werden Ressourcen gezielter eingesetzt.



Auch die Ausrichtung der Untersuchungen hat sich geändert. Während Kinder und Jugendliche früher vornehmlich wegen manifester Karies (= ein „Loch“ im Zahn) zur Behandlung in die Praxis verwiesen wurden, werden Sorgeberechtigte heute bereits frühzeitig über ein vorliegendes erhöhtes Kariesrisiko und Kariesvorstufen informiert sowie auf notwendige Maßnahmen der Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis (z.B. Versiegelungen) hingewiesen.

Die Vernetzung mit Angeboten in der Individualprophylaxe gelingt heute deutlich besser. Das Anliegen, die Kinder mit Milchzahnkaries neben der Behandlung zusätzlich zur Prophylaxe in die Zahnarztpraxen zu schicken, zeigt immer häufiger Erfolg. Messbar ist dies über den Anteil der kleinen Patienten, die Versiegelungen erhalten. Dieser hat sich bei Grundschulern in den letzten 10 Jahren mehr als verdoppelt (um 63,35% gesteigert) und beträgt mittlerweile 64,82%.

Damit stellt die Untersuchung – anders als früher - ein echtes Vorsorgeinstrument dar. Kinder, bei denen festgestellt wird, dass den Aufforderungen nicht entsprochen wird, werden zudem in ein strukturiertes und wirksames System einer nachgehenden Betreuung mit dem nötigen Maß an Verbindlichkeit einbezogen. Neue Ansprachemuster und Kommunikationswege sind gesucht und gefunden worden. Der Anteil der Kinder, der durch die Aufforderung des ZÄD in Behandlung gebracht worden ist, konnte in den letzten Jahren in weiten Teilen mehr als verdoppelt werden. Kinder, die wiederholt keine Behandlung erfahren, sind heute seltener denn je. In schweren Fällen, in denen jeglicher Erfolg ausbleibt, wird der Träger der Jugendhilfe mit einbezogen.

In den letzten Jahren konnten so im Schnitt knapp 30.000 Kinder und Jugendliche untersucht werden. Diese haben sich im letzten Schuljahr 2012/2013 wie folgt verteilt (Tab. 16):

Tabelle 16: Verteilung der Untersuchungen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Kindertagesstätten	Grundschulen	Förderschulen	Weiterführende	Gesamt
8.601	13.207	1.509	3.707	27.024

### 8.3.3 Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe

Im Rahmen der gruppenprophylaktischen Maßnahmen in den Einrichtungen finden in allen Kindergärten, Kindertagesstätten und nahezu in allen Grund- und Förderschulen regelmäßige Impulse der Basisprophylaxe statt. Auch hier haben sich die Methoden gewandelt. In Bereichen mit vielen Kindern mit hohem Erkrankungsrisiko werden Intensivmaßnahmen mit zusätzlicher Zahnschmelzhärtung<sup>43</sup> durchgeführt. Statt traditionellem Frontalunterricht werden im Grundschulbereich seit Jahren moderne Unterrichtseinheiten z.B. mit „Lernen an Stationen“ praktiziert. In den Kindergärten werden vermehrt die ganz Kleinen, die sog. U3-Kinder einbezogen. Ein wesentlicher Aspekt der Betreuung ist und bleibt aber die fortlaufende Instruktion und Motivation zur täglichen Zahnpflege in den Einrichtungen.

Es werden Jahr für Jahr ein Großteil der Kindertagesstätten (2012/13: 183 von 188) sowie der Grund- und Förderschulen (61 von 79 in ausgesuchten Jahrgängen) von den Prophylaxefachkräften des Zahnärztlichen Dienstes besucht. Ein kleiner Anteil wird durch Personal aus Zahnarztpraxen betreut.

Durch diese, ebenfalls durch die Ergebnisse aus den zahnärztlichen Untersuchungen gesteuerten und rationell durchgeführten, Maßnahmen ist in der Gruppe der besonders gefährdeten Kinder und Jugend-

<sup>43</sup> Auftrag eines hochwirksamen Fluoridpräparates



lichen die Karieslast im bleibenden Gebiss im letzten Jahrzehnt gesunken, zum Beispiel bei den Viertklässlern um 52,7% (Abb. 123). Dies konnte ohne nennenswerte Ressourcensteigerung erzielt werden.

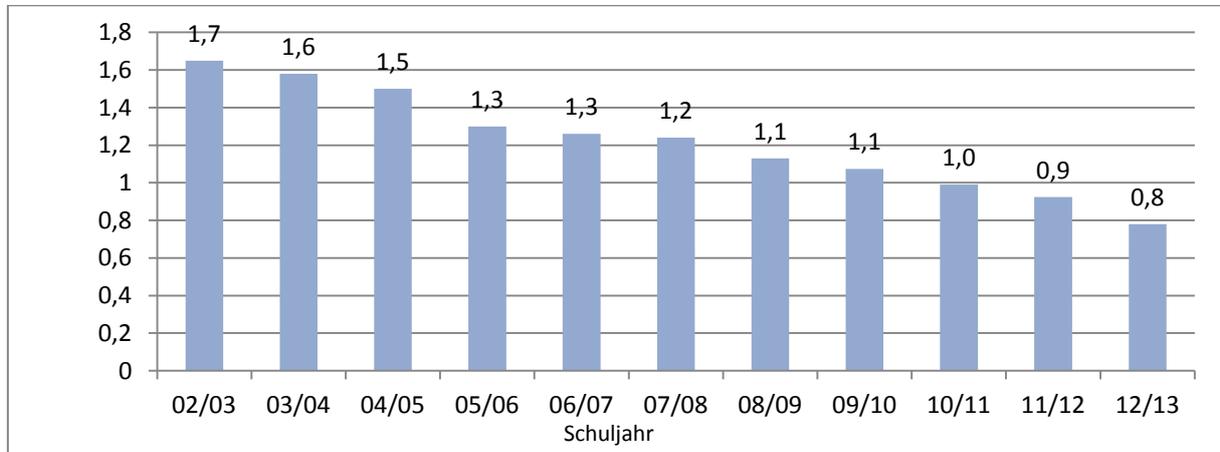


Abbildung 123: Zähne mit Karieserfahrung je Kind in der Risikogruppe (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

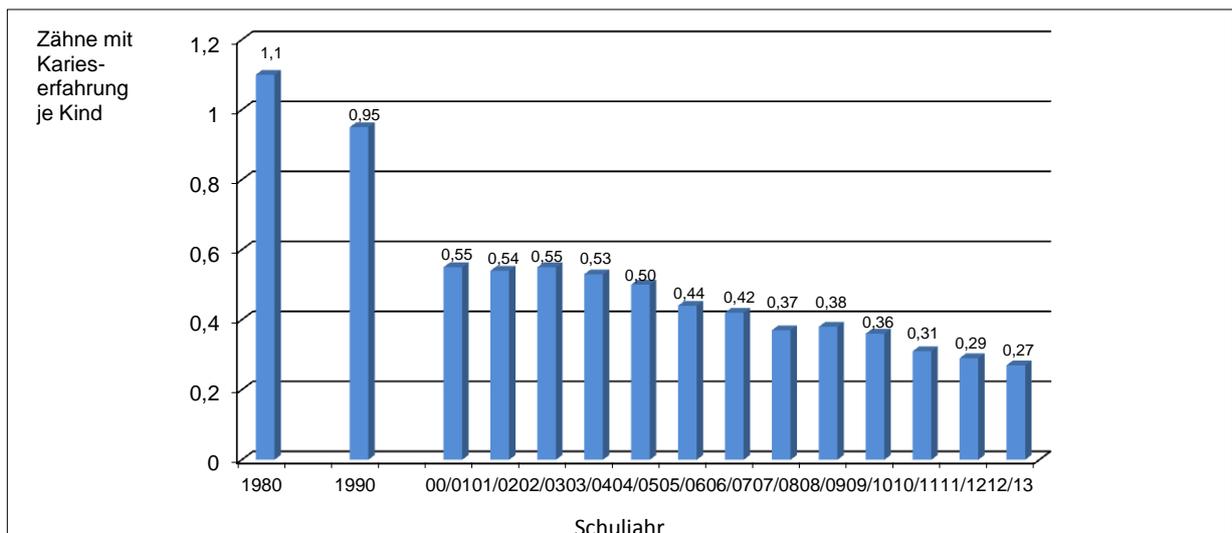


Abbildung 124: Karieserfahrung von Viertklässlern insgesamt (Quelle: Kreis Unna)

Durch diese Entwicklung hat die Gesamtpopulation nur noch ein Viertel der Karieslast von vor 35 Jahren (Abb. 124), ein Trend, der sich nachweislich bei den Jugendlichen fortsetzt.

#### 8.4 Gesundheitsverhalten der Eltern

In einer Pressemitteilung vom 03.05.2011 unter der Überschrift „ Gesunde Eltern haben gesunde Kinder“ verweist das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) auf Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP<sup>44</sup>) von 2011. Nach wissenschaftlicher Auswertung konnte im Ergebnis festgestellt wer-

<sup>44</sup> Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) ist die größte und am längsten laufende multidisziplinäre Langzeitstudie in Deutschland. Das SOEP ist am DIW Berlin angesiedelt und wird als Teil der Forschungsinfrastruktur in Deutschland unter dem Dach der Leibniz-Gemeinschaft (WGL) von Bund und Ländern gefördert. Für das SOEP werden jedes Jahr mehr als 20 000 Menschen in rund 11 000 Haushalten vom Umfrageinstitut TNS Infratest Sozialforschung befragt. Seit 2003 geben darüber hinaus Mütter in Mutter-Kind-Fragebögen Auskunft über die Entwicklung ihrer Söhne und Töchter. ([http://www.diw.de/sixcms/detail.php?id=diw\\_01.c.372135.de](http://www.diw.de/sixcms/detail.php?id=diw_01.c.372135.de))



den, dass sich das Gesundheitsverhalten der Eltern bereits auf ihre Kleinkinder überträgt. Mit zunehmendem Alter werden Kinder in ihrem Gesundheitsverhalten immer abhängiger von dem ihrer Eltern. Bereits im ersten Lebensjahr wirkt sich das Gesundheitsverhalten der Mütter unmittelbar auf ihre Kinder aus. Dies wird insbesondere bei der Betrachtung der Körpergröße und des Körpergewichts von Babys deutlich. Töchter von nicht-rauchenden Müttern sind größer und schwerer als Töchter von rauchenden Müttern. Interessant ist die Feststellung, dass vornehmlich die Gesundheit von Jungen von dem gesundheitlichen Befinden ihrer Mütter abhängt. Schätzen die Mütter ihren Gesundheitszustand eher schlecht ein, so leiden Jungen eher unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie z.B. Asthma, Bronchitis oder Mittelohrentzündungen (DIW 2011).

Das Gesundheitsverhalten der Väter wird erst später bedeutend. *„Eine messbare Rolle für das gesundheitliche Befinden von Kindern spielt die Gesundheit der Väter ab dem dritten Lebensjahr“* (Spieß 2011 zit. in DIW 2011).

#### **8.4.1 Familien in riskanten Lebenslagen**

Im Zusammenhang mit der Entwicklung von Bestimmungen für ein gesundheitsförderliches Familienleben wurde festgestellt, dass Eltern mit einer stärker entwickelten Persönlichkeit auch mehr gesundheitsfördernde Eigenschaften wie grundsätzliches Vertrauen oder Selbstbewusstsein an ihre Kinder weiter vermitteln können. Jede Form von Extremen („übertriebene Strenge“) aber auch Nachlässigkeit oder fehlendes konsequentes Erziehungsverhalten zu Lasten anderer Familienmitglieder sind häufig Auslöser für Konflikte (Schnabel 2011). Hier entstehen erhebliche Widerstände, welche die Nutzung von Gesundheitspotentialen eines Familienlebens durchgängig behindern können.

Es wird auch darauf verwiesen, dass Eltern in ihren Grenzerfahrungen zwischen den unterschiedlichen Systemen des Kindergartens, der Schule, einer Berufsausbildung oder betrieblichen Wirklichkeit ständigen Widersprüchen ausgesetzt sind. Daraus können Belastungen erwachsen, welche nicht mehr mitfühlend und kooperativ, also nicht gesundheitsverträglich gelöst werden können. Dadurch entstehen Probleme, welche nicht gelöst werden. Die dadurch in Kauf zu nehmenden „Funktionseinbußen“ wirken sich in der Regel krankheitsfördernd auf die Familie und hier besonders auf die Kinder aus. Wenn dann noch die soziale Integration, eine materielle Sicherheit und Bildung fehlen, dann wirkt sich das entscheidend auf den psychosozialen Zustand der gesamten Familie aus. Es kann sogar so weit gehen, dass sie im Krankheitsfall schlechter versorgt sind und Angebote der Gesundheitsförderung weniger nutzen können (ebd.).

Bedingt durch eine derartig riskante soziale Lage können sich Eltern sogar zu einer „Risikogruppe“ entwickeln. Insofern haben Eltern mit einer besonderen „Risikobelastung“ auch eine Fülle von Gemeinsamkeiten. Sie gehören dem „unteren Drittel“ der Gesellschaft an, haben häufig eine nicht vollständige „Bildungsbiografie“, stehen oft vor dem gesellschaftlichen Abstieg, sind durch Arbeitslosigkeit bedroht und empfangen in der Regeln staatliche Hilfen (Armbruster 2006).

Grundsätzlich spielt die Familie und hier insbesondere die Eltern eine unverzichtbare Rolle in der Vermittlung von Gesundheitskompetenzen. Eltern können wichtige, bedeutende Impulse für eine gesundheitsförderliche Entwicklung ihrer Kinder geben (Schnabel 2011).

Die Verhältnisse zu Ungunsten von Eltern mit besonderen Risikobelastungen haben sich deutlich verändert. Hinzu kommt, dass Eltern mit besonderen Risikobelastungen häufig nicht wünschen, dass ihre



eigene Lebenssituation öffentlich wird. Deshalb verschließen sich diese Eltern oft dem öffentlichen Leben. Dies führt dazu, dass sie durch Prävention und Gesundheitsförderung nur schwer zu erreichen sind. Deshalb existieren gerade in diesem Bereich kaum verwertbare Wirksamkeitsstudien, welche einerseits die Effizienz der Interventionen bei dieser Zielgruppe nachweisen und andererseits erfolgversprechende Ansätze hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit liefern.

## **8.5 Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention**

### **8.5.1 Programm „Klasse2000“**

„Klasse2000“ ist das bundesweit größte Programm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltvorbeugung in Grund- und Förderschulen. Es begleitet Kinder von der ersten bis zur vierten Klasse, um ihre Gesundheits- und Lebenskompetenzen frühzeitig und kontinuierlich zu stärken. „Klasse2000“ wurde 1991 von einem Expertenteam aus Medizin und Pädagogik am Klinikum Nürnberg entwickelt. Seitdem wird das Programm laufend weiter entwickelt und optimiert. Ziel von „Klasse2000“ ist die Stärkung all jener Faktoren bei Kindern, die eine positive Einstellung zur Gesundheit und ein entsprechendes Verhalten fördern. Das ist zugleich die wirksamste Vorbeugung gegen Sucht („Klasse2000“, 2008).

Im Einzelnen heißt das:

- Förderung der Körperwahrnehmung und einer positiven Einstellung zur Gesundheit,
- Stärkung des Selbstwertgefühls und der sozialen Kompetenz,
- Schulung eines kritischen Umgangs mit Genussmitteln und Alltagsdrogen,
- Schaffung eines gesundheitsfördernden Umfeldes („Klasse2000“, 2008).

Zusammen mit den Klassenlehrern führen „Klasse2000“-Gesundheitsförderer die Unterrichtsstunden durch. Gefördert wird „Klasse2000“ fast ausschließlich über Spenden, meistens in Form von Patenschaften für einzelne Klassen.

Im Rahmen der Prävention ist das Programm „Klasse2000“ im Jahre 2004 erstmals durch den Kreis Unna unterstützt worden. Seit dieser Zeit erhalten besonders bedürftige Schulen, die keine eigenen Paten finden, Unterstützung durch den Kreis Unna. Der Kreis Unna übernimmt jedes Schuljahr bis zu 30 Patenschaften für das Projekt „Klasse2000“ und ermöglicht somit den Schulklassen die Teilnahme am Programm. Pro Schuljahr entstehen Kosten je Klasse in Höhe von 200 Euro. Durch den Kreis Unna und zahlreiche weitere Paten, wurde im Schuljahr 2013/2014 insgesamt 325 Klassen) die Teilnahme an diesem Projekt ermöglicht. Darüber hinaus ist es Ziel, dieses Programm im Kreis Unna bekannt zu machen und soweit wie möglich flächendeckend über das Kreisgebiet zu initiieren und zu etablieren.

#### **8.5.1.1 „Klasse2000“ im Kreis Unna**

Im Kreisgebiet Unna befinden sich aktuell insgesamt 65 Grund- und 13 Förderschulen. Von diesen 78 Schulen nahmen im Schuljahr 2013/2014 insgesamt 47 Grundschulen und 4 Förderschulen am Programm „Klasse2000“ teil. Bei einer Gesamtklassenzahl von 325 (320 Grundschulklassen und 5 Förderschulen<sup>45</sup>) wurden

<sup>45</sup> Die Darstellung bezieht sich nur auf die Klassen in den Grundschulen, weil uns die Klassenzahlen der Förderschulen nicht vorliegen.



- 78 1. Klassen,
- 88 2. Klassen,
- 94 3. Klassen und
- 65 4. Klassen gefördert.

Die 320 geförderten Grundschulklassen entsprechen 54,3 % der Gesamtklassenanzahl aller Grundschulklassen im Kreis Unna (589 im Schuljahr 2013/14). Die folgende Tabelle (Tab. 17) soll veranschaulichen, wie viele Klassen sich in den einzelnen Kommunen des Kreises Unna befinden und wie viele dieser Klassen an dem Programm „Klasse2000“ im Schuljahr 2013/2014 teilnahmen.

*Tabelle 17: Anzahl der geförderten Grundschulklassen im Schuljahr 2013/2014 nach Kommunen im Kreis Unna (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)*

Kommune	Gesamtzahl der Klassen	Teilnahme
Bergkamen	77	32
Bönen	29	10
Fröndenberg	31	3
Holzwickede	25	14
Kamen	65	33
Lünen	123	48
Schwerte	67	51
Selm	41	41
Unna	90	59
Werne	41	28
<b>Kreis Unna</b>	<b>589</b>	<b>320</b>

Die nachfolgende Darstellung (Abb. 125) macht deutlich, dass das Programm „Klasse2000“ nicht flächendeckend gleich stark an den Schulen verbreitet ist. Während in Selm 100 % der Klassen (41 Klassen) teilnehmen, sind es in Fröndenberg gerade einmal 9,68 % (3 Klassen). Wenn man auf das ganze Kreisgebiet gesehen 50 % der Schulklassen zur Teilnahme am Programm „Klasse2000“ bewegen konnte, und visiert man diese 50 % auch als Ziel in den einzelnen Kommunen an, sind es gerade 4 Kommunen, die dieses Ziel erreichen. Weitere 3 Kommunen bewegen sich im 40 %-Bereich.

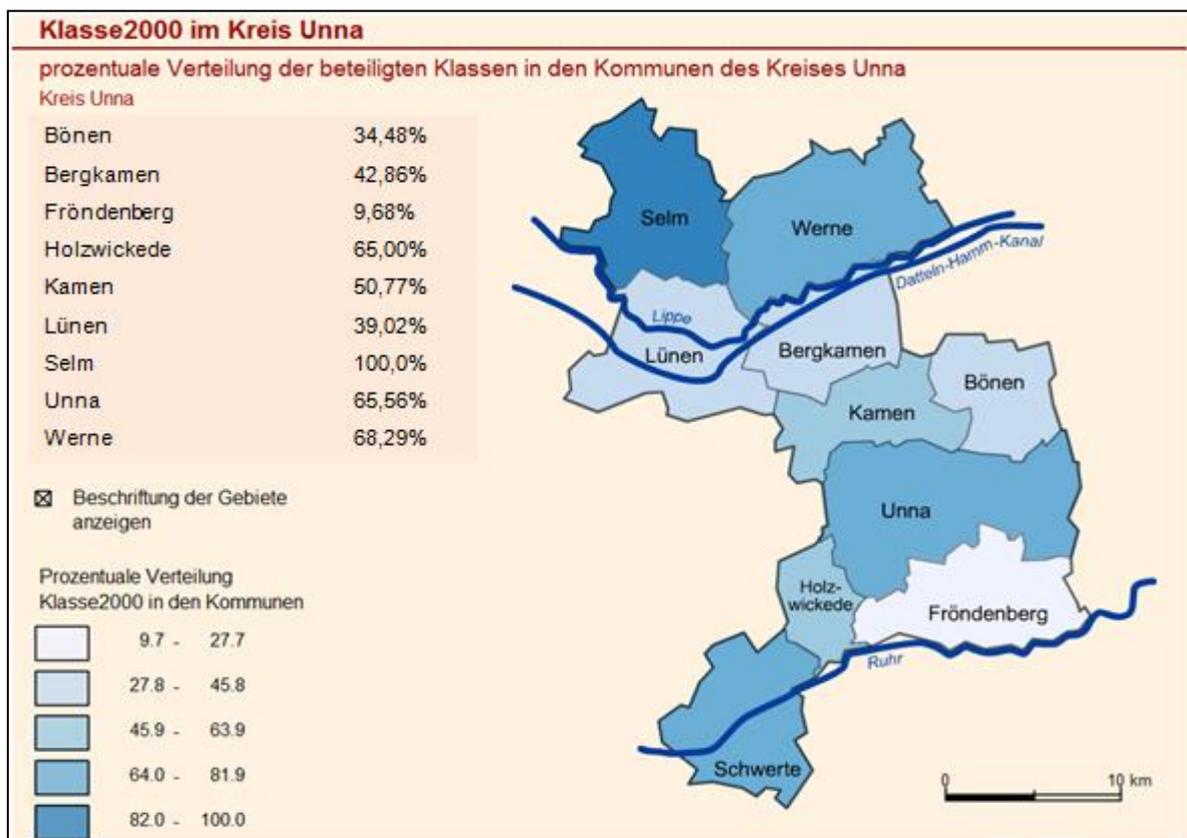


Abbildung 125: Gesamtzahlen in den Kommunen nach % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Die nachfolgende Darstellung soll einen Überblick über die Entwicklung des Projektes Klasse 2000 im Kreis Unna, beginnend im Schuljahr 2009/2010 bis 2013/2014, zeigen. Im Vergleich der vorangegangenen Schuljahre stieg die Zahl der teilnehmenden Klassen jedes Jahr an.

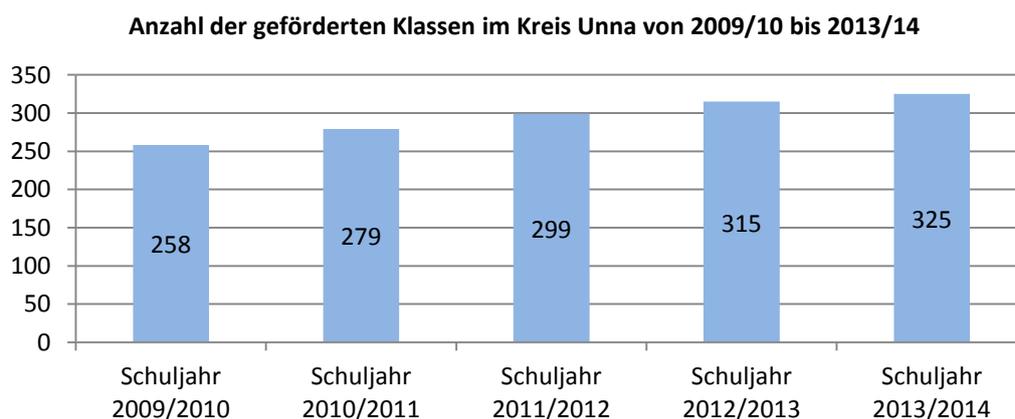


Abbildung 126: Geförderte Klassen im Kreis Unna im Zeitreihenvergleich; Schuljahr 09/10 bis zum Schuljahr 13/14 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Waren es im Schuljahr 2009/2010 bereits 258 Klassen, nahmen im Schuljahr 2013/2014 325 Klassen am Programm teil. In jedem Schuljahr nahm die Teilnahme um durchschnittlich 19 Klassen zu (Abb. 4). Der Zuwachs zwischen 2012/2013 und 2013/2014 betrug 5 Klassen (Abb. 126).



Die Abbildung (Abb. 127) soll verdeutlichen, in welchen Kommunen der Kreis Unna als Pate tätig wird. Insgesamt wurden vom Kreis Unna 30 Patenschaften übernommen. In den Kommunen Fröndenberg, Holzwickede, Schwerte, Selm und auch Werne konnten für die Patenschaft zahlreiche Paten durch die Schulen selbst gefunden werden bzw. Patenschaften durch das Programm „Klasse2000“ vermittelt werden.

### Übersicht teilnehmende Schulen Schuljahr 2009/2010-2012/2013 nach Kommunen im Kreis Unna

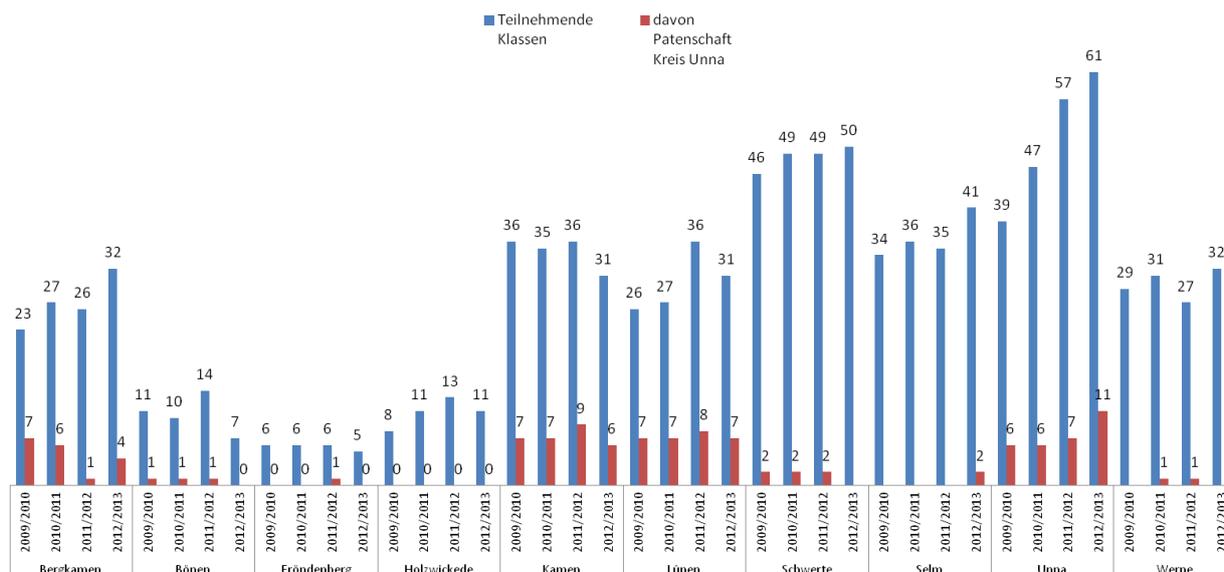


Abbildung 127: Patenschaften durch den Kreis Unna

#### 8.5.1.2 „Klasse2000“ wirkt langfristig

Die Wirkung von „Klasse2000“ ist durch eine Längsschnittstudie belegt worden. Hierbei wurden „Klasse2000“-Kinder bis zum Ende der 7. Klasse mit Kindern verglichen, die nicht an dem Programm teilgenommen hatten. Am Ende der 7. Klasse, also mit ca. 14 Jahren und damit im Einstiegsalter für den Konsum von Tabak und Alkohol, rauchen die ehemaligen „Klasse2000“-Kinder seltener und trinken weniger Alkohol. 7,9 % der „Klasse2000“-Gruppe haben schon einmal geraucht, bei der Kontrollgruppe waren es 19,7 %. Der Vergleich der Jugendlichen, die schon einmal Alkohol getrunken haben, zeigt, dass die „Klasse2000“-Kinder deutlich weniger konsumieren als die Kontrollgruppe. Sie waren seltener schon einmal betrunken und ihr regelmäßiger Alkoholkonsum liegt deutlich unter dem der Kontrollgruppe („Klasse2000“, 2009).

#### 8.5.1.3 Weitere Planung und Aussicht

Ziel für die nächsten Jahre ist es, das Programm „Klasse2000“ im Kreis Unna bekannter zu machen und soweit wie möglich flächendeckend zu etablieren. In den nächsten Schuljahren soll die Zahl der teilnehmenden Klassen im Kreisgebiet noch weiter steigen und weitere Paten für die Förderung des Projektes „Klasse2000“ gewonnen werden. Gerade an den nicht so stark beteiligten Schulen in den Kommunen sollen mehr Klassen zur Teilnahme an dem Programm „Klasse2000“ bewegt werden.



## 8.5.2 Präventionsangebote der Krankenkassen

Gesundheitsförderung und Prävention gehören zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Wenngleich nach eigenen Angaben derartige Angebote einen immer höheren Stellenwert bekommen, bestehen immer noch erhebliche Unterschiede bzgl. der entsprechenden Leistungen einzelner Kassen (Krankenkassen Deutschland 2014).

Es steht den Krankenkassen frei, in welcher Art und Weise sie Gesundheitsförderung anbieten. Die Spanne reicht von individuellen Zuschüssen für Vorsorgekuren bis hin zu betrieblicher Gesundheitsförderung. Grundsätzlich haben die Krankenkassen auch die Möglichkeit, ihre Versicherten bei der persönlichen Vorsorge zu unterstützen. Um ein gesundheitsbewussteres Verhalten zu fördern, bieten die Kassen Gesundheitskurse mit den Schwerpunkten Raucherentwöhnung oder Ernährung und Bewegung an. Schließlich können Versicherte auch von einem Bonussystem profitieren (ebd.).

Handlungsfelder und Präventionsprinzipien	
Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V	Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V
<p><b>Bewegungsgewohnheiten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität</li> <li>• Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme</li> </ul> <p><b>Ernährung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung</li> <li>• Vermeidung und Reduktion von Übergewicht</li> </ul> <p><b>Stressmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung von Stressbewältigungskompetenzen</li> <li>• Förderung von Entspannung</li> </ul> <p><b>Suchtmittelkonsum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung des Nichtrauchens</li> <li>• Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums</li> </ul>	<p><b>Arbeitsbedingte körperliche Belastungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates</li> </ul> <p><b>Betriebsverpflegung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsgerechte Verpflegung am Arbeitsplatz</li> </ul> <p><b>Psychosoziale Belastungen (Stress)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz</li> <li>• Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung</li> </ul> <p><b>Suchtmittelkonsum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rauchfrei im Betrieb</li> <li>• „Punktnüchternheit“ (Null Promille am Arbeitsplatz) bei der Arbeit</li> </ul>

Abbildung 128: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien (Quelle: GKV 2012)

Die „Handlungsfelder der Präventionsprinzipien“ wurden vom GKV Spitzenverband entwickelt und im „Leitfaden Prävention“ bereits 2010 veröffentlicht. Dieser Leitfaden enthält Handlungsfelder zur Umsetzung von §§ 20, 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010 (Abb. 128) (GKV 2010).

Danach schließt die Primärprävention gem. § 20 Abs. 1 SGB V die Bereiche Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum ein. Zur betrieblichen Gesundheitsförderung gem. § 20a SGB V zählen arbeitsbedingte körperliche Belastungen, die Betriebsverpflegung, psychosoziale Belastungen sowie ebenfalls der Suchtmittelkonsum. Das SGB V schreibt den Krankenkassen die Primärprävention als „Sollvorschrift“ mit einem „stark verpflichtenden Charakter“ zu (§ 20 Abs. 1).



*„Die Leistungen der Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten“ (GKV 2010). Für entsprechende Ausgaben im Leistungsbereich der §§ 20, 20a und 20b „gilt ein Richtwert von 2,86 € pro Kopf der Versicherten“ (ebd).*

Nachfolgend werden einige Beispiele für settingorientierte Prävention und Gesundheitsförderung dargestellt. Aus Gründen der Neutralität und Vergleichbarkeit werden die Originaltexte der jeweiligen Internetpräsentation verwendet. Die nachfolgende Auflistung ist nicht als vollständig anzusehen. Sie soll einen groben Überblick über settingorientierte Präventionsangebote geben.

### **8.5.2.1 JolinchenKids ein Projekt der AOK**

*„JolinchenKids – Gesundheit als Entdeckungsreise in der KiTa*

*JolinchenKids ist ein Gesundheitsförderungsprogramm für KiTas mit Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren. Im Fokus stehen die Themen Ernährung, Bewegung, seelisches Wohlbefinden, Elternpartizipation und Erzieherinnengesundheit. Ziel ist, dass die teilnehmenden KiTas zu den Themen Schritt für Schritt gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Alltag integrieren und dort dauerhaft verankern. Die AOK begleitet sie 3 Jahre aktiv bei der Umsetzung – mit Schulungen, Materialien, Workshops, Kurs- und Beratungsangeboten.*

*JolinchenKids wurde von der AOK gemeinsam mit Experten aus Wissenschaft und Praxis entwickelt. Es ist Teil der Initiative „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“. Seit Beginn des KiTa-Jahres 2014/2015 können KiTas bundesweit kostenfrei an dem Programm teilnehmen.*

*Die Eckpunkte von JolinchenKids.*

*JolinchenKids – Fit und gesund in der KiTa begreift Gesundheit ganzheitlich.*

*lässt sich flexibel an die Bedürfnisse jeder KiTa anpassen.*

*lässt sich gut in den KiTa-Alltag integrieren.*

*bedeutet Spaß, spielerisches Lernen und gemeinsames Erleben.*

*bezieht die Eltern von Anfang an mit ein.*

*fördert die Gesundheit der Erzieherinnen“.* (AOK, 2015).

Das Projekt „JolinchenKids baut auf den Grundlagen des Vorgängerprojektes „TigerKids“ auf, ist aber inhaltlich und fachlich weiter entwickelt worden. Im Jahre 2015 starten kreisweit insgesamt vier Kitas in eine dreijährige Projektphase. Es ist davon auszugehen, dass in den Folgejahren weitere Kitas in das Programm der AOK aufgenommen werden.

### **8.5.2.2 Gesunde Lebenswelten – Präventionsprojekt der Techniker Krankenkasse**

*„Die TK macht sich stark für gesunde Lebenswelten*

*„Das Umfeld, in dem ein Mensch einen Großteil seiner Zeit verbringt, wird auch "Lebenswelt" genannt. Ob Familie, Kindergarten, Schule, Stadtteil oder Gemeinde - die Lebenswelt ist immer "prägend".*

*Sie unterstützt deshalb Schulen und Kindertagesstätten auf dem Weg zur "Gesunden Schule" oder zur "Gesunden Kita". Dazu kooperiert sie mit dem Gesunde Städte-Netzwerk und der Bundestransferstelle Soziale Stadt beim Deutschen Institut für Urbanistik.*



Die TK fördert oben genannte Vorhaben in Schulen und Kitas, indem sie sich anteilig an den Honorar- oder Sachkosten beteiligt, und zwar maximal bis zu einer Höhe von 5.000 Euro.

Voraussetzung dafür ist in allen Fällen, dass die Projekte eine klare Zielsetzung haben,

- zeitlich, finanziell und personell begrenzt sind,
- eine komplexe Struktur und eine spezielle Organisationsform aufweisen,
- sich durch Einmaligkeit oder durch ein neuartiges Aufgabenfeld auszeichnen und sich von anderen Vorhaben und Routineaufgaben klar abgrenzen.“ (TK 2015).

Das Projekt wurde zwischen 2012 und 2014 im Kreis Unna in fünf Kommunen in insgesamt 14 Einrichtungen durchgeführt. Eine Fortführung des Projektes ist seitens der TK ausdrücklich erwünscht und daher können sowohl Grundschulen als auch Kitas und Familienzentren entsprechende Anträge stellen.

### 8.5.2.3 Prävention der Knappschaft: Mitmachtheater Erwin und Rosi

„Das Gesundheits-Mitmach-Theater „Erwin und Rosi auf der Suche nach der verlorenen Sommersprosse“

„Das gemeinsame Präventionsprojekt der Knappschaft und der Dietrich Grönemeyer Stiftung spricht spielerisch Kinder im Alter von drei bis sieben Jahren an. Ziel ist es, die motorischen und geistigen Fähigkeiten der Kinder nachhaltig zu mobilisieren. Das neue Präventionsprojekt fördert den Gleichgewichtssinn und verbindet Gesundheitslehre mit Spaß an der Bewegung.“ (Knappschaft 2015)

Das Gesundheits-Mitmach-Theater „Erwin und Rosi auf der Suche nach der verlorenen Sommersprosse“ gastierte am 12.05.2014 in der Schillerschule in Unna (Schillerschule 2014).

## Theater bringt Schüler spielend in Bewegung

Bühnenstück soll Kindern der Schillerschule beim Lernen helfen

**MASSEN** • Eine Geschichte auf der Bühne miterleben, etwas für die Gesundheit tun und dabei auch noch Spaß haben: Den Schülern der Schillerschule gelang gestern alles auf einmal. Beim Mitmach-Theater waren sie aufgefordert, sich zu bewegen.

„Erwin und Rosi auf der Suche nach der verlorenen Sommersprosse“ war der Titel des Stücks, das gestern in der Schillerschule auf dem Unterrichtsplan stand. Im Mittelpunkt des 40-minütigen interaktiven Theaters der Dietrich-Grönemeyer-Stiftung in Zusammenarbeit mit der Knappschaft stand das Thema Gleichgewicht. Laut einer Studie haben



Das Theaterensemble brachte die Kinder mit einem Stück zum Mitmachen in Bewegung. • Foto: Hennes

zwei Drittel aller Kinder im Alter von fünf bis zehn Jahren Schwierigkeiten damit, Noten in den Fächern Deutsch, Mathe und Sport

einhergehen. Zudem leide etwa jedes dritte Kind unter Stress. Um den abzubauen oder gar nicht erst entstehen zu lassen, brauchen Kinder unter anderem Bewegung. „Und die gab es gestern bei der Aufführung“, sagte Schulleiter Matthias Landsberg. „Das vierköpfige Ensemble überzeugte im wahrsten Sinne spielerisch.“

„Erwin und Rosi auf der Suche nach der verlorenen Sommersprosse“ basiert auf einer Pixibuch-Reihe und dreht sich um die quirligen und wissensdurstigen Zwillinge. Das Stück ist speziell auf die Bewegungsanforderungen von Kindern in Grundschulen ausgelegt und unterstützt sie in ihren motorischen, sensorischen und geistigen Fähigkeiten.

aus dem [Hellweger Anzeiger](#) vom 13.05.14

## 8.6 Zusammenfassung

- Auf Bundesebene beschreiben 94% der Eltern den Gesundheitszustand ihrer Kinder mit gut bis sehr gut. Die 11-17Jährigen kommen mit insgesamt 88% zu dieser Bewertung.
- Über 60% der Kinder und Jugendlichen verbringen täglich mehr als zwei Stunden vor dem Fernseher oder vor dem Computer. Mehr als 4 Stunden täglich sind das 34% und mehr als 6 Stunden täglich sind es 15% der Kinder und Jugendlichen. Bei der intensiven Nutzung sind die Jungen in der Überzahl.
- Ein zentrales Problem stellt nach wie vor der intensive Alkoholenuss von Jugendlichen dar. Der Anteil der Alkohol konsumierenden Jugendlichen steigt mit zunehmenden Alter schnell an. Ab einem Alter von 14 Jahren wird das Rauschtrinken bedeutsamer. Bei einer Stichprobenerhebung 2014 im Kreis Unna gaben 38% der Jungen und 32% der Mädchen im Alter von 13 – 15 Jahren an, zumindest gelegentlich Alkohol zu konsumieren.
- In der Stadt Unna wünschen sich nahezu 40% der Kinder und Jugendlichen Informationsveranstaltungen zum Thema Alkoholmissbrauch.
- Die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder U1-U9 werden von Eltern für ihre Kinder gut genutzt (ca. 95 - 97%).
- Kostenlose gesundheitliche Vorsorgeangebote werden von Jugendlichen hingegen unzureichend angenommen (z. B. J1 im Kreis Unna nur ca. 30%).
- Im Vergleich zu 2011 zeigen Einschulkinder - mit Ausnahme von Kamen - überall im Kreis weniger visuelle Wahrnehmungsstörungen.
- Motorische Störungen wurden 2014 kreisweit bei Einschulungskindern seltener festgestellt.
- Viele Kinder sind schon bei der Einschulung übergewichtig. Differenzierte Betrachtungen zeigen, dass Übergewicht besonders ein Problem bei Kindern mit Migrationshintergrund ist und mehr Mädchen als Jungen betroffen sind, die zu diesem Zeitpunkt oft noch nicht in einem Sportverein organisiert sind.
- Die Anzahl der Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen bei Einschulung hat sich im Kreis Unna seit 2010 zwar verringert, liegt mit 10 – 11% der Migrantenkinder aber immer noch sehr hoch. Der Auswirkungen des derzeitigen Zustroms von Migranten nach NRW bleiben abzuwarten.
- Die Lebensführung, insbesondere die Ernährung, das Mundhygieneverhalten und die Regelmäßigkeit des Zahnarztbesuches zur Behandlung aber auch die Prophylaxe haben einen entscheidenden Einfluss auf die Zahngesundheit.
- Kinder werden im Rahmen der Zahnuntersuchungen in ein strukturiertes und wirksames System einer nachgehenden Betreuung mit dem nötigen Maß an Verbindlichkeit einbezogen.

- Die Maßnahme, Kinder mit Milchzahnkaries neben der Behandlung zusätzlich zur Prophylaxe in die Zahnarztpraxen zu schicken, zeigt immer häufiger Erfolg.
- Das Gesundheitsverhalten der Eltern überträgt sich bereits auf ihre Kleinkinder. Je jünger das Kind, umso abhängiger ist es in seiner Versorgung und Ernährung von den Eltern. Große Kinder ahmen das Verhalten der Eltern nach.
- Die Familie spielt eine unverzichtbare Rolle in der Vermittlung von Gesundheitskompetenzen. Eltern können wichtige bedeutende Impulse für eine gesundheitsförderliche Entwicklung ihrer Kinder geben.
- Die gesundheitlichen Verhältnisse haben sich deutlich zu Ungunsten von Eltern mit besonderen Risikobelastungen verändert.
- Familien mit Migrationshintergrund haben einen erhöhten Informationsbedarf im Bereich gesunde Ernährung,
- Bisherige Informationen zur gesunden Ernährung erreichen nicht alle Bildungsschichten. Besonders bei den Familien mit niedrigerem Bildungsniveau ergibt sich ein Informationsdefizit.
- Es existieren kaum verwertbare Wirksamkeitsstudien, welche einerseits die Effizienz der Interventionen bei Eltern mit besonderen Risikobelastungen nachweisen und andererseits erfolgversprechende Ansätze hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit liefern.
- Der Kinderbericht des Kreises Unna von 2007 gilt als Vergleichs- und Orientierungshilfe.
- Primärprävention durch die Krankenkassen gem. § 20 Abs. 1 SGB V schließt die Bereiche Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum ein. Zur betrieblichen Gesundheitsförderung gem. § 20a SGB V zählen arbeitsbedingte körperliche Belastungen, die Betriebsverpflegung, psychosoziale Belastungen sowie ebenfalls der Suchtmittelkonsum.
- Kinderkrippen, KiTas und Schulen sind der Bildungs- und auch Erziehungsort der Zukunft. Hier liegt eine hohe Verantwortung aber auch eine Chance, die Grundsteine für Gesundheitsbewusstes Verhalten, ausreichende Bewegung und gesunde Ernährung zu legen. Hier müssen alle Professuren, die sich mit Kindern befassen, gut zusammenarbeiten.
- Von 78 Grund- und Förderschulen im Kreis Unna haben im Schuljahr 2013/2014 47 Schulen am Programm „Klasse2000“ teilgenommen.
- Seit dem Schuljahr 2009/2010 sind die Zahlen der am Programm „Klasse2000“ teilnehmenden Schulen kontinuierlich gestiegen.
- Seit dem Schuljahr 2009/2010 wurden durch den Kreis Unna jährlich 30 Patenschaften für „Klasse2000“ übernommen.



## 9                    **Gesund Altern**

### 9.1                    **Einleitung**

Seit dem Jahre 2012 gehört das Ziel „Gesund älter werden“ zu einem der bedeutendsten Gesundheitsziele in Deutschland. Die Fachleute des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens in Deutschland sind sich einig, dass die Bevölkerung durch den demografischen Wandel langfristig verändert wird. Dabei werden insbesondere an die gesundheitliche Versorgung neue und umfangreiche Anforderungen gestellt (BMG 2012).

Durch das nationale Gesundheitsziel "Gesund älter werden" sind Voraussetzungen geschaffen worden, die der Gesundheitsförderung und Prävention in der Ziel- und Maßnahmenentwicklung eine stärkere Berücksichtigung zugestehen. Für dieses bundesweite Vorhaben werden seitens des BMG und des Kooperationsverbundes „gesundheitsziele.de“ folgende Ziele genannt:

- *„Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert.*
- *Gesundheitliche Ressourcen und die Widerstandskraft älterer Menschen sind gestärkt und ihre gesundheitlichen Risiken sind gemindert.*
- *Körperliche Aktivität und Mobilität älterer Menschen sind gestärkt.*
- *Ältere Menschen sind bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut versorgt.*
- *Demenzerkrankungen sind erkannt und Erkrankte sind angemessen versorgt.*
- *Die Versorgung multimorbider älterer Menschen ist verbessert und Folgen von Multimorbidität sind gemindert.*
- *Pflegebedürftigkeit ist vorgebeugt und Pflegebedürftige sind gut versorgt.“* (BMG 2012: 28 ff.)

Als Sofortmaßnahmen werden vorgeschlagen:

- *„Entwicklung eines kommunalen Modells zur bewegungsförderlichen Gestaltung,*
- *Modell von Wohnraumanpassungen,*
- *Entwicklung, Erprobung und Implementierung evidenzbasierter Leitlinien für häufige Krankheitskombinationen und häufige Komorbiditäten bei älteren Menschen,*
- *Anerkennung der Arbeit pflegender Angehöriger.“* (BMG 2012: 28 ff.)

Eine eingerichtete Arbeitsgruppe, die die Umsetzung der genannten Ziele auf Bundesebene betreut, besteht aus Vertretern und Vertreterinnen der Bundes- und Landespolitik, der Selbstverwaltung, der Krankenkassen, der Gesundheits-, Sozial- und Versicherungswissenschaften sowie aus einschlägigen Bundes- und Landesvereinigungen. In NRW wird die kommunale Ebene durch Entschlüsse der Landesgesundheitskonferenz verstärkt in diesen Prozess einbezogen (BMG 2012).

Wie das Gesundheitsziel "Gesund älter werden" bisher im Kreis Unna gestaltet wurde, wird im aktuellen Kapitel dargestellt.

An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass die Mehrzahl der im Folgenden dargestellten Daten, in Bezug auf die Gesundheit im Alter, nur auf Landesebene differenziert nach Alter vorhanden waren. Somit können häufig keine detaillierten Aussagen auf Kreisebene vorgenommen werden.



## 9.2 Demografie

Wie bereits im Kapitel Demografie veranschaulicht, fand in den letzten Jahren eine Verschiebung der Altersstrukturen im Kreis Unna statt. Im Kreisgebiet, wie auch in der Bundesrepublik Deutschland, kam es neben einer Schrumpfung zudem zu einer strukturellen Alterung der Bevölkerung. Auch in Zukunft wird sich dieser Trend fortsetzen. So steigt die Zahl der über 65-Jährigen bis 2030 um ca. 10% an. In der Bundesrepublik Deutschland wird davon ausgegangen, dass 2060 bereits jeder Dritte (34%) mindestens 65 Lebensjahre durchlebt hat und es werden doppelt so viele 70-Jährige leben, wie Kinder geboren werden.

Bei der Betrachtung der aktuellen Hochrechnungen der Bevölkerung über 65 Jahre für das Jahr 2030 im Kreis Unna ist ein signifikanter Zuwachs zu erkennen. So wird bis 2030 bei der 65 – 80-jährigen Bevölkerung im Kreisgebiet mit einem Zuwachs von 27,1 % gerechnet. Bei der darüber liegenden Altersgruppe (80 Jahre und mehr) wird ein noch drastischerer Anstieg erwartet. In dieser Altersklasse wird sich die Anzahl mit einer Zuwachsrate von 45,6 % fast verdoppeln.

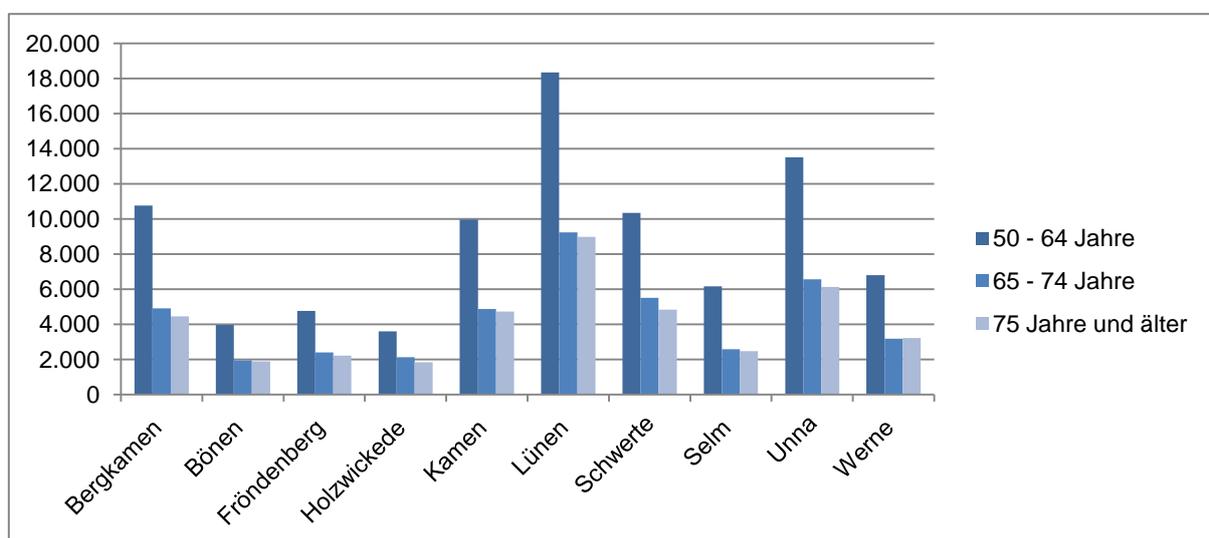


Abbildung 129: Altersstruktur von ausgewählten Altersgruppen in den Kommunen des Kreises Unna auf Basis des Zensus 2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna)

Betrachtet man die Bevölkerung des Kreises über 50 Jahre auf der Kommunalebene so kann festgestellt werden, dass diese auf den ersten Blick besonders in Lünen, Unna, Schwerte, Bergkamen und Kamen lebt (Abb. 129). Bei einer genaueren Betrachtung - unter Hinzunahme der Einwohnerzahlen der zehn Kommunen - fällt jedoch auf, dass die Kommunen, die scheinbar einen hohen Anteil an über 50-Jährigen in der Bevölkerung aufweisen, auch allgemein eine höhere Einwohnerzahl haben. Somit kann festgehalten werden, dass sich der Bevölkerungsanteil der über 50-Jährigen ausgeglichen auf alle zehn Kommunen des Kreises Unna verteilt.

## 9.3 Lebensraum, Wohnen und Umfeld

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) beschreibt ein selbstbestimmtes Leben im Alter wie folgt:



„Eine selbstständige Lebensführung im Alter setzt nicht nur entsprechende Bedingungen in der Wohnung, sondern auch ein auf die Mobilitätsanforderungen älterer Menschen abgestimmtes Wohnumfeld voraus. Den Nutzungs- und Erlebnismöglichkeiten des Wohnumfeldes kommt dabei im Alter eine besondere Bedeutung zu.“ (BMFSFJ 2004).

Bei der älteren Bevölkerung im Kreis Unna kann unter Berücksichtigung des vorhergestellten Abschnitts festgestellt werden, dass sich die Altersgruppe 50 Jahre und mehr ausgeglichen auf das Kreisgebiet verteilt. Somit können für die ausgewählte Bevölkerungsgruppe im Kreisgebiet keine städtischen bzw. ländlichen räumlichen Schwerpunkte identifiziert werden. Ob der Wohnraum bzw. das Wohnumfeld auf die Bedürfnisse von Personen ab 50 Jahren, gemäß der Definition des BMFSFJ, im Kreis Unna abgestimmt sind, kann an dieser Stelle auf Grund von fehlenden Daten nicht dargestellt werden.

## 9.4 Gesundheitszustand 50+

Im Folgenden wird eine Darstellung des Gesundheitszustandes der über 50-jährigen Bevölkerung im Kreis Unna vorgenommen. Dabei werden unter anderem die gesunde Lebenserwartung, die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes, die häufigsten Diagnosen, die häufigsten Todesursachen, die körperliche Aktivität sowie die gesellschaftliche Teilhabe und Mobilität betrachtet.

### 9.4.1 Gesunde Lebenserwartung ab 50 Jahren

Obwohl die Lebenserwartungen in den Mitgliedsländern der Europäischen Union (EU) zunehmen, gestalten sich die Anzahl der zu erwartenden gesunden Lebensjahre ab dem Alter von 50 Jahren sehr unterschiedlich. So beschreibt eine von Jagger et al. (2008) durchgeführte Studie, dass Dänemark mit durchschnittlich 23,6 zu erwartenden gesunden Lebensjahren nach dem Alter von 50 Jahren die höchsten Erwartung an gesunden Lebensjahren in der EU aufweist.

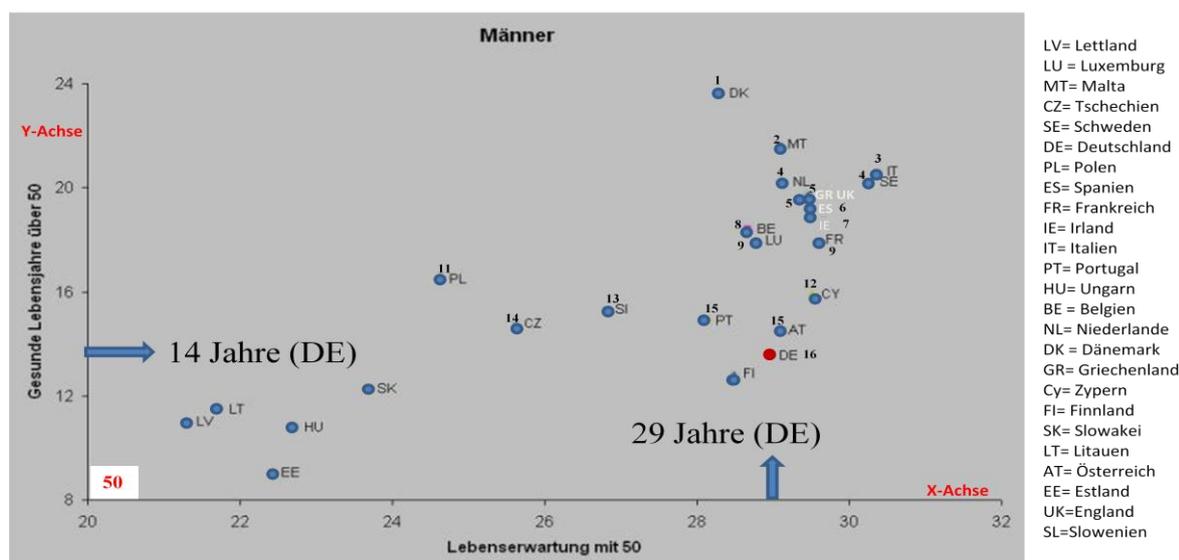


Abbildung 130: Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre von Frauen über 50 Jahre in Europa (Quelle: Jagger et al. 2008)



Dem gegenüber ist die Erwartung an gesunden Lebensjahren ab 50 Jahren in Estland lediglich mit 9,1 gesunden Jahren eingestuft. Auch die Bundesrepublik Deutschland belegt eher einen hinteren Rang bei der Einschätzung (Rang 16) (Abb. 130). So werden Männer in Deutschland zwar ca. 79 Jahre alt. Davon können sie jedoch ab dem 50 Lebensjahr nur ca. 14 Jahre gesund verbringen. Somit ist davon auszugehen, dass ca. 15 Jahre mit gesundheitlichen Einschränkungen verbracht werden.

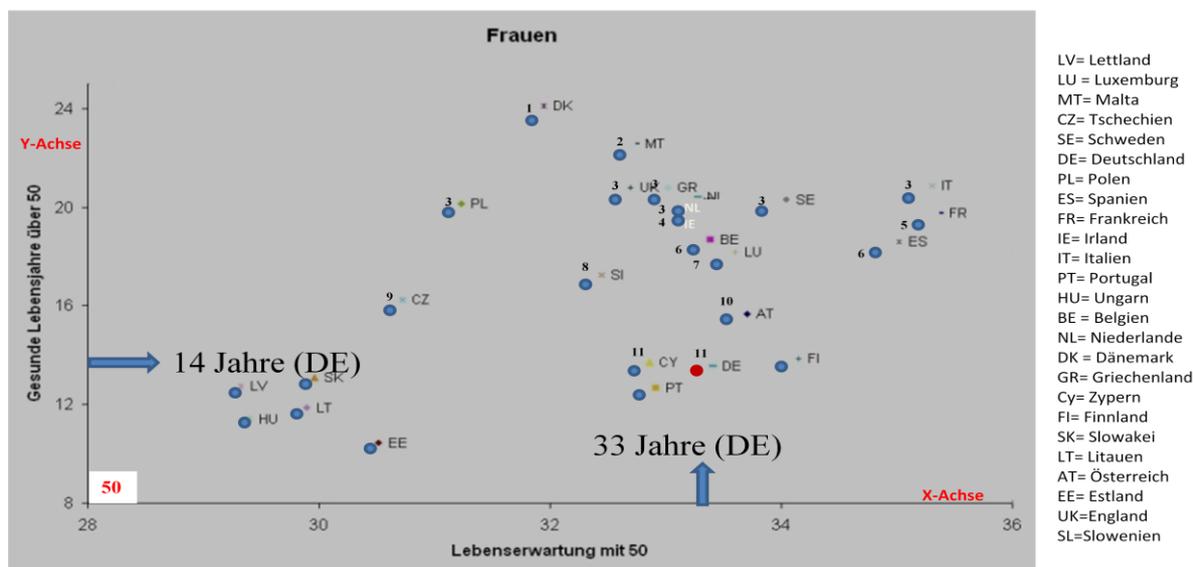


Abbildung 131: Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre von Männern über 50 Jahre in Europa (Quelle: Jagger et al. 2008)

Bei der weiblichen Bevölkerung in Deutschland zeichnet sich ein ähnliches Bild ab (Abb. 131). Auch sie können ab dem 50. Lebensjahr nur noch mit ca. 14 gesunden Jahren, bei einer Lebenserwartung von ca. 83 Jahren, rechnen. Jedoch belegen sie im europäischen Vergleich den 11. Rang und sind somit etwas besser als die männliche Bevölkerung in Deutschland eingestuft.

Ferner konnte bei der Studie festgestellt werden, dass das Bruttoinlandsprodukt, die Ausgaben für Altenpflege und ein lebenslanges Lernen einen positiven Einfluss auf die Anzahl der zu erwartenden gesunden Lebensjahre hatte. Einen besonders negativen Einfluss konnte hingegen bei der Variable Langzeitarbeitslosigkeit festgestellt werden.

#### 9.4.2 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt, trägt das persönliche Wohlbefinden einen entscheidenden Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung bei. Wird nun das Wohlbefinden der Bevölkerung über 50 Jahre an Hand des subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustandes gemessen, zeichnet sich folgendes ab:

Die weibliche Bevölkerung zwischen 50 und 69 Jahren in NRW beschreibt ihren Gesundheitszustand überwiegend als gut (Abb. 132). Jedoch schätzten nur ca. 20 % bzw. 15 % der gleichen Altersgruppe ihren Gesundheitszustand als sehr gut ein. Besonders auffallend ist, dass die weibliche Bevölkerung in NRW mit ansteigendem Alter ihren Gesundheitszustand zunehmend schlechter einschätzt. So beschrieb die Mehrzahl der 70-Jährigen und Älteren ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig / schlecht / sehr schlecht.



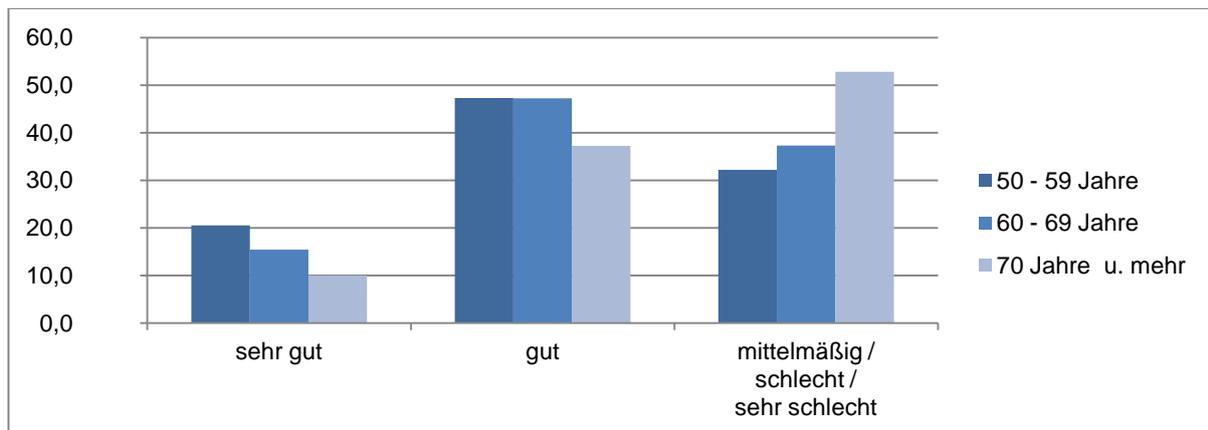


Abbildung 132: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes der weiblichen Bevölkerung in NRW nach Alter in %, 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Auch bei der männlichen Bevölkerung ab 50 + im Kreis Unna wird der Gesundheitszustand nur selten als sehr gut beschrieben (Abb. 133). Jedoch weicht die Einschätzung eines guten Gesundheitszustandes von der Einschätzung der weiblichen Bevölkerung ab. So gaben 10% mehr männliche Personen zwischen 50 und 59 Jahren, im Vergleich zur Altersgruppe der weiblichen Bevölkerung, an, dass sie ihren Gesundheitszustand als gut einstufen. Auch die Selbsteinschätzung eines mittelmäßigen, schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustands der männlichen Bevölkerungsgruppe in NRW liegt allgemein unterhalb der Einschätzungen der weiblichen Bevölkerung. Jedoch ist auch bei den Männern eine Verschlechterung des subjektiven Gesundheitszustandes mit wachsendem Alter zu verzeichnen.

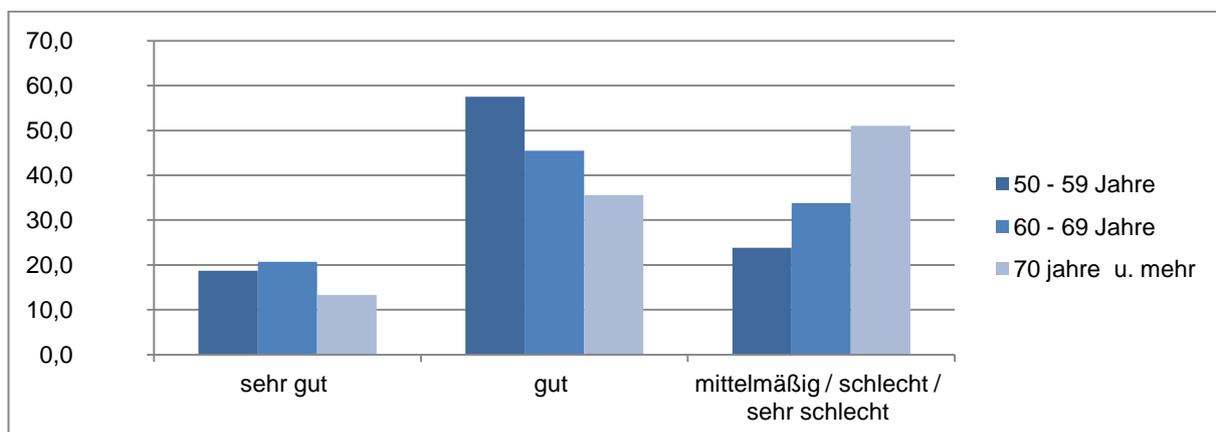


Abbildung 133: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes der männlichen Bevölkerung in NRW nach Alter in %, 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Erfahrungsgemäß kann die Verschlechterung der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes mit zunehmendem Alter der weiblichen und männlichen Bevölkerungsgruppe ab 50 auf eine altersbedingte Multimorbidität zurückgeführt werden.

Bei der Darstellung des subjektiven Gesundheitszustandes wurde auf Daten für das Land NRW zurückgegriffen, da für den Kreis Unna in Bezug auf die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes der Altersgruppe 50 + keine differenzierten Daten vorliegen.

### 9.4.3 Häufigste Diagnosen

Die häufigsten Diagnosen im Alter werden mit Hilfe der während eines vollstationären Krankenhausaufenthalts gestellten Diagnosen in NRW dargestellt. Aus den in der Einleitung dargestellten Gründen können an dieser Stelle nur die Daten zu Diagnosen, die im Rahmen eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes gestellt wurden, gezeigt werden. Zudem kann auch bei diesem Abschnitt nur auf landesweite Daten zurückgegriffen werden.

Bei der Betrachtung der häufigsten Diagnosen ab 40 Jahren fällt besonders der extreme Anstieg der Diagnose Herzinsuffizienz bei der Altersgruppe 75 Jahre und mehr auf (Abb. 134). Dieser Anstieg ist wahrscheinlich durch die Belastung des Herzens durch mehrere altersbedingte Krankheiten zu erklären. Bei der Altersgruppe 40-65 Jahren spielt besonders die Diagnose bösartige Neubildung der Brustdrüse eine zentrale Rolle. Diese betrifft in der Mehrzahl der Fälle den weiblichen Anteil dieser Altersgruppe. Auch bei der darüber liegenden Altersgruppe (67-75 Jahre) ist die Diagnose bösartige Neubildung der Brustdrüse weiterhin die meist gestellte Diagnose. Jedoch wird bei dieser Altersgruppe schon der Trend hin zu einem Anstieg der Herzkrankungen bei den 75-Jährigen und älter deutlich. Die Diagnosen Diabetes mellitus, Affektionen der Linse, Herzinfarkt und Atherosklerose nehmen mit zunehmendem Alter zu. Nur die Diagnose Psychische – und Verhaltensstörungen durch Alkohol nimmt mit ansteigendem Alter stetig ab. Die Diagnose bösartige Neubildungen der Bronchien und der Lunge erfährt einen Höhepunkt bei der Altersgruppe 65-75 Jahren.

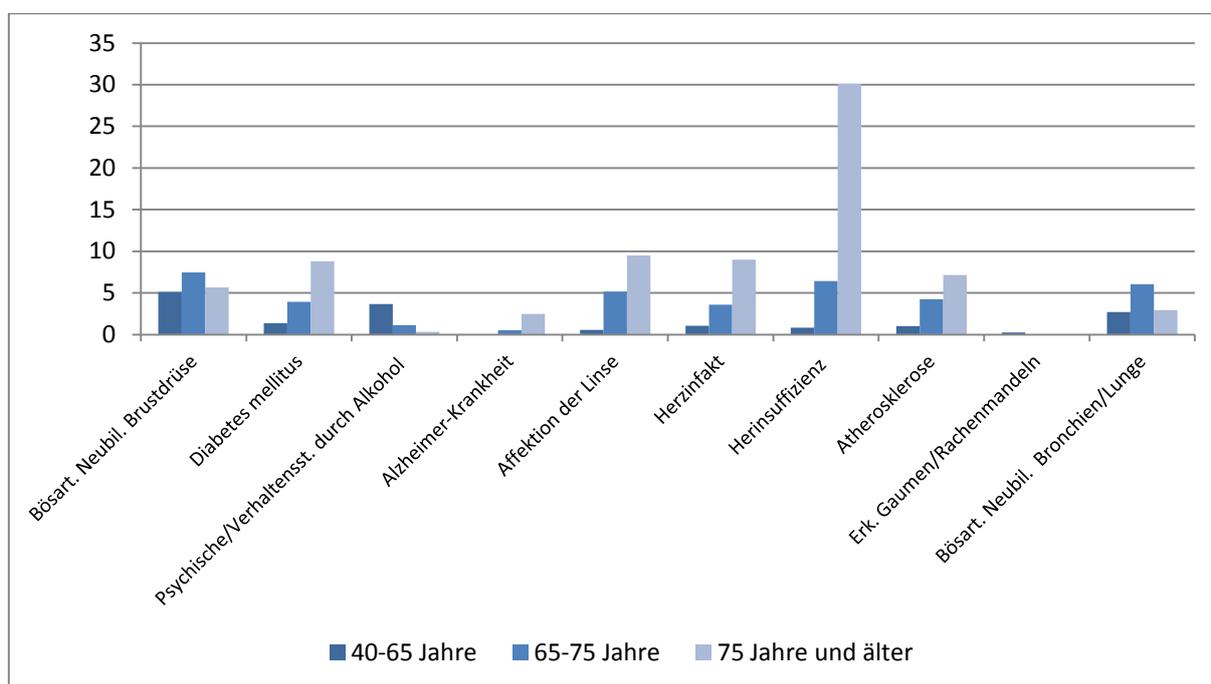


Abbildung 134: Aus dem Krankenhaus entlassene oder verstorbene vollstationäre Patientinnen und Patienten je 1000 EW nach Diagnosen und Alter in NRW (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bei den jüngeren Personen ab 40 besonders die Diagnose bösartige Neubildungen der Brustdrüse und mit ansteigendem Alter Erkrankungen des Herzens die am meisten gestellten Diagnosen darstellen.



#### 9.4.4 Pflegebedürftigkeit

Im Jahre 2009 lebten im Kreisgebiet schätzungsweise 10.700 Hilfsbedürftige in Privathaushalten - zusätzlich zu den Pflegebedürftigen nach SGB XI. So können ca. 12,5% der 65-Jährigen und Älteren als pflegebedürftig eingeschätzt werden. Nach SGB XI konnten 2005 11.913 Leistungsempfänger identifiziert werden. Davon wurden 5.778 zuhause gepflegt und erhielten nur Pflegegeld. 2.976 wurde zuhause mit Hilfe eines professionellen ambulanten Pflegedienstes versorgt. Zudem wurden 269 Personen zuhause gepflegt, wobei diese teilweise durch Tages- oder Kurzzeitpflege unterstützt wurden. Insgesamt 3.190 Personen befanden sich im Kreisgebiet 2005 in einer vollstationären Dauerpflege. Aktuelle Prognosen sagen eine Steigerungsrate der Pflegebedürftigen im Kreis Unna um 58,6 % bis 2020 voraus (Kreis Unna 2011).

#### 9.4.5 Todesursachen nach Alter

Auch bei der Betrachtung der häufigsten Todesursachen im Alter muss auf Grund mangelnder Daten auf Landesdaten zurückgegriffen werden. Besonders „Neubildungen“ und „Krankheiten des Kreislaufsystems“ stellen die häufigste Todesursache bei der Bevölkerung ab 50 Jahren dar (Abb. 135). Hierbei fällt auf, dass die Häufigkeit der Todesursache „Krankheiten des Kreislaufsystems“ mit ansteigendem Alter zunimmt. Dem gegenüber steht die zweit häufigste Todesursache bei der Bevölkerung ab 50 Jahren. So nimmt die Todesursache „bösartige Neubildungen“ bis zum Alter von ca. 74 Jahren stetig zu, erfährt dann aber einen Einbruch. Warum die Häufigkeit der Todesursache „bösartige Neubildung“ ab dem Alter von ca. 75 Jahren kontinuierlich abnimmt, kann an dieser Stelle unter Berücksichtigung der vorhandenen Daten nicht erklärt werden.

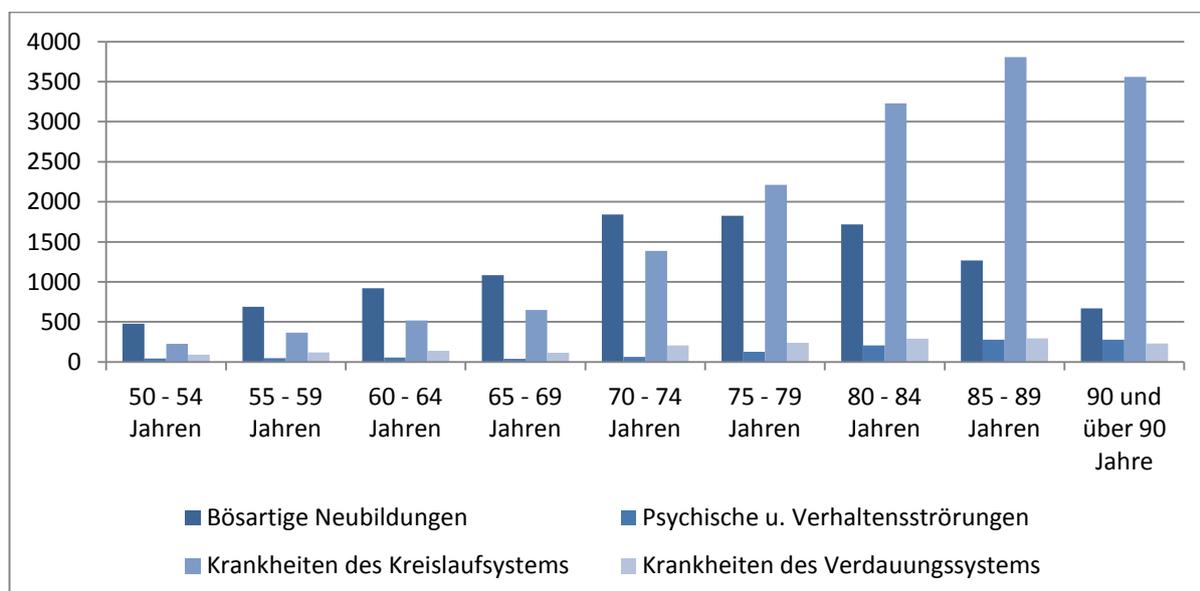


Abbildung 135: Ausgewählte Todesursachen nach Alter in NRW, 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

#### **9.4.6 Übergewicht und Rauchverhalten im Alter**

Übergewicht zählt zu einem der größten gesundheitlichen Herausforderungen für den kommunalen Gesundheitsdienst in den Industriestaaten. Besonders das Vorkommen von Übergewicht bei der deutschen Bevölkerung über 60 Jahren verzeichnet einen besorgniserregenden Anstieg. So haben 71 % der 60-jährigen und älteren Männer sowie 58% der Frauen in der gleichen Altersgruppe einen auffallend hohen Body-Mass-Index (BMI) und werden als übergewichtig bzw. stark übergewichtig eingestuft. 2009 konnten in Deutschland nur 28 % der Männer und 41% der Frauen ein normales Körpergewicht aufweisen. Für den Kreis Unna liegen momentan keine nach Altersgruppen getrennten Daten in Bezug auf das Gewicht der Einwohner vor, wodurch an dieser Stellen keine Aussagen bzw. Rückschlüsse zur Thematik Übergewicht in der Altersgruppe 50 + getroffen werden kann (Statistisches Bundesamt 2012).

Auch in Bezug auf das Rauchverhalten der Altersgruppe 50 Jahre und älter können nur Aussagen auf Bundesebene vorgenommen werden, da für den Kreis Unna keine Daten vorliegen. Bei den Personen über 60 nimmt die Zahl der regelmäßigen Raucher deutlich ab. Im Rahmen der Befragung des Mikrozensus 2009 gaben nur 9,6 % der befragten Personen über 60 Jahren an, regelmäßig zu rauchen. 89 % der Befragten gaben sogar an, dass sie nicht oder nicht mehr rauchen. Wird die Thematik Rauchen in der Altersgruppe 50 + unter Geschlechteraspekten betrachtet, so kann festgestellt werden, dass Frauen weniger oft als ihr gleichaltrigen Männer rauchen (Statistisches Bundesamt 2012).

Auf Bundesebene kann somit festgestellt werden, dass das Rauchverhalten im Gegensatz zum Übergewicht in der Altersgruppe 60 + für den kommunalen Gesundheitsdienst eher eine untergeordnete Rolle spielt.

#### **9.4.7 Körperliche Aktivität**

Neben dem allgemeinen Wohlbefinden spielt bei der persönlichen Einschätzung von Gesundheit zudem das körperliche Wohlbefinden eine wichtige Rolle. Körperliche Aktivitäten können an der Ausübung der alltäglichen Tätigkeiten sowie der sportlichen Betätigung dargestellt werden. Bei der folgenden Darstellung kann ein weiteres Mal nur auf Landesdaten zurückgegriffen werden.

Wird die subjektive Einschätzung der dauerhaften Einschränkungen bei der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten durch Krankheit der weiblichen Bevölkerung in NRW betrachtet, so zeigt sich ein erfreuliches Bild (Abb. 136). Besonders bei den Altersgruppen 50-59 Jahren und 60-69 Jahren gaben über 60% der befragten Frauen an, keine Einschränkungen zu erfahren. Bei der weiblichen Bevölkerung ab 70 Jahren und mehr reduzierte sich diese Angabe um ca. 20%. Jedoch gaben nur ein bisschen mehr als 20% an, erhebliche Einschränkungen in der Ausübung ihrer alltäglichen Aktivitäten zu erfahren. So kann für die weibliche Bevölkerung zusammenfassend ein positives Bild in Bezug auf die Ausübung alltäglicher Aktivitäten verzeichnet werden.



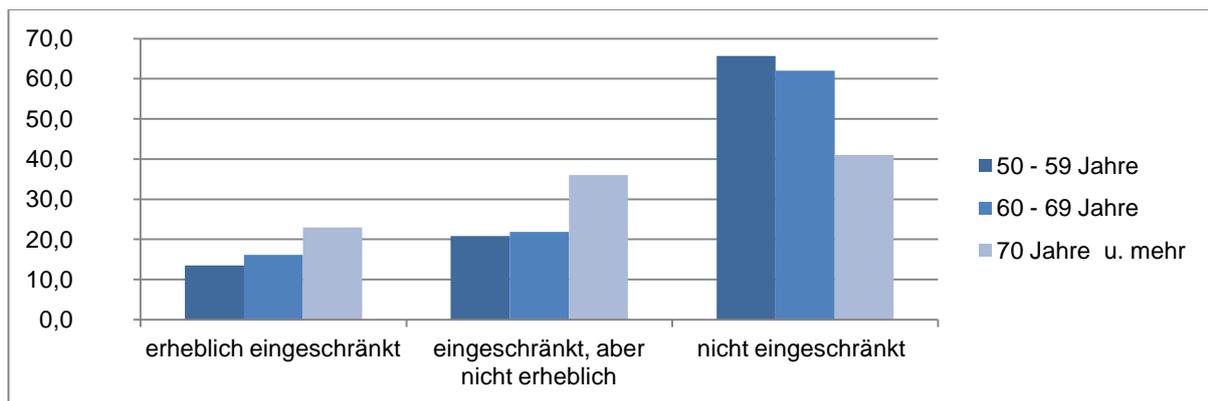


Abbildung 136: Dauerhafte Einschränkungen bei der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten durch Krankheit der weiblichen Bevölkerung in NRW in %, 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW).

Bei der männlichen Bevölkerung der gleichen Altersstrukturen zeichnet sich sogar ein noch erfreulicheres Bild ab (Abb. 137). So gibt in den Altersgruppen 50-59 Jahre, 60-69 Jahre sowie 70 Jahre und älter jeweils die Mehrzahl der befragten Männer an, dass sie keine Einschränkungen bei der Ausübung ihrer alltäglichen Tätigkeiten verzeichnen. Bei der Altersgruppe 50-59 Jahre geben sogar über 70 % an, dass sie keine Einschränkungen erfahren. Somit kann auch das zusammenfassende Bild der männlichen Bevölkerung in Bezug auf die Ausübung alltäglicher Aktivitäten als positiv verzeichnet werden.

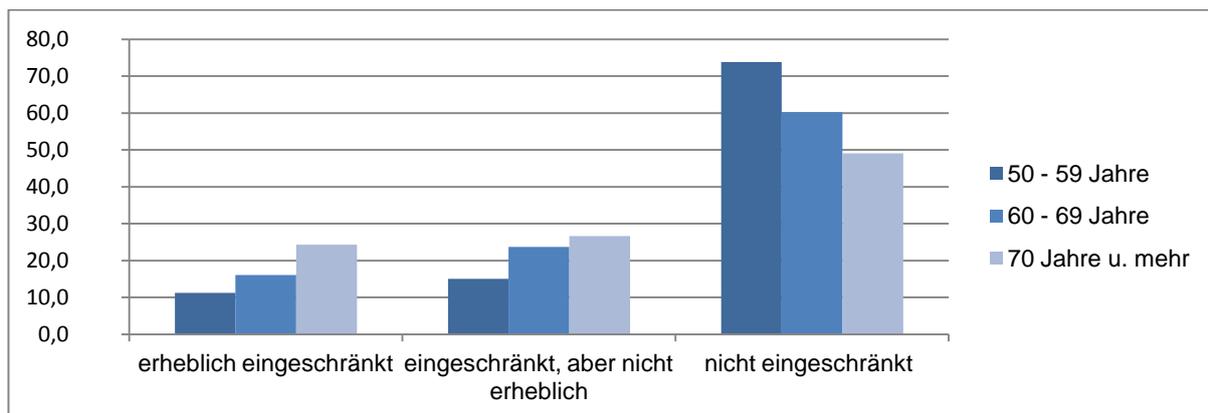


Abbildung 137: Dauerhafte Einschränkungen bei der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten durch Krankheit der männlichen Bevölkerung in NRW in %, 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Neben der Ausübung von alltäglichen Tätigkeiten stellt das Betreiben von sportlichen Aktivitäten einen wichtigen Baustein zur Reduzierung von Übergewicht und koronaren Herzerkrankungen dar, die, wie bereits erläutert, in der Bevölkerungsgruppe ab 50 Jahren eine relevante Gesundheitsgefährdung darstellen. Welche Aktivitäten, wie oft und wo diese von der relevanten Bevölkerungsgruppe genutzt werden, kann an dieser Stelle mangels fehlender Daten nicht weiter erläutert werden. Jedoch kann auf Grundlage der Daten des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen eine Aussage bezüglich der Sportvereinsmitgliedschaft getroffen werden. So waren 2014 505.260 Männer und 369.404 Frauen über 61 Jahren Mitglied in einem Sportverein (Landessportbund Nordrhein-Westfalen 2014).

## 9.5 Gesellschaftliche Teilhabe und Mobilität

Die aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben stellt für die Mehrzahl der Personen einen zentralen Indikator für ein aktives und gesundes Älterwerden dar. Bei der nachfolgenden Darstellung der gesellschaftlichen Teilhabe und Mobilität der Bevölkerung über 50 Jahren im Kreisgebiet kann bei der Darstellung erneut nur auf Datensätze auf Landesebene zurückgegriffen werden.

Die gesellschaftliche Teilhabe wurde in einer landesweiten Befragung mittels der Frage nach der Beeinträchtigung der sozialen Kontakte innerhalb der letzten vier Wochen durch eingeschränkte körperliche Gesundheit oder seelische Beschwerden abgefragt. Bei dieser Befragung zeichnete sich für die weibliche und männliche Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen ein fast identisches Ergebnis ab (Abb. 138). So gaben bei den Frauen und den Männern ab 50 Jahren über 80% an, keine Beeinträchtigung der sozialen Kontakte in den letzten vier Wochen erfahren zu haben. Lediglich unter 10% der Befragten gaben eine große Einschränkung bei ihren sozialen Kontakten an. So ist auch bei der Bevölkerung über 50 Jahren in NRW in Bezug auf die gesellschaftliche Teilhabe ein positives Bild zu verzeichnen.

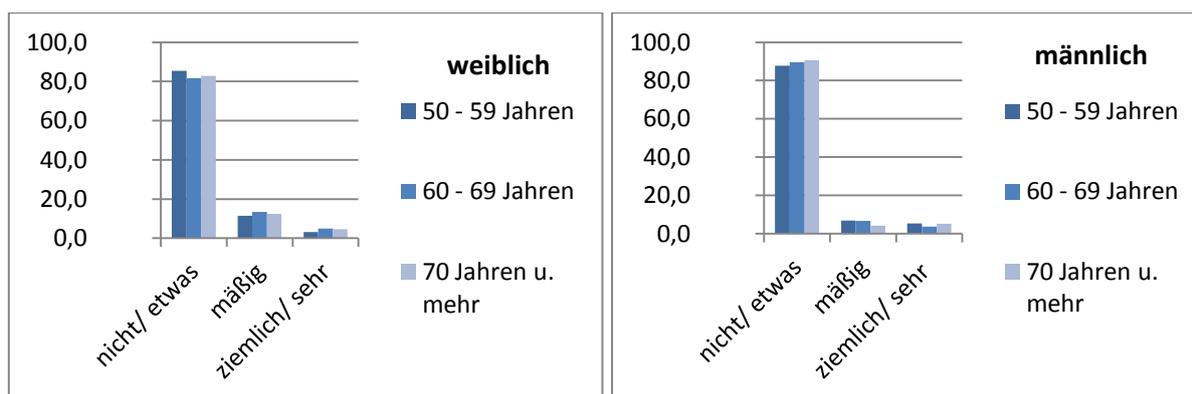


Abbildung 138: Beeinträchtigung der sozialen Kontakte innerhalb der letzten vier Wochen durch eingeschränkte körperl. Gesundheit oder seel. Beschwerden der weiblichen und männlichen Bevölkerung in NRW in %, 2002/2003 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW)

Bei der Beschreibung der Daten muss jedoch darauf verwiesen werden, dass diese aus den Jahren 2002/2003 stammen und daher mit Einschränkungen betrachtet werden müssen. Aktuellere Daten liegen derzeit jedoch nicht vor.

Neben der gesellschaftlichen Teilhabe spielt auch die Mobilität der Bevölkerung über 50 Jahren zunehmend eine zentrale Rolle. So kann es in den nächsten Jahren, wie bereits erläutert, zu einer Abnahme der Ärzte vor Ort kommen. Somit müssen ältere Personen z.B. für die Wahrnehmung der medizinischen Vorsorge bzw. Versorgung einen gewissen Grad an Mobilität aufweisen.

## 9.6 Migrantinnen und Migranten im Alter

Bedingt durch das Modellprojekt „Integration älterer Migrantinnen und Migranten - Schaffung neuer integrationsfördernder Strukturen zur Verbesserung der Lebenssituation“ des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2004)



existieren differenzierte Daten über ältere Migrantinnen und Migranten (50 Jahre und älter) in Bezug auf Gesundheit und medizinische Versorgungen für den Kreis Unna. Die Daten wurden mittels einer Befragung exemplarisch in 2 Städten des Kreises Unna erhoben. Dabei lag der Themenschwerpunkt der Befragung auf türkischen Migrantinnen und Migranten sowie auf Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern. Jedoch muss bei diesem Datensatz angemerkt werden, dass er aus dem Jahre 2004 stammt. Da jedoch keine anderen Daten über diese Bevölkerungsgruppe vorliegen, werden die Daten von 2004 an dieser Stelle verwendet.

Ein wenig mehr als die Hälfte der Befragten schätzen ihren körperlichen Gesundheitszustand als gut oder einigermaßen gut ein. Jedoch bewerteten 43% der befragten Frauen und Männer ihren körperlichen Gesundheitszustand als weniger gut oder sogar als schlecht. Im Gegensatz dazu fiel die Einschätzung der seelischen Gesundheit wesentlich besser aus. So schätzten dreiviertel der Befragten ihre seelische Gesundheit als gut bzw. einigermaßen gut ein. Ein Fünftel der befragten Personen gab an, mehrmals im Krankenhaus stationär behandelt worden zu sein. Dies kann auf eine gesundheitliche Mehrfachbelastung der betrachteten Personengruppe hinweisen. Da der Begriff der Pflegebedürftigkeit gemäß den Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes der Mehrzahl der befragten Migrantinnen und Migranten nicht bekannt war, können an dieser Stelle hierzu keine Aussagen getroffen werden. (MGEPA NRW 2004).

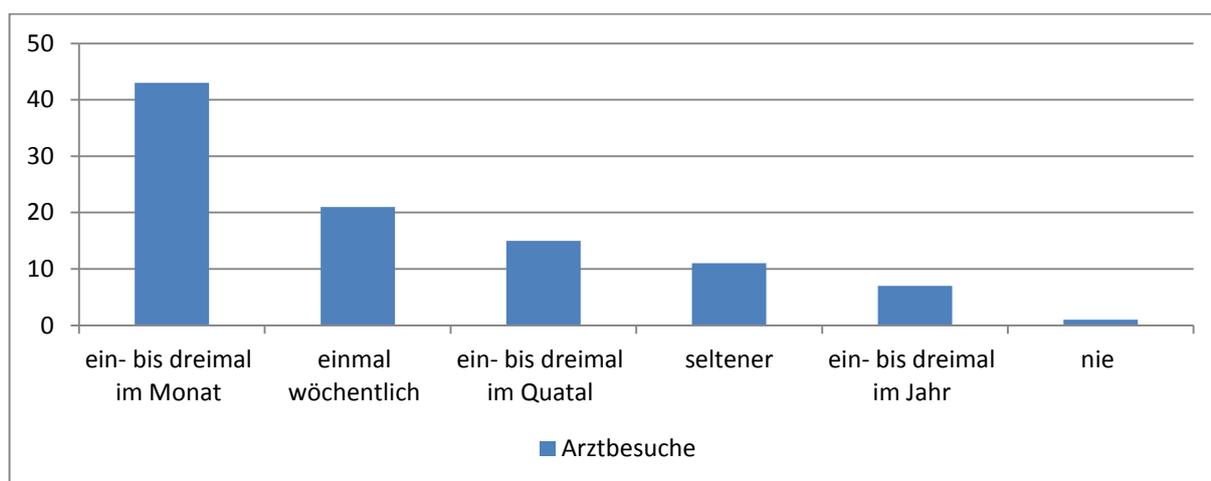


Abbildung 139: Anzahl der Arztbesuche (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage MGEPA NRW 2004)

Eine medizinische Betreuung durch einen Hausarzt nahmen alle Befragten in Anspruch. Dabei gestaltet sich die Häufigkeit des Arztbesuches jedoch sehr unterschiedlich (Abb. 139). Die am meisten angegebene Arztbesuchsfrequenz betrug ein- bis dreimal im Monat. Zudem kann kein signifikanter geschlechterspezifischer Unterschied bei der Anzahl der Arztbesuche festgestellt werden. Nur ca. ein Viertel der Befragten sucht einen Arzt auf, der aus dem gleichen Herkunftsland stammt (MGEPA NRW 2004).

## 9.7 Zusammenfassung

- Überwiegend liegen für die Altersgruppe 50 + nur differenzierte Daten auf Landesebene vor. Der Kreis Unna weist ein Defizit an differenzierte Daten für die entsprechende Altersgruppe auf.
- Eine genaue Angabe über das Wohnumfeld der älteren Bevölkerung für den Kreis Unna kann auf Grund von fehlenden Daten nicht vorgenommen werden
- Bis zum Alter von 69 Jahren schätzen die weibliche und männliche Bevölkerung in NRW ihren Gesundheitszustand als gut ein. Ab 70 Jahren wird er überwiegend als mittelmäßig / schlecht / sehr schlecht beschrieben.
- Bei den jüngeren Personen ab 40 Jahren stellt die Diagnose: bösartige Neubildungen der Brustdrüse, die am meisten gestellte Diagnose dar. Mit ansteigendem Alter wird diese durch die Diagnose: Erkrankungen des Herzens, abgelöst.
- Aktuelle Prognosen sagen bis 2020 eine Steigerungsrate der Pflegebedürftigen im Kreis Unna um 58,6 % voraus.
- „Neubildungen“ und „Krankheiten des Kreislaufsystems“ stellen die häufigste Todesursache bei der Bevölkerung ab 50 Jahren dar.
- Es kann festgestellt werden, dass das Rauchverhalten im Gegensatz zum Übergewicht in der Altersgruppe 60 + für den kommunalen Gesundheitsdienst eher eine untergeordneten Rolle spielt.
- Für die weibliche und männliche Bevölkerung kann zusammenfassend ein positives Bild in Bezug auf die Ausübung alltäglicher Aktivitäten verzeichnet werden. Welche sportlichen Aktivitäten, wie oft und wo von der relevanten Bevölkerungsgruppe ausgeübt werden, kann mangels fehlender Daten nicht weiter erläutert werden. Jedoch waren 2014 505.260 Männer und 369.404 Frauen über 61 Jahren in NRW Mitglied in einem Sportverein.
- Über 80 % der Frauen und Männer ab 50 Jahren gaben an, in den letzten vier Wochen keine Beeinträchtigung der sozialen Kontakte erfahren zu haben.
- Nur etwas mehr als 50% der befragten Migrantinnen und Migranten schätzen ihre körperliche Gesundheit als gut ein. Jedoch bewerteten dreiviertel der Befragten ihre seelische Gesundheit als gut bzw. einigermaßen gut ein. Da der Begriff der Pflegebedürftigkeit gemäß den Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes der Mehrzahl der befragten Migrantinnen und Migranten nicht bekannt war, kann keine Aussage in Bezug auf die genannte Personengruppe getroffen werden.



## 10 Ausblick

Vordringliche Aufgabe von Politik und Verwaltung ist es, eine politische Diskussion um den Wert bzw. den Beitrag des öffentlichen Gesundheitsdienstes für die Kreisentwicklung darzulegen und gemeinsam (Gesundheits-)Ziele zu setzen bzw. zu vereinbaren. Ziele können jedoch nur sachgerecht vereinbart werden, wenn zuvor die Ausgangssituation hinreichend bekannt ist und Defizite bzw. Probleme bewertet und gewichtet werden (KGSt 1998).

Der Gesundheitsplanung und Gesundheitsberichterstattung kommt in diesem Zusammenhang die Aufgabe zu, Informationen über die Struktur der gesundheitlichen Versorgung, über Gesundheitsrisiken und -chancen bereitzustellen. Auf dieser Grundlage wird es der Gesundheitspolitik möglich, Entscheidungen unter Beachtung fachlicher aber auch finanzieller Gesichtspunkte zu treffen. Damit dies gelingt, nutzt der Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz als Steuerungs- und Planungskonzept das Instrument der kommunalen Gesundheitsberichterstattung (GBE).

Um in Zukunft eine genaue Darstellung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung im Kreis Unna gewährleisten zu können, sollte die Erhebung von relevanten Gesundheitsdaten durch den Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz überarbeitet und ausgebaut werden. Hierzu ist es erforderlich, auch Informationen zum subjektiven Gesundheitszustand zu erschließen, die aus vorliegenden Statistiken nicht zu erhalten sind. Benötigt werden Auskünfte über subjektive Aspekte (persönliche Einschätzung der Gesundheit) und über die Bereitschaft, das Gesundheitsverhalten zu überprüfen. Projekte und Präventionsprogramme erfordern Kenntnis darüber, in welchen Bevölkerungsgruppen gesundheitschädigende Verhaltensweisen gehäuft vorkommen, ebenso wie die Bewertung und Nutzung der Angebote des Gesundheitssystems durch die Bürger. Hier bietet sich die **Durchführung einer Bevölkerungsbefragung** an, die beispielsweise in Kooperation mit dem Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW) und/oder Hochschulen realisiert werden könnte.

Aus den in diesem Bericht geschilderten Problemlagen lässt sich ein komplexes Zusammenspiel von sozialen und strukturellen Verhaltens- und Verhältnisfaktoren erkennen. Der ÖGD muss sich daher verstärkt auf die gesundheitlichen Folgen gesellschaftlicher Herausforderungen vorbereiten. Wie in anderen Politik- und Aufgabenfeldern, so liegt auch für den Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz eine der größten Herausforderungen in der erfolgreichen Bewältigung des demografischen Wandels und seinen strukturellen, aber auch sozioökonomischen Effekten. Die **Gesundheitsberichterstattung** sollte sich zukünftig auch an sozialräumlichen Kriterien ausrichten. Es wird angeregt, gesundheitsfördernde Interventionen dort durchzuführen wo nachgewiesene soziale Auffälligkeiten und prekäre Lebenslagen offenkundig sind. In diesem Zusammenhang gilt es auch darauf hinzuwirken, den Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz besser auf das Thema „Gesundes Altern“ einzustellen.

Insoweit ist der Ausbau der gesundheitlichen Datenbasis unter Einbeziehung von Daten vorhandener oder noch vorzunehmender **Sozialraumanalysen** mit der Zielsetzung der Aufstellung eines konkreten raumbezogenen Handlungsansatzes unabdingbar. Eine Ausgestaltung von themenbezogenen Zielsetzungen bis hin zu konkreten Maßnahmevorschlägen ist dann sinnvoll, wenn eine Fokussierung auf die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen in den Kommunen gelingt. Dies wäre sowohl eine maßgebliche Grundlage der Planung für den Erhalt der individuellen Gesundheit als auch ein wesentlicher Faktor für den Erfolg einer (gesundheitsförderlichen) Stadt- bzw. Kreisentwicklung.



U.a. zur besseren **Durchsetzung von Belangen der menschlichen Gesundheit in räumlichen Planungs- und Entwicklungsverfahren** erarbeitet das Land Nordrhein-Westfalen seit 2009 in Zusammenarbeit mit Fachleuten aus kreisfreien Städten und Kreisen des Landes sowie Planungsexperten und -innen ein Konzept zur Einführung lokaler **Fachpläne Gesundheit** auf kommunaler Ebene. Im Jahr 2013 wurde eine Erprobungsphase gestartet, bei der in der StädteRegion Aachen und im Kreis Unna Teilaspekte eines künftigen lokalen Fachplans Gesundheit erarbeitet wurden. Die Arbeiten zur Fachplan-Erprobung unterstreichen nach Ansicht des Projektauftraggebers (Land NRW) in deutlicher Weise den Mehrwert, der durch die Erarbeitung von Fachplanelementen im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) erreicht werden kann. Die Ergebnisse sind geeignet, in Fachkreisen und auf allen Ebenen der Verwaltung zu einer Fundierung, mancherorts auch zu einer Versachlichung der Diskussion zu führen, mit welchen fachlichen Standards und auf welchem Qualitätsniveau behördliche Leistungen im Gesundheitssektor künftig zu erbringen sind. Eine Verstetigung des Fachplanansatzes und die Ausdehnung auf weitere Themensegmente mit Entwicklung eines breitgefächerten Fachplanes könnten die notwendigen Analysen und Bewertungsgrundlagen bieten.

Auch um Verknüpfungspunkte der Aufgabenfelder Gesundheit, Planung und Umwelt zu analysieren und entsprechende Interventionen mit externen Partnern abstimmen zu können, muss die einschlägige Datenbasis verbessert werden. Zwar sind die Interventionsmöglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes wegen fehlender direkter Zuständigkeit eingeschränkt, die **ortsnahe Koordinierung** der gesundheitlichen Versorgung ist aber nach § 6 ÖGDG NRW Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörde. Eine begleitende Funktion könnte insoweit wahrgenommen werden, als dass Gespräche zwischen den zuständigen externen Akteuren und den kommunal Verantwortlichen moderiert und mittels einer raumbezogenen (kleinräumigen) Darstellung von Situationen, Entwicklungstendenzen und Alternativen erörtert und versachlicht werden. Hier böte sich bei Aufgabenzuordnung zur **kommunalen Gesundheitskonferenz** gleichzeitig die Möglichkeit, die Aufgabenfelder sowie die Struktur der Kreisgesundheitskonferenz an aktuelle Gegebenheiten anzupassen und insoweit für eine Belebung zu sorgen.

Da den Menschen im Kreis Unna im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel auch in Zukunft die bestmögliche Unterstützung geboten werden soll, ist eine aktive und mutige kommunale Gesundheitspolitik unverzichtbar. Zwar setzen sich im Kreis Unna bereits viele Menschen und Institutionen dafür ein, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, außerdem bedarf es aber verstärkter Anstrengungen präventiven Handelns.

Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung sind vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wesentliche Elemente zur Verhinderung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung. Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen müssen so gestaltet werden, dass nicht nur Gesundheitsgefahren reduziert, sondern auch Rahmenbedingungen für eine lebenswerte Entwicklung gegeben sind. Der Ort der Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung ist in erster Linie die Kommune. Entsprechende Programme und Maßnahmen gilt es zu planen, zu konkretisieren und umzusetzen.

Dabei ist eine **verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitsbereich** (Krankenhäuser, Ärzteschaft, Krankenkassen, Selbsthilfe usw.) anzustreben. Zahlreiche Bewegungsangebote der Sportvereine im Kreis Unna, aber auch privater Anbieter hinterlassen bereits heute eine nachhaltige Wirkung bei der Bekämpfung von Zivilisationskrankheiten. Diese Entwicklung gilt es auch zukünftig weiter zu fördern und zu unterstützen.



Die Weiterentwicklung erfolgreicher oder vielversprechender **Projekte oder Programme**, wie beispielsweise des NRW-Modellvorhabens KeKiZ für ein gelingendes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen, ist angezeigt. Eine verstärkte Nutzung der Erkenntnisse und Anpassung der Angebote des Gesundheitsbereiches soll ebenso wie eine intensivere Kooperation mit den Bereichen Bildung, Kinder- und Jugendhilfe und Soziales angestrebt werden. Zur **Förderung der kindlichen Gesundheit** (gesundes Aufwachsen) sollte im seit Jahren erfolgreich durchgeführten Programm „Klasse2000“ beispielsweise bei der Vergabe von Patenschaften eine stärkere Orientierung an sozialräumlichen Kriterien erfolgen. Im Zielfeld Ernährung und Bewegung ist eine Zusammenstellung und Veröffentlichung wissenschaftlich gesicherter Informationen zum Thema Übergewicht/gesunde Ernährung und eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit zum Thema gesunde Ernährung und Bewegung denkbar.

Um soziale Ungleichheiten abzustellen und die Chancengleichheit zu erhöhen, ist es von großer Bedeutung, vor allem die Kinder zu erreichen, die ein hohes Risiko zeigen, an Karies zu erkranken. Der Zahnärztliche Dienst hat deshalb in den letzten Jahren erfolgreich die aufsuchenden **Gruppenprophylaxeprogramme** in und für sog. Risikoeinrichtungen (im sog. Setting) etabliert. Die gesteuerte, präventiv ausgerichtete Untersuchung mit dem Konzept der nachgehenden Fürsorge und die Gruppenprophylaxe mit Basis- und Intensivmaßnahmen sind beizubehalten und weiterzuentwickeln. Die U3-Kinder sind als Zielgruppe zukünftig stärker einzubeziehen, eine effektive Arbeit ist hier nur in sehr kleinen Gruppen möglich. Eine stärkere **Einbeziehung der Erzieherinnen sowie der Eltern** ist angezeigt. Junge Eltern und Erzieherinnen, inzwischen durchaus ohne eigene Karieserfahrung, besitzen häufig kein Problembewusstsein für das hohe Gefährdungspotential – sie erkennen nicht, wie labil die Gesundheit der Zähne ihrer Schutzbefohlenen ist.

Im Aufgabenfeld der **Suchtprävention** sollten Aktivitäten, Kinder und Jugendliche vor den Auswirkungen von Alkohol und Drogen zu schützen, eine besondere Beachtung finden. Der nachgewiesene Rückgang von Krankenhauseinweisungen bei Minderjährigen kann als deutliches Indiz dafür gewertet werden, dass die vorhandenen und kommunal praktizierten Präventionskonzepte wirken. Gleiches gilt für den Ausbau der Substitutionsbehandlungen im Kreis Unna.

Die **Förderung der Selbsthilfe** weist im Kreis Unna eine lange Tradition auf. Der Zugang für Menschen zur Selbsthilfe wird aktuell durch ein ortsnahes Angebot gesichert, bestehende Selbsthilfegruppen werden durch die Unterstützung der K.I.S.S. stabilisiert. Das Angebot für die Selbsthilfegruppen im Kreisgebiet erfüllt hohe Qualitätskriterien, die Aufgaben werden zuverlässig, wirtschaftlich und mit einem hohen Grad an Kundenzufriedenheit erbracht. Ein Ausbau und die inhaltliche Weiterentwicklung des Selbsthilfeangebotes im Rahmen des festgelegten finanziellen Umfangs stellen realistische Erwartungen dar.

Die dargestellten Handlungsoptionen verstehen sich als Anregungen für eine weitere Diskussion und können (sollen) im weiteren Prozess präzisiert, geändert, verworfen oder erweitert werden. Denkbar wäre, in Arbeitsgruppen verschiedene Maßnahmen zu entwickeln und diese in konkrete Umsetzungsschritte aufzubereiten. Dabei müssen immer auch die finanzielle Situation und die erheblichen Sparzwänge des Kreises Unna aber auch die personelle Situation im Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz berücksichtigt werden.



## 11 Anhang

### Abkürzungsverzeichnis

BAG Schweiz	Bundesamt für Gesundheit Schweiz
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Bfdi	Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
BGS 98	Bundes-Gesundheitssurvey 1998
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Maß Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DEGS1	Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland 1
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DKfZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DUZ	Unabhängige Deutsche Universitätszeitung
DSG	Deutsche Schlaganfall Gesellschaft
EW	Einwohner
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GBE Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GdB	Grad der Behinderung
ggf.	Gegeben falls
gGmbH	Gemeinnützige Gesellschaft für Suchthilfe im Kreis Unna
Hrsg.	Herausgeber
ICD 10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
i.d.R.	In der Regel
ILO	Internationale Arbeitsorganisation
IT NRW	Information und Technik Nordrhein- Westfalen



KGSt	Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement
KiBiz NRW	Kinderbildungsgesetz Nordrhein-Westfalen
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
K.I.S.S.	Kontakt- und InformationsStelle für Selbsthilfegruppen
KJGD	Kinder – und Jugendgesundheitsdienst
KRG NRW	Krebsregistergesetz Nordrhein-Westfalen
KV NRW	Kassenärztliche Vereinigung in NRW
LANUV NRW	Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen
LDS NRW	Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
LZG NRW	Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
MGPA NRW	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
MIK	Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen
MRSA	Methicillin resistenter Staphylococcus aureus/ Multiresistente Keime
NRW	Nordrhein-Westfalen
NRW Umweltministerium	Ministerium für Klimaschutz, Umwelt, Landwirtschaft, Natur- und Verbraucherschutz des Landes Nordrhein-Westfalen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
PSAG	psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
Reg. Bez.	Regierungsbezirk
RKI	Robert Koch-Institut
SES	sozioökonomischer Status
SEU	Schuleingangsuntersuchung
SGB	Sozialgesetzbuch
SH	Selbsthilfe
SHG	Selbsthilfegruppen

SMR	Standardized-Mortality-Ratio-Konzept
SOEP	Sozio-ökonomische Panels
STIKO	Ständige Impfkommission des Robert Koch-Institutes
TK	Techniker Krankenkasse
TrinkwV	Trinkwasserverordnung
UBA	Umwelt Bundesamt
WRMG	Wasch- und Reinigungsmittelgesetz
WVU	Wasserversorgungsunternehmen
WWU	Westfälische Wasser- und Umweltanalytik GmbH
ZÄD	Zahnärztlicher Dienst des Fachbereiches Gesundheit und Verbraucherschutz
ZeP	Zentrum für Patientenberatung
zit.	zitiert



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifizierung des Body-Mass-Index (Quelle: WHO, eigene Darstellung).....	34
Tabelle 2: Fälle Meldepflichtige Infektionskrankheiten zwischen 2009 und 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	42
Tabelle 3: Campylobacter gemeldete Fälle in den Kommunen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna).....	43
Tabelle 4: Salmonellosen in den Kommunen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	44
Tabelle 5: Anzahl Schlaganfälle nach Alter (Quelle: Eigene Darstellung, IT NRW 2013) .....	51
Tabelle 6: Art der Behinderung mit Vorkommen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna).....	55
Tabelle 7: Grad der Behinderung nach Alter (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW) .....	56
Tabelle 8: Einweisungen infolge einer Alkoholvergiftung nach Alter (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage eigene Berechnungen) .....	66
Tabelle 9: Rückgang Einweisungen auf Grund von Alkoholvergiftungen in der Altersgruppe 13-20 Jahre von 2008-2013, getrennt nach Geschlecht (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage eigene Berechnungen).....	67
Tabelle 10: Fachärzte in den Städten und Gemeinden des Kreises Unna insgesamt; Stand 2/2014 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna 2014) .....	73
Tabelle 11: Überblick komplementäre Versorgungsangebote (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna).....	77
Tabelle 12: Einweisung nach §14 PsychKG pro 1000 Einwohner 2010-2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	83
Tabelle 13 Tierzahlen im Kreis Unna, Stand: 12.06.2013.....	90
Tabelle 14: Öffentliche Wasserversorgung im Kreis Unna (Quelle: Kreis Unna).....	105
Tabelle 15: Trinkwasserwerte im Kreis Unna (Quelle: Kreis Unna) .....	105
Tabelle 16: Verteilung der Untersuchungen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	129
Tabelle 17: Anzahl der geförderten Grundschulklassen im Schuljahr 2013/2014 nach Kommunen im Kreis Unna (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	133



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Bevölkerung im Kreis Unna zwischen 2010 und 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW) .....	13
Abbildung 2: Zu- und Abwanderungen über die Kreisgrenze hinweg (Quelle: Eigene Darstellung auf Datengrundlage des IT NRW).....	14
Abbildung 3: Zu- und Abwanderung über die Kreisgrenze hinweg nach Geschlecht (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW) .....	14
Abbildung 4: Lebendgeburten im Kreis Unna 2005-2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW).....	15
Abbildung 5: Geburtenziffern der 15 - 50-jährigen Frauen, im Vergleich Kreis Unna/NRW zwischen 2005 und 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW) .....	16
Abbildung 6: Lebendgeborene und Gestorbene ab 2005 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW) .....	16
Abbildung 7: Einwohner in den Kommunen auf Basis des Zensus 2011, der Volkszählung 1987 und der Einwohnermeldeämter für das Jahr 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW).....	17
Abbildung 8: Anteil der Altersgruppen in % 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW).....	18
Abbildung 9: Durchschnittliche Haushaltsgröße im Kreis Unna 2003-2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna).....	19
Abbildung 10: Haushalte nach Haushaltsgröße im Kreis Unna 2003-2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna).....	19
Abbildung 11: Familienstand der Bevölkerung im Kreis Unna 09.05.2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW).....	20
Abbildung 12: Anteil der nicht deutschen Bevölkerung in den Städten und Gemeinden in % 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, IT NRW) .....	21
Abbildung 13: Bevölkerungsentwicklung Kreis Unna 1975-2030 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW).....	22
Abbildung 14: Bevölkerungsentwicklung im Kreis Unna nach Alter 2011-2030 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW) .....	23
Abbildung 15: Krebsneuerkrankungen im Kreis Unna und im Land NRW, Fälle pro 100.000 EW von 2007-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Krebsregister NRW).....	29
Abbildung 16: Lungenkrebsneuerkrankungen im Kreis Unna 2007-2011, Fälle gesamt (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Krebsregister NRW 2014) .....	30
Abbildung 17: Darmkrebsneuerkrankungen im Kreis Unna 2007-2011, Fälle gesamt (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Krebsregister NRW 2014) .....	30
Abbildung 18: Darmkrebs- und Lungenkrebsneuerkrankungen 2007-2011 im Vergleich mit Land und Reg. Bez., Fälle pro 100.000 EW (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Krebsregister NRW).....	31
Abbildung 19: Rauchverhalten im Kreis Unna 2005 und 2009 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW).....	32
Abbildung 20: Anteil der Raucher, die täglich mehr als 20 Zigaretten rauchen in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW) .....	32
Abbildung 21: Alter der männlichen Raucher bei Rauchbeginn in NRW in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW) .....	33
Abbildung 22: Alter der weiblichen Raucherinnen bei Rauchbeginn in NRW in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW) .....	33



Abbildung 23: Anteil Übergewicht gemäß BMI in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW).....	34
Abbildung 24: Anteil Normalgewicht gemäß BMI in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW).....	35
Abbildung 25: BMI > = 30 bei Männer nach Altersgruppe NRW von 2003 bis 2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG) .....	35
Abbildung 26: BMI > = 30 bei Frauen nach Altersgruppe NRW von 2003 bis 2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG) .....	36
Abbildung 27: Übergewicht bei Schuleingangsuntersuchung Kreis Unna von 2009 bis 2013 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	36
Abbildung 28: Krankenhausfälle Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 100-199) pro 100.000 Einwohner 2003-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW) .....	37
Abbildung 29: Krankenhausfälle Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD 100-199) pro 100.000 Einwohner nach Geschlecht im Kreis Unna 2003-2011, absolute Zahlen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW).....	38
Abbildung 30: Verkehrstote insgesamt und Ursache Geschwindigkeit in NRW von 2004-2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW) .....	38
Abbildung 31: Getötete Fußgänger im Straßenverkehr in NRW (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage MIK 2014) .....	39
Abbildung 32: Getötete Radfahrer in NRW von 2009-2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage MIK 2014) .....	39
Abbildung 33: Verunglückte 18-24 Jährige und davon getötete Personen in NRW von 2009-2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage MIK 2014).....	40
Abbildung 34: Verunglückte Kinder nach Verkehrsbeteiligung im Kreis Unna 2012 und 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreispolizeibehörde Unna) .....	41
Abbildung 35: Verunglückte Kinder nach Kommune (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreispolizeibehörde Unna).....	41
Abbildung 36: Campylobacter gemeldete Fälle pro 100.000 EW Kreis Unna und NRW im Vergleich, Stand 11/2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW) .....	43
Abbildung 37: Salmonellosen gemeldete Fälle pro 100.000 EW, Kreis Unna und NRW im Vergleich, Stand 11/2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW) .....	44
Abbildung 38: Nachweis zwei Impfungen gegen Masern im Kreis Unna 2009-2012 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	45
Abbildung 39: MRSA Meldungen von 2010-2012 im Kreis Unna und NRW (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW 2013) .....	46
Abbildung 40: Sterbefälle nach SMR im Vergleich (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW).....	47
Abbildung 41: Sterbefälle Männer nach Hauptdiagnosegruppen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW).....	48
Abbildung 42: Sterbefälle Frauen nach Hauptdiagnosegruppen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW).....	48
Abbildung 43: An Schlaganfall (einschl. Hirninfarkt) gestorbene in Nordrhein-Westfalen ( Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW 2013) .....	50
Abbildung 44: Entwicklung der an Schlaganfall gestorbenen Personen im Kreis Unna im Vergleich zum Reg. Bez. Arnsberg. 2003-2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage II NRW 2013).....	50
Abbildung 45: Sterbefälle je 100.000 EW insgesamt nach ICD-10: C33 – C34 (Lungenkrebs) von 1998-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW) .....	51
Abbildung 46: Sterbefälle je 100.000 EW insgesamt nach ICD-10: I20 – I25 (Ischämische Herzkrankheiten) von 1998-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW).....	52



Abbildung 47: Sterbefälle je 100.000 EW nach ICD-10: K70 – K77 (Erkrankung der Leber) von 1998-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW) .....	53
Abbildung 48: Vergleich der im ersten Lebensjahr Gestorbenen pro 100.000 Lebendgeborene (Mittelwert) von 2000-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW) .....	53
Abbildung 49: Suizide in NRW pro 100.000 EW nach Alter und Geschlecht 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW) .....	54
Abbildung 50: Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren 2001-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LDS NRW).....	57
Abbildung 51: Entwicklung der Anzahl der Lebendgeburten und der Anzahl der schwerbehinderten Kinder zwischen 2001 und 2011 im Kreis Unna in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LDS NRW).....	57
Abbildung 52: Anzahl schwerbehinderter Kinder im Vergleich zu den Lebendgeburten 2001-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LDS NRW).....	58
Abbildung 53: Anteil schwerbehinderter Kinder an den Lebendgeburten 2001-2011 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LDS NRW) .....	58
Abbildung 54: Schwerbehinderte Kinder im Kreis Unna nach Geschlecht 2001-2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LDS NRW) .....	59
Abbildung 55: Gemeldete Substitutionsbehandlungen 2005-2011 pro 100.000 EW (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW) .....	64
Abbildung 56: Substitutionsbehandlung von 2008-2013 der gGmbH – Anzahl der Fälle (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage gGmbH).....	65
Abbildung 57: Krankenhauseinlieferungen auf Grund einer Alkoholvergiftung in der Altersgruppe 13-20 Jahre von 2008-2003 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage gGmbH).....	66
Abbildung 58: Anzahl der Einlieferungen auf Grund von Alkoholvergiftungen in der Altersgruppe 13-20 Jahre von 2008-2013, getrennt nach Geschlecht (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage eigene Berechnungen) .....	67
Abbildung 59: Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung U9 in den einzelnen Kommunen des Kreises Unna im Vergleich 2005 zu 2013 (Quelle; Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna).....	68
Abbildung 60: prozentuale Vorlage von Vorsorgeheften und Impfbüchern, Teilnahme an der Untersuchung U9 im Alter von 60-64 Monaten und kompletter Impfstatus gegen Masern im Kreis Unna (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna).....	68
Abbildung 61 schulärztlich erhobene, kontrollbedürftige Befunde bei SEU im Kreis Unna (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	69
Abbildung 62: Neue Systematik der Bedarfsplanung seit dem 01.07.2013 (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe).....	71
Abbildung 63: Prognose Hausärzte im Mittelbereich ohne Zuwachs 2014-2024 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe) .....	72
Abbildung 64: Prognose Versorgungsgrad 2014-2024 in % (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung, Datengrundlage Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe) .....	72
Abbildung 65: Fachärzte in den Städten und Gemeinden des Kreises Unna insgesamt; Stand 2/2014 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna 2014) .....	73
Abbildung 66: Krankenhäuser im Kreis Unna (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Jungnitz 2013) .....	74
Abbildung 67: Plakat Schlaganfall (Quelle: Kreis Unna) .....	75
Abbildung 68: Niedergelassene Zahnärzte (n=227) nach Kommunen in absoluten Zahlen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	76
Abbildung 69: Apotheken (n=102) im Kreis Unna nach Kommunen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna).....	76
Abbildung 70: Einwohner pro Apotheke nach Zensus 2011 (Quelle: Kreis Unna, eigene Darstellung) .....	77



Abbildung 71: Pro-Kopf-Versorgung ärztlicher und nicht ärztlicher Angebote (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	78
Abbildung 72: Einweisung nach PsychKG im Vergleich zum Mittelwert des Reg. Bez. Arnsberg (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW) .....	82
Abbildung 73: Einweisungen nach §14 des PsychKG im Kreis Unna 2010-2010 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	82
Abbildung 74: Einweisungen nach §14 PsychKG in den Kommunen des Kreises Unna 2010-2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	83
Abbildung 75: Gesamtanzahl der betreuten Klienten (mindestens eine Leistung) in den Beratungsstellen für Sucht im Kreis Unna 2011-2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna).....	84
Abbildung 76 Leistungen der Information im Rahmen des Erstkontaktes 2011 - 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna). .....	85
Abbildung 77 Leistungen der Beratung, Begleitung, Behandlung & Therapie 2011 - 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	85
Abbildung 78 Leistungen der Vermittlung 2011- 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	85
Abbildung 79 Leistungen des Fallmanagements 2011 - 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna).....	86
Abbildung 80 Vergleich zeitlicher Aufwand für klientenbezogene und hausbezogene Leistungen zwischen 2011 und 2013 .....	86
Abbildung 81: Selbsthilfegruppen (n=257) im Kreis Unna nach Kommunen 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	87
Abbildung 82: Anzahl der Selbsthilfegruppen pro 10.000 EW 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna).....	88
Abbildung 83: Themenschwerpunkte der Selbsthilfegruppen im Kreis Unna 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	88
Abbildung 84: Selbsthilfegruppen im Nord-, Mittel- und Südkreis 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna).....	89
Abbildung 85: Verteilung der Themenbereiche der Selbsthilfegruppen auf den Nord-, Mittel- und Südkreis 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	89
Abbildung 86: Tierhalter im Kreis Unna, Stand 12.06.2013 incl. Hamm (Quelle: Kreis Unna) .....	90
Abbildung 87: Lebensmittelproben 2011 und 2012; Entnahmeschlüssel 5,7 Proben pro 1.000 Einwohner (Quelle: Kreis Unna).....	91
Abbildung 88: Entwicklung der deutschen und ausländischen Erwerbstätigen im Kreis Unna von 2005 bis 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW).....	96
Abbildung 89: Entwicklung der Erwerbslosen im Kreis Unna von 2005 bis 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW).....	97
Abbildung 90: Entwicklung der Nichterwerbstätigen im Kreis Unna von 2005 bis 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW) .....	98
Abbildung 91: Arbeitslose im Kreis Unna nach Rechtskreisen im Mai 2014 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Bundesagentur für Arbeit) .....	98
Abbildung 92: Verfügbares Einkommen im Kreis Unna 2009 in Euro pro Einwohner (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW) .....	99
Abbildung 93: Letzer beruflicher Ausbildungsabschluss der Bevölkerung im Kreis Unna, in Tausend (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage /IT NRW) .....	101
Abbildung 94: Schulabschluss Jg. 2011/12 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna/IT NRW).....	102



Abbildung 95: Feinstaubwerte an Messstationen im Kreis Unna- jährliche Auswertung 2013 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage UBA) .....	108
Abbildung 96: Ozon – Überschreitung der Zielwerte für den Gesundheitsschutz 2012 nach Messstationen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW) .....	109
Abbildung 97: Schallpegel in Dezibel (Quelle: LANUV NRW 2014) .....	110
Abbildung 98: Online Lärmbefragung des Umweltbundesamtes vom 14.04.2011, Antwortkategorie stark bis äußerst belästigt in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage UBA) .....	111
Abbildung 99: Allgemeiner Gesundheitszustand der 0- bis 17-Jährigen (Quelle: RKI 2013a) .....	113
Abbildung 100: Alkoholgefahr im Jugendalter (Quelle: RKI 2013a).....	114
Abbildung 101: Was hauptsächlich getrunken wird (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Stadt Unna).....	115
Abbildung 102: Werden Informationsveranstaltungen gewünscht (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Stadt Unna) .....	115
Abbildung 103: Untersuchte Kinder im Kreis Unna 2011 bis 2014 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna).....	116
Abbildung 104 Visuelle Wahrnehmungsstörungen bei Einschulkindern 2011-2014 im Kreis Unna (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	117
Abbildung 105: Visuelle Wahrnehmungsstörungen von Einschulkindern 2011 – 2014 in den Kommunen des Kreis Unna in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	117
Abbildung 106: Motorische Störungen bei Einschulkindern im Kreis Unna 2011-2014 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	118
Abbildung 107: Motorische Störungen bei Einschulkindern 2011-2012 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	118
Abbildung 108: Anzahl der Kinder mit Migrationshintergrund, die bei der SEU mangelnde Deutschkenntnisse aufwiesen. (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	119
Abbildung 109: prozentualer Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund bei der SEU pro Kommune 2011 -2014 in %. (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	119
Abbildung 110: Therapiebedürftige Sprachstörungen im Kreis Unna 2011-2014 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	120
Abbildung 111: Therapiebedürftigkeit der Sprachstörungen in den Kommunen 2011-2014 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	120
Abbildung 112: Übergewicht bei Schuleingangsuntersuchungen kreisweit 2011-2014 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	121
Abbildung 113: Übergewicht bei Einschulkindern 2011-2014 in den Kommunen in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	121
Abbildung 114: Übergewicht und Migrationshintergrund bei Einschulkindern 2014 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	122
Abbildung 115: Mitgliedschaft im Sportverein und Migrationshintergrund bei Einschulkindern 2014 in % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	122
Abbildung 116: Untersuchungsergebnisse J1 in% (Quelle: Kreis Unna) .....	123
Abbildung 117: Übergewicht bei Jugendlichen in % (Quelle: Kreis Unna) .....	123
Abbildung 118: Impfergebnisse bei Jugendlichen in % (Quelle: Kreis Unna) .....	124
Abbildung 119: Frühstück, Sportverein, Verhütung (Quelle: Kreis Unna).....	125
Abbildung 120: Rauchen und Alkoholkonsum (Quelle: Kreis Unna).....	125
Abbildung 121: Zahnärztliche Versorgung der Karies nach Schultypen bei 12jährigen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna 2013) .....	128



Abbildung 122: Behandlungsbedürftigkeit wegen Karies bei 5jährigen (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna 2013).....	128
Abbildung 123: Zähne mit Karieserfahrung je Kind in der Risikogruppe (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna).....	130
Abbildung 124: Karieserfahrung von Viertklässlern insgesamt (Quelle: Kreis Unna) .....	130
Abbildung 125: Gesamtzahlen in den Kommunen nach % (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	134
Abbildung 126: Geförderte Klassen im Kreis Unna im Zeitreihenvergleich; Schuljahr 09/10 bis zum Schuljahr 13/14 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna) .....	134
Abbildung 127: Patenschaften durch den Kreis Unna .....	135
Abbildung 128: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien (Quelle: GKV 2012) .....	136
Abbildung 129: Altersstruktur von ausgewählten Altersgruppen in den Kommunen des Kreises Unna auf Basis des Zensus 2011 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage Kreis Unna).....	142
Abbildung 130: Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre von Frauen über 50 Jahre in Europa (Quelle: Jagger et al. 2008).....	143
Abbildung 131: Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre von Männern über 50 Jahre in Europa (Quelle: Jagger et al. 2008).....	144
Abbildung 132: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes der weiblichen Bevölkerung in NRW nach Alter in %, 2012 ( Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW) .....	145
Abbildung 133: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes der männlichen Bevölkerung in NRW nach Alter in %, 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW) .....	145
Abbildung 134: Aus dem Krankenhaus entlassene oder verstorbene vollstationäre Patientinnen und Patienten je 1000 EW nach Diagnosen und Alter in NRW (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage IT NRW).....	146
Abbildung 135: Ausgewählte Todesursachen nach Alter in NRW, 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW).....	147
Abbildung 136: Dauerhafte Einschränkungen bei der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten durch Krankheit der weiblichen Bevölkerung in NRW in %, 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW).....	149
Abbildung 137: Dauerhafte Einschränkungen bei der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten durch Krankheit der männlichen Bevölkerung in NRW in %, 2012 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW).....	149
Abbildung 138: Beeinträchtigung der sozialen Kontakte innerhalb der letzten vier Wochen durch eingeschränkte körperl. Gesundheit oder seel. Beschwerden der weiblichen und männlichen Bevölkerung in NRW in %, 2002/2003 (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage LZG NRW) .....	150
Abbildung 139: Anzahl der Arztbesuche (Quelle: Eigene Darstellung, Datengrundlage MGEPA NRW 2004) .....	151



## Literaturverzeichnis

Armbruster M (2006): Eltern-AG: Das Empowerment-Programm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien. Heidelberg: Carl-Auer-Verl.

Ärzte Zeitung (2013): Ausgabe 18.12.2003, Ärzte Zeitung Verlags-GmbH, Springer Medizin.

BARMER GEK (Hrsg.) (2012): Wasser ist gesund, Wuppertal.

Bundesagentur für Arbeit (2014): Arbeitsmarkt in Zahlen - Arbeitslosenstatistik, Arbeitslose nach Gemeinden. Zugriff am 19.05.2014 unter [http://statistik.arbeitsagentur.de/nn\\_31892/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche\\_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input\\_=&pageLocale=de&topicId=17318&year\\_month=201405&year\\_month.GROUP=1&search=Suchen](http://statistik.arbeitsagentur.de/nn_31892/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input_=&pageLocale=de&topicId=17318&year_month=201405&year_month.GROUP=1&search=Suchen)

Bundesamt für Gesundheit Schweiz (BAG Schweiz) (2009): Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit. Bundesamt für Gesundheit. Bern. Zugriff am 04.06.2014 unter <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/index.html?lang=de>

Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (bfdi) (2012): Datenschutzwiki. Kommentare und Erläuterungen zu § 3 Weitere Begriffsbestimmungen. Absatz 6a Text. Pseudonymisieren. Zugriff am 28.04.2012 unter [http://www.bfdi.bund.de/bfdi\\_wiki/index.php/3\\_BDSG\\_Kommentar\\_Absatz\\_6a](http://www.bfdi.bund.de/bfdi_wiki/index.php/3_BDSG_Kommentar_Absatz_6a)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2004): Modellprogramm. Selbstbestimmt wohnen im Alter. Kurzfassung und Ausblick. Zugriff am 26.05.2014 unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/selbstbestimmt-wohnen-im-alter.property=pdf.pdf>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2005): Gender-Datenreport. Kapitel 8: Gesundheitsstatus und Gesundheitsrisiken von Frauen und Männern.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2012): Strategie Gender-Mainstreaming. Zugriff am 19.05.2014 unter <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung.did=192702.html>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2012): Nationales Gesundheitsziel. Gesund älter werden. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Berlin. Zugriff am 07.05.2014 unter [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere\\_Nationales\\_Gesundheitsziel\\_-\\_Gesund\\_aelter\\_werden.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesund_aelter_werden.pdf)

Bundesministerium des Innern (BMI) (Hrsg.) (2011): Demografiebericht. Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftige Entwicklung des Landes, Berlin.



Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2014): Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Zugriff am 29.04.2014 unter <http://www.bmbf.de/de/1135.php>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2010): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2014): Masern. Informationen über Krankheitserreger beim Menschen – Impfen schützt! Zugriff am, 07.04.2014 unter <http://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/masern>

Busch MA, Maske UE, Ryl L et al. (2013) Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 56 (5-6): 733-739.

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (2011): Daten des Sozio-ökonomischen Panels. Zugriff am 30.04.2014 unter [http://www.diw.de/de/diw\\_02.c.299771.de/ueber\\_uns.html](http://www.diw.de/de/diw_02.c.299771.de/ueber_uns.html)

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKfZ) (2012): Krebsinformationsdienst, Heidelberg Zugriff am 04.04.2014 unter <http://www.krebsinformationsdienst.de>

Deutsche Schlaganfall Gesellschaft (DSG) (2014): Pressemitteilungen. Zugriff am 29.04.2014 unter <http://www.dsg-info.de/presse/pressemeldungen.html>

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2012): Drogen- und Suchtbericht. Frankfurt am Main / Berlin.

Eberhard-Metzger C (2006): Herz in Gefahr? Ursachen, Prävention, Therapie – Ergebnisse der Herz-Kreislaufforschung, Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.). Bonn.

Ellert U et al. (2014): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2013. überarbeitete Fassung April 2014, RKI, Berlin. Zugriff am 06.05.2014 unter [http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/kiggs\\_tn\\_broschuere\\_web.pdf](http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/kiggs_tn_broschuere_web.pdf)

Epidemiologisches Krebsregister NRW gGmbH (2013): Rechtsgrundlage. Zugriff am 29.04.2014 unter <http://www.krebsregister.nrw.de/index.php?id=11>

Gemeinnützige Gesellschaft für Suchthilfe im Kreis Unna m.b.H (gGmbH) (2014): Wir über uns. Zugriff am 02.03.2014 unter [www.suchthilfe-unna.de/](http://www.suchthilfe-unna.de/)

GKV (2010): Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010 in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene, 2. korrigierte Fassung vom 10. November 2010, Berlin.



Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE Bund) (1999): Definition Prävalenz. Zugriff am 28.04.2014 unter [https://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc\\_tab?fid=2236&suchstring=pr%C3%A4valenz&query\\_id=&sprache=D&fund\\_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page\\_ret=0&seite=&p\\_lfd\\_nr=1&p\\_news=&p\\_sprachkz=D&p\\_uid=gast&p\\_aid=43739714&hlp\\_nr=3&p\\_janein=J](https://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=2236&suchstring=pr%C3%A4valenz&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=43739714&hlp_nr=3&p_janein=J)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut & Statistisches Bundesamt, (2006): Gesundheit in Deutschland - Zusammenfassung Juli 2006, Robert Koch-Institut, Berlin.

Goebel J, Gornig M & Häußermann H (2010): Polarisierung der Einkommen: Die Mittelschicht verliert. Wochenbericht des DIW 77(24): 2–8. Zugriff am 28.04.2014 unter <http://www.diw.de>

Grabka MM & Frick JR (2010): Weiterhin hohes Armutsrisiko in Deutschland: Kinder und junge Erwachsene sind besonders betroffen. Wochenbericht des DIW 77(7): 2–11. Zugriff am 28.04.2014 unter <http://www.diw.de>

Grobe TH et. al. (2013): Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten zu Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen, Schwerpunktthema - Berufstätigkeit, Ausbildung und Gesundheit. Techniker Krankenkasse, Lübeck.

Hurrelmann K (1999): Gesundheitswissenschaften. Springer, Heidelberg.

Hurrelmann K (2010): Gesundheitssoziologie. Juventa, Weinheim.

Information und Technik Nordrhein-Westfalen(IT NRW) (2012): Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung in NRW. Ergebnisse des Mikrozensus. Zugriff am 28.04.2014 unter [http://www.it.nrw.de/statistik/b/daten/eckdaten/r514mz\\_erwerb1.html](http://www.it.nrw.de/statistik/b/daten/eckdaten/r514mz_erwerb1.html)

Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT NRW) (2013): An Schlaganfall Gestorbene in Nordrhein-Westfalen. Zugriff am 28.04.2014 unter [http://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2013/tabellen/graf\\_267\\_13.html](http://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2013/tabellen/graf_267_13.html)

Jagger C et al. (2008): Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. In: The Lancet, 17. November 2008.

Johannes Gutenberg-Universität Mainz (2011): Gesunde Universität Mainz: Zugriff am 02.02.2014 unter [www.gesundheitsfoerderung.uni-mainz.de/](http://www.gesundheitsfoerderung.uni-mainz.de/)

Jolinchen Kids (2015): Jolinchen Kids – Präventionsprojekt der AOK. Zugriff am 13.01.2015 unter <https://familie.aok.de/de/initiative-gesunde-kinder/unsere-aktionen/jolinchenkids-wir-unterstuetzen-kindergaerten/das-programm/das-ist-jolinchenkids/>

Jungnitz B (2013): Eine Bestandsaufnahme. Die Krankenhauslandschaft im Kreis Unna wird bunter, in Jahrbuch des Kreises Unna, 2013, Hrsg. Kreis Unna, Der Landrat, S. 96.



Kaptein A & Weinmann J (2004): Health psychology: an introduction. Malden, MA. Blackwell.

Kasl S & Cobb S (1966): Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior. Archives of Environmental Health: An International Journal. [Volume 12, 2](#).

„Klasse2000“ (2008): Stark und Gesund in der Grundschule. Zugriff am 06.05.2014 unter <http://www.„Klasse2000“.de/index.php>

Klein A (2007), Gesundheitsverhalten - Ein Vergleich von öffentlicher und fachlicher Meinung. Inaugural – Dissertation, Greifswald.

Knappschaft (2015): Mitmachtheater: Erwin und Rosi. Zugriff am 13.01.2015 unter [http://www.knappschaft.de/DE/1\\_navi/03\\_Gesund\\_bleiben/9\\_praeventionsmassnahmen/05\\_dietrich\\_groenemeyer\\_stiftung/node.html](http://www.knappschaft.de/DE/1_navi/03_Gesund_bleiben/9_praeventionsmassnahmen/05_dietrich_groenemeyer_stiftung/node.html)

Kolip P (2008): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Springer Medizin Verlag, S. 28-30.

Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt) (1998): Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes. Bericht Nr. 11/1998, S 56 ff.

Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt) (2001): Steuerung mit Zielen: Ziele entwickeln und präzisieren. Bericht 3/2001, S. 12.

Krankenkassen Deutschland (2014): Gesundheitsförderung (Prävention). Zugriff am 06.05.2014 unter <http://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/gesetzliche-krankenkassen-im-vergleich/praevention-vorsorge-gesetzliche-krankenkassen/>

Kreispolizeibehörde Unna, Verkehrsunfallstatistik 2013, Pressekonferenz am 17.02.2014. Zugriff am 30.04.2014 unter [http://www.polizei.nrw.de/media/Dokumente/Behoerden/Unna/Praesentation\\_PK\\_Unfallbilanz\\_2013\\_Stand\\_20140217.pdf](http://www.polizei.nrw.de/media/Dokumente/Behoerden/Unna/Praesentation_PK_Unfallbilanz_2013_Stand_20140217.pdf)

Kreis Unna, der Landrat (2007): Besser GesUNd, Ein Gesundheitskonzept für Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitserziehung, Unna.

Kreis Unna (2011): Wohnen im Alter. Perspektiven, Bedarf und demografischer Wandel. Zugriff am 26.05.2014 unter <http://www.kreis-unna.de/hauptnavigation/kreis-region/politik-verwaltung/kreisverwaltung/planung-und-mobilitaet/senioren-koordinierungsstelle-seniorenarbeit-netzwerk-altenarbeit.html>

Kreis Unna (2011b): 8. Kreisgesundheitskonferenz Jugendliche im Vollrausch – mehr Prävention wagen. Dokumentation.



Kreis Unna (2014): Infektionskrankheiten. Zugriff am 29.04.2014 unter <http://www.kreis-unna.de/hauptnavigation/kreis-region/leben-im-kreis/gesundheit/gesundheitschutz-und-umweltmedizin/infektionskrankheiten.html>

Lampert T (2011): Armut und Gesundheit. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg.) Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 575–597.

Lampert T (2013): Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), Bundesgesundheitsblatt 2013, 56:631–636, DOI 10.1007/s00103-012-1663-4, Online publiziert: 27. Mai 2013, Springer-Verlag, Berlin / Heidelberg.

Lampert T, von der Lippe E & Müters S (2013): Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) Bundesgesundheitsblatt 2013, 56:802–808 DOI 10.1007/s00103-013-1698-1, Springer-Verlag, Berlin / Heidelberg.

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS NRW) (2001): Schwerbehinderte in Nordrhein-Westfalen am 31. Dezember 2001. Statistische Berichte LDS. Düsseldorf.

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS NRW) (2003): Schwerbehinderte in Nordrhein-Westfalen am 31. Dezember 2003 ff. Statistische Berichte LDS. Düsseldorf.

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen (LDS NRW) (2013): Statistik der Sterbefälle. Datenquelle Todesursachenstatistik. Stand Juli 2013.

Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen (LANUV NRW) (2014): Grundlagen der Wahrnehmung, Wirkung und Beurteilung von Geräuschen. Zugriff am 06.05.2014 unter <http://www2.lanuv.nrw.de/geraeusche/grundlagen3.htm#wirkung>

Landessportbund Nordrhein-Westfalen (2014): Zahlen, Daten und Fakten. Zugriff am 26.05.2014 unter <http://www.lsb-nrw.de/partner/daten-und-fakten/>

Landeszentrum für Gesundheit Nordrhein-Westfalen LZG NRW (Hrsg.) (2009): Sozialpädagogisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS, Düsseldorf .

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG NRW) (2012): Infektionsjahresbericht 2012. Zugriff am 29.04.2014 unter [http://www.lzg.gc.nrw.de/themen/gesundheit\\_berichte\\_daten/infektionsberichte/jahresbericht2012/index.html](http://www.lzg.gc.nrw.de/themen/gesundheit_berichte_daten/infektionsberichte/jahresbericht2012/index.html)

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG NRW) (2013): Demografiekapitel Migranten

Lüdemann D & Völker J (2013): Deutschlands kranke Seele. Zeit online. Zugriff am 08.04.2014 unter [www.zeit.de/wissen/gesundheit/](http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/)



Mielck A (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (Hrsg.) (2004): Integration älterer Migrantinnen und Migranten. Ergebnisse eines Modellprojektes im Kreis Unna. Zugriff am 16.05.2014 unter <http://www.kreis-unna.de/nc/hauptnavigation/kreis-region/leben-im-kreis/auslaender-und-integration/aeltere-migrantinnen-und-migranten.html>

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2014): Öffentlicher Gesundheitsdienst. Zugriff am 05.06.2014 unter [http://www.mgepa.nrw.de/gesundheitsversorgung/oeffentlicher\\_gesundheitsdienst/index.php](http://www.mgepa.nrw.de/gesundheitsversorgung/oeffentlicher_gesundheitsdienst/index.php)

Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen (MIK) (2014): Presse & Mediathek. Autofahrer in NRW passen ihre Geschwindigkeit an – Innenminister Jäger: Kontrollen zeigen Wirkung – Die wenigsten Unfalltoten seit 60 Jahren. Zugriff am 20.05.2014 unter <http://www.mik.nrw.de/presse-mediathek/aktuelle-meldungen/archiv/archiv-meldungen-im-detail/news/autofahrer-in-nrw-passen-ihre-geschwindigkeit-an-innenminister-jaeger-kontrollen-zeigen-wirkung.html>

Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen (MIK) (2014a): recht.nrw.de – bestens informiert. Geltende Gesetze und Verordnungen (SGV.NRW.) mit dem Stand vom 28.04.2014. Zugriff am 13.05.2014 unter [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_bes\\_text?anw\\_nr=2&qld\\_nr=2&ugl\\_nr=2120&bes\\_id=4659&aufgehoben=N&menu=1#det289937](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&qld_nr=2&ugl_nr=2120&bes_id=4659&aufgehoben=N&menu=1#det289937)

Nowossadeck E (2012): Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 3(2) zugriff am 02.04.2014 unter [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt)

NRW Umweltministerium (2014): Wirkung von Feinstaub. Zugriff am 06.05.2014 unter <http://www.umwelt.nrw.de/umwelt/umweltzonen/gesundheitsfeinstaub/index.php>

Parsons T (1951): The social system. Glencoe Ill: Free Press.

Renneberg B & Hammelstein P (2006): Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Springer Medizin.

Richter M & Hurrelmann K (Hrsg) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Riedmann K (2000): Die historische Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Gesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. Springer Verlag, 43, 594-599.

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.



Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2012): Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland. RKI, Berlin. Zugriff am 28.04.2014 unter [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs\\_w1/degs\\_info\\_broschuere.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/degs_info_broschuere.pdf?__blob=publicationFile)

Robert Koch-Institut (RKI) (2013): Masern. RKI-Ratgeber für Ärzte. Zugriff am 05.05.2014 unter [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Masern.html#doc2374536bodyText10](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Masern.html#doc2374536bodyText10)

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2013a): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS). Berlin. Zugriff am 06.05.2014 unter [http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/kiggs\\_tn\\_broschuere\\_web.pdf](http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/kiggs_tn_broschuere_web.pdf)

Robert Koch-Institut (RKI) (2014): Krebserkrankungen, Februar 2014. Zugriff am 03.02.2014 unter [www.rki.de](http://www.rki.de)

Schillerschule (2014), Mitmachtheater Erwin und Rosi, Mai 2014 Zugriff am 13.01.2015 unter <http://www.schillerschule-unna.de/2a/erwinrosi/index.html>

Schlaganfall Hilfe (2014): Stroke Units. Spezialisierung für Schlaganfallpatienten. Zugriff am 04.04.2014 unter [www.schlaganfall-hilfe.de/stroke-unit1](http://www.schlaganfall-hilfe.de/stroke-unit1)

Schnabel PE (2011): Gesundheitsförderung für Familien: Ist Gesundheit messbar? Gesundheitsdeterminanten – es gibt sie und man kann sie messen in: PrimaryTeaching&Learning, PrimaryCare 2011; 11: Nr. 15.

Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) (2013): Grundsicherung für Arbeitsuchende –(SGB II) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094). Zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 7. Mai 2013 (BGBl. I S. 1167)

Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) (2013a) Arbeitsförderung –(SGB III) (Artikel 1 des Arbeitsförderungs-Reformgesetzes – AFRG) Vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) Zuletzt geändert durch Artikel 11 des BUK-Neuorganisationsgesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836)

Stadt Unna (2014): Freizeit in Unna. Bürgerbefragung 2014. Zugriff am 02.03.2014 unter <http://www.unna.de/kreisstadt+unna/kreisstadt-unna/startseite/aktuelle-meldungen/umfrage-wie-aktiv-ist-unna-freizeitverhalten-und-interessen-der-unnaer-buerger.html>

Statistisches Bundesamt (2012): Gesundheit. Gesundheit im Alter. Zugriff am 19.05.2014 unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/GesundheitimAlter0120006109004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/GesundheitimAlter0120006109004.pdf?__blob=publicationFile)

Statistisches Bundesamt (2014): Natürliche Bevölkerungsbewegung . Geborene und Gestorbene. Zugriff am 17.04.2014 unter



<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeboreneGestorbene.html;jsessionid=66B11C926811E7531C13CDEBF377744.cae3>

Techniker Krankenkasse (TK) (2014): Die TK macht sich stark für gesunde Lebenswelten. Zugriff am 13.01.2015 unter <http://www.tk.de/tk/vorsorge-und-frueherkennen/gesunde-lebenswelten/die-tk-macht-sich-stark/135416>, Stand: 02.05.2014

Umwelt Bundesamt (2013): Gesundheit. Zugriff am 13.05.2014 unter <http://www.umweltbundesamt.de/themen/gesundheit>

Umwelt Bundesamt (2013a): Feinstaub. Zugriff am 13.05.2014 unter <http://www.umweltbundesamt.de/themen/luft/luftschadstoffe/feinstaub>

Umwelt Bundesamt (2013b): Lärmwirkung. Zugriff am 13.05.2014 unter <http://www.umweltbundesamt.de/daten/umwelt-gesundheit/laermwirkungen>

Umwelt Bundesamt (2014): Aktuelle Luftdaten. Zugriff am 13.05.2014 unter <http://www.umweltbundesamt.de/daten/luftbelastung/aktuelle-luftdaten>

Umwelt Bundesamt (2014a): Lärmkartierung und Lärmaktionsplan. Zugriff am 13.05.2014 unter <http://www.umweltbundesamt.de/daten/umwelt-gesundheit/laermkartierung-laermaktionsplanung>

Unabhängige Deutsche Universitätszeitung (DUZ) (2011): Beilage zur DUZ – Magazin für Forscher und Wissenschaftsmanager, 18. November 2011. Zugriff am 03.02.2014 unter [www.duz.de/](http://www.duz.de/)

Universitätsklinikum Freiburg (2014): Neurologische Universitätsklinik im Neurologiezentrum Freiburg, Schlaganfall: Ursachen, Symptome und Diagnose in Freiburg. Zugriff am 28.04.2014 unter <http://www.neurologie-uniklinik-freiburg.de/behandlung/schlaganfall/ursachen-symptome-diagnose.html>

Universitätsklinikum Jena (2014): Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie. Hirnarterien-Aneurysmen. Zugriff am 29.04.2014 unter <http://www.neurochirurgie.uniklinikum-jea.de/Krankheitsbilder/Gehirn/Gef%C3%A4%C3%9Ferkrankungen/Gef%C3%A4%C3%9Fmissbildungen/Aneurysma.html>

