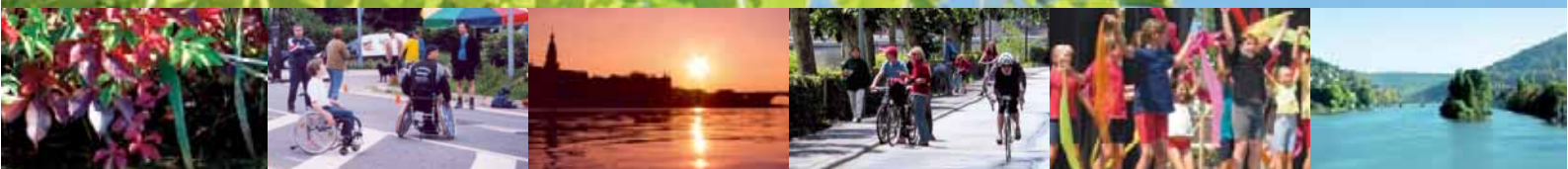


GESUNDHEITSBERICHT 2005

Aktivitäten und Daten zur Gesundheitsförderung



**Stadt
Heidelberg**

Amt für Umweltschutz,
Gewerbeaufsicht und Energie



Vorwort

Gesundheit ist eines der höchsten Güter der Menschen. Auch in der Kommunalpolitik der Stadt Heidelberg spielen Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden der Bürgerinnen und Bürger eine bestimmende Rolle.

Damit sich Politik und Verwaltung an den gesetzten Zielen orientieren können, benötigen sie Informationen über die gegenwärtige Situation, über Probleme und Entwicklungen. Dazu leistet der zweite Heidelberger Gesundheitsbericht einen Beitrag. Er ermöglicht einen Blick auf die gesundheitliche Lage der Heidelberger Bevölkerung zu Beginn des 21. Jahrhunderts und zeigt an vielen Beispielen die Maßnahmen, die in den Jahren seit dem Erscheinen des ersten Berichtes im Jahre 1998 durchgeführt wurden.

Der zweite Gesundheitsbericht gibt einen Überblick über den Gesundheitszustand, die Lebensweisen, die Angebote der Gesundheits- und Krankheitsversorgung, die Bevölkerungsstruktur, die Umwelt- und Arbeitsbedingungen, die soziale Infrastruktur und Aspekte der sozialen Ungleichheit. Er verdeutlicht, dass Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen mit ihrer Lebenslage und ihren Lebensweisen zusammenhängen.

Die Daten des Berichtes machen auf bestehende Probleme in Heidelberg aufmerksam: Zwar empfindet sich ein großer Teil der Bürgerinnen und Bürger und auch der Kinder als gesund, die Ergebnisse des Berichtes belegen jedoch, dass bei Kindern mit zunehmendem Alter auch verschiedene Beschwerden und Übergewicht zunehmen. Dabei hängt das Auftreten gesundheitlicher Probleme auch mit der wirtschaftlichen und sozialen Lage der Menschen, ihrem Bildungsstand, ihrer ethnischen Herkunft und der Geschlechtszugehörigkeit zusammen.

Solche zum Teil seit langem bekannten Zusammenhänge bestätigen die vorliegenden Daten; sie sind und waren Anlass für gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -vorsorge. Der Gesundheitsbericht dient auch dazu, die Wirksamkeit dieser Maßnahmen einschätzen und bewerten zu können. Trotz einiger Erfolge eines an der Gesundheit orientierten Handelns von Bürgerinnen und Bürgern, Politik und Verwaltung und trotz einer auch im regionalen und überregionalen Vergleich insgesamt günstigen Situation bleibt noch viel zu tun: Der Bericht liefert Daten, die Impulse geben sollen für angemessene Taten.

Der zweite Gesundheitsbericht ist eine Gemeinschaftsarbeit, an der viele Menschen und Einrichtungen beteiligt waren. Hierzu gehören die Universität mit ihren Kliniken und Forschungseinrichtungen, das Deutsche Krebsforschungszentrum, das Gesundheitsamt, die Polizei, die Ärzteschaft, Krankenkassen, das statistische Landesamt, das Landesgesundheitsamt, Beratungsstellen, die Freiwilligenbörse, das Selbsthilfe- und ProjekteBüro, die Stadtwerke, die Heidelberger Dienste und eine Vielzahl städtischer Ämter. Ohne ihre Mitarbeit und die Bereitstellung von Informationen, Daten und Stellungnahmen wäre der Bericht nicht möglich gewesen.

Ihnen sei hiermit herzlich gedankt. Ein besonderer Dank gilt Frau Dr. Gesa Schönberger von der Dr. Rainer-Wild-Stiftung, Herrn Prof. Dr. Wolfgang Huber sowie Herrn Dr. Reinhold Niekusch und Frau Christine Köhl vom Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis. Ihnen sind die Ausführungen zur Ernährung, zur gesundheitlichen Lage der Beschäftigten der Stadtverwaltung, zur Zahngesundheit und zur Situation der Migrantinnen und Migranten zu verdanken.

Trotz seines Umfangs und der unterschiedlichen Gesichtspunkte kann der Bericht keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Allerdings kann er Anstöße zu weitergehenden Untersuchungen geben. Vor allem aber ist zu hoffen, dass der Gesundheitsbericht eine Grundlage bildet für weitere Maßnahmen, Programme und Projekte der Gesundheitsförderung und eine zukunfts-fähige Stadtentwicklung.



Beate Weber
Oberbürgermeisterin



Dr. Eckart Würzner
Bürgermeister für Umwelt und Energie

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einführung	
Hintergründe der Gesundheitsberichterstattung in Heidelberg	1
Ziele und Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung	1
Aufbau und Gliederung des zweiten Gesundheitsberichtes	3
Quellen	3
2 Bevölkerungsstruktur	
Anzahl	5
Entwicklung	6
Dichte	6
Frauen und Männer	8
Altersgruppen	9
Haushaltsstrukturen	11
Soziale Lage der Bewohnerinnen und Bewohner	14
Ausländer / Migranten	17
3 Infrastrukturelle Rahmenbedingungen	
Wohnsituation	19
Wege zur Arbeit und zur Nahversorgung	23
Spiel- und Sportflächen	23
Kindertageseinrichtungen	24
Schulen	27
Freiwilligenbörse	27
Einrichtungen und Angebote für ältere Menschen	28
Unterstützung für bedürftige Menschen	29
4 Gesundheit und Umwelt	
Klima	31
Luftverschmutzung	32
Schadstoffe in Innenräumen	37
Schall und Lärm	41
Trinkwasser	41
Elektromagnetische Felder	43
5 Gesundheit und Arbeit	
Belastungen im Arbeitsleben	45
Erwerbslosigkeit	49
6 Lebensweisen und Gesundheitsrisiken	
Ernährung in Heidelberg	51
Bewegung und Sport	59
Alkoholkonsum	62
Rauchen und Tabakkonsum	63
Medikamentenkonsum	64
Illegale Drogen	64
Stress und Zeitdruck	65

7	Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen	
	Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter (U 1 - U 9)	68
	Schutzimpfungen	71
8	Gesundheitszustand der Heidelberger Bevölkerung	
	Subjektive Befindlichkeit und Beschwerden	77
	Gesundheit Heidelberger Kinder	79
	Krankheiten in der erwachsenen Heidelberger Bevölkerung	84
	Gewalttätigkeit und –kriminalität	91
	Unfälle im Straßenverkehr	92
	Sterblichkeit	94
9	Gesundheitsversorgung	
	Ambulante medizinische Versorgung	98
	Psychosoziale Versorgung	100
	Apotheken und sonstige Leistungsanbieter der ambulanten Versorgung	101
	Räumliche Verteilung der ambulanten Gesundheitsversorgung	102
	Einrichtungen der stationären Versorgung	108
	Pflegedienste	109
	Öffentlicher Gesundheitsdienst	109
	Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen	110
10	Gesundheitsförderung	
	Strukturen der Gesundheitsförderung	112
	Forum Gesundheit	112
	Projekte und Maßnahmen	120
	Begründung und Bewertung der Gesundheitsförderung	130
	Rolle der Gesundheitsförderung in der Kommunalpolitik	131
11	Zusammenfassung und Perspektiven	
	Ziele und Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung	134
	Wandlungen der Bevölkerungsstruktur	134
	Befindlichkeit, Gesundheit und Krankheiten	135
	Umwelt als Gesundheitsfaktor	136
	Gesundheit und Gesundheitsbelastungen in der Arbeitswelt	137
	Infrastrukturelle Rahmenbedingungen	138
	Alltagskultur als Grundlage der Gesundheit	139
	Gesundheitsschutz durch Vorsorge	140
	Einrichtungen der Gesundheitsversorgung	141
	Gesunde Stadt durch Gesundheitsförderung	142
	Weiterentwicklung und zukünftige Schwerpunkte der Gesundheitsförderung	143

Glossar

Abkürzungen

Literatur

1 Einführung

Hintergründe der Gesundheitsberichterstattung in Heidelberg

Selbstverpflichtung der Stadt zur Gesundheitsförderung und Nachhaltigkeit

Mit einem Beschluss des Gemeinderates trat die Stadt Heidelberg im Jahre 1991 dem Netzwerk der Gesunden Städte in Deutschland bei. Mit dieser Entscheidung verpflichtete sich die Stadt, in Politik und Verwaltungshandeln, orientiert an der *Ottawa-Charta der WHO* von 1986, neue Akzente zur Förderung der Gesundheit und der Lebensqualität ihrer Bürgerinnen und Bürger zu setzen. Dieser Beitritt steht in einer Reihe weiterer Beschlüsse, „die einen programmatischen Rahmen für die konkrete Planung der Stadtpolitik ergeben“ (Schmidt 1997). Diese wurden in dem 1997 verabschiedeten *Stadtentwicklungsplan 2010* zusammengefasst (Stadt Heidelberg 1997).

Leitkonzepte der Kommunalpolitik

Die der Kommunalpolitik zugrunde liegenden *Leitkonzepte* „Gesundheitsförderung“ und „Nachhaltigkeit“ setzen bei Erkenntnissen über Defizite und Probleme im Umwelt-, Gesundheits- und Sozialbereich an (Trojan & Legewie 2001). Diese Erkenntnisse stammen aus einer Vielzahl von Erhebungen, Untersuchungen und Studien. Sie wurden in Gutachten, Berichten und Expertisen der politischen und wissenschaftlichen Öffentlichkeit gegenüber präsentiert und flossen in die *Ottawa-Charta* der WHO und die *Agenda 21* von Rio de Janeiro ein.

Auch in Heidelberg selbst wurden vor allem durch verschiedene Forschungseinrichtungen seit den achtziger Jahren Untersuchungen zu einzelnen Gesundheitsrisiken durch Umwelt- und Arbeitsbelastungen durchgeführt. Die Ergebnisse wurden zunächst außerhalb der Verwaltung oder des Gemeinderates in Hochschulen, Initiativen und Verbänden vorgestellt und erörtert. In die Diskussionen und die Erarbeitung weiterführender Konzepte waren auch Mitglieder der Gemeinderates und der Verwaltungsspitze involviert. Die Diskussionen hatten die Zielsetzung, Möglichkeiten des Arbeits- und

Umweltschutzes, der Gesundheitsförderung und der Bürgerbeteiligung zu entwickeln; sie schufen unter anderem den Boden für den Beitritt der Stadt Heidelberg zum Netzwerk der Gesunden Städte.

Ziele und Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung

Grundlage einer gesundheitsorientierten Kommunalpolitik

Eine Politik zugunsten von Gesundheit und Lebensqualität in einer Kommune benötigt sachgerechte und detaillierte Informationen und Analysen über bestehende gesundheitliche (und andere) Probleme, Ziele, Aufgaben und Zielgruppen, d. h. die Bedarfssituation in der Stadt. Diese Aufgabe geht weit hinaus über die Erarbeitung und Bereitstellung bloßer Daten und Statistiken. Eine problemorientierte Gesundheitsberichterstattung wird zu einem wichtigen Instrumentarium einer an der Gesundheit der Bevölkerung orientierten Kommunalpolitik und zu einer Argumentationsbasis für ihre Akteure.

Auf ihrer Grundlage erfolgt:

- die Herstellung der Transparenz für Problemlagen;
- eine Sensibilisierung und Aktivierung von Bürgerinnen und Bürgern und Entscheidungsträgern;
- Diskurs und Konsensbildung bei der Planung und Entwicklung von Programmen und Maßnahmen;
- Prioritäten- und Schwerpunktsetzung bei den Aktivitäten;
- Bewertung und Erfolgskontrolle der Maßnahmen;
- die Setzung neuer Prioritäten (Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung 1996).

Die Bedeutung der Gesundheitsberichterstattung soll damit allerdings nicht überschätzt werden: ihre Rolle wird häufig durch tagespolitische Sachzwänge, verfestigte Denkstrukturen von Politik und Verwaltung und die Interessenlage der Entscheidungsträger eingeschränkt.

Ohne Gesundheitsberichterstattung fehlen jedoch die für eine rationalere Politikgestaltung relevanten „Daten für Taten“.

Spezialberichte und Übersichtsberichte

Zur Gesundheitsberichterstattung gehören zum einen Untersuchungen, Beschreibungen und Analysen bestimmter Themen- oder Problemfelder, z. B. der gesundheitlichen Lage bestimmter Bevölkerungsgruppen oder der Gesundheitsrisiken durch Arbeits- oder Umweltbedingungen in *Spezialberichten*. Zum anderen ist es Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung, in *Übersichtsberichten*, wie dem vorliegenden zweiten Gesundheitsbericht, die gesamte Gesundheitsproblematik in einer Kommune darzulegen. (Stadt Heidelberg: Amt für Umweltschutz 1998).

Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung

Primäre Aufgabe des vorliegenden zweiten Gesundheitsberichts ist es, der Öffentlichkeit und den Entscheidungsträgern einen Überblick über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung zu vermitteln. Dazu gehören folgende Themenfelder:

- *Gesundheitszustand* der Bevölkerung insgesamt und einzelner Bevölkerungsgruppen im Vergleich. Indikatoren hierfür sind Daten zu: Mortalität, Morbidität, Risikofaktoren, Unfallhäufigkeit, Lebensweisen, persönliche und soziale Ressourcen.
- Schwerpunkte der *Gesundheitsgefährdung* im Arbeits-, Umwelt und Sozialbereich. Indikatoren hierfür sind z. B. Umwelt- und Arbeitsbelastungen, Defizite und Probleme in der Infrastruktur, bei sozialen Netzwerken, in der Wohnungsversorgung, sowie Arbeitslosigkeit, Pflegebedürftigkeit, Armut, Verteilung gesundheitserhaltender Bedingungen und Zugang zu Angeboten und Leistungen.
- Organisatorische Strukturen der *Leistungsangebote* im Gesundheitssektor. Indikatoren sind die Anzahl und die Verteilung der verschiedenen Anbieter des Gesundheits-

wesens auf das Stadtgebiet (Gesundheitsbericht von 1997).

Beschreibungen und Analysen in diesen Themenfeldern bilden eine wesentliche argumentative Grundlage für ein auf die dargestellten Probleme hin ausgerichtete und an den vereinbarten Zielen der Gesundheitsförderung orientiertes Entscheidungshandeln in Politik und Verwaltung.

Evaluation und Bilanzierung von Maßnahmen

Über die Beschreibung der gegenwärtigen Situation hinaus ist es Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung *Verläufe* und Effekte der Maßnahmen zu beschreiben, einzuschätzen und *Bilanz* zu ziehen, um die getroffenen Entscheidungen gegebenenfalls revidieren oder bestätigen zu können. Insbesondere dem vorliegenden zweiten Heidelberger Gesundheitsbericht kommt ein bilanzierender und evaluativer Charakter zu – im Vergleich zu den Daten des ersten Berichts und anderer Daten seit dem Beitritt der Stadt Heidelberg zum Netzwerk der Gesunden Städte im Jahr 1991.

Dies gilt sowohl für die Maßnahmen der Gesundheitsförderung selbst als auch für die gesundheitsbezogenen Aspekte der mit dem Stadtentwicklungsplan Heidelberg 2010 festgeschriebenen Politik der „Zukunftsfähigkeit“ (vgl. Kap. 3, 4, 6, 8 - 10).

Gesundheitsberichterstattung – eine gemeinsame Aufgabe von Stadt, Institutionen und Bürgern

Vom Entstehungsverlauf einer neu orientierten Kommunalpolitik her gesehen, baut die Berichterstattung von vornherein auf Beteiligung auf (Noack 1990). Bei den Akteuren handelt es sich zunächst um Experten aus Wissenschaft und Forschung, insbesondere aus den Sozial- und Naturwissenschaften, der Medizin und der Epidemiologie. Diese werden ergänzt und unterstützt durch Betroffene (z. B. Opfer von Gesundheitsrisiken) und engagierte Bürgerinnen und Bürger. Sie geben Anstöße zur Neuorientierung und leisten im bürgerschaftlichen Raum

Unterstützung bei ihrer Umsetzung, z. B. bei der Beteiligung an Gremien, Foren, Projektgruppen. Mit der weiteren Entwicklung der skizzierten Akzente der Politik kommt der Berichterstattung insbesondere die Aufgabe zu, die eingeleiteten Prozesse zu begleiten, argumentativ abzusichern und zu bewerten sowie auf dieser Grundlage Anstöße zu Modifikationen zu geben.

Aufbau und Gliederung des zweiten Gesundheitsberichts

Der vorliegende zweite Gesundheitsbericht orientiert sich, nicht zuletzt wegen der Vergleichbarkeit, am ersten Gesundheitsbericht von 1997. Seine Gliederung beruht auf der im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg erstellten Planungsstudie „Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung“ und dem Hamburger Gesundheitsbericht (Stadtdiagnose) von 1992.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dem Bericht die *weibliche Form* nur teilweise verwendet. Bei Verweisen auf Quellen im Text wird auf eine vollständige Angabe verzichtet; diese erfolgt im Literaturverzeichnis.

Quellen

Nutzung verfügbarer Daten

Wie auch der erste Gesundheitsbericht stützt sich der zweite Heidelberger Gesundheitsbericht auf öffentlich verfügbare Informationen. Hier werden unter anderem Daten Statistischer Ämter des Bundes, des Landes und der Stadt Heidelberg (z. B. zur Bevölkerung, zur Infrastruktur, zum Gesundheitsverhalten und zur Mortalität), der Krankenkassen (insbesondere zur Arbeitsunfähigkeit unterschiedlicher Versicherungsträger), aus schulärztlichen Untersuchungen des Gesundheitsamtes (mit Angaben zum Übergewicht, zu Kinderkrankheiten, zur Beteiligung an Vorsorge- und Impfprogrammen), sowie zu Schadstoffbelastungen in Innenräumen, zu Belastungen in der Arbeitswelt, zum Ernährungsverhalten, zur Bedeutung des Passivrauchens, zu den Einrichtungen der Gesund-

heitsversorgung oder zu Sportangeboten aufbereitet und präsentiert.

Spezifische Erhebungen und Studien

Zu einem nicht unerheblichen Teil werden die Informationen aus verfügbaren öffentlichen Quellen durch spezifische Daten ergänzt. Sie stammen entweder aus wissenschaftlichen Studien oder aus eigens durchgeführten Erhebungen.

Im Anschluss an vorliegende Ergebnisse arbeitsmedizinischer und epidemiologischer Studien wurden in der Stadtverwaltung zwei *medizinische Untersuchungen*, speziell zum Eiweißgehalt im Urin – in Verbindungen mit Befragungen zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten – durchgeführt. Ihre Zielsetzung war es, die gesundheitlichen Risiken von Schadstoffbelastungen im Arbeitsleben zu ermitteln und zu verringern (Huber u. a. 1998; 2004).

Weitere Untersuchungen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung stellen zwei *Kinderstudien* dar. Die eine wurde vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Verbindung mit dem staatlichen Schulamt, dem Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg durchgeführt und bezog sich auf das Gesundheitsverhalten und speziell das Rauchen bei 9- bis 11-jährigen Schüler/innen (Pötschke-Langer 1998). Die zweite Studie hatte zum Ziel, in zwei Phasen Verhaltensauffälligkeiten bei Einschulungskindern zu ermitteln (siehe Kap. 8). Sie wurde von der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg und dem Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis durchgeführt (Resch 1998; Haffner 2002).

Eine weitere Studie stellte die Interview-Studie zur *Lebenssituation älterer Menschen* in Heidelberg dar. Sie wurde durchgeführt vom Gerontologischen Institut der Universität in Verbindung mit der Projektgruppe „Lebensqualität im Alter“ (Stadt Heidelberg 2000). Dazu kommen Befragungen zu den *Ernährungsangeboten* in Grundschulen, zur Verteilung der *Leistungsanbieter* der Gesundheitsversorgung im Stadtgebiet (siehe Kap. 9) und zum *Zeitbudget* von Schülern, Lehrern und Eltern (siehe Kap. 6).

Von Seiten der in Heidelberg ansässigen Forschungseinrichtungen konnten eine Studie zum Ernährungsverhalten von Seiten des DKFZ (E-PIC-Studie), eine Untersuchung zu den Angeboten der Sportvereine (siehe Kap. 6), zur Zahngesundheit von Kindern und zur Prävalenz von Depressionen genutzt werden (siehe Kap. 8).

Aktivierende Untersuchungen

Untersuchungen und Erhebungen sind bei geeigneter Aufbereitung auch in der Lage, in der Öffentlichkeit Aufmerksamkeit zu wecken und zum Handeln zu Gunsten der Gesundheit anzuregen. Dazu gehören in Heidelberg unter anderem eine *Kundenbefragung* in Baumärkten zur Nutzung umwelt- und gesundheitsverträglicher Ausbaumaterialien (siehe Kap. 4), *Umfragen in Restaurants* und Cafés zum Angebot von Nichtraucherbereichen, *Mitarbeiterbefragungen* in der Stadtverwaltung zu ihren Interessen an gesundheitsfördernden Maßnahmen (siehe Kap. 10) oder Gruppendiskussionen in Gesundheitszirkeln der Stadtverwaltung (unveröffentlichte Arbeitspapiere).

2 Bevölkerungsstruktur

Demographische Struktur – Einflussfaktor für die Gesundheit

Die demographischen und sozialen Strukturen spiegeln Lebensbedingungen, Lebenslagen und alltägliche Verhaltensweisen wider, die für die gesundheitliche Situation relevant sind. Daraus resultieren erste Hinweise zur Schwerpunktsetzung in Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung. In einer Stadt von der Größe Heidelbergs bilden Stadtbezirke und Stadtteile dafür den topographischen Bezugsrahmen. Die Daten stammen vom Amt für Stadtentwicklung und Statistik und geben den Stand von Anfang 2003 wieder – die Vergleichszahlen des Gesundheitsberichts 1997 stammen aus dem Jahr 1995.

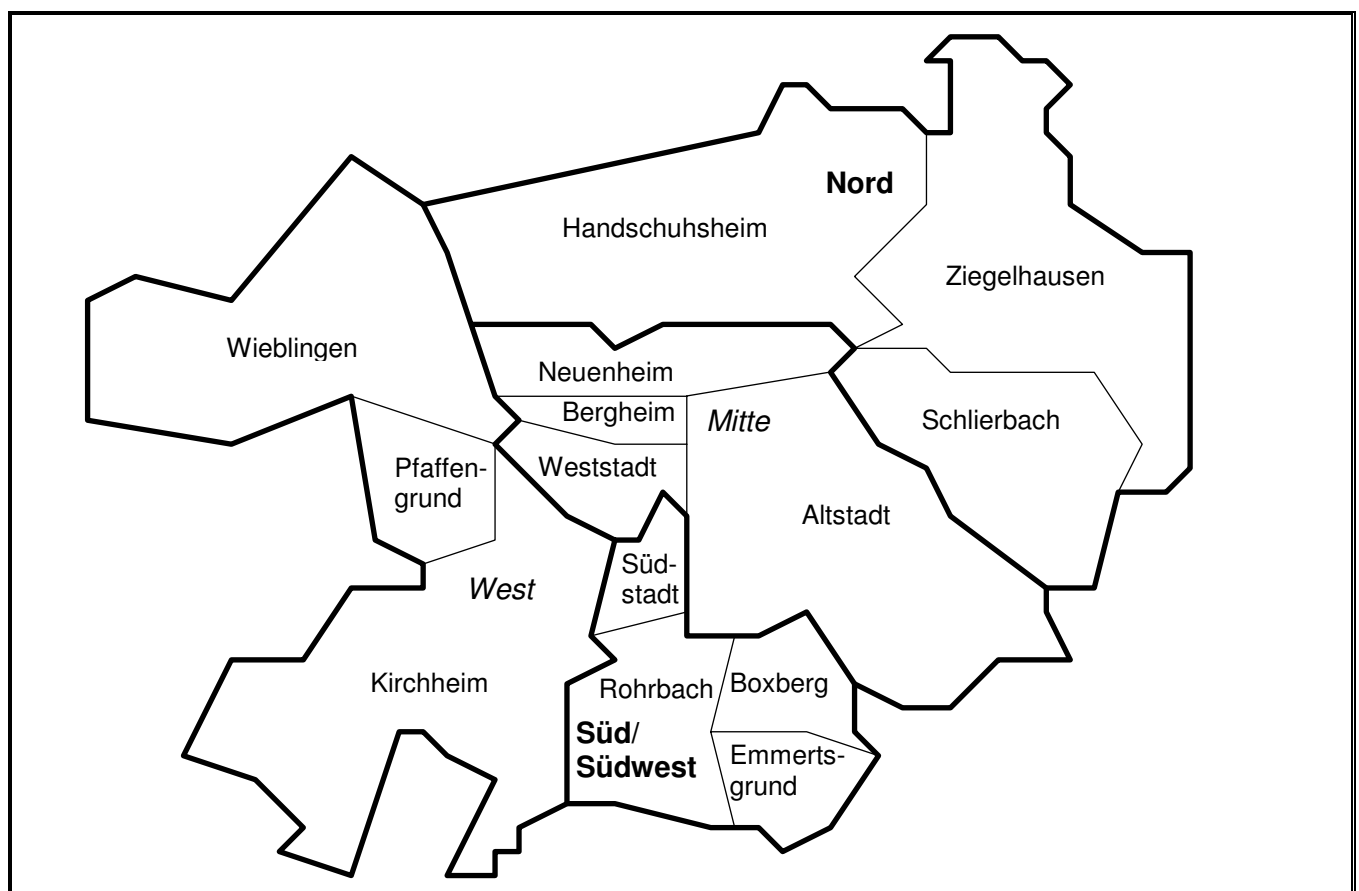
Anzahl

Leichter Rückgang der Einwohnerzahl

Der Stadtkreis Heidelberg hatte im Jahre 2002 insgesamt 130.144 Einwohner mit Erstwohnsitz (EW). Diese leben auf einer Gesamtfläche von 108,8 km² (10.883,4 Hektar) und einer bebauten Fläche von 27,7 km². Damit ist die Einwohnerzahl im Vergleich zum letzten Gesundheitsbericht um 2.150 (1,6 %) leicht gesunken, wobei die Fläche der Stadt unverändert geblieben ist und die bebaute Fläche lediglich um 0,7 % zunahm.

Das Stadtgebiet besteht aus 14 Stadtteilen, die sich zu 4 Stadtbezirken zusammenfassen lassen (siehe Karte 2.1). Diese unterscheiden sich zum Teil sehr in der Größe und Einwohnerzahl. Der einwohnerstärkste Stadtteil ist Kirchheim, wo 15.873 Menschen (12,2 %) leben; die geringste Einwohnerzahl hat Schlierbach mit 3.247 (2,5 %).

Karte 2.1: Stadtbezirke und Stadtteile



Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2003

Tabelle 2.1: Einwohnerinnen und Einwohner in den Stadtteilen

Stadtbezirk Stadtteil	Anzahl*	Anteil in %	Veränderung in %**
Mitte			
Altstadt	9.890	7,6	9,0
Bergheim	6.114	4,7	2,5
Weststadt	11.748	9,0	0,6
Neuenheim	13.390	10,3	0,8
Nord			
Handschuhsheim	14.888	11,4	5,3
Ziegelhausen	9.113	7,0	0,3
Schlierbach	3.247	2,5	10,1
West			
Kirchheim	15.873	12,2	1,4
Pfaffengrund	7.590	5,8	1,6
Wieblingen	9.713	7,5	1,3
Süd			
Rohrbach	13.381	10,3	2,3
Südstadt	3.833	3,0	5,4
Boxberg	4.326	3,3	4,4
Emmertsgrund	7.038	5,4	1,8
Heidelberg insgesamt	130.144	100,0	1,6

* Wohnberechtigte Personen mit Hauptwohnsitz im Stadtkreis Heidelberg

** Veränderung zu den Daten aus dem Gesundheitsbericht 1997

Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2003

Entwicklung

Bevölkerungsrückgang vor allem im Norden und in der Mitte

Die leichte Abnahme der Bevölkerungszahl Heidelbergs von 1994 bis 2002 um 2.152 (1,6 %) ist sowohl auf Wanderungsverluste zurückzuführen als auch, wenngleich in geringerem Maße, auf ein negatives Geburtensaldo. Im Jahr 2002 gab es in Heidelberg 1.065 Geburten und 1.318 Sterbefälle, was einen negativen Saldo von 253 ergibt. Im Vergleich zu den Daten von 1994 hat sich der negative Saldo um 56 leicht verstärkt. Unter den Stadtteilen nahm die Einwohnerzahl am stärksten in der Altstadt (- 8,9 %) und in Handschuhsheim (- 5,3 %) ab.

Dichte

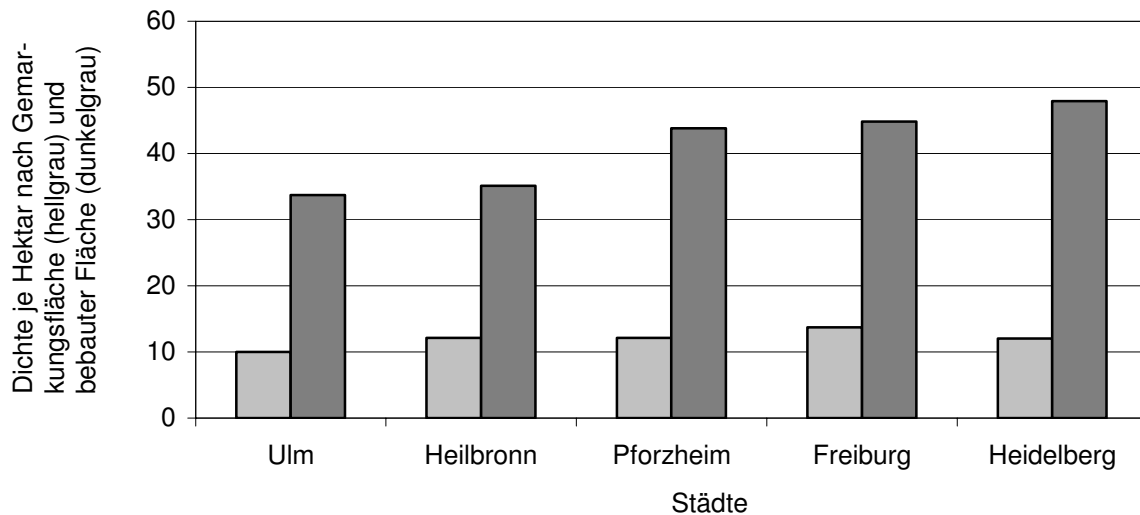
Unverändert hohe Wohndichte insgesamt

Die Bevölkerungsdichte einer Stadt kann Hinweise auf die Lebensbedingungen in ihr geben. Bei hoher Dichte ist vielfach der Raum für Freiflächen und Erholungsgebiete innerhalb des bebauten Gebietes eingeschränkt; andererseits ist dabei das Versorgungs- und Infrastrukturangebot oft größer oder eher zugänglich. Dazu kommt, dass eine höhere Dichte im bebauten Bereich mehr unbebaute Flächen (Natur, landwirtschaftliche Flächen) in erreichbarer Nähe frei lässt. Bei Aussagen zur Wohndichte ist es sinnvoll, die bebaute Fläche, welche die Siedlungs- und Verkehrsflächen umfasst, zugrunde zu legen. Im Vergleich mit 4 anderen Städten Baden-Württembergs, die eine ähnlich hohe Einwohnerzahl haben, zeigen sich in der Tat kaum Unterschiede mit Bezug auf die

Gemarkungsfläche (10,0 – 13,7 EW/ha). Auf Grundlage der bebauten Fläche ergeben sich jedoch sehr unterschiedliche Bevölkerungsdichten je Hektar: Ulm (119.155 EW): 33,7, Heil-

bronn (120.683 EW): 35,1, Pforzheim (118.785 EW): 43,8, Freiburg (210.234 EW): 44,8, Heidelberg: 47,9 (siehe Diagramm 2.1).

Diagramm 2.1: Bevölkerungsdichte in vergleichbaren Städten Baden-Württembergs



Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2003

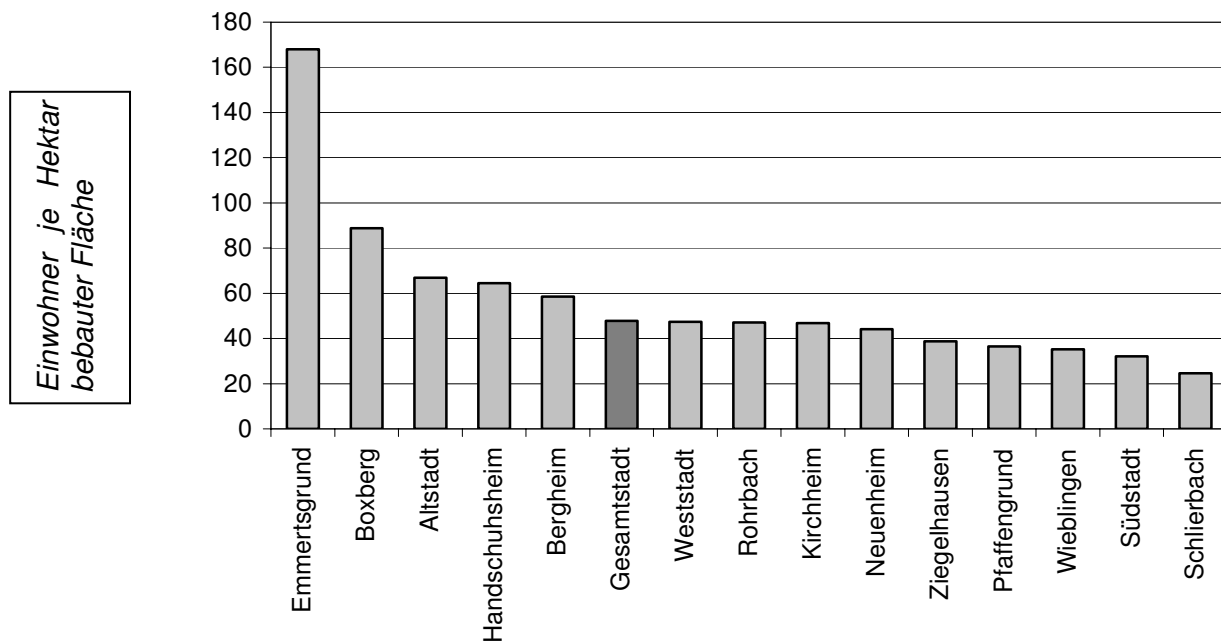
Die Dichteziffer von 47,9 in Heidelberg ist insgesamt vergleichsweise hoch. Sie änderte sich im Vergleich zum Erhebungszeitraums des ersten Gesundheitsberichtes nur minimal (um – 0,4 %). Es gelang demnach, den Flächenverbrauch auf der Heidelberger Markung zu begrenzen und damit Ressourcen zu schonen.

Erhebliche Unterschiede in der Wohndichte zwischen den Stadtteilen

Zwischen den einzelnen Stadtteilen gibt es in der Bevölkerungsdichte allerdings nach wie vor erhebliche Unterschiede (siehe Diagramm 2.2):

Am dichtesten bewohnt sind die Stadtteile Emmertsgrund mit 168,0 und Boxberg mit 88,8 Einwohnern je Hektar bebauter Fläche, die überwiegend aus großen Wohnblocks besteht. In der Südstadt (32,2) und in Schlierbach (24,7) ist die Dichte am geringsten. Am Rande der beiden besonders dicht bebauten Stadtteile befinden sich in Form von Wäldern, Gärten und Parkanlagen große, unmittelbar zugängliche Freiflächen.

Diagramm 2.2: Bevölkerungsdichte in den Stadtteilen



Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2003

Frauen und Männer

Gesündere Mädchen – hoher Anteil von Seniorinnen

Bei Gesundheit und Krankheit zeigen sich erhebliche Differenzen zwischen den Geschlechtern. Die Säuglingssterblichkeit im ersten Jahr ist im Durchschnitt bei Jungen um etwa ein Viertel höher als bei Mädchen – sie betrug im Jahr 2003 3,1 auf 1.000 lebendgeborene Mädchen. Kleine Jungen sind krankheitsanfälliger als Mädchen und entwickeln häufiger Verhaltensauffälligkeiten und motorische Störungen (siehe Kap. 8).

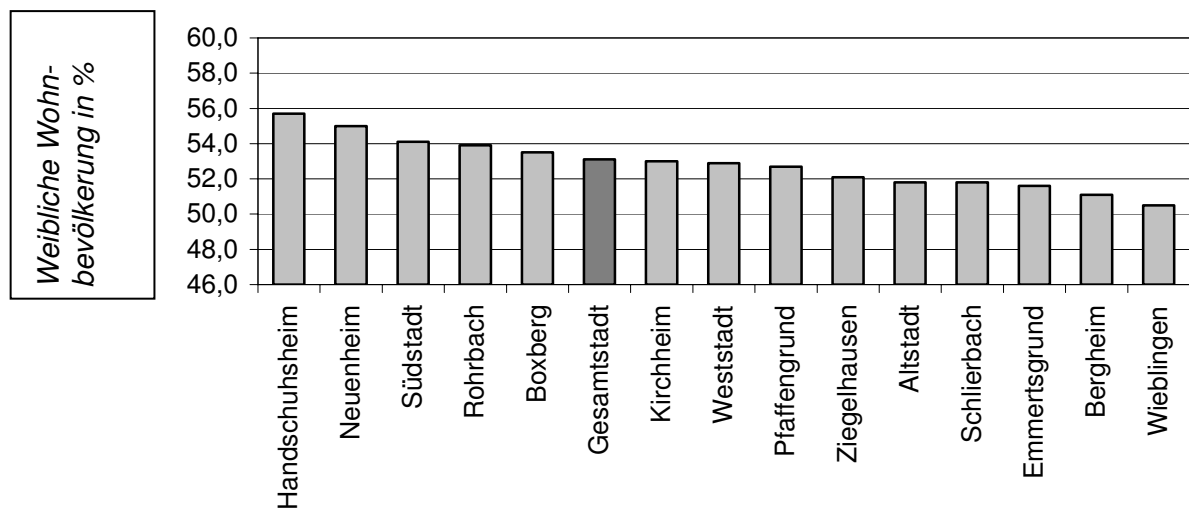
Vom 12. Lebensjahr an sind jedoch Mädchen häufiger krank und leiden unter Befindlichkeitsstörungen. Erwachsene Frauen sind häufiger psychisch krank als Männer, die eher organisch erkranken (siehe Kapitel 8). Frauen gehen häufiger zum Arzt und konsumieren mehr Medikamente als Männer. Die Wahrscheinlichkeit, an Alkoholismus zu erkranken ist wiederum bei Männern doppelt so hoch (siehe Kap 6). Frauen leben im Schnitt 6 Jahre länger als Männer. So

sind in Heidelberg von den 10.260 Einwohnern, die 75 Jahre und älter sind, 71 % weiblich.

Überdurchschnittlicher Frauenanteil in Heidelberg insgesamt

Frauen stellen in Heidelberg nach wie vor die deutliche Mehrheit der Bevölkerung. Ihr Anteil von 53,1 % liegt um 2 % über dem Bundesdurchschnitt, ist aber im Vergleich zum letzten Gesundheitsbericht um 0,3 % zurückgegangen. Die Stadtteile unterscheiden sich hinsichtlich der Geschlechterverteilung: Am höchsten ist der Frauenanteil nach wie vor in den Stadtteilen Handschuhsheim (55,7 %) und Neuenheim (55,0 %); am niedrigsten ist er weiterhin in Wieblingen mit 50,5 % (Diagramm 2.3).

Diagramm 2.3: Frauenanteil in den Stadtteilen



Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2003

Altersgruppen

Heidelberg eine scheinbar „junge Stadt“

Heidelberg macht auf den ersten Blick den Eindruck einer „jungen Stadt“. Dennoch ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren in Heidelberg unverändert (gegenüber 1995) weit unterdurchschnittlich gering und beträgt 15,1 %, im Erwerbsalter sind 69,0 % und der Anteil der älteren Mitbürger ab 65 Jahre beträgt 15,9 %.

Damit ergeben sich keine Veränderungen zum ersten Gesundheitsbericht. Im Vergleich zum Landesdurchschnitt sind die jüngste und die ältere Bevölkerungsgruppe kleiner und die mittlere Gruppe größer.

Wenig Kinder und Jugendliche in Heidelberg – Risiken für die kindliche Entwicklung?

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Heidelberger Bevölkerung ist mit 15,1 % unter allen Stadtkreisen Baden-Württembergs der niedrigste. Der Landesdurchschnitt beträgt 19,8 %. Dieser geringe Kinderanteil dürfte zum Teil mit den überdurchschnittlich hohen Miet- und Immobilienpreisen und dem relativ hohen

Anteil jüngerer Erwachsener, die sich noch in Ausbildung befinden, zusammenhängen (siehe Kap. 3).

Er beinhaltet Risiken für die kindliche Entwicklung, z. B. die Gefahr der „Verinselung“ der Kindheit mit geringeren Möglichkeiten für soziale Kontakte - und daraus resultierenden psychischen und Verhaltensproblemen.

Unter den Stadtteilen sind Emmertsgrund (23,8 %) und Schlierbach (18,4 %) am „jüngsten“. In den durch einen hohen Studenten- und Akademikeranteil geprägten Stadtteilen Altstadt (10,8 %) und in Neuenheim (11,1 %) wohnen die relativ wenigsten Kinder (siehe Karte 2.2).

Viele Bewohnerinnen und Bewohner im Erwerbsalter – viele Studentinnen und Studenten

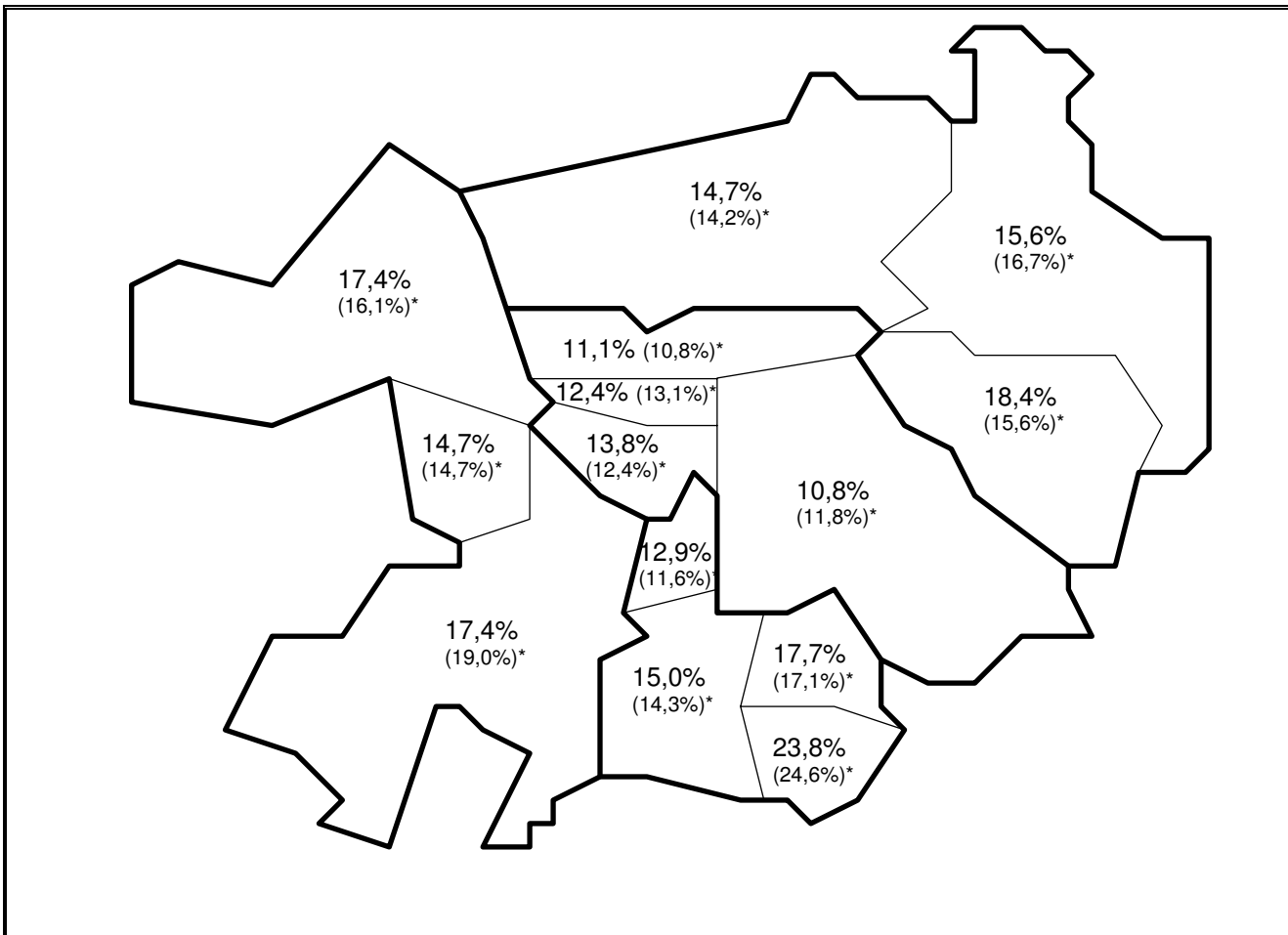
Mit mehr als zwei Drittel der Heidelberger Bevölkerung ist ein überdurchschnittlich hoher Anteil zwischen 18 und 65 Jahre alt; in Baden-Württemberg beträgt die Quote 63,8 %.

Zu dieser Bevölkerungsgruppe gehören auch die jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren. Diese sind mit 11,6 % an der Ge-

samtbevölkerung vertreten und stellen damit, bezogen auf die Altersjahrgänge, einen doppelt so hohen Bevölkerungsanteil wie die Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren. Damit macht die Stadt Heidelberg trotz des geringen Kinderanteils einen relativ „jungen“ Eindruck. Diese Altersgruppe befindet sich häufig im Stu-

dium oder der Ausbildung, was sich in den Stadtteilen mit Hochschuleinrichtungen auch widerspiegelt. Ihr Anteil ist demnach in Neuenheim (18,7 %) und der Altstadt (16,6 %) besonders hoch und auf dem Boxberg (7,0 %) und im Pfaffengrund (9,2 %) relativ niedrig.

Karte 2.2: Anteile der Kinder und Jugendlichen in den Stadtteilen



* Veränderung zu den Daten aus dem Gesundheitsbericht 1997
Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2003

Zunehmender Problemdruck mit höherem Alter

Mit zunehmendem Alter nehmen auch die gesundheitlichen und sozialen Probleme zu. Beinahe ein Viertel der über 65-jährigen Bürgerinnen und Bürger in Deutschland bezeichneten sich im Mai 2003 selbst als krank. Bei zwei Drittel dieser Personen dauerte die gesundheitliche Beeinträchtigung seit mindestens einem Jahr an (Statistisches Bundesamt: Mikrozensus 2003). Aus diesem Grund und in Folge

verringerteter Mobilität vermindern sich die Möglichkeiten zur Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben. Dementsprechend nimmt einerseits die Nachfrage nach Leistungen der Betreuung, andererseits nach präventiven Angeboten, die eine therapeutische und pflegerische Versorgung solange wie möglich hinauszögert, zu. Dies gilt zumal, da die Unterstützungsleistungen von Seiten der Familien immer mehr abnehmen. Dies ist ein Grund für das besondere Interesse der Sozial- und Gesundheitspolitik,

eine Konzentration älterer Menschen in bestimmten Stadtteilen zu vermeiden.

Niedriger Anteil älterer Menschen in Heidelberg – Konzentration der Älteren an der „Peripherie“

In Heidelberg liegt der Anteil älterer Menschen mit 15,9 % etwas unter dem Durchschnitt des Landes Baden-Württemberg (16,6 %). Wie bei den Jüngsten ist auch der Prozentsatz der Älteren im Innenstadtbereich am niedrigsten. Ihr Anteil beträgt in der Altstadt 10,1 %, in der Weststadt 12,0 % und in Bergheim 12,5 %. Die deutlich meisten Senioren leben demgegenüber auf dem Boxberg (24,8 %) und im Pfaffengrund (23,6 %). Damit sind in diesen peripheren Stadtteilen fast ein Viertel der Einwohner im Rentenalter.

Obwohl der prozentuale Anteil der älteren Menschen im Vergleich zum letzten Gesundheitsbericht unverändert geblieben ist, hat es in den Stadtteilen deutliche Veränderungen gegeben. In Schlierbach hat sich der Anteil um 2,5 %, in der Weststadt um 2 % und in Neuenheim um 1,9 % verringert. Die deutlichsten Zunahmen hingegen gab es auf dem (ohnein stark von Senioren geprägten) Boxberg (4,4 %) und in Ziegelhausen (2,2 %).

Haushaltsstrukturen

Familienverbände als soziales Unterstützungspotential

Die Ausprägung von Haushalts- und Familienstrukturen ist unter sozialen und gesundheitlichen Gesichtspunkten insofern von Bedeutung, als funktionierende soziale Unterstützungs- und Rückhaltestrukturen, wie sie beispielsweise in Familienverbänden existieren können, sich auf die Vermeidung sozialer Isolation und die Bewältigung von Problemen und Lebenskrisen positiv auswirken können. Darüber hinaus haben die familiären Verhältnisse entscheidende Bedeutung für die Sozialisation und das psychische und soziale Wohlbefinden der Kinder. In diesem Zusammenhang stellt auch die Ehescheidung ein bedeutsames Problem dar.

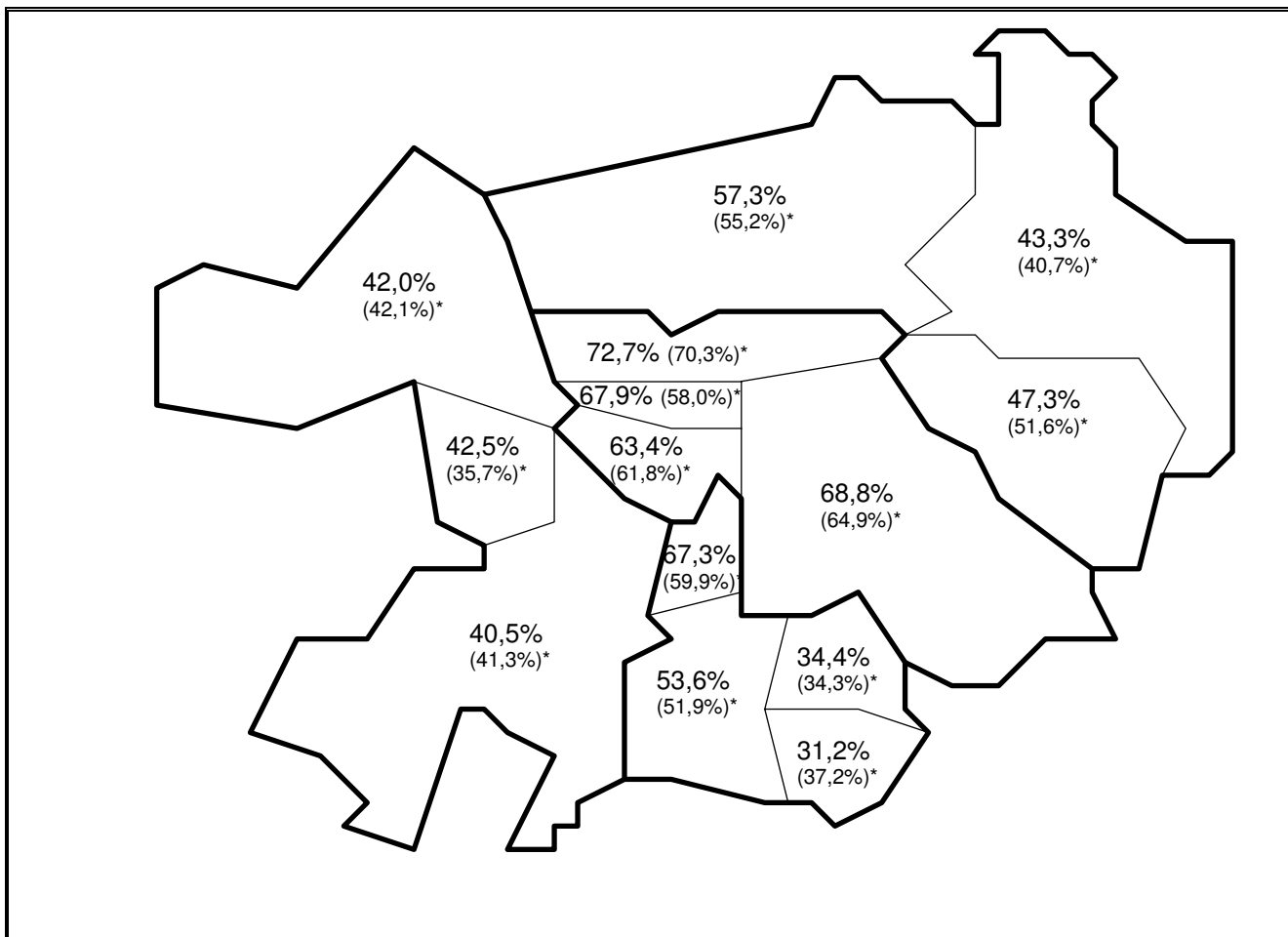
Hoher und wachsender Anteil von Einpersonenhaushalten – Risiko für die psychosoziale Gesundheit?

Heidelberg ist sehr stark von Kleinfamilien und kinderlosen Einfamilienhaushalten („Singles“) geprägt. 55,3 % der Haushalte im Stadtgebiet sind Einpersonenhaushalte; in Baden-Württemberg beträgt die Quote nur 36 %. Dies ist zum Teil mit dem hohen Anteil an Studierenden, Auszubildenden und Rehabilitanden an der Gesamtbevölkerung zu erklären. Insbesondere die inneren Stadtteile sind von Einpersonenhaushalten geprägt. In Neuenheim (72,2 %), in der Altstadt (68,8 %), in Bergheim (67,9 %) und in der Südstadt (67,3 %) liegt ihr Anteil über zwei Drittel. Auf dem Niveau des Landesdurchschnittes befinden sich lediglich die Stadtteile Emmertsgrund und Boxberg mit 31,2 % bzw. 34,4 %.

Zunahme der Einpersonenhaushalte in der Innenstadt

Im Vergleich zu 1994 haben die Einpersonenhaushalte um 2 % zugenommen. Bezogen auf die Stadtteile gab es in Bergheim (+ 9,9 %), in der Südstadt (+ 7,4 %) und im Pfaffengrund (+ 6,8 %) überdurchschnittliche Zuwächse. Deutlich weniger Einpersonenhaushalte sind nur im Emmertsgrund (- 6,0 %) und in Schlierbach (- 4,3 %) zu verzeichnen.

Karte 2.3: Anteile der Einpersonenhaushalte unter den Haushalten in den Stadtteilen



* Veränderung zu den Daten aus dem Gesundheitsbericht 1997

Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2003

Ehescheidungen nehmen zu

In Baden-Württemberg erhöhte sich der Anteil der Ehescheidungen pro Jahr von 58 je 10.000 Ehen im Jahre 1980 auf 88 im Jahre 2002. In Heidelberg wurden 2002 insgesamt 435 Ehen geschieden. Der Anteil je 10.000 Ehen lag mit ebenfalls 88 Scheidungen im Landesdurchschnitt.

Die Zunahme der Scheidungen ist von erheblicher Bedeutung für die psychische und soziale Situation der Beteiligten und insbesondere der betroffenen Kinder und Jugendlichen – dies zeigen auch die Ergebnisse der Studien zur Verhaltensauffälligkeit im Rahmen der schulärztlichen Untersuchungen (siehe Kap. 8).

Haushalte mit Kindern - eine kleine Minderheit in Heidelberg

Nur 18,2 % aller Haushalte in Heidelberg sind Haushalte mit Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren. Davon sind mehr als die Hälfte Einkind-Haushalte, und nur in 11,8 % dieser Haushalte gibt es 3 oder mehr Kinder. Dies bedeutet, dass nur eine Minderheit der Kinder in Heidelberg die Erfahrung macht, Geschwister zu haben.

Haushalte mit Kindern an der Peripherie der Stadt

Die Verteilung der Haushalte mit Kindern auf die einzelnen Stadtteile stellt sich umgekehrt proportional zu den Einpersonenhaushalten

dar. Die wenigsten Kinderhaushalte gibt es in den zentral gelegenen Stadtteilen mit Hochschuleinrichtungen, d. h. in Neuenheim (10,7 %), in der Altstadt (12,6 %), und in Bergheim (13,1 %), sowie in der Südstadt (12,5 %). Nur etwa ein Achtel der Haushalte hat hier Kinder. Die höchsten Anteile weisen die peripheren Stadtteile, insbesondere der Stadtteil Emmertsgrund (33,2 %) auf wo zu jedem dritten Haushalt Kinder gehören, sowie der Boxberg (25,2 %), Kirchheim (25,2 %) und Wieblingen (23,8 %). Hier gehören immerhin

etwa zu jedem vierten Haushalt Kinder und Jugendliche.

Zum letzten Gesundheitsbericht hat sich die Situation kaum verändert. Die Anzahl der Haushalte mit Kindern ist aber um 0,8 % leicht gestiegen. Die deutlichsten Anstiege sind in den Stadtteilen Schlierbach (+ 4,7 %), Wieblingen (+ 3,6 %) und Weststadt (+ 2,3 %) festzustellen. Im Emmertsgrund hingegen gingen die Haushalte mit Kindern um - 1,3 % zurück.

Tabelle 2.2: Anteile der Einpersonen-, Kinder- und alleinerziehenden Haushalte nach Stadtteilen

Stadtteil	Haushalte	Einpersonenhaushalte		Kinderhaushalte*		Alleinerziehende**	
		absolut	%	absolut	%	absolut	%
Schlierbach	1.646	779	47,3	360	21,9	84	23,3
Altstadt	6.386	4.396	68,8	806	12,6	364	45,2
Bergheim	3.942	2.678	67,9	515	13,1	194	37,7
Weststadt	7.188	4.559	63,4	1.160	16,1	433	37,3
Südstadt	2.441	1.642	67,3	305	12,5	93	30,5
Rohrbach	6.927	3.715	53,6	1.273	18,4	396	31,1
Kirchheim	7.318	2.962	40,5	1.846	25,2	563	30,5
Pfaffengrund	3.599	1.529	42,5	746	20,7	246	33,0
Wieblingen	4.429	1.862	42,0	1.056	23,8	347	32,9
Handschuhsheim	8.327	4.770	57,3	1.433	17,2	476	33,2
Neuenheim	9.130	6.639	72,7	974	10,7	300	30,8
Boxberg	1.900	654	34,4	478	25,2	145	30,3
Emmertsgrund	2.769	863	31,2	919	33,2	218	23,7
Ziegelhausen	4.316	1.868	43,3	940	21,8	249	26,5
Gesamtstadt	70.318	38.916	55,3	12.811	18,2	4.108	32,1

* Haushalte mit Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren

** unter den Haushalten mit Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren

Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2003

Überdurchschnittlich viele und immer mehr unvollständige Familien

Unter den Haushalten mit Kindern verdienen die unvollständigen Familien mit einer alleinerziehenden Person ein besonderes Interesse. In dieser in Heidelberg überdurchschnittlich großen Haushaltsgruppe häufen sich insgesamt gesehen soziale Problemlagen, wie Einkommensdefizite, Wohnungsmangel, soziale Isolation sowie psychische Probleme und Krankheiten. Diese Situation bleibt insbesondere für

Kinder nicht ohne Folgen – für deren Lebens- und Gesundheitschancen (Robert-Koch-Institut: Armut bei Kindern und Jugendlichen 2001).

Zu dieser Haushaltsgruppe werden allerdings auch diejenigen Familienformen gezählt, in der die erwachsenen Partner unverheiratet zusammenleben. Es handelt sich hier teilweise um neue, alternative Haushaltsformen. Insbesondere jüngere, in der Ausbildung oder im Studium befindliche Personen bevorzugen diese Lebensweise. In der Studenten- und Akademikerstadt

Heidelberg dürfte diese Gruppe einen hohen Anteil ausmachen und die Höhe der Quote beeinflussen.

Im Stadtgebiet gab es 2002 insgesamt 4.108 alleinerziehende Haushalte. Das sind 5,8 % aller Haushalte und 32,1 % aller Haushalte mit Kindern. Dieser Anteil ist doppelt so hoch wie der Landesdurchschnitt mit 16 %. Herausragend ist dieser Anteil in der Altstadt, wo 45,2 % der Kinderhaushalte von nur einer Person geführt werden. Die wenigsten alleinerziehenden Haushalte gibt es in Schlierbach mit 23,3 % und im Emmerstgrund mit 23,7 %.

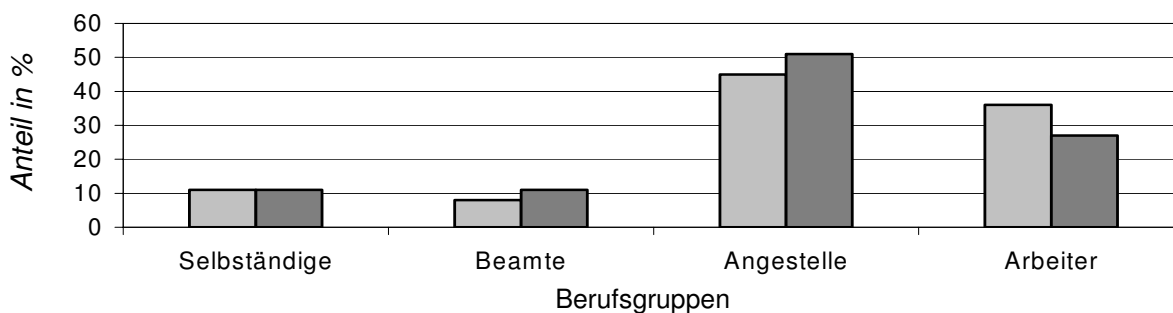
Seit dem ersten Gesundheitsbericht ist der Anteil um 7,3 % deutlich gestiegen. Am deutlichsten ist die Veränderung in der Altstadt, wo die Anzahl der alleinerziehenden Haushalte um 13,2 % zunahm.

Soziale Lage der Bewohnerinnen und Bewohner

Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitszustand

Von wesentlicher Bedeutung für die gesundheitliche Situation der Menschen, d. h. auch für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist ihre soziale Lage. Diese wird im Allgemeinen durch eine Kombination aus der beruflichen Lage, dem Bildungsstand und dem Einkommen definiert. Nach den Ergebnissen verschiedener Untersuchungen ist in Westdeutschland die Gesamtsterblichkeit in den unteren Einkommensgruppen etwa doppelt so hoch wie in den oberen. Auch der Gesundheitszustand hängt erheblich mit der sozialen Lage zusammen. Kinder aus unteren Einkommensgruppen leben beispielsweise häufiger in Raucherfamilien, leiden häufiger unter Kopf- und Rückenschmerzen, Nervosität, Schlafstörungen und sie äußern seltener Selbstvertrauen und Zufriedenheit mit ihrer Lebenslage (Mielck u.a. 2002). Unter den Erwachsenen ist z. B. der Krankenstand bei Arbeitern deutlich höher als bei den Angestellten (siehe Kap. 8).

Diagramm 2.4:
Berufspositionen der Bevölkerung in Westdeutschland (hell) und in Heidelberg (dunkel)



Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik: Ergebnisse der Volkszählung 1987

Seit dem ersten Gesundheitsbericht, der sich auf die Auswertung einer Bevölkerungsstichprobe durch das Amt für Stadtentwicklung und Statistik stützte, konnten keine neuen Daten über den Berufsstatus der Einwohner erhoben werden. Aufgrund der insgesamt geringen Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Sozialstruktur

im Stadtkreis Heidelberg nicht wesentlich verändert hat. Sie wird hier daher nur zusammenfassend dargestellt.

Überdurchschnittlich hoher Anteil von Personen in einer günstigen sozialen Lage in Heidelberg

Vom Bundesdurchschnitt unterscheidet sich die Bevölkerung der Stadt Heidelberg durch eine insgesamt günstige Soziallage. Der Anteil der Gruppe mit einer niedrigen beruflichen Position (z. B. Arbeiter) ist geringer; der Anteil der Gruppe mit einer höheren beruflichen Position und überdurchschnittlichem Einkommen (z. B. Personen mit einem Universitätsabschluss) ist höher (Diagramm 2.4).

Personen mit einer einfachen Stellung im Beruf machen in Heidelberg mit 11,6 % einen relativ geringen Anteil an der Gesamtbevölkerung aus. Die Einwohner mit mittlerer Berufsstellung sind mit 42,3 % die größte Gruppe. In gehobener Stellung sind 20,2 % und in höherer Stellung 25,9 % der Bevölkerung.

Trotz dieses insgesamt günstigen Bildes der sozialen Lage der Heidelberger Bevölkerung zeigt

die Stadtteil-bezogene Sozialstruktur Ansätze zu erhöhten gesundheitlichen Risiken.

Deutliche Unterschiede zwischen den Stadtteilen: Benachteiligung des Westens und des Südens

Zwischen den Heidelberger Stadtteilen bestehen erhebliche soziale Unterschiede (siehe Tabelle 2.3). Während in Neuenheim und in Schlierbach die Anteile der Personen mit einer höheren oder gehobenen Stellung im Beruf zwei Drittel ausmachen, liegen die entsprechenden Anteile in Kirchheim bei nur 21 % und im Pfaffengrund bei 25 %. Der Anteil der Bevölkerung mit einer einfachen Stellung im Beruf ist darüber hinaus in Bergheim mit 19,3 % besonders hoch.

Tabelle 2.3: Anteile der Personen nach ihrer beruflichen Stellung nach Stadtteilen

Stadtteil	einfache Stellung	mittlere Stellung	gehobene Stellung	höhere Stellung
Schlierbach	6,2 %	27,7 %	21,5 %	43,4 %
Altstadt	11,0 %	36,0 %	21,7 %	31,3 %
Bergheim	19,3 %	47,0 %	15,5 %	18,2 %
Weststadt	10,0 %	35,8 %	22,5 %	31,7 %
Südstadt	6,8 %	41,3 %	21,4 %	30,5 %
Rohrbach	11,1 %	45,9 %	21,9 %	21,1 %
Kirchheim	16,6 %	51,9 %	17,3 %	14,2 %
Pfaffengrund	16,2 %	58,7 %	15,3 %	10,1 %
Wieblingen	16,2 %	46,0 %	19,0 %	18,9 %
Handschuhsheim	7,7 %	33,8 %	23,4 %	35,1 %
Neuenheim	4,5 %	29,0 %	22,1 %	44,4 %
Boxberg	14,4 %	46,8 %	19,8 %	19,8 %
Emmertgrund	13,7 %	48,2 %	18,3 %	19,7 %
Ziegelhausen	9,9 %	43,7 %	19,6 %	26,8 %
Gesamtstadt	11,6 %	42,3 %	20,2 %	25,9 %

Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 1995

Erwerbslosigkeit als Gesundheitsrisiko

Arbeitslosigkeit sowie bereits die Gefahr des Arbeitsplatzverlustes stehen in enger Verbindung mit gesundheitlichen Risiken und Beeinträchtigungen für die Betroffenen und ihre

Familien (Robert-Koch-Institut: Arbeitslosigkeit und Gesundheit 2003).

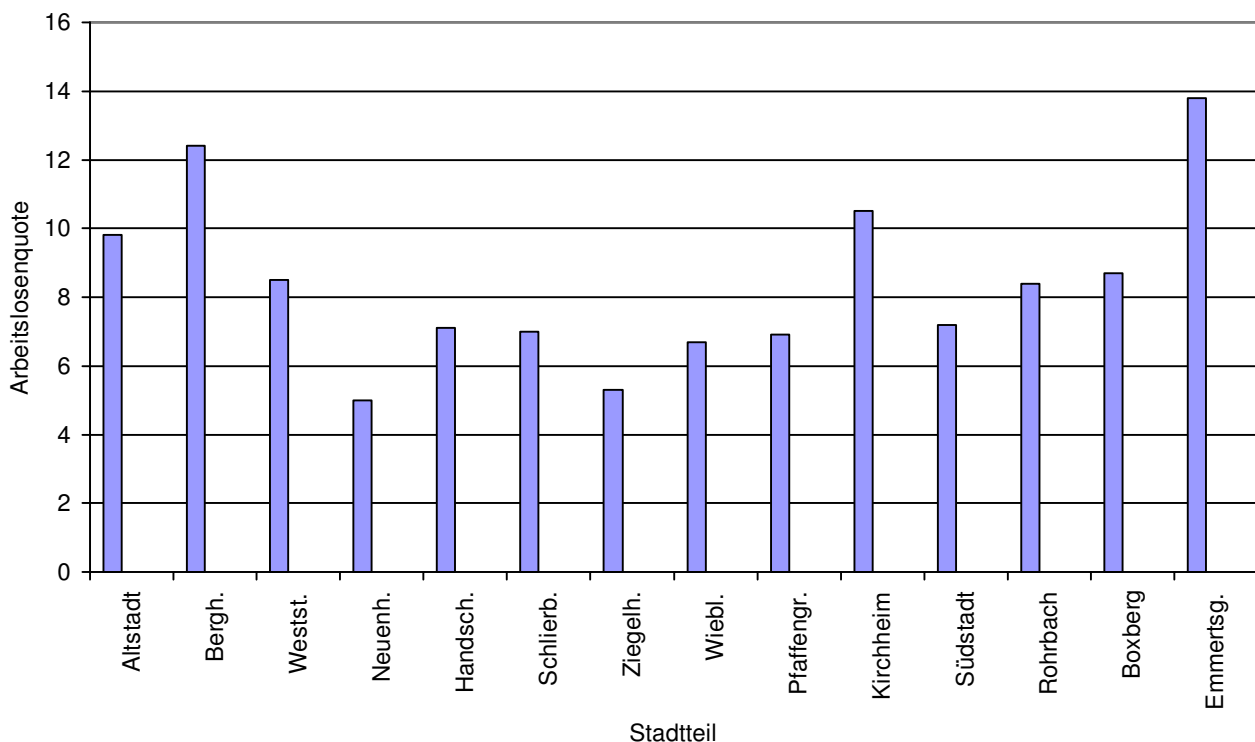
Hierzu gehören unter anderem:

- Befindlichkeitsstörungen, Nervosität, Kopfschmerzen, Schlafstörungen;
- Alkohol-, Tabak-, Medikamenten-, und Drogenmissbrauch mit entsprechenden Folgeerscheinungen;
- Psychische Erkrankungen;
- Psychosomatische Erkrankungen (Magenbeschwerden, Herzbeschwerden);
- Bluthochdruck, Herz- und Kreislauferkrankungen;
- Suizid.

Leicht abnehmende Erwerbslosigkeit in Heidelberg bei deutlich überhöhten Quoten in einigen Stadtteilen

Die Arbeitslosenquote in Heidelberg betrug 2003 7,5 % und lag damit 0,7 % niedriger als zur Zeit der letzten Gesundheitsberichterstattung. Auch in diesem Bereich liegen erhebliche Unterschiede zwischen den Stadtteilen vor: Deutlich überdurchschnittlich sind (im Jahr 2002) die Quoten in den Stadtteilen Emmertsgrund (13,8 %), Bergheim (12,4 %), Kirchheim (10,5 %) und Altstadt (9,8 %). Deutlich niedrigere Quoten weisen dem gegenüber die Stadtteile Neuenheim (5,0 %) und Ziegelhausen (5,3 %) auf.

Diagramm 2.5 Arbeitslosenquote in den Stadtteilen 2002 (in Prozent)



Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2003

Sozialhilfebedürftigkeit – ein Kennzeichen erhöhter gesundheitlicher Risiken

Auf Grund ihres geringen Einkommens werden insbesondere die Empfänger von Sozialhilfe zu den „Armen“, d. h. zu der Gruppe in einer besonders ungünstigen sozialen Lage gezählt. Dazu gehören vor allem Langzeitarbeitslose sowie Alleinerziehende und ihre Kinder. Bei diesen

Menschen sind die psychischen und psychosomatischen Belastungen und das Krankheitsrisiko – ähnlich wie bei den Erwerbslosen – besonders hoch (WHO Euro 1998).

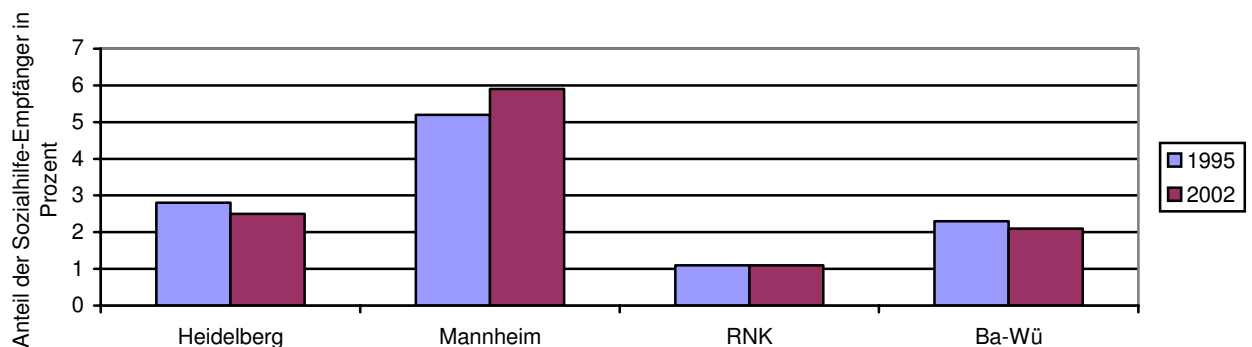
Leicht überdurchschnittlicher Anteil von Sozialhilfeempfängern in Heidelberg

Der Anteil der Empfänger von Sozialhilfe („Hilfe zum Lebensunterhalt“) in der Heidelberger Bevölkerung liegt (2002) bei 2,5 %. Er ist damit deutlich höher als im Rhein-Neckar-Kreis

(1,1 %) und etwas höher als in Baden-Württemberg (2,1 %), allerdings erheblich niedriger als in der Nachbarstadt Mannheim (5,9 %). Gegenüber 1995 ist in Heidelberg der Anteil von 2,8 % leicht zurückgegangen (Diagramm 2.6).

Unter den Sozialhilfeempfängern stellen die *obdachlosen Wohnunglosen* (Nicht Sesshafte) eine besonders benachteiligte und zugleich durch Gesundheitsrisiken gefährdete Gruppe dar (siehe Kap. 3). Ihre Situation ist durch eine überdurchschnittliche Krankheitshäufigkeit, wie Hautkrankheiten, rheumatische Erkrankungen; Zahnkrankheiten, nervliche und psychische Erkrankungen und Suchtkrankheiten gekennzeichnet. Zu diesem Personenkreis gehören etwa 200 – 250 Menschen (0,2 % der Bevölkerung. Siehe Kap. 3).

Diagramm 2.6: Anteile der Sozialhilfe-Empfänger im regionalen Vergleich 1995 und 2002



Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2003

Ausländer / Migranten

Hoher und zunehmender Ausländeranteil in der Bevölkerung

In Heidelberg besitzt jede/r sechste Einwohner/in eine ausländische Staatsangehörigkeit. In diese Quote der Wohnbevölkerung ist die beträchtliche Zahl bereits Eingebürgerter mit Migrationshintergrund ebenso wenig eingerechnet wie die der Spätaussiedler aus Rumänien, Polen und vor allem der ehemaligen UdSSR¹. Der Anteil der ausländischen Mitbürger beträgt in Heidelberg 15,5 %. Er ist damit

gegenüber dem ersten Gesundheitsbericht um 1,4 % gestiegen.

Die höchsten Ausländeranteile haben die Stadtteile Bergheim (24,6 %), Altstadt (21,9 %) und Emmertsgrund (20,1 %). Am niedrigsten ist der Anteil der Ausländer in Handschuhsheim (10,0 %) und Ziegelhausen (10,2 %). Die stärksten Zuwächse gab es seit 1994 in Boxberg (+ 4,6 %), in der Südstadt (+ 3,8 %) und in Neuenheim (+ 3,7 %). Ein Rückgang des Ausländeranteils ist lediglich in den beiden Stadtteilen Wieblingen (- 0,8 %) und Emmertsgrund (- 0,4 %) zu verzeichnen.

Ausländer sind keine homogene Gruppe

Entsprechend der Vielzahl sozialer und kultureller Hintergründe lassen sich Migranten – auch mit dem Blick auf Risiken oder Ressourcen –

¹ In Deutschland steht ein Anteil von 7,3 Mio. Ausländern (entspricht 8,9 % der Gesamtbevölkerung) rund 4,3 Millionen Aussiedlern gegenüber. Im Rhein-Neckar-Kreis wurden seit 1990 15.121 Personen, das entspricht einem Aussiedleranteil an der Gesamtbevölkerung von ca. 2,9 % aufgenommen.

cen in einem Gesundheitsbericht – nicht als homogene Gruppe beschreiben. Insofern existiert auch keine „Zielgruppe Migranten“, für die eine bestimmte gesundheitspolitische Strategie zu entwickeln wäre.

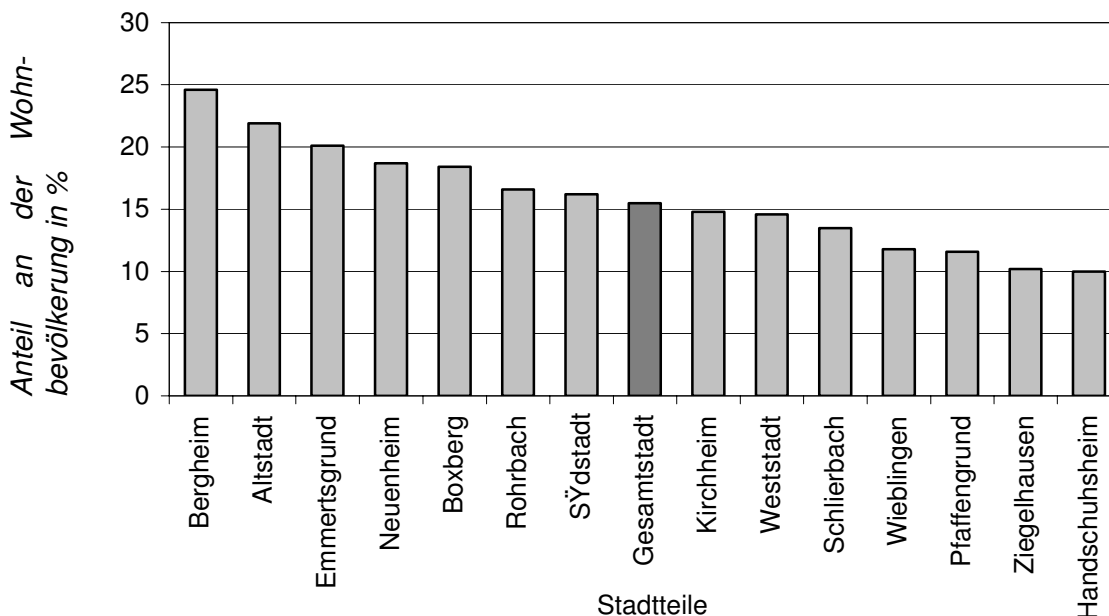
Trotz der inzwischen meist langjährigen Aufenthalte in Deutschland und deutlich angestiegener Einbürgerungszahlen sind die Lebensbedingungen von Migranten nach wie vor durch eine ganze Reihe von Benachteiligungen politischer, sozialer und institutioneller Art geprägt: Migranten haben weniger Zugang zu Bildung und materiellen Ressourcen. Häufig bestehen im Alltag Verständigungsschwierigkeiten sprachlicher und kultureller Art. Diese stellen Barrieren für die Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsversorgung und -vorsorge dar (siehe Kap. 7,8).

Höhere Gesundheitsrisiken bei Ausländern

Krankheiten entstehen u. a. aufgrund belastender Arbeitsbedingungen, überdurchschnittlich hohe Arbeitslosenquoten mindern die Gesundheit ebenso wie unzureichende Wohnverhältnisse. Der Einfluss all dieser Aspekte, verstärkt durch – oft unabsichtliche – rassistische Erfahrungen von Geringschätzung bis hin zum strukturellen Ausschluss ganzer Gruppen, wirkt sich negativ auf die gesundheitliche Lage und Versorgung von Migranten sowie deren gesundheitliches Risiko aus

Hinzu kommt als ein oft sogar ausschlaggebender Faktor für das psychosoziale Wohlbefinden der rechtliche Status des/der Einzelnen oder ihrer Familie. So erschwert ein unsicherer Aufenthaltsstatus über Jahre hinweg die Integration und mindert zugleich etwa die Chancen von Jugendlichen, Arbeit oder einen Ausbildungsplatz zu bekommen – aber auch deren Motivation, etwa die Landessprache zu lernen.

Diagramm 2.7: Anteile der Ausländerinnen und Ausländer in den Stadtteilen



Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2003

3 Infrastrukturelle Rahmenbedingungen

Materielle und soziale Rahmenbedingungen der Lebensqualität

Neben der demographischen und der sozialen Lage beeinflussen die infrastrukturellen Rahmenbedingungen die Lebensqualität und die gesundheitliche Situation der Menschen. Dabei sind von Bedeutung:

- Ausstattung, Lage, Umgebung, hygienische Situation der Wohnung;
- Wege, z. B. zur Arbeit und zu Einrichtungen der Versorgung;
- Grünflächen, Spiel-, Sport-, und Freizeitangebote in der Umgebung;
- Ausstattung des Quartiers und des Stadtteils mit Versorgungs- und Hilfsangeboten, insbesondere für Kinder und Ältere.

Insgesamt überdurchschnittlich gute Bedingungen in Heidelberg

In Heidelberg befindet sich die Ausstattung mit Angeboten der sozialen Infrastruktur insgesamt auf einem überdurchschnittlichen Niveau. Dies gilt für Erholungsflächen, Kindertagesstätten und Altenheimen, aber auch für kulturelle Einrichtungen wie Theater, Kinos, Bibliotheken und Museen (Korczak, 1995).

Allerdings macht eine differenzierte Betrachtung nach Stadtteilen auch Defizite und Unterschiede in der Verteilung sichtbar.

Wohnsituation

Wohnen als Grundbedingung der Lebensqualität

Wohnen stellt ein Grundbedürfnis der Menschen dar und steht in engem Zusammenhang mit der Gesundheit. Vor allem für Kinder stellen Wohnungen einen bedeutenden Faktor für ihr Wohlbefinden dar, da sie hier einen großen Teil ihrer täglichen Zeit verbringen. Mit zunehmendem Alter gewinnt dann das nähere und weitere *Wohnumfeld*, mit seinen sozialen

und kulturellen Angeboten, Grün- und Erholungsflächen, an Bedeutung. Für ältere Menschen ist wiederum die Wohnung selbst als zentraler Faktor der Lebensqualität wichtiger.

Wohnbedürfnisse in Heidelberg mit durchschnittlichem Einkommen nur schwer zu befriedigen

Der Anspruch auf die Befriedigung der Wohnbedürfnisse ist zu erfüllen, wenn die Bewohnerinnen und Bewohner eines Gemeinwesens dazu in der Lage sind, sich die für sie geeigneten Wohnungen finanziell leisten zu können. Da das Miet-, Boden und Immobilienpreinsniveau in Heidelberg zu den höchsten in Deutschland gehört, ist dies insbesondere für einkommensschwache Teile der Bevölkerung meist schwierig. Dies dürfte einen der Gründe für den geringen Kinderanteil in der Heidelberger Bevölkerung darstellen (siehe Kap. 2).

Zunahme der Anzahl der Wohnungen bei leicht sinkender Einwohnerzahl

Ein Maß der Lebens- und Versorgungsqualität in einer Stadt ist die Belegungsdichte der zur Verfügung stehenden Wohnungen. Während sich 1968 in Deutschland durchschnittlich noch 3,2 Personen eine Wohnung teilten, lebten 2002 nur noch 2,2 Menschen in einer Wohnung (Statistisches Bundesamt, 2003). In Heidelberg stehen (2002) 69.199 Wohnungen zur Verfügung. Die Belegungsdichte beträgt im Durchschnitt 1,9. Diese relativ geringe Belegungsdichte dürfte mit dem hohen Anteil an Einpersonenhaushalten zusammenhängen (siehe Kap. 2).

Von den ca. 18.500 Wohngebäuden in Heidelberg haben ca. 11.000, d. h. knapp 60 % maximal zwei Wohnungen. Die insofern aufgelockerte Siedlungsstruktur dominiert insbesondere in den Vororten.

Höhere Belegungsdichte in Stadtteilen mit vielen Kinderhaushalten

Mit Blick auf den letzten Gesundheitsbericht ist die Anzahl der Wohnungen in Heidelberg seit

1995 um 4.393 gestiegen. Da die Bevölkerungszahl im gleichen Zeitraum leicht gesunken und zugleich der Anteil der Einpersonenhaushalte gestiegen ist, ging auch die Belegungsdichte um 0,1 zurück.

Zwischen den Stadtteilen existieren nur geringe Unterschiede. Herausragend sind lediglich der

Stadtteil Emmertsgrund (mit dem geringsten Anteil an Einpersonenhaushalten und dem höchsten Anteil an Haushalten mit Kindern), wo die Belegungsdichte mit 2,6 recht hoch ist, und Bergheim, wo die Dichte mit 1,5 am niedrigsten ist.

Tabelle 3.1: Anzahl der Wohnungen und Belegungsdichte nach Einwohnern in den Stadtteilen

Stadtteil	Anzahl der Wohnungen	Belegungsdichte 2002	Belegungsdichte 1994
Schlierbach	1.642	2,0	2,0
Altstadt	5.227	1,9	2,1
Bergheim	4.086	1,5	1,7
Weststadt	6.505	1,8	1,9
Südstadt	2.136	1,8	1,9
Rohrbach	7.302	1,8	2,0
Kirchheim	8.288	1,9	2,1
Pfaffengrund	3.923	1,9	2,0
Wieblingen	4.660	2,1	2,2
Handschuhsheim	8.503	1,8	1,9
Neuenheim	7.124	1,9	2,0
Boxberg	2.121	2,0	2,1
Emmertsgrund	2.657	2,6	2,8
Ziegelhausen	5.025	1,8	2,0
Gesamtstadt	69.199	1,9	2,0

Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2003

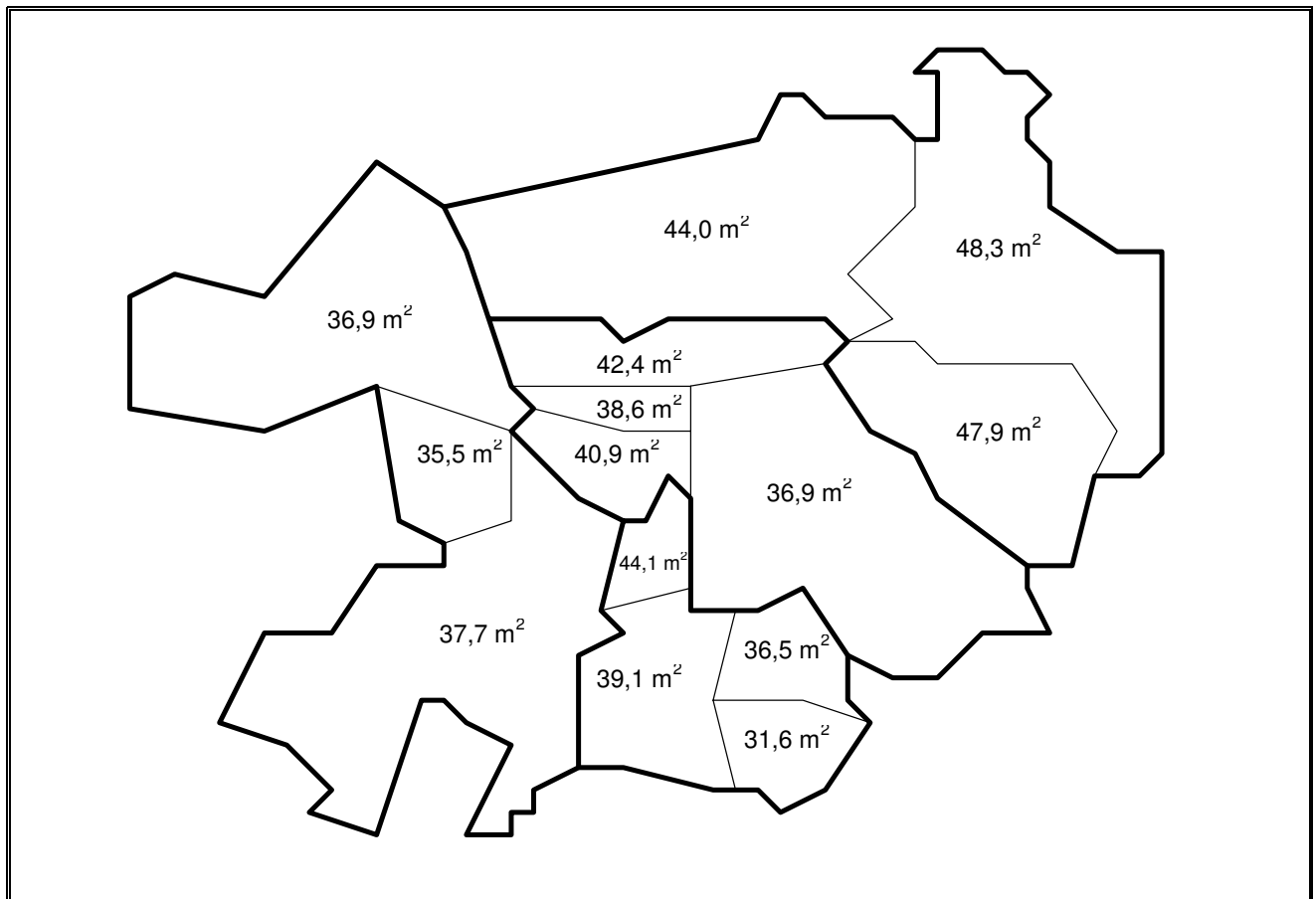
Durchschnittliche Wohnfläche insgesamt – geringere Flächen im Süden und Westen

Hinsichtlich der Qualität der Wohnungsverorgung dient die verfügbare Wohnfläche pro Einwohner als wichtiger Indikator. Im Bundesdurchschnitt beträgt die Wohnfläche je Einwohner 41,6 m². In Heidelberg ist die durchschnittliche Wohnfläche mit 40,0 m² etwas kleiner. Am meisten Wohnraum je Einwohner stehen in den Stadtteilen Ziegelhausen (48,3 m²) und Schlierbach (47,9 m²) zur Verfügung; auch in der Südstadt (44,1 m²) und in Handschuhsheim (44,0 m²) ist die Fläche überdurchschnittlich groß.

Weit unter dem Durchschnitt liegen die Wohnflächen in den Stadtteilen am westlichen und südlichen Rand des Stadtgebiets, insbesondere im Emmertsgrund mit 31,6 m². Auch im Stadtteil Pfaffengrund ist die Fläche mit 35,5 m² vergleichsweise klein (siehe Karte 3.1).

Die Wohnungen in Heidelberg bestehen zu 17,2 % aus einem Zimmer, zu 54,0 % aus 2 und 3 Zimmern und zu 28,8 % aus 4 und mehr Zimmern. Der prozentuale Anteil der Ein-Zimmer-Wohnungen ist seit 1995 um 1 % gestiegen. Die Zahl der Wohnungen mit 2 und 3 Zimmern ist hingegen um 3 % gesunken. Der Anteil mit 4 und mehr Zimmern ist gleich geblieben.

Karte 3.1: Wohnfläche je Person in den Stadtteilen (Gesamtstadt: 40,0 %)



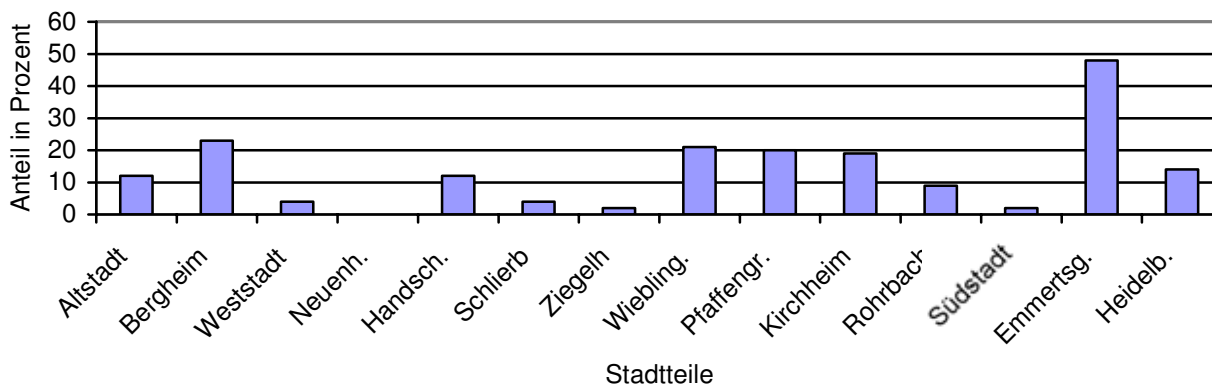
Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2003

Sozialwohnungen für einkommensschwächere Bewohner – überwiegend im Westen und Süden der Stadt

Unter den knapp 70.000 Wohnungen sind ein Viertel Eigentümerwohnungen und ein knappes Siebtel (13,8 %) Sozialwohnungen. Diese sind sehr ungleich über das Stadtgebiet verteilt: Sie sind ne-

ben dem Stadtteil Bergheim auf die peripheren Stadtteile des Westens und Südens (insbesondere in den Stadtteilen Boxberg und Emmertsgrund) konzentriert - dort befinden sich auch die meisten Haushalte mit Kindern (Diagramm 3.1). Dort ist auch die verfügbare Wohnfläche je Bewohner/in unterdurchschnittlich.

Diagramm 3.1:
Anteil der öffentlich geförderten Wohnungen am Wohnungsbestand nach Stadtteilen 2003



Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2004

*Notwohnungen für immer mehr Dringlichkeitsfälle
– Zeichen einer sozialen Polarisierung in der Stadt?*

Auf dem Heidelberger Wohnungsmarkt wird der Anteil der mit kleinerem Einkommen nicht mehr bezahlbaren Wohnungen immer größer. Damit steigt auch die Zahl der Räumungsklagen an. Im Jahr 2002 gab es hier 268 Dringlichkeitsfälle, meist weil die Mietschuld nicht beglichen werden konnte. 1997 betrug die entsprechende Zahl nur 159. Die Möglichkeit zur Versorgung wird wegen unzulänglichen Bestandes an geeigneten Wohnungen immer schwieriger. Für diese Dringlichkeitsfälle gibt es Notwohnungen, welche die Stadt zur Verfügung stellt. Diese sind generell über das Stadtgebiet verstreut; allerdings sind 5 Stadtteile, nämlich Neuenheim, Schlierbach; Südstadt, Weststadt und Ziegelhausen ausgenommen. Diese Stadtteile zeichnen sich durch einen überdurchschnittlich hohen Sozialstatus (siehe Kap. 2), eine überdurchschnittliche Wohnfläche je Bewohner und durch einen geringen Anteil von Sozialwohnungen aus.

Eine relativ hohe Konzentration von Notwohnungen liegt demgegenüber in dem Stadtviertel Am Kirchheimer Weg im Stadtteil Kirchheim vor. In diesem Stadtteil ist die Quote der Erwerbslosen überdurchschnittlich hoch und der Sozialstatus unterdurchschnittlich (siehe Kap. 2).

Diese Unterschiede können als „Anzeichen einer sozialen Polarisierung gewertet werden“ (Stadt Heidelberg: STEP Umsetzungsbericht 2002). Sie weisen zugleich auf Ungleichheiten in den gesundheitlichen Chancen hin.

Wohnraum für Obdachlose – ein Schritt zur Integration in die Gesellschaft

Eine besondere Problemgruppe der Wohnungsversorgung stellen dabei die obdachlosen Wohnungslosen, die Nichtsesshaften, dar. Um diese Gruppe – mit deutlich erhöhten sozialen, psychischen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen kümmern sich verschiedene Organisationen. Dazu gehört insbesondere „Obdach e.V.“, der zur Zeit 100 angemietete Wohneinheiten an Obdachlose weitervermietet. Diesen Menschen wird damit geholfen, in ein „normales Leben“ zu finden. Die private Initiative wird von der Stadt unterstützt und gefördert.

Programm „Soziale Stadt“ zur Verbesserung des Wohnumfelds in einem Stadtteil

In dem am dichtesten besiedelten Stadtteil Emmertsgrund – an der südlichen Peripherie der Stadt – mit schwierigen baulichen (Hochhäuser – Tendenzen zur Anonymisierung) und sozialen (Arbeitslose, Aussiedler, Ausländer) Problemen wurde im Rahmen des von der Bundesregierung aufgelegten Programms „Soziale Stadt“ eine Reihe von Verbesserungsmaßnahmen ergriffen, z. B. bauliche Verbesserungen in den Eingangsbereichen, die Einrichtung eines Dienstleistungszentrums mit Stadtteilbüro, Concierge und Stadtteilbeauftragtem, die Umgestaltung des Jugendzentrums und die Aufhebung der Fehlbelegungsabgabe zur Reduzierung der hohen Fluktuation.

Wege zur Arbeit und zur Nahversorgung

Siedlungsstruktur - eine Ursache für vielfach lange Arbeitswege

Ein Faktor für Gesundheit und Lebensqualität sind die im Alltag – zur Arbeit und zur Versorgung mit dem täglichen Bedarf – notwendigen Wege. Sie ziehen einen hohen Zeitaufwand, den Einsatz von (häufig motorisierten) Verkehrsmitteln und vielfach Stressbelastungen nach sich.

Die aufgelockerte Bebauung der Wohngebiete vor allem in den peripheren Stadtteilen hat zur Folge, dass nur etwa ein Drittel der Bevölkerung heute in einer Luftlinienentfernung von höchstens 2 km vom Zentrum entfernt wohnt, während sich innerhalb dieses Radius zwei Drittel der Arbeitsplätze befinden (Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2003). Diese Diskrepanz hat für einen erheblichen Teil der Heidelberger Bevölkerung lange Wege zur Arbeit zur Folge.

Lange Wege zur Nahversorgung in Stadtteilen – insbesondere im Süden

Eine ausreichende Nahversorgung gilt als gegeben, wenn sich die Angebote von den Wohnungen zu Fuß erreichen lassen und dabei eine Distanz von 500 m Luftlinie zwischen Wohnung und Verkaufsstelle nicht überschritten wird. Nach einer Untersuchung der Stadt Heidelberg zur Nahversorgung in den Stadtteilen ist das Angebot in den zentralen Stadtteilen Weststadt, Neuenheim und Bergheim besonders dicht und vielseitig (Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2003).

Insgesamt können 87 % der Heidelberger mindestens ein Lebensmittelgeschäft zu Fuß erreichen. Für rund 18.800 Personen ist die Versorgungslage dagegen problematisch. Aus der Analyse ergibt sich ein Handlungsbedarf für die südlichen Stadtteile Boxberg, Emmertsgrund und Südstadt sowie den kleinsten Stadtteil Schlierbach.

Von großer Bedeutung für die Nahversorgung sind die Wochenmärkte, die es mit Ausnahme von Schlierbach und Wieblingen in allen Heidelberger Stadtteilen gibt. Direktvermarkter von Erzeugnissen aus der Region finden sich auf den Wochenmärkten in der Altstadt, in Handschuhsheim, Kirchheim, Neuenheim und Pfaffengrund.

Verkürzung von Weg- und Zeitaufwand zu städtischen Einrichtungen

Zur Verbesserung der Infrastruktur – und damit der Lebensqualität – wurde ein großer Teil der städtischen Behörden dezentralisiert. Dazu dienen insbesondere die 10 Bürgerämter in den einzelnen Stadtteilen als Anlaufstelle für alltägliche Fragen (Pass, Führerschein, Sozialhilfe und dgl.). Kundenfreundliche Öffnungszeiten erleichtern die Inanspruchnahme. Darüber hinaus dient ein Bücherbus mit Anlaufpunkten in allen Stadtteilen der Nutzung des umfangreichen Literaturangebots der Stadtbücherei.

Spiel- und Sportflächen

Ausreichendes Spielflächenangebot nach Öffnung der Schulhöfe

Seit 1995 wurde das Angebot an Spielflächen durch die Öffnung der Schulhöfe in den Stadtteilen und ihre kindgerechte und bewegungsfördernde Ausstattung für Kinder unter 12 Jahren ergänzt. Damit gibt es in allen Stadtteilen für die Kinder dieses Alters ein breites Angebot an Spielflächen.

Sport und Bewegung als Gesundheitsfaktor

Körperliche Aktivitäten spielen im modernen Alltag eine immer geringere Rolle. Daher kommen sportlichen und anderen körperlichen Betätigungen als Ausgleich für den alltäglichen Bewegungsmangel und damit für die Erhaltung und die Förderung der Gesundheit eine große Bedeutung zu.

Grundlage für Bewegungsmöglichkeiten im Alltag und für sportliche Betätigung sind ausreichende Angebote an Strecken, Flächen und Räumen. Dazu gehören zunächst neben den Fußwegen, die Radwege mit einer Gesamtlänge von 117 km sowie die Bereitstellung weiterer verkehrssicherer Verbindungen für Radfahrer im und um das Stadtgebiet. Hinzu kommen Spielflächen im Wohnumfeld und Naherholungsgebieten sowie insbesondere Sportflächen, Sporthallen und Schwimmhallen. Diese werden im Wesentlichen von Schulen und Vereinen genutzt.

In Heidelberg stehen 47 Sporthallen und 66 Sportfreiflächen sowie 5 Hallen- und 2 Freibäder zur

Verfügung. Daneben werden noch Tennis- Reit-sport-, Kegel- und Schießsportanlagen sowie Waldsportpfade angeboten. Auch die Wasserflächen des im Heidelberger Stadtgebiet gestauten Neckars werden für Aktivitäten des Wassersports, wie Rudern, Paddeln und Segeln genutzt.

Viele Sportflächen an der Peripherie

Die Sporthallen und Freisportanlagen konzentrieren sich in den Stadtteilen Kirchheim, wo sich das Sportzentrum Süd befindet, und Neuenheim mit den Sportanlagen der Universität. Hier sind 23,0 % bzw. 19,5 % aller Einrichtungen angesiedelt. Mit dem neuen Sportzentrum in Wieblingen wurde 2004 eine Lücke in der sportlichen Infrastruktur geschlossen. Besonders gering ist das Angebot im Innenstadtbereich, in den dicht bebauten Stadtteilen Bergheim (0,9 %) und Weststadt (1,8 %).

Durchschnittlich kann jede/r Einwohner/in 2,47 m² Sportfläche nutzen. Den Einwohnern/innen in Kirchheim (7,75 m²) und in der Südstadt (4,01 m²) steht, bezogen auf die Fläche, am meisten Platz für Sportaktivitäten zur Verfügung. Am wenigsten Raum ist in den zentralen Stadtteilen Bergheim (0,03 m²), Weststadt (0,12 m²) und Altstadt (0,24 m²) vorhanden, wo lediglich Hallen und keine Freisportflächen angeboten werden. Im Vergleich zum Gesundheitsbericht 1997 hat sich die Situation verbessert. Insgesamt sind 19 Anlagen hinzugekommen. Die Fläche der Sporthallen und Freisportflächen ist um 24.682 m² gestiegen und jedem/r Einwohner/in stehen im Durchschnitt 0,22 m² Sportfläche mehr als zur Zeit des ersten Gesundheitsberichtes zur Verfügung.

Tabelle 3.2: Anzahl der Sportanlagen und Fläche bezogen auf die Einwohnerzahl in den Stadtteilen

Stadtteil	Sporthallen		Sportfreiflächen		Gesamtflächen		Gesamtfläche je Einwohner in m ²
	Anzahl	in m ²	Anzahl	in m ²	Anzahl	in m ²	
Schlierbach	1	405	2	9.140	3	8.735	2,69
Altstadt	4	2.344	-	-	4	2.344	0,24
Bergheim	1	222	-	-	1	222	0,03
Weststadt	2	1.425	-	-	2	1.425	0,12
Südstadt	3	1.971	3	13.400	6	15.371	4,01
Rohrbach	5	3.267	6	34.540	11	37.807	2,83
Kirchheim	6	4.277	21	118.725	27	123.002	7,75
Pfaffengrund	3	914	3	14.540	6	15.454	2,04
Wieblingen	6	3.212	3	16.280	9	19.492	2,01
Handschuhsheim	4	3.375	6	27.420	10	30.795	2,07
Neuenheim	5	1.834	17	34.783	22	36.617	2,73
Boxberg	2	940	2	9.140	4	10.080	2,33
Emmertgrund	2	940	2	9.140	4	10.080	1,43
Ziegelhausen	3	2.169	2	10.390	5	12.559	1,38
Gesamtstadt	47	28.321	66	293.358	113	321.679	2,47

Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2003

Kindertageseinrichtungen

Bedeutung der Einrichtungen für die kindliche Entwicklung

Kindertageseinrichtungen stellen in der heutigen Gesellschaft grundlegend wichtige Einrichtungen

für Kinder dar. Sie bilden einen wesentlichen Teil des Bildungswesens und der sozialen Infrastruktur der Stadtteile – ihre Existenz und ihre Qualität ist eine wichtige Voraussetzung für die kindliche Entwicklung und für die Beteiligung der Eltern am wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Leben. Sie stellen zugleich einen wesentlichen Beitrag zur

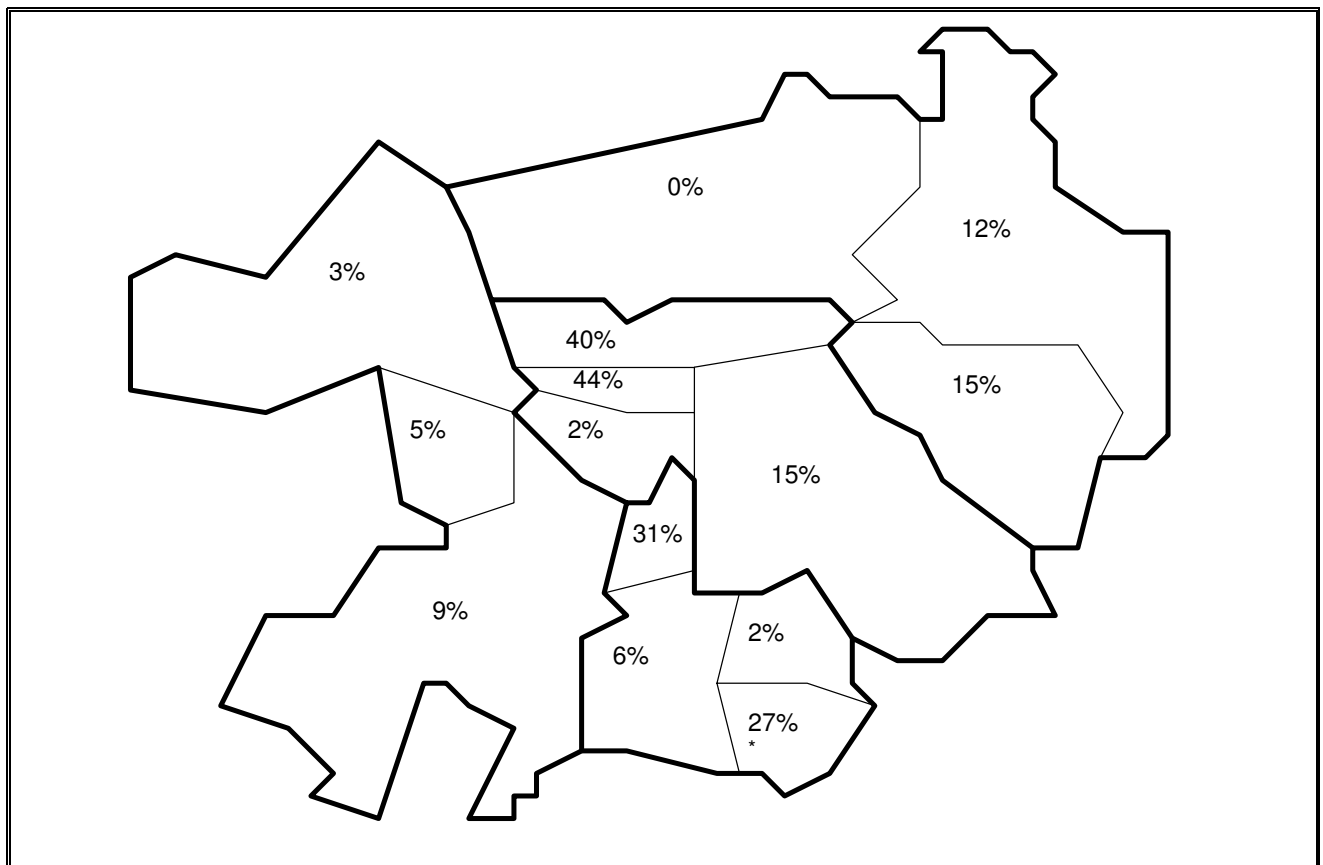
Verbesserung der Lebens- und Gesundheits-Chancen für Frauen, Alleinerziehende und deren Familien dar (Robert-Koch-Institut: Armut bei Kindern und Jugendlichen 2003).

Weit überdurchschnittliches, aber ausbaufähiges Angebot an Kinderkrippen und Krabbelstuben

Zu den Einrichtungen für Kinder gehören zunächst die Kinderkrippen und Krabbelstuben. Sie bieten eine ganztägige Betreuung für Kleinkinder von der 8. Lebenswoche an bis zum 3. Lebensjahr. In Heidelberg gab es im Jahr 2002 32 Krippen bzw.

Krabbelstuben mit 396 Plätzen (gegenüber 14 Einrichtungen mit 248 Plätzen im Jahre 1995) bei 3.206 Kindern unter 3 Jahren. Der Versorgungsgrad betrug damit 12,4 %. Bis zum Jahr 2004 erhöhte sich der Versorgungsgrad nochmals auf 15,5 % - der Landesdurchschnitt in Baden-Württemberg liegt demgegenüber bei nur 2,3 %. Bei der Versorgung liegen deutliche Unterschiede zwischen den Stadtteilen vor; insbesondere der Westen und der Norden der Stadt sind unterversorgt.

Karte 3.2: Versorgungsgrad mit Krippen, und Krabbelstuben in den Stadtteilen
(Heidelberg insgesamt: 12,4 %)



Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Stadtentwicklung und Statistik 2003

Flächendeckende Versorgung mit Kindertagesstätten

Von besonderer Bedeutung für die soziale Situation der Kinder ist der Kindergarten, der es den drei- bis sechsjährigen Kindern ermöglicht, sich für eine bestimmte Zeit am Tage von der Familie zu lösen, neue kognitive Erfahrungen zu machen und neue soziale Beziehungen aufzubauen. Dies ist insbesondere mit dem Blick auf die Kleinfamilie, die Situation der Einzelkinder und ausländischen Kindern bedeutsam. Für diese ist das Angebot der Sprachförderung in den Kindertagesstätten besonders wichtig.

In Heidelberg stehen in 76 Einrichtungen 3.920 Kindergartenplätze für 3.343 Einwohner zwischen 3 und 6 Jahren zur Verfügung. Davon werden 21 von der Stadt und die übrigen 55 von freien Trägern betrieben. Seit der letzten Gesundheitsberichterstattung hat sich die Situation für Kinder zwischen drei und sechs Jahre weiter verbessert. Der Versorgungsgrad ist von 95 % auf 117 % gestiegen.

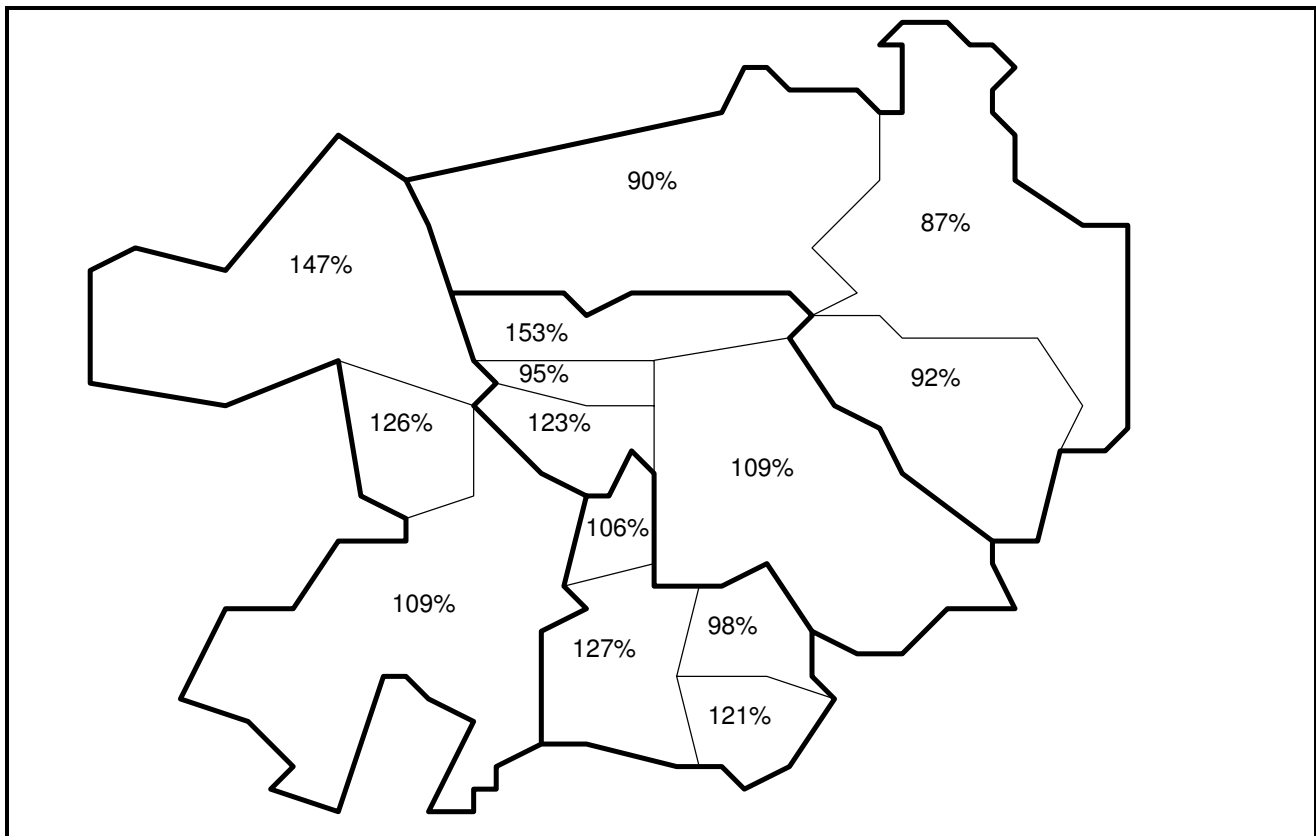
Obwohl die Versorgungssituation mit Kindergartenplätzen insgesamt mehr als ausreicht, ergeben sich auch hier zwischen den einzelnen Stadtteilen deutliche Unterschiede (Karte 3.3).

Bei Bedarf ganztägige Betreuung

Je nach Bedarf der Familien werden die Kinder in den Einrichtungen ganztags betreut. In den städtischen Einrichtungen wird ihnen ein Mittagstisch (ca. 1.000 Mittagessen pro Tag) angeboten. Ein an den Grundsätzen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung orientiertes ausgearbeitetes Ernährungskonzept ist Grundlage. Demnach wird regelmäßig eine Mischkost angeboten mit teilweise Produkten aus biologischen Anbau und von regionalen Erzeugern.

Auch zwei evangelische Kindertagesstätten Heidelbergs bieten Mittagessen für Kinder im Grundschulalter an, eine weitere plant derzeit eine Essensversorgung.

Karte 3.3: Versorgungsgrad mit Kindergärten in den Stadtteilen (durchschnittlich: 117 %)



Schulen

Hauptschüler in Heidelberg – eine Randgruppe?

An den 20 Grundschulen werden zur Zeit 4.396 Schülerinnen und Schüler im Alter von sechs bis zehn Jahren unterrichtet. In der Sekundarstufe stehen den 1.122 Hauptschülern 1.604 Realschüler, 1.904 Gesamtschüler und 6.788 Gymnasiasten gegenüber, d. h. der Anteil der Schülerinnen und Schüler an der Hauptschule ist extrem gering. Damit besteht das Risiko der Bildung einer sozialen Gruppe, die Merkmale einer ausgegrenzten Randgruppe trägt. Ihre Chancen bei der Erlangung eines Ausbildungsplatzes nach Abschluss der Schule sind relativ gering.

Um diese Schülerinnen und Schüler gezielt zu fördern, wurden inzwischen in den Stadtteilen Kirchheim und Boxberg zwei Ganztageshauptschulen eingerichtet.

Ergänzende Einrichtungen zur Förderung der Kinder und Entlastung der Eltern

Die Unterrichtszeiten, vor allem in den Grundschulen, sind im Allgemeinen so geregelt, dass die sechs- bis zehnjährigen Kinder nur einen Teil des Vormittags in den Klassen verbringen können. Um den Eltern eine geregelte Berufstätigkeit zu ermöglichen und die Grundschulkinder außerhalb der Unterrichtszeit pädagogisch zu betreuen und zu fördern, werden Schülerhorte und die sogenannte verlässliche Grundschule angeboten. Hier wird den Kindern von qualifizierten Fachkräften des Vereins päd.aktiv Hausaufgabenhilfe und Vermittlung von Lern-techniken geboten.

Darüber hinaus gibt es einen Mittagstisch für ca. 450 Kinder (siehe Kap. 6). Auch in dem heilpädagogischen Hort der Caritas in dem Notwohnungsgebiet Mörgelgewann erhalten die dort betreuten Grundschulkinder eine Mittagsmahlzeit.

In Heidelberg gibt es zur Zeit 1.907 Betreuungsplätze für die 4.355 Kinder dieser Altersgruppe. Damit ist hier eine Quote von 44 % gegenüber nur 18 % zur Zeit des ersten Gesundheitsberichtes erreicht.

Schulsozialarbeit in Haupt- und Förderschulen

Zur Kompensation von Ausgrenzungstendenzen, zum Abbau von persönlichen und sozialen Defiziten und zur Förderung von Kompetenzen bei Schülerinnen und Schülern von Haupt- und Förderschulen wurde im Jahr 2002 an diesen Einrichtungen die Schulsozialarbeit eingeführt. Die Sozialarbeiter/innen fungieren als Ansprechpartner für die Schülerinnen und Schüler. Sie unterstützen damit zugleich die pädagogisch-didaktische Tätigkeit der Lehrerinnen und Lehrer dieser Schulen.

Jugendberufshelfer zur Unterstützung auf dem Ausbildungssektor

Leistungsschwächere Schülerinnen und Schüler, insbesondere aus Haupt- und Förderschulen, haben zunehmend Schwierigkeiten, sich in den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt zu integrieren.

Das von der Stadt Heidelberg zusammen mit der Landesregierung Baden-Württemberg und der Arbeitsverwaltung getragene Projekt Jugendberufshelfer versucht die am besten geeignete Maßnahmen für die jungen Menschen zu erarbeiten und diese zu motivieren, Verantwortung für die Existenzsicherung und Lebensperspektiven zu übernehmen (Stadt Heidelberg: STEP Umsetzungsbericht 2002).

Freiwilligenbörse

Bürgerschaftliches Engagement – Grundlage sozialen Zusammenhalts

Ein erheblicher Teil des sozialen Lebens in einer Kommune ist ohne Beteiligung und Engagement ihrer Bürgerinnen und Bürger nicht denkbar. Sie arbeiten z. B. als Übungsleiter in Sportvereinen, als Elternbeiräte in Schulen und Kindergärten, sie unterstützen beeinträchtigte Menschen, helfen in Kliniken und Strafanstalten, engagieren sich in Kirchengemeinden, in der Nachbarschaft, pflegen Gewässer, Spielflächen oder Kulturdenkmale, gründen Initiativen und Projekte.

Dieses Engagement ist jedoch angesichts allzeit bestehender Zeitknappheit keineswegs selbst

verständlich (siehe Kap. 6). Es bedarf daher der Förderung und Pflege.

Förderung und Unterstützung der Bürgerbeteiligung durch die Freiwilligenbörse

Die seit 1997 bestehende Freiwilligenbörse ist die übergreifende Anlaufstelle für Menschen, die sich engagieren wollen und Einrichtungen, die Freiwillige suchen. Sie wird gemeinsam durch Stadt, Land und den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband als Träger gefördert. Sie arbeitet inzwischen mit über 120 Einrichtungen, Organisationen, Initiativen und Projekten aus den verschiedensten Bereichen, insbesondere Soziales, Kultur und Ökologie, zusammen. Die Freiwilligenbörse konnte z. B. für Menschen mit Einschränkungen „Paten“ vermitteln, die für diese Unterstützung im Alltag und bei Verhandlungen leisten. Den Freiwilligen wird von der Freiwilligenbörse ein umfangreiches Fortbildungsprogramm zur Qualifizierung ihrer Tätigkeiten angeboten.

Um die Unterstützung des bürgerschaftlichen Engagements zu sichern und zu verbessern, wurde 2002 ein Konzept entwickelt und vom Gemeinderat verabschiedet. Dazu gehören die Gesamtkoordination in der Stadtverwaltung, die Einrichtung einer Steuerungsgruppe und die Durchführung öffentlich wirksamer Aktionen zur Darstellung der Vielfalt des Engagements.

Einrichtungen und Angebote für ältere Menschen

Förderung von Lebensqualität und Gesundheit älterer Menschen

Ältere Menschen sind zum überwiegenden Teil in der Lage, ihr Leben selbst bestimmt zu gestalten. Sofern sie auf Hilfe angewiesen sind, ziehen sie ambulante Dienste und andere Hilfsangebote der Betreuung und Behütung vor. Aufgrund der demografischen Alterung der modernen Gesellschaft nimmt die Gruppe der Älteren eine zunehmend bedeutendere Rolle ein. Da sich dies in den Kommunen auf die Betreuungsstruktur niederschlägt, wurde in Heidelberg 1990 ein „Altersstrukturkonzept“ entwickelt, das die Bedürfnisse und Interessen älterer Menschen widerspiegeln und die soziale Integration,

die Teilnahme am kulturellen Leben und die Gesundheit der älteren Menschen fördern soll.

Mittagstische für Ältere

Für ältere Menschen kann es aus sehr unterschiedlichen Gründen schwierig werden, regelmäßig ein frisches Essen selbst zuzubereiten. Durch zentrale Mittagstische sowie Mahlzeitendienste soll sichergestellt werden, dass ältere Menschen regelmäßig ein ausgewogenes, altersgerechtes Essen erhalten, um gesundheitliche Beeinträchtigungen durch eine mangelhafte Ernährung zu vermeiden. Darüber hinaus ist das Essen in einer Gemeinschaft ein ganz wichtiger sozialer Aspekt (wohl fühlen, Kontakte knüpfen, Wege meistern). In Heidelberg befindet sich in jedem Stadtteil ein stationärer Mittagstisch.

Umfangreiche Angebote zur Aktivierung älterer Menschen in den Stadtteilen

Im Stadtkreis Heidelberg wurden auf der Grundlage des Altenstrukturkonzepts 10 *Seniorenzentren* in den Stadtteilen Altstadt, Bergheim, Handschuhsheim, Kirchheim, Neuenheim, Pfaffengrund, Weststadt, Wieblingen, Ziegelhausen und Rohrbach gegründet, die verschiedene Aufgaben erfüllen:

- Ältere Menschen in den Stadtteilen informieren, beraten und Hilfe vermitteln;
- Vernetzung aller Einrichtungen mit Angeboten für ältere Menschen;
- Kulturelle und soziale Programme zur Aktivierung älterer Menschen;
- Serviceleistungen, wie stationäre Mittagstische;
- Motivation älterer Menschen zur Selbsthilfe untereinander und zum ehrenamtlichen Engagement;
- Anregung von „Paten-Oma-Dienste“ zur besseren Verbindung der Generationen untereinander,
- Angebote der Gesundheitsförderung – von der Ernährungsberatung über Sport und Bewegung bis hin zum Gedächtnistraining.

Ergänzt werden die Angebote durch die „*Akademie für Ältere*“, einer gemeinnützigen Einrichtung.

tung zur Weiterbildung und Gesundheitsförderung mit etwa 4.000 Mitgliedern. Darüber hinaus gibt es die Bürgerberatung der Bürgerämter, sowie Seniorenclubs und organisierte Nachbarschaftshilfen.

Förderung selbständigen Wohnens im Alter

Um eine möglichst selbst bestimmte Situation für ältere Menschen zu erhalten und zu schaffen, wurde in Heidelberg ein Konzept zum Betreuten Wohnen umgesetzt. Zur Zeit werden 231 Betreute Wohnungen angeboten, wobei ein Bedarf von 473 ermittelt wurde. Das entspricht einem Versorgungsgrad von 49 %. Dazu kommt die Wohnraumberatung für Seniorinnen und Senioren durch den *Wohnservice für Ältere*, die durch eine Wohnungsbörse, Angebote zur Wohnraumanpassung sowie durch Projekte des gemeinschaftlichen Wohnens ergänzt wird.

Ein weiteres Angebot zur Kompensation von Einschränkungen ist die Belieferung von Kundinnen und Kunden durch den Einzelhandel: Eine Befragungsaktion durch die Akademie für Ältere ergab eine Vielzahl von Anbietern in jedem Stadtteil, die in die Wohnungen liefern können. Das Ergebnis steht in Form einer Broschüre der Öffentlichkeit zur Verfügung.

Zur weiteren Information über die vielfältigen Hilfsangebote wurde eine zentrale Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstelle (IAV) mit einem Telefondienst eingerichtet.

Unterstützung der Selbständigkeit durch Nachbarschaftshilfe und Mobile Soziale Dienste

Wenn die Mobilität der Menschen, insbesondere im höheren Alter, eingeschränkt ist und Angehörige oder eine gewachsenen Nachbarschaft nicht zur Verfügung stehen, wird Nachbarschaftshilfe auch in organisierter Form angeboten. Sie unterstützen vor allem im Haushalt und bei der persönlichen Lebensführung. Die Nachbarschaftshilfen werden von ehrenamtlichen und freiwilligen Helferinnen und Helfern erbracht, die organisatorisch in der Regel an kirchliche Träger angegliedert sind. Insgesamt existieren (2001) 14 Nachbarschaftshilfen, verteilt im ganzen Stadtgebiet.

Die Nachbarschaftshilfen werden durch 3 Mobile soziale Dienste freier Träger ergänzt. Diese bieten vor allem durch Zivildienstleistende, koordiniert durch fest angestellte Mitarbeiterinnen, dieselben Hilfen wie die Nachbarschaftshilfen an. Darüber hinaus bieten 4 Mahlzeitendienste täglich eine warme Mahlzeit an, die in die Wohnungen gebracht werden.

Wenn ältere Menschen außer der Hilfe zur persönlichen Lebensführung pflegerische Dienste im häuslichen Bereich benötigen, stehen die Leistungsanbieter der Sozialstationen und der Ambulanten Dienste zur Verfügung (siehe Kap. 9). Durch ihre Leistungen wird vielfach der Aufenthalt in Heimen oder in Kliniken überbrückt.

Unterstützung für bedürftige Menschen

Hilfen zu einem menschenwürdigen Leben

Neben der Stadt Heidelberg mit ihrem Angebot an Notwohnungen unterstützt der Verein „Obdach e. V.“ (s. Kapitel 2) mit seinen ca. 100 Wohneinheiten, durch persönliche Begleitung und Betreuung alleinstehende Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten bei der Rückkehr in ein menschenwürdiges Leben und in die Arbeitswelt.

Darüber hinaus kümmert sich der Verein SKM (Katholischer Verein für soziale Dienste) um Menschen in Heidelberg, die durch die „sozialen Netze“ gefallen sind. In der von ihm betreuten Wärmestube erhalten wohnungslose Menschen die Möglichkeit, zu frühstücken, sich aufzuwärmen und sich zu waschen. Außerdem gibt es hier täglich eine warme Mahlzeit, die von 30 – 50 Besuchern angenommen wird.

Lebensmittel für bedürftige Menschen

Die „Heidelberger Tafel e. V.“ unterstützt Menschen, die unter schwierigen Bedingungen leben, wie z. B. wohnungslose Personen. Dies geschieht dadurch, dass sie Lebensmittelüberschüsse an diese Personengruppe verteilt. Die Lebensmittel stammen aus regelmäßigen Spenden von einem festen Stamm von Betrieben aus der Lebensmittelbranche. Dazu kommen kurzfristige, unregelmäßige Lieferungen von Spenden.

dern, deren Ware kurz vor Ablauf des Mindesthaltbarkeitsdatums steht. Dabei handelt es sich keinesfalls um verdorbene Ware. Die verteilten Lebensmittel sind zum sofortigen Verbrauch bestimmt. Die von der Heidelberger Tafel eingesammelten Lebensmittel werden an karitative Einrichtungen des Rhein-Neckar-Raumes weitergereicht. Mit den Lebensmittelspenden werden gegenwärtig täglich ca. 150 Menschen versorgt.

Unter dem Namen "BROT & SALZ" eröffnete die Heidelberger Tafel in Kooperation mit dem Diakonischen Werk im September 1999 eine Abgabestelle für bedürftige Menschen in der Heidelberger Altstadt. Dort können berechnigte Menschen mit geringem Einkommen Lebensmittel gegen eine geringe Bezahlung erhalten. Für die Berechnigung werden die Lebensbedingungen und finanziellen Voraussetzungen des Einzelnen nach Kriterien berücksichtigt, die bisher bei der Vergabe von Individualhilfen angewandt wurden.

In all diesen Vereinen spielt das ehrenamtliche Engagement von Heidelberger Bürgerinnen und Bürgern eine tragende Rolle. Diese wird erleichtert durch eine Politik der Stadt Heidelberg, welche sozial engagierte Organisationen sowie die hier aktiven Menschen unterstützt und fördert.

4 Gesundheit und Umwelt

Langzeiteffekte einer Vielzahl von Umweltfaktoren

Die gesundheitliche Situation der Bevölkerung ist maßgeblich abhängig vom Zustand der Umwelt. Schadstoffe in der Luft, im Wasser und im Boden, Lösungsmittel und Konservierungsmittel in Konsumprodukten, Pestizide und belastende Rückstände in Nahrungsmitteln, elektromagnetische Felder („Elektrosmog“), Veränderungen des Klimas und Radioaktivität stellen Risiken und Gefahren für die Gesundheit der Menschen dar. Dies trifft auch bei geringen Dosen zu, da sich Schadstoffe im Organismus anreichern und ihre Wirkung in Verbindung mit anderen Stoffen potenzieren können. Problematisch erscheinen auch die häufig langen Latenzzeiten der Wirkungen.

Kinder: Eine besonders gefährdete Bevölkerungsgruppe

Von der Wirkung der Schadstoffe sind insbesondere Kinder und chronisch kranke Menschen betroffen. Kinder nehmen in Relation zu ihrem Körpergewicht relativ viele Schadstoffe auf, da sie viel Sauerstoff und Flüssigkeit zu sich nehmen müssen. Sie bauen diese langsamer ab, da ihre Organe sowie ihr Immunsystem noch nicht voll entwickelt sind.

Einzelne Berufsgruppen – vorwiegend im gewerblichen Bereich – können in ihrem Arbeitsumfeld besonders hohen Schadstoffkonzentrationen ausgesetzt sein und sind daher auch als vitale Erwachsene gesundheitlich gefährdet.

Befindlichkeitsstörungen als Warnzeichen

Psychische und nervliche Befindlichkeitsstörungen sowie die Zunahme von Allergien gelten als Warnzeichen. Die Wirkungsweise der Schadstoffe kann zur Beeinträchtigung des Immunsystems, des Erbguts und innerer Organe führen. In Verbindung mit zunehmenden Umweltbelastungen werden neuartige Krankheitsbilder, wie zum Beispiel das Sick-Building-Syndrom (SBS) oder die Multiple chemische

Sensibilität (MCS) beobachtet. Eine kontinuierliche Umweltüberwachung ist daher für die Gesundheitsvorsorge der Bevölkerung unerlässlich.

Klima

Gefährdung von Lebensgrundlagen und Gesundheit durch globale Klimaveränderungen

Die globalen Klimaveränderungen stellen zu einem erheblichen Teil Folge zunehmenden Energie- und Flächenverbrauchs dar. Sie können auch die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen mittelbar und unmittelbar beeinträchtigen.

Sie wirken sich auf die Häufigkeit von extremen Wetterereignissen, wie Stürme, Hitzeperioden und Hochwasser aus. Gesundheitsbelastende Wetterlagen, wie schwüle, heiße Tage oder Inversionen können damit öfter oder länger auftreten und den Abtransport schadstoffbelasteter Luft behindern. Als deutliches Zeichen einer Klimaveränderung wird die extreme Hitzeperiode während des Sommers 2003 gewertet. Die Erkrankungs- und Todesraten vor allem von empfindlichen Bevölkerungsgruppen (z. B. älteren Menschen) steigt an (Künzli u. a. 2000, LGA 2003). Andererseits können starke Stürme und Hochwasser Umwelt und Lebensgrundlagen der betroffenen Bevölkerung zusätzlich gefährden.

Globaler Klimaschutz durch lokale Maßnahmen

Eine Verbesserung der globalen Klimasituation ist nur durch umfassende Maßnahmen zur Reduktion klimarelevanter Gase möglich. Gemeinsamer Handlungsstrang dafür ist die „Agenda 21“, die während der Rio-Konferenz 1992 formuliert wurde. Mit dem Klimaschutzkonzept von 1992 und dem „Stadtentwicklungsplan Heidelberg 2010“ von 1997 hat sich die Stadt Heidelberg eine „Lokale Agenda“ gegeben. Hier werden konkrete Maßnahmen als örtlicher Beitrag zum Klimaschutz formuliert.

Durch energetische Sanierung städtischer Gebäude konnte inzwischen eine Reduktion des CO₂-Ausstoßes um 30 % erreicht werden. Daneben wird die Bebauung von städtischen

Grundstücken an ökologischen Standards ausgerichtet. Diese und weitere Maßnahmen leisten einen kleinen, aber auf lokaler Ebene beachtlichen Beitrag zum globalen Klimaschutz.

Klimagefährdung durch den motorisierten Verkehr

Ein vergleichbarer positiver Effekt wurde in der gesamtstädtischen Bilanz allerdings noch nicht erreicht. Dafür sind insbesondere der gewerbliche Bereich und der zunehmende motorisierte Individualverkehr verantwortlich.

Gesundheitsrisiken durch lokale Klimabedingungen: Hitze, Wärmeinseln und Inversion

Heidelberg liegt in einer der wärmsten Regionen Deutschlands. Die Durchschnittstemperatur (1961 - 1990) liegt mit 10,6 °C gut 3 °C über dem Bundesdurchschnitt. Bedingt durch die geografische windarme Lage ist die Luftzirkulation insbesondere in den Sommermonaten eingeschränkt. Die Bildung von innerstädtischen Wärmeinseln, in denen die Lufttemperatur um bis zu 8 °C höher sein kann als im freien Umland, wird dadurch gefördert. Infolge dessen kann es an bis zu 50 Tagen im Jahr zu gesundheitlichen Belastungen der Bevölkerung, insbesondere der älteren und chronisch Kranken, kommen. Lediglich der „Neckartalwind“ aus Südost sorgt zeitweilig für gute Durchlüftung der westlichen Stadtteile.

„Wintersmog“ und „Sommersmog“ in Heidelberg

Die schlechten Luftaustauschbedingungen können vor allem in den Wintermonaten zu einer höheren Schadstoffbelastung („Wintersmog“) in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Raum führen. Dies wirkt sich dann auf Anfälligkeiten für Krankheiten der Atemwege und des Herzkreislaufbereichs aus. Im Sommer hat die hohe Sonnenscheindauer eine maßgebliche Auswirkung auf die Bildung des so genannten Sommersmogs durch bodennahes Ozon (O₃) und andere Photooxidantien.

Luftverschmutzung

Risiken für Gesundheit und Umwelt durch Luftschadstoffe aus Industrie und Verkehr

In stark verdichteten Ballungsgebieten und deren Zentren enthält die Atemluft mehr als 1.000 nachgewiesene Schadstoffe, die vorrangig aus Verbrennungsprozessen in der Industrie und im Verkehr stammen. Sie können über Haut, Schleimhäute, Atemwege und Augenbindehaut aufgenommen werden und Herz, Gehirn, Nervensystem, Blut und Nieren schädigen. Neuere epidemiologische Untersuchungen wiesen nach, dass ungefähr 6 % der Sterbefälle in Mitteleuropa mit der Luftverschmutzung zusammenhängen (Künzli, 2001).

Grenzwerte für relevante Schadstoffe

Zum Schutz von Gesundheit, Umwelt und Kulturgütern wurden deshalb für gas- und partikelförmige Schadstoffe Grenzwerte festgelegt (Tabelle 1), deren Einhaltung durch ein Messnetz kontrolliert wird. Zu den qualitativ und quantitativ relevantesten Schadstoffen werden Schwefeldioxid (SO₂), Stickstoffmonoxid (NO), Stickstoffdioxid (NO₂), Kohlenmonoxid (CO) und Ozon (O₃), flüchtige organische Substanzen (VOC), wie Benzol sowie Ruß, Stäube und ihre Inhaltsstoffe, insbesondere Schwermetalle wie Blei, gezählt.

Tabelle 4.1: Immissionsgrenzwerte für Luftschadstoffe als Jahresmittelwerte

Schadstoff	Immissionsgrenzwert	Regelwerk
Schwefeldioxid (SO ₂)	125 µg/m ³	22. BImSchV, zu erreichen ab 01.01.2005
Stickstoffmonoxid (NO)	0,5 mg/m ³	VDI 2310, MIK-Wert (Tageswert)
Stickstoffdioxid (NO ₂)	40 µg/m ³	22. BImSchV, zu erreichen ab 01.01.2010
Kohlenmonoxid (CO)	10 mg/m ³	22. BImSchV, zu erreichen ab 01.01.2005
Ozon (O ₃)	110 µg/m ³	22. BImSchV, Schwellenwert
Schwebstaub (PM ₁₀)	40 µg/m ³	22. BImSchV, zu erreichen ab 01.01.2005
Blei (Pb)	0,5 µg/m ³	22. BImSchV, zu erreichen ab 01.01.2005
Benzol (VOC)	5 µg/m ³	22. BImSchV, zu erreichen ab 01.01.2010

Quellen: 22. BImSchV vom 11.09.2002, UMEG 2003

Luftverschmutzung durch Emissionen im Ballungsraum Rhein-Neckar

Die Stadt Heidelberg befindet sich im Ballungsgebiet des Rhein-Neckar-Raumes, der sich durch eine vergleichsweise hohe Besiedlungs-, Industrie- und Verkehrsdichte kennzeichnet. Hier gibt es vielfache großräumige und grenzüberschreitende Luftverunreinigungen durch die genannten Schadstoffe.

Im Rahmen der landesweiten Luftqualitätsüberwachung werden Immissionsmessungen durchgeführt. Dazu wurden 2002/03 in Heidelberg 36 repräsentative Messpunkte festgelegt; an der Berliner Straße finden solche Messungen kontinuierlich statt. Innerhalb der Hauptschadstoffe zeigen sich aufgrund gesetzlicher und technischer Entwicklungen deutliche Verschiebungen. Schwerpunkte bilden nicht mehr Schwefeldioxid und Benzol, sondern Stickoxid, Dieselsruß und Ozon.

Verminderte Belastung durch Schwefeldioxid – Messwerte weit unter dem Grenzwert

Schwefeldioxid SO₂ entsteht insbesondere bei der Verbrennung fossiler Brennstoffe. Gesundheitliche Folgen von akuten und chronischen Belastungen mit Schwefeldioxid werden vor allem ab einer Tageswertkonzentration ab 200 µg/m³ deutlich. Aber auch in niedrigeren Dosen (ab 20 µg/m³) kann Schwefeldioxid zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen (z. B. zur Häufung chronischer Bronchitis) führen.

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben und technischer Reinigungsverfahren ist die Schwefeldioxidbelastung in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. In Heidelberg sind die Immissionswerte zwischen 1991 und 2000 von 20,3 µg/m³ auf 7,3 µg/m³ im Jahresmittel gesunken, wobei der Grenzwert mit 125 µg/m³ festgelegt ist. Auch die kurzzeitigen Spitzenwerte sind kontinuierlich deutlich gesunken. Im Jahr 2000 wurde der höchste Halbstundenwert mit 61 µg/m³ gemessen. Aufgrund der abnehmenden Relevanz wird das Gas daher sowohl an den Stationen des Landesmessnetzes als in Heidelberg nicht mehr erfasst.

Stickstoffdioxide gefährden entlang der Hauptverkehrsachsen nach wie vor die Gesundheit

Auch Stickstoffoxide (NO₂) entstehen vorwiegend bei Verbrennungsprozessen. Dabei bildet sich zunächst Stickstoffmonoxid, das mit dem Luftsauerstoff zu Stickstoffdioxid reagiert. Allein der Kraftfahrzeugverkehr trägt zu etwa 70 % zur Belastungssituation bei. Während die Emissionen aus der Industrie durch technische Verfahren deutlich reduziert wurden, nehmen die NO₂-Belastungen durch den wachsenden Straßenverkehr trotz Katalysatoren nur wenig ab.

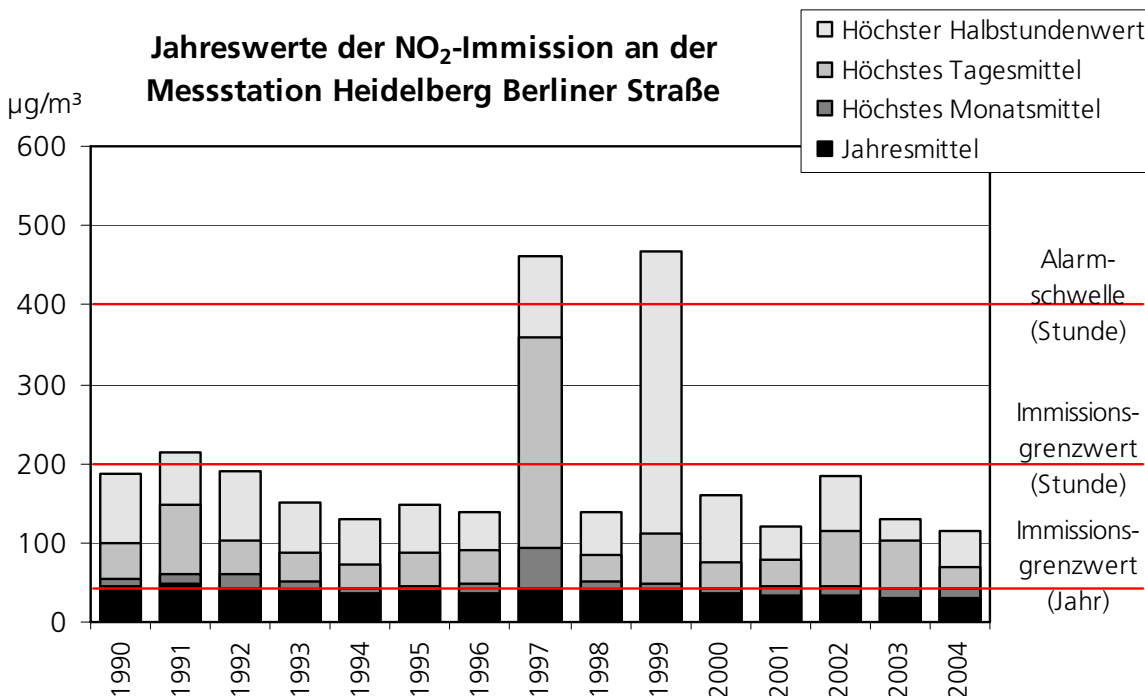
Stickstoffdioxid ist ein starkes Reizgas (für Schleimhäute und Atemwege), das die Lungenfunktion beeinträchtigt (ab 500 µg/m³). Epidemiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass sich schon bei einer leicht erhöhten Belas-

tung von $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ Atemwegsinfektionen, insbesondere bei Kindern, häufen.

Die Werte der Messstation Berliner Straße zeigen für Heidelberg insgesamt eine leichte Abnahme der Immissionen unter den Grenzwert von $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$, der nach der 22. BImSchV ab 2010 erreicht werden muss. Straßennahe Messungen zum Vollzug der 22. BImSchV 2002, 2003 und 2004 machen aber auch deutlich, dass entlang der Hauptverkehrsachsen, insbesondere an drei Verkehrsknotenpunkten der Grenzwert im Jahresmittel überschritten wird und gesundheitliche Risiken weiter bestehen. Betroffene Stadtteile sind Bergheim (Mittermaierstraße), Neuenheim (Brückenstraße), und Rohrbach (Karlsruher Straße).

Nach den Prognoserechnungen der UMEG wird der Grenzwert für NO_2 an der Karlsruher Straße nicht ohne zusätzliche Maßnahmen eingehalten werden können. Daher ist entsprechen der 22. BImSchV vom Regierungspräsidium Karlsruhe ein Luftreinhalteplan zu erstellen. Dieser Plan liegt im Entwurf vor. Er sieht neben Maßnahmen zur weiteren Verbesserung des ÖPNV Verkehrsbeschränkungen für Kraftfahrzeuge vor.

Diagramm 4.1:



Quelle: Stadt Heidelberg, Umweltamt 2005

Sommersmog durch Autoabgase: Risiko bei körperlicher Anstrengung

Erhöhte Konzentrationen von Ozon und anderen Photooxidantien bilden den vor allem die Gesundheit der Atemwege beeinträchtigenden Sommersmog. Ausgangsstoffe zur Ozonbildung in den Sommermonaten sind vor allem Stickoxide (NO_x) aus Fahrzeugabgasen sowie Koh-

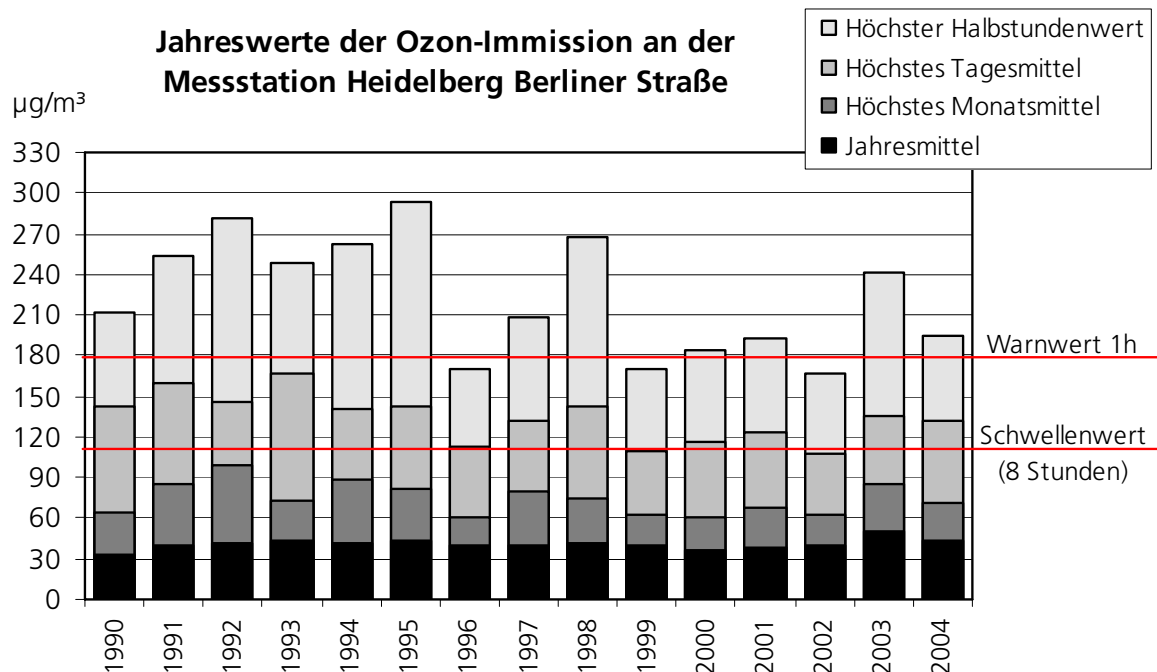
lenwasserstoffe, die unter Einwirkung von UV-Licht zu Ozon reagieren.

Schon ab $80 \mu\text{g}/\text{m}^3$ wurde bei Kindern eine abnehmende Lungenfunktion festgestellt. Ab $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ist die Leistungsfähigkeit von Sportlern und anderen Menschen, die körperlichen Anstrengungen im Freien unterliegen (z. B. Bauarbeiter) eingeschränkt. Dabei können Schleim-

hautreizungen bei Augen, Nase oder Rachen sowie Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit und Müdigkeit auftreten. Ab $160 \mu\text{g}/\text{m}^3$ sind entzündliche Lungenreaktionen, erhöhte Infektan-

fälligkeit und zunehmende Asthmanfälligkeit festzustellen.

Diagramm 4.2:



Quelle: Stadt Heidelberg, Umweltamt 2005

Zunahme der Ozonkonzentration in Heidelberg

Die laufenden Messungen in Heidelberg zeigen, dass die Ozonhöchstwerte seit 1995 leicht abnehmend sind, obwohl das Grundniveau der Ozonkonzentration stetig zunimmt ($41 \mu\text{g}/\text{m}^3$ für 2002/2003). Im Messzeitraum 2001/2002 wurde in Heidelberg der Schwellenwert nach der BimSchV für den Gesundheitsschutz von $110 \mu\text{g}/\text{m}^3$ an 28 Tagen überschritten, der Unterrichtungswert für die Bevölkerung von $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$ an 6 Tagen (UMEG, 2002).

Rückgang der Konzentration von Kohlenmonoxid

Bei unvollständigen Verbrennungsprozessen beispielsweise in Motoren, Heiz- und Industrieanlagen entsteht Kohlenmonoxid. Hauptverursacher ist mit zwei Dritteln der Straßenverkehr.

CO verschlechtert die Sauerstoffaufnahme in der Lunge, führt also zu einem Sauerstoffmangel im Körper mit Beeinträchtigung für die Nieren- und Herzfunktion. Unter den Gesunden reagieren besonders Kinder und Hochleistungssportler empfindlich ab einer Konzentration von $6 \text{ mg}/\text{m}^3$.

Die Immissionswerte in Heidelberg liegen auf einem niedrigen Niveau weit unter dem Grenzwert und gehen kontinuierlich weiter zurück. Zwischen 1990 und 2000 ist die CO-Konzentration im Jahresmittel von $1,09 \text{ mg}/\text{m}^3$ auf $0,37 \text{ mg}/\text{m}^3$ gesunken (UMEG, 2002). Dies ist insbesondere auf gesetzliche Regelungen für Kraftfahrzeuge und die Umstellung von Heizungen auf flüssige und gasförmige Brennstoffe sowie die technische Verbesserung der Verbrennungsprozesse zurückzuführen.

Krebsrisiko Benzol an Hauptverkehrsachsen

Der motorisierte Individualverkehr ist zu 90 % für die Emissionen von Benzol verantwortlich. In der Außenluft trägt es zur Bildung des bodennahen Ozons bei. Ähnliches gilt für die ebenfalls häufig auftretenden aromatischen Kohlenwasserstoffe Toluol und Xylol.

Benzol ist hoch krebserregend und erhöht insbesondere das Leukämierisiko. Es wirkt auf das Zentralnervensystem und die Knochenmarkfunktion.

In Heidelberg wird Benzol seit 1999 punktuell an sog. hot spots erfasst. Die gemessenen Mittelwerte lagen im Untersuchungszeitraum 2001/2002 unter dem Grenzwert von $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ nach der 22. BImSchV. Die WHO geht aber schon ab $1 \mu\text{g}/\text{m}^3$ von einem zusätzlichen Leukämierisiko aus. Die höchsten Konzentrationen wurden hier entlang von Hauptverkehrsachsen, insbesondere in Bergheim ($2,9 \mu\text{g}/\text{m}^3$), Ziegelhausen ($2,6 \mu\text{g}/\text{m}^3$), Neuenheim ($2,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$) sowie Altstadt ($2,4 \mu\text{g}/\text{m}^3$) gemessen. Die Ergebnisse der ersten Messjahre weisen inzwischen auf eine Reduzierung hin, da der Benzolanteil im Benzin gesetzlich auf die Hälfte reduziert wurde.

Gesundheitsgefahren durch Schwebstaub und Partikel (PM_{10})

Schwebstäube entstehen durch Feuerungsanlagen in Gewerbe und Industrie sowie dem Straßenverkehr. Schwebstäube werden eingeatmet und lagern sich nach ihrer Größe entsprechend tief im Mund- und Rachenraum, den Atemwegen und in den Lungen ab.

Für die besonders gefährlichen Schwebstäube mit einer Größe von $10 \mu\text{m}$ und kleiner (PM_{10}) gilt nach der 22. BImSchV ein Grenzwert von $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ im Jahresmittel. Er bleibt an allen Messpunkten in Heidelberg unterschritten.

Erhöhte Konzentrationen von Ruß

Bei Ruß traten typischerweise an den verkehrsintensiven Bereichen die höchsten Konzentrationen auf. Die 23. BImSchV legte einen Grenzwert von $8 \mu\text{g}/\text{m}^3$ fest; die LAI schlägt einen

Zielwert von $1,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ vor. Im Mittel lag der Wert bei $3,1 \mu\text{g}/\text{m}^3$, die höchste Einzelmessung betrug $10,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$ in Rohrbach.

Für Blei legt die 22. BImSchV einen Immissionsgrenzwert im Jahresmittel von $0,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ fest. Dieser Wert wurde an allen Messpunkten bei der Messkampagne von 2001/2002 deutlich unterschritten. Die Konzentrationen lagen unter $20 \text{ ng}/\text{m}^3$. Bei der Analyse fielen allerdings sehr hohe Einzelwerte von bis zu $231 \text{ ng}/\text{m}^3$ auf. Diese Werte traten alle am 1. Januar 2002 auf und sind auf Feuerwerkskörper zurück zu führen.

Rückgang der Staubkonzentrationen

Bei einer Vergleichsuntersuchung im Raum Mannheim/Heidelberg für die Jahre 1992 und 2002 wurde festgestellt, dass die Schwebstaubbelastung in diesem Zeitraum um fast die Hälfte abgenommen hat. Die Konzentrationen der Schwebstaub-Inhaltsstoffe Cadmium, Arsen und Blei ist sogar auf ein Viertel zurückgegangen.

Mäßige Gesamtbelastung der Atemluft in Heidelberg

Insgesamt nimmt die Belastung durch Luftschadstoffe in Heidelberg kontinuierlich ab. Die Situation hat sich damit seit dem letzten Gesundheitsbericht 1997 verbessert. Es wird deutlich, dass die kontinuierliche Überwachung der Luftschadstoffkonzentrationen auf der Grundlage gesetzlicher Vorschriften zu einer Verbesserung der Lebenssituation der Menschen führt.

Relevante Schadstoffe bleiben nach wie vor die Stickstoffoxide und das bodennahe Ozon. Hier ist noch kein eindeutiger Trend zur Verminderung der Konzentration zu erkennen. Ein weiterer Problemstoff ist der Ruß im Schwebstaub. Bei diesen Stoffen verursacht der motorisierte Individualverkehr einen Großteil der Immissionen (70 – 90 %).

Krebsrisiko durch Luftschadstoffe gegeben, aber reduziert

Der Länderausschuss für Immissionsschutz (LAI) hat sich mit dem Problem der Begrenzung des Krebsrisikos durch Luftschadstoffe befasst und Beurteilungsmaßstäbe für krebserzeugende Luftverunreinigungen erarbeitet. Das LAI-Modell berücksichtigt dabei die Risikostoffe Arsen, Asbest, Benzol, Cadmium, Nickel, Chrom (VI), Ruß, Benzo(a)pyren und 2,3,7,8-Tetrachlordibenzo-p-dioxin.

Für Heidelberg wurde im Untersuchungszeitraum 2001/2002 ein Krebsrisikofaktor von 0,87 ermittelt. 1992 lag hier der Faktor noch bei 1,7, womit sich für die letzten 10 Jahre eine Reduzierung des Krebsrisikos um mehr als die Hälfte ergibt.

Erhöhte Risiken durch Luftschadstoffe für sozial Benachteiligte

Die Risiken liegen in einigen Stadtteilen und in Wohnquartieren, insbesondere an *Verkehrsschwerpunkten* deutlich höher als im Schnitt und zwar an den Hauptverkehrsstraßen der Stadtteile Pfaffengrund, Neuenheim, Bergheim und Altstadt. Da an den Brennpunkten des Straßenverkehrs die Mietpreise erfahrungsgemäß eher unter dem Durchschnitt liegen, dürften von den Gesundheitsrisiken durch Schadstoffe in der Atemluft überwiegend Menschen mit niedrigerem Einkommen betroffen sein, d. h. Migranten, Alleinerziehende und ihre Kinder, Sozialhilfeempfänger, Auszubildende, Rentner und Erwerbslose.

Allerdings lebt auch ein erheblicher Teil dieser Bevölkerungsgruppen in Stadtteilen, wie z. B. Emmertsgrund und Boxberg, in denen das Verkehrsaufkommen und die Belastungen durch Luftschadstoffe gering sind.

Schadstoffe in Innenräumen

Beeinträchtigung der Qualität der Raumluft durch Bau- und Ausbaumaterialien

Die Qualität der Innenraumluft stellt einen wesentlichen Gesundheitsfaktor dar, da hier die Menschen heute den größten Teil ihrer Lebens-

zeit verbringen. Moderne Baustoffe, Ausbaumaterialien, Einrichtungen von Räumen (z. B. Dämmstoffe, Verkleidungen, Tapeten, Farben, Lacke, Holzschutzmittel, Dichtungsmassen, Teppichböden, Möbel, technische Geräte und Beleuchtungsanlagen) sowie Reinigungs- und Desinfektionsmittel können Schadstoffe an die Innenraumluft abgeben. Hinzu kommen die Luftbelastung durch die Nutzer der Räume, z. B. durch die Produktion von Kohlendioxid bei der Atmung und durch den Tabakrauch.

Klimaschutz als Gesundheitsrisiko?

Gesteigerte Maßnahmen zum Klimaschutz durch Energieeinsparung können ebenfalls zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen beitragen. Moderne Dämmsysteme und Fenster erhöhen die Dichtigkeit der Gebäude und vermindern so den Luftaustausch. Das kann zu einer Erhöhung von Schadstoffbelastungen und zu einer längeren Verweildauer der Stoffe führen, wenn die Räume nicht ausreichend gelüftet werden. Halten sich im Verhältnis zur Größe viele Menschen in einem Raum mit hoher Luftdichtigkeit auf, kann der Gehalt des Kohlendioxids, das beim Ausatmen entsteht, in der Raumluft unverhältnismäßig hoch ansteigen und das Wohlbefinden beeinträchtigen.

Klimaanlagen als Schadstoffquellen

Aber auch Innenräume mit Lüftungssystemen können zur Problematik beitragen. Beschwerden treten dabei durchweg häufiger in Gebäuden mit Klimaanlagen, als in solchen mit natürlicher oder einfacher mechanischer Belüftung auf. Durch Klimaanlagen können der Raumluft Ruß, Asche, Fasern und Abgase sowie Schimmel, Bakterien, Pollen und Biozide zugesetzt werden.

Beschwerden und Krankheiten durch Innenraumschadstoffe

Der Beschwerdekomples, den Belastungen durch chemische Schadstoffe in Innenräumen hervorrufen, wird im Allgemeinen als „Sick-Building-Syndrom“ bezeichnet. Er beschreibt Schleimhaut-, Augen-, Haut- und Halsreizungen sowie Kopfschmerzen, Konzentrationsstörun-

gen, Atembeschwerden und eine allgemeine Überempfindlichkeit. Typisch ist das Auftreten und die Verstärkung der Symptome während des Aufenthalts im Gebäude und das Abklingen oder Verschwinden nach dem Verlassen. Zum „Sick-building-Syndrom“ führt in der Regel das Zusammenwirken mehrerer verschiedener belastender Stoffe.

Schadstoffe in Kindertagesstätten und Schulen

Kinder stellen unter gesundheitlichen Aspekten eine besonders sensible und schutzwürdige Gruppe dar. Um das Niveau ihrer Belastung durch Innenraumschadstoffe zu ermitteln und im Notfall zu vermindern, führt die Stadt Heidelberg seit 1993 präventiv orientierte Schadstoffmessungen in städtischen Kindertagesstätten und Schulen durch. Die Untersuchungen befassen sich schwerpunktmäßig mit der Quantifizierung der Schadstoffe in den Innenräumen anhand von Material-, Staub- und Raumluftproben. Die Räume werden auf Schadstoffe, wie Pentachlorphenol (PCP), Lindan, Formaldehyd, polychlorierte Biphenyle (PCB), Asbest, Insektizide und Schimmel untersucht.

Verminderung der Schadstoffkonzentration

Wenn die Ergebnisse es erforderlich machten, wurden konkrete Maßnahmen ergriffen, z. B. bauliche Sanierungen oder der Austausch von Materialien. Als Handlungsgrundlage wurde ein Katalog erstellt, der sicherstellt, dass bestimmte problematische Baustoffe und Produkte in den Einrichtungen insgesamt nicht mehr verwendet werden. Chemische Schädlingsbekämpfung ist in Kindertagesstätten und Schulen seitdem grundsätzlich verboten.

Noch vereinzelte Belastungsfaktoren in Schulen

Bis Ende 2004 wurden alle 20 städtische Kindertagesstätten und 30 der 36 städtischen Schulen untersucht und zum Teil auf Grund der Ergebnisse saniert. Im Untersuchungszeitraum 2003/2004 wurden in 4 Schulen Messungen vorgenommen. Dabei wurde zunehmend deutlich, dass seit Beginn der Untersuchungen die

gesundheitlichen Risiken durch Innenraumschadstoffe deutlich abgenommen haben.

Mittlerweile werden problematische Bedingungen nur noch in Ausnahmefällen angetroffen:

- Vereinzelt können noch PCB-haltige Kondensatoren in Beleuchtungsanlagen vorkommen. Die Beleuchtungsanlagen werden diesbezüglich überprüft und ggf. vorsorglich ausgetauscht.
- In einer Schule wurden unter den Beleuchtungskörpern asbesthaltige Platten gefunden. Die folgende Asbestfasermessung ergab nur in einem Raum geringe Faserkonzentrationen. Die Platten wurden daraufhin schrittweise entfernt und die betroffenen Deckenflächen mit einem Bindemittel bestrichen. Zusätzlich wurde eine Grundreinigung durchgeführt.
- Das Insektizid Permethrin wurde in relevanter Konzentration im Staub einer Schule gemessen. Dieser kann von einer zeitlich weit zurückliegenden Schädlingsbekämpfung oder von textilen Bodenbelägen herühren. In den betroffenen Räumen wurden die Bodenbeläge entfernt.
- Bei Parkettböden wurde aufgrund PAK-haltiger Kleber vereinzelt Benzo(a)pyren gemessen. Im Rahmen der Bauunterhaltung sind die Böden durch Versiegelung abgedichtet worden, um weitere Emissionen zu verhindern.
- Schimmelbildung war auf bauliche Mängel oder Wasserschäden zurückzuführen, die behoben wurden. In Einzelfällen musste Schimmel durch eine verbesserte Durchlüftung beseitigt werden.
- Ein verbleibendes aktuelles Problem ist die Raumluftbelastung in Schulen bei unzulänglicher Lüftung. Die von den Nutzerinnen und Nutzern produzierte erhöhte Kohlendioxidkonzentration verursacht Müdigkeit und Kopfschmerzen. Dazu kommen Gerüche, die zu erheblichen gesundheitlichen und psychischen Beeinträchtigungen führen können. Erhöhte Kondenswasserbildung kann in diesem Zusammenhang die Schimmelbildung fördern. Zur Verbesserung der Situation muss bei den Raumnutzern auf ein besseres Lüftungsverhalten hingewirkt werden. Wo einfache Maßnahmen nicht ausreichen, sind mechanische Lüftungssysteme nachzurüsten.

Umwelt- und gesundheitsverträgliche Baustoffe in städtischen Gebäuden

Die Vorsorge vor gesundheitsschädlichen Luftbelastungen in Innenräumen kann zu einem wesentlichen Teil beim Neubau und der Einrichtung von Gebäuden getroffen werden. Die Stadt Heidelberg hat sich 1996 auf Grund eines Gemeinderatsbeschlusses verpflichtet, bei kommunalen Baumaßnahmen und Ausschreibungen die Verwendung umwelt- und gesundheitsverträglicher Baustoffe zu berücksichtigen. Dazu wurde 1998 ein *Leitfaden* mit Negativ- und Positivlisten erstellt. Berücksichtigt wurden dabei insbesondere Informationen zur Umwelt- und Gesundheitsbelastung der einzelnen Produkte, z. B. durch Ausgasungen und die Beeinflussung des Raumklimas.

Neben der Stadtverwaltung, hat sich auch die städtische Gesellschaft für Grund- und Hausbesitz Heidelberg mbH (GGH), die über 8.000 Wohnungen betreut, dazu verpflichtet, diese Leitlinien für umwelt- und gesundheitsverträgliche Baustoffe anzuwenden. Aufgrund der Anwendung dieser Kriterien kann für die städtischen Gebäude von einer vergleichsweise günstigen Raumluftsituation ausgegangen werden.

Risiken durch Schadstoffe in Privathaushalten

Befindlichkeitsstörungen in Folge von Luftschadstoffen in Innenräumen sind ein von Privathaushalten regelmäßig berichtetes Problem. Betroffen sind insbesondere diejenigen Personen, die sich relativ lange innerhalb der Wohnungen aufhalten, also Frauen und Kinder. Mieter, Wohnungs- und Hauseigentümer sind

in der Regel keine Fachleute und haben kaum die Möglichkeit, die gesundheitliche Relevanz von Baustoffen und Produkten einzuschätzen. Insbesondere bei der Einrichtung und beim Renovieren von Wohnräumen kann es zur Verarbeitung von schadstoffbelasteten Materialien kommen.

Um auf diese Problematik hinzuweisen und die Kompetenz von Heimwerkern zu stärken, hat die Stadt Heidelberg im Rahmen des Kooperationsprojektes „*Farbenfroh und nachhaltig!*“ eine Informationsbroschüre erarbeitet, die unter anderem in Baumärkten verteilt wurde und von einer Vortragsreihe begleitet wurde. Dabei wurde für den Umgang mit Tapeten, Farben, Lacken, Lasuren, Beizen und Klebern über gesundheitsrelevante Inhaltsstoffe, Gefahrenhinweise, richtige Verarbeitung und umweltgerechten Umgang informiert.

Auch die Erkenntnisse des Leitfadens für umwelt- und gesundheitsverträgliche Baustoffe sind dabei herangezogen worden. Im Rahmen des Projektes wurde eine *Befragung von Heimwerkern* (330 Teilnehmerinnen und Teilnehmer) durchgeführt.

Hohes Informationsdefizit zu Innenraumschadstoffen

Die Ergebnisse geben deutliche Hinweise auf das Umwelt- und Gesundheitsbewusstsein der Heimwerker. Sie lassen damit auch Rückschlüsse zu auf die Schadstoffsituation in Privathaushalten (Übersicht 4.1).

Übersicht 4.1:
Umfrage zum Umwelt- und Gesundheitsbewusstsein von Heimwerkern 2002

- Heimwerker sind zu gut zwei Drittel männlich. Hauptgruppen sind unter den *Männern* mit 30 % die 46 - 60jährigen, unter den Frauen mit 75 % die bis 30jährigen. 55 % der Heimwerker hantieren sechs mal oder häufiger im Jahr.
- Das bedeutet einen erheblichen Produkteintrag in Wohnräume durch Nichtfachleute. 94 % der Heimwerker geben an, dass sie malen und streichen, 70 % arbeiten mit Lacken und Lasuren. 44 % von ihnen verkleben Bodenbeläge und ebenso viele arbeiten mit Beizen.
- Dass sich 34 % der Haushalte schon mit der Bekämpfung von *Schimmelbildung* befassen muss, deutet auf schlechte Raumlufbedingungen hin.
- Obwohl sehr häufig Produkte in Wohnräumen verarbeitet werden, die gesundheitsproblematische Inhaltsstoffe wie Lösemittel, Konservierungsstoffe, Weichmacher und Biozide enthalten können, sind die *Kenntnisse* über den richtigen Umgang mit diesen Materialien noch begrenzt. 74 % der Heimwerker vertrauen zwar auf die textlichen Produktinformationen, können aber Gefahrensymbole kaum richtig zuordnen. Nur 19 % der Befragten konnten das Symbol „Reizend“ bzw. „Gesundheitsschädlich“ richtig erklären.
- Das Symbol der „blauen Umweltengel“ ist gut bekannt. 63 % der Heimwerker wussten, dass das Umweltbundesamt dieses Zeichen herausgibt.
- Insbesondere *Frauen* verzichten auf notwendige gesundheitliche Maßnahmen. Nur etwa 30 % von ihnen tragen Augenschutz und Atemschutz. Männer treffen immerhin zu etwa 50 % entsprechende Vorkehrungen.

Die Umfragedaten bestätigen, dass umfassende Informationen von Privathaushalten hinsichtlich relevanter Wohnraumschadstoffe, wie sie im Projekt „Farbenfroh und nachhaltig“ vermittelt werden, wichtig sind.

Erhebliche Belastung der Raumluf durch Tabakrauch

Tabakrauch wird zum Teil als der „bedeutendste und gefährlichste Innenraumschadstoff“ bezeichnet (Heudorf u. a. 2003). Im Tabakrauch konnten mehrere Tausend Inhaltsstoffe nachgewiesen werden. Dazu gehören über 40 nachgewiesene krebserregende Stoffe wie Formaldehyd, Phenol, Benzol, Benz(a)pyren, Cadmium, Nitrosamin u. a.

Schädigung der Gesundheit aller Raumnutzer durch den Tabakrauch

Unter Alltagsbedingungen atmen Nichtraucher im Laufe eines Tages krebserregende Stoffe in einer Menge ein, die von Rauchern beim Konsum von 1 - 2 Zigaretten aufgenommen werden (DKFZ 2003). Innenräume, in denen Rauchen

erlaubt ist, sind auf Grund der Anlagerung von Partikeln des Tabakrauches eine dauernde Expositionsquelle für die darin enthaltenen Schadstoffe für alle Nutzer des Raumes.

Passivrauchen verursacht unter anderem Reizungen der Schleimhäute, Atemwege und Augen, Beeinträchtigungen der Lungenfunktion und der Blutgefäße, häufigere Asthmaanfälle, Entwicklungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Verhaltensauffälligkeiten und plötzlichen Kindstod.

In Deutschland atmen 55 % aller Nichtraucher unfreiwillig Tabakrauch ein, und etwa die Hälfte aller Kinder unter sechs Jahren wächst in einem Raucherhaushalt auf. Das Ausmaß der Tabakrauchbelastung von Kindern aus Herkunftsfamilien mit einem niedrigen Sozialstatus ist etwa doppelt so hoch wie bei Kindern mit höherem Sozialstatus.

Verbesserte Raumluf durch Nichtrauchererschutz

Zum Schutz der Nichtraucherinnen und Nichtraucher vor den Folgen des Tabakrauchs in städtischen Räumen (und insbesondere der Kinder

unter ihnen) wurden im Rahmen der städtischen Gesundheitsförderung mehrere Maßnahmen getroffen:

- auf Grund der 1995 erlassenen Dienstanweisung ist in städtischen Räumen, insbesondere auch in Kindergärten und Schulen, das Rauchen grundsätzlich nicht mehr erlaubt.
- Im Rahmen des Projekts „Rauchfrei genießen“ gelang es, die Zahl der Nichtraucherbereiche in Gastronomiebetrieben seit dem Jahr 2002 bis zum Jahr 2005 von 35 auf 75 zu verdoppeln.
- Umfragen ergaben, dass bis auf eine Einrichtung alle Krankenhäuser in Heidelberg Regelungen zum Nichtraucherschutz eingeführt haben (siehe Kap. 6 und 10).

Schall und Lärm

Lärmbelastung – ein Massenphänomen – auch in Heidelberg

Lärm ist eine typische Erscheinung moderner Industriegesellschaften und kann zu erheblichen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der Gesundheit führen. In den städtischen Siedlungsbereichen ist der *motorisierte Verkehr* Hauptverursacher von Lärm. 70 % der Bevölkerung werden Lärmbelastungen über den Schallschutzwerten für Wohngebiete ausgesetzt.

66 % fühlen sich durch Straßenverkehr belästigt. Durchschnittlich 16 % der Bevölkerung sind von Straßenlärm über 65 dB (A) betroffen, einem Wert der als gesundheitlich kritisch betrachtet wird (Dokumentation zum Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit 1999). Etwa doppelt so viele, nämlich ein Drittel der Heidelberger Bevölkerung leidet nachts unter Grenzwertüberschreitungen des Verkehrslärms.

Gesundheitsrisiken durch Lärm

Mit psychischen Reaktionen auf Lärm, wie Anspannung und Ärger sind im Allgemeinen physische Akutreaktionen verbunden, die bei Langzeitbelastungen zu chronischen Erhöhungen von Risikofaktoren für den Herzinfarkt, insbesondere des Blutdrucks, führen können. Typi-

sche Belastungsbilder sind Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Hohe Gesundheitsrisiken durch Lärm an den Süd-Nord-Achsen

Um die Situation bei der Lärmbelastung zu verbessern, wurde in Heidelberg als einer der ersten Kommunen Baden-Württembergs ein Schallimmissionsplan erstellt. Dabei wurden räumliche „Hotspots“ der Lärmbelastung, d. h. die Gebiete, in denen eine relativ hohe Lärmimmission mit einer relativ hohen Wohnbevölkerungszahl zusammen treffen, festgelegt. Diese befinden sich im Wesentlichen entlang der Hauptverkehrsstraßen der Süd-Nord-Richtung, d. h. in den Stadtteilen Rohrbach, Kirchheim, Weststadt, Bergheim, Neuenheim und Handschuhsheim.

Wirksame Lärminderung durch Verkehrsreduktion – ein Zukunftsprogramm

Zur Lärminderung ist ein Bündel von Maßnahmen geeignet, insbesondere:

- Förderung von umweltverträglichen Verkehrsarten;
- Bauliche Maßnahmen zur Umlenkung des Verkehrs;
- Städtebaulich-gestalterische Maßnahmen;
- Planerische Maßnahmen und vorbeugender Lärmschutz.

Allerdings wurden die bisher eingeleiteten planerisch-technischen Schritte zur Lärminderung durch die *Verkehrszunahme* ausgeglichen. Für eine wirksame und flächendeckende Lärminderung ist eine dauerhafte Reduktion des motorisierten Individualverkehrs Voraussetzung (STEP Umsetzungsbericht 2002).

Trinkwasser

Gesundheit durch ausreichend und gutes Trinkwasser

Trinkwasser gilt als das wichtigste Lebensmittel: jeder erwachsene Mensch benötigt täglich zu-

sätzlich zu dem in festen Nahrungsmitteln enthaltenen Wasser etwa 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit. Der Bedarf ist bei Säuglingen und Kleinkindern pro Kilogramm Körpergewicht bis zu viermal so hoch wie bei Erwachsenen.

Erhöhtes Gesundheitsrisiko für Kinder durch Schadstoffe im Trinkwasser

Sofern Trinkwasser Schadstoffe enthält, nehmen Kinder dementsprechend höhere Anteile davon auf. Da die Grenzwerte der für die Trinkwasserqualität ausschlaggebenden Trinkwasserverordnung auf einen etwa 75 kg schweren Erwachsenen berechnet sind, kann für Kinder auch unterhalb der deutschen Grenzwerte ein Gesundheitsrisiko nicht ausgeschlossen werden.

Schadstoffe im Heidelberger Rohwasser

Die Trinkwasserverordnung legt Qualitätsanforderungen für das Rohwasser und Grenzwerte für das Trinkwasser fest. Das Rohwasser der Heidelberger Wasserversorgung stammt zum größten Teil aus dem Grundwasser der Rheinebene und zu einem geringeren Teil aus Quellen an Hängen des Odenwaldes.

Zum Schutz des Trinkwassers gibt es Einschränkungen für die Grundstücksbewirtschaftung in den Wasserschutzgebieten. Dennoch können prinzipiell auch in der Heidelberger Gemarkung wassergefährdende Stoffe aus dem Boden in das Grundwasser sickern.

Dabei handelt es sich insbesondere um :

- Nitrat
Daraus können im Verdauungstrakt krebserregende Nitrosamine entstehen. Ursache der Nitratbelastung ist die Düngung in Landwirtschaft und Gartenbau.
- Pestizide
Rückstände lagern sich im Fettgewebe an und können insbesondere das Nervensystem schädigen. Ursachen sind Pflanzenbehandlungs- und Schädlingsbekämpfungsmittel.
- Chlorierte Kohlenwasserstoffe
Diese schädigen Erbgut, Nieren und Nervensystem. Sie stammen überwiegend aus Industrie und Gewerbe.

▪ Schwermetalle

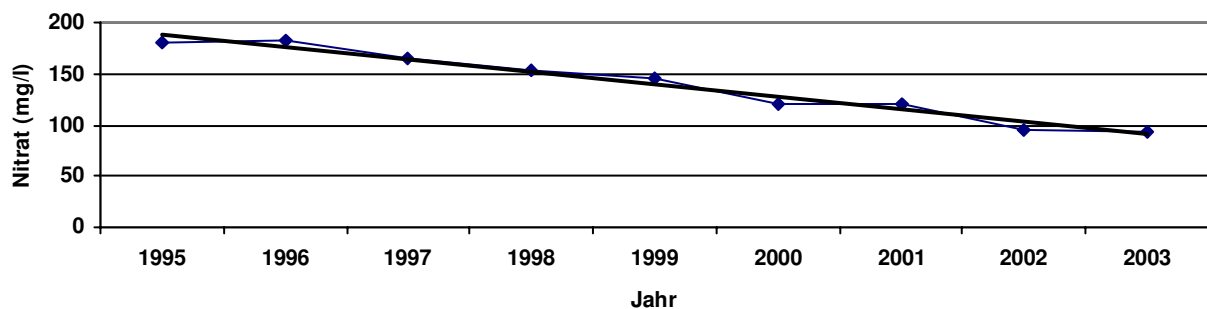
Blei, Cadmium, Quecksilber, Thallium sowie Kupfer können zu Störungen bei der Blutbildung, zu Entwicklungsstörungen im Gehirn, zu Nieren- und Lebererkrankungen führen.

An verschiedenen Grundwassermessstellen waren in der Vergangenheit Überschreitungen von Grenzwerten bei Nitrat, Chlorid, Pestiziden und chlorierten Kohlenwasserstoffen festgestellt worden. Die ersteren stammen aus der Landwirtschaft und dem Gartenbau, insbesondere im Handschuhsheimer Feld. Die chlorierten Kohlenwasserstoffe stammen weithin aus der gewerblichen Wirtschaft.

Erfolgreiche Maßnahmen zur Schadstoffverminderung

Zur Begrenzung des Eintrags von Nitrat in den Boden werden von der Stadt Heidelberg zwei private Bodenschutzlabors finanziell unterstützt, die für die Gärtnerei- und Landwirtschaftsbetriebe Beratungen anbieten. Der Eintrag von Pestiziden wurde unter anderem durch den Verzicht auf diese Stoffe durch das städtische Landschaftsamt minimiert (Diagramm 4.3).

Diagramm 4.3:
Nitratbelastung des Grundwassers in Handschuhsheim (Intensivgartenbau)



Quelle: LfU 2004

Bezogen auf die chlorierten Kohlenwasserstoffe wurden umfangreiche und erfolgreiche Sanierungsmaßnahmen durchgeführt, so dass diese Materialien in den Grundwasser führenden Erdschichten keine Rolle mehr spielen.

Der Gehalt an Schwermetallen ist im Heidelberger Trinkwasser zu vernachlässigen, insbesondere da im Stadtgebiet kaum Bleileitungen installiert wurden.

Schadstoffkonzentration im Heidelberger Trinkwasser auf sehr geringem Niveau

Messungen des Rohwassers an den Wasserwerken in der Rheinebene (Entensee und Rauschen) sowie an den Abhängen des Odenwaldes ergaben bei Nitrat, Nitrit, Chlorid, Fluorid und Natrium Werte, die durchweg gravierend unter den Grenzwerten der Trinkwasserverordnung liegen. Eine Ausnahme bildet der Nitratwert von 28,8 mg/l beim Wasserwerk Rauschen.

Durch die Mischung des Rohwassers aus verschiedenen Brunnen unterschreitet der Nitratgehalt des bereitgestellten Trinkwassers in Heidelberg insgesamt jedoch den Grenzwert für Mineralwasser, das zur Herstellung von Baby-nahrung geeignet ist (10 mg/l).

Elektromagnetische Felder

Gesundheitsrisiken durch Elektrosmog

Durch Verwendung bestimmter Technologien, wie Stromversorgungsnetz und Mobilfunk, entstehen in der Umwelt des Menschen elektromagnetische Felder, die gesundheitliche Folgen haben können. Insbesondere im Mobilfunk stehen die Auswirkungen von so genanntem „Elektrosmog“ stark in der öffentlichen Diskussion. Hier sind die hochfrequenten elektromagnetischen Felder im Frequenzbereich zwischen etwa 100 Kilohertz und 300 Gigahertz von Relevanz.

Die gesundheitliche Bedeutung ist stark von der Entfernung einer Person zu den Sendeeinrichtungen (Funkmast, Handy), der örtlichen Bebauung und der Leistung der Anlage abhängig. Elektromagnetische Felder hemmen die Melatonin-Ausschüttung, das krebsunterdrückend zu wirken scheint. Es gibt Beobachtungen über vermehrte Mammakarzinome bei Männern, die als Elektriker, Telefonvermittler, Computer- und Radiomechaniker einer potentiell erhöhten elektromagnetischen Strahlung am Arbeitsplatz ausgesetzt waren. Bei Hobbyfunkern wurde ein erhöhtes Leukämierisiko ermittelt. Durch die magnetischen Komponenten kann auch die Zellstruktur beeinflusst werden. (Frentzel-Beyme, 2002).

Durch die Anregung polarer Moleküle erzeugen elektromagnetische Strahlen Wärme, wobei die gesundheitliche Belastung von deren Leistung

und der Absorptionsfähigkeit des Körpers abhängt. Wirkungen können hierbei von mobilen Endgeräten (Handys) ausgehen. Die unmittelbare Nähe zum Körper können vor allem bei Gehirn und Augen zu Erwärmungen des Gewebes führen. Aus Vorsorgegründen wird zur Zeit ein Unterrichtsprogramm zum Gebrauch von Handys an Schulen ausgearbeitet (siehe Kap. 10).

Ob von Mobilfunk-Sendeanlagen des GSM- bzw. UMTS-Standards relevante gesundheitlichen Belastungen ausgehen, ist umstritten. Vor den nachgewiesenen potentiellen Schädigungen des Organismus durch thermische Wirkungen der von den Antennen ausgehenden elektromagnetischen Felder schützen die auf internationalen Konventionen beruhenden Grenzwerte.

Über die nicht-thermischen Wirkungen gibt es Untersuchungen einzelner Arbeitsgruppen, die Veränderungen im Gewebe festgestellt haben. Diese konnten aber von anderen bisher nicht reproduziert werden. Zur Abklärung des Problems wird zur Zeit eine von der WHO initiierte multinationale epidemiologische Studie durchgeführt.

Gesundheitsvorsorge durch verringerte Belastung bei Mobilfunkantennen

Nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand sind gesundheitliche Beeinträchtigungen durch die hochfrequente Strahlung des Mobilfunks nicht zu befürchten, wenn die Grenzwerte eingehalten werden. Aufgrund der wissenschaftlichen Hinweise auf mögliche Risiken hält das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) aber *Vorsorgemaßnahmen* für unabweisbar.

Für die Mobilfunksendeanlagen bedeutet dies, dass die Minimierung der Strahlenexposition der Bevölkerung ein wichtiges Kriterium bei der Standortwahl sein muss. Besonders berücksichtigt werden muss die Exposition von Kindern und Jugendlichen, die sich noch in der Entwicklung befinden und in vielen Fällen gegenüber Umwelteinflüssen empfindlicher reagieren als Erwachsene. Dabei ist auch eine umfassende Information der Bürgerinnen und Bürger über die Aufstellung von Sendeanlagen erforderlich.

In Heidelberg waren 2005 135 Mobilfunkstationen installiert. Um die Belastung durch elektromagnetische Strahlen auf die Bevölkerung so gering wie möglich zu halten, hatte die Stadt Heidelberg eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die folgende Kriterien zur Errichtung von Mobilfunkmasten festgelegt hat:

- Reduzierung der Anzahl der Festfunkstationen auf das notwendige Mindestmaß.
- Ausreichend großer Abstand zu besonders schutzwürdigen Einrichtungen, wie Kindertagesstätten, Schulen und Krankenhäuser.
- Keine Bündelung von Anlagen am selben Standort im Innenstadtbereich.
- Keine Einrichtung auf städtischen Gebäuden wie Kindergärten und Schulen.

Gesundheitsschutz durch deutliche Unterschreitung der Grenzwerte

Daneben wurde ein Messprogramm an bestehenden Sendeanlagen durchgeführt, um eine Bewertungsgrundlage für die Ausbauplanung zu schaffen. Alle Messungen blieben deutlich unter dem Grenzwert der 26. BImSchV. Sie erreichten lediglich Werte zwischen 0,26 und 5,6 % der gesetzlichen Vorgabe und liegen damit auch deutlich unterhalb des erheblich niedrigeren „Schweizer Vorsorgewertes“.

5 Gesundheit und Arbeit

Arbeit – nicht immer eine Quelle der Gesundheit

Einen entscheidenden Einfluss auf das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden hat die berufliche Arbeit. „Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein“, ist eines der zentralen Postulate der Ottawa-Charta der WHO. Belastungen und Konflikte im Arbeitsbereich, aber auch das Fehlen von Arbeit, gehören jedoch häufig zu den wesentlichen Ursachen gesundheitlicher Beeinträchtigungen.

Das Ausmaß von Gesundheitsschäden infolge von Belastungen im Arbeitsleben lässt sich schwer in konkreten Zahlen erfassen. Deutliche Hinweise darauf geben allerdings

- Ergebnisse von Befragungen zu den Arbeitsbelastungen,
- die Fälle der anerkannten Berufskrankheiten und Frühverrentungen sowie
- Daten zur Arbeitsunfähigkeit insgesamt und bei spezifischen Berufsgruppen.

Die Daten zur Arbeitsunfähigkeit generell und bei spezifischen Berufsgruppen stammen von den Krankenkassen. Zu den Arbeitsbelastungen in Heidelberg liegen darüber hinaus die Ergebnisse von zwei Befragungen vor, die 1993/94 und 2001/2002 im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen der Mitarbeiter/innen der Stadtverwaltung durchgeführt wurden. Diese werden hier erörtert.

Belastungen im Arbeitsleben

Berufskrankheiten als ein Indikator für Arbeitsbelastungen

In die Liste der Berufskrankheiten sind 67 anerkannte Krankheiten aufgenommen, die zweifelsfrei auf berufliche Einwirkungen zurückgeführt werden. Seit der letzten Gesundheitsberichterstattung sind damit 8 weitere Krankheitsbilder hinzugekommen. 2002 wurden bundesweit 71.008 Verdachtsfälle von Berufskrankheit angezeigt und 18.352 Fälle anerkannt.

An der Spitze stehen Lärmschwerhörigkeit, Lungen- und Hautkrankheiten sowie Beschwerden an der Lendenwirbelsäule (Deutscher Bundestag: Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit 2002).

Verschiebung des Belastungsspektrums

Aufgrund des anhaltenden Wandels in der Wirtschaft verändern sich die Arbeitsplatzanforderungen. Der Dienstleistungsbereich nahm im Vergleich zur Produktion erheblich zu. Maßnahmen des Arbeitsschutzes im Produktionsbereich trugen dazu bei, dass Belastungen durch körperliche Beanspruchungen und durch die Einwirkung gefährlicher Stoffe an Bedeutung abnahmen. In beiden Bereichen verschoben sich die Belastungen hin zu:

- permanenter Aufmerksamkeit,
- hoher Beanspruchung der Sinne,
- Zwang zur schnellen Reaktion,
- wachsender Verantwortung (für Personen und Sachen),
- Arbeitstempo und Arbeitsverdichtung,
- Abnahme der Arbeitsplatzsicherheit und zunehmende Erwerbslosigkeit.

Mit diesen Belastungen ist vielfach eine sitzende Tätigkeit mit einseitigen körperlichen Beanspruchungen verbunden.

Insgesamt nahmen vor allem psychische, mentale und soziale Belastungen zu, mit Folgen für Befindlichkeitsstörungen, psychosomatische, nervliche, psychische und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (WHO Euro: Determinants of Health: 1998). Dazu kommen Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten im Bereich der Muskulatur und des Skeletts. Derartige Krankheitsbilder werden meist nicht als Berufskrankheiten anerkannt, auch wenn sie weit gehend arbeitsbedingt sind.

Expansion des Dienstleistungssektors

Von der Veränderung des Belastungsbildes im Arbeitsleben sind die Erwerbstätigen in Heidelberg im hohen Maße betroffen. Hier arbeiteten 2002 81 % der Beschäftigten im Dienstleistungssektor. 1996 lag dieser Anteil noch bei 75 %.

Neben den genannten Belastungen wirkt sich Schicht- und Nachtarbeit, insbesondere in Kombination mit bestimmten Vorbelastungen, auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aus. Häufige Beschwerden sind Schlafstörungen, Magenprobleme und Kopfschmerzen. In Heidelberg betrifft dies vor allem Menschen, die in den Kliniken, im Hotel- und Gaststättengewerbe sowie in den Versorgungs- und Verkehrsbetrieben tätig sind.

Veränderung der Belastungen in der Stadtverwaltung

Im Rahmen von zwei Früherkennungsuntersuchungen in der Stadtverwaltung wurden in den Jahren 1993/94 und 2001/02 190 bzw. 186 Beschäftigte aus den gewerblichen Bereichen (Müllabfuhr, Straßenreinigung (Amt 70), Straßenerhaltung (Amt 66), Berufsfeuerwehr (Amt 37), Garten- und Landschaftsbau (Amt 67)) zu den Arbeitsbelastungen in ihren Tätigkeitsbereichen befragt (Stadt Heidelberg: Amt für Umweltschutz: Wirksamkeit des Arbeitsschutzes 2004). Diese Schwerpunktsetzung ist unter anderem in den höheren Arbeitsbelastungen und dem überdurchschnittlichen Krankenstand bei den gewerblichen Arbeitnehmern begründet.

Körperliche Belastungen wenig verändert

In beiden Befragungen gibt ein gutes Drittel an, durch schwere körperliche Arbeit stark belastet zu sein. Die Beanspruchung durch körperliche Anstrengungen wurde demnach von den gewerblichen Arbeitnehmern als unverändert stark empfunden.

Rückgang der Umgebungsbelastungen

Gegenüber der Situation während der ersten Untersuchung wurden von den Befragten der zweiten Studie die Umgebungsbedingungen als wesentlich weniger belastend empfunden – mit einer Ausnahme, nämlich Hitze, Kälte und Näs-

se. Besonders deutliche Verbesserungen traten demnach bei den Faktoren Lärm, Beleuchtung, Schmutz, Staub und schlechte Luft auf (Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:
Starke Belastungen durch Umgebungsbedingungen (Angaben in Prozent)

Belastungsfaktor	1993/94: Ämter 37, 66, 67, 70	2001/02: insgesamt
Lärm	43	31
Hitze, Kälte, Nässe	42	46
Beleuchtung	15	8
Schlechte, verbrauchte Luft	43	27
Schmutz, Staub	48	38

Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Umweltschutz: Wirksamkeit des Arbeitsschutzes 2004

Gleichzeitig gingen jedoch die Expositionen gegenüber gefährlichen Arbeitsstoffen (mit der Ausnahme Reinigungsmittel) im Zeitraum zwischen 1993 und 2001 nur wenig zurück (Tabelle 6.2). Die Häufigkeit der Kontakte allein sagt allerdings noch nichts über die Konzentration von gefährlichen Substanzen in den einzelnen Arbeitsstoffen.

Tabelle 5.2:
Häufige und ständige Kontakte zu Arbeitsstoffen (Angaben in Prozent)

Stoff	1993/94: Ämter 37,66,67,70	2000/01: insgesamt
Lacke, Farben	19	18
Lackentferner	12	12
Reinigungsmittel	36	27

Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Umweltschutz: Wirksamkeit des Arbeitsschutzes 2004

Weniger Schicht- und Nachtarbeit

Unter den Befragten der zweiten Studie (2000/01) fühlten sich 15 % durch Schicht- und Nachtarbeit stark belastet. Dieser Anteil unter-

scheidet sich erheblich von demjenigen bei den gewerblichen Arbeitnehmern (Ämter 37, 66, 67, 70) der ersten Untersuchung: er war mit 34 % mehr als doppelt so hoch. Hier wird eine deutliche Verbesserung sichtbar.

Mehr Zeitdruck und Stress, aber bessere Kommunikation

Bereits 1993/94 fühlte sich ein beträchtlicher Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stadtverwaltung durch Arbeitsbedingungen stark belastet, die häufig unter dem Begriff „Stress“- Belastungen subsumiert werden. Dabei unterschieden sich die Beschäftigten der Stadtverwaltung insgesamt von denjenigen in den gewerblichen Bereichen nicht.

Gegenüber der ersten Untersuchung zeigen sich zwar Verbesserungen im Bereich der Kommunikation und Information: widersprüchliche Anforderungen werden mit 21 % seltener als Belastungsfaktoren genannt. Störungen und Unterbrechungen werden jedoch mit 31 % etwas häufiger als 1993/94 genannt. Deutliche Steigerungen zeigen sich vor allem bei den Faktoren Konzentration und Zeitdruck; hiervon fühlen sich jetzt 40 % und 36 % stark belastet (Tabelle 5.3). Diese Entwicklung stimmt mit der o. g. Verschiebung des Belastungsspektrums in der Wirtschaft überein.

Nach der eigenen Einschätzung der Befragten nahmen in den vergangenen Jahren die Belastungen durch diese Stressfaktoren deutlich zu: beim Zeitdruck sind 59 % und bei der Konzentration 40 % dieser Meinung.

Tabelle 5.3:

Starke Belastungen durch psychosoziale Faktoren (Angaben in Prozent)

Belastungsfaktor	1993/94: Ämter 37,66,67,70	2000/01: insgesamt
Widersprüchliche Anforderungen	32	21
Häufige Störungen, Unterbrechungen	27	31
Hohe Konzentration	23	40
Hohes Tempo, Zeitdruck	23	36

Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Umweltschutz: Wirksamkeit des Arbeitsschutzes 2004

Durch Überstunden fühlen sich inzwischen 23 % der Befragten, d. h. etwas weniger als die 26 % 1993/94 (bei den Ämtern 37, 66, 67, 70), belastet.

Erhöhte Belastungen bei Arbeitern – Verbesserungen durch Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung

Aus einigen Daten der Krankenkassen zur Arbeitsunfähigkeit lassen sich - ergänzend zu Ergebnissen aus Befragungen – Schlüsse auf die Belastungen der Beschäftigten am Arbeitsplatz ziehen. Ganz allgemein deutet der erheblich höhere Krankenstand von Arbeitern im Vergleich zu den Angestellten (bei den AOK-Versicherten. Kap. 8, Diagramm 8.11) auf eine höhere Belastung gewerblicher Arbeitnehmer hin. Andererseits zeigt der besonders deutliche *Rückgang der Fehlzeitenquote* bei den Arbeitern unter den Beschäftigten der Stadtverwaltung von 9,4 % auf 7,4 %, dass sich die Belastungssituation durch gezielte Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung beeinflussen lässt.

Unterschiedliche Belastungsschwerpunkte im Handwerk

Die Arbeitssituation in verschiedenen handwerklichen Berufen lässt sich auf Grund der Angaben der IKK zur Arbeitsunfähigkeit bei

diesen Berufsgruppen einschätzen (Tabelle 5.4). Demnach sind z. B. die psychischen Belastungen vor allem im Gast- und Hotelgewerbe, aber auch bei den Malern verhältnismäßig hoch.

Die relativ häufigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems bei Installateuren, Gebäudereinigern und im Baugewerbe weisen auf ein hohes Ausmaß an körperlichen Belastungen (ungünstige Körperhaltung, schweres Heben und Tragen) bei diesen Berufsgruppen hin. Im Bau-

gewerbe und im Installateurhandwerk dürften die Verletzungsgefahren überproportional hoch sein.

Tabelle 5.4:
Arbeitsunfähigkeits-Fälle je 100 VJ in den Innungsgewerken nach Krankheitsgruppen (ICD)

	Psych. Erkrankungen	Muskel- und Skelett-Erkrankungen	Verletzungen
Bau- u. Ausbaugewerbe	1,5	41,4	28,4
Gebäudereiniger	3,3	41,8	13,5
Installateure	2,7	42,2	27,4
Maler	5,0	30,0	19,2
Gast- u. Hotelgewerbe	8,3	13,8	12,4
Gesamt IKK-HD	4,0	29,4	20,3

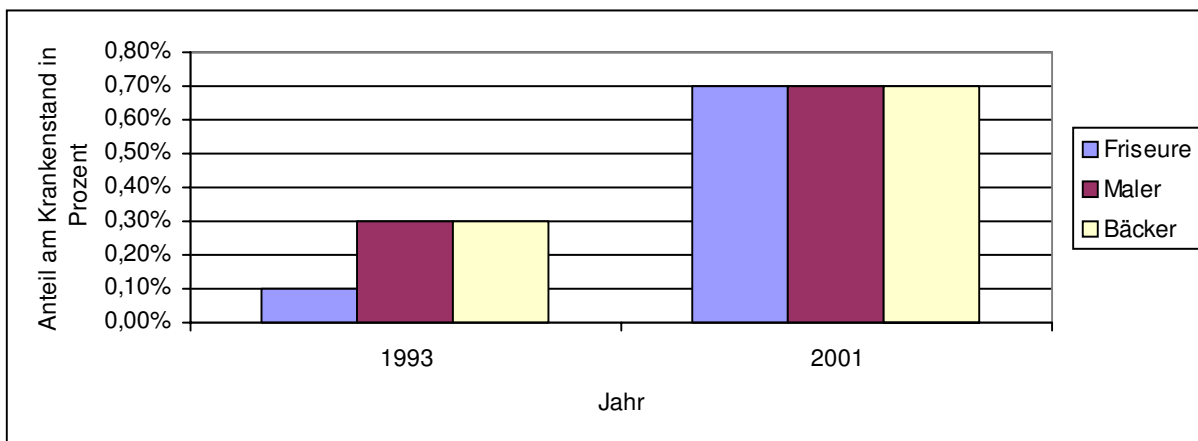
Quelle: IKK Heidelberg 2001

Arbeitsverdichtung und Stress auch im Handwerk

Ein Vergleich der Arbeitsunfähigkeitsdaten der Jahre 1993 und 2001 bei den Versicherten der IKK ist bei den Berufsgruppen der Friseure, Maler und Bäcker möglich (Diagramm 5.1).

Demnach stiegen die psychischen Belastungen im Arbeitsleben deutlich an – auch hier dürften wie in anderen Bereichen des Arbeitslebens, z. B. auch bei der Stadtverwaltung, Zeitdruck, Arbeitsverdichtung und damit der psychosoziale Stress angestiegen sein.

Diagramm 5.1:
Anteil der psychischen Erkrankungen am Krankenstand der IKK-Versicherten 1993 und 2001



Quelle: IKK Heidelberg 2001

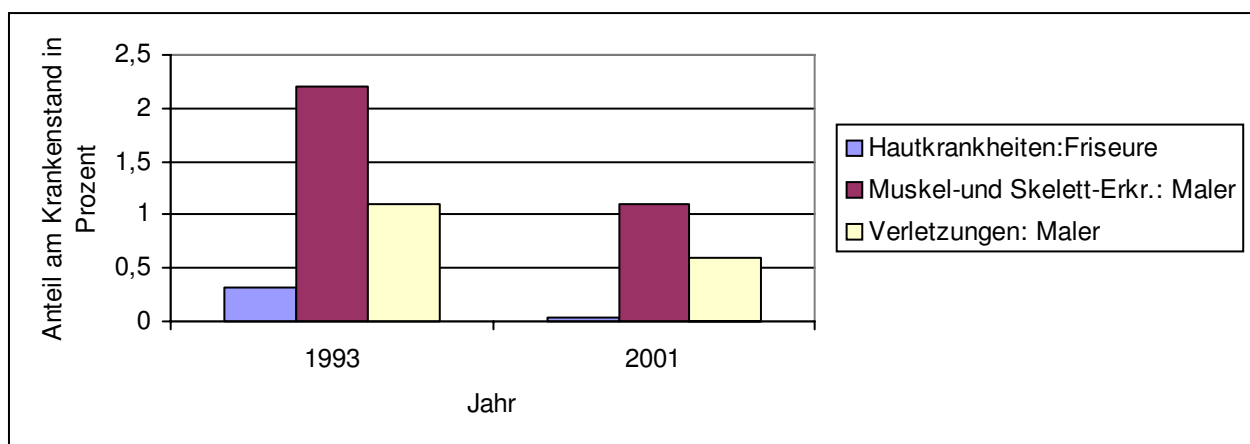
Verminderung berufsbedingter Erkrankungen als Zeichen für bessere Arbeitsbedingungen

Andererseits geben die Daten einen deutlichen Hinweis darauf, dass die Interventionsmaßnahmen in den Handwerksinnungen der Friseur- und Maler zugunsten der Gesundheit (Kooperationsprojekte *Friseur und Umwelt*, *Maler und Umwelt*) zu Verbesserungen bei den Arbeitsbedingungen führten: der massive Rückgang von Hautkrankheiten bei den Friseuren

(die häufigste Ursache von Berufskrankheiten in diesem Beruf) zeigt einen deutlich verbesserten Hautschutz (z. B. durch Friseurartikel, Schutzhandschuhe, Aufklärung) an (siehe Kap. 8; 10). Die Reduktion von Muskel- und Skeletterkrankungen bei Malern weist auf die Bereitstellung optimierter Arbeitsmaterialien, die konsequente Beachtung von adäquaten Arbeitstechniken und Körperhaltungen in dieser Berufsgruppe hin (Diagramm 5.2).

Diagramm 5.2:

Anteile der Krankheitsgruppen: Hautkrankheiten, Muskel- und Skeletterkrankungen und Verletzungen am Krankenstand der IKK-Versicherten 1993 und 2001



Quelle: IKK Heidelberg 2001

Erwerbslosigkeit

Erwerbslosigkeit als Ursache gesundheitlicher Beeinträchtigungen

Ein besonderes Problem auf dem Sektor der Arbeitsbelastung stellt das Fehlen von Arbeit, eine drohende Erwerbslosigkeit und insbesondere die Langzeitarbeitslosigkeit dar. Von Arbeitslosigkeit sind in Heidelberg (im Jahr 2003) 4.412 Personen, d. h. 7,5 % der Erwerbstätigkeit betroffen (siehe Kap. 2).

Menschen, die lange Zeit vom Berufsleben ausgeschlossen waren, sehen sich häufig einer sozialen Schlechterstellung in der Gesellschaft ausgesetzt. Ihnen fehlen Wertschätzung und die Anerkennung sowie der Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen. Häufig ziehen sie sich nach und nach zurück und verlieren ihren Freundeskreis.

Symptome einer im Zusammenhang mit einer Erwerbslosigkeit beeinträchtigten Gesundheit sind:

- Depressionen,
- Schlafstörungen,
- Nervosität,
- Konzentrationsstörungen,
- Herz-Kreislaufkrankheiten und
- psychosomatische Erkrankungen

Mit zunehmender Dauer der Erwerbslosigkeit steigt auch die Zahl der Suizide. Auch die Flucht in den Alkohol- und Rauschmittelmissbrauch nimmt zu. Daraus resultiert, dass es für die betroffenen Menschen zunehmend schwierig wird, in die Erwerbstätigkeit zurückzufinden.

Perspektiven für Langzeitarbeitslose

Um Langzeitarbeitslosen eine Perspektive zu bieten und den Wiedereinstieg in die Arbeitswelt zu erleichtern, hat die Stadt Heidelberg gemeinsam mit dem Arbeitsamt Heidelberg 1992 die gemeinnützige Beschäftigungsgesellschaft „Heidelberger Dienste gGmbH“ (HDD) gegründet. Ziel ist es, langzeitarbeitslosen Menschen im Rahmen von geförderten Beschäftigungsverhältnissen einen Arbeitsplatz anzubieten um ihnen den Weg in den regulären Arbeitsmarkt durch Beschäftigung und Qualifizierung zu ermöglichen. Im Jahr 2002 konnte die HDD 135 Arbeits- und Beschäftigungsplätze bieten und damit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Situation von Langzeitarbeitslosen leisten (siehe Kap. 10).

Das Angebot der Heidelberger Dienste wird erweitert durch diejenigen der sozialwirtschaftlichen Betriebe, die im „*Verbund für Beschäftigung*“ zusammengeschlossen sind. Hier werden im Durchschnitt etwa 150 Menschen beschäftigt. Auf Anregung des Verbundes erfolgte die Einrichtung des „Fonds zur „*Aktiven Beschäftigungspolitik*“ zur Finanzierung zweckgebundener Projekte zur Beseitigung der Langzeitarbeitslosigkeit. Daraus erhalten Betriebe, die Langzeitarbeitslose beschäftigen, städtische Aufträge.

Hilfe für Jugendliche zum Schritt in die Erwerbstätigkeit

Um leistungsschwächere Schülerinnen und Schüler, insbesondere aus den Hauptschulen (siehe Kap. 3) auf ihrem Weg in Ausbildung und Erwerbstätigkeit zu unterstützen, wurde von der Stadt, dem Land Baden-Württemberg und der Arbeitsverwaltung die Stelle des Jugendberufshelfers geschaffen. Durch gezielte Förderung und Begleitung einzelner junger Menschen während der letzten Schuljahre soll der Gefahr vorgebeugt werden, dass diese nach dem Schulabschluss den Einstieg in ein selbstbestimmtes Leben verpassen und eine Karriere als Langzeitarbeitslose starten.

6 Lebensweisen und Gesundheitsrisiken

Einflüsse der Lebensweisen auf die Gesundheit

Bei der Erhaltung bzw. Gefährdung der Gesundheit besteht ein starker Zusammenhang zu den alltäglichen Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten. Aufgrund von vielfältigen zu meist sozialen Faktoren wird diese Verknüpfung oft verdrängt oder nicht wahrgenommen. Es zeigt sich, dass nur der geringere Teil der Bevölkerung ein konsequent gesundheitsbewusstes Verhalten praktiziert. Vielmehr können Personen sich in einem Bereich gesundheitsbewusst und gleichzeitig in anderen Bereichen gesundheitsriskant verhalten.

Darüber hinaus beeinflusst die soziale Lage, in der sich Menschen befinden, und der jeweils vorherrschende Lebensstil im hohen Maße ihre Lebensweisen. Es ist daher notwendig, Verhaltensweisen, die das Wohlbefinden und die Gesundheit beeinträchtigen oder gefährden, transparent zu machen und die Menschen zu einem die Gesundheit fördernden Verhalten zu motivieren.

Neben einer unausgewogenen und Über- bzw. Unterernährung hebt die WHO folgende für die Gesundheit riskante Verhaltensweisen hervor:

- Rauchen
- Bewegungsmangel
- Alkoholmissbrauch
- Drogen- und Arzneimittelmisbrauch
- Stress und Zeitdruck

Diese Bewertung geht insbesondere auf die Bedeutung der Lebensweisen für wichtige und häufige Erkrankungen und Gesundheitsstörungen, wie Krebs, Herz-Kreislaufkrankheiten, rheumatische und psychische Erkrankungen, zurück.

Ernährung in Heidelberg

Fehlernährung - ein Gesundheitsrisiko

Ungünstige Ernährungsgewohnheiten und eine unkritische Lebensmittelauswahl zählen zu den

Ursachen einer Reihe von chronischen Erkrankungen, wie Herz- Kreislauferkrankungen, verschiedene Krebserkrankungen, Diabetes mellitus, chronische Krankheiten der Leber und anderer Verdauungsorgane. Obwohl diese Erkrankungen meist vielfältige Ursachen haben können, kommt der – falschen und insbesondere der übermäßigen - Ernährung nach wissenschaftlichen Erkenntnissen eine besondere Bedeutung für ihre Entstehung zu.

Weniger Zeit und Mittel für Essen und Trinken – Wandlungen der Alltagskultur

Essen und Trinken kann neben der Nahrungsaufnahme auch der zwischenmenschlichen Kommunikation, Entspannung und Geselligkeit dienen. Eine Umfrage bei insgesamt 213 Schülerinnen und Schülern, Eltern sowie Lehrerinnen und Lehrern Heidelberger Schulen aus dem Jahr 2002 ergab, dass die befragten Erwachsenen durchschnittlich sich mehr als 2 Stunden Zeit dafür nehmen (Tabelle 6.1). Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass dieser Teil der Alltagskultur für sie einen hohen Stellenwert besitzt. (Stadt Heidelberg: Zeitkompetenz und Schule 2003).

Tabelle 6.1:
Durchschnittlicher täglicher Zeitaufwand für Essen und Trinken (in Stunden)

	Schüler/innen	Lehrer/innen	Eltern
Täglicher Zeitaufwand	1,4	2,0	2,6

Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Umweltschutz: Zeitkompetenz und Schule 2003

Demgegenüber verwenden die Schüler/innen mit durchschnittlich knapp eineinhalb Stunden nur wenig mehr als halb so viel Zeit für die täglichen Mahlzeiten. Die Vermutung liegt nahe, dass darin die sich vor allem bei der jüngeren Generation zunehmend durchsetzende Fast-Food-Kultur zum Ausdruck kommt. Sie ist durch einen schnellen Verzehr von Nahrungsmitteln mit verdichtetem Energiegehalt geprägt. Da bleibt einerseits weniger Zeit für soziale Kontakte und Kommunikation, Wahrnehmung

verschiedener Geschmacks- und Geruchskomponenten und Genuss, andererseits wird das Risiko von Übergewicht und ernährungsbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen erhöht.

Rückgang der Wertschätzung von Essen und Trinken

Dass die Wertschätzung des Essens und Trinkens in der modernen Gesellschaft - im Vergleich zu anderen Aufwendungen – zunehmend relativ begrenzt ist, zeigt auch der vergleichsweise geringe Anteil der Ausgaben für Nahrungsmittel am Haushaltseinkommen. Er liegt in Baden-Württemberg im Durchschnitt weit unter 20 % (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2002).

Ernährungsweisen Heidelberger Erwachsener

Aus einer europäischen Studie zum ernährungsabhängigen Krebsrisiko (EPIC-Studie) liegen umfangreiche Daten zum Lebensmittelverzehr und zur Nährstoffzufuhr von 1.013 erwachsenen Männern und 1.078 Frauen aus Heidelberg vor, die zwischen 1996 und 1998 erhoben wurden. Die untersuchte Altersgruppe umfasst bei Männern ein Alter von 40 - 64 Jahren, bei Frauen von 35 - 64 Jahren (Tabelle. 6.2).

Tabelle 6.2:
Alter, BMI, tägliche Energie- und Nährstoffzufuhr der Heidelberger Männer und Frauen

	Männer		Frauen	
	Mittelwert	Referenzwerte ³	Mittelwert	Referenzwerte ³
Alter, Jahre	52	–	50	–
BMI	26,7	–	25,2	–
Gesamtenergie, kJ	10:387	–	7:855	–
Proteinanteil, Energie %	14,8	–	14,5	–
Kohlenhydratanteil, Energie %	40,6	50	43,5	50
Fettanteil, Energie %	36,6	max. 30	37,3	max. 30
Alkoholanteil, Energie %	7,9	–	4,8	–
Cholesterin, mg	371	max. 300	285	max. 300
Ballaststoffe, g	21,8	30	19,6	30
Vitamin E ¹ , mg	14,3	13/14 ⁴	12,3	12
Vitamin C, mg	120	100	126	100
Folat-Äquivalente, µg	245	400	213	400
Calcium, mg	885	1.000	837	1.000
Eisen, mg	15,1	10	12,3	15/10 ³

¹ Tocopherol-Äquivalente

² Wenn alle ermittelten Werte nach ihrer Größe gereiht werden, entspricht dieser dem höchsten Wert, unterhalb dem 90 % der Werte zu finden ist. Er wird häufig als ein Referenzwert herangezogen.

³ Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr (DGE u. a. 2000)

⁴ Referenzwerte für Erwachsene im Alter von 25-65 Jahre
– Keine Empfehlung bzw. nicht darstellbar

Quelle: EPIC-Studie (nach Schulze u. a. 2001)

Hoher Anteil Übergewichtiger in der Bevölkerung

Der Body Mass Index (BMI) – als Maß des angemessenen Körpergewichts - der Heidelberger Männer und Frauen liegt im Durchschnitt im oberen Bereich des Normalgewichts nahe der Grenze zum mäßigen Übergewicht. Etwa 10 % der untersuchten Personen zeigen ein deutliches Übergewicht (Adipositas).

Der entsprechende Anteil bei 186 (in den Jahren 2001/2002) untersuchten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stadtverwaltung ist mit 25 % weit höher. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Befragten dieser Studie zu einem weit überproportionalen Anteil Arbeiter und andere Beschäftigte mit gewerblichen Schwerpunkt waren, unter denen das Übergewicht im Durchschnitt häufiger vorkommt (Stadt Heidelberg: Amt für Umweltschutz: Wirksamkeit des Arbeitsschutzes 2004).

Über- und Untergewicht von Schulkindern

Das Gewicht, insbesondere das Übergewicht von Kindern, ist deshalb heute so wichtig geworden, weil

- Übergewicht psychosoziale Probleme vielfältiger Art mit sich bringt (z. B. lässt sich eine Spirale beobachten, die bei leichtem Übergewicht beginnt und zu zunehmend starkem Übergewicht und sozialer Isolation führt),
- die Essgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen sich mit zunehmendem Lebensalter verfestigen. Zugleich besitzen übergewichtige Kinder ein deutlich erhöhtes Gesundheitsrisiko, schon im Kindes- oder nachfolgend im Erwachsenenalter, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Gelenkerkrankungen zu erkranken.

Trends zum starken Übergewicht bei Schulkindern

Entsprechend einer für Deutschland repräsentativen Studie sind 18 bis 20 % der 6 bis unter 17-jährigen als übergewichtig bzw. krankhaft übergewichtig (adipös) einzustufen, etwa 8 %

haben Untergewicht. Neuere Studien weisen darauf hin, dass der Trend zu mehr übergewichtigen Kindern in Deutschland anhält. Vermehrt tritt extremes Übergewicht auf, und zwar mit einem immer höheren Körpergewicht und in einem immer früheren Alter. So wurden 10 % der Jungen und 7 % der Mädchen im Grundschulalter als adipös eingestuft, was einer Verdopplung im Vergleich zu 1984 entspricht. Dagegen nahm der Anteil von Mädchen über 13 Jahre mit Untergewicht von 17 auf 3 % ab (DGE 2000).

Bei Grundschulern aus Baden-Württemberg wurden im Zeitraum von 1994 - 2000 vergleichbare Ergebnisse von den Gesundheitsämtern beobachtet. Während sich der BMI, das durchschnittliche Verhältnis von Körpergewicht zu Körpergröße, der 10-jährigen über die Beobachtungszeit nicht veränderte (mittlerer BMI von 17,5), wurden die bereits stark übergewichtigen Kinder zunehmend schwerer.

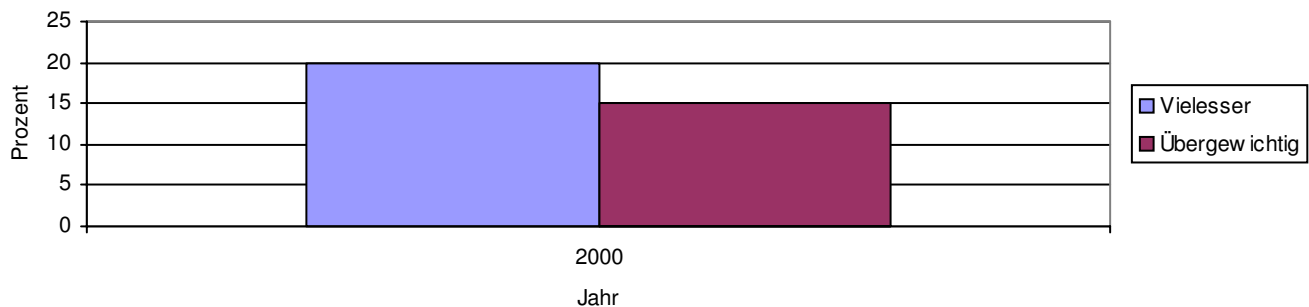
Immer mehr Heidelberger Eltern finden ihre eigenen Kinder zu dick

Die Befragung von über 800 Eltern Heidelberger Schulkinder eines Altersjahrgangs (1990) zu zwei Zeitpunkten (bei der Einschulung 1996 und am Ende des 4. Schuljahrs 2000) berechtigt zu Annahme, dass die Entwicklung in Heidelberg ähnlich wie im übrigen Bundesgebiet verlief.

Im Jahr 1996 waren noch 6 % der befragten Eltern vom Übergewicht ihrer Kinder überzeugt und bis zum Jahr 2000 stieg der Anteil auf 15 %. 1996 meinten noch 9 % der Eltern, ihre Kinder würden zu viel essen. 4 Jahre später betrug der Anteil der Vielesser bereits 20 % (Haffner u. a. 2002).

Diagramm 6.1:

Vielesser und Übergewichtige unter den Kindern (Geburtsjahrgang 1990) nach Einschätzung der Eltern
Tabelle 3.1: Anzahl der Wohnungen und Belegungsdichte nach Einwohnern in den Stadtteilen



Quelle: Haffner 2002

Positive Trends in der Ernährung der deutschen Bevölkerung

Laut Konsumstatistiken hat sich der Verbrauch von vielen Grundnahrungsmitteln (z. B. Getreide und Kartoffeln) in den letzten 20 Jahren insgesamt stabilisiert. Hervorzuheben ist ein positiver Trend des Gemüse-, Joghurt- und Käseverbrauchs. Eher negativ wird von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) allerdings das starke Schwanken des Obstkonsums sowie der nach wie vor hohe Konsum von Fleisch, Zucker und Alkoholika gewertet.

Immer noch zu viel Fett und Cholesterin in der täglichen Nahrung – auch in Heidelberg

Der Fettenergieanteil der Nahrung sowie die Cholesterinzufuhr der Heidelberger Erwachsenen liegen zwar jeweils unter dem Bundesdurchschnitt. Im Vergleich zu den Referenzwerten der DGE (2000) ist bei beiden Geschlechtern jedoch der Fettanteil und bei den Männern die Cholesterinzufuhr im Mittel um knapp ein Viertel zu hoch. Rund 10 % der Männer und Frauen nehmen mindestens doppelt so viel Cholesterin auf wie maximal empfohlen wird. Übergewicht und ernährungsbedingte Gesundheitsstörungen sind damit programmiert.

Gesündere Lebensmittelauswahl unter der Heidelberger Bevölkerung: mehr Gemüse und Obst

Einen erfreulichen Trend zeigen die Heidelberger in Bezug auf ihre Lebensmittelauswahl im Vergleich zur Nationalen Verzehrsstudie (NVS): Sie essen deutlich weniger Eier sowie etwas weniger Fleisch und Fleischprodukte, dafür aber mehr Obst und Gemüse. Entsprechend findet sich bei den Heidelbergern eine sehr gute Vitamin-C-Versorgung.

Mängel in der Vitaminzufuhr

Allerdings ist die Zufuhr des Vitamins Folsäure in Heidelberg wie in der Durchschnittsbevölkerung deutlich zu niedrig. Die Folsäurezufuhr der Frauen liegt im Durchschnitt nur bei der Hälfte der von der DGE und anderen Fachgesellschaften empfohlenen Menge. Insbesondere schwangere Frauen sind von einem möglichen Folsäuremangel betroffen, weil der erhöhte Bedarf während der Schwangerschaft schnell zu einer Entleerung der Körperspeicher führen kann. Es können Störungen in der Schwangerschaft bis hin zu Missbildungen des Fötus und Abort auftreten. Auch die beobachtete Eisenzufuhr kann, gemessen an dem höheren Bedarf von jüngeren Frauen, nicht als ausreichend bezeichnet werden.

Insgesamt ähnelt die Energie- und Nährstoffzufuhr der Heidelberger Bevölkerung den in der EPIC-Studie ermittelten europaweiten Vergleichswerten. Eine Verbesserung der Ernäh-

rungssituation könnte durch verstärkte Orientierung an den internationalen Ernährungsleitlinien (viel Obst und Gemüse sowie stärkehaltige Lebensmittel, weniger Fleisch und fetthaltige Lebensmittel sowie Salz) erreicht werden, um eine verbesserte Nährstoffzufuhr zu erzielen.

Unzureichende Versorgung mit Jod

Deutschland ist wie die meisten europäischen Länder ein Jodmangelgebiet. Ein über Jahrzehnte bestehender Jodmangel führt u. a. zur Vergrößerung (Kropfbildung) und knotigen Veränderung der Schilddrüse. Jährlich müssen sich etwa 90.000 Menschen in Deutschland einer Schilddrüsenoperation unterziehen. Daher wird seit über 20 Jahren von verschiedenen Seiten versucht, die Jodversorgung der deutschen Bevölkerung auf freiwilliger Basis zu verbessern. So wird z. B. die Verwendung von jodiertem Salz im Haushalt, in der Gemeinschaftsverpflegung und in der industriellen Lebensmittelherstellung empfohlen.

Verbesserung der Jodversorgung durch jodiertes Speisesalz

Der aktuelle Jodversorgungszustand der deutschen Bevölkerung wurde in der repräsentativen Jod-Monitoring-Studie 1996 untersucht. Die Untersuchungen zeigen, dass sich die Jodversorgungssituation in Deutschland in den letzten 15 Jahren deutlich verbessert hat. Beispielsweise benutzten 75 % der Befragten im Alter über 13 Jahre jodiertes Speisesalz im Haushalt. Jedoch wird die Versorgungssituation immer noch nicht als befriedigend eingestuft, insbesondere in Süddeutschland. Zum Beispiel liefert das Trinkwasser in Süddeutschland (1,6 µg/l) nur ein Viertel soviel Jod wie in Norddeutschland (6,1 µg/l).

Die Jodversorgung von 89 Mutter-Kind-Paaren aus dem Heidelberger Raum wurde als Teil der bundesdeutschen Jod-Monitoring-Studie 1996 untersucht (Klett u. a. 1999). Bei etwa einem Viertel der Mütter wurde ein zu großes Volumen der Schilddrüse beobachtet. Jodtabletten (sog. Jodsupplemente) wurden von 36 % der untersuchten Mütter eingenommen. Die Neugeborenen, deren Mütter Jodtabletten einnahmen, wiesen eine bessere Jodversorgung und ein deutlich niedrigeres Schilddrüsenvolumen auf

als die Neugeborenen ohne zusätzliche Jodzufuhr der Mütter.

Stillen der Säuglinge – optimale Versorgung und Vorsorge

Stillen ist im Allgemeinen ein Mittel zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit von Mutter und Kind. Für die Mutter reduziert Stillen das Risiko von Blutungen und Infektionen nach der Geburt, von Krebserkrankungen der Brust und der Eierstöcke, Eisenmangelanämie und sogar das Sterblichkeitsrisiko.

Für das Baby ist Stillen ein lebenswichtiger Faktor, der häufigen Krankheiten vorbeugt. Muttermilch ist in ihrer Zusammensetzung perfekt auf die Bedürfnisse des Babys abgestimmt. Sie enthält alle Nahrungsbausteine, Vitamine und Mineralstoffe in der richtigen Form und Kombination und ist leicht verdaulich. Darüber hinaus enthält die Muttermilch eine große Anzahl von Abwehrstoffen. Diese bewirken, dass gestillte Kinder seltener krank werden und schneller genesen als Flaschenkinder. Frühgeborene Kinder haben größere Überlebenschancen, wenn sie die Milch ihrer Mutter trinken, denn diese „Frühgeborenenmilch“ ist nochmals besonders auf die Bedürfnisse der kleinen, unreifen Kinder abgestimmt. Ein weiterer Vorzug der Muttermilch ist, dass sie einen Schutz vor Allergien bietet. Besteht eine erbliche Veranlagung zu Allergien, senkt das Stillen das Risiko für deren Entstehung.

Unzureichende Dauer des Stillens

Nach eingehenden Prüfungen der wissenschaftlichen Unterlagen seit März 2001 empfiehlt die WHO sechs Monate ausschließliches Stillen. 1997/98 wurde vom Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund die erste gesamtdeutsche Studie zu Stillen und Säuglingsernährung durchgeführt (Dulon u. a., 2001). Die Ergebnisse zeigen, dass 97 % der Mütter in Westdeutschland nach der Geburt mit dem Stillen beginnen. Anschließend fällt die Stillquote erheblich.

Tabelle 6.3: Stillquoten in Deutschland, 14 Tage, 4 und 6 Monate nach der Geburt

Alter der Kinder	14 Tage	4 Monate	6 Monate
Ausschließliches Stillen	76 %	48 %	13 %
Stillen und Zufüttern (Säuglingsmilchnahrung und/oder Beikost)	8 %	13 %	37 %
Kein Stillen	16 %	39 %	50 %

Quelle: Dulon u. a. 2001

Die Stillquoten in Deutschland sind im Vergleich zu früher deutlich gestiegen, aber immer noch weit niedriger als in anderen europäischen Ländern mit langjähriger Stilltradition, z. B. Skandinavien.

Einflussfaktoren für das Stillen der Kinder: Familienstand, soziale Lage

Wesentliche Einflussfaktoren, dass Neugeborene nur für einen kurzen Zeitraum gestillt wurden, sind das Alter der Mutter (unter 25 J.), die Zufütterung von Beikost, die Situation als Alleinerziehende, ein geringer Bildungsstand der Mutter, Stillprobleme und eine negative Haltung des Partners hinsichtlich des Stillens. Warum sie das Stillen letztlich einstellten, begründeten die Mütter häufig damit, dass die Muttermilch versiege, dass das Stillen körperlich anstrengend gewesen sei und/oder sie Probleme mit der Brust bekommen hätten.

Stillförderung an Heidelberger Geburtskliniken und durch Beraterinnen

Die in der Stadt Heidelberg befindlichen vier Krankenhäuser mit geburtshilflich - gynäkologischer Abteilung orientieren sich jedoch an den internationalen Kriterien. Der Fokus der Betreuung ist auf die Stillförderung gerichtet, was nicht zuletzt in der Qualifikation des Klinikpersonals Ausdruck findet. So erhalten junge Mütter in allen Heidelberger Geburtskliniken bei Bedarf kompetente Beratung und fachliche Hilfe beim Stillen.

Weitere Unterstützung finden werdende Mütter in Heidelberg vor und nach der Geburt ihres Kindes durch zwei Stillberaterinnen bei der Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen e. V.

(AFS). Beratung beim Übergang vom Stillen zur Beikost bieten die Fachfrauen für Kinderernährung. Sie können z. B. von Elterngruppen, Lehrern und Erziehern kostenlos nachgefragt werden.

Insgesamt kann das Leistungsangebot in Heidelberg für stillende Mütter als ausgesprochen gut bezeichnet werden. Es bleibt zu wünschen, dass die Angebote zunehmend in Anspruch genommen werden.

Gesunde Ernährung in städtischen Kindertagesstätten

In Heidelberg gibt es etwa 76 Kindertagesstätten, davon werden 21 von der Stadt und die übrigen in freier Trägerschaft (ev. und kath. Kirche, Studentenwerk, Arbeiterwohlfahrt, Freie Waldorfräger u. a.) betrieben. Während in den städtischen Kindertagesstätten in der Regel ein Mittagstisch angeboten wird, findet sich dieses Angebot seltener bei Einrichtungen in freier Trägerschaft.

In den städtischen Kindertagesstätten werden ca. 1.600 Kinder im Alter von acht Wochen bis zum Ende der Grundschulzeit betreut. Morgens wird ein gemeinsames Frühstück eingenommen, das die Kinder in der Regel von zu Hause mitbringen. In regelmäßigen Zeiträumen (einmal pro Woche bis einmal im Monat) wird ein Frühstück in der Kindertagesstätte zubereitet. In einigen Einrichtungen gibt es täglich ein „Frühstücks-Büffet“ (z. B. Kindertagesstätte Emmertsgrund).

Bis auf den Kindergarten in Wieblingen (keine Küche vorhanden) bieten alle städtischen Kindertagesstätten ein gemeinsames Mittagessen. Zubereitet werden insgesamt ca. 1.000 Mittagessen.

sen pro Tag. Das Angebot ist jeweils zum Monatsende ab- bzw. bestellbar. Die Zusammenstellung des Mittagessens orientiert sich an den Grundsätzen der DGE für eine optimierte Mischkost. Die Kinder und ihre Eltern werden an der Auswahl des Essens beteiligt. Religiöse Vorstellungen, persönliche Wünsche (z. B. vegetarisches Essen) und krankheitsbedingte Diäten werden nach Möglichkeit berücksichtigt.

Die Planungen der letzten Jahre wurden so ausgerichtet, dass die Küchen der Einrichtungen auch für die Kinder nutzbar sind. Die Stadt Heidelberg will das Essensangebot in den städtischen Kindertagesstätten weiter optimieren. Ziel ist es die, Frischkost und das Obst zukünftig aus der Region und wenn möglich aus ökologischem Anbau zu beziehen.

Esskultur in Schulen

Eine ausgewogene Ernährung ist für die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von hoher Bedeutung. In vielen Schulen, in denen bedingt durch den Stundenplan auch nachmittags unterrichtet wird, fehlen häufig Angebote für eine sinnvolle Pausen- und Mittagsverpflegung. In der gymnasialen Oberstufe ebenso wie in den höheren Klassen der Haupt- und Realschulen findet vielerorts Nachmittagsunterricht statt, ohne dass seitens der Schule ein Mittagessen angeboten wird.

Im Rahmen ihrer Aktivitäten zur Gesundheitsförderung befragte die Stadt Heidelberg im Jahr 2003 die im Stadtgebiet ansässigen Grundschulen bezüglich ihres *Lebensmittelangebotes* und ihrer Angebote in der Ernährungsbildung. Danach haben drei Schulen einen Kioskverkauf und eine weitere einen Backwarenstand. Verkauft werden an diesen Schulen salzige und süße Backwaren. Erweitert wird das Angebot an der Internationalen Gesamtschule Heidelberg um Obst, Saft, Fruchtsaftgetränke, Schokoriegel, Limonaden sowie Frikadellen, Wurst und Dampfnudeln, womit sich hier das umfangreichste Angebot findet. In einer anderen Schule werden neben den Backwaren auch Saft und Fruchtsaftgetränke am Kiosk verkauft. Schulmilch ist nur an drei Schulen erhältlich. An 8 der 13 Grundschulen gibt es überhaupt kein

Angebot, eine weitere hat als einziges Angebot einen Getränkeautomaten.

Trennung von Ess- und Bewegungspausen

An 9 der 13 Heidelberger Grundschulen findet eine Trennung von Ess- und Bewegungspausen statt. Das Essen wird überwiegend im Klassenzimmer eingenommen. In einigen Schulen wird Essen auch während der Nahrungsaufnahme thematisiert. Ein neues Projekt der Gesundheitsförderung („*Trink Dich fit und schlau*“) hat das regelmäßige Trinken des Leitungswassers (best kontrolliertes Lebensmittel) zum Ziel. Daran sind sämtliche Grundschulen Heidelbergs beteiligt (siehe Kap. 10).

Fast alle Schulen führen ernährungsbildende Aktionen während des Unterrichts durch. Dabei steht „*Gesundes Frühstück*“ als Thema im Vordergrund. Knapp die Hälfte der Schulen bietet Projekte zur Ernährungsbildung außerhalb der Unterrichtszeiten an. Insgesamt zwei Drittel der Schulen bedienen sich externer Fachleute (v. a. Ernährungsberaterinnen und Fachfrauen für Kinderernährung). In einer der Heidelberger Hauptschulen wurde zur Verbesserung der Esskultur ein separates *Frühstückszimmer* eingerichtet - hier haben die einzelnen Klassen Gelegenheit, in einer angenehmen Atmosphäre ihr Essen zuzubereiten und einzunehmen (siehe Kap 10).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ernährungsbildende Aktionen und Projekte in den Heidelberger Grundschulen stattfinden, der Umfang und die Häufigkeit dieser Maßnahmen allerdings eher gering sind. Die durchgeführten Aktivitäten sind jedoch lebensweltbezogen und handlungsorientiert.

„Verlässliche Grundschule“

Die Betreuung von Schulkindern im Rahmen der „Verlässlichen Grundschule“ wird von dem Verein „päd-aktiv e. V.“ im Auftrag der Stadt Heidelberg durchgeführt. Sie findet an allen Heidelberger Grundschulen statt. Einschließlich des Schulunterrichts werden die angemeldeten Kinder im Zeitraum von 7.30 - 15.00 bzw. von 11.30 - 15.30 Uhr betreut. Langzeitbetreuten

Kindern wird täglich ein Mittagstisch angeboten.

Im Schuljahr 2002/2003 nahmen etwa 1.370 Kinder an der Betreuung und davon rund 450 Kinder am Mittagessen teil. Die Form des Mittagstisches steht in engem Zusammenhang mit den räumlichen Möglichkeiten der Schulen, z. B. dem Vorhandensein einer Küche. Etwa die Hälfte der Mittagstische in den Grundschulen wird durch einen Caterer versorgt, der tiefgekühlte Gemüse- und Fleischkomponenten mit frischen Rohkostbeilagen und Obst kombiniert. Kinder anderer Schulen nehmen ihr Mittagessen in sogenannten „Gästehäusern“ (z. B. nahe gelegenen Seniorenzentren oder Mensen des Studentenwerks) ein. Zwei Schulen werden täglich durch einen Heidelberger Caterer mit frisch gekochtem Essen beliefert.

Zur Qualitätssicherung der Mittagstische findet ein regelmäßiger Austausch zwischen den Mitarbeitern der Betreuungseinrichtungen statt. Ziele und Qualitätskriterien für das Angebot „Mittagstisch“ sind in diesen Gremien festgelegt worden. Mehrmals im Schuljahr finden Erfahrungstreffen mit der Gebietsleiterin des Caterers statt. Zu der Küche in den Gästehäusern besteht ein direkter Kontakt.

Ess-Störungen – ein Problem von Mädchen und Frauen

Neben dem Übergewicht sind Magersucht und Bulimie – insbesondere bei Frauen – eine quantitativ und qualitativ wichtige Folge falscher Ernährung - und psychosozialer Probleme. Das Thema Körpergewicht hat in Verbindung mit dem äußeren Erscheinungsbild schon ab dem 10. Lebensjahr eine große Bedeutung (Landtag von Baden-Württemberg: Gesundheitliche Situation von Frauen, 2002). Nach Schätzungen ist etwa jede vierte Frau in Deutschland von Ess-Störungen betroffen – auf Heidelberg übertragen dürfte es sich hier um 10.000 – 15.000 Frauen handeln. Am häufigsten kommt diese Störung bei Frauen unter 30 Jahren vor.

Gesunde Ernährung: eine Herausforderung für die Heidelberger Bevölkerung

In Heidelberg besteht ein sehr breites Informations- und Beratungsangebot für den Bereich Ernährung, das für verschiedene Frage- und Problemstellungen von der Bevölkerung genutzt werden kann. Dass danach Bedarf besteht, zeigt sich darin, dass es intensiv in Anspruch genommen wird. Beispielsweise nahmen im Jahr 2002 insgesamt 1.661 Teilnehmer an den 128 Veranstaltungen der Volkshochschule im Bereich Ernährung teil.

Umfangreiche Angebote der Ernährungs- und Diätberatung

Ein weiteres umfangreiches und spezifisches Angebot findet sich seit September 2003 beim „Zentrum für Ernährung und Diätetik“ der Diätassistentenschule, die an das Berufsförderungswerk der SRH-Gruppe Heidelberg angegliedert ist. Den Schwerpunkt der Tätigkeit bilden Diätberatung und allgemeine Ernährungsberatung, welche durch Lehrkräfte der Diätassistentenschule erfolgt. Darüber hinaus bietet das Zentrum in eigenen Räumlichkeiten Schulungen, Vorträge und Kochkurse rund um das Thema Ernährung und Diätetik an. Auch diese Angebote werden zunehmend genutzt.

Weiterhin gibt es in Heidelberg spezielle Angebote und Ambulanzen für Personen mit Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht oder Fettstoffwechselerkrankungen. Mit Hilfe der ambulanten Adipositas -Therapieprogramme der Universitätsklinik Heidelberg – die sich an Kinder und Jugendliche im Alter von 10 - 18 Jahren richten, wurden seit seiner Einführung im 3. Quartal 2001 ca. 70 übergewichtige Kinder und Jugendliche behandelt.

Erfreulicherweise gibt es in Heidelberg auch Anlaufstellen für Mädchen und Frauen mit Ess-Störungen. Im Jahr 2002 führte das Frauen-Gesundheits-Zentrum e.V. 224 Beratungen zu Essstörungen durch. Eine Behandlungseinrichtung für Ess-Störungen ist in dem neuen Zentrum für Psychosoziale Medizin der Universität im Aufbau.

Von mehreren Krankenkassen werden verschiedenste Ernährungs-Informationsveranstaltungen

gen und Kurse angeboten. Das umfangreichste Angebot hat die AOK Rhein-Neckar, wie z. B. Kurse zu gesunder Ernährung (auch Kinderernährung) und zum Abnehmen, speziell auch für übergewichtige Kinder (PowerKids). In den letzten Jahren wurden die Kurse für Kinder mit Adipositas verstärkt nachgefragt und sind nach Angaben der AOK meist voll belegt.

Bewegung und Sport

Alltäglicher Bewegungsmangel – ein Gesundheitsrisiko

Zur Entstehung und Entwicklung von Krankheiten trägt auch Bewegungsmangel bei. Das gilt insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Gelenkkrankheiten. Daneben sind Bewegung und Sport für die Verbesserung des Immunsystems und der Psyche, aber auch für die Vermeidung von Krebskrankheiten relevant. Allerdings wird auch durch Überforderung, vor allem beim Leistungssport gerade das körperliche Abwehrsystem gefährdet.

Mobilität im täglichen Leben: zu Fuß und mit dem Rad zur Schule

Der Mangel an Bewegung ist unter anderem eine Folge übermäßiger Nutzung des Kraftfahrzeugs. Die meisten Wege, die mit dem Auto zurückgelegt werden, sind kürzer als 5 km, und sie könnten genauso gut zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückgelegt werden. Vielfach werden auch Kinder zur Schule und zu Freizeitaktivitäten gefahren. Damit wird zunehmend ein Verkehrsverhalten eingeübt, das Gesundheits- und Umweltschäden fördert.

Diese Situation veranlasste engagierte Bürgerinnen und Bürger, Elternbeiräte, Kinderbeauftragte, Polizei und Stadtverwaltung zu Aktionen zur Sicherung der Schulwege in Heidelberg. Dies führte dazu, dass es in Heidelberg 2003 nach der polizeilichen Unfallstatistik keine Unfälle auf Schulwegen gab. Dadurch und durch die Anlage sicherer Radwege (siehe Kap. 3) wird ein gesundheitsverträgliches Verkehrsverhalten erleichtert.

Eine Befragung von 1.440 Schülerinnen und Schülern aus insgesamt 14 weiterführenden

Heidelberger Schulen ergab, dass ein knappes Viertel (24 %) der Befragten täglich mit dem Fahrrad zur Schule und 13 % zu Fuß zur Schule kommen. Die überwiegende Mehrheit (etwa 55 %) der Befragten benutzen Bus und Bahn. Nur etwa 8 % werden mit dem Auto in die Schule gebracht (ADFC 2004). Etwa ein Drittel der zuletzt genannten Befragten kann sich unter verbesserten Voraussetzungen vorstellen, ebenfalls mit dem Rad zur Schule zu kommen.

Sport als Teil des modernen Lebensstils

Sport gilt heute als Teil des individuellen Lebensstils und spielt eine bedeutende und weiter zunehmende Rolle im Freizeitverhalten der Menschen. Dabei stehen Fitness, Sportlichkeit, Wohlbefinden, Jugendlichkeit und Gesundheit im Vordergrund, aber auch soziale Aspekte wie Geselligkeit, Spaß, Erfolg und Erholung. Zu einem sehr großen Teil wird Sport in Vereinen betrieben. Das Vereinswesen ist – nach dem staatlichen Schulsport – der größte organisierte Anbieter für Sport und die größte Personenvereinigung in Deutschland überhaupt (Brecht 2003).

Vereinssport unter Männern und jüngeren Frauen in Fitness-Einrichtungen

Dennoch ist das Nutzungsinteresse am Angebot der Sportvereine ganz unterschiedlich motiviert. Obwohl der Anteil der Frauen im Vereinssport kontinuierlich ansteigt, ist er immer noch geringer als der Anteil der Männer. Das hängt vermutlich mit den angebotenen Sportarten zusammen, da der Frauenanteil bei kommerziellen Sportanbietern deutlich überwiegt.

Ältere Menschen machen zwar den geringsten Teil der Vereinsmitglieder aus, da sie sich nicht vorrangig am Wettkampf und Leistungsgedanken orientieren. Dennoch sind sie die am stärksten wachsende Gruppe, da ein zunehmendes Interesse an allgemeiner Bewegung und Gesunderhaltung besteht.

Weniger Kinder und Jugendliche im Sportverein

Kinder und Jugendliche sind die größte Gruppe in Sportvereinen. Sie bringen neben physiolo-

gisch günstigen Voraussetzungen ein hohes Maß an Motivation mit und erzielen schnell Leistungserfolge. Sportvereine bieten darüber hinaus ideale Möglichkeiten, Kinder und Jugendliche unterschiedlicher Geschlechter, sozialer Schichten und Kulturen zusammenzubringen und sie von Kriminalität und Drogen fern zu halten (DSB, 2002/2003). Allerdings unterliegt diese Gruppe einem enormen Marktdruck, der immer neue, individuelle Sporterlebnisse bietet. Dies führt – neben dem Geburtenrückgang – zu einer Abnahme der Kinder und Jugendlichen im Vereinssport.

Bei den über 30-jährigen nehmen die Aktivitäten im Vereinssport hingegen zu, was mit dem höheren Bildungsniveau, und dem Bewusstseinswandel zu mehr Gesunderhaltung zusammenhängen mag.

Zunahme der Sportvereine in Heidelberg

Es ist sinnvoll, das Angebot an Sport für die Heidelberger Bürgerinnen und Bürger anhand des Vereinsregisters beim Amtsgericht zu betrachten. In Heidelberg waren 2002 insgesamt 400 Sportvereine beim Amtsgericht eingetragen. Seit 1997 ist die Zahl damit von 370 um 30 Vereine angestiegen.

Zunahme der Anbieter von „Gesundheitssport“

An den Eintragungen der neuen Vereine ins Vereinsregister Heidelberg zwischen 1997 und 2001 wird deutlich, dass der Sport Trends unterliegt, ohne dass dabei die traditionellen Sportarten zurückgehen. Neben Basketball, Hockey, Radsport, Reiten, Tennis und Volleyball haben sich Vereine für Croquet, Floorball, Kampfsport, Kendo, Rugby und Schießen, aber auch Seniorensport, Rollstuhlsport, Meditation und Entspannung sowie Herzsport und Sport für Diabetiker, Asthmatiker und Allergiker gegründet.

Abmeldungen beim Vereinsregister im gleichen Zeitraum betrafen demgegenüber Sportarten, wie Angeln, Hockey, Kampfsport, Kegeln, Pool-Billard, Radfahren, Reiten, Schießen, Snowboarden und Schwimmen. Die Gründung von Vereinen, welche die Gesunderhaltung in den

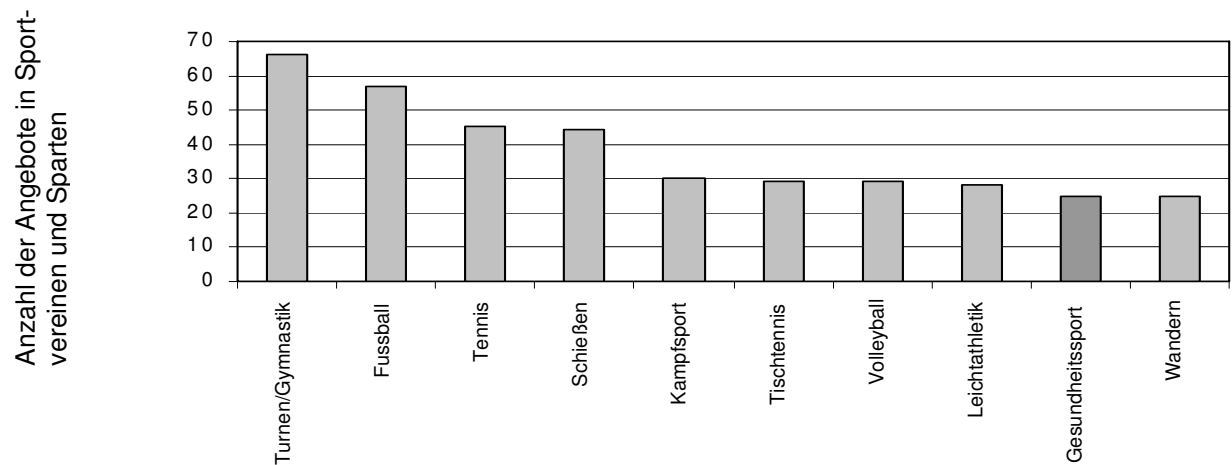
Vordergrund stellen, erlangt dabei eine zunehmende Bedeutung. Das zeigen auch die dementsprechenden Spartenneugründungen in den bestehenden Vereinen.

Schwerpunkte der Angebote in den Vereinen: Gymnastik, Fußball, Tennis

In den 400 Heidelberger Vereinen und ihren Sparten werden bis zu 60 Sportarten angeboten (Diagramm 6.1). Die Häufigkeit spiegelt dabei das Interesse an den einzelnen Sportdisziplinen wider. Am häufigsten kann mit 66 Angeboten Turnen/Gymnastik genutzt werden, gefolgt von Fußball (57), Tennis (45), Schießen (44), Kampfsport (30), Tischtennis (29), Volleyball (29) und Leichtathletik (28).

Interessant ist, dass in Heidelberger Vereinen unter den 10 wichtigsten Sportarten auch der Gesundheitssport sowie das Wandern und Laufen mit jeweils 25 Angeboten vertreten sind. Während die ersten acht Sportarten den bundesweiten Trend widerspiegeln, nehmen die letzten beiden die Entwicklung voraus. Sportliche Gesunderhaltung und Bewegung spielen in Heidelberg eine überdurchschnittliche Rolle.

Diagramm 6.2:
Die 10 häufigsten Sportangebote in den Heidelberger Vereinen



Quelle: Vereinsregister des Amtsgerichts Heidelberg, 2003

Teilnehmer am Gesundheitssport: Ältere, chronisch Kranke, Behinderte und Körperbewusste

Präventive und rehabilitative sportliche Aktivitäten scheinen von wachsendem Interesse zu sein. Das gilt insbesondere für ältere Menschen, Menschen mit Rückenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes etc. Dies zeigt sich unter anderem auch im umfangreichen Angebot der Heidelberger Volkshochschule in diesem Bereich: Ihr Programm enthält regelmäßig annähernd 100 Angebote aus den Bereichen Gymnastik und Fitness. Hinzu kommen die Angebote der Akademie für Ältere, der Rehabilitationsklinik Bethanien sowie der Krankenkassen.

Insgesamt sind die Menschen erlebnisorientierter und gesundheitsbewusster. Die Heidelberger Vereine geben diesem Trend nach und bieten die Möglichkeit, den individuellen Wünschen und Bedürfnissen im Sport nachzukommen.

Hoher Zeitaufwand für Sport, besonders bei Kindern und Jugendlichen

Hinsichtlich des Bewegungsverhaltens der Heidelberger Bürgerinnen und Bürger liegen die Ergebnisse von 2 Befragungen vor. Eine Befragung von Schülerinnen und Schülern, ihren Eltern sowie Lehrerinnen und Lehrern an Heidelberger Schulen (insgesamt beteiligten sich

213 Personen) aus dem Jahre 2002 ergab einen selbst genannten sehr hohen durchschnittlichen täglichen Zeiteinsatz. Er lag bei 2,1 Stunden bei Schülern, bei 1,1 Stunden bei den Eltern und bei 0,8 Stunden bei den Lehrern. Dies bedeutet, dass der durchschnittliche Zeitaufwand pro Woche bei den Jugendlichen bei knapp 15 Stunden, und bei den Erwachsenen zwischen 5 und 7 Stunden liegt.

Innerhalb der befragten Gruppen gibt es allerdings große Unterschiede: für mehr als zwei Fünftel der Schüler reicht weniger als eine Stunde für den Sport, während ein Viertel von ihnen sich dafür mindestens drei Stunden am Tag Zeit nimmt. Unter den Erwachsenen hat etwa die Hälfte im Durchschnitt höchstens eine halbe Stunde Zeit für Sport und Bewegung.

Hoher gesellschaftlicher Stellenwert des Sports in Heidelberg

Den hohen Stellenwert von Sport und Bewegung in der Gesellschaft belegt die von den meisten Befragten geäußerte Meinung, mehr Sport und Bewegung würde ihnen gut tun. Dieser Auffassung waren 51 % der Schüler/innen, 75 % der Eltern und 63 % der Lehrer/innen.

Tägliche sportliche Aktivität entsprechend den Empfehlungen des DSB

Auch unter den (in den Jahren 2000 - 2002) befragten Beschäftigten der Stadtverwaltung (überwiegend gewerbliche Arbeitnehmer) ist der Stellenwert von Sport und Bewegung beachtlich, wenn auch nicht ganz so hoch wie bei den Schüler/innen und ihren Eltern und Lehrer/innen. Immerhin 61 % der befragten Personen treiben nach eigenen Angaben mehr als zwei Stunden in der Woche Sport oder sind sonst körperlich aktiv.

Ihre Aktivität befindet sich damit auf dem Niveau der Empfehlungen des Deutschen Sportbundes (DSB). Dieser Anteil ist höher als derjenige in der ersten Mitarbeiterbefragung der Jahre 1993/1994: Er lag bei 46 % (Tabelle 6.4).

Mindestens eine Stunde pro Woche sind 82 % der befragten Mitarbeiter/innen körperlich aktiv: Auch dieser Prozentsatz ist höher als derjenige von 75 % in der ersten Befragung.

Tabelle 6.4

Regelmäßiger Zeitaufwand für Sport / körperliche Aktivitäten pro Woche unter den Beschäftigten der Stadtverwaltung (Angaben in Prozent)

Zeitaufwand pro Woche	1993/94	2001/02
Mindestens 2 St..	46 %	61 %
1 - 2 Stunden	29 %	22 %
Weniger als 1 St.	25 %	17 %

Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Umweltschutz: Wirksamkeit des Arbeitsschutzes 2004

Körperbewusstsein in der Bevölkerung

Die Ergebnisse aus den Heidelberger Befragungen deuten darauf hin, dass für die Mehrheit der Heidelberger Bevölkerung körperliche Aktivität und Sport eine hohe Bedeutung hat. Demnach befindet sich ihr Körper- und Gesundheitsbewusstsein auf einem überdurchschnittlich hohen Niveau.

Andererseits kann es sich bei einigen sportlich tätigen Menschen um „Überaktivität“ handeln,

um dem vermeintlichen Bild der „Idealfrau“ oder des leistungsfähigen, dynamischen Mannes so lange wie möglich zu entsprechen (Landtag von Baden-Württemberg: Gesundheitliche Situation von Frauen 2002).

Alkoholkonsum

Alkohol – ein alltägliches Konsumgut

Alkohol ist ein jederzeit verfügbares alltägliches Genuss- und Konsummittel, für dessen Gebrauch es keines besonderen Anlasses bedarf. Zwischen einem begrenzten und kontrollierten Gebrauch und dem Missbrauch sind die Übergänge allerdings fließend.

Alkoholabhängigkeit - eine gesellschaftliche Herausforderung

Bei der Abhängigkeit von Alkohol und bei alkoholbedingten gesellschaftlichen Problemen handelt es sich um eine erhebliche soziale und gesundheitliche Herausforderung. Davon unmittelbar betroffen sind etwa 2,5 Millionen behandlungsbedürftige Alkoholiker in Deutschland.

Vielfältige soziale und gesundheitliche Risiken

Gesundheitsrelevante Folgen sind alkoholbedingte chronische Krankheiten, wie z. B. Leberzirrhose, nervliche und psychische Erkrankungen, Herz- Kreislauferkrankungen sowie Krebskrankheiten (insbesondere im Mund- und Rachenraum). Darüber hinaus sind alkoholbedingte (in der Regel überdurchschnittlich schwere) Unfälle und Gewalthandlungen zu erwähnen sowie die mit dem Alkoholmissbrauch verknüpften psychischen und sozialen Probleme. Dazu gehören unter anderem das Zerbrechen von Familien und sozialen Bindungen, die Verluste von Arbeit und Wohnung. Als Spitze des Eisbergs kann die alkoholbedingte Obdachlosigkeit (siehe oben, Kap. 2 und 3) genannt werden. Die Folgekosten der Abhängigkeit und des Missbrauchs von Alkohol werden auf die Summe von mehr als 20 Milliarden Euro jährlich geschätzt.

Überdurchschnittlich hoher Alkoholkonsum in Heidelberg

Beim Alkoholkonsum pro Kopf und Jahr liegt Deutschland mit etwas über 10 Liter reinem Alkohol weltweit mit an der Spitze. Diese Zahl ist allerdings im Vergleich zu derjenigen des Jahres 1980 (12,5 Liter) deutlich niedriger geworden.

Etwas über dem deutschen Durchschnitt liegt der Alkoholkonsum der Heidelberger Bevölkerung (EPIC-Studie 1998). Im Unterschied zur Vergleichsgruppe aus Potsdam trinken Heidelberger Männer mehr als doppelt soviel Wein, aber etwas weniger Bier. Insgesamt wird ein sehr hoher Energieanteil in Form von Alkohol aufgenommen (Männer 8 %, Frauen 5 %). Bei 10 % der Heidelberger Männer stammen sogar 20 % der Energiezufuhr und mehr aus Alkohol (Tabelle 6.2).

Höherer Alkoholkonsum mit zunehmendem Alter und in unteren Gesellschaftsschichten

Verschiedene Untersuchungen - unter anderem auch aus Heidelberg - zeigen einen engen Zusammenhang des Alkoholkonsums mit dem Geschlecht (3/4 Männer), zunehmendem Alter und sinkendem Sozialstatus der Menschen (Gesundheitsbericht 1997). Bemerkenswert ist die in Baden-Württemberg ermittelte überproportional hohe Zunahme der Alkoholabhängigkeit bei Frauen (Sozialministerium Baden-Württemberg; Frauen Gesundheit 2000).

Rauchen und Tabakkonsum

Tabakrauch – das bedeutendste Gesundheitsrisiko

Tabakrauch stellt in Deutschland wie auch in anderen industrialisierten Ländern das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko überhaupt dar. Tabak ist damit das gefährlichste Suchtmittel – weit vor den illegalen Drogen, Medikamenten und Alkohol. Der Tabakrauch ist die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit. Auf ihn ist ein erhöhter Anteil von Atemwegserkrankungen, allergischen Erkrankungen, Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebserkrankungen,

insbesondere von Lungenkrebs, zurückzuführen.

Risiko für Raucher und Nichtraucher

Von dem Gesundheitsrisiko Tabakrauch sind vor allem die Raucherinnen und Raucher selbst betroffen, aber auch, wenn auch in geringerem Ausmaß, Nichtraucher, die dem Tabakrauch ausgesetzt sind. Als besonders gefährdete Gruppe gelten hier Säuglinge und Kleinkinder, die in Raucherhaushalten aufwachsen. In Deutschland lebt etwa jedes zweite Kind in einem Haushalt, in dem mindestens eine Person raucht.

Raucher: Mehr als ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung

In Deutschland rauchten im Jahr 2000 rund 35 % der Erwachsenenbevölkerung im Alter zwischen 18 und 69 Jahren. Der überwiegende Teil der Raucher rauchte täglich, und zwar im Durchschnitt zwischen 5 und 20 Zigaretten.

Besonders bemerkenswert sind die Anteile unter den jüngeren Menschen. So sind von den 18- bis 39-jährigen Frauen etwa 40 % Raucherinnen, und das Durchschnittsalter der ersten Zigarette liegt bei etwa 13 Jahren. In Baden-Württemberg rauchen im Alter von 15 Jahren bereits 28 % der jungen Männer und sogar 36 % der jungen Frauen (Sozialministerium Baden-Württemberg; Frauen Gesundheit 2003).

Raucheranteil mit höherer Schulbildung und Berufsposition niedriger

Eine Vielzahl von Untersuchungen belegen eine sehr starke soziale Differenzierung des Rauchverhaltens. Der Raucheranteil ist überdurchschnittlich hoch unter Personen mit geringer Schulbildung, niedrigem beruflichen Status, Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern (Bornhäuser, Pötschke-Langer 2003).

Eine Befragung von 186 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heidelberger Stadtverwaltung in den Jahren 2000 - 2002 ergab hier einen Raucheranteil von 35 %. Dieser Anteil befindet sich demnach auf dem Niveau des Bundesdurch-

schnitts, er ist allerdings etwas höher als der Raucheranteil von 30 % unter den 1993/1994 Befragten (Tabelle 6.5). Zu bemerken ist dabei allerdings, dass es sich bei den Befragten der letzten Erhebung zu einem weit höheren Anteil um Arbeiter, also Personen mit niedrigerem sozialen Status (54 % gegenüber 31 % in den Jahren 1993/94) handelt. Insofern ist der hier erhobene auf dem Niveau des Bundesdurchschnitts befindliche Anteil von 35 % als eher positiv im Sinne der Gesundheit zu bewerten.

Tabelle 6.5:
Raucher und Ex-Raucher unter den Beschäftigten der Stadtverwaltung (Angaben in Prozent)

	1993/1994	2000 – 2002
Raucher	30 %	35 %
Ex-Raucher	27 %	30 %

Quelle: Stadt Heidelberg; Amt für Umweltschutz: Wirksamkeit des Arbeitsschutzes 2004

Zunahme der Ex-Raucher

Zu den aktuellen Rauchern kommt noch ein Anteil von 30 % der Beschäftigten, die früher geraucht haben und das Rauchen aufgaben, sowie 35 % Nieraucher. Bemerkenswert erscheint die (leichte) Steigerung der Quote der Ex-Raucher – möglicherweise eine Folge des nichtraucherfreundlichen Sozialklimas in der Stadtverwaltung (siehe Kap 10). Unter den Raucherinnen und Rauchern rauchen mehr als zwei Drittel zwischen 10 und 29 Zigaretten und nur 13 % weniger als 10 Zigaretten täglich.

Medikamentenkonsum

Medikamente zur Bewältigung alltäglicher Belastungen

Die Abhängigkeit von Medikamenten als Folge anhaltenden Konsums betrifft insbesondere Aufputsch-, Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel. Sie spielen vor allem bei Frauen eine Rolle: nach Schätzungen sind etwa 2,3 % der Frauen medikamentenabhängig (Landtag von Baden-Württemberg: Gesundheitliche Situ-

ation von Frauen 2002). Übertragen auf Heidelberg wären dies etwa 1.500 Frauen.

Sie nehmen diese Mittel vielfach auf Grund mehrfacher psychosozialer Belastungen und chronischer Schmerzsymptome ein. Sie gehen damit unter anderem ein erhöhtes Risiko organischer Erkrankungen in den Bereichen Leber, Nieren, Nerven und Kreislauf ein.

Illegale Drogen

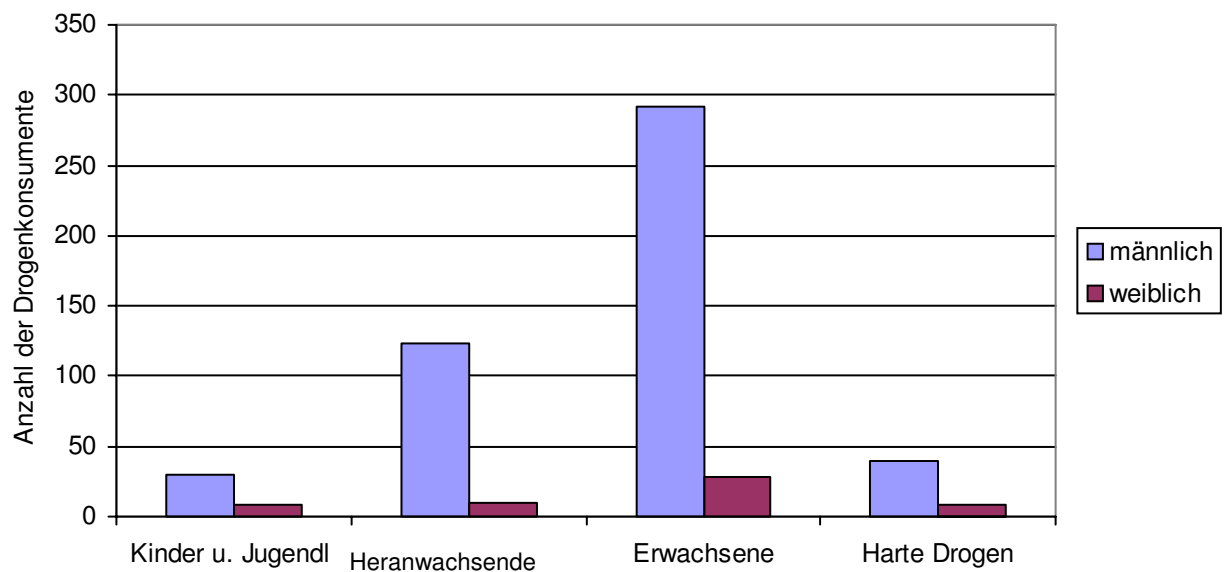
Bewusstseinsveränderungen durch Drogen

Als illegale Drogen sind die Rauschgifte zu bezeichnen, die auf das zentrale Nervensystem wirken und Veränderungen im Bewusstseinszustand hervorrufen. Wirkungen sind u. a. Enthemmung, Gleichgewichtstörungen, Schmerzunterdrückung, Euphorie, Halluzinationen und Wahnvorstellungen. Natürliche Rauschgifte sind die Cannabisprodukte Haschisch und Marihuana sowie Kokain und Opium. Heroin ist hingegen halbsynthetisch. Synthetisch hergestellte Rauschgifte, oft auch als „Designerdrogen“ bezeichnet, sind LSD, Ecstasy und Barbiturate.

Drogenmissbrauch – ein gesundheitliches und soziales Problem

Wiederholte Anwendung führt zu physischer und psychischer Abhängigkeit. Alle Rauschgifte gefährden die Leistungsfähigkeit und Gesundheit des Menschen bis hin zum körperlichen und geistigen Verfall. Krankheitsbilder sind u. a. Störungen der Funktionen des zentralen Nervensystems, Entwicklung von Psychosen und starke Depressionen. Hinzu können soziale Probleme kommen, wie z. B. sozialer und ökonomischer Abstieg bis hin zur Obdachlosigkeit sowie Gewalt- (Rauschtat) und Beschaffungskriminalität.

Diagramm 6.3: Erfasste Drogenkonsumenten 2002 in Heidelberg



Quelle: Polizeidirektion Heidelberg, 2003

Rückgang des Drogenkonsums in Heidelberg

Obwohl beim Umgang mit illegalen Drogen ein großes Dunkelfeld berücksichtigt werden muss, zeigt die Zahl der registrierten Konsumenten in Heidelberg ein erfreulich niedriges Niveau. Insgesamt wurden 2002 bei der Polizeidirektion Heidelberg 492 Konsumenten illegaler Drogen vermerkt. Das ist ein Rückgang von 8,2 % zum Vorjahr. Gleichwohl muss angemerkt werden, dass die Zahl der Konsumenten im Jahr 2000 mit 427 noch unter denen von 2002 lag. 48 Personen waren Konsumenten harter Drogen. Hier beträgt der Rückgang zum Vorjahr 20 %. Im Vergleich zum ersten Gesundheitsbericht, in dem für 1993 noch 304 Konsumenten harter Drogen vermerkt waren, ist der Rückgang signifikant. Ein Zusammenhang mit den städtischen Aktivitäten der Suchtprophylaxe liegt nahe (siehe Kap. 10).

Der Anteil von Kindern und Jugendlichen beträgt 8 % (39 Personen), wobei auch zwei Fälle von hartem Drogenkonsum registriert wurden. 27 % (133 Personen) der Konsumenten sind Heranwachsende und 65 % (320 Personen) sind Erwachsene. Auffällig ist, dass vor allem männliche Personen Rauschgifte konsumieren. Ihr Anteil beträgt 90 % (siehe Diagramm 6.3).

Stress und Zeitdruck

Beschleunigung des gesamten Lebens

Das Arbeitsleben wird in der spätindustriellen Gesellschaft immer mehr durch Konzentration, Beschleunigung, Zeitdruck, Hektik, Verdichtung, Rationalisierung und Stress geprägt (siehe auch Kap. 5). Die persönlichen Rhythmen müssen sich den vom Arbeitsleben vorgegebenen Takten anpassen.

Dazu kommt das von den Medien vorgegebene Bild des jungen, dynamischen und körperlich attraktiven Leistungsträgers. Daraus resultiert nicht selten eine Überaktivität auch in der Freizeit.

Übertragung des Arbeits-Stresses auf die Freizeit

Wie im Arbeitsleben scheinen auch in der Freizeit „Zeitmangel und Beschleunigung“ vorherrschend zu sein. Offensichtlich muss angesichts der Beschleunigungstendenzen moderner Gesellschaften nicht nur der berufliche Erfolg geplant werden, sondern zur Ergänzung der beruflichen Sphäre auch eine erfüllte Freizeit. Unter der Überbetonung von Beruf und Schnelligkeit

leidet das persönliche Wohlbefinden und die Gesundheit. Die Balance wird zusätzlich gestört, wenn das im Arbeitsbereich vorrangige Leistungsprinzip auf den Privatbereich und vor allem auf die Freizeit übertragen wird. Auf diese Weise entsteht dann leicht statt Muße Freizeitstress.“ (Treutlein 2003).

Zeitdruck und Stress als Belastung

Ein Hinweis darauf, dass Zeitdruck und Stress als Belastung gewertet werden, sind die Ergebnisse der o. g. Befragung von Eltern, Lehrern und Schülern zu ihrer täglichen Zeitznutzung (Stadt Heidelberg: Zeitkompetenz und Schule 2003). Demnach haben Eltern nur 1,8 Stunden täglich Zeit für sich selbst, also für Lektüre, Geselligkeit, Lesen, Musik, Nichts Tun, Spiele, Erholung, Nachdenken und Muße. Der Zeitannteil bei Lehrern hierfür beträgt sogar nur 1,5 Stunden (Tabelle 6.6)

Tabelle 6.6:
Durchschnittlicher Zeitaufwand im Alltag in Stunden

	Schüler/innen	Lehrer/innen	Eltern
Für sich selbst	3,5	1,5	1,8
Für bürgerschaftliches Engagement	0,6	0,6	0,7

Quelle: Amt für Umweltschutz: Zeitkompetenz und Schule

Zeitdruck als Risiko für das soziale Leben

Ergänzt wird die geringe zur persönlichen Verfügung stehende Zeit durch diejenige, die dem bürgerschaftlichen Engagement gewidmet ist, d. h. der Bereitschaft, sich auf andere (Menschen, Probleme und Aufgaben) einzulassen, mit ihnen in Beziehung zu treten und sich für sie Zeit zu nehmen – z. B. auch zur gemeinsamen Bewältigung gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Dafür steht nach der Selbsteinschätzung der Befragten im Durchschnitt noch weniger Zeit zur Verfügung.

Wenn sich erhebliche Anteile unter den befragten Schülern (57 %), Lehrern (53 %) und Eltern (64 %) mehr Zeit für sich und zum Teil auch für das bürgerschaftliche Engagement wünschen, drücken sie damit aus, dass sie sich durch die bestehende Zeitknappheit im Alltag beeinträchtigt fühlen (siehe Kap. 3).

Dass Stress und Hektik in der Bevölkerung als gesundheitliches Risiko gewertet werden, drückt unter anderem das umfangreiche Programmangebot von Volkshochschule und anderen Einrichtungen (z. B. Krankenkassen) zur Stressbewältigung und Entspannung aus. Allein die Volkshochschule Heidelberg bietet pro Semester in der Regel etwa 80 parallel verlaufende Veranstaltungen dazu an.

7 Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

Gesundheitssicherung durch Vorsorge – vor allem für Kinder

Einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung und Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung leisten – neben den Maßnahmen des Umwelt- und Arbeitsschutzes sowie „gesunder“ Verhaltensweisen – die Angebote der Krankheitsfrüherkennung und der Schutzimpfungen. In Deutschland haben die Bürgerinnen und Bürger, soweit sie Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen sind, im wesentlichen Anspruch auf vier Vorsorgeprogramme:

- Das Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder mit 9 Untersuchungen: U 1 – U 9. Diese dienen zur frühzeitigen Aufdeckung von Entwicklungsstörungen und Krankheiten bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr,
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen,
- Gesundheits-Check-Ups für die Früherkennung von Herz-Kreislaufkrankheiten,
- Schutzimpfungen gegen unterschiedliche Infektionskrankheiten.

Teilweise unzulängliche Beteiligung

Studien zur Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen weisen darauf hin, dass die freiwillige Teilnahme unvollständig ist. In geringerem Umfang sind in der Regel Personen mit einem niedrigeren sozialen und Bildungs-Status sowie Migranten beteiligt (Stadt Heidelberg: Gesundheitsbericht 1997).

Informationen zur Beteiligung aus schulärztlichen Untersuchungen

Aus dem Bereich des Gesundheitsamtes des Rhein-Neckar-Kreises liegen Informationen aus den Einschulungsuntersuchungen in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis vor. Die Eltern werden gebeten, zu den Untersuchungen Impfhefte sowie Nachweise zu den Früherkennungsuntersuchungen mitzubringen. Die ent-

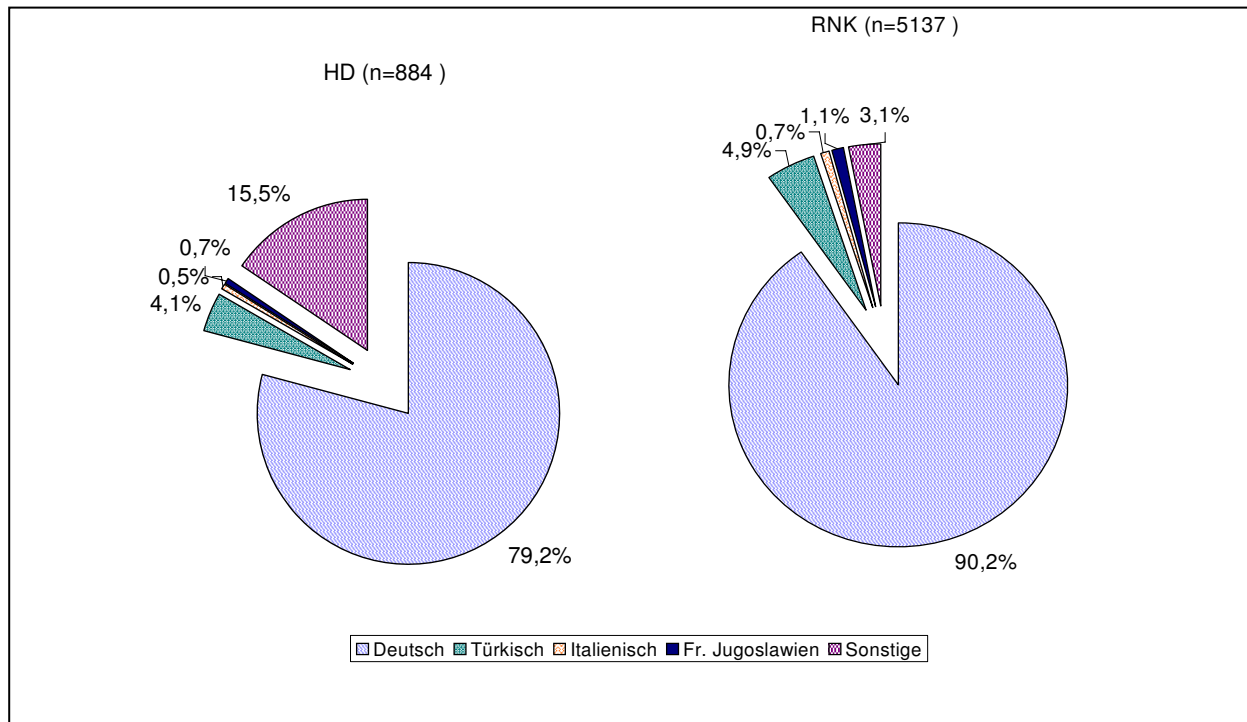
sprechenden Eintragungen werden dokumentiert.

Von den 6.021 im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen im Jahr 2002 in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis untersuchten Kindern sind 88,6 % deutscher Nationalität. Den größten Teil der ausländischen Kinder bilden die Kinder mit türkischer Staatsangehörigkeit. Sie stellen einen Anteil von 4,8 %. Es folgen die Zuwanderer aus dem früheren Jugoslawien mit 1,0 %, aus Italien mit 0,7 % und Griechenland mit 0,2 %. Sonstige Nationalitäten wurden mit 4,7 % erfasst (Diagramm 7.1).

In Heidelberg ist der Anteil der sonstigen Nationalitäten mit 15,3 % erheblich größer als im Rhein-Neckar-Kreis – dies entspricht im wesentlichen dem Anteil der Migranten an der Bevölkerung.

Nicht erfasst sind Kinder von Spätaussiedlern aus Osteuropa und der russischen Föderation. Ihr Anteil an den Kindern mit deutscher Staatsangehörigkeit lässt sich mit den derzeit zur Verfügung stehenden Erfassungssystemen leider nicht ermitteln.

Diagramm 7.1:
Verteilung der schulärztlich untersuchten Kinder in Heidelberg und im Rhein-Neckar- Kreis 2002



Quelle: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2002

Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter (U 1 – U 9)

Untersuchungsprogramm zur Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Säuglingen und Kleinkindern

Das Vorsorgeprogramm für Kinder dient der Früherkennung von Störungen oder Erkrankungen, die eine normale Entwicklung des wachsenden Organismus bedrohen. Dazu haben alle in Deutschland lebenden Kinder den Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen (U 1 – U 9, J 1).

Nach der Geburt des Kindes erhalten die Eltern das „Gelbe Heft“. Darin dokumentiert der Kinderarzt oder/und Hausarzt alle Früherkennungsuntersuchungen. Es werden stets allgemeine Körpermaßparameter wie Gewicht, Länge und Kopfumfang erhoben und als Zahl und Graphik eingetragen. Dazu werden in Abhängigkeit vom Alter des Kindes die bis dahin erworbenen Fähigkeiten sowie der neurologische Status untersucht und der Impfstatus überprüft.

Die erste Früherkennungsuntersuchung U1 findet direkt nach der Geburt statt: Dabei wird beurteilt, wie gut sich das Neugeborene an die veränderten Lebensbedingungen adaptiert hat. Die U2 findet am dritten bis zehnten Lebenstag statt, in der Regel werden beide routinemäßig in den Krankenhäusern durchgeführt. Ab der U3 betreut der niedergelassene Kinderarzt den Säugling. Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen ist freiwillig und wird von den Krankenkassen getragen.

Von den 6.021 im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersuchten Kindern lag für 5.451 (90,5 %) Kinder das Gelbe Heft vor. Die folgenden Prozentangaben beziehen sich auf die Zahl der Kinder, deren Untersuchungsheft einsehbar war.

Geringere Beteiligung von ausländischen Kindern

Das Gelbe Heft wird in der Regel im Rhein-Neckar-Kreis etwas häufiger vorgelegt als in

Heidelberg. Zwischen deutschen und ausländischen Mitbürgern ist dabei ein großer Unterschied zu erkennen: Während die Eltern deutscher Kinder zu 93,0 % das Gelbe Heft dabei haben, sind es bei ausländischen Kindern nur 71,6 % (Tabelle 7.1).

Gründe für die Nicht-Vorlage sind vor allem in der ungenügenden Information über das deutsche Gesundheitssystem zu suchen. Wesentliche Faktoren dabei sind die Aufenthaltsdauer der Eltern und oftmals sprachliche Verständigungsschwierigkeiten.

Zunahme der Beteiligung bei deutschen Kindern

Der Trend über die letzten fünf Jahre zeigt bei den deutschen Kindern eine kontinuierliche Steigerung bei der Vorlage des gelben Heftes, während die Zahlen bei den ausländischen Kindern weitgehend gleich bleiben.

Tabelle 7.1:
Vorlage gelbes Untersuchungsheft 1993, 1998 - 2002 nach Region und Nationalität:

	1993	1998	1999	2000	2001	2002
Heidelberg	85,9 %	83,8 %	84,9 %	85,0 %	86,4 %	87,9 %
Rhein-Neckar-Kreis	84,2 %	84,9 %	87,0 %	88,2 %	89,9 %	91,0 %
Deutsch	86,2 %	86,2 %	88,1 %	90,5 %	91,9 %	93,0 %
Ausländer gesamt		72,9 %	74,3 %	69,3 %	71,8 %	71,6 %
Türkische Kinder	45,8 %					

Quellen: Stadt Heidelberg: Gesundheitsbericht 1997; Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2002

Rückgang der Beteiligung nach dem 2. Lebensjahr

Zwar nutzen rund 98 % Eltern aus Heidelberg und dem Rhein-Neckar-Kreis die Vorsorgeangebote in den ersten beiden Lebensjahren ihrer Kinder, danach nimmt die Beteiligung an den Vorsorgeuntersuchungen aber immer mehr ab (Diagramm 7.2).

Dieses Verhalten kann mehrere Ursachen haben. Die Entwicklung eines Kindes läuft in den ersten beiden Lebensjahren am sichtbarsten. Es lernt gehen und sprechen sowie selbstständig essen. Sind diese Entwicklungsziele erreicht, so ist die Notwendigkeit weiterer Vorsorgeuntersuchungen für die Eltern oftmals nicht mehr so offensichtlich einsehbar.

Weiterhin finden zu Beginn des Kindergartenbesuchs häufiger banale Infektionskrankheiten statt, so dass im dritten und vierten Lebensjahr Arztbesuche ohnehin notwendig sind.

Deutlicher Rückgang der Beteiligung bei Migranten

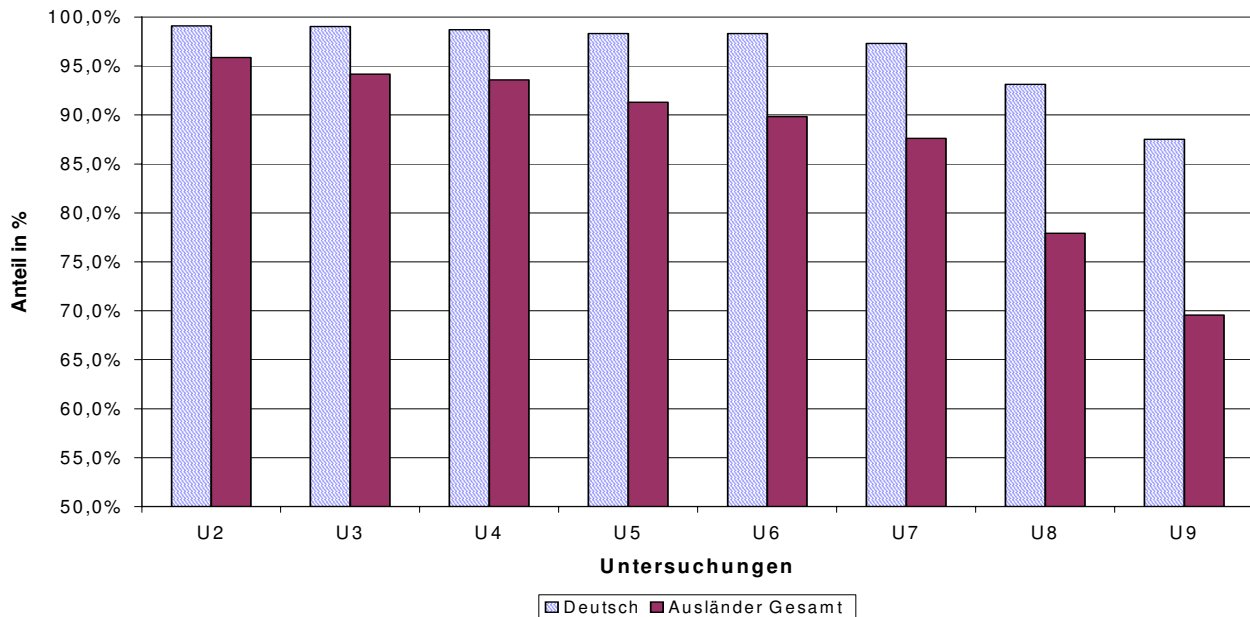
Bei Migranten-Familien ist zu vermuten, dass Verständigungsschwierigkeiten ein Hauptgrund für die deutlich geringere Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen sind. Dies betrifft einerseits sprachliche Schwierigkeiten, die es zum Beispiel erschweren, den komplexen Sachverhalt einer empfohlenen Frühförderung bei noch nicht erkennbaren Symptomen zu vermitteln. Zudem ist der Gedanke der Vorsorge, wie

auch bei vielen – vor allem sozial benachteiligten - deutschen Familien wenig im Bewusstsein verankert. Ein Arzt wird daher in der Regel nur bei einer akuten Erkrankung aufgesucht.

Außerdem nehmen sich Ärzte bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten häufig zu wenig Zeit, um die Bedeutung der Vorsorgeuntersuchungen deutlich zu machen.

Diagramm 7.2:

Beteiligung der Einschulungskinder an den Früherkennungsuntersuchungen 2002 in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis nach Nationalitäten



Quelle: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2002

Besonders geringe Beteiligung an der letzten Vorsorgeuntersuchung U 9

Die Vorsorgeuntersuchung U 9 findet im fünften Lebensjahr eines Kindes statt. Dabei werden sowohl die körperliche wie auch die geistige und psychosoziale Entwicklung untersucht. Bestehen irgendwo Schwächen oder Störungen, z. B. in der Sprachentwicklung, so werden Fördermaßnahmen oder Therapien eingeleitet. Bei einem Blick auf die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung U 9 fällt der große Unterschied zwischen deutschen und ausländischen Kindern auf.

Daneben zeigt sich in einem Vergleich über einen Zeitraum von fünf Jahren, dass sich weder bei den deutschen noch bei den ausländischen Familien die Teilnehmerquote steigern ließ (Tabelle 7.3). Wie schon oben erläutert, kommt als eine Ursache für die geringe Beteiligung in Betracht, dass das Kind die wichtigsten Meilensteine seiner Entwicklung erreicht hat und durch häufige Arztbesuche wegen banaler Infekte der Eindruck bei den Eltern entstehen kann, das Kind müsse nicht ein weiteres Mal dem Arzt vorgestellt werden. Schließlich können die Eltern Krankheiten älterer Kinder auch besser einschätzen, so dass die Notwendigkeit eines Arztbesuches nicht mehr so hoch eingeschätzt wird.

Tabelle 7.3:
Beteiligung an der Untersuchung U 9 1998 – 2002

	1998	1999	2000	2001	2002
Heidelberg gesamt	83,8 %	84,9 %	83,7 %	83,1 %	83,7 %
Deutsch	86,2 %	88,1 %	87,6 %	88,2 %	87,5 %
Ausländer	72,9 %	74,3 %	70,1 %	71,0 %	69,5 %

Quelle: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2003

Deutsche Eltern nahmen 2002 das Angebot der Früherkennungsuntersuchung U 9 signifikant mehr in Anspruch (87,5 %) als ausländische Eltern (69,5 %).

Schutzimpfungen

Gesundheitsschutz bei ausreichender Beteiligung an Impfungen

Infektionskrankheiten, wie Tuberkulose, Grippe, Typhus, Cholera oder Polio spielten noch vor wenigen Jahren im Krankheitspanorama der deutschen Bevölkerung eine dominante Rolle. Dass diese heute keine Epidemien auslösen, liegt, neben dem Rückgang der Armut und persönlichen Maßnahmen der Hygiene, insbesondere an den angebotenen Schutzimpfungen. Ein kollektiver Schutz der Bevölkerung gilt dann als erreicht, wenn durch Impfungen genügend Personen dagegen immun sind. Bei einem

„Durchimpfungsgrad“ von mindestens 90 % der Bevölkerung ist es möglich, die entsprechenden Krankheiten zum Verschwinden zu bringen (Sozialministerium Baden-Württemberg: Gesundheitsrahmenbericht 1996).

In der Regel impfen die niedergelassenen Kinderärzte die Säuglinge und Kleinkinder. Das Gesundheitsamt erhebt bei der Schuleingangsuntersuchung Daten in anonymisierter Form, die auf den freiwillig mitgebrachten Impfausweisen basieren. Seit Juli 2000 ist im Infektionsschutzgesetz geregelt, dass bei Kindern, die in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule eingeschult werden, der Impfstatus zu erheben und in anonymisierter Form an das Landesgesundheitsamt dem Robert-Koch-Institut zuzuleiten ist. Diese Daten dienen dazu, den Durchimpfungsgrad der Bevölkerung zu ermitteln und ggf. Maßnahmen zur Aufklärung einzuleiten.

Tabelle 7.4:
Impfheft vorgelegt 2002, Vergleich Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis

	1993		2002	
	Kinder mit Impfbuch	%	Kinder mit Impfbuch	%
Heidelberg, Stadt	473	61,7 %	780	88,2 %
Rhein-Neckar-Kreis	3.920	77,8 %	4.745	92,4 %

Quellen: Stadt Heidelberg: Gesundheitsbericht 1997; Landesgesundheitsamt 2002

Unzureichende Impfbeteiligung bei ausländischen Kindern

Der Bitte, die Impfnachweise zur Einschulungsuntersuchung mitzubringen, kommen Eltern aus dem Rhein-Neckar-Kreis (92,4 %) häufiger nach als Eltern aus Heidelberg (88,2 %) (Tabelle 7.4).

Ein deutliches Gefälle bestand im Jahr 2002 zwischen deutschen und ausländischen Famili-

en: Für deutsche Kinder (93,2 %) lagen – wie schon in den Jahren zuvor – die Impfhefte deutlich häufiger vor als für ausländische Kinder (80,8 %).

Betrachtet man jedoch den Trend der vergangenen Jahre, so hat sich innerhalb eines Zeitraumes von nur sechs Jahren die Impfbuchvorlage der ausländischen Eltern um mehr als 30 % (!) erhöht. (Tabelle 7.5).

Tabelle 7.5:
Impfheft vorgelegt 1996 – 2002, Vergleich Deutsche und Ausländer

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Deutsche	74,8 %	79,0 %	89,8 %	91,6 %	90,1 %	92,8 %	93,2 %
Ausländer gesamt	48,4 %	54,2 %	72,9 %	76,4 %	74,4 %	76,1 %	80,8 %

Quelle: Landesgesundheitsamt 2002

Polio

Europa seit 2002 Polio-frei dank hoher Impfbeteiligung

Im Jahre 2002 erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Kopenhagen die 51 Staaten der Region Europa offiziell für Polio-frei (mehr als 95 % der Gesamtbevölkerung geimpft). Damit wurde in der dritten der insgesamt sechs WHO-Regionen dieses Zwischenziel auf dem Weg zur globalen Ausrottung der Krankheit erreicht. Amerika und der westpazifische Raum waren bereits 1994 bzw. 2000 für Polio-frei erklärt worden.

Dieser Erfolg beruht auf einer konsequent verfolgten Impfpolitik. Die Möglichkeit der Einschleppung von Polioviren aus den verbleibenden Endemiegebieten stellt aber auch weiterhin eine Gefahr in Europa dar. Im Jahr 2001 erkrankten drei nicht geimpfte Kinder an Poliomyelitis durch eingeschleppte Polioviren. In Deutschland leiden schätzungsweise 60.000 Menschen an den Folgen einer Poliomyelitis.

Die Beteiligung an der Polio-Impfung in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis ging im Jahr 2002 gegenüber 1993 leicht zurück (Tabelle 7.6). Insbesondere bei ausländischen Kindern ist

hier inzwischen der Impfschutz – gegenüber eingeschleppten Polio-Erregern – seitdem unzulänglich.

Tabelle 7.6:
Beteiligung an der Poliomyelitis-Impfung 1993 und 2002 in Heidelberg und dem Rhein-Neckar-Kreis nach Nationalität

	1993	2002
Deutsch	98,0 %	95,6 %
Ausländer Gesamt		91,0 %
Türkische Kinder	92,4 %	

Quellen: Stadt Heidelberg: Gesundheitsbericht 1997; Landesgesundheitsamt 2002

Diphtherie

Keine Gefährdung durch Diphtherie

Die Erkrankung Diphtherie ist in unseren Breitengraden in den letzten Jahrzehnten selten geworden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass bei Säuglingen ein hoher Durchimpfungsgrad erreicht werden konnte. Die Diphtherie ist bei

Nichtgeimpften immer noch eine sehr schwere Erkrankung, nicht selten auch mit tödlichem Ausgang. Epidemien können sich dort ausbreiten, wo kein Impfschutz für mindestens 95 % der Bevölkerung besteht – dies ist in Heidelberg nicht der Fall (Tabelle 7.7).

Tabelle 7.7:

Beteiligung an der Diphtherie-Impfung in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis 1993 und 2002 nach Nationalitäten

	1993	2002
Gesamt	98,2 %	98,5 %
Deutsch	98,4 %	98,7 %
Ausländer		96,2 %
Türkische Kinder	95,3 %	

Quellen: Stadt Heidelberg: Gesundheitsbericht 1997; Landesgesundheitsamt 2002

Tetanus

Immunisierung der Bevölkerung gegen Tetanuserreger

Jährlich werden in Deutschland zehn bis zwanzig Fälle von Tetanus-Erkrankungen gemeldet, mehr als 70 % der Fälle sind Folge akuter Verletzungen. Die Krankheitserreger befinden sich im Erdreich und in Tierexkrementen, sie können auch in eine noch so kleine Wunde gelangen und dort eine Infektion hervorrufen. Die Erkrankung kann je nach Schweregrad tödlich verlaufen. Eine Grundimpfung und regelmäßige Auffrischungsimpfungen alle zehn Jahre sind auch in Europa notwendig. Mit einer Impfbeteiligung von mehr als 95 % ist das Ziel einer Immunisierung der Bevölkerung erreicht (Tabelle 7.8).

Tabelle 7.8:

Beteiligung an Tetanus-Impfung 1993 und 2002 nach Nationalitäten

	1993	2002
Gesamt	97,9 %	98,4 %
Deutsch	98,0 %	98,7 %
Ausländer		95,9 %
Türkische Kinder	96,7 %	

Quellen: Stadt Heidelberg: Gesundheitsbericht 1997; Landesgesundheitsamt 2002

Pertussis (Keuchhusten)

Deutlicher Anstieg der Impfbeteiligung

Neugeborene sind für Keuchhusten besonders empfänglich. Nach oft monatelangen anfallartigen Hustenattacken droht der Tod durch Atemstillstand oder Lungenentzündung. In Anbetracht der Schwere des klinischen Verlaufs einer Pertussis im Säuglingsalter ist es dringend geboten, die Grundimmunisierung aller Säuglinge und Kleinkinder zum frühestmöglichen Zeitpunkt, d. h. nach Vollendung des zweiten Lebensmonats zu beginnen und zeitgerecht fortzuführen. Seit 1991 wird sie wieder generell empfohlen.

Die Impfbeteiligung der Kinder in Heidelberg und dem Rhein-Neckar-Kreis erreichte 89,9 % bei den Einschulungsuntersuchungen 2002. Dabei sind die deutschen Kinder mit 90,2 % vertreten und die ausländischen mit 87,6 %.

Man muss diese noch nicht ganz ausreichende Beteiligung im Zusammenhang mit der Tatsache sehen, dass einige Jahre lang in Deutschland die Impfung gegen Keuchhusten nicht für alle Kinder empfohlen war. Dementsprechend lag die Impfquote 1993 in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis nur bei 9,8 %.

Masern, Mumps und Röteln (MMR)

In Deutschland immer noch Masernepidemien

Masern können einen sehr schweren Krankheitsverlauf haben, der mit Folgeschäden endet.

In der Dritten Welt sind die Masern eine der häufigsten Todesursachen bei Kindern. Ziel der WHO ist es, die Masern-Erkrankung in Europa bis zum Jahre 2007 zu eliminieren. In Finnland ist dieses Ziel schon erreicht.

Eine Eliminierung des Krankheitserregers ist möglich, da der Mensch der einzige Wirt des Masern-Virus ist und eine effektive Impfung gegen Masern existiert. Aufgrund mangelnder Durchimpfungsraten treten die Masern in Deutschland aber immer noch in größeren Epidemien auf (Coburg, Verden, Aachen 2002). Ein hoher Impfschutz wird nur mit zwei Impfungen erreicht.

Impfschutz gegen Masern in Heidelberg noch unzulänglich, aber zunehmend

Im Jahr 2002 erhielten nur 63,4 % der Kinder in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis die erste Masernimpfung (Tabelle 7.9). Demgegenüber

betrug die Impfbeteiligung im Jahr 1993 noch 87,5 %.

Lediglich 30,1 % der Kinder in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis haben auch die zweite Masernimpfung. Weniger als ein Drittel aller Kinder mit Impfbuch haben demzufolge einen kompletten Masernimpfschutz. Die zweite Impfung wird empfohlen, da bei 7-8 % der Erstgeimpften kein ausreichender Impfschutz gebildet wird.

Einen signifikanten Unterschied bei der Impfbeteiligung erkennt man zwischen Heidelberg und dem Rhein-Neckar-Kreis. Im Rhein-Neckar-Kreis nahmen 28 % an der zweiten Impfung teil gegenüber 42,8 % in Heidelberg. Dieser Anteil ist fast viermal so hoch wie derjenige des Jahres 1998 (11,5 %), d. h. der vollständige Impfschutz in Heidelberg nahm in den vergangenen Jahren deutlich zu.

Tabelle 7.9:
Beteiligung aller Kinder mit Impfbuch an der Masern-Impfung 2002

	Kinder mit Impfbuch	1. Impfung	2. Impfung
Gesamt	5.525	63,3 %	30,1 %
Heidelberg	780	49,5 %	42,8 %
Rhein-Neckar-Kreis	4.745	65,6 %	28,0 %

Quelle: Landesgesundheitsamt 2002

Röteln und Mumps – nur scheinbar harmlose Erkrankungen

Röteln gelten als harmlose Erkrankung. Sie können jedoch in der Frühschwangerschaft den Fötus infizieren und schwere bleibende Schäden an dem ungeborenen Kind verursachen. Da sich diese Behinderung durch eine Impfung vermeiden lässt, ist es unerlässlich, dass jede Frau in gebärfähigem Alter einen ausreichenden Schutz gegen Röteln vor Eintritt einer Schwangerschaft hat.

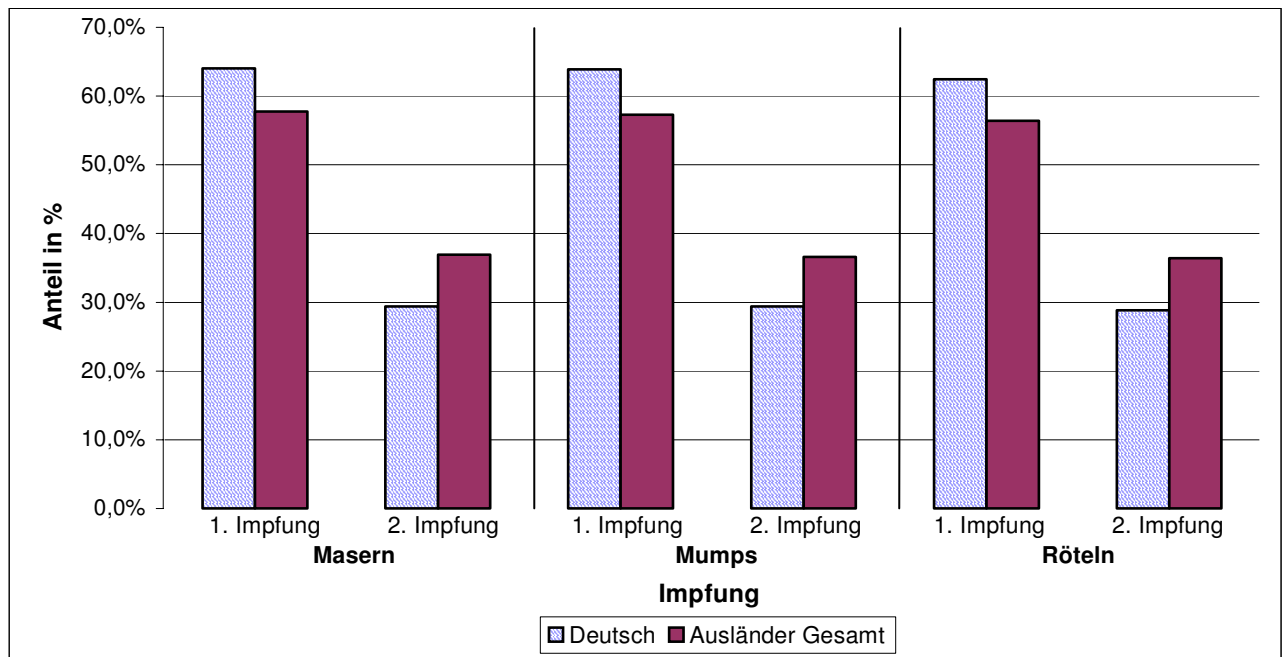
Mumps hat mit den Masern die Gemeinsamkeit, dass der Krankheitsverlauf mit zunehmendem Alter schwerer wird. Als Komplikationen

bei Mumps können Hodenentzündung mit einer folgenden Sterilität der Männer sowie eine Beeinträchtigung des Zentralnervensystems auftreten.

Impfschutz durch Kombinations-Impfung

Um den Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) gemeinsam zu erhöhen, werden unter anderem vom Gesundheitsamt und den niedergelassenen Kinderärzten eine Impfkationen gegen diese drei Krankheiten durchgeführt (Diagramm 7.3). Für einen sicheren Impfschutz sind zwei MMR-Impfungen erforderlich.

Diagramm 7.3:
Beteiligung an MMR-Impfung in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis 2002 nach Nationalität



Quelle: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2002

Trend zum besseren Impfschutz

Der positive Trend ist sowohl bei den Einschulungsuntersuchungen wie auch bei den Impfberatungen in den sechsten Klassen aller Schultypen zu beobachten. Allerdings kann das Ziel einer Ausrottung der Masern-Erkrankung oder der langfristigen Verhinderung von Epidemien nur durch eine Durchimpfungsrate von über 95 % erreicht werden. Ein zuverlässiger Schutz der Bevölkerung ist insofern bei weitem noch nicht gewährleistet.

Auch von ausländischen Eltern wird das Impfangebot inzwischen gut angenommen. Laut Einschulungsuntersuchung 2002 nutzen sie das Angebot der zweiten Masern-Mumps-Röteln-Impfung sogar häufiger als deutsche Eltern.

Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME)

Geringer Impfschutz bei erhöhtem Risiko

Bei der Einschulungsuntersuchung wird auch die Impfung gegen die Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME) erfasst. Die Durchimpfungsrate liegt in Heidelberg und dem Rhein-Neckar-Kreis bei 7,3 %. Deutsche Kinder sind dabei doppelt so oft geimpft wie ausländische Kinder.

Heidelberg und der Rhein-Neckar-Kreis sind als Risikogebiete gekennzeichnet. Im Jahr 2002 wurden dem Gesundheitsamt sieben Erkrankungen der FSME gemeldet, allerdings war kein Kind dabei.

In den letzten zehn Jahren betraf eine Meldung ein zwölfjähriges Kind, sonst waren nur Erwachsene als erkrankt gemeldet. In Baden-Württemberg ist die Impfung unabhängig von der Region für zeckenexponierte Personen empfohlen.

Hepatitis B

Hohes Risiko für Folgekrankheiten – zunehmender Impfschutz, vor allem bei Migranten

Die Hepatitis B ist eine hochansteckende Erkrankung. Die Übertragung erfolgt von Mensch zu Mensch über Blut, Blutprodukte und sexuelle Kontakte. Seit 1995 wird von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) eine routinemäßige Impfung aller Kinder empfohlen. Sie ist auch eine Vorsorgemaßnahme gegen Leberkrebs, den eine chronische Hepatitis nach sich ziehen kann. Im Vergleich mit den deutschen Kindern sind die ausländischen Kinder um etwa 8 % häufiger gegen Hepatitis B geimpft. Die STIKO hat auch eine Impfempfehlung für Immigranten ausgesprochen.

Tabelle 7.10:
Beteiligung an der Hepatitis B-Impfung in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis 2002

	Beteiligungsrate
Deutsche	77,0 %
Ausländer	84,5 %
Gesamt	80,8 %

Quelle: Landesgesundheitsamt 2002

Beteiligung an Schutzimpfungen

Lücken beim Impfschutz

Die Auswertung der vorgelegten Impfhefte zeigt bei einigen erfassten Krankheiten einen gleich bleibend ausreichenden Impfschutz. Dies gilt für Polio, Diphtherie und Tetanus. Auch bei Keuchhusten liegt ein beinahe ausreichender Schutz vor.

Demgegenüber bestehen bei Masern, Mumps und Röteln sowie Hepatitis B noch erhebliche Lücken. Allerdings zeigen sich bei der zuletzt genannten Gruppe positive Trends. Hier ist, anders als bei den erst genannten Krankheiten, die Beteiligung von ausländischen Kindern höher als diejenigen der Deutschen.

8 Gesundheitszustand der Heidelberger Bevölkerung

Abstufungen des Zustandes und der Beeinträchtigungen

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung kann mit Hilfe verschiedener Merkmale und Kennzeichen beschrieben werden. Dazu zählen neben der Zufriedenheit mit der Lebenssituation insbesondere die verschiedenen Abstufungen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen; dazu gehören Befindlichkeitsstörungen, Veränderungen von Messwerten (z. B. Blutdruck), Ursachen der Arbeitsunfähigkeit, chronische Erkrankungen und Todesursachen.

Als Datenquellen dienen Ergebnisse von Befragungen, Untersuchungen und Erhebungen sowie Statistiken von Krankenkassen und Behörden, insbesondere der Ämter für Statistik und des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Subjektive Befindlichkeit und Beschwerden

Die meisten Bewohner Heidelbergs fühlen sich in ihrer Stadt wohl

Die allermeisten Menschen fühlen sich – subjektiv – in Heidelberg wohl. Im Rahmen der

Studie „Bürgerengagement“ wurden im Mai 2002 1.330 Bewohnerinnen und Bewohner der Stadt ab dem 14. Lebensjahr unter anderem zu ihrer Lebenssituation befragt. 97 % von ihnen fühlen sich hier insgesamt wohl. Nach den Ergebnissen einer Befragung von 202 älteren Menschen in Heidelberg (1997) beurteilen 80 % der Senioren ihren Gesundheitszustand als zumindest befriedigend.

Höhere Lebensqualität in den nördlichen und östlichen Stadtteilen ?

Ein Vergleich der Stadtteile macht allerdings auf Unterschiede in der persönlich eingeschätzten Lebensqualität aufmerksam. Der Anteil der weniger zufriedenen Menschen (fühlen sich „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ wohl) liegt in den südlichen und westlichen Stadtteilen mit 12 % und 11 % deutlich höher als im Norden mit nur 3 % (Diagramm 8.1). Wie auf der Bundesebene ist auch hier ein Zusammenhang zwischen der unterschiedlichen sozialen und infrastrukturellen Situation (in den Stadtteilen) und der subjektiven Befindlichkeit zu erkennen.

Diagramm 8.1: Wohlbefinden im Heidelberger Stadtteil nach Stadtteilgruppen



Quelle: Stadt Heidelberg: Referat der Oberbürgermeisterin: Engagementstudie 2002

Alltagsbeschwerden beeinträchtigen das Wohlbefinden der meisten Bewohner

Trotz einer grundsätzlich positiven Einschätzung der Befindlichkeit wird diese im Einzelnen auch in Heidelberg durch eine Vielzahl von Alltagsbeschwerden beeinträchtigt. Dazu zählen unter anderem

- Verspannungen,
- Rückenschmerzen,
- Kopfschmerzen,
- Erschöpfungszustände,
- Nervosität,
- Schlafstörungen,
- Gliederschmerzen und
- Sodbrennen.

Dies bedeutet zunächst nicht, dass die Beeinträchtigungen Krankschreibungen und Arbeitsunfähigkeit beinhalten. Bei den Befragungen von 418 (1993/1994) und 186 (2001/2002) Beschäftigten der Heidelberger Stadtverwaltung ergab sich, dass mehr als die Hälfte von ihnen häufig bzw. ständig an Verspannungen

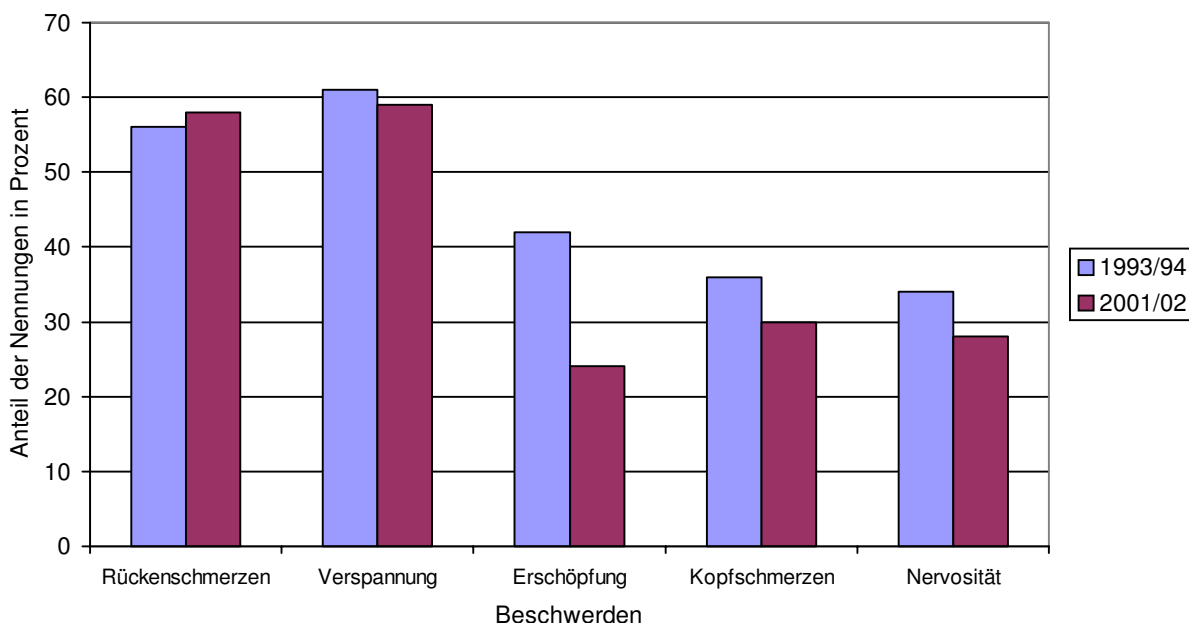
und Rückenschmerzen leiden. Ein erheblicher Teil hat mit Beschwerden aus dem nervlich-psychischen Bereich (Kopfschmerzen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Erschöpfung und Nervosität) sowie mit Verdauungsproblemen zu tun.

Gesundheitsförderung vermindert Alltagsbeschwerden?

Ein Vergleich zwischen den beiden Erhebungen zeigt allerdings eine beachtliche Verminderung der zum Teil psychosomatisch bedingten Befindlichkeitsstörungen unter den Beschäftigten der Stadtverwaltung - mit Ausnahme der Rückenschmerzen (Diagramm 8.2). Dies zeigt sich trotz des höheren Altersdurchschnitts und des höheren Anteils gewerblicher Arbeitnehmer in der 2. Befragung – und kann als Ergebnis der Bemühungen um Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in diesem Bereich gewertet werden (Stadt Heidelberg, Wirksamkeit des Arbeitsschutzes 2004).

Diagramm 8.2:

Häufige und ständige Beschwerden bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heidelberger Stadtverwaltung 1993/94 und 2001/02



Quelle: Stadt Heidelberg: Amt für Umweltschutz: Wirksamkeit des Arbeitsschutzes 2004

Gesundheit Heidelberger Kinder

Mehr als die Hälfte der sechsjährigen Kinder sind gesund

Die Untersuchungen der Kinder vor Schulbeginn durch das Gesundheitsamt ermöglichen einen Überblick über die gesundheitliche Situation der jüngeren Jungen und Mädchen. Die Ergebnisse der Untersuchungen in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis bei insgesamt 6.182 Kindern zeigen, dass in dieser Region im Jahr 2003 mehr als die Hälfte der Kinder (56,1 %) im medizinischen Sinne gesund waren und keine Beeinträchtigung aufwiesen. Der Anteil der „Gesunden“ lag in Heidelberg mit 56,9 % ein wenig höher als im benachbarten Landkreis (56,6 %).

Nur wenige Kinder benötigen eine ärztliche Behandlung

Bei 8,2 % der Kinder waren die Auffälligkeiten so erheblich, dass ein Arztbesuch empfohlen wurde. Der entsprechende Anteil lag im Rhein-Neckar-Kreis mit 8,7 % etwas höher. Ein Vergleich zu der früheren Untersuchung zeigt bei den Heidelberger Kindern eine leichte, bei den Kindern im Rhein-Neckar-Kreis eine erhebliche Zunahme der „Gesunden“. Umgekehrt ist die Entwicklung bei den Behandlungsbedürftigen. Damit erfolgte eine deutliche regionale Angleichung von Stadt und Land (Tabelle 8.1).

Tabelle 8.1:

Gesundheitszustand der Einschulungskinder der Jahre 1993 und 2003 in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis (Angaben in Prozent)

Befund	Heidelberg		Rhein-Neckar-Kreis	
	1993	2003	1993	2003
Kein krankhafter Befund	55.2 %	56.9 %	44.9 %	56.0 %
Arztbesuch empfohlen	10.7 %	8.2 %	19.2 %	8.7 %

Quellen: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis 2004

Mädchen sind gesünder als Jungen, deutsche Kinder gesünder als ausländische Kinder

Unter den Kindern, die zur Schule angemeldet werden, sind die Mädchen mit einem Anteil von 60,5 % gegenüber den Jungen mit 52,0 % die gesündere Gruppe. Darüber hinaus ist der Anteil der „Gesunden“ bei den deutschen Kindern mit 57,4 % höher als bei den meisten ausländischen Kindern (z. B. türkische Kinder: 45,2 %).

Bei 6,2 % der in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis untersuchten Kinder wurden erhebliche Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit auf Grund krankhafter Befunde oder Behinderungen ermittelt. Auch hier unterscheiden sich die Mädchen mit einem Anteil von 4,7 % positiv von den Jungen mit 7,7 %.

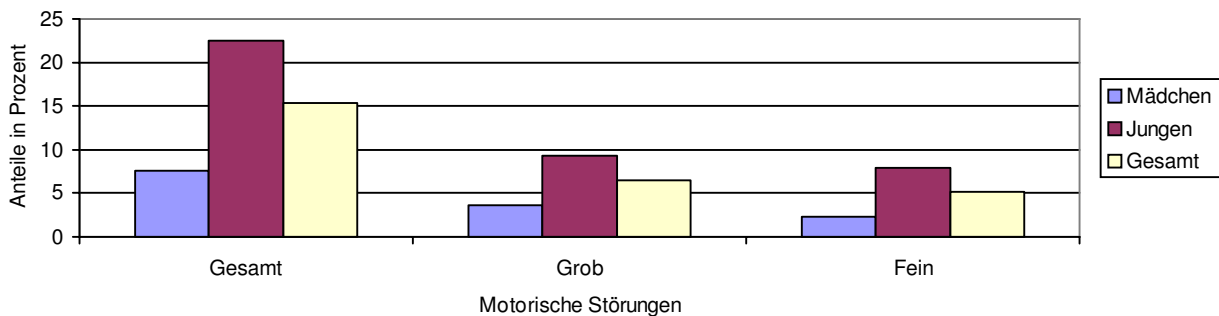
Auch auf diesem Gebiet sind die Beeinträchtigungen bei den ausländischen Kindern deutlich häufiger als bei den deutschen Kindern (5,5 %).

Jeder fünfte Junge hat motorische Störungen

Bei den Leistungsminderungen stehen Sehfehler mit einem Anteil von 22 % vor motorischen Störungen (15 %) und Hörstörungen (6 %) im Vordergrund. Insbesondere motorische Störungen treten bei Jungen (22,5 %) deutlich häufiger auf als bei den Mädchen (7,6 %). Dazu kommt bei einer zunehmenden Anzahl von Kindern das Problem des Übergewichts oder der Adipositas – als erhebliches gesundheitliches Risiko - hinzu (siehe Kap. 6).

Diagramm 8.3:

Motorische Störungen bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2003 in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis (Anteile in Prozent)



Quellen: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis 2004

Zunahme von gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Kindern mit höherem Alter

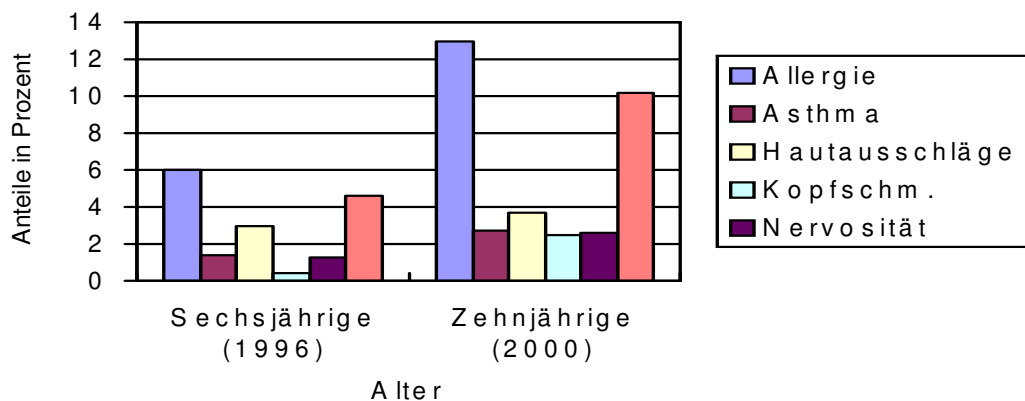
In Ergänzung zur schulärztlichen Untersuchung wurden die Eltern der untersuchten Kinder im Rahmen einer gemeinsamen Studie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu deren Lebenssituation und Auffälligkeiten befragt (Haffner u. a. 2002). Diese Erhebung wurde am Ende der Grundschulzeit im Jahre 2000 wiederholt. Von der ersten Erhebung konnten 4.363 (Rücklaufquote: 65 %), von der

zweiten 3.981 Untersuchungsbögen (Rücklaufquote: 59 %) ausgewertet werden.

Dabei ergab sich, dass körperliche Beschwerden, wie Kopfweh, Bauchschmerzen und Übelkeit vor der Einschulung selten auftreten, aber im Verlauf der Grundschulzeit bis zum 10. Lebensjahr stark zunehmen. Dazu kommt ein deutlicher Anstieg von Allergien und Asthma sowie von nervlichen und psychischen Problemen, wie Konzentrationsstörungen, Anspannung und Nervosität mit zunehmendem Alter der Kinder (Diagramm 8.4).

Diagramm 8.4:

Anteile der Kinder mit häufigen psychosomatischen und körperlichen Beschwerden



Quelle: Haffner u. a. 2002

Die Gesundheit der Kinder hängt mit den Lebensverhältnissen zusammen

Die Zunahme von Allergien und Asthma weist auf eine zunehmende Belastung des kindlichen Lebensraums durch Umweltfaktoren, wie die Luftverschmutzung im Außenbereich und in den Innenräumen sowie durch Zusatzstoffe in Nahrungsmitteln (siehe Kap. 4) hin.

Eine weiterführende statistische Untersuchung (Regressionsanalyse) der Daten zeigt, dass die gesundheitliche Situation der Kinder zusammenhängt mit den

- wirtschaftlichen und psychischen Verhältnissen (z. B. Trennung) in ihren Familien sowie mit den
- Bedingungen im Wohnumfeld (z. B. Lärm in der Nachbarschaft).

Darüber hinaus haben den Ergebnissen der Analyse zufolge die Jungen ein höheres gesundheitliches Risiko als Mädchen.

Verbesserte Zahngesundheit der Kinder

Ein wichtiges Kennzeichen für den Gesundheitszustand und die Befindlichkeit ist die Gesundheit der Zähne der Kinder. In Kindergärten und Schulen werden von der Regionalen Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Vorsorgeuntersuchungen bei etwa 27.000 Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren (darunter ca. 6.000 aus Heidelberg) durchgeführt. Als Maßstab für den Gesundheitszustand dienen die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierten Ziele (Übersicht 8.1). Diese Werte werden in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis deutlich unterschritten

Übersicht 8.1:
Ziele der Weltgesundheitsorganisation zur Zahngesundheit für das Jahr 2000

Die WHO-Ziele für das Jahr 2000:
Mindestens 50 % der 5-jährigen Kinder sollen kariesfrei sein.
1. Der DMF-T-Wert der 12-jährigen soll unter 2 liegen.

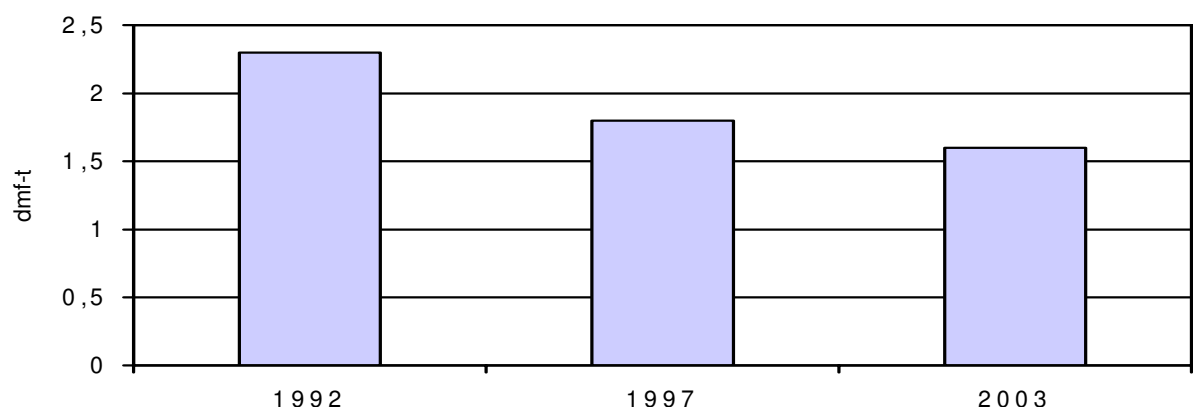
Anmerkung: DMF-T: Decayed (kariös), Missing (fehlend), Filled (gefüllt), Teeth (Zähne)

Die Zahngesundheit wird immer besser

Im Jahre 2003 wurden bei den 6- bis 7-jährigen Kindern im Schnitt 1,6 durch Karies beschädig-

te oder nach Karies gefüllte Milchzähne gefunden (DMF-T-Wert). 1992 lag dieser DMF-T-Wert noch bei 2,3, 1997 bei 1,8 (Diagramm 8.5).

Diagramm 8.5:
DMF-T-Index bei 6- bis 7-jährigen in Heidelberg

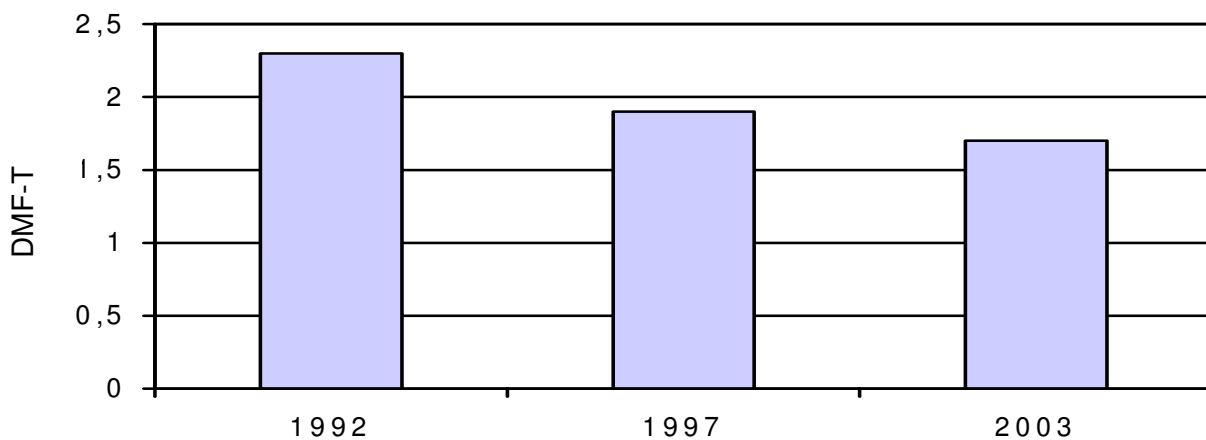


Quelle: Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit 2004

Das entspricht einem Kariesrückgang von rund 30 %. Der Anteil der Schulanfänger mit kariesfreiem Gebiss stieg in Heidelberg von 48,5 % auf 70,1 %. Deutlich verbessert hat sich auch die Zahngesundheit bei den 9-Jährigen. Der dmft-Wert lag 1992 noch bei 2,3, während 2003 ein dmft von 1,7 ermittelt wurde (Diagramm 8.6). Hatten 1992 in dieser Altersgruppe 28,2 % der Schüler kariesfreie Zähne, so lag der Prozentsatz im Jahr 2003 bereits bei 45,3 %.

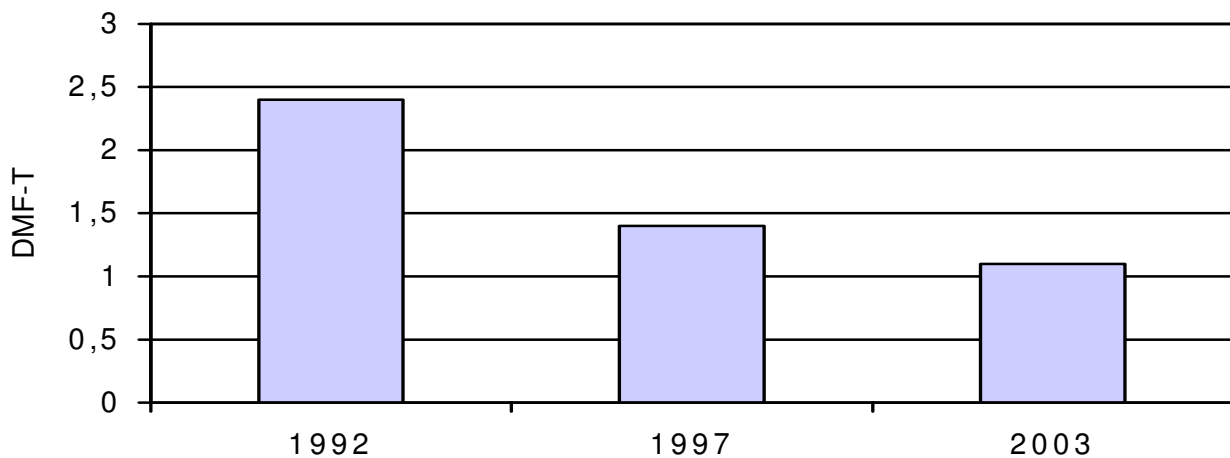
Bei den 12-Jährigen stieg zwischen 1992 und 2003 der Anteil naturgesunder Gebisse von 27,5 % auf 54,2 %. Gleichzeitig verringerte sich die Zahl der Schüler, die wegen Karies als behandlungsbedürftig eingestuft wurden von 32,5 % auf 26,0 %. Während der mittlere DMF-T-Wert 1992 bei 2,4 lag, betrug er 1997 bereits 1,4 und 2003 1,1 (Diagramm 8.7).

Diagramm 8.6: DMF-T-Index bei 9-Jährigen in Heidelberg



Quelle: Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit 2004

Diagramm 8.7:
DMF-T-Index bei 12-jährigen in Heidelberg



Quelle: Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit 2004

Auch die Gesundheit der Zähne hängt mit der sozialen und ethnischen Herkunft der Kinder zusammen

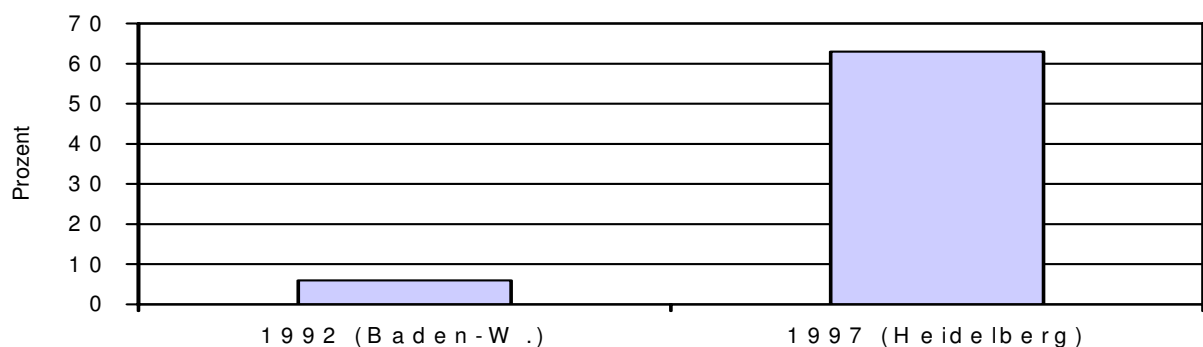
Die Untersuchungen bestätigen den bundesweiten Trend, dass die Zahngesundheit der Kinder stark abhängig vom sozialen Umfeld und vom Bildungsniveau ist. Die Hauptschüler hatten ein rund dreifach höheres Kariesaufkommen als die Gymnasialschüler. Und auch die Nationalität scheint eine nicht unerhebliche Rolle zu spielen. So haben die deutschen Kinder den höchsten Anteil sanierter Zähne im bleibenden Gebiss. Bei ihnen waren an Karies erkrankte Zähne zu 80 % in der Zahnarztpraxis mit einer Füllung versorgt worden. Bei türkischen Kindern und Kindern aus dem ehemaligen Jugoslawien be-

trug dieser Anteil nur 30 %, bei Spätaussiedlern 20 %.

Hoher Anteil fissurenversiegelter Zähne, regelmäßige Fluoridanwendung

Die Fissurenversiegelung ist als Prophylaxemaßnahme seit 1993 in Deutschland kassenärztliche Leistung. Dies hat die Akzeptanz von Fissurenversiegelungen bei Patienten und Zahnärzten erhöht. Verfügt 1992 in Baden-Württemberg 6 % der 12-Jährigen über mindestens einen fissurenversiegelten Zahn, waren es in einer Heidelberger Studie aus den Jahren 1998/99 über 63 %, also zehnmal mehr (Diagramm 8.8).

Diagramm 8.8:
Anteile der Fissurenversiegelung 1992 und 1997



Quelle: Rossbach 2001

Die gleiche Studie verdeutlicht auch den großen Nutzen dieser Prophylaxemaßnahme: Fast die Hälfte der Kinder mit Fissurenversiegelungen hatte vollkommen gesunde Zähne (DMF-T = 0), während dies nur bei 37,4 % der Kinder ohne Fissurenversiegelung zutraf. Rossbach konnte in ihrer bereits zitierten Studie außerdem ermitteln, dass über 65 % der von ihr befragten 12-jährigen Schülern mindestens ein Fluoridpräparat (fluoridiertes Salz, Fluoridgelée, Fluoridspüllösung, Fluoridlack) anwenden.

Vorsorgeuntersuchungen tragen zur Zahngesundheit bei

Die jährlich durchgeführten zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in den Kindertagesstätten und Schulen der Stadt Heidelberg verdeutlichen, dass sich die Zahngesundheit der Kinder stetig verbessert. Damit folgt Heidelberg dem Landestrend und belegt innerhalb der 37 regionalen Arbeitsgemeinschaften einen Spitzenplatz.

Krankheiten in der erwachsenen Heidelberger Bevölkerung

Arbeitsunfähigkeit als gravierender Teil des Krankheitszustandes der Bevölkerung

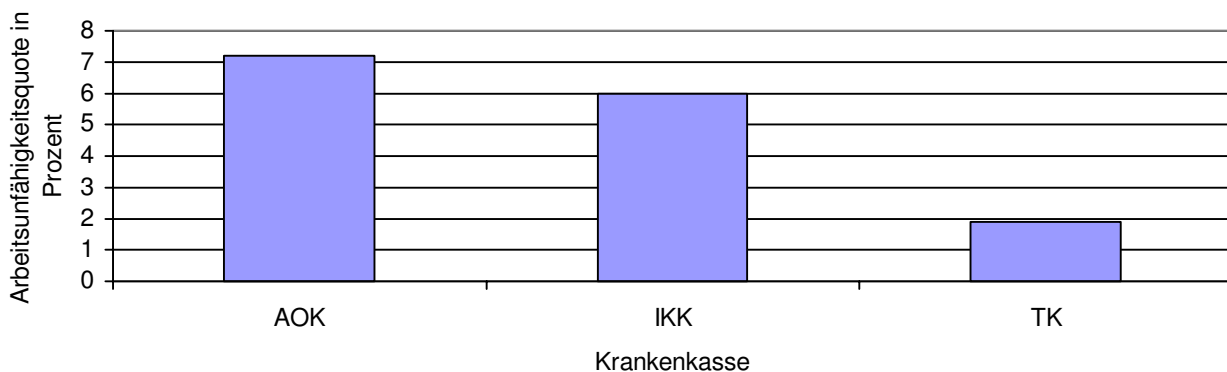
Ein Teil der gesundheitlichen Beeinträchtigungen veranlasst die Menschen, Hilfe bei einem Arzt oder bei einer anderen Instanz der Gesundheitsversorgung zu holen. Dabei handelt es sich im Allgemeinen um die eher schwerwiegenden Schädigungen. Nach eigenen Angaben sind von der erwachsenen deutschen Bevölkerung etwa 10 % krank (Mikrozensus 2003), jedoch nur etwas mehr als 4 % als krank oder arbeitsunfähig gemeldet (Statistisches Bundesamt: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002). Es kann also angenommen werden, dass die von Seiten der Krankenkassen vorliegenden und auf ärztlichen Diagnosen beruhenden Daten zur Arbeitsunfähigkeit nur einen Teil, und zwar den gravierenderen, des Krankenstandes widerspiegeln.

Ungleichheiten beim Krankenstand zwischen den Kassen

Der Krankenstand (Arbeitsunfähigkeitsquote) unter den Heidelberger Bürgerinnen und Bürger des Jahres 2002 ist je nach der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankenkasse unterschiedlich hoch. Überdurchschnittlich hoch ist der Krankenstand unter den Mitgliedern der AOK mit 7,2 %, auch im Vergleich zum Rhein-Neckar-Kreis (6,0 %) und zu Baden Württemberg insgesamt (4,9 %)

Demgegenüber ist der Krankenstand unter den Mitgliedern der IKK (Innungskrankenkasse) mit 6 % etwas niedriger und unter denjenigen der TK (Techniker Krankenkasse) mit 1,9 % erheblich niedriger (Diagramm 8.9).

Diagramm 8.9:
Krankenstand unter den Pflichtmitgliedern verschiedener Krankenkassen in Heidelberg



Quellen: AOK, IKK, TK 2002

Unterschiedliche Mitgliederstruktur der Kassen

Zwischen den Unterschieden im Krankenstand und der Mitgliederstruktur der Kassen gibt es folgende Zusammenhänge:

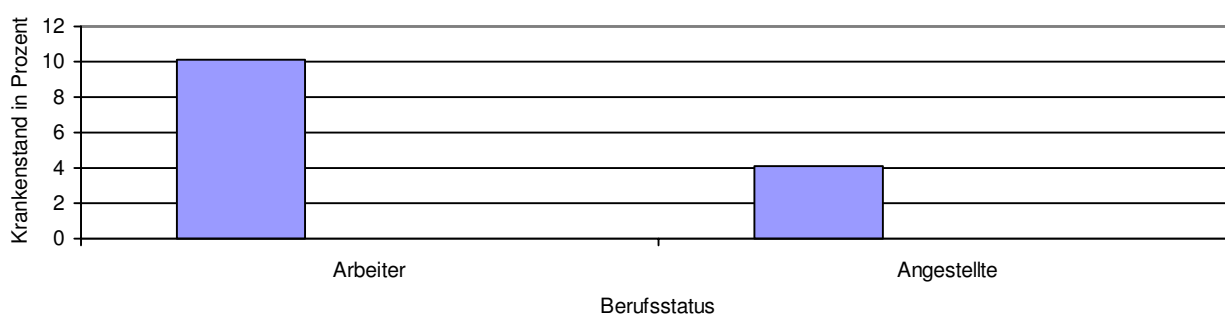
- Bei der AOK stellen Arbeiter (einschließlich der Facharbeiter) mit 57 % einen erheblichen Anteil.
- Bei der IKK dominieren Handwerker, die meistens eine gewerbliche Tätigkeit ausüben.
- Die Techniker Krankenkasse stellt eine auf technische Berufsgruppen spezialisierte An-

gestellten Krankenkasse dar. Unter ihren Mitgliedern hat mit 48 % ein sehr hoher Anteil eine akademische Ausbildung und dementsprechend einen gehobenen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Status.

Arbeiter sind häufiger und länger krank als Angestellte

Auch innerhalb einer Kasse sind Unterschiede im Krankenstand zwischen den Statusgruppen unter den Versicherten zu erkennen. Der Krankenstand bei den Arbeitern unter den Mitgliedern der AOK liegt bei 10,1 % und ist damit zweieinhalb mal so hoch wie derjenige unter den Angestellten mit 4,1 % (Diagramm 8.10).

Diagramm 8.10:
Krankenstand unter Arbeitern und Angestellten (AOK-Mitglieder) 2002



Quelle: AOK Rhein-Neckar 2002

Während der Anteil unter den Fällen der Arbeitsunfähigkeit (AU-Fälle) bei Arbeitern mehr als doppelt so hoch wie bei den Angestellten ist, beträgt das Verhältnis bei den Tagen der Arbeitsunfähigkeit (AU-Tage) mehr als 1 zu 3

(Tabelle 8.3). Dieses Ergebnis stimmt auch mit der relativ hohen Fehlzeitenquote unter den Arbeitern (7,4 %) im Vergleich zur Fehlzeitenquote insgesamt unter den Beschäftigten der Heidelberger Stadtverwaltung (4,8 %) überein.

Tabelle 8.3:
Krankenstand und Krankheitsdauer bei Arbeitern (ohne Facharbeiter) und Angestellten (Mitglieder der AOK)

Berufsstatus	Anteil Mitglieder	Anteil AU-Fälle	Anteil AU-Tage
Arbeiter	29,5 %	37,0 %	52,7 %
Angestellte	22,3 %	15,8 %	12,6 %

Quelle: AOK Rhein-Neckar 2002

Weniger Krankheiten mit besserer (Aus)Bildung

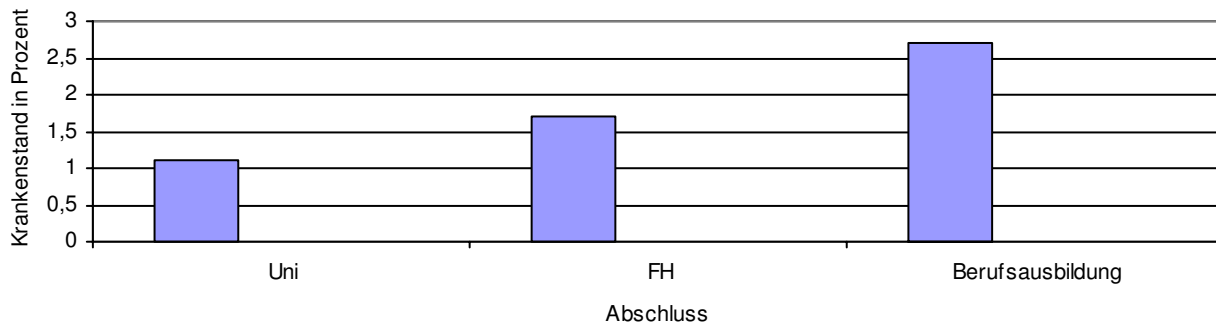
Ein Merkmal der sozialen Lage der Menschen stellt neben dem Berufsstatus und dem verfügbaren

einkommen auch der Bildungs- und Ausbildungsstand dar. Auch dieser korrespondiert mit der gesundheitlichen Situation, d. h. dem Krankenstand. Der Krankenstand unter den Versicherten der Techniker Krankenkasse

mit einer Berufsausbildung ist mehr als doppelt so hoch wie derjenige der Personen mit einem

Universitätsabschluss (Diagramm 8.11).

Diagramm 8.11:
Krankenstand nach Ausbildungsstatus bei Mitgliedern der TK 2003



Quelle: Techniker Krankenkasse 2003

Auch die ethnische Herkunft hängt mit dem Krankenstand zusammen:

Migrantinnen und Migranten sind häufiger und länger krank als deutsche Versicherte (Tabelle 8.4)

Tabelle 8.4:
Krankenstand und Krankheitsdauer bei deutschen und ausländischen Versicherten der IKK 2003

	Krankenstand in Prozent	Krankheitsdauer in Tagen
Deutsche	6,0 %	14,3
Ausländer	7,6 %	15,3

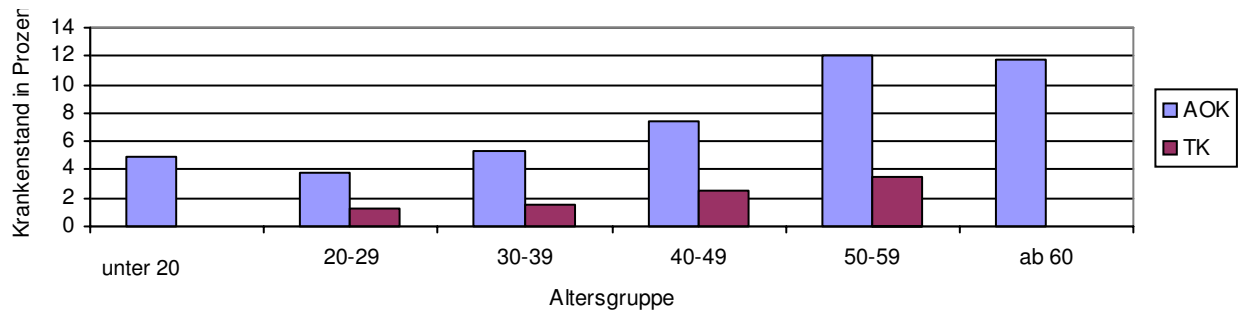
Quelle: IKK Heidelberg 2003

Ältere sind häufiger und länger krank

Mit zunehmendem Alter steigt der Krankenstand an – mit Ausnahme der ganz jungen und der mehr als 60-jährigen Mitglieder. Dies gilt sowohl für die AOK als auch die TK – wenn auch auf unterschiedlichem Niveau (Diagramm 8.12). Die Daten zeigen auch einen kontinuierlichen Anstieg der Krankheitsdauer mit zunehmendem Alter: bei den Mitgliedern der TK unter 30 Jahren liegt die durchschnittliche Krankheitsdauer bei 7 Tagen; bei den über 50-jährigen Versicherten ist sie mit 13,5 Tagen

etwa doppelt so lang. Nach den Ergebnissen der 1997 durchgeführten Umfrage unter älteren Menschen in Heidelberg (über 65 Jahre) sind unter ihnen nach eigenen Angaben 60 % chronisch krank (Stadt Heidelberg: Arbeitsgemeinschaft Lebensqualität im Alter: Älter werden in Heidelberg 2001).

Diagramm 8.12:
Krankenstand nach Altersgruppen



Quelle: AOK Rhein-Neckar 2002, TK 2003

Heidelberger Frauen sind häufiger und länger krank

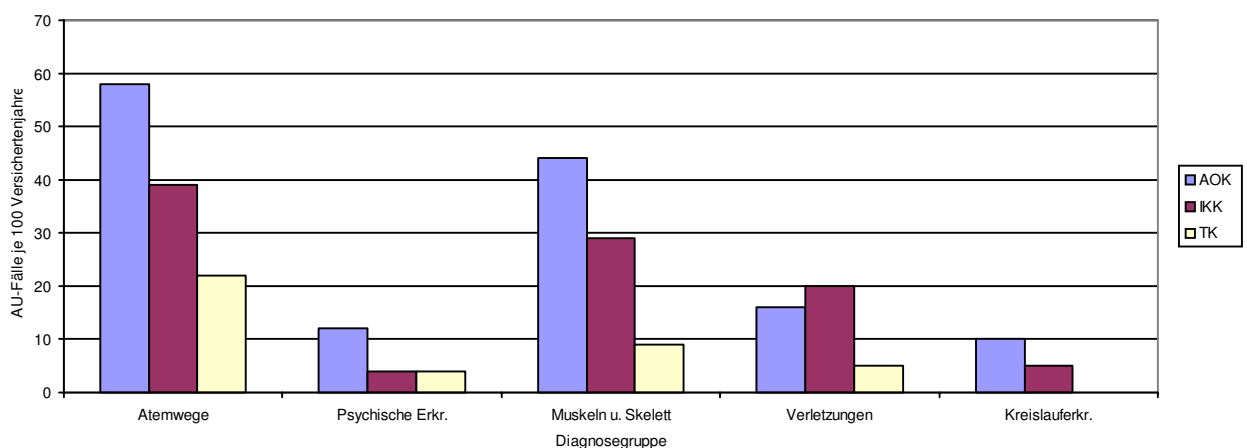
Der Krankenstand bei den Frauen unter den Heidelberger Mitgliedern der AOK ist mit 7,7 % etwas höher als derjenige bei den Männern mit 6,7 % - anders als im gesamten Bundesgebiet und in Baden-Württemberg, wo der Krankenstand der Männer höher ist als derjenige der Frauen (Statistisches Bundesamt: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2001).

Heidelberger Frauen sind im Durchschnitt auch etwas länger krank (24,5 Tage) als Männer (21,2 Tage).

Krankheiten der Atmungsorgane, der Muskeln und des Skeletts sowie Verletzungen dominieren das Krankheitsbild

Im Bundesdurchschnitt verursachen fünf Krankheitsgruppen, nämlich Krankheiten der Atmungsorgane, Muskel- und Skeletterkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen, psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen sowie Kreislaufkrankheiten 60 % der Diagnosen. Auch in Heidelberg dominieren diese Erkrankungen das Krankheitsbild der Versicherten. Das unterschiedlich hohe relative Gewicht der Krankheitsgruppen bei den verschiedenen Krankenkassen weist auf eine unterschiedliche Struktur der Belastungen, insbesondere beruflicher Art, hin (Diagramm 8.13).

Diagramm 8.13:
Krankheitsarten unter den Fällen der Arbeitsunfähigkeit bei Heidelberger Versicherten



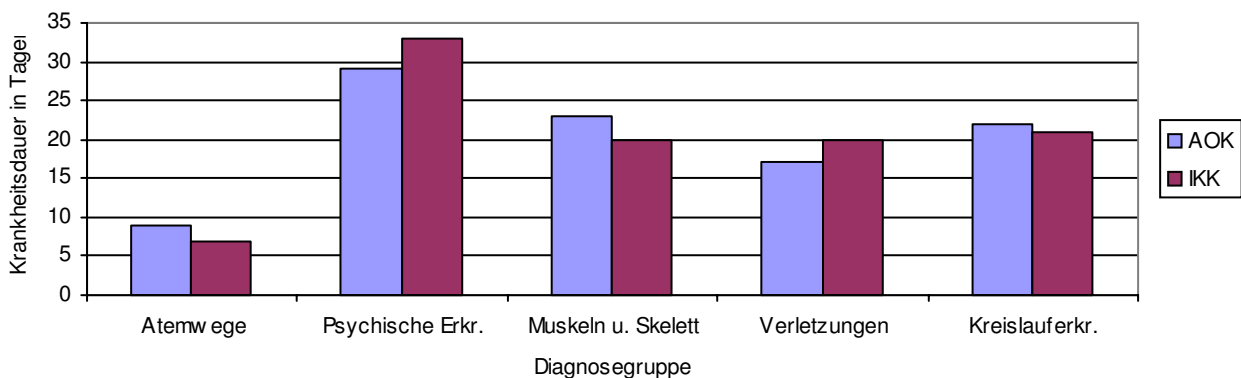
Quellen: AOK, IKK, TK 2002

Unter den bei der AOK Versicherten litten 2,5 % an einer endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheit. Knapp die Hälfte der so Erkrankten wies eine Form des Diabetes auf. Jeweils ein Fünftel war wegen krankhaftem Übergewicht (Adipositas) oder einer Erkrankung der Schilddrüse arbeitsunfähig. Probleme mit dem Fett- bzw. Cholesterinspiegel hatte jeder Neunte.

Längste Behandlungsdauer bei psychischen Erkrankungen

Die einzelnen Krankheiten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Behandlungsdauer erheblich. Insbesondere zur Heilung psychischer und Verhaltensstörungen ist relativ viel, bei Erkrankungen der Atemwege jedoch vergleichsweise wenig Zeit erforderlich (Diagramm 8.14).

Diagramm 8.14:
Krankheitsdauer je AU-Fall in Tagen bei Heidelberger Versicherten der AOK und der IKK



Quellen: AOK Rhein-Neckar, IKK Heidelberg 2002

Geringere Risiken für chronische Erkrankungen durch Arbeitsschutz ?

Einer der wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen und für Erkrankungen der Nieren ist der *hohe Blutdruck* (Hypertonie). Nach der Definition der WHO liegt eine Hypertonie bei Blutdruckwerten ab 160/90 mm Hg vor. Das Vorkommen (Prävalenz) der Hypertonie ist unter anderem mit Übergewicht und dem Lebensalter positiv assoziiert.

Unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der zweiten Untersuchung der Beschäftigten der Stadtverwaltung (2001/2002) haben nur 10 % eine Hypertonie (Stadt Heidelberg: Amt für Umweltschutz: Wirksamkeit des Arbeitsschutzes 2004) – dieser Wert ist weit niedriger als bei der ersten Untersuchung mit 18 %. Diese Entwicklung erstaunt, da die Anteile Älterer und Übergewichtiger in der zweiten Untersuchung deutlich höher sind als in der ersten Untersuchung und auch Belastungen durch Stressfaktoren häufiger genannt wurden (siehe Tabelle

5.3). Sie passt jedoch zu der Verbesserung des Sozialklimas und der Verringerung psychosomatischer Beschwerden (Diagramm 8.2).

Untersuchungen von Patienten mit Diabetes und einer Hypertonie zeigten, dass bereits die Ausscheidung von geringen Mengen Albumin (Eiweiß) im Urin einen Indikator sowohl für Nierenerkrankungen als auch für Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems darstellen. Bei 27 (15 %) von 186 Teilnehmerinnen der zweiten Querschnittsuntersuchung (2001/2002) wurden erhöhte Albuminwerte (ab 20 mg/l) gemessen. Der Mittelwert liegt bei 12 mg/l. Dieser Wert ist niedriger und damit günstiger als der Mittelwert bei der Erstuntersuchung 1993/94. Dieser lag bei 15 mg/l.

Die Ergebnisse der Untersuchung der Jahre 1993/94 zeigten hoch signifikante Zusammenhänge zwischen erhöhten Albuminwerten und den Expositionen zu einzelnen Arbeitsstoffen, die organische Chemikalien (z. B. Lösungsmittel) enthalten können. Dies gilt für Reini-

gungsmittel, Farben und Lacke, Klebstoffe, Nitroverdüner, Lackentferner sowie Holzschutzmittel. Dieses Resultat zeigt im Umkehrschluss, dass 1993/94 die damals eingesetzten Arbeitsstoffe hohe Anteile an Schadstoffen enthielten.

Während bei der Untersuchung 1993/94 die durchschnittlichen Albuminwerte der Beschäftigten mit häufigen und ständigen Kontakten zu bestimmten Arbeitsstoffen deutlich höher als der – insgesamt höhere - Durchschnittswert aller Untersuchungsteilnehmer/innen war, besteht bei der Untersuchung von 2001/2002 kein Unterschied (Tabelle 8.5). Die Werte der Beschäftigten, die eigenen Angaben zu Folge gegenüber gefährlichen Arbeitsstoffen exponiert sind, sind durchweg nicht höher als die Durchschnittswerte insgesamt.

Tabelle 8.5:

Durchschnittliche Albuminwerte bei Personen mit häufigen oder ständigen Kontakten zu bestimmten Arbeitsstoffen (Angaben in mg/l)

Arbeitsstoff	1993/94 Albuminwert	2000/01 Albuminwert
Reinigungsmittel	32	12
Farben, Lacke	50	10
Klebstoffe	53	10
Nitroverdüner	56	12
Lackentferner	77	9
Holzschutzmittel	87	11
Alle Untersuchungsteilnehmer	15	12

Quelle: Stadt Heidelberg; Amt für Umweltschutz: Wirksamkeit des Arbeitsschutzes 2004

Diese Verbesserung der Werte überrascht zunächst, da in der zweiten Untersuchung der Anteil der Älteren und der gewerblichen Arbeitnehmer viel höher ist. Sie entspricht jedoch der günstigeren Einschätzung der Umgebungsbedingungen durch die Teilnehmer/innen der zweiten Untersuchung (Tabelle 5.1). Dies kann nur bedeuten, dass die Maßnahmen des Arbeitsschutzes, wie z. B. der Verzicht auf bestimmte Stoffe, die Nutzung weniger gefährlicher Stoffe und die Einrichtung von Schutzmaßnahmen sich auf die Albuminwerte und den Gesund-

heitszustand der Beschäftigten insgesamt günstig auswirkten (siehe Kap. 10).

Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen und Erkrankungen

Eine differenzierte Betrachtung der Diagnosegruppen bei einzelnen Handwerksberufen wird durch die Daten der IKK möglich. Sie zeigen z. B., dass die Erkrankungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes bei Bauhandwerkern, Gebäudereinigern und Installateuren mit 42 und 41 Fällen weit über dem Durchschnitt von 29 Fällen liegt (siehe Kap.5). Bauhandwerker und Installateure erleiden mit 28 und 27 Fällen auch deutlich häufiger Arbeitsunfälle als der Durchschnitt der IKK-Versicherten (20 Fälle). Dabei wird hier auch der – ebenfalls auf Bundesebene sichtbare - Zusammenhang zwischen den beruflichen Belastungen und dem Krankheitsbild der Berufsgruppen deutlich (vgl. Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit 2002).

Wandel im Krankheitsbild einzelner Berufsgruppen

Ein Vergleich der Daten zur Arbeitsunfähigkeit von Versicherten der IKK zwischen 1993 und 2003 zeigt einige interessante Veränderungen. Der Krankenstand insgesamt stieg in diesem Zeitraum von 5,7 % auf 6,0 % ganz leicht an.

Bemerkenswert ist jedoch der deutliche Rückgang von Erkrankungen insgesamt, insbesondere aber von Atemwegserkrankungen, Verletzungen und von Erkrankungen des Muskel- und Skelett-Systems bei Malern sowie von Hauterkrankungen bei Friseuren (Tabelle 8.7). Dies ist insofern beachtlich, als bei diesen beiden Handwerksbereichen Programme der Gesundheitsförderung durchgeführt wurden, die gezielt auf Verbesserungen bei diesen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgerichtet waren (Projekte „Friseur und Umwelt“, „Maler und Umwelt“ – siehe Kap. 10).

Rückgang der Fehlzeiten bei den Beschäftigten der Stadtverwaltung

Ein Indikator für die Entwicklung des Gesundheitszustandes der Beschäftigten am Arbeitsplatz sind die Fehlzeiten.

Nach den Ergebnissen der Fehlzeitenstatistiken gingen von 1999 bis 2002 die Fehlzeitenquoten aller Beschäftigten der Heidelberger Stadtver-

waltung von 5,3 % auf 4,8 % zurück. Die Reduktion bei den Arbeitern war – wenn auch auf einem weit überdurchschnittlichen Niveau – noch deutlich stärker, und zwar von 9,4 % auf 7,4 %. Diese Verbesserung lässt sich auf Verminderungen der Arbeitsbelastungen durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes, der Gesundheitsförderung und der Organisationsentwicklung zurückführen.
(siehe Kap. 10)

Tabelle 8.6:
Ursachen der Arbeitsunfähigkeit bei Malern und Friseuren 1993 und 2003 (Angaben in Prozent)

Diagnosegruppe	Berufsgruppen			
	Maler		Friseure	
	1993	2003	1993	2003
Atemwegserkrankungen	1,3 %	0,5 %	0,8 %	0,6 %
Psychische Erkrankungen	0,3 %	0,7 %	0,1 %	0,3 %
Muskel- und Skelett-Erkrankungen	2,2 %	1,5 %	0,5 %	0,8 %
Verletzungen	1,1 %	0,6 %	0,7 %	0,5 %
Kreislaufkrankungen	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %
Hautkrankheiten	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,03 %
Zusammen	5,3 %	3,6 %	2,7 %	2,5 %

Quelle: IKK 2003

Zunahme psychischer Erkrankungen

Auffallend ist die Zunahme psychischer Erkrankungen bei diesen und anderen Berufsgruppen (z. B. Bäcker von 0,3 % auf 0,7 %). Diese Beobachtung stimmt überein mit den Ergebnissen einer von der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg durchgeführten jüngeren und repräsentativen epidemiologischen Untersuchung im Rhein-Neckar-Raum und in Leipzig (Barth u. a. 2002). Demnach sind depressive Symptome mit einem Anteil von 20 % unter den Personen der Jahrgänge 1950 - 1952 mit etwa 20 % doppelt so häufig wie unter denjenigen der Jahrgänge 1930 - 1932 mit ca. 10 %. An affektiven Störungen sind Frauen mit einem Anteil von 21 % deutlich häufiger beteiligt als Männer mit 10 %.

Psychische Störungen als Anzeichen für soziale Probleme

Die höhere Quote psychischer Erkrankungen wird als Frühindikator für soziale Verwerfungen gewertet: sie reflektiert Stress, Angst, Unsicherheit, eine geringe Selbsteinschätzung, soziale Isolierung und die geringen Kontrollmöglichkeiten über die eigene Arbeit.

Die Entwicklung zeigt eine Parallele zu der Zunahme von Verhaltensproblemen und psychosomatischen Störungen bei den Schulkindern im Rhein-Neckar-Raum. Sie deutet auch darauf hin, dass das von einer großen Mehrheit der Heidelberger Bürgerinnen und Bürger angegebene Wohlbefinden in der Stadt verborgene Kehr- und Schattenseiten aufweist.

Gewalttätigkeit und -kriminalität

Gewaltkriminalität als Ausdruck gesellschaftlicher Zerfallserscheinungen

Gewalt- und Gewaltkriminalität beinhaltet für die Betroffenen das Erleiden körperlicher Verletzungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen durch die Anwendung von physischem oder psychischem Zwang. Sie ist oft ein Ausdruck des Unvermögens, eine individuell als schwierig empfundene Lebenssituation zu bewältigen. Die soziale und ökonomische Situation in der Gesellschaft spielt dabei eine bedeutende Rolle. Die Gewaltkriminalität ist immer auch ein Gradmesser der Gerechtigkeit bzw. Ungerechtigkeit und des sozialen Zusammenhalts in der Gesellschaft.

Rückgang der Gewaltkriminalität

Von den im Jahr 2002 insgesamt 300 erfassten Straftaten aus dem Bereich der Gewaltkriminalität wurden drei Viertel aufgeklärt. Seit 1999 ist die Gewaltkriminalität in Heidelberg um 15,4 % zurückgegangen.

Straftaten mit Gewalthintergrund gehen fast ausschließlich von Männern aus und finden meist im näheren sozialen Umkreis der Täter statt (Familie, Nachbarschaft). Opfer sind sehr häufig Frauen. Von den im Jahr 2002 festgestellten Tatverdächtigen waren 89,3 % Männer. Zum Schutz der Frauen vor Gewalt entstand

das „Bündnis gegen Gewalt an Frauen“, das mehrere Kooperationsprojekte auf den Weg brachte. Dazu gehören die Kampagne „Gewalt gegen Frauen und Mädchen ist keine Privatsache“, die Einführung des „Platzverweisverfahrens“ für Gewalttäter und die Umgestaltung öffentlicher Räume mit einem Beleuchtungskonzept für stark frequentierte Straßen und Plätze zugunsten einer höheren Sicherheit (Stadt Heidelberg: STEP Umsetzungsbericht 2002).

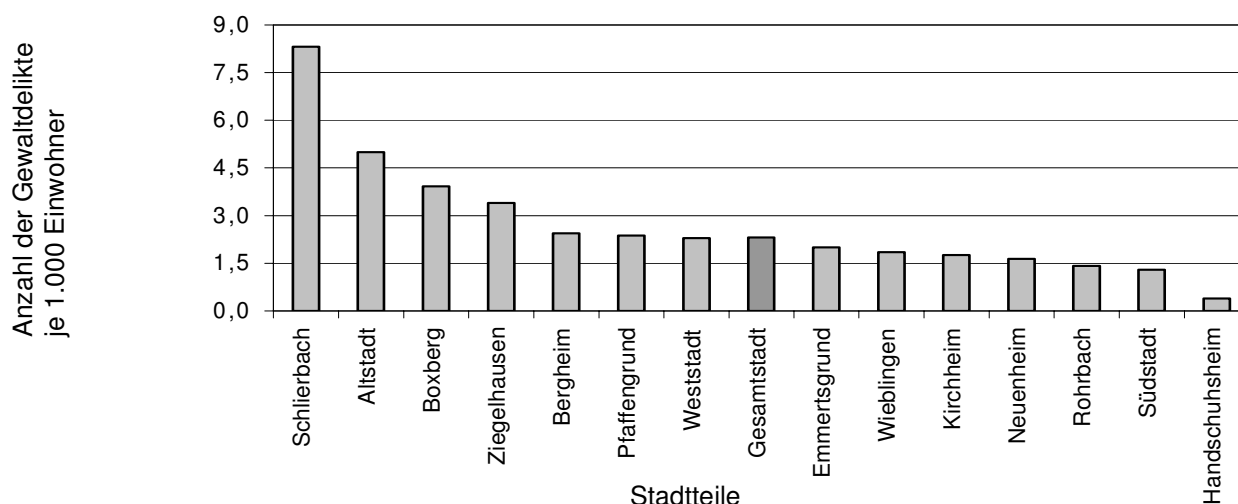
Hohe Quote jugendlicher Gewalttäter

Bedrückend ist die hohe Zahl junger Gewalttäter. 25,0 % waren Kinder oder Jugendliche – bei einem Anteil von 15,1 % an der gesamten Bevölkerung. Heranwachsende machen 19,4 % der Tatverdächtigen aus.

Während inzwischen bei Kindern und Jugendlichen die Gewaltbereitschaft zurückgeht, ist sie bei den Heranwachsenden leicht angestiegen. Der Rückgang der Gewaltkriminalität in der jüngeren Generation kann auch als Resultat der Aktivitäten der „Kommunalen Kriminalprävention“, nicht zuletzt an den Hauptschulen, gewertet werden.

37,0 % der Tatverdächtigen waren Nichtdeutsche. Hier muss neben zu vermutenden Rollenfestlegungen die sozial und ökonomisch schlechtere Situation vieler Ausländer berücksichtigt werden.

Diagramm 8.15:
Gewaltdelikte je 1.000 Einwohner in den Stadtteilen



Quelle: Polizeidirektion Heidelberg, 2003

Hohe Quote der Gewaltkriminalität in Stadtteilen mit hohem Sozialstatus

Die Anzahl der Fälle der Gewaltkriminalität ist in den Stadtteilen Heidelbergs sehr unterschiedlich hoch. Die zahlenmäßig meisten Fälle wurden in der Altstadt (50), in Ziegelhausen (31), Kirchheim (28) und Schlierbach (27) erfasst. Die wenigsten Fälle wurden in Handschuhsheim (6) und in der Südstadt (5) registriert. Berücksichtigt man die Einwohnerzahl und setzt sie zu den Delikten ins Verhältnis, ergibt sich in den Stadtteilen ein etwas anderes Bild (siehe Diagramm 8.15). Je 1.000 Einwohner ereigneten sich demnach in Schlierbach die mit Abstand meisten Gewaltverbrechen (8,3), gefolgt von der Altstadt (5,1), Boxberg (3,9) und Ziegelhausen (3,4). Handschuhsheim verzeichnet auch hier mit Abstand die wenigsten Delikte (0,4).

Dieses Ergebnis zeigt, dass es keinen grundsätzlichen Zusammenhang zwischen einem niedrigen sozioökonomischen Status und einem hohen Anteil an ausländischen Einwohnern in einem Stadtteil sowie der Verübung von Gewaltkriminalität gibt (siehe Kapitel 2). Die Daten stehen in einem gewissen Widerspruch zu den subjektiven Angaben zum Wohlbefinden in den Stadtteilen (siehe Kap. 8.1). Die Frage bleibt offen, ob sich die Stadtteile mit relativ hoher Gewaltkriminalität durch einen höheren Grad an sozialen Verwerfungen auszeichnen.

Unfälle im Straßenverkehr

Gesundheitsgefahren vor allem für Jüngere

Verkehrsunfälle stellen nach wie vor ein wesentliches Gefährdungspotential für die Gesundheit dar. Von besonderer Bedeutung sind hier Kinder und Jugendliche, deren Anteil unter den Unfallopfern sehr hoch ist, aber auch Heranwachsende und junge Erwachsene, die gleichzeitig sehr häufig auch Verursacher sind.

Relativer Rückgang der Unfälle

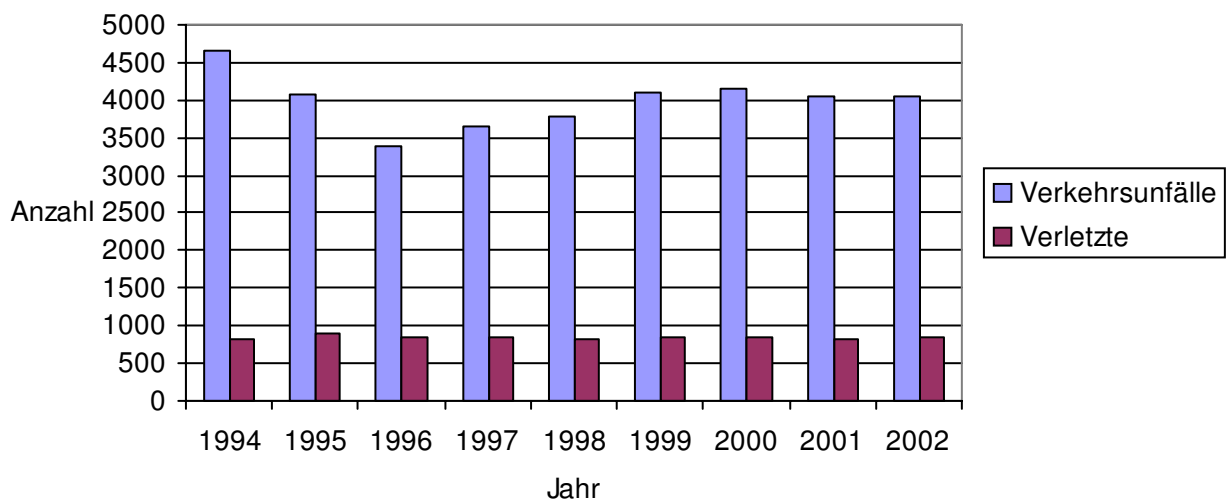
Im Stadtgebiet Heidelbergs ereigneten sich 2002 4.048 Verkehrsunfälle. Dabei wurden 833 Personen verletzt, worunter 61 Schwerverletzte

waren. 4 Personen kamen ums Leben. Seit der letzten Gesundheitsberichterstattung stagnieren die Verletztenzahlen auf leicht sinkendem Niveau. Zwischen 1993 und 2002 liegt die Zahl der Verletzten bei durchschnittlich 840 Personen. Auch die Verkehrsunfall-Toten liegen unter dem Durchschnitt dieses Zeitraums von 5 Personen (Diagramm 8.16).

Mit Blick auf die erhebliche Zunahme der Zulassungen im Bereich des motorisierten Individualverkehrs kann hier von einer verhältnismäßig deutlichen Abnahme der Verkehrsunfälle gesprochen werden. Damit wird der positive Trend, der schon im ersten Gesundheitsbericht festgestellt werden konnte, weiter fortgesetzt.

Dabei muss berücksichtigt werden, dass insbesondere im städtischen Bereich die Belastungen der Verkehrsflächen und damit die Konflikte zwischen Kraftfahrern sowie Fußgängern und Radfahrern erheblich zunimmt. Allerdings nimmt auch die Fließgeschwindigkeit ab, da die Ausbaumöglichkeiten der vorhandenen Verkehrsflächen nahezu ausgeschöpft sind. Dieser Effekt wird in Heidelberg zusätzlich durch die Ausweisung von Tempo-30-Zonen erreicht. Durch derartige strukturelle Maßnahmen, und nicht nur durch eine verbesserte Disziplin der Verkehrsteilnehmer, wird das Risiko schwerer Schädigungen verringert.

Diagramm 8.16: Verkehrsunfälle und Verunglückte in Heidelberg 1994-2002



Quelle: Polizeidirektion Heidelberg, 2003

Hohe Unfallgefahr im Stadtgebiet

Deutlich wird die Situation im städtischen Raum beim Vergleich der Verunglücktenbelastung mit dem Rhein-Neckar-Kreis. Die Anzahl der Unfallopfer je 100.000 Einwohner ist im Stadtgebiet Heidelberg mit 649,4 um über einem Drittel (36,4 %) höher als im Landkreis. Darin kommt die insgesamt höhere Dichte des motorisierten Individualverkehrs im Stadtgebiet zum Ausdruck.

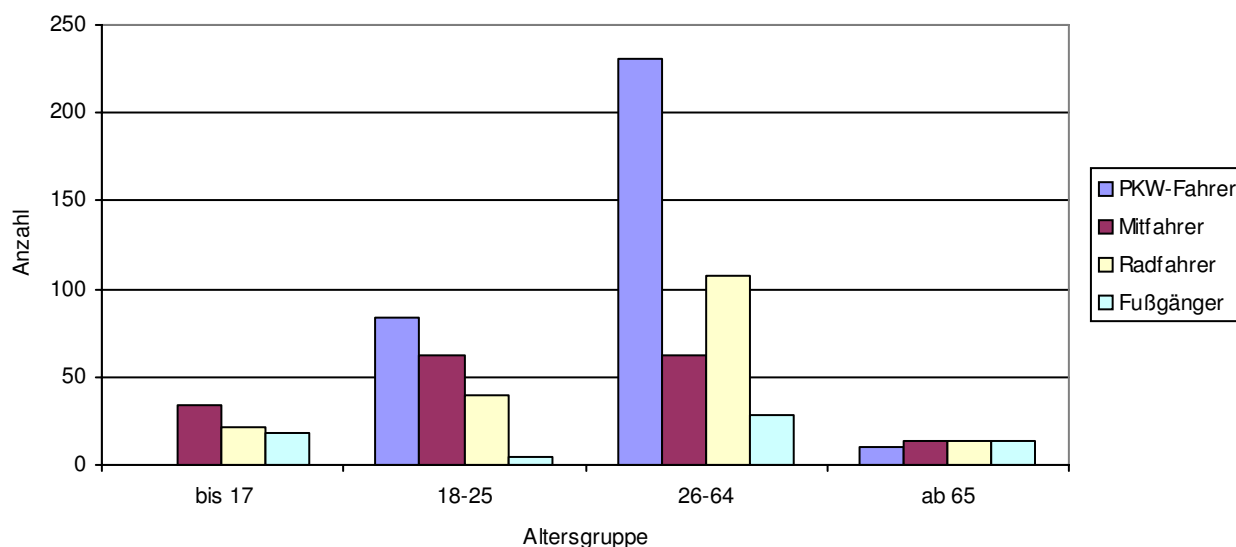
Hohe Verletzungsgefahr bei Alkoholbeteiligung

Verkehrsunfälle unter Alkoholeinwirkung stellen eine besondere Gefährdung dar. Ein hohes Unfallrisiko tragen hierbei insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene. Während die Verletztenquote unter allen Verkehrsunfällen bei 20,5 % liegt, muss bei Unfällen unter Alkoholeinwirkung eine Quote 53,8 % festgestellt werden. 2 der 4 Todesopfer im Straßenverkehr des Jahres 2002 sind auf den Einfluss von Alkohol zurückzuführen.

Starke Gefährdung von jungen Fußgängern und Radfahrern

Fußgänger und Radfahrer sind als „schwache Verkehrsteilnehmer“ - gegenüber den durch eine Stahlhülle gepanzerten Kraftfahrern - besonders gefährdet. Der Anteil der Fußgänger und Radfahrer unter den Verletzten beträgt 29,7 %, unter den Schwerverletzten beträgt ihr Anteil sogar 42,6 %. Auffällig ist der Anteil der verletzten Minderjährigen unter den Fußgängern. 28,1 % dieser Unfallopfer waren unter 18 Jahre. Dabei muss berücksichtigt werden, dass ihr Bevölkerungsanteil lediglich 15,1 % beträgt. Auch junge Erwachsenen bis 25 Jahre, die 11,6 % der Einwohner ausmachen, sind mit 24,6 % sehr häufig in Verkehrsunfälle verwickelt, insbesondere als PKW-Fahrer und Mitfahrer, aber auch Radfahrer (Diagramm 8.17).

Diagramm 8.17: Unfallopfer nach Art der Verkehrsbeteiligung und Altersgruppe in Heidelberg 2002



Quelle: Polizeidirektion Heidelberg 2003

Sterblichkeit

Aus den Daten über die Sterblichkeit lassen sich wichtige Schlüsse auf die Einflüsse ziehen, die das Leben verlängern und verkürzen und die

Gesundheit fördern oder beeinträchtigen können. In Heidelberg starben im Jahre 2003 556 Männer und 715 Frauen. Bezogen auf 100.000 Einwohner sind dies 822 Männer und 949 Frauen (Tabelle 8.7).

Tabelle 8.7:

Todesfälle je 100.000 Einwohner in Heidelberg, dem Rhein-Neckar-Kreis, Mannheim und Baden-Württemberg 1993 und 2003

Jahr		Heidelberg		Rhein-Neckar-Kreis		Mannheim		Baden-Württemberg	
		M	W	M	W	M	W	M	W
1993	Anzahl	623	800	2.311	2.593	1.625	1.931	45.028	52.544
	Anzahl je 100.000 E	1.001	1.122	892	1.003	1.041	1.192	919	1.005
2003	Anzahl	556	715	2.318	2.431	1.440	1.698	43.657	51.455
	Anzahl je 100.000 E	822	949	880	976	1.009	1.130	848	969

Quelle: Statistisches Landesamt 2004

Geringe Sterblichkeit in Heidelberg – Zeichen für gute Gesundheit und Lebensqualität ?

Die Sterblichkeit im Jahr 2003 ist sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen etwas

niedriger als in gesamt Baden-Württemberg. Die Unterschiede sind gegenüber den Daten aus dem Rhein-Neckar-Kreis und insbesondere gegenüber denjenigen aus Mannheim deutlich. Dies ist zum Teil auf demographische und zum

Teil auf soziale Unterschiede zurückzuführen. So ist im Jahr 2003 der Anteil der über 60-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner an der Bevölkerung in Heidelberg mit 20,7 % deutlich geringer als die Anteile in Baden-Württemberg (23,2 %), dem Rhein-Neckar-Kreis (23,8 %) und der Stadt Mannheim (24,0 %).

Hinzu kommt, dass sich die Stadt Heidelberg durch einen überdurchschnittlichen Anteil von Angehörigen höherer sozialer Schichten auszeichnet. Die relativ hohe Sterblichkeit in Mannheim dürfte auch auf die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, risikoreichere Lebensweisen und auf eine ungünstigere sozio-ökonomische Lage der Bewohner/innen dieser Stadt zurückzuführen sein (Mielck 1997).

Höhere Sterblichkeit bei Frauen

Die Unterschiede bei der Sterblichkeit der Geschlechter spiegelt den unterschiedlichen Altersaufbau wider: der Anteil der Frauen unter den Älteren und insbesondere unter den Hochbetagten ist vergleichsweise besonders hoch.

Rückgang der Sterblichkeit insgesamt

Im Vergleich zu den Daten des Jahres 1993 zeichnet sich eine insgesamt positive Entwicklung ab hin zu einer *geringeren Sterblichkeit*. Dies gilt insbesondere für Heidelberg mit einer Verminderung um 179 Sterbefälle pro 100.000 Einwohner bei den Männern und um 173 Sterbefälle bei den Frauen.

Mit der Verminderung der Sterbefälle stieg auch die durchschnittliche *Lebenserwartung* in Baden-Württemberg an, und zwar von 69 Jahren bei Männern und 75 Jahren bei Frauen in den Jahren 1970/72 auf 77 Jahre bei Männern und 82 Jahre bei den Frauen in den Jahren 2001/2003.

Niedrige Anteile von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs unter den Todesursachen in Heidelberg

Auf dem Gebiet der Gesundheitsinformation gilt die Statistik über die Ursachen der Sterblichkeit als unverzichtbare und international vergleichbare Datengrundlage. Unter den einzelnen Todesursachen stehen mit einem Anteil von insgesamt mehr als 40 % die Herz-Kreislauf-Erkrankungen an der Spitze. In Heidelberg verstarben im Jahr 2003 daran 221 Männer (39,7 %) und 321 Frauen (44,9 %). Der Anteil bei den Männern ist etwas höher und bei den Frauen etwas niedriger als in Baden-Württemberg. Ein knappes Viertel der Todesfälle ist auf Krebserkrankungen zurückzuführen. Bei beiden Todesursachen liegt *Heidelberg unter dem Landesdurchschnitt*, und zwar besonders deutlich bei Krebs (Tabelle 8.8). Neben den genannten Todesursachen spielt mit einem Anteil von knapp 7 % auch Diabetes bei den Frauen eine wichtige Rolle.

Tabelle 8.8:

Todesursachen bei Männern und Frauen im Jahr 2003 in Heidelberg und Baden-Württemberg im Vergleich (Angaben in Prozent)

	Heidelberg			Baden-Württemberg		
	M	W	Gesamt	M	W	Gesamt
Herz-Kreislauf-Krankheiten	39,7 %	44,9 %	42,6 %	39,1 %	48,0 %	43,9 %
Krebs	25,2 %	19,1 %	21,8 %	27,7 %	21,5 %	24,4 %
Anzahl der Todesfälle	556	715	1.271	44.475	52.754	97.229

Quelle: Statistisches Landesamt 2004

Weniger Lungenkrebs in Heidelberg als in der Region

Auch bei einer Betrachtung einzelner wichtiger Todesursachen fällt auf, dass sich Heidelberg von Baden-Württemberg und von der Nachbarstadt Mannheim und dem umliegenden Rhein-Neckar-Kreis unterscheidet. Der Anteil von *Lungenkrebs* unter den Todesursachen liegt mit 3,3 % unter dem Landesdurchschnitt von 3,8 % und noch deutlicher unter den Werten von Mannheim (5,1 %) und des Rhein-Neckar-Kreises (4,5 %).

Unter den Frauen ist die Sterblichkeit an Lungenkrebs mit einem Anteil von 1,4 % nur halb so hoch wie in Mannheim. Für diese Unterschiede können verschiedene Faktoren, wie sozial bedingte Verhaltensmuster im Bereich des Tabakkonsums (vgl. Kapitel 6) sowie Umweltbelastungen und Arbeitsbelastungen als Erklärung dienen.

Sterblichkeit wegen Schlaganfall gering, wegen Herzinfarkt dagegen groß

Auch der Schlaganfall hat als Todesursache in Heidelberg (mit 7,4 %) eine geringere Bedeutung als in Mannheim (7,5 %), im Rhein-Neckar-Kreis (8,5 %) und in gesamt Baden-Württemberg (9,4 %). Dieser Unterschied ist möglicherweise mit der ausgebauten Schlaganfall-Versorgung in den Großstädten Mannheim und Heidelberg (Stroke unit) zu erklären.

Anders als Lungenkrebs und Schlaganfall hat der *Herzinfarkt* unter den Todesursachen in Heidelberg mit 8,3 % eine überdurchschnittliche Bedeutung gegenüber Mannheim (7,2 %), dem Rhein-Neckar-Kreis (7,7 %) und Baden-Württemberg (7,5 %).

Schlaganfall - Todesursache von Frauen. Lungenkrebs – Todesursache von Männern

Bei einem Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigt sich, dass unter den Todesursachen bei Herz-Kreislauf-Krankheiten insgesamt, und hier vor allem beim Schlaganfall, insbesondere Frauen betroffen sind (Tabelle 8.9). Demgegenüber sind Herzinfarkt und Krebs, und hier insbesondere der Lungenkrebs, typisch männliche Todesursachen. Die Sterblichkeit an Lungenkrebs ist bei den Heidelberger Männern mehr als dreimal so hoch wie bei den Frauen. Als Ursachen liegen risikoreiche Lebensgewohnheiten (insbesondere der Tabakkonsum) und Belastungen in der Arbeitswelt („Stress“) nahe.

Tabelle 8.9:
Todesursachen in Heidelberg bei Männern und Frauen im Jahr 2003 (Angaben in Prozent)

	M	W	Insgesamt
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	39,7 %	44,9 %	42,6 %
Darunter: Schlaganfall	5,8 %	8,8 %	7,4 %
Herzinfarkt	9,7 %	7,1 %	8,3 %
Krebs	25,2 %	19,1 %	21,8 %
Darunter: Lungenkrebs	5,8 %	1,4 %	3,3 %
<i>Sterbefälle insgesamt</i>	<i>556</i>	<i>715</i>	<i>1271</i>

Quelle: Statistisches Landesamt 2004

Säuglingssterblichkeit auf niedrigem Niveau

Die Qualität der Gesundheitsvorsorge und -versorgung zeigt sich unter anderem an der Höhe der Säuglingssterblichkeit. Dabei handelt es sich um die Zahl der lebend geborenen Kinder, die im ersten Lebensjahr starben. Diese Zahl wird auf je 1.000 lebend Geborene bezogen.

Insgesamt liegen in den Jahren 2001 - 2003 die Quoten im Bundesdurchschnitt bei 4 und in Baden-Württemberg bei 3,5. Mit 4,3 liegt die Quote in Heidelberg etwas höher als im Landesdurchschnitt und auch als die Quote von 2,9 des Jahres 1993.

Die gegenwärtigen Quoten unterscheiden sich im positiven Sinne sehr deutlich von denjenigen früherer Jahre. Sie betragen in Baden-Württemberg in den Jahren:

1960	30,5
1970	20,8 und
1980	10,4

9 Gesundheitsversorgung

„Gesundheit für alle“ durch die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung?

Den Bedürfnissen der Menschen, ihre Gesundheit zu sichern und zu erhalten, dienen in entwickelten Gesellschaften die vielfältigen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Diesen sind Leistungen und Angebote im informellen Bereich, z. B. in Familien, Freundeskreisen, unter Kollegen, in Vereinen oder auch in Selbsthilfegruppen vorgelagert. Dazu kommen diejenigen Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung, die vom öffentlichen Gesundheitsdienst sowie von anderen Einrichtungen, insbesondere den Umwelt- und Sozialbehörden vorgenommen werden (siehe Kap. 3,4).

Dem Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO), „Gesundheit für alle“ zu ermöglichen, entspricht es, wenn alle Bürgerinnen und Bürger einer Stadt gleiche Chancen dabei haben, die zur Gesundheitserhaltung notwendigen Einrichtungen erreichen zu können. Dieses Ziel wird durch eine ausreichende Dichte und räumliche Nähe der Leistungsanbieter sowie ihre Kompatibilität mit der Bevölkerungsstruktur und den vorherrschenden Gesundheitsproblemen umgesetzt. Auf kleinräumiger Ebene bezieht sich dieses Ziel insbesondere auf das Angebot und die Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten der primärmedizinischen Versorgung, d. h. der Hausärzte.

Auf ihren Spezialgebieten haben die Zahnärzte eine ähnliche Funktion wie die Hausärzte. Weitere wichtige Anlaufstellen sind die Apotheken sowie die Einrichtungen der psychosozialen Versorgung.

Ambulante medizinische Versorgung

Hohe Anzahl niedergelassener Ärzte

In Heidelberg sind im Jahr 2004 insgesamt 504 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen tätig. Dazu kommen noch insgesamt 140 niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Hausärzte – knapp die Hälfte der niedergelassenen Ärzte

Von den insgesamt 504 Ärzten stellen mit 247 (49 %) knapp die Hälfte die primärmedizinische Versorgung sicher. Dazu zählen neben den 111 Allgemeinärzten die 72 Internisten, 20 Kinder- und 44 Frauenärzte – sie sind im allgemeinen als „Hausärzte“ die erste Anlaufstelle und häufig Koordinationsstelle bei gesundheitlichen Beschwerden.

Dominanz der Psychiater und Psychotherapeuten unter den Fachärzten

Zu den Ärzten der primärmedizinischen Versorgung kommen die 257 (51 %) Spezialisten unterschiedlicher medizinischer Fachbereiche. Unter diesen machen die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit insgesamt 129 niedergelassenen Ärzten den größten Anteil aus, der sogar denjenigen der Allgemeinärzte deutlich übertrifft (Tabelle 9.1). Auffallend unter den Fachärzten sind die relativ hohen Zahlen von niedergelassenen Orthopäden, Chirurgen und Anästhesisten.

Tabelle 9.1:
Niedergelassene Ärzte und Zahnärzte in Heidelberg 1994 und 2004 –Anzahl und Anbieterdichte

	1994		2004	
Fachbereich	Anzahl	Auf einen Arzt kommen Einwohner:	Anzahl	Auf einen Arzt kommen Einwohner:
Primärmedizinische Versorgung	231	573	247	527
Darunter:				
Allgemeinmedizin	116		111	
Innere Medizin	57		72	
Frauenheilkunde	37		44	
Kinderheilkunde	21		20	
Sonstige medizinische Fachrichtungen	222	596	257	506
Darunter:				
Neurologie und Psychiatrie	39		54	
Psychotherapie	80		75	
Orthopädie	20		24	
Chirurgie	11		19	
Anästhesie	6		14	
Augenheilkunde	15		15	
Hautkrankheiten	15		18	
Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde	9		10	
Lungenheilkunde	3		4	
Urologie	7		8	
Radiologie	10		12	
Labormedizin	7		4	
Ärzte insgesamt	453	292	504	258
Zahnärzte	121	1093	140	930

Quellen: Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden, Amt für Umweltschutz, Gewerbeaufsicht und Energie 2005

Steigerung der überdurchschnittlichen Arzt-dichte

Gegenüber dem Jahr 1994 nahm die Anzahl der Ärzte von 453 um 51 Mediziner/innen zu. Die Zunahme in 10 Jahren betrug damit 11,3 %. Bei den Zahnärzten betrug die Steigerung (von 121 auf 140 Zahnärzte) im gleichen Zeitraum 15,7 %.

Die im überregionalen Vergleich bereits im Jahr 1994 weit überdurchschnittliche Ärztedichte stieg damit zugleich von 292 Einwohnern pro

niedergelassenem Arzt im Jahre 1994 auf nur mehr 258 Einwohner.

Verminderung der Anzahl von Allgemeinärzten

Der Zuwachs fand nicht in allen Fachrichtungen statt und ist auch nicht gleich deutlich. Der Zuwachs in der primärmedizinischen Versorgung ist relativ gering; damit stellen die Anbieter dieses zentralen Bereichs mit 49 % bereits eine Minderheit im Versorgungssystem dar, während ihr Anteil unter den Kassenärzten im

Jahr 1985 noch zwei Drittel ausmachte. Dieser Rückgang ist insbesondere auf die Verminderung der Anzahl von Allgemeinärzten und Kinderärzten zurückzuführen.

Zuwächse in einzelnen Fachrichtungen – Folge eines veränderten Krankheitsspektrums?

Gleichzeitig sind deutliche Zuwächse bei den Internisten (26 %), Psychiatern (38 %), Chirurgen (73 %), Anästhesisten (133 %) Hautärzten und Orthopäden (jeweils 20 %) zu verzeichnen. Sie drücken einerseits ein verändertes Angebot von Seiten der Medizin (z. B. plastische Chirurgie), andererseits einen veränderten Bedarf von Seiten der Bevölkerung aus. Dieser kann auf ein verändertes Krankheitsspektrum (Muskel- und Skelett-Erkrankungen, Unfälle, Allergien, psychische Krankheiten) und auf eine veränderte Altersstruktur (weniger Kinderkrankheiten - mehr chronischen Erkrankungen) zurückgeführt werden.

Psychosoziale Versorgung

Dichtes Versorgungsangebot bei psychosozialen Problemen

Als Anlaufstelle zur Behandlung psychisch und sozial bedingter Beeinträchtigungen und Symptome stehen Anbieterinnen und Anbieter der ambulanten psychosozialen Versorgung zur Verfügung. Diese gehören unterschiedlichen Fachrichtungen an: Den insgesamt 119 Ärztinnen und Ärzten stehen hier 159 Psychologinnen und Psychologen gegenüber und zur Seite (Tabelle 9.2). Insgesamt ist die Anbieterdichte hier mit 404 Einwohnern pro Anbieter deutlich höher als bei den Hausärzten der primärmedizinischen Versorgung mit 527 Einwohnern pro Anbieter.

Auch in diesem Bereich ist eine mit 15 % deutliche Steigerung des gesamten Angebots zu verzeichnen. Zugenommen haben dabei im einzelnen die Anzahl der Psychiater und der als Psychologen ausgebildete Psychotherapeuten jeweils um 38 %.

Tabelle 9.2:

Anbieter der psychosozialen Versorgung in Heidelberg 1994 und 2004 –Anzahl und Anbieterdichte

Fachbereich	1994		2004	
	Anzahl	Auf einen Anbieter entfallen Einwohner:	Anzahl	Auf einen Anbieter entfallen Einwohner:
Neurologie und Psychiatrie	39		54	
Psychotherapie (ärztlich)	80		75	
Psychotherapie (nicht ärztlich)	111		153	
Psychologie/ Beratungen	48		40	
Anbieter insgesamt	278	476	322	404

Quelle: Amt für Umweltschutz, Gewerbeaufsicht und Energie 2005

Apotheken und sonstige Leistungsanbieter der ambulanten Versorgung

Konzentrationsprozesse bei Apotheken

In Ergänzung zur ambulanten medizinischen Versorgung sind die Apotheken mit der Bereitstellung von Medikamenten beauftragt. In Heidelberg befinden sich insgesamt 46 Apotheken – damit ist in diesem Bereich ein leichter Rückgang gegenüber dem Jahr 1994, als es noch 50 Apotheken gab, zu beobachten. Diese Verminderung lässt sich als Ausdruck von Konzentrationsprozessen im Einzelhandel deuten. Ein ähnliche Entwicklung ist bei den Anbietern medizinischer Hilfsmittel, insbesondere bei den Augenoptikern feststellbar (Tabelle 9.3).

Zunahme des nicht medizinischen Dienstleistungs-Angebots

Demgegenüber nahm das Angebot an nicht medizinischen Dienstleistungen im Gesundheitsbereich zu. Dies gilt insbesondere für die Berufsgruppen der Physiotherapeuten mit einer Zunahme um 21 % auf 105 Anbieter und diejenige der Heilpraktiker mit einer Zunahme um sogar 75 % auf 42 Anbieter. Ein neues, ergänzendes Dienstleistungsangebot bringen die inzwischen 9 niedergelassenen Ernährungsberater/innen.

Alternativen zur Schulmedizin

Die Zunahme der Anzahl von Physiotherapeuten dürfte wie diejenige der Orthopäden auf die wachsende Bedeutung von Rückenleiden und Muskel- und Skeletterkrankungen zurückzuführen sein. Angesichts der wachsenden Bedeutung der Heilpraktiker fragt es sich, ob und weshalb von den Bürgerinnen und Bürgern vermehrt Alternativen zur Schulmedizin zur Verringerung der Leiden an Krankheitssymptomen gesucht werden.

Tabelle 9.3:
Apotheken und sonstige Anbieter der Gesundheitsversorgung

Fachbereich	1994	2004
Apotheken	50	46
Medizinische Hilfsmittel	52	47
Darunter:		
Optiker	30	26
Sanitätsartikel	11	10
Hörgeräte, Akustiker	3	4
Orthopädie-Schuhmacher	8	7
Sonstige Anbieter	166	203
Darunter:		
Physiotherapeuten (Krankengymnastik, Massagen)	87	105
Fußpflege	21	18
Ergotherapie	4	7
Logopädie	13	13
Hebammen	17	18
Heilpraktiker	24	42
Ernährungsberatung	-	9
Sonstige Anbieter insgesamt (ohne Apotheken)	218	259

Quelle: Amt für Umweltschutz, Gewerbeaufsicht und Energie 2005

Räumliche Verteilung der ambulanten Gesundheitsversorgung

Insgesamt hohe Anbieterdichte

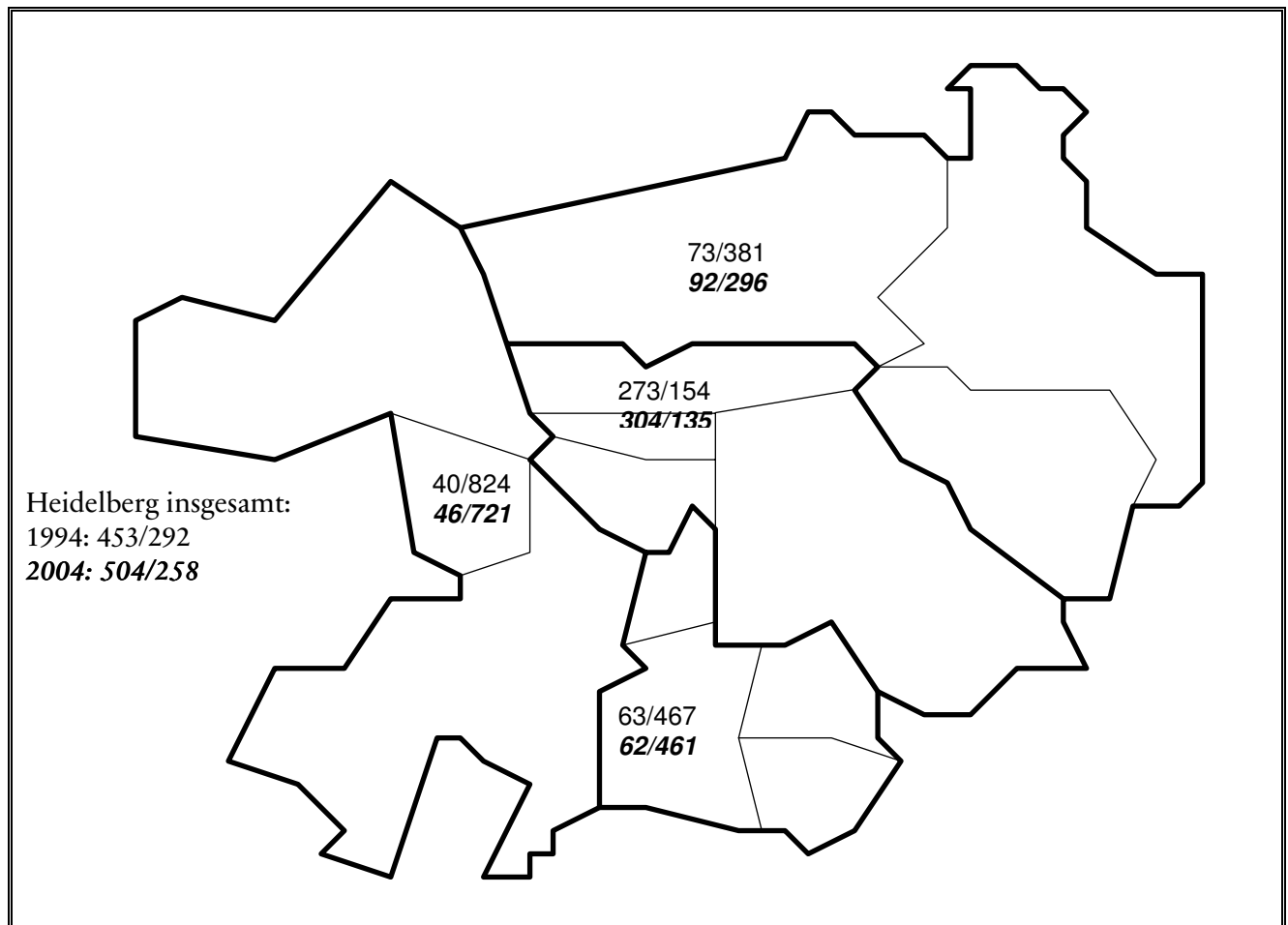
Die Angebotsdichte (Einwohner pro Arzt/Leistungsanbieter) auf dem Gebiet der ambulanten Gesundheitsversorgung – im weitesten Sinne, einschließlich der Selbsthilfe – befindet sich in Heidelberg auf einem sehr hohen Niveau. Es reagierte offenbar auch flexibel auf Wandlungen im Bedarf – bedingt durch demographische Veränderungen und durch Wandlungen des Krankheitspanoramas.

Nach wie vor die bei weitem höchste Dichte in der Innenstadt

Vergleiche unter den Anbietern in den vier einzelnen Stadtbezirken Innenstadt, Nord/Ost, Süd/Südwest und West zeigen allerdings deutliche Unterschiede in der Angebotsdichte. Von den 504 niedergelassenen Ärzten sind (wie schon 1994) nach wie vor 60 % in der Innen-

stadt (Altstadt, Bergheim, Neuenheim, Weststadt) tätig (Karte 9.1). Dort kommen damit – statistisch gesehen – 135 Bewohnerinnen und Bewohner auf einen Arzt.

Karte 9.1:
Niedergelassene Ärzte in den Stadtbezirken 1994 und 2004
- Anzahl und Dichte­ziffer -



Quellen: Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden, Amt für Umweltschutz, Gewerbeaufsicht und Energie 2005

Kaum veränderte, relativ geringe Angebotsdichte im Westen und Süden

Die Angebotsdichte in den äußeren Stadtbezirken – insbesondere in den westlichen Stadtteilen Kirchheim, Pfaffengrund und Wieblingen sowie im Süden (insbesondere in den Stadtteilen Boxberg und Emmertsgrund) – ist deutlich geringer als im Stadtdurchschnitt und vor allem niedriger als in den Stadtteilen der Innenstadt. Veränderungen in Richtung auf eine deutlich höhere Angebotsdichte gab es nur in der Innenstadt und in den nördlichen und östlichen Stadtteilen. Hier ist die Dichte inzwischen annähernd so groß wie im Stadtdurchschnitt.

Trotz der relativ günstigen Verkehrsverbindungen innerhalb des Stadtgebietes stellen räumliche Distanzen für bestimmte Bevölkerungs-

gruppen (z. B. für Mütter mit kleinen Kindern, Behinderte, chronisch Kranke) nach wie vor Zugangsbarrieren zu den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung dar.

Zusammenhang zwischen Angebotsdichte und sozialer Lage?

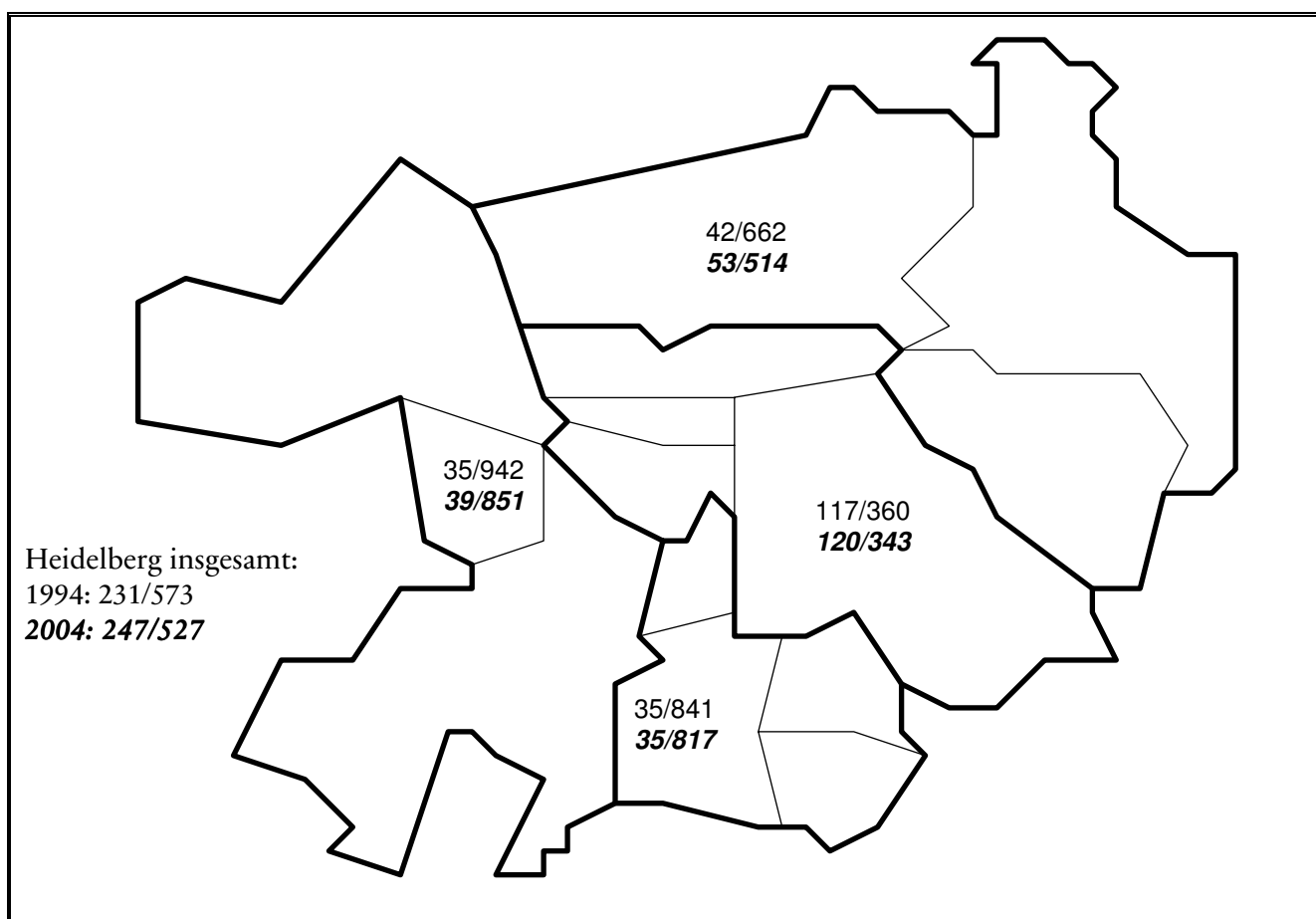
Die Angebotsdichte ist nach wie vor besonders gering in den westlichen und südlichen Bezirken, die sich durch einen niedrigen sozialen Status der Bewohner und durch einen relativ hohen Anteil von Familien, Kindern und Älteren auszeichnen.

Verbesserung der primärmedizinischen Versorgung in den peripheren Bezirken

Als erste Anlaufstelle zur medizinischen Versorgung fungieren im allgemeinen die Ärzte der primärmedizinischen Versorgung, d. h. Allgemeinärzte, Fachärzte für innere Medizin und Frauenärzte. Auf diesen Gebieten praktizieren insgesamt 247 Ärzte, also um 16 mehr als noch 1994.

Die Anzahl in der Innenstadt änderte sich kaum, während die Anzahl in der Peripherie des Stadtgebietes, vor allem im Norden und Osten, deutlich zunahm (Karte 9.2). Eine leichte Verbesserung dieses Angebots trat auch im bisher auf diesem Sektor vergleichsweise besonders benachteiligten Westen der Stadt ein. Insgesamt ist damit in allen Bezirken auf dem Gebiet der primärmedizinischen Versorgung ein ausreichendes Angebot gegeben.

Karte 9.2
Ärzte der primärmedizinischen Versorgung in den Stadtbezirken 1994 und 2004
- Anzahl und Dichteiffer -



Quellen: Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden, Amt für Umweltschutz, Gewerbeaufsicht und Energie 2005

Wenig Kinderärzte im Westen und Süden

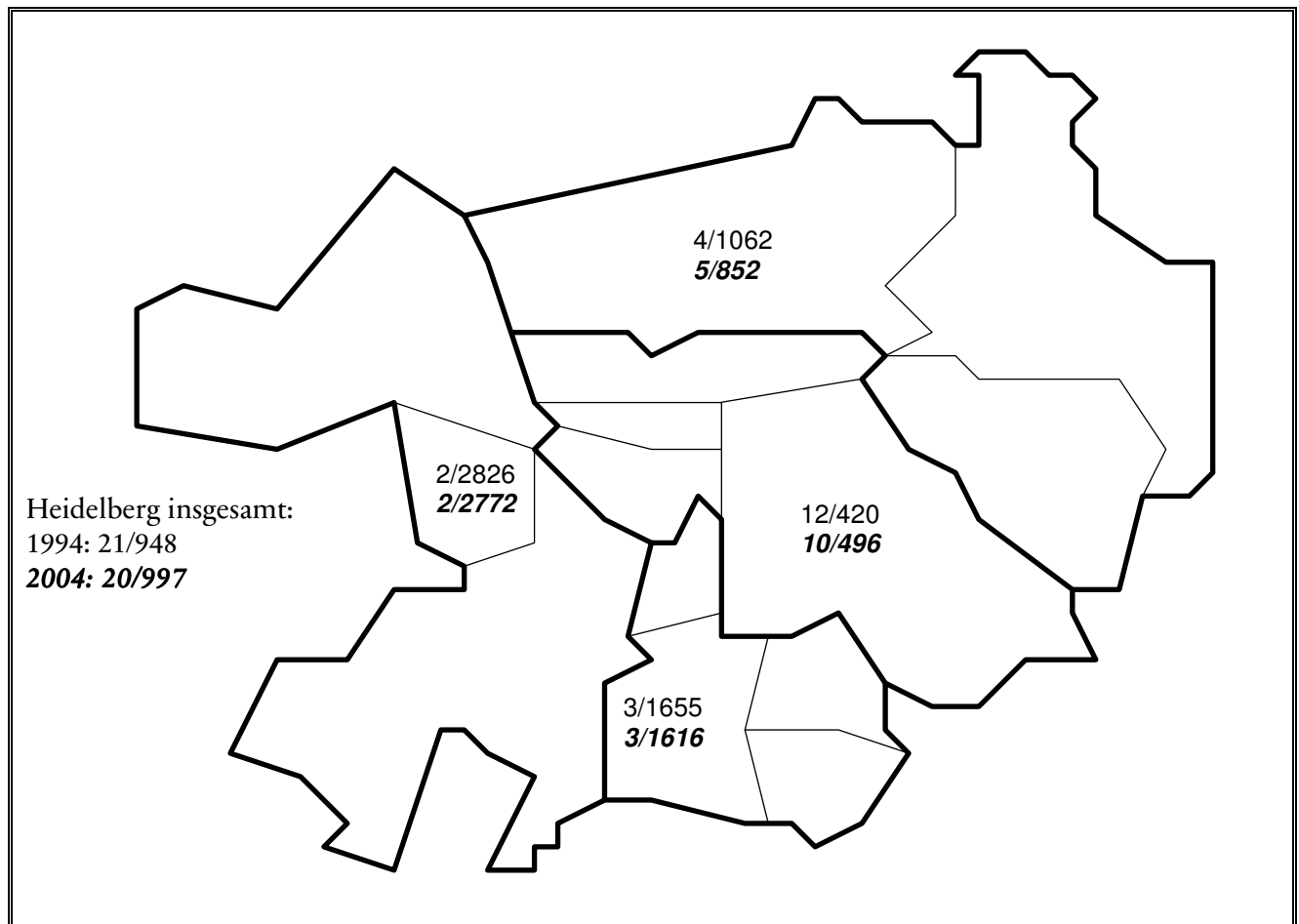
Nach wie vor gibt es bei der Versorgung der Stadtbezirke mit Kinderärzten deutliche Lücken. Die Angebotsdichte ist auf diesem Gebiet im Stadtdurchschnitt etwa dreimal und in der Innenstadt etwa fünfmal so hoch wie in den westlichen Stadtteilen, in denen der Anteil der

Kinder an der Bevölkerung teilweise besonders hoch ist (Karte 9.3).

Allerdings kann die Versorgung von Kindern in diesen Stadtteilen zum Teil von den anderen Anbietern der primärmedizinischen Versorgung mit übernommen werden. Immerhin ist die Angebotsdichte bei den Allgemeinärzten im

Westen (23/1442) mehr als halb so hoch wie in der Innenstadt (49/840).

Karte 9.3
Kinderärzte in den Stadtbezirken 1994 und 2004 - Anzahl und Dichtezeitfer -



Quellen: Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden, Amt für Umweltschutz, Gewerbeaufsicht und Energie 2005

Unverändert starke Konzentration von Fachärzten in der Innenstadt – geringe Angebotsdichte im Westen

Bei den übrigen – insgesamt 128 – Fachärzten (der nicht primärmedizinischen sowie psychosozialen Versorgung) ist die Konzentration des Leistungsangebots in der Innenstadt besonders deutlich. 87 der Anbieter, d. h. mehr als zwei Drittel (68 %) praktizieren hier – in den 3 Außenbezirken der Stadt sind es demgegenüber nur 41 (32 %).

Diese Situation hat sich gegenüber dem Jahr 1994 geringfügig zugunsten der Außenstadtteile verändert: damals betrug das Verhältnis der Anbieter in den Stadtteilen 71,8 % zu 28,2 %. Eine nennenswerte Zunahme, und zwar eine

Verdopplung des Angebots von 9 auf 18 Ärzte, gab es nur in den nördlichen und östlichen Stadtteilen. Demgegenüber praktizieren nur 6 Fachärzte in den westlichen Stadtteilen.

Zahnärzte überwiegend in der Innenstadt

Die Konzentration auf die Innenstadt besteht auch bei den insgesamt 140 Zahnärzten, und zwar beinahe unverändert (mit einem Anteil von 55,4 % im Jahre 1994 und 55,7 % im Jahre 2004). Auch die Zahnärztdichte ist in den westlichen Stadtteilen besonders gering.

Zunahme der Leistungsanbieter der psychosozialen Versorgung

In Heidelberg ist die Versorgung mit Psychiatern, Psychotherapeuten und klinischen Psychologen besonders günstig. Der Zuwachs der Anzahl von Anbietern von 278 auf 322 entspricht dem veränderten Krankheitsspektrum (s. o. Kap. 8). Im Stadtdurchschnitt kommen damit auf einen Leistungsanbieter dieser Fachgebiete nur 391 Einwohner.

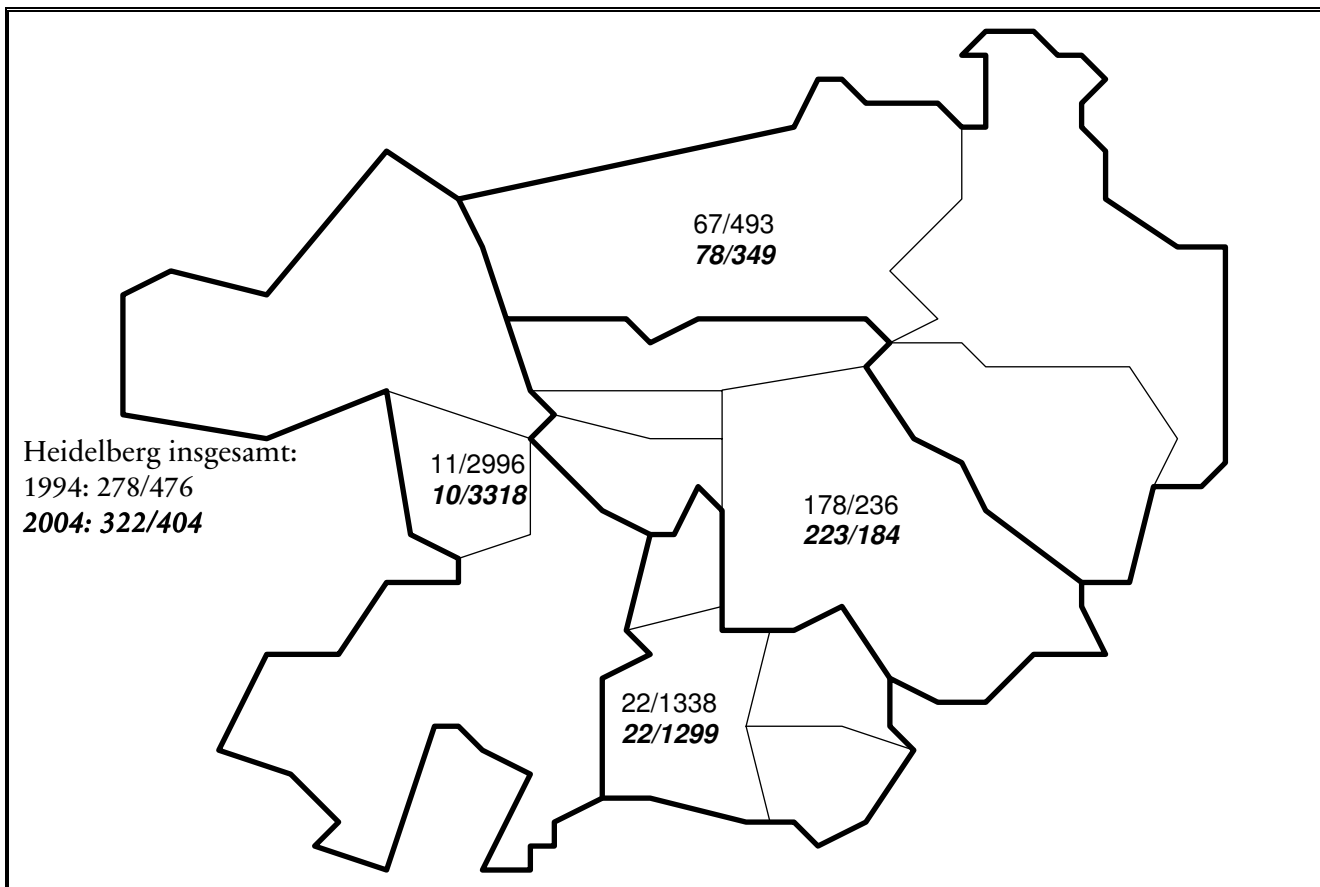
Stärkste Konzentration in der Innenstadt bei der psychosozialen Versorgung

Mit einem Anteil von 69,3 % der Anbieter (223 Fachleute) ist die Konzentration auf die Innenstadt in diesem Fachgebiet besonders ausgeprägt (Karte 9.4). Diese hat sich seit 1994 sogar verstärkt; damals waren in der Stadtmitte „nur“ 64 % (d. h. 178 der insgesamt 278 Anbieter) tätig.

Demgegenüber stehen in den westlichen Stadtteilen mit 10 und im Süden mit 20 Anbietern nur eine Minderheit für die dortigen Bewohner zur Verfügung. In den Stadtteilen Boxberg und Emmertsgrund praktizieren nur 2 Spezialisten dieser Fachgebiete. Im Norden und Osten der Stadt sind immerhin 78 Psychiater und Psychotherapeuten tätig. Sie gewährleisten dort eine in Bezug auf die Gesamtstadt durchschnittliche Angebotsdichte.

Bei einem Vergleich der Versorgungsdichte auf dem psychosozialen Gebiet fällt die relativ ungünstige Situation in den südlichen und westlichen Stadtteilen auf, in denen ein höherer Anteil von Erwerbslosigkeit und ungünstiger sozialer Lage kennzeichnend sind. Es stellt sich die Frage, ob diese Ungleichheit dem bestehenden Bedarf entspricht.

Karte 9.4:
Anbieter der psychosozialen Versorgung in den Stadtbezirken 1994 und 2004
- Anzahl und Dichteiffer -



Quellen: Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden; Amt für Umweltschutz, Gewerbeaufsicht und Energie 2005

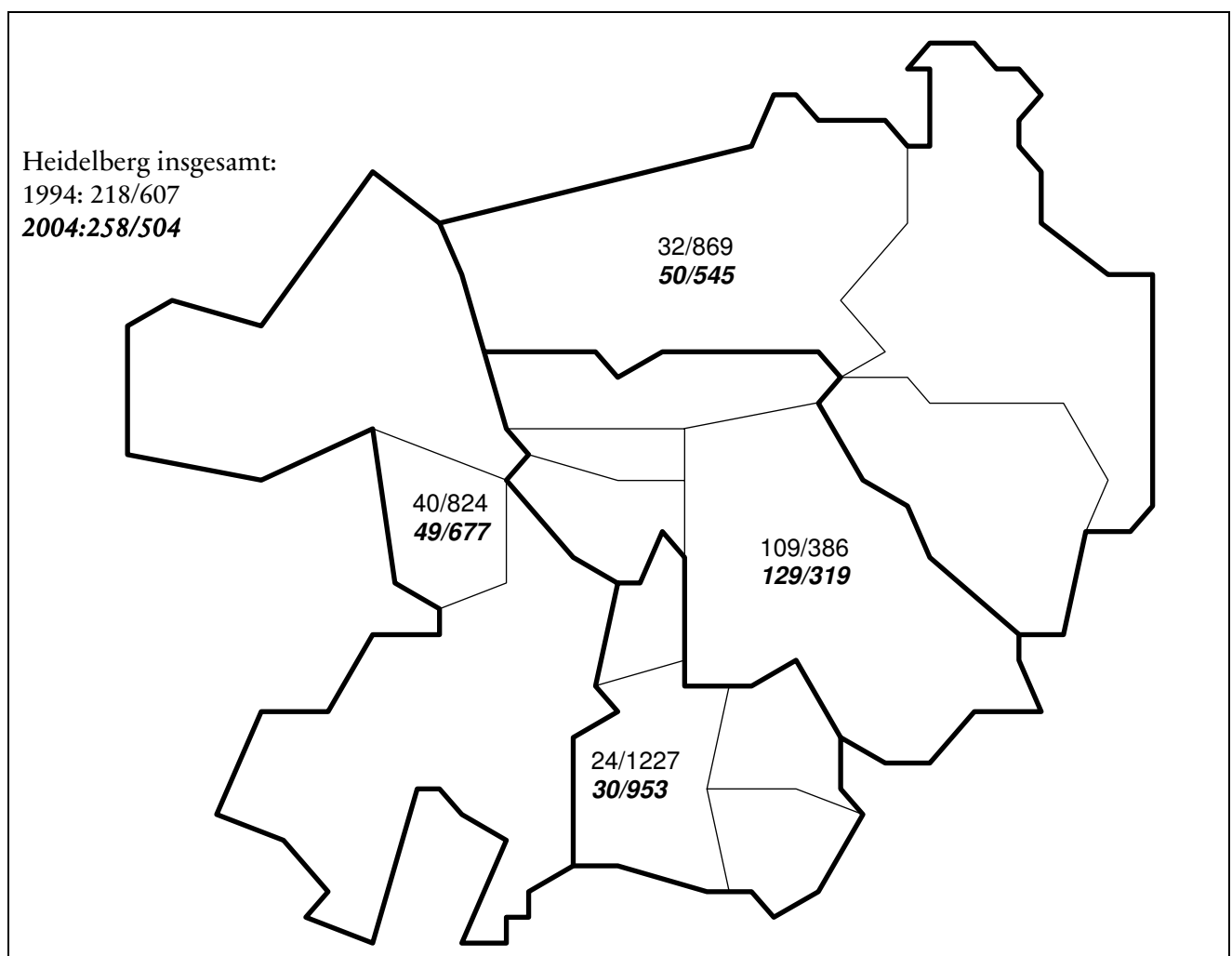
Relativ gutes Angebot sonstiger Dienstleistungen in den Randgebieten der Stadt

Bei der Verteilung der nicht medizinischen Anbieter der Gesundheitsversorgung, d. h. der Physiotherapeuten, Hebammen, Heilpraktiker, Logopäden oder Optiker ist die Konzentration auf die Innenstadt deutlich weniger ausgeprägt, und zwar mit einer Tendenz zur Angleichung

im Verlauf der Jahre. Die Angebotsdichte unterscheidet sich im Westen der Stadt z. B. nur wenig vom Durchschnitt der gesamten Stadt (Karte 9.5) Nach wie vor lässt sich vermuten, dass eine geringere soziale Distanz der Bewohner der Randstadtteile zu nicht ärztlichen Berufsgruppen die entsprechende Angebotsdichte beeinflusst hat.

Karte 9.5:

Nicht medizinische Anbieter der Gesundheitsversorgung (ohne Apotheken) in den Stadtteilen 1994 und 2004 - Anzahl und Dichteziffer –



Quellen: Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden; Amt für Umweltschutz, Gewerbeaufsicht und Energie 2005

Einrichtungen der stationären Versorgung

Umfangreiches Angebot an Krankenhäusern

Für Menschen mit schwerer wiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die in der ambulanten Versorgung nicht behandelt werden können, stehen Krankenhäuser als Einrichtungen der stationären Gesundheitsversorgung zur Verfügung.

In Heidelberg befinden sich nach wie vor 27 Krankenhäuser, von denen 15 zur Universität gehören und 12 von freien Trägern geführt werden.

Die meisten Krankenhäuser dienen der Akutversorgung sowie (4 Einrichtungen) als Geburtskliniken. Hinzu kommen folgende Sondereinrichtungen:

- 3 Dialysestationen für chronisch Nierenkranke
- 2 Krankenhäuser für Patientinnen und Patienten mit chronischen inneren Krankheiten (Kliniken Schmieder, Vincentius Krankenhaus),
- 3 Rehabilitationskliniken (Königsstuhl, Kurpfalzkrankenhaus, Rehabilitationsklinik für chronisch Nierenkranke),
- eine Nachsorgeeinrichtung für psychisch Kranke (St. Thomas),
- eine Suchtklinik (Fachklinik Eiterbach) sowie
- ein Geriatriisches Krankenhaus (Bethanien).

Rückgang der Bettenzahl

Die Anzahl der Betten in den Kliniken hat deutlich abgenommen – so verminderte sich das Angebot in den Universitätskliniken von 2150 im Jahre 1994 auf 1685 im Jahre 2004, d. h. um 22 %. Ursachen hierfür sind insbesondere die Verminderung der Verweildauer in den Kliniken sowie die stärkere Verknüpfung ambulanter und stationärer Behandlung.

Zunehmende Berücksichtigung psychosozialer Gesichtspunkte der Erkrankungen

Der wachsenden Bedeutung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen im Krankheitsspektrum trägt die Gründung des „Zentrums für Psychosoziale Medizin“ im Jahre 2004 Rechnung. Hier sollen alle psychisch beeinträchtigte Menschen über die Klinikgrenzen hinweg gemeinsam von Ärzten verschiedener Fachrichtungen (Psychosomatik, Psychiatrie, innere Medizin) behandelt werden. Als vorrangiges Projekt ist die Einrichtung eines „Behandlungszentrums für Ess-Störungen“ vorgesehen (siehe Kap. 6).

Verbesserung der Lebensqualität kranker Kinder

Seit Jahren schon steht in der Kinderklinik das psychische Wohlbefinden der jungen Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt der Behandlung. Zu ihrer Unterstützung besteht dort seit 1995 der „Kinderplanet“. Dort werden die Geschwister der Patienten betreut, während sich ihre Eltern um ihre erkrankten Kinder kümmern. Darüber hinaus rief die Kinderklinik die „Initiative Courage“ ins Leben mit dem Ziel, die Betreuung und Versorgung chronisch kranker Kinder zu verbessern. Dazu findet eine Schulung der Eltern, die Beratung der Pflegedienste und eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und ambulanten Pflegediensten statt. Um die Lebensperspektiven krebskranker Kinder zu verbessern, besteht in Heidelberg die Einrichtung der „Waldpiraten“ als Freizeitcamp. Durch erlebnispädagogische Angebote wird versucht, das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen der betroffenen Kinder zu stärken.

Vernetzung und Kooperation zur Verbesserung der Versorgung und Betreuung

Die Versorgung und Betreuung schwerst erkrankter Menschen wird durch das Hospiz Louise und durch das ambulante palliativmedizinische Netzwerk gewährleistet. Im Hospiz Louise stehen für unheilbar Kranke 5 Räume zur Verfügung, in denen sie in der letzten Phase ihres Lebens betreut und begleitet werden können. Schwer kranke Menschen im

Endstadium (im allgemeinen Krebspatienten) und ihre Angehörigen können seit 1998 durch das ambulante Palliativ-Medizinische Netzwerk betreut werden. Als Koordinationsstelle dient hier das Schmerzzentrum als Abteilung der Universitätsklinik für Anästhesiologie. Zu diesem Netzwerk gehören niedergelassene und Klinik-ärzte, Sozialstationen, Pflegepersonal und Seelsorger. Nach einer Einleitung der Schmerztherapie findet die Versorgung der Patienten zu Hause statt. Die Kontinuität und Qualität der Versorgung wird unter anderem durch eine permanente Rufbereitschaft und durch den ständigen Erfahrungs- und Informationsaustausch im Netzwerk gewährleistet.

Auch zur Erhöhung der Lebensqualität chronisch Kranker kann die Vernetzung der Angebote unterschiedlicher Einrichtungen und Kompetenzen beitragen. Im Bereich der Betreuung von Schlaganfallpatienten und ihren Angehörigen entsteht seit 2002 ein Schlaganfall-Netzwerk – unter Beteiligung mehrerer Kliniken, niedergelassener Ärzte, ambulanter Pflegedienste, Bewegungstherapeuten, Selbsthilfegruppen und der Stadt Heidelberg (siehe Kap. 10).

Ein weiteres Beispiel der Vernetzung und Zusammenarbeit über Fach und Institutionengrenzen hinweg ist das Geriatriische Konsil, das dem Geriatriischen Krankenhaus Bethanien angegliedert ist. Hier arbeiten Experten verschiedener Berufsgruppen mit dem Ziel zusammen, die Betreuung und Versorgung sehr alter Patienten zu organisieren.

Pflegedienste

Pflegedienste als Ergänzung zur stationären medizinischen Versorgung

Für die pflegebedürftigen älteren Menschen stehen inzwischen neben den bereits 1995 bestehenden 7 Sozialstationen 13 weitere ambulante Pflegedienste zur Verfügung. Sie bieten außer den hauswirtschaftlichen Hilfen (häufig in Kooperation mit den Nachbarschaftshilfen und den Mobilen Sozialen Diensten; siehe Kap. 3) Leistungen der Grundpflege, der Behandlungspflege und Beratung der Angehörigen in pflegerischen Fragen an. Hier wird zunehmend die Nachfrage nach psychosozialer Betreuung

deutlich – diese kann und wird zum Teil nur durch bürgerschaftliches Engagement gedeckt werden (siehe oben, Kap. 3).

Für Menschen, die einer intensiveren Pflege bedürfen, gibt es in 3 dezentral gelegenen Pflegeheimen insgesamt 45 Tagespflegeplätze. Damit wird einerseits eine vollstationäre Behandlung vermieden und für die Entlastung der pflegenden Angehörigen gesorgt. Neben der Entlastung der Angehörigen wird hier durch Angebote der Beschäftigung, soziale Kontakte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung versucht, die vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Menschen zu erhalten und zu fördern. Personen, die z. B. infolge einer schwerwiegenden Erkrankung nicht mehr allein leben oder von ihren Angehörigen betreut werden können, stehen in 8 Pflegeheimen knapp 1.200 Dauerpflegeplätze zur Verfügung. Die Qualität dieser Einrichtungen wird durch die Anerkennung eines gemeinsam erarbeiteten Qualitätsstandards gesichert.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Präventives Leistungsangebot

Das in Heidelberg ansässige und für das Stadtgebiet zuständige Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises befasst sich mit einer Vielzahl von Aufgaben und Maßnahmen, die auf öffentlicher Ebene zur Sicherung und Förderung der Gesundheit notwendig sind. Diese Leistungen haben weitgehend präventiven Charakter und machen Angebote der Versorgungseinrichtungen – zur Wiederherstellung einer bereits beschädigten Gesundheit – überflüssig. Seine Kompetenzen sind im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst geregelt.

Hierzu gehören:

- Hygienische Überwachung von Einrichtungen, wie z. B. Schulen, Kindertagesstätten, Heimen, Sportanlagen, Bädern, Spielplätzen sowie Anlagen zur Trinkwasserversorgung,
- Aufdeckung und Verhütung von meldepflichtigen Krankheiten (z. B. AIDS, Salmonellen, Tuberkulose, Hepatitis),

- Umwelthygiene (Beobachtung, Information und Beratung zu Einwirkungen der Umwelt auf die Gesundheit),
- Jugendgesundheitspflege (z. B. regelmäßige schulärztliche und zahnmedizinische Untersuchungen und Beratungen),
- Gesundheitsförderung (mit einer Schwerpunktsetzung auf die „Gesunde Schule“) und Gesundheitsberichterstattung (z. B. zur gesundheitlichen Situation von Migranten),
- Koordination der außerstationären Betreuung und Versorgung psychisch kranker Menschen über den „psychosozialen Arbeitskreis“.

Das Gesundheitsamt leistet mit den genannten Maßnahmen, aber auch als Mitglied des „Geschäftsführenden Ausschusses“ einen wesentlichen Beitrag zum Projekt „Gesunde Stadt“. Dazu kommen wesentliche Bestandteile des vorliegenden Gesundheitsberichts (Kindergesundheit, Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen, Situation der Migranten), die dem Gesundheitsamt zu verdanken sind.

Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen

Selbsthilfe – erste Instanz bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen

Zu einem ganz erheblichen Teil (etwa 80 %) werden alltägliche Beschwerden, Symptome und gesundheitliche Beeinträchtigungen von den Betroffenen selbst behandelt, ohne das professionelle Versorgungssystem in Anspruch zu nehmen. Soziale Unterstützungssysteme dienen, soweit sie, z. B. im Rahmen von Familien oder Freundeskreisen, verfügbar sind, unter anderem zur Vermittlung von Informationen und Ratschlägen, zur emotionalen Unterstützung und zur praktischen Hilfe. Diese kann unter anderem darin bestehen, dass auf die Kompetenz von Experten aufmerksam gemacht wird.

Selbsthilfegruppen – Ergänzung und Herausforderung des Gesundheitssystems

Selbsthilfegruppen stellen eine spezifische Form der Selbsthilfe dar, die von der gleichen Betrof-

fenheit ausgeht, nämlich, beeinträchtigt zu sein und Einschränkungen zu erfahren.

Im Wesentlichen kommen ihnen folgende Funktionen zu:

- Stärkung der Rolle der Betroffenen im Umgang mit ihren Lebensproblemen,
- Verminderung des Angewiesenseins auf die Hilfe von Experten. Diese stoßen bei einigen Bereichen auf personelle, organisatorische und finanzielle Grenzen, z. B. bei:
 - chronischen Krankheiten,
 - Behinderungen,
 - psychosozialen Beeinträchtigungen,
 - Abhängigkeiten und
 - Lebensrisiken.
- Impulse für das Versorgungssystem zur stärkeren Orientierung am sich wandelnden Bedarf der Menschen.

Selbsthilfegruppen stellen demnach eine wichtige Ergänzung der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung dar, vor allem, wo es um dauerhafte Begleitung und Betreuung der Betroffenen geht und wo gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen, die von den etablierten Einrichtungen bisher noch wenig erfasst sind.

Starke Zunahme von Selbsthilfegruppen

In Heidelberg und im Rhein-Neckar-Raum existieren zur Zeit (2004) zwischen 250 und 300 Selbsthilfegruppen – die Zahl ist wegen der häufigen Veränderungen der Gruppen nicht genau festzulegen. Die Anzahl der Gruppen hat sich damit seit 1994 (von etwa 150 Gruppen) annähernd verdoppelt.

Mehr Selbsthilfegruppen – mehr chronische Krankheiten und psychosoziale Probleme

Etwa die Hälfte der Gruppen beschäftigt sich mit den verschiedensten körperlichen Erkrankungen und den damit verbundenen Beeinträchtigungen. Dabei handelt es sich weithin um zunehmend häufige – meist chronische – Erkrankungen wie Diabetes, Rheuma, Krebs-

krankheiten, Allergien, Multiple Sklerose, Sehstörungen, Tinnitus, Psychosen, Schlaganfall. Zu den psychosozialen Problemen gehören Mobbing, Essstörungen, Ängste, Verlust des Lebenspartners. Knapp die Hälfte der Gruppen befasst sich mit Problemen dieses Gebietes. Dazu kommen etwa 10 % der Gruppen, die sich mit Abhängigkeiten, wie z. B. dem Alkoholkonsum oder der Spielsucht beschäftigen.

Heidelberger Selbsthilfe- und ProjekteBüro – unentbehrliche Koordinationsstelle

Als Kontakt- und Informationsstelle für die Selbsthilfegruppen in Heidelberg fungiert das Heidelberger Selbsthilfe- und ProjekteBüro. Diese Einrichtung wird vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband getragen und von der Stadt Heidelberg – im Rahmen eines Kooperationsvertrags – finanziell und ideell unterstützt und gefördert. Die Stadt Heidelberg anerkennt damit die Bedeutsamkeit einer Infrastruktur für die Entstehung und Erhaltung der Selbsthilfegruppen – als Beitrag zur Gesunderhaltung der Bürgerinnen und Bürger und zum sozialen Zusammenhalt.

Das Selbsthilfe- und ProjekteBüro berät und informiert Personen und Gruppen bei allen die Selbsthilfe betreffenden Angelegenheiten. Dabei ist der im Jahr 2001 gemeinsam mit der Mannheimer Kontaktstelle herausgegebene Selbsthilfeführer und die Öffentlichkeitsarbeit, unter anderem bei den jährlichen Selbsthilfetagen, hilfreich.

Darüber hinaus stellt es den Gruppen ein im Stadtteil Bergheim – in unmittelbarer Nachbarschaft der Volkshochschule, der Akademie für Ältere und des Gesundheitsamtes - zentral gelegenes, barrierefrei erreichbares Raumangebot (mit 3 Gruppenräumen) bereit. Dieses wird von etwa 50 Gruppen zu monatlich 140 Sitzungen genutzt. Das Selbsthilfebüro vermittelt Kontakte zwischen den Gruppen und hält Verbindungen zu Behörden, Verbänden, Ärzten, Sozialeinrichtungen, Beratungsstellen und Krankenkassen aufrecht.

Erhebliche Außenwirkung der Selbsthilfe

Die Selbsthilfegruppen sind nicht nur gruppenintern aktiv, sondern versuchen Außenwirkung zu erzielen.

Dies geschieht zum Beispiel durch:

- die Erarbeitung eines Stadtführers für Behinderte,
- die institutionalisierte Beteiligung von Behindertengruppen im Arbeitskreis „Barrierefreies Bauen“ bei allen größeren städtischen Planungsprozessen.

Die Außenwirkung der Selbsthilfe in Heidelberg wird dadurch erweitert, dass das Selbsthilfebüro Kontakte zu Gremien und Netzwerken hält, z. B. als Mitglied des Psychiatrie-Arbeitskreises der Stadt Heidelberg. Dieser veranstaltet Seminare und berief Klientenfürsprecher für psychisch kranke Menschen. Dazu gehört auch die Mitgliedschaft im Geschäftsführenden Ausschuss des Projekts „Gesunde Stadt“.

Hier werden die Erfahrungen der Selbsthilfegruppen und ihrer Mitglieder in konkrete Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt. Als Beispiele können die aktive Mitwirkung an den Gesundheitsforen oder an Informationstagen, wie z. B. dem Diabetes-Markt (1997) oder dem Ersten Schlaganfall-Symposium 2004, genannt werden (siehe Kap. 10).

10 Gesundheitsförderung

Leitziel der Kommunalpolitik: Gesundheit der Bevölkerung

Mit dem Beitritt zum deutschen Netzwerk der Gesunden Städte im Jahre 1991 entschied sich der Gemeinderat, dem Thema Gesundheit in der Kommunalpolitik einen herausgehobenen Stellenwert zuzubilligen. Grundlage dieses Beschlusses sind die Definitionen und Konzepte der Weltgesundheitsorganisation (WHO), insbesondere die *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* von 1986. Demnach bedarf es zur Sicherung und Förderung der Gesundheit in modernen Gesellschaften eines umfassenden gesellschaftspolitischen Querschnittsprogramms, insbesondere auf kommunaler Ebene.

Seine Ziele sind:

- Chancengleichheit,
- Schutz vor Umwelt- und Gesundheitsrisiken,
- Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten,
- Förderung von Initiativen, Ressourcen und Kompetenzen der Menschen sowie
- Anregung von unterstützenden Netzwerken (siehe Tabelle 10.1).

Zur Umsetzung dieses Programms entstanden in vielen Staaten Netzwerke der Gesunden Städte; dem deutschen Netzwerk gehören inzwischen mehr als 60 Kommunen mit insgesamt ca. 20 Millionen Einwohnern an.

Übereinstimmung der Konzepte „Agenda 21“ und „Gesunde Stadt“: Stadtentwicklungsplan Heidelberg 2010

Der Beitritt zum Netzwerk der Gesunden Städte steht in einer Reihe von Beschlüssen, die einen programmatischen Rahmen für die konkrete Planung der Stadtpolitik ergeben. Er wurde mit der Verabschiedung des an der „Agenda 21“

(mit den Schwerpunkten „Nachhaltigkeit“ und „sozialer Ausgleich“) orientierten „Stadtentwicklungsplans Heidelberg 2010“ im Jahre 1997 bekräftigt. Demnach möchte die Stadt Heidelberg „gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen ... sowie Kompetenz und Verantwortung für die eigene Gesundheit fördern“.

Strukturen der Gesundheitsförderung

Bürgerbeteiligung als Grundlage der Gesundheitsförderung

Gesundheit und Lebensqualität gehen alle an; zu ihrer Verwirklichung genügen Regelungen und Verordnungen „von oben“ sowie Institutionen nicht, auch wenn diese noch so kompetent und qualifiziert sind. Nach der von der WHO entwickelten Konzeption ist vielmehr die Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger und die Kooperation der Einrichtungen auf kommunaler Ebene wichtigste Voraussetzung.

Dies bedeutet:

- Anerkennung und Stärkung von Eigenverantwortung,
- Aktivierung und Mobilisierung des bürgerschaftlichen Engagements,
- gemeinsame Definition von Problemen und Lösungsansätzen.

Einbeziehung unterschiedlicher gesellschaftlicher Sektoren

Daher sind an dem Prozess der Gesundheitsförderung im Dialog mit der Stadtverwaltung Vertreterinnen und Vertreter der Verwaltung, von Verbänden, Institutionen und Initiativen aller relevanten gesellschaftlichen Sektoren beteiligt (Tabelle 10.1).

Tabelle 10.1: An der Gesundheitsförderung beteiligte Bereiche

- Organisationen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung:
Gesundheitsamt und andere Gesundheitsbehörden, Ärzteschaft, Arbeitsmedizinische Dienste, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Deutsches Krebsforschungszentrum, Kliniken, Rettungsdienste, Gesundheitsinitiativen, Selbsthilfebüro und Selbsthilfegruppen
- Wissenschaft und Forschung:
Institute der Universität, Fachhochschule, pädagogische Hochschule, freie Forschungseinrichtungen
- Bildung und Ausbildung:
Schulen und Schulbehörden, Volkshochschule und andere Organisationen der Erwachsenenbildung
- Umweltverbände und -initiativen
- Sportverbände und -vereine
- Institutionen zur Förderung gesunder Ernährung, Verbraucherverbände
- Wohlfahrtsverbände, Kinderschutzbund, Beratungsinstitutionen
- Arbeit und Wirtschaft:
Betriebe, Gewerkschaften, Berufsverbände, Innungen, Kammern
- Städtische Ämter (z. B. Stadtentwicklung, Stadtplanung, Soziales und Altenangelegenheiten, Kinder und Jugend, Personal, Öffentliche Ordnung, Sport, Schulverwaltung, Landschaft, Umwelt)

Aufgabe der Stadtverwaltung: Koordination der Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung

Entsprechend den Bedingungen des deutschen Gesunde-Städte-Netzwerkes wurde zur Planung und Umsetzung der Gesundheitsförderung und als Ansprechpartner der Initiativen und Verbände innerhalb der Stadtverwaltung eine koordinierende Stelle des Projekts „Gesunde Stadt“ eingerichtet. Mit der Gründung der Abteilung Gesundheitsförderung innerhalb des Amtes für Umweltschutz, Energie und Gesundheitsförderung wurde zugleich ein programmatischer Anspruch auf eine Verknüpfung der Bereiche Umwelt und Gesundheit in der Politik der Stadt Heidelberg erhoben.

Diese Stelle dient zunächst als Einrichtung der Infrastruktur für die Arbeit der Gremien und

der Kooperationsprojekte. Ihre wesentliche Aufgabe ist es, dafür eine regelmäßige Betreuung, Begleitung und Unterstützung zu gewährleisten. Darüber hinaus sorgt sie durch die Gesundheitsberichterstattung ebenfalls in Zusammenarbeit mit den dafür relevanten Institutionen – für eine rationale Begründung der Gesundheitsförderung.

Abstimmung der Aktivitäten in Gremien

Die Initiativen und Verbände kommen regelmäßig in Gremien zusammen. Zentrale Fragen und Handlungsschwerpunkte der Gesundheitsförderung werden im allgemeinen einmal jährlich im Projektausschuss, dem ca. 70 Organisationen aus den genannten Sektoren angehören, erörtert und ausgetauscht.

Der Geschäftsführende Ausschuss mit 8 ständigen Mitgliedern:

- Gesundheitsamt,
- Volkshochschule,
- Selbsthilfebüro,
- Gesetzliche Krankenkassen,
- Werkstatt Gesundheit,
- Regionale Arbeitsgemeinschaft Gesundheit,
- Stadt Heidelberg

trifft sich als Beirat des Projektes etwa fünf- bis sechsmal im Jahr und ist für die laufenden Aktivitäten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung zuständig.

Koordination von Projekten in Arbeitsgruppen

In einzelnen themenorientierten und meist zeitlich befristeten Projekt- und Arbeitsgruppen werden Projekte und Einzelmaßnahmen geplant, entwickelt und moderiert. Solche Projektgruppen sind:

- Projektgruppen „Maler und Umwelt“ sowie „Friseur und Umwelt“,
- Steuerungsgruppe Gesundheitsförderung in der Stadtverwaltung,
- Initiativkreis Kinder und Gesundheit,
- Projektgruppe Zeit in der gesunden Stadt,
- Aktionskreis für das Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen,
- Netzwerk Schlaganfall,
- Arbeitskreis Ernährung und Gesundheit,
- Netzwerk gesundheitsfördernde Betriebe,
- Arbeitsgruppe „Lebendiger Neckar“.

Vernetzung der Gesundheitsförderung mit anderen gesellschaftlichen Bereichen

Diese Projektgruppen tragen dazu bei, dass die Themen und Fragestellungen der Gesundheitsförderung in den unterschiedlichen Gruppen und Institutionen (z. B. im Handwerk, im Hotel- und Gaststättenbereich, bei den Stadtwerken, in Forschungsinstituten, Jugend- und Senioreneinrichtungen) der Stadt Beachtung finden. Die gemeinsame Projektarbeit führt vielfach zu neuen Kontakten, Vernetzungen, Kooperationen und wechselseitiger Akzeptanz zwischen Akteuren mit oft sehr unterschiedlichen Handlungsansätzen und Interessen.

Forum Gesundheit

Regelmäßige öffentliche Veranstaltungen zu Schwerpunktthemen

Zu zeitlich begrenzten Schwerpunktthemen des Projekts Gesunde Stadt findet jedes Jahr ein (meist) zweitägiges Forum Gesundheit mit Beteiligung von Experten und Multiplikatoren aus den relevanten Wissenschafts- und Praxisbereichen statt. Das Forum besteht aus Impulsreferaten, ergebnisorientierten Workshops und Abschlussgesprächen. Es wird meist ergänzt durch anschließende Veranstaltungsreihen oder Ausstellungen; Dokumentationen halten die Beiträge und Diskussionen fest.

Aufgaben dieser Foren sind:

- Sensibilisierung der Öffentlichkeit,
- Verstärkung der Aufmerksamkeit für die Gesundheitsförderung,
- Erarbeitung umsetzungsfähiger Konzepte,
- Entwicklung gemeinsamer Projekte,
- Formulierung von Leitlinien und Kriterien,
- Vernetzung der Akteure.

Ihre Themen werden vom geschäftsführenden Ausschuss vorgeschlagen und von der Oberbürgermeisterin festgelegt. Die konkrete Planung und Durchführung der Foren obliegt themenorientierten Projektgruppen. Ihre Mitglieder sind teils Mitglieder der Gremien der Gesundheitsförderung, teils Expertinnen und Experten der entsprechenden Fachbereiche und aus unterschiedlichen Institutionen.

Bis zum Jahr 2004 fanden insgesamt 11 Foren statt, das erste 1994 mit dem Schwerpunktthema „Gesündere Kinder in der gesunden Stadt“. Bereits 1991 und 1993 gab es allerdings schon öffentliche Veranstaltungen, die den späteren Foren ähnlich waren.

„Umweltbelastung und Gesundheit“ 1991

Einleitende Akzentsetzung: Verbindung von Umwelt und Gesundheit

Als Auftaktveranstaltung des Projekts „Gesunde Stadt“ fand 1991 der Workshop „Umweltbelastung und Gesundheit“ als Kooperationsveran-

gestaltung der Stadt und des klinischen Arbeitskreises Umweltschäden statt. Diese erste Veranstaltung signalisierte der Öffentlichkeit, dass für die Stadt Heidelberg gute Umweltbedingungen eine wichtige Voraussetzung für eine „Gesunde Stadt“ darstellen. Ausgehend von Beiträgen über Gesundheitsbelastungen durch organische Chemikalien in der Umwelt und am Arbeitsplatz wurden Konzepte der kommunalen und betrieblichen Gesundheitsförderung erörtert.

Durch den Workshop wurden Impulse zu praktischen Maßnahmen des vorbeugenden Umweltschutzes und des Arbeitsschutzes in der Verwaltung gegeben, z. B.:

- medizinische Untersuchungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stadtverwaltung hinsichtlich ihrer Kontakte mit gefährlichen Arbeitsstoffen (1993/1994 und 2000/2001; siehe Kap. 5) sowie
- ein Untersuchungsprogramm auf Schadstoffe in Innenräumen von Kindertagesstätten und Schulen (seit 1993, siehe Kap. 4).

Aktion „Das gesunde Büro“ 1993

Einbindung der Mitarbeiter/innen der Stadtverwaltung

Ein erheblicher Teil der Beschäftigten in Heidelberg und insbesondere derjenigen in der Stadtverwaltung sind in Büros tätig. Ihr dort verbrachtes Alltagsleben beeinflusst ihre gesundheitliche Situation (siehe Kap. 5). Aus diesem Grund, und um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stadtverwaltung für das Projekt „Gesunde Stadt“ zu interessieren, fand im Jahre 1993 die Aktion „Das gesunde Büro“ statt (siehe Stadt Heidelberg: Gesundheitsbericht 1997).

„Gesündere Kinder in der Gesunden Stadt“ 1994/1995

Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Kinder – Anlass einer Akzentsetzung

Dass sich der Gesundheitszustand der Kinder im Allgemeinen und einiger sozialer Gruppen unter ihnen nicht in jeder Hinsicht zum Besseren entwickeln, zeigen sowohl die neueren Daten (siehe oben, Kap. 8) als auch Untersuchungen aus der jüngeren Vergangenheit (Gesundheitsbericht 1997). Es bestand also hinreichend Anlass dafür, dass Kinder im Mittelpunkt der Gesundheitsförderung der Jahre 1994 und 1995 standen (siehe Stadt Heidelberg: Gesundheitsbericht 1997).

Im Anschluss an die beiden Foren fanden in Schulen mehrere *Befragungsaktionen* zu den Ernährungsangeboten, Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und dem Gesundheitsverhalten statt (siehe Kap. 6). Ihre Ergebnisse stellen einen Teil der Gesundheitsberichterstattung dar und sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen.

„Lebensqualität im Alter“ 1996/1997

Schwerpunktthema Alter – Folge des demographischen Wandels

Das für die Jahre 1996 und 1997 gewählte Schwerpunktthema „Lebensqualität im Alter“ konnte an hoch entwickelte Strukturen, Konzepte und Maßnahmen in der Stadt anknüpfen, die insbesondere auf dem 1990 vom Gemeinderat verabschiedeten *Altenstrukturkonzept* basieren. Dieses beruht auf Überlegungen, die sich aus dem demographischen Wandel der Bevölkerung ergeben (siehe Kap. 2 und Stadt Heidelberg: Gesundheitsbericht 1997).

Ein wichtiges Ergebnis der beiden Foren war die Durchführung einer Interviewstudie zur Lebenssituation älterer Menschen in Heidelberg (Stadt Heidelberg: Arbeitskreis Lebensqualität im Alter: *Älter werden in Heidelberg* 2001). Resultate dieser Studie flossen ebenfalls in den vorliegenden Gesundheitsbericht ein.

Arbeit und Gesundheit 1998 - 2000

Arbeit und Beruf – Faktoren für die gesundheitliche Situation

Die verschiedensten Untersuchungen machen deutlich, dass sowohl die Arbeitssituation als auch das Fehlen von Arbeit einen ganz entscheidenden Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Menschen ausüben (Kap.5, 8). Nach der Aktion „Das gesunde Büro“ im Jahre 1993 waren daher auch in den Jahren 1998 – 2000 die unterschiedlichsten Facetten des Arbeitslebens Thema der Gesundheitsförderung (siehe Stadt Heidelberg: Amt für Umweltschutz: Moderne Zeiten – Gesunde Zeiten, 1998).

In den drei Foren sowie in einer Ausstellung und ergänzenden Veranstaltungsreihen wurden thematisiert:

- die Beanspruchung verschiedener Beschäftigtengruppen (Ältere, Führungskräfte, Frauen),
- unterschiedliche Belastungsursachen (Ergonomie, Arbeitsstoffe, Stress, Arbeitsverdichtung, Zeitstruktur, Arbeitsplatzverlust, Mobbing),
- Modelle betrieblicher Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes sowie
- Perspektiven der Arbeitswelt.

Die Foren stützten sich auf Vorarbeiten und Erfahrungen von Instituten der Universität, des Deutschen Krebsforschungszentrums, der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, von Gewerkschaften, Umweltverbänden, einzelnen Betrieben (insbesondere im Handwerk), Beschäftigungsgesellschaften, der Erwachsenenbildung, der Stadtverwaltung und eines arbeitsmedizinischen Dienstes. Sie zusammen bildeten die für die Gestaltung der Veranstaltung verantwortliche Projektgruppe.

Leitlinien für eine gesunde Arbeit

Eines ihrer Arbeitsergebnisse war die gemeinsame Erstellung und öffentliche Vorstellung der Heidelberger „Leitlinien für eine gesunde Arbeit“. Diese beinhalten unter anderem:

- die Verpflichtung gegenüber den Grundsätzen der WHO,

- den Aufbau eines Gesundheitsmanagements und
- die Wertschätzung der Beschäftigten als „Grundbedingung des Unternehmenserfolgs“.

Ergebnisse der Foren zum Thema Arbeit und Gesundheit sind:

- Planung und Entwicklung des Projekts „Die Stadtverwaltung als gesunder Betrieb“ (seit 1999, siehe Kap. 5),
- Projekt „Hautschutz am Arbeitsplatz“ in der Stadtverwaltung (1999),
- Heidelberger Arbeitskreis Betriebliche Gesundheitsförderung unter Beteiligung unterschiedlicher Unternehmen, Krankenkassen, der Volkshochschule und der Gesundheitsforschung (seit 2000),
- Heidelberger Initiative für Gesundes Arbeiten (HIHW) in Verbindung mit der WHO,
- Einbeziehung von Elementen des freiwilligen Engagements in die Betriebe.

„Zeit in der gesunden Stadt“ 2001, 2002

Zeitmangel und Zeitdruck als Gesundheitsproblem

Ein zentraler Aspekt des modernen Lebens stellen Zeitdruck, Zeitknappheit und Zeitmanagement, sowohl während der Berufstätigkeit als auch in der Freizeit, dar (siehe Kap. 5 und 6). Damit zusammenhängende Fragen waren Ausgangspunkt für das Schwerpunktthema „Zeit in der gesunden Stadt“ der Jahre 2001 und 2002 (siehe Stadt Heidelberg: Amt für Umweltschutz: Zeitkompetenz und Schule, 2003).

Hier ging es um das Thema Dynamik und Beschleunigung sowie die Gestaltung von Zeitübergängen (z. B. bei Berufsbeginn, Familiengründung, Arbeitsplatzwechsel, Berentung), die Rolle älterer Arbeitnehmer im Betrieb, um sinnvolle Freizeitgestaltung, bürgerschaftliches Engagement und die Abstimmung von Öffnungszeiten auf die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer öffentlicher Einrichtungen. Insbesondere aber wurden die unterschiedlichen und teilweise

widersprüchlichen Ansprüche betrieblicher Abläufe und biologischer und kultureller Rhythmen angesprochen.

Entwicklung einer Zeitkultur als Aufgabe der Gesundheitsförderung und der Bildung

Vor allem im zweiten Forum mit dem Thema Zeit („Zeitkompetenz und Schule“ 2002) wurden vor den Hintergründen der Ergebnisse der PISA-Studie unterschiedliche Zeitkonzepte gegenübergestellt und die Entwicklung einer „Zeitkultur“, Zeiten für Esskultur, die Schule als Bewegungsraum und als Raum sozialer Begegnungen postuliert. Dies geschah vor dem Hintergrund der Ergebnisse einer durch die Projektgruppe durchgeführten Befragung zur täglichen Zeitverwendung von Schülern, Eltern und Lehrern (siehe Kap. 6).

Als Konsequenzen der beiden Foren zum Thema „Zeit“ ergaben sich:

- Einführung flexibler Zeitstrukturen anstelle von fixierten Zeittakten,
- flächendeckendes Angebot von Kernzeitbetreuung in Grundschulen (siehe Kap. 3),
- Erweiterung der Öffnungszeiten in Kindergärten,
- Verstärkung von Bewegungsangeboten in der Schule (z.B. in Pausen),
- Trennung von Ess- und Spielpausen in weiteren Schulen (seit 2002),
- Einführung von Frühstücks- und Sozialräumen mit Essensangeboten (seit 2003).

„Bildung und Erwerbsarbeit von Menschen mit Behinderungen“ 2003

Leben mit Behinderungen – eine Bereicherung für die Gesellschaft

Im Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003 wurde das Leben von Menschen mit Behinderungen Schwerpunktthema. Die Projektgruppe setzte sich aus Vertreterinnen und Vertretern von Initiativen, Behinderteneinrich-

tungen, Schulen, Hochschulen und Werkstätten zusammen.

Ziel des 10. Forums war es, „*Barrieren im Kopf*“ abzubauen, Kompetenzen und Ressourcen von Menschen mit Behinderungen deutlich zu machen sowie verschiedene Modelle zu präsentieren, die eine erfolgreiche Integration von Menschen mit Behinderungen im Bildungs- und Erwerbsleben sowie in der Freizeit zeigen. In den insgesamt 9 Workshops des Forums wurden Anregungen und Forderungen für Politik, Wirtschaft und Bildungswesen formuliert (siehe Stadt Heidelberg: Amt für Umweltschutz: Bildung und Erwerbsarbeit von Menschen mit Behinderungen, 2004).

Diese wurden nach der schriftlichen Fixierung im Frühjahr 2004 in einer Dokumentation vom Aktionsbündnis der Menschen mit Behinderungen den entsprechenden Institutionen vorgestellt. Ziel ist es, einzelne Projekte und Maßnahmen einzuleiten.

Dazu gehören:

- Ein Mentorenkurs für Menschen mit Behinderungen (seit Januar 2004),
- eine Erhebung und Dokumentation von behindertengerechten und barrierefreien Gaststätten (ab Frühjahr 2003),
- eine Erhebung zur Situation von Menschen mit Behinderungen in Heidelberg,
- die Weiterarbeit des Aktionsbündnisses von Menschen mit Behinderungen auch nach dem Europäischen Jahr 2003.

„Fit und aktiv ein Leben lang – bewegtes Heidelberg“ 2004

Integration von Bewegung in den Alltag: Ziel der Gesundheitsförderung

Der Schwerpunkt der Gesundheitsförderung des Jahres 2004 schloss an das Thema des Europäischen Jahrs für Erziehung durch Sport an. Zugleich griff es Defizite an Bewegungsmöglichkeiten im Alltag auf. Ziel war es, Modelle (wie z. B. eine „bewegte Schule“) für alle Generationen zu präsentieren.

Begleitend zu den Vorträgen und Workshops des Forums gab es eine Aktionswoche, die von Heidelberger Sportvereinen gestaltet wurde. Hier boten sie ein vielfältiges Angebot für die Heidelberger Bürgerinnen und Bürger, das vom Inline-Skating über Joga und Gymnastik bis hin zum Nordic Walking reichte. Das Forum sowie die Aktionswoche wurden von Seiten der Bevölkerung gut angenommen; das Ziel, die Menschen zu mehr Bewegung im Alltag zu animieren, wurde erreicht.

Ergebnisse und Perspektiven – eine Zusammenfassung der Foren

Impulse zur Entwicklung einer „Gesunden Stadt“ im Sinne des Programms der WHO

Die 11 Foren und die beiden vorangehenden Veranstaltungen leisteten und leisten auf verschiedenen Ebenen wichtige Beiträge zur Gesundheitsförderung, d. h. sie geben eine Vielzahl von wichtigen Impulsen zur Entwicklung einer „gesunden Stadt“ auf verschiedenen Ebenen. Sie decken sich mit den Zielen und Leitlinien der Ottawa-Charta der WHO (siehe Tabelle 10.2).

Tabelle 10.2:
Ergebnisse der Gesundheitsforen in Heidelberg in Übereinstimmung zur Ottawa-Charta der WHO

Ottawa- Charta der WHO	Ergebnisse der Foren
▪ „Gesundheitsförderung verlangt ... ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen ... im Gesundheits-, Sozial und Wirtschaftssektor ...“	▪ Förderung der Zusammenarbeit und Netzwerkbildung zwischen der Verwaltung (verschiedene Sektoren), Initiativen, Gruppen, Forschungseinrichtungen, Institutionen und Organisationen (mit unterschiedlichen Zielen und Verfahrensweisen)
▪ „Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen ...“	▪ Förderung von Bürgerbeteiligung und Diskussionskultur
▪ „Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives ... Eintreten ... Faktoren“, die für die Gesundheit bedeutsam sind, „positiv zu beeinflussen“	▪ Sensibilisierung und Aktivierung für bestimmte Themen und Probleme (z. B. Stress am Arbeitsplatz, biologische und kulturelle Rhythmen, Ressourcen und Potentiale benachteiligter Menschen)
▪ „Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft ... die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit ... sein“	▪ Entwicklung von Konzepten, Programmen und Leitlinien (z. B. zur gesunden Arbeit, zur Lebensqualität im Alter)
▪ „Eine systematische Erfassung der gesundheitlichen Folgen unserer sich rasch wandelnden Umwelt ... ist von essentieller Bedeutung und erfordert aktives Handeln ...“	▪ Untersuchungen und Erhebungen (z. B. Schadstoffe in Innenräumen, Ernährungsangebote in Schulen, Verhaltensauffälligkeiten von Kindern, Lebenssituation älterer Menschen, Zeitverwendung in der Schule)
▪ „Soziale Organisationen und die Gemeinde sind ... entscheidende Partner im Hinblick auf Gesundheit, Lebensbedingungen und Wohlbefinden ...“	▪ Einrichtung von Projektgruppen (z. B. Arbeitskreis „gesunde Betriebe“, Arbeitskreis „gesunde Ernährung“)
▪ „Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter ... Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde ... bei der Planung und Umsetzung von Strategien ...“	▪ Initiativen zur Entwicklung von Projekten (z. B. „Die Stadtverwaltung als gesunder Betrieb“, „Hautschutz am Arbeitsplatz“)
▪ „Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von ... Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen ...“	▪ Entwicklung von Angeboten (z. B. Fachtagungen, Veranstaltungsreihen, Fortbildungsangebote für spezifische Zielgruppen, Sportangebote)
▪ „Eine Politik der Gesundheitsförderung“ beinhaltet u. a. „Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch strukturelle Veränderungen ... auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren“	▪ Anregung von gesundheitsfördernden Strukturen (z. B. offenen Pausenhöfe, Spielstraßen; Bestellung von Kinderbeauftragten, Einrichtung von Frühstücksräumen)
▪ „Gesundheit entsteht dadurch, ... dass die Gesellschaft ... Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglicht.“	▪ Entwicklung von Regeln (z. B. zur Trennung von Ess- und Spielpausen, Anweisungen und Vereinbarungen zum Nichtraucherschutz).

Projekte und Maßnahmen

Gesundheit durch Projekte fördern

Neben der Koordinierung der Gremien, der Planung und Durchführung der Gesundheitsforen und der Gesundheitsberichterstattung ist die Entwicklung und Realisierung eigener Projekte wesentliche Aufgabe des Bereichs der Gesundheitsförderung in der Stadtverwaltung. Die Projekte sind durchweg auf der *Zusammenarbeit* verschiedener Partner innerhalb und außerhalb der Verwaltung und auf der gemeinsamen Entwicklung in Projektgruppen aufgebaut.

Inhaltlich orientieren sie sich einerseits an den Themenschwerpunkten der Foren, andererseits auch dem Leitkonzept des Stadtentwicklungsplans Heidelberg 2010, nämlich der Nachhaltigkeit, der Chancengleichheit und dem sozialen Ausgleich. Die hier aufgeführten Projekte werden durch eine Vielzahl von Maßnahmen ergänzt, in denen es um einen gesunden Lebensstil und die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Infrastruktur geht. Sie werden an anderer Stelle aufgeführt (siehe oben, insbesondere Kap. 3 - 6).

Umwelt und Gesundheit

Orientierung des Projekts „Gesunde Stadt“ an den Themen „Nachhaltigkeit“ und „Umweltverträglichkeit“

Seit Ende der achtziger Jahre stehen Umwelt- und umweltbedingte Gesundheitsschäden im Mittelpunkt der politischen Diskussionen in Heidelberg. Das Projekt „Heidelberg – Gesunde Stadt“ begann daher mit dem Thema Umwelt und Gesundheit. Dazu gab es 1991 den o. g. Workshop „Umweltbelastung und Gesundheit“.

Untersuchungen und Arbeitsschutzmaßnahmen zu Schadstoffen am Arbeitsplatz

Ein Folgeprojekt stellt das medizinische Untersuchungsprogramm auf Schadstoffe am Arbeitsplatz in der Heidelberger Stadtverwaltung dar. Es wird in Kooperation mit der Personalvertretung und dem Personal- und Organisationsamt durchgeführt.

In einer ersten Phase (1993, 1994) wurde es sämtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angeboten. Ergebnis war der Nachweis erhöhter Gesundheitsrisiken (Albumin-Ausscheidungen im Urin, Bluthochdruck, Diabetes) vor allem bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die häufig Kontakte mit organischen Chemikalien am Arbeitsplatz haben. Konsequenzen waren Maßnahmen des *Arbeitsschutzes* (z. B. Absauganlagen, Verzicht auf Pestizide) und eingehende Gesundheitsberatungen für die Beschäftigten mit erhöhten gemessenen Werten (siehe Kap. 5 und 8).

Weniger Schadstoffe im Inneren von Kindertagesstätten und Schulen zum Schutz der Kinder

Ein weiteres zentrales Projekt der städtischen Umwelt- und Gesundheitspolitik ist das seit 1993 unter dem Titel „*Schadstoffe im Hochbau*“ in sämtlichen städtischen Kindertagesstätten und inzwischen 27 Schulen laufende Untersuchungs- und Sanierungsprogramm. Das Programm trägt dem Umstand Rechnung, dass vor allem in moderneren Gebäuden eine Vielzahl von problematischen Bau- und Bauhilfsstoffen zur Verwendung kamen. Es beruht auf der Zusammenarbeit mit mehreren städtischen Ämtern, dem Gesundheitsamt und externen Gutachtern. Ihm liegt der Gedanke der Vorsorge zum Gesundheitsschutz der gegenüber Schadstoffen besonders empfindlichen Kinder zugrunde.

Die durchgeführten Messungen orientieren sich an Richtwerten der WHO. Schwerpunkte des Untersuchungsprogramms waren anfangs Holzschutzmittel, PCP und PCB sowie Mineralfasern; in den letzten Jahren stehen Schimmel, Parkettversiegelungen und Insektizide im Vordergrund der Überprüfungen (siehe Kap. 4).

Prävention durch gesundheits- und umweltverträgliche Beschaffung

Aus Gründen der Vorsorge wurde das Untersuchungsprogramm ergänzt durch die Erarbeitung einer Broschüre über „*Umwelt- und gesundheitsverträgliche Baustoffe*“ (1997); die Empfehlungen sind Richtlinien für die Materialbeschaffung im städtischen Hochbau. Ergänzend werden zur Schädlingsbekämpfung in städtischen Innenräumen auf Grund einer entsprechenden Richtlinie keine chemischen Biozide mehr eingesetzt.

*Gesundheits- und Umweltschutz im Handwerk
– richtungsweisende Verbindung*

In den Kooperationsprojekten mit dem *Friseur- und Malerhandwerk* (unter Beteiligung der Innungen, der Innungskrankenkasse, Berufsgenossenschaften, Handwerkskammer, des BUND, des Amtes für Abfallwirtschaft und Stadtreinigung und des Amtes für Umweltschutz, Energie und Gesundheitsförderung) wurden zunächst Untersuchungen und Begehungen zur Ermittlung der betrieblichen Situation durchgeführt und die Daten der Innungskrankenkasse zu den Arbeitsunfähigkeitsursachen in den Handwerksbereichen ausgewertet. Diese dienen sowohl zur argumentativen Begründung als auch zur Evaluation der Projekte.

Nach Kontakten zu den Herstellerfirmen der von den Handwerksbetrieben benutzten Produkte entstanden seit 1995 Informationsmaterialien (Broschüren und Materialordner) – für alle Innungsbetriebe - zu den Themen Gesundheit, Arbeitsstoffe, Wasser, Energie und Abfall. Dabei wurde auch der o. g. Leitfaden über „Umwelt- und gesundheitsverträgliche Baustoffe“ verwendet. Darüber hinaus wurden Kurse zum Gesundheitsverhalten im Arbeitsalltag angeboten und modellhaft Betriebseinrichtungen unter ergonomischen und energetischen Gesichtspunkten (z. B. Beleuchtung im Frisiersalon) optimiert. Wesentliche Inhalte der Projekte wurden inzwischen in die Curricula für Auszubildende integriert.

Beide Programme fanden überregional Beachtung:

- Sie erhielten im Jahre 2000 einen „Gesunde-Städte-Preis“.
- Die Broschüre „Friseur und Umwelt“ konnte auf der Grundlage der Förderung durch die Berufsgenossenschaft, den Landesinnungsverband, die IKK und die Handwerkskammer neu aufgelegt und seit 2002 (mit 7000 Exemplaren) landesweit verbreitet werden.

*Aktionsprogramm für ein gesünderes Wohnen:
„Farbenfroh und nachhaltig!“*

Das Kooperationsprojekt mit dem Malerhandwerk fand seine Fortsetzung in dem vom Umweltministerium Baden-Württemberg geförderten Aktionsprogramm „Farbenfroh und nachhaltig!“. Die mit dem Handwerk erarbeiteten Informationen wurden durch die Projektgruppe „Maler und Umwelt“ für die Verbraucher aufbereitet und in einer Broschüre und einem Faltblatt publiziert. Diese wurden über die beteiligten Einrichtungen, über die städtischen Bürgerämter und Baumärkte verbreitet.

Begleitet wurde die Aktion durch eine Kundenbefragung in Baumärkten (siehe Kap. 4) und durch Vortragsreihen in der Volkshochschule. Infolge verstärkter Nachfrage nach umwelt- und gesundheitsverträglichen Produkten richtete inzwischen ein Baumarkt auf der Grundlage der Informationen des Projektes eigene Umweltregale mit gesundheitsverträglichen Materialien ein.

Gesündere Innenräume durch Rauchfreiheit

Der Tabakrauch enthält eine Vielzahl von gesundheitsschädlichen Inhaltsstoffen und beeinflusst die Qualität der Atemluft in unseren Wohn- und Büroräumen. (siehe Kap. 6). Bei den Projekten zum Nichtrauchererschutz und zur Tabakabhängigkeit geht es daher insbesondere um die Einrichtung von rauchfreien Räumen und Bereichen in Verwaltungsgebäuden, Schulen, Theatern, Bahnhöfen, Krankenhäusern, Sporthallen und Gaststätten („Rauchfrei genießen“).

Damit sollen einerseits Nichtraucherinnen und Nichtraucher vor den Folgen des Passivrauchens geschützt, andererseits die Gelegenheit zum Rauchen verringert werden. In diesem Zusammenhang entstand – unter Beteiligung des Deutschen Krebsforschungszentrums, von Suchtberatungsstellen und von Selbsthilfegruppen und anderen Organisationen – der Arbeitskreis Tabakprävention. In diesem Zusammenhang wurden strukturelle und kommunikative Maßnahmen und Projekte durchgeführt. Diese wurden im Rahmen des Europäischen Partnerschaftsprojektes zur Tabakabhängigkeit von der WHO gefördert:

- *Dienstanweisung zum Nichtrauchererschutz* in den Räumen der Stadtverwaltung (1995). Diese Anweisung findet Nachahmung in anderen Betrieben (z. B. SRH-Gruppe, VHS).
- *Projekt „Rauchfrei genießen“:*
Auf der Basis von drei Befragungen (2000, 2002, 2004) zusammen mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) und dem Hotel- und Gaststättenverband wurde eine Broschüre der Restaurants und Cafés mit Nichtraucherbereichen erstellt. Die dritte Befragung ergab eine Verdreifachung der rauchfreien Raumangebote in den (inzwischen 74 beteiligten) Gaststätten (siehe Kap. 4). Das Programm „Rauchfrei genießen“ wird seit 2003 von der Akademie für Ältere unterstützt.
- *Angebote zur Raucherentwöhnung* haben zum Ziel, den Rauchern zu helfen, von ihrer Abhängigkeit ohne Diskriminierung frei zu werden. Solche Kurse gibt es unter anderem durch die Volkshochschule, Krankenkassen, für Mitarbeiter der Stadtverwaltung, für werdende Eltern und für Schüler einer Berufsschule.

Projekte zur Tabakprävention in Schulen

Die Projekte zum Nichtrauchererschutz werden durch Maßnahmen der Tabakprävention in Schulen (Projekt „Klasse 2000“ in der Waldparkschule), wöchentlich stattfindenden Aktionstage zur Tabakprävention mit Schulen in der *Thoraxklinik* (mit einer Live-Endoskopie, Diskussionen mit Patienten und Vorträgen), die Ausstellung „Tabak“ in der Internationalen Gesamtschule und durch Berücksichtigung des Themas „Tabak“ im Rahmen der allgemeinen Suchtprophylaxe ergänzt. Diese Maßnahmen werden unter anderem durch das DKFZ, die AOK und Heidelberger Firmen getragen und unterstützt.

Das Gesamtprogramm zur Tabakprävention wurde beim 2. Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ im Jahr 2004 als vorbildliches Beispiel prämiert.

„Lebendiger Neckar“: Ein Programm zur gesünderen und umweltfreundlichen Freizeitgestaltung

Eine Verbindung zwischen Umweltschutz und Gesundheitsförderung stellt auch die Aktion „Lebendiger Neckar“ dar. Damit werden die Bürgerinnen und Bürger der Stadt Heidelberg - und ihrer Nachbargemeinden am unteren Neckar -angeregt, sich während ihrer Freizeit im Nahbereich aufzuhalten und sich hier umwelt- und gesundheitsverträglich zu Fuß, mit dem Fahrrad, Inline-Skates oder Rollstühlen zu bewegen. Durch positive Erfahrungen und Erlebnisse werden sie einerseits auf die Attraktivität der Flusslandschaft in der unmittelbaren Umgebung für die Gestaltung ihrer Freizeit, andererseits auf die Beeinträchtigungen von Lebensqualität und Gesundheit durch die Auswirkungen des täglichen Straßenverkehrs aufmerksam gemacht.

Diese Aktion findet bereits seit 1995 mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung (zunächst dezentrale Aktionen in den Stadtteilen, seit 1997 am Neckarufer in Heidelberg, seit 2002 regionale Aktion) statt. Sie wurde inzwischen zu einem festen Termin in der Region und findet mit bis zu 50.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern hohe Resonanz in der Bevölkerung.

Beteiligt sind neben den Kommunen und dem Nachbarschaftsverband verschiedenen staatliche und städtische Behörden, Umweltverbände, Sport- und Jugendverbände, Krankenkassen (insbesondere die AOK mit dem „AOK-Radsonntag“), Stadtteil- und Wohlfahrtsverbände, Schulen, Behinderteneinrichtungen, Rettungsdienste, Künstlerinnen und Künstler. Sie bieten ein umfangreiches Programm, das den Tag zu einem Ereignis mit vielfältigen Begegnungsmöglichkeiten macht.

Aus der Aktion entwickelten sich verschiedene Straßen- und Stadtteilstädte (z. B. Heidelberg-Boxberg), die inzwischen unabhängig davon stattfinden.

Arbeit und Gesundheit

Psychosoziale Arbeitsbelastungen – ein aktueller Gesundheitsfaktor

Trotz umfangreicher Maßnahmen und Regelungen des Arbeitsschutzes bleiben belastende Arbeitsbedingungen ein wichtiger Faktor für die gesundheitliche Situation der Bevölkerung (siehe Kap 5, 8). Darunter nehmen inzwischen psychosoziale Belastungen (hohes Arbeitstempo, Zeitdruck, Konzentration, Verantwortungsdruck und Angst vor Arbeitsplatzverlust) eine dominante Rolle ein. Diese sind zu einem nicht unerheblichen Teil Ergebnis unzulänglicher organisatorischer Strukturen der Betriebe.

Heidelberger Arbeitskreis für betriebliche Gesundheitsförderung: Betriebe als lernende Organisationen

Mit dieser Thematik beschäftigten sich das Projekt „Das gesunde Büro“ 1993, die Foren der Jahre 1998 – 2000 sowie die damit verknüpften Veranstaltungsreihen. Daraus ging unter anderem im Jahr 2000 der „Heidelberger Arbeitskreis Betriebliche Gesundheitsförderung“ (unter Beteiligung der Volkshochschule, der Innungskrankenkasse, des Heidelberger Selbsthilfebüros, der Forschungsgruppe Stress der Universität und der städtischen Gesundheitsförderung) hervor, der den Betrieb als „lernende Organisation“ definierte.

Ziel des Arbeitskreises war es, innerbetrieblichen Maßnahmen zur Organisationsentwicklung und zur Persönlichkeitsentwicklung der Beschäftigten anzuregen und mit konventionellen Angeboten zur Verhaltensbeeinflussung zu verknüpfen. Das Projekt wurde von den Mitgliedern des Arbeitskreises in Hotels, Handwerksbetrieben, Krankenhäusern und in einem gewerblichen Mittelbetrieb umgesetzt.

Daten zur Arbeitsunfähigkeit – Taten in der Gesundheitsförderung

Ein Handlungsansatz für die o. g. Projekte im Handwerk (siehe oben) stellen die gesundheitlichen Belastungen in den spezifischen Bereichen durch körperliche Anforderungen (ergonomische Belastungen) sowie durch gesundheits-

schädigende Arbeitsstoffe dar. Hinweise auf diese Zusammenhänge gaben die Daten aus der Arbeitsunfähigkeitsstatistik der IKK zu Hautkrankheiten und Erkrankungen des Skeletts und des Bindegewebes in den verschiedenen Handwerksbranchen.

In den Projekten „Friseur und Umwelt“ und „Maler und Umwelt“ wurden daher von den Projektgruppen Informationen über Alternativen zu belastenden Arbeitsmaterialien und über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zusammengestellt und den Betrieben zur Verfügung gestellt. Wichtig bei diesen Projekten ist der ständige Austausch zwischen den Fachleuten aus dem Handwerk, der Stadt, der Innungskrankenkasse und dem BUND in den Projektgruppen.

Ein Ergebnis von nachhaltiger Wirkung ist die Integration der Erfahrungen der Projekte in die Ausbildungsgänge für Junghandwerker/innen.

„Lebensraum Krankenhaus“ – ein Gesundheitsfaktor für viele Heidelberger Berufstätige

Als Institution der Gesundheitsversorgung ist das Krankenhaus einerseits auf die Wiederherstellung von Gesundheit hin ausgerichtet und andererseits der Arbeitsplatz für eine Vielzahl von Beschäftigten, deren Gesundheit hier beeinflusst wird. Aus diesem Grundgedanken entstand das von der WHO initiierte Netzwerk der gesundheitsfördernden Krankenhäuser.

Dies war Anlass zur Gründung einer Projektgruppe im Jahre 1995, der Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Kliniken in Heidelberg angehörten. Eine Umfrage ermittelte die bestehende Situation auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung in den Einrichtungen. Insbesondere die Rehabilitationsklinik Königsstuhl konnte hier beispielhaft zeigen, dass sie ihre Organisationsstruktur an dem Konzept der WHO orientiert. Andere Krankenhäuser gaben sich Leitlinien für ein mitarbeiterorientiertes Arbeiten.

Die Gesundheit der Beschäftigten in der Verwaltung – ein Anliegen des Projekts „Gesunde Stadt“

Mehrere der oben im Kapitel „Umwelt und Gesundheit“ genannten Projekte sind auch der Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stadtverwaltung gewidmet:

- Untersuchungs- und Sanierungsprogramm „Schadstoffe im Hochbau“ in städtischen Kindergärten und Schulen,
- Dienstanweisung zum Nichtraucherschutz in der Stadtverwaltung,
- Richtlinien zur Beschaffung umweltverträglicher Arbeitsmaterialien,
- Medizinische Früherkennungsuntersuchung auf Eiweiß(Albumin)- Ausscheidungen in Verbindung mit Belastungen durch Arbeitsstoffe.

Die Stadtverwaltung – ein „gesunder Betrieb“

Über diese Einzelprogramme hinaus wurde in der Stadtverwaltung im Jahr 1999 ein umfassendes Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorgeschlagen, das primär bei den Arbeitsbedingungen und Organisationsstrukturen ansetzt.

In einem gemeinsamen Prozess (in 5 Workshops 1999 - 2000) unter Beteiligung

- des Gesamtpersonalrates,
- des Sicherheitsbeauftragten,
- des Betriebsarztes,
- der Gesundheitsförderung und
- des Personal- und Organisationsamtes
- sowie von Vertreterinnen und Vertretern aller typischen Aufgabenbereiche in der Verwaltung

wurden Zielsetzung und Strukturen des Projektes „Die Stadtverwaltung als gesunder Betrieb“ entwickelt.

Mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur

Als Ziel wurde die „mitarbeiterorientierte Verwaltung“ definiert. Diese stellt zugleich Merkmal der „Unternehmenskultur“ der Stadtverwaltung dar; sie ist gekennzeichnet durch:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Management durch Zielvereinbarungen, ▪ hohe Eigenverantwortung, ▪ Teamorientierung, ▪ sozial verträgliche Personalrationalisierung, ▪ Anerkennung von Qualifizierung und Leistung, ▪ hohes Qualitätsniveau der Leistungen, ▪ menschengerechte Gestaltung der Arbeitsplätze. |
|---|

Als verantwortliche Einheit für die Durchführung des Projekts entstand 2001 die *Steuerungsgruppe* aus Vertretern der o. g. Institutionen sowie der beteiligten Ämter.

Gesundheitszirkel zur Planung konkreter Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Als wesentliche Einheit zur Erarbeitung von Maßnahmen wurden in den Ämtern Arbeitsgruppen („Gesundheitszirkel“) gebildet. Diese bestehen aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus allen betroffenen Bereichen, verschiedenen Hierarchieebenen und einem Mitglied des Personalrates. Sie wurden durch geschulte Moderatorinnen und Moderatoren geleitet. In 8 - 10 Sitzungen analysierten sie anhand vorher entwickelter Kriterien die Situation im Arbeitsfeld und machten auf dieser Grundlage umsetzungsfähige Vorschläge zur Verbesserung. Diese wurden im Januar 2002 der Steuerungsgruppe vorgestellt und hier nach Prioritäten gegliedert. Ende 2002 war der größte Teil der Vorschläge mit erster Priorität umgesetzt.

Rahmenprogramm der Gesundheitsförderung

Neben den arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen gehört ein ämterübergreifendes Rahmenprogramm zum Projekt. Dieses enthält

- 4 Gesundheitstage in der Verwaltung,
- laufende Kurs- und Vortragsangebote,
- Kantinenaktionen zur gesunden Ernährung,
- Informationen durch Broschüren, Handzettel und E-Mails und
- Sportangebote in der Mittagspause.

Deutliche Wirksamkeit der Gesundheitsförderung in der Stadtverwaltung

Eine Befragung vor Beginn des Programms und die Resonanz auf die bisher angebotenen Aktionen zeigen, dass unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein hohes Interesse an den Angeboten besteht. Darüber hinaus wird die Effektivität der Maßnahmen der Gesundheitsförderung auch in dem signifikanten Rückgang der *Fehlzeitenquote* in den vergangenen Jahren, insbesondere bei den Arbeitern, deutlich (siehe oben, Kap. 8).

Kinder und Gesundheit

Kinder – primäre Zielgruppe der Gesundheitsförderung

Einerseits ist die Kindheit in unseren modernen Gesellschaften durch Ambivalenz zwischen Entfaltungsmöglichkeiten sowie Belastungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen gekennzeichnet. Andererseits gilt die Kindheit und Jugend als die Lebenszeit, in der prägende Erfahrungen gesammelt und Lebensgewohnheiten festgelegt werden.

Beide Aspekte sind Grund dafür, im Rahmen der Gesundheitsförderung den Problemen der Kindheit besondere Beachtung zu widmen. Dies führte zur Veranstaltung der *Foren und Veranstaltungsreihen* der Jahre 1994 und 1995 sowie zu einer Vielzahl von Projekten und Maßnahmen. Dabei geht es insbesondere um die Förderung gesunder Ernährung und Esskultur, um Bewegungsangebote und Anreize, um Sucht und Abhängigkeit und um Spiel- und Lebensräume.

Fachtagungen mit Pädagogen und Sozialarbeitern in sozialen Brennpunkten

Als gemeinsame Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Schulen, Kindertagesstätten, Beratungsstellen und Wohlfahrtsverbänden wurden vom Deutschen Kinderschutzbund und der städtischen Gesundheitsförderung 1997 und 2002 *Fachtagungen* („Kindheit in hoch verdichteten Wohngebieten“, „Kindheit zwischen den Kulturen“) veranstaltet.

Ihre Ziele waren es, Beiträge zur Verbesserung der Lebenschancen benachteiligter Kinder zu leisten, zur stärkeren *Vernetzung* sozialer und pädagogischer Arbeit in sozialen Brennpunkten anzuregen und Impulse zur Verbesserung der Sprachförderung – auch in der Muttersprache – bei Migrantenkindern zu geben. Letzteres geschieht inzwischen in städtischen Kindergärten im letzten Kindergartenjahr.

Gute Luft in Kindergärten und Schulen - Gesundheitsvorsorge für Kinder

Wenn in dem o. g. Projekt „*Schadstoffe im Hochbau*“ Kindergärten und Schulen auf bestimmte problematische Materialien untersucht und saniert wurden, dann ging es neben dem Schutz für die in den Institutionen Beschäftigten insbesondere um die Gesundheitsvorsorge für die besonders empfindlichen Kinder.

Wiederherstellung von Lebensräumen für Kinder: Autofreie Tage, Spielstraßen, Stadtteulfeste

Die Lebensräume von Kindern und Jugendlichen sind unter anderem durch Straßen und den auf ihnen stattfindenden Verkehr eingeschränkt. Daher fand auf Initiative der ersten Kinderversammlung in Heidelberg der erste „*Autofreie Sonntag*“ 1995 in den Stadtteilen statt. Hierzu wurden einzelne Straßenabschnitte für den Autoverkehr gesperrt und für Kinderspiele geöffnet.

Diese Aktionen waren beispielhaft für die Deklaration einzelner Straßenabschnitte in den Stadtteilen zu Spielstraßen und zur regelmäßigen Veranstaltung von Stadtteulfesten.

Konzept zur Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten

Auf Anregung des städtischen Kinder- und Jugendamtes wurde 1999 ein spezifisches Konzept zur *Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten* entwickelt. Dazu gehört unter anderem die Förderung einer „Esskultur“ durch das Angebot eines täglichen Mittagessens nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (unter Verwendung regionaler und frischer Nahrungsmittel und Getränke und unter Beteiligung der Kinder. Siehe oben Kap. 3 und 6). Ergänzung findet dieser Schwerpunkt durch die Fortbildung der Erzieherinnen und Erzieher in Techniken der Psychomotorik.

Praxisbüro Gesunde Schule

Zum Schwerpunkt der Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes entwickelte sich die Gesundheitsfördernde Schule. Dazu wurde als koordinierende Einheit das „Praxisbüro Gesunde Schule“ eingerichtet (für Heidelberg und den Rhein-Neckar-Kreis).

Einzelne Schulen und ihre Akteure (Schüler, Eltern, Lehrer) werden hinsichtlich einer gesundheitsverträglichen *Organisationsentwicklung* beraten und begleitet. Dazu gehören Themen wie Konfliktbearbeitung, Gestaltung von Räumen, Kommunikation, Zeit-Kompetenz, Ernährung, Bewegung und Kommunikation. Hierzu werden Impulsveranstaltungen, Fortbildungen und Projekte durchgeführt, Kontakte vermittelt und Materialien bereitgestellt. „Das Praxisbüro Gesunde Schule“ versteht sich als Teil eines Netzwerkes der Gesundheitsförderung in Heidelberg – es ist durch die Mitgliedschaft im Geschäftsführenden Ausschuss mit dem Projekt „Gesunde Stadt“ eng verbunden.

Gesundheitsförderung als Teil der Schulkultur: Initiativkreis gesunde Schule

Seit 2002 besteht darüber hinaus der „*Initiativkreis gesunde Schule*“, dem außer der städtischen Gesundheitsförderung Vertreterinnen und Vertreter von Schulen und der Elternschaft angehören. Er setzte sich zum Ziel, dass in den beteiligten Schulen Gesundheitsförderung zu einem festen Teil der Schulkultur werden soll. Schwer-

punkte des Initiativkreises sind Projekte zur Förderung einer gesunden Ernährung und Esskultur, der Gestaltung der Außenbereiche und der Schulhygiene. Hintergründe sind die in dem Kreis diskutierten und erarbeiteten aktuellen Schwerpunktthemen der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen.

Hierzu gehören z. B.:

- Einrichtung eines eigenen *Frühstückszimmers* in einer Hauptschule (Geschwister-Scholl-Schule in Kirchheim). Die Einrichtung dieses Frühstückszimmers wurde 2003 realisiert. Hier bereiten die Hauptschulklassen ihr Frühstück gemeinsam vor und nehmen dieses gemeinsam ein.
- Übertragung der Reinigung wesentlicher Teile einer Schule an eine Schüler- Eltern-Initiative mit dem Ziel der Stärkung der Eigenverantwortung für die Schule (Internationale Gesamtschule).
- Planung des *Freigeländes* von Grund- und Hauptschulen durch Schüler/innen, Eltern und Lehrer/innen unter dem Aspekt der Bewegungsförderung.

Gesunde Esskultur in Schulen – Trennung von Spiel- und Esspausen

Zur Förderung einer gesunden „Esskultur“ entstand ebenfalls im Jahr 2002 der Arbeitskreis „Ernährung und Gesundheit“. Er setzt sich unter anderem zusammen aus Expertinnen der Pädagogischen Hochschule und von Krankenkassen, Ernährungsberaterinnen und -therapeutinnen, und den Fachfrauen für Kinderernährung. Dieser Arbeitskreis entwickelt Modellprojekte und versucht, Einfluss auf die Nahrungsangebote in Schulen, Horten, Tagesstätten zu nehmen, insbesondere nach der Einrichtung von Ganztageschulen (siehe Kap. 3 und 6).

Ein erstes Projekt ist die Einführung des „Gesunden Frühstücks“ in der Grundschule Emmerstgrund, zusammen mit den Fachfrauen für Kinderernährung und der Pädagogischen Hochschule. Hierzu gehört auch die Trennung von Spiel- und Esspausen, die unter anderem beim Forum Gesundheit 1995 vorgeschlagen wurde.

Dies geschieht inzwischen in 9 von 13 Grundschulen.

„Trink dich fit und schlau“ – ein Schulprojekt zur Förderung des Trinkwasserkonsums

Im März 2004 wurde an allen Heidelberger Grundschulen das Projekt „Trink dich fit und schlau“ zur Förderung des *Trinkwasserkonsums* gestartet. Dieses Projekt beruht auf der Kooperation mit den Stadtwerken und dem BUND. Ziel des Projektes ist es, das Trinken von Wasser (als des wichtigsten und zugleich am besten kontrollierten Lebensmittels) zu einem festen Bestandteil des Schulalltags zu entwickeln (siehe Kap. 4 und 6).

Ein weiterer Anlass für die Förderung des Trinkverhaltens ist die – auf Grund klimatischer Veränderungen - im Sommer 2003 aufgetretene Hitzewelle mit einer Erhöhung von Krankheits- und Todesfällen. Dies wurde vor allem bei älteren Menschen beobachtet, die häufig zu wenig Flüssigkeit zu sich genommen hatten (LGA 2003).

Gut Essen und Trinken in Einrichtungen für benachteiligte Kinder

Untersuchungen zeigten, dass die Anleitung zu einer gesunden Ernährung besonders wichtig ist bei *Kindern aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen*. Daher finden seit 1993 regelmäßig Aktionen zusammen mit der Spielstube Emmertsgrund und dem Heilpädagogischen Hort Mörgelgewann statt. Typisch dafür ist die Gemeinsamkeit bei Planung, Einkauf, Zubereitung Anrichten und Gestalten der Mahlzeiten. An den Aktionen beteiligen sich neben den Trägern der Einrichtungen (Deutscher Kinderschutzbund und Caritas) die Fachfrauen für Kinderernährung und die AOK.

Förderung der Motorik von Kindern

Zur gezielten Förderung der Motorik wurde in Verbindung mit dem Institut für Sport und Sportwissenschaft, dem Sportkreis, Physiotherapeuten, Sportmedizinerinnen und mehreren Vereinen die Einrichtung der „*Kindersportschule*“ für Schülerinnen und Schüler initiiert. Hier werden

gesundheitsfördernde Bewegungsarten gelernt und geübt.

Erfolgreiche Suchtprophylaxe an allen Heidelberger Schulen

Vom Koordinator für Suchtprophylaxe (im Kinder- und Jugendamt) wird seit 1995 in Zusammenarbeit mit Suchtberatungsstellen das Programm „*Was tun gegen Sucht!*“ in sämtlichen 7. Klassen der Heidelberger Schulen durchgeführt. Wenn der Konsum illegaler Drogen in Heidelberg eine inzwischen geringere Bedeutung besitzt, kann diese Entwicklung als Resultat der Suchtprophylaxe gewertet werden (siehe Kap. 6).

Das Programm wird ergänzt durch o. g. Angebote zur *Tabakprävention* für Schülerinnen und Schüler durch die Thorax-Klinik (gefördert durch die AOK) und das Programm „Klasse 2000“ zur Gesundheitsförderung und Tabakprävention in den Grundschulklassen der Waldparkschule (siehe oben).

Mobilfunk an Schulen

Im Zusammenhang mit der Einführung und Verbreitung des Mobilfunks wird zunehmend die Gesundheitsgefährdung durch elektromagnetische Wellen, ausgehend von den Sendeanlagen und den Empfangsgeräten, diskutiert. In diesem Zusammenhang ergaben während der Jahre 2002 und 2003 im Stadtgebiet von Heidelberg durchgeführte Messungen deutliche Unterschreitungen auch der strengen schweizerischen Grenzwerte (siehe Kap. 4).

Da der jugendliche Organismus gegenüber den Einwirkungen von Strahlen und elektromagnetischen Wellen besonders sensibel reagiert, wurde aus Vorsorgegründen seit 2003 gemeinsam von der städtischen Gesundheitsförderung, der Pädagogischen Hochschule, dem Gesundheitsamt und dem Schulamt ein Unterrichtsprogramm zum richtigen, d. h. rationalen und kritischen Umgang mit den *Mobiltelefonen (Handys)* für die Sekundarstufe I aller Schularten entwickelt.

Menschen mit Beeinträchtigungen

Gesundheit für alle – auch bei Behinderungen und Beeinträchtigungen

Nach der Resolution der Vereinten Nationen stehen Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen die „gleichen Chancen“ in der Gesellschaft zu. Das Projekt „Gesunde Stadt“ sieht es in Anlehnung an die Konzepte der WHO als eine seiner Aufgaben an, an der Verbesserung der Situation dieser Menschen und ihrer Angehörigen gemeinsam mit ihnen zu arbeiten.

Schlaganfall-Netzwerk – Schritte zu Verbesserung der Situation chronisch Kranker

Im Jahr 2003 fand das *Forum Gesundheit* mit dem Thema „Bildung und Erwerbsarbeit von Menschen mit Behinderungen statt“ (siehe oben). Hierzu gehört ein Projekt der Gesundheitsinformation sowie der Verbesserung von Angeboten der Gesundheitsversorgung im Bereich des Schlaganfalls, einer Erkrankung, die in vielfältiger Weise zu körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen führt. Organisatorisch beruht dieses Projekt insbesondere auf der Zusammenarbeit mit Anbietern der Gesundheitsversorgung, des Sports und des Selbsthilfe- und Projektbüros (siehe Kap. 9).

Seit 2002 engagiert sich die Projektgruppe für die Weiterentwicklung eines „*Schlaganfall-Netzwerkes*“ zwischen unterschiedlichen Versorgungsanbietern aus den Bereichen medizinische Versorgung, Psychotherapie, Physiotherapie, Sport und Selbsthilfe. Hintergrund dieser Initiative ist die Erfahrung, dass eine Aktivierung der Betroffenen die Chancen zur Wiederherstellung der Gesundheit nach Schlaganfall deutlich verbessern kann.

Dieses Netzwerk hat im April 2004 das erste Heidelberger *Schlaganfall-Symposium* im Seminarzentrum der SRH-Gruppe veranstaltet. Es entwickelte seit Herbst 2004 in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule der SRH-Gruppe einen Schlaganfall-Wegweiser.

Psychosozialer Arbeitskreis

Zur Verbesserung der Betreuung und Versorgung chronisch psychisch Kranker nach einer stationären Behandlung schlossen sich die damit befassten Einrichtungen (Stationäre und ambulante Versorgungseinrichtungen, Beratungsstellen) zu einem psychosozialen Arbeitskreis zusammen. Er wird vom Gesundheitsamt koordiniert und führt regelmäßig Fachtagungen und Fortbildungsmaßnahmen für die Mitglieder durch.

Gesundheitsförderung in Selbsthilfegruppen

Von besonderer Bedeutung hinsichtlich der Erhaltung und Förderung der gesundheitlichen Situation chronisch Kranker sind die Selbsthilfegruppen. Diese werden intensiv durch das Heidelberger Selbsthilfe- und ProjekteBüro unterstützt (siehe Kap. 9).

Gesundheitsinformation

Kommunikation, Information und Aufklärung zur Erhöhung der Kompetenz

Aufgabe der Gesundheitsförderung ist es, Kompetenzen und Selbstverantwortung der Bürgerinnen und Bürger in Gesundheitsfragen zu fördern. Daher spielen Angebote und Maßnahmen zur Information und Aufklärung eine bedeutende Rolle. Diese Veranstaltungen werden durchweg in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Institutionen und unter der Koordination der städtischen Gesundheitsförderung durchgeführt. Sie stellen eine gezielte Ergänzung zu den vielfältigen Angeboten der Volkshochschule und anderer Institutionen der Erwachsenenbildung sowie der Krankenkassen dar.

Bereits 1992 fand in zentraler Lage das „*Mitmachfest*“ mit einer Vielzahl von Angeboten zum Mitmachen und Erleben aus den Themenbereichen Umwelt, Sinneserfahrung, Ernährung und Bewegung statt (Stadt Heidelberg; Amt für Umweltschutz: Gesundheitsbericht 1997).

Aktionstage zur Motivierung und Aktivierung der Bürgerinnen und Bürger

Ähnliche Ziele verfolgen spezifische regelmäßig stattfindende *Aktionstage* mit Krankheitsbezug (z. B. zu Osteoporose, Atemwegserkrankungen, Kreislauferkrankungen, Krebs, Diabetes, chronische Schmerzen, Rheuma) sowie Gesundheitstage und Gesundheitswochen. Sie richten sich an die gesamte Bevölkerung, insbesondere jedoch an chronisch kranke und ältere Menschen und ihre Angehörigen (siehe auch Stadt Heidelberg: Amt für Umweltschutz: Gesundheitsbericht 1997).

Umfangreichere Aktionen der Gesundheitsinformation sind:

- Diabetes-Markt 1997,
- Informationsveranstaltungen zum Medikamentenkonsum im Alter seit 1997,
- Schmerztag 2002,
- Brustkrebs-Tag 2003,
- Weltgesundheitstag 2003,
- Herzwochen 2001, 2003 und 2004,
- Gesundheitswochen im Stadtteil Kirchheim.

Projekte zur Entwicklung einer „Gesunden Stadt“

Im Vordergrund: Bedürfnisse und Interessen der Bürgerinnen und Bürger

Die einzelnen Projekte setzen Akzente bei der Entwicklung hin zu einer „Gesunden Stadt“. Im Mittelpunkt steht, dass die Bedürfnisse und Interessen der Bürgerinnen und Bürger der Stadt ernst genommen werden. Die Stadtverwaltung versteht sich als ihre Gesprächs- und Ansprechpartnerin, die informiert, motiviert, unterstützt, zur Beteiligung anregt und Maßnahmen zur Vorsorge durchführt.

Ziele sind gemäß der *Ottawa-Charta der WHO*: Verminderung sozialer Unterschiede, Aktivierung der Menschen, Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Unterstützung von Gemeinschaftsaktionen, Herstellung gesundheitsverträglicher Bedingungen (Tabelle 10.3).

Tabelle 10.3:
Ziele und Ausrichtung der Projekte der Gesundheitsförderung

Ziele und Ausrichtung	Projektbeispiele
<i>Schutzmaßnahmen</i> für Bürgerinnen und Bürger sowie Beschäftigte unter dem Gesichtspunkt der Vorsorge	Arbeitsschutz nach medizinischen Untersuchungen, Schutz vor Schadstoffen in Innenräumen, Nichtraucherchutz, Richtlinien zur Beschaffung von Arbeitsmaterialien.
Förderung des <i>Vertrauens</i> zwischen Bürgerinnen und Bürger und Verwaltung durch <i>Dialog</i> und Partnerschaft	Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger sowie Vertreter von Institutionen in Projektgruppen zur Planung und Durchführung der Projekte
<i>Kooperation</i> zwischen den verschiedensten Einrichtung unterschiedlicher Prägung und <i>Koordination</i> ohne Bevormundung	Projekte im Handwerksbereich: Zusammenarbeit zwischen Vertretern des Handwerks, von Umweltverbänden, der Forschung und der Stadt
Förderung von <i>Selbstverantwortung</i> und <i>Engagement</i> bei den Partnern und Adressaten der Projekte	Mitarbeiterbefragungen, Einrichtung von Gesundheitszirkeln
Förderung von <i>Innovationen</i> in der Wirtschaft zugunsten der Nachhaltigkeit und Gesundheitsverträglichkeit	Projekte zum Umweltschutz und zur Gesundheitsförderung im Handwerksbereich („Maler und Umwelt“, „Friseur und Umwelt“)
Förderung von <i>Kompetenz</i> sowie Aktivierung und Motivierung von Bürgerinnen und Bürgern zugunsten der eigenen Gesundheit	Informationsveranstaltungen, Schlaganfall-Netzwerk, Gemeinschaftsaktionen, Bildung von Selbsthilfegruppen
Beiträge zur <i>Organisationsentwicklung</i> im Sinne einer humanen, mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur	„Die Stadtverwaltung als gesunder Betrieb“, Gesundheitsfördernde Schulen
Förderung der Lebensqualität und <i>Gesundheit von Kindern</i> und Jugendlichen	Esskultur in Schulen, „Trink dich fit und schlau“, Einrichtung von Spielstraßen, Frühstückszimmern
Berücksichtigung der <i>Chancengleichheit</i> bei Planung, Durchführung und Allokation von Projekten	Projekte in der Spielstube Emmertsgrund, Heilpädagogischer Hort Mörgelgewann, Waldparkschule Boxberg, Projekte mit gewerblichen Arbeitnehmern

Begründung und Bewertung der Gesundheitsförderung durch Gesundheitsberichterstattung

Legitimation durch Erhebungen und Untersuchungen

Spezifische Aktionen und Projekte der Gesundheitsförderung stellen in der Regel eine Antwort auf die Ergebnisse aktueller Erhebungen und Untersuchungen zu gesundheitlichen Problemen dar.

Das *medizinische Untersuchungsprogramm* bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stadtverwaltung (1993, 1994) zeigte signifikante Zusammenhänge zwischen Belastungen durch organische Chemikalien am Arbeitsplatz und einer erhöhten Ausscheidung von Albumin, d. h. zugleich einer Risikoerhöhung für Diabetes, chronische Nieren- und Kreislauferkrankungen (siehe Kap. 8). Auf Grund dieser Ergebnisse wurden Arbeitsschutzmaßnahmen in den betroffenen Bereichen der Verwaltung (siehe oben) eingeleitet.

Eine *Umfrage zu den Getränke- und Nahrungsmittelangeboten* in Heidelberger Schulen 1994 (siehe Kap. 6) führte nach einer anschließenden Rektorenkonferenz zur Intensivierung der Ernährungserziehung in Schulen.

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeits-Daten zu *Hautkrankheiten bei Friseuren* (siehe Kap. 8) führte zu einer Hervorhebung des Themas Hautschutz im Projekt „Friseur und Umwelt“ (siehe oben). Auf dieser Basis erfolgte 1997 die Zusammenstellung gesundheitsverträglicher Friseurprodukte in einer Broschüre, die den Heidelberger Betrieben und seit 2002 in neu aufgelegter Form den Betrieben in Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt wird. Die seit 1997 (von der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie) durchgeführte Studien zur *Verhaltensauffälligkeit von Kindern* liefern eine Begründung für die Einführung der Schulsozialarbeit an Haupt- und Förderschulen (siehe Kap. 3 und 8).

Eine Erhebung zu den Angeboten der Gesundheitssicherung, -beratung und -förderung für Kinder und ihre Eltern (1997) führte zur Veröf-

fentlichung der Ergebnisse in der Broschüre „*Gesündere Kinder in einer gesunden Stadt*“.

Eine Studie zur *Lebenssituation älterer Menschen* 1999 (siehe Kap. 8) durch das Gerontologische Institut zeigte einerseits die relativ hohe Zufriedenheit der Befragten mit den Angeboten in der Stadt, andererseits hatte sie unter anderem die Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit für die IAV-Stelle und das Selbsthilfe- und Projektbüro zur Folge.

In den Jahren 2000, 2002 und 2004 wurden Erhebungen über Angebote von *Nichtraucherbereichen* in Gaststätten und Cafés durchgeführt. Die öffentliche Präsentation der Ergebnisse der ersten Erhebung führte zu einer erheblichen Zunahme der Anzahl von Gastronomiebetrieben mit rauchfreien Bereichen (siehe oben).

Die *Eingangsbefragung* von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stadtverwaltung vor Start des Projektes „Die Stadtverwaltung als gesunder Betrieb“ (2001) zeigte besonders hohes Interesse an arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Dieses Ergebnis veranlasste zur Einrichtung von ämterspezifischen Arbeitsgruppen (Gesundheitszirkeln) mit der Aufgabe, die Arbeitssituation zu analysieren und Maßnahmenvorschläge zur Verbesserung zu entwickeln und umzusetzen (siehe oben).

Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Kriterien der Bewertung von Maßnahmen, Aktionen und Projekten sind ihre *Resonanz und Akzeptanz* bei den Adressaten.

- Die *Resonanz* zeigt sich in der *Teilnehmerquote*. Diese ist selbstverständlich unterschiedlich hoch, je nach Adressatengruppe. So nahmen an den Aktionen „Lebendiger Neckar“ (Mobil ohne Auto) in den Jahren 1997, 1999 und 2003 zwischen 15.000 und 50.000 Menschen teil. Demgegenüber liegt die Teilnehmerzahl bei den Foren zwischen 60 und 180 Personen; dabei handelt es sich weithin um Experten und Multiplikatoren.
- Die *Akzeptanz* zeigt sich vor allem in der *Teilnehmerzufriedenheit* sowie in Reakti-

onen von Partnern. So kann die Einrichtung von Umweltregalen in Baumärkten als Antwort auf eine positive Resonanz auf das Projekt „Farbenfroh und nachhaltig“ und die Zunahme von Nichtraucherzonen in Gaststätten als Antwort auf eine erhöhte Nachfrage im Zusammenhang mit dem Projekt „Rauchfrei genießen“ interpretiert werden.

- Besonders bemerkenswert sind die *Wirkungen* von Projekten und Maßnahmen auf den Gesundheitszustand:

- Im Zusammenhang mit den Arbeitsschutzmaßnahmen bei der Stadt Heidelberg nahm der durchschnittliche Albuminwert in den Ausscheidungen von 15mg/l auf 12 mg/l ab (Ergebnisse der medizinischen Untersuchungen 1993/94 und 2001/02 bei städtischen Beschäftigten).
- Der Anteil an Hautkrankheiten bei Frisuren ging nach dem Projekt „Friseur und Umwelt“ sehr deutlich zurück (siehe Tabelle 8.7).
- Die jüngsten Fehlzeitenstatistiken in der Stadtverwaltung zeigen einen erheblichen Rückgang der Fehlzeiten, am deutlichsten bei den Arbeitern (von 9,4 % auf 7,4 %).

Rolle der Gesundheitsförderung in der Kommunalpolitik

„Die Gesunde Stadt“ – Anliegen und Aufgabe der Gesamtpolitik

Die Projekte der Gesundheitsförderung können Akzente auf dem Weg zu einer „Gesunden Stadt“ setzen. Das von der WHO in Ottawa formulierte Konzept der Gesundheitsförderung sieht ausdrücklich keine Beschränkung der Gesundheitsförderung auf das Ressort von Gesundheitspolitik und Gesundheitsverwaltung vor. Vielmehr geht es darum, dass in der gesamten Politik, d. h. in die Entscheidungen des Gemeinderates und der Verwaltung, die Gesichtspunkte der Gesundheitsförderung hinreichend einfließen und berücksichtigt werden.

Dies geschieht explizit und implizit in den unterschiedlichsten Maßnahmen.

Einfluss der Gesundheitsförderung auf kommunalpolitische Entscheidungen

Grundlagen für Entscheidungen im Sinne der Gesundheitsförderung sind unter anderem Erhebungen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung sowie der öffentliche Diskurs in Foren und Workshops.

Beispiele für solche Entscheidungen sind:

- *Beschaffungsrichtlinien* und Leitlinien der Verwaltung,
- *Dienstvereinbarungen* (z. B. zum Nichtraucherschutz),
- Maßnahmen des Arbeits- und *Umweltschutzes* in der Verwaltung (z. B. Verzicht auf Pestizide im Landschaftsbau),
- Maßnahmen zur Minimierung von *Schadstoffen im Grundwasser*,
- Begrenzung der *Strahlenbelastung* durch Mobilfunkantennen durch gemeinsame Richtlinien,
- Integration von Aspekten der Gesundheitsförderung in die *Organisationsentwicklung* der Stadtverwaltung,
- Einrichtung von *Spielstraßen* und Öffnung von Pausenhöfen,
- Bestellung von *Kinderbeauftragten* in den Stadtteilen,
- *Sanierungen* in Kindertagesstätten und Schulen,
- Einführung der *Schulsozialarbeit* in Hauptschulen.

Gesundheitsförderung – ein relevanter Gesichtspunkt der Stadtentwicklung

In der *Stadtentwicklung* Heidelbergs sind die Aspekte der Gesundheitsförderung - neben der „Nachhaltigkeit“ - integraler Bestandteil. Dies kommt in dem 1997 verabschiedeten „Stadtentwicklungsplan Heidelberg 2010“ zum Ausdruck. Demnach möchte die Stadt Heidelberg – entsprechend der Ottawa-Charta der WHO - „gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen [...] sowie Kompetenz und Verantwortung für die eigene Gesundheit fördern“.

Entwicklung „gesundheitsfördernder Lebenswelten“

An der Schaffung „gesundheitsfördernder Lebenswelten“ orientieren sich viele Aspekte der Kommunalpolitik, auch wenn darauf nicht immer ausdrücklich Bezug genommen wird. Hierzu gehören zum Beispiel:

- die Entwicklung der Stadtteile unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger,
- die flächendeckende Versorgung mit Kindertagesstätten,
- die Einrichtung von Seniorenzentren in den Stadtteilen mit dem Angebot einer Grundversorgung und aktivierender Programme (siehe Kap. 3),
- der Ausbau des Radwegenetzes, von Kinderwegenetzen und der Angebote des ÖPNV,
- Ausbau und die nutzerfreundliche Gestaltung von Spiel- und Sportflächen,
- Erhöhung der Sicherheit der Bürgerinnen und Bürger durch Programme der Kriminalprävention,
- Berücksichtigung der Bedürfnisse von Frauen (Beseitigung von „Angsträumen“), älteren Menschen und Behinderten (Barrierefreiheit) durch Beteiligung an Planungsprozessen.

Verbesserung der Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit

Ein wesentlicher Gesichtspunkt einer gesundheitsfördernden Politik im Sinne der WHO ist der Abbau „bestehender sozialer Unterschiede des Gesundheitszustandes“ und die Herstellung von Chancengleichheit. In diesem Sinne stellt „die Stadt des sozialen Ausgleiches“ einen wichtigen Teil der Heidelberger Stadtentwicklungspolitik dar.

Er wird unter anderem durch das Programm „Die soziale Stadt“ im Stadtteil Emmertsgrund, durch die vielfältige Förderung von Initiativen, durch die Einrichtung von Beschäftigungsprogrammen für Langzeitarbeitslose sowie der Bestellung eines Jugendberufshelfers (siehe Kap. 5) realisiert. Von großer Bedeutung in diesem Rahmen sind auch die Programme der Stadt, die zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und

Familie führen. Dazu gehören insbesondere ganztägige *Betreuungsangebote* in Kindergärten und Ganztageseschulen (siehe Kap. 3).

Nicht nur materielle Armut, sondern auch der Verlust des sozialen Rückhalts und Umfeldes, Isolation und Vereinsamung, der Verlust von Aufgaben, Funktionen und Rollen in der Gesellschaft vermindern Lebensqualität und Chancen zur Verwirklichung und der Gesundheit. Entwicklungen dieser Art sind insbesondere mit zunehmendem Lebensalter und den damit verbundenen Status-Übergängen selten völlig zu vermeiden. Die Stadt Heidelberg versucht mit ihrer *Seniorenpolitik* gegenzusteuern und richtete seit 1990 in den Stadtteilen dezentrale Seniorenzentren als Anlaufstellen für die älteren Bürgerinnen und Bürger – mit einer Vielzahl von aktivierenden Angeboten - ein (siehe Kap. 3). Einen wichtigen Teil der Seniorenpolitik stellt die angemessene Versorgung mit Wohnungen (z. T. betreutes Wohnen, gemeinsames Wohnen) für die älteren Menschen dar.

Einen weiteren Aspekt der Gesundheitschancen betreffen die Maßnahmen zur Verbesserung der *Situation von behinderten* und beeinträchtigten Menschen in der Stadt. Dieses Thema wurde unter anderem im 10. Forum Gesundheit 2003 behandelt (siehe oben). Zu den konkreten Maßnahmen gehört die Koedukation behinderter und nicht behinderter Kinder in Grund- und Förderschulen, die Ausbildungsinitiativen für Absolventen der Förderschulen seit 1998. Wichtig zur Verbesserung der Situation Behinderter sind insbesondere die regelmäßigen Treffen zwischen der Regionalen Arbeitsgemeinschaft Behinderter und der Stadtverwaltung. Zu den vielfältigen Ergebnissen gehören Maßnahmen zur Barrierefreiheit, z. B. abgesenkte Gehwege, Behindertentoiletten, akustische Signalanlagen und Verbesserungen im ÖPNV.

Einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Lebens- und Gesundheitschancen leistet die „*Aktive Beschäftigungspolitik*“ der Stadt. Hierzu wurde ein Auftragsfonds eingerichtet, der zur Beschäftigung Langzeitarbeitsloser in Betrieben der Heidelberger Wirtschaft dient. Neben den „Heidelberger Dienste gGmbH“ (siehe Kap. 5) beschäftigen der „Verbund für Beschäftigung“ und die städtische Fachstelle „Hilfe zur Arbeit“ früher arbeitslose Menschen (insbesondere Langzeitarbeitslose) mit dem Ziel, diese soweit

wie möglich in ein festes Arbeitsverhältnis zu bringen.

Entwicklung von Kompetenzen

Zu den Aufgaben der Gesundheitsförderung gehören auch die „gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten“ mit der Zielsetzung, den Alltag und die eigene Lebenswelt zu Gunsten der Gesundheit zu beeinflussen.

Kompetenzen und Fertigkeiten für die eigene Gesundheit werden in Heidelberg unter anderem durch die Unterstützung von Initiativen (z. B. Freiwilligenbörse) und Koordinierungsstellen (Selbsthilfebüro, Frauengesundheitszentrum, AIDS-Hilfe u.a.) gefördert. Dies geschieht auch durch die vielfältigen Informations- und *Beratungsangebote* des Umweltamtes, des BUND (über umweltbedingte Gesundheitsrisiken) der Volkshochschule, der Seniorenzentren, der Akademie für Ältere, der Krankenkassen und weiterer Institutionen (z. B. zu Fragen der Hygiene, einer gesunden Ernährung usw.).

Auch die Durchführung von Foren, Fachtagungen und *Symposien* (z. B. zu den Themen

Schmerzen, Brustkrebs, Schlaganfall), gemeinsam mit Partnerorganisationen, hat unter anderem das Ziel, über Präventionsmaßnahmen zu informieren und die Betroffenen zu unterstützen. Hierzu gehört auch das umfangreiche Angebot an Sport und Bewegung für alle Bevölkerungsgruppen durch die Stadt in Verbindung mit Vereinen, Initiativen und Verbänden (siehe Kap. 3 und 6). Durch die Förderung des Interesses an der Gesundheit und der Kompetenzen wird es den Menschen leichter gemacht, sich aktiv und verantwortlich für die Entwicklung einer „Gesunden Stadt“ einzusetzen.

Gesundheitsberichterstattung: Daten für Taten

Entscheidungen der Kommunalvertreter und der Verwaltung zu Gunsten von Gesundheit und Lebensqualität, wie sie in Heidelberg an vielen Stellen getroffen wurden, sind nicht selbstverständlich. Es kommt darauf an, die Bürgerinnen und Bürger und die Entscheidungsträger durch plausible Argumente zu überzeugen. Dazu bedarf es einer Grundlage in Form von Daten, Analysen und Evaluation, wie sie die Gesundheitsberichterstattung bereitstellt. Damit stellt diese einen wichtigen Bestandteil der politischen Entscheidungsprozesse dar.

11 Zusammenfassung und Perspektiven

Ziele und Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung

Mit dem Beitritt zum Netzwerk der „Gesunden Städte“ im Jahre 1991 entschied sich die Stadt Heidelberg, in ihrer Kommunalpolitik Akzente zu Gunsten der Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger zu setzen. Leitlinie für diese Politik ist die Ottawa-Charta der WHO von 1986. Neben der „Agenda 21“ von Rio de Janeiro ist sie eine wesentliche Grundlage des 1997 verabschiedeten „Stadtentwicklungsplans Heidelberg 2010“ (STEP).

Um die *Bedürfnisse und Probleme* zu erfassen, *Prioritäten* bei der Entwicklung von Maßnahmen zu setzen und deren *Wirksamkeit* zu bewerten, sind Informationen und Analysen erforderlich. Ihre Bereitstellung ist Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung.

Die Daten des vorliegenden zweiten Heidelberger Gesundheitsberichtes machen es möglich, durch *Vergleiche* mit dem ersten Bericht Entwicklungen zu zeigen und *Trends* einzuschätzen sowie die Situation in Heidelberg derjenigen in der Region und in ganz Deutschland gegenüberzustellen.

Wandlungen der Bevölkerungsstruktur

Hohe Bevölkerungsdichte

In Folge einer geringen Geburtenzahl und durch Abwanderung ging die *Einwohnerzahl* von 1994 bis 2002 um 1,6 % auf etwa 130.000 Einwohner zurück. Die *Bevölkerungsdichte* ist mit 44,9 Einwohnern pro Hektar des bebauten Gebietes nach wie vor vergleichsweise hoch. Besonders hoch ist die Dichte in den südlichen Stadtteilen Emmertsgrund (168 Einwohner pro Hektar) und Boxberg (89 E/ha). Demgegenüber ist die Bebauung in der Südstadt und in Schlierbach mit einer Dichte von 32,2 und 25 E/ha deutlich lockerer.

Viele Frauen, wenig Kinder

Trotz eines minimalen Rückgangs um 0,3 % seit 1994 leben in Heidelberg mit einem Anteil von 53 % überdurchschnittlich viele Frauen. Obwohl Heidelberg eine „junge Stadt“ zu sein scheint, liegt der *Kinderanteil* mit 15 % auf dem niedrigsten Niveau unter den Stadtkreisen von Baden-Württemberg. Demgegenüber ist jedoch die Gruppe junger Erwachsener (von 18 bis 25 Jahre) überdurchschnittlich groß. Der Anteil der Personen im Alter von über 65 Jahren ist mit 16 % wiederum geringer als im Durchschnitt von Baden-Württemberg.

Die verschiedenen Altersgruppen sind sehr unterschiedlich über das Stadtgebiet verteilt. Sowohl Kinder als auch Ältere leben überwiegend in den peripheren *Stadtteilen*. Dort liegen die entsprechenden Anteile mit 24 % (Kinder auf dem Emmertsgrund und Senioren im Pfaffengrund) oder 25 % (Senioren auf dem Boxberg) deutlich über dem Stadtdurchschnitt.

Viele Singles und Alleinerziehende

Auffallend ist der mit 55 % weit überdurchschnittliche (und zunehmende) Anteil von *Einpersonenhaushalten*. In den zentralen Stadtteilen ist er zum Teil sogar höher als zwei Drittel. Dem geringen Anteil von Kindern in der Bevölkerung entspricht der mit 18 % ebenfalls sehr geringe Anteil von Haushalten mit Kindern. Dieser hat seit 1994 immerhin um 1 % zugenommen. Auch *Haushalte mit Kindern* befinden sich überwiegend in den südlichen und westlichen Stadtteilen Emmertsgrund, Boxberg, Kirchheim und Wieblingen.

Weit überdurchschnittlich viele dieser Haushalte, nämlich fast ein Drittel, werden von einem Elternteil geführt. Der Anteil der *Alleinerziehenden-Haushalte* stieg zwischen 1994 und 2002 um 7 %. In dieser Haushaltsgruppe häufen sich in der Regel ökonomische, soziale, psychische und gesundheitliche Probleme (Robert-Koch-Institut, Armut bei Kindern und Jugendlichen, 2001).

Benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Bei einer insgesamt gehobenen sozioökonomischen Lage der gesamten Heidelberger Bevölkerung bestehen zwischen den Stadtteilen *Disparitäten*. Vor allem die *Stadtteile* an der südlichen und westlichen Peripherie sind hier benachteiligt. Soziale Benachteiligungen sind auch mit Erwerbslosigkeit verbunden. Auch hier sind vor allem die südlichen und südwestlichen Stadtteile Emmertsgrund und Kirchheim sowie Bergheim mit ihren überdurchschnittlich hohen Arbeitslosenquoten betroffen. Mit einer sozialen Benachteiligung hängt vielfach auch eine weniger günstige gesundheitliche Situation zusammen (Mielck u. a. 2002).

Auf die soziale und gesundheitliche Situation hat auch die nicht selten randständige Situation von *Ausländern* Einfluss. Zu dieser annähernd gleichbleibend großen Bevölkerungsgruppe gehören in Heidelberg 16 % der Einwohner. Dazu kommt noch ein Anteil von 3 % Aussiedlern.

Befindlichkeit, Gesundheit und Krankheiten

Hohe Zufriedenheit der Bürger

Weitaus die meisten, nämlich 97 % der Heidelberger Bürgerinnen und Bürger fühlen sich einer neueren Befragung zu Folge in ihrer Stadt im Großen und Ganzen wohl (Stadt Heidelberg, Engagement-Studie 2002). 80 % von im Jahr 1997 befragten Senioren sind mit ihrem Gesundheitszustand im Wesentlichen zufrieden.

Allerdings ist der Anteil der mit ihrem Befinden zufriedenen Menschen in den südlichen und westlichen *Stadtteilen* geringer. Dort leben mehr Kinder, Ältere, Angehörige unterer sozialer Schichten und Erwerbslose.

Häufige Alltagsbeschwerden

Globale Aussagen zur Befindlichkeit bedeuten freilich nicht, dass keine *Alltagsbeschwerden* vorliegen. Symptome wie Verspannungen, Rücken- und Kopfschmerzen, Schlaf-, Verdauungs- und Konzentrationsstörungen bereiten beispielsweise einem hohen Prozentsatz der an Befragung-

ten Beschwerden (Wirksamkeit des Arbeitsschutzes 2004). Dieselben älteren Menschen, die zu 80 % mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden sind, fühlen sich dennoch zu hohen Anteilen (bis zu 60 %) durch Seh- und Hörstörungen und durch Rücken-, Gelenk- und Muskelschmerzen beeinträchtigt (Stadt Heidelberg, *Älter werden in Heidelberg* 2001)

Zunahme von Allergien, Übergewicht, motorischen und psychosomatischen Störungen bei Kindern

Ein wichtiger Indikator für die gesamte gesundheitliche Situation einer Bevölkerung ist die *Kindergesundheit*. Nach den Ergebnissen der schulärztlichen Untersuchungen war im Jahre 2003 von den zur Schule angemeldeten Kindern mehr als die Hälfte völlig gesund. Die entsprechenden Anteile sind bei Mädchen mit 61 % deutlich höher als bei Jungen mit 52 %, bei deutschen mit 57 % höher als bei ausländischen Kindern mit 45 % (Gesundheitsamt 2004).

Trotz der leichten Verbesserung im Vergleich zur Situation beim ersten Gesundheitsbericht stimmt die Zunahme der Anzahl übergewichtiger Kinder (15 % nach Einschätzung der eigenen Eltern im Jahr 2000) und der mit 23 % relativ hohe Anteil von *Jungen mit motorischen Störungen* bedenklich. Der entsprechende Anteil bei den gleichaltrigen Mädchen ist im übrigen mit 8 % weit geringer. Als *Warnzeichen* für eine möglicherweise problematische Entwicklung kann die ermittelte Zunahme von *Allergien* sowie von *Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und Nervosität* bei den Schulkindern zwischen dem sechsten und zehnten Lebensjahr gewertet werden (Haffner u. a. 2002). Zusammenhänge mit der sozialen, ökonomischen und familiären Situation wurden festgestellt.

Verbesserte Zahngesundheit durch Prophylaxe

Erfreulich ist die beobachtete Verbesserung der *Zahngesundheit der Kinder*. In den 11 Jahren zwischen 1992 und 2003 verdoppelte sich der Anteil der zwölfjährigen Kinder mit einem naturgesunden Gebiss auf 54 %. Auch hier wird ein Zusammenhang mit der sozialen und ethnischen Herkunft deutlich. Hauptschüler haben dreimal so häufig Karies wie die gleichaltrigen

Gymnasiasten, und die geschädigten Zähne deutscher Kinder sind dreimal so häufig saniert wie diejenigen ihrer türkischen Altersgenossen (Gesundheitsamt 2003, Rossbach 2001).

Weniger Fehlzeiten und Arbeitsunfähigkeit bei Erwachsenen

Indikatoren für die gesundheitliche Situation der erwachsenen Bevölkerung sind die Angaben der Krankenkassen zur *Arbeitsunfähigkeit* sowie die *zurückgehenden Fehlzeitenquoten* in Betrieben. Das Krankheitsspektrum wird insgesamt von Krankheiten der Atmungsorgane, Muskel- und Skeletterkrankungen, Kreislauferkrankungen und psychischen Erkrankungen dominiert. Dabei zeigt sich: Menschen mit höherer Berufsqualifikation und Angestellte sind seltener krank als Personen mit einer einfachen Ausbildung und Arbeiter.

Eine genauere Analyse der Daten zeigt deutliche Zusammenhänge zwischen spezifischen *beruflichen Belastungen* und den Krankheitsschwerpunkten der Betroffenen sowie die Möglichkeiten der positiven Einflussnahme auf die Quoten durch Interventionsmaßnahmen (IKK Heidelberg 2003, Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit 2002).

Zunahme psychischer Erkrankungen

Besonders bemerkenswert ist die festgestellte *Zunahme psychischer Erkrankungen* – sie gleicht einer Entwicklung bei den Kindern. An derartigen Krankheiten leiden häufiger Frauen als Männer; inzwischen ist jede fünfte Heidelbergerin davon betroffen. Diese Steigerung spiegelt die Zunahme von sozialer Isolierung, Unsicherheit, Stress und Ängsten in der Gesellschaft wider (Barth u. a. 2002).

Weniger Gewalttaten und Verkehrsunfälle

Nicht alle Ängste beruhen auf realen Sachverhalten. Beispielsweise ging die *Gewaltkriminalität* in Heidelberg in den vergangenen Jahren deutlich zurück. Dasselbe gilt für körperliche Beeinträchtigungen durch *Verkehrsunfälle*. Allerdings sind die schwächsten Verkehrsteilnehmer, nämlich Kinder mit einem Anteil von

28 %, Fußgänger und Radfahrer mit Anteilen von 30 % und 37 % relativ häufig Opfer der Unfälle.

Verminderte und relativ geringe Sterblichkeit

Als weiteres Anzeichen für die – trotz einer Reihe von Beeinträchtigungen – insgesamt günstige gesundheitliche Situation der Heidelberger Bevölkerung kann die im regionalen Vergleich insgesamt *niedrige Sterblichkeit* gewertet werden. Sie ist im Vergleich zum ersten Gesundheitsbericht sowohl bei Männern (von 1.001 auf 822 Todesfälle je 100 000 Einwohner) als auch bei Frauen (von 1.122 auf 949 Todesfälle je 100.000 Einwohner) deutlich zurückgegangen. Ein Vergleich zum ersten Gesundheitsbericht zeigt einen deutlichen Rückgang der Anteile von Herz-Kreislauf-Krankheiten (von 46 % auf 43 %) und Krebs (von 25 % auf 22 %) als Todesursache.

Unterschiedliche Todesursachen bei Männern und Frauen

Unter den einzelnen Todesursachen kommt der *Herzinfarkt* in Heidelberg, insbesondere bei den Männern (mit einem Anteil von knapp 10 % gegenüber 7 % bei Frauen) unter den Todesursachen, überdurchschnittlich häufig vor. Eine typisch männliche Todesursache ist auch *Lungenkrebs*, während *Schlaganfall* sowie *Diabetes* relativ oft bei Frauen zum Tod führen.

Umwelt als Gesundheitsfaktor

Hohe Umweltqualität insgesamt

Dass sich der größte Teil der Bevölkerung in Heidelberg wohl fühlt, liegt vermutlich auch an der *Umweltqualität*. Diese kommt in einer ansprechenden Umgebung, der Einbettung der Stadt in große und im Allgemeinen leicht erreichbare Freiflächen und den günstigen klimatischen Gegebenheiten zum Ausdruck.

Luftschadstoffe als Gesundheitsrisiken

Zu den gesundheitlichen Risiken gehören die immer noch bestehenden Luftbelastungen durch Stickoxide, Ozon, Benzol und Feinstaub.

Die Konzentration einiger dieser *Luftschadstoffe* überschreitet insbesondere an den Schwerpunkten des Straßenverkehrs die Richt- und Grenzwerte trotz des inzwischen erarbeiteten Luftreinhalteplans. Betroffen sind hier überwiegend Anwohner, die sich Wohnungen in schadstoffärmeren Gegenden nicht leisten können.

Verbesserte Raumluft in Gebäuden

In modernen Gesellschaften findet der größte Teil der Aktivitäten in *Innenräumen* statt. Daher sind für die menschliche Gesundheit Bau- und Ausbaumaterialien sowie Reinigungsmittel, welche die Raumluft beeinflussen können, von Bedeutung. Mögliche Folgen der Belastungen sind die insbesondere bei Kindern zunehmend wahrgenommenen allergischen Reaktionen sowie das so genannte Sick-building-Syndrom mit Kopfschmerzen, Atemwegsbeschwerden und grippeähnlichen Symptomen. Sanierungsmaßnahmen und Vorgaben zur Beschaffung sind darauf ausgerichtet, die Belastung der Raumluft in städtischen Gebäuden zu vermindern. Dieses Ziel verfolgte auch die an Heimwerker gerichtete Informationsaktion „Farbenfroh und nachhaltig“.

Hohe Belastung durch Verkehrslärm

Innerhalb des bebauten Gebietes von Heidelberg ist die Verkehrsbelastung so hoch, dass etwa ein Drittel der Bevölkerung nachts *Verkehrslärm* ausgesetzt ist, der über dem Grenzwert liegt. Der betroffene Bevölkerungsanteil ist doppelt so hoch wie derjenige von 16 % in Deutschland insgesamt (Dokumentation APUG 1999). Als Folgen dauerhaft erhöhter Lärmpegel wurden neben Hörschäden, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und einem erhöhten Blutdruck Herzinfarkte festgestellt. Besonders betroffen sind wie bei der Luftbelastung vor allem Bevölkerungsgruppen in benachteiligter sozioökonomischer Lage.

Gesundheit und Gesundheitsbelastungen in der Arbeitswelt

Die Arbeitssituation prägt einen erheblichen Teil des Lebens der Erwachsenen. Daher werden Befinden und Gesundheit sowohl durch Belas-

tungen am Arbeitsplatz als auch durch das Fehlen von Arbeit beeinflusst.

Verminderung traditioneller Arbeitsbelastungen

Untersuchungen und Umfragen bei Heidelberger Arbeitnehmern lassen im Vergleich zum ersten Gesundheitsbericht Verbesserungen bei den *Schadstoffbelastungen* und den *ergonomischen Beanspruchungen* am Arbeitsplatz erkennen. Diese Entwicklung hängt zu einem erheblichen Teil mit gezielten Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung zusammen. Damit lässt sich auch die ermittelte Reduktion der Fehlzeitenquote, insbesondere unter Arbeitern in der Stadtverwaltung, und der Rückgang berufsbedingter Erkrankungen bei bestimmten Handwerksberufen erklären (Stadt Heidelberg, Wirksamkeiten des Arbeitsschutzes 2004).

Zunahme von Zeitdruck und Stress

Dieser positiven Entwicklung steht freilich die Zunahme von *Stress und Zeitdruck* in der Arbeitswelt entgegen. Ein Zusammenhang mit der Steigerung der Anzahl psychischer und psychosomatischer Gesundheitsstörungen liegt nahe.

Erwerbslosigkeit als Risiko

Knapp 8 % der Heidelberger erwerbsfähigen Bevölkerung sind *arbeitslos*. Sie machen zusammen mit ihren Familien häufig über längere Zeiträume hinweg die deprimierende Erfahrung verminderter Wertschätzung durch sich selbst und die gesellschaftliche Umgebung. Auch diese Situation dürfte zu einem gewissen Teil die Häufung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in der Bevölkerung erklären. Betroffen von dieser Situation sind mit einem Anteil von bis zu 14 % überdurchschnittlich häufig Menschen in Stadtteilen im Süden und Westen der Stadt.

Infrastrukturelle Rahmenbedingungen

Ein Faktor für die Zufriedenheit der Menschen mit ihrer Stadt sind die infrastrukturellen Rahmenbedingungen. Dazu gehören Wohnung und Wohnumfeld, Spiel- und Erholungsmöglichkeiten, Einrichtungen zur Bildung, Betreuung und Förderung für Kinder, Jugendliche und Ältere.

Unterschiedlich hohe Wohnqualität

Dass sich mit 97 % der weitaus größte Teil der Heidelbergerinnen und Heidelberger in ihrer Stadt insgesamt wohl fühlt, hängt unter anderem auch mit der *Wohnqualität* und dem Wohnumfeld zusammen. Dieses zeichnet sich insgesamt dadurch aus, dass am Rand der bebauten Gebiete eine Vielzahl attraktiver Freiflächen (Wälder, Gärten und landwirtschaftliche Flächen) zur Verfügung stehen.

In den südlichen und westlichen *Stadtteilen*, ist allerdings der Anteil der Personen, die sich wohl fühlen, mit 88 % deutlich geringer. Dort ist die durchschnittliche Wohnfläche pro Bewohner geringer und die Zahl der Sozial- und Notwohnungen höher.

Vielfach kurze Wege im Alltag

Das *Angebot für den alltäglichen Bedarf* ist für den größten Teil der Bevölkerung (87 %) auf Grund der relativ hohen Bevölkerungsdichte innerhalb der bebauten Gebiete auf kurzen Wegen erreichbar. Die dafür notwendigen Wege können damit weitgehend zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückgelegt werden. Sofern Mobilitätseinschränkungen infolge höheren Alters oder von Behinderungen bestehen, gibt es einen Lieferservice durch Einzelhandelsbetriebe.

Breites Angebot für Erholung, Bewegung, Spiel und Sport

Im allgemeinen wird im modernen Alltag die körperliche Leistungsfähigkeit zu wenig herausgefordert. Dieser Entwicklung wird in Heidelberg durch die Förderung des Fuß- und Fahrradverkehrs sowie durch die Bereitstellung einer Vielzahl von *Spiel- und Sportflächen* entgegenge-

steuert. Nach der Öffnung von Schulhöfen als Spielflächen, der Einrichtung von Spielstraßen in den Stadtteilen und der Gestaltung naturnaher Spielplätze stehen den Kindern attraktive Flächen zur Bewegung zur Verfügung.

Hoch entwickeltes Angebot zur Kinderbetreuung

Das Angebot an Einrichtungen zur *Betreuung, Erziehung und Bildung der Kinder* vom jüngsten Lebensalter an wurde intensiv weiter entwickelt und ist inzwischen weit überdurchschnittlich ausgebaut. Dieses kommt dem Bedarf der Bevölkerung entgegen, in der ein relativ hoher und wachsender Anteil von allein Erziehenden für die Kinder verantwortlich ist. Durch die Doppelbelastung für Kinder, Familie und Beruf entstehen in der Regel Zeitdruck und Stress – dem wird durch die Angebote entgegengesteuert.

Ausgebaute Angebote zur Förderung von Schülern

Am Bedarf der Eltern und Kinder orientiert ist auch der Ausbau der Ganztageschule, der Halbtagsbetreuung von Grundschulern in der so genannten „Verlässlichen Grundschule“ und der Schülerhorte. In diesen Einrichtungen wird den Kindern ein qualifiziertes Essensangebot zur Verfügung gestellt. Die an den Haupt- und Förderschulen tätigen Schulsozialarbeiter und die Jugendberufshilfe unterstützen Jugendliche in schwieriger Lebenslage bei der Entwicklung von Perspektiven.

Unterstützung des Bürgerschaftlichen Engagements

Ein erheblicher Teil des sozialen Lebens in einer Kommune beruht auf dem freiwilligen Engagement ihrer Bürgerinnen und Bürger innerhalb von Initiativen, Verbänden und Vereinigungen. Zur Förderung und zur adäquaten Zuordnung des Engagements entstand 1997 die „Freiwilligenbörse“. Sie arbeitet inzwischen mit über 120 Einrichtungen und Organisationen zusammen und wird seit 2002 aktiv von der Stadt unterstützt.

Förderprogramm für die Lebensqualität im Alter

In einer alternden Gesellschaft werden Angebote zur Erhaltung und Förderung der *Lebensqualität und Gesundheit der Senioren* immer wichtiger. In Heidelberg wurde seit 1990 ein inzwischen flächendeckend verfügbares Netz von 10 Seniorenzentren eingerichtet und sukzessive ausgebaut. Hier gibt es ein tägliches Angebot der Weiterbildung, Geselligkeit, Versorgung, Information und Beratung. Ihr Ziel ist es, Mobilität, Aktivität, Selbständigkeit und Zufriedenheit der alternden Menschen solange wie möglich zu erhalten. Dieses Ziel wird nicht zuletzt durch Selbsthilfe und freiwilliges Engagement von Seiten der Bürgerinnen und Bürger ermöglicht. Wenn die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung eingeschränkt ist, stehen Nachbarschaftshilfen, Mobile Soziale Dienste und Sozialstationen zur Verfügung. Schließlich werden 231 Betreute Wohnungen angeboten, die etwa die Hälfte des bestehenden Bedarfs abdecken.

Alltagskultur als Grundlage der Gesundheit

Der gegenwärtige und auch der zukünftige Gesundheitszustand der Bevölkerung wird ganz wesentlich durch Elemente der Alltagskultur beeinflusst. Dazu gehören Ess- und Trinkgewohnheiten, Art und Intensität körperlicher Aktivitäten, Einnahme von Genuss-, Sucht- und Arzneimitteln sowie der Umgang mit der zur Verfügung stehenden Zeit.

Übergewicht als Ergebnis veränderter Essgewohnheiten

Der tägliche Zeitaufwand für *Essen und Trinken* unterscheidet sich einer Befragung von Schülern und Erwachsenen zufolge deutlich: die geringere Zeit bei den Kindern und Jugendlichen deutet auf einen Trend hin zur „Fast-Food-Kultur“ (Stadt Heidelberg, Zeitkompetenz und Schule 2003). Kehrseite davon ist die durch die Eltern konstatierte Zunahme des Anteils *Übergewichtiger* unter den Kindern mit zunehmendem Lebensalter. Jedoch auch unter den erwachsenen Bürgerinnen und Bürgern ist mit 10 % starkes Übergewicht (Adipositas) weit ver-

breitet (Schönberger 2004, Schulze u. a. 2001). Angesichts erheblicher Risiken für Folgeerkrankungen, wie Bluthochdruck, Diabetes, Schlaganfall und Muskel- und Skeletterkrankungen ist dieser Sachverhalt bedenklich.

Gesünderes Essen in Heidelberg

Im nationalen Vergleich essen allerdings die Heidelberger Bürgerinnen und Bürger gesünder. Sie essen überdurchschnittlich viel Obst und Gemüse, dagegen weniger Fleisch, Fleischprodukte und Eier (Schulze u. a. 2001).

Als Gegengewicht zu einer nicht durchweg gesundheitsverträglichen Ernährung im Alltag der Kinder gibt es neben der *Ernährungserziehung* eine Vielzahl von Angeboten in Kindertagesstätten und Schulen. Um Zeit für eine Esskultur zu gewinnen, werden in vielen Schulen die Ess- und Spielpausen getrennt, zum regelmäßigen Trinken von Wasser regt das Grundschulprojekt „Trink dich fit und schlau!“ an, eigene Frühstücksräume laden zum Verweilen ein und das Essensangebot in Kindertagesstätten, Horten und in der „Verlässlichen Grundschule“ ist entsprechend Grundsätzen der Ernährungswissenschaften zusammengestellt.

Tägliches Bewegungsdefizit

Der alltägliche und für Gesundheit und Wohlbefinden problematische *Bewegungsmangel* beginnt bereits in der Kindheit. Darauf weisen die relativ häufigen *motorischen Störungen* der Kleinkinder, insbesondere der Jungen, hin. Er setzt sich auf den Wegen zur und von der Schule, der Ausbildungs- und Arbeitsstelle fort. Nur ein knappes Viertel von 1.440 im Jahr 2004 befragten Heidelberger Schülerinnen und Schülern fährt täglich mit dem Fahrrad zur Schule, und ein Achtel geht dorthin zu Fuß. In Bonn sind die entsprechenden Ergebnisse einer dortigen Befragung mit 44 % und 22 % fast doppelt so hoch (www.adfc-bonn.de). Die meisten nutzen das Angebot des öffentlichen Nahverkehrs und eine kleine Gruppe von 8 % der Heidelberger Befragten wird mit dem Auto zur Schule gebracht (ADFC Heidelberg 2004).

Es ist zu vermuten, dass die Anteile der Fußgänger und Radfahrer unter den Beschäftigten auf

dem Weg zur Arbeit noch weit geringer als unter den Schülern ist.

Zunehmende sportliche Betätigung

Sportliche Aktivitäten können das Bewegungsdefizit teilweise ausgleichen. Innerhalb des umfangreichen Angebotes von Seiten der Vereine, der Erwachsenenbildung und der kommerziellen Anbieter gewinnen Gesundheit und Fitness an Bedeutung. Befragungen zu den regelmäßigen sportlichen Aktivitäten zeigen einen hohen Zeiteinsatz hierfür. Bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stadtverwaltung nahm dieser im Vergleich zum ersten Gesundheitsbericht deutlich zu: 61 % von ihnen geben an, in der Woche mindestens 2 Stunden Sport zu treiben. Allerdings gibt es nach wie vor bemerkenswert große Gruppen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die sportlich eher abstinenter sind. Ihre Anzahl scheint allerdings zumindest bei Erwachsenen abzunehmen, wie die Befragungsergebnisse in der Stadtverwaltung zeigen.

Hoher Alkoholkonsum

Unter den konsumierten Genussmitteln spielt der *Alkohol* in Heidelberg eine im nationalen Vergleich überdurchschnittlich große Rolle; dies gilt insbesondere für den Weinkonsum (Schulze u. a. 2001). Dies ist insbesondere wegen des sehr hohen Anteils des Alkohols unter den Ursachen schwerer Verkehrsunfällen und der alkoholbedingten sozialen Probleme bedenklich.

Niedriger Raucheranteil

Der immer frühere Beginn der Kinder mit dem *Rauchen* stellt ein erhebliches gesundheitliches Problem dar. Besonders beteiligt daran sind Hauptschüler und zunehmend Mädchen. Der im regionalen Vergleich relativ niedrige Anteil des Lungenkrebs unter den Todesursachen lässt allerdings den Schluss auf einen relativ niedrigen Raucheranteil in der Heidelberger Gesamtbevölkerung zu. Dieser kann auch durch ein nichtraucherfreundliches Klima gesteigert werden: darauf deutet die Erhöhung des Anteils der Ex-Raucher in der Stadtverwaltung hin.

Rückgang des Drogenkonsums

Bemerkenswert ist der Rückgang des Konsums illegaler, und insbesondere harter *Drogen*. Er dürfte mit den intensiven Anstrengungen der Suchtprophylaxe, insbesondere in den Schulen, sowie mit dem vielfältigen Aktivitätsangebot von Vereinen und Initiativen für Kinder und Jugendliche zusammenhängen.

Hektischer Lebensstil

Beobachtungen und die Ergebnisse von Befragungen deuten darauf hin, dass viele Verhaltensmuster durch eine *Kultur der Zeitverknappung* im Alltag beeinflusst sind (Stadt Heidelberg, Zeitkompetenz und Schule 2003). Sie wird im Wesentlichen durch die effizienzorientierte moderne Wirtschaft bestimmt und unterlegt die gesamte Lebenswelt dem Zeitdruck. Er verursacht einen hektischen Lebensstil, Stress, Schuldgefühle, Ängste und Depressionen und kann sich auf lange Sicht auf die körperliche Gesundheit schädigend auswirken. Auch in Heidelberg versuchen viele Bürgerinnen und Bürger dieser Entwicklung durch Stressbewältigung und Entspannung entgegenzusteuern. Dafür entwickelte sich ein wachsendes Angebot, insbesondere in den Einrichtungen der Erwachsenenbildung.

Gesundheitsschutz durch Vorsorge

Damit Kinder vor gravierenden Erkrankungen und Entwicklungsstörungen geschützt werden, gibt es Früherkennungsuntersuchungen und Schutzimpfungen. Auf Grund der Freiwilligkeit ist die *Teilnahme* teilweise noch unzulänglich – mit potentiell erheblichen gesundheitlichen Langzeitfolgen.

Unzulängliche Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen

Eine Analyse der – insgesamt gegenüber dem ersten Gesundheitsbericht kaum veränderten – Beteiligung an dem Vorsorgeprogramm für Kinder zeigt, dass die beiden letzten der 9 Untersuchungen mit einer Quote von 84 % deutlich weniger in Anspruch genommen werden als die vorangehenden; hier liegt die Inan-

spruchnahme nahe bei 100 %. Vor allem ausländische Kinder werden von ihren Eltern mit einer Teilnahmequote von etwa 70 % relativ selten zu dieser Untersuchung gebracht. Dies kann zu verhängnisvollen Folgen für die weitere Entwicklung dieser Kinder führen, da in dieser Untersuchung auch der sprachliche, psychosoziale und mentale Entwicklungsstand untersucht und bei entsprechenden Defiziten Fördermaßnahmen und Therapien eingeleitet werden.

Unvollständiger Impfschutz

Bei schwerwiegenden Infektionskrankheiten, wie Polio, Tetanus und Diphtherie besteht wie bereits 1993 trotz der etwas geringeren Beteiligung ausländischer Kinder mit Quoten zwischen 96 % und 98 % ein *ausreichender Impfschutz*. Demgegenüber bestehen bei Masern, Mumps und Röteln trotz gezielter Aktionen noch erhebliche Lücken.

Einrichtungen der Gesundheitsversorgung

Zunahme der Fachärztezahlen

Bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen steht den Heidelberger Bürgerinnen und Bürgern ein umfangreiches und ausdifferenziertes Angebot zur Therapie zur Verfügung. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte stieg seit 1994 um 11 % auf mehr als 500 und die der Zahnärzte um 16 % auf 150. Während die Anzahl der Allgemeinmediziner und der Kinderärzte abnahm, gibt es inzwischen deutlich mehr Spezialisten, und zwar insbesondere Chirurgen, Anästhesisten und Psychiater.

Unterschiede in der hohen Arztdichte

Die insgesamt vergleichsweise sehr *hohe Arztdichte* ist in der Innenstadt sowie in den nördlichen und östlichen Stadtteilen am höchsten. Dies gilt insbesondere für die Fachärzte einschließlich der Kinderärzte. Die Dichte ist in den südlichen und westlichen Stadtteilen, in denen soziale Probleme relativ häufig sind, am niedrigsten. Immerhin verbesserte sich hier in den vergangenen 10 Jahren das Angebot der primärmedizinischen Versorgung. Dort besteht

auch ein relativ umfassendes Angebot an nicht-ärztlichen Einrichtungen der Gesundheitssicherung, wie z. B. Praxen von Physiotherapeuten, Logopäden und Heilpraktikern oder Apotheken und Optikergeschäften.

Neue Akzente und Vernetzung in der Gesundheitsversorgung

In Folge der kürzeren Verweildauer konnte die *Zahl der Klinikbetten* vermindert werden. Bemerkenswert ist die zunehmende Beachtung psychosozialer Aspekte in der stationären Versorgung. Hinzu kommt die in Angriff genommene Vernetzung stationärer, ambulanter, physiotherapeutischer und pflegerischer Versorgung, beispielsweise im Schlaganfall-Netzwerk oder im ambulanten palliativ-medizinischen Netzwerk.

Präventive Orientierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Das Versorgungsangebot wird durch ambulante Pflegedienste und durch ein weithin präventiv orientiertes Leistungsangebot des *Gesundheitsamtes* ergänzt. Dazu gehören Umwelthygiene und die Förderung der Gesundheit in den Schulen.

Weiterentwicklung der Selbsthilfe zu einem Träger der Gesundheitssicherung

Einen zunehmend wichtigen Beitrag zur Erhaltung und Förderung leisten die *Selbsthilfegruppen*. Die Anzahl der Gruppen, die sich mit chronischen Krankheiten und psychosozialen Problemen befassen, nahm seit dem letzten Gesundheitsbericht auf mehr als 300 zu. Ihre Existenz spiegelt sowohl Veränderungen im Krankheitspanorama moderner Gesellschaften, nicht nur in Heidelberg, als auch die Grenzen der Leistungsfähigkeit des Versorgungssystems wider. Die Unterstützung der Arbeit dieser Gruppen sowie des koordinierenden Selbsthilfebüros durch Krankenkassen und Kommune sowie die Zusammenarbeit mit ihnen durch die Ärzte sind ein wichtiger Beitrag zur Aktivierung der Bürgerinnen und Bürger, zum sozialen Zusammenhalt und zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit.

Gesunde Stadt durch Gesundheitsförderung

Der „Stadtentwicklungsplan Heidelberg 2010“ (STEP) erklärt zum Ziel der Kommunalpolitik, „gesundheitsfördernde Lebenswelten (zu) schaffen.“ Dies geschieht zum einen durch dezidierte Maßnahmen, Aktionen und Projekte der städtischen Gesundheitsförderung einschließlich der Gesundheitsberichterstattung, darüber hinaus insbesondere durch politische Entscheidungen mit gesundheitsbezogenen Akzentsetzungen.

Wege zur Bürgerbeteiligung

Gesundheit geht alle an; daher beruht Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta auf der Beteiligung möglichst vieler Bürgerinnen und Bürger und der Einbindung unterschiedlicher gesellschaftlicher Sektoren. Als Mittel dafür wurden Gremien, Workshops, Projektgruppen, Runde Tische und Foren ins Leben gerufen. Die hier geleistete Zusammenarbeit wird durch den städtischen Bereich Gesundheitsförderung in Abstimmung mit der Verwaltungsspitze koordiniert. Sie trägt dazu bei, dass unterschiedliche Akteure aus der Verwaltung, von Jugendorganisationen, Handwerksbetrieben, Umweltverbänden, Betrieben oder Schulen „gesundheitsfördernde Gemeinschaftsaktionen“ (STEP) und Projekte zu Stande bringen.

Gesundheitsforen

Die 12 bisher durchgeführten *Gesundheitsforen* sowie die beiden vorangehenden Aktionen waren öffentliche und ergebnisorientierte Veranstaltungen zur Auseinandersetzung mit aktuellen Schwerpunktproblemen. Die Themen:

- „Umwelt und Gesundheit“,
- „Das gesunde Büro“,
- „Gesündere Kindheit“,
- „Lebensqualität im Alter“,
- „Arbeit und Gesundheit“,
- „Zeit in der gesunden Stadt“,
- „Leben mit Behinderungen“,
- „Bewegtes Heidelberg“ und
- „UnerHört!“

wurden in den vorbereitenden Gremien gemeinsam diskutiert und ausgewählt.

Vernetzung der Akteure und Impulse für Maßnahmen und Projekte

Die Foren verstärkten die *Vernetzung* der verschiedenen Akteure der Gesundheitsförderung. Von den Foren gingen darüber hinaus viele wichtige *Impulse und Anregungen* aus. Hier wurde z. B. die Einführung von Kinderbeauftragten in den Stadtteilen vorgeschlagen, es wurden Befragungen zur Lebensqualität im Alter oder zum Umgang mit der täglichen Zeit angeregt, Fortbildungen und Fachtagungen geplant, Projekte initiiert sowie Regeln, wie die Trennung von Ess- und Spielpausen in Schulen entwickelt.

Projekte der Gesundheitsförderung

Die einzelnen Projekte der Gesundheitsförderung orientieren sich an der Ottawa-Charta der WHO.

- Durch alle Projekte zieht sich als Querschnittsaufgabe die Förderung der *Chancengleichheit*. Besonders deutlich wird dies in Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung bei gewerblichen Arbeitnehmern und in Ernährungs- und Bewegungsaktionen in Einrichtungen für sozial benachteiligte Kinder.
- Ihre Planung und Durchführung beruht ebenso wie diejenige der Foren auf der *Beteiligung* von Bürgerinnen und Bürgern.
- Die Beteiligung wird durch *Gemeinschaftsaktionen* mit Event-Charakter, wie z. B. die jährliche Aktion „Lebendiger Neckar“ zur Förderung eines umweltverträglichen Verkehrsverhaltens angeregt.
- Durch aktivierende Befragungen und Arbeitskreise geben sie Anstöße zum *Engagement* zur Realisierung der Projektziele.
- Informationsveranstaltungen, Tagungen und Netzwerke, wie z. B. das Schlaganfall-Netzwerk, fördern *Kompetenz* und Motivation im Sinne der Gesundheitsförderung.
- Wichtige Projekte zielen auf *Schutzmaßnahmen*, unter anderem vor Schadstoffen in Innenräumen oder am Arbeitsplatz ab.

- Andere richten sich auf die *Organisationsentwicklung* aus. Dazu gehört die „Mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur“ in der Stadtverwaltung.
- Die Lebensqualität und die gesunde *Entwicklung der Kinder* ist Ziel des Schulprojekts „Trink dich fit und schlau!“
- ökologisch und ergonomisch ausgerichtete Beschaffung von Möbeln, Geräten, Fahrzeugen und Arbeitsmitteln,
- eine an den Bedürfnissen schwächerer Verkehrsteilnehmer und belasteter Anwohner orientierte Verkehrspolitik oder
- eine bürgernahe, ökologische und flächenschonende Stadtentwicklung.

Resonanz und Effektivität der Gesundheitsförderung

Die Projekte führten zum Teil zu spürbaren *Erfolgen*. 4 Jahre nach dem Start des Projekts „Rauchfrei genießen“ stieg die Anzahl der Gaststätten mit Nichtraucherbereichen auf 74 und somit das Dreifache, die Fehlzeitenquote bei Arbeitern der Stadtverwaltung ging nach Maßnahmen der Gesundheitsförderung deutlich, und zwar um 21 % zurück und die Arbeitsunfähigkeitsquote bei Friseuren auf Grund von Hautkrankheiten sank nach den Maßnahmen des Umwelt- und Gesundheitsschutzes im Projekt „Friseur und Umwelt“ auf ein Zehntel des Wertes vor dem Projekt.

Gesundheitsfördernde Orientierung der Kommunalpolitik

Jenseits der unmittelbar an der Gesundheitsförderung orientierten Aktivitäten im Rahmen des Projekts „Gesunde Stadt“ wirkt sich die im „Stadtentwicklungsplan Heidelberg 2010“ festgelegte *Ausrichtung der Kommunalpolitik* an Gesundheit und Nachhaltigkeit in den verschiedensten Entscheidungen und Maßnahmen aus. Auch ohne direkten Bezug zur städtischen Gesundheitsförderung tragen sie durch ihre grundlegende Orientierung dennoch zur Verwirklichung einer „Gesunden Stadt“ bei. Dies geschieht unter anderem durch

- die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Frauen, Kindern, Älteren in den Entscheidungen,
- Fördermaßnahmen für benachteiligte Jugendliche,
- eine bürgerfreundliche und offene Gestaltung des Verwaltungshandelns,
- Maßnahmen zum Schutz vor den Einwirkungen von Schadstoffen,

Weiterentwicklung und zukünftige Schwerpunkte der Gesundheitsförderung

Verbesserungen bei Lebensbedingungen, Verhaltensweisen und Gesundheitsindikatoren

Eine Bilanzierung der Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der gesamten Kommunalpolitik durch die Gesundheitsberichterstattung zeigt, dass in den vergangenen Jahren Entwicklungen hin zu einer *Verbesserung der Lebensverhältnisse* und zu einer an der Gesundheit orientierten *Alltagskultur* in die Wege geleitet werden konnten. Gleichzeitig verbesserte sich auch eine Reihe von *Gesundheitsindikatoren* erheblich.

Weitere Prozesse der Gesundheitsförderung

Auf Grund des sozialen Wandels und immer neuer Einflüsse auf das Verhalten der Menschen, z. B. durch Werbung und Konsumangebote, lässt sich der erreichte Status jedoch nur aufrechterhalten, wenn der Prozess der Gesundheitsförderung weitergeführt und an die sich ändernden Verhältnisse angepasst wird. Dies setzt voraus, dass die dezidierte Orientierung der Kommunalpolitik an der Gesundheitsförderung bestehen bleibt.

Warnzeichen als Orientierungshilfen

Orientierungshilfen für die zukünftige Ausrichtung der Gesundheitsförderung ergeben sich aus der Gesundheitsberichtsberichterstattung.

Dazu gehören folgende Indikatoren und *Warnzeichen*:

- als häufige Todesursachen bei Männern Herzinfarkt und Lungenkrebs, bei Frauen Schlaganfall und Diabetes,
- unter den Krankheiten die zunehmenden Depressionen und anderen psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere bei Frauen,
- die unterschiedliche Verteilung der Krankheitshäufigkeit auf Grund der sozialen Lage und von Arbeitsbedingungen,
- die Zunahme von Allergien, Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen bei Kindern,
- die Häufigkeit von motorischen Störungen bei Kindern, insbesondere bei Jungen und
- die Zunahme des Übergewichts bei Kindern und Erwachsenen.

Parallel dazu werden folgende negative Entwicklungen in der *Lebenswelt* der Menschen in Heidelberg sichtbar:

- Zeitdruck und Stress in der Arbeitswelt nehmen zu.
- Dies wird verstärkt durch die vielfach ungesicherten Beschäftigungsverhältnisse.
- Fehlende Zeiten für (gemeinsame) Mahlzeiten, Sport und Bewegung, bürgerschaftliches Engagement und Erholung werden von dem Großteil befragter Bürgerinnen und Bürgern beklagt.
- Ein Drittel der Heidelberger Bevölkerung ist erhöhtem Verkehrslärm ausgesetzt.

- Ein zunehmender Teil der Familien befinden sich in prekären Lebenslagen, z. B. auf Grund der Führung durch nur ein Elternteil.
- In einigen Bevölkerungsgruppen, Stadtteilen und Quartieren häufen sich soziale, psychische und gesundheitliche Probleme.
- Die Verteilung der Angebote der Infrastruktur, insbesondere auf dem Gebiet der ambulanten Gesundheitsversorgung, entspricht nach wie vor nicht überall dem Bedarf.

Gemeinsames Handeln auf Grund vorliegender Daten

Mit den Daten und Analysen des vorliegenden Gesundheitsberichtes wird ein wesentlicher Beitrag dazu geleistet, dass durch zielgenaues und gemeinsames Handeln die Prozesse der Gesundheitsförderung weitergeführt werden und in der richtigen Richtung verlaufen. Entsprechend dem Konzept der Ottawa-Charta der WHO sind öffentliche Diskussionen, Runde Tische, Foren und Konferenzen unter Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern und von Experten dazu geeignet, die vorliegenden Ergebnisse richtig zu interpretieren und daraus geeignete Handlungskonsequenzen zu ziehen.

Dies ist darüber hinaus und an vorderster Stelle auch Aufgabe der Kommunalpolitik und der Verwaltung.

Glossar

Adipositas	Starkes Übergewicht (siehe Body Maß Index)
Agenda 21	Aktionsprogramm für eine nachhaltige Entwicklung für das 21. Jahrhundert, beschlossen auf der Konferenz der UN für Umwelt und Entwicklung (1992 in Rio de Janeiro)
Ambulante Versorgung	Versorgung von Kranken durch niedergelassene Leistungsanbieter (z. B. niedergelassene Ärzte, Sozialstationen)
Arbeitsunfähigkeit (AU)	Durch ärztliches Attest festgestellte, auf einer definierten Erkrankung beruhender und befristeter Zustand, der daran hindert, einer Erwerbsarbeit nachzugehen
Arztdichte	Anzahl der Einwohner pro Arzt in einem Bezirk
Befindlichkeitsstörung	Leichtere gesundheitliche Beeinträchtigung, ohne festgestellte Arbeitsunfähigkeit (z. B. Kopfschmerzen, Unwohlsein)
Berufskrankheiten (BK)	Von offiziellen Stellen definierte Krankheiten, die mit bestimmten beruflichen Belastungen zusammenhängen (z. B. Lärmschwerhörigkeit). 67 Berufskrankheiten sind in die BK-Liste aufgenommen.
BimSchV	Bundesimmissionsschutzverordnung. Regelt durch die Festlegung von Grenzwerten die zugelassene Konzentration von Schadstoffen
Biozid	Chemische Substanz, geeignet zur Vernichtung unerwünschter Lebewesen, z. B. von Bakterien, Pilzen, Pflanzen, Insekten
Body Maß Index (BMI)	Körpergewicht in Kilogramm, geteilt durch das Quadrat der Körpergröße in Meter (Untergewicht: BMI unter 18; Normalgewicht: BMI 18 - 25; Übergewicht: BMI ab 25; Adipositas: starkes behandlungsbedürftiges Übergewicht BMI ab 30)
dB (A)	Dezibel: Messwert für Schall
Dichtezipfer	siehe Arztdichte
Emissionen	Schadstoffe, die von einer Schadquelle (z. B. Kamin) abgegeben werden
EPIC-Studie	Europäische Studie über ernährungsbedingte Krebserkrankungen
Epidemiologie	Forschungsbereich, das Zusammenhänge zwischen Gesundheitsrisiken (Belastung, Exposition) und gesundheitlichen Veränderungen (Erkrankungen, Befindlichkeitsstörungen, Todesursachen) in definierten Bevölkerungsgruppen untersucht und bewertet
Früherkennungsuntersuchungen	Untersuchungen auf Krankheitszeichen in einem beschwerdelosen Frühstadium (z. B. bei Kindern; hinsichtlich bestimmter Krebsarten)

Gesundheitsförderung	Durch ein Bündel von Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen wird versucht, die Bedingungen für die Gesundheit zu verbessern. Diese Maßnahmen sind darauf ausgerichtet, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und ihre Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Sie ist eine übergreifende Aufgabe der Gesundheits-, Umwelt- und Sozialpolitik unter Beteiligung der Öffentlichkeit.
Gesundheitsverhalten	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (z. B. Ernährung, Bewegung, Arbeits- und Freizeitverhalten) als Elemente sozialen Handelns, in Verbindung mit Normen und Werten. Diese Verhaltensweisen werden beeinflusst durch Wissen, Einstellungen, Motive und Barrieren.
Grenzwerte	In einem wissenschaftlich-politischen Prozess definierter und rechtsverbindlicher Wert einer Stoffkonzentration, von dem an bestimmte Maßnahmen (z. B. Nutzungsverbote) eintreten. Grundlage für die Festlegung sind in wissenschaftlichen Untersuchungen ermittelte Kausalzusammenhänge zwischen bestimmten Einwirkungen (z. B. durch Schadstoffe) und Erkrankungen.
Grundwasser	Im Boden versickertes, an wasserundurchlässigen Schichten gesammeltes Niederschlagswasser. Es dient als Rohwasser für den größten Teil des Trinkwassers.
Immissionen	Summe der in der Luft an einem bestimmten Bezugspunkt enthaltenen Schadstoffe
Inversion	Umkehrung – beim Wetter: eine Situation, bei der wärmere Luftschichten kältere, bodennahe Luftschichten überlagern. Häufig im Winter
LAI	Länderausschuss für Immissionsschutz. Fachkundiges Gremium aller für den Immissionsschutz zuständigen obersten Behörden des Bundes und der Länder.
Latenzzeit	Stille Periode zwischen der Einwirkung eines Stoffes (z. B. Asbest) und der Auswirkung (z. B. Krebserkrankung). In dieser Periode können geringgradige Veränderungen (z. B. Befindlichkeitsstörungen) auftreten. Diese können unter Umständen in Früherkennungsuntersuchungen entdeckt werden.
Lebensweise	Verhaltensmuster einer Bevölkerungsgruppe, die durch soziale, politische und kulturelle Lebensbedingungen beeinflusst wird.
Morbidität	Erkrankungshäufigkeit einer Bevölkerung oder einer Bevölkerungsgruppe. Wegen der unvollständigen Erfassung von Krankheiten (z. B. in den Arbeitsunfähigkeitsstatistiken) sind genaue Morbiditätsangaben kaum möglich.
Mortalität	Sterblichkeit. Verhältnis der Zahl der Todesfälle zur Zahl der Gesamtbevölkerung in einem bestimmten Zeitraum
Multiple chemische Sensibilität (MCS)	Erworbene Überempfindlichkeit gegenüber zahlreichen Chemikalien. Dabei ruft ein bestimmter Schadstoff nicht bei allen Erkrankten die gleiche Reaktion hervor.

Ottawa-Charta	Charta, die auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa 1986 beschlossen wurde. Sie ist die inhaltliche Grundlage für das Netzwerk der Gesunden Städte. Sie beschreibt als Handlungsfelder der Gesundheitsförderung: ➤ die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, ➤ die Schaffung unterstützender Umwelten für die Gesundheit, ➤ die Entwicklung von Kompetenzen der Menschen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit ➤ die Stärkung sozialer Netzwerke, ➤ die Verbesserung des Zugangs zu den Angeboten und Diensten der Gesundheitsversorgung.
Passivrauchen	Durch Nichtraucher (z. B. Kinder) vor allem in Innenräumen inhalierter Tabakrauch
Prävalenz	Häufigkeit von Fällen (insbesondere von Krankheiten) zu einem bestimmten Zeitpunkt, bezogen auf die Einwohnerzahl
Prävention	Maßnahmen zur Vorbeugung, insbesondere von Krankheiten. a) primäre Prävention: Vorbeugung durch Zuführung lebenswichtiger Stoffe, durch Vermeidung von Krankheitsrisiken und durch Hygienemaßnahmen. Bei der primären Prävention wird versucht, individuelle Verhaltensweisen sowie die soziale Umwelt zu beeinflussen. b) sekundäre Prävention: Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung in einem beschwerdelosen Frühstadium (Früherkennung)
Primärmedizinische Versorgung	Erste Anlaufstelle im ambulanten System der Gesundheitsversorgung. Im allgemeinen gehören dazu: Allgemeinärzte, Internisten, Gynäkologen, Kinderärzte
Prophylaxe	siehe Prävention
Psychosoziale Versorgung	Gesundheitsversorgung bei psychischen und sozial bedingten Problemen durch Psychiater, Psychotherapeuten und klinische Psychologen
Richtwerte	Anhaltswerte für die Verwaltung bei Maßnahmen zum Gesundheitsschutz. Im Gegensatz zum Grenzwert ohne Rechtsverbindlichkeit.
Risikofaktor	Umstand und Faktor, dessen Vorhandensein mit einer höheren Wahrscheinlichkeit verbunden ist, eine bestimmte Krankheit zu erleiden
Sick-Building-Syndrom	Gruppe von gesundheitlichen Beeinträchtigungen (z. B. Kopfschmerzen, grippeähnliche Symptome) in Verbindungen mit Belastungen durch die Raumluft, insbesondere in Gebäuden mit Klimaanlage
Sommersmog	Photochemischer Smog, bestehend aus hohen Ozonkonzentrationen durch NO _x -Emissionen (Autoverkehr) bei starker Sonneneinstrahlung im Sommer

Soziale Lage	Individuen oder Gruppen befinden sich in einer bestimmten Lage innerhalb einer gesellschaftlichen Schicht. Diese wird weithin durch Einkommen, Berufsstatus, Bildungsstand, Prestige bestimmt und kann Lebensweisen und Gesundheitszustand beeinflussen
Stadtteil, Stadtviertel, Stadtbezirk	Die Stadt Heidelberg ist in 14 Stadtteile, und diese wiederum in Stadtviertel untergliedert. Geographische, historische und soziale Gesichtspunkte legen eine Zusammenfassung der Stadtteile in vier Stadtbezirke (Innenstadt, Nord/Ost, Süd, West) nahe
Stationäre Versorgung	Versorgung von Kranken in stationären Einrichtungen, insbesondere in Krankenhäusern
Trinkwasser	das von den Wasserversorgungsunternehmen zur Verfügung gestellte, entsprechend der Trinkwasserverordnung (meist aus Grundwasser oder Quellwasser gewonnene) aufbereitete Wasser
VJ	Versichertenjahre
Vorbeugung	Siehe unter Prävention
WHO	Weltgesundheitsorganisation, Unterorganisation der Vereinten Nationen (UN). Sitz in Genf. Sitz der Europäischen Region: Kopenhagen
Wintersmog	entsteht im Allgemeinen bei Inversionswetterlage im Winterhalbjahr bei Verbrennung schwefelhaltiger Brennstoffe

Abkürzungen

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AU	Arbeitsunfähigkeit
BK	Berufskrankheit
BMI	Body Mass Index
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
DMF-T	Index für den Zustand des Gebisses (decayed= kariös; missing=fehlend; filled=gefüllt, plombiert; teeth=Zähne)
ICD	International Classification of Diseases
IKK	Innungskrankenkasse
LfU	Landesanstalt für Umweltschutz Baden-Württemberg, Karlsruhe
LGA	Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart
PAK	Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe
PCB	Polychlorierte Biphenyle
PCP	Pentachlorphenol
RKI	Robert-Koch-Institut, Berlin
SRH	Stiftung Rehabilitation Heidelberg
TK	Techniker Krankenkasse
UMEG	Gesellschaft für Umweltmessung und Umwelterhebung, Karlsruhe
VZ	Volkszählung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Literatur

ADFC Heidelberg (2004): Sicherer Schulweg mit dem Fahrrad

Barth, S. u. a. (2002): Depressive Störungen im mittleren und höheren Lebensalter: In: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 23, 141 - 158

Bezirksamt Hohenschönhausen von Berlin (2000): Ungleiche Gesundheit in Berlin

Bornhäuser, A, Pötschke-Langer, M (2003): Passivrauchende Kinder in Deutschland, DKFZ Heidelberg

Brandenburg, A. (1997): Ohne eine angemessene Infrastruktur hat die kommunale Gesundheitsförderung keine Zukunft. In: Heinemann, H. (Hrsg.): Die Ottawa-Frage, Frankfurt

Brecht, N. (2003): Eine Untersuchung von Zu- und Abgängen von Sportvereinen. Masterarbeit Universität Heidelberg

Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz, Robert-Koch-Institut, Umweltbundesamt (1999): Dokumentation zum Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit, Bonn

Bundesministerium für Gesundheit (2002): Statistisches Taschenbuch Gesundheit, Bonn

Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Umwelt (1999): Dokumentation zum Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit (APUG)

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2000): Ernährungsbericht 2000, Frankfurt

Deutscher Bundestag, DS 15/2300 (2002): Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2002, Berlin

Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) (2004): Tabakprävention vor Ort – Dokumentation

Frentzel-Beyme, R. (2002): Woher die Aufregung? – Indizien und Befürchtungen zu den Folgen hochfrequenter Radiowellen. In: Umwelt-Medizin-Gesellschaft, 15, 146 - 153

Füller, A. (1998): Infrastruktur und Gesundheitsversorgung. In: Stadt Heidelberg (Hrsg.): Heidelberg – Gesunde Stadt. Fachgespräch zum Gesundheitsbericht. Dokumentation, Heidelberg, 31 - 33

Füller, A. (2000): Ernährungsberichterstattung aus der Perspektive der Gemeinde. In: Köhler, B. M., u. a. (Hrsg.): Ernährungsberichterstattung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin, 159-169

Gesundheitsrahmenbericht Baden-Württemberg (1996). Herausgegeben vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, Stuttgart

Gesundheitstreffpunkt Mannheim, Heidelberger Selbsthilfe- und ProjekteBüro (Hg) (2001): Selbsthilfeführer

Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung (1996): Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. Schriftenreihe, Band 18, Düsseldorf

Haffner, J. u. a. (2002): Lebenssituation und Verhalten von Kindern im zeitlichen Wandel, Heidelberg

Heidelberger Arbeitskreis für betriebliche Gesundheitsförderung (2004): Betriebsorientierte Gesundheitsförderung – Pilotprojekt, Heidelberg

Heidelberger Selbsthilfe- und ProjekteBüro (2002), Sachbericht 2002, Heidelberg

Huber, W. (1998): Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen. In: Stadt Heidelberg (Hrsg.): Heidelberg – Gesunde Stadt. Fachgespräch zum Gesundheitsbericht. Dokumentation, Heidelberg, 23 - 25

Kolip, P. (2002): Gesundheitswissenschaften, Weinheim und München

Korczak, D. (1995): Lebensqualität-Atlas, Opladen

Künzli, N. u. a.(2001): Quantitative Risikoabschätzung - Luft. In: Wichmann, S. (Hrsg.): Handbuch Umweltmedizin, Landsberg

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2003): Jahresbericht 2003, Stuttgart

Landtag von Baden-Württemberg, DS 13/1123 (2002): Gesundheitliche Situation von Frauen in Baden-Württemberg, Stuttgart

Mayer, H. (1998): Arbeitsbedingte gesundheitliche Probleme. In: Stadt Heidelberg (Hrsg.): Heidelberg – Gesunde Stadt. Fachgespräch zum Gesundheitsbericht. Dokumentation, Heidelberg, 19 - 21

Mielck, A. (1997): Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern

Mielck, A. (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Mielck, A. u. a. (Hg): Städte und Gesundheit – Projekte zur Chancengleichheit, 41 - 67. Lage

Noack, H. (1990): Gesundheitsinformation für gesunde Städte. In: Thiele, W., Trojan, A. (Hrsg.): Lokale Gesundheitsberichterstattung. St. Augustin, 27 - 36

Pötschke-Langer, M. (1998): Die Heidelberger Kinderstudie - Kinder und Gesundheit. In: Stadt Heidelberg (Hrsg.): Heidelberg – Gesunde Stadt. Fachgespräch zum Gesundheitsbericht. Dokumentation, Heidelberg, 12 - 13

Resch, F. (1998): Auffällige Verhaltensweisen im Einschulungsalter. In: Stadt Heidelberg (Hrsg.): Heidelberg – Gesunde Stadt. Fachgespräch zum Gesundheitsbericht. Dokumentation, Heidelberg, 6 - 8

Rosbach, R. (2001): Vergleich der Kariesprävalenz 12jähriger Schüler in Montpellier und Heidelberg. Heidelberg, Med. Diss

Robert-Koch-Institut (2001): Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Armut bei Kindern und Jugendlichen, Berlin

Robert-Koch-Institut (2003): Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13 –Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Berlin

Robert-Koch-Institut (Hrsg. (2003): Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 11 – Übergewicht und Adipositas, Berlin

Schmidt, M. (1997): Nachhaltiges Heidelberg – Für eine lebenswerte Umwelt. Eine Studie des ifeu-Instituts für Energie- und Umweltforschung Heidelberg GmbH im Auftrag der Stadt Heidelberg

Schöneberger, G., Schmitt, N. (2004): Ernährungssituation in Heidelberg, (Hrsg. Dr. Rainer Wild-Stiftung)

Schulze M. B.*, Linseisen J., Kroke A.*, Boeing H. (2001): Macronutrient, vitamin, and mineral intake in the EPIC-Germany cohorts. Ann Nutr Metab 45: 181 - 189

Sozialministerium Baden-Württemberg (2000): Frauen Gesundheit, Stuttgart

Stadt Heidelberg - Amt für soziale Angelegenheiten und Altenarbeit (1997): Sozialhilfe – Hilfe zur Arbeit? Heidelberg

Stadt Heidelberg – Amt für soziale Angelegenheiten und Altenarbeit (2001): Älter werden in Heidelberg – Hilfe, Pflege und Beratung, Heidelberg

Stadt Heidelberg – Amt für soziale Angelegenheiten und Altenarbeit (2002): Wohnen im Alter in Heidelberg

Stadt Heidelberg – Die Oberbürgermeisterin, Amt für Stadtentwicklung und Statistik (1997): Stadtentwicklungsplan 2010, Leitlinien und Ziele, Heidelberg

Stadt Heidelberg – Die Oberbürgermeisterin, Amt für Stadtentwicklung und Statistik (2000), Zur Lebenssituation in Heidelberg, Heidelberg

Stadt Heidelberg – Amt für Umweltschutz und Gesundheitsförderung (1998): Gesundheitsbericht 1997

Stadt Heidelberg – Amt für Umweltschutz und Gesundheitsförderung (1998): Leitfaden der umwelt- und gesundheitsverträglichen Baustoffe

Stadt Heidelberg – Amt für Umweltschutz und Gesundheitsförderung (1996): Chancen für eine gesündere Kindheit – Dokumentation

Stadt Heidelberg – Amt für Umweltschutz und Gesundheitsförderung (1998): Schallimmissionsplan Heidelberg, Heidelberg

Stadt Heidelberg – Amt für Umweltschutz und Gesundheitsförderung (1998): Umweltbericht 1995 bis 1998, Heidelberg

Stadt Heidelberg – Amt für Umweltschutz und Gesundheitsförderung (1999): Gesündere Kinder in einer gesunden Stadt

Stadt Heidelberg – Amt für Umweltschutz, Energie und Gesundheitsförderung (1999): Moderne Zeiten – gesunde Zeiten? – Dokumentation Forum Gesundheit und Veranstaltungsreihe Herbst 1998

Stadt Heidelberg – Amt für Umweltschutz und Gesundheitsförderung (1998): Heidelberg – Gesunde Stadt – Dokumentation

Stadt Heidelberg – Amt für Umweltschutz, Energie und Gesundheitsförderung (1998): Aktivitäten und Projekte zur Förderung der Gesundheit an Heidelberger Krankenhäusern

Stadt Heidelberg – Amt für Umweltschutz, Energie und Gesundheitsförderung (2003): Zeitkompetenz und Schule – Dokumentation

Stadt Heidelberg – Amt für Umweltschutz, Energie und Gesundheitsförderung (2004): Bildung und Erwerbsarbeit von Menschen mit Behinderungen – Dokumentation

Stadt Heidelberg – Universität Mannheim (1998): Befragung von Jugendlichen in Heidelberg

Stadt Heidelberg – Amt für Umweltschutz, Energie und Gesundheitsförderung (2004): Wirksamkeit des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung in der Heidelberger Stadtverwaltung

Stadt Heidelberg – Referat der Oberbürgermeisterin, Amt für Stadtentwicklung und Statistik (2002): Engagement-Studie Heidelberg 2002

Stadt Heidelberg – Projektgruppe Lebensqualität im Alter (1996): Lebensqualität im Alter – Grundsätze für die Projektarbeit

Stadt Heidelberg – Arbeitsgruppe Lebensqualität im Alter (2001): Älter werden in Heidelberg – Zur Lebenssituation älterer Mitbürgerinnen und Mitbürger in Heidelberg

Stadt Heidelberg – Arbeitskreis Maler und Umwelt (2002): Farbenfroh und nachhaltig, Heidelberg

Stadt Heidelberg – Projektgruppe Arbeit und Gesundheit (Hrsg.) (1999): Leitlinien für eine gesunde Arbeit, Heidelberg

Stadt Heidelberg – Referat der Oberbürgermeisterin, Amt für Stadtentwicklung und Statistik (2004): Heidelberg-Studie 2003

Stadt Heidelberg – Amt für Stadtentwicklung und Statistik (2003): Heidelberger Strukturüberblick 2003

Stadt Heidelberg (1993): Umweltbelastung und Gesundheit – Dokumentation

Stadt Heidelberg – Amt für Umweltschutz und Gesundheitsförderung (1995): Das gesunde Büro – Dokumentation

Stadt Heidelberg - Amt für Stadtentwicklung und Statistik (2002): Wo stehen wir, was haben wir erreicht? - Erster Bericht zur Umsetzung des Stadtentwicklungsplans Heidelberg 2010 (Umsetzungsbericht), Heidelberg

Stadt Heidelberg – Arbeitskreis Friseur und Umwelt (2002): Friseur und Umwelt – Gesundheitsförderung und Umweltschutz

Statistisches Bundesamt (2004): Ergebnisse des Mikrozensus 2003, Wiesbaden

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg Art. Nr. 3214 03001 (2004): Gestorbene in Baden-Württemberg 2003

Treutlein, G.(2003): Freizeitgestaltung zwischen Muße und Stress. In: Stadt Heidelberg, Zeitkompetenz und Schule, 34 - 42

Trojan, A., Legewie, H. (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung, Frankfurt

WHO Euro (Hrsg.) (1998): Social Determinants of Health. Kopenhagen

WHO-Partnerschaftsprojekt gegen Tabakabhängigkeit (2000): Beiträge 1999/2000, Bonn

Zimmermann, I., Trojan, A. (2001): Handlungsleitende Informationen zum Entscheiden und Planen: Berichterstattung. In: Alisch, M. (Hrsg.) Sozial – Gesund – Nachhaltig. Vom Leitbild zu verträglichen Entscheidungen in der Stadt des 21. Jahrhunderts. Opladen, 151 - 174

Zirkwitz, H.-W. (1998): Gesundheitsrisiken durch Luftschadstoffe, Schadstoffe in Innenräumen und Lärm. In: Stadt Heidelberg (Hrsg.): Heidelberg – Gesunde Stadt. Fachgespräch zum Gesundheitsbericht. Dokumentation, 26 - 30

Impressum

Herausgeberin

Stadt Heidelberg, Die Oberbürgermeisterin

Bearbeitung und Redaktion

Dr. Alex Füller, Medizinsoziologie

Dirk Hofmann, Amt für Umweltschutz, Gewerbeaufsicht und Energie der Stadt Heidelberg

Beate Lüdtker, Amt für Umweltschutz, Gewerbeaufsicht und Energie der Stadt Heidelberg

Björn Schering, Berater für Umweltkommunikation

Dr. Hans-Wolf Zirkwitz, Amt für Umweltschutz, Gewerbeaufsicht und Energie der Stadt Heidelberg

Unter Mitwirkung von

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg, AOK Rhein-Neckar, Berufsgenossenschaftlicher Arbeitsmedizinischer Dienst (BAD), Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), Dr. Rainer-Wild-Stiftung, Freiwilligenbörse, Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Heidelberger Dienste, Heidelberger Selbsthilfe- und ProjekteBüro, Heidelberger Versorgungs- und Verkehrsbetriebe HVV, Innungskrankenkasse Heidelberg, Institut für Gerontologie der Universität, Institut für Sport und Sportwissenschaft der Universität, Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden, Landesanstalt für Umweltschutz Baden-Württemberg, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, MDK Baden-Württemberg, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Polizeidirektion Heidelberg, Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg, Robert-Koch Institut Berlin, Stadt Heidelberg (Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Amt für Soziale Angelegenheiten und Altenarbeit, Kinder- und Jugendamt, Personal- und Organisationsamt), Statistisches Bundesamt, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Techniker Krankenkasse Heidelberg, Universitäts-Klinikum Heidelberg, Volkshochschule Heidelberg

Umschlag

Andrea Reuter

Fotos

AOK-Mediendienst

Amt für Umweltschutz, Gewerbeaufsicht und Energie der Stadt Heidelberg

Andrea Reuter

Druck

City-Druck Heidelberg

Redaktionsschluss

Dezember 2005