

**Konzept für eine integrierte, partizipative und gesundheitsgeografische Ausrichtung der Gesundheitsberichterstattung (GBE)**

**München nur sozial: Gute Gesundheitsversorgung für alle mit Stadtteilgesundheitszentren**

Antrag Nr. 14-20 / A 06587 von der DIE LINKE. vom 22.01.2020, eingegangen am 23.01.2020

**Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 09412**

7 Anlagen

**Beschluss des Gesundheitsausschusses  
vom 22.06.2023 (SB)  
Öffentliche Sitzung**

**I. Vortrag der Referentin**

**1. Einleitung**

Mit Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 17.02.2022 (Sitzungsvorlage Nr. 20-26 / V 03488) wurde das Gesundheitsreferat (GSR) beauftragt, ein Konzept für eine kleinräumige Gesundheitsberichterstattung (GBE) vorzulegen. Grundlage hierfür ist Antrag Nr. 14-20 / A 06587 vom 22.01.2020. Hierin wird die Einführung eines Morbiditätsatlas vorgeschlagen, der alle fünf Jahre für die Stadtteile veröffentlicht werden soll. Die dafür notwendigen finanziellen und personellen Mittel sollen zur Verfügung gestellt werden.

Das vorgeschlagene Konzept für die Ausrichtung der GBE basiert auf

- a) den gesetzlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen der kommunalen GBE in der Landeshauptstadt München (LHM) Kap. (2),
- b) den grundlegenden Aufgabenbereichen und Zielen der kommunalen GBE im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) (Kap.3),
- c) den aktuellen fachlich-methodischen Standards – ‚Gute Praxis der GBE‘ (Kap. 4).

## **2. Gesetzliche Grundlagen und Rahmenbedingungen der GBE in der LHM**

Die GBE ist eine gesetzliche Pflichtaufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), die auf den nachfolgend aufgeführten gesetzlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen beruht.

Gemäß Art. 9 Gesundheitsdienstgesetz (GDG) werden mit Hilfe der GBE gesundheitliche Verhältnisse analysiert und darauf aufbauend datenbasierte fachliche Grundlagen für Maßnahmen der Gesundheitsbehörden geschaffen. Aus weiteren Regelungen ergibt sich für die GBE eine Fokussierung auf die Bedarfe von sozial benachteiligten Personen (Art. 7 Abs. 2 Satz 4 GDG) sowie auf die Schaffung von Datengrundlagen für die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention (Art. 7 Abs. 1).

In den §§ 2 Nr. 2, 4 Nr. 5, 11 Abs. 2 Satz 3 der Verordnung zur Schulgesundheitspflege (SchulgespfIV) wird für die Schuleingangsuntersuchung unter anderem die Erhebung und Dokumentation der Daten für die Gesundheitsberichterstattung benannt.

Darüber hinaus hat sich die Landeshauptstadt München (LHM) als Mitglied des Gesunde Städte-Netzwerks zu einer regelmäßigen Gesundheits- und Sozialberichterstattung verpflichtet. Die GBE soll Daten für 'Health in all Policies' (HiaP) in allen Politik- und Verwaltungsbereichen der LHM bereitstellen. HiaP beinhaltet die grundsätzliche Überzeugung, dass Gesundheit nicht nur Thema des Gesundheitssektors, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist.

In einer früheren Vorlage für den Stadtrat (Nr. 02-08 / V 02305) wurde für die integrierte Gesundheits- und Umweltberichterstattung im ehemaligen Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) festgelegt, dass die Nutzung von Geografischen Informationssystemen (GIS) zur Entwicklung eines integrierten und regionalisierten Gesundheits- und Umweltatlas verstärkt werden soll. Die Fortführung eines regelmäßigen Gesundheitsmonitorings (Befragung von Münchner Bürger\*innen) begründet sich mit der unzureichenden gesundheitsbezogenen Datenlage auf Ebene der Kommunen: Anders als für das Monitoring des Sozialreferats oder für den Bildungsbericht im Referat für Bildung und Sport (RBS) stehen im GSR derzeit noch so gut wie keine eigenen regelmäßigen (Prozess-)Daten für ein kontinuierliches Gesundheitsmonitoring sowie die Entwicklung eines Gesundheitsindex auf kommunaler Ebene zur Verfügung (siehe Kap. 4). Das hier vorgelegte Konzept soll dazu beitragen, die Datenbasis zu verbessern.

### 3. Aufgabenbereiche und Ziele der kommunalen GBE im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

Der ÖGD ist neben der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung die dritte Säule des Gesundheitswesens und leistet einen bedeutenden Beitrag in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsschutz. Die GBE ist eine der Kernaufgaben des ÖGD. Sie dient als zentrales Instrument für die Bereitstellung von gesundheitsrelevanten Informationen, liefert Daten und gibt Handlungsempfehlungen und Entscheidungshilfen für Entscheidungsträger\*innen in Politik und Verwaltung, um Planungsprozesse strategisch, zielgerichtet und bedarfsorientiert steuern zu können.

Motto der GBE ist es, ‚Daten für Taten‘ zu schaffen. Die GBE beschreibt und interpretiert die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, analysiert Problemlagen und weist auf eventuelle Handlungsbedarfe hin. Sie dient damit auch als Steuerungsinstrument im Hinblick auf die Verteilung von in der Regel begrenzten Ressourcen. Sie schafft eine Grundlage für die Identifikation kommunaler Bedarfe und für zielgerichtete Maßnahmen.

Die GBE war bis kurz vor der Aufteilung des RGU in das Referat für Klima- und Umweltschutz und das GSR in einem gemeinsamen Team mit der Umweltberichterstattung angesiedelt (als integrierte Gesundheits- und Umweltberichterstattung - GUBE). Nach Aufteilung der Referate hat sich der Aufgabenbereich der GBE etwas verändert:

- Gesundheits- und Umweltberichterstattung, u.a.:
  - Entwicklung erster Ansätze für einen integrierten Gesundheits- und Umweltatlas
  - verstärkte Aktivitäten zur Umsetzung einer integrierten Gesundheits- und Umweltberichterstattung im Rahmen der Kontakte zur Juniorforschungsgruppe Salus sowie im Zuge eines multidisziplinär ausgerichteten Forschungsprojekts des Deutschen Instituts für Urbanistik (difu) ‚Integrierte Strategie für mehr Umweltgerechtigkeit‘ in den Jahren 2015 bis 2019
  - Erstellung von diversen Gesundheitsberichten, u.a. zu Frauengesundheit, Männergesundheit, Gesundheit von Migrant\*innen
  - Bericht zum Zusammenhang von sozialer Lage, Umweltqualität im Wohnumfeld und Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung im Rahmen der Gesundheitsmonitoring-Einheiten des LGL und in Kooperation mit dem Helmholtz Zentrum München.
- Gesundheitsberichterstattung, u.a.:
  - Durchführung der partizipativen Co-Forschungsstudie ‚Sichtbar‘ zur Lebenslage von Menschen mit seelischen Behinderungen in der LHM seit Beginn 2021, in Kooperation mit der zuständigen Fachabteilung und einem Auftragnehmer
  - regelmäßiger Austausch und Zusammenarbeit mit der GBE des Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) sowie mit der Kassenärztlichen

Vereinigung Bayern (KVB) hinsichtlich möglicher Datennutzungen, derzeit Modellprojekt „Kleinräumige Daten zur gesundheitlichen Lage und Angebotsstruktur für Kinder und Jugendliche in der LHM, Schwerpunkt psychische Erkrankungen und Adipositas“

- regelmäßige Auswertungen und Veröffentlichungen zu den Corona-Inzidenzen auf Ebene der Stadtbezirke sowie Analysen zum Zusammenhang der sozioökonomischen Lage mit dem Infektionsgeschehen und dem zeitlichen Verlauf sowie differenzierte kleinräumige kartografische Analysen (mit Unterstützung einer Peiman-Kraft mit umfangreichen GIS-Kenntnissen) als Grundlage für die Auswahl von Regionen für regionale Impfkationen („Impfguides“) während der Hauptphase der Pandemie
- Durchführung statistischer Analysen für die Veröffentlichungen von Covid-19-assoziierten Sterbefällen auf Basis der Todesbescheinigungen
- Statistische Auswertungen der Bevölkerungsbefragung zur Stadtentwicklung des Referates für Stadtplanung und Bauordnung im Hinblick auf Gesundheit und soziale Lage für den Armutsbericht 2022 des Sozialreferats
- Statistische Analysen der reformierten Gesundheitsuntersuchung zur Einschulung inklusive regionaler kartografischer Darstellungen (als GBE-Fokus und Beitrag für den Bildungsbericht),
- Statistische Analysen des Pilotprojekts „Gesundheits- und Entwicklungsscreening im Kindergartenalter (GESiK)“, der vorgezogenen Schuleingangsuntersuchung, für interne Zwecke der Evaluation durch die Fachabteilung
- Sonderauswertung der/Bericht zur Studie „Älter werden in München (ÄwiM)“, mit Analyse von Aspekten aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Umwelt/Wohnbedingungen in integrierter Form und auf kleinräumiger Ebene, Entwicklung konkreter Handlungsempfehlungen
- Durchführung der „Befragung zur sozialen und gesundheitlichen Lage (BesogeLa)“ gemeinsam mit dem Sozialreferat und dem Statistischen Amt, inklusive Auswertung und Veröffentlichung verschiedenster Analysen im Sinne der integrierten Gesundheits- und Umweltberichterstattung, z.B. zu besonders beeinträchtigten Zielgruppen, dem Zusammenhang von gesundheitlicher Lage und Umwelt- und Klimaaspekten
- Unterstützung der Fachabteilung beim Projekt ‚Gesund vor Ort‘ im Rahmen der regionalen Bedarfsanalysen und kartografischen Darstellungen
- bei Bedarf Beratung anderer Fachabteilungen bei der Durchführung von Studien und methodische Unterstützung
- Aufbereitung und Analyse von Daten für unterschiedliche Zwecke, z.B. Nachhaltigkeitsbericht, Anfragen von Fachabteilungen, Stadtratsanfragen
- Teilnahme der GBE der LHM an einer nationalen Arbeitsgruppe unter Leitung des Robert-Koch-Instituts (RKI) zur Konzeption einer partizipativen Epidemiologie,

#### **4. Konzeptionelle Ausrichtung der GBE als integrierte, partizipative und gesundheitsgeografische GBE**

Auf Basis der aktuellen fachlichen Standards soll die kommunale GBE konzeptionell weiterhin als integrierte, partizipative und insbesondere gesundheitsgeografische GBE ausgerichtet sein.

Die Ziele dieser konzeptionellen Ausrichtung sind insbesondere:

- ‚Daten für Taten‘: Es werden datenbasierte Grundlagen für die strategische Planung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen geschaffen.  
Dem Stadtrat werden datenbasierte Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung gestellt. Im Zuge einer integrierten Betrachtung von gesundheits- sowie umwelt- und sozioökonomischen Indikatoren können sowohl (Mehrfach-)Belastungen als auch Ressourcen (z.B. regionale Beratungsangebote, Grünflächen) von Regionen identifiziert werden. Die Entwicklung eines Gesundheitsindex wird mittelfristig angestrebt. Regionale, gesundheits-, sozial- und umweltbezogene Unterschiede werden in kartografischer Form visualisiert, z.B. als regelmäßiger öffentlich zugänglicher Atlas oder als themenspezifische kartografische Darstellungen, je nach fachlicher und datenschutzrechtlicher Relevanz für interne oder externe Belange. Durch diese konzeptionelle Vorgehensweise wird die Erfassung von Bedarfen vulnerabler Zielgruppen als Grundlage für die bedarfs- und zielgruppenorientierte Planung von Maßnahmen verbessert.
- Der Ansatz liefert Grundlagen für eine gesundheitsförderliche Stadtentwicklung, für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten sowie für stadtweite räumliche Planungsprozesse, d.h. für eine ‚Health in All Policies‘.  
Mit Hilfe differenzierter Analysen von Belastungen und Ressourcen wird die Gefahr der Stigmatisierung bestimmter Regionen/Stadtbezirke reduziert.

Der wichtigste Vorteil einer gesundheitsgeografischen Vorgehensweise liegt in der Möglichkeit zu einer Gesamtschau sowohl der Belastungen als auch der Ressourcen in den untersuchten Regionen. Sofern die Datenlage es ermöglicht, soll dies in Form eines Gesundheitsindex erfolgen.

Oftmals werden Gebiete für gesundheitsbezogene Maßnahmen mangels regionalisierter Gesundheitsindikatoren ausschließlich auf Basis eines (einzigen) soziallagenbezogenen Indikators ausgewählt. Die Vorgehensweise führt jedoch dazu, dass wiederholt die gleichen (sozialstrukturell belasteten) Regionen für Maßnahmen ausgewählt werden, dort sukzessive (von verschiedenen Referaten) weitere Angebote installiert werden, dagegen Regionen mit geringerer sozialer Belastung, aber womöglich höheren gesundheitlichen Belastungen und weniger Ressourcen vor Ort, nicht identifiziert werden.

Die konzeptionelle Ausrichtung der GBE in der LHM soll sich an dem fachlich-methodischen Standard ‚Gute Praxis der Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP),

der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) und dem Bundesverband der Ärzt\*innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) sowie an weiteren relevanten Fachempfehlungen orientieren.

#### **4.1. Integrierte GBE**

Die integrierte GBE untersucht verschiedene Aspekte und Zusammenhänge der im Fokus stehenden gesundheitlichen Lage mit sozioökonomischer Lage, Bildung und Umweltbedingungen gemeinsam. Einzubeziehen sind daher Erkenntnisse aus anderen Berichtssystemen (z.B. der Sozial-/Bildungs- und Umweltberichterstattung oder der Stadtteilstudie). Ziel ist es, Daten für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik („Health in All Policies“ - HiAP) zu schaffen. Eine integrierte Ausrichtung der GBE entspricht auch den Anliegen der Perspektive München, der Sozialen Stadtentwicklung sowie der Nachhaltigen Entwicklung und den Sustainable Developmental Goals (SDG) der World Health Organisation (WHO).

#### **Bedeutung für das GSR:**

Die bereits bestehende integrierte Ausrichtung der GBE in der LHM soll aus folgenden Gründen weiter ausgebaut werden:

- Eine bedarfsorientierte und strategische Auswahl von Gebieten für Maßnahmen, z.B. Auswahl von Stadtbezirken für GesundheitsTreffs des GSR oder von Quartieren für andere gesundheitsförderliche Angebote des GSR oder von anderen Referaten, Trägern oder Verbänden kann weiterhin unterstützt werden.
- Mit integriert ausgerichteten Schwerpunktbefragungen in den ausgewählten Stadtbezirken kann die gesundheitliche Lage von spezifischen Zielgruppen erfasst werden und damit eine Grundlage für eine noch bedarfsgerechtere und zielgruppenspezifischere Ausrichtung der Angebote generiert werden.
- Es sollen fachübergreifende Grundlagen für eine verhältnispräventive Ausrichtung gesundheitsbezogener Maßnahmen gewonnen werden, d.h. für eine gesundheitsförderliche Stadtentwicklung.
- Die Berichtssysteme und Studien anderer Referate sollen für die integrierte Vorgehensweise genutzt werden, die bereits bestehende Zusammenarbeit ausgebaut werden (z.B. Monitoring des Sozialreferats, Stadtteilstudie des PLAN, Indikatorenatlas des Statistischen Amtes, Bevölkerungsbefragung zur Stadtentwicklung des PLAN, Bildungsbericht des RBS, Hitzefunktionskarte und Walkability-Index des RKU).
- Die Querschnittsthemen Geschlecht, Migration, Behinderung, Alter, LGBTIQ\* werden als gesundheitliche Determinanten - sofern diese Variablen in auswertbarer Form vorliegen - bei den integrierten Analysen einbezogen.

## **4.2. Partizipative GBE**

Die Vorteile und Notwendigkeiten einer partizipativen GBE werden zunehmend in der Fachdiskussion erkannt. Das RKI hat eine bundesweite Arbeitsgruppe zu partizipativer Epidemiologie/GBE eingerichtet, an der ausgewählte Vertreter\*innen mehrerer administrativer Ebenen sowie der Wissenschaft beteiligt waren, u.a. auch die GBE der LHM. Eine partizipative Epidemiologie beinhaltet die aktive Einbeziehung und partnerschaftliche Zusammenarbeit von Forschung, Versorgungs- oder Public-Health-Praxis und Vertretungen aus (vulnerablen) Bevölkerungsgruppen in der Planung, Durchführung und/oder Ergebnisverwertung epidemiologischer Studien.

### **Bedeutung für das GSR:**

Der im Rahmen der Studie ‚Sichtbar‘ erprobte partizipative Ansatz, bei dem in einem gemeinsamen Forschungsteam von GBE, beauftragtem Institut und betroffenen Co-Forscher\*innen sehr gewinnbringend gearbeitet wird, soll weiter ausgebaut werden.

- Die partizipative GBE soll vor allem dort zum Einsatz kommen, wo Zielgruppen oder Themenfelder durch quantitative Daten nicht adäquat abgebildet werden können (z.B. Zielgruppen, die nur einen geringen Anteil in der Gesamtbevölkerung umfassen und deshalb in zu geringer Fallzahl vorliegen, um valide Berechnungen durchführen zu können).
- Der Ansatz ist besonders dann sinnvoll, wenn bestimmte Zielgruppen mit einer schriftlichen Befragung nicht gut erreicht werden können und die Rücklaufquoten vergleichsweise niedrig sind (z.B. bildungsfernere Gruppen).
- Der Ansatz soll auch bei der Erhebung von gesundheitsbezogenem Verhalten spezieller Zielgruppen (z.B. gesundheitliche Situation alleinlebender älterer Männer) oder bezüglich der Zugangsbarrieren spezifischer Zielgruppen zu Gesundheitsangeboten (z.B. für Menschen mit Migrationshintergrund, mit Behinderungen oder mit LGBTIQ\*-Lebensweisen) zum Einsatz kommen.

## **4.3. Gesundheitsgeografische GBE**

Gesundheitsgeografische Analysen (Health Geography) sind wichtig für die bedarfsgerechte Ableitung von regionalen gesundheitsbezogenen Maßnahmen. Die zunehmende Bedeutung der Themen Gesundheit/Klima/Umwelt zeigt die Notwendigkeit einer integrierten gesundheitsgeografischen Vorgehensweise. Methodisch sind neben kartografischen Überlagerungen von gesundheits-, sozial- und umweltbezogenen Indikatoren, der Entwicklung eines integrierten Gesundheitsindex insbesondere auch Erreichbarkeitsanalysen von Bedeutung (z.B. Erreichbarkeit von Beratungsstellen, Hausärzt\*innen, Grün- und Erholungsflächen).

### **4.3.1. Gesundheitsgeografische GBE versus ‚Morbidityatlas‘**

Da der im Stadtratsantrag Nr. 14-20 / A 06587 geforderte „Morbidityatlas“ den Fokus

recht einseitig auf Erkrankungen und Belastungen legt, favorisiert das GSR den Begriff der gesundheitsgeografischen GBE, da neben der „Morbidity“ auch Ressourcen vor Ort dargestellt werden sollen, etwa bereits vorhandene soziale und gesundheitsbezogene Angebote oder bewegungsförderliche Umweltbedingungen wie Grünflächen.

Nicht alle regionalen Daten sind für die Aufbereitung in einem Gesundheitsatlas geeignet, weil z.B. die Daten nicht regelmäßig in gleicher Form und Qualität oder auf der gleichen regionalen Ebene (z.B. Stadtbezirke) zur Verfügung stehen. Eine gesundheitsgeografische GBE beinhaltet deshalb jenseits eines möglichen Gesundheitsatlas das grundsätzliche Anliegen, vorhandene Daten regionalisiert darzustellen und die Daten mit Hilfe geostatistischer Methoden zu analysieren, um regionale Mehrfachbelastungen oder vor Ort vorhandene Ressourcen erfassen zu können. Die Vorteile und Ziele einer solchen Vorgehensweise wurden zu Beginn des Kap. 4 skizziert.

#### **4.3.2. Beispiele für Ansätze einer gesundheitsgeografischen GBE in der LHM**

Erste Ansätze einer gesundheitsgeografischen GBE wurden im GSR bereits realisiert. Die GBE hat mehrere Artikel zum Corona-Infektionsgeschehen auf Ebene der Stadtbezirke und Planungsregionen erarbeitet (Anlage 2, Abb. 1). Diese liefern diversen Fachbereichen, Referaten, Verbänden und der Politik Hinweise auf vergleichsweise höher belastete Regionen und regionale Handlungsbedarfe innerhalb der LHM. Für die Auswahl der Regionen, in denen Impf-Guides eingesetzt wurden, wurden intern noch weiter differenziertere kleinräumige Analysen erarbeitet.

Im Rahmen des Projekts „München - gesund vor Ort“ wurden - je nach Bedarf und mit externer Unterstützung - einzelne kartografische Darstellungen als Planungsgrundlage für die ausgewählten Regionen erarbeitet (Anlage 2, Abb. 2).

Für den Bildungsbericht des RBS wurden regionalisierte Analysen aus dem Screeningverfahren der reformierten Schuleingangsuntersuchung berechnet und kartografisch aufbereitet (Anlage 2, Abb. 3).

Um eine gesundheitsgeografische GBE realisieren zu können, ist es erforderlich, die vorhandenen regionalisierten Datengrundlagen anderer Referate zu nutzen und diese methodisch mit Gesundheitsindikatoren in Bezug zu setzen.

Durch den Walkability-Index des RKU (Anlage 2, Abb. 4) wird beispielsweise die ‚Fußgängerfreundlichkeit‘ der LHM kartografisch dargestellt. Der Index kann als Planungsgrundlage für eine gesundheitsförderliche Stadtentwicklung genutzt werden und fachübergreifend im Sinne einer „Health in All Policies“ z.B. der Bewegungsförderung dienen.

Für die GBE besonders bedeutsam ist in der Regel das Monitoring des Sozialreferats auf Ebene der 114 Planungsregionen (insbesondere der Indikator Soziale Herausforderungen, Anlage 2, Abb. 5).

#### **4.3.3. Beispiele für eine gesundheitsgeografische GBE aus anderen Städten**

Es gibt inzwischen mehrere Ansätze einer gesundheitsgeografisch ausgerichteten GBE auf Landesebene (Gesundheitsatlas des LGL), aber auch auf kommunaler Ebene, an denen sich die LHM orientieren sollte, um eine gute Planungsgrundlage für Angebote im Gesundheitsbereich zu schaffen.

In Kooperation mit dem Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland (ZI) wurden in Hamburg und Düsseldorf Abrechnungsdaten der kassenärztlichen Vereinigungen analysiert und mit Daten zur demografischen und sozioökonomischen Lage ergänzt (Anlage 2, Abb. 6 und Abb. 7). Ziel war es, regionalisierte datenbasierte Planungsgrundlagen für gesundheitsbezogene Maßnahmen zu schaffen.

Die Senatsverwaltung Berlin hat für Planungszwecke Gebiete mit „verstärktem“ bzw. „gesättigtem“ Bedarf identifiziert (Anlage 2, Abb. 8), um begrenzte Ressourcen gezielter einsetzen zu können. Im Gesundheits- und Sozialstrukturatlas Berlin 2022 wurden auf Ebene der 12 Berliner Bezirke und teilweise kleinräumiger Ebene der etwa 400 Planungsräume Gesundheits- und Sozialdaten vorgelegt und ein Gesundheits- und Sozialindex berechnet, der ebenso als Grundlage für die Planung von gesundheitsförderlichen Angeboten dienen soll (Anlage 2, Abb. 9).

Die Stadt Bremen hat mit dem Statistischen Landesamt gesundheitsbezogene Daten in den bestehenden Bremer Ortsteilatlases integriert und damit ein für die Öffentlichkeit und alle Politikbereiche zugängliches Planungstool realisiert (Anlage 2, Abb. 10).

#### **Bedeutung für das GSR:**

Die gesundheitsgeografischen Ansätze der kommunalen GBE sollen ausgebaut werden.

- Bedarfe und Ressourcen sollen unter Einbezug von Daten aus verschiedenen Fachbereichen und unterschiedlicher Datenquellen dargestellt werden, sei es in Form eines Atlas/Dashboard oder in Form themenspezifischer kartografischer Darstellungen.
- Zudem sollen verschiedene methodische Möglichkeiten GIS-basierter Methoden und Anwendungen erprobt werden, z.B. Überlagerungen, Indexbildung.
- Gesundheitsbezogene, regionalisiert aufbereitete Daten sollen regelmäßig dem GSR, aber auch anderen Referaten, dem Stadtrat, Einrichtungen und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Als Orientierung können die Dashboards/Gesundheitsatlanten von GBEs auf anderen administrativen Ebenen (LGL oder RKI) dienen. Es soll die Möglichkeit geprüft werden, an bestehende Angebote in der LHM (insbesondere Indikatorenatlas des Statistischen Amtes) anzudocken, um die für andere Referate, den Stadtrat oder Externe relevanten Daten zugänglich zu machen.

#### 4.4. Verfügbarkeit von Daten für die kommunale GBE

Die GBE in der LHM ist wie alle kommunalen GBEs mit dem Dilemma konfrontiert, dass auf Ebene unterhalb der Landkreise und kreisfreien Städte in der Regel keine oder nur sehr begrenzt gesundheitsbezogene Daten zur Verfügung stehen. Dies ist mitunter Folge des Aufbaus des Gesundheitssystems mit seinen drei Säulen: Die ambulante und stationäre medizinische Versorgung liegen nicht im Zuständigkeitsbereich des ÖGD, weshalb die dort generierten Primärdaten (meist als Prozessdaten zu Abrechnungszwecken) den Kommunen nicht zur Verfügung stehen und auch nicht zur Verfügung gestellt werden müssen.

Grundlage der GBE sind jedoch valide, im Idealfall einheitlich und standardisiert erhobene gesundheitsbezogene Daten der gesamten Bevölkerung. Für einen Atlas (oder ein Monitoring) ist es zusätzlich wichtig, dass die Daten regelmäßig auf Basis einer einheitlichen Erfassungsmethode und regionalisiert vorliegen.

Daher sollen diverse Möglichkeiten der Generierung von Gesundheitsdaten genutzt werden. Das Referat für Stadtplanung und Bauordnung merkt hierzu Folgendes an: „Neben der Durchführung eigener Befragungen, sind auch Synergien zu anderen Befragungen (wie der Bevölkerungsbefragung zur Stadtentwicklung des Referates für Stadtplanung und Bauordnung) zu nutzen. Hierfür sind inhaltliche und zeitliche Abstimmungen notwendig. Zudem ist zu prüfen, ob Inhalte integriert werden können. Mit der Kombination und Abstimmung von Befragungen können beispielsweise Fallzahlen erhöht werden, was für eine regionalisierte Auswertung notwendig ist. Die Modularisierung könnte zudem dafür sorgen, dass die Länge der Fragebögen angemessen bleibt.“

- **Nutzung eigener Daten des GSR**

Die wenigen vom ÖGD selbst generierten Prozess- und Primärdaten (vor allem aus der reformierten Schuleingangsuntersuchung, rSEU) sollen mittelfristig regelmäßig und regionalisiert (auf Ebene der Stadtbezirke oder kleinräumiger, sofern methodisch sinnvoll und datenschutzrechtlich zulässig) aufbereitet werden. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die rSEU nur Aussagen über in der Regel 4- bis 5-jährige Kinder und nur hinsichtlich der im Rahmen der rSEU untersuchten gesundheitlichen Bereiche zulässt. Bei Bedarf kann eine freiwillige Zusatzbefragung der Eltern durchgeführt werden, um die sozialstrukturelle Lage der Kinder zu eruieren, da diese standardmäßig in Bayern nicht im Rahmen der rSEU erfasst wird. Eine mögliche Ergänzung durch die Daten der Impfberatung in der 6. Jahrgangsstufe, die von etwa 80 % der Schüler\*innen wahrgenommen wird, könnte erprobt werden.

Auch die von der GBE durchgeführten stadtbezirksbezogenen Analysen der Corona-Inzidenzen (Daten des Infektionsschutzes) oder die Analysen der Covid-19-Sterbefälle auf Basis der Todesursachenbescheinigungen fallen unter diese Kategorie der verstärkten Auswertung von eigenen Prozess- und Routinedaten und sollen bedarfsorientiert fortgeführt werden. Darüber hinaus sollen weitere im GSR vorhandene Prozessdaten auf ihre Eignung für eine regelmäßige (regionalisierte) Aufbereitung geprüft werden. Das GSR

will in Zukunft an geeigneter Stelle selbst Daten erheben.

- **Kooperation mit anderen Referaten zur Gewinnung integrierter Daten**

Die Fortführung bzw. der Ausbau der Kooperation mit anderen Referaten ist in diesem Kontext ebenfalls geplant, um die Daten der anderen Referate (etwa aus anderen Berichtssystemen oder Befragungen) besser für die gesundheitsgeografische GBE nutzen zu können. Sofern fachlich sinnvoll, sollen die gesundheitsbezogenen Daten des GSR auch den anderen Referaten für ihre Berichtssysteme zur Verfügung gestellt werden – ganz im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik. Von besonderer Relevanz sind hier z.B. das Monitoring des Sozialreferats, der Bildungsbericht des RBS, die Stadtteilstudie und die Bevölkerungsbefragung des PLAN, der Indikatorenatlas des Statistischen Amtes oder etwa die Klimafunktionskarte des RKU.

- **Durchführung eigener Befragungen und Studien**

Die gesundheitsbezogenen Datengrundlagen sollen wieder verstärkt durch eigene Befragungen erweitert werden (Stichwort Gesundheitsmonitoring). Zweckmäßig sind stadtweite Befragungen mit ausreichender Fallzahl, um stadtbezirksbezogene Auswertungen durchführen zu können und in der Folge kartografisch aufbereiten zu können. Wichtig ist dabei der Einbezug von Fragestellungen anderer Referate, die es beispielsweise ermöglichen, Gesundheitsvariablen in Beziehung zur sozialstrukturellen Lage und Wohn-/Umweltbedingungen zu setzen.

Wichtig sind andererseits auch regionalisierte Befragungen, um etwas über den Gesundheitszustand der Bevölkerung in ausgewählten Stadtbezirken oder kleinräumigeren Regionen in Erfahrung bringen zu können, z.B. Befragungen von spezifischen Zielgruppen (z.B. Menschen mit Migrationshintergrund, alleinlebende ältere Männer, Menschen mit Behinderungen), über deren gesundheitliche Lage in der LHM wenig Wissen vorhanden ist. Bei allen Befragungen werden (sofern verfügbar) relevante Determinanten von Gesundheit betrachtet, etwa Geschlecht, Migrationshintergrund, Behinderung, LGBTIQ\*, aber auch Aspekte wie Umweltbedingungen, soziale Lage oder Bildung. Diese Art von stadtteilbezogener Gesundheitsberichterstattung bietet sich beispielsweise zur Vorbereitung oder Begleitung der Arbeit von regionalen GesundheitsTreffs oder von gesundheitsbezogenen Angeboten anderer Referate an.

- **Kooperation mit externen Datenhaltern sowie mit Universitäten**

Die Zusammenarbeit mit anderen Datenhaltern sowie die Erschließung von Zugängen zu gesundheitsbezogenen Daten wird im ÖGD-Pakt explizit als Aufgabe der GBE benannt und soll deshalb forciert werden. Insbesondere muss der Zugang zu geeigneten Datenquellen, z.B. der Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), ermöglicht werden. Das LGL bereitet diverse Daten für die kommunalen GBEs auf, allerdings nur auf Ebene der Landkreise/kreisfreien Städte. Die neben dem LGL wichtigste externe Kooperationspartnerin ist die KVB. Die KVB ist nicht verpflichtet, der Kommune Daten für

ihre Planungen zur Verfügung zu stellen. Im Zuge der Studie ‚Sichtbar‘ stellt sie dem GSR jedoch bereits sehr differenzierte ambulante Diagnosedaten zur Verfügung. Auch im Rahmen der Analysen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat sie diverse Diagnosedaten aufbereitet und übermittelt. Dies wurde durch eine jahrelange gute und vertrauensvolle Kooperation der GBE mit der KVB möglich. In diesem Sinne wurde ein erstes Kooperationsprojekt des GSR mit der KVB vereinbart, in dessen Rahmen die GBE ein gesundheitsgeografisches Modellprojekts in Zusammenarbeit mit der KVB und mit fachlicher Unterstützung des LGL durchführt.

Darüber hinaus kann auch eine Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) sinnvoll sein. Da das ZI jedoch nur nach Abstimmung mit den örtlichen KVen Analysen durchführen kann, ist eine direkte Kooperation mit der KVB diesem Weg vorzuziehen.

Auch die großen Gesundheitsbefragungen des RKI sind eine potenzielle Datenquelle für die kommunale GBE einer Großstadt, z.B. durch Erhöhung der Stichprobe für die LHM.

Um vorhandene Daten mit elaborierteren methodischen Verfahren analysieren zu können, ist eine Zusammenarbeit des GSR mit Universitäten und Forschungseinrichtungen wichtig. Im Kontext von Infektionskrankheiten, wie etwa der Corona-Pandemie, führen die Ludwig-Maximilians-Universität und die Technische Universität München in Kooperation mit dem GSR beispielsweise Abwasseranalysen zur Früherkennung des Infektionsgeschehens durch.

## **5. Fazit: Was sind die nächsten Schritte zur Umsetzung des Konzepts?**

Um das vorgeschlagene Konzept kurz-, mittel- und langfristig umzusetzen, sind folgende Schritte notwendig:

1. Die im GSR vorhandenen Daten werden bereits auf ihre Tauglichkeit für eine regelmäßige (regionalisierte) Aufbereitung in Form eines Gesundheitsatlas bzw. Dashboard sondiert.
2. Auf Basis regelmäßiger und regional auswertbarer (Prozess-)Daten des GSR sowie weiterer Datenquellen soll ein regionalisierter Gesundheitsatlas bzw. ein Dashboard mit gesundheitsbezogenen Bedarfen sowie Ressourcen aufgebaut werden. Insbesondere sollen hier auch die regelmäßig statistisch ausgewerteten Daten der reformierten Schuleingangsuntersuchung einfließen.
3. Im Sinne eines integrierten Gesundheitsatlas sollen weitere relevante Daten der LHM für einen integrierten Atlas sowie zur mittelfristigen Entwicklung eines Gesundheitsindex verwendet werden.
4. Es wird eine mittel-/langfristige Kooperation mit der KVB angestrebt, um den Gesundheitsatlas auf Basis der Abrechnungs-/Diagnosedaten der KVB realisieren zu können. Im Rahmen des bereits mit der KVB gestarteten Modellprojekts ‚KIPSYMUC‘ zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in der LHM,

Schwerpunkt psychische Erkrankungen und Adipositas' sollen im Kontext Pandemiefolgen für Kinder und Jugendliche die Möglichkeiten kleinräumiger Analysen der ambulanten Diagnosedaten sowie weiterer Variablen (z.B. soziale Lage, Daten der Schuleingangsuntersuchung) erprobt werden.

5. Eine stadtweite Befragung kann je nach Fragestellung und in Kooperation mit anderen Referaten zweckmäßig sein, um gesundheitsbezogene Daten über die gesamte Bevölkerung zu generieren. Bei der Planung von regionalen, gesundheitsbezogenen Maßnahmen sollen – nach Bedarf – stadtbezirksbezogene Bevölkerungsbefragungen oder partizipative Studien durchgeführt werden.
6. Möglichkeiten (und Kosten) einer Kooperation mit dem RKI werden geprüft, um bei den großen Gesundheitsstudien des RKI die Stichprobe für die LHM so weit zu erhöhen, dass für die LHM repräsentative Daten auf gesamtstädtischer Ebene generiert werden können.

#### **6. Antrag Nr. 14-20 / A 06587 „München nur sozial: Gute Gesundheitsversorgung für alle mit Stadtteilgesundheitszentren“**

Der Antrag Nr. 14-20 / A 06587 vom 22.01.2020 wird nur hinsichtlich Antragspunkt Nr. 4 im Rahmen der vorliegenden Beschlussvorlage inhaltlich bearbeitet. Eine Erledigung der weiteren Punkte und des Antrags in seiner Gesamtheit ist in einer gesonderten Beschlussvorlage zum Konzept des GSR zur Stadtteilgesundheit vorgesehen, die voraussichtlich Ende 2023 in den Stadtrat eingebracht wird. Daher soll der Antrag zunächst aufgegriffen bleiben.

#### **7. Bezug zur Perspektive München**

Das Referat für Stadtplanung und Bauordnung merkt Folgendes an:

„Das Thema Gesundheit ist ein wichtiger Bestandteil der integrierten Stadtentwicklung und fest im Stadtentwicklungskonzept Perspektive München (PM) verankert. Im Rahmen der aktuellen Weiterentwicklung der PM zum umfassenden Ziele- und Managementsystem der nachhaltigen und am Gemeinwohl orientierten Stadtentwicklung wird demnächst auch die Leitlinie Gesundheit fortgeschrieben. Die bisherigen thematischen Aspekte der Leitlinie Gesundheit sind: Gesundheitliche Chancengleichheit, Prävention und Gesundheitsförderung, gesundheitsförderliche Umwelt und gesundheitliche Versorgung.

Im Rahmen der Fortschreibung der PM soll die Umsetzung der Ziele verbindlicher gemacht werden. Eine wichtige Rolle spielen dabei auch räumliche Instrumente wie der Stadtentwicklungsplan 2040 und die Handlungsräume der Stadtentwicklung. Der Evaluation der Ziele kommt dabei eine hohe Bedeutung zu. Um diese Prozesse und Anliegen besser steuern zu können, sind Daten eine wichtige Grundlage. Das Konzept einer integrierten, partizipativen und gesundheitsgeografischen GBE kann hierfür wichtige Datengrundlagen liefern, insbesondere auch für die Messung der Ziele der Fachleitlinie Gesundheit.“

## **8. Stellungnahmen der beteiligten Referate und Querschnittstellen**

Die Beschlussvorlage ist mit dem Sozialreferat, dem Referat für Stadtplanung und Bauordnung, dem Referat für Bildung und Sport, dem Direktorium/Statistischem Amt, dem Referat für Klima- und Umweltschutz und den Querschnittstellen und Beiräten abgestimmt, konkret: Behindertenbeirat, Koordinierungsbüro zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, Gleichstellungsstelle für Frauen, Stelle für interkulturelle Arbeit und der Koordinierungsstelle zur Gleichstellung von LGBTIQ\*.

Alle oben genannten Referate und Querschnittstellen zeichnen die Beschlussvorlage mit.

Das Direktorium bittet darum, im Sinne der gleichstellungsorientierten Haushaltssteuerung auch auf eine generelle Verbesserung der genderrelevanten Datenlage zu achten (Anlage 4).

Der Behindertenbeirat (Anlage 6) weist explizit auf die Beteiligung von Menschen mit Behinderungen und die barrierefreie Ausgestaltung von Beteiligungsformen hin.

Das RBS wird die bestehende ertragreiche Kooperation mit der GBE im GSR im Rahmen der verfügbaren Ressourcen weiterhin unterstützen (Anlage 7). Zudem betont das RBS die hohe Bedeutung der Erfassung von Bedarfen und der daraus abgeleiteten Entwicklung von fachübergreifenden präventiven Maßnahmen und einer gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung speziell für die Zielgruppe von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Die Anmerkungen sowie die personellen Ressourcen der anderen Referate werden im Rahmen der angedachten Kooperation von Seiten des GSR berücksichtigt.

Die Änderungswünsche des Referates für Stadtplanung und Bauordnung (Anlage 5) zur Perspektive München wurden im Text eingearbeitet.

### **Anhörung des Bezirksausschusses**

In dieser Beratungsangelegenheit ist die Anhörung des Bezirksausschusses nicht vorgesehen (vgl. Anlage 1 der BA-Satzung).

Der Korreferent des Gesundheitsreferates, Herr Stadtrat Stefan Jagel, der zuständige Verwaltungsbeirat, Herr Stadtrat Prof. Dr. Hans Theiss, das Sozialreferat, das Referat für Stadtplanung und Bauordnung, das Referat für Bildung und Sport, das Direktorium/Statistisches Amt, das Referat für Klima- und Umweltschutz, der Behindertenbeirat, das Koordinierungsbüro zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, die Gleichstellungsstelle für Frauen, die Stelle für interkulturelle Arbeit, die Koordinierungsstelle zur Gleichstellung von LGBTIQ\* haben einen Abdruck der Vorlage erhalten.

## **II. Antrag der Referentin**

1. Das Gesundheitsreferat wird beauftragt, das dargestellte Konzept zur gesundheitsgeografischen, integrierten und partizipativen Gesundheitsberichterstattung umzusetzen.
2. Der Antrag Nr. 14-20 / A 06587 „München nur sozial: Gute Gesundheitsversorgung für alle mit Stadtteilgesundheitszentren“ bleibt bis 31.12.2023 aufgegriffen.
3. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

## **III. Beschluss**

nach Antrag.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Die Vorsitzende

Die Referentin

Verena Dietl  
3. Bürgermeisterin

Beatrix Zurek  
berufsmäßige Stadträtin

- IV. Abdruck von I. mit III. (Beglaubigungen)  
über das Direktorium HA II/V - Stadtratsprotokolle  
an das Revisionsamt  
an das Direktorium – Dokumentationsstelle  
an das Gesundheitsreferat, Beschlusswesen GSR-BdR-SB
  
- V. Wv Gesundheitsreferat, Beschlusswesen GSR-BdR-SB  
zur weiteren Veranlassung (Archivierung, Hinweis-Mail).