



Gesundheitsamt
Landeshauptstadt Düsseldorf

Gesundheitsbericht
der
Stadt Düsseldorf

Ein Beitrag zur kommunalen
Gesundheitsberichterstattung

Impressum:

Landeshauptstadt Düsseldorf
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt

Konzept, Koordination und Redaktion:

Regina Behrendt, Dipl.-Psych., Gesundheitsberichterstattung
Tel: 0211/89-96022
regina.behrendt@stadt.duesseldorf.de

Mitwirkende:

Ingrid Beifuß, Dipl.-Psych., AIDS-Beratungsstelle
Bernd Griebisch, Gesundheitsaufseher
Renate Hoop, Dipl.-Soz.Päd., Selbsthilfe-Service-Büro,
Dr. med. Karin Kessler, Tuberkulosefürsorge
Wilhelm Pöllen, Dipl.-Soz.Arb., Gesundheitshilfe und Rehabilitation
Ursula Rauhut, Dipl.-Soz.Päd., Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Mütterberatung, Partnerschaftsprobleme und Lebenskrisen; Sozialmedizinische Familienberatung
PD Dr. med. Eva Rozdzinski, Gesundheitsschutz mit Schwerpunkt Gesundheitsaufsicht,
Dr. med. Jörg Schmitz-Beuting, Leitender Notarzt Düsseldorf
Marie-Agnes von Rosenberg, Dipl.-Verwaltungswirtin, Erfassung und Überwachung der Berufe des Gesundheitswesens, Prüfungswesen für nichtärztliche Heilberufe,
Dr. med. Rainer Vossel, Geschlechtskrankenfürsorge und Prostituiertenbetreuung,
Dr. med. Horst Winkler, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst,

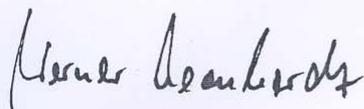
Vorwort

Wie ist es um die Gesundheit der Düsseldorferinnen und Düsseldorfer bestellt? Welche Krankheiten führen zur vorzeitigen Sterblichkeit? Wie häufig werden die Bürgerinnen und Bürger dieser Stadt stationär behandelt? Verhalten sich die Einwohner dieser Stadt gesundheitsbewusst? Welche demographischen Besonderheiten unserer Stadt sind bei der gesundheitlichen Versorgung zu berücksichtigen? Wie haben sich Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebserkrankungen in den letzten Jahren entwickelt?

Die kommunale Gesundheitspolitik hat die Aufgabe, die Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung optimal zu gestalten. Bei den knappen Mitteln im Gesundheitswesen müssen die gesundheitspolitischen Entscheidungen zielgerichtet und effizient sein. Dies kann sinnvoll nur in Kenntnis der gesundheitsrelevanten Bedingungen in dieser Stadt geschehen.

Der vorliegende Bericht legt erstmals umfassendes Datenmaterial zur Gesundheit in Düsseldorf vor. Da die Gesundheit des Einzelnen nicht nur durch individuelle Faktoren, sondern auch durch die sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen beeinflusst wird, ist eine Betrachtung der demographischen Situation vor Ort unerlässlich. Neben der Darstellung der gesundheitsrelevanten Daten werden wichtige Handlungsfelder benannt.

Ich wünsche mir, dass dieser Bericht die Diskussion über gesundheitspolitische Ziele vorantreibt. Nur wenn das gesundheitspolitische Handeln an den Lebensbedingungen und Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger ausgerichtet ist, führt dies zu einer weiteren Verbesserung und Sicherung der gesundheitlichen Versorgung.



Werner Leonhardt
Gesundheitsdezernent

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Demographie und Bevölkerungsentwicklung	6
2.1. Demographie.....	6
2.1.1. Bevölkerung nach Alter und Geschlecht.....	6
2.1.2. Vergleich mit anderen Städten und dem Land.....	6
2.1.3. Kinder und Jugendliche in den Stadtteilen.....	7
2.1.4. Altenbevölkerung in den Stadtteilen.....	8
2.1.5. Familien in den Stadtteilen.....	9
2.1.6. Allein Erziehende in den Stadtteilen.....	10
2.1.7. Bevölkerung nach Alter und Nationalität.....	11
2.1.8. Vergleich mit anderen Städten und dem Land.....	12
2.1.9. Ausländische Bevölkerung in den Stadtteilen.....	13
2.2. Bevölkerungsentwicklung.....	16
2.2.1. Allgemeine Bevölkerungsentwicklung.....	16
2.2.2. Wanderungen.....	17
2.2.3. Geburten.....	19
2.2.4. Sterbefälle.....	20
2.2.5. Vergleich mit anderen Städten und dem Land.....	21
3. Sozioökonomische Aspekte der Bevölkerung	24
3.1. Erwerbstätigkeit.....	24
3.2. Arbeitslosigkeit.....	26
3.3. Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt.....	27
3.3.1. Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt in den Stadtteilen.....	28
4. Gesundheitliche Lage der Bevölkerung	32
4.1. Todesursachen.....	32
4.1.1. Die häufigsten Todesursachen.....	32
4.1.2. Vergleich der Todesursachen von Männern und Frauen.....	34
4.1.3. Vergleich der Todesursachen in Düsseldorf mit NRW.....	35
4.1.4. Vergleich von Düsseldorf mit anderen Städten.....	36
4.2. Meldepflichtige übertragbare Krankheiten.....	38
4.2.1. Enteritis infectiosa.....	38
4.2.2. Virushepatitis.....	39
4.2.3. Meningitis/Encephalitis.....	41
4.2.4. Tuberkulose.....	42
4.3. Sexuell übertragbare Krankheiten.....	46
4.3.1. Syphilis und Gonorrhoe.....	46
4.3.2. AIDS.....	50
4.3.3. AIDS und Prostitution.....	52
4.4. Chronische Krankheiten.....	56
4.4.1. Herz-Kreislaufkrankungen.....	56
4.4.1.1. Akuter Myokardinfarkt.....	56
4.4.1.2. Schlaganfall (Insult, Apoplex).....	58
4.4.1.3. Essenzielle Hypertonie.....	59
4.4.2. Krebs.....	64
4.4.2.1. Bösartige Neubildungen des Verdauungstraktes.....	64

4.4.2.2.	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane.....	65
4.4.2.3.	Bösartige Neubildungen der Geschlechtsorgane.....	66
4.4.2.4.	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse.....	67
4.4.2.5.	Behandlungsraten der Männer Vergleich	68
4.4.2.6.	Behandlungsraten der Frauen im Vergleich	70
4.5.	Gesundheit von Schulanfängern	74
4.5.1.	Größe und Gewicht der Schulanfänger	75
4.5.2.	Die häufigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen	76
4.5.3.	Einzelne Diagnosen	79
5.	Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens	84
5.1.	Früherkennung und Vorsorge.....	84
5.1.1.	Früherkennungs-Untersuchungen für Erwachsene	84
5.1.2.	Inanspruchnahme von Früherkennungs-Untersuchungen und Impfungen bei Schulanfängern	88
5.1.2.1.	Früherkennungs-Untersuchungen	89
5.1.2.2.	Impfungen	94
5.1.3.	Früherkennungs-Untersuchungen bei schwangeren Frauen.....	98
5.2.	Schwangerschaftsabbrüche	102
5.2.1.	Schwangerschaftskonfliktberatung	103
5.3.	Inanspruchnahme von Leistungen bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen	108
5.3.1.	Schwerbehindertenausweise	108
5.3.2.	Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz	112
5.3.3.	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.....	116
6.	Ressourcen im Gesundheitswesen in Düsseldorf	120
6.1.	Ambulante Versorgung.....	120
6.1.1.	Niedergelassene Ärzte und Apotheken.....	120
6.1.2.	Nichtärztliche Praxen.....	121
6.2.	Stationäre Versorgung.....	121
6.2.1.	Krankenhäuser	121
6.2.2.	Personal in den Krankenhäusern.....	123
6.2.3.	Ausbildungsstätten in den Krankenhäusern	123
6.2.4.	Medizinisch-technische Großgeräte in den Krankenhäusern.....	124
6.2.5.	Einrichtungen der Altenhilfe und für behinderte Volljährige	124
6.3.	Rettungswesen.....	125
6.3.1.	Empfehlungen	127
6.4.	Selbsthilfe	127
7.	Literaturverzeichnis.....	131
8.	Glossar	133

1. Einleitung

Die eigene Gesundheit wird von den meisten Menschen gar nicht als solche wahrgenommen. Erst wenn sie auf dem Spiel steht, wenn wir krank sind oder die Krankheit anderer Menschen erleben, wird uns bewusst, dass unsere Gesundheit ein wichtiges und schützenswertes Gut ist. Dabei erleben wir den Verlauf von Gesundheit und Krankheit als individuelles Schicksal.

Individuelle Gesundheit

Der öffentliche Gesundheitsdienst hat die Aufgabe, die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen, sie zu fördern, Krankheiten vorzubeugen und bei Bedarf deren Ausbreitung zu verhindern. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, muss er die Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit und die Faktoren, die sie beeinflussen, systematisch analysieren. Die Gesundheit Einzelner unterscheidet sich nicht nur nach den körperlichen Voraussetzungen. Gesundheit unterscheidet sich nach Alter und Geschlecht, nach sozialen und kulturellen Hintergründen, nach finanziellen Verhältnissen, nach Umweltfaktoren, nach Arbeitszusammenhängen, kurz nach Lebensumwelten. Und nicht zuletzt bestimmen individuelle Verhaltensweisen die Gesundheit.

bevölkerungs-
bezogene Gesundheit

Zur Erfüllung dieser Aufgabe steht den Kommunen seit dem Inkraft-Treten des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (ÖGDG) am 01.01.1998 die kommunale Gesundheitsberichterstattung als Instrument zur Verfügung. Diese Gesetzgebung ist eine Fortsetzung der bereits auf Bundes- und Landesebene erfolgreichen Gesundheitsberichterstattung.

Gesundheits-
bericht-
erstattung

Der vorliegende Bericht stellt einen Basisbericht dar. Das heißt, dass möglichst viele Gesundheitsthemen hier in der Breite, aber nicht in der Tiefe beleuchtet werden. Der Aufbau des Berichts orientiert sich an dem Indikatorensetz, den die Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 1991 für die Ländergesundheitsberichterstattung entwickelt hat. Dieser Indikatorensetz sieht 11 Themenfelder vor, zu einigen wird auch in diesem Bericht Stellung genommen. Im Einzelnen sind das „Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen“ (hier als „Demographie und Bevölkerungsentwicklung“ und „sozioökonomische Aspekte der Bevölkerung“) und „Gesundheitszustand der Bevölkerung“. Die Bedeutung gesundheitsrelevanter Daten für die Kommune kann nur in Kenntnis der demographischen Entwicklung erkannt werden. Diese beiden Kapitel machen den Großteil des Berichts aus. Weiterhin sind Indikatoren aus den Themenfeldern „Gesundheitszustand der Bevölkerung“, „Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen“ und „Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens“ hier im Kapitel „Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens“ zusammengefasst. Aus den Themenfeldern „Einrichtungen des Gesundheitswesens“, „Beschäftigte im Gesundheitswesen“ und „Ausbildung im Gesundheitswesen“ werden in diesem Bericht Daten im Kapitel „Ressourcen im Gesundheitswesen“ aufgeführt. Zu den Themenfeldern „Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und

Inhalte des Berichts

technischen Umwelt“, „Ausgaben und Finanzierung“ und „Kosten“ liegen hier keine Daten vor. Allein dieser kurze Einblick in das Themenspektrum verdeutlicht, dass dieser Bericht die „Gesundheit in Düsseldorf“ nicht vollständig abbilden kann. Die Auswahl der Themen hier richtet sich zum Einen nach der Häufigkeit der Krankheiten. Bei den „Chronischen Krankheiten“ wurde ein Schwerpunkt auf Herz-Kreislaufkrankheiten und bösartige Neubildungen gesetzt. Viele andere chronische Erkrankungen, wie z.B. Diabetes oder Rheuma müssen dringend näher beleuchtet werden. Zum Anderen wurden Themen pragmatisch nach der Verfügbarkeit von Daten ausgewählt. In diesem Bericht nimmt die Gesundheit von Schulanfängern einen relativ breiten Raum ein, auch das Thema Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch wird ausführlich behandelt. Andere speziellere Themen, z.B. Drogenmissbrauch und Drogensucht oder psychiatrische Krankheiten wären hier denkbar. Die vorliegende Auswahl beansprucht damit keine Vorrangigkeit der hier genannten Themen. Vielmehr können nicht alle wichtigen Themen gleichzeitig behandelt werden. In diesem Sinne ist dieser Bericht als „Modul“ im Rahmen der Basisberichterstattung zu sehen.

Der Bericht richtet sich in erster Linie an die gesundheitspolitischen Gremien der Stadt. Der Bericht will über gesundheitliche Themen und deren Entwicklung informieren und wenn möglich auf spezielle Bedarfe hinweisen. In einem Basisbericht können einzelne Themen nicht mit der ihnen gebührenden Intensität behandelt werden. Ziel des Berichts ist vielmehr eine Orientierung über mögliche Handlungsfelder zu geben. Die Akteure in der gesundheitlichen Versorgung treffen schließlich die Entscheidung über prioritäre Handlungsfelder.

Ein Basisbericht kann sehr allgemein im Sinne einer bloßen Gegenüberstellung von Zahlen im zeitlichen und räumlichen Vergleich sein. Hier wurde versucht, darüber hinaus auch qualitative Einschätzungen von Fachleuten in den einzelnen Themenfeldern mit einfließen zu lassen. Entsprechend der Datenlage bei der Erstellung des Berichts fallen auch die Zusammenfassungen und Zielformulierungen mehr oder weniger allgemein aus. Der Bericht stellt in vielen Bereichen eine erste Bestandsaufnahme dar und beansprucht daher nicht, konkrete notwendige Maßnahmen für die einzelnen Fragestellungen zu benennen. Vielmehr soll der fachliche Austausch von Entscheidungsträgern und Leistungserbringern angeregt werden. Daneben richtet sich dieser Bericht an alle Düsseldorferinnen und Düsseldorfer, die sich für die Gesundheit in ihrer Stadt interessieren.

Bei der Datenbeschaffung und Zusammenstellung wurde versucht, möglichst eine Vergleichbarkeit zu erzielen. Es wurde versucht, sowohl eine zeitliche Entwicklung (je nach Datenlage können die Zeiträume für die Vergleiche schwanken) zu skizzieren als auch die Stadt Düsseldorf mit dem Land Nordrhein-Westfalen zu vergleichen.

Adressaten des Berichts

Methoden des Berichts

An vielen Stellen werden auch Referenzwerte anderer Städte angefügt. Soweit möglich werden die Zahlen auch für Männer und Frauen sowie für verschiedene Altersgruppen getrennt dargestellt. Teilweise liegen auch Vergleiche nach Nationalitäten vor. Das Jahr 1999 liegt diesem Bericht als Basisjahr zu Grunde, da es zum Zeitpunkt der Datensammlung der aktuellste Stand der amtlichen Statistik war. Oft sind die Zahlen auch aktueller.

Die Datenquellen sind das Amt für Statistik und Wahlen der Stadt Düsseldorf, die Daten des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik, die Aufbereitung der Indikatoren der Landesgesundheitsberichterstattung durch das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst LÖGD (alle Indikatoren sind im Internet unter www.loegd.nrw.de abrufbar), konkrete Anfragen beim Arbeitsamt Düsseldorf, beim medizinischen Dienst der Krankenkassen MDK, bei der Ärzte- und der Apothekerkammer und natürlich die Daten des Gesundheitsamtes Düsseldorf. Außerdem wurden die Ergebnisse der Bundes- und Landesgesundheitsberichterstattung bei Bedarf herangezogen.

Datenquellen des Berichts

Die Daten liegen in unterschiedlich aufbereiteter Form vor. Es werden absolute Zahlen genannt, um eine Vorstellung von dem Ausmaß einer Größe zu geben, z.B. Zahl der AIDS-Erkrankten in Düsseldorf. Prozentangaben geben Auskunft über den Stellenwert einer Größe im Vergleich zu anderen, z.B. wie viel Prozent der Todesursachen auf Herz-Kreislaufkrankungen zurückzuführen sind. Will man die Häufigkeit einer Krankheit über die Zeit oder zwischen Regionen vergleichen, spielen Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsverteilung eine Rolle. Man kontrolliert diesen Einfluss, indem man für jedes Geschlecht getrennt eine Alterstandardisierung durchführt. Fehlt die Standardisierung können auch Geschlechts- und Altersunterschiede für die Ergebnisse verantwortlich sein. Will man z.B. die Geschlechter miteinander vergleichen (oder z.B. Deutsche und Ausländer), müssen die Raten nach Altersgruppen aufgesplittet sein oder die altersspezifischen Raten müssen mit einer gemeinsamen Population gewichtet werden. Daher sind die Vergleiche zwischen Männern und Frauen in diesem Bericht in aller Regel für alle Altersgruppen einzeln aufgeführt oder die Ergebnisse werden getrennt für Männer und Frauen präsentiert.

Datenaufbereitung

Zusammenfassung Demographie

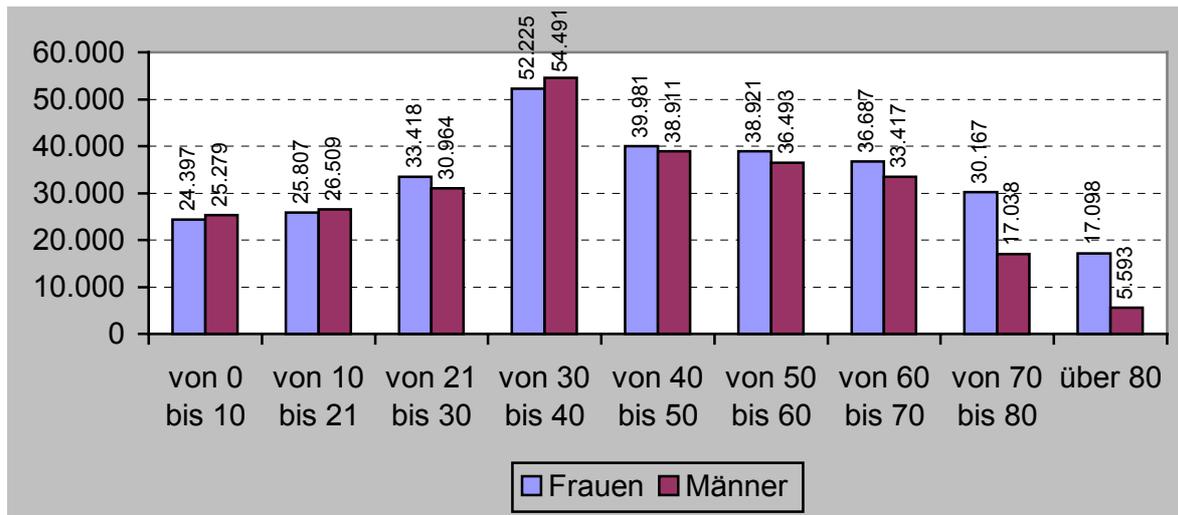
Düsseldorf ist eine der dichtbesiedeltesten Städte in Nordrhein-Westfalen. Die Altersziffer von 1,14 zeigt, dass die älteren und alten Düsseldorfer die Kinder und Jugendlichen zahlenmäßig überwiegen. Dabei hat Düsseldorf den geringsten Kinder- und Jugendanteil von ganz Nordrhein-Westfalen, während der Altenanteil im Vergleich zum ländlichen Umland hoch, aber ähnlich den Städten des Umkreises ist. Kinder und Jugendliche leben vor allem in den äußeren Stadtteilen, weniger in der Innenstadt. Stadtteile mit einem hohen Kinder- und Jugendanteil sind im Süden der Stadt Hellerhof, Garath, Reisholz, Hassels, Holthausen und Wersten, im Norden Lichtenbroich, Angermund, Wittlaer und Kalkum, im Osten Hubbelrath. Einen besonders hohen Altenanteil haben die ruhigeren und sozial besser gestellten Stadtteile Lörick, Stockum und Itter. Überdurchschnittlich kinderreiche und überdurchschnittlich altenreiche Stadtviertel überschneiden sich kaum. Unter den Stadtteilen mit einem hohem Anteil kinderreicher Familien tauchen mehr solche mit mittlerem (Hellerhof, Hassels, Lichtenbroich, Holthausen, Wersten, Volmerswerth) bis schlechterem (Lierenfeld, Flingern-Süd, Garath, Oberbilk) als mit hohem sozialen Status auf (Wittlaer, Stockum). Ein Viertel der Familien in Düsseldorf besteht aus Ein-Eltern-Familien. Von den allein Erziehenden sind 82% Frauen. Diese Gruppe konzentriert sich auf die Innenstadtviertel Altstadt, Karlstadt, Friedrichstadt, Ober- und Unterbilk, Flingern, Derendorf und Pempelfort. Der Ausländeranteil in Düsseldorf liegt bei 16,58% und damit ungefähr 6 Prozent über dem Landesdurchschnitt und etwa genauso viel über dem Umland. Einen höheren Ausländeranteil hat lediglich Köln mit fast 20%, einige Städte liegen im gleichen Bereich wie Düsseldorf. Ein Großteil der hier lebenden Ausländer kommt aus der Türkei, Jugoslawien, Griechenland und Italien (50%). Der Ausländeranteil ist in den unteren Altersgruppen (bis 30 Jahre) besonders hoch und liegt fast 10% über dem Landesdurchschnitt. Ausländerreiche Stadtteile sind Flingern-Süd, Stadtmitte, Oberbilk, Altstadt, Lierenfeld, Reisholz, Friedrichstadt, Hassels, Niederkassel, Heerdt, Rath und Holthausen.

2. Demographie und Bevölkerungsentwicklung

2.1. Demographie

2.1.1. Bevölkerung nach Alter und Geschlecht

In Düsseldorf sind 1999 567.396 Einwohner, davon 298.701 (52,64%) Frauen und 268.695 (47,36%) Männer gemeldet. Diese verteilen wie folgt auf die Altersgruppen:



1. Abb.: Absolute Anzahl von Männer und Frauen in den einzelnen Altersgruppen in Düsseldorf (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000 und eigene Berechnungen).

Den größten Anteil machen die 30- bis 40-Jährigen mit 18,81% an der Düsseldorfer Gesamtbevölkerung aus. Weiterhin fällt auf, dass der Anteil der Frauen in den höheren Altersgruppen größer ist. Während er in den unteren Altersgruppen bei ungefähr 50% liegt, steigt er bei den 70- bis 80-Jährigen auf 63,91% und bei den über 80-Jährigen auf 75,35% an. Insgesamt macht der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung 17,48% aus. Der Anteil der Jugendlichen (bis 18 Jahre) liegt bei 15,4%.

2.1.2. Vergleich mit anderen Städten und dem Land

Bundesweit ist Düsseldorf vergleichbar mit Stuttgart (551.484 Einwohner), Dortmund (588.605 Einwohner) und Bremen (540.330 Einwohner). Düsseldorf ist auch im Vergleich mit dem Ruhrgebiet eine der dichtbesiedeltesten Städte (Düsseldorf 2.621,6 Einwohner je km²). Die Städte Herne (3.416,9 Einwohner je km²), Oberhausen (2.886,2 Einwohner je km²), Essen (2.849,9 Einwohner je km²) und Bochum (2.701,2 Einwohner je km²) weisen eine höhere Bevölkerungsdichte auf. Dortmund hat im Vergleich eine geringe Bevölkerungsdichte (2.105,7 Einwohner je km²).

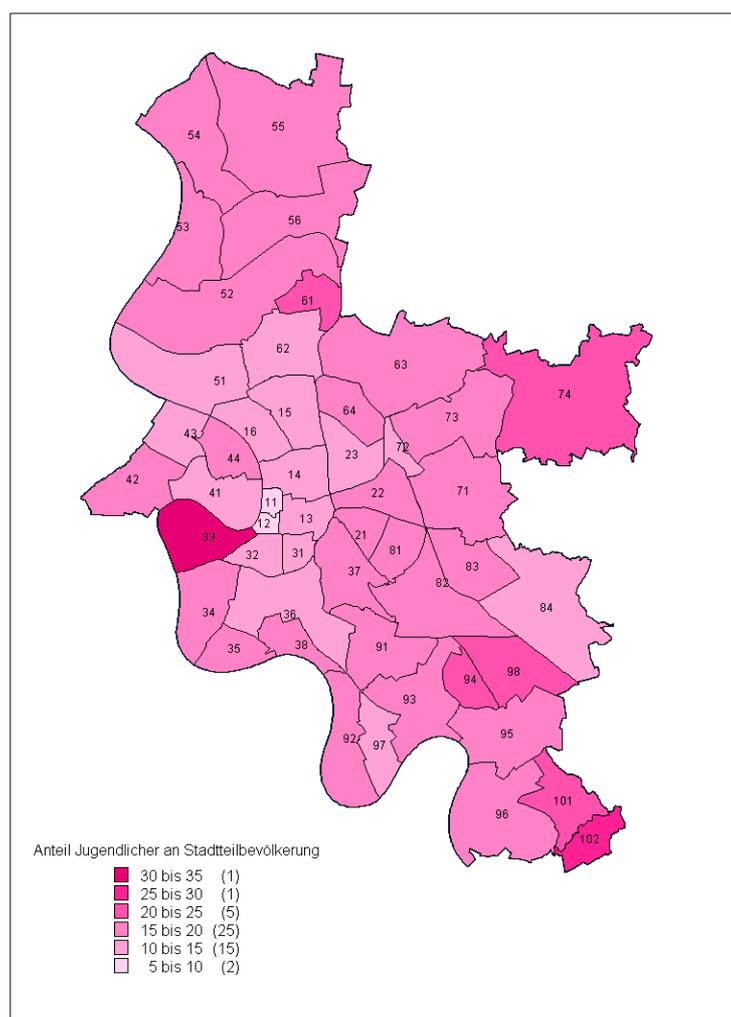
Das Geschlechterverhältnis ist mit dem Landesdurchschnitt vergleichbar (51,39% Frauen und 48,61% Männer).

Auch die Altersgruppe der 30- bis 40-Jährigen ist im Landesdurchschnitt die bevölkerungsstärkste Altersgruppe (17,13%). Die Altenbevölkerung (über 65 Jahren) ist landesweit mit 16,59% vertreten. Der Frauenanteil der über 70-Jährigen liegt bei 61,42% und bei den über 80-Jährigen bei 74,48%. In Nordrhein-Westfalen sind 19,46% der Einwohner unter 18 Jahren. Damit liegt der Düsseldorfer Anteil der Kinder und Jugendlichen 4 Prozent unter dem Landesdurchschnitt, der Anteil der über 65-Jährigen liegt etwa 1 Prozent über dem Landesdurchschnitt.

schnitt (Statistisches Jahrbuch NRW 2000). Betrachtet man zusätzlich den Anteil der unter 15-Jährigen im Vergleich zu anderen Städten, hat Düsseldorf mit 12,9% nicht nur den geringsten Anteil von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zum Umland (Krefeld 15,3%, Mönchengladbach 16,0%, Kreis Mettmann 15,6%, Kreis Neuss 16,3%, Kreis Viersen 17,4%), sondern den geringsten Anteil landesweit. Der Anteil der Altenbevölkerung (über 65-Jährige) ist in Düsseldorf mit 17,6% im Vergleich zum Umland zwar am höchsten (Krefeld 17,1%, Mönchengladbach 16,9%, Kreis Mettmann 16,2%, Kreis Neuss 15,2%, Kreis Viersen 15,5%), ist aber mit anderen Großstädten in Nordrhein-Westfalen vergleichbar (Dortmund 18,0%, Duisburg 18,5%, höchster Altenanteil Mühlheim a.d. Ruhr 20,1%) (Indikator 02_04_99, LÖGD).

2.1.3. Kinder und Jugendliche in den Stadtteilen

Es leben 87.395 Kinder und Jugendliche (von 0 bis 18 Jahren) in Düsseldorf. Das sind 15,4% der Gesamtbevölkerung. Stadtteile mit einem hohen Anteil Kinder und Jugendlicher bezogen auf die Stadtteilbevölkerung sind der Hafen (31,58%), Hellerhof (27,06%), Lichtenbroich (24,08%), Reisholz (21,09), Garath (21%) und Hassels (20,99%). Demgegenüber gibt es nur relativ wenige Jugendliche in den Stadtteilen Altstadt (7,11%) und Karlstadt (7,84%). Im Folgenden werden die Stadtteile nach dem Anteil Jugendlicher absteigend sortiert.



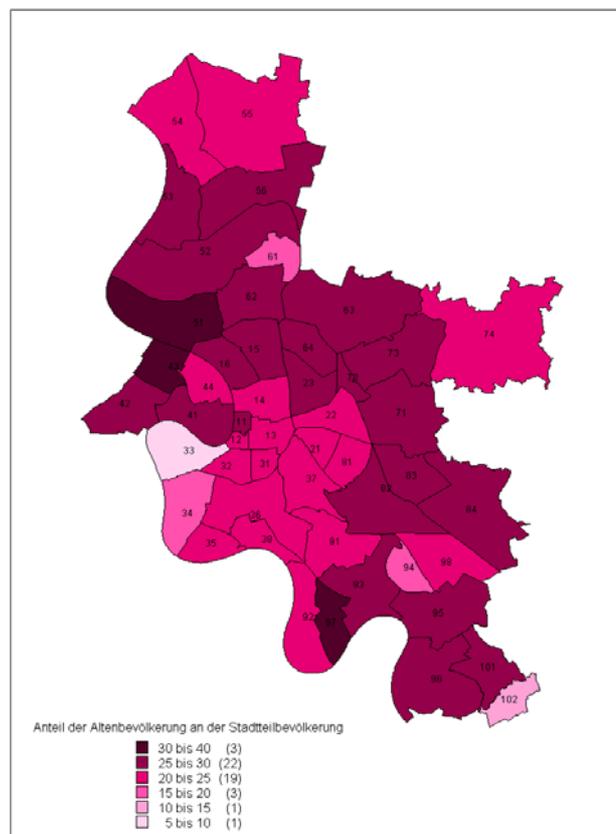
2. Abb.: Stadtviertel nach dem Anteil Kinder und Jugendlicher (bis 18) an der Stadtteilbevölkerung absteigend sortiert (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000 und eigene Berechnungen).

11 Altstadt, 12 Karlstadt, 13 Stadtmitte, 14 Pempelfort, 15 Derendorf, 16 Golzheim, 21 Flingern-Süd, 22 Flingern-Nord, 23 Düsseltal, 31 Friedrichstadt, 32 Unterbilk, 33 Hafen, 34 Hamm, 35 Volmerswerth, 36 Bilk, 37 Oberbilk, 38 Flehe, 41

Oberkassel, 42 Heerdt, 43 Lörick, 44 Niederkassel, 51 Stockum, 52 Lohausen, 53 Kaiserswerth, 54 Wittlaer, 55 Angermund, 56 Kalkum, 61 Lichtenbroich, 62 Unterrath, 63 Rath, 64 Mörsenbroich, 71 Gerresheim, 72 Grafenberg, 73 Luddenberg, 74 Hubbelrath, 81 Lierenfeld, 82 Eller, 83 Vennhausen, 84 Unterbach, 91 Wersten, 92 Himmelgeist, 93 Holthausen, 94 Reisholz, 95 Benrath, 96 Urdenbach, 97 Itter, 98 Hassels, 101 Garath, 102 Hellerhof.

Der Hafen als Stadtteil ist wegen seiner geringen Einwohnerzahl nur bedingt aussagekräftig. Er soll in der Interpretation deshalb vernachlässigt werden. Besonders viele Kinder und Jugendliche bezogen auf die Stadtteilbevölkerung leben im Süden der Stadt in Garath und Hellerhof, in Reisholz und Hassels sowie in Holthausen und Wersten. Legt man hier die Ergebnisse der sozialräumlichen Gliederung (Sozialräumliche Gliederung der Stadt Düsseldorf, 1999) als Vergleichsmaßstab zu Grunde, sind diese Stadtbezirke vorwiegend durch eine mittlere soziale Lage oder schlechter gekennzeichnet. Im Norden der Stadt leben besonders in den Randgebieten Wittlaer, Angermund, Kalkum und Lichtenbroich viele Kinder und Jugendliche, außerdem im Osten in Hubbelrath. Diese Stadtteile sind durch gehobenen bis höchsten sozialen Status gekennzeichnet (Ausnahme Lichtenbroich). Auffällig wenig Kinder und Jugendliche (bis 12% der Stadtteilbevölkerung) leben im Stadtkern mit der Altstadt und Karlstadt im Zentrum und dem darumliegenden Stadtteilgürtel Unterbilk, Friedrichstadt, Stadtmitte und Pempelfort. Im Gesamtbild nimmt der Anteil Kinder und Jugendlicher von dem Stadtrand zum Zentrum kontinuierlich ab. Die Stadtteile Lierenfeld, Mörsenbroich und Eller sowie Flingern und Oberbilk liegen dabei jeweils zentraler als Stadtteile mit vergleichbarem Anteil Kinder und Jugendlicher. Es handelt sich hierbei um Stadtteile mit eher unterdurchschnittlichem sozialen Status.

2.1.4. Altenbevölkerung in den Stadtteilen



3. Abb.: Stadtviertel nach dem Anteil der Altenbevölkerung (ab 60) an der Stadtteilbevölkerung absteigend sortiert (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000 und eigene Berechnungen).

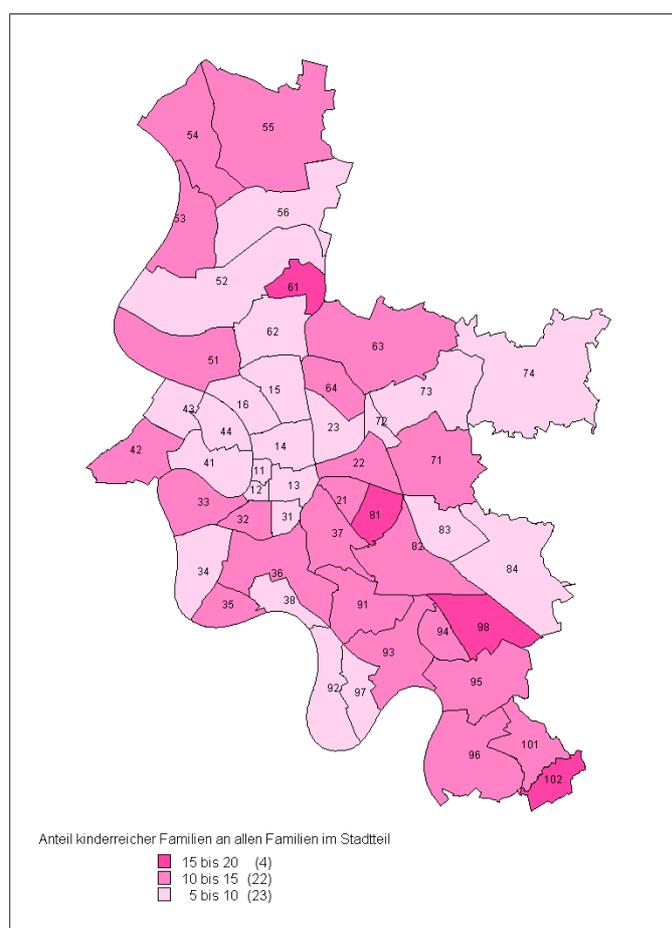
11 Altstadt, 12 Karlstadt, 13 Stadtmitte, 14 Pempelfort, 15 Derendorf, 16 Golzheim, 21 Flingern-Süd, 22 Flingern-Nord, 23 Düsseltal, 31 Friedrichstadt, 32 Unterbilk, 33 Hafen, 34 Hamm, 35 Volmerswerth, 36 Bilk, 37 Oberbilk, 38 Flehe, 41

Oberkassel, 42 Heerdt, 43 Lörick, 44 Niederkassel, 51 Stockum, 52 Lohausen, 53 Kaiserswerth, 54 Wittlaer, 55 Angermund, 56 Kalkum, 61 Lichtenbroich, 62 Unterrath, 63 Rath, 64 Mörsenbroich, 71 Gerresheim, 72 Grafenberg, 73 Ludenberg, 74 Hubbelrath, 81 Lierenfeld, 82 Eller, 83 Vennhausen, 84 Unterbach, 91 Wersten, 92 Himmelgeist, 93 Holthausen, 94 Reisholz, 95 Benrath, 96 Urdenbach, 97 Itter, 98 Hassels, 101 Garath, 102 Hellerhof.

Es leben 140.000 Menschen über 60 Jahren in Düsseldorf (24,67%). Bezogen auf die Stadtteilbevölkerung leben viele ältere und alte Menschen in Lörick (36,87%), Stockum (36,22%) und Itter (33,76%), wenige dagegen im Hafen (4,74%) und in Hellerhof (11,47%).

Der Anteil der Altenbevölkerung pro Stadtteil ist generell höher als der Kinder und Jugendlichen. Während Kinder und Jugendliche in den meisten Stadtteilen 10 bis 20% der Bevölkerung ausmachen, beträgt die Altenbevölkerung in den meisten Stadtteilen zwischen 20 und 30%. Die Stadtteile mit einem besonders hohen Anteil der Altenbevölkerung (über 30%) rangieren in der Liste kinderreicher Stadtteile im unteren Bereich und umgekehrt (für die Stadtteile mit mehr als 20% Kindern und Jugendlichen). Eine Ausnahme bildet Garath, hier ist sowohl der Anteil von Kindern und Jugendlichen als auch von älteren und alten Menschen hoch. Die Stadtteile mit einem hohen Anteil an Altenbevölkerung liegen eher im äußeren Stadtteilgürtel, darunter vor allem ruhigere und wohlhabende Stadtteile wie z.B. Vennhausen, Urdenbach, Kalkum, Ludenberg, Lohausen, Düsseltal, Unterbach, Golzheim, Grafenberg, Kaiserswerth und Oberkassel.

2.1.5. Familien in den Stadtteilen



4. Abb.: Anteil der Familien mit 3 und mehr Kindern an der Anzahl der Familien im Stadtteil, absteigend sortiert (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000 und eigene Berechnungen).

11 Altstadt, 12 Karlstadt, 13 Stadtmitte, 14 Pempelfort, 15 Derendorf, 16 Golzheim, 21 Flingern-Süd, 22 Flingern-Nord, 23 Düsseltal, 31 Friedrichstadt, 32 Unterbilk, 33 Hafen, 34 Hamm, 35 Volmerswerth, 36 Bilk, 37 Oberbilk, 38 Flehe, 41 Oberkassel, 42 Heerdt, 43 Lörick, 44 Niederkassel, 51 Stockum, 52 Lohausen, 53 Kaiserswerth, 54 Wittlaer, 55 Anger

mund, 56 Kalkum, 61 Lichtenbroich, 62 Unterrath, 63 Rath, 64 Mörsenbroich, 71 Gerresheim, 72 Grafenberg, 73 Lüdernberg, 74 Hubbelrath, 81 Lierenfeld, 82 Eller, 83 Vennhausen, 84 Unterbach, 91 Wersten, 92 Himmelgeist, 93 Holthausen, 94 Reisholz, 95 Benrath, 96 Urdenbach, 97 Itter, 98 Hassels, 101 Garath, 102 Hellerhof.

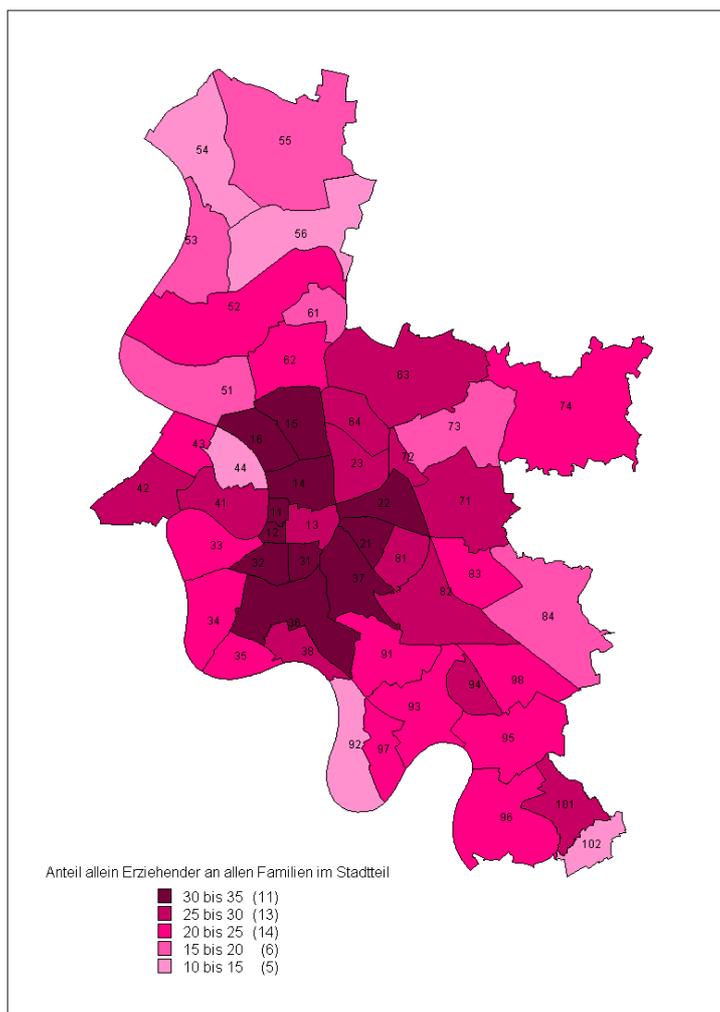
1999 lebten 54.690 Familien in Düsseldorf, das sind 32,2% der Düsseldorfer. 24,61% der Familien haben einen ausländischen Familienvorstand. Von allen Familien haben 89,04% 1 oder 2 Kinder, 8,44% haben 3 und weitere 2,52% mehr als 3 Kinder. Betrachtet man den Anteil der Personen an der Stadtteilbevölkerung, die in Familien leben, ergibt sich ein sehr ähnliches Bild wie bei der Betrachtung der kinder- und jugendreichen Stadtteile. Die Ergebnisse sollen deshalb hier nicht wiederholt werden.

Stadtteile mit einem hohen Anteil an kinderreichen Familien sind besonders Lierenfeld (16,46%), Hellerhof (16,18%), Hassels (15,21%) und Lichtenbroich (15,04%). Erwartungsgemäß kommen in familienreichen Stadtvierteln auch relativ viele Familien mit hoher Kinderzahl vor. Einige Stadtteile rangieren in der Liste des Kinder- und Jugendanteils höher als in der Liste des Anteils kinderreicher Familien. Dazu zählen insbesondere Hubbelrath, Kalkum, der Hafen, Niederkassel und Flehe. D.h. der größte Teil der Kinder und Jugendlichen dort lebt in Familien mit ein oder zwei Kindern. Stadtteile, die in der Liste kinderreicher Familien höher rangieren als in der Liste des Anteils Kinder und Jugendlicher sind Stockum, Oberbilk, Unterbilk, Flingern-Süd und Lierenfeld. Auffällig ist, dass die Stadtteile mit wenig kinderreichen Familien zu den überdurchschnittlich gut gestellten gehören und Familien mit vielen Kindern in vergleichsweise kinderärmeren Stadtteilen mit schlechterer sozialer Lage leben (Ausnahme Stockum).

2.1.6. Allein Erziehende in den Stadtteilen

Zur Zeit leben in Düsseldorf 14.061 Familien mit allein erziehendem Elternteil, unabhängig vom Familienstand des Elternteils. Insgesamt besteht ein Viertel der Familien (25,71%) in Düsseldorf aus Ein-Eltern-Familien. Damit sind 5,94% der Düsseldorfer Einwohner Teil einer Ein-Eltern-Familie. Mit 16,25% ist der Anteil der allein Erziehenden mit ausländischer Bezugsperson geringer als bei den Familien insgesamt. Deutsche allein erziehende Personen sind meistens geschieden (39,4%) oder ledig (36,2%), ausländische am häufigsten verheiratet, aber getrennt lebend (37,0%) oder geschieden (33,2%; Quelle: Familienbericht, Erster Teil: Soziodemographische Daten, S.24). 82,12% der Allein Erziehenden sind Frauen, damit kann die Situation „allein erziehend“ als frauentypisch gelten. Die meisten Familien haben ein oder zwei Kinder (93,24%).

Obwohl wenige Familien im Innenstadtbereich leben, sind darunter relativ viel allein Erziehende. Besonders im Zentrum mit Altstadt und Karlstadt sowie Friedrichstadt, in Ober- und Unterbilk, Flingern und Derendorf sowie Pempelfort ist der Anteil der allein Erziehenden an den Familien insgesamt sehr hoch. Betrachtet man den Anteil der allein Erziehenden an den Familien in den Stadtvierteln mit den meisten Familien zeigt sich ein etwa durchschnittlicher Anteil allein Erziehender in Reisholz und etwas überdurchschnittlicher in Garath, während die allein Erziehenden in Hassels, Hubbelrath und Lichtenbroich, besonders aber in Hellerhof unterrepräsentiert sind. Mögliche Erklärungen für diese Situation sind zum einen günstiger Wohnraum in den Innenstadtvierteln, bessere Infrastruktur und damit kürzere Wege zum Kindergarten, zur Schule, zum Einkaufen etc. (vgl. Familienbericht, Erster Teil: Soziodemographische Daten) und eine mit einem jüngeren Lebensalter der allein Erziehenden verbundene höhere Attraktivität der Innenstadtviertel.

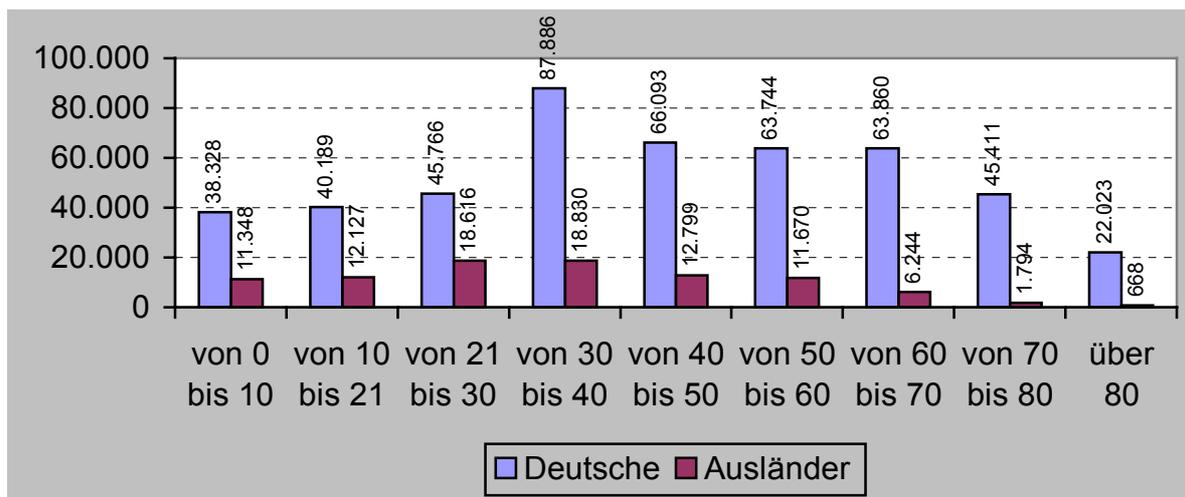


5. Abb.: Anteil der allein Erziehenden an den Familien pro Stadtteil, absteigend sortiert (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000 und eigene Berechnungen).

11 Altstadt, 12 Karlstadt, 13 Stadtmitte, 14 Pempelfort, 15 Derendorf, 16 Golzheim, 21 Flingern-Süd, 22 Flingern-Nord, 23 Düsseltal, 31 Friedrichstadt, 32 Unterbilk, 33 Hafen, 34 Hamm, 35 Volmerswerth, 36 Bilk, 37 Oberbilk, 38 Flehe, 41 Oberkassel, 42 Heerdt, 43 Lörick, 44 Niederkassel, 51 Stockum, 52 Lohausen, 53 Kaiserswerth, 54 Wittlaer, 55 Angermund, 56 Kalkum, 61 Lichtenbroich, 62 Unterrath, 63 Rath, 64 Mörsenbroich, 71 Gerresheim, 72 Grafenberg, 73 Lundenberg, 74 Hubbelrath, 81 Lierenfeld, 82 Eller, 83 Vennhausen, 84 Unterbach, 91 Wersten, 92 Himmelgeist, 93 Holthausen, 94 Reisholz, 95 Benrath, 96 Urdenbach, 97 Itter, 98 Hassels, 101 Garath, 102 Hellerhof.

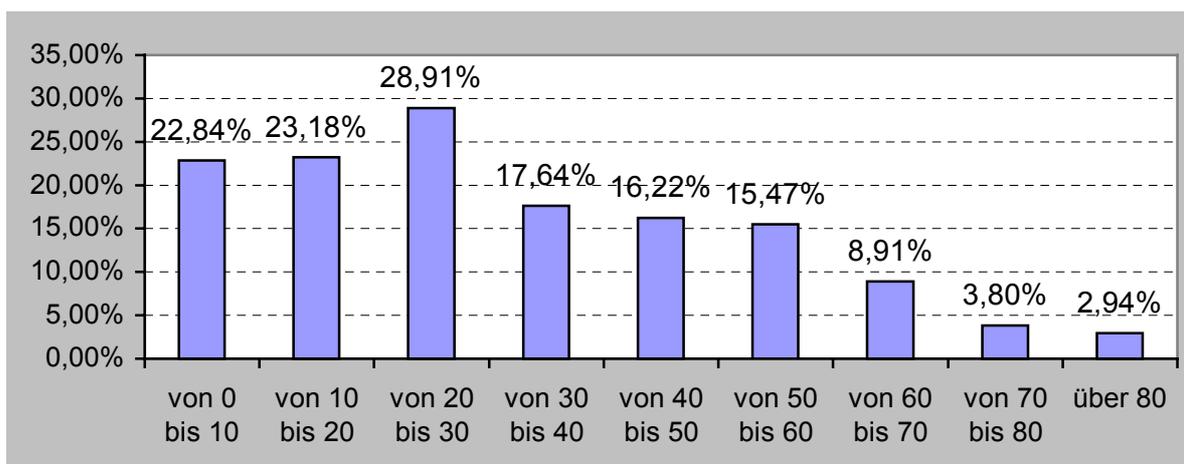
2.1.7. Bevölkerung nach Alter und Nationalität

1999 lebten 473.300 Deutsche und 94.096 Ausländer in Düsseldorf (16,58%). Davon waren 47,93% weiblich und 52,07% männlich. Damit fällt das Geschlechterverhältnis der ausländischen Bevölkerung zu Gunsten der Männer aus. Ausländer und Deutsche verteilen sich folgendermaßen auf die Altersgruppen.



6. Abb.: Absolute Anzahl von Deutschen und Ausländern in den einzelnen Altersgruppen in Düsseldorf (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000 und eigene Berechnungen).

Es leben vorwiegend junge Ausländerinnen und Ausländer in Düsseldorf. Der Ausländeranteil steigt bis zu der Gruppe der 20- bis 30-Jährigen an (28,91%) und fällt danach deutlich ab. Zum hohen Alter hin sinkt der Anteil fast auf null. Die folgende Grafik veranschaulicht das.



7. Abb.: Prozentualer Anteil der ausländischen an der Bevölkerung der Altersgruppe in Düsseldorf (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000 und eigene Berechnungen).

2.1.8. Vergleich mit anderen Städten und dem Land

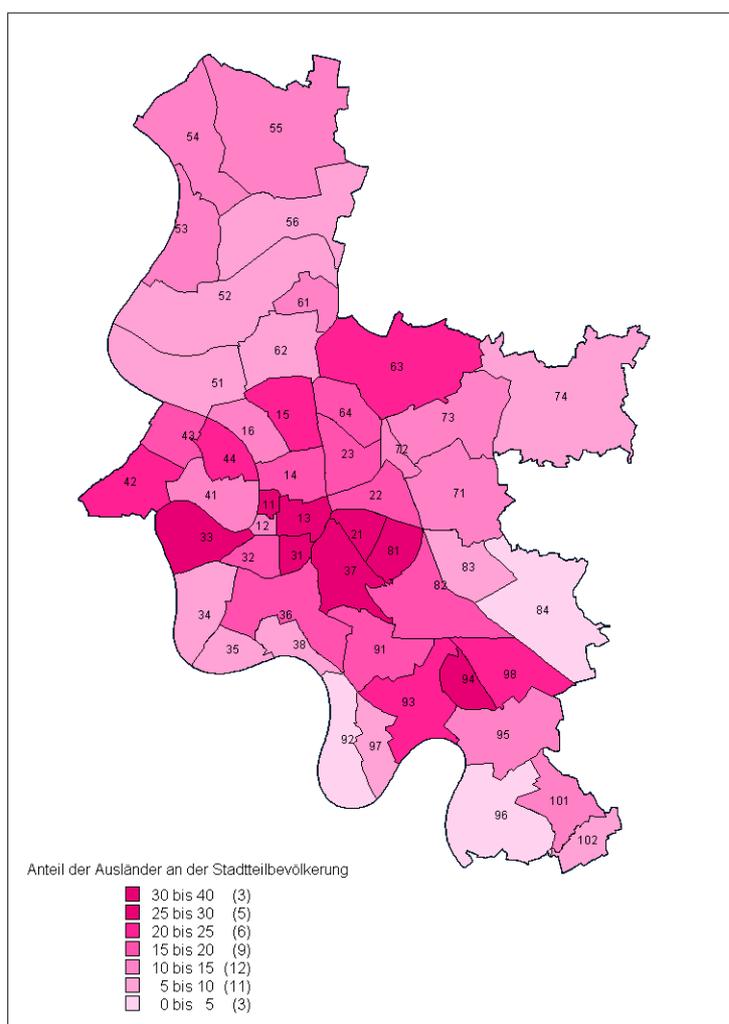
Der Ausländeranteil in Düsseldorf ist vergleichsweise hoch. Das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW errechnete andere Einwohnerzahlen als das Düsseldorfer Amt für Statistik und Wahlen. Damit ergibt sich hier ein Referenzwert von 17,4% Ausländern in Düsseldorf. Dieser Wert liegt über dem Landesdurchschnitt mit 11,4% und dem umliegender Städte (Mönchengladbach 11,0%, Krefeld 14,8%, Neuss 11,2%, Mettmann 11,8%, Viersen 8,1%). Andere Großstädte weisen teilweise ebenfalls einen hohen Ausländeranteil auf (Dortmund 16,3%, Duisburg, Aachen und Bonn 17,3%, Köln 19,7).

Im Ruhrgebiet liegt der Ausländeranteil darunter. Im Landesdurchschnitt sind 14,54% der Kinder unter 10 Jahren ausländischer Herkunft, weiterhin 13,06% der 10- bis 18-Jährigen und 19,45% der 18- bis 30-Jährigen. Damit liegt der Anteil der ausländischen Kinder und Jugendlichen in Düsseldorf fast 10% über dem Landesdurchschnitt. Die Zahlen sind mit Vorsicht zu

interpretieren, da die herangezogenen Werte auf Landesebene nicht alle ausländischen Einwohner mitberücksichtigen, sondern nur die – zahlenmäßig – wichtigsten Gruppen. Die Vergleichswerte des Landes sind vermutlich zu niedrig. Trotzdem ist davon auszugehen, dass der Anteil von ausländischen an allen Kindern und Jugendlichen im Landesdurchschnitt deutlich unter dem der Stadt Düsseldorf liegt (Quelle: Statistisches Jahrbuch NRW 2000).

2.1.9. Ausländische Bevölkerung in den Stadtteilen

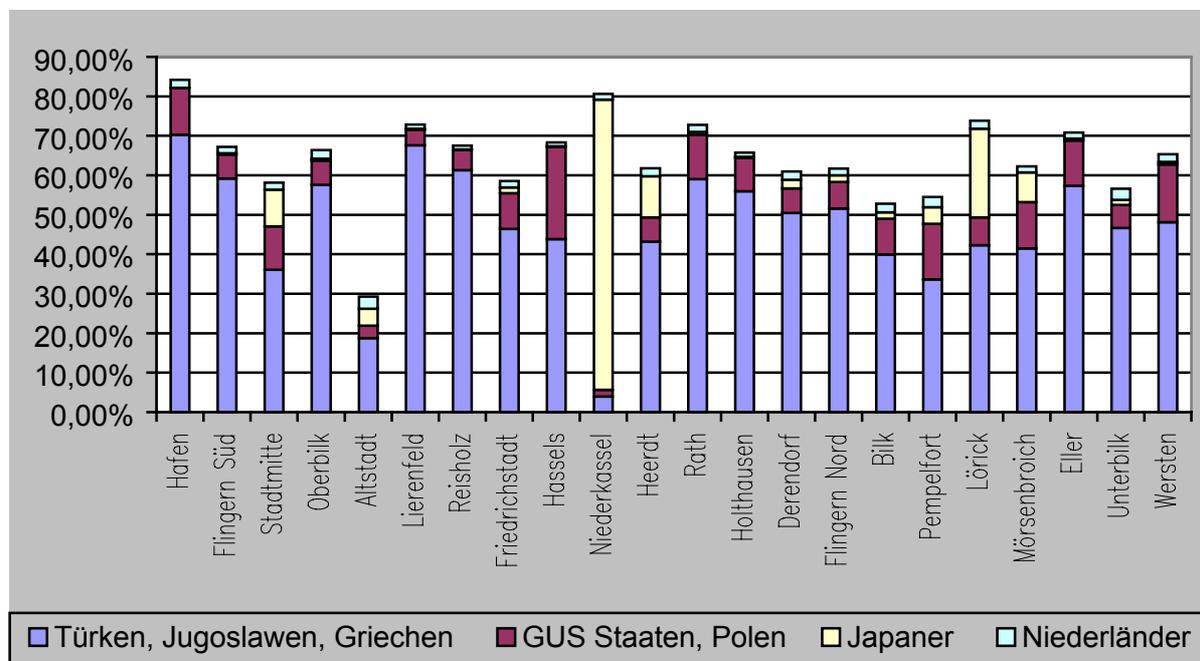
Die Stadtteile, in denen gemessen an der Bevölkerung im Stadtteil die meisten ausländischen Mitbürger leben sind der Hafen (37,89%), Flingern-Süd (35,27%) und die Stadtmitte (30,3%). Auch in Oberbilk (27,97%), in der Altstadt (27,10%), in Lierenfeld (26,97%), in Reisholz (26,81%) und in Friedrichstadt (26,61%) macht der Ausländeranteil mehr als ein Viertel der dort lebenden Bevölkerung aus. In den Stadtteilen Urdenbach (2,77%), Himmelgeist (4,33%) und Unterbach (4,36%) leben kaum Ausländer.



8. Abb.: Stadtviertel nach dem Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Stadtteilbevölkerung absteigend sortiert (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000 und eigene Berechnungen).

11 Altstadt, 12 Karlstadt, 13 Stadtmitte, 14 Pempelfort, 15 Derendorf, 16 Golzheim, 21 Flingern-Süd, 22 Flingern-Nord, 23 Düsseltal, 31 Friedrichstadt, 32 Unterbilk, 33 Hafen, 34 Hamm, 35 Volmerswerth, 36 Bilk, 37 Oberbilk, 38 Flehe, 41 Oberkassel, 42 Heerdt, 43 Lörick, 44 Niederkassel, 51 Stockum, 52 Lohausen, 53 Kaiserswerth, 54 Wittlaer, 55 Angermund, 56 Kalkum, 61 Lichtenbroich, 62 Unterrath, 63 Rath, 64 Mörsenbroich, 71 Gerresheim, 72 Grafenberg, 73 Lundenberg, 74 Hubbelrath, 81 Lierenfeld, 82 Eller, 83 Vennhausen, 84 Unterbach, 91 Wersten, 92 Himmelgeist, 93 Holthausen, 94 Reisholz, 95 Benrath, 96 Urdenbach, 97 Itter, 98 Hassels, 101 Garath, 102 Hellerhof.

Die folgende Abbildung gibt Aufschluss darüber, wie sich die Nationalitäten in den ausländerreichen Stadtteilen zusammensetzen. Der Sammelbegriff „Ausländer“ umfasst sehr unterschiedliche Nationalitäten. Die in Düsseldorf lebenden Ausländer kommen in 16,09% der Fälle aus der Türkei, 15,98% sind aus dem ehemaligen Jugoslawien, 10,88% aus Griechenland, 6,99% aus Italien, 6,98% aus den Staaten der GUS, 5,42% sind Marokkaner, 4,58% sind Japaner, 3,15% sind Polen, 2,98% Spanier und je 2,25% sind Iraner und Niederländer.



9. Abb.: Prozentualer Anteil verschiedener Nationalitäten an der ausländischen Bevölkerung für die ausländerstärksten Stadtteile (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000 und eigene Berechnungen).

Die obige Grafik erreicht nirgendwo 100%, da nicht alle Nationalitäten, die hier leben, aufgeführt sind. Ersichtlich wird, dass aus den drei Hauptgruppen – Türken, Jugoslawen und Griechen – im Hafen, in Flingern-Süd, in Oberbilk, in Lierenfeld, in Reisholz, in Rath, in Holthausen, in Derendorf, in Flingern-Nord und in Eller mehr als die Hälfte der ausländischen Bevölkerung kommen. Vertreter der ehemaligen Sowjetunion und Polen stellen einen besonders hohen Anteil der ausländischen Bevölkerung in Hassels. Die Japaner sind besonders in Niederkassel, aber auch in Lörick angesiedelt, die Gruppe der Niederländer verteilt sich relativ gleichmäßig auf die Stadtteile. Auffällig ist auch, dass die genannten Nationalitäten weniger als 30% der in der Altstadt lebenden ausländischen Bevölkerung ausmachen. Hier bilden die Spanier mit 18% die stärkstvertretene Nationalität.

Zusammenfassung Bevölkerungsentwicklung

Die Einwohnerzahl ist in Düsseldorf in den letzten 30 Jahren von 663.586 auf 567.396 gesunken. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen ist im gleichen Zeitraum von 25,1% auf 18% gefallen, während in allen anderen Altersgruppen eine relativer Zuwachs zu verzeichnen ist. Das Verhältnis von Männern und Frauen hat sich zu Gunsten einer höheren Gleichverteilung verschoben, es leben aber nach wie vor mehr Frauen als Männer in Düsseldorf. Der Anteil der Deutschen an der Gesamtbevölkerung nimmt ab, während die ausländische Bevölkerung zunimmt.

Der Wanderungssaldo liegt mit 0,9 mehr Zu- als Fortgezogenen je 1000 Einwohner im positiven Bereich, es ziehen aber mehr Deutsche fort (-5,7 je 1000 Deutsche) als zu und mehr Ausländer zu (34,5 je 1000 Ausländer) als fort. Der Zuzug ist besonders bei den 18- bis 30-Jährigen ausgeprägt, während besonders deutsche Familien mit Kindern vermehrt in das Umland ziehen.

Die Geburtenrate ist insgesamt in den letzten 30 Jahren leicht gestiegen und liegt bei 9,2 Geburten je 1000 Einwohner. In der ausländischen Bevölkerung werden relativ gesehen mehr Kinder geboren als in der deutschen, die Geburtenrate ist aber in den letzten Jahren gesunken (1999 bei 12,5 Geburten je 1000 Ausländer), in der deutschen Bevölkerung ist die Geburtenrate leicht gestiegen (1999 8,5 Geburten je 1000 Deutsche).

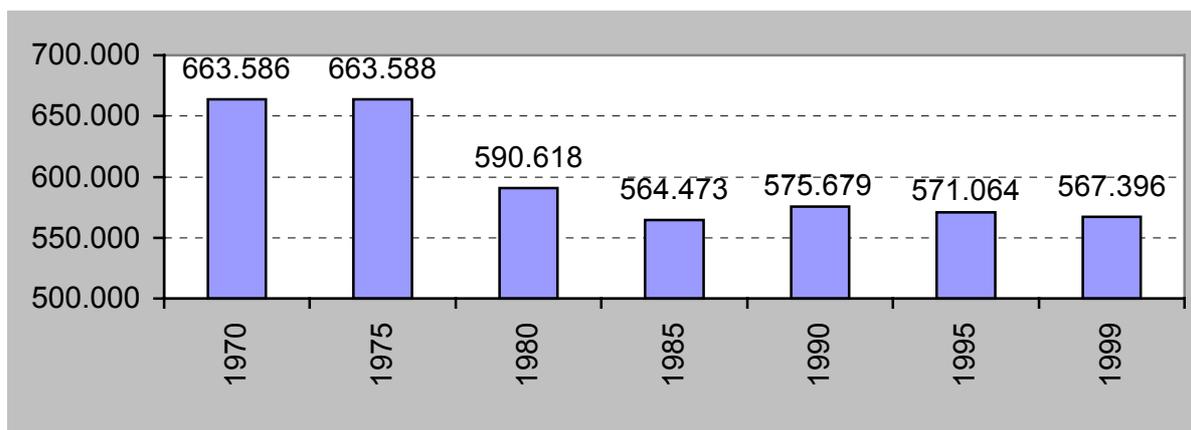
Die Sterberate ist insgesamt (1999 11,8) und in der deutschen Bevölkerung leicht gefallen (1999 13,6), in der ausländischen Bevölkerung ist sie leicht gestiegen (1999 2,7). Es versterben aber sowohl absolut als auch relativ gesehen deutlich weniger ausländische Einwohner in Düsseldorf als deutsche. Ein Grund könnte die verstärkte Wanderungsbewegung in der ausländischen Bevölkerung sein. Männer versterben 2- bis 3-mal häufiger frühzeitig als Frauen, besonders im Jugend- und mittleren bis höheren Erwachsenenalter.

Der Wanderungssaldo ist 1999 in Düsseldorf höher als im Umland, die Zahl der Geburten liegt unterhalb derer umliegender Städte und dem Land. Die Lebenserwartung ist um ein Jahr niedriger als im unmittelbaren Umland, aber vergleichbar mit größeren Städten und dem Land.

2.2. Bevölkerungsentwicklung

2.2.1. Allgemeine Bevölkerungsentwicklung

In diesem Abschnitt wird die Bevölkerungsentwicklung näher betrachtet. Die absolute Anzahl der Einwohner ist das Ergebnis von Migration und Geburtenanzahl sowie Sterblichkeit, bzw. Lebenserwartung. Zuerst wird die globale Entwicklung der Einwohnerzahlen von Düsseldorf betrachtet.



10. Abb.: Absolute Anzahl der Einwohner in Düsseldorf von 1970 bis 1999 (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000).

Die Einwohnerzahlen sind seit 1970 mit 663.586 Einwohner auf heute 567.396 gesunken. Aufgrund der Öffnung zum Osten ist Anfang der 90er-Jahre wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Seitdem ist aber insgesamt die Einwohnerzahl weiter gesunken.

1. Tab.: Anteil verschiedener Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung von 1970 bis 1999 (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000).

Jahr*	0 bis 21		21 bis 45		45 bis 65		65 und mehr	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent
1970	166.290	25,1	236.704	35,7	168.861	25,4	91.731	13,8
1976	144.609	23,5	221.524	36	149.155	24,2	100.890	16,4
1980	130.177	22	214.545	36,3	144.420	24,5	101.476	17,2
1985	108.222	19,2	205.398	36,4	157.572	27,9	93.281	16,5
1990	100.547	17,5	216.530	37,6	161.106	28	97.496	16,9
1995	101.524	17,8	214.260	37,5	156.096	27,3	99.184	17,4
1999	101.992	18	212.690	37,5	153.519	27,1	99.195	17,5

*Angaben von 1975 im Statistischen Jahrbuch nicht enthalten

Seit 1970 hat der Anteil der Kinder und Jugendlichen in Düsseldorf prozentual abgenommen. Demgegenüber steigt der Anteil der älteren und Altenbevölkerung. Der Anteil der Erwachsenen von 21 bis 65 stieg in den letzten 30 Jahren geringfügig an.

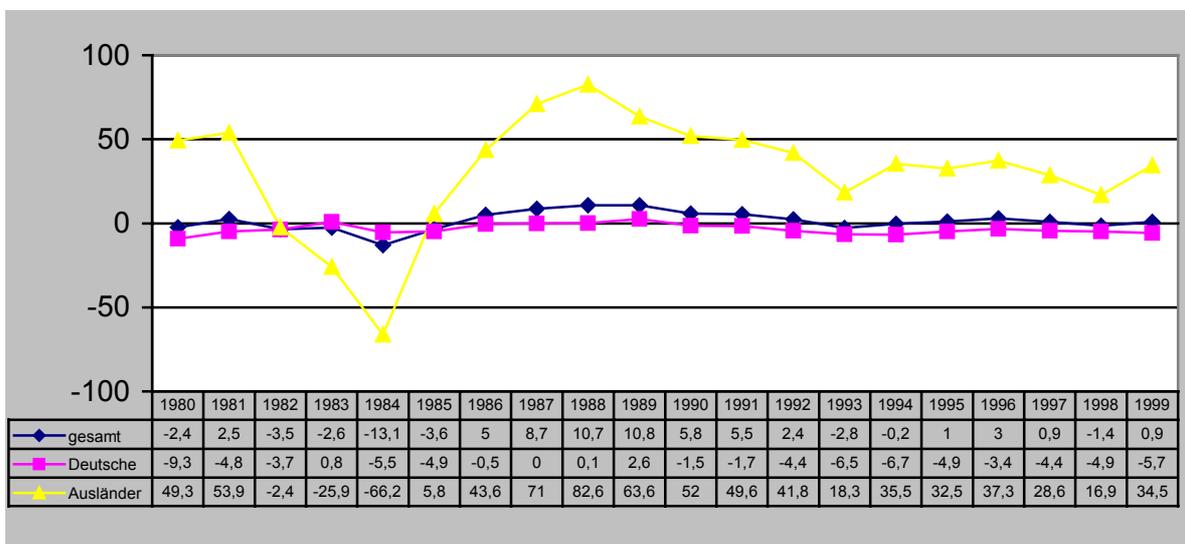
2. Tab.: Anteil von Frauen und Männern sowie von Deutschen und Ausländern an der Gesamtbevölkerung von 1970 bis 1999 (Quelle: Statistisches Jahrbuch des Landeshauptstadt Düsseldorf 2000).

Jahr	Männer		Frauen		Deutsche		Ausländer	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent
1970	308.507	46,49	355.079	53,51	617.843	93,11	45.743	6,89
1975	307.613	46,36	355.975	53,64	592.383	89,27	71.205	10,73
1980	272.377	46,12	318.241	53,88	518.793	87,84	71.825	12,16
1985	259.618	45,99	304.855	54,01	494.635	87,63	69.838	12,37
1990	269.045	46,74	306.634	53,26	495.994	86,16	79.685	13,84
1995	268.333	46,99	302.731	53,01	481.350	84,29	89.714	15,71
1999	268.695	47,36	298.701	52,64	473.300	83,42	94.096	16,58

In Düsseldorf leben mehr Frauen als Männer. Das liegt insbesondere an dem Frauenüberschuss bei den über 65-Jährigen (63,38% zu 36,62%). Bei den über 80-Jährigen liegt das Verhältnis Frauen zu Männer sogar bei $\frac{3}{4}$ zu $\frac{1}{4}$ (siehe oben). In den letzten 30 Jahren hat sich dieses Verhältnis bereits zu Gunsten einer stärkeren Gleichverteilung verschoben. Der Vergleich von Deutschen und Ausländern zeigt, dass die deutsche Bevölkerung abnimmt und die ausländische Bevölkerung zunimmt.

2.2.2. Wanderungen

Die folgende Grafik zeigt die Zu- und Fortzüge der Stadt seit 1980.



11. Abb.: Wanderungsgewinn bzw. -verlust je 1000 Einwohner für die Düsseldorfer Gesamtbevölkerung sowie Deutsche und Ausländer getrennt von 1980 bis 1999 (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000).

Die Gesamtwanderungsbilanz ist in den letzten 20 Jahren nahezu ausgeglichen. Sie schwankt zwischen - 15 und + 11 je 1000 Einwohner. Im Jahr 1999 ist ungefähr 1 Person je 1000 Einwohner mehr zu- als fortgezogen. 1984 war die Abwanderung am größten, hier sind insgesamt 13 Personen je 1000 Einwohner mehr fort- als zugezogen. Ende der Achtziger war die Zuwanderung am größten mit ungefähr 11 mehr zu- als fortgezogenen je 1000 Einwohner. Dies ist durch die Grenzöffnung zum Osten hin zu erklären.

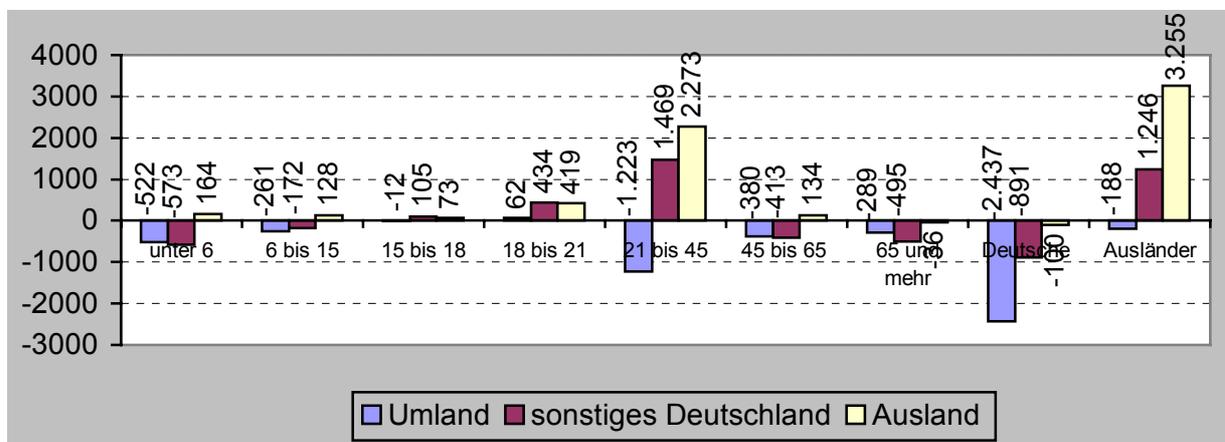
Der Vergleich der deutschen mit der ausländischen Bevölkerung zeigt, dass die Deutschen insgesamt häufiger aus Düsseldorf fort- als hinziehen. Eine Ausnahme bilden auch hier die späten 80er-Jahre. Innerhalb der ausländischen Bevölkerung überwiegt der Zuzug nach Düs

seldorf den Wegzug. Seit Ende der 80er-Jahre sinken die Zuzüge ab. Derzeit ziehen ungefähr 35 ausländische Mitbürger mehr nach Düsseldorf als daraus fort.

3. Tab.: Absolute Wanderungsbilanz der Düsseldorfer Bevölkerung im Jahr 1999, getrennt für Geschlecht, Nationalität und Familienstand (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000).

Alter	gesamt	Männer	Frauen	Deutsche	Ausländer	ledig	Verheiratet	verwitwet	geschieden
unter 6	-450	-252	-198	-650	200	-450	0	0	0
6 bis 15	-8	40	-48	-285	277	-8	0	0	0
15 bis 18	150	64	86	38	112	139	11	0	0
18 bis 21	617	132	485	207	410	507	108	0	2
21 bis 30	3.246	1.473	1.773	1.832	1.414	2.608	622	10	6
30 bis 45	-1.004	-212	-792	-1.613	609	-191	-813	13	-13
45 bis 65	-957	-329	-628	-1.130	173	-228	-497	-67	-165
65 und mehr	-1.102	-370	-732	-1.121	19	-121	-376	-507	-98

Die höchste Zuwanderung zeigt sich in der Altersgruppe der 21- bis 30-Jährigen. Aber auch junge Erwachsene von 18 bis 21 Jahren ziehen in die Stadt. Kinder, Erwachsene jenseits der 30 und auch ältere Menschen ziehen häufiger aus Düsseldorf fort als dass sie herziehen. Bei den Frauen überwiegt der Zuzug der Jugendlichen aber auch der junger Erwachsener den der Männer. Demgegenüber ziehen mehr Frauen ab 30 aus Düsseldorf fort als gleichaltrige Männer. In der Gruppe der neu Zugezogenen zwischen 21 und 30 sind mehr ledige Personen als verheiratete (2608 zu 622). In der Gruppe der 30- bis 45-Jährigen ziehen mehr Verheiratete als Ledige (-813 zu -191) aus Düsseldorf fort. Die Jüngeren kommen vorwiegend zum arbeiten oder studieren nach Düsseldorf und Personen mit Kindern suchen geeigneten Wohnraum im Umland. Dies verdeutlicht auch die nachfolgende Grafik. Sowohl die Kinder und Jugendlichen, als auch die 21- bis 45-Jährigen (die potenziellen Eltern) ziehen verstärkt ins Umland. Der Vergleich der Deutschen mit den Ausländern zeigt die bereits skizzierte positive Zuzugsbilanz der Ausländer neben dem überwiegenden Wegzug der Deutschen. Allerdings kommen auch insbesondere Deutsche zwischen 15 und 30 Jahren in die Stadt (siehe Tabelle oben). Im Vergleich zu den Ausländern überwiegt bei den Deutschen der Zuzug bei den etwas älteren Jungen zwischen 21 und 30 und bei den Ausländern der Zuzug der Jugendlichen zwischen 18 und 21 Jahren. Die Stadt ist demnach für junge, ledige und berufstätige Menschen attraktiv. Die negative Bilanz bei den Kindern und Erwachsenen im „Kinderalter“ lässt eher darauf schließen, dass Familien mit Kindern öfter fort- als zuziehen.

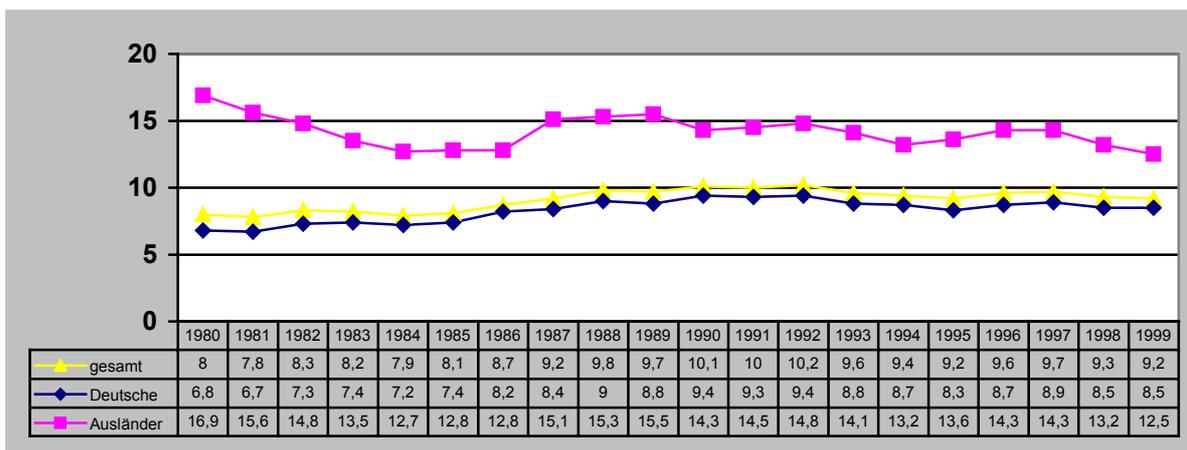


12. Abb.: Absolute Wanderungssalden für das Umland *, sonstiges Deutschland und das Ausland für einzelne Altersgruppen und Deutsche und Ausländer im Jahr 1999 (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000 und eigene Berechnungen).

*(Krefeld, Mönchengladbach, Kreis Neuss, Kreis Viersen, Kreis Mettmann)

Der Wanderungssaldo für das Umland ist durchgängig negativ. Vor allem Familien mit Kindern ziehen aus Düsseldorf fort, insbesondere wenn die Kinder noch nicht schulpflichtig sind. Dies gilt aber nur für die deutsche Bevölkerung. Bei den Ausländern überwiegt der Zuzug aus dem Ausland.

2.2.3. Geburten



13. Abb.: Geburtenrate* je 1000 Einwohner für die Düsseldorfer Gesamtbevölkerung sowie Deutsche und Ausländer getrennt von 1980 bis 1999 (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000). *nur Lebendgeborene

Die Gesamtgeburtenrate ist in den letzten 20 Jahren leicht gestiegen. 1980 wurden 8 Kinder auf 1000 Einwohner geboren, 1990 waren es 10 und 1999 9.

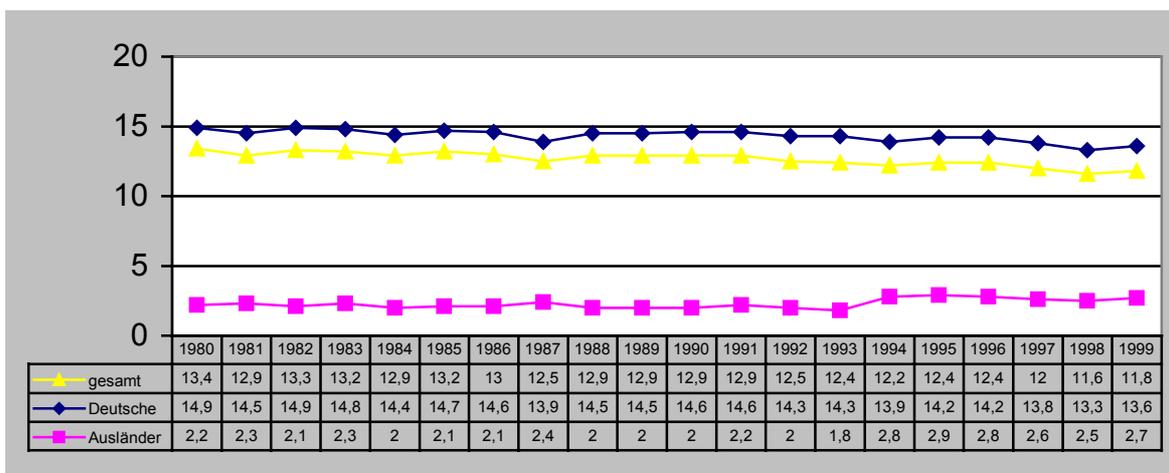
Vergleicht man die deutsche mit der ausländischen Bevölkerung zeigt sich eine Geburtenzunahme bei den Deutschen und ein Geburtenrückgang bei den Ausländern. 1980 wurden 3.560 Kinder deutscher Eltern geboren, 1999 waren es 4.049. Zur gleichen Zeit wurden 1.176 bzw. 1.166 Kinder ausländischer Eltern geboren. Die gestiegenen Geburtenzahlen in der deutschen Bevölkerung sind durch die geburtenreichen Jahrgänge der 60er-Jahre zu erklären. Trotz Geburtenrückgang ist die Geburtenrate in der ausländischen Bevölkerung höher als in der deutschen (1999: 12,5 zu 8,5 je 1000 Einwohner).

4. Tab.: Geburten 1999 nach Geschlecht und Ehestatus in Düsseldorf (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000).

	Jungen	Mädchen	darunter Totgeborene		Summe
			Jungen	Mädchen	
ehelich	2.127	2.051	7	7	4.178
nichtehelich	549	507	3	2	1.056
darunter Mehrlingskinder					
	74	102	1	-	175
Summe	2.676	2.558	10	9	5.234

1999 wurden 5.234 Kinder von ortsansässigen Müttern geboren. Davon sind 19 Kinder tot geboren worden. Von den 5.215 Lebendgeborenen sind 2.666 (51,12%) Jungen und 2.549 (48,88%) Mädchen. 79,85% der Eltern dieser Kinder sind verheiratet. Der Anteil der nicht verheirateten Eltern ist von 1995 mit 16,57% auf 1999 mit 20,15% angestiegen. Unter den Mehrlingsgeburten sind 83 Zwillingssgeburten (mit 165 Kindern, 1 Totgeborenes) und 3 Drillingssgeburten (9 Kinder).

2.2.4. Sterbefälle



14. Abb.: Gestorbene je 1000 Einwohner für die Düsseldorfer Gesamtbevölkerung und für Deutsche und Ausländer getrennt von 1980 bis 1999 (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000).

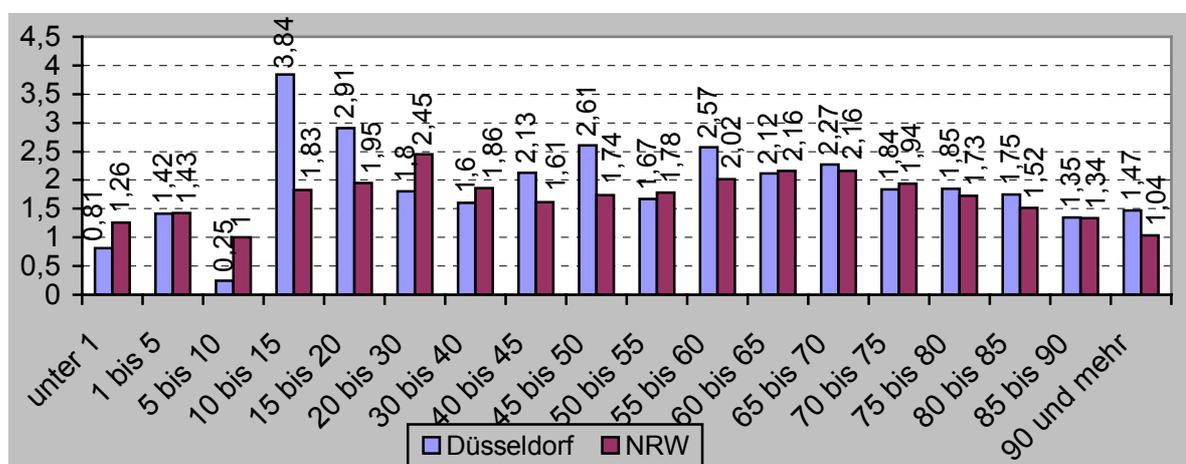
Die Sterberaten verlaufen mit wenig Schwankungen über die Jahre. 1980 sind noch rund 13 Personen je 1000 Einwohner verstorben, 1999 waren es 12. Parallel dazu ist auch die Sterberate in der deutschen Bevölkerung gesunken, von 15 auf 14 Personen je 1000 deutsche Einwohner. Die Sterberate der ausländischen Bevölkerung liegt wesentlich niedriger, das liegt zum Teil an dem jüngeren Alter der Ausländer in Düsseldorf im Vergleich zu den Deutschen. Seit 1980 ist aber die Sterberate von 2,2 je 1000 ausländische Einwohner auf 2,7 gestiegen. Real entspricht das 1980 7.803 verstorbenen Deutschen und 1999 6.463. Bei den Ausländern waren es 1980 155 Verstorbenen, 1999 248. Neben einer verschlechterten gesundheitlichen Lage und/oder Versorgung kann auch eine Änderung der Altersverteilung in der ausländischen Bevölkerung die Ursache sein.

5. Tab.: Sterblichkeit je 100.000 Einwohner in Düsseldorf 1999, getrennt nach Alter, Geschlecht und Nationalität (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf und eigene Berechnungen).

Alter	männlich	weiblich	männlich	weiblich	deutsch	ausländisch	deutsch	ausländisch
	absolut		je 100.000		absolut		je 100.000	
unter 1	11	13	418,73	514,44	17	7	425,11	606,06
1 bis 5	3	2	29,57	20,88	5	0	33,04	0,00
5 bis 10	1	4	7,99	32,55	5	0	26,04	0,00
10 bis 15	4	1	32,43	8,45	4	1	21,09	19,20
15 bis 20	9	3	76,70	26,37	11	1	62,53	18,12
20 bis 30	25	15	74,84	41,65	33	7	66,80	34,97
30 bis 40	55	33	100,93	63,19	83	5	94,44	26,55
40 bis 45	51	24	245,58	115,25	70	5	199,29	77,30
45 bis 50	89	36	490,52	187,93	114	11	368,11	173,75
50 bis 55	124	79	736,87	440,77	173	30	615,33	452,08
55 bis 60	250	104	1.271,29	495,29	323	31	906,56	615,81
60 bis 65	343	173	1.739,44	820,45	486	30	1.321,80	743,13
65 bis 70	391	196	2.854,43	1.256,33	561	26	2.070,72	1.178,07
70 bis 75	422	332	3.939,51	2.139,18	732	22	2.917,61	1.924,76
75 bis 80	433	543	6.844,77	3.707,24	949	27	4.669,82	4.147,47
80 bis 85	331	493	1.1347,27	6.500,53	802	22	7.844,29	7.942,24
85 bis 90	359	833	1.7022,29	12.605,93	1.178	14	13.894,79	5.857,74
90 und mehr	206	720	3.6331,57	24.776,32	917	9	27.612,17	5.921,05

Die Sterblichkeit der Männer ist höher als die der Frauen. Insbesondere bei den 10- bis 15-Jährigen ist die Sterblichkeit fast 4-mal so hoch wie bei den Mädchen (hier liegen allerdings auch nur geringe Fallzahlen vor). Eine besonders hohe Sterblichkeit ist auch bei den 15- bis 20-Jährigen zu verzeichnen sowie bei den 45- bis 50-Jährigen und den 55- bis 60-Jährigen. Jugendliche und Männer im mittleren bis höheren Erwachsenenalter sind damit 2- bis 3-mal so gefährdet frühzeitig zu versterben wie Frauen. Die Mädchen sterben dagegen häufiger im Säuglings- und Kindesalter.

Auch landesweit ist die Sterblichkeit der Männer besonders im jungen Erwachsenenalter (20 bis 30 Jahre) und im fortgeschrittenen Alter (55 bis 70 Jahre) mehr als 2-mal so hoch wie die der Frauen. Diese Daten veranschaulicht die folgende Grafik. Das geschlechtsabhängige Mortalitätsverhältnis errechnet sich aus der Zahl der Sterbefälle je 100.000 Männer einer Altersgruppe durch die Sterbefälle je 100.000 Frauen einer Altersgruppe. Werte über 1 bedeuten, dass die Sterblichkeit der Männer die der Frauen überwiegt, Werte unter 1 zeigen eine Übersterblichkeit der Frauen an.



15. Abb.: Geschlechtsabhängiges Mortalitätsverhältnis nach Altersgruppen 1999 in Düsseldorf und NRW. (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000, LÖGD Indikator 03_02_99 und eigene Berechnungen)

Der Vergleich der Deutschen mit den Ausländern ergibt eine höhere Sterblichkeit der Deutschen in allen Altersgruppen. Damit ist die unterschiedliche Altersverteilung von Deutschen und Ausländern nicht der einzige Grund für diese Unterschiede. Besonders in den Altersgruppen der 15- bis 20-, 30- bis 50-Jährigen und der über 85-Jährigen ist die Sterblichkeit der Deutschen im Vergleich zu den Ausländern mehr als 2- bis 3-mal so hoch. Hier sind nur wenige Todesfälle bei den ausländischen Einwohnern zu berücksichtigen, besonders bei den bis 50-jährigen. Die über 80-jährigen Ausländer machen insgesamt nur 3% der Bevölkerung in dieser Altersgruppe aus. Neben einer geringeren Verlässlichkeit der Zahlen der ausländischen Bevölkerung können aber auch weitere Unterschiede zur geringeren Sterblichkeit beitragen. Insbesondere ist auf die stärkere Wanderungsbewegung der ausländischen Bevölkerung hinzuweisen. So zogen in den letzten 20 Jahren die Ausländer auch 2- bis 3-mal so häufig aus Düsseldorf fort als Deutsche.

2.2.5. Vergleich mit anderen Städten und dem Land

Für den Vergleich der Wanderungsbewegung mit anderen Städten im Jahr 1999 werden die Daten des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik herangezogen. Das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik ermittelte andere Zahlen als das Amt für Statistik und Wahlen, danach errechnet sich für Düsseldorf ein Wanderungssaldo von 3,27 auf 1000 Einwohner. Damit hat Düsseldorf auch einen Zuzugsüberhang im Vergleich zum Umland, bis auf die

Stadt Viersen (Viersen 8,36 je 1000, Kreis Mettmann 3,16 je 1000, Kreis Neuss 1,35 je 1000, Mönchengladbach -1,68 je 1000 und Krefeld -5,87 je 1000 Einwohner).

Die Zahl der Lebendgeborenen je 1000 Frauen der Stadt zwischen 15 und 45 Jahren lag in Düsseldorf mit 42,9 unter der Anzahl im Kreis Neuss (47,8), Mönchengladbach (46,6), Kreis Viersen (45,9), Kreis Mettmann (44,9) und Krefeld (43,9). In Dortmund wurden 46,4 Kinder je 1000 geboren, in Duisburg 48,3. Die Geburtenrate ist damit auch im Vergleich zu anderen Städten des Ruhrgebiets und dem Land (47,9) niedrig (LÖGD, Indikator 02_06_99).

Die mittlere Lebenserwartung in Düsseldorf lag in den Jahren 1996 bis 1998 für Männer bei 73,39 Jahren und für Frauen bei 79,74 Jahren. Damit liegt die Lebenserwartung nicht signifikant unter der Lebenserwartung des Landes (Männer 74,01 und Frauen 80,27) und weicht im Vergleich zu den Kreisen Mettmann und Neuss sowie zu der Stadt Krefeld um etwa ein Jahr nach unten ab, während sie mit Mönchengladbach vergleichbar ist. Im Kreis Viersen ist die Lebenserwartung der Männer ein Jahr höher als in Düsseldorf, die der Frauen gleich (LÖGD, Indikator 03_07a98).

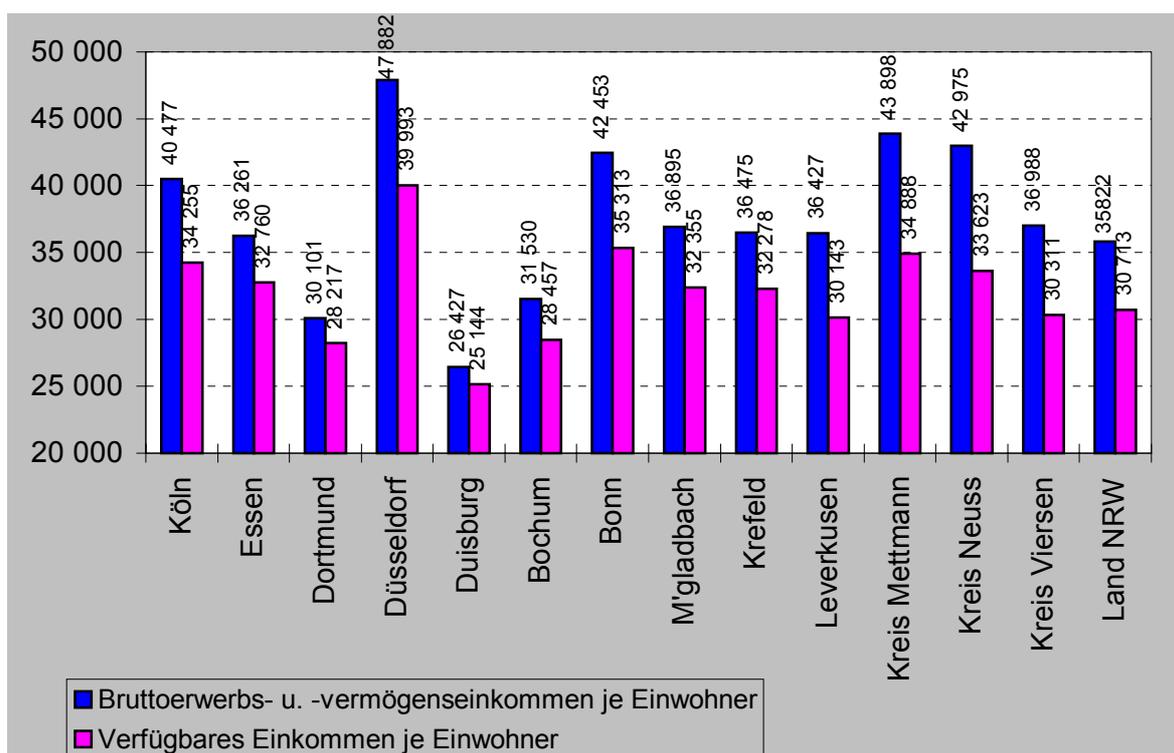
Zusammenfassung Sozioökonomische Aspekte

Düsseldorf hat im Vergleich zu anderen Städten und dem Land Nordrhein-Westfalen ein hohes Einkommen. Ungefähr die Hälfte der Einwohner ist als erwerbstätig registriert. In den letzten 20 Jahren hat die Erwerbstätigkeit der Frauen zugenommen. Bei den unter 20-Jährigen nahm die Zahl der Beschäftigten ab, dafür stieg sie besonders bei den 30- bis 40-Jährigen an. Die Arbeitslosenquote liegt über dem Landesmittel, allerdings liegt sie unter der Arbeitslosenquote vergleichbarer Städte. Sie ist seit Ende der 90er-Jahre gesunken. Trotz der insgesamt positiven Einkommenslage, kristallisieren sich auch Problemgruppen heraus. So steigt der Arbeitslosenanteil bei den Ausländern und besonders bei den 55 Jahre und älteren. Auch die Langzeitarbeitslosen (über ein Jahr) stellen aufgrund ihres hohen Anteils an der Arbeitslosenzahl ein Problem dar. Die Zahlen zur laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt offenbaren, dass fast die Hälfte der Sozialhilfeempfänger Kinder sind. Ausländische Kinder sind stärker auf Sozialhilfe angewiesen als deutsche Kinder. Bei den 45 Jahre und älteren Ausländern ist der Sozialhilfeempfängeranteil besonders hoch. Frauen beziehen häufiger Sozialhilfe als Männer, insbesondere allein Erziehende sind häufig von Sozialhilfe betroffen.

3. Sozioökonomische Aspekte der Bevölkerung

3.1. Erwerbstätigkeit

Die sozioökonomische Situation wird in der Regel durch Individualdaten gekennzeichnet, meistens sind dies das Einkommen, ausgeübte Berufstätigkeit, höchster Schulabschluss etc.. Natürlich sind andere Indikatoren wie z.B. Wohnraum, Anzahl der Kinder, ein oder zwei Verdienner pro Familie oder sozialräumliche Faktoren denkbar. An dieser Stelle wird die Einkommenssituation der Düsseldorfer zur Schilderung der sozioökonomischen Situation herangezogen.



16. Abb.: Bruttoerwerbs- und vermögenseinkommen sowie verfügbares Einkommen 1997 je Einwohner in Düsseldorf, ausgewählten Städten und Kreisen sowie dem Land Nordrhein-Westfalen (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000).

Das pro-Kopf-Einkommen der Düsseldorfer (brutto: 47.882, netto: 39.993) lag 1997 über dem aller anderen Vergleichsstädte und dem Durchschnitt des Landes Nordrhein-Westfalen (brutto: 35.822, netto: 30.713). Nach den Ergebnissen des Mikrozensus (Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf, 2000) bezogen im April 1999 von insgesamt rund 568.000 Einwohnern 242.000 Personen ein Gehalt durch Erwerbstätigkeit, 159.000 Unterhalt durch Angehörige, 120.000 eine Rente oder Pension, 16.000 bezogen Arbeitslosengeld oder -hilfe (Angabe mit hoher Fehlerwahrscheinlichkeit) und weitere 31.000 hatten sonstige Einnahmen. Die eine Hälfte der Einwohner waren als nicht erwerbstätig registriert, die andere als erwerbstätig. Von den Erwerbstätigen waren 28.000 Personen erwerbslos, 208.000 vollzeitbeschäftigt und 49.000 teilzeitbeschäftigt. Die Beschäftigten verteilen sich weiter auf 35.000 Selbstständige, 14.000 Beamte, 153.000 Angestellte und 54.000 Arbeiter. Das Einkommen der Erwerbstätigen staffelt sich wie folgt:

6. Tab: Persönliches Nettoeinkommen der Erwerbstätigen im April 1999 in Düsseldorf (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000).

Nettoeinkommen	Anzahl	Prozent
Unter 1400	42.000	16,41%
1400 bis 1800	15.000	5,86%
1800 bis 2200	25.000	9,77%
2200 bis 3000	60.000	23,44%
3000 bis 4000	46.000	17,97%
4000 bis 5000	22.000	8,59%
5000 und mehr	28.000	10,94%
Keine Angabe	18.000	7,03%

Das Nettoeinkommen liegt in 41,41% der Fälle zwischen 2200 und 4000 DM monatlich, wobei auch über 10% ein Nettoeinkommen von 5000 DM und mehr beziehen. Bei den niedrigen Löhnen ist zu berücksichtigen, dass auch Teilzeitbeschäftigte in der Statistik enthalten sind.

7. Tab.: Anzahl sozialversicherungspflichtig beschäftigter Arbeitnehmer nach Geschlecht, Nationalität und Jahr in Düsseldorf (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000, Zahlen jeweils zum 30.06).

	deutsch		ausländisch		gesamt	
	1980	1999	1980	1999	1980	1999
Männer	183.354	165.839	27.274	24.000	210.628	189.839
Frauen	119.454	135.625	11.553	14.917	131.007	150.542
gesamt	302.808	301.464	38.827	38.917	341.635	340.381

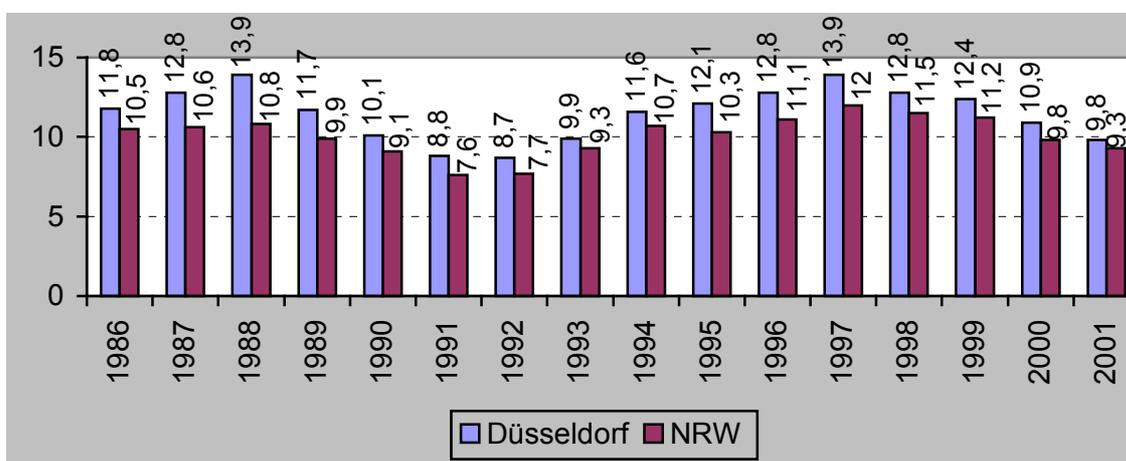
Der Anteil der Deutschen unter den Erwerbstätigen lag 1999 bei 88,56%, 11,43% der Erwerbstätigen waren ausländischer Herkunft. Die Erwerbstätigkeit der Frauen hat in den letzten 20 Jahren zugenommen. 1980 waren 38,35% der Erwerbstätigen weiblich, 1999 waren es 44,23%. Der prozentuale Zuwachs bei den ausländischen Frauen (29,12%) liegt über dem der deutschen Frauen (13,54%). Trotzdem sind ausländische Frauen zu einem geringeren Prozentsatz erwerbstätig (38,33%) als deutsche Frauen (44,99%).

8. Tab.: Anzahl sozialversicherungspflichtig beschäftigter Arbeitnehmer nach Geschlecht, Altersgruppen und Jahr in Düsseldorf. (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000, Zahlen jeweils zum 30.06).

Alter	Jahr	Männer	Frauen	gesamt
Unter 20	1980	9.542	8.442	17.984
	1999	2.889	2.451	5.340
20 bis 25	1980	18.645	20.496	39.141
	1999	11.700	14.217	25.917
25 bis 30	1980	22.449	18.061	40.510
	1999	21.801	21.919	43.720
30 bis 40	1980	56.554	30.407	86.961
	1999	66.647	49.785	116.432
40 bis 50	1980	59.365	28.875	88.240
	1999	45.914	34.214	80.128
50 bis 65	1980	42.595	23.970	66.565
	1999	40.107	27.502	67.609
Über 65	1980	1.478	756	2.234
	1999	781	454	1.235
gesamt	1980	210.628	131.007	341.635
	1999	189.839	150.542	340.381

Auffällig ist die Abnahme bei den jüngeren Arbeitnehmern. 1980 waren 5,26% der Arbeitnehmer Jugendliche unter 20 Jahren, 1999 waren es nur noch 1,57%. Auch bei den etwas älteren 20- bis 25-Jährigen ist die Anzahl der Arbeitnehmer gesunken (11,46% im Jahr 1980 auf 7,61% im Jahr 1999). Dagegen stieg der Arbeitnehmeranteil bei den 30- bis 40-Jährigen von 25,45% auf 34,21% in den letzten 20 Jahren an. In den jüngeren Jahren spielen längere Ausbildungszeiten eine Rolle, bei den Älteren fallen die berufstätigen Frauen ins Gewicht. Der prozentuale Zuwachs von 1980 bis 1999 beträgt bei den 30- bis 40-Jährigen für die Männer 17,85% und für die Frauen 63,73%. Betrachtet man Männer und Frauen getrennt, zeigt sich für das Jahr 1999 bei den Frauen ein höherer Arbeitnehmeranteil bei den 20- bis 30-Jährigen als bei den Männern (24% zu 17,64%), während der Arbeitnehmeranteil bei den 30- bis 50-jährigen Männern über dem der Frauen liegt (59,35% zu 55,8%). Das mag auf geringere Ausbildungszeiten bei den Frauen hindeuten und einer stärkeren Beteiligung an der Kindererziehung und dem Haushalt.

3.2. Arbeitslosigkeit



17. Abb.: Anteil der Arbeitslosen an allen abhängig beschäftigten, zivilen Erwerbspersonen (sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte, Beamte, Arbeitslose) für Düsseldorf und NRW von 1986 bis 2001. (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000, www.duesseldorf.de/statistik/themen/arbeitsmarkt/index.shtml, Zahlen jeweils zum 30.06).

Die Arbeitslosenquote fällt für Düsseldorf höher aus als für das Land Nordrhein-Westfalen. Ungefähr 10% der abhängig beschäftigten Erwerbspersonen sind in Düsseldorf arbeitslos. Die Quote erreichte 1988 und zehn Jahre später 1997 einen Höchstwert mit 13,9% Arbeitslosen. Seitdem ist die Arbeitslosenquote wieder rückläufig und liegt derzeit bei 9,8%. Vergleicht man den Arbeitsamtsbezirk Düsseldorf mit den umliegenden Städten und Gemeinden, so hatte Düsseldorf im September 2001 eine Arbeitslosenquote von 7,7% zu verzeichnen. Sie liegt damit unter der Quote des Landes Nordrhein-Westfalen mit 8,6% und unterhalb der umliegender Städte (Mönchengladbach 7,7%, Krefeld 8,4%, Köln 10,1%, Duisburg 12,7% und Dortmund 12,7%, Quelle: www.arbeitsamt.de/hst/service/statistik/kurzinformation/index.html). Die sehr niedrige Quote von 7,7% kommt dadurch zu Stande, dass im Arbeitsamtsbezirk Düsseldorf auch umliegende Regionen mit geringerer Arbeitslosigkeit enthalten sind (Hauptamt 8,6%, Benrath 9,9%, Langenfeld 6,9%, Ratingen 6,3%, Mettmann 5,3%, Hilden 5,2%, Quelle: www.arbeitsamt.de/duesseldorf/information/presse/131.html). Im Stadtgebiet Düsseldorf beträgt die Quote 8,8%. Damit ist die Situation im Vergleich zu den anderen Städten als günstig zu bezeichnen. Die immer noch niedrige Quote von 8,8% im Vergleich zur obigen Grafik (9,8%) erklärt sich durch den Bezug auf alle Erwerbspersonen statt nur der ab

hängig Beschäftigten (alle Erwerbspersonen: Angestellte, Arbeiter, Auszubildende, Beamte, geringfügig Beschäftigte, Arbeitslose, Selbständige, mithelfende Familienangehörige).

9. Tab.: Anzahl der Arbeitslosen in Düsseldorf von 1988 bis 2001 nach Geschlecht, Nationalität, Alter sowie Langzeitarbeitslosen und Teilzeitarbeitsuchenden (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000, www.duesseldorf.de/statistik/themen/arbeitsmarkt/index.shtml, Zahlen jeweils zum 30.06).

Jahr	Ins-gesamt	Männer	Frauen	Deutsche	Aus-länder	Jugend-liche unter 20	55 Jahre und älter	Lang-zeit-arbeits-lose	Teil-zeit-arbeit-such-ende
1988	33.514	19.368	14.146	27.188	6.326	1.216	1.745	.	2.499
1989	30.292	17.582	12.710	24.695	5.597	999	1.706	.	2.100
1990	26.493	15.115	11.378	21.753	4.740	740	1.537	.	2.026
1991	23.348	13.549	9.799	18.909	4.439	545	1.512	8.925	1.749
1992	23.289	13.882	9.407	18.642	4.647	486	2.637	8.685	1.647
1993	26.599	16.495	10.104	20.996	5.603	559	5.683	9.497	1.734
1994	30.944	19.188	11.756	24.088	6.856	697	6.441	.	1.836
1995	31.847	19.594	12.253	24.323	7.524	576	7.539	12.995	1.820
1996	32.941	20.008	12.933	24.647	8.294	704	7.906	13.235	1.978
1997	35.336	21.367	13.969	26.105	9.231	754	8.207	14.471	2.099
1998	33.010	19.772	13.238	24.346	8.664	569	8.014	14.359	2.042
1999	32.066	19.122	12.944	23.635	8.431	624	8.292	13.736	2.163
2000	29.033	17.243	11.790	21.241	7.792	541	7.320	12.385	2.093
2001	26.613	15.833	10.780	19.295	7.318	436	6.213	10.011	2.038

(„.“: Daten werden vom Amt für Statistik und Wahlen nicht publiziert, weil Werte unbekannt sind oder aus technischen oder Geheimhaltungsgründen nicht bekannt gegeben werden)

Die absoluten Arbeitslosenzahlen sind von 1988 bis 2001 von 33.514 auf 26.613 gesunken, das entspricht einer Arbeitslosenquote von 13,9% bzw. 9,8%. Berechnet man den Anteil der einzelnen Personengruppen an den insgesamt Arbeitslosen zeigt sich, in welchen Gruppen die Arbeitslosigkeit tendenziell zu- bzw. abnimmt. Der Anteil von Frauen und Männern an den Arbeitslosen hat sich in den letzten Jahren kaum verändert. Bei den Frauen waren 1988 42,21% arbeitslos, 2001 waren es 40,51%. Bei den Männern waren 1988 57,79% arbeitslos, 2001 waren es 59,49%. Der Anteil der ausländischen Arbeitslosen ist jedoch von 18,88% auf 27,5% gestiegen. Der Anteil der Jugendlichen ist von 3,63% auf 1,64% gesunken. Bei den 55 Jahre und älteren ist der Anteil von 5,21% auf 23,35% gestiegen. Die Anteile der Langzeitarbeitslosen und Teilzeitarbeitsuchenden sind gleich geblieben (Langzeitarbeitslose: 1991: 38,23% zu 2001: 37,62%; Teilzeitarbeitsuchende: 7,46% zu 7,66%). Langzeitarbeitslose (über ein Jahr) stellen allerdings einen hohen Anteil an Arbeitslosen (37,62%).

3.3. Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt

Als weiterer Indikator für die soziale Situation wird die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt herangezogen. Das Einkommen und der Erwerbsstatus ist eine Möglichkeit, die finanzielle Situation der Düsseldorfer zu schildern. Dort, wo das Einkommen zur Bestreitung des Lebensunterhalts nicht ausreicht, gibt die Verteilung der Sozialhilfeempfänger auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen und Stadtteile Aufschluss über die finanziellen Lage der Bevölkerung.

10. Tab.: Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach Alter, Geschlecht und Nationalität in Düsseldorf 1999 (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000).

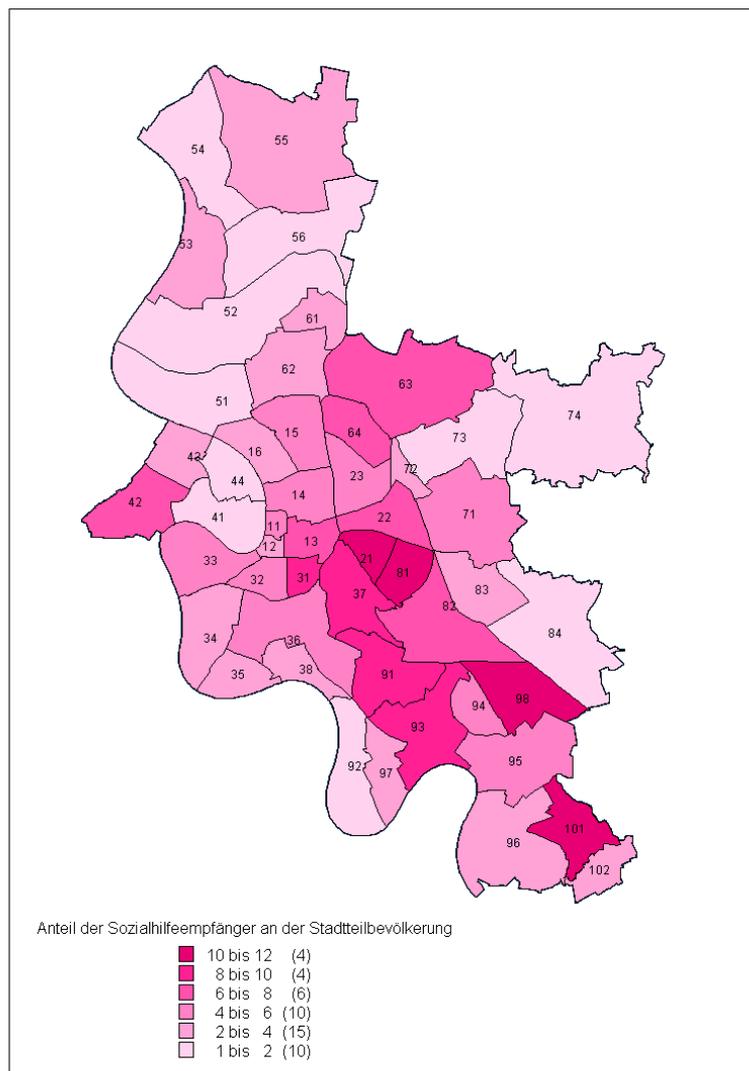
Alter	Männer		Frauen		Deutsche		Ausländer		gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Unter 3	898	11,4	892	12,0	1.273	10,8	517	14,8	1.790	11,7
3 bis 6	857	11,6	906	12,8	1.278	11,6	485	14,3	1.763	12,2
6 bis 15	2.392	10,7	2.342	10,8	3.324	9,6	1.410	14,6	4.734	10,7
15 bis 18	602	8,6	582	8,9	781	7,4	403	13,3	1.184	8,7
18 bis 27	984	4,0	1.714	6,3	1.722	4,7	976	6,4	2.698	5,2
27 bis 45	3.080	3,5	5.143	5,9	5.619	3,9	2.604	8,0	8.223	4,7
45 bis 60	2.378	4,4	2.621	4,5	3.381	3,6	1.618	9,0	4.999	4,4
60 bis 75	1.826	4,1	2.225	4,3	2.367	2,7	1.684	22,8	4.051	4,2
75 und mehr	199	1,7	866	2,7	681	1,6	384	29,1	1.065	2,4
insgesamt	13.216	4,9	17.291	5,8	20.426	4,3	10.081	10,7	30.507	5,4

Frauen beziehen häufiger Sozialhilfe als Männer. Besonders bei den 18- bis 45-Jährigen überwiegt der Anteil der Frauen den der Männer. Vor allem allein erziehende Frauen sind von Sozialhilfe betroffen.

43,3% der Sozialhilfeempfänger in der Stadt sind Kinder unter 18 Jahren. Dabei sind die ausländischen Kinder und Jugendlichen stärker von Sozialhilfe betroffen als die deutschen. Mit steigendem Alter steigt auch die Divergenz von deutschen und ausländischen Kindern in Bezug auf ihren Anteil an den Sozialhilfeempfängern. Bei den 0- bis 6-Jährigen sind ungefähr 3 bis 4% mehr ausländische Kinder von Sozialhilfe betroffen, bei den 6- bis 15-Jährigen sind es bereits 5% und bei den 15- bis 18-Jährigen sind es 6%. In den höheren Altersstufen sinkt die Sozialhilfeempfängerquote insgesamt kontinuierlich ab, steigt aber bei der ausländischen Bevölkerung in höherem Alter wieder rapide an. Ist der Anteil der Sozialhilfeempfänger bei den 27- bis 45-jährigen Ausländern doppelt so hoch wie bei den Deutschen, beträgt er bei den 60- bis 75-Jährigen das 8fache und bei den über 75-Jährigen das 18fache. Gerade bei den älteren und alten Ausländern ist aber auch auf die geringen Anzahlen hinzuweisen. Ungefähr 9% der 60- bis 70-jährigen Düsseldorfer sind Ausländer, bei den über 70-Jährigen sind es unter 4%.

3.3.1. Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt in den Stadtteilen

Der durchschnittliche Anteil der Sozialhilfeempfänger an der Bevölkerung beträgt 5,4%. Die Stadtteile Mörsenbroich (5,7%), Heerdt (5,5%), Reisholz (5,2%) und Unterbilk (5,1%) sind demnach als durchschnittlich für die Stadt zu bezeichnen. Dies sind Stadtteile mit einer mittleren sozialen Belastung (wobei die Sozialhilfequote in die Berechnung der sozialen Belastung mit eingeht und mit weiteren Variablen korreliert ist, z.B. dem Ausländeranteil). Besonders viele Sozialhilfeempfänger bezogen auf die Stadtteilbevölkerung leben in Garath (12,45%), Hassels (11,66%), Lierenfeld (10,45%), Flingern-Süd (9,8%), Oberbilk (8,6%) und Holthausen (8,0%), aber auch in Wersten (7,9%), Friedrichstadt (7,9%), Flingern-Nord (7,5%) und Eller (7,1%). Holthausen, Wersten und Eller sind hauptsächlich durch eine mittlere soziale Belastung gekennzeichnet, die übrigen genannten Stadtteile hauptsächlich durch eine hohe Belastung. Einen besonders geringen Anteil von Sozialhilfeempfängern haben Wittlaer, Nierkassel und Hubbelrath (0,7%) und Kalkum (0,6%). Diese Stadtteile weisen keine bis eine geringe Belastung auf.



18. Abb.: Stadtteile nach dem Anteil der Sozialhilfeempfänger an der Stadtteilbevölkerung absteigend sortiert (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000).

11 Altstadt, 12 Karlstadt, 13 Stadtmitte, 14 Pempelfort, 15 Derendorf, 16 Golzheim, 21 Flingern-Süd, 22 Flingern-Nord, 23 Düsseltal, 31 Friedrichstadt, 32 Unterbilk, 33 Hafen, 34 Hamm, 35 Volmerswerth, 36 Bilk, 37 Oberbilk, 38 Flehe, 41 Oberkassel, 42 Heerdt, 43 Lörick, 44 Niederkassel, 51 Stockum, 52 Lohausen, 53 Kaiserswerth, 54 Wittlaer, 55 Angermund, 56 Kalkum, 61 Lichtenbroich, 62 Unterrath, 63 Rath, 64 Mörsenbroich, 71 Gerresheim, 72 Grafenberg, 73 Lützenberg, 74 Hubbelrath, 81 Lierenfeld, 82 Eller, 83 Vennhausen, 84 Unterbach, 91 Wersten, 92 Himmelgeist, 93 Holthausen, 94 Reisholz, 95 Benrath, 96 Urdenbach, 97 Itter, 98 Hassels, 101 Garath, 102 Hellerhof.

Zusammenfassung Todesursachen

Nach wie vor sind die häufigsten Todesursachen Krankheiten des Kreislaufsystems und bösartige Neubildungen. Danach spielen Krankheiten des Atmungs- und des Verdauungssystems eine Rolle.

Auf die häufigste Todesursache verfallen knapp die Hälfte aller Todesfälle. Ischämische Herzkrankheiten – darunter Herzinfarkt - machen knapp die Hälfte der Krankheiten des Kreislaufsystems aus, ein Fünftel sind zerebrovaskuläre Erkrankungen - darunter Schlaganfall. Männer sterben insgesamt häufiger als Frauen an ischämischen Herzkrankheiten und an zerebrovaskulären Krankheiten insgesamt, genauer betrachtet sterben sie auch häufiger an akutem Myokardinfarkt aber nicht häufiger an Schlaganfall. Davon sind beide Geschlechter gleichermaßen betroffen (die Kategorie Schlaganfall umfasst bei diesem Vergleich allerdings nur die ICD-Nr. I64: Schlaganfall nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet).

Die Todesursache Krankheiten des Kreislaufsystems gewinnt bei den Männern ab der Altersgruppe der 40- bis 60-Jährigen zunehmend an Bedeutung, bei den Frauen gewinnt sie erst bei den 60- bis 70-Jährigen an Gewicht.

An Krankheiten des Kreislaufsystems sterben in Düsseldorf vergleichsweise weniger Frauen aber mehr Männer als in Nordrhein-Westfalen, allerdings sind die Werte vergleichbar mit anderen Städten.

Die zweithäufigste Todesursache sind bösartige Neubildungen. Sie machen knapp ein Drittel der Todesfälle aus. Männer sterben am häufigsten an bösartigen Neubildungen der Atmungs- und Verdauungs- sowie der Genitalorgane. Frauen sterben am häufigsten an bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane, der Brustdrüse und der Atmungsorgane.

Bei den altersstandardisierten Raten wird deutlich, dass Männer häufiger als Frauen an bösartigen Neubildungen der Verdauungs- und Atmungsorgane sowie der Genitalorgane sterben, obwohl absolut mehr Frauen als Männer an bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane verstorben sind.

Der Anteil der Todesfälle aufgrund bösartiger Neubildungen ist bei Männern in der Altersgruppe der 60- bis 70-Jährigen am größten und bei Frauen in der Altersgruppe der 40- bis 60-Jährigen. Die Sterblichkeit der Männer an bösartigen Neubildungen liegt bei den häufigen Krebserkrankungen in Düsseldorf über der in Nordrhein-Westfalen und ist auch im Vergleich mit anderen Städten hoch. Auch bei den Düsseldorfer Frauen liegt, wie in anderen Städten, die Sterblichkeit an Krebserkrankungen der Atmungsorgane über der in ganz Nordrhein-Westfalen.

Bei Krankheiten des Atmungssystems überwiegen die altersstandardisierten Raten der Todesfälle der Männer die der Frauen, bei den Krankheiten des Verdauungssystems ist dies nicht der Fall. Zusätzlich ist darauf hinzuweisen, dass bei den Männern Todesfälle durch Alkoholeinfluss 3- bis 4-mal so häufig vorkommen wie bei Frauen und in Düsseldorf vergleichsweise häufig vorkommen. Verletzungen und Vergiftungen kommen bei Männern ebenfalls häufiger vor, die Differenz ist aber im Vergleich zum Land bei beiden Geschlechtern in Richtung einer Gleichverteilung verschoben.

4. Gesundheitliche Lage der Bevölkerung

4.1. Todesursachen

Die amtliche Todesursachenstatistik ist eine standardmäßig genutzte Datenquelle zur Beschreibung der Gesundheit der Bevölkerung. Der Vorteil liegt darin, dass für jeden Verstorbenen die Todesursache in die amtliche Statistik eingeht. Woran die Menschen sterben ist zum einen ein Hinweis auf die Schwere der Krankheit und unter bestimmten Umständen auch ein Maß für das Krankheitsrisiko (nämlich dann, wenn die Krankheitsdauer kurz und die Sterblichkeit hoch ist). Todesursachen geben an, mit welchen Krankheiten sich die Medizin und auch das öffentliche Gesundheitswesen auseinandersetzen müssen. Allerdings liegen auch hier Gefahren der Fehlinterpretation. Als Todesursache wird das jeweilige Grundleiden angegeben, das letztlich zum Tod geführt hat. Begleitumstände oder unmittelbare Umstände der Todesursache können nicht alle mitberücksichtigt werden. Gerade bei schweren Erkrankungen oder bei alten Menschen liegen häufig mehrere Krankheiten gleichzeitig vor, so dass nicht immer leicht zu bestimmen ist, welche Krankheit letztlich zum Tode führte. Noch schwieriger wird dies, wenn der Arzt, der die Todesursache feststellen muss, die verstorbene Person, ihre Krankengeschichte und die Begleitumstände des Todes nicht kennt. Einige Krankheiten lassen sich eindeutiger diagnostizieren als andere und weisen dadurch eine höhere Datenqualität auf. Dies bedenkend, soll im folgenden erörtert werden, woran die Düsseldorfer sterben.

4.1.1. Die häufigsten Todesursachen

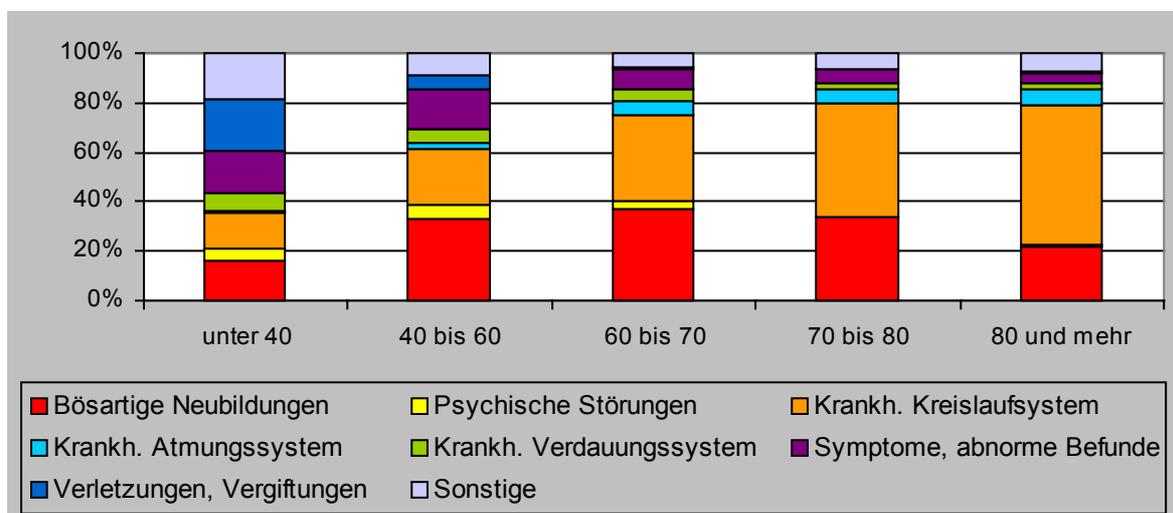
In Düsseldorf sind 1999 6711 Personen verstorben. Die mit Abstand häufigste Ursache sind Krankheiten des Kreislaufsystems. Insgesamt 3172 Personen sind daran verstorben (47,27%), darunter 1281 Männer und 1891 Frauen. 43,73% der Todesfälle aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems sind als ischämische Herzkrankheiten – darunter akuter Myokardinfarkt – diagnostiziert, das sind 614 Männer und 773 Frauen. Weitere 18,95% der Todesfälle sind zerebrovaskuläre Krankheiten – darunter Schlaganfall – das sind 223 Männer und 378 Frauen.

Die zweithäufigste Todesursache sind bösartige Neubildungen (1812 Verstorbene, 27%). Daran sind 944 Männer und 868 Frauen gestorben. 31,57% der Todesfälle durch bösartige Neubildungen sind Neubildungen der Verdauungsorgane und 22,74% Neubildungen der Atmungsorgane. Die häufigsten Todesursachen aufgrund bösartiger Neubildungen sind bei den Männern Neubildungen der Atmungsorgane (296 Personen), Neubildungen der Verdauungsorgane (277 Personen) und der männlichen Genitalorgane (112 Personen). Die häufigsten Todesursachen aufgrund bösartiger Neubildungen bei den Frauen sind Neubildungen der Verdauungsorgane (295), der Brustdrüse (153) und der Atmungsorgane (116).

Nach der kurzen Darstellung der häufigsten Todesursachen werden die Anteile einzelner Todesursachen an allen Todesfällen für einzelne Altersgruppen und nach Männern und Frauen getrennt dargestellt. Dies ermöglicht eine schnelle Einschätzung der Relevanz einzelner Todesursachen in den Altersgruppen. Anschließend werden die Todesursachen von Frauen und Männern in Düsseldorf verglichen und zuletzt die altersstandardisierten Sterberaten in Düsseldorf mit denen des Landes Nordrhein-Westfalen verglichen.

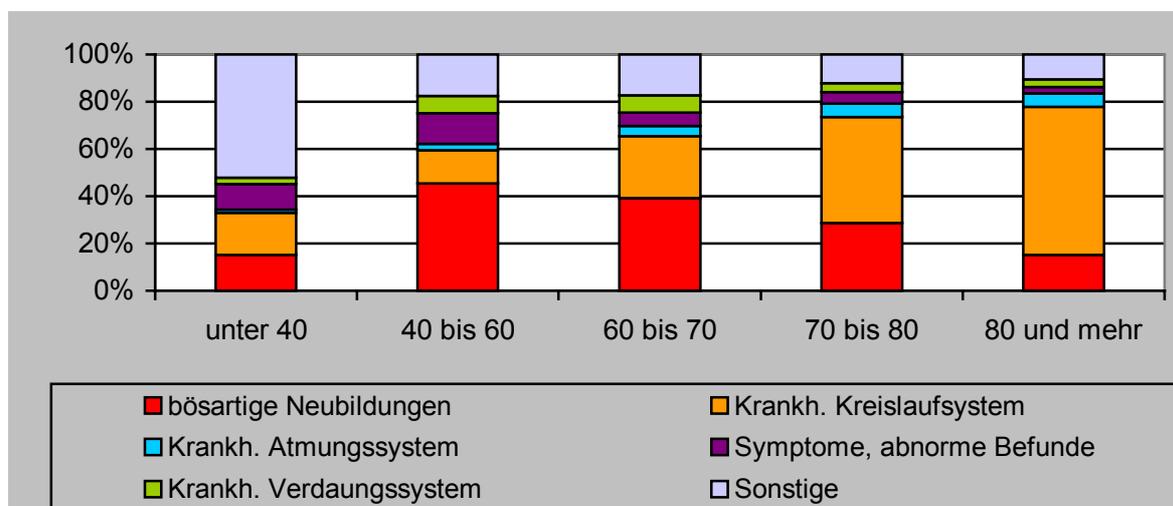
Die Grafik zeigt, wie sich die einzelnen Todesursachen in den Altersgruppen verteilen. Bei den Männern sind die häufigsten Todesursachen Krankheiten des Kreislaufsystems (41,2%), bösartige Neubildungen (30,4%), Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (7,6%), die Kategorie beinhaltet ungenau bezeichnete Zustände, die auf mehrere Krankheiten oder

Organsysteme hindeuten), Krankheiten des Atmungssystems (5,4%), Krankheiten des Verdauungssystems (3,6%), Verletzungen und Vergiftungen (2,4%) und Psychische und Verhaltensstörungen (2,1%, 92,31% davon sind durch Alkohol bedingt).



19. Abb.: Prozentualer Anteil einzelner Todesursachen an allen Todesfällen pro Altersgruppe für Männer im Jahr 1999. (Quelle: Statistisches Jahrbuch des Landeshauptstadt Düsseldorf 2000).

Bei den unter 40-Jährigen streuen die Todesursachen noch relativ breit, bereits bei den 40- bis 60-Jährigen machen bösartige Neubildungen aber auch Krankheiten des Kreislaufsystems den größten Teil der Todesursachen aus. Im höheren Alter versterben mehr Männer an Krankheiten des Kreislaufsystems als an bösartigen Neubildungen. Das heißt nicht, dass die Gefahr an einer bösartigen Neubildung zu sterben mit dem Alter abnimmt, sondern dass der Anteil der an Krankheiten des Kreislaufsystems Versterbenden über die Altersgruppen stärker zunimmt als der Anteil der an Neubildungen Versterbenden. Mit zunehmenden Alter wächst auch der Anteil der Todesfälle durch Krankheiten des Atmungssystems. Bei den unter 40-Jährigen stellen Verletzungen und Vergiftungen einen hohen Anteil der Todesursachen bei den Männern dar, der Anteil alkoholbedingter Todesfälle ist im höheren Alter geringer sowie auch der aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems.



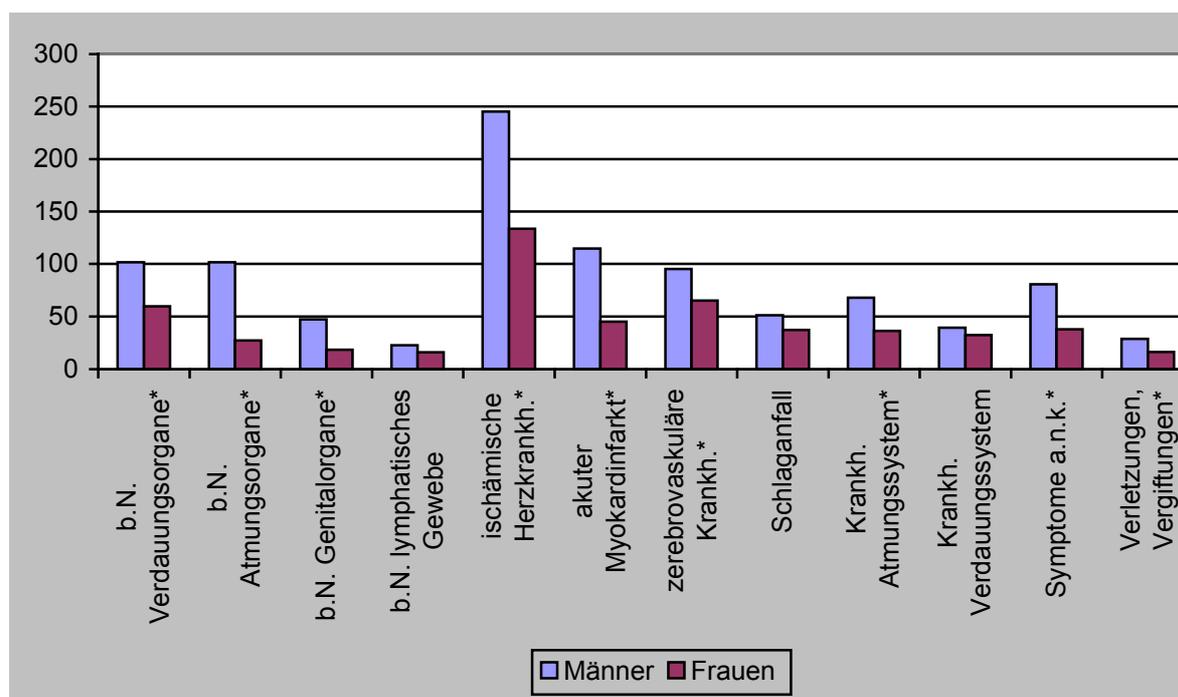
20. Abb.: Prozentualer Anteil einzelner Todesursachen an allen Todesfällen pro Altersgruppe für Frauen im Jahr 1999. (Quelle: Statistisches Jahrbuch des Landeshauptstadt Düsseldorf 2000).

Die häufigsten Todesursachen bei den Frauen sind Krankheiten des Kreislaufsystems (52,5%), bösartige Neubildungen (24,1%), Krankheiten des Atmungssystems (5,5%), Krankheiten,

Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (4,6%) und Krankheiten des Verdauungssystems (4,4%). Bei den unter 40-jährigen Frauen sind die Todesursachen breit gestreut. Bei den 40- bis 60-Jährigen fällt ein großer Anteil vorzeitige Todesfälle auf bösartige Neubildungen. In den Altersgruppen ab 60 Jahren wird der Anteil der Krankheiten des Kreislaufsystems größer, bis er zuletzt alle anderen Todesursachen überwiegt. Krankheiten des Verdauungssystems sind in höheren Altersgruppen anteilig weniger, während Krankheiten des Atmungssystems anteilig mehr werden. Das Gesamtbild ähnelt dem der Männer, wobei Tod durch Verletzungen und Vergiftungen sowie infolge von Alkoholabhängigkeit bei den Frauen zahlenmäßig keine so große Rolle spielen wie bei den Männern (jeweils nicht über 2% aller Todesfälle).

4.1.2. Vergleich der Todesursachen von Männern und Frauen

Will man die Todesursachen zwischen Männern und Frauen direkt vergleichen, muss die unterschiedliche Altersverteilung der beiden Geschlechter berücksichtigt werden. Dazu wurden für ausgewählte Todesursachen die Sterbefälle von beiden Geschlechtern an der Europabevölkerung (neu) insgesamt altersstandardisiert. Die so gewichteten Raten enthalten als Zahlen keinen Informationswert, sie dienen lediglich dem Vergleich der Geschlechter.



C15-C26=Neubildungen der Verdauungsorgane, C30-C39=Neubildungen der Atmungsorgane, C51-C63=Neubildungen der Genitalorgane, C81-C96=Neubildungen des lymphatischen Gewebes, I20-I25=ischämische Herzkrankheiten, I21=akuter Myokardinfarkt, I60-I69=zerebrovaskuläre Krankheiten, I64=Schlaganfall, nicht anders klassifiziert, J00-J99=Krankheiten des Atmungssystems, K00-K93=Krankheiten des Verdauungssystems, R00-R99=Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind, S00-T98=Verletzungen, Vergiftungen,

21. Abb.: Vergleich altersstandardisierter Todesursachen von Männer und Frauen in Düsseldorf, 1999. *=signifikant. (Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik, NRW und eigene Berechnungen).

Die Grafik zeigt, dass Männer signifikant häufiger an bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane und der Genitalorgane versterben als Frauen. Männer sterben ebenfalls häufiger an akutem Herzinfarkt, Krankheiten der Atmungsorgane und Verletzungen und Vergiftungen. Die Sterblichkeit an Schlaganfall und Krankheiten des Verdauungssystems ist bei beiden Geschlechtern gleich. Bei keiner hier genannten Krankheit ist die Sterblichkeit

der Frauen größer als die der Männer. Das spiegelt die allgemeine Tatsache, dass Männer häufiger vorzeitig versterben als Frauen.

4.1.3. Vergleich der Todesursachen in Düsseldorf mit Nordrhein-Westfalen

Die folgende Tabelle vergleicht die Todesursachen der Düsseldorfer mit dem Land NRW.

11. Tab.: Altersstandardisierte Todesfälle 1999 je 100.000 Einwohner in Düsseldorf und NRW im Vergleich (Quelle: Landesamt für Statistik und LÖGD).

Todesursachen	ICD-10	Männer		Frauen		gesamt	
		Dssd	NRW	Dssd	NRW	Dssd	NRW
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00-B99	13,71	12,58	10,22	11,45	11,81	11,97
bösartige Neubildungen	C00-C97	283,5	250,8	212,4	212,4	242,1	229,2
➤ der Verdauungsorgane	C15-C26	82,62	74,69	70,81	69,64	75,86	71,96
➤ der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	C30-C39	92,05	76,35	30,94	25,52	59,05	49,86
➤ Melanom und sonst. bösartige Neubildungen der Haut	C43-C44	1,88	2,18	1,64	2,02	1,61	2,08
➤ der Brustdrüse	C50	-	0,54	38,02	37,01	-	19,40
➤ der weiblichen Genitalorgane	C51-C58	-	-	20,96	22,83	25,76	24,62
➤ der männlichen Genitalorgane	C60-C63	34,74	28,73	-	-	25,76	24,62
➤ der Harnorgane	C64-C68						
➤ des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	C81-C96	18,30	18,96	18,68	19,35	18,12	19,06
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	E00-E90	9,89	11,32	12,18	15,10	10,93	13,31
➤ Diabetes mellitus	E10-E14	7,99	8,95	9,86	12,23	8,82	10,68
Psychische und Verhaltensstörungen	F00-F99	19,46	15,01	5,51	4,81	12,26	9,90
➤ durch Alkohol	F10	17,77	12,4	4,59	3,97	11,02	8,19
Krankheiten des Nervensystems	G00-G99	14,63	15,64	12,63	16,08	13,26	15,64
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I99	391,0	383,6	409,4	435,2	394,1	408,3
➤ Ischämische Herzkrankheiten	I20-I25	186,0	183,0	167,3	168,9	173,3	174,6
➤ Akuter Myokardinfarkt	I21	94,05	98,34	56,86	70,51	73,19	83,49
➤ Zerebrovaskuläre Krankheiten	I60-I69	68,76	62,59	81,71	86,25	73,80	74,49
Krankheiten des Atmungssystems	J00-J99	49,17	57,71	42,54	42,49	44,76	48,68
Krankheiten des Verdauungssystems	K00-K99	33,31	36,73	37,45	36,40	35,40	36,69
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00-N99	10,17	11,99	11,90	13,42	10,86	12,51
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	R00-R99	72,62	39,07	44,05	27,03	57,33	32,98
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	S00-T98	26,88	31,01	17,32	14,80	21,71	22,68
Vorsätzliche Selbstbeschädigung	X60-X84	6,78	6,64	3,96	2,63	5,37	4,59

Die Sterberaten in der Tabelle wurden für beide Geschlechter an der Europabevölkerung (neu) nach männlich und weiblich getrennt altersstandardisiert. Die geschlechtsspezifisch gewichteten Raten weichen nicht so stark von den tatsächlichen rohen Sterberaten ab, als dies ohne Berücksichtigung des Geschlechts der Fall wäre. Die Todesursachen in der linken Spalte enthalten teilweise übergeordnete Diagnosen und teilweise Einzeldiagnosen. Ob eine Kategorie in einer anderen enthalten ist, ist an der ICD-10 Nummer ablesbar.

In Düsseldorf versterben relativ mehr Menschen und insbesondere mehr Männer an den Folgen bösartiger Neubildungen als im Land NRW. Das ist insbesondere auf bösartige Neubildungen der Atmungs- und sonstiger intrathorakaler Organe, auf Neubildungen der Verdauungsorgane und der männlichen Genitalorgane zurückzuführen. Der Unterschied zur altersstandardisierten Sterberate des Landes ist bei den bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane besonders gravierend, hier liegen auch die Frauen über dem Landeswert. Weiterhin liegen die Männer bei den Psychischen und Verhaltensstörungen über dem Landeswert, dies ist vor allem auf übermäßigen Alkoholkonsum zurückzuführen (60 der 65 Todesfälle mit dieser Diagnose). Weiterhin über dem Landeswert ist die Sterberate der Männer bei Krankheiten des Kreislaufsystems, darunter die zerebrovaskulären Erkrankungen und in niedrigerem Ausmaß ischämische Herzkrankheiten. Tod durch akuten Myokardinfarkt wird bei den Männern in Düsseldorf jedoch seltener diagnostiziert als in Nordrhein-Westfalen (was auch durch einen kürzeren Rettungsweg als in ländlichen Regionen bedingt sein mag). Niedrigere Sterberaten finden sich bei Krankheiten des Atmungssystems, des Verdauungssystems und bei Verletzungen und Vergiftungen.

Deutlich häufiger als in Nordrhein-Westfalen werden in Düsseldorf Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde bei beiden Geschlechtern als Todesursache angegeben. Dieses Ergebnis ist schwer interpretierbar, da hier unklare Diagnosen unterschiedlicher Organsysteme zusammengefasst sind.

Bei den Frauen liegen die Sterberaten aufgrund einzelner Diagnosen zumeist unter denen des Landes. Bei den Endokrinen-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sind 41 der 50 Fälle in Düsseldorf durch Diabetes mellitus bedingt. Die standardisierte Sterberate liegt etwas unter der des Landes. Gleiches gilt für Krankheiten des Nervensystems und für zerebrovaskuläre Erkrankungen. Bei Krankheiten des Kreislaufsystems insgesamt und bei akutem Myokardinfarkt sind die Sterberaten deutlich niedriger. Etwas erhöht sind die Sterberaten infolge von Verletzungen und Vergiftungen, hier weichen beide Geschlechter in Richtung einer Gleichverteilung vom Landeswert ab, der Unterschied ist jedoch wie oben zu sehen, noch bedeutsam.

4.1.4. Vergleich von Düsseldorf mit anderen Städten

Die standardisierte Sterberate (1999) der Männer für bösartige Neubildungen der Atmungsorgane liegt auch über der anderer Städte. Mönchengladbach, Dortmund und Duisburg haben ebenfalls relativ hohe Werte (89,31, 87,21 und 84,25). Die Städte Köln und Viersen liegen eher im Bereich des Landes. Die altersstandardisierte Sterberate der Frauen liegt bei gleicher Diagnose in umliegenden Städten ebenfalls über dem Landeswert, meistens zwischen 30 und 33 Sterbefällen auf 100.000 Frauen (wie in Düsseldorf), Köln hat eine besonders hohe Rate (37,38). Der Vergleich mit einer anderen Statistik zeigt auch, dass Ergebnisse eines Jahres immer mit einem gewissen Fehler behaftet sind. Die Statistik der Sterblichkeit an Lungenkrebs für Männer zwischen 35 und 64 Jahren zeigt im Mittel von 1998 bis 2000 eine Reihe von Städten mit höheren Sterberaten (z.B. Duisburg, Essen, Oberhausen, LÖGD, Indikator 03_10_2000).

Die Sterblichkeit der Männer an bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (Viersen höher: 87,93, Dortmund höher: 83,12) und der Geschlechtsorgane (Mönchengladbach höher: 36,14) ist auch im Vergleich zu anderen Städten hoch. 1999 fiel auch die Sterberate an Alkohol in Düsseldorf sehr hoch aus. Bei den Krankheiten des Kreislaufsystems, speziell auch bei den ischämischen Herzkrankheiten liegen die meisten hier untersuchten Städte über dem Landeswert, bei den zerebrovaskulären Erkrankungen haben auch Viersen (76,47) und Mönchengladbach (86,46) hohe Sterberaten für Männer zu verzeichnen.

Zusammenfassung meldepflichtige übertragbare Krankheiten

Die meisten meldepflichtigen ansteckenden Erkrankungen sind in den letzten Jahren rückläufig. Insbesondere die Poliomyelitis und Tetanus wurden in den letzten 10 Jahren in Düsseldorf nicht mehr gemeldet. Die häufigste meldepflichtige Erkrankung sind Darminfektionen, in Düsseldorf und in NRW werden jährlich rund 200 Fälle auf 100.000 Einwohner gemeldet. Dabei ist davon auszugehen, dass die tatsächlichen Zahlen darüber liegen, denn nicht bei jeder Darminfektion wird ein Erregernachweis geführt. Die Hauptursache solcher Infektionen ist die nicht sachgerechte Handhabung tierischer Lebensmittel. Eine wichtige Infektionsquelle ist der Verzehr von „Fast Food“. Die Aufklärung der Bevölkerung über mögliche Ansteckungsquellen und geeignete Kontrollen können hier entgegenwirken.

Die Hepatitiden kommen in Düsseldorf relativ gesehen häufiger vor als im Land NRW. Ein Großteil der Erkrankungen wird bei intravenös Drogensüchtigen diagnostiziert. Rechnet man die Hepatitis C aus allen Hepatitiden heraus, so reduziert sich die Zahl der Fälle auf etwa die Hälfte (mit Hepatitis C 55 Fälle je 100.000 Einwohner in Düsseldorf im Jahr 1999, nur Hepatitis A und B 24 Fälle je 100.000). Über die Ansteckungswege und Verbreitung der Hepatitis C in der Normalbevölkerung ist nur wenig bekannt. Auch ohne die Hepatitis C ist die Anzahl der Hepatitiden je 100.000 Einwohner in Düsseldorf doppelt so hoch wie im Land NRW. Allerdings hat sich die Zahl der Fälle bei der Hepatitis A und B zwischen 1995 und 1999 nahezu halbiert (in Düsseldorf von 46 Fällen je 100.000 Einwohner auf 24 Fälle je 100.000 Einwohner). Die wichtigsten Betroffenenengruppen bei der Bekämpfung der Hepatitiden sind intravenös Drogensüchtige, Personen mit häufig wechselnden Intimpartnern (Prostituierte, aber auch andere) und Fernreisende. Gegen Hepatitis A und B ist eine Impfung möglich. Die Impfung gegen Hepatitis B im Kindesalter wird empfohlen. Prostituierte können sich auf Hepatitis untersuchen und impfen lassen. Weiterhin besteht die Impfempfehlung bei Fernreisen. Die Tuberkulose ist insgesamt rückläufig, aber der Anteil der ansteckungsfähigen Tuberkulosen nimmt weiter zu. Die Tuberkulose stellt besonders bei Migranten ein Problem dar, da diese häufig aus Regionen mit therapieresistenten Stämmen kommen. Das neue Infektionsschutzgesetz trägt dem erschwerten Umstand durch ein verändertes Meldeverfahren Rechnung. Sowohl die Therapieresistenz, als auch Therapieverweigerer und -abrecher sowie deren Herkunft sind nach dem neuen Gesetz meldepflichtig. Problematisch sind besonders Personen, die infiziert sind und nicht durch Pflichtuntersuchungen, z.B. durch den Aufenthalt in Gemeinschaftsunterkünften, auffallen. In Düsseldorf werden mehr Tuberkulosen je 100.000 Einwohner gemeldet als im Land NRW. Jährlich ist mit ungefähr 25 gemeldeten Fälle je 100.000 Einwohnern in Düsseldorf zu rechnen.

Meningitiden und Encephalitiden sind insgesamt sehr selten. Sie treten teilweise saisonal bedingt häufiger auf (Frühsommer-Meningoencephalitis). Bei einigen Erkrankungen wird eine Impfung empfohlen (z.B. Haemophilus influenzae im Kindesalter, Impfung bei Reisen in gefährdete Gebiete (Zecken)).

4.2. Meldepflichtige übertragbare Krankheiten

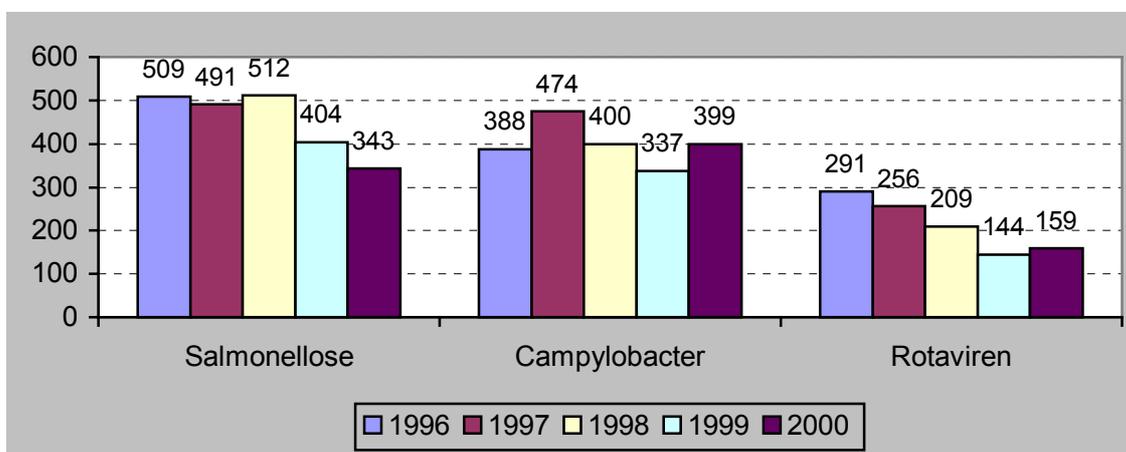
Bis zum Jahresende 2000 regelte das Bundesseuchengesetz (BSeuchG) die Bekämpfung ansteckender Krankheiten. Danach bestand für gefährliche und hochinfektiöse Erkrankungen die Meldepflicht bei Krankheitsverdacht, Erkrankung und Tod. Dabei wurde bei den einzelnen Erkrankungen danach unterschieden, ob alle 3 Umstände, Erkrankung und Tod, nur der Tod oder Ausscheider (damit sind auch Personen inbegriffen, die zwar keine Symptome aufweisen, aber die Erkrankung übertragen können) bestimmter Erreger meldepflichtig sind. Ab dem 01.01.01 gilt das neue Infektionsschutzgesetz. Auch hier sind Krankheiten bei Krankheitsverdacht, Erkrankung und Tod meldepflichtig, insbesondere auch der Erregernachweis einer ganzen Reihe von möglichen Erkrankungen, unabhängig vom Gesundheitszustand der infizierten Person. Weitere Absätze sichern die Meldepflicht, wenn darüber hinaus der Verdacht auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit besteht. Die Zahlen werden hier bis zum Jahr 2000 berichtet, da eine Vergleichbarkeit mit späteren Zahlen aufgrund der veränderten gesetzlichen Regelung fraglich ist.

In diesem Abschnitt werden die seltenen Erkrankungen kurz erläutert. Einige davon sind in den letzten 10 Jahren zunehmend weniger gemeldet worden. Die Poliomyelitis (Kinderlähmung) sowie Tetanus (Wundstarrkrampf) kamen in den letzten 10 Jahren überhaupt nicht vor. Auch Paratyphus (Darminfektion mit Benommenheit und Fieber, zuletzt 1990/91 und 1997 vereinzelte Fälle), Toxoplasmose (Protozoenbefall, zuletzt Mitte der 90er vereinzelte Fälle) wurden in Düsseldorf kaum registriert. 1 bis 2 Fälle von Typhus werden durchschnittlich pro Jahr gemeldet. Während 1990 noch 21 Fälle von Shigellenruhr (Durchfallerkrankung) gemeldet wurden, sind nach 1998 keine mehr bekannt geworden. Davor wurden 2 bis 4 Fälle pro Jahr beobachtet. Brucellose (Fiebererkrankung mit ausgeweiteten Symptomen) kam seit Mitte der 90er nur einmal vor. Malaria wurde in den 90er-Jahren 2- bis 7-mal pro Jahr gemeldet. Im Jahr 1998 waren es sogar 9 Fälle. Gasbrand, eine gefährliche Wundinfektion, trat bis Mitte der 90er 2- bis 4-mal im Jahr auf, seitdem ist nur noch ein Fall bekannt geworden. In den letzten 10 Jahren traten außerdem vereinzelt Fälle von Cholera, Q-Fieber, Trichinose, Lamblienruhr und Listeriose auf.

In den folgenden Abschnitten werden die häufigsten Erkrankungen genauer betrachtet.

4.2.1. Enteritis infectiosa

Darminfektionen sind die häufigsten gemeldeten Erkrankungen.



22. Abb.: Absolute Anzahl gemeldeter Fälle von Enteritis infectiosa (durch 3 ausgewählte Erreger) in den Jahren 1996 bis 2000 (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

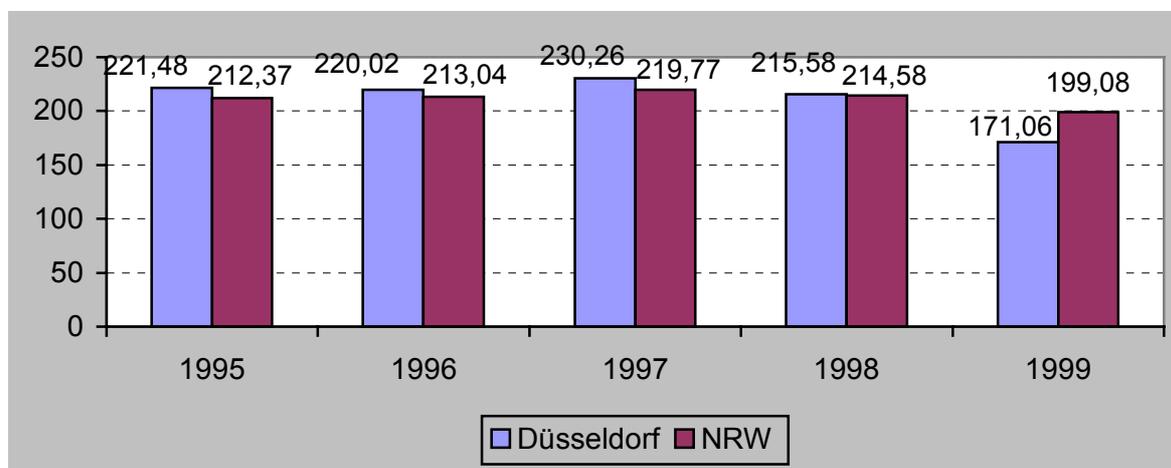
Enteritische Salmonellosen werden durch tierische Produkte übertragen (Fleisch, Eier, Milch) und gehen meist auf eine mangelnde Erhitzung oder nicht sachgerechte Handhabung kontaminierter Lebensmittel zurück.

Die Infektion macht sich durch plötzlich einsetzende Brechdurchfälle und Fieber bemerkbar. Besonders ältere Menschen, Kleinkinder und Personen mit einer geschwächten Immunabwehr sind hierdurch gefährdet.

Noch bis 1998 wurden jährlich 500 Fälle von enteritischen Salmonellosen in Düsseldorf gemeldet. Seit 1999 sinken die Zahlen kontinuierlich auf zuletzt 343 im Jahr 2000. 1995 wurden bundesweit noch 115.788 Salmonellosen gemeldet, 1999 nur noch 85.306. Am zweithäufigsten sind Durchfallerkrankungen durch *Campylobacter species* und am dritthäufigsten durch Rotaviren.

Enteritiden durch *Yersinien* traten mit einer Häufigkeit von 60 bis 80 Erkrankungen pro Jahr regelmäßig auf, im Jahr 2000 sind die gemeldeten Infektionen jedoch auf 35 gesunken. Adenovirusinfektionen wurden Ende der 90er-Jahre ungefähr 30-mal pro Jahr gemeldet, im Jahr 2000 waren es nur 18 Erkrankungen.

Infektionen durch den Erreger *Campylobacter species* halten sich seit Mitte der 90er-Jahre auf hohem Niveau. Im Jahr 2000 wurden sogar mehr Infektionen durch *Campylobacter species* als durch *Salmonella species* registriert. *Campylobacter species* ist sowohl in Entwicklungsländern als auch in Industrieländern verbreitet. In den USA ist dieser Erreger inzwischen der häufigste bakterielle Erreger von Darminfektionen. In Deutschland wurden 1995 75.718 und 1999 109.912 „übrige Formen“ von Enteritiden gemeldet. Die Übertragung erfolgt meist über den Verzehr von kontaminiertem Geflügel und Milch.



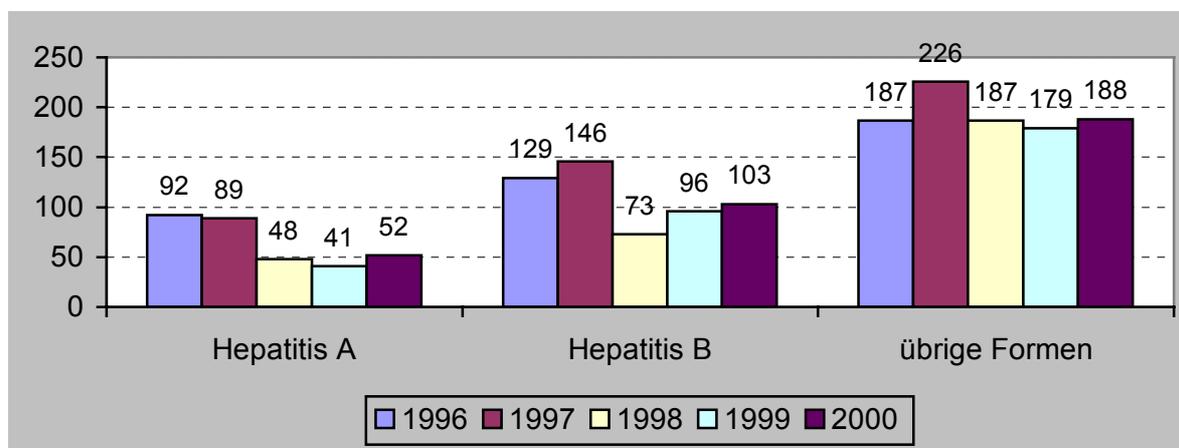
23. Abb.: Fälle von Enteritis infectiosa auf 100.000 Einwohner in Düsseldorf und NRW von 1995 bis 1999 (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik sowie eigene Berechnungen).

Darmerkrankungen kommen in Düsseldorf wie in ganz Nordrhein-Westfalen mit der gleichen Häufigkeitsrate vor. Es ist mit ungefähr 200 gemeldeten Erkrankungen auf 100.000 Einwohner pro Jahr zu rechnen. 1999 gab es in Düsseldorf relativ gesehen erstmals weniger Erkrankungen als im Land (171,06 zu 199,08 auf 100.000 Einwohner).

4.2.2. Virushepatitis

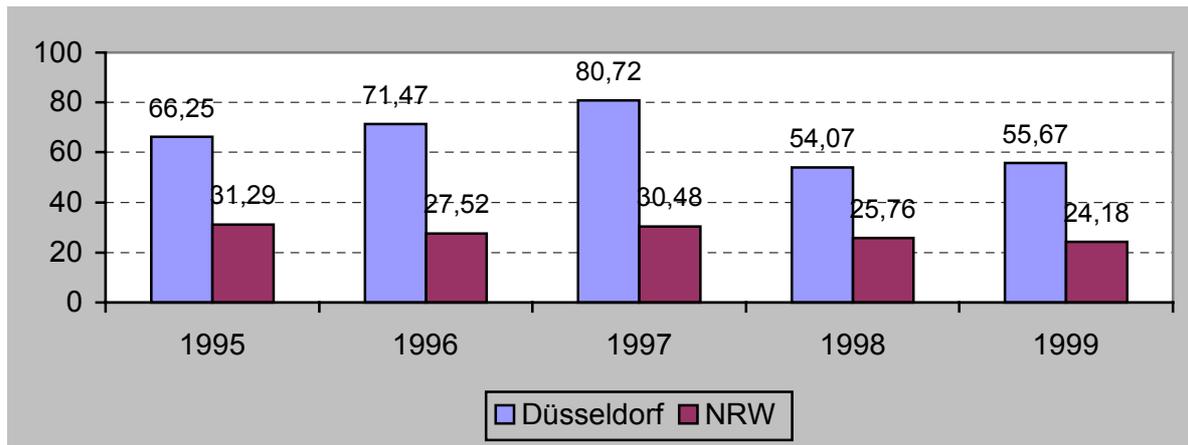
Hepatitis (Gelbsucht) wird durch verschiedene Viren ausgelöst. Hepatitis A wird fäkal-oral übertragen, d.h. durch engen körperlichen Kontakt, durch kontaminierte Nahrungsmittel oder durch Trinkwasser. Die Prävalenz in Deutschland ist niedriger als in Mittelmeerländern

und Entwicklungsländern. Ein erhöhtes Erkrankungsrisiko ist für Menschen gegeben, die in Gemeinschaftseinrichtungen (vorwiegend im Gesundheitswesen) und in der Lebensmittelverarbeitung arbeiten sowie bei Kanalarbeitern und Reinigungskräften. Außerdem ist für Fernreisende, die unter niedrigem Hygienestandard reisen, das Risiko erhöht. Hier wird eine Impfung empfohlen. Hepatitis B kommt häufiger vor, vor allem in West- und Zentralafrika, Südostasien und im Westpazifik. In Deutschland wird mit jährlich 55.000 Neuinfektionen gerechnet und mit über 1000 Todesfällen. Die Übertragung erfolgt über Blut- und Sexualkontakte. Neben intravenösem Drogenkonsum kommt ein Großteil der Infektionen über ungeschützten Geschlechtsverkehr zu Stande. Die Ständige Impfkommission des Robert-Koch-Instituts empfiehlt die Regelimpfung gegen Hepatitis B im Kindesalter. Auch eine Kombinationsimpfung mit Hepatitis A ist möglich. Des Weiteren treten Hepatitis C, D, E und G auf. Hier sind noch keine speziellen Impfstoffe entwickelt.



24. Abb.: Absolute Anzahl gemeldeter Fälle von Virushepatitis in den Jahren 1996 bis 2000 (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

Die Zahl der gemeldeten Hepatitiden ist 1998 deutlich zurückgegangen. Die Häufigkeit der Hepatitis B steigt seit 1999 wieder an. Die Hepatitis B wird wie die HIV-Infektion sexuell übertragen. Im Zuge der Aufklärung zur Prävention von HIV-Infektionen sind auch die sexuell übertragbaren Hepatitiden zurückgegangen, steigen jedoch durch die abnehmende Sensibilisierung in der Bevölkerung seit 1999 wieder an. Unter „übrige Formen“ sind vor allem die Hepatitis C Erkrankungen aufgeführt. Nur vereinzelte Fälle der hier genannten sind andere als Hepatitis C Erkrankungen. Die Übertragungswege der Hepatitis C in der Bevölkerung sind noch ungeklärt, ein Übertragungsweg ist der über unsterile Nadeln. Da die intravenös Drogensüchtigen gezielt auf Hepatitis C untersucht werden, ist der hohe Anteil der Hepatitis C Erkrankungen hauptsächlich auf diese Betroffenengruppe zurückzuführen. Der Anteil der Drogensüchtigen unter den Hepatitis B Erkrankten lässt sich nicht genau abschätzen.

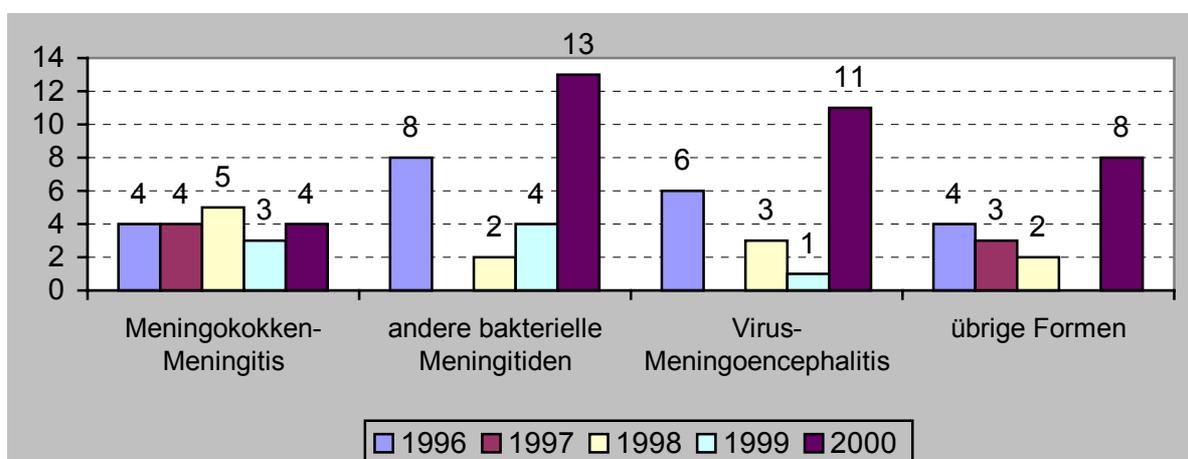


25. Abb.: Fälle von Virushepatitis auf 100.000 Einwohner in Düsseldorf und NRW von 1995 bis 1999 (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik sowie eigene Berechnungen).

Bei der obigen Gegenüberstellung sind alle Virushepatitiden zusammengefasst. Auch im Gesamtbild ist der Rückgang der Hepatitiden im Jahr 1998 gut sichtbar. In Düsseldorf werden weit mehr Erkrankungen je 100.000 Einwohner gemeldet als in Gesamt-NRW. Es ist mit ungefähr 55 Neuerkrankungen pro Jahr auf 100.000 Einwohner zu rechnen, im Vergleich dazu sind es in Nordrhein-Westfalen nur 25. Dieser Unterschied ist möglicherweise auf die stärkere Drogenszene in der Stadt im Vergleich zu ländlicheren Regionen zurückzuführen.

4.2.3. Meningitis/Encephalitis

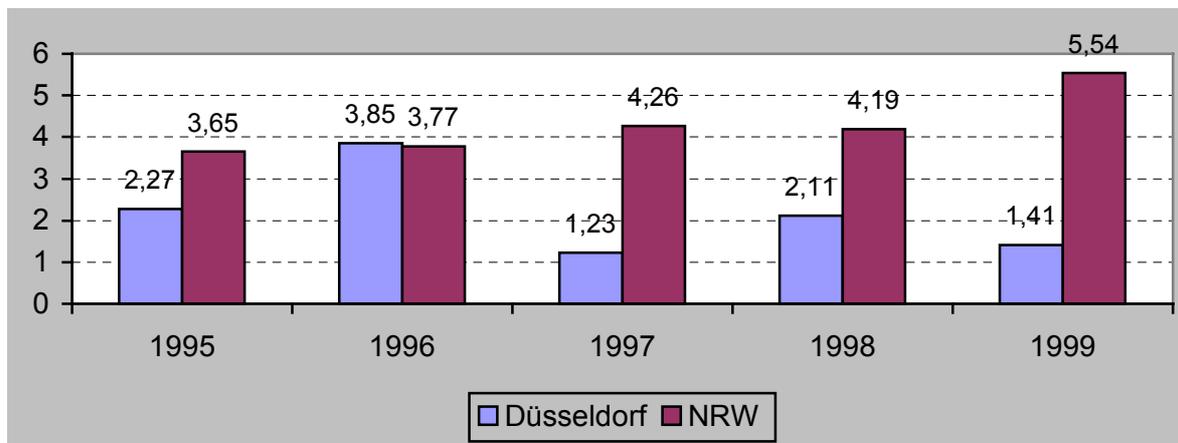
Entzündungen der Hirnhaut/des Gehirns gehen charakteristischerweise mit Kopfschmerzen, Erbrechen und hohem Fieber einher. Weiterhin können Bewusstseinsstörungen und neurologische Ausfälle sowie Krampfeigung auftreten. Neben den Meningokokken kommen andere bakterielle Erreger (z.B. Pneumokokken, Haemophilus influenzae, Borrelien) und Viren (z.B. Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus) in Frage. Während Meningokokken, Haemophilus influenzae und Pneumokokken durch Tröpfcheninfektion übertragen werden, werden Borrelien und das Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus durch Zecken übertragen.



26. Abb.: Absolute Anzahl gemeldeter Fälle von Meningitis/Encephalitis in den Jahren 1996 bis 2000 (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

Die Meningokokken-Meningitis tritt über die Jahre gleichmäßig auf niedrigem Niveau auf. Die anderen bakteriellen und viralen Meningitiden/Encephalitiden unterliegen stärkeren

Schwankungen. Insbesondere im Jahr 2000 wurden vermehrt Fälle von bakteriellen (ohne Meningokokken-Infektionen) und viralen Meningitiden/Encephalitiden gemeldet.



27. Abb.: Fälle von Meningitis/Encephalitis auf 100.000 Einwohner in Düsseldorf und NRW von 1995 bis 1999 (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik sowie eigene Berechnungen).

Fasst man alle Krankheitsformen zusammen, liegt die relative Häufigkeit der gemeldeten Meningitiden/Encephalitiden unter der des Landes. Insbesondere 1999 sind nur wenige Fälle in Düsseldorf bekannt geworden.

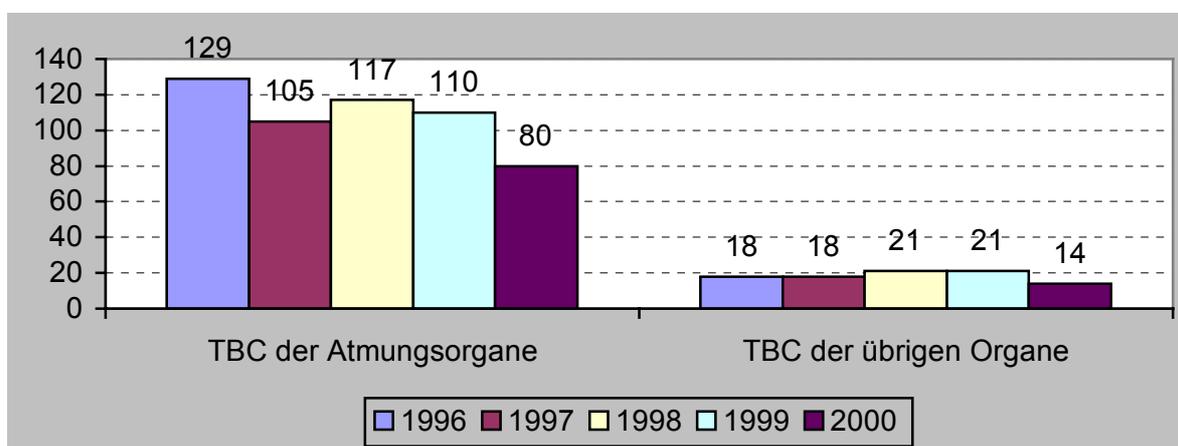
4.2.4. Tuberkulose

Die Tuberkulose ist eine durch Bakterien übertragene Lungenerkrankung, die sich jedoch im weiteren Verlauf auch auf andere Organsysteme ausweiten kann. Die Krankheit verläuft in mehreren Stadien.

Die Tuberkulose ist weltweit stark verbreitet, ca. 1/3 der Weltbevölkerung ist infiziert. Jährlich kommen weltweit 8 Millionen Neuerkrankungen hinzu. Allerdings ist die Häufigkeit in westlichen Ländern geringer als in Osteuropa, Südostasien, Afrika und Südamerika.

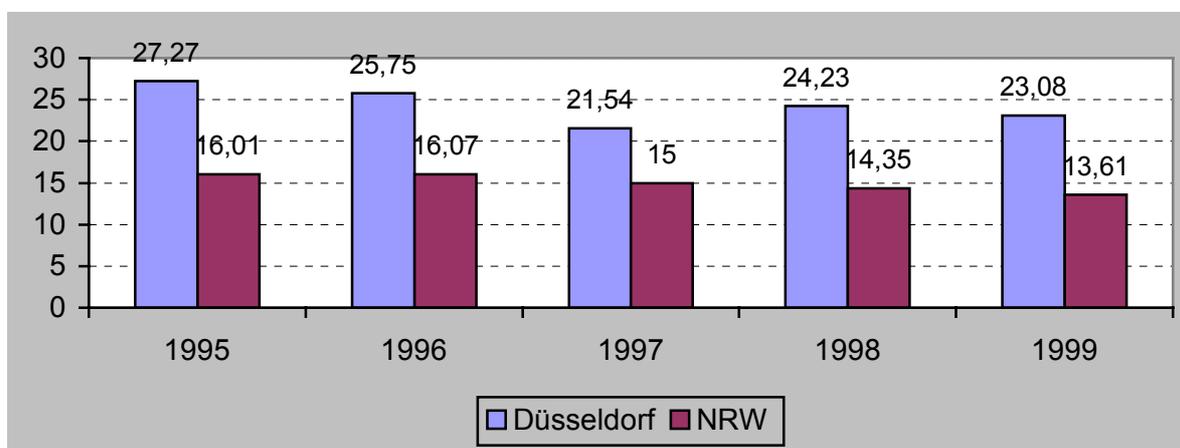
Einen gewissen Anstieg der Inzidenz seit Mitte der 80er-Jahre ist auf die AIDS-Erkrankung und in Deutschland Anfang der 90er auf die steigende Migration zurückzuführen.

Eine erhöhte Ansteckungsgefahr besteht vor allem in Gemeinschaftsunterkünften (darunter fallen sowohl Wohnheime, als auch Gefängnisse, Unterkünfte für Wohnungslose, etc.).



28. Abb.: Absolute Anzahl gemeldeter Fälle von Tuberkulose in den Jahren 1996 bis 2000. (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

Die Anzahl der Tuberkulosen ist in den letzten Jahren rückläufig. 1996 wurden 129 Fälle von Lungentuberkulose gemeldet, im Jahr 2000 nur noch 80. 67,5% davon waren ansteckungsfähig. Der Anteil der Männer an allen Tuberkuloseerkrankten betrug von 1996 bis 2000 59,86%, 64,23%, 65,22%, 66,41% und 65,96%. Während die absoluten Zahlen sinken, steigt der Anteil therapieresistenter Tuberkulosestämmen an. In den baltischen Staaten beträgt die Rate der Medikamentenresistenz 30%, bei in Deutschland Geborenen liegt sie bei 2%. Bei in Deutschland lebenden Personen russischer Herkunft wurde eine Resistenzrate gegen 1 Medikament von 31,5% ermittelt, 11,8% waren gegen mindestens 2 Medikamente resistent. Es ist daher notwendig, erkrankte Personen, die aus gefährdeten Gebieten stammen vor Abklärung der Behandlungsfähigkeit streng zu isolieren und mit mehreren Medikamenten zu behandeln. Nach dem neuen Infektionsschutzgesetz ist die Erkrankung und der Tod einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, der Erregernachweis, das Ergebnis der Resistenzbestimmung und Behandlungsverweigerung und -abbrecher meldepflichtig. Außerdem ist auch das Geburtsland und die Staatsangehörigkeit der erkrankten Person anzugeben. Damit berücksichtigt das neue Gesetz die erhöhte Ansteckungsgefahr durch Migranten aus gefährdeten Gebieten. Weiterhin besteht das Problem, Hauptbetroffenengruppen zu erreichen und zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme zu motivieren. Die meisten Tuberkulosediagnosen werden passiv gestellt, d.h. bei einem Arzt oder im Krankenhaus, wenn die betroffene Person bereits Krankheitssymptome aufweist. In Gemeinschaftsunterkünften und bei Umgebungsuntersuchungen (von bekannten Fällen) können Untersuchungen angeordnet werden (aktive Diagnosestellung). Personen, die aus diesem Raster fallen, stellen ein besonderes Risiko dar, dazu zählen Obdachlose, Immigranten, die privat (z.B. bei Verwandten) untergebracht werden, Reisende in den Osten, Drogensüchtige und anderweitig abwehrgeschwächte Personen. Nach dem neuen IfSG müssen Obdachlose vor Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft untersucht werden.



29. Abb.: Fälle von Tuberkulose auf 100.000 Einwohner in Düsseldorf und NRW von 1995 bis 1999 (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik sowie eigene Berechnungen).

Die Tuberkulose ist in Düsseldorf häufiger anzutreffen als im Landesdurchschnitt. Während in Düsseldorf mit etwa 25 Fällen auf 100.000 Einwohner pro Jahr zu rechnen ist, sind es in Nordrhein-Westfalen ungefähr 15. Diese Differenz ist vermutlich durch die städtische Struktur zu erklären. Im Jahr 1999 hatte Düsseldorf zusammen mit Köln, Gelsenkirchen und Herne die höchsten Raten an ansteckender Tuberkulose zu verzeichnen, im Jahr 2000 lag Düsseldorf wie viele Säbte des Ruhrgebiets über dem vergleichbaren Landeswert (LÖGD, Indikator 03_15_2000).

Zusammenfassung Syphilis und Gonorrhoe

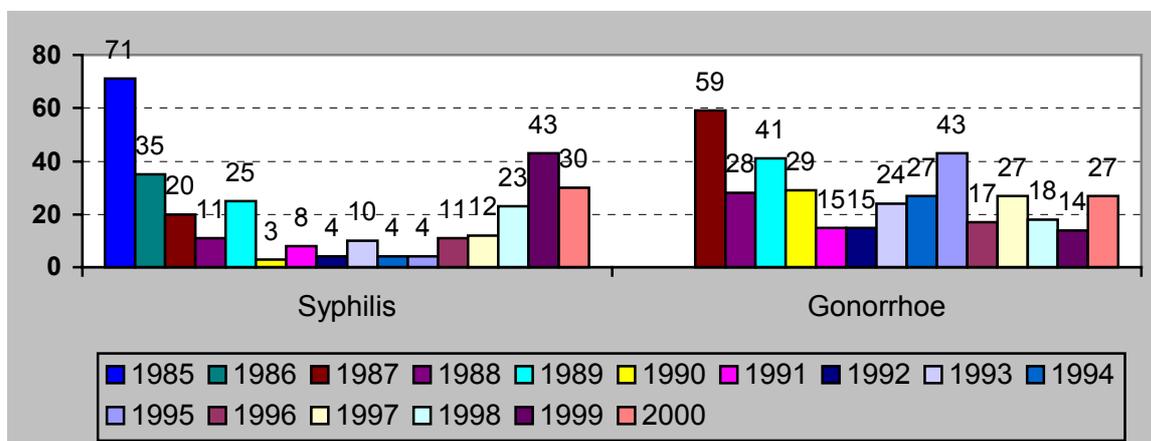
Die Gonorrhoe ist seit Mitte der 80er-Jahre rückläufig, bei der Syphilis ist seit Mitte der 90er-Jahre wieder ein Anstieg zu verzeichnen. Die Datenlage ist aber bei der Syphilis verlässlicher als bei der Gonorrhoe. Im Jahr 2000 wurden in Düsseldorf 30 Fälle von Syphilis und 27 Fälle von Gonorrhoe gemeldet. Im Prostituiertenbereich ist eine hinreichende Betreuung durch aufsuchende Angebote sicherzustellen.

4.3. Sexuell übertragbare Krankheiten

Nach dem alten „Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ bestand eine Meldepflicht für Syphilis, Gonorrhoe (Tripper), Lymphogranuloma inguinale (venerische Lymphknotenentzündung) und Ulcus molle (Weicher Schanker). Damit sind diese Zahlen gut dokumentiert. Weiterhin bestand nach dem alten Gesetz eine Untersuchungspflicht für Prostituierte. Seit dem 01.01.2001 ist das Gesetz durch das Infektionsschutzgesetz ersetzt und die Melde-, Behandlungs- und Untersuchungspflicht abgeschafft worden (Meldepflicht für den Erregernachweis von *Treponema Pallidum* (Syphilis) bleibt bestehen). Die Gesundheitsämter haben nach dem neuen Gesetz die Aufgabe, Beratung und Untersuchung für alle sexuell übertragbaren Krankheiten anzubieten (bisher nur bei Verdacht oder auf ausdrücklichen Wunsch hin). Die Untersuchung wird auf Wunsch anonym durchgeführt. Die klassische Kommstruktur wird durch eine Gehstruktur ersetzt. Neben der Beratung und Betreuung vor und während der Prostitutionstätigkeit sind die Hilfen beim Ausstieg aus der Prostitution ein wesentlicher Arbeitsschwerpunkt der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes. Die hier berichteten Zahlen reichen nur bis zum Jahr 2000, allerdings ist darauf hinzuweisen, dass durch die Gesetzesänderung eine weitere Vergleichbarkeit mit späteren Jahren nicht möglich ist. Neben der geänderten Datenlage sind die Folgen der Gesetzesänderung noch nicht absehbar. Es ist aber zu befürchten, dass durch den mangelnden bzw. freiwilligen Kontakt der Prostituierten mit dem Gesundheitsamt wichtige Informationen und Hilfen nicht in ausreichendem Maße vermittelt werden können. Neben Folgen für die Gesundheit der Betroffenen (mangelnde Aufklärung über Hygiene, Selbstschutz, Safer Sex etc.) sind auch sekundäre Folgen wie ein erschwerter Zugang zu psychosozialer Beratung z.B. bei Partner- und Familienproblemen, Hilfestellungen bei Ausstiegswunsch etc. und ein größeres Ausmaß unerkannter Gewalt mögliche negative Folgen. Die folgenden Zahlen beziehen sich aber zunächst auf die Gesamtbevölkerung, nicht ausschließlich auf Prostituierte.

4.3.1. Syphilis und Gonorrhoe

Die Syphilis wird fast ausschließlich über Geschlechtsverkehr übertragen. Die Krankheit durchläuft mehrere Stadien. Am Eintrittsort des Erregers bildet sich ein schmerzloses Geschwür, das nach 2-6 Wochen abheilt. Nach 8 Wochen bis 2 Jahren können weitere Krankheitssymptome mit allgemeinem Krankheitsgefühl, Lymphknotenschwellung und Hautausschläge am ganzen Körper sowie Hautknötchen auftreten. Nach weiteren Jahren (5 bis zu 20) können Spätfolgen in Form von Organschäden (Herz-Kreislauf, Gehirn und Nerven) auftreten. Je früher eine Behandlung einsetzt, umso besser sind die Heilungschancen.



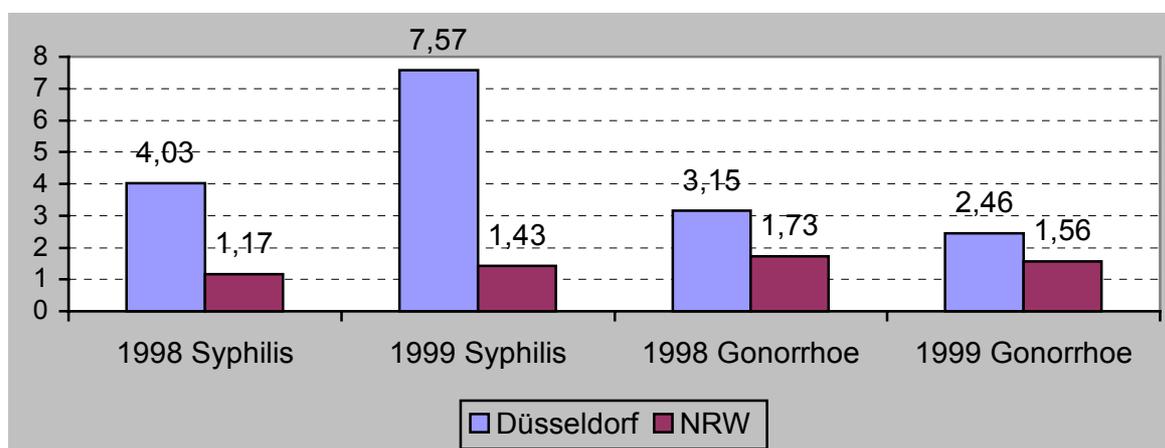
30. Abb.: Absolute Anzahl gemeldeter Fälle von Geschlechtskrankheiten (Gonorrhoe 1985: 441, 1986: 323) in den Jahren 1985 bis 2000 (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

Gonorrhoe (Tripper) wird ebenfalls nur durch intimen Körperkontakt übertragen. Die Symptome sind Brennen beim Wasserlassen und eitriger Ausfluss. Der Erreger wandert über Gebärmutter/Eileiter und Eierstöcke bzw. Harnröhre/Prostata und Hoden und verursacht Entzündungen, es können sich schmerzhaft Abzesse bilden. Unbehandelt führt die Erkrankung zur Unfruchtbarkeit.

Die gemeldeten Fälle von Gonorrhoe sind für die Jahre 1985 und 1986 sehr hoch, ihre Darstellung ist deshalb im Rahmen der obigen Grafik nicht realisierbar. In dem gesamten Zeitraum sind 2 Fälle von Ulcus molle gemeldet worden, die nicht in der Grafik aufgeführt werden.

Betrachtet man einen größeren Zeitverlauf ist seit Mitte der 80er-Jahre ein starker Rückgang der Geschlechtskrankheiten zu beobachten, vermutlich bedingt durch AIDS und dem damit verbundenen Gebrauch von Kondomen. Allerdings steigt die Prävalenz der Syphilis seit Mitte der 90er wieder an, während bei der Gonorrhoe Schwankungen vorliegen. Der Wiederanstieg ist möglicherweise auf einen nachlassenden Kondomgebrauch zurückzuführen.

Dass die Syphilis gegenüber der Gonorrhoe zunimmt, ist weltweit zu beobachten. Besonders in den GUS-Staaten ist ein gravierender Anstieg zu verzeichnen. Die zunehmende Migration, auch im Bereich der Prostitution, könnte hierfür ein Grund sein. Neben einem Anstieg der Fälle von Syphilis kommen aber auch andere Gründe für das Ungleichgewicht in Frage. Erstens wird die Syphilis mit größerer Wahrscheinlichkeit gemeldet als die Gonorrhoe, zweitens ist die Gonorrhoe schwieriger zu diagnostizieren und drittens wird möglicherweise manche Gonorrhoe durch Antibiotikaeinnahme aus anderen Gründen mitbehandelt, was bei der Syphilis nicht möglich ist.



31. Abb.: Fälle von meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten auf 100.000 Einwohner in Düsseldorf und NRW in den Jahren 1998 und 1999 (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik sowie eigene Berechnungen).

Die Syphilis tritt in Düsseldorf Ende der 90er mit mehr Fällen je 100.000 Einwohnern auf als in Gesamt-NRW. Möglicherweise ist dies durch eine stärkere Prostituiertenszene und eine bessere Betreuung der Prostituierten in städtischen im Vergleich zu ländlichen Regionen erklärbar.

Zusammenfassung AIDS

AIDS breitet sich weltweit weiter aus. Durch das gute Versorgungssystem und die frühe Präventionsarbeit in Deutschland und in anderen Ländern der westlichen Welt ist die Krankheit hier eingedämmt. Medizinische Fortschritte verlängern die Überlebenszeit der Betroffenen, insbesondere durch eine längere Zeitspanne von der Infektion bis zum Vollbild der Erkrankung AIDS. Damit ist aber noch lange kein Grund zur „Entwarnung“ gegeben.

Die derzeitige Situation gibt spezielle alte und neue Aufgaben in der Präventions- und Betreuungsarbeit für Gesunde, Infizierte und Erkrankte auf. Die bessere medizinische Versorgung verlängert die Überlebenszeit vor und nach dem Ausbruch der Erkrankung. Damit steigt der Betreuungsbedarf langfristig an. Die Infizierten brauchen psychosoziale Begleitung bei der Durchführung der komplizierten Therapie. Besondere Betreuung brauchen unter diesen verbesserten Umständen auch Personen, bei denen die Therapie nicht wirkt oder zu schweren Nebenwirkungen führt. Da die Betroffenen meist jung sind, stellt sich auch die Frage nach der weiteren sozialen und finanziellen Versorgung. Die AIDS-Erkrankung stellt ein hohes Armutsrisiko dar und die längere Überlebenszeit impliziert auch eine längere Zeit drohender und tatsächlicher Verarmung.

Bereits Infizierte erhalten nach zunächst eingeschränkter Lebenserwartung wieder eine längere Perspektive und müssen diese gestalten. Bei Prostituierten fällt der hohe Anteil von Frauen aus Endemiegebieten auf. Die Erreichbarkeit dieser Frauen ist durch den Wegfall der Untersuchungspflicht erschwert, außerdem bestehen häufig Sprachprobleme, geeignete Dolmetscher fehlen.

Vorbeugung bleibt auch heute das Mittel der Wahl gegen AIDS. Unter diesem Gesichtspunkt fällt auf, dass die Risikobereitschaft aufgrund der vermeintlich besseren Situation und / oder Ermüdung nach 15 Jahren AIDS-Aufklärung wieder zunimmt. Die Zielgruppen für die Prävention werden immer differenzierter und benötigen speziell auf sie zugeschnittene Angebote. Zu nennen wären hier weiterhin homosexuelle Männer, Drogenabhängige, Jugendliche, Frauen, Migranten aus Endemiegebieten, Sextouristen, Personen mit Kontakt zu Hauptbetroffengruppen, Prostituierte etc.. Die Präventionsbemühungen müssen auf allen diesen Gebieten weiter verstärkt werden.

4.3.2. AIDS

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ist eine Viruserkrankung, die durch das HIV (Human Immunodeficiency Virus) ausgelöst wird. Zwischen Erwerb der Virusinfektion und dem Vollbild der Erkrankung können bis zu 10 Jahren liegen. In dieser Zeit ist der/die HIV-Positive für andere ansteckend (danach natürlich auch), möglicherweise ohne es zu wissen. Der HI-Virus ist ein Retrovirus, d.h. dass seine Information von der Viruszelle in die Erbinformation (DNA) der Wirtszelle übertragen werden kann und dann bei jeder weiteren Zellteilung auch an die neue Zelle weitergegeben wird. Das Virus zerstört weiße Blutkörperchen, wodurch schließlich die Erkrankung AIDS ausgelöst wird.

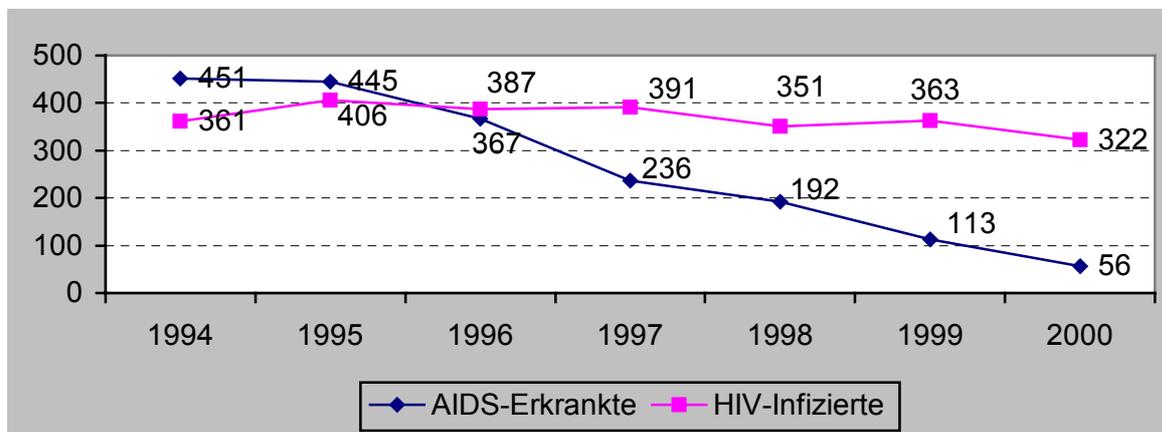
Die Erkrankung wird häufig über Lymphknotenschwellungen, dann über Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust und Durchfall manifest. Im weiteren Verlauf treten sog. opportunistische Infektionen auf, das sind – normalerweise - harmlose Erreger aus der Umwelt, die für den immungeschwächten Patienten eine ernste Bedrohung darstellen. Häufig sind Lungenentzündungen, Hefepilzbefall und HIV-Enzephalopathie. Weiterhin kann es zu Krebserkrankungen kommen, häufig ist das Kaposi-Sarkom und Non-Hodgkin-Lymphome.

Bis jetzt gibt es weder einen wirksamen Impfschutz noch eine Therapie gegen AIDS. Die Erkrankung verläuft nach wie vor tödlich. Mit Hilfe intensiverer Forschung konnten jedoch einige Verbesserungen in der Behandlung erreicht werden, die die Lebenszeit verlängern. Ein Teil der Bemühungen konzentriert sich auf die Verlängerung der Zeit von der Infektion zum Krankheitsausbruch. Die antiretrovirale Therapie versucht die Viruslast möglichst gering zu halten. Der Nachweis dafür, dass damit auch die Ansteckungsgefahr zurückgeht, steht noch aus. Die Therapie ist nicht komplikationsfrei. Zum einen müssen bei Kombinationstherapien komplizierte Einnahmeverfahren eingehalten werden. Zum anderen ist sie teilweise mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden. Bei einem Teil der Infizierten bleibt sie wirkungslos. Die Gefahr der Resistenzentwicklung der Erreger und die Notwendigkeit lebenslanger Einnahme sind weitere Probleme. Ist die Erkrankung AIDS bereits diagnostiziert, wird versucht, die Krankheitssymptome zu reduzieren, z.B. durch die Prophylaxe opportunistischer Infektionen. 1988 lagen durchschnittlich 8,8 Monate zwischen der Diagnose AIDS und dem Tod, 1996 waren es 20,1 Monate (Gesundheitsbericht für Deutschland, S. 267).

Der HI-Virus wird entweder durch Sexualkontakt - Anal-, Genital- oder Oralverkehr – oder durch Blut – durch Spritzbestecke, Blutkonserven (durch strenge Kontrollen kaum noch eine Gefahr) oder von der Schwangeren auf das Kind - übertragen. Die Hauptbetroffenengruppen sind im wesentlichen damit eingegrenzt, nämlich homo- und bisexuelle Männer, intravenös Drogensüchtige, Menschen mit häufig wechselnden Partnern und ungeschütztem Verkehr, sexuelle Kontakte mit einer Person aus einer Risikogruppe und Migranten und Migrantinnen aus Endemiegebieten (z.B. West- und Zentralafrika, Asien, in denen die Krankheit hauptsächlich heterosexuell übertragen wird). Insbesondere bei Frauen und Migranten und Migrantinnen sowie bei Personen mit Kontakt zu Hauptbetroffenengruppen steigt die Infektionsrate, aber auch bei Homosexuellen.

Weltweit sind die Ausmaße der AIDS-Erkrankung steigend. 2001 waren weltweit 36 Millionen Menschen HIV-infiziert, 2,5 Millionen Menschen sind daran gestorben und 6 Millionen haben sich im Jahr 2001 neu infiziert. Insgesamt sind weltweit bereits 17 Millionen Menschen an AIDS gestorben. Eine hohe Verbreitung ist besonders in Westafrika, Zentralafrika und Asien zu verzeichnen. Ein Drittel der weltweiten Infektionen entfallen auf junge Menschen zwischen 15 und 25 Jahren.

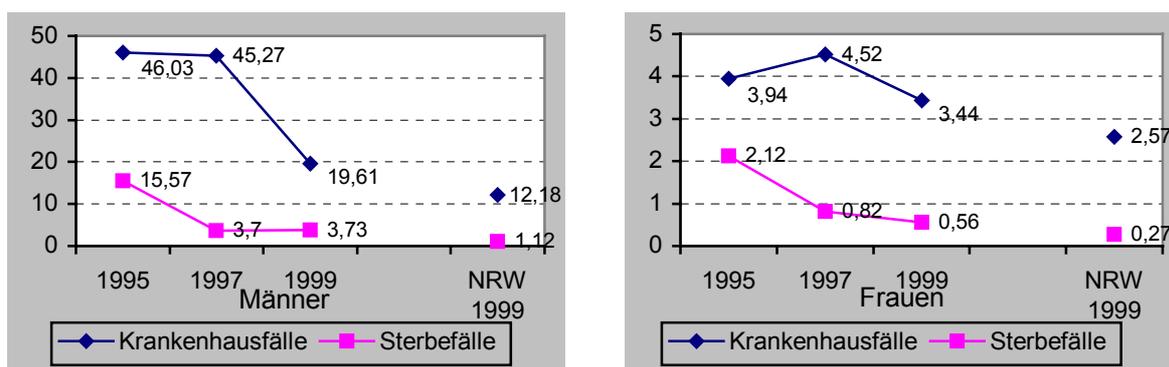
In Deutschland ist die Situation durch eine bessere medizinische Versorgung wesentlich besser. Die Zahl der AIDS-Erkrankungen und auch die Todesfälle nehmen aufgrund der besseren medizinischen Versorgung ab, die Zahl der Neuinfektionen bleibt hoch. Die Zahl der AIDS-Erkrankungen ist von 1994 mit ungefähr 1.900 gemeldeten Fällen auf ungefähr 800 im Jahr 1998 zurückgegangen. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Todesfälle von 2.100 auf 600 gesunken. Die Zahl der geschätzten jährlichen Neuinfektionen liegt bei 2.000.



32. Abb.: Anzahl der pro Jahr neu diagnostizierten AIDS-Erkrankten und HIV-Infizierten von 1994 bis 2000 in NRW (Quelle: LÖGD, Indikator 03_16_00 und 03_17_00).

In der Grafik sind die dem Robert-Koch-Institut gemeldeten Fälle von AIDS-Erkrankten und HIV-Infizierten in Nordrhein-Westfalen dargestellt. Deutlich wird die Abnahme der AIDS-Neuerkrankungen, während die Infektionsrate auf gleichbleibend hohem Niveau liegt.

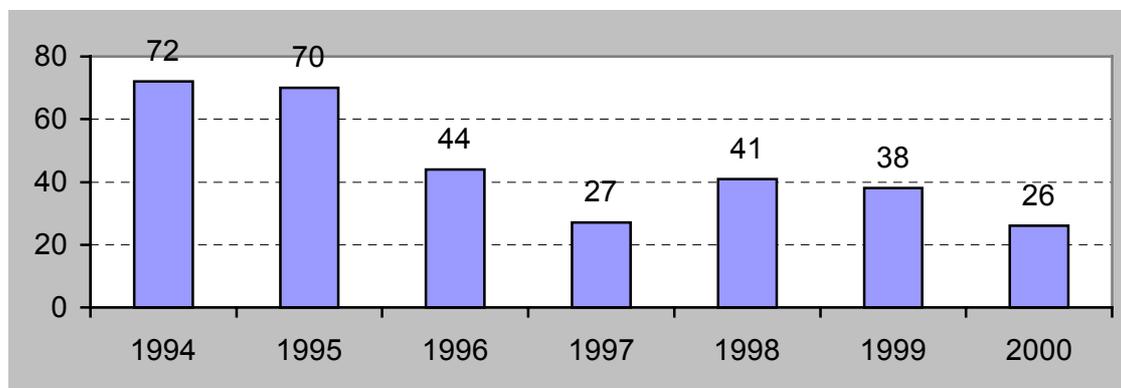
Im Raum Düsseldorf sind 729 Menschen an AIDS erkrankt, davon 663 Männer und 66 Frauen. Seit 1982 sind 387 Personen an den Folgen der Erkrankung verstorben. Weiterhin sind 1.600 HIV-Infektionen gemeldet, darunter 80% Männer und 20% Frauen. Die Zahl der Neuinfektionen liegt bei 40 bis 50 jährlich (Stand Juni 2001).



33. Abb.: altersstandardisierte Rate je 100.000 Einwohner der Krankenhaus- und Sterbefälle infolge von AIDS bei Männern und Frauen von 1995 bis 1999 in Düsseldorf und NRW 1999 (Quelle: LÖGD auf der Grundlage der Todesursachen- und Krankenhausdiagnosestatistik des LDS).

Auch aus den Daten der Krankenhausdiagnosestatistik und der Todesursachenstatistik ist der Rückgang der AIDS-Erkrankungen ersichtlich, auch die Sterbefälle haben in den letzten Jahren deutlich abgenommen. Die Düsseldorfer Zahlen liegen über dem Landeswert, das ist für Ballungszentren wie Düsseldorf typisch. Im Jahr 1995 sind 56 Menschen an AIDS verstorben, 1999 noch 14. Auch die Zahl der Krankenhausfälle ist deutlich zurückgegangen, von 155 im

Jahr 1995 auf 69 im Jahr 1999. Die niedrige Anzahl der Krankenhausfälle im Vergleich zu den Erkrankten ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass der Grund des Aufenthalts (opportunistische Infektion) in die Krankenhausdiagnose eingeht und nicht die Grunderkrankung AIDS.

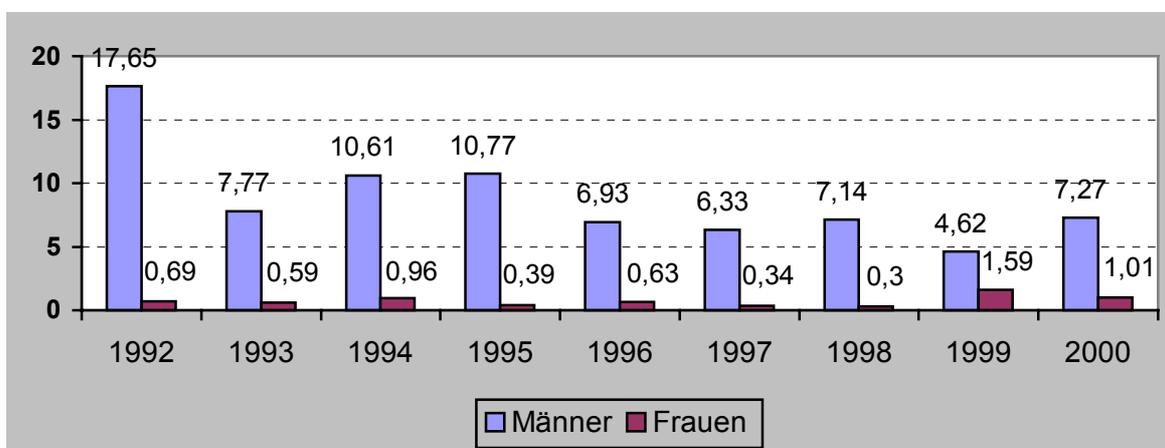


34. Abb.: Anzahl der HIV-positiv gemeldeten Laborfälle in Düsseldorf von 1994 bis 2000 (Quelle: LÖGD, Indikator 03_17_00).

Die Zahl der gemeldeten Laborfälle liegt in Düsseldorf bei jährlich ungefähr 40. Im Jahr 2000 ist sie etwas niedriger. Die Zahlen der letzten Jahre, insbesondere im Jahr 2000 markieren nicht unbedingt einen Rückgang, da noch mit Nachmeldungen zu rechnen ist. Außerdem sind die nicht bekannt gewordenen Fälle natürlich nicht miterfasst.

4.3.3. AIDS und Prostitution

Die Zahl der AIDS-Infizierten unter Prostituierten ist bei Frauen relativ konstant. 1985 fielen 5 Tests auf HIV-Antikörper bei erstmalig Untersuchten (von 407) positiv aus, im Jahr 2000 waren es 6 (von 595). Allerdings steigt die Zahl positiver Testergebnisse seit 1999 wieder an. Für männliche Prostituierte liegen erst seit 1992 Zahlen vor. Die Zahl der positiven Testergebnisse ist hier rückläufig. 1992 waren 12 Tests bei erstmals untersuchten Prostituierten (von 68) positiv, im Jahr 2000 waren es 4 (von 55). Allerdings ist der Anteil der HIV-Infizierten unter den männlichen Prostituierten höher.



35. Abb.: Prozentualer Anteil positiver HIV-Antikörper-Tests bei erstmalig untersuchten Prostituierten in Düsseldorf, getrennt nach Männern und Frauen (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

Durchschnittlich 0,6% der bei weiblichen Prostituierten durchgeführten HIV-Antikörpertests waren in den letzten 10 Jahren positiv, bei den Männern sind durchschnittlich 8,6% der Tests positiv.

In den Jahren 1985 bis 1993 waren 48,5% der mit HIV infizierten Frauen intravenös drogenabhängig, 30,3% kamen aus Endemiegebieten (Länder mit einem hohen Verbreitungsgrad der Krankheit). Seit 1994 sind 100% der festgestellten HIV-positiven Frauen aus Endemiegebieten. Der Anteil der intravenös Drogenabhängigen unter den AIDS-Infizierten ist insgesamt rückläufig. Von den ca. 2.000 Neuinfektionen in Deutschland insgesamt waren 12% intravenös drogenabhängig (50% homosexuelle Kontakte bei Männern, 20% Personen aus Endemiegebieten, 17% heterosexuelle Kontakte). Die Ursache dafür liegt im „safer use“ von Spritzbestecken. Drogenabhängige Prostituierte sind aber weiterhin hoch gefährdet, sich über ungeschützten Geschlechtsverkehr mit sexuell übertragbaren Krankheiten anzustecken. Gleichzeitig steigt die Zahl der mit AIDS infizierten Prostituierten aus Endemiegebieten. Dies kann an der weiteren Ausbreitung der Krankheit in Entwicklungsländern und an einem stärkeren Zustrom von Prostituierten aus Endemiegebieten liegen. In den Jahren 1998 bis 2000 waren jeweils 48,78% (321), 51,5% (291) und 50,76% (302) der erstmalig untersuchten weiblichen Prostituierten Frauen aus dem Ausland. Von 1985 bis 2000 wurde bei insgesamt 39 Frauen aus Endemiegebieten ein positiver HIV-Antikörper-Test festgestellt, allein 29 davon seit 1994. 17 der 39 Frauen kamen aus Ghana, teilweise über EU-Staaten. Jeweils 3 kamen aus Guadeloupe, der Dominikanischen Republik und Thailand, aus allen anderen Staaten wurden weniger Fälle bekannt.

Zusammenfassung Herz-Kreislauferkrankungen

Herzinfarkt und Schlaganfall sind Alterserkrankungen. Es werden mehr Männer als Frauen infolge von einer der beiden Diagnosen stationär behandelt, der Unterschied ist jedoch beim Herzinfarkt weit größer als beim Schlaganfall. Vom Herzinfarkt sind besonders bei den unter 70-Jährigen mehr Männer als Frauen betroffen. In den darüber liegenden Altersgruppen sind die Männer 2- bis 3-mal häufiger stationär in Behandlung als die Frauen. Neben einer unterschiedlichen Krankheitsprävalenz kann auch eine geschlechtsspezifische Einweisungspraxis die Unterschiede mit verursachen. In den letzten Jahren ist die Rate der stationären Herzinfarktbehandlungen bei beiden Geschlechtern gesunken, während die der Schlaganfälle zunimmt. Bei den Frauen fallen außerdem steigende Behandlungsprävalenzen wegen Bluthochdruck auf. Insgesamt ist die Behandlungsprävalenz infolge von Herz-Kreislauferkrankungen niedriger als im Land Nordrhein-Westfalen, aber auch im Vergleich zu anderen Städten.

4.4. Chronische Krankheiten

Von allen möglichen hier zu betrachtenden Krankheiten wurden für die weitere Darstellung die Herz-Kreislaufkrankheiten und die Krebserkrankungen ausgewählt. Beiden Krankheitsbildern ist die weite Verbreitung in der Bevölkerung und der hohe Anteil an den Todesursachen gemein. Außerdem sind beide Krankheitsarten Alterserkrankungen, d.h. dass ihre Häufigkeit mit dem Alter zunimmt. Bei steigender Lebenserwartung und besserer medizinischer Versorgung bedeutet dies einen zunehmenden Anteil an chronischen Erkrankungen (vgl. auch Kapitel „Schwerbehindertenausweise“), wobei sowohl bei den Herz-Kreislaufkrankheiten als auch bei Krebserkrankungen neben der Versorgung der akuten Erkrankung umfangreiche Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind. Die Krankheiten erfordern auch bei erfolgreicher Behandlung und Rehabilitation weitreichende Veränderungen in den Lebensgewohnheiten der Betroffenen und stellen umfassende Anforderungen an die Versorgung und Betreuung der Patienten bzw. Rehabilitanden dar.

Das Land NRW hat 1995 in der Landesgesundheitskonferenz „Zehn vorrangige Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen“ formuliert. Dazu zählen u.a. die Bekämpfung von Herz-Kreislaufkrankheiten und von Krebserkrankungen. Dieser Zielekatalog lehnt sich an die Programmatik der WHO „Gesundheit für alle“ von 1984 an, die neben Grundsätzen für die europäische Gesundheitspolitik 38 Einzelziele formuliert.

4.4.1. Herz-Kreislaufkrankheiten

Zu dem NRW-Ziel „Herz-Kreislaufkrankheiten reduzieren“ heißt es im einzelnen: „Bis zum Jahr 2005 sollten in Nordrhein-Westfalen Neuerkrankungsrate und Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten bei Menschen unter 65 Jahren deutlich gefallen sein. Bei der Verbesserung der Lebensqualität aller Menschen, die an Herz-Kreislaufkrankheiten leiden, sollten Fortschritte erkennbar sein.“ Im einzelnen wird gefordert, Risikofaktoren zu reduzieren, die Früherkennung, Diagnostik und Behandlung zu verbessern und die physische, psychische und soziale Rehabilitation weiterzuentwickeln.

Zum Spektrum von Herz-Kreislaufkrankheiten zählen das akute rheumatische Fieber, chronisch rheumatische Herzerkrankungen, essenzielle Hypertonie und andere Hochdruckkrankheiten, ischämische Herzkrankheiten, Krankheiten des Lungenkreislaufs, sonstige Formen von Herzkrankheiten, Krankheiten des zerebrovaskulären Systems, Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren sowie Krankheiten der Venen und Lymphgefäße. Hier werden die wichtigsten herausgegriffen, nämlich ischämische Herzkrankheiten, insbesondere akuter Myokardinfarkt und zerebrovaskuläre Krankheiten, insbesondere der Schlaganfall. Außerdem wird die Hypertonie (Bluthochdruck) als wesentlicher Risikofaktor von beiden gesondert betrachtet.

4.4.1.1. Akuter Myokardinfarkt

Durch den Verschluss einer Herzarterie kann der Herzmuskel nicht mehr ausreichend mit Blut versorgt werden, dadurch stirbt das Gewebe ab. Der Grund für den Verschluss ist meistens Arterienverkalkung.

Der Infarkt äußert sich über heftige Schmerzen im Brustbereich, die in den (vorwiegend) linken Arm und Hals / Unterkieferbereich ausstrahlen. Außerdem können Atemnot, Schweißausbrüche, Schwäche, Übelkeit, Erbrechen und Todesangst auftreten.

Trotz der extremen Symptome ist die Prähospitalphase (die Zeit bis der Patient in einem Krankenhaus ankommt) oft zu kurz.

Zur Diagnose werden neben den Symptomen charakteristische EKG-Veränderungen und der Nachweis bestimmter Enzyme herangezogen.

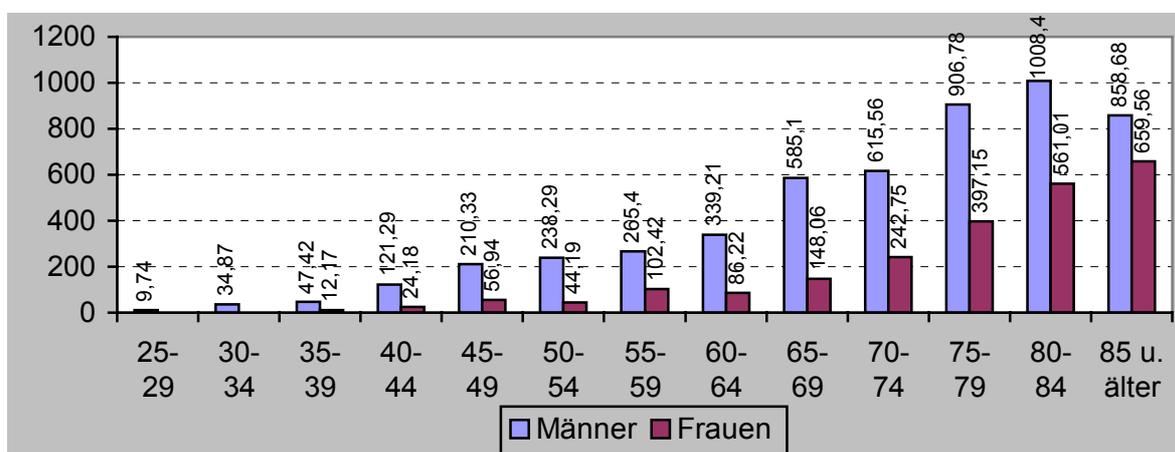
Zur Gefäßweitung werden Medikamente, Ballondilatationen und Bypassoperationen angewendet. Eine erfolgreiche Behandlung ist nur dann möglich, wenn die Betroffenen sofort in ein Krankenhaus eingeliefert werden. Nach dem Gesundheitsbericht für Deutschland (S.162) ereignen sich die Hälfte der Todesfälle der ersten 28 Tage (die sog. 28-Tage-Sterblichkeit) vor dem Eintreffen in ein Krankenhaus.

Risikofaktoren sind vor allem Rauchen, Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte, Übergewicht, ein ungünstiger Umgang mit Stress, bei Frauen auch die Einnahme oraler Kontrazeptiva.

Das Wissen um den Herzinfarkt, seine speziellen Risikofaktoren, die Diagnose und Behandlung bezieht sich vor allem auf Männer. In allen diesen Bereichen besteht hoher Forschungsbedarf in Bezug auf die Erkrankung bei Frauen. Nach jetzigem Wissensstand erleiden Frauen seltener einen Herzinfarkt als Männer. Erst im hohen Alter kommt der Herzinfarkt bei Männern und Frauen gleich häufig vor. Dies ist aber eher auf eine höhere Lebenserwartung der Frauen zurückzuführen. Erleiden Frauen allerdings einen Herzinfarkt in jungen Jahren (bis 45 Jahre) ist ihre 28-Tage-Sterblichkeit doppelt so hoch wie die der Männer.

Langfristig besteht bei einem Herzinfarkt die Gefahr von Rhythmusstörungen, Herzmuskelinsuffizienz und Reinfarkt sowie die von Postinfarktdepressionen.

Zahlen über die Häufigkeit von Krankheiten können aus den Daten der Krankenhausdiagnostik gewonnen werden. Krankenhausfälle sind aber nicht gleich Erkrankungen, da nicht alle Patienten auch im Krankenhaus behandelt werden. Weiterhin werden Neuaufnahmen ein und derselben Person als einzelne Fälle gezählt. So wird ein Patient, der wegen seinem Herzinfarkt 3-mal stationär aufgenommen wurde, auch als 3 Fälle registriert. Änderungen in der Krankenhausdiagnostik sind unter Umständen neben Veränderungen in der Krankheitshäufigkeit auch auf veränderte Dokumentationssysteme und veränderte Aufnahme- und Entlassungsverfahren zurückzuführen.



36. Abb.: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner infolge von akutem Myokardinfarkt (ICD9=410) getrennt für Alter und Geschlecht in Düsseldorf, 1999 (Quelle: LÖGD auf der Grundlage der Krankenhausdiagnostik).

Die Krankenhausstatistik zeigt deutlich, dass der Herzinfarkt in höheren Altersstufen häufiger vorkommt als in niedrigeren. Bei den Männern ist bei den 85-Jährigen und älteren ein Rückgang der Krankenhausfälle zu verzeichnen, bei den Frauen bis ins hohe Alter ein Anstieg. In jungen Jahren ist die Krankenhausprävalenz der Männer 4- bis 5-mal höher als bei den Frauen. In der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen sind allerdings die Frauen relativ häufig betroffen. Ab ungefähr 70 Jahren steigt die Behandlungsprävalenz auch bei den Frauen an, die der Männer ist zuerst noch 3-mal so hoch, im höheren Alter (ab ungefähr 75 Jahren) doppelt so hoch und ab 85 Jahren nähern sich die Raten an. Der Herzinfarkt ist eine Erkrankung des

Alters, aber auch vorwiegend der Männer. Inwieweit die Zahlen die tatsächliche Prävalenz widerspiegeln und wie viele Herzinfarkte bei Frauen wegen unterschiedlicher Symptomatik unentdeckt bleiben, ist unklar. Infarkte verlaufen bei Frauen ungünstiger, sie sind in jüngeren Jahren häufiger tödlich als bei den Männern und im fortgeschrittenen Alter mit längeren Krankenhausaufenthalten verbunden, vermutlich weil die Frauen im Vergleich zu den Männern, wenn sie einen Infarkt erleiden, älter sind.

4.4.1.2. Schlaganfall (Insult, Apoplex)

Auch der Schlaganfall entsteht durch eine Minderversorgung mit Blut. Dies geschieht in ungefähr 85% der Fälle durch einen Verschluss der Arterien im Gehirn, der zuleitenden Arterien (Arteria carotis) oder einer Embolie (Thrombose aus einer anderen Körperregion, die sich gelöst hat und eine Arterie im Gehirn blockiert). In ungefähr 15% der Fälle ist eine Blutung im Gehirn der Grund für den Schlaganfall (ischämischer Insult=Verschluss, hämorrhagischer Insult=reißendes Gefäß).

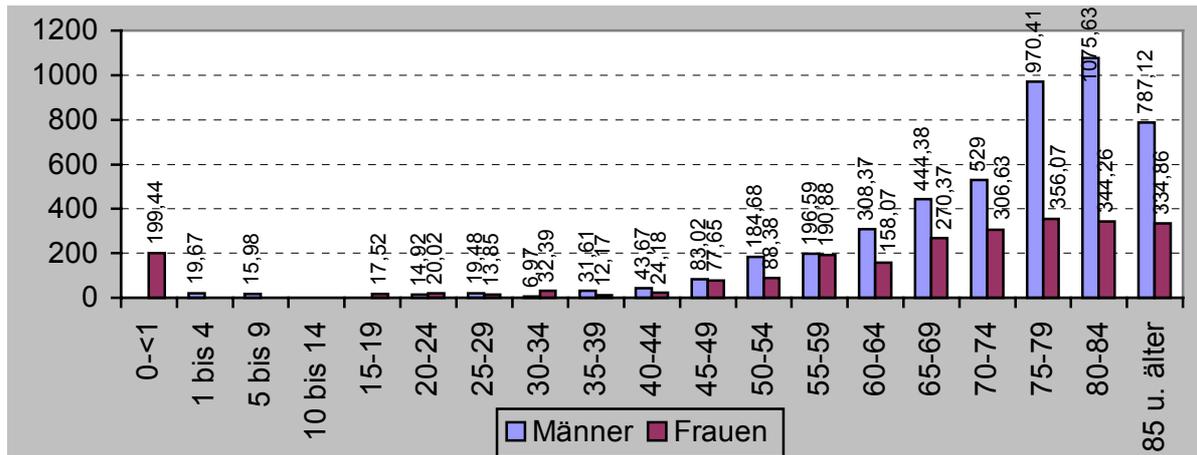
Die Folgen des Schlaganfalls sind so vielfältig wie die möglichen Lokalisationen im Gehirn. Symptome können Sehstörungen (Gesichtsfeldausfälle, Doppelbilder), Sprachstörungen (Sprachverständnis, Sprachproduktion), Schwindel, Gangstörungen, Schluckbeschwerden, Inkontinenz, Lähmungen der Extremitäten, Taubheitsgefühle etc. sein. Auch psychische Folgen der Erkrankung sind zu beachten. Ein Schlaganfall kann sofort auftreten oder sich durch ein oder mehrere Symptome ankündigen. Verschwinden die Symptome nach kurzer Zeit spricht man von transitorischen ischämischen Attacken (TIA), bei einer Dauer bis zu einem Tag von einem reversiblen ischämischen neurologischen Defizit (RIND). Auch die Vorboten müssen ärztlich untersucht und je nach Ursache behandelt werden.

Der Behandlungserfolg nach dem Schlaganfall hängt wesentlich von dem Ausmaß und der Lokalisation ab. Patienten müssen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen und zur Vermeidung weiterer Schlaganfälle sowie der Abklärung der Schlaganfallursache und damit weiterer Behandlungsmöglichkeiten in einem Krankenhaus behandelt werden. In Düsseldorf hat sich die Arbeitsgruppe „Akutversorgung des Schlaganfalls“ der Gesundheitskonferenz auf folgende Mindestvoraussetzungen der Schlaganfalldiagnostik geeinigt: fachärztliche internistische und neurologische Untersuchung, Computertomographie des Schädels, Notfalllabor, Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Gefäße sowie Liquoruntersuchung. Weitere Diagnostik und ggf. Überweisung in Spezialabteilungen (Neurochirurgie, Gefäßchirurgie und Stroke Unit) sind im Bedarfsfall angezeigt. Je früher die Behandlung einsetzt, umso besser sind die zu erwartenden Erfolge. Insbesondere die Lysetherapie (Beseitigung des gefäßverengenden Thrombus) kann nur in einem Zeitfenster bis zu 3 Stunden optimal angewendet werden. Laut dem Gesundheitsbericht für Deutschland (S. 165) gelangen nur 90% der Patienten mit einem Schlaganfall in ein Krankenhaus. Von den 367 Patienten aus dem „Düsseldorfer Schlaganfallprojekt“ wurden 16,3% der Patienten zu Hause behandelt (Endbericht, S. 49).

Es haben sich sogenannte „Stroke Units“ etabliert, die durch ihre Spezialisierung auf den Schlaganfall Erfolge aufweisen. Ein wesentliches Merkmal ist die im einzelnen erforderliche Rehabilitation durch Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie und die damit verbundenen frühen Patienten - Therapeutenkontakte. Denn häufig ist das große Problem in der Versorgung von Schlaganfallpatienten die Segmentierung von Akutbehandlung, Rehabilitation und Langzeitrehabilitation. Dadurch bekommen die Patienten häufig nicht die Behandlung zugewiesen, die sie bräuchten bzw. bereits erzielte Erfolge gehen durch den Schritt in die nächste Phase wieder verloren (z.B. wenn die wiedergewonnene Gangsicherheit durch zu viele Treppen im eigenen Wohnumfeld nicht weiter geübt werden kann).

Die wichtigsten Risikofaktoren sind Hypertonie, Herzkrankheiten (Vorhofflimmern mit absoluter Arrhythmie, entzündliche Herzklappenfehler, Herzinfarkt), Arteriosklerose, Diabetes mellitus, Nikotin, starker Alkoholkonsum, Hyperlipidämie, Übergewicht, Bewegungsmangel

und Stress. Im jüngeren Lebensalter erkranken Männer häufiger als Frauen (zwischen 45 und 65), die Erkrankung wird insgesamt mit steigendem Alter häufiger. Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen (Gesundheitsbericht für Deutschland, S.166). Die Inzidenz beim Schlaganfall wird auf ungefähr 300 je 100.000 Einwohner, die Prävalenz auf 500 bis 800 je 100.000 Einwohner geschätzt. Das „Düsseldorfer Schlaganfallprojekt“ ermittelte im Jahr 98/99 944 Schlaganfallpatienten in Düsseldorf (Endbericht, S. 55). Rechnet man die nicht gemeldeten Fälle mit ein, sind über 2.000 Menschen jährlich betroffen (S. 116). Im Vordergrund steht bei dem Schlaganfall die Langzeitbehandlung, da vielfach bleibende Beeinträchtigungen mit einem erhöhten Betreuungs- und Pflegebedarf einhergehen.



37. Abb.: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner infolge von zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD9=430-434) getrennt für Alter und Geschlecht in Düsseldorf, 1999 (Quelle: LÖGD auf der Grundlage der Krankenhausdiagnosestatistik).

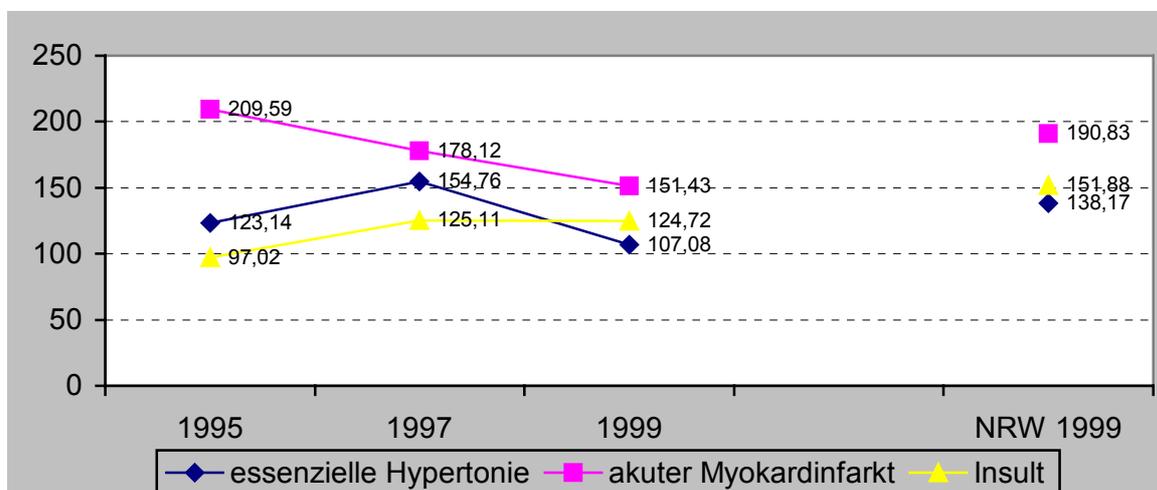
Wie bei dem Herzinfarkt zeigt sich auch bei dem Schlaganfall in höheren Altersgruppen eine höhere Behandlungshäufigkeit. Die relativ hohe Behandlungsrate auch in sehr jungen Jahren liegt an der unscharfen Eingrenzung der Diagnose Schlaganfall. In den hier ausgewählten Diagnosen sind Subarachnoidalblutung, Intrazerebrale Hämorrhagie, sonstige nicht näher bezeichnete intrakranielle Blutung, Verschluss und Stenose der präzerebralen Arterien und Verschluss und Stenose zerebraler Arterien zusammengefasst. Gerade die Blutungen können aber auch durch äußere Einwirkung, z.B. Schädelhirntrauma zu Stande kommen. Ab 60 Jahren werden doppelt so viele Männer wie Frauen je 100.000 stationär behandelt, bei den über 75-Jährigen etwa 3-mal so viele. Bei den Männern ist die Behandlungsrate ab 85 Jahren wieder rückläufig. Bei den jüngeren Altersgruppen liegen stärkere Schwankungen vor, dies ist wohl hauptsächlich auf die geringen Fallzahlen zurückzuführen. Ob die stärkere Repräsentation der Männer auf tatsächliche Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit zurückgeht, ist nicht zu klären. Die Unterschiede sind nicht so gravierend wie beim Herzinfarkt. Eine unterschiedliche Einweisungspraxis kann ursächlich für die Differenz bei Männern und Frauen sein. Gründe für die Nichteinweisung können nach den Erfahrungen des „Düsseldorfer Schlaganfallprojekts“ sein: „hohes Alter“, „Patient und Angehörige lehnen Krankenhausaufnahme ab“, „sehr leichtes Krankheitsbild“, „zusätzlich schwere Erkrankungen“, „adäquate ambulante Versorgung möglich“ sowie auch ein „sehr schweres Krankheitsbild“ (Endbericht, S. 50).

4.4.1.3. Essenzielle Hypertonie

Der Bluthochdruck ist ein wichtiger Risikofaktor für Herzinfarkt und Schlaganfall. Der Bluthochdruck kann unbemerkt bleiben, bis er durch eine zufällige Messung auffällt. Die Risikofaktoren sind genetische Prädisposition, Übergewicht, salzreiche Kost, Rauchen und Stress bzw. alle Faktoren, die die Elastizität der Gefäße beeinträchtigen. Physiologisch entsteht Blu

thochdruck durch Verengung der Arterien oder durch die Erhöhung der Blutmenge, die in einer bestimmten Zeit durch den Körper zirkuliert. Wenn dieser Zustand über längere Zeit anhält, kann er vermittelt über den Hormonhaushalt der Nieren dauerhaft werden. Davon abzugrenzen ist der Bluthochdruck, der durch eine primäre Erkrankung an den Nieren, dem Herz oder den Gefäßen hervorgerufen wird. Als Folge der dauerhaften Drucksteigerung der Gefäßwände tritt Arteriosklerose auf.

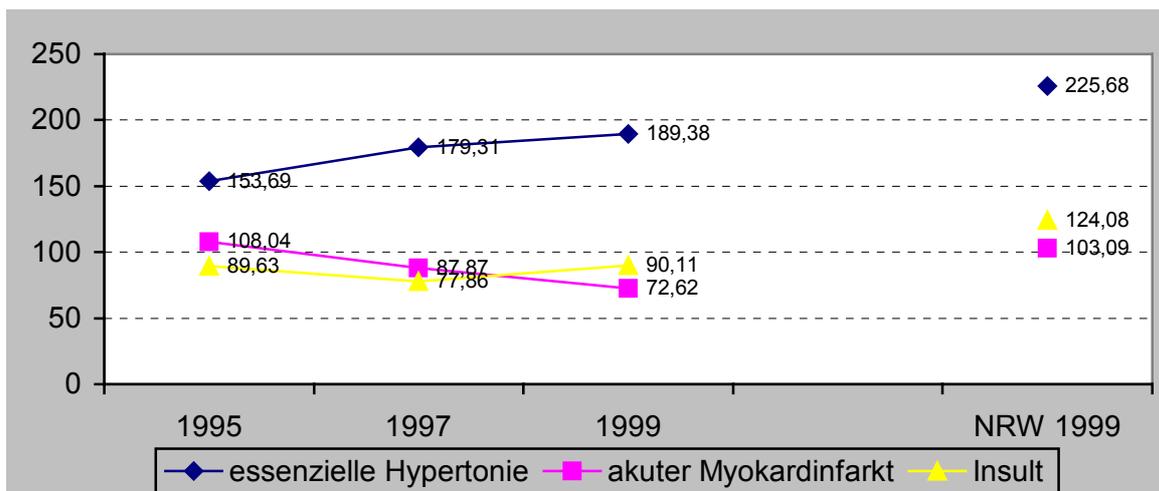
Im Folgenden werden die Krankheitsbilder miteinander verglichen. Dabei werden Männer und Frauen einzeln dargestellt, da die Zahlen an unterschiedlichen (nämlich der männlichen und der weiblichen) Grundgesamtheiten standardisiert worden sind. Die geschlechtsspezifische Altersstandardisierung ermöglicht einen Vergleich über die Zeit und über Regionen, ohne dass Unterschiede in der Altersstruktur oder zwischen Männern und Frauen die Ergebnisse verfälschen. Dafür sind die Zahlen absolut gesehen nur als Richtwert zu verstehen, da standardisierte Raten mit der jeweils herangezogenen Grundgesamtheit variieren.



38. Abb.: Altersstandardisierte Rate der Krankenhausfälle je 100.000 Männer infolge von essenzieller Hypertonie (ICD9=401), akutem Myokardinfarkt (ICD9=410) und Insult (ICD9=430-434) in Düsseldorf von 1995 bis 1999 sowie NRW 1999 (Quelle: LÖGD auf der Grundlage der Krankenhausdiagnosestatistik).

In Düsseldorf werden mehr Krankenhausfälle wegen Herzinfarkt als wegen Schlaganfall behandelt. Allerdings nimmt die Rate der Krankenhausfälle beim Herzinfarkt ab und beim Schlaganfall zu. Durch die bessere Aufklärung im Bereich Herzinfarkt und einer entsprechenden Einflussnahme auf die Risikofaktoren könnte es sein, dass die Herzinfarktinzidenz nachgelassen hat, während sich das Restrisiko eher im höheren Lebensalter durch einen Schlaganfall manifestiert. Dies weist darauf hin, dass auch in Zukunft eine Gesundheitsprävention auf die Modifikation des Risikoverhaltens abzielen muss. Außerdem ist die Versorgung von Schlaganfallpatienten eine der vordringlichen Aufgaben für die nahe Zukunft. Auffällig ist der parallele Anstieg der Krankenhausfälle für essenzielle Hypertonie und Schlaganfall zwischen den Jahren 1995 und 1997. Zwischen den Jahren 1997 und 1999 hat die Rate der Krankenhausfälle für den Bluthochdruck abgenommen, an der Behandlungshäufigkeit des Schlaganfalls hat sich kaum etwas geändert.

Inwieweit hier ein größeres Problembewusstsein in der Bevölkerung und/oder bei medizinischen Fachleuten (Ärzte, aber auch Pflegepersonal) für den Rückgang verantwortlich ist, müssen die Zahlen in der Zukunft zeigen. Düsseldorf hat insgesamt eine geringere Prävalenz der Krankenhausfälle bei den Männern zu verzeichnen als das Land NRW insgesamt. Da die Altenbevölkerung in Düsseldorf über dem Landesdurchschnitt liegt, kann dies nicht der Grund für die geringeren Krankenhausfälle sein.



39. Abb.: Altersstandardisierte Rate der Krankenhausfälle je 100.000 Frauen infolge von essenzieller Hypertonie (ICD9=401), akutem Myokardinfarkt (ICD9=410) und Insult (ICD9=430-434) in Düsseldorf von 1995 bis 1999 sowie NRW 1999 (Quelle: LÖGD auf der Grundlage der Krankenhausdiagnosestatistik).

Anders als bei den Männern ist bei den Frauen die Krankenhausprävalenz für Bluthochdruck gestiegen. Dies widerspricht nicht unbedingt der Annahme, dass der Rückgang bei den Männern auf ein besseres Krankheitsbewusstsein und eine bessere Wissensbasis zum Herzinfarkt zurückzuführen ist, denn der Herzinfarkt wird vorwiegend als „Männerkrankheit“ angesehen. Bedenklich erscheint hier das hohe Ausmaß der Erkrankung, 1999 wurden für Düsseldorf 189,38 Fälle je 100.000 Frauen ermittelt. Das entspricht real 751 Fällen. Bei den Männern sind es im gleichen Jahr 355. Damit wird deutlich, dass Aufklärungskampagnen auch das weibliche Klientel bei den Herz-Kreislaufkrankungen im Blick haben müssen. Neben Unterschieden im Risikoverhalten der Betroffenen selbst ist es natürlich auch möglich, dass in der ärztlichen Versorgung verstärkt auf Bluthochdruck bei Männern geachtet wird. Auch bei den Frauen nimmt die Prävalenz der Krankenhausfälle aufgrund von Herzinfarkt ab und die der Schlaganfälle zu. Die Krankenhausfälle aufgrund von Schlaganfall übersteigen sogar die der Herzinfarkte. Allerdings kommt die Überschneidung eher durch ein Absinken der Herzinfarkte zu Stande als durch einen Anstieg bei den Schlaganfällen. Die Düsseldorfer Frauen liegen auch unterhalb der Behandlungsrate in Gesamt-NRW, durchschnittlich werden in Düsseldorf 30 stationäre Behandlungsfälle je 100.000 Frauen weniger registriert.

Zusammenfassung bösartige Neubildungen

Die Behandlungshäufigkeit bösartiger Neubildungen ist wie bei den Herz-Kreislaufkrankheiten im höheren und hohen Alter besonders ausgeprägt. Bei den häufigen Krebsarten der Verdauungs- und Atmungsorgane liegt der Behandlungsgipfel jenseits des Rentenalters.

Krebs der Verdauungsorgane wird bei Männern 1,7-mal häufiger stationär behandelt als bei Frauen, bei den Krebserkrankungen der Atmungsorgane werden Männer sogar 3- bis 4-mal häufiger behandelt.

Bösartige Neubildungen der Geschlechtsorgane kommen bei Männern mit steigendem Alter zunehmend häufiger vor, während sich bei Frauen mehrere Altersgipfel, auch schon in jüngeren Jahren, heraus kristallisieren. Auch der Brustkrebs, die häufigste Krebsursache bei Frauen, tritt schon im mittleren Erwachsenenalter gehäuft auf.

Männer erkranken besonders häufig an Krebserkrankungen der Verdauungs- und der Atmungsorgane sowie der Harn- und Geschlechtsorgane. Die Behandlungsprävalenzen lagen 1999 besonders bei Magen- und Darmkrebs und beim Lungenkrebs weit über dem Landeswert und dem anderer Städte.

Bei den Frauen sind besonders hohe Behandlungsprävalenzen für den Brustkrebs, Krebs der Verdauungs- und Geschlechtsorgane sowie der Atmungsorgane zu verzeichnen, ebenfalls weit über dem Landesniveau und dem anderer Städte.

Hier ist zu prüfen, ob eine höhere Prävalenz in Düsseldorf ursächlich für die Unterschiede ist oder z.B. andere Aufnahme- und Entlassverfahren. Jedenfalls lassen auch die geschätzten Neuerkrankungen eher eine Zunahme der Krebserkrankungen erwarten, auch die Todesfälle durch Krebserkrankungen waren 1999 vergleichsweise hoch.

4.4.2. Krebs

Das NRW-Ziel „Krebs bekämpfen“ lautet: „Bis zum Jahre 2005 sollten in Nordrhein-Westfalen Neuerkrankungsrate und Sterblichkeit aufgrund von Krebskrankheiten bei Menschen unter 65 Jahren erheblich gefallen sein. Die Lebensqualität aller Menschen mit Krebs sollte sich wesentlich verbessert haben.“ Im einzelnen wird empfohlen, die Bevölkerung über Risiken aufzuklären und zur Verhaltensänderung zu motivieren, die Anzahl der Raucher zu reduzieren, gesündere Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen, die Beteiligung an Früherkennungs-Untersuchungen zu steigern, Aktionen zur Vermeidung und Früherkennung von Hautkrebs durchzuführen und eine Verbesserung der Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Krebs durch bessere Organisation und Qualitätssicherung zu gewährleisten. Man unterscheidet zwischen bösartigen Neubildungen der Lippe, Mundhöhle und des Rachens, der Verdauungsorgane und des Bauchfells, der Atmungs- und der intrathorakalen Organe, der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brustdrüse, der Harn- und Geschlechtsorgane, sonstiger und nicht näher bezeichneter Sitze sowie des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes. Von allen bösartigen Neubildungen werden die häufigsten hier genauer betrachtet.

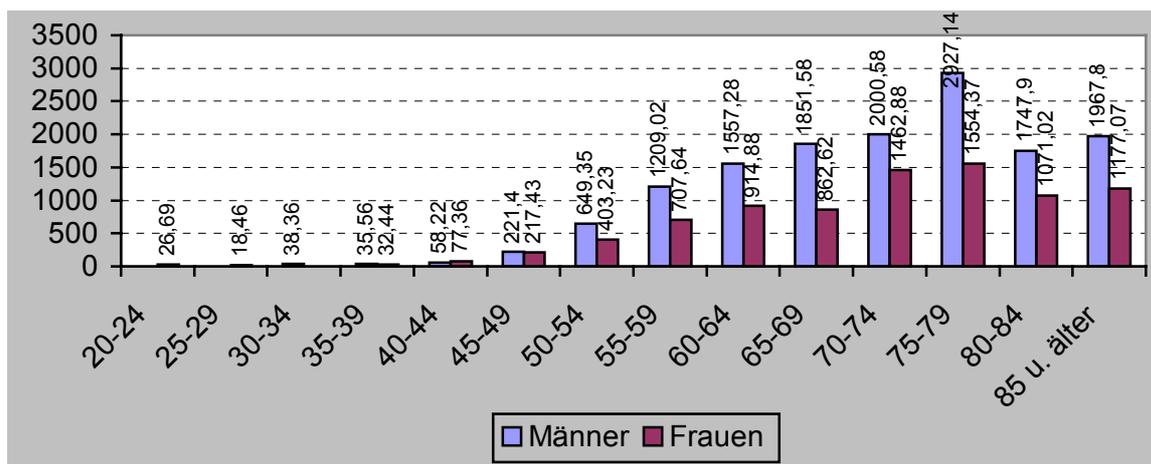
4.4.2.1. Bösartige Neubildungen des Verdauungstraktes

Unter den Krebsarten des Verdauungstraktes ist der Krebs des Dickdarms (Colon) und des Mastdarms (Rektum) die häufigste Krebsursache.

Die Symptome sind veränderte Stuhlgewohnheiten, Blutungen, Verstopfung, Stuhldrang und Gewichtsverlust. Der Krebs wird meist erst spät entdeckt. Der Krebs kann durch Austasten und ggf. durch eine Endoskopie (Darmspiegelung) entdeckt werden. Ab dem 45. Lebensjahr ist eine gesetzliche Früherkennung durch Austasten und Test auf okkultes Blut möglich. Risikofaktoren sind protein- und fettreiche Ernährung, körperliche Inaktivität, Schadstoffe (Asbest, Pestizide, Herbizide), Alkohol und Tabak, genetische Einflüsse und Colitis (Darmentzündung). Der Tumor wird chirurgisch entfernt, im fortgeschrittenen Stadium auch durch Chemotherapie behandelt. Die Mortalität ist in Deutschland höher als in anderen europäischen Staaten, in einigen asiatischen Ländern kommt die Erkrankung kaum vor. Dies liegt vermutlich an anderen Ernährungsgewohnheiten.

Das Magenkarzinom ist eine bösartige Neubildung der Magenschleimhautzellen. Als Risikofaktoren gelten Alkohol und Nikotin, salzreiche Kost, Konservierungsstoffe, zu wenig Magensäure und evt. Heliobacter-pylori-Infektionen. Symptome sind Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Magenschmerzen, Übelkeit, Gewichtsverlust etc.. Die Diagnose wird über Magenspiegelung und Gewebeproben erstellt. In einem frühen Stadium ist die Prognose durch chirurgische Entfernung des Krebses gut.

Legt man die Daten des Krebsregisters in Münster (1998) zu Grunde und berechnet aus der Inzidenz die erwarteten jährlichen Neuerkrankungen in Düsseldorf ohne Berücksichtigung von Altersunterschieden oder regionalen Unterschieden der Erkrankungshäufigkeit, so ist mit 247 Neuerkrankungen bei den Männern und 257 bei den Frauen zu rechnen.



40. Abb.: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner infolge von bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (ICD9=150-154) getrennt für Alter und Geschlecht in Düsseldorf, 1999 (Quelle: LÖGD auf der Grundlage der Krankenhausdiagnosestatistik).

In den oben abgebildeten Krankenhausfällen sind bösartige Neubildungen der Speiseröhre, des Magens, des Dün- und Zwölffingerdarms, des Dickdarms, Mastdarms und des Anus enthalten. Die stationäre Behandlungshäufigkeit steigt mit den Altersgruppen an. Der erste Sprung in einem Anstieg der Erkrankungsrate ist in der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen zu finden, ein weiterer bei den 50- bis 54-Jährigen. Bei beiden Geschlechtern ist die höchste Rate in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen zu finden. Im hohen Alter ist die Behandlungsrate vergleichsweise niedrig, vielleicht weil die Erkrankten nicht mehr in ein Krankenhaus überwiesen werden. Männer werden durchschnittlich 1,7-mal häufiger stationär behandelt als Frauen.

4.4.2.2. Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane

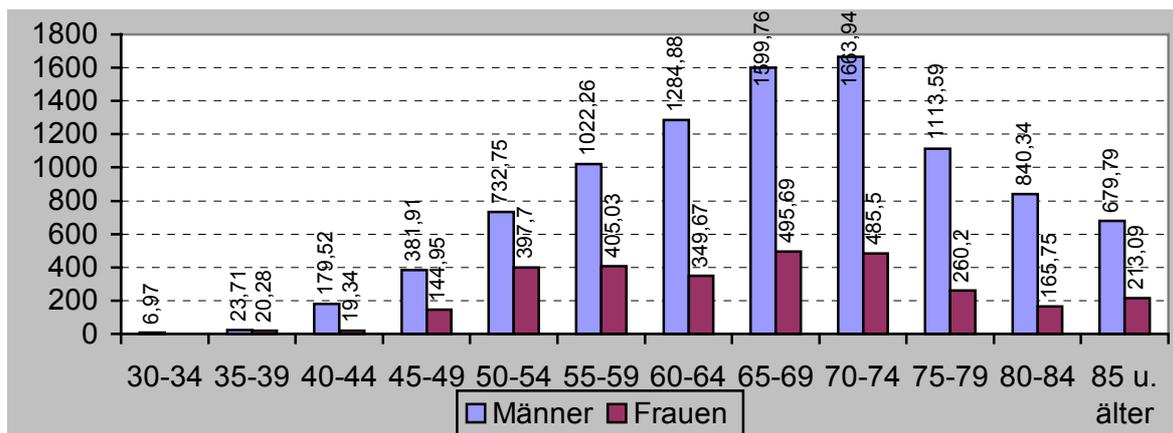
Bei keiner anderen Krebsart sind die Folgen der Erkrankung so schwerwiegend und die Vorsorge so „einfach“ wie bei dem Bronchialkarzinom. 85% der Todesfälle beim Lungenkrebs gehen auf das Rauchen zurück.

Der Tumor wird meist spät entdeckt, da geeignete Früherkennungsmöglichkeiten fehlen. Die Diagnostik erfolgt computertomographisch und endoskopisch. Besonders häufig treten bei dieser Krebsart Metastasen in anderen Körperregionen auf.

Man unterscheidet das kleinzellige und das nichtkleinzellige Bronchialkarzinom. Das kleinzellige Bronchialkarzinom ist besonders aggressiv und metastasiert. Die Behandlung erfolgt deshalb meist mit Strahlen- und Chemotherapie. Die mittlere Überlebenszeit ist kleiner als 3 Monate. Das nichtkleinzellige Bronchialkarzinom wuchert langsamer und wird meist thoraxchirurgisch entfernt. Eine Operation ist aber auch hier nur in den Anfangsstadien möglich.

Der wichtigste Risikofaktor ist das Rauchen. Ein Raucher hat ein 10faches Erkrankungsrisiko ggü. einem Nichtraucher, bei starkem Konsum ein 20faches. Insbesondere ist Rauchen ein Risikofaktor für das kleinzellige Bronchialkarzinom. Weitere Faktoren sind Passivrauchen, Schadstoffe (Asbest, Arsen, Nickel, Chrom, Kadmium, Radon, Dioxin, Dieselruß, künstliche Mineralfasern) und möglicherweise ernährungsbedingte Faktoren. So scheint der Verzehr von Betakarotin bei Rauchern einen gewissen Schutz zu bieten.

Während die Prävalenz des Lungenkrebses bei Männern auf einem höheren Niveau liegt als bei Frauen, ist sie jedoch insgesamt rückläufig, bei den Frauen nimmt sie weiter zu. Auf der Grundlage des Krebsregisters Münster ist in Düsseldorf jährlich mit 241 Neuerkrankungen bei Männern und 73 bei Frauen zu rechnen.



41. Abb.: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner infolge von bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane (ICD9=161-162) getrennt für Alter und Geschlecht in Düsseldorf, 1999 (Quelle: LÖGD auf der Grundlage der Krankenhausdiagnosestatistik).

In die Darstellung einbezogen sind alle Krankenhausfälle infolge von bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge. Der „Lungenkrebs“ betrifft hauptsächlich Männer. Die höchste Behandlungsrate ist bei den Männern im Alter von 70 bis 74 Jahren erreicht, bei den Frauen mit 65 bis 69 Jahren. Der Anstieg beginnt bei den Männern bereits ab 40 Jahren, bei den Frauen ab 45. Im hohen Alter werden weniger Männer und Frauen stationär behandelt. Männer werden ungefähr 3- bis 4-mal häufiger wegen Neubildungen der Atmungsorgane behandelt als Frauen.

4.4.2.3. Bösartige Neubildungen der Geschlechtsorgane

Bei Männern spielt besonders das Prostatakarzinom eine Rolle. Die Inzidenz und Prävalenz steigt mit dem Alter. 30% aller Männer über 70 haben ein latentes Prostatakarzinom, d.h. die Erkrankung bleibt klinisch unauffällig (Gesundheitsbericht für Deutschland, S. 186). Symptome sind Beschwerden beim Wasserlassen und/oder Blut in Urin oder Sperma. Äußert sich der Krebs durch Schmerzen in der Lendenwirbelsäule ist dies bereits durch Metastasen im Skelett oder Becken verursacht.

Die Diagnostik erfolgt über Austasten, Ultraschalluntersuchung und Gewebeentnahme. Ab 45 Jahren ist eine Krebsfrüherkennungs-Untersuchung möglich, die aus Beschwerdeabfrage und Austasten besteht. Dies führt zu vielen falsch negativen Diagnosen. Gegen die Einführung des PSA-Tests (prostataspezifischer Antigen-Test) spricht die zu erwartende hohe Zahl falsch positiver Diagnosen (die dann mit erhöhten Kosten abgeklärt werden müssten).

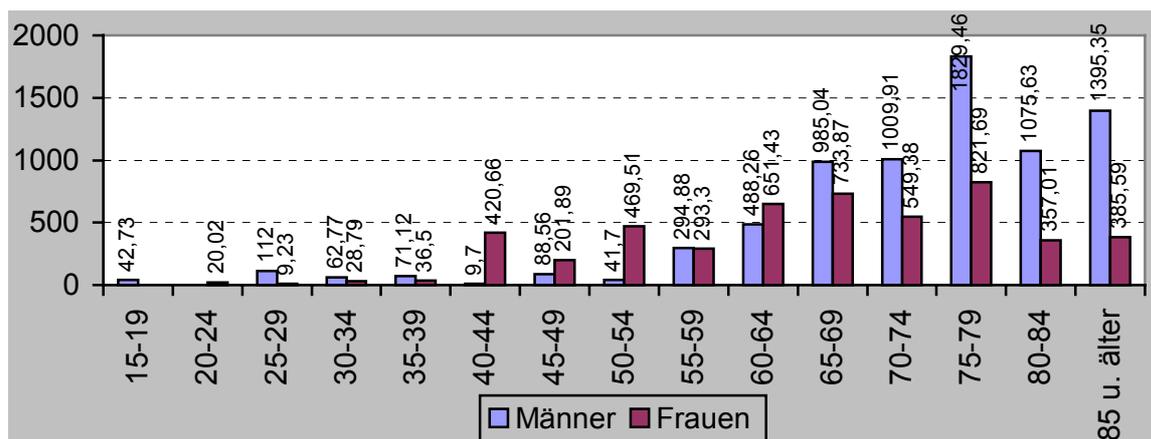
Behandlungsmöglichkeiten sind die Entfernung der Prostata, Strahlen- und Chemotherapie sowie Hormontherapie (Senkung des Testosteronspiegels). Im hohen Alter ist häufig die zu erwartende Lebensdauer und das Stadium des Krebses bei der Therapiewahl gegeneinander abzuwägen.

Die Risikofaktoren sind nicht ausreichend bekannt, diskutiert werden genetische Faktoren, hormonelle Faktoren, Ernährung und Schadstoffe (Cadmium).

Bei Frauen ist der Gebärmutterkrebs die häufigste Krebsart der Geschlechtsorgane. Man unterscheidet Krebserkrankungen des Gebärmutterhalses (Zervix) und des Corpus. Oberflächentumoren können sich zum invasiven Zervixkarzinom entwickeln. Dies dauert meist Jahre, daher ist bei früher Erkennung eine gute Heilungschance gegeben. Für Frauen ab 20 Jahren besteht die Möglichkeit einer Früherkennungs-Untersuchung. Die Untersuchung besteht aus einem Zellastrich. Die Rate falsch negativer Diagnosen ist groß. Trotzdem konnte die Sterblichkeit durch Einführung der Früherkennungs-Untersuchung erheblich gesenkt werden. Die Diagnose wird durch die gynäkologische Untersuchung gestellt. Bildgebende

Verfahren sind weniger verlässlich. Bei einem Oberflächenkarzinom reicht meist die operative Entfernung des Krebses, bei fortgeschrittenen operablen Krebsformen wird meistens die Gebärmutter komplett mit den Beckenlymphknoten entfernt. Hat der Tumor bereits Metastasen gebildet, wird mit Strahlentherapie behandelt. Als Risikofaktor gilt vor allem das Humane-Papillom-Virus (HPV) das über Geschlechtsverkehr übertragen werden kann. Weiterhin scheinen mehr als 2 Schwangerschaften das Risiko zu erhöhen sowie eine lang-jährige Einnahme der Anti-Baby-Pille.

Die Daten auf der Grundlage des Krebsregisters Münster lassen jährlich 198 Neuerkrankungen bei den Männern und 177 Neuerkrankungen bei den Frauen erwarten.



42. Abb.: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner infolge von bösartigen Neubildungen der Geschlechtsorgane (ICD9=179-187) getrennt für Alter und Geschlecht in Düsseldorf, 1999 (Quelle: LÖGD auf der Grundlage der Krankenhausdiagnosestatistik).

In die Darstellung sind alle bösartigen Neubildungen der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane eingegangen. Die Behandlungsrate liegt bei Männern im höheren Alter weit über der früherer Jahre. Der Rückgang bei den Hochaltrigen ist nicht auf eine geringere Prävalenz der Erkrankung, sondern vermutlich auf eine seltenere Einweisung zurückzuführen. Auch bei den Frauen ist die Rate in höheren Altersgruppen höher als in niedrigeren. Im Verhältnis sind aber Frauen in jüngeren Jahren häufiger wegen bösartigen Neubildungen der Geschlechtsorgane stationär in Behandlung als Männer, im hohen Alter überwiegen die Behandlungsraten der Männer die der Frauen. Bei Frauen lassen sich mindestens zwei Behandlungsgipfel ausmachen, einer in der Altersspanne von 50 bis 54 Jahren und einer zwischen 75 und 79 Jahren. Bei den Männern ist ein kontinuierlicher Anstieg ab etwa 55 Jahren zu erkennen.

4.4.2.4. Bösartige Neubildungen der Brustdrüse

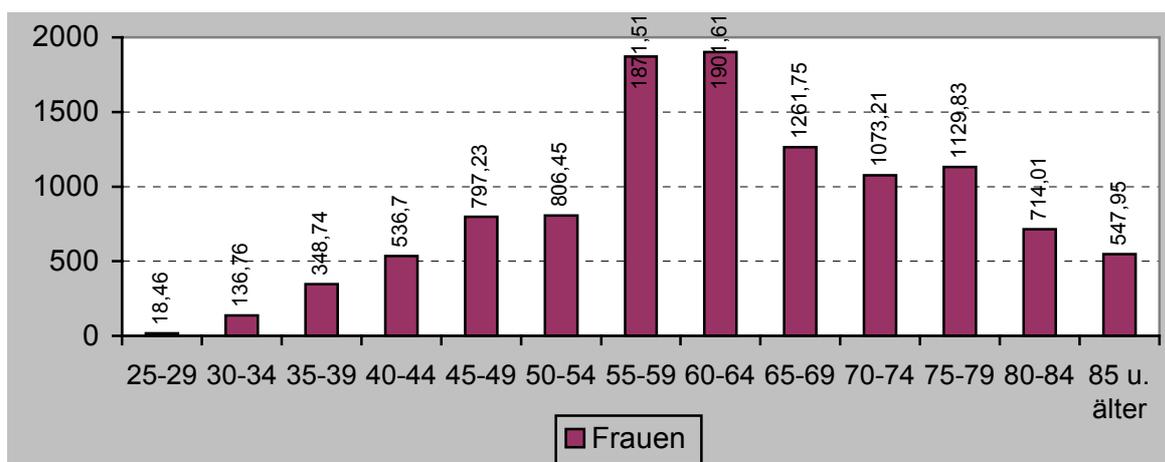
Bösartige Neubildungen der Brustdrüse sind die häufigste Form von Krebserkrankungen bei Frauen. Man unterscheidet Oberflächenkarzinome von invasiven Karzinomen. Prognostisch bedeutsam ist neben der histologischen Bestimmung die Größe des Tumors, Metastasierungen und der Lymphknotenbefall.

Die Diagnostik erfolgt über Ertasten, Röntgen (Mammographie), Ultraschalluntersuchung (Sonographie) sowie der Untersuchung von Zell- und Gewebeprobe. Für Frauen ab 30 Jahren gibt es eine ärztliche Früherkennungs-Untersuchung durch Abtasten, die durch Anleitung zur monatlichen Selbstuntersuchung ergänzt wird. Im Alter von 50 bis 70 Jahren ist zusätzlich die Mammographie sinnvoll. Der Tumor macht sich als ertastbarer Knoten unter der Haut bemerkbar, die Haut über dem Knoten kann verändert sein. Absonderungen aus der

Brustdrüse (flüssig oder blutig) können weitere Anzeichen sein sowie Schwellungen oder Geschwüre auf der Haut (im fortgeschrittenen Stadium).

Zur Behandlung stehen neben der Brustamputation heute brusterhaltende operative Methoden zur Verfügung mit begleitender Strahlentherapie. Die Indikation zum Einsatz von Strahlen- und Chemotherapie sowie zur Früherkennung von Fernmetastasen ist differenzierter geworden.

Risikofaktoren sind genetische Prädisposition, hormonelle Faktoren wie z.B. keine oder sehr späte Schwangerschaft, späte Menopause, möglicherweise Fette und Alkohol, Schadstoffe, Strahlenbelastung, erhöhte Gewebedichte und gutartige und bösartige Tumore in der Vorgeschichte. Aufgrund der Zahlen des Krebsregisters Münster ist in Düsseldorf jährlich mit 333 Neuerkrankungen zu rechnen.



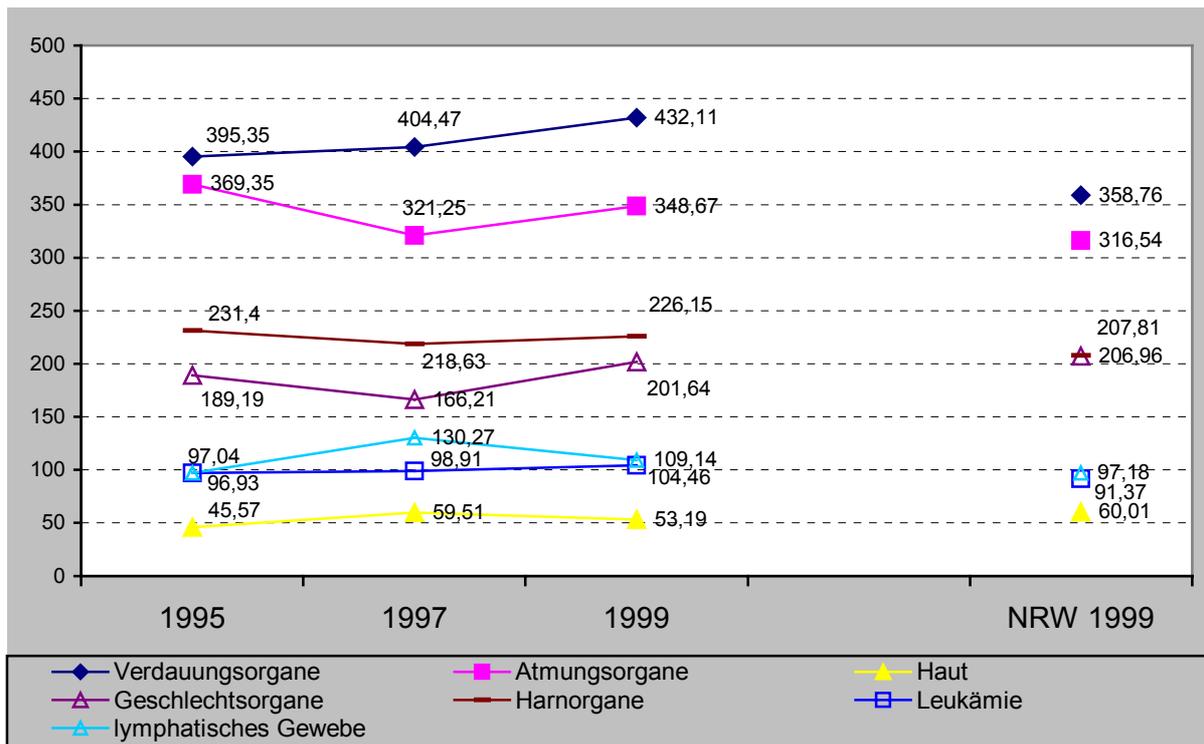
43. Abb.: Krankenhausfälle je 100.000 Frauen infolge von bösartigen Neubildungen der Brustdrüse (ICD9=174) getrennt nach Altersstufen in Düsseldorf, 1999 (Quelle: LÖGD auf der Grundlage der Krankenhausdiagnosestatistik).

Der Brustkrebs ist weniger als die anderen Krebsarten eine Erkrankung des Alters. Die höchste Rate an stationären Brustkrebsbehandlungen liegt in der Altersgruppe der 55- bis 65-jährigen Frauen. Auch davor und danach befindet sie sich auf hohem Niveau.

4.4.2.5. Behandlungsraten verschiedener Krebsarten der Männer im Vergleich

Im Folgenden werden getrennt für Männer und Frauen die altersstandardisierten Raten der Krankenhausfälle ausgewählter Krebserkrankungen über die Jahre miteinander verglichen.

Betrachtet man alle bösartigen Neubildungen, so waren im Jahr 1999 bei den Männern die Krebserkrankungen der Verdauungsorgane und des Bauchfells die häufigste Ursache für eine stationäre Behandlung (1739 Fälle), gefolgt von Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane (1426 Fälle) und der Atmungs- und intrathorakalen Organe (1245 Fälle). An vierter Stelle stehen die Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes (626 Fälle), sonstige Neubildungen (darunter ZNS, endokrine Drüsen etc. 310 Fällen), an fünfter Erkrankungen der Lippen, der Mundhöhle und des Rachens (299 Fälle) sowie der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brustdrüse (269 Fälle).



44. Abb.: Altersstandardisierte Rate der Krankenhausfälle je 100.000 Männer infolge von bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (ICD9=150-154), der Atmungsorgane (ICD9=161-162), der Haut (ICD9=172-173), der Geschlechtsorgane (ICD9=179-187), der Harnorgane (ICD9=188-189), des lymphatischen Gewebes (ICD9=200-202) und der Leukämie (ICD9=203-208) in Düsseldorf von 1995 bis 1999 sowie NRW 1999 (Quelle: LÖGD auf der Grundlage der Krankenhausdiagnosestatistik).

Die Krankenhausprävalenz bei bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (darunter Speiseröhre, Magen, Dünndarm und Zwölffingerdarm, Dickdarm, Rektum und Anus) ist am höchsten und ist in den letzten Jahren angestiegen. An zweiter Stelle liegen die Neubildungen der Atmungsorgane (darunter Kehlkopf, Luftröhre, Bronchien und Lunge). Trennt man die Neubildungen der Harn- und Geschlechtsorgane, so liegen die Krankenhausfälle bei bösartigen Neubildungen der Harnorgane über denen der Geschlechtsorgane. Auch die Erkrankungen der lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes sind häufig sowie als Einzeldiagnose der Hautkrebs. Bei den Krebserkrankungen der Atmungs- und der Geschlechtsorgane ist im Jahr 1999 nach einem Rückgang wieder ein Anstieg zu verzeichnen.

Bei fast allen Krebsarten steigt insgesamt die Krankenhausprävalenz über die Jahre an, Ausnahmen bilden die Krebserkrankungen der Atmungsorgane und der Harnorgane.

In Düsseldorf ist insbesondere die Zahl der Krebsbehandlungen der Verdauungsorgane und der Atmungsorgane bei Männern sehr hoch. Bedenklich erscheint die (weit über dem Landesniveau) steigende Rate der Behandlungen bei Krebs der Verdauungsorgane.

Außer bei den Krebserkrankungen der Geschlechtsorgane und der Haut liegt die Rate der Krankenhausfälle in Düsseldorf über der des Landes. Die Behandlungsraten vom Krebs der Verdauungsorgane und der Atmungsorgane lagen 1999 auch über den Werten einer Auswahl umliegender oder vergleichbarer Städte (Viersen, Duisburg, Köln, Dortmund, Mönchengladbach). Lediglich die Behandlungsrate vom Lungenkrebs lag in Duisburg bei 502,87 Fällen je 100.000 Männer.

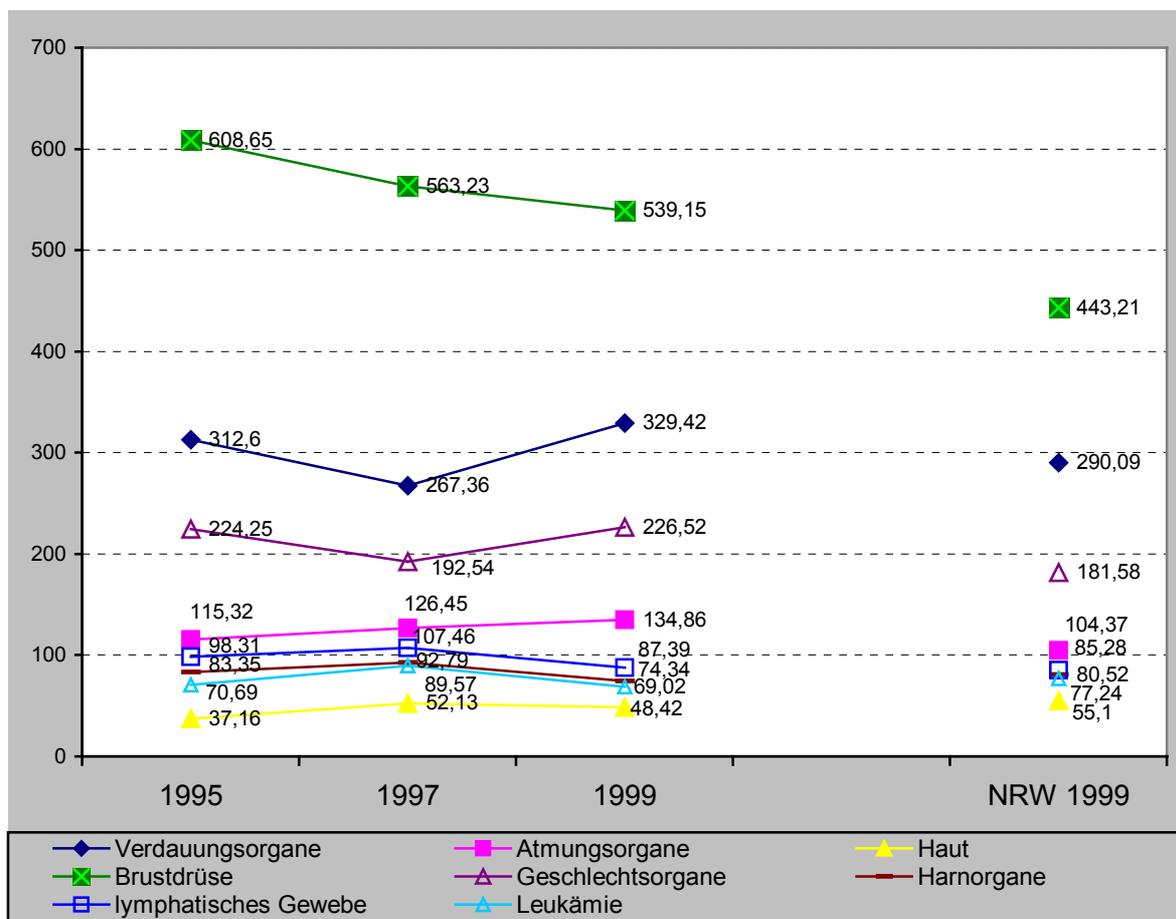
Insgesamt kann bei den Krebserkrankungen keine positive Entwicklung verzeichnet werden. Nach dem Gesundheitsbericht NRW (S. 202) ist die Sterblichkeit an Krebs bei den Männern

seit Beginn der 90er Jahre rückläufig (bei den Frauen bereits seit 1975). Dies mag an einer besseren medizinischen Versorgung liegen, allerdings ist damit noch nicht gesagt, dass die Krebsneuerkrankungen weniger werden. Im Gegenteil steigt ohne Altersstandardisierung die Sterblichkeit an, d.h. durch die steigende Lebenserwartung hat die Zahl der an Krebs Verstorbenen absolut zugenommen. Auf der Grundlage der ermittelten Neuerkrankungen durch das Krebsregister Münster (für den Regierungsbezirk Münster, Indikator 03_18_95 und 03_18_98) sinken die Zahlen von Anfang bis Mitte der 90er etwas ab, steigen 1998 aber wieder an (altersstandardisierte Rate auf 100.000 Einwohner 1992: 398,9, 1995: 372,9, 1998: 391,7).

4.4.2.6. Behandlungsraten verschiedener Krebsarten der Frauen im Vergleich

Im Jahr 1999 wurden 2202 Fälle von bösartigen Neubildungen der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brustdrüse (1977 Fälle) bei Frauen stationär behandelt. An zweiter Stelle stehen die Behandlungen von Krebserkrankungen der Verdauungsorgane und des Bauchfells (1533 Fälle), gefolgt von Krebserkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane (1118 Fälle). Weitere 555 Fälle waren wegen Krebserkrankungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes stationär in Behandlung, 507 wegen Krebs der Atmungs- und intrathorakalen Organe, 447 Fälle wegen sonstiger Krebsarten (darunter ZNS und endokrine Drüsen) und 125 wegen Krebs der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens.

Die folgende Abbildung zeigt die Behandlungsfälle von ausgewählten Krebserkrankungen bei Frauen im Vergleich.



45. Abb.: Altersstandardisierte Rate der Krankenhausfälle je 100.000 Frauen infolge von bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane (ICD9=150-154), der Atmungsorgane (ICD9=161-162), der Haut (ICD9=172-173), der Brustdrüse (ICD9=174), der Geschlechtsorgane (ICD9=179-187), der Harnorgane (ICD9=188-189), des lymphatischen Gewebes (ICD9=200-

202) und der Leukämie (ICD9=203-208) in Düsseldorf von 1995 bis 1999 sowie NRW 1999 (Quelle: LÖGD auf der Grundlage der Krankenhausdiagnosestatistik).

Die mit Abstand höchste Rate der Krankenhausfälle bei Frauen in Düsseldorf sind bösartige Neubildungen der Brustdrüse. Obwohl die Rate sinkt, liegt sie noch immer weit über dem Landesniveau. An zweiter und an dritter Stelle stehen die Krebserkrankungen der Verdauungs- und der Geschlechtsorgane. Bei den Krebserkrankungen der Verdauungsorgane ist ein steigender Trend zu verzeichnen, die Raten beider Krebsarten liegen über dem Landeswert. Auch beim Lungenkrebs nehmen die Krankenhausfälle zu, die Rate ist auch hier höher als in NRW. Die Behandlungsraten der Krebserkrankungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes und der Harnorgane liegen dicht beieinander. Sie sind in den letzten Jahren leicht gesunken, die Zahlen liegen unter dem Landeswert (außer bei bösartigen Lymphomen). Beim Hautkrebs steigt die Rate der Fälle, sie liegt aber noch unter dem Landesniveau. Die Betrachtung der Behandlungsraten von Brustkrebs und Krebs der Verdauungs-, Atmungs- und Geschlechtsorgane im Jahr 1999 in umliegenden oder vergleichbaren Städten weist auch hier Düsseldorf als den Spitzenreiter aus. Wie bei den Männern ist nur die Behandlungsrate von Lungenkrebs in Duisburg höher als in Düsseldorf (178,37).

Auch bei den Frauen erscheinen die Behandlungsprävalenzen aufgrund der häufigsten Krebserkrankungen bedenklich. Nach Angaben des Krebsregisters Münster (bezogen auf den Regierungsbezirk Münster) ist die altersstandardisierte Rate aller bösartigen Neuerkrankungen bei Frauen von 280,4 je 100.000 Einwohner im Jahr 1992 und 277,3 im Jahr 1995 auf 300,3 Fälle je 100.000 Einwohner im Jahr 1998 gestiegen, allerdings auch mit erheblichen Schwankungen (Indikator 03_18_95 und 03_18_98).

Zusammenfassung Gesundheit der Schulanfänger

Jungen sind im Durchschnitt bei der Einschulung einen Zentimeter größer als Mädchen und ein Kilogramm schwerer. Der Anteil der extrem übergewichtigen Kinder macht ungefähr 6% aus, der der „nur“ übergewichtigen 8%. Mädchen neigen etwas häufiger zu Übergewicht als Jungen, während Jungen etwas häufiger extremes Übergewicht (Adipositas) aufweisen. Kinder, die im Ausland geboren wurden sind ungefähr einen Zentimeter kleiner als die deutschen Kinder und ein Kilogramm schwerer sowie deutlich häufiger extrem übergewichtig.

Die häufigsten festgestellten Befunde sind „Herabsetzung der Sehschärfe“, „Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination“, mit jeweils ungefähr 20% beeinträchtigten Kindern. Jungen weisen mehr „Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen“ auf als Mädchen und bis zu doppelt so häufig „Auffälligkeiten der Motorik und des Verhaltens“. Bei Kindern die im Ausland geboren wurden, werden „Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen“ seltener festgestellt als bei Kindern, die in Deutschland geboren wurden. Das ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Diagnosestellung durch die Zweisprachigkeit erschwert ist. Im Ausland geborene Kinder haben häufiger „Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination“ und zunehmend auch mehr „Verhaltensauffälligkeiten“. Weiterhin sind Jungen häufiger von Erkrankungen der Atemwege betroffen als Mädchen, Mädchen neigen stärker zu „Ekzemen“ und „Haltungsschwächen“. Bei Kindern mit ausländischem Geburtsland werden „Ekzeme“ seltener diagnostiziert als bei Kindern, die in Deutschland geboren wurden.

„Herabsetzungen der Sehschärfe“, „Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen“, „Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination“ sowie „Verhaltensauffälligkeiten“ nehmen über die Jahre zu, „Hörstörungen“ nehmen ab. Weiterhin ist in Düsseldorf ein Anstieg in den Erkrankungshäufigkeiten von „Ekzemen“, „Haltungsschwächen“ und „Asthma bronchiale“ zu beobachten.

Bei den Düsseldorfer Kindern wurden im Jahr 2000 im Vergleich zum Land durchschnittlich mehr „Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination“ befundet aber weniger „Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen“. Bei den meisten selteneren Einzeldiagnosen liegen die Düsseldorfer Kinder unter dem Landesdurchschnitt.

4.5. Gesundheit von Schulanfängern

Die kommunalen Gesundheitsämter führen jährlich die Schuleingangsuntersuchungen durch. Die Untersuchung wird von den Gesundheitsämtern verlangt, um die Schulanfänger auf mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen hin zu untersuchen und den allgemeinen Entwicklungsstand festzustellen. Damit soll gewährleistet werden, dass Erkrankungen frühzeitig erkannt und behandelt werden können, insbesondere um weitere Auswirkungen auf schulische Leistungen zu verhindern. Bei behandlungsbedürftigen Krankheitsbildern werden die Kinder von der Schuleingangsuntersuchung auch in weitere ärztliche Behandlung überwiesen und / oder weitere kompensatorische Maßnahmen initiiert (z.B. Sport, psychologische Beratung, jugendfürsorgerische Hilfen bis hin zur Zurückstellung des Kindes von der Einschulung aufgrund körperlicher Unreife oder medizinischer Indikation).

In den Schuleingangsuntersuchungen wird jährlich die gesamte Kohorte der Schulanfänger untersucht. Die Durchführung erfolgt standardisiert nach dem „Bielefelder Modell“, das die zu erhebenden Größen, die Durchführung und die Dokumentation festlegt. Die Schuleingangsuntersuchung stellt damit auch eine wichtige Informationsbasis für den Gesundheitszustand der Kindern dar und erlaubt detaillierte Auskünfte nicht nur über das Krankheitsspektrum, sondern auch über das Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung hinsichtlich Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen der Kinder, da diese Daten von keiner anderen Stelle systematisch erhoben werden. Für die kommunale Planung ist ebenfalls die Aufschlüsselung der Daten nach bevölkerungsspezifischen Gesichtspunkten unerlässlich. Die Daten werden hier nach den Hauptgruppen Geschlecht und Geburtsland aufgegliedert. In einem Spezialbericht zu diesem Thema werden weitere Indikatoren der sozialen Lage mitberücksichtigt, auf den an dieser Stelle ausdrücklich hingewiesen wird. Die vorliegende Auswertung kann nur einen kleinen Ausschnitt aus den Daten der Schuleingangsuntersuchung darstellen.

Die folgende Auswertung zeigt zuerst den allgemeinen Trend der Entwicklung in den Jahren 1998 bis 2001. Anschließend werden Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen sowie zwischen in Deutschland geborenen Kindern und im Ausland geborenen Kindern untersucht. Die Unterscheidung von in Deutschland geborenen Kindern und im Ausland geborenen Kindern ist eine unscharfe Abgrenzung, weil sehr unterschiedliche Gruppen hier zusammengefasst werden. Unter den im Ausland geborenen Kindern können auch vereinzelt deutsche Kinder sein, während in Deutschland geborene Kinder auch ausländische Eltern oder zumindest ein ausländisches Elternteil haben können. Es wurden alle im Ausland geborenen Kinder zusammengefasst unabhängig davon, in welchem Land sie geboren wurden und aus welchem Beweggrund sie nach Deutschland kamen. Da die Unterscheidung nach Geburtsland unbefriedigend ist, wird in Zukunft in der Schuleingangsuntersuchung zur besseren Unterscheidung die Zweisprachigkeit der Kinder erfasst. Trotzdem wurde das Geburtsland hier in die Auswertung aufgenommen, um diese wichtige Einflussgröße nicht zu vernachlässigen. In der Auswertung wurden die Zahlen der Jahre 2000 und 2001 zusammengefasst (denn seit dem Jahr 2000 werden die Daten nach dem gleichen Schema datenverarbeitungstechnisch ausgewertet, für die Vorjahre besteht nicht in allen Fällen eine Vergleichbarkeit). Eine nach Jahren gestaffelte Darstellung wäre im Rahmen dieser Darstellung zu umfangreich. Zuletzt werden die Daten aus Düsseldorf mit den Zahlen aus NRW verglichen. Hier dient das Jahr 2000 als Datenbasis, da dies zum Zeitpunkt der Auswertung der aktuellste Stand der landesweiten Veröffentlichung der Daten durch das LÖGD war.

4.5.1. Größe und Gewicht der Schulanfänger

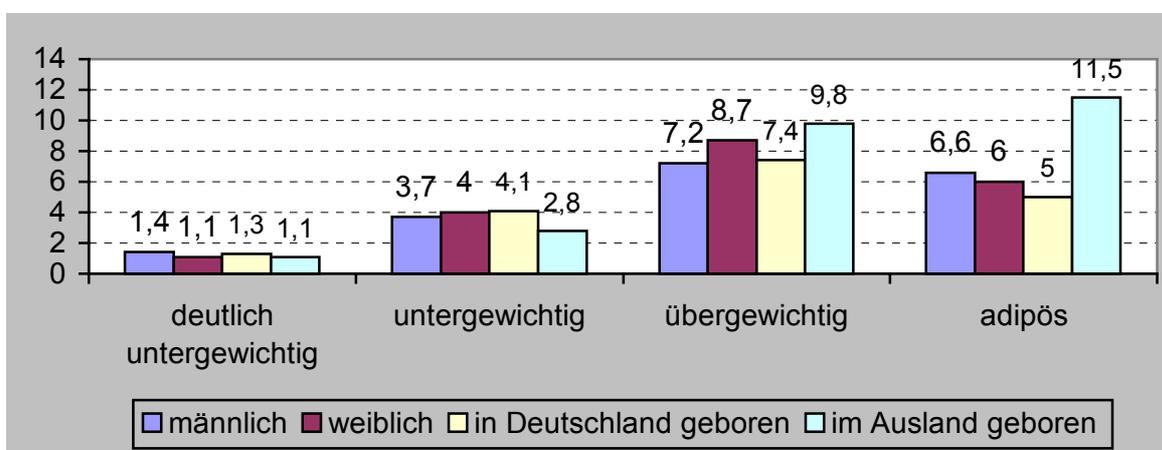
In den Jahren 2000 und 2001, waren Jungen mit 119,63 cm bzw. 119,71 cm durchschnittlich einen Zentimeter größer als die Mädchen mit 118,33 cm bzw. 118,72 cm. Auch waren die in Deutschland geborenen Kinder gegenüber den im Ausland geborenen etwa einen Zentimeter größer (in Deutschland geboren: 119,02 cm bzw. 119,47 cm; im Ausland geboren: 118,88 cm bzw. 118,47 cm). Für das Gewicht ergaben sich folgende Werte: Jungen waren im Vergleich zu Mädchen etwa ein Kilogramm schwerer (23,25 kg bzw. 23,37 kg zu 22,77 kg bzw. 22,73 kg). In Deutschland geborene Kinder waren ein Kilogramm leichter (22,78 kg bzw. 22,93 kg) als im Ausland geborene Kinder (23,84 kg bzw. 23,61 kg).

Der Body-Mass-Index gibt darüber hinaus Auskunft über unter- und übergewichtige Kinder. Er berechnet sich nach dem Körpergewicht in Kilogramm dividiert durch die Größe in Metern zum Quadrat. Übergewicht wird nach den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ anhand des 90. Perzentils der Verteilung und Adipositas anhand des 97. Perzentils bestimmt.

12. Tab.: Prozentualer Anteil der Schulanfänger mit Gewichtsproblemen nach Body-Mass-Index (BMI=kg/m², Festlegung der Grenzwerte nach Kromeyer-Hauschild et al.) in den Jahren 1998 bis 2001 (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

	1998		1999		2000		2001	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
deutliches Untergewicht	7	0,2	3	0,1	66	1,3	56	1,2
Untergewicht	148	3,5	156	3,5	189	3,8	181	3,9
Normalgewicht	3.483	81,7	3.668	81,8	3.948	80,4	3.723	80,8
Übergewicht	367	8,6	362	8,1	394	8,0	360	7,8
Adipositas	260	6,1	294	6,6	314	6,4	288	6,3

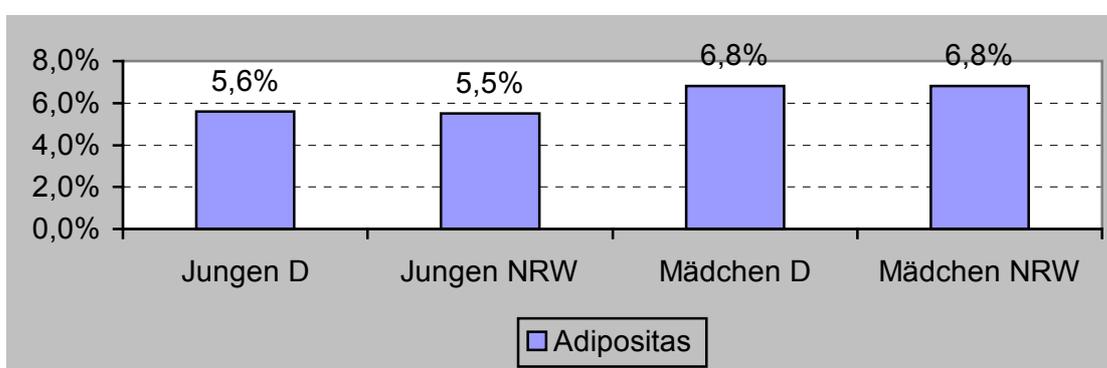
Nach der gegenwärtigen Klassifikation gelten rund 8% der Kinder als übergewichtig und ungefähr 6% als erheblich übergewichtig. Der Anteil der Kinder mit erheblichem Übergewicht ist in den letzten Jahren konstant, der Anteil „nur“ übergewichtiger Kinder ist etwas gesunken und der Anteil untergewichtiger Kinder (beide Kategorien) etwas gestiegen.



46. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulanfänger mit Gewichtsproblemen nach Body-Mass-Index (BMI=kg/m², Festlegung der Grenzwerte nach Kromeyer-Hauschild et al.) getrennt für Jungen und Mädchen und in Deutschland geboren sowie im Ausland geboren, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Jungen und Mädchen unterscheiden sich nicht in der Häufigkeit von Über- oder Untergewicht. Lediglich im Jahr 2000 waren 2,5% mehr Mädchen übergewichtig als Jungen (9,3% zu 6,8%). Dieser Unterschied zeigt sich auch noch in der Zusammenfassung der beiden Jahre. Die prozentualen Anteile von erheblichem Übergewicht sind in etwa gleich (6,2% zu 6,6%). Das Geburtsland wirkt sich stärker aus. Im Ausland geborene Kinder sind häufiger übergewichtig und doppelt so häufig adipös als in Deutschland geborene Kinder. Dafür tendieren die in Deutschland geborenen Kinder häufiger zu Untergewicht als die im Ausland geborenen.

Der Body-Mass-Index wird aus der Größe und dem gemessenen Gewicht der Kinder berechnet. Darüber hinaus stellt der Arzt in der Schuleingangsuntersuchung die Diagnose „Adipositas“ aufgrund von Größe und Gewicht und der Hinzuziehung konstitutioneller Merkmale. Für den Vergleich mit dem Land NRW wurde dieser Wert herangezogen, da der Body-Mass-Index als Vergleichswert auf Landesebene nicht vorliegt.

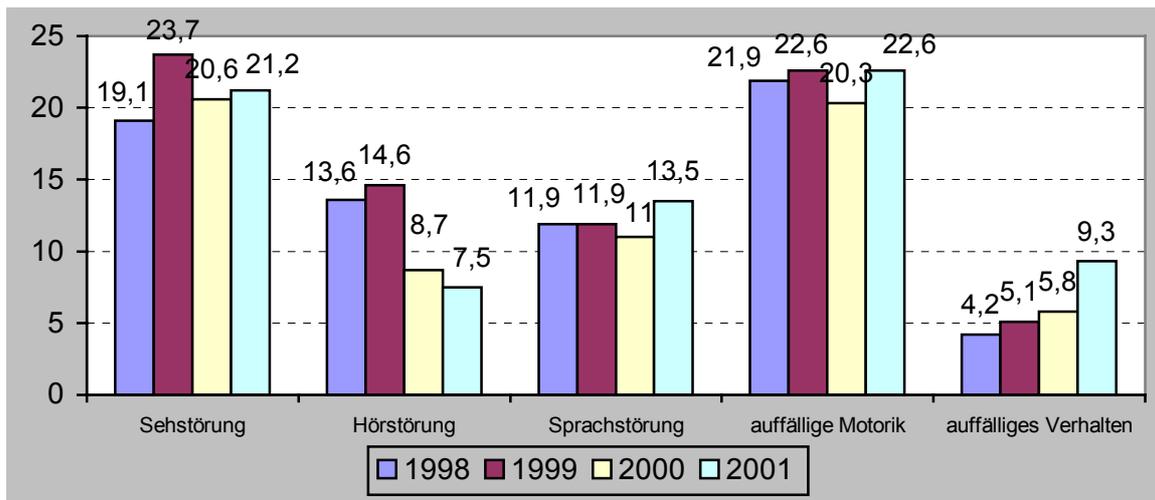


47. Abb.: Prozentualer Anteil übergewichtiger (Übergewicht=Adipositas) Schulanfänger in Düsseldorf und NRW getrennt nach Jungen und Mädchen, Daten aus 2000 (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf und Daten des LÖGD's).

Der Anteil übergewichtiger Kinder in Düsseldorf entspricht dem Landesdurchschnitt. Dabei ist mit durchschnittlich 6% übergewichtigen Kindern zu rechnen. Mädchen sind nach dieser Einschätzung etwas häufiger von erheblichem Übergewicht betroffen als Jungen.

4.5.2. Die häufigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen

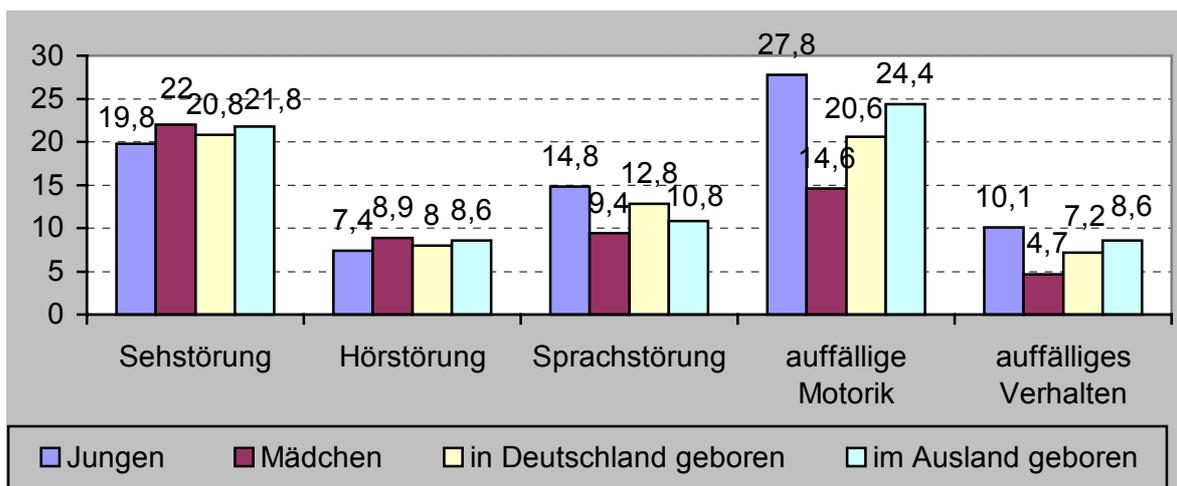
Die häufigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die bei der Schuleingangsuntersuchung festgestellt werden, sind auch in hohem Maße schulrelevant. Am häufigsten sind „Auffälligkeiten in der Motorik und der Koordination“, „Herabsetzung der Sehschärfe“, „Sprech-, Sprach- und Stimmstörung“ sowie „Hörstörung“ und „Verhaltensauffälligkeiten“. Beeinträchtigungen in diesen Bereichen verschlechtern die schulische Ausgangssituation der betroffenen Kinder, sofern nicht rechtzeitig geeignete Interventionen greifen.



48. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulanfänger mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei der Sehschärfe (Hyperopie), Hörstörung, Sprech-, Sprach- und Stimmstörung, auffälliger Motorik und auffälligem Verhalten in den Jahren 1998 bis 2001 (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Mit ungefähr 20% fallen „Herabsetzungen der Sehschärfe“ (Überprüfung der Sehleistung mit dem Rodenstock-Sehtestgerät) und „Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination“ (sowohl Gleichgewicht, Körperkoordination, Grob- und Feinmotorik und Auge-Hand-Koordination) am stärksten ins Gewicht. Bei den Zahlenangaben der Diagnosen ist generell zu berücksichtigen, dass hier die verschiedenen Befundungsmöglichkeiten zusammengefasst wurden. Sowohl leichte nicht behandlungsbedürftige Befunde, bereits eingeleitete Behandlungen sowie auch erstmalige Überweisungen zum Arzt bis hin zu erheblichen Beeinträchtigungen wurden hier aufaddiert. Zu den Kindern mit Beeinträchtigungen der Sehschärfe zählen auch diejenigen, die aufgrund des auffälligen Screenings zur weiteren Abklärung zum Augenarzt weitervermittelt wurden sowie Kinder, bei denen der Test nicht durchgeführt werden konnte. Der Begriff „Herabsetzungen der Sehschärfe“ ist deshalb im weiteren Gebrauch als „auffällig“ zu verstehen. Es ist nicht klar, wie viele dieser Kinder eine ernste Augenerkrankung haben. Der Anteil der Kinder mit „Herabsetzungen der Sehschärfe“ scheint geringfügig aber kontinuierlich anzusteigen. Im Jahr 2001 wiesen 21,2% der Kinder eine Beeinträchtigung auf. Der Anteil der Kinder mit „Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination“ liegt aktuell bei 22,6%. Auffälligkeiten können auch durch eine späte Entwicklung bedingt sein. „Hörstörungen“ haben im Laufe der Jahre nachgelassen, 1998 waren es noch 13,6% der Kinder während im Jahr 2001 nur noch bei 7,5% der Kinder eine „Hörstörung“ diagnostiziert wurde. Bei der Überprüfung der Hörleistung werden verschiedene Frequenzen mit einer Lautstärke von 30 dB dargeboten. Vorübergehende Infekte können die Hörleistung herabsetzen. Die „Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen“ liegen durchschnittlich bei ungefähr 12%, sind aber im Jahr 2001 mit 13,5% gestiegen. Darin enthalten sind Formen des Stotterns, der Stimmstörung sowie Dysgrammatismus und Sprachentwicklungsstörungen.

In den letzten Jahren sind zunehmend „Verhaltensauffälligkeiten“ bei den Einschülern festgestellt worden. Besonders der Sprung von 2000 mit 5,8% auf 9,3% in 2001 ist gravierend. Die nächsten Jahre müssen zeigen, ob dies eine kontinuierliche Entwicklung ist oder ein Einjahresbefund bleibt. Zu den (im Elterngespräch erfragten) Befunden gehören sowohl Ängstlichkeit, Gehemmtheit, hyperkinetische und unaufmerksame Symptome, Distanzlosigkeit, Reizbarkeit, Aggressivität, Nichteinhaltung sozialer Regeln sowie Enuresis (Einnässen) und Enkopresis (Einkoten).

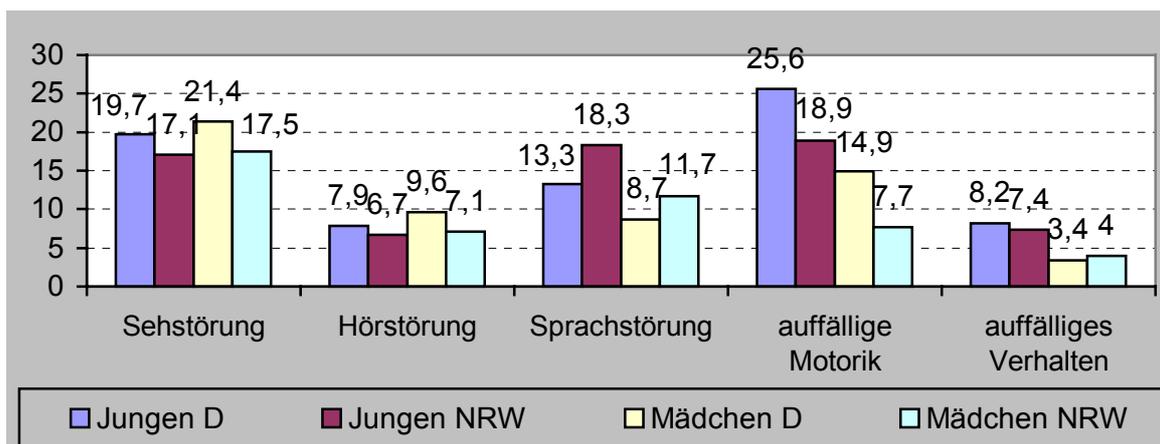


49. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulanfänger mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei der Sehschärfe (Hyperopie), Hörstörung, Sprech-, Sprach- und Stimmstörung, auffälliger Motorik und auffälligem Verhalten getrennt für Jungen und Mädchen und in Deutschland geboren sowie im Ausland geboren, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Mädchen weisen tendenziell mehr „Seh-, und „Hörstörungen“ auf als Jungen, während Jungen häufiger „Auffälligkeiten der Sprache, der Motorik und des Verhaltens“ zeigen. Bei den „Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen“ sind 14,8% der Jungen beeinträchtigt gegenüber nur 9,4% der Mädchen. „Verhaltensauffälligkeiten“ (10,1% zu 4,7%) und „Auffälligkeiten der Motorik“ (27,8% zu 14,6%) betreffen Jungen doppelt so oft wie Mädchen.

Beim Vergleich des Geburtslandes der Kinder fällt auf, dass die in Deutschland geborenen Kinder häufiger als die im Ausland geborenen an „Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen“ leiden. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass bei den im Ausland geborenen Kinder seltener als erwartet Sprachstörungen festgestellt werden. Bei diesen – meist muttersprachlich nicht deutschen - Kindern ist die Diagnose einer „Sprech-, Sprach- und Stimmstörung“ schwieriger diagnostizierbar, da unter Umständen vorhandene Sprachschwierigkeiten auf die Fremdsprachlichkeit zurückgeführt werden. Dabei wird implizit angenommen, dass die Kinder in ihrer Muttersprache keine Schwierigkeiten haben, was aber häufig nicht überprüft werden kann. (Für türkische Kinder/Jugendliche und ihre Eltern bietet das Gesundheitsamt eine türkische Sprechstunde an). In den Jahren 2000 und 2001 waren insgesamt 7.340 Kinder in Deutschland geboren, bei 615 davon (8,4%) war bereits eine Behandlung durchgeführt oder eingeleitet. Als nicht behandlungsbedürftig oder –fähig galten 295 (4,0%) und 28 (0,4%) wurden erstmals oder erneut überwiesen. Von den im Ausland geborenen Kindern waren 76 (3,8%) bereits in einer Behandlung, als nicht behandlungsbedürftig oder –fähig galten 122 (6,2%) und 15 (0,8%) wurden erstmals oder erneut überwiesen. Damit sind prozentual mehr Kinder mit Geburtsland Deutschland bereits in Behandlung als Kinder mit ausländischem Geburtsland. Geht man davon aus, dass in der Gruppe der Kinder, die im Ausland geboren wurden, mehr Kinder mit einer Zweitsprache aufwachsen als in Deutschland geborene Kinder, verstärkt dies den Verdacht, dass die Zweisprachigkeit auch die Diagnose einer Sprachauffälligkeit bzw. –störung erschwert.

Kinder die im Ausland geboren wurden weisen deutlich häufiger (24,4% zu 20,6%) „Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination“ auf und tendenziell auch mehr „Verhaltensauffälligkeiten“ (8,6% zu 7,2%). Hier sind die im Ausland geborenen Kinder häufiger betroffen als dies bei Unabhängigkeit der Variablen zu erwarten wäre.



50. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulanfänger mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei der Sehschärfe (Hyperopie), Hörstörung, Sprech-, Sprach- und Stimmstörung, auffälliger Motorik und auffälligem Verhalten in Düsseldorf und NRW getrennt nach Jungen und Mädchen, Daten aus 2000 (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf und Daten des LÖGD's).

Die Düsseldorfer Kinder lagen im Jahr 2000 über dem Durchschnittswert von Nordrhein-Westfalen in den Bereichen „Herabsetzung der Sehschärfe“, „Hörstörung“ und „Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination“. Während beim Sehen und Hören die Abweichung nach oben gering ist, wurden in Düsseldorf 6 bis 7% mehr Kinder als motorisch auffällig registriert (Jungen: 25,6% zu 18,9%; Mädchen: 14,9% zu 7,7%). Demgegenüber wurden in Düsseldorf deutlich weniger „Sprachstörungen“ diagnostiziert: Von den untersuchten Düsseldorfer Jungen wiesen 13,3% eine „Sprech-, Sprach- und Stimmstörung“ auf im Vergleich zu 18,3% in NRW, bei den Mädchen waren es 8,7% zu 11,7%. „Auffälligkeiten im Verhalten“ wurden mit gleicher prozentualer Häufigkeit festgestellt.

4.5.3. Einzelne Diagnosen

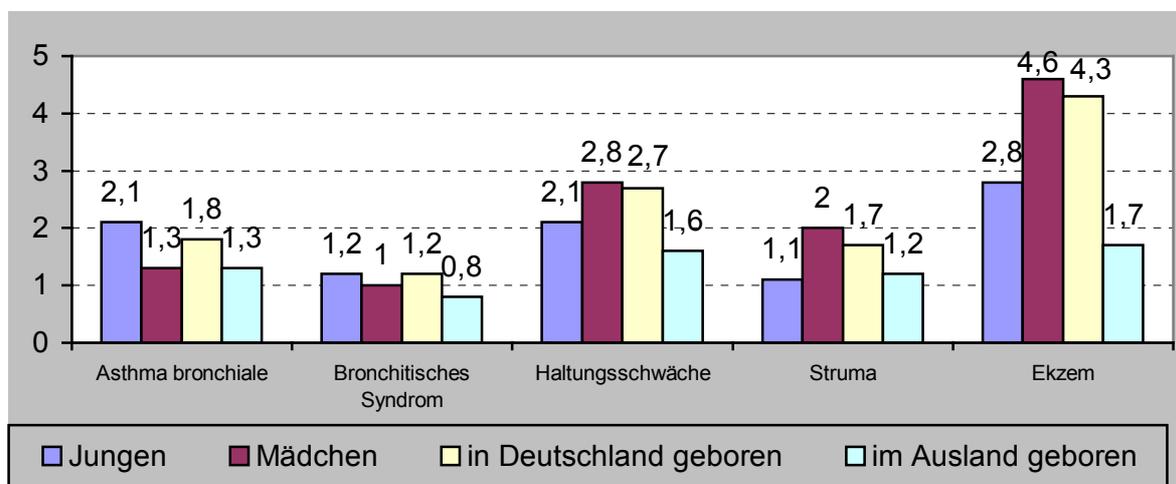
Betrachtet man die in der Schuleingangsuntersuchung zu dokumentierenden Diagnosen im Hinblick auf ihr Vorkommen, sind die oben genannten „Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination“, „Herabsetzungen der Sehschärfe“, „Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen“, „Hörstörungen“ und „Verhaltensauffälligkeiten“ auch die Diagnosen, die am häufigsten auftreten. Die weiteren hier genannten Angaben beziehen sich auf seltenere Befunde mit Auftrenshäufigkeiten bis zu 1%.

13. Tab.: Prozentualer Anteil der Schulanfänger mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei selteneren Erkrankungen in den Jahren 1998 bis 2001 (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

	1998	1999	2000	2001
Otitis media	4,8%	7,7%	0,4%	1,2%
Ekzem	2,7%	2,6%	2,7%	4,7%
Schielen	1,6%	2,3%	1,7%	2,5%
Bronchitisches Syndrom	1,7%	2,8%	0,9%	1,3%
Haltungsschwäche	0,7%	1,4%	2,6%	2,4%
Asthma bronchiale	1,0%	1,5%	1,2%	2,2%
Hautkrankheiten	1,3%	1,3%	1,0%	1,8%
Struma	0,5%	1,3%	1,2%	1,9%
Angiokardiopathie	0,6%	1,6%	1,0%	1,3%
Skoliose	1,1%	1,5%	0,6%	1,2%
Adenoide	1,2%	1,0%	0,8%	0,9%

Ein Anstieg in der Häufigkeit der Erkrankungen ist in den letzten Jahren bei „Ekzemen“ (auch Ekzemenneigung, Neurodermitis und Dermatitis atopica), „Haltungsschwächen“, „Asthma bronchiale“ und „Struma“ (und/oder Funktionsstörungen der Schilddrüse) zu verzeichnen. Der Anstieg bei dem letzten Punkt „Struma“ liegt an einer geänderten Befundung in der Schuleingangsuntersuchung. Ein Rückgang der Erkrankungshäufigkeiten findet sich dagegen vor allem bei „Otitis media“ und Folgezuständen. Hier können auch jahreszeitliche Schwankungen die unterschiedlichen Zahlen mit verursacht haben.

Nicht für alle Erkrankungen lassen sich Unterschiede zwischen den Gruppen ausmachen. Einige Erkrankungen, die unterschiedlich häufig vorkommen, je nach Geschlecht oder Geburtsland, werden hier getrennt betrachtet.



51. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulanfänger mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei selteneren Erkrankungen getrennt für Jungen und Mädchen und in Deutschland geboren sowie im Ausland geboren, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Jungen leiden häufiger als Mädchen an „Asthma bronchiale“ (2,1% zu 1,3%), Mädchen dagegen häufiger als Jungen an „Ekzemen“ (4,6% zu 2,8%), „Struma und/oder Funktionsstörungen der Schilddrüse“ (2,0% zu 1,1%) sowie „Haltungsschwäche“ (2,8% zu 2,1%).

Von den hier genannten Erkrankungen sind die in Deutschland geborenen Kinder häufiger von „Ekzemen“ (4,3% zu 1,7%) und von „Haltungsschwäche“ (2,7% zu 1,6%) betroffen als die im Ausland geborenen. Bei diesen beiden Befunden ist anzumerken, dass die im Ausland geborenen Kinder seltener betroffen sind als zu erwarten wäre. Es ist unklar, ob dies auf Unterschiede im Krankheitsvorkommen oder auf Unterschiede in der Befundung zurückzuführen ist.

14. Tab.: Prozentualer Anteil der Schulanfänger mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei selteneren Erkrankungen in Düsseldorf und NRW getrennt nach Jungen und Mädchen, Daten aus 2000 (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf und Daten des LÖGD's).

	Jungen D	Jungen NRW	Mädchen D	Mädchen NRW
Otitis media	0,4%	1,9%	0,4%	1,8%
Ekzem	2,1%	3,2%	3,3%	3,8%
Schielen	1,8%	2,9%	1,6%	2,7%
Bronchitisches Syndrom	1,2%	2,3%	0,6%	1,7%
Haltungsschwäche	2,2%	5,4%	3,0%	5,7%
Asthma bronchiale	1,7%	2,0%	0,8%	1,2%
Hautkrankheiten	1,0%	0,9%	0,9%	1,0%
Struma	1,0%	0,2%	1,4%	0,5%
Angiokardiopathie	1,0%	0,9%	1,0%	0,8%
Skoliose	0,4%	1,5%	0,7%	2,3%
Adenoide	0,8%	1,6%	0,9%	1,3%

Die Häufigkeit der einzelnen Erkrankungen in Düsseldorf lag im Jahr 2000 unter dem Landesdurchschnitt. Von den Erkrankungen, die in den letzten Jahren in Düsseldorf eher zugenommen haben, ist für „Ekzeme“ und „Asthma bronchiale“ im Jahr 2001 noch ein Anstieg zu verzeichnen, so dass sie dann möglicherweise den Landesdurchschnitt erreichen. „Haltungsschwächen“ wurden in Düsseldorf trotz steigender Zahl nur etwa halb so oft diagnostiziert wie im Durchschnitt von NRW. Unterschiedliche Untersuchungsmethoden lassen in diesem Fall einen Vergleich fragwürdig erscheinen, dass gleiche gilt für Störungen der Schilddrüsenfunktion (Struma). „Hautkrankheiten“ (außer Ekzemen) und „Angiokardiopathien“ wurden in Düsseldorf und NRW mit gleichen prozentualen Anteilen festgestellt.

Zusammenfassung Früherkennung für Erwachsene

In Anbetracht der Relevanz der in der Krebs-Früherkennung und dem Gesundheits-Check-Up untersuchten Krankheiten ist eine weitere Steigerung der Teilnahmequote dringend erforderlich. Insbesondere Männer nutzen die Möglichkeit der Krebs-Früherkennung zu selten.

5. Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

5.1. Früherkennung und Vorsorge

5.1.1. Früherkennungs-Untersuchungen für Erwachsene

Nach dem Sozialgesetzbuch V § 11 haben Versicherte einen Anspruch auf Früherkennungs-Untersuchungen im Erwachsenenalter. Die Früherkennung setzt sich zusammen aus den Krebs-Früherkennungs-Untersuchungen und dem Gesundheits-Check-up.

Die Krebs-Früherkennungs-Untersuchung wird seit 1976 angeboten. Männer können danach ab dem 45. Lebensjahr einmal jährlich eine Untersuchung in Anspruch nehmen. Die Untersuchung erfolgt zur Feststellung von Dickdarmkrebs, Prostatakrebs, Krebs der äußeren Genitale und der Haut. Frauen können ab dem 20. Lebensjahr einmal jährlich eine Untersuchung des Gebärmutterhalses, ab dem 30. Lebensjahr eine Untersuchung der Brust und der Haut und ab dem 45. Lebensjahr eine Untersuchung des Dickdarms in Anspruch nehmen.

Nach Vollendung des 35. Lebensjahres besteht weiterhin die Möglichkeit alle 2 Jahre einen Gesundheits-Check-Up durchführen zu lassen. Dies gilt für Männer und Frauen. Im Vordergrund steht die Früherkennung von Herz-Kreislaufkrankheiten, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit. Es sollen Risikofaktoren für diese Erkrankungen untersucht werden und der/die Untersuchte über gesundheitsriskante Verhaltensweisen informiert werden. Die Untersuchung wird seit 1990 angeboten.

Voraussetzung bei allen Früherkennungs-Untersuchungen ist, dass die festzustellenden Erkrankungen wirksam behandelt werden können, dass Frühstadien der Erkrankung auch sicher diagnostiziert werden können, dass die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig feststellbar sind und dass die Ressourcen ausreichen, um gefundene Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

Daten über abgerechnete Früherkennungs-Untersuchungen liegen der Kassenärztlichen Vereinigung vor.

15. Tab.: Abgerechnete Früherkennungs-Untersuchungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in den Jahren 1991, 1995 und 2000 (Quelle: LÖGD, Indikator 04_09_2000).

Jahr	Krebs-Früherkennungs-Untersuchung				Gesundheits-Check-Up	
	Männer		Frauen		Männer und Frauen	
	absolut	Veränderung in %	absolut	Veränderung in %	absolut	Veränderung in %
1991	168.372		1.082.388		364.422	
1995	142.271	-18,35	1.276.191	17,91	806.757	121,38
2000	198.960	39,85	1.784.836	39,86	957.229	18,65

Die Teilnahme an den Früherkennungs-Untersuchungen steigt. Bei den Krebs-Früherkennungs-Untersuchungen ist die Anzahl der Frauen höher, aufgrund des jüngeren Alters der Frauen bei der Krebs-Früherkennung ist auch die in Frage kommende Anzahl der Versicherten höher. Seit 1995 ist insgesamt ein Anstieg der Teilnahme bei Männern und Frauen von rund 40% zu beobachten.

Bei dem Gesundheits-Check-Up, der erst seit 1990 angeboten wird, ist insbesondere in der ersten Hälfte der 90er-Jahre ein starker Zuwachs bei der Teilnahme zu verzeichnen.

Wie hoch die Teilnahmequote der Versicherten bei der Früherkennung ist, kann anhand der Daten nicht gesagt werden. Der Gesundheitsbericht für Deutschland (1998, Seite 393,394) kommt zu der Einschätzung, dass nur 14% der berechtigten Männer und 48% der Frauen im

Jahr 1995 an der Krebs-Früherkennungs-Untersuchung teilgenommen haben. Den Gesundheits-Check-Up haben 1994 deutschlandweit nur 20% der Berechtigten genutzt.

Zusammenfassung Früherkennung für Schulanfänger

Rund 86% der Schulanfänger legen das Früherkennungsheft und 90% das Impfheft bei der Einschulungsuntersuchung vor. Diese Werte liegen 2 bis 3% über dem Landesdurchschnitt. Während sich Jungen und Mädchen darin kaum unterscheiden, legen 10% weniger im Ausland geborene Kinder das Impfheft vor als in Deutschland geborene. Beim Früherkennungsheft sind es sogar 20%.

Von den Kindern, die das Früherkennungsheft vorlegen, haben nur rund 65% eine vollständige Vorsorge erhalten, das sind 73% in Deutschland geborene Kinder und 38% im Ausland geborene Kinder. Diese extrem niedrige Zahl geht natürlich auch auf den Umstand zurück, dass die Kinder erst in späteren Lebensjahren nach Deutschland gekommen sind und deshalb einen Teil der Früherkennungs-Untersuchungen auch nicht erhalten haben können. Ob sie nach ihrem Zuzug nach Deutschland die noch ausstehenden Früherkennungs-Untersuchungen erhielten ist unklar. Da auch die Vorlage des Früherkennungsheftes deutlich niedriger ist als bei den in Deutschland geborenen Kindern liegt der Verdacht nahe, dass die im Ausland geborenen Kinder häufig ganz aus der Früherkennung herausfallen.

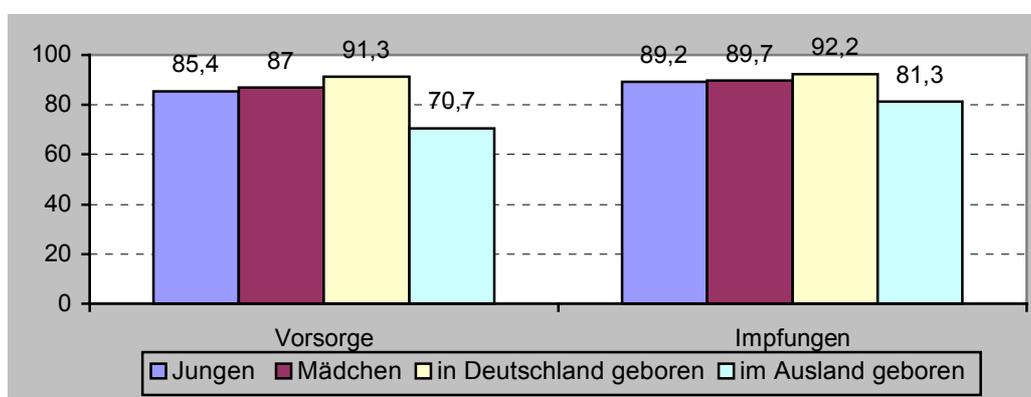
Die Teilnahmequote nimmt mit jeder Früherkennungs-Untersuchung ab. Sie sinkt von der U1 bis zur U9 von 97% auf 82%. Gerade bei der U9 ist allerdings in den letzten vier Jahren wieder ein deutlicher Anstieg aufgrund einer gezielten Ansprache der Eltern zu verzeichnen. Mit sinkender Teilnahme an den fortlaufenden Früherkennungs-Untersuchungen wird auch die Differenz zwischen in Deutschland und im Ausland geborenen Kindern immer gravierender. Die Teilnahmequote liegt insgesamt auch unter dem Landesdurchschnitt, ausgenommen auch hier wieder die U9. Eine Verbesserung der Teilnahmequote wäre insgesamt wünschenswert, insbesondere ist darauf zu achten, dass ausländische Kinder und/oder in späteren Lebensjahren nach Deutschland gekommene Kinder die noch möglichen Früherkennungs-Untersuchungen auch erhalten. Eine – bereits bewährte – Möglichkeit ist ein gezieltes Anschreiben und nicht erst bei der U9.

5.1.2. Inanspruchnahme von Früherkennungs-Untersuchungen und Impfungen bei Schulanfängern

In der Überprüfung der Inanspruchnahme von Früherkennungs-Untersuchungen und Impfungen können bei den Schulanfängern nur solche Angaben berücksichtigt werden, die in Form des Früherkennungs- bzw. Impfheftes dokumentiert worden sind. Bereits die Vorlage des Heftes kann allerdings auf das Inanspruchnahmeverhalten und auf Gruppenunterschiede hindeuten.

In den letzten vier Jahren haben 88,3%, 85,8%, 86,4% und 85,9% der Einschüler das Heft der Früherkennungs-Untersuchungen vorgelegt und 92,7%, 89,8%, 89,4% und 89,6% das Impfheft.

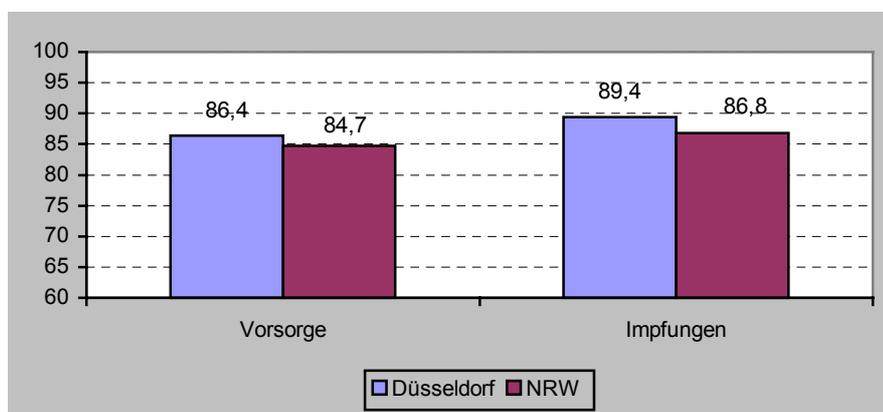
Insgesamt liegt der Anteil der vorgelegten Früherkennungshefte bei etwa 86%, der der Impfhefte bei knapp 90%. In den letzten drei Jahren haben sich diese Werte kaum geändert.



52. Abb.: Prozentualer Anteil der Düsseldorfer Schulanfänger, die das Früherkennungsheft bzw. Impfheft vorgelegt haben, getrennt nach Geschlecht und Geburtsland, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Bei der Vorlage des Früherkennungsheftes liegen die Jungen mit 85,4% etwas unter dem Schnitt und die Mädchen mit 87% leicht darüber. Die Unterscheidung nach Geburtsland (zur Variable „Geburtsland“ vgl. Kapitel „Gesundheit von Schulanfängern“) ist allerdings gravierend. 91,3% der in Deutschland geborenen Kinder haben das Früherkennungsheft vorgelegt gegenüber nur 70,7% der im Ausland geborenen Kinder.

Bei der Vorlage des Impfheftes macht das Geschlecht keinen Unterschied, bei dem Geburtsland beträgt er 10% (in Deutschland geboren: 92,2%, im Ausland geboren: 81,3%).

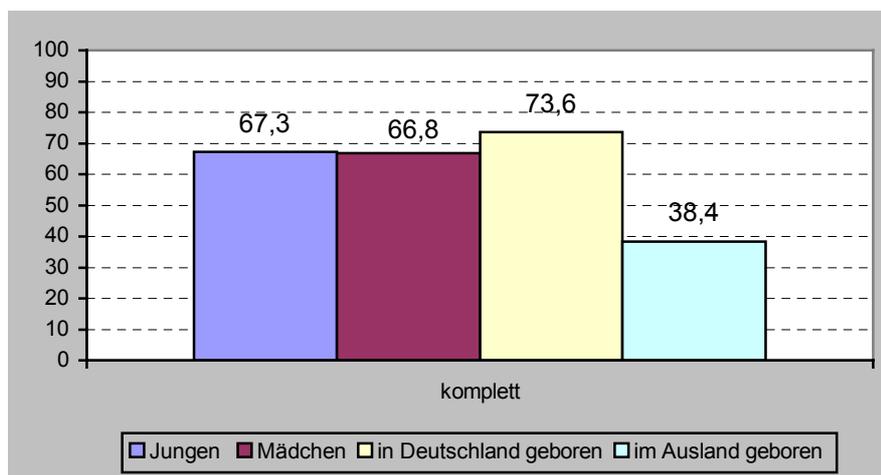


53. Abb.: Prozentuale Anteil der Schulanfänger, die das Früherkennungsheft bzw. Impfheft in Düsseldorf und NRW im Jahr 2000 vorgelegt haben (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf und Daten des LÖGD's).

Die Düsseldorfer Schulanfänger legen das Früherkennungs- und Impfheft etwas häufiger vor als im Landesdurchschnitt.

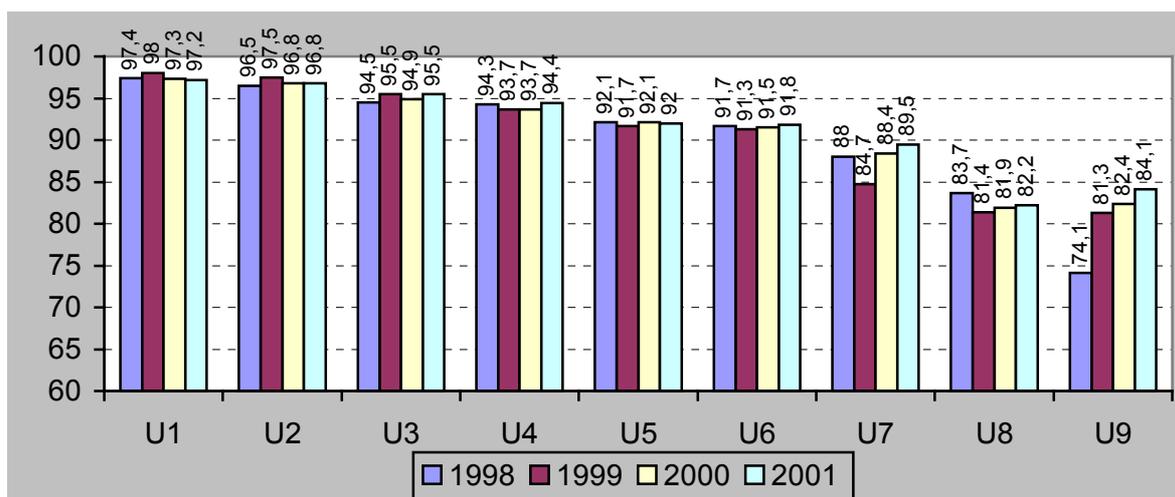
5.1.2.1. Früherkennungs-Untersuchungen

Von den Kindern, die das Früherkennungsheft vorgelegt haben, hatten in den vergangenen vier Jahren 62,6%, 65,6%, 67,3% und 66,8% eine vollständige Vorsorge.



54. Abb.: Anteil der Schulanfänger mit kompletter Vorsorge getrennt nach Geschlecht und Geburtsland, Daten aus 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes).

Das Geschlecht macht wiederum keinen Unterschied, wohl aber das Geburtsland. Eine komplette Vorsorge haben 73,6% der in Deutschland geborenen Kinder gegenüber 38,4% der im Ausland geborenen Kinder.

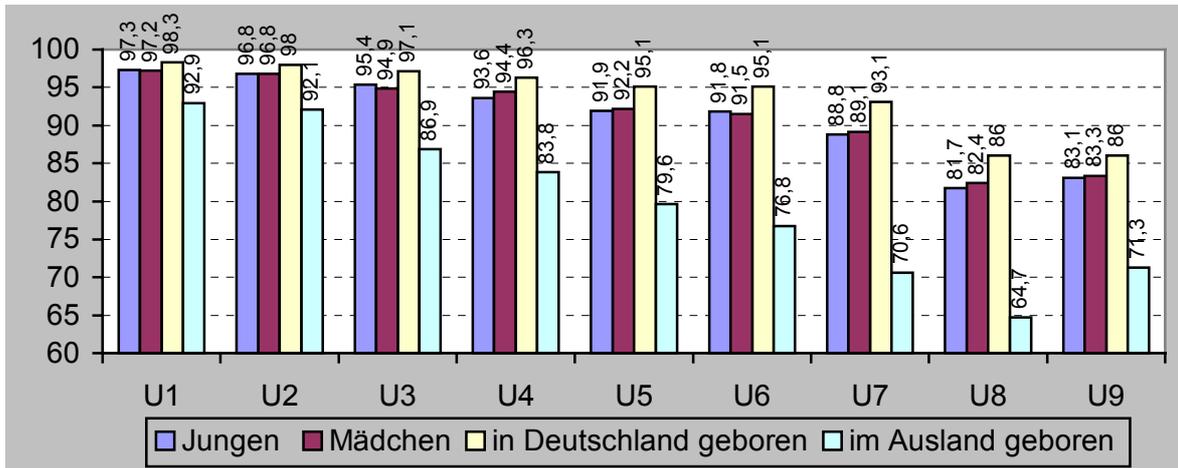


55. Abb.: Prozentualer Anteil der Inanspruchnahme der Früherkennungs-Untersuchungen U1 bis U9 in den Jahren 1998 bis 2001 (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Die Teilnahme an den Früherkennungs-Untersuchungen U1 bis U9, beginnend bei der Geburt des Kindes bis zum 5. Lebensjahr, nimmt kontinuierlich ab. Ausgehend von 97% bei der U1, fällt die Beteiligungsquote jährlich um etwa 1% bis zur U6 ab, danach in größeren Schritten, bei der U7 liegt die Beteiligung bei ungefähr 88%. An der U8 und U9 nehmen dann nur noch 82% und weniger teil. Die Entwicklung ist über die Jahre relativ konstant, allerdings lässt

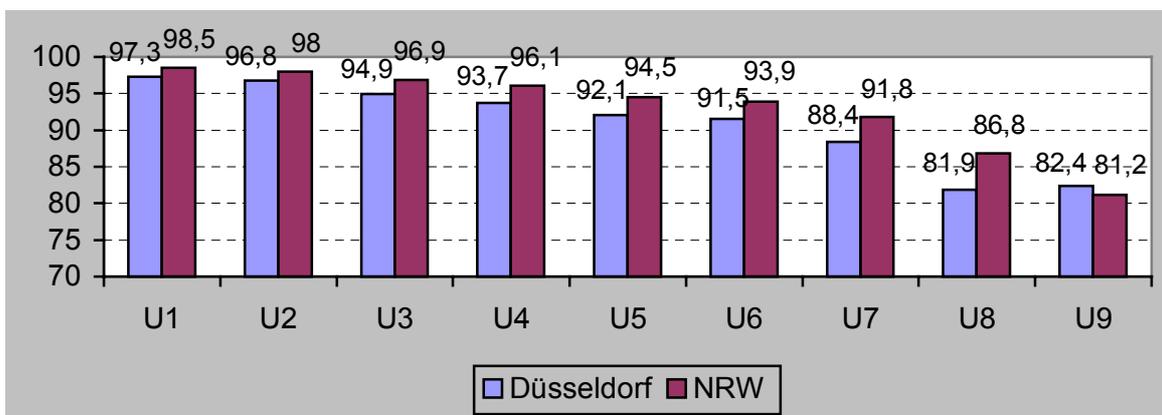
sich bei den U6 bis U8, insbesondere aber der U9, in den Jahren 1999 bis 2001 ein Anstieg verzeichnen. Seit 1998 schreibt der Kinder- und Jugendärztlichen Dienst die Eltern vor der U9 an und erinnert an die Früherkennungs-Untersuchung.

Trotz der positiven Entwicklung in Bezug auf die Inanspruchnahme gerade der letzten Früherkennungs-Untersuchungen wird diese Leistung nicht von allen Personengruppen gleich genutzt.



56. Abb.: Prozentualer Anteil der Inanspruchnahme der Früherkennungs-Untersuchungen U1 bis U9 getrennt für Jungen und Mädchen und in Deutschland geboren sowie im Ausland geboren, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Zwischen Jungen und Mädchen bestehen wiederum keine Unterschiede in der Inanspruchnahme, wohl aber zwischen Kindern die in Deutschland bzw. im Ausland geboren wurden. Beträgt der Unterschied bei der U1 noch 5,4%, sind es bei der U7 22,5% weniger Kinder mit ausländischem Geburtsland, die zur Früherkennungs-Untersuchung gehen. Bei der U9 ist die Differenz wieder zurückgegangen. In den letzten 3 Untersuchungen liegt der Teilnehmeranteil von Kindern mit ausländischem Geburtsland bei 70% und darunter.



57. Abb.: Prozentualer Anteil der Inanspruchnahme der Früherkennungs-Untersuchungen U1 bis U9 in Düsseldorf und NRW, Daten aus 2000 (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf und Daten des LÖGD's).

Insgesamt werden die Früherkennungs-Untersuchungen in Düsseldorf seltener genutzt als im Landesdurchschnitt. Diese Differenz nimmt im Laufe der Früherkennungs-Untersuchungen zu. Bei der U1 ist die Teilnehmerquote in Düsseldorf nur 1,2% niedriger als in NRW, sinkt

dann aber weiter ab und liegt bei der U8 4,9% unter dem Landesdurchschnitt. Lediglich die U9 wird in Düsseldorf besser genutzt als im Landesdurchschnitt, hier wird wieder der positive Effekt des Anschreibens deutlich.

Zusammenfassung Impfungen bei Schulanfängern

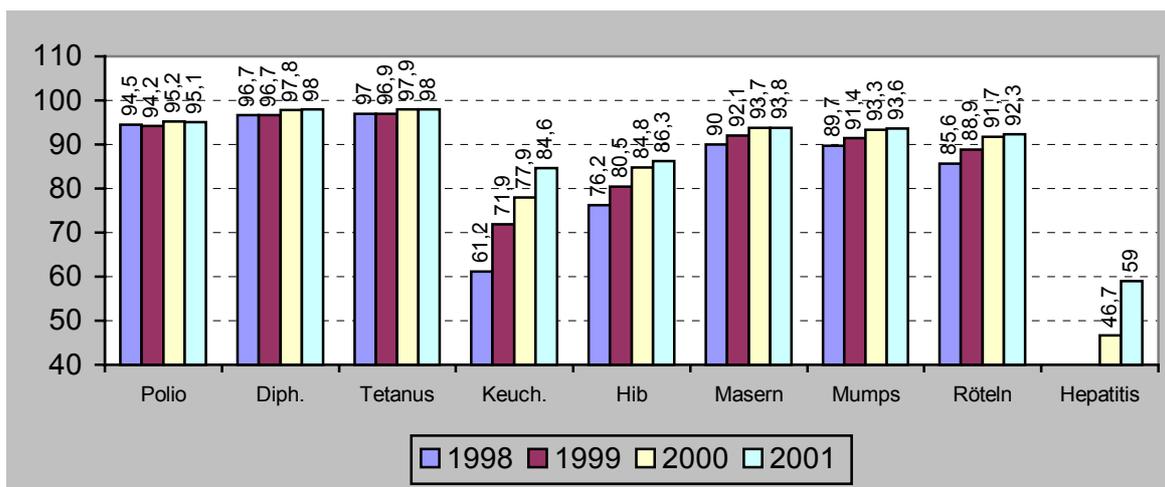
Die Durchimpfungsraten in Düsseldorf sind insgesamt sehr gut. Für Diphtherie und Tetanus ist mit 98% kaum noch eine Steigerung möglich, auch die Impfung für Polio (95%), Masern und Mumps (94%) und Röteln (92%) ist gut, Tendenz auch hier steigend. Die Eliminierung von Poliomyelitis und Masern ist erklärtes Ziel der nationalen und internationalen Gesundheitspolitik. Zur Beseitigung der Masern hat die 10. Landesgesundheitskonferenz NRW am 31.08.01 ein Aktionsprogramm zur Verhütung von Masern, Mumps und Röteln beschlossen. Ziel ist die Eliminierung der Masern bis zum Jahr 2007. Dazu müssen über 95% der Kinder gegen Masern geimpft sein. Das gilt auch für die seit 1991 von der STIKO (Ständige Impfkommission des Robert-Koch-Instituts) empfohlene 2. MMR-Impfung. Hier ist auch in Düsseldorf noch eine Steigerung der Durchimpfungsrate gegen Masern wünschenswert.

Auch die Impfhäufigkeiten gegen Keuchhusten, *Hämophilus influenzae* Typ B und Hepatitis B sind in den letzten Jahren stark angestiegen. Seit 1995 ist die Impfung gegen Hepatitis B Bestandteil des Impfkalenders, der sich damit an die Empfehlungen der WHO von 1992 anlehnt. Mädchen sind sehr geringfügig häufiger geimpft als Jungen, in Deutschland und im Ausland geborene Kinder halten sich die Waage in der Impfhäufigkeit (in Deutschland geborene Kinder sind etwas häufiger gegen Diphtherie, Tetanus und Polio sowie deutlich besser gegen *Hämophilus influenzae* Typ B geimpft, im Ausland geborene Kinder sind etwas häufiger gegen Masern, Mumps und Röteln sowie deutlich besser gegen Hepatitis B geimpft). Die Ärzte des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes beobachten aber auch eine schlechtere Durchimpfung der in Deutschland geborenen ausländischen im Vergleich zu den deutschen Kindern.

Im Vergleich zum Landesdurchschnitt ist die Durchimpfungsrate der Düsseldorfer Schulanfänger als mindestens gleich bis sehr viel besser zu bezeichnen. Trotz insgesamt positiver Werte bleibt der Impfstatus von ungefähr 10% der Kinder unbekannt, so dass die realen Durchimpfungsraten wahrscheinlich niedriger als die hier berichteten Zahlen liegen.

5.1.2.2. Impfungen

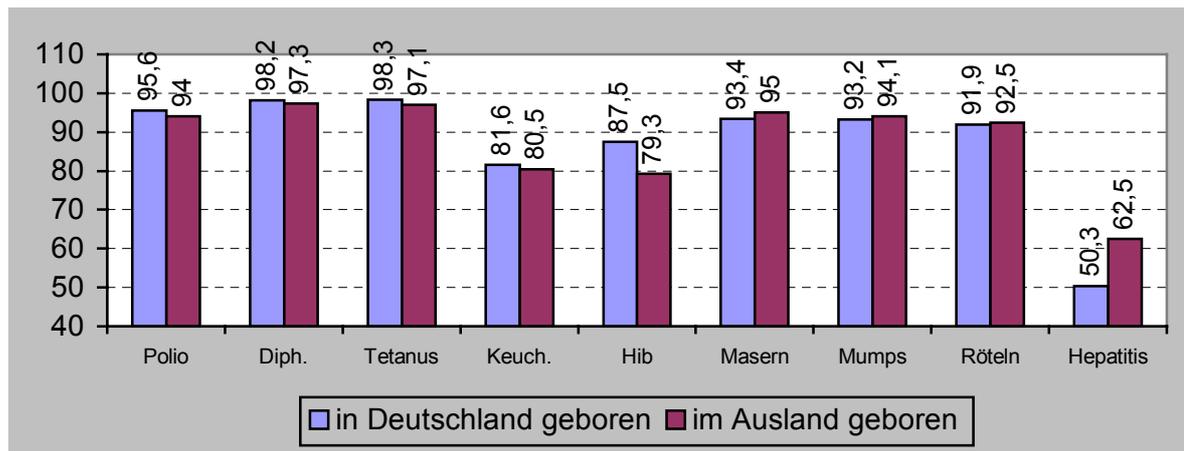
Einen vollständigen Impfschutz kann man weniger gut ermitteln als eine vollständige Teilnahme an den Früherkennungs-Untersuchungen. Erstens verändern sich die Impfempfehlungen, so dass die Impfungen der Kinder meistens nicht mehr dem aktuellen Stand entsprechen. Zweitens ist der Impfschutz vom Alter bei der Impfung und der Kombination mit jeweils anderen Präparaten abhängig. Für die Berechnung eines vollständigen Impfschutzes werden im folgenden Mindestanzahlen definiert, um die Ergebnisse verschiedener Gruppen und Jahre vergleichen zu können.



58. Abb.: Prozentualer Anteil der Inanspruchnahme des Impfschutzes gegen Diphtherie, Tetanus und Polio (mindestens 3 Impfungen), Keuchhusten (mindestens 4 Impfungen), Hämophilus influenzae Typ B und Hepatitis B (mindestens 3 Impfungen) und Masern, Mumps und Röteln (mindestens 1 Impfung) in den Jahren 1998 bis 2001 (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

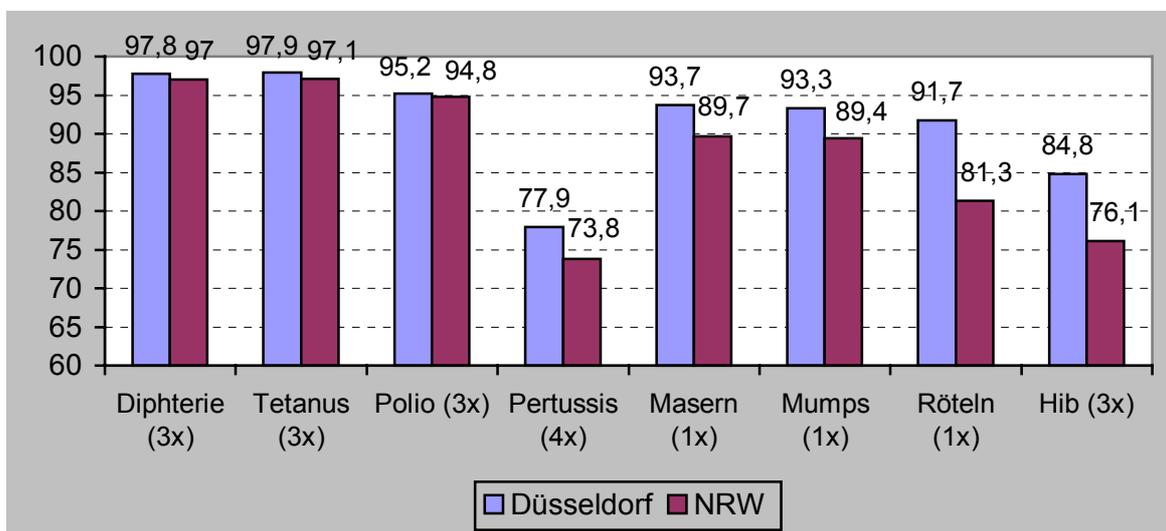
Der Anteil der gegen Diphtherie und Tetanus geimpften Kinder ist mit 98% sehr hoch, die Durchimpfungsrate von Polio liegt bei 95%. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren nahezu konstant. Die Durchimpfungsrate gegen Masern und Mumps liegt derzeit bei knapp 94%. Sie ist in den letzten vier Jahren um insgesamt 4% angestiegen. Der Impfschutz gegen Röteln liegt mit 92% niedriger, ist aber in den letzten vier Jahren um 7% angestiegen. Die Impfungen gegen Keuchhusten (Pertussis), Hib (Hämophilus influenzae Typ B) und Hepatitis B (Daten für 1998 und 1999 nicht verfügbar) setzen sich zunehmend durch. Der Anteil der mindestens 4-mal gegen Keuchhusten geimpften Kinder ist um über 20% auf 84,6% gestiegen, die 3-malige Impfung gegen Hämophilus influenzae Typ B ist von 76% auf 86% gestiegen (diese Erkrankung geht mit hohem Fieber einher und ist besonders in den ersten Lebensjahren gefährlich). Die Durchimpfung gegen Hepatitis B liegt derzeit bei 60%.

Die Impfungen bei Jungen und Mädchen unterscheiden sich kaum und werden deshalb hier nicht gesondert dargestellt. Im Jahr 2001 waren allerdings Mädchen bei einer Reihe von Impfungen etwas häufiger geimpft als Jungen.



59. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulanfänger mit ausreichendem Impfschutz getrennt nach Geburtsland, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Im Ausland geborene Kinder sind schlechter als in Deutschland geborene Kinder gegen *Hämophilus influenzae* Typ B geimpft, die 3-malige Impfung ist auch nur dann sinnvoll, wenn im ersten Lebensjahr damit begonnen wird. Danach ist eine Impfung ausreichend und ab 5 Jahren ist sie nur in Ausnahmefällen indiziert. Im Ausland geborene Kinder sind besser als in Deutschland geborene gegen Hepatitis B geimpft. Hier wird vermutlich von den Ärzten verstärkt auf den Impfschutz geachtet, wenn die Kinder aus Endemiegebieten kommen. Darüber hinaus sind kaum Unterschiede feststellbar. Bei den Impfungen, die im ersten Lebensjahr vorgenommen werden (Polio, Diphtherie und Tetanus) schneiden die im Ausland geborenen Kinder etwas schlechter ab als die in Deutschland geborenen, bei den Impfungen im zweiten Lebensjahr (Masern, Mumps und Röteln) verhält es sich umgekehrt.



60. Abb.: Prozentualer Anteil der Inanspruchnahme des Impfschutzes in Düsseldorf und NRW, Daten aus 2000 (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf und Daten des LÖGD's).

Die Durchimpfungsrate von Diphtherie, Tetanus und Polio ist in Düsseldorf und NRW vergleichbar. Bei allen anderen Impfungen liegt Düsseldorf über dem Landesdurchschnitt. Bei Masern, Mumps und Keuchhusten sind es ungefähr 4% mehr geimpfte Kinder in Düsseldorf, 8% bei *Hämophilus influenzae* Typ B und 10% bei der Rötelnimpfung.

Zusammenfassung Früherkennung für Schwangere

Insgesamt ist die Akzeptanz der Schwangeren-Früherkennungs-Untersuchung sehr gut. Trotzdem kommen nur die Hälfte der Schwangeren in den ersten 8 Wochen zur ersten Untersuchung. Die Erstuntersuchung ist aufgrund der Beratung besonders wichtig, nicht zuletzt können gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen in dieser Zeit besonders schwerwiegende Folgen haben. Hier ist noch eine weitere Steigerung möglich und wünschenswert.

5.1.3. Früherkennungs-Untersuchungen bei schwangeren Frauen

Schwangere Frauen haben Anspruch auf ärztliche Betreuung während und nach der Schwangerschaft. In der ersten Vorsorge findet eine allgemeine Beratung hinsichtlich der Schwangerschaft und Geburt, zu Ernährungsfragen und zur Lebensführung, zu Belastungen in Beruf und Freizeit sowie zu gesetzlichen Regelungen, finanziellen Hilfen und arbeits- und versicherungsrechtlichen Fragen im Rahmen des Mutterschutzgesetzes statt. Ziel der Vorsorge ist es, Risikoschwangerschaften möglichst früh zu erkennen und entsprechend zu begleiten. In den ersten 7 Monaten wird je 1 Untersuchung durchgeführt, im 8 und 9 Monat je 2. Damit sind 11 Früherkennungs-Untersuchungen die Regel, es können aber bei Bedarf auch wesentlich mehr sein. Bei der Früherkennungs-Untersuchung wird die Krankengeschichte erhoben, Urinwerte und Blutdruck gemessen, Blutwerte bestimmt (Blutgruppe, Rhesusfaktor, Hämoglobin) und auf einige Erkrankungen hin untersucht (z.B. Syphilis, Röteln, Hepatitis B, Chlamydien). Außerdem werden Ultraschalluntersuchungen und CTG's (messen die Herztöne des Kindes und später die Wehen) durchgeführt und das Wachstum und die Lage des Kindes überprüft. Wenn die Schwangerschaft normal verläuft, können Früherkennungs-Untersuchungen auch von Hebammen durchgeführt werden. Die Ergebnisse werden in den Mutterpass eingetragen.

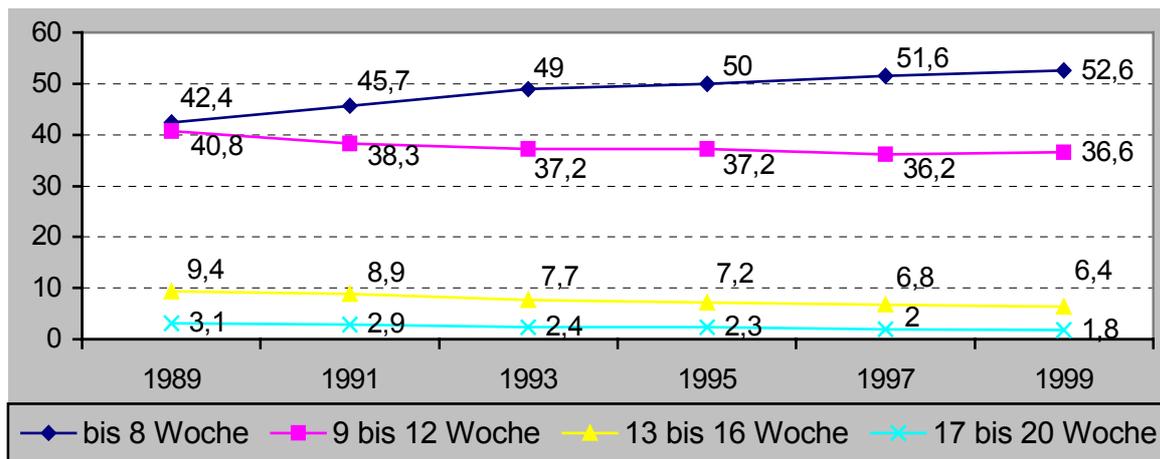
Die Teilnahme an den Schwangeren-Früherkennungs-Untersuchungen ist konstant hoch. Daten auf der Ebene der Stadt Düsseldorf liegen nicht vor. Als Anhaltspunkt werden hier kurz die Daten für Nordrhein-Westfalen vorgestellt.

16. Tab.: Teilnahmehäufigkeit der Schwangeren an den Früherkennungs-Untersuchungen, getrennt nach Anzahl der Früherkennungs-Untersuchungen in den Jahren 1989 bis 1999 in NRW (Quelle: LÖGD, Indikator 04_01_1999).

	mit Mutterpass		darunter mit Früherkennungs-Untersuchungen							
	insgesamt		1 bis 4 mal		5 bis 9 mal		10 bis 14 mal		mehr als 15 mal	
	absolut	% *	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
1989	175.838	98,4	4.336	2,5	44.076	25,1	116.397	66,2	10.440	5,9
1991	189.001	97,8	4.290	2,3	44.556	23,6	125.877	66,6	13.102	6,9
1993	188.011	98,9	2.692	1,4	40.753	21,7	127.484	67,8	14.762	7,9
1995	177.543	99,1	2.355	1,3	35.786	20,2	121.053	68,2	16.204	9,1
1997	185.487	99,3	2.372	1,3	42.407	22,9	124.964	67,4	13.852	7,5
1999	170.183	98,8	2.126	1,2	39.126	23,0	113.598	66,8	13.066	7,7

*Prozent der Mütter mit Mutterpass an allen Schwangeren

Mit ungefähr 99% ist der Anteil der Schwangeren mit einem Mutterpass und damit auch einem Zugang zur regulären Vorsorge ausgesprochen hoch. Diesbezüglich lassen sich keine Veränderungen in den letzten 10 Jahren erkennen. Die meisten Schwangeren nehmen 10 bis 14 Früherkennungs-Untersuchungen in Anspruch. Auch daran hat sich nichts geändert. Ein geringfügiges Inanspruchnahmeverhalten mit 1 bis 4 Untersuchungen hat allerdings nachgelassen, auch die 5- bis 9-malige Untersuchung ist weniger geworden, dafür ist ein Anstieg bei den häufiger als 15-maligen Untersuchungen zu verzeichnen. Ursächlich hierfür könnte eine zunehmende Zahl von Risikoschwangerschaften sein, die vermutlich auf das steigende Alter der Frauen bei der Schwangerschaft zurückzuführen ist.



61. Abb.: Prozentuale Häufigkeit der Inanspruchnahme der ersten Schwangeren-Früherkennungs-Untersuchung nach dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von 1989 bis 1999 in NRW (Quelle: LÖGD, Indikator 04_02_1999).

Neben einer Zunahme der Häufigkeit der Schwangeren-Früherkennungs-Untersuchung hat sich auch der Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme in den letzten 10 Jahren zunehmend auf die ersten 8 Wochen verlagert. 1999 nahmen 10% mehr schwangere Frauen die erste Vorsorge in den ersten 8 Wochen in Anspruch als 1989. Die Häufigkeit für die Inanspruchnahme der Erstuntersuchung zu einem späteren Zeitpunkt ist rückläufig.

Zusammenfassung Schwangerschaftsabbrüche

Rechnet man aus, wie viele Schwangerschaftsabbrüche in Düsseldorf aufgrund der nordrhein-westfälischen Raten zu erwarten wären, kommt man auf ungefähr 900 Abbrüche jährlich. Allein die Beratungsstelle des Gesundheitsamtes als eine von vieren berät aber pro Jahr an die 800 Frauen, so dass die geschätzte Zahl der Abbrüche zu niedrig ist. Genaue Angaben dazu liegen nicht vor. Auffallend ist, dass sowohl aus der Statistik über Schwangerschaftsabbrüche als auch aus den Zahlen der Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Partnerprobleme und Lebenskrisen hervorgeht, dass der Anteil der unter 25-jährigen Frauen an allen Frauen mit Schwangerschaftskonflikten zunimmt. Gerade in Düsseldorf leben viele junge Leute und der Zuzug aus dieser Altersgruppe ist am größten. Dadurch ist in Düsseldorf auch mit vergleichsweise mehr Schwangerschaftsabbrüchen zu rechnen als im Landesdurchschnitt. Die Situation der jungen Frauen ist zum einen durch schlechte finanzielle Verhältnisse aufgrund noch nicht abgeschlossener Ausbildung gekennzeichnet und zum anderen durch den Wunsch, langfristig eine Berufstätigkeit auszuüben. Weiterhin besteht Unsicherheit in Bezug auf die partnerschaftliche Situation.

Die staatlichen und privaten finanziellen Hilfen sind häufig nicht ausreichend. Außerdem fehlt es an geeigneten sozialpädagogischen Einrichtungen für Kinder im Kinderkrippe-, Kindergarten- und Jugendalter, damit die Frauen einer Berufstätigkeit nachgehen können. In der Prävention ist eine gute fortlaufende sexualpädagogische Aufklärung der Jugendlichen vonnöten. Dazu muss ein Konzept zur Verhütungsberatung und Multiplikatorenarbeit entwickelt werden.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass für ausländische Bürgerinnen keine geeigneten Dolmetscher zur Verfügung stehen. Die Ehemänner/Partner der Frauen sind als nicht neutrale Personen für diese Aufgabe meist ungeeignet.

Generell sind Schwangerschaftsabbrüche verboten, werden aber unter bestimmten Bedingungen vom Gesetzgeber toleriert. Das führt dazu, dass die Frauen in ihrem sozialen Umfeld nicht frei über ihre Befürchtungen, Sorgen und Ängste sprechen können und erschwert unter Umständen die Verarbeitung des Abbruchs. Es bleibt die Aufgabe des Gesetzgebers die Grundlage dafür zu schaffen, dass Frauen selbst entscheiden können, ob sie ein Kind bekommen wollen oder nicht.

5.2. Schwangerschaftsabbrüche

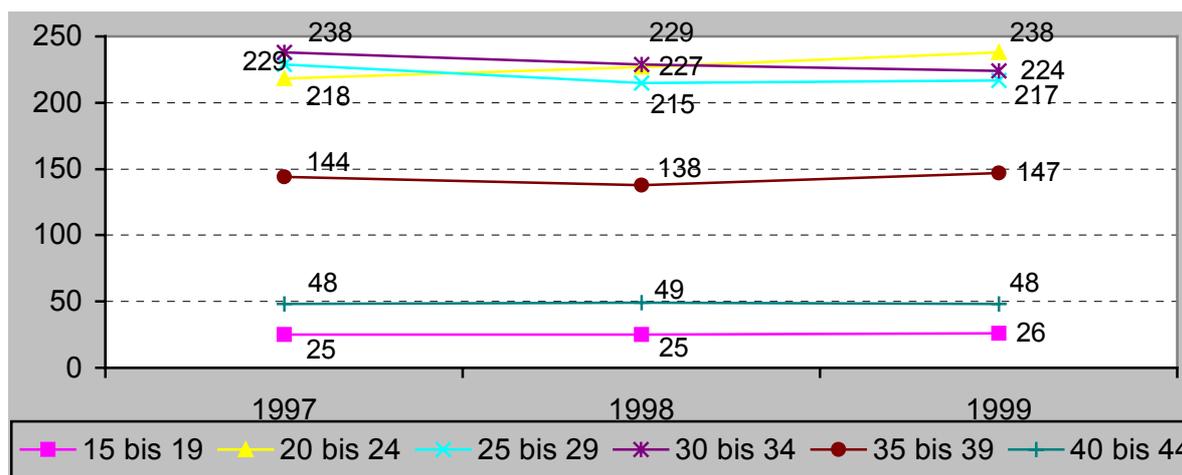
Schwangerschaftsabbrüche sind gemäß § 218 dann nicht rechtswidrig, wenn eine der folgenden Indikationen gestellt wird: Erstens eine medizinische, zweitens eine kriminologische Indikation und drittens die sog. Beratungsregelung. Hiernach ist ein Schwangerschaftsabbruch nach einer Beratung in einer staatlich anerkannten Beratungsstelle möglich. Zwischen Beratung und Abbruch müssen mindestens 3 Tage liegen. Der Abbruch und die Beratung sind Leistungen der Länder, die Abwicklung des Abbruches erfolgt über die Krankenkassen. Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche wird jährlich vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht. Seit dem 1.1.1996 besteht eine Auskunftspflicht für Ärzte, so dass von einer verbesserten Datenlage ausgegangen werden kann. Trotzdem bleibt die genaue Zahl der Schwangerschaftsabbrüche unbekannt.

17. Tab.: Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche nach Alterstufen in den Jahren 1996 bis 1999 in NRW (Quelle: LÖGD, Indikator 07_02_96 - 07_02_99).

Jahre	1996		1997		1998		1999	
	absolut	je 10.000						
10-14	58	1	70	2	79	2	89	2
15-19	835	19	984	22	1.030	22	1.055	23
20-24	6.818	137	7.013	146	7.212	152	7.475	159
25-29	6.677	95	6.568	98	6.163	98	6.004	103
30-34	6.210	81	6.585	85	6.292	82	6.229	82
35-39	4.160	60	4.340	61	4.133	57	4.388	59
40-44	1.582	26	1.529	24	1.571	24	1.547	23
45-54	144	1	131	1	133	1	108	1
Σ	26.484	71*	27.220	73*	26.613	71*	26.895	72*

*bezogen auf Frauen im Alter von 15-44 Jahren

Die Zahlen geben die gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche für ganz Nordrhein-Westfalen wieder. In den letzten Jahren ist keine Veränderung der Anzahl insgesamt zu beobachten. Demnach werden jährlich rund 27.000 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt, die meisten in der Altersgruppe von 20 bis 24 Jahren. In dieser Altersgruppe, aber auch bei den 15- bis 19-Jährigen und den 25- bis 29-Jährigen steigt die Anzahl in den letzten Jahren an. Erst ab der Altersgruppe der 30 Jahre und älteren Frauen ist die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche gleichbleibend bis leicht rückläufig. Es ist anzunehmen, dass gerade bei den jüngeren Mädchen und Frauen mangelnde Aufklärung und Unsicherheit im Umgang mit Verhütung und Sexualität häufig den Grund für ungewollte Schwangerschaften darstellen. Präventive Maßnahmen sind hier notwendig.



62. Abb.: Geschätzte Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Düsseldorf von 1997 bis 1999 getrennt nach Altersgruppen (Quelle: LÖGD, Indikator 07_02_96 - 07_02_99, Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000, 1999 und 1998 und eigene Berechnungen).

Anhand der Raten für Nordrhein-Westfalen lassen sich die zu erwartenden Schwangerschaftsabbrüche für Düsseldorf berechnen. Die Zahlen der Grafik geben die Anzahlen für Düsseldorf unter der Annahme wieder, dass es zwischen der Stadt und dem Land keine Unterschiede in der Zahl ungewollter Schwangerschaften und dem Entscheidungsverhalten der Frauen gibt. Da dies nicht anzunehmen ist, stellen die Ergebnisse nur grobe Schätzungen dar.

Die meisten Schwangerschaftsabbrüche kommen danach bei den 20- bis 34-Jährigen vor, mit einem Trend zur Zunahme bei den jüngeren (20 bis 24 Jahren) und zur Abnahme bei den älteren (25 bis 34 Jahre) Altersgruppen. Insgesamt wurden für die Jahre 1997 bis 1999 908, 889 und 906 Schwangerschaftsabbrüche ermittelt.

5.2.1. Schwangerschaftskonfliktberatung

Die Schwangerenkonfliktberatung wird durch den § 219 StGB geregelt. Mit der Beratungspflicht ist die Möglichkeit eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs gegeben. Nach der Feststellung der Schwangerschaft durch eine(n) Gynäkologe(i)n erfolgt die Beratung in einer staatlich anerkannten Beratungsstelle. In Düsseldorf sind das die Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Partnerprobleme und Lebenskrisen des Gesundheitsamtes, die Beratungsstelle für Schwangerschaftsprobleme und Familienplanung der Diakonie Düsseldorf und die Beratungsstelle für Schwangerschaftsprobleme und Familienplanung von Pro Familia sowie die katholische Beratungsstelle Donum Vitae. Weiterhin sind 17 niedergelassene Ärzte und Ärztinnen als Beratungsinstanz anerkannt (Stand Juli 1999). Nach der Beratung wird gegebenenfalls der Schwangerschaftsabbruch ambulant durchgeführt. Zwischen Beratung und Abbruch sieht der Gesetzgeber eine „Bedenkzeit“ von mindestens 3 Tagen vor. Der Abbruch muss bis zur 12 bzw. 14 Woche durchgeführt werden. Die Beratungsstelle berät die Frauen anonym und erfährt nach der Beratung die „Entscheidung“ nicht.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Partnerprobleme und Lebenskrisen des Gesundheitsamtes vorgestellt.

Die Beratung zu Schwangerschaftskonflikten geht auf die individuelle Situation der Rat Suchenden in persönlicher, familiärer und wirtschaftlicher Hinsicht ein. Sie versucht Entscheidungshilfen zu geben und informiert über mögliche finanzielle Unterstützung. Außerdem werden die medizinischen Gesichtspunkte des Schwangerschaftsabbruchs erläutert und nach Möglichkeiten einer geeigneten Verhütung gesucht. Angebote einer über die einmalige Beratung hinausgehenden Hilfe werden ebenfalls gemacht.

In den Jahren 1999, 2000 und 2001 wurden jeweils 789, 850 und 747 Beratungen durchgeführt. Im folgenden wird die soziale Situation der Beratenen geschildert.

18. Tab.: Altersstruktur der in der Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Partnerprobleme und Lebenskrisen beratenen Frauen in den Jahren 1999 bis 2001 (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1999		2000		2001	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Unter 20	63	7,98	89	10,47	85	11,38
20 bis 25	183	23,19	212	24,94	203	27,18
26 bis 30	198	25,10	207	24,35	171	22,89
31 bis 35	196	24,84	200	23,53	166	22,22
36 + mehr	149	18,88	142	16,71	122	16,33
Summe	789	100,00	850	100,00	747	100,00

Die Altersstruktur der beratenen Frauen in der Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Partnerprobleme und Lebenskrisen zeigt, dass der Anteil der unter 20-Jährigen und der 20- bis 25-jährigen Frauen zugenommen hat, während der Anteil der älteren Gruppen abgenommen hat. 1999 waren die 25- bis 35-Jährigen die am stärksten vertretene Altersgruppe, 2000 waren es die 20- bis 30-Jährigen und 2001 die Gruppe der 20- bis 25-jährigen Frauen. Die Angaben zu den Schwangerschaftsabbrüchen beziehen sich zwar auf frühere Jahre, zeigen aber auch einen Anstieg bei den unter 25-Jährigen.

19. Tab.: Familienstand der in der Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Partnerprobleme und Lebenskrisen beratenen Frauen in den Jahren 1999 bis 2001 (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1999		2000		2001	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ledig	405	51,33	414	48,71	383	51,27
verheiratet	259	32,83	305	35,88	225	30,12
geschieden	63	7,98	60	7,06	60	8,03
verwitwet	2	0,25	3	0,35	3	0,40
getrennt	48	6,08	43	5,06	41	5,49
eheähnlich	12	1,52	25	2,94	35	4,69
Summe	789	100,00	850	100,00	747	100,00

Ungefähr 50% der beratenen Frauen der Beratungsstelle sind ledig. Der Anteil der verheirateten Frauen ist rückläufig. Dafür nimmt der Anteil der in eheähnlichen Verhältnissen lebenden Frauen zu (das Item wurde 1999 erst zur Mitte des Jahres aufgenommen).

20. Tab.: Familiäre Situation der in der Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Partnerprobleme und Lebenskrisen beratenen Frauen in den Jahren 1999 bis 2001 (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1999		2000		2001	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hausgemeinschaft mit Partner	117	14,83	158	18,59	137	18,34
Familie	242	30,67	247	29,06	229	30,66
allein mit Kind	141	17,87	128	15,06	129	17,27
allein ohne Kind	213	27,00	208	24,47	181	24,23
sonstige Hausgemeinschaft	76	9,63	109	12,82	71	9,50
Summe	789	100,00	850	100,00	747	100,00

Ungefähr 40% der beratenen Frauen leben alleine mit oder ohne Kind(er). 60% sind in eine Hausgemeinschaft eingebunden. Dabei ist nicht zu klären, wie viele der Frauen in der Kategorie „Familie“ mit bzw. ohne Partner lebten. Geht man davon aus, dass die meisten unter „Familie“ mit Partner verstehen, leben knapp 50% der beratenen Frauen mit dem Partner zusammen. Damit wäre der Anteil der in partnerschaftliche Lebensgemeinschaften eingebundenen Frauen größer als aufgrund des Familienstandes zu erwarten wäre.

21. Tab.: Kinderanzahl der in der Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Partnerprobleme und Lebenskrisen beratenen Frauen in den Jahren 1999 bis 2001 (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1999		2000		2001	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0 Kinder	377	47,78	405	47,65	378	50,60
1 Kind	168	21,29	182	21,41	168	22,49
2 Kinder	166	21,04	178	20,94	136	18,21
3 + mehr	78	9,89	85	10,00	65	8,70
Summe	789	100,00	850	100,00	747	100,00

Rund 50% der Frauen, die die Schwangerschaftskonfliktberatung aufsuchen haben keine Kinder, Tendenz steigend. Der Anteil der Frauen mit 2 und mehr Kindern nimmt dagegen ab.

22. Tab.: Berufliche Situation der in der Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Partnerprobleme und Lebenskrisen beratenen Frauen in den Jahren 1999 bis 2001 (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1999		2000		2001	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
in Ausbildung	62	7,86	74	8,71	64	8,57
Schülerin/ Studentin	82	10,39	91	10,71	100	13,39
Selbstständige	29	3,68	40	4,71	22	2,95
Arbeitnehmerin/ Vollzeit	214	27,12	218	25,65	197	26,37
Arbeitnehmerin/ Teilzeit	103	13,05	125	14,71	98	13,12
Hausfrau	219	27,76	210	24,71	193	25,84
arbeitslos	80	10,14	92	10,82	73	9,77
Summe	789	100,00	850	100,00	747	100,00

Es geben ungefähr genauso viele Frauen eine Vollzeitbeschäftigung an wie eine Hausfrauentätigkeit. Die Anteile liegen jeweils zwischen 25 und 27%. Rund 20% der Frauen sind in der Ausbildung inklusive schulische und universitäre Ausbildung. Ungefähr 13% arbeiten Teilzeit, weitere 10% sind arbeitslos und rund 4% geben Selbstständigkeit an. Die Zahlen sind relativ konstant über die Jahre. Im Jahr 2001 lag der Anteil der Schülerinnen und Studentinnen 3% über dem der Vorjahre. Schließt man die Frauen, die eine Ausbildung machen, mit ein, gehen rund 64,5% der beratenen Frauen einer beruflichen Tätigkeit nach.

Insgesamt zeigt sich eine Zunahme jüngerer Frauen (bis 25 Jahre), die die Beratungsstelle aufsuchen. Im Jahr 2001 waren dies knapp 40%. Rund die Hälfte der beratenen Frauen ist ledig und hat keine Kinder, ungefähr genauso viele leben mit einem Partner zusammen. 40% der Frauen leben alleine. 20% der Ratsuchenden befinden sich noch in der Ausbildung. Die Mehrheit der Frauen geht einer beruflichen Betätigung nach (mit Ausbildung über 64%). Vor diesem Hintergrund werden die Gründe der Frauen für die Beratung betrachtet.

23. Tab.: Die 8 häufigsten Gründe* (von 17 möglichen) für die Inanspruchnahme der Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Partnerprobleme und Lebenskrisen in den Jahren 1999 bis 2001 (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1999		2000		2001	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Gründe in der Partnerschaft	346	19,04	332	18,00	281	16,89
Ausbildungs- /berufliche Situation	276	15,19	331	17,95	312	18,75
finanzielle & wirtschaftliche Gründe	215	11,83	220	11,93	215	12,92
abgeschlossene Familienplanung	163	8,97	193	10,47	147	8,83
psychische Belastung	185	10,18	110	5,97	94	5,65
persönliche Gründe	105	5,78	132	7,16	141	8,47
Angst, allein erziehend zu sein	124	6,82	107	5,80	101	6,07
Altersgründe	110	6,05	105	5,69	100	6,01

*Mehrfachnennungen möglich

Die 3 am häufigsten genannten Gründe für Schwangerschaftskonflikte sind 1) Partnerschaft, 2) Ausbildungs- und berufliche Situation und 3) finanzielle und wirtschaftliche Gründe. Die Angaben schließen sich natürlich untereinander nicht aus. So tragen unsichere Partnerschaftsverhältnisse und Ausbildung auch zur wirtschaftlichen und finanziellen Situation bei. Gründe in der Partnerschaft sind zwar der häufigste genannte Grund, er wird in den letzten Jahren jedoch weniger genannt, während die Ausbildungssituation verstärkt angegeben wird. Psychische Belastung wird seltener angegeben, häufiger dafür persönliche Gründe. Die beiden Aussagen sind jedoch inhaltlich schwer zu trennen. Ein weiterer häufig genannter Grund ist die abgeschlossene Familienplanung, dies trifft wahrscheinlich eher als Grund für die über 30-Jährigen zu. Auch die Angst allein erziehend zu sein, spielt bei dem Konflikt eine Rolle, bei den Altersgründen ist nicht klar, wie viele davon auf die Einschätzung „zu jung“ bzw. „zu alt“ zurückzuführen sind.

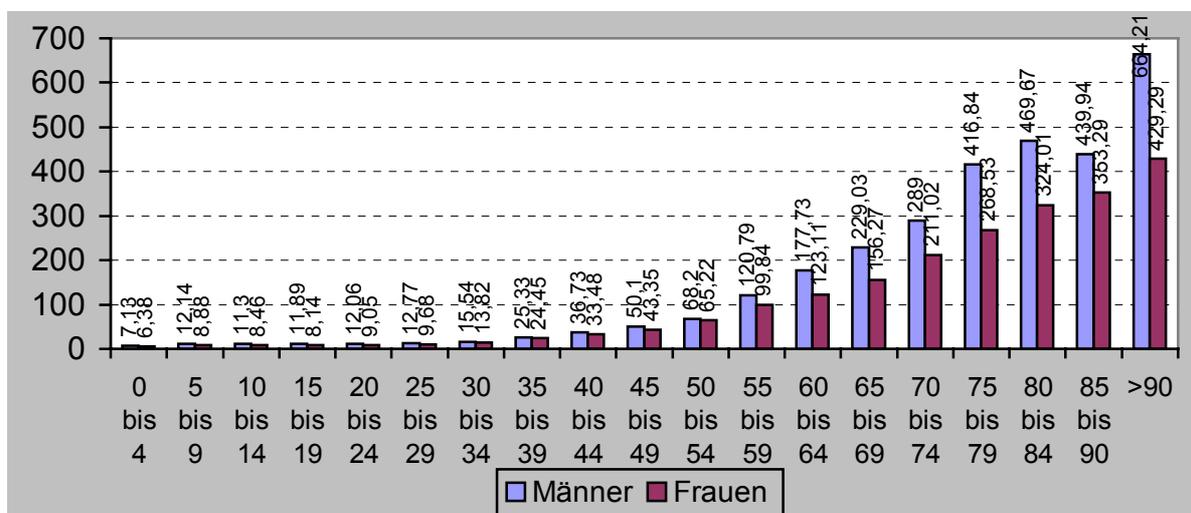
Zusammenfassung Schwerbehindertenausweise

Die Zahl der Schwerbehinderten steigt über die Altersgruppen stetig an. Bei Männern liegt die Rate der Schwerbehinderten über der der Frauen. Die häufigste Ursache der Schwerbehinderung sind allgemeine Krankheiten. Durch den Anstieg der Altenbevölkerung, die längere Lebenserwartung und die bessere medizinische Versorgung ist mit einem Anstieg der (zumeist chronischen) Alterserkrankungen zu rechnen. Demgegenüber nehmen andere Ursachen deutlich ab, zuvorderst Kriegs- und Wehrdienstschädigungen (da diese Gruppe wahrscheinlich aufgrund ihres Alters bereits verstorben ist). Verbesserungen in der Schwangerenvorsorge, der Arbeitsmedizin und Aufklärung in diesen Bereichen sowie entsprechende Maßnahmen im Straßenverkehr (z.B. Senkung der Promillegrenze, stärkere Verfolgung von Verkehrssündern) kommen als Erklärung für den allgemeinen Rückgang spezieller Behinderungsursachen in Frage. Bei den Verkehrsunfällen als Ursache der Schwerbehinderung hat sich zwar die Anzahl verringert, aber nicht das Geschlechterverhältnis von 3 Männern zu 2 Frauen. Die Ursache für schwere Behinderungen hat sich von den Folgen äußerer Einwirkungen – wie kriegsbedingte Schäden, Unfälle etc. – auf die Folgen allgemeiner Erkrankungen des Alters hin verlagert. Die gesundheitliche Versorgung muss damit verstärkt auf die Bedürfnisse dieses Klientels, das eine kontinuierliche Betreuung braucht, ausgerichtet sein.

5.3. Inanspruchnahme von Leistungen bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen

5.3.1. Schwerbehindertenausweise

Das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik erstellt alle zwei Jahre eine Statistik der Schwerbehinderten. Als Schwerbehinderter gilt danach, wer einen Antrag bei dem zuständigen Versorgungsamt stellt und einen Grad der Behinderung von mindestens 50 anerkannt bekommt. In die Statistik fließen somit das Antragsverhalten der Betroffenen sowie die Praxis der Versorgungsämter mit ein. Zahlen dazu, wie viele Ausweisberechtigte auch einen entsprechenden Antrag stellen und wie viele davon bewilligt werden, liegen nicht vor. Folgende Faktoren beeinflussen die Statistik: Die Antragsberechtigten müssen von den ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten wissen. Gerade alte und allein stehende Menschen mit chronischen Erkrankungen müssen darüber hinaus auch in der Lage sein, einen entsprechenden Antrag zu stellen. Eltern schwerbehinderter Kinder stellen vielleicht aus Sorge um Stigmatisierung keinen Antrag. Die Faktoren für die Anerkennung eines bestimmten Schwerbehindertengrades seitens des Versorgungsamtes können sich im Laufe der Jahre ändern. Ebenso variieren die Vergünstigungen durch den Schwerbehindertenausweis. Die Möglichkeit, sich aufgrund eines Schwerbehindertenausweises bereits mit 60 Jahren berenteten zu lassen, besteht heute nicht mehr. Die tatsächliche Anzahl der Schwerbehinderten ist somit aufgrund der Statistik nicht verlässlich ermittelbar. Die Daten dienen aber einer Einschätzung der Altersverteilung Schwerbehinderter und der Verteilung der Behinderungsursachen.



63. Abb.: Anzahl Schwerbehinderter je 1000 Einwohner getrennt nach Alter und Geschlecht in Düsseldorf, 1999 (Quelle: LÖGD auf der Grundlage der Schwerbehindertenstatistik des LDS).

Insgesamt hatten im Jahr 1999 47.477 Personen einen gültigen Schwerbehindertenausweis. Die alters- und geschlechtsspezifischen Raten verdeutlichen, dass die Zahl der Schwerbehinderten, die einen Ausweis führen, besonders in den hohen Altersgruppen groß ist. 58% der Inhaber eines Schwerbehindertenausweises sind 65 Jahre und älter, der Anteil der über 75-Jährigen macht noch 33% aus. Sowohl Männer als auch Frauen sind in höherem Alter häufiger betroffen, allerdings liegen die Raten bei den Männern ab 55 Jahren auf einem höheren Niveau.

24. Tab.: Anzahl der Schwerbehinderten mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 und einem gültigen Schwerbehindertenausweis in Düsseldorf im Jahr 1993 und 1999 getrennt nach Ursache der schwersten Behinderung (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 1995 und 2000).

	1993				1999			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
angeborene Behinderung	842	3,23	832	2,93	613	2,74	562	2,24
Arbeitsunfall, Berufskrankheit	363	1,39	57	0,20	213	0,95	40	0,16
Verkehrsunfall	159	0,61	104	0,37	93	0,42	64	0,26
Häuslicher Unfall	41	0,16	60	0,21	28	0,12	28	0,11
Sons. n.n. bez. Unfall	174	0,67	96	0,34	100	0,45	51	0,20
Anerkannte Kriegs-, Wehr- oder Zivildienstbeschädigung	1.740	6,68	105	0,37	628	2,80	47	0,19
Allgemeine Krankheit	22.546	86,60	26.981	94,98	20.664	92,25	24.217	96,57
Sons., mehrere oder ungenügend bez. Ursachen	169	0,65	173	0,61	62	0,28	67	0,27
Σ	26.034	100	28.408	100	22.401	100	25.076	100

Der größte Anteil von Behinderungen geht auf allgemeine Krankheiten zurück. Deren Anteil an allen Behinderungen ist als einziger zwischen 1993 und 1999 gestiegen. Waren es 1993 noch 91% der Behinderungen, stieg der Prozentsatz im Jahr 1999 auf 94,5%. Der Zuwachs ist bei den Männern größer als bei den Frauen. Dies ist hauptsächlich auf die rückläufige Zahl der Schwerbehinderungen aufgrund von Kriegs-, Wehr- oder Zivildienstverletzungen bei Männern zurückzuführen. Bei Männern sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten deutlich häufigere Behinderungsursachen als bei Frauen, auch Verkehrsunfälle sind bei Männern häufigere Ursache. Bei Frauen sind allgemeine Krankheiten häufigere Ursache als bei Männern, wobei hier die Daten nicht nach Alter bereinigt sind, so dass die längere Lebenserwartung der Frauen mit in die Ergebnisse eingeht. Häusliche Unfälle unterschieden sich im Jahr 1999 nicht mehr zwischen Männern und Frauen.

Die Zahl der Inhaber eines Schwerbehindertenausweises ist in dem oben abgebildeten Zeitraum von 54.442 auf 47.477 zurückgegangen. Da der größte Anteil der Schwerbehinderten in der Altenbevölkerung zu finden ist, und die allgemeinen Krankheiten die häufigste Behinderungsursache ausmachen, ist allerdings eher mit einem Anstieg der Schwerbehinderten zu rechnen. Denn die Altenbevölkerung nimmt insgesamt zu. 1993 waren 98.206 Einwohner Düsseldorf's 65 Jahre und älter, 1999 99.195 (Vgl. auch Kapitel „Allgemeine Bevölkerungsentwicklung“). Im Jahr 2000 waren es bereits 100.902. Die Ursachen für die zunehmende Überalterung der Bevölkerung sind vielfältig (vgl. Statistisches Bundesamt, 2000, Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050). Die Geburtenzahlen in der Bundesrepublik sind bis Mitte der 70er-Jahre zurückgegangen und haben seither nicht mehr das „Reproduktionsniveau“ erreicht. Auch wenn durch die zahlenmäßig starken Jahrgänge mehr Kinder insgesamt geboren werden reicht die Zahl nicht aus, um die Bevölkerung zu erhalten. Die geburtenstarken Jahrgänge der 60er-Jahre werden in ca. 30 Jahren die Altenbevölkerung vergrößern, ohne dass entsprechend stark besetzte „junge“ Jahrgänge nachrücken. Die durchschnittliche Lebenserwartung hat sich seit den 70er-Jahren um 7 Jahre erhöht. Selbst die Lebenserwartung der 60-Jährigen ist seit 1970 noch um 4 Jahre gestiegen, die der 85-Jährigen um 1 Jahr.

25. Tab.: Geschlechtsspezifische mittlere Lebenserwartung in Nordrhein-Westfalen im Jahr 1970/72 und 1996/98 im Vergleich, getrennt nach Geschlecht und verschiedenen Altersstufen (Quelle: LÖGD, Indikator 03_07_98).

Alter	1970/72		1996/98	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
0	66,89	73,46	74,01	80,27
60	14,77	18,88	18,48	23,08
85	3,95	4,38	5,01	5,93

Die Zahl chronischer Erkrankungen nimmt mit dem Alter zu (Vgl. Kapitel „Chronische Krankheiten“). Durch den Anstieg der Altenbevölkerung und die steigende Lebenserwartung ist langfristig mit mehr Alterserkrankungen, die häufig die Ursache der Schwerbehinderung darstellen, zu rechnen.

Die Entwicklungen, die eine eher steigende Zahl von Schwerbehinderten erwarten lässt, wirkt sich auch auf die zukünftig zu erwartende Zahl der Leistungsbezieher der Pflegeversicherung aus, auf die das nächste Kapitel eingeht.

Zusammenfassung Pflegeversicherung

Daten zur Anzahl der Leistungsbezieher der Pflegeversicherung liegen nicht vor. Im Jahr 1999 wurden in Düsseldorf 3.605 Gutachten für die Pflegeversicherung erstellt. 2/3 davon waren Frauen. Bei den altersspezifischen Raten wird deutlich, dass der Bedarf an der Pflege mit dem Alter dramatisch zunimmt. Rechnet man die unterschiedliche Altersverteilung heraus, beantragen mehr Männer Leistungen der Pflegeversicherung als Frauen. Es ist unklar, ob dies auf eine bessere Gesundheit der Frauen oder auf eine geringere Inanspruchnahme der Leistungen zurückzuführen ist. Im höheren Alter sind die Raten allerdings relativ ausgeglichen. Ab ungefähr 55 Jahren verdoppelt sich nahezu die Rate der Leistungsempfängerinnen im 5-Jahresabstand. Bei den Männern ist der Zuwachs nicht so hoch, dafür stellen aber mehr Männer bereits im jüngeren Alter (ab 50 Jahren) einen Antrag als Frauen. Ebenfalls mit dem Alter steigt der Anteil der Leistungen für die stationäre Pflege und damit auch für die kostenintensiveren Pflegestufen. Durch die steigende Überalterung der Gesellschaft und die Zunahme chronischer Krankheiten (vgl. Kapitel „Bevölkerungsentwicklung“, „Chronische Krankheiten“, „Schwerbehindertenausweise“) wird auch die Zahl alter Menschen mit hohem Pflegebedarf steigen. Eine besondere Herausforderung stellt dabei die Versorgung der allein lebenden alten Menschen dar, die keine Unterstützung durch pflegende Angehörige haben und die Versorgung psychisch kranker alter Menschen.

5.3.2. Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz

Seit 1995 gibt es das „Pflegeversicherungsgesetz“ zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Seit 1995 gilt das Gesetz für die ambulante Pflege und seit 1996 auch für die stationäre Pflege.

Pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§§ 14 und 15) der Hilfe bedürfen. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen beziehen sich auf den Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Für die Gewährung von Leistungen werden pflegebedürftige Personen einer der drei Pflegestufen zugeordnet:

- 1.) Pflegebedürftige der Stufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- 2.) Pflegebedürftige der Stufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- 3.) Pflegebedürftige der Stufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Die Zuordnung zu einer Pflegestufe wird nach schriftlicher Antragstellung durch den Medizinischen Dienst der Kranken- und Pflegekassen (MDK) geleistet.

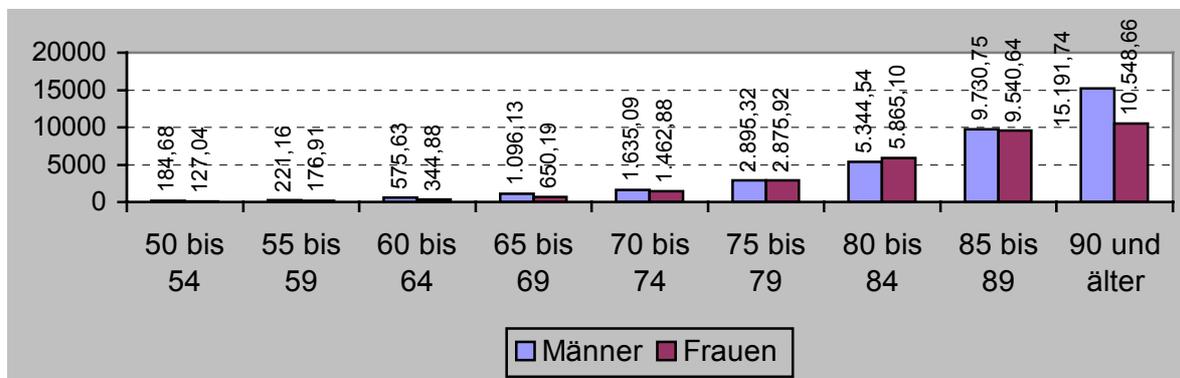
Etwa 85% der Bevölkerung sind in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert. Für die privat Versicherten liegen keine Angaben vor.

Die Zahl der Versicherten, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen ist schwer zu ermitteln, da die Daten nach der Zahl der Begutachtungen ausgewertet werden und nicht nach der Anzahl der Personen. Deshalb wird hier auf die Zahl der Erstgutachten im Jahr 1999 zurückgegriffen. Doppelzählungen einer Person aufgrund wiederholter Begutachtung im Berichtsjahr sind nicht enthalten. Eine Bestandsschätzung ist aber trotzdem nicht möglich, da Personen, die schon seit längerer Zeit Leistungen der Pflegeversicherung beziehen und im Berichtsjahr keinen Änderungsantrag gestellt haben, nicht berücksichtigt werden. Die Zahl der tatsächlichen Leistungsempfänger ist also höher. Die Zahl der Erstbegutachtungen lässt allerdings einen Vergleich der verschiedenen Pflegestufen und damit deren Bedeutung sowie nach Alter, Geschlecht und Region zu.

Im Jahr 1999 wurden in Düsseldorf insgesamt 3.605 Erstgutachten erstellt. Insgesamt entspricht dies einer altersstandardisierten Rate (Europabevölkerung neu) von 463,58 Begutachtungen je 100.000 Einwohner. Dieser Wert liegt über der Rate in Gesamt-Nordrhein-Westfalen mit 450,28 Begutachtungen. Düsseldorf ist vergleichbar mit Duisburg (462,94) und Köln (463,97), die unmittelbare Umgebung Kreis Mettmann (452,25) und Kreis Neuss

(456,76) liegt darunter. Deutlich höher ist die Zahl der Erstgutachten im weiter linksrheinischen Gebiet (Mönchengladbach 593,65; Krefeld 594,88, Kreis Viersen 592,82).

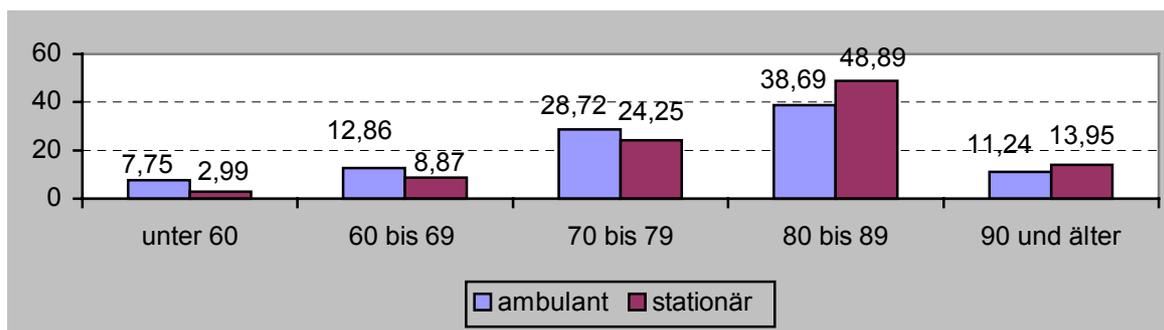
1.213 der Antragsteller sind Männer und 2.392 Frauen. Dieses Ungleichgewicht ist auf die höhere Lebenserwartung der Frauen zurückzuführen.



64. Abb.: Erstgutachten für die Pflegeversicherung je 100.000 Einwohner 1999 in Düsseldorf für Männer und Frauen getrennt (Quelle: LÖGD auf der Grundlage der MDK Daten).

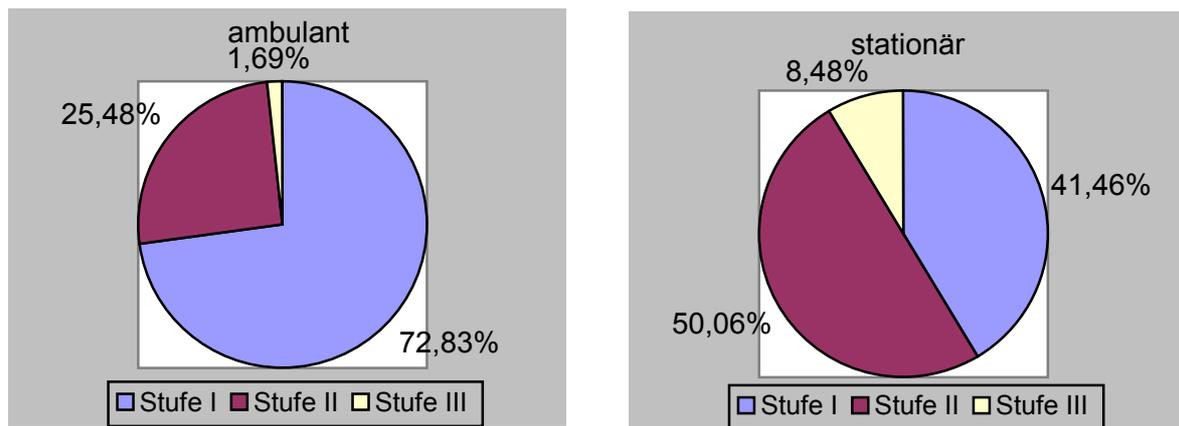
Bezieht man die Anzahl der Anträge auf die Zahl der Personen in der jeweiligen Altersgruppe, werden bei den 50- bis 70-Jährigen mehr Erstgutachten von Männern als von Frauen gestellt. Danach ist das Verhältnis ausgeglichener. Bei den Hochaltrigen überwiegen wiederum die Männer.

Absolut gesehen beziehen natürlich mehr Frauen Leistungen der Pflegeversicherung als Männer. Von den Erstanträgen der Frauen sind 1999 in 76,51% der Fälle Leistungen zur ambulanten Pflege bewilligt worden, 23,49% fallen auf die stationäre Pflege. Bei den Männern beträgt der Anteil der ambulanten Pflege 83,10% und der Anteil der stationären Pflege 16,90%. Das ist dadurch zu erklären, dass mehr hochaltrige Frauen als Männer Anträge stellen und mit zunehmendem Alter der Bedarf an vollstationärer Pflege steigt.



65. Abb.: Prozentualer Anteil* der Altersgruppen an den Erstgutachten zur Pflegeversicherung in Düsseldorf 1999, getrennt nach ambulant und stationär (Quelle: LÖGD auf der Grundlage der MDK Daten) *die Werte addieren sich nicht ganz zu 100, da einzelne Werte aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht aufgeführt worden sind.

Bei den unter 80-Jährigen ist der Anteil an Leistungen zur ambulanten Pflege höher als der Anteil der Leistungen zur stationären Pflege. Bei den über 80-Jährigen steigt der Anteil der Leistungen für stationäre Pflege.



66. Abb.: Prozentualer Anteil der Pflegestufen an den Erstgutachten in Düsseldorf 1999, getrennt nach ambulant und stationär (Quelle: LÖGD auf der Grundlage der MDK Daten).

Von den 3.605 Erstgutachten sind 2.838-mal Leistungen der ambulanten Pflege bewilligt worden. 3/4 davon machen Leistungen der Pflegestufe I aus. Das andere Viertel besteht fast ausschließlich aus der Pflegestufe II. In 767 Fällen sind Leistungen zur stationären Pflege bewilligt worden. Davon sind über die Hälfte der Pflegestufe II zugeordnet, auch die Pflegestufe III kommt mit knapp 10% vergleichsweise häufig vor.

Zusammenfassung Frührentenzugänge

Die häufigste Ursache für ein vorzeitiges krankheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Berufsleben sind Krankheiten des Skeletts, besonders der Wirbelsäule. Hier müssen geeignete Maßnahmen der Prävention greifen, sowohl was die sportliche Betätigung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer angeht, als auch in Bezug auf die ergonomische Ausstattung der Arbeitsplätze.

Bereits an zweiter Stelle bilden psychiatrische Erkrankungen den wichtigsten Grund für die Beendigung der Berufstätigkeit.

In Düsseldorf sind die Raten der Frühberentungen aufgrund bösartiger Neubildungen der Atmungsorgane und zerebrovaskulärer Erkrankungen höher als im Land Nordrhein-Westfalen und in anderen Städten. Dies gilt für Männer und Frauen.

5.3.3. Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Einen speziellen Hinweis darauf, welche chronischen Erkrankungen im erwerbsfähigen Alter eine Rolle spielen, gibt die Statistik der Frührentenzugänge. Frührenten beinhalten Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die Erwerbsfähigkeit unter 50% einer Person mit vergleichbarer Ausbildung liegt, Erwerbsunfähigkeit bedeutet, dass eine Person nicht in der Lage ist regelmäßig einer Beschäftigung nachzugehen oder mehr als ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße zu verdienen.

Die Zuordnung der Rentner zum Wohnort ist nicht genau, da auch Zuordnungen aufgrund des Aufenthaltsortes und dem Sitz der Rentenversicherung möglich sind.

26. Tab.: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbstätigkeit je 100.000 Versicherte der GRV für die häufigsten Diagnosen* für Düsseldorf und NRW 1999, getrennt nach Geschlecht (Quelle: LÖGD auf der Grundlage der VDR Daten).

Rentenzugänge	ICD-9	Männer		Frauen		gesamt	
		Dssd	NRW	Dssd	NRW	Dssd	NRW
bösartige Neubildungen	140-208, 230-234	88,59	68,02	55,82	59,29	73,16	64,08
➤ der Verdauungsorgane und des Bauchfells	150-159	23,05	17,45	8,09	8,98	16,00	13,64
➤ der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	160-165	28,81	18,15	9,71	5,20	19,81	12,32
➤ der weiblichen Brustdrüse	174			16,18	21,63		
➤ der Genitalorgane	179-187	4,32	4,89	4,85	7,22	4,57	5,94
Psychiatrische Erkrankungen	290-319	90,75	112,39	101,13	121,41	95,64	116,45
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	320-389	27,37	35,70	25,08	30,32	26,29	33,28
Krankheiten des Kreislaufsystems	390-459	117,40	133,99	38,02	42,32	80,01	92,69
➤ Ischämische Herzkrankheiten	410-414	41,77	44,67	8,09	7,59	25,91	27,96
➤ Zerebrovaskuläre Krankheiten	430-438	36,73	30,43	15,37	13,13	26,67	22,64
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	710-739	121,72	187,58	76,05	100,18	100,21	148,21
➤ Dorsopathien	720-724	79,22	130,02	47,73	57,10	64,39	97,17

*Einige Diagnosen sind in übergeordneten Kategorien enthalten, dies ist durch die ICD Nr. ersichtlich.

Die Tabelle gibt die häufigsten Diagnosen für das vorzeitige Austreten aus dem Berufsleben wieder. Im Land Nordrhein-Westfalen und in Düsseldorf sind das Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, psychiatrische Erkrankungen, Krankheiten des Kreislaufsystems und an vierter Stelle bösartige Neubildungen. Das gibt nicht die Reihenfolge der chronischen Erkrankungen insgesamt wieder, sondern nur der im erwerbsfähigen Alter. Bei den Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes fallen vor allem die Dorsopathien ins Gewicht.

Der Vergleich der rohen Raten (ohne Altersstandardisierung, deshalb sind die Unterschiede hier mit Vorsicht zu interpretieren) zeigt, dass die Rentenzugänge bei den häufigsten Diagnosen meistens unterhalb der Werte des Landes Nordrhein-Westfalen liegen, eine Ausnahme bilden die Rentenzugänge aufgrund bösartiger Neubildungen insgesamt sowie bei den bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane, aber auch der Verdauungsorgane. Beim Vergleich der

Geschlechter zeigt sich weiterhin, dass besonders bei den Männern höhere Raten der Rentenzugänge in Düsseldorf im Vergleich zum Land sichtbar werden, bei den bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane liegen auch die Frauen über dem Landeswert. Auch im Vergleich zu umliegenden Städten (Duisburg, Viersen, Mönchengladbach, Köln und Dortmund) ist die Rate der Frühberentungen aufgrund von Krebserkrankungen der Verdauungs- und der Atmungsorgane (hier auch bei den Frauen) hoch.

Gleichermaßen liegen die Rentenzugänge wegen zerebrovaskulären Erkrankungen in Düsseldorf über dem Vergleichswert von NRW und anderen Städten.

Während Männer häufiger wegen somatischer Erkrankungen aus dem Berufsleben ausscheiden als Frauen, werden diese häufiger als Männer aufgrund psychiatrischer Erkrankungen berentet.

Zusammenfassung Ressourcen im Gesundheitswesen

In Düsseldorf gibt es rund 1.300 niedergelassene Ärzte, allein 236 praktische Ärzte, 219 Internisten, 117 Frauenärzte und 184 ärztliche Psychotherapeuten. In der Regel ist eine mehr als 100%ige Bedarfsdeckung erreicht. Die Apothekendichte ist höher als im Umland. 13 Allgemeinkrankenhäuser und 3 psychiatrische und neurologische Fachkrankenhäuser sichern die stationäre Versorgung. Das Rettungswesen wird in Düsseldorf durch die Berufsfeuerwehr, den Arbeiter- und Samariterbund, das Deutsche Rote Kreuz, die Johanniter-Unfall-Hilfe und den Malteser-Hilfs-Dienst geleistet. Zur Zeit werden 12 Rettungswachenstandorte und 3 Notarztstandorte vorgehalten.

Daneben gibt es 47 Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe, 8 Tages- und Nachtpflegeheime, 20 Wohnheime für behinderte Volljährige und ca. 120 ambulante Pflegedienste. Im Jahr 2000 waren weiterhin 10 niedergelassene Ergotherapeuten, 25 Logopäden, 68 Massagepraxen, 120 Physiotherapeuten, 340 Heilpraktiker, 86 selbstständige Hebammen und 36 approbierte psychologische Psychotherapeuten gemeldet.

Es besteht ein Angebot von ungefähr 1.800 Ausbildungsplätzen für Heilberufe, darunter alleine 825 Krankenpflegeplätze. Ca. 140 Selbsthilfegruppen arbeiten mit dem Selbsthilfe-Service-Büro des Gesundheitsamtes zusammen.

6. Ressourcen im Gesundheitswesen in Düsseldorf

6.1. Ambulante Versorgung

6.1.1. Niedergelassene Ärzte und Apotheken

Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Ärzte in den einzelnen Stadtbezirken. Die meisten niedergelassenen Ärzte befinden sich im Zentrum der Stadt, in Bilk und umliegenden Stadtteilen (Stadtbezirk 3), in Stadtbezirk 9 (Düsseldorfer Süden) und in Flingern (Stadtbezirk 2). In Flingern und Düsseltal sind vermutlich auch aufgrund der Stadtnähe noch viele niedergelassene Ärzte zu finden. An fünfter und sechster Stelle in der Dichte der Ärzte stehen die linksrheinischen Stadtteile (Stadtbezirk 4) und der Bereich von Grafenberg über Gerresheim bis Hubbelrath (Stadtbezirk 7).

Die Stadtbezirke 3 und 9 bilden die bevölkerungsstärksten, an dritter Stelle steht die Innenstadt. Von der Anzahl der Einwohner sind anschließend die Stadtteile um Eller (Stadtbezirk 8) und um Rath (Stadtbezirk 6) am größten, als Nächstes folgt Flingern. An den letzten Plätzen stehen sowohl in der Rangfolge der Anzahl niedergelassener Ärzte als auch in der Bevölkerungszahl der Stadtbezirk 5 (Düsseldorfer Norden) und 10 (Düsseldorfer Süden).

27. Tab.: Anzahl der (zu allen Kassen) zugelassenen Ärzte sowie der Apotheken in Düsseldorf im Jahr 2000 getrennt nach Stadtbezirken* (Quelle: Amt für Statistik und Wahlen).

	Stadtbezirke										Σ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Praktische und Allgemeinärzte	54	22	41	18	5	25	16	26	24	5	236
Anästhesisten	18	8	5	2	2	2	6		4		47
Augenärzte	17	3	12	5	3	2	3	3	10	1	59
Chirurgen	12	5	6	4	4	2	3	3	8	1	48
Frauenärzte	37	13	21	6	5	6	9	5	13	2	117
Hals, Nasen- Ohrenärzte	18	4	5	5	2	2	2	2	5		45
Hautärzte	10	3	7	2	1	1	1	1	6	2	34
Internisten	57	28	39	13	11	14	12	12	28	5	219
Kinderärzte	3	6	8	4	3	5	5	4	8	3	49
Kinder- und Jugendpsychiater	7	1	7	2	3		1	1	2		24
Laboratoriumsmediziner	8		5						1		14
Lungenärzte	1	1	1		1				1		5
Ärzte für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	9	1	1						1		12
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater	25	3	7	8	1	1	3	2	8	3	61
Neurochirurgen	1										1
Orthopäden	18	3	8	3	5	4	4	4	8	1	58
Pathologen			5				1				6
ärztl. Psychotherapeuten	59	22	23	23	11	4	19	5	17	1	184
Radiologen	4	7	7	6	1		3	3	2		33
Urologen	13	1	4	2	1	1	1	2	2		27
Ärzte zusammen	371	131	212	103	59	69	89	73	148	24	1.279
Zahnärzte	136	49	72	26	18	27	23	24	50	10	435
Zahnärzte für Kieferorthopädie	8	3	2	2	1	1	1	1	4		23
Apotheken	45	20	35	13	8	13	12	14	24	7	191

*Stadtbezirk 1: Altstadt, Karlstadt, Stadtmitte, Pempelfort, Derendorf, Golzheim Stadtbezirk 2: Flingern Süd, Flingern Nord, Düsseltal Stadtbezirk 3: Friedrichstadt, Unterbilk, Hafen, Hamm, Volmerswerth, Bilk, Oberbilk, Flehe Stadtbezirk 4: Oberkassel, Heerdt, Lörick, Niederkassel Stadtbezirk 5: Stockum, Lohausen, Kaiserswerth, Wittlaer, Angermund, Kalkum Stadtbezirk 6: Lichtenbroich, Unterrath, Rath, Mörnsbroich Stadtbezirk 7: Ger

resheim, Grafenberg, Ludenberg, Hubbelrath **Stadtbezirk 8:** Lierenfeld, Eller, Vennhausen, Unterbach **Stadtbezirk 9:** Wersten, Himmelgeist, Holthausen, Reisholz, Benrath, Urdenbach, Itter, Hassels **Stadtbezirk 10:** Garath, Hellerhof

Demnach stimmt die Verteilung der Zahl niedergelassener Ärzte am oberen und unteren Ende der Rangfolge mit der Bevölkerungsdichte überein, im Mittelfeld sind relativ zur Einwohnerzahl mehr Ärzte in sozial besser gestellten, aber niedriger besiedelten Stadtteilen zu finden (Oberkassel, Gerresheim) als in den mittleren und stärker besiedelten Stadtteilen (Eller, Rath/Unterrath).

Die am stärksten vertretenen Gruppen sind die Zahnärzte, Allgemeinmediziner und die Internisten, gefolgt von den ärztlichen Psychotherapeuten und den Frauenärzten. Gemäß der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein besteht zum 31.12.2000 bei den meisten Fachrichtungen eine Überversorgung. Die meisten Fachbereiche sind gesperrt, lediglich bei den Hausärzten (13), Nervenärzten (3) und Radiologen (1) sind noch Vertragsarztsitze möglich, obwohl auch hier schon eine 100%ige Versorgung gegeben ist. Eine Überversorgung besteht insbesondere bei den Anästhesisten (186%), aber auch bei den Chirurgen (141,8%), den fachärztlich tätigen Internisten (138%), den Frauenärzten (133,6%), auch HNO Ärzte (129%) und Augenärzte (127,3%) sind in hoher Zahl vorhanden.

Die Verteilung der Apotheken folgt ebenfalls der Einwohnerzahl. Die Apothekendichte ist in Düsseldorf im Vergleich zum Umland hoch. Nach Auskunft der Apothekerkammer (Stand April 2000) kommen in Düsseldorf auf eine Apotheke 2.979 Einwohner. Im Vergleich dazu sind es in Köln 3.363, in Mönchengladbach 3.465, in Krefeld 3.770, in Neuss 4.025, in Viersen 4.160 und in Mettmann 4.565 Einwohner.

6.1.2. Nichtärztliche Praxen

Im Jahr 2000 waren 10 niedergelassene Ergotherapeuten in Düsseldorf gemeldet, 25 Logopäden, 68 Massagepraxen, 120 Physiotherapeuten und 340 Heilpraktiker. Weiterhin sind zur Zeit 86 Hebammen selbstständig tätig und 36 approbierte psychologische Psychotherapeuten gemeldet. Die Meldungen sind allerdings nicht so zuverlässig wie die der niedergelassenen Ärzte.

6.2. Stationäre Versorgung

6.2.1. Krankenhäuser

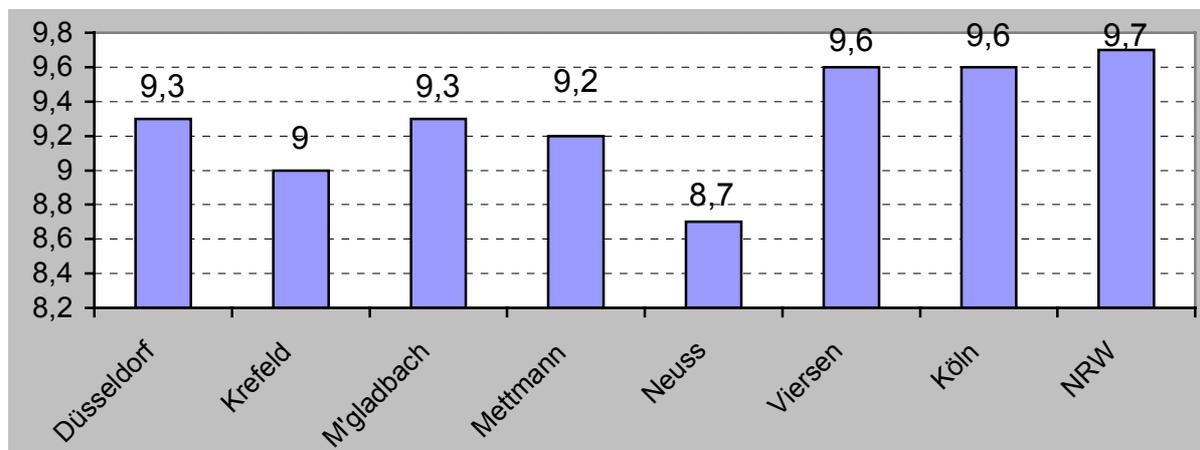
In Düsseldorf gibt es 13 Allgemeinkrankenhäuser. Das sind alle vollstationären Einrichtungen, in denen nicht ausschließlich psychiatrische und/oder neurologische Patient(inn)en behandelt werden. Daneben gibt es 3 unter „sonstige“ kategorisierte Krankenhäuser, die auf psychiatrische und neurologische Behandlung spezialisiert sind oder teilstationäre Versorgung bieten. Nichtpsychiatrische Sonderkrankenhäuser sind das Diabetes-Forschungsinstitut und das Neurologische Therapiezentrum. Außerdem gibt es eine Reihe von Privatkliniken.

28. Tab.: Kapazität und Nutzung der Düsseldorfer Allgemeinkrankenhäuser in den Jahren 1990 bis 2000 (Quelle: Amt für Statistik und Wahlen).

Jahr	Anzahl ¹	Planbetten ¹	aufgestellte Betten ¹	stationär behandelte Kranke	Pflegetage	Verweildauer ²	Bettennutzung in % ³
1990	14	6.156	6.234	141.272	1.936.695	13,7	85,1
1991	13	5.473	5.521	138.350	1.702.607	12,3	84,5
1992	13	5.515	5.563	141.062	1.675.659	11,9	82,3
1993	13	5.509	5.557	141.870	1.636.994	11,5	80,7
1994	13	5.459	5.503	143.607	1.603.205	11,2	79,8
1995	12	5.599	5.431	146.771	1.571.200	10,7	79,3
1996	13	6.139	5.920	151.346	1.697.429	11,2	78,3
1997	12	5.503	5.324	148.430	1.527.881	10,3	78,6
1998	12	5.274	5.177	152.914	1.536.145	10,0	81,3
1999	13	5.271	5.197	153.928	1.502.494	9,8	79,2
2000	13	5.265	5.182	157.058	1.457.003	9,3	76,8

¹Jahresdurchschnitt ²Pflegetage/stationär behandelte Kranke ³Pflegetage x 100/aufgestellte Betten x Zahl der Tage im Jahr

In den letzten 10 Jahren ist die Bettenzahl reduziert worden, während die Anzahl stationär behandelter Patient(inn)en zugenommen hat. Die durchschnittliche Verweildauer ist damit von 13,7 Tagen im Jahr 1990 auf 9,3 im Jahr 2000 gesunken. Gleichzeitig ist die prozentuale Bettennutzung um fast 10% gesunken.



67. Abb.: Durchschnittliche Verweildauer in Allgemeinkrankenhäusern in Düsseldorf und umliegenden Städten sowie dem Land im Jahr 2000 (Quelle: Amt für Statistik und Wahlen).

Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus ist in Düsseldorf genauso hoch wie im Umland. In Neuss liegt die durchschnittliche Verweildauer einen Tag unter dem Landesdurchschnitt.

Die Bettennutzung ist ebenfalls fast überall gleich hoch, in Düsseldorf, Mettmann, Krefeld, Viersen und Köln beträgt die prozentuale Nutzung (in gleicher Reihenfolge der Städte) 76,8%, 76,3%, 76,7%, 76,1% und 76,1%. In Mönchengladbach und Neuss ist sie etwas höher (79,7% und 77,2%), der Landdurchschnitt liegt bei 79,8%.

Die Verweildauer in sonstigen Krankenhäusern beträgt für Düsseldorf 33,15 Tage (Mettmann: 30,11; Köln: 32,95; NRW: 34,25) und die prozentuale Bettennutzung 86,8% (Mettmann: 89,8%, Köln: 86,3%; NRW: 87,7%).

6.2.2. Personal in den Krankenhäusern

Der Personalbestand in den allgemeinen Krankenhäusern ist relativ konstant. Die folgende Tabelle zeigt, wie viele Personen in den jeweiligen Berufsgruppen in den Krankenhäusern Düsseldorfs tätig sind.

29. Tab.: Personal in allgemeinen Krankenhäusern Düsseldorfs im Jahr 1991, 1996 und 2000
(Quelle: Amt für Statistik und Wahlen).

	1991	1996	2000
Ärztinnen und Ärzte	1.437	1.523	1.451
- hauptamtlich	1.290	1.380	1.274
Zahnärztinnen und Zahnärzte	40	43	38
Pflegepersonal	3.749	4.525	3.458
-Krankenschwestern/-pfleger	2.592	3.055	2.598
-Kinderkrankenschwester/-pfleger	455	549	401
-Krankenpflegehelfer(innen)	251	353	201
Hebammen/Entbindungspfleger	75	82	69
Apothekenpersonal	77	86	83
-Apotheker(innen)	22	22	23
Wirtschafts-/Versorgungs- und Verwaltungspersonal	1.768	1.960	1.787
Sonstiges Personal	3.472	3.910	3.310

In den meisten Berufsgruppen ist eine Steigerung der Beschäftigten mit einem Höchstwert im Jahr 1996 zu verzeichnen. Seitdem sinken die Beschäftigtenzahlen.

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte hat insgesamt etwas zugenommen, die der hauptamtlichen allerdings ist niedriger geworden. Das Pflegepersonal ist insgesamt weniger geworden, von den hier genannten hauptsächlich zu Lasten der Kinderkrankenschwestern/-pfleger und der Krankenpflegehelfer(innen). Die Zahl der Hebammen (1993 87) hat kontinuierlich abgenommen. Die Höhe des Apothekenpersonal schwankt in den Jahren stärker, bleibt aber relativ konstant. Die Entwicklung des Wirtschafts- und Verwaltungs- sowie des sonstigen Personals folgt dem allgemeinen Trend.

6.2.3. Ausbildungsstätten in den Krankenhäusern

Die Düsseldorfer Kliniken sowie einige andere Institutionen bieten eine Vielzahl von Ausbildungsmöglichkeiten in Gesundheitsberufen an.

Im Jahr 2000 bekamen 303 Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern und Krankenpflegehelfer, 84 Rettungsassistenten, 54 Physiotherapeuten, 30 technische Assistenten der Medizin, 27 Ergotherapeuten, 16 Logopäden, 10 Diätassistenten, 5 Orthoptisten sowie 3 Masseure und medizinische Bademeister die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung durch das Gesundheitsamt erteilt.

30. Tab.: Anzahl der Schulen und Plätze für Heilberufe in Düsseldorf (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Plätze
Ausbildungsstätten in Kliniken		
➤ Krankenpflege	9	825
➤ Krankenpflegehilfe	3 (aktuell 1)	85
➤ Kinderkrankenpflege	3	235
➤ Physiotherapie	2	128
➤ Medizinisch technische Assistenten	1	140
➤ Orthoptisten	1	9
➤ Diätassistenten	1	54
Weiterbildung in Kliniken		
➤ Weiterbildungsverbund für den Operationsdienst	2	35
➤ Weiterbildungsverbund für Intensivpflege und Anästhesie	2	120
➤ Weiterbildungsstätte für Psychiatrie	1	30
Sonstige Ausbildungsstätten		
➤ Rettungsassistenten, Rettungssanitäter, Rettungshelfer	3	61
➤ Ergotherapeuten	1	28
➤ Logopäden	1	60

6.2.4. Medizinisch-technische Großgeräte in den Krankenhäusern

Folgende Großgeräte stehen in Düsseldorfer Kliniken bereit.

31. Tab.: Anzahl der Großgeräte in Düsseldorfer Kliniken (Quelle: Krankenhausverzeichnis der Landeshauptstadt, 2000)

Großgerät	Anzahl
Computer-Tomograph	11
Emissions-Computer-Tomograph	1
Operationsroboter „Caspar“	1
Gammakamera	7
Kernspin-Tomograph (MRT)	6
Linearbeschleuniger	5
Kobalt 60-Anlage	1
Linksherzkathetermessplätze	6
Digitale Substraktionsangiographie	6
Lithotripter	2

6.2.5. Einrichtungen der Altenhilfe und für behinderte Volljährige

Neben den Krankenhäusern der Akutversorgung gibt es eine Reihe stationärer und ambulanter Hilfen für Alte und anderweitig pflegebedürftige Personen. Es gibt insgesamt in Düsseldorf 47 Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe, 8 Tages- und Nachtpflegeheime, 20 Wohnheime für behinderte Volljährige und 33 anerkannte Altentagesstätten, 127 Altenclubs und 119 ambulante Pflegedienste. Die Tabelle zeigt, wie sich die Plätze auf die Stadtbezirke verteilen.

32. Tab.: Plätze in Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe, teilstationäre Pflegeheime, Wohnheime für behinderte Volljährige, Altentagesstätten und Altenclubs sowie ambulante Pflegedienste in Düsseldorf im Jahr 2000, getrennt nach Stadtbezirken (Quelle: Amt für Statistik und Wahlen).

	Stadtbezirke										Σ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Altenheime, Altenkrankenhilfe, Altenpflegeheime und -stationen (Betten)	679	380	530	212	435	256	508	381	824	201	4406
Altenwohnheime (Einheiten)			68	404			93		340		905
Tages- und Nachtpflegeheime (Plätze)		12	20	27			15		31	24	129
Wohnheime für behinderte Volljährige (Plätze)	88	125	37	46	83	240	99	83	95		896
Anerkannte Altentagesstätten	3	3	3	2	2	5	3	5	6	1	33
Anerkannte Altenclubs	23	7	21	9	5	11	9	16	17	9	127
Ambulante Pflegedienste	19	17	19	7	7	7	14	10	18	1	119

***Stadtbezirk 1:** Altstadt, Karlstadt, Stadtmitte, Pempelfort, Derendorf, Golzheim **Stadtbezirk 2:** Flingern Süd, Flingern Nord, Düsseltal **Stadtbezirk 3:** Friedrichstadt, Unterbilk, Hafen, Hamm, Volmerswerth, Bilk, Oberbilk, Flehe **Stadtbezirk 4:** Oberkassel, Heerdt, Lörick, Niederkassel **Stadtbezirk 5:** Stockum, Lohausen, Kaiserswerth, Wittlaer, Angermund, Kalkum **Stadtbezirk 6:** Lichtenbroich, Unterrath, Rath, Mörsenbroich **Stadtbezirk 7:** Gerresheim, Grafenberg, Ludenberg, Hubbelrath **Stadtbezirk 8:** Lierenfeld, Eller, Vennhausen, Unterbach **Stadtbezirk 9:** Wersten, Himmelgeist, Holthausen, Reisholz, Benrath, Urdenbach, Itter, Hassels **Stadtbezirk 10:** Garath, Hellerhof

Die Anzahl der über 60-Jährigen in der Stadt verteilt sich im wesentlichen genauso wie die gesamte Bevölkerung auf die Stadtbezirke (nach der absoluten Anzahl der über 60-Jährigen absteigend sortiert: Stadtbezirke 3,9,1,6,8,2,7,4,5 und 10).

Tages- und Nachtpflegeheime gibt es im Stadtbezirk 9 31 (Wersten/Holthausen und umliegende Stadtteile), in Oberkassel und Lörick 27 und in Garath 24. Erst an vierter Stelle folgt der Stadtbezirk 3 mit 20 Plätzen. In diesem Stadtbezirk sind vergleichsweise wenige Tages- und Nachtpflegeplätze zu finden. In der Innenstadt (Stadtbezirk 1), in Rath und umliegenden Gebieten (Stadtbezirk 6) sowie in und um Eller (Stadtbezirk 8) werden gar keine Plätze vorgehalten. Hier wohnen ungefähr 47.000 Menschen ab 60 Jahren.

Es gibt insgesamt 6 Altentagesstätten in den südlichen Stadtteilen (Stadtbezirk 9) und in und um Rath und Eller jeweils 5. Die Stadtbezirke 1 und 3 sind mit 3 Altentagesstätten relativ zur Anzahl der Einwohner gering bestückt. Die Zahl der Altenclubs verteilt sich auf die Stadtbezirke in etwa genauso wie die Zahl der älteren und alten Bürgerinnen und Bürger. Gleiches gilt für die ambulanten Pflegedienste. Im Stadtbezirk 6 (Rath und Umgebung) ist die Zahl der Pflegedienste gering im Vergleich zu anderen Stadtbezirken.

6.3. Rettungswesen

Die Landeshauptstadt Düsseldorf und die Landesverbände der Krankenkassen haben am 12.02.01 ein Gutachten der Organisation des städtischen Rettungsdienstes in Auftrag gegeben. Dem Gutachten (Forplan Dr. Schmiedel GmbH, 2001) sind die hier dargestellten Fakten und Zahlen entnommen.

Am Rettungswesen in Düsseldorf sind neben der Berufsfeuerwehr die Hilfsorganisationen Arbeiter-Samariter-Bund ASB, Deutsches Rotes Kreuz DRK, Johanniter-Unfall-Hilfe JUH und Malteser-Hilfs-Dienst MHD beteiligt. Es gibt 12 Rettungswachenstandorte, 7 davon sind Feuer- und Rettungswache, 4 ausschließlich Rettungswachen. In diesen Rettungswachen wird mindestens ein Rettungstransportwagen RTW rund um die Uhr vorgehalten. 3 der Rettungswachen bilden zusätzlich die Notarztstandorte, d.h. dass Notarztwagen NAW im Stations-

stem vorgehalten werden. In ungefähr der Hälfte der Fälle wird zusätzlich zum NAW ein RTW alarmiert. In beide Fahrzeugtypen fahren jeweils 2 Rettungsassistenten mit.

33. Tab.: Rettungswachen in der Stadt Düsseldorf (Quelle: Forplan Dr. Schmiedel GmbH)

Wache	Rettungsmittel*	Institution	Ort
Feuerwache 1	RTW, NAW, 3KTW	BF	Hüttenstrasse 68
Feuerwache 2	RTW, KTW	BF	Quirinstrasse 49
Feuerwache 3	RTW, NAW, 3KTW	BF	Münsterstrasse 15
Feuerwache 4	RTW, 2KTW	BF	Behrenstrasse 74
Feuerwache 6	RTW, NAW, KTW	BF	Frankfurter Str. 245
Feuerwache 7	RTW, KTW	BF	Werstener Feld 30
Feuerwache 8	RTW	BF	Gräulinger Strasse 27
Rettungswache	RTW	Diakonie	Kreuzbergstrasse 79
Rettungswache	RTW, 3KTW	ASB	Kronprinzenstrasse 123
Rettungswache	RTW, KTW	DRK	Ludwig-Beck Strasse 11
Rettungswache	RTW, 3KTW	JUH	Erkrather Strasse 245
Rettungswache	RTW, 3KTW	MHD	Fürstenwall 206

*RTW: Notfallrettungsmittel, NAW: Notarztwagen, KTW: Krankentransportwagen

Insgesamt stehen dem öffentlichen Rettungsdienst 51 Rettungsmittel (22 RTW/NAW, 29 Krankentransportwagen KTW) und 1 NEF (Notarzt-Einsatzfahrzeug) zur Verfügung. 15 davon (7 RTW/NAW und 8 KTW) sind Reservefahrzeuge. Davon werden regelmäßig 7 RTW in Spitzenzeiten mit Brandschutzpersonal besetzt, um Kapazitätsengpässe auszugleichen. Die Berufsfeuerwehr setzt (nicht aus öffentlichem Bestand) zusätzlich bei Bedarf einen Großraum-KTW mit 10 Tragen ein. Außerdem ist in Duisburg Buchholz ein Hubschrauber stationiert. Zur Qualitätssicherung wurde festgelegt, dass die Zeit vom Eingang des Notrufs bis zur Ankunft am Einsatzort nicht mehr als 8 Minuten betragen darf, und zwar in 90% aller hilfsfristrelevanten Fälle.

Das Gutachten kommt zu der Einschätzung, dass bei der derzeitige Verteilung der Rettungswachen die Anfahrtswege in außerhalb liegende Stadtteile zu lang sind. Insbesondere die Stadtteile Unterbach, Lichtenbroich und Hafen sind in der vorgegebenen Zeit nicht erreichbar. Die Analyse der Daten aus dem Jahr 2000 ergab, dass durchschnittlich die vorgegebenen 8 Minuten nur in 83,7% der Fälle erreicht wurden.

Im Jahr 2000 gab es 48.324 Krankentransporte und 32.008 Notfalleinsätze, 8.336-mal wurde der Notarzt gerufen und in 67 Fällen wurde der Rettungshubschrauber alarmiert.

Als Bewertungsmaßstab der Größenordnung der gefahrenen Einsätze wurden Raten berechnet und mit Bundeszahlen verglichen.

34. Tab.: Einsätze je 1000 Einwohner in Düsseldorf im Jahr 2000 und in der gesamten BRD im Jahr 98/99 zum Vergleich (Quelle: Forplan Dr. Schmiedel GmbH).

Einsatzart	Düsseldorf 2000	BRD 98/99
Rettungsdiensteinsätze	140,9	121,9
Notfallaufkommen	56,2	55,2
Krankentransportaufkommen	84,8	66,8
Notarztalarmierungen	14,7	18,8

Die Rate der Rettungsdiensteinsätze insgesamt liegt in Düsseldorf über der in ganz Deutschland. Im Einzelnen ist dies hauptsächlich durch das verstärkte Krankentransportaufkommen zu erklären, das vermutlich dadurch zu Stande kommt, dass es in Düsseldorf keine privaten Anbieter gibt, die aus der Statistik der BRD herausgerechnet wurden. Das Notfallaufkommen entspricht dem Bundeswert, die Notarztalarmierungen fallen vergleichsweise gering aus. Hier

wird über die eingeschränkte Verfügbarkeit bei 3 Notärzten spekuliert sowie die teilweise langen Anfahrtswege vom Notarztstandort zum Einsatzort.

Die Analyse des Einsatzaufkommens in den einzelnen Stadtteilen ergab, dass bei den Notfällen eine Korrespondenz der Einwohnerdichte mit den gefahrenen Einsätzen für die meisten Stadtteile besteht. Ausnahmen bilden hier die Innenstadt (Stadtmitte, Altstadt, Karlstadt, Hafen) sowie Lohausen und Stockum.

Die Krankentransporte richten sich weniger nach der Bevölkerungsanzahl als nach der Lage der Krankenhäuser.

Das Rettungssystem wird durch die Notfallpraxis auf der Erkrather Straße ergänzt.

6.3.1. Empfehlungen

Zur Verbesserung der Versorgung werden detaillierte Umstrukturierungen des Rettungswesens empfohlen. Diese sollen kurz im Überblick wiedergegeben werden.

-Teilweise soll das Mehrzweck-Fahrzeugsystem eingeführt werden, d.h. dass statt RTW und KTW nur noch ein Fahrzeugtyp sowohl für Notfälle als auch für Krankentransporte nach der „Nächstes-Fahrzeug-Strategie“ eingesetzt werden soll. Das erhöht den Standard der Rettungsmittel sowie deren Verfügbarkeit und Flexibilität.

-Statt des Stationssystem soll das Rendezvous-System eingeführt werden, d.h. dass der Notarzt nicht wie bisher mit einer kompletten Rettungseinheit (NAW) ausrückt, sondern ein RTW und gesondert der Notarzt in einem NEF zum Einsatzort fahren. Damit ist der Notarzt mobiler und schneller wieder einsetzbar. Materielle und personelle Überpräsenz durch doppelte Rettungsmittel werden damit vermieden.

-Neuaufteilung der Einsatzbereiche und Rettungswachen um eine bessere Erreichbarkeit aller Stadtgebiete zu gewährleisten. Die Einsatzbereiche Nord, Ost, Süd und West werden dabei jeweils durch eine Rettungswache ausgestattet, der Einsatzbereich Mitte durch insgesamt 6 Rettungswachen (Unterrath, Unterbilk, Vennhausen, Wersten, Innenstadt-Nord, Innenstadt-Süd), die so anzuordnen sind, dass sie auch die Nachbargebiete mitversorgen können.

-Einrichtung von 4 statt bisher 3 Notarztstandorten in Düsseldorf Nord, Ost, Mitte und Süd.

-Neben den ständig zu besetzenden 10 RTW und 4 NEF werden 9 weitere RTW und 22 KTW zeitabhängig besetzt. Daneben sollen 12 Fahrzeuge als Reserve vorgesehen werden.

-Es wird empfohlen, innerstädtische Krankentransporte und Fernfahrten zu privatisieren.

-Weiterhin besteht ein umfassendes Konzept der personellen Umstrukturierung.

6.4. Selbsthilfe

Das Selbsthilfe-Service-Büro der Stadt Düsseldorf ist die zentrale Koordinations- und Anlaufstelle für Selbsthilfegruppen und alle an Selbsthilfe Interessierte in der Stadt. Das Büro berät die Selbsthilfegruppen und -vereine in der Stadt bei allen Fragen zur Gründung, Organisation, finanziellen Unterstützung, Anbindung an überregionalen Gruppen und bietet Fortbildungen und Tagungen an. Es ist aber auch Anlaufstelle für interessierte Bürgerinnen und Bürger, die den Anschluss an eine Gruppe suchen sowie Beratungs- und Vermittlungsstelle für professionellen Leistungsanbieter. Außerdem ist das Büro Herausgeber der regelmäßig erscheinenden „Zeitung für Selbsthilfegruppen SHG“.

An dieser Stelle soll ein Überblick über die „Selbsthilfe-Szene“ der Stadt Düsseldorf als eine Art „Angebotspektrum“ gegeben werden. Der jeweils aktuelle Stand kann beim Selbsthilfe-Service-Büro erfragt werden.

Die Selbsthilfegruppen und -vereine teilen sich auf in „krankheitsbezogene Selbsthilfegruppen“, „Selbsthilfegruppen für behinderte Menschen“ und „Selbsthilfegruppen bei sozialen Problemen und/oder besonderen Lebenslagen“.

35. Tab.: Krankheitsbezogene Selbsthilfegruppen in Düsseldorf (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

Themenfeld	Anzahl	Gruppen
Erkrankungen der inneren Organe	20	2 Diabetiker, 1 Lupus Erythematodes, 1 Morbus Bechterew, 1 Morbus Crohn, 1 Sarkoidose, 1 Sklerodermie, 2 Nieren, 1 Nebennierenerkrankung, 1 Transplantierte, 1 Leben ohne Magen, 1 Schilddrüsenerkrankungen, 1 Phenylketonurie, 1 chronische Erschöpfung, 2 Zöliakie-Sprue, 1 Heredo-Ataxie, 1 Schmerzsyndrom, 1 Eltern herzkranker Kinder
Hauterkrankungen	2	1 Psoriasis, 1 Haarausfall
Atemwegs-erkrankungen	3	1 Asthma, 2 Eltern allergiekranker Kinder
Muskel-, Gelenk- und Knochen-erkrankungen	7	1 Rheuma, 1 Osteoporose, 1 Fibromyalgie, 1 Venen, 1 Skoliose, 1 Schiefhals, 1 Myasthenie
Krebserkrankungen	9	1 Ilco, 1 Frauen nach Krebs, 1 Kehlkopflose, 1 nach Krebs + für Gefährdete, 1 Bauchspeicheldrüsen, 1 Prostata, 1 Eltern krebskranker Kinder, 1 Hirntumor, 1 Hirnverletzte,
Infektions-erkrankungen	5	2 AIDS, 1 Hepatitis C, 1 Kinderlähmung, 1 Meningitis
Neurologische Er-krankungen	12	1 Alzheimer, 1 Aphasiker, 1 Legasthenie, 1 Narkolepsie, 1 Huntington, 1 Morbus Parkinson, 1 Multiple Sklerose, 1 Schlaganfall, 1 Migräne, 1 Epilepsie, 1 Schlafapnoe, 1 Restless Legs,
Suchtkrankheiten	30	7 Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, 1 Nichtraucher, 1 Drogen, 1 Drogen und Eltern, 1 Arbeitssucht, 2 Freundeskreis für Suchtkranke, 8 Angehörige für Suchtkranke, 1 allg. Sucht, 1 Beziehungsabhängigkeit, 2 Eßsüchtige, 1 Sucht/Jugendliche, 1 Spieler, 1 Kleptomanie, 1 Sex- und Liebessucht, 1 Süßigkeitensucht,
Psychische Erkan- kungen	13	1 psychisch Kranke, 4 Ängste, 1 Zwänge, 1 Messias, 2 Beziehungsstö- rung, 2 Depression, 1 Borderline, 1 Angehörigengruppe

36. Tab.: Selbsthilfegruppen für behinderte Menschen und anderweitig körperlich beeinträchtigte Menschen in Düsseldorf (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

Themenfeld	Anzahl	Gruppen
Körper- behinderungen	11	2 Behinderte und Nichtbehinderte, 1 allgemein Behinderte, 1 Con- tergan, 1 spastisch gelähmte Kinder, 1 Kriegsofopfer, 2 Eltern behinderter Kinder, 1 Amputierte, 1 Kleinwüchsige, 1 Turner-Syndrom
Sinnesbehinderungen	7	3 Hörbehinderte/Schwerhörige, 3 Sehbehinderte/Blinde, 1 Tinnitus,
Sprach- behinderungen	1	1 Stotterer
geistige Behinderun- gen	2	1 Lebenshilfe, 1 Downsyndrom

37. Tab.: Selbsthilfegruppen bei sozialen Problemen und besonderen Lebenslagen in Düsseldorf (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

Themenfeld	Anzahl	Gruppen
besondere Lebensla- gen	2	1 Arbeitslose, 1 Obdachlose,
Sexualität	5	1 Homosexualität, 1 sexueller Mißbrauch, 1 Schwule & Lesben, 1 Les- ben ab 40, 1 Transsexualität
Kinderlosigkeit	1	1 Kinderlose
Plötzlicher Kindstod	2	1 Kindstod, 1 Fehlgeburt
Alleinerziehende	1	1 Alleinerziehende
Frauengruppen	7	1 berufstätige Mütter, 3 Stillgruppen, 1 Frauen mit Gewalterfahrung, 1

		Prämenstruelles Syndrom, 1 Frauen mit ausländischen Partnern,
Familienselbsthilfe	1	Familienselbsthilfe
Multiple Chemical Sensitivity	1	1 Multiple Chemical Sensitivity

Das Angebotsspektrum in der Stadt Düsseldorf ist umfassend, 101 Selbsthilfegruppen bestehen zu gesundheitlichen Problemen, allein 20 davon zu Erkrankungen der inneren Organe und 12 zu neurologischen Erkrankungen. Auch die suchtspezifischen Selbsthilfegruppen sind in Düsseldorf mit 30 Gruppen stark vertreten, weitere 13 beschäftigen sich mit sonstigen psychischen Erkrankungen.

21 Selbsthilfegruppen existieren allein zu körperlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen. Aber auch für Menschen in besondere Lebenslagen stehen vielfältige Angebote zur Verfügung.

Am 06.12.01 hat das Selbsthilfe-Service Büro gemeinsam mit der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz eine Fachtagung der Selbsthilfe im Rathaus durchgeführt. Dabei wurden folgende Problemstellungen und Handlungsbedarfe der Selbsthilfe in Düsseldorf formuliert:

- Ausbau der Serviceleistungen des Selbsthilfe-Service-Büros für die Selbsthilfegruppen und –vereine, z.B. Verstärkung der Angebote von Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen.
- Herausgabe eines „Leitfadens für Gruppenarbeit in Düsseldorf“ mit Hinweisen für die tägliche Arbeit und Angaben wichtiger Ansprechpartner.
- Einladung der Ratsfraktionen zu den Selbsthilfe-Gesamttreffen, um die Kommunikation mit der Politik zu verbessern.
- Schaffung einer zwischen den Krankenkassen abgestimmten einheitlichen Förderpraxis für die Selbsthilfe.
- Ausbau der Zusammenarbeit mit den Ärzten, die Selbsthilfe wünscht sich eine verstärkte Weitergabe von Informationen über die Selbsthilfe von den Ärzten an die Betroffenen.
- Verbesserung der Kooperation mit den Krankenhäusern, z.B. durch die Einrichtung von „Informationsecken“ über die Selbsthilfe in den Krankenhäusern.
- Vermehrte Präsenz der Selbsthilfe in Presse, Rundfunk und Fernsehen, um über die Arbeit der Selbsthilfe zu berichten.

In der Zwischenzeit hat sich eine neue Arbeitsgruppe „Förderung und Unterstützung der ehrenamtlichen Selbsthilfe in Düsseldorf“ an der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz etabliert. In der Arbeitsgruppe sind nehmen der Selbsthilfe und dem Selbsthilfe-Service-Büro Vertreter der Krankenkassen, der niedergelassenen Ärzte, der Kommunalpolitik und der Kliniken vertreten. Ziel der Arbeitsgruppe ist die Umsetzung der oben genannten vordringlichen Handlungsbedarfe.

7. Literaturverzeichnis

- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hrsg.) (2001). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (2001). Band 1 – Systematisches Verzeichnis. Bern: Verlag Hans Huber.
- Forplan Dr. Schmiedel GmbH (2001). Gutachten zur Durchführung einer Organisationsuntersuchung des städtischen Rettungsdienstes im Amt 37 der Landeshauptstadt Düsseldorf. Bonn: Forplan.
- Geschäftsstelle der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz (2000). Endbericht zur Interventionsstudie bei Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall im ersten Jahr nach Eintritt des Schlaganfalls. Ergebnisse der „Düsseldorfer Schlaganfallprojekts“.
- Hofmann, F. & Tiller, F.-W. (2001). Praktische Infektiologie – Erreger, Diagnose, Therapie, Prävention, 2. überarbeitete Auflage. Landsberg: ecomed.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Hrsg.) (2000). Statistisches Jahrbuch Nordrhein-Westfalen.
- Landeshauptstadt Düsseldorf, der Oberbürgermeister, Amt für Statistik und Wahlen (2000). Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf 2000.
- Landeshauptstadt Düsseldorf, der Oberbürgermeister, Amt für Statistik und Wahlen, Jugendamt (2001). Familienbericht, Bericht über die Lage der Familien in Düsseldorf, Erster Teil: Soziodemographische Daten.
- Landeshauptstadt Düsseldorf, der Oberbürgermeister, Jugendamt, Amt für Statistik und Wahlen (2000). Sozialräumliche Gliederung der Stadt Düsseldorf. Fortschreibung Datenstand 31.12.1999.
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (2000). Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen. Bielefeld: LÖGD.
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW. Indikatorensetz des Landes. www.loegd.nrw.de
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG) (Hrsg.) (2000). Gesundheitsberichte NRW, Gesundheit von Frauen und Männern. Bielefeld: LÖGD.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG) (Hrsg.) (2001). Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW, Gesundheitspolitisches Konzept, Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Bielefeld: LÖGD.
- Schaenzler, N. & Hoffbauer, G. (2001). Wörterbuch der Medizin. München: Südwest Verlag.
- Schwartz, F.W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. & Siegrist, J. (Hrsg.) (1998). Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Schwarzenberg.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998). Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2000). Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050, Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Presseexemplar.

Walter de Gruyter (Bearbeitung) (1998). Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 258. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter.

8. Glossar

absolute Anzahl	Zahlen ohne rechnerische Veränderung
Adenoide	Rachenmandeln
Adipositas	Erhebliches Übergewicht: Nach der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter Body-Mass-Index Werte über dem 97. Perzentil der Verteilung; als übergewichtig gelten bereits Werte über dem 90. Perzentil.
AIDS	erworbene Immunschwäche (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
akuter Myokardinfarkt	Herzinfarkt
allein Erziehende	Personen mit Kindern unter 18, die ohne Partner im Haushalt leben.
Altersstandardisierung	Rechnerisches Verfahren, um die Werte (z.B. Todesfälle) zwischen verschiedenen Populationen vergleichen zu können. Die rohen Raten (Anzahl der Fälle einer Altersstufe geteilt durch mittlere Bevölkerung dieser Altersstufe mal 100.000) werden dazu mit der Anzahl der Personen einer fiktiven Standardpopulation gewichtet. Üblich ist die Europabevölkerung. Die neue Europabevölkerung unterscheidet nach Geschlecht, die alte nicht. Bei der Standardisierung nach der neuen Europabevölkerung sind die altersstandardisierten Raten von Männer und Frauen nicht direkt vergleichbar.
Altersverteilung	Anzahl der Personen in verschiedenen Altersgruppen; Die Altersverteilung der Bevölkerung verschiebt sich in Richtung mehr alte und hochaltrige Menschen und weniger junge.
Altersziffer	Verhältnis der Zahl der Einwohner über 65 Jahren zu der Zahl der Einwohner unter 18 Jahren
Angiokardiopathie	Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems
Anteil	an einer Bezugsgröße relativierte Zahl
Ballondilatation	Behandlungsmethode zur Erweiterung von verengten Blutgefäßen, ein Ballonkatheter wird in das verengte Gefäß eingeführt und aufgeblasen.

Basisbericht	Berichtsform der Gesundheitsberichterstattung, breite Darstellung von Gesundheitsindikatoren, Monitoringfunktion für die Kommune,
Bevölkerung	Gesundheitswissenschaftliche Ansätze betrachten Gesundheit bevölkerungsbezogen und nicht individuell, auch das öffentliche Gesundheitswesen plant bevölkerungsbezogen.
Bevölkerungsdichte	Einwohner je km ²
Body-Mass-Index	kg/m ²
Bösartige Neubildung	Nach Herz-Kreislaufkrankungen die häufigste Todesursache, aufgrund der sehr heterogenen zu Grunde liegenden Krankheitsbilder sind viele unterschiedliche Ansätze für die Prävention nötig. Sie reichen von Senkung des Tabakgenusses, gesunder Ernährung, stärkerer Inanspruchnahme der Krebs-Früherkennung bis hin zur Einrichtung umfassender Krebsregister.
Bypassoperation	Ein verengter Arterienabschnitt wird mit einem körpereigenen oder künstlichen Gefäßstück überbrückt.
CTG	Cardiotokografie, Methode zur Messung der Herztöne des ungeborenen Kindes und der Wehen der Schwangeren.
Demographie	Wissenschaft von der Beschreibung der Bevölkerung, Themen sind Einwohnerzahlen, Bevölkerungsdichte, Mortalität, Altersverteilung, Migration, etc.
Diabetes mellitus	Zuckerkrankheit, sozialmedizinisch und gesundheitspolitisch wichtigste Stoffwechselerkrankung,
Diphtherie	akute Infektionskrankheit, Entzündung der oberen Atemwege, schwerwiegende, lebensbedrohliche Komplikationen möglich, Impfung im Kleinkindalter empfohlen, später im Abstand von 10 Jahren Auffrischung erforderlich,
Dorsopathie	Erkrankung der Wirbelsäule

Embolie	plötzlicher Gefäßverschluss durch eine im Blutstrom befindliche nicht lösliche Substanz
Enzephalitis	Entzündung des Gehirns
Endemiegebiet	gehäuftes Auftreten einer Erkrankung in der Bevölkerung eines bestimmten Gebietes
Enteritis infectiosa	übertragene Darmentzündung
Enzyme	Biokatalysatoren, Proteine, die Stoffwechselvorgänge beschleunigen,
Europabevölkerung (neu)	Europäische Standardbevölkerung der WHO, in der neuen Standardbevölkerung wird nach männlich, weiblich und gesamt differenziert, die Standardbevölkerung wird zur Gewichtung bei der Altersstandardisierung genutzt.
Fälle auf 100.000 Einwohner	Angabe roher Raten, d.h. absolute Anzahl der Fälle in der (Teil-)bevölkerung / mittlere (Teil-)bevölkerung x 100.000,
Früherkennungs-Untersuchung	Regeluntersuchung für Kinder beginnend nach der Geburt (U1) bis kurz vor der Einschulung (U9),
Geburtenrate	Anzahl der Geburten / Zahl (männliche + weibliche) Einwohner x 1.000
Geburtenzahl	absolute Anzahl der Geburten
Genetische Prädisposition	durch das Erbgut bedingte Neigung zu einer bestimmten Sache, z.B. einer körperlichen Besonderheit, Krankheit,
Geschlechtsabhängiges / Mortalitätsverhältnis	Sterbefälle je 100.000 Männer einer Altersgruppe geteilt durch Sterbefälle je 100.000 Frauen der entsprechenden Altersgruppe
Geschlechtsspezifische Altersstandardisierung	Altersstandardisierung mit einer männlichen und einer weiblichen Standardpopulation
Gesundheitsberichterstattung	Verfahren zur Erstellung von Orientierungsgrundlagen und Entscheidungskriterien für gesundheitspolitische Planungen, aber auch für die Steuerung von Maßnahmen.

Gesundheits-Check-Up	Vorsorgeuntersuchung zu wichtigen Krankheiten (Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes mellitus), auf die Versicherte ab 35 alle 2 Jahre einen Anspruch haben.
Gewichtete Rate	Standardisierung
Gonorrhoe	Tripper, Geschlechtskrankheit
hämatopoetisch	blutbildend
Hämophilus Influenzae Typ B	Infektionskrankheit, führt im Kleinkindalter zu Hirnhautentzündung, auch zu gefährlicher Kehlkopfentzündung, Impfung im Kleinkindalter empfohlen,
Hepatitis	Leberentzündung, verschiedene Formen, gegen Hepatitis A und B Impfung möglich, Impfung vor allem im Kleinkindalter und/oder bei Auslandsreisen empfohlen,
Hygiene	Krankheitsvorbeugung
Hypertonie	Bluthochdruck, kann verschiedene Ursachen haben, häufige Ursache von Infarkten,
ICD-9 ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der Weltgesundheitsorganisation, Regelwerk zur Systematik von Krankheiten und Todesursachen,
Impfheft	Eintragung aller erhaltenen Impfungen, wird in der Schuleingangsuntersuchung vorgelegt,
Indikation	Grund für die Anwendung eines diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens, der seine Anwendung hinreichend rechtfertigt,
Individualdaten	Daten zur Person, z.B. Einkommen
Intrathorakal	innerhalb der Brusthöhle
Inzidenz	Anzahl neu erkrankter Personen in einer definierten Bevölkerung pro Zeiteinheit (meist 1 Jahr) geteilt durch die Bevölkerung x 100.000

Ischämische Herzkrankheiten	Beschwerden durch arterielle Minderversorgung verursacht
Kaposi-Sarkom	Krebsart mit Hautveränderungen, bei AIDS sind häufig die Mundhöhle, Magen-Darmschleimhaut, Lymphknoten und Organe befallen.
Karzinom	von der inneren oder äußeren Körperoberfläche ausgehender bösartiger Tumor
Kohorte	Bevölkerungsgruppe mit vergleichbarer Erfahrung
Kompensatorische Maßnahme	Verfahren, das bestehendem Zustand entgegenwirkt, z.B. Sport bei motorisch auffälligen Kindern.
Kontaminierte Lebensmittel	vergiftete Nahrung
Krankenhausfälle	Anzahl der Krankenhausaufnahmen, nicht gleichzusetzen mit Anzahl der Personen, eine Person kann mehrfach aufgenommen werden,
Krankenhausprävalenz	Häufigkeit der Krankenhausaufnahmen in einer definierten Bevölkerung bezogen auf die Gesamtbevölkerung in einem bestimmten Zeitabschnitt (meist 1 Jahr) x 100.000
Krebs-Früherkennungsuntersuchung	Möglichkeit für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen einmal jährlich an Krebsvorsorgeuntersuchungen teilzunehmen, (Frauen ab 20 Untersuchung der Geschlechtsorgane, ab 30 auch der Brust und der Haut, ab 45 der Darm, Männer ab 45 äußere Geschlechtsorgane, Prostata, Haut und Darm),
Krebsregister	Datensammlung zur Häufigkeit und Therapierbarkeit von Krebserkrankungen
Lebenserwartung	durchschnittlich in einem bestimmten Alter noch zu lebende Jahre, errechnet sich aus gegenwärtigen Sterbeziffern, durch Verringerung der frühzeitigen Sterblichkeit steigt die durchschnittliche Lebenserwartung an,
Liquor	kurz für Liquor cerebrospinalis, Gehirn- und Rückenmarksflüssigkeit,

LÖGD	Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Institut des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW, erstellt die Landesgesundheitsberichte und unterstützt die kommunalen Gesundheitskonferenzen und die kommunale Gesundheitsberichterstattung,
lymphatisches System	Verbund der Organe, die Lymphozyten enthalten, dient dem Immunsystem,
Lymphogranuloma inguinale	venerische Lymphknotenentzündung, seltene Geschlechtskrankheit,
Mammographie	diagnostisches Verfahren zur Früherkennung von Brustkrebs
Meningitis	Entzündung der Hirnhäute
Metastasen	sekundärer Krankheitsherd, i.e.S. durch Verschleppung von Tumorzellen
Migration	Wanderung, häufig genutzt im Sinne von ausländischen Einwanderern, die häufig einen schlechteren Zugang zum Gesundheitswesen finden als Deutsche.
Mikrozensus	repräsentative Bevölkerungsbefragung
Non-Hodgkin-Lymphom	Krebs der Organe des lymphatischen Systems
Okkultes Blut	verstecktes Blut im Stuhl, Hinweis auf Darmkrebs,
Opportunistische Infektion	Erkrankung aufgrund eines Erregers, der nur in seltenen Fällen Symptome auslöst.
Orale Kontrazeptiva	Antibabypille
Pertussis	Keuchhusten, eine Impfung im Kleinkindalter wird empfohlen.
Polio	Poliomyelitis, Kinderlähmung, eine Impfung im Kleinkindalter wird empfohlen.
Prävalenz	Anzahl der Krankheitsfälle in einer definierten Bevölkerung in einem bestimmten Zeitraum / durch die Bevölkerung x 100.000

Prävention	Verhütung oder Verzögerung einer Krankheit durch gezielte Aktivitäten, Maßnahmen können Individuen, Gruppen oder Strukturen betreffen, primär: Beseitigung von Risikofaktoren, sekundär: Früherkennung, tertiär: Verhinderung von Folgeschäden,
Prophylaxe	Verhütung von Krankheiten, meist durch gezielte medizinische Maßnahmen, z.B. Impfungen
Reproduktionsniveau	Die Zahl der Geburten reicht aus, um die Eltern- generation zu ersetzen.
Risikoschwangerschaft	Faktoren, die eine Gefahr für Mutter und / oder Kind darstellen können, z.B. Alter (über 35, unter 18), Mehrlingsschwangerschaften, Krankheiten der Mutter, Besonderheiten in der aktuellen oder in früheren Schwangerschaften.
Robert-Koch-Institut	Bundesinstitut für Infektionskrankheiten und nicht-übertragbare Krankheiten, hat die Aufgabe, Krankheiten zu erkennen, zu verhüten und zu bekämpfen, berät die Bundesregierung, die Bundesländer und andere im Gesundheitswesen Beteiligte hinsichtlich der Bekämpfung von Krankheiten.
Röteln	Infektionskrankheit, eine Impfung im Kindesalter wird empfohlen.
Safer Sex	Sexuelle Verhaltensweisen, die die Ansteckung mit AIDS verhindern sollen, z.B. durch Benutzung von Kondomen.
Salmonellose	Infektionskrankheit mit Erbrechen und Durchfall
Schlaganfall	Hirnfarkt, Apoplex, Durchblutungsstörung und damit Minderversorgung von Gehirnarealen durch den Verschluss oder die Verengung eines Gefäßes oder durch eine Gehirnblutung,
Schuleingangsuntersuchung	Untersuchung der Schulanfänger durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes mit dem Ziel der frühzeitigen Erkennung von Gesundheitsrisiken und Krankheiten sowie der Veranlassung von Förderung und Behandlung.

Selbsthilfe-Service-Büro	Kontakt- und Koordinationsstelle für Selbsthilfegruppen/-vereine und an Selbsthilfe Interessierte im Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf,
Skoliose	seitliche Verbiegung der Wirbelsäule
Sozialer Status	Hier wird auf die Ergebnisse der sozialräumlichen Gliederung zurückgegriffen, bei diesem Verfahren wurden der kleinräumigen Einteilung der Stadt mit Hilfe verschiedener Größen „Grade der sozialen Belastung“ zugeschrieben, die Größen waren: Quadratmeter Wohnfläche je Einwohner, der Anteil von Ausländern ausgewählter Nationen an den Einwohnern insgesamt, die Sozialhilfequote der Kinder unter 18, die Sozialhilfequote der Personen über 18, der Anteil der Personen mit Wohngeldantrag in den Haushalten.
Sterberate	Anzahl der Gestorbenen einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem Jahr bezogen auf die Zahl der Personen in dieser Bevölkerungsgruppe insgesamt x 100.000
STIKO	Ständige Impfkommision am Robert-Koch-Institut, Fachgremium, dass vom Bundesgesundheitsminister für eine 3-jährige Amtsperiode berufen wird, erarbeitet hauptsächlich den Impfkalender für Säuglinge, Kinder und Jugendliche und den Kalender der Indikations- und Auffrischimpfungen.
Stroke Unit	Fachabteilung eines Krankenhauses, die speziell auf die Versorgung von Schlaganfallpatienten ausgerichtet ist.
Subarachnoidalblutung	Hirnblutung in den Raum zwischen den Hirnhäuten Arachnoidea und Pia mater
Syphilis	auch Lues, harter Schanker, Geschlechtskrankheit,
Tetanus	Wundstarrkrampf, Infektionskrankheit, eine Impfung im Kleinkindalter wird empfohlen, Auffrischimpfungen sind nötig.
Therapieresistenz	Der Erreger einer Krankheit reagiert nicht mehr auf herkömmliche Behandlungsmethoden.
Thoraxchirurgisch	operativer Eingriff in den Brustraum

Thrombose	Blutgerinnsel, das die Gefäße verstopft
Tuberkulose	Bakterielle chronische Infektionskrankheit, in den Atemorganen lokalisiert, kann sich aber auf andere Organe ausbreiten, Ansteckungsgefahr besonders bei schlechter Abwehrlage und unhygienischen Lebensverhältnissen, Häufigkeit entscheidend von sozialen Faktoren abhängig.
Tumor	Geschwulst, örtlich umschriebene Zunahme des Gewebavolumens, meist mit Funktionsverlust verbunden,
Ulcus molle	weicher Schanker, Geschlechtskrankheit,
Ultraschalluntersuchung	diagnostische Methode zur Sichtbarmachung von Körperstrukturen unterschiedlicher Dichte,
Verlässlichkeit der Zahlen	Grad der Übereinstimmung der erhobenen Werte mit den tatsächlichen Gegebenheiten
Wanderungsbilanz	Ergebnis der Verrechnung von Zu- und Fortgezogenen
Wanderungsgewinn	Überschuss von Zu- gegenüber Fortgezogenen
Wanderungssaldo	siehe Wanderungsbilanz
Wanderungsverlust	Überschuss von Fort- gegenüber Zugezogenen
WHO	World Health Organisation, Organ der Vereinten Nationen, Entwicklung von Programmen zur Verbesserung der Gesundheit, 1977 Vorstellung des Programms „Health for all by the year 2000“, das Land NRW hat einen 10-Ziele Katalog in Anlehnung daran für die Gesundheitspolitik des Landes entwickelt.
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	Krankheiten, die die Gefäße im Gehirn betreffen,