

Basisgesundheitsbericht Bochum 2014

Herausgeber:

Stadt Bochum Dezernat für Soziales, Jugend und Gesundheit Britta Anger

Gesundheitsamt Stabsstelle Gesundheitsberichterstattung/ Gesunde Stadt Bochum Dr. Ralf Winter Michael Sprünken

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir freuen uns, Ihnen den dritten Basisgesundheitsbericht für Bochum vorzulegen.

Wie seine Vorgänger gibt der vorliegende Bericht einen Überblick über die gesundheitliche Lage in Bochum. Grundsätzlich wird dabei auf die gleichen Indikatoren zurückgegriffen wie in den Berichten aus den Jahren 2008 und 2011 – mit einigen Ergänzungen:

- Der Basisgesundheitsbericht enthält erstmals ein Kapitel zur Kindergesundheit. Es basiert auf der Auswertung der Schuleingangsuntersuchung und bietet kleinräumige und nach Bildungsschicht differenzierte Auswertungen.
- Krankheiten des Verdauungssystems wurden als neuer Indikator in das Kapitel 5 Krankheit/Krankheitsgruppen aufgenommen.
- Das Kapitel 7 Pflege umfasst neben den Angaben zu Pflegefällen jetzt auch Daten zur Demenzen sowie zu Einrichtungen der Geriatrie sowie der Alten- und Krankenpflege.

Die interkommunalen Vergleiche im vorliegenden Bericht basieren nicht mehr auf Vergleichen mit den sogenannten heterogenen Städten. Neben Bochum waren dies Aachen, Bielefeld, Hagen, Köln, Krefeld, Leverkusen und Mönchengladbach. Stattdessen werden nun die Nachbarstädte Bochums – Dortmund, Essen, Gelsenkirchen und Herne – zum Vergleich herangezogen. Die Hintergründe für diesen Wechsel finden Sie in Kapitel 9 Datenbasis und Methoden am Ende des Berichtes beschrieben.

Mit der Vorlage dieses Basisgesundheitsberichtes wird die Erarbeitung eines Fachplans Gesundheit für Bochum begonnen. Dieser Planungsprozess zielt darauf, konkrete Gesundheitsziele für Bochum zu formulieren, und wird inhaltlich von der kommunalen Gesundheitskonferenz begleitet. Details hierzu entnehmen Sie bitte Kapitel 1 dieses Berichtes.

Erfreulicherweise kann dieser Planungsprozess – das zeigt der vorliegende Bericht – vor dem Hintergrund einer insgesamt unauffälligen gesundheitlichen Lage und einer guten Versorgungssituation geschehen.

Ich bedanke mich bei allen, die an der Erstellung des Berichtes mitgewirkt haben, wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und freue mich auf angeregte Diskussionen, die zu konkreten Schritten in Richtung einer gesunden Stadt Bochum führen.

Britta Anger

Stadträtin für Soziales, Mgend und Gesundheit

Inhalt

1	Fachp	olan Gesundheit			
	1.1	Vorbemerkung	3		
	1.2	Zielsetzung	3		
	1.3	Inhaltlicher und organisatorischer Rahmen	3		
	1.4	Struktur des Fachplans Gesundheit	3		
2	Basis	gesundheitsberichterstattung	5		
3	Schne	Schnellübersicht			
4	Allger	Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität			
	4.1	Mortalität	10		
		4.1.1 Allgemeine Mortalität	10		
		4.1.2 Säuglingssterblichkeit	13		
		4.1.3 Mittlere Lebenserwartung	16		
		4.1.4 Vermeidbare Sterbefälle	18		
	4.2	Krankenhausfälle	23		
5	Krank	heiten/Krankheitsgruppen	25		
	5.1	Herz-/Kreislauferkrankungen	25		
	5.2	Erkrankungen der Leber	27		
	5.3	Diabetes mellitus	31		
	5.4	Erkrankungen des Verdauungssystems	34		
	5.5	Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe	36		
	5.6	Bösartige Neubildungen	38		
	5.7	5.7 Krankheiten der Atemwege			
	5.8	Verletzungen und Vergiftungen	46		
	5.9	Unfälle im Straßenverkehr	49		
	5.10	Suizide	51		
	5.11	Affektive Störungen	53		
	5.12	Häufigste Diagnosen in Allgemein- und Kinderarztpraxen	56		
6	Kinde	rgesundheit	58		
	6.1	Sprach- und Sprechstörungen	58		
	6.2	Herabsetzung der Sehschärfe	60		
	6.3	Adipositas	62		
	6.4	Hörstörungen	64		
	6.5	Verhaltensauffälligkeiten	66		
	6.6	Früherkennungsuntersuchungen	67		
	6.7	Masern-Schutzimpfung	71		
	6.8	Gesamtauswertung	73		
7	Pflege				
	7.1	Demenzen	75		
	7.2	Pflegebedürftigkeit	78		
	7.3	Einrichtungen der Geriatrie, Alten- und Krankenpflege	80		
8	Einric	htungen der gesundheitlichen Versorgung	82		
	8.1	Vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung			
	8.2	Krankenhausbetten (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Pädiatrie)			
	8.3	Apotheken			
9	Daten	basis und Methoden			
10	Litera	fur	100		

1 Fachplan Gesundheit

1.1 Vorbemerkung

Auf ihrer Sitzung am 28.11.2012 hat sich die Kommunale Gesundheitskonferenz damit beschäftigt, wie das Konzept für die kommunale Gesundheitsberichterstattung vom 20.06.2005 weiterentwickelt werden kann. Das Konzept sollte um handlungsorientierte Elemente erweitert werden.

Bei der Diskussion auf mehreren weiteren Sitzungen der Kommunalen Gesundheitskonferenz fanden neben den Anregungen der Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz auch Impulse aus den Entschließungen der Landesgesundheitskonferenz, der Plattform gesundheitsziele.de und dem Gesunde Städte Netzwerk Berücksichtigung.

Die vorliegende Fassung der Konzeption eines Fachplanes Gesundheit ist als Ergebnis dieser Diskussion zu verstehen und wurde auf der Sitzung am 07.05.2014 einstimmig beschlossen.

1.2 Zielsetzung

Ziel des Fachplans Gesundheit ist es, Gesundheitsziele für Bochum zu formulieren und außerdem Maßnahmen zu definieren, um diese Ziele zu erreichen. Dazu sind folgende Schritte notwendig:

- 1. Die gesundheitliche Lage Bochums wird systematisch dargestellt und analysiert.
- 2. Auf der Grundlage dieser Analyse werden vorrangige gesundheitliche Handlungsfelder in Bochum identifiziert und Gesundheitsziele für Bochum entwickelt.
- Für die Erreichung der Gesundheitsziele werden Maßnahmen identifiziert und durchgeführt. Nach einer Evaluation der Maßnahmen werden gegebenenfalls die Maßnahmen und/oder die Gesundheitsziele aktualisiert bzw. modifiziert.

1.3 Inhaltlicher und organisatorischer Rahmen

Der Fachplan Gesundheit orientiert sich an den gesetzlichen Vorgaben für die Tätigkeit der kommunalen Gesundheitskonferenz (§ 24 ÖGDG NW) und der kommunalen Gesundheitsberichterstattung (§§ 6 und 21 ÖGDG NW).

Die kommunale Gesundheitskonferenz nimmt – in Übereinstimmung mit den §§ 2 und 3 ihrer GeschO – im Planungsprozess eine koordinierende Funktion ein. Sie begleitet den Planungsprozess inhaltlich und qualifiziert die Entscheidung für konkrete Gesundheitsziele durch das Einbringen eigener Impulse, durch die kritische Sichtung und Bewertung der Ergebnisse der kommunalen Gesundheitsberichterstattung sowie durch die kritische Rezeption der Entschließungen der Landesgesundheitskonferenz, der nationalen Gesundheitsziele (gesundheitsziele.de) und der Impulse aus dem Gesunde Städte Netzwerk. Die kommunale Gesundheitskonferenz richtet gem. § 4 ihrer GeschO hierzu bei Bedarf begleitende Arbeitsgruppen ein oder führt öffentliche Fachforen durch.

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung bleibt in ihrer grundlegenden Konzeption unverändert. Sie erhält jedoch durch die vorliegende Konzeption eine zusätzliche Dimension als Analyse- und Prüfinstrument im Planungsprozess zum Fachplan Gesundheit. Insbesondere die Beauftragung und inhaltliche Begleitung durch die kommunale Gesundheitskonferenz bleibt unverändert.

Die inhaltliche Gesamtverantwortung liegt bei der Leitung der kommunalen Gesundheitskonferenz. Die organisatorische Abwicklung des Planungsprozesses liegt bei der Stabsstelle Gesundheitsberichterstattung/Gesunde Stadt Bochum, der auch die Geschäftsführung der Kommunalen Gesundheitskonferenz obliegt.

1.4 Struktur des Fachplans Gesundheit

Die Struktur des Fachplans Gesundheit spiegelt die drei Schritte des unter Punkt 2 beschriebenen Planungsprozesses wider:

Teil 1 (Basis-)Gesundheitsberichterstattung und inhaltliche Impulse der Kommunalen Gesundheitskonferenz

Der Basisgesundheitsbericht wird alle drei Jahre fortgeschrieben und gibt auf der Basis eines definierten Indikatorensets einen Überblick über den Gesundheitszustand der Bochumer Bevölkerung. Weichen die Bochumer Ergebnisse eklatant und/oder wiederholt von denen in sozialstrukturell vergleichbaren Kommunen ab, kann dies als Hinweis auf eine besondere gesundheitliche Herausforderung gesehen werden.

Ob tatsächlich eine gesundheitliche Herausforderung vorliegt, kann nicht allein aus der bloßen statistischen Auffälligkeit abgelesen werden, sondern ist Gegenstand einer fachlichen Beurteilung durch die Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz sowie ihrer Arbeitsgruppen.

Der Basisgesundheitsbericht übernimmt damit innerhalb des Fachplans Gesundheit die Funktion der systematischen Darstellung und Analyse der gesundheitlichen Lage in Bochum und bildet die Grundlage für den nächsten Schritt des Planungsprozesses.

Seine Ergebnisse stellen die Grundlage für die Erstellung des Kataloges vorrangiger gesundheitlicher Handlungsfelder (Teil 2.1 des Fachplanes Gesundheit) dar. Er übernimmt diese Funktion allerdings nicht allein. Auch die Ergebnisse von Spezialgesundheitsberichten oder inhaltliche Impulse aus der Kommunalen Gesundheitskonferenz können in den Gesundheitszieleprozess einfließen.

Teil 2 Gesundheitsziele und Maßnahmen

Gesundheitsziele

Die im Basisgesundheitsbericht ermittelten "besonderen Herausforderungen" werden als mögliche Handlungsfelder für gesundheitsfördernde oder gesundheitssystemgestaltende Maßnahmen auf kommunaler Ebene verstanden und zu einem Katalog zusammengefasst. Aus diesem Katalog werden ein bis zwei Gesundheitsziele für Bochum entwickelt. Diese Gesundheitsziele sollten auf eine dringliche Herausforderung aus der gesundheitlichen Lage in Bochum reagieren und gute Ansatzpunkte für Interventionen auf kommunaler Ebene bieten.

Die Verständigung über die Gesundheitsziele für Bochum erfolgt nach dem Konsensprinzip.

Maßnahmen

Aus den Gesundheitszielen werden konkrete und evaluierbare Maßnahmen abgeleitet und mit möglichst konkreten Absprachen über Einzelmaßnahmen, Zeiträume, Träger und Finanzierungsmöglichkeiten hinterlegt.

Die Absprachen haben den Charakter von Selbstverpflichtungen. Die Bestimmungen des § 9 der GeschO der Kommunalen Gesundheitskonferenz gelten entsprechend.

• Teil 3 Evaluation (Gesundheitsberichterstattung)

Die Erreichung der Gesundheitsziele soll evaluiert werden. Hierzu werden bereits im Zuge der Zielvereinbarung geeignete Indikatoren festgelegt. Die Evaluation geschieht über die systematische Auswertung und Interpretation dieser Indikatoren im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung.

Die sonstigen Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung bleiben hiervon unberührt.

Die Ergebnisse der Evaluation dienen als Entscheidungsgrundlage für eine Fortschreibung oder Modifikation der Bochumer Gesundheitsziele. Insofern beginnt der Planungszyklus mit ihnen wieder von vorn.

Die einzelnen Teile des Fachplans Gesundheit werden auch im Layout so gestaltet, dass ihr innerer Zusammenhang deutlich wird.

2 Basisgesundheitsberichterstattung

Der vorliegende dritte Basisgesundheitsbericht erscheint erstmals als Teil des Fachplans Gesundheit. Er basiert weiterhin auf dem modularen Konzept für die kommunale Gesundheitsberichterstattung, das von der Kommunalen Gesundheitskonferenz auf ihrer Sitzung am 28.09.2005 beschlossen wurde. Die Kommunale Gesundheitsberichterstattung besteht demnach aus

- einem Basisgesundheitsbericht mit einem fest definierten Indikatorenset sowie
- Spezialgesundheitsberichten, die die gesundheitliche Lage bzw. Versorgung von bestimmten Personengruppen, das Krankheitsgeschehen in Bezug auf bestimmte Erkrankungen oder gesundheitlich relevante Verhaltensweisen in den Blick nimmt.

Die Basisgesundheitsberichterstattung wird in dreijährigem Abstand fortgeschrieben. Entsprechend basiert der vorliegende Bericht auf dem gleichen Indikatorenset wie die ersten Basisgesundheitsberichte aus den Jahren 2008 und 2011. Im Zuge der Erarbeitung des Berichtes wurde jedoch das Indikatorenset an einigen Punkten modifiziert und erweitert:

- In der Darstellung der Krankheiten/Krankheitsgruppen wurde ein Kapitel über Krankheiten des Verdauungssystems (Kap. 5.4) ergänzt.
- Der Bericht wurde über ein Kapitel zur Kindergesundheit erweitert (Kapitel 6). Als Datenbasis für dieses Kapitel werden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung herangezogen.
- Die Datenbasis des Kapitels zur Pflegebedürftigkeit (Kap. 7) wurde um einige Indikatoren ergänzt.

Der vorliegende Basisgesundheitsbericht umfasst Daten aus den Jahren 2003 bis 2012. Um diese – im Vergleich zum letzten Bericht deutlich längere – Zeitreihe übersichtlich darzustellen, wurde das Layout des Berichts angepasst.

Die Darstellung der gesundheitlichen Lage in Bochum wird – wie in den ersten beiden Basisgesundheitsberichten – durch einen interkommunalen Vergleich ergänzt. Allerdings musste die Basis dieses Vergleiches modifiziert werden, da Bochum jetzt einem anderen regionalen Cluster zugeordnet ist. Bochum wird jetzt wie die meisten anderen Ruhrgebietsstädte zu den armen Städten und Kreisen im strukturellen Wandel gezählt (siehe LZG.NRW 2013). Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden nicht alle Kommunen dieses Clusters zum Vergleich herangezogen. Die Auswahl beschränkt sich auf die unmittelbaren Nachbarkommunen Bochums: Dortmund, Essen, Gelsenkirchen und Herne.

Sämtliche in diesem Bericht für interkommunale Vergleiche verwendeten Indikatoren werden vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalens (LIGA.NRW) bereitgestellt und gepflegt. Sie entstammen dessen im Internet verfügbaren Indikatorensatz für die kommunale Gesundheitsberichterstattung (www.lzg.gc.nrw.de) und dem Daten-Tool GBE-Stat 2014. Eine Auswahl dieser Indikatoren stellt sicher, dass die relevanten Daten

- über eine gleichbleibende Qualität verfügen,
- auch in Zukunft regelmäßig erhoben und aufbereitet werden und
- für interkommunale Vergleiche genutzt werden können.

Mit Ausnahme der Säuglingssterblichkeit werden alle Indikatoren nach Geschlecht differenziert dargestellt.

Für jeden Indikator wird abschließend festgehalten, ob ein Interventionsbedarf besteht. Dies ist immer dann der Fall, wenn in Bochum oder einzelnen Bochumer Ortsteilen wegen auffälliger Fallhäufungen oder anderer Besonderheiten ein zusätzlicher Bedarf an präventiven, gesundheitsfördernden oder kurativen Maßnahmen besteht.

3 Schnellübersicht

Kapitel 4 Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität

	Zusammenfassung	Interventions- bedarf
Allgemeine Mortalität	In Bochum ist für die letzten Jahre keine nennenswerte Abweichung von der Sterblichkeit in Nordrhein-Westfalen mehr zu beobachten. Auch die Verteilung der hauptsächlichen Todesursachen weicht in Bochum nicht von der des Landes ab.	Nein
Säuglings- sterblichkeit	2010-2012 lag die Säuglingssterberate in Bochum nur noch leicht über derjenigen des Landes. Auch die Trends bei der Sterblichkeit in der Neonatal- und Postnenonatalphase liefern für die letzten Jahre keinen Hinweis auf besondere Belastungen.	Nein
Mittlere Lebenserwartung	Während in allen Vergleichskommunen zumindest bei einem Geschlecht eine signifikante Abweichung vom Landeswert in Richtung verminderter Lebenserwartung zu beobachten ist, ist dies in Bochum nicht der Fall.	Nein
Vermeidbare Sterbefälle	Insgesamt stellt sich die Situation in diesem Bereich in Bochum unauffällig dar.	Nein
Krankenhausfälle	In Bochum zeigt sich im Vergleich zum Land eine geringfügig höhere Inanspruchnahme stationärer Behandlungen in Bochum.	Nein

Kapitel 5 Krankheiten/Krankheitsgruppen

	Zusammenfassung	Interventions- bedarf
Herz-/Kreislauf- erkrankungen	Relevante aktuelle Abweichungen der Situation in Bochum vom Landesschnitt sind nicht zu erkennen. Erfreulich ist die Entwicklung der Sterbefälle seit 2009.	Nein
Erkrankungen der Leber	In Bochum ist, wie in den anderen Ruhrgebietsstädten, die Zahl der Menschen mit schweren alkoholbedingten Folgeerkrankungen erhöht. Denkbar ist, dass viele Betroffene aus dem Umland mit deutlichen Einschränkungen eher die Anonymität der Großstädte als die stärkere soziale Kontrolle in den Kreisen suchen. Erfreulicherweise spiegelt sich in Bochum diese erhöhte Krankheitslast wegen alkoholischer Lebererkrankungen nicht in einer signifikant erhöhten Sterblichkeit.	Absicherung der bestehenden Angebote
Diabetes mellitus	In Bochum zeigten die Krankenhausaufenthalte wegen Diabetes mellitus zuletzt keine großen Abweichungen von den Landeswerten. Die Situation ist unauffällig. Die Erkrankung wird überwiegend ambulant behandelt. Die gute Therapierbarkeit drückt sich nicht zuletzt in der niedrigen Zahl der Sterbefälle wegen Diabetes mellitus aus.	Nein

Kapitel 5 Krankheiten/Krankheitsgruppen (Forts.)

	Zusammenfassung	Interventions- bedarf
Erkrankungen des Verdauungs- systems	Bei Erkrankungen des Verdauungssystems gibt es in Bochum und auch in den Vergleichskommunen mehr Krankenhausfälle als in NRW. Bei den Sterbefällen zeigt Bochum sich unauffällig.	Nein
Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe	Insgesamt nehmen die Krankenhausfälle wegen Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe zu. In Bochum weicht ihre Zahl zunehmend stärker vom Landeswert ab. Eine eindeutige Ursache hierfür ist nicht erkennbar.	Gesundheitsfördernde Maß- nahmen
Bösartige Neubildungen	Im Berichtszeitraum lässt sich insbesondere bei den Männern kein einheitlicher Trend erkennen. Immer wieder kam es zu z. T. erheblichen Abweichungen von den Landeswerten nach oben. Aber auch signifikant unterdurchschnittliche und viele unauffällige Werte wurden festgestellt. Eine eindeutige Ursache für diese Schwankungen lässt sich nicht benennen.	Nein
Krankheiten der Atemwege	Insgesamt ergibt sich für Bochum ein uneinheitliches und im Vergleich zu den umliegenden Städten günstiges Bild.	Nein
Verletzungen und Vergiftungen	In den letzten Jahren haben insbesondere Krankenhausaufenthalte wegen Verletzungen und Vergiftungen in Bochum deutlich zugenommen. Signifikante Abweichungen vom Landesschnitt waren jedoch nicht zu beobachten.	Nein
Unfälle im Straßenverkehr	Die Lage in Bochum ist positiv. Eine eindeutige Ursache dafür lässt sich nicht benennen.	Nein
Suizide	Sterbefälle durch Suizide liegen in der Zeitreihe in Bochum durchgehend unter den Landeswerten.	Nein
Affektive Störungen	Die Daten zeigen in Bezug auf die stationäre Behandlungshäufigkeit affektiver Störungen in Bochum eine Übereinstimmung mit den Tendenzen in NRW. Sowohl im ambulanten wie im stationären Versorgungssystem werden von Jahr zu Jahr Anstiege von affektiven Störungen gesehen.	Absicherung der sozialpsychiatri- schen Versor- gungsnetzes, Spezialgesund- heitsbericht
Häufigste Diagnosen	Kinderarztpraxen sehr häufig für Impfungen und Früherken- nungsuntersuchungen aufgesucht. Dies deutet darauf hin, dass bei Eltern eine Gesundheitsvorsorge einen hohen Stellwert hat. Asthma bronchiale ist zunehmender Behandlungsanlass in pä- diatrischen Praxen.	Nein

Kapitel 6 Schuleingangsuntersuchung

	Zusammenfassung	Interventions- bedarf
Sprach- und Sprechstörungen	Sprach- und Sprechstörungen werden vergleichsweise häufig festgestellt. Dabei ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit erkennbar	Maßnahmen zur Reduzierung von Sprach- und Sprechstörun- gen, insbeson- dere in sozial benachteiligten Ortsteilen
Herabsetzung der Sehschärfe	Eine nicht unbeträchtliche Zahl von Schulanfängerinnen und – anfängern in Bochum ist von Herabsetzung der Sehschärfe betroffen.	Nein
Adipositas	Der auch andernorts festgestellte Zusammenhang von sozialer Lage und Adipositas lässt sich auch in Bochum nachweisen.	Förderung von Bewegung und gesunder Er- nährung
Hörstörungen	Hörstörungen betreffen eine nicht unerhebliche Zahl der Bochumer Schulanfängerinnen und –anfänger. Ihre Verteilung über das Stadtgebiet folgt keinem sichtbaren Muster.	Nein
Verhaltens- auffälligkeiten	Verhaltensauffälligkeiten werden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung relativ selten festgestellt.	Nein
Früherkennungs- untersuchungen	Die Früherkennungsuntersuchungen werden von den allermeisten Eltern wahrgenommen. Dies gilt auch für bildungsferne Elternhäuser.	Keine zusätzli- chen Interven- tionen nötig
Masern- schutzimpfungen	Die meisten Eltern aus allen Bildungsschichten nehmen die Möglichkeit wahr, ihre Kinder gegen Masern impfen zu lassen.	Impfbereitschaft fördern
Gesamt auswertung	Extreme gesundheitliche Herausforderungen bzw. Belastungen sind auf der Basis der kleinräumigen Auswertung der Schuleingangsuntersuchung nicht feststellbar. Dennoch gibt es eine deutliche Differenzierung zwischen den Ortsteilen, die tendenziell mit sozialstrukturellen Herausforderungen korreliert.	Gesundheitsförderung kleinräumig priorisieren

Kapitel 7 Pflegebedürftigkeit

	Zusammenfassung	Interventions- bedarf
Demenzen	Die Bedeutung dementieller Erkrankungen hat in den vergangenen Jahren auch in Bochum erheblich zugenommen. Angesichts der demographischen Entwicklung ist hier mit einem weiteren Anstieg zu rechnen.	Nein
Pflegebedürftig- keit	Von 2001 bis 2011 hat sich die sowohl die Zahl der Pflegebedürftigen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner als auch die SMR zusehends stärker den entsprechenden Landeswerten angenähert. Zuletzt waren keine relevanten Unterschiede zwischen Bochum und NRW zu erkennen.	Nein
Einrichtungen der Alten- und Kran- kenpflege	Insgesamt weist Bochum ein vielfältiges, flexibles und angemessenes Unterstützungsangebot für Menschen mit Pflegebedarf auf.	Nein

Kapitel 8 Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung

	Zusammenfassung	Interventions- bedarf
Vertragsärztliche und – zahnärztliche Ver- sorgung	Die ärztliche und zahnärztliche Versorgung Bochums ist in allen untersuchten Bereichen sichergestellt.	Nein
Krankenhaus- betten	In den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie und Pädiatrie ist die Zahl der vorgehaltenen Betten überdurchschnittlich. Lediglich im Fachbereich Gynäkologie/Geburtshilfe liegt sie unter dem NRW-Durchschnitt. In den angrenzenden Kommunen Bochums steht eine überdurchschnittliche Anzahl an Betten zur Verfügung, die mit vertretbarem Aufwand auch von Bochumerinnen und Bochumern genutzt werden können. Von einer Unterversorgung ist also auch in diesen Bereichen nicht auszugehen.	Nein
Apotheken	In Bochum liegt die Apothekendichte etwas höher als im Landesdurchschnitt. Die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten ist sichergestellt.	Nein

4 Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität

4.1 Mortalität

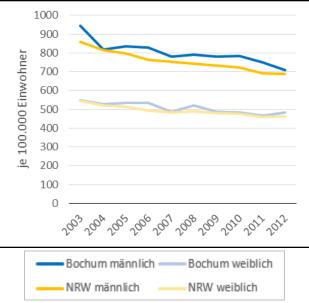
4.1.1 Allgemeine Mortalität

Die allgemeine Mortalität (Sterblichkeit) liefert einen ersten Zugang zur gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung. Treten in einer Bevölkerung gehäuft Todesfälle auf, so ist hierin ein Hinweis auf erhöhte Gesundheitsrisiken zu sehen. Die Sterblichkeit ist dabei als "Spitze eines Eisberges" von Krankheitsgeschehen zu betrachten.

Die Sterblichkeit unterscheidet sich u. a. nach Geschlecht und Alter. Sie wird daher als Fallzahl je 100.000 Einwohner und als SMR¹ altersstandarisiert und nach Geschlecht bzw. Kommune differenziert dargestellt. Bei den Sterbefällen bleiben Totgeburten, nachträglich beurkundete Kriegssterbefälle, gerichtliche Todeserklärungen und Sterbefälle bei Angehörigen ausländischer Streitkräfte und ihrer Kinder unberücksichtigt. Die Sterbefälle werden dort registriert, wo die verstorbene Person den letzten Wohnsitz hatte.

Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

Abb. 1 Sterbefälle je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012



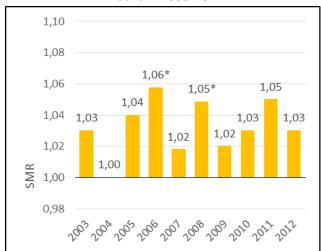
Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

2012 starben in Bochum 4.417 Personen, davon waren 2.372 Frauen und 2.045 Männer.

In Nordrhein-Westfalen ist seit 2003 ein kontinuierlicher Rückgang der Sterblichkeit zu beobachten. Derselbe Abwärtstrend ist auch in Bochum erkennbar. Bochum liegt jedoch bei den Männern geringfügig über dem Landeswert; bei den Frauen sind im zeitlichen Verlauf kaum Abweichungen vom Landeswert zu verzeichnen (Abb. 1) Im Zeitreihenvergleich lag die SMR im gesamten Berichtszeitraum mit einer Ausnahme über dem Landeswert, es zeigten sich jedoch seit 2009 keine signifikanten Abweichungen mehr (Abb. 2). Im interkommunalen Vergleich präsentieren sich Bochum und Dortmund ohne signifikante Abweichungen vom Landeswert. In den anderen Vergleichskommunen Herne, Gelsenkirchen und Essen ist die Sterblichkeit signifikant erhöht. (Abb. 3).

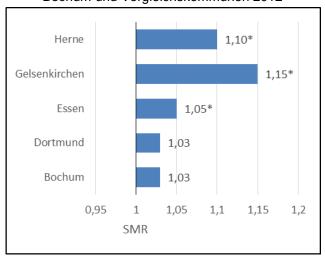
¹ SMR = Standardisierte Morbiditäts-/Mortalitätsratio, siehe unten Kapitel 9.1.2 (S. 94)

Abb. 2 Sterbefälle Bochum 2003-2012



Abweichung des standardisierten Mortalitätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1), * = signifikant Abweichung

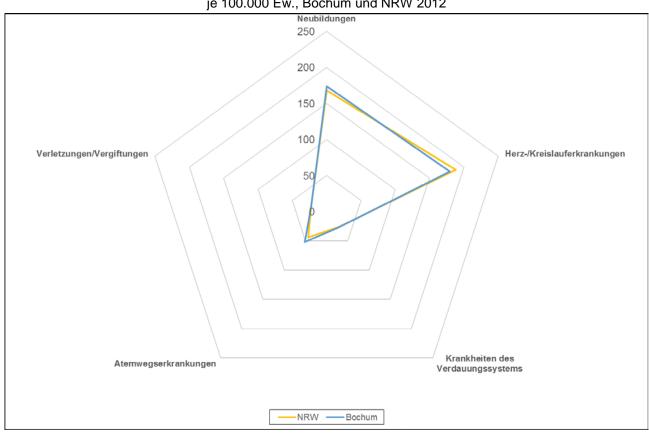
Abb. 3 SterbefälleBochum und Vergleichskommunen 2012



Abweichung des standardisierten Mortalitätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1), * = signifikante Abweichung

Neben der Abweichung der Gesamtmortalität von derjenigen des Landes kann zur allgemeinen Beurteilung des Sterbegeschehens die Verteilung der hauptsächlichen Todesursuchen herangezogen werden. In Abb. 4 wird die Sterblichkeit je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt) wegen der fünf häufigsten Todesursachen im Jahr 2012 dargestellt. Diese Todesursachen – Neubildungen, Krankheiten des Kreislauf-, des Verdauungs- und Atmungssystems sowie Verletzungen und Vergiftungen – verursachten sowohl in NRW insgesamt als auch in Bochum drei Viertel aller Todesfälle.

Abb. 4 Häufigste Todesursachen je 100.000 Ew., Bochum und NRW 2012



Das Netzdiagramm zeigt kaum Differenzen zwischen der Sterblichkeit im Land und auf kommunaler Ebene.

Zusammenfassung:

In Bochum ist für die letzten Jahre keine nennenswerte Abweichung von der Sterblichkeit in Nordrhein-Westfalen mehr zu beobachten. Auch die Verteilung der hauptsächlichen Todesursachen weicht in Bochum nicht von der des Landes ab.

Interventionsbedarf: Nein.

4.1.2 Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung. Neugeborene sind in ihrem ersten Lebensjahr für gesundheitliche Probleme besonders anfällig. Sie bedürfen daher besonderer Pflege und Aufmerksamkeit.

Da der Indikator nur Kinder berücksichtigt, die das erste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist eine Altersstandardisierung nicht erforderlich. Die Angabe der Säuglingssterblichkeit erfolgt daher als Sterbefälle im ersten Lebensjahr je 1.000 Lebendgeburten. Wegen der geringen Anzahl verstorbener Kinder in Bochum wird auf eine Differenzierung nach Geschlecht verzichtet. Aus dem gleichen Grund wird, um Verzerrungen zu vermeiden, die Säuglingssterblichkeit im gesamten ersten Lebensjahr in 3-Jahres-Mittelwerten angegeben. Dies gilt gleichermaßen für die Darstellung des interkommunalen Vergleichs. Eine regionale Zuordnung der Sterbefälle bei Säuglingen erfolgt nach dem Wohnsitz der Mutter.

Da das Sterberisiko im ersten Lebensjahr davon abhängt, in welcher Schwangerschaftswoche und damit in welchem körperlichen Entwicklungsstadium bzw. welchem Körpergewicht ein Kind geboren wird, werden die Lebendgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500g angegeben. Des Weiteren wird die Säuglingssterblichkeit nach dem Zeitpunkt des Todes dargestellt: Sterbefälle im 1. Monat nach der Geburt (Neonatalphase) und innerhalb des 2. – 12. Lebensmonats (Postneonatalphase). Die Darstellung dieser Parameter erfolgt ebenfalls als Anzahl je 1.000 Lebendgeborene. Um Zusammenhänge deutlicher zu machen, wird dabei jedoch auf einen 3-Jahres-Mittelwert verzichtet.

Als Lebendgeburten gelten Kinder, bei denen nach der Trennung vom Mutterleib Atmung oder irgendein anderes Lebenszeichen wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Körperbewegungen eingesetzt haben. Das Geburtsgewicht der Kinder bleibt unberücksichtigt.

Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass die Säuglingssterblichkeit deutlich von der sozialen Lage der Eltern beeinflusst wird. Dies liegt unter anderem darin begründet, dass in den unteren Sozialschichten bestimmte gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie z. B. Rauchen häufiger zu beobachten sind. Rauchen gilt als Risikofaktor für ein niedriges Geburtsgewicht (Robert-Koch-Institut 2011, 23ff.).

Abb. 5 Säuglingssterbefälle
3-Jahres-Mittelwerte, Bochum und NRW 2001-2012

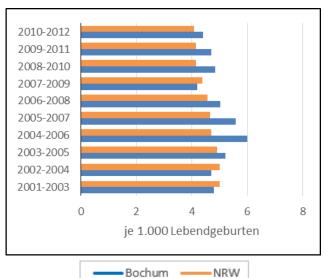
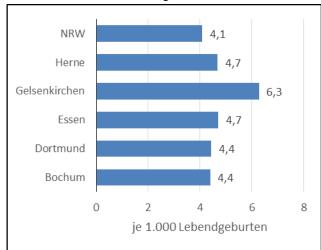


Abb. 6 Säuglingssterbefälle 3-Jahres-Mittelwerte, NRW, Bochum und Vergleichskommunen 2012



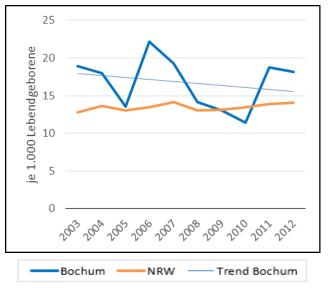
Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

In den Jahren 2010-2012 starben in Bochum jährlich im Durchschnitt 12 Kinder vor Vollendung des ersten Lebensjahres. Dies entspricht einer Rate von 4,4 Säuglingssterbefällen je 1.000 Lebendgeburten. Die entsprechende Rate auf Landesebene (NRW) lag im gleichen Zeitraum mit 4,1 leicht darunter.

Seit 2004-2006 weist Bochum mit Ausnahme der Jahre 2007-2009 eine höhere Säuglingssterblichkeitsrate auf als das Land. Allerdings nimmt in Bochum wie in NRW die Zahl der Säuglingssterbefälle im Lauf der Jahre kontinuierlich ab, wobei sich die Rate in Bochum immer stärker an die Landesrate annähert. Während die Differenz zwischen beiden Raten 2004-2006 noch 1,3 Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeburten betrug, verringerte sie sich bis 2010-2012 auf 0,3. (Abb. 5).

In Herne, Essen und Dortmund lag die Säuglingssterblichkeitsrate 2012 ebenso wie in Bochum mit 4,4 bzw. 4,7 Sterbefällen je 1.000 Lebendgeburten leicht oberhalb der Landesrate. In Gelsenkirchen zeigte sich eine stärkere Abweichung, wobei auch hier die absolute Fallzahl mit weniger als zehn Sterbefällen äußerst klein war (Abb. 6).

Abb. 7 Lebendgeborene mit Geburtsgewicht unter 1.500g Bochum und NRW 2003-2012



Mit lediglich einer Ausnahme im Jahr 2010 lag die Anzahl der Lebendgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500g in Bochum im gesamten Berichtszeitraum über dem Landesniveau. Die Werte schwankten dabei jedoch erheblich. Der lineare Trend für Bochum zeigt eine fallende Tendenz. (Abb. 7).

In Bochum verstarben mit Ausnahme der Jahre 2006 und 2009 weniger Säuglinge im 1. Lebensmonat als in Nordrhein-Westfalen. Die Sterberaten der einzelnen Jahre schwankten dabei zwischen 2 und 6 Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeburten im ersten Lebensmonat. Der lineare Trend für Bochum wich im Berichtszeitraum allerdings nur unwesentlich von den Landeswerten ab (Abb. 8).

Die Säuglingssterbefälle in der Postneonatalphase schwankten 2003 – 2012 in Bochum ebenfalls deut-

lich. Vier Werte lagen unter und sechs über den Landeswerten. Es zeigte sich dabei ein rückläufiger Trend leicht oberhalb der Nordrhein-Westfälischen Postneonatalsterberrate (Abb. 9).

Abb. 8 Säuglingssterblichkeit Neonatalphase

Bochum und NRW 2003-2012

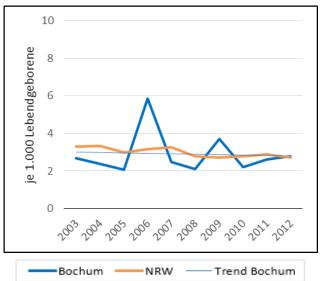
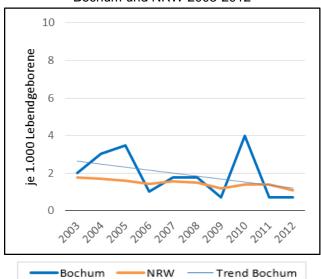


Abb. 9 Säuglingssterblichkeit Postneonatalphase

Bochum und NRW 2003-2012



Zusammenfassung:

Traditionellerweise kommt der Säuglingssterblichkeit als Indikator für die Güte der Lebensverhältnisse und der medizinischen Behandlung/Versorgung eine hohe Bedeutung zu. Sie ist mittlerweile jedoch auf ein so niedriges Niveau abgesunken, dass bei der Interpretation der Sterblichkeitsraten auf kommunaler Ebene die niedrigen Fallzahlen zu berücksichtigen sind: In Bochum lag die durchschnittliche Zahl der Sterbefälle bei den unter 1-Jährigen zuletzt bei 12 pro Jahr.

2010-2012 lag die Säuglingssterberate in Bochum nur noch leicht über derjenigen des Landes. Auch die Trends bei der Sterblichkeit in der Neonatal- und Postneonatalphase liefern für die letzten Jahre keinen Hinweis auf besondere Belastungen.

In Bochum herrscht nach wie vor eine hohe Sensibilität für dieses Thema bei Hebammen, Ärzten und anderen Akteuren im Gesundheitswesen. Das Sozialdezernat hat in den letzten Jahren – unter anderem mit Hilfe von Landesmitteln – die Frühen Hilfen für Schwangere und junge Familien mit Familienhebammen und Kinderkrankenschwestern erheblich ausgebaut.

Interventionsbedarf: Nein

4.1.3 Mittlere Lebenserwartung

"Die mittlere Lebenserwartung erlaubt allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung. Da die Lebenserwartung im Prinzip der um die Alterseffekte bereinigten Sterblichkeit entspricht, ist sie besonders geeignet für die vergleichende Analyse regionaler Unterschiede. Die Abweichung vom Landesdurchschnitt ermöglicht hierbei eine schnelle Orientierung bezüglich der relativen Position der einzelnen Regionen zueinander.

Die mittlere Lebenserwartung (bzw. Lebenserwartung bei der Geburt) gibt an, wie viele Jahre ein Neugeborenes bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Berechnungsgrundlage für die Lebenserwartung ist die so genannte Sterbetafel, die modellhaft anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten des untersuchten Kalenderzeitraums (ein oder mehrere zusammengefasste Jahre) berechnet wird.

Vollständige Sterbetafeln werden in der Regel im Anschluss an eine Volkszählung zur Verfügung gestellt. Dazwischen werden sog. abgekürzte Sterbetafeln erstellt, die jeweils für drei Jahre berechnet werden. Abgekürzte Sterbetafeln erfahren im Unterschied zu den vollständigen Sterbetafeln keine Glättung (Ausgleichung) und unterliegen im stärkeren Maß kurzfristigen Schwankungen (Quelle: NLS). Die Validität ist durch die größeren Zeitabstände zwischen der Erstellung der herangezogenen Sterbetafel und dem Berechnungszeitpunkt der Lebenserwartung eingeschränkt." (LÖGD NRW 2006, 148)

Interkommunaler Vergleich:

Die Entwicklung der mittleren Lebenserwartung bei Geburt unterscheidet sich in Bochum kaum von derjenigen im Land. Die gleitenden 3-Jahres-Mittelwerte zeigen sowohl auf örtlicher als auch auf Landesebene einen leichten Anstieg der mittleren Lebenserwartung. Die Bochumer Werte liegen geringfügig unter denjenigen des Landes: Bei den Männern war die Lebenserwartung 2010-2012 durchschnittlich 0,4 Jahre, bei den Frauen rund 0,3 Jahre geringer (Abb. 10).

Im interkommunalen Vergleich zeigt sich bei Bochum die geringste – nichtsignifikante – Abweichung vom Landeswert. In allen Vergleichskommunen ist die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt bei den Männern signifikant reduziert, in Dortmund und Gelsenkirchen auch diejenige der Frauen. 2010-2012 wurden die niedrigsten Werte in Gelsenkirchen festgestellt. (Abb. 11).

Abb. 10 Mittlere Lebenserwartung bei Geburt 3-Jahres-Mittelwerte NRW und Bochum 2001-2012

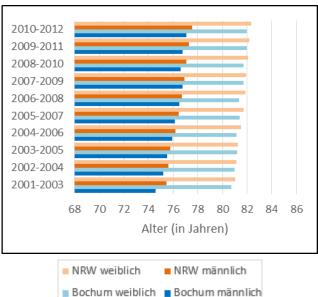
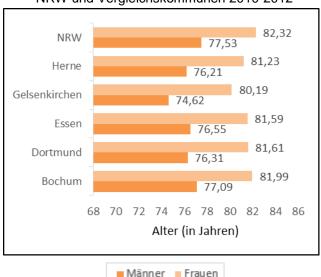


Abb. 11 Mittlere Lebenserwartung bei Geburt 3-Jahres-Mittelwerte NRW und Vergleichskommunen 2010-2012



Zusammenfassung:

Während in allen Vergleichskommunen zumindest bei einem Geschlecht eine signifikante Abweichung vom Landeswert in Richtung verminderter Lebenserwartung zu beobachten ist, ist dies in Bochum nicht der Fall.

Interventionsbedarf: Nein

4.1.4 Vermeidbare Sterbefälle

Der Begriff vermeidbare Sterbefälle bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen für die jeweils betrachtete Altersgruppe als vermeidbar gelten. Dabei werden sechs Todesursachen untersucht:

- ➢ Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (ICD-10: C33-C34) bei Frauen und Männern von 15-64 Jahren,
- > Ischämische Herzkrankheit (ICD-10: I20-I25) bei Frauen und Männern von 35-64 Jahren,
- ➤ Hypertonie (ICD-10: I10-I15) und zerebrovaskuläre Erkrankung (ICD-10: I60-I69) bei Frauen und Männern von 35-64 Jahren,
- Krankheiten der Leber (ICD-10: K70-K77) bei Frauen und M\u00e4nnern von 15-74 Jahren,
- > Transportmittelunfälle (ICD-10: V01-V99) bei Frauen und Männern aller Altersstufen und
- > Brustkrebs (ICD-10: C50) bei Frauen von 25-64 Jahren.

Viele der hier aufgeführten Indikatoren werden in Kapitel 3 gesondert untersucht. Dabei unterscheidet sich allerdings der Schwerpunkt der Darstellung: Hier geht es insbesondere um die Sterbefälle, die durch gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen vermieden werden könnten. Dazu wird die Auswertung auf die Altersstufen eingeschränkt, in denen solche Maßnahmen greifen können. Sowohl die jüngeren Altersstufen, in denen diese Erkrankungen oder das sie auslösende gesundheitsschädigende Verhalten praktisch nie auftreten, als auch die älteren, in denen das Alter als Risikofaktor vorrangige Bedeutung erhält, werden nicht berücksichtigt. Überdies werden der Auswertung 5-Jahres-Mittelwerte zu Grunde gelegt. Dadurch werden zufällige Schwankungen der Sterbefallraten minimiert und stabilere Muster erkennbar. Demgegenüber werden in Kapitel 3 stets alle Altersstufen ausgewertet, um darzustellen, welche Bedeutung die ausgewerteten Todesursachen in Bochum insgesamt haben – ganz gleich, ob sie durch gesundheitsfördernde Maßnahmen oder präventive Interventionen hätten vermieden werden können. Darüber hinaus werden in Kapitel 3 keine Mittelwerte gebildet, sondern die jährlichen Sterbefälle ausgewertet. Dadurch wird das Augenmerk verstärkt auf Entwicklungen und Trends gerichtet, weniger auf vorherrschende Muster.

Die vermeidbaren Sterbefälle spiegeln also indirekt die Qualität und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung in Bezug auf Inanspruchnahme, Diagnostik und Therapie wider. Im regionalen Vergleich lassen sich daher Hinweise auf Unterschiede in Versorgungsstrukturen und ihrer Inanspruchnahme gewinnen. Gleichzeitig kann ggf. ein erhöhter Bedarf an präventiven Maßnahmen identifiziert werden.

Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge:

An dieser Erkrankung starben 2008-2012 im Mittel 80 Personen pro Jahr in der angegebenen Altersgruppe. Seit 1999-2003 konnten in Bochum keine signifikanten Abweichungen zum Landeswert festgestellt werden (Abb. 12). Im interkommunalen Vergleich mit den Nachbarkommunen Bochums lagen die Sterbefälle in allen Kommunen höher als in Nordrhein-Westfalen. In Dortmund, Herne und Gelsenkirchen waren diese Abweichungen signifikant (Abb. 13).

Zu bösartigen Neubildungen der Atemwege finden sich weitere Auswertungen in Kapitel 5.6 dieses Berichtes. **Die beiden Indikatoren sind jedoch nicht miteinander vergleichbar.** Während im vorliegenden Falle nur die Krebserkrankungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge für Personen zwischen 15 und 64 Jahren betrachtet werden, werden in Kapitel 5.6 die Krebserkrankungen sämtlicher Atmungsorgane (also z. B. auch die Nasen- und Nasennebenhöhle) für alle Altersklassen in den Fokus genommen.

Ischämische Herzkrankheit:

An dieser Erkrankung starben 2004-2008 im Mittel 51 Personen im Alter von 35-64 Jahren pro Jahr. Hier konnten ebenfalls im gesamten Berichtszeitraum in Bochum keine signifikanten SMR-Werte beobachtet werden (Abb. 14). Die Vergleichskommunen unterschieden sich 2008-2012 in ihren Werten allerdings deutlich. Signifikante Abweichungen nach oben waren in Dortmund (+43%) und Gelsenkirchen (+49%) zu beobachten. Herne wich mit 22% vom Landeswert ebenfalls deutlich, aber nicht signifikant nach oben ab, während Essen und Bochum mit 1% Abweichung fast auf dem Landesniveau lagen (Abb. 15).

Hypertonie und zerebrovaskuläre Erkrankung:

2008-2012 starben in Bochum im Durchschnitt 23 Personen pro Jahr in der genannten Altersgruppe an dieser Erkrankung. Im gleitenden 5-Jahresmittel lag die Häufigkeit der Sterbefälle bis 2005-2009 über derjenigen des Landes, signifikante Werte waren jedoch nicht feststellbar Seit 2006-2010 liegt die SMR unter dem Landeswert, allerdings auch hier ohne Signifikanz (Abb. 16). Auch im interkommunalen Vergleich zeigte sich nur Essen mit einem auffälligen SMR-Wert über dem NRW-Niveau (Abb. 17).

Krankheiten der Leber:

An dieser Krankheit starben in Bochum 2004-2008 durchschnittlich jedes Jahr 57 Personen im Alter von 15-74 Jahren. Bis 2002-2006 lag Bochum im gleitenden 5-Jahresmittel im Berichtszeitraum durchgängig signifikant über dem Landeswert. In den Folgejahren nahm die Abweichung der durchschnittlichen SMR weiter ab und erreichte 2004-2008 mit einer 15%-igen Abweichung nach oben seinen niedrigsten Wert. Danach stieg die Abweichung wieder an und erreichte 2007-2011 sowie 2008-2012 mit 25% wieder ein signifikantes Niveau (Abb. 18). Mit Ausnahme von Herne weisen auch alle Vergleichskommunen eine signifikante Abweichung vom Landeswert auf. Die höchste Abweichung war 2008-2012 in Gelsenkirchen zu verzeichnen (Abb. 19).

Zu Krankheiten der Leber finden sich weitere Auswertungen in Kapitel 5.2 dieses Berichtes. **Die beiden Indikatoren sind jedoch nicht miteinander vergleichbar.** Im vorliegenden Falle werden nur Personen zwischen 15 und 74 Jahren betrachtet, die Auswertung in Kapitel 5.2 schließt alle Altersgruppen ein.

Transportmittelunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs:

Bei Transportmittelunfällen starben in Bochum zuletzt im Mittel 8 Personen pro Jahr. Im gesamten Zeitraum waren Werte unterhalb des NRW-Niveaus zu beobachten. Dabei sank die SMR im Verlauf der Berichtsjahre und lag zuletzt bei 0,56. Seit 2002-2006 waren die Werte signifikant (Abb. 20). In allen Vergleichskommunen starben weniger Menschen bei Transportmittelunfällen als in Nordrhein-Westfalen insgesamt. Bochum war die einzige Kommune, in der diese Abweichung signifikant war (Abb. 21).

Zu Unfällen im Straßenverkehr finden sich weitere Auswertungen in Kapitel 5.9 dieses Berichtes.

Brustkrebs:

24 Frauen im Alter von 25-64 Jahren starben im Durchschnitt 2008-2012 pro Jahr in Bochum an Brustkrebs. Damit entsprach die Häufigkeit der Sterbefälle in Bochum nach einigen Jahren deutlicherer Abweichungen nach unten in diesem Zeitabschnitt wieder ungefähr der Sterblichkeit auf Landesebene. Im gesamten Berichtzeitraum traten in Bochum keine signifikanten Abweichungen auf. (Abb. 22). Dies gilt – trotz deutlicher Unterschiede auch für den interkommunalen Vergleich: Die SMR-Werte bewegten sich zuletzt zwischen 0,99 in Bochum und 1,18 in Dortmund, erreichten jedoch in keiner Vergleichskommune eine signifikante Abweichung (Abb. 23).

Abb. 12: Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge

beide Geschlechter von 15-64 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert, Bochum, 1999-2012

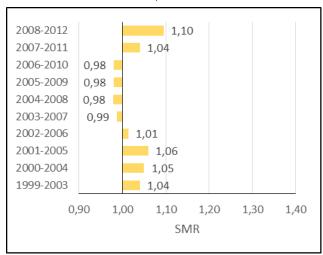


Abb. 14: Sterbefälle wegen ischämischer Herzkrankheit beide Geschlechter von 35-64 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert, Bochum, 1999-2012

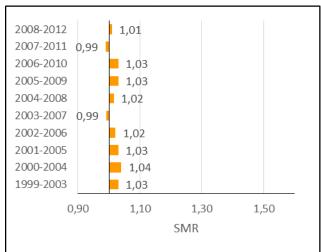


Abb. 16: Sterbefälle wegen Hypertonie und zerebrovaskulären Krankheiten

beide Geschlechter von 35-64 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert, Bochum, 1999-2012

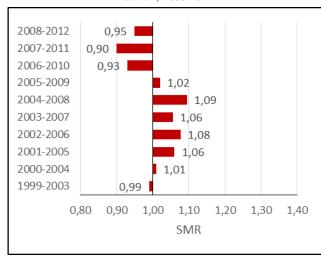


Abb. 13: Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge

beide Geschlechter von 15-64 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert, Bochum und Vergleichskommunen, 2008-2012

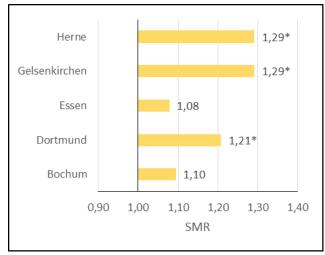


Abb. 15: Sterbefälle wegen ischämischer Herzkrankheit beide Geschlechter von 35-64 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert, Vergleichskommunen, 2008-2012

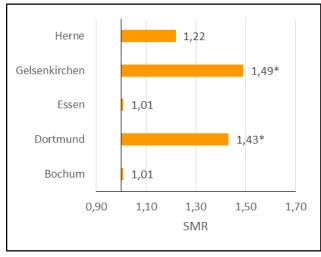


Abb. 17: Sterbefälle wegen Hypertonie und zerebrovaskulären Krankheiten

beide Geschlechter von 35-64 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert, Vergleichskommunen, 2008-2012

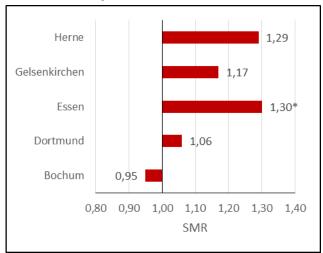


Abb. 18: Sterbefälle wegen Lebererkrankungen beide Geschlechter von 15-74 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert, Bochum, 1999-2012

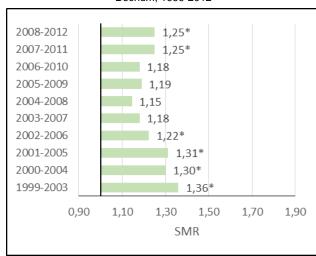


Abb. 20: Sterbefälle wegen Transportmittelunfällen innerhalb und außerhalb des Verkehrs

beide Geschlechter, alle Altersklassen, 5-Jahres-Mittelwert, Bochum, 1999-2012

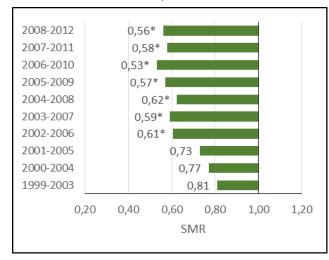


Abb. 22: Sterbefälle wegen Brustkrebs
Frauen von 25-64 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert,
Bochum. 1999-2008

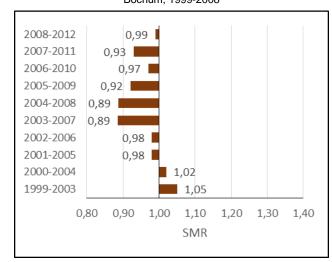


Abb. 19: Sterbefälle wegen Lebererkrankungen beide Geschlechter von 15-74 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert, Bochum und Vergleichskommunen, 2008-2012

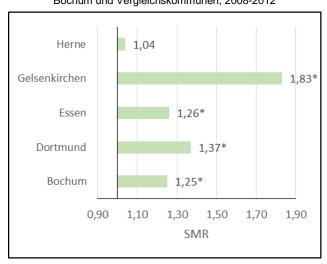


Abb. 21: Sterbefälle wegen Transportmittelunfällen innerhalb und außerhalb des Verkehrs

beide Geschlechter, alle Altersklassen, 5-Jahres-Mittelwert, Bochum und Vergleichskommunen, 2008-2012

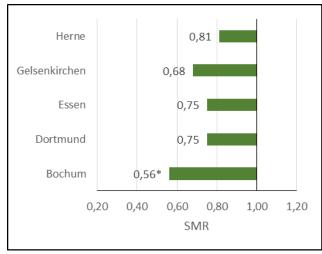
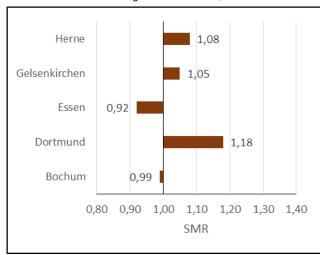


Abb. 23: Sterbefälle wegen BrustkrebsFrauen von 25-64 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert,
Bochum und Vergleichskommunen, 2004-2008



Zusammenfassung:

Insgesamt stellt sich die Situation bei vorzeitigen Sterbefällen in Bochum unauffällig dar.

Interventionsbedarf: Nein

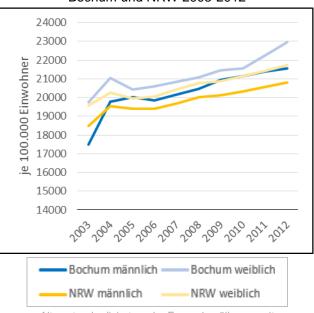
4.2 Krankenhausfälle

Daten über stationäre Behandlungen sind wichtige Strukturdaten für die Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung. Sie ermöglichen zudem eine Einschätzung, wie hoch der Anteil der stationären Versorgung am gesamten medizinischen Versorgungssystem ist und ob es im Zeitverlauf zu Veränderungen der stationär zu behandelnden Morbidität kommt.

Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. Im vorliegenden Indikator sind Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind (Stundenfälle) nicht enthalten. Die Daten wurden der Krankenhausstatistik des Landesamtes für Datenverarbeitung des Landes Nordrhein-Westfalen, Teil 2 "Diagnosen", entnommen und sind auf die Wohnbevölkerung bezogen. Die SMR-Werte stellt das LZG für die kommunale Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung. Über die Signifikanzen werden dabei keine Aussagen getroffen, weshalb diese bei den folgenden Darstellungen nicht angegeben sind.

Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

Abb. 24 Krankenhausfälle je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012



Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

26).

2012 wurden in Bochum insgesamt 100.671 Krankenhausfälle gezählt; 45.588 Männer und 55.083 Frauen. Sowohl in Bochum als auch in NRW sind die Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner in den letzten Jahren gestiegen. Dabei lagen die Zahlen in Bochum fast durchgängig über den Landeswerten (Abb. 24).

Im Berichtszeitraum zeigte bei den Männern die Abweichung vom Landeswert eine steigende Tendenz während die Krankenhausfälle bei den Frauen sich konstant um 5% über den Krankenhausfällen des Landes lagen. Mit Ausnahme des Jahres 2010 wich die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten bei Frauen stärker vom Landeswert ab als bei Männern (Abb. 25).

Im interkommunalen Vergleich wiesen 2012 Herne und Gelsenkirchen Abweichungen von über 20% über dem Landeswert auf. Die übrigen kommunen wichen weniger als 10% vom Landeswert ab (Abb.

Abb. 25 Krankenhausfälle

nach Geschlecht, Bochum 2012

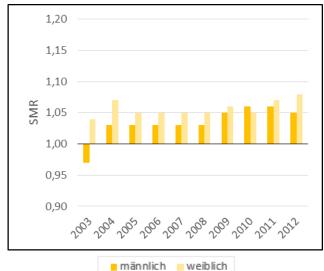
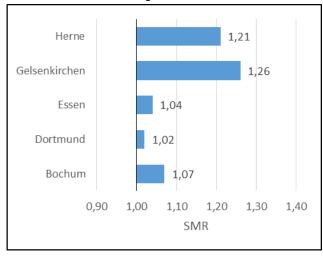


Abb. 26 Krankenhausfälle

Bochum und Vergleichskommunen 2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Zusammenfassung:

In Bochum zeigt sich im Vergleich zum Land eine geringfügig höhere Inanspruchnahme stationärer Behandlungen in Bochum.

Interventionsbedarf: Nein

5 Krankheiten/Krankheitsgruppen

5.1 Herz-/Kreislauferkrankungen

Herz-/Kreislauferkrankungen sind die häufigste Todesursache in Deutschland. Ca. 50 % aller Todesfälle werden durch einen Herzinfarkt, Schlaganfall oder andere Krankheiten des Kreislaufsystems ausgelöst. Vor allem ältere Menschen sind von Herz-/Kreislauferkrankungen betroffen, da die Leistungsfähigkeit des Herzen im Alter schwächer wird ("Altersherz"). Angesichts der steigenden Lebenserwartung und der wachsenden Anzahl chronischer Herzerkrankungen ist deshalb mit einer weiteren Zunahme dieser Krankheiten zu rechnen.

Störungen des Herz-/Kreislaufsystems treten aber auch bereits bei Personen unter 50 Jahren auf. Die Entstehung von Herz-/Kreislauferkrankungen wird durch verschiedene Risikofaktoren begünstigt. Dazu gehören z. B. ein erhöhter Cholesterinspiegel, Übergewicht, Rauchen, Diabetes und Arteriosklerose. Grundsätzlich können Herz-/Kreislauferkrankungen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen (z. B. gesunde Ernährung, viel Bewegung, Verzicht auf Tabakkonsum) größtenteils verhindert werden.

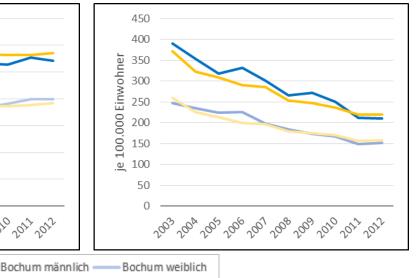
Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

Im Jahr 2008 wurden 14.426 Bochumerinnen und Bochumer wegen Herz-/Kreislauferkrankungen stationär behandelt, davon waren 7.245 Frauen und 7.181 Männer. 1.520 Personen (891 Frauen, 629 Männer) verstarben in Bochum an diesen Erkrankungen. Bei den Krankenhaus- und Sterbefällen ist sowohl in NRW als auch in Bochum ein Abwärtstrend zu erkennen (Abb. 27 und 28).

Abb. 27 Krankenhausfälle wegen Herz-/Kreislauferkrankungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012

3500 — 30

Abb. 28 Sterbefälle wegen Herz-/Kreislauferkrankungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012



Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

NRW weiblich

NRW männlich

Insgesamt stellt sich in Bochum die Situation bei Herz-/Kreislauferkrankungen als relativ unauffällig dar. Bei den Krankenhausfällen zeigten sich bei den Männern mit Ausnahme des Jahres 2011 durchweg signifikant erniedrigte Werte. Die SMR der Frauen zeigte ab 2011 signifikant erhöhte Werte (Abb. 29).

Bei den Sterbefällen lag die SMR der Männer bis 2010 durchgehend über dem Landeswert. Zuletzt lag die SMR bei den Männern signifikant unter dem Landeswert (Abb. 30). Auch bei den Frauen waren zuletzt deutlich unterdurchschnittliche Werte zu verzeichnen.

Im interkommunalen Vergleich zeigt sich 2012 bei den Krankenhausfällen ein uneinheitliches Bild. Bochum und Dortmund liegen unter dem NRW-Wert, Essen, Gelsenkirchen und Herne z.T. deutlich darüber (Abb.

31). Auch bei den Sterbefällen variiert die SMR deutlich. Dortmund und Gelsenkirchen zeigen signifikant erhöhte Werte Essen und Herne variieren um den Landeswert und in Bochum liegt die SMR sogar signifikant 6% unter dem Landeswert (Abb. 32).

Abb. 29 Krankenhausfälle wegen Herz-/Kreislauferkrankungen

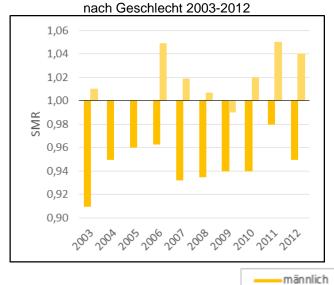
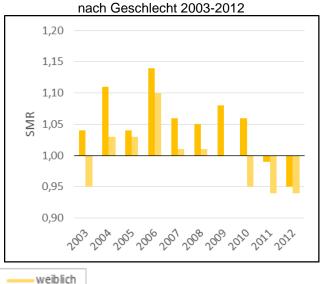


Abb. 30 Sterbefälle wegen Herz-/Kreislauferkrankungen



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Abb. 31 Krankenhausfälle wegen Herz-/Kreislauferkrankungen Bochum und Vergleichskommunen 2012

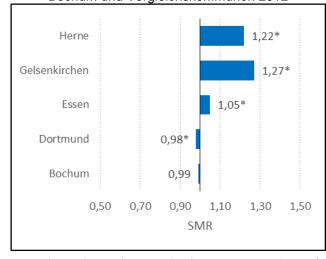
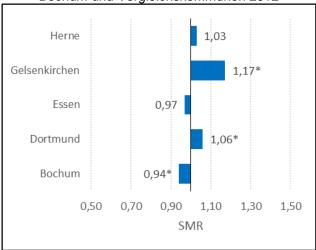


Abb. 32 Sterbefälle wegen Herz-/Kreislauferkrankungen Bochum und Vergleichskommunen 2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Zusammenfassung:

Relevante aktuelle Abweichungen der Situation in Bochum vom Landesschnitt sind nicht zu erkennen. Erfreulich ist die Entwicklung der Sterbefälle seit 2009.

Interventionsbedarf: Nein

5.2 Erkrankungen der Leber

Die Leber ist das zentrale Organ des gesamten Stoffwechsels. Sie produziert lebenswichtige Stoffe, verwertet Nahrungsbestandteile, baut Stoffwechselprodukte, Medikamente und Giftstoffe im Körper ab und scheidet sie aus. Lebererkrankungen entstehen u. a. durch leberschädigende Stoffe (z. B. Alkohol und viele Medikamente) oder durch Infektionen (verschiedene Formen der Leberentzündung).

Bei vielen Lebererkrankungen spielt das Gesundheitsverhalten des Einzelnen eine wichtige Rolle. Eine besondere Bedeutung kommt dabei dem Alkoholkonsum zu. Aber auch der Missbrauch von Medikamenten und anderen Drogen hat Folgen für die Funktionsfähigkeit der Leber. Bei den infektiösen Lebererkrankungen spielt das Gesundheitsverhalten ebenfalls eine Rolle: Vor verschiedenen Formen der Hepatitis (Leberentzündung) kann man sich durch umsichtiges Verhalten ("safer sex") oder Impfungen schützen.

Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

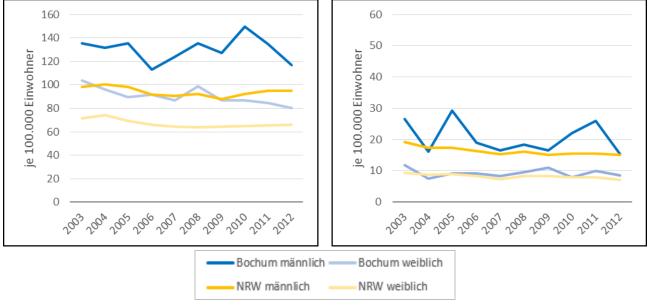
Im Jahr 2012 waren 483 Bochumerinnen und Bochumer wegen Lebererkrankungen in stationärer Behandlung. Davon waren 212 Frauen und 271 Männer. Etwa 40% dieser Krankenhausaufenthalte – überwiegend bei Männern – dienten der Behandlung einer alkoholischen Lebererkrankung. Im selben Jahr verstarben in Bochum 66 Personen (28 Frauen und 38 Männer) an Erkrankungen der Leber. Die Hälfte der Sterbefälle entfiel dabei auf die alkoholische Lebererkrankung.

Im Nordrhein-Westfalen variierte die Häufigkeit der stationären Behandlungen wegen Lebererkrankungen im Berichtszeitraum kaum (Abb. 33). Auch die Krankenhausaufenthalte wegen alkoholischer Lebererkrankungen sind nahezu stabil geblieben (Abb. 35). Gleiches gilt auch für die Anzahl der Sterbefälle je 100.000 Einwohner sowohl bei den Erkrankungen der Leber insgesamt als auch bei den alkoholischen Lebererkrankungen: Sie lagen im Berichtszeitraum auf einem konstanten Niveau (Abb. 34 und 36).

In Bochum lagen die Fallzahlen der stationären Behandlungen bei Lebererkrankungen insgesamt und bei alkoholischen Lebererkrankungen bei beiden Geschlechtern meist deutlich über dem Landesniveau. (Abb. 33 und 35). Bei den Sterbefällen sowohl wegen Lebererkrankungen insgesamt als auch wegen alkoholischer Lebererkrankung fallen die Unterschiede zwischen Bochum und NRW deutlich geringer aus. Bei den Frauen liegen durchgehend alle Bochumer Werte nur unwesentlich unter- oder oberhalb der Landeswerte. Bei den Männern sind zwar einige Werte deutlich (um mehr als fünf Sterbefälle je 100.000 Ew.) erhöht, die übrigen weichen nur geringfügig vom Landeswert ab (Abb. 34 und 36).

Abb. 33 Krankenhausfälle wegen Lebererkrankungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012

Abb. 34 Sterbefälle wegen Lebererkrankungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012



Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

Abb. 35 Krankenhausfälle wegen alkoholischer Lebererkrankung

je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012

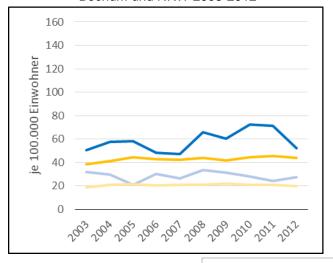
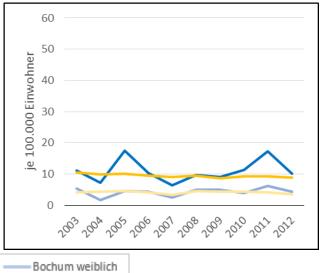


Abb. 36 Sterbefälle wegen alkoholischer Lebererkrankung

je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012



Bochum männlich Bochum weiblich
NRW männlich NRW weiblich

Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

Die geschlechtsspezifische Betrachtung des SMR-Wertes zeigt: Die Abweichung vom NRW-Niveau bei Krankenhausfällen wegen Lebererkrankungen war im gesamten Berichtszeitraum bei Bochumerinnen und Bochumern signifikant (Abb. 37). Die Häufigkeit der Sterbefälle lag zwar meist über der des Landes, signifikante Abweichungen war jedoch nur 2003, 2005, 2010 und 2011 bei Bochumer Männern festzustellen (Abb. 38).

Abb. 37 Krankenhausfälle wegen Lebererkrankungen nach Geschlecht 2003-2012

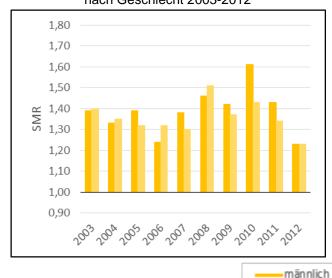
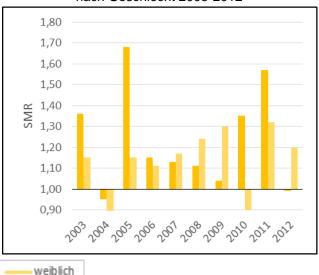


Abb. 38 Sterbefälle wegen Lebererkrankungen nach Geschlecht 2003-2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Bei den Krankenhausfällen wegen alkoholischer Lebererkrankungen waren meist ebenfalls signifikant erhöhte Werte zu beobachten. Ein Trend ist nicht zu identifizieren (Abb. 39). Die Häufigkeit der Sterbefälle unterliegt in Bochum großen Schwankungen. Eine Signifikanz ist jedoch nur 2005 und 2011 erkennbar. Das Jahr 2012 präsentiert sich unauffällig mit nicht signifikant erhöhten Werten bei Männern und Frauen (Abb. 40).

Abb. 39 Krankenhausfälle wegen alkoholischer Lebererkrankung nach Geschlecht 2003-2012

1,90

1,70

1,50

1,30

1,10

0,90

0,70

0,50

0,30

\[
\text{ve}^3 \text{ve}^4 \text{ve}^5 \text{ve}

Abb. 40 Sterbefälle wegen alkoholischer Lebererkrankung nach Geschlecht 2003-2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

männlich

Mit Ausnahme von Dortmund wiesen die anderen Nachbarstädte Bochums bei den Krankenhausfällen wegen Lebererkrankungen signifikante erhöhte SMR-Werte auf (Abb. 41). Bei den Sterbefällen waren 2012 nur in Gelsenkirchen und Essen signifikante Abweichungen nach oben festzustellen. Die anderen Vergleichskommunen weisen keine Signifikanzen auf (Abb. 42).

Abb. 41 Krankenhausfälle wegen Lebererkrankungen

Bochum und Vergleichskommunen 2012

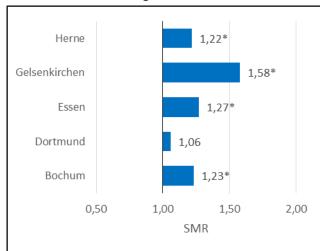
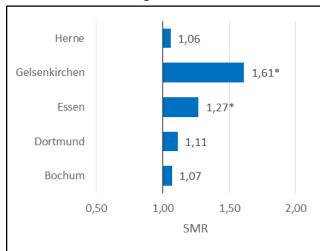


Abb. 42 Sterbefälle wegen Lebererkrankungen

Bochum und Vergleichskommunen 2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Auch bei Krankenhausfällen wegen alkoholischer Lebererkrankungen präsentierten sich 2012 – ebenso wie bei den Lebererkrankungen insgesamt – mit Ausnahme von Dortmund alle Vergleichskommunen mit signifikant erhöhten Werten. (Abb. 43). Auch bei den Sterbefällen wegen alkoholischer Lebererkrankung zeigte sich ein ähnliches Bild wie bei den Lebererkrankungen insgesamt: Die mit Abstand höchste Abweichung der SMR war 2012 in Gelsenkirchen zu beobachten (Abb. 44).

Abb. 43 Krankenhausfälle wegen alkoholischer Lebererkrankung Bochum und Vergleichskommunen 2012

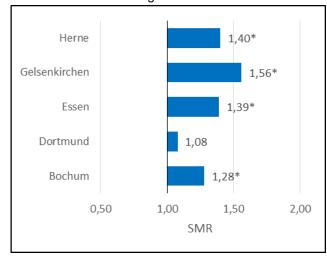
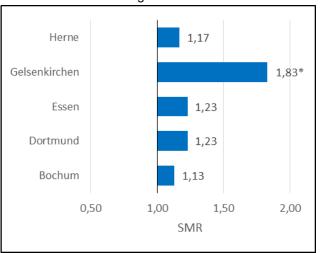


Abb. 44 Sterbefälle wegen alkoholischer Lebererkrankung Bochum und Vergleichskommunen 2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Zusammenfassung:

In Bochum ist, wie in den anderen Ruhrgebietsstädten, die Zahl der Menschen mit schweren alkoholbedingten Folgeerkrankungen erhöht. Denkbar ist, dass viele Betroffene aus dem Umland mit deutlichen Einschränkungen eher die Anonymität der Großstädte als die stärkere soziale Kontrolle in den Kreisen suchen. Erfreulicherweise spiegelt sich in Bochum diese erhöhte Krankheitslast wegen alkoholischer Lebererkrankungen nicht in einer signifikant erhöhten Sterblichkeit.

Interventionsbedarf: Absicherung der bestehenden guten Angebotsstruktur für Menschen mit Suchterkrankungen

5.3 **Diabetes mellitus**

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ist eine Stoffwechselerkrankung, die durch einen dauerhaft erhöhten Blutzuckerspiegel ausgelöst wird. Der Blutzuckerspiegel wird durch die Ausschüttung des Hormons Insulin geregelt.

Es werden zwei Typen von Zuckerkrankheit unterschieden:

Der Typ 1 wird auch "jugendlicher Diabetes" genannt. Er tritt im Allgemeinen vor dem 30. Lebensjahr auf. Beim Typ-1-Diabetes kommt die Insulinproduktion im Körper ganz zum Erliegen. Es muss Insulin gespritzt werden. 5 – 10 % aller Diabetiker leiden an einem Typ-1-Diabetes.

Der Typ 2 wird auch Altersdiabetes genannt, da er vor allem in höheren Altersgruppen auftritt. Beim Typ-2-Diabetes bildet der Körper nicht mehr genug Insulin oder entwickelt eine Insulinresistenz. Es muss nicht in jedem Fall Insulin gespritzt werden. 90 - 95 % aller Diabetiker haben einen Typ-2-Diabetes. Der Typ-2-Diabetes bleibt häufig lange Zeit unentdeckt und fällt erst bei Routine-Untersuchungen auf.

Unbehandelt führt Diabetes mellitus zu gravierenden Folgekrankheiten und letztlich zum Tod. Zu den Folgeerkrankungen zählen: diabetische Neuropathie (Nervenschädigung), diabetische Nephropathie (Nierenerkrankung), diabetische Fußgeschwüre, diabetische Retinopathie (Schädigung der Netzhaut), Schlaganfälle und Herzinfarkte. Rechtzeitig und angemessen behandelt, lassen sich die meisten Folgeschäden vermeiden oder zumindest begrenzen.

Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Mit einem weiteren Anstieg wird gerechnet.

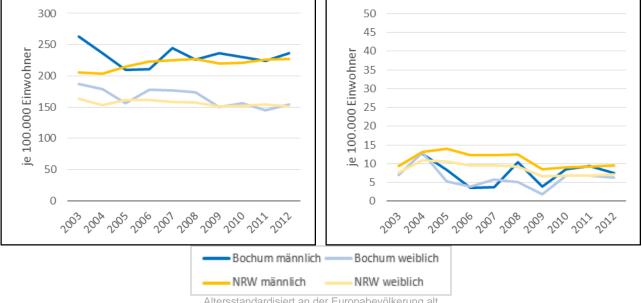
Übergewicht und Bewegungsmangel begünstigen die Entstehung von Typ-2-Diabetes. Entsprechend kann durch gesunde Ernährung und Bewegung die Entstehung der Krankheit verhindert oder ihr Verlauf gemildert werden.

Es wird davon ausgegangen, dass Diabetes mellitus Typ 2 häufiger bei Personen mit einem niedrigen Sozialstatus auftritt.

Bei der Interpretation der Werte ist zu berücksichtigen, dass Diabetes hauptsächlich ambulant behandelt wird. In NRW war 2012 die ICD-10-Diagnose E11 ("Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]") mit 14,6% der vierthäufigste Behandlungsanlass in allgemeinärztlichen Praxen (siehe unten Kap. 3.12) Ambulante Patienten werden jedoch hier nicht erfasst. Es ist also davon auszugehen, dass die tatsächliche Zahl der Erkrankten viel höher ausfällt.

Abb. 45 Krankenhausfälle wegen Diabetes mellitus je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012

Abb. 46 Sterbefälle wegen Diabetes mellitus je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012



Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

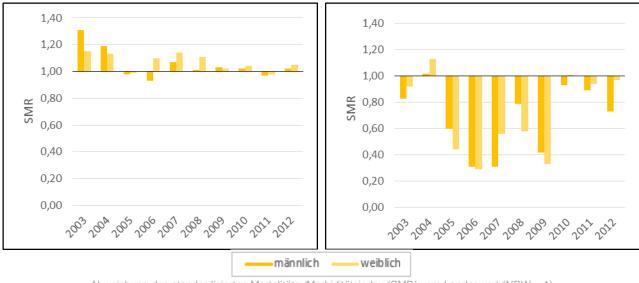
Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

In Bochum wurden im Jahre 2012 1.036 Personen wegen Diabetes mellitus stationär behandelt, davon waren knapp die Hälfte Frauen. 61 Personen verstarben an dieser Erkrankung. Hier waren zwei Drittel Frauen.

Im Berichtszeitraum bewegte sich die Zahl der Krankenhausfälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen um die Landeswerte. Insbesondere in den letzten Jahren waren keine stark abweichenden Werte zu beobachten (Abb. 45). Auch die SMR wichen seit 2009 die Krankenhausfälle nicht wegen Diabetes mellitus nicht mehr nennenswert vom Landeswert ab (Abb. 47). Die Sterbefälle wegen Diabetes mellitus waren in Bochum 2005 bis 2009 deutlich seltener als in Nordrhein-Westfalen (Abb. 46). Seit dem Jahr 2010 sind keine signifikanten Abweichungen mehr zu beobachten (Abb. 48).







Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

In den Vergleichskommunen waren im Jahre 2012 die Krankenhausfälle wegen Diabetes mellitus in Dortmund, Herne und Gelsenkirchen signifikant erhöht. Essen wies eine signifikant unterdurchschnittliche SMR auf und Bochum war unauffällig (Abb. 49). Bei den Sterbefällen liegt einzig Gelsenkirchen über dem Landeswert. Dortmund, Essen und Gelsenkirchen weisen signifikante Abweichungen nach unten auf. Die Sterblichkeit in Bochum liegt ebenfalls unter dem Landeswert, mit 13% Abweichung allerdings nur insignifikant (Abb. 50).

Abb. 49 Krankenhausfälle wegen Diabetes mellitus

Bochum und Vergleichskommunen 2012

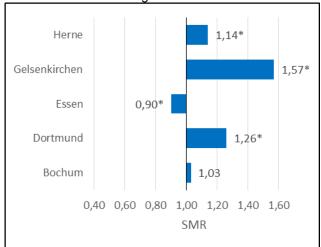
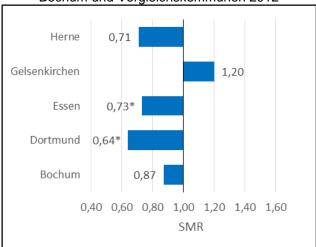


Abb. 50 Sterbefälle wegen Diabetes mellitus

Bochum und Vergleichskommunen 2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Zusammenfassung:

In Bochum zeigten die Krankenhausaufenthalte wegen Diabetes mellitus zuletzt keine großen Abweichungen von den Landeswerten. Die Situation ist unauffällig. Die Erkrankung wird überwiegend ambulant behandelt. Die gute Therapierbarkeit drückt sich nicht zuletzt in der niedrigen Zahl der Sterbefälle wegen Diabetes mellitus aus.

5.4 Erkrankungen des Verdauungssystems

Krankheiten des Verdauungssystems, insbesondere Gastritis, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre sind in Deutschland weit verbreitet. Sie können z. T. zu lebensbedrohlichen Zuständen führen (Robert-Koch-Institut 2013) und beeinträchtigen das Wohlbefinden der Betroffenen in erheblichem Maße. Krankheiten des Verdauungssystems umfassen ein vielgestaltiges Bündel an Krankheiten bzw. Diagnosen. In diesem Kapitel werden sämtliche Erkrankungen des Verdauungssystems berücksichtigt, angefangen von Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer über Blinddarmentzündungen, Hernien (z. B. Leistenbrüche), Darmentzündungen, Erkrankungen des Bauchfells (Peritoneum), der Leber, der Gallenblase und der Bauchspeicheldrüse.

Krankheiten des Verdauungssystems werden vom Ernährungsverhalten beeinflusst. Auch Alkoholkonsum spielt als Einflussfaktor eine Rolle. Daneben entstehen Erkrankungen des Verdauungssystems auch als Nebenwirkung medikamentöser Therapien.

Abb. 51 Krankenhausfälle wegen Krankheiten des Verdauungssystems je 100.000 Ew. nach Geschlecht

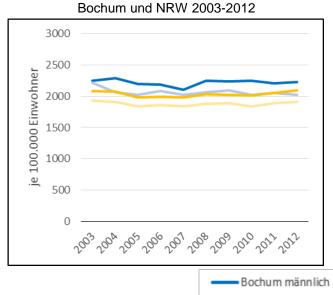
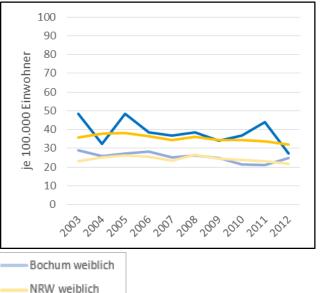


Abb. 52 Sterbefälle wegen Krankheiten des Verdauungssystems

je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012



Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

NRW männlich

Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

Erkrankungen des Verdauungssystems werden häufig ambulant behandelt. In NRW machten sie im Jahr 2012 gut 25% aller Behandlungsanlässe in hausärztlichen Praxen aus.

In Bochum wurden im Jahre 2012 10.042 Personen wegen Erkrankungen des Verdauungssystems stationär behandelt, etwa die Hälfte davon waren Frauen. 193 Personen verstarben an diesen Erkrankungen. Bei den Verstorben lag der Anteil der Frauen in diesem Jahr bei 60%.

Im gesamten Berichtszeitraum bewegte sich die Zahl der Krankenhausfälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen auf gleichbleibendem Niveau etwas oberhalb der Landeswerte. (Abb. 51). Die Abweichungen vom Landeswert bewegten sich bis 2009 um 10%, ab 2010 ist ein leichter Rückgang der Abweichung erkennbar (Abb. 53). Zuletzt (im Jahr 2012) lagen die Krankenhausfälle noch 6% über dem Landeswert (Abb. 55). Diese Abweichung ist signifikant.

In allen Vergleichskommunen waren im Jahre 2012 die Krankenhausfälle wegen Erkrankungen des Verdauungssystems signifikant erhöht. Die Abweichung bewegte sich dabei in den meisten Kommunen um die 5%, lediglich in Gelsenkirchen war sie mit 33% noch deutlicher (Abb. 55).

Die Sterbefälle wegen Erkrankungen des Verdauungssystems zeigten in Bochum im Berichtzeitraum größere Schwankungen, lagen jedoch überwiegend in etwa auf dem Landesniveau (Abb. 52). Signifikante prozentuale Abweichungen waren im Berichtzeitraum ausschließlich bei den Männern in den Jahren 2003, 2005 und 2011 zu beobachten. Ein einheitlicher Entwicklungstrend ist dabei nicht ersichtlich (Abb. 54).

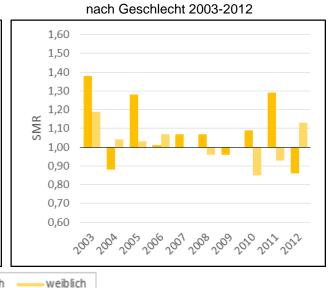
Bei den Sterbefällen liegt weisen Dortmund und Bochum nur insignifikante Abweichungen von einem bzw. zwei Prozent auf; in Herne, Gelsenkirchen und Essen sind die Werte deutlich erhöht (Abb. 56).

Abb. 53 Krankenhausfälle wegen Krankheiten des Verdauungssystems nach Geschlecht 2003-2012

1,60
1,50
1,40
1,30
1,20
1,10
1,00
0,90
0,80
0,70
0,60

203 204 205 206 201 208 208 201 201 201 201

Abb. 54 Sterbefälle wegen Krankheiten des Verdauungssystems



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Abb. 55 Krankenhausfälle wegen Krankheiten des Verdauungssystems

Bochum und Vergleichskommunen 2012

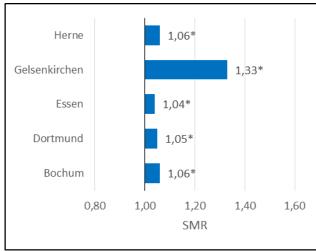
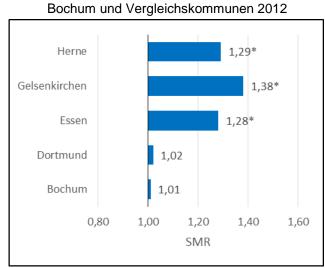


Abb. 56 Sterbefälle wegen Krankheiten des Verdauungssystems



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Zusammenfassung:

Bei Erkrankungen des Verdauungssystems gibt es in Bochum und auch in den Vergleichskommunen mehr Krankenhausfälle als in NRW. Bei den Sterbefällen zeigt Bochum sich unauffällig.

5.5 Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe

Unter Muskel- und Skelett-Erkrankungen versteht man gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Krankheiten der Gelenke, der Wirbelsäule, des Rückens, der Muskeln und des Bindegewebes. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems tragen nicht unerheblich zu verminderter Arbeitsfähigkeit, Behinderung und ganz allgemein zu einem Verlust an Lebensqualität bei. Rücken- und Nackenbeschwerden oder Erkrankungen der Gliedmaßen verursachen besonders häufig Gesundheitsprobleme und hohe Kosten.

Auslöser der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sind unter anderem im Heben von Lasten, falschen Körperhaltungen und in gleichförmig wiederkehrenden Bewegungsabläufen zu sehen. Solche Körperbelastungen treten besonders häufig im beruflichen Umfeld auf.

Die Beschwerden, die durch Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe erzeugt werden, reichen von geringfügigen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens über leichte Schmerzen und bis hin zu schweren Krankheitsbildern. Häufig handelt es sich um chronische Krankheiten, die sich im Lauf der Zeit verschlimmern.

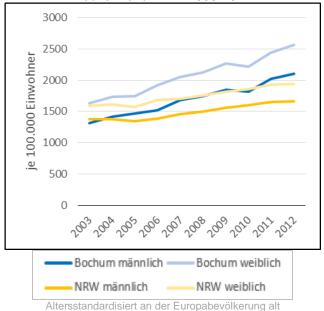
Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe können zu dauerhaften Behinderungen und Arbeitsunfähigkeit führen.

Durch die ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen und regelmäßige Bewegung können Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe vermieden oder zumindest ihr Verlauf positiv beeinflusst werden.

Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

Abb. 57 Krankenhausfälle wegen Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe

je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012



Im Jahre 2012 wurden in Bochum 11.747 Personen stationär wegen Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe behandelt. Dies sind 2.000 Personen mehr als 2008. Ca. 60% der Behandelten waren Frauen, 40% Männer.

In Nordrhein-Westfalen nehmen die Krankenhausfälle wegen diesen Erkrankungen seit 2003 kontinuierlich zu. In Bochum ist ebenfalls ein kontinuierlicher Aufwärtstrend zu verzeichnen, jedoch in stärkerem Maße als in NRW. Anders als bei vielen anderen Erkrankungen werden Frauen (sowohl in Bochum als auch in Nordrhein-Westfalen) durchweg häufiger wegen Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen stationär behandelt als Männer (Abb. 57).

Seit 2005 weichen in Bochum die Häufigkeiten der Krankenhausfälle bei beiden Geschlechtern signifikant nach oben ab. Zuletzt wurden Frauen in Bochum 32%, Männer 27% häufiger wegen dieser Erkrankung behandelt als in NRW (Abb. 58).

Neben Bochum waren 2012 auch in Gelsenkirchen und Herne die Krankenhausaufenthalte wegen

Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe eklatant erhöht. Die beiden anderen Vergleichskommunen Dortmund und Essen wichen demgegenüber nur geringfügig vom Landeswert ab (Abb. 59).

Abb. 58 Krankenhausfälle wegen Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe

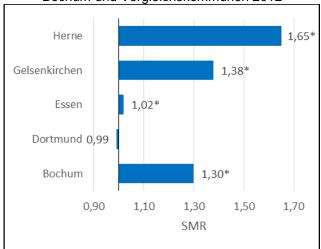
nach Geschlecht 2003-2012



Abweichung des standardisierten Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Abb. 59 Krankenhausfälle wegen Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe

Bochum und Vergleichskommunen 2012



Abweichung des standardisierten Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Zusammenfassung:

Insgesamt nehmen die Krankenhausfälle wegen Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe zu. In Bochum weicht ihre Zahl zunehmend stärker vom Landeswert ab. Eine eindeutige Ursache hierfür ist nicht erkennbar.

Interventionsbedarf:

Gesundheitsfördernde Maßnahmen in diesem Bereich (wie z.B. Bewegungsförderung, Rückenschule etc.) verstärken.

Verstärkt auf die ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen achten.

5.6 Bösartige Neubildungen

Bösartige Neubildungen ("Krebserkrankungen") sind nach Herz-/Kreislauferkrankungen die zweithäufigste Todesursache für Männer und Frauen in Deutschland. Viele Patientinnen und Patienten, die an bösartigen Neubildungen leiden, sterben vor dem 70. Lebensjahr. Bei Männern ist dafür vor allem Lungenkrebs verantwortlich, bei Frauen Brustkrebs. Bei den 70-Jährigen und älteren tritt in der Gruppe der Männer besonders häufig Prostatakrebs und bei beiden Geschlechtern Darmkrebs auf.

Bei rechtzeitiger Diagnose und angemessener Therapie sind viele Krebserkrankungen gut behandelbar. Die Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen ist seit den 1970-er Jahren rückläufig. Gleichzeitig nimmt jedoch die Häufigkeit von Krebserkrankungen in Deutschland insgesamt zu.

Für eine Vielzahl von Tumorerkrankungen lassen sich keine eindeutigen Ursachen ausmachen. An ihrer Entstehung sind vielfältige Faktoren beteiligt. Neben dem Kontakt mit krebserregenden Substanzen (z. B. am Arbeitsplatz) können dies auch andere Umweltfaktoren (z. B. Sonneneinstrahlung bei Hautkrebserkrankungen), Ernährungsgewohnheiten (z. B. bei Darmkrebs) oder risikoreiche Verhaltensweisen (z. B. Zigarettenkonsum) sein.

Neben den Krankenhaus- und Sterbefällen wegen bösartiger Neubildungen insgesamt werden hier konkret die bösartigen Neubildungen der Atemwege thematisiert. Bei bösartigen Neubildungen der Atemwege gibt es einen eindeutigen Zusammenhang mit dem Konsum von Zigaretten. Hier gibt es gute Möglichkeiten den Konsum einzudämmen, indem z. B. der Zugang zu Zigaretten für Kinder und Jugendliche erschwert wird und rauchfreie Räume geschaffen werden. Solche Maßnahmen (z. B. Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen und Gaststätten) wurden in der Vergangenheit zum Teil bereits umgesetzt.

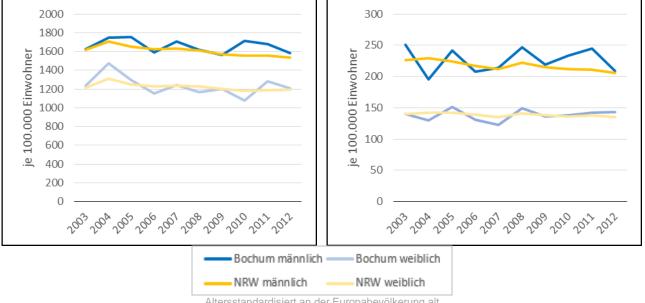
Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

In Bochum wurden im Jahr 2012 7.660 Personen wegen bösartiger Neubildungen stationär behandelt, 4.154 davon waren Männer, 3.506 Frauen. Im gleichen Jahr verstarben 1.165 Personen an bösartigen Neubildungen (606 Männer, 559 Frauen).

Bösartige Neubildungen der Atemwege führten in 1.401 Fällen zu Krankenhausaufenthalten. Davon waren 954 Männer, 447 Frauen. An bösartigen Neubildungen der Atemwege verstarben 2012 insgesamt 283 Personen (178 Männer und 105 Frauen).

Abb. 60 Krankenhausfälle wegen bösartiger Neubildungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012

Abb. 61 Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012



Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

Abb. 62 Krankenhausfälle wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege

je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012

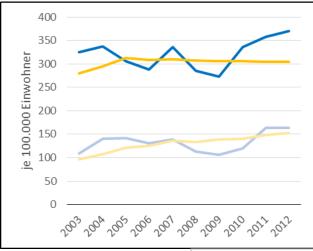
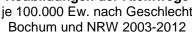
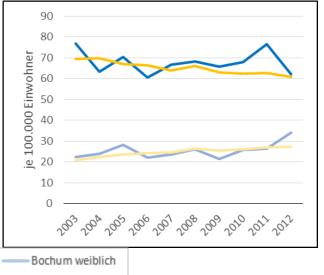


Abb. 63 Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege je 100.000 Ew. nach Geschlecht





Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

NRW weiblich

Bochum männlich

NRW männlich

Sowohl die Häufigkeit der stationären Behandlungen als auch der Sterbefälle wegen Krebserkrankungen wiesen in Nordrhein-Westfalen seit 2004 einen minimalen Rückgang auf (Abb. 60 und 61). Bei Krankenhaus- und Sterbefällen wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege ist in NRW bei den Männern ein geringer Abwärtstrend zu beobachten, bei den Frauen hingegen ein leichter Anstieg (Abb. 62 und 63). In Bochum bewegte sich im Berichtszeitraum die Zahl der Krankenhaus- ebenso wie der Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen um die Landeswerte (Abb. 60 und 61). Gleiches gilt auch für die Sterbefälle wegen

Abb. 64 Krankenhausfälle wegen bösartiger Neubildungen nach Geschlecht 2003-2012

bösartiger Neubildungen der Atemwege (Abb. 62 und 63).

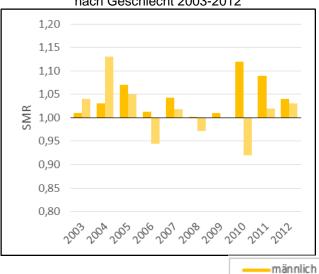
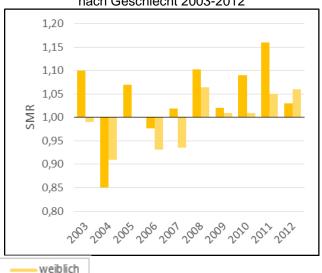


Abb. 65 Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen nach Geschlecht 2003-2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Dieses Bild bestätigt sich bei der geschlechterspezifischen Betrachtung anhand der SMR (Abb. 64 bis 67). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen lassen sich z.T. erhebliche Schwankungen feststellen. Zuletzt wich nur noch die SMR der Männer bei Krankenhausaufenthalten wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege signifikant vom Landesschnitt ab.

Abb. 66 Krankenhausfälle wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege nach Geschlecht 2003-2012

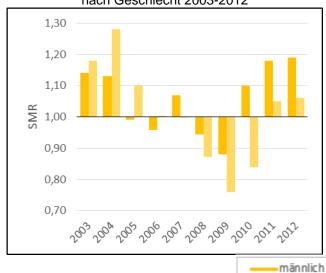


Abb. 67 Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege nach Geschlecht 2003-2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Alle Vergleichskommen weisen 2012 sowohl bei Krankenhausfällen wegen bösartiger Neubildungen als auch bei denen wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege signifikante Abweichungen auf. Allerdings unterscheidet sich das Niveau dieser Abweichungen zwischen den Kommunen erheblich und erreicht bei den bösartigen Neubildungen der Atemwege in Gelsenkirchen und Herne mit 72% bzw. 81% erheblich höhere Werte als in Bochum mit 14% (Abb. 68 und 70). Auch bei den Sterbefällen überwiegen Abweichungen nach oben, die in Bochum nicht signifikant sind (Abb. 69 und 71).

Abb. 68 Krankenhausfälle wegen bösartiger Neubildungen Bochum und Vergleichskommunen 2012

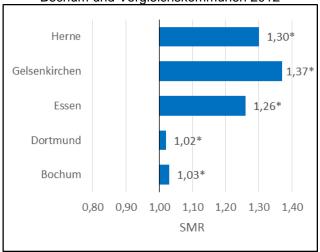
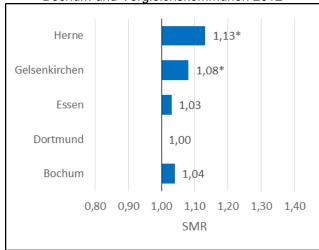
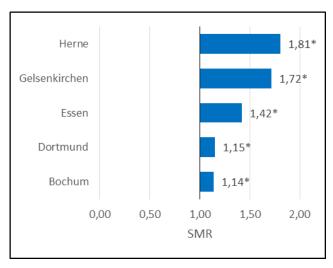


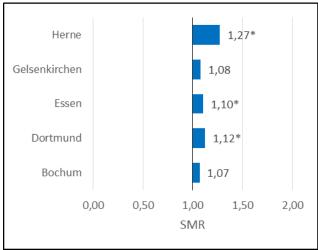
Abb. 69 Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen Bochum und Vergleichskommunen 2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Abb. 70 Krankenhausfälle wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege Bochum und Vergleichskommunen 2012 Abb. 71 Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege Bochum und Vergleichskommunen 2012





Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Zusammenfassung:

Im Berichtszeitraum lässt sich insbesondere bei den Männern kein einheitlicher Trend erkennen. Immer wieder kam es zu z. T. erheblichen Abweichungen von den Landeswerten nach oben. Aber auch signifikant unterdurchschnittliche und viele unauffällige Werte wurden festgestellt.

Eine eindeutige Ursache für diese Schwankungen lässt sich nicht benennen.

5.7 Krankheiten der Atemwege

Atemwegserkrankungen und Erkrankungen der Lunge, die sich nur schleichend verschlimmern, werden oft über Jahre kaum bemerkt. Ärztliche Hilfe wird häufig erst dann in Anspruch genommen, wenn die Erkrankung nicht mehr vollständig geheilt und nur noch die Symptome (Luftnot, Husten oder Auswurf) gelindert werden können. Die Prävention von Erkrankungen der Atmungsorgane und eine frühe ärztliche Diagnose spielen deshalb eine entscheidende Rolle.

Das Spektrum der Atemwegserkrankungen erstreckt sich von eher unbedenklichen Infektionen der oberen Atemwege, wie sie beispielsweise im Zusammenhang mit Erkältungen auftreten, über akute Krankheitszustände wie Lungenentzündung, bis hin zu Krankheiten wie chronische Bronchitis oder das Asthma bronchiale, die die körperliche Leistungsfähigkeit schwer einschränken. Infektionen mit Viren, Bakterien etc. stellen demnach einen wichtigen Ursachenkomplex dar.

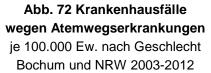
Einen zweiten Ursachenkomplex bilden mit der Atemluft eindringende körperfremde oder reizende Stoffe. Hier ist als Ursache der Umgang mit solchen Stoffen im Berufsalltag, aber auch vor allem das Rauchen zu nennen.

Einen dritten Ursachenkomplex bilden Fehlsteuerungen der körpereigenen Abwehr angesichts körperfremder Stoffe (Allergien).

Das Auftreten von Atemwegserkrankungen kann durch das Einhalten von Schutzbestimmungen und durch Änderungen des Verhaltens (Verzicht auf Tabakkonsum) in vielen Fällen verhindert werden. In anderen Fällen sind bei rechtzeitiger Diagnose die Behandlungs- und Heilungsmöglichkeiten gut.

Da Atemwegserkrankungen insbesondere dann gravierende Einschränkungen für die Betroffenen haben, wenn sie chronisch werden, wird der Bereich der chronischen Atemwegserkrankungen hier gesondert betrachtet.

Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:



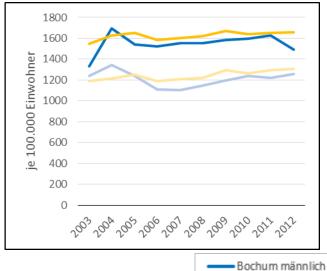
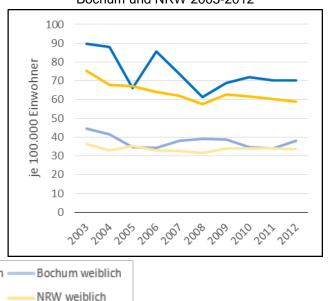


Abb. 73 Sterbefälle wegen Atemwegserkrankungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012



Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

NRW männlich

In Bochum wurden im Jahr 2012 insgesamt 5.646 Personen wegen Atemwegserkrankungen stationär im Krankenhaus behandelt. 2.682 davon waren Frauen, 2.964 Männer. Im gleichen Zeitraum starben 424 Personen an diesen Erkrankungen: 204 Frauen und 220 Männer.

Etwa jeder vierte Krankenhausaufenthalt wegen Atemwegserkrankungen in Bochum war durch ein chronisches Leiden bedingt. Bei den Sterbefällen war sogar fast die Hälfte durch chronische Atemwegserkrankungen verursacht.

Die Häufigkeit der Krankenhausfälle wegen Erkrankungen der Atemwege nehmen in Nordrhein-Westfalen geringfügig zu, die der Sterbefälle hingegen insgesamt ab (Abb. 72 und 73). Derselbe Trend zeichnet sich grundsätzlich auch bei den chronischen Atemwegserkrankungen ab (Abb. 74 und 75). Allerdings ist bei den Sterbefällen ein geschlechtsspezifischer Unterschied feststellbar: Während die Zahl der Sterbefälle bei den Männern rückläufig ist, stagniert sie bei den Frauen (Abb. 73 und 75).

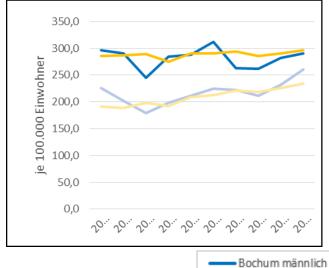
In Bochum verläuft die Entwicklung der Krankenhaus- und Sterbefälle sowohl bei den Atemwegserkrankungen insgesamt als auch bei den chronischen Atemwegserkrankungen uneinheitlich, entspricht im Trend aber in etwa der Entwicklung auf Landesebene.

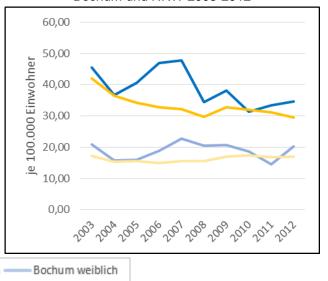
Abb. 74 Krankenhausfälle wegen chronischer Atemwegserkrankungen

je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012

Abb. 75 Sterbefälle chronischer Atemwegserkrankungen

je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012





Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

NRW männlich

NRW weiblich

Seit 2006 wich die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten wegen Atemwegserkrankungen insgesamt in Bochum nur noch unwesentlich vom Landeswert ab und lagen 2012 bei den Männern signifikant unter dem Landeswert (Abb. 76). Die Häufigkeit der Sterbefälle war im Berichtszeitraum mit Ausnahme des Jahres 2005 zumindest bei einem der beiden Geschlechter erhöht, in den Jahren 2008 und 2009 jedoch nicht signifikant. Seit 2010 zeigen sich bei den Männern in Bochum wieder deutlicher erhöhte Werte, 2012 lagen sie mit 21% signifikant über dem Landeswert. Auch bei den Frauen war in diesem Jahr wieder eine größere Abweichung zu beobachten, die jedoch mit 13% noch nicht signifikant war (Abb. 77).

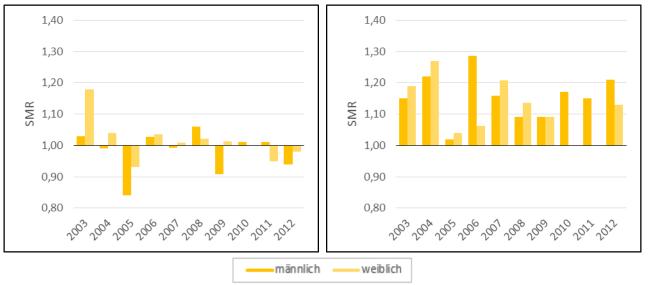
Die chronischen Atemwegserkrankungen unterlagen im Berichtszeitraum starken Schwankungen. Zuletzt lagen sie bei den Frauen um 9% über dem Landeswert (Abb. 78). Auch die Häufigkeit der Sterbefälle wegen dieser Erkrankungen schwankte stark, lag aber zumeist über dem Landeswert. Die höchste Abweichung in Bochum war 2007 zu beobachten (45% bei den Männern und 60% bei den Frauen) zu beobachten, seit 2010 wichen die Abweichungen nicht mehr signifikant vom Land ab. (Abb. 79).

Abb. 76 Krankenhausfälle wegen Atemwegserkrankungen

nach Geschlecht 2003-2012

Abb. 77 Sterbefälle wegen Atemwegserkrankungen

nach Geschlecht 2003-2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Abb. 78 Krankenhausfälle wegen chronischer Atemwegserkrankungen

nach Geschlecht 2003-2012

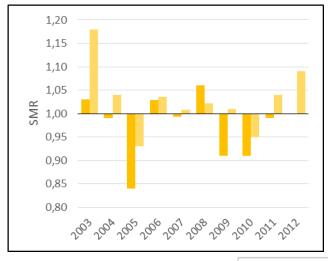
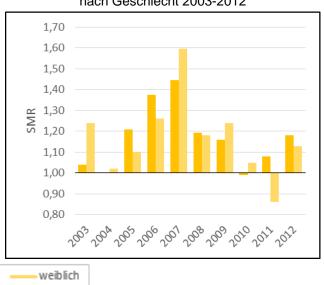


Abb. 79 Sterbefälle wegen chronischer Atemwegserkrankungen

nach Geschlecht 2003-2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

männlich

Im interkommunalen Vergleich lag Bochum als einzige der Vergleichskommunen signifikant unter dem Landeswert, alle anderen lagen signifikant darüber. Die deutlichste Abweichung (23%) zeigte sich 2012 in Gelsenkirchen (Abb. 80). Bei der Gesamthäufigkeit der Sterbefälle lagen alle Vergleichskommunen über dem NRW-Wert, wobei mit Ausnahme Gelsenkirchens die Abweichungen als signifikant zu bezeichnen waren. Bochum wies – zusammen mit Herne – mit 17% den zweithöchsten Wert auf (Abb. 81).

Auch bei den Krankenhausfällen wegen chronischer Atemwegserkrankungen wiesen alle Vergleichskommunen im Jahre 2012 Werte über dem des Landes auf. Essen zeigte sich unauffällig, alle anderen Kommunen wiesen signifikante Abweichungen auf, wo bei der Grad der Abweichung erheblich differierte. Bochum wies nach Essen - mit 4% den zweitniedrigsten Wert auf (Abb. 82). Bei den Sterbefällen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichskommunen. Signifikant erhöhte Werte wiesen Gelsenkirchen und Dortmund auf (Abb. 83).

Abb. 80 Krankenhausfälle wegen Atemwegserkrankungen

Bochum und Vergleichskommunen 2012

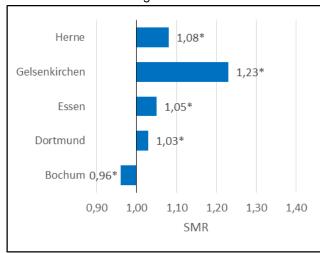
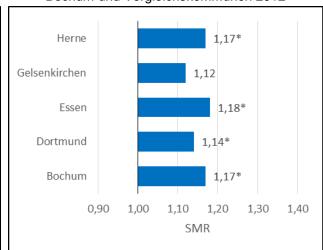


Abb. 81 Sterbefälle wegen Atemwegserkrankungen

Bochum und Vergleichskommunen 2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Abb. 82 Krankenhausfälle wegen chronischer Atemwegserkrankungen

Bochum und Vergleichskommunen 2012

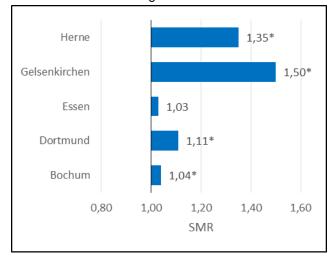
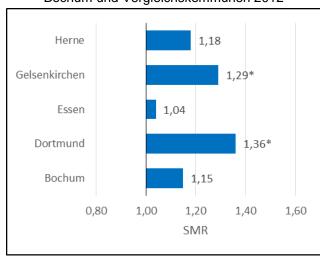


Abb. 83 Sterbefälle wegen chronischer Atemwegserkrankungen

Bochum und Vergleichskommunen 2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Zusammenfassung:

Trotz einzelner Abweichungen unterscheidet sich bei den Atemwegserkrankungen insgesamt als auch bei den chronischen Erkrankungen der Atemwege die Häufigkeit der stationären Behandlungen nur unwesentlich von der des Landes. Die Sterbefälle liegen hingegen deutlich über dem NRW-Wert, zuletzt jedoch nicht mehr signifikant. Insgesamt ergibt sich für Bochum ein uneinheitliches und im Vergleich zu den umliegenden Städten günstiges Bild.

5.8 Verletzungen und Vergiftungen

Verletzungen bilden eine häufige Ursache ambulanter und stationärer Behandlung. Sie führen häufig zu Arbeits-, zu Erwerbs- und Berufsunfähigkeit, unter Umständen auch zu lebenslanger Behinderung. Verletzungen und Vergiftungen bzw. ihre Folgen können in erheblichem Maß die Lebensqualität beeinträchtigen und zum vorzeitigen Tod führen. Die Zahl der verlorenen Lebensjahre² infolge von Unfällen ist größer als die durch Krebs- und Herz-/Kreislauferkrankungen (LÖGD NRW 2006, 470).

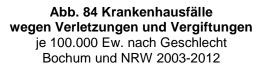
Die meisten Verletzungen entstehen durch Unfälle. Dabei sind Unfälle in Heim und Freizeit häufiger als Arbeits- und Verkehrsunfälle.

Die meisten Verletzungen und Vergiftungen können durch sorgsamen Umgang mit giftigen Stoffen oder gefährlichen Gegenständen und durch umsichtiges, gefahrenbewusstes Verhalten vermieden werden.

Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

In Bochum wurden 2012 insgesamt 8.861 Personen (5.018 Frauen, 3.843 Männer) wegen Verletzungen und Vergiftungen stationär aufgenommen. Damit ist die absolute Zahl der Krankenhausaufenthalte gegenüber 2008 um fast 1.500 gestiegen. Im selben Jahr verstarben daran 137 Personen (55 Frauen und 82 Männer) – 20 mehr als im Jahr 2008.

In Nordrhein-Westfalen sind die Krankenhaus- und Sterbefälle je 100.000 Einwohner wegen Verletzungen und Vergiftungen seit 2003 leicht angestiegen. Die Bochumer Fallzahlen haben sich in diesem Zeitraum dem Landeswert immer stärker von unten angenähert (Abb. 84). Ähnliches gilt – trotz Schwankungen – auch für die Sterbefälle (Abb. 85).



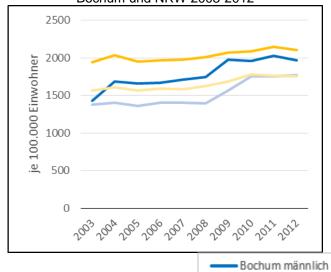
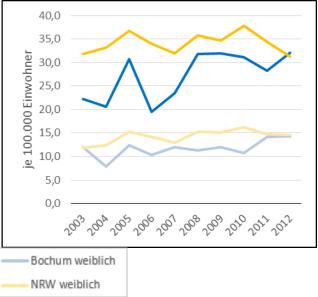


Abb. 85 Sterbefälle wegen Verletzungen und Vergiftungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012



Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

NRW männlich

Die Anzahl der Krankenhaus- und Sterbefälle lag in Bochum zu Beginn des Berichtszeitraumes 2003 zunächst deutlich unter der von Nordrhein-Westfalen. Bis 2008 waren die Krankenhausfälle signifikant unterdurchschnittlich, 2009 und 2010 wichen sie nur noch nicht signifikant vom Landeswert ab. In den Jahren 2011 und 2012 wiesen die Frauen signifikant erhöhte, die Männer hingegen signifikant erniedrigte Abwei-

² Verlorene Lebensjahre oder auch Verlust an Lebensjahren sind eine Kennziffer für die sogenannte "vorzeitige Sterblichkeit". Zur Berechnung werden für die in einem Zeitraum gestorbenen 1-69-Jährigen (bzw. 1-64-Jährigen) die Anzahl der Jahre zwischen dem Sterbealter und dem 70. (bzw. dem 65.) Lebensjahr addiert und pro 100.000 der Bevölkerung dargestellt (www.rki.de, 23.10.2014).

chungen auf (Abb. 86). Bei den Sterbefällen lässt sich eine ähnliche Entwicklung beobachten. Allerdings sind hier auch 2012 keine signifikanten Abweichungen vom NRW-Schnitt festzustellen (Abb. 87).

Abb. 86 Krankenhausfälle wegen Verletzungen und Vergiftungen nach Geschlacht 2003-2012

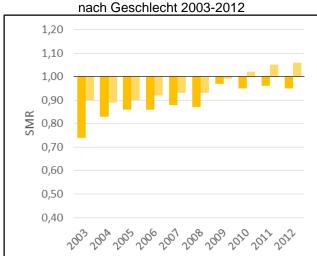
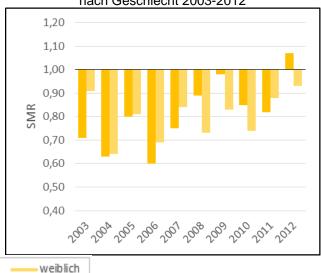


Abb. 87 Sterbefälle wegen Verletzungen und Vergiftungen nach Geschlecht 2003-2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Im interkommunalen Vergleich zeigt sich sowohl bei den Sterbe- als auch bei den Krankenhausfällen eine deutliche Differenzierung. (Abb. 88 und 89). Die Abweichungen der Häufigkeit bei stationären Behandlungen liegen zwischen 15 % über und 4 % unter dem Landeswert. Bochum weicht lediglich ein Prozent vom NRW-Wert ab und liegt damit im Mittelfeld (Abb. 88). Die Abweichungen beim Sterbegeschehen sind noch deutlicher. 2012 lag Herne 35% unter dem Landeswert und wies damit den niedrigsten Wert auf. Bochum wich im gleichen Jahr ein Prozent vom NRW-Wert nach oben ab und verfügte damit über den höchsten Wert. (Abb. 89).

Abb. 88 Krankenhausfälle wegen Verletzungen und Vergiftungen Bochum und Vergleichskommunen 2012

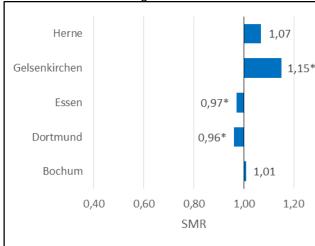
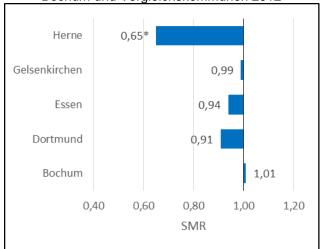


Abb. 89 Sterbefälle wegen Verletzungen und Vergiftungen Bochum und Vergleichskommunen 2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Zusammenfassung:

In den letzten Jahren haben insbesondere Krankenhausaufenthalte wegen Verletzungen und Vergiftungen in Bochum deutlich zugenommen. Signifikante Abweichungen vom Landesschnitt waren jedoch nicht zu beobachten.

5.9 Unfälle im Straßenverkehr

Die Teilnahme am Straßenverkehr ist für fast alle Menschen alltäglich. Damit ist immer auch die Gefahr verbunden, in einen Verkehrsunfall verwickelt zu werden.

Potenziellen Gefahren im Straßenverkehr kann durch strukturelle Maßnahmen begegnet werden. Hierzu sind insbesondere Verkehrsregelungen und bauliche Gestaltung der Verkehrswege zu nennen. Darüber haben Sicherheitsmaßnahmen an Fahrzeugen (Sicherheitsgurte, Kindersitze usw.) und Training in defensivem Fahrverhalten Einfluss auf die Unfallhäufigkeit.

Die Zahl der Unfälle mit Personenschaden wird nicht als SMR, sondern als Zahl der im Straßenverkehr verunglückten Personen je 100.000 Einwohner angegeben.

Unter im Straßenverkehr verunglückten Personen sind Personen zu verstehen, die bei Unfällen im Fahrverkehr (inkl. Eisenbahn), auf öffentlichen Wegen und Plätzen Körperschäden erlitten haben. Stürze von Fußgängern und Unfälle auf privaten Wegen werden nicht mitgezählt. Als Unfalltote werden Personen gezählt, die direkt während des Unfallgeschehens oder in einem Zeitraum von dreißig Tagen an den Unfallfolgen sterben

Anders als bei den anderen Indikatoren werden hier alle Personen gezählt, die in Bochum im Verkehr verunglückt sind, unabhängig davon, wo ihr Wohnsitz ist. Dies ist insofern sinnvoll, als dass Ursachen für Unfälle im Straßenverkehr vielmehr in der verkehrstechnischen Struktur einer Kommune und weniger in der Bevölkerung zu suchen sind. Der Bezug zur Wohnbevölkerung ist hier also ungenau und der Grund, weshalb die Fälle je 100.000 Einwohner nicht altersstandardisiert dargestellt werden. Dies ist bei der Interpretation der Werte zu berücksichtigen.

Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

Im Jahr 2012 waren insgesamt 1.140 Personen verunglückt, von denen 603 männlichen und 537 weiblichen Geschlechts waren. Im gleichen Jahr verstarben in Bochum fünf Männer bei Verkehrsunfällen.

In Nordrhein-Westfalen ist die Zahl der Verkehrsunfälle mit Personenschäden je 100.000 Einwohner von 2003 bis 2012 kontinuierlich zurückgegangen. In Bochum ist ebenfalls ein Abwärtstrend zu erkennen. Daher lag die Zahl der Unfälle je 100.000 Einwohner in Bochum im gesamten Berichtszeitraum deutlich unter derjenigen des Landes (Abb. 90). Bochum weist dabei die zweitniedrigste Unfallquote aller Vergleichskommunen auf (Abb. 91).

Abb. 90 Im Straßenverkehr verunglückte Personen

je 100.000 Einwohner nach Geschlecht, 2003-2012

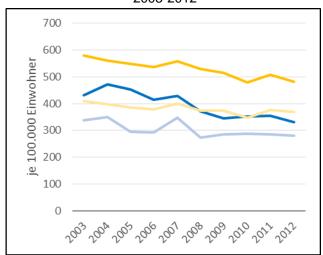
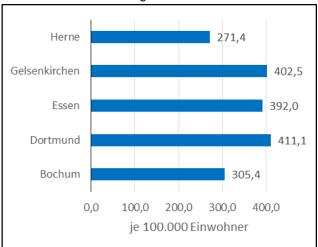


Abb. 91 Im Straßenverkehr verunglückte Personen

je 100.000 Einwohner Bochum und Vergleichskommunen 2012



Zusammenfassung:

Es lässt sich keine eindeutige Ursache für die positive Lage in Bochum benennen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass eine Vielzahl von Maßnahmen und Umständen dazu beigetragen hat. Zu nennen wären etwa die überdurchschnittlich effektive Umsetzung verkehrslenkender und -sichernder Maßnahmen in der Vergangenheit, wie etwa die Schaffung von Zebrastreifen und Verkehrsinseln oder die Installation von Signalanlagen an Unfallschwerpunkten, eventuell aber auch eine gute räumliche und zeitliche Verfügbarkeit des Angebots im öffentlichen Nahverkehr. Des Weiteren könnte eine gut funktionierende Ordnungspartnerschaft zwischen Stadt und Polizei und ein effektives Maßnahmenmanagement bei Unfallhäufungen das Ergebnis beeinflusst haben.

5.10 Suizide

Unter Suiziden sind Sterbefälle infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung zu verstehen.

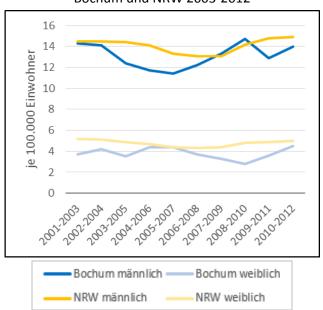
Die Suizidhäufigkeit lässt Rückschlüsse auf das psychische Erkrankungsgeschehen und die Versorgungsangebote bei psychischen Erkrankungen zu.

Die unterschiedlichen Häufigkeiten von Suizidsterbefällen in den verschiedenen Altersstufen sind durch die direkte und indirekte Altersstandardisierung berücksichtigt. Die Darstellung erfolgt entsprechend als Fallzahl je 100.000 Einwohner und als SMR. Aufgrund der geringen Anzahl wird die SMR, um Verzerrungen zu vermeiden, im 3-Jahres-Mittelwert angegeben.

Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

Abb. 92 Sterbefälle infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung

je 100.000 Ew. nach Geschlecht, 3-Jahres-Mittelwert Bochum und NRW 2003-2012



Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

In Bochum starben in den Jahren 2010-2012 durchschnittlich 34 Personen pro Jahr bei Suiziden (26 Männer und 9 Frauen).

In Nordrhein-Westfalen nahm die Häufigkeit der Sterbefälle infolge vorsätzliche Selbstbeschädigung bei Männern und Frauen bis 2007-2009 geringfügig ab. Seither nahm sie wieder zu und lag zuletzt mit 5,0 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen (Frauen) bzw.14,9 Fälle je 100.000 Einwohner (Männer) in etwa wieder auf dem gleichen Niveau wie zu Beginn des Berichtszeitraums. In Bochum lag der 3-Jahres-Mittelwert außer bei den Männern in den Jahren 2007-2009 und 2008-2010 unter den jeweiligen Landeswerten (Abb. 92).

Wird die Häufigkeit der Suizide im Mittel betrachtet, liegt Bochum für Männer und Frauen durchgehend unterhalb des Landeswertes. Signifikante Abweichungen konnten dabei jedoch nicht beobachtet werden. 2010-2012 lagen Frauen in Bochum im Mittel 12%, Männer 9% unter dem NRW-Niveau (Abb. 93).

Der interkommunale Vergleich zeigt zwar mit Abweichungen zwischen 13% über bzw. 22% unter dem NRW-Niveau durchaus merkliche Unterschiede. Die Abweichungen erreichen jedoch in keiner Vergleichskommune eine signifikante Höhe (Abb. 94).

Abb. 93 Sterbefälle infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung

nach Geschlecht, 3-Jahres-Mittelwert 2003-2012

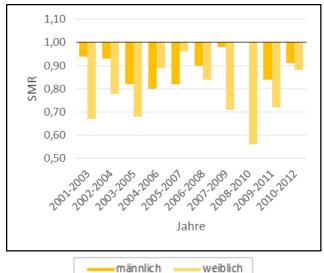
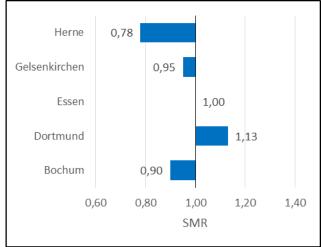


Abb. 94 Sterbefälle infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung

3-Jahres-Mittelwert
Bochum und Vergleichskommunen 2012



Abweichung des standardisierten Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Abweichung des standardisierten Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Bewertung:

Sterbefälle durch Suizide liegen in der Zeitreihe in Bochum durchgehend unter den Landeswerten. Eine mögliche Ursache dafür liegt in dem in Bochum überdurchschnittlich gut ausgebauten dezentralen psychiatrischen Versorgungssystem mit starker aufsuchender Komponente und Kriseninterventionen.

5.11 Affektive Störungen

Affektive Störungen machen sich in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität³ bemerkbar. Die Stimmungswechsel zeichnen sich entweder durch gedrückte (Depression) oder durch auffällig gehobene Gefühlszustände (Manie) aus und werden häufig von einer Veränderung der Aktivität begleitet. Meist kommt es bei dieser Erkrankung zu Rückfällen, auch chronische Krankheitsverläufe sind möglich.

Die Ursachen einer affektiven Störung sind vielfältig. Genetische und biologische Faktoren, aber auch chronische Erkrankungen spielen dabei eine Rolle. Bei Personen mit einer entsprechenden Disposition kann eine Krankheitsepisode oft durch belastende Ereignisse oder Situationen (wie etwa der Tod eines nahestehenden Menschen) ausgelöst werden. Die Behandlung erfolgt häufig mit einer Kombination aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie.

Die Krankheitsgruppe der affektiven Störungen umfasst nach ICD-10⁴-Kodierung verschiedene Krankheitsbilder:

Manie (F30)

Eine Manie (griechisch: Raserei) ist gekennzeichnet durch eine übermäßig gehobene, der Situation nicht angepasste Stimmung. Diese äußert sich z.B. in (oft sinnloser) Überaktivität, gesteigerter Gesellig- und Gesprächigkeit, übermäßiger Vertraulichkeit, gesteigerter Libido bis hin zu weit überhöhter Selbsteinschätzung mit Größenwahn. Der Verlust der sozialen Hemmungen kann zu einem rücksichtslosen, leichtsinnigen und persönlichkeitsfremden Verhalten führen. Unter Umständen können die körperliche Aktivität und die Ideenflucht so extrem sein, dass die/der Betroffene für eine normale Kommunikation nicht mehr zugänglich ist. Eine Manie kann mit oder ohne psychotische Symptome (wie z.B. Stimmen, die zur/zum Betroffenen sprechen) auftreten.

Bipolare Störung (F31)

Eine bipolare Störung liegt vor, wenn sich manische und depressive Episoden abwechseln. Auch hier können psychotische Symptome auftreten.

Depression (F32)

Eine Depression (lateinisch: "Niedergedrücktheit") ist die häufigste und vermutlich bekannteste affektive Störung. Sie lässt sich in drei Stufen einteilen (leicht, mittelgradig und schwer), die sich in Anzahl und Ausmaß der Symptome unterscheiden. Betroffene leiden unter einer übermäßig gedrückten Stimmung. Sie sind nicht mehr in der Lage, Freude zu empfinden, meist besteht eine alles begleitende Angst und Beklemmung. Es bestehen Konzentrations- und Antriebsstörungen, teilweise können selbst einfachste Tätigkeiten (z.B. Zähneputzen) nicht mehr verrichtet werden. Das Interesse ist vermindert, auch das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Schon nach kleinsten Anstrengungen kann eine extreme Müdigkeit auftreten. Die gedrückte Stimmung bleibt unabhängig von den Lebensumständen bestehen und kann von körperlichen Symptomen wie z.B. Schlaflosigkeit, Morgentief, fehlender Bewegungsspontaneität, Appetit-, Gewichts- und Libidoverlust begleitet werden. Bei einer Depression können ebenfalls Halluzinationen und Wahnideen auftreten.

An Depressionen erkrankte Personen haben im Durchschnitt eine geringere Lebenserwartung als Gesunde. Dies hängt zum einen mit dem erhöhten Suizidrisiko, zum anderen mit dem vorzeitigen Versterben durch den depressionstypischen Lebensstil (z.B. Bewegungsmangel, Ernährungsstörungen), Unfälle und körperliche Ursachen zusammen.

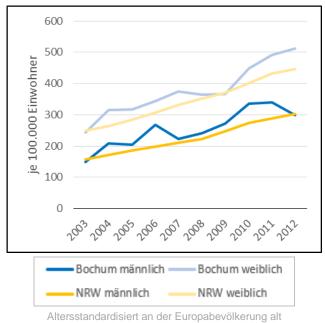
³ Der Begriff Affekt (lateinisch: Verfassung, Gemüt, Zustand) bezeichnet eine starke Gemütsbewegung, wie z.B. Freude oder Zorn.

⁴ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (<u>I</u>nternational Statistical <u>C</u>lassification of <u>D</u>iseases and Related Health Problems)

Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

Abb. 95 Krankenhausfälle wegen affektiver Störungen

je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012



Wegen affektiver Störungen wurden in Bochum im Jahre 2012 1.620 Personen stationär behandelt. Zwei von drei erkrankten Personen waren weiblich.

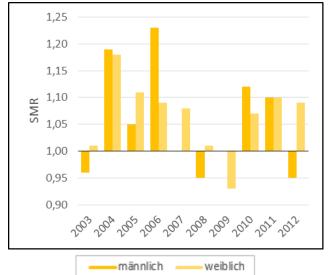
In Nordrhein-Westfalen nimmt die Häufigkeit der Krankenhausfälle im Beobachtungszeitraum bei beiden Geschlechtern linear zu. Bei den Frauen ist dabei ein stärkerer Anstieg zu verzeichnen, als bei den Männern. In Bochum ist ebenfalls eine Zunahme der Häufigkeit erkennbar, die Entwicklung verläuft hier jedoch nicht so stetig wie in NRW (Abb. 95).

Stationäre Behandlungen wegen affektiver Störungen waren in Bochum meist häufiger als in Nordrhein-Westfalen. 2012 lagen die Krankenhausfälle wegen affektiver Störungen bei Frauen mit 9% signifikant über dem Landeswert. Bei den Männern lagen sie 5% darunter (Abb. 96).

Im interkommunalen Vergleich (Abb. 97) zeigt sich ein heterogenes Bild. Die größte Abweichung vom Landesschnitt nach wies mit 71% Herne auf, gefolgt von Gelsenkirchen (+20%) und Dortmund (+11%). Diese Abweichungen sind signifikant. In Essen lagen die Krankenhausfälle 22% - und damit ebenfalls

signifikant – unter dem Landesschnitt. In Bochum wichen die Krankenhausbehandlungen wegen affektiver Störungen nicht signifikant vom Land ab.

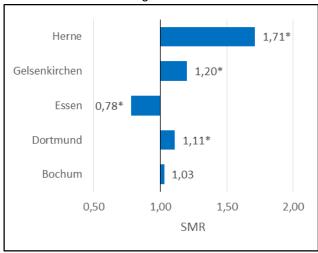
Abb. 96 Krankenhausfälle wegen affektiver Störungen nach Geschlecht 2003-2012



Abweichung des standardisierten Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Abb. 97 Krankenhausfälle wegen affektiver Störungen

Bochum und Vergleichskommunen 2012



Abweichung des standardisierten Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Bewertung:

Die Daten zeigen in Bezug auf die stationäre Behandlungshäufigkeit affektiver Störungen in Bochum eine Übereinstimmung mit den Tendenzen in NRW. Sowohl im ambulanten wie im stationären Versorgungssystem werden von Jahr zu Jahr Anstiege von affektiven Störungen gesehen. Diese Krankheitsbilder sind nicht nur auf psychologische und psychiatrische Entstehungsursachen zurückzuführen, sondern können auch als Ausdruck gesamtgesellschaftlicher Veränderungen interpretiert werden. Der steigende Trend wird sicher auch durch die Tatsache beeinflusst, dass diese Krankheitsbilder in den letzten Jahren nicht mehr so stigmatisiert sind wie früher und Betroffene eher in der Lage sind, frühzeitig fachpsychiatrische Hilfe zu holen. Dieser Trend findet sich auch entsprechend in Bochum, ähnlich wie in Gesamt-NRW und in Vergleichsstädten.

Interventionsbedarf: Das gut ausgebaute sozialpsychiatrische Versorgungsnetz in Bochum ist zu erhalten und dem sich ändernden Bedarf anzupassen. Ein detaillierter Überblick über Krankheitslast und Versorgungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie ist im Rahmen der Spezialgesundheitsberichterstattung geplant.

5.12 Häufigste Diagnosen in Allgemein- und Kinderarztpraxen

Die bisher dargestellten Krankenhaus- und Sterbefälle spiegeln nur einen Ausschnitt des Krankheitsgeschehens in Bochum wider, nämlich schwere Krankheitsverläufe, die im Krankenhaus behandelt werden müssen oder zum Tode führen. Für einen großen Teil der Erkrankungen ist eine ambulante Versorgung jedoch angemessen und hinreichend. Dies gilt auch für chronische Erkrankungen und Zustände nach schweren Erkrankungen wie Herzinfarkten oder Schlaganfällen.

Um das Krankheitsgeschehen in Bochum insgesamt zu beschreiben, wäre es daher angezeigt, auch den Bereich der ambulanten Versorgung mit darzustellen. Leider liegen über die ambulanten Arztbesuche keine kommunalen Zahlen vor. Ein detaillierter Einblick in diesen Bereich ist daher nicht möglich.

Um zumindest einen allgemeinen Eindruck des ambulanten Krankheitsgeschehens zu gewinnen, werden hier die häufigsten Diagnosen in Nordrhein-Westfalen in Allgemein- und Kinderarztpraxen dargestellt.

Das Zahlenmaterial wurde beim LZG.NRW abgefragt. Gemäß dortiger Erläuterung werden bei jedem Arztkontakt alle Diagnosen, die der Behandlungsanlass waren, protokolliert. Mehrfachzählungen der Patienten sind möglich, dadurch können die angegebenen prozentualen Anteile nicht addiert werden.

Da es sich hier um Zahlen für ganz Nordrhein-Westfalen handelt, ist hier bei der Interpretation Vorsicht geboten. In Bochum könnten durchaus andere Diagnosen die hauptsächlichen Anlässe für Arztbesuche sein. Allerdings ist dies zumindest für die allerhäufigsten Diagnosen nicht sehr wahrscheinlich.

Tabelle 1

Indikator (L) 3.19		Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen Praxis nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2012							
	ICD-10	Diagnosen (Behandlungsanlass)* in der allgem.ärztl. Praxis	in % aller Behandlungsfälle						
Rang									
			Frauen		insg.**				
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	36,1	37,7	36,6				
2	E78	Störungen d. Lipoproteinstoffwechs. u.sonst.Lipidämien	25,0	27,2	25,7				
3	M54	Rückenschmerzen	15,0	14,2	14,6				
4	E11	Nicht primär insulinabhäng. Diabet. mell.[Typ-2-Diab.]	11,7	15,3	13,2				
5	125	Chronische ischämische Herzkrankheit	8,2	14,1	10,7				
6 7	E04	Sonstige nichttoxische Struma	14,1	5,5	10,3				
	E66	Adipositas	9,0	9,0	8,9				
8	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	7,0	9,1	7,8				
9	F32	Depressive Episode	9,9	5,2	7,8				
10	183	Varizen der unteren Extremitäten	9,5	4,5	7,3				
11	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit Gastritis und Duodenitis	7,4	6,8	7,1				
12	K29		6,9	6,3	6,6				
13	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	6,1	7,4	6,6				
14 15	E79 J45	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels Asthma bronchiale	4,6	8,1 5.5	6,0				
			6,4	5,5	6,0				
16	M53	Sonst. Krankh. v. Wirbelsäule/Rücken, and nicht klass.	6,7	5,1	6,0				
17	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	6,7	4,8	5,9				
18	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	5,2	4,7	5,0				
19 20	M51 M47	Sonstige Bandscheibenschäden	4,6	5,4	4,9 4,9				
20		Spondylose	5,3 4,4	4,4	,				
	J06 K80	Akut.Infektion.mehrer.od.n.n.bez.Lokalis.d.ob.Atemwege	1 '	5,2	4,8				
22 23	G47	Cholelithiasis	5,9	3,0	4,6				
	_	Schlafstörungen	4,3	4,9	4,5				
24	F45 E03	Somatoforme Störungen	5,3	3,4	4,5				
25		Sonstige Hypothyreose Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	6,3	2,0	4,4				
26 27	E14 M81		3,7	5,0	4,3				
28	Z00	Osteoporose ohne pathologische Fraktur AllgUntersuch.u.Abklär.b.Pers.oh.Beschwerd.od.Diagn.	6,3	1,3	4,1				
29	I50	Herzinsuffizienz	4,0	4,1	4,0				
			4,2	3,7	4,0				
30	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	4,0	4,0	3,9				
Datengue	elle/Copyri	¹ Allgemeinmediziner und							
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung:			hausärztliche Internisten						
	el Nordrhe	* Mehrfachzählungen von							
		Patienten möglich							
		** einschließlich Fälle							
		ohne Geschlecht							

Tabelle 2

Indikator (L) 3.19		Die häufigsten Diagnosen in der Kinderarztpraxis nach Geschlecht, Nordrhein- Westfalen, 2012							
	ICD-10	Diagnosen (Behandlungsanlass)* in der Kinderarztpraxis	in % aller Behandlungsfälle						
Rang									
			Frauen		insg.**				
1	J06	Akut.Infektion.mehrer.od.n.n.bez.Lokalis.d.ob.Atemwege	24,6	23,5	24,0				
2	Z00	AllgUntersuch.u.Abklär.b.Pers.oh.Beschwerd.od.Diagn.	18,1	17,3	17,7				
3	Z27	Notwendigkeit d. komb. Impfung gegen Infektionskrankh.	11,4	10,4	10,9				
4	Z26	Impfnotwendigkeit gegen and. einzelne InfektKrankh.	9,8	9,0	9,4				
5	J45	Asthma bronchiale	7,6	10,7	9,1				
6	F80	Umschriebene Entwicklungsstör. d.Sprechens u.d.Sprache	7,6	10,0	8,8				
7	B99	Sonst. und nicht näher bezeichn. Infektionskrankheiten	7,6	7,1	7,3				
8	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	6,7	6,8	6,7				
9	J20	Akute Bronchitis	5,6	6,9	6,3				
10	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	6,0	5,7	5,8				
11	Z23	Impfnotwendigkeit gegen einzelne bakterielle Krankh.	5,9	5,5	5,7				
12	R05	Husten	5,7	5,6	5,7				
13	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	5,4	5,6	5,5				
14	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	5,4	5,1	5,2				
15	R62	Ausbleiben d. erwarteten normalen physiol. Entwicklung	5,2	5,1	5,1				
16	J03	Akute Tonsillitis	5,3	4,9	5,1				
17	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	3,9	5,9	4,9				
18	H10	Konjunktivitis	4,2	4,4	4,3				
19	F90	Hyperkinetische Störungen	2,0	6,2	4,2				
20	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	4,9	3,2	4,0				
21	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klass.	3,3	4,5	3,9				
22	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	3,7	3,9	3,8				
23	Z25	Impfnotwendgk.gg.and.einzViruskrkh.[Grippe,Mumps etc.]	4,3	3,1	3,7				
24	F82	Umschrieb. Entwicklungsstör. d. motorischen Funktionen	2,9	4,4	3,7				
25	F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	3,5	3,8	3,6				
26	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	3,3	3,2	3,2				
27	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	3,3	3,1	3,2				
28	H53	Sehstörungen	2,9	3,0	2,9				
29	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	3,2	2,6	2,9				
30	R11	Übelkeit und Erbrechen	2,9	2,8	2,9				
Datenquelle/Copyright: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: ADT-Panel Nordrhein				* Mehrfachzählungen von Patienten möglich ** einschließlich Fälle					
		ohne G	eschlecht						

Häufigkeit:

In den letzten Jahren zeigten sich bei den Behandlungsanlässen in allgemeinärztlichen Praxen kaum Veränderungen (Tabelle 1). Die drei häufigsten Behandlungsanlässe sind unverändert essentielle Hypertonie, Störungen des Fettstoffwechsels und Rückschmerzen. Diese drei Diagnosen waren 2012 Anlass für drei von vier Arztbesuchen in allgemeinärztlichen Praxen.

Demgegenüber sind in Kinderarztpraxen (Tabelle 2) akute Infektionen der oberen Atemwege häufigster Behandlungsanlass. Jeder vierte Besuch in einer pädiatrischen Praxis wird durch diese Diagnose veranlasst. Darauf folgen drei Behandlungsanlässe, die nicht auf das Auftreten einer akuten oder chronischen Erkrankung zurückzuführen sind: Untersuchungen zur Vorsorge bzw. Früherkennung sowie Impfungen. Insgesamt ist fast jeder zweite Besuch in Kinderarztpraxen auf solche Behandlungsanlässe zurückzuführen. Auf Rang 5 folgt Asthma bronchiale. Diese Erkrankung lag 2008 noch auf Rang 14 und hat seither um 2,5 Prozentpunkte zugenommen.

Zusammenfassung:

Nach wie vor werden Kinderarztpraxen sehr häufig für Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen aufgesucht. Dies deutet darauf hin, dass bei Eltern eine Gesundheitsvorsorge einen hohen Stellwert hat. Asthma bronchiale ist zunehmender Behandlungsanlass in pädiatrischen Praxen.

6 Kindergesundheit

Auswertung der Dokumentation der Schuleingangsuntersuchung

6.1 Sprach- und Sprechstörungen

Die Sprache und das Sprechen sind eine Grundvoraussetzung für den schulischen Erfolg. Das Erlernen der Fähigkeit zu lesen und zu schreiben hängt eng mit den sprachlichen Fertigkeiten zusammen. Kinder müssen für den Spracherwerb die lautliche Struktur von Sprache verstehen können (phonologische Bewusstheit), grammatikalische Strukturen erfassen können und Gehörtes lang genug im Gedächtnis behalten können (auditive Merkfähigkeit). Defizite in diesen Bereichen, die nicht therapiert werden, können Kinder nachhaltig beeinträchtigen und sind später nicht mehr aufzuholen

Die Diagnose von Sprach- und Sprechstörungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erfolgt standardisiert anhand genau beschriebener Tests nach dem Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings für Schuleingangsuntersuchungen SOPESS. Die Schulanfängerinnen und –anfänger müssen Präpositionen richtig nutzen, den Plural von Wörtern bilden und Pseudowörter nachsprechen. Darüber hinaus fließen in die schulärztliche Befundbewertung die Artikulation und Stimmstörungen wie Näseln, Stottern oder Poltern ein. Tests, die eng an die Kenntnis der deutschen Sprache gebunden sind, werden bei Kindern, die in den ersten vier Lebensjahren in einer anderen als der deutschen Sprache erzogen wurden (Kinder mit Migrationshintergrund), nicht zur Bewertung herangezogen.

Häufigkeit und kleinräumige Verteilung:

Bei 966 der im Untersuchungszyklus 2013/2014 untersuchten 2.740 Schulanfängerinnen und –anfänger wurden Sprach- und Sprechstunden diagnostiziert. Dies entspricht einem Anteil von 35,3%. Der Anteil der Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen variiert auf Ortsteilebene erheblich zwischen 17,1% und 57,9%.

| Legende | 17,1 - 25,4 | 25,5 - 32,8 | 32,9 - 37,6 | 37,7 - 42,3 | 42,4 - 57,9 |

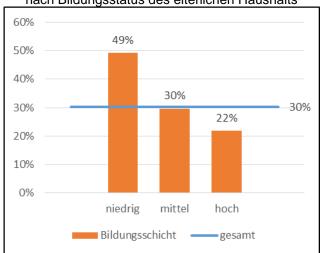
Abb. 98 Schulanfängerinnen und -anfänger mit Sprach- und Sprechstörungen, kleinräumige Verteilung

Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2013/2014

Die sechs Ortsteile mit den höchsten Anteilen – Riemke, Wattenscheid-Mitte, Leithe, Westenfeld, Laer und Langendreer-Alter Bahnhof – gehören allesamt dem Cluster 4 der Sozialstrukturellen Differenzierung Bochums (Sozialbericht Bochum 2012, 123ff.) an. Dieses Cluster ist insbesondere durch eine erhöhte SGBII-Quote aus (Sozialbericht Bochum 2012, 131). Die wenigsten Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen fanden sich in den Ortsteilen Altenbochum, Südinnenstadt, Hordel, Hiltrop/Bergen, Wiemelhausen/Brenschede und Weitmar-Mark. Diese Ortsteile gehören den sozialstrukturellen Clustern 1 bis 3 an. Sie sind also in deutlich geringerem Maße dadurch gekennzeichnet, dass benachteiligte Bevölkerungsgruppen in ihnen leben.

Differenzierung nach Bildungsstatus:

Abb. 99 Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen nach Bildungsstatus des elterlichen Haushalts



Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2011-2014, aggregierte Datensätze mit Angaben zum Bildungsstatus

Von den insgesamt 7.319 Kinder, die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung in den Jahren 2011-2014 untersucht wurden und deren Eltern Angaben zu ihrem Bildungshintergrund machten, wiesen 2219 – als fast jedes dritte Kind – Sprach- und Sprechstörungen auf.

Kinder aus Elternhäusern mit niedriger Bildung sind dabei besonders oft betroffen: Hier wurden bei jedem zweiten Kind Sprach- und Sprechstörungen festgestellt. Demgegenüber liegt bei Kindern aus Haushalten mit hoher Bildung nur bei jedem vierten Kind eine solche Störung vor.

Zusammenfassung:

Bei Sprach- und Sprechstörungen ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit erkennbar (siehe auch Spezialgesundheitsbericht Bochum 2014, 63f.). Dies ist sowohl in der kleinräumigen Betrachtung als auch in der Differenzierung nach Bildungsschicht deutlich erkennbar.

Interventionsbedarf:

Maßnahmen zur Reduzierung der auch insgesamt sehr häufigen Sprach- und Sprechstörungen sollten insbesondere in sozial benachteiligten Ortsteilen verstärkt werden und den Bildungshintergrund der Kinder berücksichtigen. Wegen der frühen Ausbildung von Sprach- und Sprechstörungen bieten sich Kindertageseinrichtungen bieten als Setting besonders an und sind in diesem Bereich auch bereits tätig.

6.2 Herabsetzung der Sehschärfe

Dass eine Herabsetzung der Sehschärfe die Teilnahme am Schulunterricht erschwert, ist unmittelbar einsichtig. Kurzsichtigkeit verhindert das sichere Wahrnehmen optischer Informationen, Hyperopie (Übersichtigkeit) kann zu einer Überanstrengung der Augen führen. In den allermeisten Fällen ist die Herabsetzung der Sehschärfe durch eine Brille ausgleichbar. (Im Untersuchungszyklus 2012/2014 wurde nicht eine einzige augenärztlich festgestellte Sehbehinderung dokumentiert, die nicht durch eine Sehhilfe ausgeglichen werden kann.)

Der Sehtest wird mithilfe eines Sehtestgerätes standardisiert durchgeführt. Kinder, die eine Brille tragen, absolvieren den Test mit ihrer Brille. Ein Arztbesuch wird – unbeschadet des Sehtestergebnisses – allen Brillenträgerinnen und Brillenträgern empfohlen, deren letzter Augenarztbesuch länger als ein Jahr zurückliegt. Solche Empfehlungen sind im Folgenden mit berücksichtigt.

Häufigkeit und kleinräumige Verteilung:

Bei jedem fünften Kind wurde 2013/2014 eine Herabsetzung der Sehschärfe festgestellt. Insgesamt sind deutlich mehr als 500 Kinder dieses Jahrgangs davon betroffen. Auf kleinräumiger Ebene variieren die Anteile von Kindern mit herabgesetzter Sehschärfe erheblich zwischen 8,6% und 48,5%

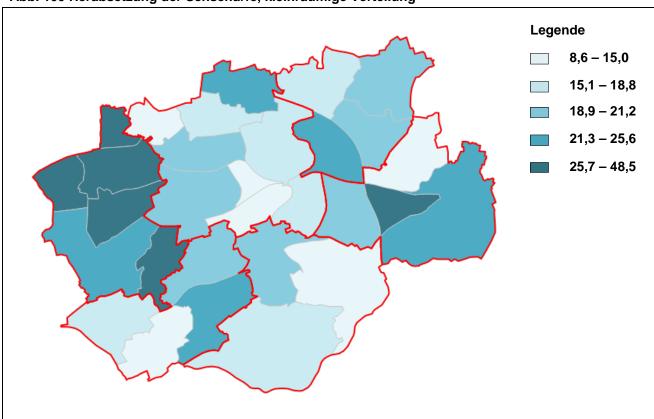


Abb. 100 Herabsetzung der Sehschärfe, kleinräumige Verteilung

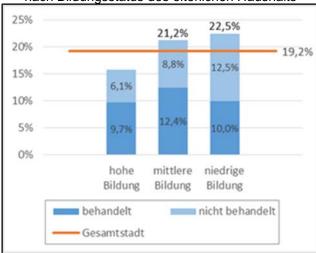
Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2013/2014

Die höchsten Anteile von Kindern mit Herabsetzung der Sehschärfe finden sich in den Ortsteilen Günnigfeld, Leithe, Eppendorf, Langendreer-Alter Bahnhof, Wattenscheid-Mitte und Westenfeld. Mit Ausnahme von Eppendorf (Cluster 1) und Günnigfeld (Cluster 3) sind diese Ortsteile dem sozialstrukturellen Cluster 4 zugeordnet. Unter den Ortsteilen mit den niedrigsten Anteil finden sich zwei Ortsteile, die dem sozialstrukturell benachteiligten Cluster 5 zugeordnet sind (Gleisdreieck, Querenburg), ein Ortsteil des Clusters 4 (Werne), zwei des Clusters 3 (Hordel, Südinnenstadt) und eines des Clusters 2 (Linden). Auf kleinräumiger Ebene ist

daher kein eindeutiger Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Auftreten herabgesetzter Sehschärfe feststellbar.

Differenzierung nach Bildungsstatus:

Abb. 101 Kinder mit herabgesetzter Sehschärfe, behandelte und nicht behandelte Kinder nach Bildungsstatus des elterlichen Haushalts



Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2011-2014, aggregierte Datensätze mit Angaben zum Bildungsstatus

Betrachtet man die Häufigkeit des Auftretens von Herabsetzung der Sehschärfe nach Bildungsstatus lässt sich ein deutlicher Unterschied zwischen Kindern aus Elternhäusern mit niedriger und mittlerer Bildung einerseits und solchen aus Elternhäusern mit hoher Bildung andererseits. Bei letzteren liegt der Anteil der Kinder mit Befund insgesamt bei 15,8%, bei den erstgenannten über 20%.

Der Anteil der Schulanfängerinnen und -anfänger, die sich wegen Herabsetzung der Sehschärfe in ärztlicher Behandlung befinden liegt dabei überraschenderweise sowohl bei Kindern aus Elternhäusern mit hoher wie auch bei solchen aus bildungsfernen Haushalten um die 10%. Bei Familien mit mittlerer Bildung liegt er mit 12,4% etwas darüber. Deutliche Unterschiede lassen sich hingegen bei den nicht behandelten Kindern erkennen. Dabei handelt es sich sowohl um Schulanfängerinnen und

-anfänger, bei denen eine Herabsetzung der Sehschärfe vorliegt als auch um solche, die bereits eine Sehhilfe verordnet bekommen haben, deren letzter Augenarztbesuch jedoch bereits mehr als ein Jahr zurückliegt. Bei den Kindern aus Familien mit niedriger Bildung liegt der Anteil dieser Kinder mit 12,5% doppelt so hoch wie bei Kindern aus Haushalten mit hoher Bildung. Jedes dritte Kind mit herabgesetzter Sehschärfe aus Familien mit hoher Bildung befand sich nicht in ärztlicher Behandlung, bei den Kindern aus Bildungsfernen Familien jedes zweite.

Zusammenfassung:

Eine nicht unbeträchtliche Zahl von Schulanfängerinnen und –anfängern in Bochum ist von Herabsetzung der Sehschärfe betroffen. Einen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen der sozialen Lage bzw. Bildungsschicht und herabgesetzter Sehschärfe gibt es nur in Bezug auf die Häufigkeit unbehandelter Sehstörungen. Es ist zu vermuten, dass bei Eltern mit hoher Bildung verordnete Sehhilfen verlässlicher getragen und regelmäßig überprüft werden, so dass die untersuchten Kinder trotz vorliegendem Sehfehler den Sehtest im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung ohne Befund bestehen.

6.3 Adipositas

Adipositas (Fettsucht) kann zu zahlreichen schwerwiegenden Erkrankungen führen. Dazu zählen Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Bluthochdruck, Störungen des Fettstoffwechsels und Erkrankungen an Muskeln und gelenken sowie Haltungsschäden. Bleibt das Übergewicht dauerhaft bestehen, erhöht sich im Erwachsenenalter das Risiko für Schlaganfall und Herzkrankheiten, Erkrankungen der Gallenblase sowie einige Krebsarten. Damit Adipositas gar nicht erst entsteht, müssen die Grundsätze einer ausgewogenen Ernährung und ausreichender Bewegung möglichst früh in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen verankert werden. Umgekehrt kann aus dem Anteil der adipösen Kinder Rückschlüsse auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in den Familien geschlossen werden.

Für die Schulanfängerinnen und –anfänger können Angaben zu Körpergröße und Gewicht gemacht werden. Daraus wird der sogenannte Body-Mass-Index (BMI) errechnet. Da das Normgewicht von Kindern entwicklungsbedingt Veränderungen unterliegt, wird dieser BMI der Normalverteilung des Gewichtes der Kinder der jeweiligen Altersstufe zugeordnet. Der daraus resultierende Wert ist die BMI-Perzentile, die angibt, wieviel Prozent der Kinder gemäß der Normalverteilung leichter wären als das untersuchte Kind. Ab der 97. Perzentile wird von Adipositas gesprochen.

Häufigkeit und kleinräumige Verteilung:

Bei insgesamt 142 Kindern wurde im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 2013/2014 Adipositas festgestellt. Dies entspricht einem Anteil von 5,2% von allen untersuchten Kindern. Auf kleinräumiger Ebene zeigen sich deutliche Unterschiede: In drei Ortsteilen wurde überhaupt kein Fall von Adipositas dokumentiert. Der höchste Anteil adipöser Schulanfängerinnen und –anfänger betrug 12,3%.

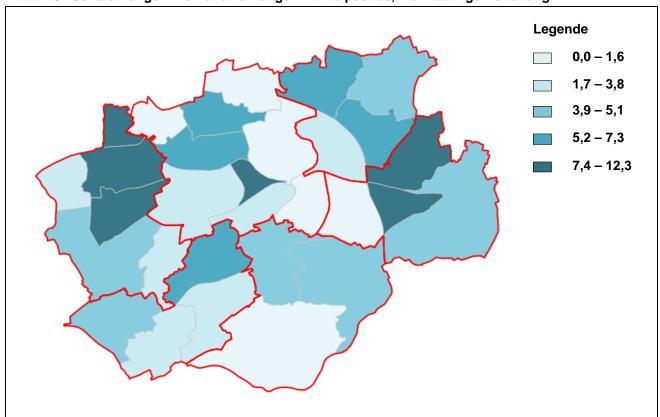


Abb. 102 Schulanfängerinnen und -anfänger mit Adipositas, kleinräumige Verteilung

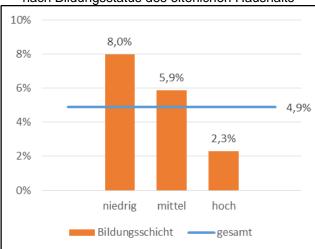
Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2013/2014

Die höchsten Anteile adipöser Kinder finden sich in den Ortsteilen Gleisdreieck, Wattenscheid-Mitte, Günnigfeld, Westenfeld, Langendreer-Alter Bahnhof und Werne. Bis auf Günnigfeld gehören diese Ortsteile zu den

Clustern 4 und 5. Die sechs Ortsteile mit den geringsten Anteilen von Kindern mit Adipositas - Hordel, Riemke, Stiepel, Grumme, Altenbochum und Laer – gehören den Clustern 1 bis 4 an. Adipositas ist offenbar in Ortsteilen mit einem höheren Migrantenanteil, einem größeren Anteil von Personen im SGBII-Bezug und einem geringeren Anteil von Menschen in einem Lebensalter ab 60 Jahren tendenziell häufiger, wenngleich es hier auch Ausnahmen gibt. Der Ortsteil Kruppwerke aus dem sozialstrukturellen Cluster 5 gehört mit einem Anteil von 3,8% Adipöser zur Klasse mit den zweitniedrigsten Werten.

Differenzierung nach Bildungsstatus:

Abb. 103 Kinder mit Adipositas nach Bildungsstatus des elterlichen Haushalts



Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2011-2014, aggregierte Datensätze mit Angaben zum Bildungsstatus

Betrachtet man den Anteil der Kinder mit Adipositas nach Bildungsstatus des Elternhauses, lässt zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der – durch den Bildungshintergrund des Elternhauses deutlich mit beeinflussten – sozialen Lage und dem Auftreten dieser Gesundheitsstörung feststellen.

Von den Kindern, für die im Zeitraum von 2011 bis 2014 Angaben zum Bildungsstatus der Eltern gemacht wurden, waren 4,9% adipös. Bei den Kindern aus Elternhäusern mit hoher Bildung waren dies nur 2,3%. Bei den Kindern aus Haushalten mit niedriger Bildung lag dieser Anteil mit 8,0% mehr als dreimal so hoch.

Zusammenfassung:

Der auch andernorts (vgl. Spezialgesundheitsbericht Bochum 2014, 60f.) festgestellte Zusammenhang von sozialer Lage und Adipositas lässt sich auch in Bochum nachweisen.

Interventionsbedarf:

Kindertageseinrichtungen und andere Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit sollten bei der Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung unterstützt werden. Dabei sind Angebote zur Elternbildung mit zu berücksichtigen.

Maßnahmen zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung stellen ein wichtiges Element des Integrierten Stadtentwicklungskonzeptes (ISEK) in Wattenscheid-Mitte dar, das ab 2016 mit Fördermitteln des Landes umgesetzt werden soll.

6.4 Hörstörungen

Das gute Hören ist eine Grundvoraussetzung für problemloses Lernen in der Schule und darüber hinaus. Nicht erkannte Hörstörungen können die Entwicklung eines Kindes verzögern. Eine möglichst frühzeitige Diagnose und Therapie von Hörstörungen ist deshalb von großer Bedeutung.

Der Hörtest im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird mit einem genormten Audiometer standardisiert durchgeführt. Bei der Diagnosestellung werden auch Beeinträchtigungen des Hörvermögens wegen akuter Infektionskrankheiten der oberen Atemwege berücksichtigt.

Häufigkeit und kleinräumige Verteilung:

Insgesamt wurden bei 166 Schulanfängerinnen und –anfängern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung Hörstörungen diagnostiziert. Dies entspricht einem Anteil von 6% aller untersuchten Kinder. In der kleinräumigen Verteilung variieren die Werte zwischen 1,3% im Ortsteil Gleisdreieck und 10,9% in Hamme.

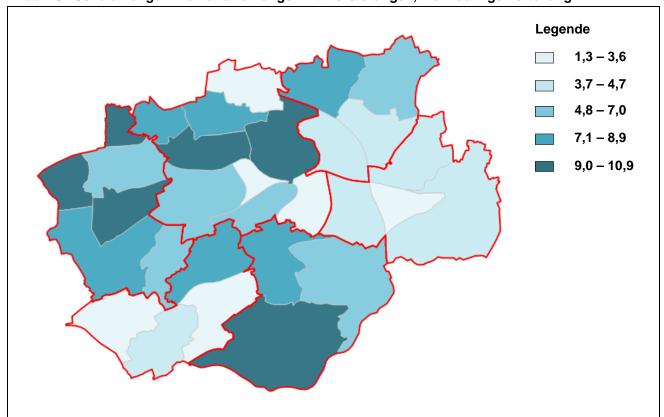


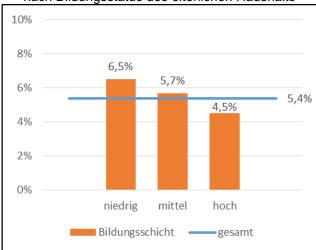
Abb. 104 Schulanfängerinnen und -anfänger mit Hörstörungen, kleinräumige Verteilung

Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2013/2014

Die kleinräumige Verteilung folgt nicht der sozialstrukturellen Differenzierung. Sowohl in den sechs Ortsteilen mit dem höchsten Anteil diagnostizierter Hörstörungen (Hamme, Leithe, Stiepel, Westenfeld, Günnigfeld und Grumme) als auch in den sechs Ortsteilen mit dem niedrigsten Anteil (Gleisdreieck, Altenbochum, Riemke, Langendreer-Alter Bahnhof, Dahlhausen und Weitmar-Mark) sind alle fünf Cluster der sozialstrukturellen Differenzierung vertreten.

Differenzierung nach Bildungsstatus:

Abb. 105 Kinder mit Hörstörungen nach Bildungsstatus des elterlichen Haushalts



Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2011-2014, aggregierte Datensätze mit Angaben zum Bildungsstatus

Auch im Vergleich nach Bildungsstatus des Elternhauses zeigen sich nur geringfügige Unterschiede. Bei Kindern aus Elternhäusern mit niedriger Bildung wich der Anteil der Kinder mit Hörstörungen um gut einen Prozentpunkt nach oben ab, bei denen aus Elternhäusern mit hoher Bildung knapp einen Prozentpunkt nach unten.

Zusammenfassung:

Hörstörungen betreffen eine nicht unerhebliche Zahl der Bochumer Schulanfängerinnen und –anfänger. Ihre Verteilung über das Stadtgebiet folgt keinem sichtbaren Muster. Beim Vergleich der Bildungsschichten lassen sich geringe Unterschiede feststellen.

Die frühzeitige Diagnose und Therapie von Hörstörungen ist ein wichtiges Ziel der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Eine Möglichkeit, diese Störungen zu entdecken, stellen die Früherkennungsuntersuchungen dar.

6.5 Verhaltensauffälligkeiten

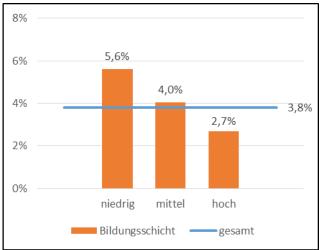
Als Verhaltensauffälligkeiten werden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung Symptome verstanden, die zu einer sozialen Belastung führen, das heißt eine spürbare Beeinträchtigung des Kindes oder seines sozialen Umfeldes mit sich bringen. Die Symptome decken ein breites Spektrum ab und weisen auf emotionale Störungen, hyperkinetisches Syndrom, hirnorganisch bedingte Verhaltensdefizite, soziale Störungen oder spezielle Verhaltensauffälligkeiten hin.

Häufigkeit:

Insgesamt wurden im Untersuchungszyklus 2013/2014 bei 66 Schulanfängerinnen und –anfängern Verhaltensauffälligkeiten festgestellt. Dies entspricht einem Anteil von 2,4%. Angesichts der geringen Fallzahl erscheint eine kleinräumige Darstellung nicht sinnvoll.

Differenzierung nach Bildungsstatus:

Abb. 106 Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten nach Bildungsstatus des elterlichen Haushalts



Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2011-2014, aggregierte Datensätze mit Angaben zum Bildungsstatus

Auf der Basis der aggregierten Daten aller Schulanfängerinnen und –anfänger der Untersuchungszyklen 2011/2012 bis 2013/2014, für die Daten zur Sozialanamnese gemacht wurden, lassen sich Unterschiede zwischen den Bildungsschichten der Familien feststellen: Der Anteil der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten lag – wenngleich auf sehr niedrigem Niveau – in Familien mit hoher Bildung nur halb so hoch wie in Familien mit niedriger Bildung.

Zusammenfassung:

Verhaltensauffälligkeiten werden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung relativ selten festgestellt. Dabei sind Kinder aus Familien mit niedriger Bildung etwas stärker betroffen als Kinder aus Familien mit hoher Bildung. Da unter Verhaltensauffälligkeiten sehr unterschiedliche Symptome unterschiedlicher Ursache zusammengefasst werden, sind weitergehende Interpretationen nicht möglich.

6.6 Früherkennungsuntersuchungen

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird nicht nur der aktuelle Gesundheitszustand der Schulanfängerinnen und –anfänger erhoben und im Hinblick auf die Schulfähigkeit der untersuchten Kinder ausgewertet. Darüber hinaus wird der Impfstatus (siehe Kap. 4.6) der Kinder erhoben und festgehalten, ob die Schulanfängerinnen und –anfänger die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 wahrgenommen haben. Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen lässt Rückschlüsse auf die Bedeutung zu, die Eltern Gesundheitsförderung und Prävention einräumen. Aus Sicht der bevölkerungsbezogenen Medizin sind sie gute Gelegenheiten, um Auffälligkeiten der kindlichen Entwicklung und Krankheitszeichen frühzeitig zu erkennen.

Bei den Früherkennungsuntersuchungen wird der jeweils für das Kind altersgerechten Entwicklungsstand überprüft. Entsprechend unterscheiden sich die Untersuchungen in ihrer Schwerpunktsetzung. Bei den hier dargestellten Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 werden Sprechen, Sehvermögen, Hörfähigkeit und das soziale Verhalten (U8) bzw. Beweglichkeit und Geschicklichkeit, das Seh- und Hörvermögen, das Sozialverhalten und das Verständnis sozialer Regeln untersucht.

Die U8 findet zwischen dem 46. Und 48. Lebensmonat statt, die U9 zwischen dem 60. Und 64. Lebensmonat. Bei der Bewertung der Ergebnisse der U9 ist zu berücksichtigen, dass einige Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung den 64. Lebensmonat noch nicht vollendet haben. Die Zeitspanne für die Durchführung der U9 noch nicht vorüber. Entsprechend bedeutet bei diesen Kindern das Fehlen der Untersuchung kein Versäumnis.

U9 - Häufigkeit und kleinräumige Verteilung:

Gesamtstädtisch haben 92% der untersuchten Schulanfängerinnen und –anfänger, die 2013/2014 ihr Früherkennungsheft zur Schuleingangsuntersuchung vorlegten, an der U9 teilgenommen. Auf kleinräumiger Ebene bewegten sich der Anteil der Kinder mit dokumentierter Teilnahme an de U9 zwischen 79,7% und 97,7%.

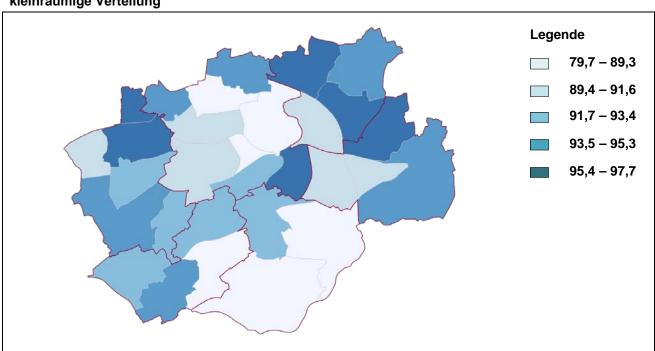


Abb. 107 Schulanfängerinnen und –anfänger mit dokumentierter Früherkennungsuntersuchung U9, kleinräumige Verteilung

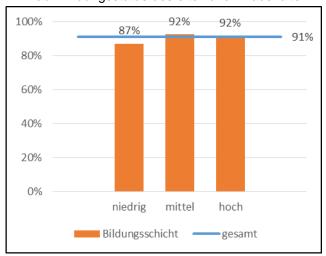
Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2013/2014

Die niedrigsten Anteile von Kindern mit wahrgenommener U9 finden sich in den Ortsteilen Gleisdreieck, Stiepel, Grumme, Querenburg, Hofstede und Weitmar-Mark. Die höchsten Anteile finden sich in Harpen-Rosenberg, Bergen/Hiltrop, Günnigfeld, Werne, Altenbochum und Wattenscheid-Mitte. In beiden Gruppen

finden sich sowohl Ortsteile mit besonderen Herausforderungen als auch solche ohne. Unter den Ortsteilen mit den niedrigsten Anteilen stehen drei Ortsteilen aus den sozialstrukturellen Clustern 4 und 5 drei Ortsteilen der Cluster 1 und 2 gegenüber. Die Ortsteilen mit den höchsten Anteilen gehören zu den Clustern 2 (Harpen/Rosenberg, Bergen/Hiltrop und Altenbochum), 3 (Günnigfeld) und 4 (Werne und Wattenscheid-Mitte). Alle Ortsteile mit besonderen sozialen Herausforderungen (Cluster 5) weisen eine unterdurchschnittliche Teilnahmequote an der U9 auf.

U9 - Differenzierung nach Bildungsstatus:

Abb. 108 Kinder mit dokumentierter U9 nach Bildungsstatus des elterlichen Haushalts

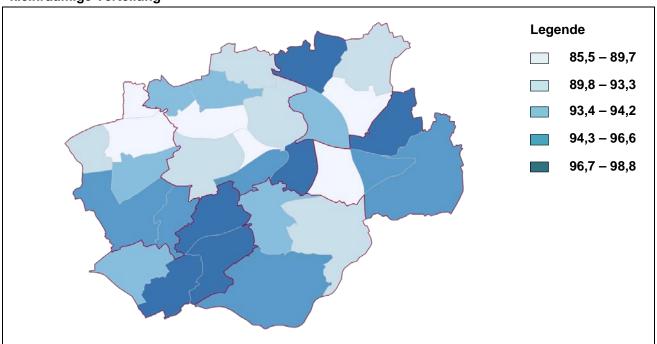


Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2011-2014, aggregierte Datensätze mit Angaben zum Bildungsstatus

Die Differenzierung nach Bildungsschicht zeigt bei der Früherkennungsuntersuchung U9 einen leichten Unterschied zwischen den Kindern mit niedrigem häuslichen Bildungsstatus einerseits und denen mit mittleren und hohen Bildungsstatus andererseits.

U8 - Häufigkeit und kleinräumige Verteilung:

Abb. 109 Schulanfängerinnen und –anfänger mit dokumentierter Früherkennungsuntersuchung U8, kleinräumige Verteilung



Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2013/2014

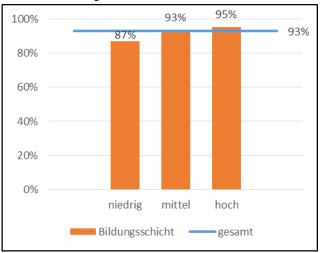
Die Früherkennungsuntersuchung U8 wurde 2013/2014 von 93,3% der Kinder mit vorgelegtem Früherkennungsheft wahrgenommen. Auch bei dieser Untersuchung variierten die Werte auf Ortsteilebene. Der niedrigste Wert lag bei 85,5%, der höchste bei 98,8%.

Die Ortsteile mit den niedrigsten Anteilen dokumentierter U8-Untersuchungen sind: Günnigfeld, Hamme, Harpen/Rosenberg, Wattenscheid-Mitte, Laer und Gleisdreieck. Hier dominieren Ortsteile mit überdurchschnittlichen sozialen Herausforderungen. Unter den Ortsteilen mit den höchsten Anteilen – Weitmar-Mark, Werne, Bergen/Hiltrop, Altenbochum, Linden und Weitmar-Mitte – findet sich nur ein Ortsteil mit größeren sozialen Herausforderungen (Werne). Hier scheint ein Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchung U8 zu bestehen.

Auffällig ist, dass drei der Ortsteile, in denen besonders wenige Kinder 2013/2014 die U8 wahrgenommen haben (Harpen/Rosenberg, Günnigfeld und Wattenscheid-Mitte), bei der U9 zur Gruppe der Ortsteile mit den höchsten Anteilen wahrgenommener Früherkennungsuntersuchungen gehören.

U8 - Differenzierung nach Bildungsstatus:

Abb. 110 Kinder mit dokumentierter U8 nach Bildungsstatus des elterlichen Haushalts

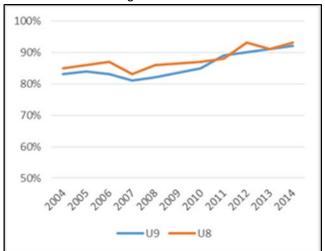


Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2011-2014, aggregierte Datensätze mit Angaben zum Bildungsstatus

Betrachtet man die Teilnahme an der U8 differenziert nach dem häuslichen Bildungshintergrund der Kinder, zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der U9. Lediglich das Niveau der Teilnahme liegt etwas höher.

U8 und U9 - Entwicklung der Teilnahmequoten 2004 - 2014

Abb. 111 Teilnahme an U8 und U9 Zeitreihenvergleich 2003/04 – 2013/14



Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2011-2014, aggregierte Datensätze mit Angaben zum Bildungsstatus

Seit einigen Jahren wird die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9 durch die Zentrale Stelle Gesunde Kindheit beobachtet. Versäumen Eltern es, ihre Kinder zu einer dieser U-Untersuchungen vorzustellen, werden sie schriftlich daran erinnert, bei ihrem Haus- oder Kinderarzt einen Termin dafür zu vereinbaren. Geht auch daraufhin keine Information über die Durchführung der Untersuchung bei der Zentralen Stelle ein, wird die zuständige Kommune, in Bochum konkret der Begrüßungsdienst des Jugendamtes, darüber informiert. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die Entwicklung der Teilnahmequoten an U8 und U9 über einen längeren Zeitraum zu betrachten.

Nachdem in den Jahren 2004-2007 die Teilnahmequoten beider U-Untersuchung rückläufig waren und 2007 mit 83% (U8) bzw. 81% (U9) ihren niedrigsten Wert erreichten, ist seither ein Anstieg zu beobachten. Die Teilnahmequote der U8 lag zuletzt

10 Prozentpunkte über dem entsprechenden Wert von 2007, diejenige der U9 11 Prozentpunkte.

Zusammenfassung:

Die Früherkennungsuntersuchungen werden von den allermeisten Eltern wahrgenommen. Dies gilt auch für bildungsferne Elternhäuser bei denen die Teilnahmequote nur etwas geringer ist als in Familien anderer Bildungsschichten. Die unterschiedliche Verteilung der höchsten bzw. niedrigsten Teilnahmequoten zwischen der U8 und der U9 macht deutlich, dass das Versäumnis einer U-Untersuchung nicht unbedingt ein fest gefügtes Muster ist, sondern beeinflusst werden kann. Ein wichtiger Einflussfaktor ist dabei die Tätigkeit der Zentralen Stelle Gesunde Kindheit und des Begrüßungsteams des Jugendamtes. Es ist davon auszugehen, dass ein Großteil der Steigerung der Teilnahmequoten in den letzten Jahren darauf zurückzuführen ist.

Interventionsbedarf:

Ein weitergehender Interventionsbedarf ist in Bochum nicht festzustellen.

6.7 Masern-Schutzimpfung

Schutzimpfungen gehören zu den kostengünstigsten und sichersten Maßnahmen zur Verhütung bestimmter Infektionskrankheiten. Diphtherie, Keuchhusten oder Masern sind nicht zuletzt wegen der Schutzimpfung gegen diese Erkrankungen in Europa selten geworden.

Trotz allem kommt es immer wieder zu einzelnen Erkrankungsfällen wegen dieser Krankheiten oder sogar zu kleineren ausbrücken. Insbesondere Masern sind in den vergangenen Jahren auch in Nordrhein-Westfalen immer wieder zum Problem geworden. Dabei waren auch Flüchtlinge und Asylsuchende in Gemeinschaftsunterkünften von Masernfällen betroffen.

Vor diesem Hintergrund kommt der Förderung von Schutzimpfungen nach wie vor große Bedeutung zu. Ihre Akzeptanz wird hier exemplarisch anhand der Masernschutzimpfung dargestellt. Diese bieten sich nicht zuletzt deswegen an, weil die Ausrottung der Masern ein erklärtes Ziel der deutschen Gesundheitspolitik ist. Zur Immunisierung gegen Masern ist eine zweimalige Impfung notwendig. Wird eine Durchimpfungsrate von 95% in allen Altersstufen erreicht, kann sich die Krankheit nicht mehr erfolgreich ausbreiten.

Häufigkeit und kleinräumige Verteilung:

Von allen Schulanfängerinnen und –anfängern des Untersuchungszyklus 2013/2014 verfügten 92,6% über einen vollständigen Impfschutz gegen Masern. Auf Ebene der dreißig Ortsteile variierte die Durchimpfungsrate zwischen 81,4% und 97,5%. In insgesamt acht Ortsteilen wurde eine Durchimpfungsrate von 95% erreicht.

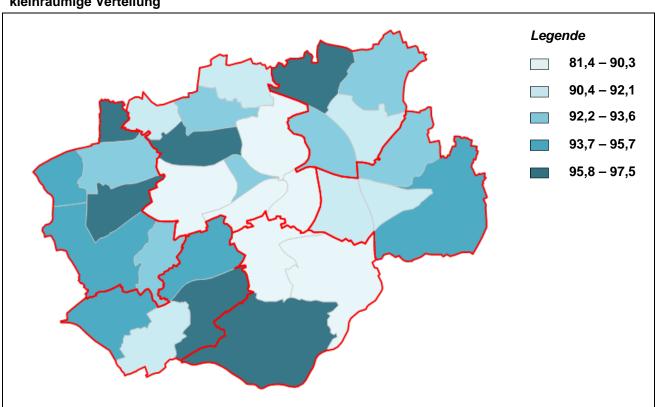


Abb. 112 Schulanfängerinnen und –anfänger mit vollständiger Masernschutzimpfung, kleinräumige Verteilung

Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2013/2014

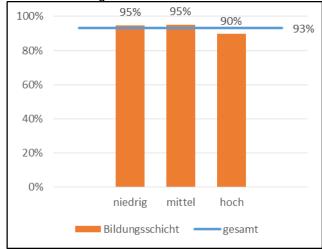
In Hamme, Westenfeld, Günnigfeld, Hiltrop/Bergen, Stiepel und Weitmar-Mark wurden 2012/2014 die höchsten Durchimpfungsraten erreicht. Die niedrigsten Durchimpfungsraten wurden in Altenbochum, Grumme, Südinnenstadt, Kruppwerke, Wiemelhausen/Brenschede und Querenburg festgestellt. Eine eindeutiger Zusammenhang zwischen der Clusterzuordnung der jeweiligen Ortsteile und der Höhe der Durchimpfungsrate kann hierbei nicht festgestellt werden: Unter den sechs Ortsteilen mit den höchsten Raten finden sich Ortsteilen mit den höchste

steile aus allen fünf sozialstrukturellen Clustern und auch unter den Ortsteilen mit den niedrigsten Raten sind bis auf das Cluster 1 alle Cluster vertreten.

Differenzierung nach Bildungsstatus:

Abb. 113 Kinder mit vollständiger Masernschutzimpfung

nach Bildungsstatus des elterlichen Haushalts



Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2011-2014, aggregierte Datensätze mit Angaben zum Bildungsstatus

Auch in der Differenzierung nach Bildungsstatus des Elternhauses sind keine großen Unterschiede erkennbar. Bei Kindern aus Familien mit hoher Bildung ist die Durchimpfungsrate mit 90% etwas geringer als bei den Kindern aus Familien mit mittlerer oder niedriger Bildung.

Bewertung:

Die meisten Eltern aus allen Bildungsschichten nehmen die Möglichkeit wahr, ihre Kinder gegen Masern impfen zu lassen.

Interventionsbedarf:

Besondere Maßnahmen, um die Impfbereitschaft in bestimmten Schichten oder Ortsteilen zu steigern, sind nicht erforderlich. Allerdings ist die Aufrechterhaltung bzw. Steigerung der Impfbereitschaft eine beständige Aufgabe. Die Überprüfung des Impfstatus im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung, das Projekt "Bochumer bleiben gesund durch Impfung" für Schülerinnen und Schüler der 7. Und 8. Klassen, spezielle Impfangebote für Migranten sowie die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 stellen geeignete Gelegenheiten dar, an fällige Schutzimpfungen zu erinnern.

Für Flüchtlinge und Asylsuchende sollten besondere Angebote gemacht werden, um bestehende Impflücken zu schließen.

6.8 Gesamtauswertung

Bei der Auswertung der einzelnen Merkmale der Dokumentation der Schuleingangsuntersuchung (siehe Kap. 4.1 bis 4.7) lassen sich deutliche Unterschiede in der kleinräumigen Verteilung feststellen. Ortsteile, die bei einem Merkmal erhöhte Werte aufweisen, sind bei anderen Merkmalen unauffällig oder liegen sogar unter dem städtischen Durchschnittswert. Es stellt sich daher die Frage, ob in einigen Ortsteilen auffällige Ergebnisse gehäuft auftreten. In diesem Fall kann davon ausgegangen werden, dass in diesen Ortsteilen besondere gesundheitliche Belastungen gegeben sind.

Um dies zu überprüfen, wurden die Einzelergebnisse zu einer Gesamtauswertung zusammengefasst. Dazu wurde für jedes Merkmal eine Rangliste erstellt. Die Ortsteile mit dem "besten" Wert, der die geringste gesundheitliche Belastung oder Herausforderung nahelegt, wurden an Rang 1 gesetzt, die mit dem "schlechtesten" Wert an Rang 30, zum Beispiel:

- In Bergen/Hiltrop war 2013/2014 bei 97,5% der untersuchten Kinder mit vorgelegtem Impfbuch eine vollständige Masernschutzimpfung dokumentiert. Dies war der höchste Wert. Da ein hoher Durchimpfungsgrad positiv zu bewerten ist, erhält Bergen/Hiltrop den Rang 1 aller Ortsteile.
- In Wattenscheid-Mitte wurde im gleichen Jahr bei 12,3% der untersuchten Kinder Adipositas (Fettsucht) festgestellt. Auch dies war der höchste Wert. Da Adipositas ein gesundheitliches Problem anzeigt, erhält Wattenscheid-Mitte den Rang 30.

Für jeden Ortsteil wurden anschließend die Rangwerte, die sie bei den Merkmalen, Sprach- und Sprechstörungen, Herabsetzung der Sehschärfe, Adipositas, Hörstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Teilnahme U9 und Impfschutz gegen Masern erreicht haben, zu einem Index addiert. Dieser kleinräumige Index gesundheitlicher Herausforderungen kann zwischen 7 und 210 liegen. Je höher der Index ist, desto höher sind die gesundheitlichen Herausforderungen im Ortsteil. Die Darstellung des Ergebnisses erfolgt - ebenso wie die Auswertungen der einzelnen Merkmale – als Kartogramm.

Kleinräumige Verteilung:

Abb. 114 Kleinräumiger Index gesundheitlicher Herausforderungen Legende 60 - 9091 - 100101 - 113114 - 131 132 - 144

Quelle: Schuleingungsuntersuchung 2013/2014, eigene Berechnung

Auf Ortsteilebene variieren die Indexwerte zwischen 60 und 144. Es lässt sich somit eine deutliche kleinräumige Differenzierung erkennen. Allerdings ist die Differenz zwischen niedrigstem und höchsten Wert deutlich geringer als möglich; extreme Werte fehlen.

Die geringsten Indexwerte wurden in Hordel, Bergen/Hiltrop, Altenbochum, Weitmar-Mark, Gerthe und Linden festgestellt. In diesen Ortsteilen ist die gesundheitliche Belastung der Schulanfängerinnen und -anfänger bzw. die gesundheitlichen Herausforderungen vergleichsweise gering. Diese Ortsteile gehören zu den Clustern 1 bis 3 der sozialstrukturellen Differenzierung der Bochumer Ortsteile (Sozialbericht Bochum 2012, 123ff.). Ortsteile mit besonderen sozialen Herausforderungen (Cluster 4 und 5) fehlen in dieser Gruppe.

Die höchsten Indexwerte finden sich in Laer, Querenburg, Kruppwerke, Leithe, Langendreer-Alter Bahnhof und Hamme. Diese Ortsteile gehören ausschließlich den Clustern 4 und 5 an. Größere gesundheitliche Belastungen bzw. Herausforderungen fallen auf kleinräumiger Ebene offenbar tendenziell mit größeren sozialen Herausforderungen zusammen. Dies gilt jedoch nicht ohne Ausnahme: Der Ortsteil Gleisdreieck gehört zum Cluster 5, weist aber geringere gesundheitliche Belastungen auf, die Ortsteile Riemke und Werne (Cluster 4) sind in Bezug auf die Gesundheit der Schulanfängerinnen und -anfänger unauffällig.

Zusammenfassung:

Extreme gesundheitliche Herausforderungen bzw. Belastungen sind auf der Basis der kleinräumigen Auswertung der Schuleingangsuntersuchung nicht feststellbar. Dennoch gibt es eine deutliche Differenzierung zwischen den Ortsteilen, die tendenziell mit sozialstrukturellen Herausforderungen korreliert.

Interventionsbedarf:

Ortsteile mit einem höheren Indexwert bieten sich besonders als Orte für gesundheitsfördernde und präventive Interventionen an.

7 Pflege

7.1 Demenzen

"Demenzen gehören zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter." (RKI 2005, 7) Unter Demenz wird die Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens verstanden, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens führen. Dies umfasst u. a. das Ankleiden, das regelmäßige Essen, die Körperpflege, die Fähigkeit, sich zu orientieren, zu rechnen und zu lernen. Auch Sprache und Urteilsvermögen sind bei Vorliegen einer Demenz häufig beeinträchtigt (RKI 2005, 8).

Demenzen können unterschiedliche Ursachen haben. Zahlenmäßig am bedeutsamsten ist die Alzheimer-Demenz, eine schleichend einsetzende degenerative Veränderung des Gehirns. Wissenschaftliche Untersuchungen gehen davon aus, dass zwei Drittel aller Demenzen dem Alzheimer-Typ zuzuordnen sind (RKI 2005, 8f.).

Gewöhnlich wird zwischen leichten, mittleren und schweren Demenzen unterschieden. Bei leichten Demenzen gelingt den Betroffenen die Bewältigung des Alltags noch ohne größere Unterstützung. Erst bei besonderen Anforderungen zeigen sich die Beeinträchtigungen. Mittelschwere Demenzen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen ständig auf Aufsicht und Unterstützung angewiesen sind, jedoch noch nicht alle Fähigkeiten verloren haben. Schwere Demenzen zeichnen sich durch einen vollständigen Verlust aller Fähigkeiten aus. Dementielle Veränderungen sind in der Regel nicht umkehrbar und bleiben bis zum Tod des Erkrankten bestehen (RKI 2005, 9; siehe auch Deutsche Alzheimer Gesellschaft o.J.). Somit stellen Demenzen eine wichtige Ursache für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit dar.

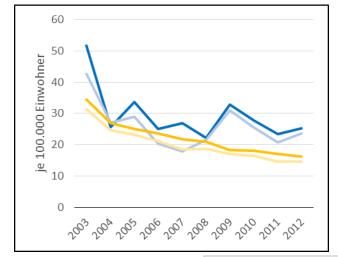
Demenz führt nicht direkt zum Tod. Betroffene verlieren jedoch die Kontrolle über Blase und Darm, werden in ihrer Mobilität eingeschränkt und zuletzt bettlägerig, können Schluckstörungen und Krampfanfälle entwickeln. All dies begünstigt die Anfälligkeit für Infektionen, die die häufigste Todesursache von Demenz-Kranken darstellt.

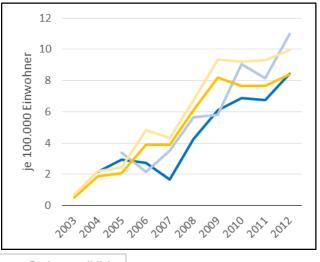
Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

Abb. 115 Krankenhausfälle wegen Demenzen

je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012

Abb. 116 Sterbefälle wegen Demenzen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2012





Bochum männlich Bochum weiblich
NRW männlich NRW weiblich

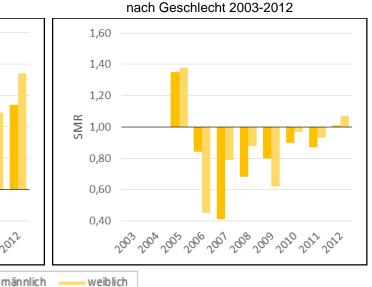
Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

2012 wurden in Bochum insgesamt 229 Krankenhausfälle wegen Demenz gezählt. 81 davon betrafen Männer, 148 Frauen. Im gleichen Jahr verstarben 100 Personen an Demenz. Auch hier waren mit 73 Sterbefällen Frauen deutlich häufiger betroffen als Männer.

Die Zahl der Krankenhausaufenthalte wegen Demenzen ist von 2003 bis 2012 sowohl im Land als auch in Bochum tendenziell zurückgegangen (Abb. 115). Vermutlich spiegeln sich in diesem Rückgang die Bemühungen wider, Erkrankte außerhalb von Akutkrankenhäusern ambulant oder stationär zu betreuen. Im gleichen Zeitraum hat sich die Zahl der Sterbefälle wegen Demenzen mehr als fünfzehnfach erhöht. Zu Beginn des Berichtszeitraums (2003 und 2004) waren in Bochum die Fallzahlen so gering, dass keine sinnvollen Angaben gemacht werden konnten (Abb. 116).

Abb. 117 Krankenhausfälle wegen Demenzen nach Geschlecht 2003-2012

Abb. 118 Sterbefälle wegen Demenzen



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Die SMR der Krankenhausfälle wegen Demenz schwankte 2003 bis 2008 zwischen auffälligen und unauffälligen Werten. Seit 2009 liegt der Zahl der beobachteten Krankenhausfälle sowohl bei Männern als auch bei Frauen 40% und mehr über derjenigen, die zu erwarten wäre, wenn die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in allen Altersstufen in Bochum derjenigen in NRW entspräche (Abb. 117). Bei den Sterbefällen traten in Bochum zuletzt - nach mehreren Jahren mit z. T. erheblich unterdurchschnittlichen Abweichungen - keine nennenswerten Unterschiede mehr zum Landeswert auf (Abb. 118).

Abb. 119 Krankenhausfälle wegen Demenzen

Bochum und Vergleichskommunen 2012

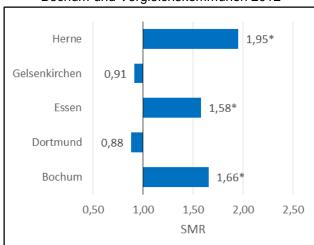
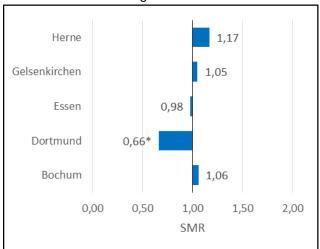


Abb. 120 Sterbefälle wegen Demenzen

Bochum und Vergleichskommunen 2012



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Im interkommunalen Vergleich Bochums mit den Nachbarstädten aus dem Cluster 2 der sozialstrukturellen Clusterung der NRW-Kommunen zeigt sich ein uneinheitliches Bild: Krankenhausfälle wegen Demenzen sind in Bochum ebenso wie in Essen und Herne signifikant häufiger als im Land. In Dortmund und Gelsenkirchen sind sie demgegenüber etwas seltener als in NRW insgesamt(Abb. 119). Bei den Sterbefällen zeigte sich lediglich Dortmund mit einer signifikanten Abweichung vom Landeswert: Die Häufigkeit lag hier 34% unter derjenigen im Land. In allen anderen Kommunen war die Abweichung nicht signifikant (Abb. 120).

Zusammenfassung:

Die Bedeutung dementieller Erkrankungen hat in den vergangen Jahren auch in Bochum erheblich zugenommen. Angesichts der demographischen Entwicklung ist hier mit einem weiteren Anstieg zu rechnen. Die Entwicklung bei den Krankenhausfällen legt nahe, dass ambulanten und nicht akuten stationären Betreuungsangeboten bei der Versorgung Demenzkranker eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zukommt.

Interventionsbedarf: Nein

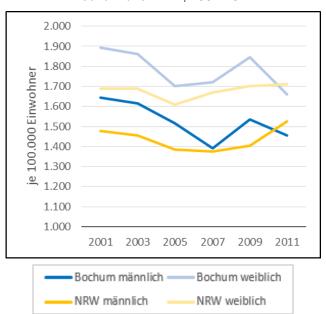
7.2 Pflegebedürftigkeit

Als pflegebedürftig werden alle Personen erfasst, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Pflegeversicherungsunternehmen eine Pflegestufe erhalten haben. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Menschen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung mindestens sechs Monate lang nicht in der Lage sind, die regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des täglichen Lebens auszuführen. Tätigkeiten des täglichen Lebens sind: Mobilität, Ernährung, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Das Datenmaterial ist der Pflegestatistik entnommen, die das Statistische Bundesamt seit 1999 im zweijährlichen Rhythmus erstellt. In die Pflegestatistik werden alle Personen aufgeführt, die aufgrund einer Entscheidung der Pflegekasse bzw. eines privaten Versicherungsunternehmens eine Pflegestufe erhalten haben.

Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

Abb. 121: Pflegefälle je 100.000 Einwohner nach Geschlecht, Bochum und NRW. 2001-2011



Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

2011 zählte die Pflegestatistik 12.097 Pflegebedürftige in Bochum, darunter 3.907 Männer und 8.190 Frauen. Die Zahl der Pflegebedürftigen lag in Bochum sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen bis 2009 regelmäßig über dem nordrheinwestfälischen Wert. 2011 wurde erstmals ein niedrigerer Wert festgestellt. Für Bochum lässt sich - mit Ausnahme des Jahres 2009 - insgesamt eine fallende Tendenz beobachten (Abb. 121). Diese Tendenz bestätigt sich auch bei der Betrachtung des SMR-Wertes: Dort ist - wiederum mit einer Ausnahme im Jahr 2009 - eine Annäherung an das Landesniveau zu erkennen (Abb. 122). Der interkommunale Vergleich der SMR ergibt ein uneinheitliches Bild: In je zwei Kommunen liegt die Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit über bzw. unter der des Landes. In Bochum entspricht sie ihr genau (Abb. 123).

Abb. 122: Pflegefälle nach Geschlecht, Bochum, 2001-2011

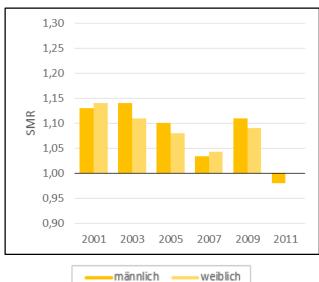
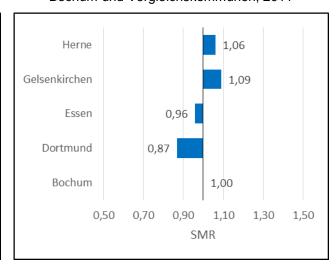


Abb. 123: PflegefälleBochum und Vergleichskommunen, 2011



Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Zusammenfassung:

Von 2001 bis 2011 hat sich die sowohl die Zahl der Pflegebedürftigen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner als auch die SMR zusehends stärker den entsprechenden Landeswerten angenähert. Zuletzt waren keine relevanten Unterschiede zwischen Bochum und NRW zu erkennen.

Interventionsbedarf: Nein

7.3 Einrichtungen der Geriatrie, Alten- und Krankenpflege

Auch wenn die Fähigkeit eines Menschen, die regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des täglichen Lebens auszuführen, über längere Zeit eingeschränkt ist, bleibt es Ziel, die selbständige Lebensführung möglichst zu erhalten. Um dies zu gewährleisten, sind zunächst angemessene Wohnformen anzubieten. Das Spektrum reicht dabei über Altenwohnungen, rollstuhlgerechte Wohnungen, verschiedene Formen betreuten Wohnens bis hin zu Alten- und Pflegeheimen.

Abb. 1 gibt einen Überblick über die räumliche Verteilung der Alten- und Pflegeheime in Bochum sowie über Krankenhäuser mit geriatrischem Schwerpunkt. In der Mehrzahl der Ortsteile finden sich stationäre Alten- und Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus finden sich drei stationäre geriatrische Krankenhäuser im Stadtgebiet. Insgesamt kann von einer hinreichenden Versorgung ausgegangen werden, zumal sich die Versorgungsstrukturen in diesem Bereich dynamisch entwickelt.

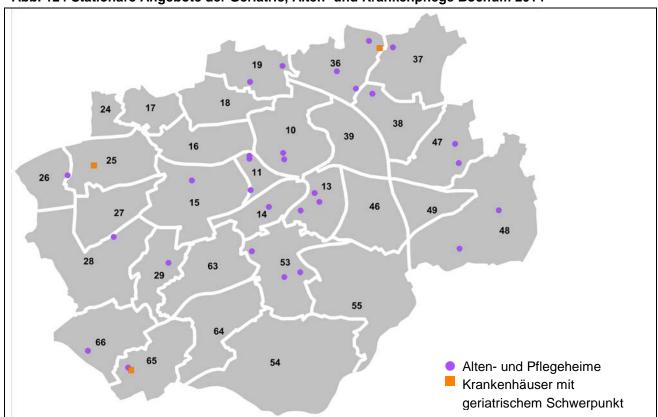


Abb. 124 Stationäre Angebote der Geriatrie, Alten- und Krankenpflege Bochum 2014

Quelle der Adressdaten: www.bochum.de, 08.10.2014

Kartogramm: Amt für Geoinformation, Liegenschaften und Kataster

Das stationäre Angebot richtet sich an Personen mit großem Pflege- und Unterstützungsbedarf, der in der eigenen Wohnung oder anderen Wohnformen nicht gedeckt werden kann. Für Personen mit weniger großem Unterstützungsbedarf sind ambulante Dienstleistungen (z. B. "Essen auf Rädern") und insbesondere ambulante Pflegedienste von besonderer Bedeutung. Im Online-Ratgeber für Seniorinnen und Senioren der Stadt Bochum (erreichbar über www.bochum.de/senioren) werden neununddreißig Standorte ambulanter Pflegedienste aufgeführt.

Um aus der Vielzahl möglicher Wohnformen sowie Unterstützungs- und Dienstleistungen eine individuell angemessene Lösung zu erarbeiten, ist ein gut ausgebauten Informations- und Beratungssystem notwendig. Der Fachdienst Altenhilfe des Amtes für Soziales und Wohnen der Stadt Bochum bietet dies an. Weitere Möglichkeiten zu Information und Beratung bieten das Seniorentelefon der Stadt Bochum, der bereits erwähnte Online Ratgeber für Seniorinnen und Senioren sowie der Demenzwegweiser in Bochum (ebenfalls

erreichbar über www.bochum.de/senioren). Auch die Angebote der Alzheimer-Gesellschaft Bochum sind hier zu nennen.

Eine wichtige Koordinierungsfunktion in der Seniorenarbeit nehmen auch die Seniorenbüros in den sechs Stadtbezirken Bochums wahr. In ihnen bietet die Stadt Bochum in Kooperation mit der freien Wohlfahrtspflege Information und Beratung rund um das Älterwerden an.

Zusammenfassung:

Insgesamt weist Bochum ein vielfältiges, flexibles und angemessenes Unterstützungsangebot für Menschen mit Pflegebedarf auf.

Interventionsbedarf: Nein

8 Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung

8.1 Vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind ein Dreh- und Angelpunkt des Gesundheitssystems. Sie sind die ersten Ansprechpartner für die Bevölkerung, wenn es um die Gesundheit geht. Vorbeugung (z. B. durch Impfungen), Früherkennung (z. B. durch die U-Untersuchungen für Kinder oder den Gesundheits-Checkup) und die Behandlung von Krankheiten finden überwiegend bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten statt. Sie veranlassen Krankenhausaufenthalte, überweisen ggf. zu Spezialisten und verordnen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Kinder-, Haus-, Frauen-, Augen- und Zahnärztinnen und Ärzte werden nicht nur bei akuten Erkrankungen aufgesucht, sondern sind Ansprechpartner für die Bevölkerung in allen Gesundheitsfragen. Sie bieten regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen oder Routinekontrollen an.

Die ambulante ärztliche Versorgung wird anhand des Versorgungsgrades mit vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten dargestellt. Dieser Versorgungsgrad ist in den "Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte" des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen festgeschrieben. Die Festlegung der Bedarfe richtet sich u. a. nach der Anzahl der Einwohner je Arzt bzw. Ärztin.

Versorgungsgrad:

Der Grad der pädiatrischen, augenärztlichen, gynäkologischen und hausärztlichen Versorgung lag in dem dargestellten Zeitraum deutlich über 100%. Dabei war 2012 die Versorgung mit Kinderärztinnen/-ärzten mit 144,6% am höchsten, die der Hausärztinnen/-ärzte mit 114,6% am niedrigsten (Abb. 125).

Bei den Zahnärztinnen/-ärzten ist seit 2003 ein geringer aber kontinuierlicher Anstieg zu beobachten, zuletzt lag der Versorgungsgrad bei 96,7%. Der Versorgungsgrad bei Kieferorthopädinnen/-orthopäden lag bis zum Jahre 2007 unter dem Soll, seither ist bei dieser Berufsgruppe ein sprunghafter Anstieg von 78,3% auf zuletzt 162,2% zu verzeichnen (Abb. 126).

Abb. 125: Vertragsärztliche Versorgung Versorgungsgrad nach Fachbereich in Prozent (%), Bochum, 2003-2012

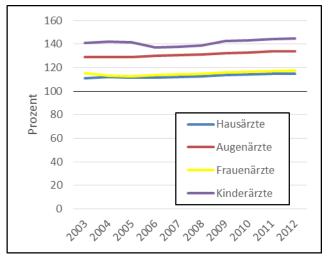
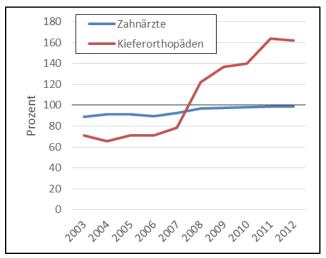


Abb. 126: Vertragszahnärztliche VersorgungVersorgungsgrad nach Fachbereich in Prozent (%),
Bochum, 2003-2012



2012 lag in allen Vergleichskommunen der Grad der vertragsärztlichen Versorgung bei allen hier untersuchten Bereichen z. T. deutlich über 100% (Abb. 127). Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung verhält sich dies anders: Hier bewegte sich der Versorgungsgrad bei den Vergleichskommunen um 100%. Der niedrigste Wert betrug 90,2% (Gelsenkirchen). Der Versorgungsgrad im Bereich der Kieferorthopädie lag 2012 mit

Ausnahme Dortmunds deutlich höher als der mit Zahnärztinnen und Zahnärzten. Dort fehlten 13,5% zu einer 100-prozentigen Versorgung (Abb. 128).

Abb. 127: Vertragsärztliche Versorgung Versorgungsgrad nach Fachbereich in Prozent (%), Bochum und Vergleichskommunen 2012

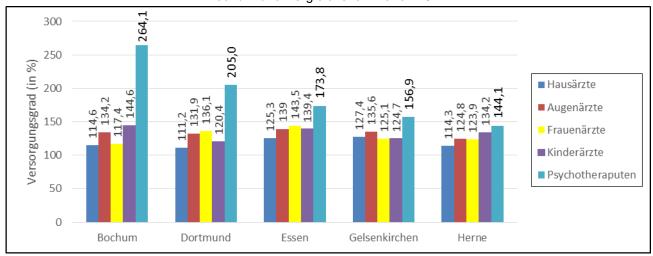
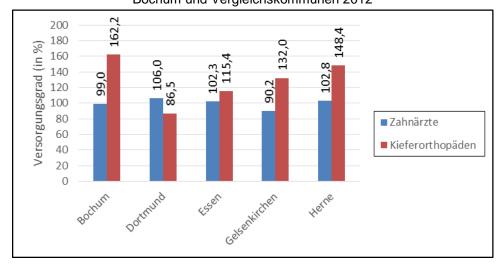
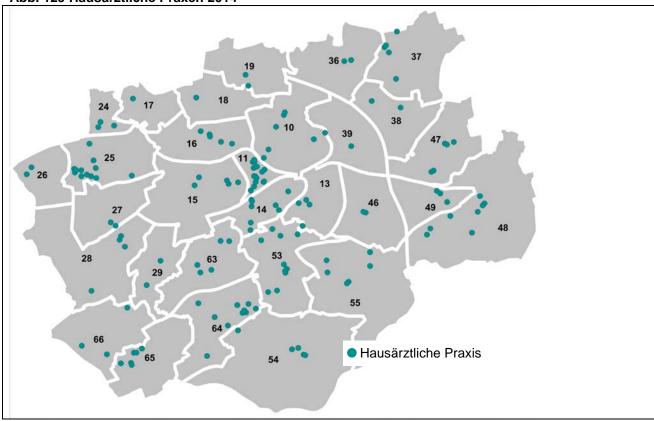


Abb. 128: Vertragszahnärztliche VersorgungVersorgungsgrad nach Fachbereich in Prozent (%),
Bochum und Vergleichskommunen 2012



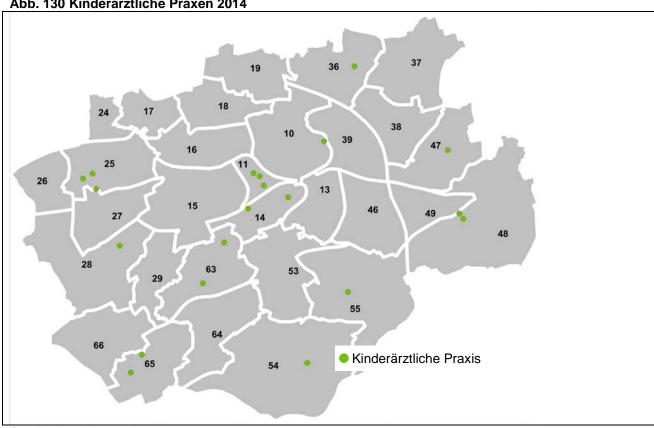
Neben dem Versorgungsgrad ist auch die Verteilung der Arztpraxen von großer Bedeutung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Hausärztliche Praxen gibt es in allen Bochumer Ortsteilen (Abb. 129). Das Netz der Kinder- und Frauenarztpraxen ist deutlich lockerer als das der hausärztlichen Praxen (Abb. 130 und 131). Hier gibt es nicht in allen Ortsteilen Angebote. Allerdings sind auch diese Praxen über das gesamte Stadtgebiet verteilt und finden sich verdichtet an gut erreichbaren Verkehrsknotenpunkten (z. B. in der Bochumer und Wattenscheider Innenstadt).

Abb. 129 Hausärztliche Praxen 2014

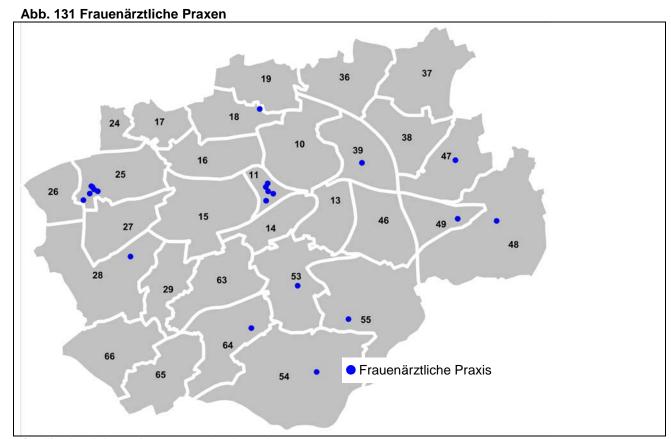


Quelle der Adressdaten: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe **Kartogramm:** Amt für Geoinformation, Liegenschaften und Kataster

Abb. 130 Kinderärztliche Praxen 2014



Quelle der Adressdaten: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe Kartogramm: Amt für Geoinformation, Liegenschaften und Kataster



Quelle der Adressdaten: www.bochum.de, 09.10.2014

Kartogramm: Amt für Geoinformation, Liegenschaften und Kataster

Zusammenfassung:

Die ärztliche und zahnärztliche Versorgung Bochums ist in den untersuchten Bereichen sichergestellt.

Interventionsbedarf: Nein

8.2 Krankenhausbetten (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Pädiatrie)

Für die Versorgung von schweren Krankheiten oder Gesundheitsbeeinträchtigungen kann ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig werden. Auch hier ist es wichtig, dass eine wohnortnahe Grundversorgung sichergestellt ist. Zentrale Bereiche hierfür sind Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/ Geburtshilfe und Pädiatrie.

Der Versorgungsgrad für diese vier Bereiche wird im Folgenden anhand der Bettenzahl je 100.000 Einwohner der zu versorgenden Bevölkerungsgruppe dargestellt. Das heißt für Innere Medizin und Chirurgie wird die Gesamtbevölkerung als Bezugsgröße herangezogen, für die Gynäkologie/ Geburtshilfe alle Frauen und für die Pädiatrie alle Kinder.

Das Leistungsspektrum der Bochumer Krankenhäuser geht weit über die hier benannten Disziplinen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburthilfe und Pädiatrie hinaus. Das unter http://www.bochum.de eingestellte Ärzte- und Notfallverzeichnis enthält Verweise auf die Internetseiten der Bochumer Kliniken. Dort sind weiterführende Informationen erhältlich.

Versorgungsgrad und interkommunaler Vergleich:

Seit den 90-er Jahren des letzten Jahrhunderts wandelt sich die Krankenhauslandschaft grundlegend. Mehrere Gesundheitsreformen, Umstellungen in den Angeboten der stationären Versorgung und insbesondere die Einführung von Fallpauschalen seit 2004 haben zu tiefgreifenden Veränderungen geführt. Die Fallzahl ist seit 1991 tendenziell gestiegen, während sich die durchschnittliche Verweildauer, die Belegungstage, die Zahl der aufgestellten Betten und die durchschnittliche Bettenauslastung z. T. erheblich verändert haben (Statistisches Bundesamt 2012, 112f.). Die Krankenhausentwicklung in Bochum ist vor diesem Hintergrund zu sehen.

Abb. 132: Krankenhausbetten Innere Medizin je 100.000 Einwohner, Bochum und NRW, 2003-2012

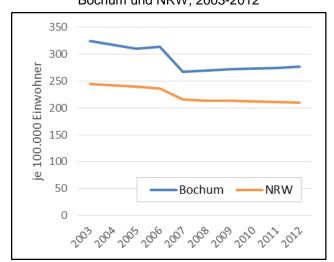
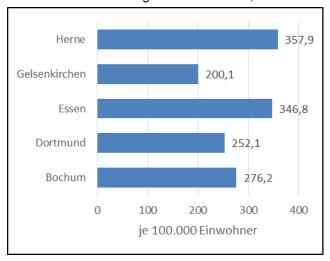


Abb. 133: Krankenhausbetten Innere Medizin je 100.000 Einwohner, Bochum und Vergleichskommunen, 2012



Die Zahl der Betten je 100.000 Einwohner lag in Bochum im Fachbereich Innere Medizin im gesamten Berichtzeitraum 2003 bis 2012 deutlich über dem nordrhein-westfälischen Niveau. Sowohl in Bochum als auch in NRW ist dabei ein Abwärtstrend erkennbar (Abb. 132). Im interkommunalen Vergleich mit den Nachstädten aus dem Cluster der armen Städte und Kreise im strukturellen Wandel nimmt Bochum einen mittleren Rang ein. In keiner der Vergleichskommunen liegt die Bettenzahl in diesem Bereich deutlich unter Bettenzahl auf Landesebene (Abb. 133).

Abb. 134: Krankenhausbetten Chirurgie je 100.000 Einwohner, Bochum und NRW, 2003-2012

250

250

150

150

Bochum NRW

0

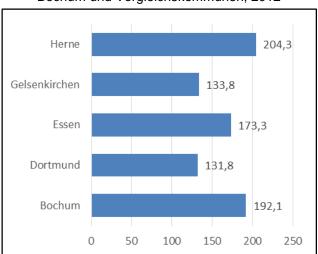
257

258

250

Bochum NRW

Abb. 135: Krankenhausbetten Chirurgie je 100.000 Einwohner, Bochum und Vergleichskommunen, 2012



Auch die Zahl der chirurgischen Betten lag in Bochum beständig oberhalb des NRW-Wertes (Abb. 134). Nach Herne verfügt Bochum über die zweithöchste Bettendichte unter den Vergleichskommunen (Abb. 135).

Abb. 136: Krankenhausbetten Gynäkologie/ Geburtshilfe

je 100.000 Einwohner, Bochum und NRW, 2003-2012

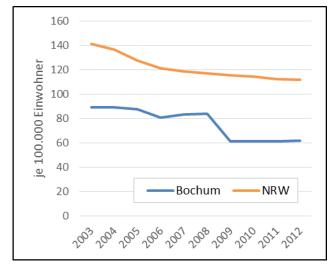
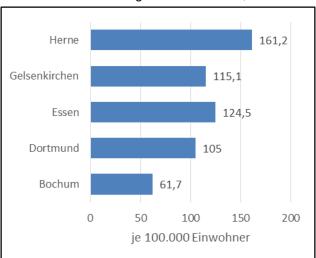


Abb. 137: Krankenhausbetten Gynäkologie/ Geburtshilfe

je 100.000 Einwohner, Bochum und Vergleichskommunen, 2012



Im Fachbereich Gynäkologie/Geburtshilfe lag das Versorgungsniveau durchgehend unter dem von Nordrhein-Westfalen. Auch hier ist für NRW ein Rückgang der Krankenhausbetten zu verzeichnen. (Abb. 136). Im interkommunalen Vergleich präsentiert sich Bochum mit der niedrigsten Anzahl an Betten je 100.000 Einwohner (Abb. 137).

Abb. 138: Krankenhausbetten Pädiatrie je 100.000 Einwohner, Bochum und NRW, 2003-2012

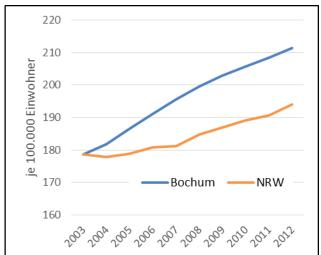


Abb. 139: Krankenhausbetten Pädiatrie je 100.000 Einwohner, Bochum und Vergleichskommunen, 2012



Der Versorgungsgrad im Bereich Pädiatrie in bis 2003 nahezu konstant bei 180 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner der zu versorgenden Bevölkerungsgruppe lag, ist seit 2007 ein stetiger Anstieg auf zuletzt mehr als 190 Betten. In Bochum ist eine geringe, aber stetige Zunahme des Versorgungsgrades auf zuletzt etwa 210 Betten je 100.000 Einwohner zu beobachten (Abb. 138). Im interkommunalen Vergleich verfügte Bochum damit in etwa über genauso viele pädiatrische Krankenhausbetten wie Dortmund und Essen. Die entsprechende Bettenzahl in Gelsenkirchen lag mit 402 Betten je 100.000 Einwohner fast doppelt so hoch wie in diesen drei Städten, während in Herne überhaupt keine pädiatrischen Betten mehr vorgehalten werden. (Abb. 139).

Abb. 140 Krankenhäuser

19
36
37
24
17
18
38
47
28
29
63
53
Krankenhäuser

Quelle der Adressdaten: www.bochum.de, 08.10.2014

Kartogramm: Amt für Geoinformation, Liegenschaften und Kataster

Zusammenfassung:

In den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie und Pädiatrie ist die Zahl der vorgehaltenen Betten überdurchschnittlich. Lediglich im Fachbereich Gynäkologie/Geburtshilfe liegt sie unter dem NRW-Durchschnitt. In den angrenzenden Kommunen Bochums steht eine überdurchschnittliche Anzahl an Betten zur Verfügung, die mit vertretbarem Aufwand auch von Bochumerinnen und Bochumern genutzt werden können. Von einer Unterversorgung ist also auch in diesen Bereichen nicht auszugehen.

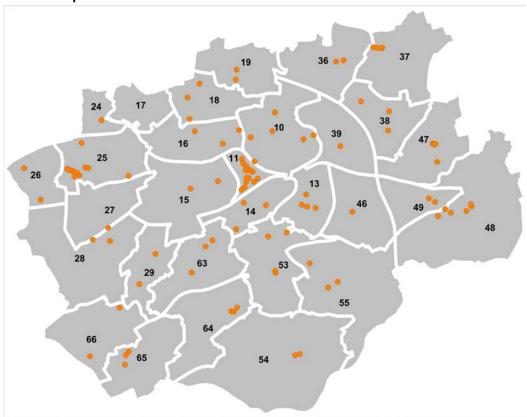
Interventionsbedarf: Nein

8.3 Apotheken

Apotheken sind die zentrale Einrichtung zur Versorgung der Bevölkerung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Sie spielen daher bei der ambulanten gesundheitlichen Versorgung eine wichtige Rolle.

In Bochum wurden am 31.12.2009 insgesamt 107 öffentliche Apotheken betrieben. Damit kamen im Schnitt auf jede Apotheke gut 3.500 Bochumerinnen und Bochumer. Der nordrhein-westfälische Durchschnitt lag zu diesem Zeitpunkt bei knapp 3.800 Einwohnerinnen und Einwohner pro Apotheke.

Abb. 141 Apotheken



Quelle der Adressdaten: Stadt Bochum, Gesundheitsamt

Kartogramm: Amt für Geoinformation, Liegenschaften und Kataster

Zusammenfassung:

In Bochum liegt die Apothekendichte etwas höher als im Landesdurchschnitt. Die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten ist sichergestellt.

Apotheken

Interventionsbedarf: Nein.

9 Datenbasis und Methoden

9.1 Altersstandardisierung

In der Gesundheitsberichterstattung wird die Häufigkeit von Erkrankungen und Sterbefällen von Land und Kommunen über mehrere Jahre hinweg verglichen. Dabei ist zu beachten, dass sich zum einen die Altersstruktur der verglichenen Bevölkerungen unterscheidet und zum anderen die Bevölkerungen im Laufe der Jahre ihre Altersstruktur verändern.

Beispiel:

Veränderungen der Altersstruktur im Lauf der Zeit

1979 lag der Anteil der Personen ab 60 Jahre an der Bevölkerung Bochums bei 19,7%. 2013 waren es bereits 27,7%. Im gleichen Zeitraum nahm der Anteil der Personen unter 18 Jahren von 20,3% auf 14,2% ab.

Beispiel:

Altersunterschiede zwischen Bevölkerungen

Aus der Sozialberichterstattung ist bekannt, dass es zwischen den Bochumer Stadtteilen zum Teil erhebliche Unterschiede unter anderem in der Altersstruktur gibt. In Altenbochum kamen 2013 auf je 100 Minderjährige 299 Personen ab 60 Jahre, in Querenburg demgegenüber nur 130.

Auch zwischen den Kommunen Nordrhein-Westfalens gibt es ähnlich stark ausgeprägte Unterschiede.

Es existieren zwischen alten und jungen Menschen deutliche Unterschiede, woran und wie oft sie erkranken oder sogar sterben.

Beispiel:

Vergleicht man die Behandlungsanlässe in hausärztlichen und kinderärztlichen Praxen (siehe S. 57f.) spielen Erkältungen, Fieber und Mittelohrentzündungen bei den Hausarztpraxen eine eher geringe Rolle. Bei den Kinderarztpraxen zählen sie zu den häufigsten Anlässen für Arztbesuche.

Um in einem Gesundheitsbericht zutreffende Aussagen über den Gesundheitszustand in einer Bevölkerung machen zu können, muss die Altersstruktur bei der Berechnung der Daten berücksichtigt werden. Dies geschieht durch die *Altersstandardisierung*.

In diesem Basisgesundheitsbericht wird auf die Methode der direkten und der indirekten Altersstandardisierung zurückgegriffen. Bei der Säuglingssterblichkeit, der mittleren Lebenserwartung, den Unfällen im Straßenverkehr und der Darstellung der Versorgungsstruktur ist eine Altersstandardisierung nicht nötig bzw. nicht sinnvoll. Hier wurden andere Formen der Darstellung zu Grunde gelegt (siehe unten S. 96).

9.1.1 Direkte Altersstandardisierung

In diesem Bericht werden die direkt standardisierten Daten Bochums mit denen des Landes NRW verglichen. Die Darstellung erfolgt als Fallzahl je 100.000 Einwohner ("Morbiditäts- bzw. Mortalitätsrate") und nach Geschlecht.

Da sich die Altersstruktur in Bochum von der in NRW unterscheidet – Bochum hat einen größeren Anteil älterer Menschen als NRW – und die Daten somit nicht unmittelbar miteinander vergleichbar sind, wird den beiden Bezugsbevölkerungen bei der direkten Altersstandardisierung ein identischer Bevölkerungs- und

Altersaufbau unterstellt. Welche Bevölkerung (die sog. "Standardbevölkerung") dabei für einen Vergleich zu Grunde gelegt wird, spielt keine wesentliche Rolle. Wichtig ist aber, dass in angestellten Vergleichen

- a) der Bevölkerungsaufbau der Standardbevölkerung derjenigen der Bezugsbevölkerung nicht allzu unähnlich ist und
- b) sich die zu vergleichenden Raten auf die gleiche Standardbevölkerung beziehen.

National und international hat sich die Verwendung der fiktiven "Europäischen Standardbevölkerung" etabliert. Diese geht bei beiden Geschlechtern und bei der Gesamtbevölkerung von einem identischen Altersaufbau aus und geht zurück auf den Vorschlag der IARC (International Agency for Research on Cancer) an die WHO (World Health Organization) im Jahre 1966.

Abb. 142: Europäische Standardbevölkerung (alt)

	Geschlecht		
Alter	Beide Geschlechter	Männlich	Weiblich
Alle Altersgruppen	100.000	100.000	100.000
Unter 1 Jahr	1.600	1.600	1.600
1 Jahr bis unter 5 Jahre	6.400	6.400	6.400
5 bis unter 10 Jahre	7.000	7.000	7.000
10 bis unter 15 Jahre	7.000	7.000	7.000
15 bis unter 20 Jahre	7.000	7.000	7.000
20 bis unter 25 Jahre	7.000	7.000	7.000
25 bis unter 30 Jahre	7.000	7.000	7.000
30 bis unter 35 Jahre	7.000	7.000	7.000
35 bis unter 40 Jahre	7.000	7.000	7.000
40 bis unter 45 Jahre	7.000	7.000	7.000
45 bis unter 50 Jahre	7.000	7.000	7.000
50 bis unter 55 Jahre	7.000	7.000	7.000
55 bis unter 60 Jahre	6.000	6.000	6.000
60 bis unter 65 Jahre	5.000	5.000	5.000
65 bis unter 70 Jahre	4.000	4.000	4.000
70 bis unter 75 Jahre	3.000	3.000	3.000
75 bis unter 80 Jahre	2.000	2.000	2.000
80 bis unter 85 Jahre	1.000	1.000	1.000
85 Jahre und älter	1.000	1.000	1.000
85 bis unter 90 Jahre	800	800	800
90 Jahre und älter	200	200	200

Quelle: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003): Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Dritte, neu bearbeitete Fassung. Düsseldorf, S. 737ff.

nicht möglich.

Aus diesem Grund wird in diesem Bericht bei der direkten Altersstandardisierung auf diese alte Europabevölkerung zurückgegriffen.

Zwar wurde 1990 von der UNO die Verwendung einer neuen Europabevölkerung vorgeschlagen, diese konnte sich in der Vergangenheit jedoch nicht durchsetzen, da sie keine direkten Vergleiche zwischen Männern und Frauen zulässt (LÖGD NRW 2006a, 131f.).

Die Methode der direkten Altersstandardisierung wird in diesem Bericht verwendet, da anhand der damit berechneten Raten Entwicklungen einzelner Krankheiten/Krankheitsgruppen im Zeitverlauf (z.B. Aufwärts- oder Abwärtstrends) deutlicher abgebildet werden können, als mit den anhand der indirekten Altersstandardisierung berechneten Daten (siehe Kapitel 9.2). Bei den direkt standardisierten Raten ist jedoch zu beachten, dass es sich um fiktive Zahlen handelt. Je nachdem wie ähnlich die Standardbevölkerung der Bezugsbevölkerung ist, kann aber dennoch ein ungefährer Eindruck von der Größenordnung der Fallzahlen je Krankheit/Krankheitsgruppe gewonnen werden – dies wäre alleine mittels indirekter Standardisierung

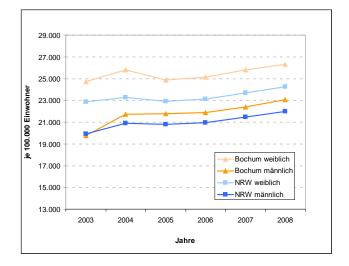
Beispiel Morbiditätsrate, nicht standardisiert:

Die Morbiditätsraten in Abb. 143 spiegeln die tatsächliche Anzahl der Krankenhausfälle in Bochum und NRW je 100.000 Einwohner wider.

Frauen haben im Durchschnitt eine höhere Lebenserwartung als Männer. Da viele stationär behandelbare Krankheiten erst im höheren Lebensalter auftreten, weisen Frauen deutlich höhere Morbiditätsraten auf als Männer.

Abb. 143: Krankenhausfälle

je 100.000 Einwohner nach Geschlecht, Bochum und NRW, 2003-2008

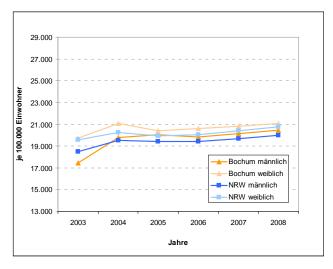


Beispiel Morbiditätsrate, altersstandardisiert:

Werden die Raten an der alten Europabevölkerung standardisiert (die Daten sind also nun um die Effekte der Altersstruktur bereinigt), verringert sich der Abstand der Frauen zu den Männern beträchtlich (Abb. 144). Der trotzdem noch gering erhöhte Frauenanteil bei den Krankenhausfällen kann zum Teil durch den geschlechtsbedingten Behandlungsanlass der stationären Entbindungen erklärt werden (LÖGD NRW 2006, 191).

Die tatsächliche Anzahl der Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner kann hierbei jedoch nicht mehr abgelesen werden.

Abb. 144: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner nach Geschlecht, Bochum und NRW. 2003-2008



Altersstandardisiert an Europabevölkerung alt

9.1.2 Indirekte Altersstandardisierung

Bei der indirekten Altersstandardisierung wird die sog. SMR (englisch: Standardized Mortality/Morbidity Ratio) errechnet.⁵

⁵ Die SMR in diesem Basisgesundheitsbericht wurden nach den Methoden und mit den Werkzeugen berechnet, die das Landeszentrum für Gesundheit (LZG.NRW) für die kommunale Gesundheitsberichterstattung bereitstellt. Auf den Internetseiten des LZG.NRW unter www.lzg.gc.nrw.de finden Fachleute und Interessierte umfassende Informationen zur Altersstandardisierung.

Im Gegensatz zu den Raten der direkten Altersstandardisierung liefert die SMR der indirekten Altersstandardisierung besonders bei kleinen Fallzahlen stabilere Werte. Deshalb wird diese Methode häufig in der kommunalen Gesundheitsberichterstattung verwendet.

Der SMR-Wert gibt in diesem Bericht an, ob und wie stark die Zahl der Krankenhaus- oder Sterbefälle, die in Bochum in einem Jahr gezählt wurden, von der Zahl abweicht, die zu erwarten gewesen wäre, wenn das Erkrankungs- und Sterbegeschehen in Bochum dem in ganz Nordrhein-Westfalen entspräche. Die Standardbevölkerung bei der indirekten Altersstandardisierung in diesem Bericht entspricht also der Gesamtbevölkerung Nordrhein-Westfalens.

Die SMR von Nordrhein-Westfalen beträgt immer 1,00. Weicht die SMR einer Kommune von diesem Wert ab, kann dieser Unterschied prozentual interpretiert werden. So entspricht z.B. die SMR-Abweichung um 0,01 einem Unterschied von einem Prozent.

Beispiel A:

Der SMR-Wert für Krankenhausaufenthalte wegen Herz-/Kreislauferkrankungen lag in Bochum 2009 für beide Geschlechter bei 0,96.

Das heißt, die Krankenhausfälle lagen 4% unter dem zu erwartenden NRW-Wert.

Beispiel B:

Der SMR-Wert für Sterbefälle wegen Herz-/Kreislauferkrankungen lag in Bochum 2009 für beide Geschlechter bei 1,03.

Das heißt, die Sterbefälle lagen 3% über dem zu erwartenden NRW-Wert.

Wichtig ist, dass die Zahl der Erkrankungen in Bochum in erster Linie mit dem Erkrankungs- und Sterbegeschehen im Land verglichen wird. Direkte Vergleiche der SMR zwischen verschiedenen Kommunen dürfen nicht angestellt werden. Wenn in Bochum ein SMR-Wert bei 1,04 liegt und in der Kommune X bei 1,08 darf daraus nicht geschlossen werden, dass die Erkrankung/Sterbefallursache in der Kommune X 4% höher ist als in Bochum. Auch eine genaue Rangfolge der Kommunen kann mittels dieser Berechnungsmethode nicht entwickelt werden.

Die SMR der anderen Kommunen in diesem Basisgesundheitsbericht können jedoch durchaus dazu herangezogen werden, eine globale Einschätzung der gesundheitlichen Lage in Bochum im Vergleich zu soziostrukturell ähnlichen Städten zu ermöglichen.

Nicht jede Schwankung der SMR in einer Kommune weist auf eine Veränderung in der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung hin. Vielfach handelt es sich lediglich um zufällige Abweichungen, die keine Bedeutung haben. Je kleiner die untersuchte Fallzahl ist, desto größer ist der Einfluss des Zufalls.

Ob eine Abweichung des SMR-Wertes eher zufälligen Charakter hat, kann durch eine Berechnung überprüft werden. Diese Überprüfung wird **Signifikanztest** genannt.

Alle selbstberechneten SMR-Werte in diesem Basisgesundheitsbericht wurden einem solchen Signifikanztest unterzogen.⁶ Dazu wurde ein sogenanntes **Konfidenzintervall** berechnet, innerhalb dessen eine Abweichung der SMR eher zufallsbedingt ist.

Liegt die SMR des Landes (immer 1,00) innerhalb dieses Intervalls ist die Abweichung wahrscheinlich Zufall. Liegt sie außerhalb, liegt mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit ein tatsächlicher Unterschied vor.

⁶ Die Signifikanzprüfungen wurden mit den Formeln und Werkzeugen durchgeführt, die das LZG.NRW für diesen Zweck zur Verfügung stellt. Weitere Informationen zur Signifikanzprüfung finden sich unter www.lzg.gc.nrw.de.

Beispiel nicht signifikant:

Beispiel signifikant:

Die SMR für Sterbefälle wegen Herz-/ Kreislauferkrankungen lag in Bochum 2003 bei 0,98.

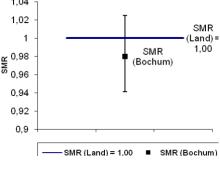
Das Konfidenzintervall reicht von 0,941 bis 1,025.

Der SMR-Wert des Landes (immer 1,00) liegt innerhalb des Konfidenzintervalls. Die Abweichung ist daher nicht signifikant, d. h. wahrscheinlich bloßer Zufall.

1.04 1,02 SMR 1 Land) = 0,98 0,98 1.00 SMR (Bochum) 0,96 0,94 0.92

Herz-/Kreislauf-Erkrankungen 2003

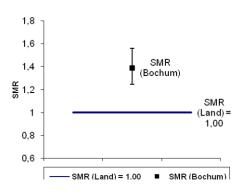
Lebererkrankungen (Männer) 2005



Der SMR-Wert für Erkrankungen der Leber bei Männern lag in Bochum 2005 bei 1.39.

Das Konfidenzintervall reicht von 1,246 bis 1,561.

Die SMR des Landes (immer 1,00) liegt außerhalb dieses Intervalls. Die Abweichung ist daher signifikant, d. h. wahrscheinlich kein Zufall.



Weicht die SMR in Bochum und/oder in anderen Kommunen signifikant ab, wird dies in den Grafiken mit einem Sternchen (*) gekennzeichnet. Auf die Darstellung jedes Konfidenzintervalls wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet.

In einigen Fällen ist die Verwendung einer Altersstandardisierung nicht notwendig oder nicht sinnvoll:

- Bei der Säuglingssterblichkeit ist eine Altersstandardisierung nicht nötig, da hier nur Personen einer Altersstufe (0 – 364 Tage) betrachtet werden. Die Angabe der Sterblichkeit erfolgt daher in Sterbefällen je 1.000 Lebendgeburten.
- > Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt gibt an, wie viele Jahre ein Neugeborenes bei gleich bleibenden Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Die Angabe erfolgt entsprechend in Jahren.
- Bei der Darstellung der Versorgungsstruktur in Bochum macht eine Altersstandardisierung keinen Sinn. Die Versorgung Bochums mit Gesundheitseinrichtungen wird durch die Angabe von Versorgungsgraden in Prozent und durch die absolute Anzahl an Einrichtungen (Arztpraxen, Apotheken usw.) dargestellt. Die Versorgung mit Krankenhäusern wird durch die Zahl der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner dargestellt.
- Bei Unfällen im Straßenverkehr werden unabhängig vom Wohnsitz alle Personen gezählt, die in Bochum im Verkehr verunglückt sind. Der Bezug zur Wohnbevölkerung ist also ungenau und der Grund, weshalb die Fälle je 100.000 Einwohner nicht altersstandardisiert dargestellt werden.

9.1.3 Interpretation der Daten

Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass sich in diesem Bericht die Standardbevölkerung der direkten von der der indirekten Altersstandardisierung unterscheidet: Bei der direkten wird an der fiktiven alten Europabevölkerung, bei der indirekten an der realen NRW-Bevölkerung standardisiert.

Des Weiteren ist zu beachten, dass in die Berechnungen innerhalb des Basisgesundheitsberichtes nur die bloßen Fallzahlen einfließen. Die Umstände der einzelnen Erkrankungs- bzw. Sterbefälle werden nicht berücksichtigt. Diese Umstände können im Einzelfall jedoch deutlich variieren.

Beispiel A:

Eine Frau von 41 Jahren wird schwanger. Sie sucht in zeitlich engen Abständen ihre Frauenärztin auf und beachtet alle ärztlichen Verordnungen sorgfältig. Trotzdem kommt es zu Problemen und die Geburt wird eingeleitet. Am seinem dritten Lebenstag verstirbt das Kind im Krankenhaus.

Beispiel B:

Eine junge Frau von 19 Jahren wird ebenfalls schwanger. Sie entschließt sich, die Schwangerschaft möglichst lange geheim zu halten. Vorsorgeuntersuchungen nimmt sie daher nicht wahr. In der Endphase der Schwangerschaft kommt es zu Komplikationen. Die Frau wird als Notfall ins Krankenhaus eingewiesen. Das Kind wird lebend geboren, verstirbt jedoch nach einigen Tagen.

Für die Auswertung bedeutet das:

Beide Kinder werden als Sterbefälle im Indikator Säuglingssterblichkeit berücksichtigt.

Während jedoch im ersten Fall kein Defizit bei der gesundheitlichen Versorgung zu erkennen ist, wurden im zweiten Beispiel die Angebote des Gesundheitswesens nicht genutzt.

Für die Bewertung der Krankheits- oder Sterbefälle sind – wie in den Beispielen gezeigt - die konkreten Umstände jedoch von nicht zu unterschätzender Bedeutung.

Die Ergebnisse dieses Basisgesundheitsberichtes müssen entsprechend sensibel interpretiert werden. Häufig ist es nicht möglich, die genauen Ursachen für einen auffälligen Wert bei den Gesundheitsindikatoren direkt zu benennen. Dies ist Aufgabe von tiefer gehenden und kleinräumigen Analysen in der Spezialgesundheitsberichterstattung.

9.2 Interkommunale Vergleiche

Wie in den beiden ersten Basisgesundheitsberichten wird auch in diesem Bericht auf interkommunale Vergleiche als zentraler Methode zurückgegriffen. Für solche Vergleiche kommen ausschließlich Kommunen in Nordrhein-Westfalen in Frage, die eine ähnliche Struktur aufweisen. Erst ein Vergleich mit diesen Kommunen ermöglicht, ergänzend zum NRW-Wert, aussagekräftige Schlussfolgerungen.

Um die Auswahl sozialstrukturell vergleichbarer Kommunen zu erleichtern, bildet das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen regionale Cluster auf der Basis von Sozialstrukturdaten aus allen Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen (zuletzt: LZG.NRW 2013). Für interkommunale Vergleiche eignen sich insbesondere Kommunen des gleichen Clusters.

In den ersten beiden Basisgesundheitsberichten lag den interkommunalen Vergleichen noch die Clusterung von 2005 zugrunde (LÖGD NRW 2005). Bochum war darin zusammen mit Aachen, Bielefeld, Hagen, Köln, Krefeld, Leverkusen und Mönchengladbach dem Cluster 3 – Heterogene Städte – zugeordnet. Alle Kommunen dieses Clusters wurden in den Berichten als Vergleichskommunen herangezogen. Im Basisgesundheitsbericht Bochum 2011 wurde darüber hinaus noch Dortmund als unmittelbare Nachbarstadt mit berücksichtigt.

Durch das Erscheinen der aktualisierten regionalen Clusterung im Jahr 2013 (siehe LZG.NRW 2013) wurde diese Auswertungsgrundlage grundlegend abgeändert. Dies betrifft zum einen die Zusammensetzung und Bezeichnung der Cluster und zum anderen die Zuordnung Bochums. Nunmehr werden die folgenden sechs Cluster unterschieden:

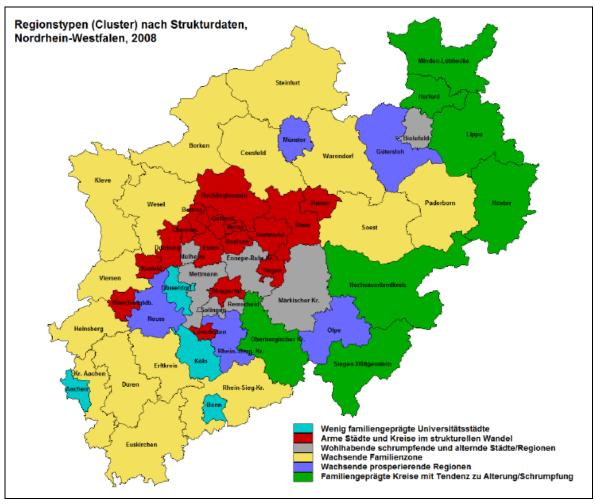


Abbildung 145 Regionstypen (Cluster) nach Strukturdaten, Nordrhein-Westfalen 2008 (LZG.NRW 2013, 1)

Cluster 1: Wenig familiengeprägte Universitätsstädte

Cluster 2. Arme Städte und Kreise im strukturellen Wandel

Cluster 3: Wohlhabende, schrumpfende und alternde Städte und suburbane Regionen

Cluster 4: Wachsende Familienzone

Cluster 5: Wachsende, prosperierende Regionen

Cluster 6: Familiengeprägte Kreise mit Tendenz zur Alterung und Schrumpfung.

Bochum wird dabei zusammen mit Bottrop, Dortmund, Duisburg, Essen, Gelsenkirchen, Hagen, Hamm, Herne, Krefeld, Leverkusen, Mönchengladbach, Oberhausen, Kreis Recklinghausen, Kreis Unna und Wuppertal dem Cluster 2 – Arme Städte und Kreise im strukturellen Wandel zugeordnet.

Dieses Cluster "beschreibt arme Städte und Kreise in Nordrhein-Westfalen, einschließlich der meisten Städte und Kreise des Ruhrgebiets, mit einem hohen Grad an sozialen Problemlagen. Das verfügbare Einkommen in diesen Städten ist unterdurchschnittlich. Sie sind gekennzeichnet durch die höchsten Anteilswerte bei Arbeitslosen und Arbeitslosengeld-II-Beziehenden. Darüber hinaus ist der Anteil der nichtdeutschen Bevölkerung überdurchschnittlich und der Anteil der Familien unterdurchschnittlich. Trotz eines deutlichen Bevölkerungsrückgangs bleibt die Bevölkerungsdichte in den betroffenen Städten sehr hoch. Insgesamt sind bei diesem Cluster benachteiligte soziale und demographische Lagen sehr ausgeprägt" (LZG.NRW 2013, 3). Um den bisherigen Basisgesundheitsberichterstattung fortzuschreiben, ist wegen des geänderten Clusterzuordnung Bochums ein Wechsel der Vergleichskommunen notwendig. Lediglich der im Basisgesundheitsbericht 2011 eingeführte Vergleich mit Dortmund (siehe Stadt Bochum 2011, 12) kann weitergeführt werden. Insgesamt umfasst das Cluster der armen Städte und Kreise im strukturellen Wandel sechzehn Kommunen. Bochum mit allen anderen Städten dieses Clusters zu vergleichen wäre sehr aufwändig und unübersichtlich.

Aus diesem Grund hat die Kommunale Gesundheitskonferenz auf ihrer Sitzung am 06.11.2013 beschlossen, interkommunale Vergleiche auf die unmittelbaren Nachbarstädte Bochums - Dortmund, Essen Gelsenkirchen und Herne zu beschränken. Aus diesem Grund entfällt auch die Fortschreibung des Vergleichs mit Hagen, Mönchengladbach und Leverkusen. Diese Kommunen sind zwar nach wie vor dem gleichen Cluster wie Bochum zugeordnet, grenzen jedoch nicht an Bochum.

9.3 Auswertung der Schuleingangsuntersuchung

Erstmals wird im vorliegenden Basisgesundheitsbericht nicht nur auf Daten des LZG.NRW zurückgegriffen, sondern auch auf die Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen.

Vor Eintritt in die Schule wird jedes Kind in Nordrhein-Westfalen schulärztlich untersucht (§ 54(2) SchulG). Diese Schuleingangsuntersuchungen sind gemäß § 12(2) ÖGDG NW Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörde. Sie umfassen eine körperliche Untersuchung sowie Tests zum Entwicklungsstand der Schulanfängerinnen und -anfänger. Darüber hinaus wird der Impfstatus der untersuchten Kinder erhoben sowie ihre Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9. Zusätzlich werden die Eltern gebeten, per Fragebogen Auskünfte über den familiären Hintergrund zu geben. Diese Auskünfte sind freiwillig, werden aber erfahrungsgemäß von zwei Dritteln der Eltern erteilt. Sie ermöglichen es, aus den Auskünften über die schulischen und berufsbildenden Abschlüsse der Eltern einen familiären Bildungsindex zu entwickeln, der wegen des engen Zusammenhangs von sozialer Lage und Bildung auch aussagekräftige Rückschlüsse auf die soziale Lage zulässt (LIGA NRW 2006, 45).

Die Schuleingangsuntersuchung wird nach dem sog. "Bielefelder Modell" in ganz Nordrhein-Westfalen einheitlich durchgeführt und dokumentiert (LIGA NRW o. J.). Dadurch ist grundsätzlich eine interkommunale Vergleichbarkeit der Daten sichergestellt. Darüber hinaus sind die Daten der Bochumer Schulanfängerinnen und -anfänger auch kleinräumig zuzuordnen. Auf diese Weise können gesundheitliche Unterschiede zwischen den Bochumer Ortsteilen dargestellt werden.

Die Schuleingangsuntersuchung erfasst aufgrund ihres verpflichtenden Charakters jeweils einen ganzen Einschulungsjahrgang. Sie stellt daher eine solide Datenbasis für Auswertungen bezüglich des Gesundheitszustandes dieser Altersstufe dar. Insbesondere die dokumentierten Ergebnisse über das Gesundheitsverhalten, etwa die Teilnahmequote an den Früherkennungsuntersuchungen oder der Impfstatus lassen auch Rückschlüsse auf den Stellenwert von Gesundheit in der gesamten Familie zu. Ähnliches gilt für die Aussagen zu Übergewicht und Adipositas, da sie Rückschlüsse auf das Ernährungsverhalten ermöglichen.

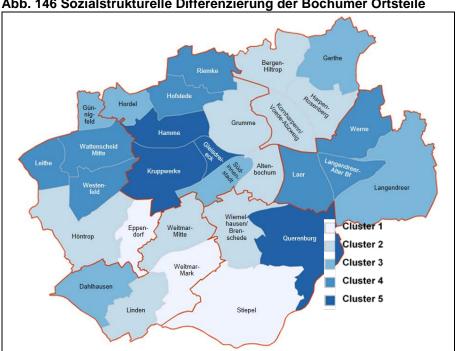


Abb. 146 Sozialstrukturelle Differenzierung der Bochumer Ortsteile

Quelle: Stadt Bochum 2012

Schuleingangsuntersuchungen ermöglichen im Gegensatz zu den Landesdaten kleinräumige Auswertungen auf der Ebene der dreißig Bochum Ortsteile. Dadurch wird es auch möglich, diese Ergebnisse zur sozialstrukturellen Differenzierung Bochums (Stadt Bochum 2012, 123ff.) in Beziehung setzen (siehe Abb. 146). Darin werden die Bochumer Ortsteile in fünf Cluster mit ähnlichen sozialstrukturellen Merkmalen eingeteilt.

Die sozialstrukturelle Differenzierung ist Bestandteil Sozialberichterstattung der Stadt Bochum und wird regelmäßig fortgeschrieben.

10 Literatur

Faktor Familie 2013: Schulz, Anett, Faktor Familie GmbH, Gesundheitsberichterstattung NRW: Aktualisierung der Clusteranalyse mit Sozialstrukturindikatoren für Kreise und kreisfreie Städte in NRW, unveröffentlichtes Manuskript Bochum 2011.

LIGA NRW o. J.: Jugendärztliche Definitionen. Eine Loseblattsammlung für die Schulärztlichen Definitionen in Nordrhein-Westfalen, Bielefeld o. J. (Das LIGA – Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit – ist eine Vorgängerinstitution des Landeszentrums für Gesundheit Nordrhein-Westfalen LZG.NRW.)

LIGA NRW 2006: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (Hg.), Jahresbericht 2006. Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen, Bielefeld 2006.

LÖGD NRW 2005: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Hg.), Regionale Unterschiede ausgewählter Gesundheitsindikatoren in NRW, 2002,Bielefeld 2005 (Reihe NRW kurz und informativ)

LÖGD NRW 2006: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW (Hg.), Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen. Band 1. Themenfelder 1 – 3. Adaptierte Fassung für NRW 2005, Bielefeld 2006

LÖGD NRW 2006a: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW (Hg.), Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen. Band 3. Themenfelder 9 – 11 Adaptierte Fassung für NRW 2005, Bielefeld 2006

LZG.NRW 2013: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hg.), Regionale Cluster auf der Basis von Sozialstrukturdaten für die Kreise und kreisfreien Städte in NRW, Bielefeld 2013 (Reihe NRW kurz und informativ).

Robert-Koch-Institut 2011: Robert-Koch-Institut (Hg.), Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 52, Berlin 2011.

Robert-Koch-Institut 2013: Robert-Koch-Institut (Hg.) 2013, Gastritis, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 55, Berlin 2013.

Stadt Bochum 2011: Stadt Bochum (Hg.), Basisgesundheitsbericht Bochum 2011, Bochum 2011.

Stadt Bochum 2012: Stadt Bochum (Hg.), Sozialbericht Bochum 2012, Bochum 2012.

Stadt Bochum 2014: Stadt Bochum (Hg.), Armut und Gesundheit. Spezialgesundheitsbericht Bochum 2014, Bochum 2014.

Internetressourcen

www.bochum.de www.gbe-bund.de www.lzg.gc.nrw.de www.rki.de

