



# **Basisgesundheitsbericht**

---

Bochum 2017

**Herausgeber:**

Stadt Bochum  
Dezernat für Soziales, Jugend und Gesundheit  
Britta Anger

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

Bochum, November 2017

## Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir freuen uns, Ihnen den vierten 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 Daten zurückgegriffen wie in den Berichten aus den Jahren 2008, 2011 und 2014. Die kleinräumige Darstellung zur Kinder- und Jugendgesundheit (Kapitel 6) wurde strukturell grundlegend überarbeitet. Neu in den Bericht aufgenommen wurde Kapitel 7 zur gesundheitlichen Situation von Mädchen und Jungen in Wattenscheid-Mitte. Anlass zur Aufnahme dieses Kapitels ist der Integrierte Stadterneuerungsprozess in Bochum Wattenscheid, der seit 2016 mit einem ausdrücklich gesundheitsförderlichen Schwerpunkt umgesetzt wird.

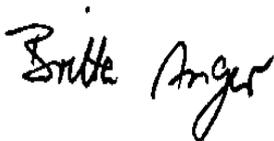


Die gesundheitsförderliche Stadterneuerung in Wattenscheid erhält gewissermaßen eine Pilotfunktion für ganz Bochum. Seine Ergebnisse werden daher später als wichtige Vorarbeit in den Fachplan Gesundheit einfließen. Der Fachplan Gesundheit wird - ausgehend von den Ergebnissen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung - Gesundheitsziele für Bochum formulieren und Maßnahmen zu ihrer Erreichung definieren (siehe Kapitel 1).

Der vorliegende Bericht wurde auf der Sitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz am 29.11.2017 vorgestellt und diskutiert.

Erfreulicherweise stellt die gesundheitliche Lage in Bochum nach wie vor als insgesamt unauffällig dar.

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 weiteren Schritten in Richtung einer gesunden Stadt Bochum führen.



Britta Anger  
Stadträtin für Soziales, Jugend und Gesundheit

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Fachplan Gesundheit</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Basisgesundheitsberichterstattung</b> .....	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Schnellübersicht</b> .....	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität</b> .....	<b>12</b>
4.1	Mortalität .....	12
4.1.1	Allgemeine Mortalität .....	12
4.1.2	Säuglingssterblichkeit .....	15
4.1.3	Mittlere Lebenserwartung .....	18
4.1.4	Vermeidbare Sterbefälle .....	19
4.2	Krankenhausfälle .....	24
<b>5</b>	<b>Krankheiten/Krankheitsgruppen</b> .....	<b>26</b>
5.1	Herz-/Kreislaufkrankungen .....	26
5.2	Erkrankungen der Leber .....	28
5.3	Diabetes mellitus.....	32
5.4	Erkrankungen des Verdauungssystems .....	35
5.5	Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe.....	38
5.6	Bösartige Neubildungen.....	40
5.7	Krankheiten der Atemwege.....	44
5.8	Verletzungen und Vergiftungen .....	48
5.9	Unfälle im Straßenverkehr .....	51
5.10	Suizide .....	53
5.11	Affektive Störungen.....	55
5.12	Häufigste Diagnosen in Allgemein- und Kinderarztpraxen .....	58
<b>6</b>	<b>Kindergesundheit Auswertung der Dokumentation der Schuleingangsuntersuchung</b> .....	<b>61</b>
6.1	Einleitung .....	61
6.2	Sprach- und Sprechstörungen .....	61
6.3	Herabsetzung der Sehschärfe .....	64
6.4	Adipositas.....	66
6.5	Hörstörungen .....	68
6.6	Früherkennungsuntersuchungen .....	70
6.7	Masern-Schutzimpfung .....	72
6.8	Zusammenfassung und Bewertung .....	74
<b>7</b>	<b>Gesundheit in Wattenscheid</b> .....	<b>76</b>
7.1	Einführung.....	76
7.2	Methode .....	77
7.3	Ergebnisse .....	78
7.4	Bewertung.....	83
7.5	Maßnahmen.....	83
<b>8</b>	<b>Pflege</b> .....	<b>84</b>
8.1	Demenzen.....	84
8.2	Pflegebedürftigkeit .....	87
<b>9</b>	<b>Versorgungsstrukturen</b> .....	<b>89</b>
<b>10</b>	<b>Datenbasis und Methoden</b> .....	<b>90</b>
<b>11</b>	<b>Literatur</b> .....	<b>99</b>

## 1 Fachplan Gesundheit

### 1.1 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 Bochum wird systematisch dargestellt und analysiert.
2. Auf der Grundlage dieser Analyse werden vorrangige gesundheitliche Handlungsfelder in Bochum identifiziert und Gesundheitsziele für Bochum entwickelt.
3. 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.

### 1.2 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) an.

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 Entschlüsse der Landesgesundheitskonferenz, der nationalen Gesundheitsziele ([gesundheitsziele.de](http://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.

### 1.3 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.

## **1.4 Umsetzung**

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 Entschlüssen der Landesgesundheitskonferenz, der Plattform gesundheitsziele.de und dem Gesunden 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.

Ebenfalls 2014 wurde ein integriertes städtebauliches Entwicklungskonzept (ISEK) für Bochum Wattenscheid vorgestellt und verabschiedet, das ausdrücklich unter das Leitthema Gesundheit gestellt wurde. Beide Prozesse, die Entwicklung eines Fachplans Gesundheit ebenso wie die gesundheitsförderliche Stadterneuerung in Wattenscheid, weisen eine ähnliche strukturelle Ausrichtung auf. Bei beiden Prozessen geht es um die Gesundheitsförderung in einem räumlichen Bezug, in Lebenswelten. Beide Prozesse setzen auf breit

angelegte Partizipation und Strukturentwicklung. Aus diesem Grunde wurde beschlossen, zunächst den Wattenscheider Prozess zu fokussieren. Die Ergebnisse des Wattenscheider Stadterneuerungsprozesses werden als wichtige Vorarbeit in den Fachplan Gesundheit einfließen. Von daher ist auch der vorliegende Basisgesundheitsbericht Bochum 2017 als Teil des Fachplans Gesundheit zu verstehen. Um den stadtteilbezogenen Pilotprozess in Wattenscheid-Mitte strukturell mit der gesamtstädtischen Fachplanung zu verbinden, wird der vorliegende Basisgesundheitsbericht um ein Kapitel zur gesundheitlichen Situation in Wattenscheid-Mitte erweitert.

## 2 Basisgesundheitsberichterstattung

Der vorliegende vierte Basisgesundheitsbericht basiert - wie seine Vorgänger - 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, 2011 und 2014.

Der vorliegende Basisgesundheitsbericht umfasst Daten aus den Jahren 2003 bis 2015. Trotz der nunmehr deutlich längeren Zeitreihe wurde die Darstellung lediglich farblich verändert: Bochumer Zahlen werden jetzt immer in der Farbe Blau dargestellt. Vergleichsdaten aus anderen Kommunen in orange.

Auch die Darstellung eines interkommunalen Vergleiches mit den unmittelbaren Nachbarkommunen Dortmund, Essen, Gelsenkirchen und Herne wird im vorliegenden Basisgesundheitsbericht beibehalten. An der Zuordnung dieser Städte zu den armen Städten und Kreisen im strukturellen Wandel (siehe LZG.NRW 2013) hat sich seit der Veröffentlichung des letzten Basisgesundheitsberichtes nichts geändert.

Sämtliche in diesem Bericht für interkommunale Vergleiche verwendeten Indikatoren werden vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) bereitgestellt und gepflegt. Sie entstammen dessen im Internet verfügbaren Indikatorenset für die kommunale Gesundheitsberichterstattung ([www.lzg.nrw.de](http://www.lzg.nrw.de)) und dem Daten-Tool GBE-Stat 2017. 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	Interventionsbedarf
<b>Allgemeine Mortalität</b>	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. Seit der Veröffentlichung des letzten Basisgesundheitsberichtes im Jahr 2014 hat sich keine grundlegende Änderung der Situation in Bochum ergeben.	Nein
<b>Säuglingssterblichkeit</b>	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.	Nein
<b>Mittlere Lebenserwartung</b>	Trotz des 2013-2015 festgestellten Rückgangs der Lebenserwartung bei Männern in Bochum, sind keine signifikanten Abweichungen der Lebenserwartung in Bochum von der Lebenserwartung auf Landesebene festzustellen.	Nein
<b>Vermeidbare Sterbefälle</b>	Die Situation in Bochum stellt sich bei vorzeitigen Sterbefällen überwiegend unauffällig dar. Allerdings wick zuletzt in einigen Bereichen die Fallhäufigkeit in Bochum immer stärker von derjenigen in NRW ab. Am deutlichsten war dies bei den Sterbefällen der 15- bis 64-Jährigen wegen bösartiger Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge der Fall.	Auf die weitere Entwicklung - insbesondere im Bereich der bösartigen Neubildungen - sollte ein besonderes Augenmerk gelegt werden.
<b>Krankenhausfälle</b>	In Bochum zeigt sich im Vergleich zum Land eine gegenüber dem letzten Basisgesundheitsbericht (2014) höhere Inanspruchnahme stationärer Behandlungen in Bochum. Hinweise auf spezifische Ursachen für diese Entwicklung liegen nicht vor.	Nein

**Kapitel 5 Krankheiten/Krankheitsgruppen (Forts.)**

	<b>Zusammenfassung</b>	<b>Interventionsbedarf</b>
<b>Herz-/Kreislauf-erkrankungen</b>	Relevante aktuelle Abweichungen der Situation in Bochum vom Landesschnitt sind nicht zu erkennen.	Nein
<b>Erkrankungen der Leber</b>	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.	Überprüfung und Absicherung der bestehenden Angebotsstruktur für Menschen mit Suchterkrankungen
<b>Diabetes mellitus</b>	In Bochum zeigte die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte wegen Diabetes mellitus zuletzt keine große Abweichung vom Landeswert.	Nein
<b>Erkrankungen des Verdauungssystems</b>	Bei Erkrankungen des Verdauungssystems gibt es in Bochum und auch in den Vergleichskommunen mehr Krankenhausaufenthalte als in NRW. Bei den Sterbefällen zeigt Bochum sich unauffällig.	Nein
<b>Krankheiten von Muskeln, Skelett u. Bindegewebe</b>	Insgesamt nehmen die Krankenhausaufenthalte 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 Maßnahmen in diesem Bereich (wie z.B. Bewegungsförderung, Rückenschule etc.) verstärken Verstärkt auf die ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen achten
<b>Bösartige Neubildungen</b>	Im Berichtszeitraum lässt sich 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
<b>Krankheiten der Atemwege</b>	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. Insgesamt ergibt sich für Bochum ein uneinheitliches und im Vergleich zu den umliegenden Städten günstiges Bild.	Nein

<b>Verletzungen und Vergiftungen</b>	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
<b>Unfälle im Straßenverkehr</b>	Die positive Lage in Bochum bleibt seit dem letzten Gesundheitsbericht 2014 unverändert	Nein
<b>Suizide</b>	Sterbefälle durch Suizide lagen zu Beginn des Beobachtungszeitraums in Bochum durchgehend unter den Landeswerten. Seit 2011-13 liegen sie darüber.	Nein, weitere Beobachtung
<b>Affektive Störungen</b>	Die Häufigkeit von stationären Behandlungen fiel in Bochum in den letzten Jahren stärker als im Gesamtgebiet NRW. Diese positive Entwicklung darf nicht überbewertet werden. Sie könnte ein Indikator dafür sein, dass Präventionsmaßnahmen fruchten oder die Krankheiten vermehrt ambulant behandelt werden. Aus datenschutzrechtlichen Gründen, können die ambulanten Behandlungszahlen nicht veröffentlicht werden und daher ist schwer einschätzbar ob sich die Trendänderung darauf begründet. Die Krankheitsbilder sind nicht nur auf biologische und psychologische Entstehungsursachen zurückzuführen, sondern können auch als Reaktion auf gesamtgesellschaftliche Veränderungen entstehen.	Das gut ausgebaute sozialpsychiatrische Versorgungsnetz in Bochum ist zu erhalten. Darüber hinaus sind die Einflussmöglichkeiten wegen möglicher gesamtgesellschaftlicher Einflüsse beschränkt.
<b>Häufigste Diagnosen</b>	Nach wie vor werden Kinderarztpraxen sehr häufig für Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen aufgesucht. Dies deutet darauf hin, dass bei Eltern eine Gesundheitsvorsorge einen hohen Stellenwert hat. Aufmerksamkeit verdient die Zunahme von Schutzimpfungen gegen Viruserkrankungen als Behandlungsanlass in pädiatrischen Praxen.	Nein

## Kapitel 6 Schuleingangsuntersuchung

Zusammenfassung	Interventionsbedarf
<p>Bei der Auswertung der einzelnen Merkmale der Dokumentation der Schuleingangsuntersuchung (siehe Kap. 4.2 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.</p> <p>Bei der Gesamtauswertung über den kleinräumigen Index gesundheitlicher Herausforderungen lässt sich eine deutliche kleinräumige Abstufung erkennen, die tendenziell mit sozialstrukturellen Herausforderungen korreliert.</p>	<p>Ortsteile mit einem höheren Indexwert bieten sich besonders als Orte für gesundheitsfördernde und präventive Interventionen an. Idealerweise werden derartige Interventionen nicht isoliert geplant, sondern in engem Zusammenhang mit Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Infrastruktur der Ortsteile, wie dies derzeit exemplarisch im Rahmen der integrierten Stadterneuerung in Wattenscheid-Mitte geschieht</p>

## Kapitel 7 Gesundheit in Wattenscheid

Zusammenfassung	Interventionsbedarf
<p>Die Grundannahme des gesundheitsförderlich ausgerichteten Integrierten Stadtentwicklungskonzeptes in Wattenscheid-Mitte wird bestätigt: Gesundheitsthemen sind ein guter Anknüpfungspunkt für die Stadterneuerung. Dies gilt insbesondere für die sehr dicht besiedelten Statistischen Viertel Wattenscheid Rathaus und Heide, die auch den Kernbereich des Stadterneuerungsgebiets umfassen. Der Schwerpunkt Ernährung und Bewegung wird bestätigt.</p>	<p>Schaffung einer geeigneten Struktur für lebensweltlich ausgerichtete Gesundheitsförderung.</p>

**Kapitel 8 Pflegebedürftigkeit**

	<b>Zusammenfassung</b>	<b>Interventionsbedarf</b>
<b>Demenzen</b>	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. Die Entwicklung bei den Krankenhausfällen legt nahe, dass ambulanten und nicht akuten stationären Betreuungsangeboten bei der Versorgung Demenzkranker eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zukommt.	Bei verstorbenen dementen Patientinnen und Patienten muss die direkte Todesursache konkret benannt werden. Die diesbezügliche Aufklärungsarbeit des Gesundheitsamtes bei den Ärzten, die Totenscheine ausfüllen, muss intensiviert werden.
<b>Pflegebedürftigkeit</b>	Seit 2011 liegt die Zahl der Pflegebedürftigen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner unter derjenigen des Landes. Dies trifft seit 2013 auch für die SMR zu.	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.

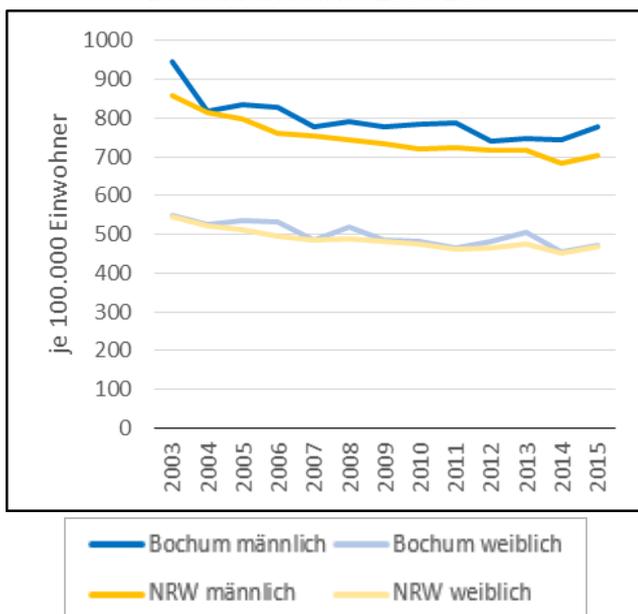
Die Sterblichkeit unterscheidet sich u. a. nach Geschlecht und Alter. Sie wird daher als Fallzahl je 100.000 Einwohner und als SMR altersstandardisiert und nach Geschlecht bzw. Kommune differenziert dargestellt.<sup>1</sup>

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 2003-2015



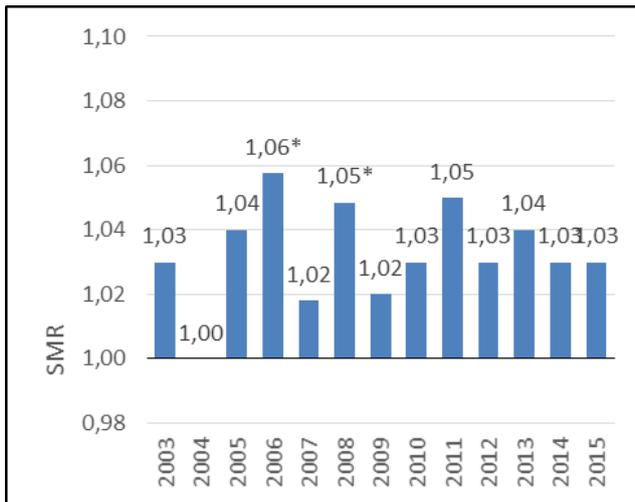
Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

2015 starben in Bochum 4.641 Personen, davon waren 2.379 Frauen und 2.262 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 nur geringfügige Abweichungen vom Landeswert zu verzeichnen (Abb. 1) Im Zeitreihenvergleich lag der SMR im gesamten Berichtszeitraum mit einer Ausnahme über dem Landeswert, es zeigten sich jedoch seit 2009 keine signifikanten Abweichungen mehr. Zuletzt lag der SMR stabil bei 1,03 (Abb. 2). Im interkommunalen Vergleich ist Bochum die einzige Stadt, in der der SMR nicht signifikant vom Landeswert abweicht. Die anderen Vergleichskommunen (Herne, Gelsenkirchen, Essen und Dortmund wiesen – z. T. erhebliche – Abweichungen auf (Abb. 3).

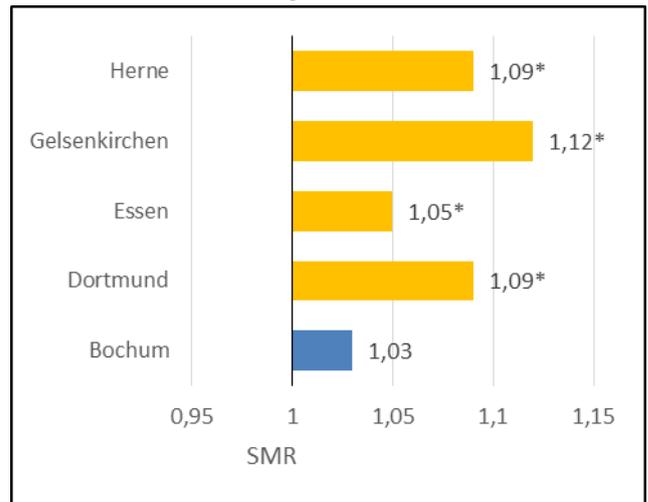
<sup>1</sup> Zu Begriffen und Methodik siehe Kapitel 10 dieses Berichtes, S. 90.

**Abb. 2 Sterbefälle**  
Bochum 2003-2015



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

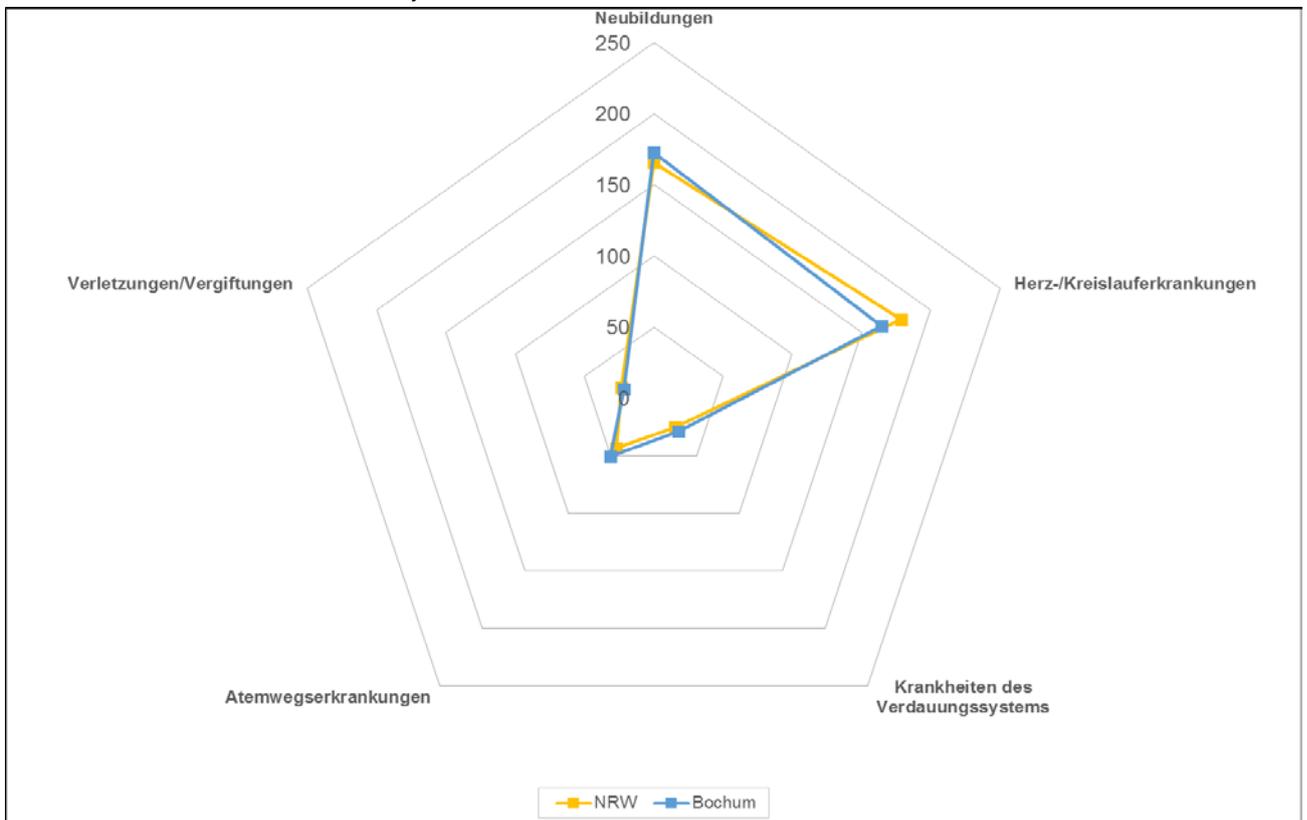
**Abb. 3 Sterbefälle**  
Bochum und Vergleichskommunen 2015



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 Todesursachen herangezogen werden. In Abb. 4 wird die Sterblichkeit je 100.000 Ew. (altersstandardisiert an der Europabev. Alt) wegen der fünf häufigsten Todesursachen im Jahr 2015 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 2015



Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

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

**Zusammenfassung Mortalität:**

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

Seit der Veröffentlichung des letzten Basisgesundheitsberichtes im Jahr 2014 hat sich keine grundlegende Änderung der Situation in Bochum ergeben.

***Interventionsbedarf: Nein.***

#### 4.1.2 Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit gilt traditionell als Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung. Sie ist in den letzten Jahrzehnten drastisch zurückgegangen.<sup>2</sup> Um 1870 lag sie in Deutschland bei 250 Säuglingssterbefällen je 1.000 Lebendgeborenen, unmittelbar nach Ende des 2. Weltkriegs bei knapp unter 100 Sterbefällen je 1.000 Lebendgeborene und reduzierte sich in der Folgezeit weiter.<sup>3</sup> Seit 1997 liegt die Säuglingssterblichkeit in Deutschland durchgehend bei Werten unter 5 Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeburten.<sup>4</sup> In dieser Entwicklung spiegelt sich die Verbesserung der Alltags-hygiene sowie der medizinischen Versorgung wider. Das niedrige Niveau relativiert die Bedeutung der Säuglingssterblichkeit als Indikator. Nach wie vor gilt jedoch, dass Neugeborene in ihrem ersten Lebensjahr für gesundheitliche Probleme besonders anfällig sind und daher besonderer Pflege und Aufmerksamkeit bedürfen.

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 2.500g 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 Sozial-schichten bestimmte gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie z. B. Rauchen häufiger zu beobachten sind. Rauchen gilt als Risikofaktor für ein niedriges Geburtsgewicht.<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> Robert-Koch-Institut 2011

<sup>3</sup> Dtsch Ärztebl 2007

<sup>4</sup> www.gbe-bund.de, 21.11.2016

<sup>5</sup> Robert-Koch-Institut 2011

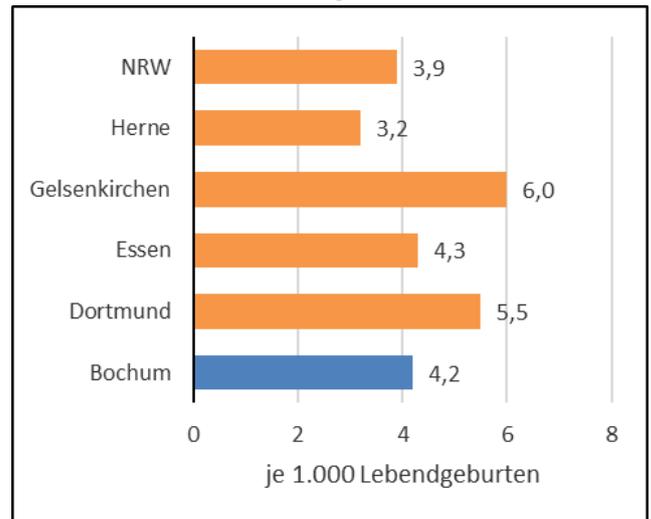
**Abb. 5 Säuglingssterbefälle**

3-Jahres-Mittelwerte, Bochum und NRW 2001-2015



**Abb. 6 Säuglingssterbefälle**

3-Jahres-Mittelwerte, NRW, Bochum und Vergleichskommunen 2015



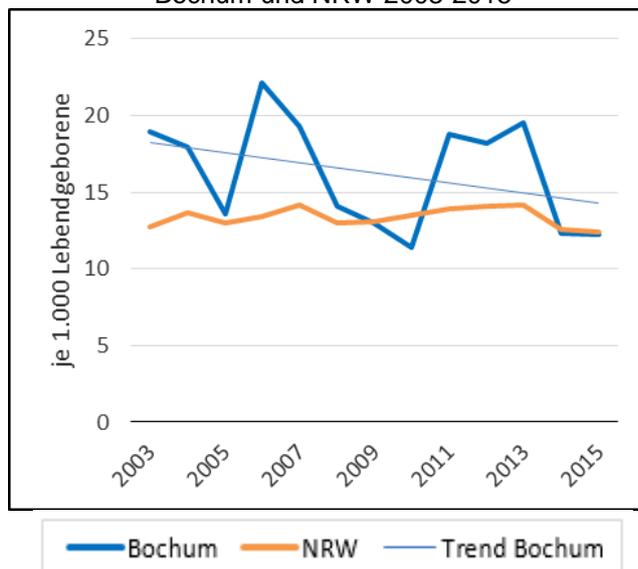
**Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:**

In den Jahren 2013-2015 starben in Bochum jährlich im Durchschnitt 12 Kinder vor Vollendung des ersten Lebensjahres. Dies entspricht einer Rate von 4,2 Säuglingssterbefällen je 1.000 Lebendgeburten. Die entsprechende Rate auf Landesebene (NRW) lag im gleichen Zeitraum mit 3,9 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 2012-2015 auf 0,3. (Abb. 5).

Mit Ausnahme von Herne lag die Säuglingssterblichkeitsrate 2015 in den Vergleichskommunen ebenso wie in Bochum leicht oberhalb der Landesrate (Abb. 6).

**Abb. 7 Lebendgeborene mit Geburtsgewicht unter 1.500g**  
Bochum und NRW 2003-2015

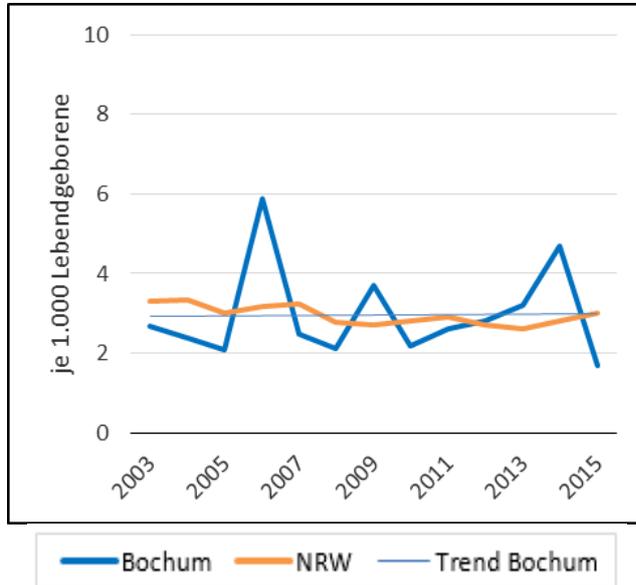


Mit Ausnahme der Jahre 2010, 2014 und 2015 lag die Anzahl der Lebendgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500g in Bochum im gesamten Berichtszeitraum über dem Landesniveau. Die Werte schwankten dabei jedoch erheblich. Der lineare Trend für Bochum zeigt eine fallende Tendenz und nähert sich den Landeswerten an (Abb. 7).

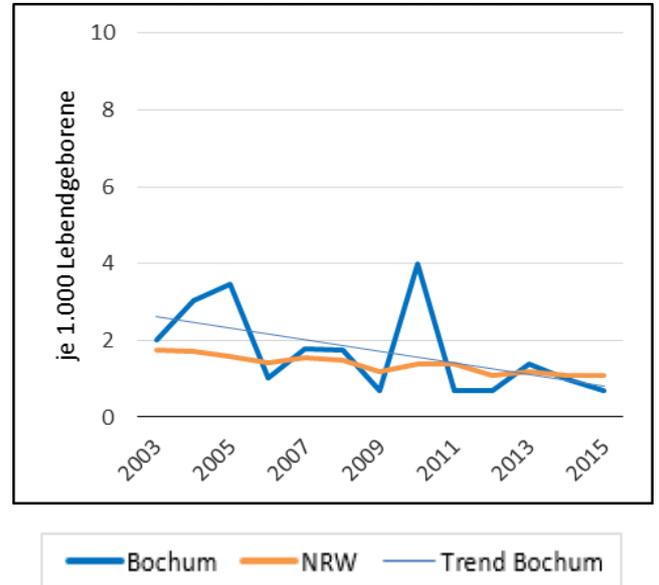
In Bochum verstarben in acht Jahren des dreizehn Jahre umfassenden Berichtszeitraumes weniger Säuglinge im 1. Lebensmonat als in Nordrhein-Westfalen, in fünf Jahren mehr. Die Sterberaten der einzelnen Jahre schwankten dabei zwischen 2 und 6 Säuglingssterbefälle im ersten Lebensmonat ohne dass ein Trend zu erkennen ist. Legt man für Bochum eine lineare Trendlinie durch die Werte des Berichtszeitraumes ergibt sich ein gleichbleibendes Niveau der Neonatalsterblichkeit, das sich kaum von der Entwicklung auf Landesebene unterscheidet (Abb. 8). Die Säuglingssterbefälle in der Postneonatalphase

schwankten 2003 – 2015 in Bochum ebenfalls deutlich. Vier Werte lagen unter und sechs über den Landeswerten. Es zeigte sich dabei ein rückläufiger Trend leicht oberhalb der Nordrhein-Westfälischen Postneonatalsterberate (Abb. 9).

**Abb. 8 Säuglingssterblichkeit  
Neonatalphase**  
Bochum und NRW 2003-2015



**Abb. 9 Säuglingssterblichkeit  
Postneonatalphase**  
Bochum und NRW 2003-2015



**Zusammenfassung Säuglingssterblichkeit:**

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.

**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.

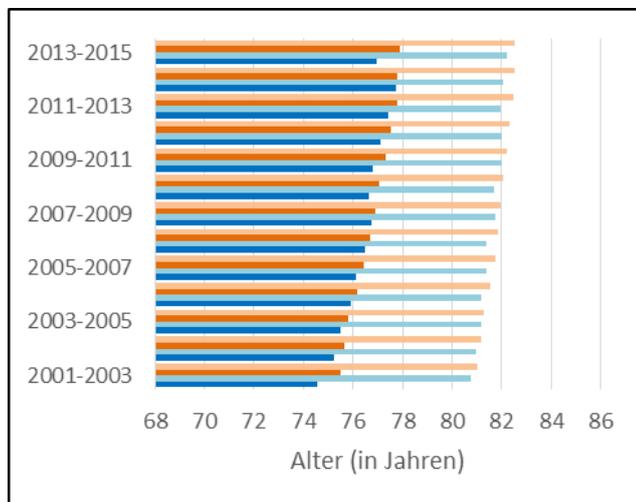
Die mittlere Lebenserwartung (bzw. Lebenserwartung bei der Geburt) gibt an, wie viele Jahre ein Neugeborenes bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Berechnungsgrundlage für die Lebenserwartung ist die so genannte Sterbetafel, die modellhaft anhand der alters-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

#### Interkommunaler Vergleich:

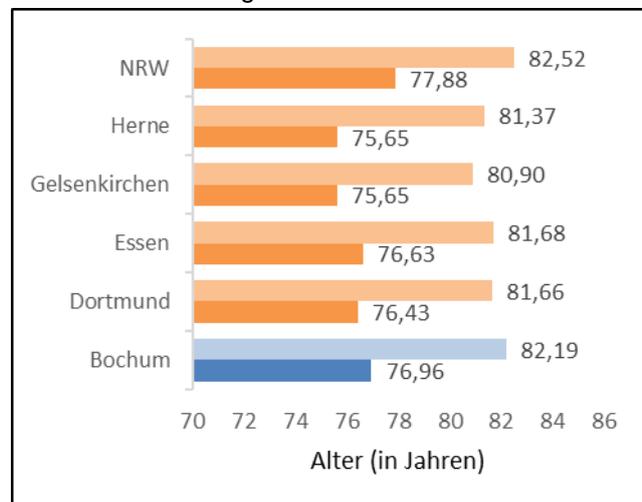
Die Entwicklung der mittleren Lebenserwartung bei Geburt unterscheidet sich in Bochum kaum von derjenigen im Land. Die gleitenden 3-Jahres-Mittelwerte zeigten sowohl auf örtlicher als auch auf Landesebene bis 2010-2012 einen leichten Anstieg der mittleren Lebenserwartung. Seither stagnieren die Werte oder zeigen nur sehr geringe Zuwächse. 2013-2015 zeigen sich erstmalig leichte Rückgänge bei der Lebenserwartung bei Frauen auf Landesebene (- 0,03 Jahre) und bei Männern in Bochum (- 0,75 Jahre). Wie diese Entwicklung zu beurteilen ist, bleibt abzuwarten.

Die mittlere Lebenserwartung der Bochumerinnen und Bochumer liegt unter denjenigen des Landes: Männer in Bochum lebten 2013-2015 durchschnittlich 0,9 Jahre kürzer, Frauen rund 0,3 Jahre (Abb. 10). Diese Abweichungen sind jedoch nicht signifikant.

**Abb. 10 Mittlere Lebenserwartung bei Geburt**  
3-Jahres-Mittelwerte  
NRW und Bochum 2001-2015



**Abb. 11 Mittlere Lebenserwartung bei Geburt**  
3-Jahres-Mittelwerte  
NRW und Vergleichskommunen 2010-2015



#### Zusammenfassung Mittlere Lebenserwartung:

Trotz des 2013-2015 festgestellten Rückgangs der Lebenserwartung bei Männern in Bochum, sind keine signifikanten Abweichungen der Lebenserwartung in Bochum von der Lebenserwartung auf Landesebene festzustellen.

**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 Männern 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 5 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 2011-2015 im Mittel 89 Personen pro Jahr in der angegebenen Altersgruppe. Bis 2009-2013 konnten in Bochum keine signifikanten Abweichungen zum Landeswert festgestellt werden. Seit 2010-2014 weicht in Bochum der SMR signifikant vom NRW-Mittelwert nach oben ab. (Abb. 12). Im interkommunalen Vergleich mit den Nachbarkommunen Bochums lagen die Sterbefälle in allen Kommunen höher als in Nordrhein-Westfalen. In allen Vergleichskommunen waren diese Abweichungen signifikant. (Abb. 13).

Zu bösartigen Neubildungen der Atemwege finden sich weitere Auswertungen in Kapitel 5.6 dieses Berichtes. **Diese Auswertungen 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 2011-2015 im Mittel 50 Personen im Alter von 35-64 Jahren pro Jahr. Hier konnten im gesamten Berichtszeitraum in Bochum keine signifikanten SMR-Werte beobachtet werden (Abb. 14). Von den Vergleichskommunen zeigte sich 2011-2015 neben Bochum auch Essen mit einer insignifikanten Abweichung vom Landesmitteln. Die drei anderen Vergleichskommunen - Dortmund, Gelsenkirchen und Herne - wichen deutlich stärker vom Landesdurchschnitt ab.

#### Hypertonie und zerebrovaskuläre Erkrankung:

2011-2015 starben in Bochum im Durchschnitt 26 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. Von 2006-2010 bis 2009-2013 lag der SMR unter bzw. auf Höhe des Landeswertes, seit 2010-2014 steigt der Anteil wieder an und lag zuletzt 15% über dem Landeswert (Abb. 16). Auch im interkommunalen Vergleich 2011-2015 weisen alle Vergleichskommunen SMR-Werte über dem NRW-Niveau auf (Abb. 17).

#### Krankheiten der Leber:

An dieser Krankheit starben in Bochum 2011-2015 durchschnittlich jedes Jahr 53 Personen im Alter von 15-74 Jahren. Bis 2011-2015 lag Bochum im gleitenden 5-Jahresmittel im Berichtszeitraum durchgängig über dem Landeswert. Bis 2002-2006 und seit 2007-2011 war diese Abweichung signifikant. (Abb. 18). Mit Ausnahme von Herne weisen auch alle Vergleichskommunen eine signifikante Abweichung vom Landeswert auf. (Abb. 19).

Zu Krankheiten der Leber finden sich weitere Auswertungen in Kapitel 5.2 dieses Berichtes. **Die beiden Auswertungen 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:

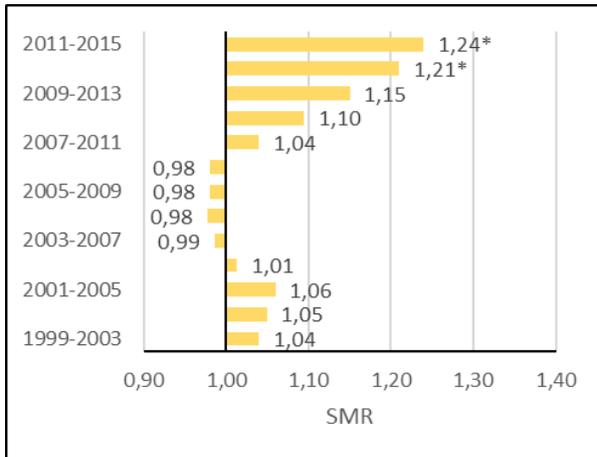
Bei Transportmittelunfällen starben in Bochum zuletzt im Mittel 7 Personen pro Jahr. Im gesamten Zeitraum waren Werte unterhalb des NRW-Niveaus zu beobachten. Seit 2002-2006 waren diese Abweichungen signifikant (Abb. 20). In allen Vergleichskommunen starben weniger Menschen bei Transportmittelunfällen als in Nordrhein-Westfalen insgesamt (Abb. 21).

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

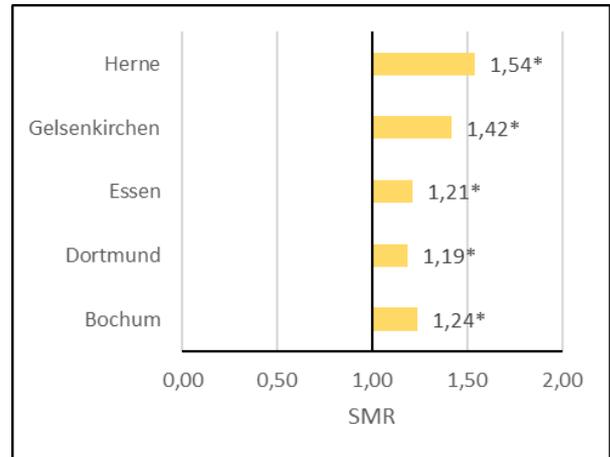
#### Brustkrebs:

24 Frauen im Alter von 25-64 Jahren starben im Durchschnitt 2011-2015 pro Jahr in Bochum an Brustkrebs. Damit wick die Häufigkeit der Sterbefälle in Bochum nach einigen Jahren mit Abweichungen nach unten in diesem Zeitabschnitt leicht über der auf Landesebene. Im gesamten Berichtszeitraum traten in Bochum keine signifikanten Abweichungen auf. (Abb. 22). Dies war auch in keiner der Begleitkommunen der Fall (Abb. 23).

**Abb. 12: Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge**  
beide Geschlechter von 15-64 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert,  
Bochum, 1999-2015

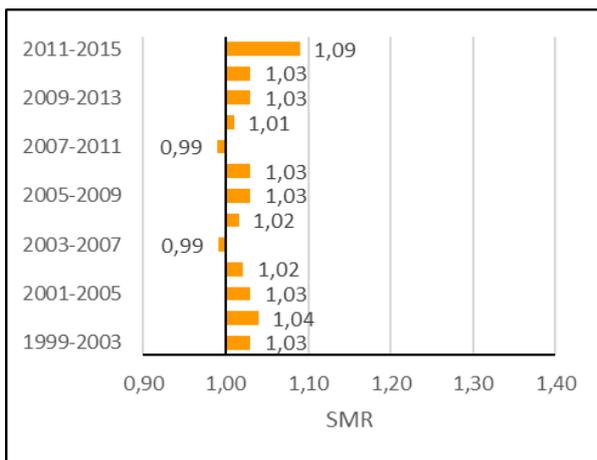


**Abb. 13: Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge**  
beide Geschlechter von 15-64 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert,  
Bochum und Vergleichskommunen, 2011-2015

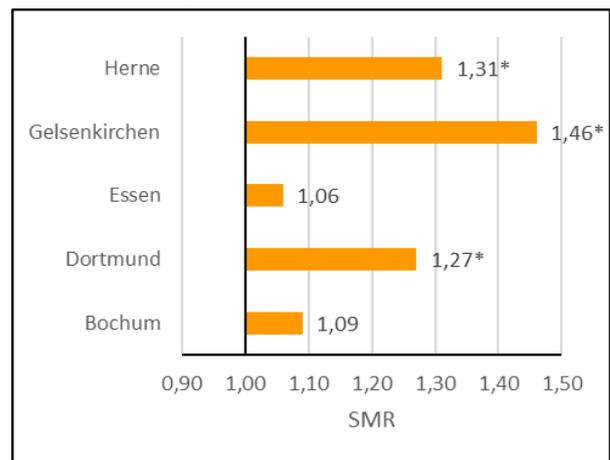


Abweichung des standardisierten Mortalitätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

**Abb. 14: Sterbefälle wegen ischämischer Herzkrankheit**  
beide Geschlechter von 35-64 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert,  
Bochum, 1999-2015

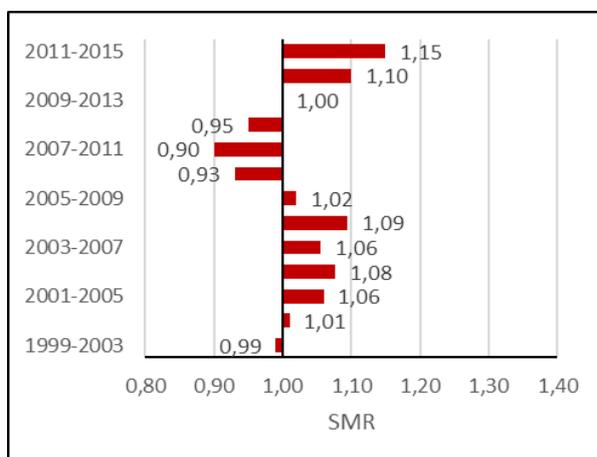


**Abb. 15: Sterbefälle wegen ischämischer Herzkrankheit**  
beide Geschlechter von 35-64 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert,  
Vergleichskommunen, 2011-2015

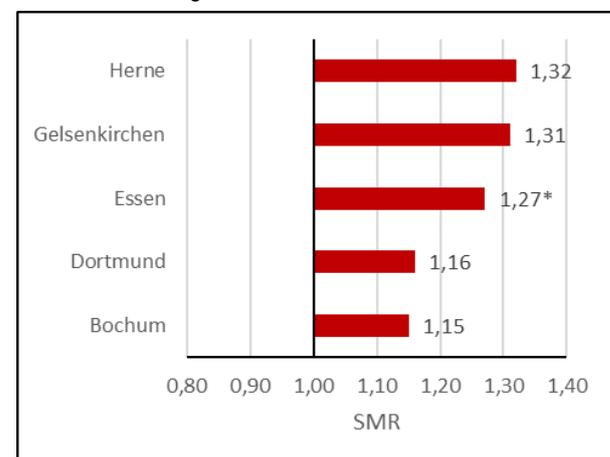


Abweichung des standardisierten Mortalitätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

**Abb. 16: Sterbefälle wegen Hypertonie und zerebrovaskulären Krankheiten**  
beide Geschlechter von 35-64 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert,  
Bochum, 1999-2015

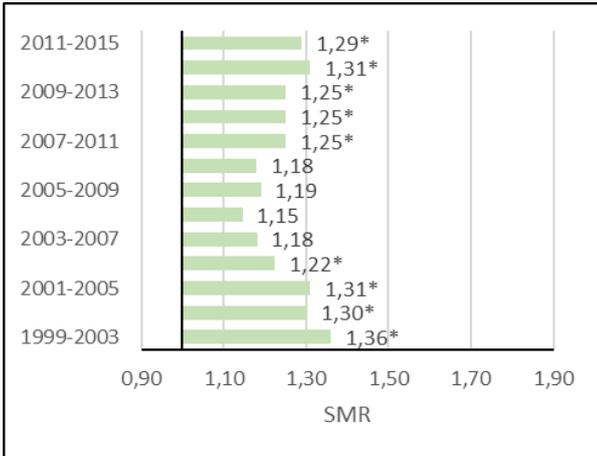


**Abb. 17: Sterbefälle wegen Hypertonie und zerebrovaskulären Krankheiten**  
beide Geschlechter von 35-64 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert,  
Vergleichskommunen, 2011-2015

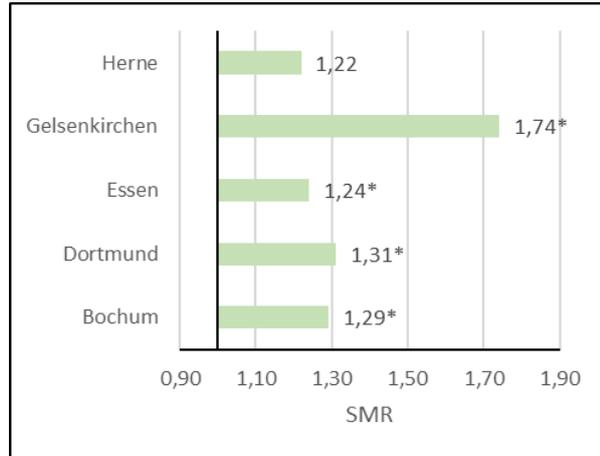


Abweichung des standardisierten Mortalitätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

**Abb. 18: Sterbefälle wegen Lebererkrankungen**  
beide Geschlechter von 15-74 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert,  
Bochum, 1999-2015

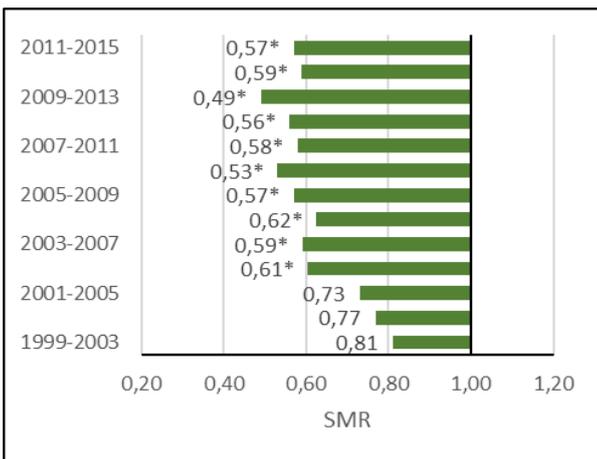


**Abb. 19: Sterbefälle wegen Lebererkrankungen**  
beide Geschlechter von 15-74 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert,  
Bochum und Vergleichskommunen, 2011-2015

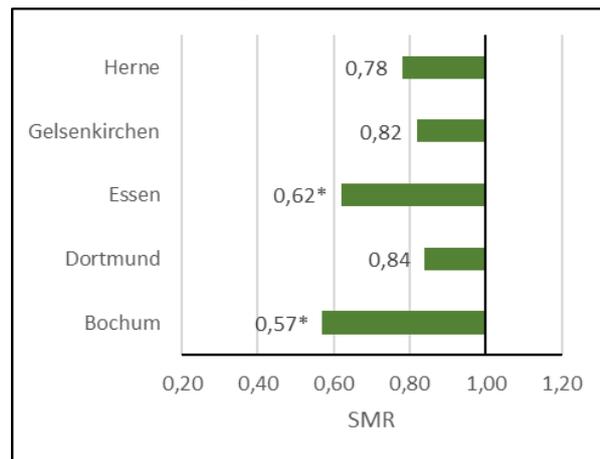


Abweichung des standardisierten Mortalitätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

**Abb. 20: Sterbefälle wegen Transportmittelunfällen**  
innerhalb und außerhalb des Verkehrs  
beide Geschlechter, alle Altersklassen, 5-Jahres-Mittelwert,  
Bochum, 1999-2015

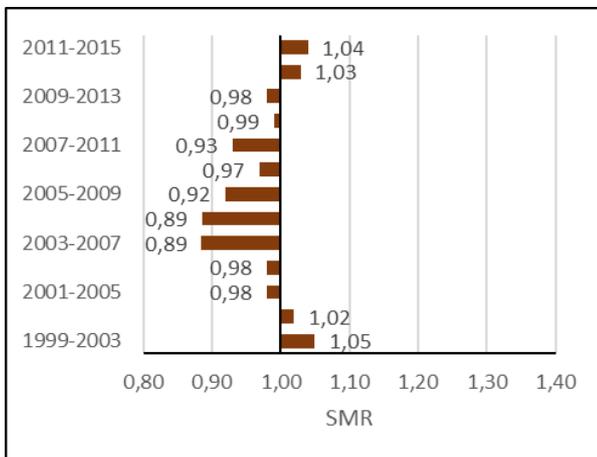


**Abb. 21: Sterbefälle wegen Transportmittelunfällen**  
innerhalb und außerhalb des Verkehrs  
beide Geschlechter, alle Altersklassen, 5-Jahres-Mittelwert,  
Bochum und Vergleichskommunen, 2011-2015

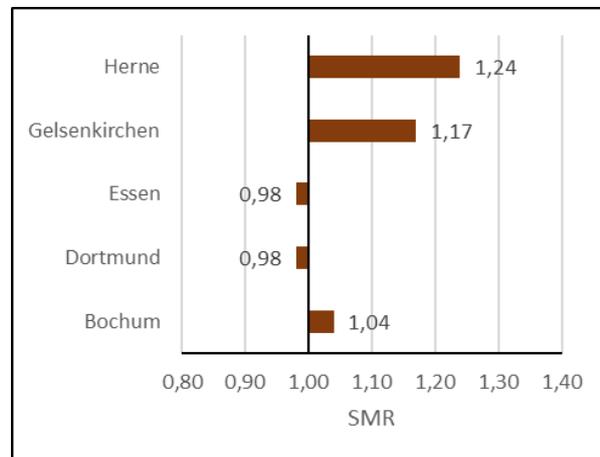


Abweichung des standardisierten Mortalitätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

**Abb. 22: Sterbefälle wegen Brustkrebs**  
Frauen von 25-64 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert,  
Bochum, 1999-2015



**Abb. 23: Sterbefälle wegen Brustkrebs**  
Frauen von 25-64 Jahren, 5-Jahres-Mittelwert,  
Bochum und Vergleichskommunen, 2011-2015



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

**Zusammenfassung Vermeidbare Sterbefälle:**

Die Situation in Bochum stellt sich bei vorzeitigen Sterbefällen überwiegend unauffällig dar. Allerdings wick zuletzt in einigen Bereichen die Fallhäufigkeit in Bochum immer stärker von derjenigen in NRW ab. Am deutlichsten war dies bei den Sterbefällen der 15- bis 64-Jährigen wegen bösartiger Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge der Fall.

**Interventionsbedarf:** Auf die weitere Entwicklung - insbesondere im Bereich der bösartigen Neubildungen - sollte ein besonderes Augenmerk gelegt werden.

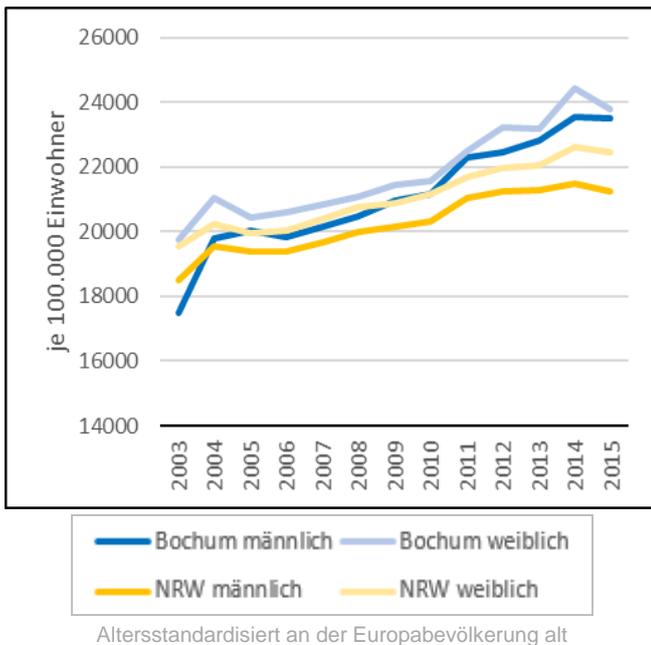
## 4.2 Krankenhausfälle

Daten über stationäre Behandlungen sind wichtige Strukturdaten für die Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung. Sie ermöglichen zudem eine Einschätzung, wie in welchem Umfang zur medizinischen Versorgung Erkrankter auf das stationäre Versorgungssystem zurückgegriffen wird. Allerdings kann aufgrund der Zeitreihe nur bedingt auf eine Veränderung der Morbidität geschlossen werden, da nicht Patienten, sondern Krankenhausfälle erfasst werden.

Im vorliegenden Indikator sind Fälle, in denen Patienten 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 2003-2015



2015 wurden in Bochum insgesamt 106.388 Krankenhausfälle gezählt; 49.186 Männer und 57.202 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).

Der Anstieg der Krankenhausfälle weist nicht unbedingt auf ein verstärktes Krankheitsgeschehen hin, sondern kann – da nicht Patienten, sondern Behandlungsfälle gezählt werden – auch auf geänderte Behandlungsschemata hindeuten.

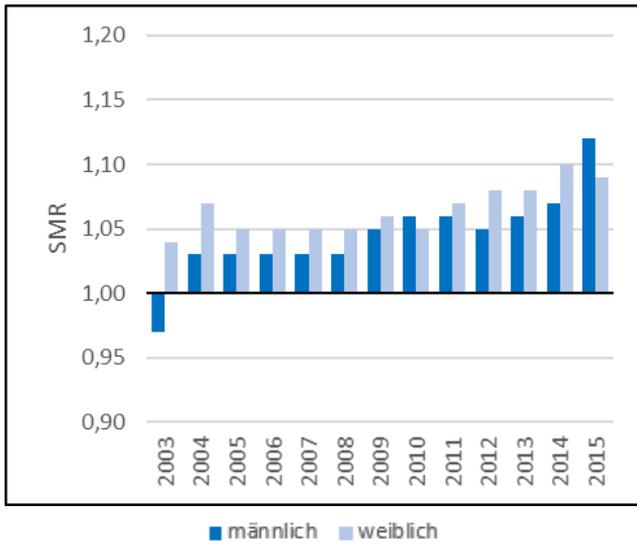
Im Berichtszeitraum vergrößerte sich die Abweichung der Häufigkeit von Krankenhausfällen in Bochum gegenüber dem Landeswert zusehends und lag 2015 bei Männern 12% und bei Frauen 9% über der Fallzahl im Land. Mit Ausnahme der Jahre 2010 und 2015 zeigte sich bei Frauen eine größere Abweichung vom Land als bei Männern (Abb. 25)

Im interkommunalen Vergleich (Abb. 26) nimmt Bochum 2015 mit einer Abweichung von 10% vom Landeswert eine mittlere Position ein. Herne und Gelsenkirchen wiesen deutliche Abweichungen von 27% und 34% ein, während in Dortmund und Essen die Abweichung vom Landeswert mit 2% sehr geringfügig ausfiel.

**Abb. 25 Krankenhausfälle**

**Abb. 26 Krankenhausfälle**

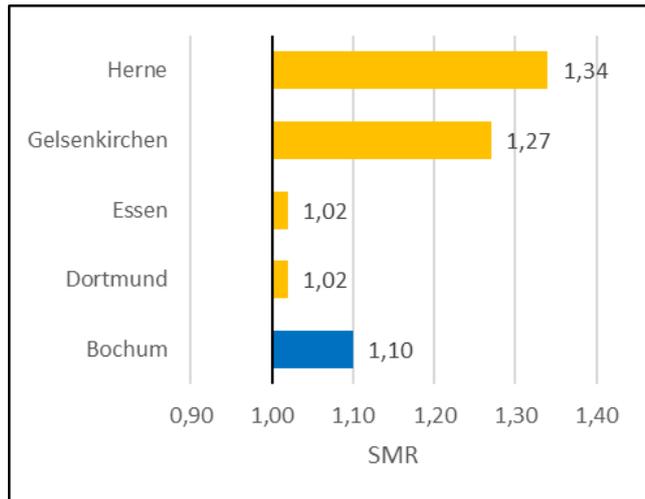
nach Geschlecht, Bochum 2015



■ männlich ■ weiblich

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

Bochum und Vergleichskommunen 2015



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

**Zusammenfassung Krankenhausfälle:**

In Bochum zeigt sich im Vergleich zum Land eine gegenüber dem letzten Basisgesundheitsbericht (2014) höhere Inanspruchnahme stationärer Behandlungen in Bochum. Hinweise auf spezifische Ursachen für diese Entwicklung liegen nicht vor.

**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 Herzens 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.

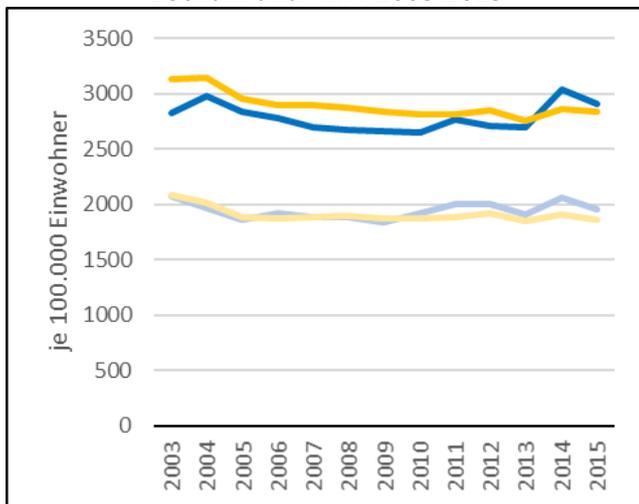
Die Entstehung von Herz-/Kreislauferkrankungen wird durch verschiedene Risikofaktoren begünstigt. Dazu gehören z. B. ein erhöhter Cholesterinspiegel, Übergewicht, Rauchen, Diabetes und Arteriosklerose.

Grundsätzlich können Herz-/Kreislauferkrankungen durch gesundheitsfördernde Maßnahmen (z. B. gesunde Ernährung, viel Bewegung, Verzicht auf Tabakkonsum) größtenteils verhindert werden.

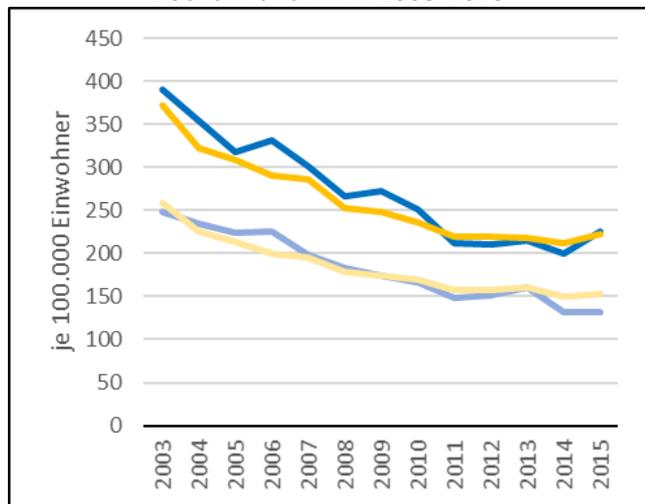
#### Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

2015 wurden 14.768 Bochumerinnen und Bochumer wegen Herz-/Kreislauferkrankungen stationär behandelt, davon waren 7.179 Frauen und 7.589 Männer. 1.495 Personen (810 Frauen, 685 Männer) verstarben in Bochum an diesen Erkrankungen. Bis 2013 blieb die Anzahl an stationär behandelten Herz-/Kreislauferkrankungen in Bochum weitestgehend konstant, stieg 2014 jedoch sprunghaft an und zeigte zuletzt eine neuerliche Abwärtstendenz. Für NRW ist ein kontinuierlicher Abwärtstrend zu beobachten. Die Zahl der Sterbefälle nahm sowohl in NRW als auch in Bochum kontinuierlich ab, mit Ausnahme eines Anstiegs bei der männlichen Bevölkerung im Jahr 2015 (Abb. 27 und 28).

**Abb. 27 Krankenhausfälle wegen Herz-/Kreislauferkrankungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**



**Abb. 28 Sterbefälle wegen Herz-/Kreislauferkrankungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**

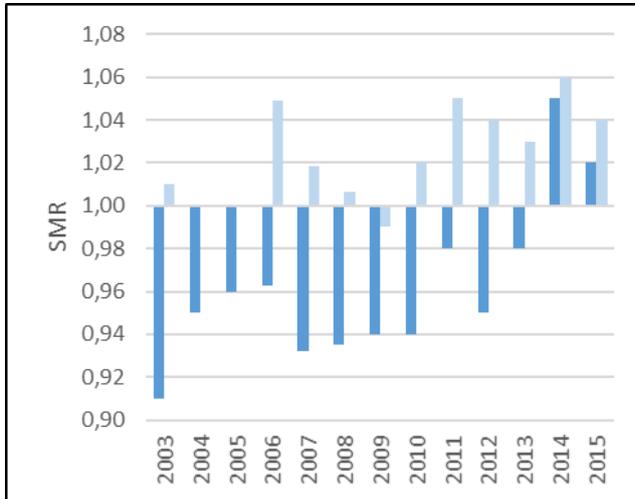


Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

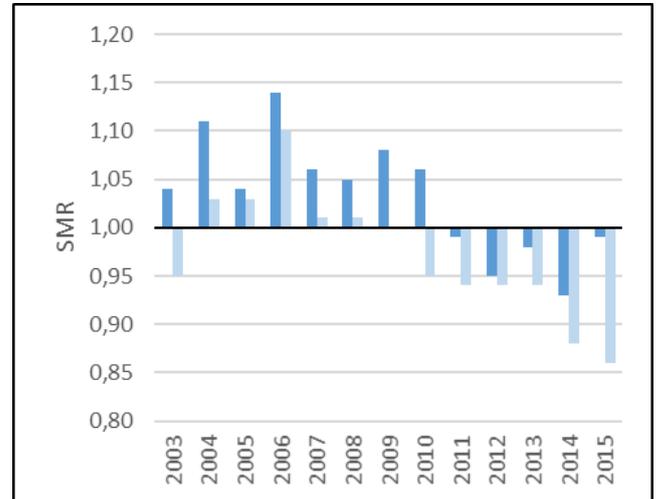
Insgesamt stellt sich in Bochum die Situation bei Herz-/Kreislauferkrankungen als relativ unauffällig dar. Bei den Krankenhausfällen näherte sich die zuvor signifikant niedrigere SMR bei den Männern seit 2013 an den Landesschnitt an. Die SMR der Frauen zeigte ab 2011 signifikant erhöhte Werte (Abb. 29). Bei den Sterbefällen lag die SMR der Männer bis 2010 durchgehend über dem Landeswert. In den folgenden Jahren

blieb sie jedoch durchgehend unter dem Landeswert (Abb. 30). Auch bei den Frauen waren zuletzt deutlich unterdurchschnittliche Werte zu verzeichnen.

**Abb. 29 Krankenhausfälle wegen Herz-/Kreislaufkrankungen nach Geschlecht 2003-2015**



**Abb. 30 Sterbefälle wegen Herz-/Kreislaufkrankungen nach Geschlecht 2003-2015**

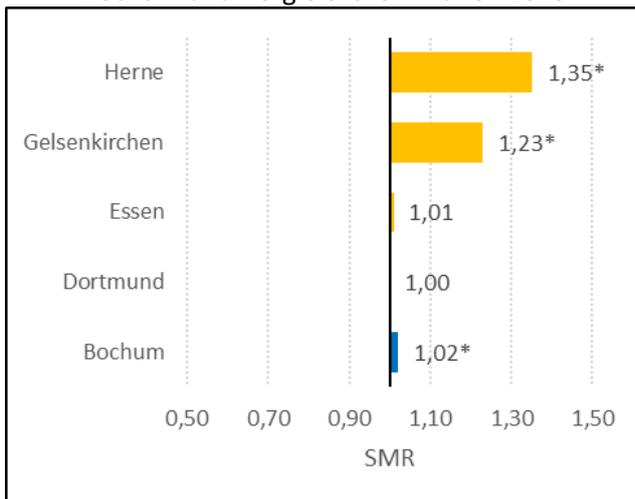


■ männlich ■ weiblich

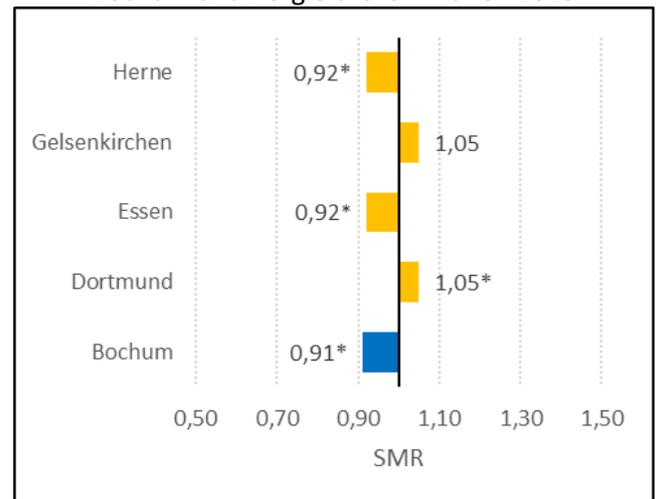
Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Im interkommunalen Vergleich zeigt sich 2015 bei den Krankenhausfällen ein uneinheitliches Bild. Bochum, Essen und Dortmund lagen dicht am NRW-Wert, Gelsenkirchen und Herne jedoch deutlich darüber (Abb. 31) Auch bei den Sterbefällen variierte die SMR deutlich. Während Bochum, Essen und Herne signifikant unter dem Landeswert lagen, waren die SMR von Dortmund und Gelsenkirchen erhöht (Abb. 32).

**Abb. 31 Krankenhausfälle wegen Herz-/Kreislaufkrankungen Bochum und Vergleichskommunen 2015**



**Abb. 32 Sterbefälle wegen Herz-/Kreislaufkrankungen Bochum und Vergleichskommunen 2015**



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

**Zusammenfassung Herz-/Kreislaufkrankungen:**

Relevante aktuelle Abweichungen der Situation in Bochum vom Landesschnitt sind nicht zu erkennen.

**Interventionsbedarf:** Nein

## 5.2 Erkrankungen der Leber

Die Leber ist das zentrale Organ des gesamten Stoffwechsels. Sie produziert lebenswichtige Stoffe, verarbeitet 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 wesentliche Rolle: Vor verschiedenen Formen der Hepatitis (Leberentzündung) kann man sich durch umsichtiges Verhalten („safer sex“) oder Impfungen schützen.

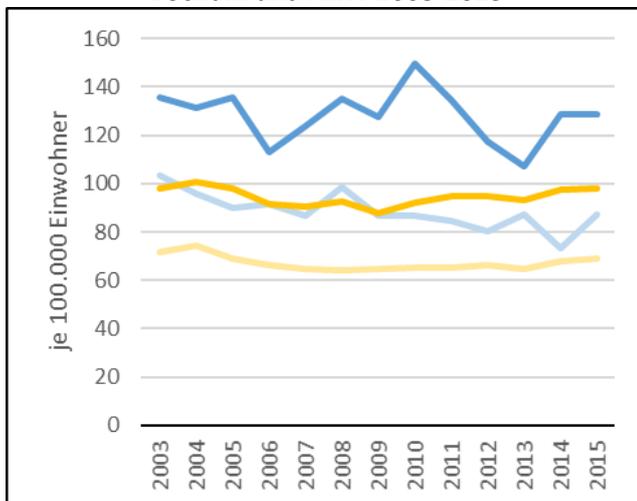
### Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

2015 waren 512 Bochumerinnen und Bochumer wegen Lebererkrankungen in stationärer Behandlung. Davon waren 215 Frauen und 297 Männer. Etwa 38% dieser Krankenhausaufenthalte dienten der Behandlung einer alkoholischen Lebererkrankung. Dabei waren doppelt so viele Männer wie Frauen für dieses spezifische Leiden im Krankenhaus. Im selben Jahr verstarben in Bochum 71 Personen (24 Frauen und 47 Männer) an Erkrankungen der Leber. Ca. 40% der Sterbefälle entfiel dabei auf die alkoholische Lebererkrankung.

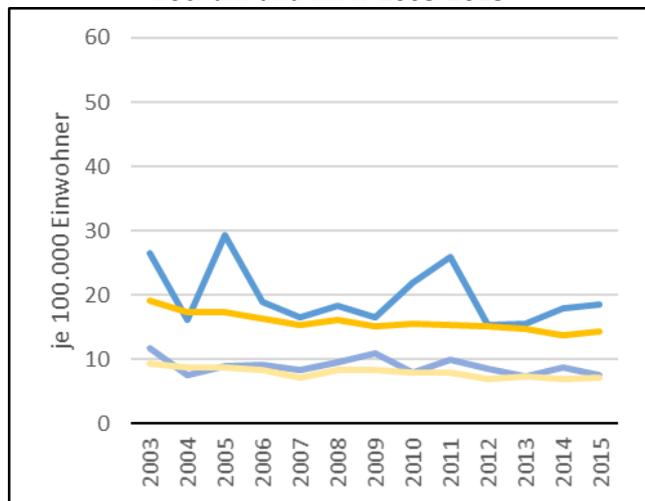
Im Nordrhein-Westfalen variierte die Häufigkeit der stationären Behandlungen wegen Lebererkrankungen im Berichtszeitraum kaum (Abb. 33). Auch die Krankenhausaufenthalte wegen alkoholischer Lebererkrankungen sind nahezu stabil geblieben (Abb. 35). Gleiches gilt auch für die Anzahl der Sterbefälle je 100.000 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 Krankenhausaufenthalte wegen Lebererkrankungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**



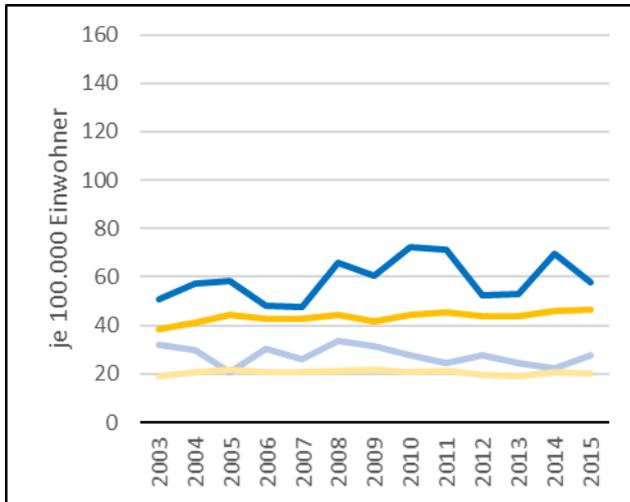
**Abb. 34 Sterbefälle wegen Lebererkrankungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**



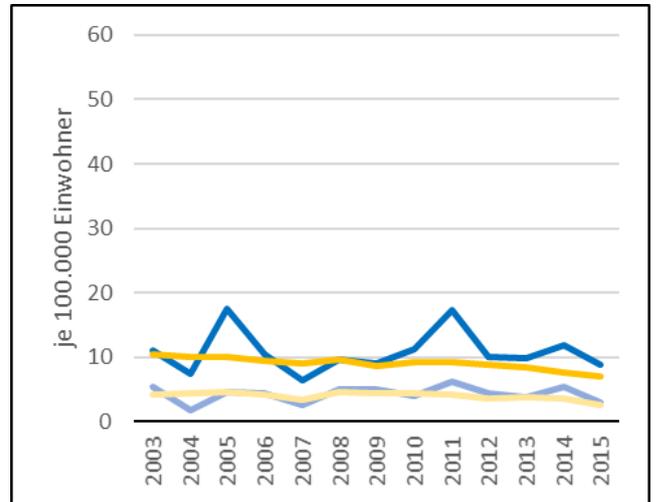
— Bochum männlich — Bochum weiblich  
 — NRW männlich — NRW weiblich

Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

**Abb. 35 Krankenhausfälle wegen alkoholischer Lebererkrankung je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**



**Abb. 36 Sterbefälle wegen alkoholischer Lebererkrankung je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**

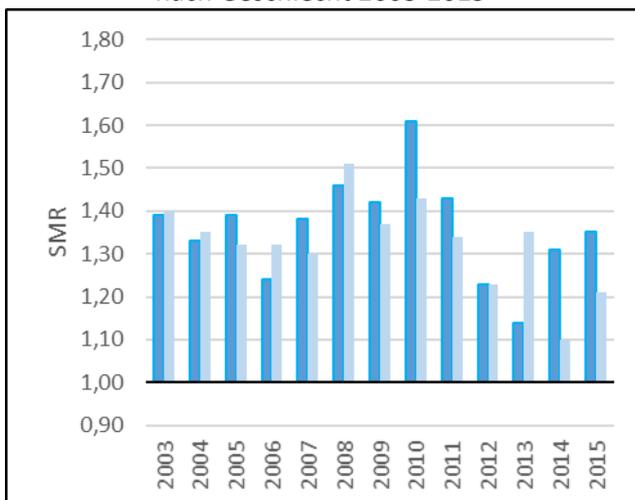


Bochum männlich    Bochum weiblich  
NRW männlich    NRW weiblich

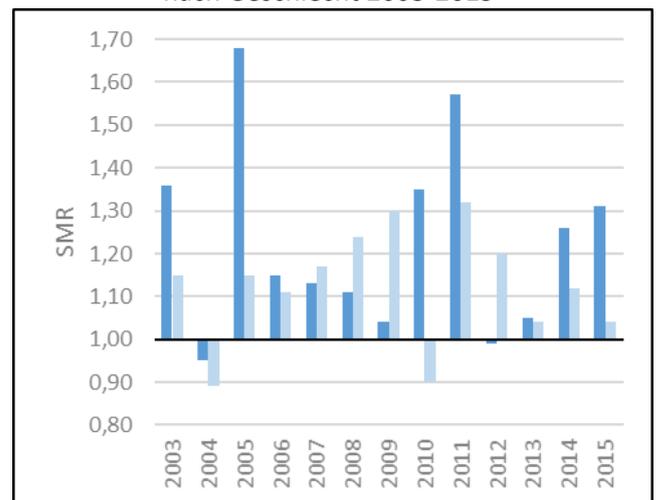
Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

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 2003-2015**



**Abb. 38 Sterbefälle wegen Lebererkrankungen nach Geschlecht 2003-2015**



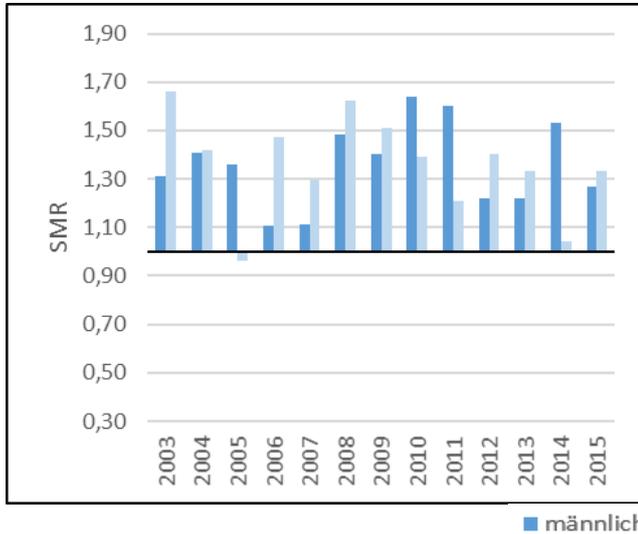
■ männlich    ■ weiblich

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

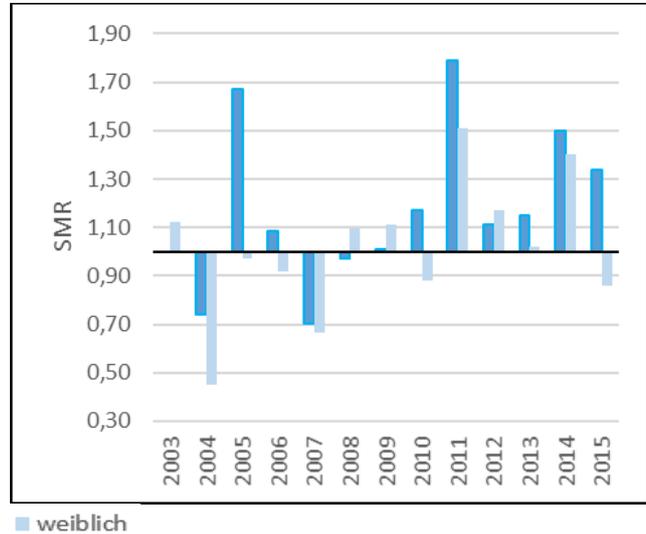
Bei den Krankenhausfällen wegen alkoholischer Lebererkrankungen waren meist ebenfalls signifikant erhöhte Werte zu beobachten. Die Werte schwanken, ein Trend ist nicht zu identifizieren (Abb. 39). Die Häufigkeit

der Sterbefälle unterliegt in Bochum ebenfalls großen Schwankungen. Eine Signifikanz ist jedoch nur 2005, 2011 und 2014 erkennbar. Das Jahr 2015 präsentiert sich unauffällig mit nicht signifikant erhöhten Werten bei Männern und Frauen (Abb. 40).

**Abb. 39 Krankenhausfälle wegen alkoholischer Lebererkrankung nach Geschlecht 2003-2015**



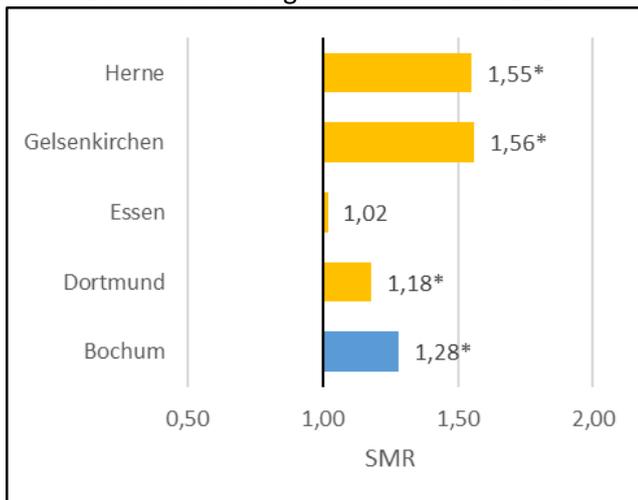
**Abb. 40 Sterbefälle wegen alkoholischer Lebererkrankung nach Geschlecht 2003-2015**



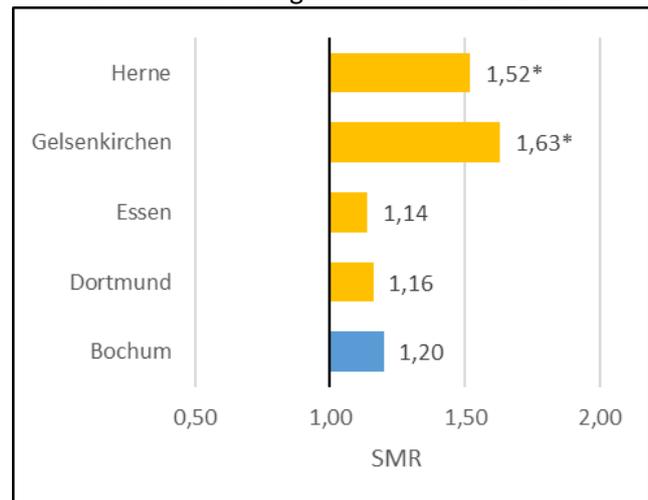
Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Mit Ausnahme von Essen wiesen die anderen Nachbarstädte Bochums bei den Krankenhausfällen wegen Lebererkrankungen signifikante erhöhte SMR-Werte auf (Abb. 41). Bei den Sterbefällen waren 2015 nur in Gelsenkirchen und Essen signifikante Abweichungen nach oben festzustellen. Die anderen Vergleichskommunen weisen keine Signifikanz auf (Abb. 42).

**Abb. 41 Krankenhausfälle wegen Lebererkrankungen Bochum und Vergleichskommunen 2015**



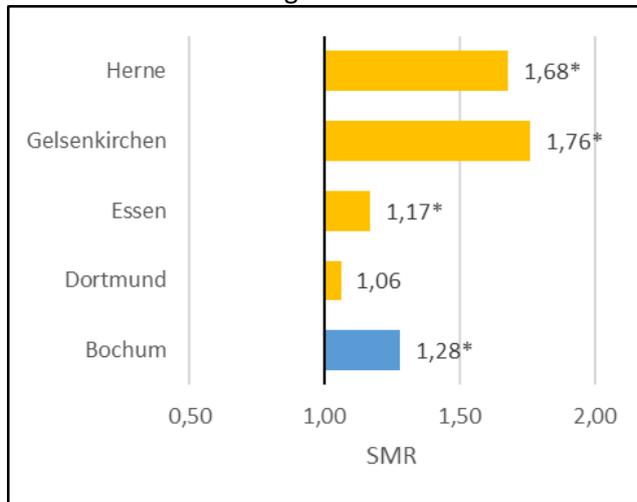
**Abb. 42 Sterbefälle wegen Lebererkrankungen Bochum und Vergleichskommunen 2015**



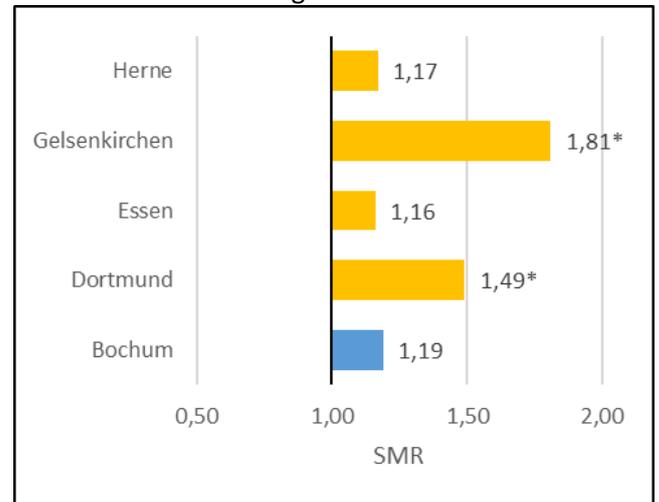
Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Auch bei Krankenhausfällen wegen alkoholischer Lebererkrankungen präsentierten sich 2015 mit Ausnahme von Dortmund alle Vergleichskommunen mit signifikant erhöhten Werten. (Abb. 43). Doch gerade in Dortmund lag die SMR der Sterbefälle wegen alkoholischer Lebererkrankung signifikant über dem Landeswert, zusammen mit Gelsenkirchen. Dort war 2015 die größte Abweichung zu beobachten (Abb. 44).

**Abb. 43 Krankenhausfälle  
wegen alkoholischer Lebererkrankung  
Bochum und Vergleichskommunen 2015**



**Abb. 44 Sterbefälle  
wegen alkoholischer Lebererkrankung  
Bochum und Vergleichskommunen 2015**



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

**Zusammenfassung 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.

**Interventionsbedarf:** Überprüfung und Absicherung der bestehenden 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 der 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 Folgeerkrankungen 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.

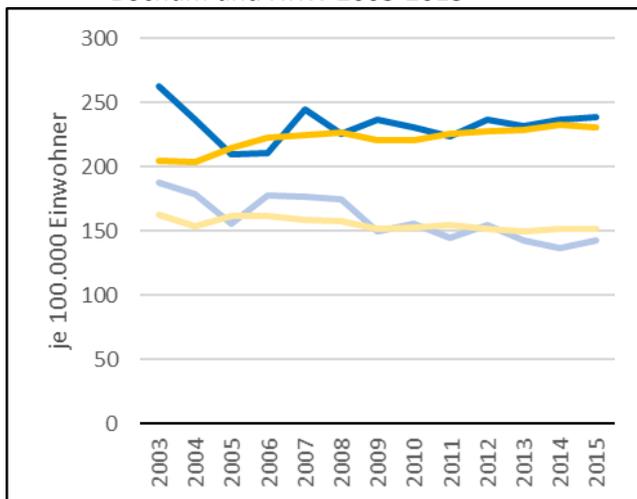
Übergewicht und Bewegungsmangel begünstigen die Entstehung von Typ-2-Diabetes. Entsprechend kann durch gesunde Ernährung und Bewegung die Entstehung der Krankheit verhindert oder ihr Verlauf gemildert werden.

Diabetes mellitus Typ 2 tritt häufiger bei Personen mit einem niedrigen Sozialstatus auf. Der Spezialgesundheitsbericht Bochum 2014 Armut und Gesundheit stellt dar, dass Diabetes mellitus in Kommunen mit einem hohen Anteil sozial benachteiligter Bevölkerung verstärkt vorkommt (Stadt Bochum, Armut und Gesundheit. Spezialgesundheitsbericht Bochum 2014, 93f.)

Bei der Interpretation der Werte ist zu berücksichtigen, dass Diabetes hauptsächlich ambulant behandelt wird. Es ist also davon auszugehen, dass die tatsächliche Zahl der Erkrankten viel höher ausfällt.

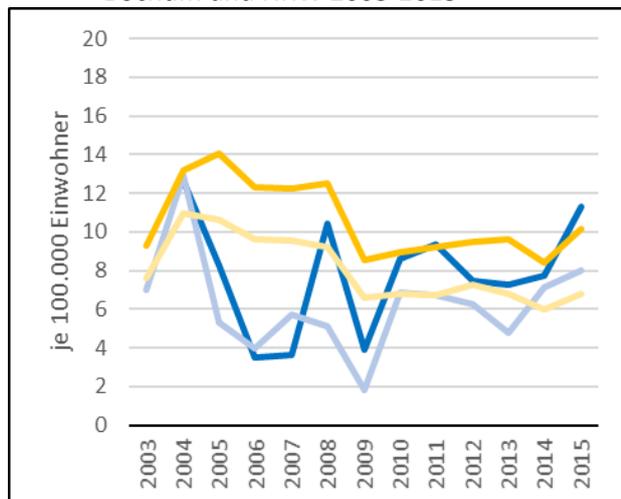
**Abb. 45 Krankenhausfälle wegen Diabetes mellitus**

je 100.000 Ew. nach Geschlecht  
Bochum und NRW 2003-2015



**Abb. 46 Sterbefälle wegen Diabetes mellitus**

je 100.000 Ew. nach Geschlecht  
Bochum und NRW 2003-2015



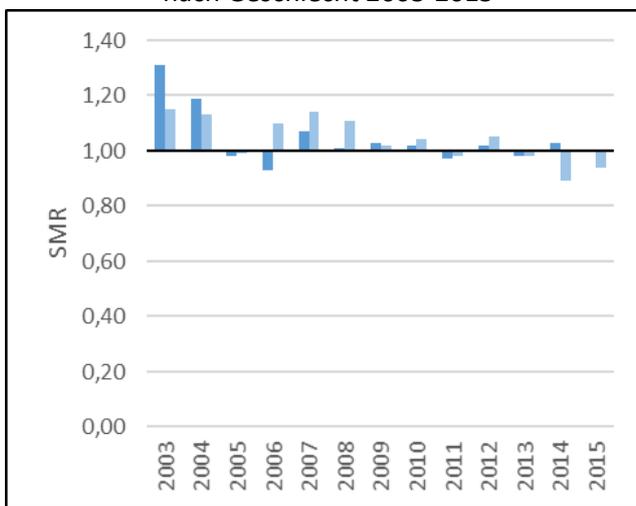
— Bochum männlich — Bochum weiblich  
— NRW männlich — NRW weiblich

Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

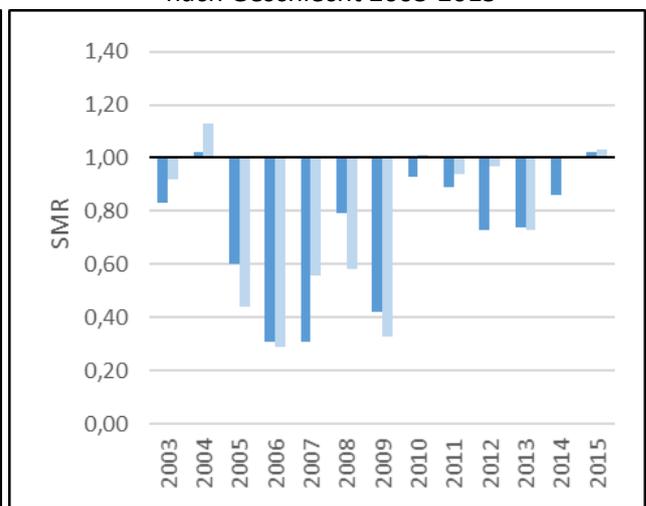
**Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:**

In Bochum wurden im Jahre 2015 943 Personen wegen Diabetes mellitus stationär behandelt, davon waren ca. 43% Frauen. 73 Personen verstarben an dieser Erkrankung. Hierbei war es ein Anteil von 56% Frauen. Im Beobachtungszeitraum bewegte sich die Zahl der Krankenhausfälle je 100.000 Ew. 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). Seit 2009 wichen die Krankenhausfälle wegen Diabetes mellitus nicht mehr nennenswert vom Landeswert ab, abgesehen von den Werten für die weibliche Bevölkerung die 2013 und 2014 signifikant unter dem Landeswert lagen (Abb. 47). Die Sterbefälle wegen Diabetes mellitus waren in Bochum 2005 bis 2009 deutlich seltener als in Nordrhein-Westfalen (Abb. 46). Seit 2010 waren keine signifikanten Abweichungen mehr zu beobachten (Abb. 48).

**Abb. 47 Krankenhausfälle wegen Diabetes mellitus nach Geschlecht 2003-2015**



**Abb. 48 Sterbefälle wegen Diabetes mellitus nach Geschlecht 2003-2015**



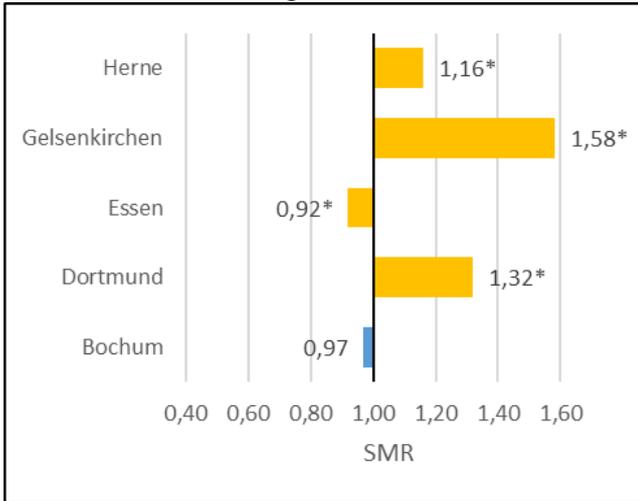
■ männlich ■ weiblich

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

In den Vergleichskommunen waren im Jahre 2015 die Krankenhausfälle wegen Diabetes mellitus in Dortmund, Herne und Gelsenkirchen signifikant erhöht. Essen wies einen signifikant unterdurchschnittlichen SMR auf und Bochum war unauffällig (Abb. 49). Bei den Sterbefällen lagen Gelsenkirchen, Bochum und Herne über dem Landeswert, die Abweichungen waren jedoch insignifikant. Essen wies eine signifikante Abweichung nach unten auf (Abb. 50).

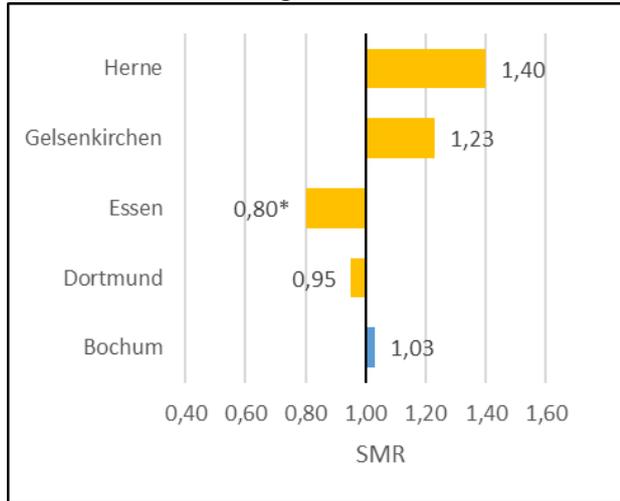
**Abb. 49 Krankenhausfälle  
wegen Diabetes mellitus**

Bochum und Vergleichskommunen 2015



**Abb. 50 Sterbefälle  
wegen Diabetes mellitus**

Bochum und Vergleichskommunen 2015



■ männlich ■ weiblich

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

**Zusammenfassung Diabetes mellitus:**

In Bochum zeigte die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte wegen Diabetes mellitus zuletzt keine große Abweichung vom Landeswert.

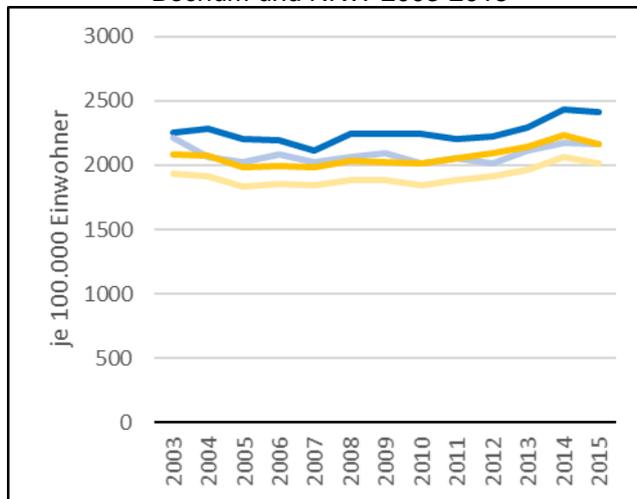
**Interventionsbedarf:** Nein

## 5.4 Erkrankungen des Verdauungssystems

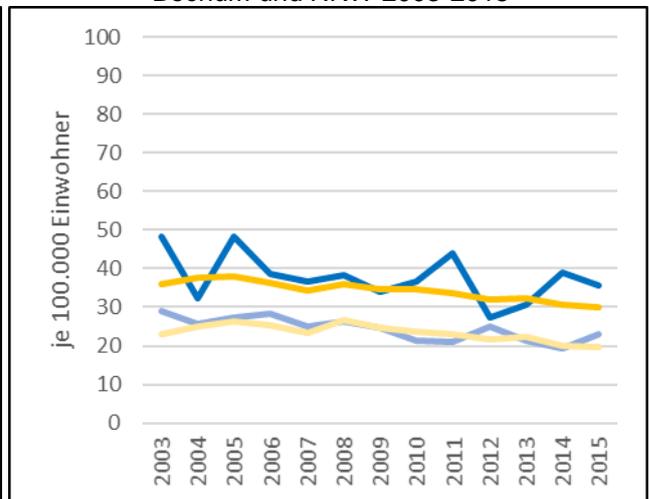
Krankheiten des Verdauungssystems, insbesondere Gastritis, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre sind in Deutschland weit verbreitet. Sie können z. T. zu lebensbedrohlichen Zuständen führen (RKI 2013) und beeinträchtigen das Wohlbefinden der Betroffenen in erheblichem Maße. Krankheiten des Verdauungssystems 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. Daneben entstehen Erkrankungen des Verdauungssystems auch als Nebenwirkung medikamentöser Therapien.

**Abb. 51 Krankenhausfälle wegen Krankheiten des Verdauungssystems je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**



**Abb. 52 Sterbefälle wegen Krankheiten des Verdauungssystems je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**



— Bochum männlich    — Bochum weiblich  
— NRW männlich    — NRW weiblich  
Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

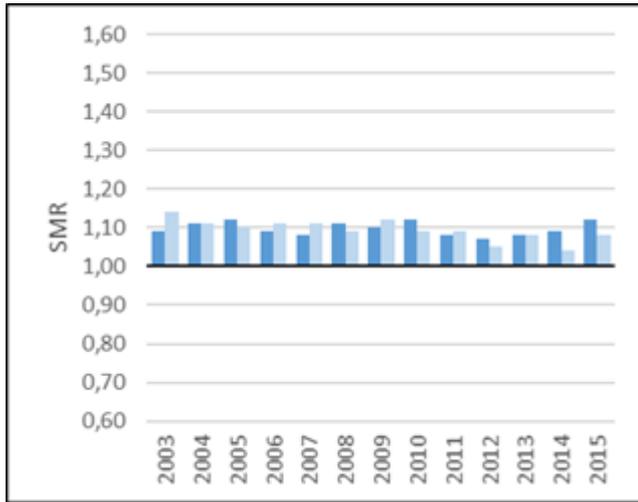
### Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

Erkrankungen des Verdauungssystems werden häufig ambulant behandelt. In NRW machten sie 2015 gut 25% aller Behandlungsanlässe in hausärztlichen Praxen aus.

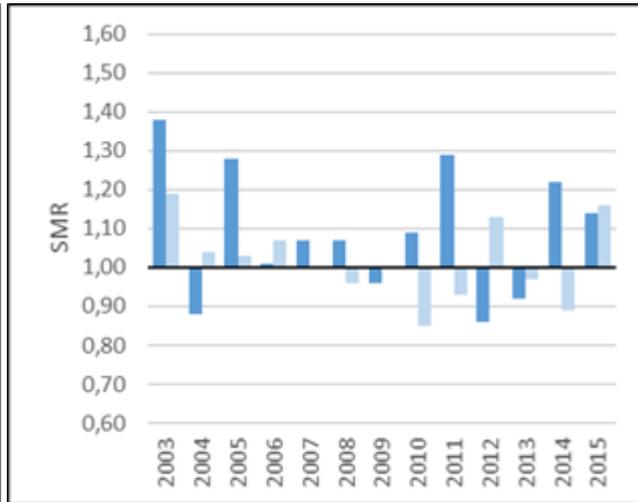
In Bochum wurden im Jahre 2015 10.618 Personen wegen Erkrankungen des Verdauungssystems stationär behandelt, etwa die Hälfte davon waren Frauen. 204 Personen verstarben an diesen Erkrankungen. Bei den Verstorbenen lag der Anteil der Frauen in diesem Jahr bei 53%.

Im gesamten Berichtszeitraum bewegte sich die Zahl der Krankenhausfälle je 100.000 Ew. 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%, von 2010 bis 2014 war ein leichter Rückgang der Abweichung erkennbar. (Abb. 53). Zuletzt (2015) lagen die Krankenhausfälle jedoch wieder signifikant (ca. 10%) über dem Landeswert.

**Abb. 53 Krankenhausfälle wegen Krankheiten des Verdauungssystems nach Geschlecht 2003-2015**



**Abb. 54 Sterbefälle wegen Krankheiten des Verdauungssystems nach Geschlecht 2003-2015**



■ männlich ■ weiblich

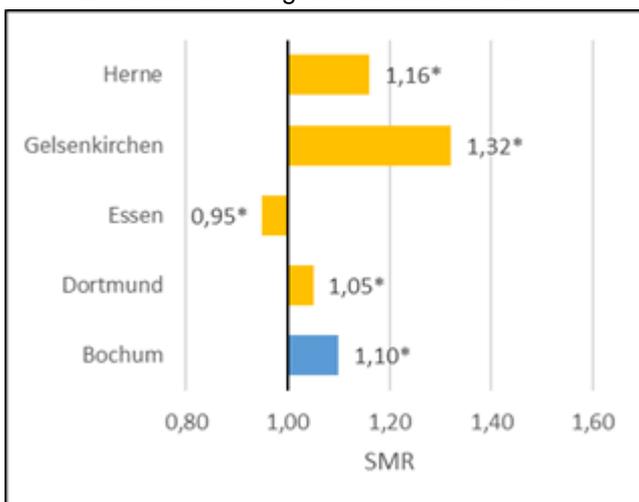
Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

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

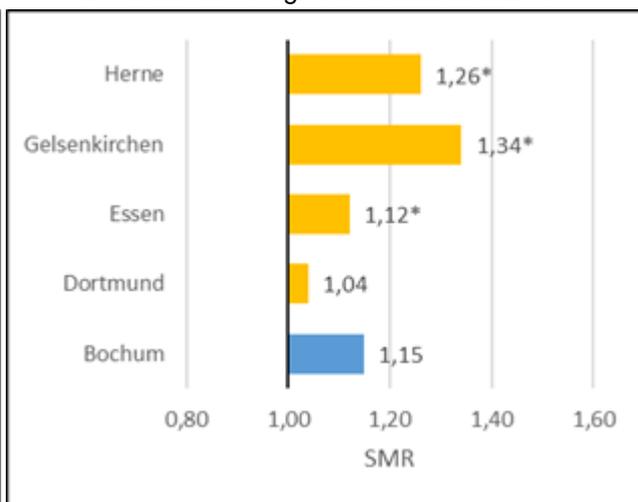
In allen Vergleichskommunen, bis auf Essen, waren im Jahre 2015 die Krankenhausfälle wegen Erkrankungen des Verdauungssystems signifikant erhöht. In Gelsenkirchen war mit 32% die mit Abstand deutlichste Abweichung erkennbar. In Essen lag die SMR signifikant unter dem Landeswert (Abb. 55).

Bei den Sterbefällen wiesen Dortmund und Bochum nur insignifikante Abweichungen auf; in Herne, Gelsenkirchen und Essen lagen mit Abweichungen von bis zu 34% deutlich über dem Landesschnitt (Abb. 56).

**Abb. 55 Krankenhausfälle wegen Krankheiten des Verdauungssystems Bochum und Vergleichskommunen 2015**



**Abb. 56 Sterbefälle wegen Krankheiten des Verdauungssystems Bochum und Vergleichskommunen 2015**



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

**Zusammenfassung Erkrankungen des Verdauungssystems:**

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.

**Interventionsbedarf:** Nein

## 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.

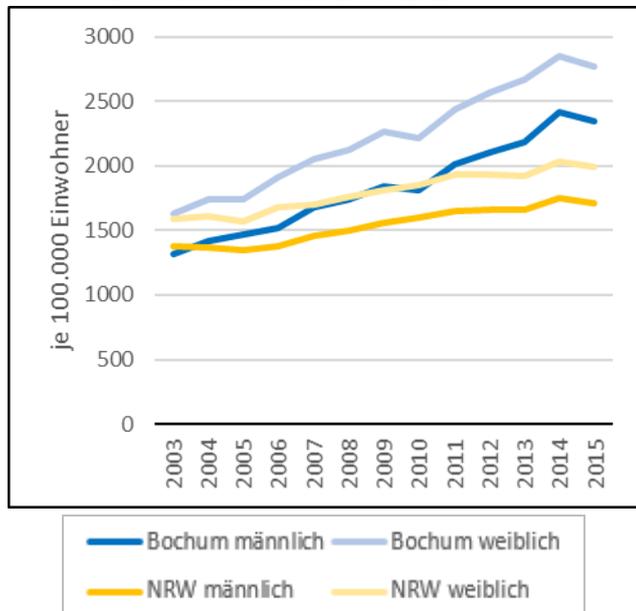
Die Beschwerden, die durch Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe erzeugt werden, reichen von geringfügigen Beeinträchtigungen des Wohlbefindens über leichte Schmerzen und bis hin zu schweren Krankheitsbildern. Häufig handelt es sich um chronische Krankheiten, die sich im Lauf der Zeit verschlimmern.

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 2003-2015**



Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

Im Jahre 2015 wurden in Bochum 12.408 Personen stationär wegen Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe behandelt. Ca. 60 % der Behandelten waren Frauen, 40 % Männer.

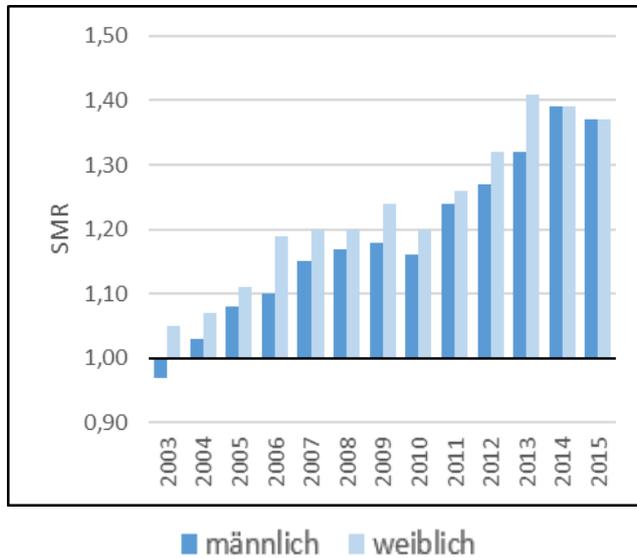
In Nordrhein-Westfalen nahmen die Krankenhausfälle wegen diesen Erkrankungen seit 2003 kontinuierlich zu. In Bochum ist ebenfalls ein kontinuierlicher Aufwärtstrend zu verzeichnen, jedoch in stärkerem Maße als in NRW. Anders als bei vielen anderen Erkrankungen wurden Frauen (sowohl in Bochum als auch in Nordrhein-Westfalen) durchweg häufiger wegen Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen stationär behandelt als Männer. 2015 kam es erstmalig seit 2010 wieder zu einem Absinken der Krankenhausfälle (Abb. 57).

Seit 2005 wichen in Bochum die Häufigkeiten der Krankenhausfälle bei beiden Geschlechtern signifikant nach oben ab. Zuletzt (2015) wurden sowohl Frauen wie auch Männer in Bochum 37% häufiger wegen dieser Erkrankung behandelt als in NRW (Abb. 58).

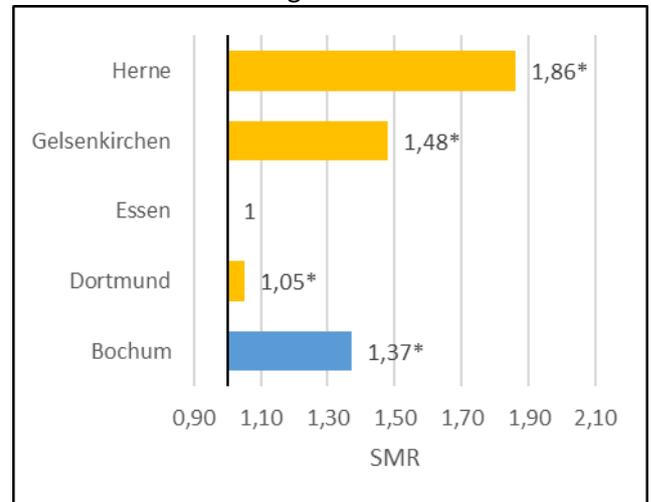
Neben Bochum waren 2015 auch in Gelsenkirchen und Herne die Krankenhausaufenthalte wegen

Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe eklatant erhöht. Dortmund wich demgegenüber nur geringfügig vom Landeswert ab und Essen lag sogar genau darauf (Abb. 59).

**Abb. 58 Krankenhausfälle wegen Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe nach Geschlecht 2003-2015**



**Abb. 59 Krankenhausfälle wegen Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe Bochum und Vergleichskommunen 2015**



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

**Zusammenfassung 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.

**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-/Kreislaufferkrankungen 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 ggf. 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.

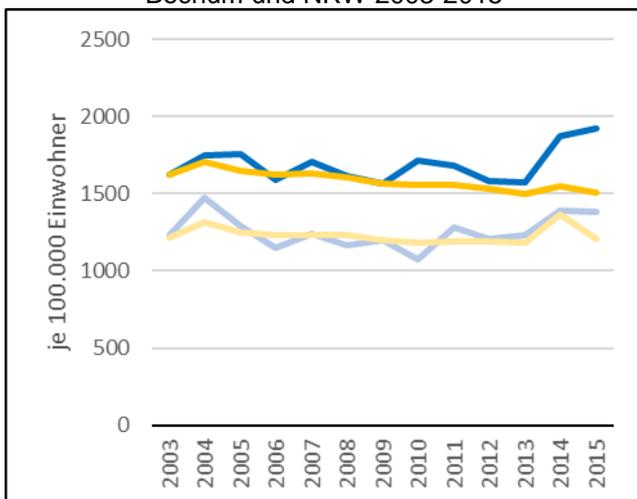
Neben den Krankenhaus- und Sterbefällen wegen bösartiger Neubildungen insgesamt werden hier konkret die bösartigen Neubildungen der Atemwege thematisiert. Bei bösartigen Neubildungen der Atemwege gibt es einen eindeutigen Zusammenhang mit dem Konsum von Zigaretten. Hier gibt es gute Möglichkeiten den 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:

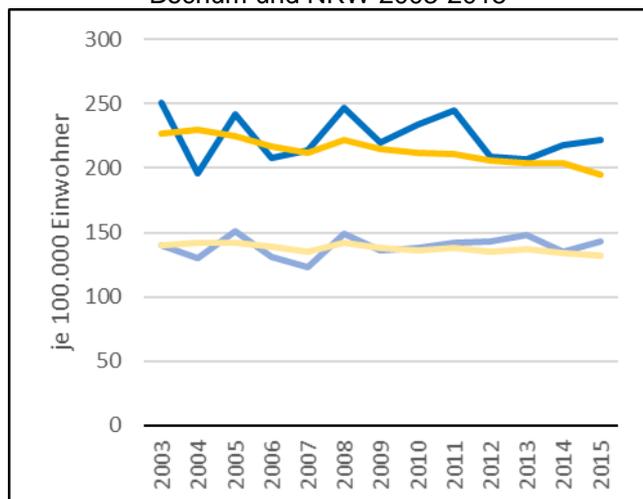
In Bochum wurden im Jahr 2015 8.966 Personen wegen bösartiger Neubildungen stationär behandelt, 4.917 davon waren Männer, 4.049 Frauen. Im gleichen Jahr verstarben 1.203 Personen an der Erkrankung (643 Männer, 560 Frauen).

Bösartige Neubildungen der Atemwege führten in 1.608 Fällen zu Krankenhausaufenthalten. Davon waren 1.009 Männer, 599 Frauen. An bösartigen Neubildungen der Atemwege verstarben 2015 insgesamt 286 Personen (181 Männer und 105 Frauen).

**Abb. 60 Krankenhausfälle wegen bösartiger Neubildungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**



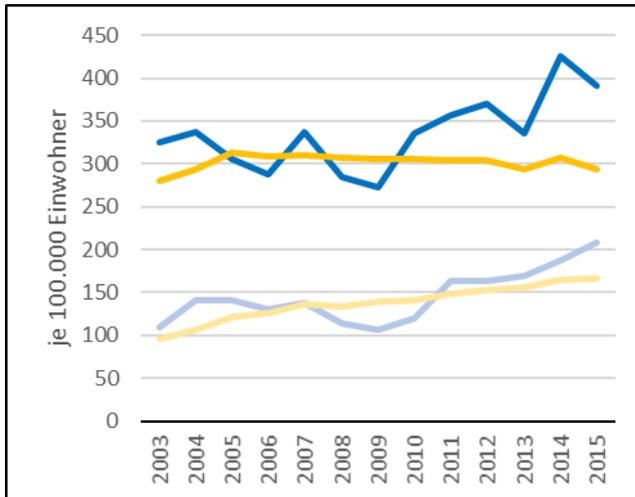
**Abb. 61 Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**



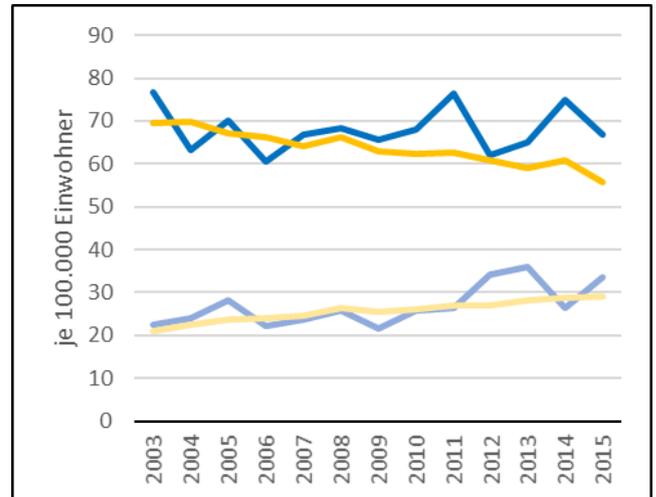
— Bochum männlich — Bochum weiblich  
 — NRW männlich — NRW weiblich

Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

**Abb. 62 Krankenhausfälle wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**



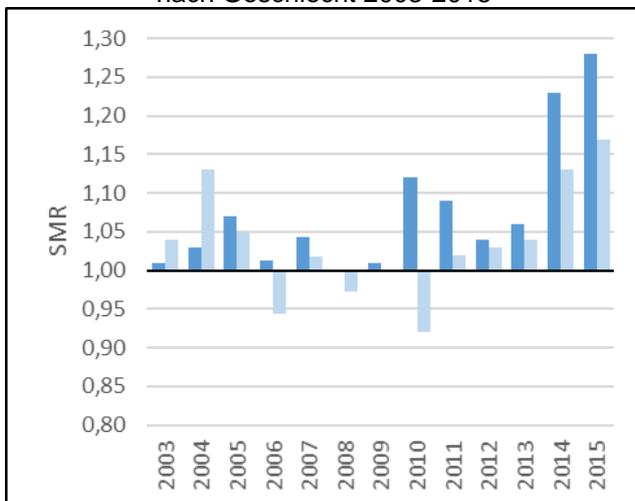
**Abb. 63 Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**



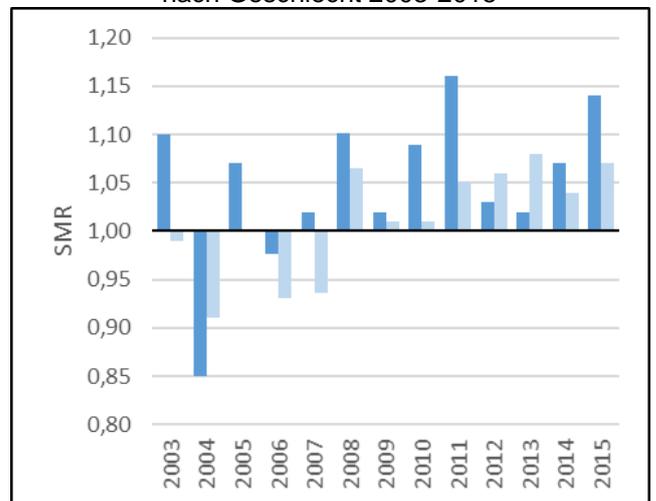
— Bochum männlich    — Bochum weiblich  
— NRW männlich    — NRW weiblich  
 Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

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 war 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 Beobachtungszeitraum die Zahl der Krankenhaus- ebenso wie der Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen um die Landeswerte. Allerdings lag die Zahl der Krankenhausaufenthalte von Männern seit 2010 und für Frauen sei 2013 jährlich signifikant über dem NRW Schnitt (Abb. 60 und 61). Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den Krankenhaus- und Sterbefällen aufgrund von bösartigen Neubildungen der Atemwege. Auch hier schwankten die Bochumer Fallzahlen um den Landeswert, doch seit 2009 lag die männliche Bevölkerung jährlich signifikant über dem Landesschnitt (Abb. 62 und 63).

**Abb. 64 Krankenhausfälle wegen bösartiger Neubildungen nach Geschlecht 2003-2015**



**Abb. 65 Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen nach Geschlecht 2003-2015**

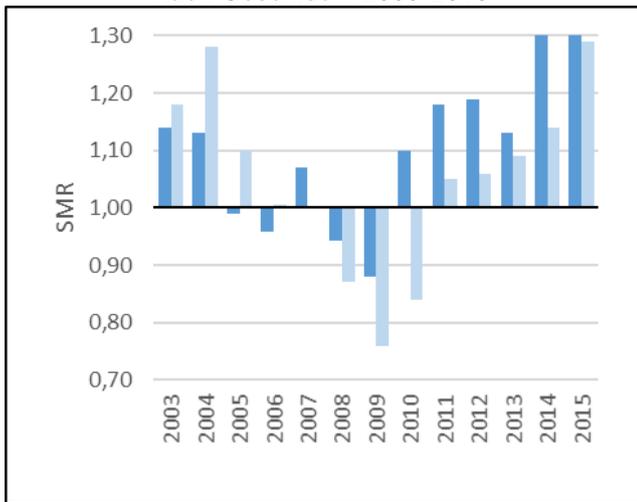


■ männlich    ■ weiblich

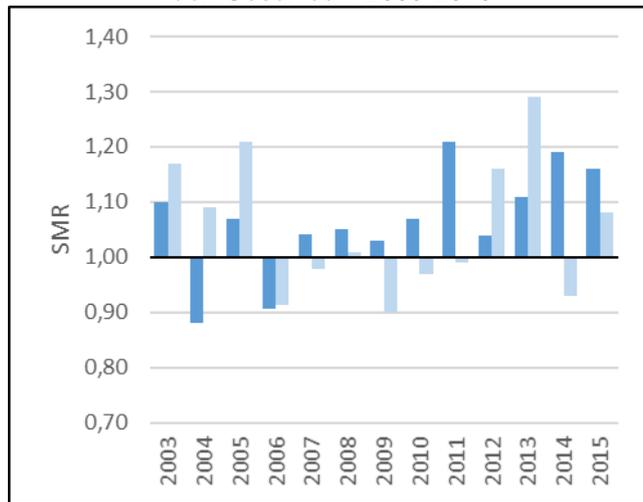
Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Dieses Bild bestätigt sich bei der geschlechterspezifischen Betrachtung anhand der SMR (Abb. 64 bis 67). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ließen sich z.T. erhebliche Schwankungen feststellen. 2015 wichen die SMR der Männer und Frauen bei Krankenhausaufenthalten sowohl wegen bösartiger Neubildungen allgemein, wie auch denen der Atemwege signifikant vom Landesschnitt ab. Bei den Sterbefällen gab es für beide Kategorien nur unter der männlichen Bevölkerung signifikant erhöhte Werte.

**Abb. 66 Krankenhaufälle wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege nach Geschlecht 2003-2015**



**Abb. 67 Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege nach Geschlecht 2003-2015**

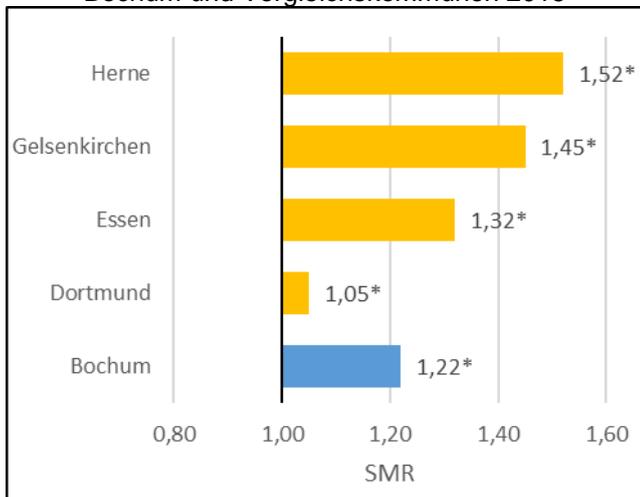


■ männlich ■ weiblich

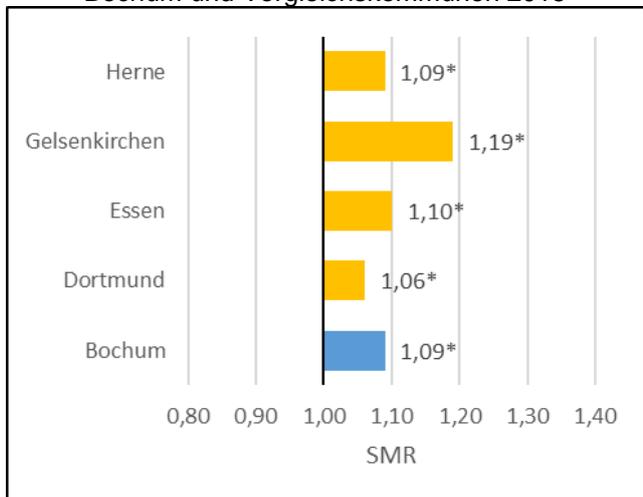
Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Alle Vergleichskommunen wiesen 2015 sowohl bei Krankenhaufällen wegen bösartiger Neubildungen als auch bei denen wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege signifikante Abweichungen auf. Allerdings unterschied sich das Niveau dieser Abweichungen zwischen den Kommunen erheblich und erreichte bei den bösartigen Neubildungen der Atemwege in Gelsenkirchen und Herne mit 119 bzw. 103% erheblich höhere Werte als in Bochum mit 31% (Abb. 68 und 70). Auch bei den Sterbefällen überwogen Abweichungen nach oben, die in Bochum nur für die bösartigen Neubildungen der Atemwege signifikant waren (Abb. 69 und 71).

**Abb. 68 Krankenhaufälle wegen bösartiger Neubildungen Bochum und Vergleichskommunen 2015**

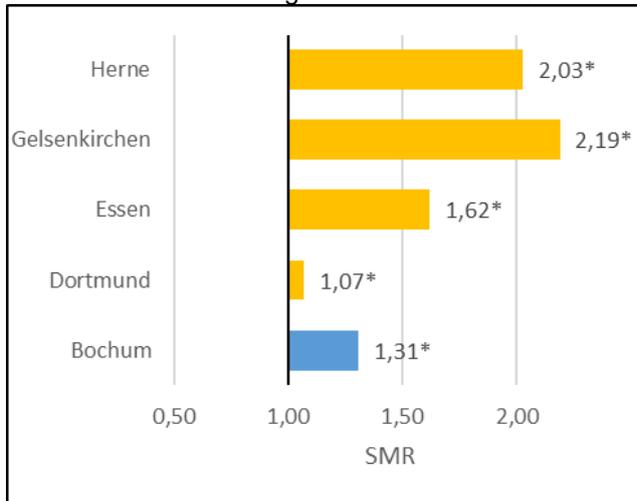


**Abb. 69 Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen Bochum und Vergleichskommunen 2015**

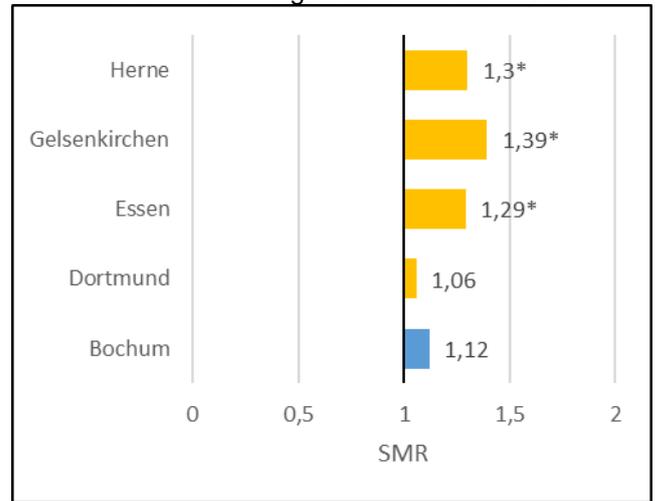


Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

**Abb. 70 Krankenhausfälle wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege Bochum und Vergleichskommunen 2015**



**Abb. 71 Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege Bochum und Vergleichskommunen 2015**



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

**Zusammenfassung Bösartige Neubildungen:**

Im Berichtszeitraum lässt sich 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.

**Interventionsbedarf:** Nein

## 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.

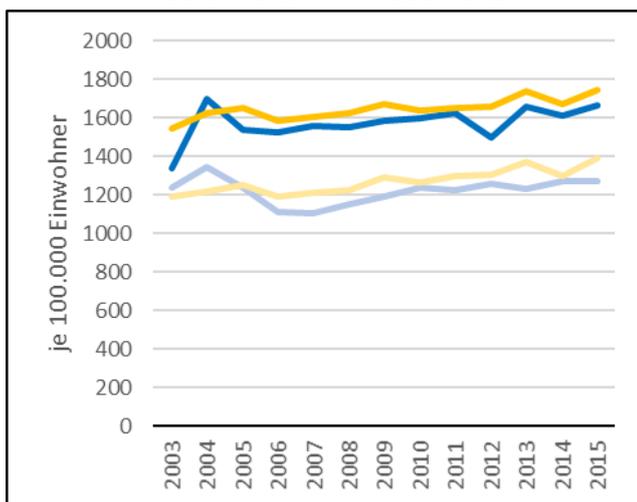
Einen dritten Ursachenkomplex bilden Fehlsteuerungen der körpereigenen Abwehr angesichts körperfremder Stoffe (Allergien).

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.

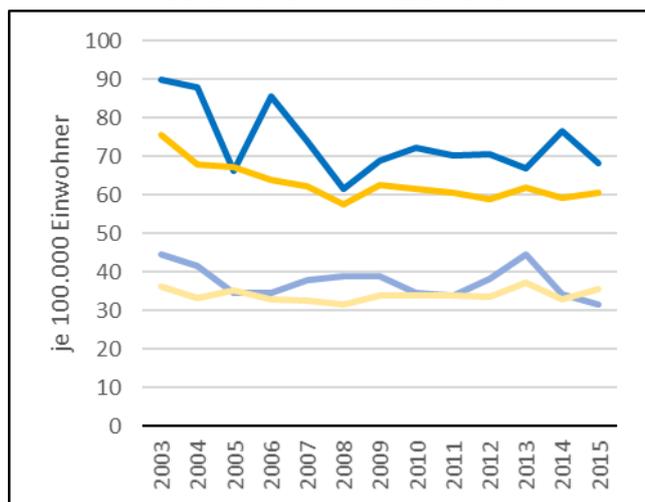
Da Atemwegserkrankungen insbesondere dann gravierende Einschränkungen für die Betroffenen haben, wenn sie chronisch werden, wird der Bereich der chronischen Atemwegserkrankungen hier gesondert betrachtet.

### Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

**Abb. 72 Krankenhausfälle wegen Atemwegserkrankungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**



**Abb. 73 Sterbefälle wegen Atemwegserkrankungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**



Bochum männlich    Bochum weiblich  
 NRW männlich    NRW weiblich

Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

In Bochum wurden 2015 insgesamt 6.175 Personen wegen Atemwegserkrankungen stationär im Krankenhaus behandelt. Ca. 46% davon waren Frauen, 54% Männer. Im gleichen Zeitraum starben 377 Personen an diesen Erkrankungen: 159 Frauen und 218 Männer.

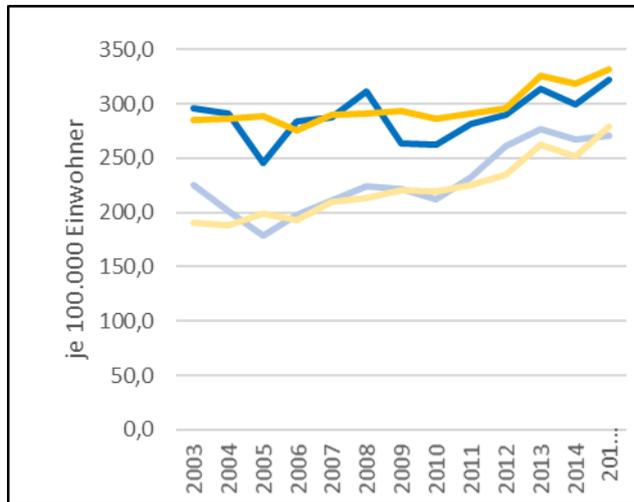
Etwa jeder vierte Krankenhausaufenthalt wegen Atemwegserkrankungen in Bochum war 2015 durch ein chronisches Leiden bedingt. Bei den Sterbefällen war sogar fast die Hälfte durch chronische Atemwegserkrankungen verursacht.

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

In Bochum verlief die Entwicklung der Krankenhaus- und Sterbefälle sowohl bei den Atemwegserkrankungen insgesamt als auch bei den chronischen Atemwegserkrankungen uneinheitlich, entsprach tendenziell aber der Entwicklung auf Landesebene.

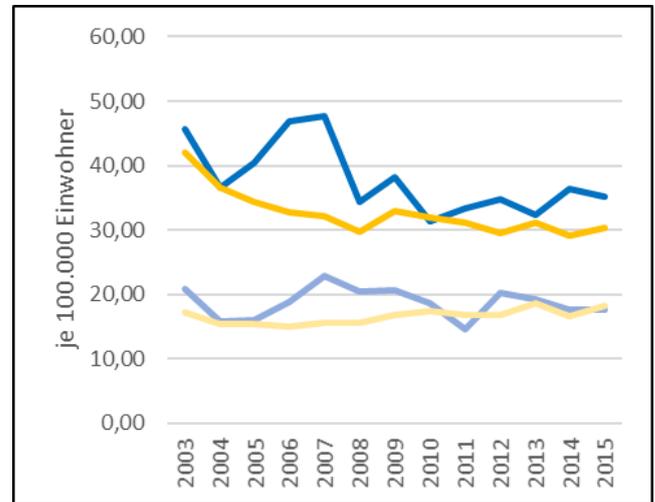
**Abb. 74 Krankenhausaufenthalte wegen chronischer Atemwegserkrankungen**

je 100.000 Ew. nach Geschlecht  
Bochum und NRW 2003-2015



**Abb. 75 Sterbefälle wegen chronischer Atemwegserkrankungen**

je 100.000 Ew. nach Geschlecht  
Bochum und NRW 2003-2015

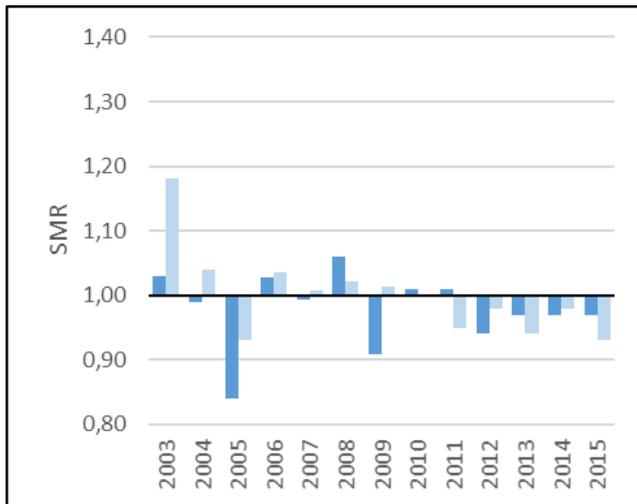


Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

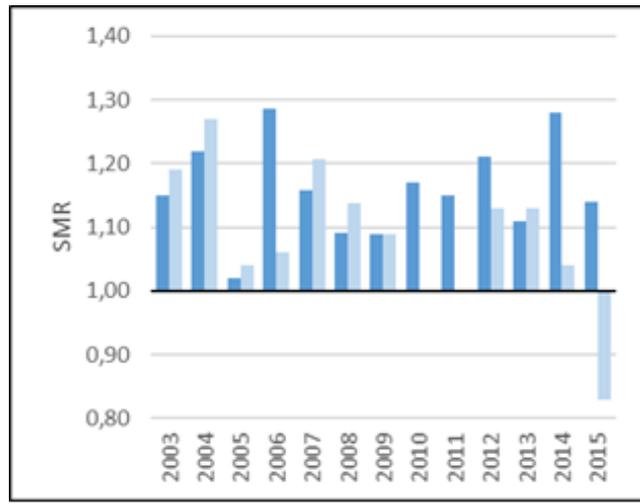
Seit 2006 wich die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten wegen Atemwegserkrankungen insgesamt in Bochum nur noch unwesentlich vom Landeswert ab und lag 2015 bei den Frauen signifikant darunter (Abb. 76). Die Häufigkeit der Sterbefälle war im Berichtszeitraum mit Ausnahme des Jahres 2005 zumindest bei einem der beiden Geschlechter erhöht, jedoch nicht immer signifikant. Seit 2010 zeigten sich bei den Männern in Bochum wieder deutlich erhöhte Werte, 2015 lagen sie mit 14% jedoch im insignifikanten Bereich. Der Wert der Frauen fiel 2015 erstmals seit Darstellungsbeginn unter den Landeswert (Abb. 77).

Die chronischen Atemwegserkrankungen unterlagen im Berichtszeitraum starken Schwankungen. Zuletzt lagen sie bei beiden Geschlechtern 2% unter 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). Abgesehen von 2014 wichen die SMR seit 2010 nicht mehr signifikant von denen des Landes ab (Abb. 79).

**Abb. 76 Krankenhausfälle wegen Atemwegserkrankungen nach Geschlecht 2003-2015**



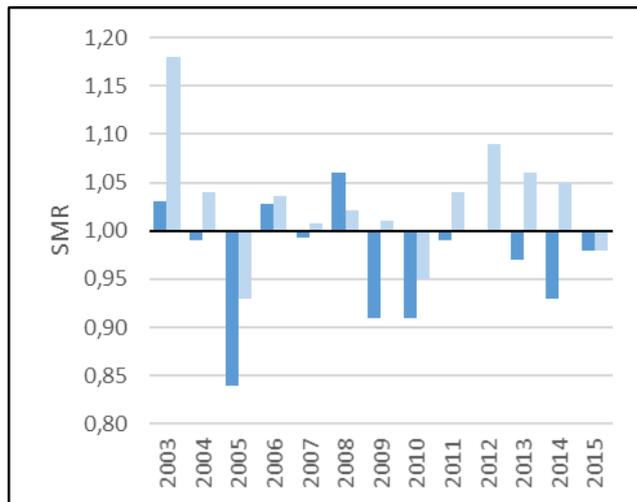
**Abb. 77 Sterbefälle wegen Atemwegserkrankungen nach Geschlecht 2003-2015**



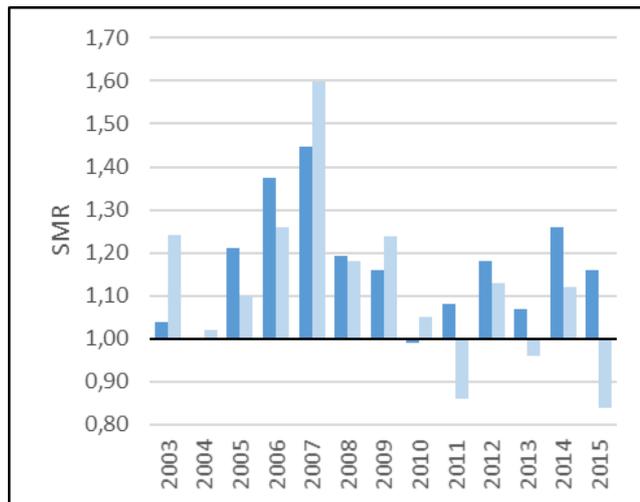
■ männlich ■ weiblich

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

**Abb. 78 Krankenhausfälle wegen chronischer Atemwegserkrankungen nach Geschlecht 2003-2015**



**Abb. 79 Sterbefälle wegen chronischer Atemwegserkrankungen nach Geschlecht 2003-2015**



■ männlich ■ weiblich

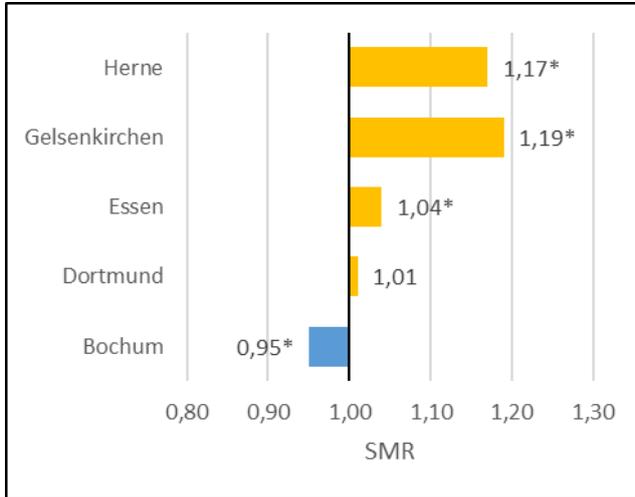
Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Im interkommunalen Vergleich lag Bochum bei den Krankenhausfällen für Atemwegserkrankungen insgesamt als einzige der Vergleichskommunen signifikant unter dem Landeswert. Essen, Gelsenkirchen und Herne lagen signifikant darüber. Dortmund blieb unauffällig. Die deutlichste Abweichung (19%) zeigte sich 2015 in Gelsenkirchen (Abb. 80). Bei der Gesamthäufigkeit der Sterbefälle lagen Essen, Gelsenkirchen und Dortmund signifikant über dem NRW-Wert. Bochum, das 2014 mit 16% noch stark nach oben abwich, lag 2015 mit 2% unter dem Landeswert. Herne blieb unauffällig (Abb. 81).

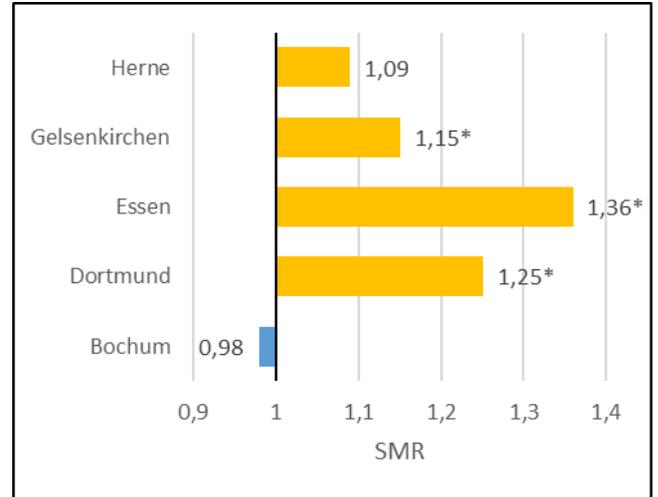
Auch bei den Krankenhausfällen wegen chronischer Atemwegserkrankungen wiesen alle Vergleichskommunen bis auf Bochum im Jahre 2015 Werte signifikant über dem des Landes auf. Der Grad der Abweichung variierte erheblich zwischen 5% bei Essen, bis 44% bei Gelsenkirchen (Abb. 82). Bei den Sterbefällen zeig-

ten sich deutliche Unterschiede zwischen den Vergleichskommunen. Signifikant erhöhte Werte wiesen Essen und Dortmund auf (Abb. 83).

**Abb. 80 Krankenhaufälle wegen Atemwegserkrankungen**  
Bochum und Vergleichskommunen 2015

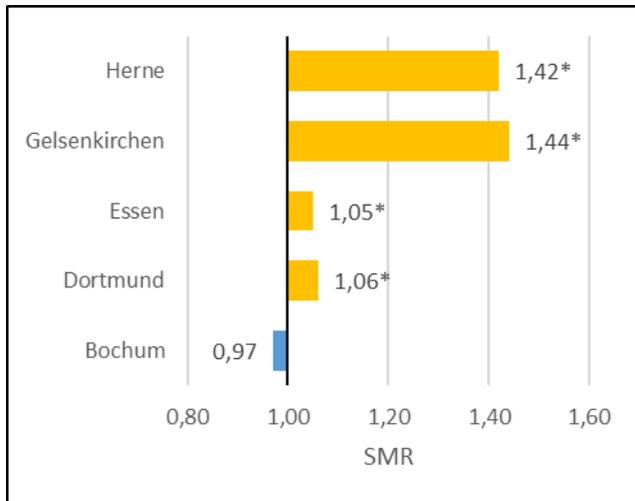


**Abb. 81 Sterbefälle wegen Atemwegserkrankungen**  
Bochum und Vergleichskommunen 2015

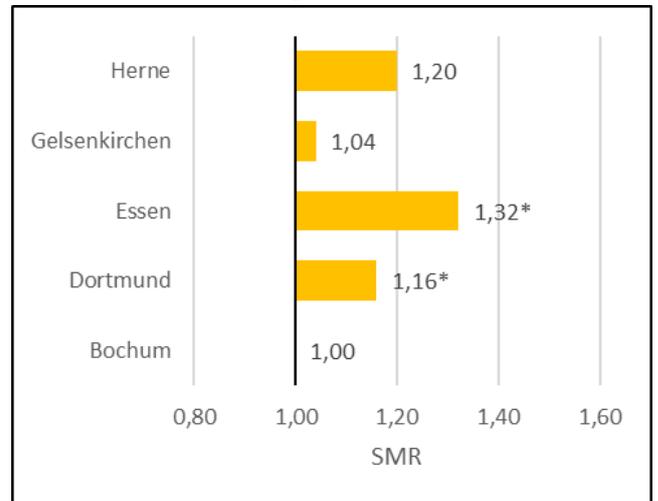


Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

**Abb. 82 Krankenhaufälle wegen chronischer Atemwegserkrankungen**  
Bochum und Vergleichskommunen 2015



**Abb. 83 Sterbefälle wegen chronischer Atemwegserkrankungen**  
Bochum und Vergleichskommunen 2015



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

**Zusammenfassung Krankheiten der Atemwege:**

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. Insgesamt ergibt sich für Bochum ein uneinheitliches und im Vergleich zu den umliegenden Städten günstiges Bild.

**Interventionsbedarf:** Nein

## 5.8 Verletzungen und Vergiftungen

Verletzungen bilden eine häufige Ursache ambulanter und stationärer Behandlung. Sie führen häufig zu Arbeits-, 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 Lebensjahre<sup>6</sup> infolge von Unfällen ist größer als die durch Krebs- und Herz-/Kreislaufkrankungen.<sup>7</sup>

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

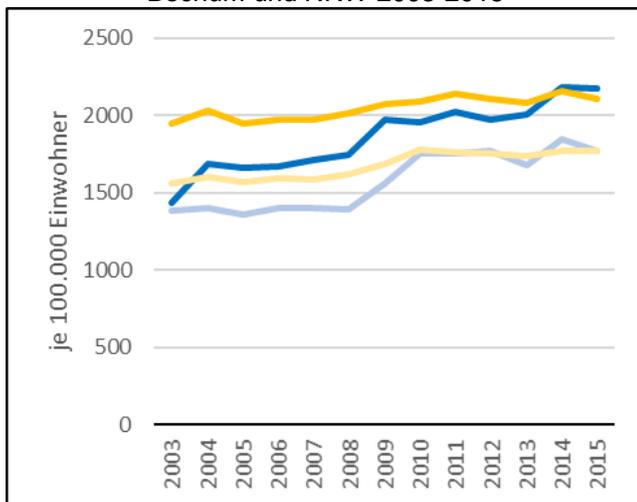
Die meisten Verletzungen und Vergiftungen können durch sorgsamem Umgang mit giftigen Stoffen oder gefährlichen Gegenständen und durch umsichtiges, gefahrenbewusstes Verhalten vermieden werden.

### Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

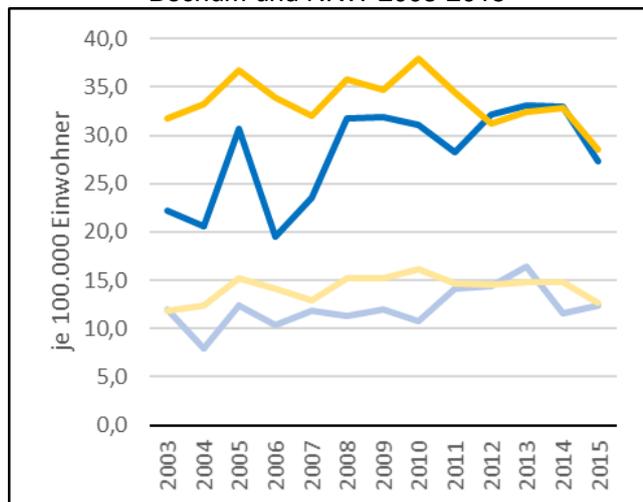
In Bochum wurden 2015 insgesamt 9.400 Personen (5.181 Frauen, 4.219 Männer) wegen Verletzungen und Vergiftungen stationär behandelt. Im selben Jahr verstarben daran 125 Personen (55 Frauen und 70 Männer).

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. 84 Krankenhausfälle wegen Verletzungen und Vergiftungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**



**Abb. 85 Sterbefälle wegen Verletzungen und Vergiftungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**



— Bochum männlich — Bochum weiblich  
— NRW männlich — NRW weiblich

Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

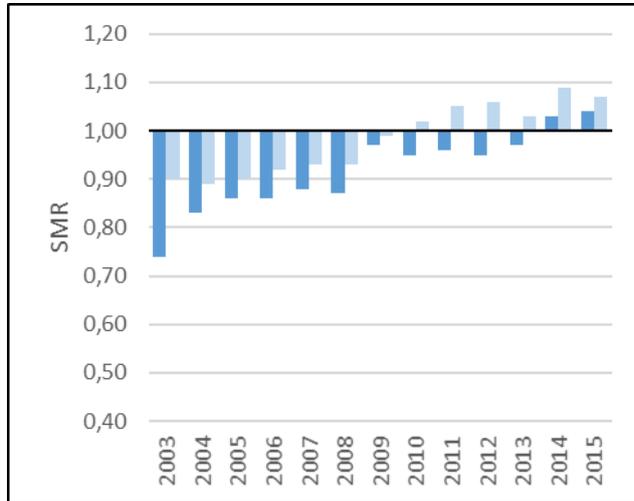
Die Anzahl der Krankenhaus- und Sterbefälle lag in Bochum zu Beginn des Berichtszeitraumes 2003 zunächst deutlich unter der von Nordrhein-Westfalen. Bis 2008 waren die Krankenhausfälle signifikant unterdurchschnittlich, 2009 und 2010 wichen sie nur noch insignifikant vom Landeswert ab. In den Jahren 2014 und 2015 wiesen beide Geschlechter signifikant überdurchschnittliche Werte auf (Abb. 86). Bei den Sterbe-

<sup>6</sup> *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 (Robert Koch-Institut 2011b).

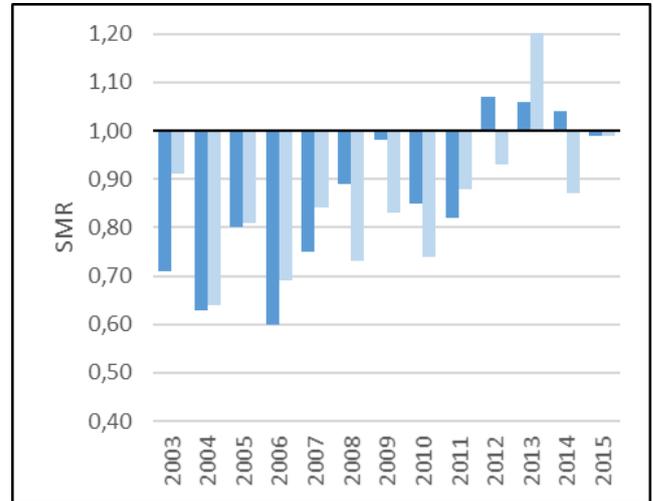
<sup>7</sup> Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003c)

fällen näherten sich die Werte Bochums ebenfalls an die Landeswerte an, blieben jedoch ab 2011 mit einer Ausnahme insignifikant (Abb. 87).

**Abb. 86 Krankenhaufälle wegen Verletzungen und Vergiftungen nach Geschlecht 2003-2015**



**Abb. 87 Sterbefälle wegen Verletzungen und Vergiftungen nach Geschlecht 2003-2015**

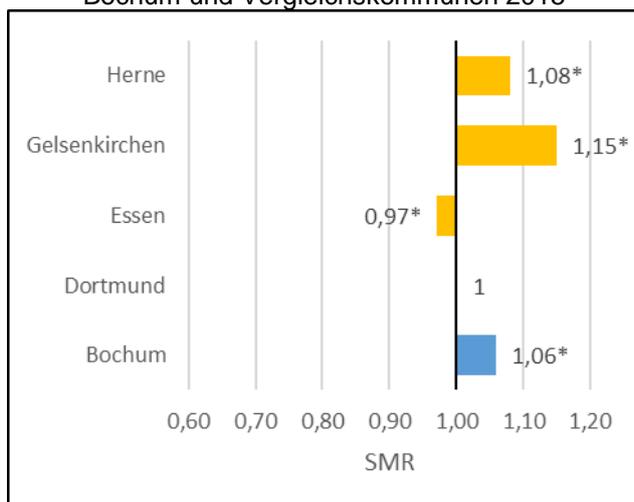


■ männlich ■ weiblich

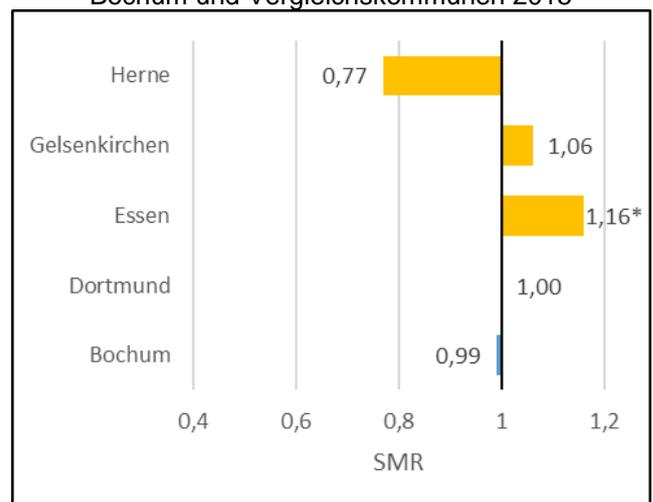
Abweichung des standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsindex (SMR) vom Landeswert (NRW = 1)

Im interkommunalen Vergleich zeigte sich sowohl bei den Sterbe- als auch bei den Krankenhaufällen eine deutliche Differenzierung (Abb. 88 und 89). Die Abweichungen der Häufigkeit stationären Behandlungen liegen bei Bochum, Gelsenkirchen und Herne signifikant über dem Landeswert. Essen lag sogar mit 3% signifikant darunter (Abb. 88). Die Abweichungen beim Sterbegeschehen sind noch deutlicher. 2015 lag Herne 23% unter dem Landeswert und wies damit den niedrigsten Wert auf. Bochum wich im gleichen Jahr ein Prozent vom NRW-Wert nach unten ab und Essen war die einzige Kommune im Vergleich, die mit 16% signifikant nach oben abwich (Abb. 89).

**Abb. 88 Krankenhaufälle wegen Verletzungen und Vergiftungen Bochum und Vergleichskommunen 2015**



**Abb. 89 Sterbefälle wegen Verletzungen und Vergiftungen Bochum und Vergleichskommunen 2015**



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

**Zusammenfassung 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.

**Interventionsbedarf:** Nein

## 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.

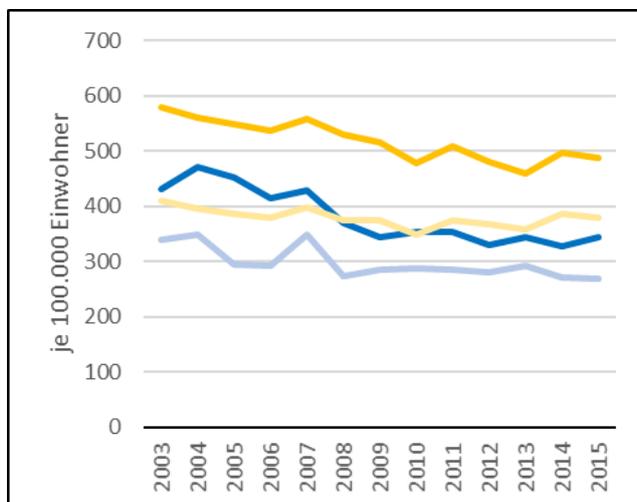
### Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

2015 sind insgesamt 1.108 Personen in Bochum bei Verkehrsunfällen verunglückt, darunter 605 Männer und 503 Frauen. Es starben zwei Frauen und drei Männer.

Bochum folgt dem generellen Abwärtstrend bei der Zahl der Verkehrsunfälle mit Personenschäden je 100.000 Einwohner, den man in Nordrhein-Westfalen seit 2003 beobachten kann. Daher lag die Zahl der Unfälle je 100.000 Einwohner in Bochum im gesamten Berichtszeitraum deutlich unter derjenigen des Landes, bei 343,5 für die Männer und 268,7 für die Frauen (Abb. 90). Bochum weist dabei 2015 mit 305 Unfällen pro 100.000 Einwohnern die zweitniedrigste Unfallquote aller Vergleichskommunen auf (Abb. 91).

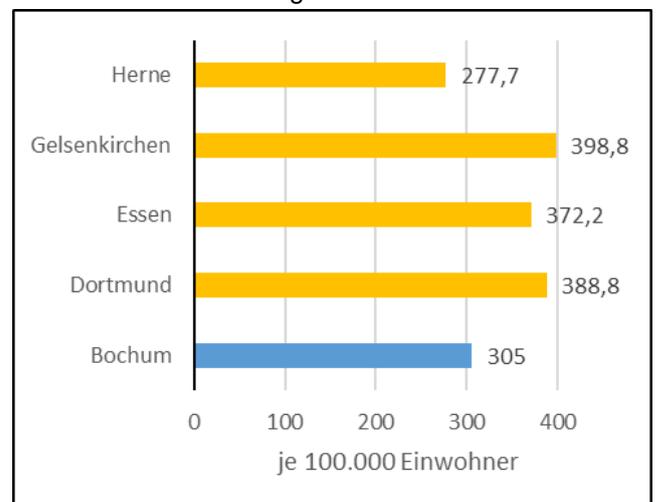
**Abb. 90 Im Straßenverkehr verunglückte Personen**

je 100.000 Einwohner nach Geschlecht, Bochum und NRW 2003-2015



**Abb. 91 Im Straßenverkehr verunglückte Personen**

je 100.000 Einwohner Bochum und Vergleichskommunen 2015



**Zusammenfassung Unfälle in Straßenverkehr:**

Die positive Lage in Bochum bleibt seit dem letzten Gesundheitsbericht 2014 unverändert.

**Interventionsbedarf:** Nein

## 5.10 Suizide

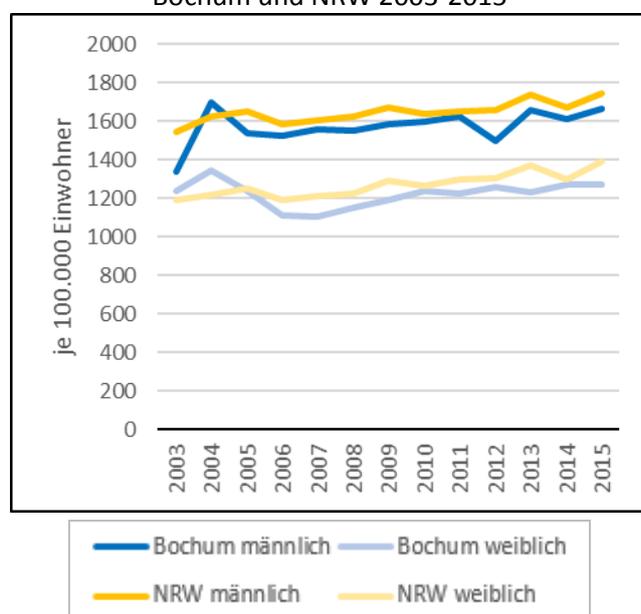
Unter Suiziden sind Sterbefälle infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung zu verstehen.

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 2003-2015**



Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

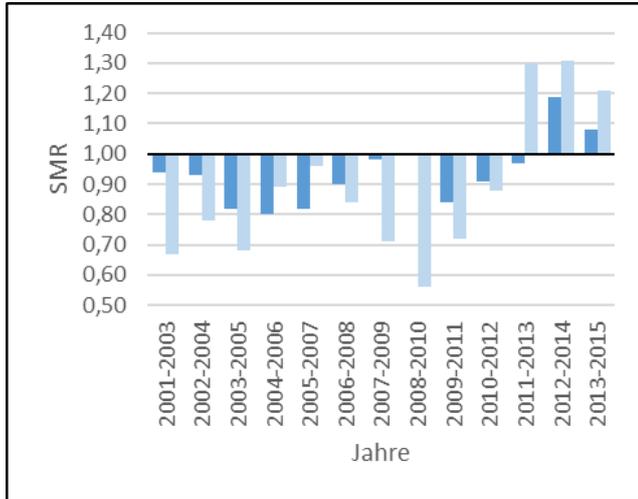
Der interkommunale Vergleich zeigte deutliche Unterschiede zwischen den Kommunen, von Herne, das 31% unter dem NRW-Wert lag, bis hin zu Bochum, das 11% über jenem angesiedelt war. Die Abweichungen erreichten jedoch in keiner Vergleichskommune eine signifikante Höhe (Abb. 94).

In Bochum starben in den Jahren 2013-2015 durchschnittlich 39 Personen pro Jahr bei Suiziden (27 Männer und 12 Frauen).

In Nordrhein-Westfalen nahm die Häufigkeit der Sterbefälle infolge vorsätzlicher 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. 14,1 Fällen je 100.000 Einwohner (Männer) in etwa wieder auf dem gleichen Niveau wie zu Beginn des Berichtszeitraums. Bis 2012 lag der 3-Jahres-Mittelwert von Bochum mit wenigen Ausnahmen unter den jeweiligen Landeswerten (Abb. 92). Die letzten drei Mittelwerte, lagen bis auf die Werte für Männer von 2011-2013 über dem Landesschnitt.

Dieser Trend spiegelte sich bei der Betrachtung der Häufigkeit von Suiziden im Mittel wider. 2013-2015 lagen Frauen in Bochum im Mittel 21%, Männer 8% über dem NRW-Niveau (Abb. 93).

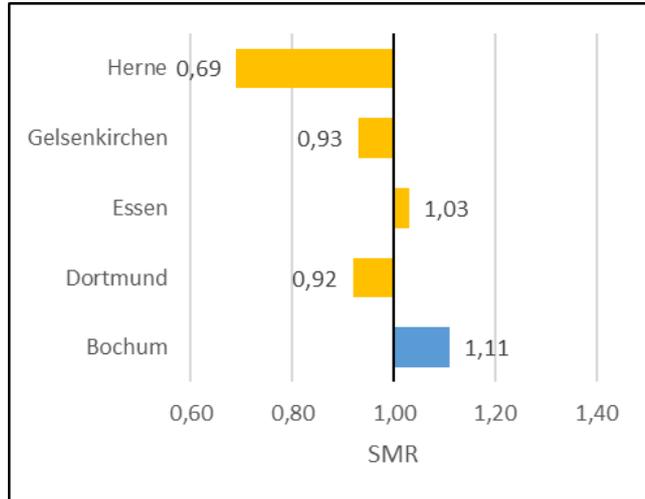
**Abb. 93 Sterbefälle infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung nach Geschlecht, 3-Jahres-Mittelwert 2003-2015**



■ männlich ■ weiblich

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

**Abb. 94 Sterbefälle infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung 3-Jahres-Mittelwert Bochum und Vergleichskommunen 2015**



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

**Zusammenfassung Suizide:**

Sterbefälle durch Suizide lagen zu Beginn des Beobachtungszeitraums in Bochum durchgehend unter den Landeswerten. Seit 2011-13 liegen sie darüber.

**Interventionsbedarf:** Nein, weitere Beobachtung

## 5.11 Affektive Störungen

Affektive Störungen machen sich in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität 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-10 -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.

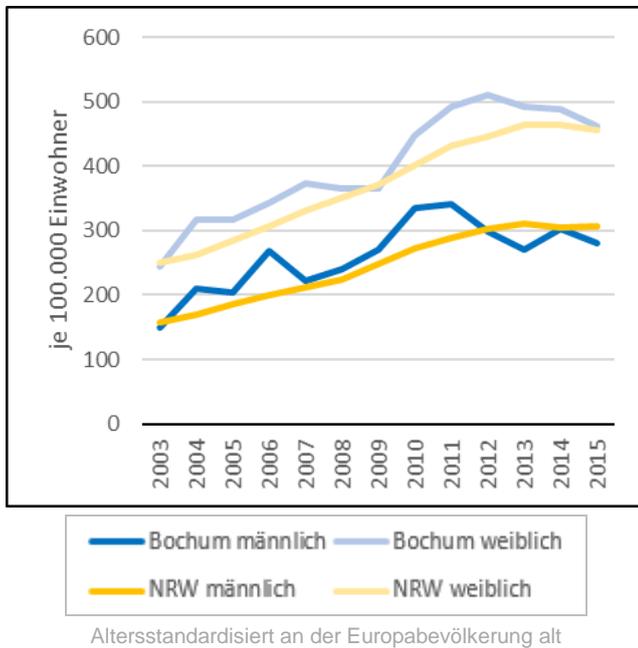
### **Depression (F32)**

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.

**Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:**

**Abb. 95 Krankenhausfälle wegen affektiver Störungen je 100.000 Ew. nach Geschlecht Bochum und NRW 2003-2015**



Wegen affektiver Störungen wurden in Bochum im Jahre 2015 1.437 Personen stationär behandelt. Fast zwei Drittel davon waren weiblich.

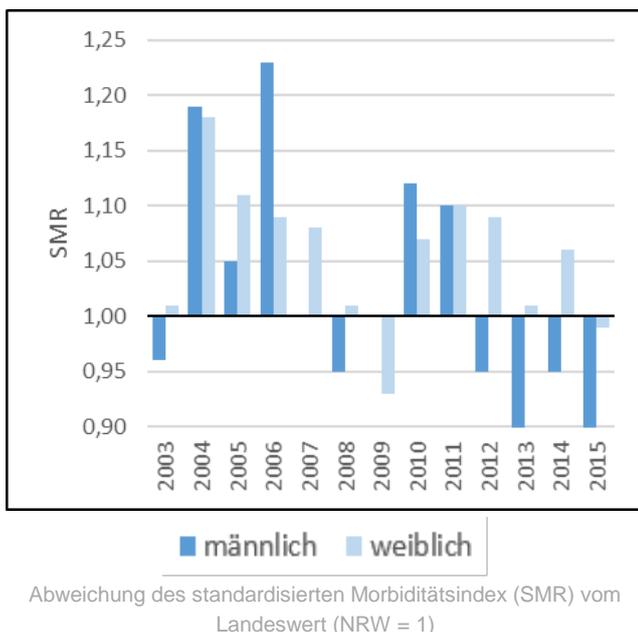
In Nordrhein-Westfalen nahm die Häufigkeit der Krankenhausfälle im Beobachtungszeitraum bei beiden Geschlechtern linear zu, stagnierte jedoch seit 2013. Bei den Frauen war ein stärkerer Anstieg zu verzeichnen, als bei den Männern. In Bochum war bis 2012 bei den Frauen und 2011 bei den Männern ebenfalls eine Zunahme der Häufigkeit erkennbar, die Entwicklung verlief hier jedoch nicht so stetig wie in NRW. In den letzten Jahren fielen die Fallzahlen für beide Geschlechter wieder ab (Abb. 95).

Stationäre Behandlungen wegen affektiver Störungen waren in Bochum 2015 meist seltener als in Nordrhein-Westfalen. Die Krankenhausfälle wegen affektiver Störungen bei Frauen lagen 1% unter dem Landeswert. Bei den Männern lagen sie mit 11% signifikant darunter (Abb. 96).

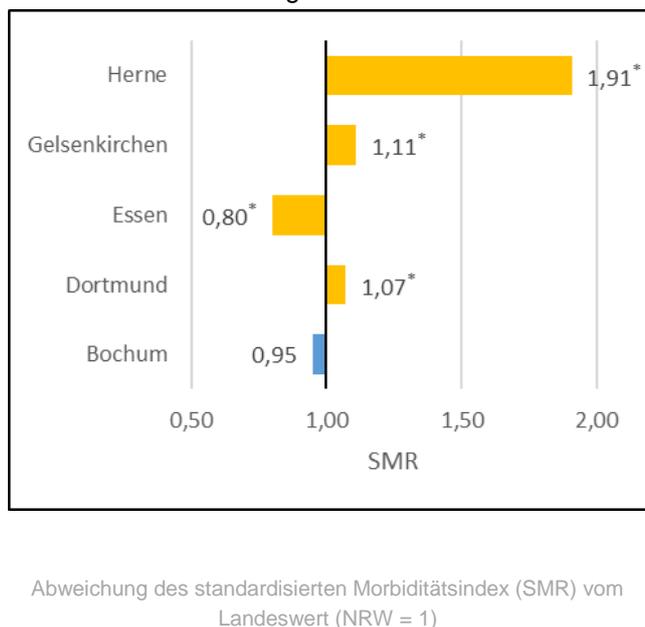
Im interkommunalen Vergleich wichen bis auf Bochum alle Kommunen signifikant vom Landesschnitt

ab. Größter Ausreißer ist Herne, das 91% über dem NRW-Wert lag, gefolgt von Gelsenkirchen und Dortmund mit jeweils 11 bzw 7% Abweichung nach oben. Essen lag als einzige Kommune signifikant unter dem Richtwert (-20%). In Bochum wichen die Krankenhausbehandlungen wegen affektiver Störungen nicht signifikant vom Land ab (Abb. 97).

**Abb. 96 Krankenhausfälle wegen affektiver Störungen nach Geschlecht 2003-2015**



**Abb. 97 Krankenhausfälle wegen affektiver Störungen Bochum und Vergleichskommunen 2015**



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

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

**Zusammenfassung Affektive Störungen:**

Die Häufigkeit von stationären Behandlungen fiel in Bochum in den letzten Jahren stärker als im Gesamtgebiet NRW. Diese positive Entwicklung darf nicht überbewertet werden. Sie könnte ein Indikator dafür sein, dass Präventionsmaßnahmen fruchten oder die Krankheiten vermehrt ambulant behandelt werden. Aus datenschutzrechtlichen Gründen, können die ambulanten Behandlungszahlen nicht veröffentlicht werden und daher ist schwer einschätzbar ob sich die Trendänderung darauf begründet. Die Krankheitsbilder sind nicht nur auf biologische und psychologische Entstehungsursachen zurückzuführen, sondern können auch als Reaktion auf gesamtgesellschaftliche Veränderungen entstehen.

**Interventionsbedarf:** Das gut ausgebaute sozialpsychiatrische Versorgungsnetz in Bochum ist zu erhalten. Darüber hinaus sind die Einflussmöglichkeiten wegen möglicher gesamtgesellschaftlicher Einflüsse beschränkt.

## 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 LIGA 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.**

### 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 Rückenschmerzen. Diese drei Diagnosen waren 2015 Anlass für vier von fünf Arztbesuchen in allgemeinärztlichen Praxen. Interessant sind die jährlichen Schwankungen in der Relevanz von akuten Infektionen der oberen Atemwege. Sie stellten 2012 4,8 % aller Behandlungsfälle in allgemeinärztlichen Praxen dar und lagen damit auf dem 21. Platz. 2013 stiegen sie mit 6,5 % aller Behandlungsfälle auf den 14. Platz, fielen dann 2014 wieder auf den 20. Platz mit 5,5 % und bildeten 2015 mit 7,2 % aller Fälle den 12. Platz.

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 auf Platz 2 und 3 Untersuchungen zur Vorsorge bzw. Früherkennung sowie Impfungen. Mehr als die Hälfte der Kinderarztbesuche sind auf diese Behandlungsanlässe zurückzuführen. Auf Rang 5 folgt unverändert Asthma bronchiale, das 9,2 % der Diagnosen ausmacht. Auffällig ist der stetige Anstieg von Impfungen gegen Viruserkrankungen zu denen auch Masern zählen. 2012 machten diese noch 3,7 % aller Behandlungsfälle aus und lagen damit auf dem 22. Platz, 2015 machten sie einen mehr als doppelt so großen Anteil aus (7,9 %) und lagen auf Platz 7 im Ranking. Der Anteil an Behandlungen aufgrund von Viruserkrankungen stieg nicht an.

**Tabelle 1**

Indikator (L) 3.19		Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen Praxis <sup>1</sup> nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2015			
Rang	ICD-10	Diagnosen (Behandlungsanlass)* in der allgem. ärztl. Praxis	in % aller Behandlungsfälle		
			Frauen	Männer	insg.**
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	38,1	39,5	38,7
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	25,3	27,8	26,4
3	M54	Rückenschmerzen	17,4	15,8	16,7
4	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	12,2	15,7	13,7
5	E04	Sonstige nichttoxische Struma	15,2	5,7	11,0
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	8,1	14,3	10,8
7	E66	Adipositas	10,3	9,9	10,1
8	F32	Depressive Episode	11,7	6,5	9,4
9	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	7,3	9,0	8,0
10	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	8,1	7,3	7,7
11	K29	Gastritis und Duodenitis	8,1	7,1	7,7
12	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	6,8	7,6	7,2
13	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	6,6	7,6	7,0
14	I83	Varizen der unteren Extremitäten	9,2	4,2	7,0
15	J45	Asthma bronchiale	7,5	6,1	6,9
16	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	7,3	5,2	6,4
17	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	4,8	8,2	6,3
18	E03	Sonstige Hypothyreose	8,7	2,7	6,1
19	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	5,9	5,2	5,6
20	M47	Spondylose	6,2	4,8	5,6
21	G47	Schlafstörungen	5,2	6,0	5,5
22	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	5,3	5,8	5,5
23	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	6,2	4,5	5,4
24	F45	Somatoforme Störungen	6,4	3,8	5,3
25	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	4,2	6,1	5,0
26	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	4,2	5,6	4,8
27	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	4,8	4,6	4,7
28	R54	Senilität	5,3	3,8	4,7
29	K80	Cholelithiasis	5,8	3,1	4,6
30	I50	Herzinsuffizienz	4,0	4,0	4,0

Datenquelle/Copyright:  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung:  
ADT-Panel Nordrhein

<sup>1</sup> Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten  
\* Mehrfachzählungen von Patienten möglich  
\*\* einschließlich Fälle ohne Geschlecht

**Tabelle 2**

Indikator(L) 3.21		Die häufigsten Diagnosen in der Kinderarztpraxis nach Geschlecht, Nord-rhein-Westfalen, 2015			
Rang	ICD-10	Diagnosen (Behandlungsanlass)* in der Kinderarztpraxis	in % aller Behandlungsfälle		
			Mädchen	Jungen	insg.**
1	J06	Akut. Infektion. mehrer. od. n. n. bez. Lokalis. d. ob. Atemwege	26,6	26,1	26,4
2	Z00	Allg. -Untersuch. u. Abklär. b. Pers. oh. Beschwerd. od. Diagn.	18,9	18,8	18,8
3	Z27	Notwendigkeit d. komb. Impfung gegen Infektionskrankh.	12,2	11,6	11,9
4	F80	Umschriebene Entwicklungsstör. d. Sprechens u. d. Sprache	8,0	10,8	9,4
5	J45	Asthma bronchiale	7,7	10,7	9,2
6	Z26	Impfnotwendigkeit gegen and. einzelne Infekt.-Krankh.	9,7	8,1	8,8
7	Z25	Impfnotwendigk. gg. and. einz. Viruskrkh. [Grippe, Mumps etc.]	9,0	6,9	7,9
8	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	7,2	7,0	7,1
9	J20	Akute Bronchitis	5,7	7,0	6,4
10	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	6,4	6,3	6,3
11	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	6,4	6,3	6,3
12	Z23	Impfnotwendigkeit gegen einzelne bakterielle Krankh.	6,2	6,1	6,1
13	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	4,8	7,1	5,9
14	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	5,6	6,0	5,8
15	J03	Akute Tonsillitis	5,1	5,0	5,1
16	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	4,7	4,7	4,7
17	H10	Konjunktivitis	4,4	4,7	4,6
18	R62	Ausbleiben d. erwarteten normalen physiol. Entwicklung	4,3	4,7	4,5
19	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	5,2	3,7	4,4
20	R05	Husten	4,3	4,5	4,4
21	F90	Hyperkinetische Störungen	2,1	6,4	4,3
22	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, ander. nicht klassifiziert	3,5	4,9	4,2
23	F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	3,8	4,3	4,0
24	F82	Umschrieb. Entwicklungsstör. d. motorischen Funktionen	2,8	4,5	3,7
25	H53	Sehstörungen	3,5	3,6	3,5
26	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	3,5	3,5	3,5
27	A09	Sonstige u. nicht näher bezeichnete Gastroenteritis u. Kolitis	3,0	3,2	3,1
28	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	3,4	2,7	3,0
29	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	3,0	3,0	3,0
30	H91	Sonstiger Hörverlust	2,8	3,0	2,9

Datenquelle/Copyright:  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung:  
ADT-Panel Nordrhein

\* Mehrfachzählungen von Patienten möglich  
\*\* einschließlich Fälle ohne Geschlecht

**Zusammenfassung Häufigste Diagnosen in Allgemein- und Kinderarztpraxen:**

Nach wie vor werden Kinderarztpraxen sehr häufig für Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen aufgesucht. Dies deutet darauf hin, dass bei Eltern eine Gesundheitsvorsorge einen hohen Stellenwert hat. Aufmerksamkeit verdient die Zunahme von Schutzimpfungen gegen Viruserkrankungen als Behandlungsanlass in pädiatrischen Praxen.

**Interventionsbedarf:** Nein

## **6 Kindergesundheit Auswertung der Dokumentation der Schuleingangsuntersuchung**

### **6.1 Einleitung**

Im Basisgesundheitsbericht 2014 wurden erstmals kleinräumige Auswertungen zur Kinder- und Jugendgesundheit in Bochum aufgenommen. Datengrundlage hierfür war die Dokumentation der Schuleingangsuntersuchung. Diese Auswertung wird auch in diesem Basisgesundheitsbericht fortgeschrieben, allerdings wurde die Berechnungsgrundlage optimiert. Im Basisgesundheitsbericht 2014 bildete die Dokumentation eines Untersuchungszyklus (nämlich des Zyklus 2013/14) die Grundlage. Die folgenden Auswertungen basieren demgegenüber auf drei Untersuchungszyklen - 2014/15, 2015/16 und 2016/17. Dadurch fließen die Daten von deutlich mehr als 8.000 Kindern in diese Auswertung ein. Die Zuverlässigkeit der Auswertung erhöht sich dadurch und der Einfluss von zufälligen Fallhäufungen verringert sich.

Die nach dem Bildungsstatus des Elternhauses differenzierten Auswertungen basieren ebenfalls auf den gleichen Untersuchungszyklen. Bei ihrer Beurteilung ist zu berücksichtigen, dass die Angaben zum höchsten erreichten Bildungsabschluss der Eltern freiwillig sind. Sie werden für zwei Drittel der untersuchten Kinder vorgelegt. Dadurch entsteht eine leichte Verzerrung der Ergebnisse: Sie sind zumeist ein wenig „besser“ als bei der kleinräumigen Herangehensweise, d.h. Menschen mit niedriger Bildung verzichten eher darauf, diese Angaben zu machen. Berücksichtigt man dies bei der Bewertung, lassen sich dennoch verlässliche Aussagen aus diesen Auswertungen ableiten.

Erstmalig werden in diesem Berichtsteil auch Zeitreihen zu den jeweiligen Indikatoren abgebildet. Diese basieren jeweils auf den Daten eines Untersuchungszyklus. Die Zeitreihe ermöglicht es, eine Einschätzung zu gewinnen, ob eine bestimmte Gesundheitsproblematik in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen oder verloren hat.

### **6.2 Sprach- und Sprechstörungen**

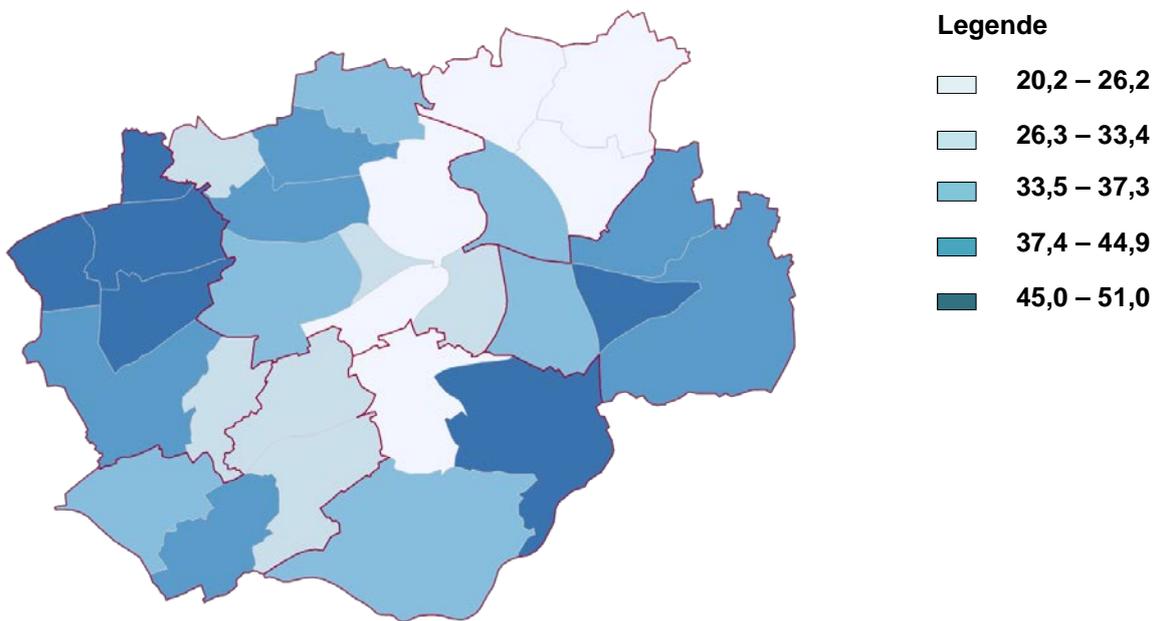
Die Sprache und das Sprechen sind eine Grundvoraussetzung für den schulischen Erfolg. Das Erlernen der Fähigkeit zu lesen und zu schreiben, hängt eng mit den sprachlichen Fertigkeiten zusammen. Kinder müssen für den Spracherwerb die lautliche Struktur von Sprache verstehen können (phonologische Bewusstheit), 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 Entwicklungsscreening 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 3.034 der in den Untersuchungszyklen 2014/15 bis 2016/17 untersuchten 8.399 Schulanfängerinnen und –anfängern wurden Sprach- und Sprechstörungen diagnostiziert. Dies entspricht einem Anteil von 36,1%. Dieser Anteil variiert auf Ortsteilebene erheblich zwischen 20,2% und 51,0%.

**Abb. 98 Schulanfängerinnen und –anfänger mit Sprach- und Sprechstörungen (Prozentanteil), kleinräumige Verteilung**



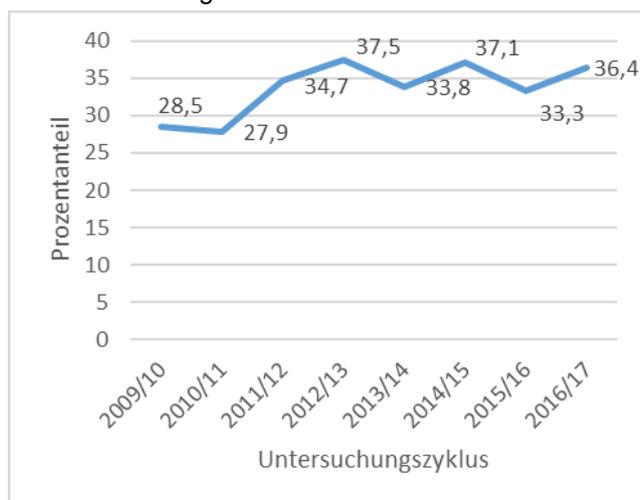
**Quelle:** Schuleingangsuntersuchung 2014/15 - 2016/2017

Die sechs höchsten Anteile an Schulanfängerinnen und -anfängern mit Sprach- und Sprechstörungen wurden in den Ortsteilen Günnigfeld, Langendreer-Alter Bahnhof, Leithe, Wattenscheid-Mitte, Westenfeld und Querenburg festgestellt. Die geringsten Anteile fanden sich in den Ortsteilen Harpen/Rosenberg, Hiltrop/Bergen, Gerthe, Grumme, Südinnenstadt und Wiemelhausen/Brenschede (Abb. 98).

**Zeitreihe:**

In den Untersuchungszyklen 2009/10 und 2010/11 lag der Anteil an Kindern mit Sprach- und Sprechstörungen merklich unter 30%. Seit 2011/12 schwankt der Anteil um die 35%-Marke herum (Abb. 99).

**Abb. 99 Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen im Zeitreihenvergleich**

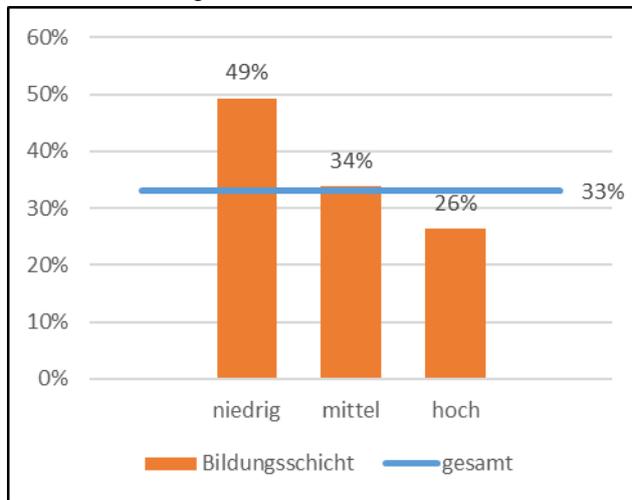


**Quelle:**

Schuleingangsuntersuchung 2009/10 - 2016/17

## Differenzierung nach Bildungsstatus:

**Abb. 100 Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen nach Bildungsstatus des elterlichen Haushalts**



**Quelle:** Schuleingangsuntersuchung 2014/15 - 2016/17, Datensätze mit Angaben zum Bildungsstatus

Von den insgesamt 5423 Kindern, die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen 2014/15 bis 2016/17 untersucht wurden und deren Eltern Angaben zu ihrem Bildungshintergrund machten, wiesen 1796 – also 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 gut jedem vierten Kind eine solche Störung vor (Abb.100).

### 6.3 Herabsetzung der Sehschärfe

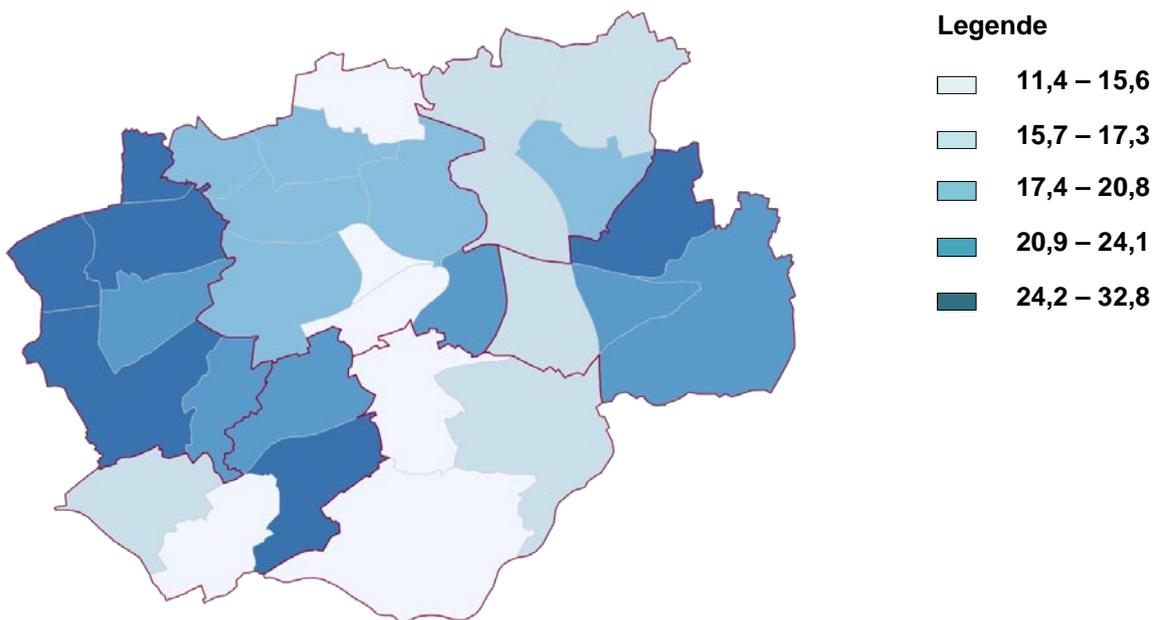
Dass eine Herabsetzung der Sehschärfe die Teilnahme am Schulunterricht erschwert, ist unmittelbar einsehbar. Kurzsichtigkeit verhindert das sichere Wahrnehmen optischer Informationen, Hyperopie (Übersichtigkeit) kann zu einer Überanstrengung der Augen führen. In den allermeisten Fällen ist die Herabsetzung der Sehschärfe durch eine Brille ausgleichbar.

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 mitberücksichtigt.

#### Häufigkeit und kleinräumige Verteilung:

Bei jedem fünften Kind wurde 2014/15 - 2016/17 im Zuge der Schuleingangsuntersuchung eine Herabsetzung der Sehschärfe festgestellt. Insgesamt sind 1.726 Kinder dieser Einschulungsjahrgänge davon betroffen. Auf kleinräumiger Ebene variieren die Anteile von Kindern mit herabgesetzter Sehschärfe zwischen 11,4% und 32,8%. Der gesamtstädtische Mittelwert beträgt im Berichtszeitraum 20,6%.

Abb. 101 Herabsetzung der Sehschärfe (Prozentanteil), kleinräumige Verteilung



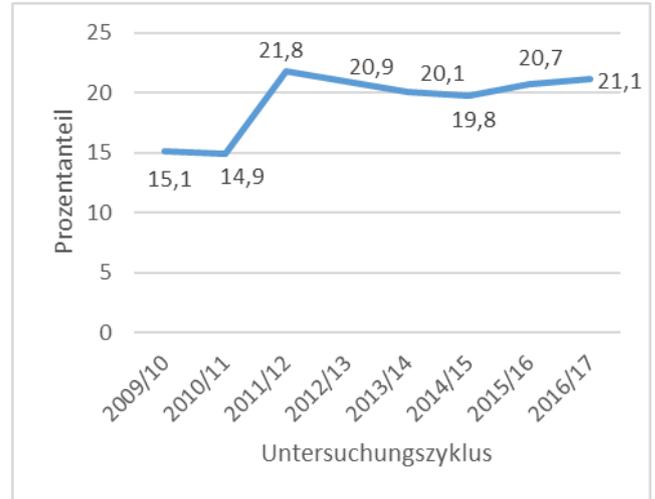
Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2014/15 - 2016/17

Die höchsten Anteile von Kindern mit Herabsetzung der Sehschärfe finden sich in den Ortsteilen Günnigfeld, Höntrop, Leithe, Wattenscheid-Mitte, Weitmar-Mark und Werne. Die niedrigsten Anteile finden sich in den Ortsteilen Gleisdreieck, Linden, Riemke, Stiepel, Süddinnenstadt und Wiemelhausen/Brenschede (Abb. 101).

**Zeitreihenvergleich:**

Auch beim Anteil der Kinder mit herabgesetzter Sehschärfe lässt sich von 2010/11 auf 2011/12 ein markanter Anstieg beobachten. Während der ersten beiden Untersuchungszyklen des Berichtszeitraums lagen die Werte um 15%, seither mit nur geringen Schwankungen um die 20% (Abb. 102).

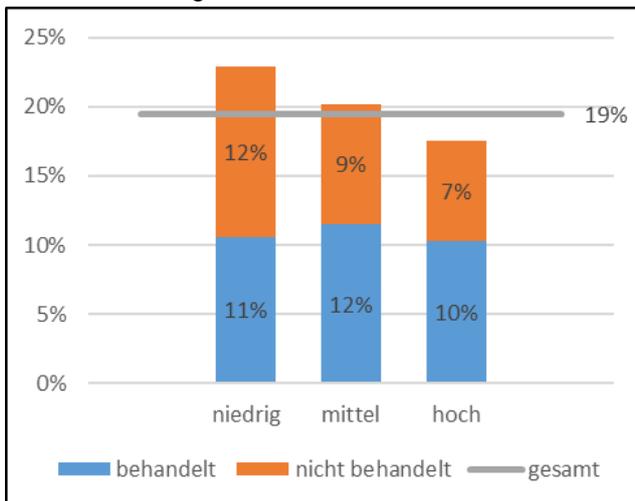
**Abb. 102 Kinder mit herabgesetzter Sehschärfe im Zeitreihenvergleich**



Quelle: Schuleingangsuntersuchung 2009/10 - 2016/17

**Differenzierung nach Bildungsstatus:**

**Abb. 103 Kinder mit herabgesetzter Sehschärfe, behandelte und nicht behandelte Kinder nach Bildungsstatus des elterlichen Haushalts**



**Quelle:**

Schuleingangsuntersuchung 2014/15 - 2016/17, Datensätze mit Angaben zum Bildungsstatus

Betrachtet man die Häufigkeit des Auftretens von Herabsetzung der Sehschärfe nach Bildungsstatus lassen sich deutliche Unterschiede zwischen Kindern aus Elternhäusern mit niedriger, mittlerer und hoher Bildung erkennen.

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, mittlerer wie auch bei solchen aus niedriger Bildung um die 11%. Deutlichere 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% deutlich höher als bei Kindern aus Haushalten mit hoher Bildung (Abb. 103).

## 6.4 Adipositas

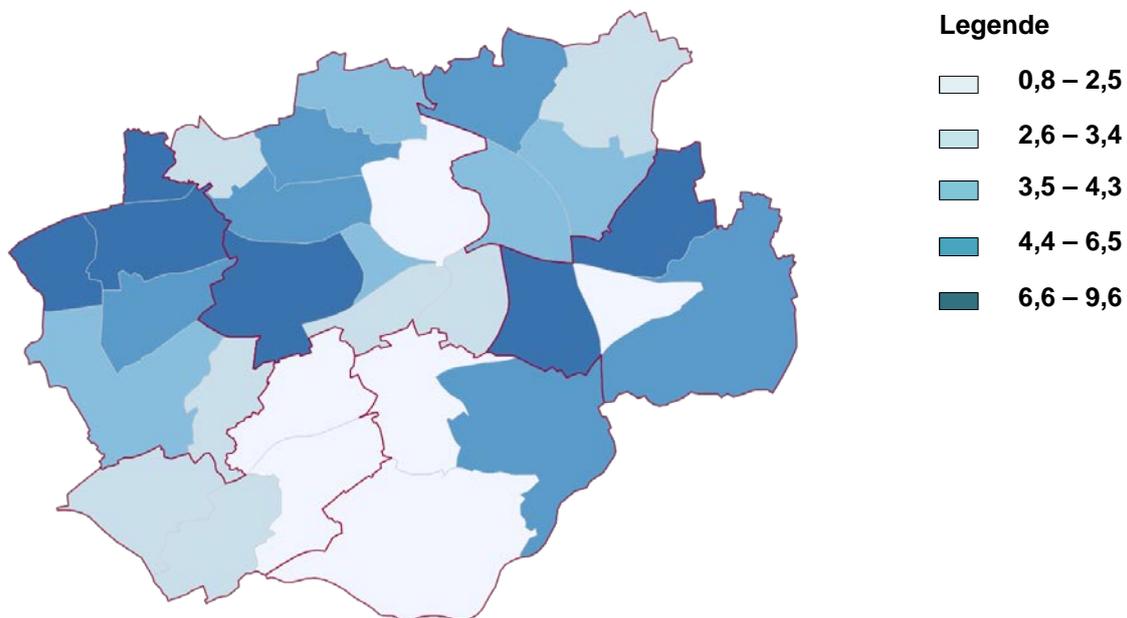
Adipositas (Fettsucht) kann zu zahlreichen schwerwiegenden Erkrankungen führen. Dazu zählen Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Bluthochdruck, Störungen des Fettstoffwechsels und Erkrankungen an Muskeln und Gelenken sowie Haltungsschäden. Bleibt das Übergewicht dauerhaft bestehen, erhöht sich im Erwachsenenalter 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 können aus dem Anteil der adipösen Kinder Rückschlüsse auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in den Familien geschlossen werden.

Bei den Schulanfängerinnen und –anfänger werden Körpergröße und Gewicht gemessen. 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 395 Kindern wurde im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen 2014/15 bis 2016/2017 Adipositas festgestellt. Dies entspricht einem Anteil von 4,7% an allen untersuchten Kindern. Auf kleinräumiger Ebene zeigen sich deutliche Unterschiede: In vielen Ortsteilen sind nur sehr wenige Fälle von Adipositas dokumentiert, in anderen liegt ihr Anteil deutlich höher. Der höchste Anteil adipöser Schulanfängerinnen und –anfänger ist mit 9,6% doppelt so hoch wie der gesamtstädtische Mittelwert.

**Abb. 104 Schulanfängerinnen und –anfänger mit Adipositas (Prozentanteil), kleinräumige Verteilung**



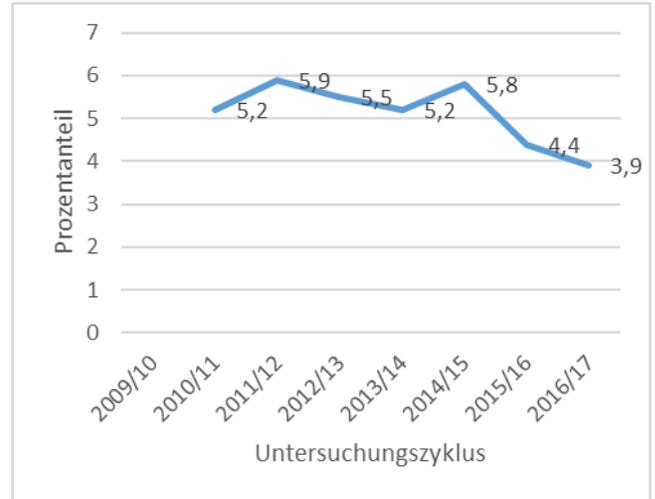
**Quelle:** Schuleingangsuntersuchung 2014/2015 - 2016/17

Die höchsten Anteile adipöser Kinder finden sich in den Ortsteilen Günnigfeld, Kruppwerke, Leithe, Watten-scheid-Mitte, Werne und Laer. Die sechs Ortsteile mit den geringsten Anteilen von Kindern mit Adipositas sind Grumme, Langendreer-Alter Bahnhof, Stiepel, Wiemelhausen/Brenschede, Weitmar-Mark und Weitmar-Mitte (Abb. 104).

**Zeitreihenvergleich:**

Angaben zum BMI liegen erst seit dem Untersuchungszyklus 2010/11 in auswertbarer Form vor. Bis zum Untersuchungszyklus 2014/15 schwankten die Anteile adipöser Kinder zwischen 5 und 6% an allen untersuchten Kindern. Seither bewegen sie sich um die 4% (Abb. 105).

**Abb. 105 Kinder mit Adipositas**  
im Zeitreihenvergleich

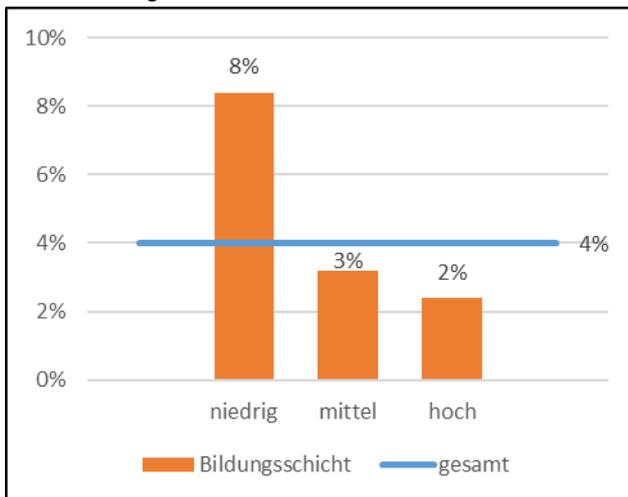


**Quelle:**

Schuleingangsuntersuchung 2009/10 - 2016/17

**Differenzierung nach Bildungsstatus:**

**Abb. 106 Kinder mit Adipositas**  
nach Bildungsstatus des elterlichen Haushalts



**Quelle:** Schuleingangsuntersuchung 2016/17, Datensätze mit Angaben zum Bildungsstatus

Betrachtet man den Anteil der Kinder mit Adipositas nach Bildungsstatus des Elternhauses, lässt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der – durch den Bildungshintergrund des Elternhauses deutlich mit beeinflussten – sozialen Lage und dem Auftreten dieser Gesundheitsstörung feststellen. Die Kinder, für die 2014/15 bis 2016/17 Angaben zum Bildungsstatus der Eltern gemacht wurden, waren zu gut 4% adipös. Bei den Kindern aus Elternhäusern mit hoher Bildung waren dies nur gut 2%, bei denen aus Elternhäusern mit mittlerer Bildung 3%. Bei den Kindern aus Haushalten mit niedriger Bildung lag dieser Anteil mit 8% viermal so hoch wie bei Kindern aus Elternhäusern mit hoher Bildung (Abb. 106).

## 6.5 Hörstörungen

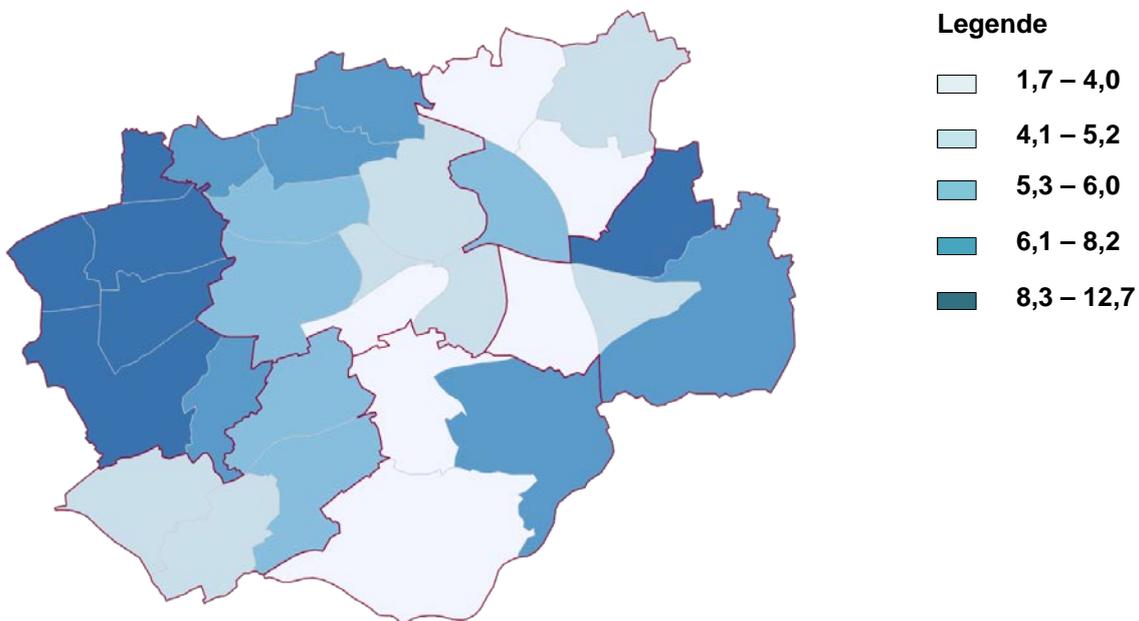
Das gute Hören ist eine Grundvoraussetzung für problemloses Lernen in der Schule und darüber hinaus. Nicht erkannte Hörstörungen können die Entwicklung eines Kindes verzögern. Eine möglichst frühzeitige Diagnose und Therapie von Hörstörungen ist deshalb von großer Bedeutung.

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 532 Schulanfängerinnen und –anfängern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen 2014/15 bis 2016/17 Hörstörungen diagnostiziert. Dies entspricht einem Anteil von 6,3% aller untersuchten Kinder. In der kleinräumigen Verteilung variieren die Werte zwischen 1,7 und 12,7%.

**Abb. 107 Schulanfängerinnen und –anfänger mit Hörstörungen (Prozentanteil), kleinräumige Verteilung**



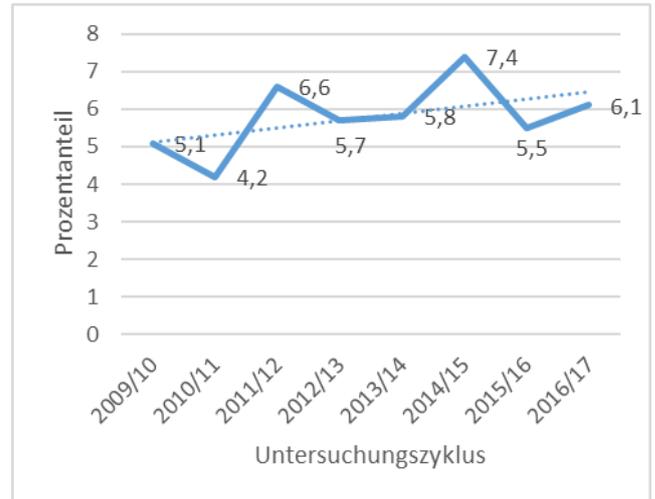
**Quelle:** Schuleingangsuntersuchung 2014/15 - 2016/17

Mit Ausnahme des Ortsteils Werne finden sich die sechs Ortsteile mit den höchsten Anteilen an Kindern mit Hörstörungen im Stadtbezirk Wattenscheid. Es handelt sich dabei um Günnigfeld, Höntrop, Leithe, Wattenscheid-Mitte und Westfeld. Die Ortsteile mit den geringsten Anteilen waren im Berichtszeitraum Berge/Hiltrop, Harpen/Rosenberg, Laer, Stiepel, Südinnenstadt und Wiemelhausen/Brenschede (Abb. 107).

### Zeitreihenvergleich:

Im Verlauf der Jahre variieren die Anteile von Kindern mit Hörstörungen zwischen 4 und 8%. Dabei sind die Unterschiede von einem Jahr zum nächsten zuweilen erheblich: Von 2010/11 auf 2011/12 stieg der Anteil um 2,4 Prozentpunkte an, von 2014/15 auf 2015/16 fiel er um 1,9 Prozentpunkte. Die lineare Trend zeigt einen leichten Anstieg des Anteils von Kindern mit Hörstörungen seit 2009/10 (Abb. 108).

**Abb. 108 Kinder mit Hörstörungen**  
im Zeitreihenvergleich

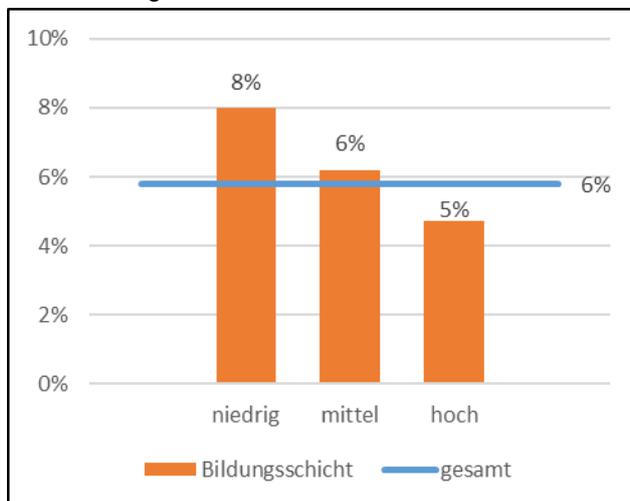


**Quelle:**

Schuleingangsuntersuchung 2009/10 - 2016/17

### Differenzierung nach Bildungsstatus:

**Abb. 109 Kinder mit Hörstörungen**  
nach Bildungsstatus des elterlichen Haushalts



**Quelle:**

Schuleingangsuntersuchung 2014/15 - 2016/17,  
Datensätze mit Angaben zum Bildungsstatus

Auch bei den Hörstörungen zeigen sich bei der Differenzierung nach Bildungsstatus des Elternhauses Unterschiede. Bei Kindern aus Elternhäusern mit niedriger Bildung weicht der Anteil der Kinder mit Hörstörungen um gut zwei Prozentpunkte nach oben ab, bei denen aus Elternhäusern mit hoher Bildung knapp einen Prozentpunkt nach unten (Abb. 109).

## 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.

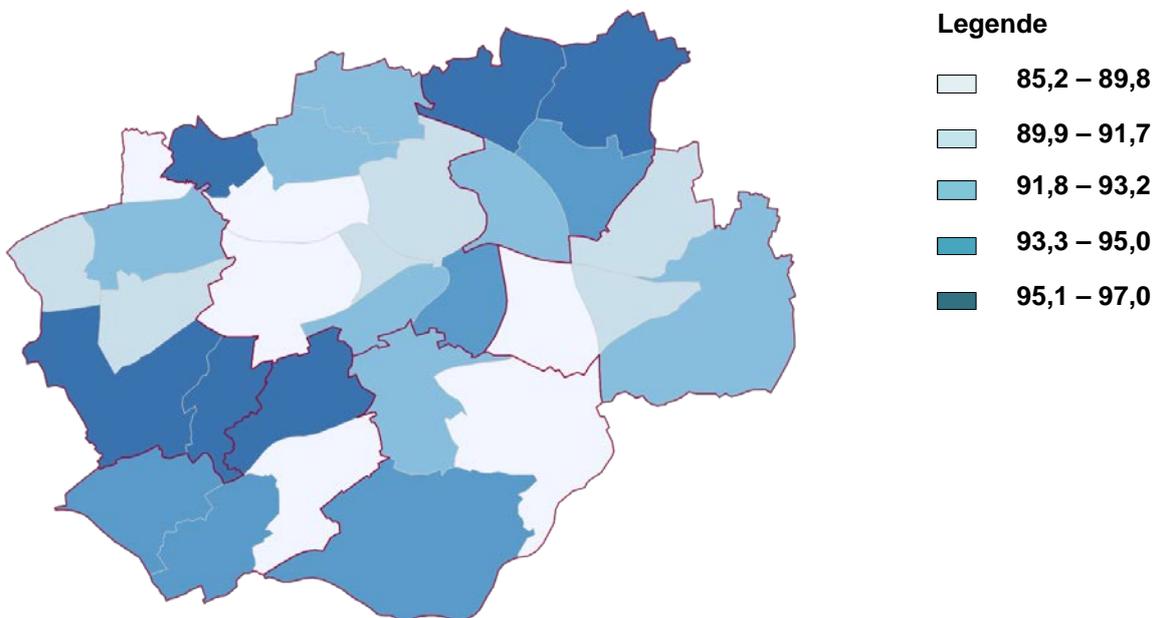
Bei den Früherkennungsuntersuchungen wird der jeweils für das Kind altersgerechte Entwicklungsstand überprüft. Entsprechend unterscheiden sich die Untersuchungen in ihrer Schwerpunktsetzung. Bei den hier dargestellten Früherkennungsuntersuchungen U9 werden Beweglichkeit und Geschicklichkeit, das Seh- und Hörvermögen, das Sozialverhalten und das Verständnis sozialer Regeln untersucht.

Die U9 findet zwischen dem 60. und 64. Lebensmonat statt. 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 ist noch nicht vorüber. Entsprechend bedeutet bei diesen Kindern das Fehlen der Untersuchung kein Versäumnis.

### U9 - Häufigkeit und kleinräumige Verteilung:

Gesamtstädtisch haben knapp 92% der untersuchten Schulanfängerinnen und –anfänger, die im Rahmen der Untersuchungszyklen 2014/15 bis 2016/17 ihr Früherkennungsheft zur Schuleingangsuntersuchung vorlegten, an der U9 teilgenommen. Auf kleinräumiger Ebene bewegten sich der Anteil der Kinder mit dokumentierter Teilnahme an der U9 zwischen 85% und 97%.

**Abb. 110 Schulanfängerinnen und –anfänger mit dokumentierter Früherkennungsuntersuchung U9 (Prozentanteil), kleinräumige Verteilung**



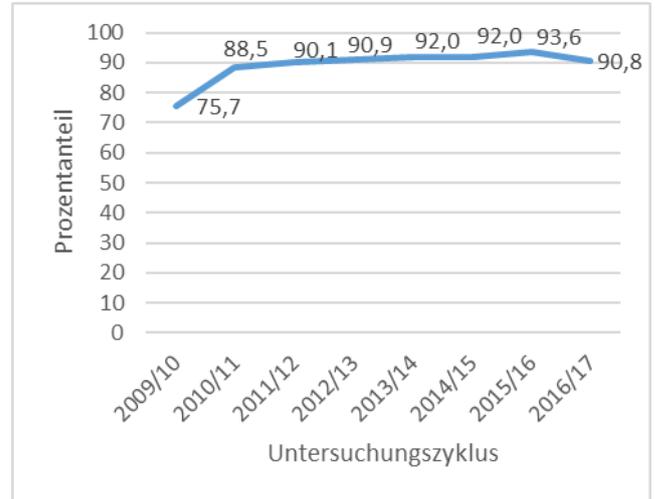
**Quelle:** Schuleingangsuntersuchung 2014/15 - 2016/17

Die niedrigsten Anteile von Kindern mit wahrgenommener U9 finden sich in den Ortsteilen Günnigfeld, Hamme, Kruppwerke, Leithe, Querenburg und Weitmar-Mark; die höchsten finden sich in Bergen/Hiltrop, Eppendorf, Gerthe, Höntrop, Hordel und Weitmar-Mitte (Abb. 110).

**Zeitreihenvergleich:**

Über den Berichtszeitraum hinweg zeigt sich – mit Ausnahme des letzten berücksichtigten Untersuchungszyklus – einen Anstieg des Anteils von Schulanfängerinnen und -anfängern mit dokumentierter U9. Dies dürfte nicht zuletzt auf die Tätigkeit der Zentralen Stelle Gesunde Kindheit zurückzuführen sein, die versäumte Früherkennungsuntersuchungen erfasst, die Eltern schriftlich einlädt, die Untersuchung nachzuholen, und ggf. zuständige Jugendamt informiert, wenn die Eltern auf diese Einladung nicht reagieren (Abb. 111).

**Abb. 111 Kinder mit dokumentierter U9 im Zeitreihenvergleich**

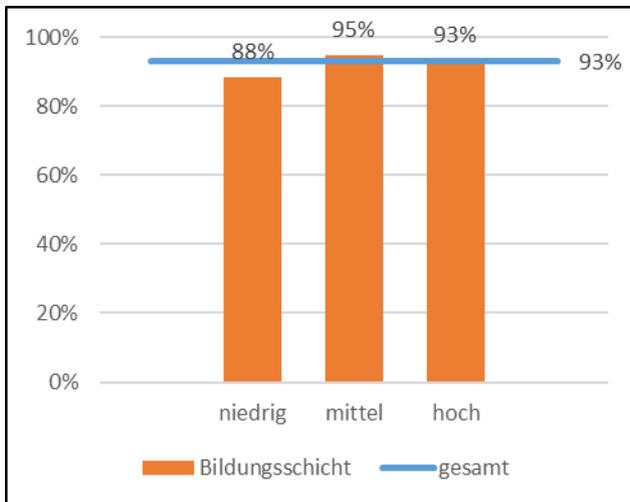


**Quelle:**

Schuleingangsuntersuchung 2009/10 - 2016/17

**U9 - Differenzierung nach Bildungsstatus:**

**Abb. 112 Kinder mit dokumentierter U9 nach Bildungsstatus des elterlichen Haushalts**



**Quelle:**

Schuleingangsuntersuchung 2014/15 - 2016/17, aggregierte Datensätze mit Angaben zum Bildungsstatus

Die Differenzierung nach Bildungsschicht zeigt bei der Früherkennungsuntersuchung U9 nur einen geringfügigen Unterschied zwischen den Kindern mit niedrigem häuslichen Bildungsstatus einerseits und denen mit mittleren und hohen Bildungsstatus andererseits (Abb. 112).

## 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.

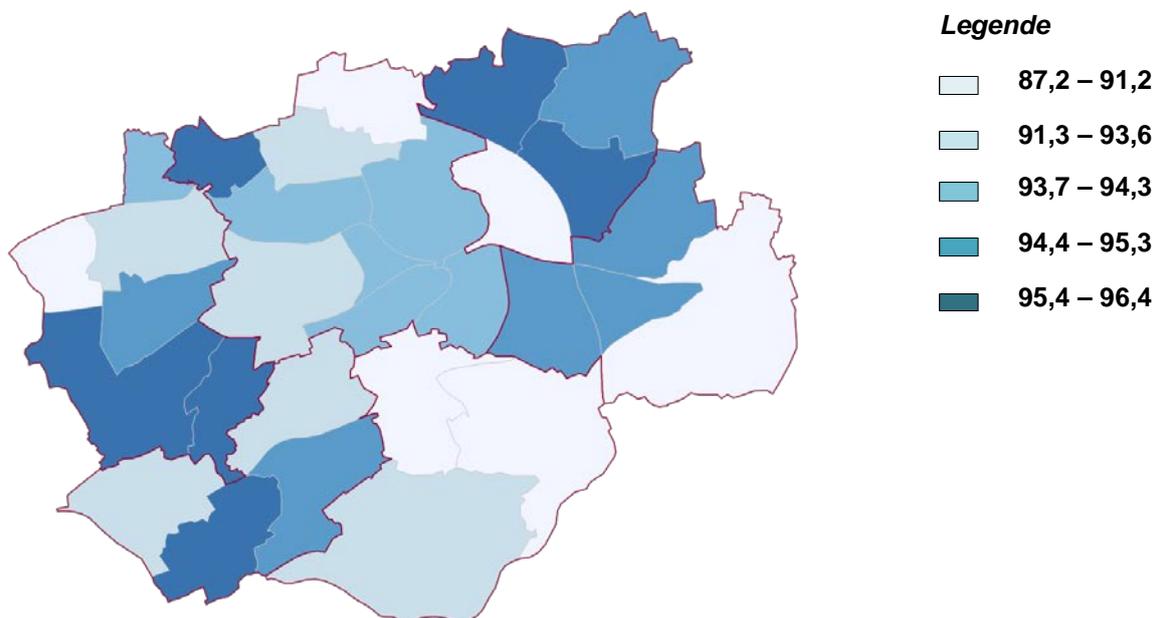
Trotz allem kommt es immer wieder zu einzelnen Erkrankungsfällen wegen dieser Krankheiten oder sogar zu kleineren Ausbrüchen. Insbesondere Masern sind in den vergangenen Jahren auch in Nordrhein-Westfalen immer wieder zum Problem geworden. Dabei waren auch Flüchtlinge und Asylsuchende in Gemeinschaftsunterkünften 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 der Untersuchungszyklen 2014/15 bis 2016/17 verfügten 93% über einen vollständigen Impfschutz gegen Masern. Auf Ebene der dreißig Ortsteile variierte die Durchimpfungsrate zwischen 87% und 96%. In insgesamt acht Ortsteilen wurde eine Durchimpfungsrate von 95% erreicht.

**Abb. 113 Schulanfängerinnen und –anfänger mit vollständiger Masernschutzimpfung (Prozentanteil), kleinräumige Verteilung**



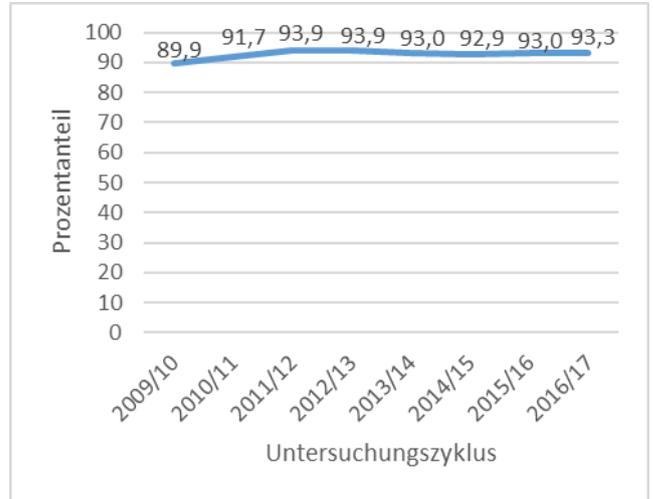
**Quelle:** Schuleingangsuntersuchung 2014/15 - 2016/17

In Bergen/Hiltrop, Eppendorf, Harpen/Rosenberg, Höntrop, Hordel und Linden wurden im Berichtszeitraum die höchsten Durchimpfungsraten erreicht. Die niedrigsten Durchimpfungsraten wurden in Kornharpen/Voede-Abzweig, Langendreer, Leithe, Querenburg, Riemke und Wiemelhausen/Brenschede festgestellt (Abb. 113).

**Zeitreihenvergleich:**

Lediglich zu Beginn des Berichtszeitraumes lagen die Anteile von Schulanfängerinnen und -anfängern mit vollständigem Impfschutz gegen Masern knapp unter 90%. Seit 2011/12 bewegen sie sich zwischen 93 und 94% (Abb. 114).

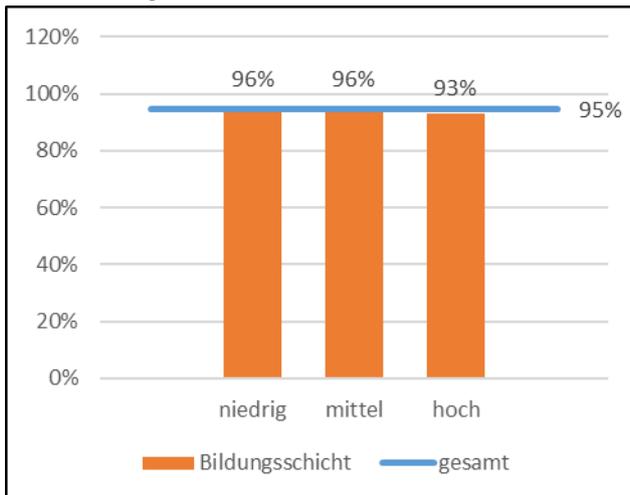
**Abb. 114 Kinder mit vollständigem Masern-Impfschutz im Zeitreihenvergleich**



**Quelle:**  
Schuleingangsuntersuchung 2009/10 - 2016/17

**Differenzierung nach Bildungsstatus:**

**Abb. 115 Kinder mit vollständigem Masern-Impfschutz nach Bildungsstatus des elterlichen Haushalts**



Auch in der Differenzierung nach Bildungsstatus des Elternhauses sind keine 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 (Abb. 115).

**Quelle:**  
Schuleingangsuntersuchung 2014/15 - 2016/17,  
Datensätze mit Angaben zum Bildungsstatus

## 6.8 Zusammenfassung und Bewertung

Bei der Auswertung der einzelnen Merkmale der Dokumentation der Schuleingangsuntersuchung (siehe Kap. 4.2 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 Harpen/Rosenberg war 2014/15 - 2016/17 bei 96,4% der untersuchten Kinder mit vorgelegtem Impfbuch eine vollständige Masernschutzimpfung dokumentiert. Dies war der höchste Wert. Da ein hoher Durchimpfungsgrad positiv zu bewerten ist, erhält Harpen/Rosenberg den Rang 1 aller Ortsteile.
- In Kruppwerke wurde im gleichen Jahr bei 9,6% der untersuchten Kinder Adipositas (Fettsucht) festgestellt. Auch dies war der höchste Wert. Da Adipositas ein gesundheitliches Problem anzeigt, erhält Kruppwerke den Rang 30.

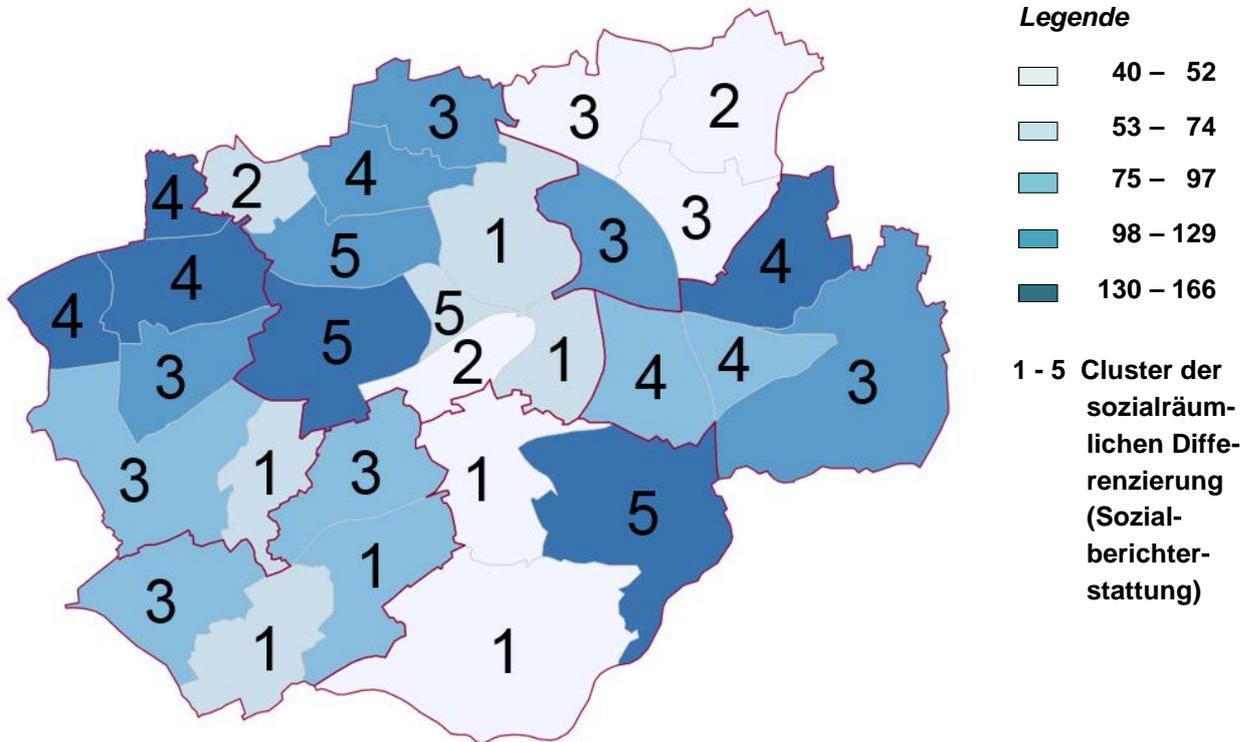
Für jeden Ortsteil wurden anschließend die Rangwerte, die sie bei den Merkmalen Sprach- und Sprechstörungen, Herabsetzung der Sehschärfe, Adipositas, Hörstörungen, Teilnahme U9 und Impfschutz gegen Masern erreicht haben, zu einem Index addiert. Dieser kleinräumige Index gesundheitlicher Herausforderungen kann zwischen 6 und 180 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.

Zusätzlich wurde diese Auswertung in Beziehung gesetzt zur sozialstrukturellen Differenzierung der Bochumer Ortsteile aus dem Sozialbericht Bochum 2015 (Sozialbericht Bochum 2015, 231ff.) Die sozialstrukturelle Differenzierung ordnet die dreißig Ortsteile Bochums fünf Clustern zu, die durch ähnliche soziale Zusammensetzung der Bevölkerung geprägt sind. Der Sozialbericht Bochum 2015 berücksichtigt dabei den Anteil von Personen im SGB-II-Leistungsbezug, Personen über 60 Jahre sowie Personen mit Migrationshintergrund.

- **Cluster 1** ist gekennzeichnet durch einen unterdurchschnittlichen Migrantenanteil, stark unterdurchschnittlichen Anteil von Personen im SGB-II-Leistungsbezug und einen stark überdurchschnittlichen Anteil von Personen über 60 Jahre.
- **Cluster 2** ist gekennzeichnet durch einen durchschnittlichen Migrantenanteil, eine unterdurchschnittliche SGB-II-Quote und einen unterdurchschnittlichen Anteil an Über-60-Jährigen.
- **Cluster 3** ist gekennzeichnet durch einen durchschnittlichen Anteil an Migrantinnen und Migranten und Personen im SGB-II-Bezug. Der Anteil der Personen über 60 Jahre ist überdurchschnittlich hoch.
- **Cluster 4** ist gekennzeichnet durch einen durchschnittlichen Migrantenanteil, einer überdurchschnittlichen SGB-II-Quote und einen unterdurchschnittlichen Anteil Über-60-Jähriger.
- **Cluster 5** ist gekennzeichnet durch einen stark überdurchschnittlichen Migrantenanteil und einen ebenfalls stark überdurchschnittlichen Anteil von Personen im SGB-II-Bezug. Der Anteil der Über-60-Jährigen ist stark unterdurchschnittlich.

**Kleinräumige Verteilung:**

**Abb. 116 Kleinräumiger Index gesundheitlicher Herausforderungen**



**Quellen:** Schuleingangsuntersuchung 2014/15 - 2016/17, eigene Berechnung; Sozialbericht Bochum 2015

Auf Ortsteilebene variieren die Indexwerte zwischen 40 und 166. Es lässt sich somit eine deutliche kleinräumige Differenzierung erkennen.

Die geringsten Indexwerte wurden in Gerthe, Harpen/Rosenberg, Hiltrop/Bergen, Stiepel, Südinnenstadt und Wiemelhausen/Brenschede festgestellt. In diesen Ortsteilen ist die gesundheitliche Belastung der Schulanfängerinnen und -anfänger bzw. die gesundheitlichen Herausforderungen vergleichsweise gering. Diese geringere gesundheitliche Belastung fällt tendenziell mit einer geringeren Verdichtung von Personen im SGB-II-Bezug, Personen über 60 Jahren und Personen mit Migrationshintergrund zusammen: Sie gehören mit einer Ausnahme (Harpen/Rosenberg, Cluster 3) den Clustern 1 und 2 der sozialstrukturellen Differenzierung an (Abb. 116).

Die höchsten Indexwerte finden sich in Günnigfeld, Kruppwerke, Leithe, Querenburg, Wattenscheid-Mitte und Werne. Die hier zu beobachtende stärkere gesundheitliche Belastung fällt mit einer Zuordnung der Ortsteile zu den überdurchschnittlichen Clustern 4 und 5 der sozialstrukturellen Differenzierung zusammen (Abb. 116).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es in Bezug auf die gesundheitlichen Herausforderungen eine deutliche Abstufung zwischen den Ortsteilen gibt, die tendenziell mit sozialstrukturellen Herausforderungen korreliert.

Ortsteile mit einem höheren Indexwert bieten sich besonders als Orte für gesundheitsfördernde und präventive Interventionen an. Idealerweise werden derartige Interventionen nicht isoliert geplant, sondern in engem Zusammenhang mit Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Infrastruktur der Ortsteile, wie dies derzeit exemplarisch im Rahmen der Integrierten Stadterneuerung in Wattenscheid-Mitte geschieht.

## 7 Gesundheit in Wattenscheid

### 7.1 Einführung

2014 hat die Kommunale Gesundheitskonferenz den Beschluss gefasst, die bestehende Gesundheitsberichterstattung in Richtung eines Fachplanes Gesundheit weiter zu entwickeln. Dieser Fachplan soll basierend auf den Daten der Gesundheitsberichterstattung vorrangige Gesundheitsprobleme identifizieren, diesbezügliche Gesundheitsziele formulieren, Maßnahmen zu ihrer Erreichung initiieren und im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung evaluieren (siehe oben Kapitel 1).

Ebenfalls 2014 wurde ein integriertes städtebauliches Entwicklungskonzept (ISEK) für Bochum Wattenscheid vorgestellt und verabschiedet. Es stellt die Grundlage für das Projekt Soziale Stadt Wattenscheid dar, das seit 2016 umgesetzt wird. Bereits die Erarbeitung des Konzepts war interdisziplinär angelegt und basierte auf einem breit angelegten Partizipationsprozess, in den auch Daten und Stellungnahmen des Gesundheitsamtes einfließen. An seinem Ende stand die Entscheidung, die gesamte Stadterneuerung ausdrücklich unter das Leitthema Gesundheit zu stellen.

Beide Prozesse, die Entwicklung eines Fachplans Gesundheit ebenso wie die gesundheitsförderliche Stadterneuerung in Wattenscheid, weisen eine ähnliche strukturelle Ausrichtung auf. Bei beiden Prozessen geht es um die Gesundheitsförderung in einem räumlichen Bezug, in Lebenswelten. Beide Prozesse setzen auf breit angelegte Partizipation und Strukturentwicklung. Und beide Prozesse sind, nimmt man sie ernst, ausgesprochen arbeitsintensiv. Aus diesem Grunde wurde beschlossen, die Arbeit am gesamtstädtischen Fachplan Gesundheit zurückzustellen und zunächst den Wattenscheider Prozess zu fokussieren. Der gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung im Rahmen der Sozialen Stadt Wattenscheid kommt somit eine Pilotfunktion für ganz Bochum zu.

Der Hauptanknüpfungspunkt für gesundheitsförderliche Maßnahmen im Rahmen der Sozialen Stadt Wattenscheid ist der Komplex Ernährung und Bewegung. Dies begründet sich zum einen darin, dass der Ortsteil Wattenscheid-Mitte, der einen Großteil des Stadterneuerungsgebietes einschließt, im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen in der Vergangenheit stets mit einem deutlich erhöhten Anteil adipöser Schulanfängerinnen und -anfänger aufgefallen ist. Zum anderen hat Bewegungsförderung insbesondere bei Kindern auch über die Adipositasprävention herausgehende gesundheitsförderliche Wirkungen. Und nicht zuletzt setzt Bewegungsförderung das Vorhandensein von Flächen zur Bewegung voraus und weist damit einen engen Bezug zu stadtplanerischen Belangen auf.

Vorrangiges Ziel der gesundheitlichen Stadterneuerung in Wattenscheid ist es somit

- Ernährung und Bewegung als wichtige Dimension gesunden Lebens in das Bewusstsein der Wattenscheiderinnen und Wattenscheider zu verankern,
- Orte zu schaffen, die zu Bewegung einladen,
- Bewegung und gesunde Ernährung in allen Altersstufen der Wattenscheider Bevölkerung zu fördern und
- ein Netzwerk aller Akteure in Wattenscheid zu schaffen, die sich für ein gesundes Wattenscheid einsetzen.

Die Bemühungen, diese Ziele zu erreichen, werden von einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung zu Wattenscheid-Mitte begleitet, um eine Datengrundlage für Entscheidungen zur Verfügung zu stellen und zukünftig ggf. Änderungen in der gesundheitlichen Lage Wattenscheids beschreiben zu können.

## 7.2 Methode

Gewöhnlich orientiert sich die kleinräumige kommunale Gesundheitsberichterstattung am statistischen Gliederungssystem der Stadt Bochum aus 6 Stadtbezirken, 30 Ortsteilen und 154 statistischen Vierteln. Standardmäßig wird die Ortsteilebene ausgewertet. Sie ist einerseits kleinteilig genug, um Unterschiede differenziert darstellen zu können, umfasst aber andererseits genügend Personen, um belastbare statistische Auswertungen zu ermöglichen.

Die Grenzen des beschlossenen Stadterneuerungsgebietes Wattenscheid orientieren sich jedoch nicht an am statistischen Gliederungssystem der Stadt, sondern an städtebaulichen Erfordernissen (siehe Abb. 117). Insbesondere wurden städtebauliche Missstände und eine hohe Verdichtung der Wohnbebauung bei der Gebietsabgrenzung berücksichtigt. Da Gesundheitsdaten ausschließlich für die Ebene des Stadtbezirks, der Ortsteile und der statistischen Viertel vorliegen, ist es bezogen auf den Untersuchungsraum schwierig, abgrenzungsscharf konkrete Aussagen für das Stadterneuerungsgebiet zu treffen. Man kann die Auswertungen lediglich durch eine passende Auswahl der auszuwertenden Ebenen des statistischen Gliederungssystems möglichst stark an das Gebiet annähern.

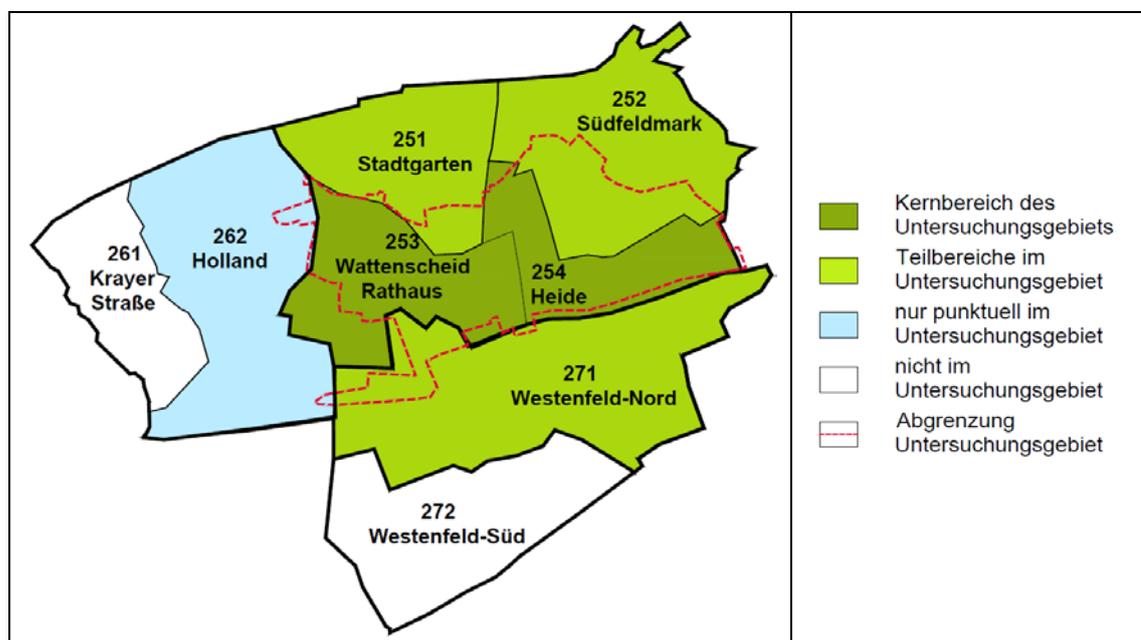


Abb. 117 Lage der statistischen Viertel in Bezug zum Untersuchungsgebiet des ISEK Quelle: ISEK Kurzfassung, S. 12

Da das Stadterneuerungsgebiet bis auf wenige kleine Flächen innerhalb des Ortsteils 25 Wattenscheid-Mitte verortet ist, können für eine erste Orientierung die Werte für den gesamten Ortsteil herangezogen werden. Werte für diese Ebene stehen regelmäßig in der kommunalen Sozial- und Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung. Eine gesonderte Berichterstattung für diese Ebene ist daher nicht notwendig. Die Auswertung der Schuleingangsuntersuchung 2016/17 (siehe oben Kapitel 6) zeigt Wattenscheid-Mitte als den Ortsteil mit der größten Dichte gesundheitlicher Herausforderungen

Im Folgenden wird ein anderer, detaillierterer Weg beschritten. Der Ortsteil Wattenscheid-Mitte gliedert sich in vier statistische Viertel, von denen zwei – 253 Wattenscheid Rathaus und 254 Heide – einen Großteil des hoch verdichteten Stadtumbaugebietes umfassen. Die beiden anderen statistischen Viertel – 251 Stadtgarten und 252 Südfeldmark reichen nur stellenweise in das Stadtumbaugebiet hinein, liegen jedoch größtenteils außerhalb. Diese Werte dieser vier Statistischen Viertel werden hier getrennt dargestellt. Zusätzlich werden für die beiden weniger dicht besiedelten nördlichen statistischen Viertel des Ortsteils Wattenscheid-Mitte und für die beiden dichter besiedelten südlichen jeweils Gesamtwerte gebildet.

Für diese kleinräumige Ebene stehen nur wenige Datensätze für die Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung. Die wichtigste und aussagekräftigste Informationsquelle ist dabei die Dokumentation der Schuleingangsuntersuchung. Sie wird hier im Folgenden herangezogen. Um auch für die Ebene der Statistischen

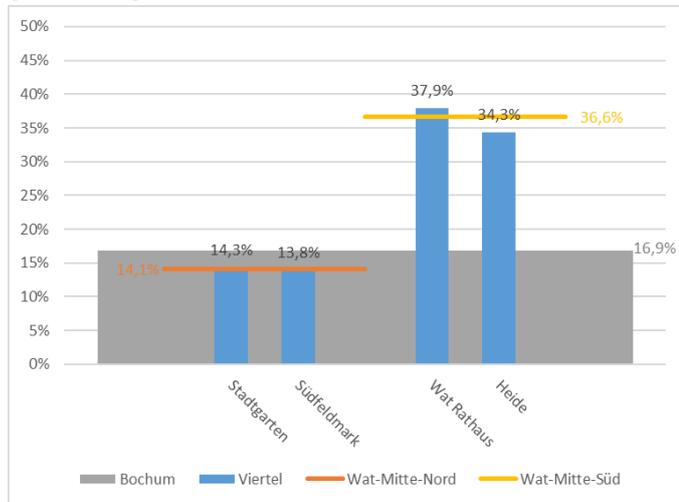
Viertel eine hinreichende Fallzahl für statistischen Auswertungen gewährleisten zu können, wurden fünf Untersuchungszyklen von 2012/13 bis 2016/17 aggregiert.

### 7.3 Ergebnisse

#### Soziale Differenzierung der vier statistischen Viertel

In den Untersuchungszyklen 2012/2013 – 2016/2017 wurden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung insgesamt 1095 Schulanfängerinnen und -anfänger untersucht. Fast die Hälfte dieser Kinder lebten im statistischen Viertel Wattenscheid Rathaus, fast 25% im statistischen Viertel Heide. In den beiden hoch verdichteten statistischen Vierteln leben somit 7 von 10 Schulanfängerinnen und -anfänger in Wattenscheid-Mitte, in

Abb. 119 SchulanfängerInnen aus Haushalten mit niedriger Bildung



Quelle SEU 2012-2017

den flächenmäßig ebenso großen Vierteln Stadtgarten und Südfeldmark insgesamt 3 von 10.

Nicht nur die Verteilung der Schulanfängerinnen und -anfänger ist in Wattenscheid-Mitte ungleichmäßig. Auch in Bezug auf den Bildungsstatus gibt es Unterschiede. Dieser wird auf freiwilliger Basis ebenfalls im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erhoben.

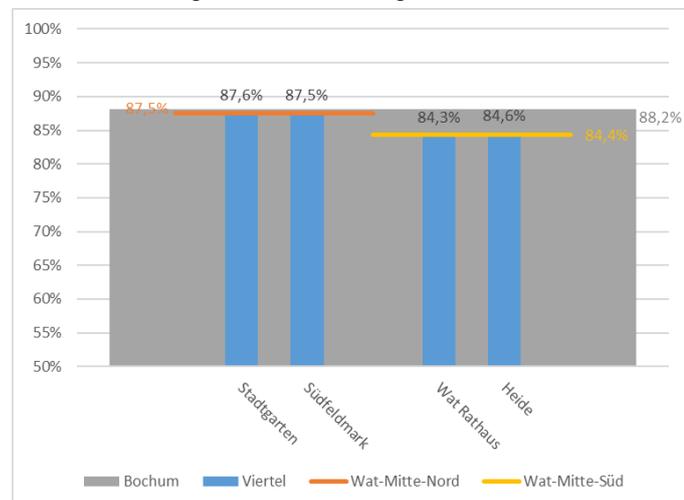
In den beiden nördlichen Vierteln von Wattenscheid-Mitte liegt der Anteil von Schulanfängerinnen und -anfänger aus Elternhäusern mit niedriger Bildung mit 13,8 bzw. 14,3% klar unter dem Anteil auf gesamtstädtischer Ebene, während im Süden gut jedes dritte Kind aus einem solchen Elternhaus stammt. Die hohe Verdichtung korreliert also erwartungsgemäß mit einem niedrigeren Bildungs-, und – eng verbunden damit – mit einem niedrigeren Sozialstatus.

#### Präventives Gesundheitsverhalten

Neben dem akuten Gesundheitszustand und einem umfangreichen Entwicklungsscreening werden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung auch die Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen sowie der Impfstatus der Schulanfängerinnen und -anfänger überprüft. Über diese beiden Merkmale lassen sich Rückschlüsse darauf ziehen, welchen Stellenwert präventive Maßnahmen in den Herkunftsfamilien haben.

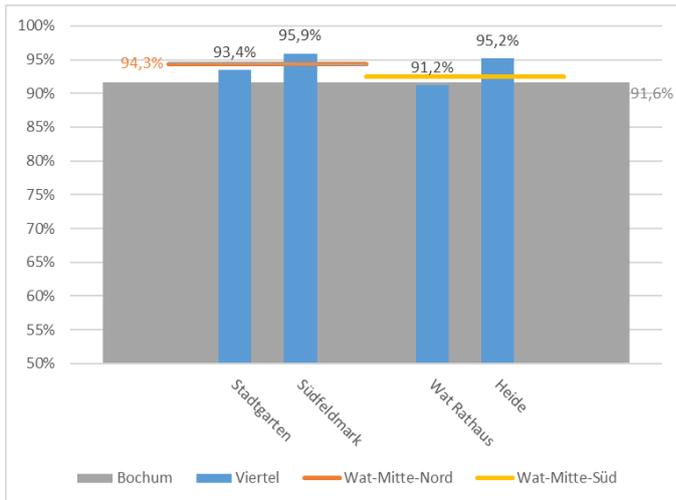
Stadtweit wird für gut jeden 10. Schulanfänger, jede 10. Schulanfängerin das Früherkennungsheft nicht vorgelegt. Betrachtet man die vier Statistischen Viertel des Ortsteils Wattenscheid-Mitte, lässt sich ein Unterscheid zwischen den beiden nördlichen einerseits und den beiden südlichen andererseits feststellen. In Stadtgarten und Südfeldmark entspricht die Häufigkeit der Vorlage des Früherkennungsheftes in etwa dem gesamtstädtischen Wert, in Wattenscheid Rathaus und Heide liegt er knappe 4 Prozentpunkte darunter.

Abb. 120 Vorlage Früherkennungsheft



Quelle SEU 2012-2017

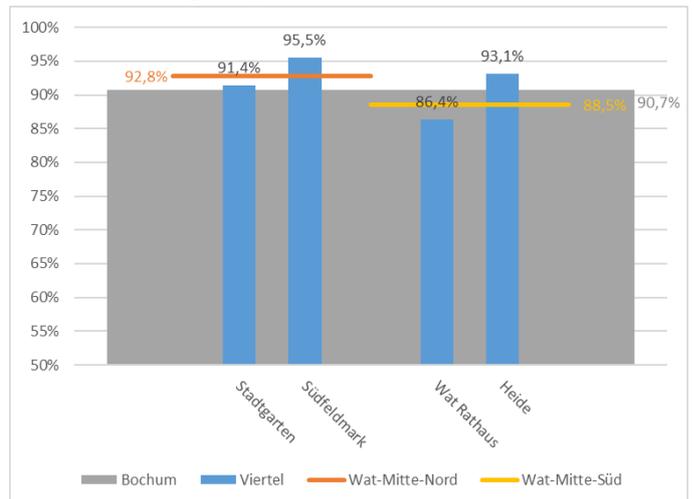
Abb. 121 Teilnahme U9



Quelle SEU 2012-2017

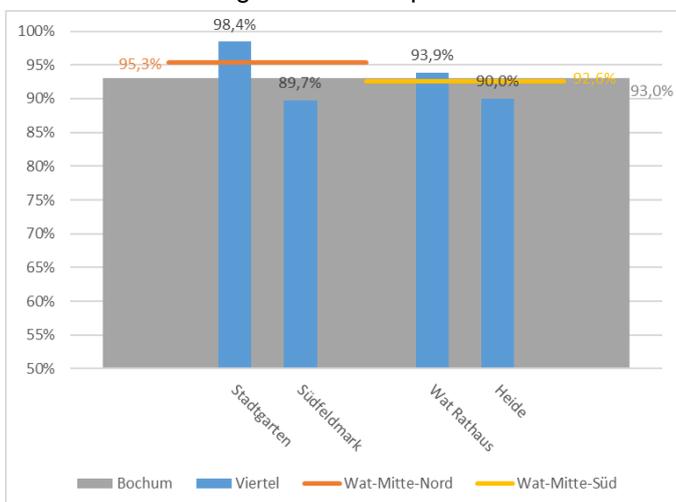
Das Impfbuch (Abb. 122) wird stadtweit für 9 von 10 Schulanfängerinnen und -anfängern bei der Schuleingangsuntersuchung vorgelegt. Die Werte für die vier Statistischen Viertel des Ortsteils Wattenscheid-Mitte weichen dabei nur geringfügig vom gesamtstädtischen Mittelwert ab. Die niedrigsten Wert weist mit 86,4% Wattenscheid Rathaus auf, den höchsten Südfeldmark mit 95,5%.

Abb. 122 Vorlage Impfbuch



Quelle SEU 2012-2017

Abb. 123 Vollständiger Masern-Impfschutz



Quelle SEU 2012-2017

Betrachtet man nun die Häufigkeit, mit der U9-Untersuchungen in den Statistischen Vierteln Wattenscheids durchgeführt werden zeigt sich ein sehr erfreuliches Bild: Die Teilnahme liegt in allen vier Statistischen Vierteln auf dem gesamtstädtischen Niveau und darüber. Die Unterschiede zwischen den hochverdichteten südlichen und den nördlichen Vierteln sind dabei nur gering.

Früherkennungsuntersuchungen wie die U9 scheinen also unabhängig von kleinräumig wirkenden Faktoren von allen Eltern in hohem Maße wahrgenommen zu werden.

Beim Anteil der Kinder mit vollständigem Masern-Impfschutz (Abb. 123) zeigt sich - ebenso wie bei der Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U9 insgesamt kein auffälliges Bild. Zwar wird nur in einem von vier Statistischen Vierteln die 95%-Marke übertroffen, die zur Ausrottung der Masern nötig ist. Insgesamt erreicht die Durchimpfungsrate bei der Masernschutzimpfung ungefähr gesamtstädtisches Niveau, auch wenn in Südfeldmark als auch in Heide der städtische Durchschnittswert nicht ganz erreicht wird.

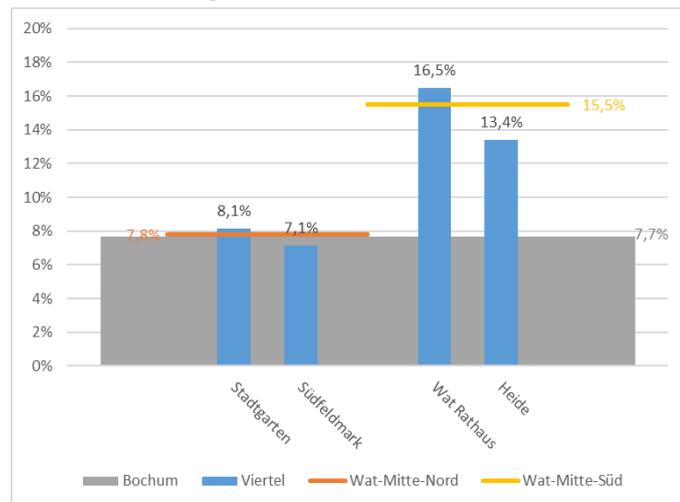
Insgesamt stellt sich beim präventiven Gesundheitsverhalten die Situation in Wattenscheid-Mitte unauffällig dar. Zwar sind Abweichungen vom gesamtstädtischen Mittelwert zu erkennen, diese fallen jedoch vergleichsweise moderat aus.

### Entwicklung und Gesundheit der SchulanfängerInnen und –anfänger in Wattenscheid

Die Betrachtung des präventiven Gesundheitsverhaltens liefert wertvolle Information über die Bereitschaft der Wattenscheider Bürgerinnen und Bürger, für die Gesundheit ihre Kinder vorzusorgen. Um Ansatzpunkte für gesundheitsförderliche Maßnahmen identifizieren zu können, ist es jedoch erforderlich, die Entwicklung und den Gesundheitszustand der Schulanfängerinnen und -anfänger in Wattenscheid-Mitte zu betrachten. Dies geschieht im Folgenden anhand der auffälligen Ergebnisse bei der Überprüfung schulrelevanter Fähigkeiten im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung.

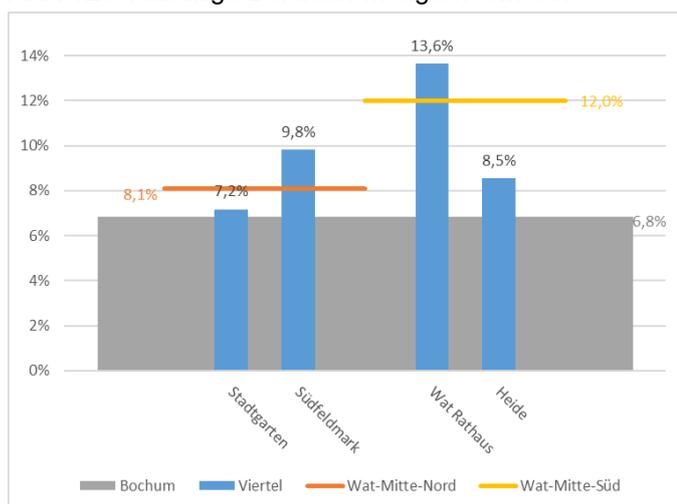
Zu den zentralen Fähigkeiten, die Kinder mitbringen müssen, um erfolgreich die Schule zu absolvieren, zählt ein altersgerechtes Vorwissen bezüglich Zahlen und Mengen (Abb. 124 und Abb. 125). Beides wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung über einen standardisierten Test überprüft. Dabei zeigen sich auf der Ebene der Statistischen Viertel z. T. eklatante Unterschiede. In den beiden südlichen Vierteln liegt der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit auffälligen Ergebnissen bei der Überprüfung des Zahlenvorwissens doppelt so hoch wie im gesamtstädtischen Durchschnitt. Bei den nördlichen Vierteln weicht er hingegen nicht davon ab.

Abb. 124 Auffällige Befunde: Zahlenvorwissen



Quelle SEU 2012-2017

Abb. 125 Auffällige Befunde: Mengenvorwissen



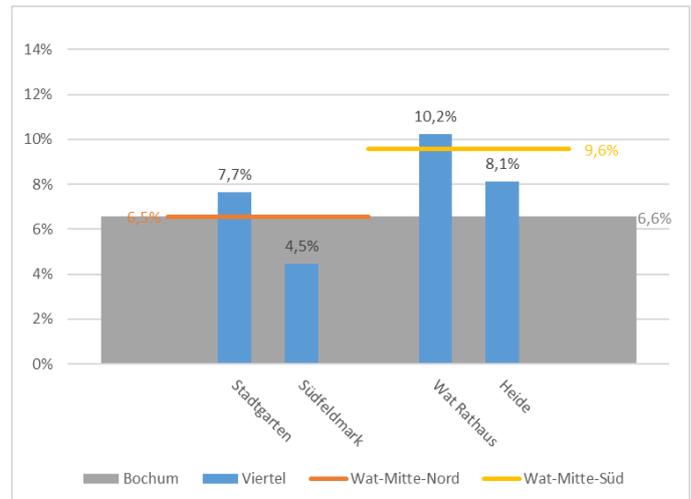
Quelle SEU 2012-2017

Auch bei der Überprüfung des Mengenvorwissens zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den nördlichen und südlichen Statistischen Viertel von Wattenscheid-Mitte. Allerdings ist das Bild hier etwas differenzierter: Deutliche Abweichungen vom gesamtstädtischen Mittelwert finden sich sowohl in den nördlichen wie in den südlichen Vierteln von Wattenscheid-Mitte.

Bei der selektiven Wahrnehmung (Abb. 126) geht es um die Fähigkeit der Schulanfängerinnen und -anfänger, auf relevante Reize sowohl schnell als auch richtig zu reagieren und Störreize auszublenden.

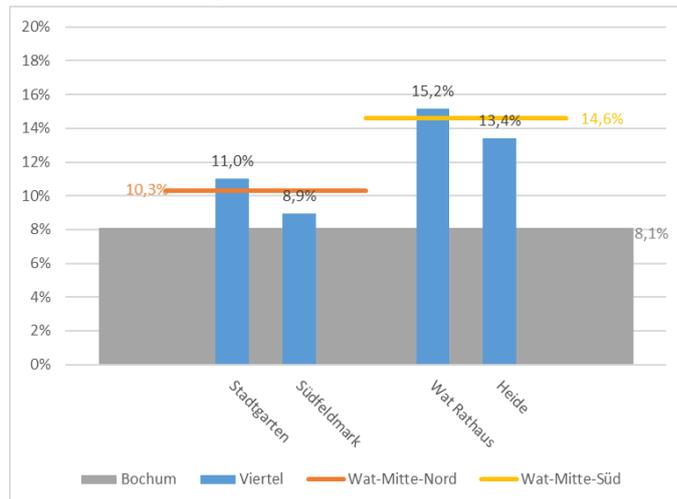
Im diesem Bereich lässt sich ebenfalls eine Differenzierung zwischen den nördlichen und südlichen Statistischen Vierteln des Ortsteils feststellen, wobei in den südlichen Vierteln die Abweichung des Anteils der Schulanfängerinnen und -anfänger mit auffälligen Befunden größer ausfällt als in den nördlichen. Lediglich das Viertel Südfeldmark weist einen unterdurchschnittlichen Anteil auffälliger Ergebnisse auf.

Abb. 126 Auffällige Befunde: Selektive Aufmerksamkeit



Quelle SEU 2012-2017

Abb. 127 Auffällige Befunde: Visuomotorik



Quelle SEU 2012-2017

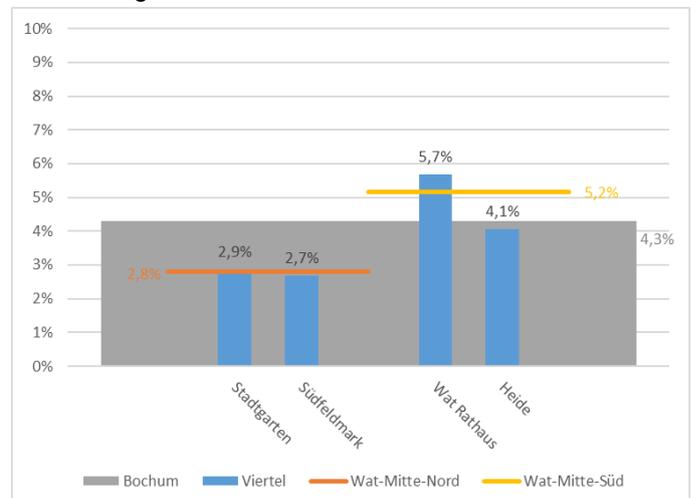
Bei der Überprüfung der Visuomotorik (Abb.127) geht es um eine gute Wahrnehmung visueller Reize und eine gute Auge-Hand-Koordination. Gute visuomotorische Fähigkeiten sind für das Erlernen des Schreibens unabdingbar.

Hier weisen alle vier Statistischen Viertel des Ortsteils Wattenscheid-Mitte überdurchschnittliche Anteile an Kindern mit auffälligen Ergebnissen auf. Wiederum sind die deutlichsten Abweichungen in den beiden südlichen Vierteln Wattenscheid Rathaus und Heide festzustellen. Hier liegt der Anteil auffälliger Ergebnisse fast doppelt so hoch wie in der Gesamtstadt.

Die Fähigkeit, gleiche Formen zu erkennen und sie von ähnlichen Formen abzugrenzen, ist ebenfalls eine wichtige Voraussetzung für den Erwerb der Fähigkeit zu schreiben, lesen und rechnen. Diese Fähigkeit wird durch den Test Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern (Abb. 128) überprüft.

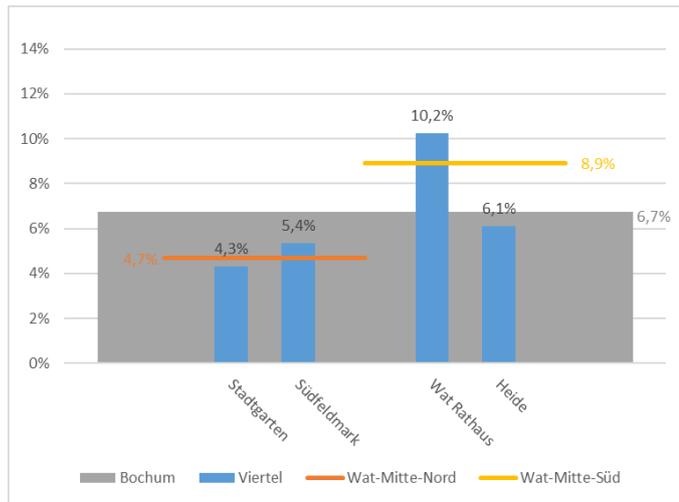
Auch hier zeigt sich - wie bei vielen der bisher betrachteten Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung - eine Differenz zwischen den südlichen und nördlichen Statistischen Vierteln. Die beiden südlichen weisen unterdurchschnittliche Anteile auffälliger Ergebnisse auf während die nördlichen im oder über dem gesamtstädtischen Mittelwert liegen.

Abb. 128 Auffällige Befunde: Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern



Quelle SEU 2012-2017

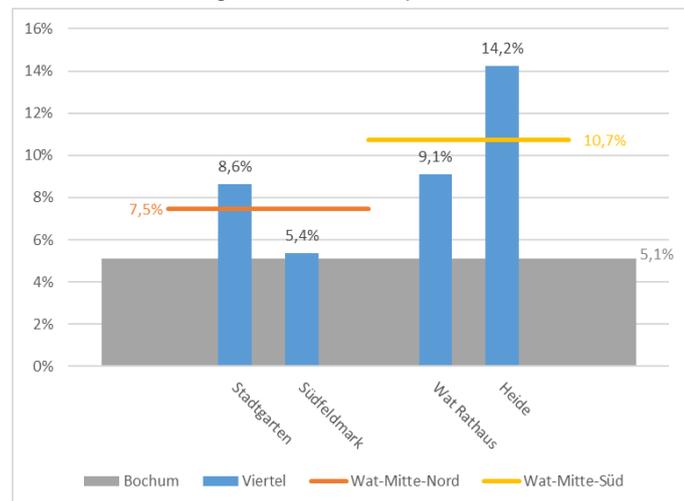
Abb. 129 Auffällige Befunde: Körperkoordination



Quelle SEU 2012-2017

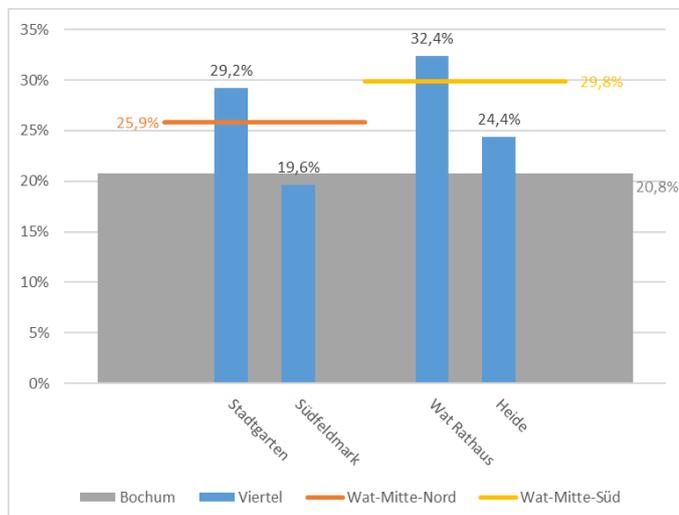
Bei Adipositas (Fettsucht, erhebliches Übergewicht) weist lediglich ein Statistisches Viertel (Südfeldmark) einen Anteil auffälliger Ergebnisse auf, der in etwa dem gesamtstädtischen Mittelwert entspricht. Die drei anderen Statistischen Viertel weisen Anteile adipöser Schulanfängerinnen und -anfänger auf, die annähernd oder sogar mehr als doppelt so hoch sind wie der Anteil in der Gesamtstadt.

Abb. 130 Auffällige Befunde: Adipositas



Quelle SEU 2012-2017

Abb. 131 Auffällige Befunde: Herabsetzung der Sehschärfe



Quelle SEU 2012-2017

Störungen der Motorik bzw. der Körperkoordination (Abb. 129) können u.a. negative Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung haben, während eine gute motorische Leistungsfähigkeit positiven Einfluss auf die Gesundheit hat.

Mit Ausnahme von Wattenscheid Rathaus weisen alle Statistischen Viertel des Ortsteils Wattenscheid-Mitte im Vergleich zur Gesamtstadt unterdurchschnittliche Anteile. Für den deutlich erhöhten Wert in den südlichen Vierteln ist ausschließlich auf die Abweichung in Wattenscheid Rathaus zurückzuführen.

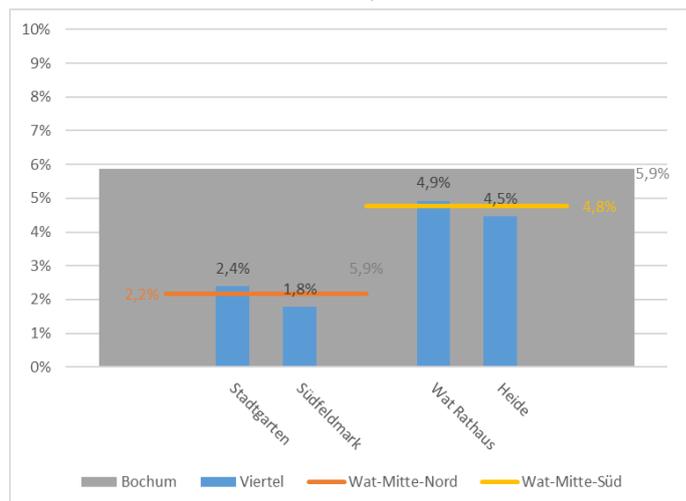
Gutes Sehen ist ebenfalls eine wichtige Grundvoraussetzung für das Lernen in der Schule. Aus diesem Grund umfasst die Schuleingangsuntersuchung auch eine Untersuchung der Augen (Abb. 131).

Gesamtstädtisch wird bei jedem fünften Kind eine Herabsetzung der Sehschärfe festgestellt. Lediglich in Südfeldmark liegt der Anteil der Kinder mit herabgesetzter Sehschärfe auf diesem Niveau. In Heide weist knapp jedes vierte, in Stadtgarten und Wattenscheid Rathaus sogar knapp jedes dritte Kind hier einen auffälligen Befund auf.

Auch die sprachliche Entwicklung wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung überprüft (Abb 132).

Hierbei zeigt sich in allen Statistischen Vierteln des Ortsteils Wattenscheid-Mitte ein sehr erfreuliches Bild. Zwar ist auch hier - wie bei vielen anderen Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung - einen Unterschied zwischen den hoch verdichteten südlichen Statistischen Vierteln und den nördlichen zu erkennen, alle vier Statistischen Viertel liegen jedoch z. T. sogar erheblich unter dem gesamtstädtischen Mittelwert.

Abb. 132 Pseudowörter nachsprechen



Quelle SEU 2012-2017

## 7.4 Bewertung

Die reguläre Auswertung der Schuleingangsuntersuchung 2016/17 (siehe oben Kapitel 6) weist Wattenscheid-Mitte als Ortsteil aus, in dem bei den Schulanfängerinnen und -anfängern viele gesundheitliche Herausforderungen zu bewältigen sind. Die vorliegende kleinräumige und auf den Daten aus sechs Untersuchungszyklen basierende Untersuchung differenziert dieses Bild erheblich, bestätigt jedoch zugleich die Grundannahme des Integrierten Stadtentwicklungskonzeptes, der zufolge Gesundheit ein guter Anknüpfungspunkt für die Stadterneuerung in Wattenscheid ist. Dies gilt insbesondere für die sehr dicht besiedelten Statistischen Viertel Wattenscheid Rathaus und Heide, die auch den Kernbereich des Stadterneuerungsgebiets umfassen. Der Schwerpunkt Ernährung und Bewegung wird bestätigt.

Das Zusammenfallen von verdichteter Bebauung und tendenziell größeren gesundheitlichen Herausforderungen kann auf der Basis der vorliegenden Daten nicht als Kausalzusammenhang beschrieben werden. Dennoch stellt die Verdichtung eine besondere Herausforderung für die Bewegungsförderung in Wattenscheid dar. Es gilt, trotz dieser Verdichtung Räume für Bewegung und Spiel zu eröffnen und ihre Nutzung durch alle Wattenscheiderinnen und Wattenscheider zu fördern. Dies ist eine Aufgabenstellung, die den Rahmen klassischer Gesundheitsförderung sprengt und für deren Lösung ein gesundheitsförderlich ausgerichteter Stadterneuerungsprozess als geeigneter Rahmen erscheint. Umgekehrt bedarf ein solcher Stadterneuerungsprozess eines aktivierenden Angebotes, um die in Richtung Beispielbarkeit und Bewegungsförderung geöffneten Flächen auch tatsächlich zu beleben.

## 7.5 Maßnahmen

Um einen derart ausgerichteten gesundheitsförderlichen Stadterneuerungsprozess zu realisieren, bedarf es einer geeigneten Struktur. Zentrale Anlaufstelle für Fragen der Gesundheitsförderung in Wattenscheid-Mitte ist das Stadtteilbüro Wattenscheid, in dem eine Mitarbeiterin schwerpunktmäßig gesundheitliche Fragestellungen bearbeitet. Bereits jetzt wurden vielfältige Aktivitäten, z. B. im Bereich der Kitas und Schulen entfaltet. Durch Projektförderungen im Rahmen des Programms Starke Quartiere - starke Menschen sollen zusätzliche personelle Angebote zur Gesundheitsförderung im Ortsteil angesiedelt werden. Darüber hinaus soll eine Stadtteilgesundheitskonferenz durchgeführt werden, die an bestehende Netzwerkstrukturen im Ortsteil (Sozialraumkonferenz) anknüpft. Ebenfalls projektiert sind Stadtteilgesundestage, die die gesamte Wattenscheider Bevölkerung auf die vielfältigen gesundheitsförderlichen Aktivitäten im Ortsteil hinweisen und zum Mitmachen ermutigen soll. Ebenfalls strukturbildend ist der Masterplan Bewegte und bespielte Stadt des Baudezernats, der im Stadterneuerungsgebiet potentielle Spiel- und Bewegungsflächen identifiziert und gezielt entwickelt.

## 8 Pflege

### 8.1 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.).

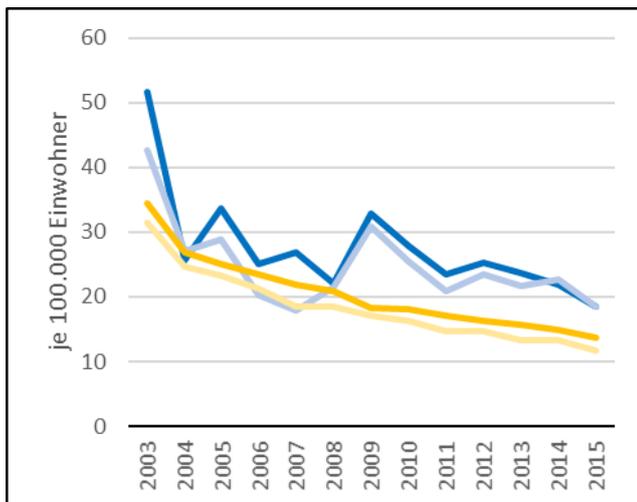
Gewöhnlich wird zwischen leichten, mittleren und schweren Demenzen unterschieden. Bei leichten Demenzen gelingt den Betroffenen die Bewältigung des Alltags noch ohne größere Unterstützung. Erst bei besonderen Anforderungen zeigen sich die Beeinträchtigungen. Mittelschwere Demenzen sind dadurch gekennzeichnet, 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:

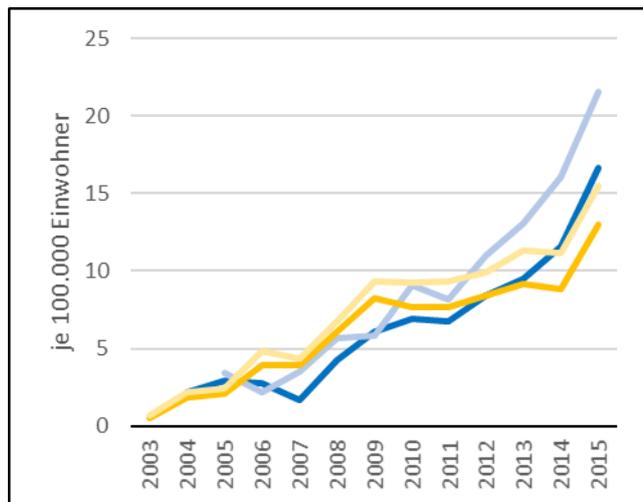
**Abb. 133 Krankenhausfälle wegen Demenzen**

je 100.000 Ew. nach Geschlecht  
Bochum und NRW 2003-2015



**Abb. 134 Sterbefälle wegen Demenzen**

je 100.000 Ew. nach Geschlecht  
Bochum und NRW 2003-2015



— Bochum männlich — Bochum weiblich  
— NRW männlich — NRW weiblich

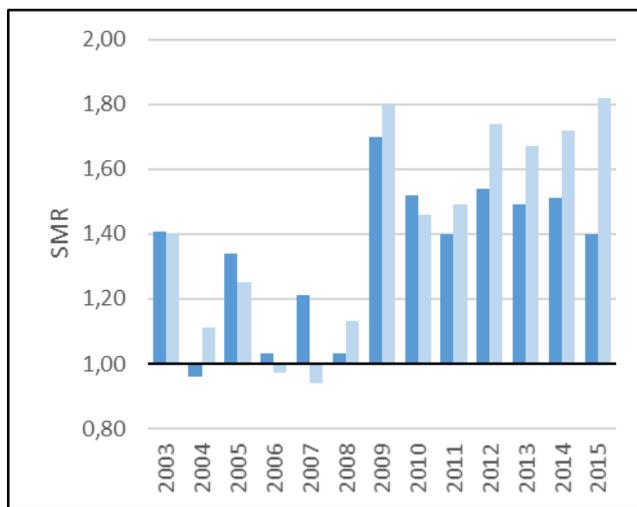
Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

2015 wurden in Bochum insgesamt 182 Krankenhausfälle wegen Demenz gezählt. 64 davon betrafen Männer, 118 Frauen. Im gleichen Jahr verstarben 210 Personen an Demenz. Auch hier waren mit 154 Sterbefällen Frauen deutlich häufiger betroffen als Männer.

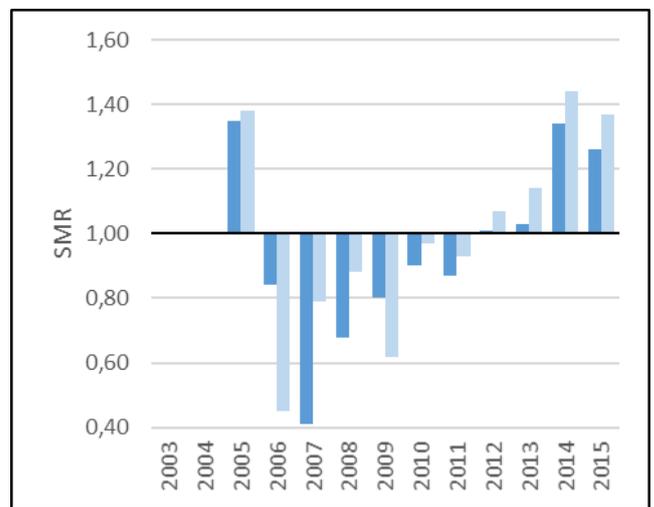
Die Zahl der Krankenhausaufenthalte wegen Demenzen ist von 2003 bis 2015 sowohl im Land als auch in Bochum tendenziell zurückgegangen (Abb. 133). In diesem Rückgang spiegeln sich die Bemühungen wider, Erkrankte außerhalb von Akutkrankenhäusern ambulant oder stationär zu betreuen. Im gleichen Zeitraum hat sich die Zahl der Sterbefälle wegen Demenzen erheblich erhöht (Abb. 134). Dies ist vermutlich auf die Änderung der Bevölkerungszusammensetzung zurückzuführen: Da es immer mehr alte und hochaltrige Menschen gibt, nehmen auch Erkrankungen, die insbesondere in diesen Altersstufen auftreten - z. B. Demenzen -, als Todesursache an Bedeutung zu.

Das Gesundheitsamt prüft die Totenscheine der in Bochum verstorbenen Bürgerinnen und Bürger auf Plausibilität. Dabei fällt außerdem auf, dass in den letzten Jahren gehäuft die Diagnose „Demenz“ ohne weitere Angaben verwandt wird. Da dies nicht die direkte Todesursache ist, bleibt trotz Recherche in vielen Fällen unklar, woran der Patient bzw. die Patientin tatsächlich verstorben ist.

**Abb. 135 Krankenhausfälle wegen Demenzen nach Geschlecht 2003-2015**



**Abb. 136 Sterbefälle wegen Demenzen nach Geschlecht 2003-2015**



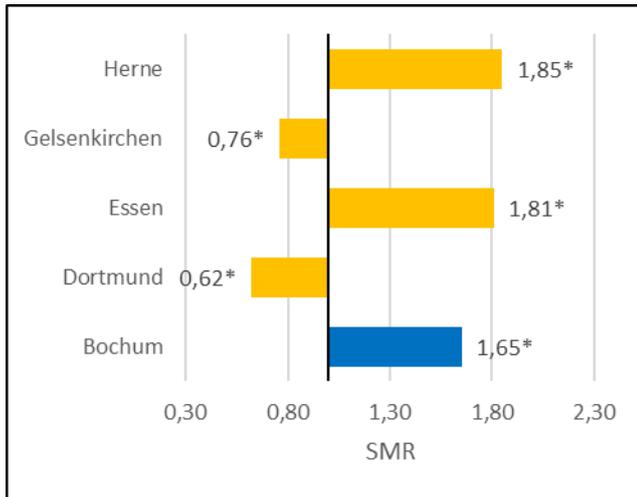
■ männlich ■ weiblich

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

Die SMR der Krankenhausfälle wegen Demenz schwankte in Bochum 2003 bis 2008 zwischen auffälligen und unauffälligen Werten. Seit 2009 liegt der Zahl der beobachteten Krankenhausaufenthalte sowohl bei Männern bis zu 50% und bei Frauen 80% über derjenigen, die zu erwarten wäre, wenn die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in allen Altersstufen in Bochum derjenigen in NRW entspräche (Abb. 135). Bei den Sterbefällen traten in Bochum zuletzt - nach mehreren Jahren mit z. T. erheblich Abweichungen nach unten - gegenüber dem Landeswert deutlich erhöhte Werte auf (Abb. 136).

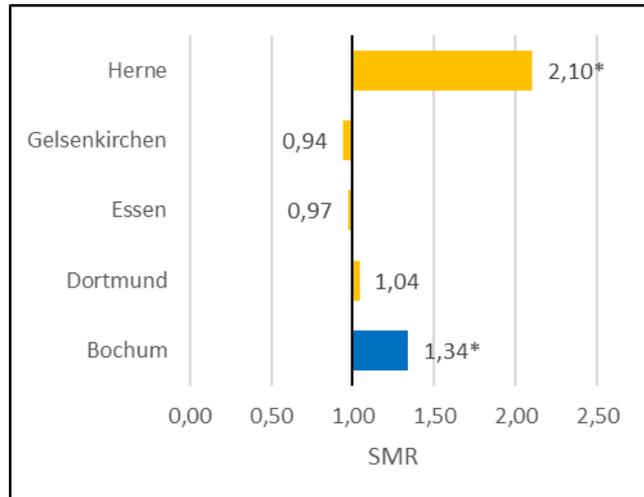
**Abb. 137 Krankenhausfälle  
wegen Demenzen**

Bochum und Vergleichskommunen 2015



**Abb. 138 Sterbefälle  
wegen Demenzen**

Bochum und Vergleichskommunen 2015



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 deutlich seltener als in NRW insgesamt. Bei den Sterbefällen zeigten sich Bochum und Herne mit signifikanten Abweichungen vom Landeswert.

**Zusammenfassung 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. 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:** Bei verstorbenen dementen Patientinnen und Patienten muss die direkte Todesursache konkret benannt werden. Die diesbezügliche Aufklärungsarbeit des Gesundheitsamtes bei den Ärzten, die Totenscheine ausfüllen, muss intensiviert werden.

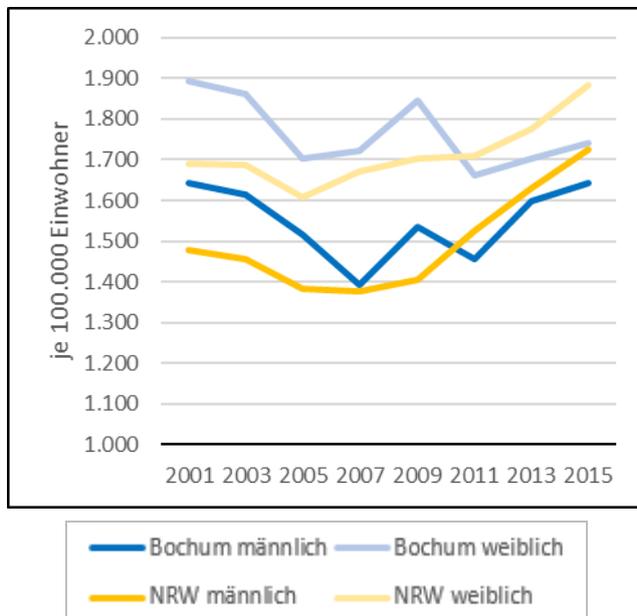
## 8.2 Pflegebedürftigkeit

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.

### Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

**Abb. 139: Pflegefälle**  
je 100.000 Einwohner nach Geschlecht,  
Bochum und NRW, 2001-2015

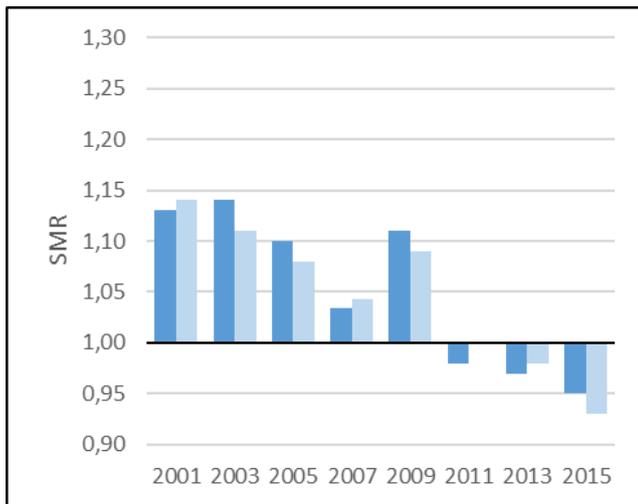


Altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt

2015 zählte die Pflegestatistik 13.125 Pflegebedürftige in Bochum, darunter 4.465 Männer und 8.630 Frauen. Die Zahl der Pflegebedürftigen lag in Bochum sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen bis 2009 regelmäßig über dem nordrhein-westfälischen Wert. Seither weist Bochum eine niedrigere Rate an Pflegefällen aus als das Land. Auf Landesebene lässt sich seit 2005 eine Zunahme der Pflegefälle feststellen. In Bochum stellt sich die Entwicklung differenzierter da, wobei insbesondere bei den Männern seit 2011 ebenfalls steigende Werte zu beobachten sind (Abb. 1). Allerdings liegen die Fallzahlen dabei nach wie vor unter dem Landesniveau (Abb. 2). Der interkommunale Vergleich der SMR ergibt ein uneinheitliches Bild: In zwei Kommunen liegt die Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit über der des Landes, in dreien - darunter Bochum - liegt sie darunter (Abb. 3).

**Abb. 140: Pflegefälle**

nach Geschlecht, Bochum, 2001-2015

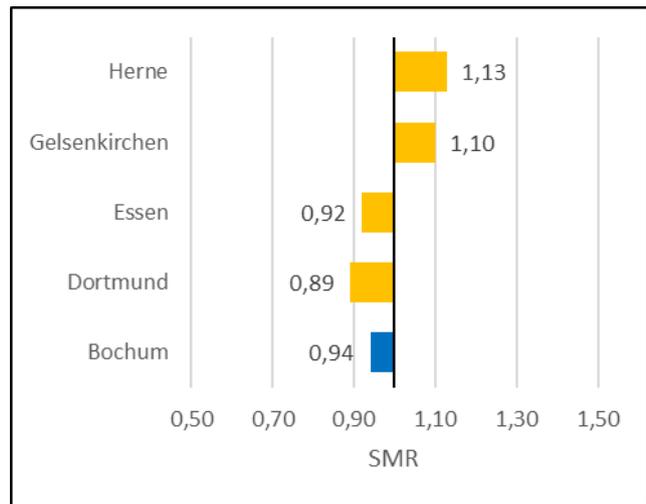


■ männlich ■ weiblich

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

**Abb. 141: Pflegefälle**

Bochum und Vergleichskommunen, 2015



**Zusammenfassung Pflegebedürftigkeit:**

Seit 2011 liegt die Zahl der Pflegebedürftigen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner unter derjenigen des Landes. Dies trifft seit 2013 auch für die SMR zu.

**Interventionsbedarf:** Nein

## 9 Versorgungsstrukturen

In den Basisgesundheitsberichten 2011 und 2014 wurde die ambulante und stationäre Versorgungsstruktur durch die Darstellung von Versorgungsquoten und Kartogrammen dargestellt. Im vorliegenden Basisgesundheitsbericht wird darauf verzichtet. Dies liegt zum einen daran, dass die Datengrundlage sich in den vergangenen Jahren sich verändert hat. Zum anderen hat sich bei der in der Vergangenheit stets gezeigt, dass die Versorgung Bochums mit Ärzten - gemessen an den Versorgungsquoten - vergleichsweise gut ist. Versorgungsquoten z. T. deutlich über 100% sind die Regel (siehe Basisgesundheitsbericht 2014). Dagegen stand aber stets die Erfahrung, dass die Versorgung real mitnichten in allen Bereichen optimal ist. Insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung sind trotz einer nominellen Versorgungsquote von über weit über 200% Wartezeiten länger als sechs Monate bis hin zu einem Jahr keine Seltenheit.

Die Versorgungsquoten bieten also keine verlässliche Grundlage für eine Beschreibung der Versorgungslage.

Diese Problematik ist im Laufe des letzten Jahres in Fachkreisen breit diskutiert worden. Anlass für diese Diskussion war das Auslaufen der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Festsetzung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung“. Diese Richtlinie wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung als Planungsgrundlage für die ambulante ärztliche Versorgung erstellt und regelmäßig angepasst.

In ihrer derzeitigen Fassung sieht die Bedarfsplanungs-Richtlinie für die Ruhrgebietskommunen eine andere Bemessungsgrundlage vor als für den Rest der Bundesrepublik Deutschland. Dabei werden für die Ruhrgebietskommunen - und damit auch für Bochum - ungünstigere Verhältniszahlen zwischen Ärzten und den zu versorgenden Patientinnen und Patienten zugrunde gelegt. Dies führt zu einer Schlechterstellung sowohl der hausärztlichen sowie der psychotherapeutischen Versorgung im Ruhrgebiet.

Während bei der hausärztlichen Versorgung grundsätzlich ein Arzt-Patienten-Verhältnis von 1 zu 1.671 zugrunde gelegt wird, gilt für das Ruhrgebiet ein Verhältnis von 1 zu 2.099. Dies bedeutet, dass ein Hausarzt in Bochum mehr als 400 Patienten mehr versorgen muss als im übrigen Deutschland. Im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung beträgt das Verhältnis 1 zu 3.079 im Bundesgebiet. In Bochum wird demgegenüber ein Verhältnis von 1 zu 8.874 zugrunde gelegt. Man begründete die Einführung der Sonderversorgungsregion Ruhrgebiet in den 90er Jahren mit nur hier gegebenen strukturellen Besonderheiten.

Diese erklärt die rein rechnerisch guten Versorgungsquoten in Bochum und den anderen Ruhrgebietskommunen bei gleichzeitigen langen Wartezeiten.

Dies hat die Kommunale Gesundheitskonferenz veranlasst, sich auf ihrer Sitzung vom 10.03.2016 ausführlich mit dieser Thematik zu befassen. Der Rat der Stadt Bochum hat daraufhin in seiner Sitzung am 15.09.2016 ein Votum für die Abschaffung des § 65 der Bedarfsplanungs-Richtlinie ausgesprochen. Aus anderen Ruhrgebietskommunen wurden ähnliche Voten abgegeben.

Anfang 2017 fand ein Expertenworkshop zur Versorgungsregion im Ruhrgebiet statt, an dem auch die Gesundheitsverwaltung Bochum teilnahm. Die Experten empfahlen die schrittweise Abschaffung des Sonderstatus, da er sich nicht (mehr) durch strukturelle Gegebenheiten rechtfertigen lässt. Nach aktuellem Kenntnisstand wird dem voraussichtlich gefolgt werden.

## 10 Datenbasis und Methoden

### 10.1 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. 59f.) 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).

#### 10.1.1 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.

**Tabelle 3: Europäische Standardbevölkerung (alt)**

Alter	Geschlecht		
	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): Indikatorenset 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.

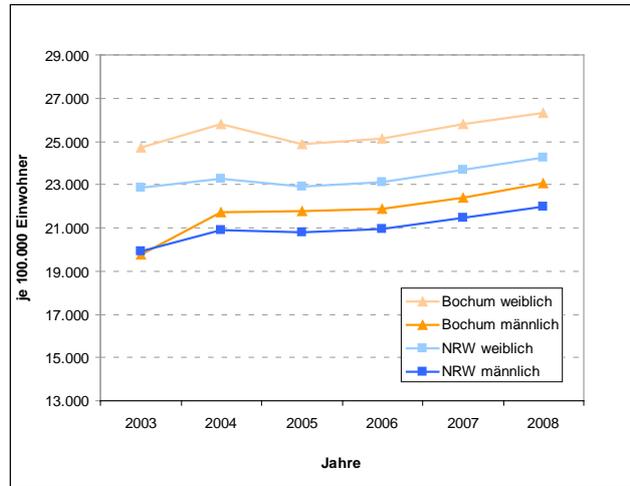
Zwar wurde 1990 von der UNO die Verwendung einer neuen Europabevölkerung vorgeschlagen, diese konnte sich in der Vergangenheit jedoch nicht durchsetzen, da sie keine direkten Vergleiche zwischen Männern und Frauen zulässt (LÖGD NRW 2006a, 131f.).

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 10.2). 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 ungefährender 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. 142 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. 142: Krankenhausfälle**  
je 100.000 Einwohner nach Geschlecht,  
Bochum und NRW, 2003-2008

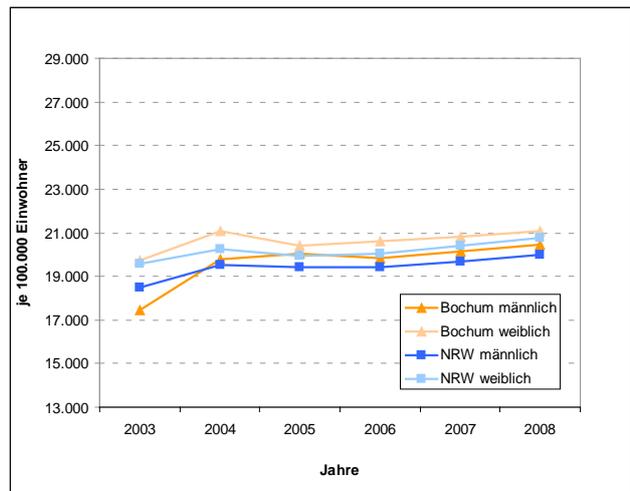


**Beispiel Morbiditätsrate, altersstandardisiert:**

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. 143). 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. 143: Krankenhausfälle**  
je 100.000 Einwohner nach Geschlecht,  
Bochum und NRW, 2003-2008



Altersstandardisiert an Europabevölkerung alt

**10.1.2 Indirekte Altersstandardisierung**

Bei der indirekten Altersstandardisierung wird die sog. SMR (englisch: Standardized Mortality/Morbidity Ratio) errechnet.<sup>8</sup>

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.

<sup>8</sup> 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](http://www.lzg.gc.nrw.de) finden Fachleute und Interessierte umfassende Informationen zur Altersstandardisierung.

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-/Kreislaufkrankungen lag in Bochum 2009 für beide Geschlechter bei 0,96.

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

**Beispiel B:**

Der SMR-Wert für Sterbefälle wegen Herz-/Kreislaufkrankungen 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.<sup>9</sup> 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.**

<sup>9</sup> 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](http://www.lzg.gc.nrw.de).

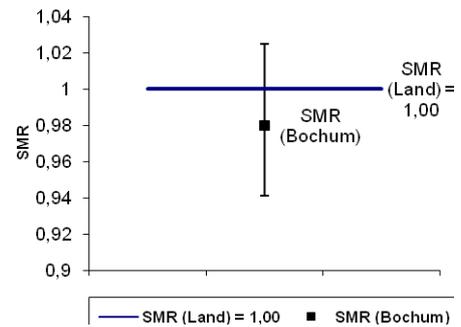
**Beispiel nicht signifikant:**

Die SMR für Sterbefälle wegen Herz-/ Kreislaferkrankungen 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.

Herz-/Kreislauf-Erkrankungen 2003



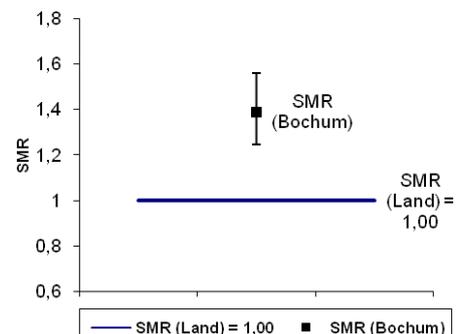
**Beispiel signifikant:**

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.

Lebererkrankungen (Männer) 2005



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.

**10.1.3 Interpretation der Daten**

Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass sich in diesem Bericht die Standardbevölkerung der direkten von 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.

## 10.2 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:

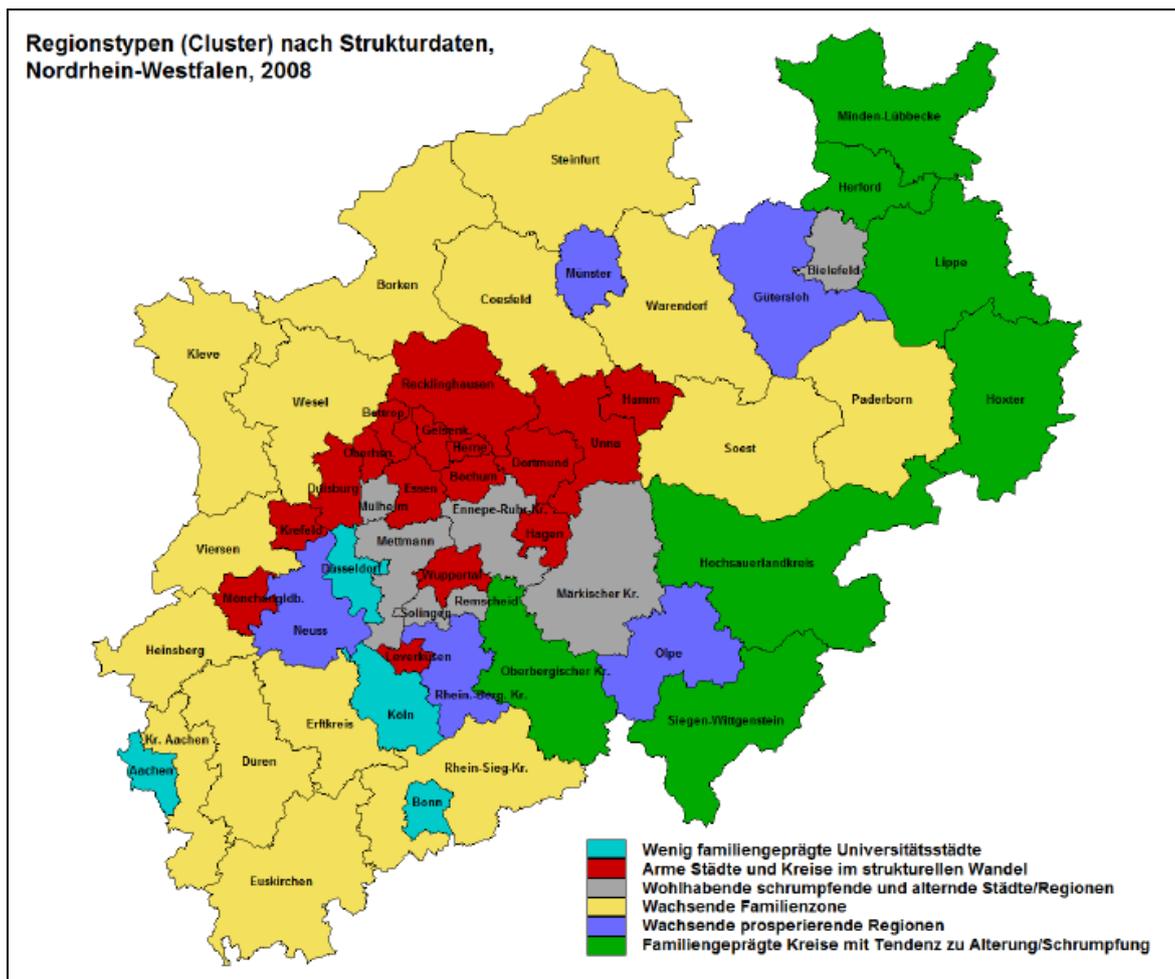


Abbildung 144 Regionstypen (Cluster) nach Strukturdaten, Nordrhein-Westfalen 2008 (LZG.NRW 2013, 1)

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.

### 10.3 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 Auskunft 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.

Schuleingangsuntersuchungen ermöglichen im Gegensatz zu den Landesdaten kleinräumige Auswertungen auf der Ebene der dreißig Bochumer Ortsteile. Dadurch wird es auch möglich, diese Ergebnisse zur sozialstrukturellen Differenzierung Bochums (Stadt Bochum 2015, 232ff.) in Beziehung setzen (siehe oben Abb. 116 aus S. 76). Darin werden die Bochumer Ortsteile in fünf Cluster mit ähnlichen sozialstrukturellen Merkmalen eingeteilt.

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

## 11 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 Landesentrums 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 2005:** Robert-Koch-Institut (Hg.), Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 28, Berlin 2005.

**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.

**Stadt Bochum 2015:** Stadt Bochum (Hg.), Sozialbericht Bochum 2015, Bochum 2015.

## Internetressourcen

[www.bochum.de](http://www.bochum.de)

[www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de)

[www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)

[www.lzg.nrw.de](http://www.lzg.nrw.de)

[www.rki.de](http://www.rki.de)

## 12 Wichtige Begriffe und Abkürzungen

<b>Soziostrukturelle Cluster</b>	Ortsteile Bochums mit ähnlichen Merkmalen in Bezug auf den Bezug von Transferleistungen, den Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund und den Anteil Über-60-Jähriger an der Gesamtbevölkerung (siehe Sozialbericht Bochum 2015).
<b>Direkte Altersstandardisierung</b>	Methode, um Vergleiche des Krankheitsgeschehens zwischen unterschiedlich strukturierten Bevölkerungen zu ermöglichen (siehe Kapitel 10.1.1)
<b>GBE Stat 2017</b>	Datentool für Auswertungen zum Krankheits- und Sterbegeschehen in Nordrhein-Westfalen auf kommunaler Ebene
<b>GeschO</b>	Geschäftsordnung
<b>ICD-10</b>	International Classification of Diseases, 10 Aufl., Internationales Klassifizierungssystem für Erkrankungen, 10. Aufl.
<b>Indirekte Altersstandardisierung</b>	Methode, um Vergleiche des Krankheitsgeschehens zwischen unterschiedlich strukturierten Bevölkerungen zu ermöglichen (siehe Kapitel 10.1.2)
<b>ISEK</b>	Integriertes Stadterneuerungskonzept
<b>LIGA.NRW</b>	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, Vorläufer des heutigen LZG.NRW
<b>lögd</b>	Landesinstitut für die Öffentlichen Gesundheitsdienst, Vorläufer des heutigen LZG.NRW
<b>LZG.NRW</b>	Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
<b>SMR</b>	Standardized Mortality/Morbidity Ratio, dt. Standardisierter Mortalitäts- bzw. Morbiditätsindex (siehe Indirekte Altersstandardisierung)
<b>SOPESS</b>	Sozialpädiatrisches Screening für Schuleingangsuntersuchung, standardisiertes Untersuchungsinstrument für Schuleingangsuntersuchungen in ganz Nordrhein-Westfalen
<b>Untersuchungszyklus</b>	Sämtliche Schuleingangsuntersuchungen, die im Zeitraum vom 01.08. eines Jahres bis zum 31.07. des Folgejahres untersucht werden.