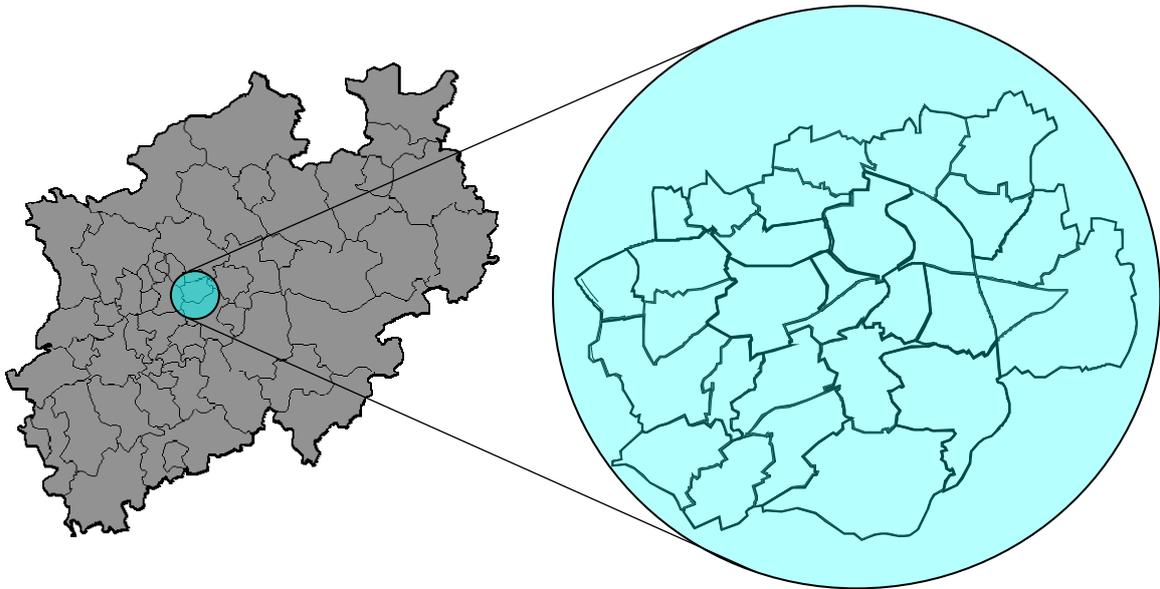


Basisgesundheitsbericht Bochum (2008)



Stadt Bochum

Stabsstelle
Sozialplanung

Herausgeber:

Stadt Bochum

Dezernat für Soziales, Jugend und Gesundheit

Stabsstelle Sozialplanung - V/SP -

Gabriele Fuchs, V/SP - Leitung des Gesamtprojektes

Michael Sprünken, V/SP - Gesundheitsberichterstattung

Martin Lenz, Dipl. Sozialwissenschaftler - wissenschaftliche Begleitung

Internet:

www.bochum.de/bochum/amt5sp.htm

Besonderer Dank an

die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes und des Fachdienstes Altenhilfe des Sozialamtes, sowie den Mitgliedern der Kommunalen Gesundheitskonferenz.

Bochum, Januar 2008

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie sieht die gesundheitliche Lage in Bochum aus? Unterscheidet sich Bochum darin von anderen Städten? Wie sind in Bochum die Menschen mit medizinischen Einrichtungen versorgt?

Auf diese Fragen soll Ihnen der erste Basisgesundheitsbericht des Sozialdezernates der Stadt Bochum erste Antworten geben.

Natürlich kann dabei nicht das gesamte Krankheitsgeschehen in den Blick genommen werden. Im Mittelpunkt stehen die Krankheiten, die durch Maßnahmen und Veränderungen auf kommunaler Ebene sowie durch individuelle Verhaltensänderungen beeinflussbar sind.

Der vorliegende Basisgesundheitsbericht bildet den Einstieg in die Bochumer Gesundheitsberichterstattung. Er soll nicht nur Antworten liefern, sondern auch neue vertiefende Fragen aufwerfen. Weitere Berichte werden daher folgen. Z.B.

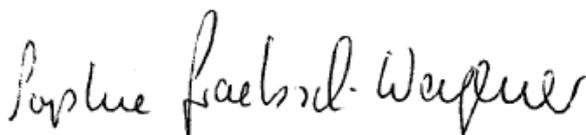
- Ein Bericht zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Bochum
- und zur Gesundheit und Alter.

Auch der Basisgesundheitsbericht selbst wird fortgeschrieben. Er wird dabei Verbesserungen in der Datenlage und veränderte Fragestellungen zu berücksichtigen haben.

Auf diese Weise können seine Ergebnisse auch künftig in der Diskussion mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz der Stadt Bochum dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgung der Bochumer Bevölkerung zu verbessern.

In diesem Sinne möchte ich all denen danken, die den Bericht erarbeitet haben, insbesondere der Stabsstelle Sozialplanung sowie den Mitgliedern der Kommunalen Gesundheitskonferenz.

Ich wünsche mir, dass der Basisgesundheitsbericht Bochum zu einer lebhaften Diskussion anregt und dazu beiträgt, das Bewusstsein über die gesundheitliche Lage der Menschen in Bochum zu schärfen und Entwicklungen voranzubringen, die den Bedürfnissen der Bochumer Bevölkerung verstärkt Rechnung tragen.



Sophie Graebisch-Wagener
(Sozialdezernentin der Stadt Bochum)

Inhalt

0.1 Basisgesundheitsberichterstattung	5
0.2 Datenbasis und Berechnungsgrundlagen	7
0.3 Interkommunale Vergleiche	11
1. Schnellübersicht	15
1.1 Einzelergebnisse	15
1.2 Bewertungen	16
1.3 Handlungsempfehlungen.....	17
2. Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität	19
2.1 Sterbefälle	19
2.1.1 Allgemeine Mortalität	19
2.1.2 Säuglingssterblichkeit.....	21
2.1.3 Mittlere Lebenserwartung	23
2.1.4 Vermeidbare Sterbefälle	25
2.2 Krankenhausfälle.....	29
3. Krankheiten/ Krankheitsgruppen	31
3.1 Herz-/Kreislaufkrankungen	31
3.2 Erkrankungen der Leber	34
3.3 Diabetes mellitus	40
3.4 Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe.....	44
3.5 Bösartige Neubildungen	46
3.6 Krankheiten der Atemwege	52
3.7 Verletzungen und Vergiftungen	58
3.8 Unfälle im Straßenverkehr.....	61
3.9 Suizide.....	63
3.10 Häufigste Diagnosen in Allgemein- und Kinderarztpraxen	65
4. Pflegebedürftigkeit und Rehabilitation	68
4.1 Pflegebedürftigkeit in Bochum	68
4.2 Rehabilitation und Frühverrentungen	70
5. Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung	73
5.1 Vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung	73
5.2 Krankenhausbetten (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Pädiatrie	77
5.3 Apotheken	83

0.1 Basisgesundheitsberichterstattung

Auf ihrer Sitzung am 28.09.2005 hat die Kommunale Gesundheitskonferenz ein modulares Konzept für die kommunale Gesundheitsberichterstattung der Stadt Bochum beschlossen.

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung besteht demnach aus

- einem **Basisgesundheitsbericht** mit einem fest definierten Indikatorenset sowie
- **Spezialgesundheitsberichten**, die ausdrücklich die Gesundheits-/ Versorgungslage einer Zielgruppe, eine Krankheit oder eine besondere Auffälligkeit (z.B. Erkenntnisse aus dem Basisgesundheitsbericht) zum Thema haben.

Der erste, jetzt vorliegende Basisgesundheitsbericht, erfüllt drei Aufgaben:

1. Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bochumer Bevölkerung für den Zeitraum 2003 – 2005 (sofern Daten vorliegen auch für 2006).
2. Bereitstellung von Erkenntnissen, die zur Durchführung von Spezialgesundheitsberichten führen können.
3. Lieferung von Vergleichswerten für folgende Auswertungen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung.

Die Basisgesundheitsberichterstattung ist Teil der integrierten Sozialberichterstattung der Stadt Bochum.

Der Basisgesundheitsbericht soll in dreijährigem Abstand fortgeschrieben werden. Ziel der Fortschreibung ist es, anhand der von der Kommunalen Gesundheitskonferenz auf ihrer Sitzung vom 18.10.2006 ausgewählten Indikatoren, Entwicklungen zur gesundheitlichen Lage der Bochumer Bevölkerung erkennen zu können.

Im Zuge der Erarbeitung musste dieses Indikatorenset an einigen Stellen aufgrund der Datenlage abgeändert werden. Diese Änderungen am Indikatorenset wurden mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz auf ihrer Sitzung am 09.05.2007 abgestimmt. Im Einzelnen betraf dies:

- Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Der Indikator wurde herausgenommen, da das Infektionsgeschehen jahreszeitbedingt höchst unterschiedlich ist. Eine auf das ganze Jahr bezogene Berichterstattung – wie im Basisgesundheitsbericht vorgesehen – ist daher nicht aussagekräftig. Das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) stellt im Internet¹ einen wöchentlich aktualisierten Infektionsbericht für alle Kommunen Nordrhein-Westfalens bereit, der vom Gesundheitsamt beobachtet und regelmäßig ausgewertet wird.

- Bösartige Neubildungen, schwarzer Krebs

Die Fallzahlen sind für eine kommunale Auswertung zu klein. Der Indikator wurde deshalb herausgenommen.

¹ <http://www.loegd.de>

- Straßenverkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss
Der Indikator steht für die kommunale Ebene nicht zur Verfügung. Er wurde deshalb herausgenommen.
- Psychische und Verhaltensstörungen
Der Indikator „Todesfälle infolge von Selbstbeschädigung“ (Suizide) wurde als einzig verfügbarer Indikator für diesen Bereich in das Indikatorenset aufgenommen.
- Erkrankungen der Leber/ Alkoholische Lebererkrankung
Der Indikator wurde zusätzlich aufgenommen, da bei der Auswertung des Indikators vermeidbare Sterbefälle für Bochum auffällige Ergebnisse im Bereich der Erkrankungen der Leber festgestellt wurden.
- Vergiftungen und Verletzungen
Die Kommunale Gesundheitskonferenz hatte angeregt, Verletzungen und Vergiftungen getrennt auszuwerten. Dies war nicht möglich, da nicht alle Einzeldiagnosen in diesem Bereich ausdrücklich als Verletzungen und Vergiftungen gekennzeichnet sind. Einige Diagnosen werden als „sonstige äußere Ursachen“ bezeichnet und sind damit nicht eindeutig den Verletzungen oder Vergiftungen zuzuordnen.

Sämtliche im Basisgesundheitsbericht verwandten Indikatoren werden vom Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögd) bereitgestellt und gepflegt. Sie stammen aus dem Indikatorenset des lögd für die Kommunale Gesundheitsberichterstattung² und aus dem Daten-Tool GBE-Stat 2007. Eine Auswahl dieser Indikatoren stellt sicher, dass die relevanten Daten

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

Mit Ausnahme der Säuglingssterblichkeit werden alle Indikatoren nach Geschlecht differenziert dargestellt. Um die Gender-Perspektive zu beachten, wurden die Daten in der Arbeitsgruppe Gesundheit von Frauen und Mädchen der Kommunalen Gesundheitskonferenz diskutiert.

Die Daten zur Pflegebedürftigkeit wurden mit dem Fachdienst Altenhilfe des Sozialamtes erörtert.

Das gesamte Datenmaterial wurde vom Gesundheitsamt diskutiert und bewertet. Die Einschätzungen des Gesundheitsamtes wurden ebenfalls aufgenommen.

² Unter <http://www.loegd.de> findet sich der vollständige Indikatorenset mit ca. 300 Indikatoren und ausführlichen Erläuterungen

0.2 Datenbasis und Berechnungsgrundlagen

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 die Altersstruktur der verglichenen Bevölkerungen unterscheidet und dass die Bevölkerungen im Lauf der Jahre ihre Altersstruktur verändern.

Beispiel

Altersunterschiede zwischen Bevölkerungen

Aus der Sozialberichterstattung ist bekannt, dass es zwischen den Bochumer Stadtteilen erhebliche Unterschiede in der Altersstruktur gibt. In Altenbochum kamen 2003 auf je 100 Minderjährige 276 Personen ab 60 Jahre, in Querenburg demgegenüber nur 97.

Zwischen den Kommunen Nordrhein-Westfalens gibt es ähnliche Unterschiede.

Beispiel

Veränderungen der Altersstruktur im Lauf der Zeit

1979 lag der Anteil der Personen ab 60 Jahre an der Bevölkerung Bochums bei 19,7 %. 2003 waren es bereits 25,9 %. Im gleichen Zeitraum nahm der Anteil der Personen unter 18 Jahren von 20,3 % auf etwas mehr als 15 % ab.

Alte und junge Menschen unterscheiden sich deutlich darin, woran und wie oft sie erkranken oder sogar sterben.

Beispiel:

Vergleicht man die Behandlungsanlässe in hausärztlichen und kinderärztlichen Praxen (siehe unten S. 65ff) spielen Erkältungen, Fieber und Mittelohrentzündungen bei den Hausarztpraxen eine geringe Rolle. Bei den Kinderarztpraxen zählen sie zu den häufigsten Anlässen für Arztbesuche.

Damit ein Gesundheitsbericht wirklich etwas über den Gesundheitszustand in einer Bevölkerung aussagt, muss die Altersstruktur bei der Berechnung der Daten berücksichtigt werden. Dies geschieht durch die *Altersstandardisierung*.

In diesem Basisgesundheitsbericht wird dazu überwiegend auf die Methode der *indirekten Altersstandardisierung* zurückgegriffen. (Bei der Säuglingssterblichkeit, der mittleren Lebenserwartung, den Rehabilitationsmaßnahmen, Rentenzugängen und der Darstellung der Versorgungsstruktur ist eine indirekte Altersstandardisierung nicht nötig bzw. nicht sinnvoll. Hier wurden andere Formen der Darstellung zu Grunde gelegt. Siehe unten S. 9)

Bei der indirekten Altersstandardisierung wird der sog. SMR errechnet. SMR ist eine Abkürzung aus dem Englischen und steht für Standardized Mortality/ Morbidity Ratio.³

³ Die SMR in diesem Basisgesundheitsbericht wurden nach den Methoden und mit den Werkzeugen berechnet, die das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) für die

Der SMR 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. Der SMR von Nordrhein-Westfalen beträgt immer 1,00. Weicht der SMR einer Kommune von diesem Wert ab, kann diese Abweichung als prozentuale Abweichung interpretiert werden. Weicht der SMR um 0,01 ab, entspricht diese Abweichung einem Prozent.

Beispiel A

Der SMR für Krankenhausaufenthalte wegen Herz-/ Kreislauferkrankungen lag in Bochum 2005 für beide Geschlechter bei 0,98.

*Das heißt, die Krankheitsfälle lagen **2% unter dem zu erwartenden NRW-Wert.***

Beispiel B

Der SMR für Sterbefälle wegen Herz-/ Kreislauferkrankungen lag in Bochum 2005 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 des SMR zwischen verschiedenen Kommunen sind nicht erlaubt. Wenn in Bochum ein SMR 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 doppelt so häufig ist wie in Bochum. Auch eine genaue Rangfolge der Kommunen kann nicht entwickelt werden.

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

Nicht jede Schwankung des 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 eher zufälligen Charakter hat, kann durch eine Berechnung überprüft werden. Diese Überprüfung wird **Signifikanztest** genannt.

Alle Werte in diesem Basisgesundheitsbericht wurden einem solchen Signifikanztest unterzogen.⁴ Dazu wurde ein sogenanntes **Konfidenzintervall** berechnet, innerhalb dessen eine Abweichung des SMR eher zufallsbedingt ist.

kommunale Gesundheitsberichterstattung bereit stellt. Auf den Internetseiten des lögd unter <http://www.loegd.de> finden Fachleute und Interessierte umfassende Informationen zur Altersstandardisierung.

⁴ Die Signifikanzprüfungen wurden mit den Formeln und Werkzeugen durchgeführt, die das lögd für diesen Zweck zur Verfügung stellt. Weitere Informationen zur Signifikanzprüfung finden sich unter <http://www.loegd.de>.

Liegt der SMR des Landes (immer 1,00) innerhalb dieses Intervalls ist die Abweichung wahrscheinlich Zufall. Liegt er außerhalb, ist sie wahrscheinlich nicht bloß zufällig.

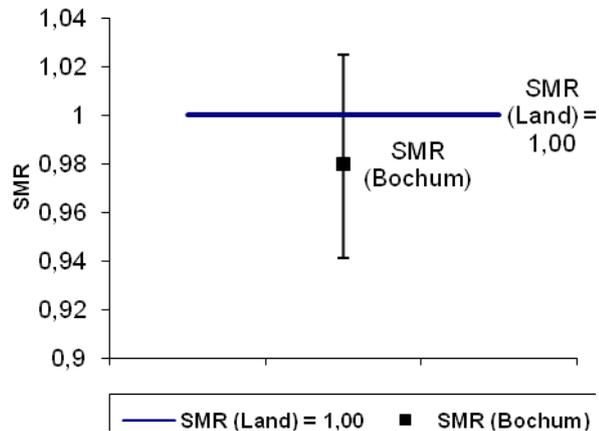
Beispiel insignifikant

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

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

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

Herz-/Kreislauf-Erkrankungen 2003



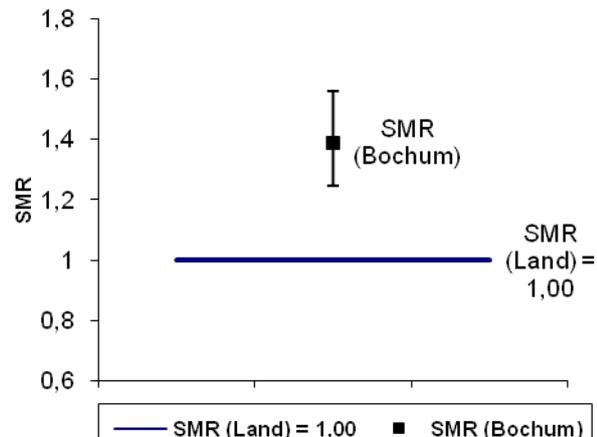
Beispiel signifikant:

Der SMR für Erkrankungen der Leber bei Männern lag in Bochum 2005 bei 1,39.

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

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

Lebererkrankungen (Männer) 2005



Weicht der SMR für Bochum signifikant ab, wird dies im Text erwähnt. Auf die Darstellung jedes Konfidenzintervalls wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet.

In einigen Fällen ist die Verwendung des SMR 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 Reha-Leistungen/ sonstigen Leistungen zur Teilhabe und Rentenzugänge werden die Leistungen oder Fälle je 100.000 aktiv Versicherten dargestellt.
- Bei der Darstellung der Versorgungsstruktur in Bochum macht der Rückgriff auf den SMR 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.

In die Berechnungen innerhalb des Basisgesundheitsberichtes fließen nur die bloßen Fallzahlen ein. 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 lebendig 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, haben im zweiten Beispiel die Angebote des Gesundheitswesens nicht gegriffen.

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 vorsichtig 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.

0.3 Interkommunale Vergleiche

Um eine klare Einschätzung und Bewertung der ermittelten Bochumer Gesundheitsdaten vornehmen zu können, ist es sinnvoll, eine eindimensionale Betrachtung zu vermeiden.

In der methodischen Vorgehensweise bietet sich hier – wie in Kap. 0.2 dargestellt – der Rückgriff auf den SMR an. Grundlage für die Bildung des SMR sind die gesammelten Werte aller Kommunen und Kreise in NRW.

Der SMR-Wert bietet einen ersten Hinweis bei der Bewertung der Bochumer Gesundheitsdaten.

Beispiel:

Ein im Vergleich zum NRW-Wert signifikant erhöhter Bochumer Wert bietet demnach einen Hinweis darauf, dass u.U. ein erweiterter kommunaler Handlungsbedarf besteht.

Spätestens an dieser Stelle muss allerdings berücksichtigt werden, dass ein Vergleich mit dem NRW-Wert nur eingeschränkte Hinweise liefert. In den NRW-Wert fließen schließlich die Daten aus sehr unterschiedlichen Kommunen und Kreisen ein, z.B. große und kleine Städte, industriell geprägte Städte und landwirtschaftlich geprägte Kreise.

Von daher muss der Fokus auf relevante Vergleichsgrößen erweitert werden. Infrage kommen dabei ausschließlich Kommunen in NRW, die eine ähnliche Struktur aufweisen. Erst ein Vergleich mit diesen Kommunen ermöglicht, ergänzend zum NRW-Wert, aussagekräftige Schlussfolgerungen.

Hierzu bietet sich auf dem ersten Blick die Vorgehensweise an, die unmittelbaren Nachbarstädte oder alle Städte im Ruhrgebiet miteinander zu vergleichen. Bei einer genaueren Betrachtung weist diese Vorgehensweise einen Nachteil auf, den es zu vermeiden gilt.

Sowohl die Nachbarstädte (Essen, Gelsenkirchen, Herne, Dortmund, Ennepe-Ruhr-Kreis) als auch alle anderen Städte im Ruhrgebiet verfügen über sehr unterschiedliche Strukturen im Vergleich zur Stadt Bochum. Ein direkter Vergleich würde eine Einschätzung der Bochumer Gesundheitsdaten nur bedingt ermöglichen.

Es mussten daher Kommunen in NRW ausgewählt werden, die auf der Basis soziostruktureller Indikatoren erhebliche Gemeinsamkeiten aufweisen.

Hierzu bot sich die Clusterung aller 54 Kommunen Nordrhein-Westfalens an, die durch das Zentrum für interdisziplinäre Ruhrgebietsforschung (ZEFIR), im Auftrag des Iögd, durchgeführt worden ist.

Auf der Basis soziostruktureller Indikatoren wurden alle 54 Kommunen sechs Clustern zugeordnet⁵:

⁵ Nähere Informationen zur Clusterung:

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (2005), Regionale Cluster auf der Basis soziostruktureller Indikatoren für NRW, 2002 (Reihe: Gesundheit in NRW, kurz und informativ)

- **Cluster 1: Wenig familiengeprägte Dienstleistungsstädte**
Das Cluster besteht aus eher wohlhabenden Städten mit moderner Dienstleistungsstruktur, durchschnittlichen Arbeitslosenzahlen und einer geringen Bevölkerung unter 14 Jahren.
- **Cluster 2: Armutspool (Ruhrgebiet)**
Zum Armutspool zählen homogen arme Städte mit hoher Bevölkerungsdichte und einem hohen Anteil von Alten, Sozialhilfebeziehern, Arbeitslosen und Ausländern)
- **Cluster 3: Heterogene Städte**
Sozial heterogene Städte sind gekennzeichnet durch einen hohen Anteil an Alten, Armen, Arbeitslosen und Ausländern sowie durch einen unterdurchschnittlichen Anteil von Kindern unter 14 Jahren. Es wird ein mittleres durchschnittliches Einkommen erreicht, das jedoch deutlich über dem durchschnittlichen Einkommen im Armutspool (Ruhrgebiet) liegt. Die heterogenen Städte haben einen moderaten Bevölkerungsrückgang zu verzeichnen.
- **Cluster 4: Familienzone**
Dieses Cluster besteht ausschließlich aus Kreisen in ländlichen Regionen mit der höchsten Bevölkerung unter 14 Jahren und der niedrigsten Bevölkerung über 65 Jahren und zunehmender Bevölkerung sowie niedriger Armuts- und Arbeitslosenquote.
- **Cluster 5: Prosperierende Regionen und suburbane Kreise**
Ländliche und suburbane Kreise mit hohem Einkommensniveau und niedriger Armuts- und Arbeitslosenquote sowie leicht unterdurchschnittlichem Bevölkerungsanteil unter 14 Jahren bilden dieses Cluster.
- **Cluster 6: Heterogene Kreise (Ergebnis der Gebietreform)**
In diesem Cluster sind Kreise, die durch die Gebietsreform in den 1970-er Jahren entstanden sind und ein niedriges Einkommensniveau ohne besondere Spezifika aufweisen.

Im Rahmen der Clusterung durch das Zentrum für interdisziplinäre Ruhrgebietsforschung (ZEFIR) wurde die Stadt Bochum dem Cluster 3 zugeordnet.

Städte im Cluster 3

Bochum, Leverkusen, Krefeld, Mönchengladbach, Aachen, Köln, Bielefeld, Hagen

Die unmittelbaren Nachbarstädte wurden hingegen anderen Clustern zugeordnet:

- Die Städte Dortmund, Gelsenkirchen und Herne dem Cluster 2 (Armutspool Ruhrgebiet).
- Die Stadt Essen dem Cluster 1 (wenig familiengeprägte Dienstleistungsstädte).

- Der Ennepe-Ruhr-Kreis dem Cluster 5 (prosperierende Regionen und sub-urbane Kreise).



Aufgrund der sehr ähnlichen Struktur erfolgt im Basisgesundheitsbericht der Stadt Bochum ein Vergleich mit den Städten des Clusters 3.

Unterstützt wird diese Entscheidung dadurch, dass die Clusterung der Kreise und Städte in regelmäßigen Abständen aktualisiert wird. D.h. bei einer Fortschreibung des Basisgesundheitsberichtes kann auf jeden Fall auf eine aktualisierte Clusterung zurückgegriffen werden. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass durchaus Veränderungen in der jeweiligen Clusterzusammensetzung erfolgen können. Dies würde zu einer Anpassung im zukünftigen Gesundheitsbericht führen.

Beispiel 1:

Bochum wird einem anderen Cluster zugeordnet. In diesem Fall müsste eine Aufbereitung der Bochumer Daten, mit allen, in diesem Cluster vertretenen Städten/Kreisen, in Bezug gesetzt werden.

Beispiel 2:

Bochum verbleibt in dem Cluster 3. Es werden Kommunen, die bisher diesem Cluster zugeordnet waren einem anderen Cluster zugeschlagen, oder es werden neue Kommunen dem Cluster 3 hinzugefügt. In diesem Fall müsste eine Aufbereitung der Bochumer Daten ebenfalls mit allen, in diesem Cluster vertretenen Städten/Kreisen (neuen und alten) in Bezug gesetzt werden.

1. Schnellübersicht

1.1 Einzelergebnisse

1. Allgemeine Übersicht zu Mortalität und Morbidität

1.1 Sterbefälle

1.1.1 Allgemeine Mortalität

Ein unmittelbarer Interventionsbedarf ist nicht gegeben. Die Situation in Bochum sollte weiter beobachtet werden.

1.1.2 Säuglingssterblichkeit

Angesichts der geringen Fallzahl erscheint es sinnvoll, die einzelnen Säuglingssterbefälle zu betrachten. Die Situation in Bochum sollte weiter beobachtet werden.

1.1.3 Mittlere Lebenserwartung

Die Situation in Bochum ist unauffällig.

1.1.4 Vermeidbare Sterbefälle

Die Situation in Bochum ist insgesamt unauffällig.

1.2 Krankenhausfälle

Die Situation in Bochum ist unauffällig.

2. Krankheiten/ Krankheitsgruppen

2.1 Herz-/ Kreislaufkrankungen

Die Situation in Bochum sollte weiter beobachtet werden.

2.2 Erkrankungen der Leber

Im Bereich der Lebererkrankungen gibt es in Bochum einen besonderen Handlungsbedarf. In vielen Fällen sind Lebererkrankungen durch Alkoholkonsum bedingt. Es sollten verstärkt Bemühungen unternommen werden, auf das Konsumverhalten Einfluss zu nehmen. Es besteht in Bochum Handlungsbedarf.

2.3 Diabetes mellitus

Die Situation in Bochum ist unauffällig.

2.4 Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe

Die Situation in Bochum sollte weiter beobachtet werden.

2.5 Bösartige Neubildungen

Die Situation in Bochum sollte weiter beobachtet werden.

2.6 Krankheiten der Atemwege

Die Entwicklung der Atemwegserkrankungen ist uneinheitlich und lässt sich schwer einschätzen. Die Situation in Bochum sollte weiter beobachtet werden.

2.7 Verletzungen und Vergiftungen

Die Situation in Bochum ist positiv.

2.8 Unfälle im Straßenverkehr

Die Situation in Bochum ist positiv.

2.9 Suizide

Die Situation in Bochum ist positiv.

3. Pflegebedürftigkeit und Rehabilitation

3.1 Pflegebedürftigkeit

Die Situation in Bochum sollte weiter beobachtet werden.

3.2 Rehabilitation und Frühverrentungen

Rehabilitationsleistungen und Frühverrentungen lassen nur bedingt einen Rückschluss auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in der Kommune zu. Er sollte daher bei der Fortschreibung der Basisgesundheitsberichterstattung wegfallen.

4. Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung

4.1 Vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung

Bochum ist gut versorgt.

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

Bochum ist gut versorgt.

4.3 Apotheken

Bochum ist gut versorgt.

1.2 Bewertung

Die Gesamteinschätzung aller Indikatoren ergibt für Bochum ein relativ unauffälliges Bild.

- Die Lebenserwartung unterscheidet sich kaum von der Lebenserwartung in Nordrhein-Westfalen insgesamt. Gleiches gilt auch für die Krankenhausaufenthalte insgesamt und – trotz einzelner auffälliger Werte – grundsätzlich auch für die allgemeine Sterblichkeit.
- Bei der Säuglingssterblichkeit zeigen sich hingegen verstärkt auffällige Werte, die jedoch wegen der insgesamt geringen Fallzahl nicht überbe-

wertet werden sollten. Eine tiefer gehende Analyse der Säuglingssterblichkeit in Bochum erfolgt im Rahmen der Spezialgesundheitsberichterstattung zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Bochum.

- Bei den einzelnen Krankheiten/ Krankheitsgruppen zeigen sich in Bochum in einigen Bereichen sehr erfreuliche Ergebnisse: Krankenhausaufenthalte und Sterbefälle wegen Vergiftungen und Verletzungen sind in Bochum deutlich seltener als im Landesschnitt. Auch Selbstmorde sind in Bochum eher selten, was auf eine gute psychosoziale Versorgungsstruktur hinweist.
- Andere Krankheiten/ Krankheitsgruppen zeigen insgesamt keine nennenswerten Abweichungen. Dies gilt für Krankenhausaufenthalte und Sterbefälle wegen Diabetes mellitus und – trotz einiger auffälliger Werte – auch für Herz-/ Kreislauferkrankungen.
- Bei Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe sowie bei bösartigen Neubildungen und Atemwegserkrankungen sind durchaus Abweichungen vom Land oder starke Unterschiede im interkommunalen Vergleich festzustellen. Allerdings können diese Abweichungen auf der derzeitigen Datenbasis nicht abschließend bewertet werden. Diese Krankheiten/ Krankheitsgruppen werden im Rahmen der Basisgesundheitsberichterstattung weiter aufmerksam beobachtet.
- Bei den Erkrankungen der Leber sind die Krankenhausfälle im gesamten Berichtszeitraum fast durchgängig um 33 % erhöht. Auch die Sterbefälle zeigen überwiegend deutliche Abweichungen nach oben. 20 % der Krankenhausfälle und jeder zweite Sterbefall waren dabei auf Alkoholkonsum zurückzuführen. Dies deutet auf einen erhöhten Alkoholkonsum hin, auf den es angemessen zu reagieren gilt.
- Eine letzte Auffälligkeit zeigt sich bei der Häufigkeit der Pflegefälle. Diese ist in Bochum im gesamten Berichtszeitraum erhöht. Allerdings ist für dieses Phänomen keine Ursache erkennbar. Die Pflegebedürftigkeit sollte daher im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Bochum insgesamt eingehender untersucht werden.

1.3 Handlungsempfehlungen

- Der Bereich der Lebererkrankungen ist der einzige Bereich, in dem sich in Bochum ein unmittelbarer Handlungsbedarf zeigt. Hier gilt es, insbesondere auf problematische Alkoholkonsummuster einzuwirken. Im einzelnen sollte überprüft werden,
 - welche Angebote im Bereich der Gesundheitsaufklärung und Prävention in Bochum existieren,
 - wie sich die Angebotsstruktur für Alkoholranke darstellt (Therapieplätze, Selbsthilfegruppen etc.) und
 - ob und an welcher Stelle ggf. eine Modifikation oder Ergänzung der Angebote nötig ist.

- Im Bereich der Pflegebedürftigkeit ist zwar kein unmittelbarer Handlungsbedarf gegeben, angesichts der demographischen Entwicklung wird diesem Bereich jedoch künftig eine wachsende Bedeutung zukommen. Da Pflegebedürftigkeit insbesondere bei älteren Menschen auftritt, sollte die gesundheitliche Lage von Seniorinnen und Senioren in Bochum besonders in den Blick genommen werden. Dabei sind vor allem chronisch-degenerative Krankheiten zu betrachten, da diese in besonderer Weise zu Pflegebedürftigkeit führen. Darüber hinaus sollte auch die Versorgung älterer Menschen mit Gesundheitseinrichtungen in den Blick genommen werden.

2. Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität

2.1 Sterbefälle

2.1.1 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 SMR (siehe Kap. 0.2) altersstandardisiert und nach Geschlecht differenziert dargestellt.

Bei den Sterbefällen bleiben Totgeburten, nachträglich beurkundete Kriegssterbefälle, gerichtliche Todeserklärungen und Sterbefälle bei Angehörigen ausländischer Streitkräfte und ihrer Kinder unberücksichtigt.

Die Sterbefälle werden dort registriert, wo die verstorbene Person den letzten Wohnsitz hatte.

2006 starben in Bochum 4.432 Personen, davon waren 2.357 Frauen und 2.075 Männer.

Bewertung

Signifikante Abweichungen vom Landeswert zeigten sich in Bochum in den Jahren 2003 und 2006. 2003 war der SMR bei den Männern erhöht, 2006 wiederum der SMR der Männer und der Gesamt-SMR für Männer und Frauen. Alle anderen Werte weisen eine wahrscheinlich zufällige Abweichung auf.

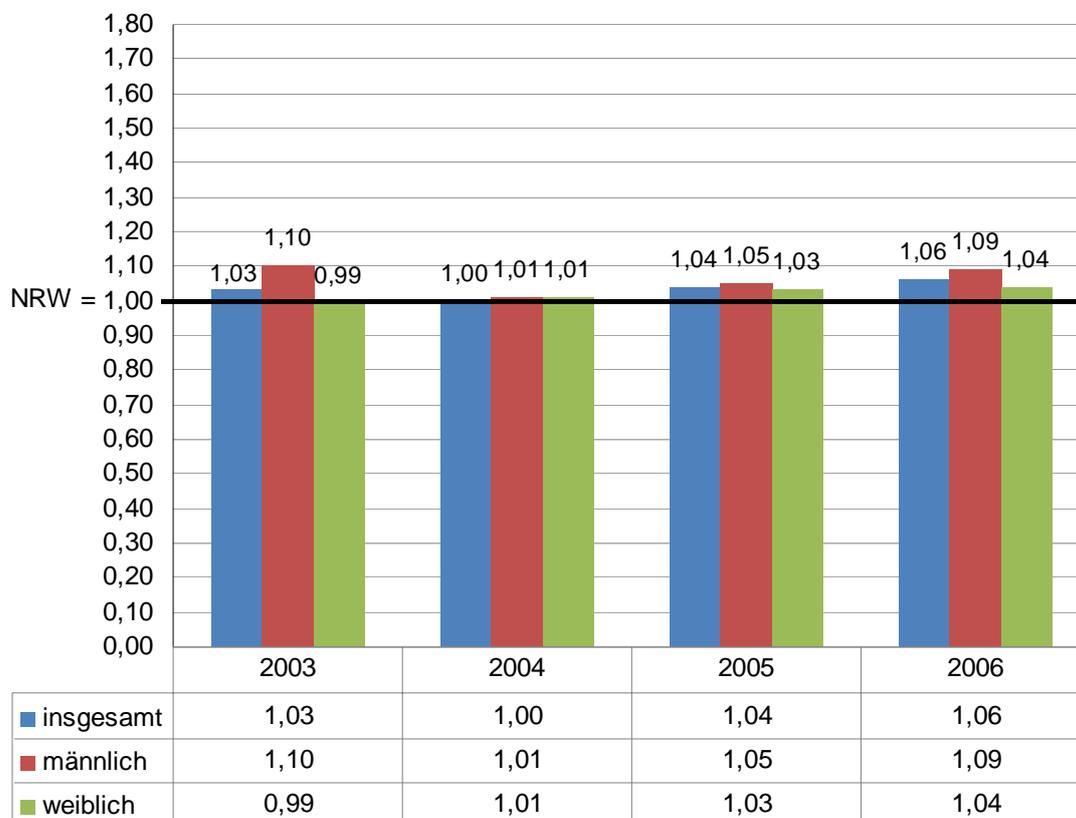
Ein Trend hin zu einer Erhöhung der Sterblichkeit lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht ableiten, da zwischen den beiden Jahren mit auffälligen Werten (2003 und 2006) Jahre mit unauffälliger Sterblichkeit lagen.

Die anderen heterogenen Kommunen Nordrhein-Westfalens zeigten überwiegend eine unauffällige Abweichung zum Landeswert. Zwei Kommunen – Aachen und Bielefeld – wiesen jedoch fast durchgängig unterdurchschnittliche SMR auf. Eine Ursache hierfür ist nicht erkennbar. Ein direkter Nachweis etwa, dass Umweltfaktoren hierbei eine Rolle spielen, kann nicht erbracht werden. Gesundheitsschäden durch belastetes Erdreich oder Trinkwasser sind als Ursache höherer Sterblichkeit praktisch auszuschließen, zu Luftverschmutzungen (z. B. Feinstaub) fehlen Daten, die einen Rückschluss auf die Gesamtbelastung Bochums zulassen.

Fazit: Ein unmittelbarer Interventionsbedarf ist nicht gegeben. Die Situation in Bochum sollte weiter beobachtet werden.

Daten

Sterbefälle in Bochum (SMR)



Heterogene Städte	Sterbefälle											
	2003			2004			2005			2006		
	w	m	insg.									
Aachen	0,94	0,86	0,91	0,98	0,87	0,93	0,97	0,92	0,95	0,89	0,89	0,89
Bielefeld	0,89	0,93	0,91	0,93	0,90	0,92	0,91	0,95	0,93	0,95	0,99	0,96
Bochum	0,99	1,10	1,03	1,01	1,01	1,00	1,03	1,05	1,04	1,04	1,09	1,06
Hagen	0,96	1,07	1,01	0,96	1,06	1,00	1,01	1,10	1,05	0,93	1,12	1,01
Köln	1,01	1,00	1,00	0,98	0,97	0,98	0,98	0,97	0,97	0,98	0,98	0,98
Krefeld	0,96	1,00	0,97	0,97	0,94	0,95	0,97	0,99	0,98	0,90	1,01	0,95
Leverkusen	0,97	0,93	0,96	1,05	0,94	1,00	0,94	0,96	0,95	0,92	0,90	0,91
M.-Gladbach	1,09	1,11	1,10	1,02	1,11	1,06	1,13	1,07	1,10	1,08	1,05	1,06
NRW	1,00											

2.1.2 Säuglingssterblichkeit

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

Die Angabe erfolgt 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 in 3-Jahres-Mittelwerten angegeben.

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

Die regionale Zuordnung der Sterbefälle bei Säuglingen erfolgt nach dem Wohnsitz der Mutter.

Zwischen einer erhöhten Säuglingssterblichkeit und einer schlechten sozialen Lage wird häufig ein enger Zusammenhang gesehen.⁶

In den Jahren 2004 - 2006 starben in Bochum durchschnittlich 17 Kinder pro Jahr vor Vollendung des ersten Lebensjahres.

Bewertung

Bochum zeigt im gleitenden Mittel der Jahre 2004-2006 eine gegenüber dem Land Nordrhein-Westfalen deutlich erhöhte Sterblichkeitsrate bei Säuglingen. Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass bereits die durchschnittliche Sterblichkeitsrate des Landes mit 4,7 Sterbefällen je 1.000 Lebendgeburten deutlich über derjenigen des Bundes (3,8 Sterbefälle je 1.000 Lebendgeburten) liegt.

Auffallend ist, dass alle heterogenen Kommunen mit Ausnahme von Köln in diesem Zeitraum eine Säuglingssterblichkeit über der des Landes aufwiesen. Dies legt die Vermutung nahe, dass sozio-strukturelle Faktoren die Säuglingssterblichkeit zumindest mit beeinflussen.

Angesichts der Bedeutung, der der Säuglingssterblichkeit als Indikator für die Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung zukommt, ist dieses Ergebnis sehr ernst zu nehmen.

Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass die durchschnittliche Zahl der Sterbefälle bei den unter 1-jährigen pro Jahr bei 17 lag.

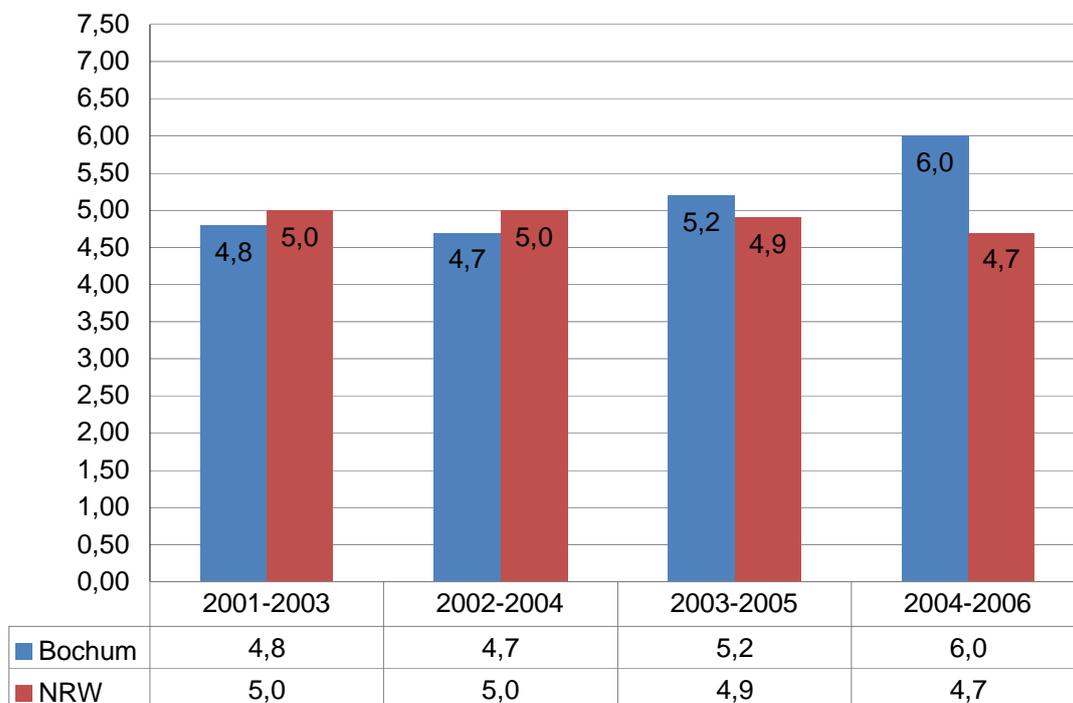
Fazit: *Angesichts der geringen Fallzahl erscheint es sinnvoll, die einzelnen Säuglingssterbefälle zu betrachten. Die Situation in Bochum sollte weiter beobachtet werden.*

⁶ Vgl. hierzu:

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (2007), Säuglingssterblichkeit in NRW (Reihe: Gesundheit in NRW, kurz und informativ)

Daten

**Säuglingssterblichkeit in Bochum
Anzahl je 1.000 Lebendgeburten**



Heterogene Städte	Säuglingssterblichkeit Anzahl je 1000 Lebendgeburten			
	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006
Aachen	3,6	5,6	6	6,1
Bielefeld	6,5	7,3	6,1	5,4
Bochum	4,8	4,7	5,2	6
Hagen	4,6	5,2	5,6	6,9
Köln	4,7	4,7	4,6	4,2
Krefeld	7,1	6,4	5,7	5,3
Leverkusen	5,8	5,9	6,6	6,2
M.-Gladbach	4,6	5,2	7,2	6,1
NRW	5	5	4,9	4,7

2.1.3 Mittlere Lebenserwartung

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

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

Vollständige Sterbetafeln werden in der Regel im Anschluss an eine Volkszählung zur Verfügung gestellt. Dazwischen werden sog. abgekürzte Sterbetafeln erstellt, die jeweils für drei Jahre berechnet werden. Abgekürzte Sterbetafeln erfahren im Unterschied zu den vollständigen Sterbetafeln keine Glättung (Ausgleichung) und unterliegen im stärkeren Maß kurzfristigen Schwankungen. Die Validität ist durch die größeren Zeitabstände zwischen der Erstellung der herangezogenen Sterbetafel und dem Berechnungszeitpunkt der Lebenserwartung eingeschränkt.“⁷

Bewertung

Die Entwicklung der mittleren Lebenserwartung bei Geburt unterscheidet sich in Bochum kaum von derjenigen im Land. Die gleitenden 3-Jahres-Mittelwerte zeigen einen leichten Anstieg der mittleren Lebenserwartung. Die Bochumer Werte liegen geringfügig unter denjenigen des Landes: bei den Männern war sie 2003-2005 in Bochum durchschnittlich 0,3 Jahre geringer, bei den Frauen sogar nur 0,07 Jahre.

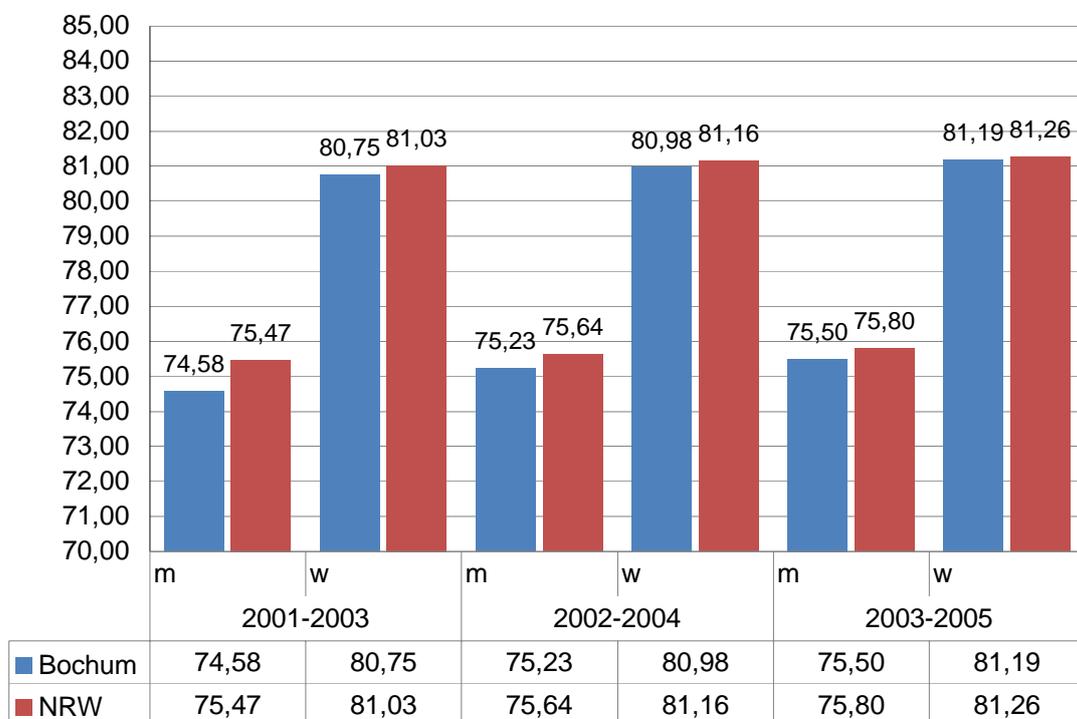
Auch im Vergleich mit den anderen heterogenen Kommunen Nordrhein-Westfalens sind die Differenzen als gering einzustufen.

Fazit: Die Situation in Bochum ist unauffällig.

⁷ LÖGD, Gesundheitsbericht, Indikatoren, Internet

Daten

Mittlere Lebenserwartung bei Geburt in Bochum / NRW



Heterogene Städte	Mittlere Lebenserwartung bei Geburt					
	2001-2003		2002-2004		2003-2005	
	m	w	m	w	m	w
Aachen	76,83	81,44	77,03	81,34	76,98	81,54
Bielefeld	75,96	82,18	75,98	81,86	76,19	81,95
Bochum	74,58	80,75	75,23	80,98	75,5	81,19
Hagen	74,57	81,19	74,6	81,25	74,81	81,09
Köln	75,71	80,76	75,88	80,85	75,97	81,11
Krefeld	75,41	80,64	75,72	80,9	75,92	81,14
Leverkusen	76,32	81,16	76,34	81,15	76,38	81,53
M.-Gladbach	74,81	80,41	74,74	80,69	74,72	80,57
NRW	75,47	81,03	75,64	81,16	75,8	81,26

2.1.4 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 und zerebrovaskuläre Erkrankung 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.

Die vermeidbaren Sterbefälle spiegeln indirekt die Qualität und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung in Bezug auf Inanspruchnahme, Diagnostik und Therapie wider. Im regionalen Vergleich lassen sich daher unterschiedliche Versorgungs- und Inanspruchnahmestrukturen aufzeigen. Gleichzeitig kann ein erhöhter Bedarf an präventiven Maßnahmen identifiziert werden.

Die vermeidbaren Sterbefälle werden als SMR (siehe Kap. 0.2) altersstandardisiert dargestellt.

Bewertung

Bei den Sterbefällen wegen bösartiger Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge, bei der ischämischen Herzkrankheit, bei Hypertonie und zerebrovaskulärer Erkrankung sowie bei Brustkrebs zeigen sich keine signifikanten Abweichungen zum Landeswert.

Bei den Krankheiten der Leber waren in Bochum im gesamten Zeitraum Werte festzustellen, die signifikant über dem Landeswert lagen.

Im Vergleich der heterogenen Städte untereinander sind nur noch in Hagen und Mönchengladbach ähnlich auffällige Abweichungen aufgetreten.

Zu den Erkrankungen der Leber finden sich weitere Auswertungen in Kapitel 2 dieses Berichtes.

Bei den Transportmittelunfällen zeigte sich Bochum im gesamten Zeitraum mit unterdurchschnittlichen Werten. Dabei sank der SMR im Verlauf der Berichtsjahre kontinuierlich und lag zuletzt bei 0,73.

Fast alle heterogenen Städte lassen ähnlich niedrige Werte erkennen.

*Zu Verkehrsunfällen finden sich weitere Auswertungen
in Kapitel 2 dieses Berichtes.*

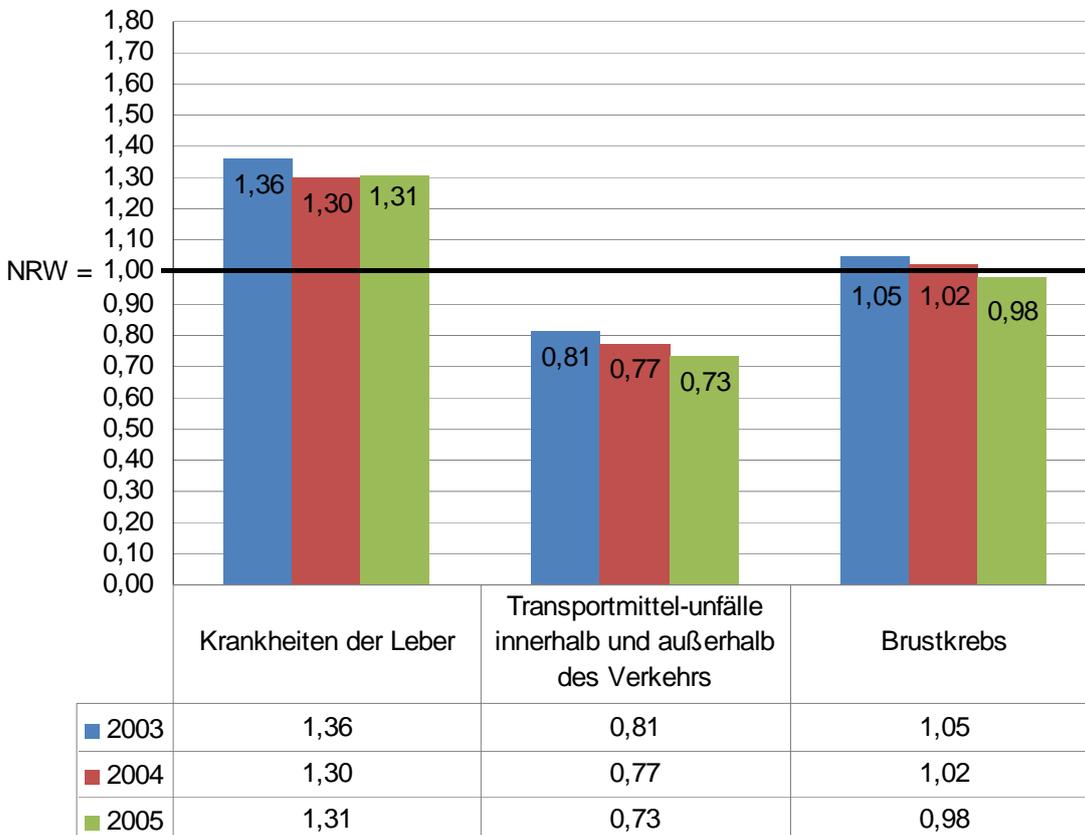
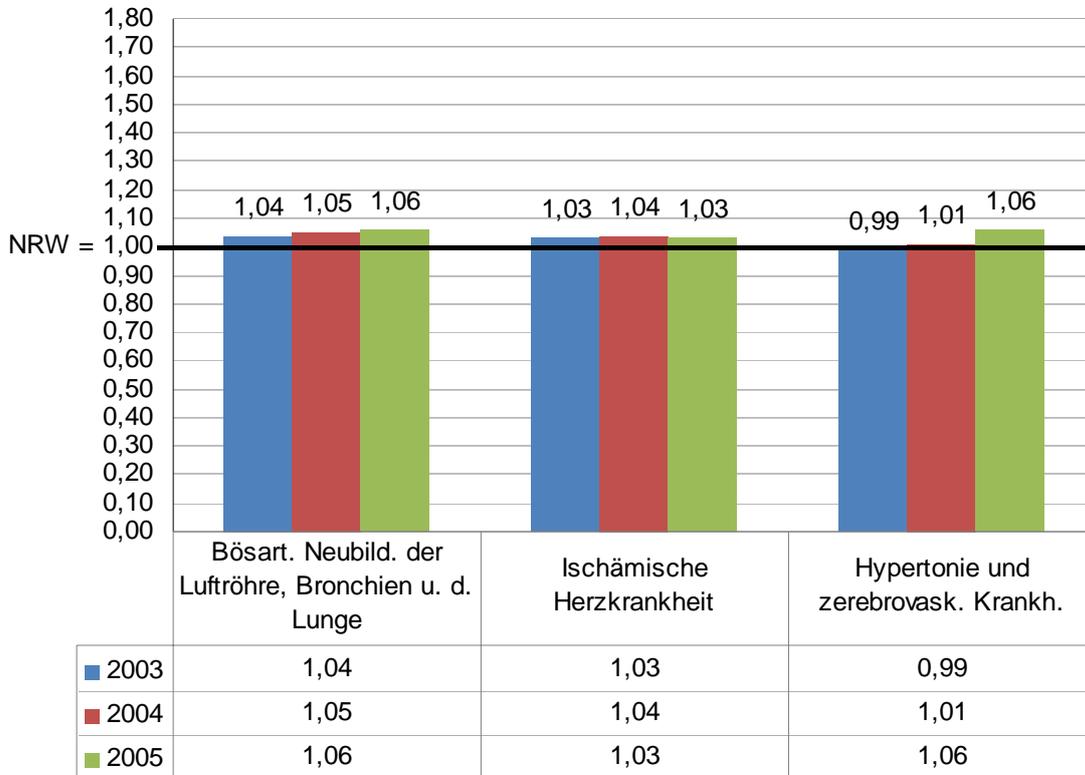
Fazit: *Die Situation in Bochum ist insgesamt unauffällig.*

Die Situation bei den Transportmittelunfällen ist in Bochum positiv.

Bei den Lebererkrankungen besteht in Bochum Handlungsbedarf.

Daten

Vermeidbare Sterbefälle in Bochum (SMR)



Heterogene Städte	Bösart. Neubild. der Luftröhre, Bronchien u. d. Lunge			Ischämische Herzkrankheit			Hypertonie und zerebrovask. Krankh.		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Aachen	1,01	0,95	0,92	0,91	0,87	0,78	0,70	0,66	0,57
Bielefeld	0,82	0,77	0,77	0,83	0,86	0,82	0,97	0,97	0,89
Bochum	1,04	1,05	1,06	1,03	1,04	1,03	0,99	1,01	1,06
Hagen	1,05	1,05	1,10	1,19	1,15	1,17	0,98	1,07	1,09
Köln	1,06	1,05	1,08	1,02	1,04	0,93	1,01	1,04	1,11
Krefeld	1,15	1,20	1,13	1,06	1,05	1,11	0,95	0,87	0,86
Leverkusen	0,84	0,86	0,83	0,88	0,83	0,82	0,99	1,09	0,99
M.-Gladbach	1,29	1,27	1,33	1,16	1,09	1,17	1,14	1,21	1,27
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Heterogene Städte	Krankheiten der Leber			Transportmittelunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs			Brustkrebs		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Aachen	0,95	0,98	1,02	0,53	0,50	0,63	0,91	0,88	0,90
Bielefeld	1,12	1,05	1,02	0,98	1,08	1,14	1,05	1,01	0,99
Bochum	1,36	1,30	1,31	0,81	0,77	0,73	1,05	1,02	0,98
Hagen	1,36	1,36	1,48	0,77	0,72	0,70	0,83	0,94	1,04
Köln	1,09	1,08	1,14	0,76	0,76	0,73	0,97	0,95	0,99
Krefeld	1,05	1,02	0,91	0,86	0,96	0,97	0,93	0,86	0,80
Leverkusen	1,30	1,42	1,47	0,83	0,88	0,82	0,95	0,87	1,03
M.-Gladbach	0,99	1,02	0,97	0,97	0,90	0,87	1,02	0,91	0,92
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

2.2 Krankenhausfälle

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

Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. Im vorliegenden Indikator sind Stundenfälle nicht enthalten. Stundenfälle bezeichnen Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind. Die Daten werden der Krankenhausstatistik des Landesamtes für Datenverarbeitung des Landes Nordrhein-Westfalen, Teil 2 „Diagnosen“, entnommen und sind auf die Wohnbevölkerung bezogen.

Zur Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Kreisen/kreisfreien Städten wird eine indirekte Standardisierung auf die stationäre Behandlungshäufigkeit des Landes vorgenommen (SMR).

2005 wurden in Bochum insgesamt 90.330 Krankenhausfälle gezählt; 49.404 Männer und 40.926 Frauen.

Bewertung

Fast im gesamten Berichtszeitraum lagen die Krankenhausfälle in Bochum leicht über dem nordrhein-westfälischen Wert.

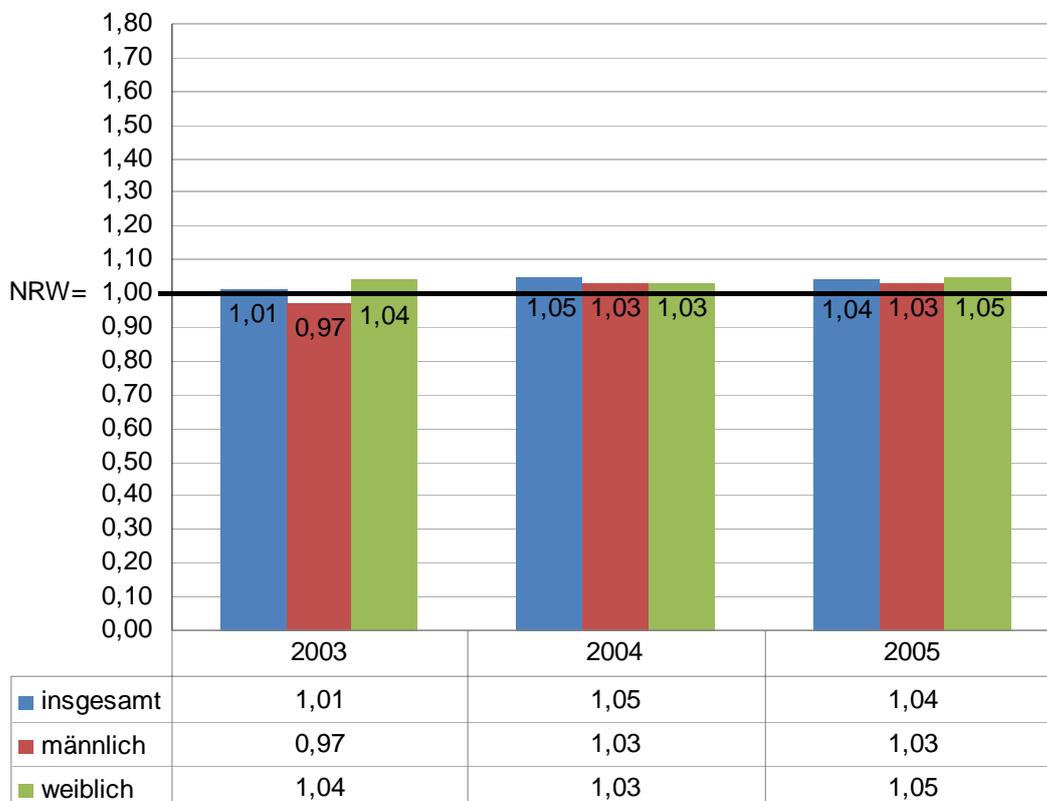
Im Vergleich der heterogenen Städte ist die Zahl der Krankenhausfälle eher hoch.

Allerdings gibt es keinerlei Hinweise darauf, dass dieser unterschiedlichen Inanspruchnahme stationärer Behandlungsmöglichkeiten eine besondere gesundheitliche Problematik zugrunde liegt.

Fazit: Die Situation in Bochum ist unauffällig.

Daten

Krankenhausfälle in Bochum (SMR)



Heterogene Städte	Krankenhausfälle								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	0,88	0,85	0,91	0,85	0,83	0,87	0,80	0,76	0,85
Bielefeld	0,99	1,03	0,96	0,97	0,99	0,95	1,00	1,03	0,98
Bochum	1,01	0,97	1,04	1,05	1,03	1,07	1,04	1,03	1,05
Hagen	1,09	1,11	1,08	1,06	1,07	1,05	1,05	1,07	1,04
Köln	0,90	0,90	0,90	0,91	0,91	0,91	0,93	0,93	0,92
Krefeld	1,04	1,03	1,06	1,01	0,99	1,02	0,96	0,94	0,98
Leverkusen	0,92	0,92	0,92	0,91	0,90	0,93	0,91	0,90	0,91
M.-Gladbach	1,01	1,00	1,02	1,00	1,00	1,00	1,01	1,00	1,02
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

3. Krankheiten/ Krankheitsgruppen

3.1 Herz-/Kreislaufkrankungen

Herz-/ Kreislaufkrankungen 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-/ Kreislaufkrankungen betroffen. 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 bereits bei Personen unter 50 Jahren auf.

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

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

2005 wurden 13.594 Bochumerinnen und Bochumer wegen Herz-/ Kreislaufkrankungen stationär behandelt, davon waren 6615 Frauen und 6979 Männer. 1915 Personen (1127 Frauen, 788 Männer) verstarben in Bochum an diesen Erkrankungen.

Bewertung

Insgesamt stellt sich in Bochum die Situation bei Herz-/ Kreislaufkrankungen als relativ unauffällig dar.

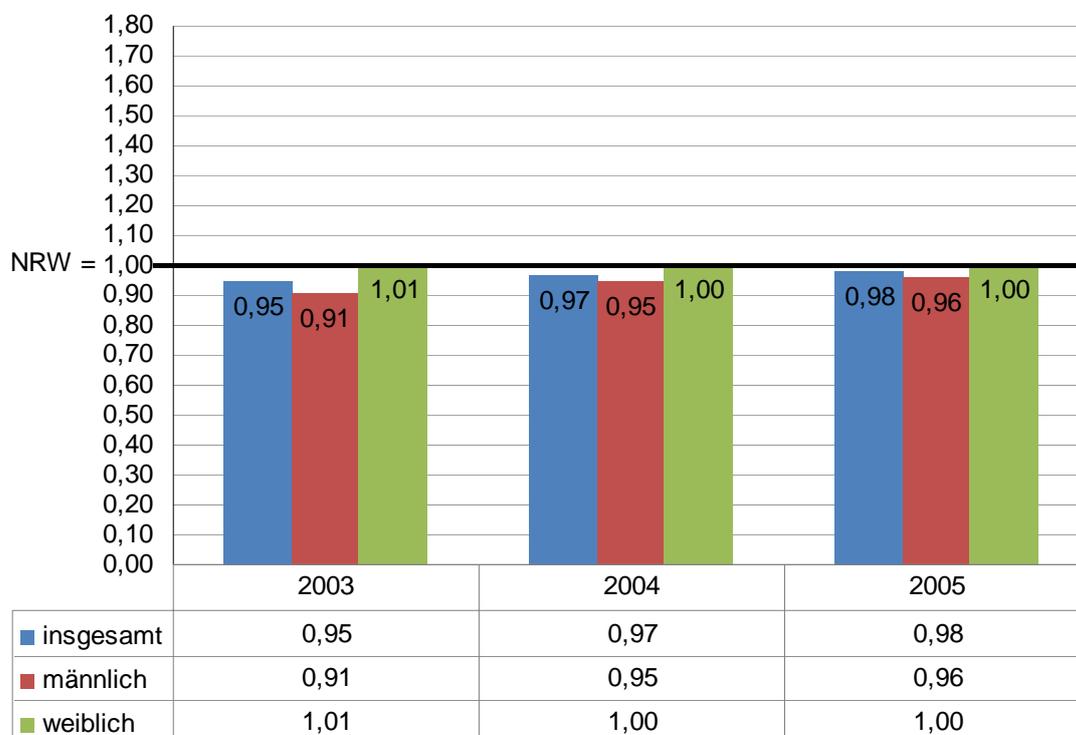
Zwar zeigten sich im Jahr 2004 bei den Sterbefällen signifikante Abweichungen. 2005 waren jedoch keine größeren Abweichungen mehr festzustellen.

Im Vergleich der heterogenen Städte zeigt sich eine erhebliche Bandbreite. Aachen, Bielefeld, Köln und Leverkusen lagen – im Gegensatz zu Bochum – 2005 deutlich unter dem Landeswert. Eine Ursache für diese Unterschiede ist nicht zu erkennen.

Fazit: Die Situation in Bochum sollte weiter beobachtet werden.

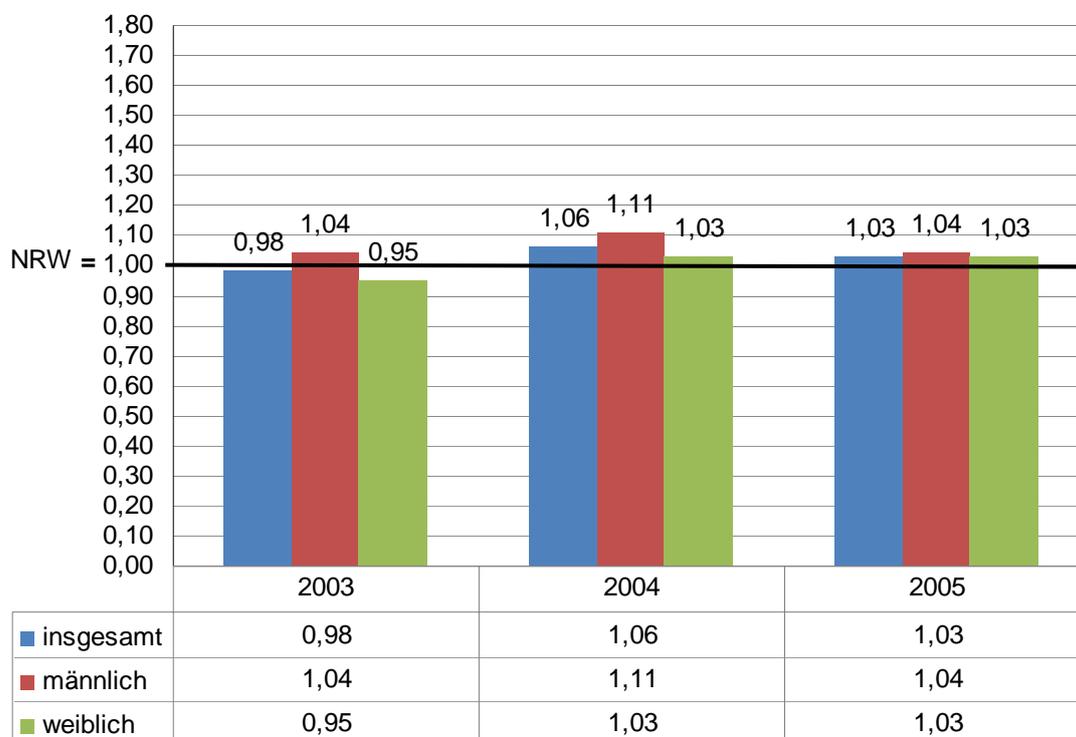
Daten

Herz-Kreislaufkrankungen Krankenhausfälle
in Bochum (SMR)



Heterogene Städte	Krankenhausfälle wegen Herz-/Kreislaufkrankungen								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	0,79	0,76	0,81	0,81	0,78	0,83	0,76	0,71	0,81
Bielefeld	0,79	0,81	0,78	0,79	0,79	0,79	0,78	0,80	0,77
Bochum	0,95	0,91	1,01	0,97	0,95	1,00	0,98	0,96	1,00
Hagen	1,05	1,11	1,01	1,05	1,05	1,06	1,05	1,07	1,03
Köln	0,91	0,91	0,91	0,89	0,87	0,91	0,88	0,89	0,88
Krefeld	0,97	0,94	0,99	0,89	0,86	0,92	0,86	0,80	0,92
Leverkusen	0,95	0,98	0,92	0,98	1,00	0,97	0,99	0,96	1,01
M.-Gladbach	0,98	0,95	1,01	0,98	0,98	0,99	0,97	0,92	1,03
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Sterbefälle wegen Herz-/Kreislaferkrankungen in Bochum (SMR)



Heterogene Städte	Sterbefälle wegen Herz-/Kreislaferkrankungen								
	2003			2004			2005		
	insgs.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	0,87	0,84	0,89	0,88	0,84	0,91	0,84	0,79	0,87
Bielefeld	0,93	1,00	0,89	0,94	0,92	0,96	0,80	0,83	0,78
Bochum	0,98	1,04	0,95	1,06	1,11	1,03	1,03	1,04	1,03
Hagen	1,05	1,16	0,98	1,08	1,11	1,06	1,07	1,16	1,01
Köln	0,98	0,96	0,99	1,02	1,03	1,02	0,80	0,81	0,79
Krefeld	0,99	1,06	0,94	0,91	0,90	0,91	1,06	1,06	1,05
Leverkusen	0,98	0,94	1,00	1,01	0,97	1,04	0,87	0,91	0,84
M.-Gladbach	1,09	1,14	1,07	1,02	1,03	1,01	1,19	1,16	1,22
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

3.2 Erkrankungen der Leber

Die Leber ist das zentrale Organ des gesamten Stoffwechsels. Sie produziert lebenswichtige Stoffe, verwertet Nahrungsbestandteile und 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 eine herausragende 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. Auch bei den infektiösen Lebererkrankungen spielt das Gesundheitsverhalten eine Rolle. Auch vor verschiedenen Formen der Hepatitis (Leberentzündung) kann man sich durch umsichtiges Verhalten („safer sex“) oder Impfungen schützen.

2005 waren 542 Bochumerinnen und Bochumer wegen Lebererkrankungen im Krankenhaus. Davon waren 232 Frauen und 310 Männer. Fast ein Drittel dieser Krankenhausaufenthalte – überwiegend bei Männern - dienten der Behandlung einer alkoholischen Lebererkrankung. Im selben Jahr verstarben 99 Personen (31 Frauen und 66 Männer) an diesen Krankheiten. Die Hälfte der Sterbefälle in Bochum entfiel dabei auf die alkoholische Lebererkrankung.

Bewertung

Krankenhausbehandlungen wegen Erkrankungen der Leber sind bei Bochumerinnen und Bochumern deutlich häufiger als in NRW insgesamt. Dies gilt auch für die alkoholische Lebererkrankung, die ein Drittel aller Krankenhaüsfälle in Bochum verursacht.

Auch die Sterbefälle wegen Erkrankungen der Leber sind in Bochum deutlich erhöht und in noch stärkerem Maß durch alkoholische Lebererkrankungen bedingt als bei den Krankenhaüsfällen.

Allerdings muss bei der Bewertung dieser Zahlen die vergleichsweise geringe Fallzahl berücksichtigt werden, so dass bei weiterführenden Interpretationen Vorsicht geboten ist.

In Bochum steht die Zielgruppe der chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken im Zentrum der Bemühungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Dieser Personenkreis, der ansonsten nur sehr schwer erreicht werden kann, bedarf gerade im Bereich der Lebererkrankungen häufig einer stationären Behandlung. Durch das gut ausgebaute Betreuungssystem werden vermutlich überdurchschnittlich viele chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke aus Bochum einer stationären Behandlung zugeführt.

Hinzu kommt, dass Bochum als Großstadt mit seiner relativ großen Anonymität für Abhängigkeitskranke ein attraktiveres Wohnumfeld darstellt als überschaubare ländliche Strukturen. Auch das gut ausgebaute Hilfesystem könnte nach Einschätzung des Gesundheitsamtes eine gewisse „Sogwirkung“ für Abhängigkeitskranke haben.

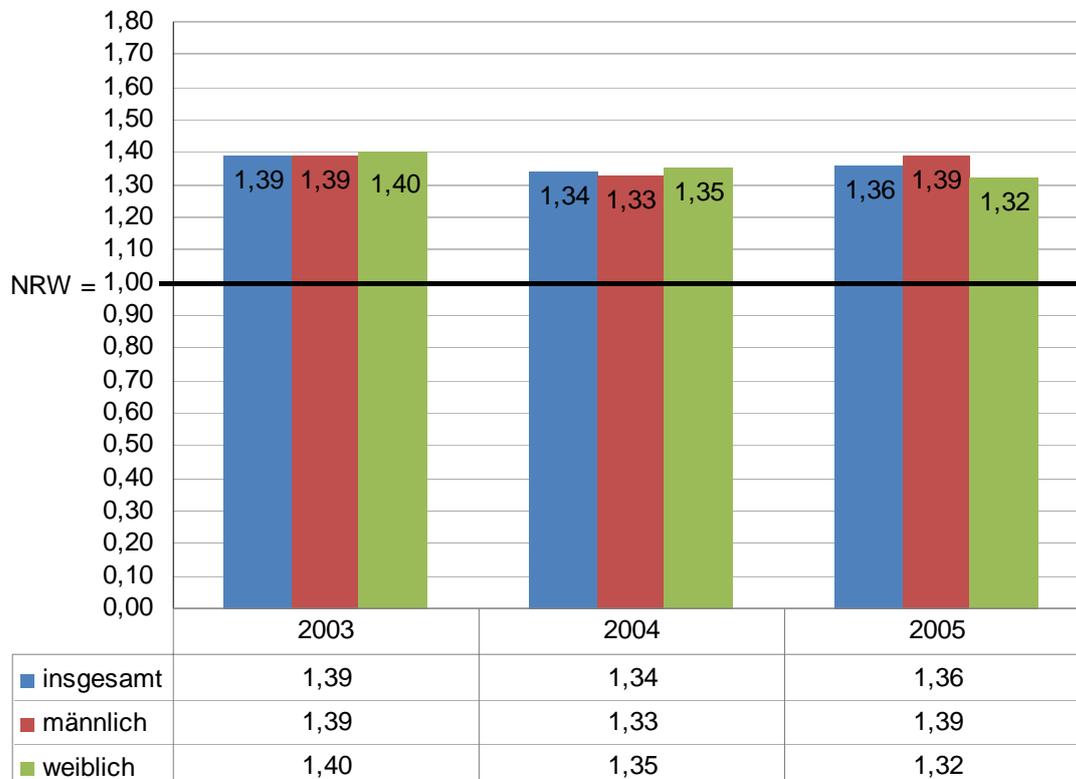
Welchen Einfluss diese Faktoren auf die Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit in Bochum haben, kann nicht genau festgestellt werden.

In drei weiteren heterogenen Städten (Hagen, Köln und Leverkusen) sind ebenfalls sehr viele Sterbefälle wegen Lebererkrankungen festzustellen. Betrachtet man ganz Nordrhein-Westfalen, lässt sich feststellen, dass Lebererkrankungen schwerpunktmäßig in den Großstädten an Rhein und Ruhr sowie in den direkt angrenzenden Kreisen auffällig erhöht sind. Dies legt den Schluss nahe, dass in diesen Kommunen ein anderes – risikoreicheres – Konsummuster für Alkohol vorherrscht als in rein ländlich geprägten Kommunen Nordrhein-Westfalens.

Fazit: *Im Bereich der Lebererkrankungen gibt es in Bochum einen besonderen Handlungsbedarf. In vielen Fällen sind Lebererkrankungen durch Alkoholkonsum bedingt. Es sollten verstärkt Bemühungen unternommen werden, auf das Konsumverhalten Einfluss zu nehmen. Es besteht in Bochum Handlungsbedarf.*

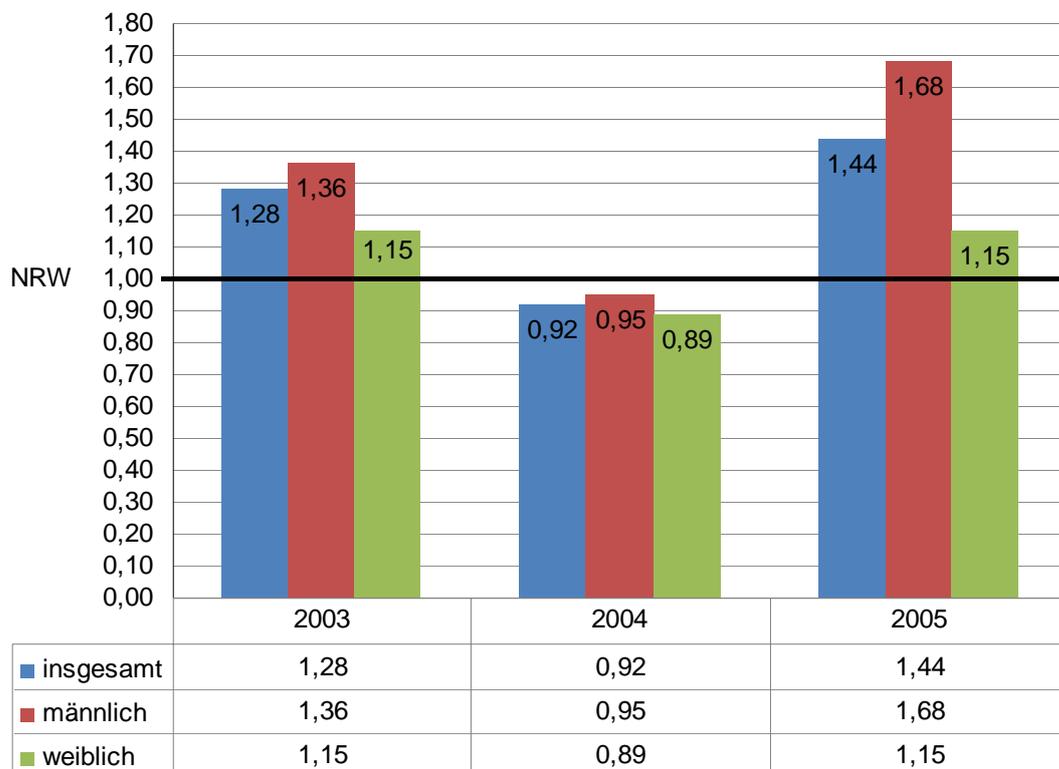
Daten

Lebererkrankungen Krankenhausfälle in Bochum (SMR)



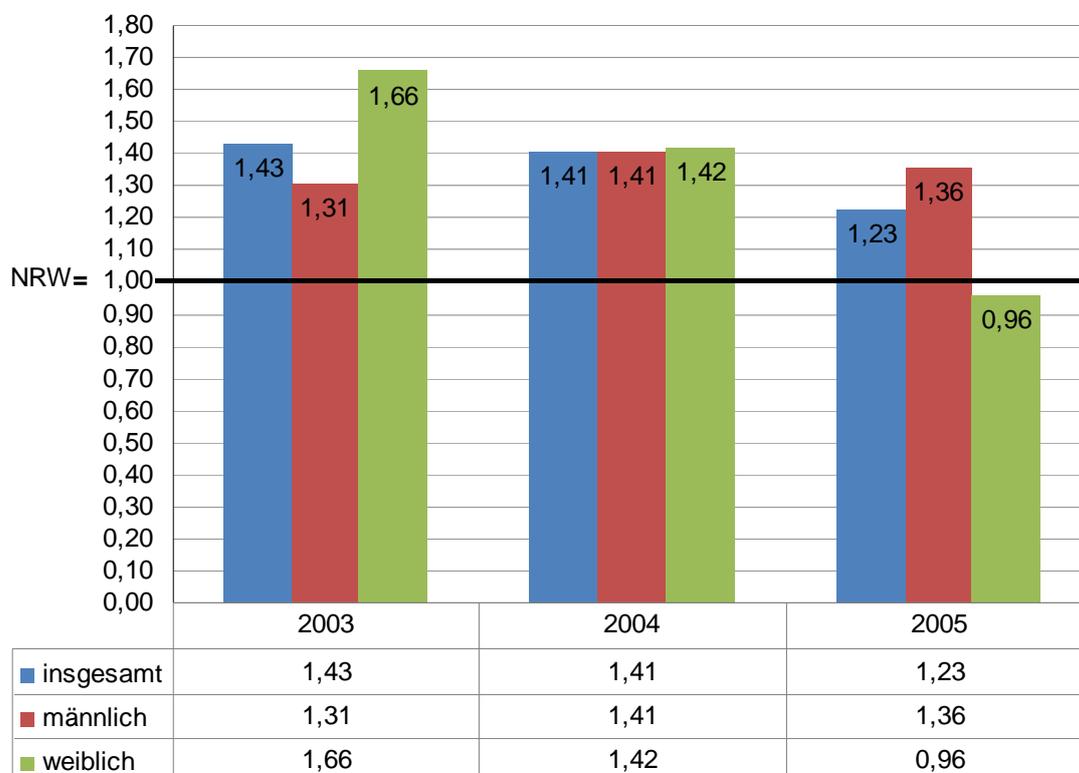
Heterogene Städte	Krankenhausfälle wegen Lebererkrankungen								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	0,92	0,90	0,94	0,93	0,87	0,99	0,94	0,81	1,12
Bielefeld	1,02	1,03	1,02	0,96	1,05	0,85	0,94	0,90	0,99
Bochum	1,39	1,39	1,40	1,34	1,33	1,35	1,36	1,39	1,32
Hagen	1,09	1,15	1,02	1,22	1,09	1,38	1,20	1,14	1,27
Köln	1,07	1,11	1,03	0,97	0,95	0,99	1,04	1,06	1,01
Krefeld	1,08	1,18	0,96	0,88	0,90	0,86	0,86	0,87	0,85
Leverkusen	1,15	1,25	1,02	0,98	1,08	0,85	1,11	1,25	0,93
M.-Gladbach	0,92	1,04	0,78	0,88	0,90	0,85	0,95	1,08	0,80
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Sterbefälle wegen Lebererkrankungen in Bochum (SMR)



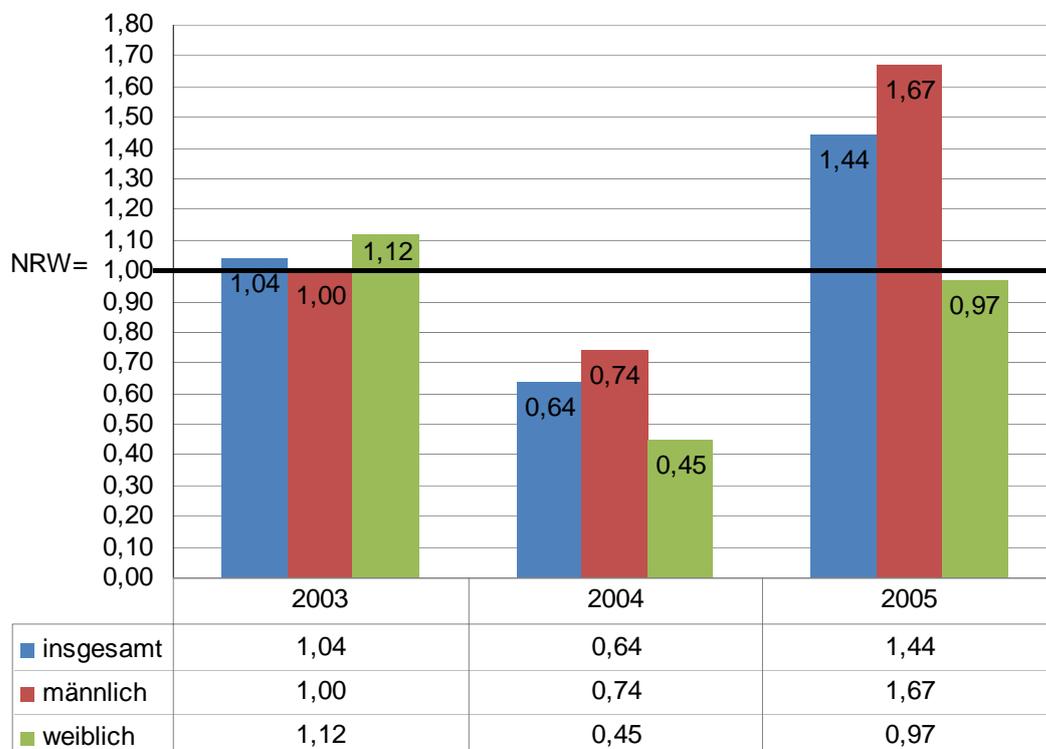
Heterogene Städte	Sterbefälle wegen Lebererkrankungen								
	2003			2004			2005		
	insgs.	m	w	insgs.	m	w	insgs.	m	w
Aachen	1,00	0,98	1,01	1,12	0,90	1,44	1,10	1,05	1,17
Bielefeld	0,96	1,06	0,82	0,88	1,01	0,68	1,02	0,92	1,18
Bochum	1,28	1,36	1,15	0,92	0,95	0,89	1,44	1,68	1,15
Hagen	1,15	1,50	0,64	1,52	1,27	1,90	1,60	1,45	1,83
Köln	1,05	1,01	1,09	1,05	1,11	0,94	1,33	1,26	1,44
Krefeld	1,06	1,16	0,90	0,94	1,07	0,74	0,76	0,66	0,92
Leverkusen	1,43	1,25	1,69	1,37	1,20	1,64	1,64	1,64	1,63
M.-Gladbach	0,91	0,96	0,84	1,03	1,08	0,97	0,96	0,85	1,14
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Alkoholische Lebererkrankung Krankenhausfälle (SMR)



Heterogene Städte	Krankenhausfälle wegen alkoholischer Lebererkrankung								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	0,98	0,86	1,21	1,10	1,08	1,10	0,90	0,75	1,20
Bielefeld	0,61	0,67	0,51	0,60	0,58	0,65	0,80	0,70	1,00
Bochum	1,43	1,31	1,66	1,41	1,41	1,42	1,23	1,36	0,96
Hagen	1,16	1,22	1,05	1,39	1,19	1,79	1,41	1,39	1,47
Köln	1,12	1,06	1,23	0,99	0,88	1,22	1,13	1,11	1,17
Krefeld	0,84	0,88	0,77	0,69	0,74	0,60	0,53	0,58	0,42
Leverkusen	1,31	1,32	1,30	1,07	1,04	1,12	1,00	1,05	0,90
M.-Gladbach	1,15	1,37	0,74	1,01	0,99	1,04	1,20	1,26	1,10
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Alkoholische Leberkrankung Sterbefälle in Bochum (SMR)



Heterogene Städte	Sterbefälle wegen alkoholischer Lebererkrankung								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	1,24	1,12	1,47	1,00	0,95	1,09	1,47	1,22	1,98
Bielefeld	0,95	1,18	0,47	0,97	1,13	0,67	1,17	1,22	1,10
Bochum	1,04	1,00	1,12	0,64	0,74	0,45	1,44	1,67	0,97
Hagen	1,11	1,38	0,53	1,41	1,28	1,71	1,79	1,26	2,88
Köln	1,05	0,99	1,17	1,16	1,17	1,12	1,74	1,68	1,87
Krefeld	1,04	1,08	0,92	0,95	1,13	0,58	0,61	0,49	0,85
Leverkusen	1,24	1,08	1,58	1,39	1,23	1,70	1,43	1,62	1,05
M.-Gladbach	0,79	0,76	0,85	0,93	0,93	0,94	0,78	0,78	0,79
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

3.3 Diabetes mellitus

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

Es werden zwei Typen von Zuckerkrankheit unterschieden:

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

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

Unbehandelt führt Diabetes mellitus zu gravierenden 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.

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

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.

In Bochum wurden 2005 knapp 1.000 Personen wegen Diabetes mellitus stationär behandelt, davon waren etwas mehr als die Hälfte Frauen. 45 Personen verstarben 2005 an dieser Erkrankung. Auch hier waren etwas mehr als die Hälfte Frauen.

Bewertung

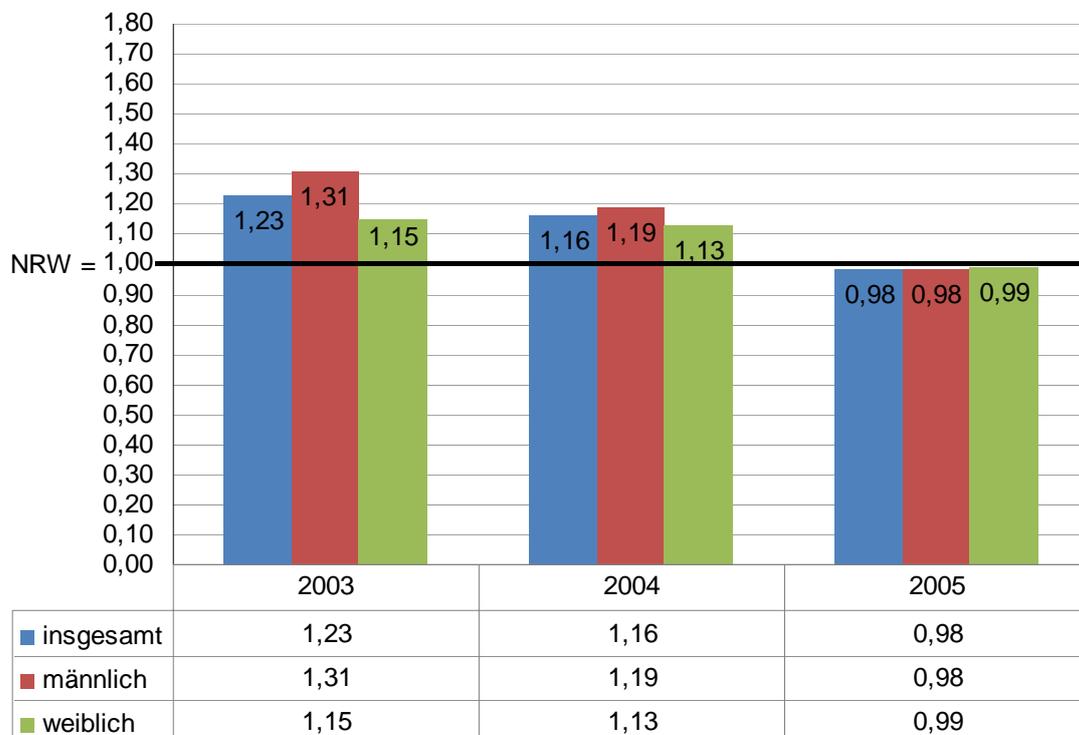
Insgesamt zeigt sich bei Diabetes mellitus in Bochum ein erfreuliches Bild: Liegen die Werte bei den Krankenhausaufenthalten 2003 noch signifikant über dem Landeswert, waren 2005 durchweg unauffällige Werte zu beobachten. Bei den Sterbefällen kam es zu größeren Schwankungen, die jedoch nicht signifikant waren. 2005 lag die Sterblichkeit sogar signifikant unter dem Landeswert. Dabei ist allerdings zu beachten, dass Diabetes mellitus nur in wenigen Fällen als

hauptsächliche Todesursache angegeben wird. Die hohen Schwankungen des SMR sind nicht zuletzt auf diese geringe Fallzahl zurückzuführen.

Fazit: *Die Situation in Bochum ist unauffällig.*

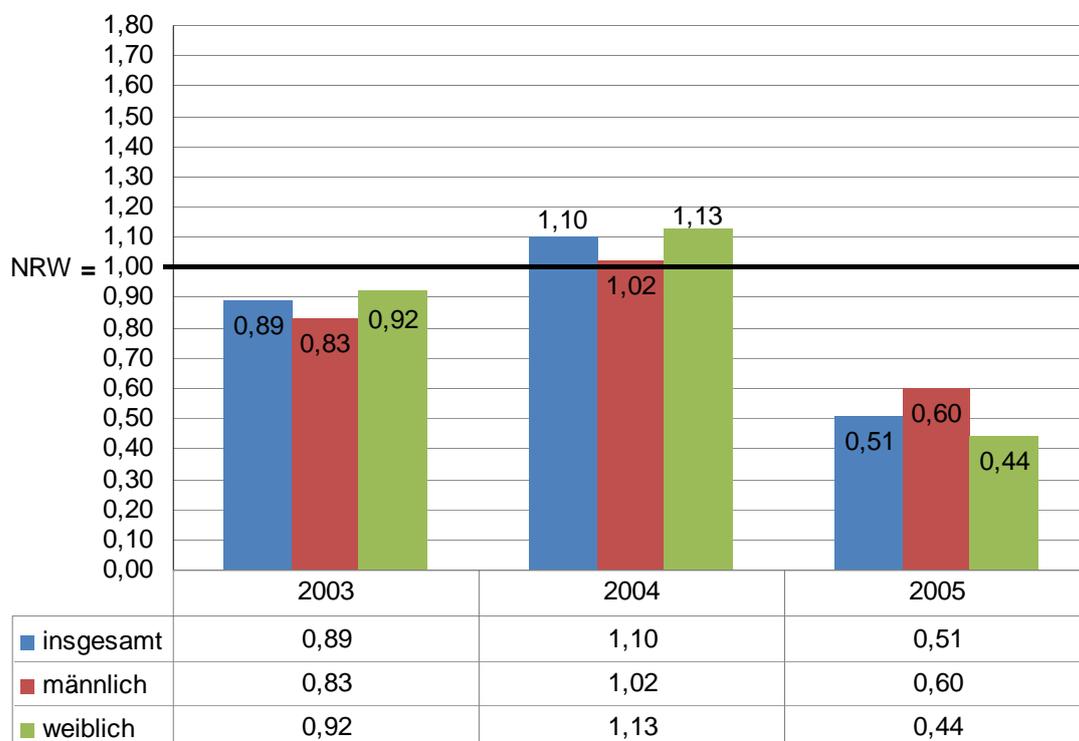
Daten

Krankenhausfälle wegen Diabetes mellitus
in Bochum (SMR)



Heterogene Städte	Krankenhausfälle wegen Diabetes mellitus								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	0,89	0,86	0,93	0,84	0,92	0,77	0,89	0,90	0,86
Bielefeld	1,00	1,05	0,96	0,92	0,97	0,89	0,97	1,03	0,93
Bochum	1,23	1,31	1,15	1,16	1,19	1,13	0,98	0,98	0,99
Hagen	1,16	1,24	1,09	1,12	1,25	1,00	1,06	1,11	1,01
Köln	0,88	0,91	0,86	0,87	0,90	0,84	0,86	0,89	0,84
Krefeld	0,95	0,94	0,96	0,98	0,90	1,07	0,80	0,75	0,86
Leverkusen	0,89	0,89	0,90	0,72	0,73	0,72	0,76	0,74	0,77
M.-Gladbach	1,18	1,08	1,27	0,99	1,03	0,94	1,18	1,15	1,21
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Sterbefälle wegen Diabetes mellitus in Bochum (SMR)



Heterogene Städte	Sterbefälle wegen Diabetes mellitus								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	1,23	1,37	1,15	0,61	0,42	0,72	0,80	0,71	0,86
Bielefeld	0,76	0,74	0,77	0,48	0,62	0,40	0,98	1,05	0,94
Bochum	0,89	0,83	0,92	1,10	1,02	1,13	0,51	0,60	0,44
Hagen	0,93	0,94	0,91	0,90	1,13	0,76	0,57	0,59	0,55
Köln	0,86	0,78	0,90	1,01	1,05	0,99	0,71	0,80	0,66
Krefeld	0,70	0,81	0,63	1,23	1,44	1,10	1,36	1,33	1,38
Leverkusen	1,38	1,17	1,51	1,09	0,96	1,17	1,28	1,30	1,26
M.-Gladbach	0,93	0,79	1,02	1,29	1,81	0,99	1,13	1,29	1,02
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

3.4 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 oberen Gliedmaßen verursachen besonders häufig Gesundheitsprobleme und hohe Kosten.

Die Ursachen 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.

In Bochum wurden 2005 fast 8.000 Personen stationär wegen Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe stationär behandelt. Ca. 60 % davon waren Frauen, 40 % Männer.

Bewertung

Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe nehmen in Bochum zu. 2003 zeigte sich Bochum noch insgesamt unauffällig. Lediglich die Häufigkeit der Krankenhausfälle bei den Männern wick bereits signifikant nach oben ab. 2005 waren sowohl die Gesamthäufigkeit der Krankenhausfälle als auch die geschlechtsspezifischen Häufigkeiten signifikant erhöht.

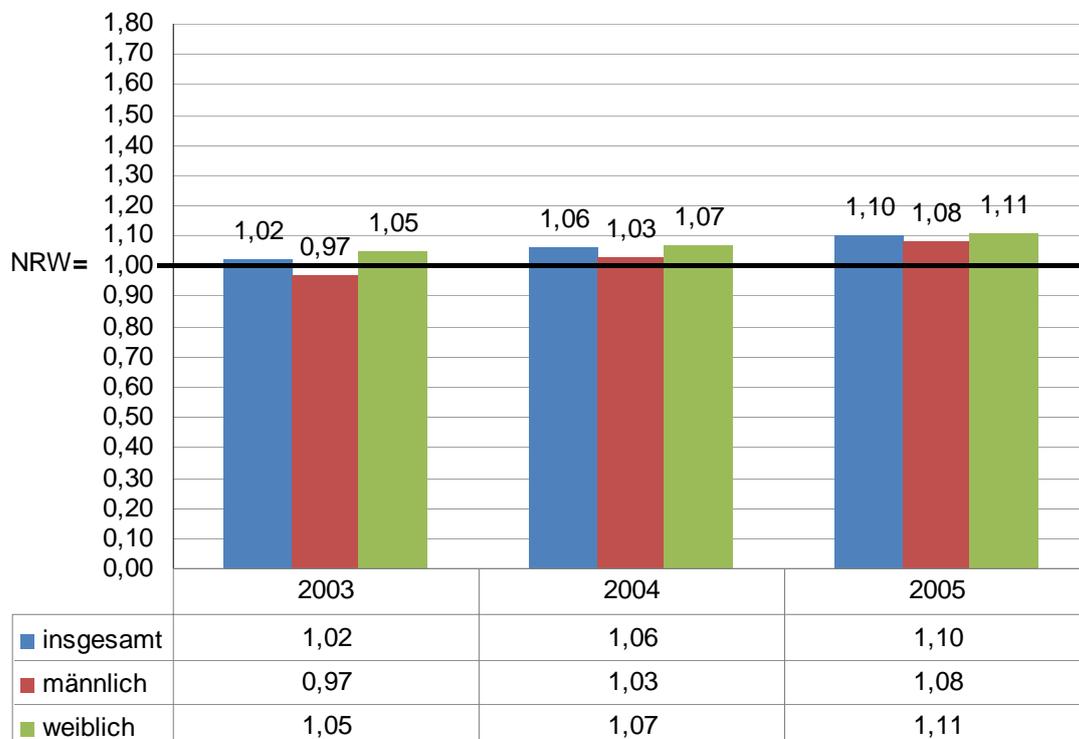
Die Erkrankungshäufigkeit in Bochum liegt im Vergleich zu den anderen heterogenen Städten Nordrhein-Westfalens recht hoch.

Eine Ursache für diese spezielle Bochumer Entwicklung kann nicht angegeben werden. In wie weit die gut ausgestattete Versorgungsstruktur in diesem Bereich eine Auswirkung auf die Inanspruchnahme hat, kann nur vermutet werden.

Fazit: Die Situation in Bochum sollte weiter beobachtet werden.

Daten

Krankenhausfälle wegen Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe in Bochum (SMR)



Heterogene Städte	Krankenhausfälle wegen Krankheiten von Muskeln, Skelett und Bindegewebe								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	0,70	0,64	0,74	0,67	0,62	0,71	0,66	0,61	0,69
Bielefeld	0,92	0,91	0,92	0,89	0,92	0,87	0,94	0,93	0,94
Bochum	1,02	0,97	1,05	1,06	1,03	1,07	1,10	1,08	1,11
Hagen	1,18	1,22	1,15	1,16	1,18	1,14	1,14	1,17	1,12
Köln	0,65	0,62	0,68	0,74	0,70	0,76	0,76	0,70	0,79
Krefeld	0,95	0,89	0,99	0,96	0,94	0,97	0,91	0,87	0,95
Leverkusen	0,81	0,77	0,85	0,76	0,73	0,79	0,79	0,77	0,80
M.-Gladbach	0,84	0,83	0,84	0,83	0,85	0,81	0,87	0,89	0,85
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

3.5 Bösartige Neubildungen

Bösartige Neubildungen („Krebserkrankungen“) sind nach Herz-/ Kreislaufkrankungen 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 bei Männern besonders häufig Prostatakrebs und bei beiden Geschlechtern Darmkrebs.

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.

An der Entstehung bösartiger Neubildungen sind vielfältige Faktoren beteiligt. Neben dem Kontakt mit krebserregenden Substanzen (z. B. am Arbeitsplatz) können auch andere Umweltfaktoren (z. B. Sonneneinstrahlung bei Hautkrebserkrankungen), Ernährungsgewohnheiten (z. B. bei Darmkrebs) und risikoreiche Verhaltensweisen (z. B. Zigarettenkonsum) an der Entstehung beteiligt sein.

In Bochum wurden 2005 8.040 Personen wegen bösartiger Neubildungen behandelt, 4.284 davon waren Männer, 3.756 Frauen. Im selben Jahr verstarben 1.175 Personen an bösartigen Neubildungen (609 Männer, 566 Frauen).

Neben den Krankenhaus- und Sterbefällen wegen bösartiger Neubildungen insgesamt werden hier noch 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. Derzeit werden solche Maßnahmen gesellschaftlich breit diskutiert und sind z. T. bereits in der Umsetzung.

Bösartige Neubildungen der Atemwege führten in 1.130 Fällen zu Krankenhausaufenthalten. Davon waren 771 Männer, 359 waren Frauen. An bösartigen Neubildungen der Atemwege verstarben 2005 insgesamt 279 Personen, (185 Männer und 94 Frauen)

Bewertung

Bochumerinnen und Bochumer werden signifikant häufiger wegen bösartiger Neubildungen stationär in Krankenhäuser aufgenommen als im NRW-Schnitt. Weniger einheitlich ist die Entwicklung bei den Sterbefällen, aber auch bei den Sterbefällen sind signifikante Abweichungen nach oben zu beobachten (2003 bei den Männern, 2005 beim Gesamtwert).

Eine eindeutige Ursache hierfür kann nicht benannt werden. Auszuschließen ist ein mangelndes Therapieangebot, da Bochum im Bereich der Onkologie gut mit Einrichtungen ausgestattet ist.

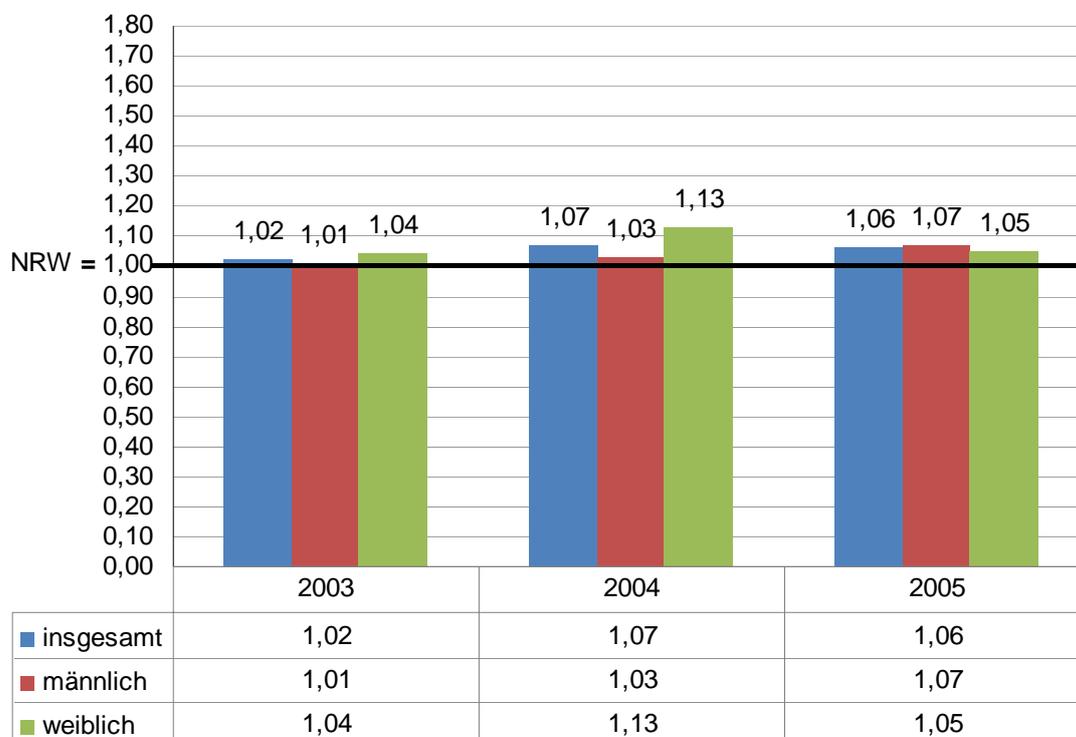
Auch bei den bösartigen Neubildungen der Atemwege dominieren bei den Krankenhausaufenthalten mit Ausnahme des Jahres 2005 signifikant hohe Wer-

te. Bei den Sterbefällen gibt es relativ starke Schwankungen, die jedoch wegen der relativ geringen Fallzahl nicht eindeutig zu bewerten sind.

Fazit: *Die Situation in Bochum sollte weiter beobachtet werden.*

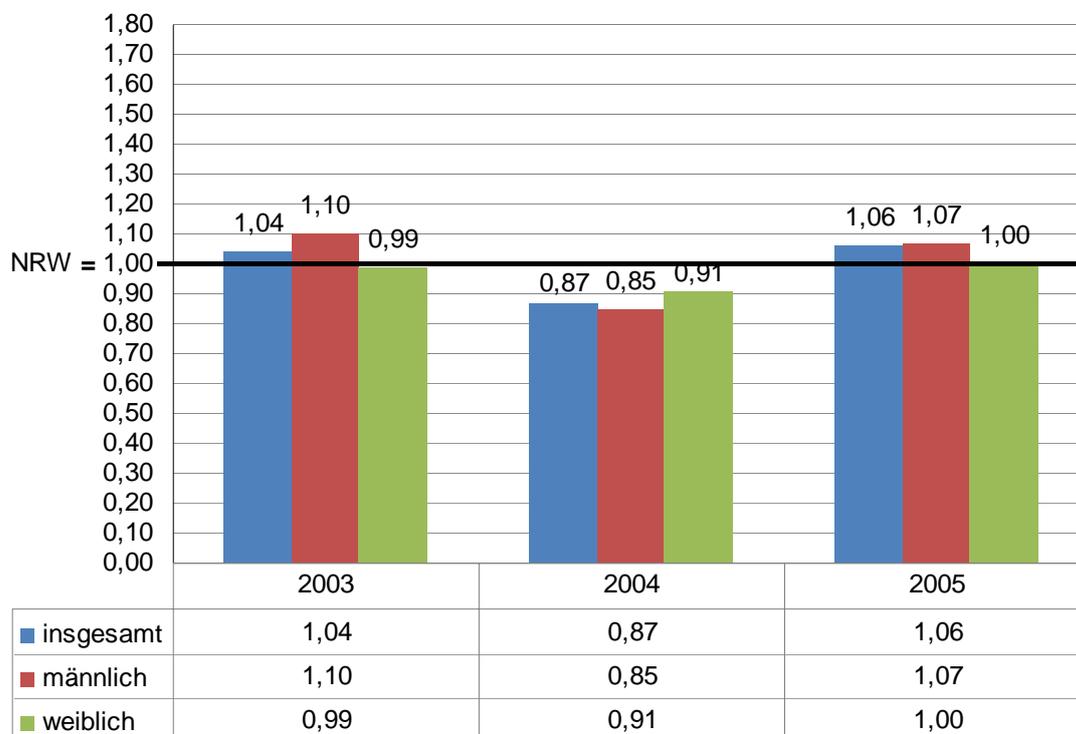
Daten

Krankenhausfälle wegen bösartiger Neubildungen
in Bochum (SMR)



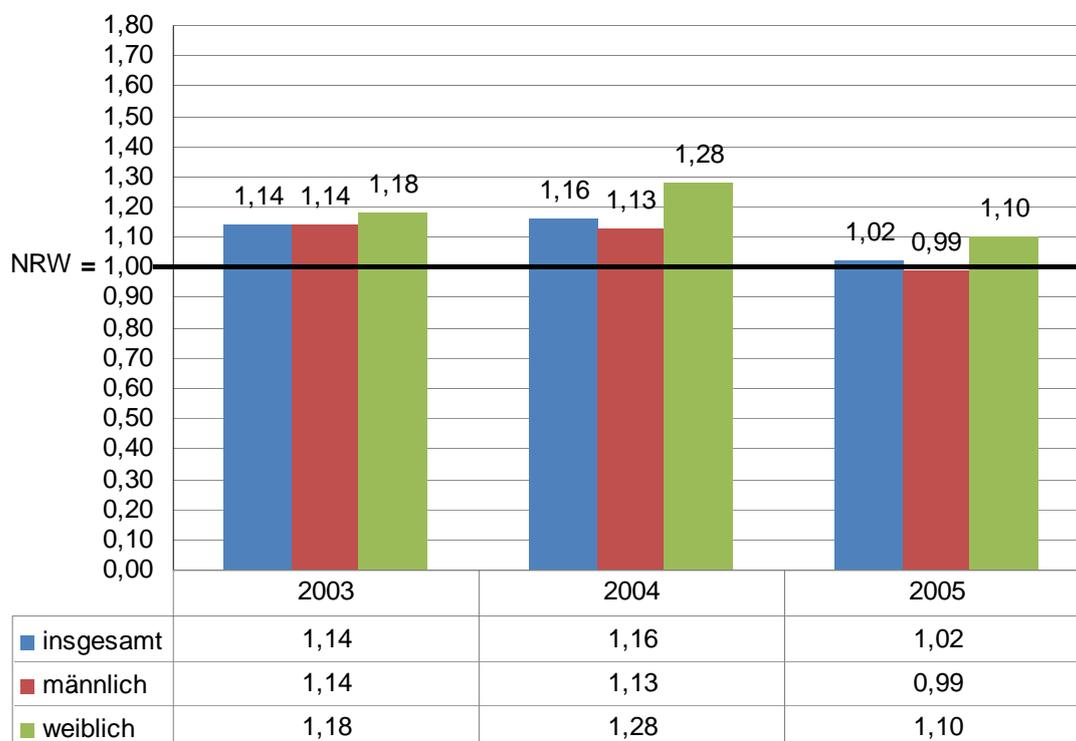
Heterogene Städte	Krankenhausfälle wegen bösartiger Neubildungen								
	2003			2004			2005		
	insgs.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	0,97	0,94	1,00	0,95	0,92	0,97	0,83	0,76	0,91
Bielefeld	1,20	1,19	1,20	1,17	1,15	0,83	1,28	1,30	1,26
Bochum	1,02	1,01	1,04	1,07	1,03	1,13	1,06	1,07	1,05
Hagen	1,12	1,06	1,18	1,09	1,08	1,11	1,09	1,05	1,15
Köln	0,88	0,83	0,94	0,88	0,84	0,91	0,87	0,84	0,92
Krefeld	1,02	1,03	1,01	0,90	0,92	0,88	0,84	0,85	0,83
Leverkusen	0,94	0,87	1,01	0,88	0,81	0,96	0,92	0,89	0,95
M.-Gladbach	0,89	0,85	0,93	0,80	0,74	0,86	0,84	0,83	0,86
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen in Bochum (SMR)



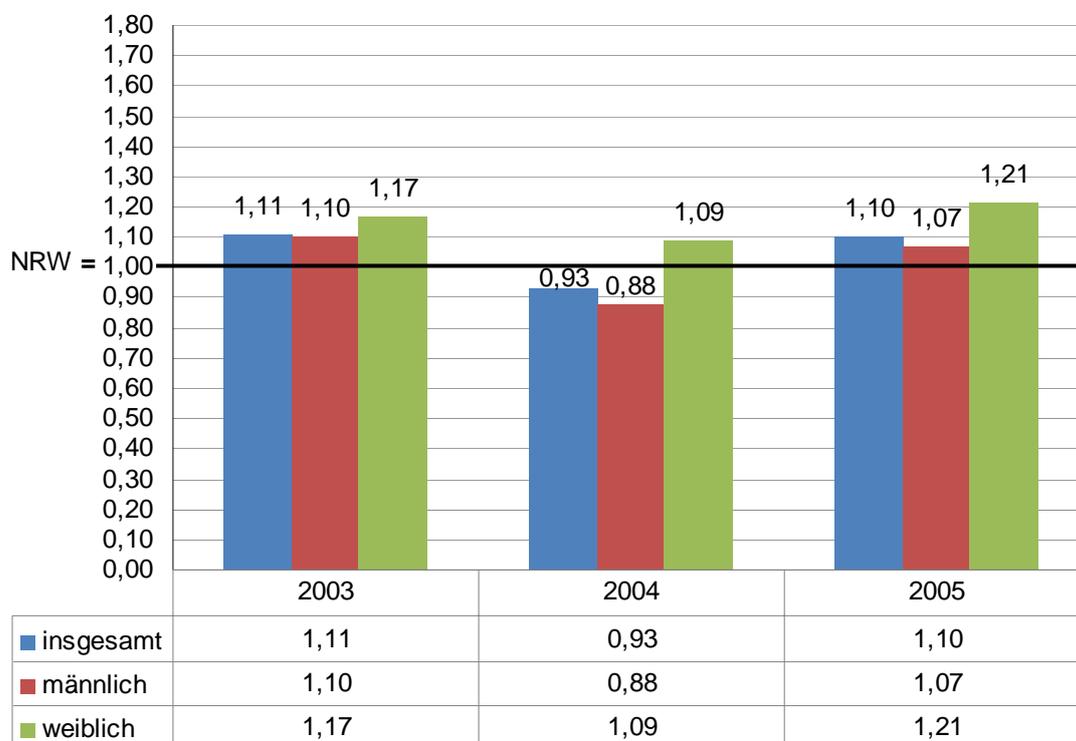
Heterogene Städte	Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insgs.	m	w
Aachen	0,93	0,88	0,99	0,92	0,88	0,98	0,96	0,94	0,98
Bielefeld	0,85	0,86	0,84	0,85	0,86	0,85	1,01	1,03	0,99
Bochum	1,04	1,10	0,99	0,87	0,85	0,91	1,06	1,07	1,00
Hagen	0,96	0,96	0,96	0,98	1,07	0,88	1,09	1,16	1,03
Köln	0,98	0,94	1,03	0,97	0,92	1,02	1,08	1,08	1,09
Krefeld	0,96	1,01	0,91	0,99	0,96	1,03	0,89	0,89	0,88
Leverkusen	0,95	0,92	0,97	0,99	0,93	1,05	1,01	0,94	1,07
M.-Gladbach	1,15	1,14	1,17	1,09	1,12	1,07	1,04	0,97	1,14
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Krankenhäufälle wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege in Bochum (SMR)



Heterogene Städte	Krankenhäufälle wegen bösartiger Neubildungen der Atemwege								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	1,13	1,13	1,13	0,92	0,98	0,78	0,81	0,76	0,91
Bielefeld	0,93	1,03	0,71	0,97	1,03	0,85	1,39	1,59	0,95
Bochum	1,14	1,14	1,18	1,16	1,13	1,28	1,02	0,99	1,10
Hagen	0,96	0,98	0,92	1,28	1,38	1,08	0,97	0,99	0,93
Köln	0,93	0,88	1,07	0,95	0,89	1,09	0,85	0,78	1,01
Krefeld	1,09	1,08	1,14	1,02	0,87	1,39	0,82	0,78	0,92
Leverkusen	0,81	0,67	1,16	0,93	0,95	0,89	0,79	0,72	0,93
M.-Gladbach	0,85	0,81	0,96	0,84	0,74	1,12	0,90	0,87	0,98
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen in den Atemwegen in Bochum (SMR)



Heterogene Städte	Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen in den Atemwegen								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	1,00	0,98	1,04	0,95	1,00	0,80	1,06	1,08	1,00
Bielefeld	0,62	0,62	0,64	0,67	0,75	0,50	0,81	0,82	0,81
Bochum	1,11	1,10	1,17	0,93	0,88	1,09	1,10	1,07	1,21
Hagen	1,02	1,08	0,91	1,10	1,10	1,14	1,04	1,19	0,75
Köln	1,05	1,00	1,18	1,12	0,98	1,46	1,19	1,12	1,33
Krefeld	1,05	1,07	1,01	1,15	1,08	1,30	0,87	0,77	1,11
Leverkusen	1,00	0,83	1,42	0,98	0,93	1,08	0,90	0,81	1,10
M.-Gladbach	1,31	1,30	1,37	1,09	1,11	1,06	1,30	1,18	1,61
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

3.6 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 Krankheiten wie chronische Bronchitis oder das Asthma bronchiale, die die körperliche Leistungsfähigkeit schwer einschränken, bis zu akuten Krankheitszuständen wie Lungenentzündung.

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.

In Bochum wurden 2005 insgesamt 5.477 Personen wegen Atemwegserkrankungen stationär im Krankenhaus behandelt. 2.635 davon waren Frauen, 2.842 Männer. Im gleichen Zeitraum starben 349 Personen an diesen Erkrankungen, 179 Frauen und 170 Männer.

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

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

Bewertung

2003 und 2005 wick die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten wegen Atemwegserkrankungen insgesamt in Bochum nur unwesentlich vom Landeswert ab. 2004 zeigt sich ein signifikant hoher Gesamtwert. Die Häufigkeit der Sterbefälle war in den Jahren 2003 und 2004 auffällig erhöht, in 2005 jedoch unauffällig. Eine einheitliche Entwicklungsrichtung lässt sich nicht erkennen.

Bei den Krankheitsfällen wegen chronischer Atemwegserkrankungen ist hingegen ein kontinuierlicher Rückgang von signifikant erhöhten Werten in 2003, unauffälligen Werten in 2004 zu signifikant niedrigen Werten in 2005 zu beobachten. Die Häufigkeit der Sterbefälle wegen dieser Erkrankungen schwankte

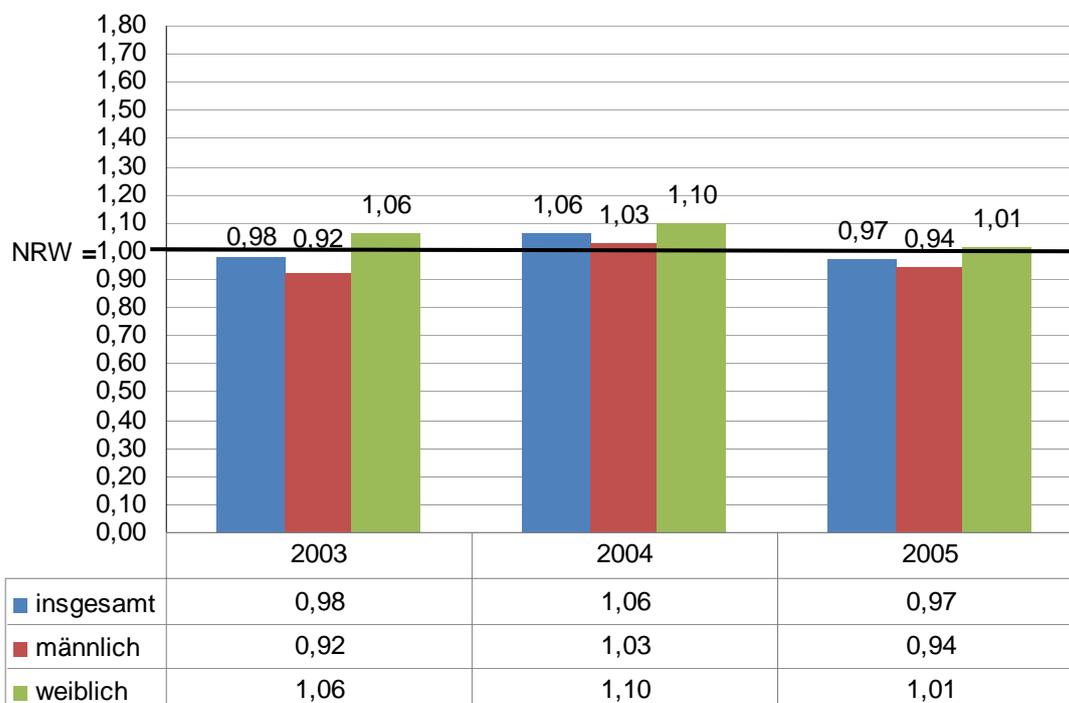
von 2003 bis 2005 demgegenüber spürbar, eine Interpretation dieser Schwankungen ist jedoch wegen der geringen Fallzahl nicht möglich.

Im Vergleich mit den anderen heterogenen Städten Nordrhein-Westfalens zeigt sich ebenfalls ein uneinheitliches Bild: die Werte differieren von Kommune zu Kommune z. T. erheblich, auch innerhalb anderer Kommunen zeigen sich im Berichtszeitraum deutliche Schwankungen.

Fazit: *Die Entwicklung der Atemwegserkrankungen ist uneinheitlich und lässt sich schwer einschätzen. Die Situation in Bochum ist weiter zu beobachten.*

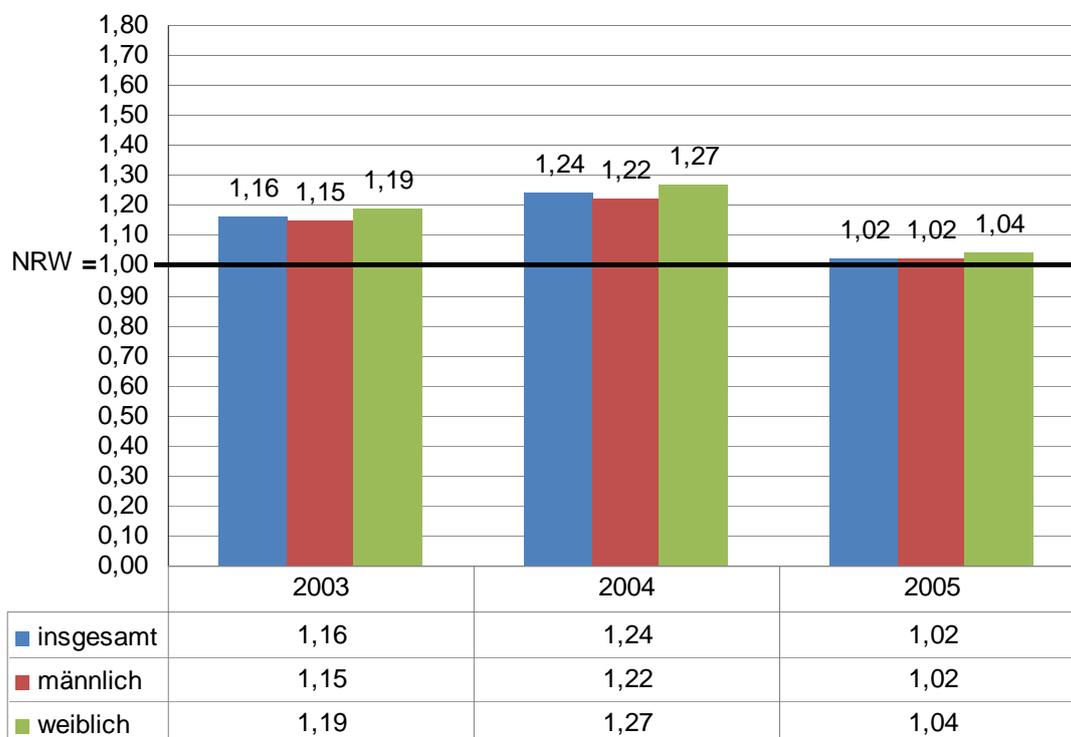
Daten

Krankenhausfälle wegen Erkrankung der Atemwege in Bochum (SMR)



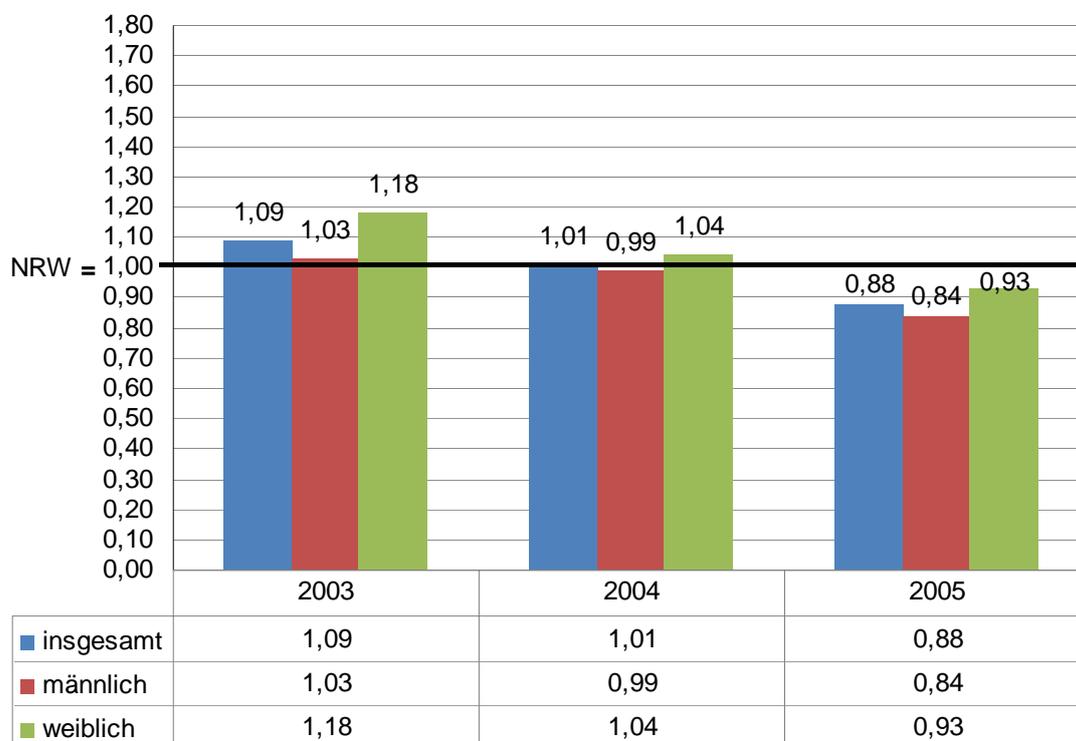
Heterogene Städte	Krankenhausfälle wegen Erkrankungen der Atemwege								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insgs.	m	w	insg.	m	w
Aachen	0,78	0,72	0,84	0,85	0,81	0,89	0,80	0,79	0,80
Bielefeld	0,83	0,84	0,83	0,89	0,92	0,85	0,91	0,94	0,87
Bochum	0,98	0,92	1,06	1,06	1,03	1,10	0,97	0,94	1,01
Hagen	0,90	0,92	0,88	0,95	0,97	0,94	0,95	0,98	0,92
Köln	1,03	1,03	1,03	1,02	1,00	1,04	1,01	1,00	1,02
Krefeld	1,11	1,04	1,19	1,05	1,05	1,05	1,05	0,99	1,13
Leverkusen	0,92	0,95	0,88	0,86	0,87	0,85	0,77	0,78	0,75
M.-Gladbach	1,16	1,13	1,20	1,10	1,07	1,15	1,08	1,06	1,12
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Sterbefälle wegen Erkrankungen der Atemwege in Bochum (SMR)



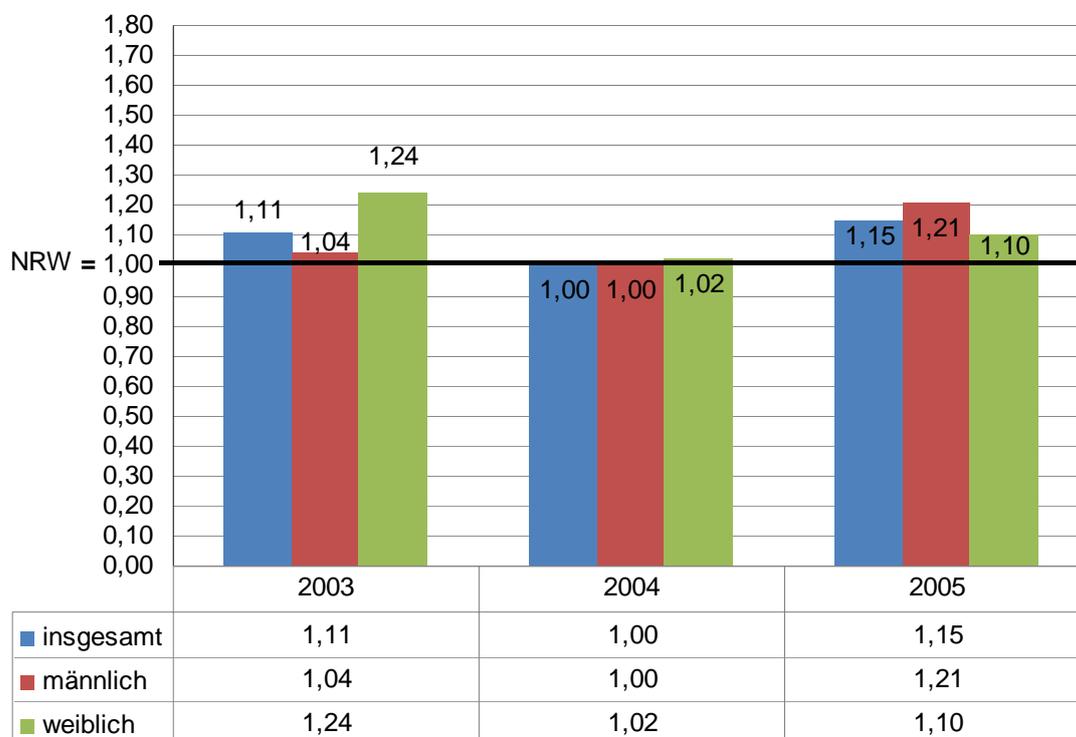
heterogene Städte	Sterbefälle wegen Erkrankungen der Atemwege								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	0,89	0,78	0,99	0,88	0,72	1,06	0,99	0,96	1,01
Bielefeld	0,80	0,79	0,81	0,93	0,86	1,00	0,98	0,89	1,07
Bochum	1,16	1,15	1,19	1,24	1,22	1,27	1,02	1,02	1,04
Hagen	0,93	0,85	1,02	0,94	1,08	0,82	0,94	0,83	1,06
Köln	1,09	1,08	1,09	1,11	1,05	1,18	1,00	0,91	1,10
Krefeld	0,92	0,74	1,12	0,81	0,71	0,91	1,20	1,22	1,18
Leverkusen	0,74	0,82	0,63	0,85	0,80	0,89	0,71	0,64	0,78
M.-Gladbach	1,20	1,21	1,20	1,09	1,13	1,06	1,40	1,46	1,36
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Krankenhausfälle wegen chronischer Atemwegserkrankungen in Bochum (SMR)



Heterogene Städte	Krankenhausfälle wegen chronischer Atemwegserkrankungen								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	0,86	0,79	0,95	1,03	0,95	1,14	0,92	0,91	0,93
Bielefeld	0,80	0,79	0,82	0,92	0,91	0,93	0,76	0,72	0,81
Bochum	1,09	1,03	1,18	1,01	0,99	1,04	0,88	0,84	0,93
Hagen	1,01	0,95	1,10	1,00	1,03	0,98	1,03	0,99	1,07
Köln	0,97	0,89	1,05	0,96	0,92	1,01	0,96	0,91	1,02
Krefeld	1,21	1,09	1,36	1,10	1,07	1,14	1,16	1,13	1,20
Leverkusen	0,65	0,54	0,78	0,71	0,74	0,68	0,63	0,63	0,62
M.-Gladbach	1,41	1,40	1,42	1,09	1,02	1,18	1,24	1,21	1,27
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Sterbefälle wegen chronischer Atemwegserkrankungen in Bochum (SMR)



Heterogene Städte	Sterbefälle wegen chronischer Atemwegserkrankungen								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	1,05	0,87	1,30	1,07	0,85	1,35	0,85	0,91	0,76
Bielefeld	0,85	0,84	0,87	0,94	0,90	0,99	0,91	0,85	0,99
Bochum	1,11	1,04	1,24	1,00	1,00	1,02	1,15	1,21	1,10
Hagen	1,06	0,89	1,30	0,98	1,15	0,77	1,25	0,98	1,62
Köln	1,03	0,98	1,10	0,95	0,88	1,05	0,93	0,88	0,99
Krefeld	1,13	0,96	1,37	0,94	0,86	1,05	1,32	1,26	1,39
Leverkusen	0,69	0,68	0,69	0,90	0,93	0,83	0,66	0,60	0,73
M.-Gladbach	1,17	1,22	1,12	1,11	1,09	1,15	1,29	1,45	1,11
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

3.7 Verletzungen und Vergiftungen

Verletzungen bilden eine häufige Ursache ambulanter und stationärer Behandlung. Sie führen häufig zu Arbeits-, zu Erwerbs- und Berufsunfähigkeit, häufig 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 infolge von Unfällen ist größer als die durch Krebs- und Herz-/ Kreislaufkrankungen.

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

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

In Bochum wurden 2005 insgesamt 6.951 Personen (3.769 Frauen, 3.182 Männer) wegen Verletzungen und Vergiftungen stationär ins Krankenhaus aufgenommen. Im selben Jahr verstarben daran 109 Personen (45 Frauen und 64 Männer).

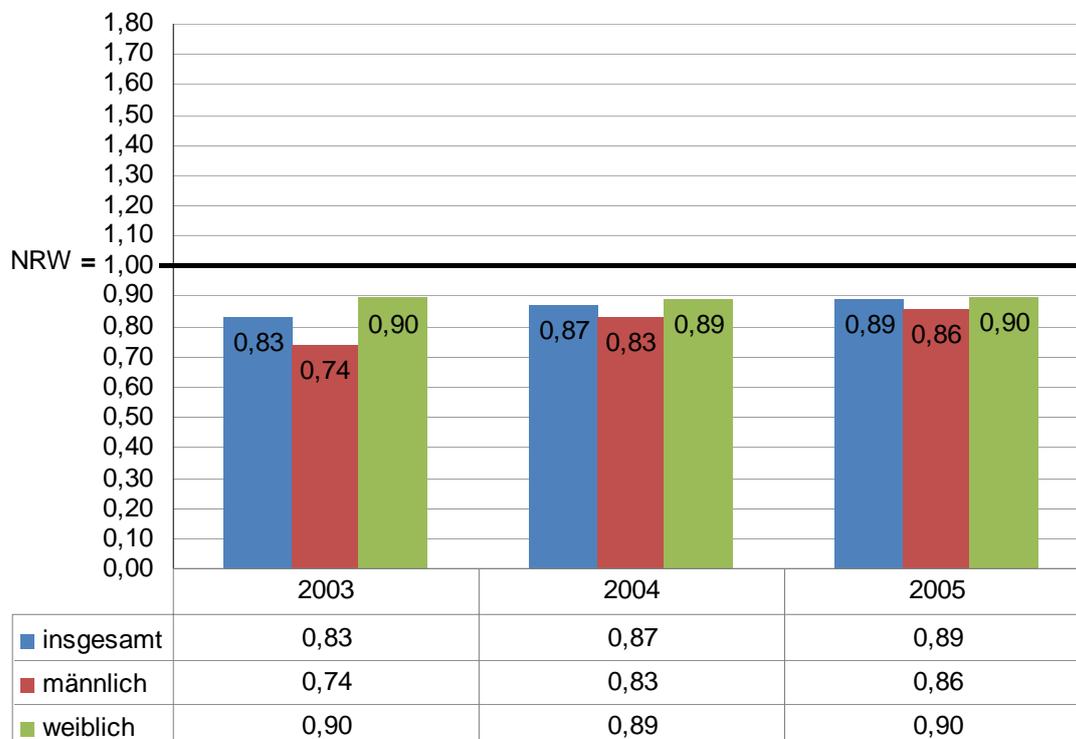
Bewertung

Sowohl bei den Krankenhausaufenthalten als auch bei den Sterbefällen wegen Verletzungen und Vergiftungen zeigt sich in Bochum ein eindeutiges Bild: sie sind signifikant seltener als in NRW.

Fazit: *Die Situation in Bochum ist positiv.*

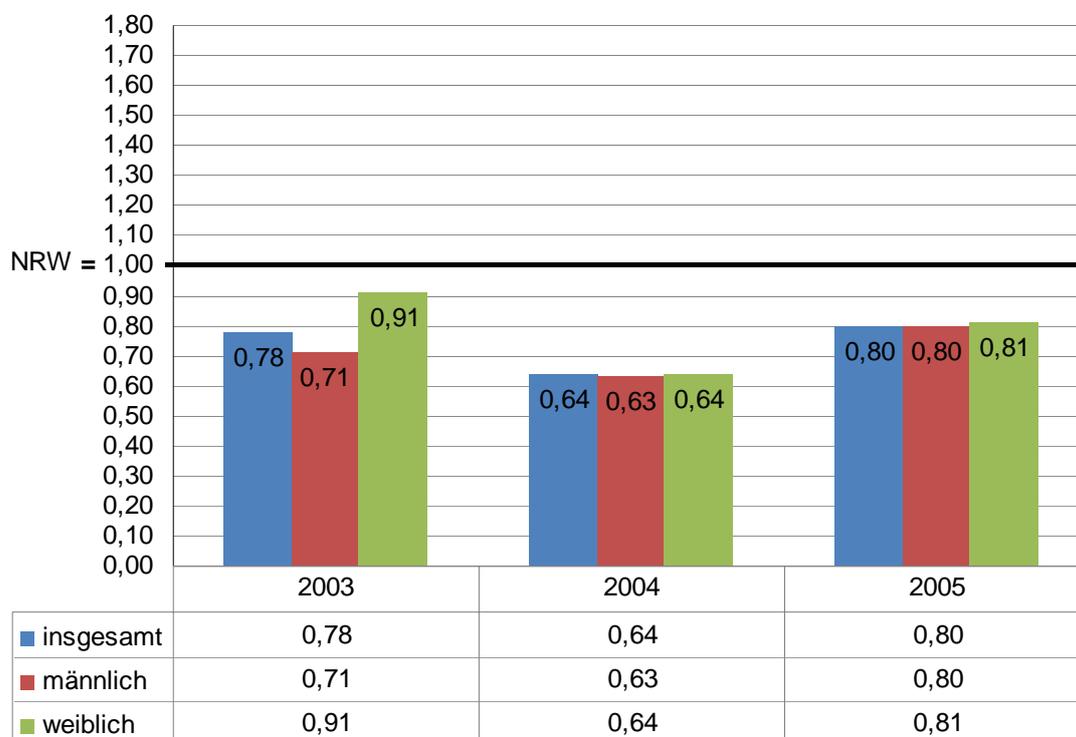
Daten

Krankenhausfälle wegen Verletzungen und Vergiftungen
in Bochum (SMR)



Heterogene Städte	Krankenhausfälle wegen Verletzungen und Vergiftungen								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	0,99	0,93	1,03	0,95	0,90	0,99	0,90	0,83	0,95
Bielefeld	1,00	1,02	0,98	0,98	0,99	0,97	0,97	0,97	0,97
Bochum	0,83	0,74	0,90	0,87	0,83	0,89	0,89	0,86	0,90
Hagen	1,14	1,17	1,12	1,12	1,15	1,09	1,08	1,12	1,05
Köln	0,98	0,94	1,02	0,98	0,94	1,02	1,00	0,96	1,04
Krefeld	1,03	1,05	1,01	1,01	1,05	0,98	1,00	0,97	1,03
Leverkusen	0,93	0,94	0,92	0,94	0,91	0,97	0,96	0,95	0,97
M.-Gladbach	1,08	1,06	1,09	1,00	1,01	1,00	1,00	0,98	1,02
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Sterbefälle wegen Verletzungen und Vergiftungen in Bochum (SMR)



Heterogene Städte	Sterbefälle wegen Verletzungen und Vergiftungen								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	0,75	0,69	0,84	1,25	0,93	1,78	1,05	0,85	1,32
Bielefeld	0,73	0,76	0,68	1,09	1,02	1,22	1,21	1,10	1,37
Bochum	0,78	0,71	0,91	0,64	0,63	0,64	0,80	0,80	0,81
Hagen	0,94	1,01	0,82	0,59	0,64	0,50	0,92	1,02	0,79
Köln	1,11	1,05	1,26	0,85	0,84	0,89	1,52	1,43	1,66
Krefeld	0,82	0,84	0,80	1,04	1,00	1,10	0,68	0,76	0,56
Leverkusen	0,93	1,13	0,55	0,96	1,02	0,86	1,09	1,17	0,97
M.-Gladbach	1,01	0,93	1,18	1,50	1,46	1,59	0,69	0,68	0,71
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

3.8 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 (Rückhaltesysteme 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 bei diesem Indikator alle Personen gezählt, die in Bochum im Verkehr verunglückt sind, unabhängig davon, wo ihr Wohnsitz ist. Der Bezug zur Wohnbevölkerung ist also ungenau. Dies ist bei der Interpretation des Wertes zu berücksichtigen.

2006 waren insgesamt 1.352 Personen verunglückt, von denen 775 Männer und 577 Frauen waren. Jeweils drei Männer und drei Frauen kamen im selben Jahr bei Verkehrsunfällen in Bochum ums Leben.

Bewertung

In Nordrhein-Westfalen ist die Zahl der Verkehrsunfälle mit Personenschäden je 100.000 Einwohner von 2003 bis 2006 kontinuierlich zurückgegangen. In Bochum ist der gleiche Abwärtstrend zu erkennen.

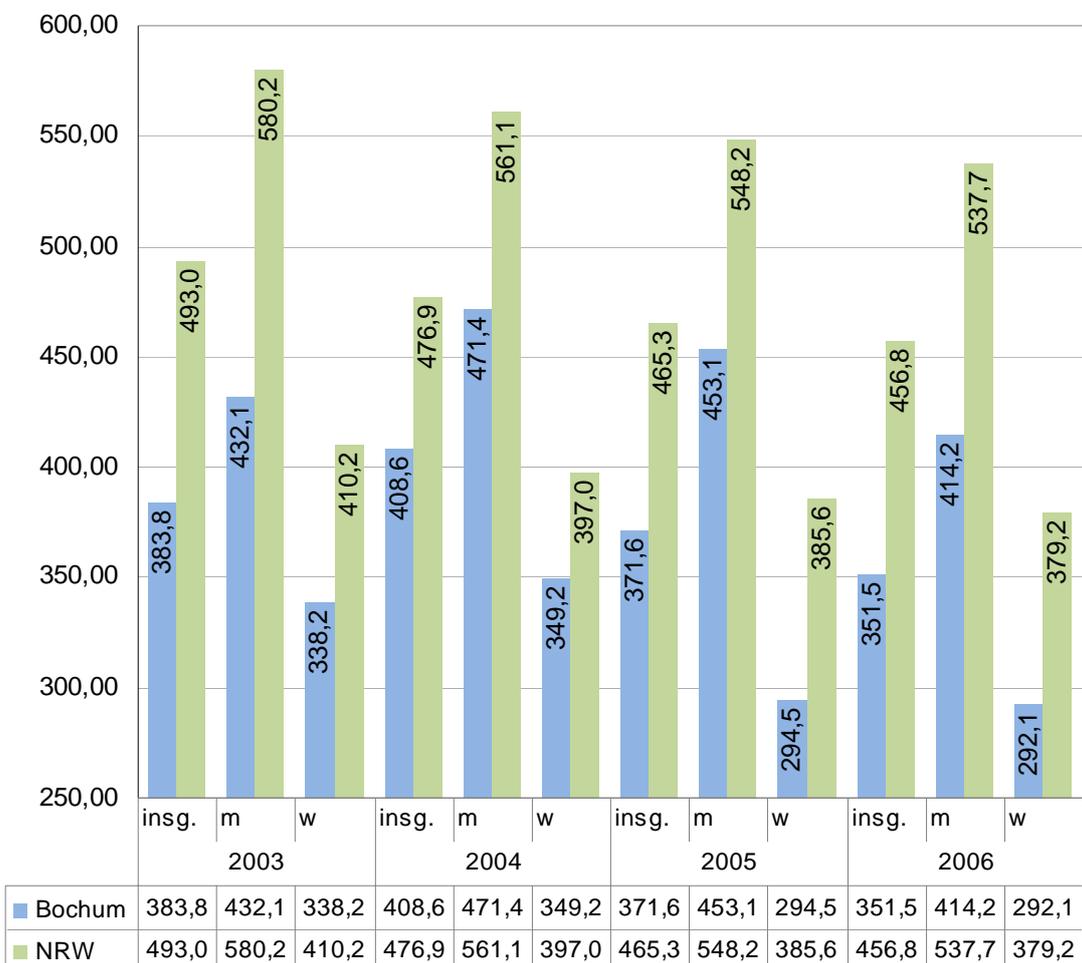
Allerdings lag die Zahl der Unfälle je 100.000 Einwohner in Bochum im gesamten Berichtszeitraum deutlich unter derjenigen des Landes. Bochum weist dabei die niedrigste Unfallquote aller heterogenen Kommunen auf.

Welche Faktoren im Einzelnen zu diesem Ergebnis geführt haben, kann nicht nachvollzogen werden.

Fazit: Die Situation in Bochum ist positiv.

Daten

Im Straßenverkehr verunglückte Personen
in Bochum (je 100.000 Einwohner)



je 100.000 Einwohner	Im Straßenverkehr verunglückte Personen											
	2003			2004			2005			2006		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	513,6	579,6	446,3	588,3	628,6	546,7	544,2	616,9	468,9	567,3	610,1	521,1
Bielefeld	500,7	601,4	409,1	472,6	565,1	388,3	475,1	564,7	393,5	472,5	558,6	394,1
Bochum	383,8	432,1	338,2	408,6	471,4	349,2	371,6	453,1	294,5	351,5	414,2	292,1
Hagen	506,4	629,1	393,4	451,9	539,6	371,0	491,2	598,2	392,5	435,6	517,8	359,6
Köln	627,2	763,1	499,6	606,3	727,2	493,1	618,5	732,5	511,9	584,6	702,3	472,3
Krefeld	483,4	557,9	413,3	435,3	478,5	394,6	455,8	534,2	382,2	432,3	492,3	376,0
Leverkusen	430,3	521,0	344,4	437,6	529,6	350,5	456,6	542,0	376,0	455,8	524,0	384,1
M.Gladbach	513,8	581,9	450,3	541,7	612,5	475,7	457,0	527,7	391,0	479,3	546,9	415,2
NRW	493,0	580,2	410,2	476,9	561,1	397,0	465,3	548,2	385,6	456,8	537,7	379,2

3.9 Suizide

Unter Suizide sind Sterbefälle infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung zu verstehen.

Die Suizidhäufigkeit lässt Rückschlüsse auf das psychische Erkrankungsge-schehen und die Versorgungsangebote bei psychischen Erkrankungen zu.

Bei der Interpretation der Zahlen ist zu beachten, dass die Anzahl der jugendlichen Selbstmorde in Großstädten doppelt so hoch ist wie auf dem Land. Die Anzahl der Selbstmordversuche liegt bei Mädchen dreimal höher als bei Jungen. Dagegen führen jedoch die Selbstmordversuche bei Jungen dreimal häufiger zum Tod. Auch bei Menschen in höherem Lebensalter ist die Häufigkeit von Sterbefällen wegen Selbstmord erhöht.

Die unterschiedlichen Häufigkeiten von Suizidsterbefällen in den verschiedenen Altersstufen sind durch die indirekte Altersstandardisierung berücksichtigt. Die Darstellung erfolgt entsprechend als SMR.

In Bochum starben 2003 bis 2005 durchschnittlich 30 Personen bei Suiziden (23 Männer und 7 Frauen).

Bewertung

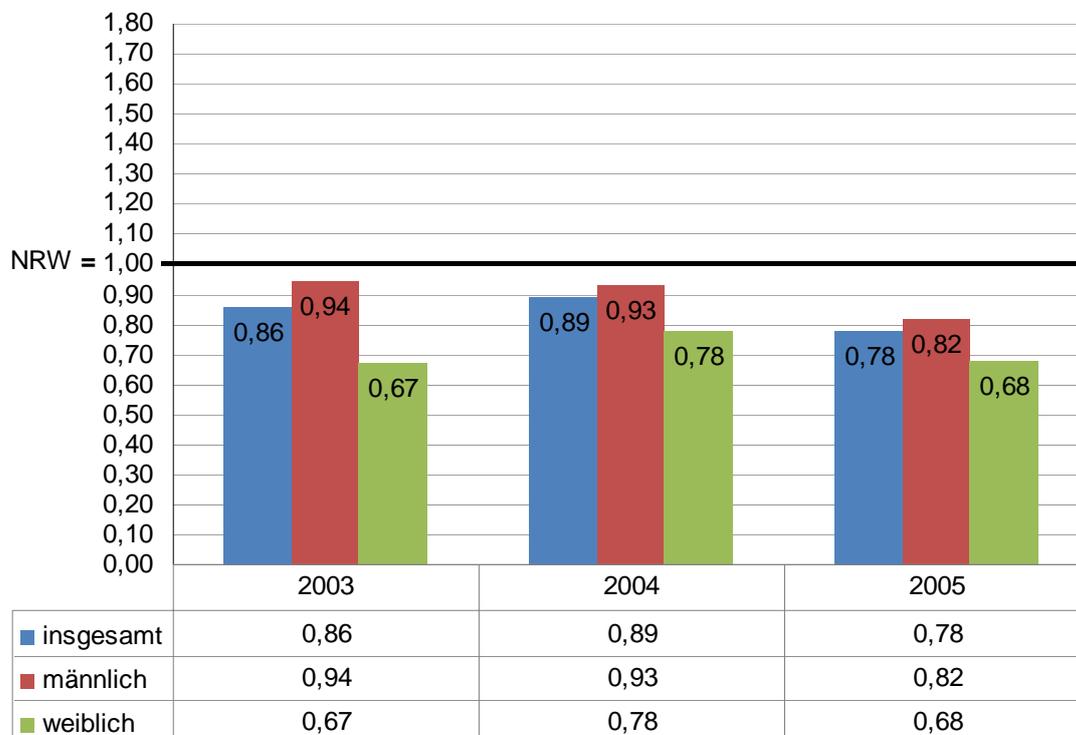
Bochum zeigt sich im gesamten Berichtszeitraum mit deutlich unterdurchschnittlichen Werten.

Bochum verfügt über ein gut ausdifferenziertes Versorgungssystem für Menschen mit psychosozialen Problemen. Die im Landesvergleich niedrigen Suizidfallzahlen sind nach Einschätzung des Gesundheitsamtes nicht zuletzt das Ergebnis einer guten Versorgung psychisch Kranker.

Fazit: *Die Situation in Bochum ist positiv.*

Daten

**Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung
in Bochum (SMR)**



Heterogene Städte	Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	0,76	0,81	0,56	1,00	0,92	1,15	1,03	0,81	1,62
Bielefeld	0,92	0,85	1,10	0,87	0,82	1,02	0,85	0,75	1,13
Bochum	0,86	0,94	0,67	0,89	0,93	0,78	0,78	0,82	0,68
Hagen	1,25	1,27	1,23	1,06	1,05	1,09	0,86	0,88	0,82
Köln	1,20	1,13	1,41	1,21	1,13	1,47	1,40	1,33	1,61
Krefeld	0,78	0,88	0,50	1,00	1,06	0,83	0,99	0,96	1,07
Leverkusen	0,68	0,83	0,30	0,80	0,91	0,47	1,04	1,24	0,48
M.-Gladbach	1,07	0,94	1,44	1,12	1,10	1,20	1,04	0,99	1,19
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

3.10 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 notwendig, 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.

Da es sich hier allerdings 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.

Bewertung

Die fünf häufigsten Behandlungsanlässe in Allgemeinarztpraxen sind sämtlich chronische Krankheiten (aus den Bereichen der Stoffwechselerkrankungen, Herz-/ Kreislaufkrankungen und Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe).

Anders sieht die Situation in den Kinderarztpraxen aus: Hier sind unter den fünf häufigsten Behandlungsanlässen vier Infektionskrankheiten bzw. Symptome, die auf eine Infektionskrankheit hindeuten können (Fieber).

Erfreulicherweise steht an vierter Stelle der häufigsten Anlässe die Notwendigkeit der kombinierten Impfung gegen Infektionskrankheiten. Dies deutet darauf hin, dass bei Eltern, deren Kinder in ärztlicher Behandlung sind, insgesamt eine hohe Bereitschaft besteht, ihre Kinder impfen zu lassen. Offensichtlich hat diese Bereitschaft in den vergangenen Jahren sogar noch zugenommen. In den beiden Vorjahren lagen die Kombinationsimpfungen noch auf Rang 6 bzw. 7 der häufigsten Behandlungsanlässe.

Durch Impfungen kann das Auftreten vieler gravierender Infektionskrankheiten kostengünstig und sicher verhindert werden. Der Masernausbruch von 2006 in Nordrhein-Westfalen hat deutlich gemacht, dass Infektionskrankheiten immer wieder auftreten und gravierende Schäden anrichten können. Impfungen haben von daher weiterhin eine große Bedeutung.

Daten

Indikator (L) 3.19		Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen Praxis nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2006			
Rang	ICD-10	Diagnosen (Behandlungsanlass)* in der allgem.ärztl. Praxis	in % aller Behandlungsfälle		
			w	m	insg.**
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	29,2	28,7	28,7
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels u. sonst. Lipidämien	22,9	24,5	23,3
3	M54	Rückenschmerzen	14,3	14,0	14,2
4	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	8,5	11,8	9,8
5	E11	Nicht primär insulinabhäng. Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes)	8,6	10,3	9,2
6	E04	Sonstige nichttoxische Struma	12,7	4,2	9,0
7	E66	Adipositas	8,6	8,5	8,5
8	M53	Sonst. Krankh. v. Wirbelsäule/Rücken, and. nicht klass.	7,7	6,3	7,0
9	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	5,9	8,2	6,8
10	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	5,4	8,6	6,7
11	I83	Varizen der unteren Extremitäten	8,4	3,8	6,4
12	K29	Gastritis und Duodenitis	6,4	6,3	6,3
13	M47	Spondylose	6,4	5,5	5,9
14	M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenks)	6,3	4,5	5,5
15	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	5,4	5,1	5,3
16	J45	Asthma bronchiale	5,4	5,0	5,2
17	F32	Depressive Episode	6,8	3,1	5,2
18	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	4,6	6,0	5,2
19	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	5,0	5,1	5,0
20	J06	Akute Infekt. an mehr. od.n.n.bez.Lokalisationen d.ob. Atemw.	4,3	5,6	4,9
21	J20	Akute Bronchitis	4,8	5,1	4,9
22	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	4,4	5,5	4,8
23	I50	Herzinsuffizienz	5,3	3,6	4,5
24	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	6,4	1,3	4,2
25	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	4,2	4,2	4,1
26	F45	Somatoforme Störungen	4,9	2,8	4,0
27	K80	Cholelithiasis	5,1	2,4	3,9
28	G47	Schlafstörungen	3,8	3,5	3,6
29	G43	Migräne	5,0	1,7	3,6
30	Z25	Impfnotwendigkeit ggf.and. einz. Viruskrankh. (Grippe, Mumps etc.)	3,7	3,3	3,5

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

* Mehrfachzählungen
von Patienten möglich
** einschließlich Fälle
ohne Geschlecht

Indikator (L) 3.21		Die häufigsten Diagnosen in der Kinderarztpraxis nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2006			
Rang	ICD -10	Diagnosen (Behandlungsanlass)* in der Kinderarztpraxis	in % aller Behand- lungsfälle		
			m	w	insg.**
1	J06	Akute Infektionen an mehr. od. n. n. bez. Lokal. d. oberen Atemw.	25,1	24,5	24,8
2	Z00	Allgemeinunters./Abklär. b. Person. ohne Beschwerd./Diagn.	15,7	14,7	15,1
3	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	12,3	11,1	11,6
4	Z27	Notwendigkeit d. komb. Impfung geg. Infektionskrankh.	11,4	10,4	10,9
5	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	9,9	9,5	9,7
6	J03	Akute Tonsillitis	9,4	9,0	9,2
7	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	9,4	8,7	9,0
8	J20	Akute Bronchitis	8,8	9,1	9,0
9	F80	Umschriebene Entwicklungsstör. d. Sprechens u. d. Sprache	6,1	8,3	7,2
10	L20	Atopisches (endogenes) Ekzem	6,9	7,0	6,9
11	Z26	Notwendigk. d. Impfung gegen andere einzelne Infekt.krankheiten	7,1	6,8	6,9
12	R05	Husten	6,4	6,5	6,4
13	J45	Asthma bronchiale	4,5	7,0	5,8
14	J00	Akute Rhinopharyngitis (Erkältungsschnupfen)	5,5	5,3	5,4
15	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	6,7	4,1	5,3
16	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	5,1	5,2	5,2
17	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	4,8	5,3	5,1
18	R11	Übelkeit und Erbrechen	5,3	4,7	5,0
19	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	4,2	5,4	4,9
20	J02	Akute Pharyngitis	4,7	4,3	4,5
21	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	4,5	4,4	4,4
22	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	4,8	4,0	4,4
23	H10	Konjunktivitis	4,0	4,3	4,2
24	F82	Umschriebene Entwicklungsstör. d. motorischen Funktionen	3,4	4,8	4,1
25	R62	Ausbleiben d. erwarteten normalen physiol. Entwicklung	4,0	3,9	3,9
26	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	3,0	4,6	3,8
27	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	3,7	3,9	3,8
28	A09	Diarrhoe u. Gastroenterit., vermutl. infektiös. Ursprungs	3,9	3,6	3,8
29	Z24	Impfnotwendigkeit gegen best. einzelne Viruskrankheiten	3,8	3,5	3,7
30	R27	Hyperkinetische Störungen	1,6	5,5	3,6

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

* Mehrfachzählungen
von Patienten möglich
** einschließlich Fälle
ohne Geschlecht

4. Pflegebedürftigkeit und Rehabilitation

4.1 Pflegebedürftigkeit in Bochum

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.

Pflegebedürftigkeit stellt stets eine Krankheitsfolge dar. Entsprechend kann der Grad der Pflegebedürftigkeit auch als Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung dienen.

Allerdings ist bei der Interpretation Vorsicht geboten. Das Datenmaterial ist der Pflegestatistik, die seit 1999 im zweijährlichen Rhythmus erstellt wird, entnommen. Darin können Pflegebedürftige, die teilstationär untergebracht sind (in Tages- oder Nachtpflege) unter Umständen doppelt gezählt sein, wenn sie zusätzlich auch ambulante Pflege oder Pflegegeld erhalten.

2005 zählte die Pflegestatistik 11.316 Pflegebedürftige in Bochum, darunter 3.519 Männer und 7.797 Frauen.

Bewertung

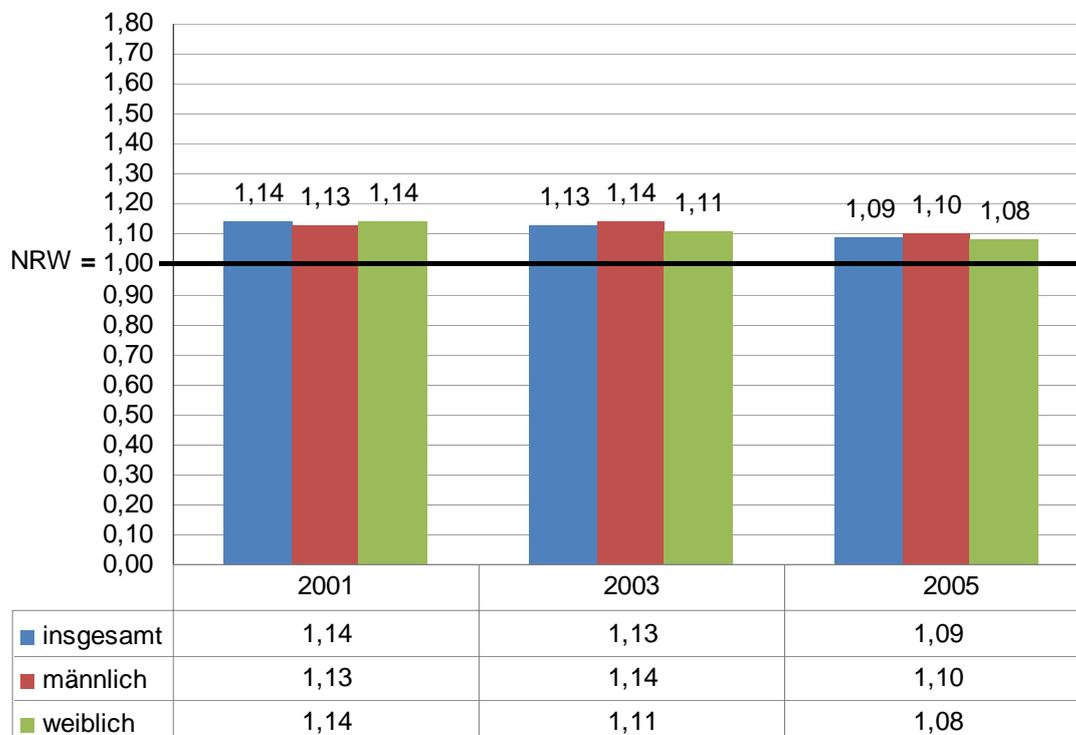
Die Zahl der Pflegebedürftigen liegt im gesamten Berichtszeitraum in Bochum über dem nordrhein-westfälischen Wert. Damit unterscheidet sich Bochum z. T. deutlich von den anderen heterogenen Städten Nordrhein-Westfalens.

Welche Faktoren im Einzelnen dazu führen, kann nach Aussage des Fachdienstes Altenhilfe aufgrund der derzeitigen Datenlage nicht eindeutig nachvollzogen werden.

Fazit: Die Situation in Bochum sollte weiter beobachtet werden.

Daten

Pflegebedürftige in Bochum
(SMR)



Heterogene Städte	Pflegebedürftige								
	2001			2003			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	0,97	0,92	1,00	1,00	0,96	1,02	1,03	0,99	1,05
Bielefeld	0,83	0,87	0,82	0,81	0,86	0,80	0,86	0,89	0,85
Bochum	1,14	1,13	1,14	1,13	1,14	1,11	1,09	1,10	1,08
Hagen	0,91	0,94	0,90	0,88	0,87	0,88	0,95	0,95	0,94
Köln	0,84	0,87	0,83	0,85	0,87	0,85	0,87	0,89	0,86
Krefeld	0,97	0,97	0,98	1,08	1,08	1,08	1,07	1,08	1,06
Leverkusen	0,79	0,73	0,83	0,83	0,82	0,84	0,86	0,84	0,88
M.-Gladbach	1,10	1,11	1,09	1,16	1,16	1,16	1,17	1,18	1,16
NRW	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

4.2 Rehabilitation und Frühverrentungen

Medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Ihr Ziel ist es, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Frühverrentungen aus gesundheitlichen Gründen oder Pflegebedürftigkeit können durch Rehabilitationsmaßnahmen verhindert werden.

Häufige Rehabilitationsmaßnahmen sind Anschlussheilbehandlungen nach stationären Krankenhausaufenthalten, Kinderheilbehandlungen und Entwöhnungsbehandlungen.

Auch frühe Rentenzugänge aus gesundheitlichen Gründen lassen Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu. Sie können widerspiegeln, in welchem Grad schwere Krankheitsverläufe in der erwerbstätigen Bevölkerung auftreten, die in eine Erwerbsunfähigkeit münden.

Beide Indikatoren basieren auf Angaben des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger.

Die Rehabilitationsleistungen werden anhand der Zahl der bewilligten Leistungen bei Personen unter 65 Jahren je 100.000 aktiv Versicherte dargestellt. Die Darstellung der Rentenzugänge erfolgt ebenfalls anhand der Quote je 100.000 aktiv Versicherte.

In Bochum erhielten 2005 insgesamt 2.652 Personen unter 65 Jahren Rehabilitationsleistungen, davon waren 1.472 Männer und 1.180 Frauen. Die Zahl der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit betrug 711 (383 Männer und 328 Frauen).

Bewertung

Sowohl die Häufigkeit von Rehabilitationsleistungen als auch Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nehmen in Bochum im Berichtszeitraum ab.

Dies ist zumindest in Bezug auf die Rehabilitationsleistungen überraschend, da davon ausgegangen wird, dass mit der Zunahme chronischer Erkrankungen und dem demographischen Wandel die Bedeutung der Rehabilitation eher zunehmen wird.

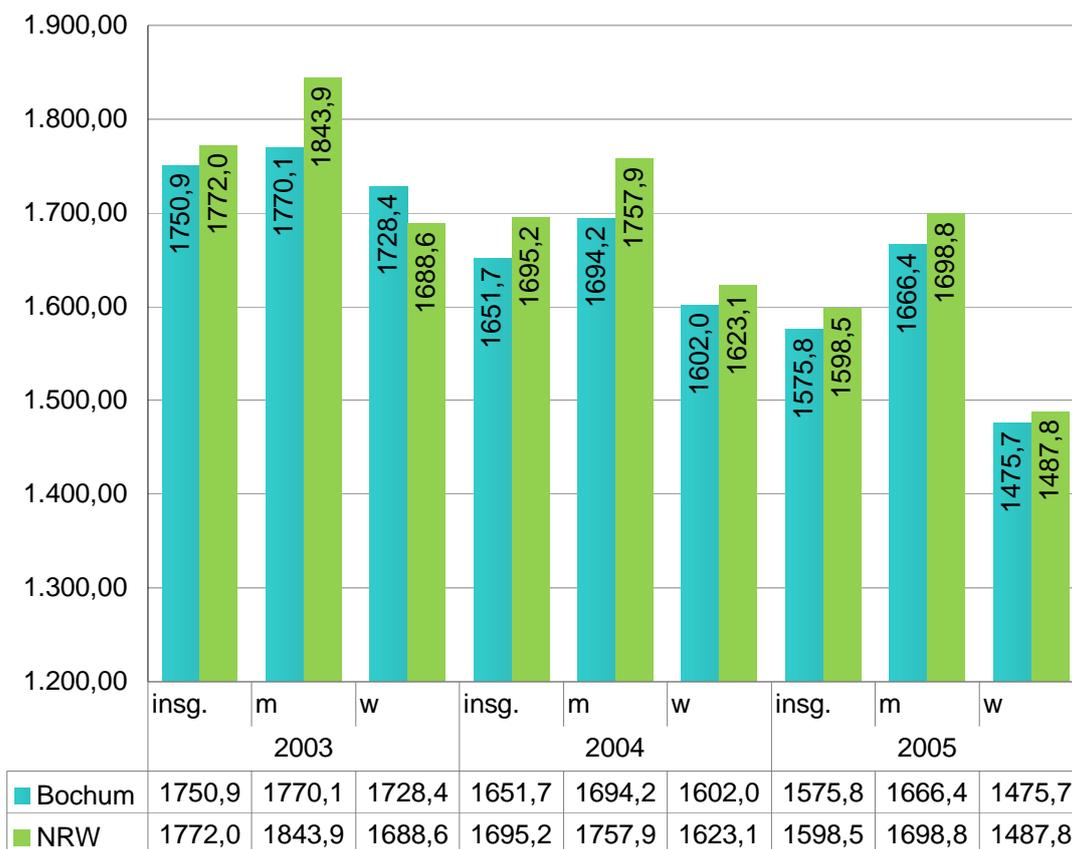
Es erscheint daher fraglich, ob die Entwicklung der Rehabilitationsleistungen eine gesundheitliche Entwicklung in der Bevölkerung beschreibt oder ob sie auf andere Einflussfaktoren zurückgeführt werden kann.

Auch bei den Frühverrentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit kann der Einfluss anderer Faktoren nicht ausgeschlossen werden.

Fazit: *Rehabilitationsleistungen und Frühverrentungen lassen nur bedingt einen Rückschluss auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in der Kommune zu. Er sollte daher bei der Fortschreibung der Basisgesundheitsberichterstattung wegfallen.*

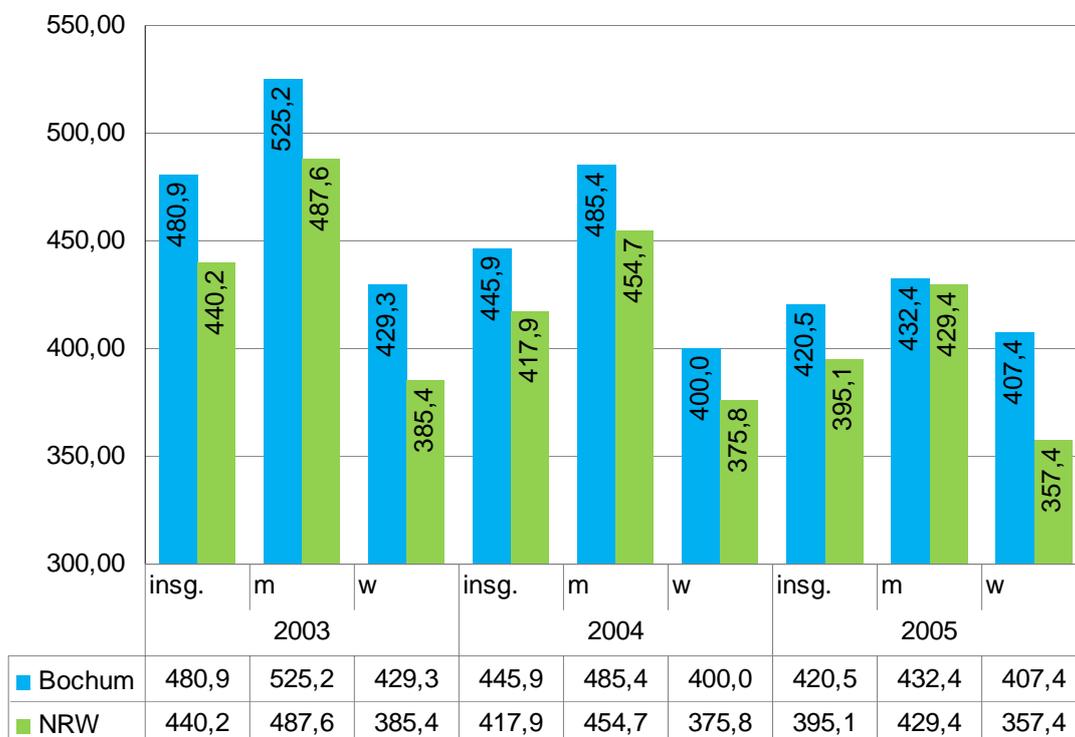
Daten

**Reha-Leistungen und sonstige Leistungen zur Teilhabe
bei Personen unter 65 Jahren in Bochum
(je 100.000 aktiv Versicherte)**



je 100.000 aktiv Versi- cherte	Reha-Leistungen und sonstige Leistungen zur Teilhabe bei Pers. unter 65 Jahren								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	1444,5	1354,6	1551,7	1386,8	1283,2	1509,1	1244,2	1163,3	1336,0
Bielefeld	1616,6	1446,8	1804,4	1576,6	1454,2	1710,5	1501,2	1463,6	1541,0
Bochum	1750,9	1770,1	1728,4	1651,7	1694,2	1602,0	1575,8	1666,4	1475,7
Hagen	1866,3	2018,8	1686,0	1639,4	1725,2	1537,2	1620,0	1816,0	1401,1
Köln	1531,0	1558,3	1500,3	1398,0	1442,2	1349,0	1271,1	1322,7	1216,7
Krefeld	1671,4	1717,8	1617,0	1631,1	1674,1	1581,0	1456,5	1549,6	1352,4
Leverkusen	1815,5	1936,2	1671,7	1688,9	1799,3	1559,2	1544,1	1579,0	1504,5
M.-Gladbach	1692,4	1707,6	1674,8	1521,9	1505,7	1540,7	1393,0	1492,0	1285,6
NRW	1772,0	1843,9	1688,6	1695,2	1757,9	1623,1	1598,5	1698,8	1487,8

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Bochum (je 100.000 aktiv Versicherte)



je 100.00 aktiv Versi- cherte	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit								
	2003			2004			2005		
	insg.	m	w	insg.	m	w	insg.	m	w
Aachen	393,0	394,9	390,8	413,4	419,8	406,0	359,6	366,1	352,3
Bielefeld	503,5	508,0	498,6	488,5	474,2	504,1	438,9	447,8	429,5
Bochum	480,9	525,2	429,3	445,9	485,4	400,0	420,5	432,4	407,4
Hagen	522,8	531,5	512,5	515,0	537,0	489,0	483,8	534,5	427,5
Köln	370,3	398,4	338,8	345,5	366,3	322,4	323,4	324,1	322,6
Krefeld	370,4	401,7	333,8	353,8	393,5	307,7	333,4	347,8	317,4
Leverkusen	376,1	381,9	369,1	369,6	365,7	374,1	297,6	322,9	269,0
M.-Gladbach	392,4	440,4	336,6	439,1	469,3	404,2	381,5	404,4	356,6
NRW	440,2	487,6	385,4	417,9	454,7	375,8	395,1	429,4	357,4

5. Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung

Von entscheidender Bedeutung für die gesundheitliche Lage der Bevölkerung ist nicht nur die Frage, wie häufig Erkrankungen auftreten und welchen Verlauf sie nehmen. Auch der Versorgungsstruktur kommt eine zentrale Rolle zu. Nur wenn auftretende Gesundheitsbeeinträchtigungen angemessen behandelt werden können, lassen sich Krankheitsfolgen (z. B. Behinderung, Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit) verhindern oder mildern. Eine gute Ausstattung mit Angeboten des Gesundheitswesens ist daher unerlässlich.

5.1 Vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung

Niedergelassene Ärzte sind der Dreh- und Angelpunkt des Gesundheitssystems. Sie sind die ersten Ansprechpartner für die Bevölkerung, wenn es um die Gesundheit geht, und werden nicht nur bei akuten Erkrankungen aufgesucht. Vorbeugung (z. B. durch Impfungen), Früherkennung (z. B. durch die U-Untersuchungen für Kinder oder den Gesundheits-Checkup) und die Behandlung von Krankheiten finden überwiegend bei niedergelassenen Ärzten statt. Sie veranlassen Krankenhausaufenthalte, überweisen ggf. zu Spezialisten und stellen Rezepte aus.

Die ambulante ärztliche Versorgung wird anhand des Versorgungsgrades mit vertragsärztlich tätigen Ärzten dargestellt. Dieser Versorgungsgrad ist in den Bedarfsrichtlinien Ärzte festgeschrieben. Die Festlegung der Bedarfe richtet sich u. a. nach der Anzahl der Einwohner je Arzt.

Bewertung

Mit Ausnahme des zahnärztlichen Bereichs liegt der Versorgungsgrad in allen hier dargestellten Fachrichtungen deutlich über 100%.

Bei den Zahnärzten und Kieferorthopäden liegt der Versorgungsgrad mit ca. 90 % bzw. 70 % unter dem Soll. Es ist jedoch nach Einschätzung des Gesundheitsamtes nicht erkennbar, dass dieser vergleichsweise geringe Versorgungsgrad negative Folgen für die Versorgung der Bevölkerung hat.

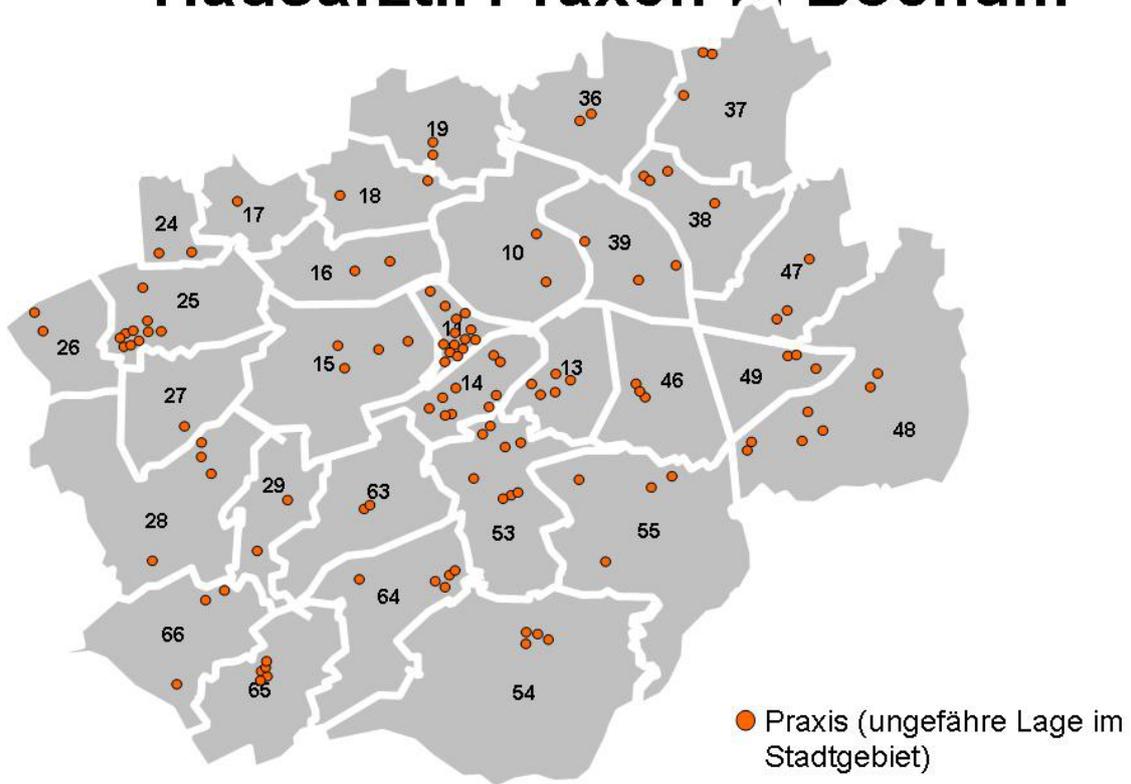
Fazit: Bochum ist gut versorgt.

Daten

Versorgungs- grad in %	Vertragsärztliche Versorgung			
	2003			
	Hausärzte	Augenärzte	Frauenärzte	Kinderärzte
Aachen	118,3	109	137	142,5
Bielefeld	101,1	115,6	110,7	126,7
Bochum	111	128,8	115,4	141,3
Hagen	127,3	122	122,2	129,2
Köln	110,1	110,4	112,3	122,5
Krefeld	110,8	115,8	112,9	127,2
Leverkusen	110,9	115,2	112,3	115,2
M.-Gladbach	98,8	100,4	115,9	116,2
Versorgungs- grad in %	2004			
	Hausärzte	Augenärzte	Frauenärzte	Kinderärzte
	Aachen	116,2	113,1	135,7
Bielefeld	100,8	114,3	111,6	125,3
Bochum	111,9	129,3	113,1	141,9
Hagen	128	122,6	122,9	129,9
Köln	110,1	110,4	113	124
Krefeld	111	116	113,1	127,9
Leverkusen	109	114,2	111,3	114,1
M.-Gladbach	103,8	110,6	118,7	116,3
Versorgungs- grad in %	2005			
	Hausärzte	Augenärzte	Frauenärzte	Kinderärzte
	Aachen	115,1	112,7	135,2
Bielefeld	101,3	116,5	111,7	129,8
Bochum	111,6	129	112,9	141,6
Hagen	127,8	123,4	123,6	130,7
Köln	110,4	110,6	110,5	122,8
Krefeld	111,3	116,3	113,4	128,2
Leverkusen	111,1	114,3	111,4	114,3
M.-Gladbach	105,9	105,8	119	116,6

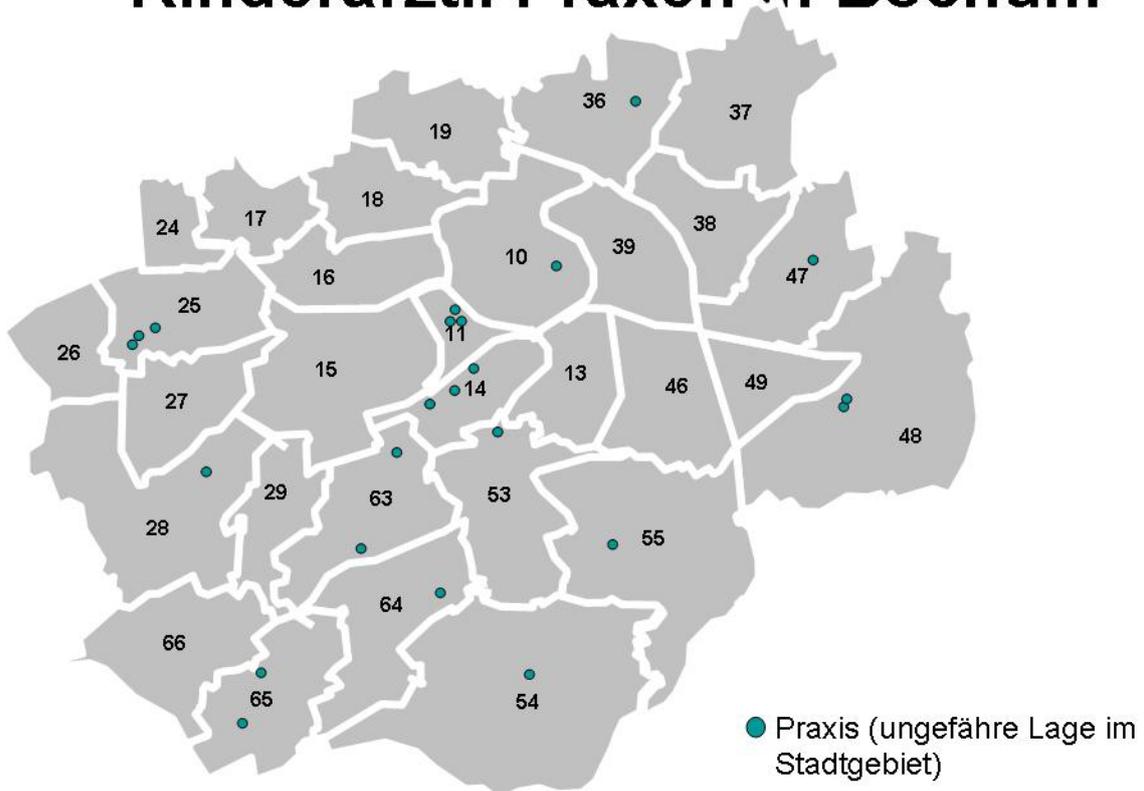
Versorgungs- grad in %	Zahnärztliche Versorgung					
	2003		2004		2005	
	Zahnärzte	Kiefer- orthopäden	Zahnärzte	Kiefer- orthopäden	Zahnärzte	Kiefer- orthopäden
Aachen	90	94,3	94,5	88,1	94,4	86,4
Bielefeld	77,1	84	78,5	92,5	78	91,7
Bochum	88,8	70,9	91,2	65,6	91,5	71,2
Hagen	91,6	89,8	97,3	81,8	96,7	82,3
Köln	89,6	61,2	93,2	61,2	93	62,6
Krefeld	77,3	87,2	78,9	73,8	81,3	73,8
Leverkusen	79,1	59,4	78,3	59,4	78,1	59,4
M.-Gladbach	76,8	65,9	78,3	59,9	76,8	59,9

Hausärztl. Praxen in Bochum



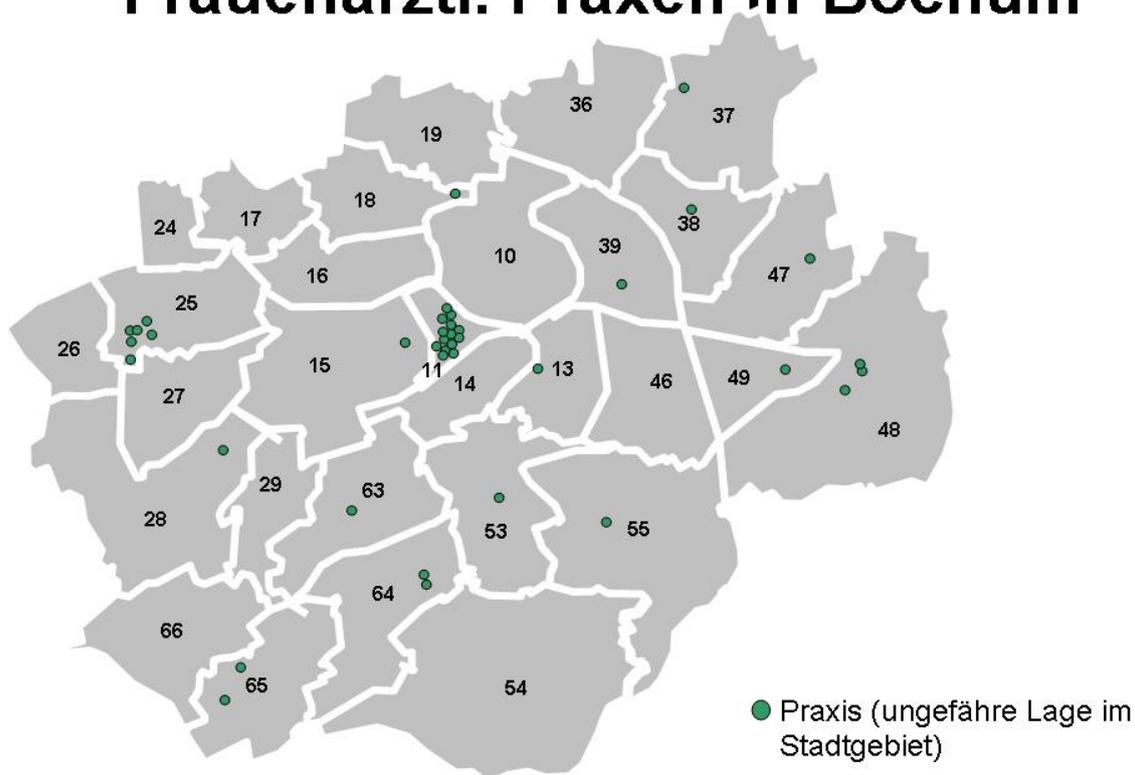
Daten: Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

Kinderärztl. Praxen in Bochum



Daten: Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

Frauenärztl. Praxen in Bochum



Daten: Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

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

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

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

Zusätzlich wird die Verteilung der Krankenhäuser über das Bochumer Stadtgebiet in einem Kartogramm dargestellt.

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

Bewertung

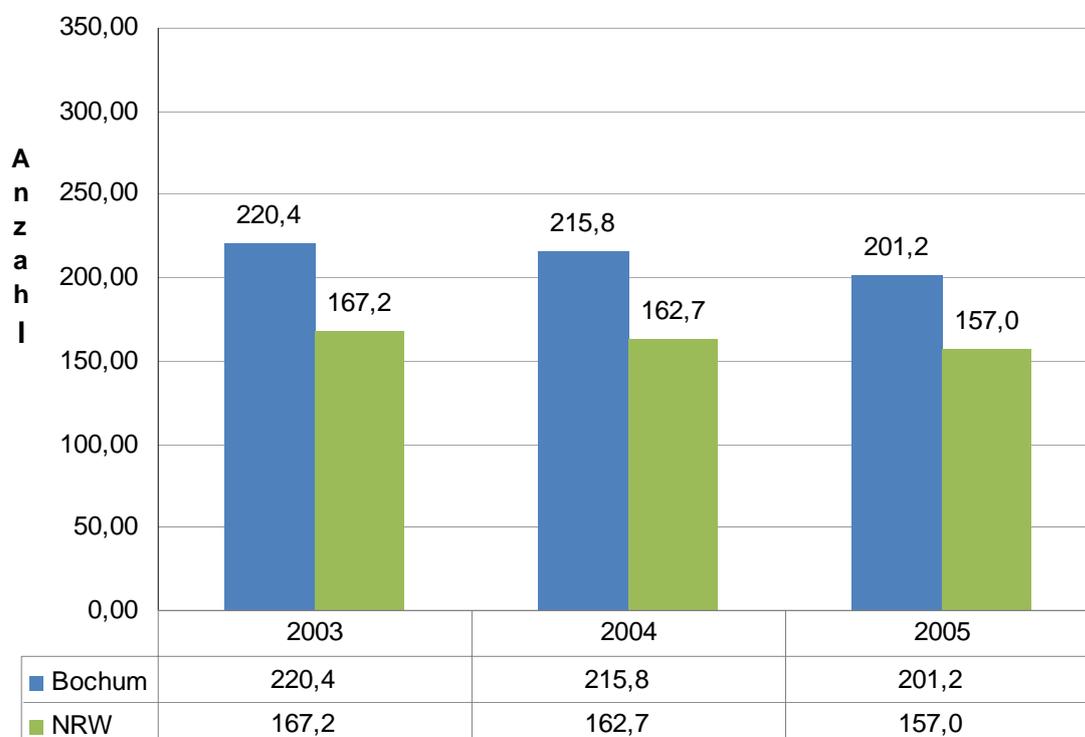
In den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie liegt die Zahl der Betten je 100.000 Einwohner der zu versorgenden Bevölkerungsgruppe deutlich über dem nordrhein-westfälischen Mittelwert. In der Pädiatrie entspricht der Versorgungsgrad ungefähr dem Versorgungsgrad Nordrhein-Westfalens insgesamt.

Lediglich im Bereich der Gynäkologie/ Geburtshilfe werden in Bochum je 100.000 Frauen deutlich weniger Betten bereitgehalten als im Landesschnitt. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass in den angrenzenden Kommunen eine überdurchschnittliche Bettenzahl zur Verfügung steht, die ohne unververtretbaren Aufwand auch von Bochumerinnen genutzt werden können. Von einer Unterversorgung ist also auch in diesem Bereich nicht auszugehen.

Fazit: *Bochum ist gut versorgt.*

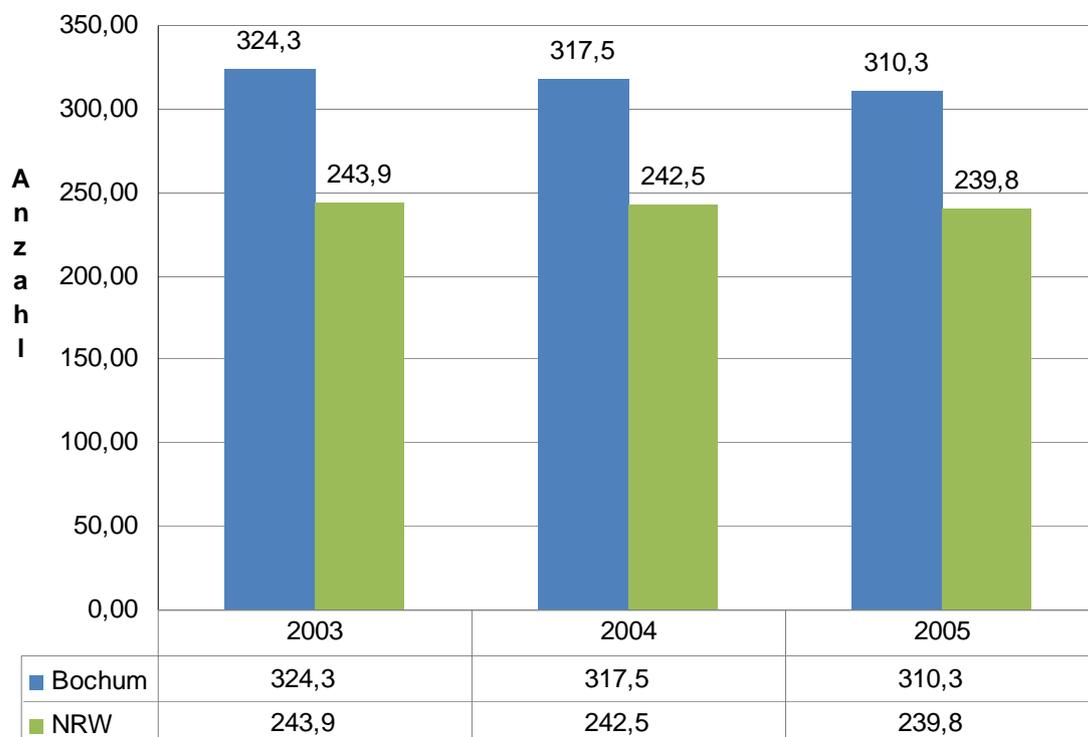
Daten

**Chirurgie Krankenhausbetten
je 100.000 Einwohner**



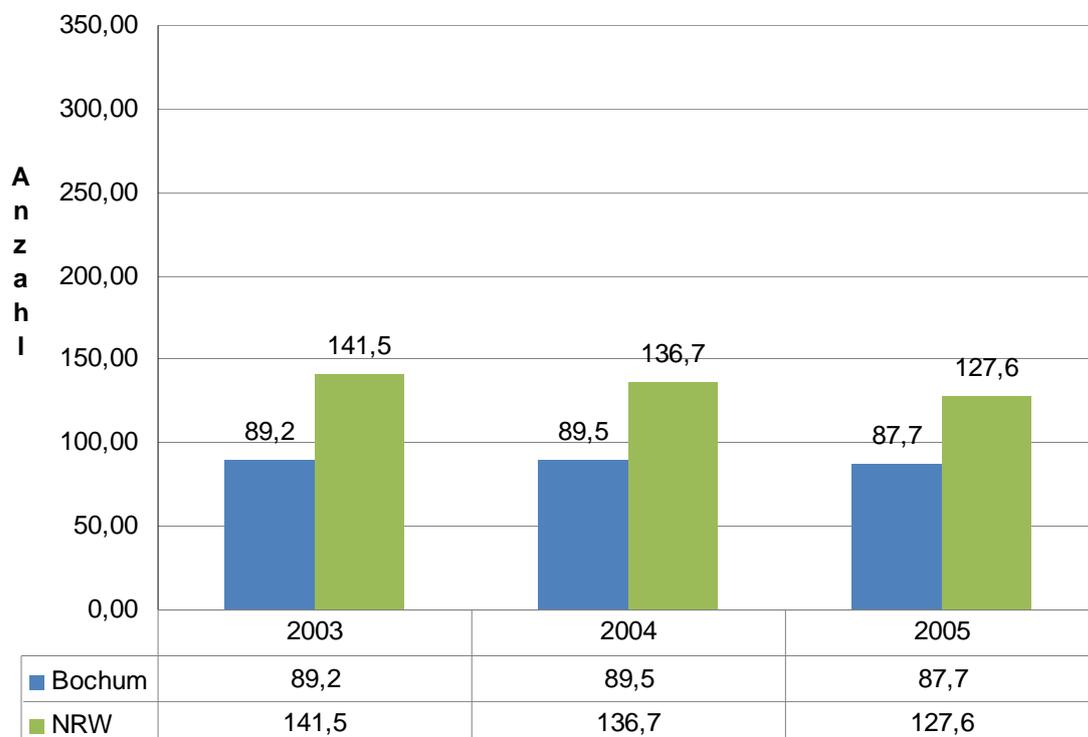
je 100.000 Einwohner	Chirurgie Krankenhausbetten		
	2003	2004	2005
Aachen	183,2	180,7	179,1
Bielefeld	184,5	178,5	173,5
Bochum	220,4	215,8	201,2
Hagen	197,4	196,1	187,5
Köln	164,9	165,2	156,3
Krefeld	185,0	172,8	172,2
Leverkusen	211,1	209,8	210,0
M.-Gladbach	174,3	161,4	168,9
NRW	167,2	162,7	157,0

Innere Medizin Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner



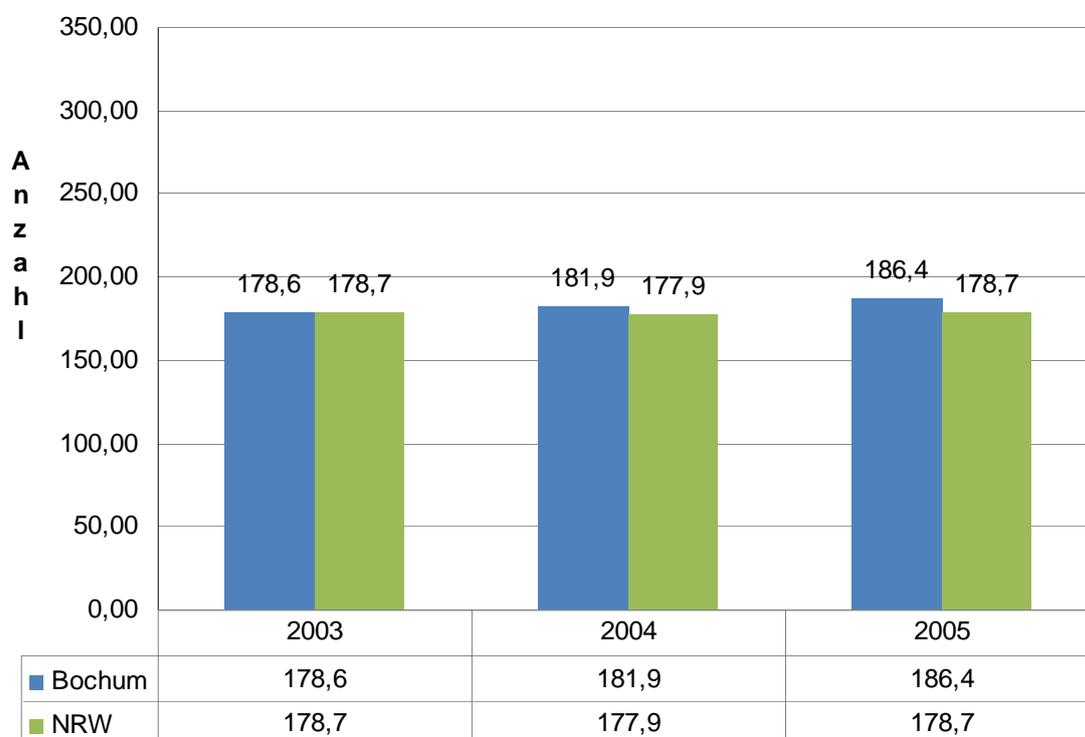
je 100.000 Einwohner	Innere Medizin Krankenhausbetten		
	2003	2004	2005
Aachen	241,6	238,3	238,1
Bielefeld	290,5	277,9	290,3
Bochum	324,3	317,5	310,3
Hagen	386,3	376,1	376,5
Köln	241,2	238,5	230,8
Krefeld	230,2	255,0	255,4
Leverkusen	259,7	246,9	247,2
M.-Gladbach	329,6	325,8	309,5
NRW	243,9	242,5	239,8

Frauenheilkunde / Geburtshilfe Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner



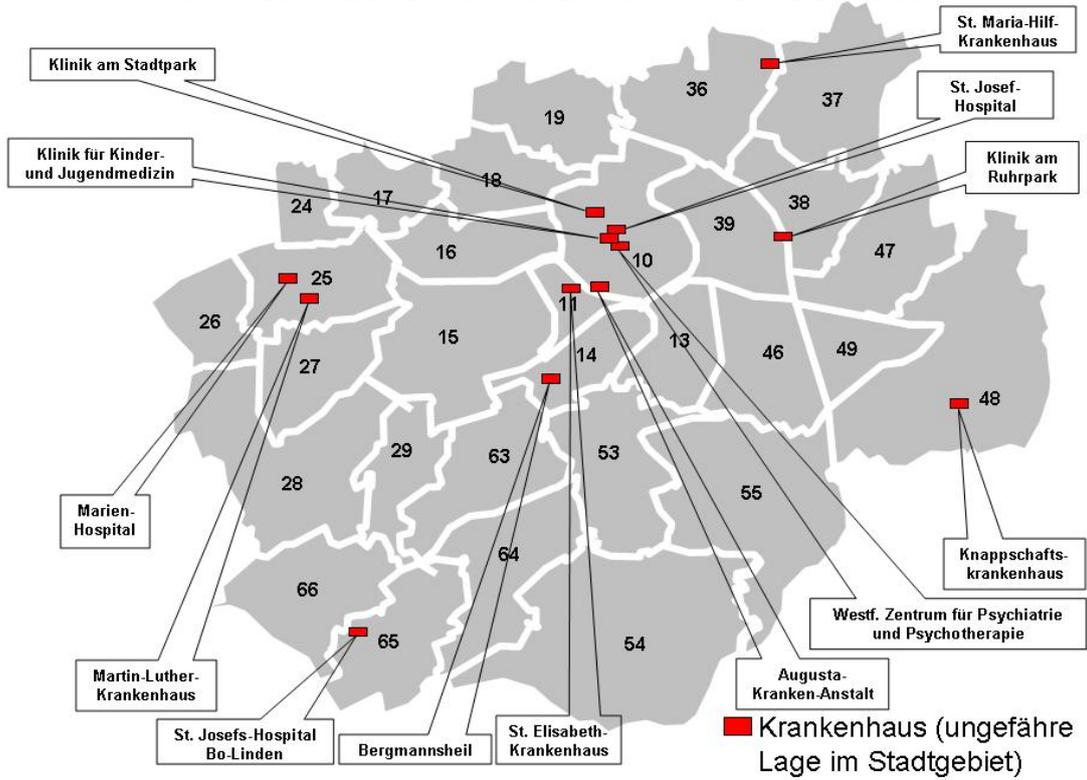
je 100.000 Einwohner	Frauenheilkunde / Geburtshilfe Krankenhausbetten		
	2003	2004	2005
Aachen	238,2	227,3	194,6
Bielefeld	167,7	158,1	158,0
Bochum	89,2	89,5	87,7
Hagen	193,1	194,0	119,4
Köln	154,0	149,6	141,9
Krefeld	142,6	125,5	125,4
Leverkusen	170,5	169,0	168,8
M.-Gladbach	223,5	227,6	205,7
NRW	141,5	136,7	127,6

Kinderheilkunde Krankenhausbetten je 100. Einwohner



je 100.000 Einwohner	Kinderheilkunde Krankenhausbetten		
	2003	2004	2005
Aachen	374,0	399,5	410,2
Bielefeld	243,8	246,5	249,4
Bochum	178,6	181,9	186,4
Hagen	208,5	212,6	218,0
Köln	253,5	257,0	242,7
Krefeld	350,8	299,2	304,8
Leverkusen	296,3	298,4	301,9
M.-Gladbach	329,2	325,6	332,1
NRW	178,7	177,9	178,7

Krankenhäuser in Bochum



Daten: Ärzte- und Notfallverzeichnis unter <http://www.bochum.de>

5.3 Apotheken

Apotheken sind die zentrale Einrichtung zur Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten. Sie spielen daher bei der ambulanten gesundheitlichen Versorgung eine wichtige Rolle.

Die Apotheken werden als Kartogramm in ihrer ungefähren Lage im Stadtgebiet dargestellt

In Bochum gab es am 31.12.2006 insgesamt 111 öffentliche Apotheken. Damit kamen im Schnitt auf jede Apotheke knapp 3.500 Bochumerinnen und Bochumer.

Der nordrhein-westfälischen Durchschnitt lag bei knapp 3.800 Einwohnerinnen und Einwohner pro Apotheke.

Bewertung

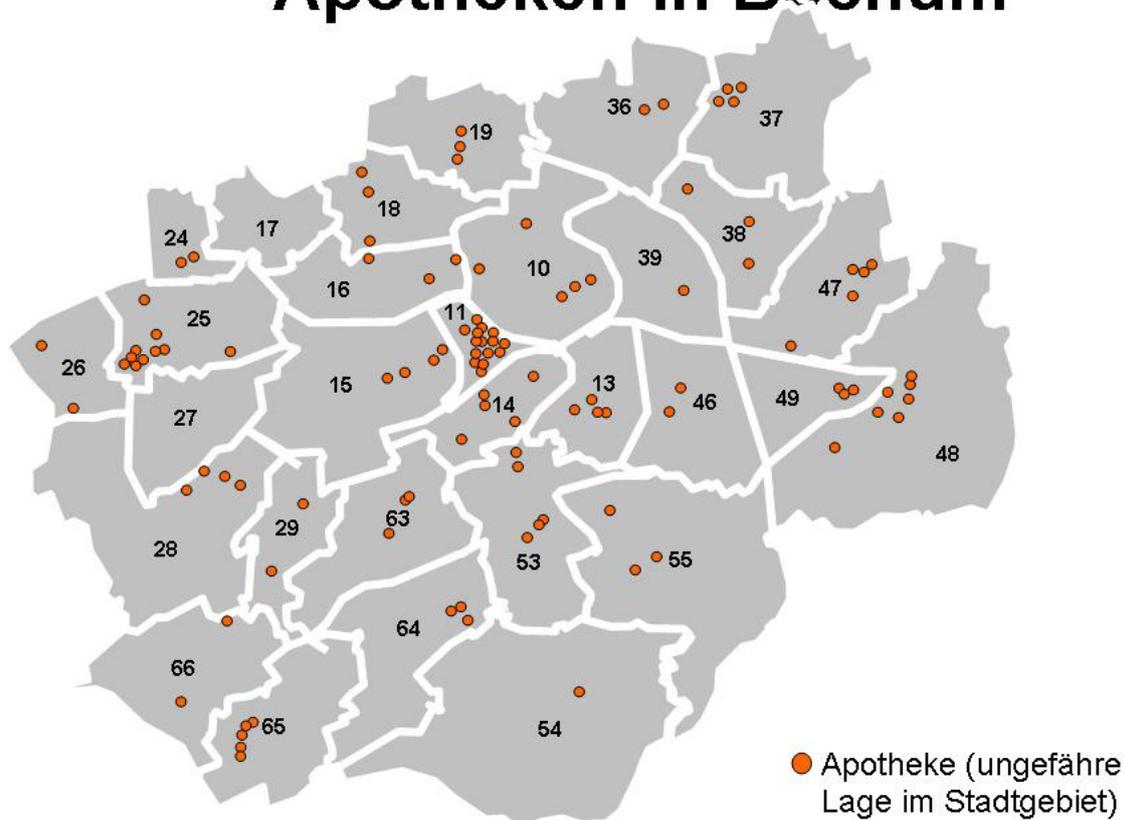
Trotz der leichten Differenz zwischen der Apothekendichte in Bochum und im Land kann in Bochum von einer ausreichenden Versorgung mit Apotheken gesprochen werden.

Die Verteilung der Apotheken über das Stadtgebiet ist ungleich verteilt. Apotheken sind vor allem dort angesiedelt, wo es viel Publikumsverkehr gibt (Innenstadtbereich, Einzelhandelzonen in den Ortsteilen) oder in der Nähe von Arztpraxen. Grundsätzlich kann daher davon ausgegangen werden, dass Rezepte überall ohne großen Aufwand eingelöst werden können.

Fazit: *Bochum ist gut versorgt.*

Kartogramm

Apotheken in Bochum



Daten: Gesundheitsamt Bochum

