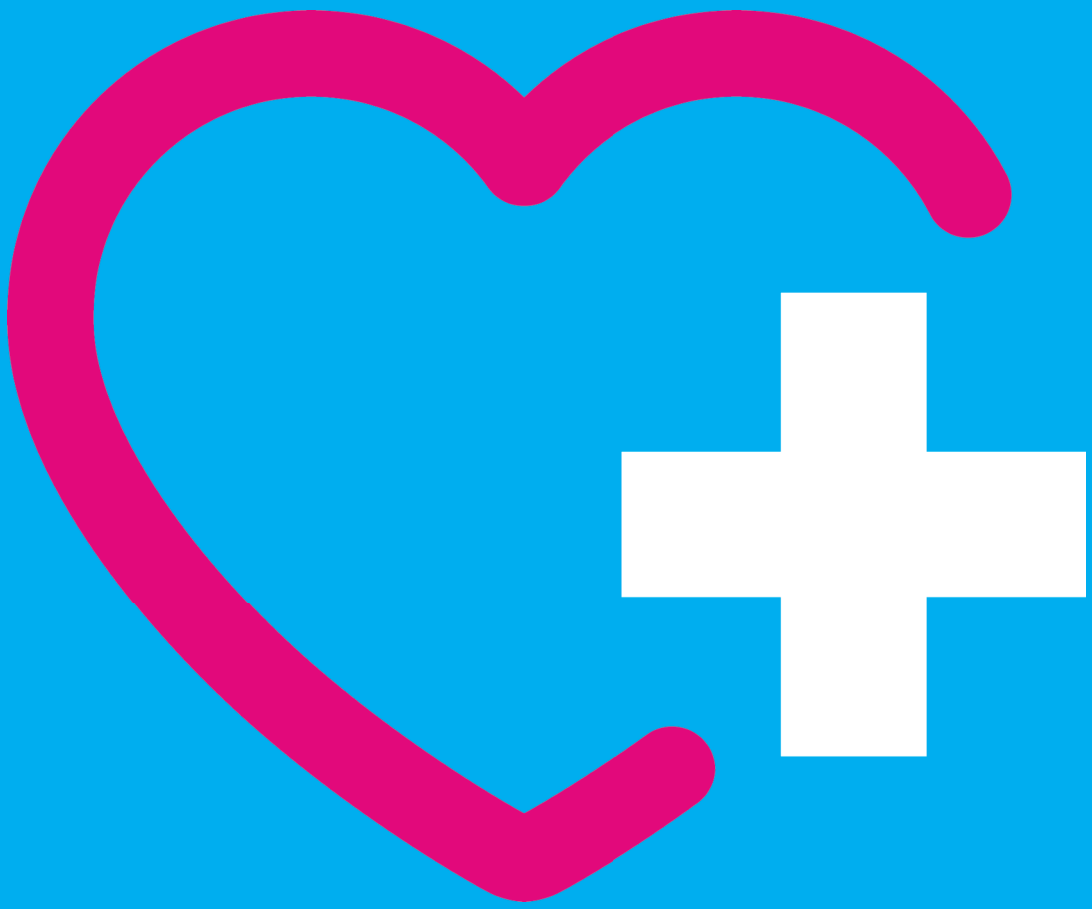
STADT
BOCHUM



Basisgesundheitsbericht und Fachplan Gesundheit

Bochum 2023

Herausgeberin:

Stadt Bochum
Dezernat für Soziales, Jugend und Gesundheit
Britta Anger

Gesundheitsamt
Amtsleitung
Dr. Cordula Kloppe
Stabsstelle der Amtsleitung
Michael Sprünken

Unter Mitarbeit von
Jane Leßlich
Marina Loxterkamp

Mit einem Fachbeitrag *von*
von Prof. Dr. Heike Köckler und Daniel Simon, Department of Community Health, Hochschule für Gesundheit, Bochum

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir freuen uns, Ihnen den ersten Fachplan Gesundheit für Bochum vorzulegen. Er besteht aus dem fünften Basisgesundheitsbericht und dem eigentlichen Fachplan, in dem die Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung und die bisherigen Erfahrungen aus quartiersbezogenen Gesundheitsförderungsprozessen zu einem Handlungskonzept zusammengefasst werden.

Wie seine Vorgänger gibt der vorliegende Bericht einen Überblick über die gesundheitliche Lage in Bochum. Grundsätzlich wird dabei auf die gleichen Daten zurückgegriffen wie in den zuvor veröffentlichten Berichten. Neu ist, dass für den interkommunalen Vergleich nicht nur die Nachbarstädte Bochums herangezogen werden, sondern der German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD). Hierdurch ist ein Vergleich mit allen sozialstrukturell ähnlichen Kommunen Nordrhein-Westfalens ermöglicht. Ebenfalls neu ist die Berichterstattung zum Infektionsgeschehen in Bochum und zu Umwelt und Gesundheit.
Für die Auswertung der Schuleingangsuntersuchung ist durch die Umstellung der Datenerhebung eine verbesserte Grundlage entstanden. Neben den aus dem Basisgesundheitsbericht Bochum 2017 bereits bekannten Auswertungen wurden hier Auswertungen zur Gesundheit der Schulanfänger*innen in den Stadterneuerungsgebieten, zur Schwimmfähigkeit und zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Einschüler*innen ergänzt. Letztgenannte Auswertung verdeutlicht das Ausmaß der gesundheitlichen Belastungen, zu denen die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung bei Kindern geführt haben. Hier steht Bochum vor einer großen Herausforderung.

Die Publikation des Fachplanes war für einen deutlich früheren Zeitpunkt geplant, hat sich aber durch die COVID-19-Pandemie verzögert. Das Pandemiegeschehen und seine Folgen finden in dem vorliegenden Bericht ausführliche Berücksichtigung.
Der vorliegende Bericht wurde auf der Sitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz am 08.11.2023 vorgestellt und diskutiert.

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

Britta Anger
Stadträtin für Soziales, Jugend und Gesundheit

Liebe Leserinnen und Leser,

die COVID-19-Pandemie hat das Gesundheitsamt vor große Herausforderungen gestellt. Auch wenn diese Herausforderungen gemeistert wurden, hat das Pandemiegeschehen das Augenmerk auf die strukturelle und strategische Ausrichtung des Amtes gelenkt. Umfangreiche strukturelle Veränderungen wurden vorgenommen, um das Amt auf künftige Herausforderungen vorzubereiten. Strategien zur Digitalisierung gehören ebenso dazu wie eine verstärkte Fokussierung auf Prävention, Gesundheitsförderung und Steigerung der Gesundheitskompetenz.
Denn das Pandemiegeschehen hat uns klar vor Augen geführt, dass Gesundheit ein Querschnittsthema ist, das alle Bereiche betrifft. Einige Erkenntnisse des ersten Teils des vorliegenden Fachplanes Gesundheit weisen klar darauf hin:

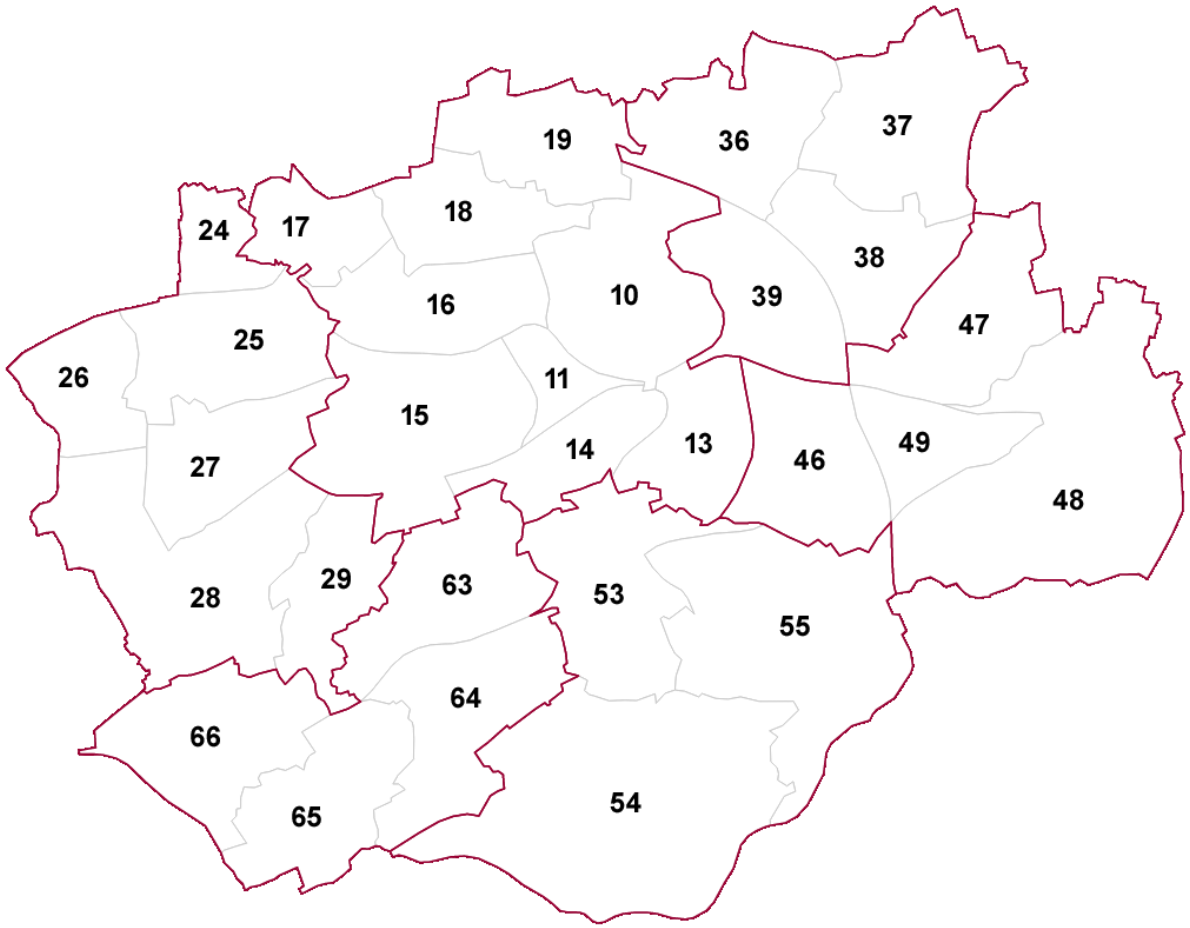
- Die erkennbare Korrelation zwischen Bevölkerungsdichte und kumulierten COVID-19-Inzidenz (siehe S. 38) weist darauf hin, dass die bauliche Struktur der Bochumer Ortsteile Einfluss auf das Pandemiegeschehen haben kann. Hier ist eine Intensivierung der Kooperation mit der Stadtplanung notwendig, um strukturelle Anpassungen mit dem Ziel größerer pandemischer Resilienz zu initiieren.
- Ähnliches gilt für die gesundheitlichen Auswirkungen umweltbezogener Mehrfachbelastungen (niedriger Grünflächenanteil, Wärmeinseln und Lärmbelastung), die im vorliegenden Bericht erstmals aufgenommen wurden (siehe S.92). Strukturelle Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung sind auch hier vorrangig außerhalb des Gesundheitssystems im engeren Sinn angesiedelt.
- Die Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen (siehe Kapitel 2.3) zeigen eine deutliche Korrelation zwischen der Güte der sprachlichen Integration der Schulanfänger*innen und der Häufigkeit auffälliger Befunde. Hieran wird deutlich, dass auch die Integration von Kindern mit Migrationshintergrund eine gesundheitliche Dimension hat.
- Nicht nur die Pandemie selbst, sondern auch die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung, haben – wie aus Kapitel 2.4 ersichtlich wird – gesundheitliche Auswirkungen gezeitigt. In nahezu allen Bereichen lag der Anteil der auffälligen Befunde nach der Pandemie höher als zuvor. Auch hier ist zur Bewältigung dieser Folgen ein koordiniertes Handeln über Ämter- und Ressortgrenzen hinweg notwendig.

Um solche komplexen Kooperationsprozesse wirksam initiieren und begleiten zu können, wurde die personelle Ausstattung der strategischen Planung des Gesundheitsamtes deutlich verstärkt. Der Fachplan Gesundheit liefert noch nicht für alle Bereiche ausformulierte Maßnahmenpläne, stellt aber die Daten zur Strategie- und Maßnahmenentwicklung bereit. Darüber hinaus formuliert er erste inhaltliche und strukturelle Eckpunkte künftigen Handelns im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung und Steigerung der Gesundheitskompetenz.
In diesem Sinn wünsche ich dem vorliegenden Bericht eine breite Rezeption in ganz Bochum.

Dr. med. Cordula Kloppe
Leiterin des Gesundheitsamtes

Bochumer Ortsteile

Die Stadt Bochum gliedert sich in 6 Stadtbezirke und 30 statistische Bezirke. Die statistischen Bezirke werden im Folgenden als Ortsteile bezeichnet.



Stadtbezirk 1 Mitte	Stadtbezirk 2 Wattenscheid	Stadtbezirk 3 Nord	Stadtbezirk 4 Ost	Stadtbezirk 5 Süd	Stadtbezirk 6 Südwest
10 Grumme	24 Günnigfeld	36 Bergen/Hiltrop	46 Laer	53 Wiemelhausen/ Brenschede	63 Weitmar - Mitte
11 Gleisdreieck	25 Wattenscheid - Mitte	37 Gerthe	47 Werne	54 Stiepel	64 Weitmar - Mark
13 Altenbochum	26 Leithe	38 Harpen/ Rosenberg	48 Langendreer	55 Querenburg	65 Linden
14 Südinnenstadt	27 Westenfeld	39 Kornharpen/ Voede-Abzweig	49 Langendreer - Alter Bahnhof		66 Dahlhausen
15 Kruppwerke	28 Höntrop				
16 Hamme	29 Eppendorf				
17 Hordel					
18 Hofstede					
19 Riemke					

Inhalt

1 Basisgesundheitsberichterstattung 9
1.1 Datenbasis und Methoden 10
1.1.1 Altersstandardisierung 10
1.1.2 Interkommunale Vergleiche 14
1.1.3 Auswertung der Schuleingangsuntersuchung 15
1.2 Kindergesundheit in Bochum – Auswertung der Schuleingangsuntersuchung 16
1.2.1 Allgemeines 16
1.2.2 Sehschärfe 18
1.2.3 Sprache und Sprechen 21
1.2.4 Visuomotorik 25
1.2.5 Hörstörungen 28
1.2.6 Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern 31
1.2.7 Zahlen- und Mengenvorwissen 34
1.2.8 Adipositas 37
1.2.9 Empfehlung sonderpädagogischer Förderung (AOSF-Verfahren) 40
1.2.10 Teilnahme U9 43
1.2.11 Masernimpfschutz 46
1.2.12 Index gesundheitlicher Herausforderungen 48
1.2.13 Zusammenfassung 50
1.2.14 Sonderauswertung Schwimmfähigkeit 51
1.3 Krankenhausfälle 56
1.4 Krankheiten/Krankheitsgruppen 58
1.4.1 Herz-/Kreislauferkrankungen 58
1.4.2 Bösartige Neubildungen 61
1.4.3 Krankheiten des Verdauungssystems 63
1.4.4 Infektionskrankheiten 65
1.5 Mortalität 76
1.5.1 Mortalität allgemein 76
1.5.2 Säuglingssterblichkeit 79
1.5.3 Mittlere Lebenserwartung 81
1.5.4 Vermeidbare Sterbefälle 82
1.6 Umwelt und Gesundheit 88
1.7 Kindergesundheit in den Stadterneuerungsgebieten 92
1.7.1 Hamme 93
1.7.2 Innenstadt 94
1.7.3 Innere Hustadt 95
1.7.4 Laer/Mark 51°7 96

1.7.5 Wattenscheid-Mitte ... 97
1.7.6 Westend ... 98
1.7.7 Werne/Langendreer Alter Bahnhof ... 99
2 Fachplan Gesundheit ... 100
2.1 Zielsetzung ... 100
2.2 Gesundheitsziele für Bochum ... 100
2.3 Fachplanung – Strukturen und Entwicklungsschritte ... 102
2.3.1 Inhaltlicher und organisatorischer Rahmen ... 102
2.3.2 Struktur des Fachplans Gesundheit ... 103
2.3.3 Kooperationen und Strategien ... 103
2.3.4 Bisherige Entwicklungsschritte in Richtung Fachplan Gesundheit ... 104
3 Literaturverzeichnis ... 110

1 Basisgesundheitsberichterstattung

Der vorliegende fünfte Basisgesundheitsbericht basiert - wie seine Vorgänger - weiterhin auf dem modularen Konzept für die kommunale Gesundheitsberichterstattung, das von der Kommunalen Gesundheitskonferenz auf ihrer Sitzung am 28.09.2005 beschlossen wurde. Die Kommunale Gesundheitsberichterstattung besteht demnach aus

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

Die Basisgesundheitsberichterstattung wird in dreijährigem Abstand fortgeschrieben. Entsprechend basiert der vorliegende Bericht auf dem gleichen Indikatorenset wie die ersten Basisgesundheitsberichte aus den Jahren 2008, 2011, 2014 und 2017.

Der vorliegende Basisgesundheitsbericht umfasst grundsätzlich Daten aus den Jahren 2012 bis 2021. Bei einigen Indikatoren mussten aufgrund der Datenlage andere Zeiträume zu Grunde gelegt werden.

Auch die Darstellung eines interkommunalen Vergleiches mit den unmittelbaren Nachbarkommunen Dortmund, Essen, Gelsenkirchen und Herne wird im vorliegenden Basisgesundheitsbericht beibehalten. Sie wird allerdings um einen Vergleich auf Grundlage des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD, siehe unten Kapitel 1.1.2), der einen Vergleich mit allen Nordrhein-westfälischen Kommunen ermöglicht.

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

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

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

Gegenüber den früheren Berichten ist die Reihenfolge der Kapitel verändert dargestellt: Sie beginnt mit einer Darstellung der Datenbasis und Methoden (Kapitel 1.1). Daran schließen sich Ausführungen der Kindergesundheit auf Basis der Schuleingangsuntersuchungen (Kapitel 1.2), gefolgt von einer summarischen Darstellung des Krankheitsgeschehens anhand der Krankenhausfälle (Kapitel 1.3). Im Anschluss daran werden wichtige Krankheitsgruppen in Bochum anhand der Sterbefälle und – soweit verfügbar – auf Grundlage der gesicherten Diagnosen aus Arztpraxen dargestellt (Kapitel 1.4), gefolgt von einer Darstellung der Mortalität in Bochum insgesamt (Kapitel 1.5). Erstmalig schließen sich in diesem Bericht eine Auswertung zu Umwelt und Gesundheit (Kapitel 0) und zur Kindergesundheit in den Stadterneuerungsgebieten (Kapitel 1.7) an.

1.1 Datenbasis und Methoden

1.1.1 Altersstandardisierung

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

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

Beispiel:
Altersunterschiede zwischen Bevölkerungen
Aus der Sozialberichterstattung ist bekannt, dass es zwischen den Bochumer Stadtteilen zum Teil erhebliche Unterschiede unter anderem in der Altersstruktur gibt. In Altenbochum kamen 2013 auf je 100 Minderjährige 299 Personen ab 60 Jahre, in Querenburg demgegenüber nur 130.
Auch zwischen den Kommunen Nordrhein-Westfalens gibt es ähnlich stark ausgeprägte Unterschiede.

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

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

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

Direkte Altersstandardisierung
In diesem Bericht werden die direkt standardisierten Daten Bochums mit denen des Landes NRW verglichen. Die Darstellung erfolgt als Fallzahl je 100.000 Einwohner („Morbiditäts- bzw. Mortalitätsrate“) und nach Geschlecht.
Da sich die Altersstruktur in Bochum von der in NRW unterscheidet – Bochum hat einen größeren Anteil älterer Menschen als NRW – und die Daten somit nicht unmittelbar miteinander vergleichbar sind, wird den beiden Bezugsbevölkerungen bei der direkten Altersstandardisierung ein identischer Bevölkerungs- und Altersaufbau unterstellt. Welche Bevölkerung (die sog. „Standardbevölkerung“) dabei für einen Vergleich zu Grunde gelegt wird, spielt keine wesentliche Rolle. Wichtig ist aber, dass in angestellten Vergleichen

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

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

Tabelle 1 Europäische Standardbevölkerung (alt)

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

Quelle: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003)

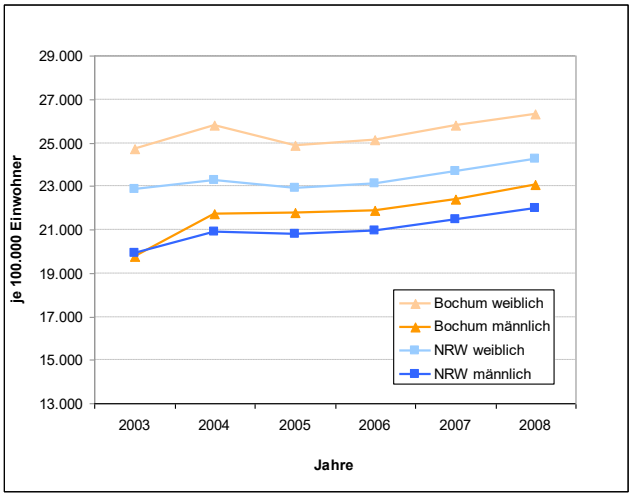
Aus diesem Grund wird in diesem Bericht bei der direkten Altersstandardisierung auf diese alte Europabevölkerung zurückgegriffen.
Zwar wurde 1990 von der UNO die Verwendung einer neuen Europabevölkerung vorgeschlagen, diese konnte sich in der Vergangenheit jedoch nicht durchsetzen, da sie keine direkten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

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

Beispiel Morbiditätsrate, nicht standardisiert:

Die Morbiditätsraten in. **Abbildung 1** spiegeln die tatsächliche Anzahl der Krankenhausfälle in Bochum und NRW je 100.000 Einwohner wider.
Frauen haben im Durchschnitt eine höhere Lebenserwartung als Männer. Da viele stationär behandelbare Krankheiten erst im höheren Lebensalter auftreten, weisen Frauen deutlich höhere Morbiditätsraten auf als Männer.

Abbildung 1 Krankenhausfälle
je 100.000 Einwohner nach Geschlecht,
Bochum und NRW, 2003-2008

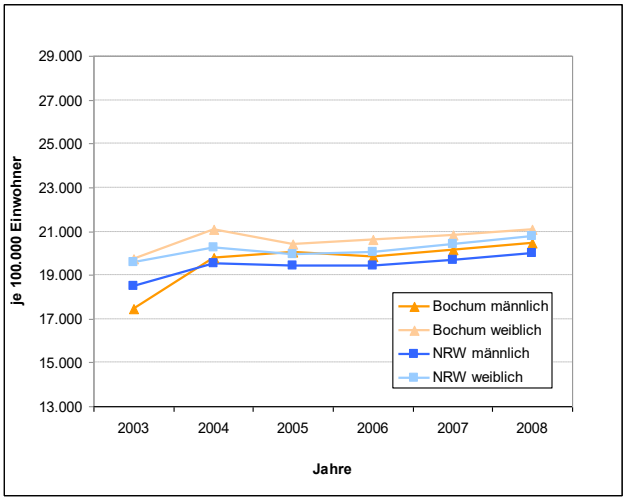


Quelle: Stadt Bochum

Beispiel Morbiditätsrate, altersstandardisiert:

Werden die Raten an der alten Europabevölkerung standardisiert (die Daten sind also nun um die Effekte der Altersstruktur bereinigt), verringert sich der Abstand der Frauen zu den Männern beträchtlich (**Abbildung 2**). Der trotzdem noch gering erhöhte Frauenanteil bei den Krankenhausfällen kann zum Teil durch den geschlechtsbedingten Behandlungsanlass der stationären Entbindungen erklärt werden (LÖGD NRW 2006, 191).
Die tatsächliche Anzahl der Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner kann hierbei jedoch nicht mehr abgelesen werden.

Abbildung 2 Krankenhausfälle
je 100.000 Einwohner nach Geschlecht,
Bochum und NRW, 2003-2008



Quelle: Stadt Bochum

Indirekte Altersstandardisierung

Bei der indirekten Altersstandardisierung wird die sog. SMR (englisch: Standardized Mortality/Morbidity Ratio) errechnet.
Im Gegensatz zu den Raten der direkten Altersstandardisierung liefert die SMR der indirekten Altersstandardisierung besonders bei kleinen Fallzahlen stabilere Werte. Deshalb wird diese Methode häufig in der kommunalen Gesundheitsberichterstattung verwendet.
Der SMR-Wert gibt in diesem Bericht an, ob und wie stark die Zahl der Krankenhaus- oder Sterbefälle, die in Bochum in einem Jahr gezählt wurden, von der Zahl abweicht, die zu erwarten gewesen wäre, wenn das Erkrankungs- und Sterbegeschehen in Bochum, dem in ganz Nordrhein-Westfalen entspräche. Die Standardbevölkerung bei der indirekten Altersstandardisierung in diesem Bericht entspricht also der Gesamtbevölkerung Nordrhein-Westfalens.
Die SMR von Nordrhein-Westfalen beträgt immer 1,00. Weicht die SMR einer Kommune von diesem Wert ab, kann dieser Unterschied prozentual interpretiert werden. So entspricht z.B. die SMR-Abweichung um 0,01 einem Unterschied von einem Prozent.

Beispiel A:
Der SMR-Wert für Krankenhausaufenthalte wegen Herz-/Kreislauferkrankungen lag in Bochum 2009 für beide Geschlechter bei 0,96.
Das heißt, die Krankenhausfälle lagen **4% unter dem zu erwartenden NRW-Wert**.

Beispiel B:
Der SMR-Wert für Sterbefälle wegen Herz-/Kreislauferkrankungen lag in Bochum 2009 für beide Geschlechter bei 1,03.
Das heißt, die Sterbefälle lagen **3% über dem zu erwartenden NRW-Wert**.

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

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

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

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

- Bei der Säuglingssterblichkeit ist eine Altersstandardisierung nicht nötig, da hier nur Personen einer Altersstufe (0 – 364 Tage) betrachtet werden. Die Angabe der Sterblichkeit erfolgt daher in Sterbefällen je 1.000 Lebendgeburten.
- Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt gibt an, wie viele Jahre ein Neugeborenes bei gleichbleibenden Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Die Angabe erfolgt entsprechend in Jahren.
- Bei Unfällen im Straßenverkehr werden unabhängig vom Wohnsitz alle Personen gezählt, die in Bochum im Verkehr verunglückt sind. Der Bezug zur Wohnbevölkerung ist also ungenau und der Grund, weshalb die Fälle je 100.000 Einwohner nicht altersstandardisiert dargestellt werden.

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

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

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

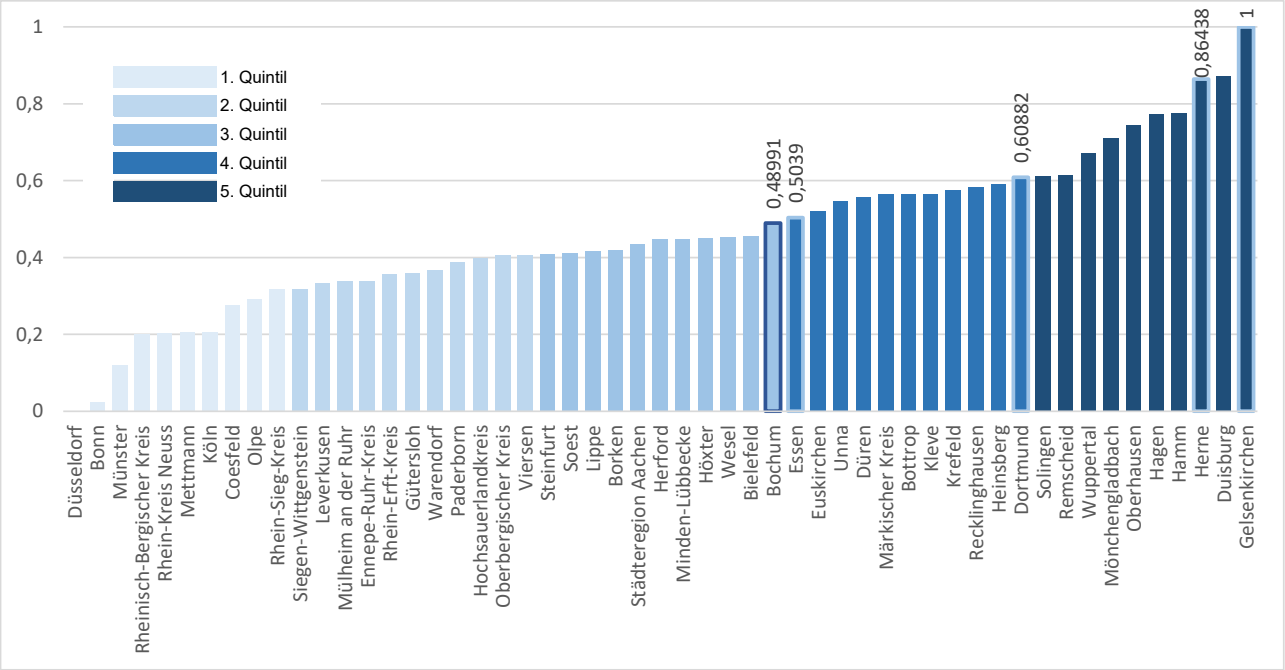
Beispiel B:
Eine junge Frau von 19 Jahren wird ebenfalls schwanger. Sie entschließt sich, die Schwangerschaft möglichst lange geheim zu halten. Vorsorgeuntersuchungen nimmt sie daher nicht wahr. In der Endphase der Schwangerschaft kommt es zu Komplikationen. Die Frau wird als Notfall ins Krankenhaus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

Für die Auswertung bedeutet das:
Beide Kinder werden als Sterbefälle im Indikator Säuglingssterblichkeit berücksichtigt.
Während jedoch im ersten Fall kein Defizit bei der gesundheitlichen Versorgung zu erkennen ist, wurden im zweiten Beispiel die Angebote des Gesundheitswesens nicht genutzt.
Für die Bewertung der Krankheits- oder Sterbefälle sind – wie in den Beispielen gezeigt - die konkreten Umstände jedoch von nicht zu unterschätzender Bedeutung.
Die Ergebnisse dieses Basisgesundheitsberichtes müssen entsprechend sensibel interpretiert werden. Häufig ist es nicht möglich, die genauen Ursachen für einen auffälligen Wert bei den Gesundheitsindikatoren direkt zu benennen. Dies ist Aufgabe von tiefer gehenden und kleinräumigen Analysen in der Spezialgesundheitsberichterstattung.

1.1.2 Interkommunale Vergleiche

Wie in den beiden ersten Basisgesundheitsberichten wird auch in diesem Bericht auf interkommunale Vergleiche als zentraler Methode zurückgegriffen. Für solche Vergleiche kommen ausschließlich Kommunen in Nordrhein-Westfalen in Frage, die eine ähnliche Struktur aufweisen. Erst ein Vergleich mit diesen Kommunen ermöglicht, ergänzend zum NRW-Wert, aussagekräftige Schlussfolgerungen.
Um sozialstrukturell ähnliche Kommunen zu identifizieren, wird im vorliegenden Bericht auf den German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) zurückgegriffen. Der GISD misst das Ausmaß sozioökonomischer Deprivation anhand von Information der Bildungs-, Beschäftigungs- und Einkommenssituation in Kreisen und Gemeinden. Der Vorteil des GISD gegenüber alten Instrumenten zur Clusterung sozialstrukturell ähnlicher Kommunen ist seine regelmäßige Fortschreibung.

Abbildung 3 German Index of Socioeconomic Deprivation
Kommunen Nordrhein-Westfalens nach Score-Werten (Bochum und Nachbarkommunen farbig umrandet)



Quelle:

Bochum ist dabei zusammen mit den Kreisen Steinfurt, Soest, Lippe, Borken, Herford, Minden-Lübbecke, Höxter, Wesel, der Stadt Bielefeld sowie der Städteregion Aachen zum mittleren Quintil. Allerdings weist Bochum dabei den höchsten Score-Wert des Quintils auf.
Der interkommunale Vergleich wird dabei nicht mit den anderen Kommunen des 3. Quintils durchgeführt, sondern erfolgt mit den durchschnittlichen SMR aller fünf Quintile. Auf diese Weise kann der SMR Bochums besser eingeordnet werden.

Der aus dem Basisgesundheitsbericht Bochum 2017 bekannte Vergleich mit den Nachbarkommunen Bochums wird ebenfalls fortgeschrieben. Bei der Bewertung dieses Vergleichs ist jedoch zu berücksichtigen, dass sämtliche Vergleichskommunen anderen GISD-Quintilen zugeordnet sind: Essen und Dortmund gehören dem 4., Herne und Gelsenkirchen dem 5. Quintil an. Lediglich Essen weist einen ähnlichen Score-Wert wie Bochum auf.

1.1.3 Auswertung der Schuleingangsuntersuchung

Wie in seinem Vorgänger wird auch im vorliegenden Basisgesundheitsbericht auf die Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen zurückgegriffen.
Vor Eintritt in die Schule wird jedes Kind in Nordrhein-Westfalen schulärztlich untersucht (§ 54(2) SchulG). Diese Schuleingangsuntersuchungen sind gemäß § 12(2) ÖGDG NW Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörde. Sie umfassen eine körperliche Untersuchung sowie Tests zum Entwicklungsstand der Schulanfängerinnen und -anfänger. Darüber hinaus wird der Impfstatus der untersuchten Kinder erhoben sowie ihre Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9. Zusätzlich werden die Eltern gebeten, per Fragebogen Auskünfte über den familiären Hintergrund zu geben. Diese Auskünfte sind freiwillig, werden aber erfahrungsgemäß von zwei Dritteln der Eltern erteilt. Sie ermöglichen es, aus den Auskünften über die schulischen und berufsbildenden Abschlüsse der Eltern einen familiären Bildungsindex zu entwickeln, der wegen des engen Zusammenhangs von sozialer Lage und Bildung auch aussagekräftige Rückschlüsse auf die soziale Lage zulässt (LIGA NRW 2006, 45).
Die Schuleingangsuntersuchung wird nach dem sog. „Bielefelder Modell“ in ganz Nordrhein-Westfalen einheitlich durchgeführt und dokumentiert (LIGA NRW o. J.). Dadurch ist grundsätzlich eine interkommunale Vergleichbarkeit der Daten sichergestellt. Darüber hinaus sind die Daten der Bochumer Schulanfängerinnen und -anfänger auch kleinräumig zuzuordnen. Auf diese Weise können gesundheitliche Unterschiede zwischen den Bochumer Ortsteilen dargestellt werden.
Die Schuleingangsuntersuchung erfasst aufgrund ihres verpflichtenden Charakters jeweils einen ganzen Einschulungsjahrgang. Sie stellt daher eine solide Datenbasis für Auswertungen bezüglich des Gesundheitszustandes dieser Altersstufe dar. Insbesondere die dokumentierten Ergebnisse über das Gesundheitsverhalten, etwa die Teilnahmequote an den Früherkennungsuntersuchungen oder der Impfstatus lassen auch Rückschlüsse auf den Stellenwert von Gesundheit in der gesamten Familie zu. Ähnliches gilt für die Aussagen zu Übergewicht und Adipositas, da sie Rückschlüsse auf das Ernährungsverhalten ermöglichen.

Schuleingangsuntersuchungen ermöglichen im Gegensatz zu den Landesdaten kleinräumige Auswertungen auf der Ebene der dreißig Bochum Ortsteile. Dadurch wird es auch möglich, diese Ergebnisse zur sozialstrukturellen Differenzierung Bochums (Stadt Bochum 2021, 238ff.) in Beziehung zu setzen. Darin werden die Bochumer Ortsteile in fünf Cluster mit ähnlichen sozialstrukturellen Merkmalen eingeteilt.
Die sozialstrukturelle Differenzierung ist Bestandteil der Sozialberichterstattung der Stadt Bochum und wird regelmäßig fortgeschrieben.

1.2 Kindergesundheit in Bochum – Auswertung der Schuleingangsuntersuchung

Die Dokumentation der Schuleingangsuntersuchung ist eine der wenigen kleinräumig auswertbaren Datenquellen, die für die kommunale Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stehen. Seit 2014 wird diese Datenquelle auch für den Basisgesundheitsbericht genutzt. Gegenüber dem Basisgesundheitsbericht Bochum 2017 musste die Auswertungsbasis für die Daten der Schuleingangsuntersuchung grundlegend verändert werden. Dies wurde einerseits durch die Einführung einer neuen Fachsoftware für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst notwendig, andererseits durch die Folgen der COVID-19-Pandemie.
Die neue Fachsoftware verbessert die Auswertungsmöglichkeiten. Allerdings werden die Daten im System anders erfasst, sodass sie nur eingeschränkt mit den früheren Auswertungen kompatibel sind. Aus diesem Grund wird in diesem Basisgesundheitsbericht eine neue Zeitreihe begonnen. Sie startet mit den Untersuchungen für den Einschulungsjahrgang 2017. Die Daten für diesen Zeitraum wurden noch mit der alten Fachsoftware erfasst und mussten deswegen manuell überprüft und in die Datenbank eingefügt werden.
Während der COVID-19-Pandemie wurden zeitweise keine Schuleingangsuntersuchungen durchgeführt, zeitweise wurden nicht alle Kinder untersucht, sondern vorrangig Kinder, bei denen es galt, gesundheitliche Auffälligkeiten abzuklären. Dadurch stehen für den Zeitraum der Pandemie weniger Daten zur Verfügung und die erhobenen Daten liefern u. U. ein verzerrtes Bild der Wirklichkeit. Um dennoch für den gesamten Zeitraum seit der Untersuchung des Einschulungsjahrgangs 2017 Auswertungen bereitstellen zu können, wurden jeweils fünf Untersuchungsjahrgänge aggregiert, sodass die neue Zeitreihe drei Untersuchungszeiträume umfasst: für die Einschulungsjahrgänge 2017-2021, 2018-2022 sowie 2019-2023. Für jeden dieser Untersuchungszeiträume stehen mehr als 10.000 Datensätze für die Auswertung zur Verfügung, sodass auch kleinsträumige Auswertungen (z. B. für Stadterneuerungsgebiete) ohne einen Wechsel der Datenbasis möglich sind. Dieses Verfahren wird auch für künftige Datenauswertungen beibehalten.
Insgesamt wird durch diese Veränderungen die Datenbasis für gesundheitsorientierte Planungsprozesse erheblich verbessert.
Die Bezeichnungen der dreißig Ortsteile findet sich oben auf S. 6.

1.2.1 Allgemeines

In die folgenden Auswertungen fließen Daten aus der Untersuchung der Kinder aus den Einschulungsjahrgängen 2017-2023 ein. Die Datenbank umfasst insgesamt 16.002 Datensätze. Tabelle 2 gibt einen Überblick darüber, wie sich diese Datensätze nach Untersuchungszeitraum und Wohnort der untersuchten Kinder aufgliedern.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung werden auf freiwilliger Basis Informationen über die Herkunft der Kinder und ihre soziale Lage erhoben. Dabei wird unter anderem aus den Angaben zu Schul- und Berufsabschlüssen ein Sozialindex errechnet. Für 63 % der Einschülerinnen und Einschüler liegen diese Angaben vor. Gut jedes 10. Kind stammt aus einer Familie mit niedrigem Sozialstatus. Knapp ein Viertel der Schulanfängerinnen und -anfänger stammen aus Familien mit einem mittleren, gut ein Viertel aus Familien mit einem hohen Sozialstatus. Für die übrigen Kinder lassen sich hierzu keine Aussagen treffen.
Knapp 1 % der untersuchten Kinder leben nicht bei den leiblichen Eltern.
Gut jedes 3. untersuchte Kind verfügt über einen Migrationshintergrund.

Darüber hinaus wird bei Kindern, die in den ersten vier Lebensjahren überwiegend in einer anderen als der deutschen Sprache erzogen wurden[1], die Güte der sprachlichen Integration erhoben. 17 % aller Einschülerinnen und Einschüler wurden überwiegend in einer anderen Sprache erzogen und verfügen über gute Deutschkenntnisse, 9 % verfügen über mittlere und 7 % über schlechte Deutschkenntnisse. Für 7 % der Kinder liegen keine Aussagen hierzu vor.

[1] Diese Gruppe ist nicht identisch mit den Kindern mit Migrationshintergrund

Tabelle 2 Schuleingangsuntersuchung Bochum 2017-2023

Aggregiert nach Untersuchungszeiträumen und insgesamt, kleinräumige Verteilung

Gliederung	2017-2021	2018-2022	2019-2023	2017-2023
10 - Grumme	289	316	316	453
11 - Gleisdreieck	184	190	197	292
13 - Altenbochum	248	258	257	380
14 - Südinnenstadt	304	338	354	482
15 - Kruppwerke	459	453	461	693
16 - Hamme	448	468	479	689
17 - Hordel	73	84	81	117
18 - Hofstede	282	288	313	426
19 - Riemke	196	210	229	319
1 - Mitte	2483	2605	2687	3851
24 - Günnigfeld	203	220	224	305
25 - Wattenscheid-Mitte	626	661	681	979
26 - Leithe	237	250	273	366
27 - Westenfeld	273	271	294	412
28 - Höntrop	459	477	529	728
29 - Eppendorf	214	244	251	343
2 - Wattenscheid	2012	2123	2252	3133
36 - Bergen/Hiltrop	246	237	254	372
37 - Gerthe	242	246	262	377
38 - Harpen/Rosenberg	202	204	215	295
39 - Kornharpen/Voede-Abzweig	180	194	207	286
3 - Nord	870	881	938	1330
46 - Laer	202	215	219	313
47 - Werne	406	430	427	611
48 - Langendreer	671	688	674	1004
49 - Langendreer- Alter Bf	178	193	204	281
4 - Ost	1457	1526	1524	2209
53 - Wiemelhausen/Brenschede	391	410	397	588
54 - Stiepel	313	320	330	472
55 - Querenburg	571	641	649	906
5 - Süd	1275	1371	1376	1966
63 - Weitmar-Mitte	431	458	472	664
64 – Weitmark-Mark	221	239	263	362
65 - Linden	353	375	386	561
66 - Dahlhausen	335	374	363	519
6 - Südwest	1340	1446	1484	2106
Bochum	9437	9952	10261	14595
88 - keine Angabe	1380	989	18	1397
99 - Außerhalb	5	7	9	10
alle untersuchten Kinder	10822	10948	10288	16002

Quelle: Stadt Bochum

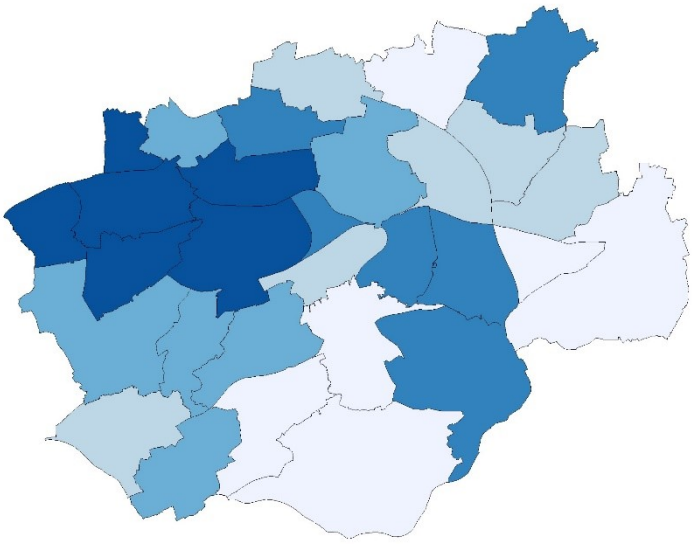
1.2.2 Sehschärfe

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

Der Sehtest im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird standardisiert durchgeführt. Kinder, die eine Brille tragen absolvieren den Test mit ihrer Brille. Ein Arztbesuch wird – unbeschadet des Sehtestergebnisses – allen Brillenträgerinnen und -trägern empfohlen, deren letzter Augenarztbesuch länger als ein Jahr zurückliegt.

Häufigkeit und kleinräumige Verteilung
Bei 3.498 der 14.781 in den Untersuchungszyklen für den Schulbeginn 2017-2019 sowie 2022 und 2023 untersuchten Kinder wurde im Bereich Sehschärfe ein auffälliger Befund festgestellt. Dies entspricht einem Anteil von knapp 24 %. Hierbei berücksichtigt wurden Befunde, die bis zur Untersuchung noch nicht bekannt oder nicht hinreichend versorgt waren, sowie bereits in Behandlung befindliche Befunde sowie solche, die schwerwiegend und dauerhaft die Leistungsfähigkeit der Kinder beeinträchtigen („Behinderungen“). Nicht berücksichtigt wurden Befunde, die als nicht behandlungsbedürftig eingestuft wurden.

Abbildung 4 Sehschärfe – Anteil auffälliger Befunde
Kleinräumige Verteilung



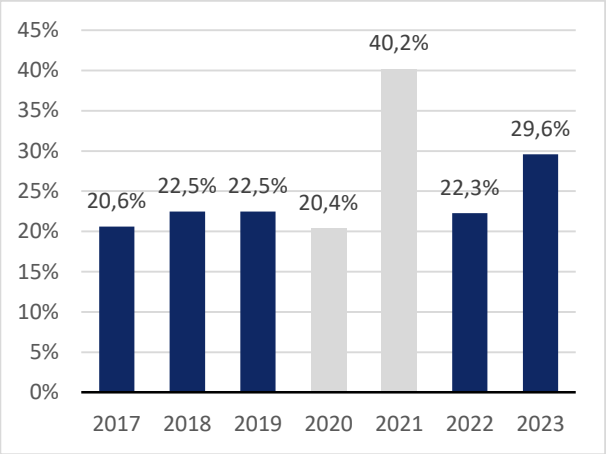
Erläuterung:
Je dunkler die Färbung der Ortsteile, desto höher ist der Anteil der untersuchten Kinder mit auffälligem Befund.

Quelle: Stadt Bochum

Dabei kommt es zu erheblichen Unterschieden zwischen den Ortsteilen (Abbildung 4): Die sechs höchsten Anteile wurden in Günnigfeld (36 %), Wattenscheid-Mitte (31 %), Leithe (29 %), Kruppwerke, Hamme und Westenfeld (alle 28 %) festgestellt. Diese Ortsteile gehören ohne Ausnahme zu den Clustern A und B der sozialstrukturellen Differenzierung (Sozialbericht Bochum 2021), in denen der Anteil vulnerabler Personengruppen z. T. deutlich erhöht ist.
Die niedrigsten Anteile fanden sich in Stiepel (15 %), Langendreer (16 %) Langendreer- Alter Bahnhof, Weitmar-Mark, Wiemelhausen/Brenschede und Bergen/Hiltrop (alle 19 %) %). Diese Ortsteile sind mit Ausnahme von Langendreer-Alter Bahnhof den Clustern D und E der sozialstrukturellen Differenzierung zugeordnet, in denen die Anteile vulnerabler Personengruppen eher niedrig liegen.

Zeitreihenvergleich

Abbildung 5 Sehschärfe
Schuleingangsuntersuchungen 2017-2023

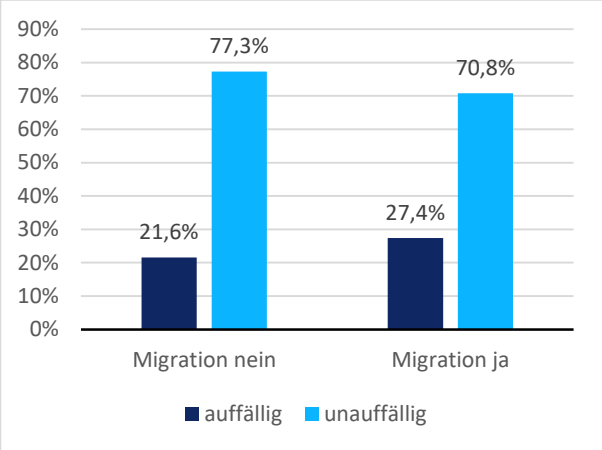


Quelle: Stadt Bochum

Im Bereich der Sehschärfe lag der Anteil der auffälligen Befunde mit Abklärungsbedarf in den Jahren 2017-2019 (vor Beginn der Corona-Pandemie) stabil auf einem Niveau um 22 %. Auch nach Ende der Corona-Pandemie lag der entsprechende Wert zunächst auf dem gleichen Niveau. Im Untersuchungszyklus zum Einschulungsjahrgang 2023 entsprach der Anteil jedoch auf fast 30 %.

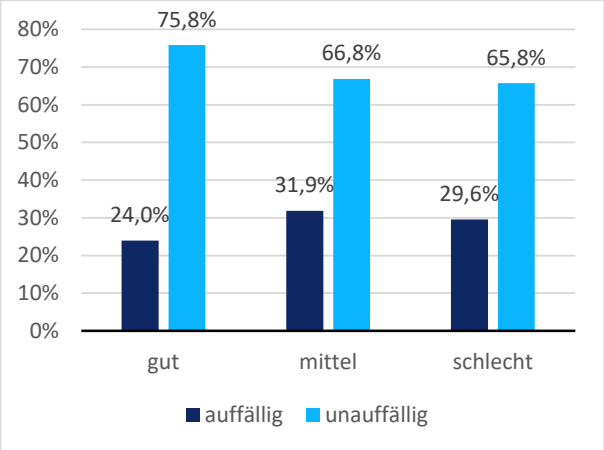
Migration und sprachliche Integration

Abbildung 6 Sehschärfe nach Migrationshintergrund
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Abbildung 7 Sehschärfe nach Güte der sprachlichen Integration
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



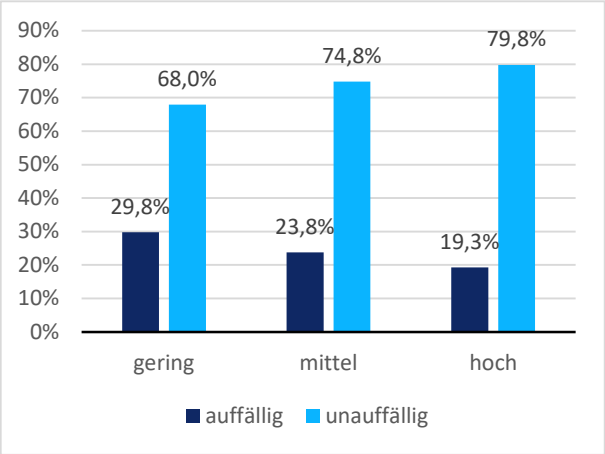
Quelle: Stadt Bochum

Betrachtet man den Anteil der Kinder mit auffälligen Befunden bei der Sehschärfe differenziert nach Migrationshintergrund zeigen sich deutliche Unterschiede (Abbildung 6): Der Anteil liegt bei Kindern mit Migrationshintergrund mit 29 % deutlich höher.

In Bezug auf die Häufigkeit von Sprach- und Sprechstörungen differenziert nach der Güte der sprachlichen Integration zeigen sich ebenfalls Unterschiede (Abbildung 7). Fast jedes 3. Kind mit mittlerer und schlechter sprachlicher Integration zeigt in diesem Bereich Auffälligkeiten. Bei Kindern mit guter sprachlicher Integration ist dies nur bei knapp jedem 4. der Fall.

Bildungsstatus

Abbildung 8 Sehschärfe nach Bildungsstatus
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Auch wenn die Herkunft der Schulanfängerinnen und -anfänger aus Familien mit unterschiedlichem Bildungsstatus betrachtet wird, werden Unterschiede deutlich (Abbildung 8):
Bei Kindern aus Familien mit geringer Bildung weist knapp jedes 3. Sprach- und Sprechstörungen auf, bei Kindern aus Familien mit mittlerem lediglich jedes 4. und bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus sogar nur jedes 5.

Fazit

Der Zeitreihenvergleich lässt einen deutlichen Anstieg der auffälligen Befunde bei den Untersuchungen zum Einschulungsjahr 2023 erkennen. Ein kausaler Zusammenhang zur Corona-Pandemie kann auf Grundlage der vorliegenden Daten nicht erschlossen werden. Er liegt jedoch nahe. Unbeschadet der Frage der Kausalität zeichnet sich hier die Herausforderung ab, den Zugang von Kindern zu augenärztlicher Versorgung zu verbessern.
Auffällige Befunde im Bereich der Sehschärfe werden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung besonders oft bei Kindern festgestellt, die aus Ortsteilen mit einem erhöhten Anteil vulnerabler Personengruppen wohnen. Besonders häufig stammen sie aus Familien mit geringem Sozialstatus. Mit dieser Feststellung ist nichts über Kausalitäten ausgesagt. Diese Erkenntnisse dienen lediglich dazu, Maßnahmen zur Verbesserung der Situation zielgruppenspezifisch und örtlich zu priorisieren.

1.2.3 Sprache und Sprechen

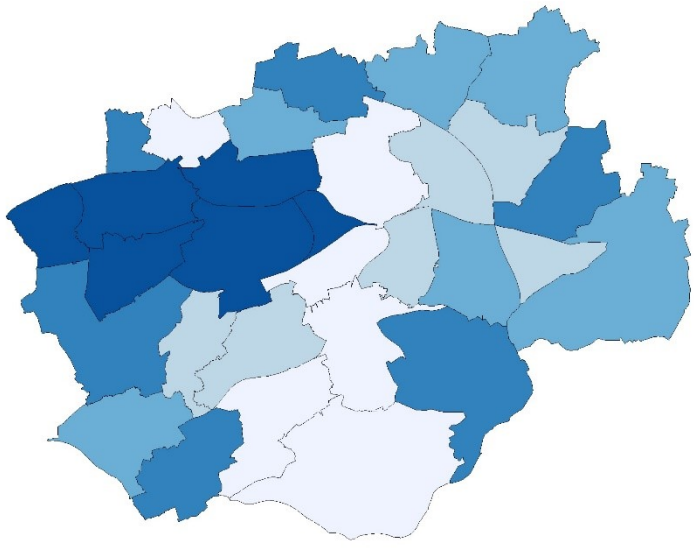
Die Sprache und das Sprechen sind eine Grundvoraussetzung für den schulischen Erfolg. Das Erlernen der Fähigkeit zu lesen und zu schreiben, hängt eng mit den sprachlichen Fertigkeiten zusammen. Kinder müssen für den Spracherwerb die lautliche Struktur von Sprache verstehen können (phonologische Bewusstheit), grammatikalische Strukturen erfassen können und Gehörtes lang genug im Gedächtnis behalten können (auditive Merkfähigkeit). Defizite in diesen Bereichen, die nicht therapiert werden, können Kinder nachhaltig beeinträchtigen und sind später nicht mehr aufzuholen. Die Diagnose von Sprach- und Sprechstörungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erfolgt standardisiert anhand genau beschriebener Tests nach dem Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS). Die Schulanfängerinnen und -anfänger müssen Präpositionen richtig nutzen, den Plural von Wörtern bilden und Pseudowörter nachsprechen. Darüber hinaus fließen in die schulärztliche Befundbewertung die Artikulation und Stimmstörungen wie Näseln, Stottern oder Poltern ein. Tests, die eng an die Kenntnis der deutschen Sprache gebunden sind, werden bei Kindern, die in den ersten vier Lebensjahren in einer anderen als der deutschen Sprache erzogen wurden (Kinder mit Migrationshintergrund), nicht zur Bewertung herangezogen.

Häufigkeit und kleinräumige Verteilung

Bei 2.752 der 14.781 in den Untersuchungszyklen für den Schulbeginn 2017-2019 sowie 2022 und 2023 untersuchten Kinder wurde im Bereich Sprach- und Sprechstörungen ein auffälliger Befund festgestellt. Dies entspricht einem Anteil von knapp 19 %. Hierbei berücksichtigt wurden Befunde, die bis zur Untersuchung noch nicht bekannt waren oder nicht hinreichend versorgt waren sowie bereits in Behandlung befindliche Befunde sowie solche, die schwerwiegend und dauerhaft die Leistungsfähigkeit der Kinder beeinträchtigen („Behinderungen“). Nicht berücksichtigt wurden Befunde, die als nicht behandlungsbedürftig eingestuft wurden.

Abbildung 9 Sprache und Sprechen - Anteil auffälliger Befunde

Kleinräumige Verteilung



Erläuterung:

Je dunkler die Färbung der Ortsteile, desto höher ist der Anteil der untersuchten Kinder mit auffälligem Befund.

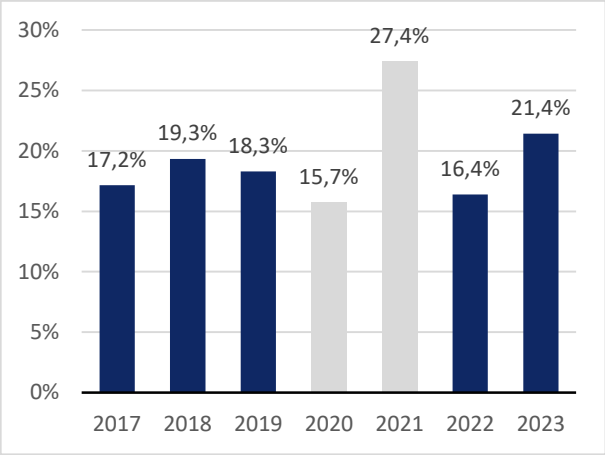
Quelle: Stadt Bochum

Dabei kommt es zu erheblichen Unterschieden zwischen den Ortsteilen (Abbildung 9): Die sechs höchsten Anteile wurden in Westenfeld (28 %), Wattenscheid-Mitte (26 %), Leithe (25 %), Kruppwerke, Gleisdreieck, und Hamme (alle 22 %) festgestellt. Diese Ortsteile sind in der sozialstrukturellen Differenzierung (Sozialbericht Bochum 2021) mit Ausnahme des Gleisdreiecks den Clustern A und B zugeordnet, in denen der Anteil vulnerabler Personengruppen z. T. deutlich erhöht ist.

Die niedrigsten Anteile fanden sich in Grumme, Weitmar-Mark (beide 13 %), Südinnenstadt, Stiepel, Wiemelhausen/Brenschede (alle 11 %) und Hordel (10 %). Diese Ortsteile sind mit Ausnahme der Südinnenstadt den Clustern D und E der sozialstrukturellen Differenzierung zugeordnet, in denen die Anteile vulnerabler Personengruppen eher niedrig liegen.

Zeitreihenvergleich

Abbildung 10 Sprache und Sprechen
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023

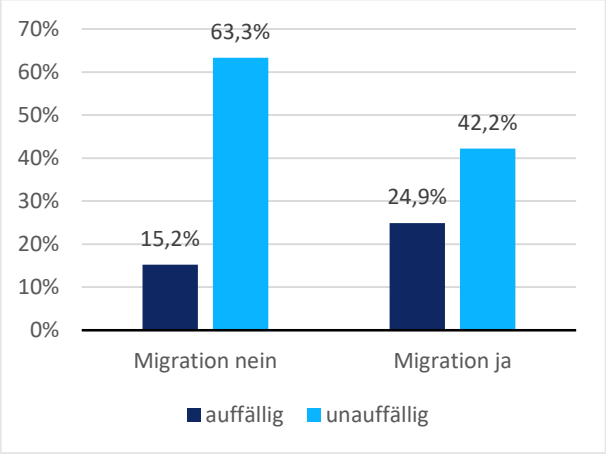


Quelle: Stadt Bochum

In den Untersuchungszyklen vor Corona lag der Anteil der untersuchten Kinder mit Auffälligkeiten, die einer weiteren Abklärung bedürfen, bei Werten um 18 %. Nach Corona wurde zum Einschulungsjahr 2022 zunächst ein etwas niedrigerer Anteil beobachtet, 2023 lag der Anteil der auffälligen Befunde über 21 %.
Der aggregierte Anteil auffälliger Befunde vor und nach Corona unterscheidet sich mit weniger als einem Prozentpunkt nur geringfügig. Der Anstieg von fünf Prozentpunkten von 2022 nach 2023 ist jedoch auffällig.

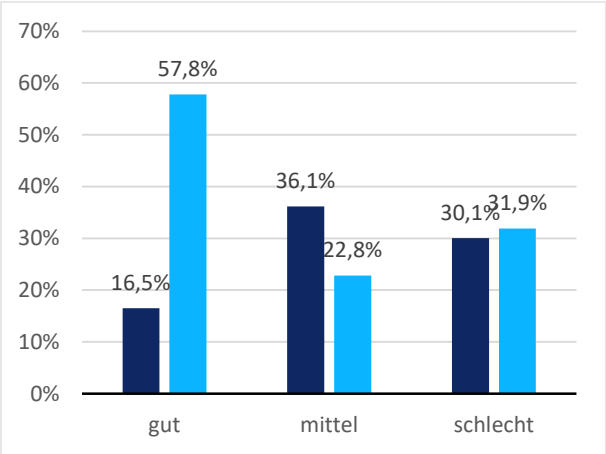
Migration und sprachliche Integration

Abbildung 11 Sprache und Sprechen nach Migrationshintergrund
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Abbildung 12 Sprache und Sprechen nach Güte der sprachlichen Integration
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

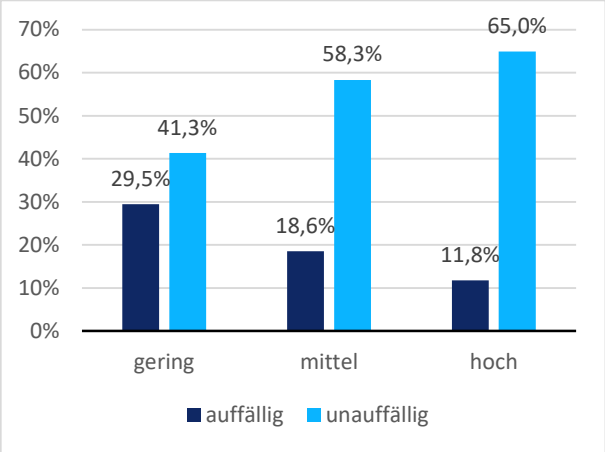
Betrachtet man den Anteil der Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen differenziert nach Migrationshintergrund zeigen sich erhebliche Unterschiede (Abbildung 11): Kindern mit Migrationshintergrund weisen deutlich häufiger auffällige Befunde auf. Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund ist es jedes 8. Kind, bei denjenigen mit Migrationshintergrund jedes 4.

Differenziert man die Häufigkeit von Sprach- und Sprechstörungen weiter nach der Güte der sprachlichen Integration zeigen sich deutliche Unterschiede (Abbildung 12). Ungefähr jedes 3. Kind mit mittlerer und

schlechter sprachlicher Integration zeigt in diesem Bereich Auffälligkeiten. Bei Kindern mit guter sprachlicher Integration ist dies nur bei knapp jedem 7. der Fall.

Bildungsstatus

Abbildung 13 Sprache und Sprechen nach Bildungsstatus
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Auch wenn die Herkunft der Schulanfängerinnen und -anfänger aus Familien mit unterschiedlichem Sozialstatus betrachtet wird, werden Unterschiede deutlich: Bei Kindern aus Familien mit geringem Sozialstatus weist knapp jedes 3. Sprach- und Sprechstörungen auf, bei Kindern aus Familien mit mittlerem lediglich bei knapp jedem 5. und bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus sogar nur bei jedem 8.

Fazit

Der Zeitreihenvergleich lässt einen deutlichen Anstieg der auffälligen Befunde bei den Untersuchungen zum Einschulungsjahr 2023 erkennen. Ein kausaler Zusammenhang zur Corona-Pandemie kann auf Grundlage der vorliegenden Daten nicht erschlossen werden. Er liegt jedoch nahe. Die Verbesserung der Sprachförderung und der Therapie von Sprach- und Sprechstörungen erweisen sich in jedem Fall als Herausforderung.
Sprach- und Sprechstörungen werden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung besonders oft bei Kindern festgestellt, die aus Ortsteilen mit einem erhöhten Anteil vulnerabler Personengruppen wohnen. Besonders häufig stammen sie aus Familien mit geringem Sozialstatus. Mit dieser Feststellung ist nichts über Kausalitäten ausgesagt. Diese Erkenntnisse dienen lediglich dazu, Maßnahmen zur Verbesserung der Situation zielgruppenspezifisch und örtlich zu priorisieren.

1.2.4 Visuomotorik

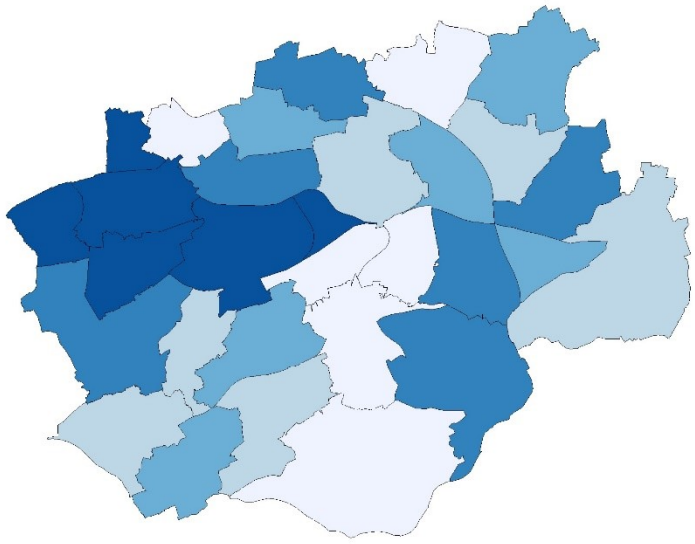
Zu den Fertigkeiten, die Schülerinnen und Schüler beherrschen müssen, gehört die Koordination von Hand und Auge. Auch diese Fähigkeit wird standardisiert nach dem Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) getestet. Die Schulanfängerinnen und -anfänger müssen hierzu Formen abmalen bzw. ergänzen.

Häufigkeit und kleinräumige Verteilung

Bei 1.500 der 14.781 in den Untersuchungszyklen für den Schulbeginn 2019-2023 untersuchten Kinder wurde im Bereich der Visuomotorik ein auffälliger Befund festgestellt. Dies entspricht einem Anteil von 10 %. Hierbei berücksichtigt wurden Befunde, die bis zur Untersuchung noch nicht bekannt oder nicht hinreichend versorgt waren, sowie bereits in Behandlung befindliche Befunde sowie solche, die schwerwiegend und dauerhaft die Leistungsfähigkeit der Kinder beeinträchtigen („Behinderungen“). Nicht berücksichtigt wurden Befunde, die als nicht behandlungsbedürftig eingestuft wurden.

Abbildung 14 Visuomotorik - Anteil auffälliger Befunde

Kleinräumige Verteilung



Erläuterung:

Je dunkler die Färbung der Ortsteile, desto höher ist der Anteil der untersuchten Kinder mit auffälligem Befund.

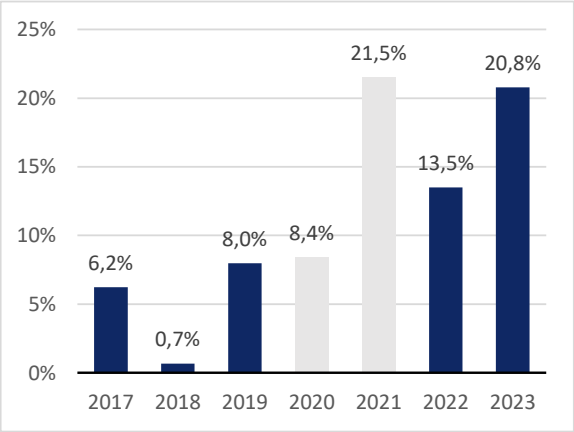
Quelle: Stadt Bochum

Dabei kommt es zu erheblichen Unterschieden zwischen den Ortsteilen: Die sechs höchsten Anteile wurden in Wattenscheid-Mitte (18 %), Westenfeld (16 %), Leithe, Günnigfeld (beide 15 %), Gleisdreieck (14 %), und Kruppwerke (18 %) festgestellt. Diese Ortsteile sind in der sozialstrukturellen Differenzierung (Sozialbericht Bochum 2021) mit Ausnahme des Gleisdreiecks den Clustern A und B zugeordnet, in denen der Anteil vulnerabler Personengruppen z. T. deutlich erhöht ist.

Die niedrigsten Anteile fanden sich in Stiepel, Wiemelhausen/Brenschede (beide 5 %), Altenbochum, Bergen/Hiltrop, Südinnenstadt und Hordel (alle 7 %). Diese Ortsteile sind mit Ausnahme der Südinnenstadt den Clustern D und E der sozialstrukturellen Differenzierung zugeordnet, in denen die Anteile vulnerabler Personengruppen eher niedrig liegen.

Zeitreihenvergleich

Abbildung 15 Auffällige Befunde Visuomotorik
Schuleingangsuntersuchung 2017-2023

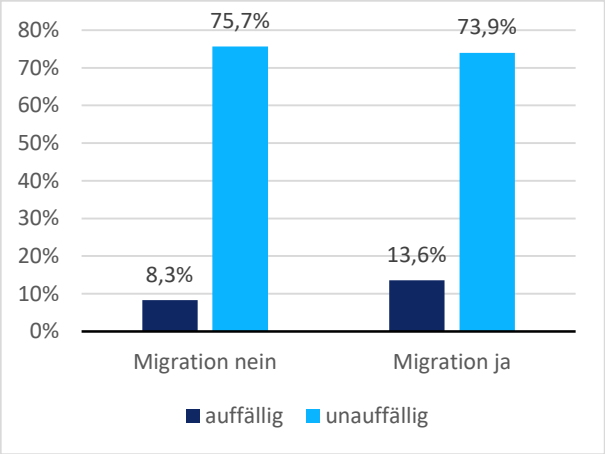


Quelle: Stadt Bochum Schuleingangsuntersuchung

Im Bereich der Visuomotorik ist eine eklatante Differenz zwischen dem Anteil der Schulanfänger- und -anfänger mit auffälligem Befund vor und nach der Pandemiephase festzustellen. Bei den Untersuchungen zur Einschulung im Jahr 2022 lagen sie doppelt so hoch, zum Einschulungsjahr 2023 sogar mehr als dreimal so hoch wie zu Beginn des Berichtszeitraumes.
Auffällig ist der geringe Anteil an auffälligen Befunden für den Einschulungsjahrgang 2018. Hier ist nicht auszuschließen, dass eine Untererfassung vorliegt.

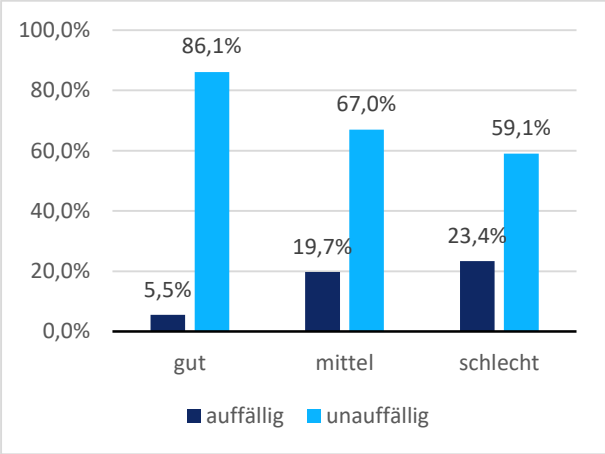
Migration und sprachliche Integration

Abbildung 16 Auffällige Befunde Visuomotorik nach Migrationshintergrund
Schuleingangsuntersuchung Bochum 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Abbildung 17 Auffällige Befunde Visuomotorik nach Güte der sprachlichen Integration
Schuleingangsuntersuchung Bochum 2019-2023

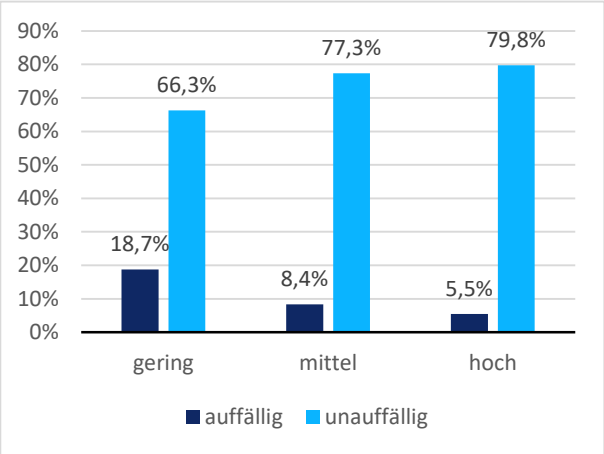


Quelle: Stadt Bochum

Betrachtet man den Anteil der auffälligen Befunde bei der Visuomotorik-Testung nach dem Migrationshintergrund der untersuchten Kinder, lässt sich für die Untersuchungszeitraum 2019-2023 ein Unterschied von 5 prozentpunktenzwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund feststellen (Abbildung 16):
Je besser die untersuchten Kinder sprachlich integriert sind, um niedriger fällt bei ihnen der Anteil auffälliger Befunde im Bereich Visuomotorik aus (Abbildung 17).

Bildungsstatus

Abbildung 18 Auffällige Befunde Visuomotorik nach Bildungsstatus
Schuleingangsuntersuchung Bochum 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Fast 4 von 5 untersuchten Kindern aus Familien mit hohem Bildungsstatus hatten einen unauffälligen Befund bei der Testung der Visuomotorik, lediglich jedes 18. Kind einen auffälligen. Mit abnehmendem Bildungsstatus nimmt der Anteil der Kinder mit unauffälligen Befunden ab und derjenigen mit auffälligen zu: Bei Kindern aus Haushalten mit schlechtem Bildungsstatus lag der Anteil der Kinder mit unauffälligem Befund bei lediglich 2 von 3. Der Anteil der Kinder mit auffälligem Befund lag in dieser Gruppe mehr als dreieinhalbmal so hoch wie bei Kindern aus Haushalten mit hoher Bildung.

Fazit

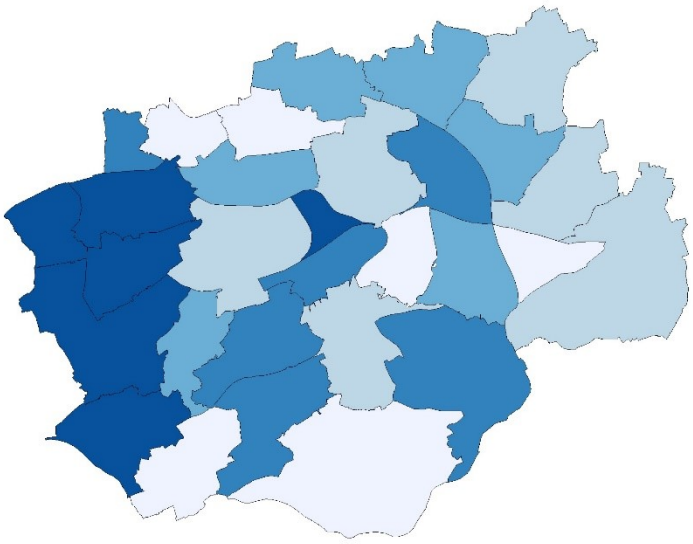
Der Zeitreihenvergleich lässt einen eklatanten Anstieg der auffälligen Befunde bei den Untersuchungen nach der Corona-Pandemie erkennen. Ein kausaler Zusammenhang zur Corona-Pandemie kann auf Grundlage der vorliegenden Daten zwar nicht beschriebenen werden, er liegt jedoch nahe.
Auffällige Befunde im Bereich Visuomotorik haben im Berichtszeitraum beständig an Bedeutung gewonnen. Dabei sind Schulanfänger*innen mit Migrationshintergrund, insbesondere mit Defiziten der sprachlichen Integration, und Kinder aus Haushalten mit niedriger Bildung besonders betroffen.

1.2.5 Hörstörungen

Das gute Hören ist eine Grundvoraussetzung für problemloses Lernen in der Schule und darüber hinaus. Nicht erkannte Hörstörungen können die Entwicklung eines Kindes verzögern. Eine möglichst frühzeitige Diagnose und Therapie von Hörstörungen ist deshalb von großer Bedeutung.
Der Hörtest im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird mit einem genormten Audiometer standardisiert durchgeführt Bei der Diagnosestellung wurden auch Beeinträchtigungen des Hörvermögens wegen akuter Infektionskrankheiten der oberen Atemwege berücksichtigt.

Bei 687 der 10.288 in den Untersuchungszyklen für den Schulbeginn 2019-2023 untersuchten Kinder wurde eine Hörstörung festgestellt. Dies entspricht einem Anteil von knapp 7 %. Hierbei berücksichtigt wurden Befunde, die bis zur Untersuchung noch nicht bekannt oder nicht hinreichend versorgt waren, sowie bereits in Behandlung befindliche Befunde sowie solche, die schwerwiegend und dauerhaft die Leistungsfähigkeit der Kinder beeinträchtigen („Behinderungen“). Nicht berücksichtigt wurden Befunde, die als nicht behandlungsbedürftig eingestuft wurden.

Abbildung 19 Hörstörungen - Anteil auffälliger Befunde
Kleinräumige Verteilung



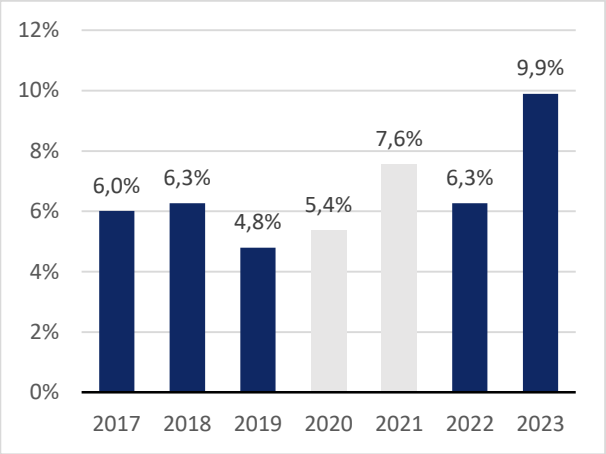
Erläuterung:
Je dunkler die Färbung der Ortsteile, desto höher ist der Anteil der untersuchten Kinder mit auffälligem Befund.

Quelle: Stadt Bochum

Dabei kommt es zu erheblichen Unterschieden zwischen den Ortsteilen (Abbildung 19): Die sechs höchsten Anteile wurden in Wattenscheid-Mitte (12 %), Leithe, Gleisdreieck (beide 11 %), Westenfeld, Höntrop (beide 9 %) und Dahlhausen (8 %) festgestellt. Diese Ortsteile gehören unterschiedlichen Clustern der sozialstrukturellen Differenzierung (Sozialbericht Bochum 2021) an: drei Ortsteile zählen zum sozialstrukturell benachteiligten Cluster B, ein Ortsteil zum Cluster C, die zwei übrigen zum sozialstrukturell eher privilegierten Cluster D.
Die niedrigsten Anteile fanden sich in Hordel, Stiepel, Langendreer-Alter Bahnhof, Altenbochum (alle 4 %), Linden und Hofstede (beide 5 %). Auch diese Ortsteile sind verschiedenen sozialstrukturellen Clustern zugeordnet: Neben den Ortsteilen der Cluster D und E mit eher niedrigem Anteil vulnerabler Personengruppen sind auch zwei Ortsteiler des eher benachteiligten Clusters B darunter.

Zeitreihenvergleich

Abbildung 20 Hörstörungen
Schuleingangsuntersuchungen 2017-2023

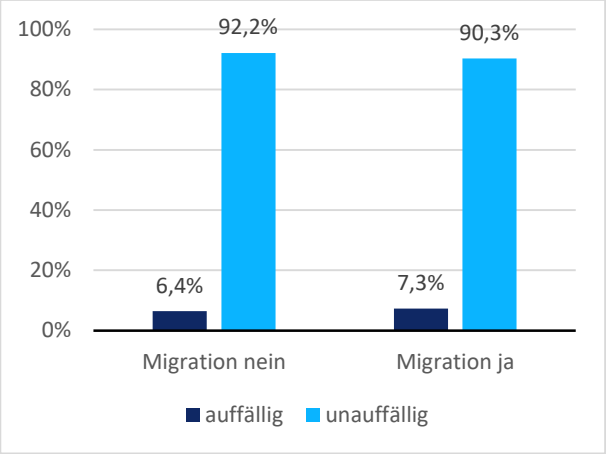


Quelle: Stadt Bochum

Im Zeitreihenvergleich ist auch hier bei den Untersuchungen zum Einschulungsjahr 2023 ein deutlicher Anstieg feststellbar: Bewegte sich der Anteil auffälliger Befunde zuvor um Werte von ca. 6 %, erreichte er zuletzt fast 10 %.

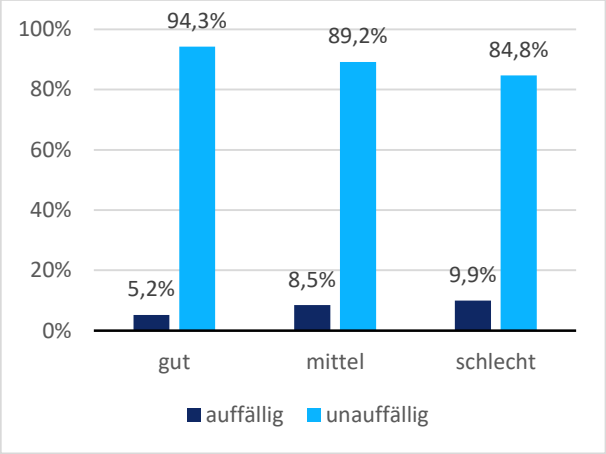
Migration und sprachliche Integration

Abbildung 21 Hörstörungen nach Migrationshintergrund
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Abbildung 22 Hörstörungen nach Güte der sprachlichen Integration
Schuleingangsuntersuchung 2019-2023

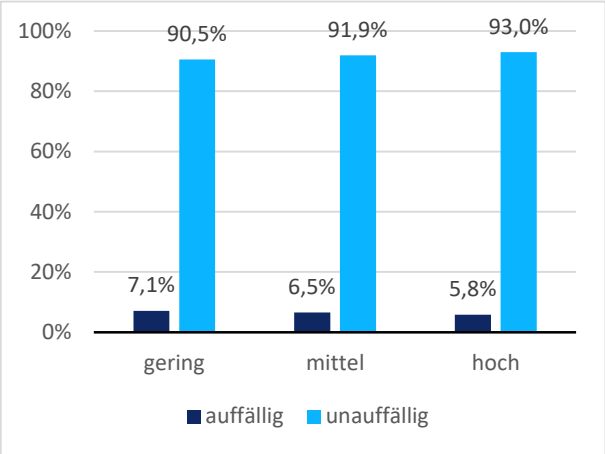


Quelle: Stadt Bochum

Zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund lässt sich ein beim Anteil der Hörstörungen ein Unterschied von einem Prozentpunkt feststellen. Betrachtet man den Anteil auffälliger Befunde in dieser Gruppe nach ihrer sprachlichen Integration, lässt sich wiederum bei abnehmender sprachlicher Integration ein Anstieg der auffälligen Befunde beobachten. Dies legt nahe, dass der Zugang zu fehlende sprachgebundene Informationen ein Hindernis für das Erkennen und den Zugang zu angemessener Therapie auffälliger Befunde darstellen.

Bildungsstatus

Abbildung 23 Hörstörungen nach Bildungsstatus
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Auch in Bezug auf den Bildungsstatus sind Unterschiede zwischen den Anteilen auffälliger Befunde feststellbar. Bei Kindern aus Haushalten mit hohem Bildungsstatus liegt der Anteil 1,5 Prozentpunkte niedriger als bei Kindern aus Haushalten mit geringer Bildung.

Fazit

Auch bei den Hörstörungen lässt sich im zweiten Untersuchungszyklus nach Corona ein deutlicher Anstieg des Anteils auffälliger Befunde feststellen. Tendenziell sind Kinder aus bildungsfernen Familien und solche, die eine schlechte sprachliche Integration aufweisen, von Hörstörungen betroffen.

1.2.6 Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern

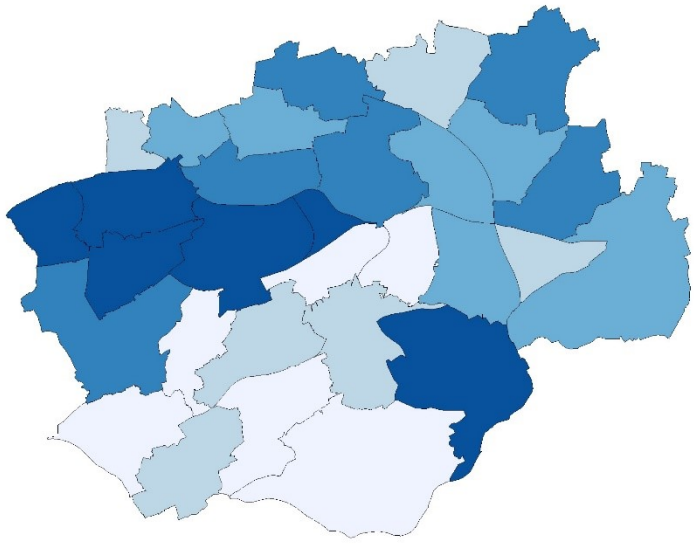
Zu den Fähigkeiten, die für eine erfolgreiche Teilnahme am Schulunterricht entwickelt sein müssen, gehört auch das visuelle Wahrnehmen und Schlussfolgern. Um diese Fähigkeit zu überprüfen, erhalten die zu untersuchenden Kinder die Aufgabe, Formen zu ergänzen bzw. Formenreihen fortzusetzen.

Häufigkeit und kleinräumige Verteilung

Bei 684 der 10.288 in den Untersuchungszyklen für den Schulbeginn 2019-2023 untersuchten Kinder wurden auffällige Befunde im Bereich visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern ermittelt. Dies entspricht einem Anteil von knapp 7 %. Hierbei berücksichtigt wurden Befunde, die bis zur Untersuchung noch nicht bekannt oder nicht hinreichend versorgt waren, sowie bereits in Behandlung befindliche Befunde sowie solche, die schwerwiegend und dauerhaft die Leistungsfähigkeit der Kinder beeinträchtigen („Behinderungen“). Nicht berücksichtigt wurden Befunde, die als nicht behandlungsbedürftig eingestuft wurden.

Abbildung 24 Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern - Anteil auffälliger Befunde

Kleinräumige Verteilung



Erläuterung:

Je dunkler die Färbung der Ortsteile, desto höher ist der Anteil der untersuchten Kinder mit auffälligem Befund.

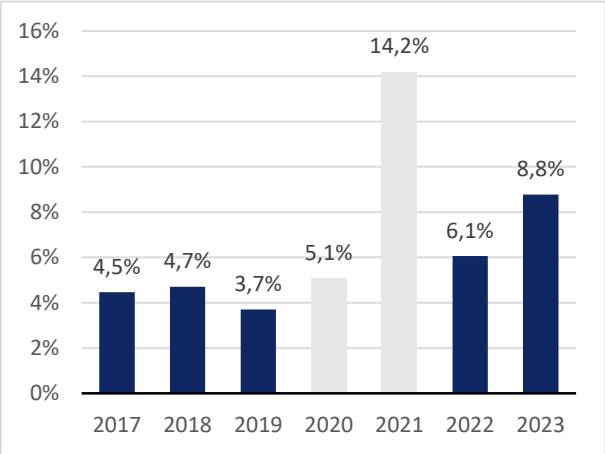
Quelle: Stadt Bochum

Dabei kommt es zu erheblichen Unterschieden zwischen den Ortsteilen (Abbildung 24): Die sechs höchsten Anteile wurden in Kruppwerke (12 %), Wattenscheid-Mitte, Leithe (beide 10 %), Gleisdreieck (9 %), Westenfeld und Querenburg (beide 7 %) festgestellt. Diese Ortsteile sind in der sozialstrukturellen Differenzierung (Sozialbericht Bochum 2021) mit Ausnahme des Gleisdreiecks den Clustern A und B zugeordnet, in denen der Anteil vulnerabler Personengruppen z. T. deutlich erhöht ist.

Die niedrigsten Anteile fanden sich in Dahlhausen (2 %), Stiepel, Weitmar-Mark, Eppendorf, Altenbochum und Südinnenstadt (alle 3 %). Diese Ortsteile sind mit Ausnahme der Südinnenstadt den Clustern D und E der sozialstrukturellen Differenzierung zugeordnet, in denen die Anteile vulnerabler Personengruppen eher niedrig liegen.

Zeitreihenvergleich

Abbildung 25 Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern
Schuleingangsuntersuchungen 2017-2023

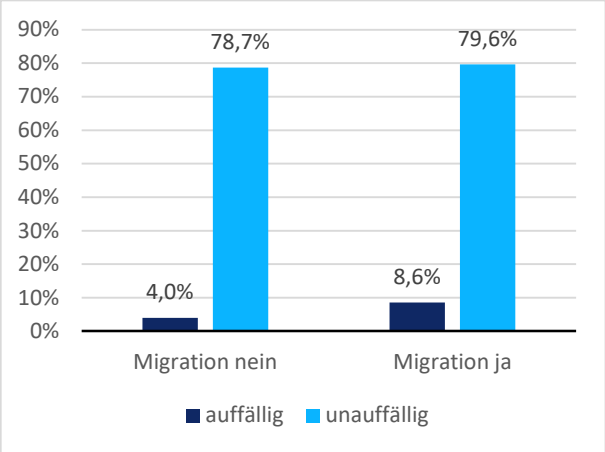


Quelle: Stadt Bochum

Während der Anteil auffälligen Befunde im Bereich visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern vor der Corona-Pandemie bei Werten um die 4 %, zeigte sich auch hier nach Corona ein deutlicher Anstieg. Bei den Untersuchungen zum Einschulungsjahr 2023 lag er bei fast 9 %.

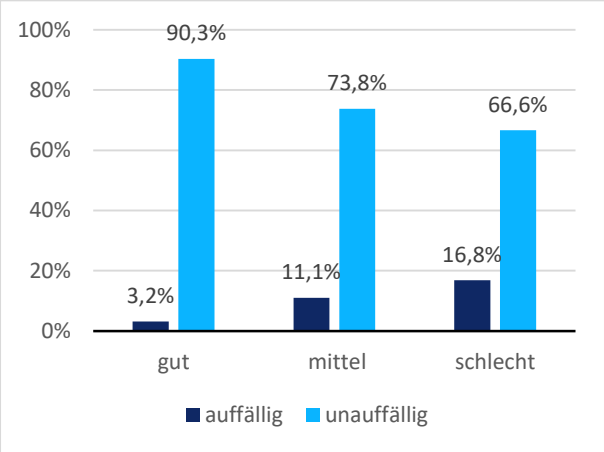
Migration und sprachliche Integration

Abbildung 26
Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern nach Migrationshintergrund
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Abbildung 27
Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern nach Güte der sprachlichen Integration
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023

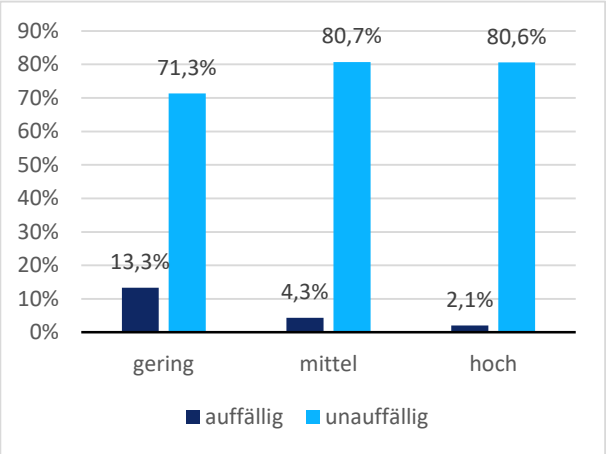


Quelle: Stadt Bochum

Bei Kindern mit Migrationshintergrund liegt der Anteil auffälliger Befunde im Bereich visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern doppelt so hoch wie bei Kindern ohne Migrationshintergrund (Abbildung 26). Auffällig ist dabei, dass der Anteil der Kinder mit unauffälligem Befund in beiden Gruppen ungefähr gleich hoch ist. Dies bedeutet, dass der Anteil der Kinder, bei denen der Test nicht durchgeführt oder kein Ergebnis dokumentiert wurde bei den Kindern mit Migrationshintergrund doppelt so hoch liegt. Die könnte nicht zuletzt darauf zurückzuführen sein, dass einige Kinder mit Migrationshintergrund, den Arbeitsauftrag für diesen Text sprachlich nicht erfassen können. Betrachtet man die vorliegenden Ergebnisse der Kinder mit Migrationshintergrund nach Güte der sprachlichen Integration zeigt sich ein eklatanter Unterschied: Bei Kindern mit schlechter sprachlicher Integration liegt der Anteil auffälliger Befunde fast achtmal höher als bei Kindern mit guter sprachlicher Integration (Abbildung 27).

Bildungsstatus

Abbildung 28 Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern nach Bildungsstatus
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Auch in Bezug auf auffällige Befunde beim visuellen Wahrnehmen und Schlussfolgern zeigt sich ein deutlicher Gradient entlang des Bildungsstatus der Herkunftshaushalte. In Haushalten mit geringer Bildung liegt der Anteil auffälliger Befunde mehr als fünfmal so hoch wie bei denjenigen mit hoher Bildung.

Fazit

Auffällige Befunde im Bereich visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern haben nach Corona deutlich zugenommen. Wie bei vielen anderen Ergebnissen, die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erhoben werden, zeigt sich auch hier eine deutliche Korrelation zwischen Migrationshintergrund bzw. sozialer Lage und Anteil der auffälligen Befunde.

1.2.7 Zahlen- und Mengenvorwissen

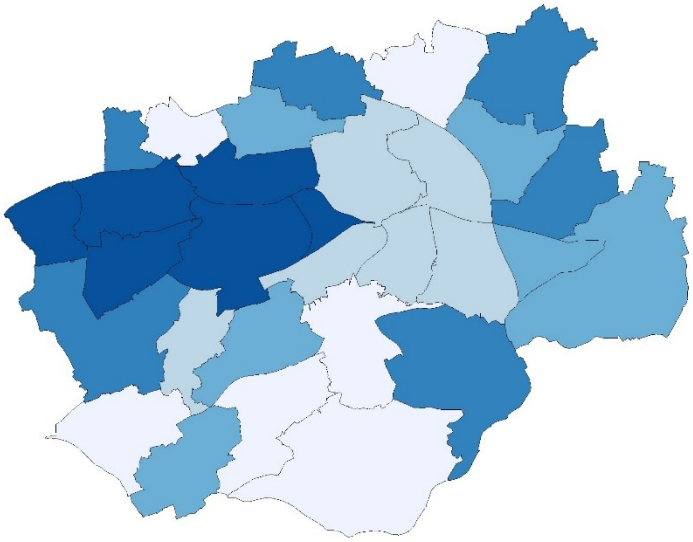
Ein grundlegendes Verständnis von Zahlen und Mengen ist Grundvoraussetzung für viele Aufgaben die Schulanfänger*innen zu erledigen haben. Aus diesem Grunde werden auch hierzu Tests im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung durchgeführt.

Häufigkeit und kleinräumige Verteilung

Bei 658 der 10.288 in den Untersuchungszyklen für den Schulbeginn 2019-2023 untersuchten Kinder wurden auffällige Befunde im Bereich visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern ermittelt. Dies entspricht einem Anteil von gut 6 %. Hierbei berücksichtigt wurden Befunde, die bis zur Untersuchung noch nicht bekannt oder nicht hinreichend versorgt waren, sowie bereits in Behandlung befindliche Befunde sowie solche, die schwerwiegend und dauerhaft die Leistungsfähigkeit der Kinder beeinträchtigen („Behinderungen“). Nicht berücksichtigt wurden Befunde, die als nicht behandlungsbedürftig eingestuft wurden.

Abbildung 29 Zahlen- und Mengenvorwissen - Anteil auffälliger Befunde

Kleinräumige Verteilung



Erläuterung:

Je dunkler die Färbung der Ortsteile, desto höher ist der Anteil der untersuchten Kinder mit auffälligem Befund.

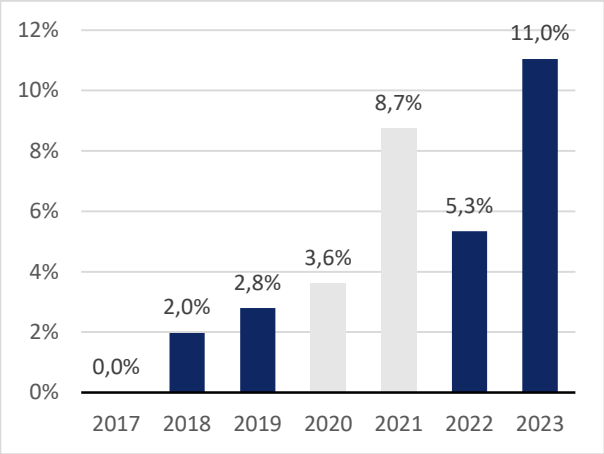
Quelle: Stadt Bochum

Dabei kommt es zu erheblichen Unterschieden zwischen den Ortsteilen: Die sechs höchsten Anteile wurden in Wattenscheid-Mitte (9 %), Kruppwerke, Leithe, Westenfeld (alle 8 %), Gleisdreieck und Hamme (beide 7 %) festgestellt. Diese Ortsteile sind in der sozialstrukturellen Differenzierung (Sozialbericht Bochum 2021) mit Ausnahme des Gleisdreiecks den Clustern A und B zugeordnet, in denen der Anteil vulnerabler Personengruppen z. T. deutlich erhöht ist.

Die niedrigsten Anteile fanden sich in Wiemelhausen/Brenschede, Stiepel, Weitmar-Mark, Bergen/Hiltrop, Dahlhausen (alle 2 %) und Hordel (3 %). Diese Ortsteile sind den Clustern D und E der sozialstrukturellen Differenzierung zugeordnet, in denen die Anteile vulnerabler Personengruppen eher niedrig liegen.

Zeitreihenvergleich

Abbildung 30 Zahlen- und Mengenvorwissen
Schuleingangsuntersuchungen 2017-2023

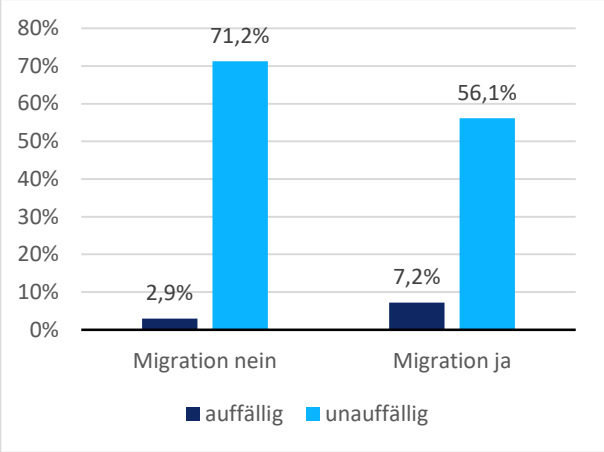


Quelle: Stadt Bochum

Für 2017 liegen zum Zahlen- und Mengenvorwissen keine auswertbaren Informationen vor.
Die auffälligen Befunde im Bereich haben sich nach der Corona-Zeit gegenüber der Zeit davor mehr als verdreifacht.
Bereits 2022 lag der Anteil auffälliger Befunde mehr doppelt so hoch wie in den Jahren vor Corona. Bei den Untersuchungen zum Einschulungsjahr 2023 verdoppelte sich der Anteil nochmals und lag zuletzt bei 11 %. Hier zeigt sich das zuvor beobachtete Muster besonders deutlich: Nach der Pandemiephase ist bei den aggregierten Zahlen ein Anstieg zu verzeichnen.

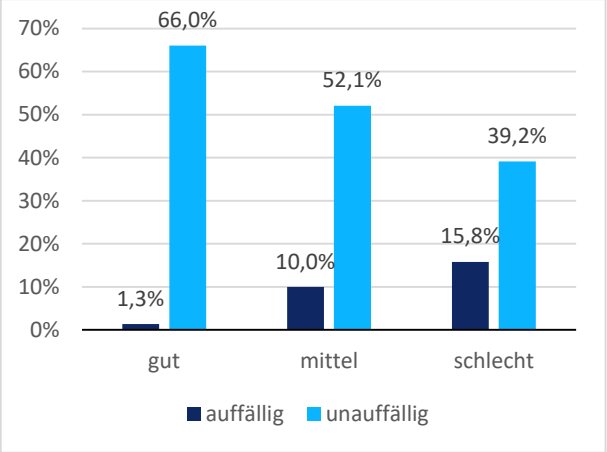
Migration und sprachliche Integration

Abbildung 31 Zahlen- und Mengenvorwissen nach Migrationshintergrund
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Abbildung 32 Zahlen- und Mengenvorwissen nach Güte der sprachlichen Integration
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023

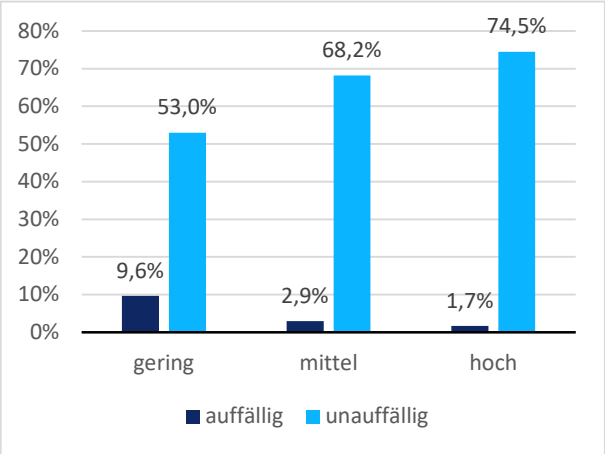


Quelle: Stadt Bochum

Auch bei diesem Befund lag der Anteil der Kinder mit auffälligem Befund unter den Kindern mit Migrationshintergrund mehr als doppelt so hoch wie bei Kindern ohne Migrationshintergrund (Abbildung 31). Dabei korreliert dieser Anteil auffällig mit der sprachlichen Integration dieser Kinder: Bei Kindern mit schlechter sprachlicher Integration lag der Anteil auffälliger Befunde zwölfmal höher als bei den Kindern mit guter sprachlicher Integration (Abbildung 32).

Bildungsstatus

Abbildung 33 Zahlen- und Mengenvorwissen nach Bildungsstatus
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Zwischen dem Bildungsstatus und der dem Anteil auffälliger Befunde besteht ebenfalls eine deutliche Korrelation: Bei Kindern aus Haushalten mit niedrigem Bildungsstatus liegt ihr Anteil dreimal so hoch wie bei denen mit mittlerem und fünfmal so hoch wie denen mit hohem Bildungsstatus.

Fazit

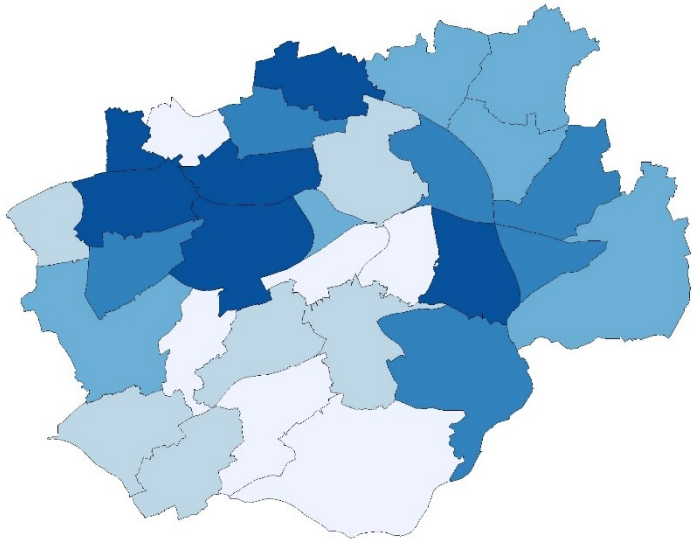
Auch im Bereich Zahlen- und Mengenvorwissen zeigt sich nach Corona ein steigender Anteil an Kindern mit auffälligem Befund. Unter diesen Kindern sind Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder aus wenig gebildeten Haushalten besonders häufig betroffen.

1.2.8 Adipositas

Adipositas (Fettsucht) kann zu zahlreichen schwerwiegenden Erkrankungen führen. Dazu zählen Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Bluthochdruck, Störungen des Fettstoffwechsels und Erkrankungen an Muskeln und Gelenken sowie Haltungsschäden. Bleibt das Übergewicht dauerhaft bestehen, erhöht sich im Erwachsenenalter das Risiko für Schlaganfall und Herzkrankheiten, Erkrankungen der Gallenblase sowie einige Krebsarten. Damit Adipositas gar nicht erst entsteht, müssen die Grundsätze einer ausgewogenen Ernährung und ausreichender Bewegung möglichst früh in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen verankert werden. Umgekehrt können aus dem Anteil der adipösen Kinder Rückschlüsse auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in den Familien geschlossen werden.
Bei den Schulanfängerinnen und -anfänger werden Körpergröße und Gewicht gemessen. Daraus wird der sogenannte Body-Mass-Index (BMI) errechnet. Da das Normgewicht von Kindern entwicklungsbedingt Veränderungen unterliegt, wird dieser BMI der Normalverteilung des Gewichtes der Kinder der jeweiligen Altersstufe zugeordnet. Der daraus resultierende Wert ist die BMI-Perzentile, die angibt, wieviel Prozent der Kinder gemäß der Normalverteilung leichter wären als das untersuchte Kind. Ab der 97. Perzentile wird von Adipositas gesprochen.

Häufigkeit und kleinräumige Verteilung
Bei 619 der 10.288 in den Untersuchungszyklen für den Schulbeginn 2019-2023 untersuchten Kinder wurden auffällige Befunde im Bereich Adipositas ermittelt. Dies entspricht einem Anteil von genau 6 %.

Abbildung 34 Adipositas - Anteil auffälliger Befunde
Kleinräumige Verteilung



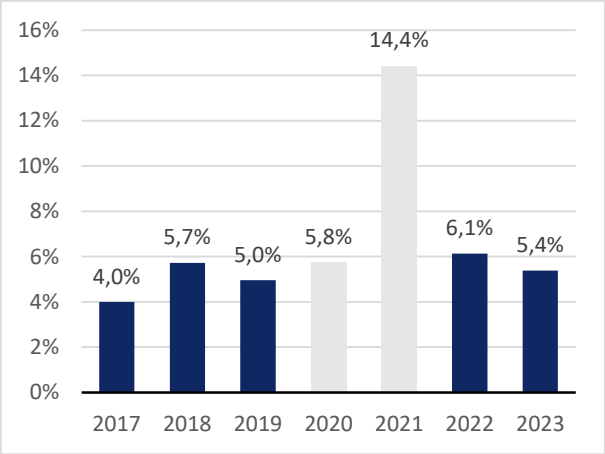
Erläuterung:
Je dunkler die Färbung der Ortsteile, desto höher ist der Anteil der untersuchten Kinder mit auffälligem Befund.

Quelle: Stadt Bochum

Dabei kommt es zu erheblichen Unterschieden zwischen den Ortsteilen: Die sechs höchsten Anteile wurden in Wattenscheid-Mitte (10 %), Laer, Kruppwerke, Riemke (alle 8 %), Hamme und Günnigfeld (beide 7 %) festgestellt. Diese Ortsteile sind in der sozialstrukturellen Differenzierung (Sozialbericht Bochum 2021) den Clustern A und B zugeordnet, in denen der Anteil vulnerabler Personengruppen z. T. deutlich erhöht ist.
Die niedrigsten Anteile fanden sich in Stiepel (1 %), Südinnenstadt, Hordel, Weitmar-Mark Eppendorf (alle 2 %) und Altenbochum (3 %). Diese Ortsteile sind mit Ausnahme der Südinnenstadt den Clustern D und E der sozialstrukturellen Differenzierung zugeordnet, in denen die Anteile vulnerabler Personengruppen eher niedrig liegen.

Zeitreihenvergleich

Abbildung 35 Adipositas
Schuleingangsuntersuchungen 2017-2023

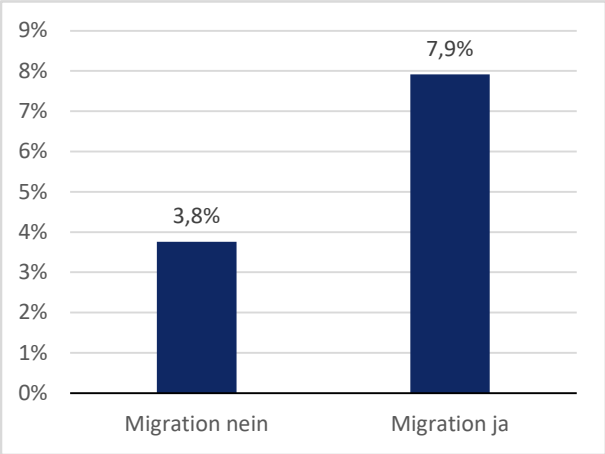


Quelle: Stadt Bochum

Der Anteil der Schulanfänger*innen mit Adipositas zeigt – anders als viele der zuvor beschriebenen Untersuchungsergebnisse keinen eindeutigen Trend. Die Anteilsschwankungen fallen gering aus, und auch der bei den Sprach- und Sprechstörungen sowie bei der Sehschärfe beobachtete Anstieg vom 2022 auf 2023 fehlt hier. Im Gegenteil liegt der Anteil adipöser Kinder 2023 niedriger als im Vorjahr.

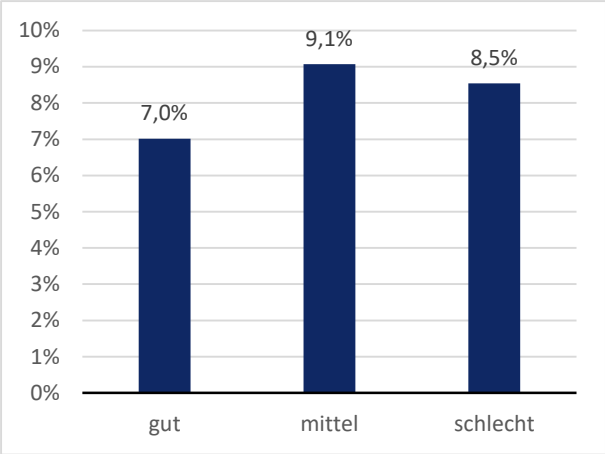
Migration und sprachliche Integration

Abbildung 36 Adipositas
nach Migrationshintergrund
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Abbildung 37 Adipositas
nach Güte der sprachlichen Integration
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023

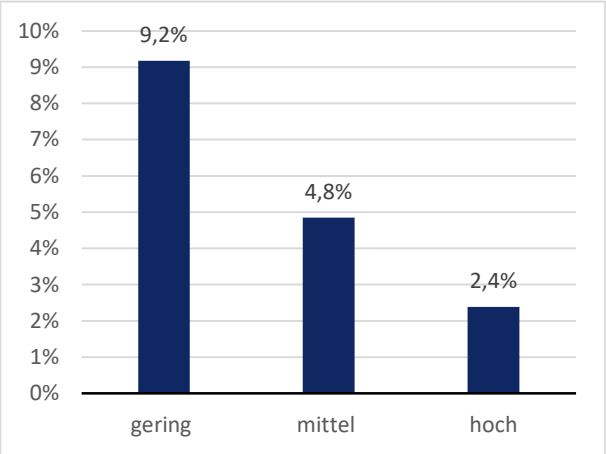


Quelle: Stadt Bochum

Zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund gibt es einen deutlichen Unterschied beim Anteil der Kinder mit Adipositas. Er liegt bei Kindern mit Migrationshintergrund mit fast 8 % doppelt so hoch wie bei Kindern ohne. Allerdings ist beim Vergleich der Kinder nach Güte der sprachlichen Integration kein deutlicher Gradient festzustellen. Zwar liegt der Anteil der Adipösen bei Kindern mit guter sprachlicher Integration niedriger als bei denen mit mittlerer oder schlechter, der höchste Anteil adipöser Kinder findet sich jedoch unter denen mit mittlerer sprachlicher Integration. Überdies ist der Anstieg im Vergleich zu anderen Befunden hier moderater.

Bildungsstatus

Abbildung 38 Adipositas nach Bildungsstatus
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Eine deutliche Korrelation besteht zwischen dem Bildungsstatus der Elternhäuser und der Häufigkeit von Adipositas, wobei mit sinkendem Bildungsstatus der Anteil der adipösen Kinder ansteigt: Mehr als viermal so viele Kinder aus Familien mit geringer Bildung sind adipös als solche aus Familien mit hoher Bildung.

Fazit

Vor und nach der Corona-Pandemie bewegt sich der Anteil der Schulanfänger*innen mit Adipositas auf ähnlichem Niveau. Auch bei Adipositas fällt ein erhöhter Anteil betroffener Kinder mit einem Migrationshintergrund und einem niedrigen Bildungsstatus zusammen. Die Korrelation zwischen der Güte der sprachlichen Integration und dem Anteil adipöser Kinder fällt jedoch nicht so deutlich aus wie bei anderen Befunden.

1.2.9 Empfehlung sonderpädagogischer Förderung (AOSF-Verfahren)

Kinder, die beispielsweise beim Lernen, im sozialen Miteinander Schwierigkeiten haben, oder in anderen Bereichen der Entwicklung (körperlich-motorisch, geistige Entwicklung, Hören, Sprache oder Sehen) Schwierigkeiten haben könnten, erhalten eine besondere Förderung und Unterstützung. Im Rahmen eines AOSF-Verfahrens (Ausbildungsordnung Sonderpädagogischer Förderung) wird überprüft und festgestellt, ob diese besondere Förderung und Unterstützung erhalten können. Dazu wird zunächst ein sonderpädagogisches Gutachten für das betreffende Kind erstellt und dann unter Beteiligung der Eltern eine Entscheidung über einen geeigneten Förderort getroffen.

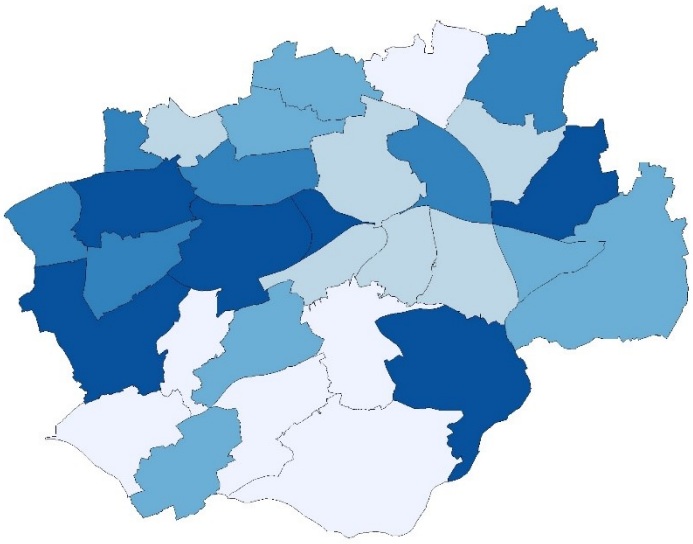
Der Anteil der Kinder mit einer Empfehlung sonderpädagogischer Förderung wird in diesem Basisgesundheitsbericht erstmals ausgewertet. Die Auswertung kann als Indikator für hohen und komplexen Förderbedarf bei Schulanfänger*innen gelten.

Häufigkeit und kleinräumige Verteilung

Bei 398 der 10.288 in den Untersuchungszyklen für den Schulbeginn 2019-2023 untersuchten Kinder wurden Empfehlungen für sonderpädagogische Förderung ausgesprochen. Dies entspricht einem Anteil von knapp 4 %.

Abbildung 39 Empfehlung sonderpädagogischer Förderung - Anteil auffälliger Befunde

Kleinräumige Verteilung



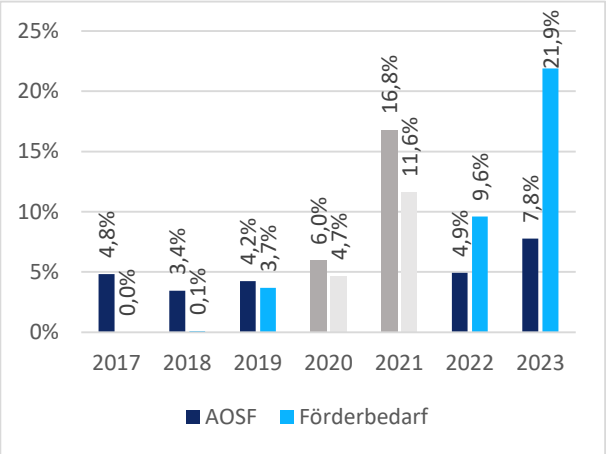
Erläuterung:
Je dunkler die Färbung der Ortsteile, desto höher ist der Anteil der untersuchten Kinder mit auffälligem Befund.

Quelle: Stadt Bochum

Dabei kommt es zu erheblichen Unterschieden zwischen den Ortsteilen (Abbildung 39): Die sechs höchsten Anteile wurden in Gleisdreieck (9 %), Kruppwerke (8 %), Wattenscheid-Mitte, Querenburg (beide 7 %), Werne und Höntrop (6 %) festgestellt. Diese Ortsteile sind in der sozialstrukturellen Differenzierung (Sozialbericht Bochum 2021) mit Ausnahme des Gleisdreiecks den Clustern A und B zugeordnet, in denen der Anteil vulnerabler Personengruppen z. T. deutlich erhöht ist.
Die niedrigsten Anteile fanden sich in Stiepel (2 %), Weitmar-Mark, Dahlhausen, Wiemelhausen/Brenschede, Bergen/Hiltrop und Eppendorf (alle 3 %). Diese Ortsteile sind mit Ausnahme der Südinnenstadt den Clustern D und E der sozialstrukturellen Differenzierung zugeordnet, in denen die Anteile vulnerabler Personengruppen eher niedrig liegen.

Zeitreihenvergleich

Abbildung 40 Empfehlung sonderpädagogischer Förderung (AOSF)
Schuleingangsuntersuchungen 2017-2023

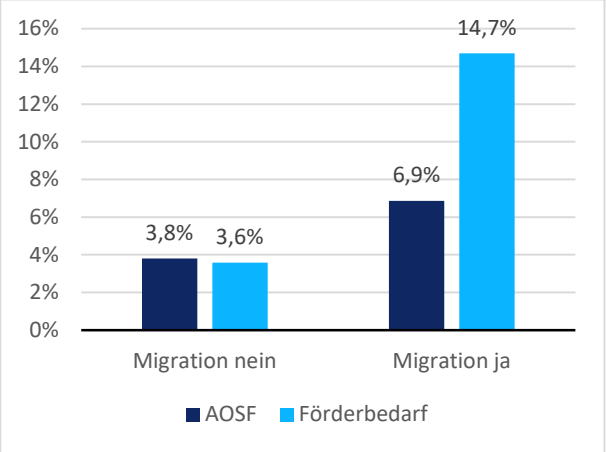


Quelle: Stadt Bochum

Die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung festgestellten Beeinträchtigungen führen in den Jahren nach der Pandemie deutlich häufiger zu einer Empfehlung sonderpädagogischer Förderung nach der Ausbildungsordnung „sonderpädagogische Förderung“ (AOSF).
Lag der Anteil dieser Empfehlungen in den Jahren vor der Corona-Pandemie bei Werten um 4 %, waren es in den beiden Nach-Corona-Jahren zuletzt fast 8 %.
Noch deutlicher fällt der Anstieg bei Kindern mit einem Förderbedarf unterhalb der Grenze des AOSF-Verfahrens: 2019 lag der Anteil der Kinder mit einem solchen Förderbedarf unter 4 %, 2022 bei fast 10 % und 2023 über 20 %.

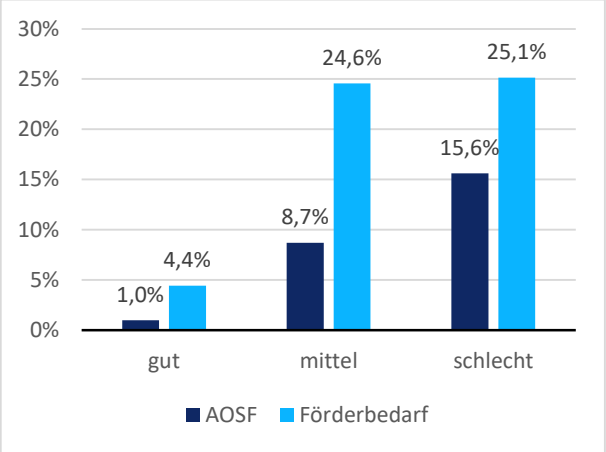
Migration und sprachliche Integration

Abbildung 41 Empfehlung sonderpädagogischer Förderung (AOSF) nach Migrationshintergrund
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Abbildung 42 Empfehlung sonderpädagogischer Förderung (AOSF) nach Güte der sprachlichen Integration
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023

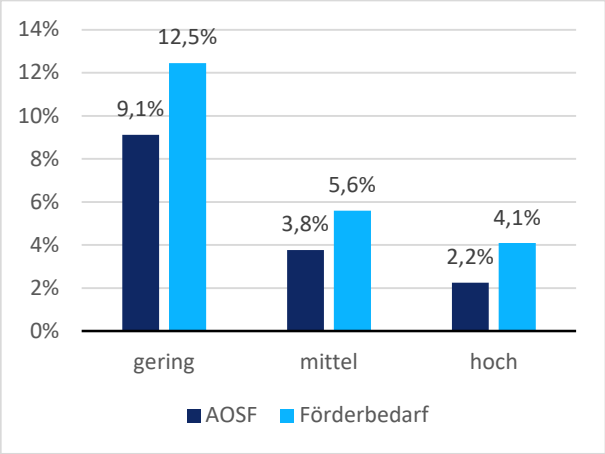


Quelle: Stadt Bochum

Bei Kindern mit Migrationshintergrund liegt der Anteil der Empfehlungen sonderpädagogischer Förderung nach AOSF 50 % über dem Anteil bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Die umgekehrte Korrelation zwischen der Höhe des Anteils von AOSF-Förderempfehlungen und der sprachlichen Integration der Kinder mit Migrationshintergrund ist auch hierbei ausgeprägt. Bei Kindern mit guter sprachlicher Integration wird nur für jedes hundertste Kind eine Empfehlung sonderpädagogischer Förderung ausgesprochen, bei Kindern mit schlechter sprachlicher Integration für jedes sechste.
Bei den übrigen Förderbedarfen zeigt sich ein noch deutlicheres Bild: Kinder mit Migrationshintergrund erhalten viermal häufiger Förderempfehlungen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Bei Kindern mit mittlerer und schlechter sprachlicher Integration werden solche Fördermaßnahmen sogar fünfmal häufiger empfohlen als bei Kindern mit guter Sprachintegration.

Bildungsstatus

Abbildung 43 Empfehlung sonderpädagogischer Förderung (AOSF) nach Bildungsstatus
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Gleiches gilt auch für die Korrelation zwischen dem Anteil der Förderempfehlungen und der Bildungsstatus des elterlichen Haushalts: Bei Kindern aus Haushalten mit geringem Bildungsstatus liegt die Quote der AOSF-Verfahren viermal so hoch wie bei den Kindern aus bildungsnahen Elternhäusern.

Fazit

Für das Jahr 2023 lässt sich ein deutlicher Anstieg der AOSF-Verfahren ebenso wie der sonstigen Förderempfehlungen beobachten. Besonders betroffen sind hier Kinder mit Migrationshintergrund, mittlerer oder schlechter sprachlicher Integration sowie aus Elternhäusern mit einer niedrigen Bildung.

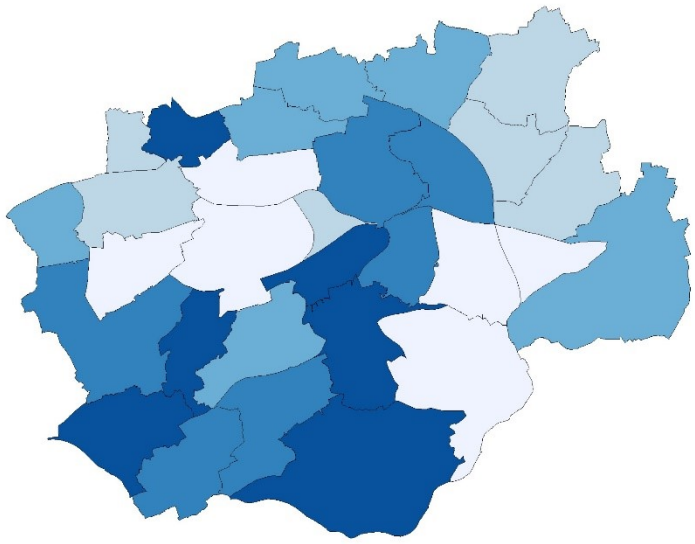
1.2.10 Teilnahme U9

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird nicht nur der aktuelle Gesundheitszustand der Schulanfängerinnen und -anfänger erhoben und im Hinblick auf die Schulfähigkeit der untersuchten Kinder ausgewertet. Darüber hinaus wird der Impfstatus (siehe Kap. 4.6) der Kinder erhoben und festgehalten, ob die Schulanfängerinnen und -anfänger die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 wahrgenommen haben.
Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen lässt Rückschlüsse auf die Bedeutung zu, die Eltern Gesundheitsförderung und Prävention einräumen. Aus Sicht der bevölkerungsbezogenen Medizin sind sie gute Gelegenheiten, um Auffälligkeiten der kindlichen Entwicklung und Krankheitszeichen frühzeitig zu erkennen.
Bei den Früherkennungsuntersuchungen wird der jeweils für das Kind altersgerechte Entwicklungsstand überprüft. Entsprechend unterscheiden sich die Untersuchungen in ihrer Schwerpunktsetzung. Bei den hier dargestellten Früherkennungsuntersuchungen U9 werden Beweglichkeit und Geschicklichkeit, das Seh- und Hörvermögen, das Sozialverhalten und das Verständnis sozialer Regeln untersucht.
Die U9 findet zwischen dem 60. und 64. Lebensmonat statt. Bei der Bewertung der Ergebnisse der U9 ist zu berücksichtigen, dass einige Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung den 66. Lebensmonat noch nicht vollendet haben. Die Zeitspanne für die Durchführung der U9 ist noch nicht vorüber. Entsprechend bedeutet bei diesen Kindern das Fehlen der Untersuchung kein Versäumnis.

Häufigkeit und kleinräumige Verteilung

Von den 10.288 in den Untersuchungszyklen für den Schulbeginn 2019-2023 untersuchten Kinder haben 8.469 an der Früherkennungsuntersuchung U9 teilgenommen. Dies entspricht einem Anteil von 82 %. Knapp 9 % haben nicht an der U9 teilgenommen, bei ebenfalls knapp 9 % der untersuchten Kinder ist die Teilnahme an der U9 unbekannt, weil das Früherkennungsheft nicht vorgelegt wurde oder aus anderen Gründen kein Ergebnis dokumentiert werden konnte.

Abbildung 44 Teilnahme Früherkennungsuntersuchung U9
Kleinräumige Verteilung



Erläuterung:
Je dunkler die Färbung der Ortsteile, desto höher ist der Anteil der untersuchten Kinder mit dokumentierter Früherkennungsuntersuchung.

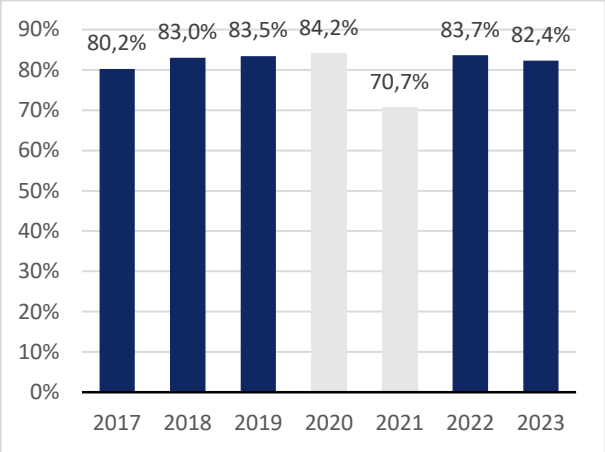
Quelle: Stadt Bochum

Die Teilnahmequote an der U9 variiert auf der Ebene der dreißig Ortsteile zwischen 74 % und 92 %. Die sechs höchsten Anteile wurden in Hordel (93 %), Eppendorf (92 %), Stiepel (91 %), Wiemelhausen/Brenschede (90 %), Südinnenstadt, und Dahlhausen (beide 89 %) festgestellt. Diese Ortsteile sind in der sozialstrukturellen Differenzierung (Sozialbericht Bochum 2021) mit Ausnahme der Südinnenstadt den

Clustern D und E der sozialstrukturellen Differenzierung zugeordnet, in denen die Anteile vulnerabler Personengruppen eher niedrig liegen.
Die niedrigsten Anteile fanden sich in Querenburg (74 %), Laer, Hamme (beide 76 %), Westenfeld (77 %), Kruppwerke und Langendreer-Alter Bahnhof (beide 78 %). Diese Ortsteile sind den Clustern A und B zugeordnet, in denen der Anteil vulnerabler Personengruppen z. T. deutlich erhöht ist.

Zeitreihenvergleich

Abbildung 45 Teilnahme Früherkennungsuntersuchung U9
Schuleingangsuntersuchungen 2017-2023

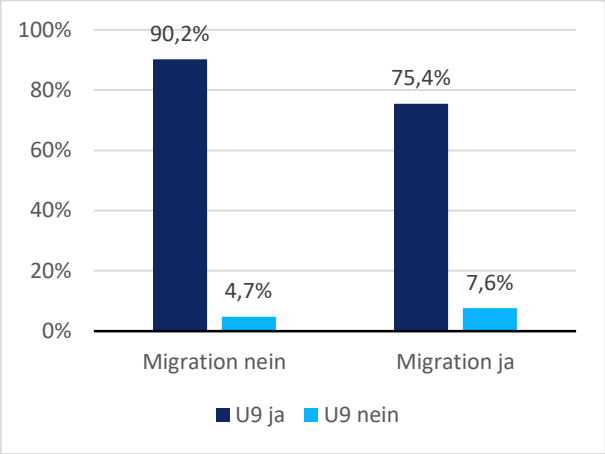


Quelle: Stadt Bochum

Vor und nach der Corona-Pandemie unterscheidet sich die Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchung U9 nur unwesentlich.
Dies weist auf die grundsätzliche Akzeptanz von Früherkennungsmaßnahmen durch die Eltern hin und auf den positiven Effekt der Erinnerung der Eltern durch die Zentrale Stelle Gesunde Kindheit beim Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).

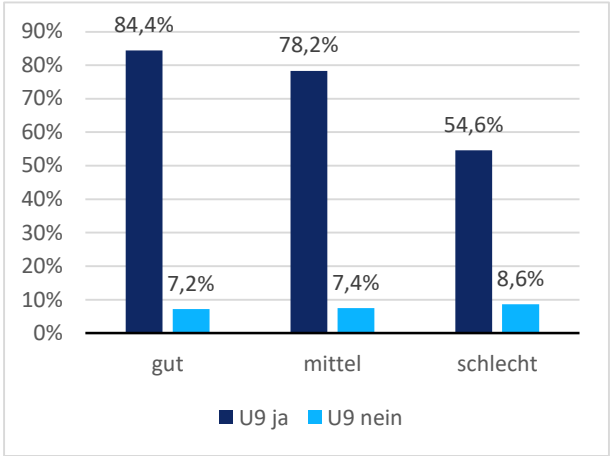
Migration und sprachliche Integration

Abbildung 46 Teilnahme Früherkennungsuntersuchung U9 nach Migrationshintergrund
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Abbildung 47 Teilnahme Früherkennungsuntersuchung U9 nach Güte der sprachlichen Integration
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



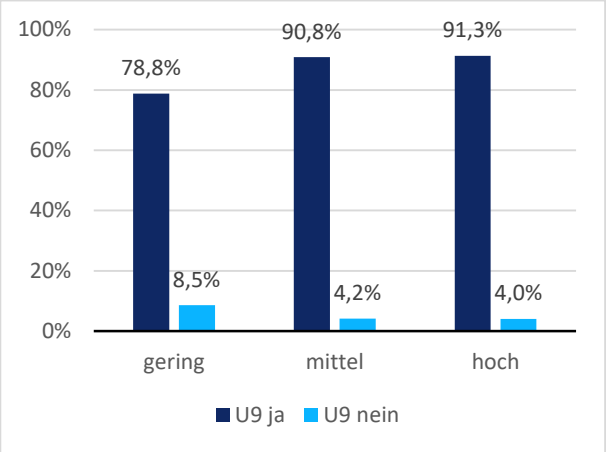
Quelle: Stadt Bochum

Trotz der Erinnerung durch die Zentrale Stelle Gesunde Kindheit lassen sich bei bestimmten Gruppen Unterschiede in der Wahrnehmung der U9 erkennen. Zwischen Kinder mit und ohne Migrationshintergrund besteht ein merklicher Unterschied von fast fünfzehn Prozentpunkten (Abbildung 46). Auch der gute sprachliche Zugang scheint bei Kindern mit Migrationshintergrund eine Rolle zu spielen: Bei Kindern mit schlechter

sprachlicher Integration wurden lediglich in knapp zwei Dritteln der Fälle überhaupt ein Früherkennungsheft vorgelegt und bei jedem sechsten dieser Kinder wurde keine durchgeführte U9 dokumentiert (Abbildung 47). Offenbar bestehen bei der Wahrnehmung dieses für Deutschland spezifischen Systems der Früherkennung nach wie vor sprachliche und kulturelle Hürden.

Bildungsstatus

Abbildung 48 Teilnahme Früherkennungsuntersuchung U9 nach Bildungsstatus
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Auch der Bildungsstatus des Elternhauses fällt mit Unterschieden in der Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchung U9 zusammen.
Deutlich über 90 % der Kinder aus Haushalten mit mittlerer und hoher Bildung legen ein Früherkennungsheft vor und deutlich weniger als jedes zehnte Kind davon weist keine dokumentiert U9 auf. Bei Kindern aus Familien mit geringem Bildungsstatus liegt die Vorlage des Früherkennungsheftes bei unter 80 %.

Fazit
Die allermeisten Schulanfänger*innen haben zum Zeitpunkt ihrer Schuleingangsuntersuchung an der Früherkennungsuntersuchung U9 teilgenommen. Der Anteil der Kinder mit dokumentierter Früherkennungsuntersuchung liegt bei Kindern mit Migrationshintergrund, mangelhafter sprachlicher Integration und aus bildungsfernen Elternhäusern niedriger.

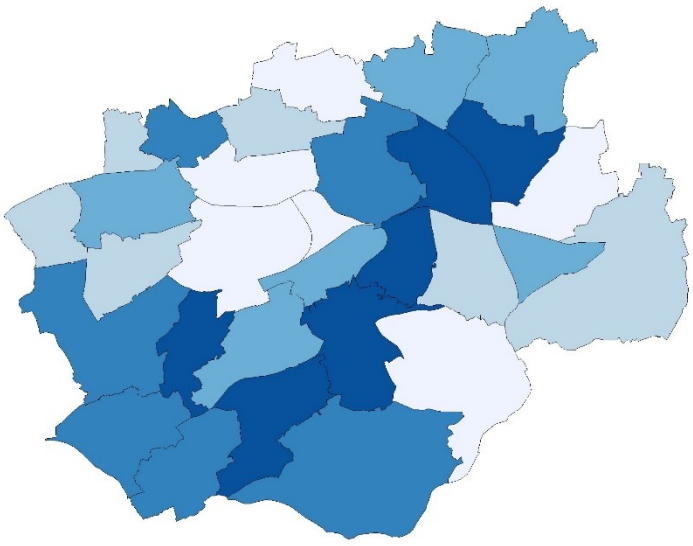
1.2.11 Masernimpfschutz

Schutzimpfungen gehören zu den kostengünstigsten und sichersten Maßnahmen zur Verhütung bestimmter Infektionskrankheiten. Diphtherie, Keuchhusten oder Masern sind nicht zuletzt wegen der Schutzimpfung gegen diese Erkrankungen in Europa selten geworden.
Trotz allem kommt es immer wieder zu einzelnen Erkrankungsfällen wegen dieser Krankheiten oder sogar zu kleineren Ausbrüchen. Insbesondere Masern sind in den vergangenen Jahren auch in Nordrhein-Westfalen immer wieder zum Problem geworden. Dabei waren auch Flüchtlinge und Asylsuchende in Gemeinschaftsunterkünften von Masernfällen betroffen.
Vor diesem Hintergrund kommt der Förderung von Schutzimpfungen nach wie vor große Bedeutung zu. Ihre Akzeptanz wird hier exemplarisch anhand der Masernschutzimpfung dargestellt. Diese bieten sich nicht zuletzt deswegen an, weil die Ausrottung der Masern ein erklärtes Ziel der deutschen Gesundheitspolitik ist. Seit 01.03.2020 gilt überdies eine einrichtungsbezogene Masernschutz-Impfpflicht für Personen, die in einer Gemeinschaftseinrichtung arbeiten.
Zur Immunisierung gegen Masern ist eine zweimalige Impfung notwendig. Wird eine Durchimpfungsrate von 95% in allen Altersstufen erreicht, kann sich die Krankheit nicht mehr erfolgreich ausbreiten.

Häufigkeit und kleinräumige Verteilung

Von den 10.288 in den Untersuchungszyklen für den Schulbeginn 2019-2023 untersuchten Kinder verfügen 9.133 über einen vollständigen Masernimpfschutz. Dies entspricht einem Anteil von 89 %. Bei gut 3 % ist der Masernimpfschutz unvollständig oder fehlt gänzlich, bei knapp 8 % der untersuchten Kinder ist der Impfstatus an der U9 unbekannt, weil das Impfbuch nicht vorgelegt wurde oder aus anderen Gründen keine Impfungen dokumentiert werden konnten.

Abbildung 49 Vollständiger Masernimpfschutz
Kleinräumige Verteilung



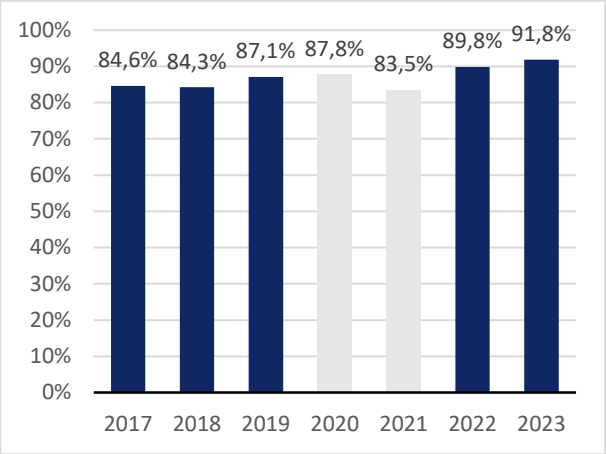
Erläuterung:
Je dunkler die Färbung der Ortsteile, desto höher ist der Anteil der untersuchten Kinder mit vollständigem Impfschutz.

Quelle: Stadt Bochum

Die Teilnahmequote an der U9 variiert auf der Ebene der dreißig Ortsteile zwischen 84 % und 93 %. Die sechs höchsten Anteile wurden in Eppendorf, Kornharpen/Voede-Abzweig, Altenbochum (alle 93 %), Harpen/Rosenberg, Weitmar-Mark und Wiemelhausen/Brenschede (alle 92 %) festgestellt. Diese Ortsteile sind in der sozialstrukturellen Differenzierung (Sozialbericht Bochum 2021) den Clustern D und E der sozialstrukturellen Differenzierung zugeordnet, in denen die Anteile vulnerabler Personengruppen eher niedrig liegen.
Die niedrigsten Anteile fanden sich in Querenburg (84 %), Werne, Kruppwerke (beide 85 %), Gleisdreieck, Hamme und Riemke (alle 86 %). Diese Ortsteile sind mit Ausnahme des Gleisdreiecks den Clustern A und B zugeordnet, in denen der Anteil vulnerabler Personengruppen z. T. deutlich erhöht ist.

Zeitreihenvergleich

Abbildung 50 Vollständiger Masernimpfschutz
Schuleingangsuntersuchungen 2017-2023

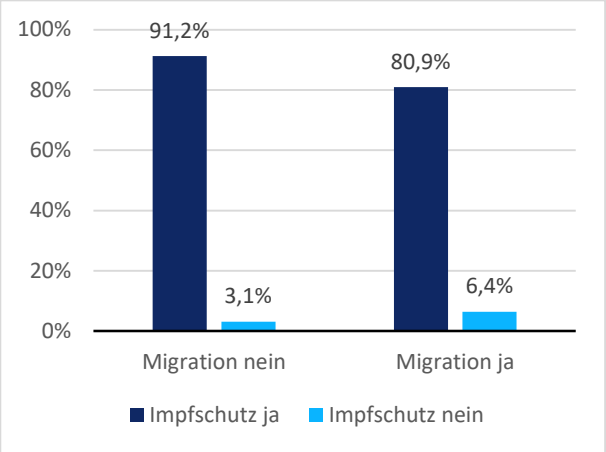


Quelle: Stadt Bochum

Eine positive Entwicklung lässt sich beim Anteil der Kinder mit vollständiger Immunisierung gegen Masern feststellen. Ihr Anteil lag in der Nach-Corona-Phase mit gut 90 % fünf Prozentpunkte über dem durchschnittlichen Anteil vor der Pandemie.
Zu dieser positiven Entwicklung trägt – neben einer grundsätzlich hohen Akzeptanz von Schutzimpfungen bei den Eltern – die einrichtungsbezogene Masernimpflicht gem. § 20 Abs. 8 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) entscheidend bei.

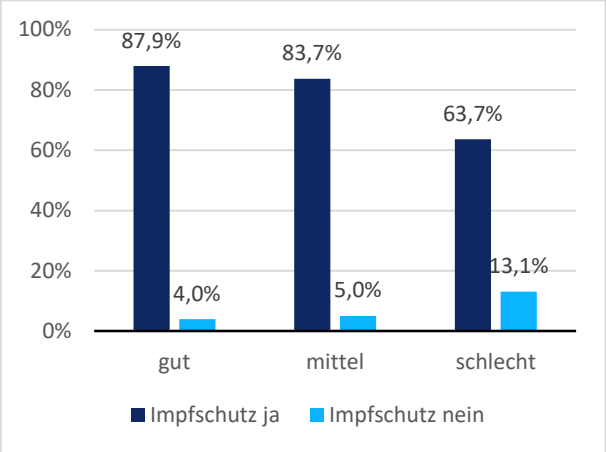
Migration und sprachliche Integration

Abbildung 51 Vollständiger Masernimpfschutz nach Migrationshintergrund
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Abbildung 52 Vollständiger Masernimpfschutz nach Güte der sprachlichen Integration
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023

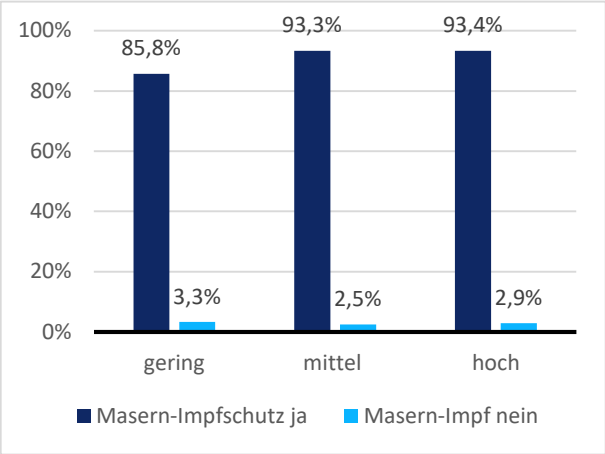


Quelle: Stadt Bochum

Auch beim vollständigen Masernimpfschutz lassen sich Unterschiede in Bezug auf den Migrationshintergrund (Abbildung 51) und Güte der sprachlichen Integrationen (Abbildung 52) erkennen. Deutlichere Unterschiede lassen sich entlang der Güte der sprachlichen Integration erkennen: Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund und schlechter sprachlicher Integration mit dokumentiertem vollständigem Masernimpfschutz liegt 25 Prozentpunkte und dem entsprechenden Anteil bei Kindern mit guter sprachlicher Integration.

Bildungsstatus

Abbildung 53 Vollständiger Masernimpfschutz nach Bildungsstatus
Schuleingangsuntersuchungen 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Die Unterschiede nach Bildungsstatus des elterlichen Haushaltes fallen beim vollständigen Impfschutz gegen Masern deutlich geringer aus als bei anderen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erhobenen Befunden.

Fazit
Der weit überwiegende Teil der Schulanfänger*innen verfügt über einen vollständigen Impfschutz gegen Masern. Unterschiede in Bezug auf Bildungsstatus oder Migrationshintergrund sind vorhanden, fallen aber vergleichsweise moderat aus. Ein deutlicherer Unterschied besteht zwischen Kindern mit guter bzw. schlechter sprachlicher Integration.

1.2.12 Index gesundheitlicher Herausforderungen

Bei der Auswertung der einzelnen Merkmale der Dokumentation der Schuleingangsuntersuchung lassen sich deutliche Unterschiede in der kleinräumigen Verteilung feststellen. Ortsteile, die bei einem Merkmal erhöhte Werte aufweisen, sind bei anderen Merkmalen unauffällig oder liegen sogar unter dem städtischen Durchschnittswert. Es stellt sich daher die Frage, ob in einigen Ortsteilen auffällige Ergebnisse gehäuft auftreten. In diesem Fall kann davon ausgegangen werden, dass in diesen Ortsteilen besondere gesundheitliche Belastungen gegeben sind.
Um dies zu überprüfen, wurden die Einzelergebnisse zu einer Gesamtauswertung zusammengefasst. Dazu wurde für jedes Merkmal eine Rangliste erstellt. Die Ortsteile mit dem „besten“ Wert, der die geringste gesundheitliche Belastung oder Herausforderung nahelegt, wurden an Rang 1 gesetzt, die mit dem „schlechtesten“ Wert an Rang 30, zum Beispiel:

- In Hordel wurden im Untersuchungszeitraum 2019-2023 bei 84,5 % der untersuchten Kinder ein eine vollständige Masernschutzimpfung dokumentiert. Dies war der höchste Wert. Da ein hoher Durchimpfungsgrad positiv zu bewerten ist, erhält Hordel den Rang 1 aller Ortsteile.
- In Wattenscheid-Mitte wurde im gleichen Untersuchungszeitraum bei 11,3% der untersuchten Kinder Adipositas (Fettsucht) festgestellt. Auch dies war der höchste Wert. Da Adipositas ein gesundheitliches Problem anzeigt, erhält Wattenscheid-Mitte den Rang 30.

Für jeden Ortsteil wurden anschließend die Rangwerte, die sie bei den Merkmalen aus den Kapiteln 1.2.2 bis 0 aufweisen, zu einem Index aufaddiert. Dieser kleinräumige Index gesundheitlicher Herausforderungen

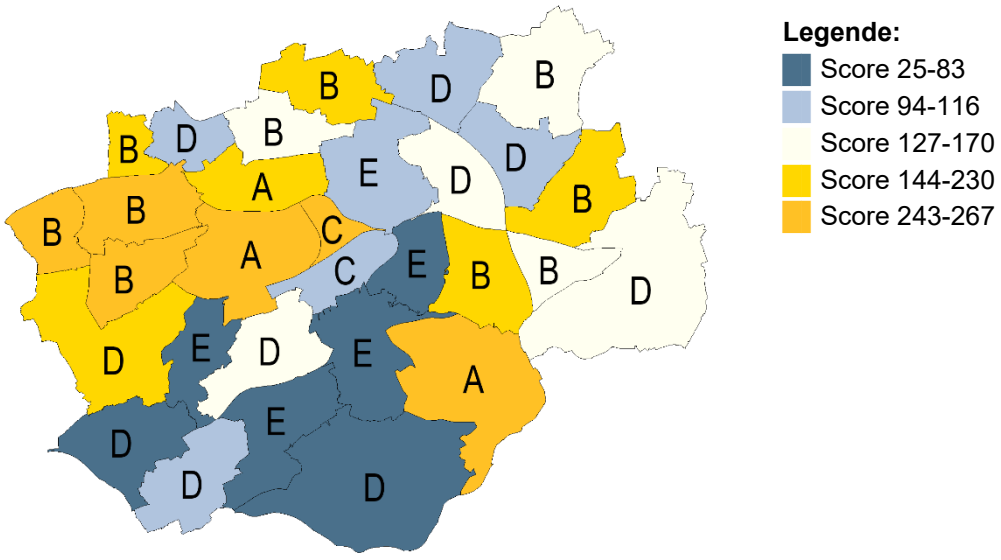
kann zwischen 10 und 300 liegen. Je höher der Index ist, desto höher sind die gesundheitlichen Herausforderungen im Ortsteil. Die Darstellung des Ergebnisses erfolgt – ebenso wie die Auswertungen der einzelnen Merkmale – als Kartogramm.

Zusätzlich wurde diese Auswertung in Beziehung gesetzt zur sozialstrukturellen Differenzierung der Bochumer Ortsteile aus dem Sozialbericht Bochum 2021 (Sozialbericht Bochum 2021, 338-354) Die sozialstrukturelle Differenzierung ordnet die dreißig Ortsteile Bochums fünf Clustern zu, die durch ähnliche soziale Zusammensetzung der Bevölkerung und durch eine ähnliche Siedlungsstrukturgeprägt sind.

- Cluster A ist durch eine erheblich ungünstige soziodemographische Lage und eine durchschnittliche Siedlungsstruktur gekennzeichnet.
- Cluster B ist durch eine ungünstige soziodemographische Lage und eine durchschnittliche Siedlungsstruktur gekennzeichnet.
- Cluster C weist soziodemographisch eine durchschnittliche Lage und eine hoch verdichtete, von Ein-Personenhaushalten und starken Wanderungsbewegungen geprägte Siedlungsstruktur auf.
- Cluster D ist durch eine günstige soziodemographische Lage und eine günstige Siedlungsstruktur gekennzeichnet.
- Cluster E weist eine erheblich überdurchschnittliche soziale Lage und eine durchschnittliche Siedlungsstruktur auf.

Auf Ortsteilebene variieren die Indexwerte zwischen 22 und 264. Es lässt sich somit eine deutliche kleinräumige Differenzierung erkennen (Abbildung 54).

Abbildung 54 Kleinräumiger Index gesundheitlicher Herausforderungen und soziostrukturelle Clusterung



Quelle: Stadt Bochum

Die geringsten Score-Werte wurden in Stiepel, Eppendorf, Weitmar-Mark, Wiemelhausen/Brenschede, Altenbochum und Dahlhausen festgestellt. In diesen Ortsteilen ist die gesundheitliche Belastung der Schulanfängerinnen und -anfänger bzw. die gesundheitlichen Herausforderungen gering. Diese geringere gesundheitliche Belastung fällt mit einer günstigen bis sehr günstigen soziodemographischen und Siedlungsstruktur zusammen: Sämtliche Ortsteile gehören den Clustern D und E an.
Die höchsten Indexwerte finden sich in Wattenscheid-Mitte, Westenfeld, Gleisdreieck, Kruppwerke, Günnigfeld und Leithe. Diese Ortsteile gehören mit Ausnahme des Gleisdreiecks zu den soziodemographisch und

siedlungsstrukturell ungünstigen Clustern A und B. Sie befinden sich überdies in dem Bereich Bochums, der von umweltbezogenen Mehrfachbelastungen betroffen ist (siehe unten Kapitel 0).

1.2.13 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es in Bezug auf die gesundheitlichen Herausforderungen eine deutliche Abstufung zwischen den Ortsteilen gibt, die tendenziell mit sozialstrukturellen Herausforderungen korreliert.
Ortsteile mit einem höheren Indexwert bieten sich besonders als Orte für gesundheitsfördernde und präventive Interventionen an. Idealerweise werden derartige Interventionen nicht isoliert geplant, sondern in engem Zusammenhang mit Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen und baulichen Infrastruktur der Ortsteile (z. B. Stadterneuerungen).

Neben dieser räumlichen Schwerpunktsetzung lassen sich aus der Auswertung der Schuleingangsuntersuchung noch besondere Zielgruppen und Themenstellungen ableiten:

- Kinder mit einem Migrationshintergrund und mangelhafter sprachlicher Integration sind fast durchgehend verstärkt von Auffälligkeiten betroffen. Hier gilt es, die Sprachkompetenz des familiären Systems zu stärken. Der Förderung der deutschen Sprache kommt in dieser Perspektive eine eminent gesundheitsförderliche Funktion zu.
- Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstatus sind ebenfalls deutlich häufiger von Auffälligkeiten betroffen. Hier gilt es, die Gesundheitskompetenz des familiären Systems zu stärken.

- Der nach wie vor hohe Anteil adipöser Kinder, insbesondere in sozial benachteiligten Ortsteilen, weist auf einen großen Bedarf an bewegungsfördernden Angeboten und auf die Förderung gesunder Ernährung hin.

In nahezu allen Bereich zeigt sich bei der Schuleingangsuntersuchung nach Ende der Corona-Pandemie ein – z. T. sehr deutlicher – Anstieg des Anteils auffälliger Befunde. Es ist davon auszugehen, dass dieses Phänomen mit den Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung (Lock down, Schließung von Kindertageseinrichtungen und anderen Lern- und Spielorten usw.) in Verbindung steht.
Dabei ist es besorgniserregend, dass die Ergebnisse für den Untersuchungszyklus für die Einschulung im Jahr 2023 in vielen Fällen gegenüber dem Vorjahreszyklus sich nochmals ungünstiger darstellen.

Die Auswertung der Schuleingangsuntersuchung bestätigt die breit diskutierte Annahme, dass die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfungen offenbar negative Effekte auf die Entwicklung von Kindern hatten.

Handlungsbedarf: ja.

Bereits im Jahr 2021 hat Bochum mit der Einrichtung der Stelle eines Beauftragten für die Bewältigung der psychosozialen Folgen der Pandemie eingerichtet und einen Perspektivplan „WIR gegen Corona – 100 Maßnahmen und Perspektiven für Bochum“ formuliert, um in verschiedenen Bereichen, die Folgen von Corona zu bewältigen. Für den Bereich der psychischen Gesundheit wurde mit dem Projekt „Urban Mental Health“ ein in Kooperation mit Deutschen Zentrum für Psychische Gesundheit, um präventive Angebote in diesem Bereich zu stärken, Versorgungslücken zu schließen und die Therapien zu verbessern.
Diese Projekte sind ein guter Ausgangspunkt, die Förderung von Kindern und Jugendlichen zur Bewältigung der Pandemiefolgen weiter zu verstärken. Enge Verknüpfungen ergeben sich dabei zur ressortübergreifenden Bochumer Präventionskette „Gesund groß werden in Bochum“ im Rahmen des Programms „kinderstark – NRW schafft Chancen“.

1.2.14 Sonderauswertung Schwimmfähigkeit

Das Projekt „Schwimm mit!“ zur Steigerung der Schwimmfähigkeit Bochumer Kinder ist eine Kernaktivität der Bochum Strategie 2030. Lediglich jedes zweite Kind im Grundschulalter kann laut einer Studie der Deutschen Lebensrettungsgesellschaft (DLRG) schwimmen. Dies erhöht nicht nur die Gefahr von Badeunfällen, sondern verschließt vielen Kindern eine gute Möglichkeit, sich gesund und fit zu erhalten. Vor diesem Hintergrund zielt das Projekt auf die Steigerung der Schwimmfähigkeit.

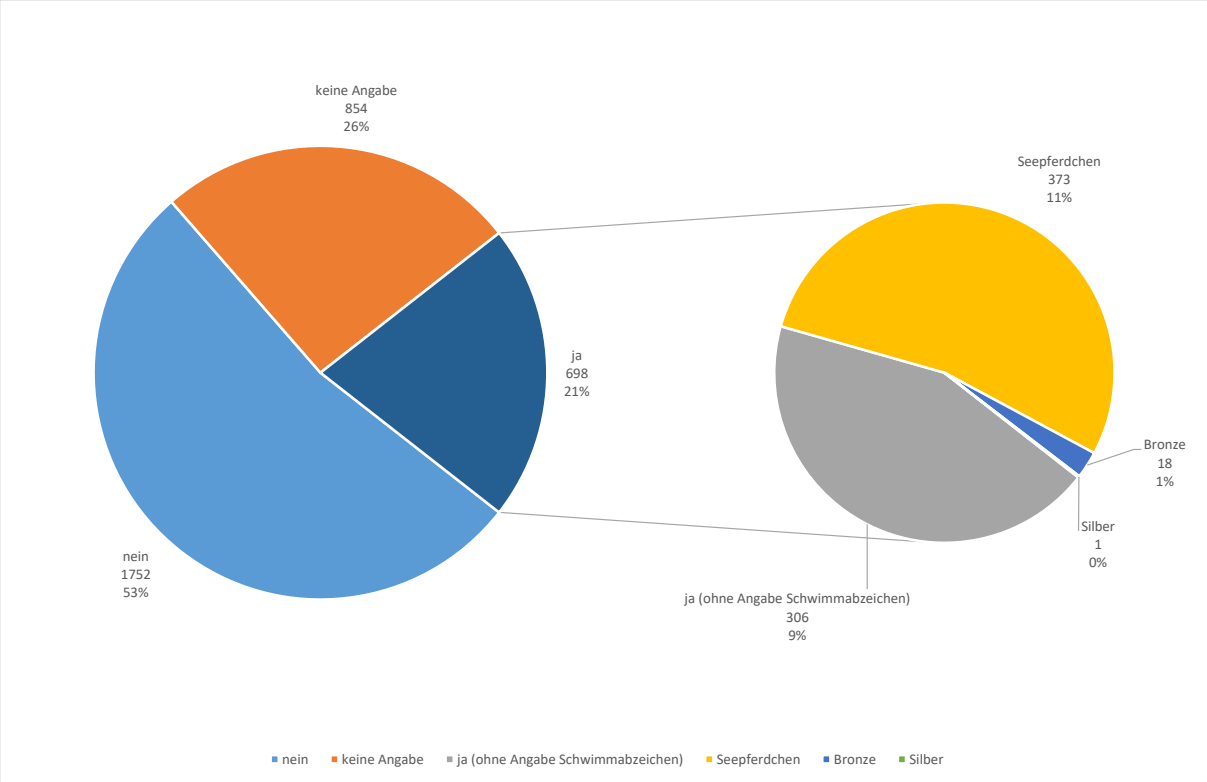
Zur Unterstützung des Projektes wurde im Untersuchungszyklus zum Einschulungsjahr 2023 erstmalig die Schwimmfähigkeit der Schulanfängerinnen und -anfänger im Rahmen der Elternbefragung erhoben. Den Eltern wurden folgende Antwortmöglichkeiten angegeben:

- Nein, das Kind kann nicht schwimmen.
- Ja, das Kind kann schwimmen (ohne Angabe, ob ein Schwimmabzeichen erworben wurde).
- Das Kind hat das Abzeichen Seepferdchen erworben.
- Das Kind hat das Abzeichen Bronze erworben.
- Das Kind hat das Abzeichen Silber erworben.

Das Ergebnis dieser Sonderauswertung fließt nicht in die Berechnung des Indexes gesundheitlicher Herausforderungen und in die Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung ein.

Überblick

Abbildung 55 Schwimmfähigkeit (Gesamtstadt)
Schuleingangsuntersuchung zum Einschulungsjahr 2023



Quelle: Stadt Bochum

Von den 3.304 Kinder, die für ihre Einschulung im Jahr 2023 zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt wurden, liegen für knapp drei Viertel Angaben zur Schwimmfähigkeit vor. Gut die Hälfte der untersuchten Kinder können nicht schwimmen, etwas mehr als jedes fünfte Kind kann schwimmen. 11 % der untersuchten Kinder haben das Frühschwimmer-Abzeichen („Seepferdchen“) erworben, nur wenige Kinder haben die Prüfung für das Schwimmabzeichen Bronze und Silber abgelegt. Für 9 % der untersuchten Kinder liegt le-

diglich die Angabe der Eltern vor, dass ihre Kinder schwimmen können, ohne dass der Erwerb eines Schwimmabzeichens dokumentiert ist (siehe Abbildung 55).

Tabelle 3 Schwimmfähigkeit nach Ortsteil und Stadtbezirk
Schuleingangsuntersuchung zum Einschulungsjahr 2023

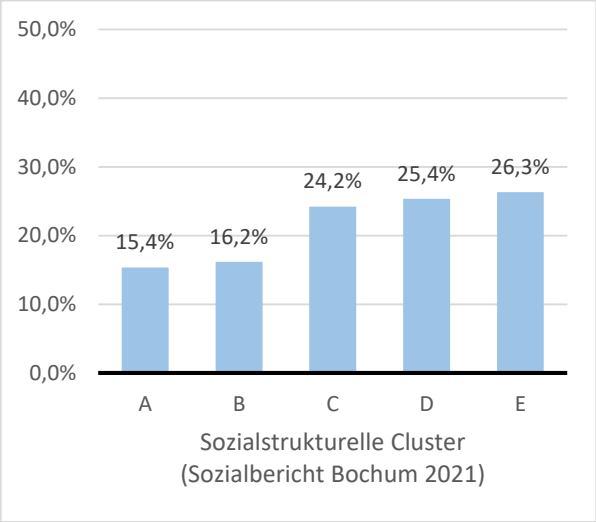
	Untersuchte Kinder	nein	ja	keine Angabe
10 - Grumme	91	54,9%	22,0%	23,1%
11 - Gleisdreieck	63	49,2%	15,9%	34,9%
13 - Altenbochum	88	48,9%	28,4%	22,7%
14 - Südinnenstadt	94	48,9%	29,8%	21,3%
15 - Kruppwerke	144	53,5%	13,9%	32,6%
16 - Hamme	143	59,4%	14,0%	26,6%
17 - Hordel	26	50,0%	38,5%	11,5%
18 - Hofstede	99	53,5%	16,2%	30,3%
19 - Riemke	67	52,2%	17,9%	29,9%
1 - Mitte	**815**	**53,1%**	**19,8%**	**27,1%**
24 - Günnigfeld	68	54,4%	16,2%	29,4%
25 - Wattenscheid-Mitte	249	62,2%	10,8%	26,9%
26 - Leithe	80	53,8%	18,8%	27,5%
27 - Westenfeld	96	54,2%	13,5%	32,3%
28 - Höntrop	185	53,0%	18,9%	28,1%
29 - Eppendorf	75	64,0%	21,3%	14,7%
2 - Wattenscheid	**753**	**57,5%**	**15,5%**	**27,0%**
36 - Bergen/Hiltrop	97	45,4%	29,9%	24,7%
37 - Gerthe	95	60,0%	21,1%	18,9%
38 - Harpen/Rosenberg	66	48,5%	21,2%	30,3%
39 - Kornharpen/Voede-Abzweig	63	54,0%	25,4%	20,6%
3 - Nord	**321**	**52,0%**	**24,6%**	**23,4%**
46 - Laer	54	51,9%	18,5%	29,6%
47 - Werne	127	52,8%	18,9%	28,3%
48 - Langendreer	205	53,7%	22,0%	24,4%
49 - Langendreer- Alt. Bahnhof	61	52,5%	21,3%	26,2%
4 - Ost	**447**	**53,0%**	**20,6%**	**26,4%**
53 - Wiemelhausen/Brenschede	126	44,4%	28,6%	27,0%
54 - Stiepel	94	40,4%	38,3%	21,3%
55 - Querenburg	208	54,3%	17,3%	28,4%
5 - Süd	**428**	**48,4%**	**25,2%**	**26,4%**
63 - Weitmar-Mitte	151	59,6%	23,8%	16,6%
64 - Weitmar-Mark	99	49,5%	29,3%	21,2%
65 - Linden	136	52,2%	17,6%	30,1%
66 - Dahlhausen	117	41,0%	37,6%	21,4%
6 - Südwest	**503**	**51,3%**	**26,4%**	**22,3%**
Bochum	**3267**	**53,1%**	**21,1%**	**25,8%**
99 - Außerhalb	5	60,0%	20,0%	20,0%
88 - keine Angabe	32	43,8%	21,9%	34,4%
Gesamt	***3304***	***53,0%***	***21,1%***	***25,8%***

Quelle: Stadt Bochum

Dabei variierte der Anteil der Kinder, die schwimmen können, zwischen den Ortsteilen zwischen 11 % und 39 %. Wattenscheid-Mitte wies den geringsten Anteil an Schwimmer*innen auf, gefolgt von Westenfeld, Kruppwerke, Hamme, Gleisdreieck und Hofstede. Der höchste Anteil an Schwimmer*innen fand sich in Hordel, gefolgt von Stiepel, Dahlhausen, Bergen/Hiltrop, Südinnenstadt und Weitmar-Mark (siehe Tabelle 3).

Vergleicht man den Anteil der Nichtschwimmer*innen zwischen den soziostrukturellen Clustern (Sozialbericht Bochum 2021) ergibt sich folgendes Bild (siehe Abbildung 56):

Abbildung 56 Schwimmer*innen nach sozialstrukturellen Clustern
Schulanfänger*innen 2023

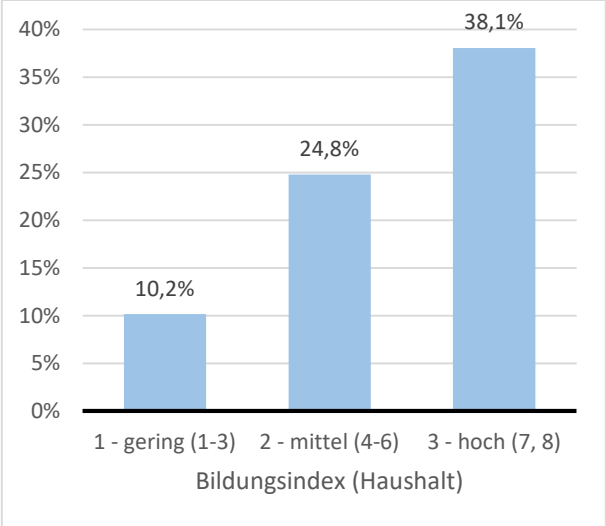


Quelle: Stadt Bochum

In den Ortsteilen des sozialstrukturell benachteiligten Cluster A und B liegt der Anteil der Schwimmer*innen ca. 10 Prozentpunkte über den Anteilen der sozialstrukturell unauffälligen bzw. privilegierten Ortsteile der Cluster C, D und E.

Betrachtet man den Bildungsindex der elterlichen Haushalte (siehe Abbildung 57), ergibt sich ein noch deutlicherer Zusammenhang zwischen Bildungsnähe und Schwimmfähigkeit: Nur eines von zwanzig Kindern aus Haushalten mit niedrigem Bildungsindex konnten schwimmen. Bei Kindern mit mittlerem Bildungsindex waren es mehr als jedes vierte und bei Kindern aus Familien mit hohem Bildungsindex sogar jedes zweite.
Bei der Bewertung dieses Befundes ist jedoch zu beachten, dass lediglich für knapp zwei Drittel der Kinder Angaben zum Bildungshintergrund vorlagen.

Abbildung 57 Schwimmer*innen nach Bildungsindex
Schulanfänger*innen 2023



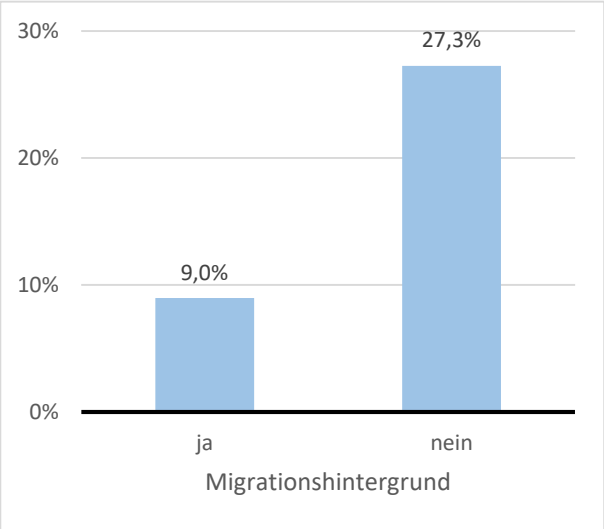
Quelle: Stadt Bochum

Neben den Einflussfaktoren sozialer Kontext und Bildung kann auch der Migrationshintergrund und die sprachliche Integration der Schulanfänger*innen Einfluss darauf haben, ob bereits mit ihrer Schwimmausbildung begonnen wurde oder nicht.

Abbildung 58 zeigt, dass zwischen dem Anteil der Schwimmer*innen mit und ohne Migrationshintergrund ein erheblicher Unterschied besteht: Der Anteil derer, die schwimmen können, ist bei den Schulanfänger*innen ohne Migrationshintergrund dreimal so hoch wie bei denjenigen mit Migrationshintergrund.

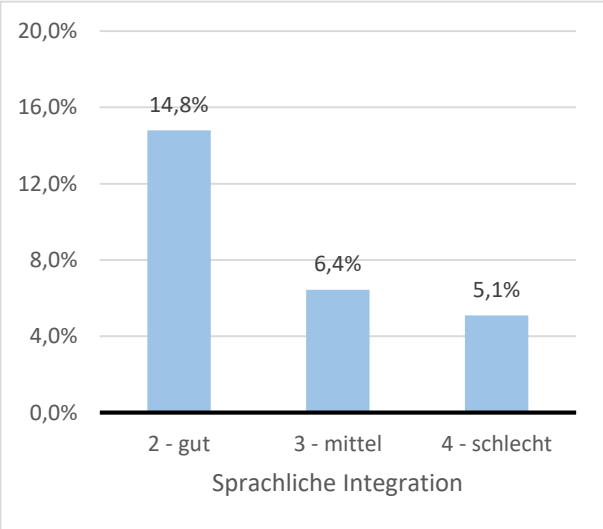
Auch die Güte der sprachlichen Integration (Abbildung 59) scheint eine Rolle für den Zugang zum Schwimmunterricht zu spielen. Die Güte der sprachlichen Integration wird von allen Kindern erhoben, die in den ersten vier Lebensjahren in einer anderen als der deutschen Sprache erzogen wurden. Betrachtet man die Schwimmfähigkeit danach, zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede: In der Gruppe mit guter sprachlicher Integration liegt der Anteil der Kinder, die bereits schwimmen können, doppelt so hoch wie in der Gruppe mit mittlerer und fast dreimal so hoch wie in derjenigen mit schlechter sprachlicher Integration.

Abbildung 58 Schwimmer*innen nach Migrationshintergrund
Schulanfänger*innen 2023



Quelle: Stadt Bochum

Abbildung 59 Schwimmer*innen mit Migrationshintergrund nach sprachlicher Integration
Schulanfänger*innen 2023



Quelle: Stadt Bochum

Zusammenfassung

Für drei Viertel der Schulanfänger*innen des Einschulungsjahrganges 2023 Informationen zur Schwimmfähigkeit vor. Gut die Hälfte der untersuchten Kinder kann noch nicht schwimmen, etwas mehr als ein Fünftel verfügen über Schwimmkenntnisse. Von diesen Kindern haben etwas mehr als die Hälfte bereits ein Schwimmabzeichen erworben, zumeist das „Seepferdchen“. Für die übrigen Kinder wurde von den Eltern angegeben, dass sie schwimmen können, ohne dass der Erwerb eines Abzeichens dokumentiert wurde.
Sowohl auf kleinräumiger Ebene als auch bei der differenzierten Betrachtung nach Bildungsindex, Migrationshintergrund und sprachlicher Integration zeigen sich z. T. erhebliche Unterschiede. Kinder aus Elternhäusern mit niedrigem Bildungsindex oder mit Migrationshintergrund und schlechter sprachlicher Integration verfügen zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung verstärkt über keine Schwimmfähigkeit.

Interventionsbedarf: Ja. Mit „Schwimm mit!“ wird bereits ein gesamtstädtisches und in die Bochum Strategie 2030 integriertes Projekt umgesetzt, das auf die Verbesserung der Schwimmfähigkeit bei Kindern zielt.

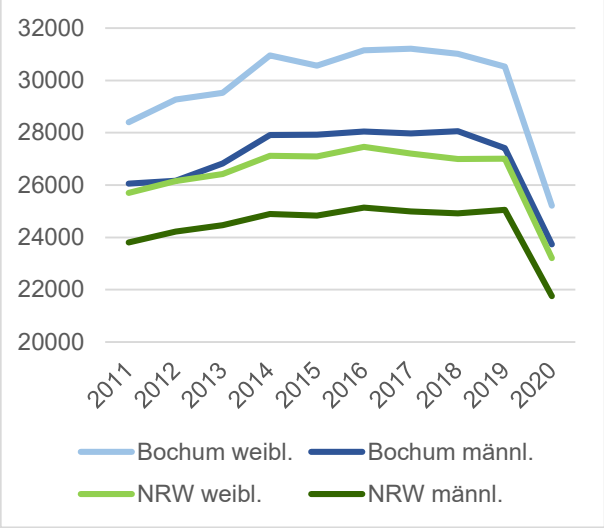
1.3 Krankenhausfälle

Daten über stationäre Behandlungen sind wichtige Strukturdaten für die Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung. Sie ermöglichen zudem eine Einschätzung, wie in welchen Umfang zur medizinischen Versorgung Erkrankter auf das stationäre Versorgungsystem zurückgegriffen wird. Allerdings kann aufgrund der Zeitreihe nur bedingt auf eine Veränderung der Morbidität geschlossen werden, da nicht Patienten, sondern Krankenhausfälle erfasst werden. Überdies hat nicht nur die Krankheitslast Einfluss auf die Häufigkeit der Krankenhausbehandlungen, sondern auch Unterschiede in den Versorgungsstrukturen, wie z. B. im Ausbau ambulanter Behandlungsangebote.
Eine erhöhte Inanspruchnahme stationärer Krankenhausaufenthalte ist daher nicht negativ zu bewerten.
Im vorliegenden Indikator sind Fälle, in denen Patienten stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind (Stundenfälle), nicht enthalten. Die Daten wurden der Krankenhausstatistik des Landesamtes für Datenverarbeitung des Landes Nordrhein-Westfalen, Teil 2 „Diagnosen“, entnommen und sind auf die Wohnbevölkerung bezogen. Die SMR-Werte stellt das LZG für die kommunale Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung. Über die Signifikanzen werden dabei keine Aussagen getroffen, weshalb diese bei den folgenden Darstellungen nicht angegeben sind.

Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

2020 wurden in Bochum insgesamt 89.405 Krankenhausfälle gezählt; 42.240 Männer und 47.165 Frauen. Dies bedeutet gegenüber dem Vorjahr einen Rückgang um insgesamt 16.506 Fällen (6.523 Männer und 9.983 Frauen). Vermutlich kann dieser Rückgang mit dem Beginn der COVID-19-Pandemie begründet werden, in deren Zusammenhang elektive Krankenhausaufenthalte verschoben wurden.

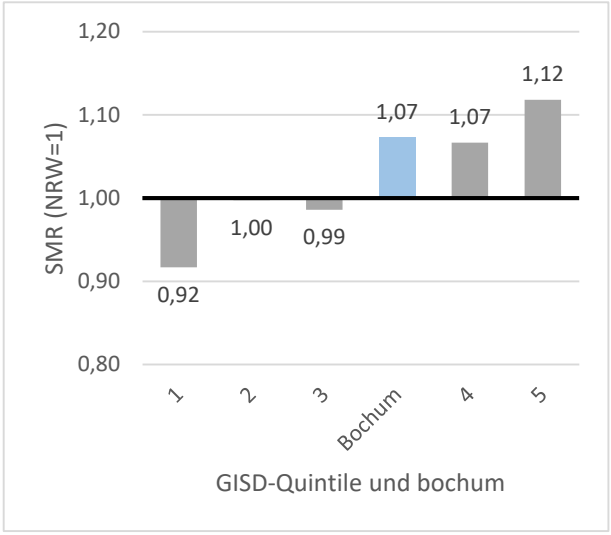
Abbildung 60 Krankenhausfälle 2011-2020
NRW und Bochum



Quelle: LZG.NRW

Bis zum Jahr 2014 steigt die Zahl der Krankenhausfälle sowohl in Bochum als auch auf Landesebene leicht an, seither lag sie auf stabilem Niveau bis sie – wie oben anhand der absoluten Zahlen beschrieben – 2020 deutlich gesunken ist (Abbildung 60).
Nach wie vor übersteigen die Krankenhausfälle in Bochum sowohl bei Männern wie bei Frauen die des Landes. Dabei variiert die Abweichung bei Männern wie Frauen. 2020 lag der SMR bei Männern bei 1,10 und bei den Frauen bei 1,06, was einer 10- bzw. 6-prozentigen Abweichung entspricht. Hinweise auf die spezifischen Ursachen dieser Abweichungen liegen nicht vor.

Abbildung 61 Krankenhausfälle 2020
GISD-Quintile und Bochum, beide Geschlechter



Quelle: LZG.NRW

Dieses erhöhte Niveau der Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten spiegelt sich auch im interkommunalen Vergleich anhand der GISD-Quintile (Abbildung 61): Während das dritte Quintil, dem Bochum angehört, mit 0,99 einen unauffälligen SMR aufweist, liegt Bochum bei der Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten auf dem Niveau des sozioökonomisch stärker depravierten vierten Quintil.

Zusammenfassung:
Aus der Entwicklung der Krankenhausfälle lassen sich nur bedingt Rückschlüsse auf das Krankheitsgeschehen in Bochum ziehen. Die Häufigkeit stationärer Krankenhausaufenthalte ist jedoch ein wichtiger Indikator für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Bochumer Bürgerinnen und Bürger.

Interventionsbedarf: Nein.

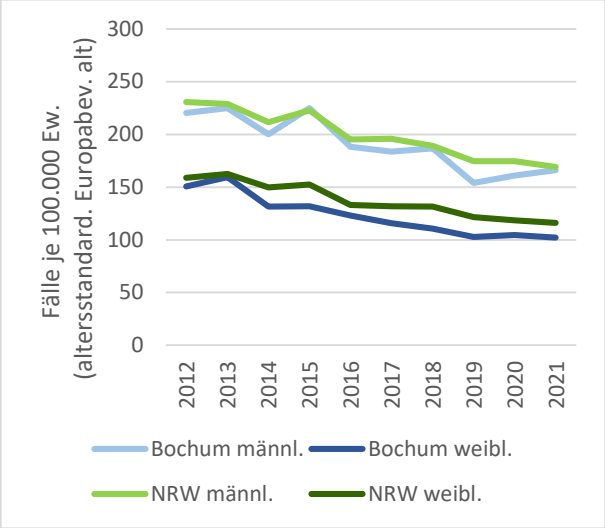
1.4 Krankheiten/Krankheitsgruppen

Wie oben unter Kapitel 1.3 dargestellt, lässt sich auf der Grundlage der Krankenhausfälle nur noch schwer Rückschlüsse auf das Krankheitsgeschehen ziehen. Die Ausweitung ambulanter therapeutischer Ansätze verzerrt zusehends die Aussagekraft dieses Indikators. Aus diesem Grund wird bei der Darstellung der wichtigsten Krankheiten/Krankheitsgruppen in Bochum primär auf die Todesursachenstatistik zurückgegriffen. Um dennoch Aussagen über nicht tödlich verlaufende Krankheitsfälle zu machen, konnten erstmalig bei einigen wenigen Krankheitsgruppen ambulante Behandlungsfälle herangezogen werden.

1.4.1 Herz-/Kreislauferkrankungen

Mit dem breiten Spektrum der Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße zusammengefasst, bei denen es sich oft um chronische Erkrankungen handelt, die einer konsequenten Behandlung bedürfen.
Herz-/ Kreislauferkrankungen stellen in Bochum die zweithäufigste Todesursache dar. 2021 starben in Bochum insgesamt 1.207 Personen an diesen Erkrankungen, davon waren 654 Frauen und 561 Männer.
Aufgrund der hohen Morbidität sind vor allem die koronare Herzkrankheit, der Herzinfarkt und der Schlaganfall besonders bedeutsam für das Gesundheitswesen. Eine koronare Herzkrankheit bezeichnet eine Verengung der Herzkranzgefäße, die der Durchblutung des Herzmuskels dienen. Eine Durchblutungsstörung des Herzens ist die Folge. Gefäßveränderungen führen bei einigen Menschen dazu, dass sich Blutgefäße verschließen. Passiert das am Herzen, erleiden die Betreffenden einen Herzinfarkt. Ein Gefäßverschluss im Gehirn führt zu einem Schlaganfall.
Manche dieser Erkrankungen stehen mit Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Fettleibigkeit und Diabetes in enger Verbindung und entwickeln sich im Laufe von Jahren, auch beeinflusst durch einen ungesunden Lebensstil.

Abbildung 62 Herz-/Kreislauferkrankungen
Sterbefälle - NRW und Bochum 2012-2021

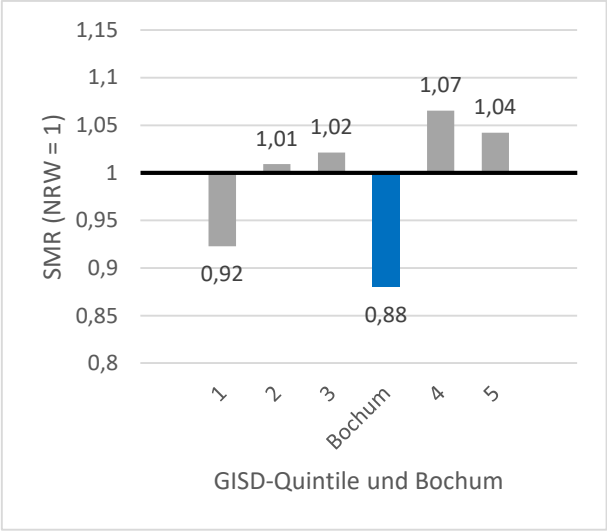


Quelle: LZG.NRW

Im Zeitraum 2012-2021 ist die altersstandardisierte Sterberate an Herz-/Kreislauferkrankungen sowohl in Bochum als auch in Nordrhein-Westfalen kontinuierlich zurückgegangen (Abbildung 62). Sie lag dabei in Bochum fast durchgehend unter den Landeswerten.

Auch im interkommunalen Vergleich auf Grundlage der GISD-Quintile (Abbildung 63) stellt sich die Situation in Bochum als ausgesprochen günstig dar: Die Sterblichkeit lag 12 % unter derjenigen, die zu erwarten gewesen wäre, wenn sie derjenigen des Landes entsprochen hätte. Damit liegt die Sterblichkeit an Herz-/Kreislauferkrankungen noch unter derjenigen des am wenigsten GISD-Quintils mit der niedrigsten sozio-ökomischen Deprivation.

Abbildung 63 Herz-/Kreislauferkrankungen
Sterbefälle – GISD-Quintile und Bochum 2021

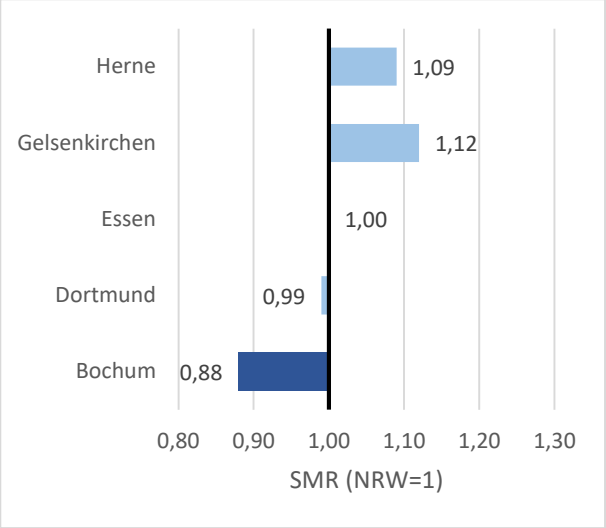


Quelle: LZG.NRW

Auch im Vergleich mit den Nachbarkommunen Bochums (Abbildung 64) stellt sich die Situation in Bochum stellt sich die Mortalität in Bochum am günstigsten dar. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Bochum eine geringere sozioökomische Deprivation aufweist als ihre Nachbarkommunen.

Dennoch kommt mit Hinblick auf die Häufigkeit der Sterbefälle und der entsprechend hohen Morbidität bei Herz-/Kreislauferkrankungen auch in Bochum eine besondere Bedeutung zu.

Abbildung 64 Herz-/Kreislauferkrankungen
Sterbefälle - Bochum und Vergleichskommunen
2021



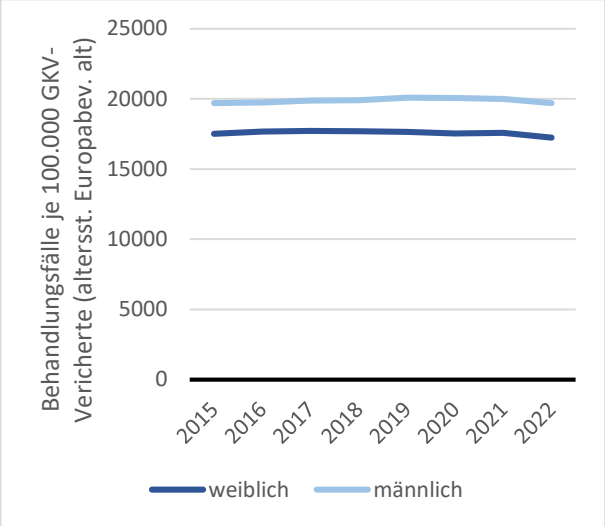
Quelle: LZG.NRW

Wegen ischämischer Herzkrankheiten (Abbildung 66) wurden insgesamt 19.587 Personen in Bochum ambulant behandelt, 7.968 davon waren Frauen, 11.610 Männer. Dies entspricht mehr als 6 % aller Personen mit Arztkontakt. Hierbei lag der Anteil der Männer mit 8 % höher als derjenige der Frauen mit 5 %.
Bei den Frauen lag die Rate je 100.000 GKV-Versicherte 2015-2020 stabil bei Werten um 2.500. Bei den Männern lag sie, nach einem leichten Anstieg in den Jahren 2015-2017, mit Werten knapp unter 5.500 mehr als doppelt so hoch. Ab 2020 kam es bei Männern wie Frauen zu einem leichten Rückgang

Neben den Daten zur Sterblichkeit lassen sich auch anhand der Häufigkeit von Arztbesuchen Rückschlüsse auf die Krankheitslast durch Herz-/Kreislauferkrankungen ziehen.

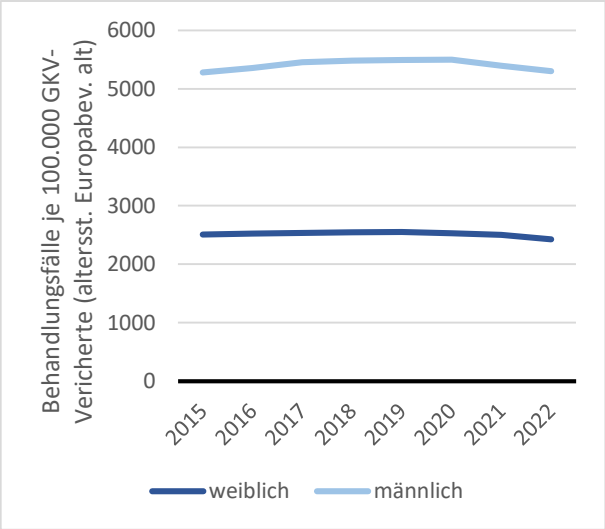
Von den 306.700 gesetzlich krankenversicherten Bochumer*innen, die 2022 einen Arztkontakt hatten, litten 83.783 unter Hypertonie. 38.523 davon waren Männer, 45.251 waren Frauen. Dies bedeutet, dass in Bochum mehr als jede vierte Person wegen Hypertonie in Behandlung war.
Die Rate je 100.000 GKV-Versicherten lag im Zeitraum 2015-2022 stabil bei Werten um 20.000 bei Männern bzw. 17.500 bei Frauen (Abbildung 65).

Abbildung 65 Hypertonie: Patient*innen in Arztpraxen
Bochum 2015- 2022



Quelle: LZG.NRW

Abbildung 66 Ischämische Herzkrankheiten: Patient*innen in Arztpraxen
Bochum 2015-2022



Quelle: LZG.NRW

Zusammenfassung

Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems sind die zweithäufigste Todesursache in Bochum und verursachen ein Viertel der ambulanten ärztlichen Behandlungen. Wegen ihres höheren Bevölkerungsanteils insbesondere in den älteren Altersstufen sind Frauen in absoluten Zahlen häufiger betroffen als Männer. Berücksichtigt man diese demographischen Geschlechtsunterschiede, stellt sich die Situation bei den Frauen günstiger dar.

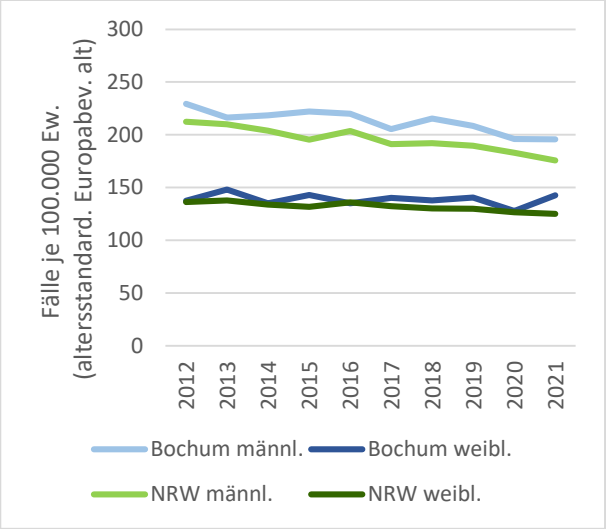
Handlungsbedarf

Hinweise auf Defizite beim Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung liegen nicht vor. Angesichts der großen Zahl Betroffener sollte jedoch Herzgesundheit ein wichtiges Thema in Gesundheitsförderung und Prävention sein.

1.4.2 Bösartige Neubildungen

Bösartige Neubildungen („Krebserkrankungen“) sind nach Herz-/Kreislauferkrankungen die häufigste Todesursache für Männer und Frauen in Bochum. 2021 starben 1.163 Personen daran. Davon waren 557 Frauen und 606 Männer.
Viele Patientinnen und Patienten, die an bösartigen Neubildungen leiden, sterben vor dem 70. Lebensjahr. Bei Männern ist dafür vor allem Lungenkrebs verantwortlich, bei Frauen Brustkrebs. Bei den 70-Jährigen und Älteren tritt in der Gruppe der Männer besonders häufig Prostatakrebs und bei beiden Geschlechtern Darmkrebs auf.
Bei rechtzeitiger Diagnose und angemessener Therapie sind viele Krebserkrankungen gut behandelbar.

Abbildung 67 Bösartige Neubildungen
Sterbefälle - NRW und Bochum 2012-2021

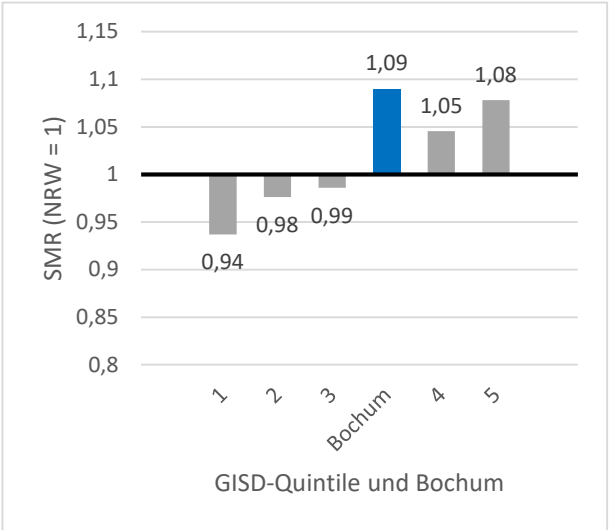


Im Zeitraum 2012-2021 ist die altersstandardisierte Sterberate an bösartigen Neubildungen sowohl in Bochum als auch in Nordrhein-Westfalen bei Männern merklich zurückgegangen (Abbildung 67). Dabei lag sie in Bochum durchgehend über den Landeswerten, zuletzt bei 196 Sterbefällen je 100.000 Ew. (NRW: 176 Sterbefälle je 100.000 Ew.). In Bochum unterschied sich die Sterberate für 2021 kaum von derjenigen des Vorjahres, während sie auf Landesebene weiter rückläufig war. Bis 2020 unterschied sich die Rate der Frauen in Bochum kaum von derjenigen im Land. Von 2020 nach 2021 zeigte sich in Bochum ein deutlicher Anstieg der Sterberate: Sie lag dort bei 143 Sterbefällen je 100.000 Ew. (NRW: 125 Sterbefälle je 100.000 Ew.).

Beim Vergleich der fünf GISD-Quintile (Abbildung 68) zeigt sich ein deutlicher sozialer Gradient: In den Kommunen mit der niedrigsten soziökonomischen Deprivation liegt der durchschnittliche SMR mit 0,94 unter Landesniveau, in denen mit der höchsten Deprivation beträgt er 1,08. Das dritte GISD-Quintil weicht durchschnittlich eine lediglich geringe Abweichung von den Sterbefällen im Land auf. Bochum weicht hiervon mit einem SMR von 1,09 auffällig nach oben ab.

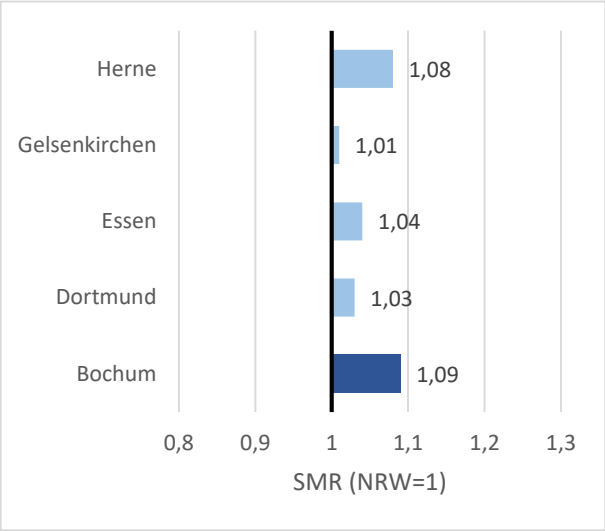
Auch im Vergleich mit den Nachbarkommunen sticht Bochum (Abbildung 69) 2021 mit der höchsten Abweichung hervor. Lediglich in Herne erreicht die Sterberate an bösartigen Neubildungen ein ähnlich hohes Niveau.

Abbildung 68 Bösartige Neubildungen
Sterbefälle – GISD-Quintile und Bochum 2021



Quelle: LZG.NRW

Abbildung 69 Bösartige Neubildungen
Sterbefälle - Bochum und Vergleichskommunen 2021



Quelle: LZG.NRW

Zusammenfassung

Bösartige Neubildungen sind die zweithäufigste Todesursache in Bochum. Frauen sind in absoluten Zahlen etwas seltener betroffen als Männer. Im Vergleich zum Vorjahr ist für das Jahr 2021 ein deutlicher Anstieg (Frauen) bzw. eine Stagnation der Sterberate feststellen.

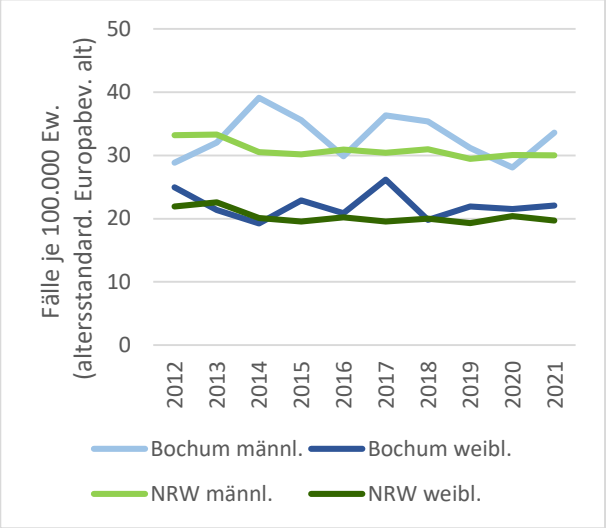
Handlungsbedarf

Die Entwicklung der Sterbefälle wegen bösartiger Neubildungen ist weiter zu beobachten.
Hinweise auf Defizite beim Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung liegen nicht vor. Die Steigerung der Wahrnehmung von leitliniengerechten Früherkennungsuntersuchungen ist jedoch ein wichtiges Ziel kommunalen Handelns zur Senkung der Mortalitätsrate.

1.4.3 Krankheiten des Verdauungssystems

Die sehr vielfältigen Erkrankungen der Speiseröhre, Leber Bauchspeicheldrüse und Gallenwege oder des Darms werden als Krankheiten des Verdauungssystems (außer bösartigen Neubildungen wie Darmkrebs) zusammengefasst und stellen die dritthäufigste Todesursache für Männer und Frauen in Bochum dar. 2021 starben 183 Personen daran. Davon waren 93 Frauen und 90 Männer.

Abbildung 70 Krankheiten des Verdauungssystems
Sterbefälle - NRW und Bochum 2012-2021



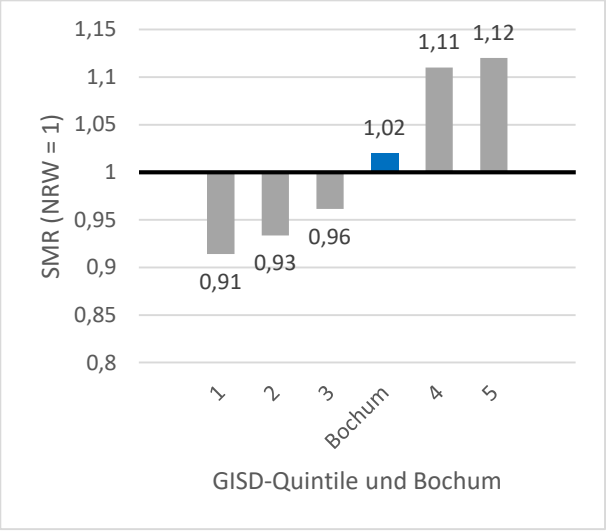
Quelle: LZG.NRW

Zeitraum 2012-2021 ist die altersstandardisierte Sterberate an Krankheiten des Verdauungssystems sowohl in Bochum als auch in Nordrhein-Westfalen bei Männern merklich und bei Frauen leicht zurückgegangen (Abbildung 70). Sie lag dabei in Bochum bei den Männern bei 28 Sterbefällen je 100.000 Ew. (NRW: 30 Sterbefälle je 100.000 Ew.). Bei den Frauen unterschied sich die Rate in Bochum zuletzt kaum von der im Land und lag zuletzt bei 22 Sterbefällen je 100.000 Ew. (NRW: 20 Sterbefälle je 100.000 Ew.).

Im interkommunalen Vergleich auf Grundlage der GISD-Quintile (Abbildung 71) wich die Sterblichkeit wegen Krankheiten des Verdauungssystems 2020 in Bochum nur leicht vom Land ab, lag aber über derjenigen des 3. Quintils, zu dem Bochum gehört.

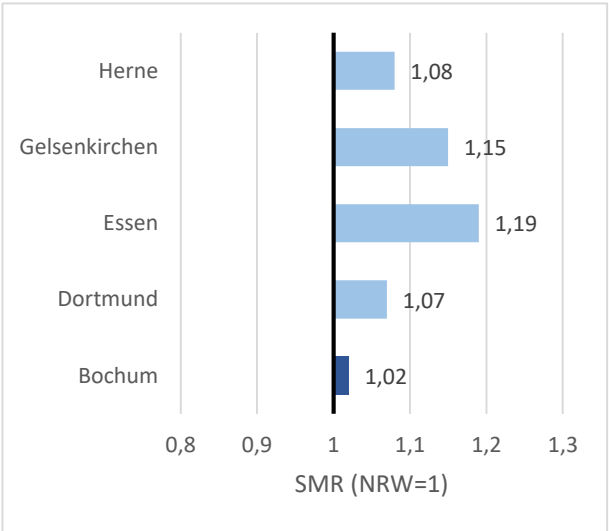
Die Sterblichkeit lag 2% über derjenigen, die zu erwarten gewesen wäre, wenn sie derjenigen des Landes entsprochen hätte. Bochum wies damit den niedrigsten Wert unter den Vergleichskommunen auf (Abbildung 72).

Abbildung 71 Krankheiten des Verdauungssystems
Sterbefälle – GISD-Quintile und Bochum 2021



Quelle: LZG.NRW

Abbildung 72 Krankheiten des Verdauungssystems
Sterbefälle - Bochum und Vergleichskommunen 2021



Quelle: LZG.NRW

Zusammenfassung

Erkrankungen des Verdauungssystems sind die dritthäufigste Todesursache in Bochum ohne signifikante Abweichung zu den Vergleichskommunen

Handlungsbedarf

Bochum liegt bei den Todesfällen aufgrund von Erkrankungen des Verdauungssystems nicht signifikant über dem Landesdurchschnitt und hat den geringsten SMR unter den Vergleichskommunen. Spezifischer Handlungsbedarf zeichnet sich aktuell nicht ab.

1.4.4 Infektionskrankheiten

Bis zum Basisgesundheitsbericht Bochum 2017 waren in den Bochumer Gesundheitsberichten keine Informationen zum Infektionsgeschehen in Bochum enthalten. Erst durch die COVID-19-Pandemie sind Infektionskrankheiten wieder stärker in das Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt. Zwar waren diese Krankheiten nie verschwunden, sondern stellten zumindest saisonal das Gesundheitssystem vor Herausforderungen, doch es wurde nicht damit gerechnet, dass sie das Potential hätten, das gesamte gesellschaftliche Leben zum Erliegen zu bringen. Dies gilt, obwohl in der Vergangenheit Seuchen eine erhebliches Bedrohungspotential aufwiesen und mit dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) und seinen Vorgängerregelungen seit langem rechtliche Regelungen zu ihrer Bekämpfung bestanden.

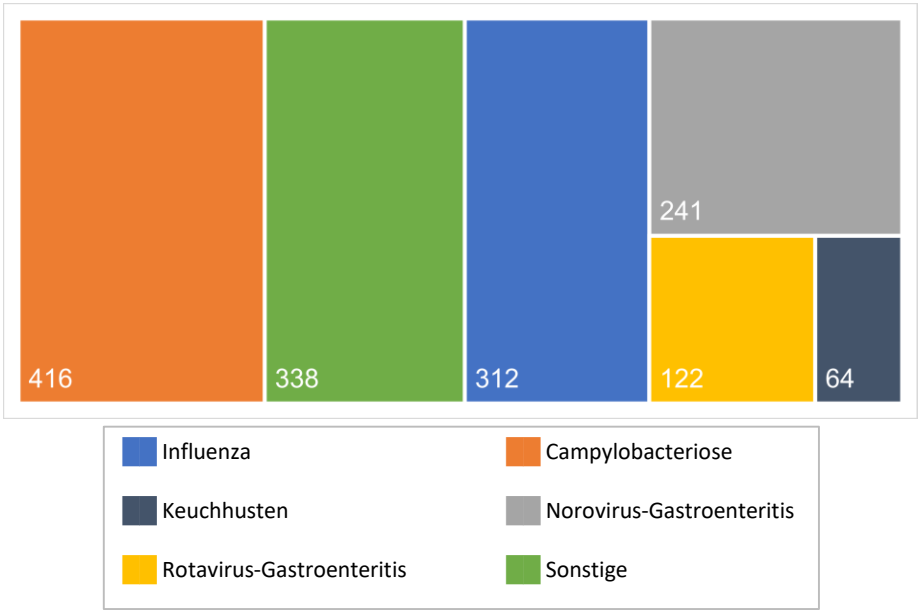
Zu diesen Regelungen gehört auch die Meldepflicht für bestimmte Krankheitserreger. Dieses Meldewesen liefert die Datengrundlage für die folgenden Auswertungen. Bei der Bewertung der Auswertung ist zu berücksichtigen,

- dass bei weitem nicht alle Infektionskrankheiten einer Meldepflicht unterliegen. Über diese Erkrankungen – z. B. Erkältungen oder Magen-Darm-Infekte – liegen somit keine auswertbaren Informationen vor,
- dass nicht jeder Fall einer meldepflichtigen Erkrankung zur Meldung gelangt. Erkrankt eine Person an einem grippalen Infekt oder einer Magen-Darm-Erkrankung, sucht aber keinen Arzt auf, da aber Symptome und Krankheitsgefühl nicht stark ausgeprägt sind, unterbleibt eine Bestimmung des Krankheitserregers und damit auch die Meldung des Krankheitsfalles.

Um einen Überblick über das Infektionsgeschehen in Bochum zu geben, wird zunächst in die Zeit vor Beginn der COVID-19-Pandemie zurückgeblickt. Für die Jahre 2017-2019 wird ein Überblick über die häufigsten Infektionskrankheiten in Bochum gegeben. Daran anschließend wird das infektiöse Erkrankungsgeschehen in den Jahren 2021 und 2022, also während der COVID-19-Pandemie betrachtet. Den Schwerpunkt des Kapitels stellt die Analyse des Verlaufs der COVID-19-Pandemie selbst dar.

Das Infektionsgeschehen vor Beginn der COVID-19-Pandemie – 2017 bis 2019

Abbildung 73 Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Bochum 2017

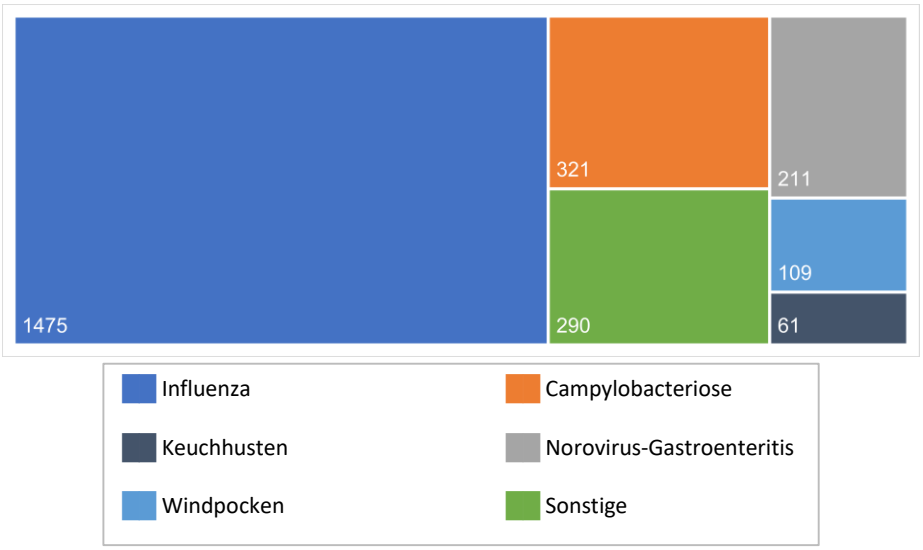


Quelle: www.lzg.nrw.de

2017 wurden insgesamt 1493 Fälle meldepflichtiger Erkrankungen in Bochum gemeldet (Abbildung 73). Dies entspricht 409 Meldungen je 100.000 Ew. Die Zahl der Meldungen in Bochum liegt damit etwas über dem nordrhein-westfälischen Wert von 380 Meldungen je 100.000 Ew. Bei den Meldungen handelte es sich zu 27% um Fälle von Campylobacteriosen, 21% waren Influenza-Fälle und 16% Norovirus-Erkrankungen.
Rotavirus-Gastroenteritiden und Keuchhusten machten zusammen ca. 13% der Fälle aus. Die übrigen 23% der Fälle verteilen sich auf fast dreißig weitere meldepflichtige Infektionskrankheiten mit jeweils nur wenigen Fällen. Diese Verteilung entspricht im Großen und Ganzen der Fallverteilung auf Landesebene: Vier der fünf häufigsten Erkrankungen sind in Nordrhein-Westfalen und Bochum identisch. Lediglich der fünfte Rang wird auf Landesebene von Windpocken anstatt von Keuchhusten eingenommen.
Wegen der meldepflichtigen Erkrankungen kommt es nur in selten Fällen zu Sterbefällen. Lediglich an Influenza starben in Bochum 6 Personen, ansonsten sind nur einzelne Sterbefälle bei einigen Erkrankungen zu verzeichnen.

2018 lag die Zahl der Meldungen mit 2.467 deutlich über dem Wert des Vorjahres (Abbildung 74) und entsprach 677 Meldungen je 100.000 Ew. Dies lag deutlich über dem Landeswert von 496 Fällen je 100.000 Ew.

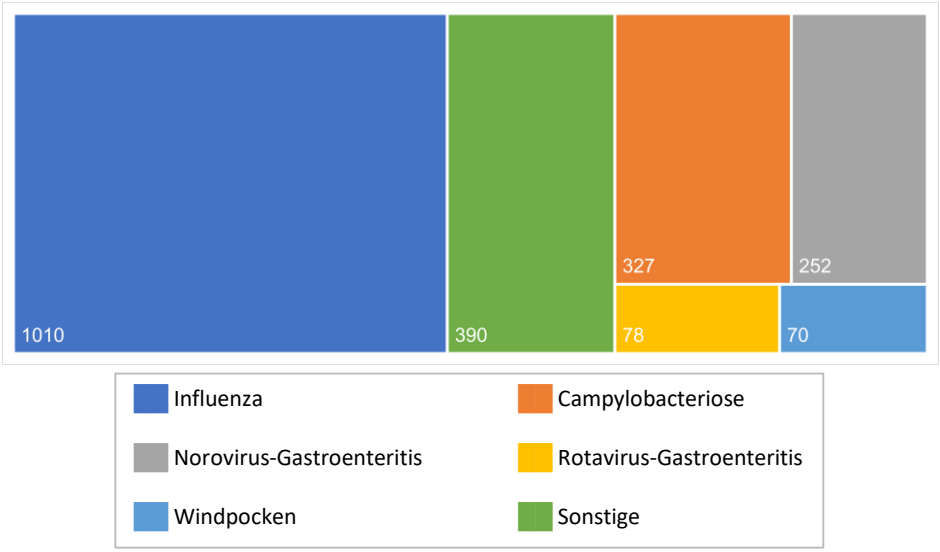
Abbildung 74 Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Bochum 2018



Quelle: www.lzg.nrw.de

60% der Meldungen betrafen Influenza-Fälle. Des Weiteren kam es zu Fällen von Campylobacteriose, Keuchhusten, Norovirus-Infektionen und – anders als im Vorjahr – Windpocken.
Auch 2018 stimmte die Verteilung der Meldefälle auf die meldepflichtigen Erkrankungen zwischen Nordrhein-Westfalen und Bochum in etwa überein. Auch im Land dominierte Influenza mit 40% aller Meldungen das Meldegeschehen – wenn auch nicht so ausgeprägt wie in Bochum.
In Bezug auf die Sterbefälle wegen meldepflichtiger Erkrankungen gilt für 2018 das Gleiche wie für das Vorjahr: Es waren lediglich 8 Sterbefälle wegen Influenza zu verzeichnen, ansonsten kam es nur selten zu einzelnen Sterbefällen.

Abbildung 75 Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Bochum 2019



Quelle: www.lzg.nrw.de

2019 lag die Zahl der Meldungen mit 2.127 niedriger als im Vorjahr (Abbildung 75). Dies entspricht 582 Meldungen je 100.000 Ew. Auf Landesebene lag die Zahl der Meldungen bei 496 Fällen je 100.000 Ew.
Fast die Hälfte der Meldefälle entfiel auch 2019 auf Meldungen wegen Influenza. Daneben waren Meldungen von Campylobacteriose, Noro- und Rotavirus-Infektionen sowie Windpocken in größerem Umfang zu verzeichnen. Diese Krankheiten bestimmten auch auf Landesebene das Infektionsgeschehen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Infektionsgeschehen vor Beginn der COVID-19-Pandemie zumeist demjenigen auf Landesebene entsprach. Die Zahl der Meldungen je 100.000 Ew. lag in Bochum von 2017 bis 2019 stets über derjenigen Nordrhein-Westfalens.
Der Influenza kam in diesem Zeitraum in Bochum besondere Bedeutung zu. Sie ist auch die einzige meldepflichtige Infektionskrankheit, für die in Bochum eine größere einstellige Zahl von Sterbefällen dokumentiert sind.

Das sonstige Infektionsgeschehen während der COVID-19-Pandemie
In der 10. Kalenderwoche 2020 traten in Bochum die ersten Fälle von COVID-19 auf. Seither bestimmte die COVID-19-Pandemie das Infektionsgeschehen in Bochum. Dies bedeutet jedoch nicht, dass gar keine Fälle anderer Infektionskrankheiten mehr aus Bochum gemeldet wurden. Allerdings lag ihre Zahl ungleich niedriger als die Zahl der COVID-19-Meldungen (Tabelle 4).

Tabelle 4 Meldung meldepflichtiger Infektionen 2021 und 2022
Nordrhein-Westfalen und Bochum

	COVID-19		Sonstige	
	abs.	prozentual	abs.	prozentual
Bochum				
2021	19043	96,7%	658	3,3%
2022	113185	98,4%	1895	1,6%
Nordrhein-Westfalen				
2021	994431	97,1%	29268	2,9%

2022	6406368	98,9%	72702	1,1%

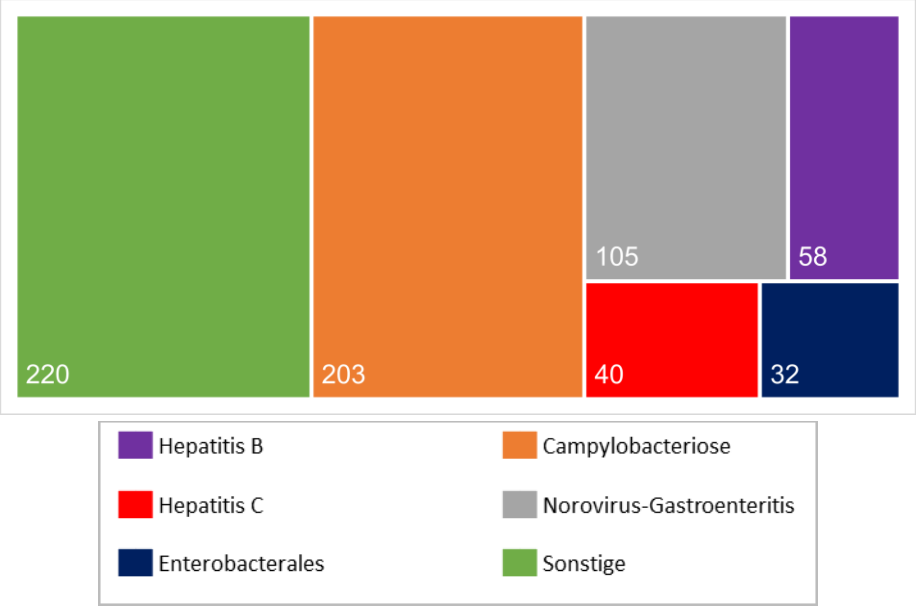
Quelle www.lzg.nrw.de

Dieser eklatante Unterschied ist nicht allein darauf zurückzuführen, dass das SARS-CoV-2-Virus auf eine nicht immunisierte Bevölkerung traf, sondern auch darauf, dass im Rahmen seiner Bekämpfung massiv Testmöglichkeiten geschaffen und Testpflichten eingeführt wurden. Dadurch wurden viele symptomlose bzw. leicht symptomatische SARS-CoV-2-Infektionen entdeckt, die unter anderen Umständen überhaupt nicht zur Meldung gelangt wären.

2021 wurden in Bochum lediglich 658 Fälle meldepflichtiger Infektionskrankheiten (ohne COVID-19) gemeldet.

Neben Campylobacteriosen und Norovirus-Gastroenteritiden, die bereits in den Jahren vor der COVID-19-Pandemie immer unter den fünf am häufigsten gemeldeten Infektionen waren, erscheinen erstmals die Leberentzündungen Hepatitis B und C sowie Infektionen und Kolonisationen mit Enterobacterales unter den fünf häufigsten Meldungen. Auch auf nordrhein-westfälischer Ebene kam es zu ähnlichen Veränderungen des Meldegeschehens.

Abbildung 76 Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Bochum 2021 (ohne COVID-19)

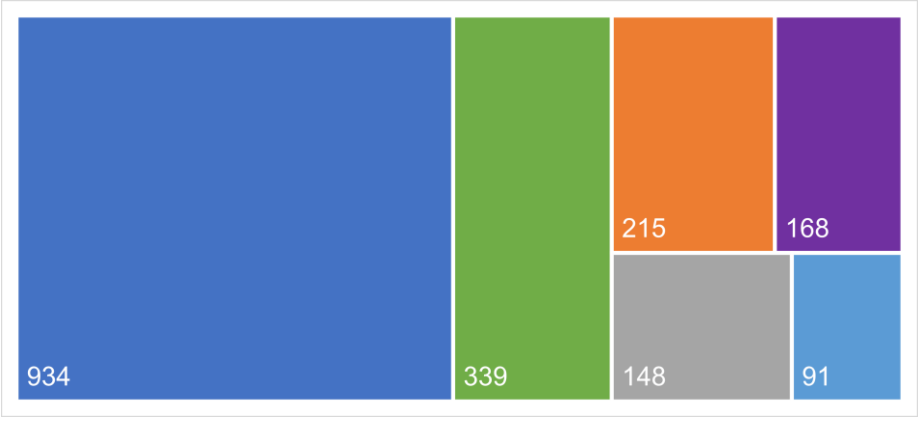


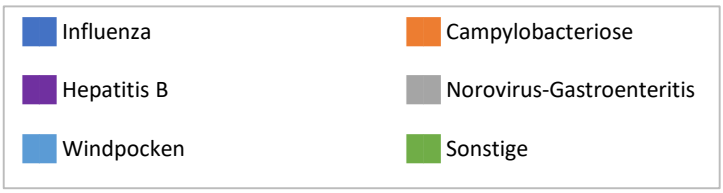
Quelle: www.lzg.nrw.de

2022 wurden mit 1.895 dreimal so viele Meldungen meldepflichtiger Infektionskrankheiten verzeichnet als im Vorjahr.

Häufigste Infektionskrankheit außer COVID-19 (59% aller Meldungen) war Influenza. Daneben traten Campylobacteriose, Hepatitis B, Norovirus-Infektionen sowie Windpocken besonders häufig auf. Die Verteilung der fünf häufigsten Meldeanlässe entspricht damit in Bochum mit einer Ausnahme – Rotaviren-Gastroenteritiden statt Windpocken – derjenigen des Landes.

Abbildung 77 Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Bochum 2022 (ohne COVID-19)





Quelle: www.lzg.nrw.de

Steckbriefe der in Bochum aufgetretenen Infektionskrankheiten (außer COVID-19)

Campylobacter-Enteritis

Campylobacter-Enteritis werden durch Bakterien der weltweit verbreiteten Gattung Campylobacter ausgelöst. Fälle treten besonders in der warmen Jahreszeit auf. Besonders betroffen sind jüngere Menschen. Die häufigsten Symptome sind Diarrhö, Bauchschmerzen bzw. -krämpfe, Fieber und Mattigkeit.
Die Erkrankungsfälle sind überwiegend lebensmittelbedingt.

Enterobacterales

Unter der Domäne Enterobacterales wird eine Ordnung von Bakterien (darunter Salmonellen, Klebsiellen und Shigellen) zusammengefasst. Viele dieser Bakterien gehören zur Normalflora des Menschen und im Normalfall keine Krankheiten. Bei immuninkompetenten Personen können sie jedoch Durchfallerkrankungen, Harnwegsinfekte, Lungenentzündungen und chronische Bronchitis auslösen.

Hepatitis B

Hepatitis B ist eine Viruserkrankung, die durch das Hepatitis-B-Virus ausgelöst wird. Die Erkrankung ist eine der häufigsten Infektionskrankheiten weltweit. Hepatitis B wird über Kontakt zu infiziertem Blut über kleine Verletzungen übertragen. Nur ein Teil der Infizierten erkrankt. Die akute Erkrankung geht u.a. mit Appetitlosigkeit, Gelenkschmerzen, Unwohlsein, Übelkeit, Erbrechen und Fieber einher. Es kann auch zu schweren und tödlichen Verläufen kommen. Die Krankheit kann chronisch werden und zu Leberzirrhose und Leberzellkarzinomen führen.

Hepatitis C

Hepatitis C wird durch das weltweit verbreitete Hepatitis-C-Virus ausgelöst. Die Erkrankung wird durch Kontakt mit infiziertem Blut übertragen. Sie ist in Deutschland insbesondere bei i.v. Drogengebrauchenden verbreitet, die ihr Injektionsutensilien teilen. Nur ein Viertel der Infektionen verläuft symptomatisch. Die Symptome sind grippeähnlich und zumeist mild. Die Krankheit kann chronisch werden und zu Leberzirrhose und Leberzellkarzinomen führen.

Influenza
Erreger der Influenza (oder Grippe) sind Orthomyxoviren. Diese Viren sind weltweit verbreitet und verursachen in Deutschland regelmäßig Grippewellen in den Wintermonaten. Influenzaerkrankungen treten akut auf und sind durch Fieber, Husten, Kopf- und Gliederschmerzen gekennzeichnet. Nicht alle Erkrankten weisen Symptome auf.
Besonders gefährdet sind ältere Menschen und Personen mit Grunderkrankungen (z.B. Herzerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Adipositas). Auch Schwangere unterliegen einem höheren Risiko für schwere Krankheitsverläufe.

Keuchhusten
Keuchhusten wird durch das Bakterium Bordetella pertussis hervorgerufen. Die Krankheit tritt ganzjährig auf, besonders häufig jedoch im Herbst oder Winter. Die ersten ein bis zwei Wochen der Erkrankung sind durch leichte erkältungsähnliche Symptome gekennzeichnet, an die sich eine vier- bis sechswöchige Phase mit heftigen stakkatoartigen Hustenanfällen anschließt. Die Erkrankung klingt langsam ab. Vor allem bei Säuglingen und älteren Menschen kommt es zu Komplikationen bis hin zu Krampfanfällen und zerebralen Blutungen

Norovirus-Gastroenteritis
Noroviren sind weltweit verbreitet. Infektionen mit ihnen treten ganzjährig auf. Kinder unter 5 Jahren und ältere Personen sind von Norovirus-Infektionen besonders betroffen. Die Viren verursachen plötzlich auftretendes schwallartiges heftiges Erbrechen und starke Durchfälle mit hohem Flüssigkeitsverlust. In der Regel fühlen sich die Betroffenen sehr krank, leiden unter Übelkeit sowie Bauch- und Kopfschmerzen.

Rotavirus-Gastroenteritis
Rotaviren verursachen ebenfalls Durchfälle und Erbrechen mit hohem Flüssigkeitsverlust. Fast alle Kinder erkranken bis zum 5. Lebensjahr an einer Rotavirus-Infektion. Die Erkrankungsverläufe unterscheiden sich dabei jedoch erheblich und reichen von kaum spürbaren Symptomen bis hin zu schweren Verläufen, die einen Krankenhausaufenthalt nötig machen.

Windpocken
Windpocken werden durch das Varicella-zoster-Virus ausgelöst. Die Windpockenerkrankung beginnt mit juckenden Hautausschlägen und Fieber. Hauptmerkmal sind Hautläsionen, die sich im Verlauf von Papeln über Bläschen bis hin zu Schorf entwickeln. Bei Kindern verläuft die Erkrankung gewöhnlich leicht. Bei Erwachsenen kommt es verstärkt zu schweren Verläufen und Komplikationen bis hin zur Enzephalitis. Das Virus kann in Form eines Herpes Zoster (Gürtelrose) reaktiviert werden.

COVID-19

Am 31.12.2019 wurde die Weltgesundheitsorganisation (WHO) über Fälle von Lungenentzündung mit unbekannter Ursache in der chinesischen Stadt Wuhan informiert. Als Auslöser wurde ein neuartiges Coronavirus identifiziert. Coronaviren stellen eine große Familie von Viren dar, die Erkrankungen unterschiedlicher Stärke auslösen. Das neue Virus, das für die Lungenentzündungen in Wuhan verantwortlich war, wurde COVID-19-Virus benannt.

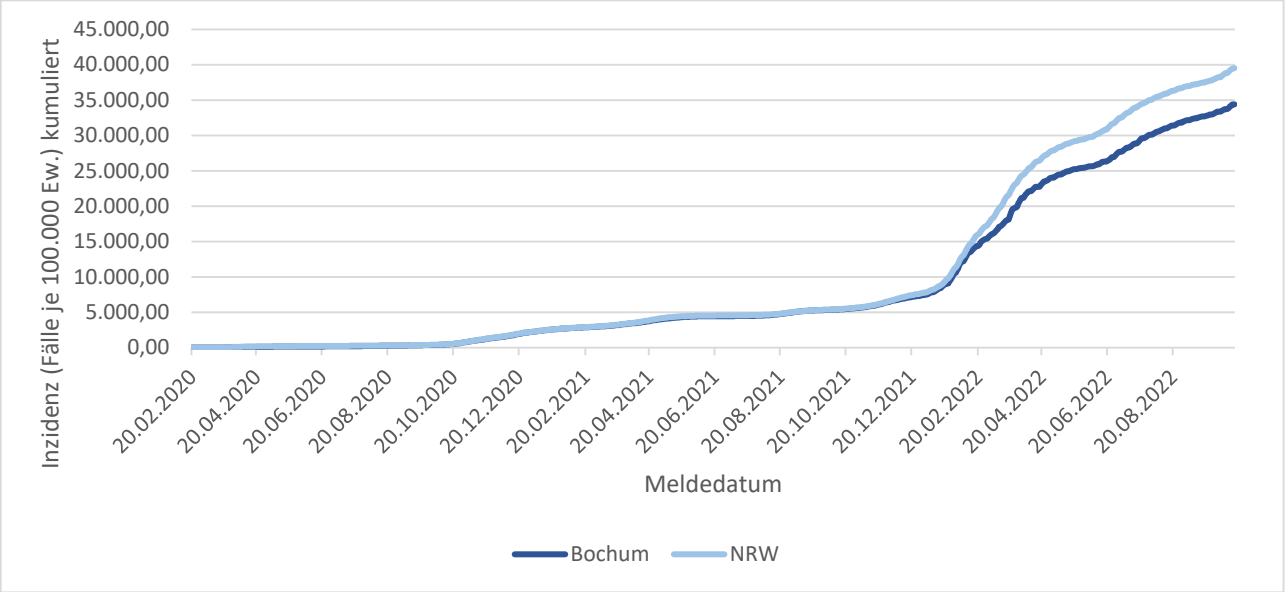
Das COVID-19-Virus wird hauptsächlich über das Einatmen virushaltiger Teilchen aufgenommen. Sie gelangen durch Ausatmung, Reden, Singen, Husten und Niesen in die Atemluft. In einem Umkreis von 1-2 m um eine infizierte Person herum besteht die Wahrscheinlichkeit einer erhöhten Belastung der Atemluft durch solche Partikel. Insbesondere virusbelastete kleinere und leichtere Partikel (Aerosole) können in geschlossenen Räumen über längere Zeit in der Atemluft verbleiben, während größere Partikel vergleichsweise schnell zu Boden sinken. Andere Übertragungswege spielen lediglich eine untergeordnete Rolle.

Der Verlauf der Krankheit variiert von asymptomatischen Verläufen über unspezifische Symptome wie Husten, Fieber, Schnupfen, Störungen des Geruchs- und Geschmackssinns oder des Magen-Darmtrakts bis hin zu gravierenden Verläufen mit Lungenentzündungen, Entzündungen des Gehirns und Schädigungen des Herzmuskels. Bei einigen Erkrankten sind noch lange nach Ende der akuten Infektion gesundheitliche Einschränkungen zu beobachten („Long COVID“).

Am 30.01.2020 erklärte die WHO den Ausbruch des COVID-19-Virus zu einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite. Wegen der schnellen Zunahme der Fallzahlen wurde der Ausbruch am 11.03.2020 zu einer Pandemie erklärt, deren Epizentrum zu diesem Zeitpunkt in Europa lag. In der 10. Kalenderwoche (KW) 2020 (02. – 08.03.2020) wurden die ersten Fälle von COVID-19 in Bochum gemeldet.

Bis zum Ende der 41. KW 2022 wurden aus Bochum 123.322 Fälle gemeldet. Dies entspricht einer Inzidenz von 33.249 Fällen je 100.000 Ew. Rein rechnerisch war also bis dahin jeder dritte Bochumer/jede dritte Bochumerin einmal SARS-CoV-2-positiv getestet worden. Dabei erfolgte der Anstieg der Fälle nicht gleichmäßig. Vom Beginn der Pandemie in Bochum bis zum Ende des Jahres 2021 stieg die kumulierte Inzidenz moderat. Seit Beginn des Jahres 2022 entwickelte sich die Zahl der gemeldeten Neufälle deutlich schneller (Abbildung 78 **Kumulierte Inzidenz laborbestätigter COVID-19-Fälle 10. KW 2020 bis 41.KW 2022**). Dabei zeigt sich in dieser Phase in Nordrhein-Westfalen ein stärkerer Fallanstieg als in Bochum.

Abbildung 78 Kumulierte Inzidenz laborbestätigter COVID-19-Fälle 10. KW 2020 bis 41.KW 2022

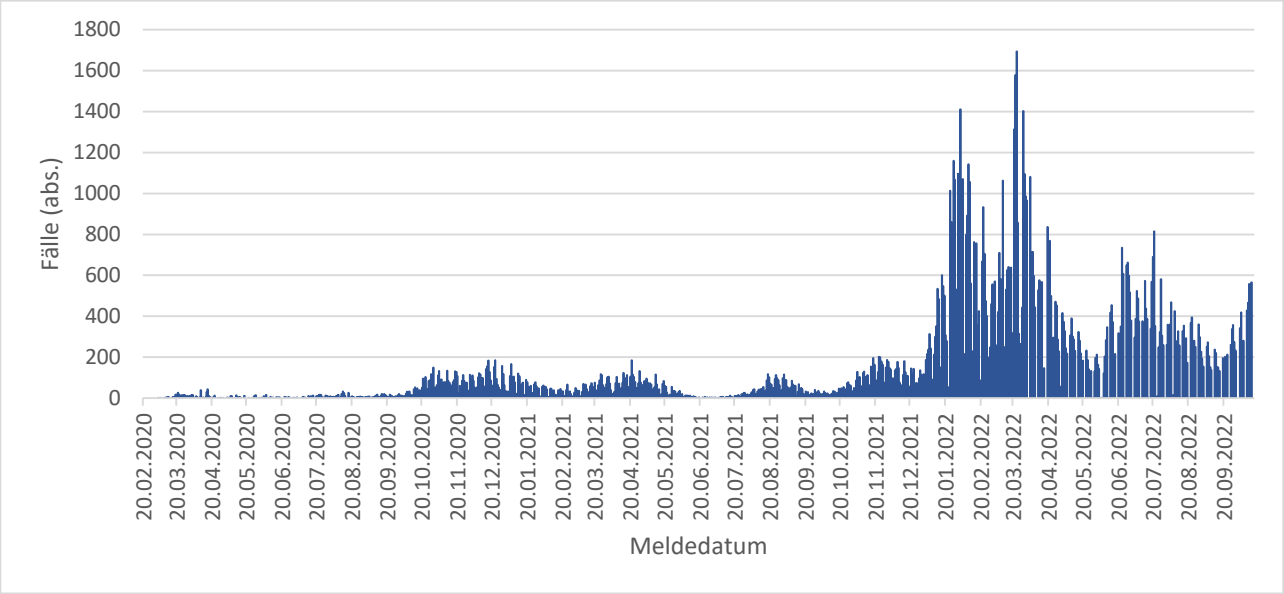


Quelle: www.lzg.nrw.de

Die Betrachtung der kumulierten Inzidenz erweckt den Eindruck einer kontinuierlichen Fallentwicklung. Dies wird jedoch dem Pandemiegeschehen nicht gerecht. Abbildung 79 stellt die täglichen Fallmeldungen für den Zeitraum von der 10. KW 2020 bis zur 41. KW 2022 dar. Es sind deutliche Schwankungen der täglich ge-

meldeten Zahlen zu verzeichnen. Dies bedeutet, dass in einem sehr kurzen Zeitraum sehr viele Neuinfektionen auftreten können, die dann das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen stellen (z. B. bei der Bereitstellung einer hinreichenden Bettenzahl in der stationären Versorgung). Vor diesem Hintergrund lassen sich auch viele der Schutzmaßnahmen erklären: Die AHA+L+A-Formel (Abstand halten, Hygiene beachten, im Alltag Maske tragen, regelmäßig lüften und Corona-Warn-App nutzen) dienten nicht nur dem individuellen Gesundheitsschutz, sondern zielten auch darauf ab, die Fallzahl so niedrig zu halten, dass eine gesundheitliche Versorgung schwer Erkrankter zu jedem Zeitpunkt ermöglicht werden konnte.

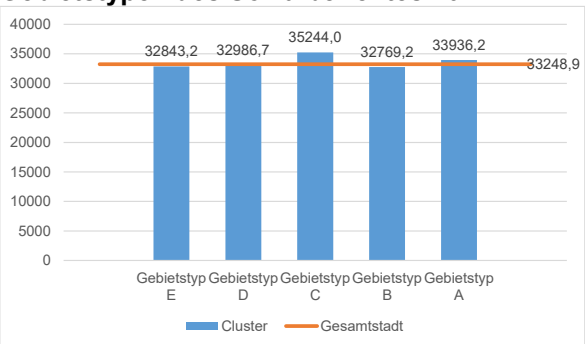
Abbildung 79 Laborbestätigte COVID-19-Fälle 10. KW 2020 bis 41.KW 2022



Quelle: www.lzg.nrw.de

Aber nicht nur in zeitlichem Verlauf, sondern auch örtlich zeigen sich z. T. erhebliche Unterschiede in der Inzidenz. Abbildung 81 stellt die räumliche Verteilung der kumulierten COVID-19-Inzidenzen für die Ebene der dreißig Bochumer Ortsteile dar. Die Inzidenzen variieren dabei von 27.479 Fällen je 100.000 Ew. in Stiepel und 37.723 Fällen je 100.000 Ew. in Hordel.
Die sechs Ortsteile mit den höchsten kumulierten Inzidenzen sind Hordel (37.723 Fälle/100.000 Ew.), Gleisdreieck (36.863 Fälle/100.000 Ew., Laer (35.885 Fälle/100.000 Ew., Riemke (35.647 Fälle/100.00 Ew.), Weitmar-Mitte (35.491 Fälle/100.000 Ew.) und Hamme (35173 Fälle/100.000 Ew.). Diese Ortsteile sind den sozial- und siedlungsstrukturellen Gebietstypen A (Hamme), B (Riemke, Laer), C (Gleisdreieck) und D (Hordel, Weitmar-Mitte) zugeordnet.

Abbildung 80 Kumulierte Inzidenzen nach Gebietstypen des Sozialberichtes 2021



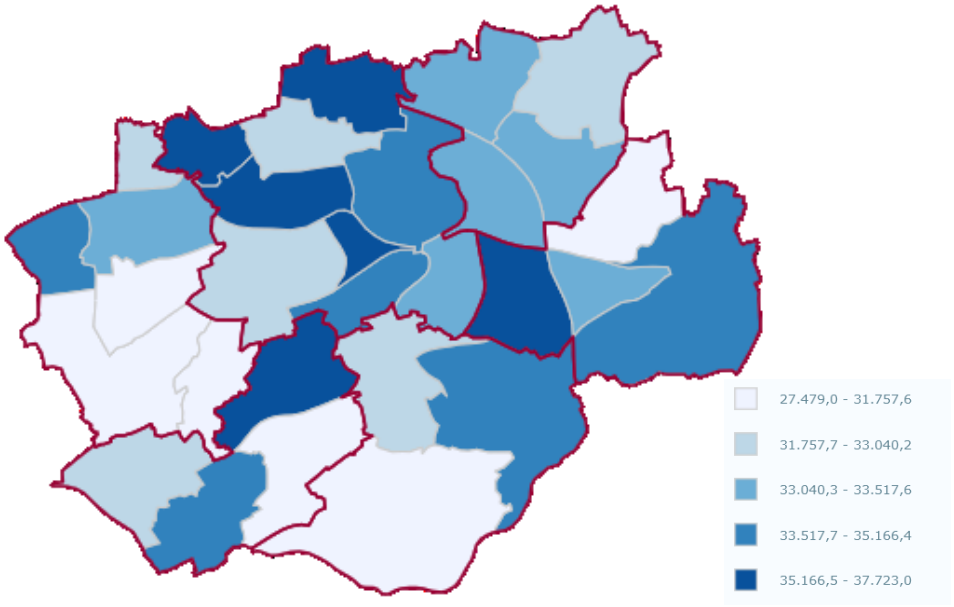
Quelle: Stadt Bochum

Die niedrigsten Inzidenzen finden sich im Beobachtungszeitraum in Stiepel (27.479 Fälle/100.000 Ew.), Westenfeld (29.785 Fälle/100.000 Ew.), Höntrop (30.329 Fälle/100.000 Ew.), Weitmar-Mark (31.467 Fälle/100.000 Ew.), Eppendorf (31.512 Fälle/100.000 Ew.) und Werne (31.741 Fälle/100.000 Ew.). Die sozial- und siedlungsstrukturelle Zuordnung dieser sechs Ortsteile stellt sich wie folgt dar: Gebietstyp B (Westenfeld, Werne), D (Stiepel, Höntrop), und E (Weitmar-Mark, Eppendorf).

Eine klare Korrelation zwischen der Höhe der kumulierten Inzidenz und der Zuordnung zu den sozialstrukturellen Clustern ist dabei nicht erkennbar. Dieser Eindruck bestätigt sich, wenn die Inzidenzen für die fünf sozialstrukturellen Cluster kumuliert dargestellt werden (Abbildung 80): Die höchste kumulierte Inzidenz weist

der soziodemografisch unauffällige, aber sehr urbane Gebietstyp C auf. Die anderen Gebietstypen weichen nur sehr geringfügig von der gesamtstädtischen Inzidenz ab.

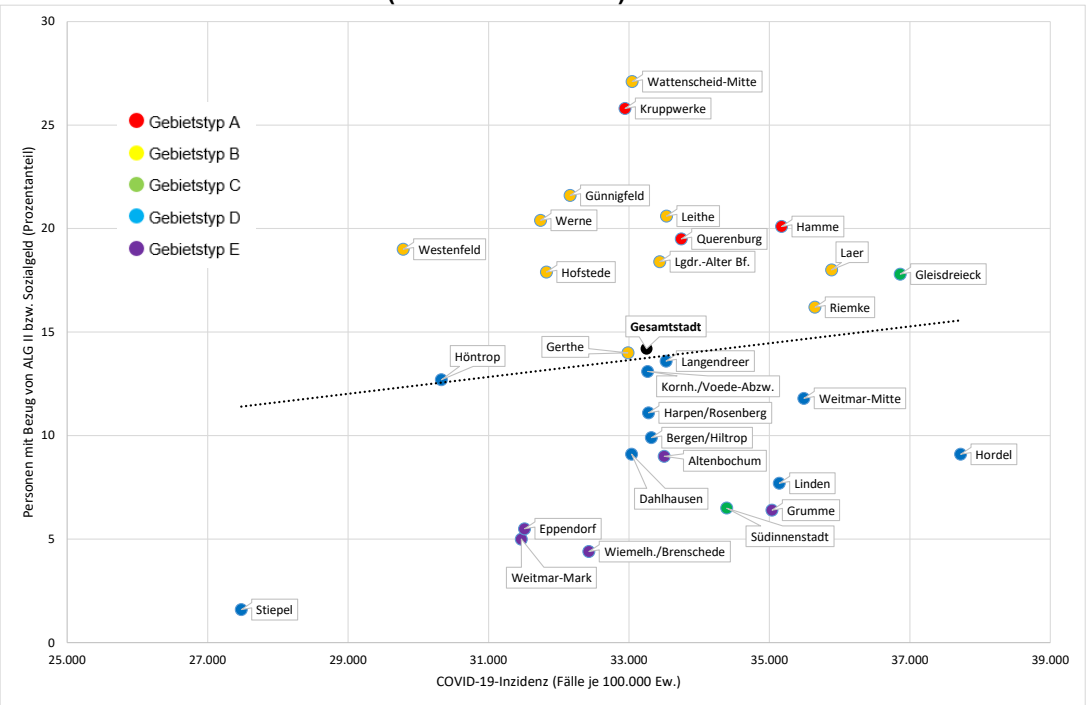
Abbildung 81 Kleinräumige COVID-19-Inzidenzen
Kumulierte Werte 10/2020 – 41/2022



Daten und Visualisierung: Stadt Bochum

Eine deutliche Korrelation zwischen der Häufigkeit von COVID-19-Erkrankungen in den Ortsteilen und ihrer Zuordnung zu einem soziostrukturellen Cluster liegt nicht vor. Da die gebietstypologische Differenzierung des Sozialberichtes Bochum 2021 sowohl die Sozial- als auch die Siedlungsstruktur gemeinsam berücksichtigt, wird im Folgenden jeweils ein soziostruktureller und ein siedlungsstruktureller Faktor getrennt betrachtet.

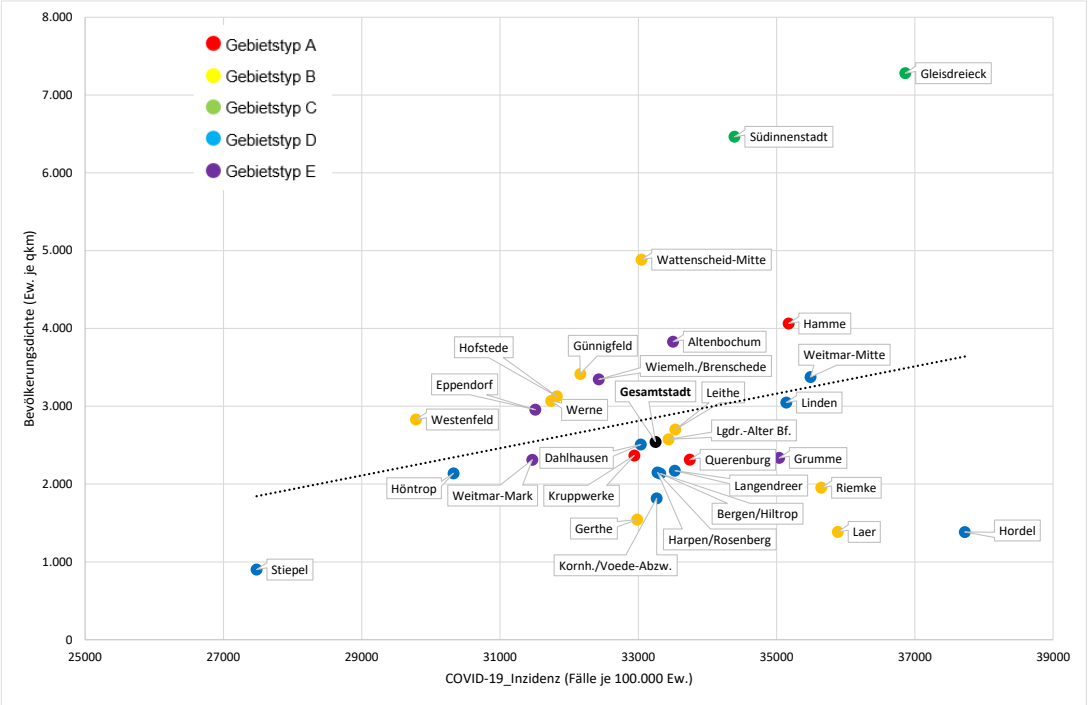
Abbildung 82 Transferleistungsbezug und kumulierte COVID-19-Inzidenz (10/2020 – 41/2022)



Quelle: Stadt Bochum

Abbildung 82 stellt die Korrelation zwischen der Höhe des Anteils von Personen mit Transferleistungsbezug (ALG II bzw. Sozialgeld) und der kumulierten COVID-19-Inzidenz dar. Während in Bezug auf den Transferleistungsbezug eine deutliche Korrelation zwischen der Höhe des Anteils der Personen mit Transferleistungsbezug und der Clusterzugehörigkeit erkennbar ist, ist eine solche in Bezug auf die COVID-19-Inzidenz nicht unmittelbar ersichtlich. Die gestrichelte Trendlinie beschreibt die Korrelation zwischen Transferleistungsbezug und COVID-19-Inzidenz: Ihr leichter Anstieg weist auf eine lediglich geringfüge Korrelation hin.

Abbildung 83 Bevölkerungsdichte und kumulierte COVID-19-Inzidenz (10/2020 – 41/2022)



Quelle: Stadt Bochum

In Bezug auf das Verhältnis von Bevölkerungsdichte und COVID-19-Inzidenz (Abbildung 83) lässt sich demgegenüber eine etwas stärkere Korrelation erkennen.

Über kausale Zusammenhänge zwischen der räumlich differenzierten Höhe der COVID-19-Inzidenz und den anderen hier untersuchten Faktoren können auf der zur Verfügung stehenden Datenbasis keine Angaben gemacht werden. Zunächst liegt dies daran, dass eine Ansteckung mit dem SARS-CoV-2-Virus überall geschehen kann, wo Menschen sich begegnen. Sie ist nicht direkt dem Ortsteil zuzuordnen, in dem der bzw. die positiv Getestete wohnt.

Dennoch können Hinweise aus den Auswertungen entnommen werden, in welche Richtung Überlegungen gehen können, um Bochum für künftige Pandemielagen resilienter zu gestalten. Hierbei scheinen Maßnahmen, die siedlungsstrukturelle Aspekte in den Blick nehmen, sinnvoll zu sein.

1.5 Mortalität

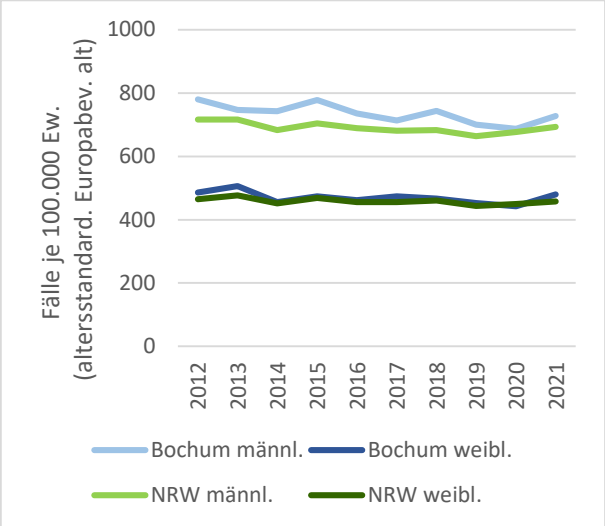
1.5.1 Mortalität allgemein

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 Gesundheits-risiken zu sehen.
Die Sterblichkeit ist nur ein Aspekt der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung. Andere Faktoren wie die Morbidität (Krankheitshäufigkeit) und soziale Determinanten der Gesundheit müssen ebenfalls berücksichtigt werden, um ein umfassendes Bild zu erhalten und gegebenenfalls weitere Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit un82d Prävention von Krankheiten zu identifizieren.
Die Sterblichkeit unterscheidet sich u. a. nach Geschlecht und Alter. Sie wird daher als Fallzahl je 100.000 Einwohner*innen altersstandardisiert an der Europabevölkerung (alt)[2] und als SMR sowie 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.

Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

2021 starben in Bochum 4.676 Personen, davon waren 2.433 Frauen und 2.243 Männer. Dies entspricht einer rohen Sterberate (d. h. ohne Berücksichtigung der Altersstruktur) von 1.284,8 Sterbefällen je 100.000 Ew. insgesamt. Bei den Frauen lag die rohe Sterberate 2021 bei 1.306,1, bei den Männern bei 1.262,4 Fällen/100.000 Ew. Berücksichtigt man jedoch die unterschiedliche Alterszusammensetzung der männlichen Bevölkerung, ergibt sich ein anderes Bild: Die Sterblichkeit liegt dann mit 777,4 Sterbefällen/100.000 Ew. (altersstandardisiert an der Europabev. alt) bei den Männern deutlich über derjenigen der Frauen mit 495,4 Fällen.

Abbildung 84 Sterbefälle 2012-2021
Bochum und NRW



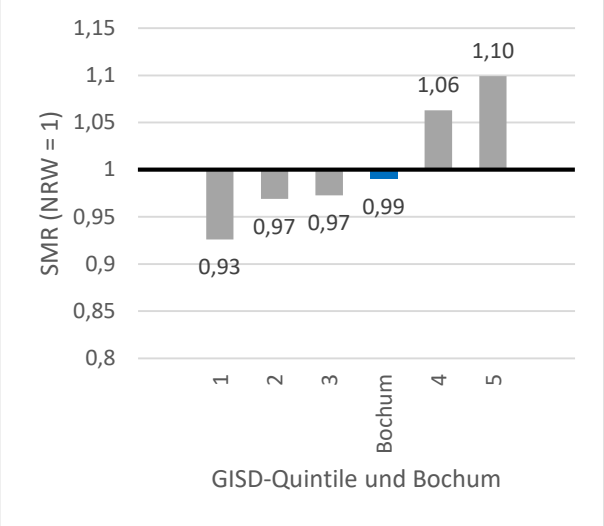
Quelle: LZG.NRW

In Nordrhein-Westfalen ist bis 2020 ein geringfügiger Rückgang der Sterblichkeit zu beobachten. Derselbe Abwärtstrend ist auch in Bochum erkennbar. Auf Landesebene ist 2021 gegenüber dem Vorjahr ein leichter Anstieg (Männer) bzw. eine Stagnation (Frauen zu erkennen). In Bochum lag die Sterblichkeit 2021 bei beiden Geschlechtern über der-je-nigen des Vorjahres. (Abbildung 84).

[2] Informationen zur Altersstandardisierung erhalten Sie unten unter Kapitel 2.8.2.

Der SMR für die Gesamtsterblichkeit weicht in Bochum mit 0,99 nur geringfügig vom Landeswert ab. Die Kommunen des Clusters 3 des German Index Of Socioeconomic Deprivation (GISD)[3], zu dem Bochum gehört, wiesen 2021 mit 0,97 durchschnittlich einen etwas geringeren SMR auf als Bochum. Insgesamt zeigt sich entlang der des Grades der sozioökonomischen Deprivation ein deutlicher Anstieg der Mortalität (Abbildung 85).

Abbildung 85 Sterbefälle 2021
Bochum und GISD-Quintile

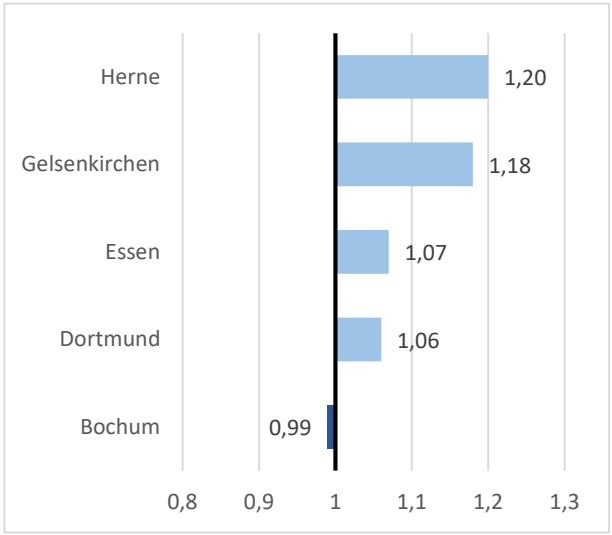


Quelle: LZG.NRW

Im Vergleich mit den vier Nachbarkommunen Herne, Gelsenkirchen, Essen und Dortmund wies Bochum den niedrigsten SMR auf (Abbildung 86). Dieser Vergleich ist jedoch nur bedingt aussagekräftig, da diese Kommunen sich im Grad der sozioökonomischen Deprivation z. T. erheblich von Bochum unterscheiden.

Neben der Abweichung der Gesamtmortalität von derjenigen des Landes kann zur allgemeinen Beurteilung des Sterbegeschehens die Verteilung der hauptsächlichen Todesursachen herangezogen werden. In Abb. 3 wird die Sterblichkeit je 100.000 Ew. (altersstandardisiert an der Europabevölkerung alt) an den vier häufigsten Todesursachen im Jahr 2020 dargestellt. Diese Todesursachen – Neubildungen, Krankheiten des Kreis-, des Verdauungs- und Atmungssystems verursachten sowohl in NRW insgesamt als auch in Bochum ca. 60 % der Sterbefälle. Darüber hinaus wurde in diesem Bericht anlässlich der COVID-19-Pandemie die Sterblichkeit an Infektionskrankheiten in die Darstellung aufgenommen. Sie liegt – trotz der großen Herausforderungen des Gesundheitssystems durch COVID-19 – sowohl im Land als auch in der Stadt Bochum bei unter 10 Sterbefälle je 100.000 Ew.

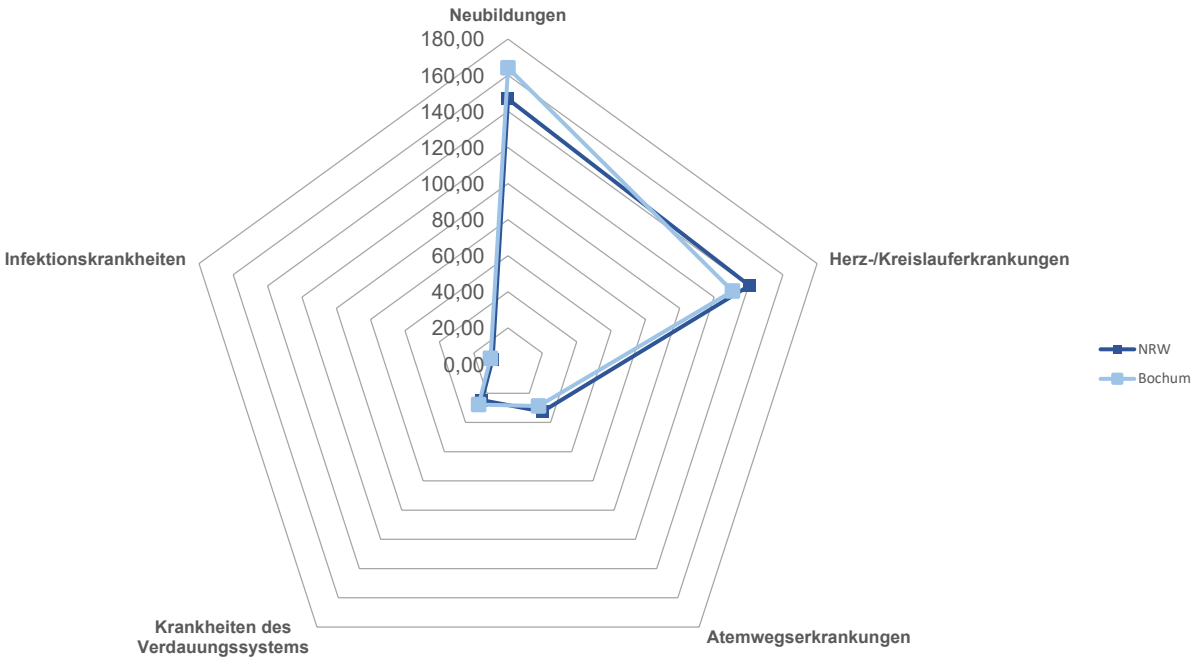
Abbildung 86 Sterbefälle 2021
Bochum und Vergleichskommunen



Quelle: LZG.NRW

[3] Informationen zum German Index Of Socioeconomic Deprivation erhalten Sie unter Kapitel 2.8.2.

Abbildung 87 Haupttodesursachen 2021
NRW und Bochum, altersstandardisiert an Europabev. alt



Quelle: LZG.NRW

Das Netzdiagramm zeigt nur geringfüge Differenzen zwischen der Sterblichkeit im Land und auf kommunaler Ebene. Die deutlichsten Unterschiede bestehen bei den bösartigen Neubildungen und den Herz-/Kreislauferkrankungen. Bösartige Neubildungen treten in Bochum leicht häufiger auf, Herz-/Kreislauferkrankungen sind etwas seltener als auf Landesebene.

Zusammenfassung:
Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es in Bochum in Bezug auf die Sterblichkeit keine signifikante Abweichung von Nordrhein-Westfalen gibt. Die Verteilung der Haupttodesursachen entspricht weitgehend der des Landes. Die leichten Unterschiede weisen nicht auf besondere gesundheitliche Belastungen hin.
Seit der Veröffentlichung des letzten Basisgesundheitsberichts im Jahr 2017 ergibt sich keine grundlegende Änderung der Situation in Bochum.

Interventionsbedarf: Nein.

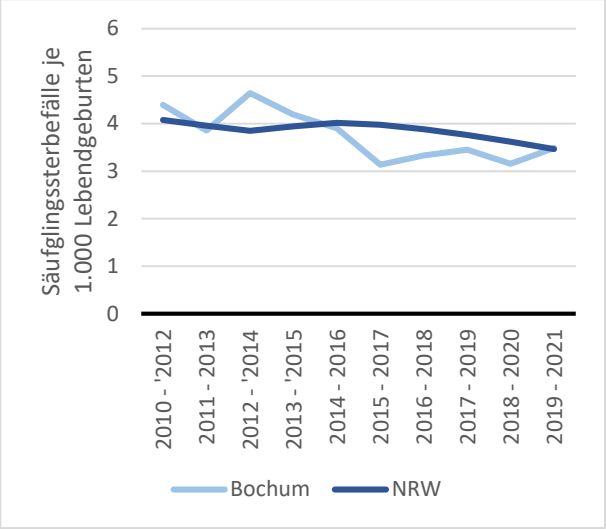
1.5.2 Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit gilt traditionell als Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung. Sie ist in den letzten Jahrzehnten drastisch zurückgegangen. Um 1870 lag sie in Deutschland bei 250 Säuglingssterbefällen je 1.000 Lebendgeborenen, unmittelbar nach Ende des 2. Weltkriegs bei knapp unter 100 Sterbefällen je 1.000 Lebendgeborene und reduzierte sich in der Folgezeit weiter. Seit 1997 liegt die Säuglingssterblichkeit in Deutschland durchgehend bei Werten unter 5 Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeburten. In dieser Entwicklung spiegelt sich die Verbesserung der Alltagshygiene sowie der medizinischen Versorgung wider. Das niedrige Niveau relativiert die Bedeutung der Säuglingssterblichkeit als Indikator für die gesundheitliche Situation einer Bevölkerung. Nach wie vor gilt jedoch, dass Neugeborene in ihrem ersten Lebensjahr für gesundheitliche Probleme besonders anfällig sind und daher besonderer Pflege und Aufmerksamkeit bedürfen. Darüber hinaus sind Säuglingssterbefälle für die betroffenen Familien gravierende Ereignisse, sodass trotz des niedrigen Niveaus eine Berücksichtigung in der Gesundheitsberichterstattung sinnvoll ist.

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

Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

Abbildung 88 Säuglingssterbefälle 2012-2021
Bochum und NRW

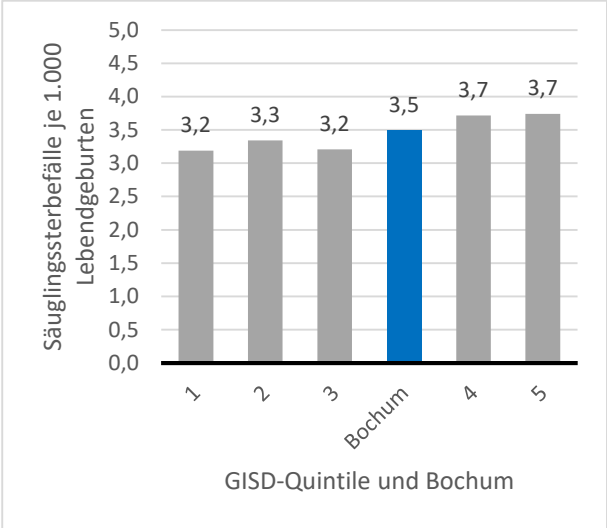


Quelle: LZG.NRW

In den Jahren 2019-2021 starben in Bochum jährlich im Durchschnitt 11 Kinder vor Vollendung des ersten Lebensjahres – ein Sterbefall mehr als im Zeitraum des Basisgesundheitsberichtes 2017. Dies entspricht einer Rate von 3,5 Säuglingssterbefällen je 1.000 Lebendgeburten. Damit entsprach die Rate Bochums genau der Rate Nordrhein-Westfalens mit 3,5 leicht darüber (Abbildung 88). Die Abweichungen zwischen dem Land und Bochum sind geringfügig. Es handelt sich bei ihnen nur um Zufallseffekte.

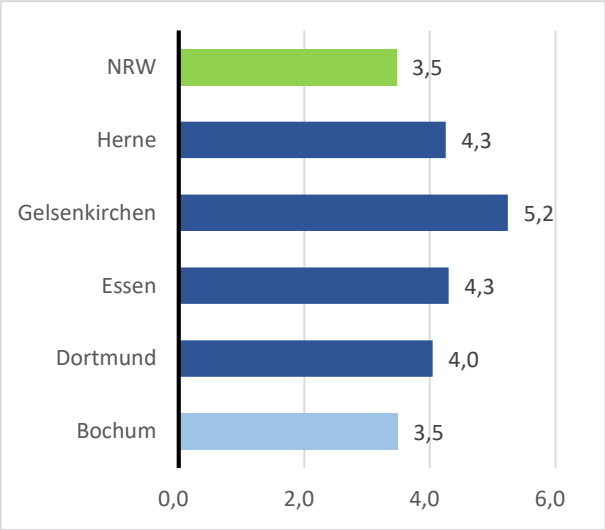
Vergleicht man die Bochumer Säuglingssterblichkeit mit den durchschnittlichen Sterblichkeitsraten der fünf Quintile des GISD für Nordrhein-Westfalen (Abbildung 89) fällt zunächst die geringe Spannweite von 0,5 Sterbefällen je1.000 Lebendgeborenen auf. Die Bochumer Säuglingssterblichkeit liegt dabei leicht über derjenigen des dritten Quintils, zu dem Bochum gehört

Abbildung 89 Säuglingssterbefälle 2021
GISD-Quintile und Bochum



Quelle: LZG.NRW

Abbildung 90 Säuglingssterblichkeit 2021
Bochum und Vergleichskommunen



Quelle: LZG.NRW

Unter den Vergleichskommunen weist Bochum die niedrigste Säuglingssterblichkeit auf (Abbildung 90).

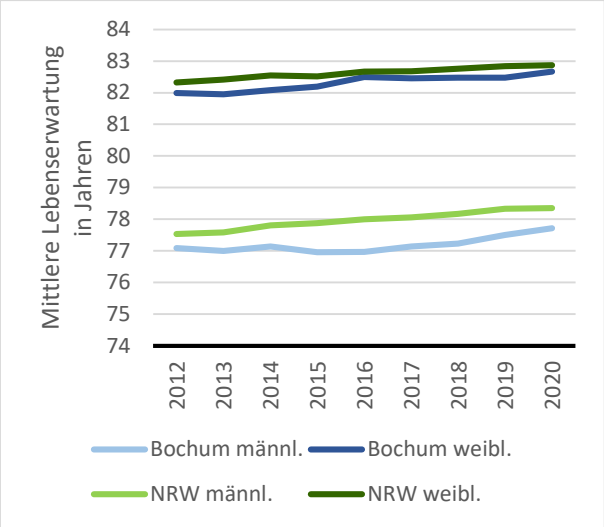
Zusammenfassung:
Die Säuglingssterblichkeit, ist ein Indikator für die Güte der Lebensverhältnisse und der medizinischen Behandlung/Versorgung, Die Aussagekraft des Indikators ist allerdings aufgrund des erreichten niedrigen Niveaus eingeschränkt.

Interventionsbedarf: Nein.

1.5.3 Mittlere Lebenserwartung

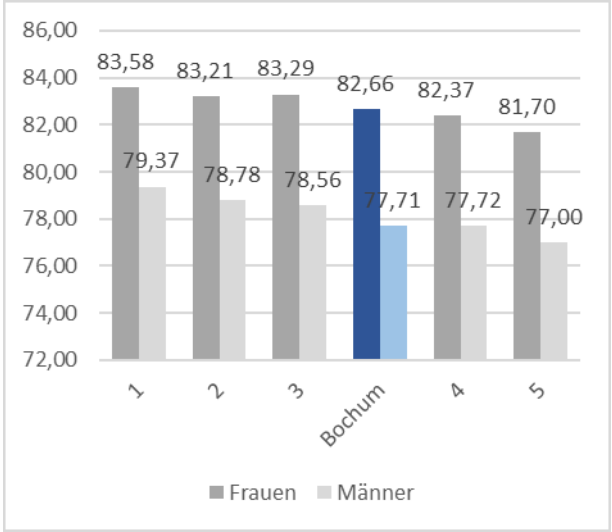
Die mittlere Lebenserwartung erlaubt allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung. Da die Lebenserwartung der um die Alterseffekte bereinigten Sterblichkeit entspricht, ist sie besonders geeignet für die vergleichende Analyse 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.

Abbildung 91 Mittlere Lebenserwartung 2012-2020
NRW und Bochum



Quelle: LZG.NRW

Abbildung 92 Mittlere Lebenserwartung 2020
GISD-Quintile und Bochum



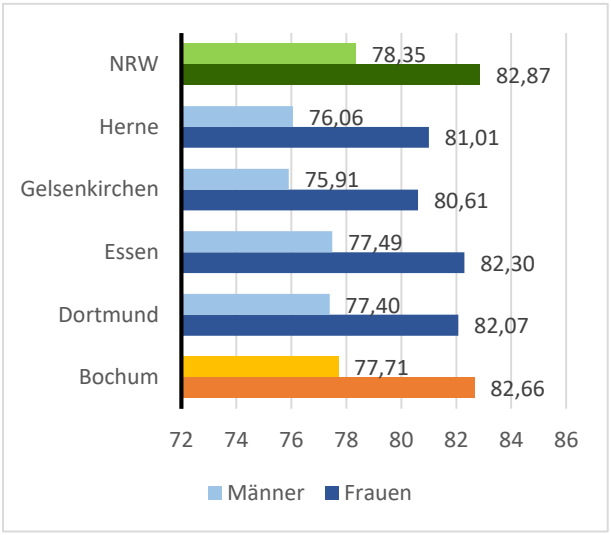
Quelle: LZG.NRW

Die Entwicklung der mittleren Lebenserwartung bei Geburt unterscheidet sich in Bochum kaum von derjenigen im Land. Die gleitenden 3-Jahres-Mittelwerte zeigen im Berichtszeitraum abgesehen von wenigen Ausnahmen eine steigende Tendenz (Abbildung 91).
Die mittlere Lebenserwartung der Bochumerin- und Bochumer liegt unter denjenigen des Lan- Ein in Bochum in den 2018-2020 geborene männliche Person wird statistisch gesehen 0,6 re kürzer leben als im Land, bei weiblichen Per- nen beträgt die Abweichung 0,2 Jahre. Diese weichungen sind jedoch nicht signifikant.

Die mittlere Lebenserwartung nimmt im interkommunalen Vergleich mit zunehmender sozioökonomischer Deprivation ab. Die Lebenserwar- in Bochum liegt etwas niedriger als die mittlere benserwartung des dritten GISD-Quintils, dem chum angehört (Abbildung 92).

Im Vergleich mit den Nachbarkommunen (Abbildung 93) wies Bochum die höchste mittle- Lebenserwartung auf.

Abbildung 93 Mittlere Lebenserwartung 2020
Bochum und Vergleichskommunen



Quelle: LZG.NRW

nen des: Jahso- Abtung Le- Bore

1.5.4 Vermeidbare Sterbefälle

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

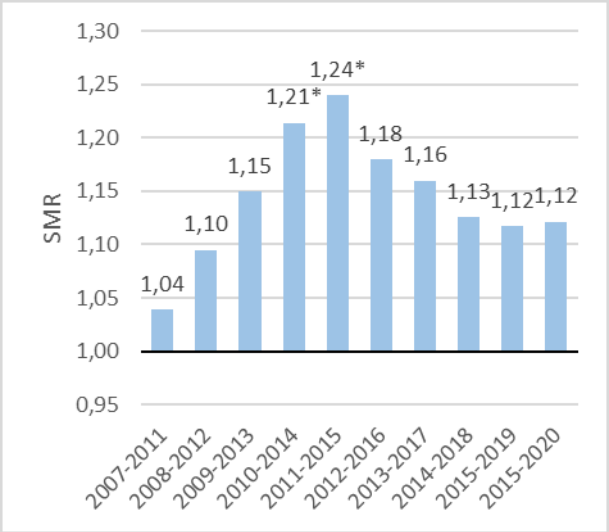
- Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (ICD-10: C33-C34) bei Frauen und Männern von 15-64 Jahren,
- Ischämische Herzkrankheit (ICD-10: I20-I25) bei Frauen und Männern von 35-64 Jahren,
- Hypertonie (ICD-10: I10-I15) und zerebrovaskuläre Erkrankung (ICD-10: I60-I69) bei Frauen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

Viele der hier aufgeführten Erkrankungen werden in Kapitel 1.2.14 gesondert in den Blick genommen. Dabei unterscheidet sich allerdings der Schwerpunkt der Darstellung: Hier geht es insbesondere um die Sterbefälle, die durch gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen vermieden werden könnten. Dazu wird die Auswertung auf die Altersstufen eingeschränkt, in denen solche Maßnahmen greifen können. Sowohl die jüngeren Altersstufen, in denen diese Erkrankungen oder das sie auslösende gesundheitsschädigende Verhalten praktisch nie auftreten, als auch die älteren, in denen das Alter als Risikofaktor vorrangige Bedeutung erhält, werden nicht berücksichtigt. Überdies werden der Auswertung 5-Jahres-Mittelwerte zu Grunde gelegt. Dadurch werden zufällige Schwankungen der Sterbefallraten minimiert und stabilere Muster erkennbar. Demgegenüber werden in Kapitel 1.2.14 stets alle Altersstufen ausgewertet, um darzustellen, welche Bedeutung die ausgewerteten Todesursachen in Bochum insgesamt haben – ganz gleich, ob sie durch gesundheitsfördernde Maßnahmen oder präventive Interventionen hätten vermieden werden können. Darüber hinaus werden in Kapitel 1.2.14 keine gleitenden Mittelwerte gebildet, sondern die jährlichen Sterbefälle ausgewertet. Dadurch wird das Augenmerk verstärkt auf Entwicklungen und Trends gerichtet, weniger auf vorherrschende Muster.
Die vermeidbaren Sterbefälle spiegeln also indirekt die Qualität und Effektivität sowohl der Prävention und Gesundheitsförderung als auch der gesundheitlichen Versorgung in Bezug auf Inanspruchnahme, Diagnostik und Therapie wider. Im regionalen Vergleich lassen sich daher Hinweise auf Unterschiede in Versorgungs-strukturen und ihrer Inanspruchnahme gewinnen. Gleichzeitig kann ggf. ein erhöhter Bedarf an präventiven Maßnahmen identifiziert werden.

Häufigkeit und interkommunaler Vergleich:

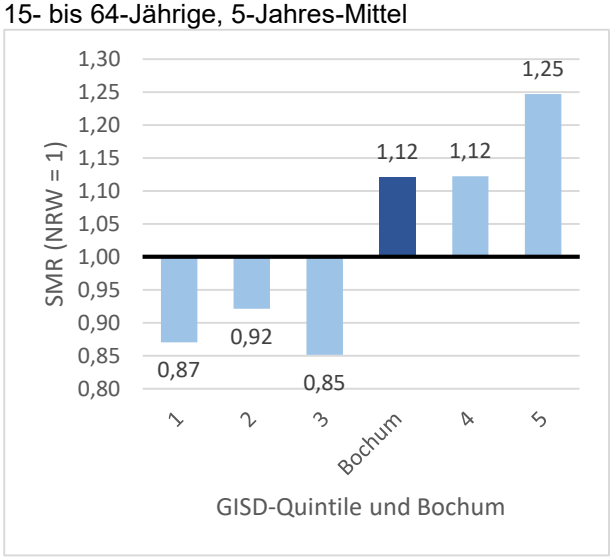
Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge:
An bösartigen Neubildungen der Atemwege starben 2016-2020 im Mittel 71 Personen pro Jahr in der angegebenen Altersgruppe. Das sind 10 Personen weniger als zum Berichtszeitraum des Basisgesundheitsberichts 2017. Bis 2011-2015 nahm das gleitende Jahresmittel dieser Erkrankungen kontinuierlich zu und erreichte signifikante Dimensionen in den Zeiträumen 2010-2014 sowie 2011-2015. Danach ging der SMR wieder zurück und lag zuletzt bei einer insignifikanten Abweichung von 1,12 zum Landeswert. (**Abbildung 94**). Im interkommunalen Vergleich mit den GISD-Quintilen ist Bochum weist Bochum einen SMR deutlich über dem durchschnittlichen SMR des dritten Quintils, dem Bochum angehört. Aufgrund der geringen Fallzahl ist jedoch davon auszugehen, dass es sich hierbei um eine Zufallsabweichung handelt (**Abbildung 95**).

Abbildung 94 Sterbefälle wg. bösartiger Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge 2007-2020
Bochum, beide Geschlechter, 15- bis 64-Jährige, 5-Jahres-Mittel



Quelle: LZG.NRW

Abbildung 95 Sterbefälle wg. bösartiger Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge 2016-2020
GISD-Quintile und Bochum, beide Geschlechter, 15- bis 64-Jährige, 5-Jahres-Mittel

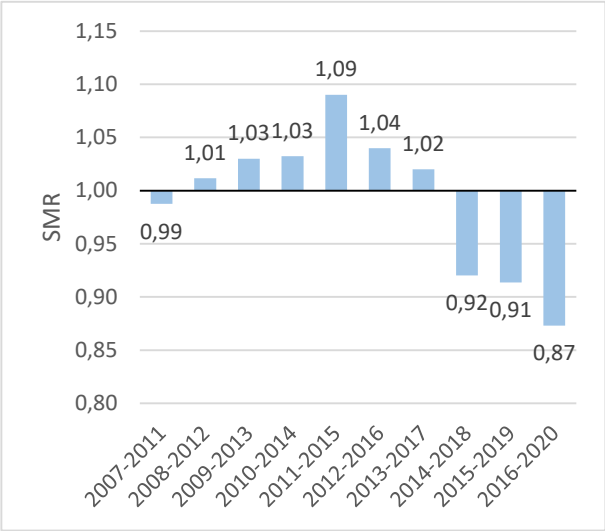


Quelle: LZG.NRW

Ischämische Herzkrankheit:

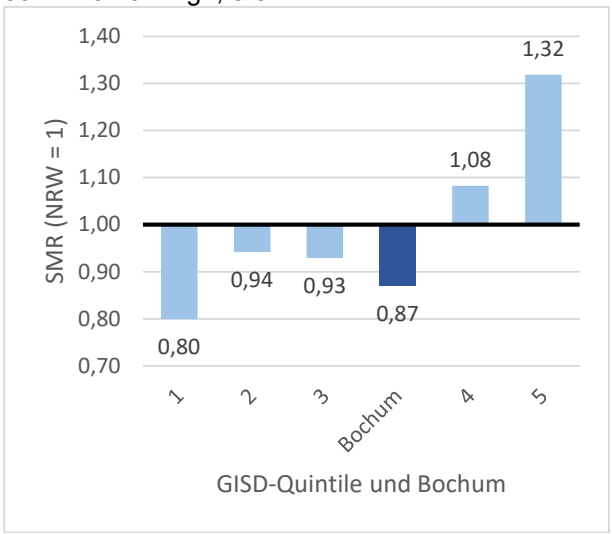
An dieser Erkrankung starben 2016-2020 im Mittel 34 Personen im Alter von 35-64 Jahren pro Jahr, dies sind 16 Personen weniger als im Berichtzeitraum des Basisgesundheitsberichts 2017. Hier konnten im gesamten Berichtszeitraum in Bochum keine signifikante Erhöhung der SMR-Werte beobachtet werden, seit 2014-2018 lag der SMR unter dem Landeswert (Abbildung 96). Demgegenüber lagen die vier Vergleichskommunen - Dortmund, Gelsenkirchen, Essen und Herne – 2016-2020 signifikant über dem Landesdurchschnitt (Abbildung 97).

Abbildung 96 Sterbefälle wg. Ischämischer Herzkrankheit 2007-2020
Bochum, beide Geschlechter, 35- bis 64-Jährige, 5-Jahres-Mittel



Quelle: LZG.NRW

Abbildung 97 Sterbefälle wg. Ischämischer Herzkrankheit 2016-2020
GISD-Quintile und Bochum, beide Geschlechter, 35- bis 64-Jährige, 5-Jahres-Mittel

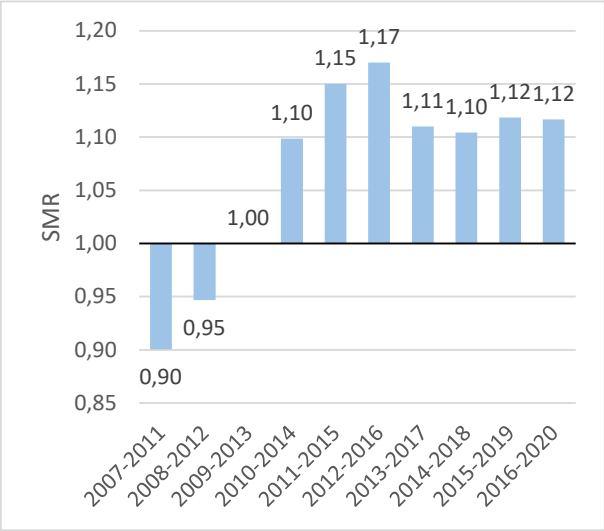


Quelle: LZG.NRW

Hypertonie und zerebrovaskuläre Erkrankung:

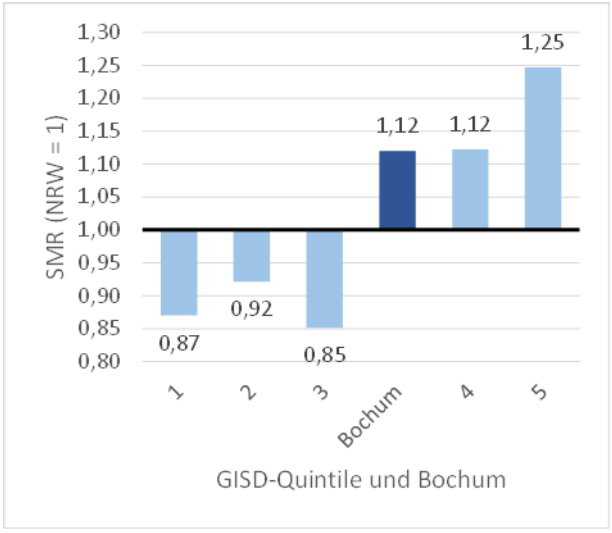
2016-2020 starben in Bochum im Durchschnitt 24 Personen pro Jahr in der genannten Altersgruppe an dieser Erkrankung. Dies entspricht der Anzahl im Bereichszeitraum des Basisgesundheitsberichtes 2017. Im gleitenden 5-Jahresmittel lag die Häufigkeit der Sterbefälle bis 2005-2009 über derjenigen des Landes, signifikante Werte waren jedoch nicht feststellbar. Bis 2009-2013 lag der SMR unter bzw. auf Höhe des Landeswertes, seit 2010-2014 steigt der Anteil wieder an und lag zuletzt 12% über dem Landeswert (Abbildung 98). Im interkommunalen Vergleich des gleitenden Mittelwerts der Jahre 2016-2020 weisen Gelsenkirchen und Essen signifikante Abweichung zum Landeswert auf, während Dortmund und Herne insignifikant über dem NRW-Niveau liegen (Abbildung 99).

Abbildung 98 Sterbefälle wg. Hypertonie und zerebro-vaskulärer Erkrankung 2007-2020
Bochum, beide Geschlechter, 35- bis 64-Jährige, 5-Jahres-Mittel



Quelle: LZG.NRW

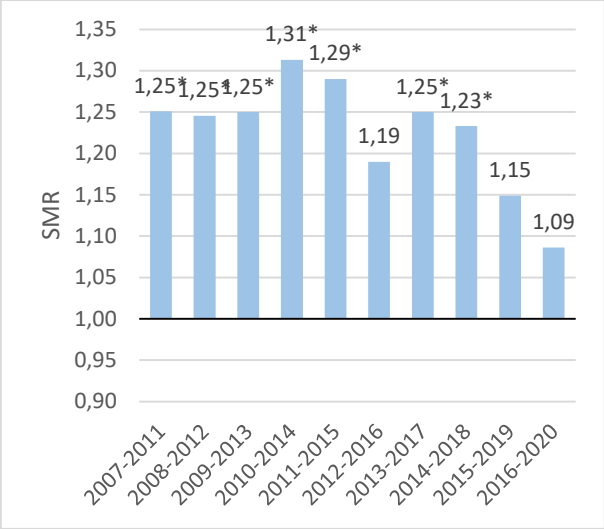
Abbildung 99 Sterbefälle wg. Hypertonie und zerebro-vaskulärer Erkrankung 2016-2020
GISD-Quintile und Bochum, beide Geschlechter, 35- bis 64-Jährige, 5-Jahres-Mittel



Quelle: LZG.NRW

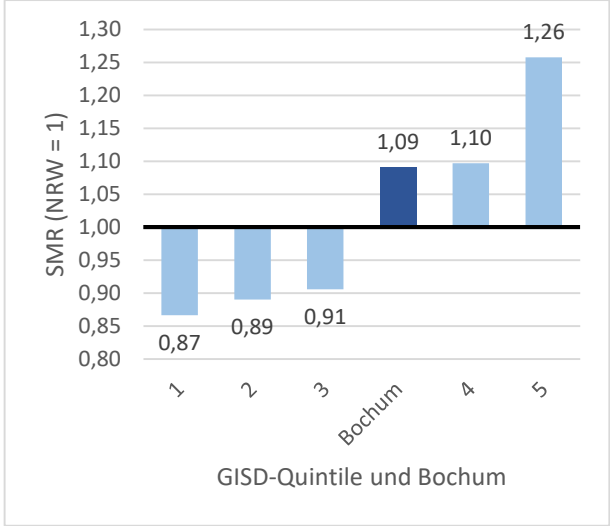
Krankheiten der Leber:

Abbildung 100 Sterbefälle wg. Leber-erkrankungen 2007-2020
Bochum, beide Geschlechter, 15- bis 74-Jährige, 5-Jahres-Mittel



Quelle: LZG.NRW

Abbildung 101 Sterbefälle wg. Leber-erkrankungen 2016-2020
GISD-Quintile und Bochum, beide Geschlechter, 15- bis 74-Jährige, 5-Jahres-Mittel



Quelle: LZG.NRW

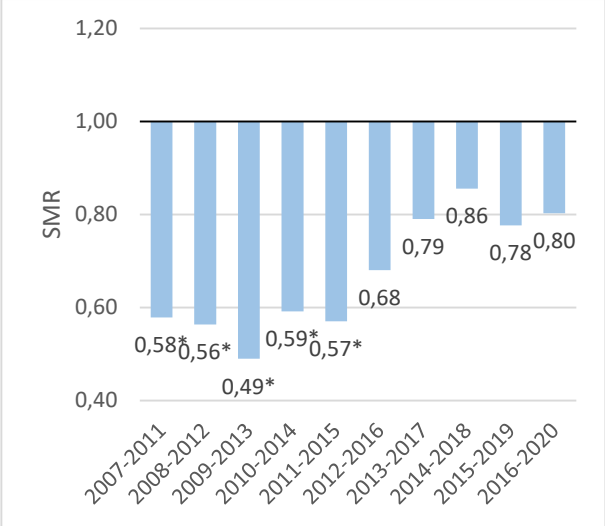
An Erkrankungen der Leber starben in Bochum 2016-2020 durchschnittlich jedes Jahr 45 Personen im Alter von 15-74 Jahren. Dies sind 8 weniger als im Berichtszeitraum des Basisgesundheitsberichtes 2017. Bis 2014-2018 lag Bochum im gleitenden 5-Jahresmittel mit Ausnahme des Zeitraums 2012-2016 im Berichtszeitraum durchgängig signifikant über dem Landeswert. Seither ist der SMR rückläufig und lag 2016-2020 nur noch 9% über dem Landesschnitt. (Abbildung 100). Unter den Vergleichskommunen weisen Gelsenkirchen, Essen und Dortmund eine signifikante Abweichung vom Landeswert auf. (Abbildung 101).

Verkehrsunfälle (ICD V01-V99):

Bei V01-V99 starben in Bochum zuletzt im Mittel 9 Personen pro Jahr. Dies bedeutet eine Zunahme um zwei Personen gegenüber dem Berichtzeitraum des Basisgesundheitsberichtes 2017. Allerdings waren im gesamten Berichtszeitraum Werte unterhalb des NRW-Niveaus zu beobachten. Bis 2011-2015 waren diese Abweichungen signifikant, seither nicht mehr (Abbildung 102). In den Vergleichskommunen starben 2016-2020 z. T. signifikant weniger Menschen bei Transportmittelunfällen als in Nordrhein-Westfalen insgesamt (Abbildung 103).

Abbildung 102 Sterbefälle wg. Verkehrsunfällen 2007-2020

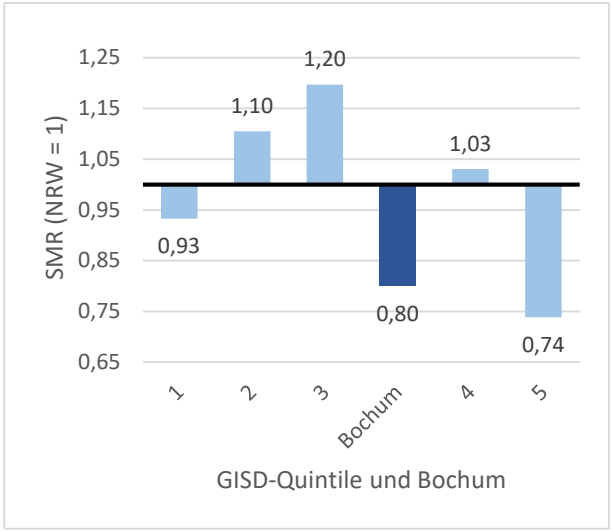
Bochum und Vergleichskommunen, beide Geschlechter, alle Altersstufen, 5-Jahres-Mittel



Quelle: LZG.NRW

Abbildung 103 Sterbefälle wg. Verkehrsunfällen 2016-2020

GISD-Quintile und Bochum, beide Geschlechter, alle Altersstufen, 5-Jahres-Mittel

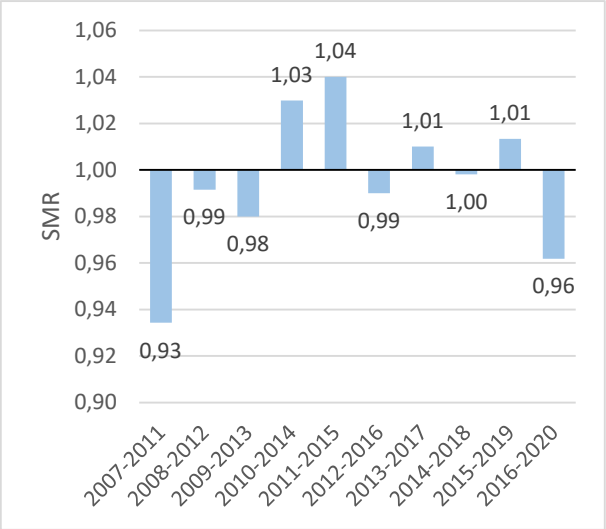


Quelle: LZG.NRW

Brustkrebs:

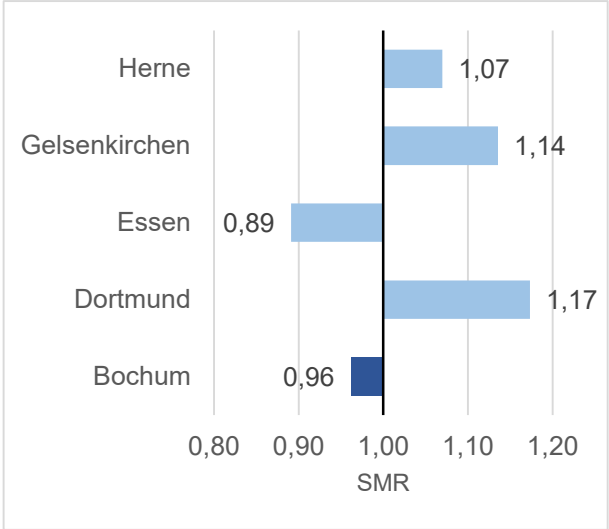
21 Frauen im Alter von 25-64 Jahren starben im Durchschnitt 2016-2020 pro Jahr in Bochum an Brustkrebs. Dies sind 3 weniger als im Berichtzeitraum des Basisgesundheitsberichtes 2017. Im gesamten Berichtzeitraum traten in Bochum keine signifikanten Abweichungen auf. Eine Entwicklungstendenz ist nicht erkennbar: Über- und unterdurchschnittliche SMR-Werte wechseln sich ab. (Abbildung 104). In keiner der Vergleichskommunen waren signifikante Abweichungen vom Landeswert zu beobachten. (Abbildung 105).

Abbildung 104 Sterbefälle wg. Brustkrebs 2007-2020
Bochum und Vergleichskommunen, beide Geschlechter, 35- bis 64-Jährige, 5-Jahres-Mittel



Quelle: LZG.NRW

Abbildung 105 Sterbefälle wg. Brustkrebs 2016-2020
Bochum und Vergleichskommunen, beide Geschlechter, 35- bis 64-Jährige, 5-Jahres-Mittel



Quelle: LZG.NRW

Zusammenfassung:
Die Situation in Bochum stellt sich bei vorzeitigen Sterbefällen durchweg unauffällig dar. Bei keinem der sechs untersuchten Indikatoren weicht Bochum signifikant vom Landeswert ab. Mit Ausnahme der Transportmittelunfälle ist die absolute Zahl der Sterbefälle stabil oder sogar rückläufig.

Interventionsbedarf: Nein.

1.6 Umwelt und Gesundheit

Fachbeitrag von Prof. Dr. Heike Köckler und Daniel Simon, Department of Community Health, Hochschule für Gesundheit, Bochum

Die Umwelt, in der wir leben, hat vielfältige Einflüsse auf menschliche Gesundheit. Sie kann durch Luftschadstoffe, Lärm oder Hitze die Gesundheit belasten oder diese über ruhige Orte, Grünflächen oder Wasserflächen fördern. Dieser Erkenntnis folgend sind Prävention und Gesundheitsförderung auch zentrale Aufgaben der Umweltpolitik. Der Schutz der menschlichen Gesundheit ist daher ein Ziel vieler umweltbezogener Gesetze und Programme. Die Weltgesundheitsorganisation hat die Strategie Gesundheit in allen Politikfeldern zu verfolgen bereits im Jahr 1986 in der Ottawa Charta ausgerufen. In Nordrhein-Westfalen gibt es entsprechend den Strukturen der Weltgesundheitsorganisation seit dem Jahr 2000 ein Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit. Im Juni 2023 haben sowohl der Sachverständigenrat für Umweltfragen als auch der Wissenschaftliche Beirat Globale Umweltveränderung Sondergutachten zu diesen Themen veröffentlicht. Das unterstreicht die Relevanz und politische Bedeutung einer integrierten Sicht von Umwelt und Gesundheit.
Aus vielfältigen Studien ist bekannt, dass es Orte gibt, an denen Luftbelastung, Lärm oder Hitze gleichzeitig auftreten. Diese Orte und somit auch die dort lebenden Menschen sind durch mehrere Faktoren gleichzeitig belastet. Diese Mehrfachbelastungen sind häufig auf dieselben Quellen wie Autoverkehr oder Industrie zurückzuführen. Ursachen können auch in der Siedlungsstruktur aufgrund der Dichte einer Stadt oder einer historisch gewachsenen Struktur liegen. Oft sind in diesen Stadtteilen Grün- und Wasserflächen ebenfalls seltener vorhanden als im restlichen Stadtgebiet. Wenn eine umweltbezogene Ungleichheit in der Verteilung von Umweltgüte bestimmte gesellschaftliche Gruppen stärker betrifft als andere, dann wird dies als umweltbezogene Ungerechtigkeit bezeichnet. Häufig zählen Menschen mit geringen Einkommen oder Migrationshintergrund zu diesen Gruppen. Um soziale Ungleichheit bei Gesundheit zu erklären sind Analysen zu umweltbezogener Verteilungsungerechtigkeit hilfreich und können als Entscheidungsgrundlage von verschiedenen Akteuren genutzt werden.

Das SUHEI-Modell

Um diese Missstände sichtbar zu machen, wurde ein Modell zu räumlicher Ungleichheit bei Gesundheit in der Stadt entwickelt, das SUHEI-Modell heißt. Der Name geht auf den englischen Titel Spatial-Urban-Health-Equity Indicators Model zurück (Flacke und Köckler 2015; Flacke et al. 2016). Es dient einem indikatorenbasierten Screening von Umwelt- und Sozialfaktoren zur Identifikation von Ungleichheiten im relativen städtischen Vergleich. Die Grundidee des Modells ist es, ausgehend von wissenschaftlichen Befunden gesundheitsrelevante Determinanten in ihren raumrelevanten Wirkungszusammenhängen darzustellen. Somit werden Gesundheitsdeterminanten, aber nicht Gesundheitsoutcomes wie Krankheitsbilder in das Screening aufgenommen. Es geht nicht darum für die Stadt, in der das Modell angewendet wird, die wissenschaftlichen gesundheitsbezogenen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge (bspw. Wirkung Lärmbelastung auf Herz-Kreislauferkrankung) erneut nachzuweisen. Dies wäre aus methodischer Sicht schwierig. Das Modell adressiert vielmehr Zusammenhänge, die insbesondere Gegenstand der Politikfelder Stadtentwicklung und sowie Umwelt- und Naturschutz, sind, damit diese ihre gesundheitsbezogenen Ziele besser verfolgen können. Das SUHEI-Modell bietet einen flexiblen Rahmen, der je nach spezifischer Fragestellung und Datenverfügbarkeit mit Indikatoren gefüllt werden kann. Die Analysen können auch mit Daten der Gesundheitsberichterstattung für weitergehende Analysen in Beziehung gesetzt werden.

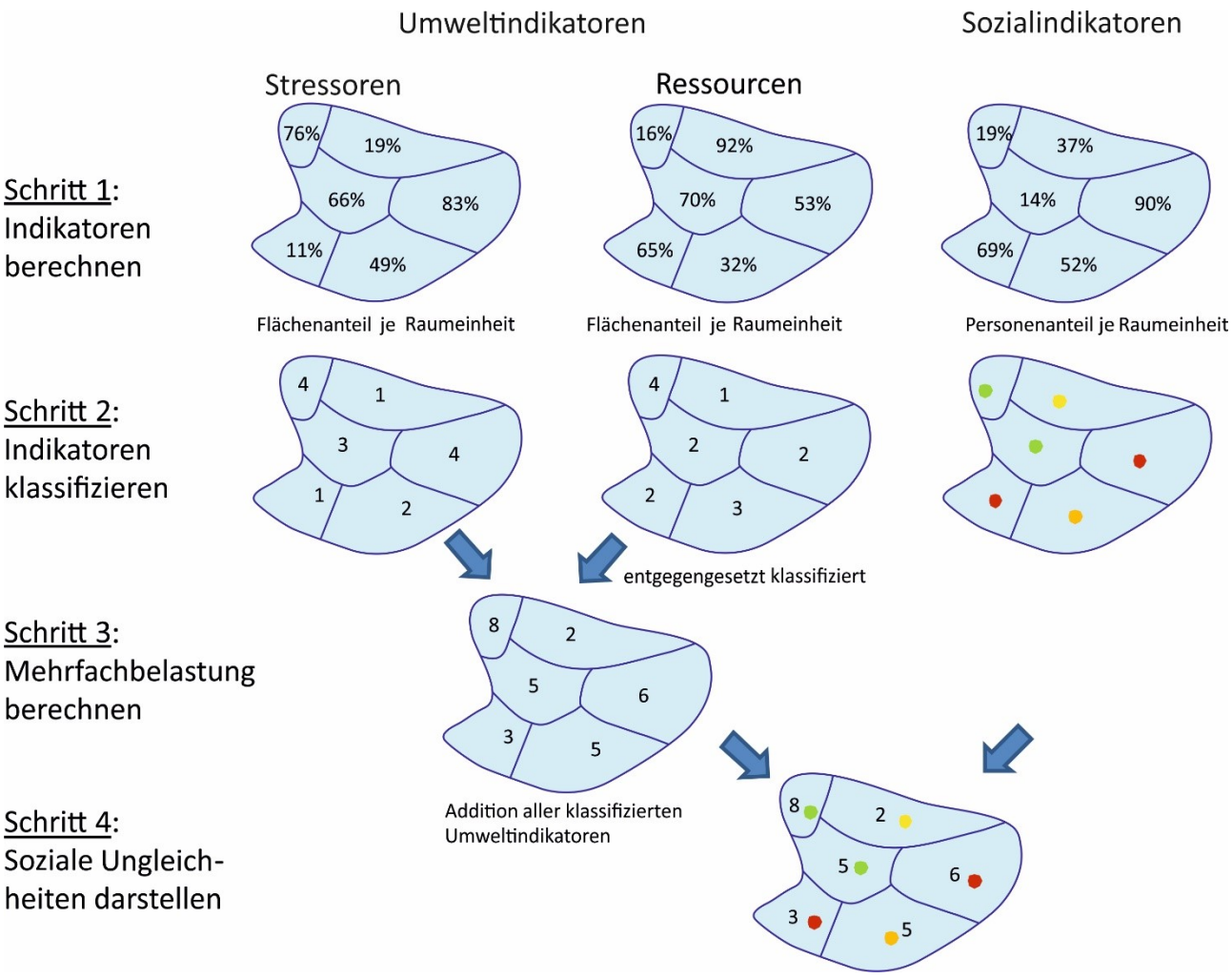
Methode der SUHEI-Analyse

In den Mehrfachbelastungsanalysen nach dem SUHEI Modell werden zunächst Aussagen für einzelne Indikatoren getroffen, die Umweltbelastungen (Stressoren) oder Umweltqualitäten (Ressourcen) darstellen. Die Auswahl der Indikatoren basiert auf ihrer wissenschaftlich nachgewiesenen Bedeutung für Gesundheit, der Datenverfügbarkeit in der Stadt und ihrer Relevanz für die jeweilige Planung. So orientiert sich beispielsweise in der Lärmaktionsplanung die Darstellung der Lärmbelastung an den vereinbarten Grenzwerten und einer spezifischen Betrachtung von Gruppen, die im Hinblick auf Lärm vulnerabel sind (bspw. Schulkinder, Studierende). Die Auswahl von Grünflächen für eine SUHEI-Analyse hängt neben der Datenverfügbarkeit

auch vom Anwendungskontext ab. Während für die Anpassung an den Klimawandel alle Grünflächen von Bedeutung sind – so auch bspw. begrünte Straßenbahnschienen – sind diese in einer SUHEI Analyse, die bspw. der Spielleitplanung dient, nicht sinnvoll

Die Darstellung der gewählten Einzelindikatoren erfolgt über den Anteil der Fläche eines städtischen Teilraums, bspw. eines Bezirks, der eine entsprechende Ausprägung des Merkmals vorweist. Es wird also dargestellt wie viel Fläche in einem Bezirk lärmbelastet ist, oder wie viel Grünflächen zugänglich sind. In einem nächsten Schritt werden alle Teilräume der Stadt einem Quartil unterschiedlicher Qualität, basierend auf den Flächenanteilen des betrachteten Indikators, zugeordnet. So wird sichtbar, welche Räume im städtischen Vergleich bei dem jeweiligen Faktor stärker belastet sind als andere. Die Einzelbewertung wird im Sinne eines Screenings durch Aufaddieren der jeweiligen Bewertung pro Einzelindikator zu einem Mehrfachbelastungsindex aufsummiert. In einem weiteren Schritt wird ein Sozialindikator in die Analyse einbezogen. Dieser Sozialindikator repräsentiert die oben angesprochene soziale Dimension von umweltbezogener Verteilungsgerechtigkeit. Wenn Orte mit einer starken Mehrfachbelastung ebenfalls einen im städtischen Vergleich hohen Anteil von bspw. Transferleistungsbezieher*innen aufweisen, dann ist dies ein Ort umweltbezogener Verteilungsungerechtigkeit. Dieser Ort sollte ein Handlungsschwerpunkt zum Abbau von Umweltbelastungen und somit Gesundheitsförderung und Prävention sein. Daher wird er im Sinne der Analyse als Hot-Spot bezeichnet (zur Methodik siehe im Überblick die folgende Abbildung und detaillierter Köckler et al. 2021).

Abbildung 106 Methodische Schritte der SUHEI-Analyse



SUHEI-Analyse für Bochum

Die Mehrfachbelastungsanalysen wurden vom Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit, Department of Community Health erstellt. Hier wurden orientiert an der Datenverfügbarkeit als Stressoren die Lärm- und Hitzebelastung sowie Zugang zu Grünflächen als Ressource herangezogen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die verwendeten Daten und ihre Quellen.

Tabelle 5 Datenbasis der SUHEI-Analyse für Bochum

Raumeinheit: 30 Monitoringräume

Indikator	Beschreibung	Modelloutput (Punkte)	Quelle
SGB II/XII Quote (Vulnerabilität)	Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld (Anteil an Bevölkerung am Hauptwohnsitz in %)	1. Quartil = Niedrig (1P) 2. Quartil = Mittel (2P) 3. Quartil = Hoch (3P) 4. Quartil = Sehr hoch (4P)	Stadt Bochum, Bochumer Ortsteile Kompakt (2018)
Grünflächen (Ressource)	Anteil von Grünflächen* je Raumeinheit, zuzüglich Grünflächen im Umkreis von 400m um die Raumeinheit	1. Quartil = Sehr hoch (1P) 2. Quartil = Hoch (2P) 3. Quartil = Mittel (3P) 4. Quartil = Niedrig (4P)	Regionalverband Ruhr (RVR), Realnutzungskartierung (2016)
Wärmeinseln (Stressor)	Innenstadtklimatope, Intensität sehr hoch; Stadtklimatope, Intensität hoch; Bezug: Wohn- und Mischgebiete (RVR 2018:122)	1. Quartil = Niedrig (1P) 2. Quartil = Mittel (2P) 3. Quartil = Hoch (3P) 4. Quartil = Sehr hoch (4P)	Stadt Bochum, Hitzeinseln (2013)
Lärm (Stressor)	Anteil von lärmbelasteter Fläche durch Straßenverkehr, Industrie und Schienenverkehr in einer Gesamtverrechnung (Gesamtlärm L_{DEN}) >65 dB(A) L_{den} je Raumeinheit	1. Quartil = Niedrig (1P) 2. Quartil = Mittel (2P) 3. Quartil = Hoch (3P) 4. Quartil = Sehr hoch (4P)	Stadt Bochum, Gesamtlärm L_{den} (2017)

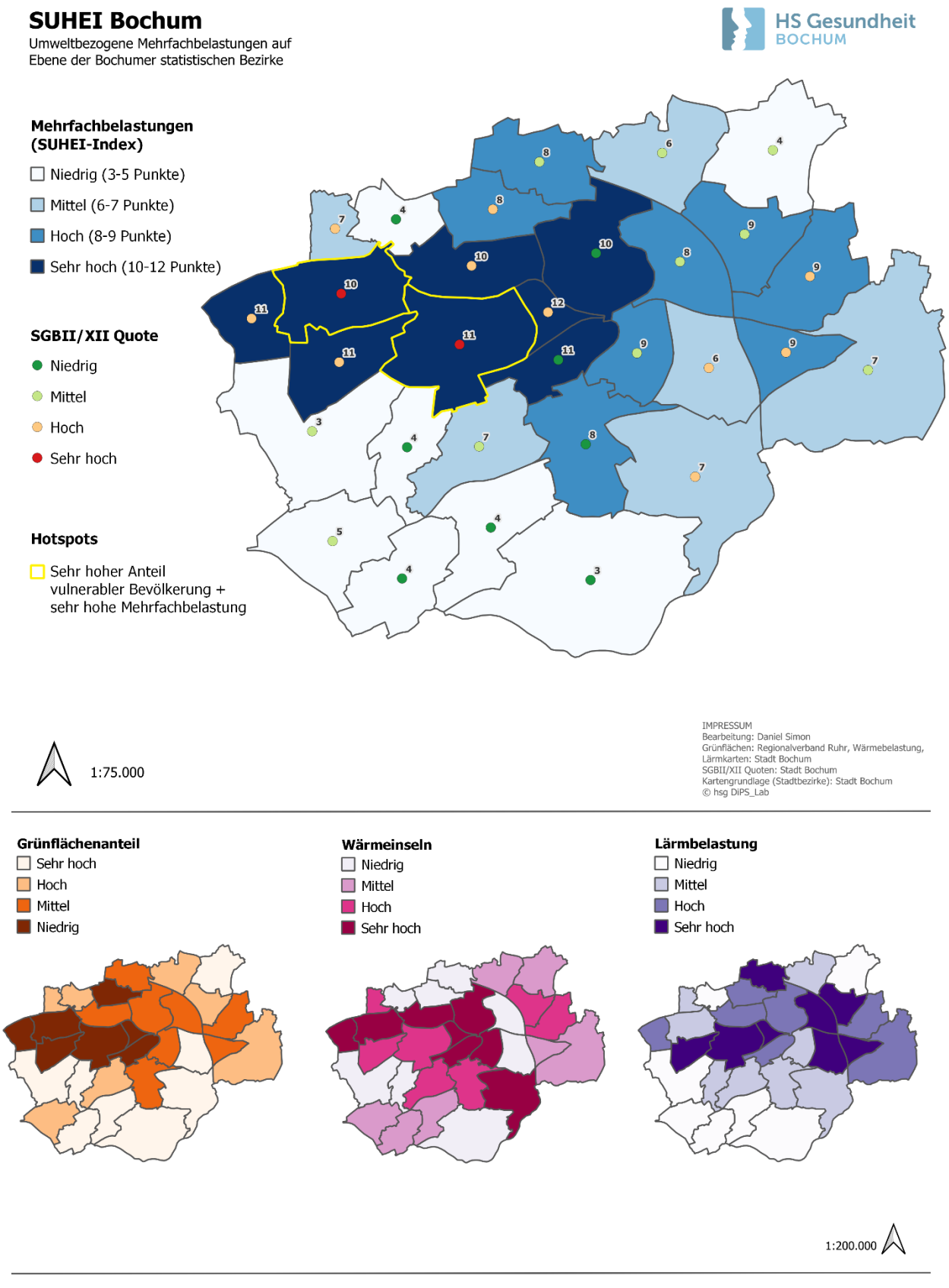
*Einbezogene RVR-Flächencodes: 271, 272, 273, 282,283, 284, 291, 292, 293, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 361, 362, 370, 400, 410, 420, 431, 432, 441 ,471, 472 (RVR 2013)

Die Ergebniskarte zeigt zum einen die Analysen für den Grünflächenanteil, Wärmeinseln und Lärmbelastung. Hier werden die Quartile von sehr hoch bis niedrig dargestellt. Der südliche Stadtbezirk Stiepel ist bei allen drei Faktoren im Vergleich zur Gesamtstadt am wenigsten belastet wohingegen Mitte in allen Faktoren am stärksten belastet ist. Andere Bereiche wie Kruppwerke, Grumme oder Wattenscheid-Mitte sind bei mehreren Faktoren überdurchschnittlich belastet.

Da in Wattenscheid-Mitte und Kruppwerke zudem die Quote der Transferleistungsempfänger*innen im Bochumer Vergleich am höchsten ist, diese als Hot-Spots im Sinne von Räumen mit besonderem Handlungsbedarf ausgewiesen.

Diese Berechnungen wurden vom Umweltamt in der letzten Lärmaktionsplanung genutzt, um die Ausweisung ruhiger Gebiete argumentativ zu unterstützen.

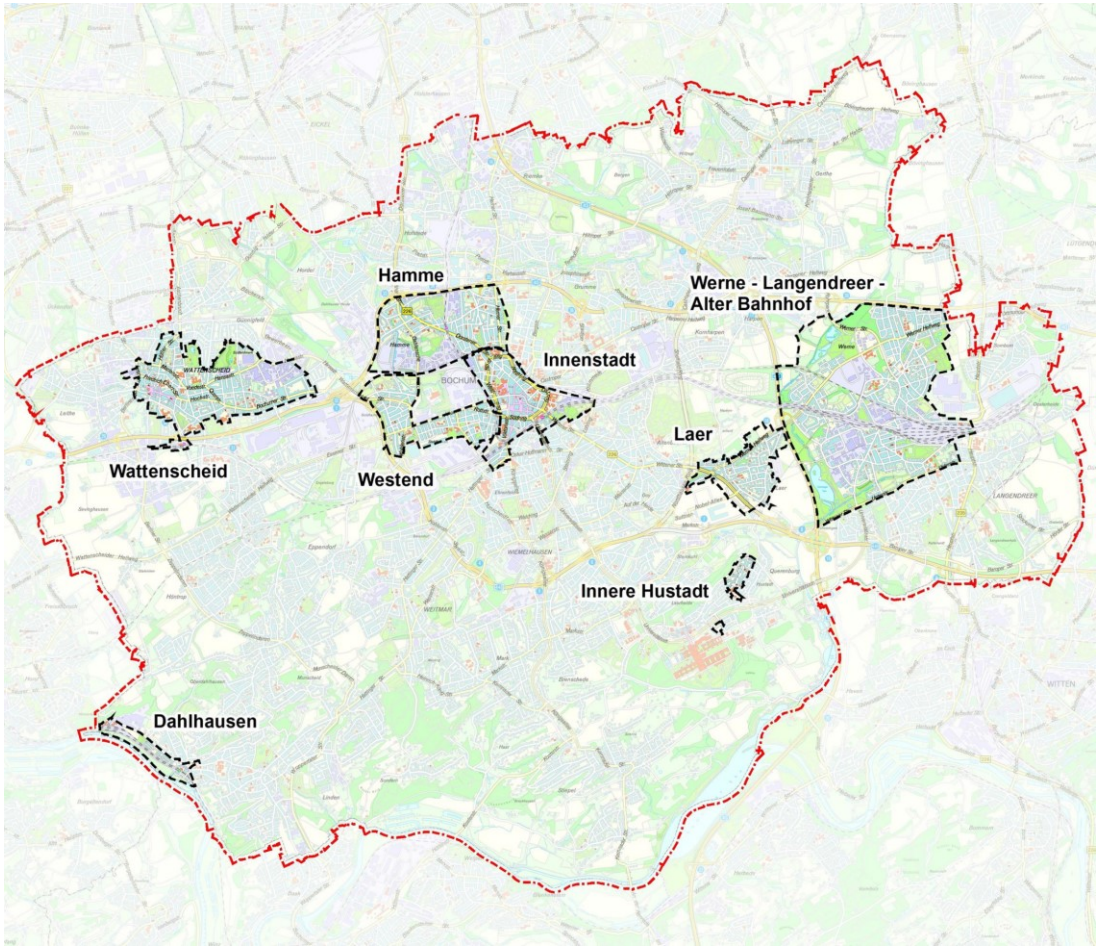
Abbildung 107



1.7 Kindergesundheit in den Stadterneuerungsgebieten

Im Rahmen der Überlegungen zur Weiterentwicklung der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung zu einem Fachplanungsprozess, innerhalb dessen nicht nur die Analyse der gesundheitlichen Lage Bochums erfolgt, sondern auch Handlungsziele festgelegt und konkrete Maßnahmen umgesetzt werden, ergab sich die Notwendigkeit, Ansatzpunkte für Maßnahmenplanungen zu finden. Der öffentliche Gesundheitsdienst unterhält – anders als andere kommunale Akteure wie z. B. die Jugendhilfe – keine eigene Infrastruktur für Interventionen. Er ist daher auf Kooperationen mit externen Partner*innen angewiesen, entweder aus der Stadtverwaltung oder auch darüber hinaus.
Mit dem Amt für Stadtplanung und Wohnen, insbesondere mit dem Sachgebiet Stadterneuerung, hat sich in den vergangenen Jahren eine gute Kooperation herausgebildet. Mit der gesundheitsförderlich ausgerichteten Stadterneuerung in Wattenscheid-Mitte (siehe unten 1.7.5) wird ein groß angelegtes gemeinsames Projekt realisiert. Auch in der Inneren Hustadt, in Hamme und Laer/Mark 51º7 haben sich Kooperationsstrukturen zwischen den Stadtteilbüros oder anderen lokalen Akteuren aus dem Umfeld der durch die Stadterneuerungen geschaffen Strukturen etabliert.
Aber nicht nur deshalb spricht vieles dafür, die Stadterneuerungsgebiete insbesondere im Bereich der Kindergesundheit in den Blick zu nehmen: Von den 10.288 Kindern, die für die Einschulungsjahrgänge 2019-2023 zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt wurden, stammten 2.938, also knapp jedes 3. aus den in **Karte 1** ausgewiesenen Stadterneuerungsgebieten.

Karte 1 Stadterneuerungsgebiete

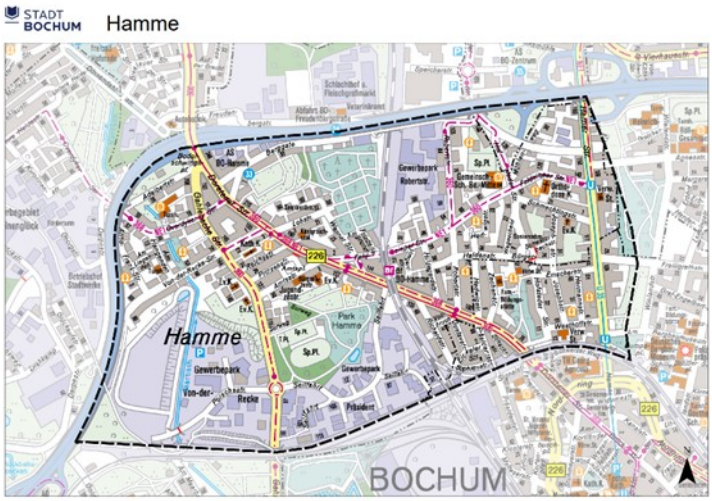


Quelle: www.bochum.de

Die gesundheitliche Lage dieser Kinder wird im Folgenden im Überblick dargestellt. Das Stadterneuerungsgebiet Dahlhausen wird dabei wegen der geringen Zahl an Einschüler*innen nicht berücksichtigt.

1.7.1 Hamme

Karte 2 Stadterneuerung Hamme



Quelle: www.bochum.de

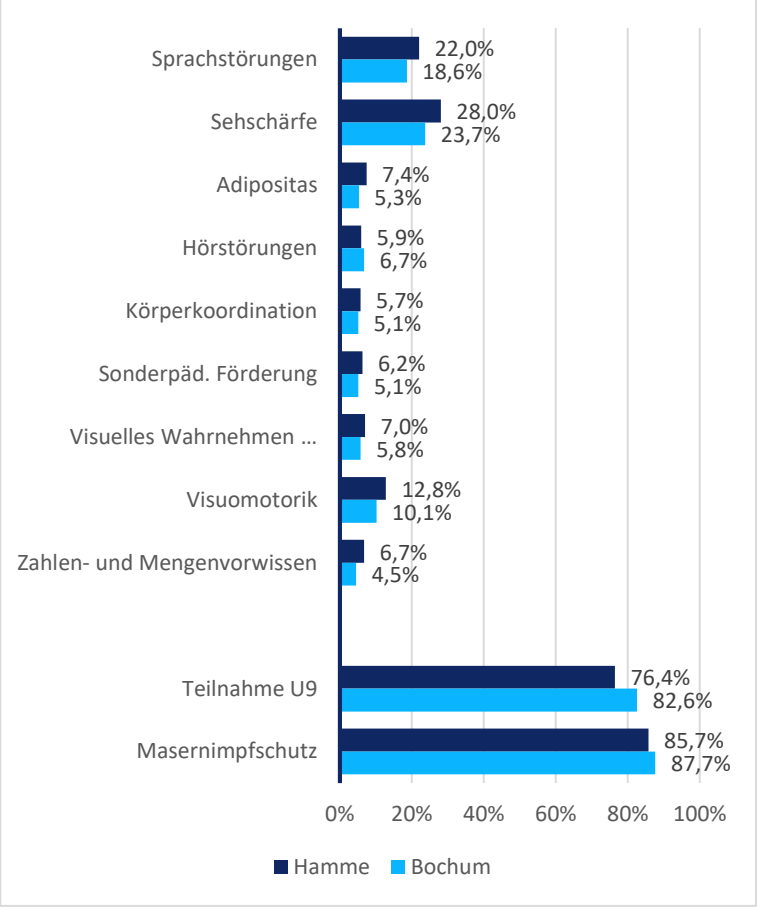
2019 hat der Rat der Stadt Bochum als strategisches Planungs- und Steuerungsinstrument das integrierte städtebauliches Entwicklungskonzept Hamme (ISEK) beschlossen und Städtebaufördermittel aus dem Programm „Sozialer Zusammenhalt“ beantragt.
Das Fördergebiet besteht aus den Teilräumen Zentrum Hamme und der sogenannten Speckschweiz mit angrenzenden Gewerbeparks.

Im Gebiet der Stadterneuerung Hamme wurden im Untersuchungszeitraum 2019-2023 insgesamt 689 Kinder zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. Abbildung gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen dieser Kinder im Vergleich zur Bochumer Gesamtstadt.

In allen Untersuchungsbereichen mit Ausnahme der Hörstörungen liegt der Anteil der Schulanfänger*innen mit auffälligen Befunden über dem gesamtstädtischen Durchschnitt. Die Teilnahmequote an der U9 und der Anteil der Kinder mit vollständigem Masernimpfschutz liegen unter dem gesamtstädtischen Durchschnitt.

Im Zuge der Umsetzung des Stadterneuerungskonzeptes wurde in einer Kooperation des Amtes für Stadtplanung und Wohnen und des Gesundheitsamtes erstmalig der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelte „StadtRaumMonitor“ als Instrument zur Erhebung der Lebensqualität in Quartieren angewendet.

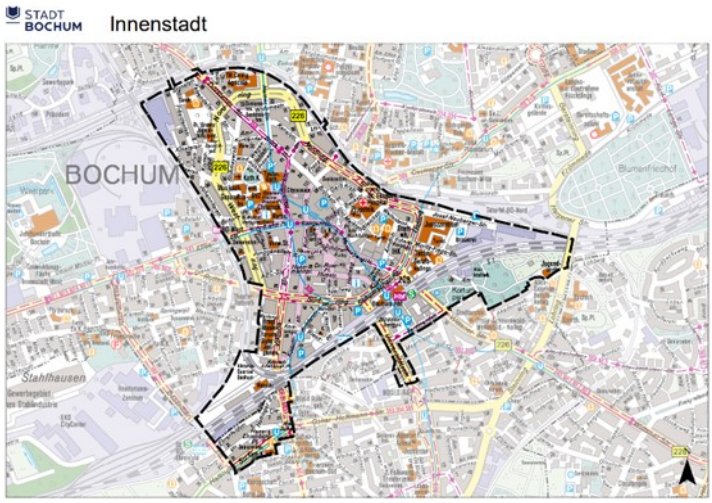
Abbildung 108 Auffällige Befunde
Hamme und Bochum 2017-2019; 2022-2023



Quelle: Stadt Bochum

1.7.2 Innenstadt

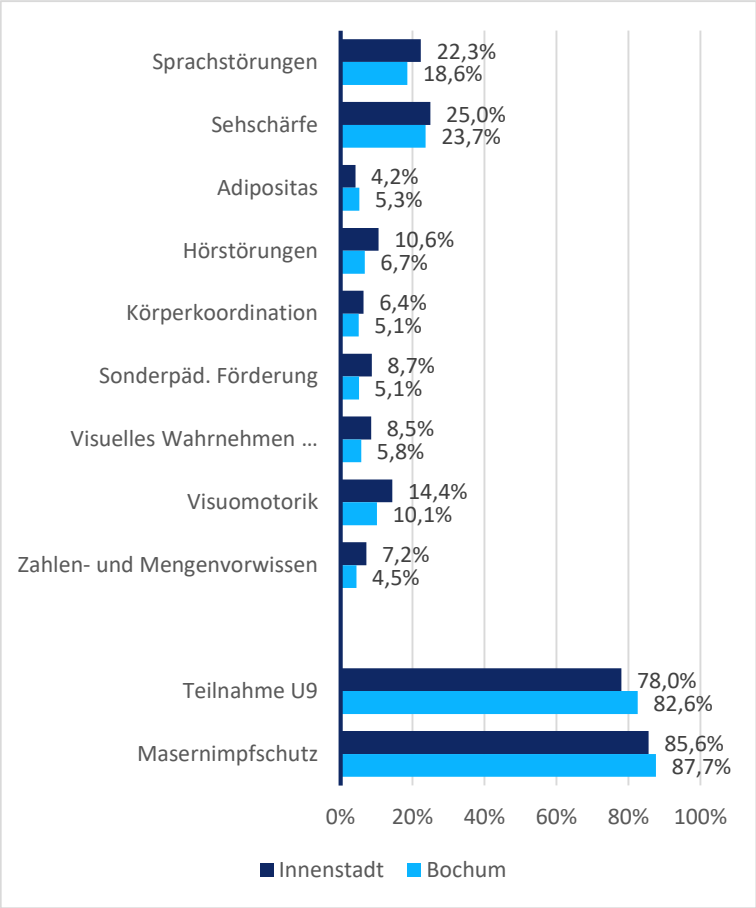
Karte 3 Stadterneuerung Innenstadt



Quelle: www.bochum.de

Bochums Innenstadt unterliegt wie alle anderen Innenstädte einem steten Wandel und müssen sich immer wieder neu erfinden. Bundesweite Trends wie eine zunehmende Digitalisierung und Veränderungen im Einzelhandel sind auch in Bochum wahrzunehmen. Die Zukunft war selten so offen wie heute, sie bietet für die Bochumer Innenstadt eine große Herausforderung, aber auch eine große Chance. Beim Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft ist die Innenstadt Schmelztiegel der gesellschaftlichen Entwicklung und trägt zur Identifikation der Bevölkerung mit ihrer Stadt und zur Lebensqualität bei.
Die „Bochum 2030 Vision Innenstadt“ hat im Jahr 2017 erste Perspektiven aufgezeigt, wie die Bochumer Innenstadt der Zukunft aussehen könne. Darauf basierend hat die Stadt Bochum in den Jahren 2018 und 2019 ein integriertes städtebauliches Entwicklungskonzept für die Innenstadt Bochums (kurz: ISEK) erarbeiten lassen.

Abbildung 109 Auffällige Befunde
Innenstadt und Bochum 2019-2023



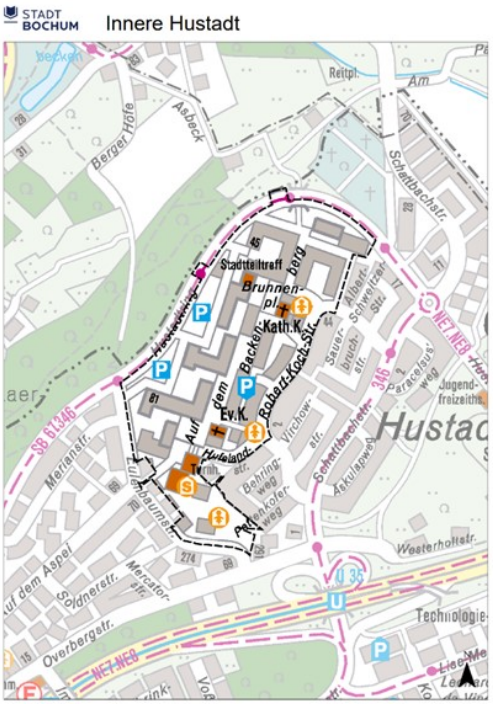
Quelle: Stadt Bochum

In diesem Gebiet wurden im Untersuchungszeitraum 2019-2023 insgesamt 292 Kinder zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. **Abbildung** gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen dieser Kinder im Vergleich zur Bochumer Gesamtstadt.

In den Bereichen Adipositas liegt der Anteil der Schulanfänger*innen mit auffälligen Befunden unter dem gesamtstädtischen Mittelwert. In allen anderen Bereichen liegt er deutlich darüber.
Die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U9 lag und der Anteil der Kinder mit vollständigem Masernimpfschutz in diesem Bereich 7 Prozentpunkte unter dem gesamtstädtischen Durchschnitt.

1.7.3 Innere Hustadt

Karte 4
Stadterneuerung Innere Hustadt

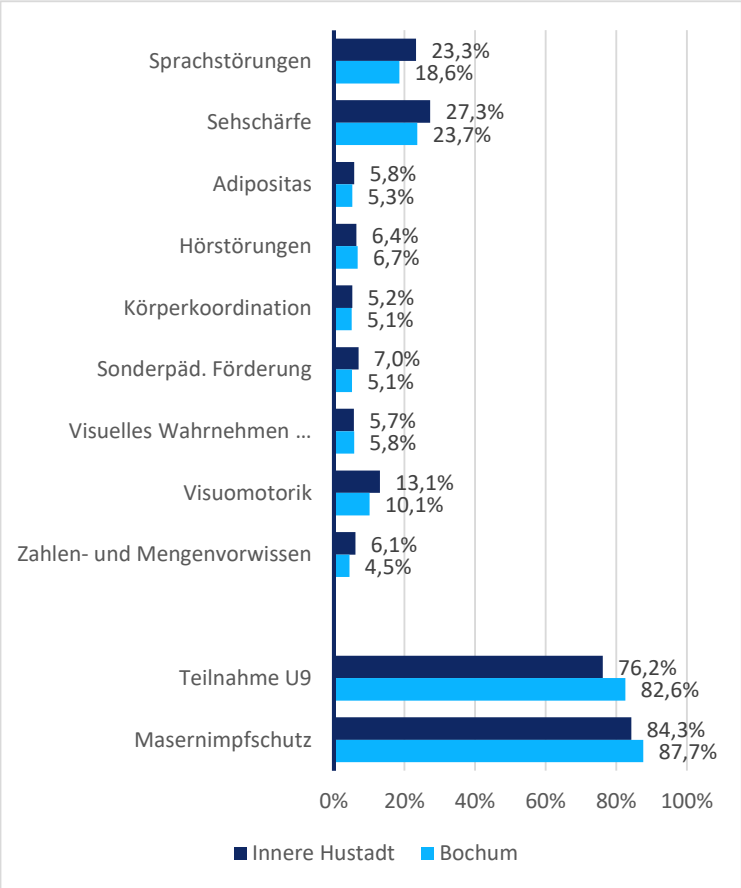


Quelle: www.bochum.de

Mit Hilfe des Stadterneuerungsprogramms konnten im aktiven Förderzeitraum (2007 bis 2014) eine Vielzahl von Projekten und Maßnahmen umgesetzt werden Damit wurde das Ziel erreicht, die baulichen und strukturellen Mängel zu beheben und die vorhandenen Potenziale der Bewohnerinnen und Bewohner zu aktivieren.
Im Anschluss an den Förderzeitraum gilt es, über die sogenannte Verstetigungsphase die neuen baulichen Qualitäten dauerhaft zu erhalten und die vielen angestoßenen Initiativen in selbsttragende Strukturen zu überführen. Eine dieser Initiativen ist das Projekt QUERgesund, das darauf abzielt, die Gesundheitsförderung im Stadtteil zu stärken und Menschen in ihrer Gesundheitskompetenz zu unterstützen. Das Projekt begann als krankenkassenfinanziertes Projekt und wird derzeit von der Stadt Bochum finanziell unterstützt.

Aus dem Bereich der Inneren Hustadt im Untersuchungszeitraum 2019-2023 insgesamt 387 Kinder zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. **Abbildung** gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen dieser Kinder im Vergleich zur Bochumer Gesamtstadt.

Abbildung 110 Auffällige Befunde
Innere Hustadt und Gesamtstadt 2019-2023



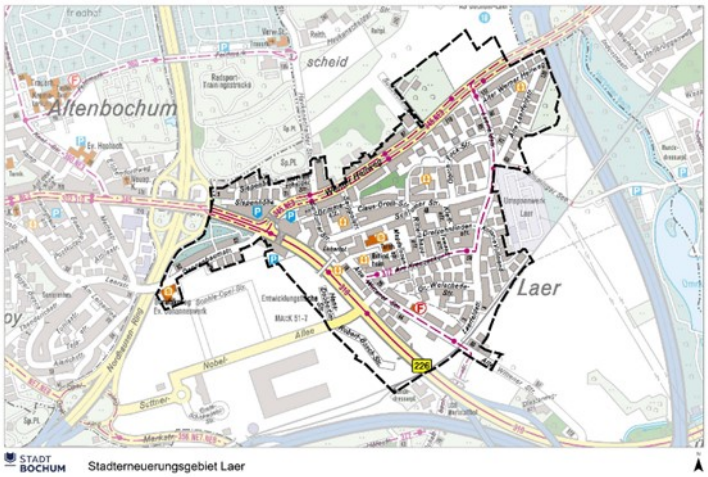
Quelle: Stadt Bochum

Im Bereich der Sprachstörungen, der Sehschärfe und der Visuomotik weicht der Anteil der Schulanfänger*innen aus der Inneren Hustadt deutlich vom gesamtstädtischen Mittelwert ab. In allen anderen Bereich liegen die Anteile im, leicht über oder unter dem gesamtstädtischen Durchschnitt.

Die Teilnahmequote U9 und der Anteil der Kinder mit vollständigem Masernimpfschutz liegen unter dem gesamtstädtischen Mittelwert.

1.7.4 Laer/Mark 51°7

Karte 5 Stadterneuerung Laer/ Mark 51°7

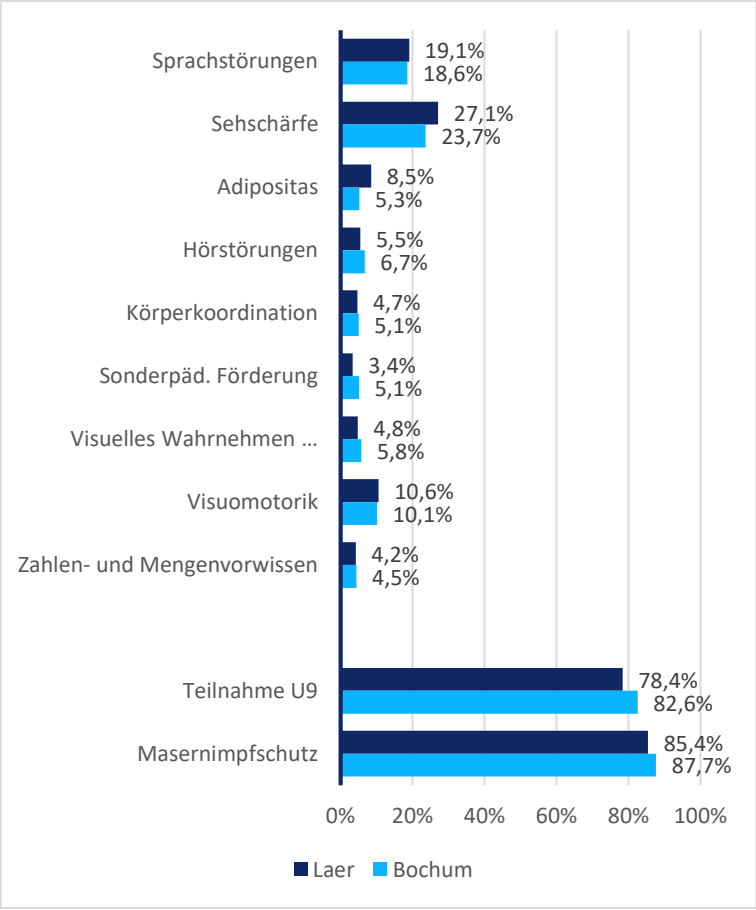


Quelle: www.bochum.de

Laer steht angesichts großer Neuentwicklungen im Stadtteil beziehungsweise in den angrenzenden Bereichen vor wesentlichen Veränderungen. Neben der aufgrund der Schließung des Opelwerks I erforderlichen städtebaulichen Neuordnung der circa 70 Hektar großen Fläche wird nördlich angrenzend an den bestehenden Siedlungsraum ein Quartier (circa 250 Wohneinheiten) innerhalb des derzeit größten Wohnbauprojekt Bochums, dem Ostpark, realisiert werden.

Im Gebiet des Stadtumbaus Laer/Mark 51°7 wurden im Untersuchungszeitraum 2019-2023 265 Kinder zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. Abbildung gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen dieser Kinder im Vergleich zur Bochumer Gesamtstadt.

Abbildung 111 Auffällige Befunde
Laer/Mark 51°7 und Bochum 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

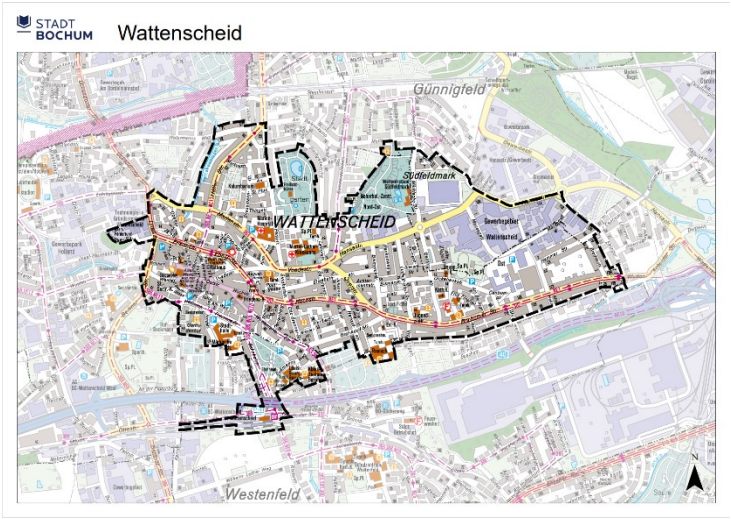
Im Bereich Sehschärfe und Adipositas weichen die auffälligen Befunde in diesem Stadtumbaugebiet im Vergleich zur Gesamtstadt nach oben ab.

Die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U9 und der Anteil der Kinder mit vollständigem Masernimpfschutz ist unterdurchschnittlich.

U. a. der erhöhte Anteil adipöser Kinder und großes Interesse an Gesundheitsthemen waren Anlass für die Veranstaltungsreihe „Laer gesund“. Initiiert durch das Stadtteilbüro, interessierte Bürger*innen sowie einen Sportverein wird derzeit in Bochum Laer mit Unterstützung des Gesundheitsamtes die Umsetzung eines quartiersbezogenen Bewegungsförderungsprojektes vorbereitet.

1.7.5 Wattenscheid-Mitte

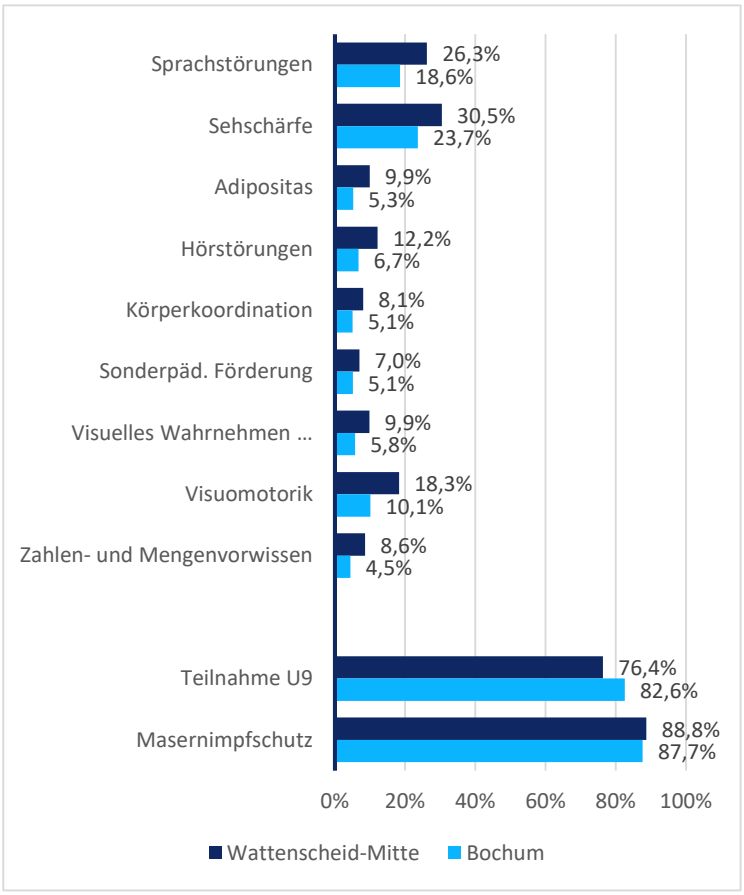
Karte 6 Stadterneuerung Wattenscheid-Mitte



Quelle: www.bochum.de

Mit dem ISEK „Gesundes Wattenscheid - familienfreundlich und generationengerecht“ wird ein besonderer Fokus auf die Schaffung von Rahmenbedingungen gelegt, die Kindern und Jugendlichen, Familien und Alleinstehenden sowie Senioren ein gesundes und selbstbestimmtes Leben ermöglichen. In allen städtebaulichen und sozialintegrativen Maßnahmen sollen die Belange der gesunden Wohn- und Lebensverhältnisse leitend sein. Klimaschutz, Verbesserung des stadträumlichen Mikroklimas und die energetische Sanierung sollen gleichberechtigt neben der individuellen Förderung der Gesundheit betrachtet werden. Mit diesen Zielen postuliert die Stadt Bochum eine modellhafte Vorgehensweise, die sich querschnittsorientiert und übergreifend dem gesunden Leben widmet. Damit wird auch der Verbesserung der Familienfreundlichkeit, der Gender- und Generationengerechtigkeit sowie der Integration umfassend gedient.

Abbildung 112 Auffällige Befunde
Wattenscheid-Mitte und Bochum 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

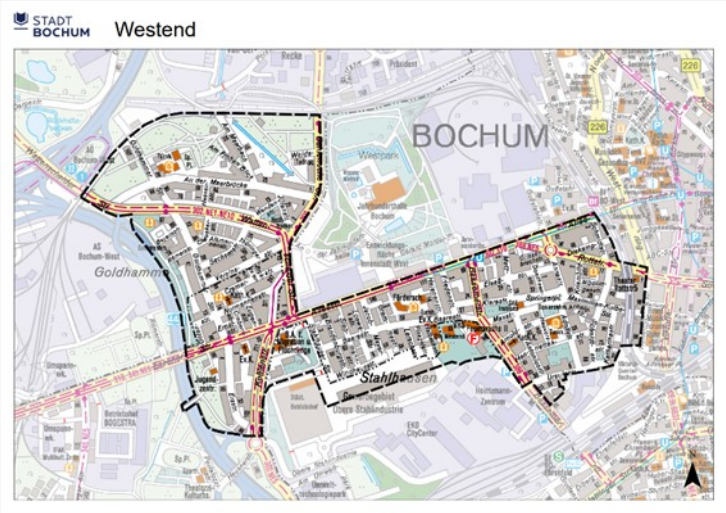
Im Gebiet des Stadtumbaus Wattenscheid-Mitte wurden im Untersuchungszeitraum 2019-2023 insgesamt 979 Kinder zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. Abbildung gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen dieser Kinder im Vergleich zur Bochumer Gesamtstadt.

In allen Bereichen ist der Anteil der Schulanfänger*innen mit auffälligen Befunden in diesem Stadtumbaugebiet z. T. deutlich erhöht. Die Teilnahme an der U9 und Masernimpfungen liegt unter dem gesamtstädtischen Mittelwert.

Bereits bei der Aufstellung des Integrierten Stadterneuerungskonzeptes wurden diese Befunde berücksichtigt und führten dazu, dass Gesundheit als Leitthema in dem Konzept verankert wurde.
Mit Mitteln aus dem Programm „Starke Quartiere – starke Menschen“ wurde in den Jahren 2018 und 2019 das Projekt „Integrierte sozialraumorientierte Gesundheitsförderung- und Bildung“ zur Förderung der Gesundheit von Kindern am Übergang von Kindertageseinrichtungen zur Grundschule umgesetzt. Seit 2019 befasst sich das krankenkassenfinanzierte Projekt „Gesund durch Bewegung in WAT“ mit der Bewegungsförderung im öffentlichen Raum und mit schwer erreichbaren Zielgruppen. Dieses Projekt ist bis 2024 befristet.

1.7.6 Westend

Karte 7 Stadterneuerung Westend

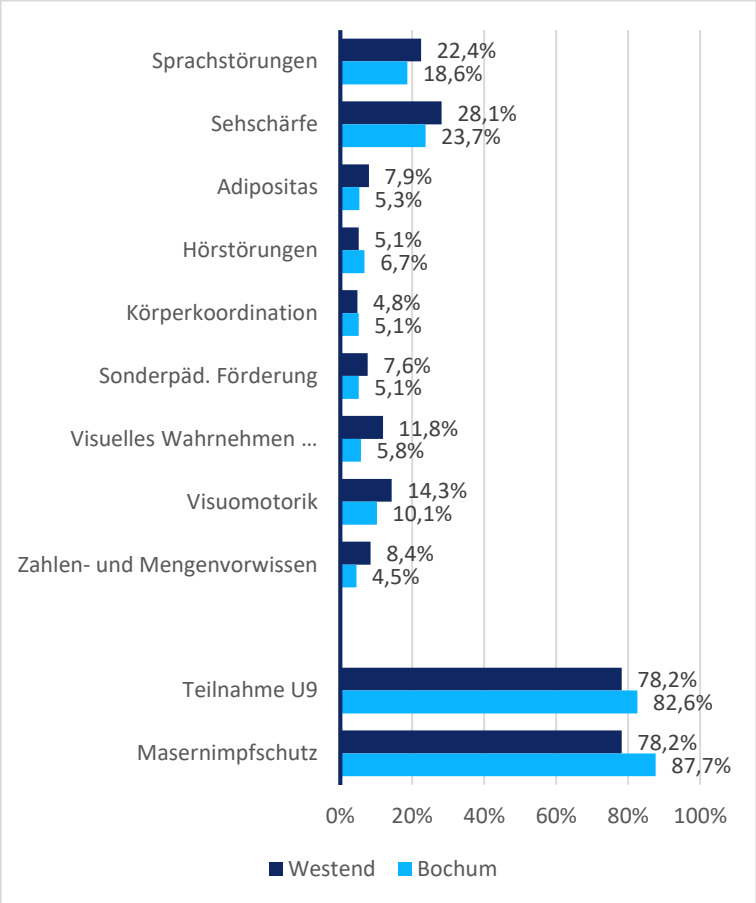


Quelle: www.bochum.de

Seit 2007 bilden die drei innerstädtischen Quartiere Griesenbruch, Stahlhausen und Goldhamme das Stadtumbaugebiet Westend. Dieses wird begrenzt durch den Westpark und die Jahrhunderthalle Bochum im Norden, die Fläche „Untere Stahlindustrie“ im Süden sowie die Stadtautobahn im Westen. Dieser Prozess endete Ende 2019.
Seine Erfolge im Quartier weiterhin sichtbar und das gemeinsame Tun setzt sich unter anderem in der Arbeit des 2019 von den Akteuren im Stadtteil gegründeten Netzwerkes Westend fort. Durch Verstetigungsmittel der Stadt Bochum wird unter anderem die Arbeit der Stadtteilkoordination sowie die Umsetzung des Westendfonds im Quartier unterstützt. Ziel des Stadtumbauprozesses im Westend war die Aufwertung durch städtebauliche, freiraumplanerische sowie soziale Projekte.

Im Gebiet des Stadtumbaus Wattenscheid-Mitte wurden im Untersuchungszeitraum 2019-2023 insgesamt 693 Kinder zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. Abbildung gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen dieser Kinder im Vergleich zur Bochumer Gesamtstadt.

Abbildung 113 Auffällige Befunde
Westend und Bochum 2019-2023

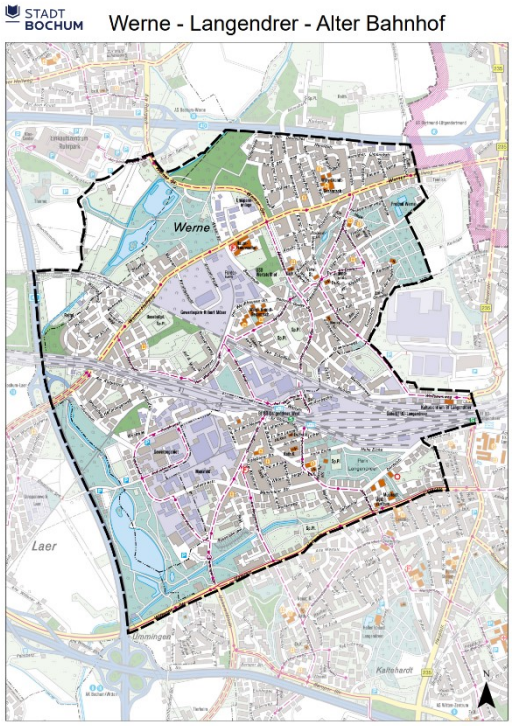


Quelle: Stadt Bochum

Auch im Bereich des Westends wiesen die Schulanfänger*innen, die im Untersuchungszeitraum 2019-2023 zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt wurden tendenziell überdurchschnittliche Anteile auffälliger Befunde auf. Besonders deutlich ist dies im Bereich Zahlen- und Mengenvorwissen, Visuomotorik und Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern. Eine Ausnahme davon stellt der Bereich der Hörstörungen dar, der unter dem gesamtstädtischen Mittelwert liegt.

1.7.7 Werne/Langendreer Alter Bahnhof

Karte 8 Stadterneuerung Werne/ Langendreer-Alter Bahnhof

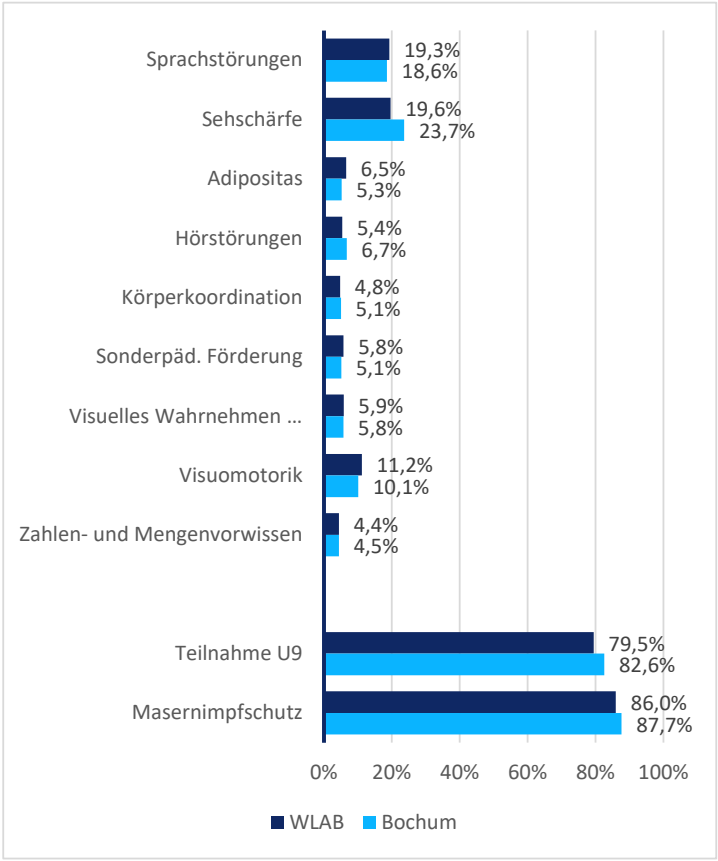


Quelle: www.bochum.de

Im Jahr 2016 wurde das Integrierte städtebauliche Entwicklungskonzept (ISEK) „Werne/Langendreer-Alter Bahnhof: Stadtteile für Generationen!“ vom Rat der Stadt Bochum beschlossen. Mit den Maßnahmen der Sozialen Stadt: begegnen wir den sozialen und städtebaulichen Herausforderungen in den Stadtteilen. In einem offenen Beteiligungsprozess werden Maßnahmen schrittweise mit den Bürgerinnen und Bürgern ausgestaltet und anschließend umgesetzt. Dabei spielen die spezifischen städtebaulichen Qualitäten und Potenziale des Bereichs, die Vielfalt im Stadtteil, seine Familiengerechtigkeit sowie die Teilhabe- und Bildungschancen aller Bewohner eine zentrale Rolle.

Aus dem Bereich des Stadterneuerungsgebietes Werne/Langendreer-Alter Bahnhof wurden im Untersuchungszeitraum 2019-2023 insgesamt 631 Kinder zur Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. Abbildung gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen dieser Kinder im Vergleich zur Bochumer Gesamtstadt.

Abbildung 114 Auffällige Befunde
Werne/Langendreer-Alter Bahnhof und Bochum 2019-2023



Quelle: Stadt Bochum

Im Stadterneuerungsgebiet Werne/ Langendreer-Alter Bahnhof weicht der Anteil der auffälligen Befunde nur leicht vom gesamtstädtischen Mittelwert ab.

2 Fachplan Gesundheit

2.1 Zielsetzung

Ziel des Fachplans Gesundheit ist es, auf der Grundlage der Gesundheitsberichterstattung Gesundheitsziele für Bochum zu formulieren und Maßnahmen zu definieren, um diese Ziele zu erreichen. Dazu wird

1. die gesundheitliche Lage Bochum systematisch dargestellt und analysiert,
2. auf der Grundlage dieser Analyse vorrangige gesundheitliche Handlungsfelder in Bochum identifiziert und Gesundheitsziele für Bochum entwickelt und
3. für die Erreichung der Gesundheitsziele Maßnahmen identifiziert und durchgeführt, Nach einer Evaluation der Maßnahmen werden gegebenenfalls die Maßnahmen und/oder die Gesundheitsziele aktualisiert bzw. modifiziert.

2.2 Gesundheitsziele für Bochum

Aus den Erfahrungen der bisherigen quartiers- und settingorientierten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten sowie aus den aktuellen Ergebnissen des Basisgesundheitsberichtes ergeben sich folgende vorrangige Gesundheitsziele:

1. Steigerung der Gesundheitskompetenz/Empowerment benachteiligter Personengruppen, insbesondere Kinder und Jugendliche

Sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch von Lehrpersonal und Mitarbeitenden von Kindertageseinrichtungen wurde Hinweise auf fehlende Gesundheitskompetenz in Teilen der Bevölkerung gegeben. Manche Bochumer*innen finden keinen Zugang zum Gesundheitssystem, verfügen über ungenügende Kenntnisse darüber, wie sie an Gesundheitsinformationen gelangen, und welche Verhaltensweisen für ihre körperliche und seelische Gesundheit zuträglich sind. Auch die Teilnahmequoten an der Früherkennungsuntersuchung U9 und der Masernschutzimpfung geben Hinweise auf unterschiedliche Wahrnehmungsverhalten je nach Bildungsgrad.
Die Einrichtung eines Gesundheitskiosks und die Schaffung anderer niedrigschwelliger Angebote sind erste Schritte zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in Bochum. Weitere Angebote sind hier noch zu entwickeln. Hierbei sind nicht nur die persönlichen Kompetenzen zu entwickeln, sondern auch die systemischen Voraussetzungen für einen leichten Zugang zu Gesundheitswissen und zum Gesundheitssystem zu verbessern.
Diesem Gesundheitsziel lassen sich weitere konkretere Themenbereiche als Unterziele zuordnen:

- *Sprachliche Integration fördern*
  Die Ergebnisse des Basisgesundheitsberichtes beschreiben ein deutliches Zusammenfallen von schlechter sprachlicher Integration und der Häufigkeit auffälliger Befunde. Hier gilt es, in enger Abstimmung mit dem Kommunalen Integrationszentrum, den Kindertageseinrichtungen, Schulen und anderen Bildungsträgern sowie Migrantenorganisationen Lösungen zu initiieren. Im Fokus sollten hierbei weniger die Kinder selbst stehen, deren sprachliche Integration durch die genannten Akteure ja bereits in großem Ausmaß vorangetrieben wird, sondern die Verbesserung der Sprachkenntnisse der Eltern.

- *Bewältigung der Folgen der COVID-19-Pandemie unterstützen*
  Dass die COVID-19-Pandemie und ihre Bekämpfung weitreichende Folgen für die psychische und körperliche Gesundheit der Bevölkerung hatte, wird breit diskutiert. Die Ergebnisse des Projektes *Förderung pandemische Handlungskompetenz von Jugendlichen und jungen Erwachsenen* (siehe S. 5) haben bestätigt, dass zumindest ein Teil der Jugendlichen/jungen Erwachsenen weiterhin vom Pandemieerleben geprägt sind. Die Auswertung der Schulein-

gangsuntersuchung zeigen fast durchgehend einen Anstieg des Anteils von Kindern mit auffälligen Befunden bei den Einschulungsjahrgängen nach der Pandemie.
Mit der Etablierung des Projektes Urban Mental Health zur Bewältigung wurde bereits eine Struktur geschaffen, die psychosozialen Folgen der Corona-Pandemie zu bekämpfen. Diesen Ansatz gilt es zu zu unterstützen uns auszuweiten.

- *Gesunde Ernährung und Bewegung fördern*
  Im Rahmen der Auswertung der Schuleingangsuntersuchung im Rahmen der Basisgesundheitsberichterstattung lassen sich Ortsteile identifizieren, in denen der Anteil an Kindern mit Adipositas deutlich über dem gesamtstädtischen Mittelwert liegt. Dies trifft insbesondere auf Ortsteile mit einem hohen Anteil vulnerabler Personengruppen zu.
  Befragungen von Mitarbeitenden in Kindertageseinrichtungen und Grundschulen in Wattenscheid haben diese Erkenntnis aus der Gesundheitsberichterstattung ebenso bestätigt wie die Befragungen der Stadtteilforscherinnen in der Hustadt. In beiden Ortsteilen wurden bereits Maßnahmen zu diesem Problem umgesetzt.
  Weitere Angebote sind jedoch zu entwickeln. Im Bereich der Bewegungsförderung ist die Einrichtung einer gesamtstädtischen Koordination angezielt, die Ansätze, wie sie in Wattenscheid, der Inneren Hustadt und auch in Bochum Laer entwickelt wurden, koordiniert und in weitere Ortsteile überträgt.

2. Umweltbezogene Belastungen reduzieren, z. B. gesundheitliche Klimafolgen

Auch der Klimawandel stellt eine zunehmende Herausforderung dar, über die eine breite gesellschaftliche Debatte geführt wird. Auch die gesundheitlichen Auswirkungen, z. B. von Hitzeereignissen, Starkregenereignissen, die Notwendigkeit klimaangepassten Verhaltens sind künftig verstärkt zu fokussieren. Dies wird z. B. daran deutlich, dass die Ortsteile mit den größten gesundheitlichen Herausforderungen bei den Schulanfänger*innen überwiegend mit den Ortsteilen identisch sind, in denen die stärksten umweltbezogenen Mehrfachbelastungen (siehe oben Kapitel 1.2.12 und 0) auftreten.

Des Weiteren ergeben sich aus den bisher gemachten Erfahrungen folgende Planungskriterien, die bei der Maßnahmenplanung zu berücksichtigen sind, um eine möglichst erfolgreiche Maßnahmenumsetzung sicherzustellen:

1. *Partizipativ arbeiten*
   Ein zentraler Faktor für den Erfolg gesundheitsförderlicher Maßnahmen ist die partizipative Gestaltung von Planungsprozessen. Dabei ist sowohl an die Partizipation der Träger und Institutionen vor Ort als auch die Beteiligung der Bevölkerung sicherzustellen.
   Um die Partizipation aller sicherzustellen, sollten nach Möglichkeit bestehende Beteiligungsformate anderer Ämter und Institutionen (z. B. die Stadtteilkonferenzen des Jugendamtes, Bürgerbeteiligungen im Rahmen von Stadterneuerungsprozessen usw.) genutzt werden. Auch digitale Beteiligungsmöglichkeiten wie sie in Bochum bereits in der Lärmaktionsplanung erprobt wurden sollten dabei verstärkt genutzt werden.

2. *Kooperationen eingehen*
   Die Zusammenarbeit zwischen Stadterneuerung und Gesundheitsamt hat gezeigt, das Gesundheitsförderung und Prävention bevorzugt in kooperativen Prozessen vorangetrieben werden können. Die Stadterneuerung hat u. a. durch die Umgestaltung der Freiflächen im Stadterneuerungsgebiet Räume für Sport und Bewegung geschaffen, die dann im Rahmen des Bewegungsförderungsprojektes „Fit in Wat“ mit konkreten Angeboten gefüllt werden konnten.

Derartige Kooperation eröffnen unterschiedliche Zugänge zu Räumen und Zielgruppen und führen so zu Synergien.

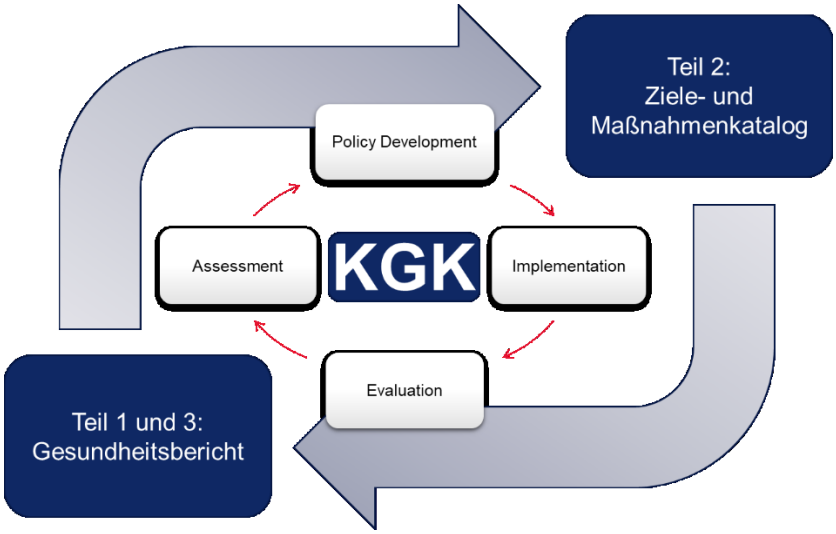
3. *Quartiers- und settingorientiert arbeiten*
   Gesunde Lebensverhältnisse und ein gesundes Verhalten entstehen dort, wo die Menschen leben: in ihrem Wohnumfeld, in Bildungseinrichtungen wie Kindertageseinrichtungen und Schulen, am Arbeitsplatz und… und… und… Maßnahmen zu Gesundheitsförderung und Prävention sind daher in am erfolgversprechendsten in solchen Raumbezügen anzusiedeln.

2.3 Fachplanung – Strukturen und Entwicklungsschritte

Die oben unter 2.1 genannten Gesundheitsziele wurden in einem strukturierten Fachplanungsprozess erarbeitet. Zielsetzung, inhaltliche und organisatorische Rahmenbedingungen, Strukturen, Kooperationspartner*innen sowie die bisher bereits realisierten Entwicklungsschritte werden im Folgenden dargestellt.

2.3.1 Inhaltlicher und organisatorischer Rahmen

Abbildung 115 Public Health Action Cycle
Zusammenspiel von Gesundheitsberichterstattung und Kommunale Gesundheitskonferenz



Quelle: Stadt Bochum

Der Fachplan Gesundheit orientiert sich an den gesetzlichen Vorgaben für die Tätigkeit der kommunalen Gesundheitskonferenz (§ 24 ÖGDG NW) und der kommunalen Gesundheitsberichterstattung (§§ 6 und 21 ÖGDG NW) an.
Die kommunale Gesundheitskonferenz nimmt – in Übereinstimmung mit den §§ 2 und 3 ihrer GeschO – im Planungsprozess eine koordinierende Funktion ein. Sie begleitet den Planungsprozess inhaltlich und qualifiziert die Entscheidung für konkrete Gesundheitsziele durch das Einbringen eigener Impulse, durch die kritische Sichtung und Bewertung der Ergebnisse der kommunalen Gesundheitsberichterstattung sowie durch die kritische Rezeption der Entschließungen der Landesgesundheitskonferenz, der nationalen Gesundheitsziele (gesundheitsziele.de) und der Impulse aus dem Gesunde Städte Netzwerk. Die kommunale Gesundheitskonferenz richtet gem. § 4 ihrer GeschO hierzu bei Bedarf begleitende Arbeitsgruppen ein oder führt öffentliche Fachforen durch.
Die kommunale Gesundheitsberichterstattung bleibt in ihrer grundlegenden Konzeption unverändert. Sie erhält jedoch durch die vorliegende Konzeption eine zusätzliche Dimension als Analyse- und Prüfinstrument im Planungsprozess zum Fachplan Gesundheit. Insbesondere die Beauftragung und inhaltliche Begleitung durch die kommunale Gesundheitskonferenz bleibt unverändert.

2.3.2 Struktur des Fachplans Gesundheit

Die Struktur des Fachplans Gesundheit spiegelt die drei Schritte des unter Punkt 2.1 beschriebenen Planungsprozesses wider:

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

Der Basisgesundheitsbericht wird alle drei Jahre fortgeschrieben und gibt auf der Basis eines definierten Indikatorensets einen Überblick über den Gesundheitszustand der Bochumer Bevölkerung. Weichen die Bochumer Ergebnisse eklatant und/oder wiederholt von denen in sozialstrukturell vergleichbaren Kommunen ab, kann dies als Hinweis auf eine besondere gesundheitliche Herausforderung gesehen werden.
Ob tatsächlich eine gesundheitliche Herausforderung vorliegt, kann nicht allein aus der bloßen statistischen Auffälligkeit abgelesen werden, sondern ist Gegenstand einer fachlichen Beurteilung durch die Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz sowie ihrer Arbeitsgruppen.
Der Basisgesundheitsbericht übernimmt damit innerhalb des Fachplans Gesundheit die Funktion der systematischen Darstellung und Analyse der gesundheitlichen Lage in Bochum und bildet die Grundlage für den nächsten Schritt des Planungsprozesses.
Seine Ergebnisse stellen die Grundlage für die Erstellung des Kataloges vorrangiger gesundheitlicher Handlungsfelder dar. Er übernimmt diese Funktion allerdings nicht allein. Auch die Ergebnisse von Spezialgesundheitsberichten oder inhaltliche Impulse aus der Kommunalen Gesundheitskonferenz können in den Gesundheitszieleprozess einfließen.

- **Teil 2 Gesundheitsziele und Maßnahmen**

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

Maßnahmen
Aus den Gesundheitszielen werden konkrete und evaluierbare Maßnahmen abgeleitet und mit möglichst konkreten Absprachen über Einzelmaßnahmen, Zeiträume, Träger und Finanzierungsmöglichkeiten hinterlegt.
Die Absprachen haben den Charakter von Selbstverpflichtungen. Die Bestimmungen des § 9 der GeschO der Kommunalen Gesundheitskonferenz gelten entsprechend.

- **Teil 3 Evaluation (Gesundheitsberichterstattung)**

Die Erreichung der Gesundheitsziele soll evaluiert werden. Hierzu werden bereits im Zuge der Zielvereinbarung geeignete Indikatoren festgelegt. Die Evaluation geschieht über die systematische Auswertung und Interpretation dieser Indikatoren im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung.
Die Ergebnisse der Evaluation dienen als Entscheidungsgrundlage für eine Fortschreibung oder Modifikation der Bochumer Gesundheitsziele. Insofern beginnt der Planungszyklus mit ihnen wieder von vorn.

2.3.3 Kooperationen und Strategien

Kommunale Gesundheitskonferenz

Gesundheitsförderung und Prävention kann nicht in allein im Gesundheitssektor geschehen. Vielmehr sind möglichst viele andere Politik- und Gesellschaftsbereiche an den Planungen zu beteiligen. Diese Bereiche verfügen über gesundheitlich relevante Daten und effiziente Zugangswege zu vulnerablen Zielgruppen. In einigen Bereichen (etwa im Bereich der Jugendhilfe oder der Stadtentwicklung) liegt die Federführung qua Gesetz außerhalb des Gesundheitssektors. Hier ist es die Aufgabe des Fachplans Gesundheit, die Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention in die jeweiligen Fachprozesse einzubringen. Die Kommunale Gesundheitskonferenz ist hierbei das zentrale Koordinierungsgremium (siehe Abbildung).

Sozialberichterstattung
Der Fachplan Gesundheit versteht sich als Teil der integrierten Sozialberichterstattung der Stadt Bochum. Die Ergebnisse der Sozialberichte und die Sozialdaten sind eine wichtige Quelle für die gesundheitsorientierte Planung. Umgekehrt fließen die Ergebnisse der gesundheitsorientierten Planung in den Sozialbericht und die Sozialplanung ein.

> Die Ergebnisse der Sozialberichterstattung finden Sie auf den Internetseiten der Stadt Bochum unter
>
> *https://www.bochum.de/Sozialberichterstattung-Sozialplanung*
>
> Hier finden Sie jeweils die aktuelle Version des Sozialberichtes und weitere Sozialdaten.

Weitere städtische Planungsbereiche
Weitere enge Schnittstellen bestehen innerhalb des Sozialdezernats mit dem Amt für Soziales und dem Jugendamt, außerhalb des Sozialdezernates unter anderem mit dem Referat für Sport und Bewegung, dem Amt für Stadtplanung und Wohnen, dem Schulverwaltungsamt sowie dem Umwelt- und Grünflächenamt.

2.3.4 Bisherige Entwicklungsschritte in Richtung Fachplan Gesundheit

Die Entwicklung einer gesundheitsorientierten Planung beginnt mit dem Einstieg in die Kommunale Gesundheitsberichterstattung im Jahr 2008.
2012 trat Bochum dem Gesunde Städte Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland bei. Das 9-Punkte-Programm dieses Netzwerks verpflichtet die Mitgliedskommunen auf eine gesundheitsförderliche Ausrichtung des gesamten kommunalen Handelns. Hierzu zählt beispielsweise die Entwicklung einer ressortübergreifenden gesundheitsförderlichen Politik, Verankerung von Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe in kommunalen Planungs- und Entscheidungsprozessen sowie die Anwendung partizipativer Strukturen (Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland, 2023).
2014 beschloss die Kommunale Gesundheitskonferenz die gesundheitsförderliche Ausrichtung der kommunalen Aktivitäten durch die Aufstellung eines gesamtstädtischen Fachplans Gesundheit zu verstärken. Dieses Vorhaben wurde jedoch zurückgestellt, da sich mit der Aufstellung eines Integrierten Stadtentwicklungskonzeptes mit gesundheitsförderlichem Schwerpunkt für den Ortsteil Wattenscheid-Mitte die Gelegenheit bot, in einen Planungszyklus im Sinne eines Fachplans Gesundheit zu erproben.
Im Sinne des Public Health Action Cycles (siehe oben Abbildung) flossen hier Daten aus der Gesundheitsberichterstattung in den Planungsprozess der Stadterneuerung ein, führte zur Identifizierung einer gesundheitlichen Herausforderung und wurden mit einer Handlungsstrategie und Maßnahmen hinterlegt. Aus diesem Grund befürwortete die Kommunale Gesundheitskonferenz die Rückstellung des gesamtstädtischen Fachplans Gesundheit und die Fokussierung auf Wattenscheid.

Der vorliegende Fachplan nimmt die gesamtstädtische Perspektive wieder auf, stützt sich jedoch auch auf die Erfahrungen und Ergebnisse der bislang realisierten quartiers-, setting- und zielgruppenorientierten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte:

Stadtteilbezogene gesundheitsfördernde Aktivitäten in Bochum

Eines der wesentlichen Ergebnisse der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung ist die Erkenntnis, dass es in Bezug auf den Gesundheitszustand erhebliche Unterschiede zwischen den Bochumer Ortsteilen gibt. Diese Erkenntnis hat bisher zur Umsetzung zweier quartiersbezogener Ansätze im Bochumer Stadtgebiet geführt: zur bereits erwähnten gesundheitsförderlich ausgerichteten Stadterneuerung in Wattenscheid-Mitte und zum Projekt QUERgesund in der Inneren Hustadt.

Gesundheitsförderlich ausgerichtete Stadterneuerung Wattenscheid-Mitte

Mit der im Baugesetzbuch gesetzlich verankerten Städtebauförderung unterstützt der Bund gemeinsam mit den Ländern seit den 1970er Jahren Kommunen finanziell bei der Herstellung nachhaltiger städtebaulicher Strukturen. Das Förderprogramm „Soziale Stadt" fokussiert sich hierbei auf die Stabilisierung und Aufwertung benachteiligter Stadt- und Ortsteile (Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUV), 2016). Zur Beantragung der Fördermittel ist die Erstellung eines integrierten Stadtentwicklungskonzeptes (ISEK) durch die Kommunen erforderlich. Basierend auf einer Stärken- und Schwächenanalyse werden für ein räumlich definiertes Programmgebiet vorrangig bauliche Bedarfe in Form von Handlungsfeldern identifiziert und entsprechende Ziele und Maßnahmen formuliert. Als weitere Merkmale des ISEK sind die Partizipation der örtlichen Bevölkerung und Stakeholdern beispielsweise durch die Bereitstellung eines Quartiersmanagements im Programmgebiet zu nennen. In Bochum erfolgte die Erstellung eines ISEK für den Stadtteil Wattenscheid im Jahr 2014 unter der Beteiligung verschiedener Ämter, lokaler Akteure und Bürger*innen mit dem Titel „Gesundes Wattenscheid- Familienfreundlich und generationengerecht". Identifizierte gesundheitliche und soziale Herausforderungen im Rahmen der kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung wie beispielweise ein höherer Anteil adipöser Kinder im gesamtstädtischen Vergleich bildeten die Grundlage für die in Nordrhein-Westfalen einmalige gesundheitsförderliche Ausrichtung des ISEK. Ein besonderer Fokus liegt auf der Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen für Kinder, Jugendliche, Familien, Alleinstehende sowie Senioren (Stadt- und Regionalplanung Dr. Jansen GmbH, 2014). In allen städtebaulichen und sozialintegrativen Maßnahmen sollen die Belange der gesunden Lebensverhältnisse für Programmgebiet leitend sein. (Nähere Informationen zum Programmgebiet siehe oben unter Seite 97)

Neben der Gestaltung zentraler Parks und Plätze sowie einem Fassadenprogramm liegt ein weiterer Maßnahmenschwerpunkt auf dem Aufbau eines gesundheitsbezogenen Stadtteilnetzwerkes als aktives Austauschforum für örtliche Stakeholder. Das seit dem Jahr 2016 vor Ort befindliche Stadtteilmanagement „WAT bewegen" initiiert und unterstützt laufende Maßnahmen vor Ort. Eine der dort angesiedelten Stellen nimmt dabei ausdrücklich gesundheitliche Belange in den Blick. Als ein Ergebnis der akteurs- und institutionenübergreifenden Zusammenarbeit sind seit dem Beginn der Städtebauförderung die Wattenscheider Gesundheitswochen zu nennen (Stadtsportbund Bochum e.V., 2022). Erstmalig im Jahr 2018 durch das Quartiersmanagement ausgerichtet, haben sich die jährlichen Gesundheitswochen im Mai als ein niedrigschwelliges Angebot zur Darstellung der gesundheitsförderlichen Angebote und Vernetzungsmöglichkeit der Akteure im Sozialraum etabliert.

Weitere dauerhaft etablierte Angebote sind die Wattenscheider Gesundheitskonferenz und die Arbeitsgemeinschaft der Kindertageseinrichtungen („AG Kita") im Stadterneuerungsgebiet (weitere Informationen unter www.wat-bewegen.de).

Wattenscheider Gesundheitskonferenz

Die Wattenscheider Gesundheitskonferenz ist aus der Bezirkssozialraumkonferenz des Jugendamtes heraus gegründet worden. Sie erweitert deren Mitglieder um Akteure des Gesundheitswesens. Sie ist die zentrale Austauschplattform für Prävention und Gesundheitsförderung im Ortsteil. Die Planung der Gesundheitswochen und anderer Projekte wird über diese Plattform abgewickelt.

AG Kita

In der AG Kita sind trägerübergreifend acht Kindertageseinrichtungen aus dem Stadterneuerungsgebiet vertreten. Über die Arbeitsgemeinschaft konnte in Zusammenarbeit mit der HS Gesundheit eine Erhebung zur Qualität des Frühstücks, das die Kinder mit in die Einrichtungen bringen, durchgeführt und Empfehlungen für eine bessere Verpflegung gegeben werden. Im Rahmen der Aktivitäten der AG Kita konnte die Zahl der Be-

wegungskindergärten mit Pluspunkt Ernährung in Wattenscheid-Mitte gesteigert sowie die Beteiligung der Einrichtungen am Minisportabzeichen koordiniert werden.

Neben diesen dauerhaften Formaten wurden über Drittmittel weitere Angebote im Quartier realisiert:

Projekt „Integrierte sozialräumliche Gesundheitsförderung und -bildung“
Das vom Europäischen Sozialfonds über das Programm „Starke Quartiere – starke Menschen“ geförderte Projekt „Integrierte sozialräumliche Gesundheitsförderung und -bildung“ erfolgte vom 01.02.2018 bis zum 31.12.2019 in Wattenscheid-Mitte und richtete sich an Kinder im Kindergarten- und Grundschulalter. Durch die Beschäftigung zweier Fachkräfte zur Unterstützung der Planung und Umsetzung sozialräumlicher Förderangebote konnten in dem vom Progressiven Eltern -und Erzieherverband getragenen Projektes insgesamt mehr als 2000 Kinder und Eltern durch unterschiedliche sozialräumliche Projekte erreicht werden. Angebote zur gesunden Freizeitgestaltung, spezifische Coachingangebote für Familien in Kleingruppen oder die Durchführung von Schwimmunterricht für die Klassen 2-4 in den Wattenscheider Grundschulen sind als Beispiele für die enge Kooperation mit Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens in Wattenscheid während der Projektlaufzeit zu benennen.

Projekt „Familienpatenschaften in Wattenscheid"
Das niedrigschwellige Präventionsangebot „Familienpatenschaften in Wattenscheid“ des Sozialdienstes katholischer Frauen und Männer Wattenscheid e.V. (SKFM) richtete sich an Familien mit Kindern im ersten Lebensjahr. Ebenfalls gefördert durch den europäischen Sozialfonds, unterstützten während der Projektlaufzeit 2018/2019 2 Familienpatinnen insgesamt 40 Eltern durch lebenspraktische Beratung- und Unterstützungsangebote im Umgang mit ihrem Säugling. Aufgrund der positiven Erfahrungen erfolgte eine Verlängerung des Angebots mit Mitteln der Stadt Bochum.

Förderprojekt „Gesund durch Bewegung in Wattenscheid“
Das Projekt „Gesund durch Bewegung in WAT“ zielt seit dem Jahr 2020 auf eine Belebung der im Rahmen der Stadterneuerung neu gestalteten öffentlichen Flächen durch Bewegungsangebote, die den Interessen der Communities entsprechen und unter Partizipation der Stadtteilbevölkerung entwickelt wurden (Stadtsportbund Bochum e.V., 2022). Auf der Grundlage des Präventionsgesetzes fördert die Techniker Krankenkasse in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Bochum, dem Quartiersmanagement Wattenscheid, dem Stadtsportbund Bochum und der Hochschule für Gesundheit seit dem Jahr 2020 die Durchführung des Projektes. Eine vor Ort tätige Ansprechperson unterstützt während der Projektlaufzeit die Initiierung bewegungsfördernder Angebote, Ausbildung von Übungsleiter*innen sowie die Vernetzung örtlicher Akteure. Vielfältige Bewegungsangebote wie Mädchenfußball oder Mütter bewegt WAT, ein kostenloser Sportgeräteverleih und die etablierte Zusammenarbeit örtlicher Akteure des Sozial- und Gesundheitsbereiches im Gesundheitsnetzwerk tragen zu der angestrebten Bewegungsförderung im öffentlichen Raum Wattenscheids bei (Köckler et al., 2022, S. 314f.).
Für die zukünftige Ausrichtung von „Gesund durch Bewegung in WAT“ zeigen Ergebnisse der parallel verlaufenden Projektevaluation der Hochschule für Gesundheit weitere Bedarfe für die Schaffung niedrigschwelliger und kostenloser Bewegungsangebote für schwer erreichbare Zielgruppen wie Migrant*innen, Hochaltrige oder Menschen mit geistiger Behinderung auf.

Quartiersbezogene Gesundheitsförderung QUERgesund in der Hustadt
Basierend auf den Ergebnissen der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung zeigen sich neben dem Stadtteil Wattenscheid für die Bevölkerung des Bochumer Stadtteil Hustadt ebenfalls sozioökonomische Herausforderungen und ein erhöhter Anteil vulnerabler Personengruppen im gesamtstädtischen Vergleich (Stadt Bochum, 2017, S. 75).
Forschungsergebnisse des im Jahr 2015 von der Hochschule für Gesundheit als Ort gesundheitsbezogener Langzeitforschung gegründeten Stadtteillabors deuten zudem auf eine geringe Inanspruchnahme präventiver Angebote der Bevölkerung in der Hustadt hin (Berchem et al., 2022, S. 330).

Ausgehend von der identifizierten gesundheitlichen Bedarfslage zielte das Projekt „QUERgesund“ von 11/2019 - 04/2022 auf eine partizipative Erhebung kultursensibler Bedarfe zur Prävention und Gesundheitsförderung und einer Etablierung präventiver Angebote in der Hustadt ab (ebd.). Als weitere Projektziele sind der Aufbau eines Gesundheitsforums und eine kultursensible Öffnung bestehender Präventionsangebote in der Hustadt zu nennen. Das Projekt wurde vom IFAK e.V. – Verein für multikulturelle Kinder- und Jugendhilfe – Migrationsarbeit in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Gesundheit getragen. Die Finanzierung erfolgte durch die Krankenkassen AOK, IKK classic, Knappschaft und vdek nach §20a Abs.4 SGB V. Die Einbettung in die gesamtstädtischen Überlegungen zu Prävention und Gesundheitsförderung erfolgte über die Einbindung des Gesundheitsamtes in die Steuerungsgruppe des Projektes.
Als Besonderheit des „QUERgesund“-Projektes ist die partizipative Einbindung der Stadtteilbevölkerung zu nennen. Zum einen wurden 11 Bewohnerinnen der Hustadt als Stadtteilforscherinnen für eine niedrigschwellige Bedarfserhebung kultursensibler präventiver und gesundheitsförderlicher Strukturen in ihrer Community geschult (Berchem et al., 2020, S. 17f.).
Eine Bedarfserhebung für gesundheitsbezogene Angebote und Strukturen aus Perspektive der Bewohner*innen der Hustadt sowie die Ermittlung bestehender und geplanter Präventionsangebote von Seiten der Anbieter mittels „Digitaler Methoden der Partizipativen Sozialraumanalyse (DiPS)“ ergänzten den partizipativen Projektcharakter. Seit dem Jahr 2016 wird durch die Professur Gesundheit und Sozialraum am Department of Community Health der Hochschule Gesundheit in Bochum das DiPS-Lab als einer Art Baukastensystem verschiedener digitaler Anwendungen aufgebaut. Im Zentrum steht dabei Generieren raumbezogener Daten mittels digital gestützter Befragungen der lokalen Bevölkerung oder betroffenen Community als Grundlage für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebensbedingungen (Köckler & Simon, 2019). Als ein Beispiel für den Einsatz der DiPS-Methoden ist die Lärmaktionsplanung der Stadt Bochum 2018 zu nennen. Mittels einer Onlinebefragung konnten die Bürger*innen laute und leise Orte geografisch im Stadtgebiet Bochums verorten Die partizipativ erhobene Daten bildeten dann die Grundlage für die strategische Lärmaktionsplanung der Stadt Bochum (Köckler & Simon, 2020).
23 mittels der DiPS- Methode identifizierte gesundheitsbezogene Angebote in der Hustadt bildeten die Basis für den Aufbau weiterer kultursensibler Gesundheitsangebote (Berchem et al., 2020, S. 47). Abgeleitet von den identifizierten Bedarfen der Bevölkerung in der Hustadt ergaben sich der Aufbau eines Netzwerkes QUERgesund in der Hustadt zur aktiven Einbeziehung von Stadtteilakteur*innen in die Schaffung kultursensibler Gesundheitsförderungsangebote mit den inhaltlichen Schwerpunkten Prävention, Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung. Unterstützt durch das Projektteam von QUERgesund erfolgte zudem der Aufbau eines Gesundheitsforums als informelle Austauschmöglichkeit der Stadtteilbewohner*innen zu gesundheitsbezogenen Fragestellungen verbunden mit einer Stärkung der Gesundheitskompetenz und des Empowerments (ebd., S. 50f).
Während der COVID-19-Pandemie im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung waren die Stadtteilforscherinnen als Impflotsen in der Hustadt unterstützend aufklärend, werbend und begleitend tätig. Dieser Ansatz, Lotsendienste als Instrument der Vermittlung in die gesundheitliche Versorgung und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz einzusetzen, wird mittlerweile von vielen Akteuren in Bochum unterstützt.

Gesundheitsförderliche Aktivitäten in weiteren Settings

Projekt „Förderung pandemischer Handlungskompetenz von Jugendlichen und jungen Erwachsenen
Im Zuge der Covid-19-Pandemie waren Jugendliche und junge Erwachsene von den Einschränkungen besonders betroffen. Diese bilden jedoch eine wichtige Zielgruppe im Hinblick einer pandemischen Schutzstrategie. Besonders in der Pubertät schärft sich das Bewusstsein für den eigenen Körper und der Gesunderhaltung. Daran anknüpfend sollten Jugendliche im Rahmen eines durch das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) finanzierten Projekts die Sicherheit bekommen, mit pandemischen Lagen umgehen zu können. Folglich ist das Ziel die Förderung pandemischer Handlungskompetenz. Die Projektlaufzeit war auf November 2022 bis Juni 2023 begrenzt. Am Projekt beteiligt war die Nelson-Mandela-Schule in Langendreer sowie zwei Schulen in Wattenscheid: das Klaus-Steilmann-Berufskolleg und die Liselotte-Rauner-Schule. Die Zielgruppe waren Schüler/innen ab 14 Jahren. Ausgangspunkt der ersten Projektphase war das persönliche Erleben der Jugendlichen während der Pandemie. Dazu erfolgte ein Austausch mit den

Schüler*innen über das aktuelle Befinden, den Erfahrungen und Auswirkungen der Pandemie. Zudem wurden Wünsche und Verbesserungsvorschläge im Hinblick auf mögliche weitere Pandemien formuliert. In der zweiten Phase sollen Angebote zu Gesundheitsthemen, wie sexuelle Gesundheit, Infektionsschutz und Prävention unterbreitet werden.
Die Bereitschaft der Schüler*innen, sich ausdrücklich mit den Pandemiefolgen auseinanderzusetzen, war nicht sehr ausgeprägt. Das Pandemiegeschehen lag für sie schon weit zurück. Andere Themen standen bei ihnen im Fokus. Die weiteren Themen, wie z. B. die sexuelle Gesundheit, trafen jedoch auf erhebliches Interesse bei den Schüler*innen. Durch das Projekt konnten derartige Angebote in den beteiligten Schulen fest verankert werden.
Das Projekt hat gezeigt, dass das Setting Schule für Prävention und Gesundheitsförderung ein guter Ansatzpunkt ist. Sowohl die Schüler*innen als auch das Lehrpersonal zeigten sich gegenüber der Gesundheitsthematik sehr offen. Allerdings hat die Erfahrung des Projektes gezeigt, dass der Zugang zu diesem Setting voraussetzungsvoll ist. Schulen unterliegen einem eigenen Arbeitsrhythmus, der von außen nicht leicht zu verstehen ist. Dort, wo es gelingt, einen gemeinsamen Handlungsraum zu schaffen, sind über dieses Setting viele Personen zu erreichen.

Gesamtstädtische gesundheitsfördernde Ansätze
Die oben dargestellten quartiers- und settingbezogenen Ansätze zu Gesundheitsförderung und Prävention wurden – trotz Fehlens eines formal aufgestellten gesamtstädtischen Fachplans Gesundheit – auf gesamtstädtischer Ebene begleitet. Dabei spielten die Beratungen auf der Kommunalen Gesundheitskonferenz sowie die Sozialkonferenz 2019 eine wichtige Rolle.

Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK)
Die Bedeutung der Kommunalen Gesundheitskonferenz für die gesundheitsorientierte Planung wurde oben bereits erläutert.
Aufgrund der Erfahrungen im Rahmen der oben aufgeführten quartiers- und settingbezogenen Projekte wurde die Kommunalen Gesundheitskonferenz für weitere Akteure geöffnet. Für die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen gemäß des Health in All Policies Ansatzes ist eine ämter-, dezernats- und institutionenübergreifende Zusammenarbeit als Grundlage für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik notwendig. Bezogen auf die räumliche Planung von gesundheitsfördernden Strukturen ist zukünftig eine Einbindung des Umwelt- und Grünflächenamtes (Dezernat VI, 67), des Amtes für Stadtplanung und Wohnen (Dezernat VI, 61) möglich. Als weiterer städtischer Akteur zur Förderung der Bewegung im öffentlichen Raum ist das Referat für Sport und Bewegung (Dezernat IV, 52) zu nennen.
Dieser Prozess ist mittlerweile abgeschlossen. Die Weiterentwicklung der Konferenz zu einem effizienten Koordinierungsinstrument für die gesundheitsorientierte Planung wird fortgesetzt.

Sozialkonferenz Bochum 2019
Im Zuge der gesamtstädtischen Strategie 2030 als Leitfaden für eine positive soziale, wirtschaftliche, demografische und ökologische Entwicklung der Stadt Bochum fand am 04.07.2019 die erste Sozialkonferenz statt. Basierend auf den Daten des Sozialberichtes aus dem Jahr 2018 stand die Stärkung der Teilhabe und Lebensbedingungen von armen und armutsgefährdeten Menschen thematisch im Fokus.
Am multidisziplinären Diskussionsforum zur Förderung der Gesundheit im Rahmen der 1. Bochumer Sozialkonferenz nahmen insgesamt 28 Teilnehmer*innen (Rat der Stadt Bochum, städtische Mitarbeiter verschiedener Dezernate der Stadt Bochum, Universität Bielefeld, Landeszentrum für Gesundheit sowie ein breites Spektrum Vertreter*innen örtlicher Institutionen) teil. Als identifizierte gesundheitsfördernde Handlungsbedarfe ergaben sich aus der Diskussion folgende Aspekte:

1. Gesundheitskompetenz benachteiligter Bevölkerungsgruppen niederschwellig stärken
2. Psychische Gesundheit (Versorgungsstruktur und Krankheitsgeschehen) stärker in den Blick nehmen
3. a) Versorgung von Personen ohne Krankenversicherung verbessern

b) vorgeburtliche Begleitung/ Entstressung von Schwangeren (inkl. Verbesserung der Möglichkeiten zum Schwangerschaftsabbruch)

Im Rahmen der Diskussion wurden darüber hinaus folgende Überlegungen zu konkreten gesundheitsbezogenen Maßnahmen und zur Weiterentwicklung der Gesunde-Städte-Arbeit formuliert:

- Intensivierung gesundheitsorientierter Planung als Teil der Stadtentwicklung
- Stärkung der ämterübergreifenden Zusammenarbeit
- Fachplanung Gesundheit gesamtstädtisch
    - Partizipation der Bevölkerung stärken
    - Aufstellung des Maßnahmenplanes
- Umsetzung eines Gesundheitskiosks
- Verfeinerung der Gesundheitsberichterstattung
    - Kleinsträumige Berichterstattung
    - Umweltbezogene Belastungen berücksichtigen

3 Literaturverzeichnis

Baumgart, S. & Dilger, U. (2018). Fachplan Gesundheit - Entwicklung von Strategien über die bisherige Gesundheitsberichterstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hinaus. In S. Baumgart, H. Köckler, A. Ritzinger, & A. Rüdiger (Hrsg.), Planung für gesundheitsfördernde Städte (S. 200-212). https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/59579/ssoar-2018-baumgart_et_al-Fachplan_Gesundheit_-_Entwicklung_von.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2018-baumgart_et_al-Fachplan_Gesundheit_-_Entwicklung_von.pdf

Berchem, D. J., Falge, C.& Pajonk, Y. (2022). Community Health in der Bochumer Hustadt: Wider eine vermeintliche Kultur der Schwer-Erreichbarkeit und der Nicht-Partizipation marginalisierter Communities, In Department of Community Health (Hrsg.) Community Health – Grundlagen, Methoden, Praxis (S. 326- 336). Beltz Juventa

Berchem, D. J., Betscher, S., Falge, C., Gilges, G., Gorch, D., Köckler, H., Pajonk, Y., Simon, D.& Strauss, A. (2020). Zwischenbericht zur Studie QUERgesund in der Bochumer Hustadt. Das Präventionsverhalten in einer multidiversen Nachbarschaft. Gesundheitsbezogene Ressourcen, Barrieren und Handlungsempfehlungen, https://www-hs-gesund-heit.de/fileadmin/user_upload/Forschung/Stadtteillabor/Zwischenbericht_HS_GesundheitQUERgesund.pdf

Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB). (2016). Integrierte städtebauliche Entwicklungskonzepte in der Städtebauförderung- Eine Arbeitshilfe für Kommunen (2. Aktualisierte Aufl.)
https://www.staedtebaufoerderung.info/SharedDocs/downloads/DE/ProgrammeVor2020/AktiveStadtUndOrtsteilzentren/Arbeitshilfe_ISEK.pfd?_blob=puplicationFile&v=4

Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. (2023). Das 9-Punkte Programm. https://gesunde-staedte-netzwerk.de/9-punkte-programm/

Kilian, H., Geene, R. & Philippi, T. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel & A. Schröer (Hrsg.), Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm ‚Mehr Gesundheit für alle' (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band 8) (S. 151-230) Wirtschaftsverlag NW.

Köckler, H. & Geene, R. (2022, 26. November). Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0

Köckler, H., Lottermoser, A. & Sprünken, M. (2022). Bochum-Wattenscheid Mitte: Integrierte gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung, In Department of Community Health (Hrsg.) Community Health – Grundlagen, Methoden, Praxis (S. 326- 336). Beltz Juventa.

Köckler, H., & Simon D. (2019). Digitale Methoden der partizipativen Sozialraumanalyse. In Posenau, A; Deiters, W.; Sommer, S (Hrsg.). Nutzerorientierte Gesundheitstechnologie. S. 113- 122. Hogrefe.

Köckler. H. & Simon, D. (2020). Digitale Beteiligung im Rahmen der Lärmaktionsplanung als Ansatz für mehr umweltbezogene Verfahrensgerechtigkeit: Erfahrungen aus dem DiPS_Lab in Bochum. In. IPP Schriften 17, 38-44. IPP

Münzel, M., Knüttel, M., Werner, U. & Hildebrandt, H. (2020). Konzept zur Errichtung eines Gesundheitsbüros und des Gesundheitsnetzwerk „WAT-Gesund" in Bochum- Wattenscheid, https://www.medqn.de/wp-content/uploads/2021/01/Ergebnisbericht_Konzept-zur-Errichtung-eines-Gesundheitsbueros-in-Bochum-Wattenscheid.pdf

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). Gesundheit in Deutschland –Kapitel 3: Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit in Deutschland? Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, https:// doi.org/10.17886/rkipubl-2015-003-3 Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2022, 22. Juni). Settingansatz / Lebensweltansatz. In : Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i106-2.0 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Ge-

sundheitswesen und in der Pflege. (2023). Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023. MWV Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
Stadt Bochum. (2011), Geschäftsordnung für die Kommunale Gesundheitskonferenz der Stadt Bochum (Stand 18.05.2011), https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W29JN9FL134BOCMDE/$File/geschokgk.pdf
Stadt Bochum. (2017). Basisgesundheitsbericht Bochum 2017. https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2BGKJQ3800BOCMDE/$File/basisgesundheitsbericht_bochum_2017.pdf
Stadt Bochum. (2022). Stadterneuerungsgebiet Wattenscheid, https://www.bochum.de/amt-fuer-stadtplanung-und-wohnen/Dienstleistungen-und-Infos/Stadterneuerung/Wattenscheid#:~:text=Mit%20dem%20ISEK%20Gesundes%20Wattenscheid,gesundes%20und%20selbstbestimmtes%20Leben%20ermöglichen
Stadt Bochum. (o.D.), Erste Bochumer Sozialkonferenz- Armut konkret bekämpfen, https://www.bochum.de/Steuerungsunterstuetzung-des-Sozialdezernates/Erste-Bochumer-Sozialkonferenz
Stadt- und Regionalplanung Dr. Jansen GmbH. (2014). Gesundes Wattenscheid- Familienfreundlich und generationengerecht, Integriertes Städtebauliches Entwicklungskonzept für Bochum-Wattenscheid, https://geodatenportal.bochum.de/bogeo/web/61/Stadterneuerung_Wattenscheid/04_ISEK_WAT_Gesundes-Wat-Ergebnisbericht.pdf
Stadtsportbund Bochum e.V. (2022). Gesund durch Bewegung in Wattenscheid- Ein Pilotprojekt, https://www.fit-in-wat.de/das-projekt
Starke, D. Tempel, G. Butler, J., Starker, A., Zülke, C & Bormann, B. (2017). Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen. Journal of Health Monitoring 2 .https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-001
Wright, T. (2020, 26. Oktober). Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i084-1.0