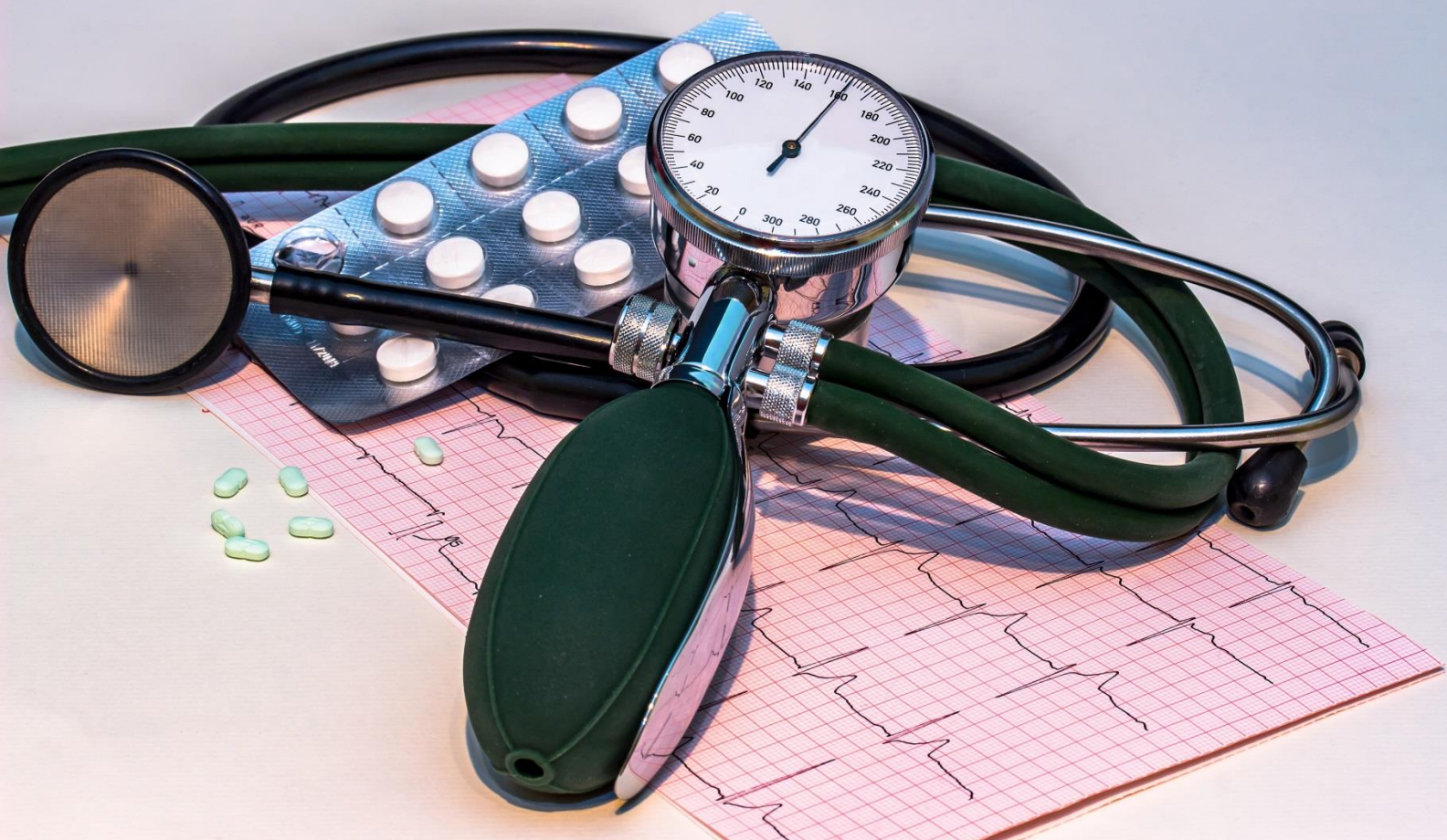
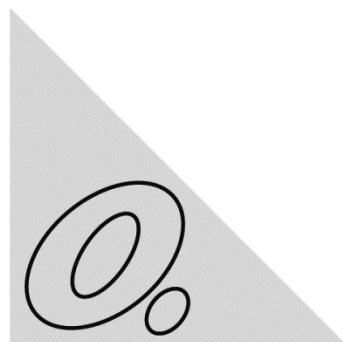




Basisgesundheitsbericht 2016

der Stadt Oberhausen



stadt
oberhausen

Inhalt

1. Vorwort der Beigeordneten	4
2. Einleitung.....	5
3. Bevölkerungsstruktur von Oberhausen	8
4. Gesundheitszustand der Bevölkerung	12
4.1. MORBIDITÄT ANHAND DER KRANKENHAUSSTATISTIK FÜR AUSGEWÄHLTE KRANKHEITEN	12
4.1.1 Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems	14
4.1.2 Krankheiten des Verdauungssystems	17
4.1.3 Krankheiten des Atmungssystems	19
4.1.4 Infektiöse und parasitäre Krankheiten	21
4.1.5 Krebserkrankungen	26
4.1.6 Diabetes mellitus	30
4.1.7 Psychische Erkrankungen.....	33
4.2. VERTRAGSÄRZTLICHE UND VERTRAGSZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG	39
4.3. GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN	41
4.3.1 Rauchen.....	41
4.3.2 Alkohol	42
4.3.3 Ernährung und Übergewicht.....	44
4.3.4 Bewegung.....	48
4.3.5 Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder.....	50
4.3.6 Impfstatus	54
4.4. MORTALITÄT	58
4.4.1 Todesursachenstatistik	60
4.4.2 Vorzeitige und vermeidbare Mortalität	65
4.4.3 Säuglingssterblichkeit	67

5. Integrierte Gesundheitsberichterstattung.....	70
5.1. KORRELATION ZWISCHEN ARMUT UND GESUNDHEIT	71
5.2. KORRELATION ZWISCHEN BILDUNG UND GESUNDHEIT	75
6. Handlungsempfehlungen	78
6.1. PRÄVENTION VON HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN	78
6.2. AUSBAU DES BERATUNGS- UND PRÄVENTIONSANGEBOT FÜR HIV UND ANDERE SEXUELL-ÜBERTRAGBARE ERKRANKUNGEN	79
6.3. PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN VERMEIDEN, ERKENNEN; BEHANDELN UND ENTTABUISIEREN	80
6.4. WEITERENTWICKLUNG DER PRÄVENTION UND DES BERATUNGSANGEBOTS FÜR GEFLÜCHTETE	82
6.5. GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT VERMEIDEN.....	82
7. Literatur	87

1. Vorwort der Beigeordneten

2. Einleitung

Der erste Oberhausener Basisgesundheitsbericht soll einen Überblick zur Gesundheit und Krankheit unserer Bürgerinnen und Bürger geben. In dieser Erstfassung wurden Daten aus den Jahren 2010 bis 2014 zusammengefasst und sollen von nun an regelmäßig fortgeschrieben werden. Der Bericht soll auf einer Seite informieren und evaluieren, wie gesund unsere Stadt ist. Auf der anderen Seite soll er aber auch Probleme und „Krankheiten“ aufzeigen, damit geeignete Maßnahmen oder „Therapien“ ergriffen werden können.

„Handeln braucht Ziele, um effektiv und effizient sein zu können“ (aus Forum Gesundheitsziele Deutschland). Einen Schwerpunkt des Gesundheitsbericht 2016 bilden deshalb die nationalen Gesundheitsziele. Dabei handelt es sich um Vereinbarungen von verschiedenen Gesundheitsakteuren, in deren Mittelpunkt als übergeordnetes Ziel die Gesundheit der Bevölkerung steht. Auf der Basis evaluierter Erkenntnisse wurden Empfehlungen und Maßnahmen formuliert, zu deren Umsetzung sich alle Akteure verpflichten. Erarbeitet wurden diese von Politik, Kostenträgern, Leistungserbringern, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, Wissenschaft und Forschung. Das allgegenwärtige Ziel ist es die Gesundheit in unterschiedlichen Lebenswelten zu verbessern, gesundheitliche Strukturen zu optimieren und Mittel effizient einzusetzen. Darüber hinaus soll aber auch das Gesundheitsbewusstsein und eine gesunde Lebensweise der Bürgerinnen und Bürgerinnen gestärkt und unterstützt werden. Eine Auflistung der Gesundheitsziele findet sich in der Infobox 1 (Kooperationsverbund: gesundheitsziele.de).

Ein weiterer Schwerpunkt dieses Gesundheitsberichts liegt in der Darstellung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Zahlreiche Studien zeigen auf, dass Frauen und Männer mit niedrigem Einkommen eine geringere Lebenserwartung haben. Darüber hinaus haben sie ein erhöhtes Risiko für Erkrankungen wie Herzinfarkt, Diabetes mellitus und chronische Bronchitis. Auch gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie das Rauchen oder Übergewicht sind bei von Armut betroffenen Personen häufiger zu finden ¹. Diese Erkenntnisse werden besonders in der Kindergesundheit deutlich. So hat der sozioökonomische Status der Familie einen erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und

Jugendlichen. In Deutschland sind ca. 2,5 Millionen Kinder und Jugendliche einem Armutsrisiko ausgesetzt. Das bedeutet, dass fast ein Fünftel der Bevölkerung bis 18 Jahre in Armut lebt oder durch Armut bedroht ist ². Eine Langzeitstudie des Robert-Koch-Instituts (RKI) zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), an der sich auch Oberhausen beteiligte, zeigte, dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien häufiger einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand aufweisen, vermehrt psychische und Verhaltensauffälligkeiten zeigen, weniger Sport treiben, sich ungesünder ernähren und häufiger übergewichtig sind ³⁻⁴. Einen umfassenden Überblick über den Gesundheitszustand von Oberhausener Kindern gibt der Kindergesundheitsbericht der Stadt Oberhausen aus dem Jahr 2011 ⁵.

INFOBOX 1: Nationale Gesundheitsziele der Bundesrepublik Deutschland

1. **Diabetes mellitus Typ 2:** Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003)
2. **Brustkrebs:** Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003)
3. **Tabakkonsum reduzieren** (2003; Aktualisierung 2015)
4. **Gesund aufwachsen:** Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (2003; Aktualisierung 2010)
5. Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, **Patient(inn)ensouveränität** stärken (2003; Aktualisierung 2011)
6. **Depressive Erkrankungen:** verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006)
7. **Gesund älter werden** (2012)
8. **Alkoholkonsum reduzieren** (2015)

Weitere Informationen unter www.gesundheitsziele.de.

Als Basis für diesen Bericht dienen die Daten des Landeszentrums für Gesundheit NRW (LZG.NRW), des epidemiologischen Krebsregisters Nordrhein-Westfalen, die Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen sowie den Todesbescheinigungen der Stadt Oberhausen. Außerdem unterstützte uns der Bereich Statistik der Stadt Oberhausen mit Daten und entsprechender Informations- und Datentechnologie. Dieser Bericht wird darüber hinaus durch Daten vom Einwohnermelderegister, verschiedenen Beratungsstellen der Stadt oder von Institutionen wie der Aids-Hilfe Oberhausen untermauert. Ausgewählte Gesundheitsdaten werden zum Teil sozialraumorientiert und nach sozialstrukturellen Merkmalen ausgewertet, um die Korrelation zwischen sozialer Lage, Bildungstand und Gesundheit deutlich machen zu können. Die erhobenen Datensätze werden in diesem Bericht überwiegend in anschaulichen Grafiken dargestellt. Für ausgewählte Daten dienen außerdem Karten zu einer verbesserten Anschauung. Für einige Indikatoren werden auch Trends über mehrere Jahre aufgezeigt. Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass es besonders in der kleinräumigen Betrachtung zu niedrigen Fallzahlen kommen kann, was dazu führen kann, dass bereits kleinste Schwankungen als große Veränderungen

missinterpretiert werden können. Auf die Problematik wir an geeigneter Stelle drauf hingewiesen oder es werden die 3-Jahres-Mittelwerte zur Darstellung verwendet.

3. Bevölkerungsstruktur von Oberhausen

Oberhausen ist eine Großstadt mit 211.888 Einwohnerinnen und Einwohnern, darunter 13,6% Ausländerinnen und Ausländer (Stand 31.12.2015). Die Stadt wird in 27 Sozialquartiere eingeteilt (Abbildung 1). Seit Jahren sind die Bevölkerungszahlen leicht rückläufig, wobei 2015 eine Zunahme der Bevölkerung im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen war (Abbildung 2).

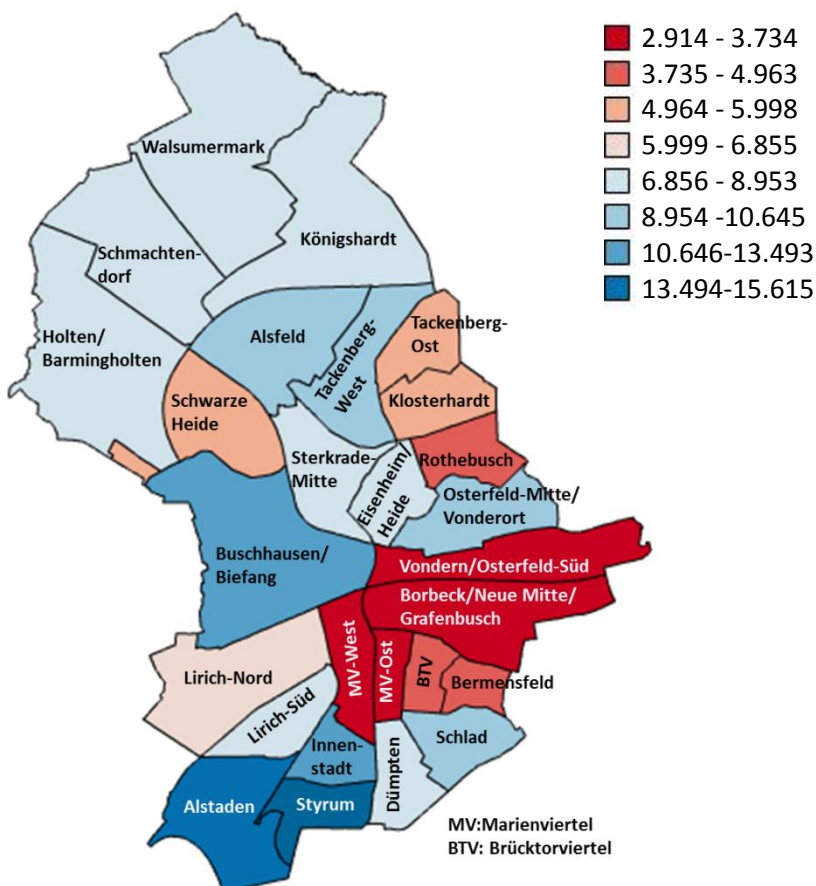


Abbildung 1: Bevölkerungszahlen im Jahr 2014 in den 27 Sozialquartieren der Stadt Oberhausen. Hierbei ist zu erwähnen, dass in manchen Datensätzen lediglich 26 Sozialquartiere ausgewiesen werden und das Sozialquartier Lirich dort als Ganzes gewertet und nicht in Lirich-Süd und Lirich-Nord aufgeteilt wird (*Quelle: Einwohnermelderegister der Stadt Oberhausen; Stichtag 31.12.2014*).

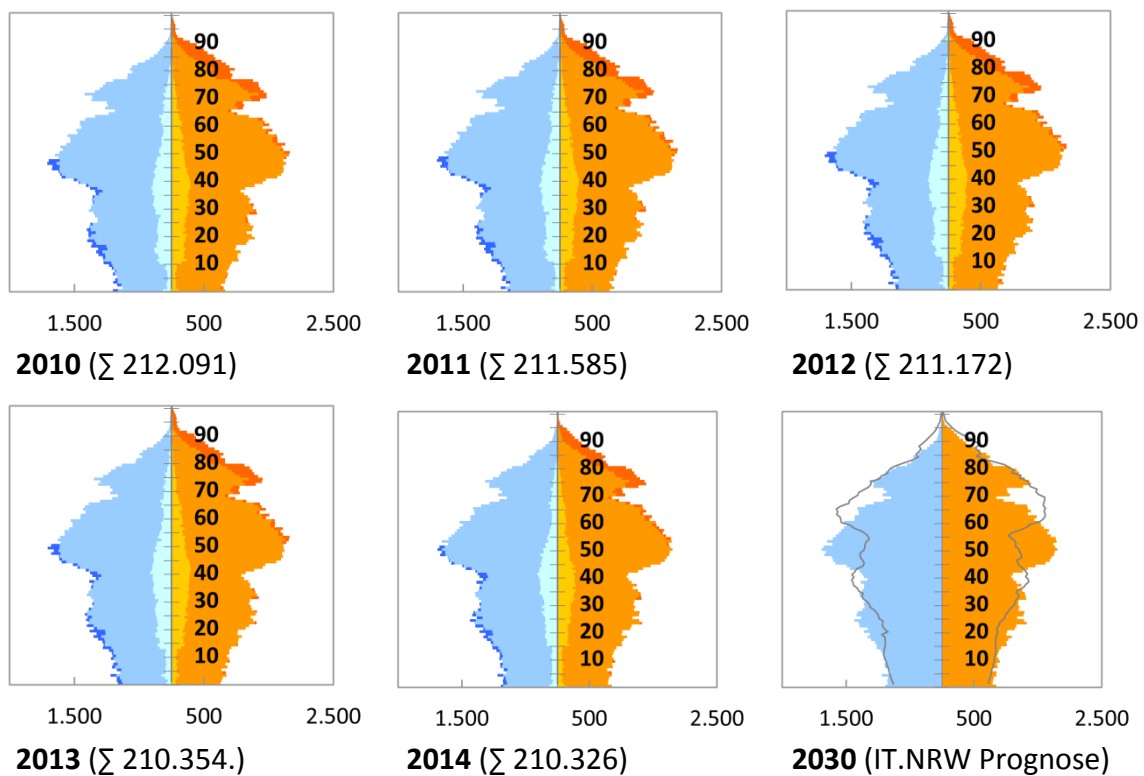


Abbildung 2: Entwicklung der Bevölkerung in Oberhausen 2010 bis 2030 (Prognose) nach Geschlecht und Alter (Quellen: LZG.NRW Indikator 02.03_02, Einwohnermelderegister der Stadt Oberhausen; Stichtag 31.12.).

Das durchschnittliche Alter in Oberhausen liegt bei 44 (± 2) Jahren. Die Altersverteilung innerhalb von Oberhausen ist inhomogen und schwankt von 2010 bis 2014 zwischen 41 (± 1) Jahren in Osterfeld-Mitte/Vonderort und 47 (± 1) Jahren in Rothebusch (Abbildung 3). Der Anteil der 65-Jährigen und Älteren lag hier im Jahr 2014 bei 25,8%, gefolgt von 25,7% in Königshardt und 24,8% in Schlad (Abbildung 4).

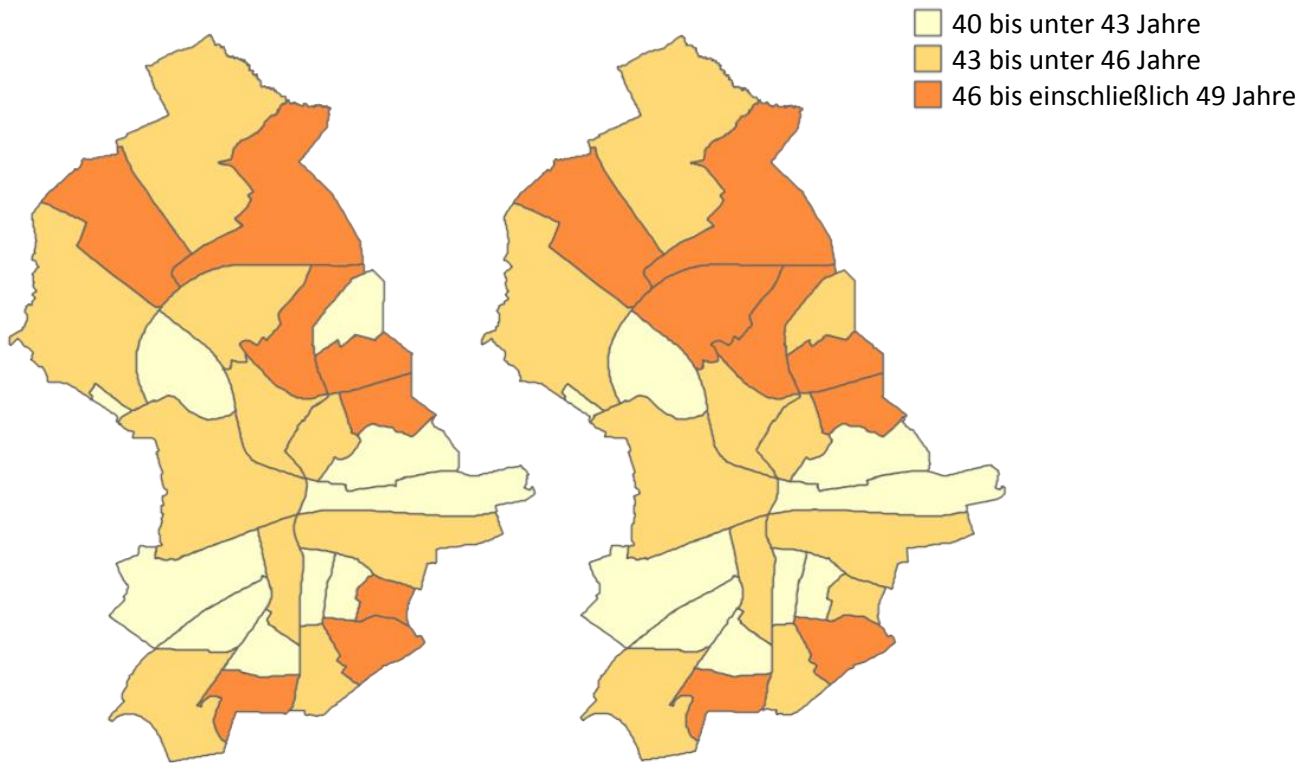


Abbildung 3: Durchschnittsalter der Bevölkerung der Jahre 2013 und 2014 in den verschiedenen Sozialquartieren von Oberhausen (*Quelle: Einwohnermelderegister der Stadt Oberhausen, Berechnung: Bereich Statistik*).

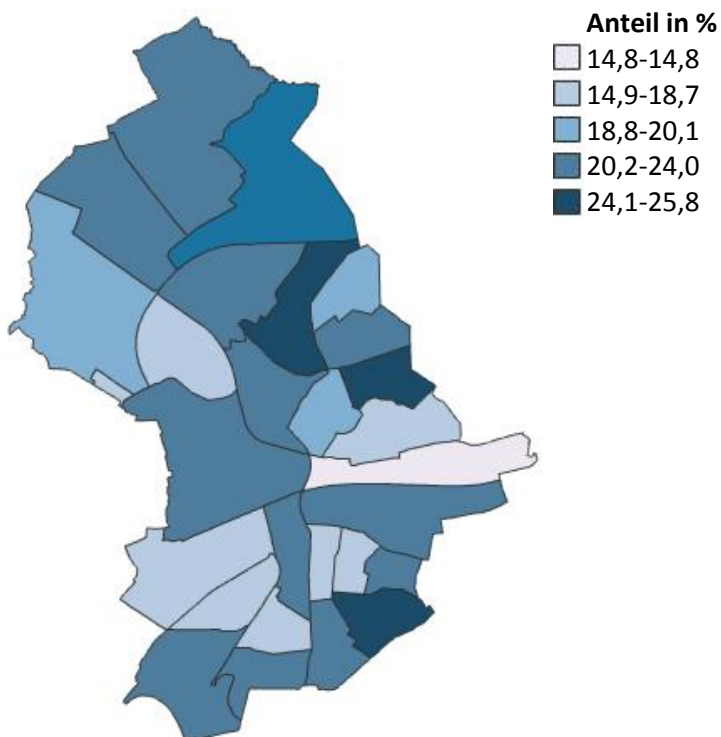


Abbildung 4: Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter in % der Gesamtbevölkerung im Jahr 2014 (*Quelle: Einwohnermelderegister der Stadt Oberhausen, Berechnung: Bereich Statistik, Stichtag 31.12.*).

Die Geburtenzahl ist seit dem Jahr 2011 wieder leicht ansteigend und liegt leicht unter dem NRW-Durchschnitt (Abbildung 5). Frauen sind bei der Geburt eines Kindes durchschnittlich 28 Jahre alt und hatten im Jahr 2015 durchschnittlich 1,43 Kinder. Der NRW-Durchschnitt lag bei 1,52 Kindern je Frau. Dabei entbinden Frauen in Oberhausener Krankenhäusern überwiegend natürlich. Bei $18,47\% \pm 6,06\%$ der Geburten handelt es sich um Geburten per Kaiserschnitt.

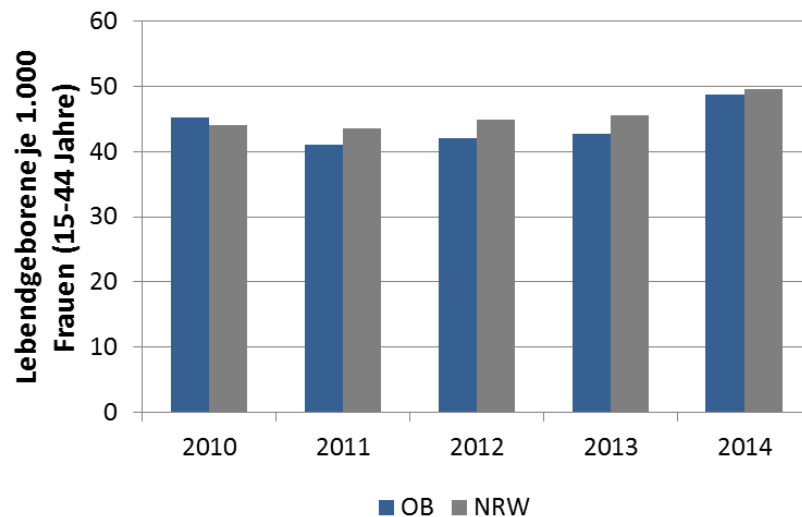


Abbildung 5: Lebendgeborene in Oberhausen und NRW in den Jahren 2010 bis 2014 je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren (*Quelle: LZG.NRW Indikator 02.10_01, eigene Darstellung*).

4. Gesundheitszustand der Bevölkerung

4.1. MORBIDITÄT ANHAND DER KRANKENHAUSSTATISTIK FÜR AUSGEWÄHLTE KRANKHEITEN

Im Jahr 2014 wurden insgesamt 56.480 Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner in Oberhausener Krankenhäusern verzeichnet. Zum Vergleich lag der NRW-Durchschnitt für stationäre Aufnahmen im Jahr 2014 bei 52.018 Fällen je 100.000 Einwohner. Dabei steigt die Zahl der Krankenhausfälle sowohl in Oberhausen also auch in NRW seit 2010 kontinuierlich an (Tabelle 1). Die Zahl der Rehafälle hingegen ist rückläufig bzw. stabil in den Jahren 2010 bis 2014. Außerdem liegen die Zahlen aus Oberhausen unter dem NRW-Durchschnitt (Tabelle 2).

Tabelle 1: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner in Oberhausen und NRW 2010 bis 2014
(Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPIDat).

Jahr	Oberhausen		Nordrhein-Westfalen	
	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich
2010	27.274	25.827	24.889	22.751
2011	28.166	26.230	25.700	23.805
2012	28.599	27.156	26.159	24.225
2013	28.887	26.934	26.423	24.467
2014	29.385	27.095	27.122	24.896

Tabelle 2: Rehafälle je 100.000 Einwohner in Oberhausen und NRW von 2010 bis 2014
(Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPIDat).

Jahr	Oberhausen		Nordrhein-Westfalen	
	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich
2010	1.924	1.817	2.017	1.749
2011	1.865	1.654	1.953	1.702
2012	2.041	1.667	2.037	1.732
2013	1.999	1.651	2.026	1.717
2014	2.047	1.617	2.087	1.727

Darüber hinaus lebten 2013 in Oberhausen 8.642 Männer je 100.000 Einwohner und 6.891 Frauen je 100.000 Einwohner mit einer Schwerbehinderung. Zudem waren 1.781 Männer und 2.051 Frauen pflegebedürftig (Abbildung 6).

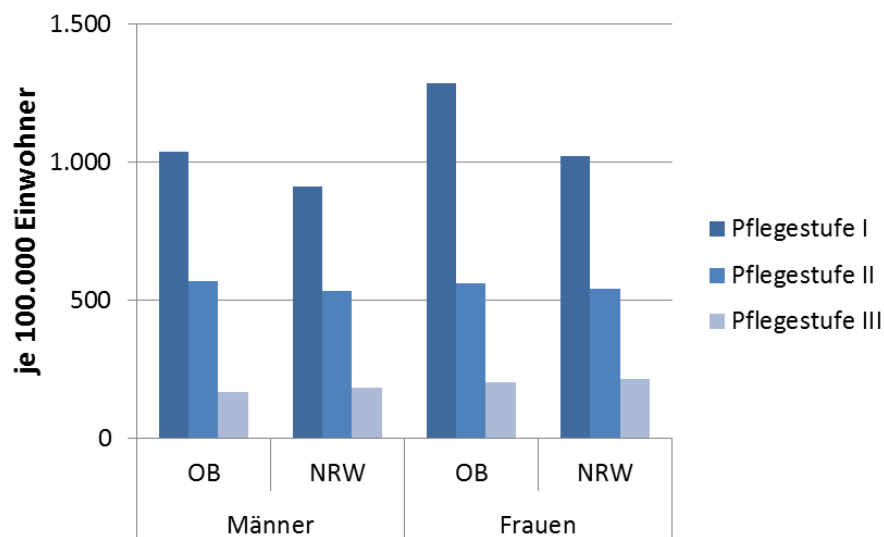


Abbildung 6: Pflegestatistik für Oberhausen und NRW im Jahr 2013 nach Geschlechtern je 100.000 Einwohner aufgeteilt nach Pflegestufe (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, PFLEGEat, eigene Berechnung).

In Oberhausen führen Krankheiten des Kreislaufsystems, des Verdauungssystems und des Atmungssystems am Häufigsten zu einer stationären Aufnahme. Gefolgt von Patienten mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Verletzungen oder Unfällen einschließlich Suizidabsichten sowie Krebserkrankungen. Wichtig zu erwähnen sind auch psychische Erkrankungen, die zu rund 3.000 stationären Aufnahmen im Jahr 2014 führten (Abbildung 7).

Bei der Betrachtung der Krankenhausstatistik ist zu beachten, dass Patienten, die mehrfach innerhalb eines Jahres stationär behandelt wurden auch mehrfach erfasst wurden. Dies ist bei der Interpretation der Daten zu beachten und wird besonders deutlich bei Erkrankungen, die häufig mit wiederholten Krankenhausaufenthalten einhergehen. Deshalb kann mittels der Krankenhausstatistik nicht unbedingt auf die Häufigkeit einer Erkrankung in der Bevölkerung geschlossen werden. Es kann aber eine indirekte Beurteilung über die Zunahme oder Abnahme einer Erkrankung über die Zeit gemacht werden. Darüber hinaus ist zu beachten, dass in den Oberhausener Kliniken auch Bürgerinnen und Bürger der umliegenden Städte behandelt werden.

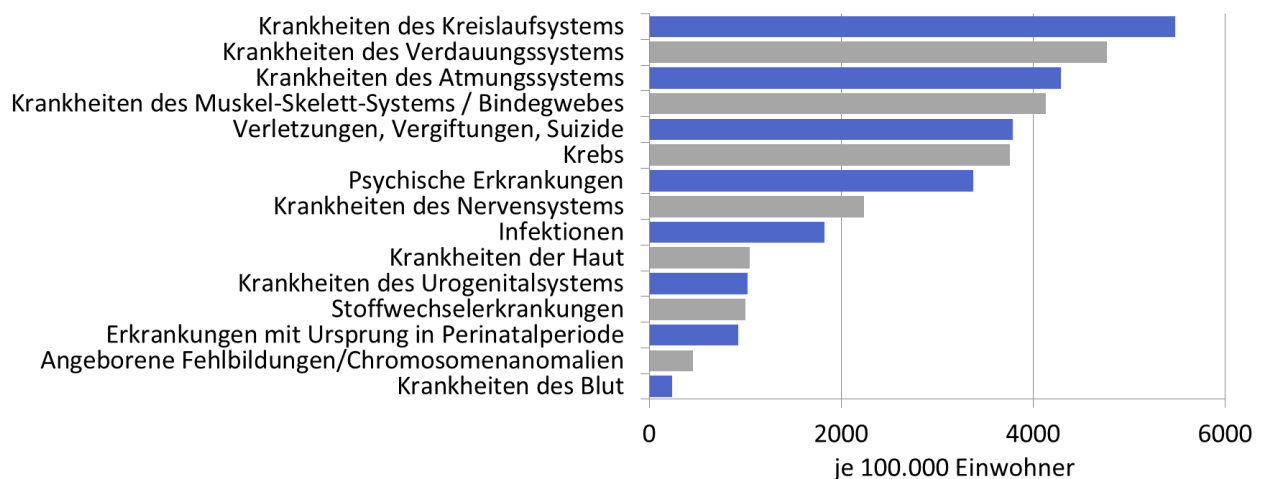


Abbildung 7: Ursachen eines Krankenhausaufenthalts. Gezeigt ist die Anzahl der Personen je 100.000 Einwohner, die im Jahre 2014 in Oberhausen vollstationär aufgenommen wurden (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPIDat, eigene Berechnung).

4.1.1 Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

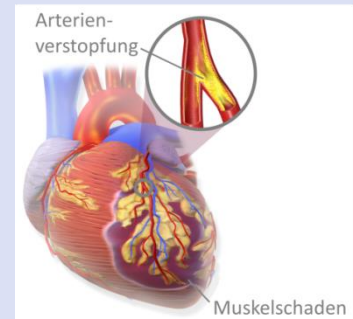
Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen zu den häufigsten Krankheiten und sind in Deutschland immer noch die Todesursache Nummer 1 (siehe Kapitel 4.3). Zu den Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems zählen unter anderem die Herzinsuffizienz, die koronare Herzerkrankung sowie der Herzinfarkt (Infobox 2).

Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind zum einen eine ungesunde Ernährung und Übergewicht. Übergewichtige Menschen weisen häufig erhöhte Cholesterinwerte auf, welche zu Cholesterinablagerungen in den Gefäßen und somit zur Verengung bis hin zur Verstopfung führen können. Des Weiteren ist bekannt, dass viszerales Fett (=“Bauchfett”) vermehrt Entzündungsbotenstoffe aussendet und somit die Entstehung von Arteriosklerose sowie Diabetes fördert. Daher ist die Messung des Taillenumfangs häufige Praxis zur Abschätzung des Bauchfetts und zur Bestimmung des Risikos an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung oder Diabetes zu erkranken. Neben einer gesunden Ernährung spielt auch ausreichende Bewegung eine wichtige Rolle in der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Ausreichende Bewegung senkt den Blutdruck und kann auch die Cholesterinwerte verbessern. Ein erhöhter Blutdruck (=Hypertonie) wirkt direkt schädigend auf die Gefäßwände. Ein Hauptrisikofaktor für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist das Rauchen. Tabakkonsum fördert Ablagerungen in den Gefäßen, was zu Arteriosklerose und Durchblutungsstörungen führt ⁶. Dabei ist zu erwähnen, dass bereits junge Rauchende ihre Arterien langfristig schädigen. Ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus kann ebenfalls aufgrund der dauerhaft erhöhten Blutzuckerwerte die Gefäße schädigen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen.

INFOBOX 2: Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

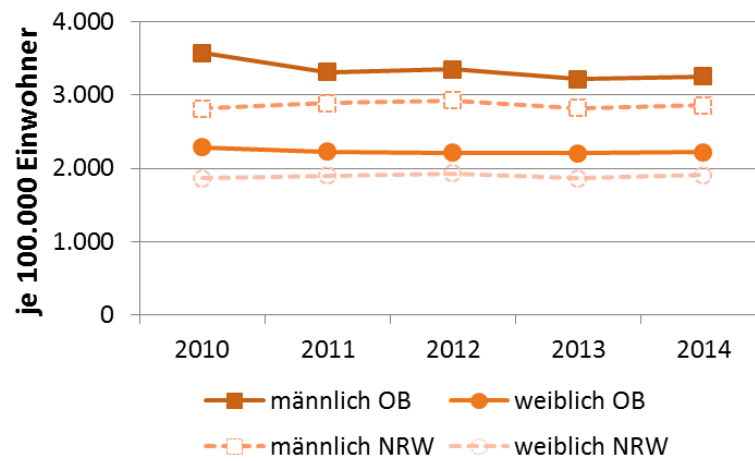
1. **Herzinsuffizienz:** Bei einer Herzinsuffizienz (=Herzschwäche) kann der Körper nicht mehr ausreichend mit Blut und Sauerstoff versorgt werden, da das Herz die notwendige Pumpleistung nicht mehr erbringen kann. Dabei kann das Herz in Folge der Erkrankung so stark geschädigt sein, dass es versagt und es zum plötzlichen Herztod kommt.
2. **Koronare Herzkrankheit:** Bei der koronaren Herzkrankheit kommt es durch Arteriosklerose (=Gefäßverkalkung) zu einer Einengung der Herzkranzgefäße oder der Koronararterien. Diese Einengung führt zu einem verminderten Blutfluss und somit zu einem Sauerstoffmangel im Herzen.
3. **Herzinfarkt:** Bei einem Herzinfarkt oder Myokardinfarkt verstopft ein Blutgerinnsel (=Thrombus) ein Herzkranzgefäß. Durch den Verschluss kann das Herz nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden und kann absterben. Ein Herzinfarkt ist häufig die Folge einer koronaren Herzkrankheit.

*Quelle: Deutsche Herzstiftung e. V., 2016,
Frankfurt am Main*

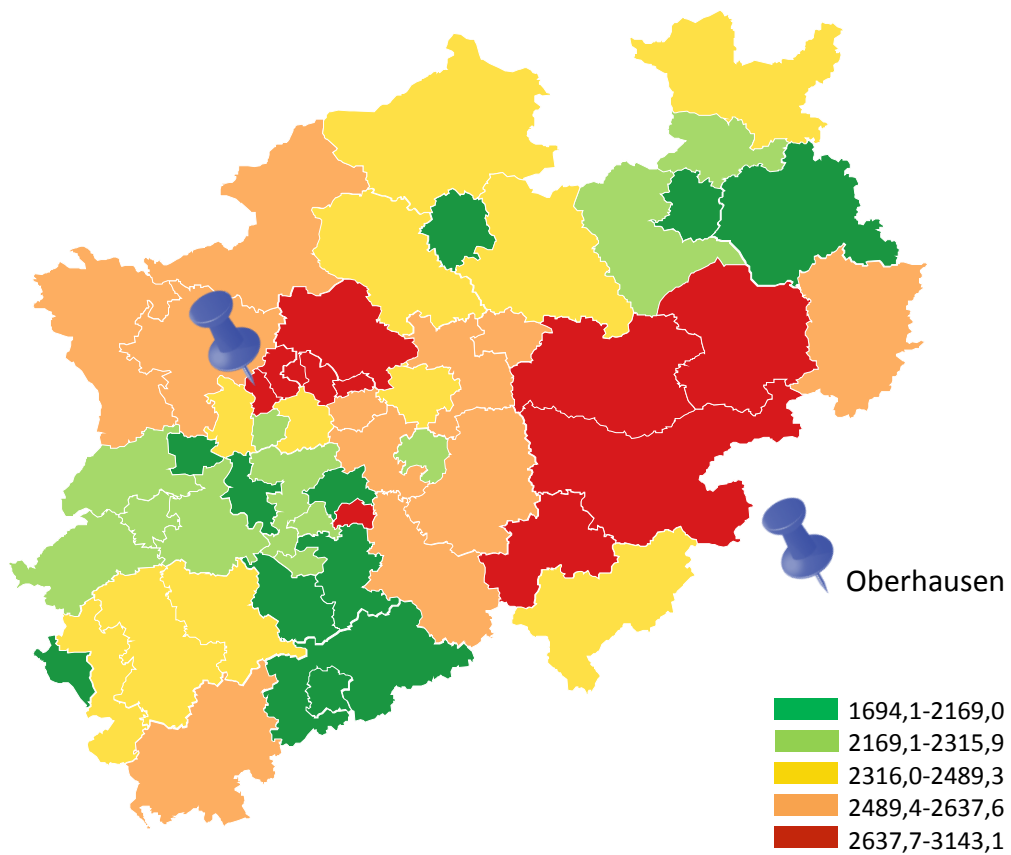


Modifiziert nach Blausen Medical Communications, Inc

Die Zahlen von Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Herz-Kreislauserkrankung in Oberhausen stationär behandelt wurden, war im Jahr 2011 leicht rückläufig und bleibt in den Jahren 2012 bis 2013 konstant, die Häufigkeit liegt dabei deutlich über dem NRW-Durchschnitt. Männer sind anderthalb mal häufiger betroffen als Frauen (Abbildung 8 A). Außerdem erkranken Männer meist früher an einer Herzschwäche. Die Erkrankung tritt bei Männern ab dem 45. Lebensjahr gehäuft auf, bei Frauen erst ab dem 50. Lebensjahr. Bei Betrachtung aller Kommunen und Kreise in NRW nimmt Oberhausen im Jahr 2014 Platz 7 in der Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ein (Abbildung 8 B).



A



B

Abbildung 8: A Krankenhausbehandlungen wegen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010 bis 2014 je 100.000 Einwohner nach Geschlecht. **B** Krankenhausbehandlungen wegen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems im NRW-Vergleich im Jahr 2014 (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPI.dat).

4.1.2 Krankheiten des Verdauungssystems

Im Jahr 2014 wurden 4.767 Bürgerinnen und Bürger je 100.000 Einwohner mit Krankheiten des Verdauungssystems in Oberhausener Krankenhäusern behandelt. Darunter zählen vor allem Krankheiten der Mundhöhle, des Magens, des Blinddarms, der Leber, der Galle und des Pankreas. Im Jahr 2014 wurden die meisten Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen des Darms stationär aufgenommen, gefolgt von Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms sowie der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas. Seit 2010 konnte eine Zunahme der stationären Behandlungen von Krankheiten des Verdauungssystems um 7% verzeichnet werden. Einen Unterschied zwischen Männer und Frauen gibt es bei diesen Erkrankungen nicht. Verglichen mit dem NRW-Durchschnitt liegt die stationäre Behandlungsrate in Oberhausen etwas höher (Abbildung 9).

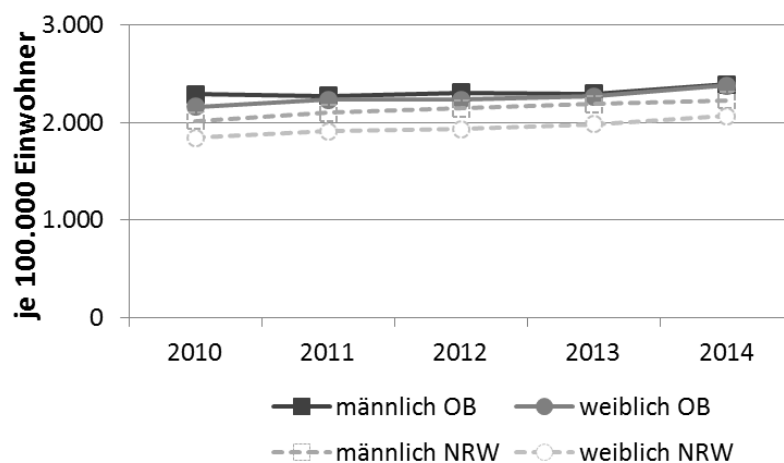


Abbildung 9: Krankenhausbehandlungen wegen Erkrankungen des Verdauungssystems in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010 bis 2014 je 100.000 Einwohner nach Geschlecht (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPIDat).

In diesen Bereich fallen allerdings auch häufige Krankenhausaufenthalte aufgrund einer akuten Blinddarmentzündung oder eines Leistenbruchs. Erwähnenswert ist außerdem, dass die Hälfte aller stationären Aufnahmen von Patienten mit Lebererkrankungen auf eine alkoholische Leberkrankheit zurückzuführen ist. Vor allem Männer zwischen 45 und 65 Jahren sind betroffen (Abbildung 10). Bei der alkoholischen Leberkrankheit handelt es sich um eine zusammenfassende Bezeichnung für die Schädigungen der Leber durch chronischen Alkoholmissbrauch. Dabei steht eine Korrelation zwischen der konsumierten Alkoholmenge und dem Ausmaß des Leberschadens. Zunächst kommt es zu einer Zellverfettung, gefolgt von einer akuten und chronischen Fettleberhepatitis, die durch eine Entzündung der Leberzellen gekennzeichnet ist. Als Folge kann es zu einer Leberzirrhose und letztendlich zu einem Leberversagen kommen.

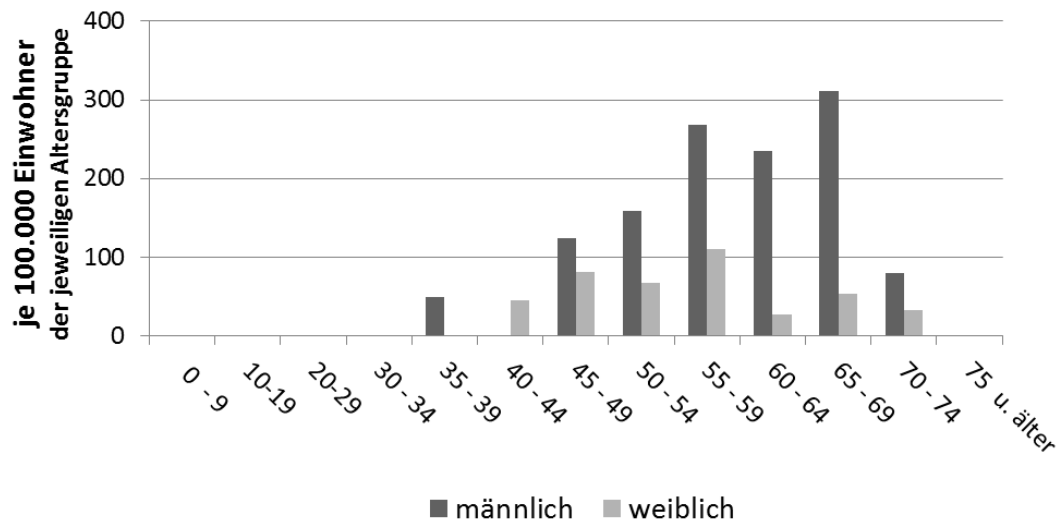


Abbildung 10: Krankenhausbehandlungen wegen alkoholischer Leberkrankheit in Oberhausen im Jahr 2014 je 100.000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe nach Alter und Geschlecht (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPIDat).

Aufgrund von steigenden Zahlen, wurde 2015 das nationale Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ (vergleiche Kapitel 2) verabschiedet. Die gesundheitlichen Folgen, die aus einem erhöhten Alkoholkonsum resultieren, sind eines der gravierendsten und vermeidbaren Gesundheitsrisiken. In der Stadt Oberhausen nahm vor allem die Zahl an Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die aufgrund von Verhaltensstörungen durch Alkohol stationär behandelt wurden, seit dem Jahr 2000, um 56,8% zu. Eine deutliche Zunahme war vor allem bei den 15- bis 19 Jährigen zu beobachten. Jungen sind sehr viel häufiger betroffen als Mädchen. Das trifft vor allem in der Gruppe der jungen Erwachsenen (20-24 Jahre) zu, wo nur etwa 35% der Betroffenen Mädchen sind (Abbildung 11). Auch der Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist ein ernstzunehmendes Problem. Nach Daten des Robert-Koch-Instituts trinken fast 20% aller schwangeren Frauen Alkohol. Daraus resultiert nach Schätzungen, dass jährlich ca. 10.000 Kinder mit alkoholbedingten Schädigungen geboren werden.

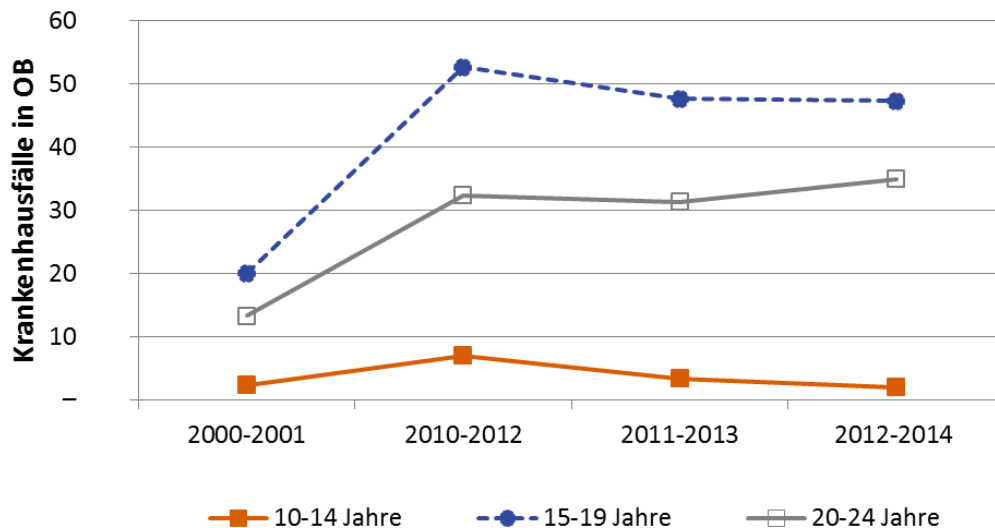


Abbildung 11: Krankenhausbehandlungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufgrund Verhaltensstörungen durch den Konsum von Alkohol in Oberhausen für das Jahr 2000 sowie die Jahre 2010 bis 2014 (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPIDat).

4.1.3 Krankheiten des Atmungssystems

Erkrankungen des Atmungssystems befinden sich auf den oberen Rängen der häufigsten Todesursachen (siehe Kapitel 4.3). Die Krankenhausbehandlungen wegen Erkrankungen der Atmungsorgane in Oberhausen bleiben für die Jahre 2010 bis 2014 konstant (Abbildung 12). Auch hier liegen die Zahlen für Oberhausen über dem NRW-Durchschnitt. Männer sind wieder stärker betroffen als Frauen.

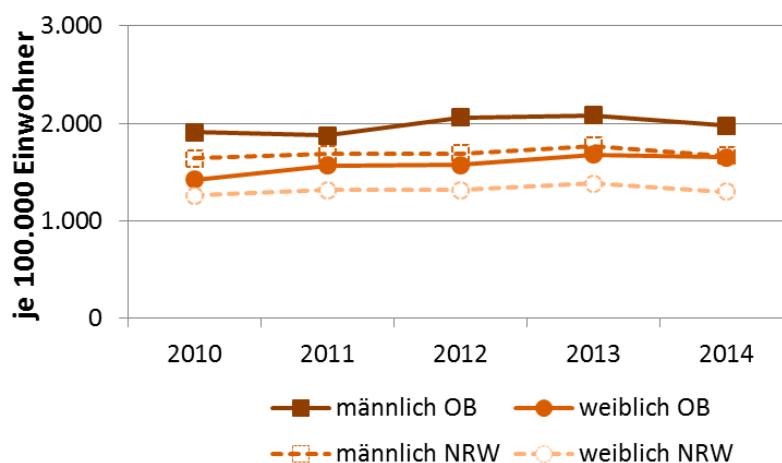


Abbildung 12: Krankenhausbehandlungen wegen Erkrankungen der Atmungsorgane in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010 bis 2014 je 100.000 Einwohner nach Geschlecht (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPIDat).

Neben bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge, auf die im Kapitel Krebserkrankungen näher eingegangen wird, sind die chronische obstruktive

Lungenerkrankung (COPD) sowie Pneumonien ernstzunehmende Erkrankungen (Infobox 3). Schätzungen zufolge sind in Deutschland 6,8 Millionen Menschen an einer COPD erkrankt, in Oberhausen wurden im Jahr 2014 520 Männer und 521 Frauen wegen einer COPD in Krankenhäusern behandelt. Dies entspricht insgesamt 498 Fällen je 100.000 Einwohner und liegt damit deutlich über dem NRW-Durchschnitt, wobei die Tendenz steigend ist (Abbildung 13). Aufgrund der Häufigkeit der Erkrankung und ihrer immer größeren sozioökonomischen Bedeutung, spricht man bei der COPD bereits von einer Volkskrankheit. Laut einer Prognose der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird COPD auf der Liste der häufigsten Todesursachen weltweit auf Platz drei steigen. Außerdem wird COPD unter den ersten zehn dieser Liste die einzige Erkrankung sein, die steigende Zahlen aufweist.

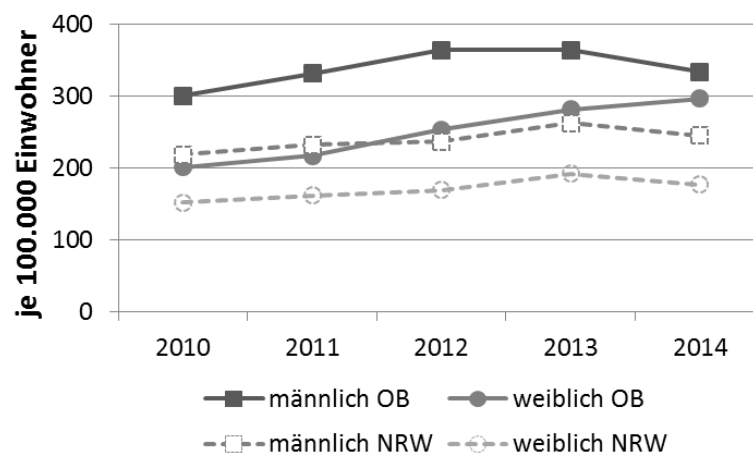
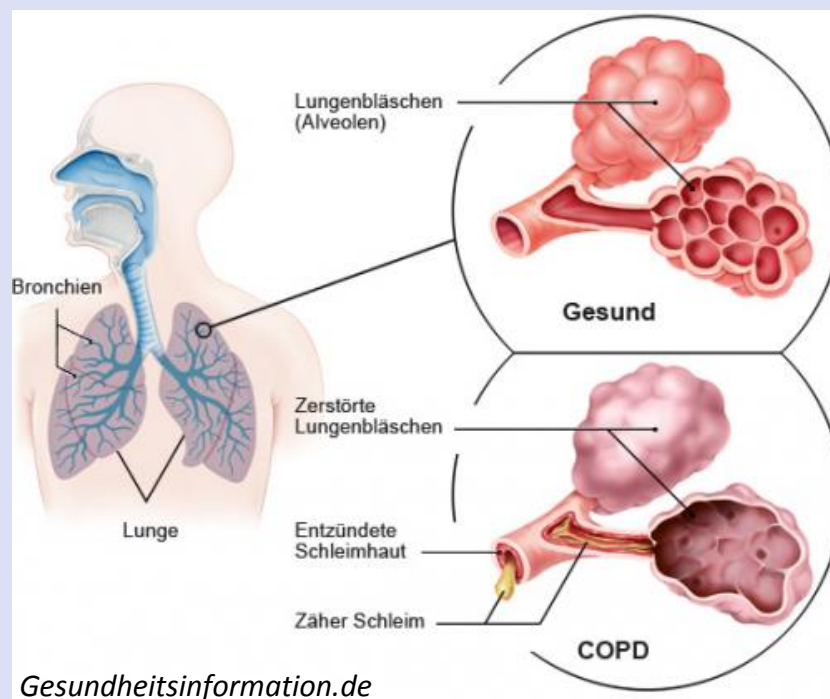


Abbildung 13: Krankenhausbehandlungen wegen COPD in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010 bis 2014 je 100.000 Einwohner nach Geschlecht (*Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPIDat*).

INFOBOX 3: Chronische obstruktive Lungenkrankheit (COPD)

Bei der COPD kommt es zu einer chronischen Entzündung in den Bronchien. Dadurch verengen sich die Atemwege und der Atemluftstrom wird vermindert, man spricht hierbei von einer chronischen obstruktiven Bronchitis. Die Krankheit kann außerdem die Lungenbläschen angreifen und ihre Wände zerstören, wodurch eine kleinere Fläche für den lebensnotwendigen Gasaustausch vorhanden ist. Hierbei spricht man von der Entstehung von Lungenemphysemen. Es kommt zu einem Sauerstoffmangel, da weniger Sauerstoff aus der Lunge ins Blut übertragen werden kann.

Quelle: COPD - Deutschland e. V., 2016, Duisburg



4.1.4 Infektiöse und parasitäre Krankheiten

Infektionen werden von Mikroorganismen wie Bakterien und Viren verursacht. Diese Erreger können durch Ausscheidungen oder durch den direkten Kontakt zu Menschen oder auch Tieren übertragen werden. Kinder und ältere Menschen, aber auch Menschen mit geschwächtem Immunsystem sind besonders gefährdet an einer Infektion zu erkranken. Durch verbesserte Lebensbedingungen, moderne Medikamente und vor allem Antibiotika sind Infektionen gut zu behandeln. Sorge bereiten allerdings die zunehmenden Antibiotikaresistenzen. In diesem Zusammenhang sind vor allem sogenannte nosokomiale Infektionen, Infektionen, die im Krankenhaus erworben werden, von großer Bedeutung. Jährlich erkranken ca. 500.000 Patientinnen und Patienten an einer Krankenhausinfektion, wovon 1,5% bis 3% einen tödlichen Verlauf haben. Nach Angaben des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA) könnten 20-30% dieser Infektionen vermieden werden,

wenn die entsprechenden Hygienevorschriften eingehalten werden würden und entsprechende präventive Maßnahmen ergriffen werden würden. Aktuelle Studien weisen allerdings darauf hin, dass multiresistente Erreger (MRE) nicht nur bei Risikopersonen weiterhin zunehmen. Zur Risikogruppe zählen Menschen mit einem geschwächten Immunsystem, längeren Krankenhausaufenthalten, chronischer Pflegebedürftigkeit, längere und wiederholte Antibiotikaeinnahme, Patienten und Patientinnen mit Katheter, großflächigen oder chronischen Wunden, Diabetes sowie Dialysepatienten und –patientinnen.

Als multiresistente Erreger bezeichnet man Krankheitserreger, die Resistenzen gegen bestimmte Medikamente wie zum Beispiel Antibiotika entwickelt haben. Die Entwicklung einer solchen Resistenz beruht darauf, dass sich die Organismen, die sich am besten an äußere Bedingungen anpassen können, am ehesten überleben können. Es kann vorkommen, dass es dabei zu einer Veränderung im Erbgut eines Bakteriums kommt und es dadurch die Antibiotikatherapie überlebt, sich vermehrt und diese Antibiotikaresistenz an seine Nachkommen weitergibt. Durch den vermehrten Einsatz von Antibiotika sowie die falsche Einnahme von Antibiotika gibt es Bakterien, die sich so verändert haben, dass sie gegen fast alle gängigen Antibiotika resistent geworden sind. Hier spricht man von multiresistenten Stämmen. Das problematische an diesen Stämmen ist, dass viele Menschen Träger dieser Erreger sind und diese verbreiten können und andere Menschen infizieren können, ohne selbst zu erkranken ⁷.

Die Herausforderung besteht nun darin die Verbreitung dieser multiresistenten Erreger einzudämmen. Aufgrund dessen wurde bereits im Jahr 2011 das MRE-Netzwerk Oberhausen gegründet. Zielgruppen dieses MRE-Netzwerkes sind die Krankenhäuser, niedergelassene ärztliche Praxen, Krankentransportdienste sowie Alten- und Pflegeheime. Im Rahmen des Netzwerkes soll die Krankenhaushygiene verbessert werden. Hierzu sollen definierte Qualitätsziele erreicht werden, was durch ein Qualitätssiegel bestätigt wird. Die Netzwerkarbeit wird durch regelmäßige Netzwerkssitzungen der Mitglieder vertieft. Im Rahmen dieses MRE-Netzwerkes nimmt die Stadt Oberhausen zum wiederholten Mal an der HALT (=Healthcare associated infection in long-term care facilities)-Studie des Robert Koch-Instituts teil. Die HALT-Studien (HALT: 2010, HALT-2: 2013 und HALT-3: 2016) lieferten erstmalig Basis-Informationen zum Vorkommen von Infektionen und zum Einsatz von Antibiotika in Heimen. Darüber hinaus hatten die HALT-Projekte zum Ziel, das Bewusstsein für die Probleme und Schwierigkeiten der Thematik Pflege- und therapieassoziierte (nosokomiale) Infektionen und Antibiotikaeinsatz in diese Einrichtungen zu erhöhen und aus den Erkenntnissen sinnvolle Strategien und Präventionsmaßnahmen zu initiieren ⁸.

Im Jahr 2014 wurden 4.767 Bürgerinnen und Bürger aufgrund infektiöser und parasitärer Krankheiten in Krankenhäusern behandelt (Abbildung 14).

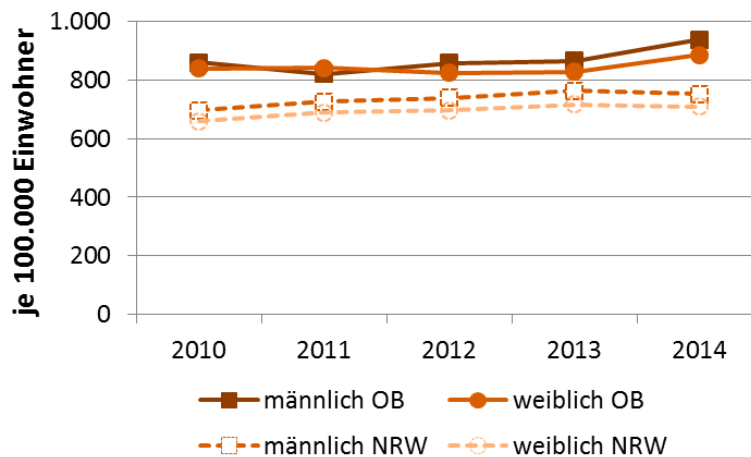


Abbildung 14: Krankenhausbehandlungen wegen infektiösen und parasitären Krankheiten in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010 bis 2014 je 100.000 Einwohner nach Geschlecht (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPIDat).

Nach dem Infektionsschutzgesetz müssen bestimmte Infektionskrankheiten an das zuständige Gesundheitsamt und das Robert-Koch-Institut (RKI) gemeldet werden. Das ist notwendig, um eine Ausbreitung von Krankheiten frühzeitig zu verhindern. Zu diesen meldepflichtigen Krankheiten zählen zum Beispiel die Tuberkulose, HIV, Syphilis und Hepatitis. Die Zahl der Tuberkulosepatienten und -patientinnen, die von 2010 bis 2014 stationär behandelt wurden, liegt bei unter 10 Fällen pro 100.000 Einwohner. Ähnliches konnte auch für die sexuell übertragbaren Krankheiten, wozu die Syphilis zählt, verzeichnet werden. Auch die stationären Aufnahmen aufgrund von HIV- sowie Hepatitis-erkrankungen lag bei unter 20 Fällen pro 100.000 Einwohner und Jahr. Hierbei ist aber auch wieder zu erwähnen, dass die Daten für Oberhausen über dem NRW-Durchschnitt liegen (Abbildung 15).

Bei der Interpretation dieser Daten ist allerdings zu beachten, dass diese Erkrankungen einen Krankenhausaufenthalt nicht zwingend erforderlich machen, weshalb auch hier wieder nur indirekt auf die Prävalenz geschlossen werden darf. Verlässlicher sind da die Zahlen der Neuerkrankungen pro Jahr. So erkrankten in den Jahren 2010 bis 2014 durchschnittlich 5 (± 1) Personen neu an Tuberkulose. Im Vergleich dazu, sind es in NRW nur 4 Personen (Abbildung 16). Für die Begleitung und Beratung an einer Tuberkulose erkrankten Person oder Personen, die Kontakt zu Tuberkuloseerkrankten haben oder hatten, ist die Tuberkulosefürsorge der Stadt Oberhausen verantwortlich. Sie klärt über die Krankheit auf, betreut Patienten langfristig nach einer Erkrankung, organisiert Röntgen- und Laboruntersuchungen und führt intensive Beratungen über Verhaltensweisen und Lebensführung bei Tuberkulose durch.

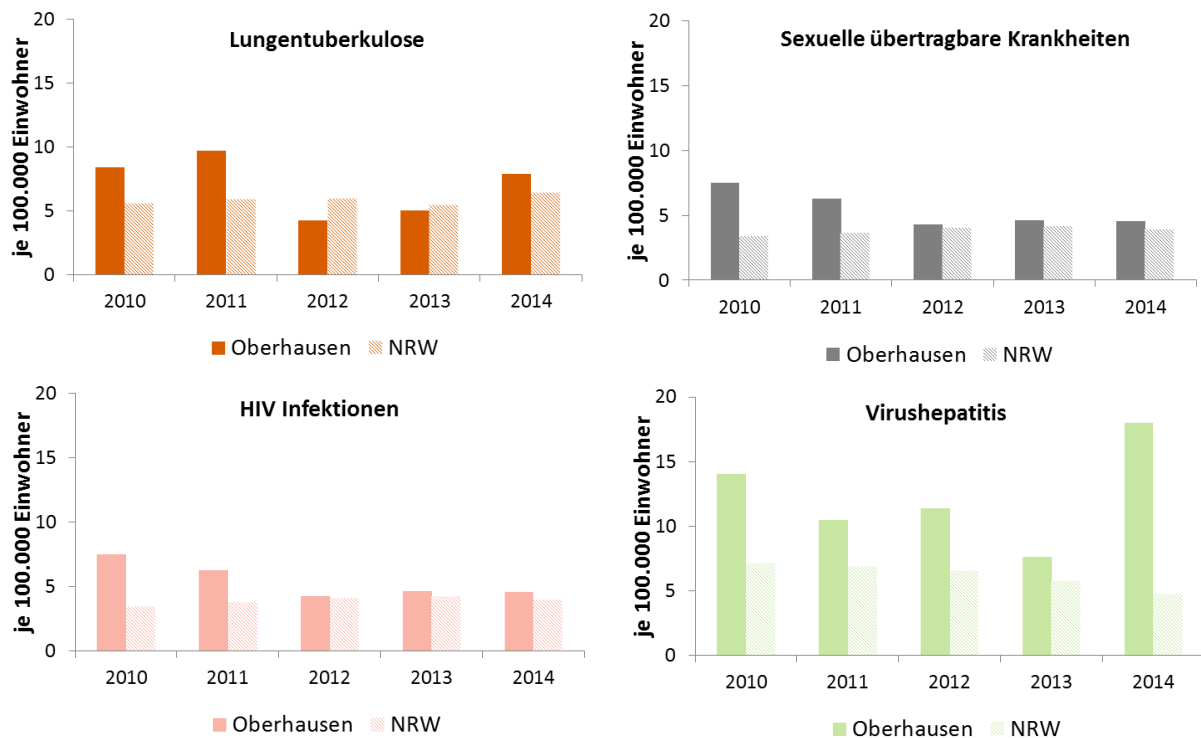


Abbildung 15: Krankenhausbehandlungen wegen Lungentuberkulose, sexuell übertragbaren Krankheiten, HIV und Hepatitis in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010, 2012 und 2014 je 100.000 Einwohner (*Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPI.dat*).

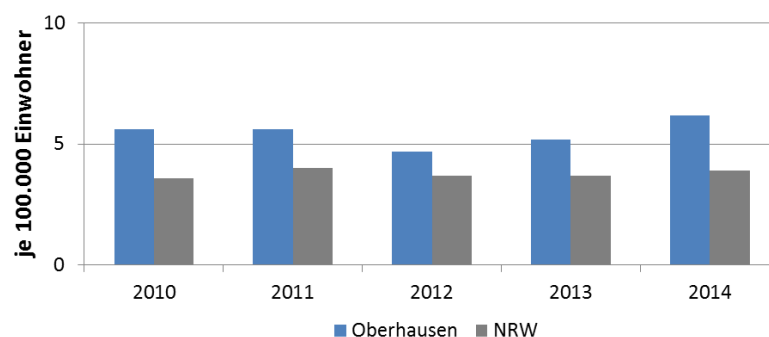


Abbildung 16: Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010 bis 2014 je 100.000 Einwohner (*Quelle: LZG.NRW Indikator 03.62_01, eigene Darstellung*).

Des Weiteren gibt es im Bereich Gesundheitswesen der Stadt Oberhausen eine Beratungsstelle für HIV und sexuell übertragbare Erkrankungen. Die HIV/Aids-Organisation der Vereinten Nationen (UNAIDS) hat sich zum Ziel gesetzt, die HIV/Aids-Epidemie bis zum Jahr 2030 zu beenden. Hierfür müssen die Anstrengungen auf globaler, nationaler und auch lokaler Ebene allerdings verstärkt werden. Ende 2014 lebten schätzungsweise 36,9 Millionen Menschen mit HIV oder Aids, davon etwa 17,1 Millionen, ohne von ihrer Infektion zu wissen. 2014 haben sich ca. 2 Millionen Menschen, 35% weniger als im Jahr 2000, mit HIV infiziert. Bei Kindern sank die Zahl der Neuinfektionen sogar um 58%: von etwa 520.000 im Jahr 2000 auf rund 220.000 im letzten Jahr. An den Folgen von Aids starben 2014 etwa 1,2 Millionen

HIV-Infizierte – das sind 42% weniger als der 2004 erreichte Höchstwert ⁹. Laut Schätzung des Robert-Koch-Instituts (RKI) liegt die Zahl der Neuinfektionen in Deutschland bundesweit im Jahr 2014 bei etwa 3.200 Personen (85% Männer und 15% Frauen). Die Zahl der Neuinfektionen bewegt sich seit 2006 auf etwa gleichbleibendem Niveau. Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) sind nach wie vor die Hauptbetroffenengruppe. So ist auch die Zahl der Neuinfektionen bei MSM in den letzten 10 Jahren nur leicht zurückgegangen. Wobei die Zahl der Neuinfektionen bei heterosexuellen Personen leicht ansteigt und die Diagnose erst spät gestellt wird. Geringeres Risikobewusstsein trägt in dieser Gruppe zu geringerer Testhäufigkeit, niedrigeren Testfrequenzen und späteren HIV-Diagnosen bei. Vergleichbar mit dem Bundesdurchschnitt sind auch die Zahlen für NRW. 2014 lag die Zahl der Neuinfektionen bei 640, davon waren 87,5% Männer und 12,5% Frauen. Bei rund 75% handelt es sich um MSM, bei 17% um heterosexuelle Personen und bei 8% um Menschen, die Drogen konsumieren (Abbildung 17). Am Ende des Jahres 2014 lebten in NRW rund 18.100 Menschen mit HIV oder Aids. Davon werden ca. 12.700 Menschen antiretroviral behandelt. Etwa 140 HIV-infizierte Menschen sind im Jahr 2013 verstorben. In Oberhausen infizieren sich seit 2005 durchschnittlich 4-6 Menschen pro Jahr neu mit HIV. 2015 lebten 131 HIV-positive Menschen in Oberhausen. Davon sind 80% Männer und 20% Frauen. Diese Zahlen werden von der Aidshilfe Oberhausen e.V. jedes Jahr neu recherchiert und basieren auf Mitteilungen aus einer HIV-Schwerpunktpraxis sowie der HIV-Ambulanz der Uniklinik Essen. Dabei ist zu beachten, dass einige HIV-positive Menschen aus Oberhausen sich auch in anderen Schwerpunktpraxen und Kliniken in NRW behandeln lassen, so dass die Gesamtzahl wohl etwas höher liegen wird. Außerdem begibt sich nicht jeder in eine medizinische Behandlung bzw. weiß nichts von der eigenen Infektion (=Dunkelziffer). Im Jahr 2015 wurden im Gesundheitsamt Oberhausen 258 HIV-Tests durchgeführt, wovon zwei positiv ausfielen und eine HIV-Infektion bestätigten.

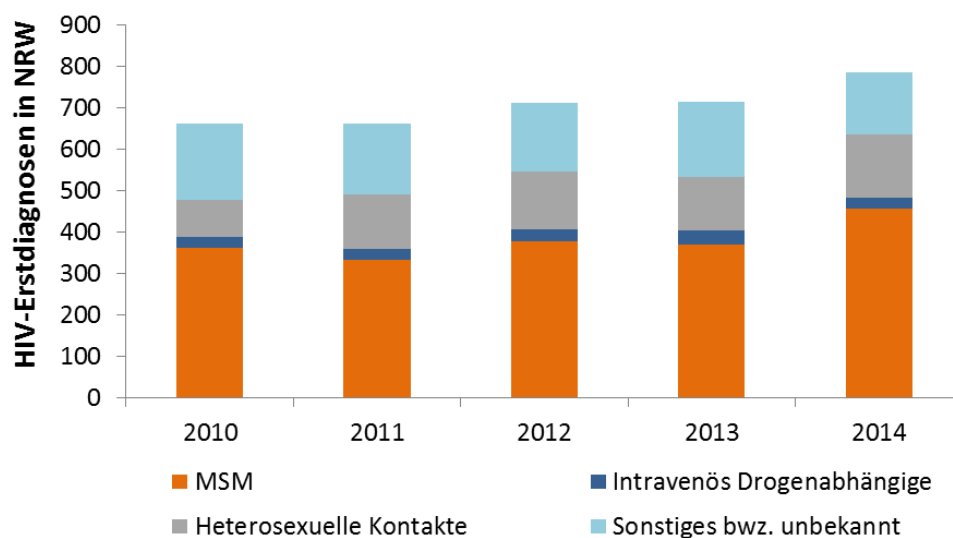


Abbildung 17: Gemeldete gesicherte HIV-Erstdiagnosen nach Betroffenenengruppen in NRW für die Jahre 2010 bis 2013 (Quelle: LZG.NRW Indikator 03.64, eigene Darstellung).

4.1.5 Krebserkrankungen

Bei bösartigen Neubildungen kommt es zu einem unkontrollierten Wachstum des beteiligten Gewebes. Bösartig entartete Zellen haben ein gestörtes Gleichgewicht zwischen dem Zellwachstum und der Zellteilung und dem Zelltod. Deshalb wachsen Tumorzellen in das umgebende Gewebe hinein und zerstören es. Durch das Einwachsen in Blut- und Lymphbahnen können sich Metastasen bilden, die an anderen Stellen des Körpers Tochtergeschwülste ausbilden können. Die Entstehung von Krebserkrankungen kann nicht immer vollständig geklärt werden. Häufig handelt es sich um eine Kombination unterschiedlicher Faktoren. Zum einen kommen zufällige Fehler bei der Zellteilung in Frage, andere Gründe für die Entstehung von Krebs können Mutationen, genetische Prädispositionen, ionisierende Strahlung, aber auch vermeidbare Risikofaktoren wie ein ungesunder Lebensstil (Tabakkonsum, Übergewicht, übermäßiger Alkoholkonsum) sein. So lassen sich 16% aller Krebserkrankungen auf einen erhöhten Tabakkonsum zurückführen. Die Entstehung von Tumorzellen aus gesunden Körperzellen dauert oft viele Jahre bis Jahrzehnte, weshalb Krebs, bis auf wenige Ausnahmen, eine Erkrankung des Alters ist ¹⁰. Krebserkrankungen nehmen noch immer Platz 2 in der Liste der häufigsten Todesursachen ein. Trotz alledem haben sich Diagnose und Therapie in den letzten Jahren drastisch verbessert, so dass die Überlebensrate weiter steigt. Im Jahr 2013 erkrankten 717 Männer und 761 Frauen in Oberhausen neu an Krebs (Zahlen zu den Neuerkrankungen an Krebs ohne sonstige Hauttumore). Im gleichen Jahr wurden in Oberhausen 2.122 Männer und 1.785 Frauen pro 100.000 Einwohner aufgrund von Neubildungen, Tumoren, u. ä. stationär behandelt. Die Zahlen sind über die letzten Jahre rückläufig bzw. stagnieren (Abbildung 18). Der Grund hierfür ist, dass immer mehr Therapien ambulant oder zu Hause durchgeführt werden können und einen Krankenhausaufenthalt unnötig machen. Den größten Teil der Krebserkrankungen bilden die sonstigen bösartigen Hauttumore. Männer erkranken zudem am häufigsten an Prostatakrebs, gefolgt von Lungenkrebs und Darmkrebs (Abbildung 19A). Dagegen erkranken Frauen in Oberhausen am häufigsten an Brustkrebs, Darmkrebs und Lungenkrebs (Abbildung 19B). Die Wahrscheinlichkeit für eine Krebserkrankung steigt mit zunehmendem Alter. Ab dem 65. Lebensjahr ist die Erkrankungsrate bei Männern deutlich höher als bei Frauen. Wohingegen in der Altersgruppe zwischen 30 und 54 Jahren die Frauen häufiger erkranken. Diese Zahl ist auf die häufige Diagnose von Brustkrebs in einem vergleichsweise jungen Alter zurückzuführen. Deshalb wurde 2003 auch das Gesundheitsziel "Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen" verabschiedet. Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Gerade bei dieser Krebserkrankung kann die Früherkennung die Prognose drastisch verbessern. Aufgrund dessen wurde konsequente Aufklärungsarbeit geleistet, um den Wissenstand über Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei Patientinnen und Nicht-Betroffenen zu optimieren. Durch eine zielgerichtete psychosoziale und psychoonkologische Betreuung konnte die Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen verbessert werden. Kenntnisse über verursachende Faktoren und Zusammenhänge konnten durch Forschungsarbeiten gewonnen werden. Die Risikofaktoren für Brustkrebs sind vielseitig. So kann das Lebensalter, die hormonelle Situation, der Lebensstil sowie ererbte Risikogene das Erkrankungsrisiko

beeinflussen. Bezüglich der hormonellen Situation gibt es Studien, die besagen, dass je länger eine Frau zyklischen Veränderungen im Hormonspiegel ausgesetzt ist, desto höher ist ihr Risiko an Brustkrebs zu erkranken. So gelten eine frühe erste Regelblutung (Menarche) sowie ein spätes Einsetzen der Wechseljahre als risikosteigernd ¹¹⁻¹². Einen ungünstigen Einfluss haben außerdem Bewegungsmangel, Übergewicht sowie übermäßiger Alkoholkonsum. Die „Brustkrebsgene“ BRCA1 und BRCA2 spielen nur bei ca. 5-10% der Patientinnen eine Rolle.

Die Inzidenz (=Häufigkeit der Neuerkrankungen) von einigen ausgewählten Krebserkrankungen in den Jahren 2010 bis 2013 bleibt konstant bzw. ist rückläufig wie beim Prostata- oder Brustkrebs. Die Inzidenzzahlen für Oberhausen liegen dabei aber immer über dem NRW-Durchschnitt (Abbildung 20). Auch die Zahl betroffener Frauen, die sich aufgrund einer Brustkrebserkrankung in Oberhausener Krankenhäusern behandeln lassen, sinkt seit 2012 stetig. Auch hier liegt der Grund in schonenderen Therapien, die größtenteils ambulant und von zu Hause durchgeführt werden können (Abbildung 21). Die Zahlen für NRW sind seit 2010 konstant. Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass heute weniger Patientinnen an Brustkrebs sterben als noch vor zehn Jahren. Diese positive Entwicklung ist auch auf verbesserte Therapien zurückzuführen und vermutlich auch auf die veränderten und optimierten Früherkennungsangebote (Krebsinformationsdienst).

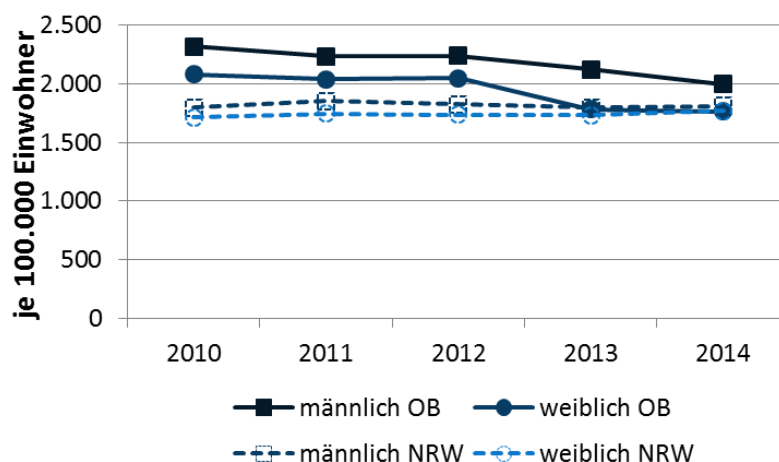
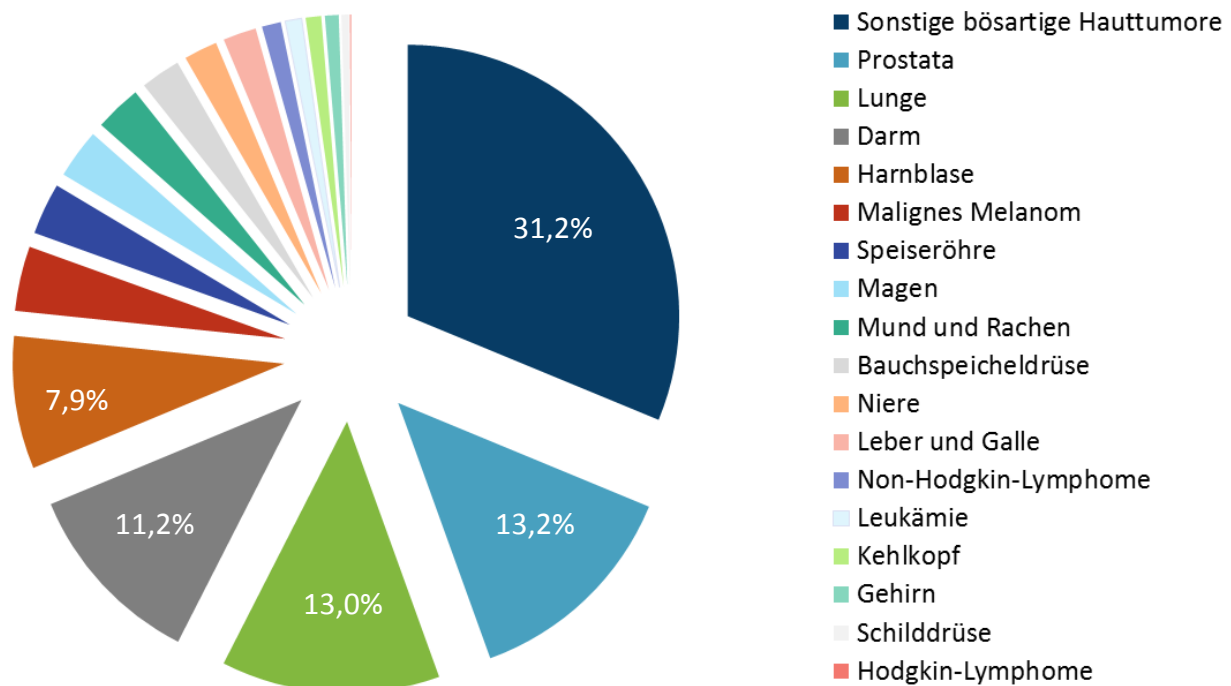
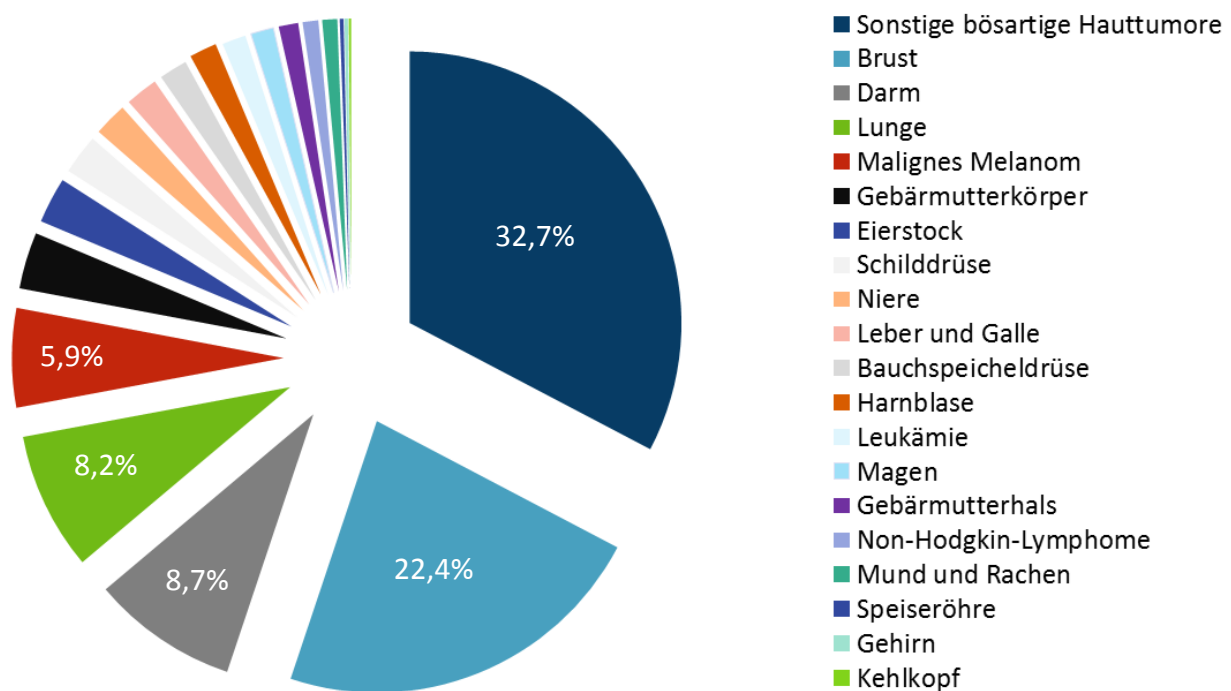


Abbildung 18: Krankenhausbehandlungen wegen Neubildungen (Tumoren u. ä.) in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010 bis 2014 je 100.000 Einwohner nach Geschlecht (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPIDat).



A



B

Abbildung 19: Häufigste Krebserkrankungen in Oberhausen bei **A** Männern und **B** Frauen im Jahr 2013 (Quelle: Epidemiologisches Krebsregister Nordrhein-Westfalen, eigene Darstellung).

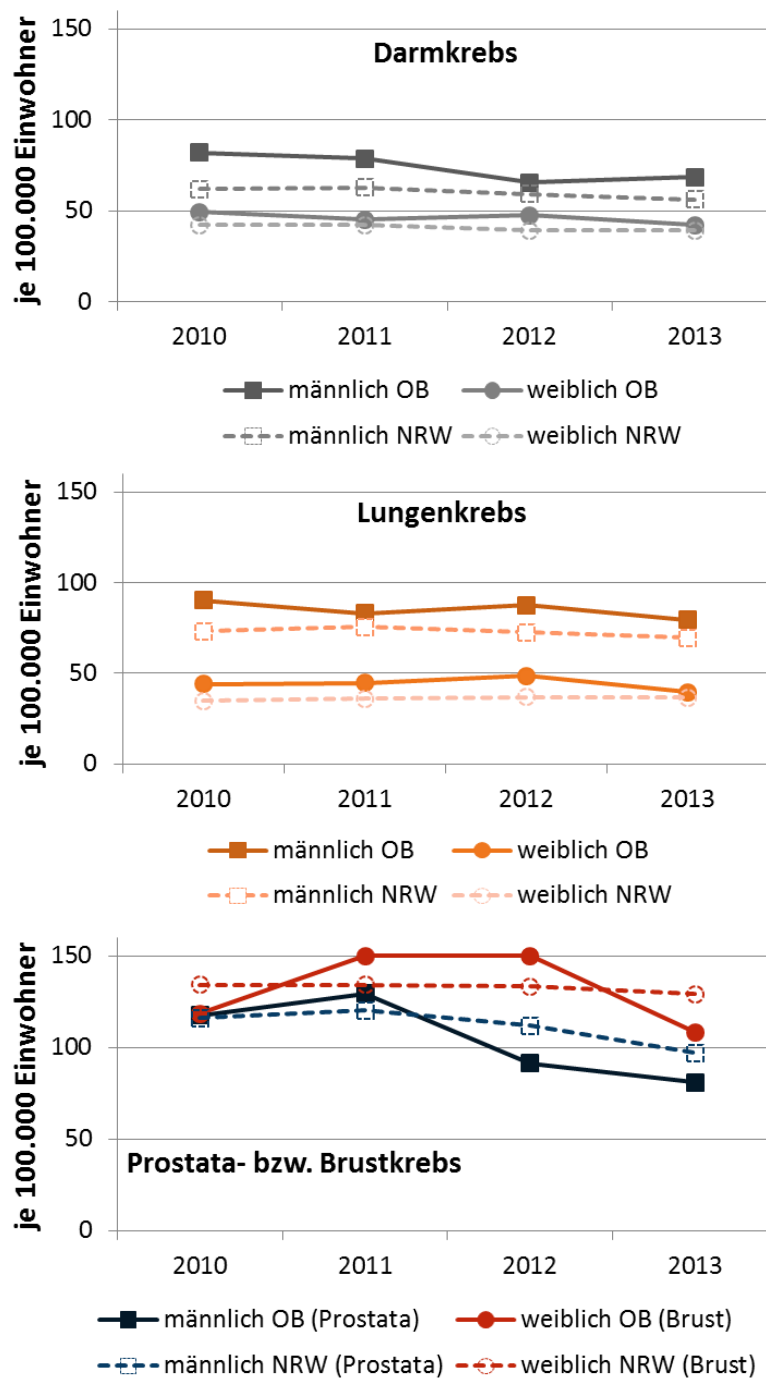


Abbildung 20: Inzidenz von ausgewählten Krebserkrankungen in den Jahren 2010 bis 2013 in Oberhausen und NRW je 100.000 Einwohner nach Geschlecht (*Quelle: Epidemiologisches Krebsregister Nordrhein-Westfalen, eigene Darstellung*).

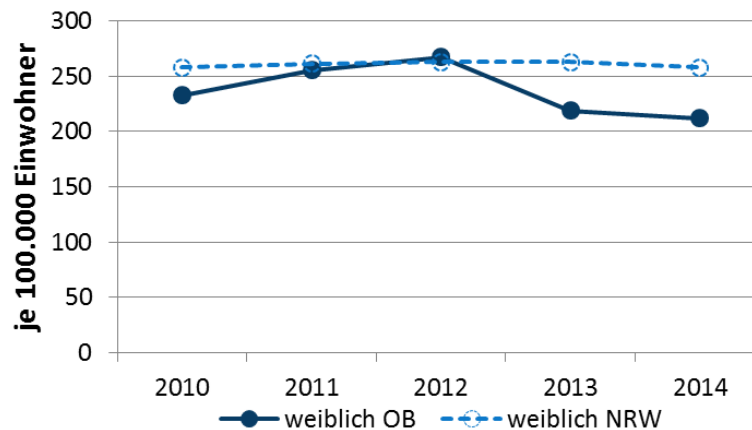


Abbildung 21: Krankenhausbehandlungen wegen Brustkrebserkrankungen bei Frauen in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010 bis 2014 je 100.000 Einwohner (*Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPIDat*).

Viele Krebsarten, die vor allem bei Männern vermehrt vorkommen, werden durch Alkohol und/oder Tabakkonsum begünstigt. Dazu zählen zum Beispiel der Lungenkrebs (zweithäufigste Krebserkrankung bei Männern, und dritthäufigste bei Frauen), Nierenkrebs oder Harnblasenkrebs sowie Krebs im Mund- und Rachenraum. Durch die Gesundheitsziele „Alkoholkonsum reduzieren“ (siehe Kapitel 4.1.2) und „Tabakkonsum reduzieren“ sollen unter anderem auch diese Erkrankungen reduziert werden. Zu den, durch Tabakkonsum begünstigten, Erkrankungen zählt zum Beispiel auch die weiter oben beschriebene COPD sowie weitere Lungenerkrankungen. Die Beeinflussung der Preise von Tabak über die Tabaksteuer, eine zielgruppenspezifische bundesweite und regionale Aufklärung, die Qualifizierung von Mitarbeitern in Jugendfreizeiteinrichtungen sowie die konsequente Ahndung von Missachtungen der gesetzlichen Regelungen zum Nichtraucherschutz sollen dazu führen, dass Jugendliche und junge Erwachsene Nichtraucherinnen bzw. Nichtraucher bleiben bzw. werden, der Rauchstopp in allen Altersgruppen erhöht wird und ein umfassender Schutz vor Passivrauchen gewährleistet ist.

4.1.6 Diabetes mellitus

Der Diabetes mellitus (=Zuckerkrankheit) zählt zu den „Volkskrankheiten“. Es handelt sich dabei um eine Stoffwechselstörung, bei der die Blutzuckerwerte dauerhaft erhöht sind. Für die Aufnahme von Glukose aus dem Blutkreislauf in die Körperzellen ist das Hormon Insulin verantwortlich. Dabei passt sich die Menge an freigesetztem Insulin dem Bedarf des Körpers an. Somit wird bei hohen Blutzuckerspiegeln mehr Insulin und bei niedrigen Blutzuckerspiegeln weniger Insulin hergestellt und in den Blutkreislauf abgegeben. Insulin wird in den Betazellen der Langerhans'schen Zellen der Bauchspeicheldrüse (=Pankreas) hergestellt. Beim Diabetes mellitus werden vier große Gruppen unterschieden: der Typ-1-Diabetes, der Typ-2-Diabetes, der Schwangerschaftsdiabetes und sonstige Diabetesformen (Infobox 4).

Die Zahl an Bürgerinnen und Bürgern, die aufgrund eines Diabetes mellitus stationär behandelt wurden ist im NRW-Durchschnitt konstant. In Oberhausen zeigt sich ein leichter Rückgang bei den Frauen und ein leichter Anstieg bei den Männern. Der Schwangerschaftsdiabetes ist dabei nicht inkludiert, wobei dieser im seltensten Fall einen Krankenaufenthalt erforderlich macht (Abbildung 22). Alarmierend sind allerdings die Zahlen von Krankenhausbehandlungen wegen Diabetes mellitus bei Kindern, insbesondere bei Kindern zwischen 10 und 14 Jahren. In dieser Altersgruppe ist seit 2012 eine drastische Zunahme zu verzeichnen. Es handelt sich hierbei fast ausschließlich um Fälle von Typ-1-Diabetes (Abbildung 23).

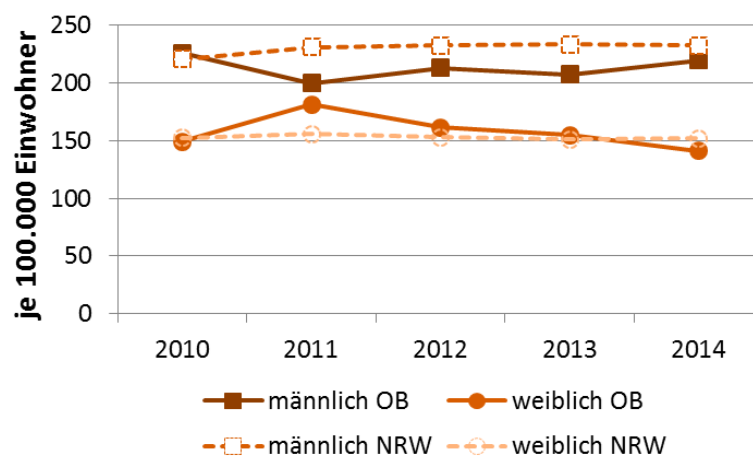


Abbildung 22: Krankenhausbehandlungen wegen Diabetes mellitus (ausgenommen Schwangerschaftsdiabetes) in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010 bis 2014 je 100.000 Einwohner nach Geschlecht (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPIDat).

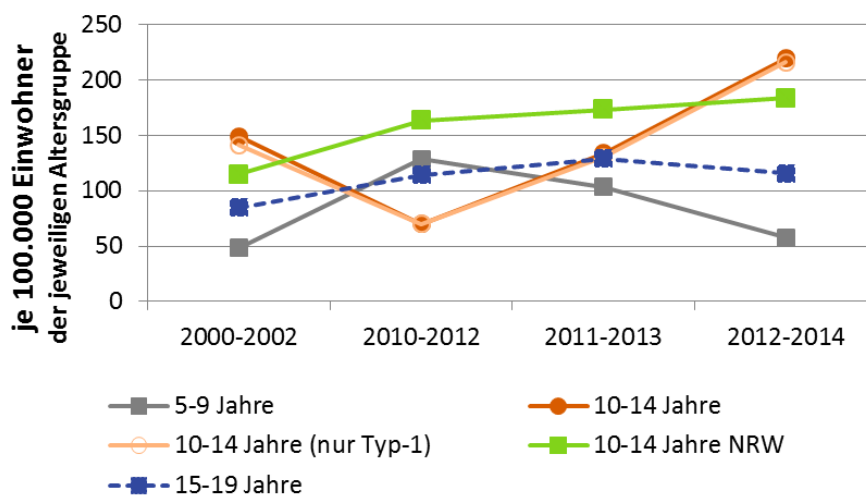


Abbildung 23: Krankenhausbehandlungen wegen Diabetes mellitus (ausgenommen Schwangerschaftsdiabetes) bei Kindern in Oberhausen für die Jahre 2000 und 2010 bis 2014 je 100.000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe. Aufgrund kleiner Fallzahlen wurde der 3-Jahres-Mittelwert verwendet (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPIDat, eigene Berechnung).

INFOBOX 3: Diabetes mellitus

- 1. Typ-1-Diabetes:** Beim Typ-1-Diabetes handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung. Bei etwa 3-5% aller Diabetesfälle handelt es sich um Typ 1. Ursache ist eine Zerstörung der insulinproduzierenden Betazellen. Insulin muss fortan von außen zugeführt werden. Ursachen sind eine genetische Veranlagung, Virusinfektionen oder eine Fehlsteuerung des Immunsystems. Der Typ-1-Diabetes tritt normalerweise im Kinder-, Jugend- oder im frühen Erwachsenenalter auf.
- 2. Typ-2-Diabetes:** Beim Typ-2-Diabetes handelt es sich mit über 90% um den häufigsten Diabetestyp. Bei dieser Diabetesform besteht eine Insulinresistenz, das heißt, dass die Körperzellen nicht mehr auf das Hormon Insulin reagieren. Außerdem kann die Insulinausschüttung in den Betazellen gestört sein und verlangsamt eintreten. Normalerweise tritt dieser Diabetestyp im fortgeschrittenen Alter auf, allerdings findet er sich auch zunehmend bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Ursachen hierfür sind wiederum genetische Risiken, aber auch Übergewicht, Fehlernährung und Bewegungsmangel. Dieser Diabetestyp kann zunächst noch durch Bewegung, Gewichtsreduktion, einer geeigneten Diät sowie durch eine medikamentöse Behandlung durch Tabletten behandelt werden. Bei fortschreitender Erkrankung ist schließlich aber auch eine Zuführung von Insulin von außen notwendig.
- 3. Schwangerschaftsdiabetes:** In der Schwangerschaft auftretende hormonell-bedingte, dauerhaft hohe Blutzuckerwerte werden als Schwangerschaftsdiabetes bezeichnet. In der Regel verschwindet dieser Diabetestyp nach der Schwangerschaft wieder. Allerdings kann sich aus dieser Diabetesform später ein Typ-1- oder Typ-2-Diabetes entwickeln. Ein unbehandelter Schwangerschaftsdiabetes kann erhebliche Gesundheitsrisiken für die Mutter und das ungeborene Kind bergen. Risikofaktoren für einen Schwangerschaftsdiabetes sind ein Alter über 30 Jahre, Übergewicht, Bewegungsmangel, genetische Veranlagung, Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen.
- 4. Sonstige Diabetesformen:** Diabetes kann durch viele weitere Erkrankungen der Bauspeicheldrüse oder durch bestimmte genetische Störungen auftreten. Außerdem können bestimmte Medikamente z.B. Kortison einen Diabetes auslösen.

Quelle: Deutsches Zentrum für Diabetesforschung e.V.

Die Zunahme von Typ-2-Diabetikern lässt sich leicht durch Bewegungsmangel und eine falsche Ernährung erklären. Diese Erklärung trifft allerdings nicht auf die Zunahme von Typ-1-Diabetes in der Altersgruppe der 10- bis 14-jährigen zu. Zwar gibt es Indizien, dass die frühkindliche Ernährung die Ausbildung einer Immunabwehr beeinflussen kann, aber eine eindeutige Klärung konnte die Forschung bislang nicht erzielen. Eine weitere Hypothese nennt Cocksackie-Viren als Auslöser eines Typ-1-Diabetes. Wissenschaftler fanden einen Zusammenhang zwischen einer Virusinfektion und dem Auftreten von Typ-1-Diabetes. Außerdem haben Kinder, die per Kaiserschnitt zur Welt gekommen sind, ein erhöhtes Risiko an Typ-1-Diabetes zu erkranken ¹³. Neben den akuten Gefahren der Über- oder Unterzuckerung, gibt es auch zahlreiche diabeteserkrankte Folgeerkrankungen sowie Langzeitschäden wie Erblindung, Dialysepflicht oder die Amputation von Gliedmaßen. Außerdem weisen Diabetikerinnen und Diabetiker eine erhöhte Sterblichkeit an Herz-Kreislaufkrankungen auf. Aufgrund dessen sind eine Früherkennung und eine schnelle Therapie sehr wichtig um Spätfolgen zu vermeiden und die Lebenserwartung zu steigern. Für den Typ-2-Diabetes wurden deshalb nationale Gesundheitsziele verabschiedet. Ziel ist es, Typ-2-Diabetes bereits in einem Krankheitsstadium zu erkennen, in dem noch keine Schäden aufgetreten sind. Dadurch soll die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten erhöht werden und Folgeerkrankungen und Komplikationen reduziert werden. Hierfür wurden Präventionskampagnen für eine gesunde Lebensweise für diverse Zielgruppe initiiert. Programme zur Risikofrüherkennung und Frühdiagnostik unterstützen diese Maßnahmen.

Wie auch für andere Erkrankungen zutreffend, wird auch im Fall von Typ-2-Diabetes ein Zusammenhang zwischen Erkrankungshäufigkeit und sozialem Status beschrieben. So leiden Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status sehr viel häufiger an Diabetes als Menschen mit hohem sozioökonomischem Status ¹⁴.

4.1.7 Psychische Erkrankungen

Neben körperlichen Erkrankungen gibt es auch zahlreiche psychische Erkrankungen, die mehr oder weniger großen Einfluss auf den Alltag der Betroffenen haben. Immer häufiger sind psychische Erkrankungen die Ursache für eine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Circa ein Drittel aller Frühberentungen sind auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Wenn aus normalen Verstimmungen manifeste psychische Erkrankungen werden, müssen diese medizinisch bzw. therapeutisch behandelt werden. Zu den psychischen Erkrankungen zählen Depressionen, Schizophrenien und andere Psychosen, Angststörungen, aber auch Zwangs-, Ess- und Persönlichkeitsstörungen sowie posttraumatische Belastungsstörungen und Drogenabhängigkeiten. Eine im Jahr 2010 durchgeführte europaweite Studie kam zu dem Ergebnis, dass bei ca. 25% der Europabevölkerung in den letzten 12 Monaten eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde (Abbildung 24). In Oberhausen wurden in den Jahren 2010 bis 2014 durchschnittlich 1.776 Männer und 1.434 Frauen je 100.000 Einwohner pro Jahr aufgrund einer psychischen Erkrankung stationär aufgenommen. Diese Zahlen liegen knapp über dem NRW-Durchschnitt (Abbildung 25).

Depressionen gehören dabei zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und werden in vier Schweregrade klassifiziert (Infobox 4). Berechnungen prophezeien, dass im Jahr 2020 Depressionen weltweit die häufigste bis zweithäufigste Krankheit sein werden. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden dass eine Depression häufig mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Adipositas in Verbindung steht. Dieser Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen lässt sich durch unterschiedliches Gesundheitsverhalten erklären. Menschen, die Rauchen, sich ungesund ernähren und wenig bewegen tendieren eher dazu eine psychische Erkrankung, insbesondere eine Depression, zu entwickeln¹⁵⁻¹⁶.

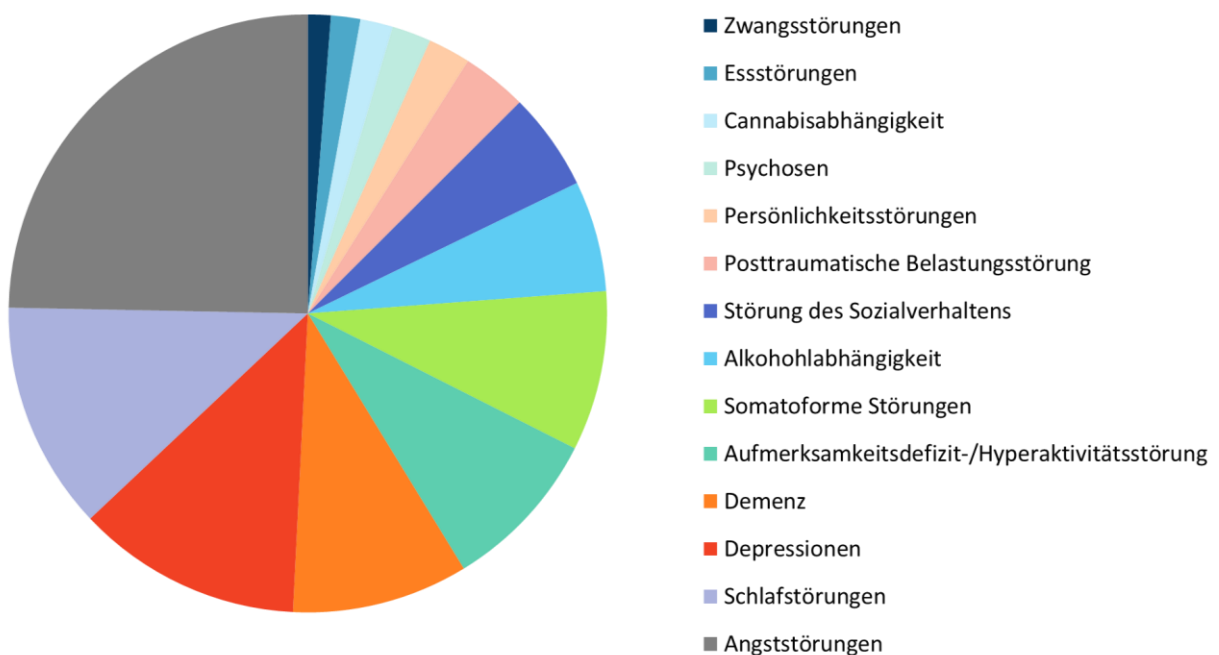


Abbildung 24: Psychische Erkrankungen in Europa (2010), modifiziert nach Wittchen et al.⁵¹.

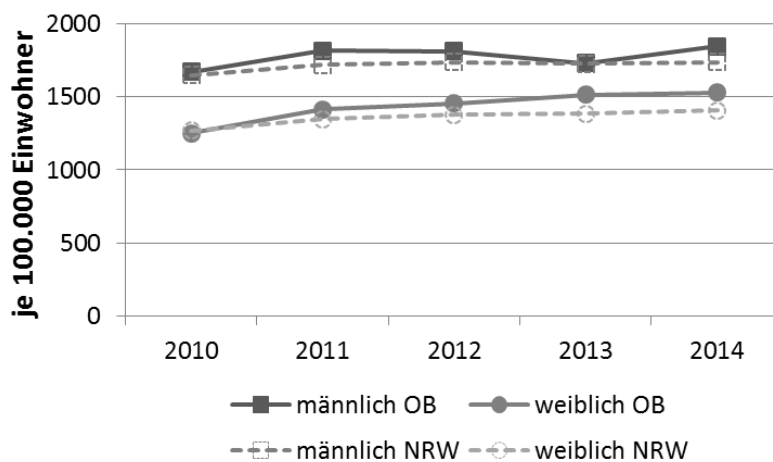


Abbildung 25: Krankenhausbehandlungen wegen psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010 bis 2014 je 100.000 Einwohner nach Geschlecht (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPIDat).

In Oberhausen wurden in den Jahren 2010 bis 2014 durchschnittlich 425 Frauen je 100.000 Einwohner aufgrund einer Depression stationär behandelt. Bei den Männern sind es nur halb so viele (Abbildung 26). Die Dunkelziffer bei Depressionen ist sehr hoch. Oft versteckt sich eine Depression hinter körperlichen Symptomen wie Schmerzen und wird als solche nicht erkannt. Darüber hinaus schweigen die Betroffenen häufig, da die Akzeptanz in der Bevölkerung immer noch sehr gering ist. Der WHO-5-Wohlbefindens-Index ist ein kurzer Fragebogen, der das Wohlbefinden der Patienten erfassen soll und auf eine mögliche vorliegende Depression hinweisen soll (Abbildung 27). Der Fragebogen soll als erstes Diagnoseinstrument dienen um einen ersten Anhalt dafür zu geben, ob jemand möglicherweise an einer Depression leidet oder die Gefahr besteht an einer Depression zu erkranken. Das Testergebnis muss aber auf jeden Fall durch einen Facharzt oder Psychotherapeuten abgeklärt werden. Die Früherkennung sowie die Behandlung und bestenfalls die Vermeidung von Depressionen wurde 2006 als nationales Gesundheitsziel verankert. In diesem Rahmen soll eine fundierte Aufklärung über das Krankheitsbild und seine Folgen in der Bevölkerung erfolgen. Das Auftreten und die Krankheitslast soll reduziert werden, Suizide vermindert und Krankheitsphasen verkürzt werden. Die Position der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige soll gestärkt werden, die Langzeitbehandlung verbessert werden und ein Zugang zu Versorgungsstrukturen gewährleistet werden. Um diese Ziele zu erreichen, sollen zum Beispiel flächendeckende niedrigschwellige Beratungs- und Hilfsangebote vorhanden sein. In Oberhausen arbeiten Krankenhäuser sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten daran eine bestmögliche Versorgung zu garantieren. Außerdem existieren in Oberhausen mittlerweile fünf Selbsthilfegruppen, wo sich Menschen mit Depressionen untereinander austauschen können.

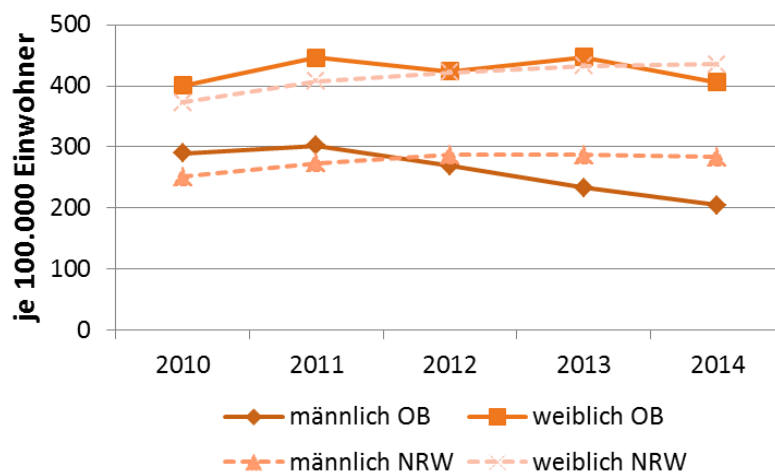


Abbildung 26: Krankenhausbehandlungen wegen Depressionen in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010 bis 2014 je 100.000 Einwohner nach Geschlecht (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPIDat).

INFOBOX 4: Depressionen

1. **Leichte depressive Episode:** Der Patient fühlt sich krank und sucht ärztliche Hilfe, kann aber trotz Leistungseinbußen seinen beruflichen und privaten Pflichten noch gerecht werden, sofern es sich um Routine handelt.
2. **Mittelgradige depressive Episode:** Berufliche und häusliche Anforderungen können nicht mehr oder, bei Tageschwankungen, nur noch zeitweilig bewältigt werden.
3. **Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome:** Der Patient bedarf ständiger Betreuung. Eine Klinik-Behandlung wird notwendig, wenn das nicht gewährleistet ist.
4. **Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen:** Der Patient hat zusätzlich Wahngedanken wie absurde Schuldgefühle, Krankheitsbefürchtungen und Verarmungswahn.

Quelle: ICD10-Code

Zu den psychischen Erkrankungen zählt außerdem das Burnout-Syndrom (=ausgebrannt sein). Immer mehr Menschen, die früher engagiert und leistungsfähig waren, erkranken an Burnout und brechen völlig zusammen. Studien lassen verlauten, dass heute bis zu ein Drittel der arbeitenden Bevölkerung Symptome von Burnout oder einer Vorstufe des Burnout-Syndroms zeigen. Burnout ist ein relativ junges Krankheitskonzept und wird als Zusatzdiagnose (ICD10: Z73=Probleme bei der Lebensbewältigung) beschrieben und kann psychische und körperliche Diagnosen ergänzen. Symptome des Burnouts sind Herz- und Kreislaufprobleme, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, funktionelle Magen-Darm-Beschwerden, gehäufte Infekte, chronische Schmerzen, Tinnitus, Angststörung, Erschöpfung und auch Depressionen. Seit 2012 gibt es in Oberhausen die Selbsthilfegruppe „Phönix“, die Betroffene zusammenbringt. Im Jahr 2008 wurde zudem das Bündnis gegen Depressionen in Oberhausen gegründet. Es schließt sich an ein ursprünglich in Nürnberg entwickeltes Programm an, welches mittlerweile bundesweit ausgeweitet wurde. Ziele des Bündnisses sind die gesundheitliche Situation depressiver Menschen zu verbessern, das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern und Suiziden vorzubeugen.



WHO (Fünf) - FRAGEBOGEN ZUM WOHLBEFINDEN
(Version 1998)

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

<i>In den letzten zwei Wochen ...</i>	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

Abbildung 27: WHO-5-Wohlbefindens-Index. Der Rohwert kommt durch einfaches Addieren der Antworten zustande. Der Rohwert erstreckt sich von 0 bis 25, wobei 0 das geringste Wohlbefinden/niedrigste Lebensqualität und 25 größtes Wohlbefinden/höchste Lebensqualität bezeichnen. Ein Wert kleiner 13 weist auf eine mögliche Depression hin. Den Prozentwert von 0-100 erhält man durch Multiplikation mit 4. Der Prozentwert 0 bezeichnet das schlechteste Befinden, 100 das Beste ¹⁷.

Essstörungen zählen ebenfalls zu den psychischen Erkrankungen. Schätzungen besagen, dass jeder fünfte Jugendliche gefährdet ist, an einer Essstörung zu erkranken. Magersucht und Bulimie gehören dabei zu den häufigsten chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. Unbehandelt können schwerwiegende und folgenschwere gesundheitliche Probleme auftreten. Vor allem Mädchen im Alter zwischen 10 und 14 Jahren sind gefährdet eine Essstörung zu entwickeln. In Oberhausen steigt die Zahl der Mädchen im Alter zwischen 15-19 Jahre, die aufgrund einer Essstörung stationär behandelt wurden, seit 2012 stetig an (Abbildung 28). Die Abbildung gibt keine Aussage über all die Fälle, die nicht in einem Krankenhaus behandelt werden oder die bislang nicht erkannt wurden (Dunkelziffer). Die Frauenberatungsstelle – Frauen helfen Frauen e.V. bietet Hilfe im Falle einer Essstörung an. Eine fachtherapeutisch betreute Selbsthilfegruppe bietet darüber hinaus Eltern und Angehörigen die Möglichkeit Fragen und Gefühle rund um die Essstörung ihres Kindes oder ihres Angehörigen anzusprechen und sich über belastende Erlebnisse und Erfahrung auszutauschen.

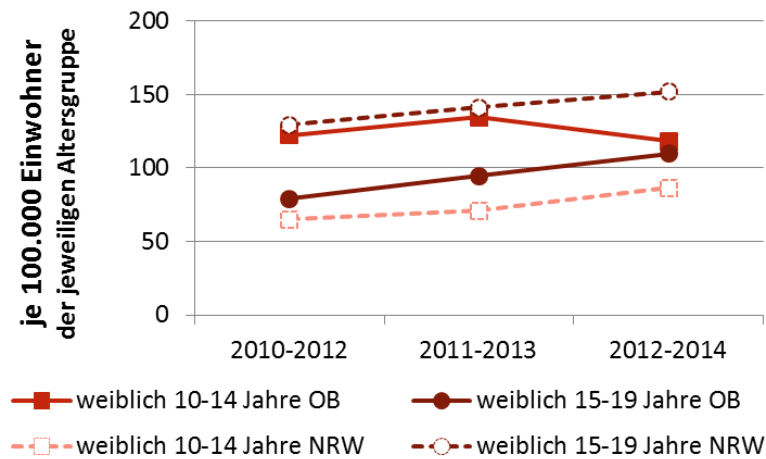


Abbildung 28: Krankenhausbehandlungen wegen Essstörungen bei Mädchen in Oberhausen für die Jahre 2010 bis 2014 je 100.000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe. Aufgrund kleiner Fallzahlen wurde der 3-Jahres-Mittelwert verwendet (*Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, HOSPIDat, eigene Berechnung*).

Der sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Oberhausen ist eine weitere Anlaufstelle für Betroffene. Er nimmt Pflichtaufgaben nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) wahr und gibt Rat und Hilfestellung im psychosozialen Lebensbereich. Das Angebot ist vor allem an die Bürgerinnen und Bürger mit psychischen Erkrankungen und Alkohol- sowie Medikamentenproblemen gerichtet, die aufgrund ihrer Störung andere Dienste oder Einrichtungen nicht in Anspruch nehmen können.

4.2. VERTRAGSÄRZTLICHE UND VERTRAGSZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind die Pfeiler des kommunalen Gesundheitssystems. Sie sind erste Ansprechpartner für die Bevölkerung für Gesundheitsfragen. Sie sind verantwortlich für Vorbeugung durch z.B. Impfungen und Früherkennung wie durch die U-Untersuchungen bei Kindern, diverse Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheits-Checkups. Die Behandlung der meisten Erkrankungen findet in den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte statt. Sie veranlassen Krankenhauseinweisungen, überweisen zu Fachärzten oder Spezialisten und verordnen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Die ambulante ärztliche Versorgung wird durch den Versorgungsgrad dargestellt. Dabei dient der Versorgungsgrad als Maßzahl zur Beschreibung von Ressourcenmengen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Der Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten wird anhand der Verhältniszahlen der Bedarfsplanung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) dargestellt. Die Festlegung der Bedarfe richtet sich zum Beispiel nach der Anzahl an Einwohner je Ärztin oder Arzt.

Der Versorgungsgrad der an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Arztgruppen in Oberhausen ist sehr gut. Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen und Kinderärzte weisen einen Versorgungsgrad von über 100% auf. Bei den Frauenärzten lag der Versorgungsgrad bei 117%, bei den Psychotherapeuten bei 137,7% und bei den Kinderärzten bei 160,5%. Defizite zeigen sich bei den Zahnärzten und Kieferorthopäden. Hier ist eine leichte Unterversorgung mit Versorgungsgraden von 88,4% und 96,9% zu verzeichnen (*Quelle: LZG.NRW, Indikator 6.2*).

Die Praxisverteilung von Hausärzten erstreckt sich mehr oder weniger gleichmäßig über das komplette Stadtgebiet, wohingegen Frauenärzte und Kinderärzte vor allem in der Oberhausener Innenstadt sowie in den Quartieren Neue Mitte/ Brücktorviertel/Bermensfeld sowie in den nördlichen Quartieren Holten/ Schmachtdorf/Walsumer Mark/Königshardt sowie Sterkrade/Tackenberg-West angesiedelt sind. Erwachsenen und auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und –psychotherapeutinnen sind dagegen schlechter verteilt und konzentrieren sich vornehmlich auf die Stadtmitte (Abbildung 29).

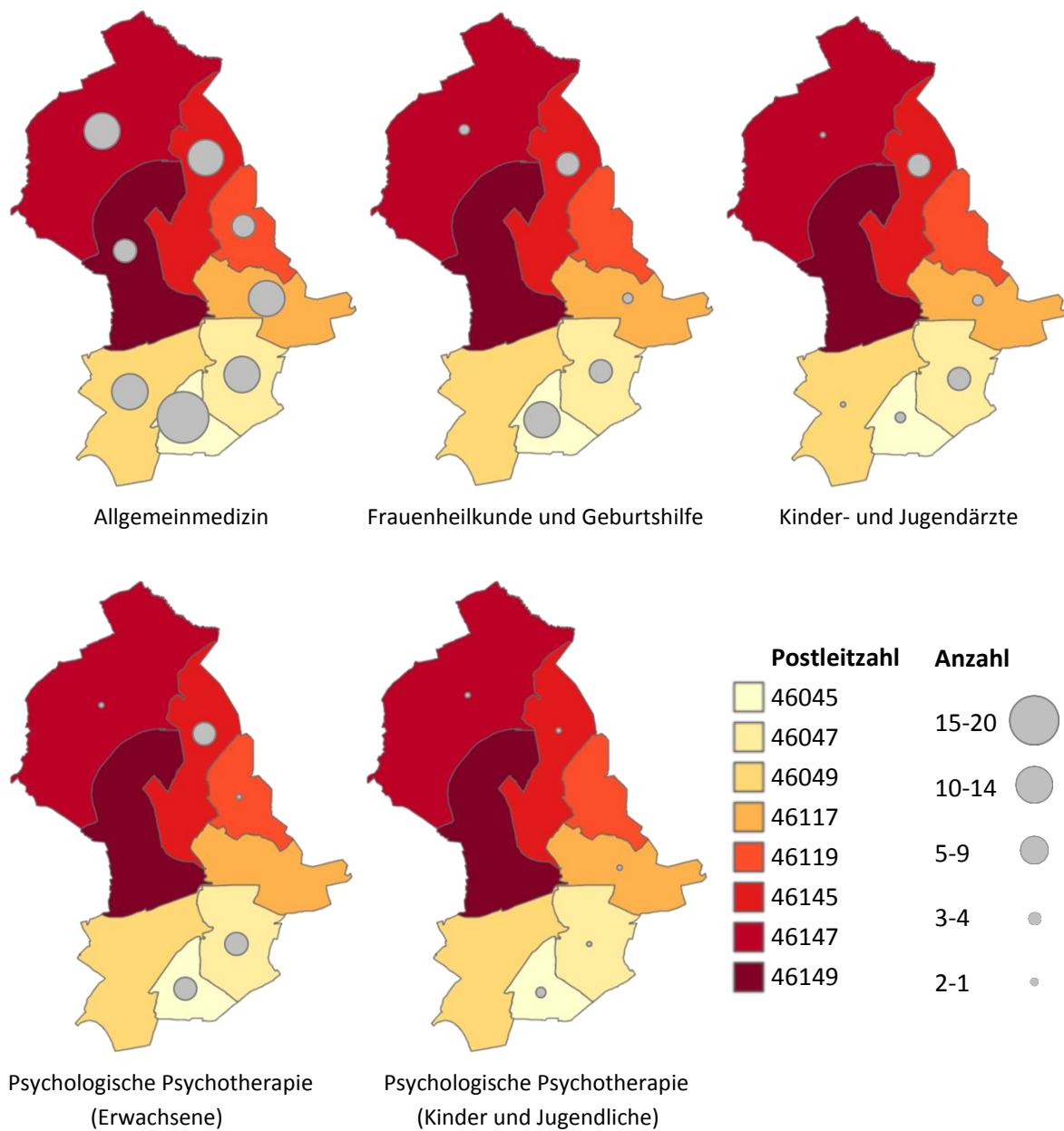


Abbildung 29: Verteilung von hausärztlichen, gynäkologischen, pädiatrischen und psychotherapeutischen Praxen im Stadtgebiet von Oberhausen (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, eigene Darstellung).

4.3. GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN

Zu den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zählen das Rauchverhalten sowie die Gewohnheiten in Hinblick auf Alkoholkonsum. Außerdem die Art der Ernährung und das Maß an Bewegung. Aber auch das Impfverhalten sowie die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen kann zu den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen gezählt werden.

4.3.1 Rauchen

Berechnungen zu Folge raucht circa ein Drittel der deutschen Erwachsenen. Diese Zahlen findet man auch in der Stadt Oberhausen. Befragungen ergaben, dass in den Jahren 2005, 2009 und 2013 30% der Oberhausener Bevölkerung rauchte. Dabei zeigen sich Unterschiede im Rauchverhalten sowohl zwischen Männern und Frauen als auch zwischen Gruppen mit verschiedenen Sozialstatus. So ist der Anteil an rauchenden Männern in allen Altersgruppen höher als bei den Frauen. Auf nationaler Ebene hat sich der Raucheranteil in den letzten Jahren allerdings verringert, ein besonders starker Rückgang ist bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen. Dieser Rückgang konnte in Oberhausen zwar im Anteil der starken Raucher verzeichnet werden, nicht aber in der Gesamtzahl aller Raucher. Laut einem Standard der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gelten Personen, die pro Tag 20 und mehr Zigaretten rauchen als starke Raucherinnen bzw. starke Raucher. In Oberhausen zählen 19,4% aller Raucher zu den starken Raucherinnen und Rauchern. Bezogen auf die gesamte Bevölkerung liegt der Wert bei 5,8 % und liegt damit über dem NRW-Durchschnitt (Abbildung 30).

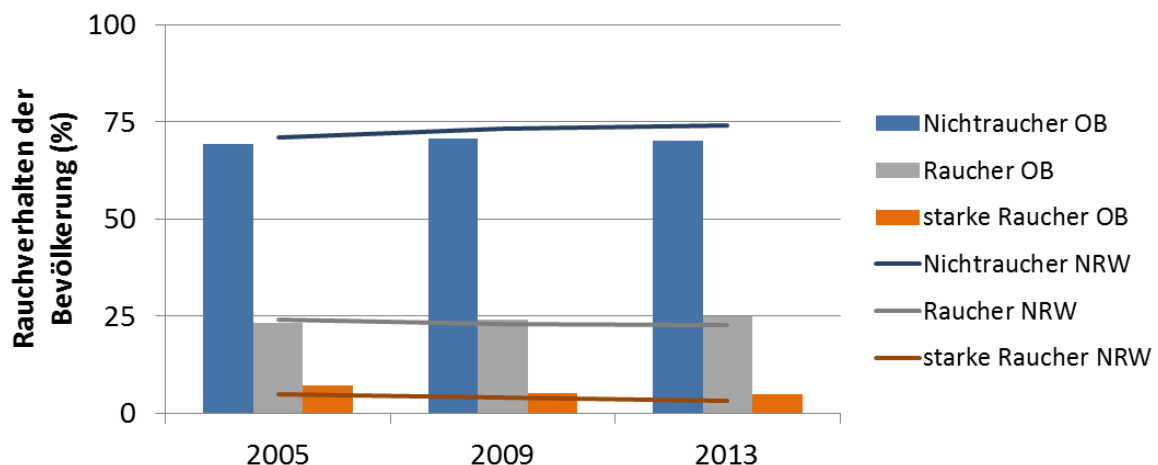


Abbildung 30: Rauchverhalten der Bevölkerung von Oberhausen und NRW in den Jahren 2005, 2009 und 2013 (Quelle: LZG.NRW Indikator 04.01_02, eigene Darstellung).

Befragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von Jugendlichen zwischen 12 und 25 Jahren ergaben, dass seit 2001 ein starker Rückgang des Tabakkonsums

von Jugendlichen zu verzeichnen ist. Im Jahr 2001 lag die Raucherquote bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen noch bei 28% und sank bis 2008 kontinuierlich auf 15%. Aktuelle Befragungen der BZgA ermittelten eine Raucherquote von nur 10% im Jahr 2014. Im gleichen Jahr lag der Anteil an Jugendlichen, die noch nie geraucht haben, bei 75%. Studien belegen, dass je früher Jugendliche mit dem Rauchen beginnen, desto schneller werden sie abhängig. 80% aller Raucherinnen und Raucher rauchten ihre erste Zigarette bereits vor dem 18. Lebensjahr. Der Einstieg ins Rauchen wird vor allem durch das Rauchen im Elternhaus gefördert. Eine weitere Motivation ist der Einfluss von gleichaltrigen rauchenden Freunden. Darüber hinaus erleichtern Zusatzstoffe wie Menthol als Aromastoff sowie Zusatzstoffe, die das anfängliche Kratzen im Hals verringern, den Raucheinstieg. Letztendlich ist es aber auch die Werbung, die gezielt Kinder und Jugendliche anspricht.

Die Bundesrepublik Deutschland hat in den letzten Jahren ihre Tabakkontrollpolitik sowie den Nichtraucherchutz immens ausgeweitet. Neben verschiedenen Aufklärungskampagnen wie „rauchfrei“ der BZgA und „Richtig aufatmen“ der Deutschen Krebshilfe, sind auch die Warnhinweise auf Zigarettenpackungen ein deutliches Zeichen, den Tabakkonsum der Bevölkerung reduzieren zu wollen. Darüber hinaus wurde eine regelmäßige Erhöhung der Tabaksteuer entschieden, die Altersgrenze für den Erwerb von Tabakprodukten heraufgesetzt und ein bundesweites Nichtraucherchutzgesetz verabschiedet.

Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass sich neue Entwicklungen auf dem Tabakmarkt auftun. So sind elektrische Zigaretten, die sogenannten E-Zigaretten, in den letzten Jahren immer mehr in Mode gekommen. Diese simulieren das Rauchen mit technischen Mitteln, ohne dabei Tabak zu verbrennen. Die Hersteller bewerben ihre Produkte als eine gesündere Alternative zu Zigaretten, als Instrument der Tabakentwöhnungen und als Möglichkeit auch in Rauchverbotszonen zu „rauchen“. Dabei ist die E-Zigarette keinesfalls eine gesunde Alternative. Analysen der sogenannten Liquids zeigten, dass diese geringe Menge an giftigen Substanzen wie tabakspezifische krebserregende Nitrosamine und das hochtoxische Diethylenglykol enthielten.¹⁶ Darüber hinaus sind die gesundheitlichen Auswirkungen von E-Zigaretten noch weitgehendst unbekannt. Unmittelbare Effekte wie Entzündungen der Bronchien, Reizungen im Mund-und Rachenraum sowie trockener Husten konnten bereits nach kurzzeitiger Anwendung nachgewiesen werden. Zurzeit unterliegen E-Zigaretten und Liquids keinen einheitlichen Bestimmungen und keinerlei Qualitätskontrolle. Deshalb kann keine verlässliche Aussage über Inhaltsstoffe gemacht werden^{18,6}.

4.3.2 Alkohol

Schätzungen zu Folge trinken circa 70% aller Deutschen mindestens einmal im Monat Alkohol. 2014 wurde ein Pro-Kopf Konsum von 9,6 Litern reinen Alkohols berechnet. Dabei gibt es offizielle Empfehlungen für einen risikoarmen Konsum. Frauen sollen täglich nicht mehr als ein kleines Glas Bier oder Wein trinken. Männer dürfen einen halben Liter Bier oder zwei kleine Gläser Wein trinken. Für beide Geschlecht gilt zusätzlich, zwei alkoholfreie Tage pro Woche einzuhalten. Bei einer dauerhaften Überschreitung dieser Grenzwerte drohen

ernste Gesundheitsschäden. Neben der Leber, kann nahezu jedes Organ durch Alkohol geschädigt werden. Für viele Krebsarten konnte beschrieben werden, dass Sie mit einem hohen Alkoholkonsum assoziiert sind. Studien zeigen das circa 9,5 Millionen Deutsche im Alter zwischen 18 und 64 Jahren gesundheitsschädliche Mengen an Alkohol konsumieren. Davon gelten 1,77 Millionen als alkoholabhängig. In Deutschland sterben jährlich circa 14.100 Personen an den Folgen eines übermäßigen Alkoholkonsums. Eine Alkoholabhängigkeit entwickelt sich schleichend. Eine beginnende Abhängigkeit ist geprägt vom häufigen Denken an Alkohol, einem steigenden Alkoholkonsum, Streitigkeiten in der Familie, nachlassende Leistungsfähigkeit und einem Verlust an Lebensfreude. Ein weiteres Indiz für eine bestehende Alkoholabhängigkeit, sind wiederholte und erfolglose Versuche weniger oder gar nichts mehr zu trinken. Treten dazu noch Entzugserscheinungen wie Schlafstörungen, Schweißausbrüche, morgendliches Zittern, Brechreiz, Unruhe, Angst und depressive Verstimmungen, sollte man sich dringend professionelle Hilfe suchen.

Wie bereits in Kapitel 4.1.2 „Krankheiten des Verdauungssystems“ beschrieben wurde, handelt es sich bei der Hälfte aller stationären Aufnahmen von Patienten mit Lebererkrankungen in Oberhausen, um Patientinnen und Patienten mit alkoholischer Leberkrankheit. Darüber hinaus nahm die Zahl an Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die aufgrund von Verhaltensstörungen durch Alkohol stationär behandelt wurden, in Oberhausen in den letzten Jahren zu.

In Oberhausen gibt es zahlreiche Hilfsangebote für alkoholranke und alkoholsüchtige Menschen. Zum einen bietet der sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Oberhausen unterstützende Lebensberatung unter Berücksichtigung des sozialen Umfeldes durch Vermittlung praktischer Hilfen und Gesprächsmöglichkeiten an. In den Jahren 2010 bis 2014 haben durchschnittlich 210 ($\pm$ 41) Menschen pro Jahr den sozialpsychiatrischen Dienst aufgesucht und wurden für eine kurze Zeit oder auch über längere Zeit betreut (Abbildung 31). Auch die Suchtberatung des Caritasverband Oberhausen e.V. bietet umfassende Hilfen mit dem Schwerpunkt Alkohol an. Hilfe zur Selbsthilfe bekommt man in zahlreichen Selbsthilfegruppen, die sich mit dem Thema Alkoholismus beschäftigen. Dazu zählen die Al-Anon Familiengruppe, der deutsche Frauenbund für alkoholfreie Kultur e.V., die anonymen Alkoholiker, die Guttempler Gemeinschaften „Die Insel“ und „Westmark“ sowie der Kreuzbundgruppen des Stadtverband Oberhausen. Weitere Informationen erhält man bei der Selbsthilfekontaktstelle Oberhausen.

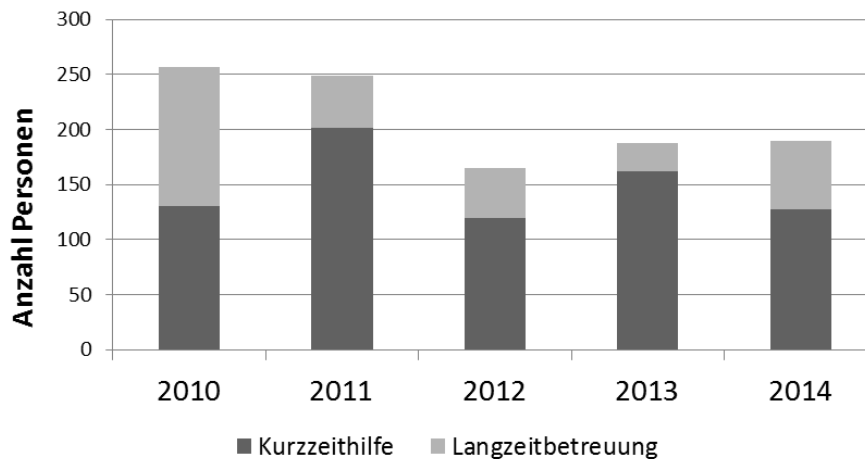


Abbildung 31: Anzahl an Bürgerinnen und Bürger, die aufgrund einer Alkoholsucht, den sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Oberhausen aufsuchten (*Quelle: Datenerhebung des sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Oberhausen*).

4.3.3 Ernährung und Übergewicht

Eine gesunde Ernährung wird häufig mit der Menge des konsumierten Obst und Gemüses assoziiert. Deshalb wird der Obst- und Gemüseverzehr häufig als Indikator für ein gesundes Essverhalten verwendet, denn Obst und Gemüse versorgt den Körper mit wertvollen Vitaminen, Mineralien und Ballaststoffen. Menschen, die viel Obst und Gemüse essen, haben ein geringeres Risiko an Herz-Kreislauf-Problemen, Typ-2-Diabetes und bestimmten Krebsarten zu erkranken. Nach Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) sollen fünf Portionen Obst und Gemüse über den Tag verteilt konsumiert werden. Diese setzen sich aus zwei Portionen Obst und drei Portionen Gemüse zusammen.

Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen ist ein zunehmendes Gesundheitsrisiko. In Deutschland sind circa 15% aller Kinder übergewichtig, 6% davon sind sogar adipös (krankhaft übergewichtig). Ursachen hierfür sind vor allem ein falsches Essverhalten, aber auch zu wenig körperliche Bewegung, ein hoher Fernsehkonsum sowie seelische Belastungen. Die BLIKK (Bewältigung, Lernverhalten, Intelligenz, Kompetenz, Kommunikation)-Studie des Instituts für Medizinökonomie und Medizinische Versorgungsforschung der RFH Köln (iMöV) und des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) konnte zudem eine Wechselbeziehung zwischen der Nutzungsdauer digitaler Medien und dem Body-Mass-Index von Kindern sowie dem Bewegungsumfang und dem Konsum von gesüßten Getränken aufzeigen ¹⁹. Übergewicht ist nicht nur ein psychisches Problem, sondern auch ein körperliches und schadet langfristig der Gesundheit. So leiden bereits 50% aller adipösen Kinder unter Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck oder Stoffwechselstörungen. Auch ein Unterschied zwischen den Geschlechtern muss beachtet werden. Männer haben häufig einen höheren Anteil an Muskelmasse, weshalb die Grenzen der BMI-Wertklassen etwas höher liegen als bei Frauen. So liegt das

Normalgewicht bei Männern zwischen 20 und 25 kg/m² ²⁰. Bei Amputationen muss der BMI entsprechende korrigiert werden (Abbildung 32).

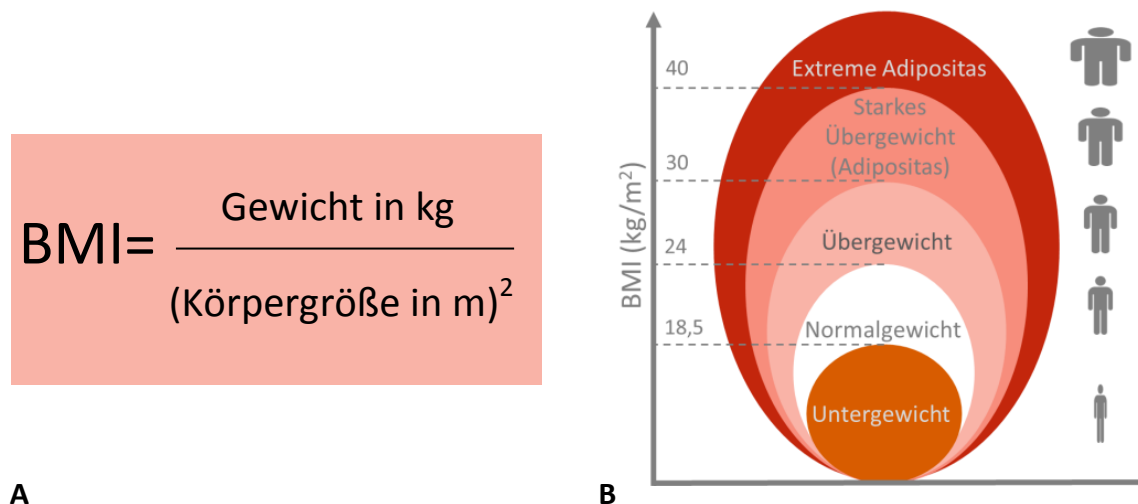
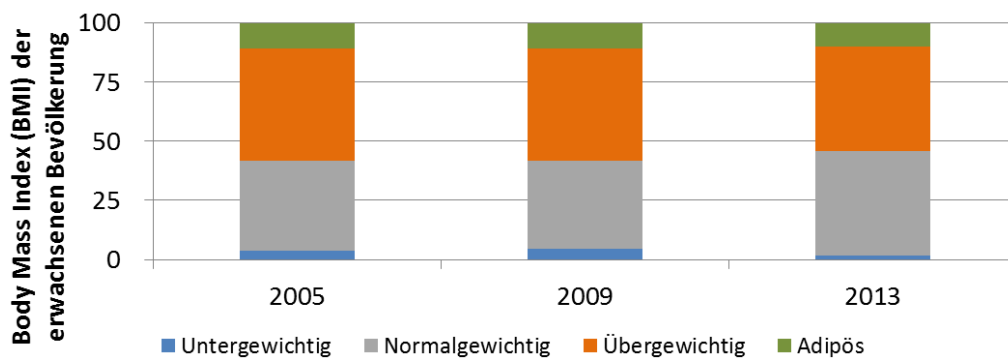


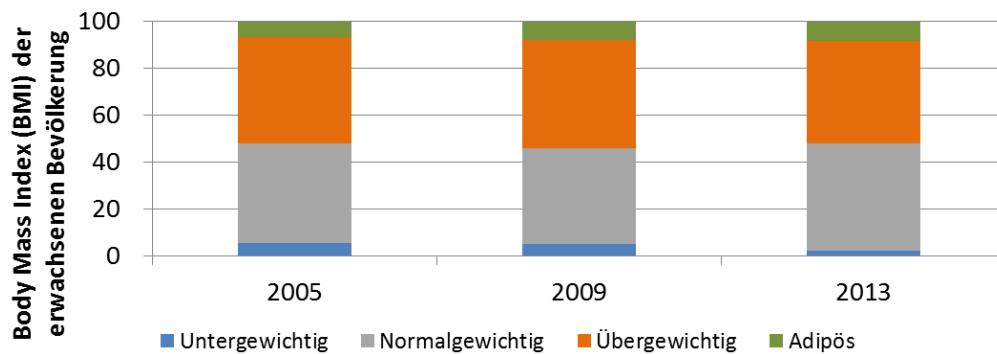
Abbildung 32: A Berechnung des BMI und **B** Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen anhand des BMI (Quelle: WHO, 2008).

Die BMI-Werte von normalgewichtigen Personen liegen zwischen 18,5 und 24 kg/m². Werte, die darunter liegen deuten auf ein Untergewicht hin, Werte, die darüber liegen auf Übergewicht ²¹. Ab einem BMI von 30 kg/m² sollte man sich in ärztliche Behandlung begeben. Laut der WHO gilt Adipositas als das am schnellsten wachsende Gesundheitsrisiko unserer Zeit und ist für viele ernährungsbedingte Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Gelenkerkrankungen verantwortlich. Seit 1977 ist Adipositas seitens der WHO als Erkrankung anerkannt. In Oberhausen bietet das Adipositas-Zentrum Hilfe an. Für jede Altersstufe werden dort wissenschaftlich evaluierte Programme zur Gewichtsreduktion angeboten. Die Behandlung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team von Ärzten, Psychologen, Ernährungsberatern und Sporttherapeuten. Ziele der Therapie sind in erster Linie die Gewichtsreduktion, aber auch eine Änderung des Ernährungsverhaltens, die Steigerung des Selbstwertgefühls und die Verbesserung des Körperbewusstseins und der allgemeinen Fitness. Ein weiteres Angebot bietet das Zentrum für interdisziplinäre Adipositasbehandlung an den HELIOS Kliniken in Oberhausen an. Hier werden zudem auch chirurgische Behandlungsverfahren angeboten. Darüber hinaus gibt es zwei Adipositas-Selbsthilfegruppen. Die Adipositas Selbsthilfe Gruppe trifft sich zu regelmäßigen Austausch, Diskussions- und Informationsabenden rund um das Thema Adipositas und ihre Begleiterkrankungen. Die Selbsthilfegruppe „Gemeinsam durch dick und dünn“ ist ein vergleichbares Angebot.

Die Anzahl der untergewichtigen und normalgewichtigen Bürgerinnen und Bürger liegt in Oberhausen unter dem NRW-Durchschnitt, wohingegen die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas höher liegt als in gesamt NRW. Etwas über die Hälfte aller Oberhausener Bürgerinnen und Bürger leiden unter Übergewicht, circa 10% sind sogar adipös (Abbildung 33).



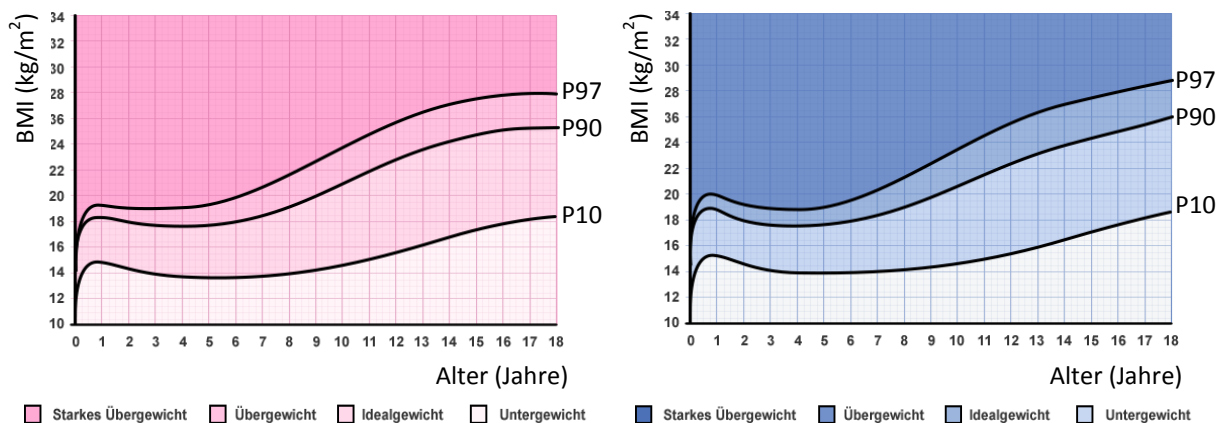
A



B

Abbildung 33: Body Mass Index (BMI) der erwachsenen Bevölkerung in **A** Oberhausen und **B** NRW. Daten wurden im Rahmen eines Mikrozensus in den Jahren 2005, 2009 und 2013 gewonnen (Quelle: LZG.NRW Indikator 04.08_02, eigene Darstellung).

Der BMI von Oberhausener Kindern wird im Zuge der Schuleingangsuntersuchungen auf Sozialquartiersebene ermittelt. Da bei Kindern der BMI aufgrund von physiologischen Veränderungen stark schwankt, wird er durch auf Geschlecht und Alter abgestimmte Referenzwerte ergänzt und in Perzentilen umgesetzt. Ab der 90. Perzentilen wird von Übergewicht gesprochen, oberhalb der 97. Perzentile spricht man von Adipositas. Im Vergleich dazu spricht man unterhalb der 10. Perzentilen von Untergewicht (Abbildung 34).



A

B

Abbildung 34: Gewichtsklassifizierung bei **A** Mädchen und **B** Jungen .

In Oberhausen sind in den letzten Jahren durchschnittlich $11,59\% \pm 0,9\%$ aller Kinder im Grundschulalter übergewichtig. Der Wert ist seit 2010 stabil, wobei seit 2013 eine leichte Abnahme zu verzeichnen ist (Abbildung 35).

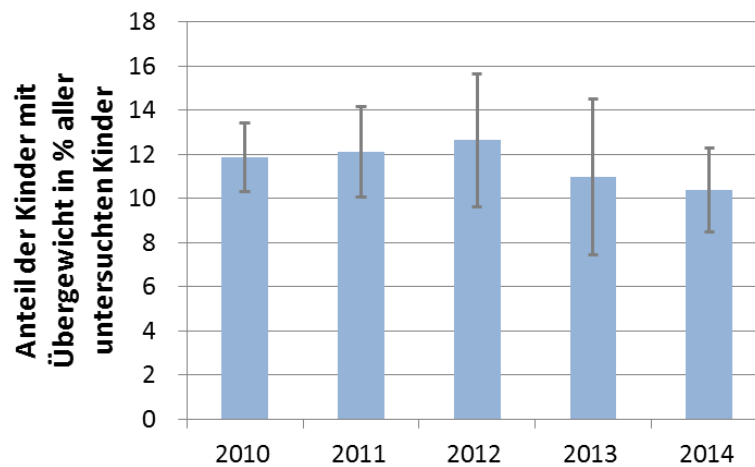


Abbildung 35: Anteil der Kinder mit Übergewicht in % aller untersuchten Kinder in Oberhausen in den Jahren 2010 bis 2014. Kinder gelten als übergewichtig, wenn der BMI über der 90. Perzentile liegt (Quelle: Schuleingangsuntersuchung; Berechnung: Stadt Oberhausen, Bereich Statistik).

Betrachtet man die Verteilung von übergewichtigen Kindern auf Sozialquartiersebene wird eine deutliche Heterogenität in der Verteilung in Oberhausen deutlich. In Tackenberg-West, Vondern/Osterfeld-Süd und Styrum sind nur 3,1 bis 4,5% aller Kinder übergewichtig. Einen 5-fach höheren Wert findet man dagegen im Marienviertel-West. Dort sind 20,8% aller Kinder übergewichtig (Abbildung 36).

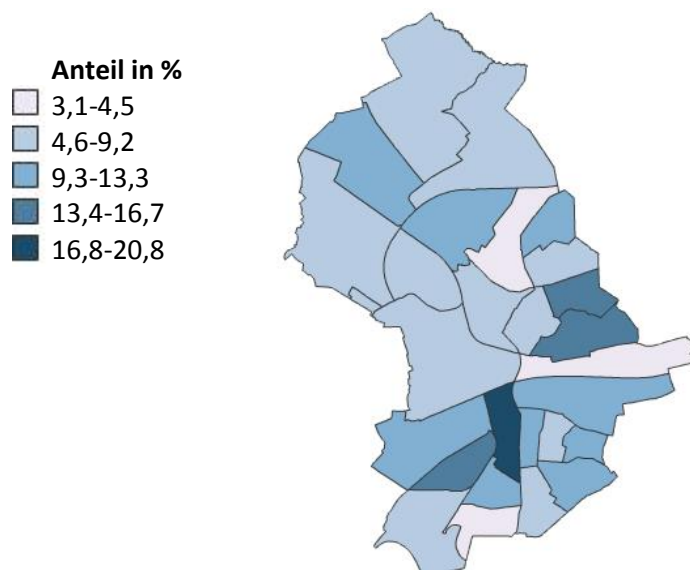
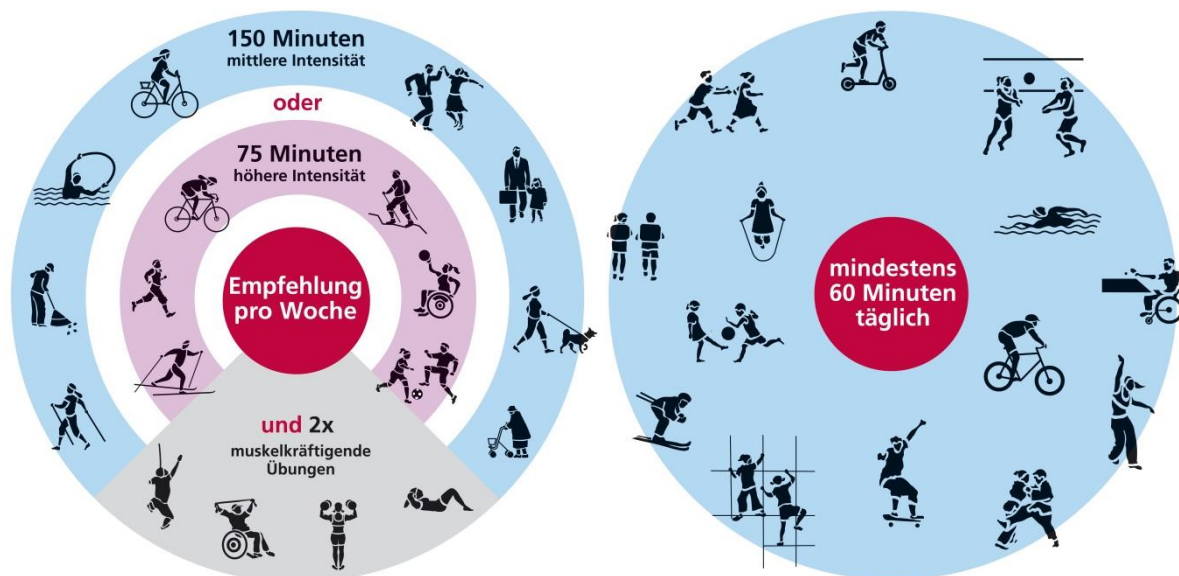


Abbildung 36: Anteil der Kinder mit Übergewicht in % aller untersuchten Kinder auf Sozialquartiersebene im Jahr 2014. Kinder gelten als übergewichtig, wenn der BMI über der 90. Perzentile liegt (Quelle: Schuleingangsuntersuchung; Berechnung: Stadt Oberhausen, Bereich Statistik).

Das Ernährungsverhalten und andere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Bewegung, werden schon in den frühen Jahren geprägt. Es ist also sinnvoll schon im Kindesalter und somit häufig vor beginnendem Übergewicht mit entsprechenden Präventionsmaßnahmen zu beginnen.

4.3.4 Bewegung

Eine regelmäßige, körperliche Aktivität schafft eine gute Basis für Gesundheit und Wohlbefinden. Die WHO rät Erwachsenen sich mindestens 150 Minuten bei mittlerer Intensität oder 75 Minuten pro Woche bei hoher Intensität zu bewegen ²⁵. Die Bewegungseinheiten sollen dabei auf möglichst viele Tage der Woche verteilt werden (Abbildung 37 A). Geeignete Bewegungsformen sind Gehen, Walken, Joggen, Laufen, Wandern, Radfahren, Schwimmen, Wassergymnastik, Tanzen, Leichtathletik, Sportspiele wie Fußball, Volleyball, Handball oder Basketball, Badminton, Tennis, Gartenarbeiten, Treppen steigen, Einkaufen, muskelkräftigen Übungen, Yoga, aber auch Gleichgewichtstraining. Viele dieser Beispiele lassen sich sehr gut in den Alltag integrieren und können somit regelmäßig durchgeführt werden. Für Kinder und Jugendliche gilt ähnliches, denn eine körperliche Aktivität ist die Basis für ein gesundes Wachstum und eine gesunde Entwicklung. Kinder und Jugendliche sollten deshalb jeden Tag mindestens 1 Stunde mit mittlerer Intensität körperlich aktiv sein (Abbildung 37 B). Länger anhaltende sitzende Tätigkeiten sollten durch bewegte Pausen unterbrochen werden. Geeignete Bewegungsformen für Kinder und Jugendliche sind ausdauernde, muskelkräftigende, koordinative und knochenstärkende Aktivitäten wie Gehen, Laufen, Springen, Klettern, Fang-, Wurf-, Lauf- und Ballspiele (Fußball, Handball, Basketball), Rad fahren, Schwimmen oder Reiten. Die Zielgruppe der Jugendliche erreicht man eher über Bewegungsangebote wie Ultimate-Frisbee, Slacklining, Tanzsport wie Breakdance oder Hip-Hop, aber auch Sportarten wie Skateboarding, Inline-Skating, Snowboarden oder Mountainbiking, und natürlich auch die Klassiker wie Fußball, Volleyball, Handball und Basketball sind eine gute Möglichkeit seinen Körper fit und gesund zu halten.



A **B**
Abbildung 37: Bewegungsempfehlungen für **A** Erwachsene und **B** Kinder und Jugendliche (Quelle: Fonds Gesundes Österreich).

Eine mangelnde Bewegung ist in vielen Ländern ein großes Problem. Bewegungsmangel führt zu einer Zunahme von nicht übertragbaren Erkrankungen und ist laut WHO der weltweit wichtigste gesundheitliche Risikofaktor ²². Eine ausreichende Bewegung fördert das Herz-Kreislaufsystem, kräftigt Muskulatur und Knochen und beugt Krankheiten vor. Außerdem hilft sie gegen Stress und das Gehirn wird mit mehr Sauerstoff versorgt und arbeitet besser. Insbesondere bei Kinder und Jugendliche spielt eine ausreichende Bewegung eine wichtige Rolle. Auch hier ist eine regelmäßige Bewegung für das Herz-Kreislaufsystem sowie den Muskel- und Skeletapparat essentiell und wirkt bereits frühzeitig Übergewicht und Fettleibigkeit entgegen ²³⁻²⁴. Darüber hinaus fördert eine ausreichende körperliche Aktivität die schulische und kognitive Leistungsfähigkeit ²⁵. Laut einer Langzeitstudie des RKI (KiGGS-Studie) bewegen sich 27,5% der Kinder und Jugendlichen den WHO-Empfehlungen entsprechend mindestens 60 Minuten pro Tag. Dabei sind Jungen aktiver als Mädchen im selben Alter. Auch hier wird ein sozioökonomischer Unterschied deutlich. Kinder und Jugendliche aus sozialschwachen Familien sind häufig seltener als an zwei Tagen pro Woche für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv. 77,5% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland treiben Sport, 59,7% davon sind in einem Verein aktiv. Bei diesem Indikator besteht eine deutliche Korrelation zwischen Sozialstatus und der sportlichen Aktivität von Kindern, denn mit zunehmenden Sozialstatus steigt auch der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die Sport treiben oder aktives Mitglied in einem Sportverein sind ²⁶⁻²⁷. In Oberhausen wird bei der Schuleingangsuntersuchung dokumentiert, ob ein Kind in einem Sportverein angemeldet ist und sich somit regelmäßig sportlich betätigt. Außerdem wird notiert, ob bei einem Kind regelmäßiger Sport empfohlen wird. Dies ist also ein guter Indikator, um die sportliche Aktivität von Kindern zu beurteilen. In Stadtteilen wie Königshardt oder Schmachtdorf, aber auch in Lirich-Nord wurde eine solche Sportempfehlung im Jahr 2014 nur für 4,4% bis 8,3% der Kinder ausgesprochen. In

Vondern/Osterfeld-Süd sowie Rothebusch und Klosterhardt wurde dagegen 25,1% bis 33,3% der Kinder empfohlen, sich häufiger zu bewegen (Abbildung 38).

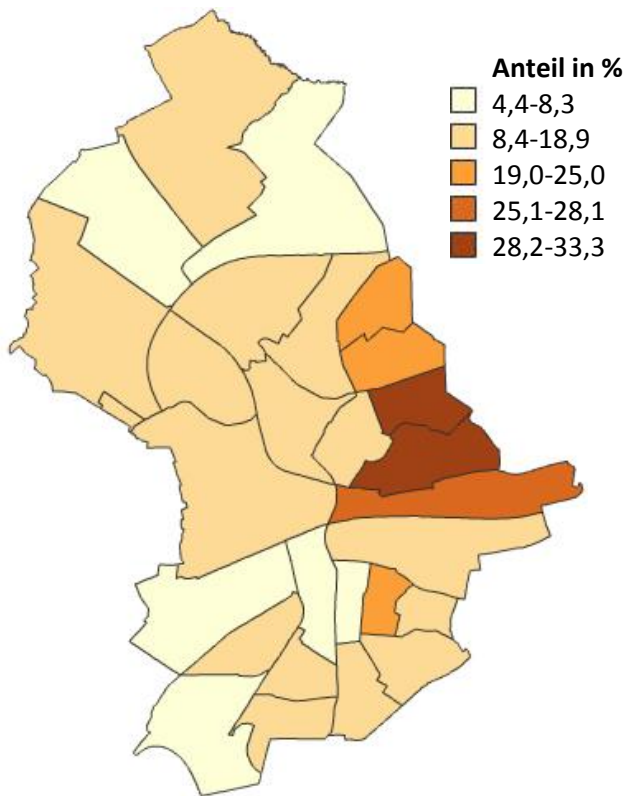


Abbildung 38: Anteil der Kinder mit einer Sport Empfehlung in % aller untersuchten Kinder in Oberhausen im Jahr 2014 (Quelle: Schuleingangsuntersuchung; Berechnung: Stadt Oberhausen, Bereich Statistik).

4.3.5 Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder

Durch Hilfe der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 können Gesundheitsstörungen oder Auffälligkeiten in der Entwicklung bei Kindern frühzeitig erkannt und behandelt werden und durch gezielte Förderung unterstützt werden. Auch wichtige Schutzimpfungen gehören zum Angebot der U-Untersuchungen. Außerdem dienen sie als Instrument, um frühzeitig Anzeichen von Vernachlässigung und Misshandlungen erkennen zu können. In Deutschland sind deshalb bis zum fünften Lebensjahr diese Untersuchungen gesetzlich vorgeschrieben. Eine weitere Untersuchung erfolgt nach dem zehnten Lebensjahr (J1). Je nach Alter des Kindes haben die Untersuchungen unterschiedliche Schwerpunkte wie Beweglichkeit, Geschicklichkeit, Sprechen und Verstehen, soziales Verhalten, Impfschutz, Vorbeugung des Plötzlichen Kindstodes, Unfallverhütung, Zahngesundheit und Ernährung (Tabelle 3). Früherkennungsuntersuchungen sind deshalb ein wichtiges Werkzeug um den Kindern einen gesunden Start ins Leben zu ermöglichen ²⁸. Die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen kann Aufschluss über das Präventionsverhalten der Eltern, deren Gesundheitsbewusstsein und deren Akzeptanz von präventiven Angeboten geben. In Nordrhein-Westfalen soll erreicht werden, dass alle Eltern die

Früherkennungsuntersuchungen wahrnehmen und dass somit alle Kinder die gleiche Chance auf eine gesunde Entwicklung haben. Ab dem 2. Lebensjahr bis zum Vorschulalter sinkt die Inanspruchnahme rapide, nur circa 75% aller Kinder nehmen lückenlos an allen Untersuchungen von der U5 bis zur U9 teil. Die Gründe hierfür sind vielfältig und reichen von vergessenen Terminen bis hin zu fehlenden Informationen auf Seiten der Eltern bezüglich Existenz, Bedeutung der Früherkennung und Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Deshalb wurde im Jahr 2009 das Erinnerungs- und Meldeverfahren „Gesunde Kindheit“ eingeführt. Hierfür erfasst eine zentrale Stelle im Landeszentrum Gesundheit NRW alle U5-U9 Früherkennungsuntersuchungen. Kinderärzte sind verpflichtet, die Teilnahme an diesen Untersuchungen an diese Stelle zu melden. Eltern von Kindern, die noch nicht an der Untersuchung teilgenommen haben, werden rechtzeitig vor Ablauf des Untersuchungszeitraums schriftlich erinnert. Wird auf diese Erinnerung auch nach einer entsprechenden Frist nicht reagiert, wird die Kommune über das Versäumnis informiert. Die Kommune wird dann in eigener Zuständigkeit prüfen und entscheiden, ob sie mit den Eltern Kontakt aufnimmt oder nicht. Darüber hinaus bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) einen elektronischen Erinnerungsdienst für die jeweils anstehende Untersuchung an. Unter www.kindergesundheit-info.de kann dieser Dienst genutzt werden. Auch bei der Teilnahme an den U-Untersuchungen konnte ein Unterscheid zwischen sozialschwachen Familien und Familien mit hohem Bildungsniveau verzeichnet werden. Auch wenn die Differenz aufgrund des erwähnten Erinnerungs- und Meldesystems in den letzten Jahren abnahm, unterschieden sich die Teilnehmerquoten der unteren und der hohen Bildungsschicht im Jahr 2012 immer noch um 5 Prozentpunkte¹⁴.

In Oberhausen finden die U1 und U2-Untersuchungen meistens noch in der Geburtsklinik statt, weshalb nahezu 100% der Kinder daran teilnehmen. Werden die ersten Untersuchungen auch noch regelmäßig von den Eltern wahrgenommen, zeigen sich ab der U8-Untersuchung große Unregelmäßigkeiten und werden von vielen Eltern gar nicht mehr wahrgenommen. Durch eine gezielte Aufklärung der Eltern konnte dieser Tendenz allerdings entgegengewirkt werden, so dass die Zahl der teilnehmenden Kinder in Oberhausen, vor allem die Teilnahme an der U7-, U8- und U9-Untersuchung in den Jahren 2010 bis 2014 stetig anstieg. Die Inanspruchnahme der Untersuchungen in Oberhausen liegt allerdings weiterhin unter dem NRW-Durchschnitt (Abbildung 39). Außerdem konnten große Unterschiede im Anteil der untersuchten Kinder zwischen den einzelnen Sozialquartieren in Oberhausen gezeigt werden. So fehlte die U8-Untersuchung in Osterfeld-Mitte/Vonderort, Bermensfeld, Lirich-Süd und im Marienviertel-West bei 15,9 bis 21,6% der Kinder. In den Sozialquartieren Holten/Barmingholten, Buschhausen/Biefang, Sterkrade-Mitte, Borbeck/Neue Mitte/Grafenbusch und Styrum unterzogen sich dagegen durchschnittlich 96,2% aller Kinder einer U8-Untersuchung (Abbildung 40). Ein ähnliches Bild zeigte sich auch für die Teilnahme an der U9-Untersuchung (Abbildung 41).

Tabelle 3: Die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9, sowie J1 im Überblick ²⁹

Untersuchung	Alter	Schwerpunkte
U1	Nach der Geburt	Erkennung von sofort behandlungsbedürftigen Erkrankungen und Fehlbildungen. Kontrolle von lebenswichtigen Funktionen wie Atmung, Herzschlag und Reflexe. Screening zur Früherkennung angeborener Stoffwechselstörungen und endokriner Störungen. Hörscreening.
U2	2. bis 10. Lebensstag	Erkennen von angeborenen Erkrankungen, Untersuchung von Organen, Sinnesorganen und Reflexen.
U3	4. bis 5. Lebenswoche	Erkennung von Entwicklungsauffälligkeiten und Prüfung der Motorik, des Gewichts und der Organe und der Hüften.
U4	3. bis 4. Lebensmonat	Überprüfung der körperlichen und geistigen Entwicklung, der Organe, Sinnesorgane, Geschlechtsorgane und der Haut. Überprüfung von Wachstum und Motorik.
U5	6. bis 7. Lebensmonat	Überprüfung der körperlichen Entwicklung, der Organe, Sinnesorgane, Geschlechtsorgane und der Haut. Prüfung von Wachstum, Motorik und Sprache.
U6	10. bis 12. Lebensmonat	Erkennung von Entwicklungsauffälligkeiten und Untersuchung der Augen, Kontrolle des Bewegungsapparates, der Motorik, der Sprache und der Interaktion.
U7	21. bis 24. Lebensmonat	Erkennung von Entwicklungsauffälligkeiten und Sehstörungen. Test der sprachlichen Entwicklung, Feinmotorik und Körperbeherrschung.
U7a	34. bis 36. Lebensmonat	Untersuchung der körperlichen und geistigen Entwicklung sowie der Sprachentwicklung. Frühzeitige Erkennung von Sehstörungen.
U8	46. bis 48. Lebensmonat	Körperliche Untersuchung, Überprüfung der geistigen und körperlichen Entwicklung, Sehtest, Hörtest, Zahnuntersuchung und Kieferentwicklung, Beweglichkeit, Geschicklichkeit, Sprachvermögen und des Sozialverhaltens.
U9	60. bis 64. Lebensmonat	Körperliche Untersuchung, Erkennen von Entwicklungsauffälligkeiten, Körperhaltung, Beweglichkeit, Geschicklichkeit, Sprachentwicklung und Sehtest.
J1	12 bis 14 Jahre	Allgemeiner Gesundheitszustand, Impfstatus, Abklärung von Fehlhaltungen, seelische und schulische Entwicklung, Verhalten hinsichtlich Rauchen, Alkohol, Drogen, ...

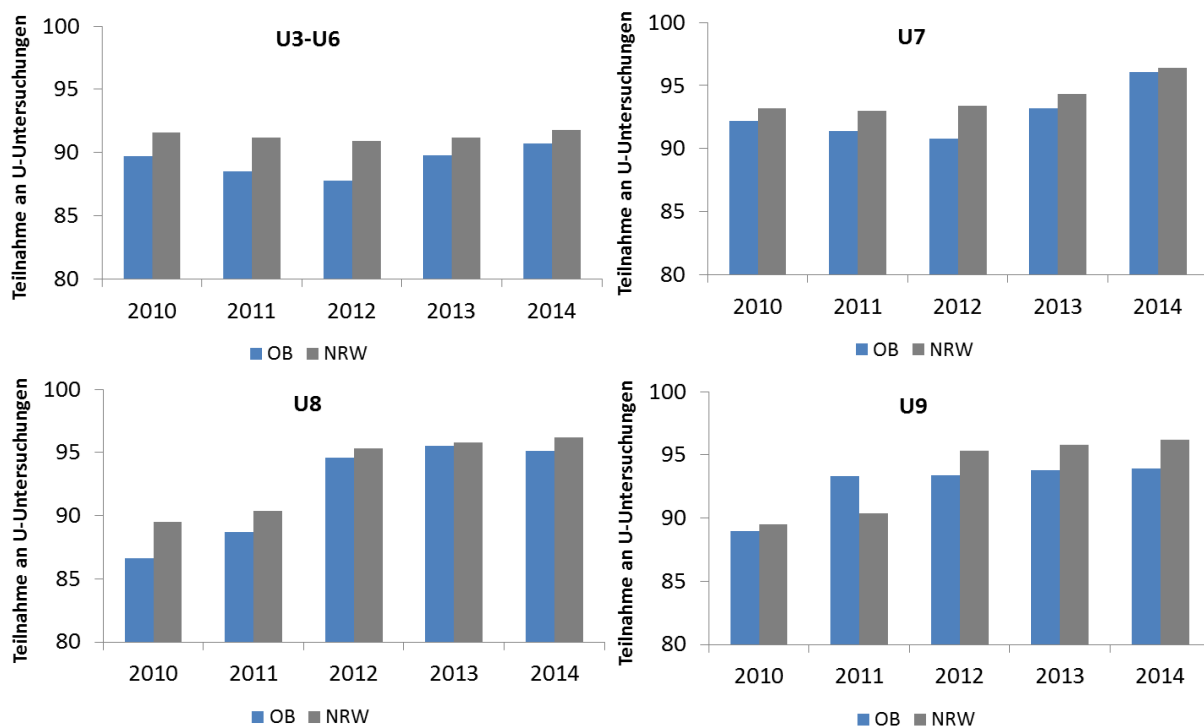


Abbildung 39: Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogrammes für Kinder in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010 bis 2014 (Quelle: LZG.NRW Indikator 07.06, eigene Darstellung).

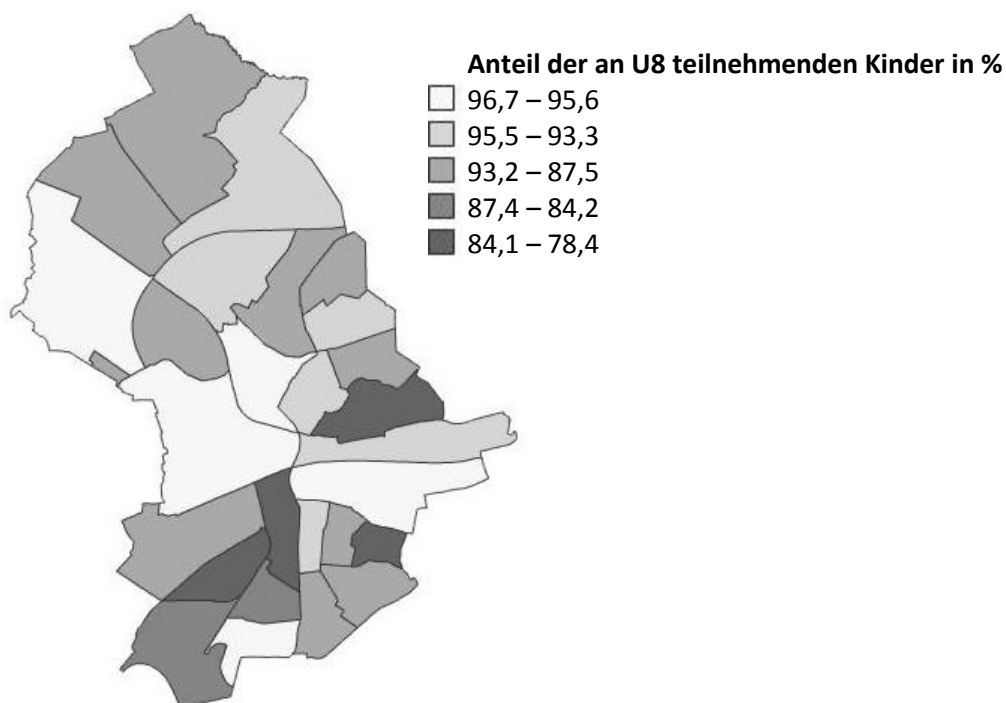


Abbildung 40: Anteil der Kinder mit Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U8 in % aller Kinder mit vorgelegtem Untersuchungsheft bei der Schuleingangsuntersuchung im Jahr 2014 (Quelle: Schuleingangsuntersuchung; Berechnung: Stadt Oberhausen, Bereich Statistik, eigene Darstellung).

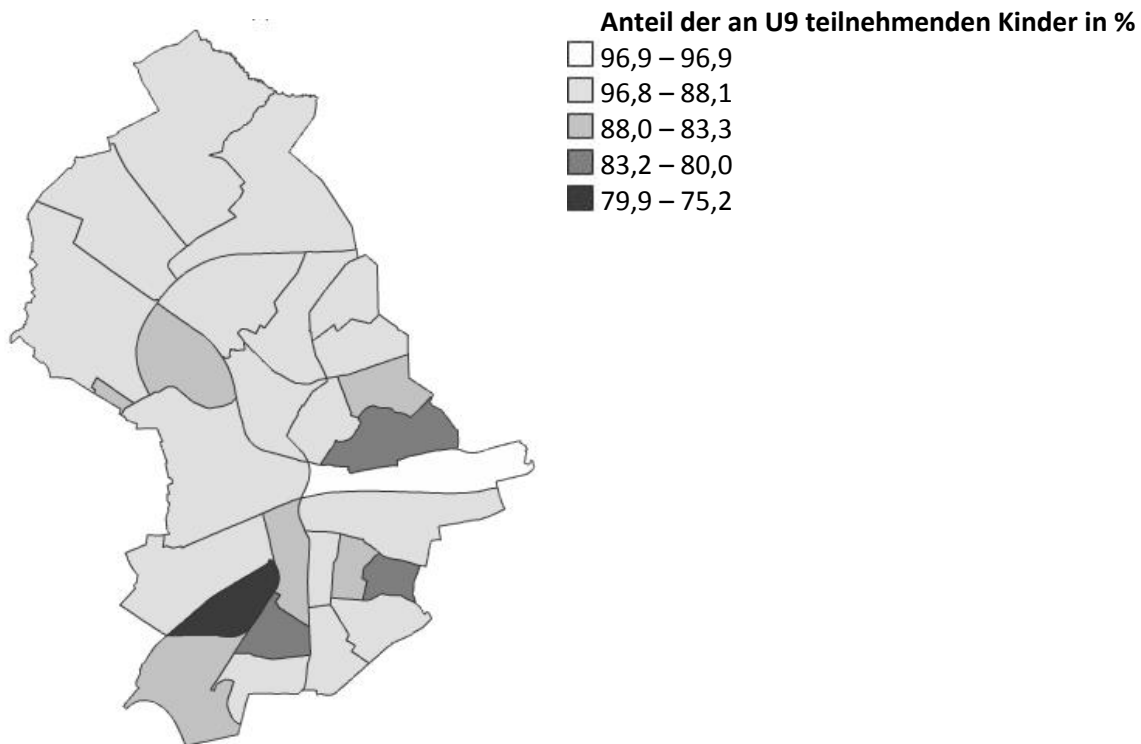


Abbildung 41: Anteil der Kinder mit Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U9 in % aller Kinder mit vorgelegtem Untersuchungsheft bei der Schuleingangsuntersuchung im Jahr 2014 (*Quelle: Schuleingangsuntersuchung; Berechnung: Stadt Oberhausen, Bereich Statistik, eigene Darstellung*).

Besonders die Inanspruchnahme der J1-Untersuchung ist bundesweit sehr gering. Bei einer Familienbefragung von Oberhausener Familien konnte gezeigt werden, dass durchschnittlich 62,8% aller Jugendlichen zwischen 12 und 14 Jahren an der J1 Untersuchung teilnahmen. Auch hier zeigte sich wieder ein Unterschied im sozioökonomischen Status. Jugendliche, die in Familien mit einem hohen Bildungsniveau aufwuchsen wurden zu 66,7% untersucht. Der Anteil der Jugendlichen, die sich einer J1-Untersuchung unterzogen und in Familien mit niedrigem bis mittleren Bildungsniveau aufwuchsen lag nur bei 58,3%. Deshalb wurde das J1-Projekt der Stadt Oberhausen konzipiert. Dieses soll die Akzeptanz der J1-Untersuchung bei Jugendlichen stärken (vergleiche Tabelle 5).

4.3.6 Impfstatus

Neben der Teilnahme an den vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen ist auch der Impfstatus ein wichtiger Indikator, um das Präventionsverhalten und Gesundheitsbewusstsein der Eltern zu beschreiben, schließlich gehören Impfungen zu den wirksamsten und wichtigsten Instrumenten der Prävention. Die Ständige Impfkommission (STIKO) ist ein Expertengremium am Robert Koch-Institut in Berlin und empfiehlt Schutzimpfungen anhand von wissenschaftlichen und klinischen Daten. Momentan werden 12 verschiedene Standardimpfungen empfohlen welche zwischen einem Alter von sechs Wochen und 23 Monaten durchgeführt werden sollen (Tabelle 4). Hinzu kommt die Impfung

gegen humane Papillomviren (HPV), Erreger von Gebärmutterhalskrebs, welche bei Mädchen ab neun Jahren durchgeführt werden sollte. Ab einem Alter von 60 Jahren wird erneut eine Impfung gegen Pneumokokken sowie eine jährliche Influenza (=Grippe)-Impfung empfohlen. Dabei dienen Impfungen nicht nur dem Eigenschutz sondern auch dem Fremdschutz, dem sogenannten Herdenschutz, von dem auch Ungeimpfte profitieren können. Das Erreichen des Herdenschutzes ist immer abhängig von der Übertragungsfähigkeit eines Erregers. Eine Herdenimmunität für Masern ist zum Beispiel bei einer Durchimpfung von 95% erreicht. Durch die hohe Anzahl an immunen Personen wird die Verbreitung des Erregers erheblich erschwert, so dass auch nicht geimpfte Personen vor einer Ansteckung geschützt sind. Dies ist besonders wichtig für Menschen, die sich aufgrund ihres Alters oder Erkrankungen (z.B. Immunschwächen) nicht geimpft werden können und besonders gefährdet sind, schwer zu erkranken ²⁹.

Tabelle 4: Impfkalender mit Standardimpfungen für Säuglinge und Kinder und Jugendliche. G: Grundimmunisierung, N: Nachholimpfung, A: Auffrischimpfung ³⁰.

Impfung	Alter in Wochen	Alter in Monaten					Alter in Jahren			
	6	2	3	4	11-14	15-23	2-4	5-6	9-14	15-17
Tetanus		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2	
Diphtherie		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2	
Pertussis Keuchhusten		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2	
Hib <i>H. influenza Typ b</i>		G1	G2	G3	G4	N	N			
Poliomyelitis Kinderlähmung		G1	G2	G3	G4	N	N		A1	
Hepatitis B		G1	G2	G3	G4	N	N			
Pneumokokken		G1		G2	G3	N				
Rotaviren	G1	G2	(G3)							
Meningokokken C					G1 (ab 12 Monaten)		N			
Masern					G1	G2	N			
Mumps, Röteln					G1	G2	N			
Varizellen Windpocken					G1	G2	N			
HPV Humane Papillomviren									G1/ G2	N

Bei Betrachtung der Impfquoten bezüglich Polio, Tetanus, Diphterie, Hepatitis B, Hib und Pertussis von Oberhausener Schulanfängerinnen und Schulanfängern wird deutlich, dass diese über dem NRW-Durchschnitt liegt. (Abbildung 42). Hierbei ist allerdings zu beachten, dass im Zuge der Schuleingangsuntersuchung nur Kinder im Alter von fünf bis sechs Jahren erreicht werden. Ob weitere Impfungen im späteren Kinder- und Jugendalter durchgeführt werden bzw. ob Auffrischimpfungen im Erwachsenenalter wahrgenommen werden, kann zu diesem Zeitpunkt nicht ermittelt werden.

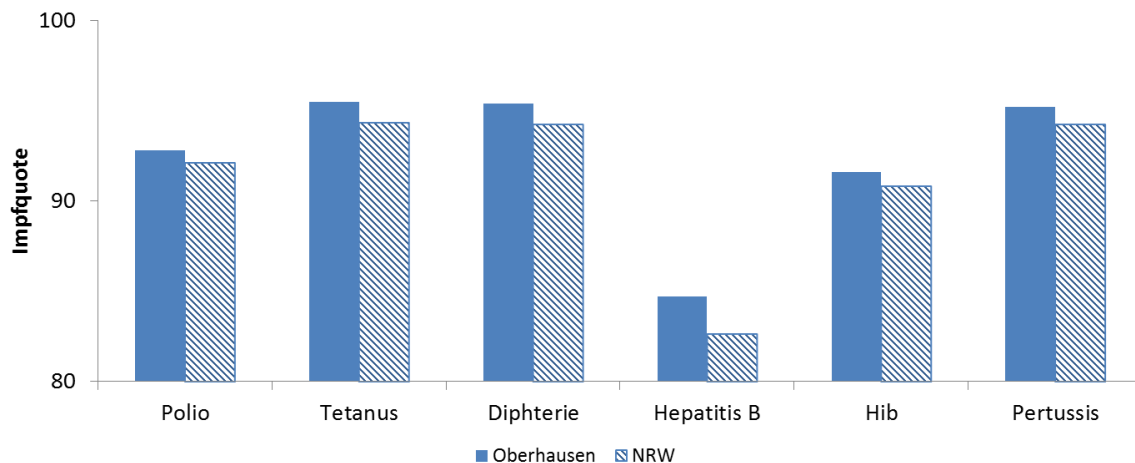


Abbildung 42: Impfquote bezüglich Polio, Tetanus, Diphterie, Hepatitis B, Hib und Pertussis bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern in Oberhausen und NRW für das Jahr 2014. (Quelle: LZG.NRW Indikator 07.13, eigene Darstellung).

Auch bei den Impfquoten für Masern, Mumps, Röteln und Varizellen (Windpocken) liegen die Oberhausener Werte über dem NRW-Durchschnitt. Bei diesen Schutzimpfungen wird ein zuverlässiger Impfschutz nur durch eine zweite Impfung gewährleistet, weshalb hier beide Teilimpfungen betrachtet werden müssen. Im Jahr 2014 waren 99,1% der Schulanfängerinnen und Schulanfänger mindestens einmal gegen Masern geimpft. Mit einem Anteil von 95,3% zweimalig gegen Masern geimpften Kindern konnte sogar die erwünschte Durchimpfungsrate von 95% erzielt werden. Die geringste Impfquote konnte für Varizellen erreicht werden. Die Gründe liegen darin, dass die erste Varizellenimpfung erst im Jahr 2004 und eine zweimalige Varizellenimpfung erst im Jahr 2009 seitens der STIKO empfohlen wurde, so dass vor allem in den Jahren 2010 bis 2012 die Akzeptanz noch geringer war (Abbildung 43).

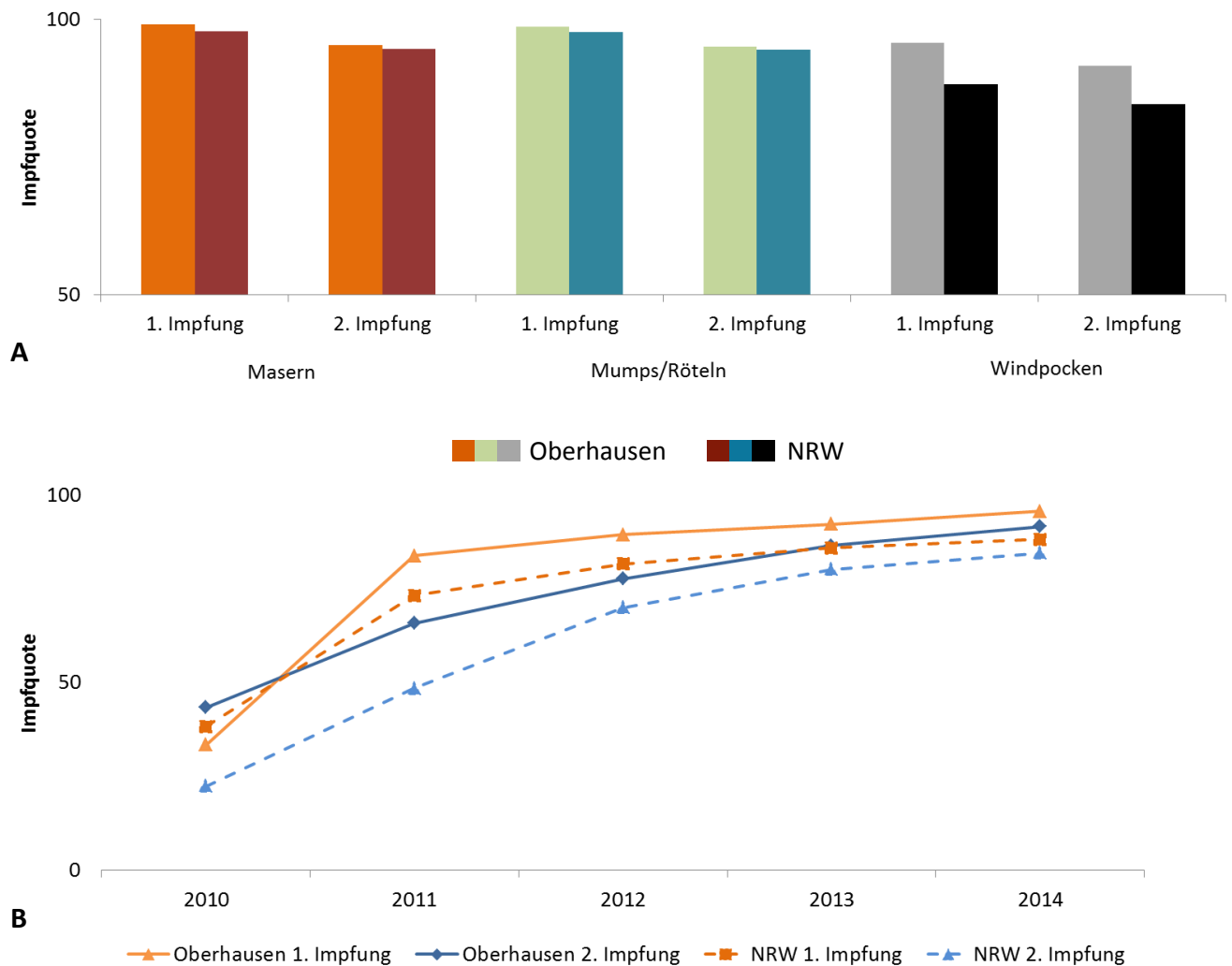


Abbildung 43: A Impfquote (1. und 2. Impfung) bezüglich Masern, Mumps, Röteln und Windpocken bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern in Oberhausen und NRW im Jahr 2014. **B** Entwicklung der Impfquote (1. und 2. Impfung) für Windpocken in den Jahren 2010 bis 2014. (Quelle: LZG.NRW Indikator 07.14, eigene Darstellung).

4.4. MORTALITÄT

Die Mortalität oder Sterblichkeit ist ein wesentlicher Indikator um den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung zu beurteilen. In Nordrhein-Westfalen lag die mittlere Lebenserwartung von Frauen bei 82,6 Jahren und bei Männern bei 77,8 Jahren (Mittelwert der Jahre 2012, 2013 und 2014). Im selben Zeitraum lag die Lebenserwartung bei Frauen in Oberhausen bei 81,3 Jahren und weicht somit 1,3 Jahre vom Landesdurchschnitt ab. Männer werden durchschnittlich 76,1 Jahre alt und liegen somit 1,7 Jahre unter dem NRW-Durchschnitt. Bei Betrachtung der Sozialquartiere der Stadt Oberhausen wird deutlich, dass es hier erhebliche Unterschiede gibt. Der Abstand zwischen der höchsten und der niedrigsten Lebenserwartung in den Sozialquartieren beträgt bei Frauen circa acht Jahre und bei Männern sieben Jahre (Abbildung 44). Zur Erklärung dieser Unterschiede können unterschiedliche Faktoren in Betracht gezogen werden wie z.B. sozioökonomische Gründe.

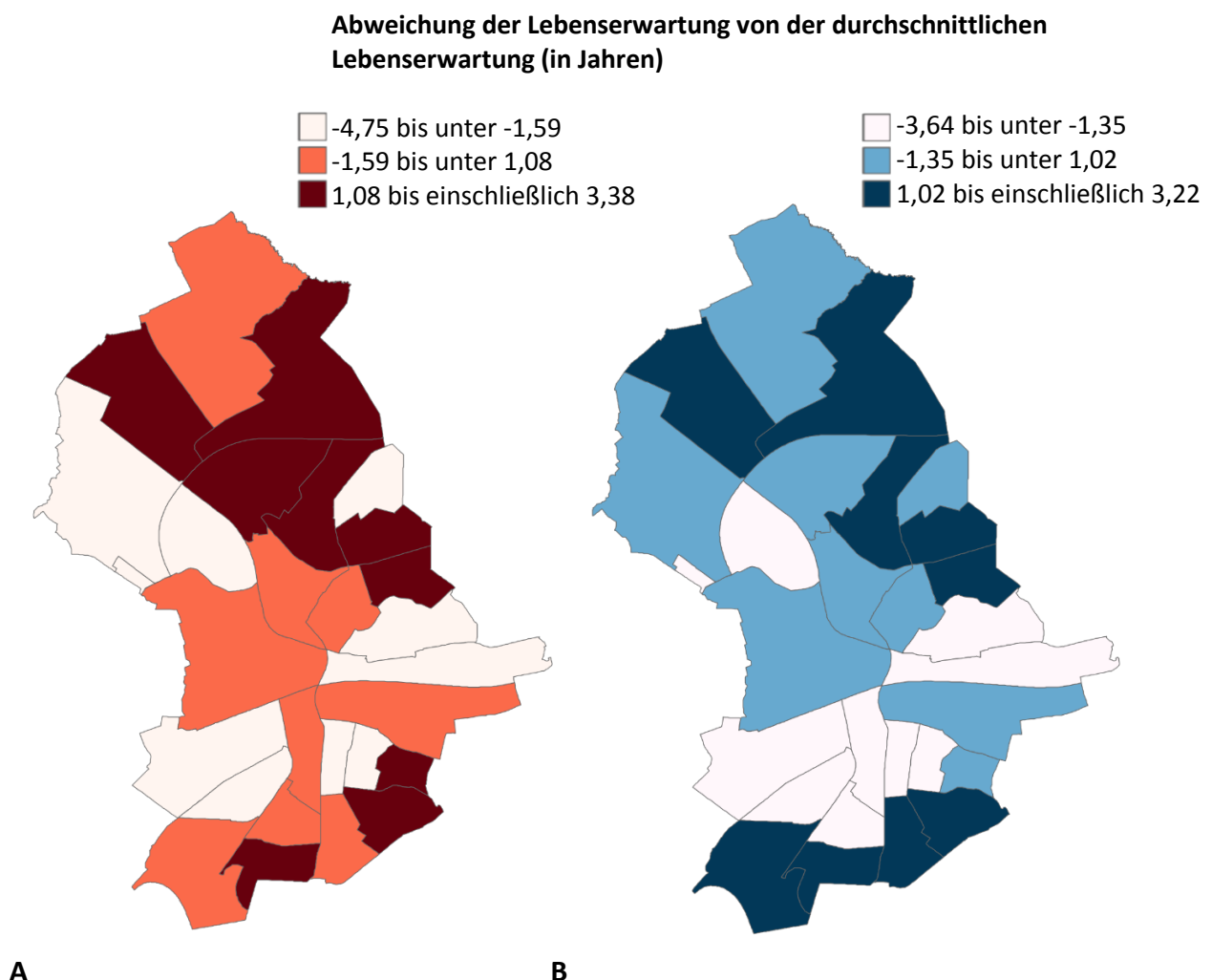


Abbildung 44: Abweichung der mittleren Lebenserwartung von **A** Frauen und **B** Männern vom Städtedurchschnitt in Oberhausen. Für die Berechnung wurden die Jahre 2010 bis 2014 gemittelt (*Quelle: Todesbescheinigungen der Stadt Oberhausen, eigene Berechnungen*).

Bei Betrachtung der altersstandardisierten Sterberate auf Sozialquartiersebene wird deutlich, dass es zu erheblichen Unterschieden zwischen den einzelnen Quartieren kommt. Die Zahlen liegen zwischen 310 Sterbefällen je 100.000 Einwohner im Quartier Schwarze Heide und 806 Sterbefälle je 100.000 Einwohner in Osterfeld-Mitte / Vonderort (Abbildung 45).

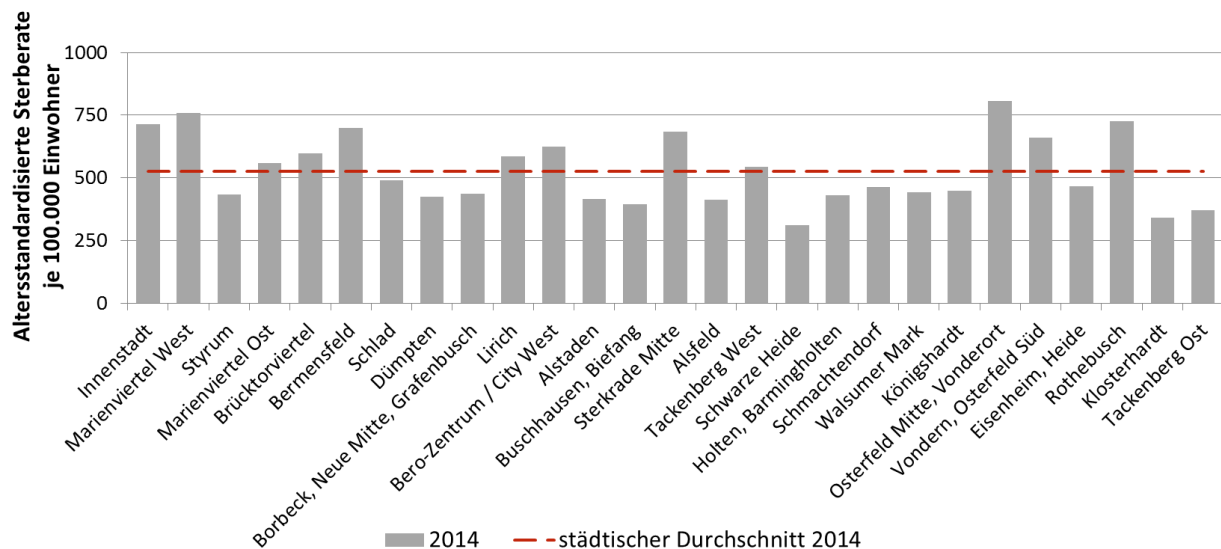
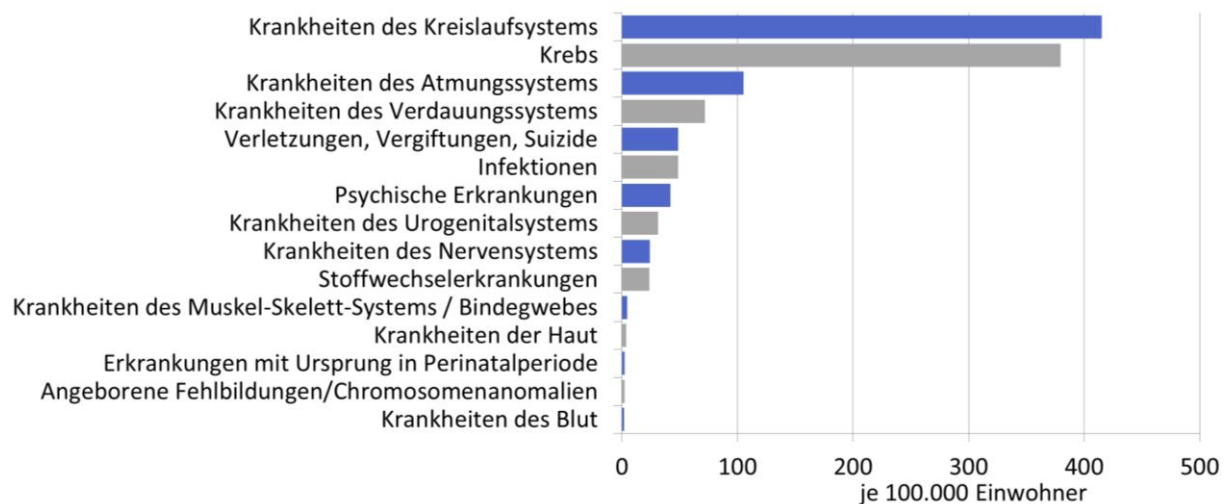


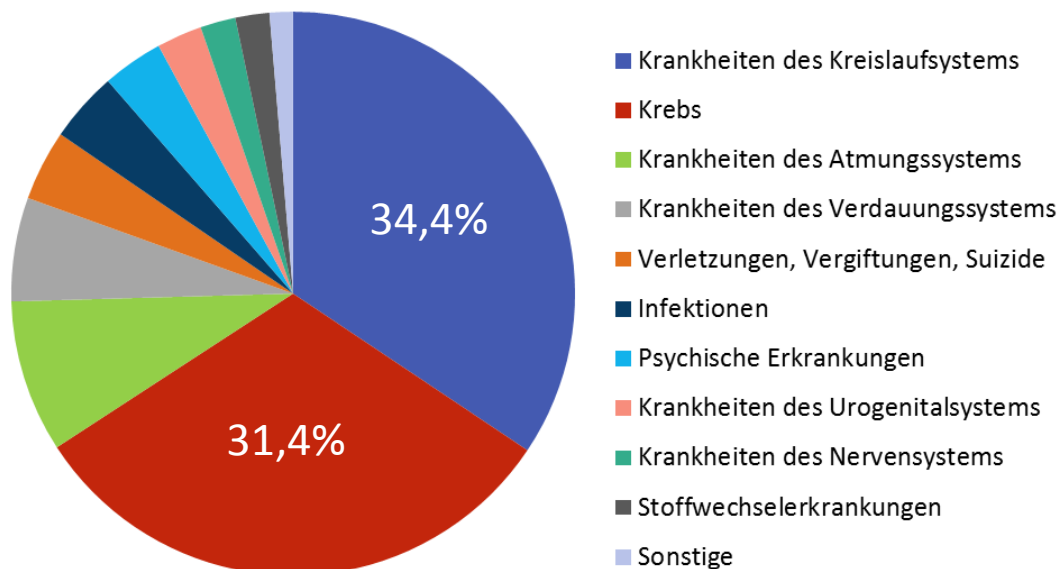
Abbildung 45: Altersstandardisierte Sterberate je 100.000 Einwohner für Oberhausen im Jahr 2014 (Quelle: Todesbescheinigungen der Stadt Oberhausen, eigene Berechnungen).

4.4.1 Todesursachenstatistik

In den Jahren 2010 bis 2014 starben in Oberhausen statistisch $2634,4 \pm 86,8$ Menschen pro Jahr. Zu den häufigsten Todesursachen in NRW und auch in Oberhausen gehörten in den letzten Jahren Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Gefolgt von Krankheiten des Atmungssystems, des Verdauungssystems sowie Todesursachen durch Unfälle und Suizide ¹⁴ (Abbildung 46).



A



B

Abbildung 46: Todesursachenstatistik: **A** Todesursachen sortiert nach ihrer Häufigkeit =Anzahl der Personen je 100.000 Einwohner, die im Jahre 2014 in Oberhausen an der jeweiligen Erkrankung verstorben sind und **B** die prozentuale Verteilung der Todesursachen (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, MORTAdat, eigene Berechnung).

Im Vergleich mit allen Kreisen und Kommunen von NRW nimmt Oberhausen für die Todesfälle durch Infektionen und Erkrankungen des Verdauungssystems Platz 2 ein, für

Todesfälle durch Herz-Kreislaufferkrankungen und Krebs nimmt Oberhausen Platz 6 in NRW ein (Abbildung 47).

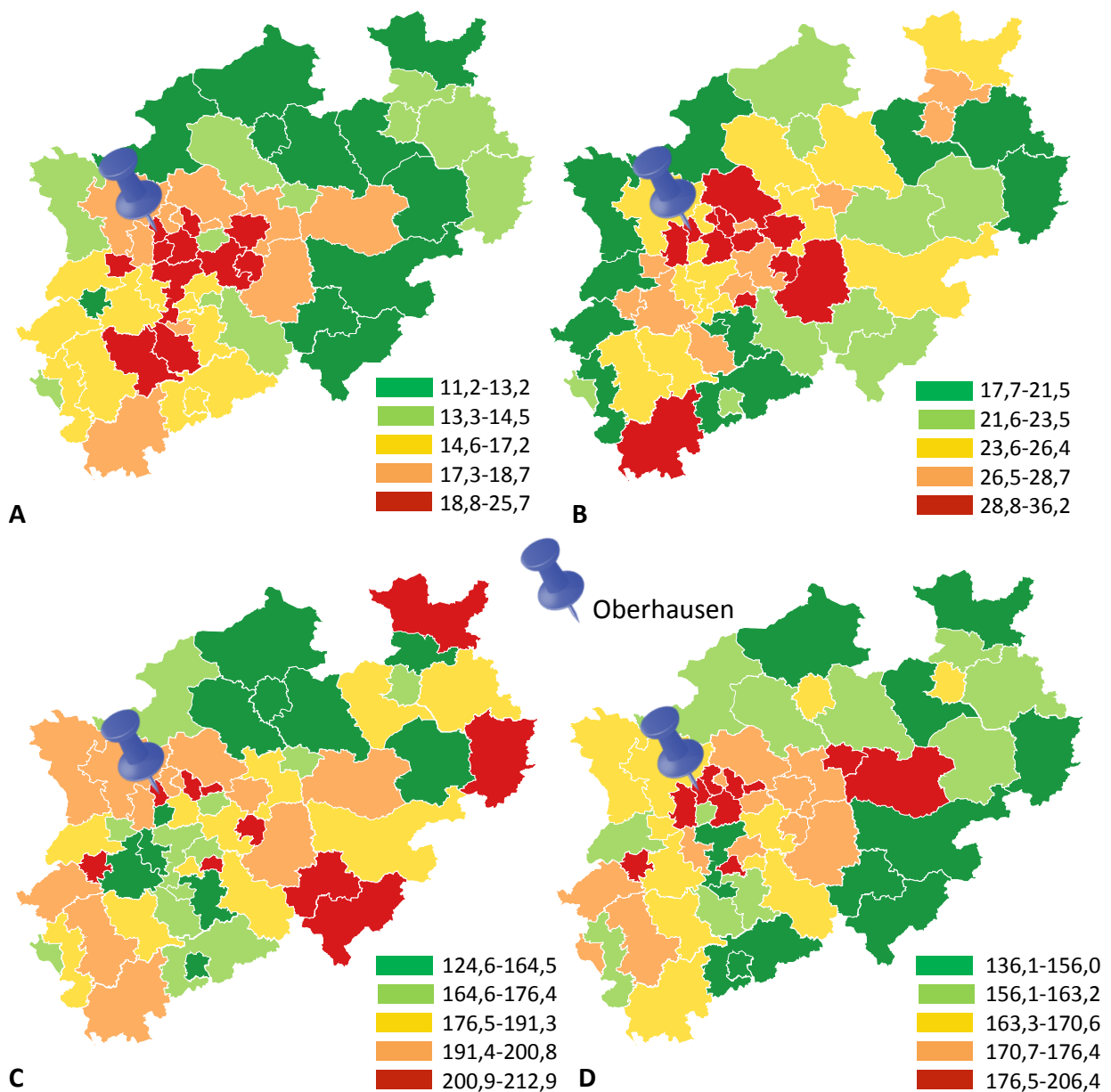
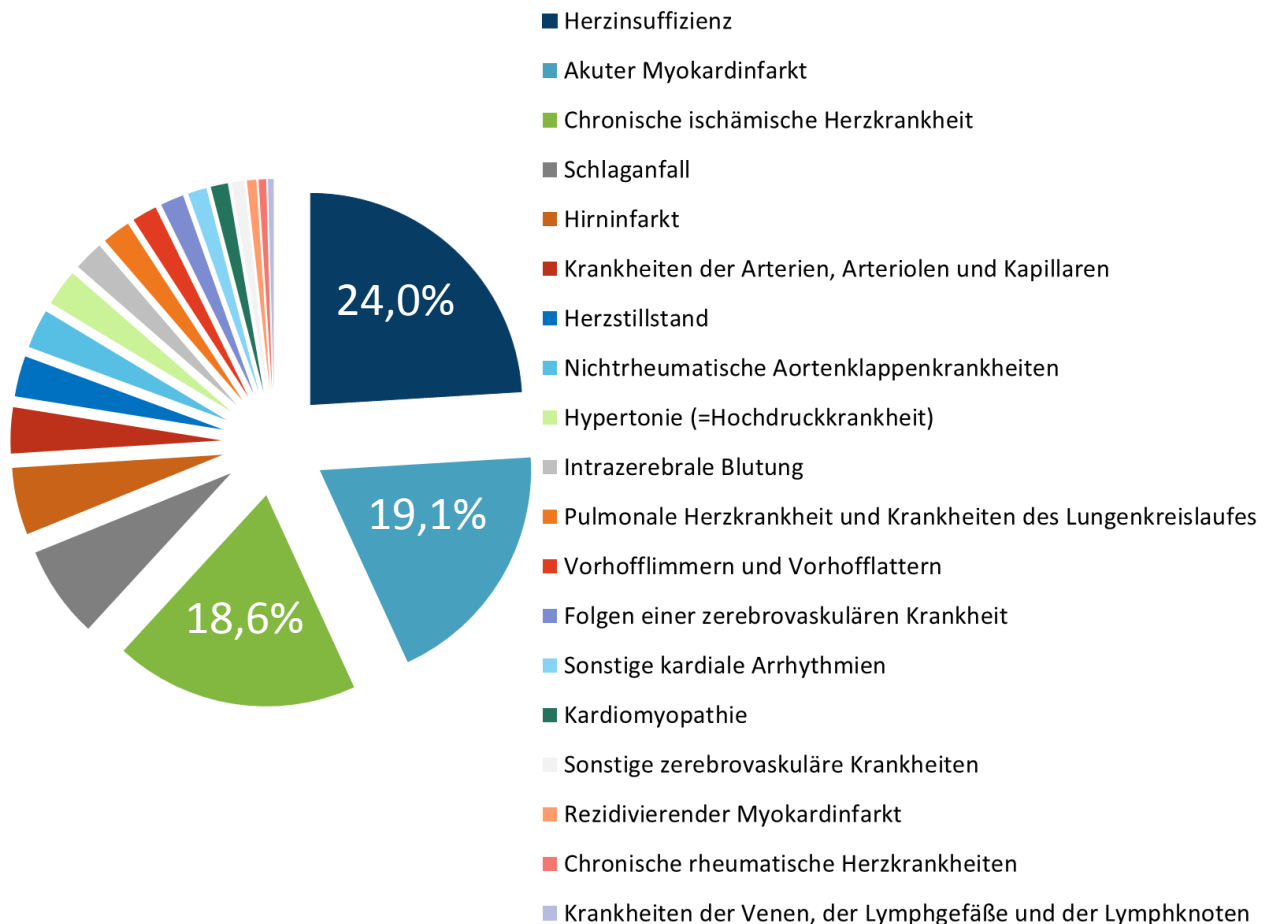


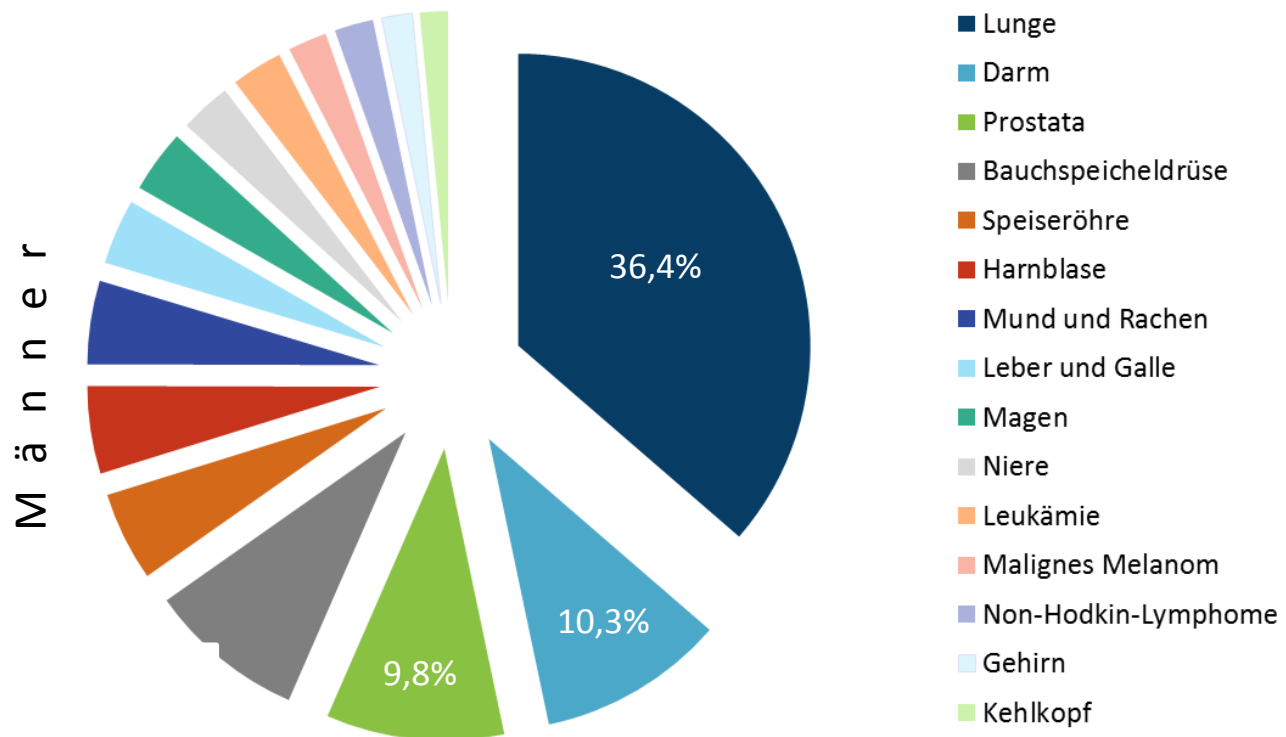
Abbildung 47: Mortalitätsrate je 100.000 Einwohner im NRW-Vergleich im Jahr 2014 wegen **A** Infektionen, **B** Krankheiten des Verdauungssystems, **C** Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems und **D** Krebs (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, MORTAdat).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören immer noch mit Abstand zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland, in NRW und auch in Oberhausen. In Oberhausen versterben 34,4% der Einwohner an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (Abbildung 46 B). Innerhalb dieser Krankheiten ist die Herzinsuffizienz für die meisten Sterbefälle verantwortlich, gefolgt vom akuten Myokardinfarkt (Herzinfarkt), der chronischen ischämischen Herzkrankheit und dem Schlaganfall (Abbildung 48) (vergleiche Infobox 2).

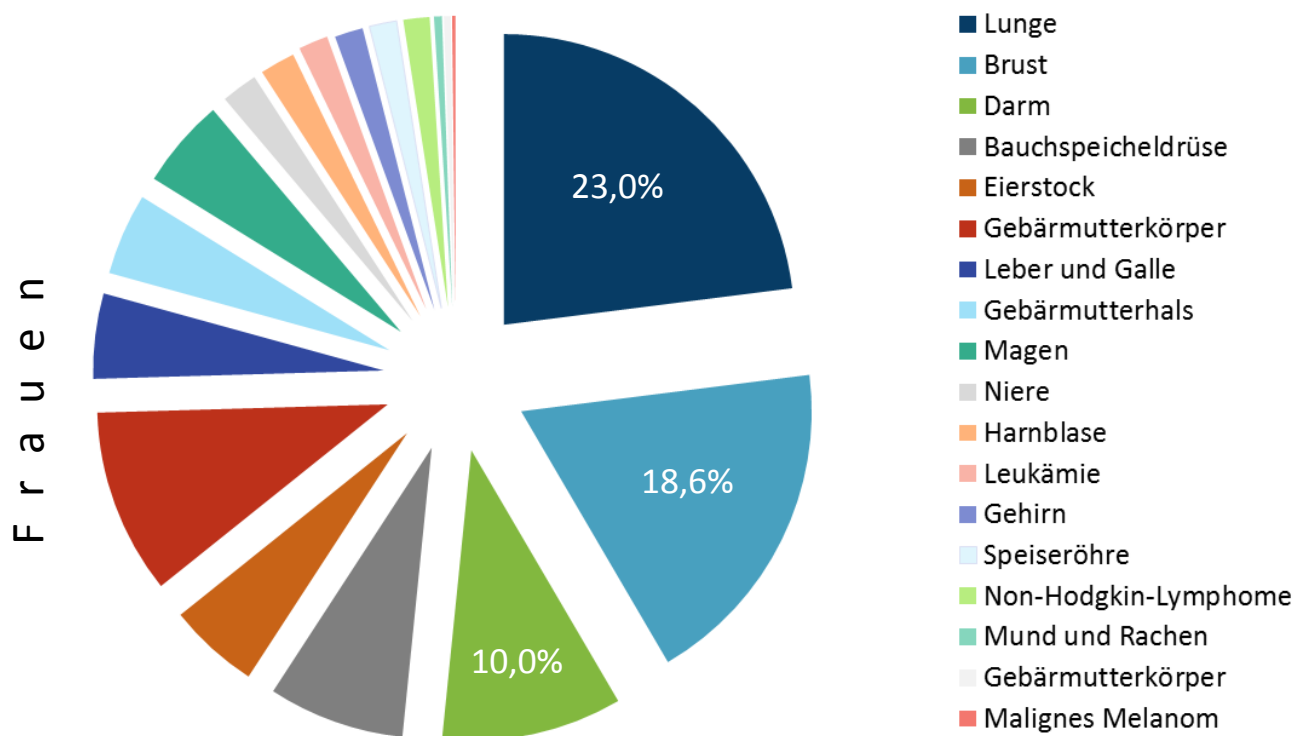


Abbildungen 48: Prozentuale Verteilung der verschiedenen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die im Jahr 2014 in Oberhausen zum Tod führten (*Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, MORTAdat, eigene Berechnung*).

Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache in Oberhausen. Im Jahr 2014 starben 31,4% aller Oberhausener Bürgerinnen und Bürger aufgrund einer Krebserkrankung. Sowohl bei Frauen (36,4%) als auch bei Männern (23,0%) nimmt der Lungenkrebs Platz 1 innerhalb der Krebserkrankungen als Todesursache ein (Abbildung 49 A und B). Des Weiteren versterben Männer, wenn sie an einer Krebserkrankung versterben, zu 10,3% an Darm- und zu 9,8% an Prostatakrebs. Frauen vor allem an Brust- (18,6%) und ebenfalls Darmkrebs (10,0%).



A



B

Abbildung 49: Prozentuale Verteilung der verschiedenen Krebserkrankungen, die im Jahr 2014 in Oberhausen zum Tod von **A** Männern und **B** Frauen führten (*Quelle: Epidemiologisches Krebsregister Nordrhein-Westfalen, eigene Darstellung*).

Die dritthäufigste Todesursache im Jahr 2014 in Oberhausen waren Krankheiten des Atmungssystems. 8,7% aller Todesfälle sind auf Erkrankungen der Lunge zurückzuführen. Innerhalb dieser Erkrankungsgruppe verstarben circa die Hälfte der Patientinnen und Patienten an der chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD, vergleiche auch Infobox 3), gefolgt von Pneumonien (25,3%) und Pneumonien durch exogene Substanzen wie Asbest oder Quarzstaub (15,9%). COPD und auch Pneumonien führen vor allem ab dem 60. Lebensjahr zum Tod. Jüngere Patienten und Patientinnen sind nicht betroffen. Darüber hinaus versterben Männer sehr viel häufiger an diesen Erkrankungen als Frauen (Abbildung 50 und 51).

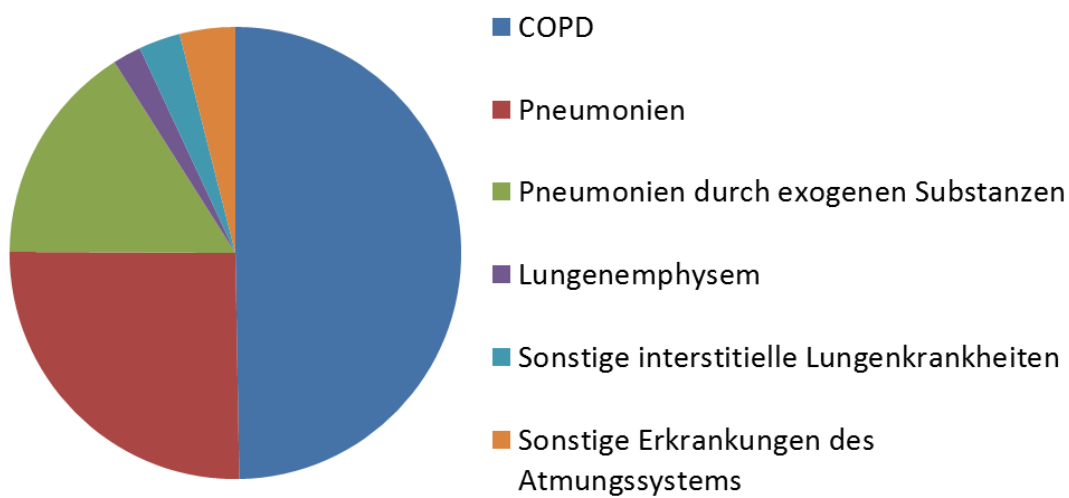
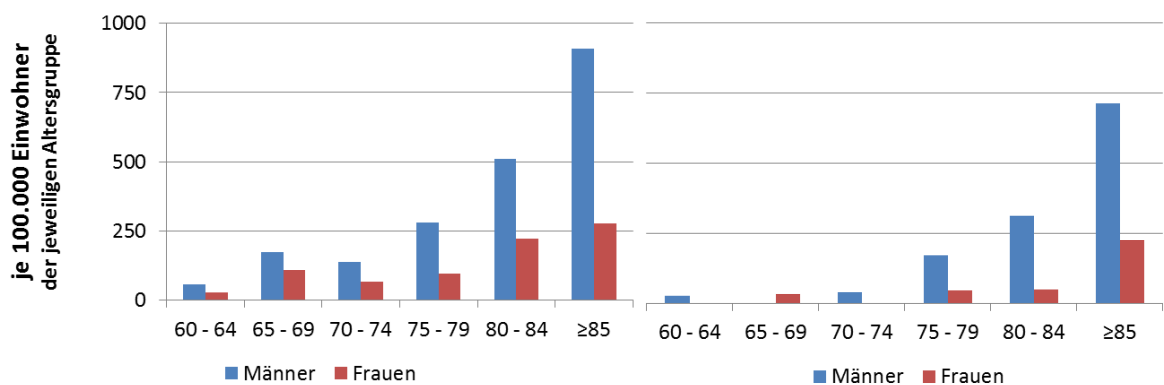


Abbildung 50: Prozentuale Verteilung der verschiedenen Erkrankungen des Atmungssystems, die im Jahr 2014 in Oberhausen zum Tod führten (*Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, MORTAdat, eigene Berechnung*).



A

B

Abbildung 51: Todesfälle aufgrund von **A** COPD und **B** Pneumonien in Oberhausen im Jahr 2014 je 100.000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe nach Alter und Geschlecht (*Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, MORTAdat*).

Oberhausen belegt im NRW-Vergleich Platz 2 der Todesfälle durch Erkrankungen des Verdauungssystems, also der Leber, des Darmes, der Gallenblase, der Bauchspeicheldrüse, des Ösophagus, des Magens, des Zwölffingerdarms sowie Gastroenteritis und Kolitis. Circa die Hälfte aller Todesfälle innerhalb dieser Gruppe ist auf Krankheiten der Leber zurückzuführen, wo davon wiederum die Hälfte auf die alkoholische Leberkrankheit und ein weiteres Viertel auf Leberfibrose bzw. Leberzirrhose zurückzuführen ist (Abbildung 52).

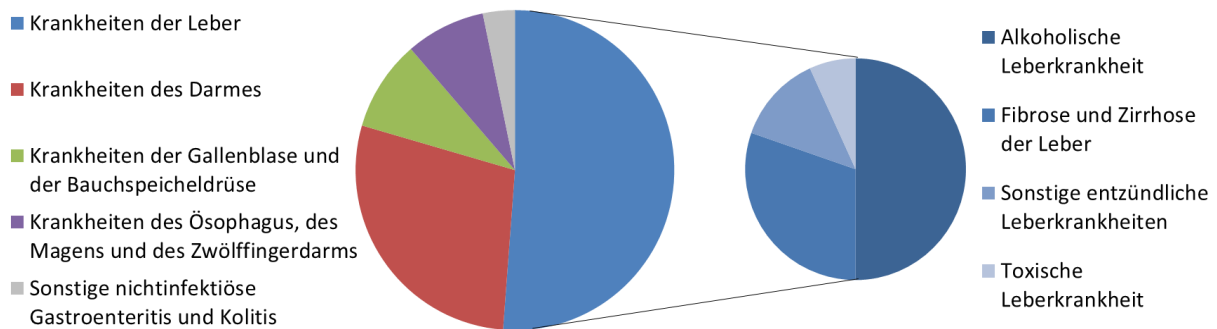


Abbildung 52: Prozentuale Verteilung der verschiedenen Erkrankungen des Verdauungssystems sowie der Krankheiten der Leber, die im Jahr 2014 in Oberhausen zum Tod führten (*Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2016, MORTAdat, eigene Berechnung*).

4.4.2 Vorzeitige und vermeidbare Mortalität

Im Rahmen der Mortalität ist auch die vorzeitige und vermeidbare Sterblichkeit ein wichtiger Indikator. Unter der vorzeitigen Sterblichkeit versteht man alle Sterbefälle vor dem 65. Lebensjahr. Die Anzahl der verlorenen Lebensjahre kann einen Hinweis darauf geben, wie viele Jahre vorzeitig durch Lebensqualitätsunterschiede, unterschiedliche Lebensstile oder Lebensverläufe oder dem Zugang zu präventiven und kurativen Dienstleistungen verloren gehen³¹. Die vorzeitige Mortalität ist vor allem ein Problem der Männer. In den Jahren 2010 bis 2014 verstarben in Oberhausen durchschnittlich $21,6\% \pm 3,0$ der Männer vorzeitig, aber nur $12,0\% \pm 2,6$ der Frauen. Auch bei der kleinräumigen Betrachtung fällt auf, dass Männer sehr viel häufiger vorzeitig versterben als Frauen. Die Werte unterliegen hier einer großen Spanne und schwanken von $34,3\% \pm 5,0$ in Lirich und $33,8 \pm 12,4$ im Marienviertel Ost bis zu $12,6\% \pm 3,2$ in Rothebusch bei den Männern und von $27,3\% \pm 5,2$ in Vondern/Osterfeld-Süd bis zu $1,4\% \pm 2,2$ im Marienviertel West bei den Frauen (Abbildung 53). Einige vorzeitige Todesfälle gelten zusätzlich als vermeidbare Todesfälle. Dabei handelt es sich vor allem um Sterbefälle aufgrund von Krankheiten oder Unfällen, die aufgrund einer gesunden Verhaltensweise oder primärpräventive Maßnahmen oder aber auch durch Früherkennungsuntersuchungen und eine adäquate medizinische Behandlung vermieden werden können. Dazu zählen Verkehrsunfälle sowie Erkrankungen wie Leberzirrhose, bösartige Neubildungen der Bronchien und der Lunge sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen wie Brustkrebs oder Gebärmutterhalskrebs. All diese

Erkrankungen können durch eine konsequente Gesundheitsbewusstseinsbildung reduziert werden und ein vorzeitiger Tod vermieden werden. Auch Todesfälle durch Suizid gehören zu den vermeidbaren Sterbefällen. Durch Suizid sterben in Deutschland mehr Menschen als durch Verkehrsunfälle, Drogenmissbrauch und Aids zusammen. Ein rechtzeitiges Einschreiten kann einen Suizid verhindern, denn bei 90% aller Fälle steht der Suizid im Zusammenhang zu einer psychischen Erkrankung, meist einer Depression, außerdem werden 80% aller Suizide von den Betroffenen angekündigt. Depressionen, die Alarmzeichen und Therapiemöglichkeiten werden in Kapitel 4.1.7 thematisiert ³². In Oberhausen begangen in den Jahren 2010 bis 2014 mehr Männer als Frauen Selbstmord. Die Selbstmordrate bei Männern liegt dabei unter dem NRW-Durchschnitt. Die Selbstmordrate bei Frauen entspricht etwa dem NRW-Durchschnitt (Abbildung 54 A). Suizide werden in allen Altersstufen begangen. Bei Kindern und Jugendlichen handelt es sich um die häufigste Todesursache, etwa jeder dritte Selbstmörder ist älter als 65 Jahre. Gründe hierfür sind eine zunehmende Vereinsamung, aber auch finanzielle Nöte (Abbildung 54 B).

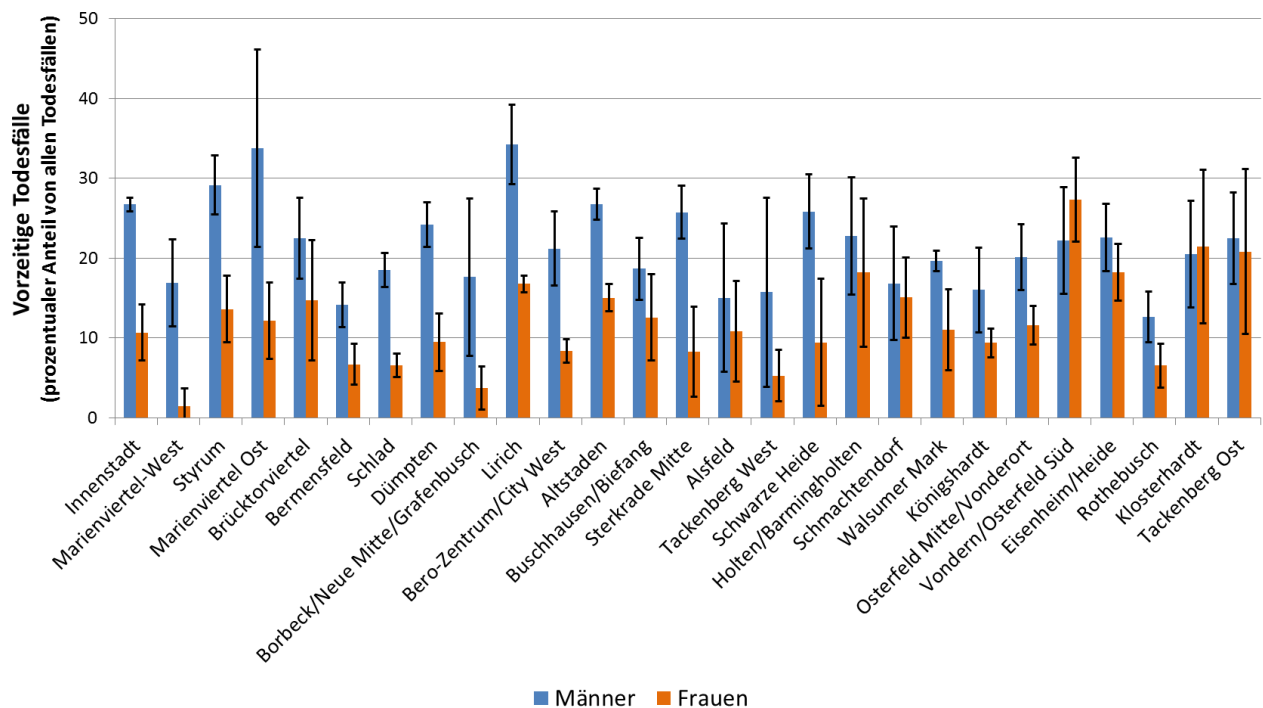
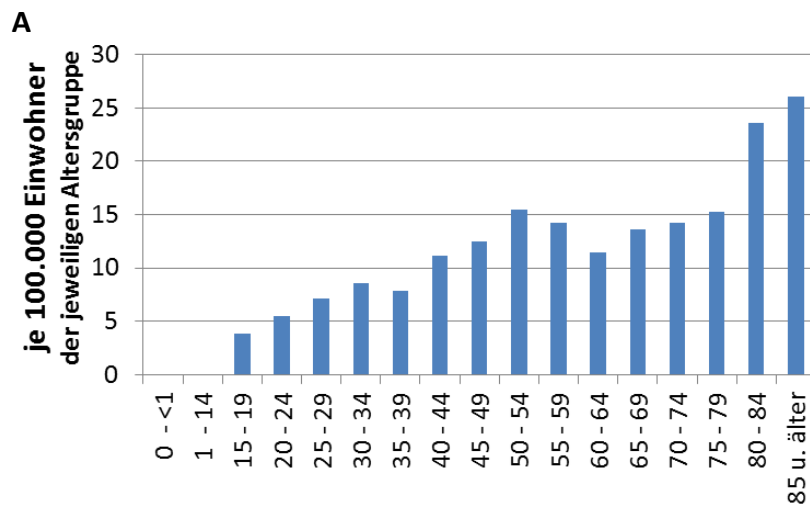
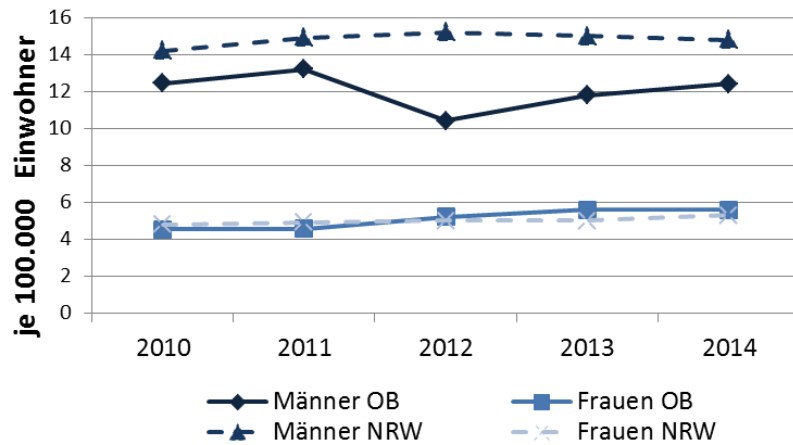


Abbildung 53: Vorzeitige Todesfälle bei Männern und Frauen in Oberhausen. Die vorzeitigen Todesfälle sind als prozentualer Anteil von allen Todesfällen in den jeweiligen Sozialquartieren angegeben. 5-Jahres-Mittelwert der Jahre 2010 bis 2014 (Quelle: Todesbescheinigungen der Stadt Oberhausen, eigene Berechnungen).



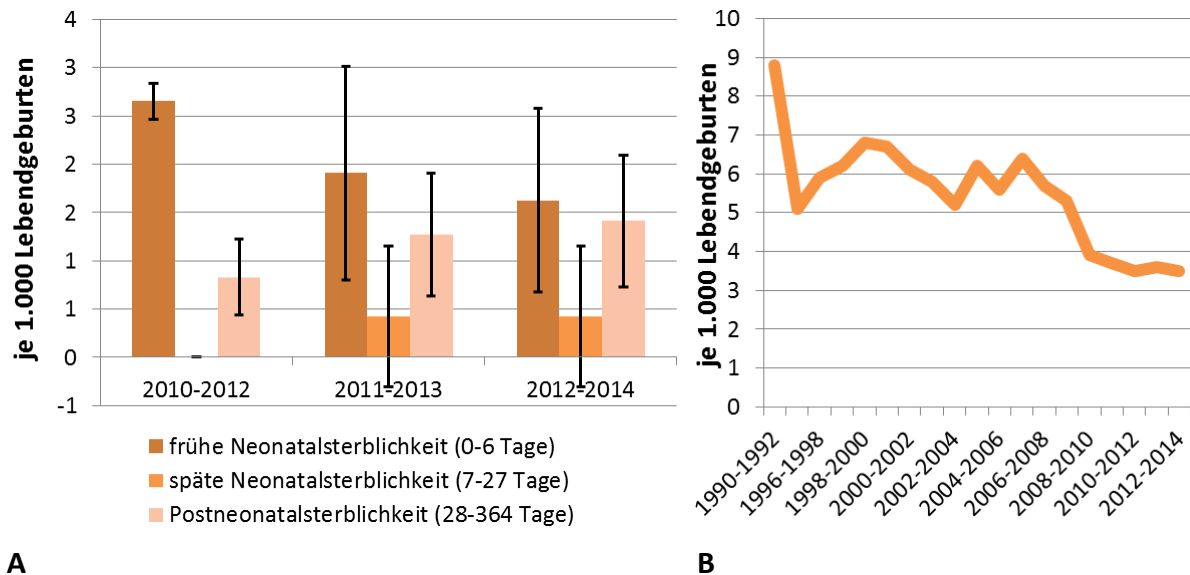
B

Abbildung 54: A Todesfälle aufgrund von Suizid in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010 bis 2014 je 100.000 Einwohner nach Geschlecht. **B** Altersverteilung der Todesfälle aufgrund von Suizid in NRW im Jahr 2014 je 100.000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe (Quelle: LZG.NRW, Indikator 3.89, GBE Stat 2016, MORTAdat, eigene Berechnung).

4.4.3 Säuglingssterblichkeit

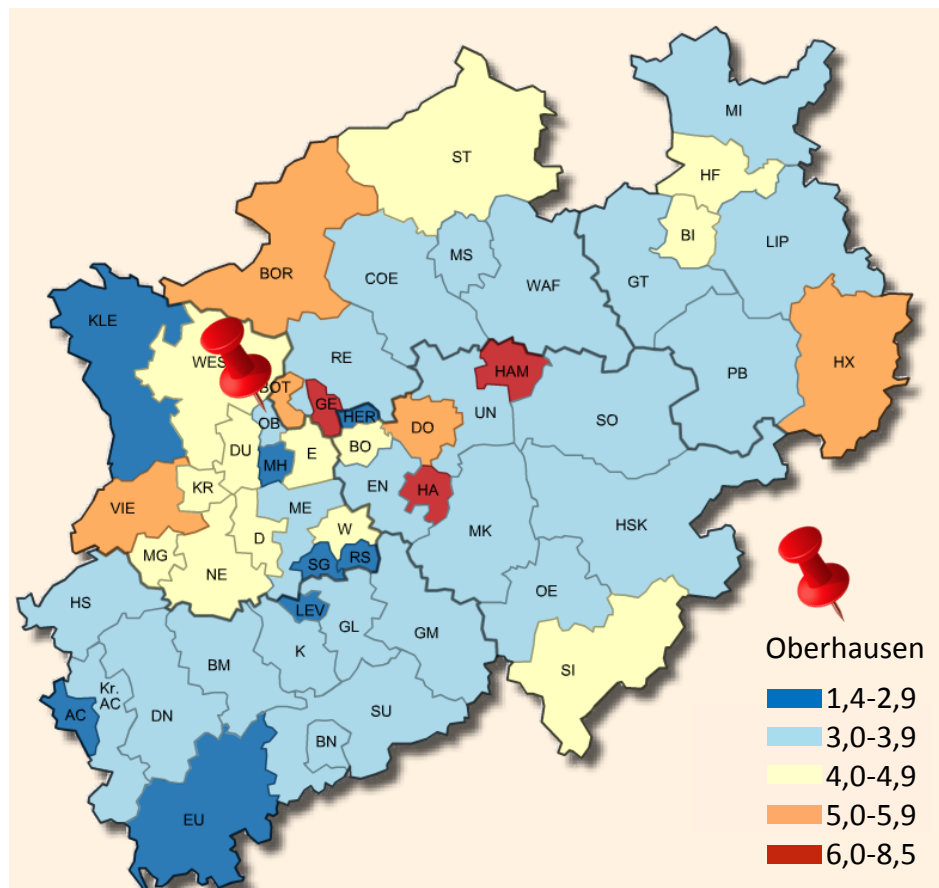
Ein weiterer wichtiger Indikator für die Qualität der Lebensverhältnisse eines Landes sowie für den medizinischen Standard und die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind ist die Säuglingssterblichkeit. Definiert wird die Säuglingssterblichkeit als die Zahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene und wird als Promille (‰) angegeben. Da es sich bei der Säuglingssterblichkeit um ein sehr seltenes Ereignis handelt, sind die Zufallsschwankungen von Jahr zu Jahr hoch. Daher werden kleinräumige Zahlen in Form von 3-Jahres Mittelwerten gebildet um verlässliche Abschätzungen zu erhalten. Bei der Darstellung der Säuglingssterblichkeit wird unterschieden zwischen der frühen Neonatalsterblichkeit (Lebensdauer von unter sieben Tagen), der späten Neonatalsterblichkeit (Lebensdauer von 7 bis 27 Tagen) und der Postneonatalsterblichkeit (Lebensdauer von 28 bis 364 Tagen) ³³. In den letzten Jahren stiegen die späte Neonatalsterblichkeit sowie die Postneonatalsterblichkeit wieder leicht an, wohingegen die

frühe Neonatalsterblichkeit weiter sank (Abbildung 55 A). Dabei ist die Säuglingssterblichkeit seit 1990 rapide gesunken (Abbildung 55 B). Allgemein liegen die Zahlen aus Oberhausen seit vielen Jahren unter dem NRW-Durchschnitt. Im Jahr 2014 lag die Säuglingssterblichkeit in Oberhausen bei 3,5‰, in NRW bei 3,8‰ (Abbildung 55 C).



A

B



C

Abbildung 55: A Säuglingssterblichkeit in Oberhausen für die Jahre 2010 bis 2014 je 1.000 Lebendgeburten, B im zeitlichen Verlauf seit 1990 sowie C im landesweiten Vergleich (Quelle: LZG.NRW Indikator 03.53_01, eigene Darstellung).

Diese positive Entwicklung ist auf die vermehrte Aufklärung der Eltern über vermeidbare Risiken und die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen wie das Schlafen in Rückenlage, die Schaffung einer rauchfreien Umgebung, die richtige Matratze, die Schlafzimmertemperatur sowie die Verwendung eines Babyschlafsackes (Präventionskampagne „Gesunder Babyschlaf“) zurückzuführen. Die Allianz Kindergesundheit e.V. und die Förderinitiative krankes Kind e.V. (FinkK) ermöglichen seit 2010 durch ihre Finanzierung, dass jedes Kind, welches im Evangelischen Krankenhaus Oberhausen geboren wird, einen Schlafsack bekommt³⁴.

5. Integrierte Gesundheitsberichterstattung

In der integrierten Gesundheitsberichterstattung werden Daten aus verschiedenen Perspektiven zusammengefügt und ermöglichen eine weitergehende Interpretation der Daten durch eine ressortübergreifende Betrachtungsweise. Dies ist auch wichtig, denn Gesundheit wird nicht mehr nur als bloße Abwesenheit von Krankheit verstanden sondern laut WHO als ein Zustand des umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. In der Ottawa Charta der WHO werden zudem grundlegende Voraussetzungen für Gesundheit beschrieben ³⁵. Hierzu zählen zum Beispiel Friede, Unterkunft, Bildung, Nahrung, Einkommen, ein stabiles Wirtschaftssystem, soziale Sicherheit, nachhaltige Nutzung von Ressourcen, Achtung der Menschenrechte, Chancengleichheit, eine gute Gesundheitsversorgung, gute Arbeitsbedingungen sowie soziale Kontakte. Darüber hinaus gibt es aber auch individuelle Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand, die angeboren sind und nicht veränderbar sind wie zum Beispiel, Geschlecht, Alter und die genetische Ausstattung (Abbildung 56). Armut, eine schlechte Bildung sowie eine soziale Benachteiligung dagegen belasten die Gesundheit und führen zu einem schlechteren Gesundheitszustand. So konnte gezeigt werden, dass Frauen und Männer mit niedrigem Einkommen eine geringere Lebenserwartung haben. Das Risiko für bestimmte Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Diabetes mellitus ist bei Armut erhöht. Dies hängt auch damit zusammen, dass gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie zum Beispiel Rauchen, Bewegungsmangel oder Adipositas bei sozialschwachen Menschen stärker ausgeprägt sind. Außerdem schätzen diese Menschen ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter ein ^{36-37, 1}. Die moderne Gesundheitsförderung hat das Ziel, benachteiligte und sozialschwache Bevölkerungsgruppen zu erreichen und einen sozialen Ausgleich der Gesundheitschancen zu erzielen. Gesundheitsförderung findet in Lebenswelten oder Settings statt, das sind Orte oder soziale Gruppen, in denen sich der Alltag der Menschen abspielt wie zum Beispiel der Arbeitsplatz, das Wohnumfeld, die Schule, eine Freizeiteinrichtungen oder die Familie.



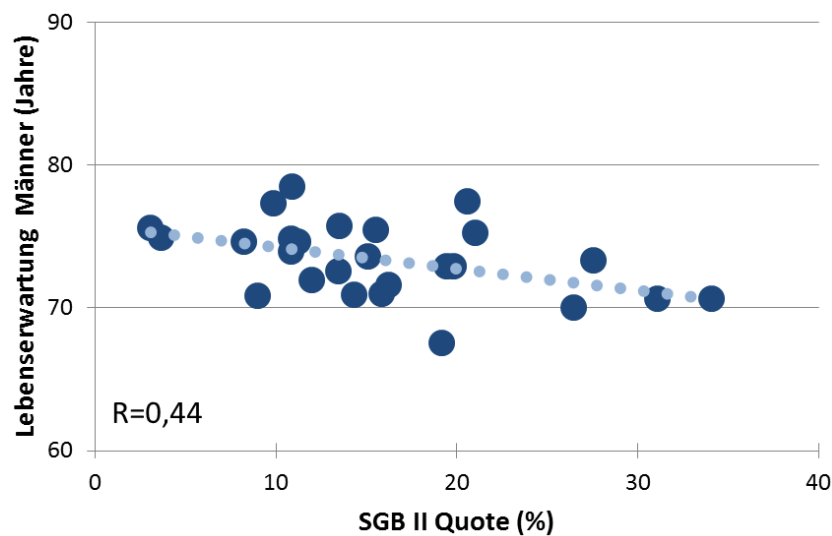
Abbildung 56: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead ³⁸.

5.1. KORRELATION ZWISCHEN ARMUT UND GESUNDHEIT

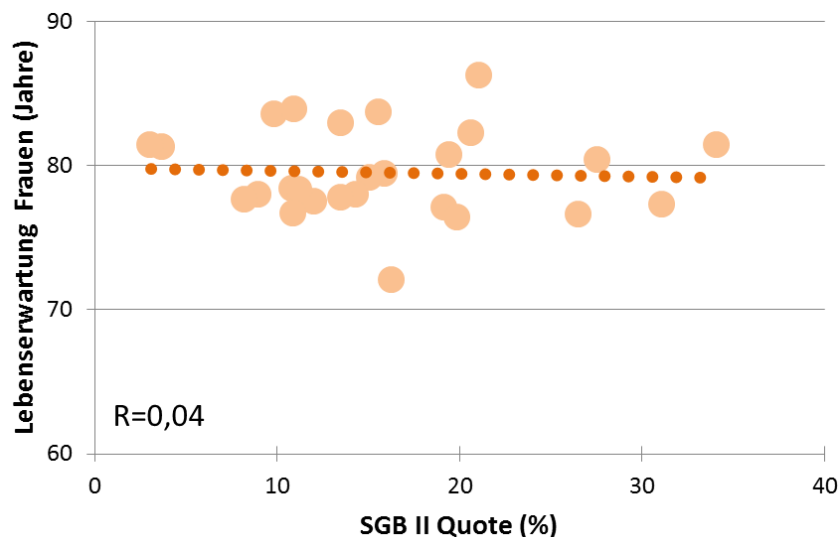
Um eine Korrelation zwischen Armut und Gesundheit zu untersuchen, kann auf Daten aus dem vorliegenden Bericht zurückgegriffen werden. Viele der Daten liegen kleinräumig vor und können mit Sozialdaten z.B. Arbeitslosenquote in Zusammenhang gebracht werden. Hierzu bedient man sich der Korrelationsanalyse. Mittels der Korrelationsanalyse kann die Abhängigkeit von einem Merkmal zu einem anderen Merkmal als linearer Zusammenhang ausgedrückt werden. Hierfür wird ein Korrelationskoeffizient R berechnet. Dieser kann Werte zwischen -1 und $+1$ annehmen, wobei bei einem R -Wert von $+1$ bzw. -1 ein vollständiger positiver bzw. negativer linearer Zusammenhang zwischen den beiden Merkmalen besteht. Bei einem R -Wert von 0 hängen die beiden Merkmale nicht voneinander ab.

Ein häufiger Sozialindikator, zur Beurteilung des sozialen Status, ist die SGB II Quote. Dabei handelt es sich um Leistungen nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB II) zur Sicherung des Lebensunterhalts, welche sich aus Arbeitslosengeld II und Sozialgeld zusammensetzen, wobei Arbeitslosengeld II alle erwerbsfähigen Hilfebedürftigen erhalten, Sozialgeld erhalten die nicht erwerbsfähigen Mitglieder einer Bedarfsgemeinschaft, insbesondere Kinder unter 15 Jahren. Beim Vergleich der Lebenserwartung der Männer und Frauen in Oberhausen mit der SGB II Quote konnte für die Männer eine schwache Korrelation gezeigt werden (Abbildung 57 A). Wohingegen die Lebenserwartung von Frauen

keinerlei Zusammenhang mit ihrem Sozialstatus aufweist (Abbildung 57 B). Ein ähnliches Bild zeigte sich auch bei der Betrachtung der vorzeitigen Todesfälle der Männer (Abbildung 58 A) und der Frauen (Abbildung 58 B). Eine Zunahme an vorzeitigen Todesfällen bei Männern scheint mit der SGB II Quote in Zusammenhang zu stehen, wohingegen die vorzeitigen Todesfälle bei Frauen nicht mit dem sozialen Status in Verbindung stehen. Eine stärkere Korrelation konnte man zwischen der altersstandardisierten Sterberate in den einzelnen Sozialquartieren und der SGB II Quote erkennen. Hier wird deutlich, dass die Sterberate in sozialschwachen Quartieren wie zum Beispiel in der Oberhausener Innenstadt sehr viel höher ist als in Quartieren mit einem hohen sozialen Status wie in der Walsumer Mark (Abbildung 59).

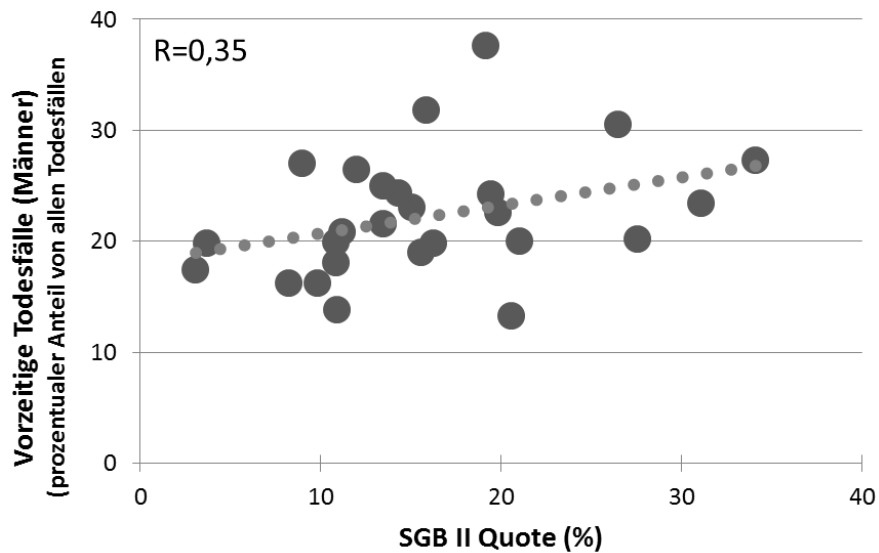


A

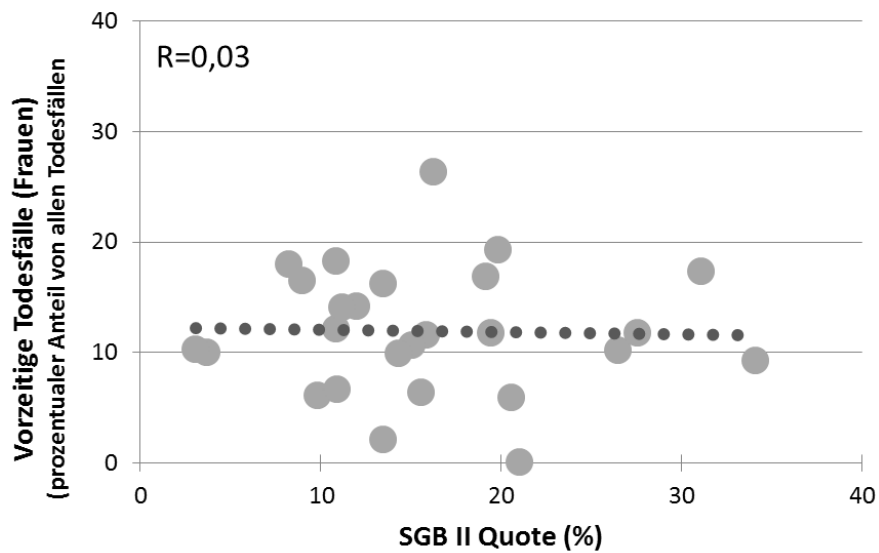


B

Abbildung 57: Abhängigkeit der Lebenserwartung von der SGB II Quote bei **A** Männern und **B** Frauen in 26 Sozialquartieren der Stadt Oberhausen. 3-Jahres- Mittelwert aus den Jahren 2012, 2013 bis 2014 (*Quelle: Todesbescheinigungen der Stadt Oberhausen, Bundesagentur für Arbeit; Stichtag 31.12., eigene Berechnungen*).



A



B

Abbildung 58: Abhängigkeit von vorzeitigen Todesfällen von der SGB II Quote bei **A** Männern und **B** Frauen in 26 Sozialquartieren der Stadt Oberhausen. 3-Jahres- Mittelwert aus den Jahren 2012, 2013 bis 2014 (Quelle: Todesbescheinigungen der Stadt Oberhausen, Bundesagentur für Arbeit; Stichtag 31.12., eigene Berechnungen).

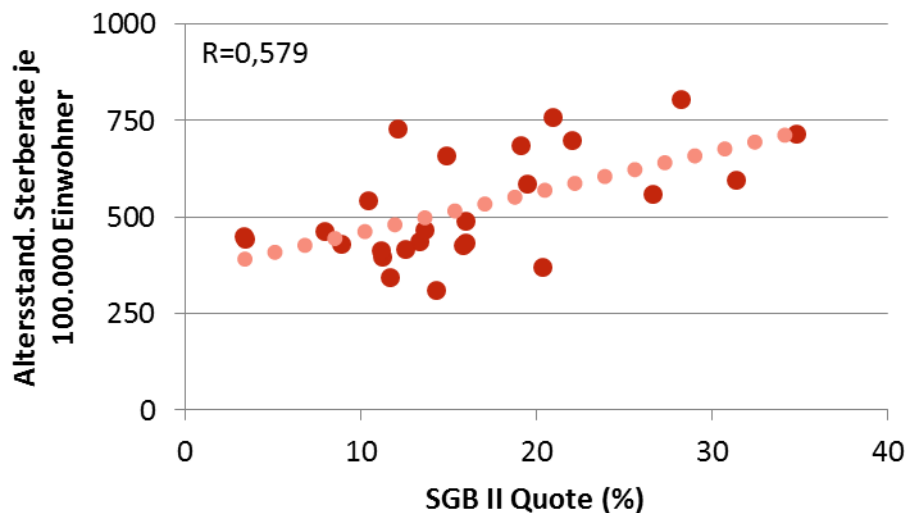
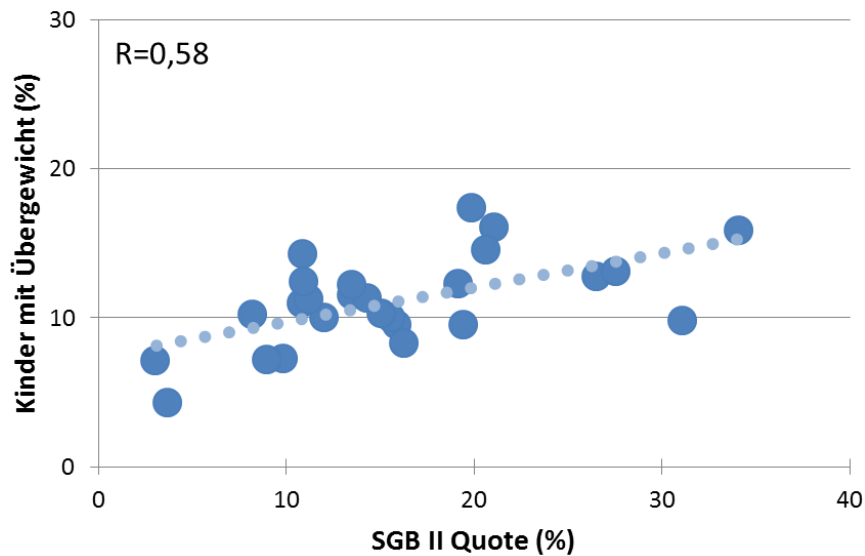
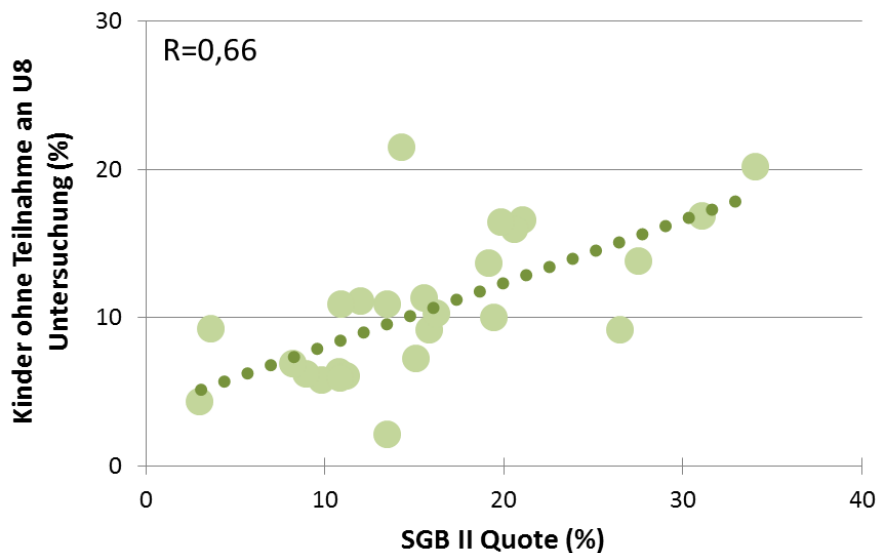


Abbildung 59: Abhängigkeit der altersstandardisierten Sterberate von der SGB II Quote in 26 Sozialquartieren der Stadt Oberhausen im Jahr 2014 (*Quelle: Todesbescheinigungen der Stadt Oberhausen, Bundesagentur für Arbeit; Stichtag 31.12., eigene Berechnungen*).

Eine starke Korrelation konnte dagegen auch zwischen dem Anteil übergewichtiger Kinder oder dem Anteil an Kindern ohne Teilnahme an der U8-Früherkennungsuntersuchung in Bezug auf den sozialen Status ermittelt werden. Kinder mit Übergewicht leben häufig in Sozialquartieren mit einer hohen SGB II Quote (Abbildung 60 A). Ähnlich sieht es in der Inanspruchnahme der U8-Untersuchung aus. Eltern aus Sozialquartieren mit einer hohen SGB II Quote nehmen diese Früherkennungsuntersuchung seltener in Anspruch (Abbildung 60 B).



A



B

Abbildung 60: Abhängigkeit von **A** Kindern mit Übergewicht und **B** Kindern ohne Teilnahme an der U8-Untersuchung von der SGB II Quote in 26 Sozialquartieren der Stadt Oberhausen. 3-Jahres- Mittelwert aus den Jahren 2012, 2013 bis 2014 (*Quelle: Schuleingangsuntersuchung; Berechnung: Stadt Oberhausen, Bereich Statistik, Bundesagentur für Arbeit; Stichtag 31.12., eigene Berechnungen*).

5.2. KORRELATION ZWISCHEN BILDUNG UND GESUNDHEIT

Zahlreiche Studien beschäftigen sich zudem mit dem Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Gesundheit. In diesem Zusammenhang konnte gezeigt werden, dass Personen ohne einen Ausbildungsabschluss häufiger rauchen als andere und sich außerdem weniger bewegen. Darüber hinaus sind Menschen mit einem niedrigen Bildungsstand häufiger krank und sterben früher als Menschen mit einem höheren Bildungsstand ³⁶. So

haben 45-jährige Männer mit Abitur oder Fachabitur durchschnittlich eine 5,3 Jahre höhere Lebenserwartung als gleichaltrige Männer mit Hauptschulabschluss oder ohne Schulabschluss³⁷. Auch bei bestimmten Erkrankungen sieht man eine deutliche Korrelation zwischen niedrigem Bildungsstand und der Prävalenz. Bei Männern mit Haupt- oder Realschulabschluss und ohne abgeschlossenen Berufsausbildung ist das Herzinfarkt-Risiko fast viermal so hoch wie bei Männern mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss³⁹. Diese gesundheitliche Ungleichheit wirkt sich wiederum auf andere Bereiche des Lebens aus. So haben Menschen mit einer niedrigen Bildung häufig auch ein geringes Einkommen und wohnen meist in Stadtvierteln mit weniger Grünflächen, Sport- und Freizeitmöglichkeiten. Hinzukommt dann meist auch ein unzureichendes Wissen über einen gesunden Lebensstil. Die Teilhabechancen am sozialen Leben sind somit deutlich eingeschränkt. Darüber hinaus kann auch der Gesundheitszustand Auswirkungen auf die Teilhabechancen haben, zum Beispiel bei Arbeitslosigkeit aufgrund einer chronischen Erkrankung, oder Verhaltensweisen, die aus einer Krankheit resultieren, zum Beispiel erhöhter Alkoholkonsum aufgrund einer Depression. In diesem Zusammenhang ist allerdings, wie auch in anderen Vergleichen, zu erwähnen, dass sich die Effekte einer niedrigen Bildung auf die Gesundheit nicht ad hoc zeigen, sondern oft Jahrzehnte zwischen dem fehlenden Bildungsabschluss. Außerdem müssen die daraus resultierenden Gesundheitsverhalten und Lebensumstände miteinbezogen werden. Gerade in diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass Deutschland gerade einen Bildungswandel hinter sich hat. Vor einigen Jahrzehnten reichte zur Teilhabe am Arbeitsmarkt der Haupt- bzw. Volksschulabschluss in der Regel aus, wohingegen man mit diesen Abschlüssen heute deutlich geringer bis gar keine Chancen auf dem Arbeitsmarkt und ein gutes Einkommen hat. Somit lässt sich die heutige Generation 60plus, die einen Hauptschulabschluss hat, nur sehr schwer bis gar nicht mit der zukünftigen Generation 60plus mit Hauptschulabschluss vergleichen.

Um diese Situation auch in Oberhausen einschätzen zu können, wurden kleinräumige Daten verwendet, um einen Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen Ungleichheit aufzuzeigen. Da in Oberhausen keine kleinräumigen Daten zum Schul- bzw. Berufsabschluss von Bürgerinnen und Bürgern existieren, wurde der Anteil von Kindern, die nach der Grundschule auf ein Gymnasium wechseln als Indikator verwendet. Bei 61% der Gymnasiasten hat mindestens ein Elternteil Abitur oder ein Fachabitur, wohingegen nur bei 10% der Gymnasiasten die Eltern als höchsten Schulabschluss einen Hauptschulabschluss nennen. 90% aller Schüler der gymnasialen Oberstufe stammen auch aus dem Gymnasium und von diesen machen 97% Abitur (Hessische Daten). Der Übergang zum Gymnasium kann also als Bildungsindikator für eine erste Darstellung verwendet werden (Destatis, statistisches Bundesamt). Verglichen wurden diese Daten mit dem Anteil an Kindern mit Übergewicht, einem Gesundheitsproblem, welches häufig aus einem ungesunden Lebensstil resultiert. Es konnte gezeigt werden, dass eine Korrelation zwischen diesen beiden Indikatoren besteht und dass es auch in Oberhausen Indizien gibt, dass eine unzureichende Bildung zu gesundheitlichen Einschränkungen und somit zur gesundheitlichen Ungleichheit führen kann (Abbildung 61).

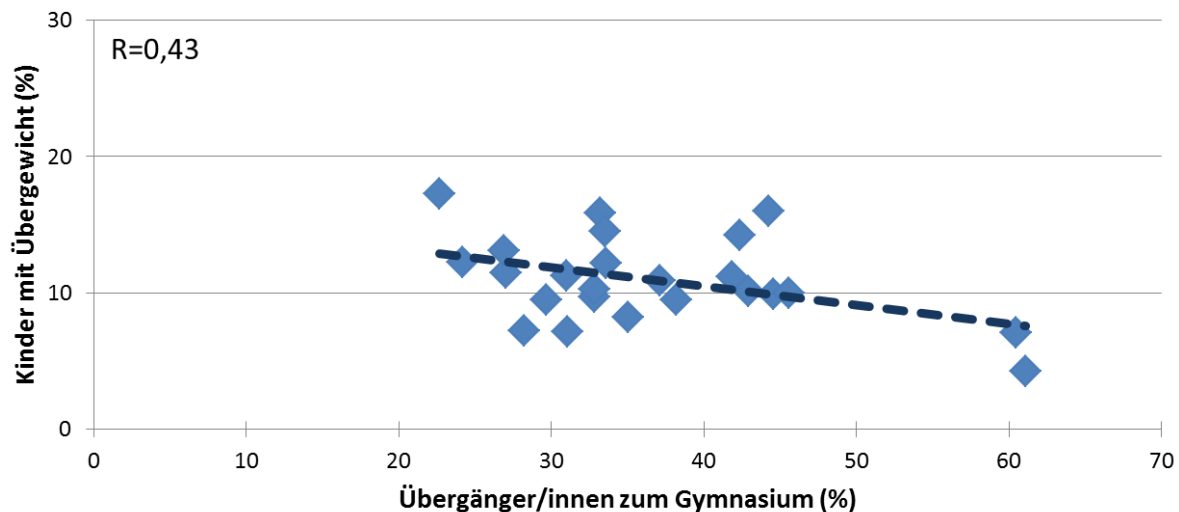


Abbildung 61: Abhängigkeit von Kindern mit Übergewicht von der Übergangsrate zum Gymnasium in 26 Sozialquartieren der Stadt Oberhausen. 3-Jahres- Mittelwert aus den Jahren 2012, 2013 bis 2014 (*Quelle: Schuleingangsuntersuchung; Berechnung: Stadt Oberhausen, Bereich Statistik, Schulstatistik der Stadt Oberhausen, eigene Berechnung*).

Abschließend muss auch noch erwähnt werden, dass nicht jede Bürgerin und nicht jeder Bürger mit unzureichender Bildung oder mit einem geringen oder keinem Einkommen oder einem niedrigen Sozialstatus auch einen ungesunden Lebensstil hat, an bestimmten Krankheiten erkrankt oder frühzeitig verstirbt. Umgekehrt können auch Menschen mit einem hohen Sozialstatus und einer hohen Bildung keinerlei Gesundheitsbewusstsein haben und gesundheitlich beeinträchtigt sein.

6. Handlungsempfehlungen

Der vorliegende Gesundheitsbericht soll nicht nur Fakten schaffen und die gesundheitliche Situation in Oberhausen festhalten, sondern auch Probleme aufdecken und entsprechende Maßnahmen empfehlen.

6.1. PRÄVENTION VON HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die Top 1 der häufigsten Todesursachen und führen auch in Oberhausen zu den meisten Krankenhausaufenthalten und Todesfällen. Dabei gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu den Krankheiten, deren Eintrittswahrscheinlichkeit sich durch eine rechtzeitige Prävention reduzieren lässt. Dabei muss man zwischen beeinflussbaren und nicht beeinflussbaren Risikofaktoren unterscheiden. Zu den nicht beeinflussbaren Risikofaktoren zählen ein zunehmendes Alter, das Geschlecht (das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist bei Männern höher) und die genetische Vorbelastung. Doch diese Faktoren alleine führen oftmals nicht zu einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, sondern werden erst in Begleitung von beeinflussbaren Risikofaktoren zur Gefahr. Dazu zählen Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte, übermäßiger Alkoholkonsum, Rauchen, aber auch Stress und Bewegungsmangel. Besonders übergewichtige Menschen leiden unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere das Bauchfett erhöht das Risiko enorm (vergleiche Kapitel 4.1.1). Diese beeinflussbaren Risikofaktoren können durch zielgerichtete Prävention ausgeschaltet werden. Eine Prävention sollte möglichst so früh wie möglich starten und im optimalen Fall ein Leben lang begleiten. So können Maßnahmen zur gesunden Ernährung bereits in den Kindertageseinrichtungen und Grundschulen beginnen und auch im Erwachsenenalter an verschiedenen Stellen angeboten werden. Eine ganz große Verantwortung liegt dabei bei den niedergelassenen Ärzten wie Hausärzten, Gynäkologen und Kinderärzten. Eine Ernährungsberatung sollte immer im Zuge einer Konsultation durchgeführt werden. Aber auch Bildungsträger und Vereine können entsprechende Angebote zur Verfügung stellen. Ähnliches gilt auch für Bewegungs- und Sportangebote. Hier muss vor allem der Kontakt zwischen Kitas oder Schulen und den Vereinen verbessert werden. Sport bzw. Bewegung muss ein Leben lang mehr oder weniger im Alltag eines jeden verankert sein. Deshalb muss bereits in der Kita oder der Schule ein Bewusstsein für Bewegung und Sport geschaffen werden. Dies kann im Rahmen des Sportunterrichts erfolgen, aber auch durch Kooperationen mit ortsansässigen Sportvereinen. Bewegungsmangel kann aber auch im Berufsleben im Rahmen einer betrieblichen Gesundheitsförderung vorgebeugt werden. Im besten Fall ist die betriebliche

Gesundheitsförderung ein ganzheitlicher Ansatz, der neben typischen gesundheitsförderlichen Maßnahmen auch Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsalltags und der Work-Life-Balance enthält. Darüber hinaus ist die Suchtprävention ein zentraler Bestandteil der Prävention von vielen Erkrankungen. Tabak- und ein übermäßiger Alkoholkonsum können Herz-Kreislauf-Erkrankungen aber auch Erkrankungen des Atmungssystems (z.B. COPD oder Lungenkrebs) und der Leber begünstigen. Besonders Alkoholkonsum ist ein integrativer Bestandteil in der Gesellschaft. Deshalb ist es wichtig, dass insbesondere Jugendliche über die Risiken eines übermäßigen Alkoholkonsums Bescheid wissen und einen maßvollen Umgang mit Alkohol erlernen. Ziel einer umfassenden Suchtprävention ist die Vermeidung bzw. Hinauszögerung des Konsumeinstiegs, die Früherkennung und Frühintervention bei riskantem Konsumverhalten sowie die Verringerung von Missbrauch und Sucht. Die Thematik kann in allen Lebenswelten implementiert werden. In allen Bereichen der Prävention sollte das übergeordnete Ziel sein, die Eigenverantwortung und das Gesundheitsbewusstsein der Bürgerinnen und Bürger zu stärken, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern.

Bei 19,1% aller Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die 2014 in Oberhausen zum Tod führten, handelt es sich um Todesfälle durch einen akuten Myokardinfarkt, also einem Herzinfarkt. Ein Herzinfarkt geht häufig mit einem plötzlichen Herzstillstand einher, wobei ein Herzstillstand auch auf eine koronare Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen sowie Lungenödem, Schädel-Hirn-Trauma oder einem Schlaganfall erfolgen kann. Unabhängig von der Ursache ist beim plötzlichen Kreislaufstillstand Eile geboten, denn Hirnzellen überstehen nur vier bis fünf Minuten Sauerstoffmangel ohne Schaden, der Rettungsdienst kommt in aller Regel zu spät. Sofortige Wiederbelebensmaßnahmen durch Ersthelfer verbessern die Überlebensquote deshalb drastisch. Im Vergleich zu anderen Ländern ist in Deutschland die Quote der Wiederbelebung durch Ersthelfer sehr niedrig, so dass erhebliches Verbesserungspotential besteht. Dabei wäre eine Steigerung der Wiederbelebungsraten möglich, wenn diese Kompetenz frühzeitig übermittelt werden würde. Aufgrund dessen wurde die Idee geboren, Wiederbelebung als Schulfach einzuführen. Schülerinnen und Schüler ab der 7. Klasse sind bereits in der Lage einen Erwachsenen zu reanimieren und einen automatischen externen Defibrillator zu bedienen. Gemeinsam mit dem Bereich Gesundheitswesen der Stadt Oberhausen, dem leitenden Notarzt der Stadt und den Hilfswerken wurde bereits ein Konzept entwickelt, um einen solchen Unterricht flächendeckend in den Oberhausener Schulen zu implementieren.

6.2. AUSBAU DES BERATUNGS- UND PRÄVENTIONSANGEBOTS FÜR HIV UND ANDERE SEXUELL-ÜBERTRAGBARE ERKRANKUNGEN

Ein weiterer Bereich, in dem die Präventionsarbeit unerlässlich ist, ist die sexuelle Gesundheit. Auch wenn die Zahl der HIV-Neuinfektionen seit einigen Jahren in Deutschland

stagniert, beobachtete man bei heterosexuellen Personen in den letzten 10 Jahren eine stetig anwachsende Zahl an Neuinfektionen. Außerdem steigt auch die Zahl der noch nicht diagnostizierten Personen, die mit HIV infiziert sind, langsam an. Die Testbereitschaft ist zwar gestiegen, allerdings haben im gleichen Zeitraum auch die HIV-Neuinfektionen zugenommen, so dass insgesamt die Zahl der nicht diagnostizierten Personen zunimmt⁴⁰. Andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) wie die Syphilis werden seit 2010 wieder vermehrt diagnostiziert. Besonders starke Zunahmen gab es bei Männern, die Sex mit Männern haben, in Berlin, Hessen und Nordrhein-Westfalen. In NRW stieg die Zahl von 726 im Jahr 2010 auf 927 im Jahr 2014. Dabei wurden nur 38% der Diagnosen zu Beginn der Infektion, im Primärstadium, entdeckt⁴¹. Diese Entwicklung macht deutlich, dass die HIV- und STI-Prävention nicht vernachlässigt werden darf sondern eher intensiviert werden muss. Das Ziel ist es, Informationen allen Personen so früh wie möglich zugänglich zu machen. Die Aidshilfe Oberhausen e.V. und die pro Familia führen etwa 50 sexualpädagogische Präventionsveranstaltungen an Schulen durch und erreicht damit jedes Jahr zwischen 500 und 600 Jugendliche im Alter zwischen 12 und 17 Jahren. Dadurch können auch solche Jugendliche erreicht werden, die normalerweise schwer erreichbar oder sozial benachteiligt sind und besonderer Förderungen bedürfen. Diese Veranstaltungen führen idealerweise dazu, dass Jugendliche auf ihrem weiteren Lebensweg wissen, wie man sich vor HIV und anderen STIs schützt und so Neuinfektionen verhindern kann. Die Präventionsveranstaltungen können bislang nur durch eine Vollzeitstelle bei der Aidshilfe Oberhausen bedient werden. Trotz Unterstützung durch die pro Familia herrscht eine erhebliche Diskrepanz, so dass nur jeder 20. Schüler in Oberhausen an einer solchen Präventionsveranstaltung teilnehmen kann. Aus Sicht des Bereichs Gesundheitswesen der Stadt Oberhausen handelt es sich um einen Missstand, der durch geeignete Maßnahmen reduziert werden sollte. In der Prävention für Erwachsene schlägt das RKI darüber hinaus vor, die Kondomempfehlung weiterhin als Grundpfeiler der Prävention beizubehalten. Risikokontakte sollten so schnell wie möglich mit einem HIV-Test abgeklärt werden. Die Präexpositionsprophylaxe wird prinzipiell als weiteres mögliches Instrument gesehen. Ein großes Ziel sollte die Verringerung der Anzahl der nicht-diagnostizierten Infektionen sein. Aufgrund dessen sollte der Anteil der Getesteten in den Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko und die Frequenz der Testung weiter erhöht werden. Ein wichtiger Punkt, ist der Abbau von Testbarrieren. An dieser Stelle kann auf zahlreiche Studien des RKI verwiesen werden (MITEST-, DRUCK- und MISSA-Studie)⁴²⁻⁴⁴.

6.3. PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN VERMEIDEN, ERKENNEN, BEHANDELN UND ENTTABUISIEREN

Psychische Erkrankungen sind auf dem Vormarsch und müssen in ein Präventionskonzept mit einbezogen werden. In den letzten 11 Jahren ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen um 97 Prozent gestiegen. Während psychische

Erkrankungen vor 20 Jahren noch keine Relevanz hatten, nehmen sie heute Platz 2 der häufigsten Diagnosen für eine Krankschreibung ein, dabei ist die durchschnittliche Krankheitsdauer mit 39,1 Tagen dreimal so lang wie bei anderen Erkrankungen. Außerdem sind sie die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Frühberentungen⁴⁵⁻⁴⁶. Auch hier spielen die Lebensverhältnisse wieder eine wichtige Rolle. So haben junge Menschen, welche noch nie eine feste Arbeitsstelle hatten oder ein sehr geringes Einkommen haben, ein deutlich erhöhtes Risiko für eine Depression und einen Suizidversuch⁴⁷. Oft ist Stress der Auslöser für eine psychische Erkrankung. Stress wird meistens negativ erlebt und durch eine zu große körperliche und seelische Belastung ausgelöst. Stressbewältigung ist geschlechtsspezifisch: Männer holen sich seltener als Frauen Unterstützung im Freundeskreis oder in der Familie, sondern versuchen den Stress eher durch riskante Verhaltensweisen wie starken Alkoholkonsum, Tabakkonsum, Aggressivität oder Verdrängung zu bewältigen. Aus der Daueranspannung wird schließlich Erschöpfung und Abgespanntheit bis hin zu Störungen und Erkrankungen von verschiedenen Organsystemen und auch Depressionen. Die Prävention im Bereich psychische Gesundheit ist ein sehr sensibles Thema, denn noch immer handelt es sich bei psychischen Erkrankungen wie einer Depression um ein Tabuthema und Betroffene sprechen nur selten über ihre Krankheit. Um ein Burnout-Syndrom oder eine Depression erst gar nicht entstehen zu lassen, sollten Belastungen bereits frühzeitig erkannt und bestenfalls ausgeschaltet werden. Bereits Kinder im Grundschulalter können lernen, wie man mit Stress umgeht, wie man Stressoren erkennt und sie ausgleicht. Deshalb ist es wichtig, Kinder schon möglichst früh mental fit zu machen. Durch geeignete Projekte könnte dies bereits in der Kita oder in der Grundschule geschehen. Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen führen dazu, dass Kinder zur Ruhe kommen und eine Auszeit vom Schulalltag haben. Wichtig ist es auch, dass Kinder lernen, Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse zu erkennen und zu benennen, konstruktiv Konflikte zu lösen, sich über Stärken und Schwächen im Klaren zu sein sowie innere Ressourcen und Helfer zu aktivieren. Auf diesem Weg erlernen Kinder die Fähigkeit, sich kompetent mit den gesellschaftlichen Anforderungen auseinander zu setzen und im Leben eigene Wünsche, Bedürfnisse und Hoffnungen konstruktiv zu verwirklichen. Mit diesen Kompetenzen haben Kinder eine gute Ausstattung psychisch gesund durchs Leben zu kommen. Aber auch im Erwerbsleben spielt die psychische Gesundheit eine wichtige Rolle, denn die Gesundheit der Beschäftigten trägt maßgeblich zum wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens bei. Eine entsprechende Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz ist deshalb essentiell. Maßnahmen wie das Oberhausener Bündnis gegen Depressionen tragen auch kommunal dazu bei, das Wissen über psychische Krankheiten zu erweitern und somit die Situation depressiver Menschen zu verbessern und das Thema allgemein zu enttabuisieren.

6.4. WEITERENTWICKLUNG DER PRÄVENTION UND DES BERATUNGSANGEBOTS FÜR GEFLÜCHTETE

Alle Bereiche der Prävention und der gesundheitlichen Versorgung wurden in den letzten zwei Jahren durch die Zuwanderung vieler Menschen vor eine neue Herausforderung gestellt, was eine konzeptionelle Weiterentwicklung der Prävention unerlässlich machte. So fordert die Inklusion an Schulen und in unserer Gesellschaft auch von Fachkräften in Beratungsstellen und anderen Institutionen, diese Menschen ebenfalls zu betreuen und die Informationen verständlich und bei mangelnden Deutschkenntnissen, sprachreduziert aufzuarbeiten und Methoden konzeptionell weiterzuentwickeln und neue Techniken zu erproben. So lag der Anteil der an den HIV-Präventions-Veranstaltungen der Aidshilfe teilnehmenden Schüler und Schülerinnen mit Migrationshintergrund im Jahr 2016 bei 56%. Gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen stehen die Akteurinnen und Akteure immer vor einem großen Sprachproblem. Kann man bei anderen Themen auf sprachreduzierte Konzepte zurückgreifen, ist bei dieser Thematik ein Dolmetscher oft unersetzlich, da die meisten Gespräche in der Muttersprache erfolgen müssen.

6.5. GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT VERMEIDEN

Wie bereits beschrieben, hat unzureichende Bildung einen großen Einfluss auf Gesundheit und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und kann zur gesundheitlichen Ungleichheit führen. Hier wird zwischen zwei grundlegenden Hypothesen unterschieden: Der sozioökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand (=Arbeit macht krank) und der Gesundheitszustand beeinflusst den sozioökonomischen Status (=Krankheit macht arm). Bildung beeinflusst die gesellschaftlichen Teilhabechancen, aber auch die gesundheitsrelevanten Lebensverhältnisse und Verhaltensweisen. Deshalb müssen Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung bei den Lebensverhältnissen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen angesetzt werden, denn gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sind ganz maßgeblich durch die Lebensverhältnisse geprägt. Lebensverhältnisse können verbessert werden, indem junge Menschen eine gute Perspektive für eine dauerhafte Teilhabe am Arbeitsmarkt und der Gesellschaft haben. Jeder Jugendliche muss die Chance auf eine berufliche Qualifikation haben, was eventuell Veränderungen im Bildungssystem erfordert, in erster Linie aber eine Förderung und Unterstützung der Kinder und Jugendlichen notwendig macht, die wir bislang im Bildungssystem zurücklassen. Kinder und Jugendliche sollen bestmöglich individuell gefördert und begleitet werden, besonders in Einrichtungen in sozialen Brennpunkten ⁴⁸.

INFOBOX 5: Handlungsempfehlungen

1. **Ernährung:** Frühe Implementierung von Maßnahmen zur gesunden Ernährung bereits in den Kindertageseinrichtungen und Grundschulen. Verbesserung des Mensen- und Kantinenangebot hinsichtlich einer gesunden und ausgewogenen Ernährung.
2. **Bewegung:** Schaffung von Kooperationen zwischen Kitas/Schulen und Sportvereinen.
3. **Wiederbelebung als Schulfach:** Flächendeckender Reanimationsunterricht an allen Oberhausener Schulen für Schüler ab der 7. Klasse
4. **HIV/STI-Prävention:** Ausweitung der HIV- und STI-Prävention in Schulen, so dass jede Schülerin bzw. jeder Schüler erreicht wird. Testbarrieren müssen durch die aufsuchende Arbeit in den jeweiligen Milieus abgebaut werden.
5. **Psychische Gesundheit:** Kindern müssen frühzeitig lernen, wie sie psychisch gesund durchs Leben kommen und auch stressige Situationen gut überstehen können. Organisationen wie das Bündnis gegen Depressionen müssen weiter gefördert werden, um die Bürgerinnen und Bürger über dieses Thema zu informieren und eine Stigmatisierung abzubauen.
6. **Beratung von Geflüchteten:** Für die psychologische oder psychosoziale Versorgung von geflüchteten Menschen ist es unumgänglich mit Dolmetschern während den Gesprächen zu arbeiten. Gerade in diesem Bereich ist die Kommunikation in der Muttersprache unumgänglich.

Tabelle 5: Laufende Projekte im Bereich Gesundheitswesen der Stadt Oberhausen.

Laufende Projekte		
Kindertages- einrichtungen	Kein Kind zurücklassen	Im Rahmen der Projektgruppe „Kein Kind zurücklassen“ Mitarbeit bei der Konzeptionierung und Durchführung einer kommunalen Entwicklungskonferenz, die die Steuerung und den Ausbau der kommunalen Präventionskette für Kinder und Jugendliche zum Ziel hat.
	Natürlich kann ich...	Das Inklusionsprojekt hat zum Ziel, das Miteinander zwischen Kindern mit und ohne Behinderung zu stärken. 5-6 jährige Kinder des integrativen Familienzentrums Schatzkiste bewirtschaften ein Feld im Generationengarten der Stadt Oberhausen am Kaisergarten. Unter Anleitung einer Ernährungsberaterin wird geerntet und gekocht, finden Waldbesuche Ausflüge zu Bio-Bauernhöfen und Imkereien und gemeinsame Events mit den Eltern statt.
	Ernährung und Bewegung	Eltern-Kind-Vormittage zu den Themen Ernährung und Bewegung in Kindertageseinrichtungen und Familienzentren mithilfe von interkulturellen Gesundheitsmediatorinnen.
	Gesundheitsmappen für Ihr Kind	Verteilung von Gesundheitsmappen an alle Kindertageseinrichtungen und Familienzentren. Diese kostenlose Mappe enthält viele Broschüren und Infos, etwa zu Impfungen und Arztbesuchen.
	Gesund aufwachsen	Forschungsprojekt „Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder – Gesund Aufwachsen“, welches in fünf Grundschulen und sieben Kindertageseinrichtungen durchgeführt wird. Das Ziel des Forschungsvorhabens ist es, dass Kinder unter möglichst gleichen Startbedingungen gesund aufwachsen. Dazu untersucht es das Zusammenwirken lebenslauforientierter Angebote und erarbeitet praxisorientiert Empfehlungen.
Grundschule	Ich kann kochen	Bundesweite Initiative zur praktischen Ernährungsbildung von Kindern im Kita- und Grundschulalter. Initiatoren sind die Sarah Wiener Stiftung und die Krankenkasse BARMER. Im Rahmen des Projekts werden pädagogische Fach- und Lehrkräfte qualifiziert, um mit Kindern in Einrichtungen zu kochen.
	Das J1-Projekt	Alle siebten Klassen der teilnehmenden Schulen erhalten Besuch von Ärztinnen im Auftrage des Gesundheitsamtes und des Vereins Allianz Kindergesundheit und werden dabei über den Nutzen der J1-Untersuchung informiert. Wenn dann möglichst viele Schülerinnen und Schüler die J1 machen, gibt es eine große Stufenparty.
	Liebes-Welten	Initiierung und Koordination der Teilnahme von Schülerinnen und Schülern (ab 16 Jahren) der internationalen Vorbereitungsklassen der Oberhausener

Erwachsene		Schulen am Projekt Liebes Welten, einem interkulturellen Wanderparcours zu Themen der sexuellen Gesundheit im Lore-Agnes-Haus (Beratungshaus der AWO) in Essen. Für die kostenpflichtige Teilnahme wurden Gelder über die Sparkassen Bürgerstiftung in Kooperation mit der AWO Oberhausen akquiriert.
	Woche der seelischen Gesundheit	Koordination der 2. Oberhausener Woche der seelischen Gesundheit mit unterschiedlichen Kooperationspartnern z.B. Caritasverband Oberhausen, Intego, Diakonisches Werk, VHS, Selbsthilfekontaktstelle.
	Prävention und Früherkennung	Jährlich stattfindende Kampagne in Kooperation mit den Oberhausener Krankenhäusern und der AOK in sechs Quartieren und dem großen Oberhausener Vorsorgetag auf dem Altmarkt.
	Gynäkologische Sprechstunde für Prostituierte	In Kooperation mit dem Verein Solwodi und einer Gynäkologin, sollen im Gesundheitsamt gynäkologische Sprechstunden für Prostituierte durchgeführt werden. Dabei haben die Frauen auch Gelegenheit sich auf HIV und Syphilis testen zu lassen.
	2. Interkultureller Gesundheitstag	Organisation und Durchführung des 2. Interkulturellen Gesundheitstages in Kooperation mit dem Zentrum für Integration und Bildung.
	Psychodiagnostische Sprechstunde für Geflüchtete	Mitglieder des PsychotherapeutInnen-Netzwerk Oberhausen führen psychodiagnostische Sprechstunden im Gesundheitsamt durch um den psychischen Status der betroffenen Geflüchteten zu erheben und eine Indikation zu erstellen.

Tabelle 6: Geplante Projekte im Bereich Gesundheitswesen der Stadt Oberhausen.

Geplante Projekte	
Gesund lernen – Gesund leben	Durch Mittel des neuen Präventionsgesetzes wird ein Grundschulprojekt mit den Themen Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit starten. Kooperationspartner sind der Stadtsportbund, das Sportbildungswerk und die Krankenkasse AOK. Die Koordinierung liegt bei der Stabsstelle Gesundheitskoordination.
Wiederbelebung als Schulfach	Koordinierung des Reanimationsunterrichts in Schulen. Wiederbelebungstrainings sowie Schulungen zum Umgang mit AEDs (automatischen externen Defibrillatoren) sollen flächendeckend in allen Schulen (ab der 7. Klasse) angeboten werden.
Quartier in Bewegung	Im Rahmen des IHK Sterkrade und des Projektes „Quartier in Bewegung“ wird ein neues Projekt gemeinsam mit dem Seniorenzentrum „Gute Hoffnung leben“ und der AOK unter dem Titel „Ambulante Sturzprävention im Quartier Sterkrade“ entwickelt und durchgeführt. Inhaltlich orientiert sich das Projekt an dem Programm „Fit für 100“, welches vor allem Balance- und Koordinationsübungen sowie Krafttraining beinhaltet.

7. Literatur

- ¹ Lampert T, Kroll LE (2010) Armut und Gesundheit. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 5/2010 Robert Koch Institut
- ² Bösing S, Cortés-Núñez SA, Dehmer M, Hofmann T, Küçük K, Lieber J, Löhlein H, Martens R, Pabst F, Rock J, Rosenke W, Schädle J, Schneider U, Stilling G, von zur Gathen M, Wolterin C (2016) Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016. Hrsg. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V.
- ³ Lange M, Butschalowsky H, Jentsch F, Kuhnert R, Schaffrath Rosario A, Schlaud M, Kamtsiuris P (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 57(7). DOI 10.1007/s00103-014-1973-9
- ⁴ Lampert T, Müters S, Stolzenberg H, Kroll LE (2014) Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie – Erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). (2014) Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 57(7) DOI 10.1007/s00103-014-1974-8
- ⁵ Stadt Oberhausen (2011) Kindergesundheitsbericht Oberhausen. Hrsg. Gesundheitskonferenz der Stadt Oberhausen
- ⁶ BZgA-Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007) Repräsentativerhebungen „rauchfrei-Studie“
- ⁷ Deutsche Seniorenliga e.V. (2016) MRE - Schutz und Vorsorge
- ⁸ RKI-Robert-Koch-Institut (2016) Antibiotikaeinsatz und Infektionen in der stationären Pflege in Europa: Healthcare associated infections in long-term care facilities: HALT-3
- ⁹ Deutsche Aidshilfe e.V. (2015) UNAIDS veröffentlicht globale Zahlen zu HIV und Aids

- ¹⁰ Epidemiologisches Krebsregister Nordrhein-Westfalen (2015) Jahresbericht 2015. Hrsg. Epidemiologisches Krebsregister NRW gGmbH
- ¹¹ Golubnitschaja O, Debold M, Yeghiazaryan K, Kuhn W, Pešta M, Costigliola V, Grech G (2016) Breast cancer epidemic in the early twenty-first century: evaluation of risk factors, cumulative questionnaires and recommendations for preventive measures. Tumor Biol. DOI 10.1007/s13277-016-5168-x
- ¹² Krebsinformationsdienst des deutschen Krebsforschungszentrums <https://www.krebsinformationsdienst.de/impressum.php>
- ¹³ Siebenand S (2011) Typ-1-Diabetes: Neue Theorien zur Entstehung. Pharmazeutische Zeitung Ausgabe 47/2011
- ¹⁴ Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2016) Landesgesundheitsbericht 2015. Hrsg. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
- ¹⁵ Teychenne M, Ball K, Salmon J (2008) Associations between physical activity and depressive symptoms in women. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 5:27. Doi:10.1186/1479-5868-5-27
- ¹⁶ Galper D, Trivedi MH, Barlow CE, Dunn AL, Kampert JB (2006) Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. Med Sci Sports Exerc. 38(1):173-8.
- ¹⁷ Psychiatric Research Unit (1998) WHO (Five) Well-Being Index
- ¹⁸ U.S. Food and Drug Administration (2009). Evaluation of e-cigarettes.
- ¹⁹ Bühring, P (2016) Internetabhängigkeit: Dem realen Leben entschwunden. Deutsches Ärzteblatt 113(49)
- ²⁰ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2014) Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ AWMF-Register Nr. 050/001 Klasse: S3. Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
- ²¹ BZgA-Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016) Body Mass Index – ein Indikator neben anderen

- ²² WHO-Weltgesundheitsorganisation (2010) Global Recommendations on Physical Activity for Health. ISBN 987 92 4 159 997 9
- ²³ WHO-Weltgesundheitsorganisation (2011) Global Recommendations on Physical Activity for Health
- ²⁴ Janssen I, LeBlanc AG (2010) Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act* 7: 40
- ²⁵ Eime RM, Young JA, Harvey JT et al. (2013) A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for adults: informing development of a conceptual model of health through sport. *Int J Behav Nutr Phys Act* 10: 135
- ²⁶ Manz K, Schlack R, Poethko-Müller C (2014) Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung –Gesundheitsschutz* (7): 840–848
- ²⁷ RKI – Robert Koch-Institut (2014) Körperliche Aktivität. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland-Erste Folgebefragung 2009 –2012. Hrsg. Robert Koch Institut
- ²⁸ BZgA-Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016) Früherkennung U1-U9 und J1. kindergesundheit-info.de
- ²⁹ Burger R (2010) Warum sind Impfungen so wichtig und warum sind sie nicht nur für einen selbst wichtig, sondern auch Dienst an der Gemeinschaft? Hrsg. Robert-Koch-Institut
- ³⁰ RKI-Robert-Koch-Institut (2019) Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. *Epidemiologisches Bulletin* Nr. 34
- ³¹ Wiesner G, Bittner EK (2004) Lebenserwartung, vorzeitig verlorene Lebensjahre und vermeidbare Sterblichkeit im Ost-West-Vergleich, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 3 2004
- ³² WAZ (2014) Weniger Oberhausener begingen Selbstmord
- ³³ Zitzmann B (2012) Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen. NRW kurz und informativ

- ³⁴ WAZ (2015) Gesunder Babyschlaf kann den Kindstod verhindern
- ³⁵ WHO-Weltgesundheitsorganisation (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung
- ³⁶ Lampert T, Mielck A (2008) Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. GGW 2008 · Jg. 8, Heft 2 (April): 7–16
- ³⁷ Lampert T, Kroll LE, Kuntz B, Ziese T (2011) Gesundheitliche Ungleichheit. Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Band 1. Hrsg. Statistisches Bundesamt (Destatis) und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Zentrales Datenmanagement. Bonn 2011. 247-268
- ³⁸ Dahlgren G, Whitehead M (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- ³⁹ Peter R, Geyer S (1999) School and vocational training, vocational status and myocardial infarct-a study with data of the mandatory health insurance. Gesundheitswesen 61(1):20-6
- ⁴⁰ RKI-Robert-Koch-Institut (2016) Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin Nr. 45. DOI 10.17886/EpiBull-2016-066
- ⁴¹ Deutsche Aidshilfe (2016) Syphilis: Hintergründe zur Zunahme der Diagnosen. HIVreport.de 02/2016
- ⁴² RKI-Robert-Koch-Institut (2016) MITEST-Studie: Abschlussbericht 2016. Eine qualitative Studie zur Inanspruchnahme von HIV- und STI-Testangeboten durch Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Hrsg. Robert-Koch-Institut
- ⁴³ Bremer V, Cai W, Gassowski M, Haußig J, Marcus U, Nielsen S, Zimmermann R (2016) Infektionskrankheiten in Deutschland - DRUCK-Studie 2016, Hrsg. Robert-Koch-Institut. DOI: 10.17886/rkipubl-2016-007.2
- ⁴⁴ Santos-Hövenner C, Thorlie A, Koschollek C, Bremer V (2016) Studie zu sexueller Gesundheit mit Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA). Hrsg. Robert-Koch-Institut

- ⁴⁵ Knieps F, Pfaff H (2015) BKK Gesundheitsreport 2015: Langzeiterkrankungen. Hrsg. BKK Dachverband e.V.
- ⁴⁶ BMAS-Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008) Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Hrsg. Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- ⁴⁷ Bartley M, Sacker A, Clarke P (2004) Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household. *J Epidemiol Community Health* 58:501–506. DOI: 10.1136/jech.2003.009878
- ⁴⁸ Mielck A, Lungen M, Siegel M, Korber K (2012) Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Bertelmann Stiftung
- ⁴⁹ Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21, 655–679

Oberhausen, den 21.02.2016

An den
Vorsitzenden des Jugendhilfeausschusses
Herr Thomas Krey
Schwartzstraße 72
46042 Oberhausen

**Antrag gem. § 2 der Geschäftsordnung des Rates der Stadt Oberhausen für die
Sitzung des Jugendhilfeausschusses am 08.03.2017**

**Hier: Ausweitung von Betreuungszeiten in Kindertageseinrichtungen im Rahmen der
Vereinbarkeit von Familie und Beruf**

Sehr geehrter Herr Krey,

wir bitten Sie, bei der Aufstellung der Tagesordnung zur Sitzung des
Jugendhilfeausschusses am 08.03.2017 den folgenden Punkt aufzunehmen:

**„Sachstandsbericht ‚Ausweitung von Betreuungszeiten in Kindertageseinrichtungen
im Rahmen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf‘“**

Begründung:

In der Sitzung des Jugendhilfeausschusses am 26.10.2016 erfolgte der Ergebnisbericht der Befragung zur Ausweitung von Betreuungszeiten im Rahmen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. In diesem wurde ein Bedarf insbesondere für den Oberhausener Norden vorgestellt. Im Anschluss daran wurde festgehalten, dass das Ergebnis der Umfrage in der AG 78 weiter zu diskutieren sei.

U.a. steht daher die Frage an, ob in diesem Rahmen die sogenannte Randzeitenbetreuung kostenneutral diskutiert wurde, da sich das angedachte Modell innerhalb der buchbaren Kontingente bewegen soll.

Demnach ist eine Randzeitenbetreuung nicht als Ausweitung, sondern als Verschiebung der Betreuungszeiten zu planen.

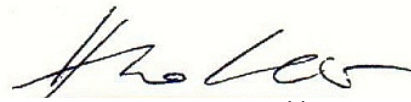
Weitere Begründung erfolgt ggf. mündlich.



Ulrich Real
Jugendpol. Sprecher
der SPD-Fraktion



Sebastian Gurrullis
Jugendpol. Sprecher
Fraktion DIE GRÜNEN



Hans-Otto Runkler
Vorsitzender
der FDP im Rat