

Stadt Oberhausen	Drucksachen-Nr. M/17/4000-01	Termin 11.12.2023	Rat der Stadt		
<u>Bericht / Mitteilung</u>			öffentlich		
Termin	Gremium	Vorlage zur*	Ergebnis	Beschluss- kontrolle*	
21.11.2023	Sozialausschuss	K			
22.11.2023	Jugendhilfeausschuss	K			
22.11.2023	Umweltausschuss	K			
28.11.2023	Sportausschuss	K			
30.11.2023	Schulausschuss	K			
11.12.2023	Rat der Stadt	K			
10.01.2024	Gleichstellungsausschuss	K			
30.01.2024	Seniorenbeirat	K			

Berichtsgegenstand

Basisgesundheitsbericht 2023 der Stadt Oberhausen

Sachdarstellung

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung der Stabsstelle Prävention und strategische Gesundheitsplanung im Bereich 3-4 wurde ein Basisgesundheitsbericht für das Jahr 2023 der Stadt Oberhausen zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung erstellt.
Detailinformationen sind dem angehängten Bericht zu entnehmen.

Anlage

Basisgesundheitsbericht 2023

Bereichsleiter Bereich 3-4	Dezernent	Oberbürgermeister
Dr. Wiggerich Datum 21.09.2023	Motschull Datum 21.09.2023	Schranz Datum 27.09.2023
* Vorlage zur:	* Ergebnis :	Beteiligung:
Kenntnisnahme (K)	Kenntnisnahme (K)	Personalrat []
		Gleichstellungsstelle []



stadt
oberhausen

WWW.OBERHAUSEN.DE



BASISGESUNDHEITSBERICHT 2023



Impressum

Herausgeberin

Stadt Oberhausen
Der Oberbürgermeister
Bereich 3-4 Gesundheit

Bearbeitung, Redaktion und Layout

Catharina Knauer
Gesundheitsberichterstattung
Stabsstelle 3-4-00-100/
Prävention und strategische
Gesundheitsplanung
catharina.knauer@oberhausen.de

Gestaltung des Umschlags und Druck

ppa media, Oberhausen (www.ppa-media.de)
Bilder: Skyline Oberhausen – Titel- & Rückseite |
© SimpLine (www.stock.adobe.com/de)
Bild: Titelseite |
© Sebastian (www.stock.adobe.com/de)

Stand

September 2023

Vorwort

Liebe Oberhausenerinnen,

liebe Oberhausener,

wir freuen uns, Ihnen den neuen Basisgesundheitsbericht für Oberhausen vorzulegen.

Mit diesem Bericht möchten wir für das Thema Gesundheit in der Kommune sensibilisieren, indem wir Gesundheit ganzheitlich mit ihren unterschiedlichen Einflussfaktoren betrachten.

Verschiedene Aspekte der kommunalen Gesundheit werden dazu beleuchtet und die gesundheitliche Lage der Oberhausener Bevölkerung skizziert. So sind sowohl klassische Kennzahlen wie die Sterblichkeit in der Bevölkerung, vertragsärztliche Bedarfsplanung als auch Zahlen zu Erkrankungshäufigkeiten ausgewählter Volkskrankheiten wie Bluthochdruck oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Bericht zu finden. Diese vom Landeszentrum Gesundheit NRW und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Verfügung gestellten Daten werden durch stadtinterne Zahlen zu Kindergesundheit und umweltbezogenen Gesundheitsrisiken ergänzt.

Auf der Grundlage der zahlreichen Daten und Gesundheitsinformationen wird die kommunale Gesundheitsberichterstattung fortgeführt und weiterentwickelt. Neben dem Basisgesundheitsbericht werden weitere Spezialberichte zu Schwerpunktthemen erscheinen, um ein möglichst differenziertes Bild der kommunalen Gesundheit mit ihrem breiten Spektrum an Themen und Zielgruppen zu erhalten.

Insgesamt bieten die Ergebnisse Einblicke in die Bevölkerungsgesundheit und liefern gleichzeitig Hinweise für Ansatzpunkte zur stetigen Verbesserung, welche im Rahmen der strategischen Gesundheitsplanung initiiert werden können.

Dies alles soll insbesondere dazu dienen, dass wir alle in unserer Stadt ein gesundes Leben führen können.

Glück auf!



Frank Motschull

Beigeordneter für Soziales, Gesundheit, Wohnen
und Recht

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkungen	6
Zusammenfassung	7
1. Rahmenbedingungen von Gesundheit	10
1.1 Verständnis von Gesundheit für ein gesundes Leben in der Kommune	10
1.2 Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsentwicklung	11
2. Gesundheitszustand der Bevölkerung	11
2.1 Mortalität.....	11
2.1.1 Allgemeine Mortalität.....	11
2.1.2 Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr.....	12
2.1.3 Lebenserwartung nach Geschlecht	13
2.1.4 Vorzeitige Sterblichkeit.....	14
2.1.5 Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen.....	15
2.2 Morbidität und Krankheitsgeschehen.....	17
2.2.1 Typ-2-Diabetes.....	17
2.2.2 Demenz.....	21
2.2.3 Depression	24
2.2.4 Bluthochdruck	26
2.2.5 Koronare Herzkrankheit	28
2.2.6 COPD	31
2.2.7 Rückenschmerzen	34
2.2.8 Morbidität nach Geschlecht anhand ausgewählter Diagnosen.....	36
2.3 Kindergesundheit	37
2.3.1 Lebendgeborene	37
2.3.2 Schuleingangsuntersuchungen.....	38
3. Umweltbezogene Gesundheitsrisiken.....	40
3.1 Luft	40
3.2 Hitze	42
3.3 Lärm	42
4. Gesundheitliche Versorgung.....	43
4.1 Stationäre Versorgung	43
4.2 Ambulante Versorgung	43

Abbildungsverzeichnis	46
Tabellenverzeichnis	48
Literaturquellen	49
Internetquellen	52
Wichtige Fachbegriffe und Abkürzungen.....	54
Verwendete Indikatoren und Kennzahlen.....	56

Vorbemerkungen

Der vorliegende Basisgesundheitsbericht der Stadt Oberhausen gibt einen Überblick in die gesundheitliche Lage der Oberhausener Bevölkerung. Er zielt darauf ab, eine Entscheidungsgrundlage für die kommunale Gesundheitsplanung und damit auch für die konkrete Maßnahmenplanung der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu bieten. Zugleich dient er der Information der Bürger:innen, politischen Entscheidungstragenden als auch der interessierten Öffentlichkeit.

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation werden die Todesursachen- und Krankenhausdiagnosestatistik sowie verschiedene Gesundheitsindikatoren des Landesentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) herangezogen. Sie werden durch Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo), des Bereiches Gesundheit und durch weitere stadtinterne Daten ergänzt. Letztere stammen sowohl aus den Bereichen Statistik, Umwelt und Klimaschutz als auch aus dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (KJGD). Soweit verfügbar und sinnvoll werden interkommunale Vergleiche zwischen einzelnen Indikatoren angestrebt sowie der Landesdurchschnitt Nordrhein-Westfalen (NRW) als Bezugsgröße herangezogen. Die Auswahl der Vergleichsstädte erfolgt gemäß der Clusteranalyse nach Borrmann et al. (2013), wonach die Stadt Oberhausen sich durch Merkmale wie Armut und strukturellen Wandel auszeichnet. Im vorliegenden Bericht wird die Ruhrgebietsstadt Duisburg zum Vergleich ausgewählt. Sie bietet sich aufgrund der ähnlichen Struktur und direkten räumlichen Nähe zu Oberhausen an. Gegebenenfalls werden in weiteren Berichten noch zusätzliche Vergleichskommunen ausgewählt werden.

Im Basisgesundheitsbericht werden die aktuellsten, verfügbaren Daten verwendet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Aktualität der genutzten Indikatoren je nach letztem Erhebungsstand unterscheidet. In den meisten Fällen beziehen sich die aktuellsten Daten auf das Jahr 2021. Die Daten des KJGD beschreiben die Untersuchungszeiträume der Einschulungsjahrgänge 2021/ 2022 und 2022/ 2023. Ferner gibt es Limitationen, die auf einzelne Datenquellen zurückgehen. Beispielsweise ist ein Vergleich der Behandlungsprävalenzen der KVNo nur interkommunal möglich, da keine entsprechenden Daten für einen NRW-Vergleich vorliegen. Die Kennzahlen des LZG.NRW ermöglichen hingegen einen Vergleich mit dem Landesdurchschnitt. Die Behandlungsprävalenzen basieren auf gesicherten Diagnosen nach dem sogenannten M2Q-Kriterium, d.h. die Diagnose wurde in mindestens zwei Quartalen ärztlich dokumentiert. Die Zusammensetzung der Grundgesamtheit für die Berechnung der Prävalenzen ergibt sich aus allen in der Gemeinde wohnhaften, gesetzlich versicherten Patient:innen, welche im jeweiligen Jahr mindestens einmal vertragsärztlich behandelt worden sind. Die Daten decken damit knapp 85 % der Grundgesamtheit ab.

Perspektivisch wird der Basisgesundheitsbericht in einem regelmäßigen Turnus erscheinen. Weitere Berichte zu thematischen Schwerpunkten werden die Gesundheitsberichterstattung der Stadt Oberhausen ergänzen. Die Themenauswahl orientiert sich dabei am Bedarf der Kommune.

Zusammenfassung

Kapitel 1:

Rahmenbedingungen von Gesundheit

Bevölkerungsstruktur und –entwicklung:

Die Stadt Oberhausen zählte zum Stichtag am 31.12.2022 insgesamt 212.545 Einwohner:innen. Die Geschlechterverteilung war nahezu ausgeglichen: 51 % der Einwohner:innen sind weiblichen Geschlechts und 49 % männlich. Das Durchschnittsalter der Oberhausener:innen betrug 44,2 Jahre. Der Altenquotient lag 2022 bei 36,4 % und der Jugendquotient bei 27,7 %.

Kapitel 2:

Gesundheitszustand der Bevölkerung

Allgemeine Mortalität:

Die Mortalität war im Jahr 2021 in Oberhausen recht hoch. Insgesamt starben 3.009 Personen, davon waren 1.514 weiblich und 1.495 männlich. Im interkommunalen Vergleich hatte nur Herne eine höhere Mortalitätsrate je 100.000 Einwohner:innen. Von 2017 bis 2020 verringerte sich die Abweichung der Mortalität vom Landesdurchschnittswert. Im Jahr 2021 war die Mortalität um 13 % höher als in NRW.

Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr:

Der Oberhausener Wert lag im Bezugszeitraum 2019 bis 2021 mit 3,6 gestorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborene nur knapp über NRW-Wert von 3,5. Die Anzahl der gestorbenen Säuglinge betrug für diesen Zeitraum in Oberhausen insgesamt 7. Der Indikator der Säuglingssterblichkeit ist im Hinblick auf die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen wichtig.

Lebenserwartung nach Geschlecht:

Die Entwicklung der mittleren Lebenserwartung bei Geburt ist in Oberhausen im Zeitraum von 2013 bis 2021 ähnlich wie in Nordrhein-Westfalen verlaufen. Im Schnitt ist ein Anstieg der Lebenserwartung zu verzeichnen. Dies gilt für beide Geschlechter. Eine Ausnahme bildet der Zeitraum 2019/ 2021, in dem die Lebenserwartung bei beiden Geschlechtern in Oberhausen sank: Männer lebten durchschnittlich 76,89 Jahre und Frauen erreichten im Schnitt ein Lebensalter von 81,57 Jahren.

Vorzeitige Sterblichkeit:

Insbesondere im Jahr 2021 ist ein Anstieg in der vorzeitigen Sterblichkeit bei der Oberhausener Bevölkerung zu verzeichnen, der beide Geschlechter betrifft. Dennoch wich der Wert der Männer im Berichtszeitraum deutlich von dem der Oberhausener:innen ab und stieg zunehmend. Die steigende Lebenserwartung geht einher mit einer geringeren vorzeitigen Sterblichkeit der Bevölkerung. Gemäß des Statistischen Bundesamtes geht die vorzeitige Sterblichkeit auf die Sterbefälle in der Bevölkerung zurück, bei denen Personen vor ihrem 70. Lebensjahr versterben.

Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen:

Der größte Anteil an vermeidbaren Sterbefällen geht in Oberhausen auf Erkrankungen der Leber zurück. Einige Todesursachen gelten unter entsprechenden Behandlungs- und Vorsorgebedingungen als vermeidbar. Sie werden unter dem Begriff vermeidbare Sterbefälle zusammengefasst.

Typ-2-Diabetes:

Es ist eine leichte Erhöhung der Behandlungsprävalenz bei Männern im Zeitverlauf festzustellen. Die Behandlungsprävalenz bei Frauen war recht konstant im Berichtszeitraum von 2016 bis 2021. Die Rate der Krankenhausfälle aufgrund von Diabetes-Typ-2 lag in Oberhausen bei Männern höher als bei Frauen. Die Mortalität schwankte. Dennoch ist insgesamt eine Steigerung bei Oberhausener:innen zu erkennen.

Demenz:

Die Behandlungsprävalenz war bei Frauen höher als bei Männern. Sie sank bei den Frauen, die Rate der Männer schwankte leicht. Es waren mehr Männer als Frauen aufgrund von Demenz in stationärer Behandlung. Die Oberhausener Werte lagen für beide Geschlechter unterhalb NRW-Rate. Die Tendenz ist sinkend. Die Mortalitätsrate beider Geschlechter liegt für Oberhausen seit 2019 unterhalb der NRW-Rate. Die Rate der Frauen war höher als die der Männer. Insgesamt wird eine deutliche Steigerung bei beiden Geschlechtern innerhalb eines 10-Jahres-Zeitraums deutlich.

Depression:

Die Behandlungsprävalenz war bei Frauen höher als bei Männern. Die Tendenz ist für beide Geschlechter steigend. In Oberhausen wurden mehr Frauen als Männer stationär behandelt. Die Rate der Krankenhausfälle der Oberhausener:innen lag

knapp unter der NRW-Rate. Es ist eine Steigerung seit 2020 erkennbar.

Bluthochdruck:

Die Behandlungsprävalenz war bei Frauen höher als bei Männern. Es ist eine Zunahme bei den Oberhausenern erkennbar. Es wurden mehr Oberhausenerinnen als Oberhausener stationär behandelt. Insgesamt ist ein leichter Rückgang bei beiden Geschlechtern erkennbar. Die Oberhausener Rate lag oberhalb der NRW-Rate. Die Mortalität aufgrund von Bluthochdruck war geringer als in NRW. Die Sterblichkeit lag seit 2016 für beide Geschlechter unter dem Landesdurchschnitt.

Koronare Herzkrankheit:

Die Behandlungsprävalenz war bei Männern höher als bei Frauen. Sie war bei den Männern leicht steigend, bei den Frauen hingegen konstant. Es wurden mehr Männer aufgrund von koronarer Herzkrankheit stationär behandelt als Frauen. Bei beiden Geschlechtern sank die Rate 2019. An koronarer Herzkrankheit starben im Berichtszeitraum von 2011 bis 2021 mehr Oberhausener als im NRW-Durchschnitt. Grundsätzlich waren es ebenfalls mehr verstorbene Männer als Frauen, wobei die Tendenz leicht sinkend ist.

COPD:

Die Behandlungsprävalenz war bei Männern höher als bei Frauen. Sie steigt jedoch bei Frauen seit 2016 an. In Oberhausen wurden weniger Personen als in NRW stationär aufgrund von COPD behandelt. Dennoch war die Rate bei Frauen höher als bei Männern. Es gab deutliche Abweichungen vom NRW-Wert. Es starben mehr Männer als Frauen an COPD. Insgesamt sank diese Rate. Bei Frauen stieg die Tendenz jedoch und lag oberhalb des NRW-Wertes.

Rückenschmerzen:

Die Behandlungsprävalenz war bei Frauen höher als bei Männern. Es ist eine Steigerung in den vergangenen Jahren erkennbar. Die stationären Behandlungen aufgrund von Rückenschmerzen sanken. Oberhausenerinnen wurden häufiger behandelt als Oberhausener.

Morbidität nach Geschlecht anhand ausgewählter Diagnosen:

Die höchsten Behandlungsprävalenzen bestanden bei Oberhausener:innen für die Erkrankungen Bluthochdruck und Rückenschmerzen. Darauf

folgt bei Oberhausenerinnen die Erkrankung Depression und bei den Männern die Diagnose Typ-2-Diabetes. Die meisten Krankenhausfälle in Oberhausen gehen bei Frauen ebenso wie bei Männern auf die koronare Herzkrankheit zurück. Bei Frauen folgen darauf Depressionen und bei Männern COPD als weitere Ursachen für eine stationäre Behandlung.

Lebendgeborene:

Die Rate der lebend geborenen Säuglinge je 1.000 15 bis 44-jährigen Frauen ist im Zeitverlauf von 2013 bis 2016 gestiegen und seither bis 2021 weitestgehend konstant.

Schuleingangsuntersuchungen:

Es wurden die Stichproben der entwicklungsverzögerten Kinder der Einschulungsjahrgänge 2021/ 2022 und 2022/ 2023 anhand der Gewichtskategorien untersucht. Im Jahrgang 2021/ 2022 (n=1.067) gab es folgende Einteilungen: ca. 72 % der Kinder waren normalgewichtig; 4 % waren deutlich untergewichtig; 7,3 % waren untergewichtig; 6,5 % waren übergewichtig; 10,2 % waren adipös. Im darauffolgenden Einschulungsjahrgang (n=614) ergaben sich folgende Einteilungen: ca. 65,8 % waren normalgewichtig; 8,8 % waren deutlich untergewichtig; 9,3 % untergewichtig; 6,7 % waren übergewichtig; 9,4 % waren adipös.

Kapitel 3:

Umweltbezogene Gesundheitsrisiken

Luft:

Die Feinstaub- und Stickstoffdioxidwerte der Verkehrsmessstationen auf Oberhausener Stadtgebiet im Berichtszeitraum von 2017 bis 2021 deuten auf eine Absenkung hin. Die vorgegebenen Grenzwerte wurden unterschritten.

Hitze:

Insbesondere die Innenstadt sowie die Ortskerne der Bezirke Sterkrade-Mitte, Osterfeld-Mitte und Schmachtdorf sind derzeit bereits von einer hohen Wärmeintensität betroffen. Dies gilt ebenso für das Gebiet des Einkaufszentrums in der Neuen Mitte. Perspektivisch werden die Belastungen aufgrund hoher Temperaturen in den Sommermonaten zunehmen. Das Klimaanpassungskonzept der Stadt Oberhausen greift unter anderem Maßnahmen zum Bevölkerungsschutz auf.

Lärm:

Lärmbelastungen gehen im Oberhausener Stadtgebiet hauptsächlich von Straßen- und Schienenverkehr aus. Maßnahmen zur Reduzierung dieser Belastungen sind im Lärmaktionsplan der Stadt Oberhausen beschrieben. Beispiele dafür sind innerörtliche Geschwindigkeitsreduzierungen, LKW-Nachtfahrverbote ebenso wie Fahrbahnsanierung in entsprechend ausgewählten Straßen.

Kapitel 4:**Gesundheitliche Versorgung****Stationäre Versorgung:**

In Oberhausen gibt es sechs Krankenhäuser. Davon sind vier in privater und zwei Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft.

Ambulante Versorgung:

Die ambulante Versorgung für ausgewählte Arztgruppen war 2022 zum Großteil bedarfsgerecht. Dies gilt ebenso für den Versorgungsgrad der Zahnärzte und Zahnärztinnen. Für einzelne Arztgruppen lag sogar eine Überversorgung vor.

1. Rahmenbedingungen von Gesundheit

1.1 Verständnis von Gesundheit für ein gesundes Leben in der Kommune

Was benötigt ein Mensch, um gesund zu sein und sich wohl zu fühlen? Ausgehend von der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist es nicht nur „das Ausbleiben von Krankheit“. Vielmehr zeichnen körperliche, seelische und soziale Faktoren den „Zustand völligen Wohlbefindens“ und somit Gesundheit aus (WHO, 1946). Weiterhin besitzen gesunde Personen die Fähigkeit, körperliche, soziale und emotionale Herausforderungen im Leben zu bewältigen und ihr Leben selbst unter Kontrolle zu haben (vgl. Huber, 2011).

Diesem Bericht wird bewusst ein noch umfangreicherer Ansatz von Gesundheit zugrunde gelegt, welcher Einflussfaktoren außerhalb des menschlichen Körpers einbezieht. So ist Gesundheit – neben individuellen Faktoren wie Alter und Geschlecht – ebenso durch lebensraumbezogene Aspekte geprägt. Modifiziert nach dem Modell von Dahlgren und Whitehead (1991) und der niederländischen Gemeinde Utrecht verdeutlicht Abbildung 1 die Determinanten von Gesundheit. Demzufolge wirken verschiedene Einflussfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen. Erbanlagen, Alter und Geschlecht stellen dabei unveränderliche Faktoren für die Gesundheit dar. Erste Ansatzpunkte zur Förderung der Gesundheit sind mit dem individuellen Lebensstil und Gesundheitsverhalten gegeben.

Beispiele für gesundheitsförderliches Verhalten sind gesunde Ernährung sowie ausreichend körperliche Bewegung. Negativbeispiele wie Alkohol- und Tabakkonsum bedingen eine Schädigung der Gesundheit. Das soziale Umfeld mit menschlichen Beziehungen und der Interaktion in sozialen Netzwerken nehmen ebenfalls Einfluss auf die Gesundheit. Sie wirken gleichermaßen auf die direkte Gesundheit (Erhaltung und Wiederherstellung) sowie indirekt auf die Verhaltensentscheidungen im Hinblick auf die Gesundheit (z.B. körperliche Bewegung in einer Gruppe). Darüber hinaus steht die soziale Gemeinschaft in Verbindung mit den individuellen Faktoren der Lebens- und Arbeitsbedingungen. Dazu zählen etwa Bildung, Arbeitssituation, Wohnbedingungen, Umweltfaktoren und Gesundheitsversorgung. Einen grundlegenden Einfluss auf all diese Ebenen haben die allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen sowie umweltbezogenen Gegebenheiten. Auf dieser Basis werden in der Gesellschaft politische Entscheidungen zur Gestaltung der Lebensbedingungen getroffen.

Die Abbildung veranschaulicht die unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit, die sich zum Großteil anhand verschiedener (Gesundheits-)Parameter aus der Kommune beschreiben lassen. Folglich finden sich unterschiedliche Daten aus den verschiedenen Fachbereichen der Stadt Oberhausen, die einen direkten oder indirekten Effekt auf die Gesundheit der Bevölkerung haben bzw. die gesundheitliche Lage dieser beschreiben.

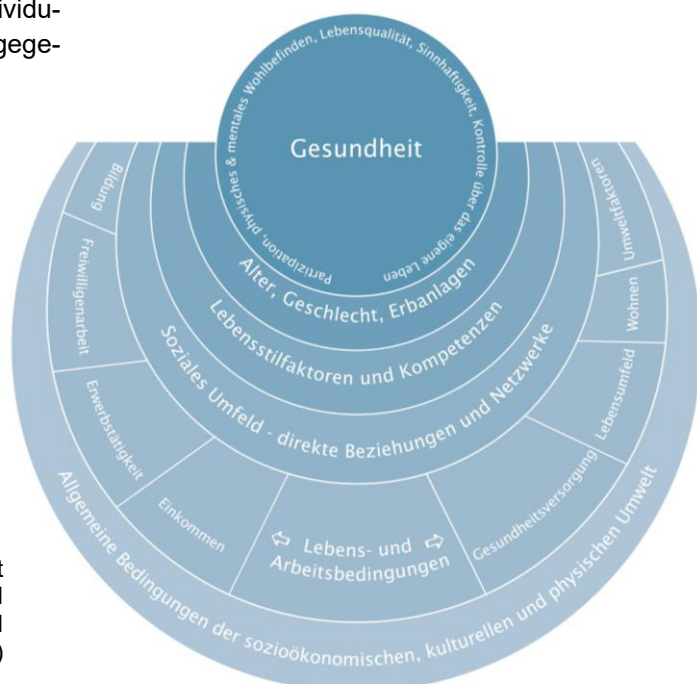


Abbildung 1 Determinanten der Gesundheit
(eigene Darstellung nach Dahlgren und
Whitehead (1991) und
Gemeinde Utrecht (2018))

1.2 Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsentwicklung

Zum Stichtag 31.12.2022 waren 212.545 Einwohner:innen in Oberhausen gemeldet, davon waren 108.716 weiblich (51 %) und 103.812 männlich (49 %). Zur Personengruppe der Kinder und Jugendlichen zählten 35.989, Erwerbstätige zwischen 15 und unter 65 Jahren gab es in Oberhausen 135.376 und 63.285 Senior:innen (60-Jährige oder Ältere). Das Durchschnittsalter der Oberhausener:innen betrug 44,2 Jahre. Die Betrachtung der Sozialräume zeigt, dass die Bewohner:innen in Sterkrade-Nord im Schnitt mit 46,8 Jahren am ältesten waren und in Oberhausen-Mitte/Styrum mit 42,1 Jahren durchschnittlich am jüngsten.

Der Altenquotient beschreibt das Verhältnis der potenziell arbeitenden Bevölkerung (wirtschaftlich aktiv) zur nicht mehr wirtschaftlich aktiven Bevölkerung beschreiben. Die Berechnung erfolgt aus der Personengruppe der 65-Jährigen und älteren je 100 der 18- bis unter 65-Jährigen. Im Jahr 2022 lag die Quote für das Stadtgebiet Oberhausen bei 36,4 %. Im Vergleich dazu war der Altenquotient in Sterkrade-Nord mit knapp 44 % am höchsten und im Sozialraum Mitte/ Styrum am niedrigsten (31,2 %).

Gegensätzlich dazu gibt der Jugendquotient an, wie viele Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren jeweils 100 Erwachsenen im Alter von 18 bis unter 65 Jahren gegenüberstehen. Dieser Indikator kann Hinweise auf die Familienprägung eines Gebietes geben. Der Jugendquotient für die Stadt Oberhausen betrug in 2022 27,7 %. Den höchsten Wert erreichte auch hier der Sozialraum Mitte/ Styrum, wo knapp 33 Kinder und Jugendliche jeweils 100 Erwachsenen gegenüberstanden. In Sterkrade-Mitte war der Jugendquotient am geringsten (26,1 %) und lag noch unterhalb des städtischen Durchschnitts.

Gemäß der Definition des Statistischen Bundesamtes gilt als Person mit Migrationshintergrund, wer eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt, oder wer im Ausland geboren wurde und nach 1949 zugewandert ist, oder wer mindestens ein Elternteil hat, der (seit 1960) zugewandert ist und/ oder eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt. Im Jahr 2022 hatten in Oberhausen knapp 33 % der Einwohner:innen einen Migrationshinter-

grund. Die Stadtteile mit dem höchsten bzw. niedrigsten Anteil waren Oberhausen Mitte/Styrum (49,3 %) bzw. Sterkrade-Nord (19,2 %) (Quelle: Stadt Oberhausen, Einwohnerdatei, Bundesagentur für Arbeit; Bearbeitung und Berechnung: Fachbereich 4-5-10/Statistik).

Die Bevölkerungsdichte der Stadt Oberhausen betrug im Jahr 2021 knapp 2.707 Einwohner:innen je Quadratkilometer. Damit liegt das Oberhausener Ballungszentrum im Vergleich hinter den NRW-Städten Essen, Düsseldorf und Herne.

2. Gesundheitszustand der Bevölkerung

2.1 Mortalität

2.1.1 Allgemeine Mortalität

Die allgemeine Mortalität (Sterblichkeit) gibt erste Anhaltspunkte zur gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung. Das Auftreten vermehrter Todesfälle in einer Bevölkerung kann auf bestehende Gesundheitsrisiken hindeuten.

Die Sterblichkeit variiert je nach Geschlecht und Alter. Sie wird mithilfe der Maßeinheit Fälle je 100.000 Einwohner:innen angegeben. Dabei können die Werte als rohe oder altersstandardisierte Rate dargestellt werden. Die rohe Rate bezieht sich auf die Einwohnerzahl und die absoluten Fallzahlen der jeweiligen Kommune. Für interkommunale Vergleiche ist sie ungeeignet, da sich die Altersstruktur der Bevölkerung von Kommunen unterscheidet und mit der Zeit auch verändert. Daher werden für Vergleiche zweier oder mehrerer Bevölkerungen oder bei der Betrachtung einer Zeitreihe in der Regel altersstandardisierte Raten genutzt, welche um den Alterseffekt bereinigt wurden.

Im Jahr 2021 starben in Oberhausen insgesamt 3.009 Personen, davon waren 1.514 weiblich und 1.495 männlich. Dies entspricht knapp 1.439 Sterbefällen je 100.000 Einwohner:innen. Im Kommunenvergleich wies im gleichen Jahr nur Herne eine höhere Sterberate auf (1.508,5 je 100.000 Einwohner:innen). Damit lag die Oberhausener Rate deutlich über dem Landeswert von Nordrhein-Westfalen mit 1.227,5 Fällen je 100.000 Einwohner:innen.

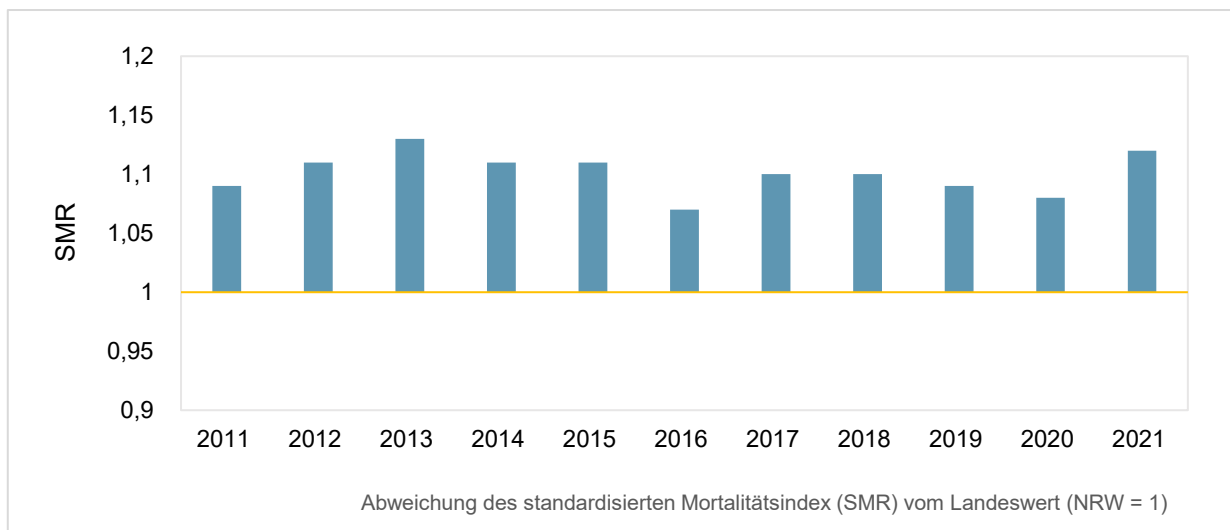


Abbildung 2 Sterbefälle Oberhausen – Abweichung der Mortalitätsrate vom Landesdurchschnitt (SMR), 2011-2021
Quelle: LZG.NRW Indikator 3.7

Zur Darstellung der Abweichung vom NRW-Durchschnittswert wird die sogenannte Standardized Mortality Ratio, kurz SMR genutzt. Dabei werden die beobachteten Fälle des Verwaltungsbezirks, hier Oberhausen, in Beziehung gesetzt zu den erwarteten Fällen, welche anhand der Mortalitätsrate des Landes standardisiert sind. Die Kennzahl ermöglicht so eine Einschätzung über eine positive oder negative prozentuale Abweichung der Rate vom NRW-Durchschnitt (vgl. LZG.NRW, 2022). Abbildung 2 zeigt die Sterbefälle für Oberhausen im Zeitverlauf. Daraus wird eine deutliche Abweichung oberhalb des Landesdurchschnitts ersichtlich.

Für das Jahr 2021 lag der SMR für alle Sterbefälle je 100.000 Einwohner:innen bei 1,13. Folglich betrug die Mortalitätsrate 13 % und wich somit positiv vom Landesdurchschnitt ab, d.h. es gab in dem ausgewählten Jahr 13 % mehr Sterbefälle in Oberhausen als im NRW-Durchschnitt (Abb. 2). Dieser Unterschied ist signifikant (Signifikanzniveau 0,01). Im interkommunalen Vergleich wichen lediglich Herne (SMR 1,21) und Gelsenkirchen (SMR 1,18) noch deutlicher vom NRW-Durchschnitt ab. Auch die differenzierte Betrachtung nach Geschlecht zeigte eine Mortalitätsrate mit signifikanter Abweichung zum NRW-Durchschnitt (Signifikanzniveau 0,01). Für Oberhausenerinnen betrug sie 12 % und für die männlichen Einwohner Oberhausens 15 %.

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

Die genauen Gründe für die Entwicklung lassen sich nicht eindeutig benennen. Es sind unterschiedliche Ereignisse zu berücksichtigen, welche das Sterbegeschehen im Jahr 2021 beeinflusst haben können. Einerseits verzeichnete Oberhausen im Juni eine Hitzewelle, die als Einflussfaktor auf die Mortalität in Betracht gezogen werden kann. Weiterhin wirkte sich in 2021 die COVID-19-Pandemie auf das Sterbegeschehen aus, welche die Entwicklung jedoch nur zum Teil erklärt. Die Kontaktbeschränkungen im Zuge des Infektionsschutzes zogen damit einhergehend aufgeschobene Vorsorgeuntersuchungen und Operationen nach sich. Die Folgen dessen wären als weitere mögliche Ursachen zu benennen. Die Anteile der einzelnen Effekte am gesamten Sterbegeschehen lassen sich nicht mit Zahlen belegen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2023).

Die aufgeführten Ereignisse sind mögliche Einflussfaktoren auf das Sterbegeschehen, dennoch lassen sich keine konkreten Ursachen identifizieren. Insgesamt ist eine weitere Beobachtung der Entwicklung der Mortalität in Oberhausen notwendig.

2.1.2 Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr

Zur Beurteilung der allgemeinen Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen wird der Indikator Säuglingssterblichkeit herangezogen (vgl. RKI, 2011). Die Säuglingssterblichkeit wird

nach „im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1.000 Lebendgeborene“ angegeben. Da es sich um ein recht seltenes Ereignis handelt, liegen die Werte im Dreijahresmittel vor. Bezogen auf den Zeitraum von 2019 bis 2021 waren es insgesamt (weiblich und männlich) 3,6 im ersten Lebensjahr gestorbene Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene. Damit liegt Oberhausen nur knapp über dem NRW-Wert von 3,5 (vgl. LZG.NRW, 2023). Da nur eine geringe Abweichung vom Landesschnitt zu verzeichnen ist, sind derzeit keine möglichen Handlungsbedarfe zu benennen.

2.1.3 Lebenserwartung nach Geschlecht

Allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung ermöglicht die Betrachtung der mittleren Lebenserwartung. Dieser Indikator gibt die Lebenserwartung bei der Geburt an, d.h. wie viele Jahre ein Neugeborenes bei unveränderten derzeitigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Im regionalen Vergleich stehen Unterschiede in der Lebenserwartung in Zusammenhang mit sozialen Verhältnissen (vgl. LZG.NRW, 2023).

Als Berechnungsgrundlage dient die sogenannte Sterbetafel, welche modellhaft mithilfe der alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten des un-

tersuchten Zeitraums (ein oder mehrere zusammengefasste Jahre) erstellt wird. Die Lebenserwartung eignet sich sehr gut, um regionale Unterschiede zu vergleichen und zu analysieren. Dies liegt darin begründet, dass die Lebenserwartung der um Alterseffekte bereinigten Sterblichkeit entspricht. So lassen sich anhand der Abweichung vom Landesdurchschnitt die relativen Positionen der einzelnen Regionen zueinander aufzeigen (vgl. LZG.NRW, 2023).

Die Entwicklung der mittleren Lebenserwartung bei Geburt ist in Oberhausen im Zeitraum von 2013 bis 2021 ähnlich wie in Nordrhein-Westfalen verlaufen. Im Schnitt ist ein Anstieg der Lebenserwartung zu verzeichnen. Dies gilt für beide Geschlechter. Lediglich im Berichtszeitraum 2017/2019 sank die mittlere Lebenserwartung der weiblichen Oberhausener Bevölkerung geringfügig. Diese Schwankung glich sich im Folgezeitraum wieder aus (Abb. 3). 2019/2021 sank die mittlere Lebenserwartung örtlich bei beiden Geschlechtern: Männer lebten durchschnittlich 76,89 Jahre und damit rund 0,2 Jahre kürzer als im Vorjahreszeitraum; Frauen erreichten im Schnitt ein Lebensalter von 81,57 Jahren (- 0,1 Jahre). Im Allgemeinen lag die mittlere Lebenserwartung der Oberhausenerinnen und Oberhausener unterhalb des Landesdurchschnitts: Männer lebten durchschnittlich knapp 1,4 Jahre und Frauen ca. 1,3 Jahre kürzer.

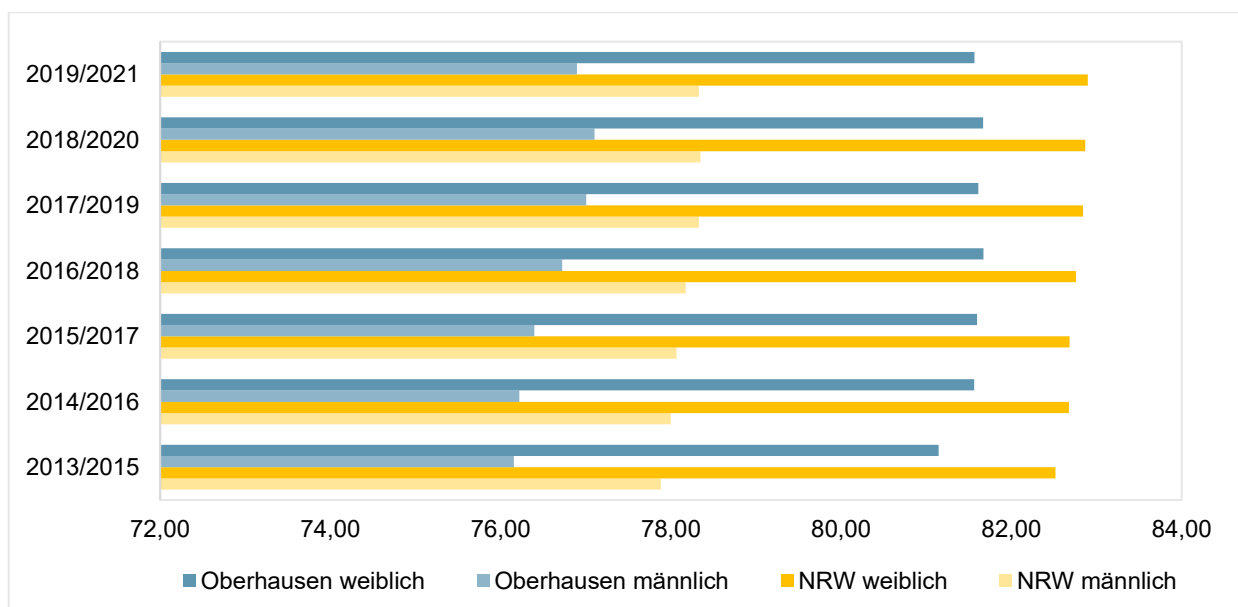


Abbildung 3 Mittlere Lebenserwartung Oberhausen in Jahren, 2013-2021
Quelle: LZG.NRW Indikator 3.10

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

Verglichen mit der Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland ist die der Oberhausener Bevölkerung ähnlich: die mittlere Lebenserwartung steigt kontinuierlich. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Anteil älterer Menschen in Deutschland seit einiger Zeit jährlich zunimmt. Folglich ist eine jährlich steigende Zahl an Gestorbenen zu erwarten. Diese Entwicklung kann jedoch nicht isoliert betrachtet werden, da eine steigende Lebenserwartung in den meisten Jahren einen abmildernden Effekt auf den Anstieg der Gestorbenen hat. Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie nahm die Lebenserwartung nicht zu. Gleichwohl gab es höhere Sterbefallzahlen, die sich nicht allein durch die steigende Anzahl älterer Menschen erklären ließen (vgl. Destatis, 2023). Es kann sich daher um die Beobachtung einer Übersterblichkeit handeln, die sich als eine im Saisonverlauf erhöhte Sterbefallzahl bzw. Sterberate definiert (vgl. zur Nieden und Engelhart, 2021).

Der sichtbare Geschlechterunterschied (Abb. 3) ähnelt ebenfalls der Entwicklung in Deutschland. Die höhere Lebenserwartung von Frauen ist dabei eine weltweit zu beobachtende Besonderheit (vgl. Barford et al., 2006). Eindeutige Erklärungen gibt es dafür derzeit nicht. Einerseits scheint die höhere Lebenserwartung der Frauen auf biologische Ursachen, wie unter anderem die Chromosomenverteilung, zurückzuführen sein (vgl. Sano et al.,

2022). Zum anderen sind nicht-biologische Aspekte, wie das Gesundheitsverhalten und die Lebensbedingungen, zu berücksichtigen. Beispiele für geschlechterspezifische Unterschiede im Gesundheitsverhalten sind Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, Ernährung oder unfallverursachendes Verhalten. Unterschiede der Lebensbedingungen, zwischen Männern und Frauen können sich zudem in der Erwerbsbeteiligung, Arbeitsbedingungen und Einkommensverteilung zeigen (vgl. Oksuzyan et al., 2018; vgl. Wiedemann et al., 2015).

Ansatzpunkte zur stetigen Erhöhung der Lebenserwartung von Männern und Frauen können zielgruppenspezifische, d. h. unter anderem geschlechterspezifische, Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für die Bevölkerung sein. Diese tragen zur Aufklärung und Sensibilisierung für gesundheitsförderliches Verhalten bei.

2.1.4 Vorzeitige Sterblichkeit

Die steigende Lebenserwartung geht einher mit einer geringeren vorzeitigen Sterblichkeit der Bevölkerung. Die vorzeitige Sterblichkeit geht auf die Sterbefälle in der Bevölkerung zurück, bei denen Personen vor ihrem 70. Lebensjahr versterben (vgl. Statistisches Bundesamt, 2023).

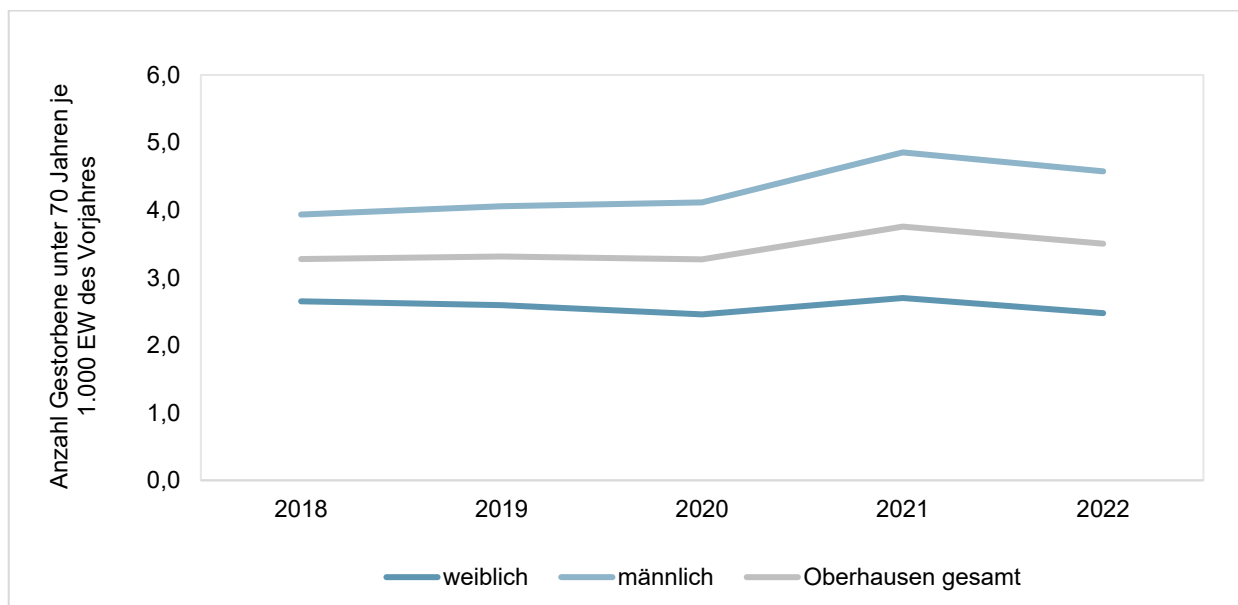


Abbildung 4 Vorzeitige Sterblichkeit Oberhausen nach Geschlecht, 2018-2022

Quelle: Stadt Oberhausen, Einwohnerdatei, Berechnung: Fachbereich 4-5-10/Statistik

In Oberhausen starben im Jahr 2022 von 1.000 Oberhausener:innen 3,5 Personen unter 70 Jahren. Aus Abbildung 4 geht hervor, dass es insbesondere im Jahr 2021 einen Anstieg in der vorzeitigen Sterblichkeit bei der Oberhausener Bevölkerung gab, der beide Geschlechter betraf. Dennoch wich der Wert der Männer im Berichtszeitraum deutlich von dem der Frauen ab und stieg zunehmend. Im Jahr 2022 starben von 1.000 Männern 4,6 Männer unter 70 Jahren. Bei den Frauen waren es im gleichen Jahr 2,5 je 1.000 Frauen.

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

Der Geschlechterunterschied hinsichtlich der vorzeitigen Sterblichkeit ist nicht nur in Oberhausen zu beobachten, sondern zeigte sich in den vergangenen Jahren ebenfalls in Nordrhein-Westfalen (vgl. LZG.NRW, 2019). Die potenziellen Ursachen können sowohl biologischer Natur als auch nicht-biologischen Ursprungs sein (siehe dazu Kapitel 2.1.3). Für den Anstieg ab dem Jahr 2021 kann die COVID-19-Pandemie als mögliche Teilursache in Betracht gezogen werden. Die konkreten Ursachen sind nicht zu identifizieren. Die Entwicklung der vorzeitigen Sterblichkeit, insbesondere im Hinblick auf das Sterbegeschehen der männlichen Bevölkerung von Oberhausen, muss weiterhin beobachtet werden.

2.1.5 Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen

Einige Todesursachen gelten unter entsprechenden Behandlungs- und Vorsorgebedingungen als vermeidbar. Sie werden unter dem Begriff vermeidbare Sterbefälle zusammengefasst. Dazu zählen die sechs häufigsten Todesursachen je Altersgruppe und nach Bedarf geschlechtsspezifisch, welche im regionalen Vergleich abgebildet werden (Tab. 1). Die angegebene Darstellung von Altersgruppen und Geschlechtern je Sterbeursache basiert auf den Daten der Kennzahlen des LZG.NRW und ist nicht feingliedriger differenzierbar. Daten zu vermeidbaren Sterbefällen in Oberhausen liegen als 5-Jahresmittelwert vor.

Diese Kennzahl weist indirekt auf die gesundheitliche Versorgungsqualität und –effektivität hin und kann Anhaltspunkte für eine angemessene Inanspruchnahme, Diagnostik und Therapie geben. So lassen sich mögliche strukturelle Handlungsbedarfe ableiten. Zugleich kann ein erhöhter Bedarf an Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen festgestellt und die Effektivität dieser bewertet werden.

Diagnose (ICD-10-Code)	Altersgruppe und Geschlecht
bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (C33 - C34)	0 - 64 Jahre, Männer und Frauen
Brustkrebs (C50)	0 - 64 Jahre, Frauen
Koronare Herzkrankheit (I20 - I25)	0 - 64 Jahre, Männer und Frauen
Bluthochdruck und zerebrovaskuläre Krankheiten, d.h. die Blutgefäße des Gehirns betreffend (I10 - I15 u. I60 - I69)	0 - 64 Jahre, Männer und Frauen
Krankheiten der Leber (K70 - K77)	0 - 74 Jahre, Männer und Frauen
Transportmittelunfälle inner- u. außerhalb des Verkehrs (V01 - V99)	alle Altersgruppen, Männer und Frauen

Tabelle 1 Übersicht vermeidbare Sterbefälle nach Diagnosen (Eigene Darstellung, Quelle: LZG.NRW Indikator 3.14)

Aus Abbildung 5 geht hervor, dass das größte Präventionspotential hinsichtlich der vermeidbaren Sterbefälle auf Krankheiten der Leber zurückzuführen ist. Die Abweichung vom Landesdurchschnitt betrug im gemittelten Bezugsjahr 2020 29 %. Die nächsthöheren Abweichungen vom NRW-Schnitt ergaben sich für die vermeidbaren Sterbefälle aufgrund von koronarer Herzkrankheit (21 %) und bösartigen Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (20 %).

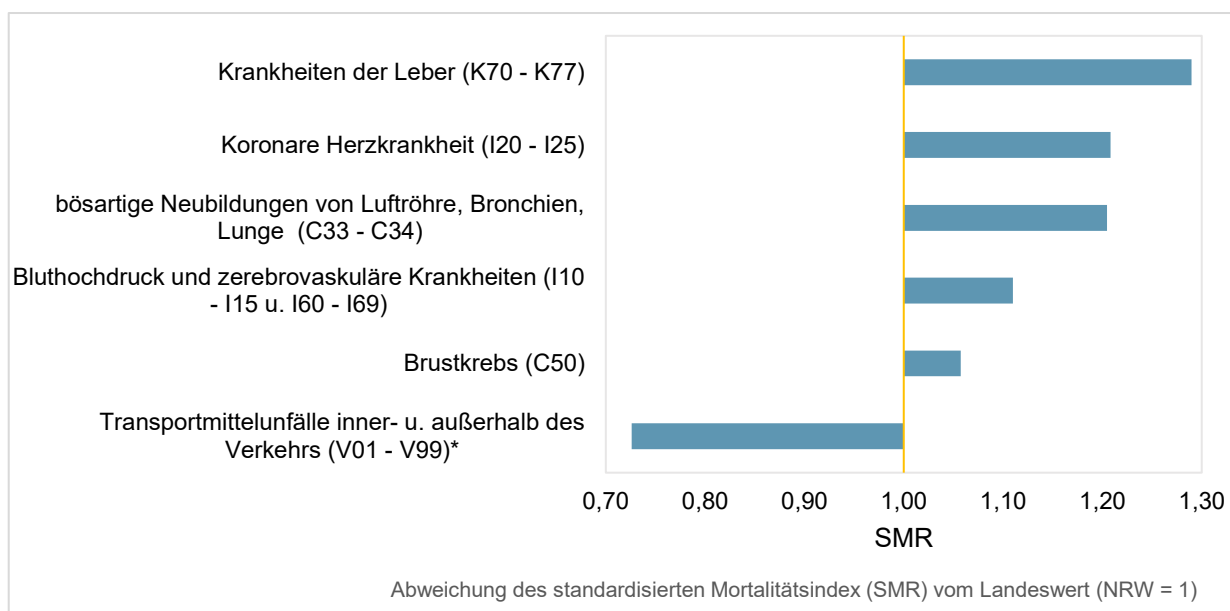


Abbildung 5 Vermeidbare Sterbefälle Oberhausen – Abweichung der Mortalitätsrate vom Landesdurchschnitt, Mittelwert 2016-2020

Quelle: LZG.NRW Indikator 3.14

Krankheiten der Leber:

In Oberhausen starben im Mittel von 2016 bis 2020 insgesamt 32 Personen in der angegebenen Altersgruppe an Krankheiten der Leber. Für den Berichtszeitraum lag der SMR signifikant über Landesdurchschnitt (29 %) (Signifikanzniveau 0,01). Damit sind die Abweichungen oberhalb des NRW-Werts für diese Diagnosegruppe der vermeidbaren Sterbefälle am größten.

Koronare Herzkrankheit:

An koronarer Herzkrankheit verstarben im angegebenen Zeitraum im Mittel 28 Personen im Alter von 0 bis 64 Jahren. Die Abweichung lag um 21 % oberhalb des NRW-Durchschnitts.

Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge:

In der Altersgruppe von 0 bis 64 Jahren gab es von 2016 bis 2020 im Mittel 47 vermeidbare Sterbefälle aufgrund von bösartigen Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge. Es lag eine Abweichung oberhalb des Landesdurchschnitts von 20 % vor.

Bluthochdruck und zerebrovaskuläre Krankheiten:

An Bluthochdruck und zerebrovaskulären Krankheiten wie beispielsweise Schlaganfällen starben

2016 bis 2020 im Mittel 14 Personen in der entsprechenden Altersgruppe. Die Abweichung oberhalb des Landesdurchschnitts betrug 11 %.

Brustkrebs:

In der Personengruppe der 0 bis 64-jährigen Frauen verstarben im Berichtszeitraum 14 Oberhausenerinnen an Brustkrebs. Im Vergleich zum NRW-Wert war die Mortalität aufgrund dieser Diagnose um 6 % höher.

Transportmittelunfälle inner- u. außerhalb des Verkehrs:

In Oberhausen starben im entsprechenden Zeitraum im Mittel 5 Personen aufgrund von Transportmittelunfällen, welche sich inner- und außerhalb des Verkehrs ereigneten. Daraus ergab sich eine Abweichung unterhalb des NRW-Wertes von 27 %.

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

Insbesondere für die vermeidbaren Sterbefälle in Oberhausen aufgrund von Erkrankungen der Leber, koronarer Herzkrankheit und bösartigen Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge lassen sich Parallelen zu anderen Ruhrgebietsstädten erkennen (vgl. LZG.NRW, 2023). Zu möglichen Einflussfaktoren können die räumliche Verdichtung, (alt-) industrielle Strukturen der Montanindustrie sowie soziodemografische Herausforderungen zählen (vgl. LZG.NRW, 2019). Die Beiträge der einzelnen Faktoren auf die beobachtete

Entwicklung sind nicht zu beziffern und trennscharf voneinander abzugrenzen.

Je nach Sterbeursache sind weitere potenzielle Ursachen zu berücksichtigen. Einige davon sind durch Maßnahmen der Krankheitsprävention sowie angepasste und bedarfsgerechte medizinische Versorgung zu verhindern oder zumindest abzumildern. Anhand der benannten Diagnosen sind einige beispielhafte Handlungsoptionen für verschiedene Präventionsansätze denkbar. Primärpräventive Maßnahmen richten sich in der Regel an Gesunde und zielen auf die Risikovermeidung ab. Im Falle der Diagnosen Lebererkrankung und bösartige Neubildungen des Atmungssystems setzen die Maßnahmen bei der Lebensweise der Menschen an. Beispielsweise kann Leberzirrhose als Erkrankung des gleichnamigen Organs durch erhöhten Alkoholkonsum entstehen. Lungenkrebs ist mit dem Rauchverhalten assoziiert. Ein Ansatzpunkt für Präventionsmaßnahmen wäre z.B. Aufklärungsarbeit hinsichtlich des Suchtverhaltens. Früherkennungsuntersuchungen für Brustkrebs gehören den sekundärpräventiven Maßnahmen an. Diese haben zum Ziel, Krankheiten möglichst frühzeitig zu erkennen, bevor Beschwerden oder Symptome auftreten und sie zu behandeln. Bei Erkrankungen wie koronarer Herzkrankheit, Bluthochdruck und zerebrovaskulären Krankheiten (z.B. Schlaganfall) können tertiärpräventive Maßnahmen etabliert werden. Sie richten sich an bereits betroffene Patient:innen, deren Erkrankungen abgemildert oder die Fortschreitung dessen verhindert werden soll. Die Bereitstellung notwendiger Heil- und Folgebehandlungen kann dazu beitragen. Dazu zählen ebenso angepasste medizinische Versorgungsstrukturen, die beispielsweise die Behandlung akuter Notfälle wie Schlaganfall oder Herzinfarkt sicherstellen können (vgl. Franzko-wiak, 2022).

2.2 Morbidität und Krankheitsgeschehen

Die nachfolgenden Erkrankungen werden im weiteren Bericht näher beleuchtet, da sie unter anderem zu den häufigsten und gesundheitsökonomisch bedeutsamsten Gesundheitsproblemen der heutigen Industriestaaten zählen (RKI, 2023). Einleitend wird die entsprechende Krankheit jeweils

knapp skizziert und die Public Health-Relevanz aufgezeigt sowie weiterhin die Oberhausener Lage als auch der interkommunale Vergleich dargestellt.

Die angegebenen Daten zur Behandlungsprävalenz der jeweiligen Diagnose stammen von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo) und wurden vom LZG.NRW zur Verfügung gestellt. Sie beziehen sich auf den Berichtszeitraum 2016 bis 2021. Ergänzend dazu sind Daten aus der Todesursachen- und Krankenhausdiagnosestatistik zur entsprechenden Krankheit eingeflossen, welche ebenfalls durch das LZG.NRW bereitgestellt wurden.

2.2.1 Typ-2-Diabetes

Diabetes mellitus ist eine nicht übertragbare Stoffwechselerkrankung, bei der ein chronisch erhöhter Blutzuckerspiegel im Körper vorliegt. Es wird zwischen Typ-1-Diabetes und Typ-2-Diabetes unterschieden, wobei es noch weitere seltenere Formen gibt. Charakteristisch für den immunologisch bedingten Typ-1-Diabetes ist ein absoluter Insulinmangel. Die Form Typ-2-Diabetes zeichnet sich durch eine verminderte Insulinproduktion als auch eine Insulin-Resistenz aus. Dies geht mit einer herabgesetzten Wirkung des Insulins in den Körperzellen einher (vgl. Rosenbauer et al. 2019). Als Folgen dieser Krankheit können schwerwiegende und vielfache Organkomplikationen ebenso wie Schädigungen von Nerven und kleinen Blutgefäßen auftreten. Die beeinflusst die Lebenserwartung der Erkrankten negativ.

Typ-2-Diabetes ist die häufigste Diabetesform im Erwachsenenalter. Die Ursachen dieser Erkrankung liegen in einem Zusammenspiel verschiedener Risikofaktoren begründet. Dazu zählen neben nicht beeinflussbaren Faktoren wie höherem Lebensalter und genetischen Aspekten insbesondere Adipositas (Fettleibigkeit) und körperliche Inaktivität. Letztere Risikofaktoren sind prinzipiell beeinflussbar und können je nach Ausprägungsgrad der Erkrankung unter anderem mithilfe von Lebensstiländerungen behandelt werden (vgl. Nationale Diabetes Surveillance, 2019).

Im Jahr 2021 waren in Oberhausen rund 19.000 Personen aufgrund von Diabetes Typ 2 in ärzt-

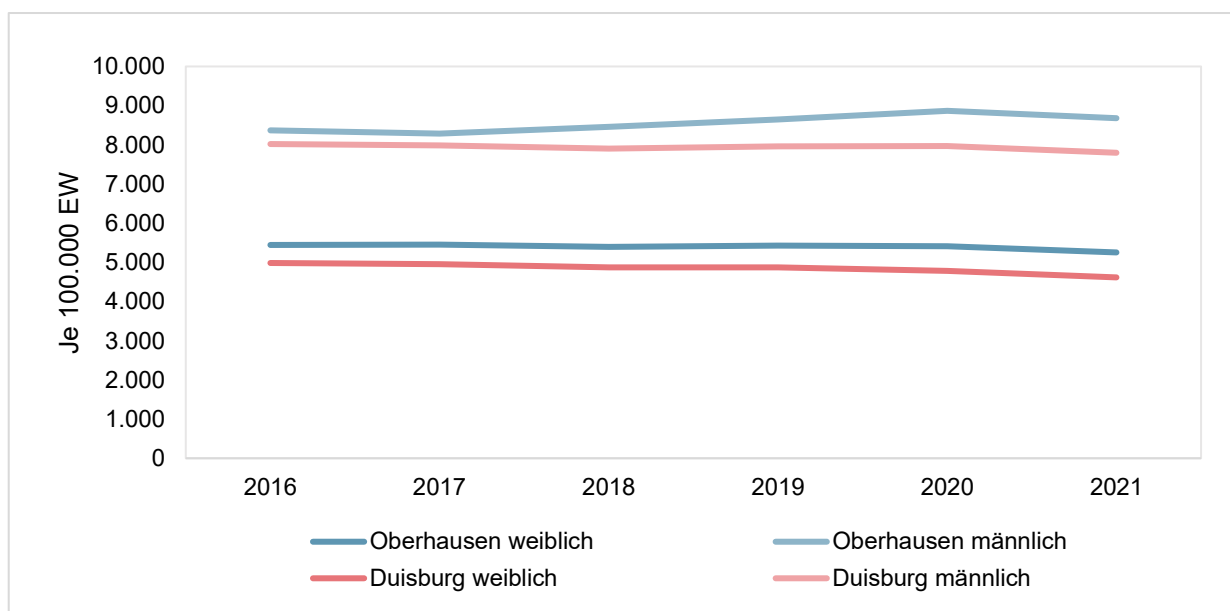


Abbildung 6 Behandlungsprävalenz von Diabetes-Typ-2 je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und Duisburg, 2016-2021 (altersstandardisiert nach Zensus 2011)
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

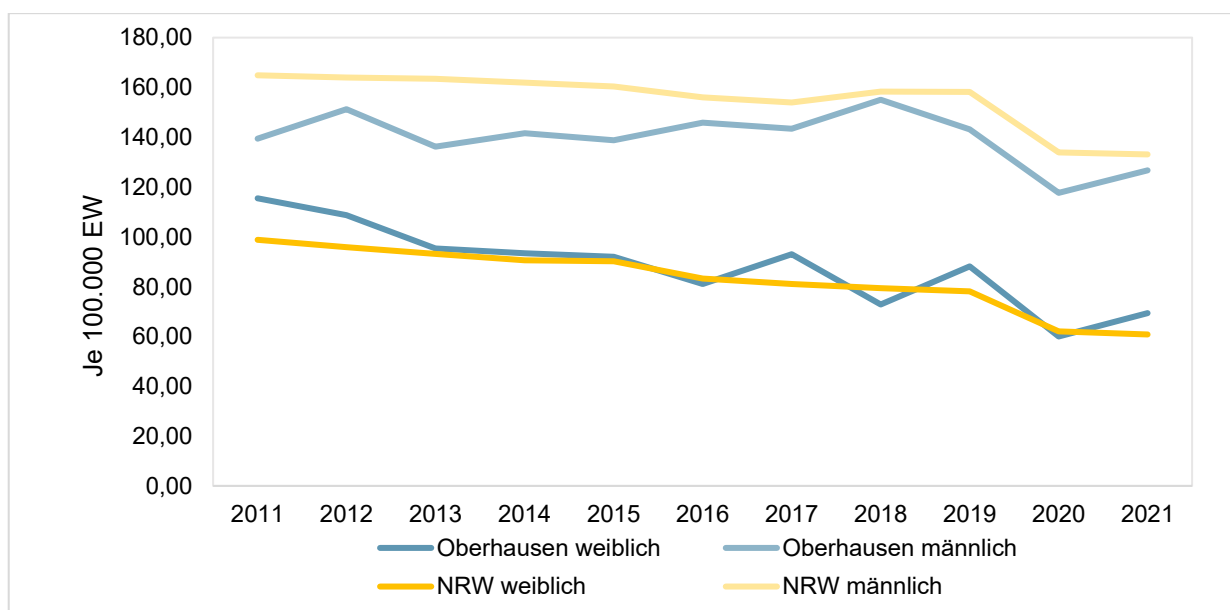


Abbildung 7 Krankenhausfälle wegen Diabetes-Typ-2 je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021 (altersstandardisiert nach SDR Europa alt)
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, LZG.NRW

licher Behandlung. Die Anzahl der männlichen Erkrankten (9.810) war geringfügig höher als bei den erkrankten Frauen (9.573). Aus Abbildung 6 geht dieser Geschlechterunterschied ebenfalls hervor. Folglich lag die Behandlungsprävalenz für Diabetes Typ 2 in den Jahren 2016 bis 2021 bei den Männern in Oberhausen deutlich höher als bei den Oberhausenerinnen.

Der interkommunale Vergleich zeigt für Duisburg eine ähnliche geschlechtsspezifische Entwicklung

bei der Behandlungsprävalenz. Die Rate je 100.000 Einwohnerinnen war in Duisburg auch ähnlich hoch, dennoch lag sie im ausgewählten Zeitraum noch unter der von Oberhausen.

Im Jahr 2021 wurden in Oberhausen 336 Personen mit Diabetes Typ 2 stationär behandelt. Über die Hälfte davon waren Männer (202). Die Todesfälle aufgrund dieser Erkrankung beliefen sich auf insgesamt 25, wobei Frauen den größeren Anteil einnahmen (56 %). Im Betrachtungszeitraum von

2011 bis 2021 zeigen sich für männliche als auch weibliche Oberhausener:innen geringe Abweichungen der Krankenhausfallzahl je 100.000 Einwohner:innen zum Landeswert. Dennoch ist erkennbar, dass mehr männliche Personen, sowohl in Oberhausen, als auch im Vergleich zum NRW-Wert, in stationärer Behandlung aufgrund von Diabetes Typ 2 waren. In den Jahren 2020 sowie 2021 sanken die Krankenhausfälle verglichen mit dem Vorjahr. Im Vergleich zum Landesdurch-

schnitt kamen in den vergangenen Jahren stationäre Behandlungen in Oberhausen aufgrund von Diabetes Typ 2 insbesondere bei Männern seltener vor. Im Betrachtungszeitraum schwankte die Abweichung vom NRW-Durchschnitt bei den Frauen. Zuletzt waren in Oberhausen im Jahr 2021 jedoch 5 % mehr Frauen aufgrund der genannten Diagnose in stationärer Behandlung als in NRW.

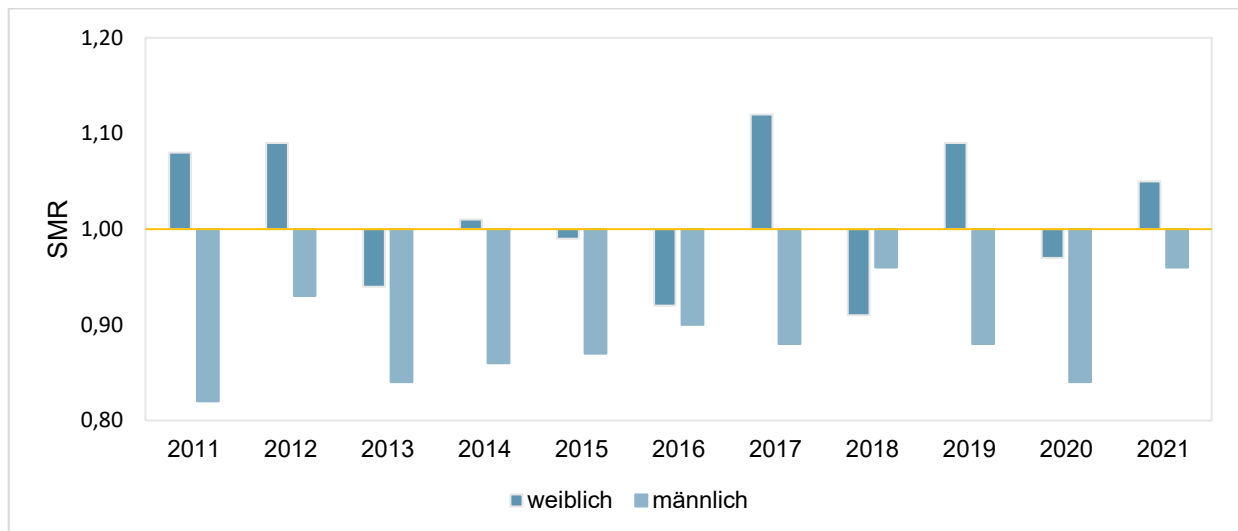


Abbildung 8 Krankenhausfälle wegen Diabetes-Typ-2 nach Geschlecht, SMR (Standardized Morbidity Ratio)
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, LZG.NRW

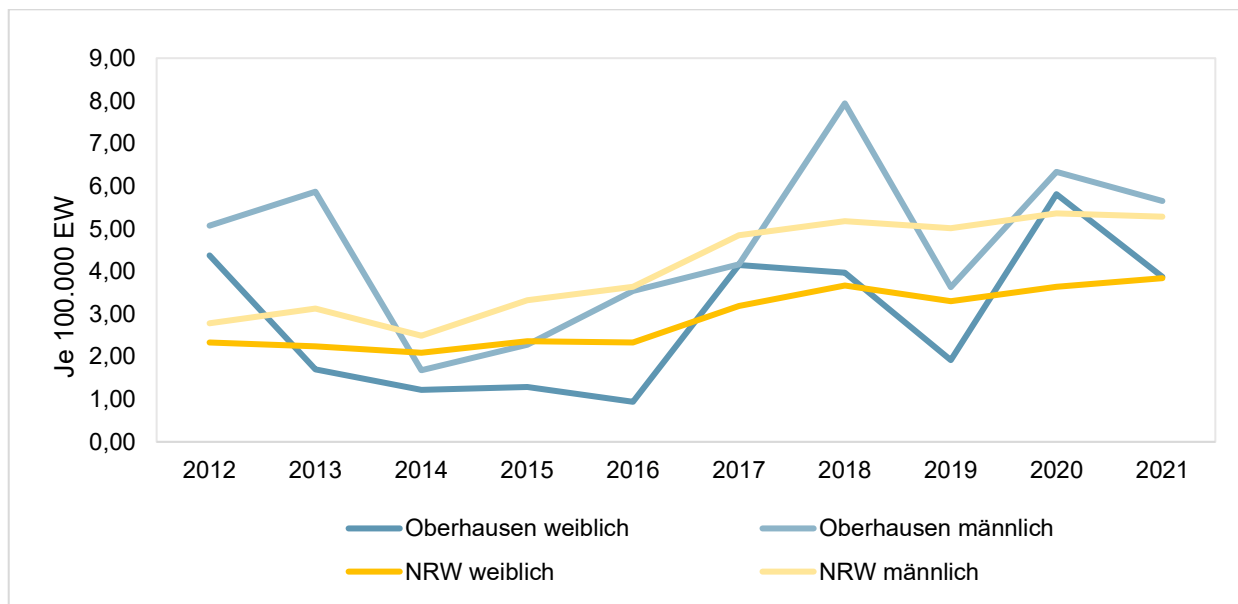


Abbildung 9 Sterbefälle wegen Diabetes Typ 2 je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021(altersstandardisiert nach SDR Europa alt)
Quelle: Todesursachenstatistik, LZG.NRW

Im Hinblick auf die Todesursachenstatistik ist im ausgewählten Zeitraum eine geschlechtsspezifische Entwicklung erkennbar: in Oberhausen ebenso wie in Nordrhein-Westfalen war die Sterberate je 100.000 Einwohner:innen aufgrund von Diabetes Typ 2 bei Männern höher als bei Frauen. Insgesamt ist auch eine leichte Steigerung der Todesfälle erkennbar. Von starken Abweichungen oberhalb des Landesdurchschnitts in den Jahren 2012 und 2013, hin zu prozentual deutlich weniger Sterbefällen in Oberhausen als in NRW im Zeitraum von 2014 bis 2016, schwankten die Abweichungen vom Landesdurchschnitt bei beiden Geschlechtern. Zuletzt waren im Jahr 2021 für Frauen (5 %) als auch Männer (2 %) nur geringe Abweichungen oberhalb des Durchschnittswert von NRW zu verzeichnen.

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

Expert:innen gehen davon aus, dass in Deutschland zukünftig mit einem Anstieg der Typ-2-Diabetes-Prävalenz zu rechnen ist (vgl. Seidel-Jacobs et al., 2022). Eine Kombination verschiedener Risikofaktoren kann die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung einer Typ-2-Diabetes-Erkrankungen erhöhen. Dazu zählen beispielsweise Rauchen, sportliche Inaktivität und Fettleibigkeit. Studien zeigen, dass mit steigender regionaler Deprivation, d. h. Mangel an sozialen und materiellen Ressourcen in einem bestimmten Gebiet, die Verbreitung dieser Faktoren zunimmt (vgl. Stockwell et al, 2021).

Der sozioökonomische Status ist nicht ausschließlich Grundlage für den Zusammenhang von Deprivation und den zuvor genannten Risikofaktoren (vgl. ebd.). Vermehrt rücken ebenso regionale städtebauliche Lebensbedingungen als potenzielle Risikofaktoren in den Fokus. Beispiele dafür können Lärm am Wohnort und verkehrsbedingte Luftschadstoffe sein (Feinstaub und Stickstoffoxide) (vgl. Tönnies und Rathmann, 2020).

Die Ursachen für die Schwankungen der Oberhausener Entwicklung in einzelnen Jahren lassen sich nicht auf konkrete Ereignisse zurückführen. Daher sind keine konkreten Handlungsmaßnahmen zu benennen.

Im Allgemeinen kann die Sterblichkeit aufgrund von Diabetes durch die Qualität des medizinischen Versorgungsangebotes beeinflusst werden (vgl. Heidemann und Scheidt-Nave, 2017). Folglich kann eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung dazu beitragen, die Wahrscheinlichkeit zukünftiger Sterbefälle aufgrund von Diabetes-Typ-2 zu reduzieren. Hinsichtlich städtebaulicher Faktoren bieten vorhandene Grünflächen in der unmittelbaren Nachbarschaft sowie Fußgängerfreundlichkeit Potenziale, die Wahrscheinlichkeit an Typ-2-Diabetes zu erkranken, zu reduzieren (vgl. Tönnies und Rathmann, 2020). Weiterhin bieten Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention eine große Chance, die Bevölkerung für das Thema Diabetes und seine Risikofaktoren zu sensibilisieren.

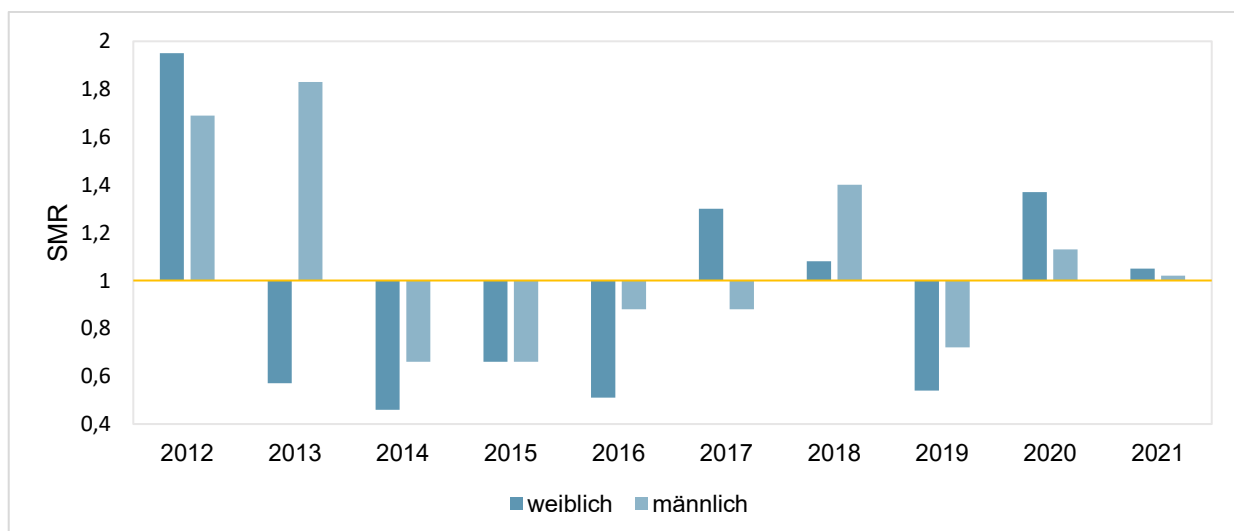


Abbildung 10 Sterbefälle wegen Diabetes Typ 2 nach Geschlecht, SMR (Standardized Mortality Ratio)
Quelle: Todesursachenstatistik, LZG.NRW

2.2.2 Demenz

Demenzkrankungen zeichnen sich durch den Abbau und Verlust kognitiver Funktionen und Alltagskompetenzen aus, die von einer chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns ausgehen. Im Krankheitsverlauf kommt es meist zu Beeinträchtigungen, welche die zeitliche Orientierung, die Kommunikationsfähigkeit, die autobiographische Identität als auch Persönlichkeitsmerkmale betreffen. Dieses Krankheitsbild tritt ebenfalls bei der Alzheimer-Krankheit auf. Demenzen sind als schwere Erkrankungen zu verstehen, die mit einem erhöhten Morbiditätsrisiko für andere Erkrankungen einhergehen und eine verkürzte Lebenserwartung bedingen (vgl. DGPPN, DGN, 2016).

Zu Risikofaktoren für eine spätere Demenz zählen vaskuläre, d.h. die Blutgefäße betreffende, Risikofaktoren und Erkrankungen wie beispielsweise Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Übergewicht und Nikotinmissbrauch. Demenz ist mit dem Faktor Alter verknüpft, weshalb die Prävalenz für Demenz stark altersabhängig ist. Weibliche Personen erkranken häufiger als männliche (vgl. DGPPN, DGN, 2016).

Insgesamt waren im Jahr 2021 rund 3.500 Oberhausener:innen mit der Diagnose Demenz in ärztlicher Behandlung. Der größere Anteil der Erkrankten mit knapp 64% war weiblich. Dies spiegelt sich auch in der Behandlungsprävalenz der vergangenen Jahre wider (Abb. 11). Mit ca. 2.000 Behandlungsfällen je 100.000 Einwohner:innen bei den Frauen lag der Wert fast doppelt so hoch wie bei den männlichen Oberhausenern.

Für Duisburg ist im direkten Vergleich eine ähnliche Entwicklung zu beobachten. Trotzdem lagen die Behandlungsprävalenzen in Oberhausen sowohl bei Frauen als auch Männern über den Duisburger Werten.

Im Jahr 2021 wurden in Oberhausen 33 Personen mit Demenz stationär behandelt. Der größere Anteil war weiblich (ca. 58 %). Aufgrund einer dementiellen Erkrankung starben im gleichen Jahr 104 Personen, davon 73 Frauen.

Die Rate der Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner:innen aufgrund von Demenz schwankte im Berichtszeitraum sowohl bei männlichen als auch weiblichen Oberhausener:innen. Dennoch lag sie unterhalb der NRW-Rate.

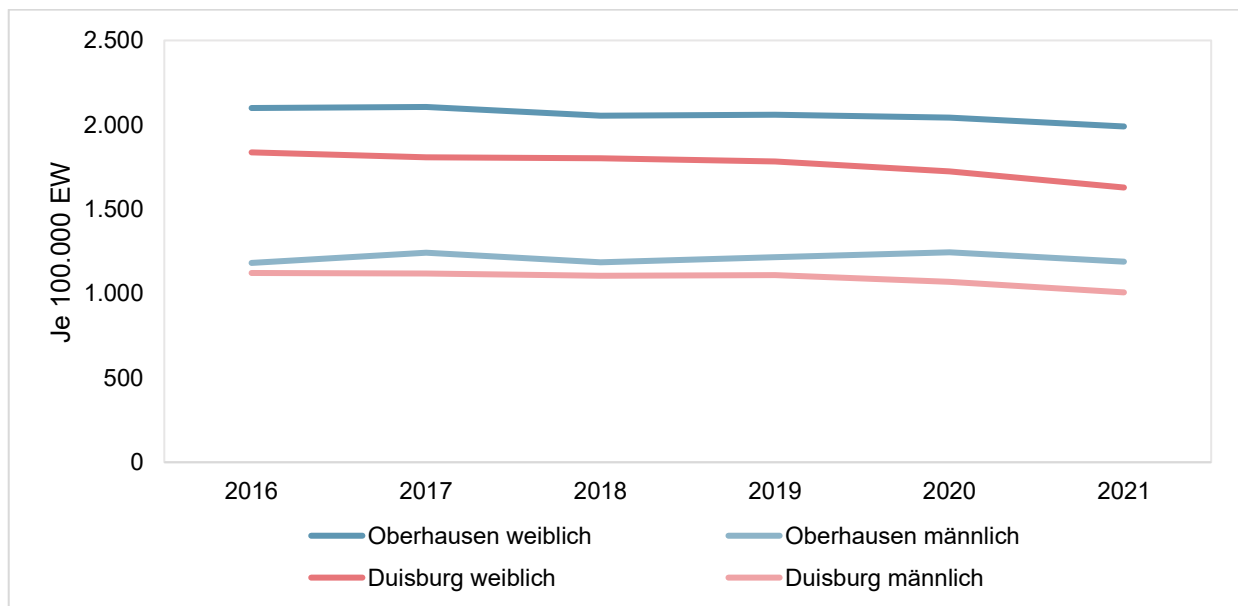


Abbildung 11 Behandlungsprävalenz von Demenz je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und Duisburg, 2016-2021 (altersstandardisiert nach Zensus 2011)

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

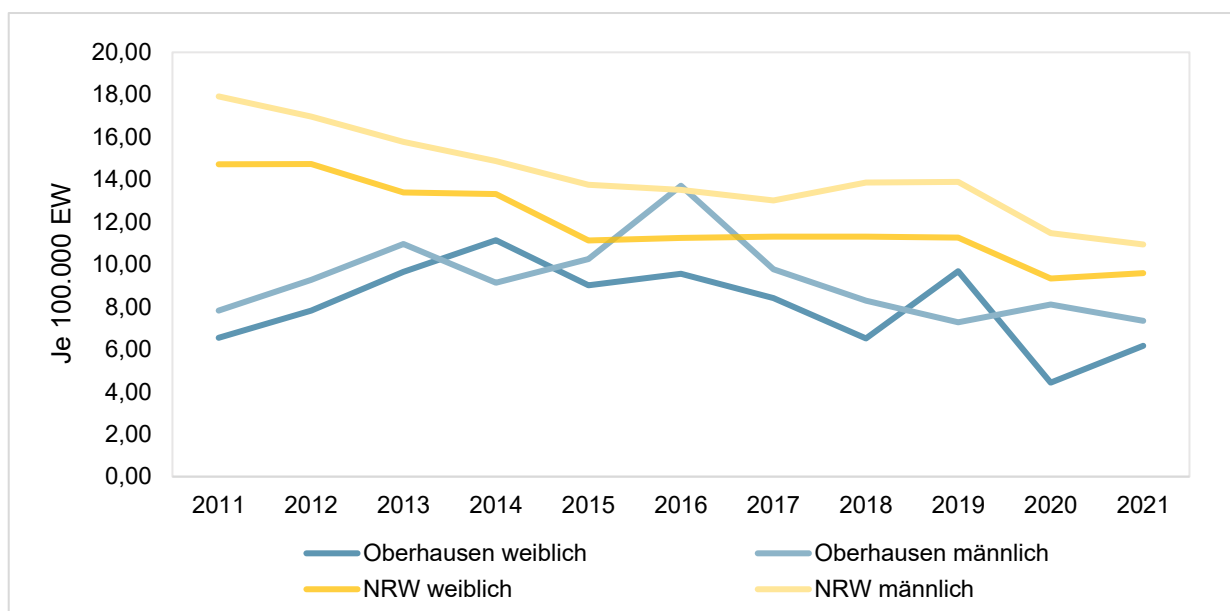


Abbildung 12 Krankenhausfälle wegen Demenz je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021(altersstandardisiert nach SDR Europa alt)
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, LZG.NRW

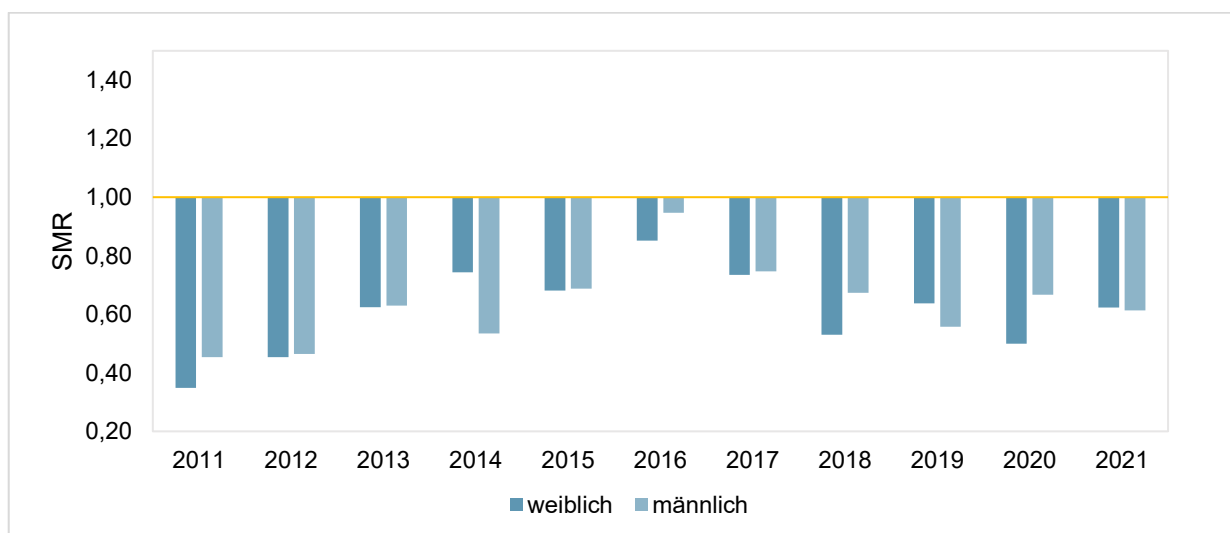


Abbildung 13 Krankenhausfälle wegen Demenz nach Geschlecht, SMR (Standardized Morbidity Ratio)
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, LZG.NRW

In Oberhausen waren in den Jahren 2011 bis 2021 weniger Personen aufgrund von Demenz in stationärer Behandlung als im Landesdurchschnitt. Dies galt für beide Geschlechter.

Im Zeitverlauf von 2011 bis 2021 lässt sich eine Erhöhung der Anzahl an Todesfällen je 100.000 Einwohner:innen mit der Diagnose Demenz verzeichnen.

Diese Entwicklung ist für Oberhausen als auch Nordrhein-Westfalen erkennbar. In Oberhausen gab es seit 2017 mehr weibliche als männliche Verstorbene je 100.000 Einwohner:innen. Die Todesursache Demenz war im Jahr 2021 seltener zu verzeichnen als im Landesschnitt.

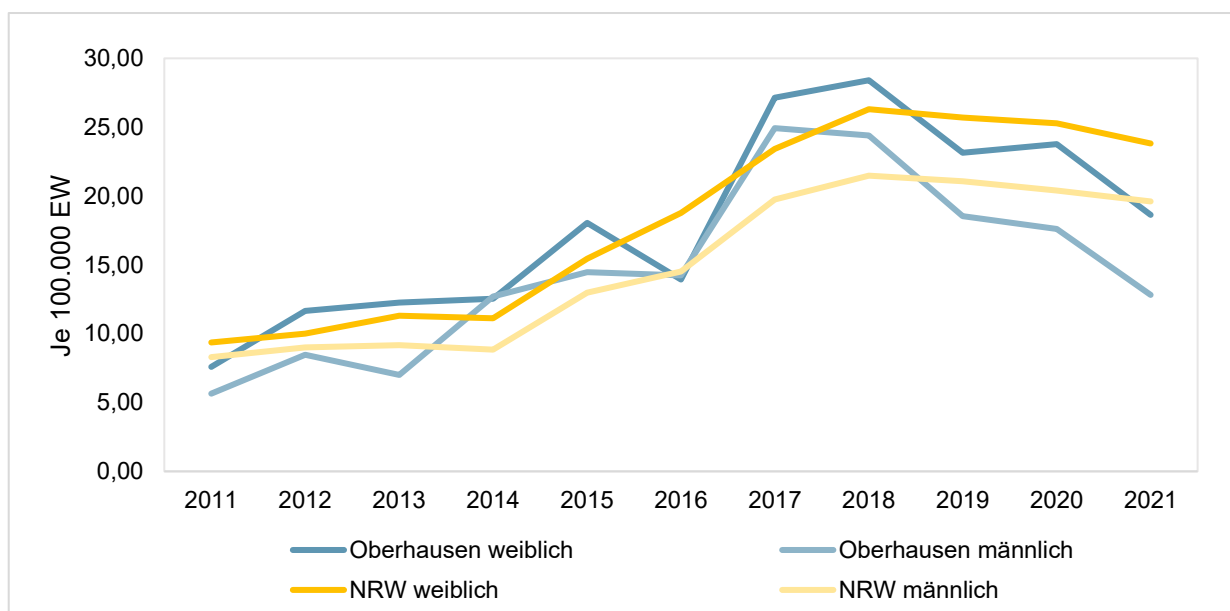


Abbildung 14 Sterbefälle wegen Demenz je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021 (altersstandardisiert nach SDR Europa alt)
Quelle: Todesursachenstatistik, LZG.NRW

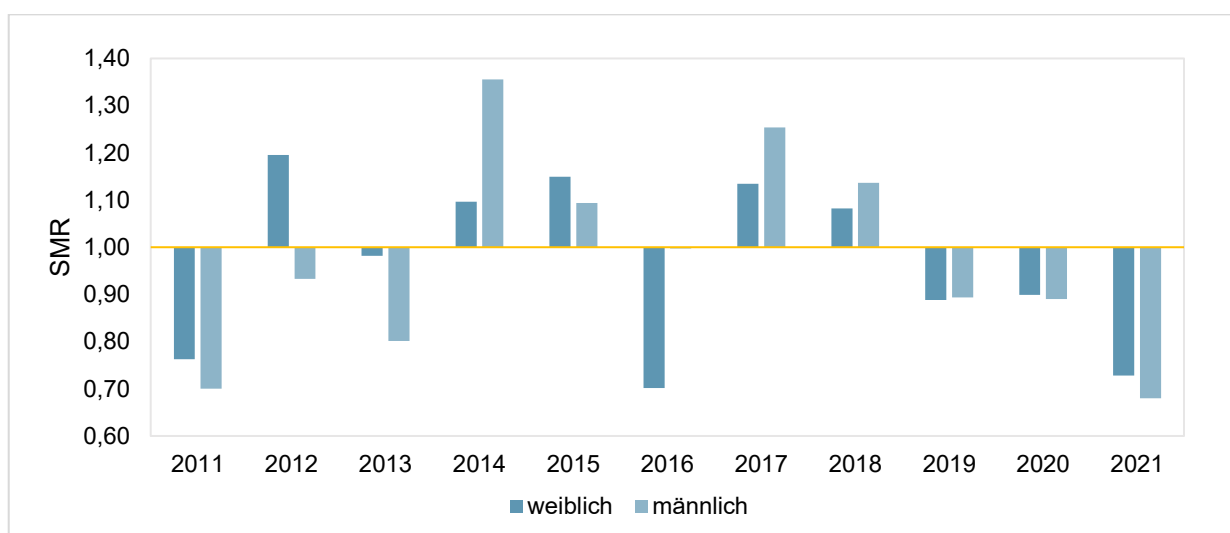


Abbildung 15 Sterbefälle wegen Demenz nach Geschlecht, SMR (Standardized Mortality Ratio)
Quelle: Todesursachenstatistik, LZG.NRW

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

Das Risiko an einer Demenz zu erkranken, steigt mit höherem Lebensalter. Grundsätzlich kann eine demenzielle Erkrankung jedoch in jedem Alter auftreten. Insgesamt sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Infolge des demografischen Wandels wird die Anzahl der betroffenen Personen weltweit zunehmen (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2021).

Der Unterschied in der Behandlungsprävalenz von Oberhausener:innen und Duisburger:innen (Abb. 11) kann mit der Altersstruktur der Städte zusammenhängen. In Oberhausen erhöhte sich der

Altenquotient im Berichtszeitraum von 2016 bis 2021 von 34 % auf 37 %. In Duisburg hingegen stieg der Anteil der über 64-jährigen je 100 Personen in der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre nur um 1 % auf insgesamt 33 % (vgl. LZG.NRW, 2023).

Ferner gibt es verhaltensbedingte Risikofaktoren, welche zur Entstehung einer Demenz beitragen können. Beispielhaft zu nennen sind. Alkoholkonsum, Rauchen, Bluthochdruck, Fettleibigkeit im mittleren Lebensalter, körperliche Inaktivität und Diabetes. Weitere Einflüsse können niedrige Bildung im frühen Lebensalter, Depression, soziale Isolation sowie Luftverschmutzung sein (vgl.

Livingston et al., 2020). Veränderliche Risikofaktoren wie beispielsweise Alkoholkonsum, Rauchen oder körperliche Inaktivität können mithilfe von präventiven Maßnahmen minimiert werden. Ergänzend dazu tragen gesundheitsfördernde Angebote zur Aufklärung über entsprechende Themen als auch zur Sensibilisierung für das individuelle Gesundheitsverhalten bei.

2.2.3 Depression

Zu den häufigsten Formen psychischer Erkrankungen zählen Depressionen. Darunter fallen verschiedene Krankheitsformen. Depressive Erkrankungen sind Teil der sogenannten affektiven Störungen (vgl. RKI, 2010). Typische Symptome sind Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, starker Ermüdbarkeit, Konzentrationsproblemen oder vermindertes Selbstvertrauen. Weiterhin kann ein Merkmal dieser psychischen Störung sein, dass

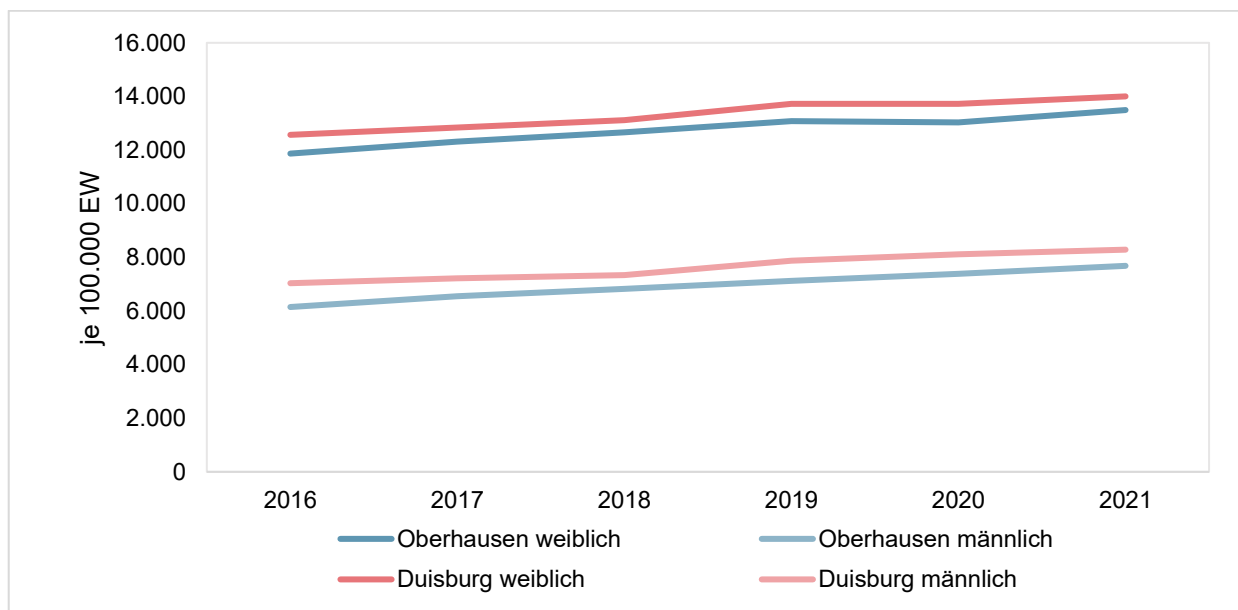


Abbildung 16 Behandlungsprävalenz von Depression je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und Duisburg, 2016-2021 (altersstandardisiert nach Zensus 2011)
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

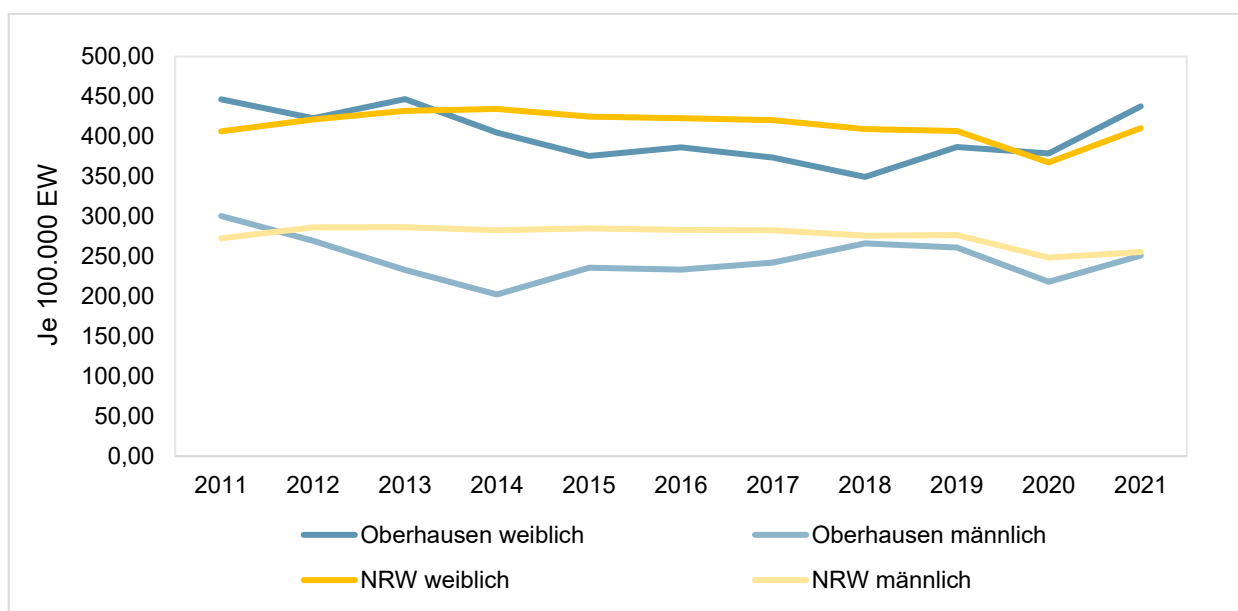


Abbildung 17 Krankenhausfälle wegen Depression je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021 (altersstandardisiert nach SDR Europa alt)
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, LZG.NRW

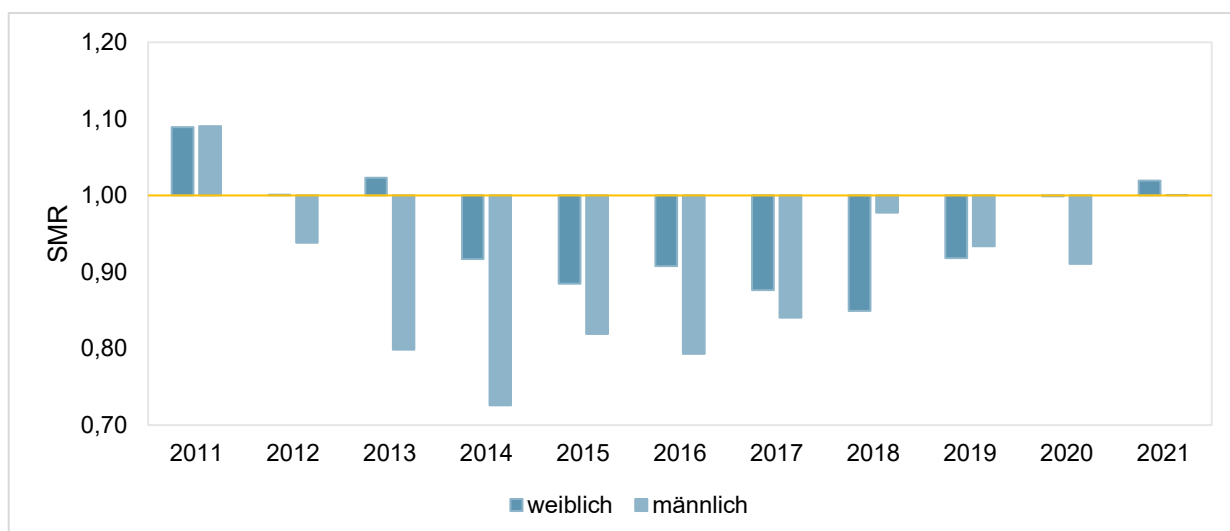


Abbildung 18 Krankenhausfälle wegen Depression nach Geschlecht, SMR (Standardized Morbidity Ratio)
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, LZG.NRW

eine Person das Interesse an Aktivitäten verliert, die ihr zuvor Freude bereiteten. In schweren Fällen kann es auch zu Selbstmordgedanken, -absichten oder -handlungen kommen (vgl. Thom et al., 2017). Dabei ist hervorzuheben, dass sich Depressionen anhand moderner medizinischer Kriterien zuverlässig und deutlich von normalen Stimmungsschwankungen und anderen psychischen Störungen abgrenzen lassen (vgl. RKI, 2010).

In Oberhausen befanden sich im Jahr 2021 rund 20.000 Personen mit der Diagnose Depression in ärztlicher Behandlung. Die Anzahl der erkrankten Frauen war knapp doppelt hoch wie die der Männer. Auch die Behandlungsprävalenz war bei diesen mit ca. 14.000 Personen je 100.000 Einwohner:innen deutlich höher. Insgesamt lässt sich ein Anstieg in der Behandlungsprävalenz in den Jahren von 2016 bis 2021 verzeichnen. Für Duisburg als Vergleichskommune sind ähnliche Entwicklungen erkennbar, jedoch ist die Behandlungsprävalenz für Depression in Duisburg über den gesamten Berichtszeitraum höher als in Oberhausen.

Sowohl in Oberhausen als auch in Nordrhein-Westfalen waren im Berichtszeitraum deutlich mehr Frauen aufgrund einer Depression in stationärer Behandlung als Männer. Seit 2014 gab es in Oberhausen im Vergleich zum Landeswert weniger Krankenhausfälle aufgrund von Depressionen. 2021 entsprach der Wert der Männer dem von Nordrhein-Westfalen, wohingegen 2 % mehr Frauen stationär behandelt wurden als im Landeschnitt.

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

Die Beobachtung, dass Frauen häufiger in ärztlicher Behandlung aufgrund von Depressionen sind als Männer, entspricht der deutschlandweiten Entwicklung (vgl. Bretschneider, 2017). Ebenso ist ein Anstieg der Prävalenz von depressiven Erkrankungen bei beiden Geschlechtern während der COVID-19-Pandemie weltweit erkennbar (vgl. Santomauro et al., 2021).

Als mögliche Ursache für die Geschlechterunterschiede kann in Betracht gezogen werden, dass Frauen häufiger psychische Symptome wahrnehmen und berichten als Männer. Bei Frauen äußert sich eine Depression meist durch Unruhe, Traurigkeit oder Selbstzweifel. Aggressivität, Reizbarkeit, sozialer Rückzug, Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol) und Stressgefühle sind hingegen Symptome, die häufig bei Männern mit Depressionen auftreten. Dadurch kann es zu einer verzerrten Diagnostik, d.h. Erkennung der Krankheit, kommen. Folglich ist es möglich, dass eine Depression bei Männern, welche sich über die genannten Symptome äußert, unerkannt bleibt (vgl. RKI, 2020).

Zur Stärkung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens können gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen unterstützend wirken. Darüber hinaus können die sozialpsychiatrischen Beratungsangebote und städtischen Netzwerke in Oberhausen erste Anlaufstellen für Betroffene sein.

2.2.4 Bluthochdruck

Erhöhter Blutdruck zählt zu den wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Ein erhöhter Blutdruck, welcher über Jahre hinweg unentdeckt bleibt und nicht therapiert wird, kann auf Dauer die Gefäße belasten und somit Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfälle und Nierenschäden begünstigen. Bewegungsmangel, Übergewicht, ungesunde Ernährung, Stress und erhöhter Alkoholkonsum sind die wichtigsten Risikofaktoren für Bluthochdruck. Sie gehören zu den veränderlichen Lebensstilfaktoren, die je nach Ausprägung der Krankheit eine Besserung herbeiführen können (vgl. Neuhauser et al., 2017; vgl. Neuhauser et al. 2015).

Knapp 28.000 Oberhausenerinnen waren im Jahr 2021 mit der Diagnose Bluthochdruck in ärztlicher Behandlung. Dies sind knapp 4.000 Personen mehr als bei den männlichen Einwohnern. Insgesamt ist ein Anstieg der Behandlungsprävalenz bei beiden Geschlechtern im Jahresverlauf von 2016 bis 2021 erkennbar. Die Häufigkeit der Behandlung liegt bei den weiblichen Personen dennoch höher (28.480 je 100.000 EW). Im Vergleich dazu

ist die Behandlungsprävalenz aufgrund von Bluthochdruck in Duisburg sowohl bei Frauen als auch Männern leicht gesunken. Es wird deutlich, dass die Duisburgerinnen im Berichtszeitraum häufiger als die Oberhausenerinnen mit ihrer Erkrankung in ärztlicher Behandlung sind. Im Gegensatz dazu lag die Rate seit 2017 für die Gruppe der männlichen Einwohner in Oberhausen höher als in Duisburg.

628 Personen wurden im Jahr 2021 aufgrund von Bluthochdruck stationär behandelt. Rund 68 % dieser Personen war weiblich. Infolge von Bluthochdruck starben im gleichen Jahr 58 Personen; dies betraf hauptsächlich Frauen (38). Abbildung 20 zeigt, dass zwischen 2011 und 2021 mehr Frauen je 100.000 Einwohner:innen – sowohl in Oberhausen ebenso wie in Nordrhein-Westfalen – aufgrund von Bluthochdruck stationär behandelt wurden. Dabei ist auffallend, dass es in Oberhausen weit mehr Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner:innen mit Patientinnen gab als in Nordrhein-Westfalen. Männer und Frauen wurden in Oberhausen im Berichtszeitraum deutlich häufiger stationär behandelt als im Landesschnitt.

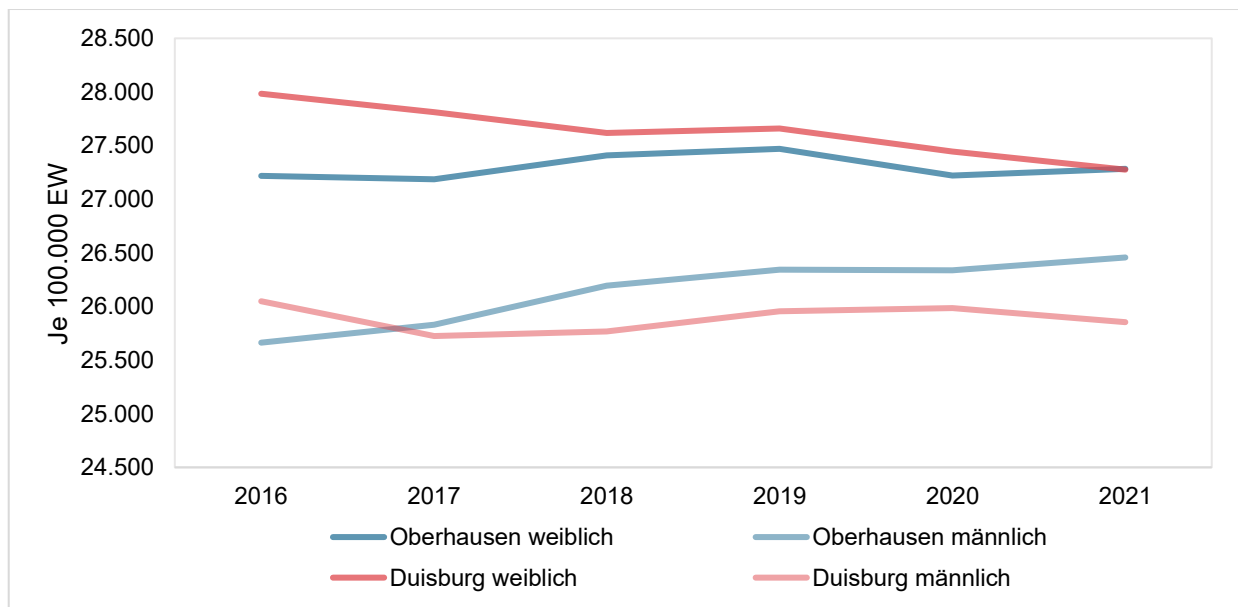


Abbildung 19 Behandlungsprävalenz von Bluthochdruck je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und Duisburg, 2016-2021 (altersstandardisiert nach Zensus 2011)
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

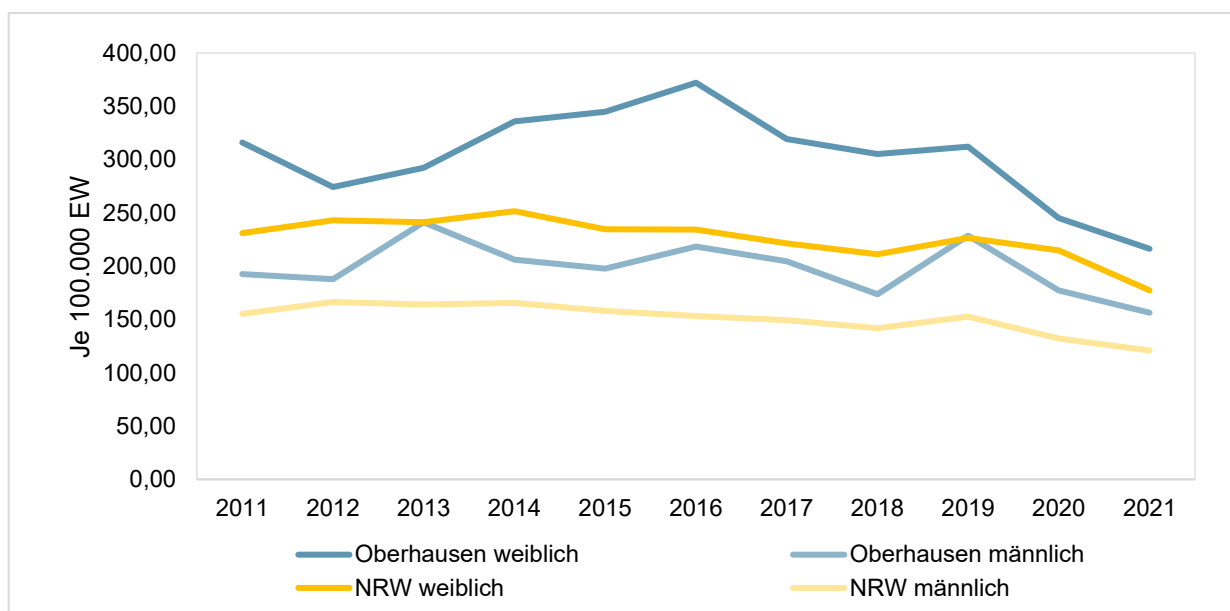


Abbildung 20 Krankenhausfälle wegen Bluthochdruck je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021(altersstandardisiert nach SDR Europa alt)
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, LZG.NRW

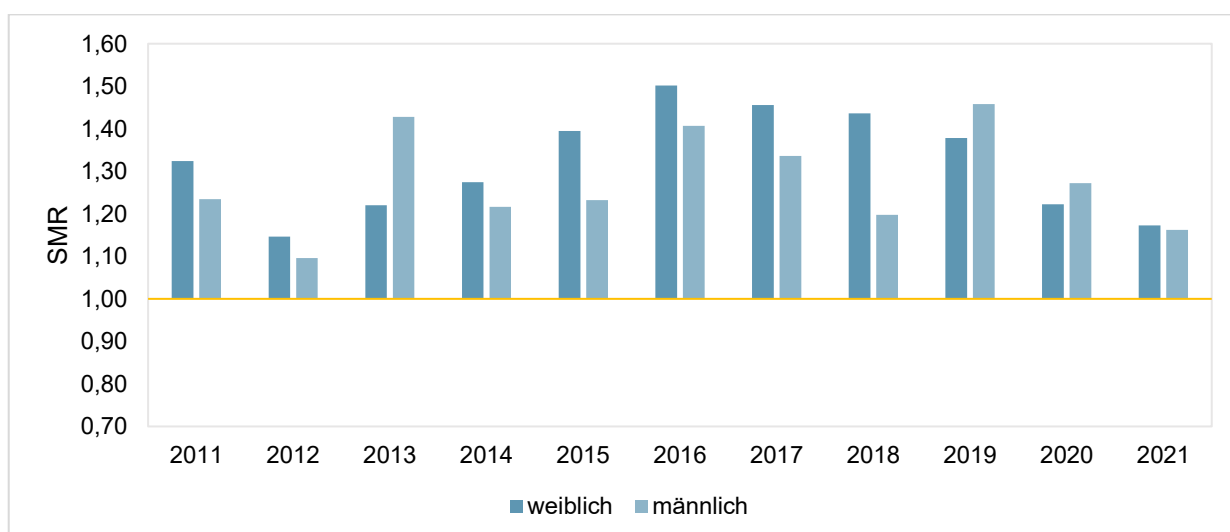


Abbildung 21 Krankenhausfälle wegen Bluthochdruck nach Geschlecht, SMR (Standardized Morbidity Ratio)
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, LZG.NRW

Infolge der Ursache Bluthochdruck starben seit 2016 in Oberhausen weniger Männer und Frauen als in Nordrhein-Westfalen. Die Sterberate je 100.000 Einwohner:innen war seitdem leicht sinkend. Dennoch lag die Rate der Frauen über derer der Männer. Die Sterblichkeit aufgrund von Bluthochdruck lag seit 2016 für beide Geschlechter unter dem Landesdurchschnitt.

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

Der Unterschied in der Behandlungsprävalenz von Oberhausener:innen und Duisburger:innen (Abb. 19) kann auf demografische Faktoren der Städte

zurückzuführen sein, was sich jedoch nicht eindeutig belegen lässt. Studien zur Prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit zu erkranken mit höherem Alter steigt. Bluthochdruck tritt vermehrt bei Männern als bei Frauen auf. Letztere haben signifikant seltener einen diagnostizierten Blutdruck, wenn sie der oberen Bildungsgruppe angehören. Dies gilt für alle Altersgruppen. Folglich scheint es einen Zusammenhang zwischen dem bekannten Blutdruck und dem Bildungsstatus der Frau zu geben (vgl. Neuhauser et al., 2017). Darüber hinaus lassen sich neben der genetischen Krankheitsanfälligkeit zahlreiche Lebensstilfaktoren benennen,

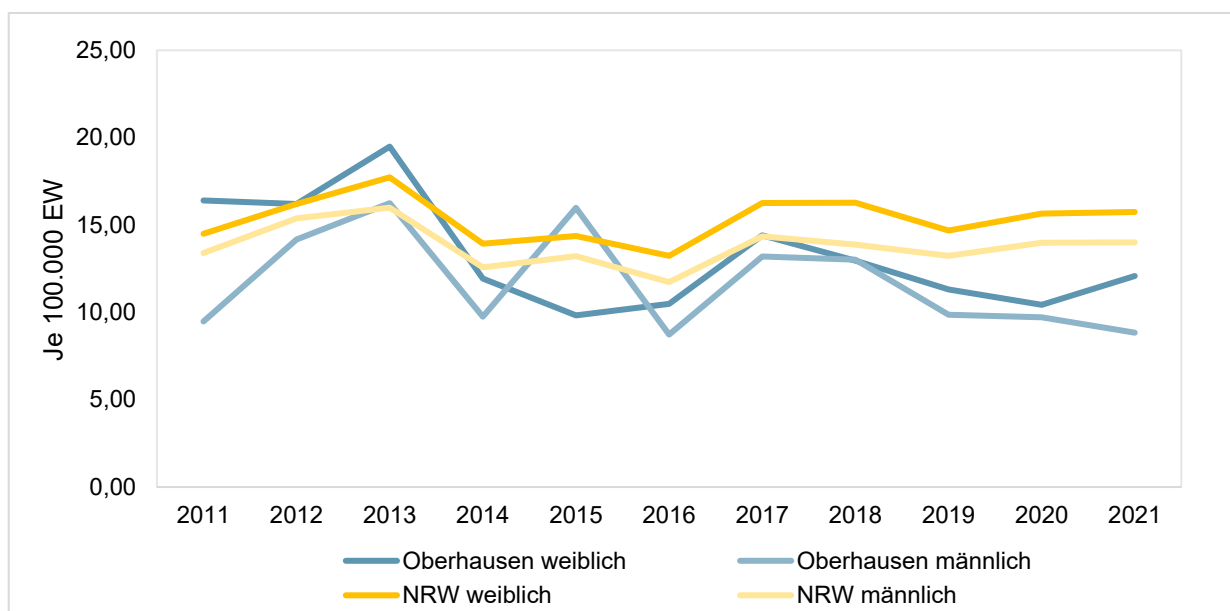


Abbildung 22 Sterbefälle wegen Bluthochdruck je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021 (altersstandardisiert nach SDR Europa alt)
Quelle: Todesursachenstatistik, LZG.NRW

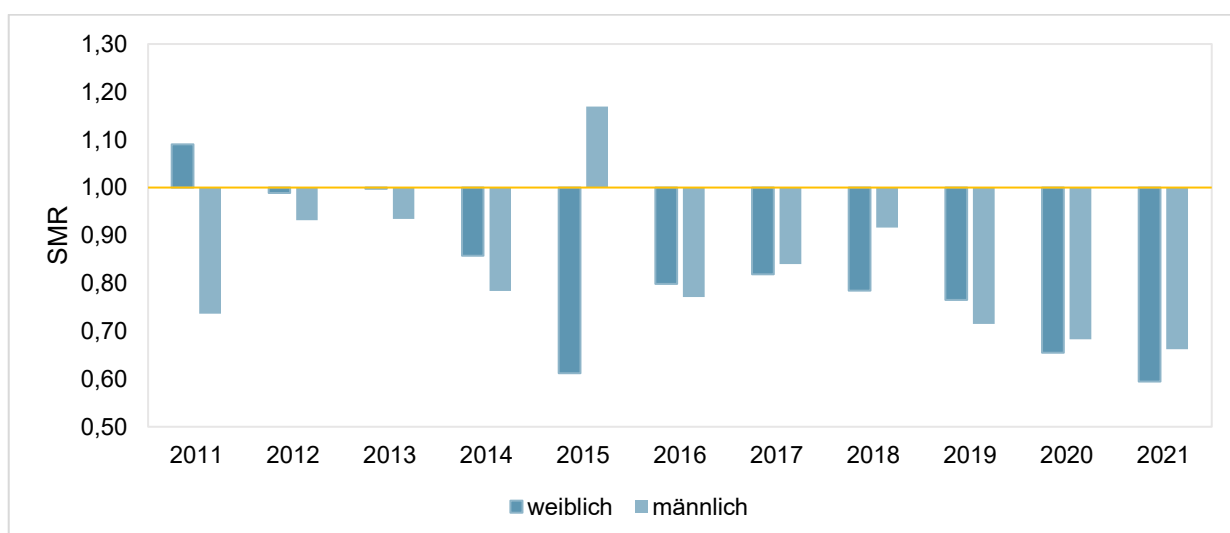


Abbildung 23 Sterbefälle wegen Bluthochdruck nach Geschlecht, SMR (Standardized Mortality Ratio)
Quelle: Todesursachenstatistik, LZG.NRW

die mit großer Wahrscheinlichkeit zu Bluthochdruck führen können. Dazu zählen beispielsweise erhöhter Alkoholkonsum, Übergewicht, Bewegungsmangel, psychosozialer Stress, ungesunde Ernährung und damit einhergehender erhöhter Kochsalzkonsum sowie unzureichende Kaliumaufnahme (vgl. Whelton et al., 2017). Zielgruppenspezifische Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention können die Sensibilisierung für die Gesundheit unterstützen. Auf diese Weise werden potenzielle, individuelle Risikofaktoren identifiziert und mithilfe passender Bewältigungsstrategien gemindert.

2.2.5 Koronare Herzkrankheit

Die koronare Herzkrankheit, kurz KHK, ist eine chronische Herzerkrankung, bei der es infolge verengter Herzkranzgefäße zu einer Mangeldurchblutung des Herzens kommt. Lipideinlagerungen (Einlagerung von Fett) in die Gefäßwand führen zu einer zunehmenden Einengung der Gefäße, was auch als sogenannte Arteriosklerose (Arterienverkalkung) bezeichnet wird. Im fortgeschrittenen Stadium äußert sich diese Erkrankung in Form von Angina pectoris (Brustenge), Herzinfarkt, Herzschwäche, sowie Herzrhythmusstörungen.

Das Gesundheitsverhalten beeinflusst das Auftreten und die Entwicklung der Krankheit, da sich insbesondere Nichtrauchen, körperliche Aktivität und ausgewogene Ernährung positiv auswirken (vgl. Busch und Kuhnert, 2017; vgl. RKI, 2015).

Im Jahresverlauf von 2016 bis 2021 wird deutlich, dass die Anzahl von Personen mit diagnostizierter koronarer Herzkrankheit nahezu gleichbleibend war. Im Jahr 2021 waren es knapp 13.600 Personen. Im Jahr 2021 gab es mehr männliche (8.039) als weibliche (5.577) Personen mit dieser Diagnose in ärztlicher Behandlung.

Auch die Behandlungsprävalenz lag im Jahr 2021 sowie im Zeitraum von 2016 bis 2021 bei männlichen Oberhausener:innen höher als bei weiblichen: Sie belief sich auf ca. 9.000 erkrankte Männer und auf knapp 6.000 erkrankte Frauen je 100.000 Einwohner:innen. Ähnlich sieht die Entwicklung der Behandlungsprävalenz in Duisburg aus. Auch hier waren mehr Männer als Frauen je 100.000 Einwohner:innen aufgrund von koronarer Herzkrankheit in Behandlung. Hervorzuheben ist, dass die Rate beider Geschlechter unterhalb derer in Oberhausen lag.

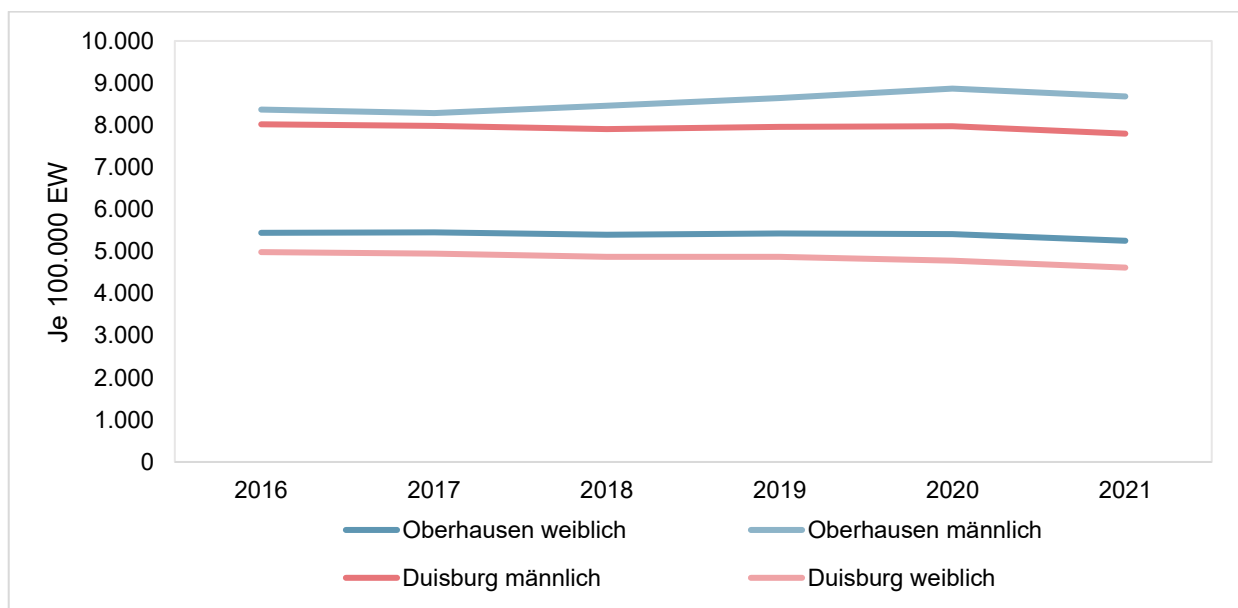


Abbildung 24 Behandlungsprävalenz von Koronarer Herzkrankheit je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und Duisburg, 2016-2021 (altersstandardisiert nach Zensus 2011)
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

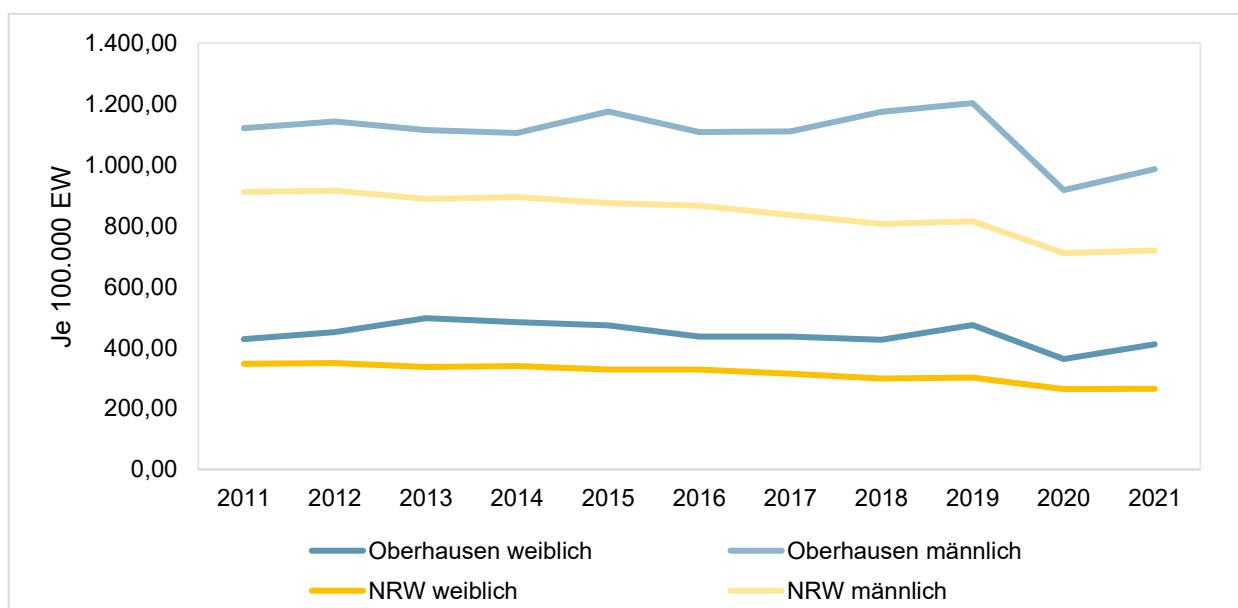


Abbildung 25 Krankenhausfälle wegen Koronarer Herzkrankheit je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021 (altersstandardisiert nach SDR Europa alt)
Quelle: Todesursachenstatistik, LZG.NRW

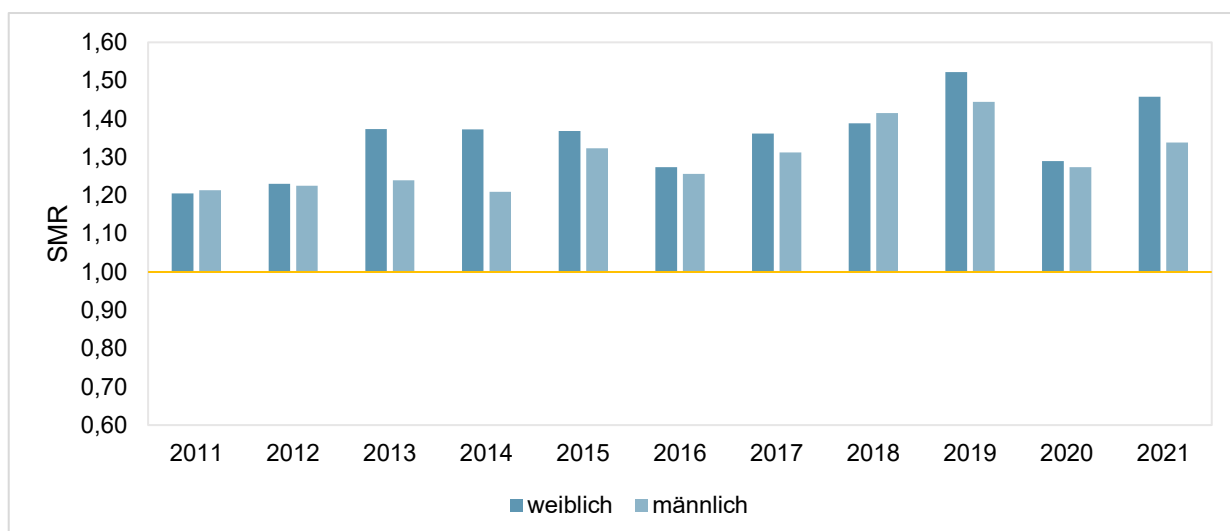


Abbildung 26 Krankenhausfälle wegen Koronarer Herzkrankheit nach Geschlecht, SMR (Standardized Morbidity Ratio)

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, LZG.NRW

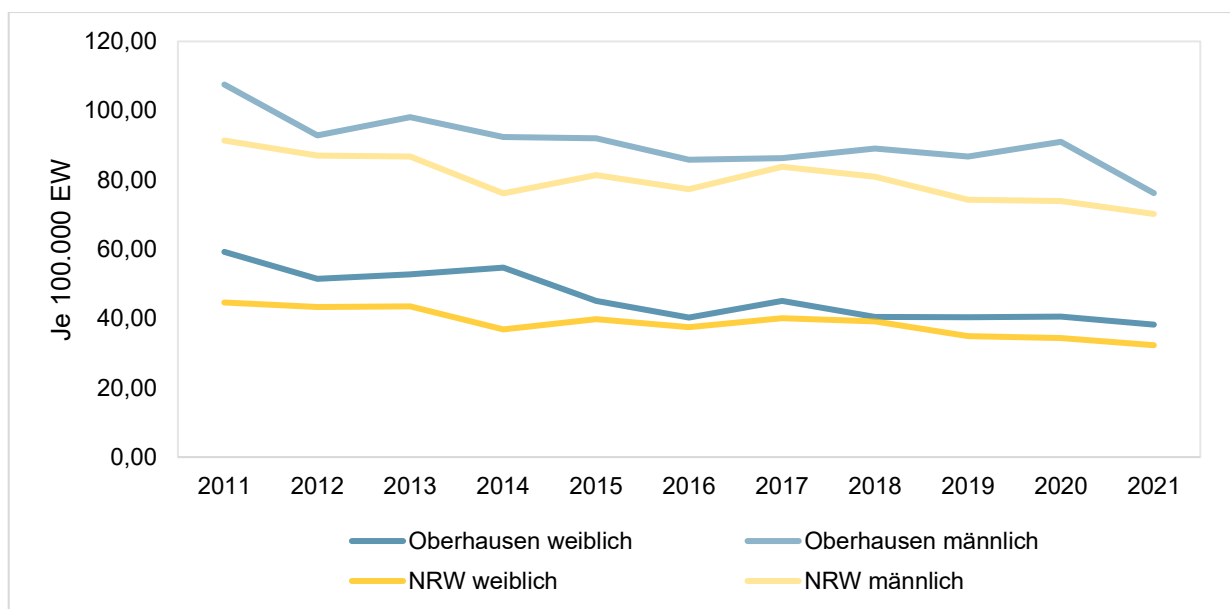


Abbildung 27 Sterbefälle wegen Koronarer Herzkrankheit je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021 (altersstandardisiert nach SDR Europa alt)

Quelle: Todesursachenstatistik, LZG.NRW

In Oberhausen waren 2021 2.305 Personen aufgrund einer koronaren Herzerkrankung in stationärer Behandlung. Der überwiegende Anteil mit knapp 66 % war männlich. Aufgrund dieser Diagnose verstorbene Personen gab es im gleichen Jahr insgesamt 277. Auch hier war der Anteil der Männer höher (53 %). Abbildung 25 zeigt, dass zwischen 2011 und 2021 mehr Männer – sowohl in Oberhausen ebenso wie in Nordrhein-Westfalen – aufgrund von koronarer Herzkrankheit stationär behandelt wurden. Hervorzuheben ist, dass es in Oberhausen mehr Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner:innen mit Patienten gab als in Nordrhein-Westfalen. Männer und Frauen wurden

in Oberhausen im Berichtszeitraum deutlich häufiger als im Landesschnitt stationär behandelt. Die Häufigkeit der stationären Behandlung in Oberhausen wuchs im Jahr 2021 um 46 % bei Frauen und um 34 % bei Männern vom Landesdurchschnitt ab.

Die Sterblichkeit aufgrund von koronarer Herzkrankheit sank innerhalb des Berichtszeitraums in Oberhausen und Nordrhein-Westfalen leicht. Im Geschlechtervergleich führte diese Diagnose bei Männern häufiger zum Tod als bei Frauen. Insgesamt wird deutlich, dass die Sterblichkeit an koronarer Herzkrankheit in Oberhausen über dem Landesdurchschnitt lag.

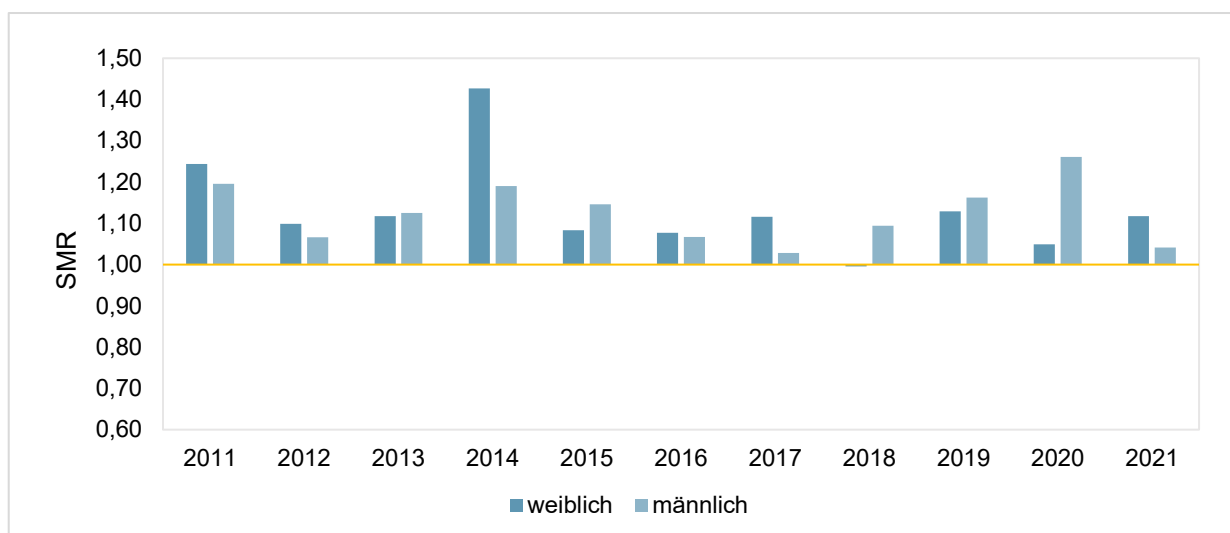


Abbildung 28 Sterbefälle wegen Koronarer Herzkrankheit nach Geschlecht, SMR (Standardized Mortality Ratio)
Quelle: Todesursachenstatistik, LZG.NRW

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

Der deutliche geschlechterspezifische Unterschied in der Behandlungsprävalenz der Oberhausener Bevölkerung entspricht der deutschlandweiten Beobachtung, dass vermehrt Männer an koronarer Herzkrankheit leiden (vgl. Busch et al., 2017). Ergänzend dazu unterstreichen Ergebnisse aus Studien, dass es Zusammenhänge zwischen koronarer Herzkrankheit und höherem Lebensalter, dem männlichen Geschlecht und einem niedrigeren sozioökonomischen Status gibt (vgl. RKI, 2015; vgl. Gößwald et al., 2013). Risikofaktoren von koronarer Herzkrankheit sind darüber hinaus Rauchen, starkes Übergewicht, Bluthochdruck und Diabetes (vgl. BÄK, KBV, SWMF, 2019).

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention können bereits einige der genannten Risiken minimieren. Beispielsweise unterstützen Angebote dieser Art potenzielle Risikogruppen in der Bevölkerung für das individuelle Gesundheitsverhalten zu sensibilisieren. Dies kann unter anderem z.B. über praxisnahe Informationen zu Bewegungsförderung im Alltag und den positiven Auswirkungen auf die Gesundheit erreicht werden. Zudem sind tertiärpräventive Maßnahmen, wie die Bereitstellung notwendiger Heil- und Folgebehandlungen notwendig, um mithilfe bedarfsgerechter, medizinischer Versorgung die Lebensqualität der Betroffenen aufrechtzuerhalten. Insbesondere für akute Formen der koronaren Herzkrankheit, wie beispielsweise in Form eines Herzinfarktes, ist eine spezialisierte medizinische Versorgung notwendig, damit lebensrettende Maßnahmen und bedarfsgerechte Folgebehandlungen gewährleisten zu können.

2.2.6 COPD

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD, engl. "chronic obstructive pulmonary disease") gehört neben Asthma bronchiale zu den chronischen Erkrankungen der Lunge (vgl. Steppuhn et al., 2017). Sie kennzeichnet eine chronische Entzündung und eine dauerhafte, in der Regel zunehmende Verengung der Atemwege. Typisch für das Krankheitsbild COPD sind das Bestehen einer chronischen Bronchitis mit Husten und Auswurf und/ oder einem Lungenemphysem, welches eine dauerhafte Erweiterung der Lungenbläschen bedeutet. Ein weiteres Symptom ist Atemnot, die im weiteren Krankheitsverlauf sowohl bei körperlicher Belastung als auch in Ruhe auftritt. Das größte Risiko an COPD zu erkranken haben Tabak rauchende Personen. In Abgrenzung zur ebenfalls oft chronischen Asthmaerkrankung, die häufig im Kindes- oder Jugendalter erstmalig vorkommt, tritt COPD meist nicht vor der 6. Lebensdekade auf und dann häufig in Zusammenhang mit Tabakrauchen (vgl. RKI, 2023; vgl. BÄK, KBV, AMWF, 2021).

In Oberhausen wurden im Jahr 2021 rund 10.500 Personen mit COPD ärztlich behandelt. Es waren mehr weibliche Personen in Oberhausen an COPD erkrankt als männliche, wohingegen die Prävalenz je 100.000 Einwohner:innen bei den männlichen Personen höher war. Dies galt für den gesamten Zeitraum von 2016 bis 2021. Dennoch ist seit 2016 ein starker Anstieg der Behandlungen bei Patientinnen zu verzeichnen, sodass sich die Behandlungsprävalenz im Jahr 2021 bei beiden Geschlechtern auf ca. 5.500 je 100.000 Einwohner:innen belief.

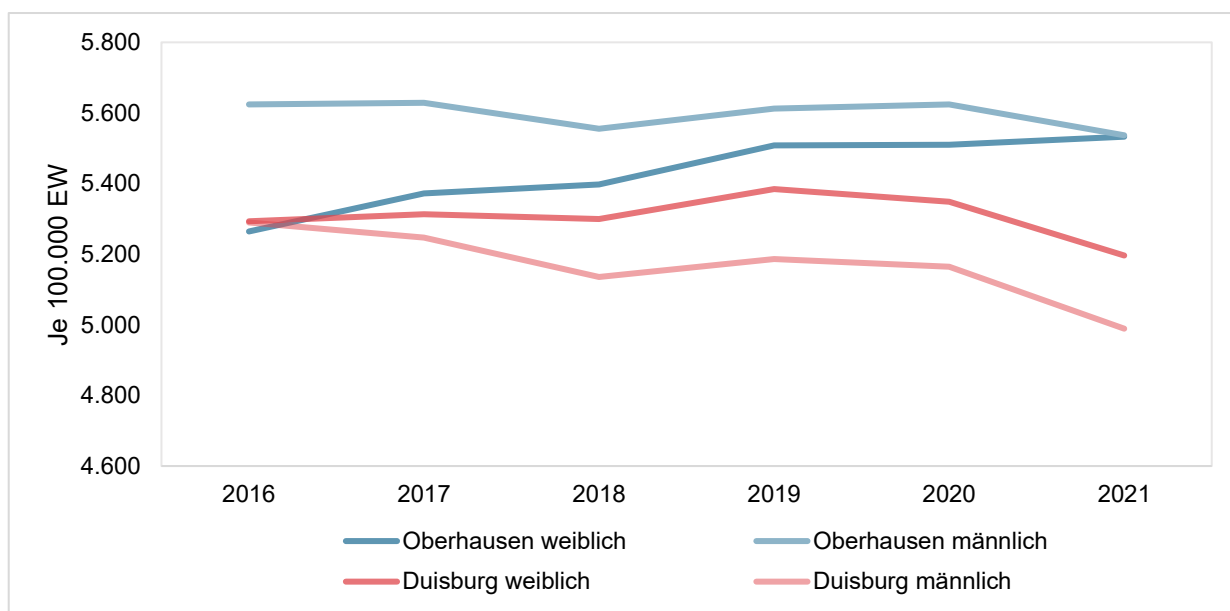


Abbildung 29 Behandlungsprävalenz von COPD je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und Duisburg, 2016-2021 (altersstandardisiert nach Zensus 2011)
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

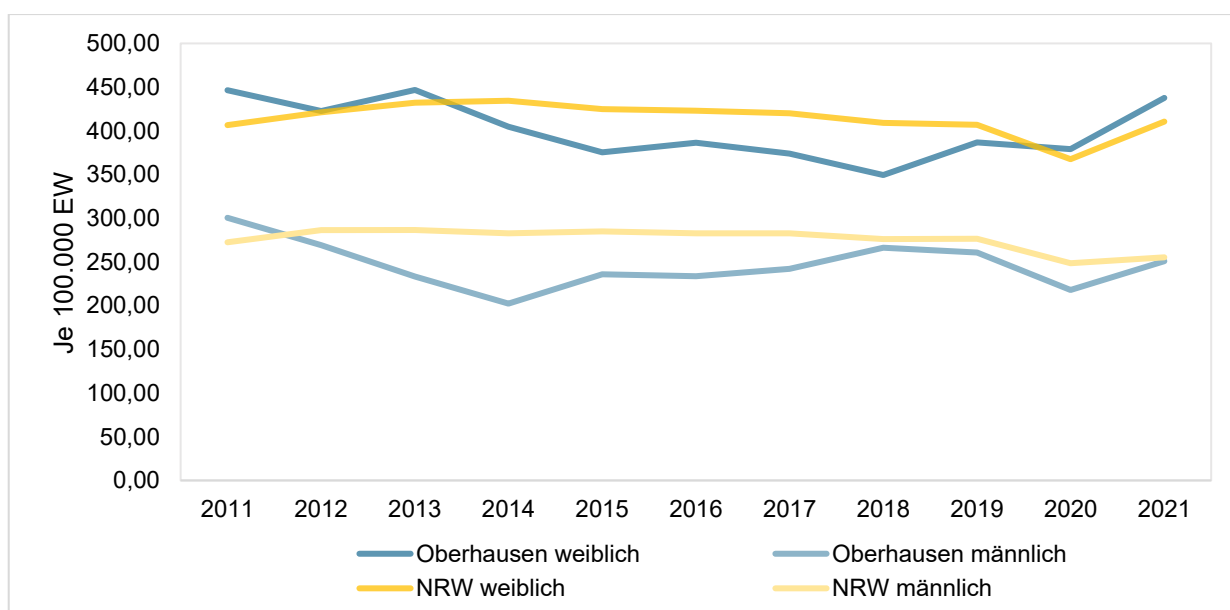


Abbildung 30 Krankenhausfälle wegen COPD je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021 (altersstandardisiert nach SDR Europa alt)
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, LZG.NRW

Der interkommunale Vergleich mit Duisburg zeigt, dass die Oberhausener Behandlungsprävalenz für COPD sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern höher lag. Entgegen der Entwicklung in Oberhausen lässt sich in Duisburg ein Rückgang in der Häufigkeit je 100.000 Einwohner:innen erkennen. In Oberhausen waren im Jahr 2021 811 Patient:innen mit einer COPD-Erkrankung in stationärer Behandlung. Die Geschlechterverteilung ist dabei nahezu ausgeglichen (Männer 412, Frauen 399). 101 Personen verstarben an COPD,

davon waren über die Hälfte männlich (55). Stationär behandelt wurden im Beobachtungszeitraum mehr weibliche als männliche Patient:innen. Dies galt für Oberhausen sowie Nordrhein-Westfalen. Abbildung 30 zeigt ebenfalls, dass es seit 2020 in Oberhausen wieder vermehrte Krankenhausfälle wegen COPD gab. Im Jahr 2021 war die Abweichung vom Landesschnitt für Oberhausener Patient:innen um knapp 40 % höher (Abb. 31).

Die Diagnose COPD führte im Berichtszeitraum von 2011 bis 2021 häufiger bei Männern sowohl in

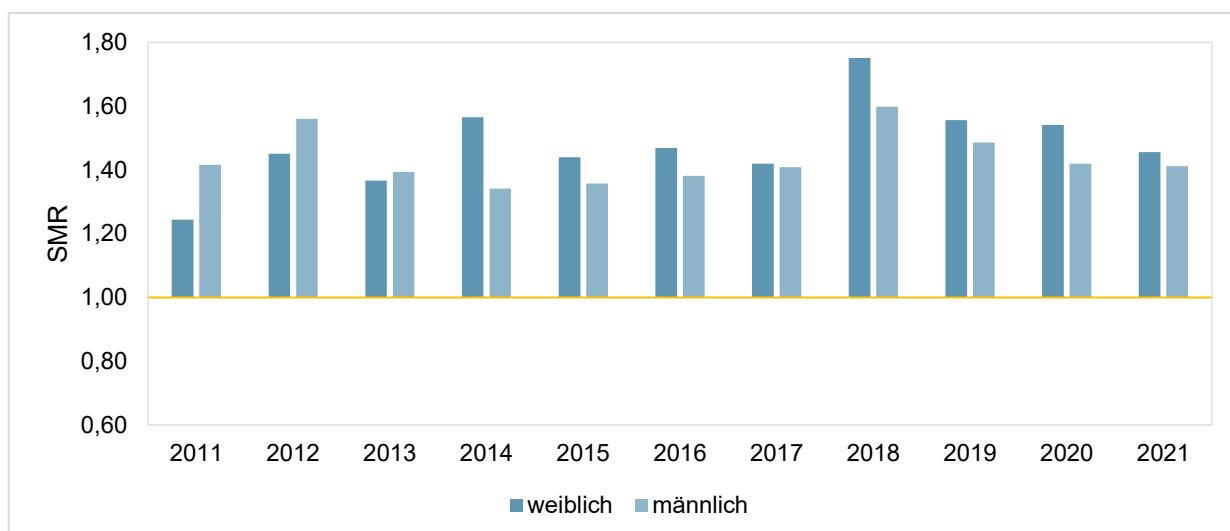


Abbildung 31 Krankenhausfälle wegen COPD nach Geschlecht, SMR (Standardized Morbidity Ratio)
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, LZG.NRW

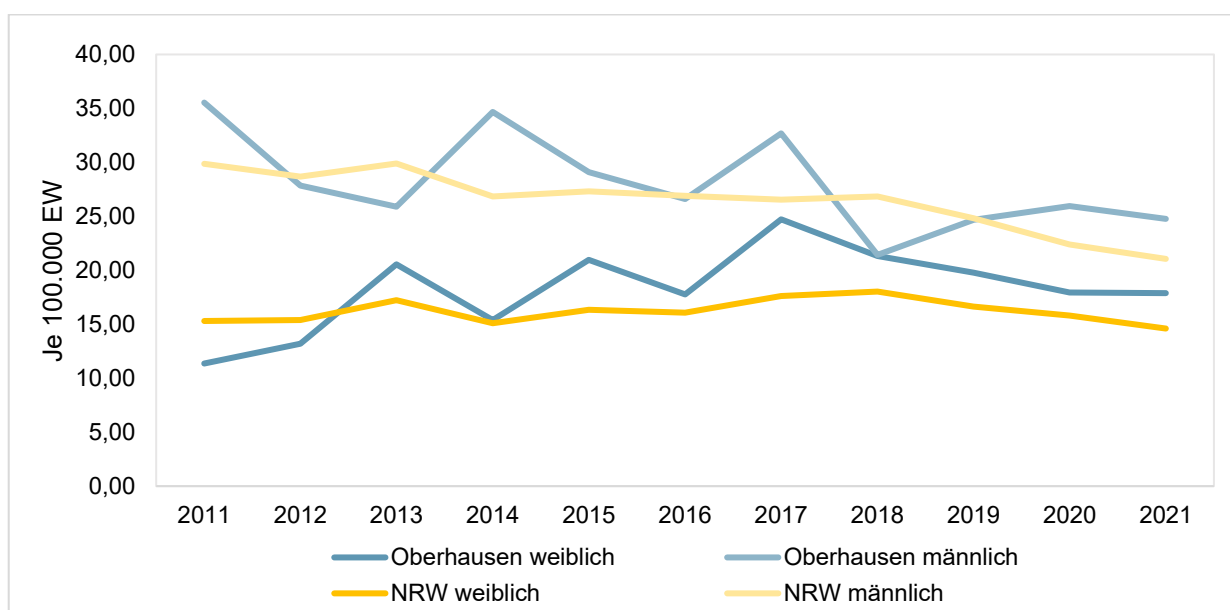


Abbildung 32 Sterbefälle wegen COPD je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021 (altersstandardisiert nach SDR Europa alt)
Quelle: Todesursachenstatistik, LZG.NRW

Oberhausen als auch Nordrhein-Westfalen zum Tod. Die Entwicklung zeigt eine Reduzierung der Todesfälle je 100.000 Einwohner:innen bei den Männern, wohingegen bei den Frauen eine Zunahme zu verzeichnen ist.

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

Die Jahresprävalenz für COPD liegt in Deutschland bei knapp 5,8 % und ist bei Frauen sowie Männern nahezu gleich (vgl. Steppuhn et al., 2017). Für die deutliche Abweichung oberhalb des NRW-Schnittes hinsichtlich der Krankenhausfallrate für Oberhausener:innen, lassen sich zunächst keine eindeutigen Ursachen identifizieren. Auch

die höhere Behandlungsprävalenz im interkommunalen Vergleich mit Duisburg ist trotz ähnlicher Sozialstruktur und Industriegeschichte der Städte derzeit nicht erklärbar.

Zu den Risikofaktoren von COPD zählen im Wesentlichen Umwelt- und Lebensstilfaktoren wie Rauchen (Tabak, E-Zigarette, Vaping, Cannabiskonsum) und Verschmutzung der Umgebungsluft. Letztere kann auch auf berufsbedingte Belastungen unter anderem durch Staub wie beispielsweise Steinkohlestaub zurückzuführen sein (vgl. Kahnert et al., 2023). Auch vorgeburtliche Einflüsse wie das Rauchen der Mutter oder Ereignisse in der frühen Kindheit wie wiederholte Atem-

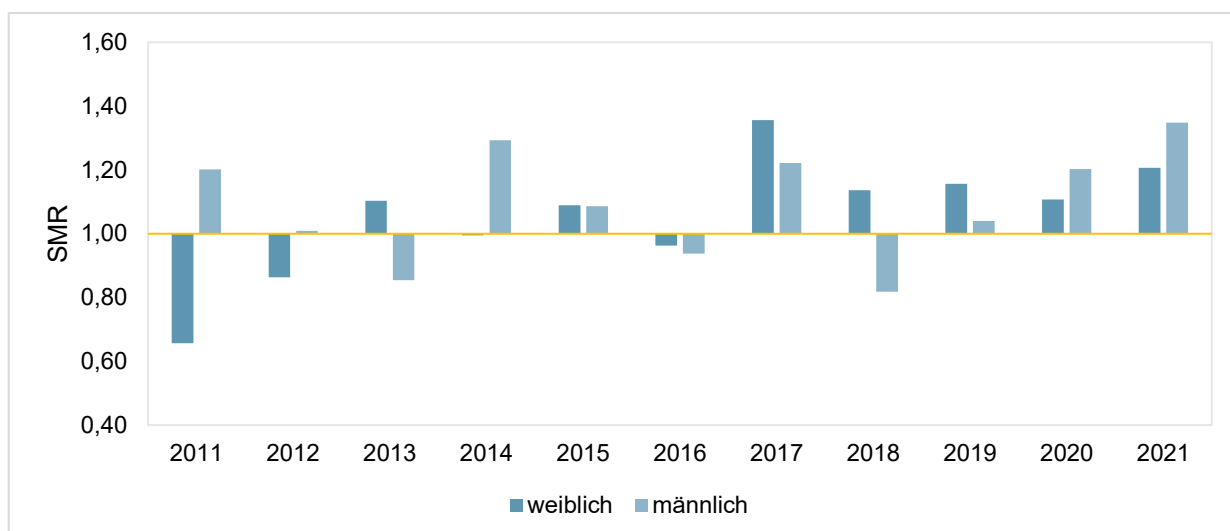


Abbildung 33 Sterbefälle wegen COPD nach Geschlecht, SMR (Standardized Mortality Ratio)
Quelle: Todesursachenstatistik, LZG.NRW

wegsinfektionen, Belastungen durch Luftschadstoffe oder kindliches Asthma stehen in Verdacht das Risiko einer COPD-Erkrankung im späteren Leben zu erhöhen (vgl. Steppuhn et al., 2017). Aufgrund der industriell geprägten Strukturen durch die Montanindustrie kann vermutet werden, dass viele Oberhausener aus beruflichen Gründen Stäuben und Luftverschmutzung ausgesetzt waren. Beispielsweise kann die damalige Exposition von Steinkohlestaub bei der Arbeit im Bergwerk begünstigen, nun im erhöhten Lebensalter an COPD zu erkranken.

Zum Rauchverhalten der Oberhausener Bevölkerung gibt es derzeit keine aktuellen und validen Kennzahlen. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass die oben beschriebenen Häufigkeiten und Raten nicht nur auf Umwelteinflüsse, sondern ebenso auf Tabakrauchen und weitere nicht konkret identifizierbare Faktoren zurückzuführen sind.

Mit einer Anpassung der Lebensweise wie beispielsweise einer Rauchentwöhnung für aktive Rauchende können die Risiken, im Laufe des Lebens an COPD zu erkranken, reduziert werden. Neben präventiven Maßnahmen ist auch eine angemessene medizinische Versorgung für COPD-Erkrankte notwendig, um eine bedarfsgerechte Therapie zu erhalten.

2.2.7 Rückenschmerzen

Rückenschmerzen zählen zur Gruppe der Muskel- und Skelett-Erkrankungen. Es gibt viele unterschiedliche Ursachen, die von Schädigungen oder

Erkrankungen von Knochen, Gelenken, Bindegewebe, Muskeln oder Nerven bis hin zu unspezifischen sogenannten funktionellen Rückenschmerzen reichen. Letztere sind meist auf Fehlbelastungen zurückzuführen, die sich durch muskuläre Verspannungen bemerkbar machen (vgl. von der Lippe et al., 2021; vgl. RKI, 2015).

Im Jahr 2021 waren ungefähr 16.600 Oberhausenerinnen und knapp 12.000 Oberhausener mit Rückenschmerzen in ärztlicher Behandlung. Im Schnitt lag die Behandlungshäufigkeit im Berichtszeitraum für die weiblichen Oberhausenerinnen bei ca. 16.000 und für die männlichen Oberhausener bei knapp 13.000 erkrankten Personen je 100.000 Einwohner:innen. Die Behandlungsprävalenz von Rückenschmerzen war in Oberhausen bei Frauen höher als bei Männern. Dies galt für die Zeitspanne von 2016 bis 2021. Im interkommunalen Vergleich mit Duisburg lag die Oberhausener Behandlungsprävalenz von Rückenschmerzen bei Frauen unterhalb der Duisburger Rate, während sich bei den Männern eine ähnliche Beobachtung zeigt.

Über 62 % der insgesamt 387 mit Rückenschmerzen stationär behandelten Patient:innen war 2021 weiblich. Insgesamt gab es 387 Krankenhausfälle aufgrund von Rückenschmerzen. Im Berichtszeitraum gab es in Oberhausen keine Todesfälle infolge dieser Diagnose. Die Überschreitung des Landeswerts hinsichtlich der durch Rückenschmerzen bedingten Krankenhausfälle war seit 2017 rückläufig. Die Anzahl der stationär behandelten Personen je 100.000 Einwohner:innen ging

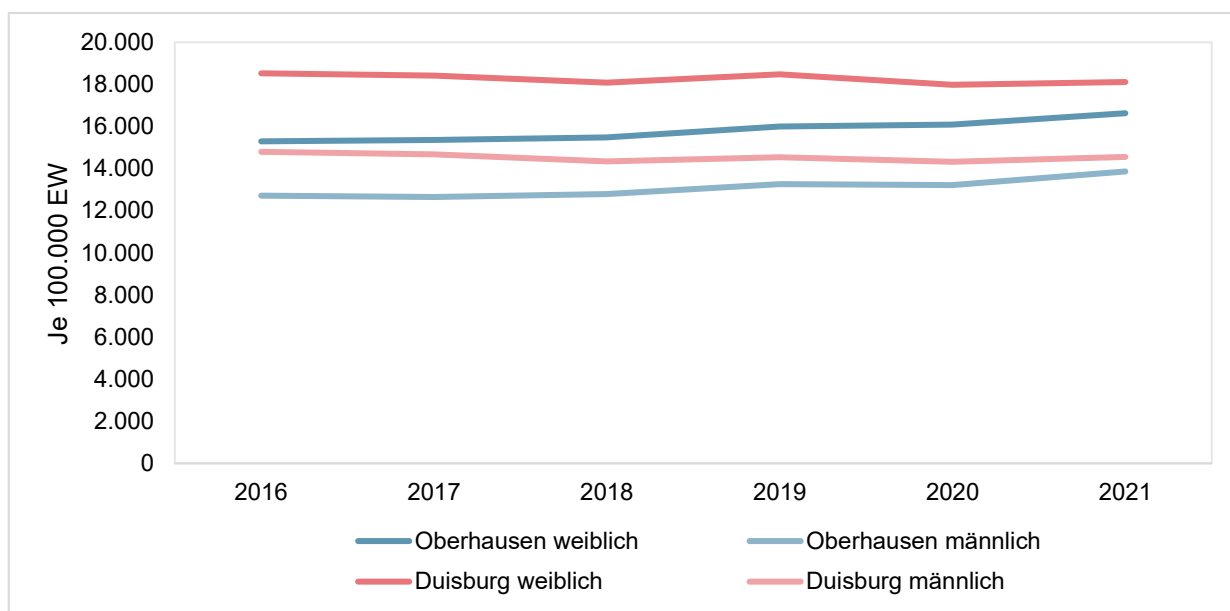


Abbildung 34 Behandlungsprävalenz von Rückenschmerzen je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und Duisburg, 2016-2021 (altersstandardisiert nach Zensus 2011)
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

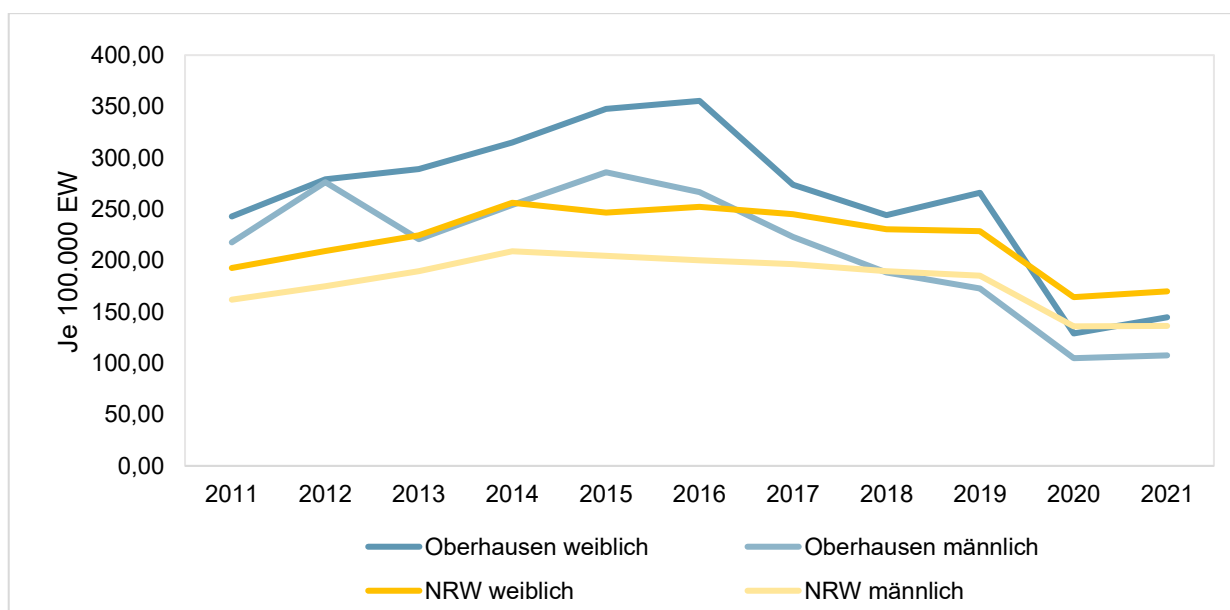


Abbildung 35 Krankenhausfälle wegen Rückenschmerzen je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021 (altersstandardisiert nach SDR Europa alt)
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, LZG.NRW

in diesem Zeitraum ebenfalls zurück. Anders als in Nordrhein-Westfalen gab es in Oberhausen weit mehr männliche als weibliche Patient:innen mit stationär behandelten Rückenschmerzen. In den Jahren 2020 und 2021 kann eine deutliche Reduzierung der Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner:innen verzeichnet werden. Davon waren beide Geschlechter sowohl in Oberhausen als auch in Nordrhein-Westfalen betroffen

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

Rückenschmerzen sind in der deutschen Bevölkerung weit verbreitet. Gemäß einer repräsentativen Studie (N= 5.009) des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2020 trafen 61,3 % der Befragten die Aussage in den vergangenen zwölf Monaten an Rückenschmerzen und 45,7 % an Nackenschmerzen gelitten zu haben. Frauen waren häufiger betroffen als Männer (vgl. von der Lippe et al., 2021).

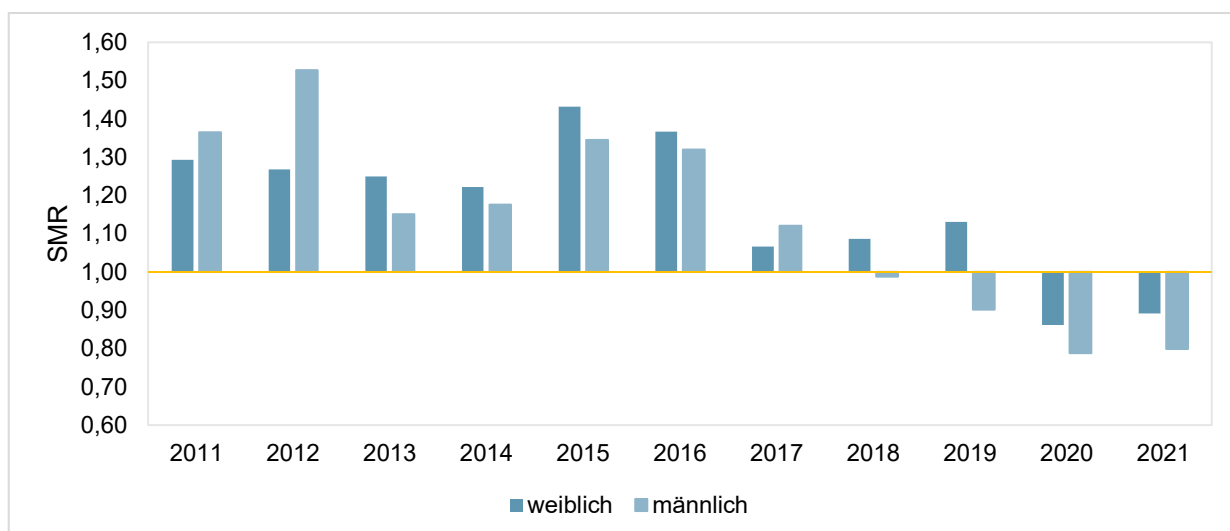


Abbildung 36 Krankenhausfälle wegen Rückenschmerzen nach Geschlecht, SMR (Standardized Morbidity Ratio)
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, LZG.NRW

Mögliche Gründe dafür können anatomische Unterschiede wie die Muskelkraft, die (hormonell bedingte) Schmerzwahrnehmung oder Unterschiede in der Schmerzverarbeitung sein (vgl. Vincent et al., 2008; vgl. Schneider et al., 2006; vgl. Neuhauser et al., 2005). Ferner zeigte sich, dass die Häufigkeit und Intensität von Nacken- und Rückenschmerzen mit voranschreitendem Alter zunehmen (vgl. von der Lippe et al., 2021). Neben den spezifischen Ursachen für Rückenschmerzen, die auf Schäden oder Erkrankungen der Wirbelsäule zurückgehen (z.B. akuter Bandscheibenvorfall), sind die unspezifischen Rückenschmerzen häufig auf veränderliche Lebensstil- und Umgebungsfaktoren zurückzuführen. Dazu zählen unter anderem beispielsweise Bewegungsmangel, Muskelverspannungen, Fehlbelastungen oder auch psychische Belastungen wie negativer Stress. Arbeitsplatzbezogene Faktoren wie überwiegend körperliche Schwerarbeit durch das Tragen und Heben schwerer Lasten können ebenfalls zu Rückenschmerzen führen (vgl. BÄK, KVB, AEMF, 2017).

Aus diesem Grund ist es wichtig, bereits in frühen Lebensphasen präventive Maßnahmen umzusetzen. Beispielsweise indem bewegungs- und arbeitsweltbezogene Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention realisiert werden. Versorgungsansätze, die eine Kombination unterschiedlicher therapeutischer Behandlungsmethoden (multimodal) berücksichtigen, stellen eine sinnvolle Ergänzung dar.

2.2.8 Morbidität nach Geschlecht anhand ausgewählter Diagnosen

Für eine geschlechtersensible Betrachtung sind nachfolgend die Behandlungsprävalenzen und Krankenhausfälle anhand der zuvor skizzierten Diagnosen dargestellt. Die Behandlungsprävalenzen werden in Form der sogenannten rohen Rate, d.h. nicht altersstandardisierten Behandlungshäufigkeit angegeben, da nur die Oberhausener Zahlen ohne Vergleichswerte betrachtet werden.

Die Abbildung 37 zeigt je nach Geschlecht anhand der rohen Behandlungsprävalenzen, welche Diagnosen im Jahr 2021 am häufigsten ambulant behandelt worden sind. Die Prävalenzen je Diagnose unterscheiden sich bei Männern und Frauen. Die meisten Oberhausener:innen wurden in 2021 mit Bluthochdruck und Rückenschmerzen behandelt. An dritthäufigster Stelle steht bei den Oberhausenerinnen die Diagnose Depression und bei den Oberhausenern die Diagnose Diabetes. Am verhältnismäßig seltensten wurden bei beiden Geschlechtern COPD und Demenz ambulant behandelt.

Die meisten Krankenhausfälle in Oberhausen gehen bei Frauen ebenso wie bei Männern auf die koronare Herzkrankheit zurück (Abb. 38). In stationärer Behandlung aufgrund von Depressionen und Bluthochdruck waren vermehrt Frauen. Bei den Oberhausenern hingegen sind die Diagnosen COPD und Depressionen weitere häufige Gründe für eine stationäre Behandlung.

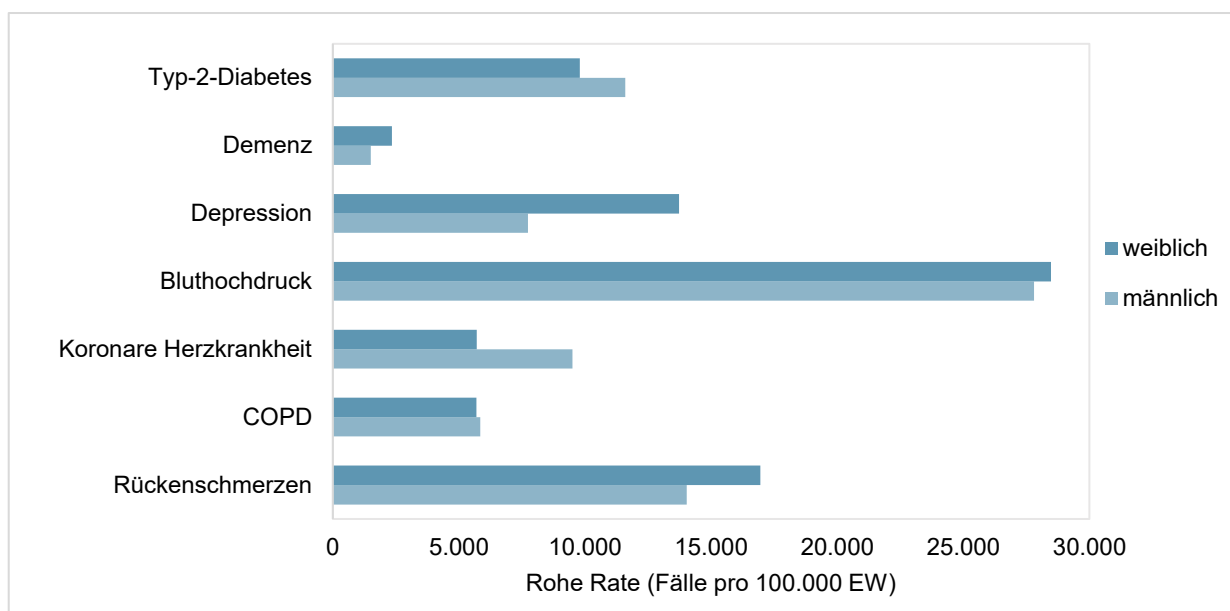


Abbildung 37 Behandlungsprävalenz (roh) ausgewählter Diagnosen, Oberhausen, 2021
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

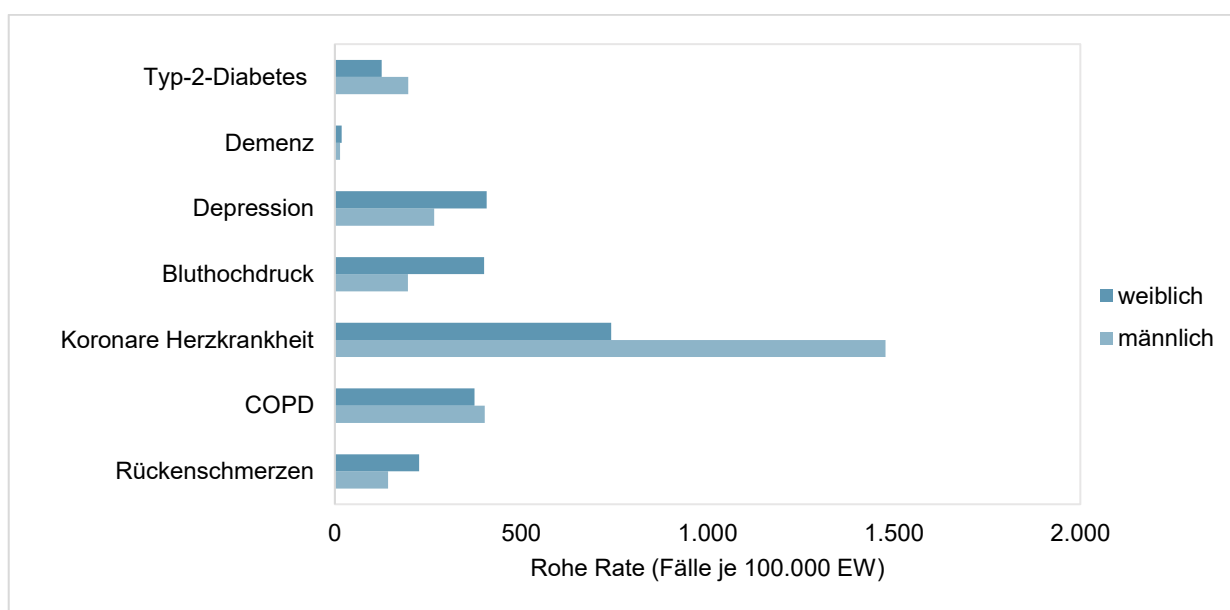


Abbildung 38 Krankenhausfälle (roh) aufgrund ausgewählter Diagnosen, Oberhausen, 2021
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

2.3 Kindergesundheit

Im Folgenden wird ein Überblick über die gesundheitliche Lage der Kinder in Oberhausen dargestellt. Dazu wird die Rate der Lebendgeborene über den Berichtszeitraum 2013 bis 2021 beschrieben. Ergänzt wird das Kapitel durch Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen der Jahrgänge 2021 bis 2023. Dabei werden schwerpunktmäßig Erkenntnisse zum BMI (Body Mass Index) der untersuchten Kinder dargestellt.

2.3.1 Lebendgeborene

Die Rate der lebend geborenen Säuglinge ist im Zeitverlauf von 2018 bis 2021 recht konstant: folglich sind es knapp 54 Lebendgeborene je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren. In absoluten Zahlen entspricht das für Oberhausen rund 1.900 lebend geborenen Säuglingen. Die NRW-Rate liegt mit 56,5 lebend geborenen Kindern je 1.000 Frauen nur geringfügig höher.

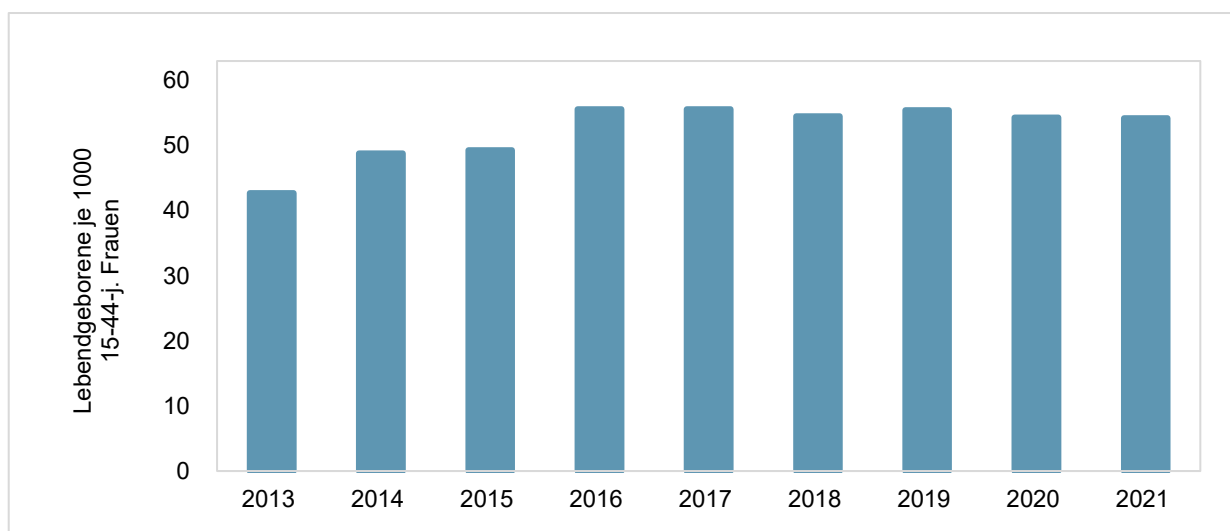


Abbildung 39 Lebendgeborene, Oberhausen, 2013-2021
Quelle: LZG.NRW, Indikator 2.10.01

2.3.2 Schuleingangsuntersuchungen

Die Schuleingangsuntersuchung (SEU) von Kindern zwischen dem fünften und sechsten Lebensjahr vor ihrer Einschulung wird durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (KJGD) des Gesundheitsamtes durchgeführt. Die gesetzliche Grundlage für die Untersuchung sind die §§ 35 und 54 des Schulgesetzes (SchulG). Sie erfasst den Impfstatus, die Anzahl der erfolgten Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9), das Hör- und Sehvermögen, den körperlichen Gesundheitszustand und den allgemeinen Entwicklungsstand der Kinder. Auf diese Weise wird überprüft, inwiefern der Entwicklungsstand der Kinder den Anforderungen der Schule entspricht. So lassen sich im Bedarfsfall notwendige therapeutische Maßnahmen und weiterer Förderbedarf im Vorfeld durch die ärztliche Beratung identifizieren, um die Schulanfänger:innen bestmöglich auf einen erfolgreichen Schulstart vorzubereiten. Die Untersuchung wird anhand eines einheitlichen Verfahrens durchgeführt, das in ganz Nordrhein-Westfalen genutzt wird: das sogenannte Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen, kurz SOPESS. Dieses Screening umfasst Testverfahren zur Einordnung der sprachlichen, kognitiven und motorischen Fähigkeiten der Kinder. Die COVID-19-Pandemie beeinflusste die Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen ab 2020 maßgeblich. Aufgrund von Hygieneauflagen und reduzierter Personalressourcen im schul-

ärztlichen Team des KJGDs wurden die Untersuchungen auf ausgewählte Parameter eingegrenzt. Für den vorliegenden Bericht wurden daher nur die Daten der Kinder mit identifiziertem Förderbedarf aus den Jahrgängen 2021/ 2022 und 2022/ 2023 ausgewertet, mit denen sich die Gewichtskategorien nach dem Verfahren von Kromeyer-Hauschild bilden ließen. Dazu erfassten die Beschäftigten Körperlänge bzw. Körpergröße sowie das Körpergewicht der Kinder. Aus diesem Grund stellen die Daten nur Stichproben der jeweiligen Jahrgänge dar und bilden nicht Grundgesamtheit ab. Vor diesem Hintergrund können die vorgestellten Ergebnisse nicht auf die gesamten jeweiligen Schuljahrgänge übertragen werden. Dennoch zeigen sie Tendenzen für die Entwicklung des Gesundheitszustands der Einschüler:innen, die es weiterhin zu beobachten gilt.

Die ausgewählten Messgrößen Körperlänge und Körpergewicht sind zentrale Parameter, die zur Kontrolle und Beurteilung des Wachstums von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen herangezogen werden können. Mithilfe des BMI können Aussagen zum Ernährungs- und Gesundheitszustand des Kindes getroffen werden. Dieser wird gebildet, indem das Gewicht und die Körpergröße ins Verhältnis gesetzt werden (vgl. RKI, 2013). Für die Einteilung in Gewichtskategorien wird die sogenannte Perzentilberechnung nach Kromeyer-Hauschild genutzt. Sie ermöglicht eine Einteilung in unter-, normal-, übergewichtiger und adipöser, d.h. fettleibiger Kinder (vgl. Kromeyer-Hauschild et al., 2001).

Gewichtskategorien nach Kromeyer-Hauschild Schuljahr 2021/ 2022						
	Untersuchte Kinder nach Geschlecht Anzahl absolut und Anteil in %					
Kategorie	Mädchen		Jungen		Gesamtergebnis	
deutlich untergewichtig	19	4,2%	24	3,9%	43	4,0%
untergewichtig	30	6,7%	48	7,8%	78	7,3%
normalgewichtig	328	72,9%	440	71,3%	768	72%
übergewichtig	37	8,2%	32	5,2%	69	6,5%
adipös	36	8,0%	73	11,8%	109	10,2%
Gesamtergebnis	450	100,0%	617	100,0%	1067	100,0%

Tabelle 2 Gewichtskategorien der Einschüler:innen in Oberhausen in das Schuljahr 2021/ 2022 (Eigene Darstellung; Quelle: Stadt Oberhausen, KJGD)

Gewichtskategorien nach Kromeyer-Hauschild Schuljahr 2022/ 2023						
	Untersuchte Kinder nach Geschlecht Anzahl absolut und Anteil in %					
Kategorie	Mädchen		Jungen		Gesamtergebnis	
deutlich untergewichtig	28	11,1%	26	7,2%	54	8,8%
untergewichtig	23	9,1%	34	9,4%	57	9,3%
normalgewichtig	161	63,9%	243	67,1%	404	65,8%
übergewichtig	19	7,5%	22	6,1%	41	6,7%
adipös	21	8,3%	37	10,2%	58	9,4%
Gesamtergebnis	252	100,0%	362	100,0%	614	100,0%

Tabelle 3 Gewichtskategorien der Einschüler:innen in Oberhausen in das Schuljahr 2022/ 2023 (Eigene Darstellung; Quelle: Stadt Oberhausen, KJGD)

Im Jahrgang 2021/ 2022 wurden insgesamt 1.067 Einschüler:innen untersucht, davon waren über die Hälfte Jungen. Mit knapp 72 % ist Großteil der Kinder des Jahrgangs normalgewichtig. Untergewichtig sind ca. 7 % und genau 4 % der Kinder sind sogar deutlich untergewichtig. Rund 6,5 % sind übergewichtig und knapp 10% adipös. Der Anteil

der adipösen Jungen ist größer (11,8 %) als derer der Mädchen (8 %) (Tab. 2).

Im Jahrgang 2022/ 2023 wurden insgesamt 614 Einschüler:innen untersucht, davon war über die Hälfte männlichen Geschlechts. Der Großteil der Kinder des Jahrgangs ist normalgewichtig (65,8 %). Untergewichtig sind ca. 9 % und ebenso ca. 9

% der Kinder sind sogar deutlich untergewichtig. Rund 6,7 % sind übergewichtig und ca. 9,4 % adipös. Der Anteil der adipösen Jungen ist größer (10,2 %) als derer der Mädchen (8,3 %) (Tab. 3).

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

Wie bereits angedeutet, waren die Kinder beider Einschulungsjahrgänge unmittelbar von den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie betroffen. Diese zog im Zuge des Infektionsschutzes Eindämmungsmaßnahmen nach sich, die sich auf das Bewegungs-, Ernährungs- und Sozialverhalten der Kinder auswirkten. Laut einer Elternbefragung des Meinungsforschungsinstitutes Forsa im Jahr 2022 (n= 1.004), haben viele Kinder und Jugendliche während der Pandemie an Gewicht zugenommen. Diese Beobachtung zeigte sich besonders häufig bei Kindern und Jugendlichen aus einkommensschwachen Familien. Zugleich wurde eine reduzierte körperlich-sportliche Fitness der Kinder festgestellt (vgl. DAG, EKfZf, 2022). In Deutschland deutet Untergewicht bei Kindern nicht zwingend auf eine Unter- oder Mangelernährung hin. Es wird dagegen eher im Kontext von Essstörungen thematisiert. Dennoch kann die Einteilung des Gewichts zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Momentaufnahme sein, die eine möglicherweise vorübergehende Erscheinung während einer Wachstumsphase zeigt (vgl. BZgA, 2019; vgl. Schienkiewitz et al., 2018).

Inwieweit diese Beobachtungen auf die Oberhausener Kinder übertragen werden können, lässt sich nicht belegen. Gleichwohl geben die dargestellten Ergebnisse der SEU Hinweise auf mögliche Ansatzpunkte für gesundheitsförderliche Maßnahmen, die speziell auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen zugeschnitten sind. Dabei sind die individuellen Ausprägungen des Gewichts zu berücksichtigen. Die Entwicklung bleibt zu beobachten.

3. Umweltbezogene Gesundheitsrisiken

Neben bevölkerungsspezifischen Gesundheitsdaten lassen sich gleichermaßen Informationen zu Gesundheitsrisiken aus der Umwelt für die Gesundheitsberichterstattung nutzen. So haben die Emission von chemischen und physikalischen Substanzen in die Umwelt als auch klimarelevante Parameter Einfluss auf die Gesundheit. Beispiele

dafür sind Lärmbelastung, Starkregen ebenso wie Hitzebelastung. Letztere sind insbesondere vor dem Hintergrund des Klimawandels und den Auswirkungen auf den Menschen zu berücksichtigen.

3.1 Luft

Feinstaub (Staubpartikel mit einem Durchmesser von weniger als 10 µm; PM10) sowie Stickstoffdioxid (NO₂) zählen zu den klassischen Schadstoffen in der Außenluft und sind wegen ihrer Auswirkungen auf das Atemsystem von Bedeutung (vgl. LZG.NRW, 2017; vgl. LZG.NRW, 2016). Die Entstehung von Feinstaub kann entweder natürlichen Ursprungs oder auf menschliches Handeln zurückzuführen sein. Beispiele für Feinstaubquellen sind unter anderem der Kraftfahrzeugverkehr, Industrieprozesse, Abfallverbrennungsanlagen sowie Öfen und Heizungen in Wohnhäusern. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass bereits geringe Feinstaubkonzentrationen negative Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit haben. Im Gegensatz zu anderen Schadstoffen gibt es keinen Grenzwert, unterhalb dessen keine gesundheitsschädliche Wirkung zu erwarten ist.

Feinstaub dringt durch seine geringe Partikelgröße tiefer in die Atemwege ein und kann so über die Lungenbläschen in die Blutbahn gelangen. Dies kann zu entzündlichen Veränderungen im Atem- sowie Herz-Kreislaufsystem führen. Daher sollte die Feinstaubbelastung so gering wie möglich gehalten werden (vgl. Kessinger, 2016).

Stickstoffdioxid entsteht infolge von Verbrennungsprozessen. Hauptsächlich gelangen sie durch Verbrennungsmotoren und Feuerungsanlagen für Kohle, Gas, Öl, Holz und Abfälle in die Umgebungsluft. In dicht besiedelten Gebieten ist der Straßenverkehr die bedeutendste Quelle von Stickstoffdioxid. Die Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit zeigen sich in Form von Augenreizungen und Schädigungen des gesamten Atemtraktes. Die dadurch entstehende Entzündungsreaktion kann unter anderem Atemnot, Husten, Bronchitis und eine steigende Anfälligkeit für Atemwegsinfekte auslösen. Folglich erhöht sich ebenso die Empfindlichkeit für Allergien. Insbesondere Menschen mit Vorerkrankungen der Atemwege wie beispielsweise Asthma oder COPD leiden unter der erhöhten Stickstoffdioxidbelastung in der Außenluft (vgl. Kessinger, 2016).

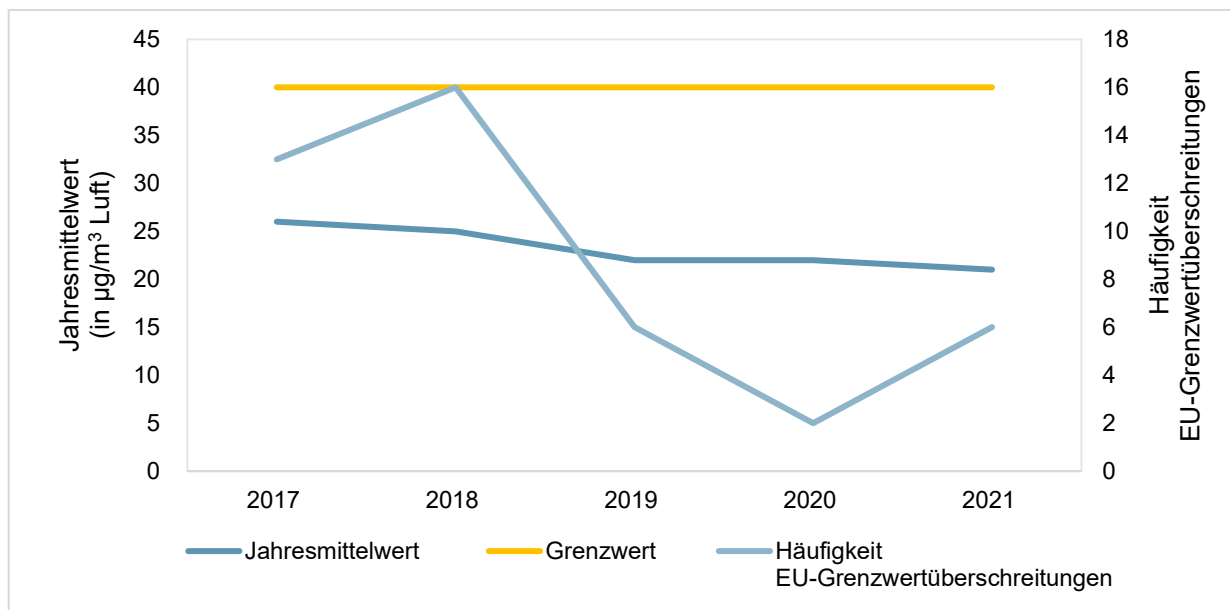


Abbildung 40 Staub (PM10) in der Außenluft, Messstationen in Oberhausener Stadtgebiet, 2017-2021
 Quelle: LZG.NRW Indikator 5.3, Datenhalter: Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein Westfalen (LANUV)

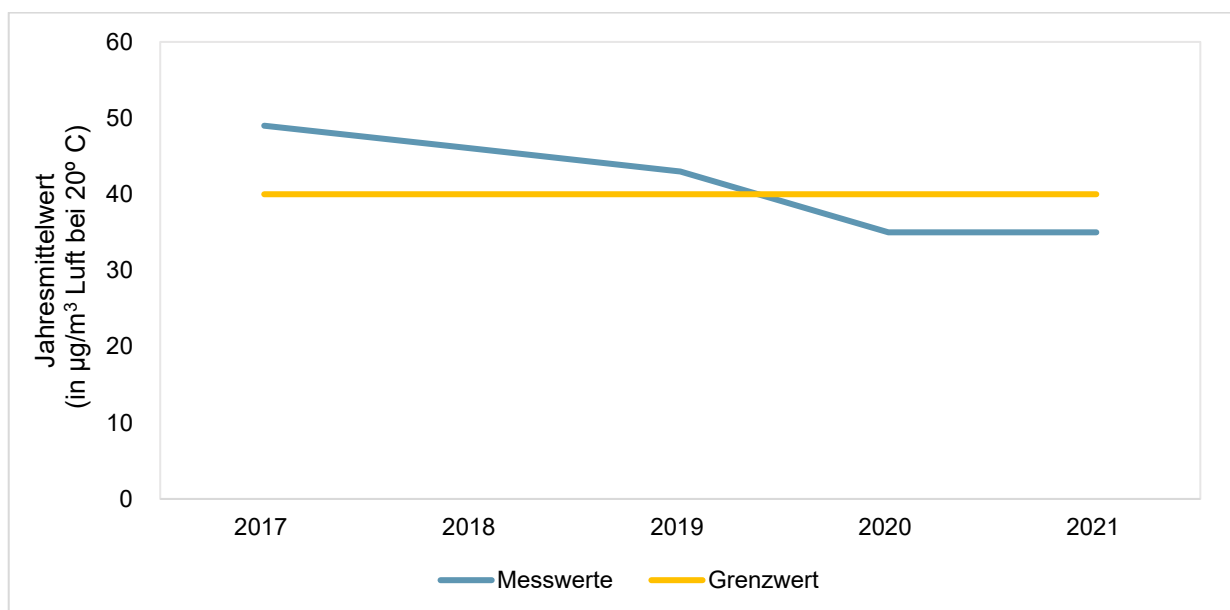


Abbildung 41 Stickstoffdioxid in der Außenluft, Messstationen in Oberhausener Stadtgebiet, 2017-2021
 Quelle: LZG.NRW Indikator 5.1, Datenhalter: Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein Westfalen (LANUV)

Im Oberhausener Stadtgebiet werden an zwei Standorten mithilfe von fest installierten Verkehrsmessstationen Werte zur Staub- (PM10) und Stickstoffemissionen (NO2) in der Außenluft erhoben. Anhand vorgeschriebener Grenzwerte lassen sich die gemessenen Werte vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Belastung beurteilen. Die Messstationen befinden sich im südlichen Stadtgebiet auf der Mülheimer Straße und der Duisburger Straße.

Die an der Mülheimer Straße gemessene Staubemission der vergangenen Jahre ist im Jahresmittel unterhalb des Grenzwertes von 40 µg/m³ Luft. Dennoch gab es einige EU-Grenzwertüberschreitungen, welche seit einem Hoch mit 16 Überschreitungen im Jahr 2018 in den darauffolgenden Jahren in den einstelligen Bereich gesunken ist (Abb. 40). Diese Überschreitungen des 24-Stunden-Mittelwertes von 50 µg/m³ sind bis zu 35-mal pro Jahr zulässig (vgl. LZG.NRW, 2017).

Aus Abbildung 41 geht hervor, dass sich der Stickstoffgehalt in der Außenluft an der Messstation Mülheimer Straße im Zeitraum von 2017 bis 2021 auf Werte unterhalb des Grenzwertes von 40 µg/m³ Luft im Jahresmittel reduziert hat. EU-Grenzwertüberschreitungen hat es in diesem Zeitraum nicht gegeben und sind daher in der Abbildung nicht berücksichtigt. Für die Messstation an der Duisburger Straße sind bisher erst je Parameter ein Wert aus 2021 ausgewiesen, welche unterhalb des Grenzwertes des Jahresdurchschnitts liegen und daher nicht näher betrachtet werden.

Die Reduzierungen der Luftschadstoffwerte lassen sich nicht anhand konkreter Ursachen bestimmen. Die Beschränkungen der COVID-19-Pandemie und das damit einhergehende reduzierte Verkehrsaufkommen können als mögliche Einflussgröße benannt werden. Aufgrund der beschriebenen Entwicklungen ergeben sich derzeit keine kommunalen Handlungsoptionen.

3.2 Hitze

Wärme- bzw. Hitzebelastung als Einflussfaktor auf die Gesundheit ist vor dem Hintergrund klimatischer Veränderungen von besonderer Bedeutung. Dabei können hohe Temperaturen während sommerlicher Hitzeperioden einen negativen Effekt auf den menschlichen Organismus haben. Insbesondere Risikogruppen wie Kleinkinder, hochaltrige Personen, Schwangere sowie Menschen mit bereits bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind davon betroffen, da ihr Körper Temperatur weniger effektiv regulieren kann. Personen, welche einer vermehrten Hitzebelastung ausgesetzt sind wie beispielsweise Obdachlose oder Menschen, die in städtischen Wärmeinseln leben, zählen ebenfalls zur Risikogruppe (vgl. Wichert, 2014).

Gemäß einer Berechnung des Regionalverbands Ruhr (RVR, 2017) werden bis zum prognostizierten Zeitpunkt im Jahr 2100 weite Teile des Oberhausener Stadtgebietes eine hohe bis sehr hohe Intensität von Wärmeinseln aufweisen. So sind vom letzten Dokumentationsstand aus dem Jahr 2016 insbesondere die Innenstadt sowie die Ortskerne der Bezirke Sterkrade-Mitte, Osterfeld-Mitte und Schmachtdorf von einer hohen Intensität betroffen. Dies gilt ebenso für das Gebiet des Einkaufszentrums in der Neuen Mitte. Darüber hinaus ist in den nächsten Jahrzehnten absehbar,

dass viele Wärmeinselnbereiche in ihrer Intensität zunehmen.

Das Klimaanpassungskonzept der Stadt Oberhausen berücksichtigt unter anderem Maßnahmen zur Reduzierung der Wärme- bzw. Hitzebelastung der Bevölkerung. Als konkrete Schlüsselmaßnahme wird perspektivisch ein Hitzeaktionsplan umgesetzt, welcher unterschiedliche Vorkehrung zum Schutz der Bevölkerung vorsieht. Für weitere Details wird an dieser Stelle auf das Klimaanpassungskonzept der Stadt Oberhausen verwiesen.

3.3 Lärm

Lärm kann gesundheitsschädliche Auswirkungen auf den menschlichen Körper haben. Es wird unterschieden zwischen sogenannten auralen und extra-auralen Lärmwirkungen. Sehr hohe Pegel führen zu Beeinträchtigungen des Hörsystems, die vorübergehende oder dauerhafte Ohrgeräusche wie Tinnitus zur Folge haben können. Beispiele für Quellen dieser auralen Lärmwirkung sind laute Musik auf Konzerten oder arbeitsbezogene Geräusche wie ein Presslufthammer. Extra-aurale Lärmwirkungen gehen hingegen auf niedrigere, nicht-gehörschädigende Schallpegel zurück wie beispielsweise Verkehrslärm. Dieser beeinträchtigt sowohl das subjektive Wohlbefinden als auch die Lebensqualität. Anhaltender Lärm durch Flug-, Eisenbahn- und Autoverkehr führt zu körperlichen Stressreaktionen, die das Risiko der gesundheitlichen Beeinträchtigung erhöhen. Schlafstörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Bluthochdruck und Herzinfarkt können die Folgen sein (vgl. Umweltbundesamt, 2021; vgl. RKI, 2020, vgl. Babisch, 2005).

Die Stadt Oberhausen ist als Ballungsraum gemäß der EU-Umgebungs-lärmrichtlinie verpflichtet eine Lärmaktionsplanung durchzuführen. Mit Information und Beteiligung der Öffentlichkeit erfolgt sie in einem 5-Jahres-Rhythmus. Gemäß dem aktuellen Stand von 2022 gehen die größten Lärmbelastungen für die Bevölkerung von kommunalem Straßen- und Schienenverkehr aus. Der Straßenbahnverkehr trägt nur räumlich begrenzt dazu bei. Flugverkehr sowie Industrieanlagen, die der Industrieemissionsrichtlinie zur Vermeidung und Verminderung von Umweltverschmutzung unterliegen, sogenannte IED-Anlagen, stellen auf dem Oberhausener Stadtgebiet kein Problem dar. Anhand zeitlich kurzfristig und langfristig angelegter Maßnahmen werden in den kommenden Jahren

Klinik	Sozialraum	Bettenanzahl (2021)	Anzahl Fachabteilungen (2021)
AMEOS Klinikum St. Clemens Oberhausen (privat)	Sterkrade-Mitte	325	9
AMEOS Klinikum St. Josef Oberhausen (privat)	Mitte/ Styrum	293	2
AMEOS Klinikum St. Marien Oberhausen (privat)	Osterfeld	202	4
HELIOS St. Elisabeth Klinik Oberhausen (privat)	Mitte/ Styrum	199	6
Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH (freigemeinnützig)	Sterkrade-Mitte	361	9
Evangelisches Krankenhaus Oberhausen GmbH (freigemeinnützig)	Mitte/ Styrum	452	17
Gesamtanzahl		1832	47

Tabelle 4 Übersicht Kliniken in Oberhausen (Eigene Darstellung, Quelle: <https://www.weiße-liste.de/>)

die Belastungen reduziert werden können. Beispiele dafür sind innerörtliche Geschwindigkeitsreduzierungen, LKW-Nachtfahrverbote ebenso wie Fahrbahnsanierung in entsprechend ausgewählten Straßen. Einige der Maßnahmen befinden sich in der Umsetzung oder sind bereits abgeschlossen. Für weitere Details wird an dieser Stelle auf den Lärmaktionsplan der Stadt Oberhausen verwiesen (siehe Lärmaktionsplan Oberhausen April 2022).

4. Gesundheitliche Versorgung

4.1 Stationäre Versorgung

In Oberhausen gibt es sechs Krankenhäuser. Davon sind vier in privater und zwei Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft (Tab. 4).

4.2 Ambulante Versorgung

Zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung wird die Bedarfsplanung als wesentliches Instrument genutzt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und der Kassenärztliche Bundesverband (KVB) sind damit beauftragt die flächendeckende, wohnort-nahe vertragsärztliche Versorgung der

Bevölkerung sicherzustellen und eine Fehlversorgung zu vermeiden. Dabei wird die Verteilung der verschiedenen Arztgruppen in Regionen anhand einer bestimmten Planungssystematik gesteuert:

- Hausärztliche Versorgung
- Allgemeine fachärztliche Versorgung
- Spezialisierte fachärztliche Versorgung
- Gesonderte fachärztliche Versorgung

Der Planungsmaßstab erhöht sich in der zuvor genannten Reihenfolge der Systematik. Dabei ist die niedrigste Ebene der kleinräumige, sogenannte Mittelbereich einer mittelgroßen Stadt und deren Umland. Weiterhin gelten Kreise bzw. kreisfreie Städte als nächstgrößere Planungsebene. Für die spezialisierte fachärztliche Versorgung werden Raumordnungsregionen (mehrerer) großer Städte gebildet. Das größte Planungsgebiet entspricht dem der Kassenärztlichen Vereinigung und bezieht sich auf die gesonderte fachärztliche Versorgung, welche nachfolgend nicht näher beschrieben wird (vgl. KVB, 2023).

Die Bewertung der Versorgungslage einer Region geschieht anhand sogenannter Versorgungsgrade. Die Berechnungsgrundlage ist dabei der Vergleich von Ist-Niveau des tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältnisses zum Soll-Niveau der

Arztgruppe	Planungsbereich Oberhausen (zugehörige Einwohnerzahl Stichtag 31.12.2021, IT-NRW)	Anzahl (Vollzeitäquivalente)	Versorgungsgrad in %	Freie Sitze
Hausärzte/-ärztinnen	208.752	117,25	100	12
Augenärzte/ -ärztinnen	208.752	12,75	117,1	0
Chirurgen:innen und Orthopäden:innen	208.752	22	141,1	0
Frauenärzte/-ärztinnen	208.752	21,5	115,8	0
Hautärzte/-ärztinnen	208.752	7	117,1	0
HNO-Ärzte/-ärztinnen	208.752	11,75	140	0
Nervenärzte/-ärztinnen	208.752	12,5	120	0
Psychotherapeuten:innen	208.752	44,25	109,5	0,5
Urologen:innen	208.752	7	114,9	0
Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen	34.527	14	115,7	0

Tabelle 5 Bedarfsplanung für die hausärztliche und allgemeine fachärztliche Versorgung für den Bereich Oberhausen
Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand Bedarfsplanung 14.10.2022

Arztgruppe	Raumordnungsregion Duisburg/Essen (zugehörige Einwohnerzahl Stichtag 31.12.2021, IT-NRW)	Anzahl (Vollzeitäquivalente)	Versorgungsgrad in %	Freie Sitze
Anästhesisten:innen	2.229.184 EW	60	124,6	0
Fachinternisten:innen	2.229.184 EW	178,5	116,6	0
Radiologen:innen	2.229.184 EW	62,5	137,3	0
Kinder- und Jugendpsychiater:innen	373.681 EW	27	110,3	0

Tabelle 6 Bedarfsplanung für die spezialisierte fachärztliche Versorgung für die Raumordnungsregion Duisburg/ Essen

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand Bedarfsplanung 14.10.2022

Verhältniszahl. Anhand des Versorgungsgrades wird über die Niederlassung zusätzlicher Ärzte und Ärztinnen entschieden und inwieweit Maßnahmen zur Gewährleistung der Versorgung ergriffen werden können (vgl. KVB, 2023). Die Einteilung geschieht wie folgt:

- Unterversorgung: <75 % im hausärztlichen Bereich, <50 % im fachärztlichen Bereich
- drohende Unterversorgung: 75-100 %
- bedarfsgerechte Versorgung: 100-110 %
- Überversorgung: >110 %

Die ambulante Versorgung im Oberhausener Stadtgebiet war im Jahr 2022 für den Großteil der in Tabelle 5 aufgeführten Arztgruppen mindestens bedarfsgerecht. Die Gruppe der Hausärzte und Psychotherapeuten haben einen Versorgungsgrad von 100 % bzw. 109,5 %. Es besteht die Möglichkeit für Fachpersonal dieser Gruppe sich in Oberhausen niederzulassen, da es 12 freie Sitze für Hausärzte und 0,5 für Psychotherapeut:innen zu vergeben gibt. Für die übrigen Arztgruppen liegt hingegen eine Überversorgung vor. Für die wohnungsnahe Grundversorgung durch einen Haus-

arzt bzw. eine Hausärztin betrug die durchschnittliche Luftliniendistanz der Bevölkerung zur nächstgelegenen Praxis 639 m. Bis zur nächstgelegenen Apotheke legten Oberhausener:innen im Schnitt 553 m zurück (Quelle: Stadt Oberhausen, Einwohnerdatei, Apotheken- und Ärzteverzeichnis Stand 2022, Berechnung: Fachbereich 4-5-10/Statistik).

Aufgrund der räumlichen Lage Oberhausens und der Zugehörigkeit zum Ruhrgebiet ist die Stadt Teil eines sogenannten polyzentrischen Verflechtungsraumes. Diese Region kennzeichnet eine hohe Verdichtung, welche eine intraregionale, also zwischen den Regionen ausgeprägte, wechselseitige Versorgungsbeziehung bedingt. Auf diese Art wird auf der Ebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung eine Mitversorgung ermöglicht. Die Bedarfsplanung der spezialisierten fachärztlichen Versorgung wird für Oberhausen anhand der Raumordnungsregion Duisburg/Essen vorgenommen, zu der Oberhausen hinzugezählt wird. Die Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppen liegt auch hier oberhalb der bedarfsgerechten Versorgung (Tab. 6).

Im Oberhausener Stadtgebiet lag der Versorgungsgrad von Zahnärzten und Zahnärztinnen mit einer vertragszahnärztlichen Tätigkeit für das Jahr 2020 bei knapp 85 %. Dies entspricht einer bedarfsgerechten Versorgung. Für den Bereich Kieferorthopädie ist Oberhausen mit ca. 120 % sogar überversorgt.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Determinanten der Gesundheit (eigene Darstellung nach Dahlgren und Whitehead (1991) und Gemeinde Utrecht (2018)	10
Abbildung 2 Sterbefälle Oberhausen – Abweichung der Mortalitätsrate vom Landesdurchschnitt (SMR), 2011-2021	12
Abbildung 3 Mittlere Lebenserwartung Oberhausen in Jahren, 2013-2021	13
Abbildung 4 Vorzeitige Sterblichkeit Oberhausen nach Geschlecht, 2018-2022	14
Abbildung 5 Vermeidbare Sterbefälle Oberhausen – Abweichung der Mortalitätsrate vom Landesdurchschnitt, Mittelwert 2016-2020	16
Abbildung 6 Behandlungsprävalenz von Diabetes-Typ-2 je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und Duisburg, 2016-2021	18
Abbildung 7 Krankenhausfälle wegen Diabetes-Typ-2 je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021	18
Abbildung 8 Krankenhausfälle wegen Diabetes-Typ-2 nach Geschlecht, SMR (Standardized Morbidity Ratio)	19
Abbildung 9 Sterbefälle wegen Diabetes Typ 2 je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021	19
Abbildung 10 Sterbefälle wegen Diabetes Typ 2 nach Geschlecht, SMR (Standardized Mortality Ratio)	20
Abbildung 11 Behandlungsprävalenz von Demenz je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und Duisburg, 2016-2021	21
Abbildung 12 Krankenhausfälle wegen Demenz je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021	22
Abbildung 13 Krankenhausfälle wegen Demenz nach Geschlecht, SMR (Standardized Morbidity Ratio)	22
Abbildung 14 Sterbefälle wegen Demenz je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021	23
Abbildung 15 Sterbefälle wegen Demenz nach Geschlecht, SMR (Standardized Mortality Ratio)	23
Abbildung 16 Behandlungsprävalenz von Depression je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und Duisburg, 2016-2021	24
Abbildung 17 Krankenhausfälle wegen Depression je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021	24
Abbildung 18 Krankenhausfälle wegen Depression nach Geschlecht, SMR (Standardized Morbidity Ratio)	25
Abbildung 19 Behandlungsprävalenz von Bluthochdruck je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und Duisburg, 2016-2021	26
Abbildung 20 Krankenhausfälle wegen Bluthochdruck je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021	27
Abbildung 21 Krankenhausfälle wegen Bluthochdruck nach Geschlecht, SMR (Standardized Morbidity Ratio)	27

Abbildung 22 Sterbefälle wegen Bluthochdruck je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021	28
Abbildung 23 Sterbefälle wegen Bluthochdruck nach Geschlecht, SMR (Standardized Mortality Ratio) ..	28
Abbildung 24 Behandlungsprävalenz von Koronarer Herzkrankheit je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und Duisburg, 2016-2021	29
Abbildung 25 Krankenhausfälle wegen Koronarer Herzkrankheit je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021	29
Abbildung 26 Krankenhausfälle wegen Koronarer Herzkrankheit nach Geschlecht, SMR (Standardized Morbidity Ratio)	30
Abbildung 27 Sterbefälle wegen Koronarer Herzkrankheit je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021	30
Abbildung 28 Sterbefälle wegen Koronarer Herzkrankheit nach Geschlecht, SMR (Standardized Mortality Ratio)	31
Abbildung 29 Behandlungsprävalenz von COPD je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und Duisburg, 2016-2021	32
Abbildung 30 Krankenhausfälle wegen COPD je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021	32
Abbildung 31 Krankenhausfälle wegen COPD nach Geschlecht, SMR (Standardized Morbidity Ratio) ..	33
Abbildung 32 Sterbefälle wegen COPD je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021	33
Abbildung 33 Sterbefälle wegen COPD nach Geschlecht, SMR (Standardized Mortality Ratio)	34
Abbildung 34 Behandlungsprävalenz von Rückenschmerzen je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und Duisburg, 2016-2021	35
Abbildung 35 Krankenhausfälle wegen Rückenschmerzen je 100.000 Einwohner:innen nach Geschlecht, Oberhausen und NRW, 2011-2021	35
Abbildung 36 Krankenhausfälle wegen Rückenschmerzen nach Geschlecht, SMR (Standardized Morbidity Ratio)	36
Abbildung 37 Behandlungsprävalenz (roh) ausgewählter Diagnosen, Oberhausen, 2021	37
Abbildung 38 Krankenhausfälle (roh) aufgrund ausgewählter Diagnosen, Oberhausen, 2021	37
Abbildung 39 Lebendgeborene, Oberhausen, 2013-2021	38
Abbildung 40 Staub (PM10) in der Außenluft, Messstationen in Oberhausener Stadtgebiet, 2017-2021	41
Abbildung 41 Stickstoffdioxid in der Außenluft, Messstationen in Oberhausener Stadtgebiet, 2017-2021	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht vermeidbare Sterbefälle nach Diagnosen	15
Tabelle 2 Gewichtskategorien der Einschüler:innen in Oberhausen in das Schuljahr 2021/ 2022	39
Tabelle 3 Gewichtskategorien der Einschüler:innen in Oberhausen in das Schuljahr 2022/ 2023	39
Tabelle 4 Übersicht Kliniken in Oberhausen	43
Tabelle 5 Bedarfsplanung für die hausärztliche und allgemeine fachärztliche Versorgung für den Bereich Oberhausen	44
Tabelle 6 Bedarfsplanung für die spezialisierte fachärztliche Versorgung für die Raumordnungsregion Duisburg/Essen	44

Literaturquellen

- Babisch, W. (2004): Die NaRoMI-Studie. Auswertung, Bewertung und vertiefende Analysen zum Verkehrslärm. In: Umweltbundesamt (Hrsg.): Chronischer Lärm als Risikofaktor für den Myokardinfarkt, Ergebnisse der "NaRoMI"-Studie. WaBoLu-Hefte 02/04, S. I-1 bis I-59. Umweltbundesamt, Berlin.
- Barford, A., Dorling, D., Smith, G.D. et al. (2006): Life expectancy: women now on top everywhere. *BMJ* 332(7545):808.
- Bretschneider, J., Kuhnert, R., Hapke, U. (2017): Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3): 81–88.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2021): Nationale VersorgungsLeitlinie COPD – Teilpublikation der Langfassung, 2. Auflage. Version 1. 2021.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2019): Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK – Langfassung, 5. Auflage. Version 1. 2019.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2017): Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017.
- Busch, M.A., Kuhnert, R. (2017): 12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(1):64–69.
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Ernährungsmedizin EKFZf (2022): Pressemitteilung der DAG und des EKFZ für Ernährungsmedizin. forsa-Umfrage zeigt Folgen der Corona-Krise für Kinder: Gewichtszunahme, weniger Bewegung, mehr Süßwaren – Jedes sechste Kind ist dicker geworden, Berlin/ München.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Hrsg.) (2016): S3-Leitlinie "Demenzen". Langversion – Januar 2016.
- Gosswald, A., Schienkiewitz, A., Nowossadeck, E., et al. (2013): Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5-6):650-655.
- Heidemann, C., Scheidt-Nave, C. (2017): Prevalence, incidence and mortality of diabetes mellitus in adults in Germany – A review in the framework of the Diabetes Surveillance in Germany. *Journal of Health Monitoring* 2(3):98–121.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L. et al. (2011): How should we define health? In: *BMJ* 2011;343:d4163.
- Kahnert, K., Jörres, R.A., Behr, J., Welte, T. (2023): The diagnosis and treatment of COPD and its comorbidities. *Dtsch Arztebl Int* 2023; 120: 434–44.

- Kessinger, S. (2017): Luftqualität 2016 in Deutschland, in: Bundesamt für Strahlenschutz (BfS), Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Robert Koch-Institut (RKI), Umweltbundesamt (UBA) (Hrsg.) (2017): UMID: Umwelt und Mensch – Informationsdienst, Nr. 01/2017, Berlin.
- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., et al. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149: 807–818.
- Kuhn, J., Wildner, M. (2019): Gesundheitsdaten verstehen. Statistiken lesen lernen – ein Einsteigerbuch. 2. Vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2019. Hogrefe Verlag, Bern.
- Livingston, G., et al. (2020): Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission, in: THE LANCET COMMISSIONS, VOLUME 396, ISSUE 10248, P413-446.
- Nationale Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut (2019): Diabetes in Deutschland – Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillance 2019. Robert Koch-Institut, Berlin .
- Neuhauser, H., Ellert, U., Ziese, T. (2005): Chronische Rückenschmerzen in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland 2002/2003: Prävalenz und besonders betroffene Bevölkerungsgruppen. *Gesundheitswesen* 67(10):685–693.
- Neuhauser, H., Kuhnert, R., Born, S. (2017): 12-Monats-Prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(1): 57–63.
- Neuhauser, H., Sarganas, G. (2015): Hoher Blutdruck: Ein Thema für alle. Hrsg. Robert Koch–Institut, Berlin GBE kompakt 6(4).
- Oksuzyan, A., Gumà, J., Doblhammer, G. (2018): Sex Differences in Health and Survival. In: Doblhammer, G., Gumà, J. (Hrsg.) (2018): A Demographic Perspective on Gender, Family and Health in Europe. Springer International Publishing, Cham, S. 65-100.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Depressive Erkrankungen. Heft 51. RKI, Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2011): Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 52. RKI, Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2013): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS). 2. erweiterte Auflage, RKI, Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2020): Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2015): Kapitel 2.3.1: Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. In: Gesundheit in Deutschland Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, RKI, Berlin.
- Rosenbauer, J., Neu, A., Rothe, U., Seufert, J., Holl, R.W. (2019): Diabetestypen sind nicht auf Altersgruppen beschränkt: Typ-1-Diabetes bei Erwachsenen und Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. In: *Journal of Health Monitoring* 4(2): 31–53.

- Sano, S., Horitani, K., Ogawa, H., Halvardson, et al. (2022): Hematopoietic loss of Y chromosome leads to cardiac fibrosis and heart failure mortality. *Science*. 2022 Jul 15;377(6603):292-297.
- Santomauro, D. F., et al. (2020): Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic, in: *Lancet* (2021) Nov 6;398(10312):1700-1712.
- Schneider, S., Randoll, D., Buchner, M. (2006): Why do women have back pain more than men? A representative prevalence study in the federal republic of Germany. *Clin J Pain* 22(8):738–747.
- Schienkiewitz, A., Damerow, S., Schaffrath Rosario, A. (2018): Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Einordnung der Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 nach internationalen Referenzsystemen. In: *Journal of Health Monitoring* 3(3): 60-74.
- Steppuhn, H., Kuhnert, R., Scheidt-Nave, C. (2017): 12-Monats-Prävalenz der bekannten chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3):46–54.
- Stockwell, S., Trott, M., Tully, M. et al. (2021): Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review. *BMJ Open Sport Exerc Med* 2021; 7.
- Thom, J., Kuhnert, R., Born, S. et al. (2017): 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3): 72–80.
- Tönnies, T., Rathmann, W. (2020): Epidemiologie des Diabetes in Deutschland, in: Deutsche Diabetes Gesellschaft und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.) (2020): *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2021. Die Bestandsaufnahme*. Verlag Kirchheim + Co GmbH, Mainz.
- Vincent, K., Tracey, I. (2008): Hormones and their Interaction with the Pain Experience. *Rev Pain* 2(2):20–24
- von der Lippe, E., Krause, L., Porst, M., Wengler, A., Leddin, J. et al. (2021): Prävalenz von Rücken- und Nackenschmerzen in Deutschland. Ergebnisse der Krankheitslast-Studie BURDEN 2020. *Journal of Health Monitoring* 6(S3):2–14.
- Wichert, P. von (2014): Hitzewellen und thermophysiologische Effekte bei geschwächten bzw. vorge-schädigten Personen. In: Lozán, J. L., Grassl, H., Karbe, L. & G. Jendritzky (Hrsg.). *Warnsignal Klima: Gefahren für Pflanzen, Tiere und Menschen*. 2. Auflage. Elektronische Veröffentlichung (Kap. 3.1.11) .
- Wiedemann, A., Wegner-Siegmundt, C., Luy, M. (2015): Ursachen und Trends der Geschlechterdiffe-renz in der Lebenserwartung in Deutschland. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 91(12):494-498.
- Zur Nieden, F., Engelhart, A. (2021): Sterbefallzahlen und Übersterblichkeit während der Corona-Pandemie, in: Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) (2021): "WISTA - Wirtschaft und Statis-tik", 3/2021, Wiesbaden

Internetquellen

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2019): Untergewicht. Zugriff am 21.07.2023 unter <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/ernaehrung/essprobleme/untergewicht/>, CC BY-NC-ND
- Franzkowiak, P. (2022). Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Zugriff am 11.07.2023 unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention/>
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023): Sterbefälle und Lebenserwartung. Sonderauswertung zu Sterbefallzahlen der Jahre 2020 bis 2023. Zugriff am 11.07.2023 unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefallzahlen.html#589314>
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2019): Bluthochdruck (Hypertonie). Zugriff am 11.07.2023 unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/bluthochdruck-hypertonie.html>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023): Bedarfsplanung. Die Bedarfsplanung als Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Zugriff am 11.07.2023 unter <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php#content28747>
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2023): Bedarfsplanung. Vertragsärztliche Versorgung Kartenübersicht (Interaktive Karte). Zugriff am 11.07.2023 unter <https://www.kvno.de/praxis/niederlassung-kooperation/bedarfsplanung/vertragsaerztliche-versorgung-kartenuebersicht>
- LZG.NRW (2023): Themenfeld 03: Gesundheitszustand der Bevölkerung. I. Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität. Indikator 03.10 Lebenserwartung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018/2020, Kommentar. Zugriff am 11.07.2023 unter https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_kreise/themen3_1/index.html
- LZG.NRW (2023): Themenfeld 2: Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems. Indikator 02.07 Altersstruktur der Bevölkerung, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2021. Zugriff am 25.08.2023 unter https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data_kreis/02/html/0200700052021.html
- LZG.NRW (2023): Instant Atlas. Indikator 3.14: Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen. Zugriff am 11.07.2023 unter <https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data/03/grafik/0301400052020/atlas.html>
- LZG.NRW (2022): Themenfeld 03: Gesundheitszustand der Bevölkerung. I. Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität. Indikator 03.07 Sterbefälle nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2021. Zugriff am 11.07.2023 unter https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_kreise/themen3_1/index.html
- LZG.NRW (2019): Vorzeitige und vermeidbare Sterblichkeit. Zugriff am 11.07.2023 unter: https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets/lebenserwartung/vermd_sterbl/index.html#:~:text=Unter%20der%20vorzeitigen%20Sterblichkeit%20werden%20im%20Allgemeinen%20diejenigen,Nordrhein-Westfalen%20auf%2011.812%20Frauen%20und%2019.867%20M%C3%A4nner%20zu.

Robert-Koch-Institut (2023): Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Zugriff am 11.07.2023 unter https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/C/COPD/Chronisch_Obstruktive_Lungenerkrankung_inhalt.html#:~:text=Die%20chronisch%20obstruktive%20Lungenerkrankung%20%28COPD%2C%20engl.%20%22%20chronic,und%20wichtige%20Ursache%20von%20Krankheitslast%20im%20h%C3%B6heren%20Erwachsenalter

Robert-Koch-Institut (2023): Chronische Erkrankungen. Zugriff am 11.07.2023 unter: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/C/Chron_Erkrankungen/Chron_Erkrankungen_node.html

Robert Koch-Institut (2020): Lärm. Zugriff am 11.07.2023 unter: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/L/Laerm/Laerm_inhalt.html

Statistisches Bundesamt (2023): Ziel 3 - Gesundheit und Wohlergehen. Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern. Vorzeitige Sterblichkeit. Zugriff am 11.07.2023 unter <https://www.statistikportal.de/de/nachhaltigkeit/ergebnisse/ziel-3-gesundheit-und-wohlergehen>

Umweltbundesamt (2021): Lärmwirkungen. Zugriff am 11.07.2023 unter: <https://www.umweltbundesamt.de/themen/laerm/laermwirkungen#gehorschaden-und-stressreaktionen>

Wichtige Fachbegriffe und Abkürzungen

Altersstandardisierung	Statistisches Verfahren zur Herstellung der Vergleichbarkeit von Maßzahlen. Die Altersstandardisierung zielt darauf ab, zu Vergleichszwecken den Maßnahmen einen gleichen Altersaufbau in der untersuchten Bevölkerung zu unterstellen (vgl. Kuhn und Wildner, 2019)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundärztekammer
COPD	engl. "chronic obstructive pulmonary disease" = chronisch obstruktive Lungenerkrankung
Determinanten	Einflussfaktoren
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
Direkte Altersstandardisierung	Unterschiede im Altersaufbau der jeweiligen Bezugsbevölkerung (Nenner) werden durch Gewichtung ausgeschaltet. Gewichtet wird mit einer Standardbevölkerung z. B. des Zensus 2011 oder der alten (1976) Europäischen Standardbevölkerung
EW	Einwohner:innen
ICD-10-Code	International Statistical Classification of Diseases
Indirekte Altersstandardisierung	Es werden beobachtete Fälle der Region in Beziehung gesetzt zu den erwarteten Fällen, die sich aus den altersspezifischen Raten der Bezugsbevölkerung und der Altersstruktur der untersuchten Region ergeben. Das Ergebnis lässt sich als Quote bzw. prozentuale Abweichung vom Durchschnitt der Bezugsbevölkerung interpretieren.
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVNo	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
LANUV	Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein Westfalen
LZG.NRW	Landeszentrum für Gesundheit Nordrhein-Westfalen
Morbidität	Morbidität ist die bevölkerungsbezogene Betrachtung des Auftretens und der Veränderung von Gesundheitsproblemen.
Mortalität	Sterblichkeit in einer Bevölkerung, meist Anzahl der Todesfälle bezogen auf 100.000 Personen (vgl. Kuhn und Wildner, 2019)
Prävalenz	Anteil der Erkrankten in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem Zeitraum (vgl. Kuhn und Wildner, 2019)

RKI	Robert Koch-Institut
Rohe Rate	Ist geeignet, um die reale Größe eines Gesundheitsproblems in einer Bevölkerung zu beschreiben. Sie ist nicht standardisiert.
SDR	engl. „Standardized Death Rate“ = Ergebnis einer direkten Altersstandardisierung der Mortalität
SEU	Schuleingangsuntersuchung
SMR	„Standardized Mortality Ratio“ bzw. „Standardized Morbidity Ratio“ = Ergebnis einer indirekten Altersstandardisierung der Mortalität bzw. Morbidität
SOPESS	Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen
WHO	World Health Organization

Verwendete Indikatoren und Kennzahlen

Indikator/ Kennzahl	Datenquelle/ Datenhalter
Bevölkerungsanzahl (Stichtagsbevölkerung)	Einwohnerdatei, Berechnung: Fachbereich 4-5-10/Statistik, Stadt Oberhausen
Altenquotient	Einwohnerdatei, Berechnung: Fachbereich 4-5-10/Statistik, Stadt Oberhausen
Jugendquotient	Einwohnerdatei, Berechnung: Fachbereich 4-5-10/Statistik, Stadt Oberhausen
Anteil Bevölkerung mit Migrationshintergrund	Einwohnerdatei, Berechnung: Fachbereich 4-5-10/Statistik, Stadt Oberhausen
Bevölkerungsdichte (EW pro Quadratkilometer)	Indikator 2.5_01 (LZG.NRW): Fläche und Bevölkerungsdichte, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr Datenquelle/Copyright: Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW): Feststellung des Gebietsstands, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
Sterbefälle	Indikator 3.07 (LZG.NRW): Sterbefälle nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr Datenquelle/Copyright: Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW): Statistik der Sterbefälle, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW): eigene Berechnungen
Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr	Indikator 3.54_01 (LZG.NRW): Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 2019 - 2021 Datenquelle/Copyright: Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW): Statistik der Geburten, Statistik der Sterbefälle
Mittlere Lebenserwartung bei Geburt in Jahren nach Geschlecht	Indikator 3.10 (LZG.NRW): Lebenserwartung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2018/2020 Datenquelle/Copyright: Landesbetrieb Information und Technik Nord-

	rhein-Westfalen (IT.NRW): Statistik der Sterbefälle, Sterbetafeln, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW): eigene Berechnung
Vorzeitige Sterblichkeit	Einwohnerdatei, Berechnung: Fachbereich 4-5-10/Statistik, Stadt Oberhausen
Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen	Indikator 3.14 (LZG.NRW): Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 2016 – 2020 Datenquelle/Copyright: Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW): Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes; Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW): eigene Berechnung
Behandlungsprävalenzen für ausgewählte Diagnosen, nach Geschlecht, Oberhausen und Duisburg	Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Krankenhausfälle aufgrund ausgewählter Diagnosen, nach Geschlecht, Oberhausen und NRW	GBE-Stat: Krankenhausdiagnosestatistik Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Sterbefälle aufgrund ausgewählter Diagnosen, nach Geschlecht, Oberhausen und NRW	GBE-Stat: Todesursachenstatistik Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Körpergewicht, Körperlänge, BMI der Einschüler:innen aus den Einschulungsjahrgängen 2021/2022 und 2022/2023	Schuleingangsuntersuchungen, Fachbereich 3-4/30 KJGD, Stadt Oberhausen
Staub (PM10) in der Außenluft	Indikator 5.3 (LZG.NRW): Staub (PM10) in der Außenluft, Nordrhein-Westfalen nach Messstationen, 2021 Datenhalter: Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein Westfalen (LANUV)
Stickstoffdioxid in der Außenluft	Indikator 5.01 (LZG.NRW): Stickstoffdioxid in der Außenluft, Nordrhein-Westfalen nach Messstationen, 2021

	Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen (LANUV): kontinuierliche/diskontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen
Hitzebelastung	Gegenwärtige und zukünftige Wärmeinselsektoren im Stadtgebiet von Oberhausen Gegenwärtige Wärmeinselsektoren (2016) - Zukünftige Wärmeinselsektoren (2100) Oberhausen Regionalverband Ruhr Klimaanalysekarte Oberhausen Regionalverband Ruhr Bearbeitung und Kartographie: Referat 9, Geoinformation und Raumbeobachtung, Team 9.4, Klimaschutz, Klimaanpassung und Luftreinhaltung; A.Snowdon-Mahnke, E.Gabrian, E.Trenk, M.Mersmann; Essen, März 2017.
Lärmbelastung	Lärmaktionsplan Oberhausen 2022 Bereich Umwelt, Stadt Oberhausen
Stationäre Versorgung, Bettenanzahl je 100.000 Einwohner:innen	Berechnung: Gesundheitsberichterstattung, Fachbereich 3-4/100 Bereich Gesundheit, Stadt Oberhausen
Ambulante Versorgung	Bedarfsplanung Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand Bedarfsplanung 14.10.2022 Indikator 6.5 (LZG.NRW) Datenquelle/Copyright: Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Nordrhein, Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Westfalen-Lippe: Planungsdaten für die zahnärztliche Versorgung