

Basisgesundheitsbericht 2025

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

if ("content" != null) {

Impressum

Stadt Gelsenkirchen

Die Oberbürgermeisterin

Vorstandsbereich Arbeit und Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz

Koordinierungsstelle Gesundheitsplanung - Gesundheitsberichterstattung

45879 Gelsenkirchen

Verfasserin:

Maren Berendonck

E-Mail: maren.berendonck@gelsenkirchen.de

Stand 06/2025

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Gelsenkirchenerinnen und
Gelsenkirchener,



Die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger ist ein zentrales Gut – persönlich wie gesellschaftlich. Mit dem vorliegenden Basisgesundheitsbericht für Gelsenkirchen legen wir eine fundierte Übersicht über den aktuellen Stand der gesundheitlichen Lage in unserer Stadt vor. Der Bericht bietet Einblicke in wichtige Gesundheitsindikatoren, Lebensbedingungen und Versorgungsstrukturen und schafft somit eine wertvolle Grundlage für kommunale Gesundheitsplanung und -förderung.

Gelsenkirchen steht, wie viele Städte im Ruhrgebiet, vor besonderen gesundheitlichen und sozialen Herausforderungen. Gleichzeitig gibt es zahlreiche lokale Initiativen, Projekte und Einrichtungen, die mit großem Engagement zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancen und Lebensqualität beitragen. Um diese Entwicklungen gezielt zu unterstützen, bedarf es einer regelmäßigen, datenbasierten Bestandsaufnahme – genau diesem Zweck dient dieser Bericht.

Unser Ziel ist es, Transparenz zu schaffen, den fachlichen Dialog zu fördern und gesundheitliche Ungleichheiten zu erkennen, um gemeinsam mit Partnerinnen und Partnern aus Politik, Verwaltung, Gesundheitswesen und Zivilgesellschaft konkrete Handlungsperspektiven zu entwickeln.

Ich danke allen, die an der Erarbeitung dieses Berichts mitgewirkt haben, für ihre Unterstützung und Expertise. Lassen Sie uns diesen Bericht als Impuls verstehen, gemeinsam die Gesundheit in Gelsenkirchen nachhaltig zu stärken.

Ihre Stadträtin


Andrea Henze

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	6
1. Einleitung.....	8
2. Rahmenbedingungen von Gesundheit	9
2.1 Verständnis von Gesundheit	9
2.2 Bevölkerungsstruktur in Gelsenkirchen	11
3. Krankheitsgeschehen	15
3.1 Ausgewählte Diagnosen	15
3.1.1 Typ 2 Diabetes.....	16
3.1.2 Hypertonie.....	19
3.1.3 Rückenschmerzen	22
3.1.4 Ischämische Herzkrankheiten	24
3.1.5 COPD	26
3.1.6 Depression.....	29
3.1.7 Demenz.....	31
Fazit & Handlungsoptionen „Ausgewählte Diagnosen“	35
3.2 Infektionskrankheiten.....	36
3.2.1 COVID-19	37
3.2.2 Influenza (Grippe)	40
3.2.3 Hepatitis B.....	42
3.2.4 Tuberkulose	45
3.2.5 Masern.....	46
Fazit & Handlungsoptionen „Infektionskrankheiten“	49
3.3 Krebserkrankungen	50
3.3.1 Brustkrebs.....	51
3.3.2 Prostatakrebs.....	53
3.3.3 Lungenkrebs	55
3.3.4 Darmkrebs	57
3.3.5 Malignes Melanom der Haut	59
Fazit & Handlungsoptionen „Krebserkrankungen“	63
4. Kinder- und Jugendgesundheit.....	64
4.1 Lebendgeborene	64
4.2 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen	65
4.2.1 Adipositas im Kindesalter.....	66
4.2.2 Inanspruchnahme U-Untersuchungen	70
4.2.3 Impfquoten für empfohlene Impfungen	72

Fazit & Handlungsoptionen „Kinder- und Jugendgesundheit“	74
5. Mortalität.....	75
5.1 Säuglingssterblichkeit.....	75
5.2 Sterblichkeit.....	76
5.3 Lebenserwartung.....	78
5.4 Vermeidbare Sterbefälle bei ausgewählten Erkrankungen.....	81
Fazit & Handlungsoptionen „Mortalität“	84
6. Gesundheitliche Versorgung	85
6.1 Stationäre Versorgung.....	85
6.2 Ambulante Versorgung.....	91
6.2.1 (Fach-)Ärztliche ambulante Versorgung	91
6.2.2 Apotheken.....	97
6.2.3 Rettungsdienst.....	98
Fazit & Handlungsoptionen „Gesundheitliche Versorgung“	102
7. Ausblick	103
Anhang	105
FAQs.....	105
Abkürzungsverzeichnis	111
Abbildungsverzeichnis	112
Tabellenverzeichnis	115
Literaturverzeichnis	116

Zusammenfassung

Der Basisgesundheitsbericht liefert eine Vielzahl an Informationen über den Gesundheitszustand der Bewohnerinnen und Bewohner Gelsenkirchens und über die Versorgungssituation in der Stadt. Zu Beginn des Berichts wird beschrieben, welche Daten zur Verfügung stehen und aus welchen Quellen diese Daten stammen. Im Verlauf des Berichts werden neben der Beschreibung der Situation auch Vergleiche zum NRW-Durchschnitt gezogen. Darüber hinaus werden jeweils Schlussfolgerungen und mögliche Handlungsoptionen formuliert.

Bei den Behandlungsprävalenzen und den Krankenhausfällen der ausgewählten Diagnosen fallen vor allem die Ischämischen Herzkrankheiten und COPD auf. Die Behandlungsprävalenz beschreibt dabei die Häufigkeit mit der eine bestimmte Erkrankung bei der Behandlung durch eine (Fach-)Ärztin oder einen (Fach-)Arzt diagnostiziert wird. Die Krankenhausfälle beschreiben die Häufigkeit von Krankheiten der Bevölkerung, die im Krankenhaus diagnostiziert werden. Bei diesen Erkrankungen liegen die Behandlungsprävalenzen in fast allen Altersgruppen über dem NRW-Durchschnitt. Zudem zeigen sich hier die größte Anzahl an Krankenhausfällen.

Betrachtet man die verschiedenen beschriebenen Infektionskrankheiten wird deutlich, dass viele dieser Krankheiten wellen- oder ausbruchsartig verlaufen. Um Ausbrüche oder hohe Erkrankungszahlen zu verhindern, gibt es für viele dieser Erkrankungen verschiedene Schutzmaßnahmen, die ergriffen werden können. So können z. B. Impfungen das Auftreten der Krankheiten vollständig verhindern oder zumindest für Personengruppen mit besonders hohem Risiko die Schwere der Erkrankung reduzieren.

Bei den Krebserkrankungen fallen Abweichungen zum NRW-Durchschnitt vor allem bei Frauen und dort insbesondere bei den Krebssterberaten auf. So liegen die Sterberaten von Frauen vor allem bei Brustkrebs, Darmkrebs und schwarzem Hautkrebs über dem NRW-Durchschnitt, obwohl teilweise die Neuerkrankungsraten unter dem NRW-Durchschnitt liegen. Hier kann eine Steigerung der Inanspruchnahme der verschiedenen Früherkennungsuntersuchungen zu einer Verringerung der Sterberaten beitragen. Bei den Männern in Gelsenkirchen zeigen sich auch Abweichungen vom NRW-Durchschnitt. So liegen die Neuerkrankungsraten unter anderem bei Lungen-, Darm- und schwarzem Hautkrebs über dem NRW-Durchschnitt.

Nur bei Prostatakrebs liegen sowohl die Neuerkrankungs- als auch die Sterberaten der Gelsenkirchener Männer unter dem NRW-Durchschnitt.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen zeigt sich bei den 5- bis 6-Jährigen Kindern, dass die Gelsenkirchener Kinder durchschnittlich häufiger eine Adipositas aufweisen als es im NRW-Durchschnitt der Fall ist. Über den Zeitverlauf ist in dieser Altersgruppe sowohl in NRW als auch in Gelsenkirchen grundsätzlich kein Anstieg der Kinder mit Adipositas zu beobachten.

In Gelsenkirchen liegt die durchschnittliche Lebenserwartung deutlich unter dem NRW-Durchschnitt. Dabei leben Frauen sowohl in Gelsenkirchen als auch in NRW durchschnittlich deutlich länger als Männer. In Gelsenkirchen leben Frauen durchschnittlich sogar fast fünf Jahre länger als Männer. Im Zeitverlauf seit 2010 ist die Lebenserwartung in Gelsenkirchen leicht angestiegen.

Bei der stationären Versorgung in Gelsenkirchen zeigt sich, dass Gelsenkirchener Bürgerinnen und Bürger in allen Altersgruppen häufiger im Krankenhaus behandelt werden als es im NRW-Durchschnitt der Fall ist. Durch die neue Krankenhausplanung NRWs und des Bundes wird es auch in Gelsenkirchen zu Veränderungen in der stationären Versorgungslandschaft kommen. Die ambulante Versorgung in Gelsenkirchen kann zukünftig vor Herausforderungen stehen, da vor allem bei den grundversorgenden Hausärztinnen und Hausärzten sowie Kinderärztinnen und Kinderärzten der Anteil der über 65-Jährigen in Gelsenkirchen relativ hoch und deutlich über dem Durchschnitt im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe liegt. Hier werden Maßnahmen ergriffen, um den Generationenwechsel gut zu bewältigen.

Der Basisgesundheitsbericht zeigt die Herausforderungen der gesundheitlichen Lage und der Gesundheitsversorgung in Gelsenkirchen auf. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger kann dabei zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Lage beitragen. Vor allem kann aber auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Entwicklung von Maßnahmen – um auch die Einflussfaktoren auf Gesundheit positiv zu beeinflussen – zu Verbesserungen beitragen.

1. Einleitung

Die Gesundheit der Bevölkerung ist ein zentrales Gut und auch eine wesentliche Voraussetzung für die gesellschaftliche Teilhabe von Personen und die wirtschaftliche Entwicklung einer Region. Der vorliegende Basisgesundheitsbericht für Gelsenkirchen ist der erste seiner Art und gibt einen Überblick über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, beleuchtet einige relevante Einflussfaktoren auf die Gesundheit und gibt einen Überblick über die bestehenden gesundheitlichen Versorgungsstrukturen. Ziel ist es, ein möglichst umfassendes Bild des gesundheitlichen Ist-Zustands in Gelsenkirchen zu zeichnen und damit eine Grundlage für kommunale Gesundheitsplanung, Präventionsmaßnahmen und zukünftige Handlungsstrategien zu schaffen. Zudem soll der Basisgesundheitsbericht dazu dienen relevante Themen zu identifizieren, um diese dann noch einmal detaillierter auszuarbeiten und zu veröffentlichen. Darüber hinaus soll er der Information der Bürgerinnen und Bürger, politischen Entscheidungstragenden und der interessierten Öffentlichkeit dienen.

Für die Auswahl der hier dargestellten Daten wurden verschiedene Indikatoren, die auf städtischer Ebene vorliegen, aus verschiedenen Quellen gesichtet. Dabei wurden die Indikatoren nach Verfügbarkeit und Relevanz für Gelsenkirchen ausgewählt. Die hier beschriebenen Daten stammen unter anderem aus der Krankenhausdiagnosestatistik und dem Krebsregister NRW. Zudem wurden verschiedene Gesundheitsindikatoren des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen (LfGA NRW) und Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein (KVNo) und Westfalen-Lippe (KWVL) genutzt. Darüber hinaus wurden Daten des Robert Koch-Instituts und stadt eigene Daten der Statistikstelle sowie des Kinder- und Jugendmedizinischen Dienstes des Referates Gesundheit der Stadt Gelsenkirchen herangezogen. Hierbei werden, wo es möglich und sinnvoll ist, sowohl Geschlechtsunterschiede als auch Unterschiede zwischen verschiedenen Altersgruppen betrachtet. Darüber hinaus wird, wenn die Datenverfügbarkeit gegeben ist, der NRW-Durchschnitt als Vergleichsgröße dargestellt, um so eine Einschätzung über die Lage in Gelsenkirchen treffen zu können. Im Basisgesundheitsbericht werden die aktuellsten, verfügbaren Daten verwendet. Dabei kann sich die Aktualität der genutzten Indikatoren je nach Erhebungsstand unterscheiden. Die aktuellsten Daten in diesem Bericht beziehen sich auf die Jahre 2022 bis 2024. Für den Großteil der Daten liegen die aktuellsten Daten aus dem Jahr 2023 vor.

Der Basisgesundheitsbericht soll zukünftig in regelmäßigen Abständen fortgeschrieben werden, um so eine Übersicht über die Entwicklung in Gelsenkirchen zu geben und eventuelle Veränderungen aufzuzeigen.

2. Rahmenbedingungen von Gesundheit

2.1 Verständnis von Gesundheit

Gesundheit ist etwas, das ganz unterschiedlich definierbar und nur schwer fassbar ist. Was unter Gesundheit verstanden wird, ist oft individuell und wird zudem durch verschiedene kulturelle, gesellschaftspolitische und ökologische Begebenheiten beeinflusst (1). Eine weit verbreitete und akzeptierte Definition von Gesundheit ist die in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1948 festgehaltene Definition. Bereits damals hat die WHO Gesundheit als mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit definiert und so beschrieben:

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ (2 zitiert nach 1).

Neben dieser umfassenden Definition von Gesundheit ist zudem gemeinhin akzeptiert, dass es viele unterschiedliche Einflussfaktoren auf Gesundheit gibt. Diese so genannten „Determinanten von Gesundheit“ beschränken sich dabei nicht nur auf individuelle Faktoren, wie das Alter oder das Geschlecht, sondern auch auf soziale, wirtschaftliche oder organisatorische Faktoren der Gesellschaft, die die Gesundheit beeinflussen können (3). Um diese unterschiedlichen Einflussfaktoren auf Gesundheit zu verdeutlichen, wird das so genannte Regenbogenmodell der Gesundheitsdeterminanten genutzt (4) (siehe Abbildung 1). Hierbei werden die Einflussfaktoren in fünf Kategorien zusammengefasst. Den Kern bilden die Faktoren Alter, Geschlecht und Erbanlagen. Dies sind Faktoren, die nicht beeinflusst werden können. Die anderen Faktoren in den äußeren Bögen können hingegen durch verschiedene Maßnahmen beeinflusst werden, um so die Gesundheit positiv zu beeinflussen (3).



Abbildung 1 Modell der Determinanten der Gesundheit
 Quelle: Dahlgren & Whitehead (1991) nach Robert Koch-Institut (03.04.2023).
 Gesundheitsförderung. https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/G/Gesundheitsfoerderung/Gesundheitsfoerderung_inhalt.html

Die Faktoren individueller Lebensweisen sind Faktoren des Lebensstils und des Gesundheitsverhaltens. Dazu gehören unter anderem die Ernährung und Bewegung sowie der Tabak- oder Alkoholkonsum, die die Gesundheit einer Person beeinflussen können. Die in dem zweiten Bogen beschriebenen sozialen und kommunalen Netzwerke – wie Freunde, Familie oder die Community – können die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit unterstützen. Dabei haben diese Netzwerke nicht nur einen direkten Einfluss auf Gesundheit, sondern können auch indirekt über das Gesundheitsverhalten auf die Gesundheit wirken. Auch die Lebens- und Arbeitsbedingungen beeinflussen die Gesundheit. Faktoren, die hierbei Einfluss auf die Gesundheit nehmen können, sind unter anderem die Bildung, belastende Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit und das Gesundheitssystem (3). So haben Personen, die eine geringe Bildung haben oder arbeitslos sind, häufiger auch gesundheitliche Probleme oder einen schlechteren Gesundheitszustand als Personen mit höherer Bildung oder erwerbstätige Personen (5, 6). Diese Lebens- und Arbeitsbedingungen können dabei sowohl indirekt über die Beeinflussung der sozialen Netzwerke und der individuellen Lebensweise als auch direkt Einfluss auf die

Gesundheit nehmen. Über all diesen Einflussfaktoren stehen die allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt. Zu diesen übergeordneten Faktoren gehören unter anderem die wirtschaftliche Lage einer Region, die Umweltbedingungen, in denen Menschen leben, sowie Gesetze in dieser Region. Alle diese Faktoren können sowohl direkt als auch indirekt über Beeinflussung der anderen Ebenen Einfluss auf die Gesundheit nehmen (3).

Das Modell der Determinanten von Gesundheit verdeutlicht, dass es häufig nicht nur einen einzigen Faktor gibt, der sich auf die Gesundheit auswirkt, sondern dass viele unterschiedliche Faktoren die Gesundheit beeinflussen können. Dabei können die Faktoren sowohl direkt als auch indirekt über die gegenseitige Beeinflussung auf die Gesundheit einwirken.

Zudem zeigt das Modell auf, dass nicht nur die einzelne Person, z.B. durch Entscheidungen im Lebensstil, für ihren Gesundheitszustand verantwortlich ist. Einfluss auf den Gesundheitszustand einer Person nehmen vor allem auch Faktoren, die nicht durch die einzelne Person direkt beeinflusst werden können, wie z. B. die ökonomischen und ökologischen Gegebenheiten einer Region.

2.2 Bevölkerungsstruktur in Gelsenkirchen

Wie bereits zuvor beschrieben, beeinflussen auch Faktoren wie das Alter und die sozioökonomischen Bedingungen die Gesundheit. Daher wird im Folgenden ein Überblick über die allgemeinen Gegebenheiten dieser Einflussfaktoren in Gelsenkirchen gegeben.

In Gelsenkirchen lebten zum Stichtag 31.12.2024 etwa 273.000 Personen, davon waren etwa 137.000 weiblich und 136.000 männlich. Etwa 41,5 Prozent der in Gelsenkirchen lebenden Personen haben einen Migrationshintergrund. Das bedeutet, dass diese Personen mindestens eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit besitzen (Quelle: Stadt Gelsenkirchen, R 3/1 Statistik und Monitoring).

Woher kommen die Daten zur Bevölkerungsstruktur?

Die Daten zur Bevölkerung, zur Geschlechtsverteilung und zum Migrationshintergrund stammen aus der Einwohnermeldedatenbank der Stadt Gelsenkirchen und werden durch die Statistikstelle der Stadt zur Verfügung gestellt. Diese Zahlen können aufgrund von unterschiedlichen Erhebungsmethoden von anderen Datenquellen, wie z. B. den Bevölkerungsdaten des Mikrozensus, abweichen.

Bei den Daten zur Altersstruktur in der Bevölkerung, zur Arbeitslosenquote oder zur Bildung werden Daten genutzt, die das Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW zur Verfügung stellt. Dadurch können die Daten mit dem NRW-Durchschnitt verglichen werden, ohne dass es durch eventuelle andere Erhebungsmethoden zu Verzerrungen kommt.

Viele Städte und Kreise haben damit zu kämpfen, dass die Bevölkerung immer älter wird. In Gelsenkirchen zeigt sich dieser Trend nicht so eindeutig. Während in Gelsenkirchen 2012 etwa 16,4 Prozent der Personen 0 bis 17 Jahre alt und 20,8 Prozent der Personen 65 Jahre und älter waren, waren 2023 etwa 19,1 Prozent der hier lebenden Personen zwischen 0 und 17 Jahren alt und 20,6 Prozent der Personen über 65 Jahre. Im Vergleich zum NRW-Durchschnitt ist der Anteil der 0- bis 17-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in Gelsenkirchen zwischen 2012 und 2023 zudem stärker angestiegen und liegt nun über dem NRW-Durchschnitt von 17,2 Prozent (siehe Abbildung 2). Der Anteil der 65-Jährigen & Älteren ist im NRW-Durchschnitt hingegen zwischen 2012 und 2023 von 20,4 Prozent auf 21,7 Prozent etwas angestiegen, während der Anteil in Gelsenkirchen gleichgeblieben ist (hier nicht dargestellt). Gelsenkirchen hat dementsprechend eine jüngere Bevölkerung als es im NRW-Durchschnitt der Fall ist.

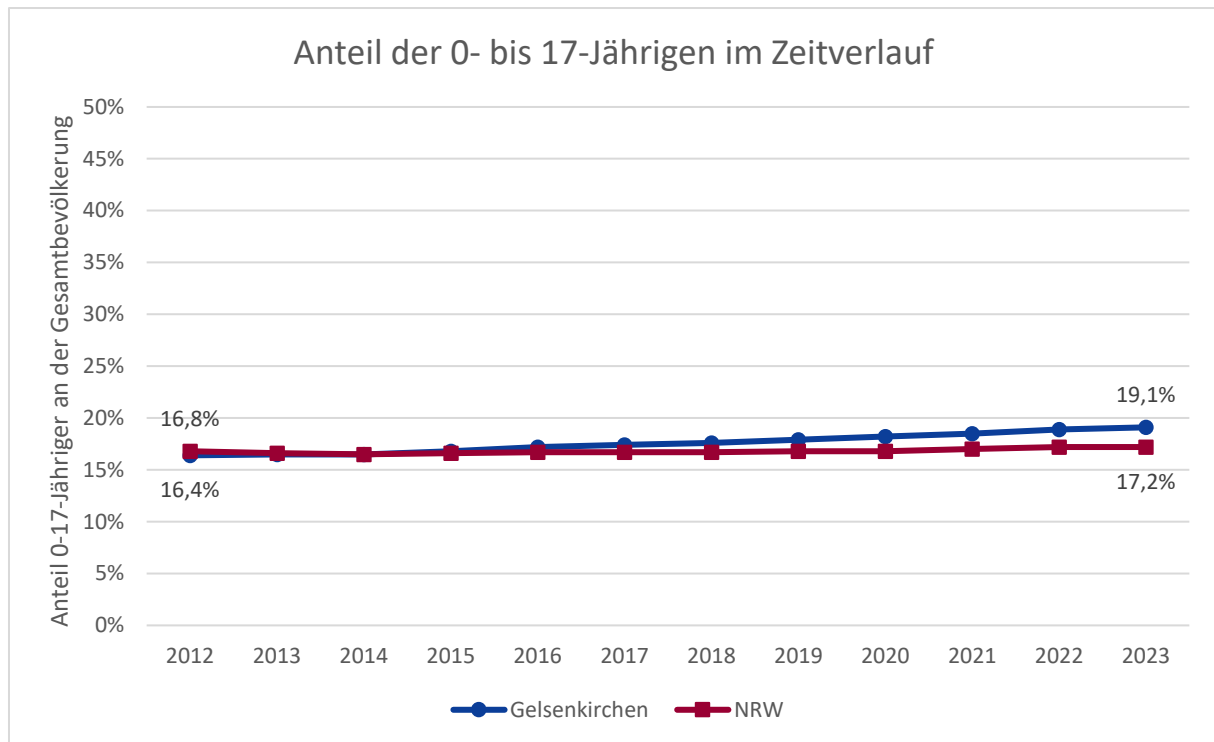


Abbildung 2 Anteil der 0- bis 17-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2012 bis 2023.

Quelle: LfGA NRW. Indikator 2.7 (L) – Altersstruktur der Bevölkerung, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken. Stand: März 2025.

Eigene Darstellung.

Gelsenkirchen ist mit Schließung der Zechen eine vom Strukturwandel stark betroffenen Kommune. Dies spiegelt sich auch in einer hohen Arbeitslosenquote wieder. In 2023 lag diese in Gelsenkirchen bei 15,9 Prozent. Damit wies Gelsenkirchen die höchste Arbeitslosenquote in NRW auf und lag etwa doppelt so hoch wie die NRW-weite Quote (7,8 Prozent). Generell sind jedoch in den stark vom Strukturwandel betroffen Ruhrgebiets-Kommunen, wie z.B. Duisburg (13,7 Prozent) und Dortmund (12,6 Prozent), durchweg höhere Arbeitslosenquoten zu verzeichnen als im NRW-Durchschnitt (7).

Auch bei den Abschlüssen im Bereich Schulbildung steht Gelsenkirchen verhältnismäßig schlechter da als der NRW-Durchschnitt. Während in Gelsenkirchen 2023 etwa 12 Prozent keinen Schulabschluss haben, waren es im NRW-Durchschnitt nur 7,1 Prozent. Dem gegenüber erreichten 2023 im NRW-Durchschnitt 42,1 Prozent der Bürgerinnen und Bürger die Hochschul-/Fachhochschulreife, während es in Gelsenkirchen nur 30,5 Prozent der Bürgerinnen und Bürger waren (8).

Die hier dargestellte Bevölkerungsstruktur Gelsenkirchens beschreibt einzelne Einflussfaktoren des zuvor beschriebenen Modells der Rahmenbedingungen von Gesundheit und beeinflusst das im Folgenden beschriebene Krankheitsgeschehen und die Mortalität der Bevölkerung und trägt dadurch einen Teil zur Erklärung der hier dargestellten Gesundheitsdaten bei. Dabei wird hier deutlich, dass die Gesundheit der Bevölkerung in Gelsenkirchen auch durch die hier vorherrschenden, schwierigen ökonomischen Bedingungen aufgrund des Strukturwandels und damit zusammenhängenden weiteren Faktoren beeinflusst wird. Damit einher geht zudem, dass die hier lebende Bevölkerung weniger Ressourcen hat, um ihre Situation selbst zu ändern.

3. Krankheitsgeschehen

3.1 Ausgewählte Diagnosen

In den folgenden Unterkapiteln werden Informationen zu ausgewählten Erkrankungen dargestellt. Es werden hier Erkrankungen aufgeführt, für die sowohl Daten aus der ambulanten Versorgung als auch Daten aus der stationären Versorgung vorliegen. Die Daten aus der ambulanten Versorgung sind Diagnosedaten, die die KVNo und KVWL über das LfGA NRW zur Verfügung stellen.

Wie kommen die ambulanten Daten zustande?

Die Daten der KVNo und der KVWL sind Diagnosen, die während der Behandlung von hausärztlichem oder fachärztlichem Personal gestellt werden. Damit diese Diagnosen gezählt werden, müssen sie mindestens zwei Mal in einem Kalenderjahr für den Patienten oder die Patientin dokumentiert worden sein.

Die Daten zeigen dabei die Behandlungsprävalenz an. Das heißt, wie häufig eine Erkrankung in einer bestimmten Gruppe in einem Jahr vorkommt.

Die Gruppe, die den Berechnungen hier zugrunde liegt, sind alle in der Stadt wohnenden, gesetzlich versicherten Patienten oder Patientinnen, die im jeweiligen Jahr mindestens einmal vertragsärztlich behandelt worden sind. Dies entspricht in Gelsenkirchen ca. 81 Prozent der hier lebenden Bevölkerung (NRW ca. 85 Prozent). Daten der privat Versicherten oder nicht versicherten Personen liegen nicht vor und können daher hier nicht berücksichtigt werden. Da privatversicherte Personen und Personen, die in dem Jahr nicht beim Arzt gewesen sind, bei der Berechnung der Behandlungsprävalenz nicht berücksichtigt werden, könnte es sein, dass die Krankheitshäufigkeit über- oder unterschätzt wird.

Die Auswahl der zur Verfügung gestellten ambulanten Diagnosen erfolgte aufgrund der Häufigkeit der Erkrankungen in der Bevölkerung und der Relevanz dieser Krankheiten für die Bevölkerung insgesamt. Die Daten aus der stationären Versorgung sind Daten der Krankenhausdiagnosestatistik, die auch über das LfGA NRW bezogen

werden. Die im Folgenden dargestellten ambulanten und stationären Daten sind Daten zu den Diagnosen Typ 2 Diabetes, Hypertonie, Rückenschmerzen, Ischämische Herzkrankheiten, COPD, Depressionen und Demenz.

Sind die ambulanten und stationären Daten ohne Weiteres miteinander vergleichbar?

Die ambulanten Daten und die stationären Daten sind nicht ohne weiteres miteinander vergleichbar. Sie unterscheiden sich vor allem darin, welche Personengruppe zur Berechnung der Häufigkeiten zugrunde gelegt wird.

Bei den ambulanten KV-Daten der KVNo und KVWL bilden die Grundgesamtheit alle in der Stadt wohnenden, gesetzlich versicherten Patienten oder Patientinnen, die im jeweiligen Jahr mindestens einmal vertragsärztlich behandelt worden sind. Bei den stationären Krankenhausdiagnosen ist die mittlere Jahresbevölkerung Gelsenkirchens bzw. NRWs die Grundgesamtheit.

Zudem werden bei den ambulanten Daten für die Betrachtung von Typ 2 Diabetes neben der Hauptdiagnose „Diabetes mellitus, Typ 2“ noch verschiedene Kombinationen mit anderen Diagnosen mit einbezogen, während bei den stationären Daten nur die Hauptdiagnose „Diabetes mellitus, Typ 2“ betrachtet wird.

3.1.1 Typ 2 Diabetes

Typ 2 Diabetes – oder auch Diabetes mellitus Typ 2 – ist eine Stoffwechselerkrankung, bei der die Bauchspeicheldrüse zwar noch genug Insulin produziert, aber dieses an den Körperzellen immer schlechter wirkt. Dadurch kann der Zucker, der mit der Nahrung oder dem Trinken aufgenommen wird, nicht mehr richtig aus dem Blut in die Zellen aufgenommen und verwertet werden. Da Typ 2 Diabetes oft erst in höherem Lebensalter festgestellt oder diagnostiziert wird, wird er auch „Altersdiabetes“ genannt (9). Obwohl das Auftreten von Typ 2 Diabetes im Kindes- und Jugendalter insgesamt relativ gering ist, nimmt die Bedeutung dieser Erkrankung in dieser Altersgruppe zu. Die Häufigkeit von Typ 2 Diabetes bei Kindern und Jugendlichen ist von 2014 bis 2022

fast stetig angestiegen (10). Ca. 90 bis 95 Prozent der Menschen mit Diabetes in Deutschland haben einen Typ 2 Diabetes (11).

Viele Risikofaktoren für die Entstehung von Typ 2 Diabetes können durch Veränderungen des Lebensstils beeinflusst werden. So sind Risikofaktoren unter anderem Übergewicht, zu wenig körperliche Aktivität, Rauchen oder eine ballaststoffarme, fett- und zuckerreiche Ernährung. Andere Risikofaktoren – wie z. B. die genetische Veranlagung – können hingegen nicht von der betroffenen Person beeinflusst werden (9).

Ambulante Behandlungsprävalenz von Typ 2 Diabetes

Was bedeutet ambulante Behandlungsprävalenz?

Die ambulante Behandlungsprävalenz gibt an, wie viele Menschen aufgrund einer bestimmten Erkrankung bei einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt oder einer Fachärztin bzw. einem Facharzt behandelt wurden. Bei den hier vorliegenden ambulanten Diagnosedaten wird die Behandlungsprävalenz innerhalb eines Kalenderjahres ermittelt.

Dass Typ 2 Diabetes oft erst im höheren Alter auftritt bzw. diagnostiziert wird, zeigt auch die ambulante Behandlungsprävalenz in NRW und Gelsenkirchen. In Gelsenkirchen und im NRW-Durchschnitt steigt der Anteil der Männer und Frauen, die wegen einem Typ 2 Diabetes in Behandlung sind, ab 65 Jahren deutlich an. In Gelsenkirchen werden in dieser Altersgruppe ca. ein Drittel der Männer und ca. ein Viertel der Frauen aufgrund eines Typ 2 Diabetes ärztlich behandelt. Bei den Frauen steigt dieser Anteil bei den über 85-Jährigen noch einmal etwas an. In NRW liegt die Behandlungsprävalenz für Typ 2 Diabetes in diesen Altersgruppen etwas darunter. In Gelsenkirchen sind jüngere Personen zwischen 45 und 64 Jahren etwas häufiger von Diabetes betroffen als der NRW-Durchschnitt (siehe Abbildung 3).

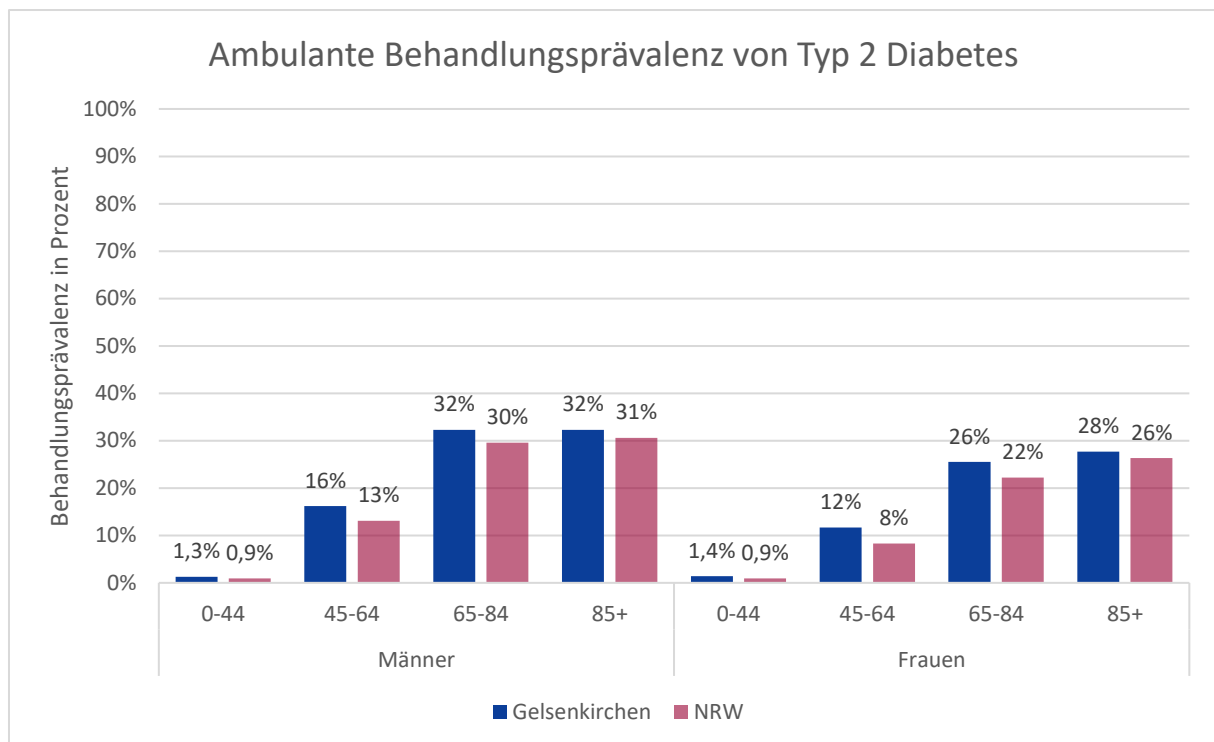


Abbildung 3 Behandlungsprävalenz von ambulant diagnostiziertem Typ 2 Diabetes bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.

Quelle: Behandlungsdagnosen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LfGA NRW

Eigene Darstellung.

Über die Zeit seit 2015 betrachtet, ist der Anteil der Personen in Gelsenkirchen, die aufgrund eines Typ 2 Diabetes ärztlich behandelt wurden, konstant (hier nicht dargestellt).

Krankenhausdiagnosen von Typ 2 Diabetes

Die Anzahl der Behandlungen in einem Krankenhaus aufgrund einer Typ 2 Diabetes-Diagnose sind im Vergleich zu den ambulanten Behandlungen deutlich geringer. In Gelsenkirchen wurden im Jahr 2023 z.B. in der Altersgruppe der 85-Jährigen und älteren circa 990 je 100.000 Männer und 875 je 100.000 Frauen aufgrund eines Typ 2 Diabetes im Krankenhaus behandelt. Dies entspricht etwa 0,9 Prozent bis 1 Prozent der Gelsenkirchener Bevölkerung in dieser Altersgruppe.

Männer werden ab 45 Jahren sowohl in Gelsenkirchen als auch im NRW-Durchschnitt häufiger im Krankenhaus behandelt als Frauen. Bei den Frauen ist jedoch auffällig, dass ab 45 Jahren in allen Altersgruppen die Gelsenkirchener Frauen häufiger

aufgrund eines Typ 2 Diabetes im Krankenhaus behandelt werden, als es im NRW-Durchschnitt der Fall ist (siehe Abbildung 4).

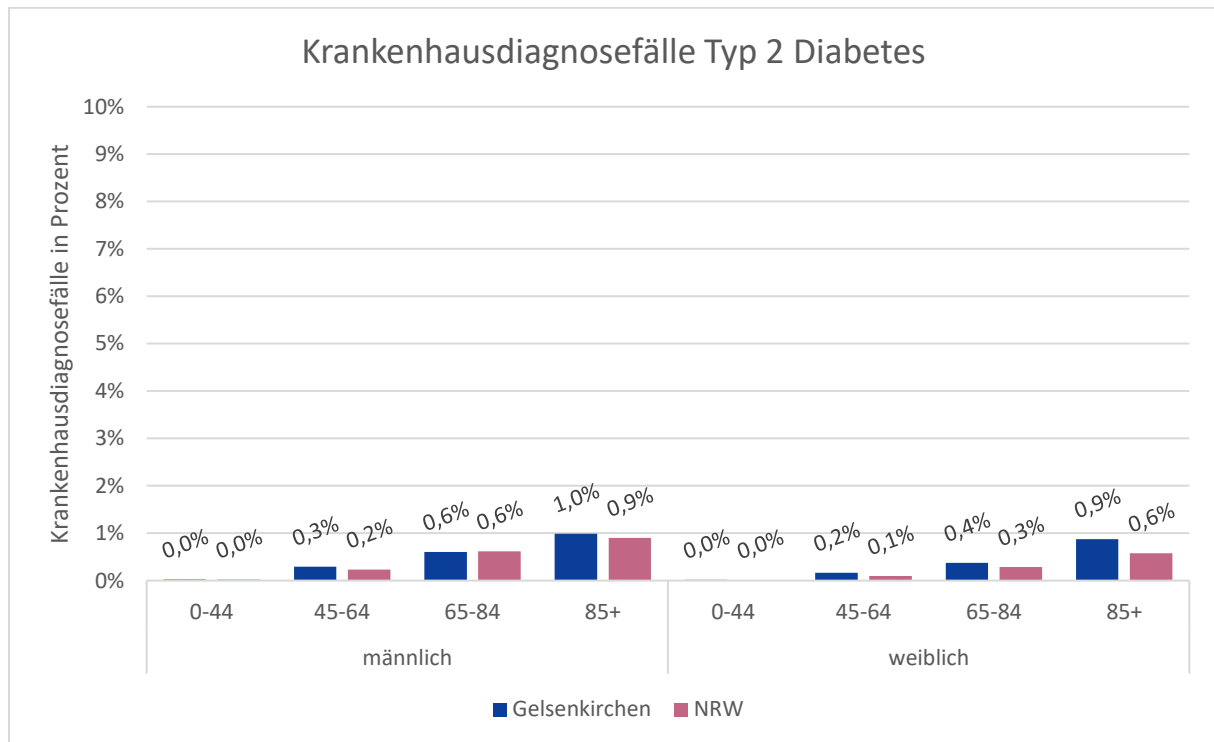


Abbildung 4 Krankenhausdiagnose Typ 2 Diabetes bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.

Quelle: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen (Krankenhäuser).

Eigene Darstellung & eigene Berechnung.

3.1.2 Hypertonie

Viele Menschen haben eine Hypertonie – auch Bluthochdruck genannt –. Der Blutdruck ist auch bei gesunden Menschen dauerhaft Schwankungen ausgesetzt, z. B. wenn man Sport treibt. Von einer Hypertonie spricht man erst, wenn der Blutdruck dauerhaft erhöht ist. Bleibt der Blutdruck über lange Zeit erhöht, belastet das die Gefäße und kann dadurch das Auftreten von Herzinfarkten oder Schlaganfällen begünstigen (12). Die Hypertonie gehört daher zu den wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Damit ist sie ein wesentlicher Einflussfaktor der häufigsten Todesursachen im Erwachsenenalter (13).

Häufig hängt ein erhöhter Blutdruck mit dem Lebensstil zusammen. Risikofaktoren für eine Hypertonie sind dabei unter anderem Übergewicht, Bewegungsmangel, Stress,

hoher Salz- und Alkoholkonsum. Faktoren, wie eine genetische Veranlagung oder z. B. erhöhte Luftverschmutzung, können das Risiko für Hypertonie erhöhen (12).

Ambulante Behandlungsprävalenz von Hypertonie

Die Häufigkeit einer ärztlich diagnostizierten Hypertonie steigt mit dem Alter deutlich an. Bei den 0- bis 24-Jährigen gibt es sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern nahezu keine Fälle. Bei den 25- bis 44-Jährigen sind bereits 8 Prozent der Männer und 6 Prozent der Frauen in Gelsenkirchen aufgrund einer Hypertonie in ärztlicher Behandlung. Ab dem 45. Lebensjahr steigt die Behandlungsprävalenz bei Frauen und Männern jeweils deutlich auf etwa ein Drittel der Gelsenkirchener Bevölkerung an. Vor allem betroffen sind jedoch Personen ab 65 Jahren. Hier werden etwa zwei Drittel der Männer und Frauen aufgrund einer Hypertonie ärztlich behandelt. Dieser Anteil steigt bei den über 85-Jährigen noch einmal etwas an (siehe Abbildung 5).

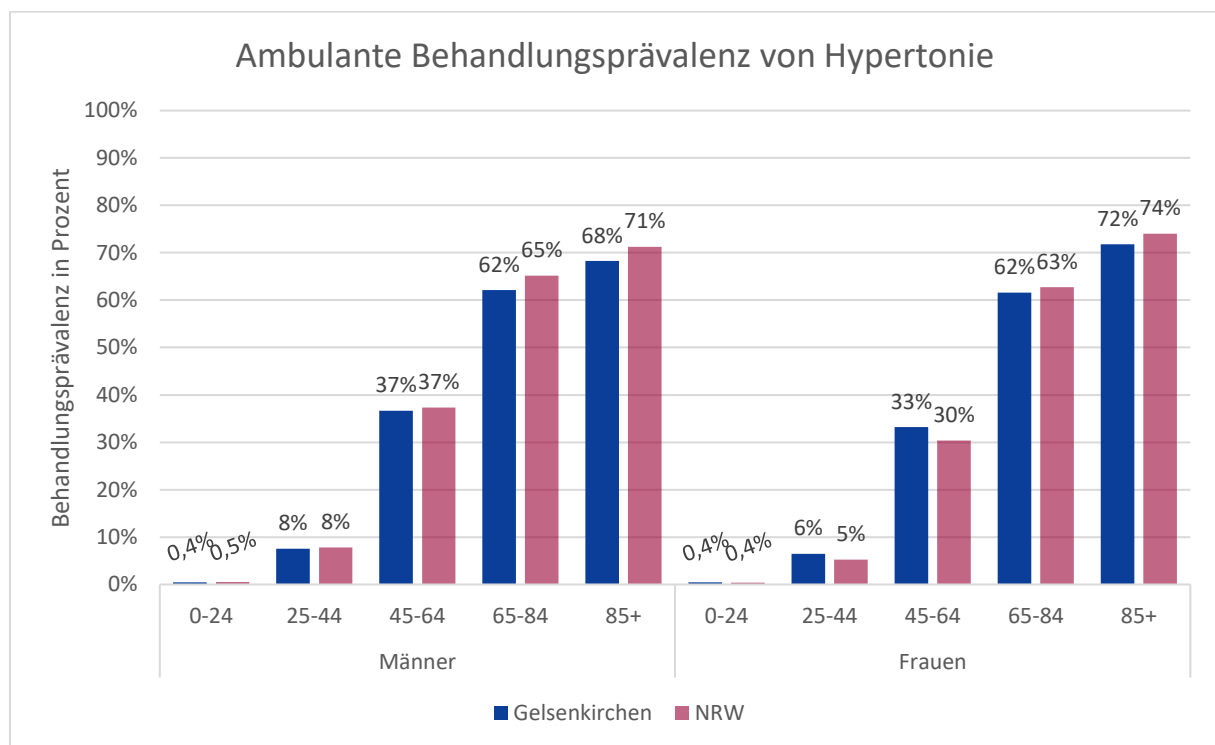


Abbildung 5 Behandlungsprävalenz von ambulant diagnostizierter Hypertonie bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.

Quelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LfGA NRW.

Eigene Darstellung.

Krankenhausdiagnosen von Hypertonie

Die Anzahl der Krankenhausdiagnosen Hypertonie liegen deutlich unter den ambulanten Behandlungszahlen. So sind 2023 in der Altersgruppe der über 85-Jährigen 495 je 100.000 Männer und 1733 je 100.000 Frauen mit der Diagnose Hypertonie im Krankenhaus behandelt worden. Dies entspricht 0,5 Prozent der männlichen bzw. 1,7 Prozent der weiblichen Bevölkerung Gelsenkirchens. Auffällig ist, dass Frauen ab dem 65. Lebensjahr deutlich häufiger mit der Diagnose Hypertonie im Krankenhaus behandelt werden als Männer. Dies ist sowohl in Gelsenkirchen als auch im NRW-Durchschnitt zu beobachten (siehe Abbildung 6). Generell zeigt sich, dass Frauen in Gelsenkirchen in allen Altersgruppen häufiger mit der Diagnose Hypertonie im Krankenhaus behandelt werden als Frauen im NRW-Durchschnitt. Bei den Männern zeigt sich dies bei den 25- bis 64-Jährigen.

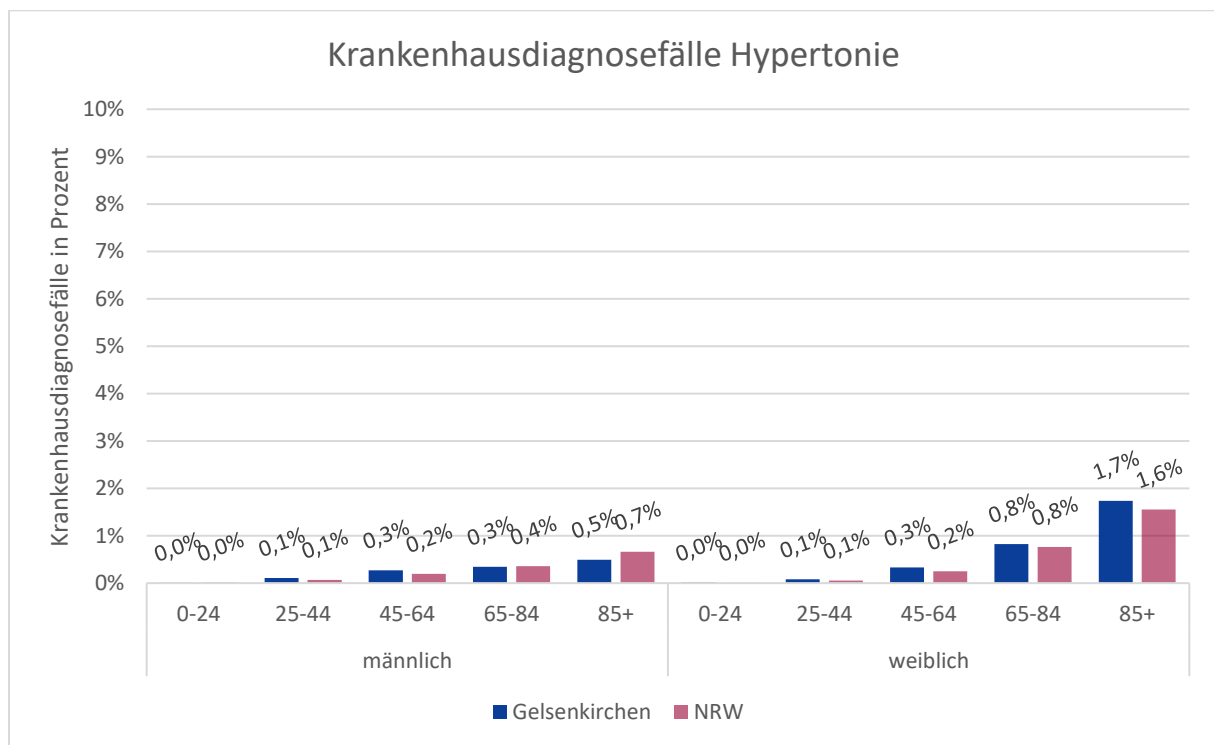


Abbildung 6 Krankenhausdiagnose Hypertonie bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.

Quelle: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen (Krankenhäuser).

Eigene Darstellung & eigene Berechnung.

3.1.3 Rückenschmerzen

Als Rückenschmerzen werden Schmerzen bezeichnet, die im Bereich der Halswirbelsäule bis zum Steißbein auftreten. Oft gehen diese Schmerzen mit Muskelverspannungen und Bewegungseinschränkungen einher (14). Es wird hierbei zwischen spezifischen und unspezifischen Rückenschmerzen unterschieden. Bei spezifischen Rückenschmerzen liegt eine nachweisbare, eindeutige und meist behandelbare Ursache – z.B. Brüche der Wirbelsäule oder Bandscheibenvorfälle – zugrunde. Oft kann jedoch auch keine konkrete Ursache gefunden werden. Dann spricht man von unspezifischen Rückenschmerzen. Dies ist in der überwiegenden Zahl der Fälle der Fall (15). Die nachfolgenden Daten unterscheiden nicht zwischen spezifischen und unspezifischen Rückenschmerzen.

Rückenschmerzen sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Dabei gibt es viele verschiedene Risikofaktoren für unspezifische Rückenschmerzen. Dazu zählen unter anderem psychosoziale Faktoren – wie Depressionen, Stress oder ein ausgeprägtes Schonverhalten bei Schmerzen –, arbeitsplatzbezogene Faktoren – wie starke körperliche Belastung oder einseitige Körperhaltung – aber auch Faktoren wie Rauchen, Übergewicht und geringe körperliche Kondition können die Entstehung von Rückenschmerzen begünstigen (16).

Ambulante Behandlungsprävalenz von Rückenschmerzen

Während andere Erkrankungen oft mit steigendem Alter ansteigen, zeigen sich bei Rückenschmerzen die höchsten Behandlungsprävalenzen in den Altersgruppen der 45- bis 64-Jährigen und der 65- bis 84-Jährigen. Frauen sind in diesen Altersgruppen mit 30 Prozent bzw. 32 Prozent etwas häufiger betroffen als Männer mit 26 Prozent bzw. 27 Prozent. In der Altersgruppe der über 85-Jährigen sinkt die Behandlungsprävalenz wieder leicht. Bereits bei den 25- bis 44-Jährigen sind in Gelsenkirchen 15 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen aufgrund von Rückenschmerzen in ärztlicher Behandlung. Über alle Altersgruppen hinweg zeigt sich, dass Gelsenkirchener Frauen und Männer häufiger aufgrund von Rückenschmerzen in ärztlicher Behandlung sind als der NRW-Durchschnitt (siehe Abbildung 7).

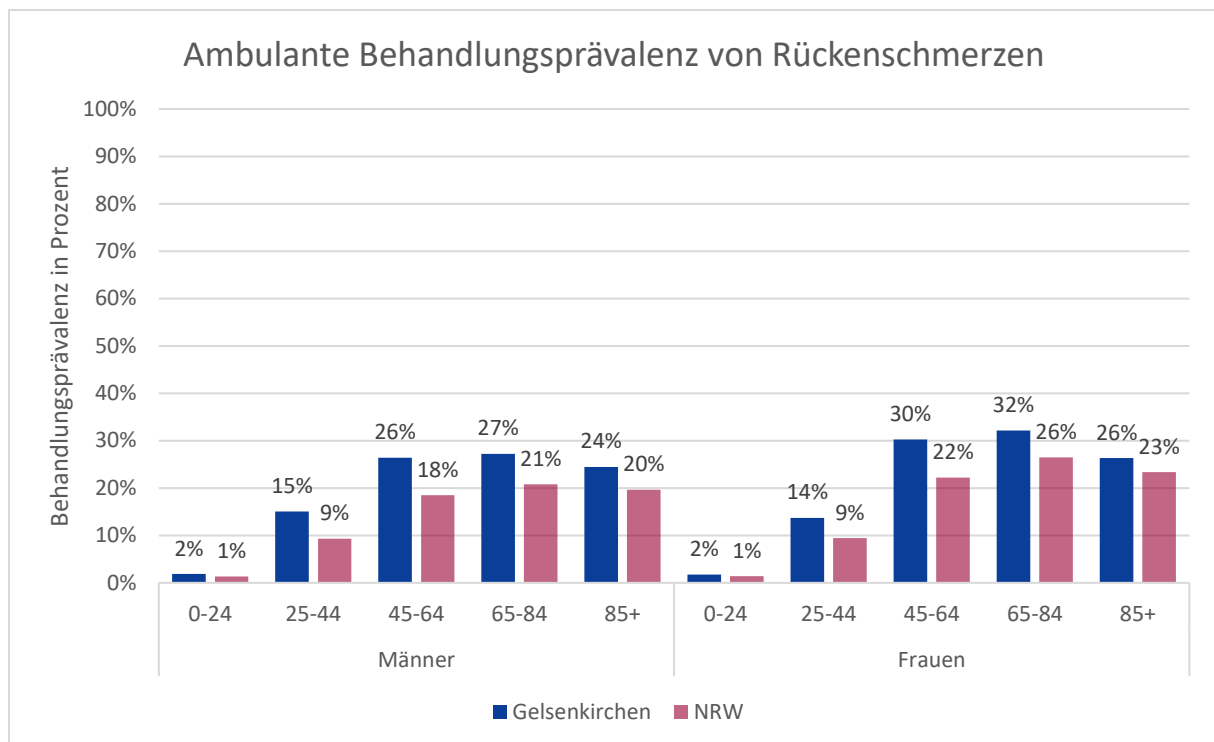


Abbildung 7 Behandlungsprävalenz von ambulant diagnostizierten Rückenschmerzen bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.

Quelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LfGA NRW.

Eigene Darstellung.

Da die hier dargestellten ambulanten Behandlungsdaten nur Diagnosen einschließen, die mindestens zwei Mal im Kalenderjahr von einem Arzt oder einer Ärztin diagnostiziert wurden, muss man davon ausgehen, dass die Daten Personen mit chronischen oder zumindest häufig wiederkehrenden Rückenschmerzen abbilden.

Krankenhausdiagnosen von Rückenschmerzen

Bei der Krankenhausdiagnose Rückenschmerzen zeigt sich im Kontrast zu den zuvor beschriebenen Behandlungsprävalenzen mit den Altersgruppen ein stetiger Anstieg. So wurden 2023 in der Altersgruppe der über 85-Jährigen 419 je 100.000 Männer und 508 je 100.000 Frauen aufgrund von Rückenschmerzen im Krankenhaus behandelt. Dies entspricht 0,4 Prozent der Gelsenkirchener Männer bzw. 0,5 Prozent der Gelsenkirchener Frauen in der Altersgruppe. Auch im Krankenhaus werden Frauen etwas häufiger aufgrund von Rückenschmerzen behandelt als Männer. Im Gegensatz zur ambulanten Behandlungsprävalenz zeigt sich bei der Krankenhausdiagnosestatistik, dass der Gelsenkirchener Durchschnitt bei Männern

und Frauen in allen Altersgruppen etwas unter dem NRW-Durchschnitt liegt (siehe Abbildung 8).

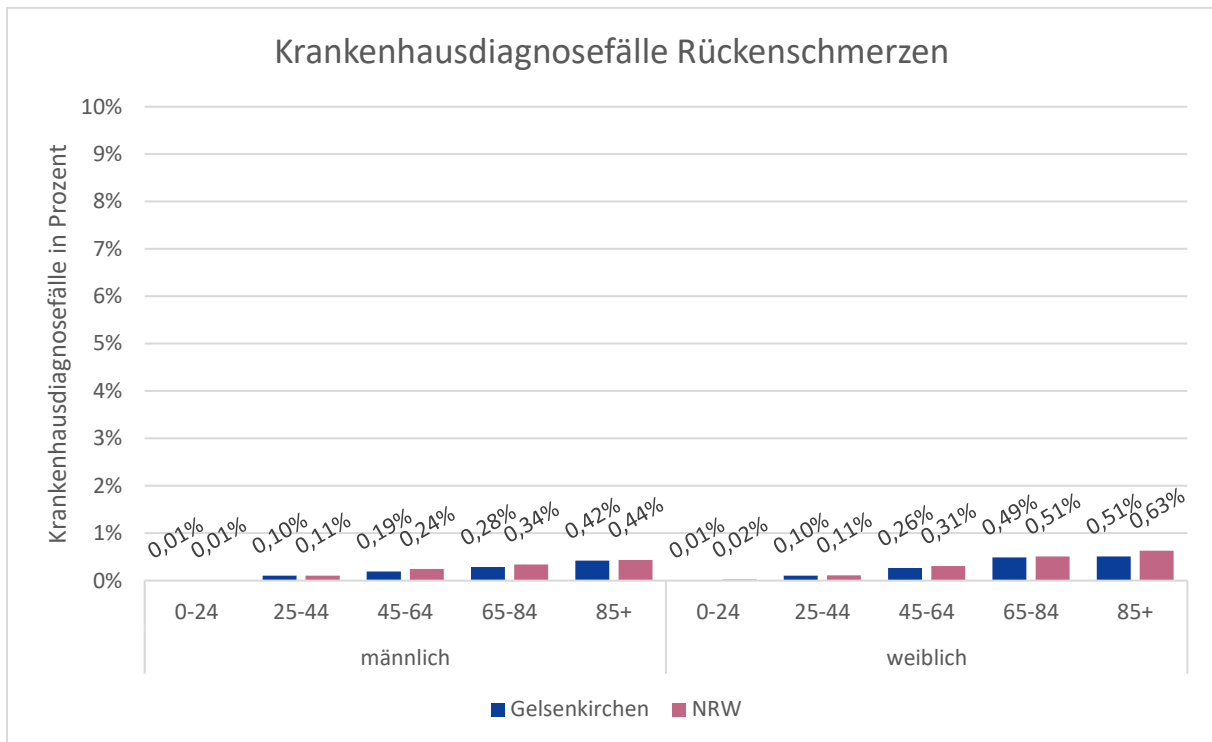


Abbildung 8 Krankenhausdiagnose Rückenschmerzen bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.

Quelle: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen (Krankenhäuser).

Eigene Darstellung & eigene Berechnung.

3.1.4 Ischämische Herzkrankheiten

Die ischämische Herzkrankheit – auch koronare Herzkrankheit genannt – ist eine Erkrankung der Herzkranzgefäße. Hierbei verengen sich die Herzkranzgefäße durch Ablagerungen, wodurch es zu einem verringerten Blutfluss kommen kann. In Folge dessen kann es aufgrund einer zu geringen Sauerstoffzufuhr zum Herzen zu Herzinfarkten kommen (17).

Risikofaktoren, die die Entstehung der ischämischen Herzkrankheit begünstigen, sind neben einer genetischen Veranlagung, einem höheren Alter und dem Geschlecht unter anderem Rauchen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, starkes Übergewicht und weitere Lebensstilfaktoren wie Bewegungsmangel und eine ungesunde Ernährung (17).

Ambulante Behandlungsprävalenz von Ischämischen Herzkrankheiten

Dass das Alter als ein Risikofaktor das Auftreten von Ischämischen Herzkrankheiten beeinflusst, zeigen auch die ambulanten Behandlungsdiagnosen. So steigt der Anteil der Menschen, die aufgrund einer Ischämischen Herzkrankheit ärztlich behandelt werden, in jeder Altersgruppe an. Dabei sind Männer in allen Altersgruppen deutlich häufiger aufgrund dieser Erkrankung in ärztlicher Behandlung als Frauen. Während z.B. in der Altersgruppe der 65- bis 84-Jährigen nur 16 Prozent der Frauen in Gelsenkirchen aufgrund einer Ischämischen Herzkrankheit in Behandlung sind, sind es bei den Männern in dieser Altersgruppe 28 Prozent (siehe Abbildung 9).

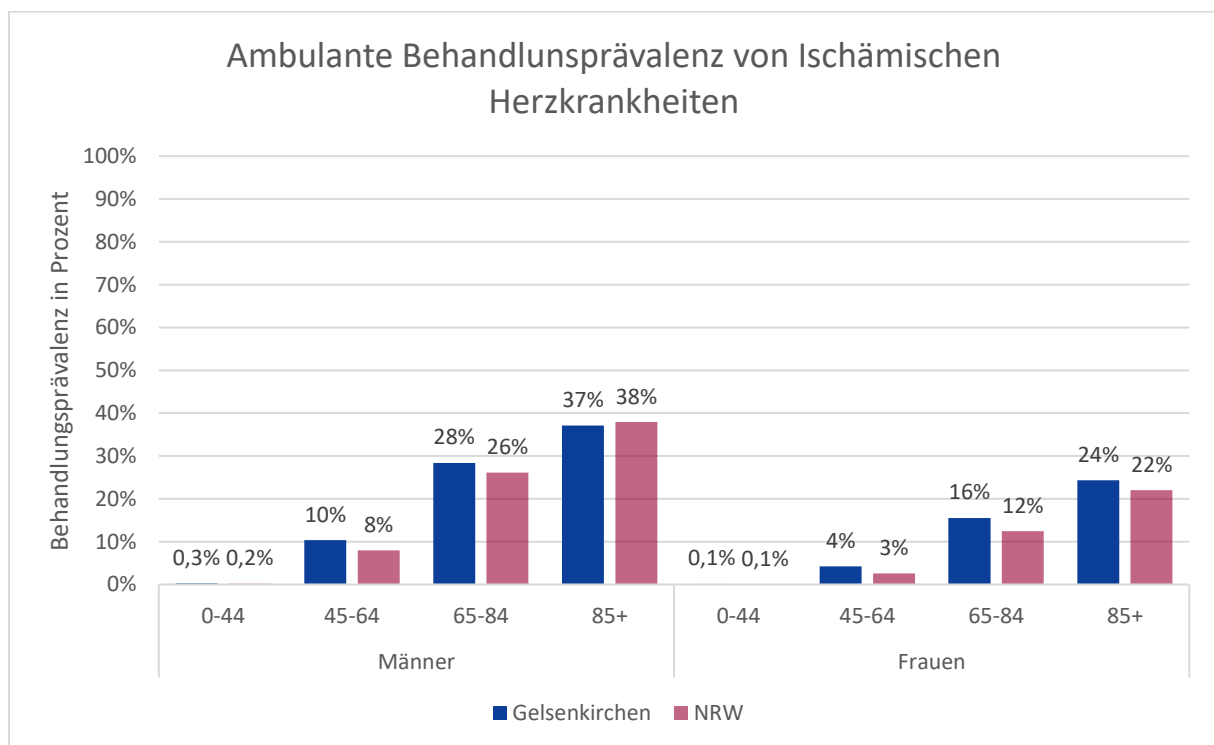


Abbildung 9 Behandlungsprävalenz von ambulant diagnostizierter Ischämischer Herzkrankheit bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.

Quelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LfGA NRW.

Eigene Darstellung.

Krankenhausdiagnosen von Ischämischen Herzkrankheiten

Im Gegensatz zu den ambulanten Behandlungszahlen steigen die Behandlungszahlen aufgrund Ischämischer Herzkrankheiten in Krankenhäusern nicht mit dem Alter stetig an. Hier zeigen sich in der Altersgruppe der 65- bis 84-Jährigen die höchsten Raten. So sind 2023 in dieser Altersgruppe etwa 4 Prozent der Gelsenkirchener Männer und

2 Prozent der Gelsenkirchener Frauen aufgrund einer Ischämischen Herzkrankheit in einem Krankenhaus behandelt worden. Über alle Altersgruppen hinweg zeigt sich, dass Gelsenkirchener Männer und Frauen häufiger stationär behandelt werden als der NRW-Durchschnitt. Dies ist vor allem bei den jüngeren Männern von 45 bis 64 Jahren zu sehen (siehe Abbildung 10).

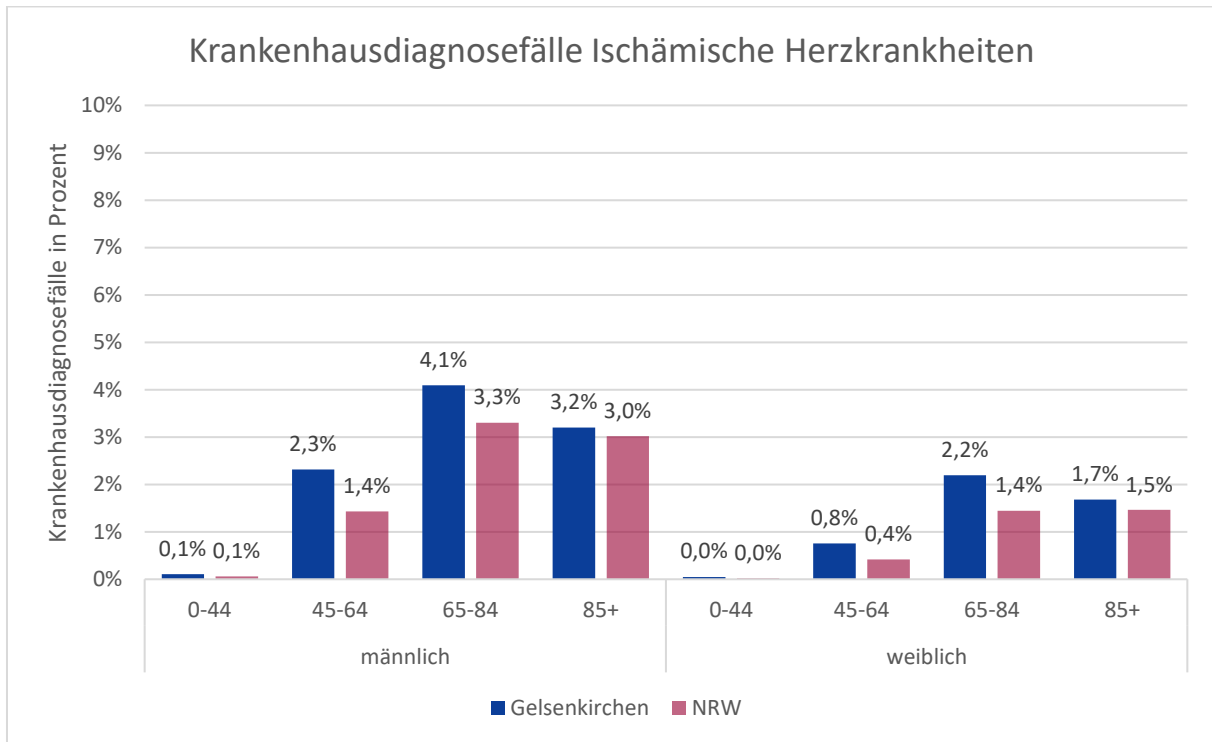


Abbildung 10 Krankenhausdiagnose Ischämische Herzkrankheit bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.

Quelle: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen (Krankenhäuser).

Eigene Darstellung & eigene Berechnung.

3.1.5 COPD

Die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist eine chronische und in der Regel sich im Verlauf immer weiter verschlechternde Erkrankung der Atemwege und der Lunge. Sie wird zudem durch eine dauerhafte Verengung der Atemwege, die auch nicht mit Hilfe von Medikamentengabe vollständig aufgelöst werden kann, charakterisiert (18). Die Hauptsymptome einer COPD sind Husten, Auswurf und Atemnot. Diese können in unterschiedlichem Schweregrad vorliegen (19).

Vor allem Raucher haben ein stark erhöhtes Risiko eine COPD zu entwickeln. Neben dem Rauchen gibt es jedoch auch andere Risikofaktoren, die zur Entstehung einer

COPD beitragen können. Dazu gehören unter anderem die berufliche Belastung durch Staub (z.B. Steinkohlestaub) und Störungen von Wachstum und funktioneller Entwicklung der Lunge (18).

Ambulante Behandlungsprävalenz von COPD

2023 waren die meisten Personen in der Altersgruppe der 65- bis 84-Jährigen aufgrund von COPD in ärztlicher Behandlung. Dabei waren Männer etwas häufiger in ärztlicher Behandlung als Frauen. In der Altersgruppe der 65- bis 84-Jährigen waren mit 16 Prozent der Gelsenkirchener Männer und 14 Prozent der Gelsenkirchener Frauen doppelt so viele Personen in ärztlicher Behandlung wie in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen. Die Behandlungsprävalenzen liegen dabei in Gelsenkirchen sowohl bei Männern als auch bei Frauen etwas über dem NRW-Durchschnitt (siehe Abbildung 11). Im Zeitverlauf haben sich die ambulanten Behandlungshäufigkeiten aufgrund einer COPD seit 2015 in Gelsenkirchen kaum verändert (hier nicht dargestellt).

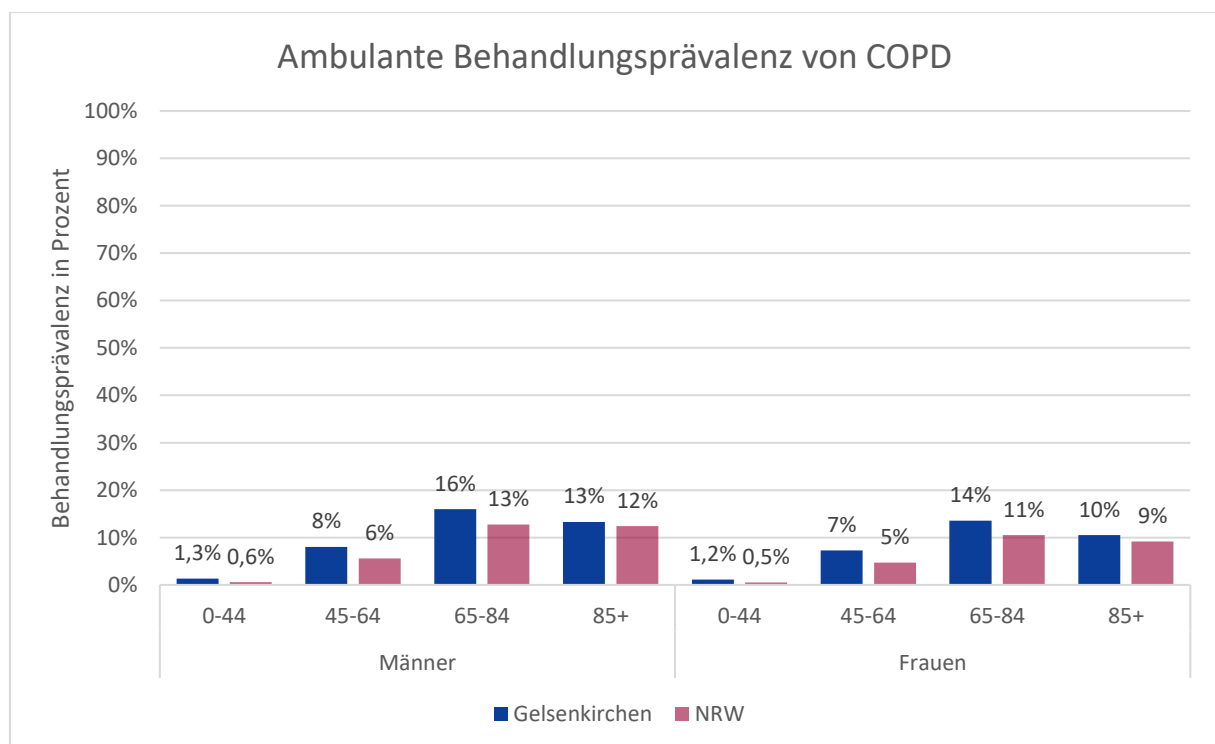


Abbildung 11 Behandlungsprävalenz von ambulant diagnostizierter COPD bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.

Quelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LfGA NRW.

Eigene Darstellung.

Krankenhausdiagnosen von COPD

Auch bei den stationären Behandlungen von COPD zeigt sich, dass 65- bis 84-Jährige am häufigsten behandelt werden. Dabei mussten 2023 ca. 2 Prozent der Gelsenkirchener Männer und 1,5 Prozent der Gelsenkirchener Frauen in dieser Altersgruppe aufgrund einer COPD in einem Krankenhaus behandelt werden. Bei den Krankenhausbehandlungen aufgrund von COPD zeigt sich wie bei den ambulanten Behandlungen, dass Gelsenkirchener Männer und Frauen häufiger stationär behandelt werden als es im NRW-Durchschnitt der Fall ist (siehe Abbildung 12).

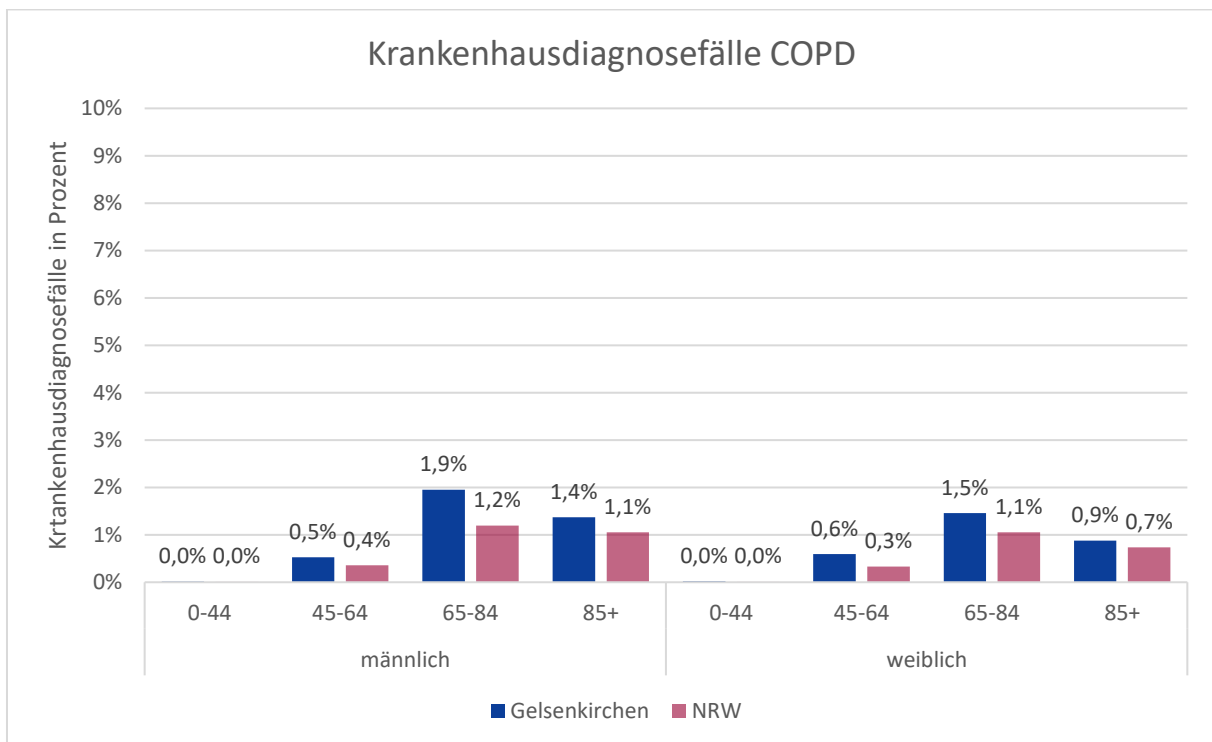


Abbildung 12 Krankenhausdiagnose COPD bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.

Quelle: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen (Krankenhäuser).

Eigene Darstellung & eigene Berechnung.

3.1.6 Depression

Depressionen sind eine psychische Erkrankung, bei der Betroffene häufig unter einer deutlich gedrückten Stimmung, Interessenslosigkeit und weniger Antrieb über einen längeren Zeitraum leiden (20). Damit verbunden treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden auf, wie zum Beispiel Appetitlosigkeit oder Schlafstörungen (21). Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt. Es gelingt ihnen nicht oder nur schwer, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Grübelneigung. Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl von Patienten und Patientinnen beeinträchtigt (20).

Es ist noch nicht ausreichend erforscht, wie Depressionen entstehen. Fachleute gehen davon aus, dass bei der Entstehung von Depressionen viele Faktoren zusammenwirken. So können z. B. eine erbliche Veranlagung, andere psychische Erkrankungen, körperliche Erkrankungen oder belastende Erlebnisse oder Lebensumstände die Entstehung von Depressionen begünstigen (21).

Ambulante Behandlungsprävalenz von Depression

Bei der Häufigkeit der Diagnose Depression in der ambulanten Behandlung ist kein stetig steigender Trend mit dem Alter erkennbar. Während die Diagnosehäufigkeit bis zu den 45- bis 64-Jährigen ansteigt, bleibt sie in den nachfolgenden Altersgruppen relativ konstant bzw. sinkt wieder etwas ab. In 2023 wurden 14 Prozent der Gelsenkirchener Männer und 22 Prozent der Gelsenkirchener Frauen zwischen 45 und 64 Jahren aufgrund einer Depression ärztlich behandelt. Frauen befinden sich dabei in allen Altersgruppen häufiger als Männer aufgrund einer Depression in ärztlicher Behandlung. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen sind die Behandlungshäufigkeiten in Gelsenkirchen ähnlich wie der NRW-Durchschnitt. Nur bei den 45- bis 64-Jährigen Frauen werden Gelsenkirchener Frauen etwas häufiger ärztlich behandelt als der NRW-Durchschnitt (siehe Abbildung 13).

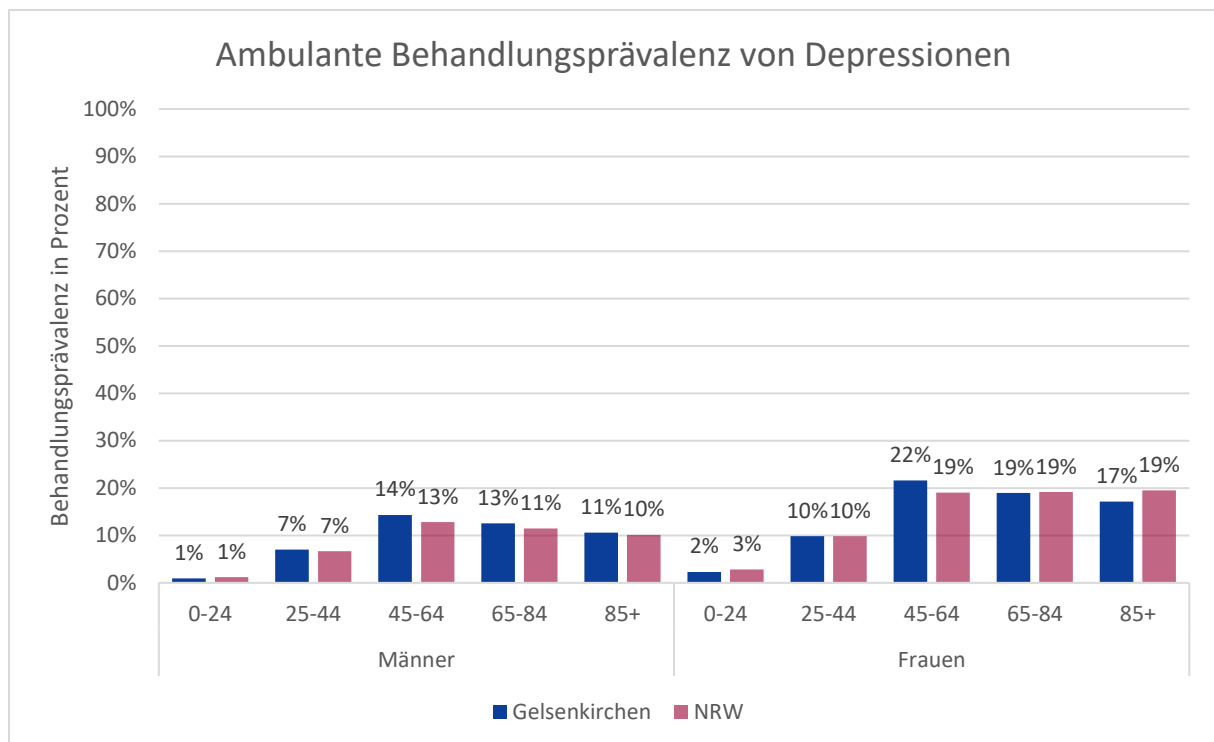


Abbildung 13 Behandlungsprävalenz von ambulant diagnostizierter Depression bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.

Quelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LfGA NRW.

Eigene Darstellung.

Betrachtet man die Entwicklung der ambulanten Behandlungsprävalenz von Depression aller Gelsenkirchener Personen mit Arztkontakt von 2015 bis 2023, zeigt sich ein leichter Anstieg von etwa 9 Prozent in 2015 auf etwa 11 Prozent in 2023. Dies entspricht einem Anstieg der Anzahl der Personen mit dieser Diagnose von etwa 19.000 Personen in 2015 auf etwa 24.000 Personen in 2023 (hier nicht dargestellt).

Krankenhausdiagnosen von Depressionen

Auch bei den Krankenhausdiagnosen zeigt sich, dass die 45- bis 64-Jährigen häufiger aufgrund einer Depression stationär behandelt als andere Altersgruppen. Hierbei wurden 2023 etwa 0,4 Prozent der Gelsenkirchener Männer und 0,55 Prozent der Gelsenkirchener Frauen aufgrund einer Depression stationär behandelt. Vor allem bei den Frauen ist zu beobachten, dass obwohl die ambulanten Behandlungshäufigkeiten in den Altersgruppen bis 64 Jahren ansteigen, die stationären Behandlungshäufigkeiten aufgrund einer Depression relativ konstant bei 0,4 Prozent bis 0,5 Prozent der Gelsenkirchener Frauen liegt (siehe Abbildung 14).

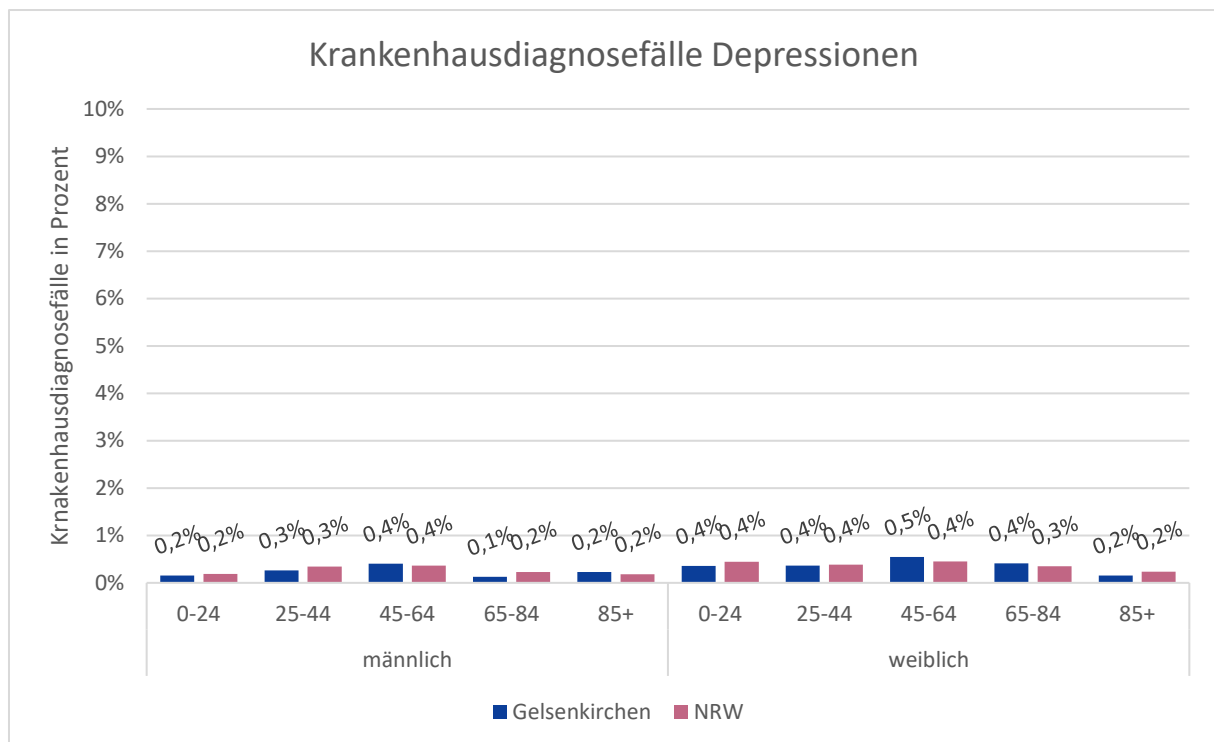


Abbildung 14 Krankenhausdiagnose Depression bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.

Quelle: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen (Krankenhäuser).

Eigene Darstellung & eigene Berechnung.

3.1.7 Demenz

Bei einer Demenz ist bei Betroffenen häufig zu Beginn ihr Kurzzeitgedächtnis und ihre Merkfähigkeit gestört. Im Verlauf der Erkrankung verschwinden dann auch bereits eingeprägte Inhalte des Langzeitgedächtnisses. Damit verlieren Betroffene immer mehr ihre im Laufe des Lebens erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Im Verlauf der Erkrankung kommt es neben diesen Gedächtnisstörungen jedoch auch zu einer zunehmenden Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, der Sprache, des Auffassungs- und Denkvermögens sowie der Orientierung (22).

Bei der Demenz wird zwischen primären Demenzen und sekundären Demenzen unterschieden. Die primären Demenzen sind Demenzen, die direkt im Gehirn entstehen und nicht heilbar sind. Diese machen ca. 90 Prozent aller Demenzen aus. Zu den primären Demenzen zählt mit 50 -70 Prozent als häufigste Form die Alzheimer-Demenz. Eine weitere Form ist die vaskuläre Demenz, die ca. 15 Prozent der Fälle ausmacht. Sekundäre Demenzen sind Folgeerscheinungen von anderen Grunderkrankungen, die prinzipiell heilbar sind. Diese machen ca. 10 Prozent der

Demenzen aus und können zum Beispiel durch Stoffwechselerkrankungen oder bakterielle und virale Infektionen verursacht werden. Eine exakte Bestimmung der Anteile der spezifischen Demenzformen ist aufgrund der zahlreichen Entstehungsfaktoren und Symptome sowie durch die uneinheitliche Diagnostik bei Demenzerkrankungen erschwert (23).

Risikofaktoren für die Entstehung einer Demenz sind vielfältig, aber auch längst noch nicht ausreichend erforscht. Neben der genetischen Veranlagung und dem Alter als besonders starke Risikofaktoren, gibt es weitere Faktoren, die die Entstehung von Demenz begünstigen können. Dazu zählen unter anderem Hypertonie, exzessiver Alkoholkonsum, Übergewicht, Rauchen, Diabetes oder soziale Isolation. Darüber hinaus wird auch ein Zusammenhang zwischen einer geringen Bildung sowie Depressionen und Demenz beschrieben (24).

Ambulante Behandlungsprävalenz von Demenz

Demenz ist vor allem eine Erkrankung des hohen Alters. Dies zeigt sich auch in den ambulanten Behandlungsprävalenzen. Während bei den unter 64-Jährigen kaum Personen aufgrund einer Demenz in ärztlicher Behandlung sind, sind es bei den 65- bis 84-Jährigen bereits etwa 4 Prozent - sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Der mit Abstand größte Anteil von Personen, die aufgrund einer Demenz in ärztlicher Behandlung sind, zeigt sich jedoch bei den über 85-Jährigen. Hier sind es etwa 17 Prozent der Gelsenkirchener Männer und 20 Prozent der Gelsenkirchener Frauen. Die ambulanten Behandlungsprävalenzen in Gelsenkirchen liegen dabei etwa auf dem gleichen Niveau wie im NRW-Durchschnitt (siehe Abbildung 15).

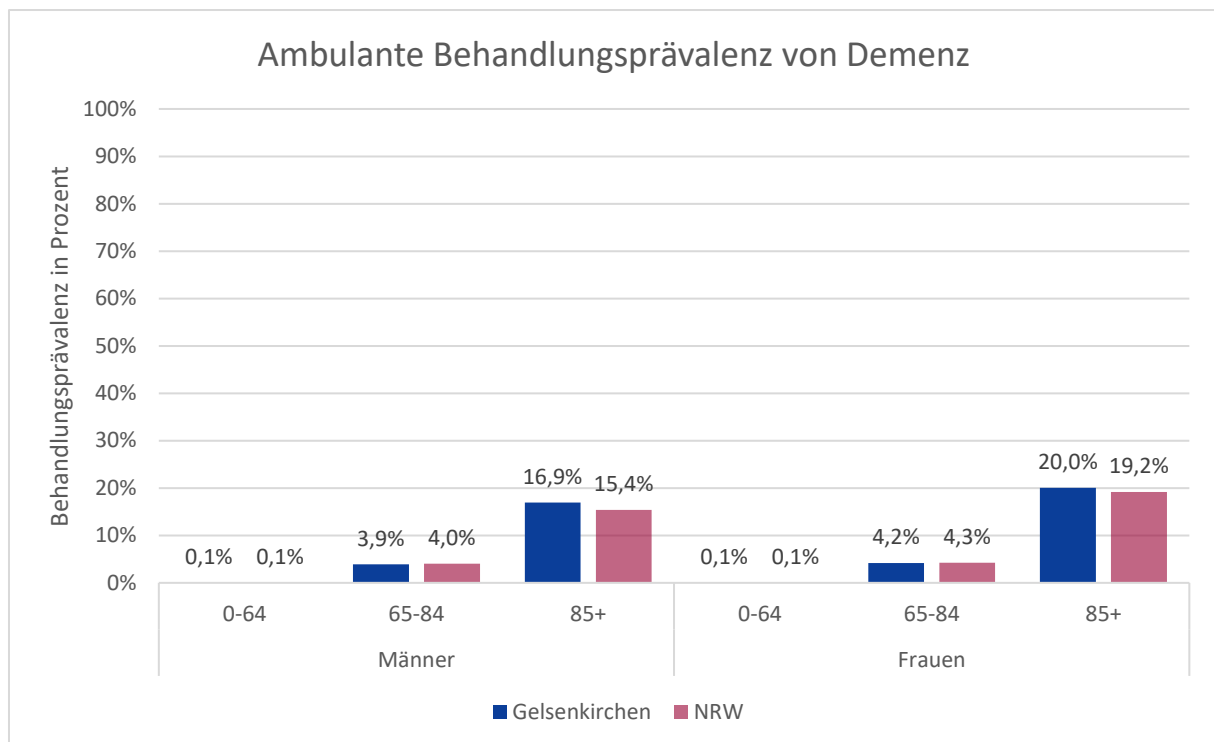


Abbildung 15 Behandlungsprävalenz von ambulant diagnostizierter Demenz bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.

Quelle: Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LfGA NRW.

Eigene Darstellung.

Krankenhausdiagnosen von Demenz

Auch bei den Krankenhausdiagnosen zeigt sich der stetige Anstieg mit dem Alter. Während bei den 65- bis 84-Jährigen nur etwa 0,2 Prozent der Bevölkerung aufgrund einer Demenz stationär behandelt werden sind es bei den über 85-Jährigen 0,8 Prozent bis 1 Prozent der Gelsenkirchener Bevölkerung in dieser Altersgruppe. Obwohl die ambulante Behandlungshäufigkeit bei den über 85-Jährigen Männern geringer als bei den Frauen ist, liegt die stationäre Behandlungshäufigkeit darüber. Während die stationäre Behandlungshäufigkeit in Gelsenkirchen bei den unter 65-Jährigen und den 65- bis 84-Jährigen auf einer Höhe mit dem NRW-Durchschnitt liegt, ist sie bei den über 85-Jährigen in Gelsenkirchen doppelt so hoch wie im NRW-Durchschnitt (siehe Abbildung 16).

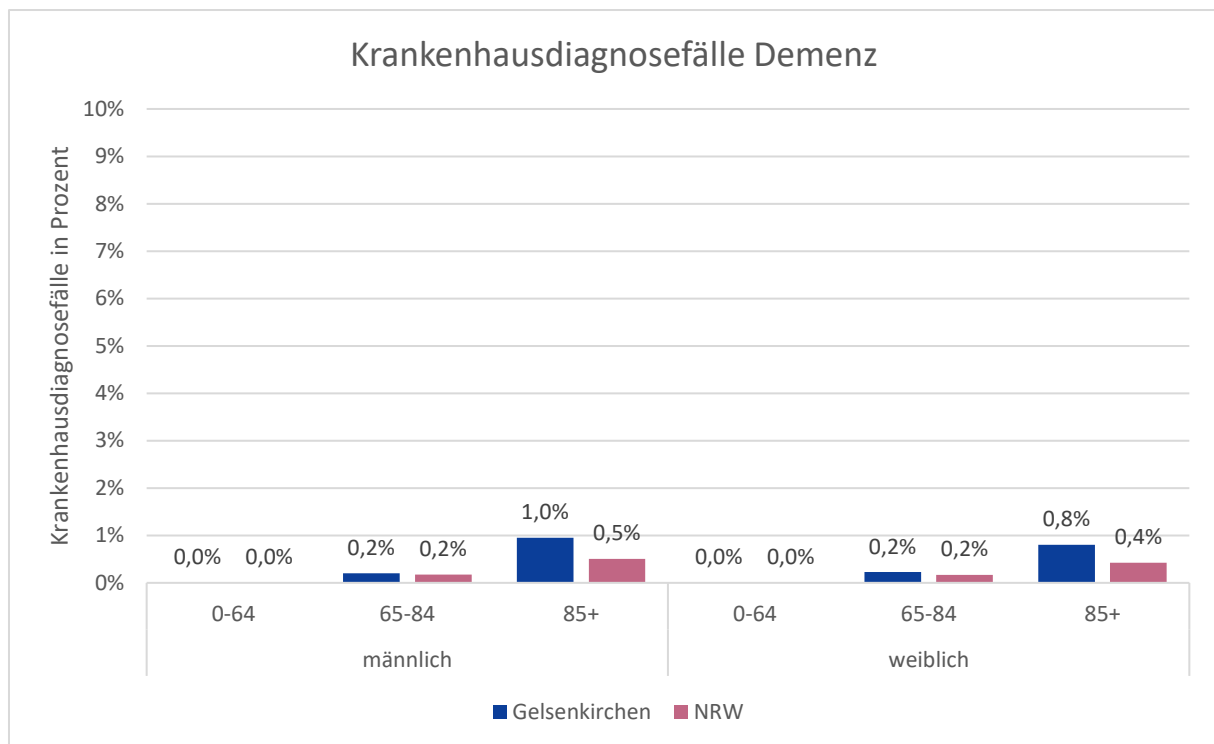


Abbildung 16 Krankenhausdiagnose Demenz bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.

Quelle: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen (Krankenhäuser).

Eigene Darstellung & eigene Berechnung.

Bei vielen der hier dargestellten Erkrankungen sind die ambulanten Behandlungszahlen in Gelsenkirchen höher als oder auf einem ähnlichen Niveau wie im NRW-Durchschnitt. Auch bei den meisten stationären Diagnosen zeigt sich, dass die Gelsenkirchener Bevölkerung durchschnittlich häufiger aufgrund dieser Erkrankungen stationär behandelt wird als es im NRW-Durchschnitt der Fall ist. Bei einigen Erkrankungen, wie z. B. Hypertonie und Demenz, zeigt sich in einzelnen Altersgruppen jedoch auch, dass die Gelsenkirchener Bevölkerung aufgrund der Diagnose teilweise häufiger stationär behandelt wird als der NRW-Durchschnitt, obwohl die ambulante Behandlungsprävalenz in Gelsenkirchen niedriger oder auf dem gleichen Niveau wie der NRW-Durchschnitt ist.

Um die Häufigkeit der hier beschriebenen Diagnosen zu verringern, bedarf es vielseitiger Herangehensweisen. Da bei vielen Erkrankungen auch Lebensstilfaktoren, wie Rauchen, Bewegungs- und Ernährungsverhalten, das Risiko für die Entstehung erhöhen, kann eine gute Aufklärung über die Risikofaktoren und individuelle unterstützende Maßnahmen zur Verhaltensänderung zu einer Verringerung der Krankheitshäufigkeit beitragen. Auch die Aufklärung über Vorsorgemöglichkeiten ist wichtig zur Verringerung der Häufigkeit von Erkrankungen. Da viele Erkrankungen bei Männern und Frauen unterschiedlich häufig auftreten, sind hier vor allem auch geschlechtsspezifische Interventionen notwendig.

Neben der Verringerung der beeinflussbaren Risikofaktoren auf individueller Ebene ist die Entwicklung von Strategien zur Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils auf Verhältnisebene von sehr großer Bedeutung. So können zum Beispiel stadtplanerische Maßnahmen, die die Räume bewegungsfreundlicher gestalten, zu mehr Bewegung in der Bevölkerung beitragen. Auch Maßnahmen zur Verringerung übergeordneter Einflussfaktoren, wie z. B. Armutsbekämpfung, sind förderlich zur Gesunderhaltung und Verbesserung der Gesundheit.

3.2 Infektionskrankheiten

Infektionskrankheiten sind Erkrankungen, die durch Viren, Bakterien, Pilze oder Parasiten ausgelöst werden, wenn diese in den menschlichen Körper eindringen. Weltweit sind Infektionskrankheiten eine der häufigsten Todesursachen (25). In Deutschland gehören sie zwar nicht zu den häufigsten Todesursachen (26), jedoch wird die Behandlung von Infektionskrankheiten auch hier in Deutschland durch den Anstieg von Erregern, die gegen unter anderem Antibiotika resistent sind, zunehmend erschwert (25).

Was bedeuten die Begriffe Inzidenz und Inzidenzrate?

Inzidenz

Die Inzidenz beschreibt die Anzahl der Neuerkrankungen einer bestimmten Erkrankung in einem bestimmten Zeitraum.

Inzidenzrate

Die Inzidenzrate beschreibt die Anzahl der Neuerkrankungen einer bestimmten Erkrankung in einem bestimmten Zeitraum im Verhältnis zu einer definierten Gruppe (z.B. je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner einer Stadt).

Welche Krankheiten bei Verdacht, Erkrankung oder Tod gemeldet werden müssen und über welche Wege, regelt das am 01.01.2001 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz (27).

In den folgenden Unterkapiteln werden zum einen einige relevante Infektionskrankheiten dargestellt, bei denen die Erkrankung selbst oder zumindest ein schwerer Verlauf durch präventive Maßnahmen wie eine Impfung verhindert werden können. Zum anderen werden Infektionskrankheiten dargestellt, bei denen das Gesundheitsamt (in Gelsenkirchen das Referat Gesundheit) neben der Meldung noch weitere koordinierende Aufgaben übernimmt.

3.2.1 COVID-19

COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) ist eine Infektionskrankheit, die durch das Virus SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2) verursacht wird. Weltweit wurde der erste Fall Ende 2019 entdeckt. Der erste Fall mit diesem neuen Virus in Deutschland wurde im Januar 2020 festgestellt. In wenigen Monaten verbreitete sich das Virus weltweit und entwickelte sich zu einer Pandemie, die die Weltgesundheitsorganisation zwischen Ende Januar 2020 und Mai 2023 als internationalen Gesundheitsnotfall einstufte. Das Virus verlief dabei in mehreren pandemischen Wellen, die durch verschiedene Varianten des Virus bestimmt waren (28).

COVID-19 ist in erster Linie eine akute Atemwegserkrankung. Dabei können die Symptome wie Fieber, Schnupfen, Husten, Halsschmerzen und Kopf- und Gliederschmerzen denen einer Erkältung oder einer Grippe ähneln. Über diese typischen Symptome einer Atemwegserkrankung hinaus, können jedoch auch noch weitere Symptome wie Magen-Darm-Beschwerden auftreten (29).

Während manche Personen, die sich mit dem Virus anstecken, keine Symptome bekommen, werden die meisten Personen leicht bis mittelschwer krank. Einige erkranken jedoch auch so schwer, dass sie ins Krankenhaus müssen oder sogar daran versterben (30). Das Risiko für einen schweren Verlauf steigt ab einem Alter von 60 Jahren an. Dabei nimmt das Risiko mit höherem Alter weiter zu. Zudem haben Personen mit einem geschwächten Immunsystem (durch Erkrankung oder Medikamente), aber auch mit bestimmten chronischen Vorerkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und chronischen Vorerkrankungen der Atmungsorgane, ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf (28).

Der Verlauf der Pandemie in Wellen zeigt sich auch deutlich in den Fallzahlen in Gelsenkirchen. Durch die verschiedenen Varianten des SARS-CoV-2-Virus und die zwischenzeitlichen Lockerungen der Maßnahmen gegen das Virus, gab es immer wieder Spitzen in den Fallzahlen. Vor allem durch die Omikron-Variante wurde im Februar 2022 die höchste Fallzahl während der Pandemie in Gelsenkirchen beobachtet. Seit Mai 2023 bewegen sich die Fallzahlen für COVID-19 auf einem sehr niedrigen Niveau und es sind keine großen Wellen mehr zu verzeichnen gewesen (siehe Abbildung 17).

Obwohl unter der Omikron-Variante die meisten Erkrankungen verzeichnet wurden, lag der Anteil der Verstorbenen an allen Fällen deutlich niedriger (0,1 Prozent) als zu Beginn der Corona-Pandemie (3 Prozent). Das bedeutet, dass sich zwar mehr Personen mit dem Virus angesteckt haben, aber es deutlich weniger schwere Verläufe und dadurch weniger Todesfälle gab. Dies ist unter anderem durch eine in der Bevölkerung verbreitete Grundimmunisierung – entweder durch zur Verfügung stehende Impfungen oder durch bereits durchgemachte Erkrankungen – zu erklären (28).

Mittlerweile ist das Virus von der pandemischen in eine endemische Phase übergegangen. Das bedeutet, dass das Virus zwar immer noch in der Bevölkerung zirkuliert, aber sich nicht mehr in ungewöhnlich hohem Ausmaß verbreitet. Aufgrund der Beschaffenheit des Virus ist es unwahrscheinlich, dass das SARS-CoV-2 Virus sich so verändert, dass dadurch eine neue Pandemie entsteht. Dennoch kann es immer mal wieder zu Ausbrüchen kommen (28).

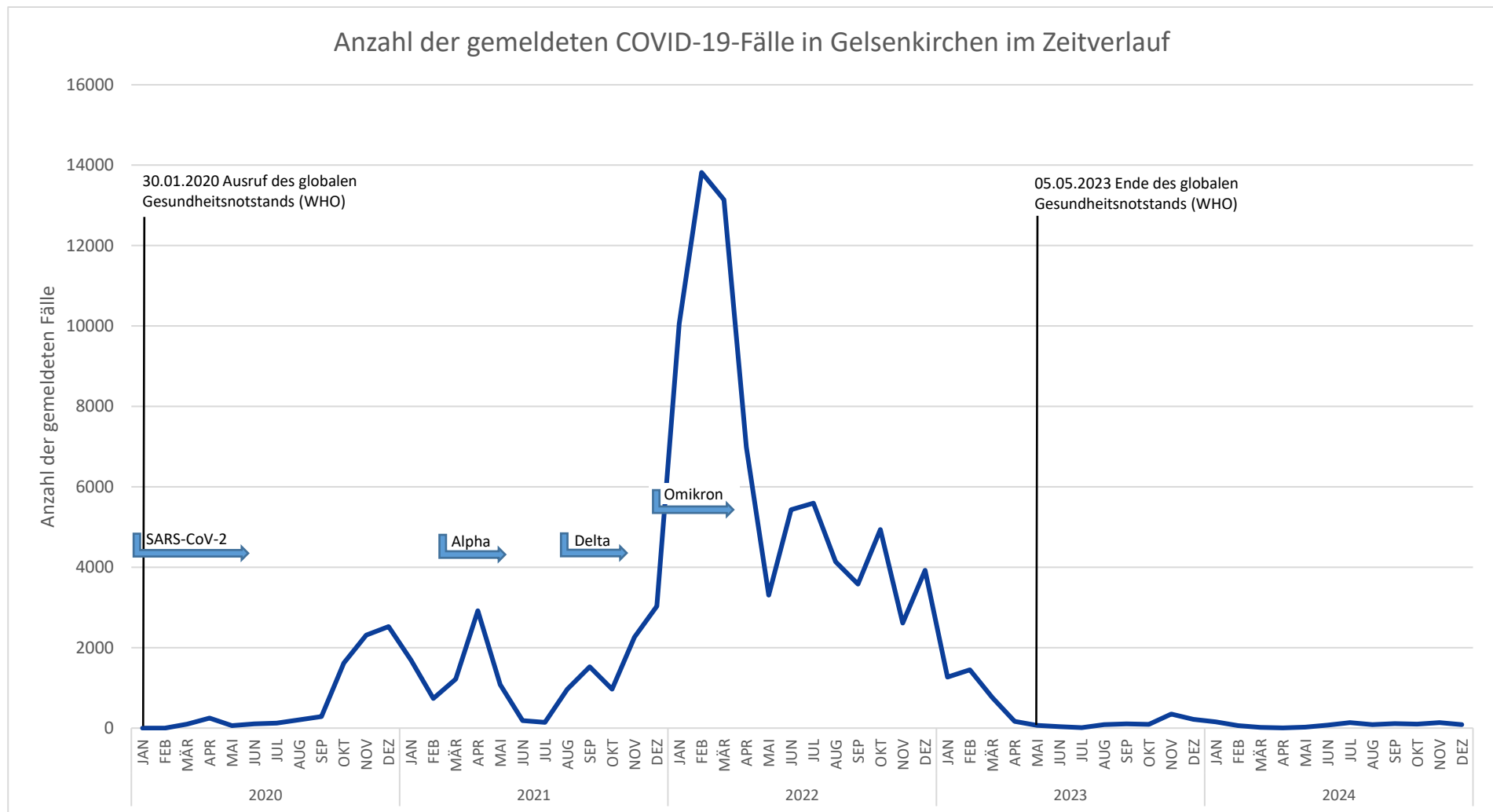


Abbildung 17 Anzahl der gemeldeten Fälle von COVID-19 in Gelsenkirchen nach Monaten im Zeitverlauf von 2020 bis 2024.

Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 12.02.2025.

Eigene Darstellung.

Bei der Betrachtung der Fallzahlen nach dem Ende der globalen Notlage durch die WHO ist zu beachten, dass bei Symptomen einer Atemwegserkrankung nicht immer ein Test gemacht wird, um zu schauen welcher Virus die Erkrankung auslöst. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass die tatsächlichen Fallzahlen von COVID-19 höher als die gemeldeten Fallzahlen sind.

Die während der Pandemie gegen das Corona-Virus entwickelten Impfstoffe haben dazu beigetragen, dass es weniger schwere Verläufe der Erkrankung und dadurch weniger Todesfälle gab. In Deutschland beschäftigt sich die Ständige Impfkommission (STIKO) damit, welche Impfungen für welche Altersgruppen sinnvoll sind und empfohlen werden sollten. Sie ist ein unabhängiges, ehrenamtliches Expertengremium das Impfempfehlungen für die deutsche Bevölkerung ausspricht, nachdem sie den Nutzen – sowohl für die einzelne Person als auch für die Gesamtbevölkerung – sowie die Risiken bewertet und abgewogen hat (31). Nachdem während der Pandemie Impfungen für die gesamte Bevölkerung empfohlen wurden, hat die STIKO diese Empfehlungen mittlerweile angepasst. Sie empfiehlt nun eine jährliche Auffrischungsimpfung im Herbst für Personen, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf der Erkrankung haben. Dazu gehören unter anderem Personen über 60 Jahren, Bewohnende in Pflegeeinrichtungen und Menschen mit relevanten chronischen Vorerkrankungen (32).

3.2.2 Influenza (Grippe)

Die Influenza, auch Grippe genannt, ist eine durch Grippeviren ausgelöste Erkrankung der Atemwege. Sie ist eine ernsthafte Erkrankung, die auch lebensbedrohlich sein kann (33). In Deutschland kommt es in den Wintermonaten – vor allem nach dem Jahreswechsel – zu Grippewellen, die in ihrer Stärke zwischen den Jahren deutlich variieren (34).

Grippe-Viren können beim Niesen, Husten oder Sprechen durch kleinste virushaltige Tröpfchen über die Luft und in ungünstigen Fällen durch verunreinigte Gegenstände, wie z. B. Türklingen oder Haltegriffe im ÖPNV, übertragen werden. Eine Erkrankung geht häufig mit Fieber, Halsschmerzen und trockenem Husten einher, die von Muskel-, Glieder-, Rücken- oder Kopfschmerzen begleitet werden können (33).

Ältere Menschen, Schwangere und Menschen mit einer chronischen Grunderkrankung haben ein höheres Risiko für einen schweren Verlauf, wenn sie erkranken. Daher empfiehlt die STIKO diesen Personengruppen die Impfung gegen Grippe (34).

Wie werden Influenza-Daten dargestellt?

Da Influenza-Erkrankungen in Deutschland saisonal in den Wintermonaten vermehrt auftreten, werden die Daten hier immer für eine Wintersaison zweier Jahre (z.B. 2008/2009) dargestellt. Dabei werden die Fälle ab Kalenderwoche 40 berücksichtigt (z.B. Kalenderwoche 40 in 2008).

Auch in Gelsenkirchen zeigen sich deutliche Unterschiede in der Stärke der Grippewellen zwischen den Jahren. Während z.B. in den Saisons 2009/2010 (135 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) und 2017/2018 (177 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) hohe Fallzahlen zu verzeichnen waren, gab es in den Saisons 2010/2011 bis 2016/2017 jeweils nur geringe Fallzahlen (zwischen 0,76 und 39 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) (siehe Abbildung 18).

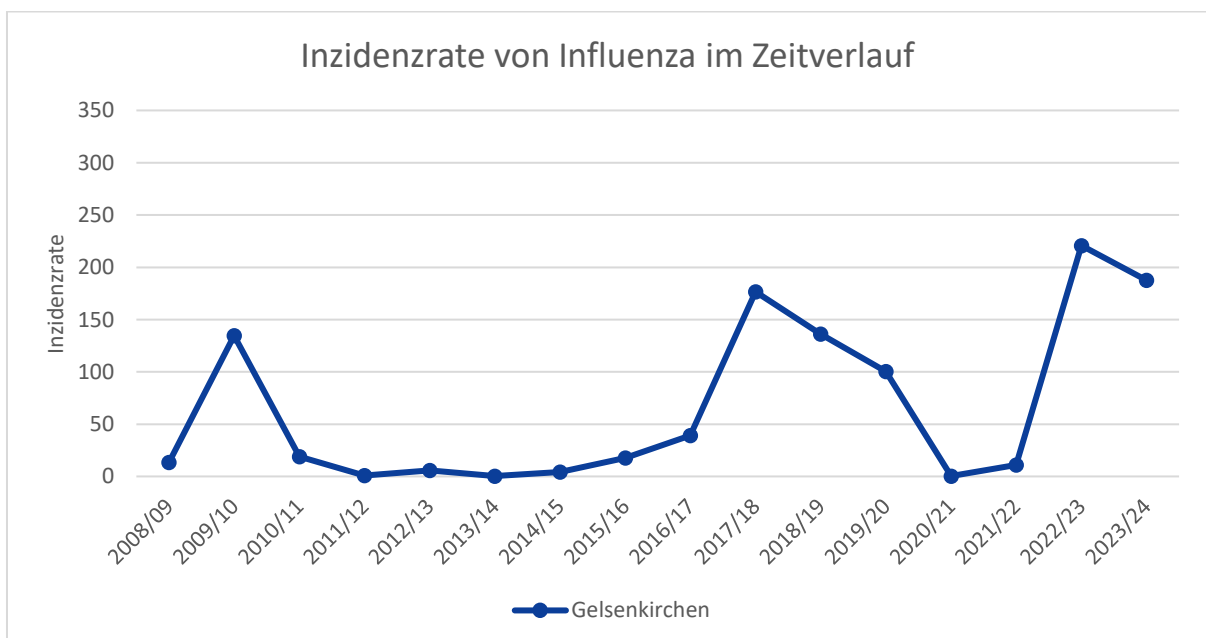


Abbildung 18 Inzidenzrate von Influenza (Grippe) in Gelsenkirchen im Zeitverlauf von 2008/2009 bis 2023/2024.

Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 06.01.2025.

Eigene Darstellung.

Nachdem 2020/2021 und 2021/2022 – auch aufgrund der für die Corona-Pandemie geltenden Hygiene-Maßnahmen – kaum Grippefälle verzeichnet wurden, gab es in der Saison 2022/2023 mit 220 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner die bis dahin höchste Inzidenz. Die Inzidenzraten NRWs liegen in den verschiedenen Jahren auf einem vergleichbaren Niveau wie die Gelsenkirchens (hier nicht abgebildet).

Bei der Betrachtung von Influenza-Inzidenzraten ist ähnlich wie bei den Corona-Fallzahlen immer zu beachten, dass beim Vorhandensein von grippeähnlichen Symptomen nicht unbedingt auf das Vorliegen einer Influenza getestet wird. Deshalb muss angenommen werden, dass die tatsächlichen Fallzahlen um einiges höher liegen als die dargestellten Raten.

Da sich Influenzaviren ständig verändern und neue Varianten bilden, muss der Impfstoff jährlich angepasst werden um weiterhin Schutz vor schweren Verläufen zu bieten (33). Dementsprechend ist für die oben genannten Risikogruppen eine jährliche Impfung gegen Grippe empfohlen, um das Risiko für schwere Verläufe zu verringern.

3.2.3 Hepatitis B

Hepatitis ist eine Entzündung der Leber. Sie wird durch eine Infektion mit verschiedenen Hepatitis-Viren (Hepatitis A bis E) verursacht. In der folgenden Beschreibung wird hierbei nur auf das Hepatitis B-Virus eingegangen, da es die am häufigsten auftretende Hepatitis-Erkrankung in Deutschland ist (27). Zudem lässt sich am Beispiel der Hepatitis B aufzeigen, wie die Einführung einer größeren Testungsstrategie (durch den Gesundheits-Check-Up) die Fallzahlen verändern kann. Das Hepatitis B-Virus wird vor allem durch Blut und andere Körperflüssigkeiten übertragen. Dabei ist das Risiko für eine Übertragung des Virus bei ungeschütztem Sex mit wechselnden Partnerinnen und Partnern erhöht. Ein weiterer Risikofaktor für die Übertragung des Virus sind nicht sterile oder gemeinsam genutzte Spritzen und Nadeln, z.B. beim Drogenkonsum oder Tätowieren (35).

Bei einer Infektion mit Hepatitis B erkranken die meisten Menschen nur leicht oder haben gar keine Beschwerden. Bei Erwachsenen heilt eine Erkrankung in der Regel von alleine aus. Es kann jedoch auch vorkommen, dass eine Infektion dauerhaft fortbesteht und dadurch langfristig zu schweren Leberschäden führen kann (36). Als Faustregel kann festgehalten werden, dass bei etwa einem Drittel der Erkrankten keine

Symptome auftreten. Bei einem weiteren Drittel treten unspezifische Symptome, wie z.B. Erschöpfung, Unwohlsein, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Gelenkschmerzen oder Fieber, auf. Beim letzten Drittel tritt zusätzlich noch eine Gelbsucht auf, bei der sich die Haut und das weiße der Augen leicht gelblich verfärben. Dies ist ein eindeutiger Hinweis auf eine Lebererkrankung (37).

Während z. B. 2015 die Inzidenzrate für Hepatitis B sowohl in Gelsenkirchen (0,77 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) als auch im NRW-Durchschnitt (2,11 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) sehr gering waren, ist seit 2021 ein deutlicher Anstieg der Raten zu beobachten. Dabei sind in Gelsenkirchen seitdem deutlich höhere Inzidenzraten zu beobachten als im NRW-Durchschnitt. Nachdem 2022 in Gelsenkirchen die höchste Inzidenzrate zu verzeichnen war, sind diese seitdem wieder rückläufig (siehe Abbildung 19).

Da Hepatitis B häufig auch ohne Symptome verlaufen kann, wurde es bisher in diesen Fällen nur selten auch diagnostiziert. Seit 2021 ist ein einmaliger Test auf Hepatitis B Bestandteil des für alle gesetzlich Versicherten verfügbaren Gesundheits-Check-Ups ab 35 Jahren (38). Durch diese Änderung wird deutlich, wie stark Fallzahlen vom Umgang mit Testverfahren abhängig sein können. Es kann davon ausgegangen werden, dass durch die Einführung der Testung auf Hepatitis B während des Gesundheits-Check-Ups nun deutlich mehr symptomlose Hepatitis B-Erkrankungen erkannt werden als zuvor.

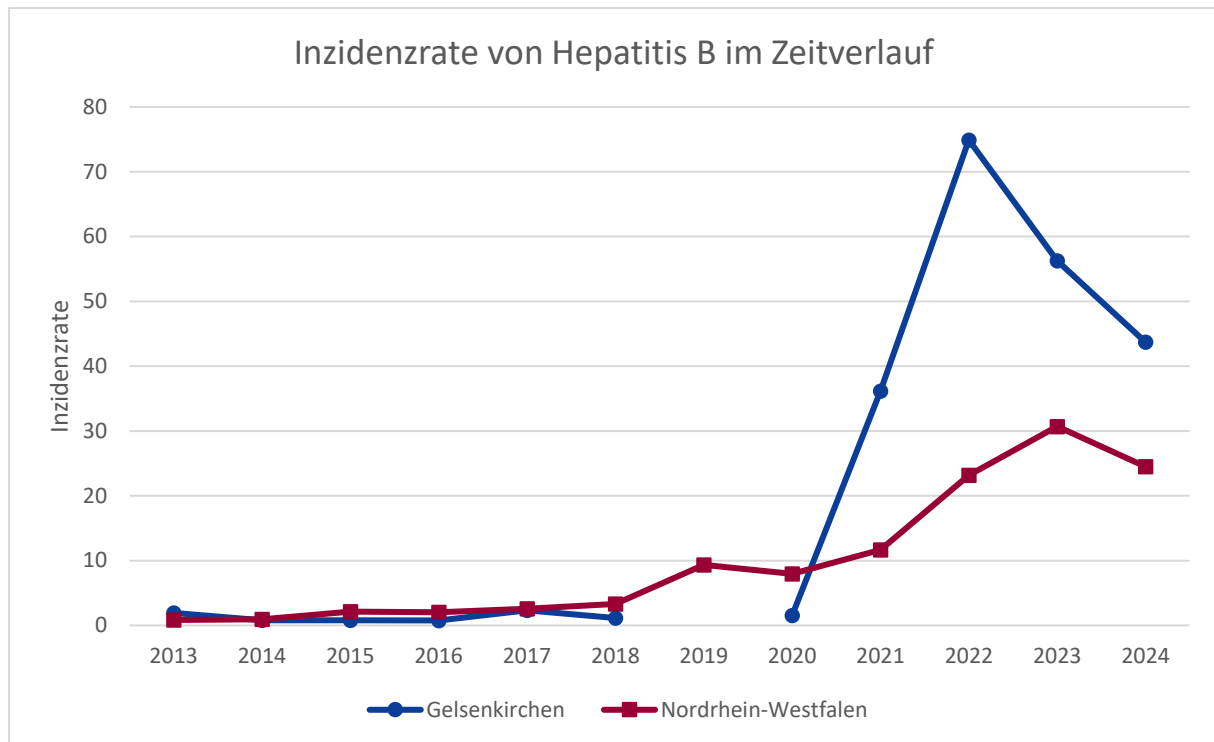


Abbildung 19 Inzidenzrate von Hepatitis B in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2013 bis 2024.

Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 06.01.2025.

Eigene Darstellung.¹

Gegen Hepatitis B gibt es eine Impfung, die die Ansteckung mit dem Virus verhindern kann. Hierbei wird die Impfung gegen Hepatitis B für alle Säuglinge bzw. Kleinkinder empfohlen. Zudem empfiehlt die STIKO eine Impfung für alle unter 18 Jahren, wenn diese im Säuglings- bzw. Kleinkindalter keine Impfungen erhalten haben sollten. Bei Erwachsenen wird die Impfung gegen Hepatitis B für Personen mit einem erhöhten Risiko für die Ansteckung oder schwere Verläufe empfohlen, wenn diese bisher noch keine Impfungen erhalten haben (39).

¹ Durch technische Fehler kann es vereinzelt dazu kommen, dass Fälle vom Gesundheitsamt nicht an das RKI übermittelt werden. Dies ist 2019 in Gelsenkirchen der Fall gewesen. Die im Amt erfassten Fälle liegen jedoch in etwa auf dem Niveau der Vorjahre und 2020.

3.2.4 Tuberkulose

Die Tuberkulose ist eine durch Bakterien ausgelöste Infektionskrankheit, die die Lunge befällt. Der Erreger kann von Mensch zu Mensch in kleinsten Tröpfchen beim Sprechen, Niesen, Husten oder Singen durch die Luft übertragen werden. Die Tuberkulose ist eine in Deutschland eher seltene Krankheit, weltweit ist sie jedoch weiterhin eine der bedeutendsten Infektionskrankheiten (40).

Ein erhöhtes Risiko für eine Ansteckung haben unter anderem Personen, die engen Kontakt zu Personen mit einer offenen (ansteckenden) Lungentuberkulose haben, sowie Menschen mit einem geschwächten Immunsystem, z.B. durch eine HIV-Infektion oder Medikamente. Zudem haben Diabetiker, Alkoholranke und drogenabhängige oder obdachlose Personen – bei Letzteren aufgrund der häufig schlechteren hygienischen Bedingungen – ein höheres Risiko zu erkranken (41).

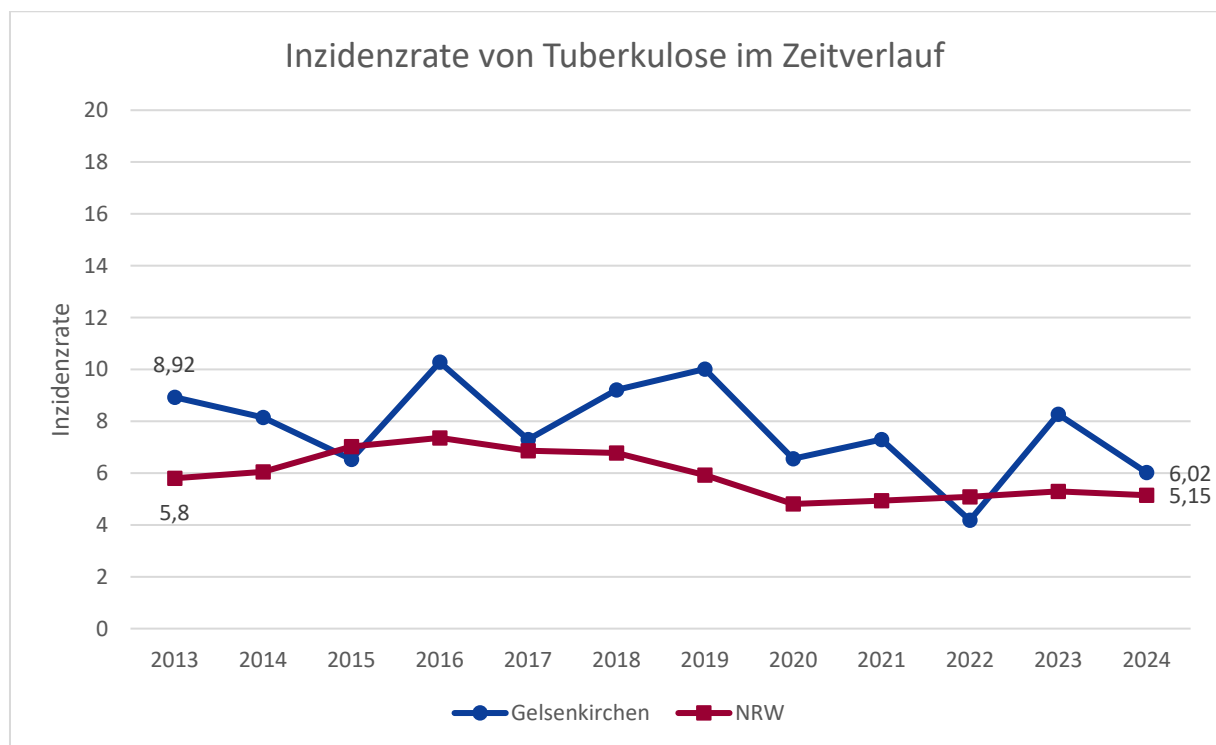


Abbildung 20 Inzidenzrate von Tuberkulose in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2013 bis 2024.

Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 17.02.2025.

Eigene Darstellung.

In Gelsenkirchen sind aufgrund der geringen Fallzahlen deutliche Schwankungen der Inzidenzrate zu beobachten. Bis auf wenige Ausnahmen liegen die Inzidenzraten in Gelsenkirchen jedoch über den Inzidenzraten NRWs. Das bedeutet, dass in Gelsenkirchen im Verhältnis zur Einwohnerzahl mehr Personen an einer Tuberkulose erkranken als dies im NRW-Durchschnitt der Fall ist (siehe Abbildung 20).

Eine Impfung gegen Tuberkulose wird in Deutschland seit 1998 nicht mehr empfohlen (41). Es ist dennoch wichtig der Lungentuberkulose trotz ihrer in Deutschland eher geringen Fallzahlen Aufmerksamkeit zu schenken. Dies ist relevant, weil die Behandlung der Lungentuberkulose langwierig ist. Das liegt zum einen daran, dass die Tuberkulose-Bakterien von Natur aus sehr widerstandsfähig sind und dadurch mit unterschiedlichen Medikamenten behandelt werden müssen, und zum anderen daran, dass Tuberkulose-Bakterien auf viele Medikamente nicht mehr gut ansprechen und resistent sind (40).

Da die Fallzahlen in vielen anderen Ländern deutlich höher sind als in Deutschland, führen die Gesundheitsämter Untersuchungen zum Ausschluss einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose durch. Diese Untersuchungen werden unter anderem bei Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften durchgeführt, da hier das Risiko für eine Ansteckung – aufgrund von höheren Fallzahlen in den Herkunftsländern und engen Wohnbegebenheiten – erhöht ist. Wenn ein Fall entdeckt wird, wird zudem eine genaue Fallermittlung mit Untersuchung von Kontaktpersonen durch das Gesundheitsamt durchgeführt.

3.2.5 Masern

Masern sind eine Erkrankung, die durch das Masern-Virus ausgelöst werden, und sind eine der ansteckendsten Krankheiten für Menschen überhaupt (42, 43). So führt fast jeder Kontakt mit einer erkrankten Person zu einer Ansteckung und fast jede Ansteckung zu einer Erkrankung (44). Die Viren werden über Sekret aus der Nase oder dem Rachen übertragen. Dabei erfolgt die Ansteckung meist durch Tröpfchen, die beim Husten, Niesen oder Sprechen von Erkrankten in die Luft gelangen und dann von anderen eingeatmet werden (42). In geschlossenen Räumen kann auch durch in der Luft schwebende Minitröpfchen eine Ansteckung erfolgen. Dies ist sogar noch

möglich, wenn die erkrankte Person bereits einige Stunden zuvor den Raum verlassen hat (44).

Eine Masernerkrankung verläuft oft in zwei Phasen. In der ersten Phase weisen die Erkrankten unspezifische Symptome wie Fieber, Schnupfen und Husten auf. In dieser Phase treten jedoch auch weiße, kalkspritzerartige Flecken an der Mundschleimhaut auf, die bereits eindeutig auf eine Masernerkrankung hinweisen. Die für Masern charakteristischen bräunlich-rosafarbenen Flecken auf der Haut treten in der zweiten Phase der Erkrankung – zwei bis vier Tage nach dem Auftreten der ersten Symptome – auf (43).

Masern sind keine harmlose Krankheit, da auch (schwere) Komplikationen möglich sind. Das Masernvirus löst eine Immunschwäche aus, wodurch sich Betroffene während oder nach der Masernerkrankung häufig mit bakteriellen Infektionen infizieren können (44). Typische Folge-Infektionen sind unter anderem Lungenentzündungen, Mittelohrentzündungen oder Durchfall-Erkrankungen. Eine schwere Komplikation einer Masernerkrankung ist eine akute Gehirnentzündung (Masern-Enzephalitis), die zu schwerwiegenden Folgen – wie einer geistigen Behinderung oder Lähmungen – oder sogar zum Tod führen kann (43).

Nach einer durchgemachten Masernerkrankung oder einer Impfung ist man üblicherweise gegen eine erneute Infektion mit dem Masern-Virus immun (43). Aufgrund der zuvor beschriebenen Komplikationen, die durch eine Masernerkrankung entstehen können, ist jedoch von einer Immunisierung durch eine bewusste Infektion ausdrücklich abzuraten.

Da in Deutschland durch die seit Jahren zur Verfügung stehende Impfung gegen Masern eine Grundimmunität in der Bevölkerung besteht, kommt es hierzulande häufig nur noch zu lokal begrenzten Masern-Ausbrüchen in nicht ausreichend geschützten Bevölkerungsgruppen. Masern werden zwar oft als Kinderkrankheit bezeichnet, jedoch sind deutschlandweit mittlerweile über 50 Prozent der gemeldeten Masernfälle Fälle, bei denen die Erkrankten über 15 Jahre alt sind (43).

Auch in Gelsenkirchen kommt es immer wieder zu Masern-Ausbrüchen. Während in 2015, 2018 und in den Jahren 2020 bis 2023 keine Fälle gemeldet wurden, wurden unter anderem in 2013 und 2024 mit 12 bzw. 11 Fällen relativ hohe Fallzahlen gemeldet (siehe Abbildung 21). Betrachtet man die Fallzahlen im Verhältnis zur

Einwohnerzahl über alle Altersgruppen hinweg, liegen diese in Gelsenkirchen in 2013 und 2024 deutlich über dem NRW-Durchschnitt (hier nicht dargestellt). In Gelsenkirchen zeigt sich jedoch nicht der in Deutschland beobachtete Trend, dass etwa 50 Prozent der gemeldeten Fälle bei Erwachsenen über 15 Jahren auftreten. Hier erkrankten mit Ausnahme des Jahres 2017 immer noch Kinder unter 14 Jahren deutlich häufiger an Masern (siehe Abbildung 21).

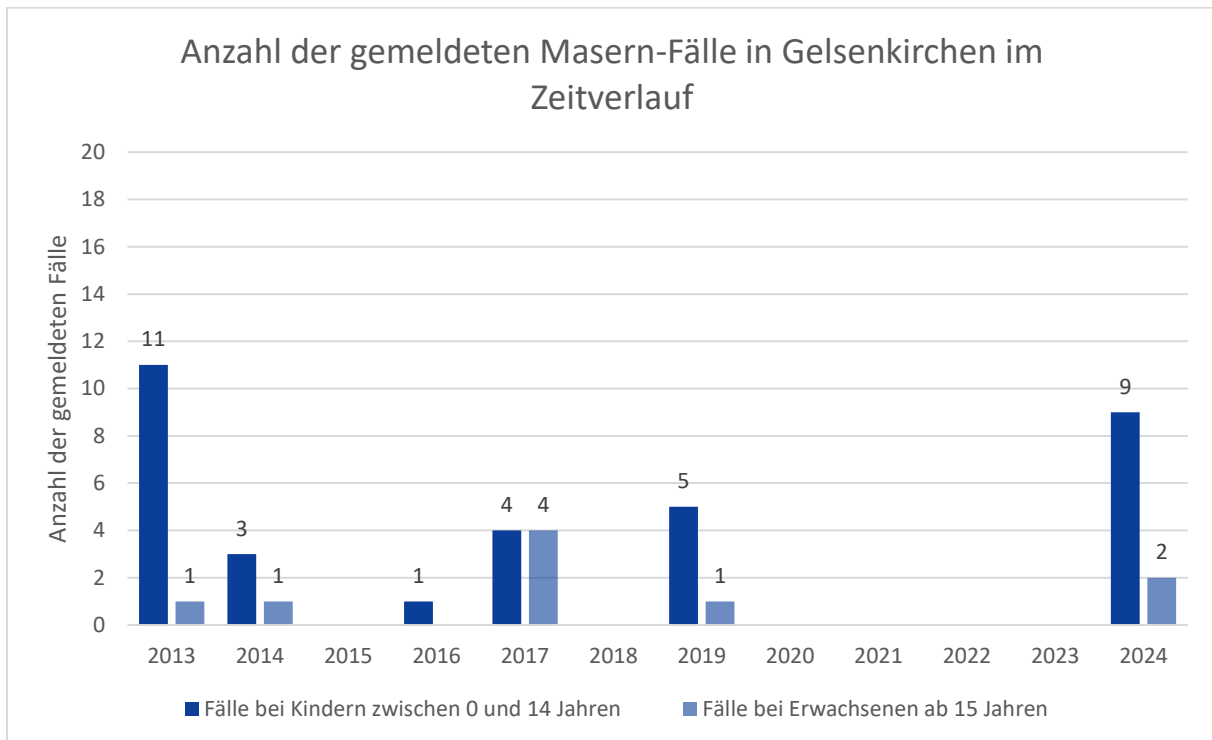


Abbildung 21 Anzahl der gemeldeten Fälle von Masern in Gelsenkirchen im Zeitverlauf von 2013 bis 2024.

Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>, Abfragedatum: 17.02.2025.

Eigene Darstellung.

Wie bereits zuvor beschrieben steht bereits seit vielen Jahren für den Schutz gegen eine Infektion mit dem Masern-Virus eine Impfung zur Verfügung. Die STIKO empfiehlt hierbei die Impfung für alle Säuglinge und Kleinkinder ab dem 11. Lebensmonat. Um einen vollständigen Impfschutz zu erhalten, sind zwei Impfdosen notwendig. Nachdem man gegen Masern geimpft ist, ist man üblicherweise dauerhaft vor einer Ansteckung geschützt (43,39).

Um die Ausbrüche von Masern weiter einzudämmen und Personen, die sich aus unterschiedlichen Gründen nicht impfen lassen können, noch mehr zu schützen, trat in Deutschland zum 01.März.2020 das Masernschutzgesetz in Kraft. In diesem Gesetz

wird geregelt, dass alle nach 1970 geborenen Personen, die entweder in einer Gemeinschaftseinrichtung betreut werden oder in einer Gemeinschaftseinrichtung oder Gesundheitseinrichtung arbeiten, ihren Masern-Impfschutz nachweisen müssen. Zu Gemeinschaftseinrichtungen gehören unter anderem Kindertagesstätten, Schulen und Unterkünfte für Geflüchtete. Sollte eine Person nicht nachweisen, dass sie gegen Masern immun ist, muss dies an das Gesundheitsamt gemeldet werden und dieses prüft dann weitere Schritte.

Fazit & Handlungsoptionen „Infektionskrankheiten“

Bei vielen der hier beschriebenen Infektionskrankheiten können Impfungen eine Ansteckung selbst oder zumindest einen schweren Verlauf der Erkrankung verhindern.

Bei Masern und Hepatitis B reicht eine Grundimmunisierung aus, um üblicherweise dauerhaft geschützt zu sein. Auch viele weitere, hier nicht beschriebene, Infektionskrankheiten können durch Impfungen vermieden werden. Hier ist es wichtig, die Bevölkerung über die Möglichkeiten der Impfungen verständlich und umfangreich aufzuklären.

Da bei COVID-19 und der Influenza (Grippe) eine jährliche Auffrischung der Impfung notwendig ist und hier auch nur bestimmten Risikogruppen eine Impfung empfohlen wird, ist die Aufklärung darüber warum eine jährliche Auffrischungsimpfung notwendig ist und wer zu den Risikogruppen gehört von Bedeutung. Dabei ist es wichtig, die bereits existierenden Informationen auf die kommunalen Bedingungen anzupassen und flächendeckend, aber gleichzeitig adressatenorientiert, zu verbreiten.

Bei Infektionskrankheiten, für die es keine ausgewiesenen Impfungen gibt (wie z. B. Tuberkulose), ist es das Ziel der Mitarbeitenden im Referat Gesundheit, die Fälle möglichst frühzeitig zu identifizieren, um so einer Ausbreitung entgegenzuwirken.

3.3 Krebserkrankungen

In den folgenden Kapiteln werden die Häufigkeit der Neuerkrankungen und die Häufigkeit der Todesfälle bestimmter Krebserkrankungen dargestellt. Es gibt viele verschiedene Faktoren, die dazu beitragen können, dass Krebs entsteht. Manche der Faktoren können vermieden werden – z.B. ein ungesunder Lebensstil oder bestimmte Umweltfaktoren – andere können nicht beeinflusst oder verändert werden (45). Die Häufigkeit von Krebserkrankungen nimmt mit steigendem Alter zu. Dadurch sind die Raten für Krebserkrankungen in Städten mit einer älteren Bevölkerung oft höher als in Städten oder Kreisen mit einer durchschnittlich jüngeren Bevölkerung. Um diese Verzerrung durch unterschiedliche Altersstrukturen herauszunehmen und trotzdem die Krebshäufigkeiten unterschiedlicher Städte – oder wie in diesem Fall von Gelsenkirchen und NRW – miteinander vergleichen zu können, werden daher altersstandardisierte Raten genutzt.

Was sind altersstandardisierte Raten?

Altersstandardisierte Raten sind eine Messgröße in der Statistik. Sie geben an, wie viele Krankheits- oder Sterbefälle je 100.000 Personen es geben würde, wenn der Altersaufbau der Bevölkerung dem einer definierten Standardbevölkerung entsprechen würde. Hier wird die alte Europabevölkerung als fiktive Standardbevölkerung zugrunde gelegt.

Durch altersstandardisierte Raten kann man somit Daten aus unterschiedlichen Regionen vergleichen, ohne dass es zu Verzerrungen durch unterschiedliche Altersverteilungen (z.B. mehr Ältere in der einen als in der anderen Region) kommt.

Im Folgenden werden die in Deutschland am häufigsten auftretenden Krebsarten dargestellt. Die Daten des Landeskrebsregisters liegen nur mit der Unterscheidung nach Männern und Frauen vor. Daher kann hier in der Darstellung der Daten auch nur diese Unterscheidung vorgenommen werden. In der Regel werden jeweils beide Geschlechter betrachtet. Ausnahmen stellen hierbei Brustkrebs und Prostatakrebs dar. Da Brustkrebs bei Männern eher selten ist, werden hier nur die Neuerkrankungs-

und Sterberaten von Frauen dargestellt. Bei Prostatakrebs werden nur Männer betrachtet, da diese Krebserkrankung nur bei Männern auftreten kann.

Woher kommen die Daten zu den Krebserkrankungen?

Die in den folgenden Unterkapiteln dargestellten Daten stammen aus dem Landeskrebsregister NRW (LKR NRW). Die Krebsneuerkrankungen und die Krebssterbefälle beziehen sich dabei auf den Wohnort zum Zeitpunkt der Diagnose bzw. zum Todeszeitpunkt. Das LKR NRW aktualisiert die Daten regelmäßig. Die hier dargestellten Daten haben den Datenstand 19.07.2024.

3.3.1 Brustkrebs

Bei Brustkrebs entsteht ein bösartiger Tumor im Brustgewebe. Bei den meisten Betroffenen kann keine eindeutige Ursache für die Erkrankung gefunden werden. Es gibt jedoch eine Reihe von bekannten Faktoren, die das Risiko zu erkranken erhöhen. Dazu gehören z.B. eine erbliche Veranlagung, eine intensive Strahlenbehandlung des Brustkorbs im Kindes- und Jugendalter oder hormonelle Einflüsse (46).

Brustkrebs kann sowohl bei Frauen als auch bei Männern auftreten. Bei Frauen ist Brustkrebs in Deutschland mit Abstand die häufigste Krebserkrankung. Etwa jede 8. Frau erhält in ihrem Leben die Diagnose Brustkrebs. Männer können zwar auch an Brustkrebs erkranken, jedoch ist dies eher selten. In Deutschland erkranken jährlich ca. 750 Männer an Brustkrebs (47). Aufgrund dieser deutlich geringeren Zahlen für Brustkrebs bei Männern, werden hier nur die Neuerkrankungs- und Sterberaten von Frauen dargestellt.

In Gelsenkirchen liegt die Rate der Neuerkrankungen unter der Neuerkrankungsrate NRWs. Nachdem sich die Gelsenkirchener Rate bis 2019 der NRW-Rate deutlich angenähert hat, geht die Schere zwischen den beiden Raten seit 2020 wieder auseinander (siehe Abbildung 22).

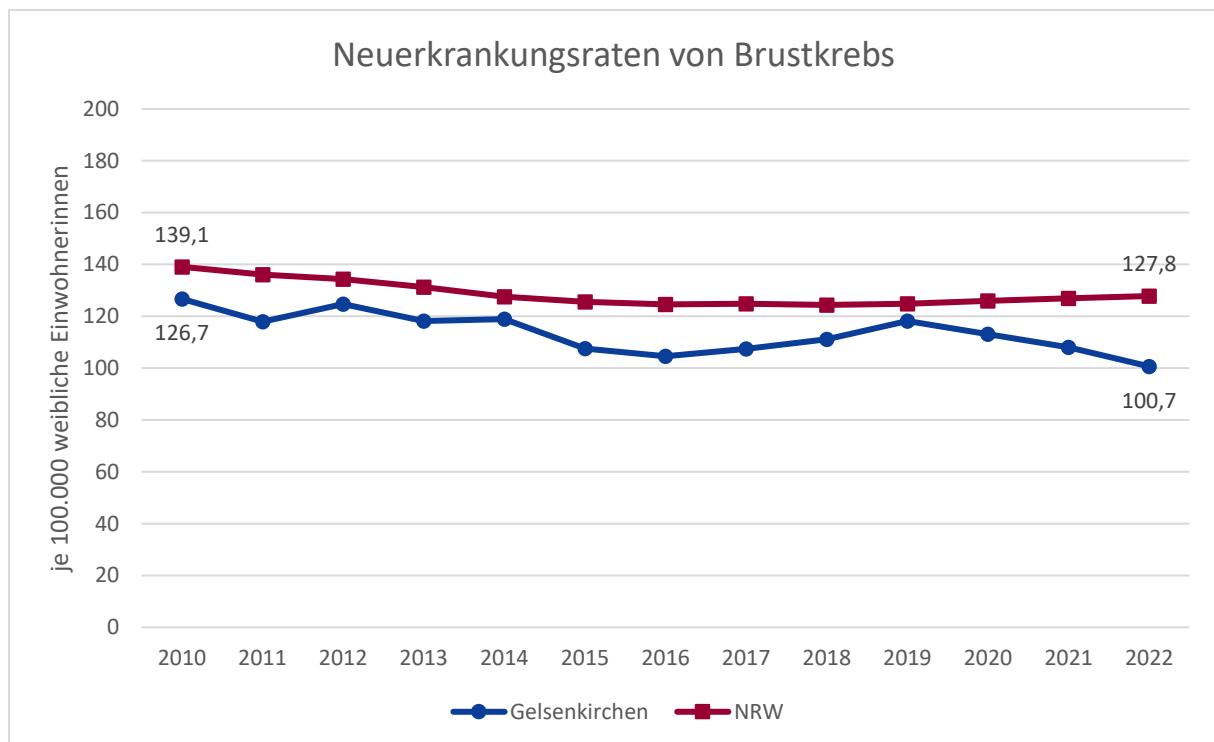


Abbildung 22 Neuerkrankungsraten von Brustkrebs (altersstandardisiert) bei Frauen in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2010 bis 2022.

Quelle: Landeskrebsregister NRW, Stand: 19.07.2024.

Eigene Darstellung.

Während die Neuerkrankungsraten in Gelsenkirchen unter den Raten NRWs liegen, ist es bei den Sterberaten anders. Hier liegen die Raten in Gelsenkirchen regelmäßig über den Sterberaten NRWs.

Warum schwanken die Raten in Gelsenkirchen mehr als die Raten in NRW?

Die Anzahl der Neuerkrankungen bzw. der Sterbefälle ist in Gelsenkirchen kleiner als in NRW. Je kleiner die Anzahl der Fälle, auf denen die Raten beruhen, desto eher kommt es zu Schwankungen zwischen z. B. verschiedenen Jahren.

Während die Sterberaten in NRW seit 2011 leicht zurückgehen, war in Gelsenkirchen zwischen 2016 und 2019 ein Anstieg zu beobachten. Dieser ging danach wieder zurück und 2021 und 2022 lagen die Sterberaten in Gelsenkirchen auf ähnlichem Niveau wie der NRW-Durchschnitt (siehe Abbildung 23).

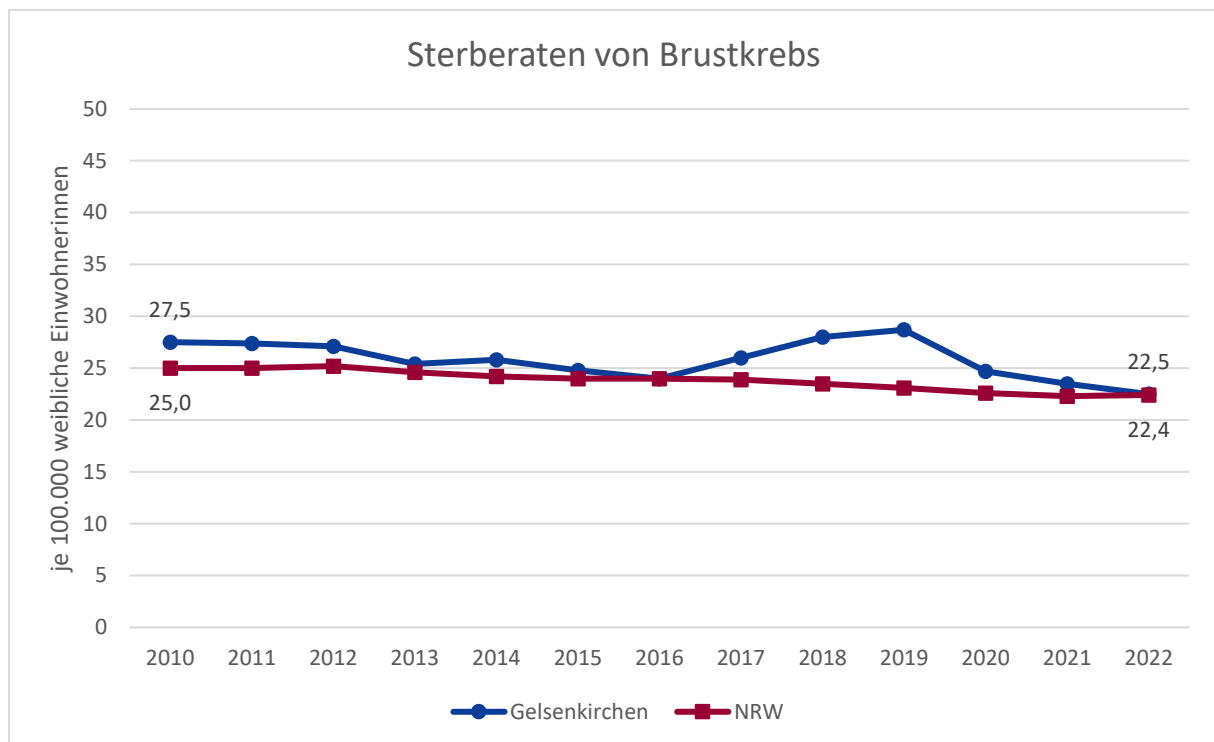


Abbildung 23 Sterberaten von Brustkrebs (altersstandardisiert) bei Frauen in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2010 bis 2022.

Quelle: Landeskrebsregister NRW, Stand: 19.07.2024.

Eigene Darstellung.

Mit dem Mammographie-Screening gibt es in Deutschland seit vielen Jahren eine Möglichkeit zur frühen Erkennung von Brustkrebs. Dadurch können viele Brustkrebsfälle frühzeitig erkannt, gut behandelt und damit Sterbefälle verhindert werden. Eine hohe Teilnahmequote kann sich somit positiv auf die Sterberate auswirken.

3.3.2 Prostatakrebs

Prostatakrebs ist ein bösartiger Tumor der Prostata – auch Vorsteherdrüse genannt. Da nur Männer diese Vorsteherdrüse haben, kann diese Krebsart auch nur bei ihnen entstehen. Prostatakrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern in Deutschland (48).

Der größte Risikofaktor für die Entstehung von Prostatakrebs ist das Alter. Bei Männern unter 50 Jahren tritt Prostatakrebs nur selten auf. Durchschnittlich waren Männer zum Zeitpunkt der Diagnose 71 Jahre alt. Im Verlauf des Lebens erhält einer von sieben Männern in Deutschland die Diagnose Prostatakrebs (48).

In Gelsenkirchen hat 2022 ca. 1 Prozent der Männer die Diagnose Prostatakrebs erhalten. Damit lag die Neuerkrankungsrate in Gelsenkirchen unter dem NRW-Durchschnitt. Während die Neuerkrankungsraten in Gelsenkirchen und NRW von 2010 bis 2013 noch relativ ähnlich waren, liegt diese in Gelsenkirchen seit 2014 unter der Rate NRWs (siehe Abbildung 24).

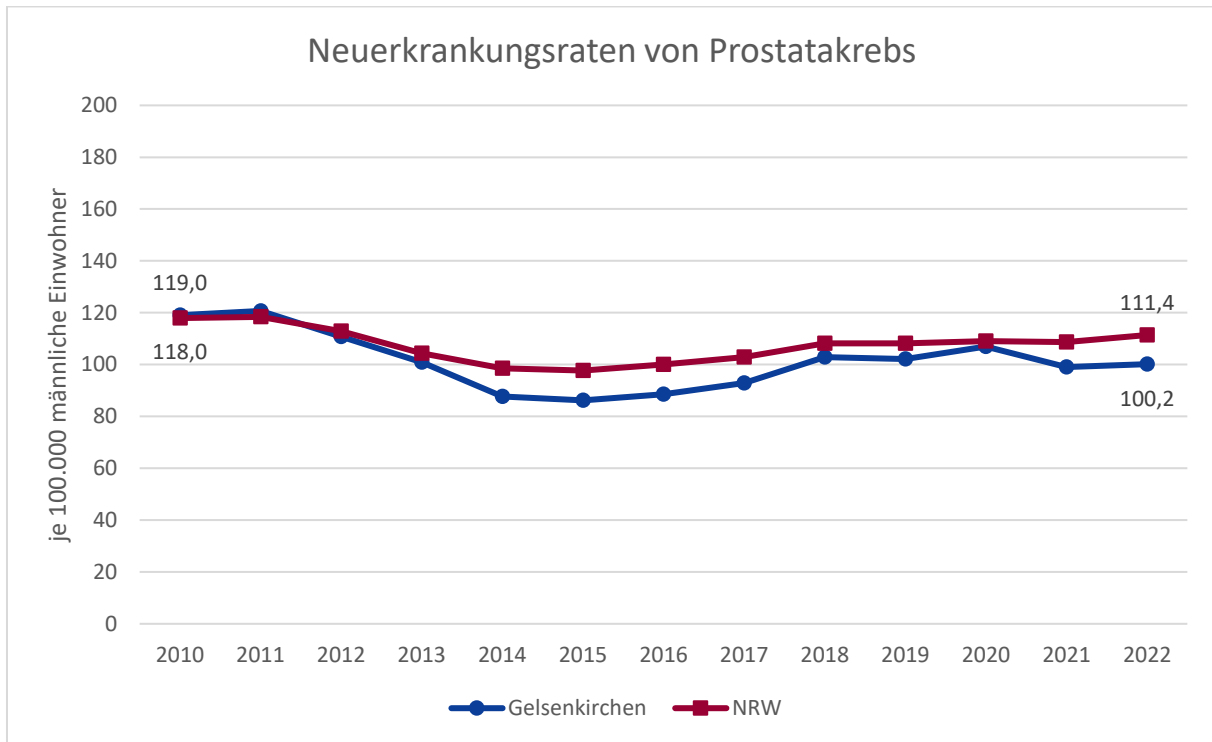


Abbildung 24 Neuerkrankungsraten von Prostatakrebs (altersstandardisiert) bei Männern in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2010 bis 2022.

Quelle: Landeskrebsregister NRW, Stand: 19.07.2024.

Eigene Darstellung.

Die Sterberate bei Prostatakrebs lag zwischen 2010 und 2018 in Gelsenkirchen immer über dem NRW-Durchschnitt. Seit 2017 sinkt die Sterberate in Gelsenkirchen und liegt seit 2019 unter dem NRW-Durchschnitt (siehe Abbildung 25).

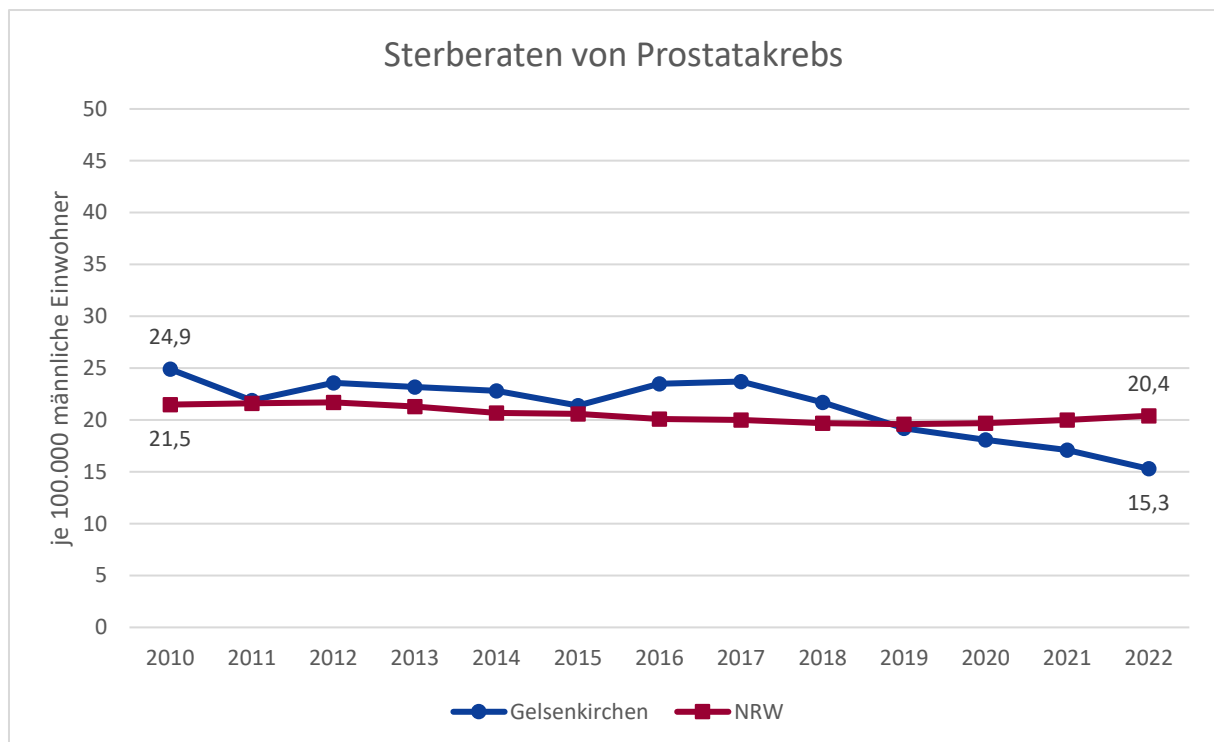


Abbildung 25 Sterberaten von Prostatakrebs (altersstandardisiert) bei Männern in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2010 bis 2022.

Quelle: Landeskrebsregister NRW, Stand: 19.07.2024.

Eigene Darstellung.

Für Prostatakrebs gibt es eine Tastuntersuchung als gesetzliche Früherkennungsuntersuchung, die ab einem Alter von 45 Jahren für gesetzlich und privat versicherte Personen bezahlt wird.

3.3.3 Lungenkrebs

Lungenkrebs – auch Bronchialkarzinom genannt – ist eine Krebserkrankung, die im Lungengewebe entsteht. Dazu zählen vor allem zwei große Gruppen von Tumoren – die kleinzelligen und die nicht-kleinzelligen Tumore (49).

Neben verschiedenen Schadstoffen, mit denen man vor allem im beruflichen Kontext zu tun hat, ist einer der größten Risikofaktoren für die Entstehung von Lungenkrebs das Rauchen. Auch das Passivrauchen kann das Risiko für Lungenkrebs erhöhen (50).

Lungenkrebs ist nach Brustkrebs und Darmkrebs bei Frauen die dritthäufigste und nach Prostatakrebs bei Männern die zweithäufigste Krebsart in Deutschland. Jährlich erkranken ca. 56.500 Menschen an Lungenkrebs (49).

In 2022 lagen die Neuerkrankungsrate und die Sterberate für Lungenkrebs in Gelsenkirchen sowohl bei Männern als auch bei Frauen deutlich über dem NRW-Durchschnitt (siehe Abbildung 26).

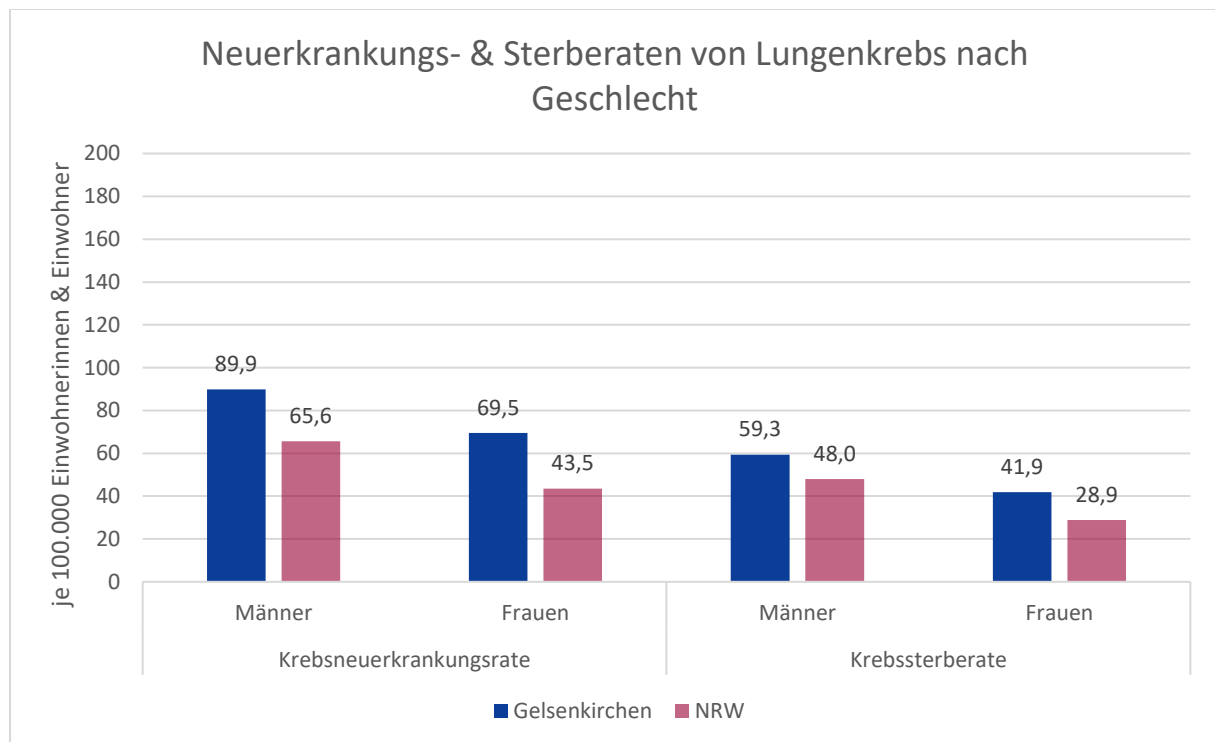


Abbildung 26 Neuerkrankungs- und Sterberaten von Lungenkrebs (altersstandardisiert) bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW 2022.
Quelle: Landeskrebsregister NRW, Stand: 19.07.2024.
Eigene Darstellung.

Die im Vergleich zum NRW-Durchschnitt höheren Neuerkrankungsraten – vor allem bei Männern – lassen sich zum Teil dadurch erklären, dass in der Vergangenheit vor allem die Männer in Gelsenkirchen durch den Bergbau ein erhöhtes – beruflich bedingtes – Risiko für Lungenkrebs hatten, als der NRW-Durchschnitt.

Während in Gelsenkirchen die Neuerkrankungsrate der Männer seit 2010 stetig sinkt, steigt die Rate bei den Frauen deutlich an. Dies kann zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass der größte Risikofaktor – das Rauchen – bei Frauen über die Jahre an Popularität gewonnen hat während das berufliche Risiko bei Männern über die Jahre eher weiter abgenommen hat (siehe Abbildung 27).

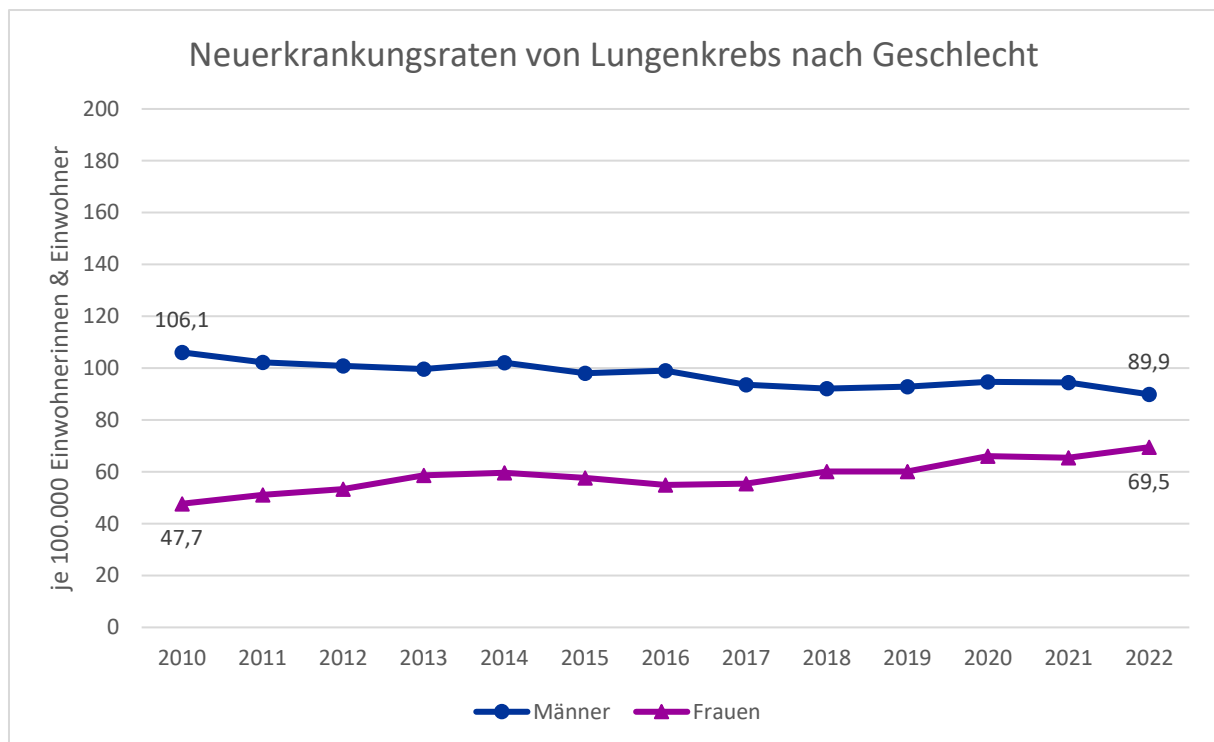


Abbildung 27 Neuerkrankungsrate von Lungenkrebs (altersstandardisiert) bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen im Zeitverlauf von 2010 bis 2022.

Quelle: Landeskrebsregister NRW, Stand: 19.07.2024.

Eigene Darstellung.

Da es von der Exposition bis zur Entstehung der Erkrankung viele Jahre dauert, zeigen sich Veränderungen in den Risikofaktoren erst nach einiger Zeit.

Im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen gibt es für Lungenkrebs in Deutschland bisher keine reguläre Früherkennungsuntersuchung, die der Bevölkerung oder bestimmten Bevölkerungsgruppen angeboten wird. Dies liegt vor allem daran, dass es bisher kein Untersuchungsverfahren gibt, das sowohl risikoarm als auch zuverlässig ist (51).

3.3.4 Darmkrebs

Unter der Bezeichnung Darmkrebs – in der Fachsprache auch kolorektales Karzinom genannt – werden zwei Krebsarten, der Dickdarmkrebs und der Enddarmkrebs, zusammengefasst (52).

Neben dem Alter als Risikofaktor erhöht sich das Risiko an Darmkrebs zu erkranken auch z.B. durch Rauchen, Alkoholkonsum oder hohen Fleischkonsum. Daneben können auch weitere nicht beeinflussbare Faktoren, wie z. B. schwere und langwierige

Entzündungen der Dickdarmschleimhaut (z. B. Morbus Crohn) oder genetische Vorbelastungen, wie ein vermehrtes Auftreten von Darmkrebs in der Familie, das Risiko für die Entstehung von Darmkrebs erhöhen (53).

Darmkrebs ist in Deutschland bei Frauen die zweithäufigste und bei Männern die dritthäufigste Krebserkrankung. Jährlich erkranken in Deutschland ca. 24.000 Frauen und 30.000 Männer (54).

In Gelsenkirchen lag die Neuerkrankungsrate 2022 bei Männern bei 64,3 pro 100.000 und bei Frauen bei 53,3 pro 100.000. Damit lagen die Neuerkrankungsraten deutlich über dem NRW-Durchschnitt (50,3 bei den Männern bzw. 36,0 bei den Frauen). Auch die Sterberaten bei Darmkrebs liegen über den NRW-weiten Raten für Männer und Frauen (siehe Abbildung 28).

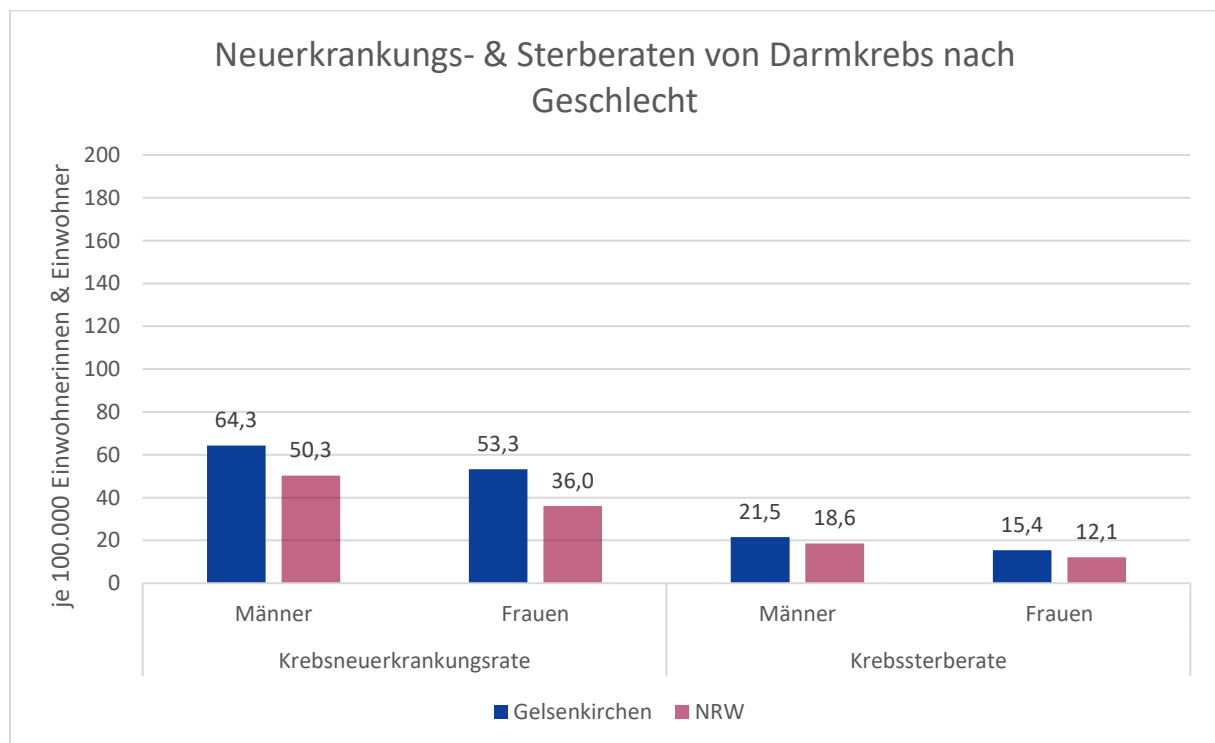


Abbildung 28 Neuerkrankungs- und Sterberaten von Darmkrebs (altersstandardisiert) bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW 2022.

Quelle: Landeskrebsregister NRW, Stand: 19.07.2024.

Eigene Darstellung.

Wie in der folgenden Abbildung deutlich wird, ist seit 2020 bei den Gelsenkirchener Frauen ein Anstieg bei der Darmkrebs-Neuerkrankungsrate zu beobachten. Dieser Trend ist bei der NRW-weiten Rate nicht so zu sehen (siehe Abbildung 29).

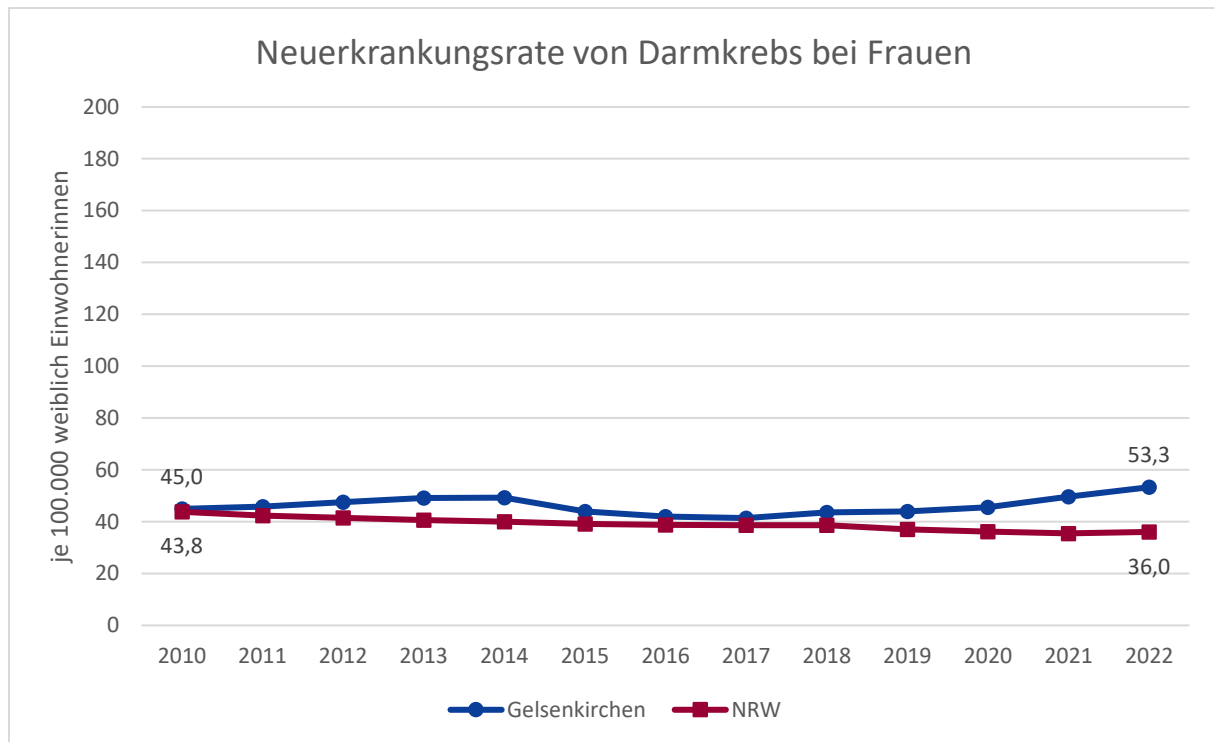


Abbildung 29 Neuerkrankungsrate von Darmkrebs (altersstandardisiert) bei Frauen in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2010 bis 2022.

Quelle: Landeskrebsregister NRW, Stand: 19.07.2024.

Eigene Darstellung.

Für Männer und Frauen ab 50 Jahren übernehmen die gesetzlichen und privaten Krankenkassen verschiedene Untersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs. Ab einem Alter von 50 Jahren haben Frauen und Männer Anspruch auf bis zu zwei Darmspiegelungen im Abstand 10 Jahren. Als Alternative dazu können Patientinnen und Patienten alle 2 Jahre einen Test auf nicht-sichtbares Blut im Stuhl (Stuhltest) machen lassen. Dieser Test ist jedoch etwas weniger zuverlässig als die Darmspiegelung (52).

3.3.5 Malignes Melanom der Haut

Das maligne Melanom der Haut ist auch als schwarzer Hautkrebs bekannt. Von schwarzem Hautkrebs wird gesprochen, wenn der Tumor von den pigmentbildenden Zellen der Haut ausgeht. Anzeichen für schwarzen Hautkrebs sind z. B. wenn ein Muttermal neu entsteht, ein bestehendes Muttermal sich verändert oder ein Muttermal eine ungleichmäßige Form bzw. einen unscharfen, fransigen Rand hat. Wenn er früh erkannt wird, lässt sich schwarzer Hautkrebs meist gut behandeln (55).

Risikofaktoren für die Entstehung von schwarzem Hautkrebs sind unter anderem viele Muttermale, ein heller Hauttyp und vor allem auch die Belastung der Haut mit UV-Strahlung durch Sonne oder Solarien (56).

In Deutschland erkrankten 2022 rund 25.400 Menschen an schwarzem Hautkrebs. Dabei sind Frauen und Männer ungefähr gleich häufig betroffen (57).

Im Jahr 2022 sind in Gelsenkirchen 47 Männer und 47 Frauen an schwarzem Hautkrebs erkrankt. Dies entspricht einer Rate von 29,5 pro 100.000 bei den Männern und 28,6 pro 100.000 bei den Frauen.

Damit lagen 2022 die Neuerkrankungsraten für schwarzen Hautkrebs in Gelsenkirchen über den NRW-weiten Raten. Die Sterberate ist zumindest bei den Männern jedoch in Gelsenkirchen geringer als im NRW-Durchschnitt (siehe Abbildung 30).

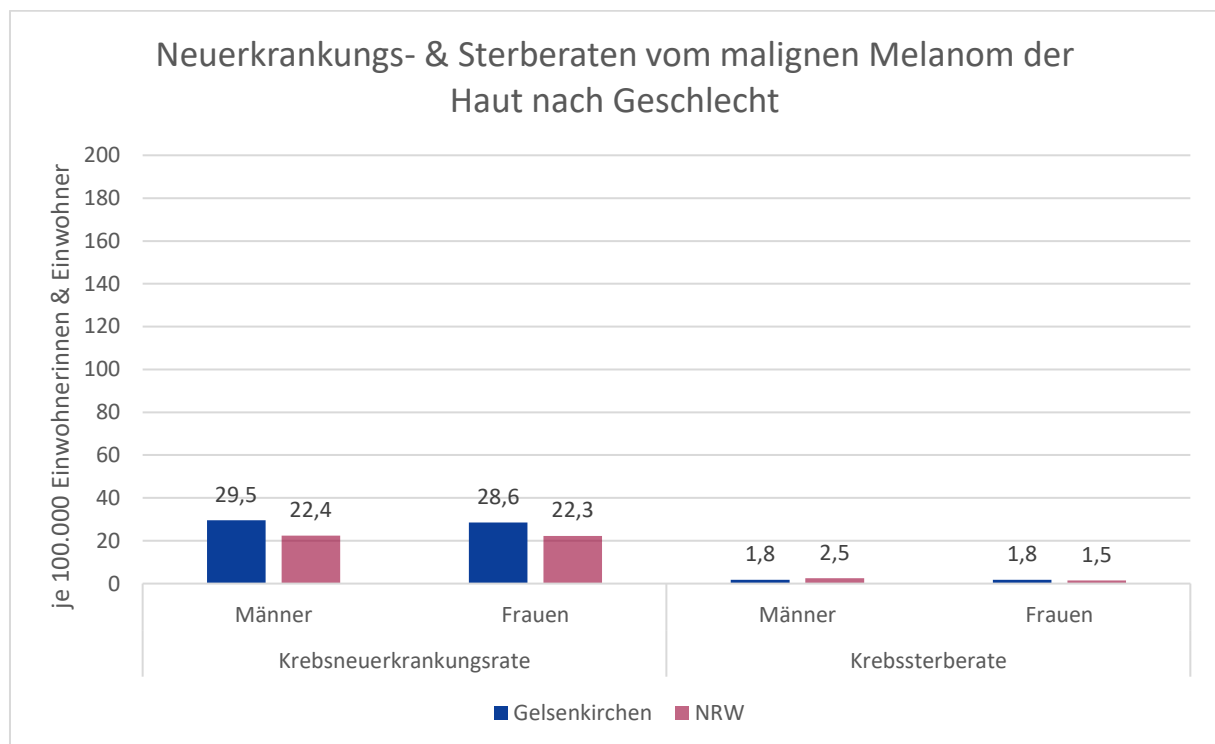


Abbildung 30 Neuerkrankungs- und Sterberaten vom malignen Melanom der Haut (altersstandardisiert) bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW 2022.

Quelle: Landeskrebsregister NRW, Stand: 19.07.2024.

Eigene Darstellung.

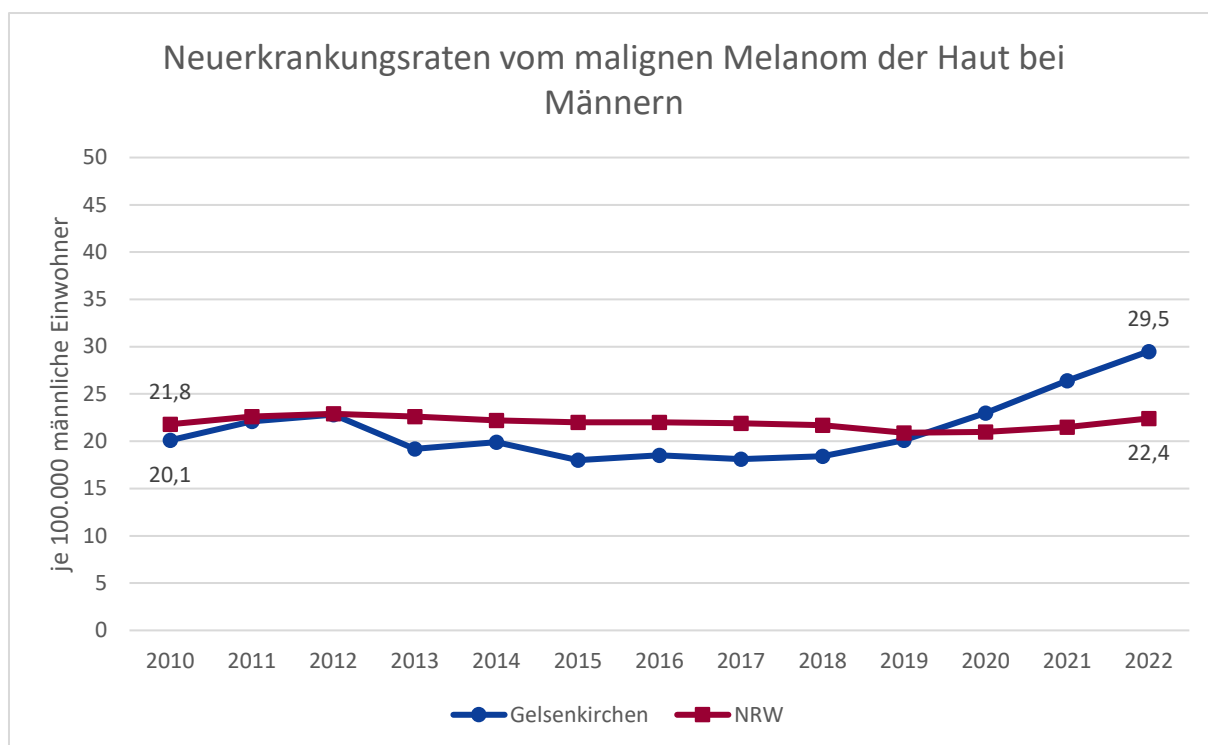


Abbildung 31 Neuerkrankungsrate vom malignen Melanom der Haut (altersstandardisiert) bei Männern in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2010 bis 2022.

Quelle: Landeskrebsregister NRW, Stand: 19.07.2024.

Eigene Darstellung.

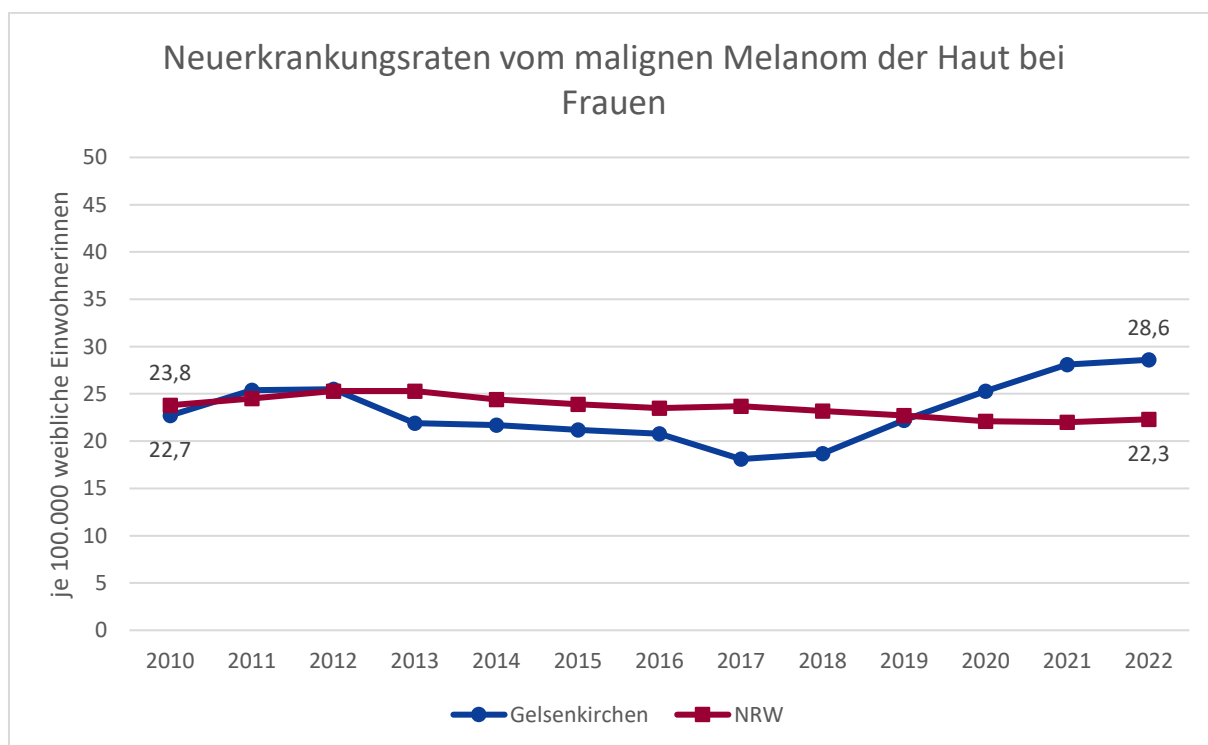


Abbildung 32 Neuerkrankungsrate vom malignen Melanom der Haut (altersstandardisiert) bei Frauen in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2010 bis 2022.

Quelle: Landeskrebsregister NRW, Stand: 19.07.2024.

Eigene Darstellung.

Seit 2018 steigen die Neuerkrankungsraten in Gelsenkirchen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen deutlich an. In NRW ist dieser ansteigende Trend nur bei den Männern aber dort auch nicht in dem Ausmaß wie in Gelsenkirchen zu erkennen. Während die Gelsenkirchener Neuerkrankungsraten bis 2019 noch unter den NRW-weiten Raten lagen, liegen sie seitdem über den NRW-Raten und entfernen sich über die Jahre weiter vom NRW-Durchschnitt (siehe Abbildung 31 & Abbildung 32).

Die Sterberaten bei schwarzem Hautkrebs sind relativ gering, da viele Erkrankungen frühzeitig erkannt werden. Dies kann zum Teil auch auf die seit 2008 in Deutschland gesetzliche Leistung zur Früherkennung zurückgeführt werden. Hier haben alle gesetzlich Versicherten ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre ein Anrecht auf ein Hautkrebsscreening bei einem Facharzt oder einer Fachärztin.

Um generell die Entstehung von schwarzem Hautkrebs zu verhindern und somit die Neuerkrankungsraten wieder zu verringern, sollte der Schutz vor UV-Strahlung – auch im Kinder- und Jugendalter – besonders ernst genommen werden.

Fazit & Handlungsoptionen „Krebserkrankungen“

Während die Neuerkrankungs- und Sterberaten von Brust- und Prostatakrebs in Gelsenkirchen auf einem ähnlichen Niveau wie der NRW-Durchschnitt oder sogar darunterliegen, zeigen sich bei Lungen-, Darm- und schwarzem Hautkrebs in Gelsenkirchen deutlich höhere Neuerkrankungs- und Sterberaten als im NRW-Durchschnitt.

Dadurch zeigt sich in Gelsenkirchen im Vergleich zum NRW-Durchschnitt ein anderes Bild für Krebsarten, bei denen keine beeinflussbaren Risikofaktoren bekannt sind (Brust- & Prostatakrebs), als für Krebsarten, bei denen beeinflussbare Risikofaktoren bekannt sind (Lungen-, Darm & schwarzer Hautkrebs).

Auf dieser Grundlage scheint es von besonderer Bedeutung zu sein, die Gelsenkirchener Bevölkerung weiter über die Risikofaktoren der einzelnen Krebsarten und die Möglichkeiten zur Veränderung aufzuklären. Darüber hinaus ist es jedoch auch wichtig, die Informationen über Früherkennungsmöglichkeiten für alle verständlich und zielgruppenspezifisch aufzubereiten, um so die Teilnahmemöglichkeit für alle zu erhöhen und die Zugänge zu erleichtern, um damit die Sterblichkeit durch frühzeitiges Erkennen zu verringern.

4. Kinder- und Jugendgesundheit

4.1 Lebendgeborene

Die Anzahl der Lebendgeborenen in einer Stadt oder einem Land liefert wichtige Informationen über die Bevölkerungsentwicklung in dieser Region. Gemeinsam mit der Anzahl der Gestorbenen in einer Stadt und dem Zu- und Fortzug von Personen, zeigt die Anzahl der Lebendgeborenen, ob die Bevölkerung einer Stadt bzw. einer Region wächst oder schrumpft. Die Bevölkerungszahl in Gelsenkirchen schwankt immer etwas, aber generell wächst Gelsenkirchen seit etwa 2015 wieder. Die Sterbefälle in Gelsenkirchen werden im Kapitel zur Mortalität beschrieben.

Wie kommt die Rate der Lebendgeborenen zustande?

Um die Anzahl der Lebendgeborenen in verschiedenen Städten oder Regionen vergleichen zu können, wird diese hier im Verhältnis zu je 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren gesetzt. Diese Rate wird auch Fertilitätsrate oder Fruchtbarkeitsziffer genannt, da sie sich auf die Frauen im ungefähr gebärfähigen Alter bezieht.

Während die Rate der Lebendgeborenen 2012 in Gelsenkirchen und NRW noch auf einem ähnlichen Niveau lagen, lag diese 2023 in Gelsenkirchen mit 59,7 Lebendgeborenen je 1.000 15 bis 44-jährigen Frauen deutlich über der Rate NRWs (siehe Abbildung 33). Vor allem zwischen 2015 und 2018 stieg die Fertilitätsrate in Gelsenkirchen deutlicher als der NRW-Durchschnitt. Seit 2021 sind die Raten sowohl in Gelsenkirchen als auch in NRW wieder leicht rückläufig (siehe Abbildung 33). Gelsenkirchen weist damit 2023 die höchste Rate der Lebendgeborenen aller Kreise und kreisfreien Städte in NRW auf.

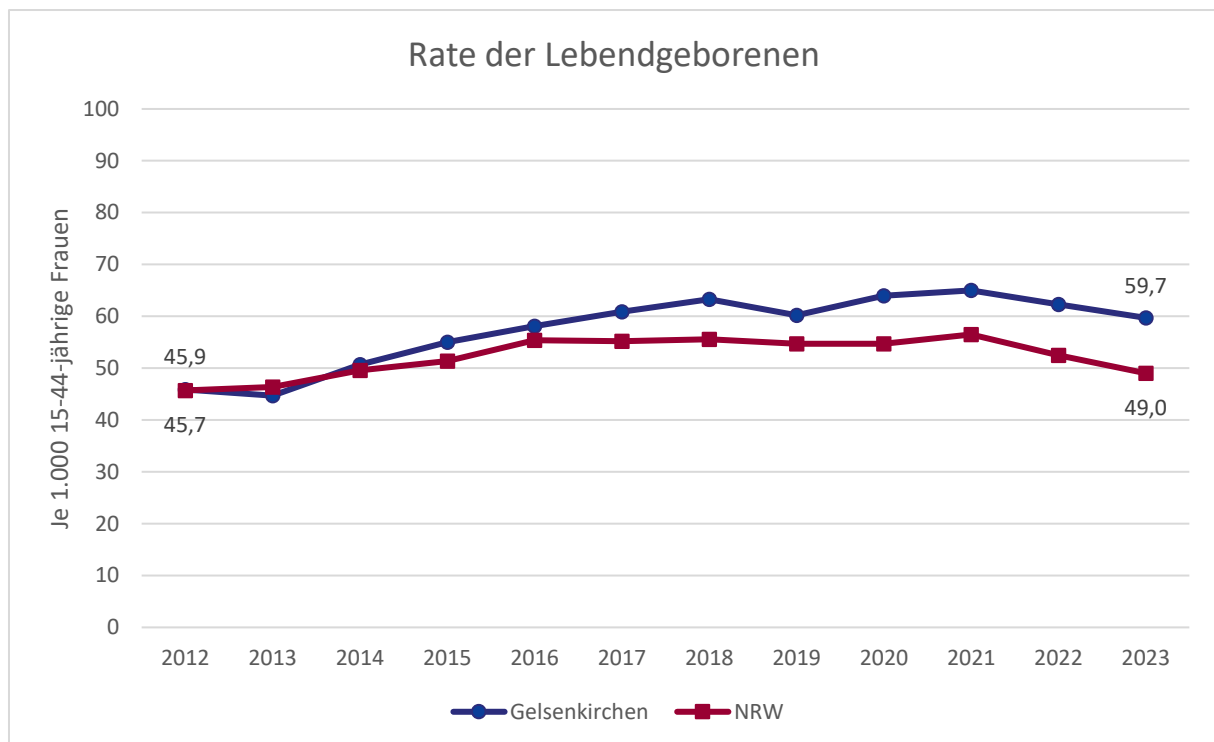


Abbildung 33 Anzahl der Lebendgeborenen je 1.000 15 bis 44-jährige Frauen in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2012 bis 2023.

Quelle: LfGA NRW. Indikator 2.10_01 (L) – Lebendgeborene, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken. Stand: März 2025.

Eigene Darstellung.

4.2 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

Die Schuleingangsuntersuchung ist die gesetzlich vorgeschriebene Untersuchung der Kinder im Alter von etwa 5 bis 6 Jahren bevor diese in die Schule kommen. Durchgeführt werden die Untersuchungen durch den Kinder- und Jugendmedizinischen Dienst im Referat Gesundheit der Stadt. Bei den Schuleingangsuntersuchungen werden unter anderem der Impfstatus, die erfolgten Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9), das Hör- und Sehvermögen, der körperliche Gesundheitszustand und der allgemeine Entwicklungsstand der Kinder erfasst.

Die Schuleingangsuntersuchungen werden anhand eines einheitlichen Verfahrens in ganz NRW gleich erhoben. Zur Erhebung des allgemeinen Entwicklungsstands der Kinder wird in NRW das sogenannte Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – kurz SOPESS – genutzt. Dieses Screening umfasst Testverfahren zur Einordnung der sprachlichen, kognitiven und motorischen Fähigkeiten der Kinder.

Werden jedes Jahr alle Kinder eines Jahrgangs bei der Schuleingangsuntersuchung untersucht?

Die Schuleingangsuntersuchungen sind im Regelfall eine Untersuchung aller Kinder einer Stadt, die im betreffenden Jahr eingeschult werden. Aufgrund der Corona-Pandemie und den damit einhergehenden Einschränkungen konnten jedoch zwischen 2020 und 2022 teilweise nur wenige Kinder untersucht werden. Daher fehlen diese Jahre in den Darstellungen der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen.

Diese fehlenden Werte werden in den Zeitreihen mit einer gestrichelten Linie dargestellt.

In den folgenden Unterkapiteln werden die Ergebnisse einiger Bereiche der Schuleingangsuntersuchungen für Gelsenkirchen dargestellt.

4.2.1 Adipositas im Kindesalter

Adipositas wird als Fachbegriff für ein starkes Übergewicht verwendet. Dabei können sowohl Kinder als auch Erwachsene von Adipositas betroffen sein. Auch bei Kindern wird zur Feststellung von Übergewicht oder starkem Übergewicht die Körpergröße und das Körpergewicht erfasst und daraus dann der Body-Mass-Index (BMI) gebildet. Im Kindes- und Jugendalter können jedoch nicht die gleichen Kategorien für die Gewichtseinteilungen wie bei Erwachsenen genommen werden. Bei Kindern und Jugendlichen wird die Gewichtseinteilung daher mithilfe der Gewichtsverteilung einer Vergleichsgruppe vorgenommen. Diese Vergleichs-Verteilung aus einer Studie von

Krohmeier-Hauschild aus dem Jahr 2001 wird in Deutschland einheitlich für die Bestimmung der Gewichtseinteilungen der Kinder genutzt (58, 59).²

Adipositas kann bereits bei Kindern und Jugendlichen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Kinder und Jugendliche mit Adipositas können unter anderem häufiger Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen aufweisen als normalgewichtige Kinder und Jugendliche. Zudem kann eine Adipositas im Kindes- und Jugendalter auch dazu führen, dass Insulin nicht mehr gut an den Körperzellen wirkt und dadurch Zucker nicht mehr richtig verarbeitet werden kann. Dass kann auf Dauer zu Diabetes führen. Auch psychosoziale Belastungen, wie ein vermindertes Selbstwertgefühl, können aufgrund der Stigmatisierung von Adipositas auftreten (58). Zudem kann eine Adipositas im Kinder- und Jugendalter bis ins Erwachsenenalter negative gesundheitliche Folgen haben. Oft bleiben dabei Personen, die bereits in jungen Jahren von Adipositas betroffen sind, auch im Erwachsenenalter übergewichtig oder adipös. Adipositas im Erwachsenenalter ist dabei ein Risikofaktor für verschiedene Erkrankungen, wie z.B. bestimmte Krebserkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen (58).

In Gelsenkirchen liegt der Anteil der Kinder, die bei der Schuleingangsuntersuchung adipös sind, seit 2012 jährlich leicht über dem NRW-Durchschnitt. So waren 2023 in Gelsenkirchen 6,2 Prozent der Einschulungs-Kinder adipös. Im NRW-Durchschnitt waren es 2023 hingegen 4,7 Prozent. Im Zeitverlauf seit 2012 zeigt sich in der hier untersuchten Altersgruppe der 5- bis 6-Jährigen sowohl in Gelsenkirchen als auch in NRW grundsätzlich kein Anstieg des Anteils der Einschulungs-Kinder, die adipös sind (siehe Abbildung 34).

² Referenzwerte nach Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2001): Deutliches Untergewicht: bis unter 3. Perzentil; Untergewicht: 3. bis unter 10. Perzentil; Übergewicht: größer 90. bis 97. Perzentil; Adipositas: größer 97. Perzentil

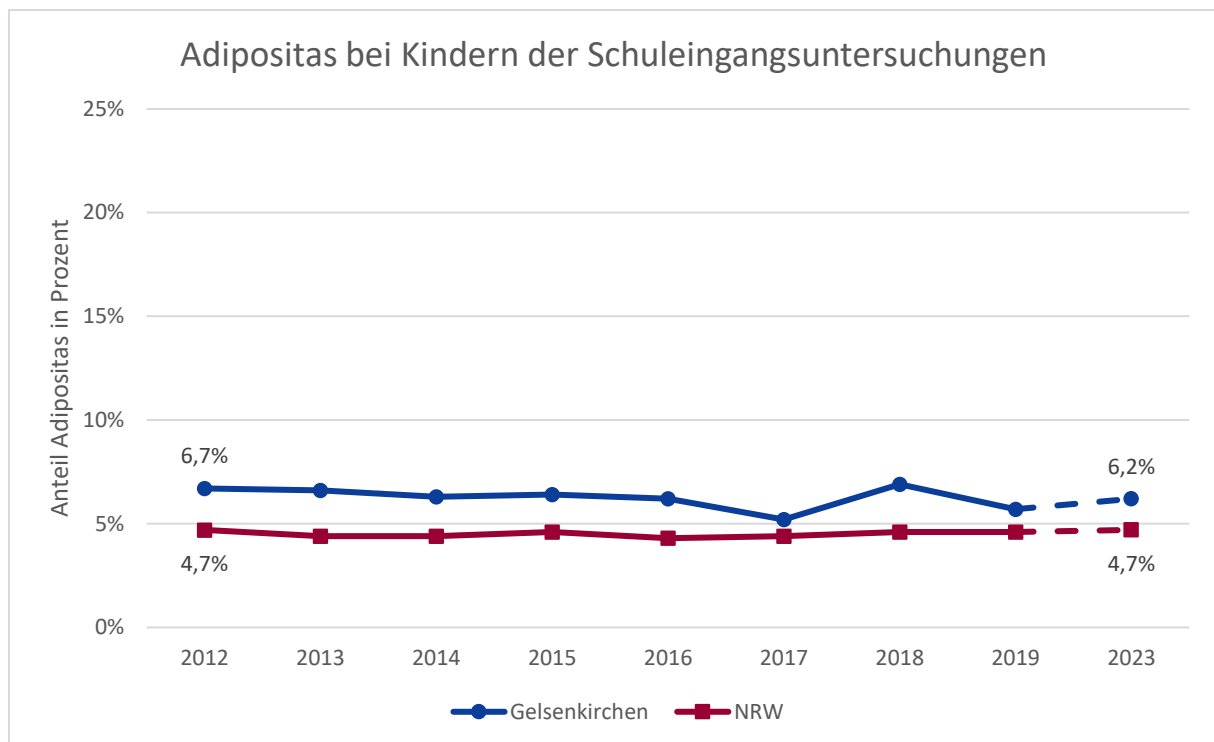


Abbildung 34 Adipositas bei Kindern der Schuleingangsuntersuchungen in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2012 bis 2023.

Quelle: LfGA NRW. Indikator 3.57_02 (L) – Adipositas bei Einschulungsuntersuchungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken. Stand: März 2025.

Eigene Darstellung.

Jungen sind dabei sowohl in Gelsenkirchen als auch im NRW-Durchschnitt etwas häufiger von Adipositas betroffen als Mädchen. Sowohl die Jungen als auch die Mädchen in Gelsenkirchen sind zudem – wie es auch die Gesamtzahlen zeigen – häufiger adipös als die Jungen und Mädchen im NRW-Durchschnitt (siehe Abbildung 35).

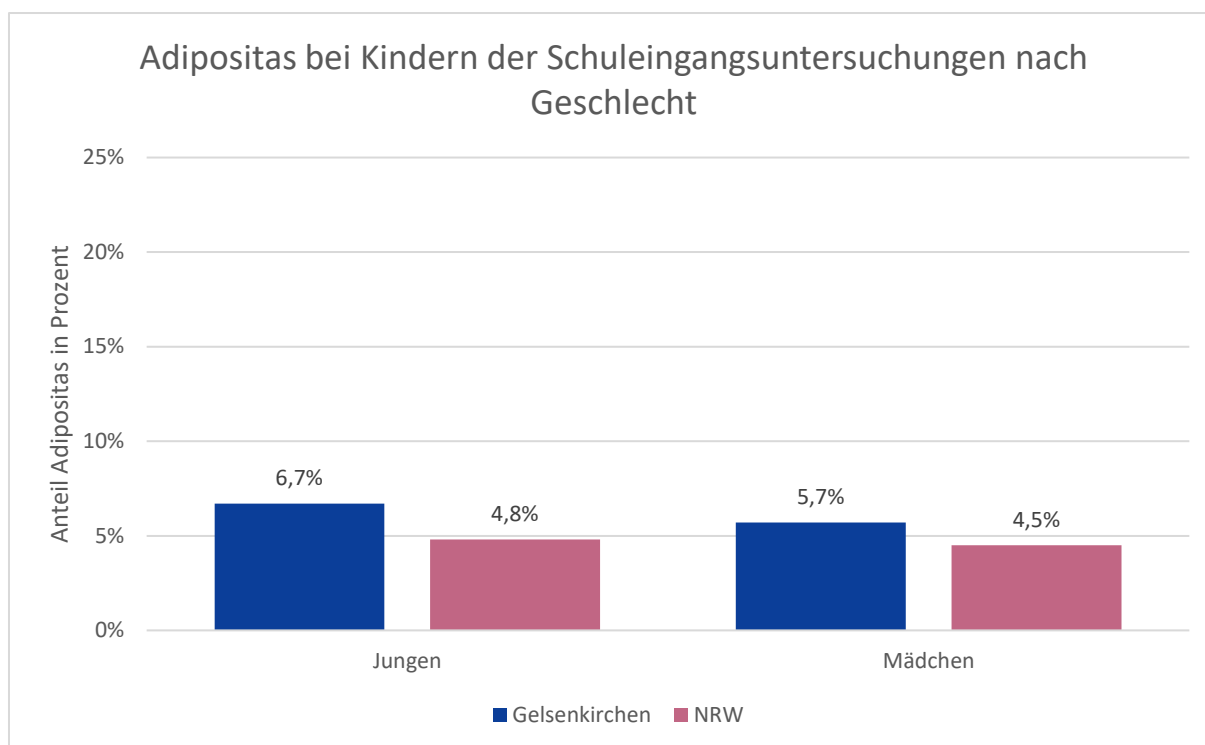


Abbildung 35 Adipositas bei Kindern der Schuleingangsuntersuchungen nach Geschlecht in Gelsenkirchen & NRW 2023.

Quelle: LfGA NRW. Indikator 3.57_02 (L) – Adipositas bei Einschulungsuntersuchungen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken. Stand: März 2025.

Eigene Darstellung.

Die hier beschriebenen Daten stellen nur die Altersgruppe der 5- bis 6-Jährigen Einschulungskinder dar. Unter anderem die KiGGS-Studie des Robert Koch-Institut, die auch andere Altersgruppen betrachtet, zeigt auf, dass der Anteil der Kinder, die von Adipositas betroffen sind, in den höheren Altersgruppen noch einmal deutlich ansteigt (60). Da in Gelsenkirchen der Anteil der Kinder mit Adipositas bereits bei den Einschulungskindern über dem NRW-Durchschnitt liegt, ist davon auszugehen, dass er auch in den höheren Altersgruppen über dem Durchschnitt liegt.

Obwohl weder in Gelsenkirchen noch im NRW-Durchschnitt seit 2012 ein eindeutiger Anstieg der Adipositas bei den 5- bis 6-Jährigen zu beobachten ist, sollte sie weiter als wichtiges Thema behandelt werden, weil hier verhaltens- aber vor allem auch verhältnispräventive Maßnahmen eine positive Veränderung erreichen können.

4.2.2 Inanspruchnahme U-Untersuchungen

Die U-Untersuchungen – auch Früherkennungsuntersuchungen genannt – in verschiedenen Altersphasen des Kindes dienen dazu, mögliche Erkrankungen oder Auffälligkeiten in der Entwicklung frühzeitig zu erkennen und behandeln zu können. Damit können Behandlungen und gezielte Förderung frühzeitig in die Wege geleitet werden. Kinder haben Anspruch auf mehrere U-Untersuchungen (61). Zu den U-Untersuchungen gehören 10 Untersuchungen die im Zeitraum von direkt nach der Geburt bis zum 64. Lebensmonat des Kindes zu festgelegten Zeitpunkten durchgeführt werden (62).

Während der Schuleingangsuntersuchungen werden die Vorsorge-Hefte der Kinder, in denen die Früherkennungsuntersuchungen durch den jeweiligen Arzt oder die jeweilige Ärztin erfasst wurden, durch die Mitarbeitenden des Kinder- und Jugendmedizinischen Dienstes gesichtet. Hierbei wird dann erfasst, welche U-Untersuchungen durchgeführt wurden und ob eventuell bereits schulrelevante Beeinträchtigungen bei den Kindern dokumentiert wurden. Der Anteil der Kinder, die die U1 bis U7 U-Untersuchungen wahrgenommen haben, wird dabei von den Kindern, die ein Vorsorge-Heft vorgelegt haben, berechnet. 2023 haben 92,2 Prozent der untersuchten Kinder in Gelsenkirchen das Vorsorge-Heft bei der Schuleingangsuntersuchung vorgelegt.

Der Anteil der Kinder aus Gelsenkirchen, die zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen, die U-Untersuchungen U1 bis U7 wahrgenommen hatten, lag seit 2012 immer etwas unter dem NRW-Durchschnitt. Nachdem sich der Anteil in Gelsenkirchen bis 2015 dem NRW-Durchschnitt immer weiter angenähert hat, ist er von 2016 bis 2019 stärker gesunken als der NRW-Durchschnitt. Nach der Corona-Pandemie im Jahr 2023 hat sich der Gelsenkirchener Anteil dem NRW-Durchschnitt wieder etwas angenähert und liegt jetzt mit 78,9 Prozent etwa 10 Prozent unter dem Anteil NRWs (siehe Abbildung 36).

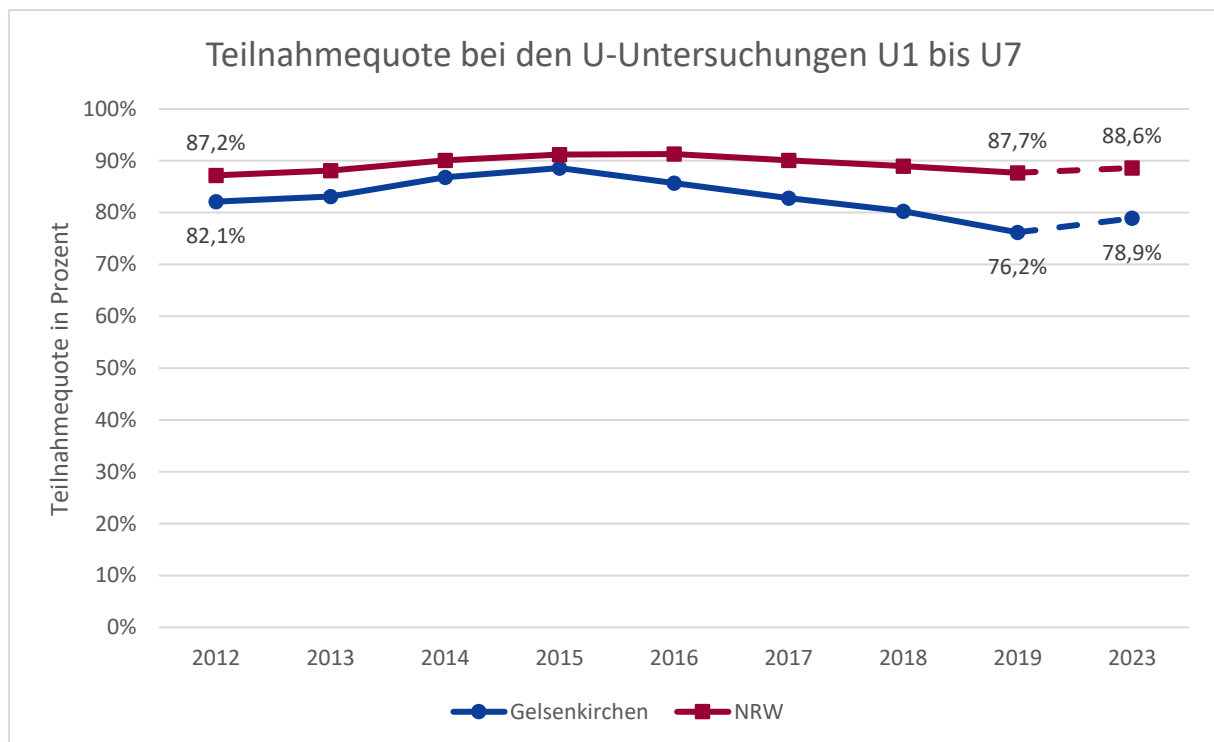


Abbildung 36 Teilnahmequote bei den U-Untersuchungen U1 bis U7 bei Kindern der Schuleingangsuntersuchungen in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2012 bis 2023. Quelle: LfGA NRW. Daten der Schuleingangsuntersuchungen – Jahresberichte für Anwenderinnen und Anwender des Bielefelder Modells & Kommunale Auswertungen. Eigene Darstellung.

Da sich die Teilnahmequote an U-Untersuchungen nur auf die Kinder bezieht, die bei den Schuleingangsuntersuchungen das Vorsorge-Heft vorgelegt haben, kann davon ausgegangen werden, dass der tatsächliche Anteil noch einmal unter dem hier beschriebenen Anteil liegt.

Da die Früherkennungsuntersuchungen in bestimmten Zeiträumen im Leben des Kindes durchgeführt werden, ist bei einem Zuzug von Familien mit kleinen Kindern davon auszugehen, dass diese Kinder nicht alle U-Untersuchungen wahrnehmen konnten. Das Nachholen der verpassten U-Untersuchungen nach der entsprechenden Entwicklungsphase ist zudem auch nicht sinnvoll. Der vermehrte Zuzug aus dem Ausland ab 2015 und die Einschulung dieser zugezogenen Kinder in den Folgejahren kann unter anderem eine Erklärung für den Rückgang der Teilnahmequoten – bei Betrachtung aller U-Untersuchungen gemeinsam – in diesen Jahren sein.

4.2.3 Impfquoten für empfohlene Impfungen

Es gibt Erkrankungen, die durch Impfungen verhindert werden können oder bei denen zumindest der Schweregrad der Erkrankung durch eine Impfung bedeutsam verringert werden kann und für die Impfungen bereits im Kindesalter empfohlen werden.

Die STIKO spricht jährlich eine neue Empfehlung auf Grundlage der aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse aus. Sie hält fest, welche Schutzimpfungen in welchem Alter durchgeführt werden sollten. Für Kinder im Vorschulalter werden 2025 Impfungen gegen Rotaviren, Tetanus, Diphtherie, Pertussis, H. influenzae Typ b (Hib), Poliomyelitis (Polio), Hepatitis B, Pneumokokken, Meningokokken B, Meningokokken C, Masern, Mumps, Röteln und Varizellen empfohlen. Darüber hinaus wird seit 2024 eine einmalige Gabe von monoklonalen Antikörpern (passive Impfung) gegen Respiratorische Synzitial Viren (RSV) empfohlen (39).

Während der Schuleingangsuntersuchung wird von den Mitarbeitenden des Kinder- und Jugendmedizinischen Dienstes auch das Impfheft der Kinder angeschaut und die vorhandenen Schutzimpfungen werden erfasst. Fällt dabei auf, dass empfohlene Schutzimpfungen fehlen, werden die Eltern durch die Mitarbeitenden diesbezüglich noch einmal beraten. Bis zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung wird für die oben genannten Krankheiten jeweils eine so genannte Grund-Immunisierung – meistens bestehend aus zwei bis drei Impfungen, je nach Krankheit – empfohlen. Die hier dargestellten Impfquoten stellen daher den Anteil der Kinder mit vollständiger Grund-Immunisierung für die jeweilige Erkrankung dar. Die Impfquote für Meningokokken B wird hier noch nicht dargestellt, da es eine Empfehlung zur Impfung gegen Meningokokken B erst seit 2024 gibt und dadurch zum jetzigen Zeitpunkt noch wenige Kinder bei den Schuleingangsuntersuchungen diese Impfung haben. Zudem wird die passive Impfung gegen RSV hier nicht dargestellt, da auch hierzu noch keine Daten vorliegen.

Der Anteil der Kinder mit vollständiger Grund-Immunisierung bezieht sich auf die Kinder, die ein Impfheft bei den Schuleingangsuntersuchungen vorgelegt haben. In 2023 waren das in Gelsenkirchen 93,9 Prozent der untersuchten Kinder (NRW 94,4 Prozent). Mit der Ausnahme der Schutz-Impfungen gegen Pneumokokken und Rotaviren liegen die Impfquoten für eine abgeschlossene Grund-Immunisierung bei den anderen empfohlenen Schutz-Impfungen alle bei über 90 Prozent. Dabei liegen

die Impfquoten in Gelsenkirchen auf dem gleichen Niveau wie im NRW-Durchschnitt oder sogar etwas höher (siehe Abbildung 37).

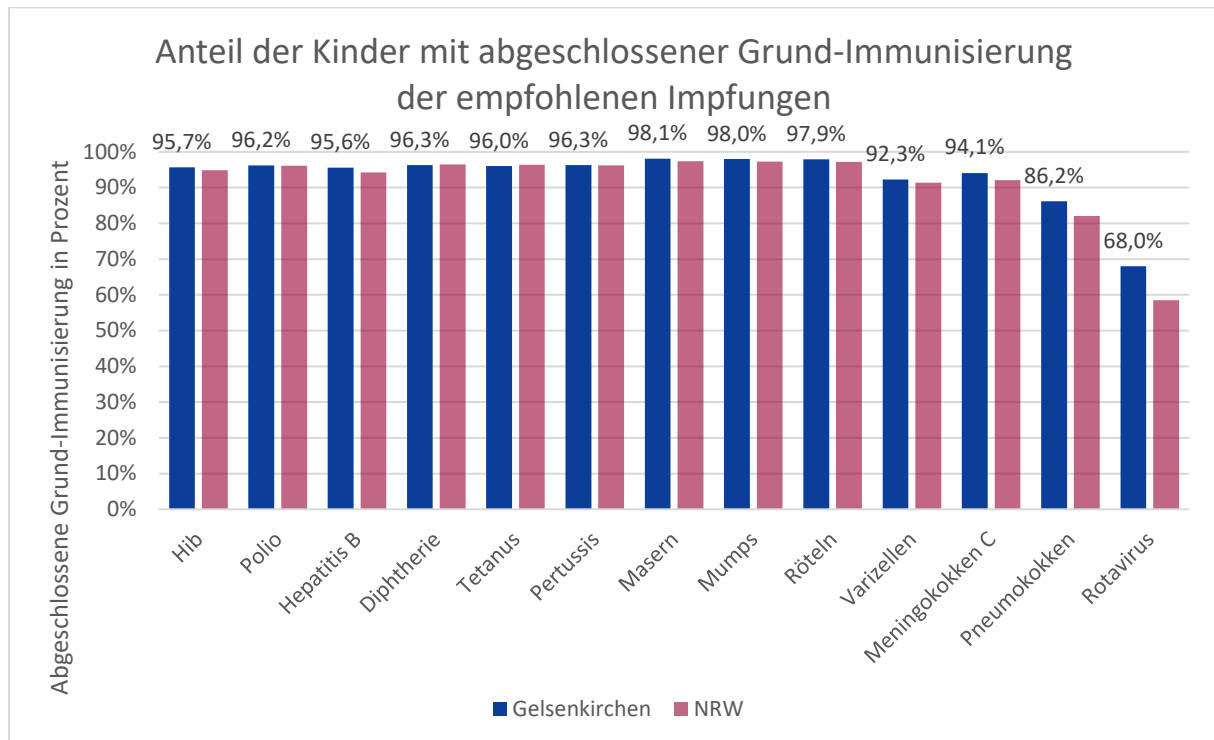


Abbildung 37 Anteil der Kinder mit vollständiger Grund-Immunisierung für empfohlene Schutz-Impfungen der STIKO in Gelsenkirchen & NRW 2023.

Quelle: LfGA NRW. Daten der Schuleingangsuntersuchungen – Jahresberichte für Anwenderinnen und Anwender des Bielefelder Modells & Kommunale Auswertungen. Eigene Darstellung.

Obwohl es in Deutschland bis auf eine Ausnahme bei der Masern Schutz-Impfung (siehe dazu das Unterkapitel „Masern“ im Kapitel zu den Infektionskrankheiten) keine Impfpflicht, sondern nur Empfehlungen gibt, ist die Impfbereitschaft in Gelsenkirchen vergleichsweise hoch. Wie bei den Teilnahmequoten der U-Untersuchungen ist auch hier zu beachten, dass die Impfquoten nur von den Kindern berechnet wurden, die ein Impfheft vorgelegt haben. Es ist daher davon auszugehen, dass die tatsächlichen Impfquoten in dieser Altersgruppe etwas unter den hier angegebenen liegen. Eine hohe Impfquote ist wichtig, damit eine Erkrankung sich nicht mehr in der Bevölkerung verbreiten kann und durch eine so genannte Herdenimmunität auch Personen geschützt sind, die sich aufgrund von Vorerkrankung oder ähnlichem selbst nicht impfen lassen können.

Obwohl die hier dargestellten Daten zu Adipositas keinen Anstieg über die Jahre zeigen, liegt der Anteil der Kinder mit Adipositas in Gelsenkirchen seit 2012 jeweils über dem NRW-Durchschnitt. Da auch davon ausgegangen werden kann, dass der Anteil der adipösen Kinder mit steigendem Alter auch weiter ansteigt, sollten weitere Maßnahmen zur Verhaltens- aber insbesondere auch zur Verhältnisprävention umgesetzt werden. Dabei sollten sowohl die Kinder als auch die Eltern in die Überlegungen für Maßnahmen einbezogen werden.

Um die Teilnahme an den U-Untersuchungen und die Impfquoten noch zu verbessern, ist hier vor allem die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Eltern von Relevanz, da die Kinder in dem Alter noch nicht eigenständig über die Inanspruchnahme entscheiden können. Hierfür ist eine gute Aufklärung und Wissensvermittlung zu diesen Themen notwendig. Dabei können niedrigschwellige Informationsveranstaltungen, wie z. B. durch das Projekt „MiMi – Gesundheit für alle“, helfen. Daneben ist jedoch auch die persönliche Ansprache und individuelle Aufklärung durch die Kinderärztin bzw. den Kinderarzt von großer Bedeutung, um den Eltern die für ihr Kind relevanten Informationen zu vermitteln.

Das Gesundheitsmonitoring im Bereich der Impfungen orientiert sich immer an den Impf-Empfehlungen für Kinder der STIKO. Die Meningokokken B-Impfung wird in etwa vier Jahren in das Monitoring mit aufgenommen, da erst ungefähr dann mit einer flächendeckenden Durchimpfung bei Kindern im Einschulungsalter zu rechnen ist. Die Entwicklung der Impf-Zahlen von Meningokokken B bei Einschulungskindern wird jedoch bereits jetzt beobachtet.

5. Mortalität

5.1 Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit beschreibt den Anteil der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder an allen in einem bestimmten Zeitraum (z. B. ein Kalenderjahr) lebendgeborenen Kindern. Hierbei werden nur Sterbefälle mit einbezogen, bei denen Kinder nach der Geburt verstorben sind. Nicht dazu zählen Fälle, bei denen Kinder bereits tot geboren wurden. Sie ist ein wichtiger Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen in einer Region (63).

Aufgrund der geringen Fallzahlen bei der Säuglingssterblichkeit und um zufälligen Schwankungen nicht zu viel Gewicht zu verleihen, werden für die Darstellung Mittelwerte aus drei Jahren gebildet. Die Rate der Säuglingssterblichkeit wird dabei auch grundsätzlich je 1.000 Lebendgeborenen angegeben.

Die Säuglingssterblichkeit liegt in Gelsenkirchen seit Jahren über dem NRW-Durchschnitt. Nachdem sich die Rate in Gelsenkirchen von 2012 bis 2019 immer weiter dem NRW-Durchschnitt angenähert hat, ist sie seitdem wieder auf das Niveau von 2012 angestiegen. In Gelsenkirchen starben 2023 mit 6,3 je 1.000 Lebendgeborenen etwa doppelt so viele wie im NRW-Durchschnitt (siehe Abbildung 38). Bei Jungen liegt die Rate – sowohl in Gelsenkirchen als auch im NRW-Durchschnitt – etwas über den Raten der Mädchen (hier nicht dargestellt).

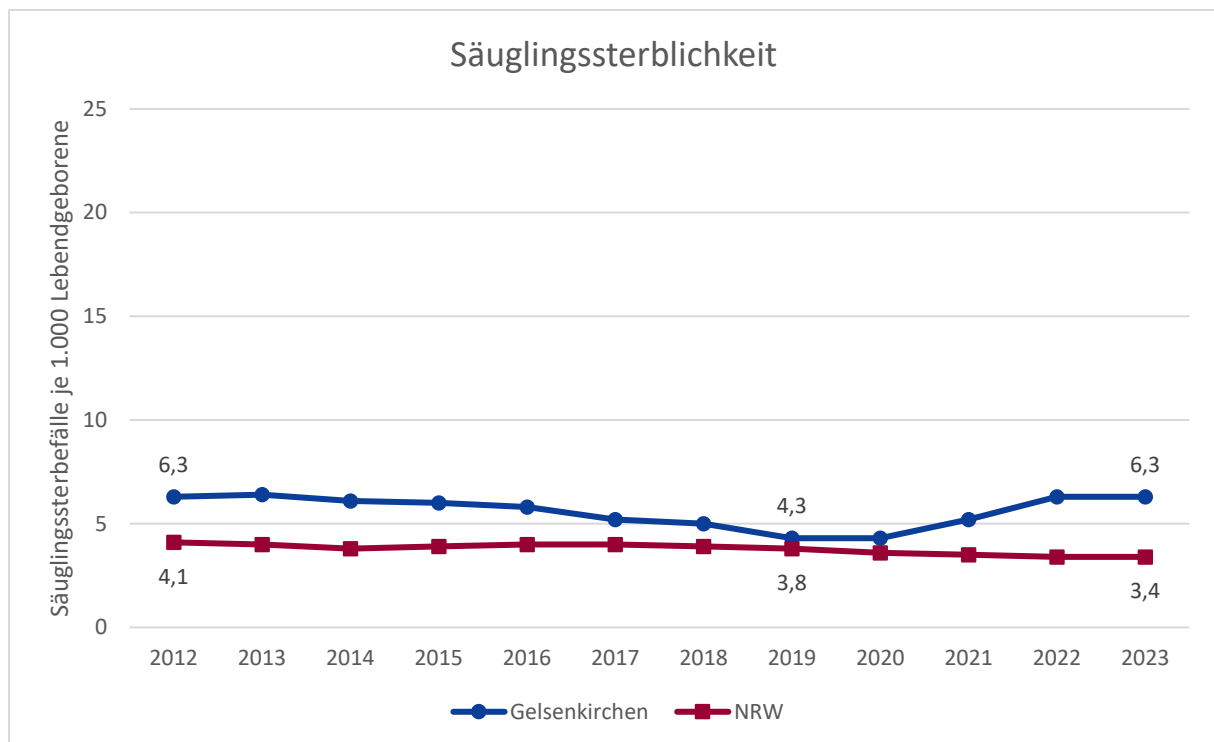


Abbildung 38 Säuglingssterblichkeit in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2012 bis 2023.

Quelle: LfGA NRW. Indikator 3.54_01 (L) – Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 3-Jahres-Mittelwert. Stand: März 2025.

Eigene Darstellung.

Aufgrund der vielfältigen Einflussfaktoren auf und Ursachen für Säuglingssterbefälle können keine eindeutigen Gründe für den Anstieg der Säuglingssterblichkeit in Gelsenkirchen seit 2020 identifiziert werden. Das Netzwerk „GESunder Start ins Leben“, das in Gelsenkirchen seit vielen Jahren besteht, versucht mit verschiedenen Maßnahmen die Säuglingssterblichkeit in Gelsenkirchen wieder zu verringern.

5.2 Sterblichkeit

Die Sterblichkeit ist neben der Geburtenrate der Hauptbestandteil der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Unter Sterblichkeit versteht man die Anzahl der Sterbefälle bezogen auf eine bestimmte Bevölkerung innerhalb eines Zeitraums (64). Die Sterblichkeit ermöglicht Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand einer Bevölkerung, da bei höherer Krankheitslast in der Bevölkerung auch die Sterblichkeit höher ist. Die Anzahl der Sterbefälle ist stark vom Alter der Bevölkerung abhängig. Bei

einer älteren Bevölkerung ist mit mehr Sterbefällen im Vergleich zu einer jüngeren Bevölkerung zu rechnen (65).

Um zu schauen, ob eine Bevölkerung eine erhöhte Sterblichkeit im Vergleich zu einer anderen Bevölkerung aufweist – auch unabhängig vom Alter der Bevölkerung –, kann das so genannte standardisierte Mortalitätsverhältnis (SMR) genutzt werden.

Was ist das standardisierte Mortalitätsverhältnis?

Das standardisierte Mortalitätsverhältnis – auf Englisch Standardized Mortality Ratio (SMR) – ist ein Maß, das verwendet wird, um zu vergleichen, wie viele Menschen in einer bestimmten Gruppe (hier die Gelsenkirchener Bevölkerung) gestorben sind, verglichen mit wie vielen man erwartet hätte, wenn diese Gruppe die gleiche Sterblichkeitsrate hätte wie eine größere Vergleichsgruppe (hier NRW).

Das standardisierte Mortalitätsverhältnis ermöglicht so eine Einschätzung darüber, ob in einer bestimmten Gruppe eine höhere oder niedrigere Sterblichkeit herrscht, unabhängig vom Alter.

Wenn der Wert des SMR über 1 liegt, sterben mehr Menschen als erwartet. Liegt er unter 1 sterben weniger Menschen als erwartet.

Im Jahr 2023 starben in Gelsenkirchen insgesamt 3.590 Personen. Davon waren 1.840 Frauen und 1.750 Männer. Dies entspricht etwa 1.358 Personen je 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen.

Das standardisierte Mortalitätsverhältnis liegt in Gelsenkirchen im Zeitverlauf von 2012 bis 2023 über dem NRW-Durchschnitt. Das heißt in Gelsenkirchen sterben mehr Personen als im Durchschnitt zu erwarten wäre. Während die SMR 2020 jedoch noch 20 Prozent über dem NRW-Durchschnitt lag, sind es 2023 nur noch 16 Prozent gewesen (siehe Abbildung 39).

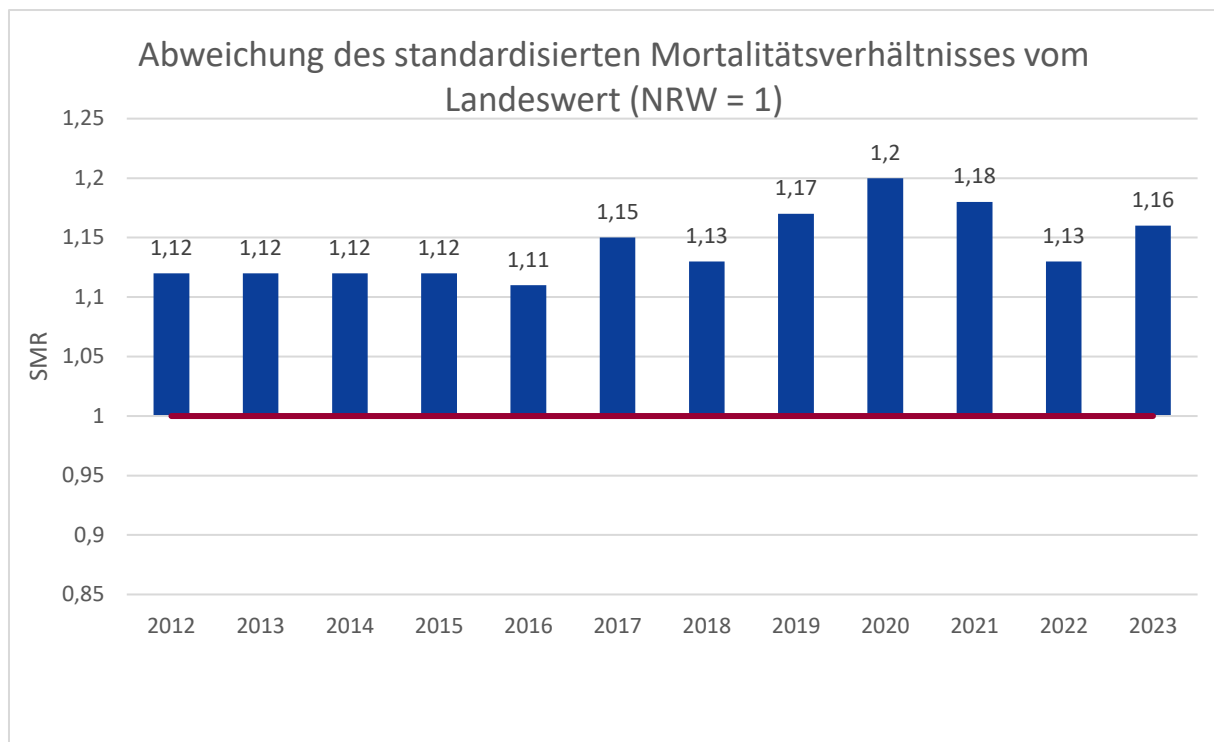


Abbildung 39 Abweichung des standardisierten Mortalitätsverhältnisses (SMR) Gelsenkirchen vom Landeswert (NRW = 1) im Zeitverlauf von 2012 bis 2023.
 Quelle: LfGA NRW. Indikator 3.7 (L) – Sterbefälle nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken. Stand: März 2025.
 Eigene Darstellung.

Es gibt viele Faktoren, die die Sterblichkeit einer Bevölkerung beeinflussen können. So tragen auch Einflussfaktoren wie Armut zur Entwicklung der Sterblichkeit bei. Daher kann auch die Bekämpfung von Armut in der Bevölkerung einen Beitrag zur Verringerung der Sterblichkeit leisten. Des Weiteren kann unter anderem eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und des allgemeinen Gesundheitszustandes einer Bevölkerung zur Verringerung der Sterblichkeit beitragen. Die Sterblichkeit in Gelsenkirchen ist momentan relativ stabil auf einem etwa gleichen Niveau über dem NRW-Durchschnitt.

5.3 Lebenserwartung

Die mittlere Lebenserwartung (bzw. Lebenserwartung bei Geburt) gibt an, wie viele Jahre eine Person bei Geburt im Durchschnitt noch leben würde, wenn die Sterberisiken unverändert bleiben (66). Eine hohe Lebenserwartung gibt Hinweise auf einen hohen Lebensstandard und eine gute gesundheitliche Versorgung. In

Deutschland ist die Lebenserwartung in den letzten 150 Jahren deutlich gestiegen. Dies liegt zum einen an der Verringerung der Säuglings- und Kindersterblichkeit aber zum anderen auch daran, dass Menschen immer älter werden (67).

Damit die Berechnung der Lebenserwartung nicht durch zufällige Schwankungen in einzelnen Jahren verzerrt wird, wird für Berechnungen auf kleiner Ebene (z. B. einer Stadt) immer der Mittelwert aus drei Jahren gebildet.

Im Jahr 2023 lag die mittlere Lebenserwartung in Gelsenkirchen bei 80,4 Jahren bei Frauen und 75,6 Jahren bei Männern. Das bedeutet, dass wenn z. B. ein Mädchen 2023 in Gelsenkirchen geboren wird, wird sie statistisch gesehen 80,4 Jahre alt. Damit lag die Lebenserwartung in Gelsenkirchen sowohl bei Männern als auch bei Frauen unter der Lebenserwartung im NRW-Durchschnitt. Im NRW-Durchschnitt leben Frauen durchschnittlich 2,2 Jahre und Männer 2,4 Jahre länger als in Gelsenkirchen. Sowohl im NRW-Durchschnitt als auch in Gelsenkirchen zeigt sich, dass Frauen durchschnittlich deutlich länger leben als Männer. In Gelsenkirchen haben Frauen durchschnittlich sogar eine fast 5 Jahre längere Lebenserwartung als Männer (siehe Abbildung 40).

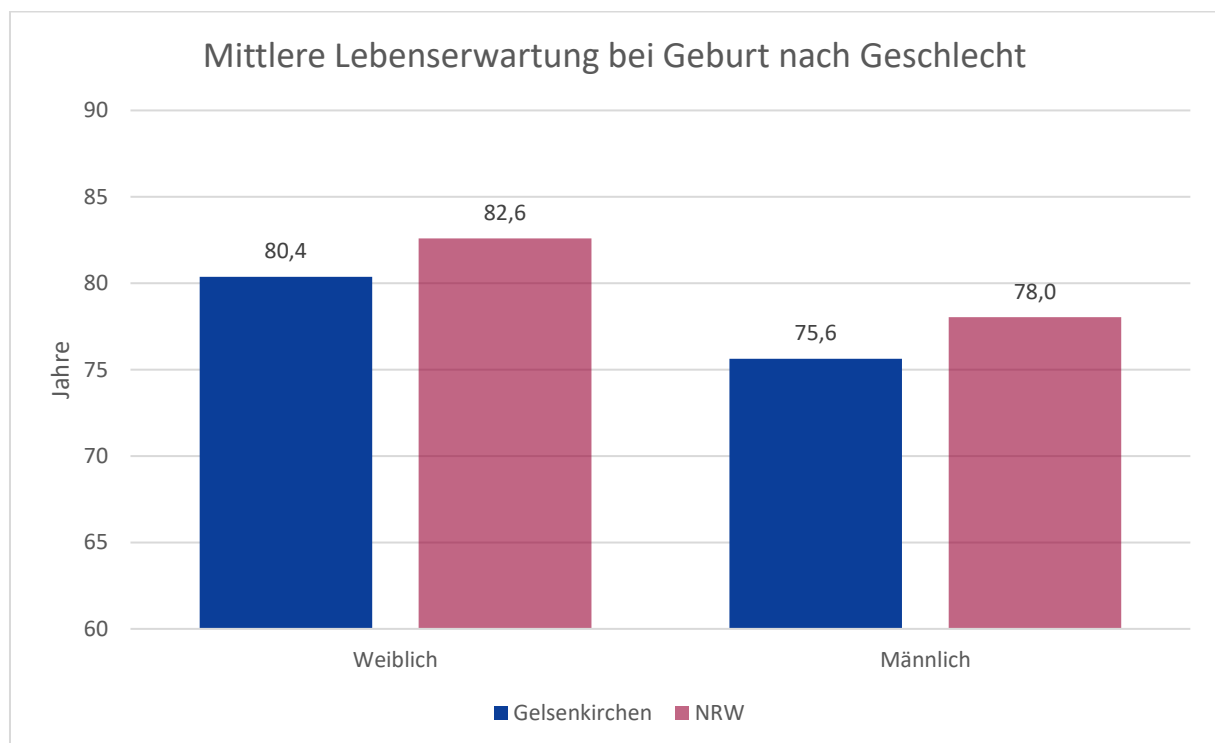


Abbildung 40 Mittlere Lebenserwartung nach Geschlecht in Gelsenkirchen & NRW 2023.
Quelle: LfGA NRW. Indikator 3.10 (L) – Lebenserwartung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 3-Jahres-Mittelwert. Stand: März 2025.
Eigene Darstellung.

Seit 2012 ist die Lebenserwartung bei Männern im NRW-Durchschnitt um 0,5 Jahre gestiegen. In Gelsenkirchen stieg die Lebenserwartung bei Männern von 2012 bis 2023 sogar um 1 Jahr. Während bei Frauen im NRW-Durchschnitt seit 2012 auch ein Anstieg der mittleren Lebenserwartung um 0,3 Jahre zu verzeichnen ist, fällt der Anstieg in Gelsenkirchen mit 0,2 Jahren etwas geringer aus (siehe Abbildung 41).

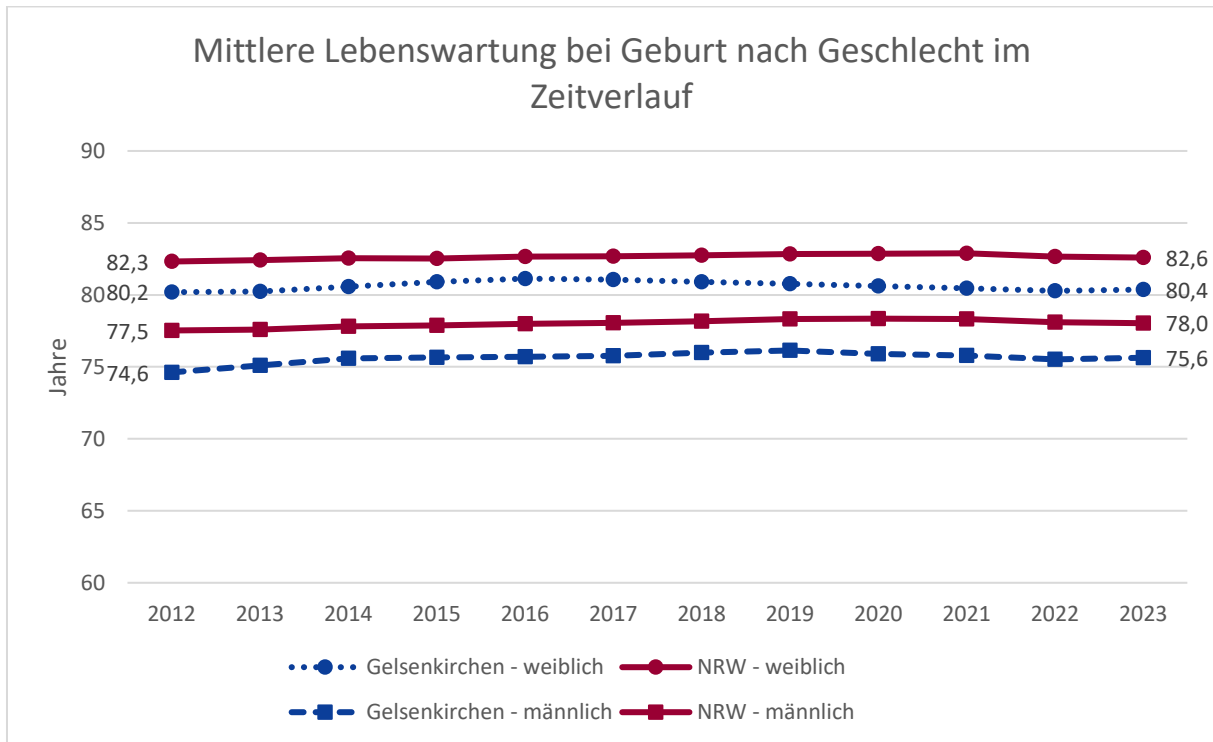


Abbildung 41 Mittlere Lebenserwartung nach Geschlecht in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2012 bis 2023.

Quelle: LfGA NRW. Indikator 3.10 (L) – Lebenserwartung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 3-Jahres-Mittelwert. Stand: März 2025.

Eigene Darstellung.

Wie bereits bei der Sterblichkeit beschrieben, gibt es auch bei der Lebenserwartung viele verschiedene Einflussfaktoren, die diese beeinflussen. Auch hier können unter anderem eine Verbesserung der Versorgung und des allgemeinen Gesundheitszustands der Bevölkerung sowie die Bekämpfung von Armut zu einer Erhöhung der Lebenserwartung beitragen.

5.4 Vermeidbare Sterbefälle bei ausgewählten Erkrankungen

Der Begriff „vermeidbare Sterbefälle“ beschreibt Sterbefälle bei bestimmten Erkrankungen, die unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen in einer bestimmten Altersgruppe als ganz oder zumindest teilweise vermeidbar gelten (68, 69). So können z. B. einige Krebsarten oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch verhältnisorientierte Gesundheitsförderung, evidenzbasierte Früherkennung, adäquate medizinische Behandlung und den Ausbau der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung so beeinflusst werden, dass ein früher Tod vermieden werden kann (68).

Das LfGA NRW bereitet Daten zu vermeidbaren Sterbefälle auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte in NRW auf. Hierbei stellt das LfGA NRW Daten zu vermeidbaren Sterbefällen für bestimmte Erkrankungen zur Verfügung. In welchem Alter Sterbefälle als vermeidbar gelten hängt von der betrachteten Erkrankung ab (siehe Tabelle 1) (70).

Tabelle 1 Übersicht Vermeidbare Sterbefälle nach Diagnosen

Diagnose (ICD-10-Code)	Betrachtete Altersgruppe und Geschlecht
Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (C33 – C44)	0 – 64 Jahre, Männer und Frauen
Brustkrebs (C50)	0 – 64 Jahre, Frauen
Ischämische Herzkrankheiten (I20 – I25)	0 – 64 Jahre, Männer und Frauen
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten (I10 – I15 & I60 – I69)	0 – 64 Jahre, Männer und Frauen
Krankheiten der Leber (K70 – K77)	0 – 74 Jahre, Männer und Frauen
Transportmittelunfälle inner- und außerhalb des Verkehrs (V01 – V99)	Alle Altersgruppen, Männer und Frauen

Quelle: LfGA NRW. Indikator 3.14 (L) – Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 5-Jahres-Mittelwert. Eigene Darstellung.

Aufgrund der geringen Fallzahlen auf regionaler Ebene werden bei der Darstellung der vermeidbaren Sterbefälle immer Mittelwerte aus 5 Jahren gebildet. Die aktuell vorliegenden Zahlen ist der Mittelwert für 2023, der aus den Daten von 2019 bis 2023 gebildet wurde. Wie auch bei der Sterblichkeit wird für die Vergleichbarkeit der vermeidbaren Sterbefälle das standardisierte Mortalitätsverhältnis (SMR) genutzt. Dabei wird Gelsenkirchen wieder mit dem NRW-Durchschnitt als Standard (SMR=1) verglichen.

Das größte Verbesserungspotenzial in Gelsenkirchen zeigt sich bei den vermeidbaren Sterbefällen der Ischämischen Herzkrankheiten. Hier lag die SMR in Gelsenkirchen 67 Prozent über dem NRW-Durchschnitt. Auch die vermeidbaren Sterbefälle durch Krankheiten der Leber (49 Prozent) und bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (48 Prozent) liegen deutlich über dem NRW-Durchschnitt. Die vermeidbaren Sterbefälle durch Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten liegen 42 Prozent über dem NRW-Durchschnitt. Bei den vermeidbaren Sterbefällen durch Transportmittelunfälle inner- und außerhalb des Verkehrs zeigt sich in Gelsenkirchen im Vergleich zu den anderen vermeidbaren Sterbefällen ein umgekehrtes Bild. Hier liegt die SMR in Gelsenkirchen deutlich unter dem NRW-Durchschnitt (siehe Abbildung 42).

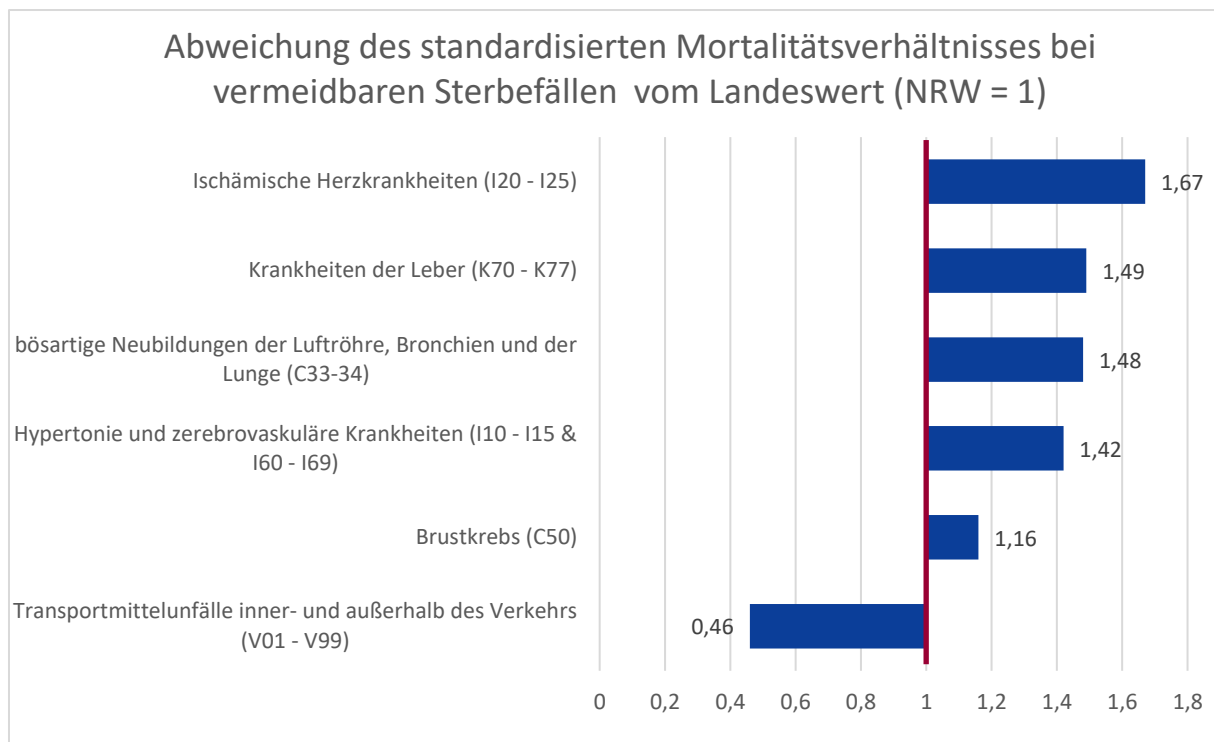


Abbildung 42 Abweichung des standardisierten Mortalitätsverhältnisses (SMR) Gelsenkirchen vom Landeswert (NRW = 1) 2023.

Quelle: LfGA NRW. Indikator 3.14 (L) – Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 5-Jahres-Mittelwert. Stand: März 2025.

Eigene Darstellung.

Alle der zuvor beschriebenen vermeidbaren Sterbefälle durch die genannten Erkrankungen weichen in Gelsenkirchen signifikant vom NRW-Durchschnitt ab. Das bedeutet, dass der Wert nicht nur zufällig höher liegt als der NRW-Durchschnitt. Dies kann darauf hindeuten, dass die Bevölkerung in Gelsenkirchen weniger gut die Möglichkeiten der Vorsorge und die vorhandene medizinische Versorgung für diese Erkrankungen in Anspruch nimmt bzw. nehmen kann, als es im NRW-Durchschnitt der Fall ist.

Fazit & Handlungsoptionen „Mortalität“

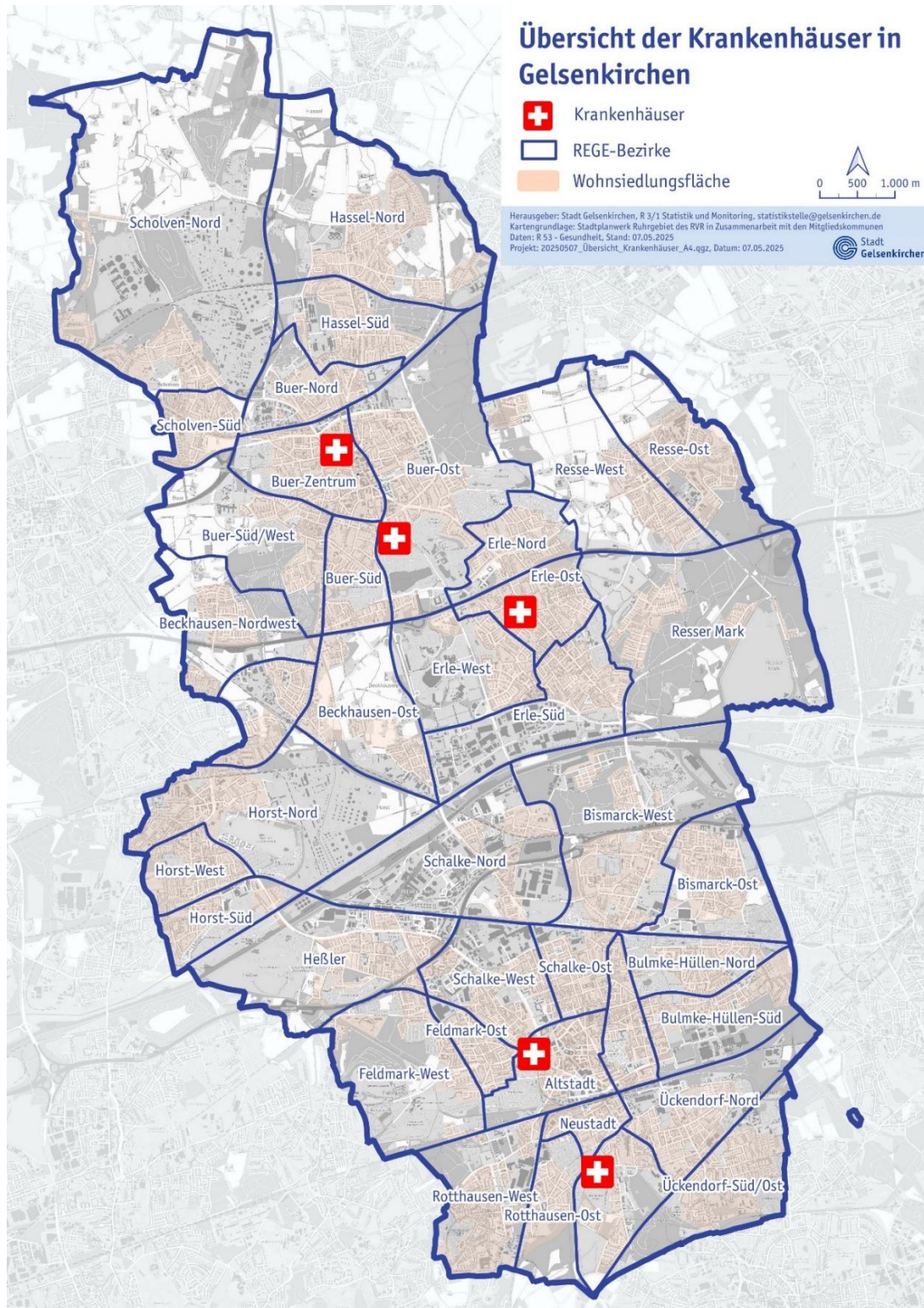
Die Lebenserwartung und die Sterblichkeit einer Stadt hängen von vielen verschiedenen Faktoren ab. Neben der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und den Verhältnissen in denen die Bevölkerung lebt – z. B. der Qualität des Gesundheitssystems in der Region – spielen auch sozioökonomische Faktoren, wie die Bildung, die Erwerbsfähigkeit oder das Einkommen, hierbei eine Rolle. Um die Lebenserwartung der Gelsenkirchener Bevölkerung zu verbessern ist es daher besonders wichtig, dass immer weiter ein Bewusstsein für die Bedeutung von Einflussfaktoren auf Gesundheit, wie z. B. Armut, geschaffen wird. Darüber hinaus ist das Vorantreiben der Zusammenarbeit mit Akteuren – auch außerhalb des klassischen Gesundheitssektors – unabdingbar. Denn insbesondere die Armutsprävention ist ein wichtiger Aspekt von nachhaltiger Gesundheitsförderung.

Ein Beispiel für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlichster Akteure ist das Netzwerk „GEsunder Start ins Leben“. Dieses Netzwerk hat sich unter anderem zum Ziel gesetzt, mit verschiedenen Maßnahmen die Säuglingssterblichkeit in Gelsenkirchen zu verringern. Hierbei ist eine dauerhafte und kontinuierliche Zusammenarbeit von großer Bedeutung, um Erreichtes zu verstetigen und bei auftretenden Herausforderungen schneller reagieren zu können.

Auch zur Reduktion der vermeidbaren Sterbefälle in Gelsenkirchen kann diese sektorenübergreifende Zusammenarbeit und gemeinsame Entwicklung von Maßnahmen beitragen. Daneben können auch Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zur Reduktion der vermeidbaren Sterbefälle beitragen. Hierbei sollte der Fokus auf zielgruppenspezifischen Informationen zu präventiven Möglichkeiten und möglichen Früherkennungsmaßnahmen der einzelnen Erkrankungen liegen.

6. Gesundheitliche Versorgung

6.1 Stationäre Versorgung



Herausgeber: Stadt Gelsenkirchen, R 3/1 Statistik und Monitoring
Kartengrundlage: Stadtplanwerk Ruhrgebiet des RVR in Zusammenarbeit mit den Mitgliedskommunen
Daten: R 53 – Gesundheit, Stand. 07.05.2025

In Gelsenkirchen gibt es über das Stadtgebiet verteilt fünf Krankenhäuser (siehe Tabelle 2). Alle Krankenhäuser besitzen in unterschiedlicher Größe eine Abteilung der Inneren Medizin, wodurch eine Grundversorgung der Gelsenkirchener Bevölkerung flächendeckend gesichert ist.

Tabelle 2 Übersicht der Kliniken im Gelsenkirchener Stadtgebiet

Klinik	Stadtteil	Bettenanzahl (2023)	Anzahl Fachabteilungen (2023)
Elisabeth-Krankenhaus Gelsenkirchen	Erle	223	3
Evangelisches Klinikum Gelsenkirchen	Altstadt	435	17
Knappschaft Kliniken Gelsenkirchen-Buer	Buer	336	13
Marienhospital Gelsenkirchen	Ückendorf	568	13
Sankt Marien-Hospital Buer	Buer	257	8

Quellen: Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2023. Verfügbar unter: <https://qb-referenzdatenbank.g-ba.de/#!/suche>. Zuletzt abgerufen am: 21.03.2025.

Neben der „Inneren Medizin“ gibt es noch weitere wichtige Abteilungen für die Grundversorgung der Bevölkerung. Dazu gehören die „Allgemeine Chirurgie“, die „Frauenheilkunde/Geburtshilfe“ und die „Pädiatrie“. Betrachtet man die Anzahl der Betten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt Gelsenkirchen bei der „Inneren Medizin“, der „Frauenheilkunde/Geburtshilfe“ und der „Pädiatrie“ über der Zahl der Betten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im NRW-Durchschnitt. Die Anzahl der Betten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner ist in Gelsenkirchen bei der „Pädiatrie“ sogar mehr als doppelt so hoch wie in NRW insgesamt (siehe Abbildung 43). Ein Erklärungsansatz dafür ist die seit Jahren gut etablierte Kinder- und Jugendklinik der Knappschaft Kliniken Gelsenkirchen-Buer, die auch Kinder- und Jugendliche über die Stadtgrenzen hinaus versorgt, zurückzuführen. Ein weiterer Erklärungsansatz könnte sein, dass Gelsenkirchen auch eine kinderreiche Kommune ist.

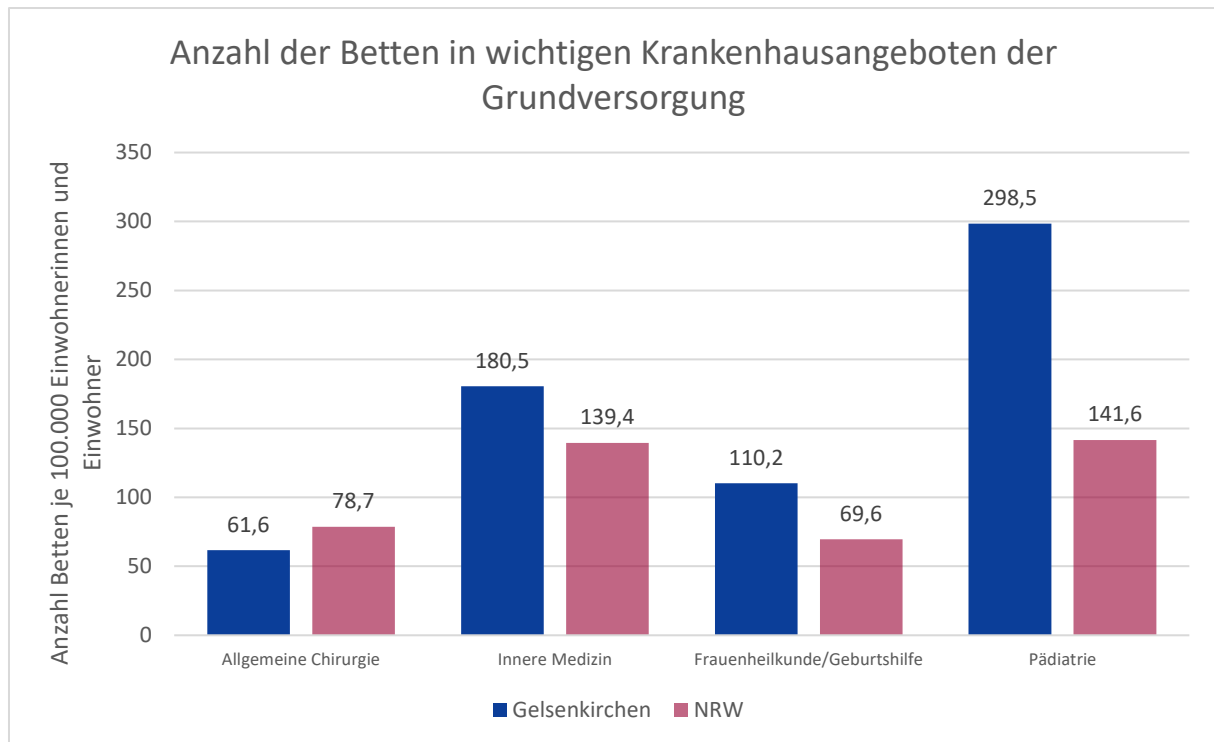


Abbildung 43 Anzahl der Betten in wichtigen Krankenhausangeboten der Grundversorgung je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Gelsenkirchen & NRW 2022.

Quelle: LfGA NRW. Indikator 6.15 (L) – Wichtige Krankenhausangebote, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken. Stand: März 2025.

Eigene Darstellung.

Nur bei der „Allgemeinen Chirurgie“ hat Gelsenkirchen im Vergleich zum NRW-Durchschnitt etwas weniger Betten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Wer ist für die Planungen im Bereich der Krankenhäuser zuständig?

In Deutschland liegt die Verantwortung für eine angemessene Krankenhausversorgung bei den Bundesländern. Diese stellen dafür so genannte Krankenhauspläne auf, in denen festgehalten wird, welche Leistungen die Krankenhäuser in welchem Umfang erbringen dürfen. Zusätzlich ist am 12.12.2024 das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) auf Bundesebene in Kraft getreten, das auch Einfluss auf die Krankenhausplanung auf Landesebene nimmt.

In Nordrhein-Westfalen wurde in den letzten Jahren im Zuge einer Krankenhausreform ein neuer Krankenhausplan aufgestellt. Dabei wurde die Planung zum ersten Mal nicht anhand von Betten, sondern anhand von Leistungsgruppen und Fallzahlen vorgenommen. Zudem wurden in dem Krankenhausplan konkrete Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen und deren Vergabe an die Krankenhäuser festgehalten. Ziel der neuen Krankenhausplanung ist es, die Qualität der stationären Versorgung – sowohl in der Grund- als auch in der Spezialversorgung – zu verbessern. Zudem soll durch die klarere Zuweisung und teilweise Zentrierung von Leistungsgruppen dem für Krankenhäuser oft ungünstigem Wettbewerb um Fallzahlen aber vor allem auch um Personal entgegengewirkt werden (71).

Die Umsetzung des neuen Krankenhausplans tritt am 01.04.2025 in Kraft. Für einige Leistungsgruppen gibt es darüber hinaus Übergangsfristen bis Ende des Jahres (72). In Gelsenkirchen gibt es zudem noch weitere Übergangsfristen für bestimmte Leistungsgruppen einiger Krankenhäuser, die noch darüber hinaus gehen. Wie sich die neue Krankenhausplanung auf die stationäre Versorgung in Gelsenkirchen auswirkt, ist daher zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht endgültig zu beurteilen. Zudem weist das KHVVG auf Bundesebene leichte Unterschiede zur Krankenhausreform in NRW auf. Auch dadurch können zukünftig noch Änderungen notwendig werden, die zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht absehbar sind.

Bei der Planung von Krankenhauskapazitäten kann auch die Betrachtung der Anzahl der Krankenhausdiagnosefälle in einer Region sinnvoll sein. Die Krankenhausfälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner liegen 2023 dabei in Gelsenkirchen in jeder Altersgruppe höher als im NRW-Durchschnitt. Das bedeutet, dass die Gelsenkirchener Bürgerinnen und Bürger durchschnittlich in allen Altersgruppen häufiger im Krankenhaus behandelt werden als es im NRW-Durchschnitt der Fall ist (siehe Abbildung 44). Dies zeigt sich sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern (hier nicht dargestellt.)

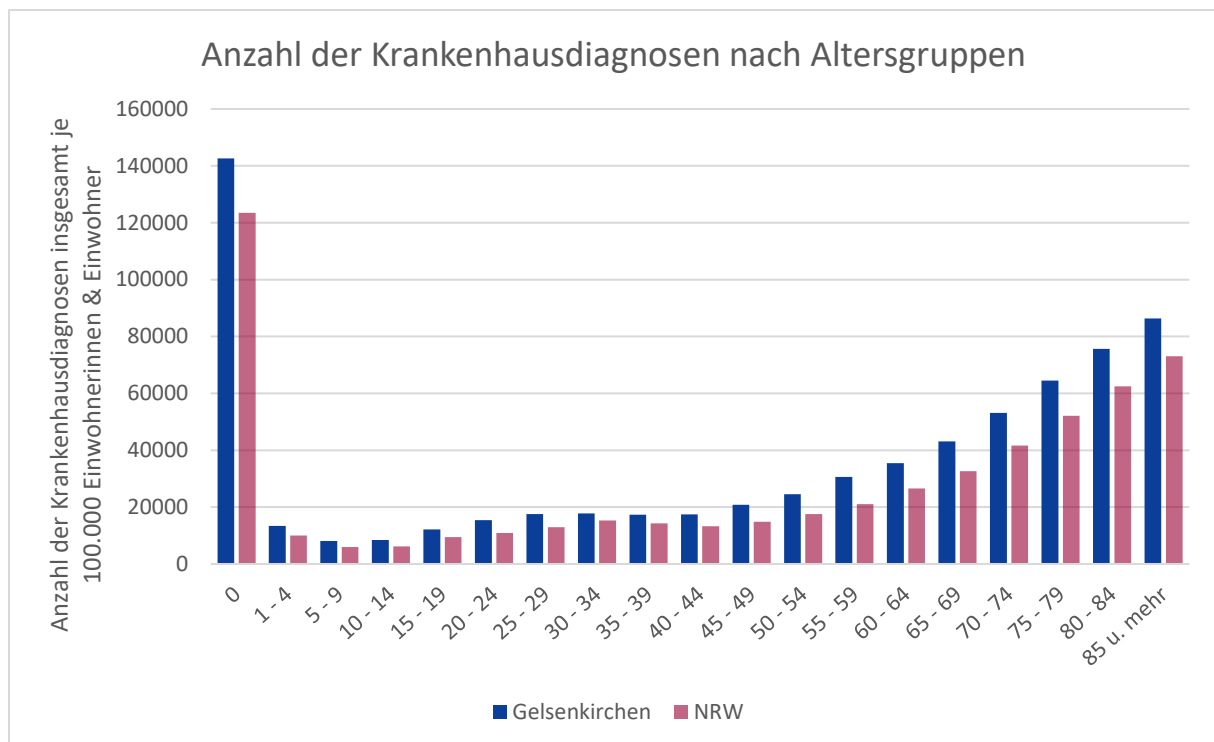


Abbildung 44 Anzahl der Krankenhausdiagnosen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Gelsenkirchen & NRW 2023.

Quelle: LfGA NRW. GBE-Stat, Krankenhausdiagnosen. Datenquelle: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW). Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen (Krankenhäuser). Stand: März 2025.

Eigene Darstellung.

Bei Betrachtung der Krankenhausdiagnosefälle von Frauen und Männern in Gelsenkirchen zeigt sich, dass bei Männern im Alter bis 9 Jahren und dann wieder ab einem Alter von 55 Jahren mehr Krankenhausdiagnosefälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner auftreten als bei Frauen. Die Anzahl der Krankenhausdiagnosen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern ist in der Altersgruppe von 15 bis 44 Jahren bei den Frauen höher (siehe Abbildung 45). Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Frauen in diesem Alter Kinder gebären. Da Geburten größtenteils in einem Krankenhaus stattfinden, wird dies dort dementsprechend dokumentiert und fließt in die Krankenhausdiagnosefälle mit ein.

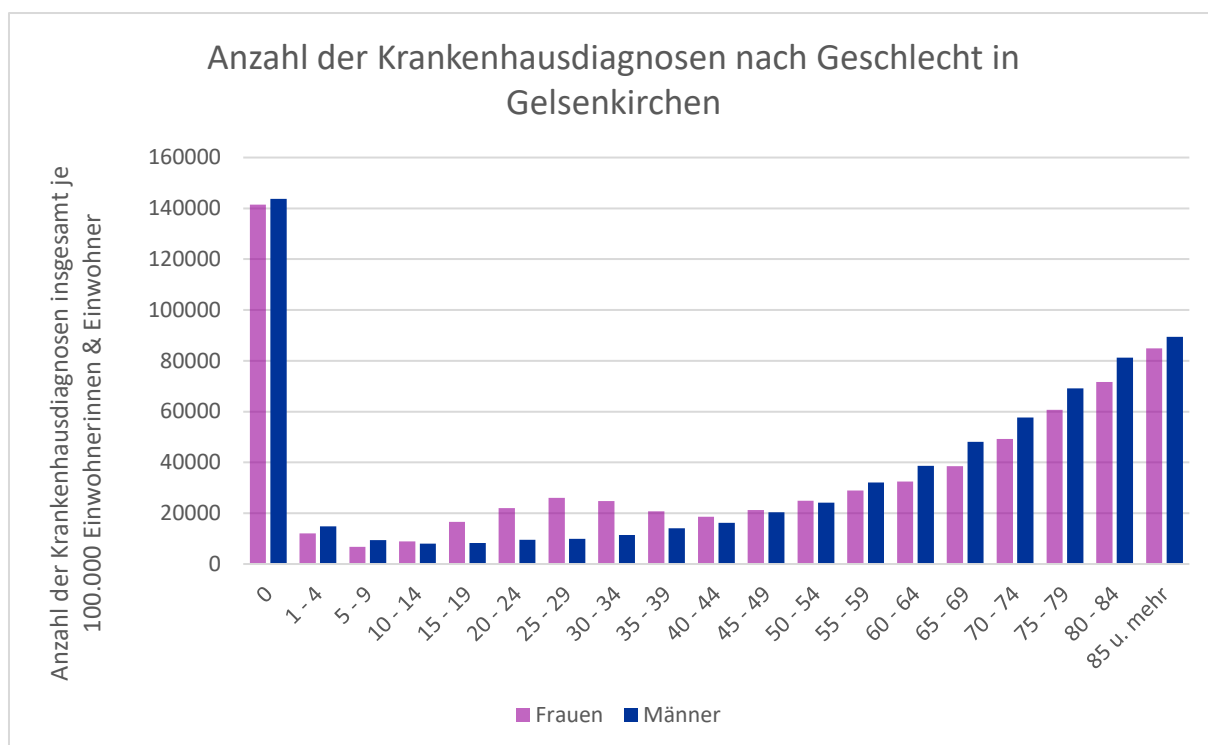


Abbildung 45 Anzahl der Krankenhausdiagnosen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner von Frauen und Männern in Gelsenkirchen 2023.

Quelle: LfGA NRW. GBE-Stat, Krankenhausdiagnosen. Datenquelle: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW). Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen (Krankenhäuser). Stand: März 2025.

Eigene Darstellung.

6.2 Ambulante Versorgung

Als ambulante Versorgung werden alle Behandlungsleistungen bezeichnet, die im Gesundheitssystem außerhalb von Krankenhäusern erbracht werden. Den größten Teil machen dabei die ärztliche und die zahnärztliche Versorgung aus. Darüber hinaus gehören auch die psychotherapeutische Versorgung und die Heilmittelversorgung – z. B. Physiotherapie, Ergotherapie aber auch Apotheken – zur ambulanten Versorgung (73).

6.2.1 (Fach-)Ärztliche ambulante Versorgung

Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (KVen bzw. KZVen) planen die ambulante ärztliche bzw. zahnärztliche Versorgung anhand von Bevölkerungszahlen und weiteren Faktoren – wie unter anderem demografischen und sozioökonomischen Faktoren. Diese so genannten Bedarfsplanungen werden regelmäßig angepasst (74). Um festzustellen, wie gut eine Region mit verschiedenen Fachärztinnen und Fachärzten versorgt ist, wird in den Bedarfsplanungen der KVen der Versorgungsgrad angegeben.

Wie wird der Versorgungsgrad ermittelt und wie wirkt er sich auf die Zulassung neuer Vertragsärztinnen und -ärzte aus?

Zur Ermittlung des Versorgungsgrades werden die in einer Region ansässigen Ärztinnen und Ärzte im Verhältnis zu den laut Bedarfsplanung benötigten Ärztinnen und Ärzten in dieser Region gesetzt. Liegt der Versorgungsgrad über 100 sind somit in der Region mehr Ärztinnen und Ärzte tätig als laut Bedarfsplanung benötigt. Liegt der Versorgungsgrad über 110 Prozent, dürfen sich keine neuen Ärztinnen oder Ärzte in dieser Region zur Behandlung von gesetzlich versicherten Personen mehr niederlassen. Von 100 Prozent bis 75 / 50 Prozent kann eine drohende Unterversorgung ausgesprochen werden, wodurch dann die Möglichkeit für Fördermaßnahmen gegeben wird. Wenn der Versorgungsgrad unter 75 Prozent (im hausärztlichen Bereich) oder unter 50 Prozent (im fachärztlichen Bereich) fällt, sind die KVen angehalten, Maßnahmen zur Beseitigung der Unterversorgung einzuleiten.

In Gelsenkirchen liegen die Versorgungsgrade der unterschiedlichen Facharztgruppen fast alle über 100 Prozent. Nur bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten liegt der Versorgungsgrad mit 77,4 Prozent deutlich unter 100 Prozent. Der Versorgungsgrad der Hausärztinnen und Hausärzte liegt zudem mit 102,4 Prozent nur knapp über dem vollen Versorgungsgrad von 100 Prozent (siehe Tabelle 3). Aufgrund dieses relativ geringen Versorgungsgrades dürfen sich zum Stichtag 16.04.2024 noch 11 Hausärztinnen und Hausärzte in Gelsenkirchen niederlassen.

Tabelle 3 Gesamtzahl & Versorgungsgrad der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Gelsenkirchen 2024

Fachgruppe	Gesamtzahl Ärztinnen/Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen/-therapeuten	Versorgungsgrad in %
Hausärztinnen/-ärzte	149,25	102,4
Augenärztinnen/-ärzte	16	123,9
Chirurginnen/-en & Orthopädinnen/-en	30	156,6
Gynäkologinnen/-en (Frauenärztinnen/-ärzte)	30,75	128,2
Hautärztinnen/-ärzte	9	123
HNO-Ärztinnen/-ärzte	13,5	128,4
Kinder- & Jugendärzte	20,5	117,4
Nervenärztinnen/-ärzte	15	118
Psychotherapeutinnen/-therapeuten	64,5	122,8
Urologinnen/-gen	11	152,7
Zahnärztinnen/-ärzte	125,5	77,4

Quellen: Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Bedarfsplanung Zahnärzte 2024 (Stand: 31.12.2023) & Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Westfalen-Lippe (Stand: 16.04.2024).

Wer ist für die Planungen im Bereich der ambulanten (zahn-) ärztlichen Versorgung zuständig?

Für die Planungen im Bereich der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die regional aufgeteilten KVen zuständig. Gelsenkirchen gehört dabei zur KVWL. Die KVen planen dabei wie viele Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten der unterschiedlichen Fachrichtungen in einer Region tätig sein und gesetzlich versicherte Personen behandeln dürfen.

Für die Zahnärztinnen und Zahnärzte liegt die Planungsrolle bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. In Gelsenkirchen ist dies die Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KZVWL).

Neben der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte bzw. der Psychotherapeutinnen und -therapeuten und dem Versorgungsgrad, gibt es noch weitere wichtige Aspekte, die zur Einschätzung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungssituation betrachtet werden können. Das Alter der Ärztinnen und Ärzte und der Psychotherapeutinnen und -therapeuten kann z. B. Hinweise darauf geben, ob in naher Zukunft viele Ärztinnen und Ärzte und der Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht mehr (vollumfänglich) in ihrer Versorgungstätigkeit zur Verfügung stehen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt unter anderem regionale Daten zur Verfügung, bei denen der Anteil der Ärztinnen und Ärzte und der Psychotherapeutinnen und -therapeuten über 65 Jahre für unterschiedliche Fachgruppen angegeben wird.

Der Anteil der über 65-jährigen Ärztinnen und Ärzte und der Psychotherapeutinnen und -therapeuten fällt dabei laut KBV in den unterschiedlichen Fachgruppen sehr unterschiedlich aus. So liegt der Anteil der über 65-Jährigen Ärztinnen und Ärzte und der Psychotherapeutinnen und -therapeuten 2024 in Gelsenkirchen bei den Fachgruppen der Urologie, der psychologischen Psychotherapie, der Dermatologie, der Frauenheilkunde sowie der Fachgruppe der ärztlichen Psychotherapie unter dem

Anteil im gesamten Gebiet der KVWL. In den Fachgruppen der Urologie und der Dermatologie gab es zum Stichtag 31.12.2024 sogar keine Ärztin und keinen Arzt über 65 Jahren (siehe Abbildung 46).

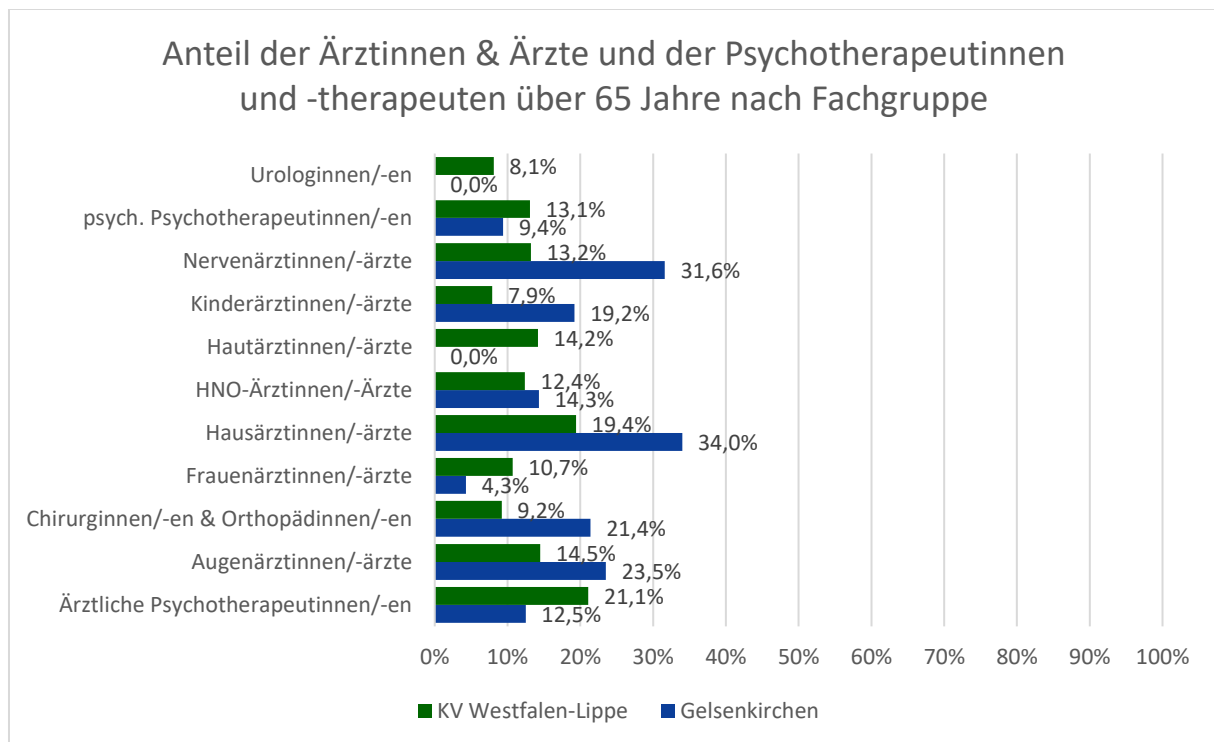


Abbildung 46 Anteil der Ärztinnen und Ärzte nach Arztgruppen und der Psychotherapeutinnen und -therapeuten über 65 Jahre in Gelsenkirchen & im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe 2024.³

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. Stand: 31.12.2024.

Eigene Darstellung.

In den Fachgruppen der Nervenheilkunde, der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Chirurgie und Orthopädie liegt der Anteil der über 65-Jährigen in Gelsenkirchen hingegen mehr als doppelt so hoch wie im gesamten Gebiet der KVWL. Auch bei den HNO-, Augen- und Hausärztinnen und -ärzten liegt der Anteil der über 65-Jährigen in Gelsenkirchen über dem Anteil der KVWL.

Sowohl in Gelsenkirchen als auch im gesamten Gebiet der KVWL steigt der Anteil der Vertragsärztinnen und -ärzte und der Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die über 65 Jahre alt sind, generell seit 2014, an. Dabei ist der Anteil im Gebiet der KVWL von 7,9 Prozent in 2014 auf 13,9 Prozent in 2024 angestiegen. Der Anteil der über 65-

³ Daten zur Altersverteilung der Zahnärztinnen und Zahnärzte liegen nicht vor, daher werden diese hier nicht mit aufgeführt

jährigen Ärztinnen und Ärzte und der Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Gelsenkirchen ist in diesem Zeitraum jedoch stärker von 9,2 Prozent in 2014 auf 20,3 Prozent in 2024 angestiegen (siehe Abbildung 47).

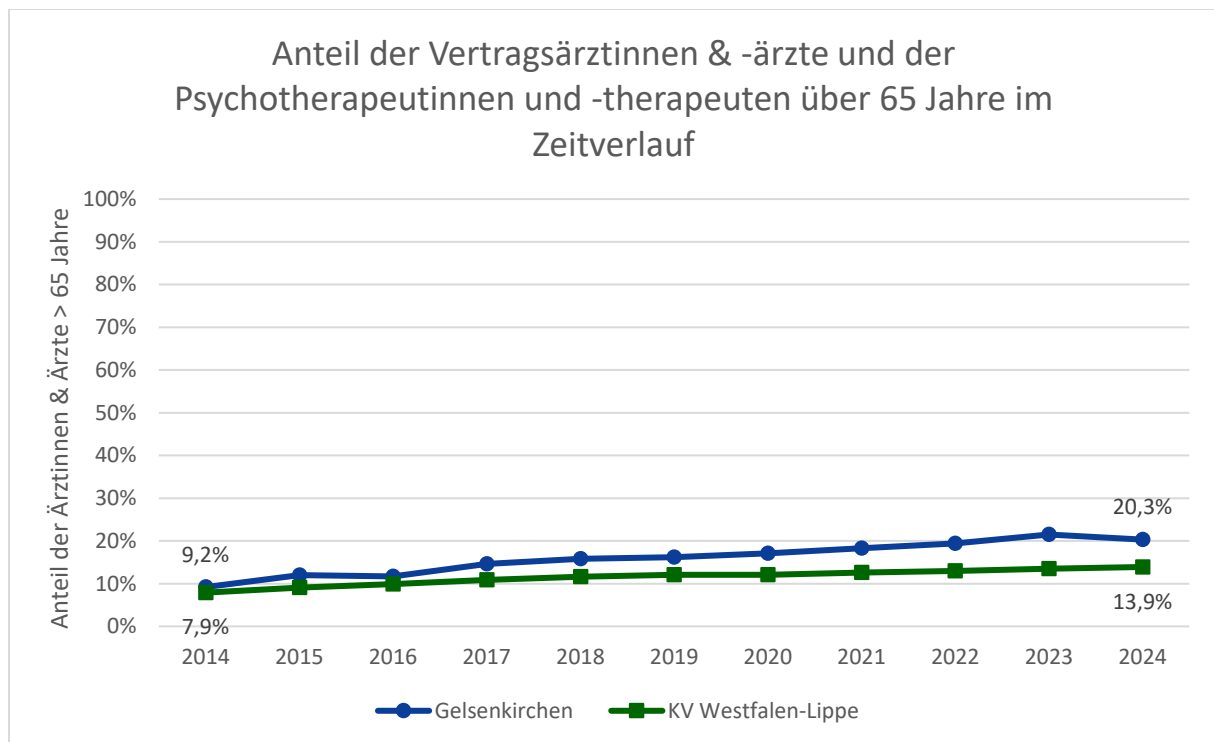


Abbildung 47 Anteil der Vertragsärztinnen und -ärzte und der Psychotherapeutinnen und -therapeuten über 65 Jahre in Gelsenkirchen & im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe im Zeitverlauf von 2014 bis 2024.

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. Stand: 31.12.2024.

Eigene Darstellung.

Der in Abbildung 2 bereits dargestellte deutlich höhere Anteil über 65-jähriger Hausärztinnen und Hausärzte in Gelsenkirchen im Vergleich zum Gebiet der KVWL ist besonders vor dem Hintergrund des nur leicht über dem Soll liegenden Versorgungsgrades dieser Arztgruppe in Gelsenkirchen von großer Bedeutung. Seit 2014 ist der Anteil der über 65-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte in Gelsenkirchen dabei deutlicher angestiegen als der Anteil im Gebiet der KVWL. Während der Anteil der über 65-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte im Gebiet der KVWL von 2014 bis 2024 nur um 6,9 Prozent - von 12,3 auf 19,2 Prozent - angestiegen ist, stieg er in Gelsenkirchen im selben Zeitraum um 17,3 Prozent - von 16,7 Prozent auf 34 Prozent. In 2024 ist der Anteil der über 65-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte in Gelsenkirchen erstmals seit 2014 wieder leicht gesunken. Dennoch liegt der Anteil in

Gelsenkirchen weiterhin deutlich über dem Durchschnitt der KVWL (siehe Abbildung 48).

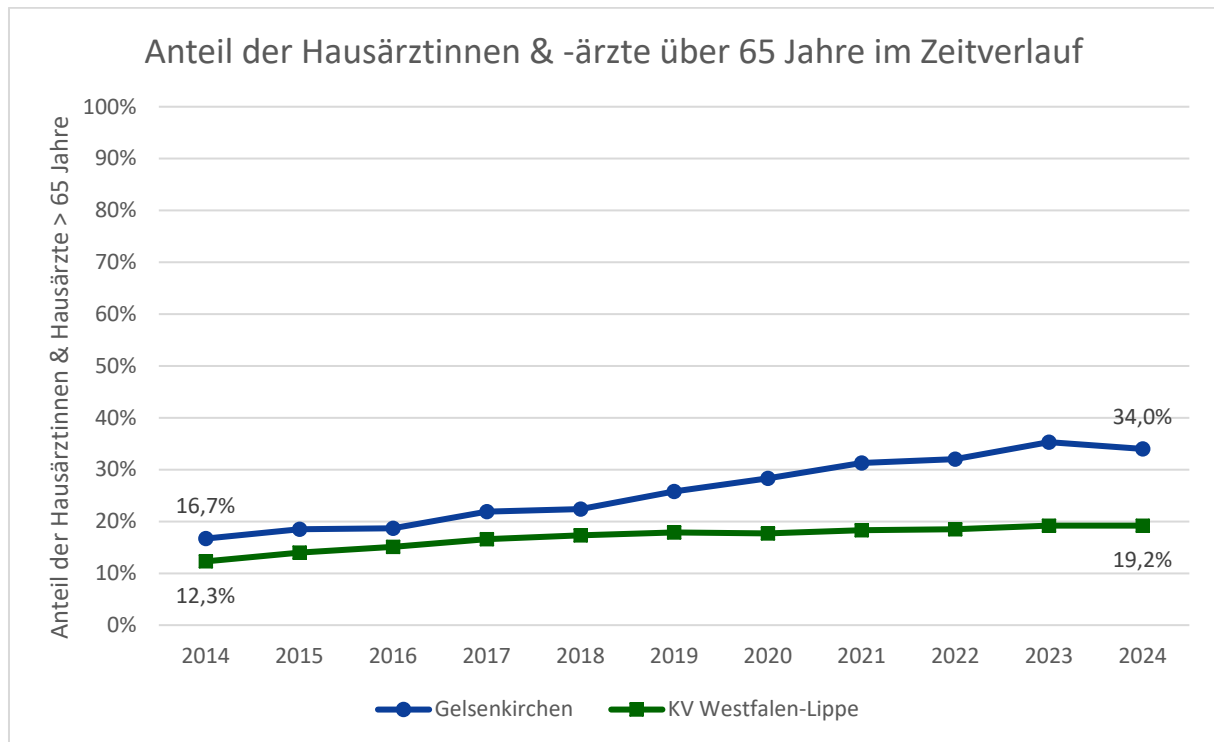


Abbildung 48 Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte über 65 Jahre in Gelsenkirchen & im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe im Zeitverlauf von 2014 bis 2024. Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. Stand: 31.12.2024. Eigene Darstellung.

Auch bei den Kinderärztinnen und Kinderärzten in Gelsenkirchen liegt der Anteil der über 65-Jährigen deutlich über dem Anteil in Gebiet der KVWL. Auch hier ist der Anteil der über 65-Jährigen in Gelsenkirchen seit 2014 deutlicher angestiegen als im Gebiet der KVWL (hier nicht dargestellt). Betrachtet man den Versorgungsgrad von Kinderärztinnen und -ärzten in Gelsenkirchen liegt dieser zwar höher als z. B. der Versorgungsgrad von Hausärztinnen und -ärzten. Da die Gesamtzahl der Kinderärztinnen und -ärzte jedoch mit etwa 20 deutlich unter der Gesamtzahl der Hausärztinnen und -ärzte liegt (ca. 149), kann es hier in der Versorgungssituation schneller zu größeren Herausforderungen kommen, wenn keine Nachfolgerinnen oder Nachfolger gefunden werden können.

Da die Hausärztinnen und Hausärzte sowie die Kinderärztinnen und Kinderärzte die erste Anlaufstelle in der ambulanten Versorgung sind, ist der Anteil der über 65-

Jährigen hier besonders relevant. Um einer tatsächlichen Unterversorgung frühzeitig entgegenzuwirken, sollten Maßnahmen institutionsübergreifend entwickelt und bei Bedarf rechtzeitig umgesetzt werden.

6.2.2 Apotheken

Apotheken sind als Teil des ambulanten Gesundheitswesens zuständig für die Versorgung der Bevölkerung mit notwendigen Arzneimitteln. Die Anzahl der Apotheken geht seit Jahren nicht nur in Gelsenkirchen, sondern auch NRW-weit zurück. Während 2012 noch 69 Apotheken im Gelsenkirchener Stadtgebiet ansässig waren, sank die Anzahl bis 2023 auf 54 Apotheken. Damit einhergehend nimmt auch die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner je Apotheke in Gelsenkirchen zu. Betrachtet man die Einwohnerzahl je Apotheke in Gelsenkirchen und im NRW-Durchschnitt liegen diese 2023 auf ungefähr gleichem Niveau.

Tabelle 4 Anzahl der Apotheken in Gelsenkirchen und Einwohnerzahl je Apotheke in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2012 bis 2023

	Anzahl Apotheken in Gelsenkirchen	Einwohner je Apotheke in Gelsenkirchen	Einwohner je Apotheke in NRW
2012	69	3.713	3.921
2013	68	3.768	4.005
2014	64	4.026	4.020
2015	61	4.268	4.124
2016	62	4.234	4.180
2017	61	4.267	4.255
2018	61	4.273	4.348
2019	61	4.256	4.466
2020	56	4.627	4.538
2021	55	4.730	4.625
2022	55	4.782	4.768
2023	54	4.924	4.900

Quelle: LfGA NRW. Indikator 6.21 (L) – Apotheken, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken. Stand: März 2025.

Es wird ersichtlich, dass die Reduktion der Apotheken kein alleiniges Phänomen in Gelsenkirchen ist, sondern dass es grundsätzliche diese Änderung gibt. Hier sei jedoch darauf hinzuweisen, dass die eigenständige Versorgung mit benötigten Medikamenten für bestimmte Personengruppe erschwert sein kann, wenn es keine

Apotheken in der näheren Umgebung mehr gibt. Aus diesem Grund sollte die weitere Entwicklung in Gelsenkirchen verfolgt werden.

6.2.3 Rettungsdienst

Der Rettungsdienst umfasst die schnelle medizinische Hilfe bei Notfällen, Unfällen und akuten Erkrankungen, um Leben zu retten und die Gesundheit zu erhalten (75).

Wer ist für die Planungen im Bereich des Rettungsdienstes zuständig?

Für die Planungen im Bereich des Rettungsdienstes in NRW sind die Kreise und kreisfreien Städte zuständig. Zur Sicherstellung der Notfallversorgung werden Rettungsdienstbedarfspläne aufgestellt, regelmäßig überprüft und aktualisiert. In diesen Bedarfsplänen werden unter anderem die benötigte Anzahl der Rettungswachen sowie deren Standorte und die Anzahl der Rettungswagen im Stadtgebiet festgelegt.

Im Rettungsdienst wird zwischen unterschiedlichen Arten von Einsätzen unterschieden. Zum einen gibt es die Notfallrettung, die durch Rettungswagen (RTW) und bei Bedarf Notarzteinsetzfahrzeuge (NEF) bzw. Notarztwagen durchgeführt wird. Zum anderen gibt es die so genannten Krankentransporte, bei denen mithilfe von

Wie kommen die Daten zu den Rettungsdiensteinsätzen zustande?

Die Daten zu den Rettungsdiensteinsätzen stammen aus der Rettungsdienststatistik, die das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) führt. Zur Verfügung gestellt werden die Daten als Indikator über das LfGA NRW.

Gelsenkirchen meldet dabei alle Einsätze, die durch die Feuerwehr selber oder beauftragte Leistungserbringer (z. B. DRK oder Malteser) erbracht werden. Da es nicht über alle Kommunen in NRW hinweg einheitlich ist, ob auch Einsätze von privaten Anbietern (z. B. beim Krankentransport) mit übermittelt werden, ist ein Vergleich mit dem NRW-Durchschnitt nicht aussagekräftig. Daher werden hier nur die Daten für Gelsenkirchen dargestellt.

Krankentransportwagen (KTW) Kranken, Verletzten oder sonstigen hilfsbedürftigen Personen, die nicht unter die Notfallrettung fallen, Hilfe geleistet wird.

In Gelsenkirchen steigt die Anzahl der Einsätze mit KTW, RTW und NEF insgesamt je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner seit 2012 fast stetig an. Dabei ist vor allem zwischen 2019 und 2020 in deutlicher Anstieg in den Einsatzzahlen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner zu beobachten (siehe Abbildung 49).

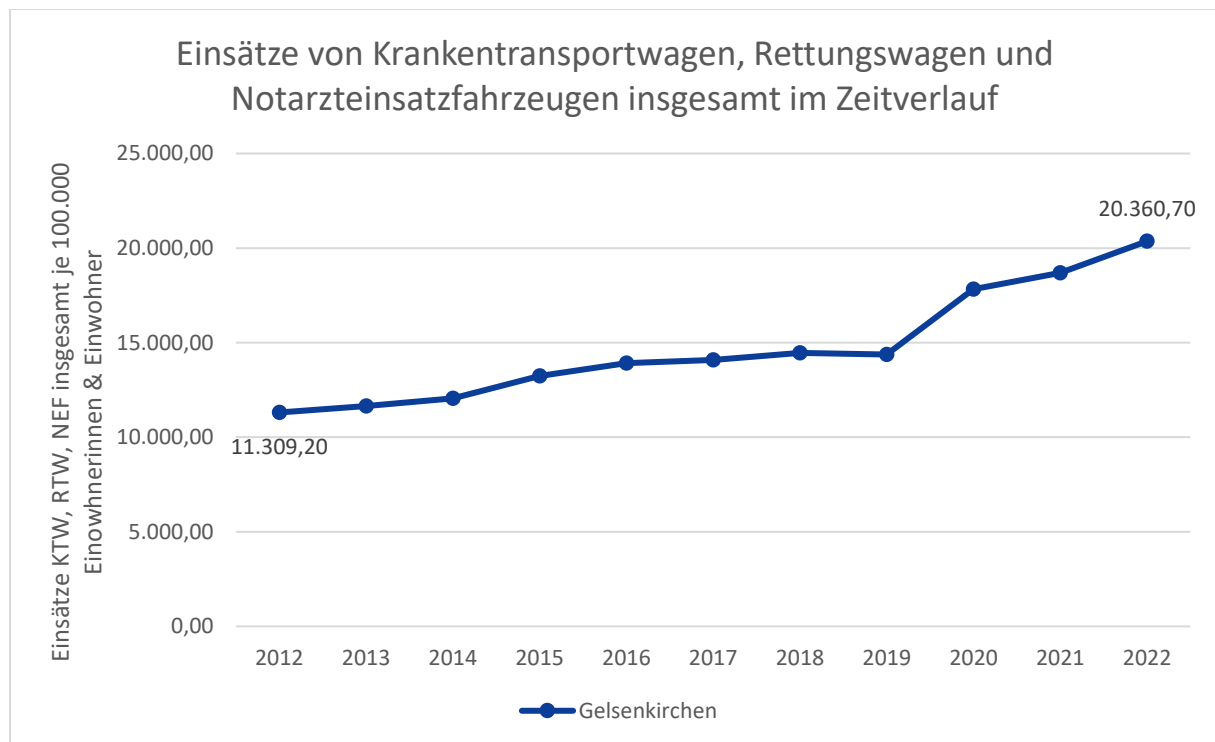


Abbildung 49 Einsätze von Krankentransportwagen, Rettungswagen und Notarzteinsetzungsfahrzeugen insgesamt je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Gelsenkirchen im Zeitverlauf von 2012 bis 2022.

Quelle: LfGA NRW. Indikator 7.25 (L) – Einsätze von Krankentransport-, Rettungswagen, Notarzteinsetzungsfahrzeugen und Notarztwagen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken. Stand: März 2025.

Eigene Darstellung.

Bei der separaten Betrachtung der einzelnen Einsatzarten zeigt sich, dass der deutliche Anstieg der Einsatzzahlen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Gelsenkirchen vor allem auf die Krankentransporte und die Rettungswageneinsätze zurückzuführen ist. Während in Gelsenkirchen 2012 noch etwa 3.700 Krankentransporte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner durchgeführt wurden, ist diese Anzahl bis 2022 auf 6.725 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner angestiegen (siehe Abbildung 50).

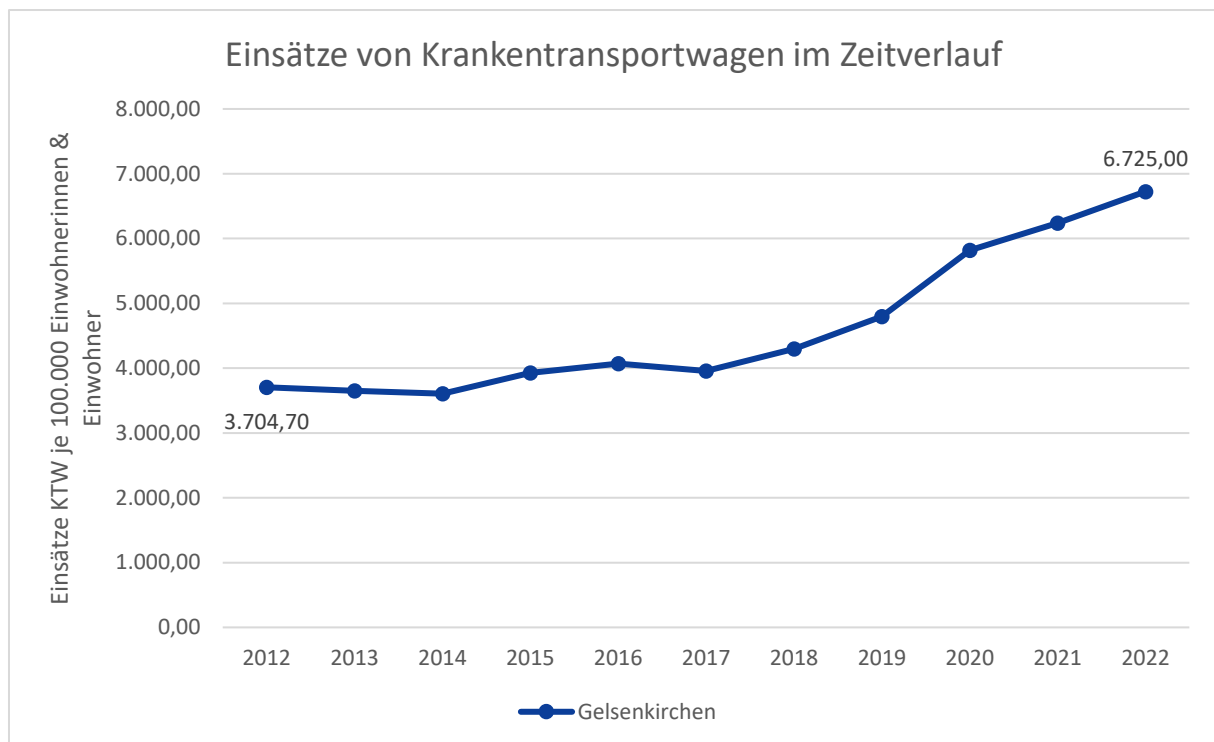


Abbildung 50 Einsätze von Krankentransportwagen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Gelsenkirchen im Zeitverlauf von 2012 bis 2022.

Quelle: LfGA NRW. Indikator 7.25 (L) – Einsätze von Krankentransport-, Rettungswagen, Notarzteinsatzfahrzeugen und Notarztwagen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken. Stand: März 2025.

Eigene Darstellung.

Auch bei den Einsätzen der Rettungswagen ist seit 2012 in Gelsenkirchen ein fast stetiger Anstieg zu beobachten. Während in Gelsenkirchen 2012 noch etwa 5.960 Rettungswageneinsätze je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner durchgeführt wurden, waren es 2022 mit etwa 11.450 Einsätzen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner fast doppelt so viele. Auch bei den Einsätzen der Rettungswagen zeigt sich ein deutlicherer Anstieg zwischen 2019 und 2020 im Vergleich zu den anderen Jahren (siehe Abbildung 51).

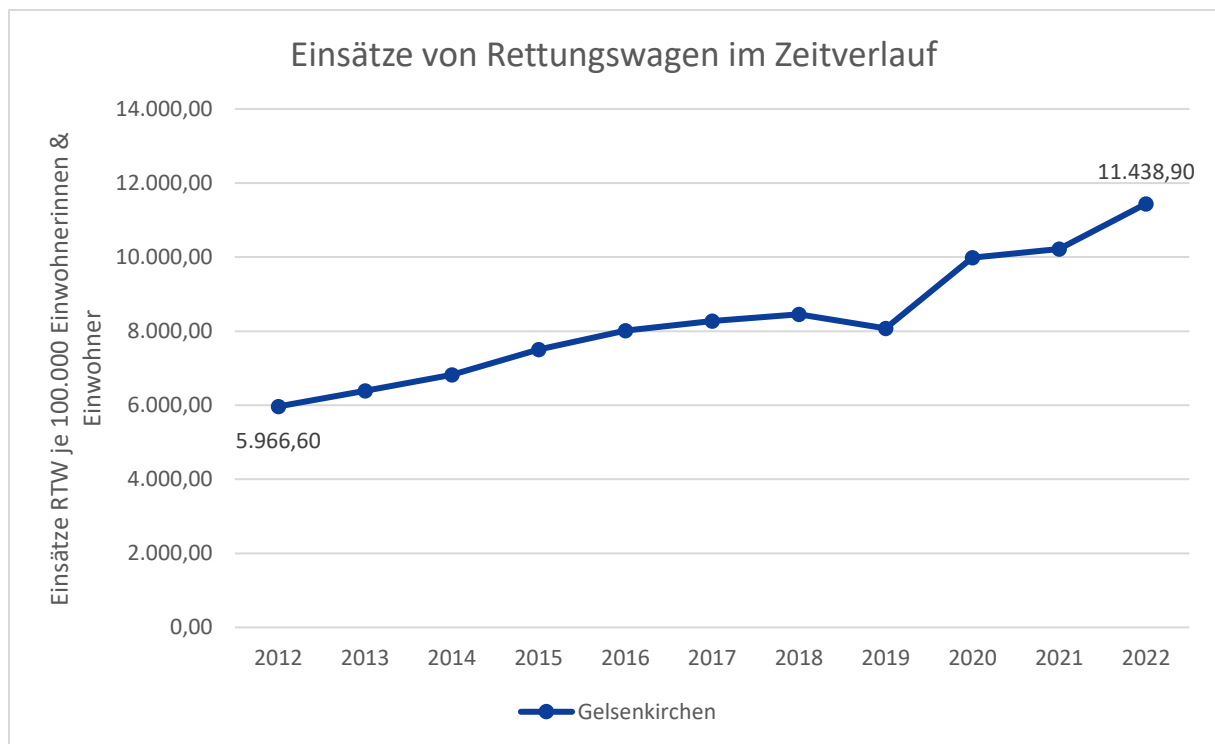


Abbildung 51 Einsätze von Rettungswagen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Gelsenkirchen im Zeitverlauf von 2012 bis 2022.

Quelle: LfGA NRW. Indikator 7.25 (L) – Einsätze von Krankentransport-, Rettungswagen, Notarzteinsetzungsfahrzeugen und Notarztwagen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken. Stand: März 2025.

Eigene Darstellung.

Fazit & Handlungsoptionen „Gesundheitliche Versorgung“

Obwohl die Planungen im Bereich der Krankenhäuser und der Kassen(zahn)ärztlichen Versorgung nicht durch die Kommune durchgeführt werden, kann die Kommune oder die Kommunale Gesundheitskonferenz in Stellungnahmen auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Bevölkerung hinweisen und eingehen.

So hat die Stadt Gelsenkirchen z. B. während der Krankenhausplanung in NRW von ihrem Recht zur Verfassung von Stellungnahmen rege Gebrauch gemacht. Des Weiteren hat die Gesundheitsdezernentin Andrea Henze zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung in Gelsenkirchen Gespräche mit der KVWL aufgenommen. Daraus ist das Programm „Praxis? – Durchstarten!“ entstanden, das mithilfe von einer finanziellen Förderung und flankierenden Schulungen durch die KVWL und die Stadt Gelsenkirchen den hausärztlichen Nachwuchs in Gelsenkirchen stärken will.

Die örtlichen Begebenheiten und Ansprüche im Rettungsdienst werden im Rahmen der Rettungsdienstbedarfsplanung reflektiert und gegebenenfalls angepasst. Der Rettungsdienstbedarfsplan für die Stadt Gelsenkirchen wurde 2023 aktualisiert.

Der stetige Anstieg von Rettungsdiensteinsätzen ist nicht unbedingt nur auf einen stetigen Anstieg des tatsächlichen Bedarfs zurückzuführen. Um eruieren zu können, warum die Einsatzzahlen im Rettungsdienst ansteigen, ist eine weitere Analyse und Diskussion der Datenlage sinnvoll.

Darüber hinaus können referats- und institutionsübergreifende Lösungen erarbeitet werden, die bereits bekannte Einflussfaktoren auf die steigenden Einsatzzahlen in den Blick nehmen. So können z. B. mögliche Lösungsvorschläge ressortübergreifend diskutiert werden, wie die Anbindung an die ambulante Versorgung verbessert werden kann oder wie Abfrageleitlinien in den Leitstellen der Feuerwehr so konzipiert werden können, dass sie die Betroffenen zielgerichtet in die richtigen Hilfesysteme leiten können.

7. Ausblick

Der vorliegende Basisgesundheitsbericht zeigt Veränderungen und Herausforderungen in der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und der gesundheitlichen Versorgung in Gelsenkirchen auf.

Ein wichtiger Punkt, um die gesundheitliche Lage der Bevölkerung positiv zu beeinflussen, ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Gelsenkirchener Bürgerinnen und Bürger. Die zielgruppengerechte Vermittlung von Wissen und die Stärkung der Bürgerinnen und Bürger im Umgang mit ihrer eigenen Gesundheit, können einen Beitrag zu Verringerung der Krankheitslast leisten. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz wird durch die Durchführung verschiedener präventiver Maßnahmen sowie durch die Schaffung einer eigens dafür zuständigen halben Personalstelle im Referat Gesundheit vermehrt in den Fokus genommen. Dabei werden zunächst die bestehenden Informationsangebote der Koordinierungsstelle Gesundheitsplanung auf ihre Verständlichkeit und Handhabbarkeit hin überprüft.

Neben den Maßnahmen auf individueller Ebene sind jedoch auch Veränderungen und Maßnahmen auf Verhältnisebene von großer Bedeutung, um die gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung nachhaltig zu sichern und zu verbessern. Dabei ist die Zusammenarbeit des Referates Gesundheit mit anderen Referaten der Stadt sowie anderen im Gesundheitsbereich agierenden Institutionen in der Stadt und darüber hinaus unumgänglich. So befindet sich wie oben beschrieben z. B. bereits eine Maßnahme zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung in Gelsenkirchen durch eine Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in der Umsetzung. Die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Verwaltungsbereichen und Institutionen ist bereits jetzt ein fester und wichtiger Bestandteil der Arbeit der Koordinierungsstelle Gesundheitsplanung im Referat Gesundheit. Diese Zusammenarbeit wird auch zukünftig weitergeführt und verstärkt.

Dieser Basisgesundheitsbericht dient als erster Überblick über die gesundheitliche Lage der Bürgerinnen und Bürger und die gesundheitliche Versorgung in der Stadt Gelsenkirchen. Da viele Daten bereits aus den vergangenen Jahren vorlagen, konnten schon in dieser ersten Auflage Zeitverläufe zur Darstellung von Veränderungen über die Zeit aufbereitet werden. Diese sollen zukünftig weitergeführt werden, um die Veränderungen künftig noch besser im Blick zu behalten. Zudem sollen aus dem

Basisgesundheitsbericht relevante Themen in detaillierterer Darstellung ausgearbeitet und veröffentlicht werden.

Darüber hinaus wird regelmäßig eruiert, ob neue Daten zur Verfügung stehen, die relevant für die Darstellung der gesundheitlichen Lage und der Versorgung in Gelsenkirchen sind. Perspektivisch sollen auch Daten zu Umweltfaktoren, die die Gesundheit beeinflussen, in den Basisgesundheitsbericht aufgenommen werden. So können Informationen zur Lärmbelastung in der Stadt aus dem Lärmaktionsplan der Stadt herangezogen werden. Zudem wird momentan der Ausbau der Umweltsensoren in Gelsenkirchen vorangetrieben. Dadurch können zukünftig aussagekräftigere Daten zur Luftqualität genutzt werden. Das Thema Hitze und die Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung werden hingegen schon im nächsten Spezialbericht behandelt.

Durch die Vorstellung des Basisgesundheitsberichts im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz Gelsenkirchens und einer moderierten Diskussion der Ergebnisse können in Kooperation mit den Mitgliedern weitere Schritte entwickelt werden. Im Rahmen der zukünftigen Basisgesundheitsberichte können wiederum Veränderungen identifiziert werden.

Anhang

FAQs

Woher kommen die Daten zur Bevölkerungsstruktur?.....S.12

Die Daten zur Bevölkerung, zur Geschlechtsverteilung und zum Migrationshintergrund stammen aus der Einwohnermeldedatenbank der Stadt Gelsenkirchen und werden durch die Statistikstelle der Stadt zur Verfügung gestellt. Diese Zahlen können aufgrund von unterschiedlichen Erhebungsmethoden von anderen Datenquellen, wie z. B. den Bevölkerungsdaten des Mikrozensus, abweichen.

Bei den Daten zur Altersstruktur in der Bevölkerung, zur Arbeitslosenquote oder zur Bildung werden Daten genutzt, die das Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW zur Verfügung stellt. Dadurch können die Daten mit dem NRW-Durchschnitt verglichen werden, ohne dass es durch eventuelle andere Erhebungsmethoden zu Verzerrungen kommt.

Wie kommen die ambulanten Daten zustande?.....S.15

Die Daten der KVNo und der KVWL sind Diagnosen, die während der Behandlung von hausärztlichem oder fachärztlichem Personal gestellt werden. Damit diese Diagnosen gezählt werden, müssen sie mindestens zwei Mal in einem Kalenderjahr für den Patienten oder die Patientin dokumentiert worden sein.

Die Daten zeigen dabei die Behandlungsprävalenz an. Das heißt, wie häufig eine Erkrankung in einer bestimmten Gruppe in einem Jahr vorkommt.

Die Gruppe, die den Berechnungen hier zugrunde liegt, sind alle in der Stadt wohnenden, gesetzlich versicherten Patienten oder Patientinnen, die im jeweiligen Jahr mindestens einmal vertragsärztlich behandelt worden sind. Dies entspricht in Gelsenkirchen ca. 81 Prozent der hier lebenden Bevölkerung (NRW ca. 85 Prozent). Daten der privat Versicherten oder nicht versicherten Personen liegen nicht vor und können daher hier nicht berücksichtigt werden. Da privatversicherte Personen und Personen, die in dem Jahr nicht beim Arzt gewesen sind, bei der Berechnung der Behandlungsprävalenz nicht berücksichtigt werden, könnte es sein, dass die Krankheitshäufigkeit über- oder unterschätzt wird.

Sind die ambulanten und stationären Daten ohne Weiteres miteinander vergleichbar?S.16

Die ambulanten Daten und die stationären Daten sind nicht ohne weiteres miteinander vergleichbar. Sie unterscheiden sich vor allem darin, welche Personengruppe zur Berechnung der Häufigkeiten zugrunde gelegt wird.

Bei den ambulanten KV-Daten der KVNo und KVWL bilden die Grundgesamtheit alle in der Stadt wohnenden, gesetzlich versicherten Patienten oder Patientinnen, die im jeweiligen Jahr mindestens einmal vertragsärztlich behandelt worden sind. Bei den stationären Krankenhausdiagnosen ist die mittlere Jahresbevölkerung Gelsenkirchens bzw. NRWs die Grundgesamtheit.

Zudem werden bei den ambulanten Daten für die Betrachtung von Typ 2 Diabetes neben der Hauptdiagnose „Diabetes mellitus, Typ 2“ noch verschiedene Kombinationen mit anderen Diagnosen mit einbezogen, während bei den stationären Daten nur die Hauptdiagnose „Diabetes mellitus, Typ 2“ betrachtet wird.

Was bedeutet ambulante Behandlungsprävalenz?S.17

Die ambulante Behandlungsprävalenz gibt an, wie viele Menschen aufgrund einer bestimmten Erkrankung bei einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt oder einer Fachärztin bzw. einem Facharzt behandelt wurden. Bei den hier vorliegenden ambulanten Diagnosedaten wird die Behandlungsprävalenz innerhalb eines Kalenderjahres ermittelt.

Was bedeuten die Begriffe Inzidenz und Inzidenzrate?S.36

Inzidenz

Die Inzidenz beschreibt die Anzahl der Neuerkrankungen einer bestimmten Erkrankung in einem bestimmten Zeitraum.

Inzidenzrate

Die Inzidenzrate beschreibt die Anzahl der Neuerkrankungen einer bestimmten Erkrankung in einem bestimmten Zeitraum im Verhältnis zu einer definierten Gruppe (z.B. je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner einer Stadt).

Wie werden Influenza-Daten dargestellt?.....S.41

Da Influenza-Erkrankungen in Deutschland saisonal in den Wintermonaten vermehrt auftreten, werden die Daten hier immer für eine Wintersaison zweier Jahre (z.B. 2008/2009) dargestellt. Dabei werden die Fälle ab Kalenderwoche 40 berücksichtigt (z.B. Kalenderwoche 40 in 2008).

Was sind altersstandardisierte Raten?.....S.50

Altersstandardisierte Raten sind eine Messgröße in der Statistik. Sie geben an, wie viele Krankheits- oder Sterbefälle je 100.000 Personen es geben würde, wenn der Altersaufbau der Bevölkerung dem einer definierten Standardbevölkerung entsprechen würde. Hier wird die alte Europabevölkerung als fiktive Standardbevölkerung zugrunde gelegt.

Durch altersstandardisierte Raten kann man somit Daten aus unterschiedlichen Regionen vergleichen, ohne dass es zu Verzerrungen durch unterschiedliche Altersverteilungen (z.B. mehr Ältere in der einen als in der anderen Region) kommt.

Woher kommen die Daten zu den Krebserkrankungen?.....S.51

Die in den folgenden Unterkapiteln dargestellten Daten stammen aus dem Landeskrebsregister NRW (LKR NRW). Die Krebsneuerkrankungen und die Krebssterbefälle beziehen sich dabei auf den Wohnort zum Zeitpunkt der Diagnose bzw. zum Todeszeitpunkt. Das LKR NRW aktualisiert die Daten regelmäßig. Die hier dargestellten Daten haben den Datenstand 19.07.2024.

Warum schwanken die Raten in Gelsenkirchen mehr als die Raten in NRW? S.52

Die Anzahl der Neuerkrankungen bzw. der Sterbefälle ist in Gelsenkirchen kleiner als in NRW. Je kleiner die Anzahl der Fälle, auf denen die Raten beruhen, desto eher kommt es zu Schwankungen zwischen z. B. verschiedenen Jahren.

Wie kommt die Rate der Lebendgeborenen zustande?.....S.64

Um die Anzahl der Lebendgeborenen in verschiedenen Städten oder Regionen vergleichen zu können wird diese hier im Verhältnis zu je 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren gesetzt. Diese Rate wird auch Fertilitätsrate oder Fruchtbarkeitsziffer genannt, da sie sich auf die Frauen im ungefähr gebärfähigen Alter bezieht.

Werden jedes Jahr alle Kinder eines Jahrgangs bei der Schuleingangsuntersuchung untersucht?.....S.66

Die Schuleingangsuntersuchungen sind im Regelfall eine Untersuchung aller Kinder einer Stadt, die im betreffenden Jahr eingeschult werden. Aufgrund der Corona-Pandemie und den damit einhergehenden Einschränkungen konnten jedoch zwischen 2020 und 2022 teilweise nur wenige Kinder untersucht werden. Daher fehlen diese Jahre in den Darstellungen der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen.

Diese fehlenden Werte werden in den Zeitreihen mit einer gestrichelten Linie dargestellt.

Was ist das standardisierte Mortalitätsverhältnis?.....S.77

Das standardisierte Mortalitätsverhältnis – auf Englisch Standardized Mortality Ratio (SMR) – ist ein Maß, das verwendet wird, um zu vergleichen, wie viele Menschen in einer bestimmten Gruppe (hier die Gelsenkirchener Bevölkerung) gestorben sind, verglichen mit wie vielen man erwartet hätte, wenn diese Gruppe die gleiche Sterblichkeitsrate hätte wie eine größere Vergleichsgruppe (hier NRW).

Das standardisierte Mortalitätsverhältnis ermöglicht so eine Einschätzung darüber, ob in einer bestimmten Gruppe eine höhere oder niedrigere Sterblichkeit herrscht, unabhängig vom Alter.

Wenn der Wert des SMR über 1 liegt, sterben mehr Menschen als erwartet. Liegt er unter 1 sterben weniger Menschen als erwartet.

Wer ist für die Planungen im Bereich der Krankenhäuser zuständig?.....S.87

In Deutschland liegt die Verantwortung für eine angemessene Krankenhausversorgung bei den Bundesländern. Diese stellen dafür so genannte Krankenhauspläne auf, in denen festgehalten wird, welche Leistungen die Krankenhäuser in welchem Umfang erbringen dürfen. Zusätzlich ist am 12.12.2024 das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) auf Bundesebene in Kraft getreten, das auch Einfluss auf die Krankenhausplanung auf Landesebene nimmt.

Wie wird der Versorgungsgrad ermittelt und wie wirkt er sich auf die Zulassung neuer Vertragsärztinnen und -ärzte aus?.....S.91

Zur Ermittlung des Versorgungsgrades werden die in einer Region ansässigen Ärztinnen und Ärzte im Verhältnis zu den laut Bedarfsplanung benötigten Ärztinnen und Ärzten in dieser Region gesetzt. Liegt der Versorgungsgrad über 100 sind somit in der Region mehr Ärztinnen und Ärzte tätig als laut Bedarfsplanung benötigt. Liegt der Versorgungsgrad über 110 Prozent, dürfen sich keine neuen Ärztinnen oder Ärzte in dieser Region zur Behandlung von gesetzlich versicherten Personen mehr niederlassen. Von 100 Prozent bis 75 / 50 Prozent kann eine drohende Unterversorgung ausgesprochen werden, wodurch dann die Möglichkeit für Fördermaßnahmen gegeben wird. Wenn der Versorgungsgrad unter 75 Prozent (im hausärztlichen Bereich) oder unter 50 Prozent (im fachärztlichen Bereich) fällt, sind die KVen angehalten, Maßnahmen zur Beseitigung der Unterversorgung einzuleiten.

Wer ist für die Planungen im Bereich der ambulanten (zahn-) ärztlichen Versorgung zuständig?.....S.93

Für die Planungen im Bereich der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die regional aufgeteilten Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zuständig. Gelsenkirchen gehört dabei zur KVWL. Die KVen planen dabei wie viele Ärztinnen und Ärzte der unterschiedlichen Fachrichtungen bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten in einer Region tätig sein und gesetzlich versicherte Personen behandeln dürfen.

Für die Zahnärztinnen und Zahnärzte liegt die Planungsrolle bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. In Gelsenkirchen ist dies die Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KZVWL).

Wer ist für die Planungen im Bereich des Rettungsdienstes zuständig?.....S.98

Für die Planungen im Bereich des Rettungsdienstes in NRW sind die Kreise und kreisfreien Städte zuständig. Zur Sicherstellung der Notfallversorgung werden Rettungsdienstbedarfspläne aufgestellt, regelmäßig überprüft und aktualisiert. In diesen Bedarfsplänen werden unter anderem die benötigte Anzahl der Rettungswachen sowie deren Standorte und die Anzahl der Rettungswagen im Stadtgebiet festgelegt.

Wie kommen die Daten zu den Rettungsdiensteinsätzen zustande?.....S.98

Die Daten zu den Rettungsdiensteinsätzen stammen aus der Rettungsdienststatistik, die das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) führt. Zur Verfügung gestellt werden die Daten als Indikator über das LfGA NRW.

Gelsenkirchen meldet dabei alle Einsätze, die durch die Feuerwehr selber oder beauftragte Leistungserbringer (z. B. DRK oder Malteser) erbracht werden. Da es nicht über alle Kommunen in NRW hinweg einheitlich ist, ob auch Einsätze von privaten Anbietern (z. B. beim Krankentransport) mit übermittelt werden, ist ein Vergleich mit dem NRW-Durchschnitt nur schlecht möglich. Daher werden hier nur die Daten für Gelsenkirchen dargestellt.

Abkürzungsverzeichnis

KBV.....	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KTW.....	Krankentransportwagen
KVen.....	Kassenärztliche Vereinigungen
KVNo.....	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KVWL.....	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen Lippe
KZVen.....	Kassenzahnärztliche Vereinigungen
KZVWL.....	Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen Lippe
LKR NRW.....	Landeskrebsregister NRW
LfGA NRW.....	Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW
MAGS NRW.....	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW
NEF.....	Notarzteinsatzfahrzeug
RTW.....	Rettungswagen
STIKO.....	Ständige Impfkommission
WHO.....	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Modell der Determinanten der Gesundheit	10
Abbildung 2 Anteil der 0- bis 17-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2012 bis 2023.	13
Abbildung 3 Behandlungsprävalenz von ambulant diagnostiziertem Typ 2 Diabetes bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.....	18
Abbildung 4 Krankenhausdiagnose Typ 2 Diabetes bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.....	19
Abbildung 5 Behandlungsprävalenz von ambulant diagnostizierter Hypertonie bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.....	20
Abbildung 6 Krankenhausdiagnose Hypertonie bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.....	21
Abbildung 7 Behandlungsprävalenz von ambulant diagnostizierten Rückenschmerzen bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.....	23
Abbildung 8 Krankenhausdiagnose Rückenschmerzen bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.....	24
Abbildung 9 Behandlungsprävalenz von ambulant diagnostizierter Ischämischer Herzkrankheit bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.....	25
Abbildung 10 Krankenhausdiagnose Ischämische Herzkrankheit bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.....	26
Abbildung 11 Behandlungsprävalenz von ambulant diagnostizierter COPD bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.....	27
Abbildung 12 Krankenhausdiagnose COPD bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.....	28
Abbildung 13 Behandlungsprävalenz von ambulant diagnostizierter Depression bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.....	30
Abbildung 14 Krankenhausdiagnose Depression bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.....	31
Abbildung 15 Behandlungsprävalenz von ambulant diagnostizierter Demenz bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.....	33
Abbildung 16 Krankenhausdiagnose Demenz bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW nach Altersgruppen 2023.....	34

Abbildung 17 Anzahl der gemeldeten Fälle von COVID-19 in Gelsenkirchen nach Monaten im Zeitverlauf von 2020 bis 2024.	39
Abbildung 18 Inzidenzrate von Influenza (Grippe) in Gelsenkirchen im Zeitverlauf von 2008/2009 bis 2023/2024.	41
Abbildung 19 Inzidenzrate von Hepatitis B in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2013 bis 2024.	44
Abbildung 20 Inzidenzrate von Tuberkulose in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2013 bis 2024.	45
Abbildung 21 Anzahl der gemeldeten Fälle von Masern in Gelsenkirchen im Zeitverlauf von 2013 bis 2024.	48
Abbildung 22 Neuerkrankungsraten von Brustkrebs (altersstandardisiert) bei Frauen in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2010 bis 2022.	52
Abbildung 23 Sterberaten von Brustkrebs (altersstandardisiert) bei Frauen in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2010 bis 2022.	53
Abbildung 24 Neuerkrankungsraten von Prostatakrebs (altersstandardisiert) bei Männern in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2010 bis 2022.	54
Abbildung 25 Sterberaten von Prostatakrebs (altersstandardisiert) bei Männern in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2010 bis 2022.	55
Abbildung 26 Neuerkrankungs- und Sterberaten von Lungenkrebs (altersstandardisiert) bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW 2022.	56
Abbildung 27 Neuerkrankungsrate von Lungenkrebs (altersstandardisiert) bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen im Zeitverlauf von 2010 bis 2022.	57
Abbildung 28 Neuerkrankungs- und Sterberaten von Darmkrebs (altersstandardisiert) bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW 2022.	58
Abbildung 29 Neuerkrankungsrate von Darmkrebs (altersstandardisiert) bei Frauen in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2010 bis 2022.	59
Abbildung 30 Neuerkrankungs- und Sterberaten vom malignen Melanom der Haut (altersstandardisiert) bei Männern und Frauen in Gelsenkirchen & NRW 2022.	60
Abbildung 31 Neuerkrankungsrate vom malignen Melanom der Haut (altersstandardisiert) bei Männern in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2010 bis 2022.	61
Abbildung 32 Neuerkrankungsrate vom malignen Melanom der Haut (altersstandardisiert) bei Frauen in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2010 bis 2022.	61

Abbildung 33 Anzahl der Lebendgeborenen je 1.000 15 bis 44-jährige Frauen in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2012 bis 2023.	65
Abbildung 34 Adipositas bei Kindern der Schuleingangsuntersuchungen in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2012 bis 2023.	68
Abbildung 35 Adipositas bei Kindern der Schuleingangsuntersuchungen nach Geschlecht in Gelsenkirchen & NRW 2023.	69
Abbildung 36 Teilnahmequote bei den U-Untersuchungen U1 bis U7 bei Kindern der Schuleingangsuntersuchungen in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2012 bis 2023.....	71
Abbildung 37 Anteil der Kinder mit vollständiger Grund-Immunisierung für empfohlene Schutz-Impfungen der STIKO in Gelsenkirchen & NRW 2023.	73
Abbildung 38 Säuglingssterblichkeit in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2012 bis 2023.....	76
Abbildung 39 Abweichung des standardisierten Mortalitätsverhältnisses (SMR) Gelsenkirchen vom Landeswert (NRW = 1) im Zeitverlauf von 2012 bis 2023.....	78
Abbildung 40 Mittlere Lebenserwartung nach Geschlecht in Gelsenkirchen & NRW 2023.....	79
Abbildung 41 Mittlere Lebenserwartung nach Geschlecht in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2012 bis 2023.....	80
Abbildung 42 Abweichung des standardisierten Mortalitätsverhältnisses (SMR) Gelsenkirchen vom Landeswert (NRW = 1) 2023.....	83
Abbildung 43 Anzahl der Betten in wichtigen Krankenhausangeboten der Grundversorgung je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Gelsenkirchen & NRW 2022.....	87
Abbildung 44 Anzahl der Krankenhausdiagnosen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Gelsenkirchen & NRW 2023.	89
Abbildung 45 Anzahl der Krankenhausdiagnosen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner von Frauen und Männern in Gelsenkirchen 2023.....	90
Abbildung 46 Anteil der Ärztinnen und Ärzte nach Arztgruppen und der Psychotherapeutinnen und -therapeuten über 65 Jahre in Gelsenkirchen & im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe 2024.	94
Abbildung 47 Anteil der Vertragsärztinnen und -ärzte und der Psychotherapeutinnen und -therapeuten über 65 Jahre in Gelsenkirchen & im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe im Zeitverlauf von 2014 bis 2024.	95

Abbildung 48 Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte über 65 Jahre in Gelsenkirchen & im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe im Zeitverlauf von 2014 bis 2024.	96
Abbildung 49 Einsätze von Krankentransportwagen, Rettungswagen und Notarzteininsatzfahrzeugen insgesamt je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Gelsenkirchen im Zeitverlauf von 2012 bis 2022.	99
Abbildung 50 Einsätze von Krankentransportwagen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Gelsenkirchen im Zeitverlauf von 2012 bis 2022.	100
Abbildung 51 Einsätze von Rettungswagen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Gelsenkirchen im Zeitverlauf von 2012 bis 2022.	101

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht Vermeidbare Sterbefälle nach Diagnosen	81
Tabelle 2 Übersicht der Kliniken im Gelsenkirchener Stadtgebiet	86
Tabelle 3 Gesamtzahl & Versorgungsgrad der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Gelsenkirchen 2024	92
Tabelle 4 Anzahl der Apotheken in Gelsenkirchen und Einwohnerzahl je Apotheke in Gelsenkirchen & NRW im Zeitverlauf von 2012 bis 2023	97

Literaturverzeichnis

- (1) Franzkowiak, P. & Hurrelmann, K. (2022). Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*.
<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i023-1.0>.
- (2) Weltgesundheitsorganisation (2020). Constitution of the World Health Organisation. In: *Basic Documents, forty-ninth edition* (p. 1-19). WHO.
- (3) Hurrelmann, K. & Richter, M. (2022). Determinanten der Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i008-2.0>.
- (4) Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1993) nach Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. WHO.
- (5) Mielck, A., Lungen, M., Siegel, M. & Korber, K. (2012). *Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit*. Bertelsmann Stiftung.
- (6) Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2003). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13. Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. Robert Koch-Institut.
- (7) Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW (2025a, März). *Indikator (L) 2.21 – Arbeitslose nach Personengruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Ende Sept. 2023* [Dataset].
https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_laender/index.html.
- (8) Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW (2025b, März). *Indikator (L) 2.13_01 – Bevölkerung nach dem Schulabschluss, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2023*. [Dataset].
https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_laender/index.html.
- (9) Gesund.bund.de (2022). *Diabetes Typ 2*. Verfügbar unter:
<https://gesund.bund.de/diabetes-typ-2>. Zuletzt abgerufen am 21.01.2025.
- (10) Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2024). *Gesundheitsberichterstattung. Diabetes Typ 2: Prävalenz (11 – 17 Jahre)*. Verfügbar unter:
https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/KoerperlicheErkrankungen/DiabetesMellitus/Typ2DiabetesPraevalenzU18/typ2DiabetesPraevalenzU18_n

<ode.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2022&geschlecht=0&standardisierung=0>. Zuletzt abgerufen am: 03.04.2025.

- (11) World Health Organization (2019). *Classification of diabetes mellitus*. WHO.
- (12) Gesundheitsinformation.de (2024). *Bluthochdruck (Hypertonie)*. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/bluthochdruck-hypertonie.html>. Zuletzt abgerufen am: 23.01.2025.
- (13) Neuhauser, H., Kuhnert, R. & Born, S. (2017). 12-Monats-Prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(1), 57 – 63.
- (14) Gesund.bund.de (2020). *Rücken- und Kreuzschmerzen*. Verfügbar unter: <https://gesund.bund.de/ruecken-und-kreuzschmerzen>. Zuletzt abgerufen am: 03.04.2025.
- (15) Wissenschaftliches Institut der AOK (2023). *Gesundheitsatlas Nordrhein-Westfalen Rückenschmerzen*.
- (16) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2017). *Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung*, 2. Auflage. Version 1. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000353>.
- (17) Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2022). *Gesundheitsatlas Nordrhein-Westfalen Koronare Herzkrankheit*.
- (18) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2021). *Nationale VersorgungsLeitlinie COPD – Teilpublikation der Langfassung*, 2. Auflage. Version 1. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000477>.
- (19) Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2021). *Gesundheitsatlas Nordrhein-Westfalen COPD*.
- (20) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2022). *Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung*, Version 3.2. 2022 <https://doi.org/10.6101/AZQ/000505>.
- (21) Gesund.bund.de (2021). *Depression*. Verfügbar unter: <https://gesund.bund.de/depression>. Zuletzt abgerufen am: 24.01.2025.
- (22) Bundesministerium für Gesundheit (o.J.). *Online-Ratgeber Demenz. Was ist Demenz?*. Verfügbar unter:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-demenz/was-ist-demenz.html>. Zuletzt abgerufen am: 03.04.2025.

- (23) Georges, D., Rakusa, E., Holtz, A.V., Fink, A. & Doblhammer, G. (2023). Demenzerkrankungen in Deutschland: Epidemiologie, Trends und Herausforderungen. *J Health Monit*, 8(3), 32–52.
- (24) Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., Orgeta, V., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E. L., Samus, Q., Schneider, L. S., Selbaek, G., Teri, L. & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* 2020;396, 413-446.
- (25) Bundesgesundheitsministerium (2024). *Infektionskrankheiten*. Verfügbar unter:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/infektionskrankheiten/> . Zuletzt abgerufen am: 12.12.2024.
- (26) Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024). *Todesursachen nach Krankheitsarten 2023*. Verfügbar unter:
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html#235880. Zuletzt abgerufen am: 12.12.2024.
- (27) Robert Koch-Institut (2024). *Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2022*.
- (28) Robert Koch-Institut (2024). RKI-Ratgeber COVID-19. *Epid Bull* 2024;22, 3-14.
<https://doi.org/10.25646/12106>. Verfügbar unter:
https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_COVID-19.html?nn=16911046. Zuletzt abgerufen am: 13.02.2025.
- (29) Infektionsschutz.de (2024). *Coronavirus. Ansteckung, Übertragung und Krankheitsverlauf*. Verfügbar unter:
<https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/fragen-und-antworten/ansteckung-uebertragung-und-krankheitsverlauf/#tab-12379-c3758>. Zuletzt abgerufen am: 13.02.2025.

- (30) Gesund.bund.de (2024). *COVID-19 (Coronavirus-Erkrankung 2019)*. Verfügbar unter: <https://gesund.bund.de/covid-19>. Zuletzt abgerufen am: 13.02.2025.
- (31) Robert Koch-Institut (ohne Jahr). *Über die STIKO*. Verfügbar unter: <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Staendige-Impfkommission/Ueber-die-STIKO/ueber-die-stiko-node.html>. Zuletzt abgerufen am: 07.03.2025.
- (32) Piechotta, V., Koch, J., Berner, R., Bogdan, C., Burchard, G., Heininger, U., Hummers, E., von Kries, R., Ledig, T., Littmann, M., Meerpohl, J., Mertens, T., Röbl-Mathieu, M., van der Sande, M., Sander, L. E., Terhardt, M., Überla, K., Vygen-Bonnet, S., Wichmann, O., Wicker, S., Wiedermann-Schmidt, U., Widders, G. & Zepp, F. (2024). Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung in den allgemeinen Empfehlungen der STIKO 2024 und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung. *Epid Bull* 2024;2, 3-19. <https://doi.org/10.25646/11894>.
- (33) Infektionsschutz.de (2018). *Grippe (Influenza). Informationen über Krankheitserreger beim Menschen – Impfen und Hygiene schützen!*. Verfügbar unter: <https://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/grippe-influenza/>. Zuletzt abgerufen am: 07.01.2025.
- (34) Bundesministerium für Gesundheit (2024). *Was ist eine Grippe?*. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/influenza/>. Zuletzt abgerufen am: 16.01.2025.
- (35) Gesundheitsinformationen.de (2023). *Hepatitis B*. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/hepatitis-b.html>. Zuletzt abgerufen am: 14.02.2025.
- (36) Infektionsschutz.de (2024). *Hepatitis B. Informationen über Krankheitserreger beim Menschen – Impfen schützt!*. Verfügbar unter: <https://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/hepatitis-b>. Zuletzt abgerufen am: 14.02.2025.
- (37) Gesund.bund.de (2020). *Hepatitis B*. Verfügbar unter: <https://gesund.bund.de/hepatitis-b>. Zuletzt abgerufen am: 14.02.2025.
- (38) Gemeinsamer Bundesausschuss (2020). *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-*

Richtlinie: Einführung eines Screenings auf Hepatitis-B- und auf Hepatitis-C-Virusinfektion.

- (39) Ständige Impfkommission (2025). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2025. *Epid Bull* 2025;4, 1- 75. <https://doi.org/10.25646/12971.3>.
- (40) Gesund.bund.de (2020). *Tuberkulose*. Verfügbar unter: <https://gesund.bund.de/tuberkulose>. Zuletzt abgerufen am: 14.02.2025.
- (41) Infektionsschutz.de (2018). *Tuberkulose. Informationen über Krankheitserreger beim Menschen*. Verfügbar unter: <https://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/tuberkulose/>. Zuletzt abgerufen am: 14.02.2025.
- (42) Infektionsschutz.de (2024). *Masern. Informationen über Krankheitserreger beim Menschen – Impfen schützt!*. Verfügbar unter: <https://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/masern/>. Zuletzt abgerufen am: 17.02.2025.
- (43) Robert Koch-Institut (2024). RKI-Ratgeber Masern. *Epid Bull* 2024;22, 3-14 <https://doi.org/10.25646/12106>. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_Masern.html?nn=16911266. Zuletzt abgerufen am: 14.02.2025.
- (44) Gesund.bund.de (2025). *Masern*. Verfügbar unter: <https://gesund.bund.de/masern>. Zuletzt abgerufen am: 17.02.2025.
- (45) Deutsches Krebsforschungszentrum. Krebsinformationsdienst (2021). *Wie entsteht Krebs?* Verfügbar unter: <https://www.krebsinformationsdienst.de/krebsentstehung>. Zuletzt abgerufen am: 23.10.2024.
- (46) Gesund.bund.de (2022). *Brustkrebs: Welche Ursachen und Risikofaktoren gibt es?*. Verfügbar unter: <https://gesund.bund.de/brustkrebs#risikofaktoren>. Zuletzt abgerufen am: 23.10.2024.
- (47) Deutsches Krebsforschungszentrum. Krebsinformationsdienst (2023). *Brustkrebs (Mammakarzinom)*. Verfügbar unter: <https://www.krebsinformationsdienst.de/brustkrebs>. Zuletzt abgerufen am: 23.10.2024.

- (48) Deutsches Krebsforschungszentrum. Krebsinformationsdienst (2024). *Prostatakrebs (Prostatakarzinom)*. Verfügbar unter: <https://www.krebsinformationsdienst.de/prostatakrebs>. Zuletzt abgerufen am: 29.10.2024.
- (49) Deutsches Krebsforschungszentrum. Krebsinformationsdienst (2023). *Lungenkrebs (Bronchialkarzinom)*. Verfügbar unter: <https://www.krebsinformationsdienst.de/lungenkrebs>. Zuletzt abgerufen am: 29.10.2024.
- (50) Deutsche Krebshilfe (2022). *Lungenkrebs*. Verfügbar unter: <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/krebsarten/lungenkrebs/#c26732>. Zuletzt abgerufen am: 29.10.2024.
- (51) Gesund.bund.de (2024). *Lungenkrebs*. Verfügbar unter: <https://gesund.bund.de/lungenkrebs>. Zuletzt abgerufen am: 07.04.2025.
- (52) Gesund.bund.de (2021). *Darmkrebs*. Verfügbar unter: <https://gesund.bund.de/darmkrebs>. Zuletzt abgerufen am: 29.10.2024.
- (53) Deutsche Krebshilfe (2024). *Darmkrebs*. Verfügbar unter: <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/krebsarten/darmkrebs/#c21090>. Zuletzt abgerufen am: 29.10.2024.
- (54) Deutsches Krebsforschungszentrum. Krebsinformationsdienst (2023). *Darmkrebs (kolorektales Karzinom)*. Verfügbar unter: <https://www.krebsinformationsdienst.de/darmkrebs>. Zuletzt abgerufen am: 29.10.2024.
- (55) Gesund.bund.de (2021). *Schwarzer Hautkrebs*. Verfügbar unter: <https://gesund.bund.de/schwarzer-hautkrebs>. Zuletzt abgerufen am: 30.10.2024.
- (56) Deutsches Krebsforschungszentrum. Krebsinformationsdienst (2019). *Weißer und schwarzer Hautkrebs*. Verfügbar unter: <https://www.krebsinformationsdienst.de/hautkrebs>. Zuletzt abgerufen am: 30.10.2024.
- (57) Robert Koch Institut. Zentrum für Krebsregisterdaten (2024). *Malignes Melanom der Haut*. Verfügbar unter: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Melanom/melanom_nod_e.html. Zuletzt abgerufen am: 30.10.2024.
- (58) Robert Koch-Institut (RKI) (2020). *AdiMon-Themenblatt: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*.

- (59) Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H.C., Hesse, V., von Hippel, A., Jaeger, U., Johnsen, D., Korte, W., Menner, K., Müller, G., Müller, J.M., Niemann-Pilatus, A., Remer, T., Schaefer, F., Wittchen, H.-U., Zabransky, S., Zellner, K., Ziegler, A. & Hebebrand, J. (2001) Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd* 149, 807–818. <https://doi.org/10.1007/s001120170107>.
- (60) Robert Koch-Institut (2024). *Diabetes in Deutschland – Kinder und Jugendliche. Übergewicht und Adipositas*. Verfügbar unter: https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/kinderjugendliche/1-04_Uebergewicht_und_Adipositas.html. Zuletzt abgerufen am: 18.03.2025.
- (61) Gesund.bund.de (2024). *Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche*. Verfügbar unter: <https://gesund.bund.de/gesundheitsuntersuchungen-kinder-jugendliche>. Zuletzt abgerufen am: 24.02.2025.
- (62) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2024). *Die Untersuchungen U1 bis U9*. Verfügbar unter: <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/frueherkennung-u1-u9-und-j1/untersuchungen-u1-bis-u9/die-untersuchungen-u1-bis-u9/>. Zuletzt abgerufen am: 24.02.2025.
- (63) Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI <https://doi.org/10.17886/rkipubl-2015-003>.
- (64) Destatis (2025). *Bevölkerungsstand. Sterblichkeit/Sterbeziffer*. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Glossar/sterblichkeit-sterbeziffer.html>. Zuletzt abgerufen am: 17.03.2025.
- (65) Robert Koch-Institut (2024). *Gesundheitsberichterstattung. Sterblichkeit*. Verfügbar unter: https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/Krankheitsfolgen/LebenserwartungUndTodesursachen/Sterblichkeit/sterblichkeit_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2022&geschlecht=0&standardisierung=3#_cmt5jw6wq. Zuletzt abgerufen am: 17.03.2025.

- (66) Bundeszentrale für politische Aufklärung (BzgA) (2024). *Sozialbericht 2024. Entwicklung der Lebenserwartung*. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/sozialbericht-2024/553046/entwicklung-der-lebenserwartung/>. Zuletzt abgerufen am: 17.03.2025.
- (67) Destatis (2025). *Bevölkerung. Sterbefälle und Lebenserwartung*. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/inhalt.html#sprg617822>. Zuletzt abgerufen am: 17.03.2025.
- (68) Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW (LfGA NRW) (2024). *Vorzeitige und vermeidbare Sterblichkeit*. Verfügbar unter: https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets/lebenserwartung/vermd_sterbl/index.html. Zuletzt abgerufen am: 18.03.2025.
- (69) GBE-Bund (o. J.). *Vermeidbare Sterbefälle*. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/glossar/Vermeidbare_Sterbefaelle.html. Zuletzt abgerufen am: 19.03.2025.
- (70) Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW (LfGA NRW) (2021). *Metadaten. Indikator 3.14 (L). Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 5-Jahres-Mittelwert*.
- (71) Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) (2024). *Zahlen, Daten, Fakten zur neuen Krankenhausplanung*. Verfügbar unter: <https://www.mags.nrw/startseite/gesundheits/krankenhausplanung-nrw/planungsergebnisse/zahlen-daten-fakten-zur-neuen>. Zuletzt abgerufen am: 21.03.2025.
- (72) Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) (2024). *Ergebnisse der Krankenhausplanung für Nordrhein-Westfalen*. Verfügbar unter: <https://www.mags.nrw/startseite/gesundheits/krankenhausplanung-nrw/ergebnisse-der-krankenhausplanung-nrw>. Zuletzt abgerufen am: 21.03.2025.
- (73) Bundeszentrale für politische Bildung (2017). *Ambulante ärztliche Versorgung*. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/themen/gesundheitspolitik/251982/ambulante-aerztliche-versorgung/#:~:text=Als%20%22ambulante%20Versorgung%22%20bezeichnet%20>

[20man,ambulante%20%C3%A4rztliche%20und%20zahn%C3%A4rztliche%20Versorgung..](#) Zuletzt abgerufen am: 25.03.2025.

(74) Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (o.J.). *Bedarfsplanung*. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>. Zuletzt abgerufen am: 25.03.2025.

(75) Bundesministerium des Innern und für Heimat (o.J.). *Was ist der Rettungsdienst?*. Verfügbar unter: <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/faqs/DE/themen/heimat/mehr-respekt/rettungsdienst/was-ist-rettungsdienst-faq.html>. Zuletzt abgerufen am: 27.03.2025.