



**Grundlagen für eine kontinuierliche
Gesundheitsberichterstattung.
17 Gesundheitsindikatoren für Bielefeld**

Inhaltsverzeichnis

- 1. Einleitung S. 3**
- 2. Determinanten der Gesundheit S. 4**
 - 2.1. Altenquotient ab 2005 und Prognose bis 2030 S. 4**
 - 2.2. Anteil der Bevölkerung ohne Schulabschluss S.6**
 - 2.3. Verfügbares Einkommen S. 6**
 - 2.4. Arbeitslosenquote S. 7**
- 3. Gesundheitliche Lage S. 8**
 - 3.1. Sterbefälle insgesamt S. 8**
 - 3.2. Lebenserwartung S. 9**
 - 3.3. Vermeidbare Sterbefälle S. 11**
 - 3.4. Lebendgeborene < 2.500 gr Geburtsgewicht S. 15**
 - 3.5. Säuglingssterblichkeit S. 16**
 - 3.6. Krankenhausfälle infolge Verbrennungen / Vergiftungen unter 15-Jähriger S. 17**
- 4. Gesundheitsverhalten S.18**
 - 4.1. Raucheranteil S. 18**
 - 4.2. Anteil Übergewichtiger S. 20**
- 5. Fazit S. 21**

Herausgeber:

Stadt Bielefeld

Dezernat 3: Umwelt und Klimaschutz

Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz & Gesundheitsberichterstattung

Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

Nikolaus-Dürkopp-Str. 5-9

33602 Bielefeld

Redaktion und Ansprechpartner/in:

Dirk Cremer, Gesundheitsberichterstattung, Tel.: 0521-51 50 22

Cornelia Petzold, Geschäftsstelle KGK, Tel.: 0521-51 67 37

Redaktionsschluss Januar 2016, Datenstand in der Regel bis 2013

1. Einleitung

Die Gesundheit der Bielefelder Bevölkerung lässt sich anhand vielerlei Daten beschreiben. Aber Daten allein genügen nicht, um einen Einblick in das gesundheitliche Geschehen zu bekommen. Es sind theoretische Konzepte und Interpretationen sowie Schlussfolgerungen nötig, um ein Verständnis von den Gesundheitszuständen zu erzielen. Und es müssen die Daten vorhanden sein, mit denen man Sachverhalte unterfüttern will. Der vorliegende Kurzbericht liefert dies anhand von 17 Kernindikatoren des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung, wie er zwischen den Bundesländern vereinbart wurde. Er stellt damit ein standardisiertes Instrument bereit, welches umfangreicher ausgewertet wurde und hier zusammenfassend präsentiert wird.

Die Bielefelder Gesundheitsziele 2015 sahen eine Auseinandersetzung mit diesen Gesundheitsindikatoren vor, dem hier nachgekommen wird. Die Kommunale Gesundheitskonferenz und auch ein Arbeitskreis der ostwestfälisch-lippischen Geschäftsführungen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen beschäftigt sich mit der Aussagekraft und Bedeutung dieser Daten. Die Ergebnisse der Kernindikatoren für Bielefeld werden anhand von Zeitreihen ab 2005 beschrieben. Sie werden im Vergleich zum OWL- (im Weiteren abgekürzt als RBDT) und dem NRW-Wert betrachtet. Eine zusammenfassende Einordnung der Bielefelder Gesundheitsergebnisse findet anhand von Karten für ganz NRW statt.

Die Gliederung folgt dabei einer klassischen Unterscheidung:

Zuerst werden die Determinanten von Gesundheit beschrieben. Vielen angehenden Ärztinnen und Ärzten ist geläufig, dass manche Menschen im Krankenhaus behandelt werden, die eigentlich durch bessere Lebensbedingungen und bessere Gesundheitskompetenzen erst gar nicht oder später krank geworden wären.

Es folgen einige klassische Indikatoren zur ge-

sundheitlichen Lage der Bielefelder Bevölkerung, wie z.B. die Lebenserwartung.

Zuletzt wird mit den Kernindikatoren das Gesundheitsverhalten aufgegriffen, das ebenfalls bedeutsam für die Gesundheit der Bielefelder Bevölkerung ist.

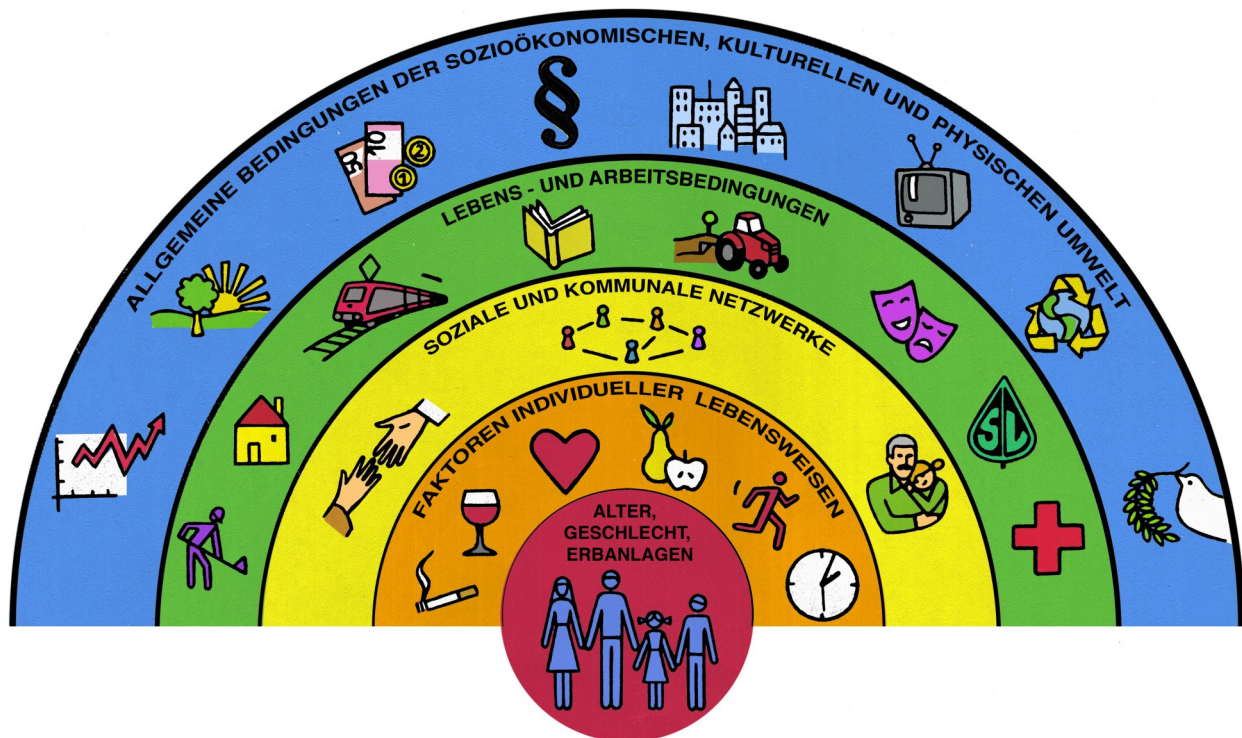
2. Determinanten der Gesundheit

Die Ausgangsvoraussetzungen für Gesundheit (im Weiteren „Determinanten“) umschreiben unterschiedliche individuelle, verhaltensbezogene, strukturelle Merkmale, die verschieden zusammenwirken und einen Einfluss auf die Gesundheit haben. Die Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bielefelder Bevölkerung beruht auf diesen Rahmenbedingungen von Gesundheit.

Ziel gesundheitsförderlicher Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, sollte positive Änderungen solcher Determinanten sein. Ihr Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung wird von manchen Fachleuten als größer einge-

schätzt als das Behandeln von Erkrankungen. Die Kernindikatoren berücksichtigen diese Rahmenbedingungen, indem sie den Altenquotienten, den künftigen Altenquotienten 2030, den Anteil der Bevölkerung ohne Schulabschluss, das verfügbare Einkommen je Einwohner und die Arbeitslosenquote darstellen. Diese Determinanten können den beiden äußeren Bändern des Modells zugeordnet werden (Abbildung 1) und bieten eine erste Einordnung.

Abbildung 1 Determinanten der Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead



Quelle: Fond Gesundes Österreich

2.1. Altenquotient

Die durchschnittliche Alterung und Schrumpfung der Bevölkerung aufgrund geburtenschwacher Jahrgänge und steigender Lebenserwartung wird anhand des Altenquotienten beschrieben. Er kennzeichnet den Anteil der Bevölkerung im formalen Rentenalter ≥ 65 J. an der potentiell erwerbsfähigen Bevölkerung (hier der 18-64-Jährigen, auch sog. Lastenquotient). Er wuchs von

2005 bis 2013 in OWL und NRW an, schrumpfte allerdings in BI um 2,1 Prozentpunkte auf 31,5% (Abb. 2). Laut Bevölkerungsprognose würde BI 2030 den niedrigsten Altenquotienten in OWL erreichen (Abb. 3). Dennoch wäre es ein Zuwachs auf 44,4%, der jedoch einen geringeren Handlungsdruck als in anderen Kommunen bedeutet (Karte 1).

Abbildung 2

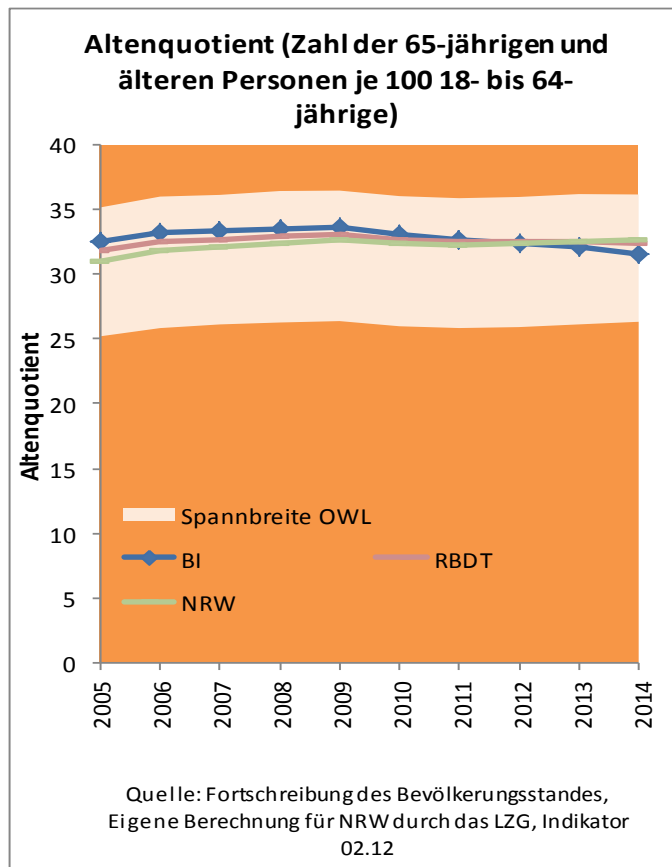
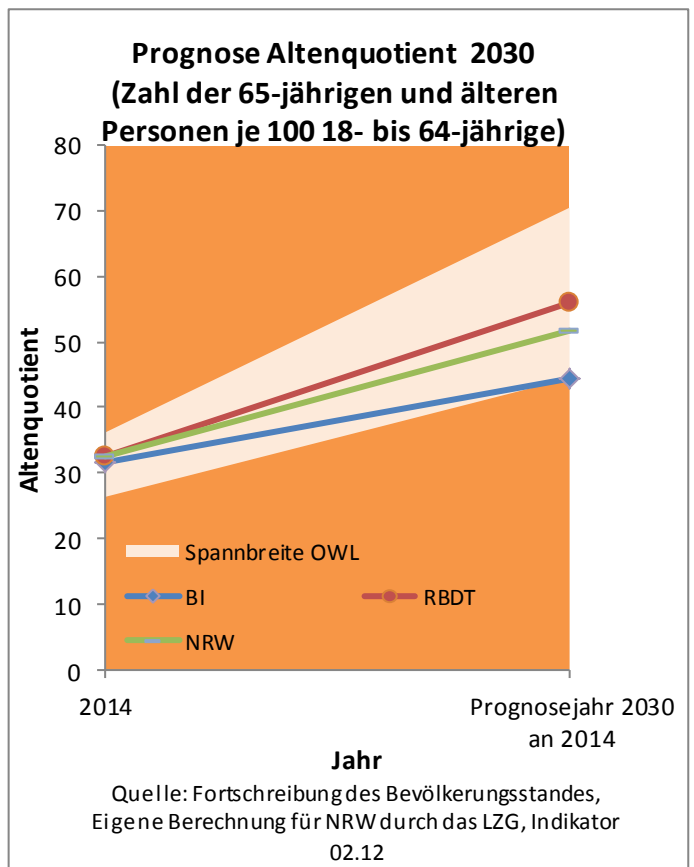


Abbildung 3



Karte 1

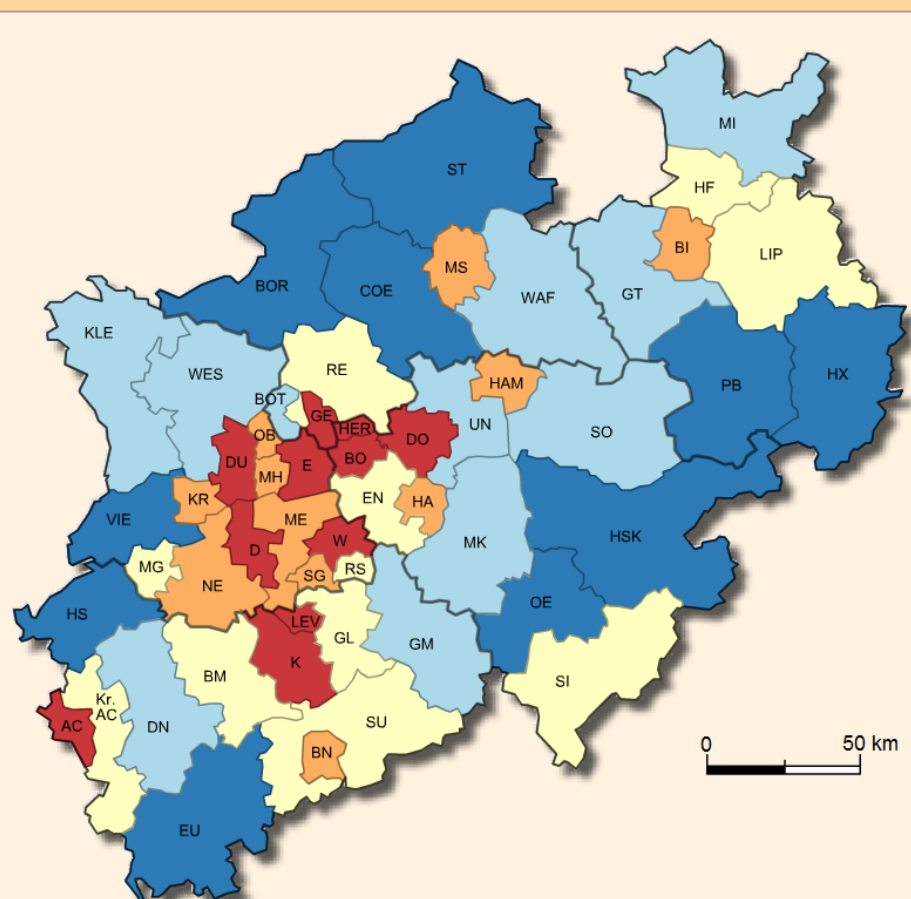
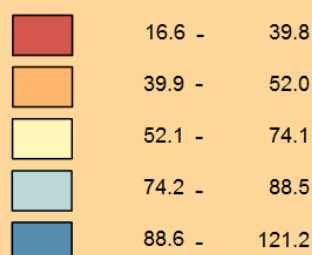
Bevölkerungsprognose nach Lastenquotienten für das Jahr 2030

Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2014

Indikator Nr. 2.12

Veränd. des Altenquotienten

Veränderung in der Bevölkerung
2014 zu 2030 in %



Quelle: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Bevölkerungsprognose, LZG.NRW (Grafik)

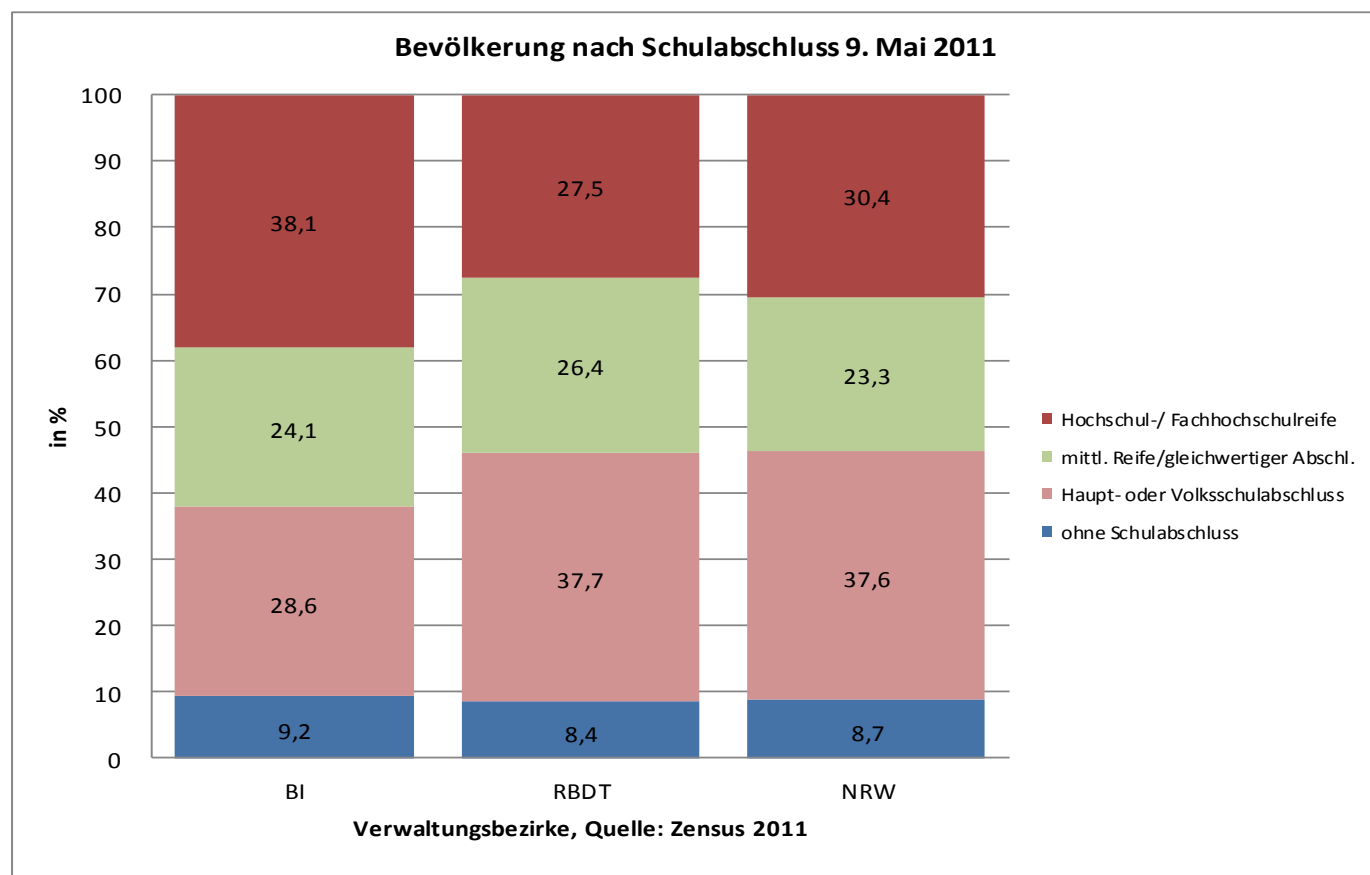
LZG.NRW

2.2. Anteil der Bevölkerung ohne Schulabschluss

Eine wichtige Ausgangsvoraussetzung für Gesundheit ist Bildung. Ein niedriger Schulabschluss geht in der Regel mit einem schlechteren Gesundheitszustand einher. Einwohnerinnen und Einwohner ohne Schulabschluss weisen besonders große Gesundheitsrisiken auf. Ihr Anteil war anhand der Zensusdaten 2011 in BI größer als in OWL und NRW (Abb. 4), erreichte allerdings im landesweiten Vergleich nicht den höchsten Wertebereich.

Es zeigt sich hier eine herausfordernde Ausprägung einer Gesundheitsdeterminante.

Abbildung 4



2.3. Verfügbares Nettoeinkommen

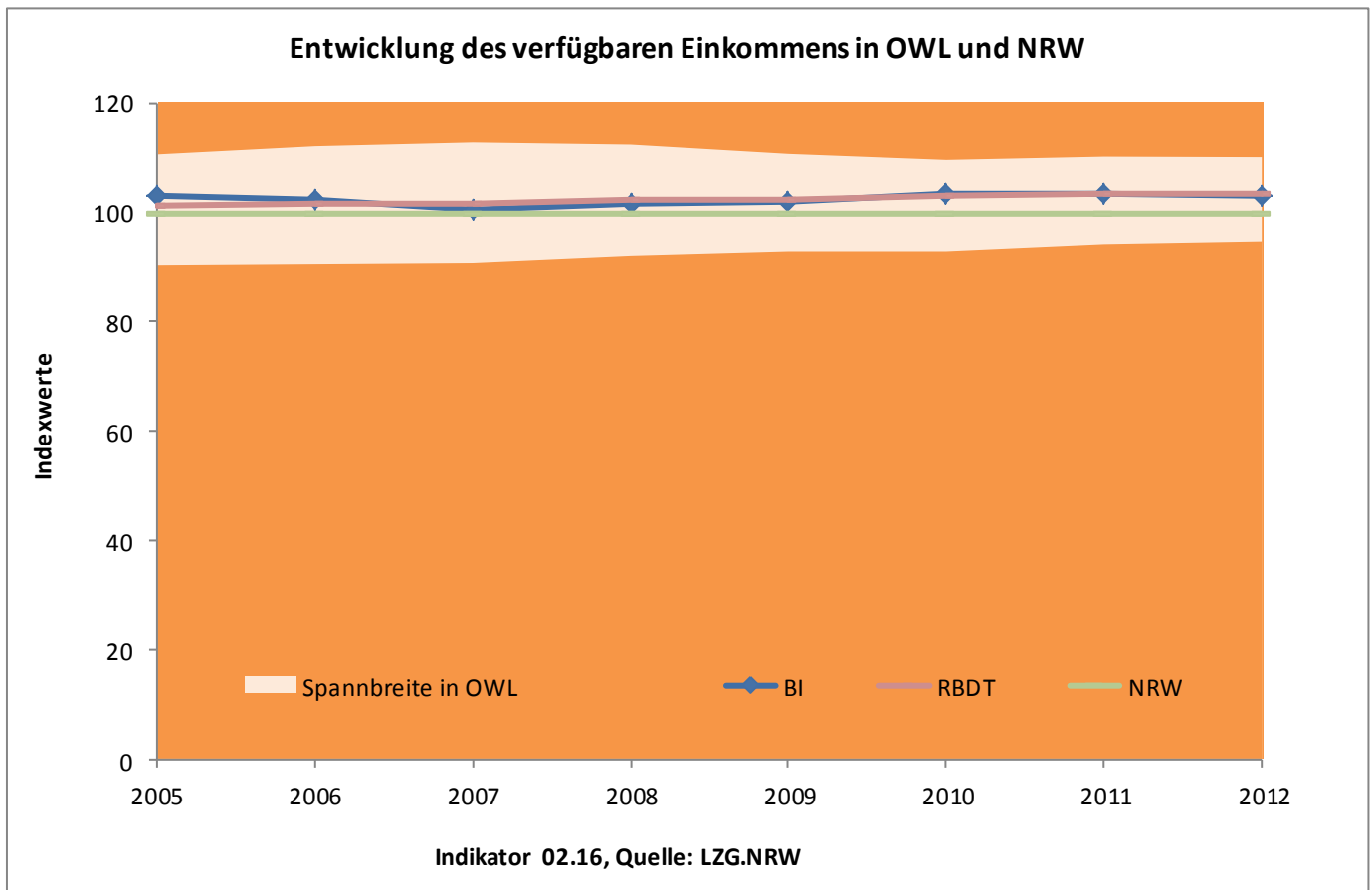
Das verfügbare Einkommen, das den privaten re Nettoeinkommen in BI auf 21.049 € (OWL Haushalten letztendlich zufließt und das sie für 21.152, NRW 20.409 €, Tab. 1).

Konsum- und Sparzwecke verwenden können, ist kein Indikator, der die Einkommensverteilung beschreibt, sondern ein Durchschnittswert. Seine Entwicklung war in der Regel positiv und der OWL- und BI-Wert lag jeweils über dem NRW-Wert (Abb. 5). Im Jahr 2012 bezifferte sich das verfügba-

Tabelle 1

Bezirke	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	05-'12 in %	11-'12 in %
BI	18.291	18.391	18.299	19.107	18.990	19.833	20.576	21.049	15,1	2,3
RBDT	17.983	18.287	18.480	19.248	19.055	19.730	20.590	21.152	17,6	2,7
NRW	17.738	17.976	18.165	18.807	18.573	19.161	20.073	20.409	15,1	1,7

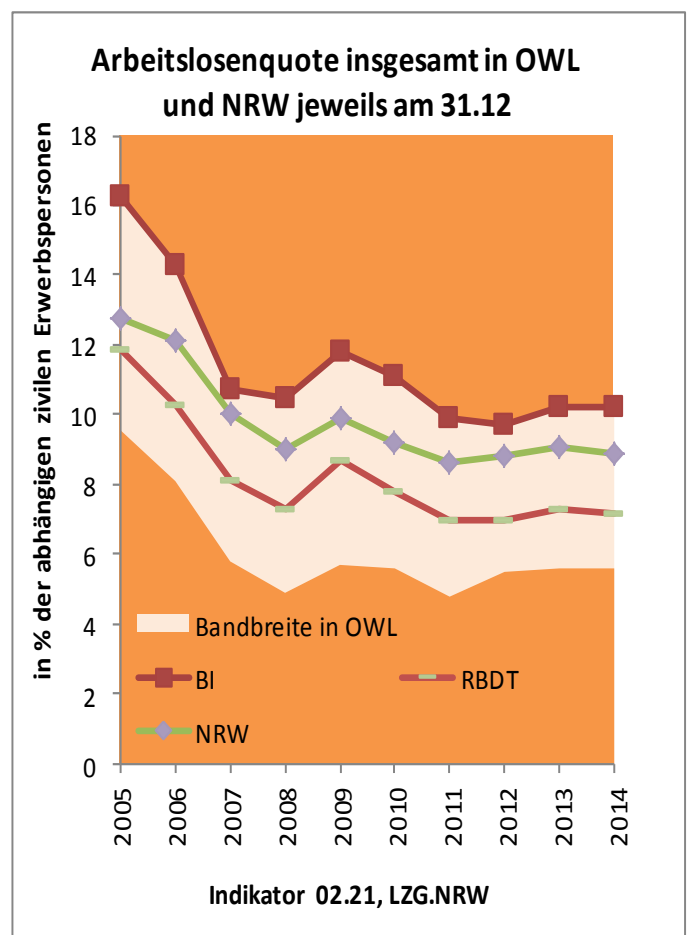
Abbildung 5



2.4. Arbeitslosigkeit

Die Arbeitslosenquote war die einzige Gesundheitsdeterminante in BI, die den Maximalwert in OWL über den gesamten Zeitraum erreichte. Zudem war sie größer als in NRW. Sie korrelierte stark mit dem Anteil der Bevölkerung ohne Schulabschluss. Seit 2005 ist sie allerdings mit -37,4-Prozentpunkten deutlicher zurückgegangen als im Land (-30,2), so dass Ende 2014 15.479 Personen arbeitslos waren (10,2%, Abb. 6).

Abbildung 6



3. Gesundheitliche Lage

3.1. Sterbefälle insgesamt

Im Vergleich zum Landeswert zeigte sich, dass die Sterbefälle in BI trotz örtlich höherer Anteile von Personen ohne Schulabschluss und höherer Arbeitslosenquote seit 2005 sechs mal statistisch signifikant positiv abwich, darunter bei den Frauen 4 mal (Tab. 3, S. 9). In der Landeszusammenschau stand Bielefeld zuletzt im zweithöchsten Wertebereich (Karte 2). Die statistisch signifikante positive Abweichung der SMR in BI (zuletzt mit -5%) bedeutet, dass die Lebenserwartung höher ist und damit auch die gesundheitliche Lage allgemein besser dasteht als im Land NRW insgesamt. Hier schlägt sich die günstige Entwicklung des Altenquotienten im Betrachtungszeitraum zu Buche, insofern weniger Menschen im höheren Alter in Bielefeld leben und sterben.

Letztlich wiesen die Gesundheitsdeterminanten zwar regional z.T. höhere Ausprägungen auf, aber

Karte 2

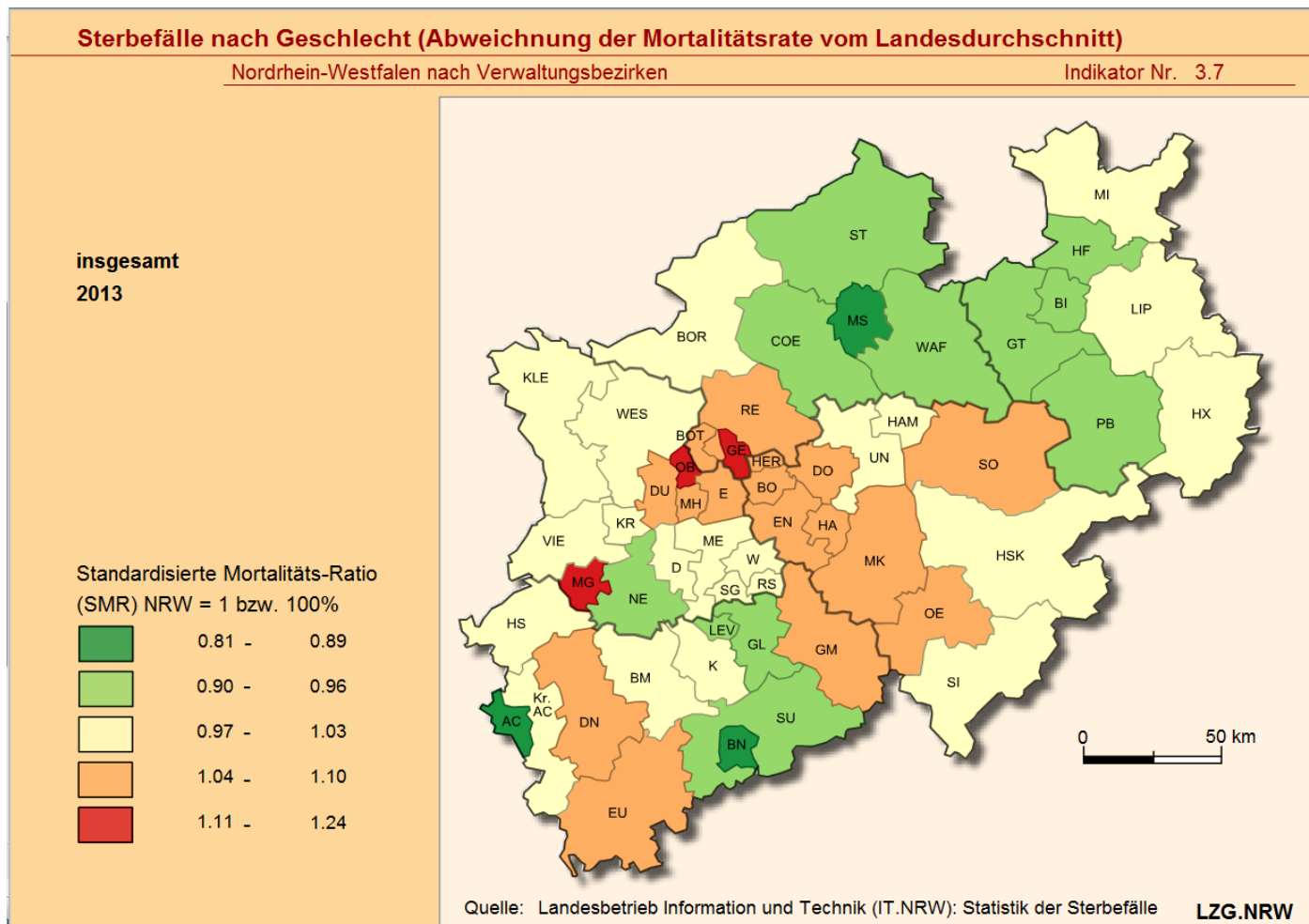


Tabelle 3 : Standardisierte Mortalitätsrate (SMR) in OWL (SMR NRW = 1) - signifikante Abweichungen*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Insgesamt									
BI	0,93	0,96	0,93	0,92	0,96	0,95	0,93	0,91	0,95
RBDT	0,93	0,95	0,96	0,94	0,96	0,95	0,95	0,97	0,96
Frauen									
BI	0,91	0,95	0,93	0,91	0,96	0,96	0,93	0,89	0,95
RBDT	0,92	0,94	0,95	0,94	0,96	0,96	0,96	0,95	0,95
Männer									
BI	0,95	0,99	0,94	0,95	0,97	0,95	0,93	0,94	0,95
RBDT	0,94	0,96	0,97	0,94	0,96	0,95	0,95	0,98	0,97

*Grün = signifikant unter dem Landesdurchschnitt, rot = signifikant über dem Landesdurchschnitt (Signifikanzniveau= 0.01)

3.2. Lebenserwartung

Die niedrige standardisierte Sterblichkeitsrate in (Arbeitslosigkeit) und viertstärksten (fehlende BI spiegelt sich in der hohen, durchschnittlichen Schulabschlüsse) mit der Lebenserwartung (bei Lebenserwartung bei Geburt wieder. Sie lag 2013 Frauen und Männern). Seit 2003/2005 umfasste bei den Frauen mit 83,18 Jahren 0,70 Jahre und der Anstieg der Lebenserwartung bei den Frauen bei den Männern mit 77,96 Jahren 0,15 Jahre über 1,22 Jahre, bei den Männern 1,77 Jahre. Damit ist dem NRW-Wert (3-Jahres-Mittelwerte, Tab.4 und der langfristige Trend höherer Lebenserwartung nahm bei den Frauen seit 2008/2010 zu und er Bielefelder Männern geringer war als in OWL und erreichte zuletzt seine größte Ausprägung, bei den NRW (1,79 bzw. 2,01 Jahre). Die Geschlechterdifferenz betrug zuletzt 5,2 Jahre. In der Zusammenfassung NRW erreichte die mittlere Lebenserwartung bei Geburt der Bielefelder Frauen den zweithöchsten, diejenige der Bielefelder Männer den mittleren Wertebereich (Karten 3, S. 10, und 4, S. 11). Bei der Bundes-GBE erreichten die Frauen 2014 den höchsten, die Männer nur den zweitniedrigsten Bereich.

zueinander und der Sterblichkeit am dritt-

Tabelle 4 : Signifikante Abweichungen der mittleren Lebenserwartung bei Geburt in Jahren in OWL *

	2003/2005	2004/2006	2005/2007	2006/2008	2007/2009	2008/2010	2009/2011	2010/2012	2011/2013
Frauen									
BI	0,57	0,41	0,49	0,69	0,36	0,27	0,24	0,68	0,70
RBDT	0,82	0,76	0,79	0,75	0,72	0,70	0,70	0,68	0,67
Männer									
BI	0,3	0,2	0,17	0,41	0,44	0,42	0,17	0,40	0,15
RBDT	0,55	0,55	0,5	0,52	0,54	0,62	0,54	0,54	0,41

*Grün = signifikant unter dem Landesdurchschnitt, rot = signifikant über dem Landesdurchschnitt (Signifikanzniveau= 0.01). Quelle: LZG.NRW

Tabelle 5 : Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in OWL und NRW in Jahren nach Geschlecht

Frauen									
2003/2005	2004/2006	2005/2007	2006/2008	2007/2009	2008/2010	2009/2011	2010/2012	2011/2013	
82,0	82,1	82,3	82,6	82,4	82,4	82,5	83,1	83,2	1,2
82,2	82,4	82,6	82,7	82,8	82,8	83,0	83,1	83,1	0,9
81,3	81,5	81,7	81,9	82,0	82,1	82,2	82,3	82,5	1,2
Männer									
2003/2005	2004/2006	2005/2007	2006/2008	2007/2009	2008/2010	2009/2011	2010/2012	2011/2013	
76,2	76,5	76,7	77,2	77,4	77,6	77,6	78,0	78,0	1,8
76,4	76,8	77,1	77,3	77,5	77,8	77,9	78,1	78,2	1,8
75,8	76,2	76,5	76,7	76,9	77,1	77,3	77,5	77,8	2,0

Abbildung 7

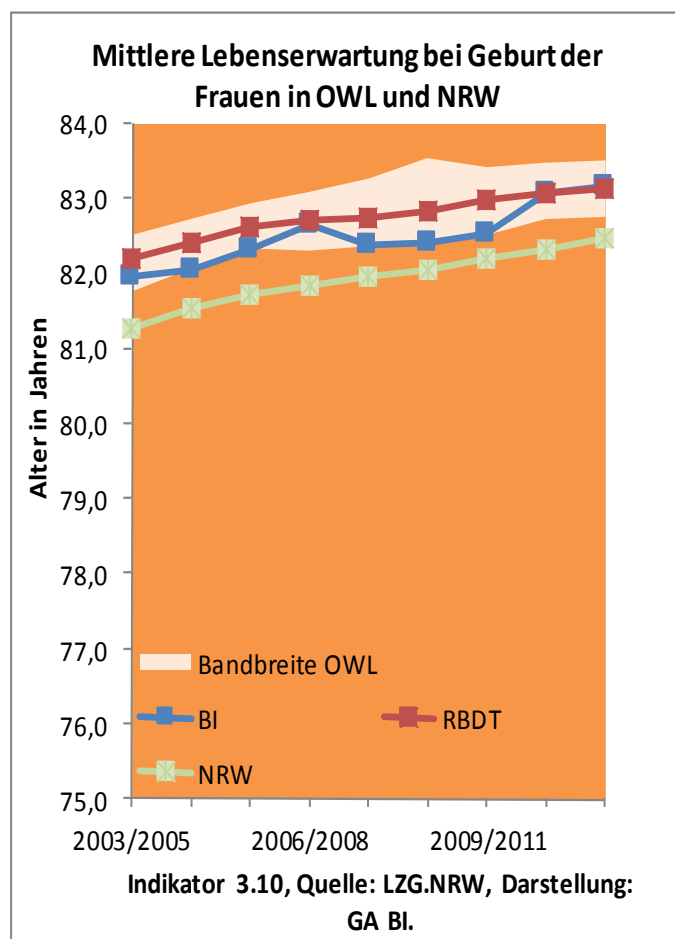
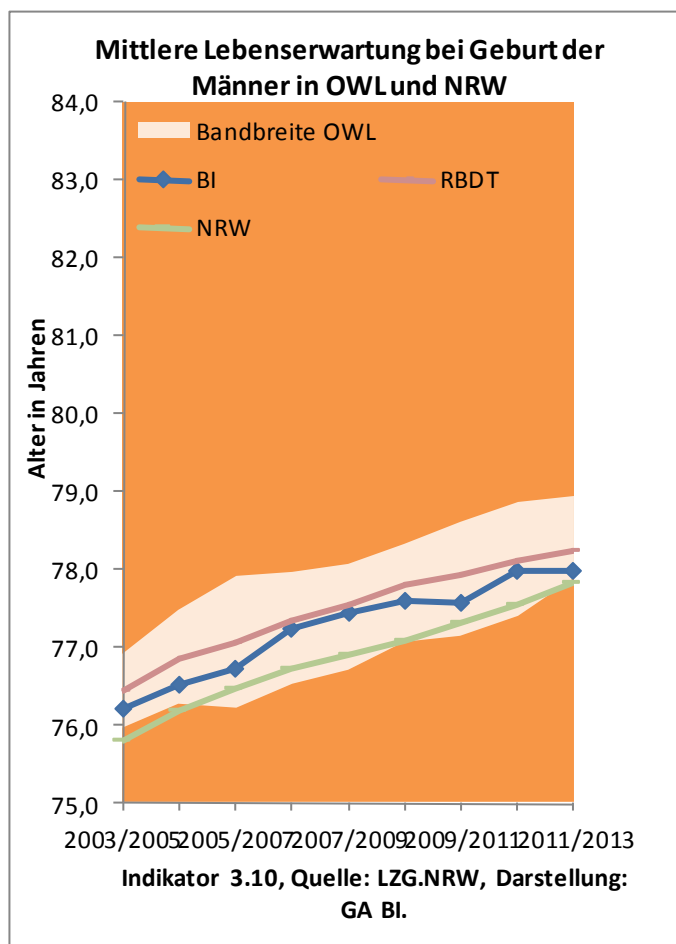
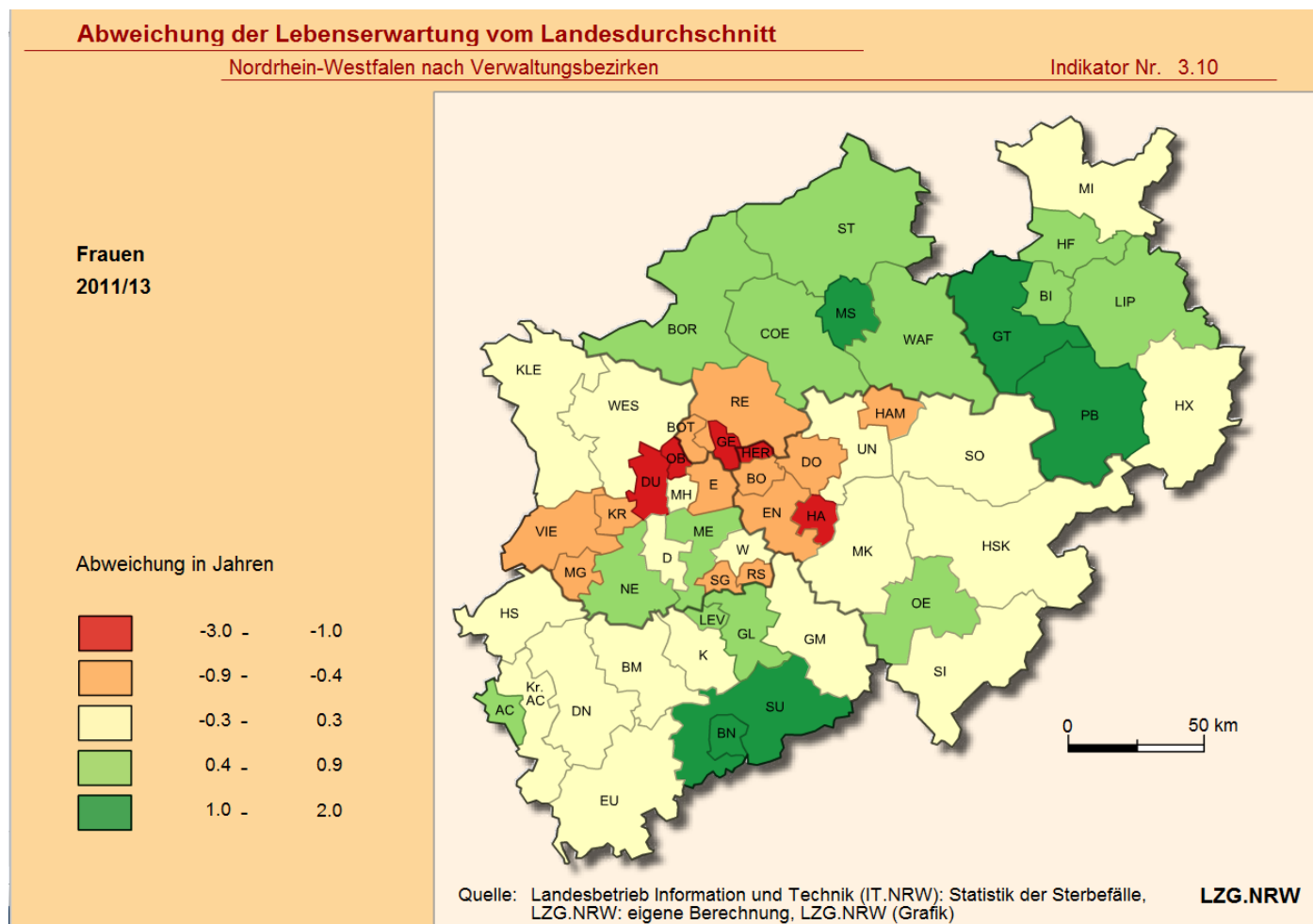


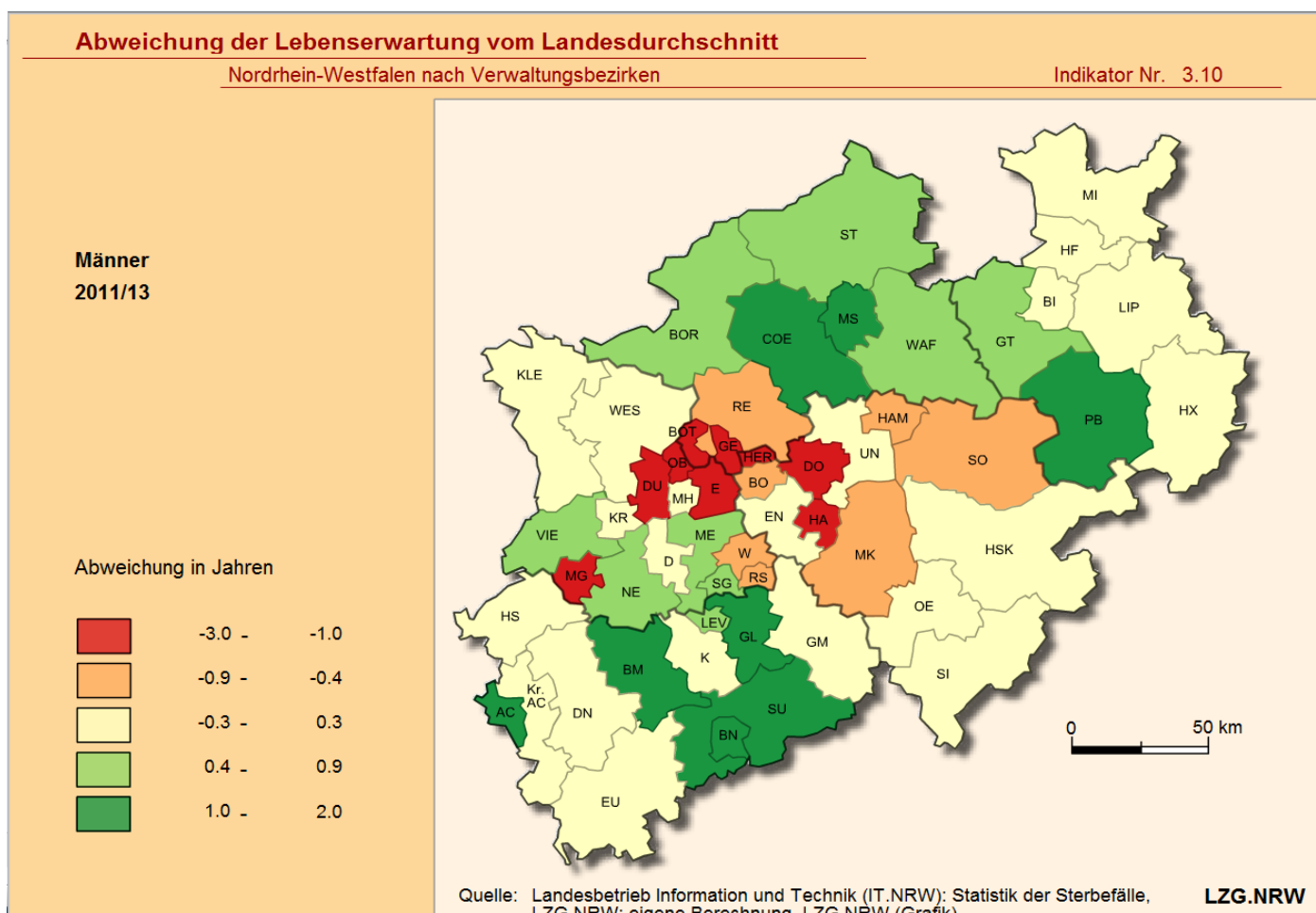
Abbildung 8



Karte 3



Karte 4



3.3. Vermeidbare Sterbefälle

Als „vermeidbare Sterbefälle“ sind Todesursachen in bestimmten Altersgruppen definiert, die bei adäquaten Vorsorge- und Behandlungsbedingungen nicht zum Tode führen. Die im Indikator ausgewählten vorzeitigen Sterbefälle zeigen eine alles in allem mittlere bis gute gesundheitliche Lage der Bielefelder Bevölkerung in Bezug auf Lungenkrebs, ischämischen Herzkrankheiten und Krankheiten der Leber.

So erreichte die SMR des **Lungenkrebs der 15- bis 64-Jährigen** stets Werte unter NRW und wich dabei in 3 Betrachtungszeiträumen signifikant positiv vom Landeswert ab (Tab. 6, S. 12). Zuletzt lag die SMR -16% unter dem Landeswert (-20% in OWL), so dass sogar der niedrigste Wertebereich NRW-weit erreicht werden konnte (Karte 5, S. 13). In absoluten Zahlen verstarben 46 Menschen 2009/2013 (Tab. 7, S. 14). Seit den 1950er Jahren ist bekannt, dass das Rauchen mit Abstand die Hauptursache für Lungenkrebs ist (zu rd. 71%), der medizinisch

nur mit wenig Aussicht auf Erfolg therapiert werden kann. Unter den Gesundheitsdeterminanten korreliert die Arbeitslosenquote am stärksten mit der Lungenkrebs-SMR. Der Anstieg der Nichtraucher (bei den Frauen später auf höherem Niveau als bei den Männern) lässt für die nächsten Jahre bzw. Jahrzehnte einen rückgängigen Trend bei diesen Sterbefällen erwarten. Diese Entwicklung ist wahrscheinlich durch viele verschiedene Interventionen ausgelöst worden.

Die vermeidbaren **Brustkrebs-Sterbefälle von Frauen im Alter von 25-64-Jahren** wichen weder positiv, noch negativ statistisch signifikant vom Landeswert ab (zuletzt +4%, Tab. 6, S. 12). In der Gesamtentwicklung war seit 2001/2005 ein geringerer Rückgang der absoluten Todesfälle zu verzeichnen als in NRW (-17,4% vs. -19,5%, Tab. 7, S. 14), der jedoch größer war als in OWL (-15,9%). Zuletzt verstarben 20 Personen vorzeitig, überwiegend Frauen. Die Anzahl der Sterbefälle aufgrund

von Brustkrebs sollten künftig durch das zwischen 2005 und 2009 etablierte Brustkrebsscreening noch stärker zurückgehen. In BI haben bereits mehrere tausend Frauen diese Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen. Im Jahr 2015/16 sind hierzu erste Aussagen möglich, sofern die Beteiligungsquote am Screeningprogramm 70% erreicht haben sollte.

Die SMR der **ischämischen Herzkrankheiten im Alter von 35-64** Jahren wich in BI 2009/2013 nicht nennenswert ab (1%). In der Vergangenheit wurden 2001/2005 bis 2003/2007 statistisch signifikante positive Abweichungen vom Landeswert festgestellt; statistisch negative Abweichungen traten nicht auf. Im Trend ging die Anzahl der Sterbefälle seit 2001/2005 um -26,4% zurück, jedoch weniger deutlich (wie) als in OWL und NRW (-31,9% bzw. -37,5%). Zuletzt verstarben 38 Menschen in Bielefeld vorzeitig an unterschiedlichen Herzerkrankungen: einer anfallsartigen Enge und Schmerzen in der Brust (Angina Pectoris), akutem Herzinfarkt, wiederholtem Herzinfarkt, bestimmten akuten Komplikationen nach akutem Herzinfarkt, sonstiger akuter Herzkrankheit als Folge von Durchblutungsstörungen des Herzens oder an einer Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens vorzeitig - 14 Menschen weniger als 2001/2005. In der Zusam-

menschau wurde mit diesen Zahlen 2013 der mittlere Wertebereich erreicht (Karte 6, S. 13). Wesentlich zum Rückgang beigetragen hat eine verbesserte (Notfall-) Versorgung. Allgemein wird die erste Stunde nach dem Auftreten einer ischämischen Herzkrankheit als ‚goldene Stunde‘ betrachtet, um die Durchblutung des Herzmuskels wieder herzustellen. Kampagnen, die an das frühzeitige Melden von Herzinfarkt-Symptomen an den Rettungsdienst erinnerten, wurden in BI in der Vergangenheit durchgeführt, insbesondere in Bezug auf frauenspezifische Herzinfarkt-Symptome, die oft weniger dramatisch sind.

Die Sterbefälle aufgrund von **Erkrankungen der Leber im Alter von 15-74 Jahre** können zum größten Teil auf die ‚alkoholische Fettleber‘ und deren Folgen wie Leberzirrhose zurückgeführt werden. Neben Rauchen, Bewegungsmangel und Fehlernährung ist der Alkoholmissbrauch ein teures Gesundheitsverhalten - sowohl für die Betroffenen als auch für die Versorgungssysteme. Alkoholmissbrauch gilt zwar als vermeidbar, kann aber im Fall einer Abhängigkeitserkrankung schwer behandelbar sein und durch die entsprechende Leberkrankheit zum Tode führen. In BI wich die vermeidbare Form dieser Sterbefälle jüngst 10% vom Landeswert ab und erreichte in OWL den Spitzenwert (OWL insgesamt -7%, Tab. 6). Diese Abweichung

Tabelle 6 : Standardisierte Sterblichkeitsrate (SMR) in OWL (SMR NRW = 1) - signifikante Abweichungen*

Standardisierte Mortalitätsrate ausgewählter, vermeidbarer Sterbefälle									
	2001-2005	2002-2006	2003-2007	2004-2008	2005-2009	2006-2010	2007-2011	2008-2012	2009-2013
Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge, 5-Jahres-Mittelwert; 15-64 Jahre; C33-C34									
BI	0,77	0,83	0,87	0,89	0,92	0,92	0,81	0,81	0,84
RBDT	0,80	0,80	0,82	0,83	0,82	0,83	0,83	0,82	0,80
Brustkrebs, 5-Jahres-Mittelwert, 25-64 Jahre, weibl.; C50									
BI	0,99	1,03	1,11	1,07	1,10	1,08	1,07	1,08	1,04
RBDT	0,95	0,95	0,98	1,02	0,99	1,00	0,99	0,99	0,98
Ischämische Herzkrankheit, 5-Jahres-Mittelwert, 35 - 64 Jahre, insg. I20-I25									
BI	0,82	0,82	0,82	0,87	0,85	0,88	0,87	0,95	1,01
RBDT	0,87	0,86	0,86	0,85	0,85	0,88	0,89	0,93	0,93
Krankheiten der Leber, 5-Jahres-Mittelwert, 15-74 Jahre insg. K70-K77									
BI	1,02	1,05	1,05	1,06	1,08	1,08	1,08	1,09	1,10
RBDT	0,93	0,93	0,93	0,92	0,92	0,89	0,90	0,91	0,93

Grün = signifikant unter dem Landesdurchschnitt, rot = signifikant über dem Landesdurchschnitt, (Signifikanzniveau= 0.01). Quelle: LZG.NRW

Karte 5

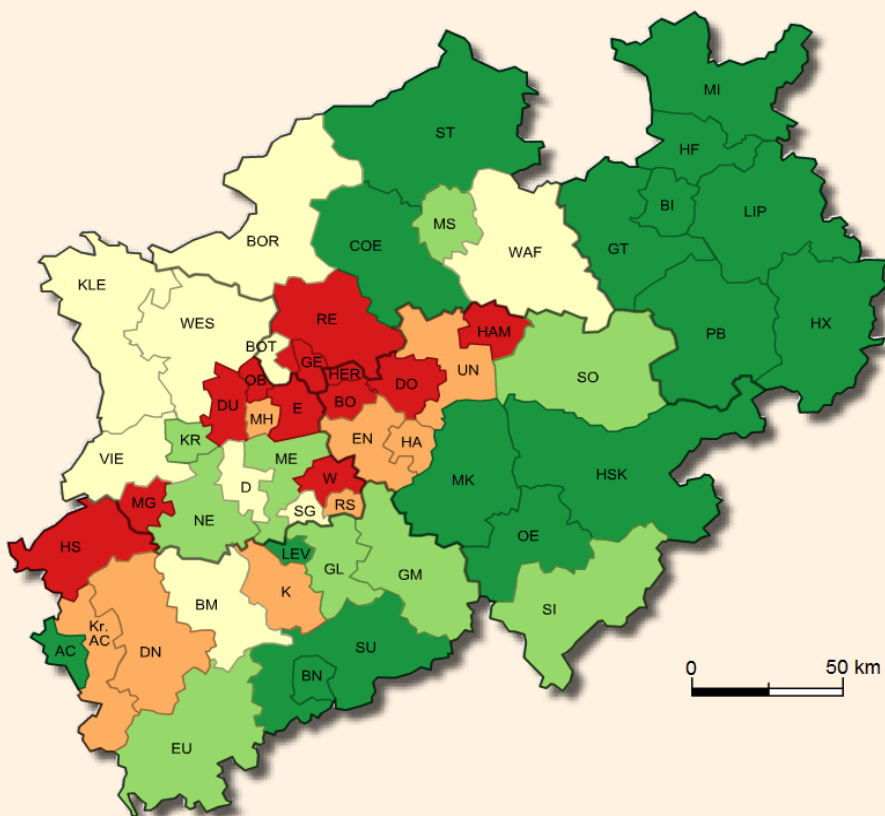
Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen

Abweichung vom NRW-Landesdurchschnitt (SMR), Mittelwert 2009-2013

Indikator Nr. 3.14

Lungenkrebs (15-64 J.)Abweich. v. Landesdurchschnitt
(SMR), NRW = 1 bzw. 100%

	0.37 - 0.89
	0.90 - 0.96
	0.97 - 1.03
	1.04 - 1.10
	1.11 - 2.07



Quelle: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Todesursachenstatistik

LZG.NRW

Karte 6

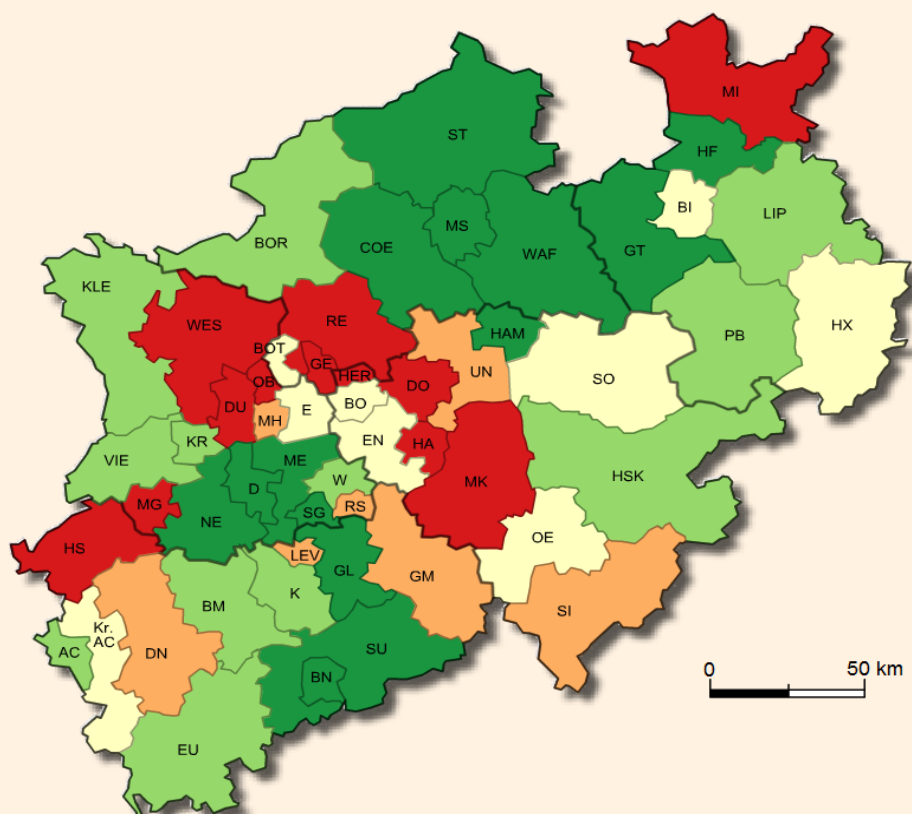
Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen

Abweichung vom NRW-Landesdurchschnitt (SMR), Mittelwert 2009-2013

Indikator Nr. 3.14

Ischäm.Herzkrankh.(35-64 J.)Abweich. v. Landesdurchschnitt
(SMR), NRW = 1 bzw. 100%

	0.37 - 0.89
	0.90 - 0.96
	0.97 - 1.03
	1.04 - 1.10
	1.11 - 2.07



Quelle: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Todesursachenstatistik

LZG.NRW

war statistisch allerdings nicht signifikant. In absoluten Zahlen schrumpften die Sterbefälle zwar um -12,2% schwächer als in OWL und NRW (-14,9% bzw. -15,4%), aber mit eindeutigen Trend (Tab. 7). In der Karte zeigt sich, dass BI im zweithöchsten Wertebereich stand (Karte 7). Auch die vermeidbaren Sterbefälle aufgrund Erkrankungen der Leber haben einen großen Einfluss auf die Lebenserwartung. Sie korrelieren zudem stark mit der Arbeitslosenquote und der Bevölkerung ohne Schulabschluss. Die vier Kernindikatoren in diesem Abschnitt zeigten, dass sich die gesundheitliche Lage verbesserte (-21 Sterbefälle), aber dieser Trend in OWL und NRW teilweise stärker ausgeprägt war. Statistisch signifikante positive Abweichungen traten bei Lungenkrebs und Herzkrankheiten auf.

Karte 7

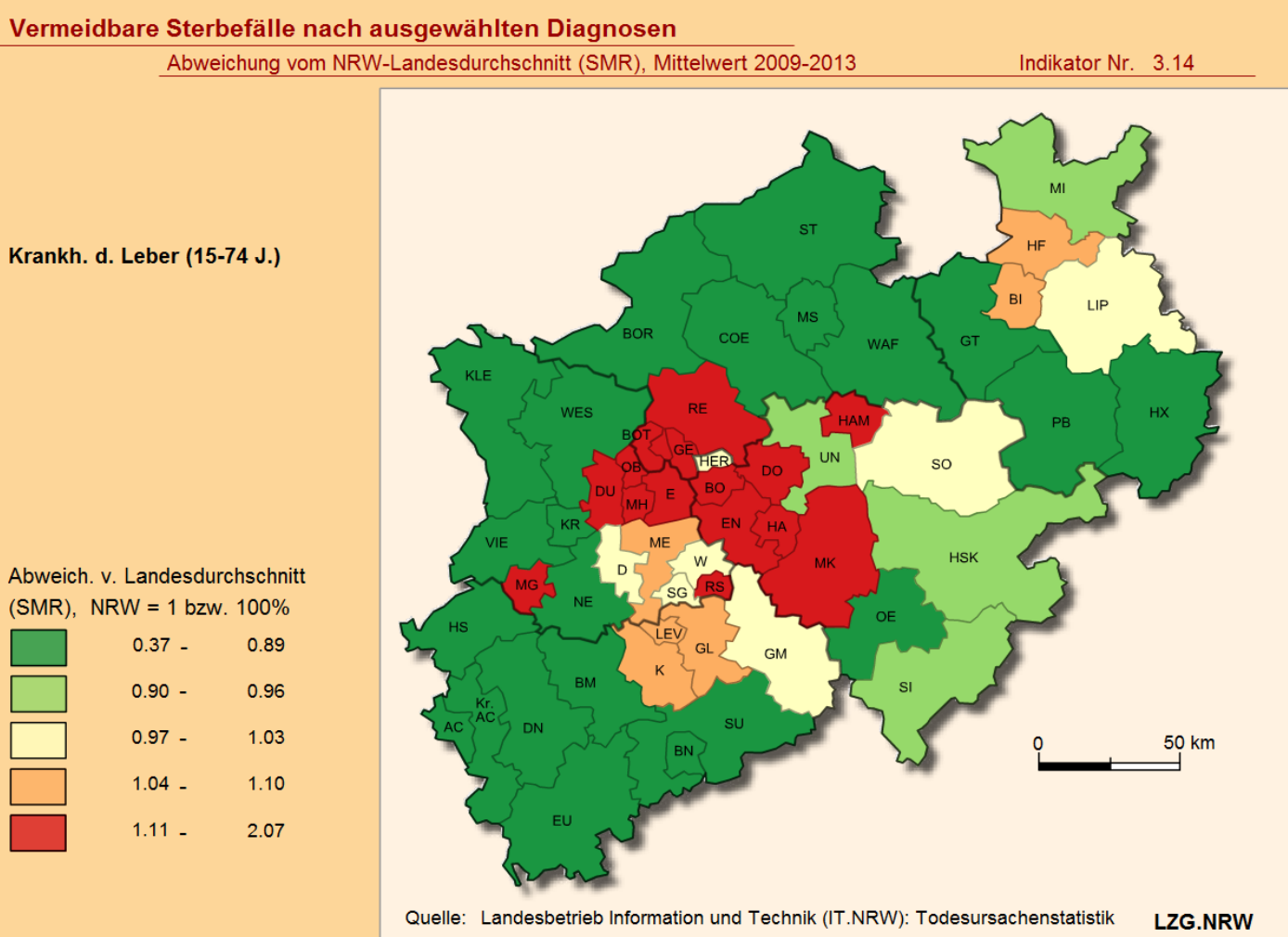


Tabelle 7 : Anzahl der vermeidbaren Sterbefälle in OWL und NRW, 5-Jahres-Mittelwerte

Indikator 3.14 Anzahl vermeidbarer Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, OWL 5-Jahres-Mittelwerte											
Bezirke	2001-2005	2002-2006	2003-2007	2004-2008	2005-2009	2006-2010	2007-2011	2008-2012	2009-2013	'05-'13 in %	'12-'13 in %
Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge, 5-Jahres-Mittelwert; 15-64 Jahre; C33-C34											
BI	44	47	48	49	50	50	44	45	46	4	2
RBDT	289	288	288	293	288	295	299	302	295	1	-2
NRW	3.354	3.341	3.283	3.295	3.267	3.294	3.318	3.372	3.376	0	0
Brustkrebs, 5-Jahres-Mittelwert, 25-64 Jahre, weibl.; C50											
BI	24	24	24	23	23	21	21	21	20	-17	-18
RBDT	145	140	135	138	128	125	123	124	122	-15	-18
NRW	1.410	1.359	1.285	1.265	1.207	1.156	1.149	1.152	1.135	-19	-15
Ischämische Herzkrankheit, 5-Jahres-Mittelwert, 35 - 64 Jahre, insg. I20-I25											
BI	52	49	47	46	42	40	36	36	38	-26	5
RBDT	343	322	312	286	268	259	244	235	234	-31	-0
NRW	3.671	3.509	3.377	3.140	2.938	2.734	2.532	2.329	2.294	-37	-15
Krankheiten der Leber, 5-Jahres-Mittelwert, 15-74 Jahre insg. K70-K77											
BI	44	44	41	40	40	39	39	39	39	-12	-0
RBDT	250	241	228	221	220	209	210	212	213	-14	0
NRW	2.474	2.382	2.252	2.208	2.178	2.142	2.131	2.133	2.092	-15	-19
Summe aller obigen vermeidbaren Sterbefälle											
BI	164	163	160	158	155	150	140	141	143	-12	1
RBDT	1.028	992	963	939	905	889	876	873	863	-16	-11
NRW	10.909	10.591	10.197	9.907	9.590	9.326	9.130	8.986	8.897	-18	-10

3.4. Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 g (Frühgeborene)

Das Geburtsgewicht der Lebendgeborenen ist ein wichtiger Indikator für den perinatalen gesundheitlichen Verlauf in Hinsicht auf die Komplikations- wie Überlebens- sowie Behinderungsrate. In BI schrumpfte die Zahl der Lebendgeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht seit 2005 nicht wesentlich (-2%, OWL -11,4% und NRW -6,7%, Tab. 8). Es kamen 202 Kinder zuletzt mit einem niedrigen Geburtsgewicht zur Welt, was 69,6 pro 1.000 Lebendgeborenen entsprach (Abb. 9). Dabei wurde nicht das Maximum in OWL erreicht und die Bielefelder Quote lag stets unter dem NRW-Wert, so dass zuletzt auch in der Landeszusammenschau der zweitniedrigste Wertebereich erreicht wurde (Karte 8). Die Quoten stagnieren seit einigen Jahren allgemein auf hohem Niveau und müssen weiter verfolgt werden.

Abbildung 9

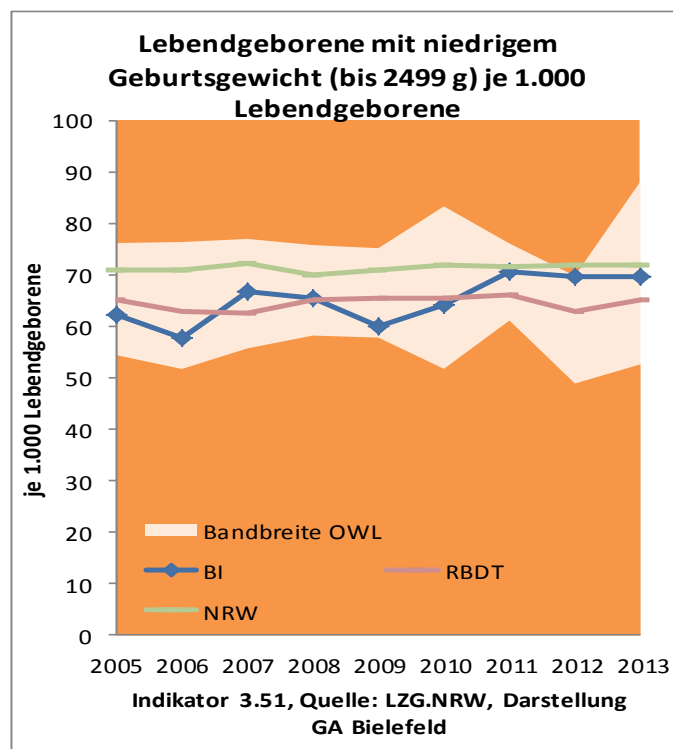
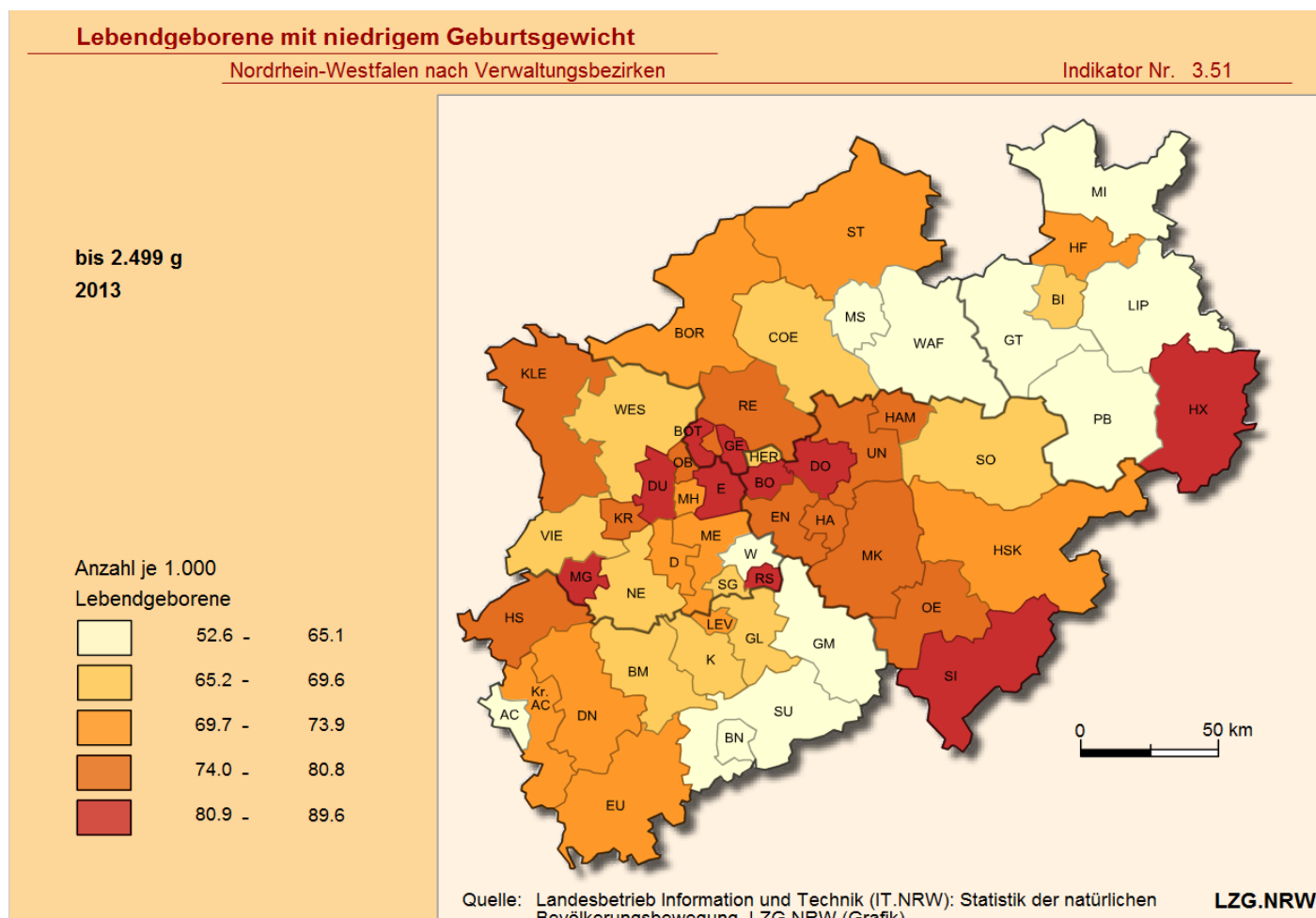


Tabelle 8 Lebendgeborene mit niedrigem Geburtsgewicht (< 2.499 gr)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	'05-'13 in %	'12-'13 in %
BI	198	169	203	197	174	199	213	212	202	2,0	-4,7
RBDT	1.233	1.157	1.158	1.174	1.145	1.157	1.137	1.078	1.093	-11,4	1,4
NRW	10.865	10.588	10.912	10.479	10.235	10.564	10.231	10.474	10.132	-6,7	-3,3

Karte 8



3.5. Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit ging seit 2005 in BI um 42,1% deutlich stärker als in OWL und NRW zurück (Tab. 9). Nach einem historischen Tiefstand von nur fünf verstorbenen Säuglingen 2010, musste ein Anstieg festgestellt werden, der jedoch zuletzt wieder auf 11 verstorbene Säuglinge im Jahr 2014 sank. In 3-Jahres-Mittelwerten zeigte sich, dass die Quote seit 2011/2013 über dem OWL- und NRW-Wert lag, aber nicht das Maximum in OWL erreichte (Abb. 10). Zuletzt verstarben 4,2 Säuglinge pro 1.000 Lebendgeborene (OWL und NRW jeweils 3,5‰). In der Kartenzusammenschau wurde der mittlere Wertebereich erreicht (Karte 9). Die ausgesprochen sensiblen Ergebnisse dieses Kernindikators zeigten somit im Betrachtungszeitraum für Bielefeld keine Auffälligkeiten, so dass dieser Bestandteil der gesundheitlichen Lage weder positiv noch negativ auffiel. Die Säuglingssterblichkeit wird in Bielefeld regelmäßig beobachtet und inter-

Abbildung 10

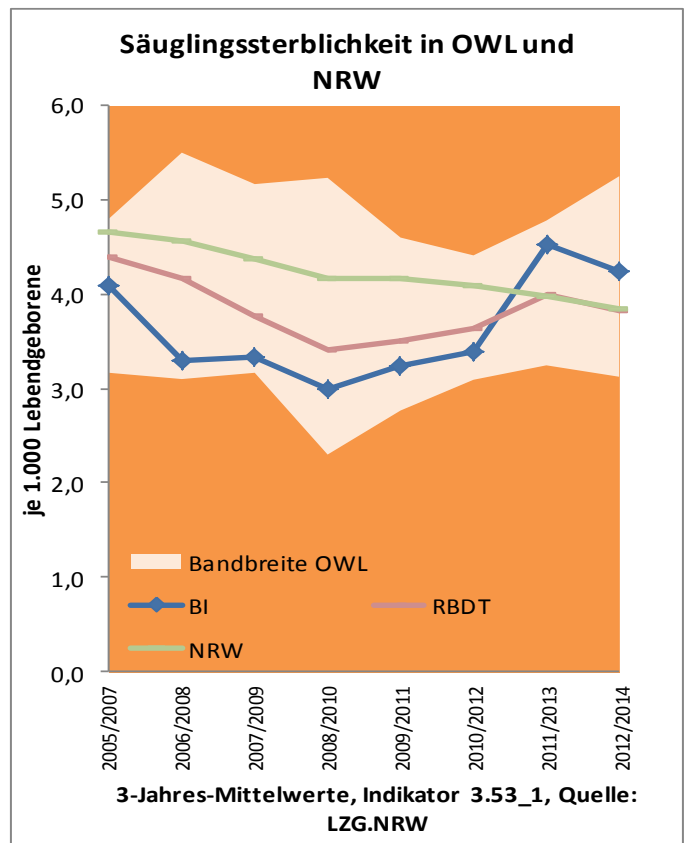
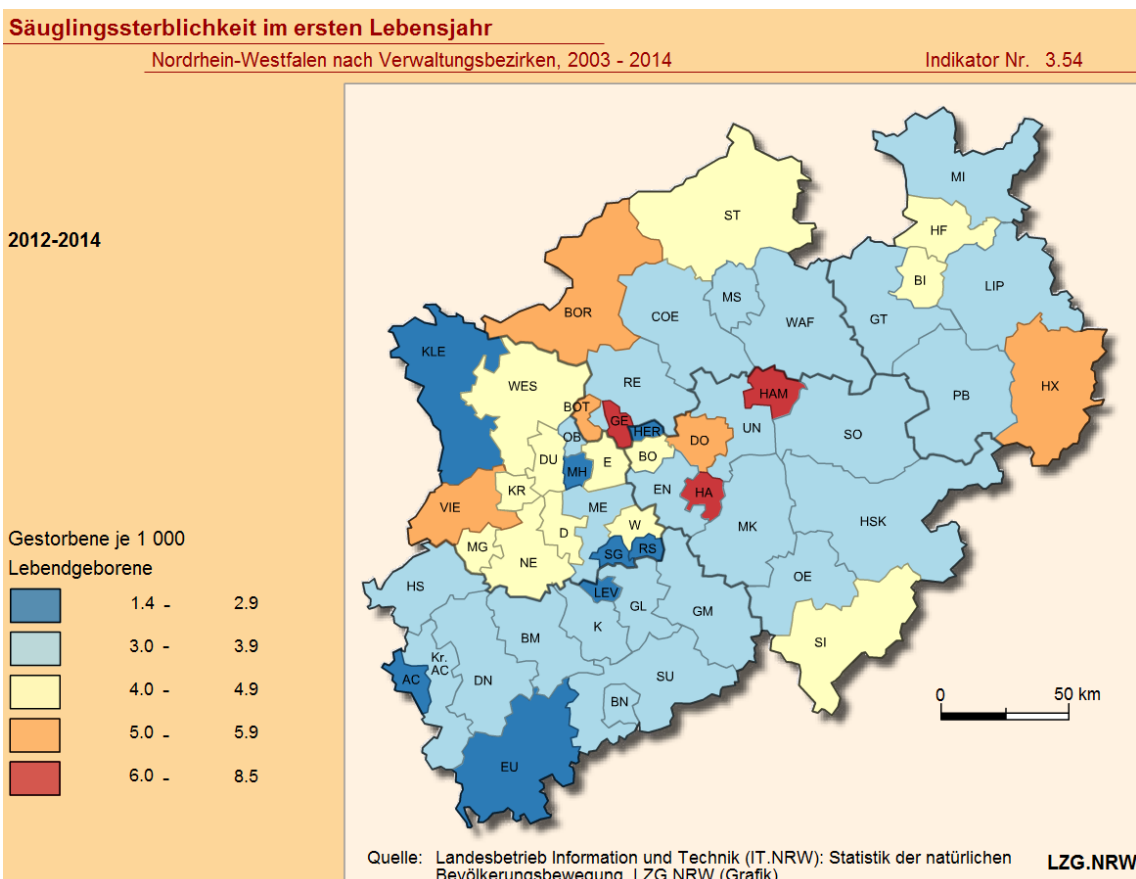


Tabelle 9 Verstorbene Säuglinge

Bezirke	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	05-'14 in %	13-'14 in %
BI	19	11	8	11	11	5	13	13	15	11	-42,1	-26,7
RBDT	83	83	79	67	58	57	68	64	74	63	-24,1	-14,9
NRW	704	687	728	644	576	616	611	552	560	610	-13,4	8,9

Karte 9



sektoral in einer Konferenz diskutiert. Die häufigste Todesursache ist eine kurze Schwangerschaftsdauer mit einem niedrigem Geburtsgewicht. Das Bielefelder Gesundheitszielekonzept sieht das Erreichen der Säuglingssterblichkeitsrate entsprechend dem NRW-Ziel vor. Im Jahr 2011/2013 erreichte sie bundesweit 3,4 pro 1.000 Lebendgebo-

rene. NRW konnte das Ziel nicht erreichen, BI erfüllte es 2006/2008 bis 2009/2011, liegt aber seitdem über dem Ziel - und NRW-Wert.

3.6. Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren

Abbildung 11

Schwere Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern sollten kleinräumig analysiert werden, weil sie prinzipiell durch präventive Maßnahmen verhindert werden können; sie treten bei sozial ungünstigen Verhältnissen häufiger auf. Die Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen sind im weiteren Sinne ein Indikator für Kindeswohlgefährdungen. In NRW und OWL ging die Zahl der Krankenhausfälle in Folge von Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern zurück (Abb. 11). Dieser Rückgang war auch in Bielefeld zu beobachten, mit dem Ergebnis, dass sich die Rate zuletzt in etwa auf den OWL-Wert eingependelt hat. In OWL lagen die Fälle dabei stets unter dem Landeswert. In Bielefeld war diese Entwicklung später zu beobachten, so dass der prozentuale Rückgang seit 2005 größer als in OWL und NRW war (Tab. 10). Im Jahr 2013 wurden 48 Kinder (Fälle) stationär behandelt. NRW-weit wurde auch in Bezug auf diesen Kernindikator der mittlere Wertebereich erreicht (Karte 10, S. 17).

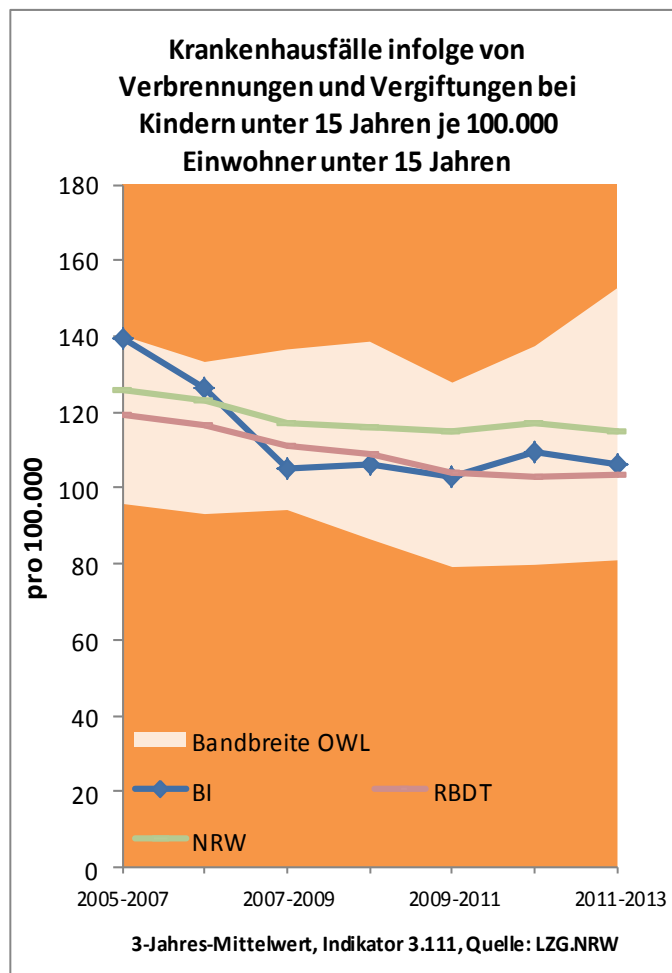
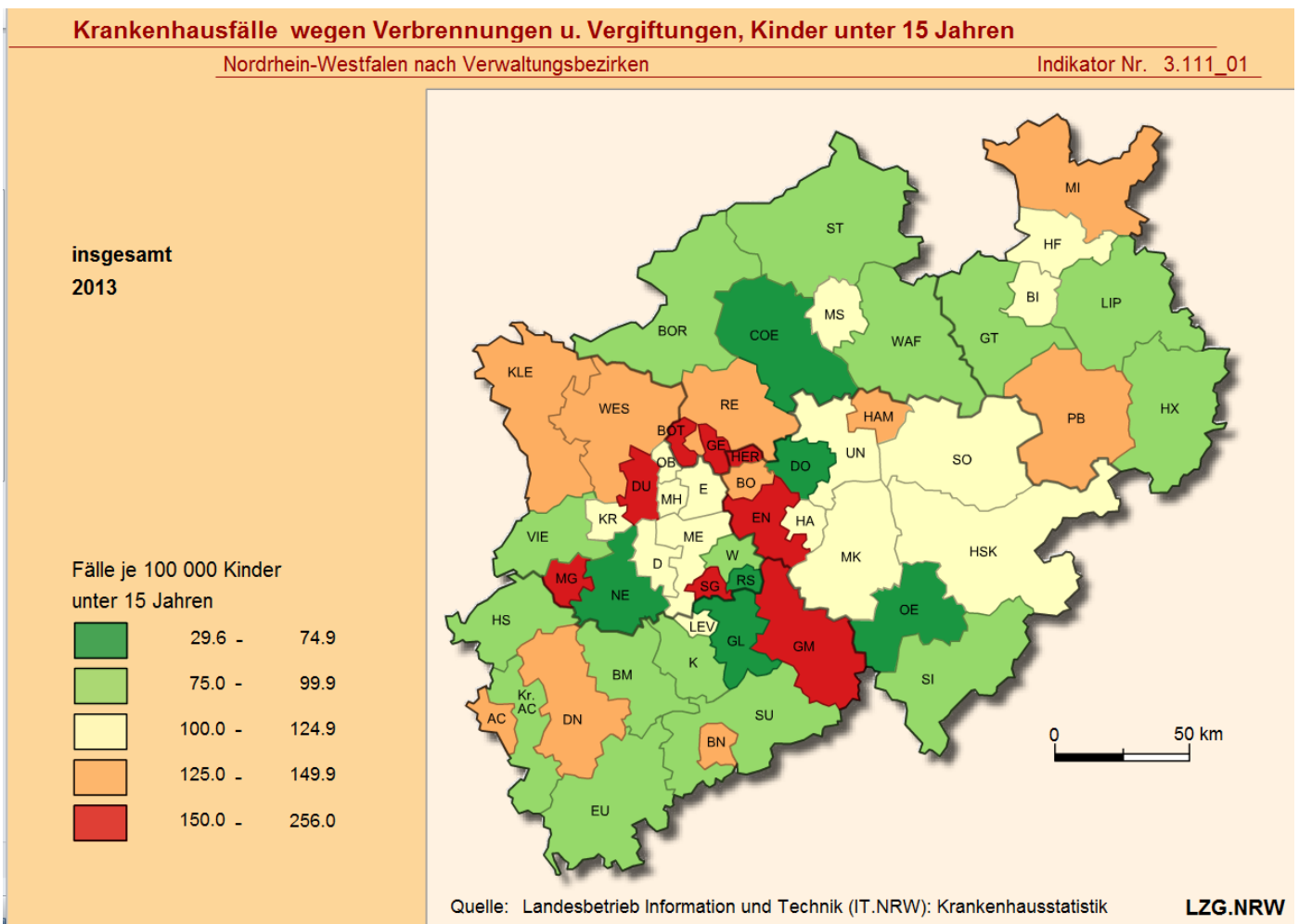


Tabelle 10 Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren

	2005-2007	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012	2011-2013	'05-'13 in %	'12-'13 in %
BI	66	59	49	49	47	50	48	-27,1	-3,3
RBDT	399	381	356	343	322	311	308	-22,7	-1,0
NRW	3.382	3.250	3.029	2.936	2.861	2.874	2.787	-17,6	-3,0

Karte 10

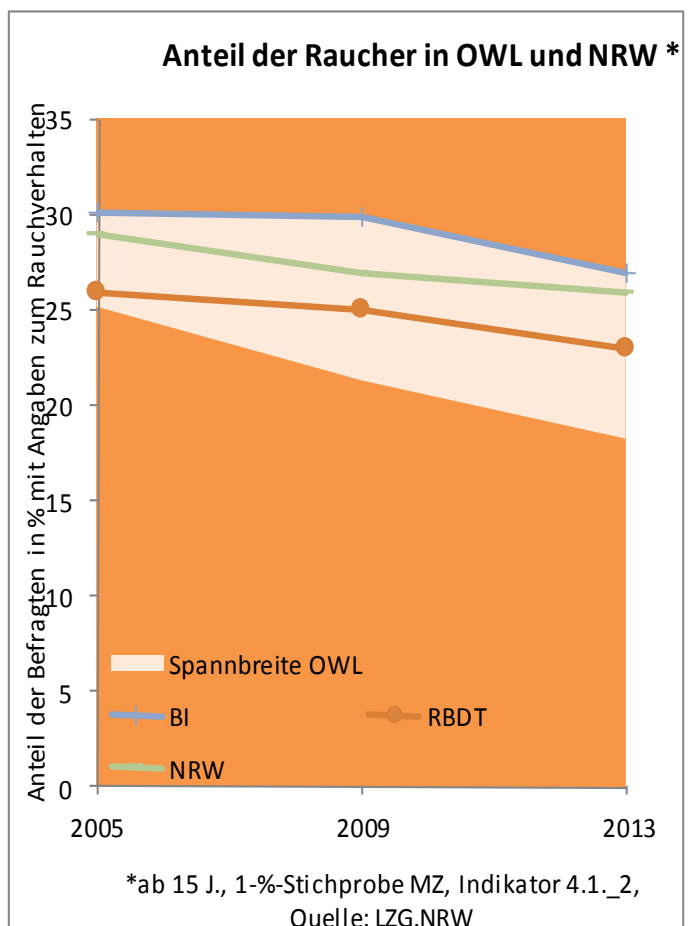


4. Gesundheitsverhalten (Eigenangaben)

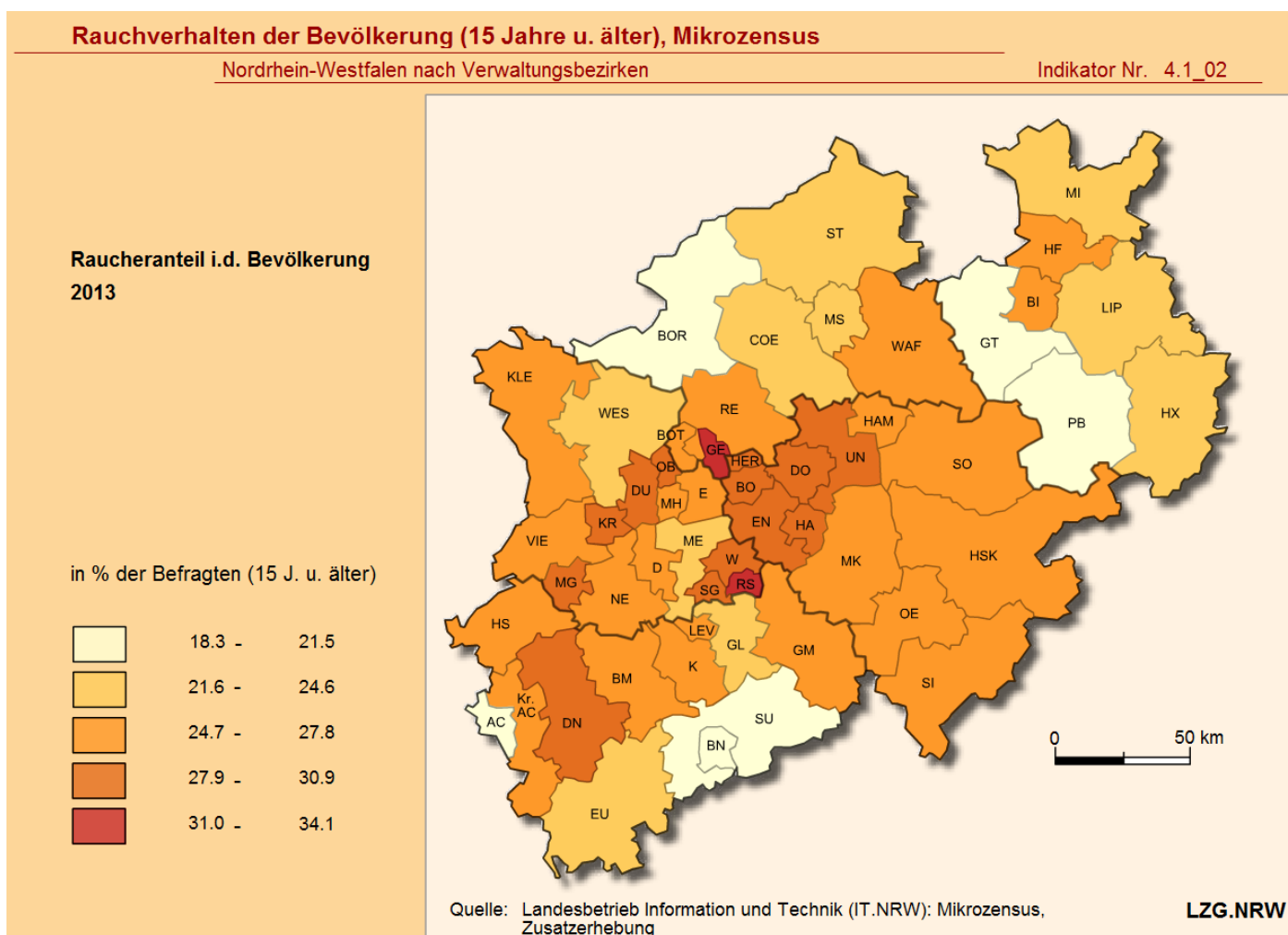
Abbildung 12

4.1. Raucheranteil

Das Rauchen von Tabakwaren – am häufigsten werden Zigaretten geraucht – gilt als das Risikoverhalten mit den deutlichsten Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Kein anderes Verhalten hat einen vergleichbar starken Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit. Rauchen fördert die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (u.a. Herzinfarkt, Schlaganfall) und von Krankheiten der Atmungsorgane (insbesondere Lungenkrebs und chronische Lungenerkrankungen). Die Raucherquote lag in OWL von 2005-2013 immer unter dem Landeswert (Abb. 12). Sie ging von 25,9% auf 22,9% zurück. Am höchsten war sie dabei regional durchgängig in BI, wo sie damit über dem Landeswert lag (zuletzt 26,9%). In der Landesvergleich ist die Raucherquote in Bielefeld dem mittleren Wertebereich für NRW zuzuordnen (Karte 11, S. 19). Auch wenn die Raucherquote in BI im Vergleich



Karte 11

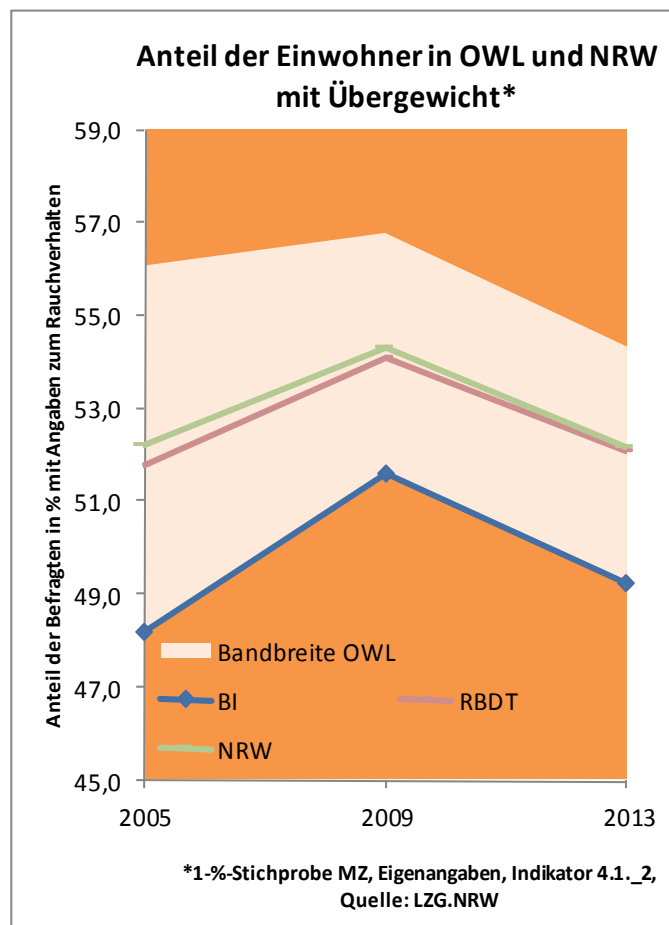


zur Region sehr hoch ausgeprägt war, war sie somit im NRW-Gesamtgeschehen nicht sehr stark abweichend. Dennoch überraschte dieses Ergebnis, weil die SMR der vermeidbaren Sterbefälle von Lungenkrebs (siehe oben) ausgesprochen niedrig war. Da aber von einer hohen Latenz ausgegangen werden muss, bis es durch das Rauchen zu einem vorzeitigen Sterbefall kommt, ist damit zu rechnen, dass sich die SMR des Lungenkrebs in BI in Zukunft negativ entwickelt.

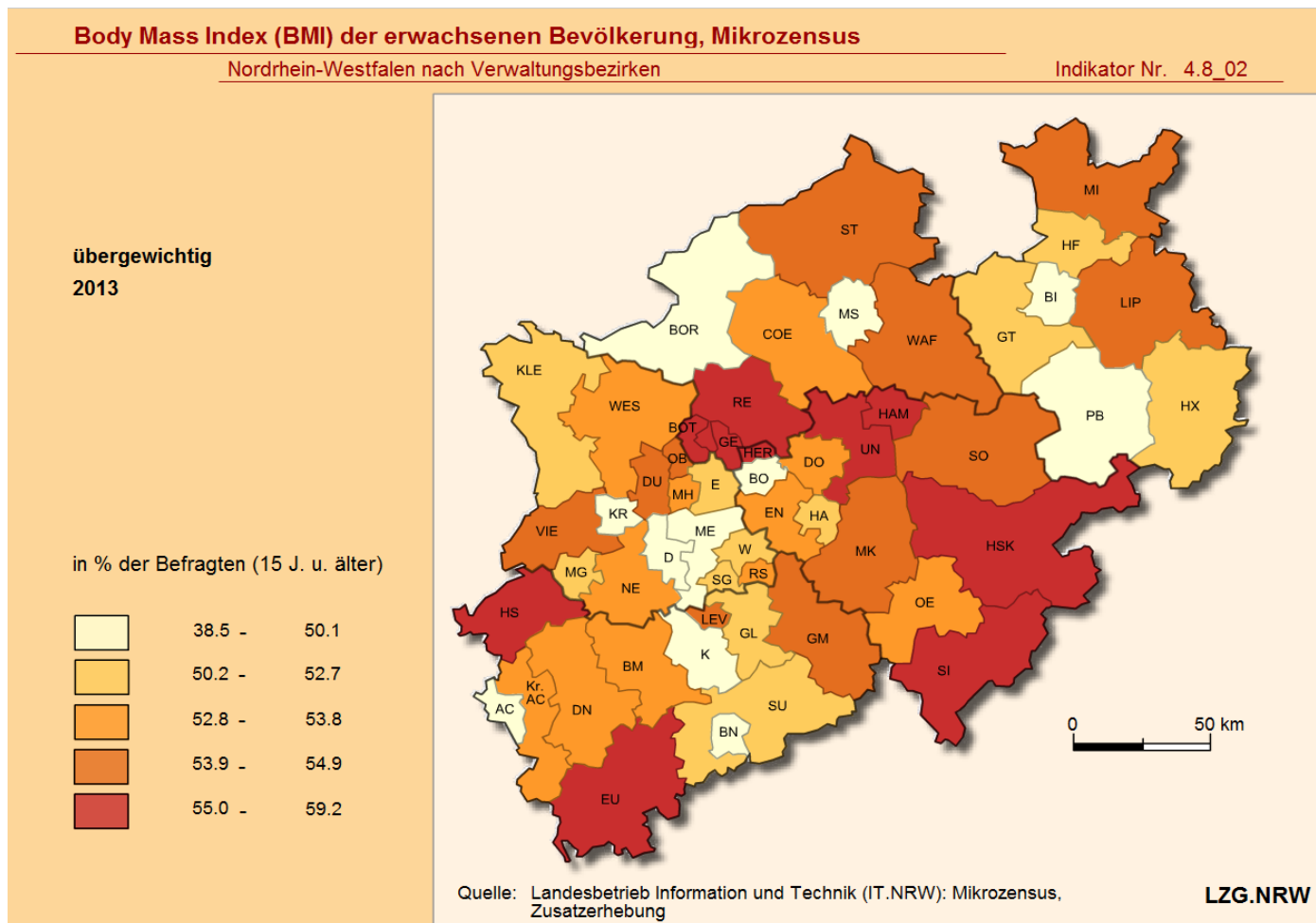
4.2. Anteil Übergewichtiger

Übergewicht beeinflusst sowohl die Gesundheit als auch die Lebensdauer negativ. In OWL betrifft dies 52,1% der Erwachsenenbevölkerung (Abb. 13). In Bielefeld waren über den gesamten Zeitraum regional am wenigsten Menschen übergewichtig, zuletzt 49,2%. Dies ist aber immerhin noch die Hälfte der Bevölkerung (im Alter von 18-65 Jahren). Anhand der Daten konnte seit 2009 eine Trendwende festgestellt werden. Im Landesvergleich erreichte BI den niedrigsten Wertebereich in NRW, eines derjenigen Ergebnisse, in denen Bielefeld deutlich positiv abwich (Karte 12). Dennoch: es sind viele Menschen vom Übergewicht betroffen und aus anderen Auswertungen, die nicht zum Bestand der Kernindikatoren gehören, muss darauf hingewiesen werden, dass die Adipositasraten, also die Fettleibigkeit (BMI über 30) in BI bei den Einschulkindern angestiegen sind. Diese Erkrankung bewirkt weitere Gesundheitsrisiken, unter anderem Diabetes Typ II.

Abbildung 13



Karte 12



5. Fazit

Die gesundheitliche Lage der Bielefelder lässt sich anhand eines überschaubaren Satzes von 17 Gesundheitsindikatoren gut darstellen. Ihre Determinanten zeigten, dass die Alterung der Stadtbevölkerung voranschreitet und bereits heute vielfach Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage hat, prominent in einem Anstieg der bisher medizinisch nicht therapierbaren Demenzerkrankungen. Aber der demografische Wandel entwickelte sich in OWL und NRW - langsamer als in der BRD. Auffällig ist der hohe Anteil der Bielefelder ohne Schulabschluss und die relativ hohe Arbeitslosigkeit, die die gesundheitliche Lage negativ beeinflussen. Hier ergeben sich Impulse für kommunalpolitisches Handeln. Wohl aufgrund des niedrigen Altenquotienten ergibt sich dennoch eine sehr geringe Gesamtsterblichkeit im Vergleich zum NRW-Durchschnitt. Grundsätzlich liefert der Indikatorenatz Daten auf Stadtebene, Auswertungen auf kleinräumiger Stadtbezirks- oder Stadtteilebene müssen zusätzlich erarbeitet werden.