

Einladung

zu einer Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Familie

am Freitag, dem 29.05.2020, 16:00 Uhr

im in der Aula der Hauptschule Welheim,

Welheimer Straße 80 - 82, 46238 Bottrop

- Nr. 2 /2020 -

Tagesordnung:

A) Öffentliche Sitzung

TOP	Nr. der Drucksache	Inhalt
1		Niederschrift über die öffentliche Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Familie am 26.03.2020 - Nr. 1 /2020 -
2	2020/0209	Bericht zur (zukünftigen) Ausgestaltung der Quartiersarbeit in Bottrop
3	2020/0214	Verfügungsfonds zur Förderung der Stadtteilarbeit; hier: Zweite Änderung der Richtlinie des Verfügungsfonds zur Förderung der Stadtteilarbeit
4	2020/0137	Verlängerung des Auftrages zur administrativen und inhaltlichen Unterstützung des "Bündnisses Buntes Bottrop" sowie zur Fertigstellung und Umsetzung eines stadtweiten Aktionskonzeptes gegen Rechtsradikalismus
5	2020/0153	Anfrage der DKP-Ratsfraktion vom 09.03.2020 Hier: Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu Sanktionen im SGB II
6	2020/0063	Bottroper Gesundheitsbericht Band 11 - Fortschreibung 2018/2019

- 7 Informationen zur COVID-19 Pandemie
- 8 Anfragen und Mitteilungen

gez. Renate Palberg
Vorsitzende

Hinweis:

Die Sitzplätze in der Aula Welheim sind so angeordnet, dass ein Abstand der Teilnehmer zueinander von mindestens 1,50 m eingehalten werden kann. Der Zugang zur Aula erfolgt über die Schulhofseite. Ich darf Sie bitten, beim Betreten der Aula und im Gebäude den notwendigen Abstand zueinander zu wahren. Beim Betreten der Aula und bei der Bewegung im Gebäude (z. B. zum Aufsuchen des Sitzplatzes oder zur Benutzung der WC-Anlage) ist eine Mund-Nasenbedeckung zu tragen. Das Tragen der Mund-Nasenbedeckung während der Sitzung ist an Ihrem Sitzplatz nicht erforderlich.

Außerdem wird darauf hingewiesen, dass die Aula Welheim nicht mit WLAN ausgestattet ist.

Nutzer des elektronischen Sitzungsdienstes sollten sich daher gegebenenfalls ihre Sitzungsunterlagen vorab herunterladen, um offline arbeiten zu können.

Für die Vorbesprechungen der Fraktionen stehen folgende Räume ab 15:00 Uhr zur Verfügung:

- a) für die SPD-Fraktion der Sitzungsraum
- b) für die CDU-Fraktion der Tagungsraum im Obergeschoss

Öffentliche Niederschrift

über die Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Familie am

Freitag, 29.05.2020, 16:00 Uhr,

in der Aula der Hauptschule Welheim , 46238 Bottrop

- Nr. 2 /2020 -

Anwesend unter dem Vorsitz von **Vorsitzende Renate Palberg:**

ordentliche Mitglieder

Ratsherr Bartz, Andreas-Karl	CDU
Ratsfrau Bobrzik, Irmgard	DKP
Ratsfrau Dr. Bunse, Antoinette	CDU
Ratsfrau Kohmann, Anja	SPD
Ratsherr Nowroth, Peter	SPD
Ratsfrau Pfingsten, Jutta	SPD
Ratsfrau Sobetzko, Gabriele	SPD
Ratsfrau Sochert, Birgit	SPD
Ratsfrau Steinmann, Ursula	CDU

stellvertretende Mitglieder:

Ratsherr Kaufmann, Markus	SPD
Sachk. Bürger Stöber, Sebastian	ödp
Sachk. Bürgerin Busch, Roswitha	DIE LINKE

beratende Mitglieder:

Herr Böhm-Eichholz, Benedikt	DRK
Frau Dorow, Hajra	Integrationsrat
Herr Görtz, Alfons	Seniorenbeirat
Frau Kavermann, Cornelia	PWV
Herr Löbert, Gerhard	Selbsthilfe
Frau Schmidt-Fürkötter, Rosita	Sozialverband
Herr Dr. Trynogga, Andreas	Caritas
Herr Weiner, Josef	VdK
Frau Wischnewski, Gudrun	AWO

Gäste:

Multmeier, Andrea PWV

Verwaltung:

Abraham, Björn-Bruno	FB Oberbürgermeister, Rat u. Bezirke - 01 -
Alexius-Eifert, Karen	Sozialamt - 50 -
Borowiak, Sascha	Sozialamt - 50 -
Bräuninger, Thorsten	Jobcenter Arbeit für Bottrop
Brunnhofer, Jochen	Stadtkämmerer
Dymarz, Maike	Koordinierungsstelle Integrierte Stadtentwicklung/ Innovationcity
Marga, Dr. Christian	Gesundheitsamt - 53 -

Schriftführer:

Laarmann, Johannes Sozialamt - 50 -

Vorsitzende Renate Palberg eröffnet die Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Familie um 16:05 Uhr und stellt fest, dass die Einladung form- und fristgerecht erfolgt und der Ausschuss beschlussfähig ist.

Sie begrüßt die Mitglieder des Ausschusses, Gäste und Verwaltung.

Besonders begrüßt sie Herrn Benedikt Böhm-Eichholz (DRK) als neues beratendes Mitglied sowie den neuen Stadtkämmerer Herrn Jochen Brunnhofer.

Anmerkungen oder Ergänzungswünsche zur Tagesordnung werden nicht vorgebracht. **Frau Multmeier** bittet um Informationen zum „Krisenhaus“ unter dem Punkt „Anfragen und Mitteilungen“.

Somit gilt folgende Tagesordnung als angenommen.

Tagesordnung

A) Öffentliche Sitzung:

TOP	Nr. der Drucksache	Inhalt
1		Niederschrift über die öffentliche Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Familie am 26.03.2020 - Nr. /2020 -
2	2020/0209	Bericht zur (zukünftigen) Ausgestaltung der Quartiersarbeit in Bottrop
3	2020/0214	Verfügungsfonds zur Förderung der Stadtteilarbeit; hier: Zweite Änderung der Richtlinie des Verfügungsfonds zur Förderung der Stadtteilarbeit
4	2020/0137	Verlängerung des Auftrages zur administrativen und inhaltlichen Unterstützung des "Bündnisses Buntes Bottrop" sowie zur Fertigstellung und Umsetzung eines stadtweiten Aktionskonzeptes gegen Rechtsradikalismus
5	2020/0153	Anfrage der DKP-Ratsfraktion vom 09.03.2020 Hier: Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu Sanktionen im SGB II
6	2020/0063	Bottroper Gesundheitsbericht Band 11 - Fortschreibung 2018/2019
7		Informationen zur COVID-19 Pandemie
8		Anfragen und Mitteilungen

A) Öffentliche Sitzung:

1	Zuständigkeit:
---	----------------

Niederschrift über die öffentliche Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Familie am 26.03.2020 - Nr. /2020 -

Beschluss:

Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie nimmt die Niederschrift zur Kenntnis.

Erläuterungen:

Einwendungen gegen die Niederschrift werden nicht geltend gemacht.

Bericht zur (zukünftigen) Ausgestaltung der Quartiersarbeit in Bottrop

Beschluss:

Der Bericht und das Konzept zur Ausgestaltung der Quartiersarbeit in Bottrop werden zur Kenntnis genommen. Die Stadtverwaltung wird mit der Umsetzung der dargelegten Maßnahmen zu beauftragt.

Abstimmungsergebnis:

Mehrheitlich angenommen:

Dafür	12 (SPD, CDU, ödp, DIE LINKE)
Dagegen	1 (DKP)
Enthaltungen	0

Erläuterungen:

Vorsitzende Ratsfrau Palberg begrüßt Frau Dymarz, Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle Integrierte Stadtentwicklung/Innovation City, und erteilt ihr das Wort.

Frau Dymarz erläutert die Verwaltungsvorlage. Insbesondere nimmt sie Stellung zu den geplanten und bereits umgesetzten Maßnahmen.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg dankt Frau Dymarz für den ausführlichen Vortrag.

Ratsfrau Pfungsten dankt Frau Dymarz für Ihren Vortrag. Durch die genannten Maßnahmen sieht Ratsfrau Pfungsten die Möglichkeit, die bestehende Quartiersarbeit zu verstetigen. Insbesondere vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung in Bottrop sieht sie die Notwendigkeit, kleinräumig Anlaufstellen für alle Generationen zu schaffen. Ratsfrau Pfungsten bittet in diesem Zusammenhang um eine kurze Benennung der einzelnen Fonds im Bereich der Stadtteilarbeit.

Ratsfrau Dr. Bunse dankt Frau Dymarz für den ausführlichen Bericht, der einen Überblick über die Quartiersarbeit gibt. Sie sieht die Möglichkeit, dass aufgrund der in den Quartieren gewonnenen Daten konkrete Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden können.

Ratsfrau Bobrzik fragt, ob die Verantwortung für die Quartiersentwicklung bei der Innovation City Management GmbH liegt. Aus ihrer Sicht sollte die Verantwortung bei der Stadt bzw. der Verwaltung liegen.

Frau Dymarz teilt mit, dass sie in der Koordinierungsstelle Integrierte Stadtentwicklung/Innovation City tätig ist. Dieses ist eine Stabsstelle im Zuständigkeitsbereich des Technischen Beigeordneten. Die Innovation City Management GmbH ist einer der Träger von Quartiersbüros. Weitere Träger sind u.a. die Stadt und Wohlfahrtsverbände.

Quartiersarbeit ist weitestgehend projektbezogen und befristet. Sie ist abhängig von Fördergeldern.

Durch das Monitoring werden Daten in den Quartieren gesammelt. Durch Kenntnis dieser Daten können dann Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

Anhand des Stadtteiles Batenbrock ist sehr gut ersichtlich, wie die Akteurinnen und Akteure in sehr breiten Netzwerken generationenübergreifend für verschiedene Zielgruppen tätig sind.

Die Mittel zur Verstetigung von Projekten werden nach vorheriger Erstellung einer Entscheidungsmatrix vergeben. Hierdurch werden die Entscheidungsgründe sichtbar gemacht.

In diesem Jahr stehen € 20.000,00 und im kommenden Jahr € 50.000,00 allein zur Sicherung der Quartiersarbeit zur Verfügung.

Neben dem Fonds zur Verstetigung der Quartiersarbeit gibt es weitere Verfügungsfonds, die sich an die Bürger richten und das Engagement in den Stadtteilen fördern sollen. Für diese Stadtteillfonds können noch bis zum 01.07.2020 Anträge gestellt werden. Weiter gibt es die Verfügungsfonds von Innovation City, die u.a. dazu dienen sollen, privates Engagement hervorzubringen.

Daneben besteht noch der Batenbrock Fonds. Hier können Projekte im Bereich Batenbrock Süd-West Fördergelder erhalten.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg dankt Frau Dymarz für die Beantwortung der Fragen. Sie weist in diesem Zusammenhang auf die wichtige Rolle des Sozialausschusses bei der Entscheidungsfindung in Belangen der Quartiersarbeit hin.

Sachkundiger Bürger Stöber (ödp) hat Fragen zu der Entscheidungsmatrix. Entsprechend der Matrix erfolgt die Vergabe der Mittel. Die Matrix dient der Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Entscheidung. Die Entscheidung wird dem Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie zur Kenntnis gegeben. Es stellt sich die Frage, ob die Bewilligungsentscheidung nicht ausschließlich dem Ausschuss obliegt und somit über eine reine Kenntnisnahme hinausgeht.

Frau Alexius-Eifert teilt mit, dass der Ausschuss in einigen Bereichen Entscheidungsbezugnis hat, z.B. wenn es um Standorte für Gemeinschaftsunterkünfte für Flüchtlinge geht. Die Entscheidung über die Mittelvergabe entsprechend der Matrix fällt hingegen nicht in die Zuständigkeit des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Familie.

Ratsfrau Kohmann fragt an, ob in diesem Jahr nicht verbrauchte Mittel in das Folgejahr übertragen werden können.

Stadtkämmerer Brunnhof weist darauf hin, dass es insbesondere im Baubereich Mittelübertragungen gibt, weil diese Vorhaben i.d.R. auch mehrjährig sind. Aufwendungen können auch übertragen werden, mit besonderer Begründung, z.B. weil Mittel schon gebunden sind. Entsprechende Anträge gehen zunächst an ihn und dann an die städtischen Gremien. Die Entscheidungskompetenz liegt beim Rat der Stadt, weil eine Belastung des Haushaltes eintritt. Aufgrund der derzeitigen Situation wird eine Übertragung auch vom Volumen abhängen.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg fragt in diesem Zusammenhang, ob nicht aufgrund der Einbringung des Doppelhaushaltes die Mittel bereits eingeplant sind.

Stadtkämmerer Brunnhofer weist darauf hin, dass der Doppelhaushalt Festsetzungen für dieses und nächstes Jahr enthält. Trotzdem muss jedes Jahr separat abgeschlossen werden. So wird Anfang 2021 der Jahresabschluss für 2020 erstellt mit den Folgeentscheidungen für das Jahr 2021.

Ratsfrau Pfingsten gibt zu bedenken, dass es hier um einen Verfügungsfonds von € 25.000,00 geht. Aus ihrer Sicht ist es sehr sinnvoll, die Aktivitäten der Ehrenamtlichen zu unterstützen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass derzeit pandemiebedingt keine Treffen und Aktivitäten stattfinden.

Ratsfrau Kohmann weist darauf hin, dass es sich hierbei um Mittel für die Bürgerinnen und Bürger handelt und diese eingesetzt werden sollten, damit sich die Menschen wieder treffen können, wenn dieses möglich ist.

Ratsfrau Dr. Bunse teilt mit, dass die Pandemie alle Bereiche betrifft, z.B. auch Schulen, Schützenvereine und die freiwillige Feuerwehr. Auch an die sozialen Akteure, deren Aufgaben nicht über die zuvor genannten Fonds finanziert werden, muss gedacht werden. Grundsätzlich ist zu überlegen, wie das Ehrenamt unterstützt werden kann.

Ratsfrau Pfingsten merkt an, dass gerade die von Frau Dr. Bunse genannten Ehrenamtler Anträge auf Förderung stellen können.

Frau Dymarz teilt mit, dass Fördervereine von Schulen und Vertreter bürgerschaftlichen Engagements antragsberechtigt sind. Hierzu zählen auch Sportvereine, wenn sie nicht kommunal betrieben werden. Frau Dymarz hat Sportvereine über den Bottroper Sport- und Bäderbetrieb angeschrieben.

3	Drucksachennummer: Zuständigkeit:	2020/0214 Kenntnisnahme
----------	--------------------------------------	--

Verfügungsfonds zur Förderung der Stadtteilarbeit;
hier: Zweite Änderung der Richtlinie des Verfügungsfonds zur Förderung der Stadtteilarbeit

Beschluss:

Die als Anlage beigefügte Dringlichkeitsentscheidung vom 27.04.2020 zur zweiten Änderung der Richtlinie des Verfügungsfonds wird hiermit genehmigt.

Erläuterungen:

Vorsitzende Ratsfrau Palberg erteilt Frau Dymarz das Wort.

Frau Dymarz teilt mit, dass der Verfügungsfonds zur Förderung der Stadtteilarbeit seit seiner Einrichtung eine Richtlinie hat, die die Geschäftsführung und den Umgang mit diesem Fonds regelt. Jede Änderung der Richtlinie muss innerhalb von drei Monaten durch den Rat der Stadt beschlossen werden. Bedingt durch die Corona-Pandemie war das nicht möglich.

Folgender Passus wurde geändert: „Der nachhaltige Einsatz der aus Fondsmitteln finanzierten Güter muss gesichert sein. Es muss gewährleistet sein, dass die angeschafften Güter auch nach Projektende im Sinne einer positiven Quartiersentwicklung zur Verfügung stehen. Daher können Güter nur unter Einbeziehung eines im Stadtteil etablierten Trägers angeschafft werden. Ist der Antragsteller nicht mehr im Bottroper Stadtteil tätig, können angeschaffte Güter in das Eigentum der Stadt Bottrop übergehen“.

Hintergrund der Änderung ist, dass sich eine Bürgergruppe im Rahmen eines Stadtteilfeestes um die Beschaffung eines Beamers beworben hat. So soll gesichert sein, dass die Bürger/Innen des Stadtteils dauerhaft von der Anschaffung profitieren oder falls das nicht gewährleistet ist, dass die Stadt Eigentümer des Beamers werden kann. Die Dringlichkeitsentscheidung erfolgte, um eine Entscheidung über den eingereichten Antrag der Bürgergruppe treffen zu können.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg dankt Frau Dymarz für die Erläuterungen.

Ratsfrau Bobrzik merkt an, dass aus der Anlage hervorgeht, dass alle Fraktionsvorsitzenden der Dringlichkeitsentscheidung zugestimmt haben.

4	Drucksachennummer: Zuständigkeit:	2020/0137 Vorberatung
----------	--------------------------------------	--

Verlängerung des Auftrages zur administrativen und inhaltlichen Unterstützung des "Bündnisses Buntes Bottrop" sowie zur Fertigstellung und Umsetzung eines stadtweiten Aktionskonzeptes gegen Rechtsradikalismus

Beschluss:

Der Auftrag zur administrativen und inhaltlichen Unterstützung des "Bündnisses Buntes Bottrop" sowie zur Erstellung eines stadtweiten Aktionskonzeptes gegen Rechtsradikalismus mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V. soll um zwei Jahre verlängert werden.

Die bisherigen Rahmenbedingungen hierfür bleiben grundsätzlich unverändert.

Der bestehende Vertrag wird mit dem Auftrag zur Umsetzung des stadtweiten Aktionskonzeptes gegen Rechtsradikalismus ergänzt.

Abstimmungsergebnis:

einstimmig angenommen

Dafür 13 (SPD, CDU, ödp, DIE LINKE, DKP)

Dagegen 0

Erläuterungen:

Vorsitzende Ratsfrau Palberg stellt fest, dass es zu diesem Thema keine Wortmeldungen gibt.

Anfrage der DKP-Ratsfraktion vom 09.03.2020

Hier: Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu Sanktionen im SGB II

Beschluss:

Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie nimmt Kenntnis.

Erläuterungen:

Vorsitzende Ratsfrau Palberg fragt **Ratsfrau Bobrzik**, ob sie als Vertreterin der DKP zu diesem Antrag noch Stellung nehmen möchte.

Ratsfrau Bobrzik stellt fest, dass aus ihrer Sicht einige ihrer Fragen beantwortet wurden, andere Fragen wurden nicht beantwortet. Sie ist erstaunt über die große Anzahl von Leistungsempfängern nach dem SGB II.

Ratsfrau Bobrzik nimmt Bezug auf die Sitzung des Sozialausschusses vom 04.02.2020. In dieser Sitzung war u.a. die Fortschreibung der Richtwerte zur Angemessenheit der Kosten der Unterkunft Thema. Sie dankt dem VdK, namentlich Herrn Weiner, für sein Engagement bei dieser Thematik.

Ratsfrau Bobrzik fragt an, wie groß die Anzahl der Leistungsempfänger nach dem SGB II ist, die monatliche Einbehaltungen aufgrund von Krediten etc. hat.

Weiterhin bittet sie um Mitteilung, wie groß die Anzahl der Leistungsempfänger ist, die Anspruch auf Nachzahlung der zuvor durch Sanktion einbehaltenen Leistungen hat.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg erteilt **Herrn Bräuninger** das Wort.

Herr Bräuninger teilt mit, dass er zu der Anzahl der Personen, die monatliche Zahlungsverpflichtungen gegenüber Dritten haben, keine Angaben machen kann. Diese Frage war auch nicht Bestandteil des Schreibens der DKP vom 09.03.2020. Sofern nach der Anzahl monatlicher Aufrechnungen gefragt ist, müssten Auswertungsmöglichkeiten geprüft werden. Diese haben ihre Ursache in vormaligen Überzahlungen von Leistungen oder der Tilgung von darlehensweise erbrachten Leistungen.

Bei insgesamt 168 Personen wurden von Januar bis einschließlich März 2020 Sanktionen ausgesprochen. Die Zahl der Personen U 25 wurde qualifiziert geschätzt und ist mit 20 % ein realistischer Anteil.

Bei ca. 20 bis 30 Personen, deren Sanktionsbescheide noch nicht bestandskräftig waren, wurden die Leistungen nachberechnet. Nach dieser Zahl wurde in der v.g. Anfrage nicht explizit gefragt.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg macht Ratsfrau Bobrzik den Vorschlag, die von ihr gestellten Fragen Herrn Bräuninger schriftlich zukommen zu lassen. Dann können diese beantwortet werden. Ratsfrau Palberg stellt fest, dass alle Fragen aus dem Schreiben der DKP vom 09.03.2020 beantwortet wurden.

Bottroper Gesundheitsbericht Band 11 - Fortschreibung 2018/2019

Beschluss:

Der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie nimmt vom Bottroper Gesundheitsbericht Band 11 – Fortschreibung 2018/2019 Kenntnis.

Erläuterungen:

Vorsitzende Ratsfrau Palberg dankt Herrn Dr. Marga für den Bericht. Sie weist darauf hin, dass es sich um einen beschreibenden Bericht ohne Interpretationen oder Analysen handelt.

Ratsfrau Dr. Bunse dankt Herrn Dr. Marga für die Erstellung des Berichtes. Aus ihrer Sicht bestand bei der Lektüre der Wunsch, die Daten zu interpretieren, um so Handlungsempfehlungen abzuleiten. Sie teilt mit, dass auf Seite 41 des Berichtes aufgeführt ist, dass in Bottrop weniger Menschen die ambulante Pflege in Anspruch nehmen als es im NRW-Durchschnitt der Fall ist. Im Bereich der stationären Pflege liegt Bottrop über dem NRW-Durchschnitt. Dieses sollte in der Zukunft näher betrachtet werden.

Auffällig ist bei den Schuleingangsuntersuchungen, dass Bottroper Kinder in den Bereichen Adipositas, Seh- und Koordinationsstörungen doppelt so hoch vertreten sind wie es im Landesdurchschnitt der Fall ist. Ratsfrau Dr. Bunse bittet das Gesundheitsamt, in der nächsten Ausschusssitzung zu informieren, wie viele Vorsorgeuntersuchungen unter Berücksichtigung der Personaldecke überhaupt möglich sind. Hier ist auch die Frage, ob bestimmte Stadtteile besonders betroffen sind und Hilfestellungen seitens der Politik und Verwaltung möglich sind.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg weist darauf hin, dass hinsichtlich der Schuleingangsuntersuchungen auch die Diskussion im Schulausschuss gesucht werden sollte. Sie bittet Herrn Dr. Marga um kurze Stellungnahme zu den v.g. Punkten.

Herr Dr. Marga teilt mit, dass viele der Auffälligkeiten eine multifaktorielle Ursache haben. Bei der Schuleingangsuntersuchung wird die „Endstrecke“ gesehen. Warum die Untersuchungsergebnisse so sind, kann kaum festgestellt werden. Kommunale Einflussmöglichkeiten sind sehr begrenzt.

Adipositas bei Kindern ist ein sehr großes, vielfältiges und nur schwer lösbares Problem.

Ratsfrau Pfingsten gibt hier zu bedenken, dass verstärkt in Stadtteilen mit vielen adipösen Kindern Ernährungs- und Sportangebote gemacht werden sollten.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg stellt sich die Frage, wie hier seitens der Kommune interveniert werden kann.

Ratsfrau Kohmann sieht einen sehr frühen Ansatz bereits für Kita-Kinder als angezeigt an. Auch müssten die Eltern für dieses Thema entsprechend sensibilisiert werden.

Herr Dr. Marga erinnert hier an „Kita mit Biss“ als vorschulische Initiative zur gesunden Ernährung. Kurzfristig wird sich die Adipositasproblematik nicht lösen lassen, auch nicht allein auf kommunaler Ebene. Viele Einflüsse wirken hier gegenläufig.

Frau Alexius-Eifert nimmt Bezug auf das Verhältnis der ambulanten Pflege in Relation zur stationären Pflege. Herr Brunecker wird zum Ende des Jahres die Pflegeplanung fortzuschreiben und auch zu diesem Aspekt Stellung nehmen. Durch das Instrument der kommunalen Pflegebedarfsplanung wird der ambulante Bereich gestärkt. Herr Brunecker wird dann auch darstellen, dass sich die ambulante Pflegequote in Bottrop gut entwickelt.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg sieht es als Problem an, die Eltern für die Adipositas-Problematik zu sensibilisieren. Diese Sensibilisierung kann nur niedrigschwellig über die Quartiersarbeit erfolgen.

7

Zuständigkeit:

Informationen zur COVID-19 Pandemie

Erläuterungen:

Vorsitzende Ratsfrau Palberg erteilt **Herrn Dr. Marga** das Wort.

Herr Dr. Marga gibt zunächst einen chronologischen Abriss der Ereignisse:

Der erste Corona Erkrankungsfall in Deutschland wurde am 28.01.2020 in München und der erste Fall in NRW am 24.02.2020 festgestellt. In 02/2020 war absehbar, dass die Pandemie nicht mehr einzugrenzen ist. Somit begannen die ersten Planungen (zur generellen Vorgehensweise, zum Vorhandensein von Schutzmaterial, zur Einrichtung eines Rufdienstes) im Gesundheitsamt.

Am 06.02.2020 fand die erste Besprechung mit den anderen Akteuren des Gesundheitswesens - Krankenhäusern, Ärzteverein für den ambulanten Bereich und Feuerwehr - statt.

Der erste Fall in Bottrop wurde am 10.03.2020 diagnostiziert. An diesem Tag wurde in Bottrop der Ereignisstab aktiviert. Am 13.03.2020 wurde der Krisenstab einberufen. Dieser Stab trat in der Anfangsphase bis zu zweimal täglich zusammen. Er setzt sich zusammen aus Vertretern der Verwaltung, der Feuerwehr, der Polizei und Vertretern der Bundeswehr.

Es fanden regelmäßige Kontakte mit Vertretern der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen statt.

Hier ging es um die Feststellung der Kapazitäten an freien Krankenhausbetten auf den Intensivstationen, Beatmungsgeräten und Schutzkleidung. Arbeitstäglich fanden mit den Krankenhäusern Telefonkonferenzen statt, u.a. um Absprachen zu treffen und auch um Einzelfälle zu diskutieren.

Regelmäßige Kontakte fanden auch mit dem lokalen Ärzteverein und den Krankenkassen statt.

Der Fokus der gemeinsamen Arbeit lag auf der Verhinderung der Ausbreitung der Erkrankung. Das Gesundheitsamt arbeitet im Krisenmodus mit der Folge, dass verschiedene andere Aufgaben nicht oder nicht mehr im bisherigen Umfang verrichtet werden konnten.

Ab dem 20.03.2020 war die Verwaltung für den Bürger geschlossen, so dass die Krisenbewältigung im Fokus des Handelns stand. Die Grundlage des fachlichen Handelns waren die Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes. Die Empfehlungen wurden teilweise täglich den neuen Erkenntnissen angepasst. Sie waren als Handlungsschiene sehr wichtig für die Arbeit des Krisenstabes.

Wichtig war die schnelle Ermittlung von Kontaktpersonen und das schnelle Wirksamwerden der Konsequenzen für infizierte Personen oder Kontaktpersonen. Es wurde auch telefonisch Quarantäne angeordnet, um eine Weiterverbreitung des Virus zu unterbinden.

Herr Dr. Marga stellt hier auch positiv die kurzen Entscheidungswege innerhalb der Verwaltung heraus, insbesondere auch mit dem Fachbereich Recht und Ordnung, wenn es um die Erteilung der schriftlichen Verwaltungsakte zur Begründung der Quarantäne ging.

Es wurde eine Hotline für die Bürgerinnen und Bürger eingerichtet. Besetzt war diese mit Verwaltungsmitarbeitern/Innen. In der akuten Phase war die Hotline an 7 Tagen in der Woche von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr besetzt. An manchen Tagen gingen hier bis zu 300 Anrufe ein.

Durch die Einrichtung der Hotline wurden auch die niedergelassenen Ärzte entlastet.

Im Gesundheitsamt wurden im Zusammenhang mit der Pandemie verschiedene Teams gebildet.

Das erste Team hatte die Aufgabe zu ermitteln, wo und welche Kontakte eine Person hatte, die positiv auf das Virus getestet wurde.

Ein weiteres Team war für die Datenerfassung und Dokumentation sowie die Vorbereitung der Quarantäne-Verfügungen zuständig.

Ein drittes Team hat Personen, die aufgrund einer Infektion bzw. als Kontaktpersonen in Quarantäne waren, im Zwei-Tages-Rhythmus (auch an Wochenenden) konsultiert und u.a. erfragt, ob die häusliche Versorgung sichergestellt ist und ob – im Fall der Kontaktpersonen - Symptome aufgetreten sind. Diese Vorgehensweise war eine Empfehlung des Robert-Koch-Institutes (RKI).

Das vierte Team führte Hygieneberatungen mit den weiteren Akteuren und Einrichtungen in Bottrop durch. Es wurde bzw. wird u.a. überlegt, welche Hygienemaßnahmen sinnvoll sind und wie diese Maßnahmen auch optimiert werden können.

In der akuten Phase fanden täglich zwei Teambesprechungen statt. An den Wochenenden erfolgte täglich eine Besprechung.

Die Mitarbeiter/Innen des Gesundheitsamtes waren und sind sehr stark gefordert.

Zusätzlich wurde noch ein Rufdienst eingerichtet, der aktuell im Wechsel von verschiedenen niedergelassenen Ärzten durchgeführt wird. Der Rufdienst steht an sieben Tagen die Woche und 24 Stunden täglich zur Verfügung. Er beantwortet auch Fragen zur Pandemie.

Unterstützt wurde das Gesundheitsamt auch durch Mitarbeiter/Innen anderer Ämter und Fachbereiche, durch zwei Medizinstudentinnen, sowie durch Mitarbeiter/Innen des medizinischen Dienstes der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung.

Mitte Mai 2020 wurde in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Ärzteverein im Saalbau eine „Abstrichstelle“ eingerichtet. Hier erfolgte die Diagnostik für Personen, die z.B. aus Risikogebieten zurückgekehrt sind oder Kontakt zu Infizierten hatten. Die Stadt hat die Räumlichkeiten und den organisatorischen Rahmen zur Verfügung gestellt. Niedergelassene Ärzte und ihre Mitarbeiter/Innen waren vor Ort tätig. In der akuten Phase sind - auch an den Wochenenden - bis zu 50 Personen untersucht worden. Die Zahlen waren zuletzt deutlich rückläufig.

Es erfolgte die Umbenennung in „Behandlungszentrum“, weil nicht nur Abstriche gemacht werden sollten. Es sollten auch Personen behandelt werden, die symptomatisch waren. Krankenhausambulanzen und niedergelassene Ärzte sollten so vor ungeplanten Corona-Kontakten geschützt werden. Es erfolgte eine Kanalisation dieses Personenkreises. Unterstützung wurde hier auch von der Bundeswehr geleistet.

Nicht mobile Patienten konnten durch ein ambulantes Abstrichteam, welches in Kooperation mit dem Deutschen Roten Kreuz aufgebaut wurde, aufgesucht werden.

Das Behandlungszentrum stellte seine Arbeit zum 31.05.2020 ein. Das Equipment bleibt aber zunächst im Saalbau, falls es zu einem Wiedererstarken der Infektionszahlen kommt.

Die Tätigkeit des Behandlungszentrums wird von fünf Schwerpunktpraxen im Bottroper Stadtgebiet weitergeführt. Diese wurden in der lokalen Ausgabe der WAZ bekannt gegeben.

Herr Dr. Marga zieht hinsichtlich der Arbeit des Behandlungszentrums ein sehr positives Resümee.

In diesem Zusammenhang teilt er mit, dass grundsätzlich jede Arztpraxis einen Abstrich durchführen kann.

In Bottrop konnten bis zum 29.05.2020 195 positive Covid- 19- Fälle festgestellt werden. Diese Zahl wird in Relation zu 100.000 Einwohnern gesetzt. Für Bottrop sind das ca. 165 Erkrankungsfälle je 100.000 Einwohner. Der Durchschnitt für NRW liegt bei 210 Erkrankungsfällen. Zur Einordnung: die Spannbreite unseres Bundeslandes liegt zwischen 111 (Kreis in Ostwestfalen) und 740 in Heinsberg.

Derzeit sind noch 15 Personen erkrankt. 180 Personen sind wieder genesen. Sieben Personen sind in Bottrop im Zusammenhang mit Covid-19 verstorben.

Aus der Quarantäne sind ca. 850 Personen entlassen worden (195 positive Fälle, sowie Kontaktpersonen).

Bottrop hatte in den letzten sieben Tagen 6,8 neue Krankheitsfälle (Grenzwert: 50 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner). Selbst in der Akutphase lag der Bottroper Wert bei 32 neuen Krankheitsfällen und somit unter dem Grenzwert.

Einzelne Erkrankungen gab es auch im Bereich der Pflege. Durch die enge Kooperation der Entscheidungsträger der jeweiligen Einrichtungen mit dem Gesundheitsamt konnte durch intensive Maßnahmen erreicht werden, dass es hier bei Einzelfällen geblieben ist. Keiner dieser Erkrankten hat eine weitere Person infiziert.

Es wurden regelmäßige Abstriche von Bewohnern und Mitarbeitern genommen.

Der Umgang mit Infektionskrankheiten auf Bevölkerungsebene ist eine Kernaufgabe und auch Kernkompetenz des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Durch die niedergelassenen Ärzte und die Krankenhäuser erfolgt die Behandlung des einzelnen Erkrankten.

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW hat zum Teil in der Akutphase täglich neue Verfügungen erlassen. Hier ist ein enormer Arbeitsaufwand entstanden, weil sofortiger Handlungsbedarf bestand. Er erkennt aber an, dass das Ministerium selbst auch unter großem Druck stand.

Herr Dr. Marga dankt allen Akteuren des Gesundheitsdienstes und allen Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes und den übrigen Mitarbeiter/innen der Verwaltung, die das Gesundheitsamt unterstützt haben.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg schließt sich im Namen des Sozialausschusses diesem Dank an.

Stadtkämmerer Brunnhofer weist in diesem Zusammenhang noch einmal auf die rasanten Steigerung der Zahl der Infizierten in den Monaten März und April hin. Hier galt es, diese Entwicklung zu stoppen. Als Folge ergingen massive Einschränkungen in Form von Kontaktverboten in allen Bereichen des öffentlichen Lebens.

Stadtkämmer Brunnhofer hofft jetzt, dass insgesamt mehr Ruhe in diese Situation kommt und nicht mehr mit dieser Schnelligkeit wie bisher, sondern mit einer Vorlaufzeit agiert werden kann, die ein vernünftiges Handeln ermöglicht. Er verweist nunmehr auf neue Regelungen, die dann ab dem 30.05.2020 gültig sein werden. Weitere Änderungen werden dann voraussichtlich Anfang 06/2020 in Kraft treten.

Er hofft, dass ein erneuter Ausbruch verhindert werden kann. Er bittet in diesem Zusammenhang die Mitglieder des Sozialausschusses als Multiplikatoren in der Stadtgesellschaft dafür Sorge zu tragen, dass die bestehenden Regelungen eingehalten werden.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg dankt allen, die sich bis dato so engagiert dafür eingesetzt haben, dass die Menschen in Bottrop bisher so glimpflich davongekommen sind, namentlich nennt sie das Gesundheits- u. Sozialamt sowie den Krisenstab.

Die Mitglieder des Ausschusses schließen sich diesem Dank durch Applaus an.

Ratsfrau Pfingsten fragt Herrn Dr. Marga, ob es eine Arbeitserleichterung war, dass sich die Akteure im medizinischen Bereich über medi-net bereits kannten. Weiterhin fragt sie an, welche Anforderungen an die Verwaltung gestellt werden, wenn weitere Lockerungen erfolgen.

Herr Dr. Marga sieht das Netzwerk als große Hilfe an, um gemeinsam abgestimmt gegen die Pandemie vorzugehen.

Er sieht keine Entwarnung. Eine lokale Dynamik kann schnell entstehen. Er verweist auf die Unterbringung von Mitarbeitern in Fleischwarenfabriken in Sammelunterkünften und der daraus folgenden schnellen Ausbreitung der Infektionen. Solche Ereignisse können dazu führen, dass eine Kommune schnell den Grenzwert von 50 Neuerkrankungen erreicht. Dann sind wieder einschneidende Maßnahmen erforderlich, um eine weitere Ausbreitung zu verhindern.

Ratsfrau Kohmann bittet Herrn Dr. Marga um Informationen zur Altersstruktur der Verstorbenen.

Herr Dr. Marga teilt mit, dass sieben Personen verstorben sind. Betroffen sind Personen zwischen 61 und 103 Jahren.

Erkrankt sind fünf Kinder, die symptomfrei getestet wurden. Aktuell wird die Frage diskutiert, wie ansteckend Kinder sind.

Ratsfrau Dr. Bunse dankt Herrn Dr. Marga für seine Arbeit. Sie stellt fest, dass die Entscheidungslast bei den Kommunen liegt. Sie fragt hinsichtlich der Testungen, ob diese nur anlassbezogen durchgeführt werden können oder auch, wenn das Gesundheitsamt diese für angezeigt hält.

Herr Dr. Marga weist daraufhin, dass die Richtlinien des RKI immer entsprechend der Entwicklung der Pandemie angepasst wurden und nicht statisch waren. So wurden z.B. Abstriche gemacht, wenn Personen aus einer bestimmten Region bzw. einem bestimmten Land zurückgekehrt sind. Abstriche wurden dann auch bei Personen gemacht, die Kontaktpersonen waren. Relevant war die Vorgabe in den jeweiligen Richtlinien.

Bei Reihenuntersuchungen von a-symptomatischen Personen gibt es Überlegungen wie damit umzugehen ist, wenn Personen aus hygienischen Gründen abgestrichen werden sollen, um eine Weiterverbreitung des Virus zu verhindern, z.B. bei einer Unternehmensbelegschaft. Hier ist immer der besondere Einzelfall zu betrachten und zu bewerten. Dieses Thema wurde auch im Krisenstab behandelt.

Sachkundiger Bürger Stöber dankt für den ausführlichen Bericht. Er fragt an, wie viele Testungen insgesamt durchgeführt wurden. Über die Hotline wurde sicherlich häufig die Frage gestellt, ob ein Test notwendig sei. Er bittet um Mitteilung, bei wie vielen dieser Anfragen Testungen durchgeführt bzw. abgelehnt wurden.

Herr Dr. Marga kann die genaue Zahl der Testungen nicht benennen, weil diese auch in Krankenhäusern und Arztpraxen durchgeführt wurden und nicht nur im Behandlungszentrum.

Es wird davon ausgegangen, dass 10 % der Testungen positiv verlaufen sind. Daraus erfolgte eine Hochrechnung, wie viele Testungen insgesamt durchgeführt wurden. Hier wurde der Bundesschnitt zugrunde gelegt.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg dankt Herrn Dr. Marga für die Beantwortung der Fragen.

8

Zuständigkeit:

Anfragen und Mitteilungen

Ratsfrau Dr. Bunse fragt Herrn Bräuninger, wie viele Ausbildungsverhältnisse Corona-bedingt nicht zustande kommen werden.

Herr Bräuninger kann nur für die Jugendlichen sprechen, die im Rechtskreis SGB II Leistungen beziehen. Die Zahl der Jugendlichen, bei denen mit Hilfe des Jobcenters versucht wird, diese in ein Ausbildungsverhältnis zu bringen, liegt jährlich bei 200 bis 220. Ca. 80 % können eine betriebliche bzw. außerbetriebliche Ausbildung absolvieren. Derzeit erfolgen Kontaktaufnahmen mit diesen Jugendlichen um zu erfragen, ob die Ausbildungsverhältnisse tatsächlich zustande kommen. Sollte ein Ausbildungsverhältnis nicht zustande kommen, wird für diese Jugendlichen nach Alternativen gesucht.

Auf Wunsch des Ausschusses wird Herr Bräuninger mit der Agentur für Arbeit Kontakt aufnehmen. Diese hat den gesamten Arbeitsmarkt der Stadt Bottrop im Blick und kann die gestellte Frage präziser beantworten.

Er weist darauf hin, dass das Kurzarbeitergeld in vielen Fällen von Bottroper Bürgern beantragt wurde. Weiterhin benennt er die Landessoforthilfen für Soloselbstständige.

Sofern die Krise länger andauert und neben der Gastronomie und dem Dienstleistungssektor weitere Wirtschaftsbereiche erfasst, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch die Zahl der Leistungsbezieher nach dem SGB II steigen. Hier bleibt jedoch die zukünftige Entwicklung abzuwarten.

Er schlägt vor, in einer der nächsten Sitzungen auch die Daten der Agentur für Arbeit vorzutragen.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg erklärt, dass dies sinnvoll sei.

Frau Alexius-Eifert teilt für die Verwaltung mit, dass die Sommerferienfreizeit für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen wegen der Corona-Pandemie neu bedacht werden musste. Sie gibt das Wort an **Herrn Borowiak** weiter.

Herr Borowiak teilt mit, dass nach gemeinsamen Beratungen mit dem Gesundheitsamt festgestellt wurde, dass die Sommerferienfreizeit nicht in bisheriger Form stattfinden kann. Er ist sich dessen bewusst, dass Eltern von Kindern mit Behinderungen mindestens in dem starken Maße von den Schulschließungen betroffen sind, wie alle anderen Eltern auch. Vor diesem Hintergrund ist auch zu beachten, dass die Schule am Tetraeder über keine offene Ganztags-Schulmöglichkeit (OGS) verfügt. Deswegen wurde entschieden, im Zeitraum vom 29.06.2020 bis 31.07.2020 für jedes betroffene Kind eine Eins-zu-eins-Betreuung für die Dauer von insgesamt drei Wochen anzubieten. Die betroffenen Eltern wurden am heutigen Tage schriftlich über dieses Angebot informiert. Mit der Schule am Tetraeder wurde auch Kontakt aufgenommen um zu klären, ob ein weiterer Bedarf besteht.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg freut sich, dass diese Alternative angeboten werden kann.

Im Namen der SPD-Fraktion dankt **Ratsfrau Pfungsten** für diese Betreuungsmöglichkeit. Dadurch erfolgt eine Gleichbehandlung mit Kindern, die nicht von Behinderung betroffen sind und für die eine Stadtranderholung während der Sommerferien angeboten wird.

Ratsherr Bartz dankt als Vorsitzender des Beirates für Menschen mit Behinderung der Verwaltung für das – aus seiner Sicht – perfekte Konzept. Es ist positiv, dass dieses Angebot für die jungen Menschen mit Behinderungen zustande kommt.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg wünscht der Betreuung viel Erfolg und hofft, dass sie diese Maßnahme auch besuchen kann.

Sachkundige Bürgerin Multmeier ist gefragt worden, ob ihr das Projekt „Krisenhaus“ ein Begriff ist. Sie wurde angesprochen, weil sie derzeit Sprecherin der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft ist. Frau Multmeier hat sich bei Frau Dr. Danneberg (Gesundheitsamt) informiert. Das „Krisenhaus“ soll am Borsigweg eingerichtet werden. Frau Multmeier wird sich mit weiteren Beteiligten zeitnah über dieses Projekt austauschen, weil es hier offensichtlich noch Informationsbedarf gibt. Sie regt an, hierüber in einer der nächsten Sitzungen des Sozialausschusses zu berichten.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg fragt, ob es seitens der Verwaltung Informationen zum „Krisenhaus“ gibt.

Frau Alexius-Eifert erläutert, dass es sich bei dem „Krisenhaus“ um eine Kooperation zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialamt handelt. Es wurde initiiert von Frau Dr. Danneberg (Gesundheitsamt) und Frau Steinert (Sozialamt). Die Umsetzung dieses Projektes erfolgte schneller als vermutet, weil ein Objekt am Borsigweg abschließend saniert und bezugsfertig wurde. Zudem wurde die Stadt, bedingt durch die erheblichen Auswirkungen der Pandemie auf Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, vor besondere Herausforderungen gestellt.

Der nicht ganz optimale Informationsfluss ist der Tatsache geschuldet, dass bestimmte Besprechungsformate aufgrund der derzeitigen Pandemie nicht stattfinden konnten bzw. können.

Weitere Informationen zu diesem Vorhaben werden in einer künftigen Ausschusssitzung erfolgen.

Vorsitzende Ratsfrau Palberg gratuliert Ratsfrau Brobrzik zur Vollendung des 80. Lebensjahres und wünscht ihr Gesundheit und alles Gute.

Sie teilt mit, dass sie ebenfalls das 80. Lebensjahr im März vollendet hat. Sie hat sich nach 40-jähriger Partei- und 20-jähriger Fraktionsarbeit entschlossen, sich in den Ruhestand zu entlassen. Sie hat den Sozialausschuss 20 Jahre lang geleitet und dankt den Mitgliedern für die sachliche Zusammenarbeit und die Wertschätzung, die sie erfahren durfte. Im Fokus des Sozialausschusses stand immer der Mensch. Aus diesem Grund war die Ausschussarbeit immer eine Herzensangelegenheit für sie.

Sie dankt insbesondere ihrer Stellvertreterin, Ratsfrau Dr. Bunse und deren Vorgänger Herrn Koller, sowie ihrer langjährigen Kollegin und Sprecherin Ratsfrau Pfungsten. Danken möchte sie auch der Verwaltung, hier stellvertretend Frau Alexius-Eifert. Sie ist froh, dass nunmehr eine Frau das Sozialamt leitet, nach so vielen männlichen Vorgängern. Sie dankt Frau Alexius-Eifert und den Mitarbeiter/innen des Sozialamtes für die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Ein besonderer Dank geht auch an Herrn Dr. Marga und Herrn Bräuninger. Herr Bräuninger hat es immer wieder geschafft, komplexe Sachverhalte durch präzise Informationen zu erläutern.

Mit Stadtkämmerer Brunnhofer verbindet sie die langjährige ehrenamtliche Tätigkeit bei der Arbeiterwohlfahrt. Sie wünscht ihm alles Gute für seine Tätigkeit als Stadtkämmerer und Sozialdezernent.

Stadtkämmer Brunnhofer zeichnet kurz die ehrenamtliche Tätigkeit von Ratsfrau Palberg in der Stadt Bottrop nach. Insbesondere führt er aus, dass die Gleichberechtigung von Mann und Frau für sie immer ein wichtiges Anliegen war.

Seit 30 Jahren ist sie Mitglied des Rates und des Sozialausschusses, seit 20 Jahren deren Vorsitzende. Zuvor war sie 10 Jahre stellvertretende Vorsitzende des Jugendhilfeausschusses. Daneben ist Ratsfrau Palberg Mitglied bzw. stellvertretendes Mitglied weiterer Gremien der Stadt Bottrop. Ordentliches Mitglied ist sie in zehn Gremien. Das reicht von A wie Abfallwirtschaft bis S wie Soziales. Ratsfrau Palberg ist immer den sozialen Themen verpflichtet gewesen. Weiterhin fühlte sie sich den sozialen Stiftungen der Stadt verpflichtet. Viele Gremien, insbesondere die AIDS-Stiftung, deren Schirmherrin sie ist, hoffen auch zukünftig auf die Tatkraft von Ratsfrau Palberg.

In 2016 wurde Ratsfrau Palberg das Bundesverdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland verliehen. Überreicht wurde es ihr im Januar 2017. Begründet wurde die Verleihung mit dem außergewöhnlichen und vorbildlichen Engagement im sozialen – und kommunalpolitischen Bereich, mit dem sie sich auszeichnungswürdige Verdienste erworben hat.

Dem schließt sich Herr Brunnhofer an und dankt herzlich für das Engagement

Vorsitzende Ratsfrau Palberg schließt die Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Familie um 18:15 Uhr und bedankt sich bei den Ausschussmitgliedern für Ihre Teilnahme.

Vorsitzende Renate Palberg schließt die öffentliche Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Familie um 18:15 Uhr und bedankt sich bei den Ausschussmitgliedern für Ihre Teilnahme.

(Renate Palberg)

Vorsitzende

(Johannes Laarmann)

Schriftführer

Datum

14.05.2020

Drucksache Nr.

2020/0209

Beratungsfolge	Sitzungstermin	Zuständigkeit
Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie	29.05.2020	Entscheidung
Bezirksvertretung Bottrop-Kirchhellen	09.06.2020	Kenntnisnahme
Bezirksvertretung Bottrop-Mitte	10.06.2020	Kenntnisnahme
Bezirksvertretung Bottrop-Süd	12.06.2020	Kenntnisnahme

Betreff

Bericht zur (zukünftigen) Ausgestaltung der Quartiersarbeit in Bottrop

Beschlussvorschlag

Der Bericht und das Konzept zur Ausgestaltung der Quartiersarbeit in Bottrop werden zur Kenntnis genommen. Die Stadtverwaltung wird mit der Umsetzung der dargelegten Maßnahmen zu beauftragt.

Finanzielle Auswirkungen

Finanzielle Auswirkungen: ja
Haushalt im Jahr: 2020/21
Produkt und Sachkonto: verschiedene HH-Stellen:
30.000 €: 54310145 (GeschäftsAW Stadtteilarbeit);
20.000 €: 54310152 (AW Verfügungsfonds Quartiersarbeit);
70.000 €: 54310151 (AW Sicherung Quartiersarbeit)
Art der Ausgabe: konsumtiv
Bedarf: 120.000 €
Haushaltsansatz: 120.000 €
zusätzliche Einnahmen:
einmalige Belastung:
jährliche Folgekosten: nach Etat-Beratungen

Begründung:

Problembeschreibung / Begründung

Kurzbegründung/Zusammenfassung:

Die individuelle Betreuung und Entwicklung der Stadtteile und Quartiere ist der Grundstein für eine erfolgreiche Stadtentwicklung in Bottrop. Inzwischen werden in Bottrop vielfältige Quartiersprojekte von gegenwärtig 21 Anlaufstellen in den Quartieren umgesetzt, um den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Quartier für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen begegnen zu können.

Im September 2019 wurde in der Koordinierungsstelle Integrierte Stadtentwicklung / Innovation City die Stelle einer Quartierskoordinatorin eingerichtet. Zentrale Aufgabe der Stelle ist die Etablierung und Verankerung des Themas Quartiersentwicklung/Quartiersarbeit in Politik, Bürgerschaft und in der integrierten Zusammenarbeit der Verwaltung. Die Quartierskoordinatorin bündelt Arbeitsaufträge, vernetzt die Mitarbeiter*innen in den unterschiedlichen Fachdienststellen und ist nach außen die zentrale Ansprechpartnerin für Akteure, Stakeholder und Bürger*innen der Stadt.

Die Quartierskoordinatorin hat in Abstimmung mit den beteiligten Fachdienststellen der AG Quartiersentwicklung einen Bericht mit Konzept zur (zukünftigen) Ausgestaltung der Quartiersarbeit in Bottrop entwickelt. In diesem Bericht werden bereits umgesetzte sowie in Planung befindliche Maßnahmen vorgestellt, um Quartiersarbeit und Quartiersentwicklung in Bottrop weiter zu stärken.

Ausführliche Begründung:

Die individuelle Betreuung und Entwicklung der Stadtteile und Quartiere ist der Grundstein für eine erfolgreiche Stadtentwicklung in Bottrop. In diesem Rahmen ist Quartiersarbeit als Aufgabe vielschichtig und damit auch ressortübergreifend integriert zu betrachten. Dieser kleinräumige und integrierte Ansatz ist in der 2016 vom Rat verabschiedeten Vision 2030+ der Stadt Bottrop niedergelegt und fließt in die Gestaltung der Quartiersarbeit vor Ort ein.

Um der Vision zu folgen, bestehen in den Quartieren inzwischen 21 Anlaufstellen der Quartiersarbeit (Stand 05/2020), die vielfältig aufgestellt und je nach Themenfeld bzw. Zielgruppe in ihren Angeboten differenziert sind. Die Quartiersbüros und Anlaufstellen werden von unterschiedlichen Akteuren angeleitet, initiiert und gesteuert und umfassen sowohl städtische Quartiersbüros und Anlaufstellen der InnovationCity Management GmbH als auch Angebotsstrukturen wohlfahrtsstaatlicher Träger. Herausfordernd gestaltet sich dabei die Gestaltung nachhaltiger Strukturen, da Quartiersarbeit in der Regel projektgebunden befristet ist.

Die Koordinierung und Steuerung von Quartiersarbeit in all ihren Facetten (integrativ, sozial, baulich oder gesundheitlich) wird seit September 2019 von der Quartierskoordinatorin umgesetzt. Im Sinne einer integrierten, aktiven und präventiven Stadtentwicklung dient die Stelle einerseits dazu, Problemlagen, Veränderungen und Bedarfe frühzeitig aus einem kontinuierlichen Dialog mit den Akteuren der Quartiersarbeit (Träger, städtische Stellen etc.) aufzugreifen und in die städtischen Entscheidungs- und Planungsprozesse einzubringen. Andererseits bündelt die Stelle das städtische bzw. das bei den Trägern verortete Quartiersmanagement, fördert durch Vermittlung und Moderation verwaltungsintern und mit den externen Akteuren Interessensausgleiche und steuert Entwicklungsprozesse gemeinsam mit den Fachdienststellen. In der doppelten Funktion als Seismograf für bestehende und künftige Entwicklungen und Moderator zwischen den Fachdienststellen unterstützt die Stelle die Fachdienststellen dabei, Wissenstransfer sicherzustellen und trägt damit zu einer bedarfsgerechten Quartiersentwicklung und damit Stadtentwicklung bei.

Gleichzeitig wird durch die Erarbeitung konsistenter Entwicklungsziele und -indikatoren ein zielorientiertes Arbeiten unterstützt. Daher sollten Leitlinien für die Quartiersarbeit in Bottrop formuliert werden. Die Leitlinien dienen der Orientierung, der Abstimmung, der Qualitätssicherung und dem Monitoring der beteiligten Akteure (z.B. Kooperationspartner) sowie einer Steuerung von Quartiersentwicklung. Darüber hinaus soll die statistische Beobachtung von Quartieren (Quartiersmonitoring) Aufschluss zu Handlungsbedarfen der zukünftigen Entwicklung geben.

Bericht und Konzept zur (zukünftigen) Ausgestaltung der Quartiersarbeit in Bottrop:

Zur Erreichung dieser Ziele hat die Quartierskoordinatorin mit Unterstützung der beteiligten Fachdienststellen der AG Quartiersentwicklung einen Bericht mit Konzept zur (zukünftigen) Ausgestaltung der Quartiersarbeit in Bottrop entwickelt (siehe Anlage 1). Die Weiterentwicklung der Quartiere und die zukünftige Gestaltung der Quartiersarbeit in Bottrop fußt auf verschiedenen, ineinander wirkenden Maßnahmen. Ziel aller Maßnahmen ist die Verankerung von Quartiersarbeit als relevantes Handlungsfeld für alle beteiligten Akteure, um die Lebenslagen der Menschen in Bottrop strategisch und integriert zu verbessern. In diesem integrierten Vorgehen werden verschiedene Fachdienststellen einbezogen. Die Mitarbeiter der betroffenen Dienststellen sollen im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung an dem Prozess mitarbeiten und die Teilnahme an Veranstaltungen und Terminen sicherstellen.

Geplante und umgesetzte Maßnahmen

1. Analyse der Quartiere durch Erstellung von Quartiersprofilen (geplant)

Um Ressourcen und Versorgungslücken in den sozialen Nahräumen zu definieren, bedarf es systematischer Analysen der Quartiersräume. Bisher arbeiten verschiedene Fachdienststellen – häufig auch themenbezogen gemeinsam – an den verschiedenen Themen der Quartiersentwicklung. Um die Prozesse langfristig zu bündeln und eine Entscheidungsgrundlage für die zukünftige Gestaltung der Quartiersentwicklung zu liefern, wird die Entwicklung eines Quartiersmonitorings aus der Koordinierungsstelle Integrierte Stadtentwicklung heraus unterstützt.

Zur Erarbeitung und Umsetzung soll eine AG Quartiersmonitoring innerhalb der Verwaltung gegründet werden. Diese soll auf Grundlage der o.g. Aspekte einen Indikatorenkatalog entwickeln und die Bereitstellung der Daten zwischen den einzelnen Fachdienststellen abstimmen.

2. Aufbau und Verstetigung von Dialogforen zur Erarbeitung gemeinsamer Leitlinien der Quartiersarbeit

Um Leitlinien der Quartiersarbeit im gemeinsamen Dialog der Akteure zu entwickeln und langfristig zu verstetigen und die Handlungen in den Quartieren zwischen den beteiligten Akteuren abzustimmen, wurden verschiedene Dialogforen und Austauschrunden etabliert bzw. geplant. Ziel ist eine Intensivierung des Dialogs innerhalb der Stadtverwaltung, mit der Politik, den jeweiligen Trägern der Quartiersarbeit sowie den Quartiersarbeiterinnen und -arbeitern selbst.

2.1. Strukturen innerhalb der Stadtverwaltung: AG Quartiersarbeit; AK Stadterneuerung/Quartiersarbeit (umgesetzt)

Innerhalb der Verwaltung wurde eine AG Quartiersarbeit etabliert. Beteiligt sind alle Fachdienststellen, in welchen Anlaufstellen der Quartiersarbeit verankert sind (derzeit vier Fachdienststellen: Sozialamt; Kommunales Integrationszentrum; Fachbereich Jugend und Schule/Kommunale Präventionsketten; Koordinierungsstelle Integrierte Stadtentwicklung).

Um fachämterübergreifend Quartiersentwicklung auch über Quartiersarbeit hinaus zu thematisieren, wurde im Rahmen des bereits bestehenden AK Stadterneuerung eine thematische Erweiterung um den Aspekt „Quartiersentwicklung“ vorgenommen. Im Rahmen dessen können fachämterübergreifend Entwicklungen der Quartiere besprochen, Strategien und Gestaltungsrahmen abgestimmt und Handlungsbedarfe aus Sicht der Verwaltung erkannt werden.

2.2. Beteiligung von Trägern der Quartiersarbeit: Jährlicher Workshop „Quartiersarbeit in Bottrop“ mit den gegenwärtigen und potenziellen Trägern der Quartiersarbeit (in Planung)

Die Quartierskoordinatorin der Stadt Bottrop soll zukünftig jährlich einen Workshop mit den beteiligten Akteuren (Stadtverwaltung und Träger von Projekten der Quartiersarbeit) zur Steuerung der Quartiersentwicklung durchführen. In erster Linie soll der Workshop der besseren Vernetzung der Akteure untereinander, des gegenseitigen Austauschs und der Schaffung von Lerneffekten voneinander dienen. Der Workshop bildet dabei den Rahmen zur Diskussion quartiersbezogener, spezifischer Probleme und Lösungen. Gleichzeitig soll er unter Einbeziehung der gemeinsamen Akteure zur Diskussion von Leitlinien der Quartiersarbeit in Bottrop erfolgen.

Zum Workshop sollen alle bisher tätigen und potenziell tätigen Träger der Quartiersarbeit eingeladen werden. Zudem sollen Vertreterinnen und Vertreter der jeweiligen Fachdienststellen der Stadtverwaltung beteiligt werden. Zur Vorbereitung und Gestaltung des Workshops soll ein Fachgremium Quartiersarbeit gebildet werden, an welchem die jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter der Fachdienststellen der Stadtverwaltung Bottrop (AG Quartiersentwicklung) als auch bisher engagierte und schon langjährig etablierte Träger der Quartiersarbeit teilnehmen sollen.

2.3. Beteiligung und Austausch mit den Anlaufstellen in den Quartieren: Austauschtreffen Quartiersarbeit (umgesetzt)

Um den gemeinsamen Austausch zu fördern, den Dialog untereinander zu stärken und langfristige Strukturen der Zusammenarbeit zu etablieren, wird seit 2019 vierteljährlich ein Austauschtreffen der Quartiersarbeit durchgeführt, zu welchem alle Quartiersarbeiterinnen und -arbeiter eingeladen werden. Dabei dienen die Treffen insbesondere des beidseitigen Dialoges zwischen den Beteiligten, der Identifikation von Herausforderungen und Potenzialen der Quartiersarbeit und dem Vertrauensaufbau.

3. Fonds zur Förderung der Stadtteilarbeit in Bottrop (umgesetzt)

Um das Engagement in den Stadtteilen zu fördern und insbesondere Projekte mit Quartiers- und Stadtteilbezug hervorzubringen, wurde 2019 ein Verfügungsfonds zur Förderung der Stadtteilarbeit in Höhe von jährlich 25.000 Euro durch den Rat der Stadt Bottrop beschlossen. Seit dem 01.10.2019 sind die Richtlinie und der entsprechende Verfügungsfonds Stadtteilarbeit in Kraft getreten. Der Fonds richtet sich an Bürgerinnen und Bürger zur Förderung von stadtteilbezogenen Projekten im Quartier. Die Entscheidung über die Förderung der eingereichten Projektanträge trifft die Jury Stadtteilmfonds, die aus Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Dienststellen der Stadt sowie den Bezirksbürgermeistern bzw. dessen Vertreterinnen und Vertreter besteht. Die Geschäftsführung des Fonds wird durch die Quartierskoordinatorin wahrgenommen.

4. Die Gestaltung einer interimswise Finanzierung von Quartiersarbeit in Bottrop (geplant)

Die Quartiersarbeit mit ihren Anlaufstellen in den Quartieren ist häufig projekt- und zeitlich befristet, was eine entsprechende Akquise solcher Mittel voraussetzt und von den entsprechenden Trägern des Quartiersbüros umgesetzt wird. Dies geschieht in der Regel in enger Abstimmung mit den jeweiligen Fachdienststellen und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in der Verwaltung. Die Quartierskoordinatorin und die jeweiligen Fachdienststellen informieren dabei die Träger über mögliche Projektförderungen und unterstützen bei der Antragsstellung.

Bisher ist eine dauerhafte Förderung der Quartiersarbeit im Rahmen des kommunalen Haushaltes nicht möglich. Im Rahmen der Haushaltsberatung 2020/21 hat die Politik eine Haushaltsstelle zur zwischenzeitlichen Finanzierung von Quartiersbüros bei zeitlich versetzten Anschlussfinanzierungen eingerichtet. Dadurch soll die Fortführung in dem jeweiligen Quartier bei Bedarf und bei potentieller Förderperspektive ermöglicht werden. Um die Vergabe der Mittel transparent und nachvollziehbar zu gewährleisten, soll die Quartierskoordinatorin eine entsprechende Entscheidungsmatrix erstellen. Die Entscheidung über eine Förderung soll die Koordinierungsstelle Integrierte Stadtentwicklung in einem fachämterübergreifenden Austausch (AG Quartiersentwicklung) treffen. Der zuständige Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie soll bei Bewilligung einer Interimsfinanzierung in Kenntnis gesetzt werden.

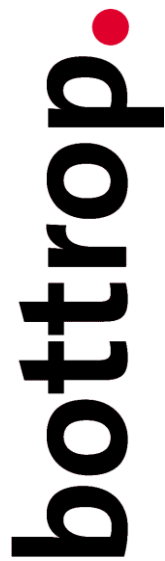
5. Darstellung der Quartiersarbeit in Bottrop und Öffentlichkeitsarbeit (umgesetzt)

Eine zentrale Aufgabe bei der Sicherung der Quartiersarbeit in Bottrop ist deren Sichtbarmachung für die Öffentlichkeit. Dazu wird in enger Abstimmung mit den jeweiligen Quartiersarbeiterinnen und -arbeitern und den beteiligten Fachdienststellen die Quartiersarbeit im Rahmen eines Internetauftritts www.bottrop.de/quartiersentwicklung weitergeführt.

Tischler

Anlage(n):

1. Bericht Quartiersarbeit
2. Kurzzusammenfassung Bericht und Konzept Quartiersarbeit



**Bericht und Konzept zur (zukünftigen)
Ausgestaltung der Quartiersarbeit in
Bottrop**

Stand: Mai 2020

Koordinierungsstelle Integrierte Stadtentwicklung / Innovation City
Quartierskoordination

Ansprechpartnerin: Maïke Dymarz
Tel.: 02041- 70 3266
E-Mail: Maïke.Dymarz@bottrop.de

Gliederung

Zusammenfassung	3
Ausgangslage: Die Relevanz der Quartiersarbeit vor Ort.....	4
Die lokale Ausgestaltung der Quartiersarbeit in Bottrop	7
Akteure und Rollen in der Quartiersarbeit in Bottrop.....	8
Handlungsbedarfe und Maßnahmen zur (zukünftigen) Ausgestaltung der Quartiersarbeit in Bottrop	14
Analyse der Quartiere durch Erstellung von Quartiersprofilen	14
Aufbau und Verstetigung von Dialogforen zur Erarbeitung gemeinsamer Leitlinien der Quartiersarbeit	16
Aktivierung des bürgerlichen Engagements in den Quartieren	18
Die Gestaltung einer interimswweisen Finanzierung von Quartiersarbeit in Bottrop	19
Darstellung der Quartiersarbeit in Bottrop und Öffentlichkeitsarbeit.....	20
Fazit: Übersicht der einzelnen Maßnahmenschritte zur (zukünftigen) Ausgestaltung von Quartiersarbeit in Bottrop	21

Zusammenfassung

Die individuelle Betreuung und Entwicklung der Stadtteile und Quartiere ist der Grundstein für eine erfolgreiche Stadtentwicklung in Bottrop. Inzwischen werden in Bottrop vielfältige Quartiersprojekte umgesetzt, um den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Quartier für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen begegnen zu können. Gemeinsam mit den Bürgerinnen und Bürgern wurden für einzelne Quartiere Entwicklungsziele entworfen und die Maßnahmen an den jeweiligen Voraussetzungen vor Ort ausgerichtet.

Vor diesem Hintergrund wurde im September 2019 die Stelle einer Quartierskoordinatorin in der Koordinierungsstelle Integrierte Stadtentwicklung / Innovation City eingerichtet.

Durch den zunehmenden Bedeutungsgewinn des Quartiers haben sich verschiedene Strukturen in der Quartiersarbeit gebildet. Die Quartiersbüros vor Ort sind dabei heterogen aufgestellt, sowohl hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung der Arbeit, als auch im Hinblick auf die Finanzierung und Trägerschaft. Als herausfordernd stellt sich dabei der bedarfsabhängige Akquisedruck bei Fortführung der Quartiersarbeit dar, der sich durch die überwiegend projektgebundenen Finanzierungen ergibt. Ein wichtiger Aspekt bei der zukünftigen Gestaltung von Quartiersarbeit bleiben daher die Nachhaltigkeit und Verstetigung lokaler Arbeit.

Zur weiteren Gestaltung und Etablierung des Arbeitsfeldes Quartiersarbeit hat die Stadtverwaltung vielfältige Maßnahmen geplant und teilweise schon umgesetzt. Durch die vielfältige thematische Ausrichtung der Akteure bedarf es einer weitreichenden Abstimmung hinsichtlich der Ausgestaltung, des Verständnisses und der Entwicklung der Quartiersarbeit in Bottrop. Daher müssen Strukturen des Dialogs und Austauschs (weiter-) entwickelt und gepflegt werden. Ziel aller Maßnahmen ist die Verankerung von Quartiersarbeit als relevantes Handlungsfeld für alle beteiligten Akteure. Im Prozess sollen hierbei gemeinsame Leitlinien der Quartiersarbeit entwickelt werden.

Folgende Maßnahmen sind umgesetzt oder geplant:

- *Aufbau und Pflege von Strukturen innerhalb der Stadtverwaltung zur integrierten und strategischen Planung der Quartiersentwicklung (umgesetzt)*
- *Workshop mit den Trägern der Quartiersarbeit (geplant)*
- *Austausch und Beteiligung mit den Quartiersarbeitern vor Ort (umgesetzt)*
- *Analyse der Quartiere durch Erstellung von Quartiersprofilen (geplant)*
- *Aktivierung des bürgerschaftlichen Engagements und Mittelbereitstellung für die Umsetzung von Quartiersideen (umgesetzt)*
- *Konzept zur Vergabe einer interimswise Finanzierung von Quartiersarbeit (geplant)*
- *Öffentlichkeitsarbeit (umgesetzt)*

Ausgangslage: Die Relevanz der Quartiersarbeit vor Ort

Die individuelle Betreuung und Entwicklung der Stadtteile und Quartiere ist der Grundstein für eine erfolgreiche Stadtentwicklung in Bottrop. Die Attraktivität der Quartiere, die Qualität des Wohnungsangebots und des öffentlichen Raums, der Grün- und Freiflächen oder das Vorhandensein wichtiger Infrastrukturangebote, wie zum Beispiel offene Begegnungsorte, bestimmen ganz wesentlich das Lebensgefühl und die Lebens- und Aufenthaltsqualität der Stadtgesellschaft. Im Quartier wird auch deutlich, wo sich prekäre Lebenslagen in der Stadt verdichten und entsprechende Unterstützungsangebote besonders wichtig sind. In diesem Rahmen ist Stadtteil- bzw. Quartiersarbeit als Aufgabe vielschichtig und damit auch ressortübergreifend integriert zu betrachten. Bedeutsam sind dabei neben städtebaulichen Aspekten auch soziale Belange, wie das soziale Gemeinwesen, die lokalökonomische Situation, die kulturellen Angebote oder das bürgerschaftliche Engagement. Darüber hinaus sind in der Quartiersentwicklung auch immer unterschiedliche Interessenslagen zusammenzuführen. Nicht zuletzt werden Bewohnerinnen und Bewohner an solchen Prozessen eng beteiligt und in die Gestaltung der sozialen Nahräume eingebunden – das Quartier wird damit zur Ebene der demokratischen Beteiligung vor Ort.

Die Bedeutung von Quartieren in der integrierten Stadtentwicklung

Der Begriff Quartier ist bisher nur wenig definiert und in vielfältigen Zusammenhängen genutzt worden. Es ist festzuhalten, dass Quartiere – anders als Stadtteile oder Bezirke – nicht klar abgrenzbar sind, sondern vielmehr Räume bezeichnen, in denen sich Menschen im Alltag begegnen und beheimatet sind. Gleichzeitig erfordert die statistische Beobachtung und auch die Beantragung von Fördermitteln zur Gestaltung der Quartiere häufig eine klare Raumabgrenzung. Hier muss stets flexibel agiert und die jeweiligen Zugänge gegeneinander abgewogen werden.

Quartiere als Sozialräume werden dabei als überschaubare Wohn- und Lebensräume verstanden, in denen Angebote und Begegnungsorte fußläufig zu erreichen sind. Das Quartier erfüllt vielfältige soziale Funktionen, ist lebensweltlich geprägt und bietet Identifikationspotenziale. Insbesondere für Bewohnerinnen und Bewohner werden die wohnortnahen Funktionen im Quartier umso wichtiger, wenn die Selbstständigkeit eingeschränkt ist, zum Beispiel aufgrund von Gesundheit und Alter, aber auch im Hinblick auf die soziale Lage und das Einkommen. Zudem wird das Quartier auch als wichtiger Integrationsraum hinsichtlich der steigenden Diversität der Bevölkerung gesehen. Nicht zuletzt erfüllen Quartiere auch wichtige Funktionen im Rahmen der demokratischen Beteiligung und des Zusammengehörigkeitsgefühls.

Dieser kleinräumige und integrierte Ansatz ist in der 2016 vom Rat verabschiedeten Vision 2030+ der Stadt Bottrop niedergelegt und fließt in die Gestaltung der Quartiersarbeit vor Ort ein.

„Für Bottrop ist 2030+ eine kleinräumige und schrittweise Stadtteilentwicklung charakteristisch. Die Stadtteile verstehen sich als „Dörfer in der Stadt“. Die Stadtteile sind sich ihrer Identität bewusst und verstehen sich als bedeutsamer Teil Bottrops. Sie pflegen eine kooperative Nachbarschaft. Offene Stadtteilzentren bieten

Angebote für jeden und laden alle Menschen zum Verweilen ein. Auch attraktive Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien sind in den Stadtteilen geschaffen.“

Auch in anderen Leitbildern in Bezug auf die kommunale Entwicklung wird dieser Ansatz der quartiersorientierten, aufsuchenden Arbeit verstärkt verfolgt, wie es sich beispielsweise im Rahmen des Leitbildes der Kommunalen Präventionsketten zeigt:

„Übergeordnetes Ziel ist es, über das Leitbild „Familie vor Ort- von frühen Hilfen zu frühzeitigen Hilfen“ die vielfältigen Angebote für Kinder, Jugendliche und Familien, in allen Lebensphasen frühzeitig und leicht erreichbar zur Verfügung zu stellen. Hierdurch sollen die Folgen von Kinderarmut gemildert und ein gesundes und gelingendes Aufwachsen von Kindern sichergestellt werden. Vorrangige Ziele beim Ausbau der kommunalen Präventionsinfrastruktur Familie vor Ort sind:

- *Kinderarmut begegnen und mildern („vom Kind aus denken“)*
- *Eltern stärken / Alleinerziehende unterstützen*
- *Niederschwellige Zugänge sichern*
- *Stadtteile stärken und Lotsensysteme einrichten*
- *Bildungs- und Lebensphasenorientierte Übergänge gestalten*
- *Überschaubarkeit herstellen und Nachhaltigkeit sichern.“*

Um diesen Visionen zu folgen, sind offene und integrierte Anlaufstellen in den Quartieren (Quartiersbüros) ein zentraler Baustein, um vor Ort bei den Bewohnerinnen und Bewohnern wirken zu können, Entwicklungsprozesse in Stadtteilen und Quartieren zu begleiten und zu unterstützen. Einschätzungen, Ideen und Engagement der Bewohnerinnen und Bewohner können aufgegriffen und gemeinsame Projekte umgesetzt werden. Notwendig sind regelmäßig anwesende Quartiersmitarbeiterinnen und -mitarbeiter vor Ort, die bestenfalls zu Vertrauenspersonen werden.

Quartiersarbeit bezeichnet die lokale, sozialräumlich ausgerichtete Arbeit für und mit Bewohnerinnen und Bewohnern. Ein einheitliches (Aufgaben-)Verständnis von Quartiersarbeit liegt derzeit in Bottrop noch nicht vor, sondern wird in Dialogprozessen mit den beteiligten Akteuren erarbeitet (s.u.). Dabei sollen die Voraussetzungen und Besonderheiten der Quartiere grundlegend beachtet werden. In Betrachtung der bisherigen Ansätze der Quartiersarbeit sind folgende Gemeinsamkeiten festzustellen:

- **Insgesamt gilt es, gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern Strukturen zu schaffen, um die Lebenssituation in Quartieren nachhaltig zu verbessern. Das Ziel ist die Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse und Entwicklungschancen in allen Teilen der Stadt.**
- Ein kleinräumiger und niedrigschwelliger Ansatz im Sinne einer Quartiersarbeit wird in Bottrop schon seit fast zehn Jahren im Rahmen des klimagerechten Stadtumbaus umgesetzt. Mit aktivierenden Maßnahmen in den Quartieren werden die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner mit den Erfordernissen einer klimagerechten Stadtentwicklung verknüpft.

„Die Kernaufgabe der InnovationCity Ruhr I Modellstadt Bottrop ist der klimagerechte Umbau von bestehenden Stadtquartieren – kurz:

„Klimagerechter Stadtumbau“. [...] Die „grüne Stadt“ steht für eine fühlbare Steigerung der Lebensqualität im Arbeits- und Wohnumfeld sowie im gesamten Stadtraum“ (Masterplan Klimagerechter Stadtumbau (Kurzfassung) 2014: S. 5).

- Quartiersarbeit ist im Wesentlichen partizipativ und niederschwellig geprägt und soll sich an den örtlichen verfügbaren Ressourcen im Quartier orientieren.
- Dabei findet bei der Quartiersarbeit Bottrops in der Regel eine thematische Orientierung an den Bedürfnissen bestimmter Zielgruppen statt, wie beispielsweise altengerechte oder familienorientierte Quartiersarbeit.
- In vielen Quartiersbüros findet – oft in der alltäglichen Praxis – eine Öffnung auch für andere Zielgruppen statt, die das Quartiersbüro hilfeschend aufsuchen. Häufig stellt sich dies für die Ansprechpersonen vor Ort als herausfordernd dar, da die jeweiligen Aufgabenbereiche, z.B. in den Leistungsvereinbarungen, eine solche Betreuung nicht vorsehen. Erforderlich zeigen sich hier offene und flexible Strukturen im Hinblick auf Aufgabenbereiche und Zielgruppen entsprechend der Vision 2030+ (*Anlaufstellen im Quartier für alle Bewohnerinnen und Bewohner schaffen*). Dabei übernehmen die Anlaufstellen im Quartier häufig ganz wesentliche Lotsen- und Vermittlungsfunktionen.
- Quartiersarbeit findet dabei nicht alleine, sondern in Kooperationen und vernetzt mit anderen örtlichen Akteuren statt, die bedarfsübergreifend zusammenwirken. Eine wesentliche Aufgabe von Quartiersarbeit liegt in der Stärkung von Netzwerken und Abstimmung von Aufgaben einzelner lokaler Akteure. Als „schneller Draht“ z. B. zur Quartierskoordinatorin und zu Ämtern in der Stadtverwaltung, Initiativen, Vereinen, Institutionen im Stadtteil werden Fragen und Anliegen aus dem jeweiligen Quartier bedarfs- und bewohnerorientiert bearbeitet. Hierbei können Quartiersbüros Bedarfe und Entwicklungen rechtzeitig aufnehmen, aufgreifen und weiterleiten. Die Anlaufstellen in den Quartieren Bottrops übernehmen somit eine ganz wesentliche Schnittstellenfunktion – sowohl für die Bewohnerinnen und Bewohner (Wirkung in das Quartier hinein) als auch für Verwaltung und Politik (Wirkung aus dem Quartier heraus).

Die Quartiersarbeit zielt darauf ab, Nachbarschaften bei Veränderungen im Quartier zu begleiten, tragfähige Strukturen des gemeinsamen Zusammenlebens im Quartier aufzubauen, bereits vorhandene Strukturen zu stabilisieren und das bürgerschaftliche Engagement im Quartier zu fördern und zu unterstützen. Zudem kann Quartiersarbeit im Rahmen der Städtebauförderung darüber hinaus dazu dienen, ein finanzielles Engagement privater Akteure auszulösen (z. B. energetische Gebäudemodernisierung, Haus- und Hofflächengestaltung).

Der persönliche Austausch ist dabei von grundlegender Bedeutung, um den Bewohnerinnen und Bewohnern eine Stimme zu geben. Quartiersarbeit trägt zentral dazu bei, das Quartiersleben zu gestalten, Menschen zu aktivieren und gemeinsame Projekte zu entwickeln und umzusetzen. Die Quartiersarbeit soll die Bürgerinnen und Bürger über Veränderungen im Quartier informieren, den Raum für Diskussion und Beteiligung schaffen und damit einen Beitrag zur gemeinschaftlichen Partizipationskultur leisten.

Dabei ist zu beachten, dass Quartiersarbeit in der Regel als Unterstützung dieser lokalen Arbeit projektgebunden befristet ist und sich nach einiger Zeit auch wieder aus Quartieren zurückziehen kann. Bisherige Ansätze einer kommunal finanzierten Quartiersarbeit, wie sie gegenwärtig im Quartier Prosper III umgesetzt wird, zeigen weitreichende Erfolge, sind aber aufgrund der kommunalen Haushaltslage nicht flächendeckend umsetzbar. Je nach Strukturierung und Finanzierung der Quartiersarbeit ist es daher auch notwendig, Verstetigungsansätze der Arbeit bereits bei Beginn des Projektes als entscheidendes Kriterium mitzudenken (vgl. S. 19: Die Gestaltung einer interimsweisen Finanzierung von Quartiersarbeit in Bottrop).

Die lokale Ausgestaltung der Quartiersarbeit in Bottrop

Um in Bottrop ein gemeinsames Verständnis für die Bedeutung von Quartiersarbeit und die thematische Vielfältigkeit zu stärken, die Angebote zu koordinieren, Bedarfe zu identifizieren und neue Angebote zu initiieren, wurde 2019 die Einrichtung der Stelle einer Quartierskoordinatorin beschlossen. In einem ämterübergreifenden Austausch werden bereits seit längerem Aspekte der Quartiersentwicklung und Quartiersarbeit diskutiert und die zukünftige Gestaltung der Quartiersarbeit erörtert. Beispiele hierfür sind die Erstellung des Integrierten Stadtentwicklungskonzepts Batenbrock-Südwest und der Vision 2030+, die vergangenen Förderprogramme und Quartiersentwicklungen der Sozialen Stadt, der Prozess der InnovationCity, den Konzepten der offenen Kinder- und Jugendarbeit und den Kommunalen Präventionsketten.

Exkurs: Die kommunale Präventionsstrategie und die Bedeutung des Quartiers

Unter Berücksichtigung der kommunalen Gegebenheiten sollen im Rahmen der kommunalen Präventionsstrategie „Familien vor Ort- von frühen zu frühzeitigen Hilfen“ die vielfältigen Maßnahmen und Angebote, die ein „gelingendes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen“ fördern, besser aufeinander abgestimmt, bei Bedarf ausgebaut und bereichsübergreifend miteinander verbunden werden. Die bestehenden Kooperations-, Förder- und Interventionsstrukturen sollen mit Hilfe eines umfassenden Informations-, Wissens- und Schnittstellenmanagements unterstützt und fachlich sowie finanzwirtschaftlich evaluiert werden.

Der kommunale Gestaltungsschwerpunkt liegt auf der frühzeitigen Unterstützung von Familien. Da Familien in Risikolagen und akuten Belastungssituationen schlechter von Präventionsangeboten erreicht werden, liegt das besondere kommunale Interesse beim Ausbau und der Verbindung der präventiven Angebote, sowie der Beratungs- und Unterstützungsleistungen für **Familien vor Ort, d. h. dort wo die Menschen leben**. Vor dem Hintergrund des Präventionsverständnisses von primärer/universeller (= über Anforderungen informieren und aufklären), sekundärer /selektiver (= Problemlagen frühzeitig entdecken und mildern) und tertiärer Prävention (= zugespitzte Problemlagen verringern und abbauen) finden im Rahmen des Ansatzes von Verhaltens- und Verhältnisprävention die unterschiedlichen Bedarfe in den Lebensräumen (Stadtteilen/ Quartieren/ Sozialräumen) ihre Berücksichtigung („ungleiches ungleich behandeln“).¹

¹ vgl. Punkt 3.2 des Integrierten Stadtentwicklungskonzepts Batenbrock-Südwest „Vielfalt verbindet!“

Gemeinsam mit allen beteiligten Akteuren gilt es, Leitlinien der Quartiersarbeit zu entwickeln und Strukturen der Zusammenarbeit dementsprechend anzupassen. Diese Leitlinien sollen zum einen der Ausgestaltung der Arbeit vor Ort dienen und die bisherige Zusammenarbeit mit den jeweiligen Trägern, Quartiersbüros, Verwaltung und Politik stärken. Zum anderen soll durch die Leitlinien und eine grundsätzlich abgestimmte Ausrichtung die Bedeutung der Quartiersarbeit vor Ort kommuniziert werden. Auf diese Weise kann gemeinsam mit allen Akteuren die Gestaltung einer nachhaltigen, integrierten Quartiersentwicklung dauerhaft gelingen.

Es bedarf einer Abstimmung der Quartiersarbeit hinsichtlich

- eines gemeinsamen **Bewusstseins** und Verständnisses der Quartierarbeit als relevantes Arbeitsfeld, auch in Abgrenzung zu anderen Ansätzen sozialer Arbeit (Quartiersarbeit als sozialraumbezogene Arbeit)
- der **Ausgestaltung** der Arbeit vor Ort, der Gestaltung der Angebote (Angebotsbreite, Angebotstiefe, Präsenzzeiten, Zielgruppenspezifikation bzw. Öffnung der Angebote für alle lokalen Belange)
- der **Sensibilisierung** und des Erkennens von lokalen Problemlagen, Handlungserfordernissen und sich verändernden Bedarfen vor Ort, aufbauend auf datenbasierten Analysen und Beschreibungen; Entwicklung von handlungsorientierten Strukturen und Dialogprozessen zur Bearbeitung und Lösungsfindung solcher Problemlagen
- des Aufbaus und der Entwicklung von **Strukturen und Kooperationen** zur vorzeitigen, präventiven Gestaltung von Maßnahmen in den Quartieren (Aufbau von Kapazitäten vor Ort)
- der **Verstetigung** bisheriger Ansätze der Quartiersarbeit, der Schaffung nachhaltiger Strukturen vor Ort ebenso wie der Gestaltung und des Verständnisses von projektgebundenen Ansätzen der Quartiersarbeit ebenso wie
- der jeweiligen **Akquisetätigkeiten**, des Informationsflusses zwischen Verwaltung und Trägern hinsichtlich Förderprogrammatiken der Quartiersarbeit und der Gestaltung von Kooperationen zwischen den Akteuren der Quartiersarbeit.

Akteure und Rollen in der Quartiersarbeit in Bottrop

Inzwischen bestehen 21 Anlaufstellen in den Quartieren (Stand: 05/2020), in denen sich Quartiersmanagerinnen und -manager, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter und Fachangestellte für die Belange der Bewohnerinnen und Bewohner einsetzen. Diese Anlaufstellen sind vielfältig aufgestellt und je nach Zielgruppe in ihren Angeboten differenziert – ob altengerechte Quartiersentwicklung, Strukturen für Kinder, Jugendliche oder Familien, für Menschen mit Migrationshintergrund oder Beratungen zur energetischen Sanierung für Wohneigentümer. Die Quartiersbüros und Anlaufstellen werden von unterschiedlichen Akteuren angeleitet, initiiert und gesteuert und umfassen neben städtisch betriebenen Quartiersbüros und Büros der InnovationCity Management GmbH vielfältige Angebotsstrukturen wohlfahrtsstaatlicher Träger.

Wohlfahrtsstaatliche Träger sind für Programme und Förderlinien häufig antragsberechtigt und daher in den jeweiligen Programmatiken vertreten. Gleichzeitig ist aufgrund der durch Fördergelder finanzierten Quartiersarbeit in der Regel eine zeitliche Befristung der Arbeit

festzustellen, die sich auf den jeweiligen Projektzeitraum bezieht. Hierbei zeigt sich das Erfordernis einer Sensibilisierung aller beteiligten Akteure für Aspekte der Verstetigung der angelaufenen Aktivitäten. Gleichzeitig muss auch dem Projektcharakter von Quartiersarbeit Rechnung getragen werden, da diese Projekte und damit auch das hauptamtliche Personal häufig durch die jeweiligen Förderungen befristet sind. Da Quartiersarbeit in der Regel temporär angelegt ist, muss dieser Aspekt bei jeder neuen Akquise mitbedacht werden. Daraus ergibt sich das Erfordernis einer stetigen Aufgabenkritik und Evaluation der eigenen Quartiersmaßnahmen.

Die zukünftige Gestaltung von Quartiersarbeit muss sich vor dem Hintergrund des Projektcharakters an den Handlungsbedarfen des jeweiligen Quartiers ausrichten und erfordert neben einer räumlich-empirischen Analyse auch die Betrachtung der Wirkung der Quartiersprojekte sowie der Handlungserfordernisse in den jeweiligen Quartieren. Mithilfe der eingerichteten Stelle der Quartierskoordination und durch alle beteiligten Fachdienststellen wird angestrebt, bei der Erschließung von Finanzierungswegen aus den bestehenden Mitteln das Effektivste zu machen und das Thema Nachhaltigkeit schon vor der Beantragung von Fördergeldern mitzudenken.

Ebenso muss den jeweiligen Handlungserfordernissen in den Quartieren, die sich in der Regel an den Bedarfen der Bewohnerinnen und Bewohner ausrichten, Rechnung getragen werden. Vermehrt zeigt sich dabei der Bedarf an Begegnungsstrukturen und teilhabeorientierten Angeboten. Bei Beendigung einer Förderung können solche Angebote und Strukturen in Gefahr sein. Darüber hinaus können sich neue oder aktualisierte Handlungsbedarfe oder Zielgruppen im Quartier zeigen, auf die bestenfalls mit einer Fortführung des Quartiersbüros reagiert werden muss, sofern entsprechende Fördermittel zur Verfügung stehen. Dabei muss stets zwischen den Handlungsbedarfen in allen Bottroper Quartieren abgewogen werden.

In der Stadtverwaltung werden die lokalen Aspekte der Quartiersarbeit und -entwicklung fachämterübergreifend behandelt. Die Stadtverwaltung steht sowohl im Dialog mit den jeweiligen Trägern der Quartiersarbeit, als auch mit den Quartierskümmerern und -büros vor Ort. Ziel der Stadtverwaltung ist es, das Thema Quartiersarbeit in der Stadtgesellschaft, Politik, Verwaltung und bei allen beteiligten Akteuren als relevantes Arbeitsfeld zu verankern sowie Entwicklungsprozesse zu erklären. Eine wesentliche Aufgabe der Stadtverwaltung ist dabei u.a. die Beratung der Politik. Die Politik kann die Quartiersentwicklungen in Bottrop beeinflussen, indem sie sowohl auf Rats- als auch auf Bezirksebene Entscheidungen trifft, die die Gesamtstadt und das Quartier betreffen. Dabei erarbeitet die Quartierskoordinatorin gemeinsam mit den beteiligten Fachdienststellen Strukturen und Maßnahmen, um Entscheidungshilfen für die Politik vorzubereiten. Die Verwaltung ist im Wesentlichen ausführende Kraft und setzt die Entscheidungen der Politik sowie Gesetze, Vorschriften, Richtlinien, Förderprogramme etc. um bzw. formuliert Beschlussvorlagen.

Die Anlaufstellen der Quartiersarbeit werden überwiegend durch wohlfahrtsstaatliche Träger in Bottrop betrieben. Hierbei sind die Träger sowohl in der Antragsstellung, als auch in der Durchführung der jeweiligen Projekte federführend verantwortlich. Die Stadtverwaltung steht im Dialog mit den jeweiligen Trägern und unterstützt bei Bedarf bei der Antragsstellung oder Durchführung der Quartiersarbeit. Damit einher geht, dass die

Träger als Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber für die Arbeitsfelder und auch Arbeitsbedingungen der lokal tätigen Quartiersarbeiterinnen und -arbeiter zuständig sind. Es ist damit auch ebenso Aufgabe des Trägers, die finanzielle Absicherung der Quartiersarbeit in dem jeweiligen Projekt sicherzustellen, beispielsweise durch die Einwerbung von Förder- oder Eigenmitteln. Somit ist die lokale Durchführung der Quartiersbüros nach Möglichkeit durch die sozialen Träger sicherzustellen.

	Name	Träger	Zentrale Kooperationspartner	Förderzugang	Finanzielle Beteiligung	Ausrichtung	Stadtteil	Laufzeit
1.	AWO- Familien im Mittelpunkt (Bürgerhaus Batenbrock)	AWO	Stadt Bottrop	Zusammen im Quartier	Nein	Stärkung von belasteten Familien	Batenbrock	12/20
2.	AWO- Familien im Mittelpunkt (Prosper III)	AWO	Stadt Bottrop	Zusammen im Quartier	Nein	Stärkung von belasteten Familien	Prosper III	12/20
3.	AWO- Quartiersmanagement Fuhlenbrock	AWO	Stadt Bottrop; Quartiersbüro Rottmannsmühle	Deutsche Fernsehlotterie	Nein	Senioren	Fuhlenbrock	erstes Halbjahr 2021 (Verlängerung um zwei Jahre wird vorbereitet)
4.	Citypastoral der Propsteipfarrei St. Cyriakus	Katholische Kirche St. Cyriakus			Nein	Beratung und offene Angebote	Altstadt	k.A.
5.	Ebel 27	Stadt Bottrop				Integration	Ebel	dauerhaft
6.	Familienort- Die Brücke Flow - Batenbrock	Flow gGmbH	Stadt Bottrop	Kommunale Präventionsketten	Nein	Familien	Batenbrock-Süd	vorerst bis 12/20
7.	Familienort HansasträÙe - Innenstadt	Caritas Bottrop; KEFB	Stadt Bottrop	Kommunale Präventionsketten	Nein	Familien	Innenstadt	vorerst bis 12/20
8.	Nachbar(schaft) Klima Quartiersbüro auf Prosper III	Stadt Bottrop	AWO	Städtische Haushaltsmittel	Ja	Quartierstreff und Umwelt	Prosper III	vorerst bis 12/21
9.	Quartiersbüro Rottmannsmühle	DRK	Stadt Bottrop; AWO Quartiersmanagement Fuhlenbrock	Deutsche Fernsehlotterie	Nein	Senioren	Batenbrock-Süd	01/21 (Verlängerung um zwei Jahre wird vorbereitet)

10.	Quartiersbüro Boy	InnovationCity Management GmbH	Stadt Bottrop	Städtebau-förderung	Ja	Unterstützung des klimagerechten Stadtumbaus, insb. durch Beratung zur Gebäudemodernisierung	Boy	vorerst bis 12/21
11.	Quartiersbüro Ebel	InnovationCity Management GmbH	Stadt Bottrop	Städtebau-förderung	Ja	Unterstützung des klimagerechten Stadtumbaus, insb. durch Beratung zur Gebäudemodernisierung	Ebel	vorerst bis 12/21
12.	Quartiersbüro Eigen	InnovationCity Management GmbH	Stadt Bottrop	Städtebau-förderung	Ja	Unterstützung des klimagerechten Stadtumbaus, insb. durch Beratung zur Gebäudemodernisierung	Eigen	vorerst bis 12/21
13.	Quartiersbüro in der Innenstadt	InnovationCity Management GmbH	Stadt Bottrop	Städtebau-förderung	Ja	Unterstützung des klimagerechten Stadtumbaus, insb. durch Beratung zur Gebäudemodernisierung	Altstadt	vorerst bis 12/21
14.	Quartiersbüro Welheimer Mark	InnovationCity Management GmbH	Stadt Bottrop	Städtebau-förderung	Ja	Unterstützung des klimagerechten Stadtumbaus, insb. durch Beratung zur Gebäudemodernisierung	Welheimer-Mark	vorerst bis 12/21
15.	Quartiershausmeister Innenstadt	Stadt Bottrop	Interessengemeinschaft Einzelhandel			Kontaktpersonen und Vermittler	Altstadt	vorerst bis 12/21
16.	Quartierszentrum Startklar Innenstadt	AWO, ASB, DRK	Stadt Bottrop		Ja	Beratung und Integration	Altstadt	vorerst bis 12/20
17.	Stadtteilagentur Batenbrock	Planungsgruppe Stadtbüro	Stadt Bottrop	Städtebau-förderung	Ja	Quartiersmanagement	Batenbrock	12/22
18.	Stadtteilbüro Batenbrock	AGSB	Stadt Bottrop	Zusammen im Quartier	Ja	Treff, Beratung, Armutsbekämpfung	Batenbrock	12/20

19.	Stadtumbaubüro im Haus der Beratung	InnovationCity Management GmbH	Stadt Bottrop	Städtebau- förderung	Ja	Unterstützung des klimagerechten Stadtumbaus, insb. durch Beratung zur Gebäudemodernisierung	Altstadt	vorerst bis 12/21
20.	Welheim 64	Stadt Bottrop	FC Bottrop 2019			Integration	Welheim	dauerhaft
21.	Wortschatz Albert- Schweitzer- Grundschule	Stadt Bottrop	Albert- Schweitzer- Grundschule	Zusammen im Quartier	Ja	Grundschulkindern	Batenbrock	12/20

Handlungsbedarfe und Maßnahmen zur (zukünftigen) Ausgestaltung der Quartiersarbeit in Bottrop

Hinweis: Die bisherigen Planungen und Umsetzungen der Maßnahmen sind umfassend von der Ausnahmesituation durch Corona beeinflusst. Daher können die Zeiträume zur Umsetzung gegenwärtig lediglich prognostiziert werden, jedoch noch keine konkreten Aussagen über die tatsächlichen Umsetzungen getroffen werden.

Die Weiterentwicklung der Quartiere und die zukünftige Gestaltung des Umgangs mit der Quartiersarbeit in Bottrop fußt auf verschiedenen, ineinander wirkenden Maßnahmen. Ziel aller Maßnahmen ist die Verankerung von Quartiersarbeit als relevantes Handlungsfeld für alle beteiligten Akteure, um die Lebenslagen der Menschen in Bottrop strategisch und integriert zu verbessern. Im Prozess sollen hierbei gemeinsame Leitlinien der Quartiersarbeit entwickelt werden.

Die Messung der Wirkung von Quartiersarbeit erfolgt durch den jeweiligen Träger der Arbeit, jedoch im Austausch mit den anderen beteiligten Akteuren, wie beispielsweise der Stadtverwaltung. Bei der Messung der Wirkung erfolgt bei Bedarf eine Beratung und Begleitung durch die zuständigen Fachdienststellen der Stadtverwaltung. Zukünftig wird im Rahmen der Zusammenarbeit und bei der Beantragung von Fördermitteln nach Möglichkeit eine Kooperationsvereinbarung zwischen Träger und Stadtverwaltung geschlossen. Dabei kann im Rahmen einer Leistungsvereinbarung auch eine Darstellung der Wirkung von Quartiersarbeit vereinbart werden. Diese Kooperationsvereinbarung ist jeweilig individuell abzustimmen.

Gleichzeitig ist Quartiersarbeit ein Handlungsfeld der beteiligten Akteure: Politik, Stadtverwaltung, Träger und Quartiersbüros bzw. Anlaufstelle im Quartier. Um hierbei gemeinsame Strategien zu erarbeiten und Maßnahmen und Handlungsbedarfe zu diskutieren, werden verschiedene Dialogforen aufgebaut und entwickelt. Ziel ist der Aufbau gemeinsamer Leitlinien der Quartiersarbeit, die die Relevanz des Themas, aber auch die Ausgestaltung der Arbeit vor Ort definieren.

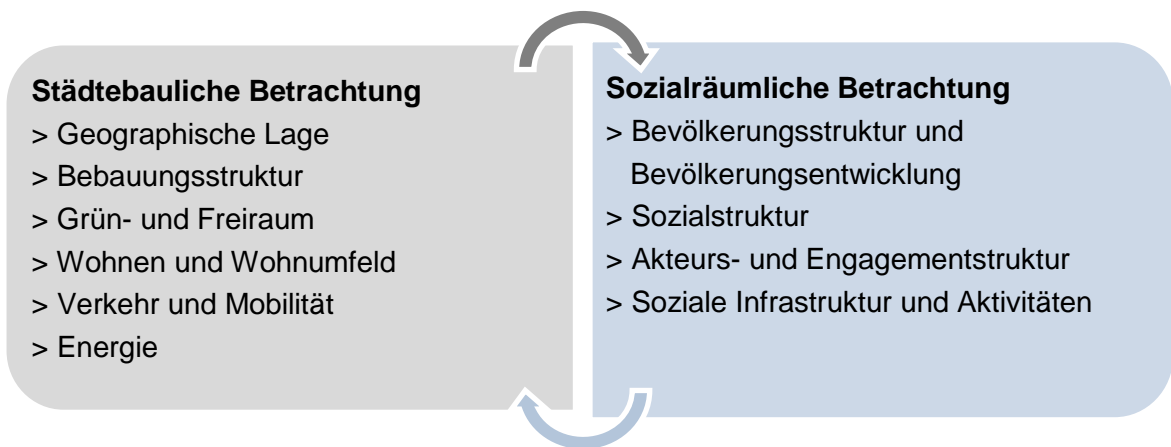
Analyse der Quartiere durch Erstellung von Quartiersprofilen

Um Ressourcen und Versorgungslücken in den sozialen Nahräumen zu definieren, bedarf es systematischer Analysen der Quartiersräume. Solche raumbezogenen Analysen wurden innerhalb der Stadtverwaltung bereits im Zuge verschiedener Förderprogrammatiken, wie dem ISEK Batenbrock-Südwest, umgesetzt. Bisher arbeiten verschiedene Fachdienststellen – häufig auch themenbezogen gemeinsam – an den verschiedenen Themen der Quartiersentwicklung. Grundlegende Erkenntnisse über kleinräumige Ungleichheiten wird zum Ende des Jahres der Sozialbericht liefern.

Neben einer klaren Raumabgrenzung eines Quartiers müssen im Aufbau eines möglichen Quartiersmonitorings auch die Verfügbarkeit der statistischen Daten beachtet werden. Um die Prozesse langfristig zu bündeln und eine Entscheidungsgrundlage für die zukünftige Gestaltung der Quartiersentwicklung zu liefern, wird die Entwicklung eines

Quartiersmonitorings aus der Koordinierungsstelle Integrierte Stadtentwicklung heraus unterstützt.

Statistische Daten können Ungleichheiten und Entwicklungen in den kommunalen Räumen aufzeigen, liefern aber keine Handlungsempfehlungen. Erst durch die Interpretation der Daten werden Handlungsbedarfe ermittelt. Als Erweiterung des Monitorings werden Quartiersprofile angestrebt, in denen die Analysen um qualitative Einschätzungen und Aspekte eingeordnet werden (Interpretation der Daten). Die zu erstellenden Quartiersprofile enthalten daher auch Ergebnisse, die sich aus einer qualitativen Herangehensweise ergeben, wie beispielsweise die Betrachtung von Akteurs- und Engagementstrukturen vor Ort. Die Quartiersprofile sollen zukünftig einen Überblick über die Quartiere in Bottrop liefern und könnten hinsichtlich verschiedener Aspekte informieren. Dieses Vorgehen soll zunächst beispielhaft an ausgewählten Quartieren erprobt werden.



Zur Erarbeitung und Umsetzung wird eine AG Quartiersmonitoring innerhalb der Verwaltung gegründet. Diese erarbeitet auf Grundlage der o.g. Aspekte einen Indikatorenkatalog und stimmt die Bereitstellung der Daten zwischen den einzelnen Fachdienststellen ab.

Status dieser Maßnahme:

- *Gründung der AG Quartiersmonitoring (in Planung; 2020)*
- *Erarbeitung des Indikatorenkatalogs und Zusammenstellung der Daten (in Planung; 2020)*
- *Auswertung der Daten und Erstellung erster Quartiersprofile (in Planung; Beginn 2021)*
- *Vorstellung erster Quartiersprofile in den politischen Gremien (in Planung; 2021)*

Aufbau und Verstetigung von Dialogforen zur Erarbeitung gemeinsamer Leitlinien der Quartiersarbeit

Über die quantitative Analyse und Beschreibung der Quartiere ist es zwingend notwendig, die Handlungsebene der Akteure mit einzubeziehen und gemeinsam langfristige Strukturen der Quartiersarbeit zu erarbeiten.

Dazu gilt es, Leitlinien der Quartiersarbeit im gemeinsamen Dialog der Akteure zu entwickeln und langfristig zu verstetigen. Darüber hinaus müssen auch die Handlungen in den Quartieren zwischen den beteiligten Akteuren abgestimmt und gesteuert werden.

Der Aufbau von Dialogforen dient damit

- Der Stärkung der Netzwerke zwischen den einzelnen Akteuren der Quartiersarbeit
- Dem Dialog innerhalb der Stadtverwaltung, mit der Politik, den jeweiligen Trägern der Quartiersarbeit als auch den Quartiersmanagern bzw. -kümern selbst
- Der Darstellung der Quartiersarbeit in der Öffentlichkeit
- Der gemeinsamen Definition von Zielen, Zielgruppen, Rahmenbedingungen und Strukturen der Quartiersarbeit und der
- Vereinbarungen zur Kooperation zwischen den einzelnen Akteuren und der Stadtverwaltung im Bereich der Quartiersarbeit.

Um diese Ziele zu erreichen, wurden und werden verschiedene Strukturen aufgebaut, die verstetigt und weiterentwickelt werden sollen.

Strukturen innerhalb der Stadtverwaltung: AG Quartiersarbeit; AK Stadterneuerung/ Quartiersentwicklung

Innerhalb der Verwaltung wurde eine AG Quartiersarbeit etabliert. Beteiligt sind alle Fachdienststellen, in welchen Anlaufstellen der Quartiersarbeit verankert sind (derzeit vier Fachdienststellen: Sozialamt; Kommunales Integrationszentrum; Fachbereich Jugend und Schule; Koordinierungsstelle Integrierte Stadtentwicklung).

Um darüber hinaus fachämterübergreifend Quartiersentwicklung auch über Quartiersarbeit hinaus zu thematisieren, wurde im Rahmen des bereits bestehenden AK Stadterneuerung eine thematische Erweiterung um den Aspekt „Quartiersentwicklung“ vorgenommen. Im Rahmen dessen können fachstellenübergreifend Entwicklungen der Quartiere besprochen, Strategien und Gestaltungsrahmen abgestimmt und Handlungsbedarfe aus Sicht der Verwaltung erkannt werden.

Status dieser Maßnahme:

umgesetzt

Beteiligung und Austausch mit Trägern der Quartiersarbeit: Jährlicher Workshop „Quartiersarbeit in Bottrop“ mit den gegenwärtigen und potenziellen Trägern der Quartiersarbeit

Die Quartierskoordinatorin der Stadt Bottrop wird zukünftig jährlich einen Workshop mit den beteiligten Akteuren (Stadtverwaltung und Träger von Projekten der Quartiersarbeit) zur Steuerung der Quartiersentwicklung durchführen. In erster Linie soll der Workshop zur besseren Vernetzung der Akteure untereinander, zum gegenseitigen Austausch und zur Schaffung von Lerneffekten voneinander beitragen. Der Workshop bildet dabei den Rahmen zur Diskussion quartiersbezogener, spezifischer Probleme und Lösungen. Gleichzeitig soll er unter Einbeziehung der gemeinsamen Akteure zur Diskussion von Leitlinien der Quartiersarbeit in Bottrop dienen.

Zum Workshop werden alle bisher tätigen und potenziell tätigen Träger der Quartiersarbeit eingeladen. Zudem werden Vertreterinnen und Vertreter der jeweiligen Fachdienststellen der Stadtverwaltung beteiligt. Ziel ist dabei die Intensivierung der Zusammenarbeit der lokalen Träger vor Ort sowie die Erarbeitung und Weiterentwicklung eines gemeinsamen Verständnisses und Leitlinien lokaler Quartiersarbeit.

Zur Vorbereitung und Gestaltung des Workshops wird ein Fachgremium Quartiersarbeit gebildet, an welchem die jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter der Fachdienststellen der Stadtverwaltung Bottrop (AG Quartiersentwicklung) als auch bisher engagierte und schon langjährig etablierte Träger der Quartiersarbeit teilnehmen.

Status dieser Maßnahme:

- *Ansprache der Vorbereitungsgruppe und Vorbereitung und inhaltliche Abstimmung des Workshops (in Planung; 2020)*
- *Durchführung des Workshops (in Planung; Beginn 2021)*
- *Auswertung und Verschriftlichung der Workshop-Ergebnisse und Interpretation der Leitlinien (in Planung; 2021)*

Beteiligung und Austausch mit den Anlaufstellen in den Quartieren: Austauschtreffen Quartiersarbeit

Um den gemeinsamen Austausch zu fördern, den Dialog untereinander zu stärken und langfristige Strukturen der Zusammenarbeit zu etablieren, wird seit 2019 vierteljährlich ein Austauschtreffen der Quartiersarbeit durchgeführt, zu welchem alle Quartiersmanagements bzw. -kümmerer eingeladen werden. Im Rahmen dieses Treffens werden sowohl die Neuentwicklungen in den Quartieren als auch Neuigkeiten aus der Verwaltung, wie bspw. Förderaufrufe, neue Projekte oder Entwicklungen in der Verwaltung, thematisiert. Dabei dienen die Treffen insbesondere dem beidseitigen Dialog zwischen den Beteiligten, der Identifikation von Herausforderungen und Potenzialen der Quartiersarbeit und dem Vertrauensaufbau. Fachliche Vorträge dienen der Qualifizierung der Akteure und dem

Wissenstransfer zu relevanten Themen, wie beispielsweise migrationssensibler Sozialarbeit oder hinsichtlich des Umgangs mit Krisen- und Gefahrensituationen.

Status dieser Maßnahme:

umgesetzt

Aktivierung des bürgerlichen Engagements in den Quartieren

Um das Engagement in den Stadtteilen zu fördern und insbesondere Projekte mit Quartiers- und Stadtteilbezug hervorzubringen, wurde 2019 ein Verfügungsfonds zur Förderung der Stadtteilarbeit durch den Rat der Stadt Bottrop beschlossen. Seit dem 01.10.2019 sind die Richtlinie und der entsprechende Verfügungsfonds Stadtteilarbeit in Kraft getreten. Der Fonds richtet sich an Bürgerinnen und Bürger zur Förderung von stadtteilbezogenen Projekten im Quartier und ist durch eine niedrighschwellige und direkte Aktivierung gekennzeichnet. Die Entscheidung über die Förderung der eingereichten Projektanträge trifft ein Entscheidungsgremium Stadtteifonds, das aus Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Dienststellen der Stadt sowie den Bezirksbürgermeistern bzw. dessen Vertreterinnen und Vertreter besteht.

Ausgewählte und geförderte Projekte wirken im Hinblick auf mindestens eines der folgenden Ziele:

- Imageverbesserung für das Quartier bzw. den Stadtteil,
- Förderung der Aktivierung von Bewohnerinnen und Bewohnern,
- Förderung der Eigenverantwortung und Selbsthilfe sowie Präventionsansätze,
- Stärkung von nachbarschaftlichen Kontakten und des Zusammenlebens
- Entwicklung von identitätsstiftenden Orten im Quartier,
- Förderung der Integration unterschiedlicher Gruppen im Quartier bzw. im Stadtteil,
- Belebung des Stadtteils und der Stadtteilkultur,
- Stärkung ehrenamtlicher Strukturen im Quartier.

Die Geschäftsführung des Stadtteifonds wird durch die Quartierskoordinatorin wahrgenommen. In Reaktion auf eine vermehrte Nachfrage und um insbesondere das Engagement von Wohlfahrtsverbänden zu unterstützen, wurde der Fonds im Rahmen der Haushaltsverhandlungen 2020/21 um eine weitere Kostenstelle in Höhe von 10.000 € auf insgesamt 25.000 € ergänzt. Diese Mittel sollen hierbei zur Unterstützung wohlfahrtsstaatlicher Träger eingesetzt werden und das Engagement der Bürgerinnen und Bürger weiterhin unterstützen.

Über den Stadtteifonds hinaus wird bürgerschaftliches Engagement auch in anderen Bereichen gefördert und aktiviert. Im Rahmen des klimagerechten Stadtumbaus bestehen verschiedene Förderlinien, die sich an die Bürgerinnen und Bürger und Akteure in den Quartieren richten. Hierbei sind die Förderrichtlinie 11.2 zum Haus- und

Hoffflächenprogramm ebenso wie die Förderrichtlinie 11.1 zum energetischen Sanierungsprogramm zu nennen. Darüber hinaus besteht im Stadterneuerungsgebiet Batenbrock-Südwest ein Verfügungsfonds („Batenbrockfonds“), der zur Aktivierung des lokalen Engagements im Rahmen des Stadterneuerungsprozesses beiträgt.

Status dieser Maßnahme:

umgesetzt

Die Gestaltung einer interimswiseen Finanzierung von Quartiersarbeit in Bottrop

Wie bereits dargestellt, ist die Quartiersarbeit mit ihren Anlaufstellen in den Quartieren in der Regel projekt- und zeitlich befristet (vgl. Seite 8).

Bisher ist eine dauerhafte Förderung der Quartiersarbeit im Rahmen des kommunalen Haushaltes nicht möglich. Stattdessen werden die unterschiedlichen Quartiersbüros durch Projekt- und Fördermittel finanziert, was eine entsprechende Akquise solcher Mittel voraussetzt und von den entsprechenden Trägern des Quartiersbüros umgesetzt wird. Dies geschieht in der Regel in enger Abstimmung mit den jeweiligen Fachdienststellen und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in der Verwaltung. Die Quartierskoordinatorin und die jeweiligen Fachdienststellen informieren dabei die Träger über mögliche Projektförderungen und unterstützen bei der Antragsstellung. Zum Teil gehen die Initiativen auch unmittelbar von den Trägern aus.

Im Rahmen der Haushaltsberatung 2020/21 hat die Politik eine Haushaltsstelle zur zwischenzeitlichen Finanzierung von Quartiersbüros bei zeitlich versetzten Anschlussfinanzierungen eingerichtet. Dadurch soll die Fortführung in dem jeweiligen Quartier bei Bedarf und bei potentieller Förderperspektive ermöglicht werden.

Nach wie vor besteht bei den Anlaufstellen in Bottrops Quartieren ein Bedarf an einer solchen interimswiseen Unterstützung zwischen zwei Förderungen. So endet nach derzeitigem Stand Ende 2020 die finanzielle Förderung von sieben Anlaufstellen im Quartier. Die Höhe der eingestellten Haushaltsmittel lässt eine Förderung aller auslaufenden Quartiersbüros nicht zu. Es wird daher notwendig sein, die Vergabe der Mittel transparent und nachvollziehbar zu gewährleisten.

Vor diesem Hintergrund erstellt die Verwaltung eine Entscheidungsmatrix zur Vergabe dieser Mittel. Bei jeder auslaufenden Förderung muss individuell geprüft werden, ob eine Fortführung der Förderung sinnvoll und nachhaltig und im Sinne der zukünftigen Quartiersentwicklung zielführend ist. Doppelstrukturen (zum Beispiel thematisch in einem Quartier) sind dabei zu vermeiden, Kooperationen zu fördern und Netzwerke zu verstetigen. Die Entscheidung über eine Förderung trifft die Koordinierungsstelle Integrierte Stadtentwicklung in einem fachämterübergreifenden Austausch (AG Quartiersentwicklung). Grundlage der Entscheidung soll ein von dem jeweiligen Träger eingereichtes Konzeptpapier sein, das Ziel, Zeitraum und Antragsstellung einer möglichen Anschlussförderung erläutert. Die Verwaltung bietet Hilfe durch die Quartierskoordinatorin bei der Erstellung des Konzeptpapiers an.

Eine Entscheidungsmatrix dient der Nachvollziehbarkeit der jeweiligen Bewilligung. Der zuständige Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie wird bei Bewilligung einer Interimsfinanzierung in Kenntnis gesetzt.

Mögliche Kriterien zur Vergabe von Mitteln, die als Grundlage einer Entscheidungsmatrix dienen, könnten sein (Beispiele):

- Aspekte der Finanzierung: z.B. bestehende Perspektiven und Ansätze zur Verstetigung wie in Aussicht stehende Finanzierungen; Nachhaltigkeit und zukünftige Strukturen der Verstetigung; ggf. auch Deckung von Eigenanteilen
- Angebote und Quartiersbezug: Passgenauigkeit des Projektes, Vermeidung von Doppelstrukturen im Quartier; klare Fokussierung des Projektes mit Ziel, Bedarfen, klare Wirkung im Quartier, Ausrichtung an Bedarfen der Bewohner*innen
- Darstellung der Wirkung im Quartier: Bedeutsamkeit bisheriger Projekte; Evaluation der Arbeit selbst, Darstellung der verfügbaren Ressourcen sowie Versorgungslücken im Quartier
- Akteure, Netzwerke, Zusammenarbeit: Durchführung durch einen etablierten Träger der Quartiersarbeit, gesicherte und offene Kommunikation mit der Stadtverwaltung; Öffentlichkeitsarbeit; sorgt für weitere Vernetzung im Quartier; bindet weitere lokale Akteure ein, dient der Aktivierung der Bewohnerinnen und Bewohner, führt zum Aufbau von Strukturen der Nachbarschaftshilfe, Hilfe zur Selbsthilfe; dient der Verantwortungsübernahme von Personen aus dem Quartier

Status dieser Maßnahme:

- *Erstellung Entwurf Entscheidungsmatrix (Sommer 2020)*
- *Abstimmung innerhalb der Verwaltung (KIS/IC; AG Quartiersentwicklung) (Sommer 2020)*

Darstellung der Quartiersarbeit in Bottrop und Öffentlichkeitsarbeit

Eine zentrale Aufgabe bei der Sicherung der Quartiersarbeit in Bottrop ist deren Sichtbarmachung für die Öffentlichkeit. Dazu wird in enger Abstimmung mit den jeweiligen Quartiersarbeiterinnen und -arbeitern und den jeweiligen beteiligten Fachdienststellen die Quartiersarbeit im Rahmen eines Internetauftritts www.bottrop.de/quartiersentwicklung weitergeführt. Neben den bestehenden Fördergebieten und -programmen (Starke Quartiere, starke Menschen Batenbrock-Südwest, den Kommunalen Präventionsketten Nordrhein-Westfalen und InnovationCity Bottrop) werden hierbei auch die unterschiedlichen Förderfonds der Quartiersarbeit präsentiert. Wichtiger Baustein der Darstellung der Quartiersarbeit in all ihrer Vielfalt ist eine Liste und Karte der Anlaufstellen der Quartiersarbeit in Bottrop. Darüber hinaus bleibt es Aufgabe aller beteiligten Akteure, die Relevanz des Handlungsfeldes Quartiersarbeit auch öffentlichkeitswirksam herauszustellen.

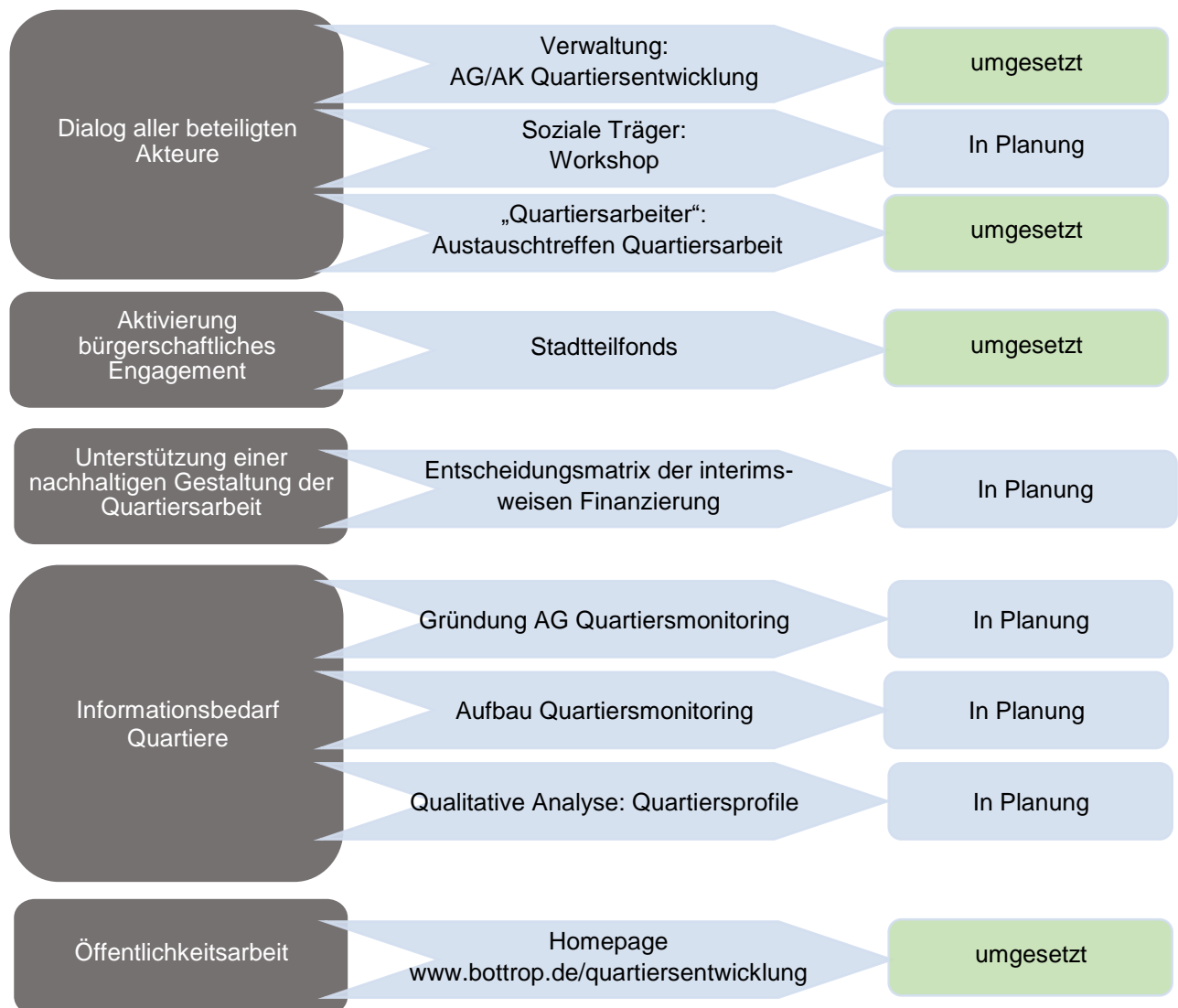
Status dieser Maßnahme:

umgesetzt, fortlaufende Aktualisierung

Fazit: Übersicht der einzelnen Maßnahmenschritte zur (zukünftigen) Ausgestaltung von Quartiersarbeit in Bottrop

Quartiersarbeit zeichnet sich als Querschnittsthema verschiedenster Fachbereiche aus und ist damit sowohl im Interesse unterschiedlicher Akteure, als auch eingebunden in lokale Strukturen zu verstehen.

Vor diesem Hintergrund hat die Stadtverwaltung verschiedene Maßnahmen zur Stärkung des Themenfeldes Quartier umgesetzt oder in Planung:



Zukünftige Aufgabe wird es sein, diese Maßnahmen auf ihre Wirkung hin zu untersuchen und ggf. anzupassen. Da davon auszugehen ist, dass sich das Themenfeld Quartiersarbeit zukünftig weiter vertiefen und verstärken wird, ist die weitere Förderung dieser Strukturen grundlegend für eine erfolgreiche Quartiersentwicklung in Bottrop.

Bericht und Konzept zur (zukünftigen) Ausgestaltung der Quartiersarbeit in Bottrop

Kurzzusammenfassung: Anlass, Akteure und Maßnahmen

Mai 2020

Maike Dymarz

Koordinierungsstelle Integrierte Stadtentwicklung / Innovation City

Hintergrund und Anlass des Berichts



Quartiere als Sozialräume werden als überschaubare Wohn- und Lebensräume verstanden, in denen Angebote und Begegnungsorte fußläufig zu erreichen sind. Das Quartier erfüllt vielfältige soziale Funktionen, ist lebensweltlich geprägt und bietet Identifikationspotenziale.

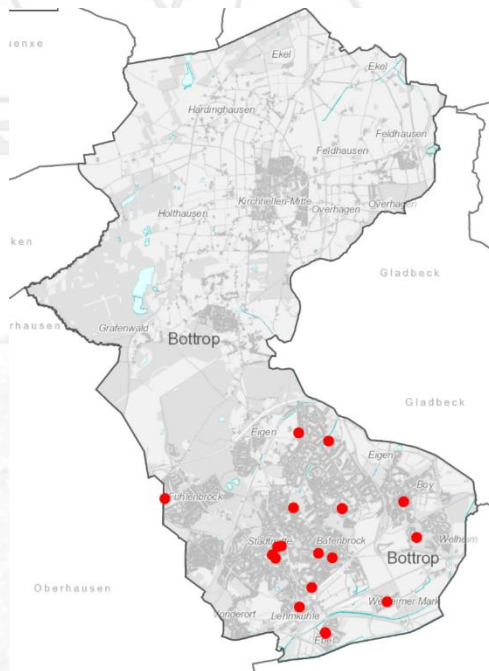
Quartiersarbeit bezeichnet die lokale, sozialräumlich ausgerichtete Arbeit für und mit Bewohnerinnen und Bewohnern, um...

- Nachbarschaften bei Veränderungen im Quartier zu begleiten.
- tragfähige Strukturen des gemeinsamen Zusammenlebens im Quartier aufzubauen und bereits vorhandene Strukturen zu stabilisieren.
- das bürgerschaftliche Engagement im Quartier zu fördern.
- im Rahmen der Städtebauförderung ein finanzielles Engagement privater Akteure auszulösen (z. B. energetische Gebäudemodernisierung, Haus- und Hofflächengestaltung).

→ Erfordernis: Integrierte, ressortübergreifende Arbeit über Beachtung sowohl städtebaulicher als auch sozialer Belange und verschiedener Interessenslagen

Akteure der Quartiersarbeit

Anlaufstellen der Quartiersarbeit
(Quartiersbüros und
Quartiersprojekte)



Die 21 Anlaufstellen der Quartiersarbeit (Stand 05/20)...

- sind vielfältig ausgestaltet (Aufgabenfelder, Zielgruppen, Träger, Finanzierung).
- stehen im direkten Austausch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern im Quartier („Stimme der Bewohner“).
- gestalten Angebote und Strukturen zur Verbesserung der Lebensqualität in den Quartieren.
- aktivieren Bürgerinnen und Bürger.
- informieren über Veränderungsprozesse.
- bieten Raum für Diskussion und Beteiligung.
- leisten einen Beitrag zur gemeinschaftlichen Partizipation.
- sind aufgrund der durch Fördergelder finanzierten Quartiersarbeit in der Regel zeitlich befristet und auf den Projektzeitraum bezogen.

Akteure der Quartiersarbeit

Anlaufstellen der Quartiersarbeit
(Quartiersbüros und
Quartiersprojekte)

Träger von Quartiersarbeit
(z.B. wohlfahrtsstaatliche
Organisationen)

Die Träger der Quartiersarbeit...

- sind für Programme und Förderlinien häufig antragsberechtigt und daher in den jeweiligen Programmatiken vertreten.
- beantragen Fördergelder und Finanzierungen und sind für die Projekte federführend verantwortlich.
- sind in der „Arbeitgeber“-Rolle für die Anlaufstellen und haben somit die Verantwortung für die Anlaufstellen und das darin beschäftigte Personal.

Akteure der Quartiersarbeit

Anlaufstellen der Quartiersarbeit
(Quartiersbüros und
Quartiersprojekte)

Träger von Quartiersarbeit
(z.B. wohlfahrtsstaatliche
Organisationen)

Stadtverwaltung
(Quartierskoordination und
beteiligte Fachdienststellen)

Die Stadtverwaltung/Quartierskoordination...

- ist Ansprechpartnerin für Belange der Quartiersarbeit für Anlaufstellen und Träger.
- gestaltet einen fachämterübergreifenden Dialog über Quartier(-entwicklung) und Quartiersarbeit mit allen Beteiligten.
- dient als „Seismograph“ für die Entwicklungen in den Quartieren.
- Hat als eine wesentliche Aufgabe u.a. die Beratung der Politik.
- unterstützt und begleitet Träger und Anlaufstellen ggf. bei der Antragsstellung und Durchführung von Quartiersprojekten.

Handlungsbedarfe und Maßnahmen der Stadtverwaltung



Ziel der Maßnahmen:

Verankerung von Quartiersarbeit als relevantes Handlungsfeld für alle beteiligten Akteure, um die Lebenslagen der Menschen in Bottrop strategisch und integriert zu verbessern.

Im Prozess sollen hierbei gemeinsame Leitlinien der Quartiersarbeit entwickelt werden.

Handlungsbedarfe und Maßnahmen der Stadtverwaltung



Handlungsbedarf: Analyse der Quartiere

Maßnahme:

Entwicklung eines Quartiersmonitorings und Quartiersprofile

- Um Prozesse der Quartiersanalyse langfristig zu bündeln und eine Entscheidungsgrundlage für die zukünftige Gestaltung der Quartiersentwicklung zu liefern, wird die Entwicklung eines Quartiersmonitorings aus der Koordinierungsstelle Integrierte Stadtentwicklung heraus unterstützt.
- Darüber hinaus werden Quartiersprofile zur qualitativen Betrachtung der Quartiere angefertigt.
- Zur Erarbeitung und Umsetzung soll eine AG Quartiersmonitoring innerhalb der Verwaltung gegründet werden. Diese soll auf Grundlage der o.g. Aspekte einen Indikatorenkatalog entwickeln und die Bereitstellung der Daten zwischen den einzelnen Fachämtern abstimmen.

Status: geplant, Umsetzung 2020/21

Handlungsbedarfe und Maßnahmen der Stadtverwaltung



Handlungsbedarf: (Weiter-) Entwicklung von Dialogstrukturen

Maßnahmen:

...innerhalb der Verwaltung

- **AG Quartiersentwicklung:** Unter Beteiligung aller Fachdienststellen, in welchen Anlaufstellen der Quartiersarbeit verankert sind (derzeit vier Fachämter: Sozialamt; Kommunales Integrationszentrum; Fachbereich Jugend und Schule/Kommunale Präventionsketten; Koordinierungsstelle Integrierte Stadtentwicklung), werden Themen der Quartiersarbeit diskutiert und Maßnahmen abgestimmt.
- **AK Stadterneuerung:** Um fachämterübergreifend Quartiersentwicklung auch über Quartiersarbeit hinaus zu thematisieren, wurde im Rahmen des bereits bestehenden AK Stadterneuerung eine thematische Erweiterung um den Aspekt „Quartiersentwicklung“ vorgenommen. Im Rahmen dessen können fachämterübergreifend Entwicklungen der Quartiere besprochen, Strategien und Gestaltungsrahmen abgestimmt und Handlungsbedarfe aus Sicht der Verwaltung erkannt werden.

Status: umgesetzt

Handlungsbedarfe und Maßnahmen der Stadtverwaltung



Handlungsbedarf: (Weiter-) Entwicklung von Dialogstrukturen

Maßnahmen:

...mit Trägern von Quartiersarbeit: Workshop Quartiersarbeit

- Zukünftig findet jährlich ein Workshop mit beteiligten Akteuren (Stadtverwaltung und Träger von Projekten der Quartiersarbeit) statt.
- Der Workshop dient als Rahmen zur Diskussion quartiersbezogener, spezifischer Probleme und Lösungen und der Diskussion von Leitlinien der Quartiersarbeit in Bottrop.
- Zum Workshop sollen alle bisher tätigen und potenziell tätigen Träger der Quartiersarbeit eingeladen werden. Zudem sollen Vertreterinnen und Vertreter der jeweiligen Fachämter der Stadtverwaltung beteiligt werden.
- Zur Vorbereitung und Gestaltung des Workshops soll ein Fachgremium Quartiersarbeit gebildet werden.

Status: geplant, Umsetzung 2021

Handlungsbedarfe und Maßnahmen der Stadtverwaltung



Handlungsbedarf: (Weiter-) Entwicklung von Dialogstrukturen

Maßnahmen:

**...mit Quartiersarbeiter*innen (Quartiersbüros, Quartiersprojekte):
Austauschtreffen Quartiersarbeit**

- Seit 2019 wird vierteljährlich ein Austauschtreffen der Quartiersarbeit durchgeführt, zu welchem alle Quartiersarbeiterinnen und -arbeiter eingeladen werden.
- Dabei dienen die Treffen insbesondere des beidseitigen Dialogs zwischen den Beteiligten, der Identifikation von Herausforderungen und Potenzialen der Quartiersarbeit und dem Vertrauensaufbau.

Status: umgesetzt

Handlungsbedarfe und Maßnahmen der Stadtverwaltung



Handlungsbedarf: Aktivierung von bürgerschaftlichem Engagement

Maßnahme:

Fonds zur Förderung der Stadtteilarbeit

- 2019 wurde ein Verfügungsfonds zur Förderung der Stadtteilarbeit in Höhe von jährlich 25.000 Euro durch den Rat der Stadt Bottrop beschlossen.
- Seit dem 01.10.2019 sind die Richtlinie und der entsprechende Verfügungsfonds Stadtteilarbeit in Kraft getreten.
- Der Fonds richtet sich an Bürgerinnen und Bürger zur Förderung von stadtteilbezogenen Projekten und ehrenamtlichen Engagement im Quartier.
- Die Entscheidung über die Förderung der eingereichten Projektanträge trifft die Jury Stadtteifonds, die aus Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Dienststellen der Stadt sowie den Bezirksbürgermeistern bzw. dessen Vertreterinnen und Vertreter besteht.
- Die Geschäftsführung des Stadtteifonds wird durch die Quartierskoordinatorin umgesetzt.

Status: umgesetzt

Handlungsbedarfe und Maßnahmen der Stadtverwaltung



Handlungsbedarf: Nachhaltige Gestaltung der Quartiersarbeit

Finanzierung der Quartiersarbeit

- erfolgt in der Regel durch Fördergelder und hat Projektcharakter.
- kann nicht dauerhaft durch Haushaltsmittel erfolgen.

Die Folge:

Es findet eine projektbezogene Befristung der Quartiersarbeit und des beschäftigten Personals statt.

- Mithilfe der eingerichteten Stelle der Quartierskoordination und durch alle beteiligten Fachämter wird angestrebt, bei der Erschließung von Finanzierungswegen aus den bestehenden Mitteln das Effektivste zu machen und das Thema Nachhaltigkeit schon vor der Beantragung von Fördergeldern mitzudenken.
- Erfordernis einer Sensibilisierung aller beteiligten Akteure für Aspekte der Verstetigung der angelaufenen Aktivitäten und einer stetigen Aufgabenkritik und Evaluation der Quartiersmaßnahmen.

Handlungsbedarfe und Maßnahmen der Stadtverwaltung



Handlungsbedarf: Nachhaltige Gestaltung der Quartiersarbeit

Maßnahme:

Entscheidungsmatrix der interimsweisen Finanzierung

- Im Rahmen der Haushaltsberatungen 2020/21 wurde eine Haushaltsstelle zur Verstetigung von Quartiersarbeit eingestellt. 2020: 20.000 €; 2021: 50.000 €
- Herausforderung: Die Höhe der Haushaltsstelle lässt eine Unterstützung aller auslaufenden Anlaufstellen nicht zu. Daher besteht die Erfordernis einer transparenten und nachvollziehbaren Vergabe der Mittel.
- Vorgehen:
 - Erstellung einer Entscheidungsmatrix mit Indikatoren zur Einordnung der Quartiersarbeit
 - Entscheidung durch KIS/IC; Vorlage der Entscheidung im Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie zur Kenntnisnahme

Status: geplant, Umsetzung 2020

Datum

14.05.2020

Drucksache Nr.

2020/0214

Beratungsfolge	Sitzungstermin	Zuständigkeit
Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie	29.05.2020	Kenntnisnahme
Bezirksvertretung Bottrop-Kirchhellen	09.06.2020	Kenntnisnahme
Haupt-, Finanz- und Beschwerdeausschuss	23.06.2020	Kenntnisnahme
Rat der Stadt	25.06.2020	Entscheidung

Betreff

**Verfügungsfonds zur Förderung der Stadtteilarbeit;
hier: Zweite Änderung der Richtlinie des Verfügungsfonds zur Förderung der
Stadtteilarbeit**

Beschlussvorschlag

Die als Anlage beigefügte Dringlichkeitsentscheidung vom 27.04.2020 zur zweiten Änderung der Richtlinie des Verfügungsfonds wird hiermit genehmigt.

Finanzielle Auswirkungen

Finanzielle Auswirkungen:	Ja
Haushalt im Jahr:	ab 2020
Produkt und Sachkonto:	543201145, 54310152
Art der Ausgabe:	Sachaufwendungen
Bedarf:	25.000 €
Haushaltsansatz:	25.000 €
zusätzliche Einnahmen:	0 €
einmalige Belastung:	0 €
jährliche Folgekosten:	0 €

Begründung:

Problembeschreibung / Begründung

Im Rahmen der Sitzung vom 02.05.2019, Drucksache 2019/0542 wurde vom Rat der Stadt beschlossen, einen Verfügungsfonds zur Förderung der ehrenamtlichen und hauptamtlichen Stadtteilarbeit sowie des bürgerschaftlichen Engagements vor Ort einzurichten. Die Richtlinie dieses Verfügungsfonds ist seit dem 01.10.2019 in Kraft.

Ein dezernatsübergreifendes Entscheidungsgremium wurde eingerichtet. Das Gremium entscheidet über die eingereichten Anträge und kann bei Bedarf Änderungen an der Richtlinie beschließen. Diese Änderungen sind nach § 3 Richtlinie Förderung Stadtteilarbeit vom Rat der Stadt Bottrop zu beschließen.

In seiner dritten Sitzung am 11.12.2019 hat das Entscheidungsgremium folgende Änderungen der Richtlinie einstimmig beschlossen:

- Der nachhaltige Einsatz der aus Fondsmitteln finanzierten Güter muss gesichert sein. Es muss gewährleistet sein, dass die angeschafften Güter auch nach Projektende im Sinne einer positiven Quartiersentwicklung zur Verfügung stehen. Daher können Güter nur unter Einbeziehung eines im Stadtteil etablierten Trägers (z.B. in Kooperation mit einem Verein, einer Institution, einem wohlfahrts-staatlicher Träger oder einem Quartiersmanagement) angeschafft werden. Ist der Antragssteller nicht mehr im jeweiligen Bottroper Stadtteil tätig, können angeschaffte Güter in das Eigentum der Stadt Bottrop übergehen.

Im Rahmen einer Dringlichkeitsentscheidung wurde die Änderung der Richtlinie am 27.04.2020 beschlossen, da ohne Beschluss zur Änderung der Richtlinie die Vergabe der Mittel nicht erfolgen konnte. Da die nächste Frist zur Einreichung von Anträgen am 01.04.2020 stattfand, war eine Vergabe der Mittel aus dem Fonds im April 2020 vorgesehen. Damit wären Nachteile für die jeweiligen Antragsteller und damit für die Bürgerinnen und Bürger der Stadt bzw. der Stadtteile ergangen, in denen die Projekte umgesetzt werden sollen.

Die Verwaltung empfiehlt daher die Beschlussfassung.

Tischler

Anlage(n):

1. 200427 Dringlichkeitsentscheidung Zweite Änderung Richtlinie Stadtteifonds_1

Dezernat IV; Koordinierungsstelle Integrierte Stadtentwicklung/Innovation City**1.**

- a. Im Rahmen der Sitzung vom 02.05.2019, Drucksache 2019/0542 wurde vom Rat der Stadt beschlossen, einen Verfügungsfonds zur Förderung der ehrenamtlichen und hauptamtlichen Stadtteilarbeit sowie des bürgerschaftlichen Engagements vor Ort einzurichten. Die Richtlinie dieses Verfügungsfonds ist seit dem 01.10.2019 in Kraft.

Ein dezernatsübergreifendes Entscheidungsgremium wurde eingerichtet. Das Gremium entscheidet über die eingereichten Anträge und kann bei Bedarf Änderungen an der Richtlinie beschließen. Diese Änderungen sind nach § 3 Richtlinie Förderung Stadtteilarbeit vom Rat der Stadt Bottrop zu beschließen. In seiner dritten Sitzung am 11.12.2019 hat das Entscheidungsgremium folgende Änderungen der Richtlinie einstimmig empfohlen:

- Der nachhaltige Einsatz der aus Fondsmitteln finanzierten Güter muss gesichert sein. Es muss gewährleistet sein, dass die angeschafften Güter auch nach Projektende im Sinne einer positiven Quartiersentwicklung zur Verfügung stehen. Daher können Güter nur unter Einbeziehung eines im Stadtteil etablierten Trägers (z.B. in Kooperation mit einem Verein, einer Institution, einem wohlfahrts-staatlicher Träger oder einem Quartiersmanagement) angeschafft werden. Ist der Antragssteller nicht mehr im jeweiligen Bottroper Stadtteil tätig, können angeschaffte Güter in das Eigentum der Stadt Bottrop übergehen.

Die Verwaltung empfiehlt daher die Beschlussfassung.

b. Finanzielle Auswirkungen

Finanzielle Auswirkungen: Nein

Haushalt im Jahr: ab 2020

Produkt und Sachkonto: 543201145, 54310152

Art der Ausgabe: Sachaufwendungen

Bedarf: 25.000 €

Haushaltsansatz: 25.000 €

zusätzliche Einnahmen: 0 €

einmalige Belastung: 0 €

jährliche Folgekosten: 0 €

c. Begründung der Notwendigkeit für die Dringlichkeitsentscheidung

Aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie kann der Rat der Stadt nicht rechtzeitig geladen werden. Eine Entscheidung per Dringlichkeitsentscheidung ist erforderlich, da sonst erhebliche Nachteile oder Gefahren entstehen könnten.

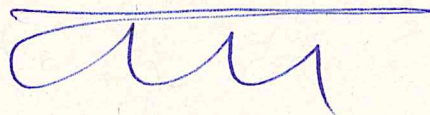
Begründung:

Ohne Beschluss zur Änderung der Richtlinie kann das Entscheidungsgremium nicht über die Vergabe der Mittel entscheiden. Da die nächste Frist zur Einreichung von Anträgen am 01.04.2020 stattfindet, ist hiermit eine Vergabe der Mittel aus dem Fonds im April 2020 vorgesehen. Damit ergeben Nachteile für die jeweiligen Antragsteller und damit für die Bürgerinnen und Bürger der Stadt bzw. der Stadtteile, in denen die Projekte umgesetzt werden sollen.

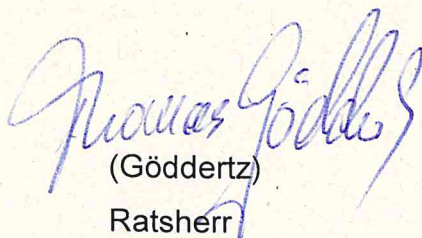
2. Es wird folgende Dringlichkeitsentscheidung getroffen:

Dringlichkeitsentscheidung
nach § 60 Abs. 1 Satz 2 GO NRW

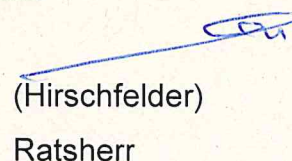
Der Rat der Stadt Bottrop beschließt die Änderungen der Richtlinie des Verfügungsfonds „Förderung der Stadtteilarbeit“.



(Tischler)
Oberbürgermeister



(Göddertz)
Ratscherr



(Hirschfelder)
Ratscherr

Swoboda

(Swoboda)

Ratsfrau

Dominas

(Dominas)

Ratsfrau

Schmidt

(Schmidt)

Ratsherr

Gerber

(Gerber)

Ratsherr

Mies

(Mies)

Ratsherr

Schulz

(Schulz)

Ratsherr

1.

Name	Die vorgenannte Dringlichkeitsentscheidung trage ich nicht mit.	Ich möchte mich enthalten	Unterschrift
Göddertz			
Hirschfelder			
Swoboda			
Dominas			
Schmidt			
Gerber			
Mies			

2. Fertige Vorlage für die nächste Sitzung des Rates der Stadt zur Genehmigung der vorgenannten Dringlichkeitsentscheidung:

3. Wv.

Müller

(Technischer Beigeordneter Müller)

Datum
10.03.2020

Drucksache Nr.
2020/0137

Beratungsfolge	Sitzungstermin	Zuständigkeit
Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie	29.05.2020	Vorberatung
Haupt-, Finanz- und Beschwerdeausschuss	23.06.2020	Kenntnisnahme
Rat der Stadt	25.06.2020	Entscheidung

Betreff

Verlängerung des Auftrages zur administrativen und inhaltlichen Unterstützung des "Bündnisses Buntes Bottrop" sowie zur Fertigstellung und Umsetzung eines stadtweiten Aktionskonzeptes gegen Rechtsradikalismus

Beschlussvorschlag

Der Auftrag zur administrativen und inhaltlichen Unterstützung des "Bündnisses Buntes Bottrop" sowie zur Erstellung eines stadtweiten Aktionskonzeptes gegen Rechtsradikalismus mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V. soll um zwei Jahre verlängert werden.

Die bisherigen Rahmenbedingungen hierfür bleiben grundsätzlich unverändert.

Der bestehende Vertrag wird mit dem Auftrag zur Umsetzung des stadtweiten Aktionskonzeptes gegen Rechtsradikalismus ergänzt.

Finanzielle Auswirkungen

Finanzielle Auswirkungen: je 35.000 €
Haushalt in den Jahren: 2020 und 2021
Produkt und Sachkonto: 050102 53180115

Problembeschreibung / Begründung

In der Sitzung des Haupt-, Finanz- und Beschwerdeausschusses am 20.11.2018 (Etat-Sitzung) wurde mehrheitlich ein fraktionsübergreifender Antrag zur Bereitstellung von Haushaltsmitteln in Höhe von 35.000 € beschlossen.

Die Mittel waren dafür gedacht, eine Leistungsvereinbarung mit einem sozialen Träger abzuschließen, um

- a) die administrative und inhaltliche Unterstützung des „Bündnisses Buntes Bottrop“ sicherzustellen
- und
- b) die Erstellung eines stadtweiten Aktionskonzeptes gegen Rechtsradikalismus durchzuführen.

Die Verwaltung wurde mit der Umsetzung dieses Antrages beauftragt.

In der Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Familie am 11.04.2019 wurde dieser Auftrag an die Verwaltung inhaltlich beraten.

In der Folge dieser Beratung wurde von der Verwaltung dann das erforderliche Vergabeverfahren durchgeführt.

Der Vertrag wurde Ende Juni 2019 mit Wirkung ab dem 01.08.2019 für die Dauer von einem Jahr geschlossen. Vertragspartner ist der Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V. geworden.

Im Zuge der Beratung im Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie am 11.04.2019 wurde auch festgelegt, dass ca. 4 Monate vor Ablauf des Vertrages über eine Verlängerung zu entscheiden sei.

Darüber hinaus hat der Rat der Stadt Bottrop mit dem Haushaltsplan für die Jahre 2020 und 2021 weitere Mittel in Höhe von jeweils 35.000 € bereitgestellt.

Die Verwaltung schlägt daher vor, den Auftrag zur administrativen und inhaltlichen Unterstützung des "Bündnisses Buntes Bottrop" sowie zur Erstellung eines stadtweiten Aktionskonzeptes gegen Rechtsradikalismus mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V. um zwei Jahre zu verlängern.

Die bisherigen Rahmenbedingungen hierfür sollen grundsätzlich unverändert bleiben. Der bestehende Vertrag soll mit dem Auftrag zur Umsetzung des stadtweiten Aktionskonzeptes gegen Rechtsradikalismus ergänzt werden.

Tischler

Sozialamt (50)

Beschlussvorlage

öffentlich

Datum
18.05.2020

Drucksache Nr.
2020/0153

Beratungsfolge	Sitzungstermin	Zuständigkeit
Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie	29.05.2020	Kenntnisnahme

Betreff

Anfrage der DKP-Ratsfraktion vom 09.03.2020

Hier: Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu Sanktionen im SGB II

Beschlussvorschlag

Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie nimmt Kenntnis.

Finanzielle Auswirkungen

Finanzielle Auswirkungen: Keine

Problembeschreibung / Begründung

• Allgemeine Information zum Urteil / aktuelle Rechtslage

Das Bundesverfassungsgericht hat am 05.11.2019 geurteilt, inwiefern Sanktionen bei Pflichtverletzungen eines erwerbsfähigen Leistungsberechtigten mit dem Recht auf die Sicherstellung des Existenzminimums vereinbar sind. Das Bundesverfassungsgericht verhandelte eine Vorlage des Sozialgerichtes Gotha. Von dort wurde das Bundesverfassungsgericht angerufen, weil Sanktionen in das Recht auf ein Existenzminimum eingreifen würden und dadurch verfassungswidrig seien.

Das Sozialgericht in Gotha hatte bereits klargestellt, dass die Rechtsanwendung des Jobcenters fehlerfrei war. Vor Gericht ging es also nicht darum, wie die Jobcenter geltendes Recht auslegen, sondern es wurde grundsätzlich beurteilt, ob Sanktionen mit dem Recht auf Existenzminimum vereinbar sind.

Vor dem Hintergrund dieser verfassungsrechtlichen Fragestellung lassen sich aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes folgende zentrale Ergebnisse ableiten:

- Fördern und Fordern“ sind weiterhin grundsätzlich möglich, Leistungsempfänger dürfen bei Pflichtverletzungen sanktioniert werden.
- Die Mitwirkungspflicht wurde grundsätzlich bestätigt, Sanktionen müssen aber verhältnismäßig sein. Daher sind Leistungsminderungen aufgrund einer Pflichtverletzung in Höhe von 30% des Regelbedarfs grundsätzlich weiterhin zulässig. Höhere Leistungsminderung ab 30% sind aktuell nicht mehr zulässig.
- Im Falle einer Sanktionsprüfung bei Pflichtverletzungen ist neben der bisherigen Prüfung eines wichtigen Grundes darüber hinaus zukünftig die außergewöhnliche Härte im Einzelfall zu berücksichtigen. Darüber hinaus muss nachgeholte Mitwirkung berücksichtigt werden, so dass starre Dauern von Sanktionen von Pflichtverletzungen von 3 Monaten grundsätzlich unzulässig sind.

Die Rechtsgrundlagen bei Prüfung einer Sanktion im Rahmen von Pflichtverletzungen sind daher unter Beachtung der vom Bundesverfassungsgericht verbindlich anzuwendenden Hinweise weiterhin gültig.

Obwohl es sich bei dem vor dem Bundesverfassungsgericht verhandelten Sachverhalt um eine Pflichtverletzung eines über 25 jährigen Leistungsberechtigten gehandelt hat, werden die rechtlichen Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes auch für den Kundenkreis der unter 25 Jährigen sowie für die Prüfung sogenannter Meldeversäumnisse (in der Regel unentschuldigtes Fernbleiben beim Beratungstermin) verbindlich umgesetzt.

• zu den Fragestellungen der Anfrage im speziellen:

- **Wie viele Menschen beziehen zurzeit ungekürzte Leistungen nach dem Regelsatz, aufgeschlüsselt nach U25/Ü25?
In welchen Stufen werden/wurden diese verhängt? Wie viele Menschen U25 sind darunter?**

Derzeit beziehen durch das Jobcenter Bottrop 11.940 Leistungen nach dem SGB II.

Darunter befinden sich 8.593 erwerbsfähige Leistungsberechtigte (6.907 Ü25, 1.686 U25).

Bei derzeit insgesamt 168 Personen mussten in den Monaten Januar bis einschließlich März 2020 eine Sanktion ausgesprochen werden (Sanktionsquote 1,96%). Knapp 85% aller Sanktionen basieren auf einem sog. Meldeversäumnis (in der Regel unentschuldigtes Nichterscheinen zum Beratungstermin), was auf Grundlage des geltenden Rechts eine 10% ige Minderung der Regelleistung nach sich zieht.

Ca. 20% der ausgesprochenen Sanktionen beriff den Kundenkreis U25.

Die Anzahl zu einem Stichtag wirksamer Sanktionen war vor Umsetzung der Vorgaben aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes mit einer Sanktionsquote von ca. 4% deutlich höher. Auch hier waren mit einem Anteil von 85% sog. Meldeversäumnisse Grundlage einer Sanktion.

➤ **Werden bestehende Sanktionen aktuell noch vollstreckt? Werden aktuell Sanktionen verhängt? Falls nein, wie lange voraussichtlich nicht?**

Potentielle Sanktionssachverhalte müssen unter Beachtung der zentralen Ergebnisse des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes sowohl für den Kundenkreis Ü25 als auch für den Kundenreis U25 geprüft werden.

➤ **Werden Personen, die nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil zu Unrecht mit einer Sanktion bestraft wurden, entschädigt? Für welchen zurückliegenden Zeitraum kommen Entschädigungen in Betracht?**

Das Bundesverfassungsgericht hat am 05.11.2019 das entsprechende Urteil verkündet. Daraus ergaben sich zwei Prüfaufträge, die unverzüglich umgesetzt wurden:

Sanktionen von mehr als 30% zu diesem Stichtag, soweit sie bestandskräftig waren, waren ab dem 05.11.2019 zurückzunehmen, insofern war die Leistungsminderung mit Wirkung ab 05.11.2019 nachzuzahlen.

Sanktionen über 30%, soweit sie zum 05.11.2019 nicht bestandskräftig waren, wurden ab Einsetzen der Sanktion aufgehoben und entsprechend nachgezahlt.

Aktueller Hinweis:

Aufgrund der Corona-Pandemie sind derzeit bis auf weiteres Sanktionen vollständig ausgesetzt.

Loeven

Anlage(n):

1. DKP Antrag Hartz IV



RATSGRUPPE

Germaniastr. 54

46236 Bottrop

Tel.: 02041/ 688 157 Fax: 02041/ 763 809

Mail: DKP-Bottrop@t-online.de

www.dkp-bottrop.de



Bottrop

DKP-Ratsgruppe – Germaniastr. 54 – 46236 Bottrop

Bottrop, den 09.03.2020

Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie

Frau Palberg - Vorsitzende

Sehr geehrte Frau Palberg,

setzen Sie bitte auf die Tagesordnung der Sitzung vom 26.3. 2020 folgenden Punkt:

Konsequenzen aus dem Bundesverfassungsurteil zum Thema „Hartz IV“

Begründung:

Immer noch ist eine viel zu große Anzahl von Personen in Bottrop von SGB II betroffen. Eine Vielzahl der Personen wurde in der Vergangenheit sanktioniert bzw. gegen sie sind derzeit Sanktionen **in** Kraft. Das Gesetz und die gängige „Hartz IV -Praxis“ wurden bzw. werden seit Jahren wegen ihrer großen unsozialen Härte heftig kritisiert.

Nun hat das Bundesverfassungsgericht die gesetzlichen Bestimmungen in wesentlichen Teilen für verfassungswidrig und somit rechtswidrig erklärt. Hieraus sind Konsequenzen sowohl für die Vergangenheit als auch die Gegenwart und Zukunft zu ziehen.

Wir bitten um Bericht der Verwaltung zu folgenden Fragen:

- Wie viele Menschen beziehen zurzeit ungekürzte Leistungen nach dem Regelsatz, aufgeschlüsselt nach U25/ Ü25?
- Werden bestehende Sanktionen aktuell noch vollstreckt?
- Werden aktuell Sanktionen verhängt? Falls nein, wie lange voraussichtlich nicht?
- In welchen Stufen werden/ wurden diese verhängt? Wie viele Menschen „U25“ sind darunter?

- Werden Personen, die nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil zu Unrecht mit einer Sanktion bestraft wurden, entschädigt?
- Für welchen zurückliegenden Zeitraum kommen Entschädigungen in Betracht?

Wir bitten um Mitteilung, wie die Verwaltung grundsätzlich derzeit das Thema handhabt bzw. gedenkt, in den nächsten Monaten zu verfahren.

Der Gesetzgeber ist gehalten, die bisherigen Bestimmungen entsprechend der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts abzuändern. Insoweit ist eine breite Diskussion insbesondere darüber wiederbelebt worden, ob und in welchem Umfang Sanktionen überhaupt verhängt werden dürfen. Nach Auffassung vieler Fachleute, als auch der DKP sind Sanktionen nicht zielführend. In zahlreichen Fällen verschlechtert sich die Situation der Hilfsbedürftigen dramatisch. Sie sollten generell unzulässig sein. Vielmehr sollte den Betroffenen wirksamer als bisher geholfen werden.

Vor diesem Hintergrund beantragen wir, zu beschließen:

1. Die Jobcenter setzt sämtliche Sanktionen bis Ende 2021 aus. Dies betrifft insbesondere laufende Verfahren und zukünftige Verfahren.
2. Anfang 2022 findet eine Auswertung statt, wie sich der Verzicht auf Sanktionen konkret ausgewirkt hat.
3. Der Ausschuss empfiehlt mit schriftlicher Stellungnahme an die Bundesregierung, in das zu novellierende Gesetz Sanktionen nicht mehr aufzunehmen.

Mit freundlichem Gruß


Irmgard Bobrzik

Beschlussvorlage

öffentlich

Datum
18.02.2020

Drucksache Nr.
2020/0063

Beratungsfolge	Sitzungstermin	Zuständigkeit
Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie	29.05.2020	Kenntnisnahme

Betreff

Bottroper Gesundheitsbericht Band 11 - Fortschreibung 2018/2019

Beschlussvorschlag

Der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie nimmt vom Bottroper Gesundheitsbericht Band 11 – Fortschreibung 2018/2019 Kenntnis.

Finanzielle Auswirkungen

Finanzielle Auswirkungen: Keine
Haushalt im Jahr:
Produkt und Sachkonto:
Art der Ausgabe:
Bedarf:
Haushaltsansatz:
zusätzliche Einnahmen:
einmalige Belastung:
jährliche Folgekosten:

Begründung:

Problembeschreibung / Begründung

Gemäß § 21 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) Nordrhein-Westfalen erstellt die Untere Gesundheitsbehörde regelmäßig Gesundheitsberichte und macht die Berichte der Öffentlichkeit zugänglich.

Im Jahr 2007 erschien Band 7 der Bottroper Gesundheitsberichte erstmals mit einem neuen Konzept als standardisiertes Zahlenwerk. Die Fortschreibung dieser Basisdaten wird nunmehr als Band 11 mit Anhang vorgelegt. Ausgehend von dem o.g. Basisbericht wird eine grafisch aufbereitete Zeitreihe dargestellt, die die Entwicklungen im Gesundheitsbericht sichtbar machen kann. Unverändert ist zudem der Vergleich mit dem Bottrop direkt benachbarten Städten und Kreise sowie dem Land NRW möglich.

Grundlage für den Basisbericht und die aktuelle Fortschreibung ist der komplette Satz der (Gesundheits-)Indikatoren des Landes Nordrhein-Westfalen, welche als amtliche Statistik zu unterschiedlichsten Themenbereichen zur Verfügung steht. Mit aufgenommen wurde in dem vorliegenden Gesundheitsbericht Daten zur Krebshäufigkeit, diese Daten stammen vom Epidemiologischen Krebsregister NRW. Enthalten sind weiterhin Ergebnisse der jährlichen Untersuchungen des Bottroper Gesundheitsamtes zum Schuleingang, hier wurden die Daten zu Erkrankungen der Atemwege bei Einschulungskindern ergänzt. Wie in den zurückliegenden Basisberichten wurden auch die Daten des Bottroper Schulzahnarztes zur Zahngesundheit aufgenommen.

Während der vom Gesundheitsamt nicht selektierte Indikatorensatz des Landes und die Daten zur Krebshäufigkeit des Krebsregisters ausschließlich auf Stadtebene zur Verfügung stehen, sind die Daten der Schulanfänger/innen nach statistischen Stadtbezirken aufbereitet.

Von der Erhebung bis zur Veröffentlichung sind bei den meisten Daten des Landes bzw. des Krebsregisters ein Zeitraum von ungefähr zwei bis vier Jahre zu berücksichtigen.

Das Konzept der standardisierten Berichterstattung beinhaltet eine Beschreibung der gesundheitlichen Situation durch Zahlen, welche nicht speziell interpretiert oder analysiert werden. Derartige Analysen sind methodisch schwierig, inhaltlich komplex und erfordern weitere Parameter sowie eine wissenschaftliche Begleitung, die durch das Gesundheitsamt der Stadt Bottrop allein nicht durchführbar ist. Die Frage nach kausalen Zusammenhängen bleibt somit in der Regel übergeordneten wissenschaftlichen Fachinstituten vorbehalten und ist ausdrücklich nicht Inhalt des vorliegenden Berichtes. Diese ziehen in ihren Untersuchungen aber häufig statistische Materialien wie im vorliegenden Gesundheitsbericht als Datengrundlage heran.

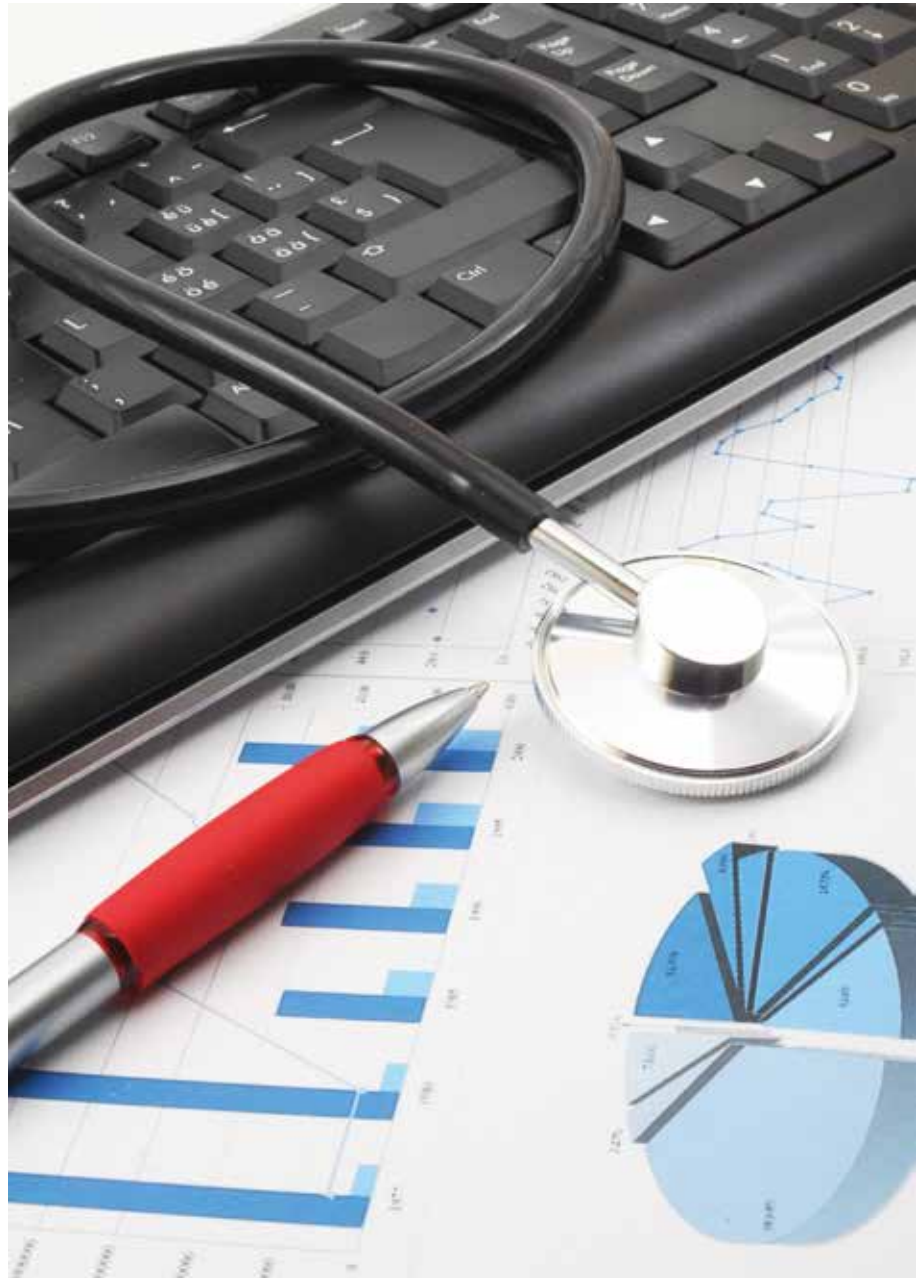
Loeven

Anlage(n):

1. Gesundheitsbericht_GBE_Bottrop_2018_19
2. Gesundheitsbericht_Anhang_GBE_18-19

bottrop.

Gesundheitsamt | Band 11



BOTTROPER GESUNDHEITSBERICHTE

Fortschreibung 2018/2019

Bottroper Gesundheitsberichte

Band 11

Fortschreibung 2018/2019

*Stadt Bottrop
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt*

Bottrop 2019



Herausgeber:

Stadt Bottrop
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt
Postfach 10 15 54
46215 Bottrop
Tel.: 02041/70-3501
E-Mail: amt53@bottrop.de

Redaktion:

Dr. med. Jana Westphal

Titelseite:

Stephanie Klein
In Zusammenarbeit mit der
Stabsstelle Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Druck:

Stadt Bottrop
Fachbereich Personal und Organisation
Druckerei
1. Auflage/100

Download: www.bottrop.de

Weitere Exemplare sind beim Herausgeber zu beziehen.

Vorwort

Wir freuen uns, Ihnen die vierte Fortschreibung des Basisberichtes mit Zahlen zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung der Bottroper Bevölkerung vorlegen zu können. Damit sind seit Einführung der Bottroper Gesundheitsberichte insgesamt elf Bände erschienen. Mit Hilfe des Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, welches die oft verstreut vorliegenden Gesundheits-Indikatoren bündelt und uns aktualisiert zur Verfügung stellt, sowie „hauseigenen“ Daten der Kinder- und Jugendärztlichen Abteilung des Gesundheitsamtes ist somit ein umfangreiches Nachschlagewerk mit einer Fülle von Informationen entstanden. Hervorzuheben sind besonders die Vergleiche mit den benachbarten Ruhrgebietsstädten sowie die Zeitreihen, welche Entwicklungen oder Trends sichtbar machen können. Bei den insgesamt 27 gesundheitspolitischen Themen bleibt wegen der inhaltlichen Komplexität eine Analyse kausaler Zusammenhänge in der Regel übergeordneten wissenschaftlichen Institutionen vorbehalten.

Der aktuelle Bericht wurde um Daten zur allgemeinen und spezifischen Krebsneuerkrankungsrate sowie um umweltmedizinische Daten ergänzt. Bei der Auswertung der Schuleingangsuntersuchung wurde das Krankheitsbild Asthma bronchiale mit aufgenommen.

Der vorliegende Bericht wird neben der gedruckten Form wieder online allen Interessierten auf der Homepage der Stadt Bottrop zur Verfügung gestellt werden.

Wir hoffen alle Leserinnen und Leser erneut mit hilfreichen Informationen zu den zahlreichen Aspekten des Bottroper Gesundheitswesens unterstützen und Impulse für die gesundheitspolitische Diskussion geben zu können.



Willi Loeven
Stadtkämmerer



Dr. med. Christian Marga
Leiter des Gesundheitsamtes



Vorwort		3
1 Einleitung		13
2 Gesundheitsindikatoren für Bottrop und umgebende Regionen		16
Themenfeld 2		
Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen		16
Bevölkerung		
02_05_2017	Bevölkerungsstruktur	17
	Zeitreihe: Entwicklung der Bevölkerung (absolut) 2008 - 2017	17
02_07_2017	Altersstruktur der Bevölkerung	18
	Zeitreihe: Entwicklung des Jugend- und Altenquotienten 2008 - 2017	18
02_10_2017_01	Lebendgeborene, Jahre 2011 - 2017	19
02_12_2017	Bevölkerungsprognose 2014 (A)/2040 (P)	19
Wirtschaftliche und soziale Lage		
02_16_2015	Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte	20
	Zeitreihe: Verfügbares Einkommen je Einwohner 2007 - 2015	20
02_18_2017	Erwerbstätige	21
	Zeitreihe: Quoten der Erwerbstätigen 2008 - 2017	21
02_21_2017	Arbeitslose nach Personengruppen	22
	Zeitreihe: Quoten der Arbeitslosen 2008 - 2017	22
02_23_2017	Empfänger von ausgewählten öffentl. Sozialleistungen (Raten)	23
	Zeitreihe: Empfänger nach Art der Leistung 2008 - 2017	24
02_23_2009 02	Obdachlose Haushalte und Personen	25
	Zeitreihe: Anzahl der obdachlosen Personen 2008 - 2009	25
Themenfeld 3		
Gesundheitszustand der Bevölkerung		26
Allgemeine Mortalität		
03_07_2017	Sterbefälle	27
	Zeitreihe: Standardized Mortality Ratio (SMR) 2008 - 2017	27

Abgeleitete Indikatoren

03_10_2015/2017	Lebenserwartung	28
	Zeitreihe: Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren – 2008 - 2017	28
03_14_2014	Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählte Diagnosen Mittelwert 2010 - 2014	29
	Zeitreihe: Standardisierte Sterberaten (SMR) ausgewählter Krankheiten 2008 - 2017	30

Stationäre Morbidität

03_27_2017	Krankenhausfälle	31
	Zeitreihe: Standardisierte Morbiditätsraten (SMR), Krankenhausfälle 2008 - 2017	31
03_27_2017_01	Reha-Fälle	32
	Zeitreihe: Standardisierte Morbiditätsraten (SMR), Reha-Fälle 2008 - 2017	32

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation

03_36_2017	Medizinische und sonstige Rehabilitationsleistungen (<65 Jahre)	33
	Zeitreihe: Medizinische und Rehabilitationsleistungen insgesamt 2008 - 2017	33

Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

03_40_2017	Frührentenzugänge und -bestand	34
	Zeitreihe: Rentenzugänge insgesamt 2008 - 2016	35

Schwerbehinderte Menschen

03_45_2017	Schwerbehinderte Menschen	36
	Zeitreihe: Rate der schwerbehinderten Menschen 2007 - 2017	36
03_45_2017_01	Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren	37
	Zeitreihe: Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren 2007 - 2017	37
03_45_2017_02	Schwerbehinderte Menschen über 65 Jahre	38
	Zeitreihe: Schwerbehinderte Menschen von 65 und mehr Jahren 2007 - 2017	38

Pflegebedürftigkeit

03_48_2016_01	MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegestufen	39
	Zeitreihe: Durchgeführte Pflegebegutachtungen 2007 - 2016	39
03_49_2015	Pflegebedürftige nach Geschlecht	40
	Zeitreihe: Rate der Pflegebedürftigen (SMR) insgesamt 2007 - 2015	40
03-49-2015_01	Pflegebedürftige nach Art der Pflege	41
	Zeitreihe: Pflegebedürftige nach Art der Pflege 2007/2009/2011/2013/2015	41
03_49_2016_02	MDK-Pflegebegutachtung nach Geschlecht	42
	Zeitreihe: MDK-Pflegebegutachtungen nach Geschlecht 2008 - 2014	42



Gesundheitszustand von Säuglingen und Vorschulkindern

03_51_2017	Lebendgeborene nach Geburtsgewicht	43
	Zeitreihe: Lebendgeborene nach Geburtsgewicht 2008 - 2017	43
03_53_2017_01	Säuglingssterbefälle (Neonatal- u. Postneonatalsterblichkeit)	44
	Zeitreihe: Säuglingssterbefälle 2008 - 2017	44
03_54_2017	Säuglingssterblichkeit, 3-Jahres-Mittelwerte 2002 - 2017	45
	Zeitreihe: Säuglingssterblichkeit 2002 - 2017	45
03_54_2017_01	Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht Mittelwert 2012 - 2017	46
	Zeitreihe: Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, Mittelwerte 2009 - 2017	46
03_57_2016_01	Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen	47
	Zeitreihe: Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen 2008 - 2016	48
03_57_2016_02	Adipositas, herabgesetzte Sehschärfe bei Einschulungsuntersuchungen	49
	Zeitreihe: Befunde Adipositas und herabgesetzte Sehschärfe 2008 - 2016	49

Infektionskrankheiten

03_59_2016	Neuerkrankungen, Masern, 0- bis 14-jährige	50
	Zeitreihe: Neuerkrankungen 2008-2016	50
03_62_2016	Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, Mittelwert 2012 - 2016*	51
	Zeitreihe: Standardisierte Morbiditätsraten 2007 - 2016	51
03_62_2016_01	Neuerkrankungen, Lungentuberkulose*	52
	Zeitreihe: Neuerkrankungen, Lungentuberkulose 2007 - 2016	52

Krebserkrankungen

03.1	Neuerkrankungen, Krebs insgesamt	53
	Zeitreihe: Neuerkrankungsraten, Krebs insgesamt 2006 - 2015	53
03.2	Zeitreihe: Neuerkrankungen, ausgewählte Krebsarten 2006 - 2015	54
03.3	Neuerkrankungen, Lungenkrebs	58
	Zeitreihe: Neuerkrankungen Lungenkrebs 2006-2015, Bottrop	58

Psychische und Verhaltensstörungen

03_87_2016_01	Einweisungen nach PsychKG1	59
	Zeitreihe: Einweisungen nach PsychKG 2008 - 2016	59
03_89_2015	Suizidsterbefälle, Mittelwert 2012 - 2015	60
	Zeitreihe: Standardisierte Mortalitätsraten für Suizide 2008 - 2015	60
03_111_2017_01	Krankenhausfälle, Verbrennungen/Vergiftungen (< 15 J.)*	61
	Zeitreihe: Krankenhausfälle nach Verbrennungen/Vergiftungen 2008 - 2017	61
03_118_2017	Im Straßenverkehr verunglückte Personen	62
	Zeitreihe: Im Straßenverkehr verunglückte Personen 2008 - 2017	62

Themenfeld 4 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen 63

Konsum von Tabak und Alkohol

04_01_2015_02	Rauchverhalten*, Mikrozensus	64
	Zeitreihe: Raucher 2005/2009/2013/2015	64

Ernährung

04_08_2015_02	Body Mass Index (BMI), Mikrozensus	65
	Zeitreihe: Befragte mit erheblichem Übergewicht (Adipositas)	65

Themenfeld 5 Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt 66

Lebens- und Arbeitsbedingungen

05_01_2017	Stickstoffdioxid in der Außenluft, Messstationen	67
	Zeitreihe: Stickstoffdioxid in der Außenluft 2009 - 2017	67
05_02_2017	Schwefeldioxid in der Außenluft, Messstationen	68
	Zeitreihe: Schwefeldioxid in der Außenluft 2009 - 2017	68
05_03_2017	Staub (PM10) in der Außenluft, Messstationen	69
05_04_2017	Ozon in der Außenluft, Messstationen	70
	Zeitreihe: Ozon in der Außenluft 2009 - 2017	70
05_05_2017	Benzol in der Außenluft, Messstationen	71
	Zeitreihe: Benzolwerte der Messstation Welheim 2003 - 2017	71
05.1	Benzo[a]pyren in der Außenluft, Messstationen	72
	Zeitreihe: Benzo[a]pyrenwerte der Messstation Welheim 2002-2018	72

Themenfeld 6 Einrichtungen des Gesundheitswesens 73

Ambulante Einrichtungen

06_02_2016	Versorgungsgrad Vertragsärzte	74
06_05_2016	Versorgungsgrad Vertragszahnärzte, Jahre 2012 - 2014	74

Stationäre/teilstationäre Einrichtungen

06_15_2015	Wichtige Krankenhausangebote	75
	Zeitreihe: Anzahl aufgestellter Krankenhausbetten 2008 - 2015	75



Pflegeeinrichtungen

06_18_2015	Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen	76
	Zeitreihe: Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen 2007 - 2015	76

Weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens

06_21_2015	Apotheken	77
	Zeitreihe: Anzahl öffentlicher Apotheken 2009 - 2015	77
06_23_2015	Personen im ambulant betreuten Wohnen	78
	Zeitreihe: Personen im ambulant betreuten Wohnen 2009 - 2015	78
06_23_2015_01	Plätze im stationären Wohnen ¹ für Menschen mit Behinderungen	79
	Zeitreihe: Plätze im stationären Wohnen für Menschen mit Behinderungen insgesamt 2009 - 2015	79
06_23_2015_02	Plätze in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen	80
	Zeitreihe: Personen in stationären Wohneinrichtungen 2009 - 2014	80

Themenfeld 7

Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens 81

Inanspruchnahme/Leistungen der Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten

07_06_2016	Inanspruchnahme Krankheitsfrüherkennungsprogramm, Kinder	82
	Zeitreihe: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen 2008 - 2016	82
07_10_2016	Durch Kariesprophylaxemaßnahmen erreichte Kinder und Einrichtungstyp	83
	Zeitreihe: Zahl der durch einen Prophylaxe-Impuls erreichten Kinder 2008 - 2016	83
07_13_2015	Impfquote Polio, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Hib, Pertussis, Schulanfänger	84
07_14_2015	Impfquote Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Schulanfänger	85

Inanspruchnahme/Leistungen der ambulanten Versorgung

07_23_2016_01	Methadon-Substitutionsbehandlung	86
	Zeitreihe: Methadon-Substitutionsbehandlungen 2009 - 2016	86
07_34_2015	Pflegegeldempfänger nach Pflegestufen	87
	Zeitreihe: Zahl der Pflegeempfänger 2007, 2009, 2011, 2013 - Pflegestufen insgesamt-	87
07_34_2016_01	MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegeart	88
	Zeitreihe: MDK-Pflegebegutachtungen 2008 - 2016	88

07_35_2015	Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen	89
	Zeitreihe: Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige 2007/2009/2011/2013/2015	89
07_36_2015	In Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen	90
	Zeitreihe: In Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige 2007/2009/2011/2013/2015	90

Themenfeld 8

Beschäftigte im Gesundheitswesen

Personal in ambulanten Einrichtungen

08_08_2015	Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen	92
08_13_2016	Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen	93
	Zeitreihe: Psychotherapeutische Versorgung in ambulanten Einrichtungen 2009 - 2016	93
08_13_2016_01	Berufstätige Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	94
	Zeitreihe: Psychotherapeutische Versorgung 2009 - 2016	94
08_15_2004	Physiotherapeuten, Masseur, Medizinische Bademeister	95
08_16_2005_01	Heilpraktiker	95

Personal in stationären und teilstationären Einrichtungen

08_19_2016	Personal im Pflegedienst in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern nach Berufen	96
	Zeitreihe: Beschäftigte im Pflegedienst 2008 - 2016	96

Personal im öffentlichen Dienst

08_27_2016	Personal kommunaler Dienststellen	97
	Zeitreihe: Vollzeitäquivalente für das Personal kommunaler Dienststellen 2009 - 2016	97

3 Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

3.1.1	Übergewicht bei Vorschulkindern:	99
	Zeitreihe: Kinder mit erheblichem Übergewicht (Adipositas) 2010 - 2018	101
3.1.2	Asthma bronchiale	102
	Zeitreihe: Befund Asthma bronchiale bei Vorschulkindern 2011 - 2018	105



3.2	<i>Impfungen im Kindesalter</i>	106
	<i>Zeitreihe: Komplette geimpfte Kinder 2010 - 2018</i>	117
3.3	<i>Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9</i>	118
	<i>Zeitreihe: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen 2010 - 2016</i>	120
3.4	<i>Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening (SOPESS)</i>	121
	<i>Zeitreihe: Auffälligkeiten bei der Körperkoordination 2010 - 2018</i>	123
	<i>Zeitreihe: Auffälligkeiten bei der Visuomotorik 2010 - 2018</i>	125
	<i>Zeitreihe: Deutschkenntnisse 2010 - 2018</i>	127

4 *Ausgewählte Ergebnisse der schulzahnärztlichen Untersuchungen* 128

4.1	<i>Verteilung 3- bis 8-Jähriger nach der Zahl kariesgeschädigter Milchzähne – Schuljahr 2017/2018</i>	128
4.2	<i>Verteilung 6- bis 12-Jähriger nach der Zahl kariesgeschädigter bleibender Zähne – Schuljahr 2017/2018</i>	128
	<i>Zeitreihe: Kinder mit vollkommen gesunden Milch- und bleibenden Zähnen 2009/2010 - 2017/2018</i>	129
4.3	<i>Milchzahnkaries bei 3- bis 8-Jährigen - Schuljahr 2017/2018</i>	130
4.4	<i>Karies bleibender Zähne bei 6- bis 12-Jährigen - Schuljahr 2017/2018</i>	130
4.5	<i>Behandlungsquoten bei Milchzahnkaries von 3- bis 8-Jährigen – Schuljahr 2017/2018</i>	131
4.6	<i>Behandlungsquoten bei Karies an bleibenden Zähnen von 6- bis 12-Jährigen – Schuljahr 2017/2018</i>	131
4.7	<i>Prävalenz von Milchzahnkaries bei 3- bis 8-Jährigen – Schuljahr 2017/2018, kleinräumig</i>	132
4.8	<i>Prävalenz von Karies an bleibenden Zähnen bei 6- bis 12-Jährigen – Schuljahr 2017/2018, kleinräumig</i>	132
4.9	<i>Anteil von „Kariesrisikokindern“ unter zehn Jahren – Schuljahr 2017/2018, kleinräumig</i>	133
4.10	<i>Kariesprävalenz und zahnärztlichen Versorgung bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund</i>	133
4.11	<i>Kariesprävalenz und zahnärztliche Versorgung nach verschiedenen Schultypen am Beispiel der 10- bis 12-Jährigen - Schuljahr 2017/2018</i>	134
4.12	<i>Zeitliche Entwicklung der Karies nach Altersklasse</i>	135

1 Einleitung

Die Zahlen und Zeitreihen ausgewählter Indikatoren des Basisberichtes 2010/2011 werden zum vierten Mal fortgeschrieben.

Daten zur Gesundheit der Bottroper Bevölkerung liegen im Wesentlichen als amtliche Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen in Form von Gesundheitsindikatoren auf Kreisebene vor. Um eine objektive, vergleichende Betrachtung zu ermöglichen, erfolgen eine Darstellung entsprechender Zahlen der umgebenden Kreise und Städte sowie des Durchschnittwertes für Nordrhein-Westfalen. Signifikante Abweichungen vom Landesdurchschnitt sind in wenigen, ausgewählten Tabellen durch entsprechende Pfeile gekennzeichnet (↓, ↑).

Der Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder steht seit 1991 als gemeinsame Datengrundlage in den einzelnen Bundesländern zur Verfügung. Unter Federführung des Landes Nordrhein-Westfalen wurde 2003 eine aktuelle dritte Fassung erstellt. Diese Daten werden im vorliegenden Bericht für Bottrop und die umgebenden Regionen zusammengestellt und entsprechend zur schriftlichen Veröffentlichung aufbereitet.



Bottrop und Umgebung



Die in der Regel unveränderten Definitionen des Landes zu den einzelnen Indikatoren sind in einem gesonderten **Anhang (Definitionen und Erläuterungen)** zusammengefaßt und können durch entsprechende Seitenverweise schnell gefunden werden. Diese zum Gesundheitsbericht 2012/2013 herausgegebene Anlage findet auch bei diesem Bericht Verwendung. Sollte der Anhang nicht verfügbar sein, kann er beim Herausgeber (Seite 2) in Papierform angefordert oder unter folgendem Link eingesehen werden: http://bottrop.de/stadtleben/gesundheit/120223_Gesundheitsberichte.php. Der Anhang steht an dieser Stelle zum Download unter „Band 8, Fortschreibung 2012/2013“ zur Verfügung. Auf den Internetseiten des Landeszentrums Gesundheit des Landes NRW sind weiterhin sämtliche verfügbaren Zahlen, in der Regel dargestellt nach mehreren Jahren, für alle Städte und Kreise des Landes einsehbar (www.lzg.nrw.de, Themengebiete: Gesundheit - Berichte und Daten). Zudem besteht hier auch die Möglichkeit, eine grafische Darstellung des Indikators zu generieren.

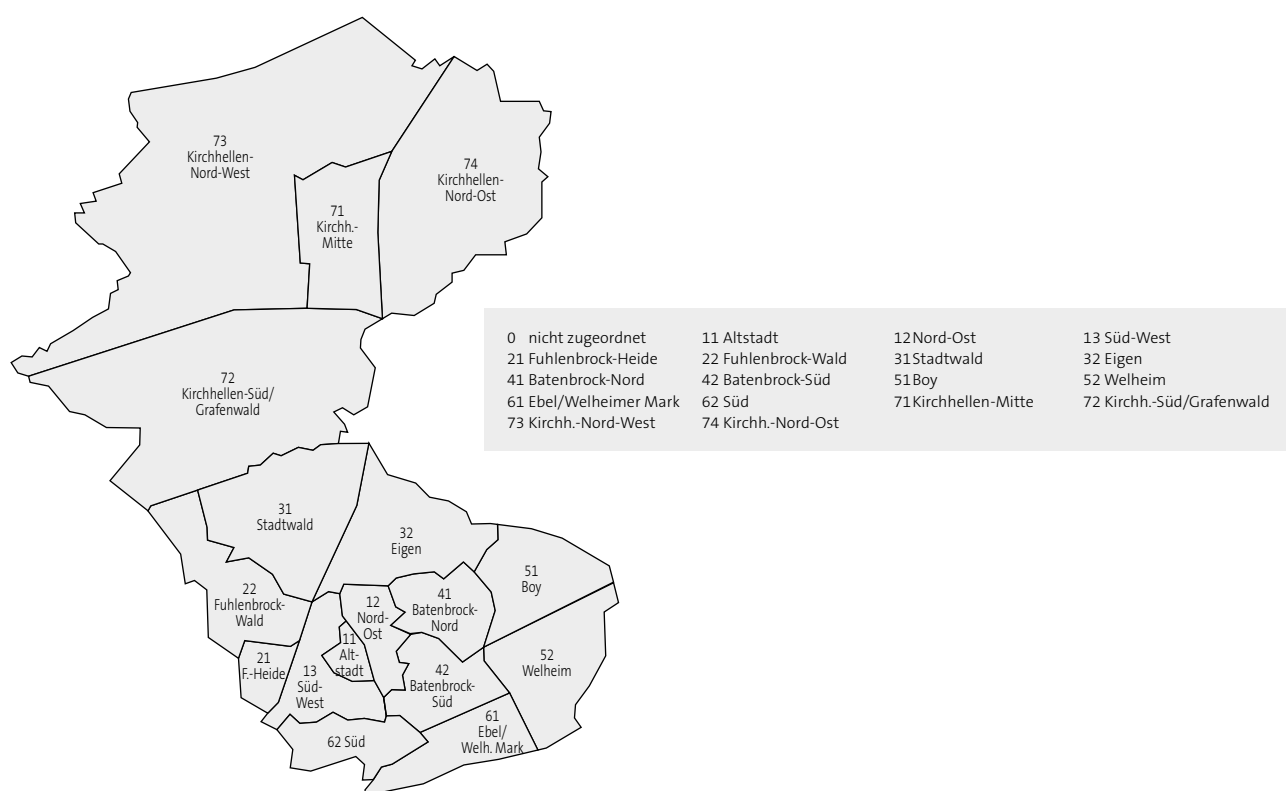
Die Systematik des Landesindikatorensatzes wird beibehalten. Dabei beinhalten die ersten beiden Zahlen das Themenfeld (z. B. **03_01_2011**) und die folgenden Ziffern nach dem Trennzeichen eine laufende Nummer (**03_01_2011**). Abschließend gibt eine Jahreszahl den letzten verfügbaren Stand des Indikators nach Redaktionsschluss an (**03_01-2011**). Bei Bedarf sind vorhandene Indikatoren mit einer zusätzlichen Tabelle erweitert, welche vor dem Titel der Datentabelle erscheint.

Der Bericht enthält Informationen aus folgenden Themenfeldern:

- 02 Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen
- 03 Allgemeine Mortalität
- 04 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen
- 05 Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt
- 06 Einrichtungen des Gesundheitswesens
- 07 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens
- 08 Beschäftigte im Gesundheitswesen

Im zweiten Teil des Berichts werden die Ergebnisse der gesetzlich vorgeschriebenen Schuleingangsuntersuchungen sowie der schulzahnärztlichen Untersuchungen ausführlich vorgestellt. Durch die kontinuierliche und komplette Untersuchung aller Mädchen und Jungen eines Einschulungsjahrgangs ist eine grundlegende Beurteilung der gesundheitlichen Situation der Kinder in Bottrop möglich. Im Gegensatz zu den bisher besprochenen Daten des Landes NRW stehen die Gesundheitsdaten der Kinder aufgrund eigener Untersuchungen und einer speziellen Datenerfassung seit einigen Jahren auf der Ebene der statistischen Bezirke zur Verfügung. Dadurch ist eine zielgenaue Intervention möglich, welche auf „hauseigenen“ Daten des Gesundheitsamtes basiert. Im Hinblick auf die Steuerungsfunktion der Gesundheitsberichterstattung werden diese Zahlen nach den 17 Statistischen Bezirken der Stadt aufbereitet und in Form von Tabellen ausführlich präsentiert. Das Landeszentrum Gesundheit (LZG.NRW) begleitet die Schuleingangsuntersuchungen im Rahmen des „Bielefelder Modells“ und ermöglicht den Kommunen eine Auswertung nach standardisierten Kriterien.

Die Daten der schulzahnärztlichen Untersuchungen werden für verschiedene Altersgruppen ausführlich als Zeitreihe dargestellt. Es entsteht eine fundierte Darstellung der Zahngesundheit Bottroper Kinder in Verbindung mit den Erfolgen präventiver Bemühungen in den letzten Jahren.



Die Statistischen Bezirke der Stadt Bottrop

Die in dieser Fortschreibung ergänzten Daten zur Krebsneuerkrankungsrate und zur Benzo[a]pyren-Belastung vom Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen und vom Landesamt für Natur, Umweltschutz und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen zur Verfügung gestellt.



2 Gesundheitsindikatoren für Bottrop und umgebende Regionen

Themenfeld 2



© Stadt Bottrop

Bevölkerung

02_05_2017 Bevölkerungsstruktur

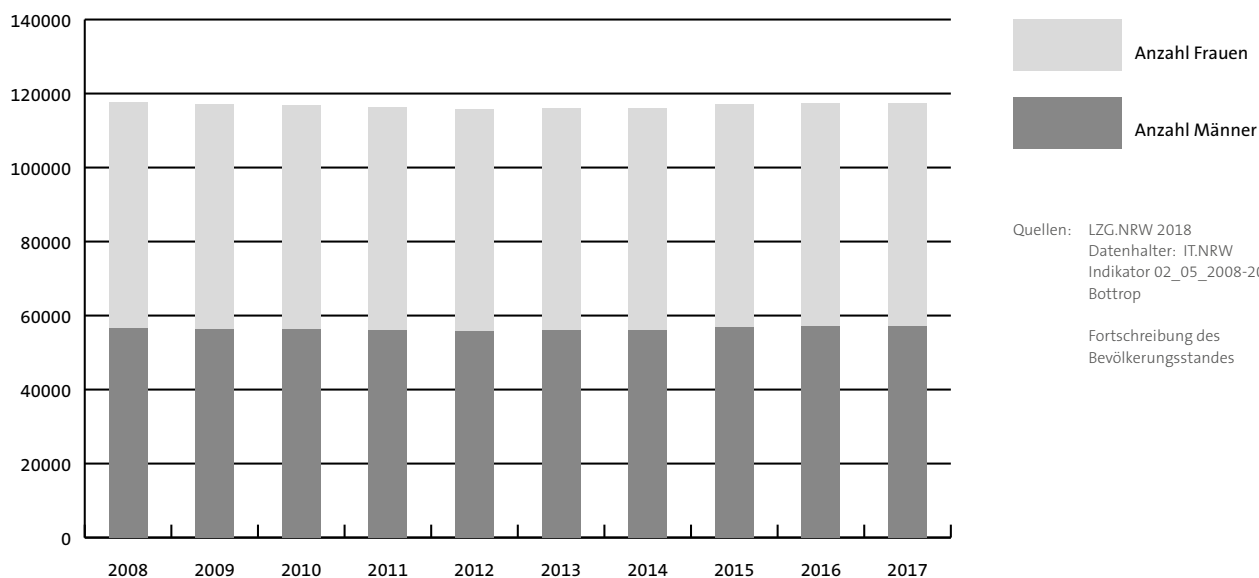
Definition: Anhang Seite 11

Verwaltungsbezirk	Bevölkerung am 31.12. des Jahres				Durchschnittliche Bevölkerung			
	weibl.	männl.	insg.	dar.: Ausländer Anteil in %	weibl.	männl.	insg.	dar.: Ausländer Anteil in %
Bottrop	60 248	57 116	117 364	10,7	60 231	57 156	117 387	10,5
Essen	300 187	283 206	583 393	15,3	300 103	283 136	583 239	15,0
Oberhausen	107 571	103 851	211 422	14,6	107 617	103 786	211 402	14,3
Gelsenkirchen	130 757	129 548	260 305	19,1	131 255	130 162	261 417	18,8
Kreis Wesel	236 048	224 618	460 666	9,0	236 177	225 014	461 191	8,9
Recklinghausen	315 842	300 982	616 824	10,7	315 859	301 151	617 010	10,5
Nordrhein-Westfalen	9 124 555	8 787 579	17 912 134	12,8	9 118 948	8 782 170	17 901 117	12,6

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 02_05_2017

Datenhalter: IT.NRW

Zeitreihe: Entwicklung der Bevölkerung (absolut) 2008 - 2017



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Anzahl Männer	56836	56504	56356	56170	55915	56090	56128	57004	57195	57116
Anzahl Frauen	60920	60737	60415	60191	59851	59965	59889	60139	60214	60248



02_07_2017 Altersstruktur der Bevölkerung

Definition: Anhang Seite 11

Verwaltungsbezirk	Kinder und Jugendliche (0 - 17 Jahre)		Personen im erwerbsfähigen Alter (18 - 64 Jahre)		ältere Menschen (65 und mehr Jahre)		Hochbetagte (80 und mehr Jahre)		Jugendquotient*	Altenquotient**
	insgesamt	Anteil in %	insgesamt	Anteil in %	insgesamt	Anteil in %	insgesamt	Anteil in %	je 100 18- bis 64-Jährige	
Bottrop	18 334	15,6	73 149	62,3	25 881	22,1	7 738	6,6	25,1	35,4
Essen	93 562	16,0	364 292	62,4	125 539	21,5	38 995	6,7	25,7	34,5
Oberhausen	33 371	15,8	132 239	62,5	45 812	21,7	13 842	6,5	25,2	34,6
Gelsenkirchen	45 297	17,4	161 351	62,0	53 657	20,6	16 366	6,3	28,1	33,3
Kreis Wesel	72 539	15,7	282 420	61,3	105 707	22,9	30 961	6,7	25,7	37,4
Kreis Recklinghausen	98 742	16,0	379 493	61,5	138 589	22,5	41 468	6,7	26,0	36,5
Nordrhein-Westfalen	2 987 834	16,7	11 185 866	62,4	3 738 434	20,9	1 119 326	6,2	26,7	33,4

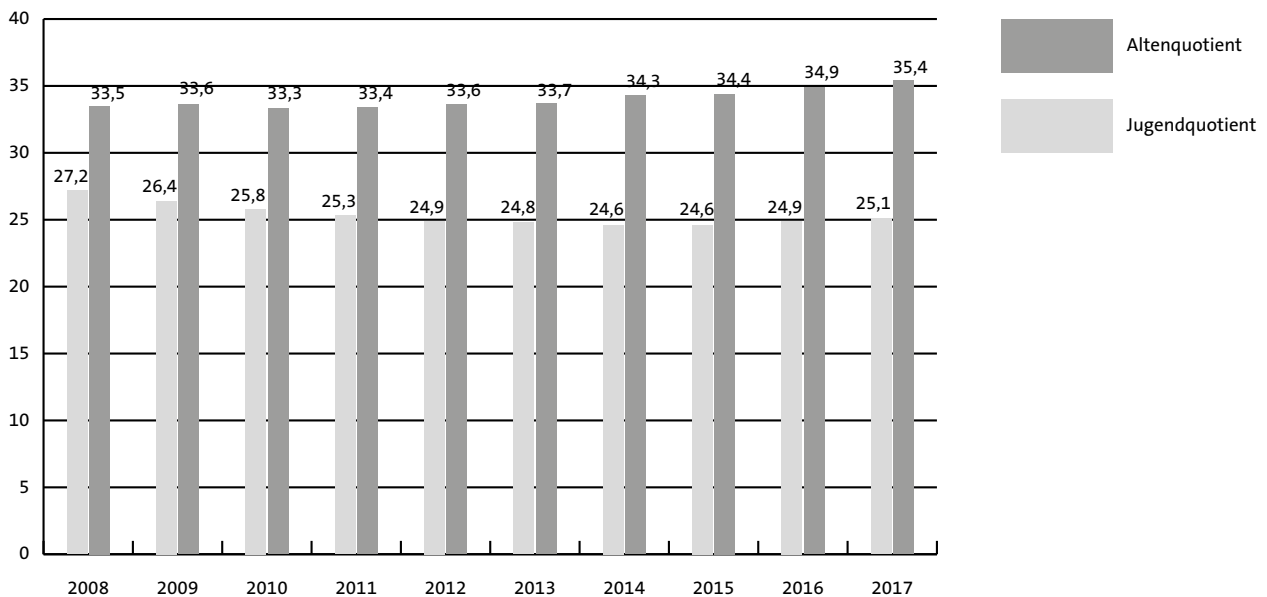
Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 02_07_2017

Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
Eigene Berechnungen des LZG
Datenhalter: IT.NRW

* Jugendquotient: Zahl der 0- bis 17-jährigen
Personen je 100 18- bis 64-Jährige

** Altenquotient: Zahl der 65-jährigen
und älteren Personen je 100 18- bis 64-Jährige

Zeitreihe: Entwicklung des Jugend- und Altenquotienten 2008 - 2017



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 02_07_2017
Bottrop

Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
Eigene Berechnungen des LZG

* Jugendquotient: Zahl der
0- bis 17-jährigen Personen
je 100 18- bis 64-Jährige

** Altenquotient: Zahl der 65-jährigen
und älteren Personen
je 100 18- bis 64-Jährige

02_10_2017_01 Lebendgeborene, Jahre 2011 - 2017

Definition: Anhang Seite 12

Verwaltungsbezirk	Lebendgeborene							
	2014		2015		2016		2017	
	insges.	je 1 000 15-44j. Frauen	insges.	je 1 000 15-44j. Frauen	insges.	je 1 000 15-44j. Frauen	insges.	je 1 000 15-44j. Frauen*
Bottrop	889	45,8	935	48,4	1 040	54,0	1 004	52,3
Essen	5 171	49,4	5 618	53,2	5 954	56,1	5 874	55,4
Oberhausen	1 756	48,8	1 767	49,3	1 995	55,8	1 979	55,6
Gelsenkirchen	2 289	50,7	2 469	55,0	2 617	58,1	2 725	60,9
Kreis Wesel	3 468	46,6	3 548	48,2	3 983	54,5	3 864	53,4
Kreis Recklinghausen	4 821	47,6	4 977	49,6	5 482	55,0	5 500	55,6
Nordrhein-Westfalen	155 102	49,6	160 468	51,4	173 276	55,4	171 984	55,2

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 02_10_2017_01

Datenhalter: IT.NRW

Statistik der Geburten
* ab 2014: Bevölkerung auf Basis Zensus 2011

02_12_2017 Bevölkerungsprognose 2014 (A)/2040 (P)

Definition: Anhang Seite 12

Verwaltungsbezirk	Bevölkerung ¹ und Prognose nach Lastenquotienten						
	Insgesamt			Jugendquotient* je 100 18- bis 64-Jährige		Altenquotient** je 100 18- bis 64-Jährige	
	Ausgangs- jahr (A)	Prognose- jahr (P)	Veränder. n P zu A in %	Ausgangs- jahr	Prognose- jahr	Ausgangs- jahr	Prognose- jahr
Bottrop	116 055	105 875	- 8,8	24,8	24,3	33,7	59,3
Essen	569 884	590 163	+ 3,6	24,1	26,0	34,7	42,4
Oberhausen	209 097	198 747	- 4,9	24,6	25,7	33,6	51,0
Gelsenkirchen	257 850	248 100	- 3,8	26,3	26,6	33,0	46,1
Kreis Wesel	457 033	425 511	- 6,9	25,4	26,2	34,8	65,4
Kreis Recklinghausen	613 878	562 995	- 8,3	25,5	26,4	34,8	60,5
Nordrhein-Westfalen	17 571 856	17 491 068	- 0,5	26,5	27,1	32,7	51,6

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 02_12_2017

* Jugendquotient: Anteil der 0- bis 17-jährigen
Personen je 100 18- bis 64-Jährige
** Altenquotient: Anteil der 65-jährigen und älteren
Personen je 100 18- bis 64-Jährige
¹ Bevölkerung auf Basis Zensus 2011

Datenhalter: IT.NRW

Bevölkerungsprognose
Neuberechnung des Indikators alle 3 Jahre



Wirtschaftliche und soziale Lage

02_16_2015 Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte

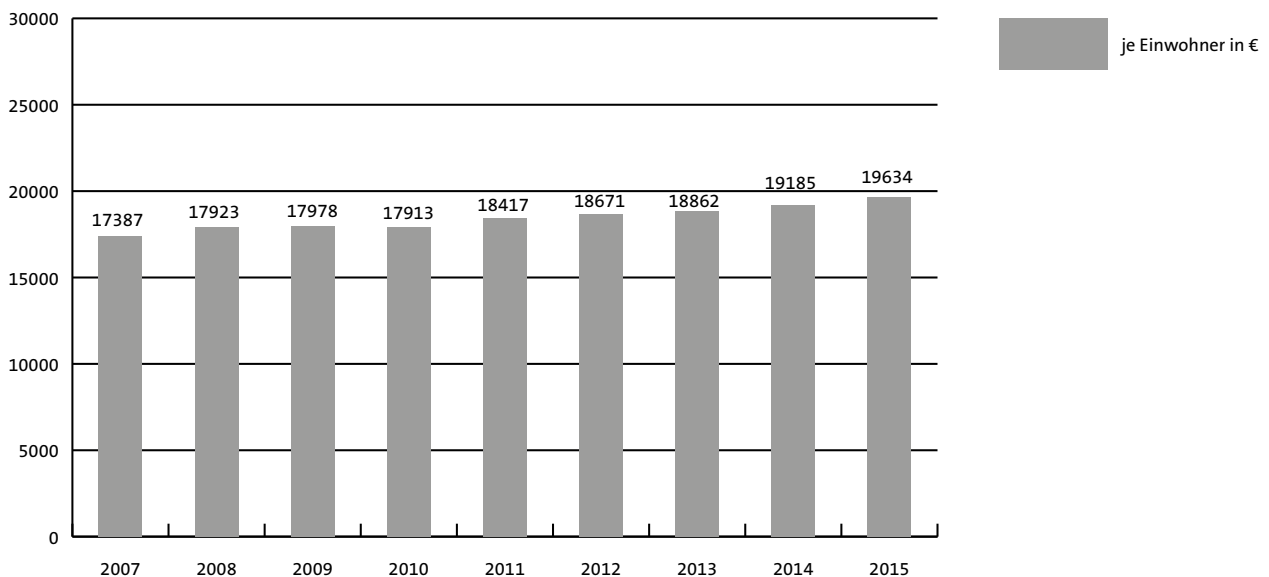
Definition: Anhang Seite 13

Verwaltungsbezirk	Verfügbares Einkommen			
	insgesamt (in Mio. Euro)	je Einwohner		
		in Euro	Landeswert = 100	Bundeswert = 100
Bottrop	2 289	19 634	92,0	91,0
Essen	11 498	19 886	93,2	92,1
Oberhausen	3 773	17 959	84,2	83,2
Gelsenkirchen	4 215	16 274	76,3	75,4
Wesel	9 717	21 126	99,0	97,9
Recklinghausen	12 020	19 531	91,5	90,5
Nordrhein-Westfalen	378 759	21 336	100	98,9

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 02_16_2017

Datenhalter: IT.NRW

Zeitreihe: Verfügbares Einkommen je Einwohner 2007 - 2015



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 02_16_2007 - 2015
Bottrop

Datenhalter: IT.NRW

Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte (einschl. priv. Org. o. Erwerbszweck)

02_18_2017 Erwerbstätige

Definition: Anhang Seite 13

Regionen (Mikrozensus)	Erwerbstätige*		Davon:			
			Frauen		Männer	
	Anzahl in 1 000	Quote in %	Anzahl in 1 000	Quote in %	Anzahl in 1 000	Quote in %
Krfr. Stadt Bottrop und Kreis Recklinghausen	315	66,3	145	61,3	169	71,2
Krfr. Stadt Essen	272	70,0	131	67,7	141	72,2
Krfr. Städte Mülheim a. d. Ruhr und Oberhausen	173	69,3	80	64,4	93	74,0
Krfr. Stadt Gelsenkirchen	103	59,5	45	54,9	58	63,6
Kreis Wesel	202	69,2	96	64,6	106	74,1
Nordrhein-Westfalen	8 437	72,0	3 939	67,8	4 498	76,1

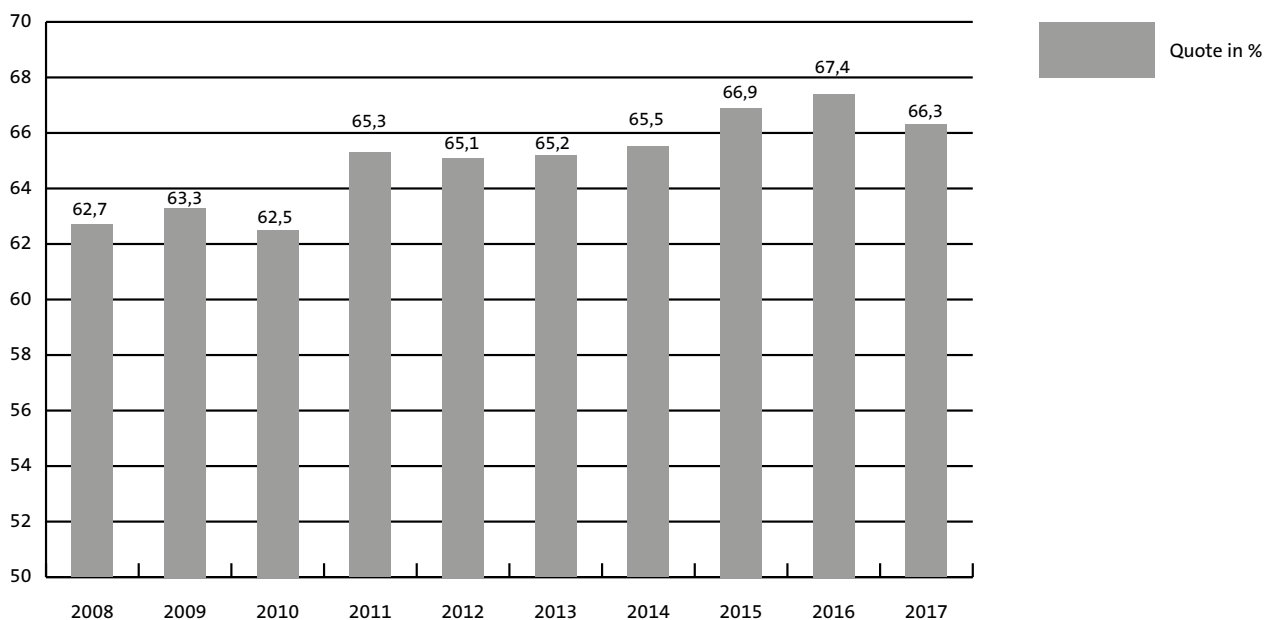
Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 02_18_2017

* Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren,
Erwerbstätigenquote in Bezug auf die 15- bis 64-jährige Bevölkerung

Datenhalter: IT.NRW

Mikrozensus

Zeitreihe: Quoten der Erwerbstätigen 2008 bis 2017



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 02_18_2008 - 2017
Bottrop, Kreis Recklinghausen

Datenhalter: IT.NRW

Mikrozensus



02_21_2017 Arbeitslose nach Personengruppen

Definition: Anhang Seite 13

Verwaltungsbezirk	Arbeitslose		Darunter:					
	insgesamt		Frauen	Männer	Ausländer	Jugendl. bis 19 J.	Langzeitarbeitslose*	Schwerbehinderte
	Anzahl	Quote in %**	Quote in %**				Anteil an Arbeitslosen in %	
Bottrop	4 436	8,2	7,6	8,7	x	5,6	41,1	6,9
Essen	32 907	12,0	11,4	12,6	x	9,8	42,8	5,4
Oberhausen	11 608	11,7	11,2	12,1	x	9,3	49,4	7,1
Gelsenkirchen	17 689	15,3	14,8	15,7	x	11,4	41,4	6,3
Wesel	16 143	7,4	7,0	7,7	x	4,4	41,7	8,8
Recklinghausen	32 943	11,1	10,6	11,6	x	8,5	52,9	5,5
Nordrhein-Westfalen	691 432	8,0	7,6	8,3	22,8	5,0	41,8	6,9

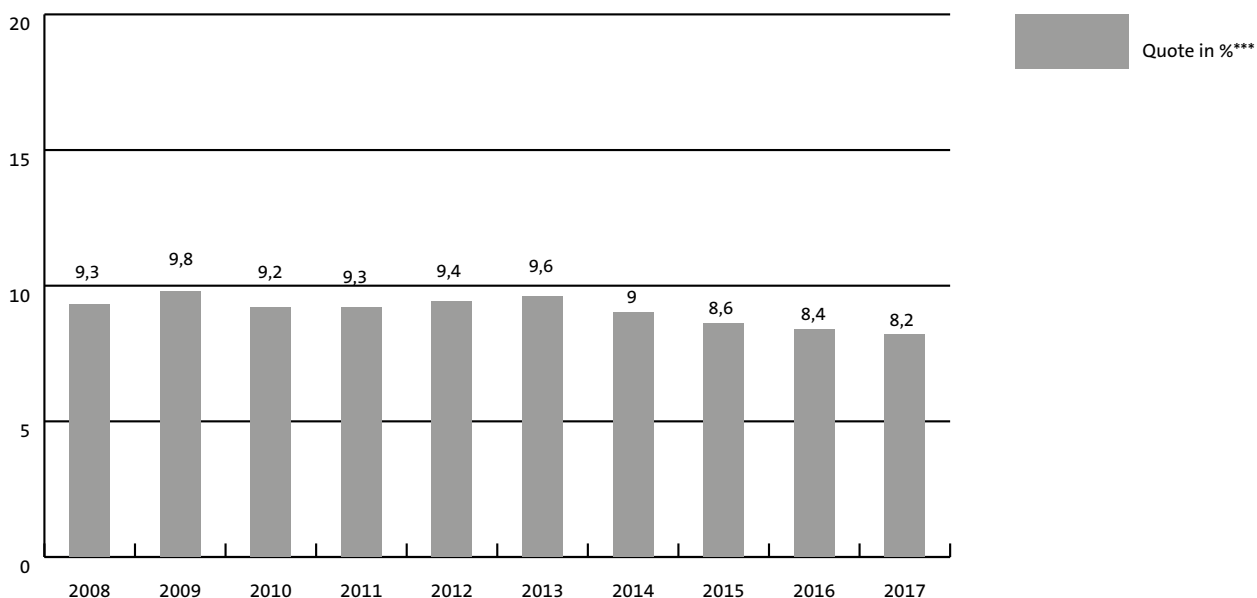
Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 02_21_2017

Statistik der Bundesagentur für Arbeit

* ein Jahr und mehr arbeitslos
** in % der abhängigen zivilen Erwerbspersonen
*** Optionskommunen (Erklärung s. Metadatenbeschreibung)
1 Städteregion Aachen inkl. Stadt Aachen
"x" die Arbeitslosenquoten für Ausländer sind aufgrund der starken Zuwanderung verzerrt; sie werden deshalb unterhalb der Bundesländerebene nicht ausgewiesen

Datenhalter: Bundesagentur für Arbeit

Zeitreihe: Quoten der Arbeitslosen 2008 - 2017



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 02_21_2008 - 2017
Bottrop

Statistik der Bundesagentur für Arbeit

02_23_2017 Empfänger von ausgewählten öffentl. Sozialleistungen (Raten)

Definition: Anhang Seite 14

Verwaltungsbezirk	Hilfe z. Lebensunterhalt außerh. v. Einrichtungen (SGB XII, Kap. 3)			Grundsich. im Alter u. b. Erwerbsmind. außerh.v.Einrichtungen (SGB XII, Kap. 4)		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
	je 100 000 Einwohner					
Bottrop	175,9	203,1	189,2	1 231,6	920,9	1 080,4
Essen	169,2	183,3	176,0	1 747,6	1 475,3	1 615,4
Oberhausen	220,3	285,0	252,1	1 625,0	1 311,5	1 471,0
Gelsenkirchen	210,3	208,4	209,4	1 972,4	1 512,2	1 743,3
Wesel	138,5	136,7	137,6	1 138,3	936,7	1 040,0
Recklinghausen	189,7	207,0	198,1	1 441,5	1 192,8	1 320,1
Nordrhein-Westfalen	188,4	217,1	202,5	1 384,5	1.193,6	1 290,8

Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (SGB II)*						Empfänger v. Regelleistungen nach d. Asylbewerberleistungsgesetz	
Arbeitslosengeld II**			Sozialgeld***			weibl.	männl.
weibl.	männl.	insges.	weibl.	männl.	insges.		
je 100 000 Einwohner							
7 191,9	7 502,3	7 343,0	2 669,0	2 965,9	2 813,5	446,5	854,4
10 790,3	11 610,3	11 188,3	4 369,9	4 954,0	4 653,5	499,4	842,1
9 679,2	9 744,7	9 711,4	3 676,6	3 948,0	3 809,9	481,5	962,9
13 443,3	13 943,9	13 692,4	5 784,8	6 332,8	6 057,5	518,5	858,4
5 401,9	5 449,7	5 425,2	2 003,0	2 297,2	2 146,5	460,1	955,4
8 525,5	8 871,6	8 694,9	3 317,5	3 523,5	3 419,3	386,3	756,5
6 524,2	6 658,9	6 590,3	2 593,4	2 871,0	2 729,7	484,4	890,5

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 02_23_2017

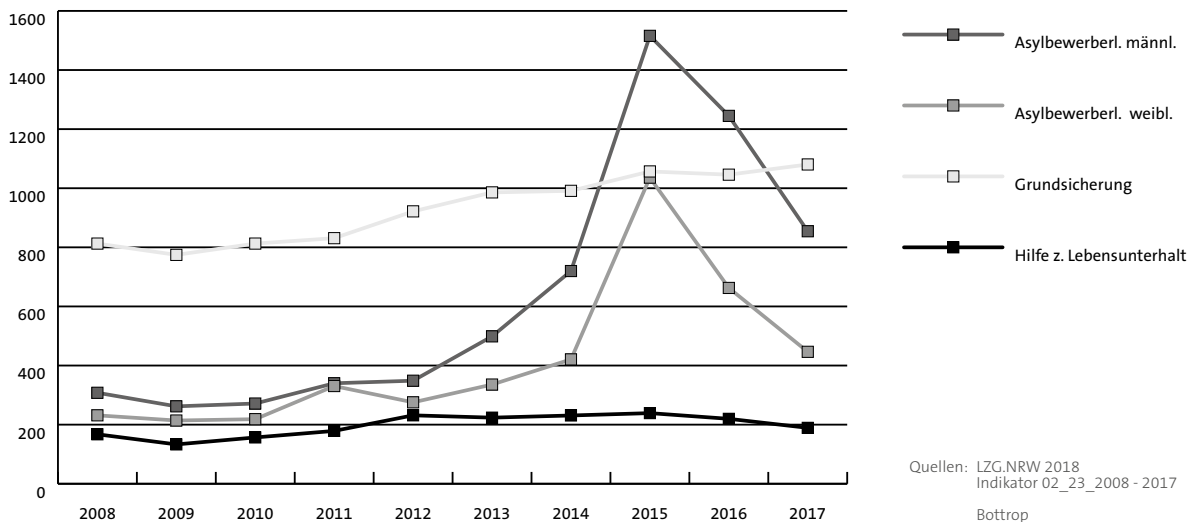
Statistik der Sozialhilfe nach SGB XII, Asylbewerberleistungsstatistik,
Bundesagentur für Arbeit: Leistungsempfänger nach SGB II

* Hochrechnung auf NRW-Ebene wegen unvollständiger Datenlage
** erwerbsfähige Hilfsbedürftige
*** nicht erwerbsfähige Angehörige

Datenhalter: IT.NRW



Zeitreihe: Empfänger nach Art der Leistung 2008 - 2017



	Hilfe z. Lebensunterhalt	Grundsicherung	Asylbewerberl. weibl.	Asylbewerberl. männl.
2008	167,3	812,7	231,5	307,9
2009	133,1	774,5	214,0	261,9
2010	156,7	812,7	218,5	271,5
2011	178,8	831	330,6	340,0
2012	231,5	921,7	275,5	348,7
2013	223,7	985,9	335,7	498,7
2014	231,0	991,2	420,8	719,8
2015	239	1056,8	1035,9	1515,7
2016	219,7	1045,9	662,6	1244,9
2017	189,2	1080,4	446,5	854,4

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 02_23_2008 - 2017
Bottrop

Datenhalter: IT.NRW

Statistik der Sozialhilfe nach SGB XII, Asylbewerberleistungsstatistik,
Bundesagentur für Arbeit: Leistungsempfänger nach SGB II

02_23_2009 02 Obdachlose Haushalte und Personen

Definition: Anhang Seite 15

Verwaltungsbezirk	Obdachlose Haushalte	Davon:		Obdachlose Personen	
	insgesamt	Mehrpersonen- haushalte*	Einperson- haushalte	insgesamt	je 100 000 Einw.
Bottrop	27	3	24	30	25,6
Essen	76	14	62	113	19,6
Oberhausen	9	2	7	11	5,1
Gelsenkirchen	49	11	38	75	28,9
Kreis Wesel	148	33	115	218	46,3
KreisRecklinghausen	178	50	128	284	44,9
Nordrhein-Westfalen	7 360	2 056	5 304	11 788	66,0

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 02_23_2009

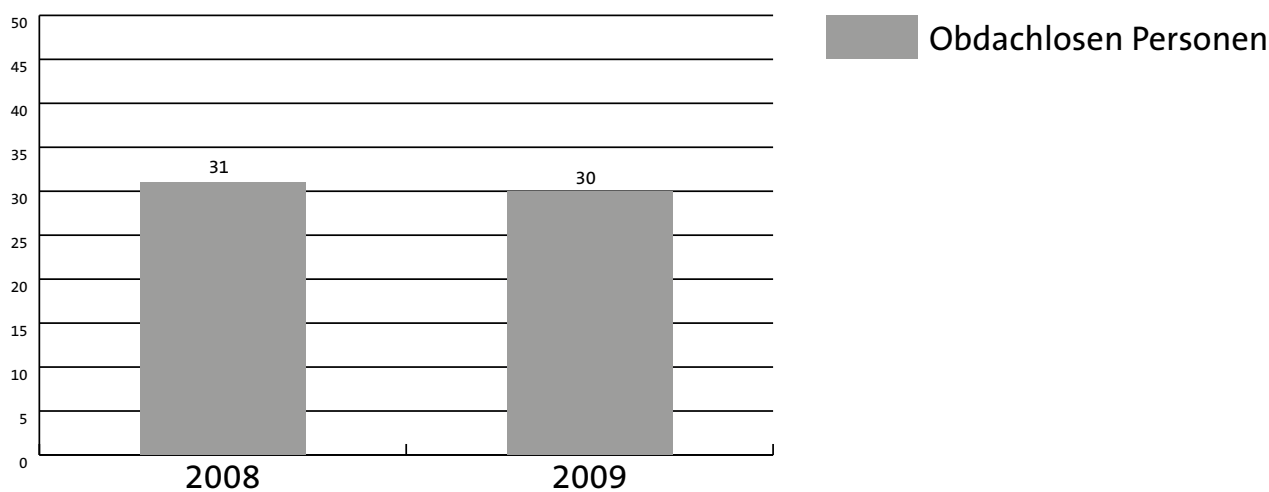
*Haushalte junger Ehepaare, kinderreicher Familien,
alter Ehepaare, sonstige Mehrpersonenhaushalte

Datenhalter: IT.NRW

Obdachlosenerhebung

Indikator wurde ab 2009 nicht mehr weitergeführt

Zeitreihe: Anzahl der obdachlosen Personen 2008 - 2009



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 02_23_2008/2009
Bottrop
Obdachlosenerhebung



Themenfeld 3



© Stadt Bottrop

Allgemeine Mortalität

03_07_2017 Sterbefälle

Definition: Anhang Seite 18

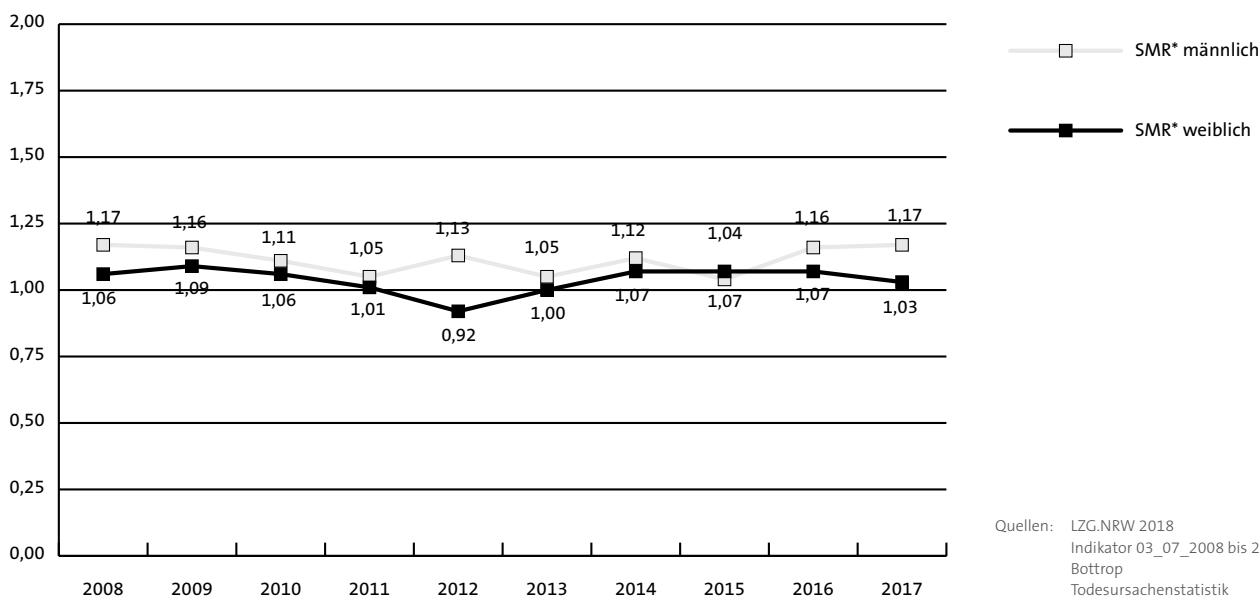
Verwaltungsbezirk	Sterbefälle										
	weiblich			männlich			insgesamt				
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100 000 Einw.	SMR*		
Bottrop	782	1 298,3	1,03	781	1 366,4	1,17	↑	1 563	1 331,5	1,09	↑
Essen	3 909	1 302,6	1,06	3 506	1 238,3	1,07	↑	7 415	1 271,3	1,06	↑
Oberhausen	1 419	1 318,6	1,10	1 342	1 293,0	1,11	↑	2 761	1 306,0	1,10	↑
Gelsenkirchen	1 834	1 397,3	1,15	1 631	1 253,1	1,16	↑	3 465	1 325,5	1,15	↑
Wesel	2 829	1 197,8	0,99	2 722	1 209,7	0,97		5 551	1 203,6	0,98	
Recklinghausen	3 977	1 259,1	1,01	3 909	1 298,0	1,07	↑	7 886	1 278,1	1,03	
Nordrhein-Westfalen	104 956	1 151,0	1,00	99 886	1 137,4	1,00		204 842	1 144,3	1,00	

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_07_2017
Datenhalter: IT.NRW
Todesursachenstatistik

* Standardized Mortality Ratio: standardisiert an der Mortalitätsrate des Landes (siehe Kommentar)

↑ Signifikant über dem Landesdurchschnitt
↓ Signifikant unter dem Landesdurchschnitt
(Signifikanzniveau 0,01)

Zeitreihe: Standardized Mortality Ratio (SMR) 2008 - 2017



Abgeleitete Indikatoren

03_10_2015/2017' Lebenserwartung

Definition: Anhang Seite 18

Verwaltungsbezirk	Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren		Abweichung vom Landesdurchschnitt in Jahren			
	weiblich	männlich	weiblich		männlich	
Bottrop	82,15	77,14	- 0,39		- 0,67	↓
Essen	81,82	76,64	- 0,72		- 1,16	↓
Oberhausen	81,33	76,11	- 1,21	↓	- 1,69	↓
Gelsenkirchen	80,56	75,59	- 1,98	↓	- 2,21	↓
Kreis Wesel	82,71	77,82	+ 0,17		+ 0,02	
Kreis Recklinghausen	82,20	77,07	- 0,34		- 0,73	
Nordrhein-Westfalen	82,55	77,81	x		x	

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_10_2017

¹ 3-Jahres-Mittelwerte (2010 -2012)

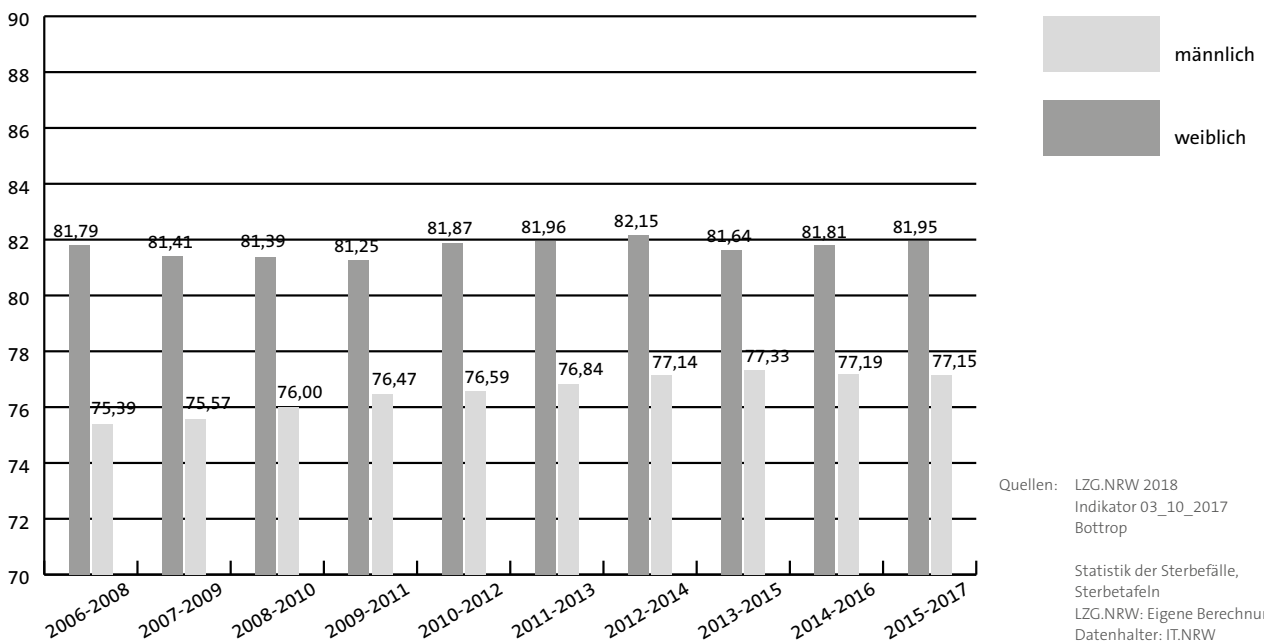
↑ Abweichung größer 1 Jahr und signifikant über dem Landesdurchschnitt

↓ Abweichung größer 1 Jahr und signifikant unter d. Landesdurchschnitt (Signifikanzniveau 99 %)

"X" keine Angabe, weil Aussage nicht sinnvoll

Statistik der Sterbefälle, Sterbetafeln
LZG.NRW: Eigene Berechnung
Datenhalter: IT.NRW

Zeitreihe: Mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren – 2008 - 2017¹



03_14_2014 Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählte Diagnosen Mittelwert 2010-2014

Definition: Anhang Seite 19

Verwaltungsbezirk	Vermeidbare Sterbefälle								
	Bösart. Neubild. d. Luftröhre, Bronchien u. d. Lunge (C33 - C34)			Brustkrebs (C50)			Ischämische Herzkrankheit (I20 - I25)		
	15 - 64 Jahre, insg.			25 - 64 Jahre, weibl.			35 - 64 Jahre, insg.		
	Mittelwert*	SMR**		Mittelwert*	SMR**		Mittelwert*	SMR**	
Bottrop	29	1,16		11	1,38		18	1,13	
Essen	133	1,21	↑	35	0,98		75	1,06	
Oberhausen	61	1,41	↑	13	0,95		35	1,25	
Gelsenkirchen	72	1,42	↑	19	1,17		47	1,46	↑
kreis Wesel	106	1,07		28	0,91		67	1,07	
Kreis Recklinghausen	145	1,11		43	1,03		101	1,21	↑
Nordrhein-Westfalen	3 434	1,00		1 098	1,00		2 201	1,00	

Sterbefälle								Verwaltungsbezirk	
Hypertonie und zerebrovask. Krankh. (I10 - I15 u. I60 - I69)		Krankheiten der Leber (K70 - K77)			Transportmittelunfälle inner- u. außerhalb des Verkehrs (V01 - V99) ²				
35 - 64 Jahre, insg.		15 - 74 Jahre, insg.			alle Altersgruppen, insg.				
Mittelwert*	SMR**		Mittelwert*	SMR**		Mittelwert*	SMR**		
8	1,02		16	1,18		3	0,73	Bottrop	
45	1,27	↑	80	1,24	↑	12	0,62	↑	Essen
18	1,27		32	1,30	↑	4	0,55		Oberhausen
21	1,31		51	1,74	↑	7	0,82		Gelsenkirchen
31	1,00		49	0,88		21	1,40	↑	Kreis Wesel
47	1,13		96	1,30	↑	18	0,88		Kreis Recklinghausen
1 099	1,00		1 989	1,00		575	1,00		Nordrhein-Westfalen

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_14_2017

Todesursachenstatistik
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
Datenhalter: IT.NRW

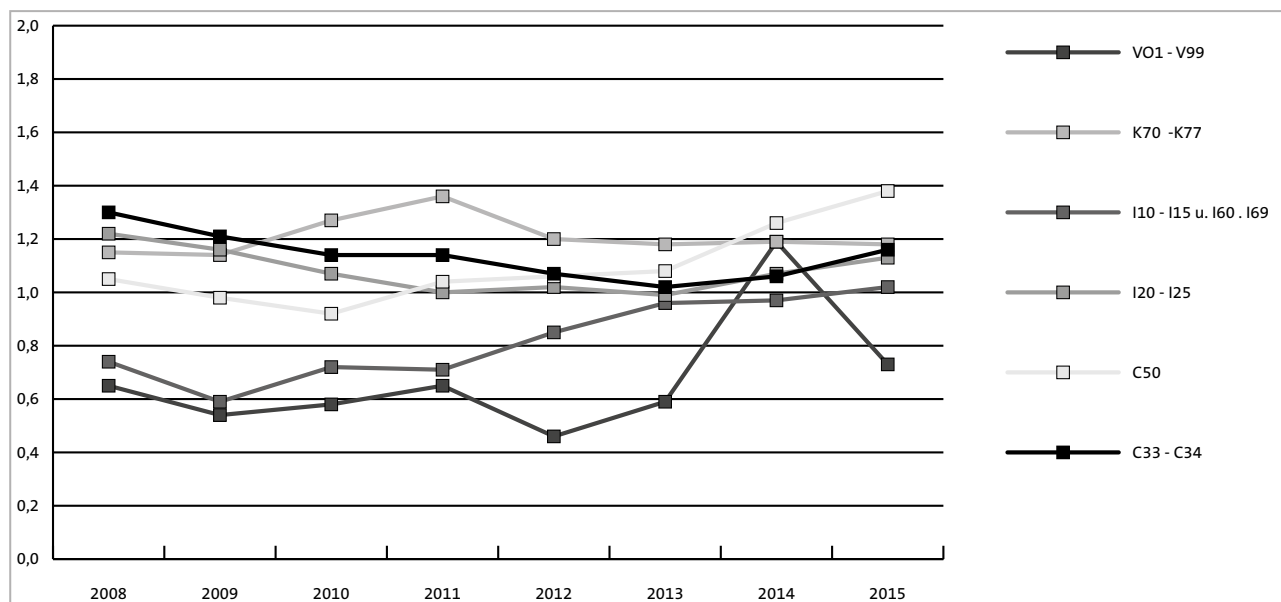
* 5-Jahres-Mittelwert
** Standardized Mortality Ratio: standardisiert an der Mortalitätsrate des Landes

↑ signifikant über dem Landesdurchschnitt
↓ signifikant unter dem Landesdurchschnitt (Signifikanzniveau 0,01)

² Aussagewert eingeschränkt, da der Wert (laut IT.NRW) Fehler aufweisen kann



Zeitreihe: Standardisierte Sterberaten (SMR) ausgewählter Krankheiten 2008 - 2017



	C33 - C34	C50	I20 - I25	I10 - I15 u. I60 . I69	K70 -K77	VO1 - V99
2008	1,30	1,05	1,22	0,74	1,15	0,65
2009	1,21	0,98	1,16	0,59	1,14	0,54
2010	1,14	0,92	1,07	0,72	1,27	0,58
2011	1,14	1,04	1,00	0,71	1,36	0,65
2012	1,07	1,06	1,02	0,85	1,20	0,46
2013	1,02	1,08	0,99	0,96	1,18	0,59
2014	1,06	1,26	1,07	0,97	1,19	1,19
2015	1,16	1,38	1,13	1,02	1,18	0,73

Quellen: LZG.NRW 2016
 Indikator 03_14_2008 - 2014
 5-Jahres Mittelwerte, standardisiert an der Mortalitätsrate des Landes
 Bezeichnungen nach ICD-10
 Bottrop

Todesursachenstatistik
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
 Datenhalter: IT.NRW

Stationäre Morbidität

03_27_2017 Krankenhausfälle

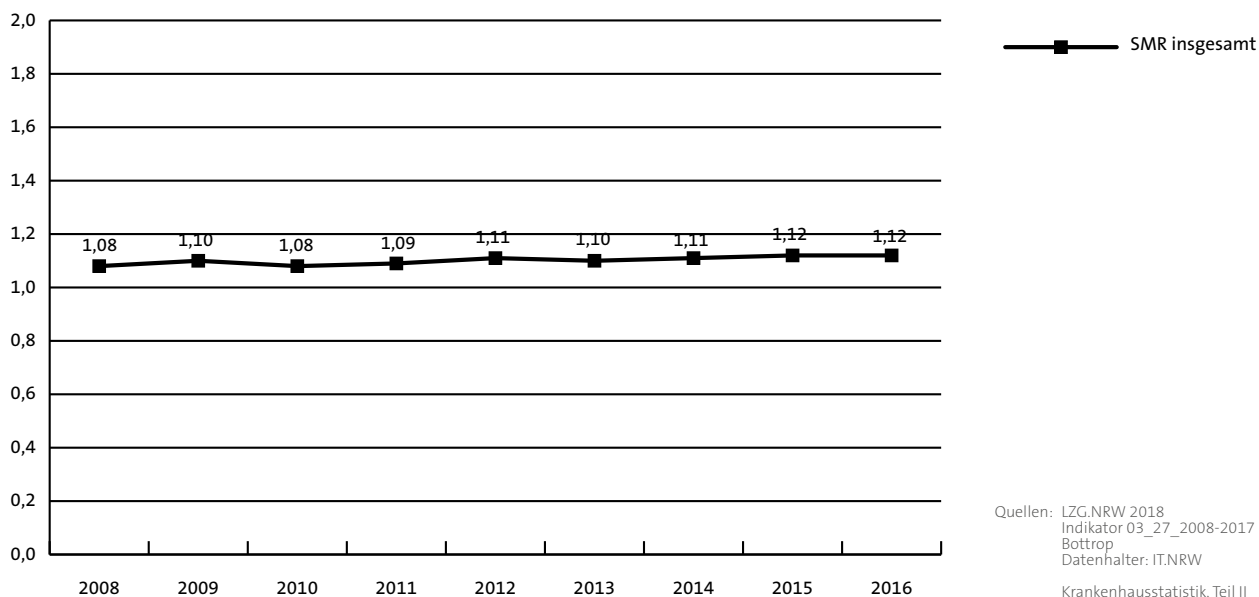
Definition: Anhang Seite 19

Verwaltungsbezirk	Stationär behandelte Kranke								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl*	je 100 000 weibl. Einw.	SMR**	Anzahl*	je 100 000 männl. Einw.	SMR**	Anzahl*	je 100 000 Einwohner	SMR**
Bottrop	18 577	30 870,6	1,10	16 842	29 495,6	1,15	35 419	30 201,1	1,12
Essen	83 786	27 925,0	0,99	73 312	25 922,2	1,02	157 098	26 953,2	1,01
Oberhausen	32 626	30 305,8	1,09	28 348	27 388,8	1,07	60 974	28 876,0	1,08
Gelsenkirchen	47 015	35 772,7	1,29	40 147	30 877,1	1,25	87 162	33 338,1	1,27
Kreis Wesel	70 601	29 879,3	1,07	63 349	28 042,6	1,07	133 950	28 981,6	1,07
Kreis Recklinghausen	104 483	33 075,2	1,18	91 182	30 232,2	1,17	195 665	31 686,6	1,17
Nordrhein-Westfalen	2 500 268	27 459,1	1,00	2 205 085	25 136,6	1,00	4 705 353	26 319,5	1,00

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_27_2017_01
Datenhalter: IT.NRW
Krankenhausstatistik, Teil II Diagnosen

* inkl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht
** Standardized Morbidity Ratio: standardisiert an der stationären Behandlungshäufigkeit des Landes

Zeitreihe: Standardisierte Morbiditätsraten (SMR), Krankenhausfälle 2008 - 2017





03_27_2017_01 Reha-Fälle

Definition: Anhang Seite 20

Verwaltungsbezirk	Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen*								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl**	je 100 000 weibl. Einw.	SMR***	Anzahl**	je 100 000 männl. Einw.	SMR***	Anzahl**	je 100 000 Einwohner	SMR***
Bottrop	1 306	2 170,3	1,02	1 035	1 812,6	1,01	2 341	1 996,1	1,02
Essen	5 601	1 866,8	0,91	4 119	1 456,4	0,85	9 720	1 667,7	0,89
Oberhausen	2 245	2 085,3	0,99	1 739	1 680,2	0,95	3 984	1 886,7	0,97
Gelsenkirchen	2 462	1 873,3	0,92	2 006	1 542,8	0,91	4 468	1 708,9	0,91
Kreis Wesel	5 289	2 238,4	1,04	4 290	1 899,0	1,04	9 579	2 072,5	1,04
Kreis Recklinghausen	6 806	2 154,5	1,01	5 907	1 958,5	1,08	12 713	2 058,8	1,04
Nordrhein-Westfalen	186 916	2 052,8	1,00	151 117	1 722,6	1,00	338 033	1 890,8	1,00

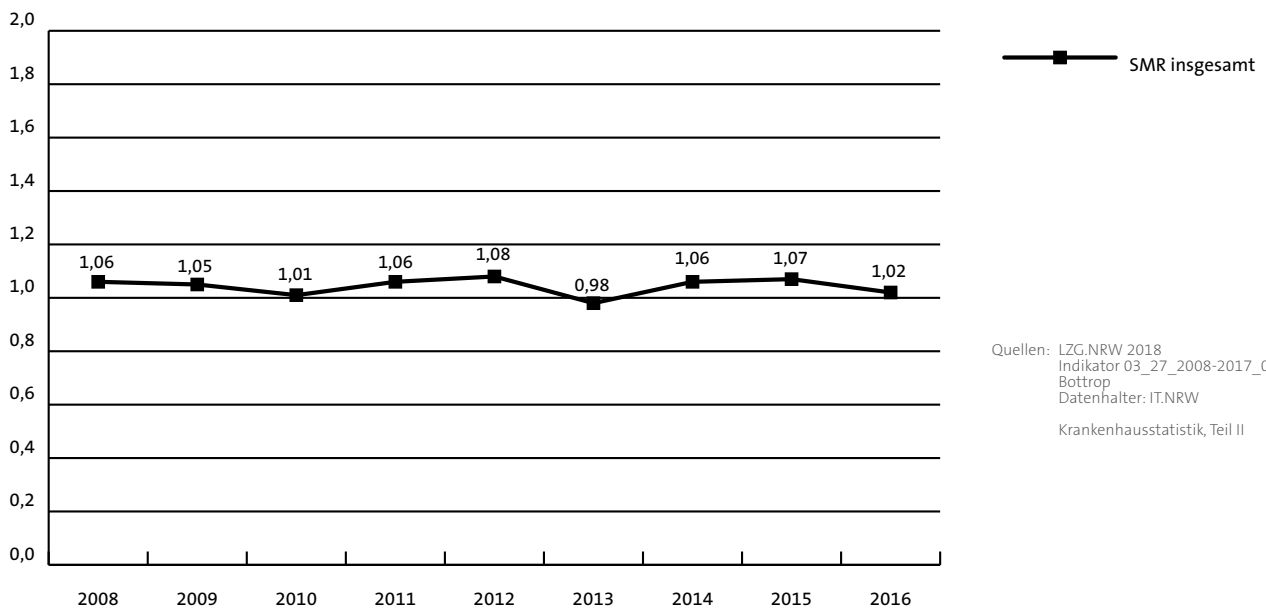
Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_27_2017 - 01

Datenhalter: IT.NRW
Krankenhausstatistik, Teil II Diagnosen
(Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen)

* nur Einrichtungen mit mehr als 100 Betten
** inkl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht

*** Standardized Morbidity Ratio: standardisiert an der stationären Behandlungshäufigkeit des Landes

Zeitreihe: Standardisierte Morbiditätsraten (SMR), Reha-Fälle 2008 - 2017



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_27_2008-2017_01
Bottrop
Datenhalter: IT.NRW
Krankenhausstatistik, Teil II

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation

03_36_2017 Medizinische und sonstige Rehabilitationsleistungen (<65 Jahre)

Definition: Anhang Seite 20

Verwaltungsbezirk	Leistungen zur med. Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte
Bottrop	712	2 593,5	778	2 685,8	1 490	2 640,9
Essen	2 747	2 033,0	2 693	1 906,3	5 440	1 968,2
Oberhausen	1 173	2 359,1	1 240	2 346,0	2 413	2 352,4
Gelsenkirchen	1 257	2 096,6	1 428	2 133,8	2 685	2 116,2
Wesel	2 651	2 473,5	2 714	2 418,7	5 365	2 445,5
Recklinghausen	3 311	2 285,3	3 558	2 311,3	6 869	2 298,7
Nordrhein-Westfalen*	92 255	2 177,4	97 366	2 179,3	189 621	2 178,4

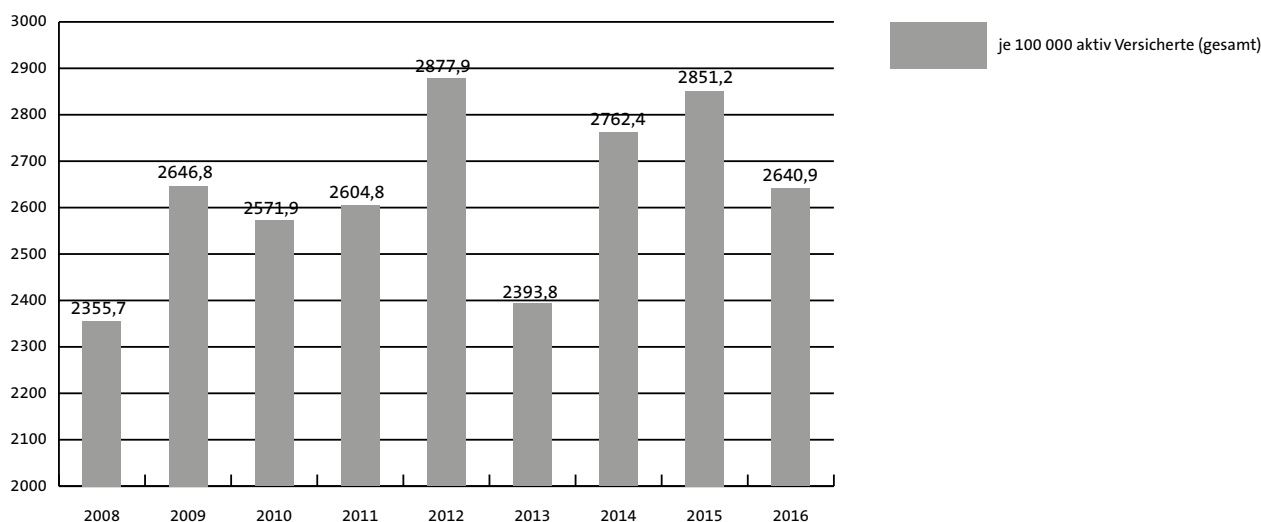
Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_36_2017

* einschl. der Patienten mit nicht zuordenbarem Wohnsitz im Regierungsbezirk Köln

Datenhalter: Deutsche Rentenversicherung Bund

Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe

Zeitreihe: Medizinische und Rehabilitationsleistungen insgesamt 2008 - 2017



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_36_2008-2017

Datenhalter: Deutsche Rentenversicherung Bund

Bottrop
Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe



Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

03_40_2017 Frührentenzugänge und -bestand

Definition: Anhang Seite 21

Verwaltungsbezirk	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte
Bottrop	125	451,0	121	414,3	246	432,1
Essen	633	464,3	599	420,3	1 232	441,8
Oberhausen	250	498,3	231	433,6	481	465,0
Gelsenkirchen	355	587,3	318	472,1	673	526,6
Kreis Wesel	534	493,3	512	452,7	1 046	472,5
Kreis Recklinghausen	666	455,3	654	421,9	1 320	438,1
Nordrhein-Westfalen	19 397	453,9	18 465	409,9	37 862	431,3

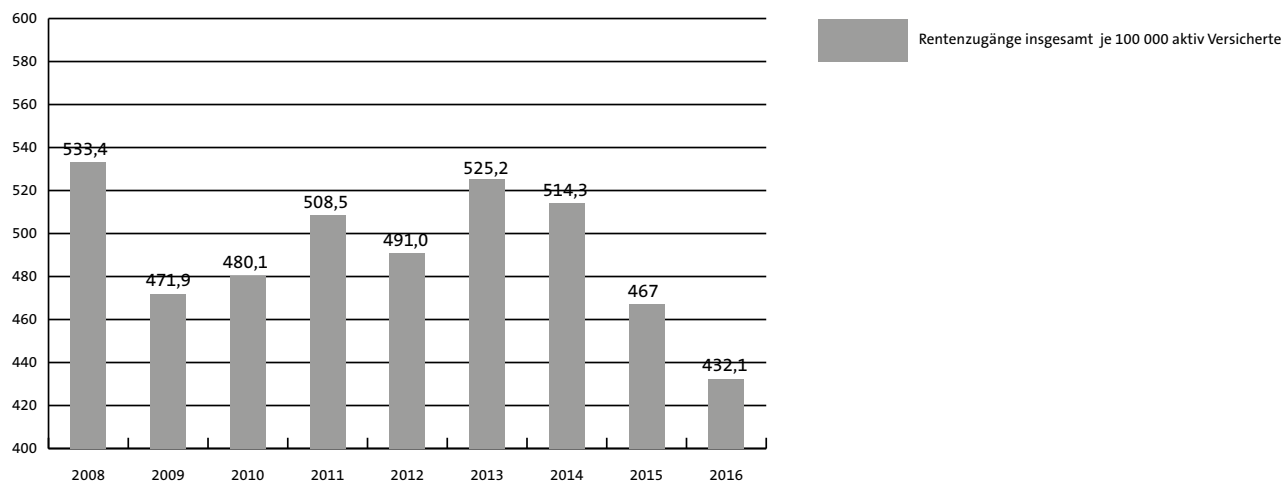
Verwaltungsbezirk	Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 männl. aktiv Versicherte	Anzahl	je 100 000 aktiv Versicherte
Bottrop	1 484	5 422,0	1 799	6 241,8	3 283	5 842,5
Essen	4 873	3 647,2	5 299	3 819,6	10 172	3 735,0
Oberhausen	2 196	4 394,7	2 876	5 411,6	5 072	4 918,8
Gelsenkirchen	3 200	5 430,8	4 230	6 545,0	7 430	6 013,7
Kreis Wesel	4 148	3 839,8	4 848	4 307,0	8 996	4 078,2
Kreis Recklinghausen	6 951	4 836,1	8 656	5 658,3	15 607	5 260,0
Nordrhein-Westfalen	177 219	4 224,6	181 924	4 130,6	359 143	4 176,5

Quelle: LZG.NRW 2018
Indikator 03_40_2017

Datenhalter: Deutsche Rentenversicherung Bund

Statistik über Rentenzugänge
Statistik über Rentenbestand

Zeitreihe: Rentenzugänge insgesamt 2008 - 2016



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_40_2008-2017
Bottrop

Statistik über Rentenzugänge
Statistik über Rentenbestand

Datenhalter: Deutsche Rentenversicherung Bund

Schwerbehinderte Menschen

03_45_2017 Schwerbehinderte Menschen

Definition: Anhang Seite 22

Verwaltungsbezirk	Schwerbehinderte Menschen								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	SMR*	Anzahl	je 100 000 Einwohner	SMR*
Bottrop	6 104	10 131,5	0,96	6 145	10 758,8	1,00	12 249	10 436,8	0,98
Essen	34 760	11 579,4	1,14	32 205	11 371,6	1,10	66 965	11 478,5	1,12
Oberhausen	12 178	11 320,9	1,10	11 979	11 534,8	1,09	24 157	11 426,0	1,09
Gelsenkirchen	16 082	12 299,2	1,22	15 530	11 987,8	1,19	31 612	12 144,2	1,20
KreisWesel	27 443	11 626,0	1,10	27 771	12 363,7	1,10	55 214	11 985,7	1,10
KreisRecklinghausen	33 685	10 665,1	1,01	34 695	11 527,3	1,05	68 380	11 085,8	1,03
Nordrhein-Westfalen	908 042	9 951,6	1,00	909 888	10 354,3	1,00	1 817 930	10 149,2	1,00

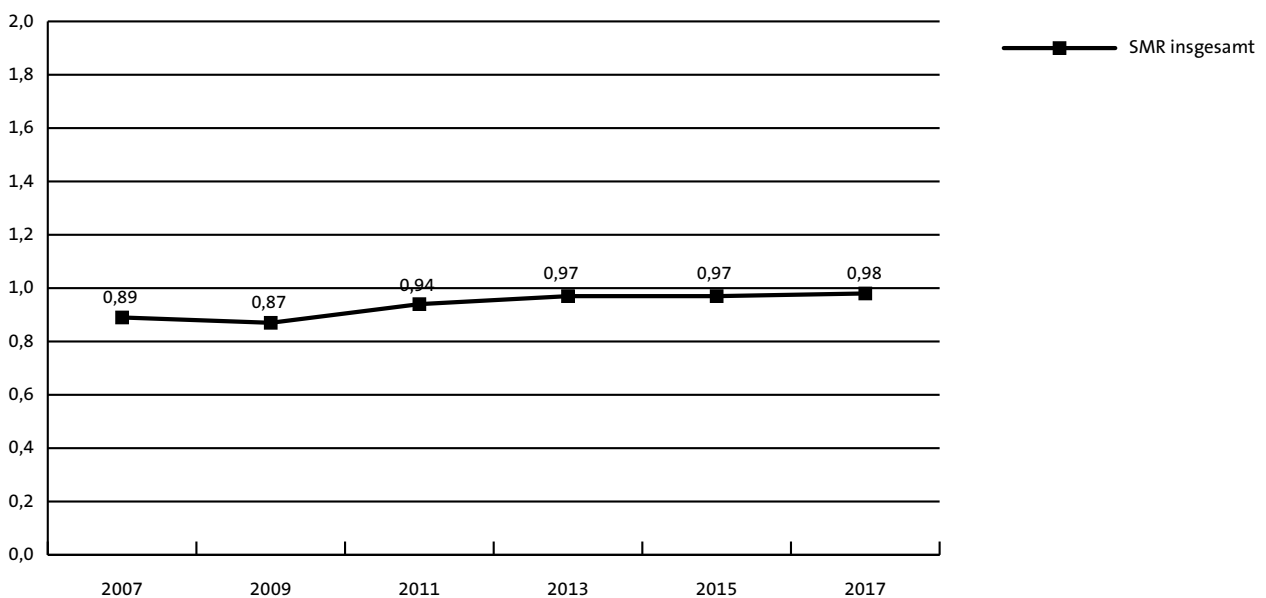
Quelle: LZG.NRW 2018
Indikator 03_45_2017

* Standardized Morbidity Ratio: standardisiert an der
Schwerbehindertenrate des Landes

Datenhalter: IT.NRW

Statistik über schwerbehinderte Menschen

Zeitreihe: Rate der schwerbehinderten Menschen 2007 - 2017



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_45_2007/2009/2011/2013/2015/2017
Bottrop
Statistik über schwerbehinderte Menschen

Datenhalter: IT.NRW

03_45_2017_01 Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren

Definition: Anhang Seite 23

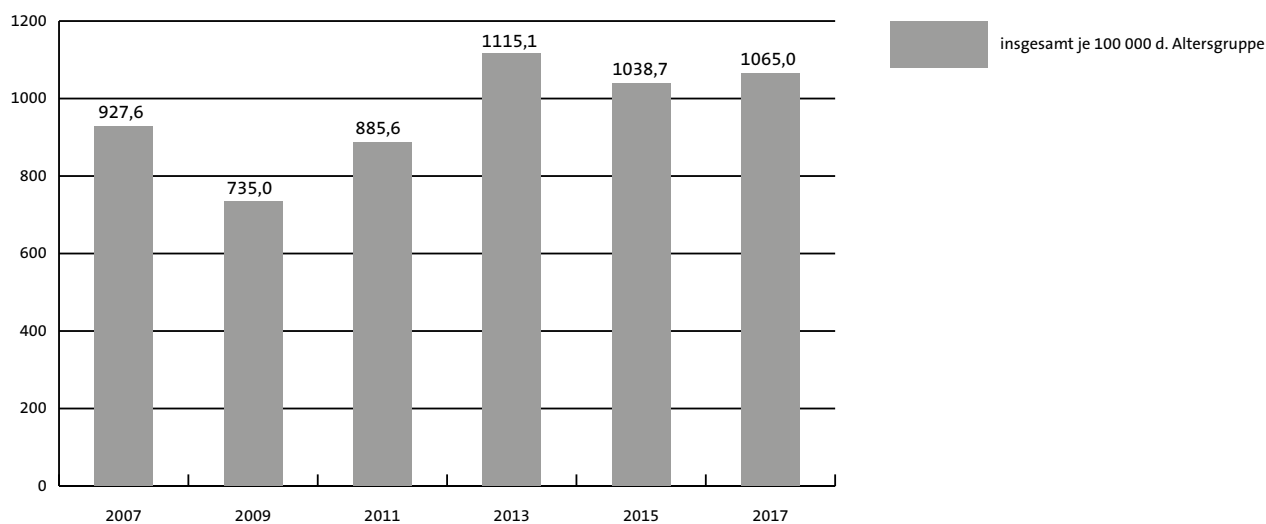
Verwaltungsbezirk	Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren					
	weiblich	je 100 000 der weiblichen Altersgruppe	männlich	je 100 000 der männlichen Altersgruppe	insgesamt	je 100 000 der Altersgruppe
Bottrop	74	1 030,6	99	1 290,7	173	1 165,0
Essen	412	1 088,5	597	1 483,5	1 009	1 292,0
Oberhausen	148	1 097,8	226	1 603,0	374	1 356,0
Gelsenkirchen	206	1 154,6	308	1 583,4	514	1 378,3
Kreis Wesel	321	1 122,4	543	1 788,9	864	1 465,6
Kreis Recklinghausen	400	1 027,0	631	1 523,1	1 031	1 282,7
Nordrhein-Westfalen	12 451	1 047,8	19 594	1 553,0	32 045	1 307,9

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03-45-2017-01

Datenhalter: IT.NRW

Statistik über schwerbehinderte Menschen

Zeitreihe: Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren 2007 - 2017



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_45_2007/2009/2011/2013/2015/2017_01
Bottrop
Statistik über schwerbehinderte Menschen

Datenhalter: IT.NRW



03_45_2017_02 Schwerbehinderte Menschen über 65 Jahre

Definition: Anhang Seite 23

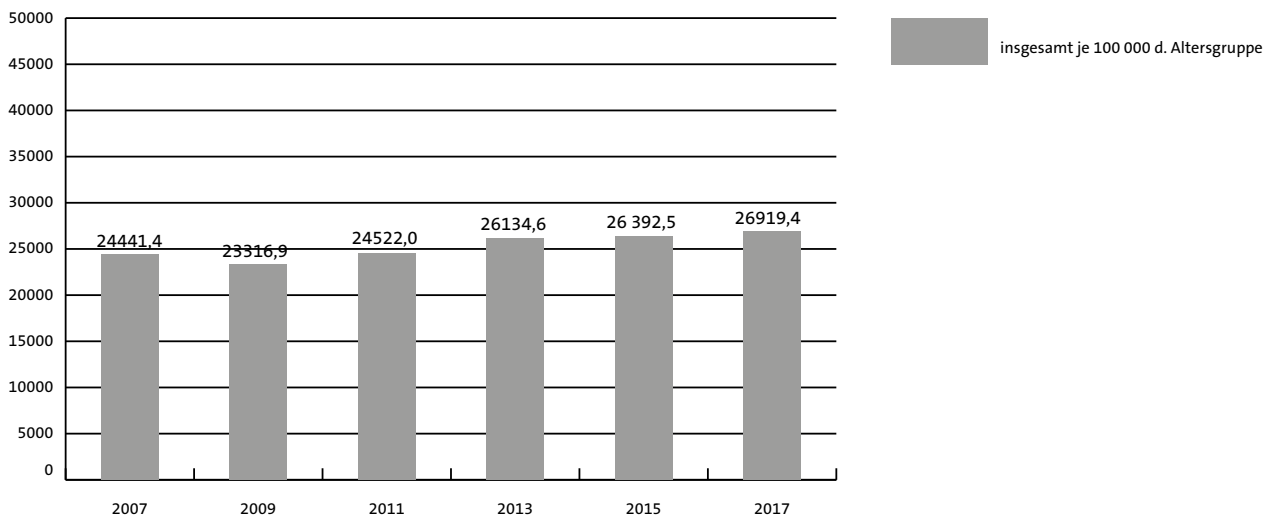
Verwaltungsbezirk	Schwerbehinderte Menschen von 65 und mehr Jahren					
	weiblich	je 100 000 der weiblichen Altersgruppe	männlich	je 100 000 der männlichen Altersgruppe	insgesamt	je 100 000 der Altersgruppe
Bottrop	3 553	23 715,1	3 414	31 324,0	6 967	26 919,4
Essen	22 370	30 688,4	18 812	35 733,7	41 182	32 804,1
Oberhausen	7 431	28 458,2	6 643	33 720,8	14 074	30 721,2
Gelsenkirchen	9 670	31 350,3	8 078	35 411,2	17 748	33 076,8
Kreis Wesel	15 860	26 697,6	15 051	32 506,9	30 911	29 242,2
Kreis Recklinghausen	20 142	25 513,6	19 542	32 765,0	39 684	28 634,3
Nordrhein-Westfalen	531 020	25 018,1	491 512	30 417,3	1 022 532	27 351,9

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03-45-2017-02

Datenhalter: IT.NRW

Statistik über schwerbehinderte Menschen

Zeitreihe: Schwerbehinderte Menschen von 65 und mehr Jahren 2007 - 2017



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_45_2007/2009/2011/2013/2015/2017_02
Bottrop
Statistik über schwerbehinderte Menschen

Datenhalter: IT.NRW

Pflegebedürftigkeit

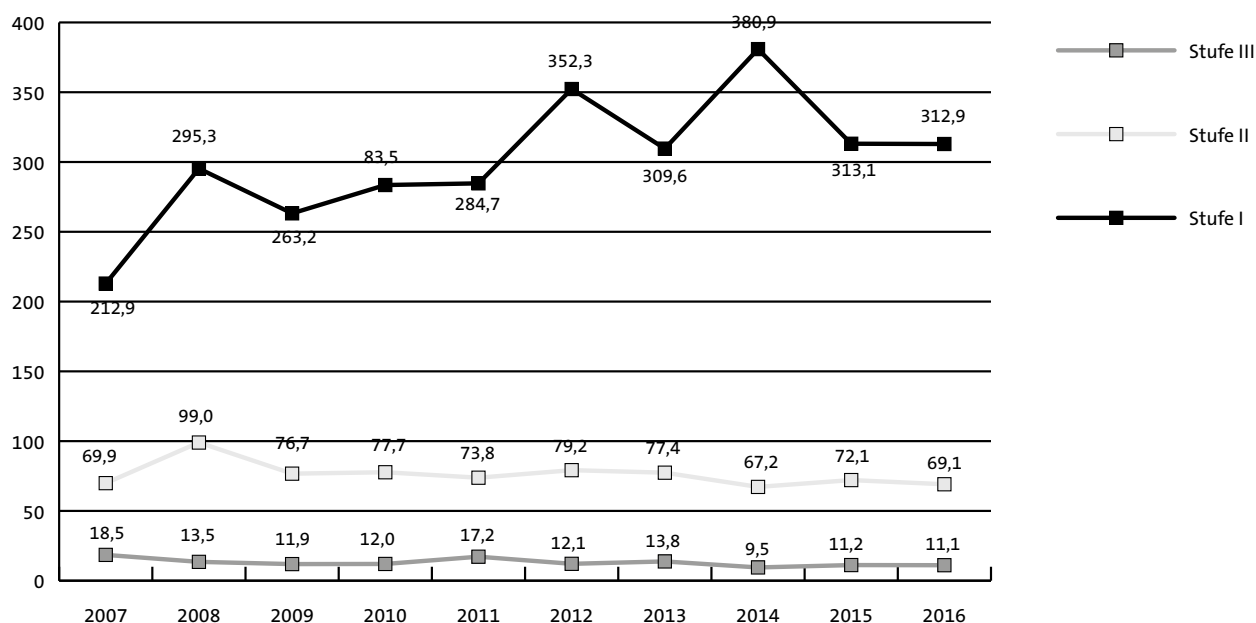
03_48_2016_01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegestufen

Definition: Anhang Seite 24

Verwaltungsbezirk	Durchgeführte Erstgutachten nach Pflegestufen					
	Stufe I		Stufe II		Stufe III	
	insgesamt	je 100 000 Einw.	insgesamt	je 100 000 Einw.	insgesamt	je 100 000 Einw.
Bottrop	367	312,9	81	69,1	13	11,1
Essen	3 177	545,1	679	116,5	51	8,8
Oberhausen	1 211	573,5	269	127,4	23	10,9
Gelsenkirchen	1 012	387,1	259	99,1	37	14,2
Wesel	2 527	546,7	542	117,3	122	26,4
Recklinghausen	2 294	371,5	607	98,3	59	9,6
Nordrhein-Westfalen	92 733	518,7	23 872	133,5	3 722	20,8

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_48_2017_01
MDK Westfalen-Lippe,
MDK Nordrhein: Ergebnisse der Pflegebegutachtungen

Zeitreihe: Durchgeführte Pflegebegutachtungen 2007 - 2016



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_48_2007-2017_01
Bottrop
MDK Westfalen-Lippe,
MDK Nordrhein: Ergebnisse der Pflegebegutachtungen



03_49_2015 Pflegebedürftige nach Geschlecht

Definition: Anhang Seite 24

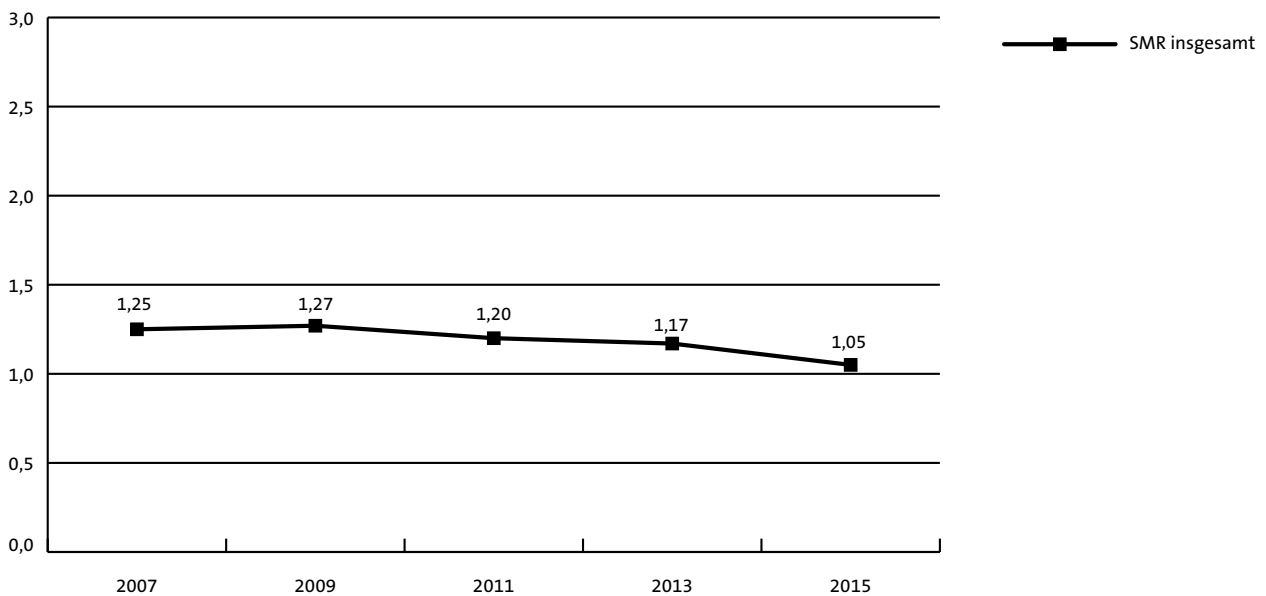
Verwaltungsbezirk	Pflegebedürftige*								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	SMR**	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	SMR**	Anzahl	je 100 000 Einwohner	SMR**
Bottrop	3 081	5 123,1	1,04	1 646	2 887,5	1,06	4 727	4 035,2	1,05
Essen	13 317	4 438,1	0,91	7 028	2 487,2	0,94	20 345	3 492,0	0,92
Oberhausen	5 658	5 255,9	1,12	3 096	2 997,6	1,13	8 754	4 150,1	1,13
Gelsenkirchen	6 998	5 337,9	1,11	3 450	2 668,9	1,06	10 448	4 012,8	1,10
Wesel	12 830	5 430,3	1,17	7 089	3 131,2	1,13	19 919	4 305,3	1,15
Recklinghausen	17 728	5 611,7	1,16	9 601	3 180,3	1,16	27 329	4 423,5	1,16
Nordrhein-Westfalen	409 792	4 504,4	1,0	228 311	2 603,9	1,0	638 103	3 571,7	1,0

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_49_2015
Pflegestatistik

* ab 2013: inkl. Pflegebedürftige, die noch keiner Pflegestufe zugeordnet sind;
ab 2009: Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ohne teilstationäre Unterbringungen
** Standardized Morbidity Ratio: standardisiert an der Rate der Pflegebedürftigen des Landes

Datenhalter: IT.NRW

Zeitreihe: Rate der Pflegebedürftigen (SMR) insgesamt 2007 - 2015



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_49_2007/2009/2011/2013/2015
Bottrop
Pflegestatistik

Datenhalter: IT.NRW

03-49-2015_01 Pflegebedürftige nach Art der Pflege

Definition: Anhang Seite 25

Verwaltungsbezirk	Pflegebedürftige							
	Insgesamt*	je 100 000 Einwohner	davon:		davon:			
			durch ambulante Pflegeeinrichtungen betreut		in vollstationären Pflegeeinrichtungen betreut*		Pflegegeldempfänger**	
			Anzahl	je 100 000 Einw.	Anzahl	je 100 000 Einw.	Anzahl	je 100 000 Einw.
Bottrop	4 727	4 035,2	970	828,0	1 305	1 114,0	2 452	2 093,2
Essen	20 345	3 492,0	4 661	800,0	6 681	1 146,7	9 003	1 545,3
Oberhausen	8 754	4 150,1	2 242	1 062,9	2 028	961,4	4 484	2 125,8
Gelsenkirchen	10 448	4 012,8	2 423	930,6	2 460	944,8	5 565	2 137,4
KreisWesel	19 919	4 305,3	4 385	947,8	4 242	916,9	11 292	2 440,6
Kreis Recklinghausen	27 329	4 423,5	6 770	1 095,8	6 474	1 047,9	14 085	2 279,8
Nordrhein-Westfalen	638 103	3 571,7	151 366	847,3	164 633	921,5	322 104	1 802,9

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_49_2015_01

* ab 2013: inklusive Pflegebedürftige, die noch keiner Pflegestufe zugeordnet sind;
ab 2009: ohne teilstationäre Unterbringungen

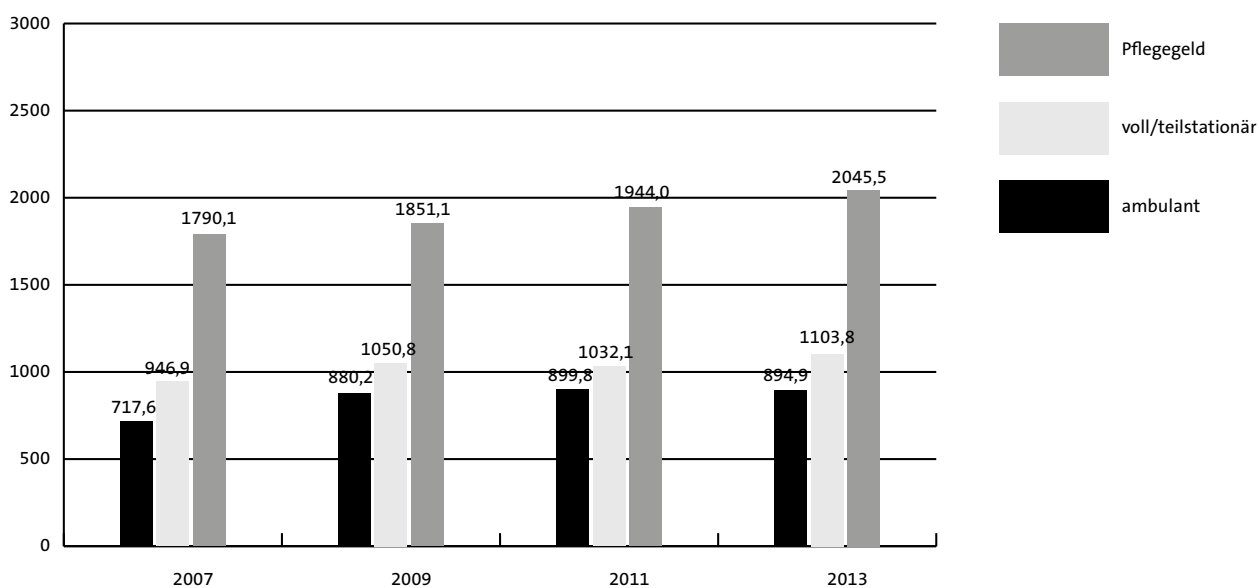
Datenhalter: IT.NRW

** Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld erhalten

Pflegestatistik/Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Zeitreihe: Pflegebedürftige nach Art der Pflege 2007/2009/2011/2013/2015

Pflegebedürftige je 100 000 Einwohner



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_49_2007/2009/2011/2013/2015_01
Bottrop
Pflegestatistik/Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Datenhalter: IT.NRW



03_49_2016_02 MDK-Pflegebegutachtung nach Geschlecht

Definition: Anhang Seite 25

Verwaltungsbezirk	Durchgeführte Erstgutachten nach Geschlecht*					
	Frauen		Männer		Insgesamt	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einw.
Bottrop	262	435,4	199	348,5	461	393,1
Essen	2 293	764,2	1 614	570,7	3 907	670,3
Oberhausen	876	813,7	627	605,8	1 503	711,8
Gelsenkirchen	762	579,8	546	419,9	1 308	500,3
Kreis Wesel	1 884	797,3	1 307	578,6	3 191	690,4
Kreis Recklinghausen	1 622	513,5	1 338	443,6	2 960	479,4
Nordrhein-Westfalen	69 479	763,1	50 848	579,6	120 327	673,1

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_49_2016_02

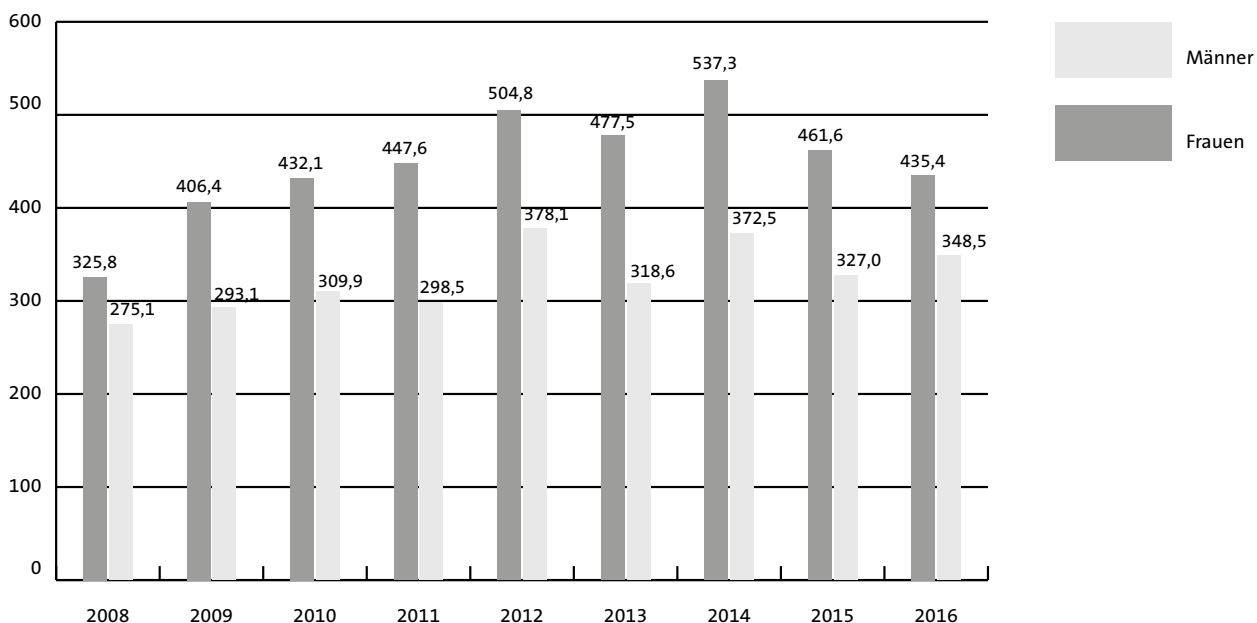
* Einstufung in Pflegestufen I-III

Datenhalter: IT.NRW

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein: Ergebnisse der Pflege-Begutachtungen
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe

Zeitreihe: MDK-Pflegebegutachtungen nach Geschlecht 2008 - 2014

Erstgutachten je 100.000 Einwohner



Quellen: LZG.NRW 2014
Indikator 03_49_2008-2012_02
Bottrop

Datenhalter: IT.NRW

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nordrhein: Ergebnisse der Pflege-Begutachtungen
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe

Gesundheitszustand von Säuglingen und Vorschulkindern

03_51_2017 Lebendgeborene nach Geburtsgewicht

Definition: Anhang Seite 26

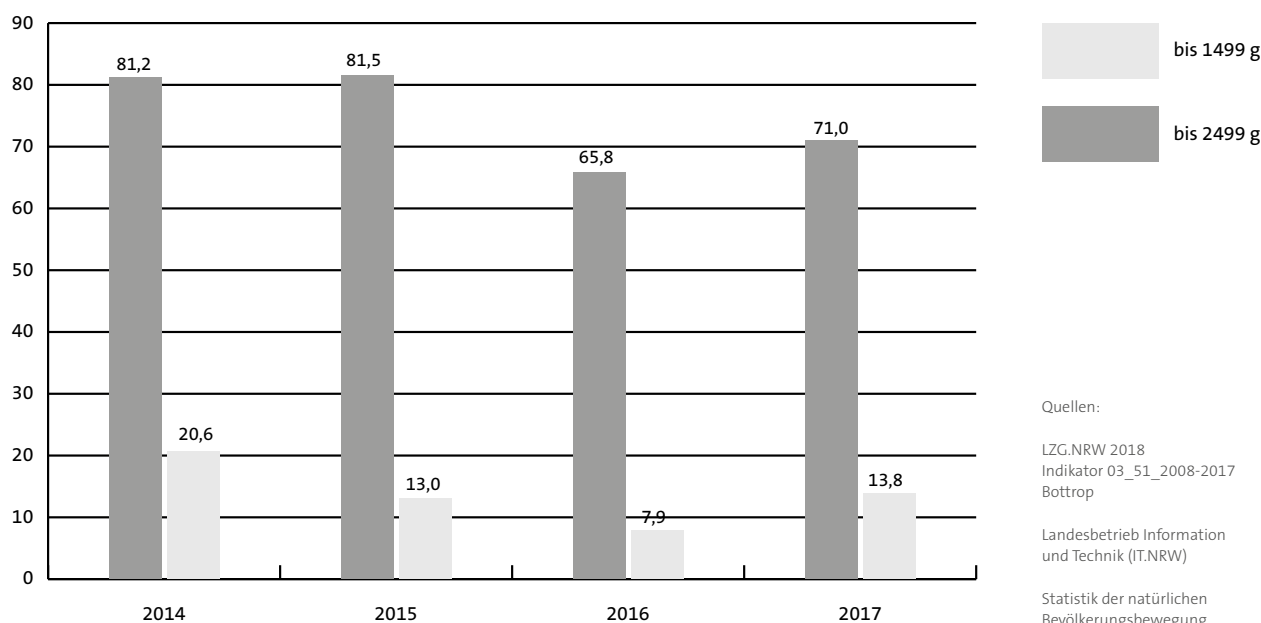
Verwaltungsbezirk	Lebendgeborene				
	insg.	darunter mit einem Geburtsgewicht:			
		bis 2 499 g		bis 1 499 g	
		Anzahl	je 1 000 Lebendgeb.	Anzahl	je 1 000 Lebendgeb.
Bottrop	1 014	72	71,0	14	13,8
Essen	5 871	454	77,3	73	12,4
Oberhausen	1 916	153	79,9	28	14,6
Gelsenkirchen	2 712	179	66,0	26	9,6
Kreis Wesel	3 868	287	74,2	57	14,7
Kreis Recklinghausen	5 649	441	78,1	80	14,2
Nordrhein-Westfalen	171 067	12 049	70,4	2 067	12,1

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_51_2017

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Zeitreihe: Lebendgeborene nach Geburtsgewicht 2008 - 2017

Anzahl je 1000 Neugeborene





03_53_2017_01 Säuglingssterbefälle (Neonatal- u. Postneonatalsterblichkeit)

Definition: Anhang Seite 27

Verwaltungsbezirk	Lebendgeborene insges.	Gestorbene Säuglinge im Alter von ...									
		0* - 6 Tagen (frühe Neonatalsterb.)		7 - 27 Tagen (späte Neonatalsterb.)		28 - 364 Tagen (Postneonatalsterb.)		unter 1 Monat** (Neonatalsterb.)		unter 1 Jahr	
		insges.	je 1 000 Lebgeb.	insges.	je 1 000 Lebgeb.	insges.	je 1 000 Lebgeb.	insges.	je 1 000 Lebgeb.	insges.	je 1 000 Lebgeb.
Bottrop	1 004	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Essen	5 874	11	1,9	3	0,5	5	0,9	14	2,4	19	3,2
Oberhausen	1 979	3	1,5	–	–	6	3,0	3	1,5	9	–
Gelsenkirchen	2 725	7	2,6	2	0,7	3	1,1	9	3,3	12	–
Kreis Wesel	3 864	15	3,9	3	0,8	7	1,8	18	4,7	25	6,5
Kreis Recklinghausen	5 500	11	2,0	2	0,4	6	1,1	13	2,4	19	3,5
Nordrhein-Westfalen	171 984	369	2,1	87	0,5	199	1,2	456	2,7	655	3,8

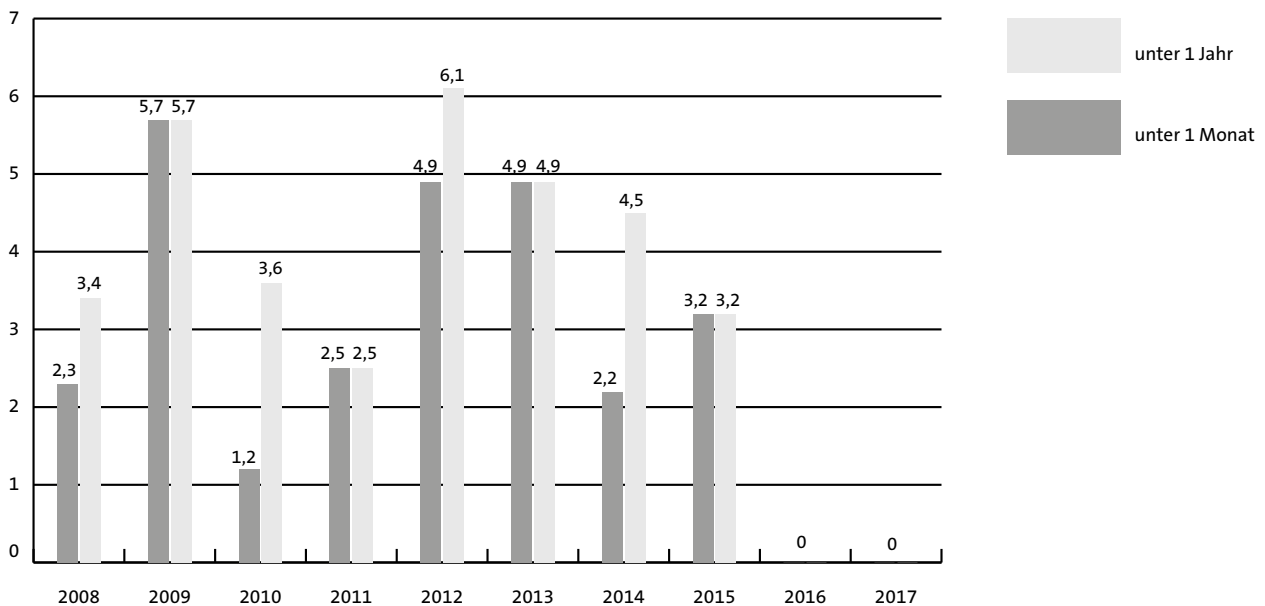
Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_53_2017_01

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

* am Tag der Geburt gestorben
** in den ersten 28 Tagen gestorben
"–" nichts vorhanden (genau null)

Zeitreihe: Säuglingssterbefälle 2008 - 2017

Gestorbene Säuglinge je 1000 Lebendgeborene



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_53_2017_01
Bottrop

03_54_2017 Säuglingssterblichkeit, 3-Jahres-Mittelwerte 2002 - 2017

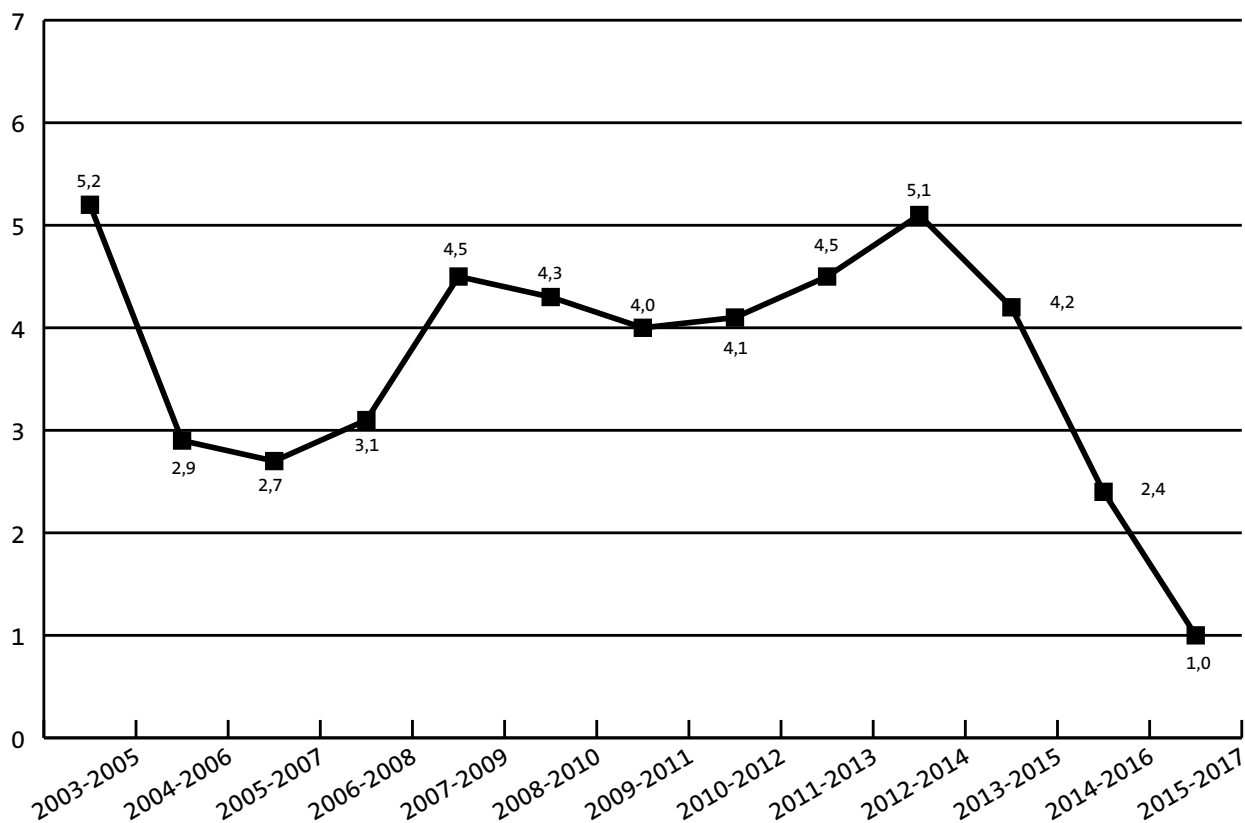
Definition: Anhang Seite 27

Verwaltungsbezirk	Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr je 1000 Lebendgeborene, 3-Jahres Mittelwerte														
	2003 - 2005	2004 - 2006	2005 - 2007	2006 - 2008	2007 - 2009	2008 - 2010	2009 - 2011	2010 - 2012	2011 - 2013	2012 - 2014	2013 - 2015	2014 - 2016	2015 - 2017		
Bottrop	5,2	2,9	2,7	3,1	4,5	4,3	4,0	4,1	4,5	5,1	4,2	2,4	1		
Essen	5,7	5,0	5,2	5,0	4,6	4,4	4,8	4,7	4,1	4,2	4,3	5,1	4,5		
Oberhausen	6,2	5,6	6,4	5,7	5,3	3,9	3,7	3,5	3,6	3,5	4,1	3,8	4,2		
Gelsenkirchen	7,5	8,3	7,2	7,0	6,7	6,8	7,3	6,3	6,4	6,1	6,0	5,8	3,3		
Kreis Wesel	6,2	5,4	4,2	3,6	3,0	3,4	3,1	3,4	3,6	4,6	5,2	4,3	4,7		
Kreis Recklinghausen	4,7	4,9	4,6	5,6	5,4	4,5	3,6	3,4	3,9	3,8	3,8	3,3	5,2		
Nordrhein-Westfalen	4,9	4,7	4,7	4,6	4,4	4,2	4,1	4,1	4,0	3,8	3,9	4	4		

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_54_2017

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Zeitreihe: Säuglingssterblichkeit 2002 - 2017



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_54_2017
Bottrop
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung



03_54_2017_01 Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht Mittelwert 2012 - 2017

Definition: Anhang Seite 28

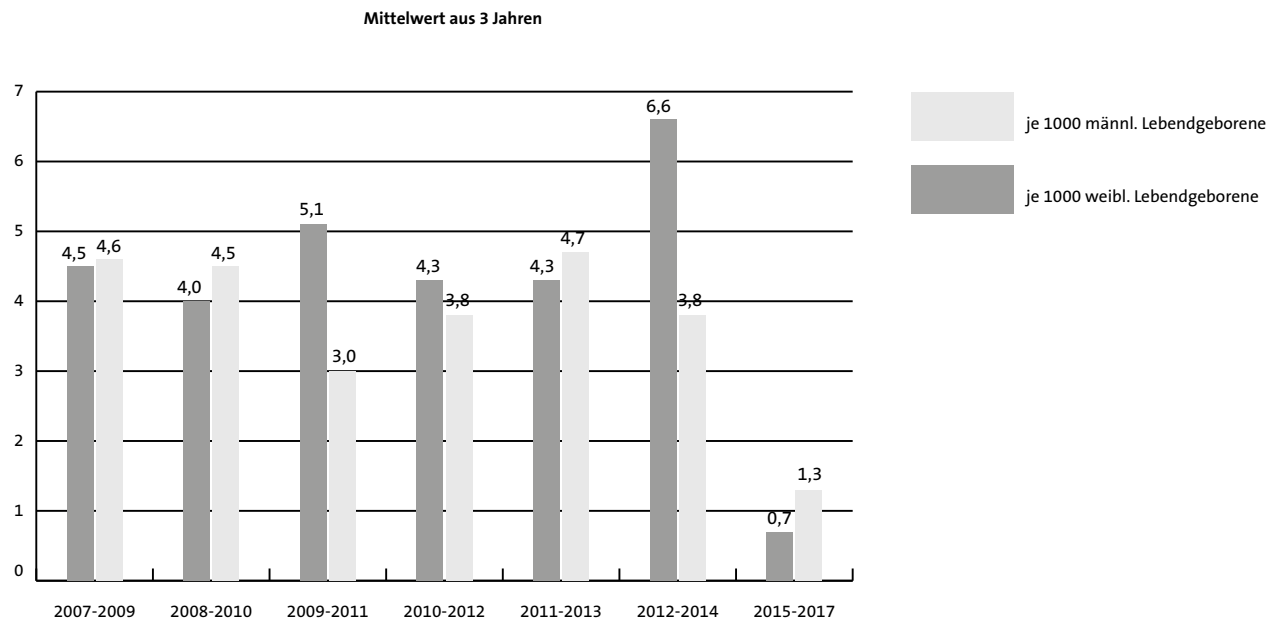
Verwaltungsbezirk	Im ersten Lebensjahr Gestorbene					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl*	je 1 000 weibl. Lebendgeb.	Anzahl*	je 1 000 männl. Lebendgeb.	Anzahl*	je 1 000 Lebendgeb.
Bottrop	0	0,7	1	1,3	1	1,0
Essen	12	4,2	14	4,7	26	4,5
Oberhausen	4	4,3	4	4,1	8	4,2
Gelsenkirchen	6	4,8	8	5,7	14	5,2
Kreis Wesel	9	5,0	9	4,5	18	4,7
Kreis Recklinghausen	9	3,3	9	3,3	18	3,3
Nordrhein-Westfalen	305	3,7	365	4,2	670	4,0

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_54_2017_01

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

* 3-Jahres-Mittelwert

Zeitreihe: Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, Mittelwerte 2009 - 2017



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_54_2009/01-2017/01

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Anmerkung:
Vergleiche Seiten 109 f.f.

03_57_2016_01 Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen

Definition: Anhang Seite 28

Verwaltungsbezirk	Körperkoordination				Visuomotorik			
	Mädchen		Jungen		Mädchen		Jungen	
	Unter- suchte*	auffällig in %	Unter- suchte*	auffällig in %	Unter- suchte*	auffällig in %	Unter- suchte*	auffällig in %
Bottrop	418	11,7	508	19,5	416	11,1	507	17,2
Essen	2 399	6,5	2 519	10,8	2 418	8,8	2 549	16,1
Oberhausen	851	9,9	926	14,6	849	14,8	923	19,1
Gelsenkirchen	1 107	8,6	1 146	10,3	1 134	14,0	1 174	20,2
Kreis Wesel	1 728	6,7	1 794	9,1	1 731	8,8	1 799	17,8
Kreis Recklinghausen	2 290	8,1	2 481	9,2	2 321	8,5	2 507	15,6
Nordrhein-Westfalen**	67 272	7,0	71 027	10,9	67 318	8,9	71 177	15,5

Verwaltungsbezirk	Visuelle Wahrnehmung				Sprachkompetenz			
	Mädchen		Jungen		Mädchen		Jungen	
	Unter- suchte*	auffällig in %	Unter- suchte*	auffällig in %	Unter- suchte*	auffällig in %	Unter- suchte*	auffällig in %
Bottrop	417	7,7	506	10,3	422	12,3	507	10,7
Essen	2 409	9,1	2 535	13,4	2 407	9,4	2 533	11,9
Oberhausen	849	9,3	925	15,1	844	18,1	919	24,6
Gelsenkirchen	1 122	16,0	1 163	18,6	1 116	13,1	1 146	14,5
Kreis Wesel	1 735	8,0	1 799	12,2	1 715	13,2	1 785	14,3
Kreis Recklinghausen	2 322	5,8	2 504	8,8	2 290	7,8	2 461	10,2
Nordrhein-Westfalen**	67 487	6,9	71 446	10,1	64 762	9,0	68 577	11,1

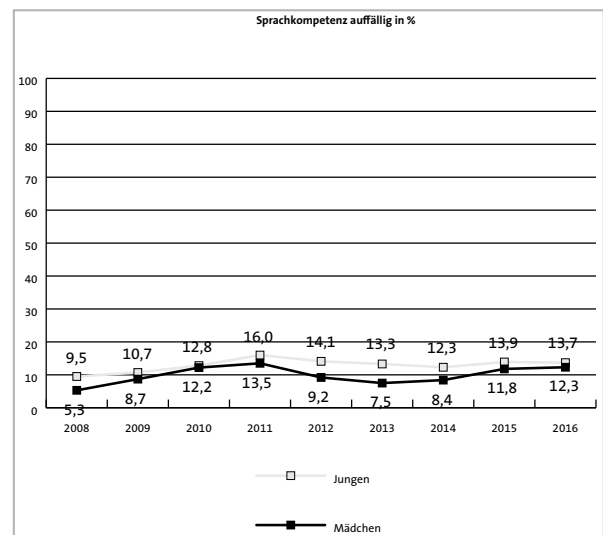
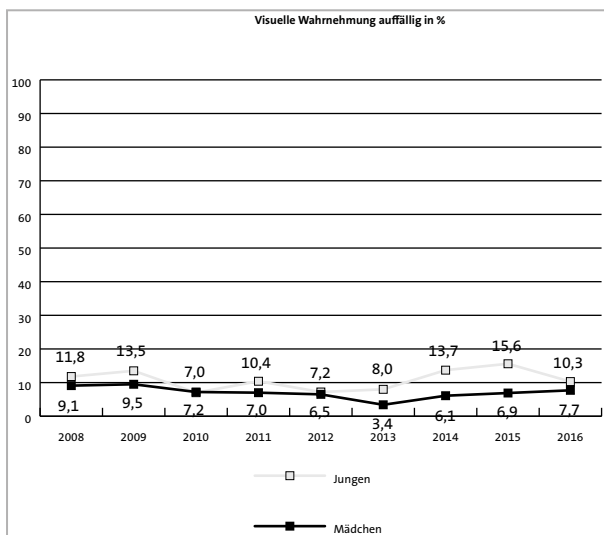
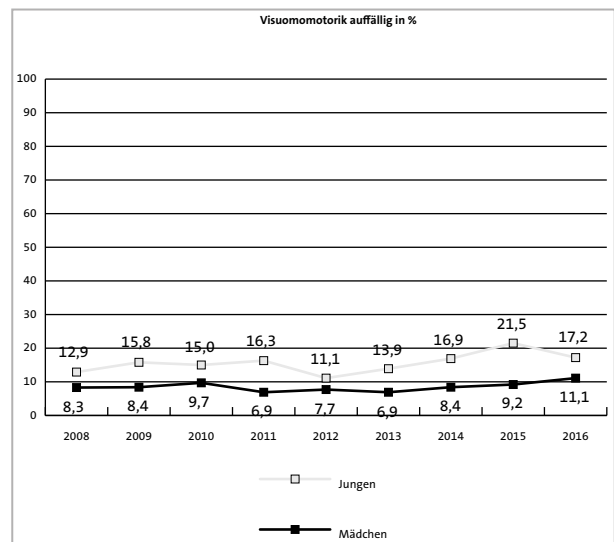
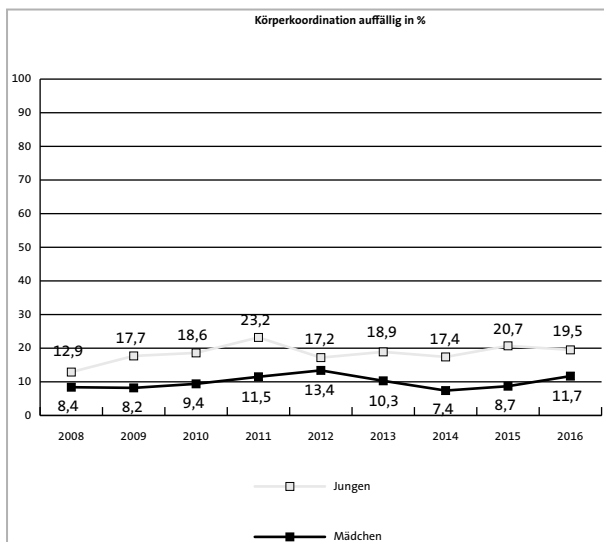
Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03-57_2017_01

Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

* Untersuchte mit gültigen Werten
** Summe der meldenden Kreise
"." Zahlenwert unbekannt



Zeitreihe: Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen 2008 - 2016



Quellen: LZG.NRW 2018
 Indikator 03_57_2017_01
 Bottrop
 Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

Anmerkung:
 Vergleiche Seiten 109 f.f.

03_57_2016_02 Adipositas, herabgesetzte Sehschärfe bei Einschulungsuntersuchungen

Definition: Anhang Seite 29

Verwaltungsbezirk	Adipositas				herabgesetzte Sehschärfe			
	Mädchen		Jungen		Mädchen		Jungen	
	Untersuchte*	Befunde	Untersuchte*	Befunde	Untersuchte*	Befunde	Untersuchte*	Befunde
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Bottrop	421	5,9	508	6,1	422	21,8	509	26,3
Essen	2 381	4,3	2 504	5,0	2 423	24,9	2 556	23,0
Oberhausen	849	5,7	920	4,9	851	27,7	926	25,6
Gelsenkirchen	1 149	5,7	1 201	6,7	1 151	19,6	1 206	18,6
Kreis Wesel	1 743	4,7	1 812	5,3	1 753	12,3	1 831	10,4
Kreis Recklinghausen	2 343	5,4	2 535	4,6	2 353	19,3	2 549	18,2
Nordrhein-Westfalen**								

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_57_2016_02

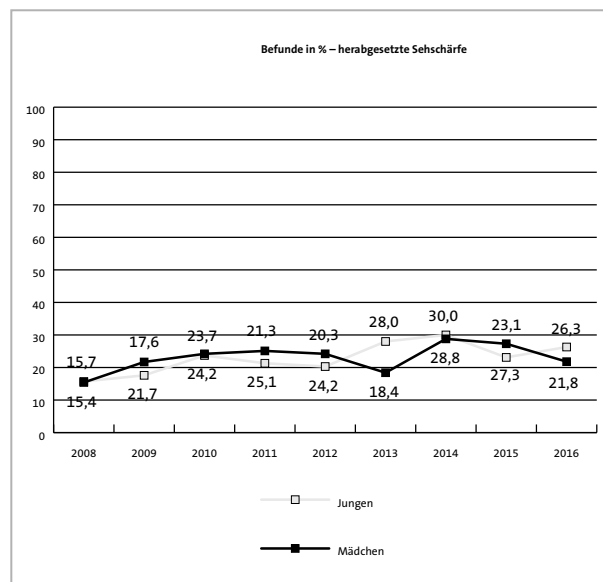
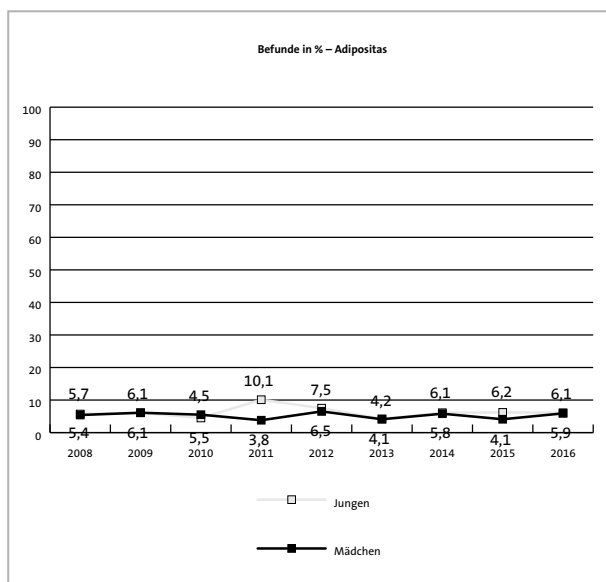
Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

* Untersuchte mit gültigen Werten

** Summe der meldenden Kreise

„.“ Zahlenwert unbekannt oder geheimzuhalten

Zeitreihe: Befunde Adipositas und herabgesetzte Sehschärfe 2008 - 2016



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_57_2016_02

Bottrop
Dokumentation der aschulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)



Infektionskrankheiten

03_59_2016_01 Neuerkrankungen, Masern, 0- bis 14-jährige

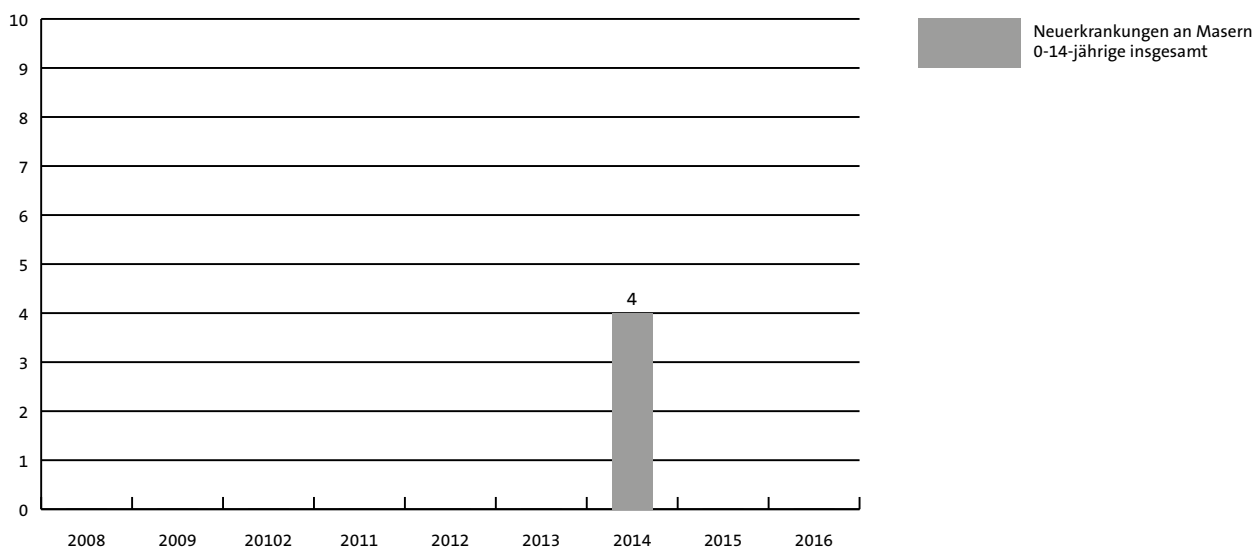
Definition: Anlage Seite 29

Verwaltungsbezirk	Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen					
	weiblich		männlich		insgesamt**	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Kinder	Anzahl	je 100 000 männl. Kinder	Anzahl	je 100 000 Kinder
Bottrop	–	–	–	–	–	–
Essen	–	–	1	2,6	1	1,3
Oberhausen	–	–	–	–	–	–
Gelsenkirchen	1	5,8	–	–	1	2,8
Kreis Wesel	–	–	–	–	–	–
Kreis Recklinghausen	–	–	–	–	–	–
Nordrhein-Westfalen	6	0,5	16	1,3	22	0,9

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_59_2016_01

Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

Zeitreihe: Neuerkrankungen 2008-2016



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_59_2016_01

Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

03_62_2016 Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, Mittelwert 2012 - 2016*

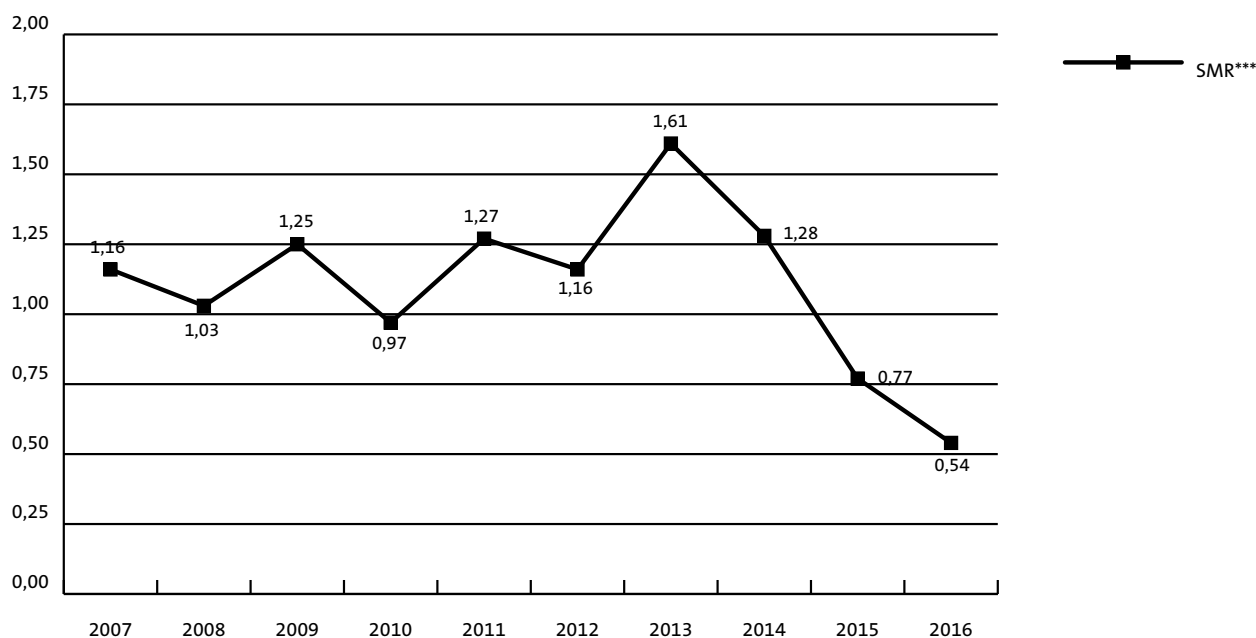
Definition: Anlage Seite 30

Verwaltungsbezirk	Bakteriell gesicherte Lungentuberkulose (A15.0 und A15.1)								
	weiblich			männlich			insgesamt**		
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	SMR**	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	SMR**	Anzahl	je 100 000 Einwohner	SMR***
Bottrop	1	1,7	0,61	2	2,9	0,50	3	2,3	0,54
Essen	9	3,0	1,07	17	6,2	1,04	26	4,5	1,04
Oberhausen	3	2,8	1,01	7	6,5	1,10	10	4,6	1,07
Gelsenkirchen	5	4,1	1,47	11	8,5	1,46	16	6,3	1,47
Kreis Wesel	7	2,8	1,04	9	4,0	0,69	16	3,4	0,80
Kreis Recklinghausen	10	3,3	1,20	17	5,7	0,97	27	4,4	1,05
Nordrhein-Westfalen	250	2,7	1,00	511	5,9	1,00	761	4,3	1,00

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_62_2016

Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert-Koch-Instituts:
Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

Zeireihe: Standardisierte Morbiditätsraten 2007 - 2016



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_62_2016
Bottrop

Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert-Koch-Instituts:
Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

* vorläufige Zahlen
** einschl. ohne Geschlechtsangabe
*** Standardized Morbidity Ratio: standardisiert an der Tbc-Inzidenz des Landes (s. Kommentar)



03-62_2016_01 Neuerkrankungen, Lungentuberkulose*

Definition: Anlage Seite 30

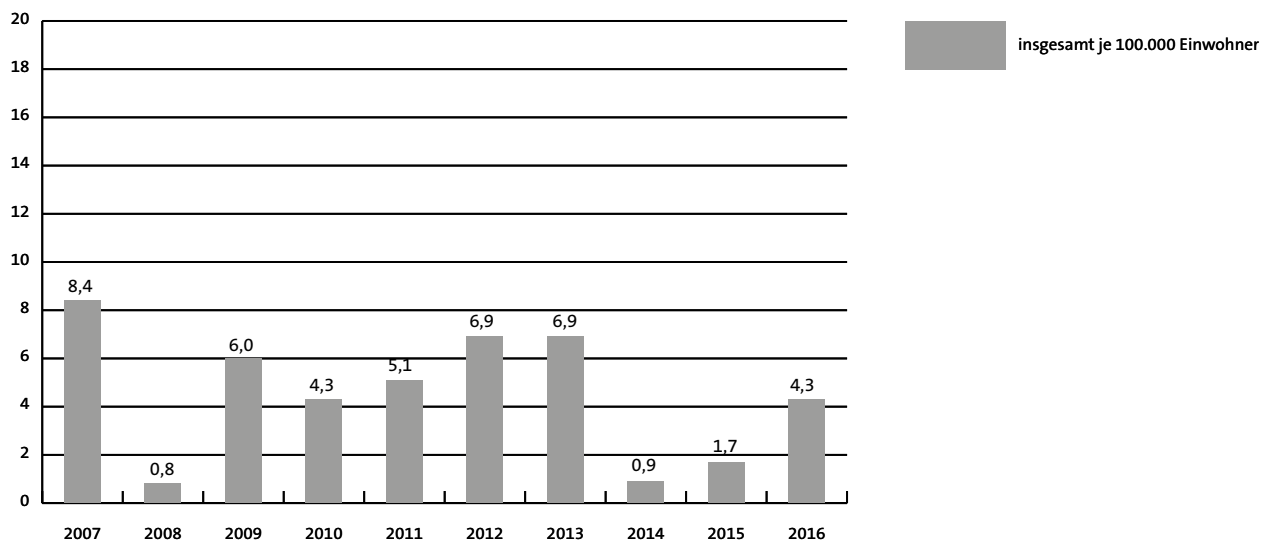
Verwaltungsbezirk	Bakteriell gesicherte Lungentuberkulose (A 15.0 und A 15.1)					
	weiblich		männlich		insgesamt**	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einwohner
Bottrop	2	3,3	3	5,3	5	4,3
Essen	12	4,0	24	8,5	36	6,2
Oberhausen	1	0,9	7	6,8	8	3,8
Gelsenkirchen	6	4,6	15	11,5	21	8,0
Kreis Wesel	4	1,7	6	2,7	10	2,2
Kreis Recklinghausen	9	2,8	14	4,6	23	3,7
Nordrhein-Westfalen	258	2,8	523	6,0	782	4,4

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_62_2016_01

"-" nichts vorhanden (genau null)
* vorläufige Zahlen
** einschl. ohne Geschlechtsangabe

Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert-Koch-Instituts:
Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

Zeitreihe: Neuerkrankungen, Lungentuberkulose 2007 - 2016



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_62_01_2007-2016

Bottrop
Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert-Koch-Instituts:
Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

Krebserkrankungen

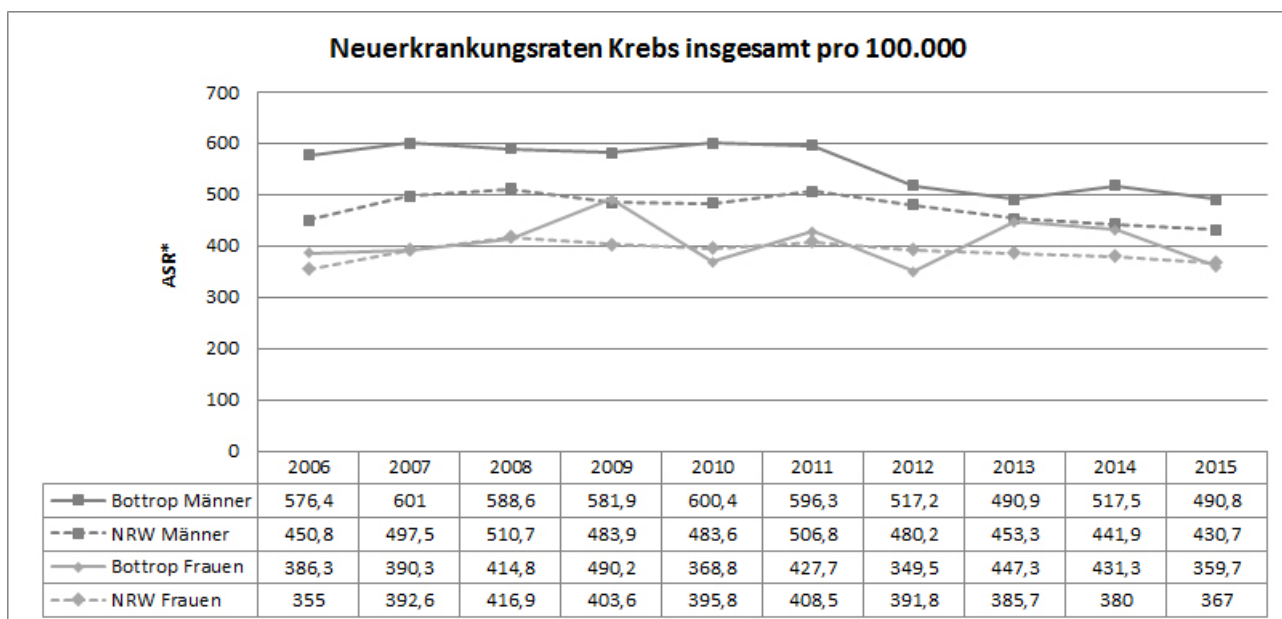
03.1 Neuerkrankungen, Krebs insgesamt

Definition: Anhang Seite 31

Verwaltungsbezirk	Krebs insgesamt (C00 - C97 ohne C44) 2015			
	weiblich		männlich	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.
Bottrop	782	1 298,3	781	1 366,4
Essen	3 909	1 302,6	3 506	1 238,3
Oberhausen	1 419	1 318,6	1 342	1 293,0
Gelsenkirchen	1 834	1 397,3	1 631	1 253,1
Wesel	2 829	1 197,8	2 722	1 209,7
Recklinghausen	3 977	1 259,1	3 909	1 298,0
Nordrhein-Westfalen	104 956	1 151,0	99 886	1 137,4

Quellen: Landeskrebsregister NRW 2019

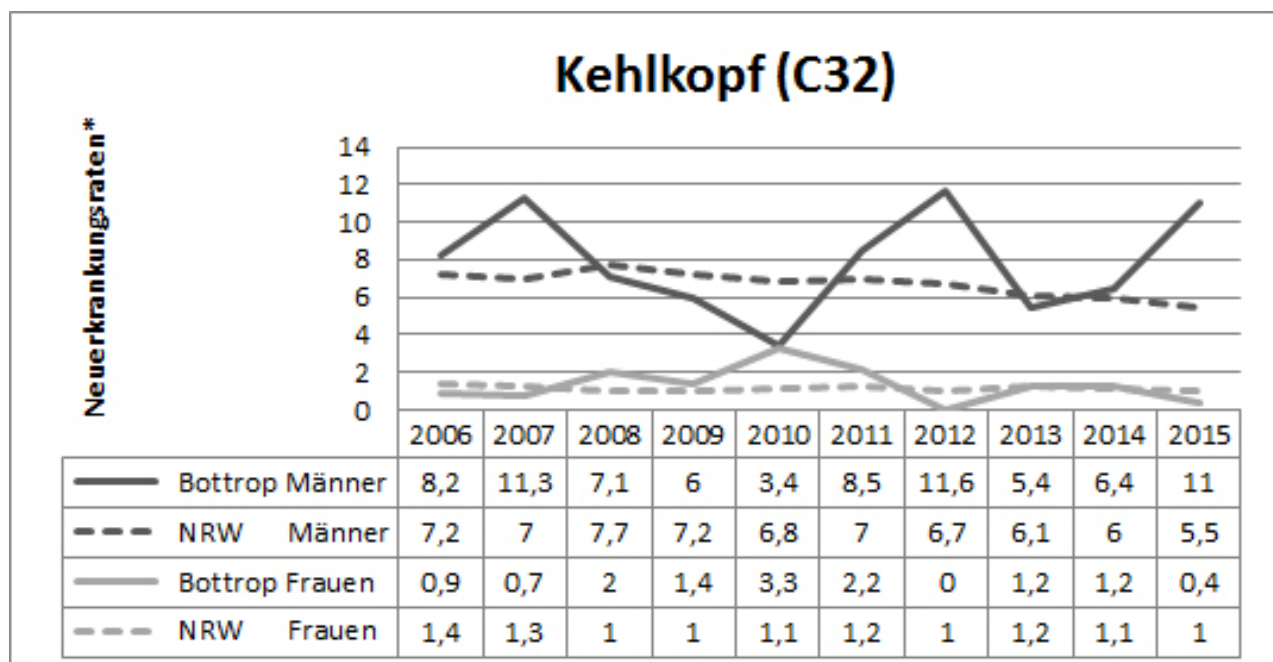
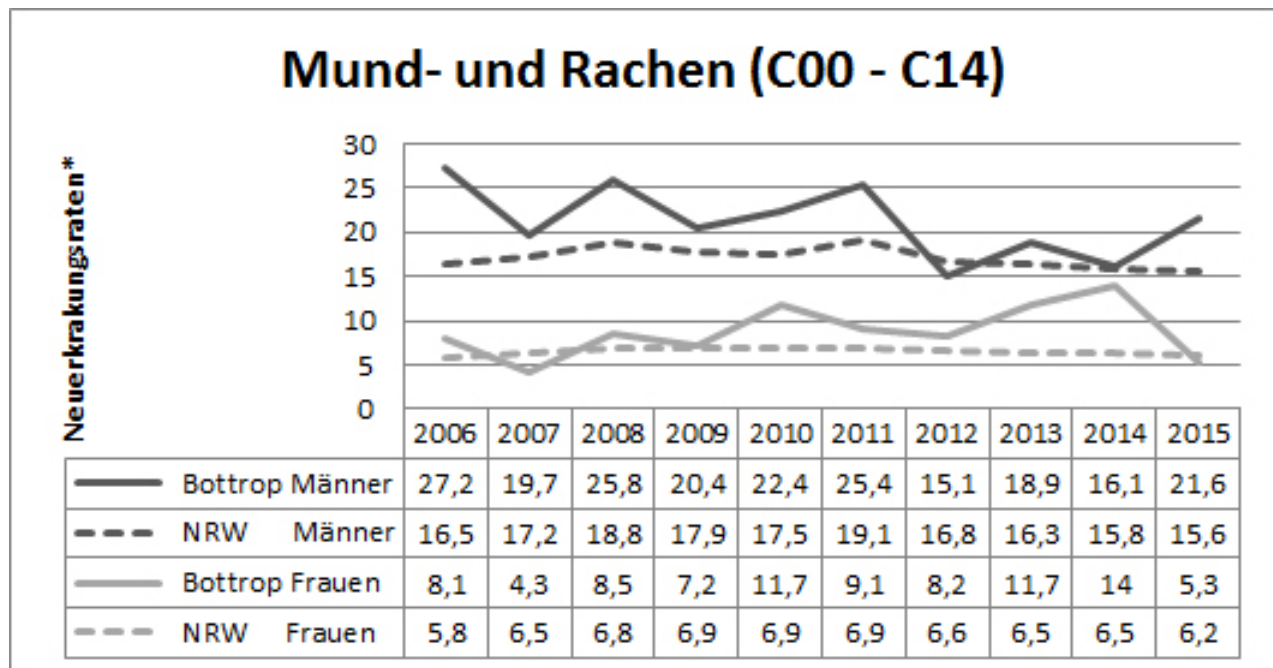
Zeitreihe: Neuerkrankungsraten, Krebs insgesamt 2006 - 2015



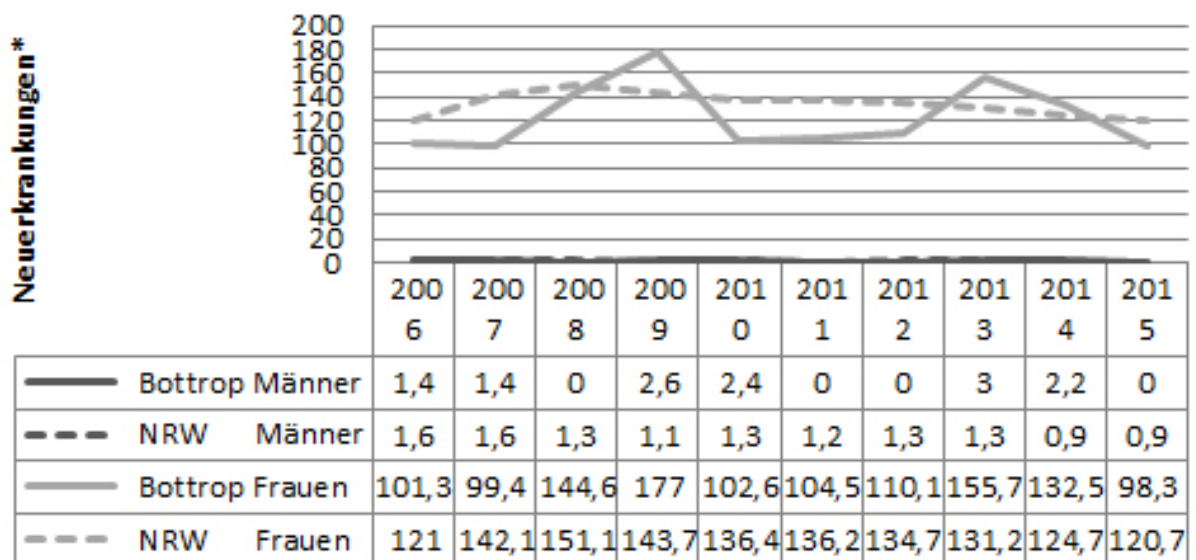


03.2 Zeitreihe: Neuerkrankungen, ausgewählte Krebsarten 2006 - 2015

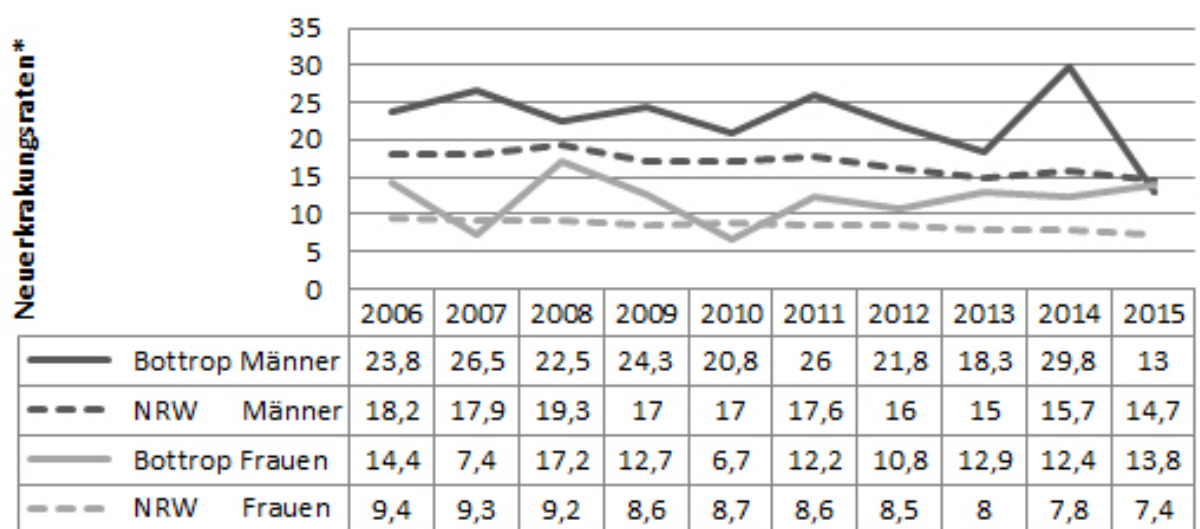
Definition: Anhang Seite 31



Brust (C50)

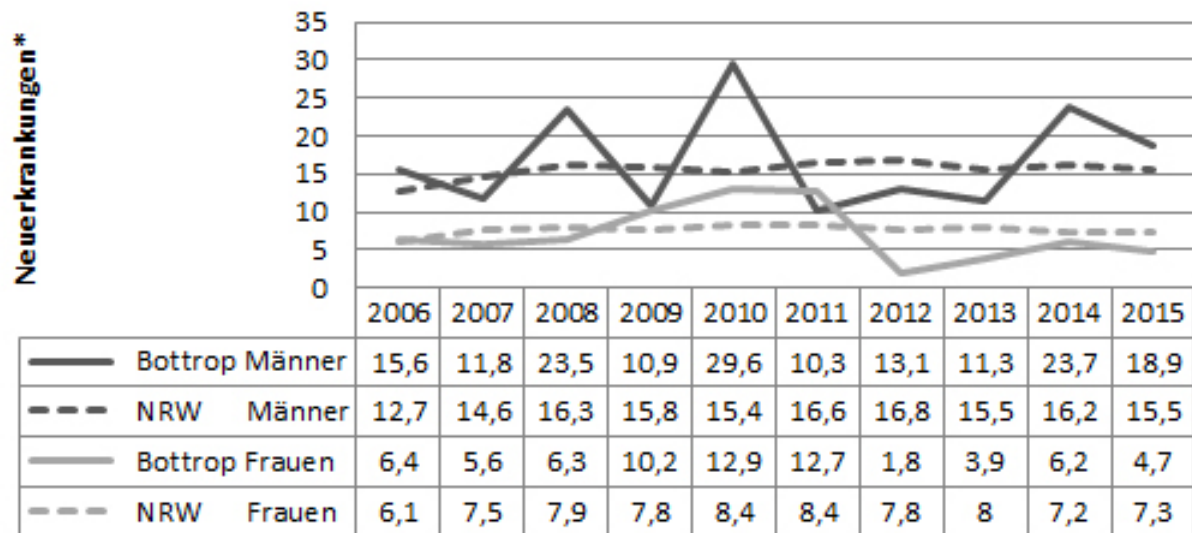


Magen (C16)

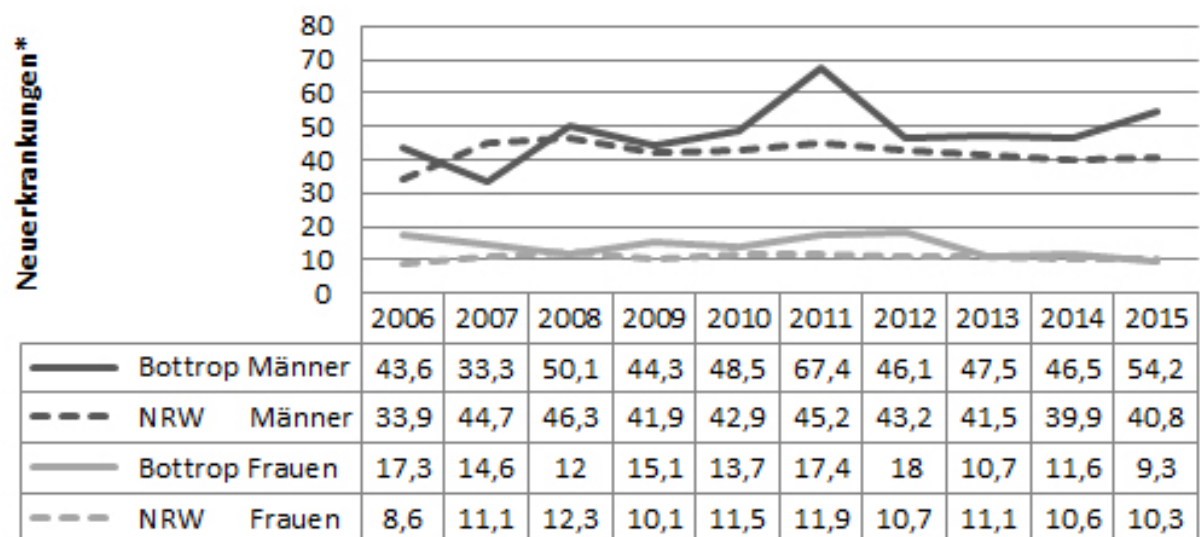




Niere (C64)

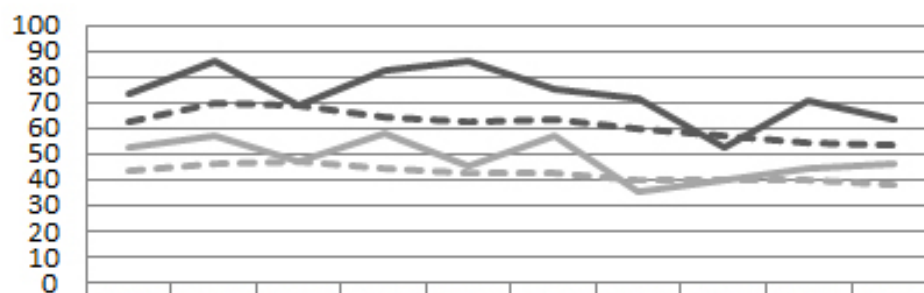


Harnblase (C67, D09, D41.4)



Darm (C18 - C21)

Neuerkrankungsraten*



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
— Bottrop Männer	73,2	86,2	68,9	82,6	86,4	75,1	71,5	52,8	70,6	63,5
- - - NRW Männer	62	69,6	69,1	64,6	62,3	63	59,9	57,3	54,7	53,1
— Bottrop Frauen	52,2	57	46,9	57,8	45,2	57,4	35,5	39,7	44,3	45,7
- - - NRW Frauen	43,4	46,4	46,9	44,6	42,4	42,4	39,7	40	39,6	37,6



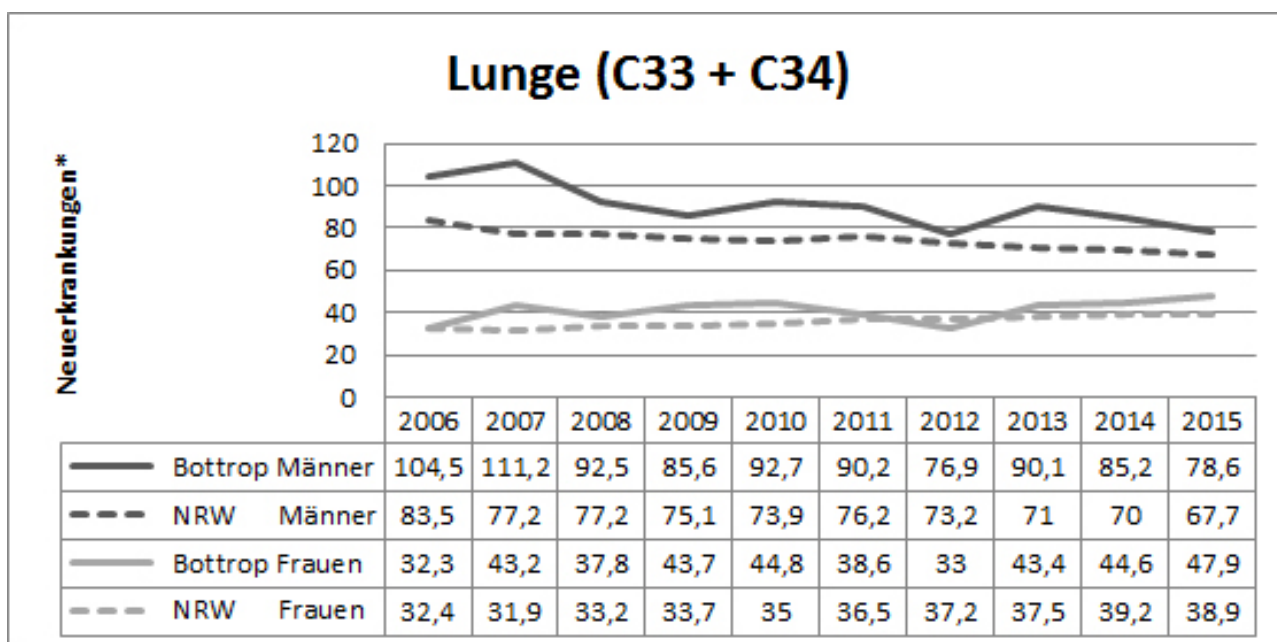
03.3 Neuerkrankungen, Lungenkrebs

Definition: Anhang Seite 31

Verwaltungsbezirk	Neuerkrankungen Lungenkrebs 2015			
	weiblich		männlich	
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.
Bottrop	44	47,9	69	78,6
Essen	196	42,3	301	72,5
Oberhausen	74	42,2	112	68,8
Gelsenkirchen	107	52,9	188	99,1
Wesel	156	38,7	215	58,1
Recklinghausen	226	43,2	349	71,6
Duisburg	190	48,8	299	85
Herne	69	51,8	115	99
Nordrhein-Westfalen	5.624	38,9	8.863	67,7

Quellen: Landeskrebsregister NRW 2019

Zeitreihe: Neuerkrankungen Lungenkrebs 2006-2015, Bottrop



Psychische und Verhaltensstörungen

03_87_2016_01 Einweisungen nach PsychKG¹

Definition: Anlage Seite 31

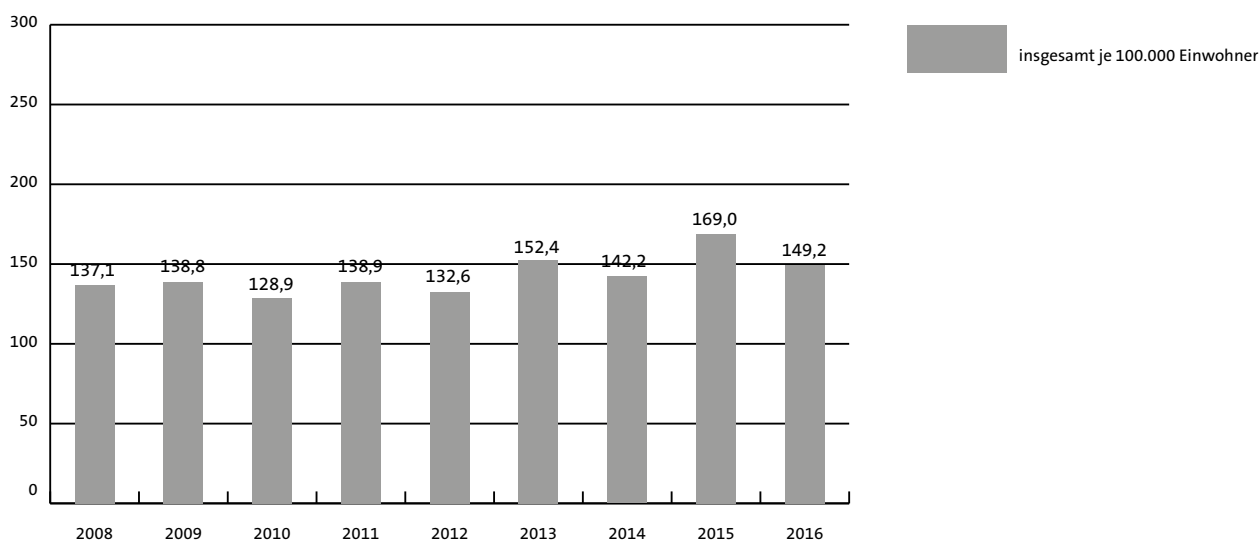
Verwaltungsbezirk	Unterbringungen nach dem PsychKG						
	insgesamt		davon:				Meldeadresse außerhalb ^{***}
	Anzahl*	je 100 000 Einwohner**	weiblich		männlich		
			Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.**	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.**	in %
Bottrop	175	149,2	65	108,0	110	192,6	33,1
Essen	1 091	187,2	475	158,3	596	210,7	11,0
Oberhausen	288	136,4	92	85,5	146	141,1	31,9
Gelsenkirchen	700	267,7	275	209,2	425	326,9	7,6
Kreis Wesel	628	135,9	269	113,8	359	158,9	12,4
Kreis Recklinghausen ²	895	144,9	338	107,0	554	183,7	21,0
Nordrhein-Westfalen	25 191	141,0	10 226	114,0	14 196	164,3	18,3

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_87_2016_01 (Auszug)

Dok. zum PsychKG, Dok. zum Betreuungsgesetz

* einschließlich Patienten mit unbekanntem Geschlecht
** bezogen auf die Bevölkerung der meldenden Kreise und kreisfreien Städte
*** Personen mit Meldeadresse außerhalb der Kreise und kreisfreien Städte
¹ Gesetz über Hilfen u. Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
² Kreis Recklinghausen ohne Stadt Datteln

Zeitreihe: Einweisungen nach PsychKG 2008 - 2016



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_87_2008-2016_01 (Auszug)
Bottrop

Dok. zum PsychKG, Dok. zum Betreuungsgesetz

03_89_2015 Suizidsterbefälle, Mittelwert 2012-2015

Definition: Anlage Seite 32

Verwaltungsbezirk	Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (X60 - X84)								
	weiblich			männlich			insgesamt		
	Anzahl*	je 100 000 weibl. Einw.	SMR**	Anzahl*	je 100 000 männl. Einw.	SMR**	Anzahl*	je 100 000 Einw.	SMR**
Bottrop	2	3,9	0,74	5	9,5	0,66	8	6,6	0,68
Essen	16	5,5	1,08	40	14,6	1,03	57	9,9	1,03
Oberhausen	7	6,5	1,27	11	10,8	0,75	18	8,6	0,89
Gelsenkirchen	6	4,3	0,85	17	13,3	0,95	23	8,8	0,93
Kreis Wesel	13	5,5	1,06	34	15,4	1,06	47	10,3	1,06
Kreis Recklinghausen	18	5,8	1,11	47	15,7	1,09	65	10,6	1,09
Nordrhein-Westfalen	453	5,0	1,00	1 210	14,1	1,00	1 664	9,4	1,00

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_89_2015

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Todesursachenstatistik

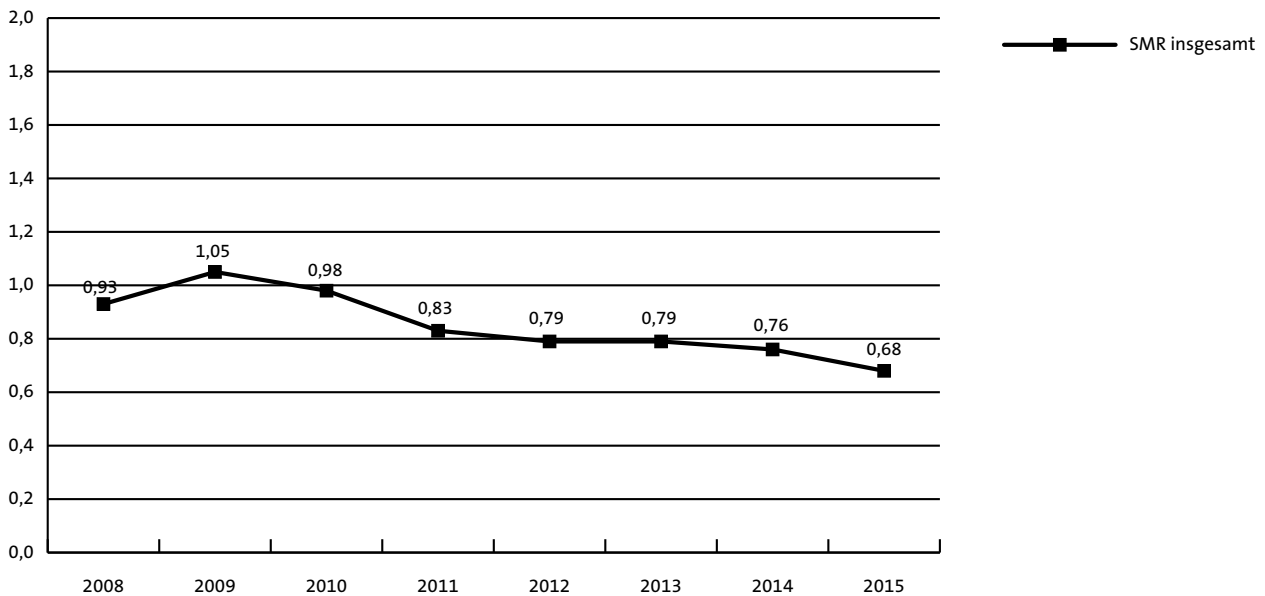
* 3-Jahres-Mittelwert

** Standardized Mortality Ratio: standardisiert
an der Suizidrate des Landes



Signifikant über dem Landesdurchschnitt
Signifikant unter dem Landesdurchschnitt
(Signifikanzniveau 99 %)

Zeitreihe: Standardisierte Mortalitätsraten für Suizide 2008 - 2015



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_89_2008-2015

3-Jahres-Mittelwerte
Bottrop
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Todesursachenstatistik

Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen

03_111_2017_01 Krankenhausfälle, Verbrennungen/Vergiftungen (< 15 J.)*

Definition: Anlage Seite 32

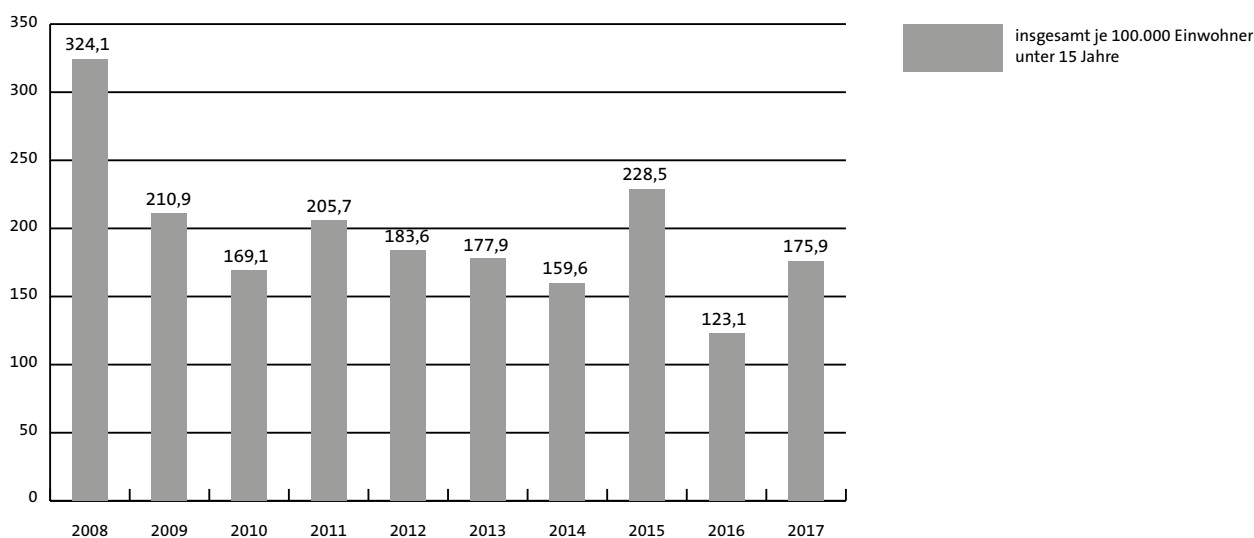
Verwaltungsbezirk	Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen (T20 - T32) und Vergiftungen (T36 - T65) bei Kindern unter 15 Jahren					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl**	je 100 000 weibl. Einw. <15 J.	Anzahl**	je 100 000 männl. Einw. <15 J.	Anzahl**	je 100 000 Einw. <15 J.
Bottrop	12	167,7	14	183,6	26	175,9
Essen	26	69,4	34	85,5	60	77,7
Oberhausen	25	186,4	12	85,6	37	134,9
Gelsenkirchen	40	225,7	60	310,1	100	269,8
Kreis Wesel	37	129,4	41	135,4	78	132,5
Kreis Recklinghausen	69	178,5	71	172,3	140	175,3
Nordrhein-Westfalen	1 387	117,1	1 558	123,9	2 945	120,6

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_111_2017_01

Landesbetriebstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

* Wohnbevölkerung
** inkl. Stundenfälle, ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht

Zeitreihe: Krankenhausfälle nach Verbrennungen/Vergiftungen 2008 - 2017



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_111_2008-2017_01
Bottrop
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW),
Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)



03_118_2017 Im Straßenverkehr verunglückte Personen

Definition: Anlage Seite 33

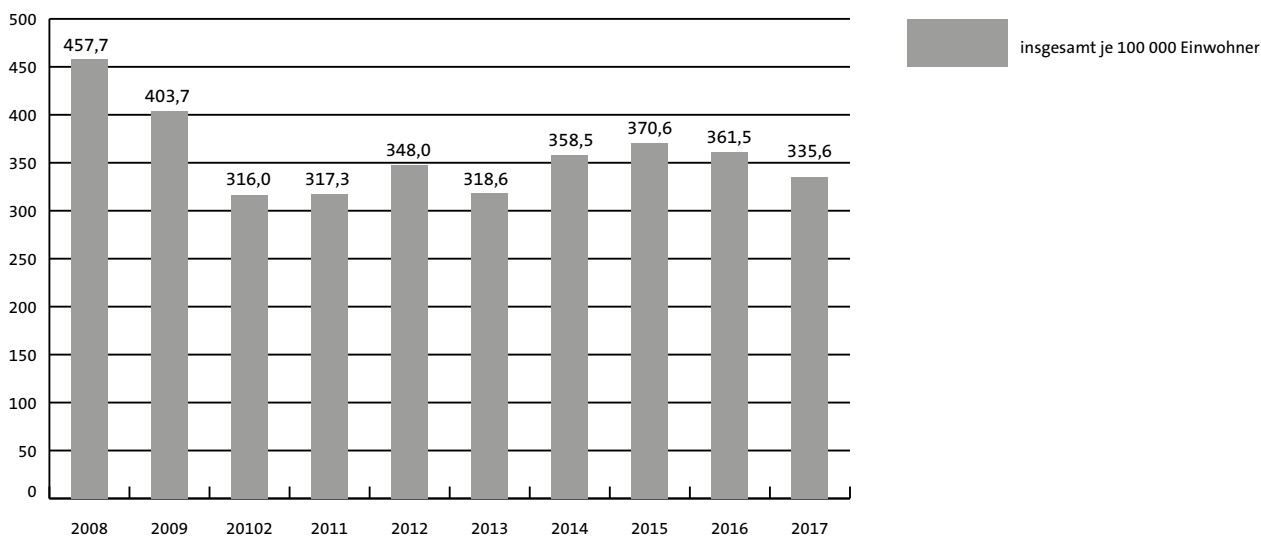
Verwaltungsbezirk	Im Straßenverkehr verunglückte Personen						Dar.: tödlich	
	weiblich		männlich		insgesamt*		weibl.	männl.
	Anzahl	je 100 000 weibl. Einw.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.	Anzahl	je 100 000 Einw.	Anzahl	
Bottrop	174	288,9	220	384,9	394	335,6	2	1
Essen	1 020	339,9	1 252	442,2	2 273	389,7	2	3
Oberhausen	396	368,0	445	428,8	841	397,8	–	–
Gelsenkirchen	462	352,0	583	447,9	1 045	399,7	1	1
Kreis Wesel	924	391,2	1 176	522,6	2 101	455,6	1	19
Kreis Recklinghausen	1 066	337,5	1 375	456,6	2 441	395,6	2	10
Nordrhein-Westfalen	34 643	379,9	43 202	491,9	77 861	435,0	110	374

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_118_2017

Landesbetrieb Informatio und Technik (IT.NRW)
Statistik der Straßenverkehrsunfälle

* einschl. Personen unbek. Geschlechts
"–" nichts vorhanden (genau null)
".." weniger als 2 Fälle bzw. Randsummen geheimzuhalten

Zeitreihe: Im Straßenverkehr verunglückte Personen 2008 - 2017



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 03_118_2008-2017
Bottrop
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Statistik der Straßenverkehrsunfälle

Themenfeld 4

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen



© Dieter Schütz/PIXELIO



Konsum von Tabak und Alkohol

04_01_2015_02 Rauchverhalten*, Mikrozensus

Definition: Anlage Seite 36

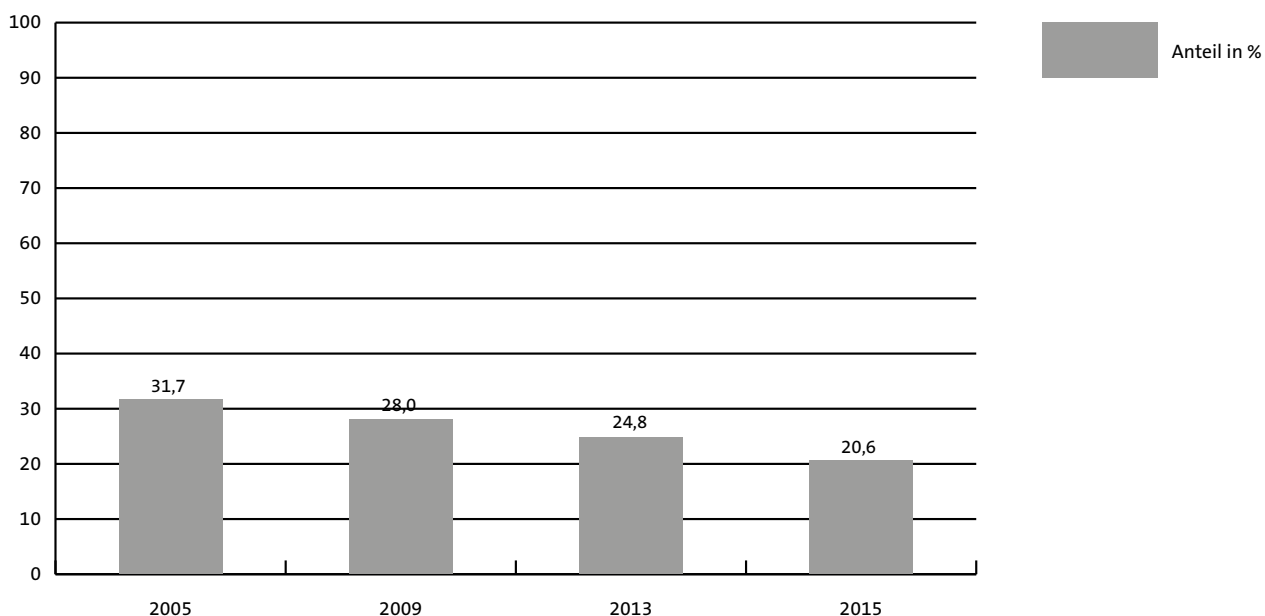
Verwaltungsbezirk	Nichtraucher	Raucher	Anteil der Raucher, die täglich mehr als 20 Zigaretten rauchen**
			Anteil der Befragten in % mit Angaben zum Rauchverhalten***
Bottrop	79,4	20,6	/
Essen	78,6	21,4	(13,3)
Oberhausen	76,2	23,8	(18,3)
Gelsenkirchen	78,3	21,7	(8,7)
Kreis Wesel	71,0	29,0	(13,9)
Kreis Recklinghausen	73,5	26,5	(10,1)
Nordrhein-Westfalen	77,4	22,6	10,4

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 04_01_2015_02

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Mikrozensus, Zusatzerhebung

* 15 Jahre und älter
** Aussagewert eingeschränkt, da der Wert Fehler aufweisen kann
*** 1 %-Mikrozensus-Stichprobe

Zeitreihe: Raucher 2005/2009/2013/2015



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 04_01_2005/2009/2013/2015_02
Bottrop
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Mikrozensus, Zusatzerhebung

Ernährung

04_08_2015_02 Body Mass Index (BMI), Mikrozensus

Definition: Anlage Seite 36

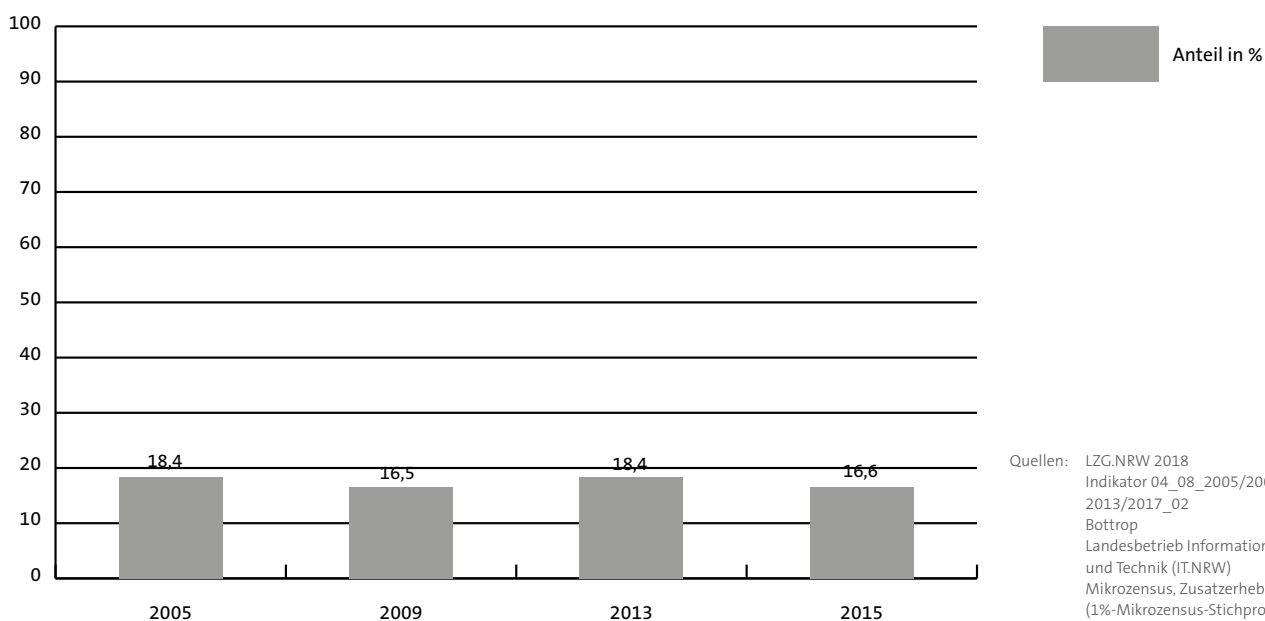
Verwaltungsbezirk	BMI in % der Befragten (>15 Jahre) mit Angaben zum Gewicht*			
	untergewichtig	normalgewichtig	übergewichtig	darunter: adipös
Bottrop	/	45,7	52,6	(16,6)
Essen	(2,0)	43,9	54,1	17,8
Oberhausen	/	39,6	59,3	20,5
Gelsenkirchen	/	39,7	58,5	22,3
Kreis Wesel	/	44,2	54,5	16,6
Kreis Recklinghausen	(2,1)	40,5	57,4	18,8
Nordrhein-Westfalen	1,9	44,7	53,4	16,6

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 04_08_2015_02

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
Mikrozensus, Zusatzerhebung

*	Frauen	Männer
untergewichtig	bis 18,9	bis 19,9
normalgewichtig	19,0 - 24,0	20,0 - 25,0
übergewichtig	24,1 - 29,9	25,1 - 29,9
adipös	>=30,0	>=30,0

Zeitreihe: Befragte mit erheblichem Übergewicht (Adipositas)





Themenfeld 5

Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt



© Uschi Dreiucker/PIXELIO

Lebens- und Arbeitsbedingungen

05_01_2017 Stickstoffdioxid in der Außenluft, Messstationen

Definition: Anlage Seite 39

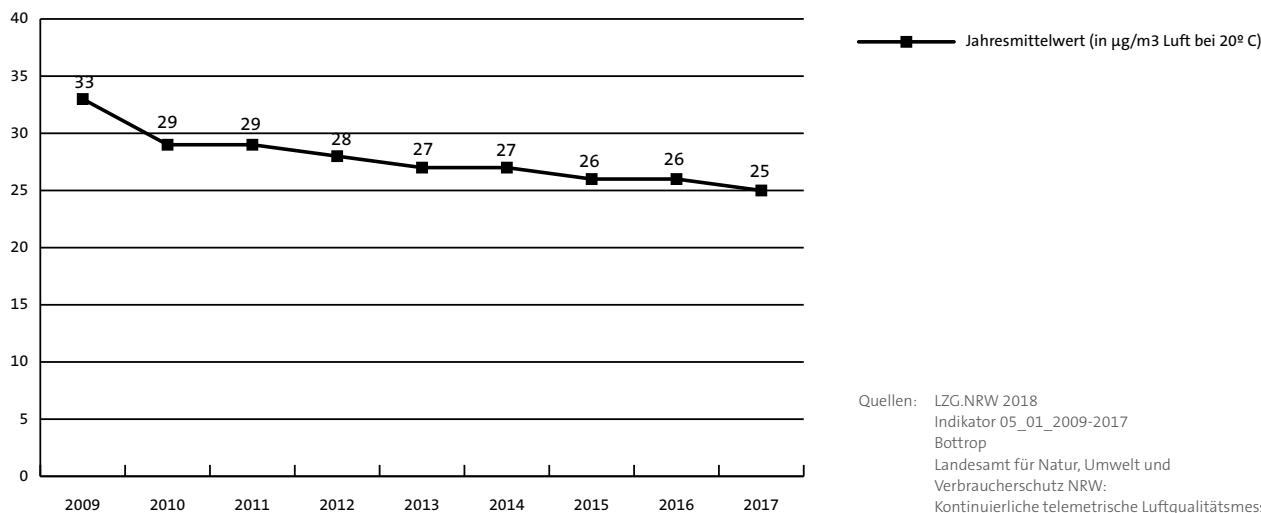
Messstation	Stickstoffdioxid (NO ₂)	
	Jahresmittelwert	Häufigkeit EU-Grenzwertüberschreitungen
	(in µg/m ³ Luft bei 20° C)	zulässig: 18/Jahr (1-Stunden-Mittelwert)
	Grenzwert: 40 µg/m ³ Luft	Grenzwert: 200 µg/m ³ Luft
Industriestationen		
Bottrop-Welheim	25	–
Duisburg-Bruckhausen	32	–
Duisburg-Walsum	27	–
Gelsenkirchen-Bismarck	26	–
Verkehrsstationen		
Bottrop, Peterstraße	39	•
Essen, Gladbecker Str.	41	–
Oberhausen, Mühlheimer Str.	49	–
Gelsenkirchen, Kurt-Schumacher-Str.	46	–

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 05_01_2017

"•" nicht gemessen
"–" genau null

Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW:
Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessung

Zeitreihe: Stickstoffdioxid in der Außenluft 2009 - 2017





05_02_2017 Schwefeldioxid in der Außenluft, Messstationen

Definition: Anlage Seite 39

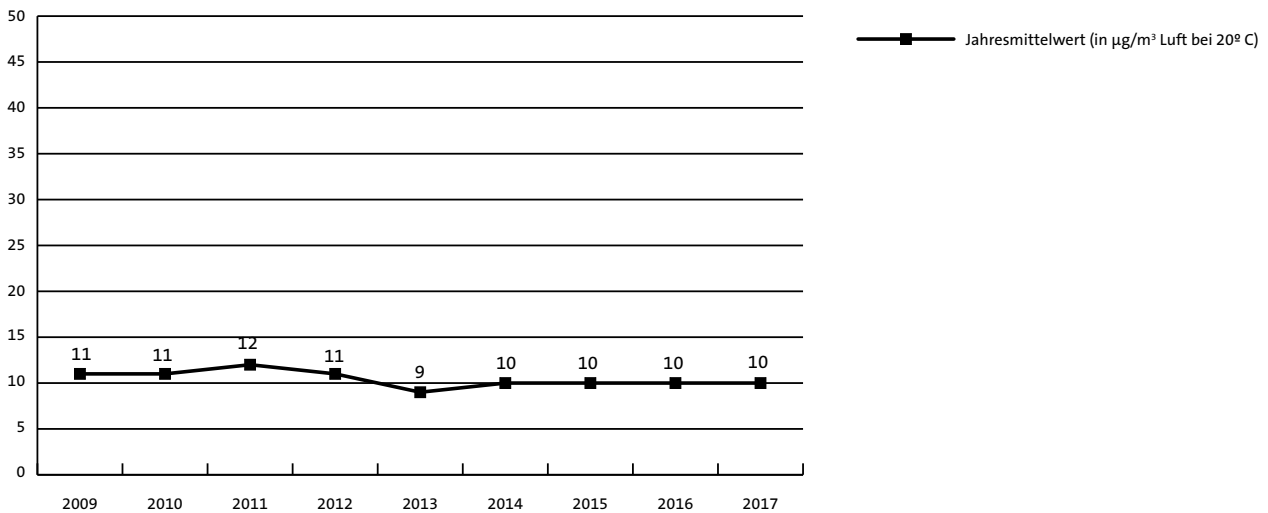
Messstation	Jahresmittelwert	Häufigkeit EU-Grenzwertüberschreitungen	
	(in µg/m³ Luft bei 20° C)	zulässig: 3/Jahr (24-Stunden-Mittelwert)	zulässig: 24/Jahr (1-Stunden-Mittelwert)
	Grenzw.: 50 µg/m³ Luft	Grenzw.: 125 µg/m³ Luft	Grenzw.: 350 µg/m³ Luft
Industriestationen			
Bottrop-Welheim	10	–	–
Duisburg-Bruckhausen	9	–	–
Duisburg-Walsum	7	–	–
Gelsenkirchen-Bismarck	•	•	•

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 05_02_2017

"•" nicht gemessen
"–" genau null

Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW:
Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessung

Zeitreihe: Schwefeldioxid in der Außenluft 2009 - 2017



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 05_02_2009-2017
Bottrop

Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW:
Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessung

05_03_2017 Staub (PM10) in der Außenluft, Messstationen

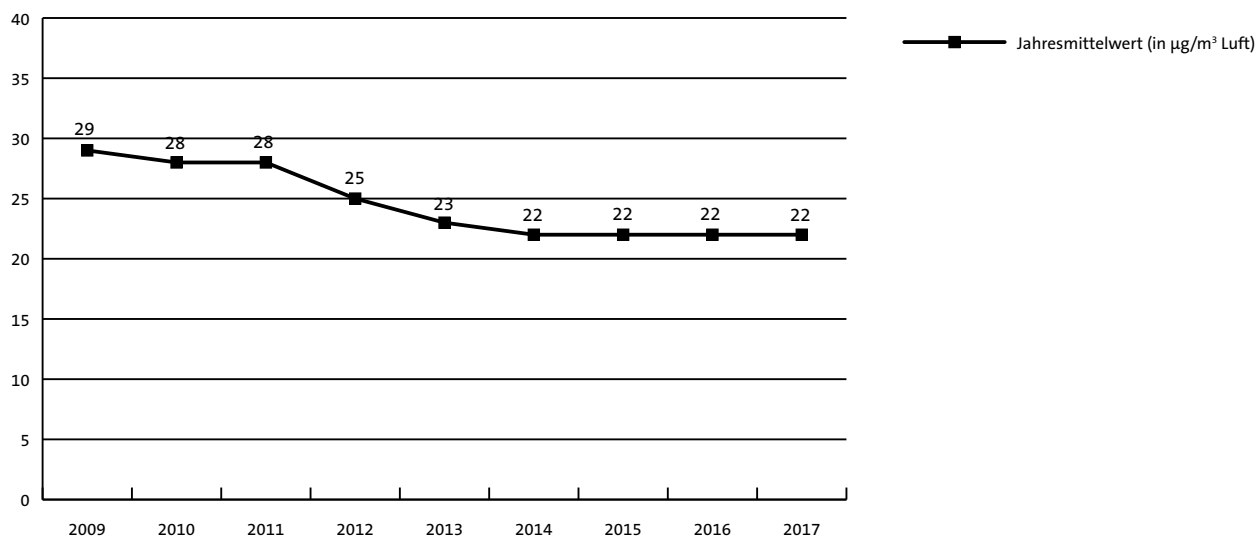
Definition: Anlage Seite 40

Messstation	Staub (PM10)	
	Jahresmittelwert	Häufigkeit EU-Grenzwertüberschreitungen
	(in µg/m ³ Luft)	zulässig: 35/Jahr (24-Stunden-Mittelwert)
	Grenzwert ab 2005: 40 µg/m ³ Luft	Grenzwert: 50 µg/m ³ Luft
Industriestationen		
Bottrop-Welheim	22	10
Duisburg-Bruckhausen	25	15
Duisburg-Walsum	20	6
Gelsenkirchen-Bismarck	20	10

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 05_03_2017

Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW:
Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessung

Zeitreihe: Staub in der Außenluft 2009 - 2017



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 05_03_2009-2017
Bottrop

Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW:
Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessung



05_04_2017 Ozon in der Außenluft, Messstationen

Definition: Anlage Seite 41

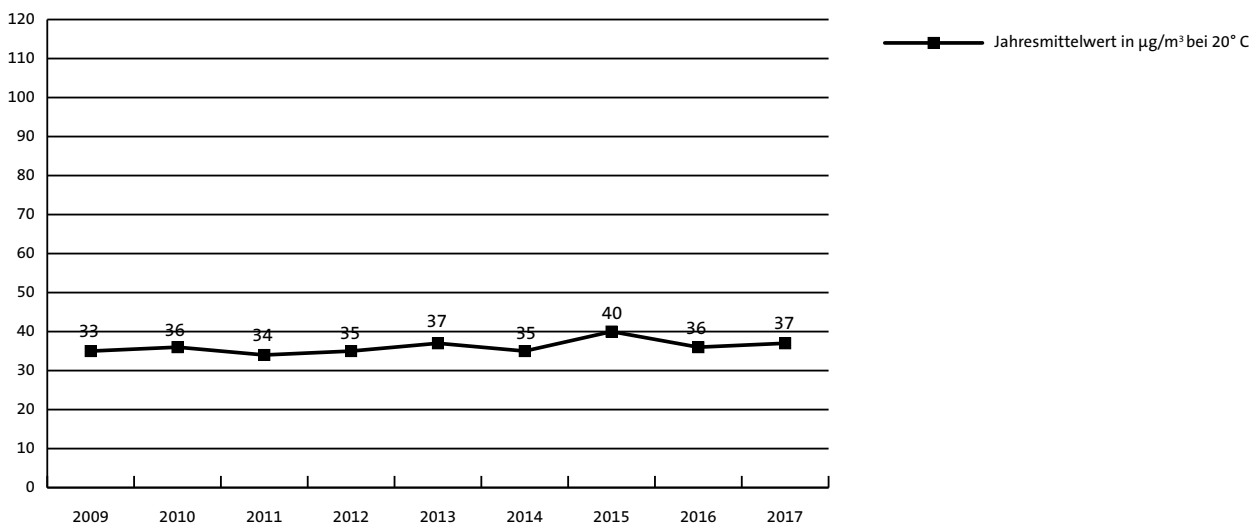
Messstation	Ozon (O3) - Häufigkeit EU-Grenzwertüberschreitungen						Jahresmittelwert µg/m ³ bei 20° C
	der Schwellenwerte (Einstundenwerte)				des Zielwertes f. d. Gesundheitsschutz (8-Stundenwerte)		
	>180 µg/m ³		>240 µg/m ³		>120 µg/m ³		
	Stunden	an Tagen	Stunden	an Tagen	Stunden	an Tagen	
Bottrop-Welheim	1	1	–	–	56	11	37
Essen-Schuir (LANUV)	–	–	–	–	63	13	39
Duisburg-Walsum	–	–	–	–	66	12	38
Wesel-Feldmark	1	1	–	–	94	14	42
Nordrhein-Westfalen	24	6	–	–	250	33	43

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 05_04_2017

"–" genau null

Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW:
Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessung

Zeitreihe: Ozon in der Außenluft 2009 - 2017



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 05_04_2009-2017

Bottrop
Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW:
Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessung

05_05_2017 Benzol in der Außenluft, Messstationen

Definition: Anlage Seite 42

Messstation	Benzol - Jahresmittelwerte (in µg/m³ Luft)						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	Grenzwert: 5 µg/m³ Luft*						
Industriestationen							
Bottrop-Welheim	1,8	1,9	2,5	1,8	2,0	1,7	1,8
Bottrop-Kokerei 1	1,8	1,5	1,4	1,5	1,4	1,6	1,9
Bottrop-Kokerei 2	3,0	2,9	6,7	4,0	2,2	2,4	2,5
Bottrop-Kokerei 3	3,4	3,0	4,4	3,4	3,3	2,8	3,3
Bottrop-Kokerei 4	2,5	1,9	2,0	1,9	1,9	1,9	2,4
Gelsenk.-Hassel (Kleingarten)	•	1,3	1,1	1,0	1,1	1,0	1,1
Gelsenk.-Hassel (Wasserburg)	•	1,3	1,1	0,9	1,0	0,9	1,0
Gelsenk.-Scholven, Feldhäuser S.	•	1,8	1,6	1,4	1,4	1,3	1,3
Gelsenk.-Scholven, Fünfhäuserw.	•	1,5	1,2	1,4	1,2	1,3	1,1
Gelsenk.-Scholven, Pawiker Str.	•	5,8	2,6	2,2	1,4	1,4	1,9

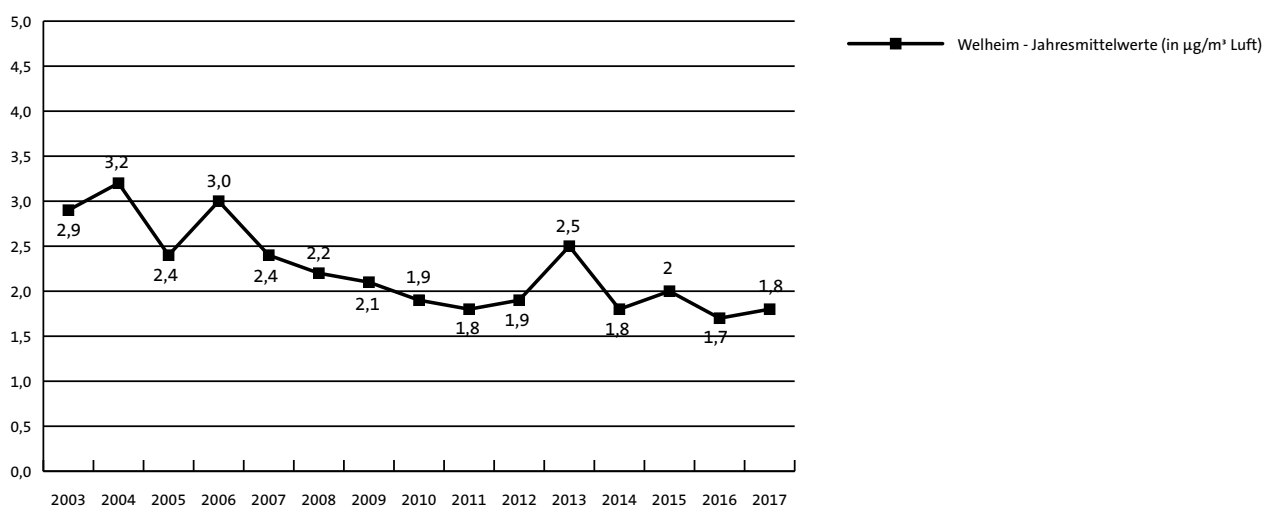
Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 05_05_2017

Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW:
Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessung

* EU-Grenzwert: 5 µg/m³, rechtsverbindlich einzuhalten
ab 2010; Auslöseschwellen für Luftreinhaltepläne:
2002-2005: >10 µg/m³, 2006: >9 µg/m³, 2007: >8 µg/m³,
2008: >7 µg/m³, 2009: >6 µg/m³

"•" nicht gemessen

Zeitreihe: Benzolwerte der Messstation Welheim 2003 - 2017



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 05_05_2003-2017
Bottrop-Welheim

Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW:
Kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessung

05.1 Benzo[a]pyren in der Außenluft, Messstationen

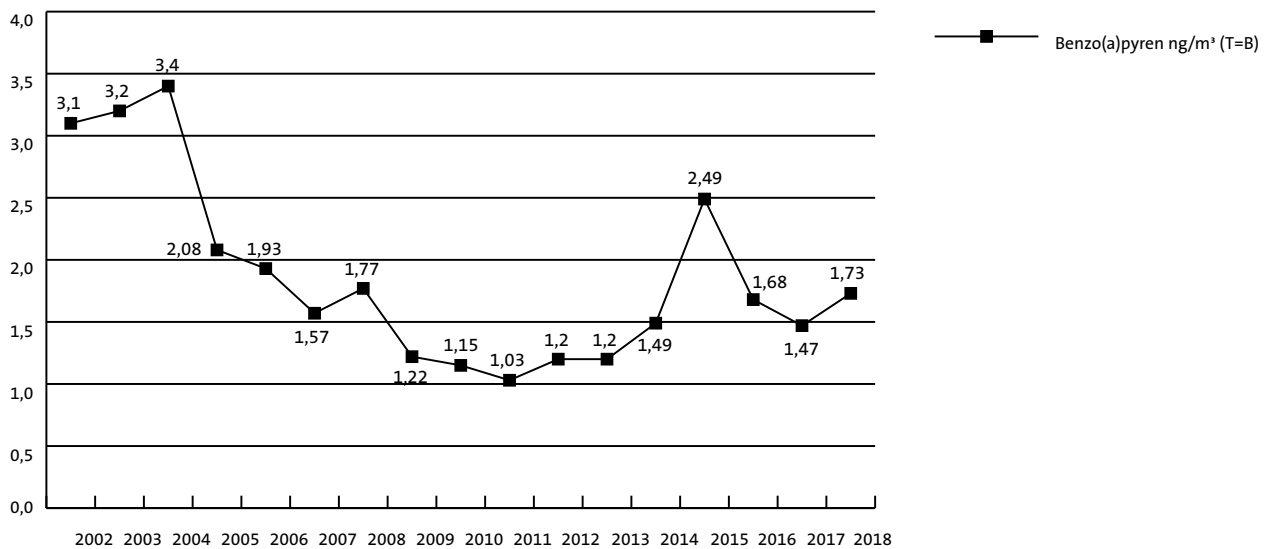
Definition: Anlage Seite 43

Benzo[a]pyren Jahresmittelwerte in ng/m ³ (T=B)*												
Messstation	Kürzel	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008
Bottrop-Welheim	BOTT	1,73	1,47	1,68	2,49	1,49	1,20	1,20	1,03	1,15	1,22	1,77
Duisburg Kardinal-Galen-Straße	VDUI	0,20	0,20	0,22	0,14	0,16	0,19	0,21	0,26	0,31	0,32	0,36
Duisburg Kiebitzmühlenstraße	DUM2	0,27	0,26	0,29	0,20	0,21	0,20	0,26	0,57	0,65	0,49	0,58
Duisburg-Bruckhausen	DUB2	0,28	0,26	0,26	0,17	0,20	0,21	0,21	0,33	0,33	0,35	0,41
Duisburg-Walsum	WALS	0,27	0,24	0,32	0,18	0,22	0,22	0,23	0,49	0,39	0,39	0,52
Gelsenkirchen-Bismarck	GELS	0,22	0,25	0,32	0,17	0,20	0,18	0,21	0,39	0,39	0,60	0,56
Mülheim-Styrum	STYR	0,21	0,20	0,24	0,14	0,15	0,16	0,18	0,26	0,29	0,30	0,38

Quellen: LANUV.nrw.de

*(T=B): Das Volumen bezieht sich auf Betriebs-/
Umgebungsbedingungen

Zeitreihe: Benzo[a]pyrenwerte der Messstation Welheim 2002-2018



*(T=B): Das Volumen bezieht sich auf Betriebs-/Umgebungsbedingungen

Quellen: LANUV.nrw.de

Themenfeld 6



© Günter Havlena/PIXELIO



Ambulante Einrichtungen

06_02_2016 Versorgungsgrad Vertragsärzte¹

Definition: Anlage Seite 44

Verwaltungsbezirk	Versorgungsgrad in %				
	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte
Bottrop	119,0	88,2	121,2	136,3	129,3
Essen	129,9	203,8	148,9	170,2	142,9
Oberhausen	123,2	147,1	116,5	117,9	143,7
Gelsenkirchen	133,5	205,9	127,5	123,5	126,5
Kreis Wesel	112,7	141,2	120,8	110,8	114,4
Kreis Recklinghausen	114,9	130,8	120,8	143,1	130,6

Verwaltungsbezirk	Versorgungsgrad in %				
	Nervenärzte	Orthopäden	Psychotherapeuten*	Urologen	Kinderärzte
Bottrop	133,0	152,9	173,5	124,1	136,3
Essen	186,4	128,5	183,2	136,5	156,5
Oberhausen	140,5	127,5	132,6	121,1	150,5
Gelsenkirchen	122,3	125,7	167,4	157,2	113,0
Kreis Wesel	117,5	136,1	134,0	116,5	131,3
Kreis Recklinghausen	133,9	131,8	161,3	116,6	137,4

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 06_02_2016
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und Westfalen-Lippe
Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

¹ Zordnung der Arztgruppen gem. der Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie v. 01.01.2013
* Ärztliche u. psychologische PsychotherapeutInnen, Kinder- u. JugendlichenpsychotherapeutInnen

06_05_2016 Versorgungsgrad Vertragszahnärzte, Jahre 2012-2014

Definition: Anlage Seite 44

Verwaltungsbezirk	Versorgungsgrad in %					
	2012		2013		2014	
	Zahnärzte	Kieferorthopäden	Zahnärzte	Kieferorthopäden	Zahnärzte	Kieferorthopäden
Bottrop	111,9	147,2	107,6	168,1	102,8	158,9
Essen	110,2	146,0	111,1	136,6	107,7	139,5
Oberhausen	88,4	96,9	84,7	81,6	84,3	109,8
Gelsenkirchen	89,4	72,1	87,1	92,6	83,1	117,5
Kreis Wesel	93,9	122,1	90,0	104,4	94,7	160,5
Kreis Recklinghausen	95,5	136,8	97,5	127,4	85,6	186,7

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 06_02_2016

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und Westfalen-Lippe
Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

Stationäre/teilstationäre Einrichtungen

06_15_2015 Wichtige Krankenhausangebote

Definition: Anlage Seite 45

Verwaltungsbezirk	Aufgestellte Betten in den Fachabteilungen							
	Chirurgie		Innere Medizin		Frauenheilkunde/ Geburtshilfe		Kinderheilkunde	
	insges.	je 100 000 Einw.	insges.	je 100 000 Einw.	insges.	je 100 000 Einw.*	insges.	je 100 000 Einw.**
Bottrop	193	165,6	274	235,0	43	81,2	63	436,3
Essen	1 012	175,0	1 994	344,9	276	104,9	154	210,5
Oberhausen	339	161,3	498	237,0	130	137,5	85	321,9
Gelsenkirchen	343	132,4	513	198,1	132	115,8	138	393,8
Kreis Wesel	655	142,4	849	184,6	220	106,0	144	249,6
Kreis Recklinghausen	1 058	171,9	1 571	255,3	341	122,8	182	234,1
Nordrhein-Westfalen	25 564	145,2	37 728	214,3	8 410	106,8	4 525	192,0

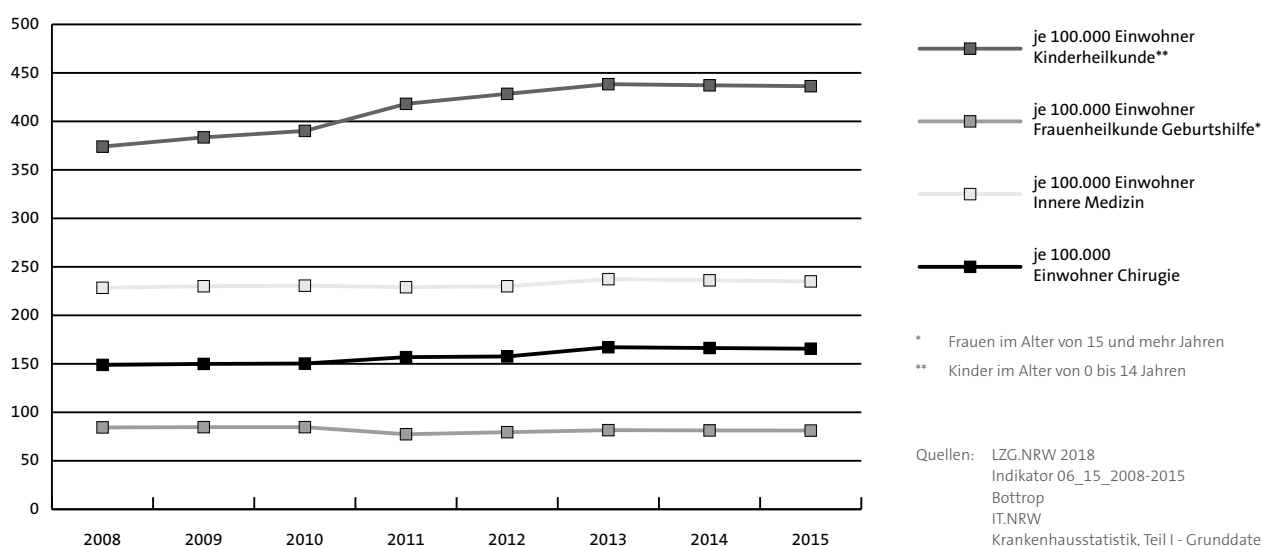
Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 06_15_2015

IT.NRW
Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten

* Frauen im Alter von 15 und mehr Jahren

** Kinder im Alter von 0 bis 14 Jahren

Zeitreihe: Anzahl aufgestellter Krankenhausbetten 2008 - 2015



	je 100.000 Einwohner			
	Chirurgie	Innere Medizin	Frauenheilkunde Geburtshilfe*	Kinderheilkunde**
2008	148,9	228,4	84,4	374,0
2009	149,9	230,0	84,7	383,5
2010	150,3	230,6	84,7	390,2
2011	156,9	229,0	77,4	418,1
2012	157,6	230,0	79,5	428,4
2013	167,1	237,3	81,6	438,4
2014	166,3	236,1	81,3	437,2
2015	165,6	235	81,2	436,3



Pflegeeinrichtungen

06_18_2015 Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen

Definition: Anlage Seite 46

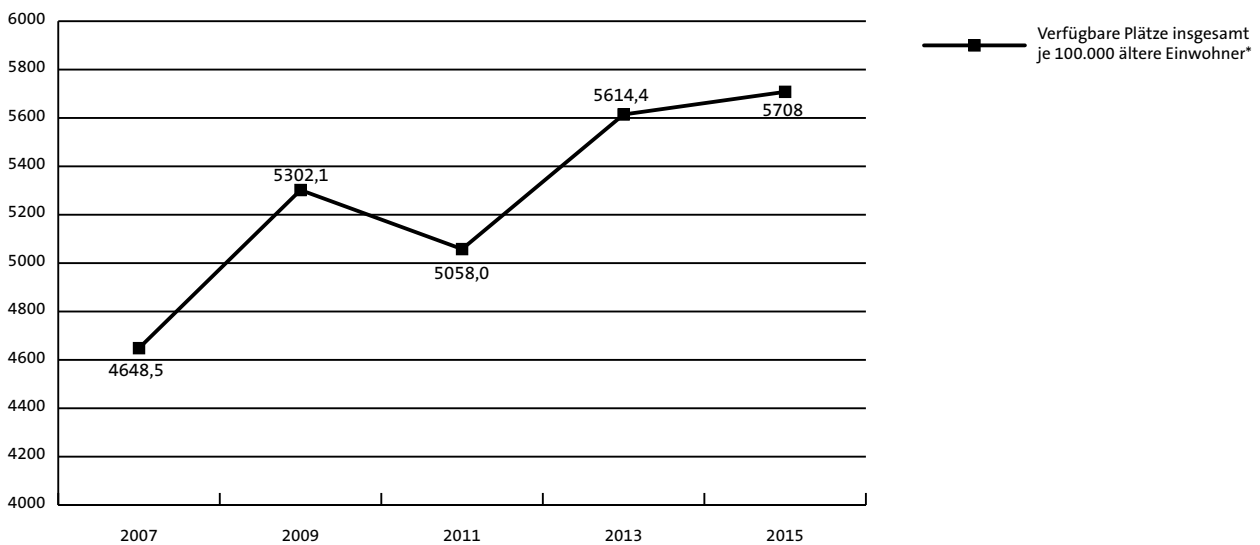
Verwaltungsbezirk	Ambulante Pflegeeinr.			insgesamt	Stationäre Pflegeeinrichtungen			
	insgesamt	dar.: Eingliedrige			verfügbare Plätze			
		ohne	mit		insgesamt		vollstationäre Pflege	teilstationäre Pflege
					Anzahl	je 100 000 ältere E.*		
andere(n) Sozialleistungen								
Bottrop	17	–	17	18	1 446	5 708,0	1 416	30
Essen	74	–	72	70	7 295	5 810,9	7 213	82
Oberhausen	37	–	33	23	2 251	4 980,6	2 174	77
Gelsenkirchen	35	–	32	29	2 684	5 016,1	2 601	83
Kreis Wesel	56	–	53	64	4 816	4 699,2	4 487	329
Kreis Recklinghausen	130	1	123	103	7 319	5 375,9	6 941	378
Nordrhein-Westfalen	2 593	43	2 422	2 626	187 570	5 098,3	179 368	8 202

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 06_18_2015

* 65 Jahre und mehr

IT.NRW
Pflegestatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Zeitreihe: Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen 2007 - 2015



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 06_18_2007-2015

Bottrop
IT.NRW
Pflegestatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens

06_21_2015 Apotheken

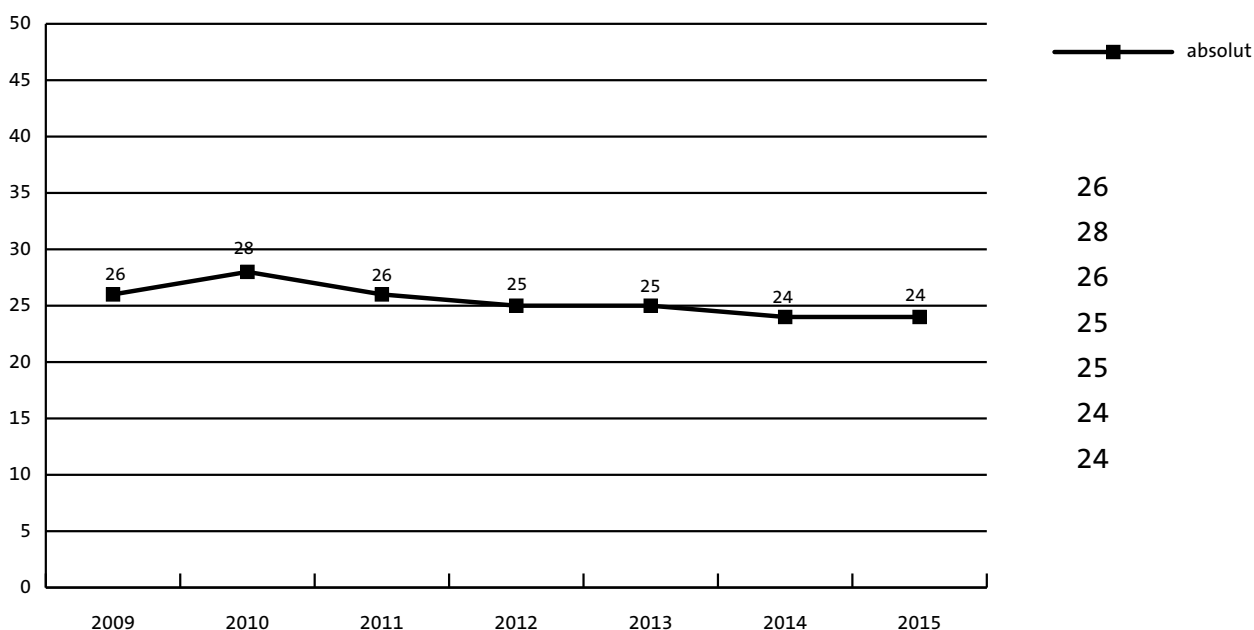
Definition: Anlage Seite 47

Verwaltungsbezirk	Öffentliche Apotheken		Krankenhaus- apotheken
	Anzahl	Einwohner je Apotheke	
Bottrop	24	4 881	1
Essen	141	4 132	2
Oberhausen	48	4 394	–
Gelsenkirchen	61	4 268	1
Kreis Wesel	108	4 284	–
Kreis Recklinghausen	163	3 790	1
Nordrhein-Westfalen	4 332	4 124	89

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 06_21_2015

Apothekenkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe: Statistik der Apotheken
IT.NRW: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Zeitreihe: Anzahl öffentlicher Apotheken 2009 - 2015



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 06_21_2009-2015
Bottrop

Apothekenkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe: Statistik der Apotheken
IT.NRW: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes



06_23_2015 Personen im ambulant betreuten Wohnen

Definition: Anlage Seite 47

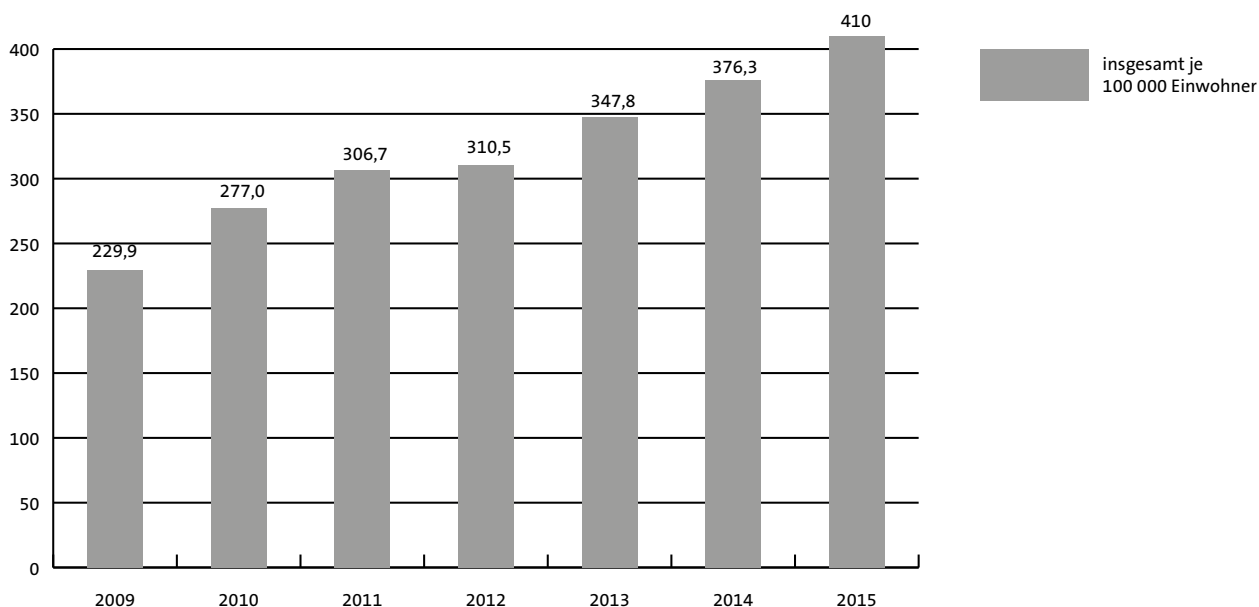
Verwaltungsbezirk	Personen im Ambulant Betreuten Wohnen*					
	Frauen		Männer		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000w weibl. Einw.*	Anzahl	je 100 000 männl. Einw.*	Anzahl	je 100 000 Einw.*
Bottrop	197	383,8	209	438,2	406	410,0
Essen	946	368,9	1 191	504,6	2 137	434,0
Oberhausen	445	485,7	503	581,5	948	532,2
Gelsenkirchen	368	333,8	398	373,9	766	353,5
Kreis Wesel	702	349,2	629	332,6	1 331	341,1
Kreis Recklinghausen	953	354,5	1 007	400,5	1 960	376,7
Nordrhein-Westfalen	29 142	385,3	32 479	448,6	61 621	413,5

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 06_23_2015

Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe
Statistik zur Eingliederungshilfe nach §39 BSG

* Personen ab 18 Jahre; ohne ausserrhein.
Träger (22 Pers. in NR), bzw. Pers. mit ungeklärt.
gewöhnl. Aufenthalt (193 Pers. in W.-L.)

Zeitreihe: Personen im ambulant betreuten Wohnen 2009 - 2015



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 06_23_2009-2015

Bottrop
Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe
Statistik zur Eingliederungshilfe nach §39 BSG

06_23_2015_01 Plätze im stationären Wohnen¹ für Menschen mit Behinderungen

Definition: Anlage Seite 48

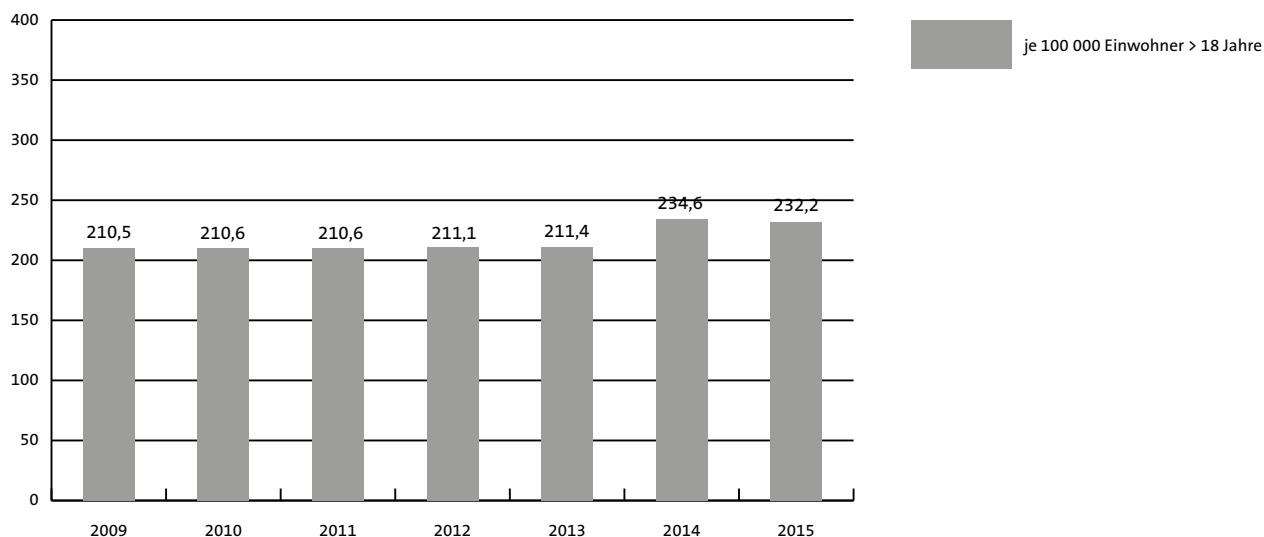
Verwaltungsbezirk	Plätze im stationären Wohnen für									
	insges.	je 100 000 Einw. > 18 Jahre	geistig behinderte Menschen		körperlich behinderte Menschen		seelisch behinderte Menschen		suchtkranke Menschen	
			zus.	je 100 000 E. > 18 Jahre	zus.	je 100 000 E. > 18 Jahre	zus.	je 100 000 E. > 18 Jahre	zus.	je 100 000 E. > 18 Jahre
Bottrop	230	232,2	147	148,4	–	–	67	67,7	16	16,2
Essen	1 630	331,0	1 269	257,7	8	1,6	295	59,9	58	11,8
Oberhausen	283	158,9	183	102,7	19	10,7	57	32,0	24	13,5
Gelsenkirchen	862	397,8	595	274,6	–	–	186	85,8	81	37,4
Kreis Wesel	911	233,5	758	194,3	–	–	127	32,6	26	6,7
Kreis Recklinghausen	1 295	248,9	997	191,6	–	–	194	37,3	104	20,0
Nordrhein-Westfalen	43 044	288,8	29 202	196,0	1 392	9,3	9 354	62,8	3 096	20,8

Quellen: LLZG.NRW 2018
Indikator 06_23_2015_01

¹ vollstationäre Wohnrichtungen ohne Kurzzeitwohnrichtungen
nur für Personen ab 18 Jahre
"–" nichts vorhanden (genau null)

Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe
Statistik zur Eingliederungshilfe nach §39 BSG

Zeitreihe: Plätze im stationären Wohnen für Menschen mit Behinderungen insgesamt 2009 - 2015



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 06_23_2009-2015_01
Bottrop
Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe
Statistik zur Eingliederungshilfe nach §39 BSG



06_23_2015_02 Plätze in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen

Definition: Anlage Seite 48

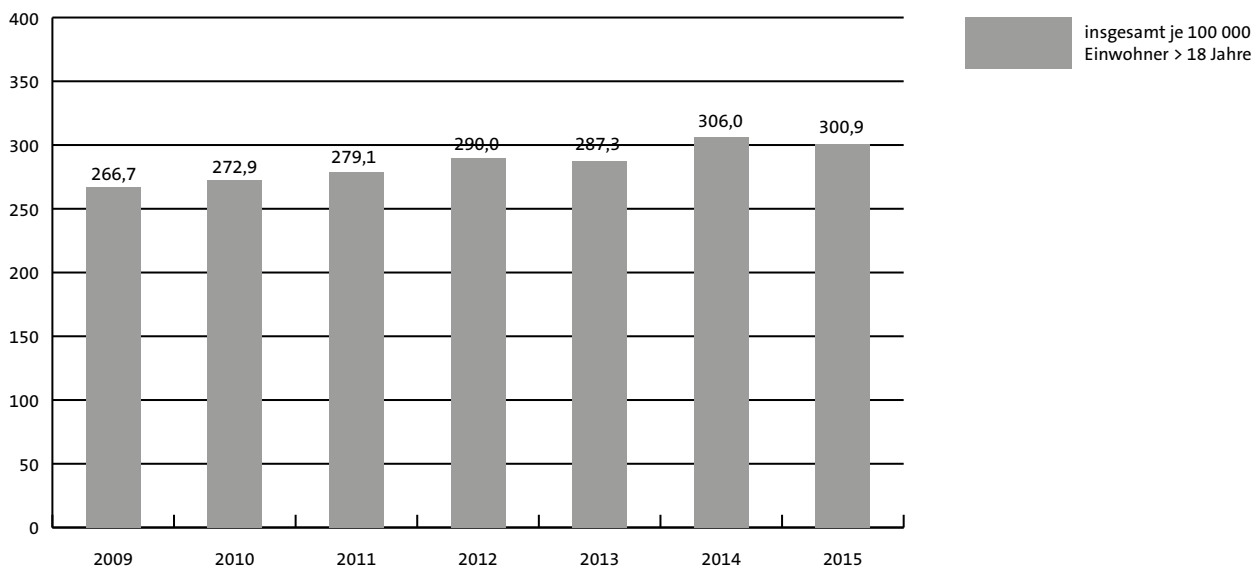
Verwaltungsbezirk	Personen in stationären Wohneinrichtungen*						Relation zwischen betreuten Personen		% - Anteil der 18- bis unter 65-jähr. Personen
	Frauen		Männer		insgesamt		ambulant in %	stationär in %	
	Anzahl	je 100 000 eibl. Einw. >18 J.	Anzahl	je 100 000 männl. Einw. >18 J.	Anzahl	je 100 000 Einw. >18 J.			
Bottrop	127	247,4	171	358,5	298	300,9	58	42	89,6
Essen	586	228,5	927	392,8	1 513	307,2	59	41	87,9
Oberhausen	177	193,2	302	349,1	479	268,9	66	34	83,3
Gelsenkirchen	326	295,7	503	472,6	829	382,6	48	52	87,6
Kreis Wesel	475	236,3	587	310,4	1 062	272,2	56	44	89,0
Kreis Recklinghausen	729	271,2	998	396,9	1 727	331,9	53	47	89,9
Nordrhein-Westfalen	17 746	234,6	25 599	353,6	43 345	290,9	59	41	89,3

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 06_23_2015_02

* Personen ab 18 Jahre; lvr: ohne ausserrhein. Träger (5 Pers.) lwl: ohne „gewöhnlicher Aufenthalt (gA) ungeklärt“ (75 Pers.)

Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe
Statistik zur Eingliederungshilfe nach §39 BSG

Zeitreihe: Personen in stationären Wohneinrichtungen 2009 - 2014



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 06_23_2015_02

Bottrop
Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe
Statistik zur Eingliederungshilfe nach §39 BSG

Themenfeld 7



© Andres Morlok/PIXELIO



Inanspruchnahme/Leistungen der Gesundheitsförderung u. Früherkennung von Krankheiten

07_06_2016 Inanspruchnahme Krankheitsfrüherkennungsprogramm, Kinder¹

Definition: Anlage Seite 50

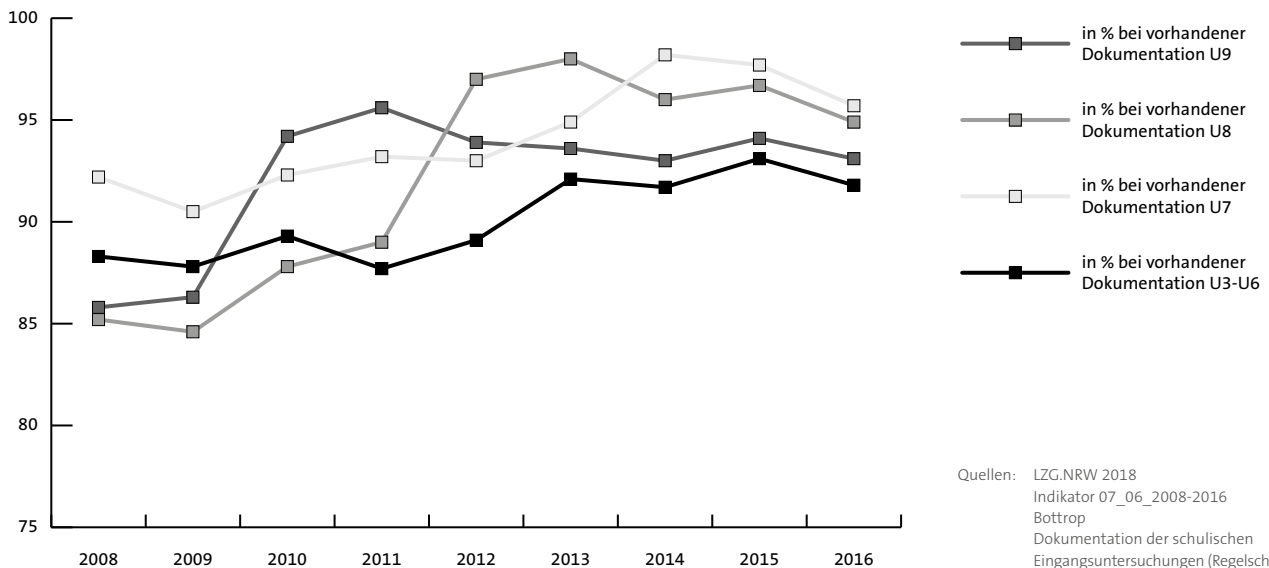
Verwaltungsbezirk	Untersuchte Schulanfänger insges*	Inanspruchnahme d. Früherkennungsuntersuchungen					dar.: Untersuchte Schulanfänger älter als 64 Monate	Inanspruchnahme d. Früherkennungsuntersuchungen		
		Doku vorhanden**	darunter: ... wahrgenommen in %:			Keine Doku vorhanden***		Doku vorhanden**	darunter ... wahrgenommen in %: U9	Keine Doku vorhanden***
			U3 - U6	U7	U8					
Bottrop	931	865	91,8	95,7	94,9	66	857	794	93,1	63
Essen	4 979	4 470	90,8	94,5	94,4	509	4 921	4 416	94,5	505
Oberhausen	1 777	1 620	93,8	95,4	96,0	157	1 699	1 546	93,3	153
Gelsenkirchen	2 357	2 017	89,2	92,9	94,0	340	2 306	1 971	92,9	335
Kreis Wesel	3 584	3 331	95,3	97,4	97,2	253	3 474	3 230	95,0	244
Kreis Recklinghausen	4 902	4 642	89,5	95,2	95,2	260	4 783	4 525	93,8	258
Nordrhein-Westfalen ³	152 063	137 595	92,9	95,5	95,8	14 468	142 186	128 487	93,9	13 699

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 07_06_2016

³ Summe der meldenden Kreise
¹ Einschulungsjahrgang

Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

Zeitreihe: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen 2008 - 2016



07_10_2016 Durch Kariesprophylaxemaßnahmen erreichte Kinder und Einrichtungstyp¹

Definition: Anlage Seite 50

Verwaltungsbezirk	Zahl der durch 1- bis 2-malige Prophylaxemaßnahmen bzw. -impulse erreichten Kinder in					
	Kindergärten			Grundschulen		
	gemeldete Kinder ²	ein Impuls ³	zwei Impulse ⁴	gemeldete Kinder ²	ein Impuls ³	zwei Impulse ⁴
Bottrop	3 268	2 590	377	3 759	3 737	1 980
Essen	19 665	15 896	•	19 064	18 397	•
Oberhausen	5 842	4 268	3 993	6 821	6 264	5 795
Gelsenkirchen	8 365	5 622	2 281	9 136	9 035	4 775
Kreis Wesel	13 589	11 280	3 000	15 244	14 480	14 480
Kreis Recklinghausen	18 435	9 774	1 449	20 175	15 936	9 096
Nordrhein-Westfalen**	552 214	396 650	240 504	611 569	550 069	315 019

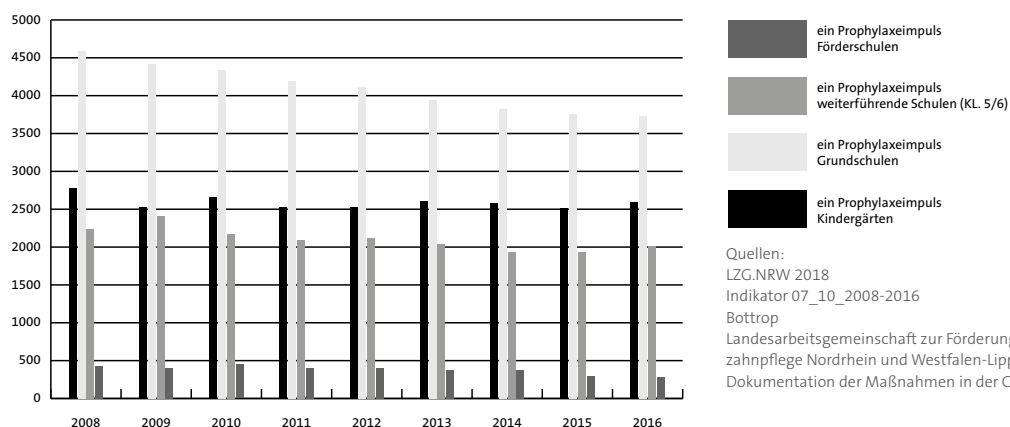
Zahl der durch 1- bis 2-malige Prophylaxemaßnahmen bzw. -impulse erreichten Kinder in								
Klasse 5/6			Klasse 7-10			Förderschule		
gemeldete Kinder ²	ein Impuls ³	zwei Impulse ⁴	gemeldete Kinder ²	ein Impuls ³	zwei Impulse ⁴	gemeldete Kinder ²	ein Impuls ³	zwei Impulse ⁴
2 044	2 010	107	4 348	•	•	326	280	19
9 691	•	•	16 908	•	•	3 113	1 204	•
3 226	1 928	1 548	6 581	384	369	607	451	468
4 892	1 616	170	9 541	•	•	1 889	789	47
10 923	10 400	•	21 844	5 200	•	1 814	1 700	50
11 199	263	•	22 383	•	•	2 835	1 563	64
289 905	71 295	20 942	566 364	28 360	2 795	74 167	39 473	16 007

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 07_10_2016
Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der
Jugendzahnpflege Nordrhein und Westfalen-Lippe
Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe

1 Schuljahr 2014/2015
2 in allen Einrichtungen gemeldete Kinder, Angaben nicht für alle Kreise vollständig
3 durch 1 Prophylaxemaßnahme bzw. 1 Prophylaxeimpuls tatsächlich erreichte Kinder
4 durch zwei Prophylaxemaßnahmen bzw. -impulse tatsächlich erreichte Kinder insgesamt

** Summe der meldenden Kreise
„•“ Zahlenwert unbekannt

Zeitreihe: Zahl der durch einen Prophylaxe-Impuls erreichten Kinder 2008 - 2016





07_13_2015 Impfquote Polio, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Hib, Pertussis, Schulanfänger¹

Definition: Anlage Seite 51

Verwaltungsbezirk	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Dokumentierte Impfungen							Kinder ohne dokumentierte Impfungen***
		Kinder mit dokumentierten Impfungen*	Impfquote in % bei		abgeschlossener Grundimmunisierung**				
			Polio-myelitis	Tetanus	Diphtherie	Hepatitis B	Haemophilus influenzae b	Pertussis	
Bottrop	914	875	96,0	96,1	96,6	80,5	94,2	96,6	39
Essen	4 775	4 387	93,7	94,8	94,8	87,0	92,3	94,7	388
Oberhausen	1 611	1 469	94,4	95,6	95,5	88,9	93,0	95,4	142
Gelsenkirchen	2 256	1 951	94,4	95,1	95,3	91,7	93,1	95,2	305
Kreis Wesel	3 626	3 340	96,2	97,1	97,0	91,7	95,4	96,9	286
Kreis Recklinghausen	4 900	4 624	95,9	96,6	96,6	92,2	94,6	96,5	276
Nordrhein-Westfalen	148 709	136 504	93,6	94,8	94,8	86,9	92,4	94,6	12 205

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 07_13_2015

Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

¹ Einschulungsjahrgang 2014

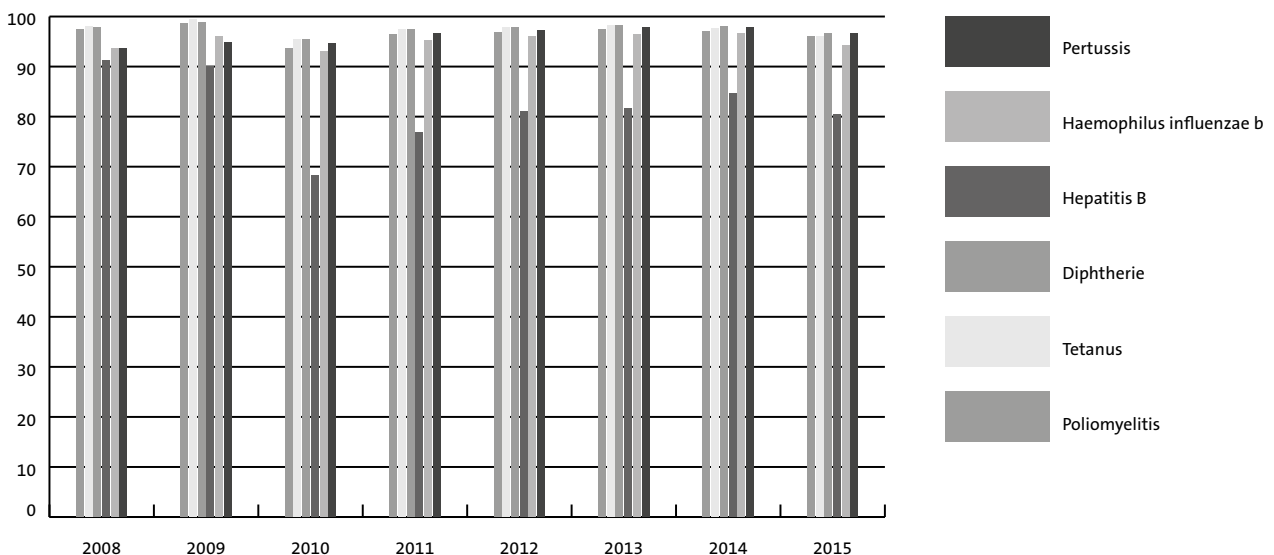
* Impfbuch vorgelegt

** geänderte Berechnungsgrundlage

*** Impfbuch nicht vorgelegt

Zeitreihe: Impfquoten 2008 - 2015

in % bei abgeschlossener Grundimmunisierung



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 07_13_2008-2015
Bottrop
Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

07_14_2015 Impfquote Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Schulanfänger¹

Definition: Anlage Seite 52

Verwaltungsbezirk	Unters. Schulanfänger insg.	Kinder mit doku. Impfung*	Dokumentierte Impfungen							
			Impfquote in % bei der 1. und 2. Impfung							
			Masern		Mumps		Röteln		Varizellen	
			>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.
Bottrop	914	875	99,3	97,5	99,0	97,1	99,0	97,1	94,7	92,3
Essen	4 775	4 387	98,3	94,2	98,1	94,0	98,1	94,0	93,0	88,9
Oberhausen	1 611	1 469	98,5	94,5	98,3	94,3	98,3	94,2	95,2	90,9
Gelsenkirchen	2 256	1 951	98,3	94,7	98,3	94,6	98,3	94,5	93,8	89,9
Kreis Wesel	3 626	3 340	98,5	96,3	98,3	96,1	98,3	96,0	89,6	87,1
Kreis Recklinghausen	4 900	4 624	98,8	96,2	98,2	95,8	98,2	95,8	91,0	87,2
Nordrhein-Westfalen	148 709	136 504	97,6	94,3	97,4	94,2	97,4	94,1	89,4	85,9

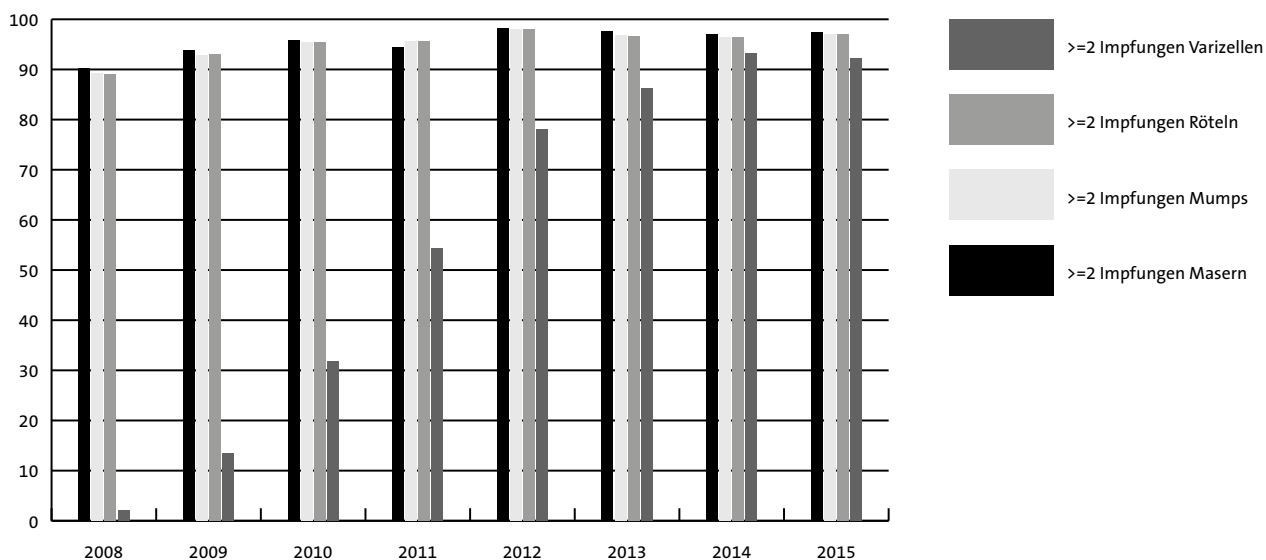
Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 07_14_2015

¹ Einschulungsjahrgang 2014

* Impfbuch vorgelegt

Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

Zeitreihe: Impfquote in % bei der 2. Impfung 2008 - 2015



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 07_13_2008-2015

Bottrop
Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)



Inanspruchnahme/Leistungen der ambulanten Versorgung

07_23_2016_01 Methadon-Substitutionsbehandlung¹

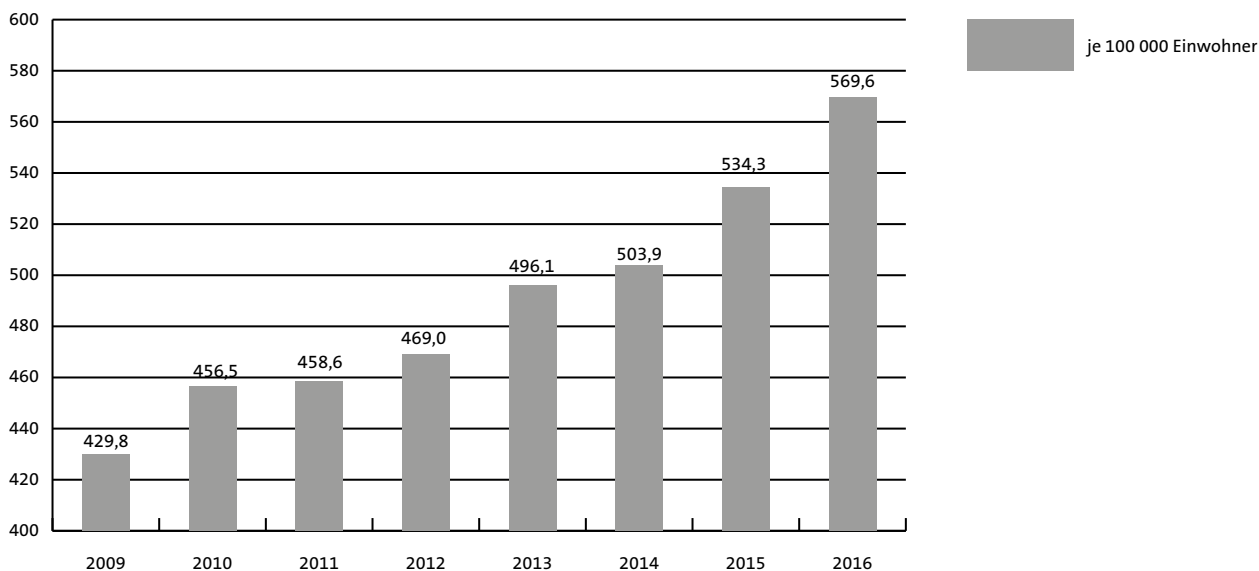
Definition: Anlage Seite 53

Verwaltungsbezirk	Substituierende Ärzte*	Im Berichtszeitraum gemeldete Substitutionsbehandlungen		
	insgesamt	insgesamt	je Arzt	je 100 000 Einw.**
Bottrop	12	664	55,3	569,6
Essen	16	1 171	73,2	202,5
Oberhausen	9	731	81,2	347,9
Gelsenkirchen	15	1 220	81,3	471,0
Kreis Wesel	12	530	44,2	115,2
Kreis Recklinghausen	23	1 221	53,1	198,4
Nordrhein-Westfalen	727	42 155	58,0	237,5

Quellen: LZG.NRW 2018
 Indikator 07_23_2016_01
 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Bundesopiumstelle):
 Substitutionsregister

* Qualifikation gemäß § 5 Abs. 2, 3 BtMVV
 ** Durchschnittliche Bevölkerung 2014
¹ Zeitraum 01.01. - 31.12.2015

Zeitreihe: Methadon-Substitutionsbehandlungen 2009 - 2016



Quellen: LZG.NRW 2018
 Indikator 07_23_2009-2016_01
 Bottrop
 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Bundesopiumstelle):
 Substitutionsregister

Inanspruchnahme/Leistungen der stationären/teilstationären Versorgung

07_34_2015 Pflegegeldempfänger nach Pflegestufen

Definition: Anlage Seite 53

Verwaltungsbezirk	Pflegegeldempfänger*											
	Pflegestufen insgesamt		davon:				davon:				Nachrichtlich:	
			Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III		ohne Pflegestufe**			
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.		
Bottrop	1 451	1 001	1 105	687	299	267	47	47	100	85		
Essen	5 224	3 779	3 951	2 610	1 039	943	234	226	398	382		
Oberhausen	2 679	1 805	1 995	1 219	576	473	108	113	157	196		
Gelsenkirchen	3 430	2 135	2 606	1 444	701	560	123	131	171	192		
Kreis Wesel	6 755	4 537	4 689	2 928	1 650	1 245	416	364	442	431		
Kreis Recklinghausen	8 397	5 688	6 203	3 792	1 818	1 539	376	357	404	466		
Nordrhein-Westfalen	189 556	132 548	132 981	85 123	45 260	37 667	11 315	9 758	14 314	13 434		

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 07_34_2015

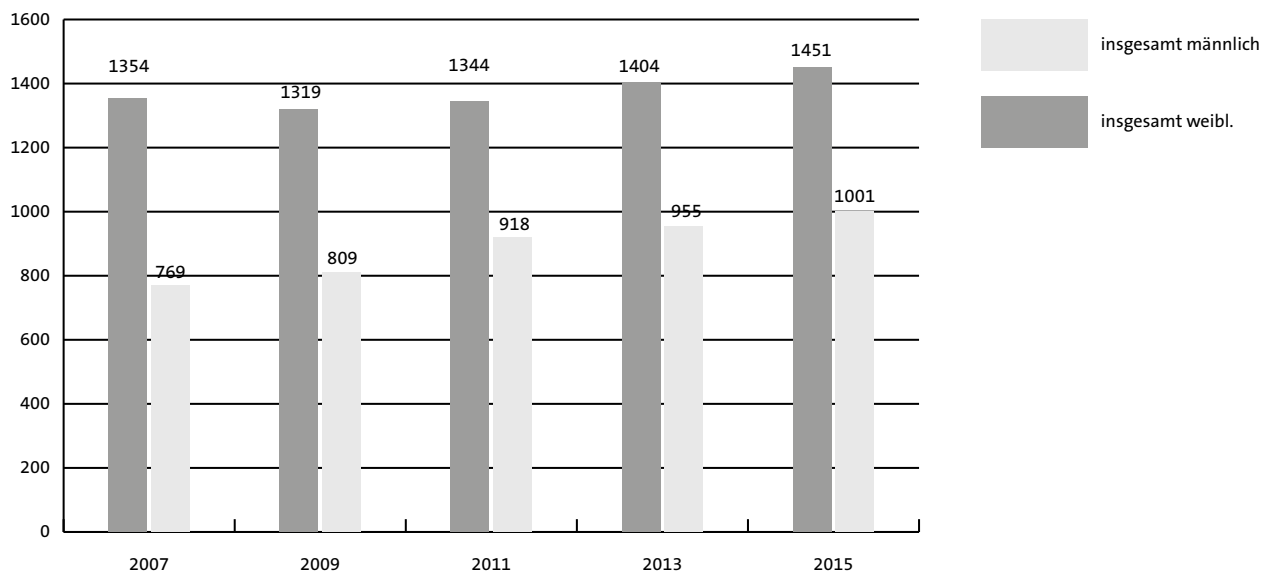
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Pflegestatistik

* Ohne Pflegegeldempfäng., die zusätzlich auch ambul. oder vollstat. Dauer- bzw. Kurzzeitpflege erhalten.

** Pflegestufe III inklusive Härtefälle

*** Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Zeitreihe: Zahl der Pflegeempfänger 2007, 2009, 2011, 2013, 2015 - Pflegestufen insgesamt-



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 07_34_2007/2009/2011/2013/2015
Bottrop
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Pflegestatistik



07_34_2016_01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegeart

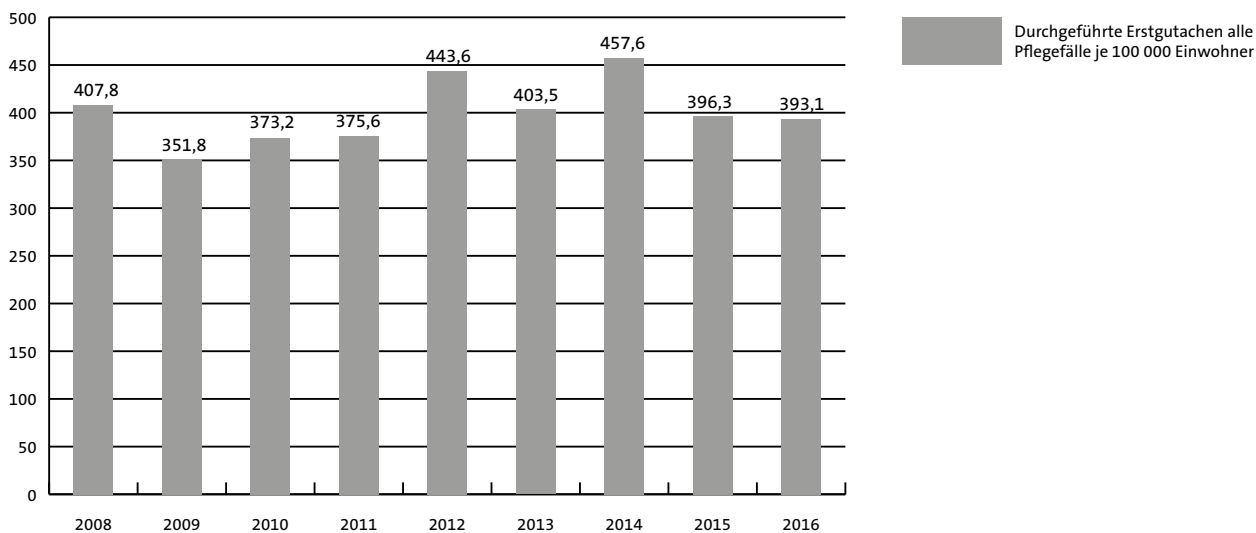
Definition: Anlage Seite 54

Verwaltungsbezirk	Durchgeführte Erstgutachten nach Pflegeart*					
	ambulante Pflege		vollstationäre Pflege		alle Pflegefälle	
	insgesamt	je 100 000 Einw.	insgesamt	je 100 000 Einw.	insgesamt	je 100 000 Einw.
Bottrop	366	312,1	95	81,0	461	393,1
Essen	3 170	543,9	737	126,4	3 907	670,3
Oberhausen	1 274	603,3	229	108,4	1 503	711,8
Gelsenkirchen	1 101	421,1	207	79,2	1 308	500,3
Kreis Wesel	2 856	617,9	335	72,5	3 191	690,4
Kreis Recklinghausen	2 622	424,6	338	54,7	2 960	479,4
Nordrhein-Westfalen	106 441	595,4	13 886	77,7	120 327	673,1

Quellen: LZG.NRW 2018
 Indikator 07_34_2016_01
 MDK Westfalen-Lippe, MDK Nordrhein:
 Ergebnisse der Pflege-Begutachtungen

* Einstufung in Pflegestufen I-III

Zeitreihe: MDK-Pflegebegutachtungen 2008 - 2016



Quellen: LZG.NRW 2018
 Indikator 07_34_2008-2016_01
 Bottrop
 MDK Westfalen-Lippe, MDK Nordrhein:
 Ergebnisse der Pflege-Begutachtungen

07_35_2015 Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen

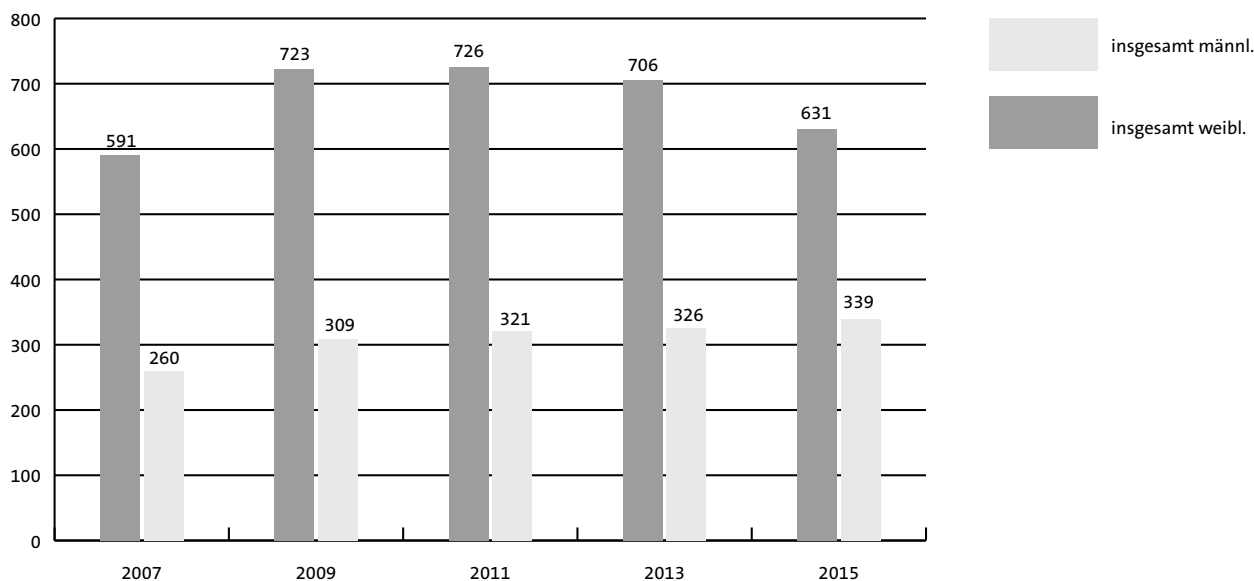
Definition: Anlage Seite 55

Verwaltungsbezirk	Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige*									
	Pflegestufen insgesamt		davon:						Nachrichtlich: ohne Pflegestufe**	
			Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III			
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
Bottrop	631	339	459	201	149	112	23	26	32	17
Essen	3 134	1 527	2 234	889	718	482	182	156	261	133
Oberhausen	1 485	757	1 000	421	384	265	101	71	104	67
Gelsenkirchen	1 717	706	1 173	435	450	226	94	45	75	61
Kreis Wesel	2 940	1 445	1 869	715	821	564	250	166	279	137
Kreis Recklinghausen	4 564	2 206	3 124	1 278	1 183	709	257	219	157	96
Nordrhein-Westfalen										

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 07_35_2015
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Pflegestatistik

* Inkl. Kombinationsleistungen
** Pflegestufe III inklusive Härtefälle
*** Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Zeitreihe: Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige 2007/2009/2011/2013/2015



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 07_35_2007/2009/2011/2013/2015
Bottrop
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Pflegestatistik



07_36_2015 In Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen

Definition: Anlage Seite 56

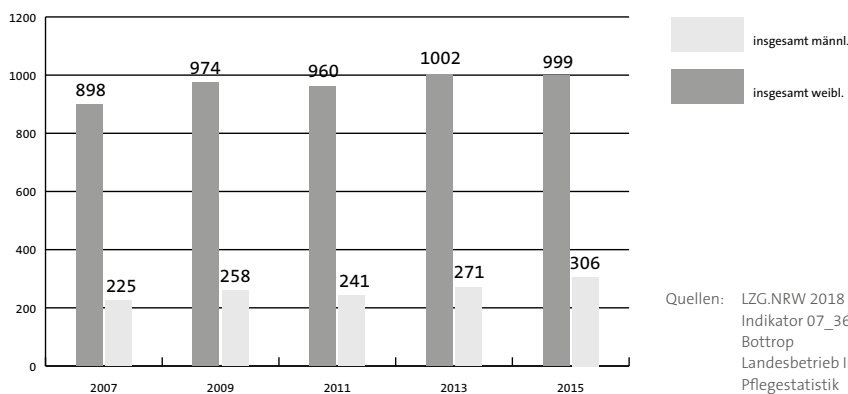
Verwaltungsbezirk	Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen*					
	Insgesamt		davon:			
	weibl.	männl.	Pflegestufe I		Pflegestufe II	
weibl.			männl.	weibl.	männl.	
Bottrop	999	306	396	138	387	123
Essen	4 959	1 722	1 998	753	1 866	648
Oberhausen	1 494	534	573	201	591	228
Gelsenkirchen	1 851	609	774	285	726	237
Kreis Wesel	3 135	1 107	1 044	414	1 236	423
Kreis Recklinghausen	4 767	1 707	1 980	732	1 971	723
Nordrhein-Westfalen	119 803	44 830	46 572	17 925	46 734	17 640

Verwaltungsbezirk	Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen*					
	davon:				nachrichtlich:	
	Pflegestufe III		Bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet		ohne Pflegestufe**	
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
Bottrop	216	48	•	•	12	6
Essen	1 062	291	33	30	93	87
Oberhausen	324	102	3	3	3	3
Gelsenkirchen	348	84	6	•	12	12
Kreis Wesel	846	264	9	6	12	12
Kreis Recklinghausen	816	249	•	3	33	21
Nordrhein-Westfalen	25 592	8 699	905	566	1 635	1 298

Quellen: LZG.NRW 2018
 Indikator 07_36_2015
 Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
 Pflegestatistik

* Enthält aus Datenschutzgründen gerundete Zahlen.
 Inkl. Personen, die noch keiner Pflegestufe zugeordnet sind
 ** Pflegestufe III inklusive Härtefälle
 *** Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
 "•" Kein Fall vorhanden oder es liegt ein Einzelfall vor

Zeitreihe: In Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige 2007/2009/2011/2013/2015



Quellen: LZG.NRW 2018
 Indikator 07_36_2007/2009/2011/2013/2015
 Bottrop
 Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
 Pflegestatistik

Themenfeld 8

Beschäftigte im Gesundheitswesen



© JMG/PIXELIO



Personal in ambulanten Einrichtungen

08_08_2015 Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen

Definition: Anlage Seite 58

Verwaltungsbezirk	Fachärzte insgesamt*		Davon:				
			Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte
	Anzahl	Einw. je Arzt	Anzahl				
Bottrop	80	1 473,5	7	4	13	5	6
Essen	459	1 268,5	39	35	78	28	33
Oberhausen	138	1 531,8	13	9	22	7	12
Gelsenkirchen	184	1 415,0	17	16	30	9	13
Kreis Wesel	286	1 615,4	27	19	50	15	21
Kreis Recklinghausen	417	1 481,2	36	23	68	25	32
Nordrhein-Westfalen	14 609	1 222,9	1 140	771	2 171	714	897

Verwaltungsbezirk	Davon:					Zahnärzte insgesamt***	
	Nervenärzte	Orthopäden	Psychotherapeuten**	Urologen	Kinderärzte		
	Anzahl					Anzahl	Einw. je Arzt
Bottrop	5	7	22	4	7	85	1 386,3
Essen	36	33	116	22	40	419	1 391,3
Oberhausen	10	12	32	7	14	118	1 787,6
Gelsenkirchen	11	15	50	11	14	148	1 757,1
Kreis Wesel	18	28	68	15	27	286	1 619,1
Kreis Recklinghausen	27	37	112	20	38	400	1 546,2
Nordrhein-Westfalen	973	1 153	4 978	601	1 213	12 226	1 461,3

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator:08_08_2015 (neugefasst ab 2013)

KV Nordrhein, Westfalen-Lippe: Ärzteregeister der KV NR und WL
KZV Nordrhein, Westf.-Lippe: Zahnärzteregeister der KZV NR u. WL
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

* Vertragsärzte, die (gemäß der Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie v. 1.01.2013) an der allgemeinen fachärztl. Versorgung teilnehmen

** ärztl. Psychotherapeuten, Psychologische u. Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten

*** vertragszahnärztlich tätige Zahnärzte inkl. Kieferorthopäden u. Oralchirurgen

08_13_2016 Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen

Definition: Anlage Seite 58

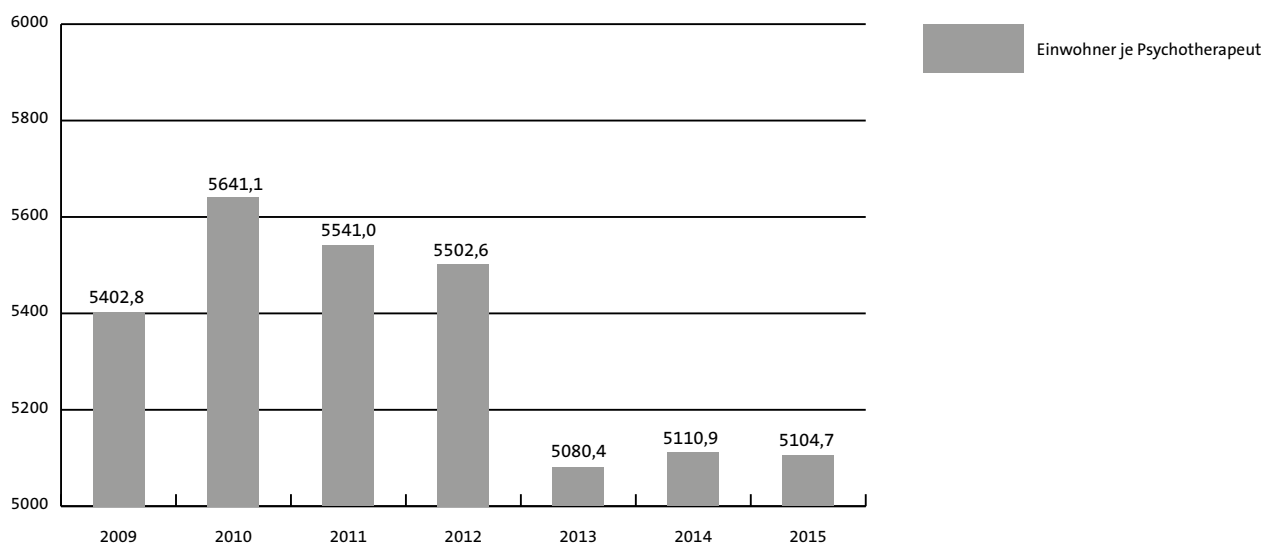
Verwaltungsbezirk	Psychotherapeuten insgesamt		Ärztliche Psychotherapeuten	Psychologische Psychotherapeuten		Ärztliche Psychotherapeuten	KJP**
	Anzahl	Einw. je Psychoth.		PP*	KJP**		
			Anzahl			in Prozent aller Psychoth.***	
Bottrop	23	5 104,7	6	14	3	26	13
Essen	121	4 838,9	32	72	18	26	15
Oberhausen	32	6 668,2	6	21	5	18	16
Gelsenkirchen	50	5 266,4	9	35	6	18	12
Kreis Wesel	70	6 614,8	15	39	16	22	22
Kreis Recklinghausen	112	5 495,9	27	70	15	24	13
Nordrhein-Westfalen	5 033	3 554,7	1 113	3 132	788	22	16

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 08_13_2016

KV Nordrhein, KV Westfalen-Lippe:
Ärztereister der KV NR und WL

- * ohne nur Kinder und Jugendliche betreuende Psychotherapeuten
- ** Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuende Psychotherapeuten
- *** Mindestquoten gemäß § 101 SGBV: 25 % ärztliche Psychotherapeuten, 20 % nur Kinder und Jugendliche betreuende Psychotherapeuten

Zeitreihe: Psychotherapeutische Versorgung in ambulanten Einrichtungen 2009 - 2016



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 08_13_2016
Bottrop
KV Nordrhein, KV Westfalen-Lippe:
Ärztereister der KV NR und WL



08_13_2016_01 Berufstätige Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

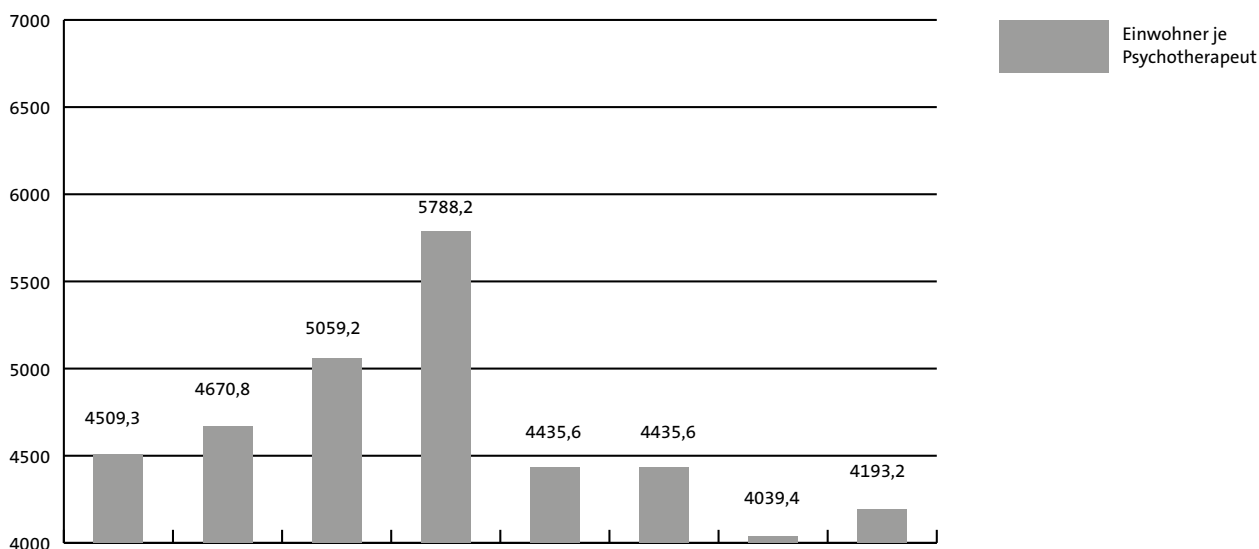
Definition: Anlage Seite 58

Verwaltungsbezirk	Psychotherapeuten		Davon:					
	insgesamt*		Psychologische Psychotherapeuten**		Kinder- u. Jugendl. Psychotherapeuten**		Doppelapprobierte Psychotherapeuten**	
	Anzahl	Einw. je Therapeut	Anzahl	Einw. > 18 J. je Therapeut	Anzahl	Einw. <18 J. je Therapeut	Anzahl	Einw. je Therapeut
Bottrop	28	4 193,2	20	4 955,9	8	2 286,5	–	–
Essen	326	1 788,6	255	1 925,3	58	1 588,6	13	44 852,6
Oberhausen	60	3 523,0	41	4 342,9	13	2 563,5	6	35 230,3
Gelsenkirchen	92	2 853,6	65	3 345,8	18	2 502,9	9	29 169,8
Wesel	126	3 664,4	80	4 863,0	38	1 912,5	8	57 714,4
Recklinghausen	212	2 911,3	131	3 961,3	55	1 786,6	26	23 738,3
Nordrhein-Westfalen	9 215	1 941,4	6 699	2 225,3	1 927	1 548,1	589	30 373,7

Quellen: LZG.NRW 2018
 Indikator 08_13_2016_01
 Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen,
 Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
 Psychotherapeutenregister

* berufstätige Psychoth. insg., ohne ärztliche Psychoth.
 ** approbierte PPT und KJPT gem. Psychotherapeutengesetz
 "–" nichts vorhanden (genau null)

Zeitreihe: Psychotherapeutische Versorgung 2009 - 2016



Quellen: LZG.NRW 2018
 Indikator 08_13_2016_01
 Bottrop
 Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen,
 Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
 Psychotherapeutenregister

08_15_2004 Physiotherapeuten, Masseur, Medizinische Bademeister

Definition: Anlage Seite 59

Verwaltungsbezirk	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ¹	Zugelassene Physiotherapeutische Einrichtungen ²	Insgesamt	Einw. je Physiotherapeut, Masseur, med. Bademeister
Bottrop	98	27	125	959,3
Essen	724	182	906	649,1
Oberhausen	259	53	312	702,9
Gelsenkirchen	283	84	367	736,0
Wesel	625	149	774	616,5
Recklinghausen	588	195	783	829,3
Nordrhein-Westfalen	21 607	6 201	27 808	650,0

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 08_15_2004
LDS NRW: Beschäftigtenstatistik,
Krankenhausstatistik Teil I, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes,
Ikk-Nordrhein, AOK Westfalen-Lippe: Sondererhebung

Anmerkung :
Einmalige Erhebung

¹ ohne stationär Beschäftigte
² gezählt wird hier 1 Praxisinhaber je Praxis

08_16_2005_01 Heilpraktiker¹

Definition: Anlage Seite 60

Verwaltungsbezirk	Neuzugänge ab dem 01.10.2004 bis zum 30.09.2005			Bestand zugelassener Heilpraktiker zum Stichtag 30.06.2005					Einw. je Heilpraktiker
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt	darunter:		
							nebenberuflich tätig	in Praxisgemeinschaften	
Bottrop	8	3	11	29	12	41	14	2	2 929
Essen	15	7	22	285	103	388	•	13	1 517
Oberhausen	7	–	7	64	11	75	•	•	2 929
Gelsenkirchen	4	–	4	163	67	230	•	•	1 180
Kreis Wesel	21	7	28	195	46	241	•	8	1 980
Kreis Recklinghausen	19	8	27	145	67	212	•	13	3 068
Nordrhein-Westfalen*	604	145	749	5 550	2 260	7 810	101	354	2 314

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 08_16_2005_01
Untere Gesundheitsbehörden NRW
Heilpraktikererhebung

Anmerkung :
Einmalige Erhebung

¹ HP allg. u. HP Psychotherapie
"–" genau Null
"•" Zahlenwert unbekannt
* Summe meldender Kreise



Personal in stationären und teilstationären Einrichtungen

08_19_2016 Personal im Pflegedienst in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern nach Berufen

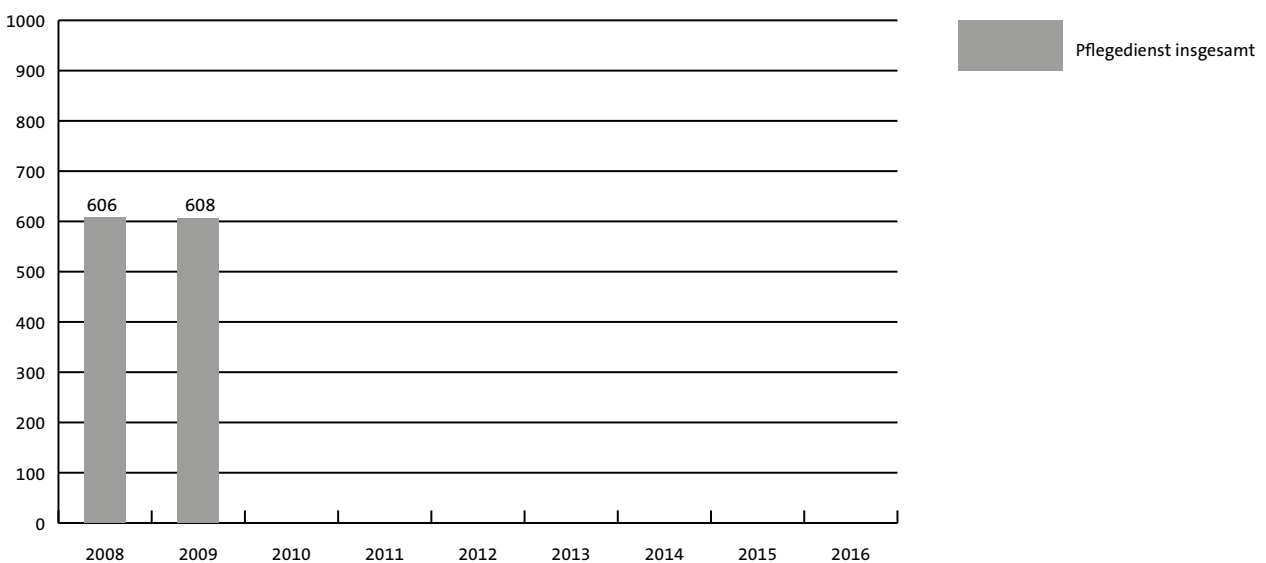
Definition: Anlage Seite 61

Verwaltungsbezirk	Pflegedienst insgesamt	Davon			
		Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	Gesundheits- u. Kinderkrankenpfleger/-innen	Helferinnen/ Helfer in der Krankenpflege	sonstige Pflegepersonen
Bottrop	•	•	•	•	•
Essen	5 225	3 878	501	367	479
Oberhausen	1 216	863	130	98	125
Gelsenkirchen	1 417	1 067	198	47	105
Kreis Wesel	2 210	1 681	261	113	155
Kreis Recklinghausen	4 165	3 057	483	182	443
Nordrhein-Westfalen	102 081	79 581	9 969	4 636	7 895

Quellen: LZG.NRW 2018
 Indikator 08_19_2016
 Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten (Krankenhäuser)

„•“ Zahlenwert unbekannt

Zeitreihe: Beschäftigte im Pflegedienst 2008 - 2016



Quellen: LZG.NRW 2018
 Indikator 08_19_2016
 Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
 Krankenhausstatistik, Teil I - Grunddaten (Krankenhäuser)

Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst

08_27_2016 Personal kommunaler Dienststellen

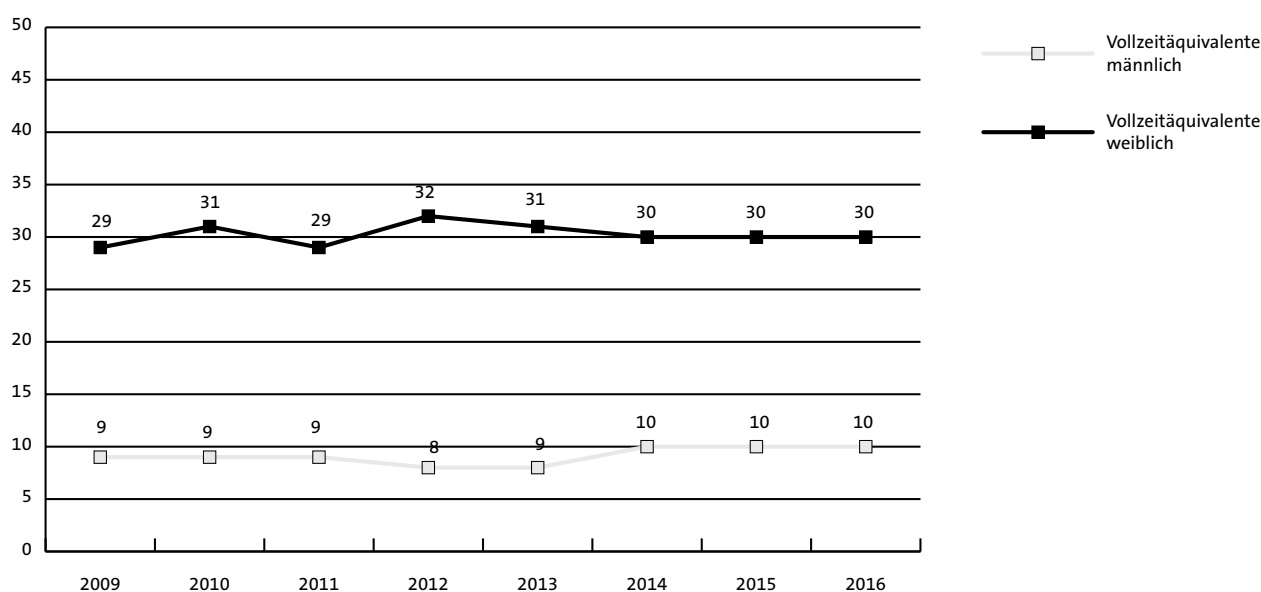
Definition: Anlage Seite 61

Verwaltungsbezirk	Personal der Gesundheitseinrichtungen sowie in Gesundheitsschutz und Gesundheitspflege (gerundet*)					
	Vollzeitbeschäftigte		Teilzeit-beschäftigte**		Vollzeitäquivalente***	
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
Bottrop	15	5	30	5	30	10
Essen	65	30	60	5	100	30
Oberhausen	20	10	40	5	45	10
Gelsenkirchen	30	15	40	5	55	15
Kreis Wesel	25	15	55	5	60	20
Kreis Recklinghausen	50	20	60	5	90	25
Nordrhein-Westfalen	1 525	1 005	2 315	185	2 950	1 120

Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 08_27_2016
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Personalstandstatistik

* Ab 2014 wird in der Personalstandstatistik, aufgrund von Geheimhaltungsvorschriften, die deterministische 5er Rundung angewendet.
** inkl. geringfügig Beschäft. (sofern Produktzuordnung durch Berichtspflichtigen mitgeliefert) und Beschäftigter in Altersteilzeit
*** über die Arbeitszeitfaktoren (AZF) jedes Beschäftigten errechnet
1 „Städteregion Aachen“ ohne „Stadt Aachen“

Zeitreihe: Vollzeitäquivalente für das Personal kommunaler Dienststellen 2009 - 2016



Quellen: LZG.NRW 2018
Indikator 08_27_2016
Bottrop
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Personalstandstatistik



3 *Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen*

Schuleingangsuntersuchungen 2018/2019



©.LZG.NRW

3.1.1 Übergewicht bei Vorschulkindern:

Übergewicht im Kindesalter ist ein stetig zunehmendes Problem, welches mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden ist. So erhöhen sich bei übergewichtigen Kindern die Risikofaktoren für Herz-, Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen deutlich. Insgesamt ist in Abhängigkeit von Beginn und Dauer des Übergewichts die Ausbildung einer ernährungsbedingten Krankheit wahrscheinlich.

Die dargestellten Daten werden bei der gesetzlich vorgeschriebenen Schuleingangsuntersuchungen des Gesundheitsamtes erhoben, welche die Einschüler eines Jahrgangs (Einschulung 2018/2019) komplett erfassen. Alle Ergebnisse sind nach statistischen Bezirken der Stadt Bottrop aufbereitet. Die Einteilung der Gewichtskategorien basiert auf Veröffentlichungen von Kromeyer-Hauschild. Die Referenzwerte richten sich 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.

*Gewichtskategorien
Bottrop - Untersuchung aller Einschüler - Schuljahr 2016/2017*

Gesamt Stat. Bezirk	Unter- suchte	davon mit gültigen Werten		deutlich untergewichtig		untergewichtig		normalgewichtig		übergewichtig		adipös	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	5	5	100	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0
11	52	51	98,1	1	2	2	3,9	36	70,6	7	13,7	5	9,8
12	125	125	100	1	0,8	9	7,2	96	76,8	8	6,4	11	8,8
13	76	76	100	0	0	8	10,5	60	78,9	4	5,3	4	5,3
21	33	32	97	2	6,3	1	3,1	25	78,1	3	9,4	1	3,1
22	45	45	100	2	4,4	5	11,1	36	80	2	4,4	0	0
31	20	20	100	0	0	1	5	17	85	2	10	0	0
32	77	77	100	3	3,9	3	3,9	61	79,2	6	7,8	4	5,2
41	86	86	100	0	0	4	4,7	69	80,2	6	7	7	8,1
42	90	90	100	4	4,4	4	4,4	68	75,6	8	8,9	6	6,7
51	72	71	98,6	2	2,8	7	9,9	50	70,4	7	9,9	5	7
52	28	28	100	1	3,6	1	3,6	24	85,7	0	0	2	7,1
61	23	23	100	1	4,3	2	8,7	17	73,9	1	4,3	2	8,7
62	37	37	100	2	5,4	3	8,1	31	83,8	0	0	1	2,7
71	79	79	100	2	2,5	7	8,9	64	81	5	6,3	1	1,3
72	30	30	100	1	3,3	4	13,3	20	66,7	3	10	2	6,7
73	12	12	100	0	0	0	0	12	100	0	0	0	0
74	39	39	100	2	5,1	3	7,7	31	79,5	2	5,1	1	2,6
Gesamt	929	926	99,7	24	2,6	64	6,9	722	78	64	6,9	52	5,6



Jungen Stat. Bezirke	Unter- suchte	davon mit gültigen Werten		deutlich untergewichtig		untergewichtig		normalgewichtig		übergewichtig		adipös	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	4	4	100	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0
11	24	24	100	1	4,2	1	4,2	17	70,8	4	16,7	1	4,2
12	65	65	100	0	0	4	6,2	49	75,4	6	9,2	6	9,2
13	41	41	100	0	0	2	4,9	34	82,9	3	7,3	2	4,9
21	19	18	94,7	2	11,1	0	0	14	77,8	2	11,1	0	0
22	17	17	100	1	5,9	0	0	16	94,1	0	0	0	0
31	12	12	100	0	0	1	8,3	9	75	2	16,7	0	0
32	44	44	100	3	6,8	3	6,8	31	70,5	4	9,1	3	6,8
41	46	46	100	0	0	3	6,5	39	84,8	1	2,2	3	6,5
42	50	50	100	2	4	2	4	35	70	5	10	6	12
51	38	37	97,4	0	0	5	13,5	26	70,3	2	5,4	4	10,8
52	15	15	100	0	0	1	6,7	13	86,7	0	0	1	6,7
61	11	11	100	1	9,1	2	18,2	5	45,5	1	9,1	2	18,2
62	18	18	100	2	11,1	2	11,1	13	72,2	0	0	1	5,6
71	47	47	100	2	4,3	4	8,5	38	80,9	2	4,3	1	2,1
72	15	15	100	0	0	2	13,3	10	66,7	1	6,7	2	13,3
73	5	5	100	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0
74	19	19	100	1	5,3	2	10,5	15	78,9	1	5,3	0	0
Gesamt	490	488	99,6	15	3,1	34	7	373	76,4	34	7	32	6,6

Mädchen Stat. Bezirke	Unter- suchte	davon mit gültigen Werten		deutlich untergewichtig		untergewichtig		normalgewichtig		übergewichtig		adipös	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	1	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0
11	28	27	96,4	0	0	1	3,7	19	70,4	3	11,1	4	14,8
12	60	60	100	1	1,7	5	8,3	47	78,3	2	3,3	5	8,3
13	35	35	100	0	0	6	17,1	26	74,3	1	2,9	2	5,7
21	14	14	100	0	0	1	7,1	11	78,6	1	7,1	1	7,1
22	28	28	100	1	3,6	5	17,9	20	71,4	2	7,1	0	0
31	8	8	100	0	0	0	0	8	100	0	0	0	0
32	33	33	100	0	0	0	0	30	90,9	2	6,1	1	3
41	40	40	100	0	0	1	2,5	30	75	5	12,5	4	10
42	40	40	100	2	5	2	5	33	82,5	3	7,5	0	0
51	34	34	100	2	5,9	2	5,9	24	70,6	5	14,7	1	2,9
52	13	13	100	1	7,7	0	0	11	84,6	0	0	1	7,7
61	12	12	100	0	0	0	0	12	100	0	0	0	0
62	19	19	100	0	0	1	5,3	18	94,7	0	0	0	0
71	32	32	100	0	0	3	9,4	26	81,3	3	9,4	0	0
72	15	15	100	1	6,7	2	13,3	10	66,7	2	13,3	0	0
73	7	7	100	0	0	0	0	7	100	0	0	0	0
74	20	20	100	1	5	1	5	16	80	1	5	1	5
Gesamt	439	438	99,8	9	2,1	30	6,8	349	79,7	30	6,8	20	4,6

Quellen: Stadt Bottrop
LZG.NRW
Einschulungsuntersuchungen 2018/2019

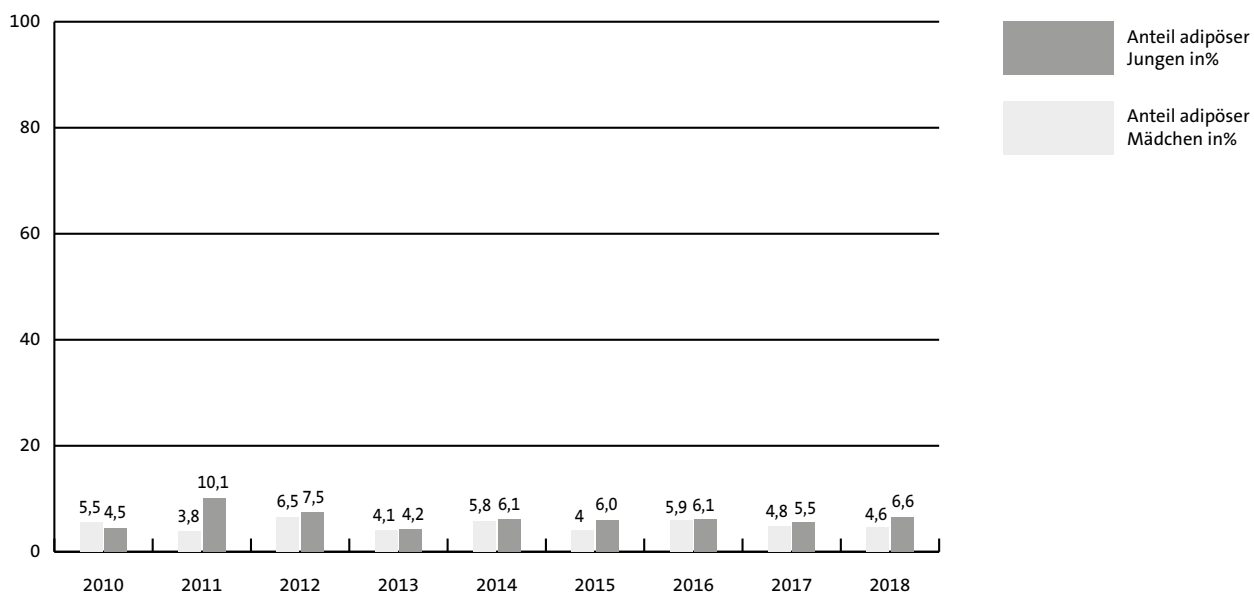
0 nicht zugeordnet
21 Fuhlenbrock-Heide
41 Batenbrock-Nord
61 Ebel/Welheimer Mark
73 Kirchh.-Nord-West

11 Altstadt
22 Fuhlenbrock-Wald
42 Batenbrock-Süd
62 Süd
74 Kirchh.-Nord-Ost

12 Nord-Ost
31 Stadtwald
51 Boy
71 Kirchhellen-Mitte

13 Süd-West
32 Eigen
52 Welheim
72 Kirchh.-Süd/Grafenwald

Zeitreihe: Kinder mit erheblichem Übergewicht (Adipositas) 2010 - 2018



Quellen: Stadt Bottrop
LZG.NRW
Einschulungsuntersuchungen 2018/2019



3.1.2 *Asthma bronchiale bei Vorschulkindern (in Anlehnung ICD-10 J45)*

Schulrelevanz

Ein Asthma bronchiale oder eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung kann die Leistungsfähigkeit und das subjektive Wohlbefinden eines Kindes stark beeinträchtigen.

Ärztliche Untersuchung

Die körperliche Untersuchung zielt auf Zeichen einer Atemwegsobstruktion ab, die in beschwerdefreien Intervallen auch fehlen können.

Dies sind:

Trockene Nebengeräusche (Giemen, Pfeifen, Brummen) bei der Auskultation, ggf. durch forcierte Expiration zu provozieren.

Verlängertes Expirium.

Bei schwerer Atemnot: thorakale Einziehung.

Bei schwerer Obstruktion: sehr leises Atemgeräusch.³

Da die Durchführung apparativer Untersuchungen wie z. B. einer Lungenfunktionanalyse eine aktive Mitarbeit des Kindes voraussetzt, die bei Vorschulkindern in der Regel noch nicht vorhanden ist, beruhen die Daten zu Asthma bronchiale auf die Ergebnisse der klinischen Untersuchungen des Kindes sowie den Angaben zur Vorgeschichte durch die Eltern.

Ursachen von Asthma bronchiale sind multifaktoriell bedingt. Jährlich erkranken in Deutschland ca. 10-15 % der Kinder an Asthma bronchiale. Davon sind bis zu 90 % der Asthma bronchiale Erkrankungen allergisch bedingt.

³ Riedel F, Berdel D: Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Asthma. Kinder und Jugendarzt (2010), Nr.2, S.83-101

Asthma bronchiale
Untersuchung aller Einschüler - Schuljahr 2018/2019

Gesamt Stat. Bezirk	Spalte 1		Spalte 2		Spalte 3		Spalte 4		Spalte 5		Spalte 6		Spalte 7		Spalte 8		Untersuchte
	ohne Befund		nicht beh. bedürftiger Befund		in Behandlung		ärztliche Abklärung erforderlich		Leistungs- beeinträchti- gung		Summe der med. rel. Bef. (Spalte 3-5)		Summe der Befunde (Spalte 2-5)		Unters. nicht durchge- führt		
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	
Großräumig	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
11	52	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	52
12	123	98,4	0	0	2	1,6	0	0	0	0	2	1,6	2	1,6	0	0	125
13	76	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	76
21	31	93,9	0	0	1	3	0	0	0	0	1	3	1	3	1	3	33
22	44	97,8	0	0	1	2,2	0	0	0	0	1	2,2	1	2,2	0	0	45
31	20	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
32	77	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	77
41	85	98,8	0	0	1	1,2	0	0	0	0	1	1,2	1	1,2	0	0	86
42	89	98,9	1	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,1	0	0	90
51	71	98,6	0	0	1	1,4	0	0	0	0	1	1,4	1	1,4	0	0	72
52	28	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
61	23	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
62	37	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37
71	79	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	79
72	28	93,3	0	0	1	3,3	0	0	0	0	1	3,3	1	3,3	1	3,3	30
73	12	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
74	38	97,4	0	0	1	2,6	0	0	0	0	1	2,6	1	2,6	0	0	39
Gesamt	918	98,8	1	0,1	8	0,9	0	0	0	0	8	0,9	9	1	2	0,2	929

Jungen Stat. Bezirk	Spalte 1		Spalte 2		Spalte 3		Spalte 4		Spalte 5		Spalte 6		Spalte 7		Spalte 8		Untersuchte
	ohne Befund		nicht beh. bedürftiger Befund		in Behandlung		ärztliche Abklärung erforderlich		Leistungs- beeinträchti- gung		Summe der med. rel. Bef. (Spalte 3-5)		Summe der Befunde (Spalte 2-5)		Unters. nicht durchge- führt		
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	
Großräumig	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
11	24	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24
12	63	96,9	0	0	2	3,1	0	0	0	0	2	3,1	2	3,1	0	0	65
13	41	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41
21	17	89,5	0	0	1	5,3	0	0	0	0	1	5,3	1	5,3	1	5,3	19
22	17	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17
31	12	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
32	44	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	44
41	45	97,8	0	0	1	2,2	0	0	0	0	1	2,2	1	2,2	0	0	46
42	50	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50
51	37	97,4	0	0	1	2,6	0	0	0	0	1	2,6	1	2,6	0	0	38
52	15	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
61	11	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
62	18	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
71	47	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	47
72	14	93,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6,7	15
73	5	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
74	18	94,7	0	0	1	5,3	0	0	0	0	1	5,3	1	5,3	0	0	19
Gesamt	482	98,4	0	0	6	1,2	0	0	0	0	6	1,2	6	1,2	2	0,4	490

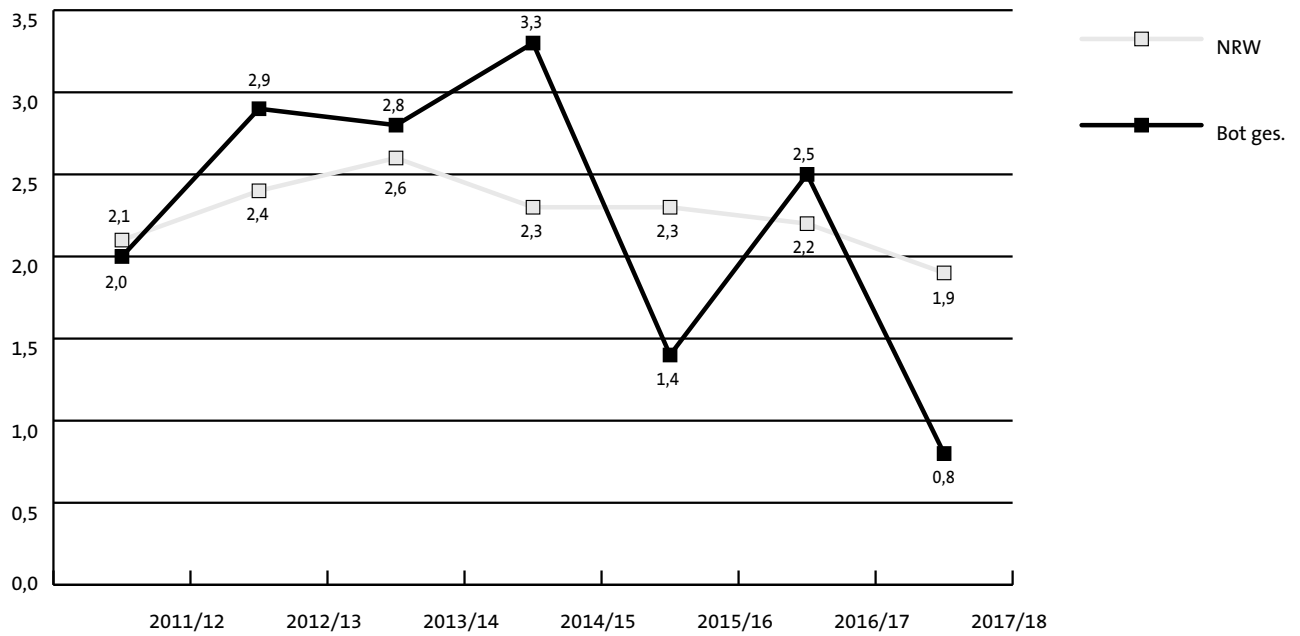


Mädchen Stat. Bezirk	Spalte 1		Spalte 2		Spalte 3		Spalte 4		Spalte 5		Spalte 6		Spalte 7		Spalte 8		Unter- suchte
	ohne Befund		nicht beh. bedürftiger Befund		in Behandlung		ärztliche Abklärung erforderlich		Leistungs- beeinträchti- gung		Summe der med. rel. Bef. (Spalte 3-5)		Summe der Befunde (Spalte 2-5)		Unters. nicht durchge- führt		
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	
Großräumig	28	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
11	60	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60
12	35	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35
13	14	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
21	27	96,4	0	0	1	3,6	0	0	0	0	1	3,6	1	3,6	0	0	28
22	8	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
31	33	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33
32	40	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40
41	39	97,5	1	2,5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,5	0	0	40
42	34	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34
51	13	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
52	12	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
61	19	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
62	32	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
71	14	93,3	0	0	1	6,7	0	0	0	0	1	6,7	1	6,7	0	0	15
72	7	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
73	20	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
74	436	99,3	1	0,2	2	0,5	0	0	0	0	2	0,5	3	0,7	0	0	439
Gesamt	436	99,3	1	0,2	2	0,5	0	0	0	0	2	0,5	3	0,7	0	0	439

Quellen: Stadt Bottrop
LZG.NRW
Einschulungsuntersuchungen 2018/2019

0 nicht zugeordnet	11 Altstadt	12 Nord-Ost	13 Süd-West
21 Fuhlenbrock-Heide	22 Fuhlenbrock-Wald	31 Stadtwald	32 Eigen
41 Batenbrock-Nord	42 Batenbrock-Süd	51 Boy	52 Welheim
61 Ebel/Welheimer Mark	62 Süd	71 Kirchhellen-Mitte	72 Kirchh.-Süd/Grafenwald
73 Kirchh.-Nord-West	74 Kirchh.-Nord-Ost		

Zeitreihe: Befund Asthma bronchiale 2011 - 2018





3.2 Impfungen im Kindesalter

Impfungen können viele Infektionskrankheiten verhindern. Dies sind zumeist durch Viren übertragene Krankheiten wie Masern, Mumps, Röteln, Polio und Hepatitis B, aber auch bakterielle Infektionen wie Tetanus und Diphtherie. Impfungen schützen die geimpfte Person vor Ansteckung. Weiterhin kann durch hohe Durchimpfungsraten bei bestimmten Krankheiten – z.B. Masern – ein Kollektivschutz erreicht werden

In Deutschland besteht keine Impfpflicht. Die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut gibt jedoch regelmäßig Empfehlungen, welche Schutzimpfungen im Kindesalter durchgeführt werden sollten. Die Kosten für Impfungen nach den aktuellen Empfehlungen der STIKO werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Die dargestellten Daten basieren auf den gesetzlich vorgeschriebenen Schuleingangsuntersuchungen des Gesundheitsamtes, welche die Einschüler eines Jahrgangs (Einschulung 2016/2017) komplett erfassen. Alle Ergebnisse sind nach statistischen Bezirken der Stadt Bottrop aufbereitet und berücksichtigen die offiziellen Empfehlungen der STIKO. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass in einzelnen Bezirken nur sehr geringe Fallzahlen vorliegen. Bei durchgängig hohen Impfquoten wird auf Zeitreihen - mit Ausnahme der Sondertabelle „Impfen“ – verzichtet.

*Impfungen gegen Masern Mumps, Röteln
Bottrop – Untersuchung aller Einschüler – Schuljahr 2018/2019*

Gesamt Stat. Bezirke	Untersuchte		Impfheft vorgelegt		Masern >= 1mal		Masern >= 2mal		Mumps >= 1mal		Mumps >= 2mal		Röteln >= 1mal		Röteln >= 2mal	
	abs		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	5		5	100	5	100	5	100	5	100	5	100	5	100	5	100
11	52		48	92,3	48	100	47	97,9	48	100	47	97,9	48	100	47	97,9
12	125		120	96	119	99,2	117	97,5	119	99,2	116	96,7	119	99,2	116	96,7
13	76		71	93,4	67	94,4	66	93	67	94,4	66	93	67	94,4	66	93
21	33		31	93,9	31	100	31	100	31	100	31	100	31	100	31	100
22	45		45	100	44	97,8	42	93,3	43	95,6	41	91,1	43	95,6	41	91,1
31	20		20	100	20	100	20	100	20	100	20	100	20	100	20	100
32	77		70	90,9	70	100	68	97,1	70	100	68	97,1	69	98,6	67	95,7
41	86		80	93	74	92,5	74	92,5	74	92,5	74	92,5	74	92,5	74	92,5
42	90		83	92,2	81	97,6	78	94	81	97,6	78	94	81	97,6	78	94
51	72		68	94,4	66	97,1	63	92,6	65	95,6	62	91,2	65	95,6	62	91,2
52	28		27	96,4	25	92,6	25	92,6	25	92,6	25	92,6	25	92,6	25	92,6
61	23		21	91,3	21	100	21	100	21	100	21	100	21	100	21	100
62	37		36	97,3	36	100	34	94,4	36	100	34	94,4	36	100	34	94,4
71	79		77	97,5	74	96,1	74	96,1	74	96,1	74	96,1	74	96,1	74	96,1
72	30		30	100	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100
73	12		12	100	12	100	11	91,7	12	100	11	91,7	12	100	11	91,7
74	39		36	92,3	36	100	35	97,2	36	100	35	97,2	36	100	35	97,2
Gesamt	929		880	94,7	859	97,6	841	95,6	857	97,4	838	95,2	856	97,3	837	95,1

Jungen Stat. Bezirke	Unter- suchte		Impfheft vorgelegt		Masern >= 1mal		Masern >= 2mal		Mumps >= 1mal		Mumps >= 2mal		Röteln >= 1mal		Röteln >= 2mal	
	abs		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	4		4	100	4	100	4	100	4	100	4	100	4	100	4	100
11	24		21	87,5	21	100	20	95,2	21	100	20	95,2	21	100	20	95,2
12	65		64	98,5	63	98,4	61	95,3	63	98,4	60	93,8	63	98,4	60	93,8
13	41		39	95,1	37	94,9	36	92,3	37	94,9	36	92,3	37	94,9	36	92,3
21	19		17	89,5	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100
22	17		17	100	17	100	16	94,1	17	100	16	94,1	17	100	16	94,1
31	12		12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100	12	100
32	44		40	90,9	40	100	39	97,5	40	100	39	97,5	40	100	39	97,5
41	46		44	95,7	40	90,9	40	90,9	40	90,9	40	90,9	40	90,9	40	90,9
42	50		47	94	45	95,7	43	91,5	45	95,7	43	91,5	45	95,7	43	91,5
51	38		35	92,1	34	97,1	33	94,3	34	97,1	33	94,3	34	97,1	33	94,3
52	15		14	93,3	12	85,7	12	85,7	12	85,7	12	85,7	12	85,7	12	85,7
61	11		10	90,9	10	100	10	100	10	100	10	100	10	100	10	100
62	18		17	94,4	17	100	15	88,2	17	100	15	88,2	17	100	15	88,2
71	47		45	95,7	44	97,8	44	97,8	44	97,8	44	97,8	44	97,8	44	97,8
72	15		15	100	15	100	15	100	15	100	15	100	15	100	15	100
73	5		5	100	5	100	4	80	5	100	4	80	5	100	4	80
74	19		18	94,7	18	100	17	94,4	18	100	17	94,4	18	100	17	94,4
Gesamt	490		464	94,7	451	97,2	438	94,4	451	97,2	437	94,2	451	97,2	437	94,2

Mädchen Stat. Bezirke	Unter- suchte		Impfheft vorgelegt		Masern >= 1mal		Masern >= 2mal		Mumps >= 1mal		Mumps >= 2mal		Röteln >= 1mal		Röteln >= 2mal	
	abs		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	1		1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
11	28		27	96,4	27	100	27	100	27	100	27	100	27	100	27	100
12	60		56	93,3	56	100	56	100	56	100	56	100	56	100	56	100
13	35		32	91,4	30	93,8	30	93,8	30	93,8	30	93,8	30	93,8	30	93,8
21	14		14	100	14	100	14	100	14	100	14	100	14	100	14	100
22	28		28	100	27	96,4	26	92,9	26	92,9	25	89,3	26	92,9	25	89,3
31	8		8	100	8	100	8	100	8	100	8	100	8	100	8	100
32	33		30	90,9	30	100	29	96,7	30	100	29	96,7	29	96,7	28	93,3
41	40		36	90	34	94,4	34	94,4	34	94,4	34	94,4	34	94,4	34	94,4
42	40		36	90	36	100	35	97,2	36	100	35	97,2	36	100	35	97,2
51	34		33	97,1	32	97	30	90,9	31	93,9	29	87,9	31	93,9	29	87,9
52	13		13	100	13	100	13	100	13	100	13	100	13	100	13	100
61	12		11	91,7	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100
62	19		19	100	19	100	19	100	19	100	19	100	19	100	19	100
71	32		32	100	30	93,8	30	93,8	30	93,8	30	93,8	30	93,8	30	93,8
72	15		15	100	15	100	15	100	15	100	15	100	15	100	15	100
73	7		7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100
74	20		18	90	18	100	18	100	18	100	18	100	18	100	18	100
Gesamt	439		416	94,8	408	98,1	403	96,9	406	97,6	401	96,4	405	97,4	400	96,2

Quellen: Stadt Bottrop 2019
LZG.NRW
Einschulungsuntersuchungen 2018/2019
Vergl. Indikator 07_13

0 nicht zugeordnet	11 Altstadt	12 Nord-Ost	13 Süd-West
21 Fuhlenbrock-Heide	22 Fuhlenbrock-Wald	31 Stadtwald	32 Eigen
41 Batenbrock-Nord	42 Batenbrock-Süd	51 Boy	52 Welheim
61 Ebel/Welheimer Markwald	62 Süd	71 Kirchhellen-Mitte	72 Kirchh.-Süd/Grafen-
73 Kirchh.-Nord-West	74 Kirchh.-Nord-Ost		



**Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis
Bottrop – Untersuchung aller Einschüler – Schuljahr 2018/2019**

Gesamt Stat. Bezirk	Untersuchte		Impfheft vorgelegt		Diphtherie >= 4mal		Diphtherie Grund- immunisie- rung begonnen		Tetanus >= 4mal		Tetanus Grund- immunisie- rung begonnen		Pertussis >= 4mal		Pertussis Grund- immunisie- rung begonnen	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	
0	5	5	100	5	100	-	-	5	100	-	-	5	100	-	-	
11	52	48	92,3	42	87,5	6	12,5	42	87,5	6	12,5	42	87,5	6	12,5	
12	125	120	96	114	95	5	4,2	114	95	5	4,2	113	94,2	4	3,3	
13	76	71	93,4	68	95,8	2	2,8	68	95,8	2	2,8	67	94,4	2	2,8	
21	33	31	93,9	30	96,8	1	3,2	30	96,8	1	3,2	30	96,8	1	3,2	
22	45	45	100	40	88,9	4	8,9	40	88,9	4	8,9	40	88,9	3	6,7	
31	20	20	100	20	100	-	-	20	100	-	-	20	100	-	-	
32	77	70	90,9	68	97,1	2	2,9	68	97,1	2	2,9	68	97,1	2	2,9	
41	86	80	93	74	92,5	4	5	73	91,3	4	5	72	90	5	6,3	
42	90	83	92,2	75	90,4	5	6	75	90,4	5	6	75	90,4	5	6	
51	72	68	94,4	60	88,2	7	10,3	60	88,2	7	10,3	60	88,2	6	8,8	
52	28	27	96,4	26	96,3	1	3,7	25	92,6	1	3,7	25	92,6	1	3,7	
61	23	21	91,3	21	100	-	-	21	100	-	-	21	100	-	-	
62	37	36	97,3	34	94,4	2	5,6	34	94,4	2	5,6	34	94,4	2	5,6	
71	79	77	97,5	73	94,8	2	2,6	73	94,8	3	3,9	73	94,8	2	2,6	
72	30	30	100	28	93,3	2	6,7	28	93,3	2	6,7	28	93,3	2	6,7	
73	12	12	100	12	100	-	-	12	100	-	-	12	100	-	-	
74	39	36	92,3	35	97,2	1	2,8	35	97,2	1	2,8	35	97,2	1	2,8	
Gesamt	929	880	94,7	825	93,8	44	5	823	93,5	45	5,1	820	93,2	42	4,8	

Jungen Stat. Bezirke	Untersuchte		Impfheft vorgelegt		Diphtherie >= 4mal		Diphtherie Grund- immunisie- rung begonnen		Tetanus >= 4mal		Tetanus Grund- immunisie- rung begonnen		Pertussis >= 4mal		Pertussis Grund- immunisie- rung begonnen	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	
0	4	4	100	4	100	-	-	4	100	-	-	4	100	-	-	
11	24	21	87,5	16	76,2	5	23,8	16	76,2	5	23,8	16	76,2	5	23,8	
12	65	64	98,5	61	95,3	2	3,1	61	95,3	2	3,1	61	95,3	2	3,1	
13	41	39	95,1	37	94,9	2	5,1	37	94,9	2	5,1	36	92,3	2	5,1	
21	19	17	89,5	16	94,1	1	5,9	16	94,1	1	5,9	16	94,1	1	5,9	
22	17	17	100	15	88,2	2	11,8	15	88,2	2	11,8	15	88,2	2	11,8	
31	12	12	100	12	100	-	-	12	100	-	-	12	100	-	-	
32	44	40	90,9	40	100	-	-	40	100	-	-	40	100	-	-	
41	46	44	95,7	40	90,9	3	6,8	39	88,6	3	6,8	38	86,4	4	9,1	
42	50	47	94	41	87,2	4	8,5	41	87,2	4	8,5	41	87,2	4	8,5	
51	38	35	92,1	29	82,9	5	14,3	29	82,9	5	14,3	29	82,9	4	11,4	
52	15	14	93,3	13	92,9	1	7,1	12	85,7	1	7,1	12	85,7	1	7,1	
61	11	10	90,9	10	100	-	-	10	100	-	-	10	100	-	-	
62	18	17	94,4	16	94,1	1	5,9	16	94,1	1	5,9	16	94,1	1	5,9	
71	47	45	95,7	43	95,6	1	2,2	43	95,6	2	4,4	43	95,6	1	2,2	
72	15	15	100	14	93,3	1	6,7	14	93,3	1	6,7	14	93,3	1	6,7	
73	5	5	100	5	100	-	-	5	100	-	-	5	100	-	-	
74	19	18	94,7	17	94,4	1	5,6	17	94,4	1	5,6	17	94,4	1	5,6	
Gesamt	490	464	94,7	429	92,5	29	6,3	427	92	30	6,5	425	91,6	29	6,3	

Mädchen Stat. Bezirke	Unter- suchte	Impfheft vorgelegt		Diphtherie >= 4mal		Diphtherie Grund- immunisie- rung begonnen		Tetanus >= 4mal		Tetanus Grund- immunisie- rung begonnen		Pertussis >= 4mal		Pertussis Grund- immunisie- rung begonnen	
		abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs
0	1	1	100	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100	-	-
11	28	27	96,4	26	96,3	1	3,7	26	96,3	1	3,7	26	96,3	1	3,7
12	60	56	93,3	53	94,6	3	5,4	53	94,6	3	5,4	52	92,9	2	3,6
13	35	32	91,4	31	96,9	-	-	31	96,9	-	-	31	96,9	-	-
21	14	14	100	14	100	-	-	14	100	-	-	14	100	-	-
22	28	28	100	25	89,3	2	7,1	25	89,3	2	7,1	25	89,3	1	3,6
31	8	8	100	8	100	-	-	8	100	-	-	8	100	-	-
32	33	30	90,9	28	93,3	2	6,7	28	93,3	2	6,7	28	93,3	2	6,7
41	40	36	90	34	94,4	1	2,8	34	94,4	1	2,8	34	94,4	1	2,8
42	40	36	90	34	94,4	1	2,8	34	94,4	1	2,8	34	94,4	1	2,8
51	34	33	97,1	31	93,9	2	6,1	31	93,9	2	6,1	31	93,9	2	6,1
52	13	13	100	13	100	-	-	13	100	-	-	13	100	-	-
61	12	11	91,7	11	100	-	-	11	100	-	-	11	100	-	-
62	19	19	100	18	94,7	1	5,3	18	94,7	1	5,3	18	94,7	1	5,3
71	32	32	100	30	93,8	1	3,1	30	93,8	1	3,1	30	93,8	1	3,1
72	15	15	100	14	93,3	1	6,7	14	93,3	1	6,7	14	93,3	1	6,7
73	7	7	100	7	100	-	-	7	100	-	-	7	100	-	-
74	20	18	90	18	100	-	-	18	100	-	-	18	100	-	-
Gesamt	439	416	94,8	396	95,2	15	3,6	396	95,2	15	3,6	395	95	13	3,1

Quellen: Stadt Bottrop 2019
LZG.NRW

Einschulungsuntersuchungen 2018/2019

* mindestens 3 Dosen bei Verwendung von Impfstoffen ohne Pertussiskomponente

Diphtherie, Tetanus - Grundimmunisierung begonnen: mindestens eine Dosis bis maximal drei Dosen
- bei Impfung ohne Pertussiskomponente zwei Dosen

Pertussis - Grundimmunisierung begonnen: mindestens eine Dosis bis maximal drei Dosen

0 nicht zugeordnet	11 Altstadt	12 Nord-Ost	13 Süd-West
21 Fuhlenbrock-Heide	22 Fuhlenbrock-Wald	31 Stadtwald	32 Eigen
41 Batenbrock-Nord	42 Batenbrock-Süd	51 Boy	52 Welheim
61 Ebel/Welheimer Mark	62 Süd	71 Kirchhellen-Mitte	72 Kirchh.-Süd/Grafenwald
73 Kirchh.-Nord-West	74 Kirchh.-Nord-Ost		



Impfungen gegen Hib, Polio, Hepatitis B
Bottrop – Untersuchung aller Einschüler – Schuljahr 2018/2019

Gesamt Stat. Bezirke	Unter- suchte		Impfheft vorgelegt		Hib* >= 4mal		Hib Grund- immunisie- rung begonnen		Polio >= 3mal/ IPV >= 2mal		Polio Grund- immunisie- rung begonnen		Polio >= 4mal (neue STIKO*)		Polio Grund- immunisie- rung begonnen (neue STIKO)		Hepatitis B >= 4mal*		Hepatitis B Grund- immunisie- rung be- gonnen	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs
0	5	5	100	5	100	-	-	5	100	-	-	5	100	-	-	4	80	1	20	
11	52	48	92,3	41	85,4	2	4,2	45	93,8	3	6,3	41	85,4	7	14,6	30	62,5	12	25	
12	125	120	96	111	92,5	6	5	116	96,7	2	1,7	113	94,2	5	4,2	91	75,8	21	17,5	
13	76	71	93,4	67	94,4	-	-	68	95,8	2	2,8	68	95,8	2	2,8	53	74,6	12	16,9	
21	33	31	93,9	30	96,8	1	3,2	31	100	-	-	30	96,8	1	3,2	21	67,7	10	32,3	
22	45	45	100	40	88,9	3	6,7	43	95,6	1	2,2	40	88,9	4	8,9	30	66,7	8	17,8	
31	20	20	100	20	100	-	-	20	100	-	-	20	100	-	-	18	90	2	10	
32	77	70	90,9	66	94,3	2	2,9	68	97,1	2	2,9	67	95,7	3	4,3	62	88,6	6	8,6	
41	86	80	93	71	88,8	4	5	75	93,8	3	3,8	75	93,8	3	3,8	60	75	16	20	
42	90	83	92,2	73	88	6	7,2	79	95,2	1	1,2	75	90,4	5	6	58	69,9	20	24,1	
51	72	68	94,4	60	88,2	3	4,4	64	94,1	3	4,4	60	88,2	7	10,3	47	69,1	14	20,6	
52	28	27	96,4	25	92,6	-	-	27	100	-	-	26	96,3	1	3,7	19	70,4	8	29,6	
61	23	21	91,3	20	95,2	1	4,8	21	100	-	-	21	100	-	-	15	71,4	3	14,3	
62	37	36	97,3	33	91,7	3	8,3	35	97,2	1	2,8	33	91,7	3	8,3	32	88,9	3	8,3	
71	79	77	97,5	72	93,5	1	1,3	74	96,1	1	1,3	73	94,8	2	2,6	67	87	7	9,1	
72	30	30	100	27	90	3	10	28	93,3	2	6,7	28	93,3	2	6,7	23	76,7	6	20	
73	12	12	100	11	91,7	1	8,3	12	100	-	-	12	100	-	-	9	75	3	25	
74	39	36	92,3	35	97,2	-	-	35	97,2	-	-	35	97,2	-	-	34	94,4	1	2,8	
Gesamt	929	880	94,7	807	91,7	36	4,1	846	96,1	21	2,4	822	93,4	45	5,1	673	76,5	153	17,4	

Jungen Stat. Bezirke	Unter- suchte		Impfheft vorgelegt		Hib* >= 4mal		Hib Grund- immunisie- rung begonnen		Polio >= 3mal/ IPV >= 2mal		Polio Grund- immunisie- rung begonnen		Polio >= 4mal (neue STIKO*)		Polio Grund- immunisie- rung begonnen (neue STIKO)		Hepatitis B >= 4mal*		Hepatitis B Grund- immunisie- rung be- gonnen	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs
0	4	4	100	4	100	-	-	4	100	-	-	4	100	-	-	3	75	1	25	
11	24	21	87,5	16	76,2	2	9,5	19	90,5	2	9,5	16	76,2	5	23,8	11	52,4	6	28,6	
12	65	64	98,5	60	93,8	3	4,7	62	96,9	-	-	61	95,3	1	1,6	49	76,6	11	17,2	
13	41	39	95,1	36	92,3	-	-	37	94,9	2	5,1	37	94,9	2	5,1	30	76,9	7	17,9	
21	19	17	89,5	16	94,1	1	5,9	17	100	-	-	16	94,1	1	5,9	12	70,6	5	29,4	
22	17	17	100	15	88,2	2	11,8	16	94,1	1	5,9	15	88,2	2	11,8	14	82,4	1	5,9	
31	12	12	100	12	100	-	-	12	100	-	-	12	100	-	-	10	83,3	2	16,7	
32	44	40	90,9	39	97,5	1	2,5	40	100	-	-	39	97,5	1	2,5	37	92,5	2	5	
41	46	44	95,7	38	86,4	3	6,8	41	93,2	3	6,8	41	93,2	3	6,8	30	68,2	12	27,3	
42	50	47	94	39	83	5	10,6	45	95,7	-	-	41	87,2	4	8,5	31	66	14	29,8	
51	38	35	92,1	29	82,9	2	5,7	32	91,4	2	5,7	29	82,9	5	14,3	20	57,1	10	28,6	
52	15	14	93,3	12	85,7	-	-	14	100	-	-	13	92,9	1	7,1	11	78,6	3	21,4	
61	11	10	90,9	10	100	-	-	10	100	-	-	10	100	-	-	7	70	1	10	
62	18	17	94,4	16	94,1	1	5,9	17	100	-	-	16	94,1	1	5,9	16	94,1	1	5,9	
71	47	45	95,7	43	95,6	1	2,2	44	97,8	-	-	43	95,6	1	2,2	41	91,1	3	6,7	
72	15	15	100	14	93,3	1	6,7	14	93,3	1	6,7	14	93,3	1	6,7	12	80	3	20	
73	5	5	100	5	100	-	-	5	100	-	-	5	100	-	-	4	80	1	20	
74	19	18	94,7	17	94,4	-	-	17	94,4	-	-	17	94,4	-	-	17	94,4	-	-	
Gesamt	490	464	94,7	421	90,7	22	4,7	446	96,1	11	2,4	429	92,5	28	6	355	76,5	83	17,9	

Mädchen Stat. Bezirke.	Unter- such- te			Impfheft vorgelegt		Hib* >= 4mal		Hib Grund- immunisie- -rung begonnen		Polio >= 3mal/ IPV >= 2mal		Polio Grund- immunisie- -rung begonnen		Polio >= 4mal (neue STIKO*)		Polio Grund- immunisie- -rung begonnen (neue STIKO)		Hepatitis B >= 4mal*		Hepatitis B Grund- immunisie- -rung be- gonnen	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	1	1	100	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100	-	-	-	-
11	28	27	96,4	25	92,6	-	-	26	96,3	1	3,7	25	92,6	2	7,4	19	70,4	6	22,2	-	-
12	60	56	93,3	51	91,1	3	5,4	54	96,4	2	3,6	52	92,9	4	7,1	42	75	10	17,9	-	-
13	35	32	91,4	31	96,9	-	-	31	96,9	-	-	31	96,9	-	-	23	71,9	5	15,6	-	-
21	14	14	100	14	100	-	-	14	100	-	-	14	100	-	-	9	64,3	5	35,7	-	-
22	28	28	100	25	89,3	1	3,6	27	96,4	-	-	25	89,3	2	7,1	16	57,1	7	25	-	-
31	8	8	100	8	100	-	-	8	100	-	-	8	100	-	-	8	100	-	-	-	-
32	33	30	90,9	27	90	1	3,3	28	93,3	2	6,7	28	93,3	2	6,7	25	83,3	4	13,3	-	-
41	40	36	90	33	91,7	1	2,8	34	94,4	-	-	34	94,4	-	-	30	83,3	4	11,1	-	-
42	40	36	90	34	94,4	1	2,8	34	94,4	1	2,8	34	94,4	1	2,8	27	75	6	16,7	-	-
51	34	33	97,1	31	93,9	1	3	32	97	1	3	31	93,9	2	6,1	27	81,8	4	12,1	-	-
52	13	13	100	13	100	-	-	13	100	-	-	13	100	-	-	8	61,5	5	38,5	-	-
61	12	11	91,7	10	90,9	1	9,1	11	100	-	-	11	100	-	-	8	72,7	2	18,2	-	-
62	19	19	100	17	89,5	2	10,5	18	94,7	1	5,3	17	89,5	2	10,5	16	84,2	2	10,5	-	-
71	32	32	100	29	90,6	-	-	30	93,8	1	3,1	30	93,8	1	3,1	26	81,3	4	12,5	-	-
72	15	15	100	13	86,7	2	13,3	14	93,3	1	6,7	14	93,3	1	6,7	11	73,3	3	20	-	-
73	7	7	100	6	85,7	1	14,3	7	100	-	-	7	100	-	-	5	71,4	2	28,6	-	-
74	20	18	90	18	100	-	-	18	100	-	-	18	100	-	-	17	94,4	1	5,6	-	-
Gesamt	439	416	94,8	386	92,8	14	3,4	400	96,2	10	2,4	393	94,5	17	4,1	318	76,4	70	16,8	-	-

* mindestens 3 Dosen bei Verwendung von Impfstoffen ohne Pertussiskomponente

Hib, Hepatitis B, Polio (neue STIKO) - Grundimmunisierung begonnen: mindestens eine Dosis bis maximal drei Dosen - bei Impfung ohne Pertussiskomponente zwei Dosen

Polio - Grundimmunisierung begonnen: OPV eine bis maximal zwei Dosen, IPV eine Dosis

Quellen: Stadt Bottrop 2019
LZG.NRW
Einschulungsuntersuchungen 2018/2019

0 nicht zugeordnet	11 Altstadt	12 Nord-Ost	13 Süd-West
21 Fuhlenbrock-Heide	22 Fuhlenbrock-Wald	31 Stadtwald	32 Eigen
41 Batenbrock-Nord	42 Batenbrock-Süd	51 Boy	52 Welheim
61 Ebel/Welheimer Mark	62 Süd	71 Kirchhellen-Mitte	72 Kirchh.-Süd/Grafenwald
73 Kirchh.-Nord-West	74 Kirchh.-Nord-Ost		



Impfungen gegen Varizellen, Meningokokken
Bottrop – Untersuchung aller Einschüler – Schuljahr 2018/2019

Gesamt Stat. Bezirk	Untersuchte			Impfheft vorgelegt			Varizellen vollständige Impfung Monoimpfstoff >= 1 Dosis oder Kombi-impfstoff MMRV >= 2 Dosen		Varizellen unvollständige Impfung Kombi-impfstoff MMRV < 2 Dosen		Varizellen vollständige Impfung >= 2 Dosen (neue STIKO)		Varizellen unvollständige Impfung 1 Dosis (neue STIKO)		Meningokokken vollständige Impfung >= 1mal, bei erster Dosis nach Vollendung des 1. Lebensjahres oder >= 3mal, bei erster Dosis vor Vollendung des 1. Lebensjahres		Meningokokken unvollständige Impfung < 3mal, bei erster Dosis vor Vollendung des 1. Lebensjahres		Meningokokken >= 1mal		
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%		
0	5	5	100	5	100	-	-	5	100	-	-	5	100	-	-	5	100	-	-	5	100
11	52	48	92,3	44	91,7	-	-	44	91,7	-	-	47	97,9	-	-	47	97,9	-	-	47	97,9
12	125	120	96	114	95	-	-	108	90	6	5	112	93,3	-	-	112	93,3	-	-	112	93,3
13	76	71	93,4	66	93	-	-	64	90,1	2	2,8	70	98,6	-	-	70	98,6	-	-	70	98,6
21	33	31	93,9	31	100	-	-	31	100	-	-	31	100	-	-	31	100	-	-	31	100
22	45	45	100	41	91,1	-	-	40	88,9	1	2,2	43	95,6	-	-	43	95,6	-	-	43	95,6
31	20	20	100	20	100	-	-	19	95	1	5	19	95	-	-	19	95	-	-	19	95
32	77	70	90,9	66	94,3	-	-	64	91,4	2	2,9	66	94,3	-	-	66	94,3	-	-	66	94,3
41	86	80	93	72	90	-	-	72	90	-	-	72	90	-	-	72	90	-	-	72	90
42	90	83	92,2	79	95,2	-	-	75	90,4	4	4,8	80	96,4	-	-	80	96,4	-	-	80	96,4
51	72	68	94,4	62	91,2	-	-	59	86,8	3	4,4	60	88,2	-	-	60	88,2	-	-	60	88,2
52	28	27	96,4	25	92,6	-	-	25	92,6	-	-	25	92,6	-	-	25	92,6	-	-	25	92,6
61	23	21	91,3	20	95,2	-	-	20	95,2	-	-	20	95,2	-	-	20	95,2	-	-	20	95,2
62	37	36	97,3	35	97,2	-	-	34	94,4	1	2,8	35	97,2	-	-	35	97,2	-	-	35	97,2
71	79	77	97,5	69	89,6	-	-	68	88,3	1	1,3	71	92,2	-	-	71	92,2	-	-	71	92,2
72	30	30	100	30	100	-	-	29	96,7	1	3,3	30	100	-	-	30	100	-	-	30	100
73	12	12	100	12	100	-	-	11	91,7	1	8,3	11	91,7	-	-	11	91,7	-	-	11	91,7
74	39	36	92,3	36	100	-	-	35	97,2	1	2,8	35	97,2	-	-	35	97,2	-	-	35	97,2
Ges.	929	880	94,7	827	94	-	-	803	91,3	24	2,7	832	94,5	-	-	832	94,5	-	-	832	94,5

Jungen Stat. Bezirk	Untersuchte			Impfheft vorgelegt			Varizellen vollständige Impfung Monoimpfstoff >= 1 Dosis oder Kombi-impfstoff MMRV >= 2 Dosen		Varizellen unvollständige Impfung Kombi-impfstoff MMRV < 2 Dosen		Varizellen vollständige Impfung >= 2 Dosen (neue STIKO)		Varizellen unvollständige Impfung 1 Dosis (neue STIKO)		Meningokokken vollständige Impfung >= 1mal, bei erster Dosis nach Vollendung des 1. Lebensjahres oder >= 3mal, bei erster Dosis vor Vollendung des 1. Lebensjahres		Meningokokken unvollständige Impfung < 3mal, bei erster Dosis vor Vollendung des 1. Lebensjahres		Meningokokken >= 1mal		
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%		
0	4	4	100	4	100	-	-	4	100	-	-	4	100	-	-	4	100	-	-	4	100
11	24	21	87,5	17	81	-	-	17	81	-	-	20	95,2	-	-	20	95,2	-	-	20	95,2
12	65	64	98,5	61	95,3	-	-	56	87,5	5	7,8	60	93,8	-	-	60	93,8	-	-	60	93,8
13	41	39	95,1	37	94,9	-	-	36	92,3	1	2,6	39	100	-	-	39	100	-	-	39	100
21	19	17	89,5	17	100	-	-	17	100	-	-	17	100	-	-	17	100	-	-	17	100
22	17	17	100	16	94,1	-	-	16	94,1	-	-	16	94,1	-	-	16	94,1	-	-	16	94,1
31	12	12	100	12	100	-	-	11	91,7	1	8,3	11	91,7	-	-	11	91,7	-	-	11	91,7
32	44	40	90,9	37	92,5	-	-	36	90	1	2,5	38	95	-	-	38	95	-	-	38	95
41	46	44	95,7	39	88,6	-	-	39	88,6	-	-	39	88,6	-	-	39	88,6	-	-	39	88,6
42	50	47	94	44	93,6	-	-	41	87,2	3	6,4	44	93,6	-	-	44	93,6	-	-	44	93,6
51	38	35	92,1	34	97,1	-	-	31	88,6	3	8,6	30	85,7	-	-	30	85,7	-	-	30	85,7
52	15	14	93,3	12	85,7	-	-	12	85,7	-	-	12	85,7	-	-	12	85,7	-	-	12	85,7
61	11	10	90,9	10	100	-	-	10	100	-	-	10	100	-	-	10	100	-	-	10	100
62	18	17	94,4	17	100	-	-	16	94,1	1	5,9	16	94,1	-	-	16	94,1	-	-	16	94,1
71	47	45	95,7	42	93,3	-	-	42	93,3	-	-	43	95,6	-	-	43	95,6	-	-	43	95,6
72	15	15	100	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100
73	5	5	100	5	100	-	-	4	80	1	20	4	80	-	-	4	80	-	-	4	80
74	19	18	94,7	18	100	-	-	17	94,4	1	5,6	17	94,4	-	-	17	94,4	-	-	17	94,4
Ges.	490	464	94,7	437	94,2	-	-	420	90,5	17	3,7	435	93,8	-	-	435	93,8	-	-	435	93,8

Mädchen Stat. Bezirk	Untersuchte		Impfneft vorgelegt		Varizellen vollständige Impfung Monoimpfstoff ≥ 1 Dosis oder Kombi-impfstoff MMRV ≥ 2 Dosen		Varizellen unvollständige Impfung Kombi-impfstoff MMRV < 2 Dosen		Varizellen vollständige Impfung ≥ 2 Dosen (neue STIKO)		Varizellen unvollständige Impfung 1 Dosis (neue STIKO)		Meningokokken vollständige Impfung ≥ 1 mal, bei erster Dosis nach Vollendung des 1. Lebensjahres oder ≥ 3 mal, bei erster Dosis vor Vollendung des 1. Lebensjahres		Meningokokken unvollständige Impfung < 3 mal, bei erster Dosis vor Vollendung des 1. Lebensjahres		Meningokokken ≥ 1 mal	
	abs		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	1		1	100	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100
11	28		27	96,4	27	100	-	-	27	100	-	-	27	100	-	-	27	100
12	60		56	93,3	53	94,6	-	-	52	92,9	1	1,8	52	92,9	-	-	52	92,9
13	35		32	91,4	29	90,6	-	-	28	87,5	1	3,1	31	96,9	-	-	31	96,9
21	14		14	100	14	100	-	-	14	100	-	-	14	100	-	-	14	100
22	28		28	100	25	89,3	-	-	24	85,7	1	3,6	27	96,4	-	-	27	96,4
31	8		8	100	8	100	-	-	8	100	-	-	8	100	-	-	8	100
32	33		30	90,9	29	96,7	-	-	28	93,3	1	3,3	28	93,3	-	-	28	93,3
41	40		36	90	33	91,7	-	-	33	91,7	-	-	33	91,7	-	-	33	91,7
42	40		36	90	35	97,2	-	-	34	94,4	1	2,8	36	100	-	-	36	100
51	34		33	97,1	28	84,8	-	-	28	84,8	-	-	30	90,9	-	-	30	90,9
52	13		13	100	13	100	-	-	13	100	-	-	13	100	-	-	13	100
61	12		11	91,7	10	90,9	-	-	10	90,9	-	-	10	90,9	-	-	10	90,9
62	19		19	100	18	94,7	-	-	18	94,7	-	-	19	100	-	-	19	100
71	32		32	100	27	84,4	-	-	26	81,3	1	3,1	28	87,5	-	-	28	87,5
72	15		15	100	15	100	-	-	14	93,3	1	6,7	15	100	-	-	15	100
73	7		7	100	7	100	-	-	7	100	-	-	7	100	-	-	7	100
74	20		18	90	18	100	-	-	18	100	-	-	18	100	-	-	18	100
Ges.	439		416	94,8	390	93,8	-	-	383	92,1	7	1,7	397	95,4	-	-	397	95,4

Quellen: Stadt Bottrop 2019
LZG.NRW
Einschulungsuntersuchungen 2018/2019
Vergl. Indikator 07_14_2016

0 nicht zugeordnet	11 Altstadt	12 Nord-Ost	13 Süd-West
21 Fuhlenbrock-Heide	22 Fuhlenbrock-Wald	31 Stadtwald	32 Eigen
41 Batenbrock-Nord	42 Batenbrock-Süd	51 Boy	52 Welheim
61 Ebel/Welheimer Mark	62 Süd	71 Kirchhellen-Mitte	72 Kirchh.-Süd/Grafenwald
73 Kirchh.-Nord-West	74 Kirchh.-Nord-Ost		



*Impfungen gegen Pneumokokken
Bottrop - Untersuchung aller Einschüler – Schuljahr 2018/2019*

Gesamt Stat. Bezirk	Unter- suchte	Impfheft vorgelegt		Impfalter nicht erhoben und Heft vorgelegt		Pneumokokken keine Impfung		Pneumokokken Grundimmunisierung komplett*		Pneumokokken Grundimmunisierung begonnen	
		abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs
0	5	5	100	0	-	0	-	5	100	-	-
11	52	48	92,3	13	27,1	8	16,7	32	66,7	8	16,7
12	125	120	96	34	28,3	16	13,3	85	70,8	19	15,8
13	76	71	93,4	11	15,5	6	8,5	58	81,7	7	9,9
21	33	31	93,9	3	9,7	1	3,2	24	77,4	6	19,4
22	45	45	100	14	31,1	5	11,1	27	60	13	28,9
31	20	20	100	2	10	1	5	17	85	2	10
32	77	70	90,9	13	18,6	6	8,6	59	84,3	5	7,1
41	86	80	93	13	16,3	7	8,8	61	76,3	12	15
42	90	83	92,2	20	24,1	7	8,4	64	77,1	12	14,5
51	72	68	94,4	19	27,9	9	13,2	50	73,5	9	13,2
52	28	27	96,4	6	22,2	4	14,8	22	81,5	1	3,7
61	23	21	91,3	4	19	1	4,8	18	85,7	2	9,5
62	37	36	97,3	3	8,3	0	-	33	91,7	3	8,3
71	79	77	97,5	25	32,5	6	7,8	61	79,2	10	13
72	30	30	100	5	16,7	1	3,3	22	73,3	7	23,3
73	12	12	100	1	8,3	0	-	11	91,7	1	8,3
74	39	36	92,3	4	11,1	2	5,6	26	72,2	8	22,2
Gesamt	929	880	94,7	190	21,6	80	9,1	675	76,7	125	14,2

Jungen Stat. Bezirk	Unter- suchte	Impfheft vorgelegt		Impfalter nicht erhoben und Heft vorgelegt		Pneumokokken keine Impfung		Pneumokokken Grundimmunisierung komplett*		Pneumokokken Grundimmunisierung begonnen	
		abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs
0	4	4	100	0	-	0	-	4	100	-	-
11	24	21	87,5	8	38,1	6	28,6	11	52,4	4	19
12	65	64	98,5	17	26,6	9	14,1	45	70,3	10	15,6
13	41	39	95,1	7	17,9	3	7,7	32	82,1	4	10,3
21	19	17	89,5	2	11,8	1	5,9	13	76,5	3	17,6
22	17	17	100	3	17,6	1	5,9	12	70,6	4	23,5
31	12	12	100	0	-	0	-	10	83,3	2	16,7
32	44	40	90,9	6	15	3	7,5	35	87,5	2	5
41	46	44	95,7	7	15,9	4	9,1	33	75	7	15,9
42	50	47	94	13	27,7	5	10,6	34	72,3	8	17
51	38	35	92,1	11	31,4	6	17,1	24	68,6	5	14,3
52	15	14	93,3	3	21,4	3	21,4	11	78,6	-	-
61	11	10	90,9	1	10	0	-	8	80	2	20
62	18	17	94,4	2	11,8	0	-	15	88,2	2	11,8
71	47	45	95,7	14	31,1	3	6,7	37	82,2	5	11,1
72	15	15	100	1	6,7	0	-	12	80	3	20
73	5	5	100	1	20	0	-	4	80	1	20
74	19	18	94,7	2	11,1	1	5,6	12	66,7	5	27,8
Gesamt	490	464	94,7	98	21,1	45	9,7	352	75,9	67	14,4

Mädchen Stat. Bezirk	Untersuch- te		Impfheft vorgelegt		Impfalter nicht erhoben und Heft vorgelegt		Pneumokokken keine Impfung		Pneumokokken Grund- immunisierung kom- plett*		Pneumokokken Grund- immunisierung be- gonnen	
	abs		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	1		1	100	0	-	0	-	1	100	-	-
11	28		27	96,4	5	18,5	2	7,4	21	77,8	4	14,8
12	60		56	93,3	17	30,4	7	12,5	40	71,4	9	16,1
13	35		32	91,4	4	12,5	3	9,4	26	81,3	3	9,4
21	14		14	100	1	7,1	0	-	11	78,6	3	21,4
22	28		28	100	11	39,3	4	14,3	15	53,6	9	32,1
31	8		8	100	2	25	1	12,5	7	87,5	-	-
32	33		30	90,9	7	23,3	3	10	24	80	3	10
41	40		36	90	6	16,7	3	8,3	28	77,8	5	13,9
42	40		36	90	7	19,4	2	5,6	30	83,3	4	11,1
51	34		33	97,1	8	24,2	3	9,1	26	78,8	4	12,1
52	13		13	100	3	23,1	1	7,7	11	84,6	1	7,7
61	12		11	91,7	3	27,3	1	9,1	10	90,9	-	-
62	19		19	100	1	5,3	0	-	18	94,7	1	5,3
71	32		32	100	11	34,4	3	9,4	24	75	5	15,6
72	15		15	100	4	26,7	1	6,7	10	66,7	4	26,7
73	7		7	100	0	-	0	-	7	100	-	-
74	20		18	90	2	11,1	1	5,6	14	77,8	3	16,7
Gesamt	439		416	94,8	92	22,1	35	8,4	323	77,6	58	13,9

Das Impfalter wird nicht unterschieden

* Neue Berechnung ab 2016:

Alter bei Erstimpfung: 2-6 Monaten -> mind. 4 Dosen, 7-11 Monaten -> mind. 3 Dosen, 12-23 -> mind. 2 Dosen, 24 oder mehr Monate mind. -> 1 Dosis.
Falls kein Alter bei Erstimpfung erhoben wurde -> mind. 4 Dosen.

Quellen: Stadt Bottrop 2019
LZG.NRW
Einschulungsuntersuchungen 2018/2019

0 nicht zugeordnet	11 Altstadt	12 Nord-Ost	13 Süd-West
21 Fuhlenbrock-Heide	22 Fuhlenbrock-Wald	31 Stadtwald	32 Eigen
41 Batenbrock-Nord	42 Batenbrock-Süd	51 Boy	52 Welheim
61 Ebel/Welheimer Mark	62 Süd	71 Kirchhellen-Mitte	72 Kirchh.-Süd/Grafenwald
73 Kirchh.-Nord-West	74 Kirchh.-Nord-Ost		



Sondertabelle Impfen
Bottrop – Untersuchung aller Einschüler – Schuljahr 2018/2019

Gesamt Stat. Bezirk	Unter- suchte		Impfheft vorgelegt		Keine Masern Impfung		Keine Mumps Impfung		Keine Röteln Impfung		Keine Hepa- titis B Impfung		Impfen komplett*		Impfen komplett**	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	
0	5	5	100	-	-	-	-	-	-	-	-	5	100	4	80	
11	52	48	92,3	-	-	-	-	-	-	6	12,5	36	75	30	62,5	
12	125	120	96	1	0,8	1	0,8	1	0,8	8	6,7	100	83,3	86	71,7	
13	76	71	93,4	4	5,6	4	5,6	4	5,6	6	8,5	58	81,7	52	73,2	
21	33	31	93,9	-	-	-	-	-	-	-	-	26	83,9	21	67,7	
22	45	45	100	1	2,2	2	4,4	2	4,4	7	15,6	34	75,6	30	66,7	
31	20	20	100	-	-	-	-	-	-	-	-	19	95	18	90	
32	77	70	90,9	-	-	-	-	1	1,4	2	2,9	62	88,6	61	87,1	
41	86	80	93	6	7,5	6	7,5	6	7,5	4	5	63	78,8	55	68,8	
42	90	83	92,2	2	2,4	2	2,4	2	2,4	5	6	68	81,9	57	68,7	
51	72	68	94,4	2	2,9	3	4,4	3	4,4	7	10,3	51	75	46	67,6	
52	28	27	96,4	2	7,4	2	7,4	2	7,4	-	-	23	85,2	18	66,7	
61	23	21	91,3	-	-	-	-	-	-	3	14,3	17	81	15	71,4	
62	37	36	97,3	-	-	-	-	-	-	1	2,8	29	80,6	28	77,8	
71	79	77	97,5	3	3,9	3	3,9	3	3,9	3	3,9	71	92,2	67	87	
72	30	30	100	-	-	-	-	-	-	1	3,3	26	86,7	23	76,7	
73	12	12	100	-	-	-	-	-	-	-	-	10	83,3	7	58,3	
74	39	36	92,3	-	-	-	-	-	-	1	2,8	35	97,2	34	94,4	
Gesamt	929	880	94,7	21	2,4	23	2,6	24	2,7	54	6,1	733	83,3	652	74,1	

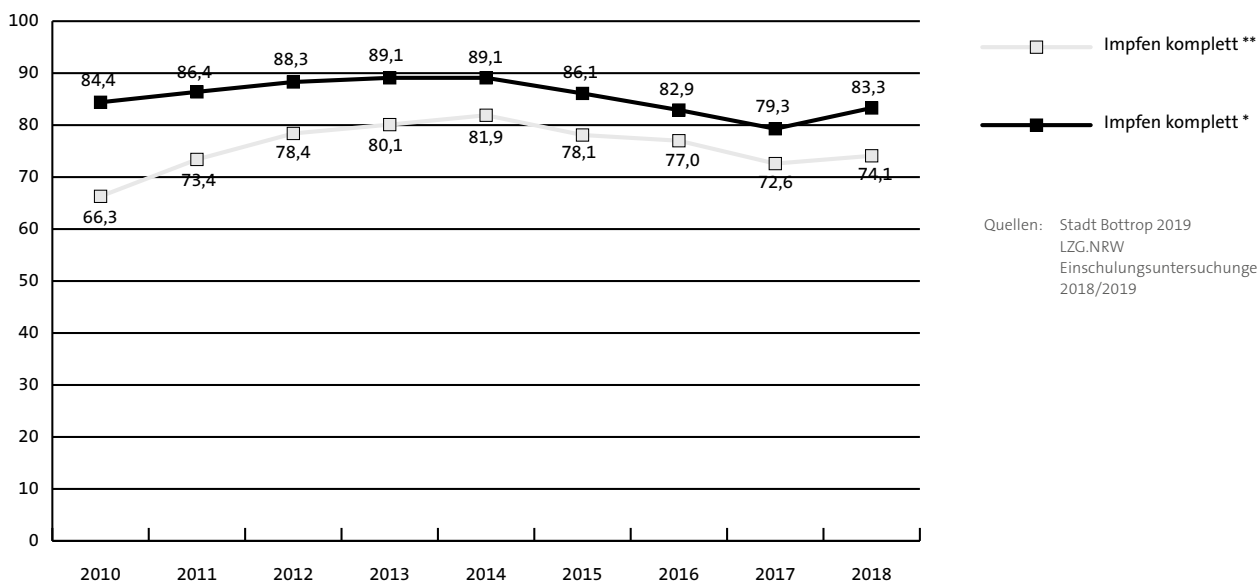
Jungen Stat. Bezirk	Unter- suchte		Impfheft vorgelegt		Keine Masern Impfung		Keine Mumps Impfung		Keine Röteln Impfung		Keine Hepa- titis B Impfung		Impfen komplett*		Impfen komplett**	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	
0	4	4	100	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100	3	75	
11	24	21	87,5	-	-	-	-	-	-	4	19	12	57,1	11	52,4	
12	65	64	98,5	1	1,6	1	1,6	1	1,6	4	6,3	54	84,4	46	71,9	
13	41	39	95,1	2	5,1	2	5,1	2	5,1	2	5,1	32	82,1	29	74,4	
21	19	17	89,5	-	-	-	-	-	-	-	-	16	94,1	12	70,6	
22	17	17	100	-	-	-	-	-	-	2	11,8	14	82,4	14	82,4	
31	12	12	100	-	-	-	-	-	-	-	-	11	91,7	10	83,3	
32	44	40	90,9	-	-	-	-	-	-	1	2,5	38	95	37	92,5	
41	46	44	95,7	4	9,1	4	9,1	4	9,1	2	4,5	32	72,7	26	59,1	
42	50	47	94	2	4,3	2	4,3	2	4,3	2	4,3	37	78,7	30	63,8	
51	38	35	92,1	1	2,9	1	2,9	1	2,9	5	14,3	24	68,6	20	57,1	
52	15	14	93,3	2	14,3	2	14,3	2	14,3	-	-	12	85,7	10	71,4	
61	11	10	90,9	-	-	-	-	-	-	2	20	8	80	7	70	
62	18	17	94,4	-	-	-	-	-	-	-	-	14	82,4	14	82,4	
71	47	45	95,7	1	2,2	1	2,2	1	2,2	1	2,2	42	93,3	41	91,1	
72	15	15	100	-	-	-	-	-	-	-	-	13	86,7	12	80	
73	5	5	100	-	-	-	-	-	-	-	-	4	80	3	60	
74	19	18	94,7	-	-	-	-	-	-	1	5,6	17	94,4	17	94,4	
Gesamt	490	464	94,7	13	2,8	13	2,8	13	2,8	26	5,6	384	82,8	342	73,7	

Mädchen Stat. Bezirk	Unter- suchte		Impfheft vorgelegt		Keine Masern Impfung		Keine Mumps Impfung		Keine Röteln Impfung		Keine Hepa- titis B Impfung		Impfen komplett*		Impfen komplett**	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	
0	1	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	1	100	
11	28	27	96,4	-	-	-	-	-	-	2	7,4	24	88,9	19	70,4	
12	60	56	93,3	-	-	-	-	-	-	4	7,1	46	82,1	40	71,4	
13	35	32	91,4	2	6,3	2	6,3	2	6,3	4	12,5	26	81,3	23	71,9	
21	14	14	100	-	-	-	-	-	-	-	-	10	71,4	9	64,3	
22	28	28	100	1	3,6	2	7,1	2	7,1	5	17,9	20	71,4	16	57,1	
31	8	8	100	-	-	-	-	-	-	-	-	8	100	8	100	
32	33	30	90,9	-	-	-	-	1	3,3	1	3,3	24	80	24	80	
41	40	36	90	2	5,6	2	5,6	2	5,6	2	5,6	31	86,1	29	80,6	
42	40	36	90	-	-	-	-	-	-	3	8,3	31	86,1	27	75	
51	34	33	97,1	1	3	2	6,1	2	6,1	2	6,1	27	81,8	26	78,8	
52	13	13	100	-	-	-	-	-	-	-	-	11	84,6	8	61,5	
61	12	11	91,7	-	-	-	-	-	-	1	9,1	9	81,8	8	72,7	
62	19	19	100	-	-	-	-	-	-	1	5,3	15	78,9	14	73,7	
71	32	32	100	2	6,3	2	6,3	2	6,3	2	6,3	29	90,6	26	81,3	
72	15	15	100	-	-	-	-	-	-	1	6,7	13	86,7	11	73,3	
73	7	7	100	-	-	-	-	-	-	-	-	6	85,7	4	57,1	
74	20	18	90	-	-	-	-	-	-	-	-	18	100	17	94,4	
Gesamt	439	416	94,8	8	1,9	10	2,4	11	2,6	28	6,7	349	83,9	310	74,5	

Quellen: Stadt Bottrop 2019
LZG.NRW
Einschulungsuntersuchungen 2018/2019

0 nicht zugeordnet
21 Fuhlenbrock-Heide
41 Batenbrock-Nord
61 Ebel/Welheimer Mark
73 Kirchh.-Nord-West
11 Altstadt
22 Fuhlenbrock-Wald
42 Batenbrock-Süd
62 Süd
74 Kirchh.-Nord-Ost
12 Nord-Ost
31 Stadtwald
51 Boy
71 Kirchhellen-Mitte
13 Süd-West
32 Eigen
52 Welheim
72 Kirchh.-Süd/Grafenwald

Zeitreihe: Komplett geimpfte Kinder 2010 - 2018



Quellen: Stadt Bottrop 2019
LZG.NRW
Einschulungsuntersuchungen
2018/2019

* Impfen komplett: Diphtherie, Tetanus, Hib, Hepatitis B mindestens drei Dosen; Pertussis mindestens vier Dosen; Masern, Mumps, Röteln mindestens zwei Dosen; Polio mindestens zwei bzw. drei Dosen

** Impfen komplett: Diphtherie, Tetanus, Hib, Hepatitis B, Polio mindestens vier Dosen (mindestens 3 Dosen bei Verwendung von Impfstoffen ohne Pertussiskomponente); Pertussis mindestens vier Dosen; Masern, Mumps, Röteln mindestens zwei Dosen



3.3 Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9

Der Gesundheitszustand und die Entwicklung von Säuglingen und Kindern wird in regelmäßigen Abständen bei den sogenannten „U-Untersuchungen“ im Rahmen einer Kassenleistung dokumentiert. Dieses Früherkennungsprogramm ist ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Vorsorge. Je früher eine Erkrankung oder Entwicklungsverzögerung erkannt wird, desto erfolgversprechender sind entsprechende therapeutischen Maßnahmen.

Die dargestellten Daten basieren auf den gesetzlich vorgeschriebenen Schuleingangsuntersuchungen des Gesundheitsamtes, welche die Einschüler eines Jahrgangs (Einschulung 2018/2019) komplett erfassen. Alle Ergebnisse sind nach statistischen Bezirken der Stadt Bottrop aufbereitet. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass in einzelnen Bezirken nur sehr geringe Fallzahlen vorliegen.

Früherkennungsuntersuchungen Bottrop - Untersuchung aller Einschüler - Schuljahr 2018/2019										
Gesamt Stat. Bezirke	Unter- suchte	Heft vorgelegt		U1 bis U7 komplett		U3 bis U6 komplett		Hefte vorgelegt von Kindern über 64 Monate	U8 und U9 komplett Kinder über 64 Monate	
		abs	abs	%	abs	%	abs		%	abs
0	5	5	100	4	80	4	80	5	4	80
11	52	45	86,5	34	75,6	37	82,2	42	30	71,4
12	125	115	92	99	86,1	100	87	108	90	83,3
13	76	72	94,7	63	87,5	66	91,7	68	56	82,4
21	33	32	97	28	87,5	29	90,6	32	29	90,6
22	45	42	93,3	38	90,5	40	95,2	42	37	88,1
31	20	20	100	20	100	20	100	20	19	95
32	77	71	92,2	61	85,9	65	91,5	62	49	79
41	86	78	90,7	67	85,9	69	88,5	73	63	86,3
42	90	84	93,3	71	84,5	73	86,9	80	65	81,3
51	72	67	93,1	58	86,6	60	89,6	66	56	84,8
52	28	27	96,4	22	81,5	22	81,5	25	18	72
61	23	21	91,3	20	95,2	21	100	20	18	90
62	37	37	100	35	94,6	35	94,6	37	34	91,9
71	79	79	100	74	93,7	75	94,9	77	69	89,6
72	30	29	96,7	26	89,7	26	89,7	29	26	89,7
73	12	12	100	11	91,7	11	91,7	12	10	83,3
74	39	36	92,3	35	97,2	35	97,2	35	33	94,3
Gesamt	929	872	93,9	766	87,8	788	90,4	833	706	84,8

Jungen Stat. Bezirke	Unter- suchte	Heft vorgelegt		U1 bis U7 komplett		U3 bis U6 komplett		Hefte vorgelegt von Kindern über 64 Monate	U8 und U9 komplett Kinder über 64 Monate	
		abs	%	abs	%	abs	%		abs	%
0	4	4	100	3	75	3	75	4	3	75
11	24	18	75	13	72,2	15	83,3	17	14	82,4
12	65	60	92,3	54	90	54	90	56	46	82,1
13	41	39	95,1	33	84,6	36	92,3	37	32	86,5
21	19	18	94,7	16	88,9	17	94,4	18	16	88,9
22	17	17	100	17	100	17	100	17	15	88,2
31	12	12	100	12	100	12	100	12	11	91,7
32	44	42	95,5	35	83,3	38	90,5	35	26	74,3
41	46	41	89,1	37	90,2	37	90,2	37	31	83,8
42	50	47	94	37	78,7	39	83	45	37	82,2
51	38	34	89,5	29	85,3	30	88,2	34	28	82,4
52	15	14	93,3	11	78,6	11	78,6	13	9	69,2
61	11	10	90,9	9	90	10	100	9	8	88,9
62	18	18	100	18	100	18	100	18	16	88,9
71	47	47	100	46	97,9	47	100	47	43	91,5
72	15	15	100	13	86,7	13	86,7	15	15	100
73	5	5	100	4	80	4	80	5	3	60
74	19	17	89,5	17	100	17	100	16	15	93,8
Gesamt	490	458	93,5	404	88,2	418	91,3	435	368	84,6

Mädchen Stat. Bezirke	Unter- suchte	Heft vorgelegt		U1 bis U7 komplett		U3 bis U6 komplett		Hefte vorgelegt von Kindern über 64 Monate	U8 und U9 komplett Kinder über 64 Monate	
		abs	%	abs	%	abs	%		abs	%
0	1	1	100	1	100	1	100	1	1	100
11	28	27	96,4	21	77,8	22	81,5	25	16	64
12	60	55	91,7	45	81,8	46	83,6	52	44	84,6
13	35	33	94,3	30	90,9	30	90,9	31	24	77,4
21	14	14	100	12	85,7	12	85,7	14	13	92,9
22	28	25	89,3	21	84	23	92	25	22	88
31	8	8	100	8	100	8	100	8	8	100
32	33	29	87,9	26	89,7	27	93,1	27	23	85,2
41	40	37	92,5	30	81,1	32	86,5	36	32	88,9
42	40	37	92,5	34	91,9	34	91,9	35	28	80
51	34	33	97,1	29	87,9	30	90,9	32	28	87,5
52	13	13	100	11	84,6	11	84,6	12	9	75
61	12	11	91,7	11	100	11	100	11	10	90,9
62	19	19	100	17	89,5	17	89,5	19	18	94,7
71	32	32	100	28	87,5	28	87,5	30	26	86,7
72	15	14	93,3	13	92,9	13	92,9	14	11	78,6
73	7	7	100	7	100	7	100	7	7	100
74	20	19	95	18	94,7	18	94,7	19	18	94,7
Gesamt	439	414	94,3	362	87,4	370	89,4	398	338	84,9

Quellen: Stadt Bottrop 2019
LZG.NRW
Einschulungsuntersuchungen 2018/2019

0 nicht zugeordnet
21 Fuhlenbrock-Heide
41 Batenbrock-Nord
61 Ebel/Welheimer Mark
73 Kirchh.-Nord-West

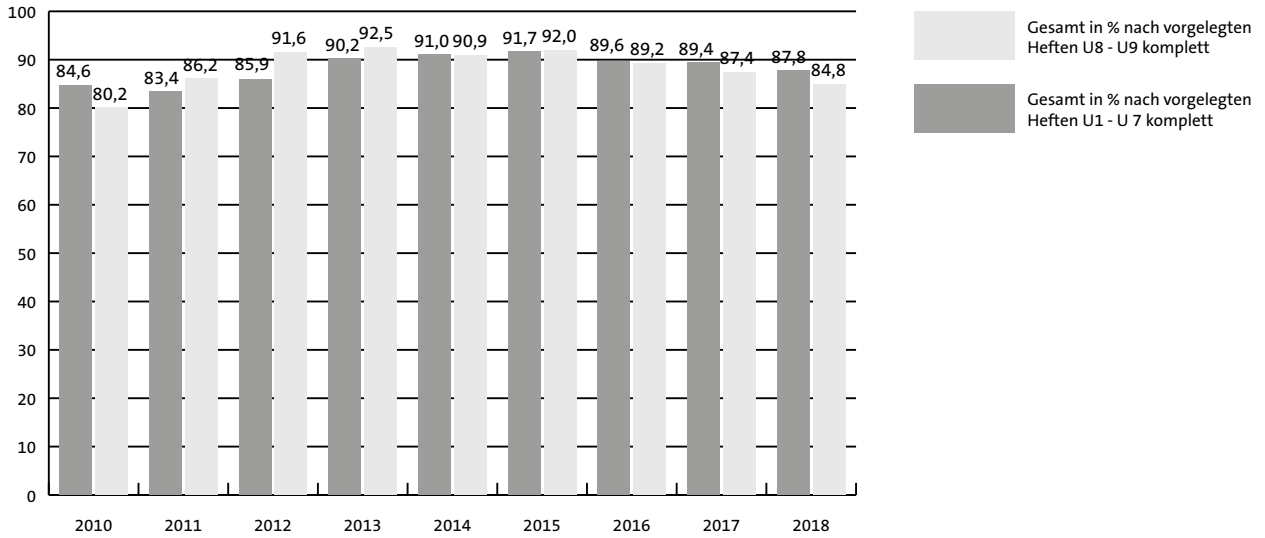
11 Altstadt
22 Fuhlenbrock-Wald
42 Batenbrock-Süd
62 Süd
74 Kirchh.-Nord-Ost

12 Nord-Ost
31 Stadtwald
51 Boy
71 Kirchhellen-Mitte

13 Süd-West
32 Eigen
52 Welheim
72 Kirchh.-Süd/Grafenwald



Zeitreihe: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen 2010 - 2016



Quellen: Stadt Bottrop 2019
LZG.NRW
Einschulungsuntersuchungen 2010-2018

3.4 Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening (SOPESS)

Das Gesundheitsamt untersucht den Entwicklungsstand der Einschüler nach den Vorgaben des Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS). Dieses Verfahren wurde auf Initiative des Landesamtes für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) in Zusammenarbeit mit der Universität Bremen und Vertretern der Gesundheitsbehörden entwickelt. Neben einer Begutachtung des körperlichen Entwicklungsstandes sowie einem Seh- und Hörtest können beispielsweise auch die Deutschkenntnisse der Kinder in einem standardisierten Verfahren ermittelt und verglichen werden.

Nach der frühzeitigen Entdeckung einer Entwicklungsauffälligkeit erfolgt ein entsprechender Hinweis auf Förderbedarf.

Die wichtigsten Untersuchungsergebnisse sind im Folgenden nach statistischen Bezirken aufbereitet worden. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass in einzelnen Bezirken nur sehr geringe Fallzahlen vorliegen.

Körperkoordination (SOPESS) Bottrop – Untersuchung aller Einschüler – Schuljahr 2018/2019									
Gesamt Stat. Bezirke	Untersuchte insgesamt	davon mit gültigen Werten		auffällig 0-6 Punkte		grenzwertig 7-8 Punkte		unauffällig 9 und mehr Punkte	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	5	5	100	-	-	1	20	4	80
11	52	52	100	6	11,5	11	21,2	35	67,3
12	125	125	100	20	16	40	32	65	52
13	76	76	100	8	10,5	18	23,7	50	65,8
21	33	32	97	3	9,4	7	21,9	22	68,8
22	45	45	100	7	15,6	9	20	29	64,4
31	20	20	100	3	15	2	10	15	75
32	77	76	98,7	14	18,4	22	28,9	40	52,6
41	86	83	96,5	7	8,4	25	30,1	51	61,4
42	90	89	98,9	12	13,5	14	15,7	63	70,8
51	72	71	98,6	17	23,9	21	29,6	33	46,5
52	28	28	100	4	14,3	5	17,9	19	67,9
61	23	23	100	4	17,4	6	26,1	13	56,5
62	37	37	100	5	13,5	14	37,8	18	48,6
71	79	77	97,5	8	10,4	17	22,1	52	67,5
72	30	30	100	4	13,3	7	23,3	19	63,3
73	12	11	91,7	1	9,1	3	27,3	7	63,6
74	39	39	100	4	10,3	8	20,5	27	69,2
Gesamt	929	919	98,9	127	13,8	230	25	562	61,2



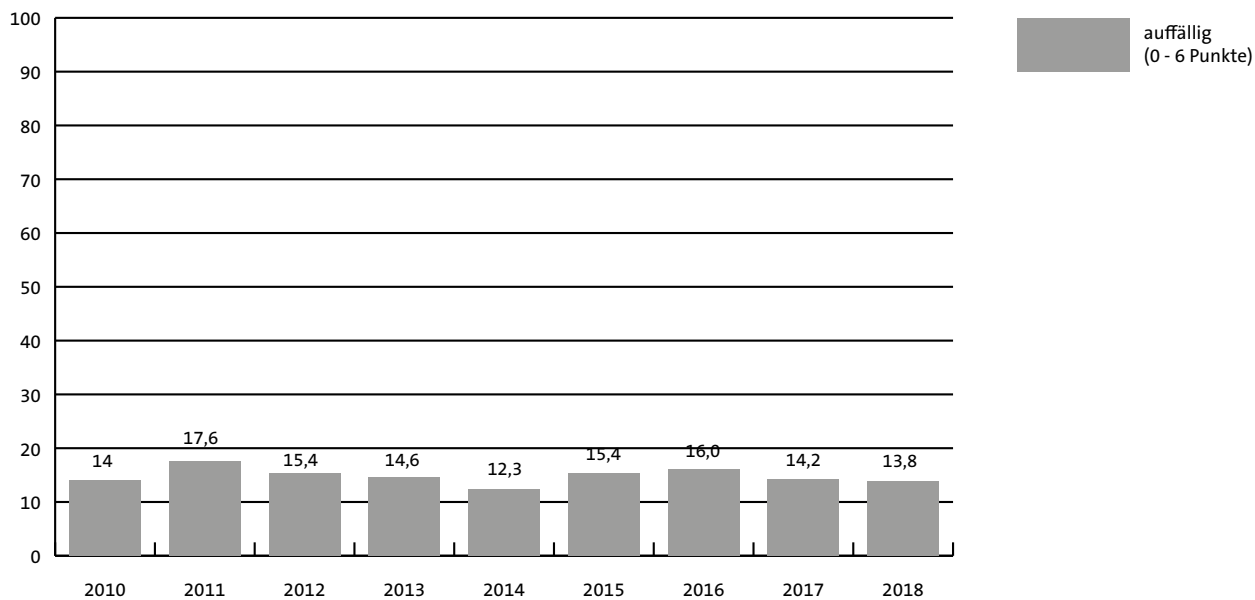
Jungen Stat. Bezirke	Untersuchte insgesamt	davon mit gültigen Werten		auffällig 0-6 Punkte		grenzwertig 7-8 Punkte		unauffällig 9 und mehr Punkte	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	4	4	100	-	-	1	25	3	75
11	24	24	100	5	20,8	3	12,5	16	66,7
12	65	65	100	12	18,5	19	29,2	34	52,3
13	41	41	100	3	7,3	12	29,3	26	63,4
21	19	19	100	2	10,5	6	31,6	11	57,9
22	17	17	100	6	35,3	3	17,6	8	47,1
31	12	12	100	3	25	2	16,7	7	58,3
32	44	43	97,7	10	23,3	15	34,9	18	41,9
41	46	44	95,7	4	9,1	18	40,9	22	50
42	50	50	100	9	18	11	22	30	60
51	38	38	100	9	23,7	15	39,5	14	36,8
52	15	15	100	3	20	3	20	9	60
61	11	11	100	3	27,3	5	45,5	3	27,3
62	18	18	100	3	16,7	8	44,4	7	38,9
71	47	45	95,7	6	13,3	9	20	30	66,7
72	15	15	100	3	20	6	40	6	40
73	5	4	80	-	-	2	50	2	50
74	19	19	100	3	15,8	4	21,1	12	63,2
Gesamt	490	484	98,8	84	17,4	142	29,3	258	53,3

Mädchen Stat. Bezirke	Untersuchte insgesamt	davon mit gültigen Werten		auffällig 0-6 Punkte		grenzwertig 7-8 Punkte		unauffällig 9 und mehr Punkte	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	1	1	100	-	-	-	-	1	100
11	28	28	100	1	3,6	8	28,6	19	67,9
12	60	60	100	8	13,3	21	35	31	51,7
13	35	35	100	5	14,3	6	17,1	24	68,6
21	14	13	92,9	1	7,7	1	7,7	11	84,6
22	28	28	100	1	3,6	6	21,4	21	75
31	8	8	100	-	-	-	-	8	100
32	33	33	100	4	12,1	7	21,2	22	66,7
41	40	39	97,5	3	7,7	7	17,9	29	74,4
42	40	39	97,5	3	7,7	3	7,7	33	84,6
51	34	33	97,1	8	24,2	6	18,2	19	57,6
52	13	13	100	1	7,7	2	15,4	10	76,9
61	12	12	100	1	8,3	1	8,3	10	83,3
62	19	19	100	2	10,5	6	31,6	11	57,9
71	32	32	100	2	6,3	8	25	22	68,8
72	15	15	100	1	6,7	1	6,7	13	86,7
73	7	7	100	1	14,3	1	14,3	5	71,4
74	20	20	100	1	5	4	20	15	75
Gesamt	439	435	99,1	43	9,9	88	20,2	304	69,9

Quellen: Stadt Bottrop 2019
LZG.NRW
Einschulungsuntersuchungen 2018/2019

0 nicht zugeordnet	11 Altstadt	12 Nord-Ost	13 Süd-West
21 Fuhlenbrock-Heide	22 Fuhlenbrock-Wald	31 Stadtwald	32 Eigen
41 Batenbrock-Nord	42 Batenbrock-Süd	51 Boy	52 Welheim
61 Ebel/Welheimer Mark	62 Süd	71 Kirchhellen-Mitte	72 Kirchh.-Süd/Grafenwald
73 Kirchh.-Nord-West	74 Kirchh.-Nord-Ost		

Zeitreihe: Auffälligkeiten bei der Körperkoordination 2010 - 2018



Quellen: Stadt Bottrop 2019
LZG.NRW
Einschulungsuntersuchungen 2010-2018



Visuomotorik (SOPESS)
Bottrop – Untersuchung aller Einschüler – Schuljahr 2018/2019

Gesamt Stat. Bezirke	Untersuchte insgesamt	davon mit gültigen Werten		auffällig 0-4 Punkte		grenzwertig 5-6 Punkte		unauffällig 7-12 Punkte	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	5	5	100	-	-	1	20	4	80
11	52	52	100	12	23,1	11	21,2	29	55,8
12	125	125	100	24	19,2	10	8	91	72,8
13	76	75	98,7	10	13,3	4	5,3	61	81,3
21	33	32	97	4	12,5	4	12,5	24	75
22	45	45	100	4	8,9	8	17,8	33	73,3
31	20	20	100	1	5	2	10	17	85
32	77	77	100	13	16,9	12	15,6	52	67,5
41	86	84	97,7	12	14,3	12	14,3	60	71,4
42	90	88	97,8	12	13,6	7	8	69	78,4
51	72	72	100	16	22,2	12	16,7	44	61,1
52	28	28	100	5	17,9	3	10,7	20	71,4
61	23	23	100	4	17,4	3	13	16	69,6
62	37	37	100	3	8,1	6	16,2	28	75,7
71	79	78	98,7	9	11,5	7	9	62	79,5
72	30	30	100	7	23,3	5	16,7	18	60
73	12	12	100	-	-	1	8,3	11	91,7
74	39	39	100	-	-	2	5,1	37	94,9
Gesamt	929	922	99,2	136	14,8	110	11,9	676	73,3

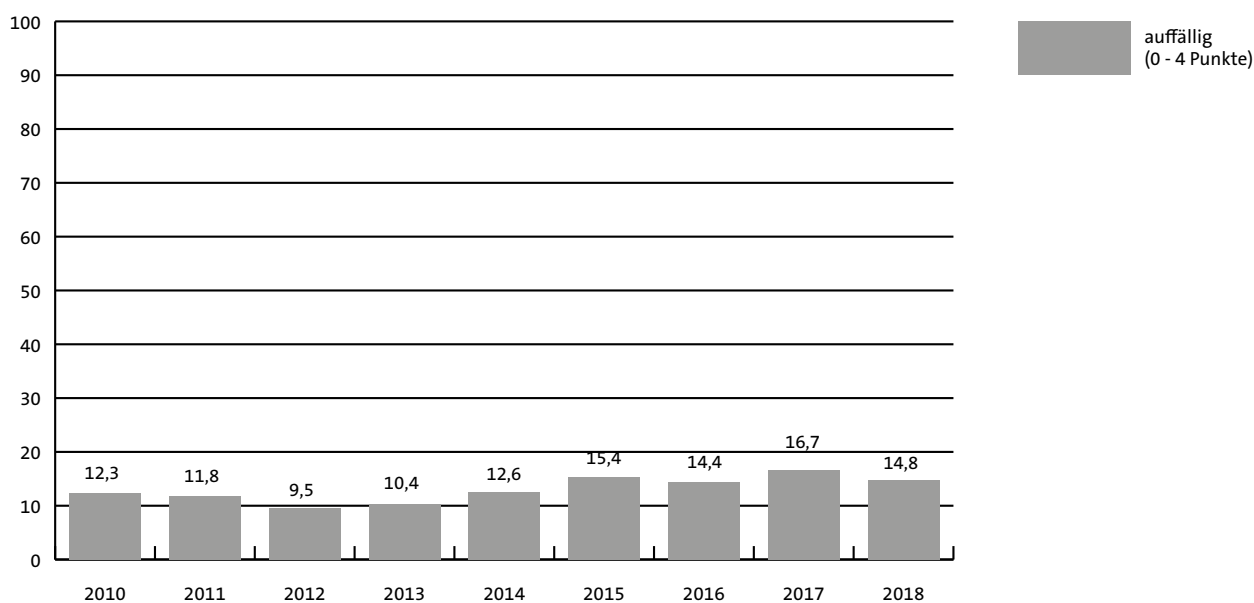
Jungen Stat. Bezirke	Untersuchte insgesamt	davon mit gültigen Werten		auffällig 0-4 Punkte		grenzwertig 5-6 Punkte		unauffällig 7-12 Punkte	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	4	4	100	-	-	1	25	3	75
11	24	24	100	6	25	5	20,8	13	54,2
12	65	65	100	14	21,5	2	3,1	49	75,4
13	41	40	97,6	5	12,5	2	5	33	82,5
21	19	19	100	3	15,8	3	15,8	13	68,4
22	17	17	100	2	11,8	2	11,8	13	76,5
31	12	12	100	1	8,3	1	8,3	10	83,3
32	44	44	100	9	20,5	6	13,6	29	65,9
41	46	45	97,8	9	20	7	15,6	29	64,4
42	50	49	98	9	18,4	5	10,2	35	71,4
51	38	38	100	10	26,3	9	23,7	19	50
52	15	15	100	4	26,7	2	13,3	9	60
61	11	11	100	3	27,3	1	9,1	7	63,6
62	18	18	100	2	11,1	4	22,2	12	66,7
71	47	46	97,9	5	10,9	5	10,9	36	78,3
72	15	15	100	5	33,3	4	26,7	6	40
73	5	5	100	-	-	-	-	5	100
74	19	19	100	-	-	2	10,5	17	89,5
Gesamt	490	486	99,2	87	17,9	61	12,6	338	69,5

Mädchen Stat. Bezirke	Untersuchte insgesamt	davon mit gültigen Werten		auffällig 0-4 Punkte		grenzwertig 5-6 Punkte		unauffällig 7-12 Punkte	
	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	1	1	100	-	-	-	-	1	100
11	28	28	100	6	21,4	6	21,4	16	57,1
12	60	60	100	10	16,7	8	13,3	42	70
13	35	35	100	5	14,3	2	5,7	28	80
21	14	13	92,9	1	7,7	1	7,7	11	84,6
22	28	28	100	2	7,1	6	21,4	20	71,4
31	8	8	100	-	-	1	12,5	7	87,5
32	33	33	100	4	12,1	6	18,2	23	69,7
41	40	39	97,5	3	7,7	5	12,8	31	79,5
42	40	39	97,5	3	7,7	2	5,1	34	87,2
51	34	34	100	6	17,6	3	8,8	25	73,5
52	13	13	100	1	7,7	1	7,7	11	84,6
61	12	12	100	1	8,3	2	16,7	9	75
62	19	19	100	1	5,3	2	10,5	16	84,2
71	32	32	100	4	12,5	2	6,3	26	81,3
72	15	15	100	2	13,3	1	6,7	12	80
73	7	7	100	-	-	1	14,3	6	85,7
74	20	20	100	-	-	-	-	20	100
Gesamt	439	436	99,3	49	11,2	49	11,2	338	77,5

Quellen: Stadt Bottrop 2019
LZG.NRW
Einschulungsuntersuchungen 2018/2019

0 nicht zugeordnet	11 Altstadt	12 Nord-Ost	13 Süd-West
21 Fuhlenbrock-Heide	22 Fuhlenbrock-Wald	31 Stadtwald	32 Eigen
41 Batenbrock-Nord	42 Batenbrock-Süd	51 Boy	52 Welheim
61 Ebel/Welheimer Mark	62 Süd	71 Kirchhellen-Mitte	72 Kirchh.-Süd/Grafenwald
73 Kirchh.-Nord-West	74 Kirchh.-Nord-Ost		

Zeitreihe: Auffälligkeiten bei der Visuomotorik 2010 - 2018



Quellen: Stadt Bottrop 2019
LZG.NRW
Einschulungsuntersuchungen 2010-2018



Deutschkenntnisse
Bottrop – Untersuchung aller Einschüler – Schuljahr 2018/2019

Gesamt Stat. Bezirke	Unter- suchte insgesamt	nicht deutsche Erst- sprache	davon mit gültigen Werten		keine Deutsch- kenntnisse		spricht radebrechend		spricht flüssig Deutsch, aber mit erheblichen Fehlern		spricht flüssig Deutsch, aber mit leichten Fehlern		spricht fehlerfrei Deutsch	
			abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	5	1	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-
11	52	24	24	100	2	8,3	6	25	7	29,2	9	37,5	-	-
12	125	57	56	98,2	6	10,7	14	25	14	25	18	32,1	4	7,1
13	76	27	25	92,6	-	-	3	12	9	36	8	32	5	20
21	33	9	8	88,9	-	-	3	37,5	2	25	3	37,5	-	-
22	45	7	6	85,7	1	16,7	2	33,3	2	33,3	1	16,7	-	-
31	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	77	23	22	95,7	2	9,1	6	27,3	10	45,5	3	13,6	1	4,5
41	86	37	36	97,3	4	11,1	5	13,9	15	41,7	10	27,8	2	5,6
42	90	43	42	97,7	4	9,5	6	14,3	13	31	15	35,7	4	9,5
51	72	24	22	91,7	1	4,5	4	18,2	9	40,9	6	27,3	2	9,1
52	28	13	13	100	-	-	1	7,7	7	53,8	5	38,5	-	-
61	23	6	6	100	1	16,7	-	-	2	33,3	2	33,3	1	16,7
62	37	2	2	100	-	-	-	-	1	50	1	50	-	-
71	79	10	9	90	-	-	1	11,1	1	11,1	6	66,7	1	11,1
72	30	4	4	100	1	25	-	-	-	-	2	50	1	25
73	12	1	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-
74	39	3	3	100	3	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	929	291	280	96,2	25	8,9	51	18,2	92	32,9	91	32,5	21	7,5

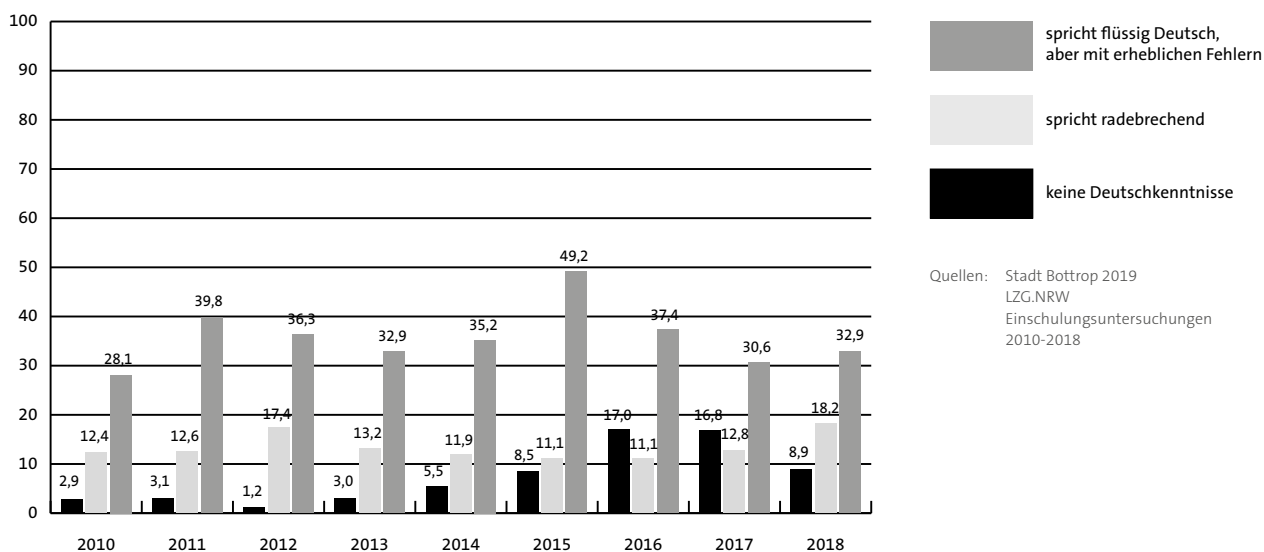
Jungen Stat. Bezirke	Unter- suchte insgesamt	nicht deutsche Erst- sprache	davon mit gültigen Werten		keine Deutsch- kenntnisse		spricht radebrechend		spricht flüssig Deutsch, aber mit erheblichen Fehlern		spricht flüssig Deutsch, aber mit leichten Fehlern		spricht fehlerfrei Deutsch	
			abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	4	1	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-
11	24	13	13	100	1	7,7	5	38,5	3	23,1	4	30,8	-	-
12	65	26	25	96,2	1	4	5	20	8	32	9	36	2	8
13	41	17	15	88,2	-	-	2	13,3	3	20	8	53,3	2	13,3
21	19	7	6	85,7	-	-	1	16,7	2	33,3	3	50	-	-
22	17	2	2	100	-	-	-	-	1	50	1	50	-	-
31	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	44	13	13	100	1	7,7	4	30,8	6	46,2	2	15,4	-	-
41	46	20	19	95	4	21,1	3	15,8	7	36,8	5	26,3	-	-
42	50	23	22	95,7	2	9,1	5	22,7	7	31,8	6	27,3	2	9,1
51	38	18	16	88,9	1	6,3	2	12,5	6	37,5	5	31,3	2	12,5
52	15	7	7	100	-	-	1	14,3	3	42,9	3	42,9	-	-
61	11	2	2	100	1	50	-	-	-	-	-	-	1	50
62	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
71	47	6	5	83,3	-	-	1	20	1	20	2	40	1	20
72	15	2	2	100	-	-	-	-	-	-	1	50	1	50
73	5	1	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-
74	19	2	2	100	2	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	490	160	151	94,4	13	8,6	29	19,2	47	31,1	51	33,8	11	7,3

Mädchen Stat. Bezirke	Untersuchte insgesamt	nicht deutsche Erst- sprache	davon mit gültigen Werten		keine Deutsch- kenntnisse		spricht radebrechend		spricht flüssig Deutsch, aber mit erheblichen Fehlern		spricht flüssig Deutsch, aber mit leichten Fehlern		spricht fehlerfrei Deutsch	
	abs	abs	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	28	11	11	100	1	9,1	1	9,1	4	36,4	5	45,5	-	-
12	60	31	31	100	5	16,1	9	29	6	19,4	9	29	2	6,5
13	35	10	10	100	-	-	1	10	6	60	-	-	3	30
21	14	2	2	100	-	-	2	100	-	-	-	-	-	-
22	28	5	4	80	1	25	2	50	1	25	-	-	-	-
31	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	33	10	9	90	1	11,1	2	22,2	4	44,4	1	11,1	1	11,1
41	40	17	17	100	-	-	2	11,8	8	47,1	5	29,4	2	11,8
42	40	20	20	100	2	10	1	5	6	30	9	45	2	10
51	34	6	6	100	-	-	2	33,3	3	50	1	16,7	-	-
52	13	6	6	100	-	-	-	-	4	66,7	2	33,3	-	-
61	12	4	4	100	-	-	-	-	2	50	2	50	-	-
62	19	2	2	100	-	-	-	-	1	50	1	50	-	-
71	32	4	4	100	-	-	-	-	-	-	4	100	-	-
72	15	2	2	100	1	50	-	-	-	-	1	50	-	-
73	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
74	20	1	1	100	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	439	131	129	98,5	12	9,3	22	17,1	45	34,9	40	31	10	7,8

Quellen: Stadt Bottrop 2019
LZG.NRW
Einschulungsuntersuchungen 2018/2019

0 nicht zugeordnet	11 Altstadt	12 Nord-Ost	13 Süd-West
21 Fuhlenbrock-Heide	22 Fuhlenbrock-Wald	31 Stadtwald	32 Eigen
41 Batenbrock-Nord	42 Batenbrock-Süd	51 Boy	52 Welheim
61 Ebel/Welheimer Mark	62 Süd	71 Kirchhellen-Mitte	72 Kirchh.-Süd/Grafenwald
73 Kirchh.-Nord-West	74 Kirchh.-Nord-Ost		

Zeitreihe: Deutschkenntnisse 2010 - 2018





4 Ausgewählte Ergebnisse der schulzahnärztlichen Untersuchungen

Im Folgenden sind die Ergebnisse der schulzahnärztlichen Untersuchungen des Gesundheitsamtes dargestellt. Untersucht wurden Kinder in Bottrop Kindertagesstätten und Schulen. Die Daten sind aufbereitet für das jeweilige Schuljahr, in dem die Untersuchungen stattgefunden haben. Dies gilt zudem für Maßnahmen der Kariesprophylaxe.

4.1 Verteilung 3- bis 8-Jähriger nach der Zahl kariesgeschädigter Milchzähne – Schuljahr 2017/2018

Definition: Basisbericht Seite 118

Anzahl dmf-Zähne pro Kind	3-Jährige	4-Jährige	5-Jährige	6-Jährige	7-Jährige	8-Jährige
0	87,1%	73,3%	61,6%	52,4%	48,8%	43,1%
1	4,1%	6,9%	8,7%	9,5%	10,2%	12,2%
2	2,6%	4,0%	7,8%	8,3%	8,7%	8,4%
3	1,5%	2,2%	3,7%	5,9%	6,7%	7,0%
4	1,2%	2,5%	4,2%	4,8%	5,1%	5,6%
5	0,8%	1,3%	2,9%	3,7%	4,4%	6,3%
6	0,3%	1,0%	1,9%	2,4%	3,4%	6,1%
7	0,5%	1,5%	1,2%	3,3%	3,5%	4,1%
8	0,3%	1,6%	1,6%	2,7%	4,0%	4,4%
9	0,3%	1,2%	1,5%	0,9%	1,1%	1,8%
10	0,5%	1,2%	1,1%	1,8%	1,4%	0,4%
mehr als 10	0,7%	3,4%	3,8%	4,3%	2,7%	0,7%
Anzahl untersuchter Kinder	606	681	735	1198	922	958

*Kinder mit vollkommen gesunden Milchzähnen

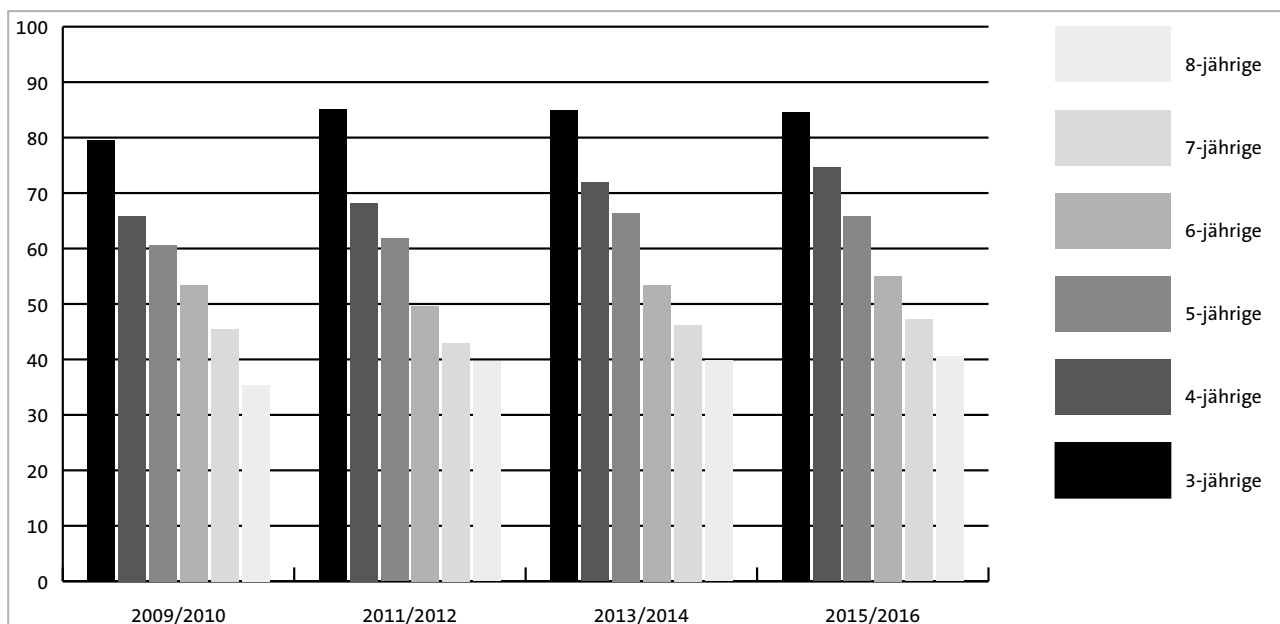
4.2 Verteilung 6- bis 12-Jähriger nach der Zahl kariesgeschädigter bleibender Zähne – Schuljahr 2017/2018

Definition: Basisbericht Seite 119

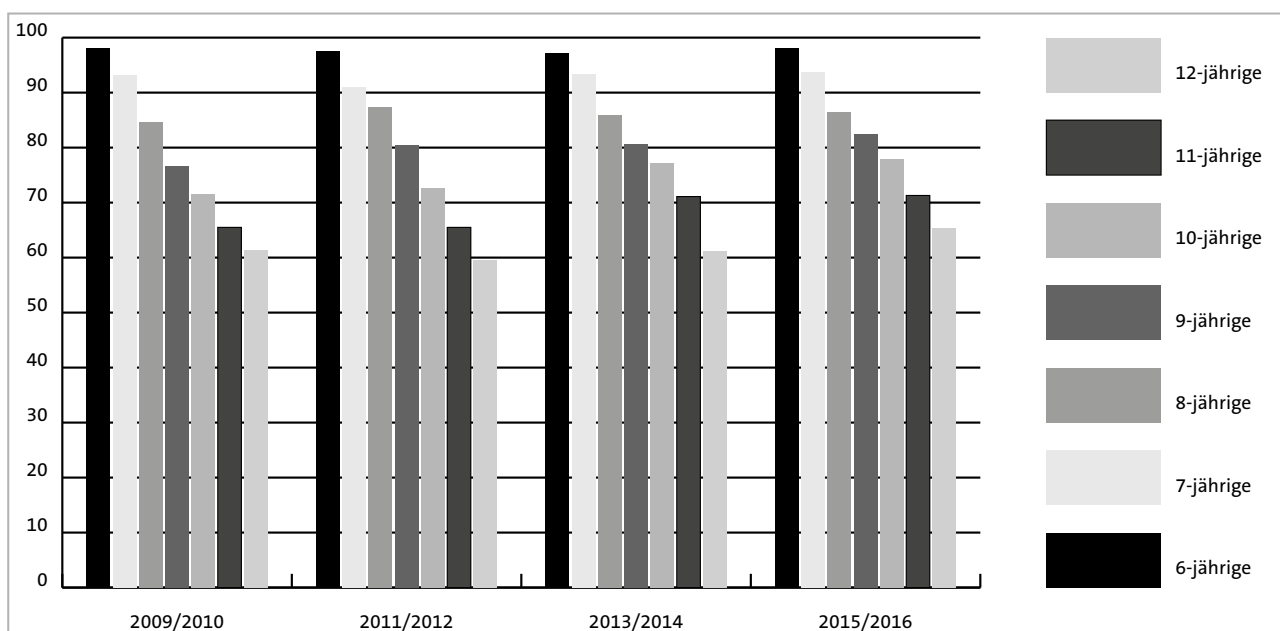
Anzahl DMF-Zähne pro Kind	6-Jährige	7-Jährige	8-Jährige	9-Jährige	10-Jährige	11-Jährige	12-Jährige
0	98,0%	92,8%	88,3%	84,0%	75,6%	75,2%	65,4%
1	1,5%	4,2%	6,3%	7,9%	9,6%	11,3%	15,9%
2	0,3%	2,3%	2,9%	4,3%	5,8%	6,2%	8,1%
3	0,2%	0,4%	1,6%	2,3%	5,2%	3,9%	4,7%
4	0,1%	0,2%	0,8%	1,3%	3,3%	2,5%	1,7%
5	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,7%	2,6%
6	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%
7	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
8	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
10	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
mehr als 10	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Anzahl untersuchter Kinder	1198	922	958	950	688	769	529

*Kinder mit vollkommen gesunden Milchzähnen

Zeitreihe: Kinder mit vollkommen gesunden Milch- und bleibenden Zähnen 2009/2010 - 2015/2016



	3-jährige	4-jährige	5-jährige	6-jährige	7-jährige	8-jährige
2009/2010	79,6%	65,9%	60,6%	53,4%	45,5%	35,4%
2011/2012	85,2%	68,2%	61,8%	49,6%	43,0%	39,6%
2013/2014	85,0%	71,9%	66,4%	53,4%	46,2%	39,8%
2015/2016	84,5%	74,6%	65,8%	55,0%	47,2%	40,5%



	6-jährige	7-jährige	8-jährige	9-jährige	10-jährige	11-jährige	12-jährige
2009/2010	98,1%	93,2%	84,7%	76,7%	71,6%	65,5%	61,3%
2011/2012	97,6%	91,0%	87,4%	80,5%	72,7%	65,5%	59,5%
2013/2014	97,1%	93,3%	85,9%	80,7%	77,2%	71,1%	61,2%
2015/2016	98,1%	93,8%	86,5%	82,4%	78,0%	71,3%	65,3%

Quelle: Stadt Bottrop 2018
Gesundheitsamt
Schulzahnärztliche Untersuchungen
2009/2010-2017/2018
Uwe Holtkamp



4.3 *Milchzahnkaries bei 3- bis 8-Jährigen – Schuljahr 2017/2018*

Definition: Basisbericht Seite 120

Statistische Kennzahl	3-Jährige	4-Jährige	5-Jährige	6-Jährige	7-Jährige	8-Jährige
dmf(t)-Index	0,47	1,34	1,76	2,21	2,25	2,32
Median der dmf-Verteilung	0	0	0	0	1	1
Modus der dmf-Verteilung	0	0	0	0	0	0
sic-Index	1,42	4,00	5,13	6,08	5,97	5,84
Risikogruppe mit 2/3 aller dmf-Zähne	4,1%	8,8%	12,8%	16,9%	19,2%	22,8%
Risikogruppe nach DAJ-Kriterien	12,9%	15,9%	14,0%	16,0%	17,9%	9,1%
Anzahl untersuchter Kinder	606	681	735	1198	922	958

4.4 *Karies bleibender Zähne bei 6- bis 12-Jährigen – Schuljahr 2017/2018*

Definition: Basisbericht Seite 121

Statistische Kennzahl	6-Jährige	7-Jährige	8-Jährige	9-Jährige	10-Jährige	11-Jährige	12-Jährige
DMF(T)-Index	0,03	0,11	0,21	0,30	0,53	0,52	0,77
Median der DMF-Verteilung	0	0	0	0	0	0	0
Modus der DMF-Verteilung	0	0	0	0	0	0	0
SIC-Index	0,09	0,33	0,62	0,89	1,60	1,57	2,27
Risikogruppe mit 2/3 aller DMF-Zähne	1,1%	3,5%	5,1%	7,2%	10,8%	10,5%	13,8%
Risikogruppe nach DAJ-Kriterien	15,9%	17,8%	9,0%	7,7%	k.A.	k.A.	k.A.
Anzahl untersuchter Kinder	1198	922	958	950	688	769	529

Quelle: Stadt Bottrop 2018
Gesundheitsamt
Schulzahnärztliche Untersuchungen 2017/2018
Uwe Holtkamp

4.5 *Behandlungsquoten bei Milchzahnkaries von 3- bis 8-Jährigen – Schuljahr 2017/2018*

Definition: Basisbericht Seite 122

Sanierungsparameter	3-Jährige	4-Jährige	5-Jährige	6-Jährige	7-Jährige	8-Jährige
d-Anteil aller dmf-Zähne	72,5%	50,9%	39,1%	39,7%	39,1%	34,3%
m-Anteil aller dmf-Zähne	5,6%	7,0%	10,1%	9,5%	9,9%	10,7%
f-Anteil aller dmf-Zähne	22,0%	42,0%	50,8%	50,8%	51,0%	55,0%
Summe aller dmf-Zähne	287	909	1293	2652	2070	2226
Sanierungsparameter	3-Jährige	4-Jährige	5-Jährige	6-Jährige	7-Jährige	8-Jährige
Anteil behandlungsbedürftiger Kinder	11,6%	18,8%	26,7%	30,9%	31,9%	33,6%
Anteil sanierter Kinder	1,3%	7,9%	11,7%	16,7%	19,3%	23,3%
Anteil naturgesunder Kinder	87,1%	73,3%	61,6%	52,4%	48,8%	43,1%
Anzahl untersuchter Kinder	606	681	735	1198	922	958

4.6 *Behandlungsquoten bei Karies an bleibenden Zähnen von 6- bis 12-Jährigen – Schuljahr 2017/2018*

Definition: Basisbericht Seite 123

Sanierungsparameter	6-Jährige	7-Jährige	8-Jährige	9-Jährige	10-Jährige	11-Jährige	12-Jährige
D-Anteil aller DMF-Zähne	64,7%	37,6%	27,6%	22,6%	24,5%	25,1%	20,9%
M-Anteil aller DMF-Zähne	0,0%	1,0%	1,0%	2,1%	3,3%	5,5%	3,2%
F-Anteil aller DMF-Zähne	35,3%	61,4%	71,4%	75,3%	72,2%	69,4%	75,9%
Summe aller DMF-Zähne	34	101	199	283	367	402	407
Sanierungsparameter	6-Jährige	7-Jährige	8-Jährige	9-Jährige	10-Jährige	11-Jährige	12-Jährige
Anteil behandlungsbedürftiger Kinder	1,3%	3,5%	4,4%	5,1%	7,0%	7,5%	8,5%
Anteil sanierter Kinder	0,8%	3,7%	7,3%	10,9%	17,4%	17,3%	26,1%
Anteil naturgesunder Kinder	98,0%	92,8%	88,3%	84,0%	75,6%	75,2%	65,4%
Anzahl untersuchter Kinder	1198	922	958	950	688	769	529

Quelle: Stadt Bottrop 2018
Gesundheitsamt
Schulzahnärztliche Untersuchungen 2017/2018
Uwe Holtkamp



4.7 Prävalenz von Milchzahnkaries bei 3- bis 8-Jährigen – Schuljahr 2017/2018, kleinräumig

Definition: Basisbericht Seite 124

Statistischer Bezirk	Bezirks-Nummer	Altersstandardisierter dmf(t)-Index	"Originaler" dmf(t)-Index	Anzahl untersuchter Kinder pro Bezirk
Kirchhellen-Nord-West	73	0,44	0,45	62
Stadtwald	31	0,87	0,86	133
Kirchhellen-Mitte	74	0,94	0,95	158
Kirchhellen-Nord-Ost	71	1,14	1,19	472
Fuhlenbrock-Wald	21	1,17	1,01	137
Fuhlenbrock-Heide	72	1,31	1,36	193
Kirchhellen-Süd/Grafenwald	22	1,34	1,29	278
Süd-West	32	1,79	1,79	517
Süd	62	1,88	1,84	199
Eigen	13	1,89	1,84	459
Nord-Ost	41	2,07	2,00	431
Boy	61	2,08	2,18	143
Batenbrock-Nord	51	2,12	2,12	381
Ebel/Welheimer-Mark	52	2,14	2,22	211
Welheim	42	2,38	2,45	428
Batenbrock-Süd	12	2,44	2,45	475
Altstadt	11	3,08	3,12	276
				4953

4.8 Prävalenz von Karies an bleibenden Zähnen bei 6- bis 12-Jährigen -Schuljahr 2017/2018, kleinräumig

Definition: Basisbericht Seite 125

Statistischer Bezirk	Bezirks-Nummer	Altersstandardisierter DMF(T)-Index	"Originaler" DMF(T)-Index	Anzahl untersuchter Kinder pro Bezirk
Kirchhellen-Nord-West	73	0,00	0,00	62
Kirchhellen-Nord-Ost	74	0,13	0,10	167
Kirchhellen-Mitte	71	0,17	0,16	527
Stadtwald	21	0,18	0,19	162
Kirchhellen-Süd/Grafenwald	72	0,21	0,20	245
Süd-West	31	0,22	0,22	165
Fuhlenbrock-Heide	61	0,24	0,24	163
Fuhlenbrock-Wald	22	0,24	0,28	330
Eigen	32	0,25	0,25	580
Nord-Ost	13	0,25	0,26	500
Ebel/Welheimer-Mark	41	0,26	0,29	490
Batenbrock-Nord	12	0,34	0,34	565
Boy	52	0,34	0,33	259
Süd	51	0,40	0,36	415
Altstadt	62	0,42	0,42	233
Welheim	42	0,44	0,47	531
Batenbrock-Süd	11	0,45	0,46	320
				5714

Quelle: Stadt Bottrop 2018 – Gesundheitsamt – Schulzahnärztliche Untersuchungen 2017/2018 – Uwe Holtkamp

4.9 Anteil von „Kariesrisikokindern“ unter zehn Jahren – Schuljahr 2017/2018, kleinräumig

Definition: Basisbericht Seite 126

Statistischer Bezirk	Bezirks-Nummer	Anzahl Kinder ohne Risiko	Anzahl Kinder mit Risiko	Anteil der Kinder mit Risiko
Kirchhellen-Nord-West	73	79	3	3,7%
Kirchhellen-Mitte	71	563	33	5,5%
Stadtwald	21	169	12	6,6%
Kirchhellen-Nord-Ost	31	149	11	6,9%
Kirchhellen-Süd/Grafenwald	74	181	14	7,2%
Fuhlenbrock-Heide	22	322	27	7,7%
Fuhlenbrock-Wald	72	233	26	10,0%
Süd-West	62	219	30	12,0%
Süd	32	556	77	12,2%
Eigen	52	229	36	13,6%
Nord-Ost	13	489	78	13,8%
Batenbrock-Nord	41	449	75	14,3%
Boy	61	143	26	15,4%
Welheim	42	455	84	15,6%
Ebel/Welheimer-Mark	51	387	81	17,3%
Batenbrock-Süd	12	484	102	17,4%
Altstadt	11	248	89	26,4%

Quelle: Stadt Bottrop 2018
Gesundheitsamt
Schulzahnärztliche Untersuchungen 2017/2018
Uwe Holtkamp

4.10 Kariesprävalenz und zahnärztlichen Versorgung bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund

Definition: Basisbericht Seite 127

Die im Zahnärztlichen Dienst vorhandenen Daten aus Reihenuntersuchungen erlauben derzeit keine Erfassung des Migrationshintergrundes, weil als einziger Parameter, der auf einen Migrationshintergrund hindeuten kann, die Staatsangehörigkeiten der Schülerinnen und Schüler (nur selten bei den Kindergartenkindern) bekannt sind. Kinder, die nach dem 01.01.2000 geboren wurden, besitzen jedoch nach § 4 Abs. 3 StAG durch Geburt die deutsche Staatsbürgerschaft, wenn ein Elternteil zu diesem Zeitpunkt seit acht Jahren seinen gewöhnlichen rechtmäßigen Aufenthalt in Deutschland hat und ein unbefristetes Aufenthaltsrecht besitzt. Bei den meisten nach dem 01.01.2000 geborenen Kindern lässt sich ein Migrationshintergrund daher aus der Staatsbürgerschaft nicht mehr ableiten. Da im Schuljahr 2017/2018 alle untersuchten Kinder nach dem 01.01.2000 geboren sind, kann der Migrationshintergrund daher nicht mehr ermittelt werden.



Die für frühere kommunale Gesundheitsberichte gelieferten Daten zu Unterschieden in der Kariesprävalenz und zahnärztlichen Versorgung bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund können daher nicht mehr bereit gestellt werden!

4.11 *Kariesprävalenz und zahnärztliche Versorgung nach verschiedenen Schultypen am Beispiel der 10- bis 12-Jährigen – Schuljahr 2017/2018*

Definition: Basisbericht Seite 129

Schultyp	Hauptschule	Gesamt- schule	Realschule	Gymnasium	Sekundar- schule
Altersstandardisierter DMF(T)-Index	0,62	0,80	0,74	0,32	0,51
Originaler DMF(T)-Index	0,96	0,82	0,73	0,32	0,52
Altersstandardisierter Anteil Kinder ohne Karieserfahrung	72,2%	67,0%	67,4%	81,6%	73,1%
Originaler Anteil Kinder ohne Karieserfahrung	60,9%	66,3%	68,1%	81,7%	72,5%
Anzahl untersuchter Schüler	23	398	454	688	138
Schultyp	Hauptschule	Gesamt- schule	Realschule	Gymnasium	Sekundar- schule
Altersstandardisierter Sanierungsgrad	k.A.	63,0%	72,6%	93,2%	74,5%
Originaler Sanierungsgrad	72,7%	63,1%	73,4%	93,1%	75,0%
Anzahl betroffener Schüler	9	134	145	126	38

Quelle: Stadt Bottrop 2018
Gesundheitsamt
Schulzahnärztliche Untersuchungen 2017/2018
Uwe Holtkamp

4.12 Zeitliche Entwicklung der Karies nach Altersklassen

Definition: Basisbericht Seite 130

5-jährige Bottroper Kindergartenkinder									
Statistische Kennzahl	1998	1999	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004	2004/2005	2005/2006	2006/2007
dmf(t)-Index	2,16	1,85	1,94	1,95	1,92	2,03	2,04	1,88	2,00
sic-Index	5,92	5,22	5,47	5,51	5,33	5,70	5,74	5,38	5,59
Anteil Kinder ohne Karieserfahrung	53,2%	56,3%	56,6%	56,8%	53,9%	55,2%	55,1%	58,5%	54,5%
Risikogruppe mit 2/3 aller dmf-Zähne	17,1%	15,9%	15,8%	15,7%	16,4%	15,7%	16,1%	14,3%	15,9%
Risikogruppe nach DAJ-Kriterien	19,3%	15,5%	17,2%	16,4%	16,3%	17,4%	18,0%	16,6%	17,0%
d-Anteil aller dmf-Zähne	76,2%	74,9%	75,5%	67,9%	64,7%	58,0%	53,1%	46,8%	50,8%
m-Anteil aller dmf-Zähne	2,4%	2,2%	4,4%	5,5%	4,7%	10,1%	9,9%	10,5%	8,6%
f-Anteil aller dmf-Zähne	21,5%	22,9%	20,1%	26,6%	30,6%	31,9%	37,0%	42,7%	40,6%
Anzahl untersuchter Kinder	980	923	907	962	906	855	865	875	822

5-jährige Bottroper Kindergartenkinder										
2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
1,79	1,66	1,88	1,89	1,70	1,78	1,46	1,54	1,49	1,44	1,77
5,18	4,87	5,47	5,36	4,95	5,16	4,38	4,53	4,44	4,18	5,15
60,4%	62,4%	60,5%	57,0%	61,9%	60,4%	66,3%	64,2%	65,7%	62,0%	61,5%
13,7%	12,8%	13,9%	14,3%	12,6%	13,7%	11,3%	11,9%	10,9%	13,2%	12,7%
15,3%	13,5%	16,5%	15,3%	14,1%	15,4%	12,5%	12,1%	11,1%	10,7%	14,1%
46,4%	45,0%	45,3%	42,5%	45,2%	44,1%	46,5%	49,2%	49,9%	45,7%	39,3%
10,5%	14,4%	11,4%	12,1%	9,9%	6,0%	10,1%	6,6%	6,9%	6,8%	10,2%
43,1%	40,5%	43,3%	45,4%	44,9%	49,9%	43,4%	44,2%	43,2%	47,5%	50,5%
808	736	841	704	688	775	697	695	709	707	723

6- oder 7-jährige Bottroper Erstklässler aus Grundschulen										
Statistische Kennzahl	1996/1997	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004	2004/2005	2005/2006
dmf(t)-Index	2,97	2,70	2,69	2,62	2,49	2,56	2,54	2,64	2,49	2,39
sic-Index	6,94	6,62	6,48	6,45	6,16	6,29	6,37	6,56	6,30	6,02
Anteil Kinder ohne Karieserfahrung	37,2%	40,3%	39,0%	42,3%	42,5%	40,9%	44,1%	42,4%	43,4%	42,4%
Risikogruppe mit 2/3 aller dmf-Zähne	25,8%	23,6%	24,7%	23,8%	23,0%	23,1%	22,9%	23,1%	21,9%	21,9%
Risikogruppe nach DAJ-Kriterien	25,2%	22,4%	23,0%	23,8%	21,3%	21,2%	20,5%	23,0%	20,8%	18,7%
d-Anteil aller dmf-Zähne	67,3%	63,3%	61,9%	60,6%	57,8%	59,6%	59,2%	55,3%	49,7%	48,6%
m-Anteil aller dmf-Zähne	6,7%	7,2%	7,8%	10,2%	9,4%	8,7%	7,8%	11,0%	11,2%	10,6%
f-Anteil aller dmf-Zähne	26,0%	29,5%	30,3%	29,2%	32,8%	31,7%	33,0%	33,7%	39,1%	40,8%
Anzahl untersuchter Kinder	1292	1298	1268	1258	1120	1112	1205	1237	1147	1145



6- oder 7-jährige Bottroper Erstklässler aus Grundschulen

2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
2,42	2,37	2,27	2,10	2,11	2,49	2,48	2,28	2,08	2,10	2,23	2,22
6,18	6,13	5,91	5,55	5,67	6,56	6,55	6,21	5,71	5,76	6,16	6,05
44,6%	45,8%	46,5%	48,1%	49,9%	47,1%	46,5%	51,1%	52,6%	51,9%	52,9%	51,5%
21,3%	20,7%	20,9%	20,0%	18,2%	19,9%	19,5%	17,7%	17,2%	17,2%	17,3%	17,2%
19,6%	20,9%	19,0%	15,8%	16,9%	20,7%	18,7%	17,6%	15,3%	15,7%	17,6%	16,2%
46,7%	42,6%	43,5%	42,6%	40,5%	39,2%	42,0%	40,0%	41,1%	43,9%	44,2%	38,7%
9,0%	10,6%	8,4%	8,9%	11,0%	11,5%	9,8%	9,8%	9,7%	7,5%	10,4%	7,6%
44,3%	46,8%	48,1%	48,6%	48,5%	49,3%	48,2%	50,1%	49,1%	48,5%	45,4%	53,7%
1055	1117	1041	1030	976	994	871	891	900	883	920	943

9-jährige Bottroper Viertklässler aus Grundschulen

Statistische Kennzahl	1996/1997	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004	2004/2005	2005/2006
DMF(T)-Index	0,68	0,52	0,58	0,46	0,48	0,44	0,45	0,36	0,44	0,42
SIC-Index	2,03	1,56	1,73	1,39	1,45	1,31	1,36	1,08	1,32	1,27
Anteil Kinder ohne Karieserfahrung	69,1%	73,4%	70,3%	74,9%	74,7%	76,2%	76,6%	81,1%	75,8%	77,2%
Risikogruppe mit 2/3 aller DMF-Zähne	14,6%	11,6%	13,0%	10,4%	11,0%	10,5%	9,6%	9,0%	10,3%	10,5%
D-Anteil aller DMF-Zähne	26,9%	17,5%	24,2%	27,9%	24,7%	19,4%	21,6%	17,3%	22,6%	21,6%
M-Anteil aller DMF-Zähne	2,5%	0,6%	1,9%	0,0%	0,6%	4,6%	1,3%	1,1%	1,1%	0,0%
F-Anteil aller DMF-Zähne	70,5%	81,9%	73,9%	72,1%	74,7%	76,1%	77,1%	81,6%	76,3%	78,4%
Anzahl untersuchter Kinder	424	593	471	450	328	353	616	498	553	645

9-jährige Bottroper Viertklässler aus Grundschulen

2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
0,36	0,36	0,35	0,37	0,33	0,37	0,34	0,29	0,34	0,27	0,27	0,25
1,08	1,07	1,04	1,12	0,99	1,12	1,03	0,88	1,01	0,80	0,81	0,76
79,8%	80,5%	81,0%	77,4%	81,2%	80,9%	82,1%	82,2%	81,8%	84,2%	84,9%	86,0%
8,9%	8,9%	8,4%	10,1%	8,4%	8,5%	8,2%	8,1%	8,3%	6,9%	6,9%	6,1%
22,2%	23,8%	23,2%	19,0%	21,2%	25,0%	26,5%	20,8%	23,8%	29,2%	19,4%	24,3%
0,8%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	1,3%	0,6%	3,2%	1,7%
77,0%	75,9%	76,8%	81,0%	78,8%	74,1%	73,5%	79,2%	74,9%	70,2%	77,4%	74,0%
762	672	669	496	585	591	625	628	696	666	694	687

Quelle: Stadt Bottrop 2017
Gesundheitsamt
Schulzahnärztliche Untersuchungen 1996-2015
Uwe Holtkamp

12-jährige Bottroper Sechstklässler aus weiterführenden Regelschulen

Statistische Kennzahl	1996/1997	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004	2004/2005	2005/2006
DMF(T)-Index	1,66	1,52	1,42	1,29	1,18	1,18	1,10	1,12	0,95
SIC-Index	4,04	3,86	3,77	3,39	3,22	3,19	2,99	3,02	2,70
Anteil Kinder ohne Karieserfahrung	43,1%	48,0%	51,0%	50,6%	56,4%	55,2%	56,2%	55,2%	61,9%
Risikogruppe mit 2/3 aller DMF-Zähne	23,7%	21,4%	19,5%	19,5%	17,3%	18,1%	18,6%	18,1%	15,1%
D-Anteil aller DMF-Zähne	13,9%	12,3%	17,5%	17,6%	18,9%	19,7%	17,9%	20,5%	17,8%
M-Anteil aller DMF-Zähne	3,3%	3,2%	2,5%	2,2%	3,2%	3,7%	3,7%	3,6%	2,5%
F-Anteil aller DMF-Zähne	82,9%	84,5%	80,1%	80,2%	77,9%	76,6%	78,4%	75,9%	79,6%
Anzahl untersuchter Kinder	726	830	888	838	958	799	801	756	657

12-jährige Bottroper Sechstklässler aus weiterführenden Regelschulen

2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018
1,01	1,00	0,90	0,95	0,82	0,92	0,91	0,83	0,74	0,67	0,70	0,73
2,81	2,83	2,53	2,73	2,34	2,61	2,58	2,35	2,18	2,02	2,10	2,17
60,0%	60,9%	61,4%	63,1%	62,3%	61,8%	61,8%	61,7%	65,0%	67,3%	66,5%	66,5%
15,8%	15,5%	15,7%	14,7%	15,5%	15,9%	16,2%	15,2%	13,8%	13,9%	14,0%	13,6%
18,7%	18,1%	19,7%	23,0%	19,2%	17,0%	18,1%	22,7%	19,6%	15,9%	20,1%	16,1%
2,5%	2,8%	4,1%	3,6%	4,4%	2,7%	1,9%	3,3%	2,1%	2,0%	3,2%	2,4%
78,8%	79,1%	76,2%	73,4%	76,4%	80,4%	80,0%	74,0%	78,3%	82,1%	76,8%	81,5%
650	652	619	620	640	655	568	540	515	447	499	462

Quelle: Stadt Bottrop 2018
Gesundheitsamt
Schulzahnärztliche Untersuchungen 2017/2018
Uwe Holtkamp



Quellen

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW): Aktuelle Liste aller Gesundheitsindikatoren, Düsseldorf 2019

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW): Indikatoren auf Kreisebene, Düsseldorf 2019

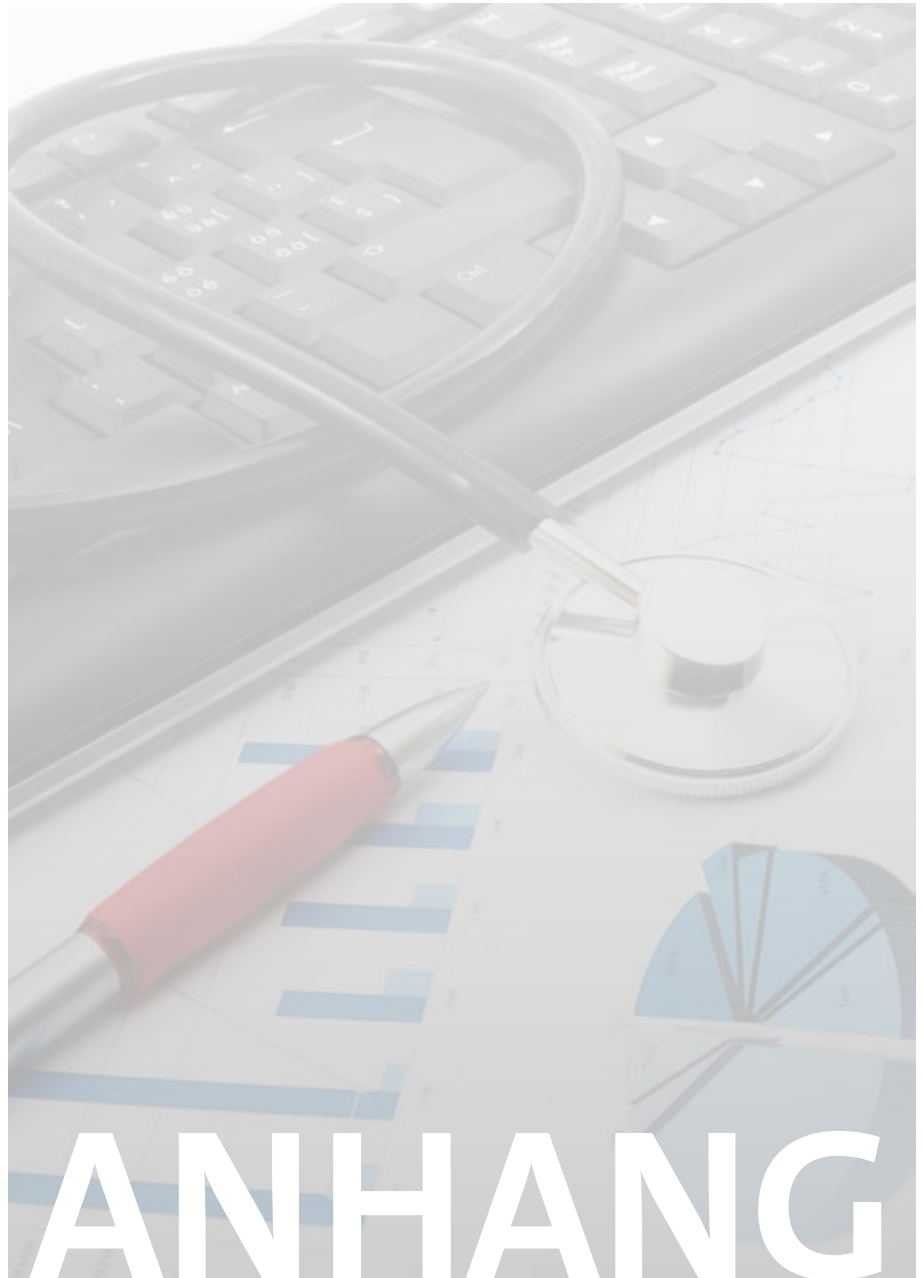
Stadt Bottrop, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Martina Koch: Schulärztliche Untersuchungen 2016, Bottrop 2019

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW): Auswertung der Schulärztlichen Untersuchungen 2016 nach dem Bielefelder Modell, Düsseldorf 2019

Stadt Bottrop, Gesundheitsamt, Kinder und Jugendärztlicher Dienst, Uwe Holtkamp: Schulzahnärztliche Untersuchungen 1996-2017/2018, Bottrop 2019

Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen (LKR NRW), Bochum 2019

Landesamt für Natur, Umweltschutz und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen (LANUV), Duisburg 2019



BOTTROPER GESUNDHEITSBERICHTE

Definitionen und Erläuterungen

Bottroper Gesundheitsberichte

Anhang

*Stadt Bottrop
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt*

Bottrop 2019



Herausgeber:

Stadt Bottrop
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt
Postfach 10 15 54
46215 Bottrop
Tel.: 02041/70-3525
E-Mail: amt53@bottrop.de

Redaktion:

Dr. med. Jana Westphal

Titelseite:

Stephanie Klein
In Zusammenarbeit mit der
Stabsstelle Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Druck:

Stadt Bottrop
Fachbereich Personal und Organisation
Druckerei
4. Auflage/80

Download: www.bottrop.de

Weitere Exemplare sind beim Herausgeber zu beziehen.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	11
2 Definitionen der Gesundheitsindikatoren	12

Themenfeld 2

Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen

Bevölkerung

<i>02_05 Bevölkerungsstruktur</i>	<i>13</i>
<i>02_07 Altersstruktur der Bevölkerung 2011</i>	<i>13</i>
<i>02_10 01 Lebendgeborene</i>	<i>14</i>
<i>02_12 Bevölkerungsprognose, Jugendquotient, Altenquotient</i>	<i>14</i>

Wirtschaftliche und soziale Lage

<i>02_16 Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte</i>	<i>15</i>
<i>02_18 Erwerbstätige</i>	<i>15</i>
<i>02_21 Arbeitslose nach Personengruppen</i>	<i>16</i>
<i>02_23 Sozialhilfeempfänger (Raten)</i>	<i>16</i>
<i>02_23 02 Obdachlose Haushalte und Personen</i>	<i>18</i>

Themenfeld 3

Gesundheitszustand der Bevölkerung

Allgemeine Mortalität

<i>03_07 Sterbefälle</i>	<i>20</i>
--------------------------	-----------



Abgeleitete Indikatoren

03_10	Lebenserwartung	20
03_14	Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählte Diagnosen	
	Mittelwert 2004-2008	21

Stationäre Morbidität

03_27	Krankenhausfälle	21
03_27	01 Reha-Fälle	22

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation

03_36	Medizinische und sonstige Rehabilitationsleistungen (<65 Jahre)	23
-------	---	----

Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

03_40	Frührentenzugänge und -bestand	24
-------	--------------------------------	----

Schwerbehinderte Menschen

03_45	Schwerbehinderte Menschen	25
03_45	01 Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren	25
03_45	02 Schwerbehinderte Menschen über 65 Jahre	26

Pflegebedürftigkeit

03_48	01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegestufen	26
03_49	Pflegebedürftige	27
03_49	01 Pflegebedürftige nach Art der Pflege	28
03_49	02 MDK-Pflegebegutachtung nach Geschlecht	28

Gesundheitszustand von Säuglingen und Vorschulkindern

03_51	Lebendgeborene nach Geburtsgewicht	29
03_53	01 Säuglingssterbefälle (Neonatal- u. Postneonatalsterblichkeit)	30
03_54	Säuglingssterblichkeit, 3-Jahres-Mittelwerte 1996 - 2008	30
03_54	01 Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht Mittelwert 2006 - 2008	30
03_57	01 Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes bei Einschulungsunters.	31
03_57	02 Adipositas, herabgesetzte Sehschärfe bei Einschulungsunters.	32

Infektionskrankheiten

03_59	01 Neuerkrankungen, Masern, 0- bis 14-Jährige	32
03_62	Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, Mittelwert 2006 - 2008	33
03-62	01 Neuerkrankungen, Lungentuberkulose	33

Krebserkrankungen

03.1	Krebsneuerkrankungen	34
------	----------------------	----

Psychische und Verhaltensstörungen

03_87	01 Einweisungen nach PsychKG und Betreuungsgesetz	37
03_89	Suizidsterbefälle, Mittelwert 2006-2008	38

Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen

03_11101	Krankenhausfälle, Verbrennungen/Vergiftungen (< 15 J.)	39
03_118	Im Straßenverkehr verunglückte Personen	40



Themenfeld 4

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Konsum von Tabak und Alkohol

04_01 02 Rauchverhalten, 15 Jahre und älter, Mikrozensus	43
--	----

Ernährung

04_08 02 Body Mass Index, Mikrozensus	44
---------------------------------------	----

Themenfeld 5

Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt

Lebens- und Arbeitsbedingungen

05_01 Stickstoffdioxid in der Außenluft, Messstationen	46
05_02 Schwefeldioxid in der Außenluft, Messstationen	46
05_03 Staub (PM10) in der Außenluft, Messstationen	47
05_04 Ozon in der Außenluft, Messstationen	48
05_05 Benzol in der Außenluft, Messstationen	49
05.1 Benzo[a]pyren in der Außenluft, Messstationen	50

Themenfeld 6

Einrichtungen des Gesundheitswesens

Ambulante Einrichtungen

06_02 Versorgungsgrad Vertragsärzte	52
06_05 Versorgungsgrad Vertragszahnärzte, Jahre 2006-2008	52

Stationäre/teilstationäre Einrichtungen

<i>06_15 Wichtige Krankenhausangebote</i>	<i>53</i>
---	-----------

Pflegeeinrichtungen

<i>06_18 Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen</i>	<i>54</i>
---	-----------

Weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens

<i>06_21 Apotheken</i>	<i>54</i>
<i>06_23 Personen im ambulant betreuten Wohnen</i>	<i>55</i>
<i>06_23 01 Plätze im stationären Wohnen für Menschen mit Behinderungen</i>	<i>56</i>
<i>06_23 02 Plätze in stationären Wohneinr. für Menschen mit Behinderungen</i>	<i>56</i>

Themenfeld 7

Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

Inanspruchnahme/Leistungen der Gesundheitsförderung u. Früherkennung v. Krankheiten

<i>07_06 Inanspruchnahme Krankheitsfrüherkennungsprogramm, Kinder</i>	<i>58</i>
<i>07_10 Durch Kariesprophylaxemaßnahmen erreichte Kinder n. Einrichtungstyp</i>	<i>58</i>
<i>07_13 Impfquote Polio, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Hib, Pertussis, Schul-anfänger</i>	<i>59</i>
<i>07_14 Impfquote Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Schulanfänger</i>	<i>60</i>
<i>07_23 01 Methadon-Substitutionsbehandlung</i>	<i>61</i>



Inanspruchnahme/Leistungen der stationären/teilstationären Versorgung

<i>07_34 Pflegegeldempfänger nach Pflegestufen</i>	<i>62</i>
<i>07_34 01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegeart</i>	<i>62</i>
<i>07_35 Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen</i>	<i>63</i>
<i>07_36 In Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen</i>	<i>64</i>

Themenfeld 8

Beschäftigte im Gesundheitswesen

Personal in ambulanten Einrichtungen

<i>08_08 Ärzte und Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen</i>	<i>67</i>
<i>08_13 Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen</i>	<i>67</i>
<i>08_13 01 Berufstätige Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</i>	<i>67</i>
<i>08_15 Physiotherapeuten, Masseur, Medizinische Bademeister</i>	<i>68</i>
<i>08_16 01 Heilpraktiker</i>	<i>69</i>

Personal in stationären und teilstationären Einrichtungen

<i>08_19 Personal im Pflegedienst in allgemeinen u. sonstigen Krankenhäusern nach Berufen</i>	<i>70</i>
---	-----------

Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst

<i>08_27 Personal kommunaler Dienststellen</i>	<i>70</i>
--	-----------

Quellen

71

1 Einleitung

Der Anhang enthält Definitionen des Landes Nordrhein-Westfalen zu allen Gesundheitsindikatoren in der Fortschreibung der Bottroper Gesundheitsberichte 2012/2013 (Band 8).

Die erste Ziffer beinhaltet das entsprechende Themenfeld (z. B. **02_05**):

- 02 Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen
- 03 Allgemeine Mortalität
- 04 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen
- 05 Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt
- 06 Einrichtungen des Gesundheitswesens
- 07 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens
- 08 Beschäftigte im Gesundheitswesen

Die zweite Ziffer bezeichnet den Indikator des Themenfeldes (z. B. **02_05**).



Bottrop und Umgebung



2 Definitionen der Gesundheitsindikatoren

Themenfeld 2



© Stadt Bottrop

Bevölkerung

02_05 Bevölkerungsstruktur

Definition

Die Struktur der Bevölkerung auf regionaler Ebene nach Geschlecht und der Anteil ausländischer Bevölkerung in den Kommunen sind wichtige Grundlagen für die Planung der medizinischen Versorgung und gleichzeitig stellen sie die Nennerpopulation für die Bildung von Kennziffern (Raten, Ratios) zur gesundheitlichen Lage in den Kommunen dar.

Zur Bevölkerung gehören alle Personen, die in Deutschland ihren (ständigen) Wohnsitz haben einschließlich der hier gemeldeten Ausländerinnen und Ausländer sowie Staatenlosen. Nicht zur Bevölkerung zählen hingegen die Angehörigen der ausländischen Stationierungstreitkräfte sowie der ausländischen diplomatischen und konsularischen Vertretungen mit ihren Familienangehörigen.

Gezählt wird die Bevölkerung am Ort der alleinigen bzw. Hauptwohnung im Sinne von § 12 Abs. 2 des Ersten Gesetzes zur Änderung des Melderechtsrahmengesetzes (MRRG) vom 11. März 1994 (BGBl. I S. 529).

Die Definition der Bevölkerung sowie der Berechnung der durchschnittlichen Bevölkerung ist in der Metadatenbeschreibung zum Indikator 2.1 enthalten. Für die Kreise und kreisfreien Städte kann ein vereinfachtes Verfahren zur Berechnung der Durchschnittsbevölkerung angewendet werden, bei dem die arithmetischen Mittelwerte aus dem Bevölkerungsstand jeder Altersgruppe am 31.12. des Vorjahres und am 31.12. des Berichtsjahres gebildet werden.

Quellen: LIGA.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 02_05

22_07 Altersstruktur der Bevölkerung 2011

Definition

In dem vorliegenden Indikator werden im Rahmen der Altersstruktur der Bevölkerung die Phasen des Lebenszyklus an ihrem Bevölkerungsanteil dargestellt. Die Altersstruktur heute hat einen weitreichenden Einfluss auf die medizinische Versorgung in den nächsten Jahrzehnten.

Eine übersichtliche Beschreibung der Altersstruktur der Bevölkerung orientiert sich an den Phasen des Lebenszyklus Kindheit und Jugend, Erwerbs- und Familienphase sowie Ruhestand. Die Abgrenzung zwischen diesen drei Gruppen wird unterschiedlich vorgenommen. Im vorliegenden Indikator wurden als Grenzen für die Kindheit 17 Jahre (unter 18 Jahre) gewählt, für die Erwerbsphase 18 - 64 Jahre und in Verbindung mit dem gesetzlichen Rentenalter die Ruhestandsphase ab 65 Jahre. Aus diesen drei Anteilen der Bevölkerung errechnen sich der Jugend- und der Altenquotient. Der Jugendquotient errechnet sich aus dem Quotient der Kinder und Jugendlichen dividiert durch die 18- bis 64-Jährigen, der Altenquotient aus dem Quotient der 65-Jährigen und Älteren dividiert durch die 18- bis 64-Jährigen in Prozent. Der Gesamtlastquotient beinhaltet die Relation von Jungen und Alten im Verhältnis zu der



erwerbsfähigen Bevölkerung in Prozent. Der Gesamtlastquotient ist ein Maß für die Solidarpotenziale einer Gesellschaft und beeinflusst die Beitrags- und Steuerbelastung der Bevölkerung.

Quellen: LIGA.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 02_07

02_10 01 Lebendgeborene

Definition

Die Zahl der Lebendgeborenen und die Geburtenziffer zeigen an, ob das jeweils aktuelle Geburtenverhalten langfristig ausreichen würde, um die Bevölkerung zahlenmäßig auf einem gleichbleibenden Stand zu halten. Die Konstanz der Geburtenziffer gegenüber der Mortalitätsrate gilt als Kriterium einer stabilen Bevölkerung. Die Erfassung der Lebendgeborenen erfolgt nach der Wohngemeinde der Mütter (Wohnortprinzip).

Das Verhältnis der in einem Jahr lebend geborenen Kinder zu 1 000 der 15- bis 44-jährigen Frauen (durchschnittliche weibliche Bevölkerung) ergibt die allgemeine Fruchtbarkeitsziffer (Fertilitätsrate). Die durchschnittliche Fertilitätsziffer besagt, wie viele Kinder im Berichtsjahr je 1 000 Frauen der Altersgruppe 15 - 44 Jahre lebend geboren wurden.

Quellen: LIGA.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 02_10_01

02_12 Bevölkerungsprognose, Jugendquotient, Altenquotient

Definition

Bevölkerungsprognosen sind Vorausberechnungen der Bevölkerung, die im Auftrag der Landesregierung in der Regel alle zwei bis drei Jahre durchgeführt werden.

In der Prognose wird der Bevölkerungsbestand - gegliedert nach 100 Altersjahren und Geschlecht - zu einem Stichtag in die Zukunft fortgeschrieben. Dies geschieht wie in der Bevölkerungsfortschreibung durch die Addition von Geburten und Zuzügen sowie die Subtraktion von Fortzügen und Sterbefällen. Als Ausgangsjahr werden die Daten der Bevölkerungsfortschreibung zum 1.1. eines festzulegenden Jahres genutzt sowie die Entwicklung der diesem Stichtag vorausgegangenen fünf Jahre.

Bevölkerungsprognosen werden überwiegend mit drei Modellen durchgeführt: einer Basisvariante, die von einem berechneten positiven Wanderungssaldo ausgeht und zwei Modellen mit reduzierter und erhöhter Zuwanderung.

Quellen: LIGA NRW 2010
Kommentar zum Indikator 02_12

Wirtschaftliche und soziale Lage

02_16 Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte

Definition

Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte einschließlich privater Organisationen ohne Erwerbszweck ergibt sich dadurch, dass dem Primäreinkommen die empfangenen Transferleistungen hinzugefügt und die geleisteten Transferleistungen von diesem Einkommen abgezogen werden. Als empfangene Transferleistungen gelten: empfangene monetäre Sozialleistungen, darunter Alters- und Hinterbliebenenversorgung sowie Leistungen für Arbeitslosigkeit und Sozialhilfe, außerdem sonstige laufende Transfers. Als geleistete Transferleistungen gelten: die geleisteten Sozialbeiträge, Einkommen- und Vermögensteuern sowie die geleisteten sonstigen laufenden Transfers. Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte entspricht damit dem Einkommen, das den privaten Haushalten letztendlich zufließt und das sie für Konsum- und Sparzwecke verwenden können. Das verfügbare Einkommen wird alle fünf Jahre an aktuelle Gegebenheiten angepasst.

Die Einkommenswerte je Einwohner erlauben den Vergleich mit anderen Regionen (Indikator 2.16).

Quellen: LIGA NRW 2010
Kommentar zum Indikator 02_16

02_18 Erwerbstätige

Definition

Die Erwerbstätigen erwirtschaften den größten Anteil der finanziellen Grundlagen für das Sozialversicherungssystem in Deutschland. Erwerbstätige sind Personen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschließlich Soldaten und mithelfende Familienangehörige), selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben.

Die Erwerbstätigenquote wird als prozentualer Anteil der Erwerbstätigen im Alter von 15 bis 64 Jahren an der Bevölkerung der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe berechnet. Regional werden die Erwerbstätigen an ihrem Wohnort nachgewiesen.

Quellen: LIGA NRW 2010
Kommentar zum Indikator 02_18



02_21 Arbeitslose nach Personengruppen

Definition

Indikatoren zur Arbeitslosigkeit werden als grundlegende Aussagen zur sozioökonomischen Lebenssituation genutzt. Regionale Unterschiede des Armutsniveaus werden in der Regel mit unterschiedlichen Arbeitslosenquoten in den Regionen in Verbindung gebracht. Zu Arbeitslosen zählen Personen, die - abgesehen von einer geringfügigen Beschäftigung - ohne Arbeitsverhältnis sind, die sich als Arbeitsuchende bei den Agenturen für Arbeit gemeldet haben, eine Beschäftigung von mindestens 18 und mehr Stunden für mehr als drei Monate suchen, für eine Arbeitsaufnahme sofort zur Verfügung stehen, nicht arbeitsunfähig erkrankt sind und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Langzeitarbeitslose sind Personen, die ein Jahr und mehr arbeitslos und bei den Agenturen für Arbeit gemeldet sind. Die Arbeitslosenquote ist der Prozentanteil der Arbeitslosen an den abhängigen zivilen Erwerbspersonen. Mit dem Begriff Erwerbspersonen sind sowohl Erwerbstätige als auch Erwerbslose erfasst. Als abhängige Erwerbspersonen werden alle sozialversicherungspflichtigen und geringfügig Beschäftigte, Beamte und Arbeitslose gezählt.

Mit der Einführung des Arbeitslosengeldes II ab dem 1. 1. 2005 werden erwerbsfähige ehemalige Sozialhilfeempfänger zusätzlich zu den bisher in der Arbeitslosenstatistik erfassten Arbeitslosen geführt, sofern sie nach den o.g. Kriterien arbeitslos sind, also insbesondere für eine Arbeitsaufnahme zur Verfügung stehen. Arbeitslosengeld II (Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt) setzt sich zusammen aus der bis zum Jahre 2004 geleisteten Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für Erwerbstätige. Es ist Bestandteil des als Hartz IV bezeichneten Gesetzgebungsverfahrens zur Einführung des Zweiten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB II), das am 1.1.2005 in Kraft trat.

Der wesentliche Inhalt des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt ist die Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II). Die Leistung wird von zwei Trägern erbracht: Bundesagentur für Arbeit und kommunale Träger. Kommunen können sich verpflichten, anstelle der Bundesagentur für Arbeit alle Aufgaben nach SGB II wahrzunehmen (Optionskommunen). Die bisherige Arbeitsmarktstatistik unter Einbeziehung der Grundsicherung für Arbeitssuchende wird weiterhin die Bundesagentur für Arbeit führen.

Quellen: LIGA.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 02_21

02_23 Sozialhilfeempfänger (Raten)

Definition

Die Indikatoren über Empfänger von ausgewählten öffentlichen Sozialleistungen werden zu Aussagen zur sozioökonomischen Lebenssituation genutzt. Sie enthalten Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen, Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Empfänger von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und Empfänger von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Sozialhilfe soll nach dem Bundessozialhilfegesetz eine Lebensführung ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht.

Die Gliederung von Sozialhilfeleistungsempfängern nach Alter und Geschlecht bzw. nach Kreisen und kreisfreien Städten soll aufzeigen, wo die Schwerpunkte des Sozialhilfebezuges liegen

Im Jahr 2003 wurde das Sozialhilferecht grundlegend reformiert und als Zwölftes Buch in das Sozialgesetzbuch eingegliedert (SGB XII). Es trat zum 1. Januar 2005 in Kraft. Auf Sozialhilfe im engeren Sinn haben ab dem 1.1.2005 nur noch Erwerbsunfähige auf Zeit, Vorruheständler mit niedriger Rente, längerfristig Erkrankte und hilfebedürftige Kinder mit nicht hilfebedürftigen Eltern einen Anspruch.

Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII, Kap. 3, ist Personen zu leisten, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen, beschaffen können und die weder Arbeitslosengeld II noch Sozialgeld erhalten („soziokulturelles Existenzminimum“). Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen schließt Anstalten, Pflegeeinrichtungen und gleichartige Einrichtungen aus.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen (SGB XII, Kap. 4) können von für dauerhaft erwerbsgeminderte 18- bis 64-jährigen Personen in Anspruch genommen werden sowie von Personen ab 65 Jahren, sofern sie ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen, beschaffen können.

Mit dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (sog. Hartz IV) sind zum 1. Januar 2005 Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zur Grundsicherung für Arbeitssuchende im Sozialgesetzbuch II (SGB II) zusammengeführt worden. Diese Leistungen setzen sich zusammen aus Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (Arbeitslosengeld II, Sozialgeld) und Leistungen zur Eingliederung in Arbeit. Letztere werden im vorliegenden Indikator nicht berücksichtigt.

Arbeitslosengeld II (ALG II) bezeichnet Geldleistungen im Rahmen der Grundsicherung zur Sicherung des Lebensunterhaltes einschließlich der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung, die erwerbsfähige Hilfebedürftige im Alter zwischen 15 und 65 Jahren erhalten sowie ihre in Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen. Eine Bedarfsgemeinschaft bezeichnet Personen, die im selben Haushalt leben und gemeinsam wirtschaften. Eine Bedarfsgemeinschaft hat mindestens einen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen.

Sozialgeld erhalten nicht erwerbsfähige bedürftige Angehörige und Partner, die mit dem ALG-II-Bezieher in Bedarfsgemeinschaft leben und keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter oder wegen Erwerbsminderung haben.

Asylbewerber und abgelehnte Bewerber, die zur Ausreise verpflichtet sind, sowie geduldete Ausländer erhalten seit dem 1.11.1993 anstelle der Sozialhilfe Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Zur Deckung des täglichen Bedarfs an Ernährung, Kleidung, Unterkunft usw. werden den Leistungsberechtigten Regelleistungen in Form von Grundleistungen oder in besonderen Fällen in Form von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt analog zu den Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz gewährt.

Die Zahl der Empfänger wird auf die fortgeschriebene Bevölkerung zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres bezogen.



02_23

02 Obdachlose Haushalte und Personen

Definition

Entsprechend der Obdachlosenerhebung (RdErl. d. Innenministers v. 19.12.1973) sind Obdachlose aufgrund ordnungsbehördlicher Verfügung, Einweisung oder sonstiger Maßnahmen der Obdachlosenaufsicht untergebrachte Haushalte/Personen. Gründe für die Obdachlosigkeit können z. B. sein: dringender Eigenbedarf des Vermieters, fristlose Kündigung infolge Zahlungsverzug oder bei unzumutbaren Mietverhältnissen, Kündigung aufgrund behördlicher Maßnahmen (z. B. Baufähigkeit), Zerstörung der Wohnung durch Unglücksfälle. Zu Obdachlosen zählen demzufolge Menschen, die ihre Wohnung verloren haben und die in Einrichtungen für Obdachlose untergebracht sind.

Hilfeleistungen für Obdachlose erfolgen auf der Grundlage von § 72 des Bundessozialhilfegesetzes. Nach diesem Gesetz wird Hilfe für Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, gewährt, wenn sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind.

Obdachlos ist nicht, wer nicht sesshaft ist, wer sich um politisches Asyl bewirbt und wer als Aussiedler vorübergehend untergebracht ist.

Quellen: LIGA.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 02_23_02

Themenfeld 3



© Stadt Bottrop



Allgemeine Mortalität

03_07 Sterbefälle

Definition

Alters- und geschlechtsspezifische Sterbeziffern im Regionalvergleich weisen auf geschlechtsbezogene und regionale Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen Kommunen hin. Geschlechtsspezifische Sterbeziffern geben die Anzahl der gestorbenen Frauen und Männer je 100 000 Einwohner desselben Geschlechtes an.

Die Zahl der Gestorbenen enthält nicht die Totgeborenen, die nachträglich beurkundeten Kriegssterbefälle und die gerichtlichen Todeserklärungen. Unberücksichtigt bleiben außerdem alle Gestorbenen, die Angehörige der im Bundesgebiet stationierten ausländischen Streitkräfte sind, sowie minderjährige Verstorbene, deren Väter bzw. bei Nichteheleichen, deren Mütter Angehörige der im Bundesgebiet stationierten ausländischen Streitkräfte sind.

Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohngemeinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Gestorbenen maßgebend. Bei der indirekten Standardisierung (nach dem Standardized Mortality-Ratio-Konzept (SMR)) werden die beobachteten Fälle der Verwaltungsbezirke in Beziehung gesetzt zu den erwarteten Fällen, die sich aus den altersspezifischen Sterberaten von Nordrhein-Westfalen ergeben. Unter Berücksichtigung der Altersstruktur der untersuchten Verwaltungsbezirke ergeben sich prozentuale Abweichungen vom Landesdurchschnitt bei den Kreisen und kreisfreien Städte.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_49 02

Abgeleitete Indikatoren

03_10 Lebenserwartung

Definition

Die mittlere Lebenserwartung erlaubt allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung (s. Kommentar zu Indikator 3.9). Da die Lebenserwartung im Prinzip der um die Alterseffekte bereinigten Sterblichkeit entspricht, ist sie besonders geeignet für die vergleichende Analyse regionaler Unterschiede. Die Abweichung vom Landesdurchschnitt ermöglicht hierbei eine schnelle Orientierung bezüglich der relativen Position der einzelnen Regionen zueinander.

Die mittlere Lebenserwartung (bzw. Lebenserwartung bei der Geburt) gibt an, wie viele Jahre ein Neugeborenes bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Berech-

nungsgrundlage für die Lebenserwartung ist die so genannte Sterbetafel, die modellhaft anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten des untersuchten Kalenderzeitraums (ein oder mehrere zusammengefasste Jahre) berechnet wird. Signifikante Abweichungen vom NRW-Durchschnitt werden mit Pfeilen gekennzeichnet.

Quellen: LIGA.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_10

03_14 *Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählte Diagnosen Mittelwerte*

Definition

Der Begriff Vermeidbare Sterbefälle bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen als vermeidbar (für die jeweils betrachtete Altersgruppe) gelten. Der Indikator 3.14 greift gezielt die sechs häufigsten Todesursachen bei den vermeidbaren Sterbefällen auf und stellt sie im regionalen Vergleich dar. Da die vermeidbaren Sterbefälle indirekt die Qualität und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung im Hinblick auf adäquate Inanspruchnahme, Diagnostik und Therapie widerspiegeln, können durch die regionale Aufsplittung Auswirkungen unterschiedlicher Versorgungs- und Inanspruchnahmestrukturen aufgezeigt werden. Gleichzeitig kann ein erhöhter Bedarf an präventiven Maßnahmen identifiziert werden und die Effektivität solcher Maßnahmen bewertet werden.

Bei der indirekten Standardisierung (nach dem Standardized-Mortality-Ratio-Konzept (SMR)) werden die beobachteten Fälle der Region in Beziehung gesetzt zu den erwarteten Fällen, die sich aus den altersspezifischen Sterberaten der Bezugsbevölkerung (in diesem Fall die Bevölkerung des jeweiligen Bundeslandes insgesamt) und der Altersstruktur der untersuchten Region ergeben. Das Ergebnis wird als prozentuale Abweichung vom Durchschnitt der Bezugsbevölkerung interpretiert.

Quellen: LIGA.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_14

Stationäre Morbidität

03_27 *Krankenhausfälle*

Definition

Daten über stationäre Behandlungen sind wichtige Strukturdaten für die Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung. Sie ermöglichen zudem eine Einschätzung, wie hoch der Anteil der stationären Versorgung am gesamten medizinischen Versorgungssystem ist und ob es im Zeitverlauf zu Veränderungen der stationären Morbidität kommt.

Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenom-



men, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. Im vorliegenden Indikator sind Stundenfälle nicht enthalten. Stundenfälle bezeichnen Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind. Die Daten werden Teil II der Krankenhausstatistik, Diagnosen, entnommen und sind auf die Wohnbevölkerung bezogen.

Zur Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Kreisen/kreisfreien Städten wird eine indirekte Standardisierung auf die stationäre Behandlungshäufigkeit des Landes vorgenommen (SMR).

Quellen: LIGA.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_27

03_27 01 Reha-Fälle

Definition

Die alters- und geschlechtsspezifischen Behandlungsfälle reflektieren die Morbiditätssituation der Bevölkerung und stellen gleichzeitig wichtige Grundlagen für die Planung und Gestaltung der Versorgung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen dar.

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wie z. B. Sanatorien, Kurkliniken oder -heime und andere Spezialeinrichtungen, die sich auf bestimmte Krankheitsgruppen spezialisiert haben, stellen diagnostische und therapeutische Hilfen der verschiedensten Art im Vorfeld oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung bereit, um den Gesundheitszustand der Patientinnen/Patienten zu verbessern. Die Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung aufgenommen, behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden.

Rechtsgrundlage für die Erhebung der Diagnosedaten ist die Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) in der für das Berichtsjahr gültigen Fassung. Sie gilt in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BstatG). Die Änderungen der KHStatV durch die Verordnung vom 13. August 2001 (BGBl. I) sind, soweit sie die Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen/-patienten betreffen, am 1. Januar 2003 in Kraft getreten. Damit umfasst die Diagnosestatistik erstmals die Daten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten, das entspricht 58 % aller Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Die Darstellung ermöglicht Aussagen über die für Frauen und Männer differenzierte Inanspruchnahme von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach Geschlecht sowie nach Kreisen und kreisfreien Städten.

Im vorliegenden Indikator sind Stundenfälle nicht enthalten. Stundenfälle bezeichnen Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind. Die Daten werden Teil II der Krankenhausstatistik, Diagnosen, entnommen und sind auf die Wohnbevölkerung bezogen. Es ist zu beachten, dass ca. 40 % der Behandlungsfälle in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht erfasst sind.

Zur Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Kreisen/kreisfreien Städten wird eine indirekte Standardisierung auf die stationäre Behandlungshäufigkeit des Landes vorgenommen (SMR).

Quellen: LIGA.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_27 01

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation

03_36 Medizinische und sonstige Rehabilitationsleistungen (<65 Jahre)

Definition

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Ihr Ziel ist es, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung entgegenzuwirken (Vorsorge) oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern. Dabei soll auch eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abgewendet, beseitigt, gemindert oder ausgeglichen werden, um eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Rehabilitative Maßnahmen werden unterteilt in medizinische, berufsfördernde und soziale Rehabilitation zur Teilhabe. Häufige Rehabilitationsmaßnahmen sind z. B. Anschlussheilbehandlungen im Anschluss an eine stationäre Behandlung, Kinderheilbehandlungen und Entwöhnungsbehandlungen. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden als stationäre, ambulante oder gemischt stationär/ambulante Behandlungen in Einrichtungen durchgeführt. Die Organisation der gesetzlichen Rentenversicherung wurde durch das Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVOrgG) ab 1.10.2005 grundlegend neu strukturiert. Die Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung werden ab dem Zeitpunkt von zwei Bundesträgern sowie Regionalträgern unter dem Dach der Deutschen Rentenversicherung wahrgenommen.

Einer der Bundesträger und gleichzeitig Datenhalter für die Indikatoren zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe ist die Deutsche Rentenversicherung Bund, ein Zusammenschluss der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). Grundlagen der Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung sind im Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) enthalten.

Quellen: LIGA.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_36



Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

03_40 Frührentenzugänge und -bestand

Definition

Eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erhalten Versicherte bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres auf Antrag, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Anzahl der Frühberentungen wird krankheitsspezifisch in der Statistik der Rentenversicherer ausgewiesen. Seit dem 1.1.2001 können wegen Erwerbsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit keine neuen Ansprüche entstehen, sondern nur noch wegen Erwerbsminderung.

Der vorliegende Indikator enthält teilweise und voll erwerbsgeminderte Personen. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die nach vorhergehender Definition außerstande sind, mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Die Organisation der gesetzlichen Rentenversicherung wurde durch das Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVOrgG) ab 1.10.2005 grundlegend neu strukturiert. Durch die Zusammenführung der Rentenversicherung für Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten zur allgemeinen Rentenversicherung gliedert sich die gesetzliche Rentenversicherung in nur noch zwei Versicherungszweige: die allgemeine Rentenversicherung und die knappschaftliche Rentenversicherung. Die Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung werden ab 1.10.2005 von zwei Bundesträgern sowie Regionalträgern unter dem Dach der Deutschen Rentenversicherung wahrgenommen. Bundesträger ist zum einen die sich aus dem Zusammenschluss von Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) ergebende Deutsche Rentenversicherung Bund und zum anderen die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die aus dem Zusammenschluss der bislang eigenständigen Versicherungsträger Bahnversicherungsanstalt, Bundesknappschaft und Seekasse hervorgegangen ist. Für die Betreuung der Versicherten in der allgemeinen Rentenversicherung sind zudem Regionalträger (ehemalige Landesversicherungsanstalten) zuständig. Mit der neuen Organisation wird die traditionelle Trennung zwischen Arbeitern und Angestellten in der Rentenversicherung aufgegeben.

Grundlagen der Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung sind im Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) enthalten.

Im vorliegenden Indikator werden sowohl die Neuzugänge als auch der Bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zum 31.12. des Berichtsjahres nach Kreisen und kreisfreien Städten und Geschlecht in absoluten Zahlen und je 100 000 der aktiv Versicherten ausgewiesen.

Schwerbehinderte Menschen

03-45 Schwerbehinderte Menschen

Definition

Schwerbehinderung führt zu einer Einschränkung der gesunden Lebenserwartung und der Lebensqualität der Betroffenen. Um das Ausmaß von Schwerbehinderung auf regionaler Ebene zu erkennen, wurde der vorliegende Indikator in den Indikatorensatz aufgenommen. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Schwerbehindertengesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046, 1047) sind Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50. Als Behinderung gilt die Auswirkung einer über sechs Monate andauernden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Unter Behinderung im Sinn des Schwerbehindertengesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung zu verstehen, die auf einem nicht der Regel entsprechenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Darunter ist der Zustand zu verstehen, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Im vorliegenden Indikator wird die Zahl der zum 31.12. in den für die kreisfreien Städte und Kreise zuständigen Versorgungsämtern registrierten schwerbehinderten Menschen (Bestandszahlen) im Abstand von zwei Jahren erhoben. Zur Vergleichbarkeit der Angaben wird eine indirekte Altersstandardisierung vorgenommen (SMR). Als Standard gilt die Schwerbehindertenrate des Landes.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_45

03_45 01 Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren

Definition

Schwerbehinderung führt zu einer Einschränkung der gesunden Lebenserwartung und der Lebensqualität der Betroffenen. Um das Ausmaß von Schwerbehinderung bei Kindern auf regionaler Ebene zu erkennen, wurde der vorliegende Indikator zusätzlich in den Indikatorensatz aufgenommen. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Schwerbehindertengesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I. S. 1046, 1047) sind Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50. Als Behinderung gilt die Auswirkung einer über sechs Monate andauernden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Unter Behinderung im Sinn des Schwerbehindertengesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung zu verstehen, die auf einem nicht der Regel entsprechenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Darunter ist der Zustand zu verstehen, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Schwerbehinderung bei Kindern ist häufig durch angeborene Fehlbildungen bedingt. Im vorliegenden Indikator wird die Zahl der schwerbehinderten Kinder (Bestandszahlen) angegeben, die zum 31.12. in den für die Kreise und kreisfreien Städtezuständigen Versorgungsämtern registriert sind.

Quellen: LZG.NRW 2010 • Kommentar zum Indikator 03_45 01



03_45 02 Schwerbehinderte Menschen über 65 Jahre

Definition

Schwerbehinderung führt zu einer Einschränkung der gesunden Lebenserwartung und der Lebensqualität der Betroffenen. Um das Ausmaß von Schwerbehinderung bei über 65-Jährigen auf regionaler Ebene zu erkennen, wurde der vorliegende Indikator zusätzlich in den Indikatorensatz aufgenommen. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Schwerbehindertengesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I, S. 1046, 1047) sind Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50. Als Behinderung gilt die Auswirkung einer über sechs Monate andauernden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Unter Behinderung im Sinn des Schwerbehindertengesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung zu verstehen, die auf einem nicht der Regel entsprechenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Darunter ist der Zustand zu verstehen, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Im vorliegenden Indikator wird die Zahl der schwerbehinderten älteren Bürger (Bestandszahlen) ausgewiesen, die zum 31.12. in den für die Kreise und kreisfreien Städtezuständigen Versorgungsämter registriert sind. Schwerbehinderung steigt mit dem Alter an und führt zu erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_45 02

Pflegebedürftigkeit

03_48 01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegestufen

Definition

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit wird durch die soziale Pflegeversicherung (SGB XI) abgesichert. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI § 14) sind Menschen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung mindestens sechs Monate lang nicht in der Lage sind, die regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des täglichen Lebens auszuführen.

Zuständig für Leistungen nach dem SGB XI sind die Pflegekassen (Krankenkassen). Stellt ein Versicherter einen Antrag auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, erfolgt zunächst eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach den durch die Pflegebedürftigkeitsrichtlinien konkretisierten gesetzlichen Vorgaben. Das Ergebnis seiner Prüfung teilt der MDK der Pflegekasse in einem Gutachten mit, dessen Inhalt durch die Begutachtungs-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen vorgeschrieben wird. Dadurch soll eine Begutachtung nach einheitlichen Kriterien sicher gestellt werden.

Der MDK ordnet den Versicherten, je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit eine der drei folgenden Pflegestufen zu (SGB XI § 15):

Pflegestufe I = erheblich Pflegebedürftige

Personen mit mindestens einmal täglich Hilfebedarf bei mindestens 2 Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität.

Pflegestufe II = Schwerpflegebedürftige

Personen mit mindestens dreimal täglichem Hilfebedarf zu verschiedenen Tageszeiten bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität.

Pflegestufe III = Schwerstpflegebedürftige

Personen mit einem täglichen Hilfebedarf rund um die Uhr, auch nachts, bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität. Darüber hinaus wird in besonders schwerwiegenden Fällen die Pflegestufe III und ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand (Härtefall) festgestellt. Die Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufe trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des MDK-Gutachtens.

Erstbegutachtungen beziehen sich auf die Neueinstufung (Ersteinstufung) in eine Pflegestufe im Berichtsjahr. Wiederholungsbegutachtungen werden in dem vorliegenden Indikator ausgeschlossen.

Quellen: LZG.NRW 2013
Kommentar zum Indikator 03_48

03_49 Pflegebedürftige

Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Pflegebedürftigen nach kreisfreien Städten/Kreisen/Stadtbezirken, nach Geschlecht und je 100 000 der Bevölkerung insgesamt bzw. der weiblichen oder der männlichen Bevölkerung. Als pflegebedürftig gelten alle Personen, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe (einschließlich Härtefälle) haben. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Menschen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung mindestens sechs Monate lang nicht in der Lage sind, die regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des täglichen Lebens auszuführen. Solche Tätigkeiten beinhalten die Bereiche der Mobilität, der Ernährung, der Körperpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird in drei Stufen unterschieden (s. Indikator 3.48). Zur Vergleichbarkeit der Angaben wird eine indirekte Altersstandardisierung vorgenommen. Als Standard gilt die Rate der Pflegebedürftigen des Landes.

Bei den Angaben im Indikator handelt es sich um Bestandsdaten. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung erfolgt mit Stichtagsdaten zum 31.12. des Jahres.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_49



03_49 01 Pflegebedürftige nach Art der Pflege

Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Pflegebedürftigen nach Art der durchgeführten Pflege (ambulant, stationär, Pflegegeldempfänger). Dargestellt werden neben dem Landesergebnis auch die entsprechenden Zahlen für die einzelnen Regionen (Kreise, kreisfreie Städte, Regierungsbezirke). Die Angaben erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohner.

Als pflegebedürftig werden alle Personen erfasst, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe (einschließlich Härtefälle) haben.

Ambulante Pflegeeinrichtungen sind selbstständige Einrichtungen, die durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur ambulanten Pflege zugelassen sind und unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihren Wohnungen pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die aufgrund eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI zugelassen sind und in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und vollstationär (ganztätig) und/oder teilstationär (tagsüber bzw. nachts) untergebracht und verpflegt werden können. Während in Indikator 3.49 die Pflegebedürftigen nach Geschlecht aufgeführt sind, wird im vorliegenden Indikator eine Untergliederung der Pflegebedürftigen nach der Art der Pflege vorgenommen.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_49 01

03_49 02 MDK-Pflegebegutachtung nach Geschlecht

Definition

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit wird durch die soziale Pflegeversicherung (SGB XI) abgesichert. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI § 14) sind Menschen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung mindestens sechs Monate lang nicht in der Lage sind, die regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des täglichen Lebens auszuführen. Zuständig für die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz sind die Pflegekassen (Krankenkassen). Für die zu erbringenden Leistungen sind pflegebedürftige Personen gemäß § 15 SGB XI einer der drei folgenden Pflegestufen zuzuordnen:

Pflegestufe I = erheblich Pflegebedürftige, Pflegestufe II = Schwerpflegebedürftige, Pflegestufe III = Schwerstpflegebedürftige. Darüber hinaus wird in besonders schwerwiegenden Fällen die Pflegestufe III und ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand (Härtefall) festgestellt.

Stellt ein Versicherter einen Antrag auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, erfolgt zunächst eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach den durch die Pflegebedürftigkeitsrichtlinien konkretisierten gesetzlichen Vorgaben. Versicherte können bei der Antragstellung u. a. zwischen Leistungen für ambulante Pflege und Leistungen für vollstationäre Pflege wählen. Die Leistungsart ambulant bezieht sich auf die Pflege im häuslichen Umfeld. Stationäre Leistungen

werden von Versicherten beantragt, die in einem Alten- oder Pflegeheim leben (wollen). Das Ergebnis seiner Prüfung teilt der MDK der Pflegekasse in einem Gutachten mit, dessen Inhalt durch die Begutachtungs-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen vorgeschrieben wird. Das Pflegegutachten konkretisiert und dokumentiert die Feststellungen des Gutachters u. a. zu den Voraussetzungen und zum Beginn der Pflegebedürftigkeit sowie zur empfohlenen Pflegestufe. Die Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und Pflegestufe trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des MDK-Gutachtens. Erstbegutachtungen beziehen sich auf die Neueinstufung (Ersteinstufung) in eine Pflegestufe im Berichtsjahr. Wiederholungsbegutachtungen werden in dem vorliegenden Indikator ausgeschlossen.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_49 02

Gesundheitszustand von Säuglingen und Vorschulkindern

03_51 Lebendgeborene nach Geburtsgewicht

Definition

Das Geburtsgewicht der Lebendgeborenen ist ein wichtiger Indikator für den Gesundheitszustand und Ausdruck der pränatalen gesundheitlichen Versorgung und der sozialen Bedingungen. Das Geburtsgewicht stellt einen international üblichen Gesundheitsindikator dar, der vergleichsweise exakt bestimmt wird.

Als Lebendgeborene gelten Kinder, bei denen nach der Trennung vom Mutterleib Atmung eingesetzt hat oder irgend ein anderes Lebenszeichen wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung der willkürlichen Muskulatur beobachtet wurden. Das Geburtsgewicht ist das nach der Geburt des Neugeborenen zuerst festgestellte Gewicht. Untergewichtig Lebendgeborene (low-birthweight infants) haben ein Geburtsgewicht bis 2 499 g, Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht bis 1 499 g haben ein sehr niedriges Geburtsgewicht (very low birthweight). Normales Geburtsgewicht beträgt 2 500 g und mehr.

Die Darstellung der Lebendgeborenen nach Geburtsgewicht weist Unterschiede zwischen den kreisfreien Städten und Kreisen und einen deutlichen Zusammenhang zur sozialen Lage auf. Der Indikator eignet sich mit der für Nordrhein-Westfalen erarbeiteten Methode zur Bestimmung soziodemographischer Unterschiede zwischen den Regionen eines Landes (soziodemografische Clusteranalyse).

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_51



03_53 01 Säuglingssterbefälle (Neonatal- u. Postneonatalsterblichkeit)

Definition

Die Säuglingssterblichkeit wird meist zeitlich und international verglichen und ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen (insbesondere der geburtshilflichen) Betreuung.

Die Säuglingssterblichkeit beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen.

Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1 000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres.

Die Frühsterblichkeit (auch frühe Neonatalsterblichkeit) bezeichnet Säuglinge, die zwischen dem Tag der Entbindung (Tag 0) bis zum 6. Lebenstag einschließlich verstorben sind, die späte Neonatalsterblichkeit bezieht sich auf verstorbene Säuglinge im Alter von 7 bis 27 Tagen einschließlich und die Nachsterblichkeit (auch Postneonatalsterblichkeit genannt) beinhaltet verstorbene Säuglinge im Alter von 28 bis 364 Tagen.

Im internationalen Vergleich ist der Begriff Neonatalsterblichkeit gebräuchlich, dieser beinhaltet verstorbene Säuglinge im Alter von 0 bis 27 Tagen.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_53 01

03_54 Säuglingssterblichkeit, 3-Jahres-Mittelwerte 1996 - 2008

Definition

Die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und internationalen Vergleich ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung.

Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1 000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres. Sie beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen. Aufgrund der geringen Fallzahl der Säuglingssterblichkeit werden für regionale Angaben gleitende Mittelwerte über drei Jahreswerte gebildet. Der gleitende Mittelwert über drei Jahre wird durch den arithmetischen Mittelwert aus den zwei Vorjahreswerten und dem Berichtsjahr gebildet. Die Angaben der Lebendgeborenen und der verstorbenen Säuglinge sind auf den Wohnort bezogen.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_54

03_54 01 Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht Mittelwert 2006 - 2008

Definition

Die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und internationalen Vergleich ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung. Da sich die Säuglingssterblichkeit bei Mädchen und Knaben unterscheidet, wird in Ergänzung zum Indikator 3.54 die geschlechtsspezifische Säuglingssterblichkeit berechnet.

Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1 000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres. Sie beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen. Aufgrund der geringen Fallzahl der Säuglingssterblichkeit werden für regionale Angaben Mittelwerte über drei Jahreswerte gebildet. Der Mittelwert über drei Jahre wird durch den arithmetischen Mittelwert aus den zwei Vorjahreswerten und dem Berichtsjahr gebildet. Die Angaben der Lebendgeborenen und der verstorbenen Säuglinge sind auf den Wohnort bezogen.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_54 01

03_57 01 Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen

Definition

Entwicklungsstörungen gehören zu den häufigsten Gesundheitsproblemen von Kindern im Einschulungsalter. Zur Untersuchung von Kindern in der Schuleingangsphase muss daher auch die Beurteilung des Entwicklungsstandes in schulelevanten Teilleistungsbereichen gehören. Bei den Einschulungsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen wird der Entwicklungsstand der Kinder in den meisten Kommunen durch das standardisierte Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen S-ENS erfasst. Dieses Screening wurde vom Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (heute Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen) in Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten der Gesundheitsämter Nordrhein-Westfalens und der Universität Köln entwickelt.

Das Screening ist so angelegt, dass Kinder, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit aus schulärztlicher Sicht medizinisch relevante Entwicklungsauffälligkeiten aufweisen, sicher erkannt werden können. S-ENS differenziert dabei im unteren Drittel des Leistungsbereiches besonders gut, so dass falsch negative Screeningergebnisse möglichst vermieden werden. Auf Grundlage des Screenings und der Erkenntnisse der somatischen Schuleingangsuntersuchung kann der Schularzt dann eine fachgerechte Beratung der Eltern und der Schule durchführen und ggf. die Konsultierung eines niedergelassenen Arztes oder andere Maßnahmen empfehlen bzw. einleiten. Durch S-ENS werden die Merkmalsräume Körperkoordination, Visuomotorik, Visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung sowie Sprachkompetenz und auditive Informationsverarbeitung erfasst.

Quellen: LZG.NRW 2010 • Kommentar zum Indikator 03_57 01



03_57 02 Adipositas, herabgesetzte Sehschärfe bei Einschulungsuntersuchungen

Definition

Adipositas (Fettleibigkeit) sowie eine Herabsetzung der Sehschärfe sind zwei somatische Befunde, die bei den Einschulungsuntersuchungen relativ häufig diagnostiziert werden.

Adipositas

Die Häufigkeit von Adipositas hat nicht nur in Europa und den Vereinigten Staaten mittlerweile ein bedenkliches Ausmaß erreicht. Adipositas gilt heute als chronische Erkrankung. Sie kann bereits im Kindesalter zahlreiche Folgeerkrankungen, wie z. B. Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie, Diabetes mellitus oder orthopädische Erkrankungen nach sich ziehen. Als Adipositas wird hier das Überschreiten der 97. Perzentile der alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Referenzwerte für Kinder und Jugendliche nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001) bezeichnet.

Herabsetzung der Sehschärfe

Eine unerkannte und nicht ausreichend behandelte Herabsetzung der Sehschärfe kann das Lernverhalten beeinträchtigen und zu einer falschen Beurteilung der schulischen Leistungsfähigkeit führen. Es ist daher unverzichtbar, die Kinder vor Schulbeginn im Hinblick auf eine ausreichende Sehschärfe zu untersuchen. Der Indikator erfasst Kinder mit Kurz- und mit Weitsichtigkeit (Hyperopie). Die Überprüfung des Sehvermögens erfolgt durch den Fernvisustest mit einem Sehtestgerät. Schiefelder und Farbsinnstörungen sind in diesem Indikator nicht enthalten.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_57 02

Infektionskrankheiten

03_59 01 Neuerkrankungen, Masern, 0- bis 14-Jährige

Definition

Die Masernerkrankung gehört zu den hochkontagiösen systemischen Viruserkrankungen, die aerogen übertragen wird. Sie ist nicht durch kausale Therapie behandelbar. Es können Komplikationen wie Mittelohrentzündung, Lungenentzündung (Bronchopneumonie) und schlimmstenfalls Masernenzephalitis auftreten. Letztere tritt bei jedem 1000sten bis 2000sten Erkrankten auf, kann zu einer dauerhaften Schädigung des Gehirns führen und weist eine Letalitätsrate von 20 % bis 30 % auf. Die einzige Möglichkeit der Primärprävention ist die Schutzimpfung. Deutschland gehört noch immer zu den europäischen Ländern, in denen die Masern verbreitet und die Durchimpfungsraten zum Teil unzureichend sind. Seit Inkraft-Treten des Infektionsschutzgesetzes am 1.1.2001 besteht für Masern eine Meldepflicht. Die bundesweite Inzidenz lag im Jahr 2002 bei 5,7 Erkrankungen/100 000 Einwohnern.

Die Masern (ICD-10: B05.-, B05.0 - B05.4, B05.8 und B05.9) sind charakterisiert durch einen mehr als

drei Tage anhaltenden, generalisierten Ausschlag (makulopapulös) und Fieber sowie zusätzlich mindestens durch Husten oder Katarrh oder Kopliksche Flecken oder Konjunktivitis. In den Indikator gehen Virusisolierungen und Nukleinsäurenachweise in Zellen des Nasen-Rachen-Raumes, Konjunktiven, Urin oder Blut sowie Antikörpernachweise ein.

Masernerkrankungen bei Kindern sind Ausdruck fehlenden oder unzureichenden Impfschutzes. Im vorliegenden Indikator werden Masernerkrankungen bei 0- bis 14-jährigen Kindern erfasst.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_59 01

03_62 Neuerkrankungen, Lungentuberkulose, Mittelwert 2006 - 2008

03-62 01 Neuerkrankungen, Lungentuberkulose

Definition

Tuberkulose weist eine enge Wechselwirkung mit der sozialen Lage der Bevölkerung auf. Der jährliche Rückgang der Tuberkulose-Inzidenz beträgt in Deutschland über die letzten 10 Jahre eine Neuerkrankung je 100 000 Einwohner. Deutschland weist eine niedrige Inzidenzrate mit weniger als 10 Neuerkrankungen je 100 000 Einwohner auf. Das Risiko von Ausländern, die in Deutschland leben, an Tuberkulose zu erkranken, ist erhöht.

Meldepflichtige übertragbare Krankheiten basieren auf dem am 1.1.2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz (IfSG). Alle Formen von Tuberkuloseerkrankungen sind nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtig. Im vorliegenden Indikator 3.61 werden die Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose (ICD-10: A15.0 und A15.1) für die Bundesländer aufgeführt, differenziert nach Deutschen und Ausländern. Im Indikator 3.62 werden die Neuerkrankungen an bakteriell gesicherter Lungentuberkulose regional dargestellt.

Die Lungentuberkulose (ICD-10: A15.0 und A15.1) ist charakterisiert durch den Befall des Lungenparenchyms oder des Tracheo-Bronchialbaums. In die Indikatoren gehen alle kulturell- oder mikroskopisch-positiven Fälle von Lungentuberkulose ein.

Tuberkulose-Erkrankungen für Deutsche und Ausländer beziehen sich auf den aktuellen Stand der Staatsbürgerschaft. Demzufolge werden die Daten der Bevölkerungsstatistik (durchschnittliche Bevölkerung) als Bezugspopulation herangezogen.

Bis zum Jahr 2000 wurden die Neuerkrankungen an offener Lungentuberkulose aus der Tuberkulosestatistik der Statistischen Landesämter bereitgestellt. Tuberkulose-Erkrankungen für Deutsche und Ausländer bezogen sich wie im vorliegenden Indikator auf den aktuellen Stand der Staatsbürgerschaft und basierten auf der Bevölkerungsstatistik. Die bakteriell gesicherte Lungentuberkulose (A15.0 und A15.1) ist eine Teilmenge aller Tuberkulose-Erkrankungen.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zu den Indikatoren 03_62 u. 03_62 01



Krebserkrankungen

In diesem Gesundheitsbericht werden die regionalen Häufigkeiten von Krebsneuerkrankungen (=Inzidenz) in Nordrhein-Westfalen für das Jahr 2015 und vorangegangene Jahre dargestellt, bezogen jeweils auf den Wohnort zum Zeitpunkt der Diagnose (Inzidenz). Sofern eine Person im Laufe ihres Lebens von verschiedenen Tumoren betroffen ist, kann sie über die Darstellung der einzelnen Tumorinzidenzen mehrfach in die Berichtsauswertungen eingehen.

Epidemiologische Maßzahlen

Absolute Fallzahl (Anzahl)

Die absoluten Fallzahlen geben die Anzahl der im Jahreszeitraum neu an Krebs erkrankten bzw. verstorbenen Patientinnen und Patienten in der jeweiligen Region wieder und bilden die Grundlage für die Berechnung aller epidemiologischen Maßzahlen. Absolute Fallzahlen stellen für regionale Vergleiche oder zeitliche Entwicklungen nur eine bedingt geeignete Informationsquelle dar. Meist ist es besser, die Fallzahlen in Bezug zur Bevölkerung zu setzen, aus der sie hervorgegangen sind (Registerpopulation), und dabei auch deren Altersstruktur zu berücksichtigen. Man bezeichnet diese Maßzahlen dann als Erkrankungsraten.

Rohe Inzidenzraten

Mit der rohen Inzidenzrate wird die beobachtete Anzahl aller Krebsneuerkrankungen pro 100.000 der Bezugsbevölkerung einer Region in einem bestimmten Zeitraum, im Bericht i.d.R. einem Kalenderjahr, angegeben.

$$E_j = \frac{N_j}{B_j} * 105$$

E_j Rohe Inzidenzrate im Zeitraum j

N_j Neuerkrankungen im Zeitraum j

B_j Durchschnittliche Wohnbevölkerung im Zeitraum j

Unterschiedliche Altersverteilungen werden bei der rohen Inzidenzrate nicht berücksichtigt. So ist die rohe Inzidenzrate in einer Region mit einem hohen Anteil älterer Menschen im Vergleich zu einer Region mit einer eher jüngeren Population schon allein aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur höher. Um unterschiedliche Altersverteilungen zu berücksichtigen sollten daher bei regionalen oder zeitlichen Vergleichen 'altersspezifische' oder altersstandardisierte Raten' dargestellt werden.

Altersspezifische Raten

Die altersspezifische Inzidenzrate beschreibt die Neuerkrankungsrate für eine bestimmte Altersklasse in einer bestimmten Region. Sie wird gebildet aus der Anzahl von Krebsneuerkrankungen in einer Al-

tersklasse und der durchschnittlichen Bevölkerung der jeweiligen Altersklasse, wobei die Ergebnisse pro 100.000 der Bezugsbevölkerung angegeben werden. Gleiches gilt für die altersspezifischen Mortalitätsraten hinsichtlich der Krebssterbefälle in einer Altersklasse. Die Auswertungen werden im Allgemeinen für zusammengefasste 5-Jahres-Altersklassen vorgenommen.

$$A_{ij} = \frac{N_{ij}}{B_{ij}} * 105$$

A_{ij} Altersspezifische Inzidenzrate der Altersklasse i im Zeitraum j

N_{ij} Neuerkrankte Personen der Altersklasse i im Zeitraum j

B_{ij} Durchschnittliche Gesamtbevölkerung der Altersklasse i im Zeitraum j

Altersspezifische Raten enthalten die detailliertesten Informationen, z.B. für altersspezifische Analysen und Planungen im Gesundheitswesen, da sie die tatsächliche Krebshäufigkeit in einer Region wiedergeben. Ein umfassender Vergleich zweier Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlicher Altersstruktur anhand von altersspezifischen Raten ist jedoch sehr aufwändig und für einen Gesamtüberblick zu unübersichtlich. Der Vergleich des Krankheitsgeschehens in Bevölkerungen mit verschiedener Altersstruktur anhand einer einzigen Maßzahl setzt die Berechnung von 'altersstandardisierten Raten' voraus.

Altersstandardisierte Raten

Die Berechnung von altersstandardisierten Inzidenzraten erfolgt mittels direkter Altersstandardisierung. Bei der Berechnung werden die altersspezifischen Raten (siehe oben) entsprechend der Altersverteilung einer ausgewählten Referenz- bzw. Standardbevölkerung gewichtet und aufsummiert:

$$D_j = \frac{A_{ij} * G_i}{G_i}$$

D_j Direkt standardisierte Rate im Zeitraum j

A_{ij} Altersspezifische Inzidenzrate der Altersklasse i im Zeitraum j

G_i Angehörige der Altersklasse i in der Standardbevölkerung

Die sich ergebenden Raten werden ebenfalls als Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen bezogen auf 100.000 Personen in der Gesamtbevölkerung angegeben. Sie sind gut zu interpretieren, da sie beschreiben, welche Raten vorliegen würden, wenn die Altersstruktur der beobachteten Bevölkerung der Referenz- oder Standardbevölkerung entspräche. Altersstandardisierte Raten eignen sich daher insbesondere zur Darstellung von regionalen Vergleichen und zeitlichen Trends.



Für die Standardisierung stehen verschiedene, international gebräuchliche Referenzpopulationen zur Verfügung. In dem vorliegenden Bericht werden die altersstandardisierten Raten jeweils bezogen auf die alte Europastandardbevölkerung dargestellt.

Tabelle 1: Altersstruktur der Standardpopulationen

Altersklassen	BRD 87	Europa (alt)	Welt
0-4	4.887	8.000	12.000
5-9	4.796	7.000	10.000
10-14	4.894	7.000	9.000
15-19	7.189	7.000	9.000
20-24	8.721	7.000	8.000
25-29	8.044	7.000	8.000
30-34	7.062	7.000	6.000
35-39	6.886	7.000	6.000
40-44	6.161	7.000	6.000
45-49	8.043	7.000	6.000
50-54	6.654	7.000	5.000
55-59	5.920	6.000	4.000
60-64	5.438	5.000	4.000
65-69	4.338	4.000	3.000
70-74	3.801	3.000	2.000
75-79	3.646	2.000	1.000
80-84	2.251	1.000	500
85+	1.269	1.000	500
gesamt	100.000	100.000	100.000

Bevölkerungsdaten

Den Bevölkerungsdaten liegen die Daten des Landesbetriebs Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) zugrunde. Diese beruhen bis 2012 auf der jährlich durchgeführten Fortschreibung der Volkszählung des Jahres 1987. Ab dem Jahr 2013 bilden der Zensus 2011 und die darauf basierende Bevölkerungsfortschreibung die Datengrundlage. Die Angaben in diesem Bericht beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung Nordrhein-Westfalens. Die Zeitreihe der Inzidenz wird, sofern auch Daten vor 2006 ausgewertet wurden, für den Regierungsbezirk Münster berechnet, da dort bereits seit Mitte der 90er Jahre vollzählig erfasste Daten vorliegen. Die durchgeführten Analysen beruhen dabei auf der jeweiligen Stichtagsbevölkerung vom 31. Dezember.

Qualitätsindikatoren

Vollzähligkeit (Methode der Schätzung)

Nach internationaler Übereinkunft wird für Epidemiologische Krebsregister ein Vollzähligkeitsgrad von mindestens 90% angestrebt. Die Vollzähligkeit der Krebsregistrierung in den Epidemiologischen Krebsregistern in Deutschland wird regelmäßig vom Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) am Robert Koch-Institut (RKI) anhand spezieller statistischer Methoden geschätzt.

03.1

Im Gesundheitsbericht wurde die Neuerkrankungsrate aller Krebsformen dargestellt.

03.2

Hier wurde die Neuerkrankungsrate ausgewählter, spezieller und organbezogener Krebsformen (Klassifizierung nach ICD-10-Ziffern) dargestellt.

03.3

Es wurde die Neuerkrankungsrate von Lungenkrebs dargestellt.

Quelle verändert nach: <https://www.landeskrebsregister.nrw/krebs-in-nrw/online-jahresbericht/>.

Psychische und Verhaltensstörungen

03_87 01 Einweisungen nach PsychKG1 und Betreuungsgesetz

Definition

Mit dem 1992 in Kraft getretenen Betreuungsgesetz (Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige) wurde das alte zweistufige System von Pflegschaft und Vormundschaft durch das einheitliche Rechtsinstitut der Betreuung ersetzt. Gleichzeitig wurde auch im Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG) ein einheitliches Verfahrensrecht für die zivilrechtliche Unterbringung (nach dem Betreuungsgesetz) und die öffentlich-rechtliche Unterbringung (nach den Unterbringungsgesetzen der Länder) geschaffen. Bei der rechtlichen Betreuung nach dem Betreuungsgesetz geht es im Kern um die Unterstützung und Interessenwahrnehmung eines Menschen in den vom Gericht festgelegten Aufgabenkreisen. Leitbild ist dabei die persönliche Betreuung, die sich am Wohl des Betreuten orientiert. Der gerichtlich bestellte Betreuer hat die Wünsche des Betroffenen zu respektieren (Betreuung). In jedem Bundesland gibt es ein Gesetz, das die Unterbringung von psychisch Kranken ermöglicht, die eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung darstellen, weil sie sich selbst oder bedeutende Rechtsgüter anderer in erheblichem Maße gegenwärtig gefährden (PsychKG: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke). Vorgesehene Maßnahmen sind vorsorgende Hilfe zur Vermeidung einer Unterbringung und rechtzeitige ärztliche Behandlung einer Störung oder beginnenden



Krankheit, nachsorgende Hilfe nach Abschluss stationärer Behandlung in Gestalt individueller Beratung und Betreuung, Auflagen und Weisungen des Gesundheitsamtes. Maßnahmen zur Gefahrenabwehr sind Zwangsmaßnahmen, die nicht der Heilung von psychischer Krankheit oder Sucht, sondern allein zur Abwendung einer Gefahr für Leib oder Leben des Unterbrachten oder seiner Umgebung dienen. Die Unterbringung wird von den Ordnungsbehörden beantragt, wobei das ärztliche Gutachten durch Klinikärzte (überwiegend) oder niedergelassene Neurologen ausgestellt wird.

Im Indikator 3.87 werden Einweisungen nach dem Betreuungsgesetz bzw. den Unterbringungsgesetzen der Länder nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen und als Rate je 100 000 der durchschnittlichen Bevölkerung im Zeitvergleich ausgewiesen. Die Angaben werden auf den Wohnort des Unterbrachten/Eingewiesenen bezogen.

Daten zur Unterbringung nach dem PsychKG und Betreuungsgesetz liegen teilweise in den Gesundheitsämtern und teilweise in den Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe vor. Im vorliegenden Indikator sind bis zum Jahre 2002 nur die Angaben der Gesundheitsämter enthalten. Ab dem Berichtsjahr 2003 werden Angaben der Landschaftsverbände mit aufgeführt.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_87 01

03_89 Suizidsterbefälle, Mittelwert 2006-2008

Definition

Der Indikator 3.89 enthält die gemittelten absoluten Todesfälle, die auf die jeweilige durchschnittliche Wohnbevölkerung bezogenen geschlechtsspezifischen Mortalitätsraten und die auf die Gesamtsuizidrate des Landes normierten Mortalitätsziffern (SMR) infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) als 3-Jahres-Mittelwert für die Kreise und kreisfreien Städte des Landes Nordrhein-Westfalen. Grundlage für die Tabelle bildet die amtliche Todesursachenstatistik.

Die Anzahl der jugendlichen Selbstmorde ist in Großstädten doppelt so hoch wie auf dem Land. Die Zahl der Suizide in ländlichen Gebieten mit hoher Drogenkriminalität liegt 50 % über dem Durchschnitt.

Aufschlussreich ist, dass die Rate der Suizidversuche bei Mädchen dreimal höher ist als bei Jungen. Dagegen führen jedoch bei Jungen die Suizidversuche dreimal öfter zum Tode als beim weiblichen Geschlecht. Ein Anstieg von Suizidsterbefällen wird in höherem Lebensalter beobachtet.

Regionalisierte geschlechtsspezifische Sterbeziffern infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizidsterbefälle) machen diese besondere Form geschlechtsspezifischer Sterblichkeit und ihren Anteil an der Gesamtsterblichkeit deutlich und lassen die Unterschiede im Vergleich der Zahlen Gestorbener nach Geschlecht durch die entsprechenden Häufigkeiten je 100 000 Einwohner zwischen den Verwaltungseinheiten des Bundeslandes deutlich werden.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_89

Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen

03_111 01 Krankenhausfälle, Verbrennungen/Vergiftungen (< 15 J.)

Definition

Die alters- und geschlechtsspezifischen stationären Behandlungsraten infolge von Verbrennungen und Vergiftungen reflektieren die Morbiditätssituation der unter 15-jährigen Bevölkerung. Schwere Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern sollten kleinräumig analysiert werden, weil sie prinzipiell durch präventive Maßnahmen ausgeschlossen werden können, und weil sie bei sozial ungünstigen Verhältnissen häufiger auftreten. Nach der geltenden Klassifikation der Krankheiten zählen zu Verbrennungen und Verätzungen (T20 – T32) und Vergiftungen (T36 – T65) Verletzungen verschiedenen Grades und Umfangs der Körperoberfläche und Vergiftungen durch Medikamente, Betäubungsmittel, Chemikalien, Rauchvergiftungen und Nahrungsmittel. Bei stationären Behandlungen wird die Hauptdiagnose von den behandelnden Ärzten bei der stationären Entlassung kodiert.

Der Indikator weist die Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen insgesamt und nach Geschlecht mit Bezug auf die Wohnbevölkerung der Altersgruppe und des Berichtsjahres aus, leichtere ambulant behandelte Verletzungen sind somit in dem Indikator nicht enthalten.

Stundenfälle sind nicht enthalten. Stundenfälle bezeichnen Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind.

Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr mit einer der erwähnten Diagnosen entlassen wurden. Als Bezugspopulation wird die durchschnittliche Bevölkerung verwendet.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_111_01

03_118 Im Straßenverkehr verunglückte Personen

Definition

Aus den Straßenverkehrsberichten geht hervor, dass in dicht besiedelten Gebieten mehr Personen im Straßenverkehr verunglücken, jedoch in Großstädten weniger tödliche Verkehrsunfälle registriert werden. Die Zahl verletzter und getöteter Personen infolge von Straßenverkehrsunfällen unterscheidet sich sowohl zwischen Kreisen, kreisfreien Städten, Stadtbezirken als auch zwischen Bundesländern.

Betrachtet man das Unfallgeschehen nach Regionen, so fallen vor allem die Ballungszentren und jene Regionen entlang von Hauptverkehrsrouten durch hohe Unfallzahlen auf. Bezieht man die Zahl der Unfälle auf die Einwohner, so zeigt sich auch hier, dass die Ballungszentren - vor allem aufgrund der hohen Verkehrsdichte - erhöhte Unfallraten aufweisen. Im Gegensatz dazu ist die auf Einwohner bezogene Getötetenrate in den Städten niedrig. Hier konzentrieren sich die hohen Werte auf die höheren



Fahrgeschwindigkeiten auf den Außerortstraßen (Fernstraßen, Autobahnen).

Um Gebiete mit unterschiedlichen Einwohnerzahlen in Bezug auf die Anzahl von Unfallverletzten und –getöteten nach Geschlecht vergleichen zu können, werden die Unfallzahlen im vorliegenden Indikator für beide Geschlechter auf jeweils 100 000 weibliche bzw. männliche Einwohner bezogen. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung ist ungenau, da die Straßenverkehrsunfälle nach dem Ereignisort des Unfalls registriert werden.

Entsprechend der Straßenverkehrsunfallstatistik sind im Straßenverkehr verunglückte Personen verletzte und getötete Personen, die bei Unfällen im Fahrverkehr (inkl. Eisenbahn), auf öffentlichen Wegen und Plätzen Körperschäden erlitten haben, unabhängig von der Höhe des Sachschadens. Unfälle, die Fußgänger allein betreffen (z. B. Sturz), und Unfälle, die sich auf Privatgrundstücken ereignen, werden nicht als Straßenverkehrsunfälle erfasst. Personen, die innerhalb von 30 Tagen an den Unfallfolgen sterben, rechnen nicht zu den verletzten, sondern zu den getöteten Personen.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_111 01





Themenfeld 4

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen



© Dieter Schütz/PIXELIO

Konsum von Tabak und Alkohol

04_01 02 Rauchverhalten, 15 Jahre und älter, Mikrozensus

Definition

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).

Nach dem Mikrozensusgesetz 2005 vom 24. Juni 2004 (BGBl. I S. 1350) findet alle vier Jahre eine Zusatzerhebung Gesundheitszustand der Bevölkerung zum Mikrozensus statt. Sie liefert u. a. Informationen über Rauchgewohnheiten.

Das Rauchverhalten ist geschlechts-, und altersabhängig.

Unter regelmäßigem Rauchen wird tägliches Rauchen verstanden, auch wenn es sich nur um geringe Tabakmengen handelt.

Im Indikator 4.1-02 wird der Anteil der Nichtraucher, der Raucher insgesamt und der starken Raucher nach Kreisen und kreisfreien Städte in Prozent ausgewiesen. Der Indikator 4.1 bezieht sich auf den Bundesgesundheitsurvey und der Zusatzstichprobe NRW. Die Methodik der Befragung ist vergleichbar. Die Zahl der Befragten resultiert aus einer Hochrechnung der 1 %-Stichprobe auf die Bevölkerung des Landes Nordrhein-Westfalen.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_01 02



Ernährung

04-08 02 Body Mass Index, Mikrozensus

Definition

Durch Adipositas werden sowohl die Gesundheit als auch die Lebensdauer negativ beeinflusst. Übergewicht wird mit Herz-Kreislauf-Risikofaktoren wie Bluthochdruck (Hypertonie), erhöhten Blutfettwerten (Hypercholesterinämie) sowie der Entstehung von Krankheiten (insbesondere Diabetes mellitus und bestimmte Malignome) in Verbindung gebracht. Darüber hinaus kann das Übergewicht den Knochen- und Bandapparat überlasten und so arthrotische Gelenkschäden verstärken. Das andere Extrem ist Untergewicht, das ebenfalls zu gesundheitlichen Störungen führt. Zur Definition von Gewichtskategorien wie Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) wird der sogenannte Body Mass Index (BMI) benutzt. Der Body Mass Index wird aus dem Quotienten des Gewichtes in kg und dem Quadrat der Größe in m² berechnet.

Nach dem Mikrozensusgesetz 2005 vom 24. Juni 2004 (BGBl. I S. 1350) findet alle vier Jahre eine Zusatzerhebung Gesundheitszustand der Bevölkerung zum Mikrozensus statt. Sie liefert u. a. Informationen über Körpergröße und Körpergewicht sowie daraus resultierend erstmalig Berechnungen des Body-Mass-Index.

Im Bundesgesundheitsurvey wurde der BMI nach Messungen der Körpergröße und des Gewichtes exakt berechnet (Ind. 4.8). Die im vorliegenden Indikator angegebenen Maße der Befragten wurden nach derselben Methode berechnet. Es wird der Prozentsatz der Untergewichtigen, Normalgewichtigen, Übergewichtigen und Adipösen insgesamt nach Kreisen und kreisfreien Städten dargestellt. Die Zahl der Befragten resultiert aus einer Hochrechnung der 1 %-Stichprobe auf die Bevölkerung des Landes Nordrhein-Westfalen.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 03_08 02

Themenfeld 5

Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt



© Uschi Dreiucker/PIXELIO



Lebens- und Arbeitsbedingungen

05_01 Stickstoffdioxid in der Außenluft, Messstationen

Definition

Am 19. Juli 1999 ist die EU-Richtlinie 1999/30/EG des Rates vom 22. April 1999 über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickoxide, Partikel und Blei in der Luft (1. Tochterrichtlinie) in Kraft getreten. Sie löst die bisher geltenden EU-Richtlinien zur Luftqualität schrittweise ab. Am 13.12.2000 trat die Richtlinie 2000/69/EG des Rates vom 16.11.2000 über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid (2. Tochterrichtlinie) in Kraft. Grenzwerte für diese Schadstoffe waren bisher nicht in EU-Richtlinien geregelt.

Die Richtlinien wurden auf der Grundlage der Richtlinie 96/62/EG vom 27. September 1996 über die Beurteilung und Kontrolle der Luftqualität (Luftqualitätsrahmenrichtlinie) erlassen und sind Teil eines integrierten Maßnahmenpaketes der Europäischen Gemeinschaft zur Luftreinhaltung.

In den Anhängen I bis IV der Richtlinie 1999/30/EG sowie I und II der Richtlinie 2000/69/EG sind die Grenzwerte mit den entsprechenden Rahmenbedingungen (Mitteilungszeitraum, Toleranzmarge, Geltungstermin) festgelegt. Bei den in diesen Richtlinien festgesetzten Grenzwerten handelt es sich um Mindestanforderungen; die Mitgliedstaaten können auch strengere Grenzwerte festlegen.

Stickstoffdioxid (NO₂) zählt zu den klassischen Schadstoffen in der Außenluft und ist wegen seiner Auswirkungen auf das Atemsystem von Bedeutung. Die Außenluftkonzentrationen werden vom Landesumweltamt Nordrhein-Westfalen durch kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen fest installierter Messstationen regelmäßig überwacht.

Neben den Jahresmittelwerten für Stickstoffdioxid (NO₂) soll dokumentiert werden, mit welcher Häufigkeit Überschreitungen des Grenzwertes (1-Stunden-Mittelwert) auftreten. Die Grenzwerte für Stickstoffdioxid sind erst ab 2010 rechtsverbindlich einzuhalten. Auch dann bleiben Überschreitungen in einem gewissen Umfang rechtlich zulässig. Die diesbezüglichen Festlegungen sind im Indikator vermerkt.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 05_01

05_02 Schwefeldioxid in der Außenluft, Messstationen

Definition

Am 19. Juli 1999 ist die EU-Richtlinie 1999/30/EG des Rates vom 22. April 1999 über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickoxide, Partikel und Blei in der Luft (1. Tochterrichtlinie) in Kraft getreten. Sie löst die bisher geltenden EU-Richtlinien zur Luftqualität schrittweise ab. Am 13.12.2000 trat die Richtlinie 2000/69/EG des Rates vom 16.11.2000 über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid (2. Tochterrichtlinie) in Kraft. Grenzwerte für diese Schadstoffe waren bisher nicht in EU-Richtlinien geregelt.

Die Richtlinien wurden auf der Grundlage der Richtlinie 96/62/EG vom 27. September 1996 über die Beurteilung und Kontrolle der Luftqualität (Luftqualitätsrahmenrichtlinie) erlassen und sind Teil eines integrierten Maßnahmenpaketes der Europäischen Gemeinschaft zur Luftreinhaltung.

In den Anhängen I bis IV der Richtlinie 1999/30/EG sowie I und II der Richtlinie 2000/69/EG sind die Grenzwerte mit den entsprechenden Rahmenbedingungen (Mitteilungszeitraum, Toleranzmarge, Geltungstermin) festgelegt. Bei den in diesen Richtlinien festgesetzten Grenzwerten handelt es sich um Mindestanforderungen; die Mitgliedstaaten können auch strengere Grenzwerte festlegen.

Schwefeldioxid (SO₂) zählt zu den klassischen Schadstoffen in der Außenluft und ist wegen seiner Auswirkungen auf das Atemsystem von Bedeutung. Die Außenluftkonzentrationen werden vom Landesumweltamt Nordrhein-Westfalen durch kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen fest installierter Messstationen regelmäßig überwacht.

Es soll für Schwefeldioxid (SO₂) dokumentiert werden, mit welcher Häufigkeit Überschreitungen der angegebenen Grenzwerte (1-Stunden-Mittelwert sowie 24-Stunden-Mittelwert) auftreten. Die Grenzwerte für Schwefeldioxid (SO₂) sind ab 2005 rechtsverbindlich einzuhalten. Grenzwertüberschreitungen des 24-Stunden-Mittelwertes von 125 µg/m³ Luft sind dreimal pro Jahr, Überschreitungen des 1-Stunden-Mittelwertes von 350 µg/m³ sind bis zu 24-mal pro Jahr zulässig. Der Grenzwert für den Jahresmittelwert beträgt nach der Technischen Anleitung zur Reinhaltung der Luft (TA Luft) 50 µg/m³. Er ist ein Prüfkriterium bei Anträgen zur Errichtung von Betrieben bzw. Anlagen, die Schwefeldioxid in die Außenluft abgeben.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 05_02

05_03 Staub (PM₁₀) in der Außenluft, Messstationen

Definition

Am 19. Juli 1999 ist die EU-Richtlinie 1999/30/EG des Rates vom 22. April 1999 über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickoxide, Partikel und Blei in der Luft (1. Tochterrichtlinie) in Kraft getreten. Sie löst die bisher geltenden EU-Richtlinien zur Luftqualität schrittweise ab. Am 13.12.2000 trat die Richtlinie 2000/69/EG des Rates vom 16.11.2000 über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid (2. Tochterrichtlinie) in Kraft. Grenzwerte für diese Schadstoffe waren bisher nicht in EU-Richtlinien geregelt.

Die Richtlinien wurden auf der Grundlage der Richtlinie 96/62/EG vom 27. September 1996 über die Beurteilung und Kontrolle der Luftqualität (Luftqualitätsrahmenrichtlinie) erlassen und sind Teil eines integrierten Maßnahmenpaketes der Europäischen Gemeinschaft zur Luftreinhaltung.

In den Anhängen I bis IV der Richtlinie 1999/30/EG sowie I und II der Richtlinie 2000/69/EG sind die Grenzwerte mit den entsprechenden Rahmenbedingungen (Mitteilungszeitraum, Toleranzmarge, Geltungstermin) festgelegt. Bei den in diesen Richtlinien festgesetzten Grenzwerten handelt es sich um Mindestanforderungen; die Mitgliedstaaten können auch strengere Grenzwerte festlegen.



Staub (Staubpartikel mit einem Durchmesser von weniger als 10 µm; PM10) zählt zu den klassischen Schadstoffen in der Außenluft und ist wegen seiner Auswirkungen auf das Atemsystem von Bedeutung. Die Außenluftkonzentrationen werden vom Landesumweltamt Nordrhein-Westfalen durch kontinuierliche, bei Staub auch durch diskontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen fest installierter Messstationen regelmäßig überwacht.

Neben den Jahresmittelwerten soll für Staub (PM10) dokumentiert werden, mit welcher Häufigkeit Überschreitungen des Grenzwertes (24-Stunden-Mittelwert) auftreten. Der Grenzwert für Staub (PM10) ist ab 2005 rechtsverbindlich mit 40 µg/m³ einzuhalten. Bis dahin galten folgende Auslöseschwellen für Luftreinhaltepläne (Toleranzmargen) für die Jahre 2002 bis 2004: 2002: 44,8 µg/m³, 2003: 43,2 µg/m³, 2004: 41,8 µg/m³. Grenzwertüberschreitungen des 24-Stunden-Mittelwertes von 50 µg/m³ sind bis zu 35-mal pro Jahr zulässig. (Anmerkung: Für den 24-Stunden-Wert gibt es Toleranzmargen.)

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 05_03

05_04 Ozon in der Außenluft, Messstationen

Definition

Am 19. Juli 1999 ist die EU-Richtlinie 1999/30/EG des Rates vom 22. April 1999 über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickstoffoxide, Partikel und Blei in der Luft (1. Tochterrichtlinie) in Kraft getreten. Sie löst die bisher geltenden EU-Richtlinien zur Luftqualität schrittweise ab. Am 13.12.2000 trat die Richtlinie 2000/69/EG des Rates vom 16.11.2000 über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid (2. Tochterrichtlinie) in Kraft. Grenzwerte für diese Schadstoffe waren bisher nicht in EU-Richtlinien geregelt.

Die Richtlinien wurden auf der Grundlage der Richtlinie 96/62/EG vom 27. September 1996 über die Beurteilung und Kontrolle der Luftqualität (Luftqualitätsrahmenrichtlinie) erlassen und sind Teil eines integrierten Maßnahmenpakets der Europäischen Gemeinschaft zur Luftreinhaltung. In einer weiteren Richtlinie über den Ozongehalt in der Luft (3. Tochterrichtlinie 2002/3/EG) wurden Zielwerte und Langfristziele für Ozon festgelegt. .

Ozon (O₃) zählt zu den klassischen Schadstoffen in der Außenluft und ist wegen seiner Auswirkungen auf das Atemsystem von Bedeutung. Die Außenluftkonzentrationen werden vom Landesumweltamt Nordrhein-Westfalen durch kontinuierliche telemetrische Luftqualitätsmessungen fest installierter Messstationen regelmäßig überwacht.

Der Schwellenwert zur Information der Bevölkerung liegt bei 180 µg/m³ für den Stundenwert. Personen, die erfahrungsgemäß besonders empfindlich auf Ozon reagieren, wird empfohlen, Anstrengungen im Freien zu vermeiden. Der Alarmwert liegt bei 240 µg/m³ für den Stundenwert. Es wird generell empfohlen, ungewohnte körperliche Anstrengungen im Freien zu vermeiden; von sportlichen Ausdauerleistungen im Freien wird abgeraten.

Der Zielwert für den Schutz der menschlichen Gesundheit geht von 8-Stundenmittelwerten aus, die in Mikrogramm pro Kubikmeter (µg/ m³) angegeben werden. Die Zielwerte sind in der 3. Tochterrichtlinie

der EU – 2002/3/EG mit dem Ziel festgelegt worden, schädliche Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit und/oder Umwelt insgesamt zu vermeiden. Sie sollen – soweit wie möglich – bis zum Jahr 2010 erreicht werden.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 05_04

05_05 Benzol in der Außenluft, Messstationen

Definition

Am 19. Juli 1999 ist die EU-Richtlinie 1999/30/EG des Rates vom 22. April 1999 über Grenzwerte für Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid und Stickoxide, Partikel und Blei in der Luft (1. Tochterrichtlinie) in Kraft getreten. Sie löst die bisher geltenden EU-Richtlinien zur Luftqualität schrittweise ab. Am 13.12.2000 trat die Richtlinie 2000/69/EG des Rates vom 16.11.2000 über Grenzwerte für Benzol und Kohlenmonoxid (2. Tochterrichtlinie) in Kraft. Grenzwerte für diese Schadstoffe waren bisher nicht in EU-Richtlinien geregelt.

Die Richtlinien wurden auf der Grundlage der Richtlinie 96/62/EG vom 27. September 1996 über die Beurteilung und Kontrolle der Luftqualität (Luftqualitätsrahmenrichtlinie) erlassen und sind Teil eines integrierten Maßnahmenpaketes der Europäischen Gemeinschaft zur Luftreinhaltung.

In den Anhängen I bis IV der Richtlinie 1999/30/EG sowie I und II der Richtlinie 2000/69/EG sind die Grenzwerte mit den entsprechenden Rahmenbedingungen (Mitteilungszeitraum, Toleranzmarge, Geltungstermin) festgelegt. Bei den in diesen Richtlinien festgesetzten Grenzwerten handelt es sich um Mindestanforderungen; die Mitgliedstaaten können auch strengere Grenzwerte festlegen.

Benzol gehört zu den flüchtigen organischen Kohlenwasserstoffen, ist Bestandteil von Motorkraftstoffen und gelangt über die Abgase bzw. Verdunstungsprozesse sowie industrielle Quellen in die Außenluft. Aus gesundheitlicher Sicht ist Benzol infolge seiner kanzerogenen Eigenschaften ein bedeutsamer Stoff aus der Gruppe der Kohlenwasserstoffe. Es ist zu beachten, dass der Grenzwert von 5 µg/m³ für Benzol erst ab 2010 rechtsverbindlich einzuhalten ist.

Bis zum Jahre 2009 gelten als Auslöseschwellen für Luftreinhaltepläne:

2002 – 2005:	$5 \mu\text{g}/\text{m}^3 + 5 \mu\text{g}/\text{m}^3 = 10 \mu\text{g}/\text{m}^3$	2006:	$10 \mu\text{g}/\text{m}^3 - 1 \mu\text{g}/\text{m}^3 = 9 \mu\text{g}/\text{m}^3$
2007:	$9 \mu\text{g}/\text{m}^3 - 1 \mu\text{g}/\text{m}^3 = 8 \mu\text{g}/\text{m}^3$	2008:	$8 \mu\text{g}/\text{m}^3 - 1 \mu\text{g}/\text{m}^3 = 7 \mu\text{g}/\text{m}^3$
2009:	$7 \mu\text{g}/\text{m}^3 - 1 \mu\text{g}/\text{m}^3 = 6 \mu\text{g}/\text{m}^3$	2010:	$6 \mu\text{g}/\text{m}^3 - 1 \mu\text{g}/\text{m}^3 = 5 \mu\text{g}/\text{m}^3$

(Anmerkung: Die Rußmessung wurde im Jahre 2004 eingestellt, da die 23. BlmschV außer Kraft gesetzt wurde.)

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 05_05



05 Benzo[a]pyren in der Außenluft

Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz (LANUV) Nordrhein-Westfalen – Standortdokumentation – Stand 16. November 2018

Bottrop-Welheim, Industrie, städtisches Gebiet

Beschreibung

Der Messcontainer steht auf der Grünfläche eines Schulgeländes. Die Bundesstraße B 224 verläuft östlich in etwa 1 km Entfernung in Nord-Süd-Richtung. Südwestlich, in ca. 700 m Entfernung zur Station beginnt das Gelände einer Kokerei. Ein Industrieareal mit Kohleverflüssigungsanlage und das Hafengebiet des Rhein-Herne-Kanals schließen sich an.

Klassifizierung

Standortklassifizierung*: Industrie

Umgebung*: städtisches Gebiet

Lokale Ausbreitungssituation: Aufgelockerte Bebauung

Relevante Emissionsquellen in der Umgebung: Industrie (1.A.2), Verkehr (1.A.3), Kleinfeuerungsanlagen (1.A.4)

Höhe des Messeinlasses über dem Boden: Gase: 3.4 m, Partikel: 4.0 m

Entfernung von der nächsten Industriequelle: 650 m

*Klassifizierung gemäß der Kommissionsentscheidung 2011/850/EU

Diskontinuierliche Luftqualitätsüberwachung.

Überwachung von schwerflüchtigen organischen Schadstoffen in der Luft

Stand: 14.03.2019

Beschreibung: Für Luftverunreinigungen für die keine kontinuierlichen Messverfahren für die Immissionsmessung zur Verfügung stehen werden an den Messstationen automatisierte Probenahmesysteme eingesetzt.

Die Probenahme erfolgt mit Hilfe von Filtern und Polyurethanschäumen zur Erfassung der partikel- und gasförmigen Luftschadstoffe.

Die analytische Bestimmung erfolgt im Labor.

Messmethode: kontinuierliche Datenerhebung

Das LANUV betreibt diverse Messstellen zur Luftüberprüfung.

Eine dieser Messstellen befindet sich in Bottrop-Welheim und misst verschiedene Parameter, u.a. Benzo[a]pyren

Quelle: <https://www.lanuv.nrw.de/luqs/messorte/pdf/BOTT.pdf>

<https://www.lanuv.nrw.de/umwelt/luft/immissionen/messorte-und-werte>

Themenfeld 6



© Günter Havlena/PIXELIO



Ambulante Einrichtungen

06_02 Versorgungsgrad Vertragsärzte

Definition

Der Versorgungsgrad dient als Maßzahl zur Beschreibung von Ressourcenmengen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Der Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird anhand der Verhältniszahlen der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) dargestellt. Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten gehören gemäß § 101 Abs. 4 Satz 1 SGB V die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sowie die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichentherapeuten.

Auf der Grundlage von Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung werden Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad herausgegeben (Grundlage §§ 99 – 105 SGB V). Die Bundesrepublik wird in Raumordnungsregionen nach unterschiedlichen Verdichtungsräumen gegliedert. Kreise und kreisfreie Städte werden verschiedenen Kreisgruppen zugeordnet. Auf dieser Grundlage wird ein differenzierter Versorgungsgrad als Ausgangsrelation für die Feststellung von Überversorgung oder Unterversorgung ermittelt. Eine Unterversorgung liegt vor, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 % bzw. denjenigen der fachärztlichen Versorgung um mehr als 50 % unterschreitet. Eine Überversorgung liegt vor, wenn eine Überschreitung der örtlichen Verhältniszahl von mehr als 10 % vorliegt (bezogen auf örtliche Einwohner/Arztrelation).

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 06_02

06_05 Versorgungsgrad Vertragszahnärzte, Jahre 2006-2008

Definition

Der Versorgungsgrad dient als Maßzahl zur Beschreibung von Ressourcenmengen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Der Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten wird anhand der Verhältniszahlen der Bedarfsplanung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) dargestellt.

Auf der Grundlage von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) über die Bedarfsplanung in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung werden Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad herausgegeben (Grundlage §§ 99 – 105 SGB V). Die Bundesrepublik wird in Raumordnungsregionen nach unterschiedlichen Verdichtungsräumen

gegliedert. Kreise und kreisfreie Städte werden verschiedenen Kreisgruppen zugeordnet. Auf dieser Grundlage wird ein differenzierter Versorgungsgrad als Ausgangsrelation für die Feststellung von Überversorgung oder Unterversorgung ermittelt. Eine Unterversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung liegt vor, wenn der Bedarf den Stand der zahnärztlichen Versorgung um mehr als 100 v. H. überschreitet. Eine Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 v. H. überschritten ist. Die Feststellung, ob eine Unter- oder Überversorgung vorliegt, obliegt dem Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen. Zulassungen durften bis zum Jahr 2007 nur in dem Umfang erfolgen, bis Überversorgung eingetreten ist. Als Bezugsbasis für die Berechnung von Überversorgung und Unterversorgung dient die Relation Wohnbevölkerung/Zahnarzt bzw. Kieferorthopäde (ab 2008 Wohnbevölkerung/Zahnarzt, 0- bis 18-Jährige/Kieferorthopäde).

Da es für Vertragszahnärzte seit dem 1. April 2007 keine Zulassungsbeschränkungen mehr gibt – sie wurden durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aufgehoben -, ist die zum 1. Oktober 2008 angepasste Bedarfsplanung für Kieferorthopäden des G-BA lediglich als Entscheidungsgrundlage für Vertragszahnärzte zu verstehen, die sich mit einer kieferorthopädischen Praxis niederlassen wollen.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 06_05

Stationäre/teilstationäre Einrichtungen

06_15 Wichtige Krankenhausangebote

Definition

Indikator 6.15 zeigt das Bettenangebot der wichtigsten Fachabteilungen der Grundversorgung bezogen auf die zu versorgenden Bevölkerungsgruppen im Regionalvergleich.

Die Fachabteilung Chirurgie schließt nach der Ersten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung vom 13.08.2001 die Subspezialisierungen Gefäß-, Thorax-, Unfall-, Viszeral-, sonstige und allgemeine Chirurgie ein.

Zur Inneren Medizin zählen die Richtungen Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und internistische Onkologie, Kardiologie, Klinische Geriatrie (s. Indikator 6.14), Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie und sonstige und allgemeine Innere Medizin.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe hat die Unterabteilungen Frauenheilkunde, Geburtshilfe sowie sonstige und allgemeine Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Kinderheilkunde beinhaltet die Gebiete Kinderkardiologie, Neonatologie und sonstige und allgemeine Kinderheilkunde.

Für die vier aufgeführten Fachabteilungen wird der Bezug je 100 000 zu versorgende Einwohner bzw. Frauen oder Kinder in den Verwaltungsbezirken hergestellt.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 06_15



Pflegeeinrichtungen

06_18 Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen

Definition

Der Indikator gibt einen Überblick über die regionale Verteilung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und den Versorgungsgrad der Bevölkerung (der über 65-Jährigen) mit stationären Pflegeplätzen.

Die Daten sind Teil der alle zwei Jahre jeweils zum Stichtag 15.12. eines Berichtsjahres (erstmalig im Dezember 1999) durchgeführten Pflegestatistik. Die hier erfassten Daten zum pflegerischen Versorgungsangebot dienen zusammen mit den Daten zur personellen Ausstattung (Themenfeld 8) und zur Struktur der Pflegebedürftigen (Themenfeld 3) sowie den erbrachten Leistungen (Themenfeld 7) als Grundlage für Planungsentscheidungen. Auskunftspflichtig sind die Träger der Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach SGB XI. Ambulante Pflegeeinrichtungen sind selbstständige Einrichtungen mit mindestens einer ausgebildeten Pflegefachkraft, die aufgrund eines Versorgungsvertrages nach SGB XI Pflegebedürftige in ihren Wohnungen pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die aufgrund eines Versorgungsvertrages nach SGB XI Pflegebedürftige ganz- bzw. halbtäglich versorgen. Stationäre Pflege umfasst vollstationäre Lang- und Kurzzeitpflege sowie teilstationäre Tages- und Nachtpflege. Als verfügbare Plätze zählen alle Plätze, die von der (teil-)stationären Einrichtung gemäß Versorgungsvertrag angeboten werden.

Während die Pflege nach SGB XI in eingliedrigen Einrichtungen ausschließlich stationär oder ambulant geleistet wird, erfolgt sie in mehrgliedrigen Einrichtungen sowohl (teil- und/oder voll)stationär als auch ambulant. Im vorliegenden Indikator werden unter ambulanten Pflegeeinrichtungen sowohl eingliedrige als auch mehrgliedrige Einrichtungen verstanden. Die Differenz aus der Gesamtzahl ambulanter Pflegeeinrichtungen und eingliedriger Einrichtungen stellen die mehrgliedrigen Einrichtungen dar. Die Statistik unterscheidet außerdem nach Einrichtungen ohne andere und mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen), zu denen z. B. häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V, Hilfe zur Pflege nach BSHG oder Mobiler Sozialer Dienst gehören.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 06_18

06_21 Apotheken

Definition

Der Indikator erfasst öffentliche Apotheken, die der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung dienen, die Versorgungsdichte sowie die Zahl der Krankenhausapotheken auf regionaler Ebene.

Der Betrieb einer Apotheke bedarf der Erlaubnis durch die zuständige Verwaltungsbehörde. Die Erlaubnis wird einem Apotheker erteilt.

Die Versorgung von Krankenhäusern und allen ihnen gleichgestellten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen durch Krankenhausapotheken ist aufgrund von Arzneimittelverträgen nach § 14 Apothekengesetz geregelt.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 06_21

Weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens

06_23 Personen im Ambulant Betreuten Wohnen

Definition

Der vorliegende Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen des Ambulant Betreuten Wohnens im regionalen Vergleich. Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe bezieht sich auf körperlich, geistig, seelisch behinderte Menschen und Suchtkranke. Die Angaben erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohner im Alter von 18 und mehr Jahren.

Ambulant Betreutes Wohnen ist eine Betreuungsform außerhalb der eigenen Familie für volljährige behinderte Menschen im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 1 BSHG, die einer stationären Hilfe in einer Einrichtung an sich nicht, noch nicht oder nicht mehr bedürften, aber die vorübergehend oder für längere Zeit oder auf Dauer nicht ohne Hilfe selbstständig leben können. Ambulant Betreutes Wohnen kann in Form von Einzel- oder Paarwohnen oder Wohngemeinschaften erfolgen.

Die Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-BSHG) vom 20.06.2003 regelt u. a. die Übertragung der Zuständigkeit für das ambulante selbstständige Wohnen behinderter Menschen von den örtlichen auf die überörtlichen Sozialhilfeträger. Damit werden Zuständigkeit und Kostenträgerschaft für alle ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe zum Wohnen bei den Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe zusammengeführt. Die Zuständigkeitsverlagerung erfolgt mit dem Ziel, bisherige, sich aus der geteilten Zuständigkeit und Kostenträgerschaft für Ambulant Betreutes Wohnen einerseits und stationäres Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe andererseits ergebende Hemmnisse für einen flächendeckenden und bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von Angeboten selbstständigen Wohnens zu beseitigen und bestehende regionale Unterschiede im Umfang der Angebote auszugleichen.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 06_23



06_23 01 Plätze im stationären Wohnen für Menschen mit Behinderungen

Definition

Zum 01.07.2003 sind in Nordrhein-Westfalen die Zuständigkeiten für stationäre und ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe zum Wohnen bei den beiden Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe zusammengeführt worden (Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AV-BSHG) vom 20.06.2003).

Der vorliegende Indikator gibt Auskunft über die Zahl der Plätze im stationären Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen – körperlich, geistig und psychisch Behinderte sowie Suchtkranke - im Alter von 18 und mehr Jahren im regionalen Vergleich. Die Angaben erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohner.

Stationäres Wohnen bedeutet Leben in einer Wohneinrichtung für behinderte Menschen oder in kleineren Außenwohngruppen mit umfassender Betreuung bis zu 24 Stunden täglich durch feste Bezugspersonen. Der Umfang der Betreuung richtet sich nach den persönlichen Bedürfnissen des behinderten Menschen.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 06_23 01

06_23 02 Plätze in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen

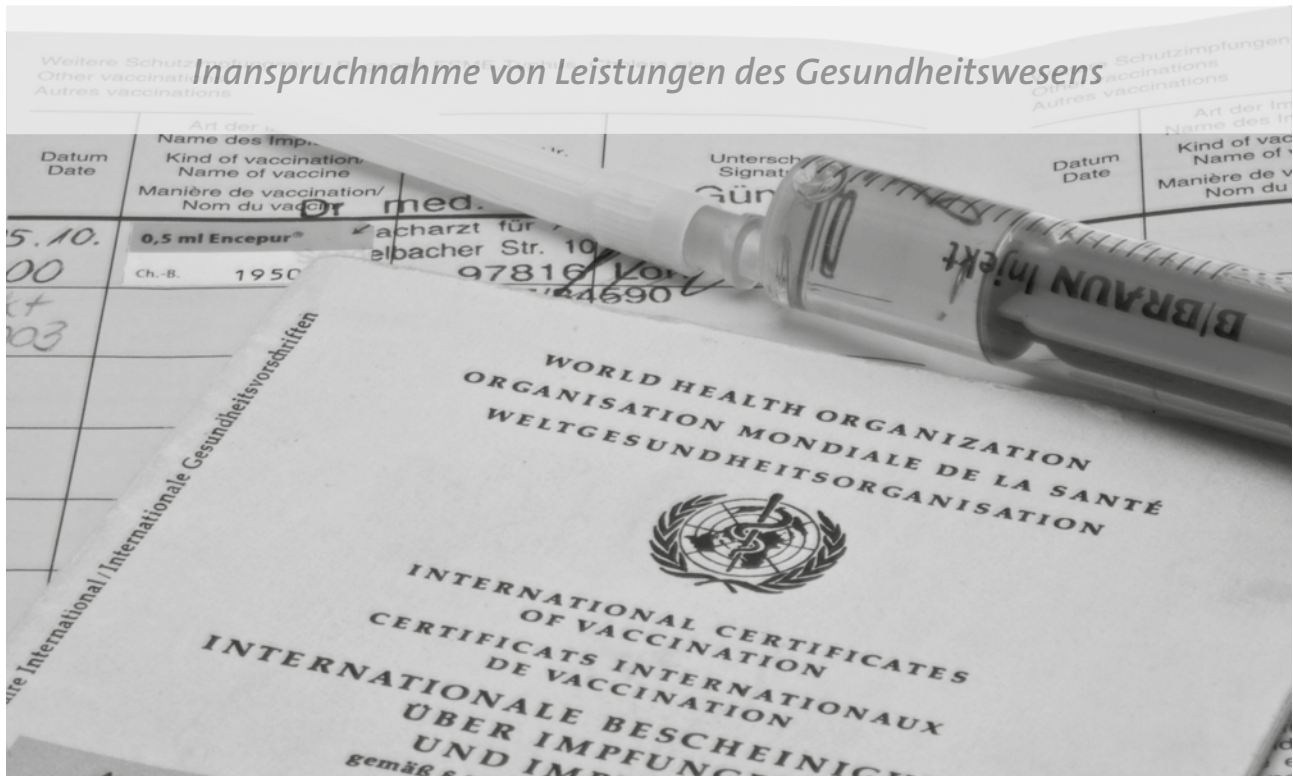
Definition

Der vorliegende Indikator gibt Auskunft über die Zahl von Menschen mit Behinderungen im Alter von 18 und mehr Jahren in stationären Wohneinrichtungen im regionalen Vergleich. Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe bezieht sich auf körperlich, geistig, seelisch behinderte Menschen und Suchtkranke. Die Angaben erfolgen sowohl in absoluter Fallzahl als auch bezogen auf je 100 000 Einwohner. Das Verhältnis von ambulanten zu stationären wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit Behinderungen wird unter Hinzuziehung des Indikators 6.23 Personen im Ambulant Betreuten Wohnen berechnet. Erläuterungen zum Ambulant Betreuten Wohnen siehe Indikator 6.23.

Erläuterungen zum stationären Wohnen siehe Indikator 6.23-01.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 06_23 02

Themenfeld 7



© Andres Morlok/PIXELIO



Inanspruchnahme/Leistungen der Gesundheitsförderung u. Früherkennung von Krankheiten

07_06 Inanspruchnahme Krankheitsfrüherkennungsprogramm, Kinder

Definition

Das gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder ist ein der Entwicklungsdynamik des Kindes angepasstes mehrteiliges Screening-Programm, das eine möglichst frühzeitige Aufdeckung wesentlicher Entwicklungsstörungen und Erkrankungen zum Ziel hat. Dadurch werden Therapiemöglichkeiten früher einsetzbar. Das Programm umfasst insgesamt 10 Untersuchungen. Zuletzt wurde am 1.7.1997 die J1 (1. Jugendgesundheitssschutzuntersuchung) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen als Pflichtleistung aufgenommen.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig. Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Früherkennungsuntersuchungen werden im Vorsorgeheft dokumentiert. Die Neugeborenen-Untersuchungen U1 (Erstuntersuchung) und U2 (Basisuntersuchung am 3. - 10. Lebenstag) werden in der Regel noch in der Geburtsklinik und damit bei nahezu allen Kindern durchgeführt; die folgenden Untersuchungen werden beim niedergelassenen (Kinder-)Arzt angeboten. Über ihre Inanspruchnahme im Regionalvergleich berichtet Indikator 7.6. Dabei wird eine Differenzierung nach den Untersuchungen im 1. Lebensjahr (U3: 4. - 6. Lebenswoche, U4: 3. - 4. Lebensmonat, U5: 6. - 7. Lebensmonat, U6: 10. - 12. Lebensmonat) sowie den in den folgenden Lebensjahren bis zum Schuleintritt angebotenen Untersuchungen (U7: 21. - 24. Lebensmonat, U8: 43. - 48. Lebensmonat (3 ½ - 4 Jahre), U9: 60. - 64. Lebensmonat (5 - 5 ½ Jahre)) vorgenommen.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden die Eintragungen im Vorsorgeheft durch den öffentlichen Gesundheitsdienst erfasst. Indikator 7.6 bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die das Vorsorgeheft zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 07_06

07_10 Durch Kariesprophylaxemaßnahmen erreichte Kinder n. Einrichtungstyp

Definition

Unter dem Begriff Kariesprophylaxe werden Maßnahmen zur Verhinderung von Zahnerkrankungen (Karies) zusammengefasst. Sie werden unterschieden in Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe. Gesetzliche Grundlage sind für die Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, für die Individualprophylaxe § 22 SGB V. Gemäß § 21 SGB V haben die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen Maßnahmen zur Erkennung und

Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten zur Durchführung zu beteiligen. Die Maßnahmen werden vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen durchgeführt und sollen sich insbesondere auf Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene erstrecken.

Indikator 7.10 stellt die Anzahl der durch ein- bis viermalige Prophylaxemaßnahmen bzw. -impulse tatsächlich erreichten Vorschul- und Schulkinder dar und weist den Anteil der durch wenigstens eine Karies-Prophylaxemaßnahme erreichten Kinder nach Einrichtungstyp im Regionalvergleich aus. Bezugszahl ist die Anzahl der in allen Einrichtungen gemeldeten Kinder und das Schuljahr.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 06_23 10

07_13 Impfquote Polio, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Hib, Pertussis, Schulanfänger

Definition

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Die Eliminierung der Masern und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) öffentlich empfohlen werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Die Grundimmunisierung gilt dann als abgeschlossen, wenn gegen Poliomyelitis und Hepatitis B jeweils 3 Impfungen vorliegen, gegen Diphtherie, Tetanus und Haemophilus influenzae b jeweils mindestens 3 sowie gegen Pertussis 4 Impfungen durchgeführt wurden.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder ein vom ihm beauftragter Arzt bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.13 verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 07_13



07_14 Impfquote Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Schulanfänger

Definition

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Die Eliminierung der Masern und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) öffentlich empfohlen werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) sollte mit einem Kombinationsimpfstoff (MMR-Impfstoff) erfolgen. Um der Eliminierung der Masern nahe zu kommen, wird eine 2. MMR-Impfung spätestens mit Vollendung des 2. Lebensjahres empfohlen. Daher weist der Indikator getrennt den Anteil der Kinder mit mindestens 1 Impfung sowie als Teilmenge davon den Anteil der Kinder mit mindestens 2 Impfungen aus.

Die Windpocken- oder Varizellen-Impfung im Kindesalter wird seit 2004 empfohlen. Im August 2009 hat die STIKO auch die Empfehlung zu einer zweiten Varizellenimpfung im Alter von 15 bis 23 Lebensmonaten verabschiedet. Zuvor war nur auf eine mögliche zweite Impfung gemäß Herstellerangaben verwiesen worden. Die zweite Impfung ist wichtig, um Ausbrüche und Erkrankungen trotz Impfung (Durchbruchserkrankungen) zu verringern und die Übertragung des Virus auf empfängliche Personen weiter einzudämmen. Die erste Impfung gegen Varizellen erfolgt in der Regel im Alter von 11 bis 14 Monaten, entweder simultan mit der ersten MMR-Impfung oder frühestens 4 Wochen nach dieser. Alternativ steht ein MMR-Varizellen-Kombinationsimpfstoff zur Verfügung.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder ein vom ihm beauftragter Arzt bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.14 verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut. Ein Vergleich zum Indikator 7.13, der die Trendentwicklung darstellt, ist gegeben.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 07_14

Inanspruchnahme/Leistungen der ambulanten Versorgung

07_23 01 Methadon-Substitutionsbehandlung

Definition

In NRW ab 1987 zunächst als wissenschaftlich begleitetes Erprobungsverfahren eingeführt, hat sich die Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Personen inzwischen etabliert und bewährt.

Zu beachten sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittelverschreibungs-Verordnung (BtMVV). Voraussetzung für die Substitution Opiatabhängiger ist gemäß § 5 Abs. 2 BtMVV das Vorliegen einer suchttherapeutischen Qualifikation des behandelnden Arztes. Diese wird von den Ärztekammern nach dem allgemeinen anerkannten Stand der Wissenschaft festgelegt (s. Richtlinie der Bundesärztekammer vom 22. März 2002). Ausnahme: bis zu drei Substitutionspatienten können bei regelmäßiger Hinzuziehung eines Konziliariums auch von einem Arzt ohne Fachkundenachweis betreut werden (§ 5 Abs. 3 BtMVV). Gesonderte Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen sind für die Substitution zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen (BUB-Richtlinien vom 28. Oktober 2002).

Gemäß § 5 a BtMVV führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Bundesopiumstelle) für die Länder als vom Bund entliehenes Organ ein Register mit Daten über das Verschreiben von Substitutionsmitteln (Substitutionsregister). Seit dem 1.7.2002 ist jeder Arzt, der eine Substitutionsbehandlung bei einem opiatabhängigen Patienten durchführt, verpflichtet, diese unverzüglich dem Substitutionsregister zu melden. Ebenfalls verpflichtend ist die Abmeldung, wenn die Behandlung beendet ist. Die An- und Abmeldeverpflichtung gegenüber dem Substitutionsregister besteht unabhängig vom Versicherungsstatus des Patienten (privat, KV, ect.).

Im Indikator werden die Anzahl der substituierenden Ärzte insgesamt (gemäß § 5 Abs. 2 und 3 BtMVV) und die Anzahl der mit Methadon bzw. anderen Opiat-Ersatzmedikamenten substituierten Patienten im Regionalvergleich für den Zeitraum 1.1 bis 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres dargestellt. Dabei wird die Anzahl der Patienten nicht nach dem Wohnsitz der Patienten ausgewiesen, sondern dem Kreis oder der kreisfreien Stadt zugeordnet, in der sie substituiert werden.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 07_23 01



Inanspruchnahme/Leistungen der stationären/teilstationären Versorgung

07_34 Pflegegeldempfänger nach Pflegestufen

Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die absolute Anzahl von Pflegegeldempfängern und über die prozentuale Verteilung auf die einzelnen Pflegestufen. Dargestellt wird neben dem Landesergebnis auch die Häufigkeit von Pflegegeldempfängern in den einzelnen Regionen (Kreisen, kreisfreien Städten und Regierungsbezirken). Die Angaben erfolgen für Frauen und Männer getrennt. Als pflegebedürftig werden alle Personen erfasst, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe I - III (einschließlich Härtefälle) haben. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird unterschieden in:

Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Die Definitionen und Abgrenzungen der Statistik beruhen auf dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI). Die Rechtsgrundlage für die Statistik bildet ebenfalls das SGB XI (§ 109 Abs. 1 in Verbindung mit der Pflegegeldstatistikverordnung vom 24.11.1999, BGBL. I S. 2282). Die Zahl der Pflegegeldempfänger wird vom Statistischen Bundesamt bei den Spitzenverbänden der Pflegekassen erhoben, die Ergebnisse werden den Ländern zur Verfügung gestellt.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 07_34

07_34 01 MDK-Pflegebegutachtungen nach Pflegeart

Definition

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit wird durch die soziale Pflegeversicherung (SGB XI) abgesichert. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI § 14) sind Menschen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung mindestens sechs Monate lang nicht in der Lage sind, die regelmäßig wiederkehrenden Tätigkeiten des täglichen Lebens auszuführen.

Zuständig für die Leistungen für Versicherte der Pflegestufen I - III nach dem Pflegeversicherungsgesetz

sind die Pflegekassen (Krankenkassen). Ca. 85 - 90 % der Bevölkerung in NRW sind in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert. Da die Daten der in privaten Pflegeversicherungen Versicherten in diesem Indikator nicht enthalten sind, ist zu beachten, dass die Rate Pflegebedürftiger je 100 000 Einwohner um ca. 10 - 15 % zu gering ausgewiesen ist.

Versicherte können bei der Antragstellung u. a. zwischen Leistungen für ambulante Pflege und Leistungen für vollstationäre Pflege wählen. Die Leistungsart ambulant bezieht sich auf die Pflege im häuslichen Umfeld, wobei zwischen Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfe, Pflegesachleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst und Kombinationsleistungen (eine Mischung aus den beiden vorgenannten Pflegeformen) unterschieden wird. Stationäre Leistungen werden von Versicherten beantragt, die in einem Alten- oder Pflegeheim leben (wollen).

Erstbegutachtungen beziehen sich auf die Neueinstufung (Ersteinstufung) in eine Pflegestufe im Berichtsjahr. Wiederholungsbegutachtungen werden in dem vorliegenden Indikator ausgeschlossen.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 07_34 01

07_35 Von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen

Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die absolute Zahl von Pflegebedürftigen, die von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreut werden, und über die prozentuale Verteilung der Pflegebedürftigen nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe). Einbezogen sind auch Pflegebedürftige, die Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen, d. h. Pflegegeld beziehen und zusätzlich eine ambulante Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen. Dargestellt werden neben dem Landesergebnis auch die entsprechenden Zahlen für die einzelnen Regionen (Kreise, kreisfreie Städte, Regierungsbezirke und Stadtbezirke). Die Angaben erfolgen für Frauen und Männer getrennt.

Als pflegebedürftig werden alle Personen erfasst, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe I - III (einschließlich Härtefälle) haben. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird unterschieden in:

Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige, einschließlich Härtefälle) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.



Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) sind Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Rechtsgrundlage für die Pflegestatistik bildet die Verordnung zur Durchführung der Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV)) vom 29. November 1999 (BGBl. I S. 2282) nach § 109 Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014 - SGB XI), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S.1656) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (BstatG) vom 22. Januar 1987 (BGBl. I S. 565), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1300).

Auskunftspflichtig sind die Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste), mit denen ein Versorgungsvertrag gemäß SGB XI § 72 besteht bzw. die gemäß § 73 Abs. 3 und 4 Bestandsschutz genießen und danach zugelassen sind

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 07_35

07_36 In Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige nach Pflegestufen

Definition

Der Indikator gibt Auskunft über die absolute Zahl von Pflegebedürftigen, die in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen betreut werden, und über die prozentuale Verteilung der Pflegebedürftigen nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe). Dargestellt werden neben dem Landesergebnis auch die entsprechenden Zahlen für die einzelnen Regionen (Kreise, kreisfreie Städte, Regierungsbezirke). Die Angaben erfolgen für Frauen und Männer getrennt.

Als pflegebedürftig werden alle Personen erfasst, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe I - III (einschließlich Härtefälle) haben. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird unterschieden in:

Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigsten zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) sind Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztä-

gig (vollstationär) und/oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.

Die Definitionen und Abgrenzungen der Statistik beruhen auf dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI). Die Rechtsgrundlage für die Statistik bildet ebenfalls das SGB XI (§ 109 Abs. 1 in Verbindung mit der Pflegegeldstatistikverordnung vom 24.11.1999, BGBl. I S. 2282). Auskunftspflichtig sind die Träger der stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), mit denen ein Versorgungsvertrag gemäß SGB XI § 72 besteht bzw. die gemäß § 73 Abs. 3 und 4 Bestandsschutz genießen und danach zugelassen sind.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 07_36



Themenfeld 8

Beschäftigte im Gesundheitswesen



© JMG/PIXELIO

Personal in ambulanten Einrichtungen

08_08 Ärzte und Zahnärzte in ambulanten Einrichtungen

Definition

Im Indikator 8.8 werden die Ärzte in Personen ausgewiesen, die an der vertragsärztlichen Versorgung als Haus-, Fach- und Zahnärzte teilnehmen sowie die regionale Versorgungsdichte.

Die in ambulanten Einrichtungen tätigen psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit psychotherapeutischem Versorgungsauftrag sind im Indikator 8.13 enthalten.

Unter Zahnärzten versteht man Zahnärzte, Kieferorthopäden und Oralchirurgen.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 08_08

08_13 Psychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen

Definition

Im Indikator 8.13 werden alle Psychotherapeuten in Personen ausgewiesen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Der Indikator reflektiert den Versorgungsgrad und inwieweit eine ausgewogene Relation zwischen ärztlichen Psychotherapeuten(40 %) und psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten (60 %) besteht. Im § 72 SGB V und in dem am 1.1.1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz ist die Teilnahme der psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- u. Jugendlichentherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung geregelt. § 101 (4) SGB V setzt den Anteil der ärztlichen Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung mit 40 % fest. Da der Versorgungsgrad für Psychotherapeuten insgesamt errechnet wird, kann es, trotz einer sich aus diesem Wert ergebenden Überversorgung, noch zu möglichen Neuniederlassungen ärztlicher Psychotherapeuten kommen, um den Anspruch auf den Mindestversorgungsanteil jeder Fachgruppe zu berücksichtigen.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 08_13

08_13 01 Berufstätige Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Definition

Im Indikator 8.13_01 werden alle berufstätigen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Personen ausgewiesen, die in ambulanten, stationären und sonstigen Einrichtungen arbeiten sowie die regionale Versorgungsdichte.



Die Bezeichnung Psychotherapeut ist in Deutschland seit dem 1. Januar 1999 durch das Psychotherapeutengesetz geschützt und darf nur von Personen geführt werden, die eine Approbation besitzen, also über die staatliche Erlaubnis verfügen, diesen Heilberuf auszuüben. Das können Diplom-Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut) sein oder Diplom-Pädagogen oder Diplom-Sozialpädagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut) bzw. Personen mit vergleichbaren Hochschulabschlüssen, die zusätzlich eine staatlich anerkannte psychotherapeutische Zusatzausbildung abgeschlossen haben. Psychotherapeutisch tätig Ärzte haben eine entsprechenden Weiterbildung in Psychotherapie abgeschlossen und sind Mitglieder der zuständigen Ärztekammer. Sie werden in diesem Indikator nicht berücksichtigt. Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen zu den vertragsärztlich, bzw. vertragspsychotherapeutisch tätigen ärztlichen Psychotherapeuten und psychologischen Psychotherapeuten sind in den Indikatoren 8.12 und 8.13 enthalten.

Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen (§ 2 Heilberufsgesetz) gehören der Psychotherapeutenkammer alle Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an, die im jeweiligen Land ihren Beruf ausüben oder, falls sie ihren Beruf nicht ausüben, ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Als berufstätig sind bei den Psychotherapeutenkammern die Psychotherapeuten registriert, die den psychotherapeutischen Beruf ausüben. Nicht einbezogen sind demnach Psychotherapeuten, die berufsfremde Tätigkeiten ausführen, sich im Erziehungsurlaub oder Ruhestand befinden, berufs- oder erwerbsunfähig oder arbeitslos gemeldet sind.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 08_13_01

08_15 Physiotherapeuten, Masseur, Medizinische Bademeister

Definition

Durch die Zunahme von Erkrankungen des Bewegungsapparates ist es für die therapeutische Versorgung der Bevölkerung notwendig, den Versorgungsgrad mit Physikalischen Therapeuten im Indikator 8.15 nachzuweisen. Die Ausübung der Berufe des Physiotherapeuten sowie des Masseurs und medizinischen Bademeisters wird durch das Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG) vom 26. Mai 1994 geregelt. Durch das neue Berufsgesetz wurde auch die frühere Berufsbezeichnung Krankengymnast durch die Bezeichnung Physiotherapeut ersetzt. In diesem Indikator wird der Begriff ambulante Einrichtungen entsprechend der Klassifikation der Einrichtungen der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes definiert. Zu ambulanten Einrichtungen gehören z. B. Arzt-/Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger medizinischer Berufe, Einrichtungen der ambulanten Pflege und sonstige ambulante Einrichtungen.

Erfasst werden selbstständige Physiotherapeuten, Masseur und Bademeister in Niederlassungen und angestellte Physikalische Therapeuten in den verschiedenen ambulanten Einrichtungen.

Die angestellten Physikalischen Therapeuten in ambulanten Einrichtungen erhält man durch Subtraktion der im Krankenhaus und in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen tätigen Physiotherapeu-

ten (Krankenhausstatistik) von der Zahl der Physiotherapeuten etc. (Berufsgruppe 852 „ Masseur, Krankengymnasten und verwandte Berufe) aus der Statistik der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Für die Gesamtzahl der in ambulanten Einrichtungen Tätigen muss nun die Zahl der selbstständig tätigen Physikalischen Therapeuten (IKK-Nordrhein, AOK Westfalen-Lippe) addiert werden. Zur Darstellung der Versorgungssituation in den Regionen wird der Bezug von Physikalischen Therapeuten in ambulanten Einrichtungen zur Bevölkerung hergestellt.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 08_15

08_16 01 Heilpraktiker

Definition

Der Indikator 8.16_01 gibt Auskunft über Heilpraktiker und die Versorgungsdichte.

Heilpraktiker ist die Berufsbezeichnung für Personen, die eine staatliche Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde besitzen. Die staatliche Erlaubnis zur Berufsausübung wird nach Überprüfung zum Ausschluss einer Gefahr für die Volksgesundheit durch die untere Gesundheitsbehörde erteilt. Die Erlaubnis kann nur erteilt werden, wenn der Antragsteller das 25. Lebensjahr erreicht hat, Bürger eines EU-Staates ist, eine abgeschlossene Schulbildung nachweisen kann und die Zuverlässigkeit zur Berufsausübung gegeben ist.

Grundlage für die Erteilung der o. g. Erlaubnis ist das Heilpraktikergesetz von 1939 in Verbindung mit der ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz und die Richtlinie zur Durchführung des Heilpraktikergesetzes des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen vom 18.05.1999.

Der moderne Heilpraktikerberuf gliedert sich nach der Neufassung des Psychotherapeutengesetzes in den allgemein praktizierenden Heilpraktiker und den 1993 eingeführten eingeschränkten Heilpraktiker mit Zulassung auf dem Gebiet der Psychotherapie.

Heilpraktiker mit Vollzulassung sind zu beschränkter diagnostischer und therapeutischer Tätigkeit berechtigt. Sie wenden u. a. Methoden der Naturheilkunde oder andere Lehren der sogenannten Alternativmedizin an und führen Zusatzbezeichnungen zur obligatorischen Berufsbezeichnung Heilpraktiker wie z. B. Homöopathie, Akupunktur, Bioenergetik oder Atemtherapie. Maximal dürfen 3 Zusatzbezeichnungen (Heilverfahren) angegeben werden, eine verbindliche gesetzliche Grundlage besteht nicht.

Heilpraktikern für Psychotherapie ist generell jede Verordnung von Medikamenten und jede körperliche Behandlung untersagt. Sie dürfen nur psychotherapeutisch wirken. Von ihnen werden z. B. die systemische Familientherapie, autogenes Training und Hypnose angeboten.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 08_16 01



Personal in stationären und teilstationären Einrichtungen

08_19 Personal im Pflegedienst in allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern nach Berufen

Definition

Grundlage für eine hohe Pflegequalität ist gut ausgebildetes Pflegepersonal. Im Indikator 8.19 wird das Pflegepersonal der allgemeinen und, ab dem Berichtsjahr 2004, der sonstigen Krankenhäuser nach Krankenhausstatistikverordnung (KHStV) nach Berufen und Geschlecht differenziert im Regionalvergleich dargestellt. Die Zahl der ausgewiesenen Pflegekräfte enthält voll- und teilzeitbeschäftigte Personen. Sonstige Pflegepersonen beinhaltet Krankenpflegepersonal (ohne staatliche Prüfung) einschließlich Zivildienstleistende und Praktikanten.

Das Personal im Pflegedienst in Krankenhäusern ist in der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes in den übrigen Gesundheitsdienstberufen enthalten.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 08_19

Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst

08_27 Personal kommunaler Dienststellen

Definition

Indikator 8.27 fasst das Personal kommunaler Dienststellen der Gesundheitsverwaltung und der Einrichtungen der Gesundheitspflege, differenziert nach kreisfreien Städten und Kreisen, Geschlecht und dem Umfang des Beschäftigungsverhältnisses zusammen.

Gemäß den Zuordnungsvorschriften zum Gliederungsplan kommunaler Haushalte gehören zur Gesundheitsverwaltung:

Gesundheitsamt, Medizinalaufsicht, Apothekenaufsicht, Verwaltungsaufgaben des Gesundheitsschutzes, z. B. Seuchenvorsorge, Desinfektionen, Seuchenabwehr, Impfwesen, der Gesundheitspflege, z. B. schulärztlicher und schulzahnärztlicher Dienst, der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsberatung, zu Sonstigen Einrichtungen und Maßnahmen der Gesundheitspflege:

Ambulatorien, Bakteriologische und Chemische Untersuchungsanstalten als Einrichtungen des Gesundheitsdienstes, Desinfektionsanstalten, Entseuchungsanstalten, Gemeindepflegestationen, Gemeindeschwesternstationen, Hebammenfortbildungskurse, Krankenpflegestationen, Mütterberatungsstellen, Mütterschulungskurse, Sanitätsdienst, Ärztliche Auskunft- und Beratungsstellen, Rettungsstationen, Rettungsstellen, Unfallmeldestellen, Unfallstationen. Als Einrichtungen der Ge-

sundheitspflege: Drogenberatung, Sozialstationen, Altenpflegeseminar u. ä., Fleischbeschau.

Zu den Teilzeitbeschäftigten zählen auch die geringfügig Beschäftigten und die Beschäftigten in Altersteilzeit (ATZ) – unabhängig von Modell (Block-, Teilzeitmodell) und Phase (Freistellungs- bzw. Arbeitsphase). Dabei werden sie über den gesamten ATZ-Zeitraum hinweg mit der Hälfte des tatsächlichen Umfangs der Beschäftigung zum Zeitpunkt des Eintritts in das ATZ-Arbeitsverhältnis dargestellt. Beurlaubte Bedienstete sind hier nicht berücksichtigt.

Vollzeitäquivalente sind das Aggregat der Vollzeitbeschäftigten sowie der über die Arbeitszeitfaktoren (AZF) auf Vollzeitstellen umgerechneten Anzahl der Teilzeitbeschäftigten; geringfügig Beschäftigte, die keine Kennung des AZF haben, mussten dabei unberücksichtigt bleiben.

Quellen: LZG.NRW 2010
Kommentar zum Indikator 08_27

Quellen

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW): Indikatoren auf Kreisebene, 2019

Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen (LKR NRW), Bochum 2019

