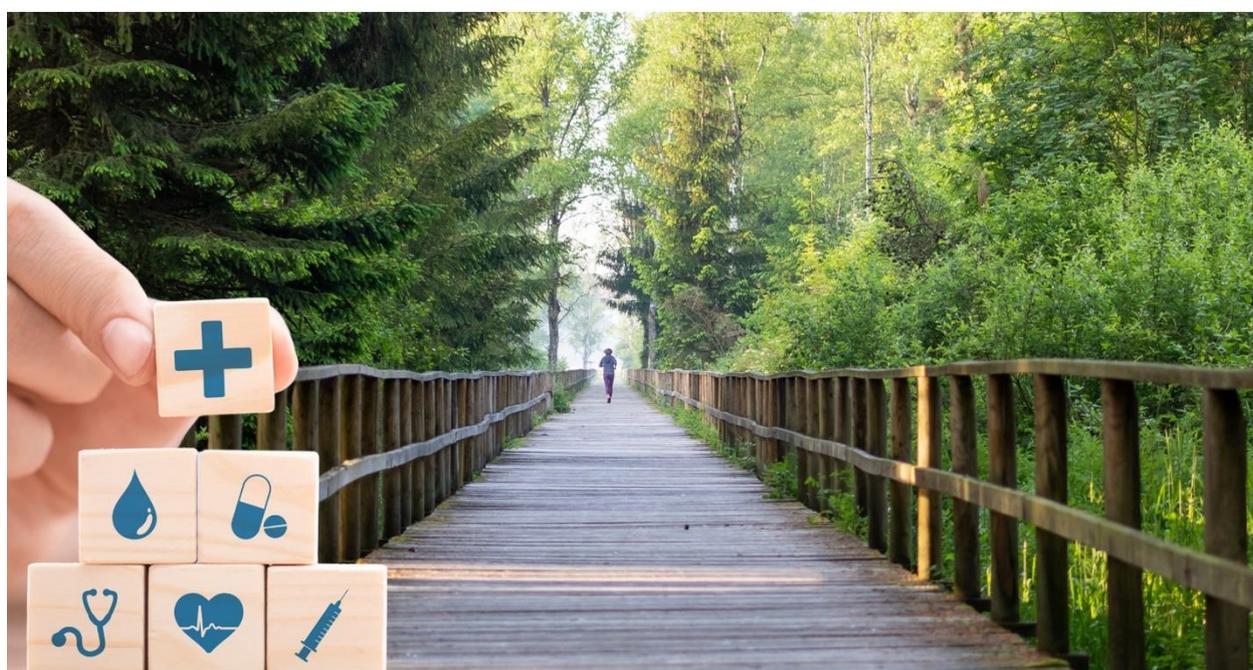


Basisgesundheitsbericht

Mülheim an der Ruhr 2024



Impressum

Herausgeberin

Stadt Mülheim an der Ruhr

Der Oberbürgermeister

Amt für Gesundheit und Hygiene

Heinrich-Melzer-Str. 3

45468 Mülheim an der Ruhr

Kontakt

Claudia Bracher

E-Mail: Claudia.Bracher@muelheim-ruhr.de

Druck

Rathausdruckerei

Bild Titelseite

Canva

Auflage

100 Exemplare

Stand

Januar 2024

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

ich freue mich, Ihnen den ersten Basisgesundheitsbericht der Stadt Mülheim an der Ruhr vorzulegen. Getreu dem Motto „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ ist es mir ein Anliegen, dass dieses Thema auf allen Ebenen mitgedacht wird.

Gesundheitsberichte haben das Ziel, den Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie die Gegebenheiten der Gesundheitsversorgung aufzuzeigen und Entwicklungstendenzen darzustellen. Sie bilden die Grundlage für eine zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention. Insbesondere durch regionale Vergleiche können Problemlagen erkannt und Handlungsbedarfe identifiziert werden. Wir streben in Mülheim eine gelebte Vernetzung vieler Bereiche an, da nur gemeinsam und unter der Berücksichtigung verschiedener Perspektiven ein gesundes Leben in allen Altersstufen erreicht werden kann.

Erfreulicherweise stellt sich die Lage aus der Gesundheitsperspektive für unsere Stadt in großen Teilen unauffällig dar. Trotzdem wollen wir an der einen oder andere Stelle noch besser werden. Dem Leitsatz der Gesundheitsberichterstattung „Daten für Taten“ folgend erhoffe ich mir deshalb, dass der vorliegende Bericht Impulse für rege Diskussionen gibt, um darauf aufbauend gemeinsam Lösungsansätze zu entwickeln und so einen Beitrag zur Fortentwicklung der Gesundheit der Bevölkerung im Allgemeinen und einzelner Bevölkerungsgruppen im Speziellen zu leisten.

In diesem Sinne gutes Gelingen allen, die sich für eine Vernetzung des Gesundheitswesens mit Bereichen wie z. B. Bildung, Städteplanung und Umweltschutz einsetzen und sich für das seelische und körperliche Wohlergehen der Menschen in unserer Stadt engagieren!

Ihre

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Daniele Grobe', written in a cursive style.

Dr. Daniele Grobe

Beigeordnete für Gesundheit, Soziales, Arbeit und Kultur

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Gesundheitliche Rahmenbedingungen	4
2.1. Bevölkerungsstruktur	4
2.2. Wirtschaftliche und soziale Lage	5
a) Bildungsstand.....	5
b) Arbeitslosenquote	6
c) Einkommen	6
3. Gesundheitszustand der Bevölkerung	7
3.1. Morbidität (Krankheitshäufigkeit in der Bevölkerung).....	8
3.1.1. Krankenhausfälle.....	8
3.1.2. Häufigste Krankenhausdiagnosen.....	9
3.1.3. Meldepflichtige Infektionskrankheiten	10
a) Influenza (Grippe).....	11
b) Multiresistenter Staphylococcus aureus.....	12
c) Tuberkulose.....	14
d) Mpox (Affenpocken).....	15
3.1.4. Schwerbehinderte Menschen.....	16
3.2. Mortalität (Sterblichkeit)	17
a) Sterbefälle	17
b) Säuglingssterblichkeit	18
c) Vermeidbare Sterbefälle	19
d) Lebenserwartung	21
4. Kindergesundheit	24
4.1. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung	24
4.1.1. Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes.....	24
a) Auffälligkeiten im Bereich Körperkoordination	24
b) Auffälligkeiten im Bereich auditive Merkfähigkeit.....	25
c) Auffälligkeiten im Bereich Sprachkompetenz	26
d) Auffälligkeiten im Bereich des Erkennens und Zeichnens von Objekten und Formen.....	28
e) Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen.....	28
4.1.2. Herabgesetzte Sehschärfe bei Einschulungsuntersuchungen.....	29

4.1.3. Adipositas bei Einschulungsuntersuchungen	30
4.2. Zahngesundheit	32
5. Gesundheitliche Versorgung	35
5.1. Stationäre Versorgung in Krankenhäusern	35
5.2. Ambulante Versorgung	36
a) Vertragsärztliche Versorgung	36
b) Vertragszahnärztliche Versorgung	37
5.3. Rettungsdienst	38
5.4. Apotheken	41
6. Anhang	42
6.1. Tabellenverzeichnis	42
6.2. Abbildungsverzeichnis	42
6.3. Quellenverzeichnis	43
6.3.1. Literatur	43
6.3.2. Internetquellen	44

Basisgesundheitsbericht 2024

1. Einleitung

Der Basisgesundheitsbericht der Stadt Mülheim an der Ruhr beschreibt anhand ausgewählter Indikatoren den Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie die gesundheitliche Versorgung. Er richtet sich nicht nur an sämtliche Beteiligte des Gesundheitswesens und der Politik, sondern auch an die Bürgerinnen und Bürger.

Neben der Darstellung der gesundheitlichen Situation und der Versorgungslage hat die Gesundheitsberichterstattung insbesondere das Ziel, Problemlagen zu analysieren und Handlungsbedarfe aufzuzeigen. Zugleich liefert sie gemäß dem Motto „Daten für Taten“ eine Grundlage für die gemeinsame Planung und Umsetzung von Präventionsstrategien sowie gesundheitsförderlicher Maßnahmen durch die jeweils relevanten Akteurinnen und Akteure.

Grundlage für den Basisgesundheitsbericht sind primär Daten des Landeszentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW), aber auch Daten des Landesbetriebs Information u. Technik NRW, Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz sowie stadteigene Quellen.

Im vorliegenden Bericht wurden die aktuellsten verfügbaren Daten zu Grunde gelegt, wobei die zeitliche Aktualität der jeweiligen Indikatoren unterschiedlich ist (vorwiegend 2019-2021). Dementsprechend wird auch für die Bevölkerungsstruktur das Jahr 2021 dargestellt.

Eine kurze Zusammenfassung der aktuellsten Daten für die Stadt Mülheim an der Ruhr befindet sich im Folgenden bei vielen Parametern in gelbunterlegten Infokästen. Erklärungen von Fachbegriffen stehen in blauunterlegten und weiterführende Informationen zum jeweiligen Thema in grünunterlegten Kästen.

Um eine Beurteilung der ermittelten Daten vornehmen zu können, werden diese in der Regel mit den Daten der Kreise und kreisfreien Städte Nordrhein-Westfalens verglichen. Eine regionale Vergleichbarkeit wird hierbei durch standardisierte Zahlen geschaffen. Ergeben sich Auffälligkeiten, so wird auf einen Interventionsbedarf hingewiesen.

Zukünftig wird der Basisgesundheitsbericht in etwa dreijährigem Abstand fortgeschrieben, um Entwicklungstrends aufzuzeigen und die Erreichung von Zielen zu verfolgen. Darüber hinaus werden nach jeweiligem Bedarf Spezialberichte gefertigt, die ein spezifisches Thema tiefergreifend beschreiben (z. B. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen) und kleinräumiger bzw. stadtteilbezogen darstellen.

2. Gesundheitliche Rahmenbedingungen

Es gibt vielfältige Faktoren, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung nehmen. Hierzu zählen neben den biologischen Faktoren wie Alter, Geschlecht und genetische Veranlagung auch die individuelle Lebensweise, soziale und kulturelle Hintergründe sowie Einkommens-, Arbeits-, Wohn- und Umweltverhältnisse (sogenannte Gesundheitsdeterminanten).

Im Folgenden wird anhand der Bevölkerungsstruktur, des Bildungsstands, der Arbeitslosenquote und des Pro-Kopf-Einkommens ein erster Überblick über die Gegebenheiten in Mülheim an der Ruhr geschaffen.

2.1. Bevölkerungsstruktur

Zum Stichtag 31.12.2021 sind in Mülheim an der Ruhr insgesamt 172.717 Einwohner*innen (84.191 männlich und 88.526 weiblich) gemeldet. Bei einer Fläche von 9.094,5 Hektar errechnet sich eine Bevölkerungsdichte von 19 Einwohner*innen je Hektar Fläche. Das Durchschnittsalter beträgt 45,1 Jahre.

Die Altersstruktur stellt sich hierbei wie folgt dar:

Altersgruppen	Anzahl Einwohner*innen	Anzahl in %
Kinder und Jugendliche 0 bis 17-Jährige	28.475	16,4%
Erwerbsfähige Personen 18- bis 64-Jährige	103.375	59,9%
ältere Menschen 65- bis 79-Jährige	26.530	15,4%
Hochbetagte 80 und mehr Jahre	14.337	8,3%

Tab. 1: Einwohner*innen nach Altersgruppen 2021 (Eigene Darstellung; Quelle: Referat VI.1 Stadtforschung und Statistik der Stadt Mülheim an der Ruhr, 2021)

Aus den vorgenannten Zahlen lassen sich der sogenannte Jugend- sowie der Altenquotient ableiten. Der Altenquotient bildet das Verhältnis der Personen im Rentenalter (ab 65 Jahre) zu 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (18 bis 64 Jahre) ab. Er beträgt 40 % und ist im Jahr 2021 der vierthöchste Altenquotient in NRW.

Die Relation der 0- bis 17-Jährigen zur Bevölkerung im Erwerbsalter (18 bis 64 Jahre) wird dementsprechend als Jugendquotient bezeichnet und beträgt 28 %, was in etwa dem NRW-Durchschnitt entspricht. (LZG. NRW, 2021)

2.2. Wirtschaftliche und soziale Lage

a) Bildungsstand

Der Bildungsstand ist eine bedeutsame Determinante für das Gesundheitsverhalten der Menschen. Beispielsweise geht mit steigendem Bildungsstand die Häufigkeit von Tabakkonsum, ungesunder Ernährung, mangelnder Bewegung und Adipositas nachweislich (DEGS-Befragung und SOEP) zurück.

DEGS ist die Abkürzung für die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland mit der das Robert Koch-Institut bundesweit Gesundheitsdaten mit Hilfe einer Kombination aus Befragungen, medizinischen Untersuchungen und Laboranalysen erhebt.

Das Sozio-ökonomische Panel (**SOEP**) ist die größte und am längsten laufende multidisziplinäre Langzeitstudie in Deutschland. Es ist am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung mit Sitz in Berlin angesiedelt.

Für die Darstellung des Bildungsstandes wird hier der höchste allgemeinbildende Schulabschluss der Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten herangezogen (Anzahl in 1.000):

	Ohne Schulabschluss		Haupt- oder Volksschulabschluss		Mittlere Reife/ gleichwertiger Abschluss		Hochschul-/ Fachhochschulreife		Sonstiges	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mülheim an der Ruhr	13	9,4	34	23,3	27	18,4	65	45,2	/	/
Nordrhein-Westfalen	1.047	6,9	4.190	27,5	3.374	22,2	5.994	39,4	612	4,0

Tab. 2: Bevölkerung nach dem Schulabschluss 2021 (Eigene Darstellung; Quelle: Landesbetrieb Information u. Technik NRW; Mikrozensus)

Den höchsten Anteil nimmt hierbei die Hochschul-/ Fachhochschulreife mit 45,2 % ein, wobei dieser Anteil über dem NRW-Durchschnitt (39,4 %) liegt.

b) Arbeitslosenquote

2021 beträgt die Arbeitslosenquote 8,8 % und liegt somit knapp über dem NRW-Durchschnitt (7,6 %).

Über die Hälfte der Arbeitslosen (57,7 %) sind hierbei im Jahr 2021 langzeitarbeitslos (ein Jahr und länger arbeitslos). Im NRW-Durchschnitt beträgt der Anteil der Langzeitarbeitslosen 48 %.

Die Entwicklung der Arbeitslosenquote zeigt, dass diese in den Jahren 2012 bis 2014 knapp unter dem NRW-Durchschnitt und seit 2015 kontinuierlich knapp über dem NRW-Durchschnitt liegt.

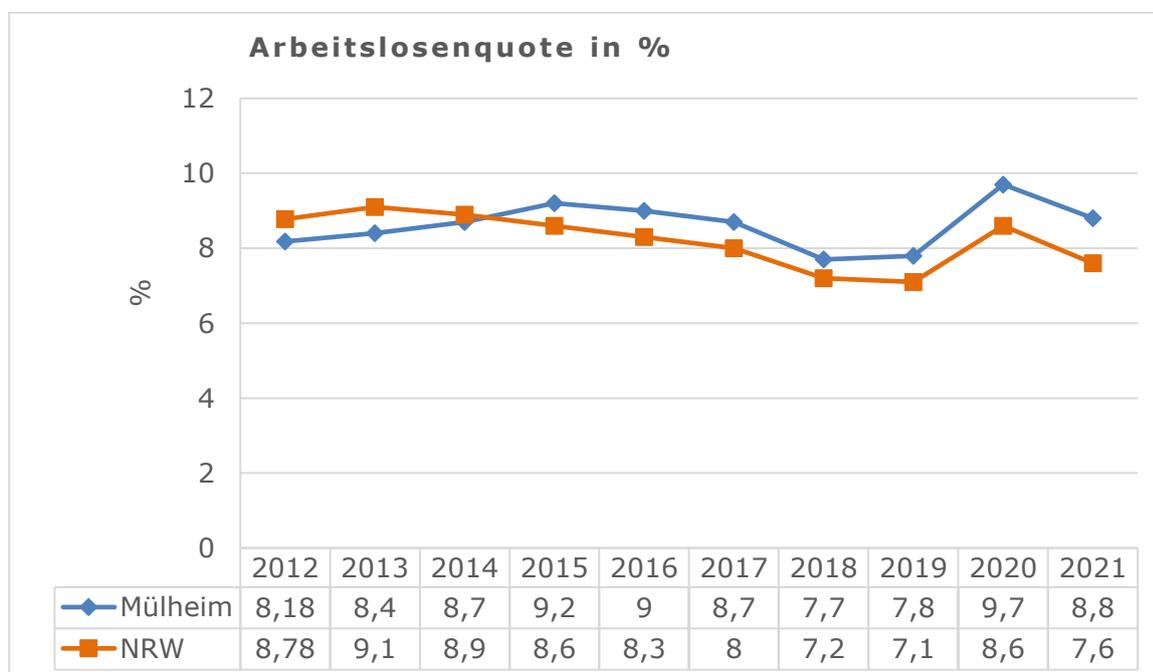


Abb. 1: Arbeitslosenquote im NRW-Vergleich 2012-2021 (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2021)

c) Einkommen

2020 beträgt das verfügbare Pro-Kopf-Einkommen 24.026 € (NRW-Durchschnitt 23.201 €).

Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte hat in den Jahren 2011 bis 2020 ausnahmslos über dem NRW-Durchschnitt gelegen, wobei eine fortlaufende Annäherung an den Durchschnitt erfolgt ist. In 2020 liegt die Differenz dennoch bei rund 800 €.

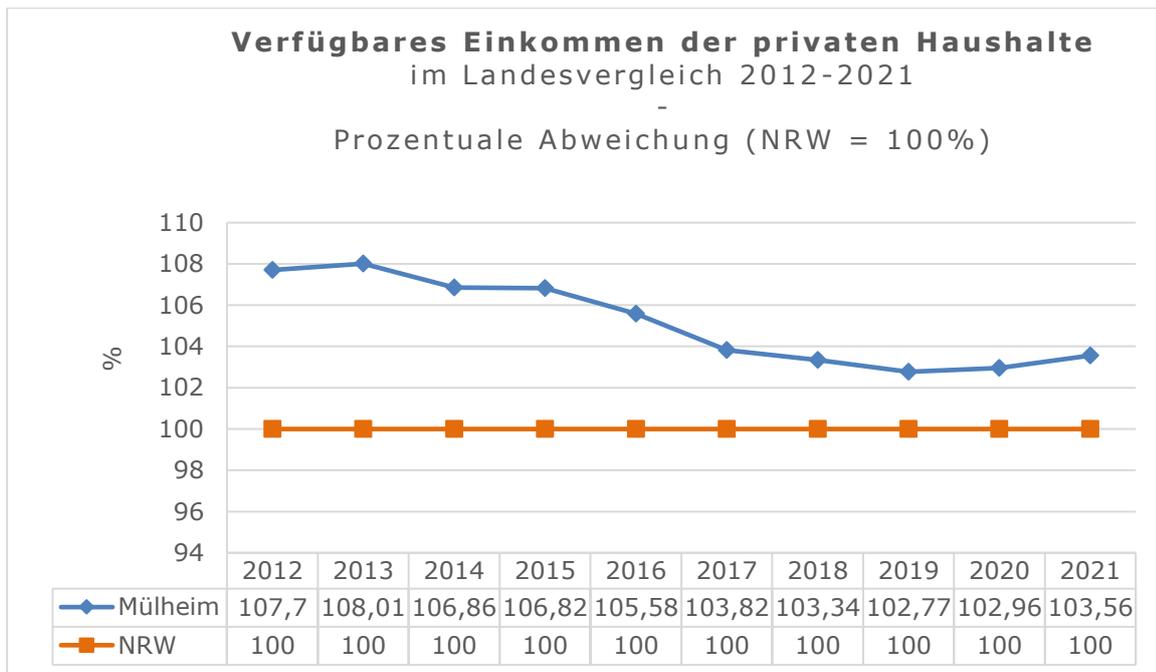


Abb. 2: Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte im NRW-Vergleich 2011-2020 / Prozentuale Abweichung (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2021)

3. Gesundheitszustand der Bevölkerung

SMR = standardisierte Morbiditäts-/Mortalitätsrate

Da in sämtlichen Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens unterschiedliche Altersstrukturen vorliegen, sind Mortalitäts- (Sterbe-) und Morbiditätsraten (Krankheitshäufigkeiten) nur eingeschränkt vergleichbar. Um eine regionale Vergleichbarkeit herzustellen, wird eine entsprechende Berechnung, die sogenannte indirekte Standardisierung, vorgenommen. Der ermittelte Wert für Nordrhein-Westfalen liegt bei dieser Methode immer bei 1. Für Kreise und kreisfreie Städte bedeutet beispielsweise ein errechneter Wert von 0,89, dass er 11 % unter dem NRW-Durchschnitt liegt, während ein Wert von 1,12 hingegen bedeutet, dass dieser 12 % über dem Landesdurchschnitt liegt.

3.1. Morbidität (Krankheitshäufigkeit in der Bevölkerung)

3.1.1. Krankenhausfälle

Im Jahr 2020 werden insgesamt 37.670 stationäre Krankenhausfälle verzeichnet (22.058 je 100.000 Einwohner).

SMR-Wert: 0,94

In den Jahren 2011 bis 2020 liegt die Anzahl der Krankenhausfälle kontinuierlich (im Jahr 2020 6 %) unter dem NRW-Durchschnitt.

Von den 37.670 behandelten Personen sind 19.709 weiblich und 17.961 männlich. Der erhöhte Frauenanteil bei der stationären Versorgung kann zum Teil durch die stationären Entbindungen erklärt werden.

Bei der Anzahl der Krankenhausfälle werden alle Patient*innen berücksichtigt, die in ein Krankenhaus in dem jeweiligen Jahr aufgenommen, stationär behandelt und entlassen werden. Der vorliegende Indikator basiert auf dem Wohnortprinzip. Dargestellt werden somit die Behandlungsfälle nach dem Wohnort der Patient*innen und nicht nach dem Behandlungsort.

Es ist zu beachten, dass Mehrfachbehandlungen von Patient*innen zu derselben Krankheit zu Mehrfachzählungen führen und auch sogenannte Stundenfälle (mit Ausnahme von Patient*innen mit unbekanntem Wohnsitz oder Geschlecht) in den obengenannten Zahlen enthalten sind. Stundenfälle bezeichnen Patient*innen, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind.

Krankenhausfälle

Abweichungen vom Landesdurchschnitt 2020

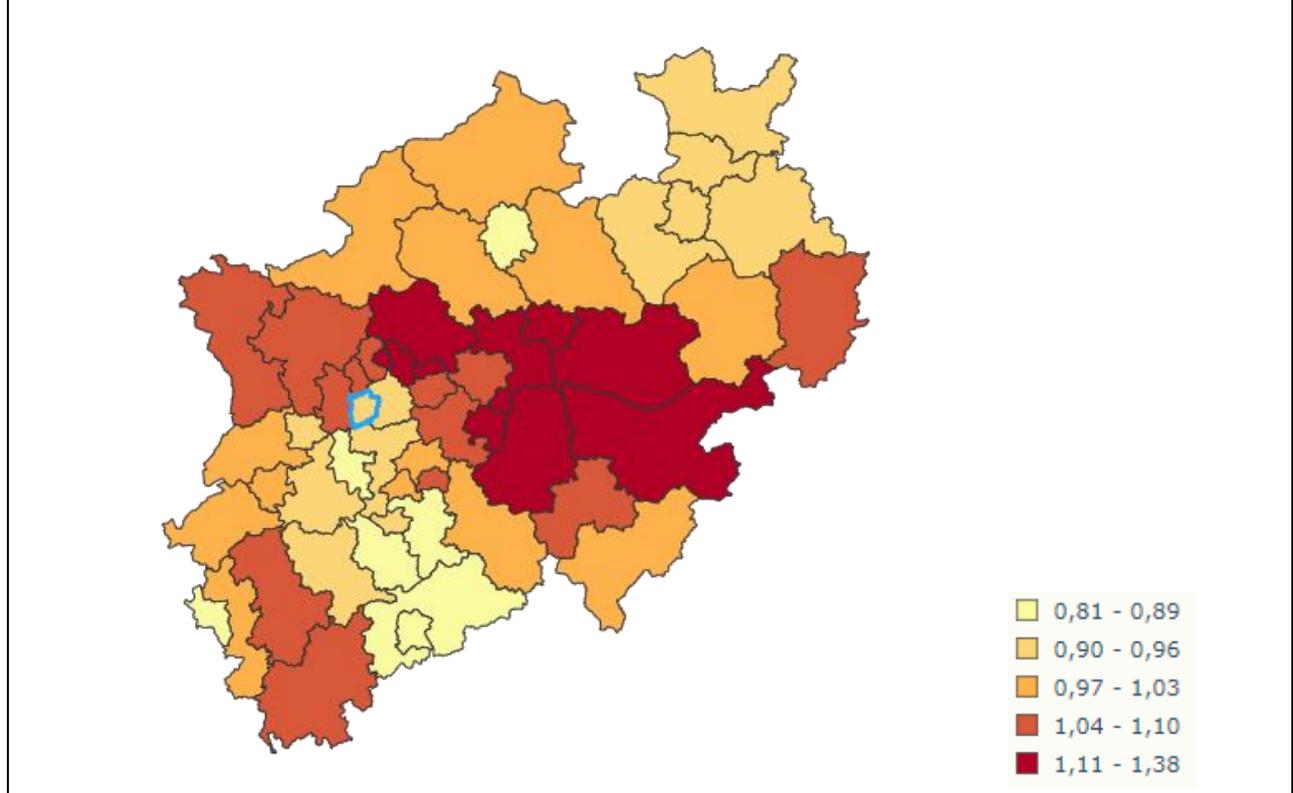


Abb. 3: SMR der Krankenhausfälle 2020 (Quelle: LZG.NRW 2020)

3.1.2. Häufigste Krankenhausdiagnosen

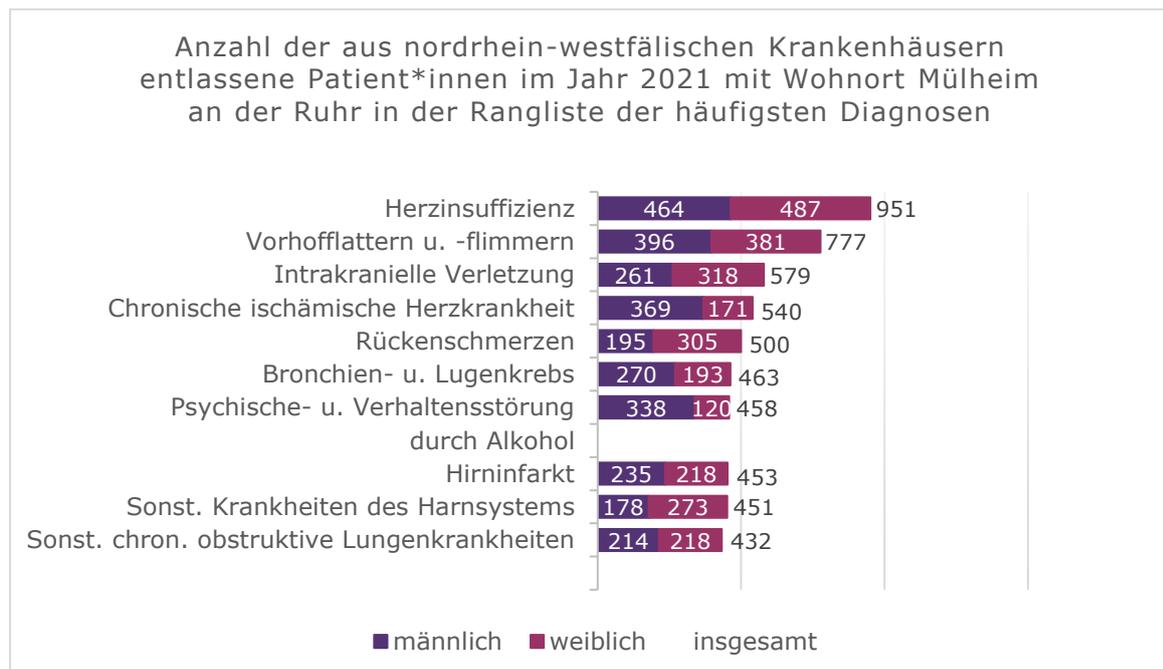


Abb. 4: Aus nordrhein-westfälischen Krankenhäusern entlassene Patient*innen im Jahr 2021 mit Wohnort Mülheim an der Ruhr (Eigene Darstellung; Quelle IT.NRW Pressestelle 2021)

Häufigster Anlass für einen stationären Aufenthalt sind im Jahr 2021 Herzkrankheiten:

- Herzinsuffizienz (Herzschwäche) mit 951 Patient*innen (Rang 1)
- Vorhofflattern und -flimmern (Herzrhythmusstörung) mit 777 Patient*innen (Rang 2)
- Chronische ischämische Herzkrankheit mit 540 Patient*innen (Rang 4), wobei der Anteil der Patienten (369) mehr als doppelt so hoch ist wie bei den Patientinnen (171).

Ischämische Herzkrankheit (oder auch koronare Herzkrankheit genannt)

Eine durch Verengung oder Verschluss auftretende Mangel durchblutung (Ischämie) und daraus resultierender Sauerstoff- und Nährstoffmangel des Herzmuskels. Dies kann zu Brustschmerzen (Angina pectoris), Herzschwäche (Herzinsuffizienz) sowie Herzinfarkt führen.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko einer Arterienverkalkung. Unterschiede gibt es zwischen den Geschlechtern. Hormone schützen Frauen bis in die mittleren Jahre. Sie erkranken in der Regel an typischen Folgen verengter Herzkranzgefäße wie Herzinfarkten ab dem 55. Lebensjahr, sprich ab den Wechseljahren, während Männer schon ab dem 45. Lebensjahr betroffen sind. (Deutsche Herzstiftung, 2023)

Auf dem 3. Rang befindet sich die intrakranielle Verletzung (Schädel-Hirn-Trauma) mit 579 Patient*innen.

Besondere Erwähnung soll hier noch die Hauptdiagnose Rückenschmerzen finden, die mit 500 Patient*innen den 5. Rang belegt, während diese in der Rangfolge Nordrhein-Westfalens im Jahr 2021 nicht unter den zehn häufigsten Hauptdiagnosen zu finden ist.

3.1.3. Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Infektionen werden durch Viren, Bakterien, Pilze oder Parasiten ausgelöst, die in den menschlichen Körper eindringen. Atemwegsinfektionen und Durchfallerkrankungen gehören zu den häufigsten Todesursachen weltweit. Während Infektionskrankheiten in Ländern mit niedrigem Einkommen eine große Rolle als Todesursache spielen, nehmen diese als Todesursache in den Ländern mit hohem Einkommen ab. Durch Hygienemaßnahmen, Impfungen und medikamentöse Behandlungen (z. B. Antibiotika) konnten die Infektionskrankheiten hier zurückgedrängt werden.

Das am 01.01.2001 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz hat zum Zweck, übertragbare Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Es regelt, welche Krankheiten bei Verdacht, Erkrankung oder Tod und welche labordiagnostischen Nachweise von Erregern meldepflichtig sind und wer diese melden muss.

Die Meldung muss innerhalb eines Zeitfensters, zumeist innerhalb 24 Stunden, an das zuständige Gesundheitsamt erfolgen. Das Gesundheitsamt meldet die Daten nichtnamentlich an das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen und dieses wiederum an das Robert Koch-Institut. Einige Erkrankungen werden nichtnamentlich direkt an das Robert Koch-Institut übermittelt (z. B. HIV). Darüber hinaus gibt es Erkrankungen, die nur gegenüber dem Gesundheitsamt meldepflichtig sind, wie beispielsweise Scharlach und Kopfläuse aus den Gemeinschaftseinrichtungen.

Nachfolgend werden ausgewählte Infektionskrankheiten dargestellt, die aufgrund ihrer Häufigkeit und /oder Schwere sowie ihrer Vermeidbarkeit durch Aufklärung eine hohe Relevanz für die Gesundheit der Bevölkerung haben. Hinsichtlich der Datenqualität ist zu beachten, dass eine Erfassung der jeweiligen Infektionskrankheit nur erfolgt, wenn diese auch gemeldet wird. Ein Unterbleiben der Meldung ist beispielsweise gegeben, wenn die infizierte Person keine Ärztin/ keinen Arzt aufsucht oder keine Labordiagnostik veranlasst wird.

Inzidenz

Inzidenz bedeutet die Häufigkeit des Auftretens von Neuerkrankungen innerhalb einer definierten Bevölkerung in einem bestimmten Zeitraum. Die Inzidenzrate bezeichnet den Anteil an Personen, die in einem bestimmten Zeitraum neu erkranken.

Die angegebenen Inzidenzraten beziehen sich hier auf die Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner*innen pro Jahr (oder bei der Grippe pro Grippesaison).

a) Influenza (Grippe)

Influenza gehört zu den am häufigsten vorkommenden Infektionskrankheiten, die regelmäßig in den Wintermonaten auftritt. Als Grippesaison wird der Zeitraum bezeichnet, in dem die Influenzaviren hauptsächlich zirkulieren. Sie fällt in Deutschland in den Zeitraum zwischen der 40. Kalenderwochen (Anfang Oktober) und der 20. Kalenderwoche (Mitte Mai), wobei sie ihren Höhepunkt in den meisten Jahren im Januar und Februar hat.

Die Stärke der Grippewellen schwankt von Jahr zu Jahr erheblich. Schwere Grippewellen sind in den Jahren 2009/10 (Schweinegrippe), 2012/13 und 2017/18 zu verzeichnen.

2020/21 und 2021/22 zeigt sich bedingt durch die Corona-Maßnahmen eine deutliche Abnahme der Grippe-Aktivität, während es 2022/23 wieder überdurchschnittlich viele Meldungen gibt.

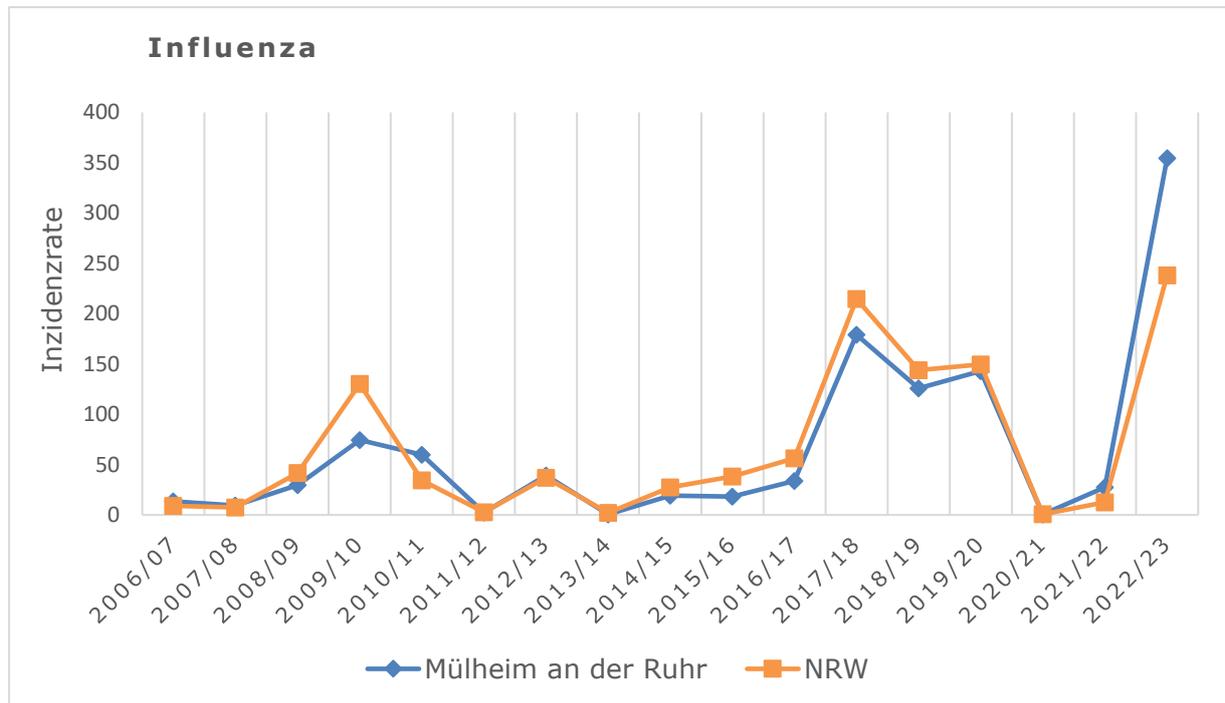


Abb. 5: Inzidenzrate Influenza im NRW-Vergleich 2000/01-2022/23 (Eigene Darstellung; Quelle Surv-Stat@RKI)

Die einzelnen stärkeren Grippewellen lassen sich auch in Mülheim an der Ruhr nachvollziehen und liegen mit Ausnahme der Jahre 2022/23 zumeist leicht unter dem NRW-Durchschnitt.

Insgesamt bedingt die Grippe eine hohe Krankheitslast in der Bevölkerung. Zudem zeigt sich während starker Grippewellen eine hohe Influenza assoziierte Übersterblichkeit (erhöhte Sterberate). (Robert Koch-Institut/Bericht zur Epidemiologie der Influenza Saison 2018/19)
 Eine jährlich wiederkehrende Aufklärung der Bevölkerung über die Impfung von Risikogruppen sowie über Hygienemaßnahmen erscheint hinsichtlich der vielen Fälle sinnvoll.

b) Multiresistenter Staphylococcus aureus

MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) sind Bakterien, die - auch bei gesunden Menschen - auf der Haut und Schleimhaut sowie in den oberen Atemwegen vorkommen können. Wenn das Immunsystem geschwächt ist und die Bakterien beispielsweise über Wunden einen Weg in den Körper finden, kann eine Erkrankung ausbrechen. Dabei stellt die Resistenz der Bakterien gegenüber gängigen Antibiotika ein Problem in der Behandlung dar. Es muss therapeutisch auf sogenannte Reserveantibiotika zurückgegriffen werden.

Dies stellt insbesondere Krankenhäuser vor Herausforderungen, da dort viele Patient*innen mit einem geschwächten Immunsystem behandelt werden. Bei der Aufnahme in Krankenhäusern wird deswegen ein risikoadaptiertes Screening durchgeführt. Positiv getestete Personen werden daraufhin von anderen Patient*innen isoliert.

Die Ansteckung kann von Mensch zu Mensch oder durch verunreinigte Gegenstände wie Türklinken erfolgen. Auch besiedelte Tiere können die Erkrankung übertragen.

Da nur bei schweren Krankheitsverläufen der Nachweis des MRSA-Erregers in Blut oder Liquor (einer im Gehirn und Rückenmark vorkommenden Körperflüssigkeit) meldepflichtig ist, wird es in Deutschland eine hohe Dunkelziffer geben.

Im Jahr 2022 liegt die Inzidenz bei schweren MRSA-Krankheitsverläufen in Mülheim an der Ruhr bei 3,5 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen (in NRW bei 1,9 pro 100.000 Einwohner*innen).

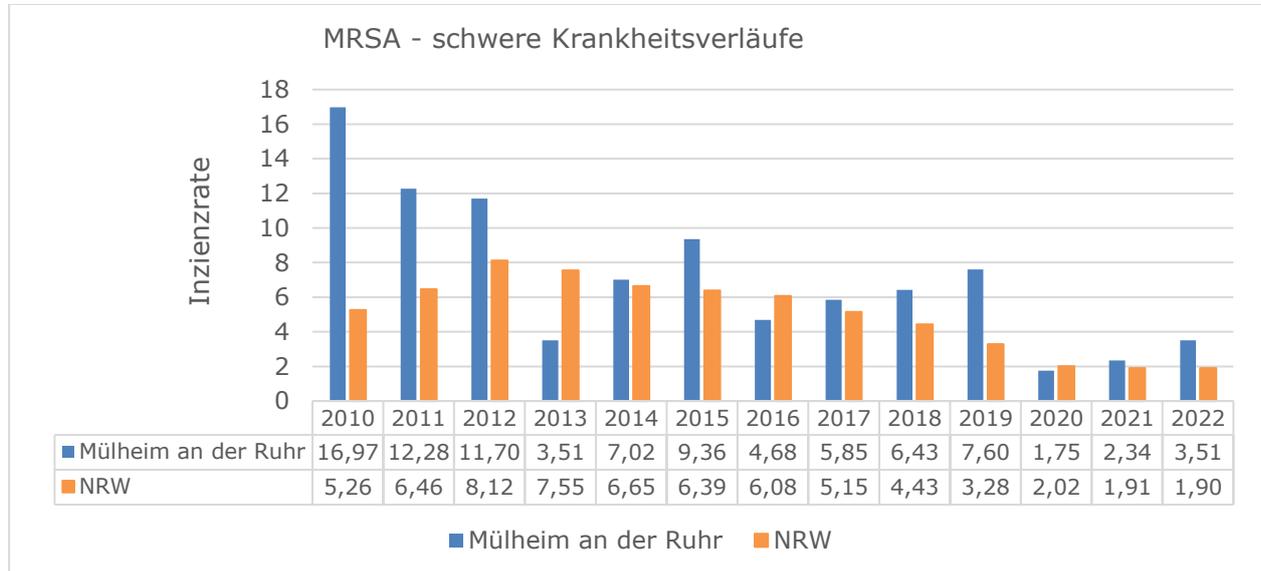


Abb. 6: Inzidenzrate schwere MRSA-Krankheitsverläufe im NRW-Vergleich 2010-2022 (Eigene Darstellung; Quelle SurvsStat@RKI)

Im Zeitverlauf der Jahre 2010 bis 2023 sind die Meldungen rückläufig. Es ist zu erkennen, dass es in Mülheim an der Ruhr eine relevante Anzahl an gemeldeten schweren invasiven

MRSA Fällen gibt, die in den meisten Jahren über dem Landesdurchschnitt liegen. Eine entsprechende Aufklärung der Bevölkerung sowie der Ärztinnen und Ärzte über einen angemessenen Antibiotikagebrauch, die Resistenzproblematik sowie Hygienemaßnahmen - insbesondere in den Krankenhäusern - ist daher weiterhin sinnvoll.

c) Tuberkulose

Die Tuberkulose gehört in Deutschland zu einem seltenen Krankheitsbild, weltweit ist sie jedoch weiterhin eine der bedeutendsten Infektionskrankheiten. Deutschland gehört bei der Tuberkulose zu den sogenannten Niedriginzidenzländern.

Im Jahr 2022 liegt die Inzidenz bei 2,9 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen (in NRW bei 5,2 pro 100.000 Einwohner*innen).

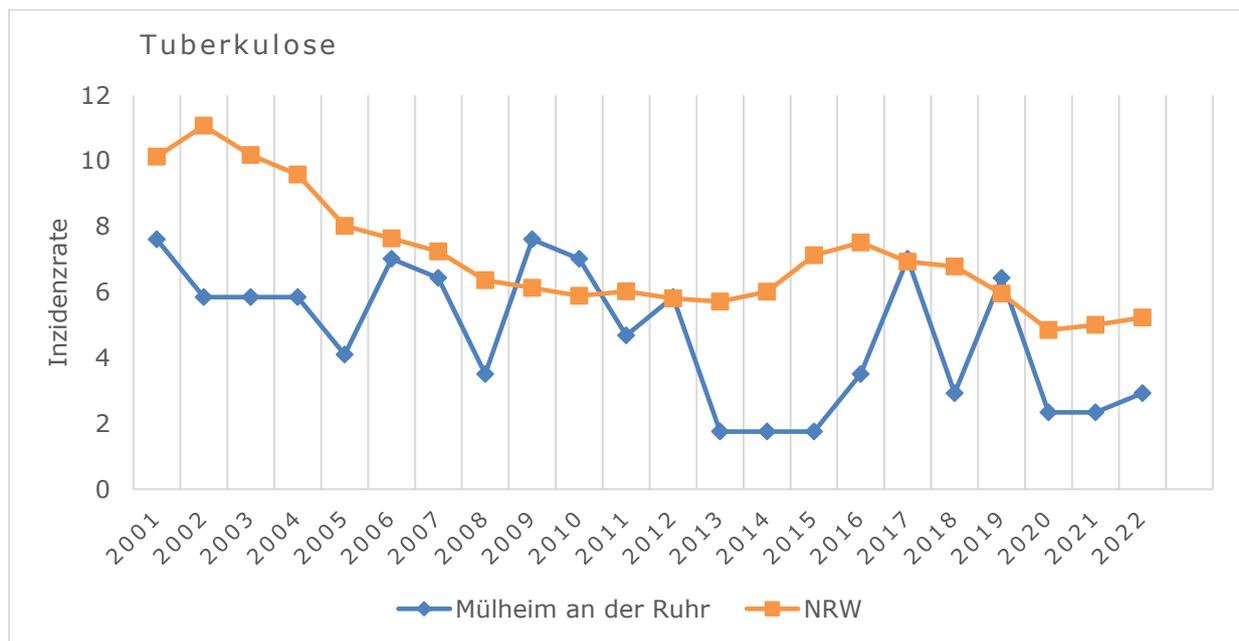


Abb. 7: Inzidenzrate Tuberkulose im NRW-Vergleich 2001-2022 (Eigene Darstellung; Quelle SurvsStat@RKI)

Insgesamt ist festzustellen, dass die gemeldeten Tuberkulosefälle zumeist unter dem NRW-Durchschnitt liegen.

Trotz niedriger Inzidenzen in Deutschland zeigen die Auswirkungen von Flüchtlings- und Migrationsbewegungen aus Ländern, in denen eine hohe Tuberkuloseinzidenz herrscht (z. B. der Ukraine), dass dieses Thema der Aufmerksamkeit bedarf. Hierzu gehört die Durchführung von Untersuchungen zum Ausschluss einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose bei Geflüchteten wie auch eine genaue Fallermittlung mit Untersuchung von Kontaktpersonen. Beides erfolgt in Mülheim an der Ruhr.

d) Mpox (Affenpocken)

Mpox ist eine seltene Virusinfektion. Die Erkrankung wird durch das Mpoxvirus verursacht, das mit den Menschenpockenviren und den Kuhpockenviren verwandt ist.

Allgemeine Anzeichen einer Ansteckung mit Mpox können Fieber-, Kopf-, Muskel- und Rückenschmerzen sowie geschwollene Lymphknoten sein. Es entwickeln sich teilweise sehr schmerzhaft Hautveränderungen in Form von Flecken und Pusteln, die mit der Zeit verkrusten und abfallen.

Mpox können ab Beginn der Symptome übertragen werden. Erkrankte sind ansteckend, bis die Haut- und Schleimhautveränderungen vollständig abgeheilt sind. Dies erfolgt in der Regel nach zwei bis vier Wochen. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Infektionsschutz, 2023)

Erstmals im Mai 2022 sind Fälle von Mpox in Deutschland aufgetreten. Von der Übertragung, die durch engen körperlichen Kontakt erfolgt, waren hierbei hauptsächlich Männer betroffen. Im Jahr 2022 gibt es 3.678 Fälle in ganz Deutschland, wobei Mülheim an der Ruhr nur 4 Fälle zuzuordnen sind.

Durch Aufklärungsarbeit und auch die Möglichkeit der Impfung von Risikogruppen sind die Fälle wieder zurückgegangen. Dies verdeutlicht die besondere Bedeutung von guter Risikokommunikation und Aufklärung.

Fallzahlen Mpox

Jahr	Mülheim an der Ruhr	NRW	Deutschland
2022	4	796	3.678
2023	0	1	22

Tab. 3: Fallzahlen Mpox 2022 und 2023 im Landes – und Bundesvergleich (Eigene Darstellung; Quelle SurvsStat@RKI)

3.1.4. Schwerbehinderte Menschen

Behinderungen bestehen vergleichsweise selten seit Geburt oder dem Kindesalter, sondern entstehen meist erst im fortgeschrittenen Alter. In Deutschland war rund ein Drittel der schwerbehinderten Menschen zum Jahresende 2021 im Alter ab 75 Jahren.

90 % der schweren Behinderungen wurden durch eine Krankheit verursacht, rund 3 % der Behinderungen waren angeboren oder traten im ersten Lebensjahr auf. Nur knapp 1 % der Behinderungen waren auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen. Die übrigen Ursachen summieren sich auf 5 %. (Statistisches Bundesamt, Juni 2022)

Im Jahr 2021 beträgt die Anzahl der schwerbehinderten Menschen insgesamt 17.755 (9.250 weiblich und 8.505 männlich).

SMR-Wert: 0,91

Schwerbehinderte Menschen sind Personen mit einem Grad der Behinderung von 50 und mehr. Schwerbehindert ist, wer mehr als 6 Monate unter einer Funktionsbeeinträchtigung leidet, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht, und im Besitz eines Schwerbehindertenausweises ist. Verschiedene Gründe, z. B. Unwissenheit, können dazu führen, dass eine Schwerbehinderung zwar faktisch vorliegt, aber nicht beantragt und somit nicht anerkannt wurde. Bei Bürger*innen im höheren Lebensalter ist von einer Untererfassung auszugehen.

Während die Schwerbehindertenraten im Ruhrgebiet besonders hoch sind, bildet Mülheim an der Ruhr eine Ausnahme. Der SMR-Wert im Jahr 2019 beträgt 0,91 und liegt somit 9 % unter dem NRW-Durchschnitt.

Wie der folgenden Graphik zu entnehmen ist, entspricht die Anzahl der schwerbehinderten Menschen in den Jahren 2003 bis 2009 dem NRW-Durchschnitt, während sie in den Jahren 2009 bis 2019 leicht rückläufig ist.

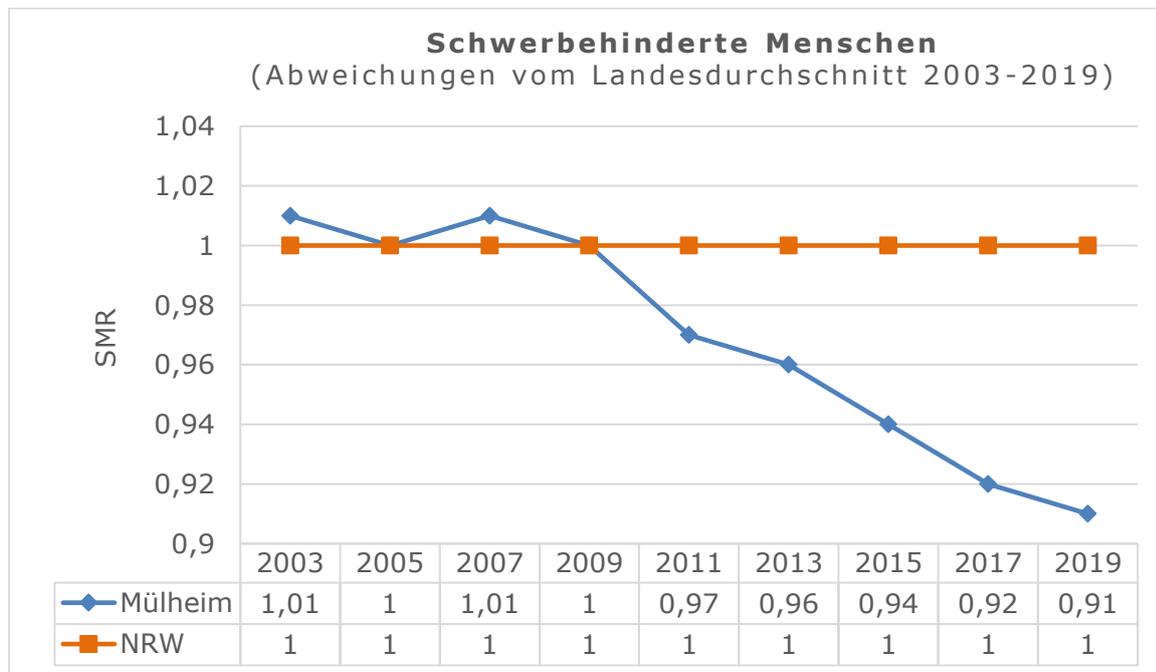


Abb. 8: SMR Schwerbehinderte Menschen 2003-2019 im NRW-Vergleich (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2019)

3.2. Mortalität (Sterblichkeit)

a) Sterbefälle

Im Jahr 2021 sind insgesamt 2.374 Personen mit Hauptwohnsitz in Mülheim an der Ruhr (1.235 weiblich und 1.139 männlich) verstorben.

SMR-Wert: 0,99

Ausgehend von der absoluten Zahl beläuft sich die Sterberate auf 1.390 Sterbefälle je 100.000 Einwohner*innen.

Unter Berücksichtigung der Altersstruktur errechnet sich ein SMR-Wert von 0,99. Die Sterberate liegt somit knapp unter dem NRW-Durchschnitt und weicht auch in den Jahren 2012 bis 2020 nur geringfügig (maximal 4 %) vom NRW-Durchschnitt ab.

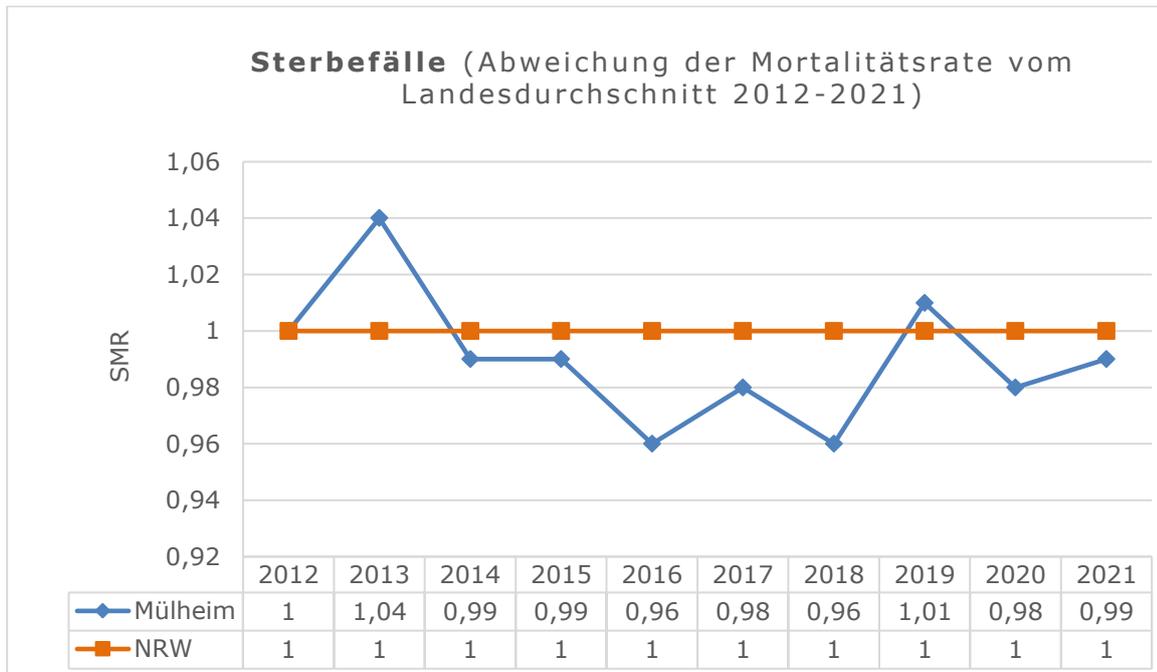


Abb. 9: SMR Sterbefälle 2012-2021 im NRW-Vergleich (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2021)

b) Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit gehört traditionell zu den wichtigsten Indikatoren zur allgemeinen Beurteilung der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung und der medizinischen Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen.

Die Sterblichkeit von Säuglingen im ersten Lebensjahr beträgt in Mülheim an der Ruhr im 3-Jahres-Durchschnitt (2019-2021) 2,93 Säuglingssterbefälle pro 1.000 Lebendgeborene.

Aufgrund der geringen Fallzahl der Säuglingssterblichkeit werden gleitende Mittelwerte über drei Jahreswerte gebildet. Die Angaben der Lebendgeborenen und der verstorbenen Säuglinge sind auf den Wohnort bezogen. In die Säuglingssterblichkeit gehen alle Todesfälle von lebendgeborenen Kindern ein, auch wenn ein sehr niedriges Geburtsgewicht vorgelegen hat. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen.

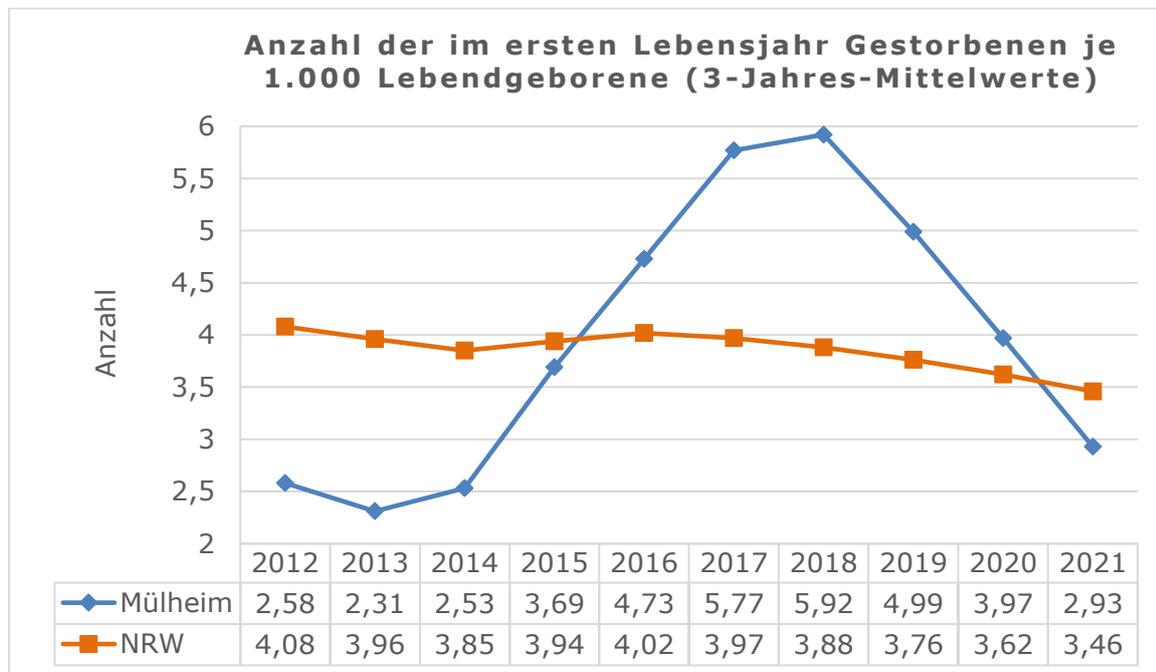


Abb. 10: Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr 2012-2021 im NRW Vergleich (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2021)

In Mülheim an der Ruhr hat die Säuglingssterblichkeit in den Jahren 2013 (2,31) bis 2018 (5,92) kontinuierlich zugenommen und ist seitdem wieder rückläufig. Aufgrund der geringen Fallzahlen liegt dennoch keine signifikante Abweichung vom NRW-Durchschnitt vor.

Die Säuglingssterblichkeit hat sich in Deutschland im historischen Verlauf sehr stark verringert. Die Gründe lagen sowohl in verbesserten Lebens- und Arbeitsbedingungen als auch in verbesserter Ernährung, Hygiene, Säuglingspflege und medizinischen Fortschritten. Starb um 1870 noch jedes vierte Kind innerhalb des ersten Lebensjahres, so halbierte sich dieser Anteil in den folgenden rund 50 Jahren. Nach dem Zweiten Weltkrieg verstarb noch etwa jedes zehnte Kind in den ersten zwölf Monaten nach der Geburt, gegenwärtig ist mit einem Wert von rund 3,3 Sterbefällen je 1.000 Lebendgeborenen ein sehr niedriges Niveau erreicht. Die Sterblichkeit von männlichen Säuglingen ist dabei höher als die von weiblichen Säuglingen. (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2020)

c) Vermeidbare Sterbefälle

Als vermeidbar werden Sterbefälle mit ausgewählten Todesursachen bezeichnet, von denen angenommen wird, dass sie in einer bestimmten Altersgruppe (in der Regel bis zum 64. Lebensjahr) durch die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und einer adäquaten medizinischen Behandlung oder gesundheitsfördernder sowie präventiver Maßnahmen hätten

verhindert werden können. Hierzu zählen auch die primärpräventiv vermeidbaren Sterbefälle, die durch die individuelle Lebensweise (insbesondere Ernährung, Bewegung, Alkohol- und Nikotinkonsum) beeinflusst werden.

Die häufigsten als vermeidbar bekannten Todesursachen infolge von Lungen- und Brustkrebs, ischämischer Herzkrankheit, Hypertonie (Bluthochdruck) und zerebrovaskulärer Krankheit, Krankheiten der Leber sowie Verkehrsunfällen werden näher betrachtet. Bei den Lebererkrankungen handelt es sich primär um die chronische Leberzirrhose, die häufig durch langjährigen Alkoholmissbrauch bedingt ist. In der folgenden Tabelle wird jeweils der 5-Jahres-Mittelwert (2016 – 2020) zugrunde gelegt.

Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen (Mittelwert 2016-2020)

Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge		Brustkrebs		Ischämische Herzkrankheit		Hypertonie u. zerebrovaskuläre Krankheit		Krankheiten der Leber		Transportmittelunfälle inner- u. außerhalb des Verkehrs	
0 – 64 Jahre insgesamt		0 – 64 Jahre insgesamt		0 – 64 Jahre insgesamt		0 – 64 Jahre insgesamt		0 – 74 Jahre insgesamt		alle Altersgruppen insg.	
Mittelwert	SMR	Mittelwert	SMR	Mittelwert	SMR	Mittelwert	SMR	Mittelwert	SMR	Mittelwert	SMR
30	0,97	8	0,74	22	1,16	10	0,98	19	0,96	3	0,49

Tab. 4: Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen (Mittelwert 2016-2020)

(Eigene Darstellung; Quelle: Landesbetrieb Information u. Technik NRW; LZG.NRW 2020)

Die **zerebrovaskuläre Krankheit** ist eine Durchblutungsstörung einer Hirnregion, die u. a. auch zum Hirninfarkt (Schlaganfall) führen kann.

Während vorzeitige Sterbefälle nach bösartigen Neubildungen (umgangssprachlich als "Krebs" bezeichnet) der Luftröhre, Bronchien und Lunge, Hypertonie und zerebrovaskulärer Krankheit sowie Krankheiten der Leber in etwa dem NRW-Durchschnitt entsprechen, liegt die Zahl bei den Todesfällen nach Brustkrebs 26 % unter diesem Durchschnitt.

Sterbefälle nach der Diagnose ischämische Herzkrankheit treten in der Altersgruppe 0-64 Jahre 16 % häufiger auf als im Landesdurchschnitt. Da es hierbei diverse beeinflussbare Risikofaktoren gibt (ungesunde Ernährung und Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen, erhöhter Blutdruck, erhöhter Cholesterinspiegel sowie ein schlecht eingestellter Diabetes), kann ein höherer Bedarf an präventiven Maßnahmen identifiziert werden. 

Vermeidbare Sterbefälle Ischämische Herzkrankheit (bis 64 Jahre)

Abweichungen vom Landesdurchschnitt 2020

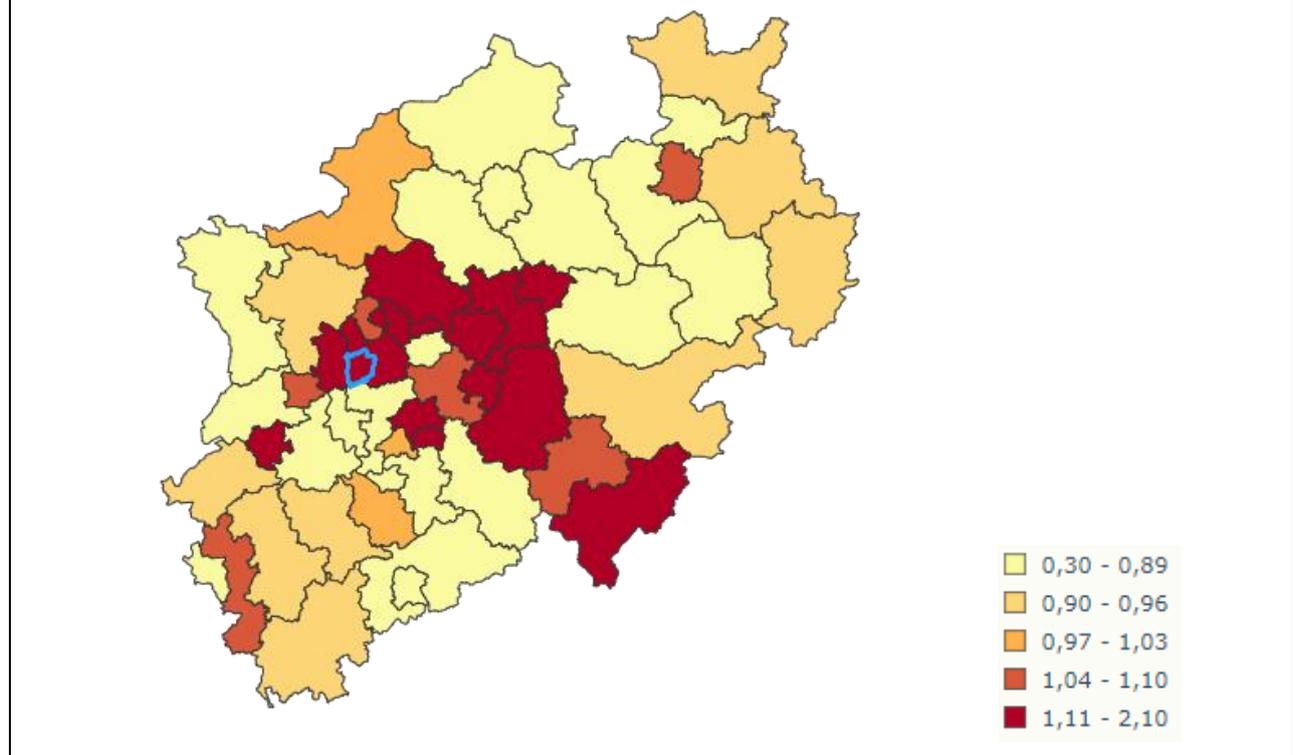


Abb. 11: SMR Vermeidbare Sterbefälle Ischämische Herzkrankheit (bis 64 Jahre) 2020 (Quelle: LZG.NRW 2020)

Sterbefälle infolge eines Transportmittelunfalls sind 51 % seltener als im Landesdurchschnitt. Der SMR-Wert der Stadt Mülheim an der Ruhr ist als Mittelwert der Jahre 2016 – 2020 der zweitniedrigste Nordrhein-Westfalens. Erhöhte Werte sind hingegen in nahezu allen ländlichen Kreisen zu verzeichnen, so dass ein Zusammenhang mit dem hohen Anteil von Landstraßen als wahrscheinlich gilt.

d) Lebenserwartung

Die mittlere Lebenserwartung (bzw. Lebenserwartung bei der Geburt) gibt an, wie viele Jahre ein Neugeborenes bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Berechnungsgrundlage für die Lebenserwartung ist die sogenannte Sterbetafel, die modellhaft anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten des untersuchten Kalenderzeitraums berechnet wird. Um Fehlinterpretationen aufgrund von zeitlichen Schwankungen zu vermeiden, wird hier ein 3-Jahres-Mittelwert gebildet. Da die Lebenserwartung von Frauen und Männern deutliche Unterschiede aufweist, wird sie geschlechtsspezifisch angegeben.

Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt beträgt für weibliche Neugeborene 82,78 Jahre und für männliche Neugeborene 78,12 Jahre. Die errechneten Jahreszahlen stellen jeweils den Mittelwert der Jahre 2018 bis 2020 dar.

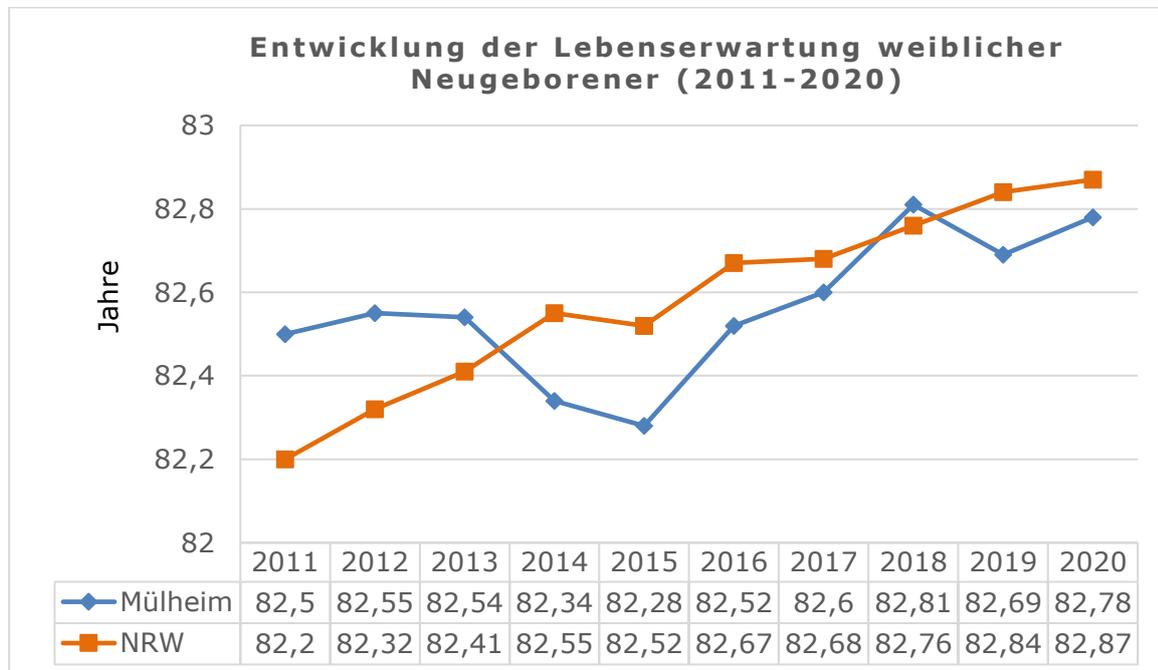


Abb. 12: Lebenserwartung weiblicher Neugeborener 2011-2020 (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2020)

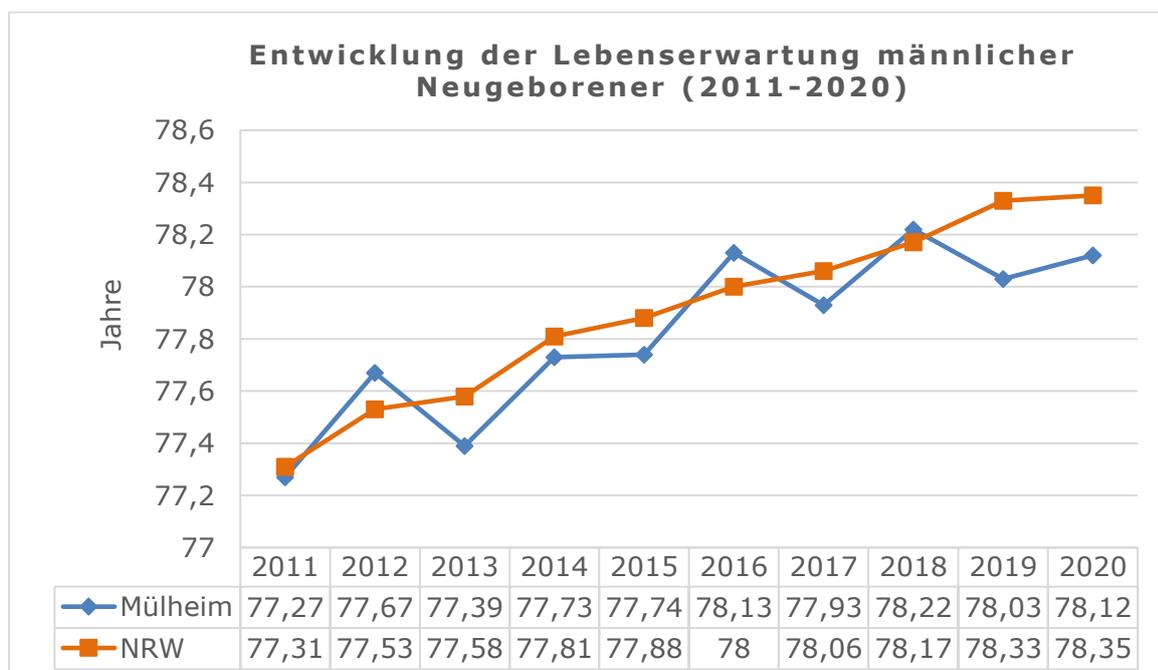


Abb. 13: Lebenserwartung männlicher Neugeborener 2011-2020 (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2020)

Die Lebenserwartung ist ein Standardindikator zur allgemeinen Beurteilung der Gesundheit der Bevölkerung. Sie erlaubt allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung. 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.

Lebenserwartung weiblicher Neugeborener im NRW-Vergleich (Mittelwert 2018-2020)
in Jahren

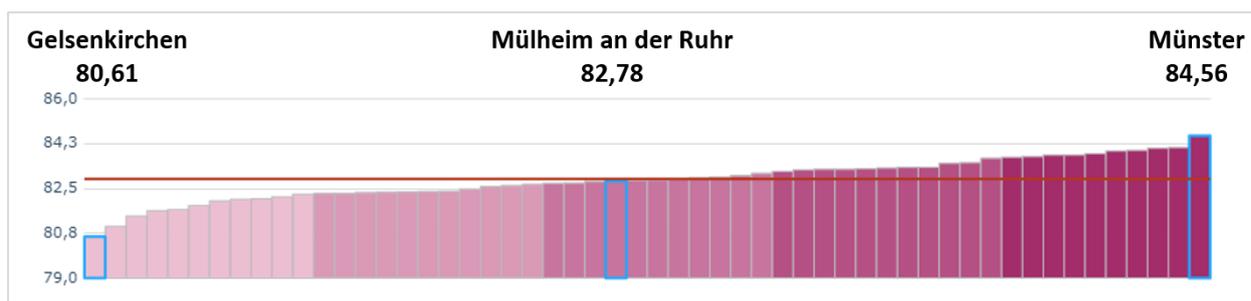


Abb. 14: Lebenserwartung weiblicher Neugeborener im NRW-Vergleich (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2020)

Lebenserwartung männlicher Neugeborener im NRW-Vergleich (Mittelwert 2018-2020)
in Jahren

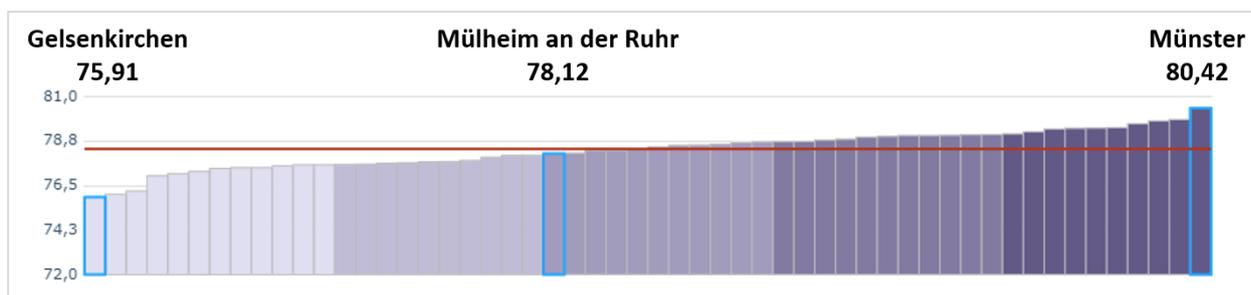


Abb. 15: Lebenserwartung männlicher Neugeborener im NRW-Vergleich (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2020)

In der Stadt Mülheim an der Ruhr liegt die mittlere Lebenserwartung geringfügig (bei weiblichen Neugeborenen 0,09 Jahre und bei männlichen Neugeborenen 0,23 Jahre) unter dem NRW-Durchschnitt.

Ein interkommunaler Vergleich zeigt, dass die Stadt Münster die höchste Lebenserwartung (84,56 Jahre bei weiblichen und 80,42 Jahre bei männlichen Neugeborenen) und die Stadt Gelsenkirchen die niedrigste Lebenserwartung (80,61 Jahre bei weiblichen und 75,91 Jahre bei männlichen Neugeborenen) aufweist.

4. Kindergesundheit

4.1. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung

Die Schuleingangsuntersuchung ist die gesetzlich vorgeschriebene Untersuchung vor der Aufnahme eines Kindes in die Schule und fällt in den Zuständigkeitsbereich der unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter). Die Anzahl der in den Jahren 2010 bis 2019 durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen (SEU) lautet wie folgt:

Jahr	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Anzahl SEU	1.305	1.422	1.283	1.233	1.366	1.353	1.353	1.395	1.475	1.511

Tab. 5: Anzahl der Schuleingangsuntersuchungen 2010-2019 (Eigene Darstellung, Quelle: Amt für Gesundheit und Hygiene/Kinder- und Jugendärztlicher Dienst)

4.1.1. Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes

Entwicklungsstörungen gehören zu den häufigsten Gesundheitsproblemen von Kindern im Einschulungsalter. Zur Einschulungsuntersuchung gehört daher auch die Beurteilung des Entwicklungsstandes in schulrelevanten Teilleistungsbereichen, um ein gesundes und erfolgreiches Aufwachsen in der Schule zu ermöglichen. In Nordrhein-Westfalen wird dieser einheitlich nach einem standardisierten Testverfahren (Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen - SOPESS) erfasst. Die ermittelten Daten geben Aufschluss über die Häufigkeit folgender Auffälligkeiten:

a) Auffälligkeiten im Bereich Körperkoordination

Die Körperkoordination wird durch das seitliche beidbeinige Hin- und Herspringen geprüft. Erfasst werden sowohl ganzkörperliche Bewegungsgeschwindigkeit und Koordination sowie Aspekte von Kraft und Ausdauer. Für den sozial-emotionalen Status und die soziale Integration von Kindern in die Altersgruppe ist die Körperkoordination von besonderer Bedeutung.

Der Anteil der Kinder, die zum Untersuchungszeitpunkt ein auffälliges Testergebnis in Bezug auf ihren Leistungsstand im Bereich Körperkoordination zeigen, liegt im gesamten Betrachtungszeitraum deutlich unter dem NRW-Durchschnitt.

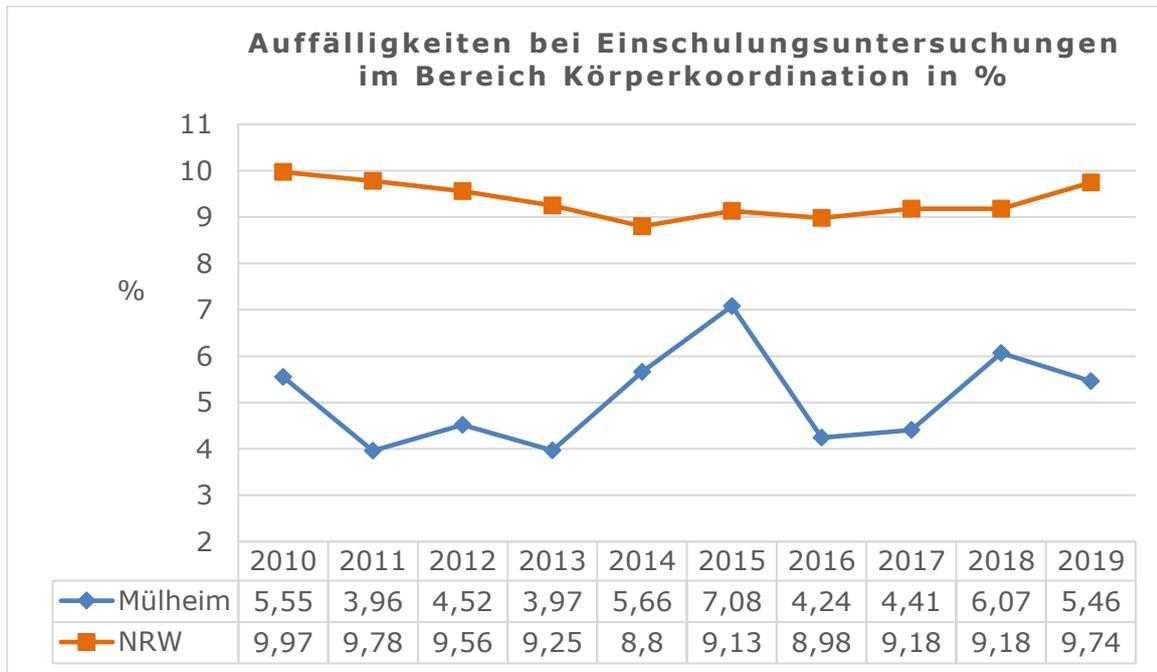


Abb. 16: Auffälligkeiten im Bereich Körperkoordination 2010-2019 im NRW-Vergleich (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2019)

b) Auffälligkeiten im Bereich auditive Merkfähigkeit

Bei der auditiven Merkfähigkeit handelt es sich um die Fähigkeit, Informationen über das Gehör aufzunehmen und sich zu merken. Das Screening gibt deutliche Hinweise hinsichtlich einer eventuell vorhandenen sprachlichen Einschränkung.

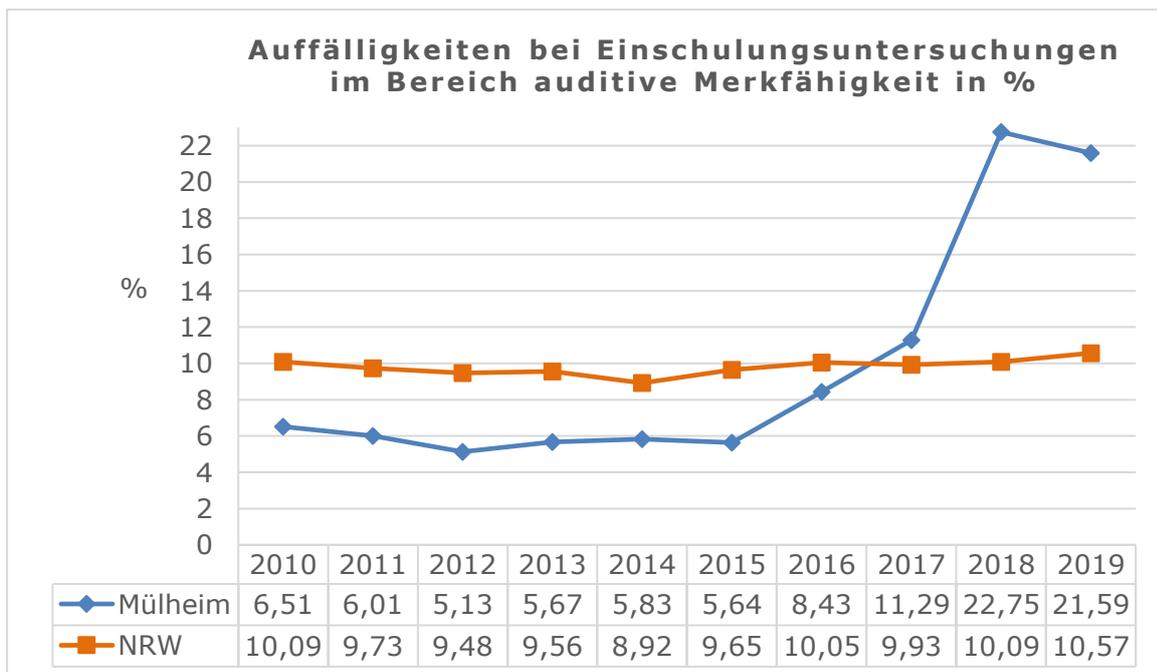
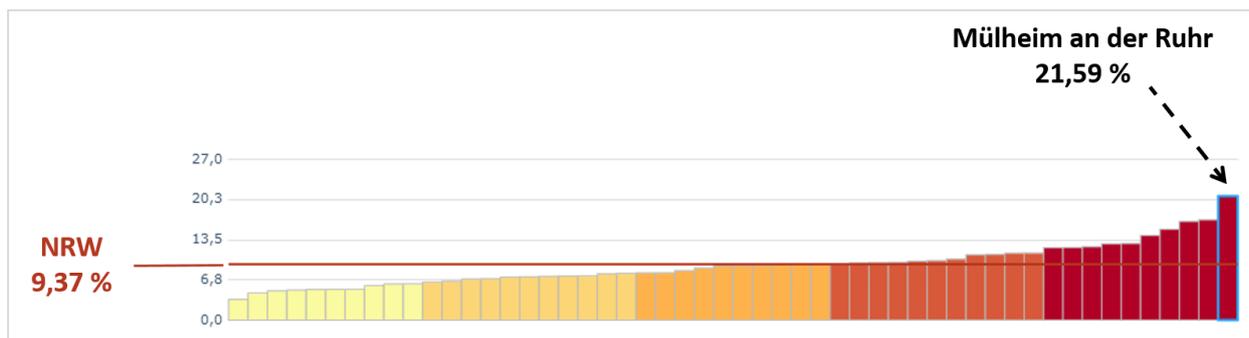


Abb. 17: Auffälligkeiten im Bereich auditive Merkfähigkeit 2010-2019 im NRW-Vergleich (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2019)

Während der Anteil der Kinder, die bei der Einschulungsuntersuchung ein auffälliges Testergebnis im Bereich auditive Merkfähigkeit zeigten, in den Jahren 2010 bis 2015 unter dem NRW-Durchschnitt liegt, ist dieser von 5,64 % in 2015 auf 21,59 % in 2019 angestiegen. Mülheim an der Ruhr weist im Jahr 2019 im NRW-Vergleich den höchsten Anteil an Auffälligkeiten im Bereich auditive Merkfähigkeit auf und weicht deutlich vom NRW-Durchschnitt ab (dieser liegt 2019 bei 9,37 %). Es besteht somit ein akuter Bedarf, Maßnahmen zur Gegensteuerung zu entwickeln. 📌

Auffälligkeiten im Bereich auditive Merkfähigkeit 2019 im NRW-Vergleich in %



(NRW ohne Daten der Kreise Kleve und Märkischer Kreis)

Abb. 18: Auffälligkeiten im Bereich auditive Merkfähigkeit 2019 im NRW-Vergleich (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2019)

c) Auffälligkeiten im Bereich Sprachkompetenz

Die Ausdrucksfähigkeit und das Sprachverständnis im Deutschen sind eine Grundvoraussetzung für den Schulerfolg und die aktive Teilnahme am Unterricht. Auch für die soziale Integration und das gelingende Aufwachsen in der Schule ist die Kommunikationsfähigkeit in der deutschen Sprache ein wichtiger Grundpfeiler.

Auffälligkeiten in der Sprachkompetenz sind gegeben, wenn die einzuschulenden Kinder mindestens ein auffälliges Screening-Ergebnis in den Bereichen „Pluralbildung“, „Präpositionen erkennen“ oder „Pseudowörter nachsprechen“ zeigen und - falls sie eine andere Sprache als Deutsch als Erstsprache erlernt haben - noch erhebliche Fehler im Deutschen machen, wenn sie spontan deutsch sprechen.

Auffälligkeiten bei Einschulungsuntersuchungen im Bereich Sprachkompetenz in %

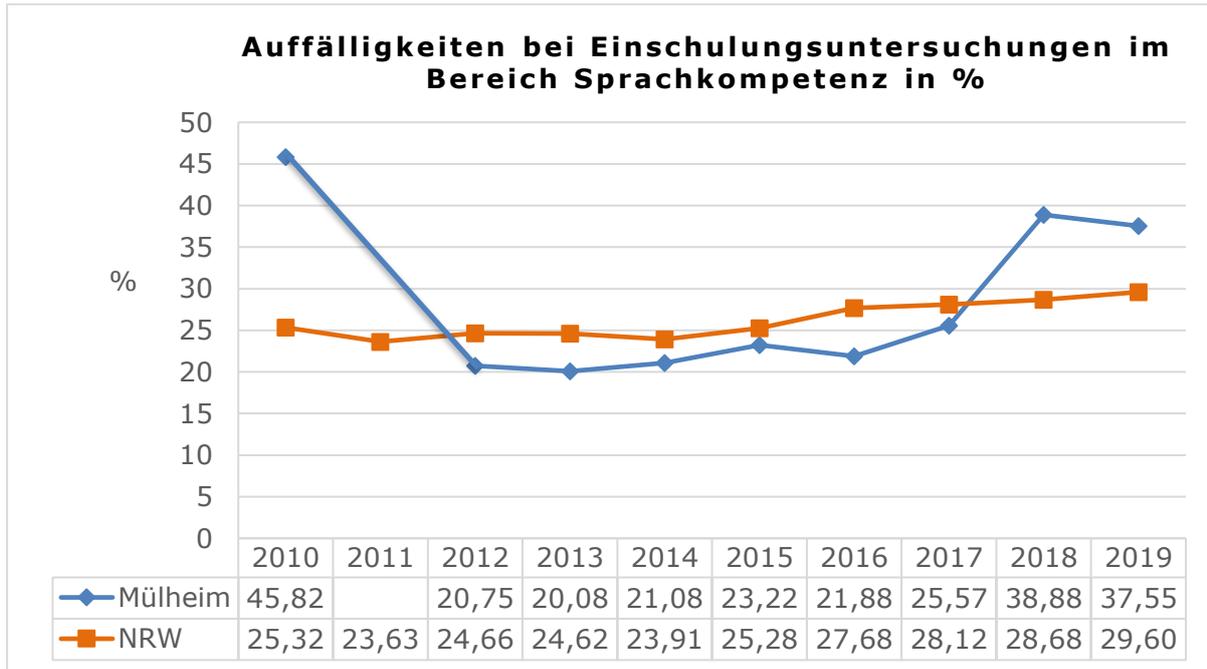
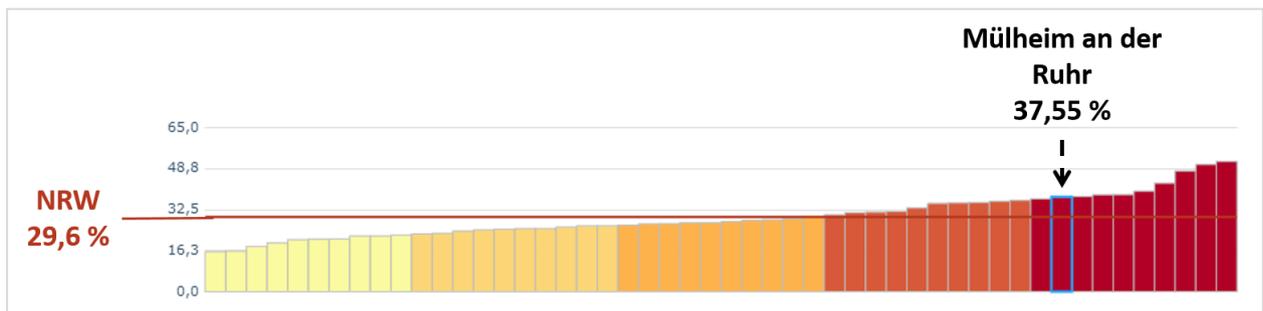


Abb. 19: Auffälligkeiten im Bereich Sprachkompetenz 2010-2019 im NRW-Vergleich (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2019)

Der Anteil an Auffälligkeiten in der altersgerechten Sprachkompetenz zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung ist von 21,88 % in 2016 auf 37,55 % in 2019 angestiegen und liegt somit über dem NRW-Durchschnitt (29,6 %).

Auffälligkeiten im Bereich Sprachkompetenz 2019 im NRW-Vergleich in %



(NRW ohne Daten der Kreise Steinfurt und Kleve sowie der Städte Herne und Hamm)

Abb. 20: Auffälligkeiten im Bereich Sprachkompetenz 2019 im NRW-Vergleich (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2019)

Hier zeigt sich der dringende Bedarf, Maßnahmen zur Förderung der kindlichen Sprachkompetenz weiter zu entwickeln.



d) Auffälligkeiten im Bereich des Erkennens und Zeichnens von Objekten und Formen

Neben der Sprachkompetenz stellt auch das Erkennen und Zeichnen von Objekten und Formen eine Grundvoraussetzung für die aktive Teilnahme am Unterricht dar. Während der Anteil der Auffälligkeiten in diesem Bereich in den Jahren 2010 bis 2017 unter dem NRW-Durchschnitt liegt, entspricht er dem Durchschnitt in den Jahren 2018 und 2019 nahezu.

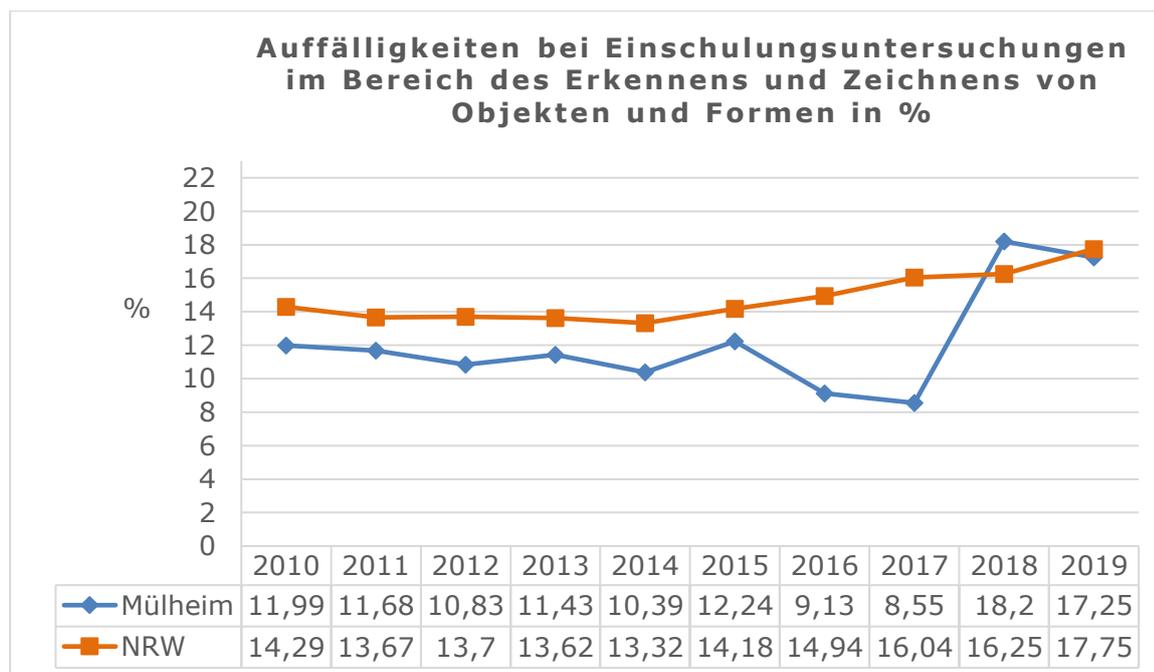


Abb. 21: Auffälligkeiten im Bereich des Erkennens und Zeichnens von Objekten und Formen 2010-2019 im NRW-Vergleich (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2019)

e) Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen

Der Umgang mit Zahlen und Mengen ist ebenfalls eine Voraussetzung für den Schulerfolg. Hier liegt der Anteil der festgestellten Defizite in den Jahren 2013 bis 2016 unwesentlich über dem NRW-Durchschnitt und entspricht diesem in den Jahren 2017 bis 2019 annähernd.

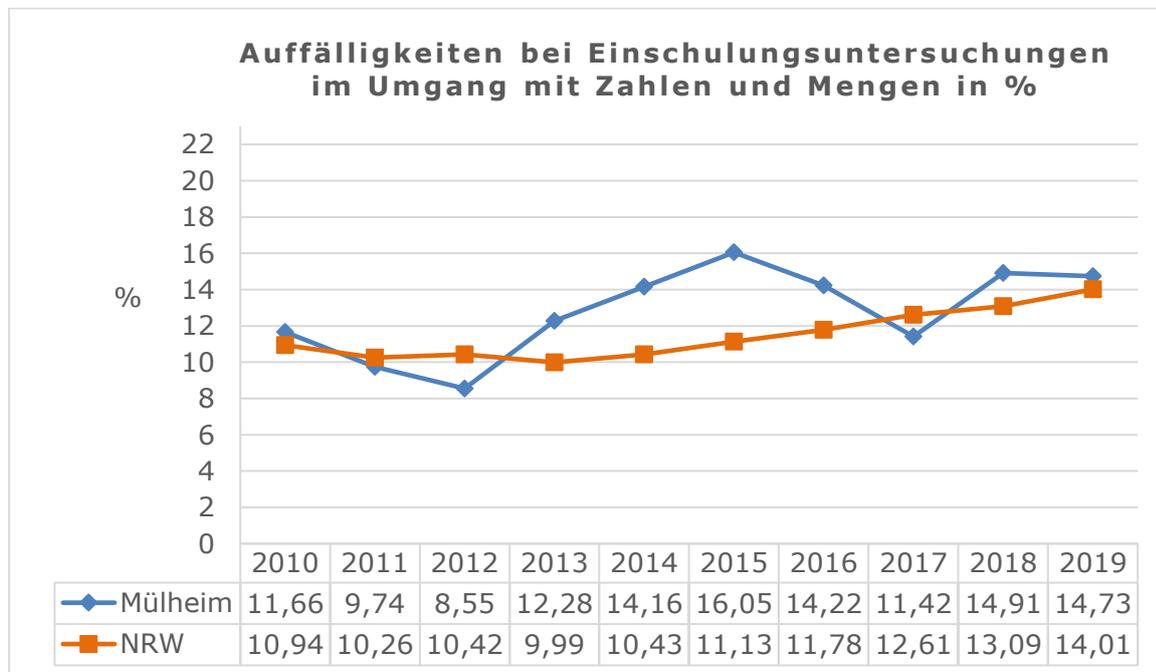


Abb. 22: Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen 2010-2019 im NRW-Vergleich (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2019)

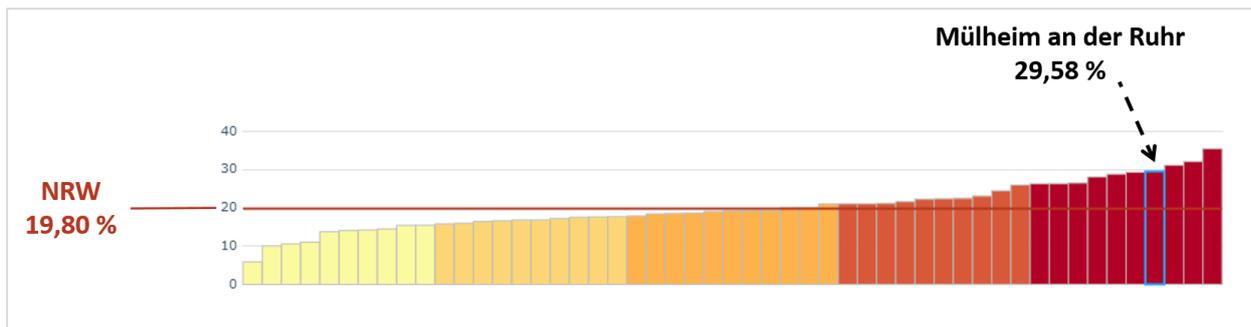
4.1.2. Herabgesetzte Sehschärfe bei Einschulungsuntersuchungen

Die herabgesetzte Sehschärfe ist ein somatischer Befund, der bei den Einschulungsuntersuchungen relativ häufig diagnostiziert wird.

Wenn die Herabsetzung der Sehschärfe unerkannt bleibt oder nicht ausreichend behandelt bzw. durch Sehhilfen korrigiert wird, kann das zu einer Beeinträchtigung des Lernverhaltens und zu einer fehlerhaften Beurteilung der schulischen Leistungsfähigkeit führen. Es ist daher unverzichtbar, Kinder vor Schulbeginn im Hinblick auf eine ausreichende Sehschärfe zu untersuchen.

Bei nahezu jedem 3. Kind wird 2019 im Zuge der Einschulungsuntersuchung eine Herabsetzung der Sehschärfe festgestellt (29,58 %). Im NRW-Vergleich gibt es lediglich drei Kommunen, die noch einen höheren Anteil aufweisen.

Herabgesetzte Sehschärfe bei Einschulungsuntersuchungen 2019 (Anteil der Befunde in %)



(NRW ohne Daten des Kreises Warendorf sowie der Städte Duisburg und Mönchengladbach)

Abb. 23: Herabgesetzte Sehschärfe bei Einschulungsuntersuchungen 2019 im NRW-Vergleich (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2019)

Bei den Früherkennungsuntersuchungen wird das Sehvermögen der Kinder überprüft und bei Bedarf auf eine erforderliche augenärztliche Kontrolle oder Behandlung hingewiesen. Ob diese wahrgenommen werden, kann nicht beurteilt werden. Bei der Vielzahl der Auffälligkeiten sollte verstärkt Aufklärungsarbeit geleistet werden, indem die Notwendigkeit einer frühen augenärztlichen Behandlung deutlich gemacht und auf Präventivmaßnahmen (Aktivitäten im Freien und weniger Zeit vor Bildschirmen) hingewiesen wird.



4.1.3. Adipositas bei Einschulungsuntersuchungen

Neben der herabgesetzten Sehschärfe ist Adipositas ein weiterer somatischer Befund, der bei den Einschulungsuntersuchungen relativ häufig diagnostiziert wird.

Adipositas ist definiert als pathologisch (krankhaft) erhöhter Anteil des Körperfetts.

Da der Fettanteil des Körpers – und seine Verteilung im Körper - nur mit aufwendigen Methoden exakt zu bestimmen ist, hat sich die Verwendung der einfach messbaren Parameter Körpergröße und Körpergewicht und des daraus abgeleiteten Body-Mass-Index ($BMI = \text{Körpergewicht} / \text{Körpergröße}^2$) bei allen Einschränkungen und begrenzter Aussagekraft zur Abschätzung des Körperfettanteils international durchgesetzt.

Im Kindesalter verändert sich wachstumsbedingt das Verhältnis von Körpergröße und Gewicht, wobei es hier für die jeweilige Altersgruppe keine allgemeingültigen Grenzwerte gibt. Daher werden alters- und geschlechtsspezifische BMI-Referenzwerte (BMI-Perzentilenkurven) für Kinder und Jugendliche nach Kromeyer-Hauschild für die Bewertung zu Grunde gelegt. Als

Orientierungswert für Adipositas dient bei den schulärztlichen Untersuchungen das Überschreiten der 97. Perzentile der jeweiligen BMI-Referenzwerte, was bedeutet, das 97 % der Kinder gleichen Geschlechts dieser Altersgruppe leichter sind.

In den Jahren 2012 bis 2016 liegt der Anteil der Adipositas-Befunde in Mülheim an der Ruhr mit durchschnittlich 5,89 % kontinuierlich über dem NRW-Durchschnitt (4,49 %). Während der Anteil 2017 dem NRW-Durchschnitt entspricht, liegt er 2018 knapp darunter.

Im Jahre 2019 liegt der Anteil adipöser Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bei 5,06 % und damit über dem NRW-Durchschnitt (4,64 %).

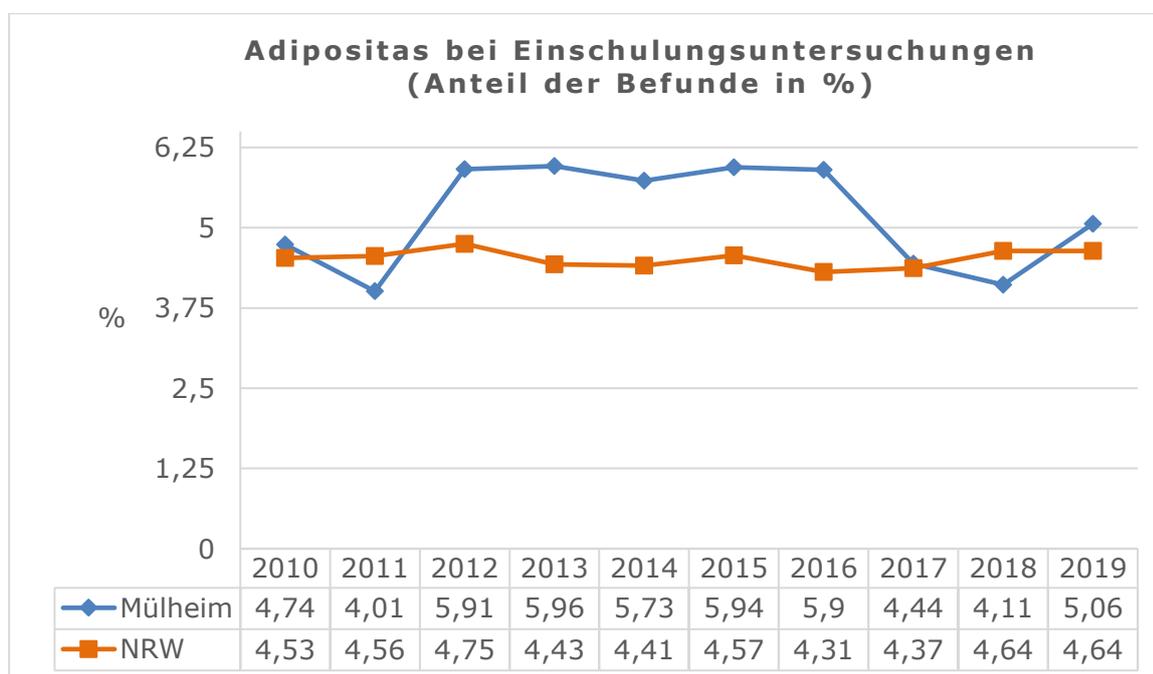


Abb. 24: Adipositas bei Einschulungsuntersuchungen 2010-2019 im NRW-Vergleich (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW 2019)

Bereits bei Kindern und Jugendlichen kann Adipositas neben orthopädischen und psychosozialen Beeinträchtigungen unter anderem zu Erkrankungen von Herz und Kreislauf, Fettstoffwechselstörungen, Atemnot und Störungen des Hormonhaushalts führen. Des Weiteren ist belegt, dass Kinder, die adipös sind, dies häufig auch im Erwachsenenalter bleiben (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, 2018).

Da durch die Corona-Pandemie mit einem weiteren Anstieg der Adipositas-Befunde zu rechnen ist, kann hier ein erhöhter Bedarf an präventiven Maßnahmen festgestellt werden.



4.2. Zahngesundheit

Neben den Schuleingangsuntersuchungen besteht für die unteren Gesundheitsbehörden die gesetzliche Verpflichtung, zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen. Sie dienen der Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und finden in den Kindertagesstätten und Schulen statt.

DMFT-Index

Der DMFT-Index, auch Kariesindex genannt, ist eine internationale Messzahl die darstellt, wie hoch die Karieslast eines Gebisses ist. Für Milchzähne wird der Index mit Kleinbuchstaben (dmf-t) und für die bleibenden Zähne mit Großbuchstaben (DMF-T) angegeben. Die Buchstaben stehen dabei für folgende englische Begriffe:

d/D = decayed = kariös

m/M = missing = fehlend wegen Karies

f/F = filled = gefüllt wegen Karies

t/T = tooth = Zahn

Jeder Zahn wird nur einmal gezählt, auch wenn er kariös ist und eine Füllung hat. Weisheitszähne werden nicht berücksichtigt. Folglich bedeutet ein Index von 1, dass 1 Zahn von 20 Zähnen eines Milchzahngebisses bzw. von 28 bleibenden Zähnen fehlend, kariös und/oder gefüllt ist.

Der zahnärztliche Gesundheitsdienst des Amtes für Gesundheit und Hygiene hat für die 6-, 9- und 12-Jährigen in den Schuljahren 2015/2016 bis 2019/2020 den folgenden Mundgesundheitsstatus ermittelt. Die Maßeinheit für die Beurteilung ist hierbei der dmf-t/DMF-T-Index.

a) 6-jährige Kinder

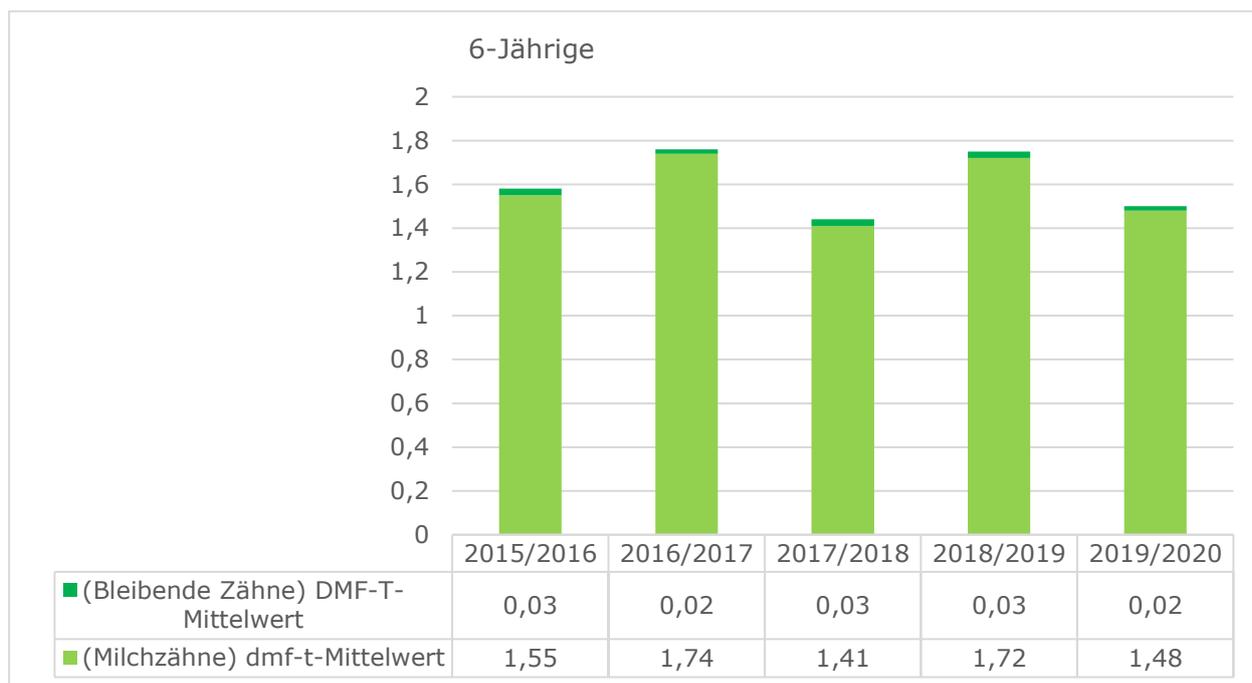


Abb. 25: dfm-t / DFM-T –Mittelwerte der 6-Jährigen in den Schuljahren 2015/16 bis 2019/20 (Eigene Darstellung; Quelle: Zahnärztlicher Gesundheitsdienst des Amtes für Gesundheit und Hygiene)

b) 9-jährige Kinder

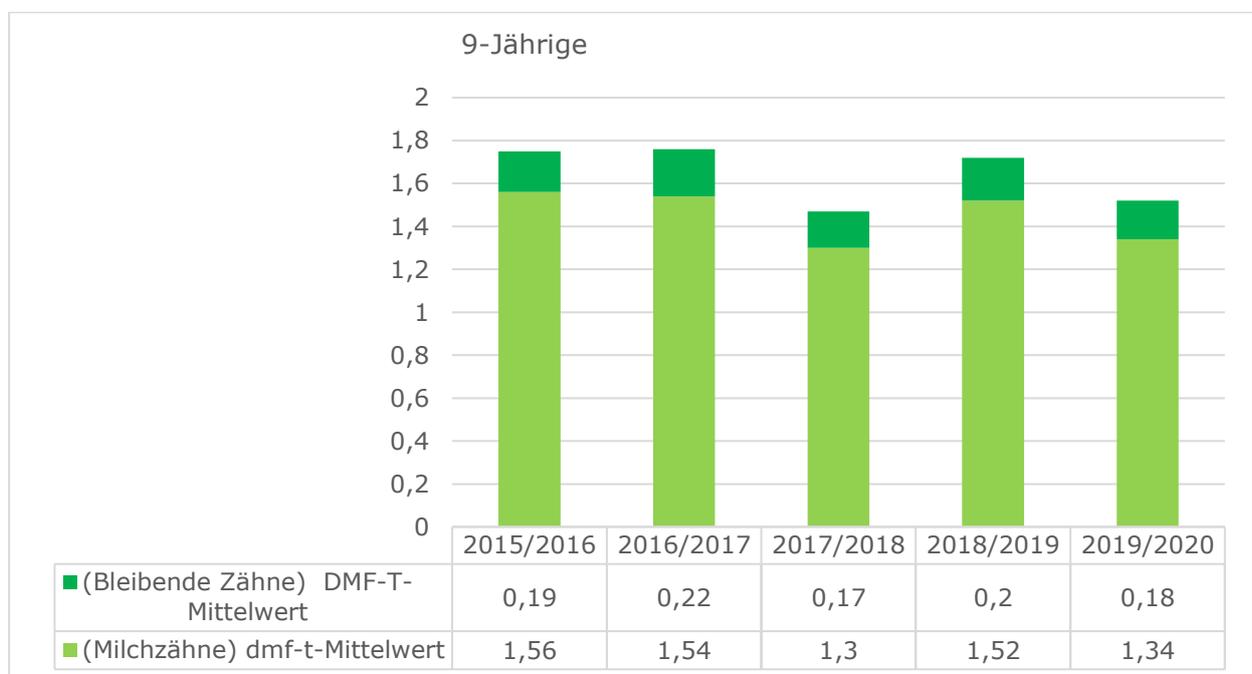


Abb. 26: dfm-t / DFM-T –Mittelwerte der 9-Jährigen in den Schuljahren 2015/16 bis 2019/20 (Eigene Darstellung; Quelle: Zahnärztlicher Gesundheitsdienst des Amtes für Gesundheit und Hygiene)

c) 12-jährige Kinder

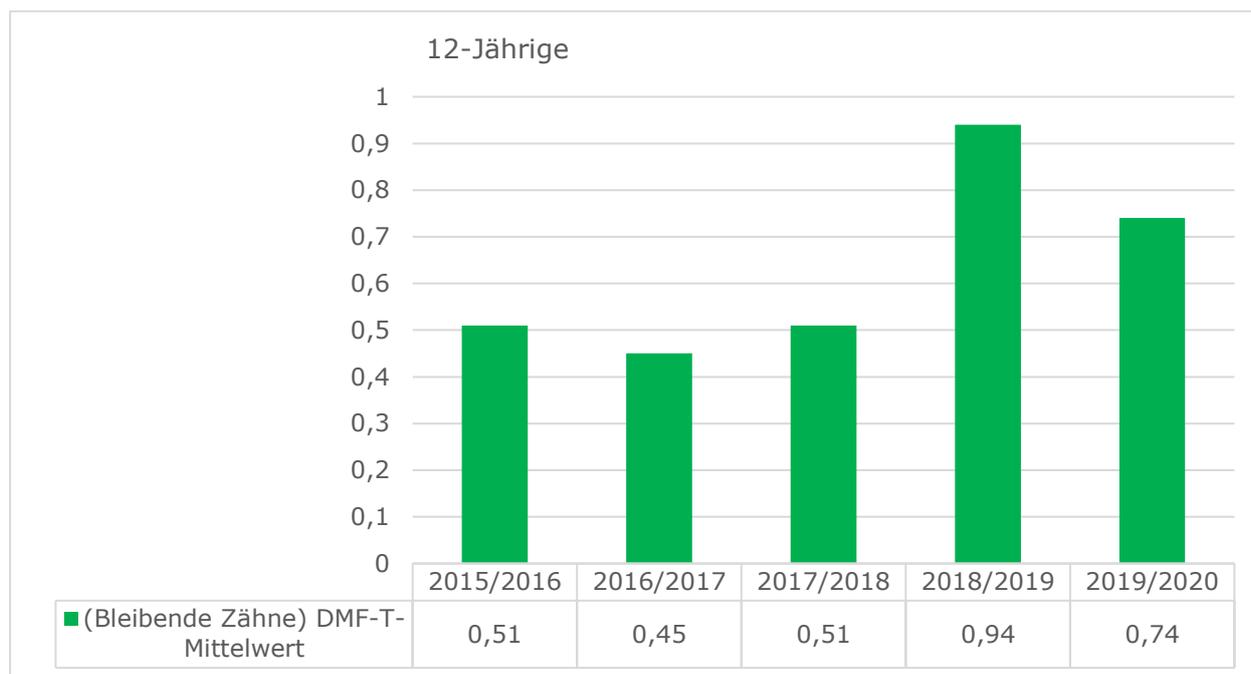


Abb. 27: dfm-t / DFM-T –Mittelwerte der 12-Jährigen in den Schuljahren 2015/16 bis 2019/20 (Eigene Darstellung; Quelle: Zahnärztlicher Gesundheitsdienst des Amtes für Gesundheit und Hygiene)

NRW-Vergleichswerte liegen lediglich für 6-7-Jährige und 12-Jährige vor, wobei der aktuellste Wert aus dem Jahre 2016 stammt (Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016 der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.). Hiernach beträgt der dmf-t-Mittelwert der 6-7-Jährigen 1,59 und ist somit in etwa identisch mit dem entsprechenden Mittelwert für Mülheim an der Ruhr. Der DMF-T-Mittelwert der 12-Jährigen wird in NRW 2016 mit 0,38 beziffert, was bedeutet, dass der Gesundheitszustand der bleibenden Zähne Mülheimer Kinder – wenn auch nur geringfügig - schlechter ist, als der Kinder im NRW-Durchschnitt.

Die Entwicklung bis zum Schuljahr 2019/2020 lässt eine Tendenz zu einer schlechteren Mundgesundheit in Mülheim an der Ruhr erkennen. Für die Beurteilung der Datenlage ist zu berücksichtigen, dass sich der zahnärztliche Gesundheitsdienst in den ausgewerteten Jahren vermehrt auf die Einrichtungen konzentriert hat, die eine erhöhte Karieslast aufweisen. Dies macht die Vergleichbarkeit der Daten schwierig. Dennoch lässt sich bei den Untersuchungen eine eindeutige Korrelation zwischen erhöhten DMF-T Werten und sozioökonomischen Verhältnissen sowie einem erhöhten Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund feststellen. Diverse wissenschaftliche Studien belegen, dass der sozioökonomische Status eine wesentliche Rolle bei der Mundgesundheit spielt. Je niedriger der soziale Status einer Familie, desto höher ist der Anteil der Kinder mit unzureichender Zahnputzfrequenz und geringer Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen (Knopf et al, 2008). Auch bei Kindern mit Migrationshintergrund tritt Karies gehäuft auf. Wie die Studie des Robert Koch-Instituts

zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) im Jahr 2008 hierzu zeigt, unterscheidet sich die Zahngesundheit dabei verstärkt nach den Herkunftsländern. Vor diesem Hintergrund sollten spezifische Risikogruppen identifiziert werden, um adressatengerechte Präventionsmaßnahmen anzubieten.



5. Gesundheitliche Versorgung

5.1. Stationäre Versorgung in Krankenhäusern

Mülheim an der Ruhr verfügt über zwei Krankenhäuser mit insgesamt rund 1.000 Betten für die stationäre Versorgung.

Das Evangelische Krankenhaus Mülheim an der Ruhr hält 602 Betten und das St. Marien-Hospital Mülheim an der Ruhr 393 Betten vor (Stand Juli 2023). Beide Krankenhäuser befinden sich im Stadtteil Altstadt I und liegen somit zentral in der Stadtmitte.

In Deutschland liegt die Verantwortung für eine angemessene Versorgung mit Krankenhäusern und Krankenhausbetten bei den Bundesländern, die hierfür sogenannte Krankenhauspläne aufstellen.

Nach der Reform der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen wird diese zukünftig nicht mehr auf der Grundlage von Bettenzahlen, sondern anhand von Fallzahlen nach Leistungsreichen (Fachgebieten) und Leistungsgruppen (Unterdisziplinen) durchgeführt. Die Leistungsgruppen werden an Qualitätskriterien geknüpft, die eine hochwertige Versorgung sicherstellen sollen. Was das konkret für die Mülheimer Krankenhäuser bedeutet, bleibt abzuwarten.

5.2. Ambulante Versorgung

Ein wesentliches Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung ist die sogenannte **Bedarfsplanung**. Hierbei legt der Gemeinsame Bundesausschuss der Vertragsärzteschaft, Krankenhäuser und Krankenkassen einen bundeseinheitlichen Planungsrahmen in Form einer Bedarfsplanungsrichtlinie fest. Als Grundstruktur definiert die Richtlinie vier Versorgungsebenen: die hausärztliche Versorgung, die allgemeine fachärztliche Versorgung, die spezialisierte fachärztliche Versorgung und die gesonderte fachärztliche Versorgung. In der Bedarfsplanungsrichtlinie wird nach unterschiedlichen Verdichtungsräumen gegliedert und die jeweiligen Zahlen der Ärzt*innen festgelegt, die für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden. Dies erfolgt über die Festlegung eines Verhältnisses von Einwohnern je Arzt/Ärztin.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen schließlich auf Landesebene im Einvernehmen mit den Krankenkassen auf der Grundlage dieser Richtlinie Bedarfspläne auf (§ 99 SGB V). Aus dem Vergleich der Ist- und Sollzahlen berechnet sich der **Versorgungsgrad**. Ein Versorgungsgrad von 100 % bedeutet, dass die Zahl der zugelassenen Ärzt*innen dem ausgewiesenen Bedarf entspricht. Eine Überversorgung ist laut Definition dann gegeben, wenn der Versorgungsgrad über 110 % liegt. Unterversorgung liegt vor, wenn der tatsächliche Versorgungsgrad in der hausärztlichen oder allgemeinen fachärztlichen Versorgung um mehr als 25 % und in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung um mehr als 50 % unter dem ausgewiesenen Bedarf liegt.

a) Vertragsärztliche Versorgung

Zum 30.03.2023 liegt der Versorgungsgrad sowohl in der hausärztlichen als auch in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung über 100 %.

Übersicht der hausärztlichen und allgemeinen fachlichen Versorgung (Stand: 30.03.2023)

Arztgruppe	Gesamtzahl der Vertragsärzt*innen in Vollzeitäquivalenten	Versorgungsgrad in %
Hausärzt*innen	103,2	103,6
Augenärzt*innen	11	115,2
Chirurg*innen u.Orthopäd*innen	20	154,4
Frauenärzt*innen	21,25	141,2
Hautärzt*innen	8	159,7
HNO-Ärzt*innen	9	129,5
Nervenärzt*innen	10,5	120,9
Psychotherapeut*innen **	39,85	124,3
Urolog*innen	6	114,4
Kinder- u. Jugendärzt*innen	11	112,8

**ärztliche Psychotherapeut*innen, psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen

Tab. 6: Übersicht der hausärztlichen und allgemeinen fachlichen Versorgung (Eigene Darstellung; Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2023)

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, liegt der Versorgungsgrad in Mülheim an der Ruhr in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zum 30.03.2023 über 110 %, so dass in diesem gesamten Bereich laut Definition eine Überversorgung gegeben ist.

b) Vertragszahnärztliche Versorgung

2021 liegt der Versorgungsgrad in der zahnärztlichen Versorgung über 100 %.

Übersicht der vertragszahnärztlichen Versorgung 2019 - 2021

Versorgungsgrad in %					
2019		2020		2021	
Zahnärzt*innen	Kieferorthopäd*innen	Zahnärzt*innen	Kieferorthopäd*innen	Zahnärzt*innen	Kieferorthopäd*innen
107,8	139,7	105,5	153,6	108,0	157,1

Tab. 7: Übersicht der vertragszahnärztlichen Versorgung (Eigene Darstellung; Quelle: LZG.NRW/ Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein, 2021)

5.3. Rettungsdienst

Der Rettungsdienst, der insbesondere die Notfallrettung und den Krankentransport umfasst, ist eine auf der Grundlage des Rettungsgesetzes NRW vorzuhaltende Einrichtung in Verantwortung der Kreise und kreisfreien Städte. Diese stellen Bedarfspläne auf, die kontinuierlich zu überprüfen und bei Bedarf, spätestens alle fünf Jahre, zu ändern sind.

Wie dem Rettungsdienstbedarfsplan der Stadt Mülheim an der Ruhr für die Jahre 2021 – 2026 zu entnehmen ist, wird zwischen drei Versorgungsstufen unterschieden:

a) Notfallrettung ohne Notarzt

Die Notfallrettung ohne Notarzt/Notärztin wird mit einem Rettungswagen durchgeführt. Als Indikation eines solchen Einsatzes gilt das Vorhandensein oder die Annahme einer schweren gesundheitlichen Störung oder Verletzung. Ein Rettungswagen dient zum Transport von Notfallpatienten, die vor und während des Transportes medizinischer Maßnahmen zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der vitalen Funktionen bedürfen.

b) Notärztliche Versorgung

Die Indikation für einen Notarzteinsatz ist ein lebensbedrohlicher Zustand bzw. die Vermutung eines lebensbedrohlichen Zustands des Patienten oder der Patientin, der die Patientenversorgung durch Ärzt*innen mit besonderen notfallmedizinischen Kenntnissen und Qualifikationen erfordert.

c) Krankentransport

Indikation für einen Krankentransport ist der Beförderungsbedarf einer kranken, verletzten oder sonstigen hilfsbedürftigen Person, die kein*e Notfallpatient*in ist, aber fachgerechter Betreuung durch qualifiziertes Personal bedarf.

2019 beträgt die Anzahl der Einsätze zur Notfallrettung mit Rettungswagen ohne Notarzt 16.595, von Notarztanforderungen 4.967 und im Krankentransport 16.836.

Die folgenden Darstellungen zeigen die Entwicklung der Inanspruchnahme des Rettungsdienstes in den Jahren 2015 bis 2019.

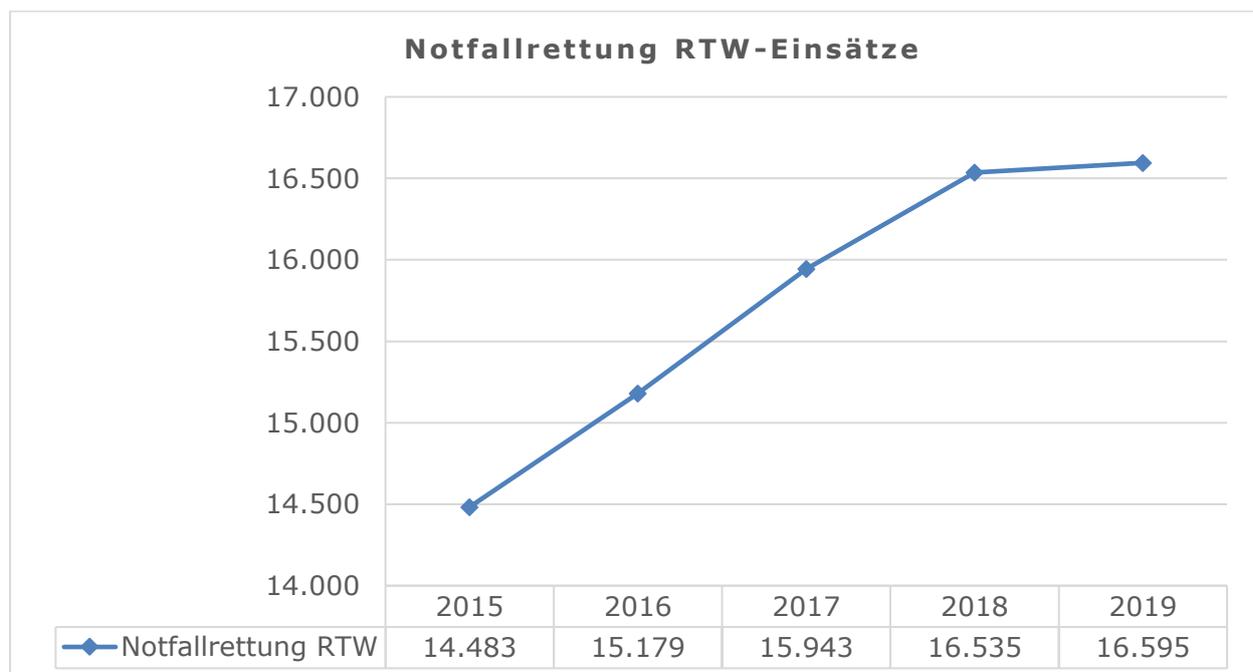


Abb. 28: Notfallrettung RTW-Einsätze 2015-2019 (Eigene Darstellung; Quelle: Rettungsdienstbedarfsplan/ Amt für Brandschutz, Rettungsdienst, Zivil- und Katastrophenschutz)

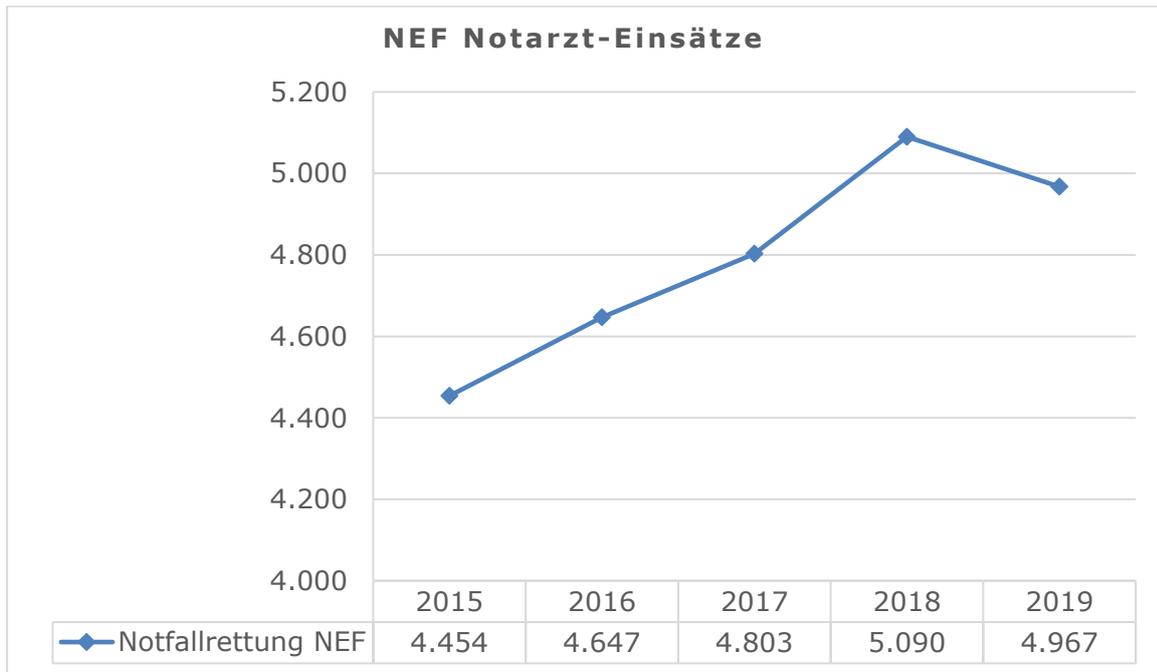


Abb. 29: NEF Notarzt-Einsätze 2015-2019 (Eigene Darstellung; Quelle: Rettungsdienstbedarfsplan/ Amt für Brandschutz, Rettungsdienst, Zivil- und Katastrophenschutz)

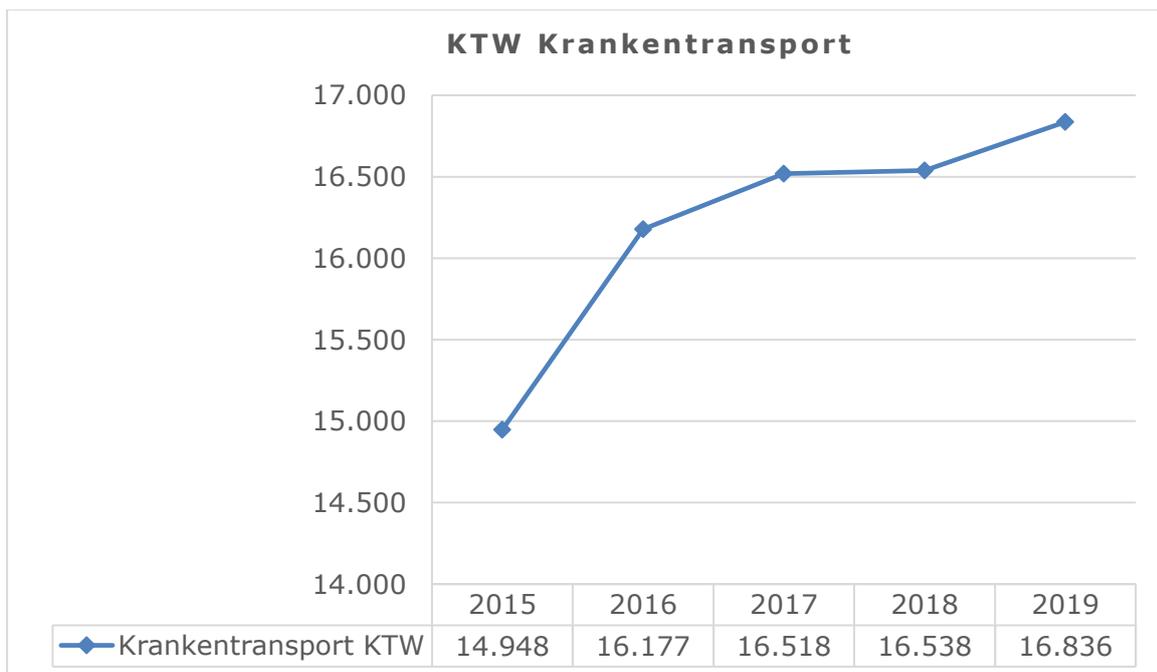


Abb. 30: KTW Krankentransporte 2015-2019 (Eigene Darstellung; Quelle: Rettungsdienstbedarfsplan/ Amt für Brandschutz, Rettungsdienst, Zivil- und Katastrophenschutz)

In allen Bereichen sind deutliche Anstiege der jeweiligen Einsätze im betrachteten Zeitraum zu verzeichnen. Im Rahmen des Qualitätsmanagements des Rettungsdienstes werden diese Entwicklungen verfolgt und entsprechende Kompensationsmaßnahmen entwickelt.

5.4. Apotheken

Apotheken sind Teil des öffentlichen Gesundheitswesens und verantwortlich für die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung.

Zum Stichtag 31.12.2022 gibt es in Mülheim an der Ruhr 38 öffentliche Apotheken und eine Krankenhausapotheke.

Rechnerisch steht damit bei 172.404 Einwohner*innen zum vorgenannten Stichtag 4.537 Einwohner*innen eine öffentliche Apotheke zur Verfügung. Wie aus der folgenden Tabelle ersichtlich ist, nimmt in Nordrhein-Westfalen im Laufe der Jahre 2011 bis 2021 die Einwohnerzahl je Apotheke durchgehend zu, was bedeutet, dass die Apothekendichte abnimmt. Obgleich für Mülheim an der Ruhr im Laufe des betrachteten Zeitraums leichte Schwankungen festzustellen sind, so ist dennoch ein Trend zur Reduzierung der Apothekendichte erkennbar. Eine nennenswerte Differenz ist im NRW-Vergleich nicht gegeben.

Jahr	Mülheim an der Ruhr		NRW
	Anzahl der Apotheken	Einwohner*innen je Apotheke	Einwohner*innen je Apotheke
2011	47	3.557	3.838
2012	46	3.630	3.921
2013	47	3.552	4.005
2014	45	3.714	4.020
2015	41	4.129	4.124
2016	40	4.273	4.180
2017	40	4.282	4.255
2018	39	4.382	4.348
2019	39	4.375	4.466
2020	38	4.498	4.538
2021	40	4.268	4.625

Tab. 8: Öffentliche Apotheken 2011-2021 (Eigene Darstellung; Quelle: Apothekerkammer Nordrhein/Landesbetrieb Information und Technik NRW, 2021)

6. Anhang

6.1. Tabellenverzeichnis

- Tab. 1: Einwohner*innen nach Altersgruppen 2021
- Tab. 2: Bevölkerung nach dem Schulabschluss 2021
- Tab. 3: Fallzahlen Mpox 2022 und 2023 im Landes – und Bundesvergleich
- Tab. 4: Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen (Mittelwert 2016-2020)
- Tab. 5: Anzahl der Schuleingangsuntersuchungen 2010-2019
- Tab. 6: Übersicht der hausärztlichen und allgemeinen fachlichen Versorgung
- Tab. 7: Übersicht der vertragszahnärztlichen Versorgung
- Tab. 8: Öffentliche Apotheken 2011-2021

6.2. Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Arbeitslosenquote im NRW-Vergleich 2012-2021
- Abb. 2: Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte im NRW-Vergleich 2011-2020
- Abb. 3: SMR der Krankenhausfälle 2020
- Abb. 4: Aus nordrhein-westfälischen Krankenhäusern entlassene Patient*innen im Jahr 2021 mit Wohnort Mülheim an der Ruhr
- Abb. 5: Inzidenzrate Influenza im NRW-Vergleich 2000/01-2022/23
- Abb. 6: Inzidenzrate schwere MRSA-Krankheitsverläufe im NRW-Vergleich 2010-2022
- Abb. 7: Inzidenzrate Tuberkulose im NRW-Vergleich 2001-2022
- Abb. 8: SMR Schwerbehinderte Menschen 2003-2019 im NRW-Vergleich
- Abb. 9: SMR Sterbefälle 2012-2021 im NRW-Vergleich
- Abb. 10: Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr 2012-2021 im NRW Vergleich
- Abb. 11: SMR Vermeidbare Sterbefälle Ischämische Herzkrankheit (bis 64 Jahre) 2020
- Abb. 12: Lebenserwartung weiblicher Neugeborener 2011-2020
- Abb. 13: Lebenserwartung männlicher Neugeborener 2011-2020
- Abb. 14: Lebenserwartung weiblicher Neugeborener im NRW-Vergleich
- Abb. 15: Lebenserwartung männlicher Neugeborener im NRW-Vergleich
- Abb. 16: Auffälligkeiten im Bereich Körperkoordination 2010-2019 im NRW-Vergleich
- Abb. 17: Auffälligkeiten im Bereich auditive Merkfähigkeit 2010-2019 im NRW-Vergleich
- Abb. 18: Auffälligkeiten im Bereich auditive Merkfähigkeit 2019 im NRW-Vergleich
- Abb. 19: Auffälligkeiten im Bereich Sprachkompetenz 2010-2019 im NRW-Vergleich
- Abb. 20: Auffälligkeiten im Bereich Sprachkompetenz 2019 im NRW-Vergleich

Abb. 21: Auffälligkeiten im Bereich des Erkennens und Zeichnens von Objekten und Formen 2010-2019 im NRW-Vergleich

Abb. 22: Auffälligkeiten im Umgang mit Zahlen und Mengen 2010-2019 im NRW-Vergleich

Abb. 23: Herabgesetzte Sehschärfe bei Einschulungsuntersuchungen 2019 im NRW-Vergleich

Abb. 24: Adipositas bei Einschulungsuntersuchungen 2010-2019 im NRW-Vergleich

Abb. 25: dfm-t / DFM-T –Mittelwerte der 6-Jährigen in den Schuljahren 2015/16 bis 2019/20

Abb. 26: dfm-t / DFM-T –Mittelwerte der 9-Jährigen in den Schuljahren 2015/16 bis 2019/20

Abb. 27: dfm-t / DFM-T –Mittelwerte der 12-Jährigen in den Schuljahren 2015/16 bis 2019/20

Abb. 28: Notfallrettung RTW-Einsätze 2015-2019

Abb. 29: NEF Notarzt-Einsätze 2015-2019

Abb. 30: KTW Krankentransporte 2015-2019

6.3. Quellenverzeichnis

6.3.1. Literatur

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (2018), Elterninformation: Mein Kind ist zu dick

Knopf H, Rieck A, Schenk L Mundhygiene – Daten des KiGGS zum Kariespräventiven Verhalten. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 51: 1314-1320 (2008).

Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D. et al. (2001), Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149: 807–818

Rettungsdienstbedarfsplan der Stadt Mülheim an der Ruhr, Amt für Brandschutz, Rettungsdienst, Zivil- und Katastrophenschutz, 9. Fortschreibung 2021-2026

Robert Koch Institut (2018 a), Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland, Saison 2017/18, Berlin

Stadt Mülheim an der Ruhr, Referat VI.1, Stadtforschung und Statistik
Bevölkerungsbestand 2021/12

6.3.2. Internetquellen

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2020, Fakten zur Säuglingssterblichkeit in Deutschland, Abfrage am 10.08.2023 unter <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S10-Saeuglingssterblichkeit-ab-1872.html> und <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S12-Saeuglingssterblichkeit-Geschlecht-ab-1990.html>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2023, Infektionsschutz, MPOX, Abfrage am 28.09.2023 unter <https://www.infektionsschutz.de/infektionskrankheiten/krankheitsbilder/mpox/#tab-17344-c5389>

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V., Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2016, Abfrage am 22.05.2023 unter https://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Epi_2016/Epi_final_BB1801_final.pdf

Deutsche Herzstiftung 2023, Artikel „Die koronare Herzkrankheit: Ursachen und Risiken“ Abfrage am 28.06.2023 unter <https://herzstiftung.de/infos-zu-herzerkrankungen/koronare-herzkrankheit/ursachen>

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 2023, Übersicht der haus- und fachärztlichen Versorgung in Nordrhein, Abfrage am 21.09.2023 unter https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/bedarfsplanung/anlagen_bedarfsplanung.pdf

Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW), Pressestelle
Aus nordrhein-westfälischen Krankenhäusern entlassene Patientinnen und Patienten im Jahr 2021 nach dem Wohnort der Patienten
Letzte Abfrage am 12.12.2023 unter https://www.it.nrw/sites/default/files/it-nrw_presse/456_22.pdf

Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) Mikrozensus (2023)
Bevölkerung nach dem Schulabschluss 2021
Letzte Abfrage am 12.12.2023 unter https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_kreise/themen2/index.html Indikator 02.13_01

LZG.NRW (2023), Themenfeld 02 Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems
Letzte Abfrage am 12.12.2023 unter https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_kreise/themen2/index.html

LZG.NRW (2023), Themenfeld 03 Gesundheitszustand der Bevölkerung I. Allgemeine Übersicht zur Mortalität und Morbidität

Letzte Abfrage am 12.12.2023 unter https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_kreise/themen3_1/index.html

LZG.NRW (2023), Themenfeld 03 Gesundheitszustand der Bevölkerung II. Krankheiten/ Krankheitsgruppen

Letzte Abfrage am 12.12.2023 unter https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_kreise/themen3_2/index.html

LZG.NRW (2023), Themenfeld 06 Einrichtungen des Gesundheitswesens

Letzte Abfrage am 12.12.2023 unter https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_kreise/themen6/index.html

Robert Koch-Institut 2008, Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Abfrage am 22.05.2023 unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/KiGGS_GPA.pdf?__blob=publicationFile

Robert Koch-Institut 2023, SurvStat@RKI 2.0, Abfrage am 13.09.2023 unter <https://survs-tat.rki.de>

Statistisches Bundesamt (Destatis), Pressemitteilung Nr. 259 vom 22. Juni 2022

7,8 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland, Abfrage am 23.05.2023 unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/06/PD22_259_227.html