

Bielefelder Gesundheitsbericht 2026





Stadt Bielefeld

Gesundheits-, Veterinär- und
Lebensmittelüberwachungsamt

Impressum

Herausgegeben von:



Stadt Bielefeld

Gesundheits-, Veterinär- und
Lebensmittelüberwachungsamt

Verantwortlich für den Inhalt:

Julia Harmsen (Amtsleitung)

Redaktion:

Zarah Nelskamp & Dirk Cremer

Titelblatt:

Presseamt Stadt Bielefeld

Stand:

Juni 2026



Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

ich freue mich, Ihnen den aktuellen Basisgesundheitsbericht der Stadt Bielefeld vorstellen zu können. Er stellt den Auftakt der neu aufgelegten Gesundheitsberichterstattung des Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamtes dar, die insbesondere eine höhere Nutzerfreundlichkeit und die stärkere Einbindung der Lebensrealität der Menschen verfolgt.

Über 3.700 Bürgerinnen und Bürger haben im Sommer 2025 an unserer umfangreichen Gesundheitsbefragung teilgenommen, deren Ergebnisse in den vorliegenden Bericht einfließen. Die Unterstützung aus der Bevölkerung ermöglicht es, routinierte Analysen und Eckdaten mit lebensnahen Eindrücken aus unserer Stadt zu ergänzen.

Die Stadt Bielefeld verfolgt im Kontext des Markenbausteins „Gesunde Großstadt“ das strategische Ziel, ein gesundes Leben für alle Bewohnerinnen und Bewohner zu ermöglichen. Ihr kommt als Gestalterin der Lebensverhältnisse ihrer Bürgerinnen und Bürger eine zentrale Rolle zu. Die Gesundheitsberichterstattung unterstützt dieses Ziel im Sinne einer Informationsgrundlage für (gesundheits)politische Planungs- und Umsetzungsprozesse. Sie bietet darüber hinaus ebenso allen an der gesundheitlichen Lage der Stadtbevölkerung beteiligten und interessierten Akteurinnen und Akteuren hilfreiche und relevante Beschreibungen und Analysen – weil 'Gesundheit für alle' nur gesamtgesellschaftlich gelingt.

Ich danke allen an diesem Bericht Beteiligten für die Mitarbeit und Unterstützung, insbesondere den Mitgliedern der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung der Kommunalen Gesundheitskonferenz für Ihr Engagement sowie der Statistikstelle des Presseamtes der Stadt Bielefeld für die gute Zusammenarbeit bei der Umsetzung der Bevölkerungsbefragung.

Ich wünsche Ihnen eine angenehme Lektüre und freue mich auf Rückmeldungen und Diskussionen zum Bielefelder Gesundheitsbericht 2026.

Martin Adamski

Dezernent für Umwelt, Mobilität, Klimaschutz und Gesundheit

Vorsitzender der Kommunalen Gesundheitskonferenz



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Datengrundlagen	4
3. Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsentwicklung	6
3.1 Alter und Geschlecht	6
3.1.1 Altenquotient	7
3.1.2 Jugendquotient	8
3.2 Migrationshintergrund	8
3.3 Lebenserwartung	9
3.4 Lebendgeborene	10
4. Wirtschaftliche und soziale Lage	11
4.1 Bildung	11
4.2 Arbeitslosigkeit	12
4.3 Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte	13
4.4 Mindestsicherungsquote	14
5. Soziale Unterstützung	15
6. Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz	17
6.1 Gesundheitsverhalten	17
6.1.1 Obst- und Gemüseverzehr	17
6.1.2 Tabakkonsum und E-Zigaretten	18
6.1.3 Cannabiskonsum	20
6.1.4 Alkoholkonsum	21
6.1.5 Körperliche Aktivität	22
6.2. Gesundheitskompetenz	26
7. Gesundheitliche Lage der Bevölkerung	30
7.1 Subjektive Gesundheit	30
7.2 Wohlbefinden	31
7.3 Morbidität	32
7.3.1 Nichtübertragbare Krankheiten	32
7.3.2 Ausgewählte psychische Erkrankungen	33
7.3.3 ausgewählte Herz-Kreislauf-Erkrankungen	36
7.3.4 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	39
7.3.5 Rückenschmerzen	41
7.3.6 ausgewählte Krebserkrankungen	42
7.4 Mortalität	46
7.4.1 Gesamtmortalität	46
7.4.2 Häufigste Sterberaten	47
7.4.3 Vermeidbare Sterbefälle	48
8. Gesundheitseinrichtungen	49



8.1 Ambulante ärztliche Versorgung	49
8.2 Stationäre Krankenhausversorgung	52
8.3 Öffentliche Apotheken	54
9. Gesundheitsrelevante Anliegen der Bürgerinnen und Bürger Bielefelds	55
9.1 Individuelle Ebene	55
9.2 Gruppen	56
9.3 Kommunale Infrastruktur und Lebensumfeld	57
10. Zusammenfassung und Fazit	59

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Determinanten der Gesundheit	2
Abbildung 2: Datenquellen Bielefelder Gesundheitsbericht 2026	4
Abbildung 3: Altenquotient in Bielefeld und NRW 2017-2024	7
Abbildung 4: Jugendquotient in Bielefeld und NRW 2017-2024	8
Abbildung 5: Migrationsanteil in Bielefeld und NRW 2017-2024	9
Abbildung 6: Lebenserwartung bei Geburt in Bielefeld und NRW 2017/2019-2022/2024	10
Abbildung 7: Höchster allgemeinbildender Schulabschluss in Bielefeld und NRW 2017 vs. 2024	11
Abbildung 8: Arbeitslosenquote in Bielefeld und NRW 2017-2024	13
Abbildung 9: Mindestsicherungsquote in Bielefeld und NRW 2017-2024	14
Abbildung 10: Wahrgenommene soziale Unterstützung in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025	15
Abbildung 11: Obst- und Gemüseverzehr in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025	18
Abbildung 12: Tabak- und E-Zigarettenkonsum in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025	19
Abbildung 13: Alkoholkonsum in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025	22
Abbildung 14: Sitzende bzw. stehende arbeitsbezogene Tätigkeit in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025	23
Abbildung 15: Wöchentliche Ausdauerbelastung in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025	24
Abbildung 16: Krafttraining in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025	25
Abbildung 17: Gesundheitskompetenz in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025	27
Abbildung 18: Digitale Gesundheitskompetenz in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025	28
Abbildung 19: Subjektiver Gesundheitszustand in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025	30
Abbildung 20: Psychisches Wohlbefinden in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025	32
Abbildung 21: Altersstandardisierte Prävalenz Typ-2-Diabetes in Bielefeld und OWL 2015-2024	33
Abbildung 22: Altersstandardisierte Prävalenz Demenz in Bielefeld und OWL 2015-2024	34
Abbildung 23: Altersstandardisierte Prävalenz Depressionen in Bielefeld und OWL	35
Abbildung 24: Altersstandardisierte Prävalenz Hypertonie in Bielefeld und OWL 2015-2024	36
Abbildung 25: Altersstandardisierte Prävalenz ischämischer Herzkrankheiten in Bielefeld und OWL 2015-2024	38
Abbildung 26: Altersstandardisierte Inzidenz Schlaganfälle in Bielefeld und NRW	39
Abbildung 27: Altersstandardisierte Prävalenz von COPD in Bielefeld und OWL 2015-2024	40
Abbildung 28: Altersstandardisierte Prävalenz Rückenschmerzen in Bielefeld und OWL	41
Abbildung 29: Krebsneuerkrankungs- und -sterberaten (Darm) in Bielefeld und NRW	42
Abbildung 30: Krebsneuerkrankungs- und -sterberaten (Lunge) in Bielefeld und NRW	43
Abbildung 31: Krebsneuerkrankungs- und -sterberaten (Brust) in Bielefeld und NRW	45
Abbildung 32: Krebsneuerkrankungs- und -sterberaten (Prostata) in Bielefeld und NRW	46
Abbildung 33: SMR vermeidbare Sterbefälle Bielefeld vs. NRW	47
Abbildung 34: Versorgungsgrade in der haus- und allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung Bielefeld Anfang 2026	50
Abbildung 35: Durchschnittsalter der Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Bielefeld und OWL im Jahr 2024	51
Abbildung 36: Prognose der relativen Beanspruchung von Vertragsärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Bielefeld und Deutschland bis 2035	52
Abbildung 37: Einwohnende je öffentliche Apotheke in Bielefeld, NRW und OWL 2017-2024	54

1. Einleitung

Der vorliegende Gesundheitsbericht ist Teil der regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung des Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamts und im Rahmen der Strukturen der Kommunalen Gesundheitskonferenz der Stadt Bielefeld verortet.

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung (GBE) stellt eine der Kernaufgaben der unteren Gesundheitsbehörde dar. Sie gibt einen fundierten Einblick in die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und beschreibt maßgebliche Determinanten. Sie zeigt gesundheitsbezogene Herausforderungen und Handlungsbedarfe auf, die als Grundlage der Beratung von Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene dienen. Die Gesundheitsberichterstattung ist damit wesentlicher Bestandteil der kommunalen Gesundheitsplanung und unterstützt die Entwicklung gezielter Maßnahmen zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen nicht nur Entscheidungsträgerinnen und -trägern in Politik, Verwaltung und Fachakteuren im Gesundheitswesen als Orientierung dienen, sondern auch der interessierten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Das vorliegende Dokument ist daher weniger als theoretische Abhandlung, sondern mehr als praxisorientiertes Instrument zu verstehen. Besonderes Merkmal der aktuellen Berichterstattung ist die integrierte Bielefelder Gesundheitsbefragung 2025, die es ermöglicht, gesundheitsbezogene Aspekte der Lebensrealität der Menschen in der Stadt einfließen zu lassen.

Die folgenden Ausführungen umfassen Darstellungen und Erkenntnisse zur gesundheitlichen Lage der Bielefelder Bevölkerung ab 18 Jahren. Ergänzend dazu befindet sich ein Schwerpunktbericht zur Kindergesundheit in Bearbeitung.

Was kann die Stadt Bielefeld für die Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger tun?

Gesundheit entsteht auf vielfältigen Ebenen. Dabei sind nur wenige dieser Einflussfaktoren unveränderlich, während der Großteil durch gezielte Maßnahmen modifiziert werden kann. In diesem Zuge ist die Kommune als wesentlicher Akteur gefordert: Sie kann Rahmenbedingungen schaffen, die ein gesundes Leben für alle Bürgerinnen und Bürger in Bielefeld unterstützen. Dies beinhaltet unter anderem die Anpassung struktureller Gegebenheiten durch eine gesundheitsförderliche Stadt-, Verkehrs- und Freiraumplanung wie:

- * die gesunde Gestaltung von Bezirken,
- * den Ausbau sicherer Verkehrswege,
- * die Förderung von Grün- und Naherholungsflächen
- * und vielem mehr¹.

Auch kommunal initiierte Organisationsentwicklungsprozesse tragen dazu bei, dass Lebenswelten wie Schulen, Kindertagesstätten und das Versorgungssystem gesundheitsförderlich gestaltet werden². Diese verhältnisorientierten Maßnahmen werden durch angebotsorientierte Interventionen auf der Verhaltensebene ergänzt. Diese zielen darauf ab, das Gesundheits-

¹ Diese Themen werden bereits in einer Vielzahl kommunaler Strategiepapiere für Bielefeld ausführlich behandelt und sind daher nicht Bestandteil des vorliegenden Berichts.

² Z.B. durch zielgruppenspezifische Maßnahmen in den Bereichen mentale Gesundheit, Bewegung, Ernährung und Vorsorge.

bewusstsein und die Gesundheitskompetenz³ der Bielefelder Bevölkerung zu stärken und das Gesundheitsverhalten der Bürgerinnen und Bürger positiv zu beeinflussen.

Um zu verhindern, dass verschiedene Projekte und Maßnahmenbündel unkoordiniert nebeneinander herlaufen, sind die meisten kommunalen Vorhaben in übergreifende Strategien eingebettet, so auch im Themenfeld Gesundheit. Diese sorgen dafür, dass kommunalpolitisch festgelegte Ziele mit Hilfe verschiedener Maßnahmen und durch Zusammenarbeit unterschiedlicher Ressorts der Stadtverwaltung (gesundheitsfördernde Gesamtpolitik - Health in all policies) erreicht und evaluiert werden können. Diese Maßnahmenbündel bilden einen wesentlichen Baustein auf dem Weg

zu mehr **Gesundheitlicher Chancengleichheit** für alle Bürgerinnen und Bürger in Bielefeld.

Ebenen von Gesundheit

Bildlich gesehen, ist Gesundheit ein Puzzle aus vielen bunten Teilen (vgl. Abbildung 1). Dabei ist das Ergebnis nicht statisch, sondern wird im Lebensverlauf immer wieder neu zusammengesetzt. Das Kernstück des Puzzles bilden biologische Faktoren wie Genetik, Alter und Geschlecht, welche nicht beeinflussbar sind. Neben dieser starren Grundlage wirken weitere Puzzleteile auf Gesundheit, die potenziell von außen modifiziert werden können wie:

- übergeordnete sozioökonomische, kulturelle und physische Umweltbedingungen

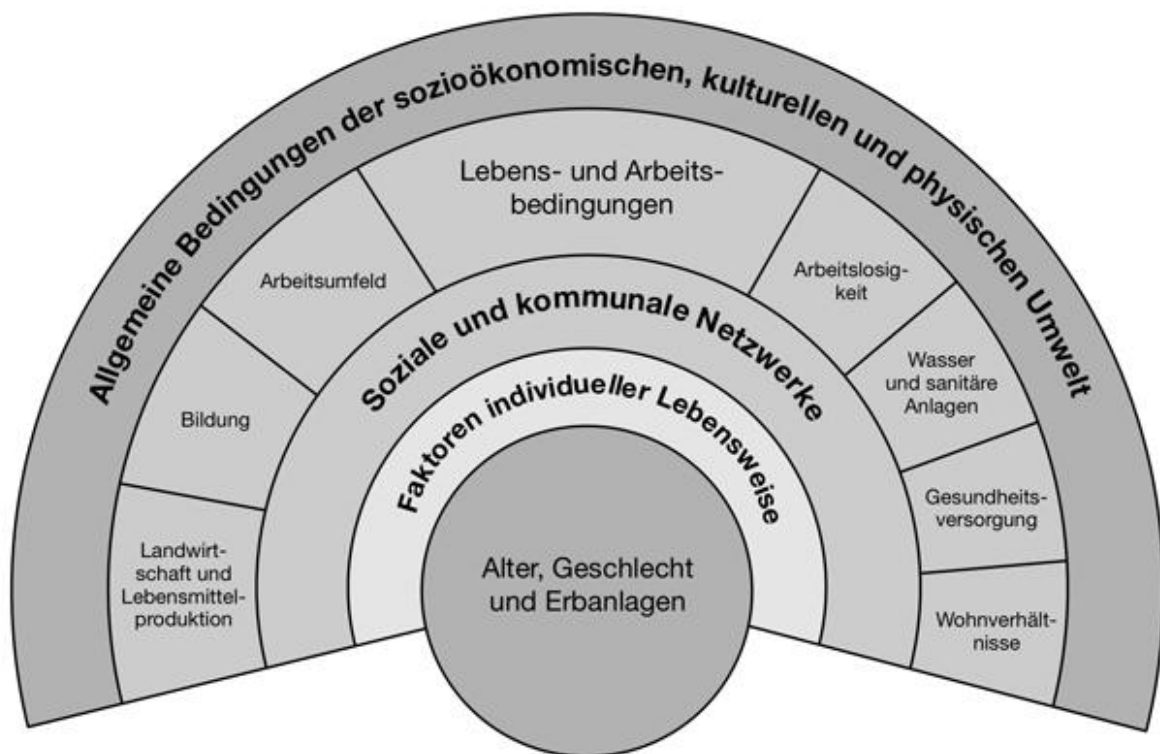


Abbildung 1: Determinanten der Gesundheit (Hurrelmann & Richter, 2022 nach Dahlgren & Whitehead, 1991)

³ „Der Begriff „Gesundheitskompetenz“ umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu fin-

den, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2025a, S. o.S.).

gen, welche sich beispielsweise in sozialen Ungleichheiten ausdrücken (Hurrelmann, K. & Richter, M., 2022),

- persönliche Lebens- und Arbeitsbedingungen, z.B. Arbeitslosigkeit, Bildungsstand, Wohnverhältnisse sowie die Qualität des Gesundheitssystems (Hurrelmann, K. & Richter, M., 2022),
- die Einbindung in soziale Netzwerke, die sich positiv auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken können (Robert Koch-Institut, 2025; Hurrelmann, K. & Richter, M., 2022),
- und das persönliche Gesundheitsverhalten, z.B. hinsichtlich Ernährung, körperlicher Aktivität und Suchtmittelkonsum (Hurrelmann, K. & Richter, M., 2022).

gleich und in Wechselwirkung zueinander auf (Kaba-Schönstein, L. & Kilian, H., 2023).

Welche Auswirkungen haben soziale Ungleichheiten und persönliche Merkmale auf Gesundheit?

Gesundheit ist nicht gleichmäßig in der Gesellschaft verteilt, sondern alle Ebenen, die auf Gesundheit wirken, sind einem sozialen Gradienten bzw. Muster unterworfen. Das heißt: Je niedriger der soziale Status ist, desto schlechter ist im Durchschnitt auch die Gesundheit (vertikale gesundheitliche Benachteiligung) (Kaba-Schönstein, L. & Kilian, H., 2023).

Zusätzlich können bestimmte persönliche Merkmale – wie Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung sowie Flucht- und Migrationserfahrungen - die gesundheitlichen Chancen und Risiken, aufgrund struktureller Benachteiligungen, negativ beeinflussen (horizontale gesundheitliche Benachteiligung)

! Die vertikale und die horizontale Benachteiligung treten dabei oft zeit-

2. Datengrundlagen

Die Rahmenbedingungen der Gesundheit, das Gesundheitsverhalten, die gesundheitliche Lage und die Gesundheitsversorgung der Bielefelder Bevölkerung werden anhand verschiedener Datenquellen abgebildet.

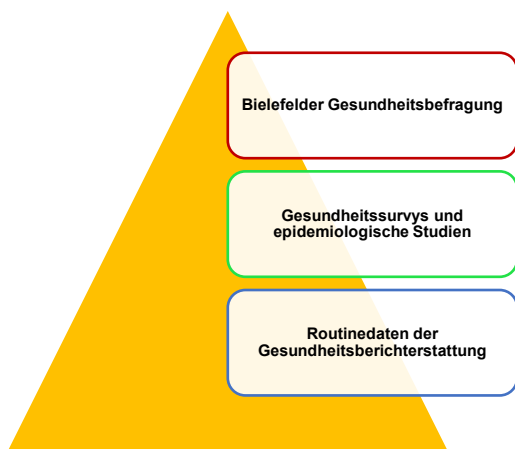


Abbildung 2: Datenquellen Bielefelder Gesundheitsbericht 2026 (eigene Darstellung)

In diesem Zuge ist zu beachten, dass den verwendeten Datenquellen teils unterschiedliche Bevölkerungsstatistiken zugrunde liegen. Für die interkommunalen Vergleiche der Gesundheitsindikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Bundesländer wird die Bevölkerungsstatistik des Landesbetriebs IT.NRW herangezogen. Diese basiert auf der Fortschreibung der letzten Zensusergebnisse anhand der gemeldeten Zu- und Fortzüge sowie der registrierten Geburten- und Sterbefälle (Statistisches Bundesamt, 2024).

Für die Auswertung der „Bielefelder Gesundheitsbefragung 2025“ hingegen wurden die Bevölkerungszahlen der Statistikstelle der Stadt Bielefeld genutzt, die aus dem kommunalen Einwohnermelderegister

abgeleitet sind – dadurch entstehen methodisch bedingte Abweichungen.

Routinedaten der Gesundheitsberichterstattung

Bei den Routinedaten, auch als Sekundärdaten bezeichnet, handelt es sich um Daten, die ursprünglich für andere, zumeist administrative Zwecke erhoben wurden und im Nachhinein für die Gesundheitsberichterstattung genutzt werden (AOK, 2025; Saß, A.-C., Lampert, T., Prütz, F., Beermann, S. & Ziese, T., 2018)

Gesundheitssurveys und epidemiologische Studien

Gesundheitssurveys und epidemiologische Erhebungen sind wissenschaftliche Studien zu ausgewählten Gesundheitsthemen bzw. -fragen. Sie können als Querschnittstudien (einmaliger Erhebungszeitpunkt), oder als Längsschnittstudien (wiederholte Befragungszeitpunkte) angelegt sein (Saß, A.-C., Lampert, T., Prütz, F., Beermann, S. & Ziese, T., 2018).

Daten aus der „Bielefelder Gesundheitsbefragung 2025“

Da anhand der vorliegenden Sekundärdaten nicht alle kommunal relevanten Gesundheitsschwerpunkte abgebildet werden konnten, hat der Sozial- und Gesundheitsausschuss der Stadt Bielefeld das Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt damit beauftragt, eine ergänzende Gesundheitsbefragung bei der Bielefelder Bevölkerung durchzuführen⁴. Die Umsetzung dieser Querschnittsanalyse erfolgte im Jahr 2025 in Kooperation mit der

⁴ Auf Empfehlung des Seniorenrats (Drucksachen-Nr.: 4697/2020-2025/1), des Beirats für Behindertenfragen und der Kommunalen Gesundheitskonferenz.



Statistikstelle des Presseamtes der Stadt Bielefeld.

Insgesamt wurden 20.000 Bürgerinnen und Bürger ab 18 Jahren per Zufallsverfahren aus dem Melderegister der Stadt Bielefeld ausgewählt und postalisch eingeladen, an der Onlinebefragung teilzunehmen⁵. Der zugehörige Fragebogen wurde zuvor durch das Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt erstellt und einem Pretest unterzogen. Der Fragebogen fokussierte ausgewählte Gesundheitsthemen, die mithilfe validierter Fragebatterien erfasst wurden.

In der Summe nahmen 3768 Personen an der Bielefelder Gesundheitsbefragung teil, womit sich die Rücklaufquote auf 18,84% beziffert.

⁵ Auf Anfrage wurden auf postalischem Wege Printversionen des Fragebogens an Bürgerinnen und Bürger versendet.

3. Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsentwicklung

Um die gesundheitliche Lage der Bielefelder Bevölkerung adäquat einordnen zu können, muss auch die demografische Struktur in Bielefeld betrachtet werden. Hierbei haben sowohl die Altersverteilung und das Geschlechterverhältnis als auch der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund Einfluss darauf, welche gesundheitlichen Chancen und Bedarfe entstehen und wie das kommunale Versorgungssystem reagieren muss.

3.1 Alter und Geschlecht

Die Relevanz der Altersverteilung für die gesundheitliche Lage der Bevölkerung ergibt sich aus dem engen Zusammenhang zwischen demografischen Veränderungen und dem Gesundheitszustand. Insbesondere Verschiebungen in der Altersstruktur, hin zu einem höheren Anteil älterer Menschen, gehen häufig mit einer steigenden Krankheitslast und verstärkten Inanspruchnahme des kommunalen Versorgungssystems einher. Ebenso können solche Entwicklungen eine Schrumpfung der Erwerbsbevölkerung begünstigen, was zusammenfassend betrachtet Personalengpässe im pflegerischen und medizinischen Bereich fördern kann (Robert Koch-Institut, 2015).

Neben dem Alter hat auch das Geschlecht einen weitreichenden Einfluss auf die Gesundheit, was sich sowohl auf das biologische als auch das soziale Geschlecht beziehen kann. Geschlechterunterschiede sind stark durch gesellschaftlich zugeschriebene Geschlechterrollen geprägt (Robert Koch-Institut, 2025a), wobei sich geschlechtsspezifische Unterschiede in verschiedenen Bereichen zeigen wie

- dem Gesundheits- und Risikoverhalten,
- der Bewertung und Kommunikation von Symptomen
- sowie der Nutzung von Präventions- und Versorgungsleistungen (Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2024).

Wie ist die Lage in Bielefeld?

Zum Stichtag 31.12.2024 lebten insgesamt 331.605 Menschen in Bielefeld (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.). Eine Besonderheit ist der höhere Frauenanteil mit 51,2% für Ende 2025 (Stadt Bielefeld, Statistikstelle, 2025).

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich für Bielefeld eine Bevölkerungspyramide mit diversen Ein- und Ausbuchtungen. Im höheren Alter besteht ein Frauenüberschuss, der vor allem auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurückzuführen ist. Die geburtenstarken Jahrgänge der sogenannten „Babyboomer“ sind in der Kommune vor allem in den älteren Erwerbs- und frühen Rentenjahrgängen vertreten. Die nachfolgenden Jahrgänge (nach dem sogenannten „Pillenknick“) sind schwächer besetzt. Bei den jüngeren Altersgruppen (etwa 20 bis Mitte 40 Jahre) ist eine erneute Ausbuchtung erkennbar, die sowohl auf den Eintritt der „Babyboomer“ in das fertile Alter als auch Zuwanderung bedingt ist (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2026; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2024; Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, 2024).

Laut Prognose für Bielefeld des Landesbetriebs IT.NRW ist vom Basisjahr 01.01.2021 ausgehend bis 2050 - nach der Basisvariante der Vorausberechnung - mit einer Zunahme der Bevölkerung um insgesamt +0,9% zu rechnen (336.464 Einwohnerinnen und Einwohner 2050 (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2026a)).

3.1.1 Altenquotient

Ein Indikator für die Beurteilung der regionalen Versorgungsbedarfe ist der Altenquotient.⁶ Dieser lag in Bielefeld von 2017 bis 2024 unter dem NRW-Landesdurchschnitt, stieg in diesem Zeitraum nur um 0,9 Prozentpunkte an (2,8 Prozentpunkte in NRW) und war zuletzt der sechsniedrigste in NRW (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.a; Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.b).

Der Anstieg des Altenquotienten war unter der weiblichen Bevölkerung stärker ausgeprägt (+1,3 Prozentpunkte vs. +0,6 Prozentpunkte unter der männlichen Bevölkerung). Hintergrund ist, dass durch Zuwanderung in den letzten Jahren mehr Männer als Frauen im erwerbsfähigen Alter nach Bielefeld kamen (Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, 2024).

Prognosen des Landesbetriebs IT.NRW zufolge wird der Bielefelder Altenquotient, vom 01.01.2021 nach der Basisvariante aus berechnet, bis 2050 auf 40,9% steigen (NRW 46,6%), d.h. sich auch weiterhin unter dem NRW-Landesdurchschnitt bewegen (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2026a).

ALTENQUOTIENT IN BIELEFELD UND NORDRHEIN-WESTFALEN IM ZEITVERLAUF

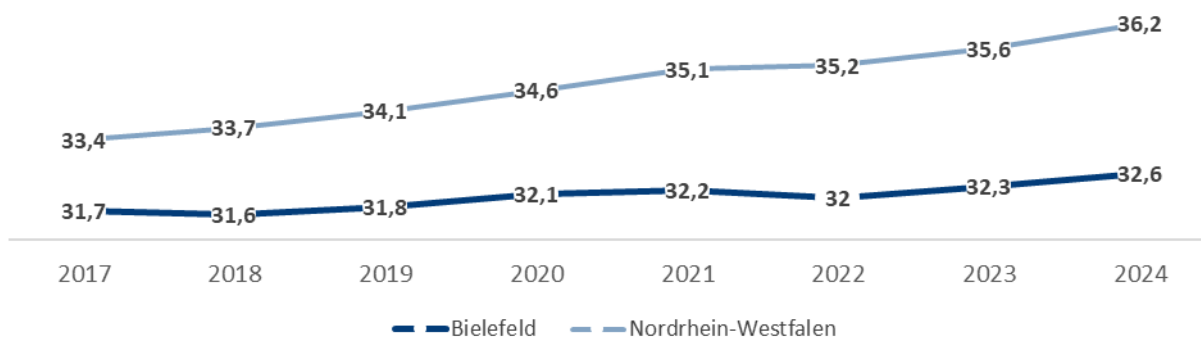


Abbildung 3: Altenquotient in Bielefeld und NRW 2017-2024 (eigene Darstellung nach Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen, o.J.a)

⁶ Der Altenquotient gibt an, wie viele Personen im Rentenalter (65 Jahre und älter) auf jeweils 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (18 bis 64 Jahre) kommen und gibt somit Hinweis auf Abhängigkeiten

der älteren Bevölkerung von der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2025).

3.1.2 Jugendquotient

Der Jugendquotient⁷ liefert Hinweise auf kommunale Bedarfe in den Bereichen Bildung, Betreuung und Infrastruktur.

Bis zum Jahr 2021 lag der Jugendquotient in Bielefeld durchgehend leicht über dem Wert von Nordrhein-Westfalen. Im Jahr 2022 erreichte er mit 28,1% seinen Höchststand und entsprach zugleich dem Landeswert. Seitdem ist ein Rückgang zu beobachten, sodass der Jugendquotient aktuell unter dem nordrhein-westfälischen Durchschnitt liegt (besonders unter der weiblichen Bevölkerung Bielefelds ist er niedriger als auf NRW-Landesebene) (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.c).

Laut Prognose des Landesbetriebs IT.NRW würde er - nach der Basisvariante und gerechnet ab 01.01.2021 - im Jahr 2050 28,6% betragen (NRW 29,3%) (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2026a).

3.2 Migrationshintergrund

Wie eingangs beschrieben, nimmt auch der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund Einfluss auf die gesundheitliche Lage vor Ort (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2003). Hierbei ist zu beachten, dass eine eigene oder familiäre Zuwanderungsgeschichte nicht automatisch zu besserer oder schlechterer Gesundheit führt. Der Gesundheitszustand wird vielmehr durch Belastungen und Erfahrungen vor und während der Migration sowie durch die Lebensbedingungen am neuen Wohnort geprägt (Hövenner, C. & Fiack, S., 2023). So können soziale Ungleichheiten zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund (z.B. in Bezug auf Einkommen, Wohnen, Arbeit), persönliche Merkmale und strukturelle Zugangshürden (wie Sprache, Systemkenntnisse und Diskriminierung) die Gesundheit beeinträchtigen und den Zugang zu Gesundheitsinformationen, Präventionsangeboten und medizinischer Versorgung erschweren.

**JUGENDQUOTIENT IN BIELEFELD UND NORDRHEIN-
WESTFALEN IM ZEITVERLAUF**

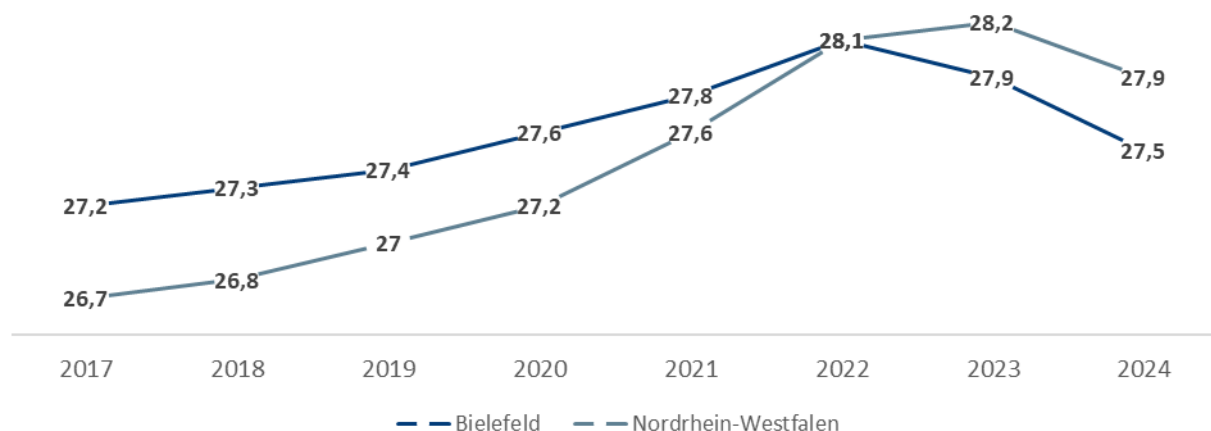


Abbildung 4: Jugendquotient in Bielefeld und NRW 2017-2024 (eigene Darstellung nach Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.c)

⁷ Der Jugendquotient gibt an, wie viele Personen unter 18 Jahren auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (18 bis 64 Jahre) kommen.

(Hövenner, C. & Wieler, L. H., 2023; Borde, T. & Blümel, S., 2020).

! *Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Lebenssituation allgemein und die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund vielfältig ist und damit keine pauschalisierte Betrachtung erlaubt. Es handelt sich um eine hochgradig heterogene Bevölkerungsgruppe mit abweichenden Herkunftsländern, Migrationsbiografien, Sprachen, sozialen Lebenslagen und individuellen Ressourcen.*

Wie ist die Lage in Bielefeld?

Im Jahr 2024 lag der Anteil von Menschen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit in der Bielefelder Bevölkerung bei 17,7% (15,7% NRW) (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.d). Ein besseres statistisches Bild der Zuwanderung erhält man, wenn man neben Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit auch jene berücksichtigt, die seit 1950 in das Gebiet der heutigen Bundesrepublik Deutschland zugewandert sind, sowie Personen mit mindestens einem zugewanderten Elternteil (Landesamt für Gesundheit

und Arbeitsschutz NRW, 2026b). Daraus ergibt sich in der Stadt Bielefeld für das Jahr 2024 ein Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund von 38,6% (31,9% NRW). Damit liegt die Stadt Bielefeld im NRW-Vergleich im obersten Wertebereich (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2026b).

3.3 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei Geburt ist ein wichtiger Indikator zur Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. In den letzten Jahrzehnten ist die Lebenserwartung in Deutschland deutlich gestiegen, wobei sich jedoch deutliche regionale und soziale Unterschiede zeigen⁸ (Robert Koch-Institut, 2026).

Wie ist die Lage in Bielefeld?

Die Lebenserwartung beider Geschlechter in Bielefeld, dargestellt als Dreijahresmittelwerte, blieb im Zeitraum von 2017/2019 weitgehend stabil, zeigte jedoch leichte Schwankungen. Mit Beginn der COVID-19-

**MIGRATIONSANTEIL IN BIELEFELD UND NORDRHEIN-
WESTFALEN IM ZEITVERLAUF IN PROZENT**

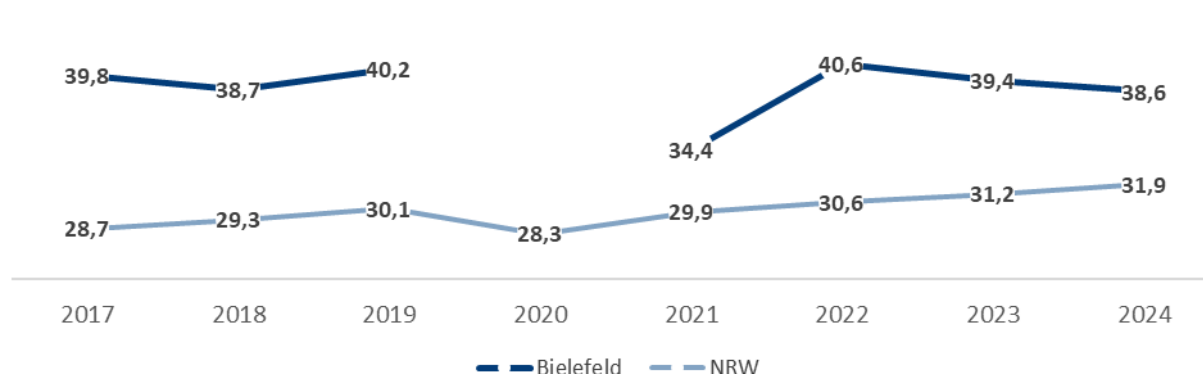


Abbildung 5: Migrationsanteil in Bielefeld und NRW 2017-2024 (eigene Darstellung nach Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz, 2026b)

⁸ Beispielsweise sterben Menschen aus sozioökonomisch benachteiligten Gegenden durchschnittlich früher und weisen eine geringere Lebenserwartung

auf als Personen aus wohlhabenden Gegenden (Hoebel, J., Nowossadeck, E., Michalski, N. & Baumert, J., 2024).

Pandemie (2020/2022) setzte ein Rückgang ein. In den darauffolgenden Jahren erholte sich die Lebenserwartung der Frauen bereits im Zeitraum 2021/2023, während bei den Männern erst ein Anstieg im Zeitraum 2022/2024 zu verzeichnen war. In allen Jahren bewegte sich die Lebenserwartung der Bielefelder Frauen im Median 5,2 Jahre über derer der Bielefelder Männer, was unter anderem auf die in Kap. 3.1 erläuterten gesundheitsassoziierten Abweichungen zwischen den Geschlechtern zurückzuführen ist (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.e).

Mit Blick auf die NRW-Landesebene zeigt sich, dass die Lebenserwartung der Bielefelder Frauen sichtbar über der Lebenserwartung der Frauen in NRW liegt, während die Lebenserwartung der Männer in der Mehrheit der betrachteten Jahre leicht nach unten hin abweicht. In all den Jahren waren diese Abweichungen jedoch statistisch nicht bedeutsam.

3.4 Lebendgeborene

Anhand der Fertilitätsrate können Hinweise auf das Reproduktionsverhalten der Bevölkerung gewonnen werden (Bujard, M. & Andersson, G., 2022)⁹.

Wie ist die Lage in Bielefeld?

Die Fertilitätsrate bewegte sich in Bielefeld über alle betrachteten Jahre hinweg unter dem NRW-Landesdurchschnitt und ist die Geringste in Ostwestfalen-Lippe. In den Jahren 2022 und 2023 verzeichnete sie überdies einen deutlichen Rückgang. Dies deckt sich mit den Entwicklungen auf Regional- und Landesebene. Auch wenn sich für das Jahr 2024 ein höherer Wert zeigt, bleibt Bielefeld das „Schlusslicht“ in Ostwestfalen-Lippe (47,9 Bielefeld vs. 51,3 OWL vs. 48,6 NRW) (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.f).

Lebenserwartung bei Geburt in Bielefeld und Nordrhein-Westfalen in Jahren und nach Geschlecht im Zeitverlauf

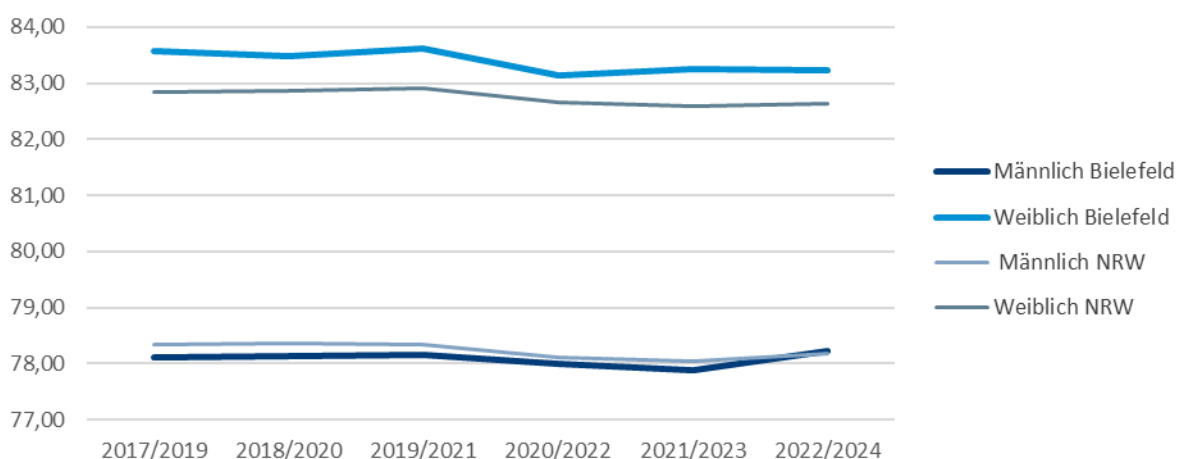


Abbildung 6: Lebenserwartung bei Geburt in Bielefeld und NRW 2017/2019-2022/2024 (eigene Darstellung nach Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.e)

⁹ Die Fertilitätsrate, auch als Fruchtbarkeitsziffer bezeichnet, gibt das Verhältnis der Lebendgeborenen eines Jahres zu 1000 Frauen im Alter von 15 bis 44

Jahren wieder (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.f).

4. Wirtschaftliche und soziale Lage

Menschen, die in sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen leben, arbeiten und altern, haben statistisch gesehen - im Vergleich zu Personen aus bessergestellten Gruppen - schlechtere Gesundheitschancen und ein höheres Risiko chronisch zu erkranken oder vorzeitig zu versterben (Hoebel, J., Tetzlaff, F., Michalski, N. & Müters, S., 2024). Dies ist darauf zurückzuführen, dass eine sozial benachteiligte Stellung zu einer ungleichen Verteilung von Belastungen und Ressourcen führt, was sich in abweichenden Verhaltensmustern und ungleichen Zugängen zur Gesundheitsversorgung niederschlägt. All diese Faktoren können die gesundheitliche Lage nachteilig beeinflussen (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2024). Dabei zieht sich die gesundheitliche Benachteiligung durch alle Lebensphasen und Altersstufen.

4.1 Bildung

Mit steigendem formalem Bildungsstand geht die Häufigkeit von Tabakkonsum, ungesunder Ernährung, mangelnder Bewegung und Adipositas im Durchschnitt zurück, während die Frequenz von regelmäßigem Alkoholkonsum simultan zunimmt. Diese Unterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten sind mitunter darauf zurückzuführen, dass ein steigender formaler Bildungsstand¹⁰ häufig mit einem besseren Zugang zu Gesundheitsinformationen, einer ausgeprägteren Gesundheitskompetenz und einer besseren gesellschaftlichen sowie wirtschaftlichen Teilhabe verknüpft ist.

Diese Faktoren begünstigen insgesamt eine gesundheitsförderliche Lebensweise und einen adäquaten Umgang mit Belastungen sowie Gesundheitsproblemen, was – wie oben dargestellt – jedoch nicht für

BILDUNGSSTAND DER BEVÖLKERUNG AB 15 JAHREN NACH DEM HÖCHSTEN ALLGEMEINBILDENDEN SCHULABSCHLUSS IN BIELEFELD UND NORDRHEIN-WESTFALEN

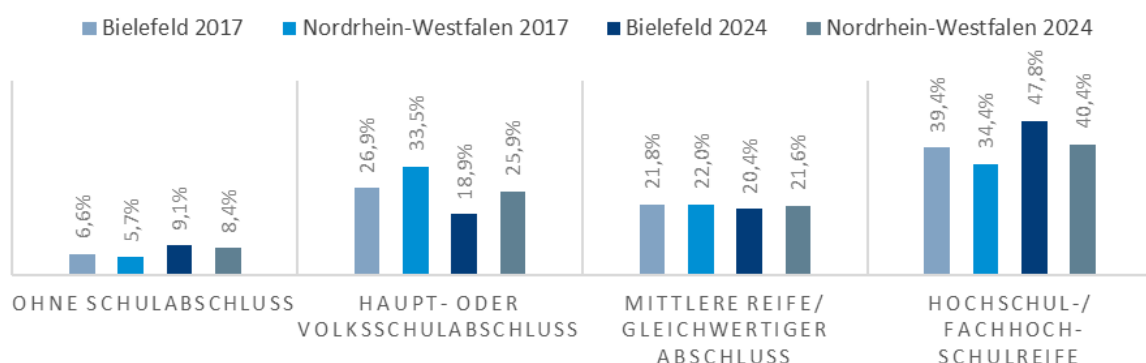


Abbildung 7: Höchster allgemeinbildender Schulabschluss in Bielefeld und NRW 2017 vs. 2024 (eigene Darstellung nach Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.g)

¹⁰ Insbesondere die Hochschulbildung.

den Alkoholkonsum gilt (Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2021; Robert Koch-Institut, 2025b).

Wie ist die Lage in Bielefeld?

In Bielefeld bewegte sich der Anteil von Menschen ohne Schulabschluss in den Jahren 2017 bis 2024 leicht über dem NRW-Landesdurchschnitt, wobei in den Jahren 2022 bis 2024 eine leichte prozentuale Zunahme zu verzeichnen war. Dieser Trend war auch in NRW zu beobachten.

Der Wert der Menschen mit Haupt- oder Volksschulabschluss lag hingegen deutlich unter dem NRW-Anteil und sank von 2017 bis 2024 um 8 Prozentpunkte (NRW -7,6 Prozentpunkte). Im selben Zeitraum zeigte der Anteil von Menschen mit mittlerer Reife oder vergleichbarem Abschluss einen schwankenden Verlauf, wobei die Werte in allen Jahren mit denen in NRW insgesamt vergleichbar waren.

Bei der Hochschul- und Fachhochschulbildung lagen die Werte für Bielefeld deutlich über denen für NRW und stiegen im betrachteten Zeitraum um 8,4 Prozentpunkte (NRW +6,0 Prozentpunkte) (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.g).

4.2 Arbeitslosigkeit

Auch Arbeitslosigkeit ist eng mit einem risikanteren Gesundheitsverhalten, sportlicher Inaktivität und einem erhöhten Risiko für ausgewählte Erkrankungen verknüpft. Im Schnitt weisen Menschen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen ein höheres Sterberisiko (Mortalitätsrisiko) bzw. eine niedrigere Lebenserwartung auf, wobei das Mortalitätsrisiko mit Dauer der Arbeitslosigkeitserfahrung steigt. Analog zu den vorangegangenen Aspekten folgt auch die Arbeitslosigkeit einem sozialen Gefälle, wobei Phasen der Arbeitslosigkeit bei sinkender Bildung zunehmen (Kompositionseffekt) (Kroll, L. E., Müters, S. & Lampert, T., 2015). Zudem sind bestimmte Bevölkerungsgruppen wie Personen im höheren Erwerbsalter (ab 55 Jahren), mit niedrigem formalem Bildungsstand, mit ausländischer Staatsangehörigkeit oder einer Schwerbehinderung überproportional von Langzeitarbeitslosigkeit¹¹ betroffen. Daraus resultiert, dass die Risiken arbeitslos zu werden nicht gleichmäßig in der Bevölkerung verteilt sind und die Assoziation zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit teils darauf basiert, dass ein Teil der Betroffenen bereits bei Eintritt in die Arbeitslosigkeit mit geringeren materiellen und psychosozialen Ressourcen ausgestattet war (Hollederer, 2024).

Wie ist die Lage in Bielefeld?

In den vergangenen Jahren schwankte die Arbeitslosenquote in Bielefeld und NRW, was unter anderem durch die Covid 19-Pandemie bedingt war. 2020, dem ersten Pandemiejahr, zeigte sich sowohl auf kommunaler- als auch auf Landesebene eine starke Zunahme der Arbeitslosenquote, wobei sich der Anstieg von 2019 zu 2020 auf 18,5% beziffern ließ (NRW 21,1%). Im

¹¹ Beinhaltet Personen, die ein Jahr oder länger arbeitslos sind.

Anschluss sank die Arbeitslosenquote und verzeichnete zwischen 2022 und 2023 einen erneuten Anstieg, was mit der hohen Fluchtmigration in Folge des Ukraine-Kriegs in Verbindung stehen könnte. In allen Jahren lagen die Werte in Bielefeld über denen in Nordrhein-Westfalen (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.h).

Bei differenzierter Betrachtung der Daten zeigt sich, dass Menschen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit anteilig besonders schwer von Arbeitslosigkeit betroffen waren (Stand 2024: Bielefeld 23%, NRW 20,7%). Zudem lag der Anteil langzeitarbeitsloser Menschen an allen arbeitslosen Personen in Bielefeld über dem NRW-Landesdurchschnitt (Stand 2024: Bielefeld 43,2%; NRW 40,7%). (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.h)

Damit zeigt sich in Bielefeld eine strukturell höhere Arbeitslosigkeit als auf der Landesebene NRW.

4.3 Einkommen der privaten Haushalte

Ebenso wie die vorangegangenen Indikatoren ist auch das verfügbare Einkommen¹² eine bekannte Gesundheitsdeterminante, welche Hinweis auf den materiellen Wohlstand der Bevölkerung gibt (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2003). Das Einkommen beeinflusst sowohl die Lebensverhältnisse, die Bildung, die Ernährung, die Wohnsituation als auch den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Häufig sind Regionen mit unterdurchschnittlichem Einkommen von höherer Krankheitslast, geringerer Lebenserwartung und schlechteren Gesundheitschancen betroffen.

ARBEITSLOSENQUOTE IN BIELEFELD UND NORDRHEIN-WESTFALEN IM ZEITVERLAUF

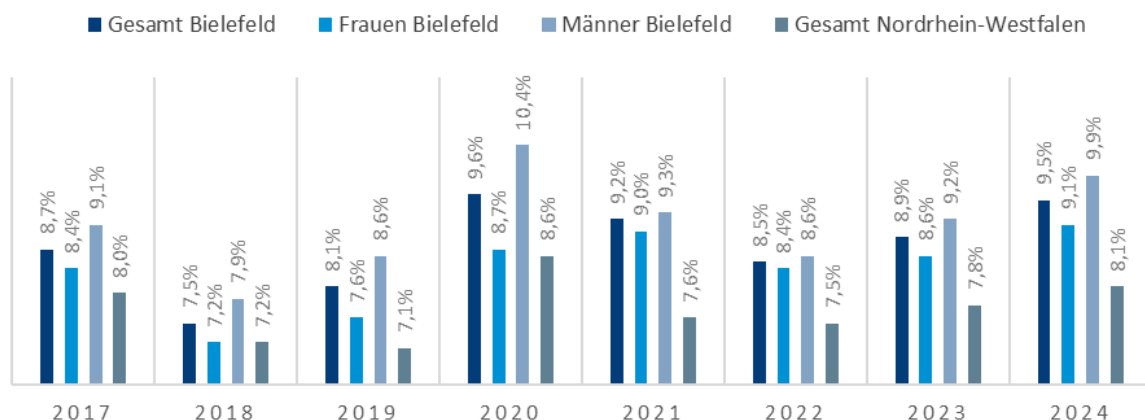


Abbildung 8: Arbeitslosenquote in Bielefeld und NRW 2017-2024 (eigene Darstellung nach Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen, o.J.g)

¹² „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, Einkommens- und Vermögenssteuern sowie die geleisteten sonstigen Transfers“ (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.i).

Wie ist die Lage in Bielefeld?

Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte in Bielefeld liegt unter dem NRW-Landesdurchschnitt. Während es 2017 um 1,4% nach unten abgewichen ist, lag es 2019 um 2,8% unter dem NRW-Durchschnittswert. 2022 belief sich die Abweichung auf -1,6%. Von 2017 bis 2022 ist das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte in Bielefeld insgesamt um 0,2% abgesunken (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.i).

4.4 Mindestsicherungsquote

Die Mindestsicherungsquote¹³, als wichtiger Indikator für Armut und soziale Teilhabe, kann auf einen erhöhten Unterstützungsbedarf in den Bereichen Bildung, Gesundheit, Wohnen und Integration hinweisen. Der zusammenfassende Indikator gibt den prozentualen Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Mindestsicherungsleistungen an der Gesamtbevölkerung wieder.

Wie ist die Lage in Bielefeld?

In allen betrachteten Jahren lag die Mindestsicherungsquote in Bielefeld über dem NRW-Landesdurchschnitt¹⁴. Von 2017 bis 2023 ist die Mindestsicherungsquote in Bielefeld um 0,9 Prozentpunkte gesunken (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2024).

**MINDESTSICHERUNGSQUOTE IN BIELEFELD UND
NORDRHEIN-WESTFALEN IM ZEITVERLAUF IN PROZENT**

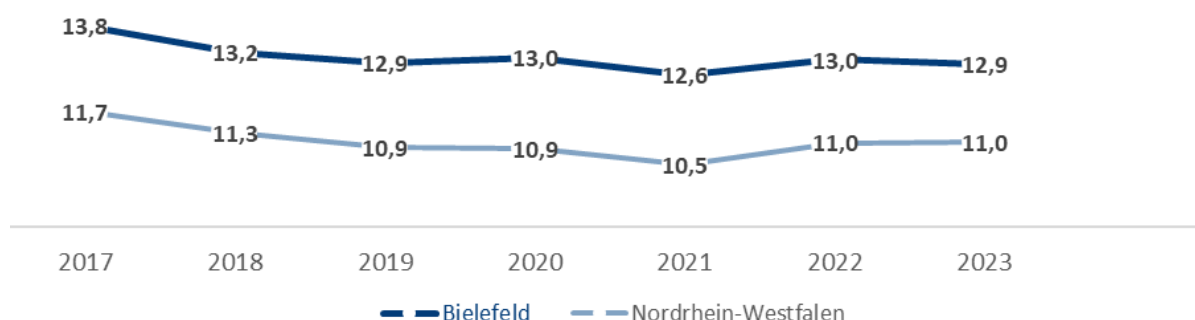


Abbildung 9: Mindestsicherungsquote in Bielefeld und NRW 2017-2024 (eigene Darstellung nach Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2024)

¹³ Die Mindestsicherungsquote fasst die finanziellen Hilfen des Staates, die zur Sicherung des sozioökonomischen Existenzminimums an leistungsberechtigte Personen gezahlt werden, zusammen (Gesamtregelung nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (ab 2023: Bürgergeld; bis 2022: Arbeitslosengeld II / Sozialgeld), Grundsicherung im Alter und bei Er-

werbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) „Sozialhilfe“, Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem SGB XII und Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)).

¹⁴ Der NRW-Wert umfasst auch Empfänger*innen, die ihre Leistungen von Trägern aus NRW erhalten, aber außerhalb von NRW wohnen.

5. Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung ist eine relevante psychosoziale Ressource und wirkt direkt oder als protektiver Puffer auf Gesundheit. Während Anzahl und Häufigkeit sozialer Kontakte eher die Quantität sozialer Beziehungen widerspiegeln, steht soziale Unterstützung für deren Qualität. Sie kann sich auf emotionaler, instrumenteller und informationeller Ebene äußern: Emotional zeigt sie sich durch Zuneigung, Fürsorge und Verständnis, instrumentell durch praktische oder finanzielle Hilfe und informationell durch die Bereitstellung von Wissen und Informationen. Menschen mit geringer sozialer Unterstützung leiden häufiger unter chronischem Stress, Depressionen und

körperlichen Beschwerden, weisen ein erhöhtes Mortalitätsrisiko auf und zeigen häufiger gesundheitsschädliche Verhaltensweisen wie Bewegungsmangel sowie erhöhten Tabak- und Alkoholkonsum (Robert Koch-Institut, 2024; Vonneilich, N. & Franzkowiak, P., 2022)¹⁵.

Wie gut sind die Bielefelderinnen und Bielefelder sozial eingebunden?

Anhand der Daten der Bielefelder Gesundheitsbefragung 2025 zeigt sich, dass die Bielefelderinnen und Bielefelder tendenziell weniger gut eingebunden sind als die NRW-Gesamtbevölkerung. Während die

WAHRGENOMMENE SOZIALE UNTERSTÜTZUNG IN DER BIELEFELDER BEVÖLKERUNG NACH GESCHLECHT, ALTER, BILDUNG & MIGRATIONSHINTERGRUND

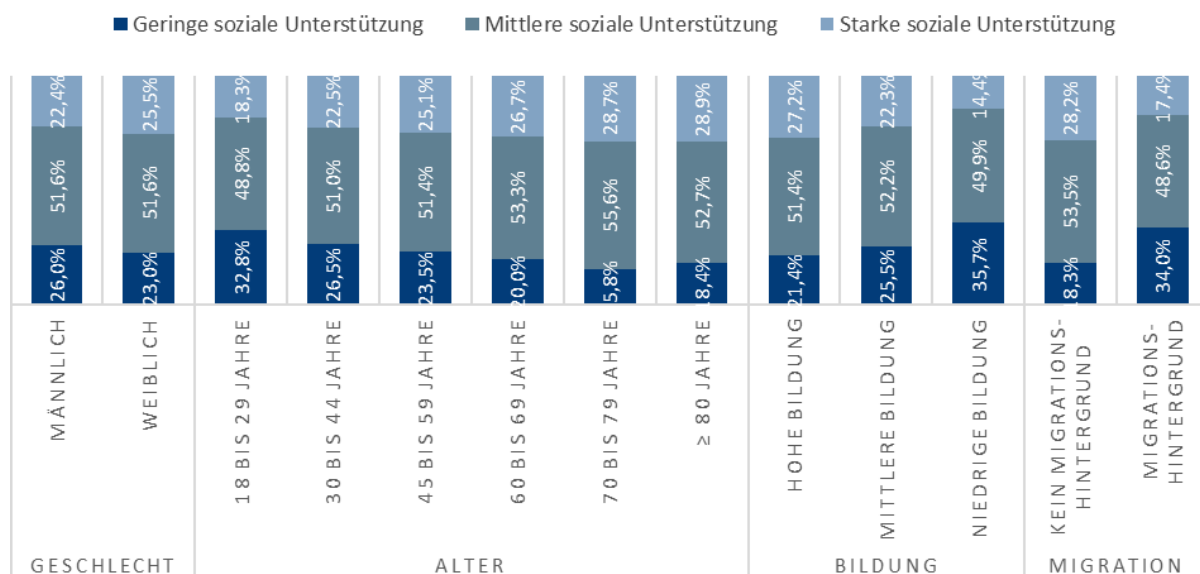


Abbildung 10: Wahrgenommene soziale Unterstützung in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025 (eigene Darstellung)

¹⁵ Zur Erhebung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung im Rahmen der Bielefelder Gesundheitsbefragung 2025 wurden Items aus dem Fragebogen

der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS“ des Robert Koch-Institut genutzt (Robert Koch-Institut, 2021).

mittlere soziale Unterstützung nur leicht abweicht (Bielefeld 51,6% vs. NRW 52%), ist bei der starken sozialen Unterstützung durchaus ein Ungleichgewicht erkennbar (Bielefeld 24% vs. NRW 35%). Demzufolge ist auch die Zahl der Personen, die über eine geringe soziale Unterstützung verfügen, in Bielefeld deutlich höher als auf NRW-Landesebene (Bielefeld 24,4% vs. NRW 13%)¹⁶ (Robert Koch-Institut, 2022).

Frauen in Bielefeld berichten tendenziell etwas häufiger von einer starken sozialen Unterstützung, wobei die Abweichung zu den Männern vergleichsweise gering ausfällt. Insgesamt nimmt die wahrgenommene soziale Unterstützung mit steigendem Alter tendenziell zu. Zudem zeigt sich ein deutliches Bildungsgefälle: Menschen mit formal niedriger Bildung geben häufiger an, sich gering sozial unterstützt zu fühlen, während der Anteil mit starker sozialer Unterstützung mit steigendem Bildungsniveau zunimmt. Menschen mit Migrationshintergrund berichten im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund insgesamt häufiger von geringer sozialer Unterstützung.

¹⁶ Eingrenzend ist zu sagen, dass die Ergebnisse aufgrund der verschiedenen Erhebungszeitpunkte (2025 vs. 2019) nur begrenzt miteinander vergleich-

bar sind. So kann es sein, dass die soziale Unterstützung aufgrund der Covid-19-Pandemie und fortschreitender Digitalisierung nachgelassen hat.

6. Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz

Wie eingangs beschrieben, wirken nicht nur demografische Einflüsse und die wirtschaftliche und soziale Lage auf die Gesundheit der Bevölkerung, sondern auch das individuelle Gesundheitsverhalten und die persönliche Gesundheitskompetenz.

6.1 Gesundheitsverhalten

Eine wichtige Determinante für Gesundheit und Krankheit ist das persönliche Gesundheitsverhalten. Dies beinhaltet mitunter *„eine gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung, de[n] Verzicht auf Tabak- und Alkoholkonsum sowie das Einhalten eines gesunden Körpergewichtes“* (Robert Koch-Institut, 2025c, S. o.S.).

6.1.1 Obst- und Gemüseverzehr

Im Hinblick auf eine ausgewogene Ernährung spielt der Obst- und Gemüseverzehr eine wichtige Rolle, welcher sich protektiv auf die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ausgewählte Krebsarten sowie eine frühzeitige Sterblichkeit auswirken kann. Dabei empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) den Verzehr von mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag¹⁷¹⁸ (Robert Koch-Institut, 2024).

Wie häufig essen die Bielefelderinnen und Bielefelder Obst und Gemüse?

Im Schnitt essen weniger als die Hälfte der Bielefelder Bürgerinnen und Bürger täglich

Obst (Bielefeld 45,2% vs. NRW 56,2%) bzw. Gemüse¹⁹ (Bielefeld 40,4% vs. NRW 45,6%), womit sie sich unter dem NRW-Landesdurchschnitt bewegen (NRW Stand 2019). Betrachtet man den kombinierten täglichen Obst- und Gemüsekonsum, fällt der Anteil noch geringer aus (Bielefeld 29% vs. NRW 34%) (Robert Koch-Institut, 2022).

In allen betrachteten Bereichen weisen die Frauen in Bielefeld im Schnitt deutlich höhere Werte als die Männer auf. Zudem steigt der Obstverzehr mit dem Alter: Personen ab 65 Jahren konsumieren etwa doppelt so häufig täglich Obst wie die 18- bis 29-Jährigen. Der tägliche Gemüseverzehr sowie der kombinierte tägliche Obst- und Gemüseverzehr zeigt kein eindeutiges Altersmuster. Auffällig ist jedoch, dass die 18- bis 29-Jährigen in beiden Bereichen die niedrigsten Werte haben.

Nach formalem Bildungsstand zeigt sich ein klarer Gradient. Mit steigendem formalem Bildungsstand nimmt der tägliche Obstverzehr zu. Auch beim täglichen Gemüseverzehr sowie beim kombinierten täglichen Obst- und Gemüseverzehr erreichen Personen mit formal hoher Bildung die höchsten Werte, während Personen mit formal mittlerer und niedriger Bildung auf einem ähnlichen Niveau liegen.

Auch beim Migrationshintergrund zeigen sich Unterschiede: Personen ohne Migrationshintergrund verzehren durchschnittlich häufiger täglich Obst, während Menschen

¹⁷ Eine Portion heißt eine Handvoll, was bei Erwachsenen durchschnittlich 550 g Obst und Gemüse entspricht (Robert Koch-Institut, 2024, S. o.S.).

¹⁸ Zur Erhebung des Obst- und Gemüseverzehrs im Rahmen der Bielefelder Gesundheitsbefragung 2025

wurden Items aus dem Fragebogen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS) des Robert Koch-Instituts verwendet (Robert Koch-Institut, 2017).

¹⁹ Beinhaltet auch Salat.

mit Migrationshintergrund höhere Anteile beim täglichen Gemüseverzehr sowie beim täglichen kombinierten Obst- und Gemüseverzehr aufweisen.

6.1.2 Tabakkonsum und E-Zigaretten

In Industrienationen wie Deutschland gilt Rauchen als das bedeutsamste einzelne Gesundheitsrisiko und ist als führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit einzuordnen (Robert Koch-Institut, 2025d). Allein im Jahr 2023 verstarben bundesweit rund 131.000 Personen an den Folgen, wobei Krebserkrankungen mit 42 Prozent den größten Anteil tabakbedingter Todesfälle ausmachten. Beinahe jede fünfte Krebsdiagnose ist auf das Rauchen rückführbar, womit das Rauchen als wichtigster vermeidbarer Krebsrisikofaktor in Deutschland gilt (Deutsche Krebshilfe, 2025). Zudem ist das Risiko für Schlaganfälle, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Entstehung schwerwiegender chronischer Atemwegserkrankungen (z.B. COPD) bei Rauchen-

OBST- UND GEMÜSEVERZEHR IN DER BIELEFELDER BEVÖLKERUNG NACH GESCHLECHT, ALTER, BILDUNG & MIGRATIONSHINTERGRUND

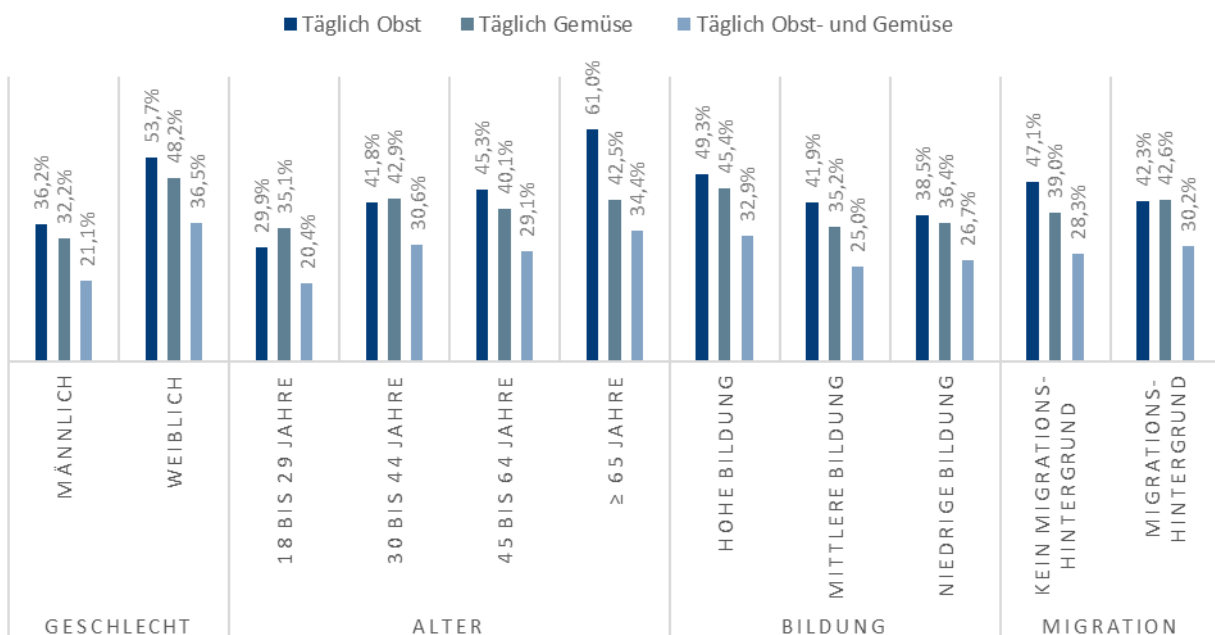


Abbildung 11: Obst- und Gemüseverzehr in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025 (eigene Darstellung)

den im Vergleich zu Nichtrauchenden deutlich erhöht (Robert Koch-Institut, 2025d; Deutsche Krebshilfe, 2025)²⁰.

In welchem Umfang rauchen die Bielefelderinnen und Bielefelder Tabakprodukte und E-Zigaretten?

Von den Bielefelderinnen und Bielefeldern rauchen 18,6% Tabakprodukte (einschließlich Tabakerhitzern) und 5,5% elektronische Zigaretten oder ähnliche Produkte (z.B. E-Shisha oder E-Pfeife). Damit liegt die Zahl bei den Tabakprodukten deutlich unter dem NRW-Landesdurchschnitt (NRW 29%, Stand 2019) (Robert Koch-Institut, 2022). Für den Konsum von E-Zigaretten liegen aktuell keine verfügbaren Daten auf NRW-Landesebene vor.

Betrachtet man aktuellere Daten für den Tabakkonsum, wie jene aus dem NRW-Gesundheitssurvey 2024, zeigen sich ebenfalls Abweichungen zwischen der kommunalen und Landesebene, welche jedoch bei Weitem nicht so stark ausfallen. Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass die Frageformulierung abweicht (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2025).

In Bielefeld rauchen deutlich mehr Männer Tabakprodukte und E-Zigaretten als Frauen. Dabei konsumieren die 18- bis 64-Jährigen im ähnlichen Maße Tabakprodukte, während der Wert bei den ab 65-Jährigen drastisch sinkt.

E-Zigaretten werden überwiegend von jüngeren Menschen genutzt, wobei der Anteil

ANTEIL DER TABAK- UND E-ZIGARETTENNUTZENDEN IN DER BIELEFELDER BEVÖLKERUNG NACH GESCHLECHT, ALTER, BILDUNG UND MIGRATIONSHINTERGRUND

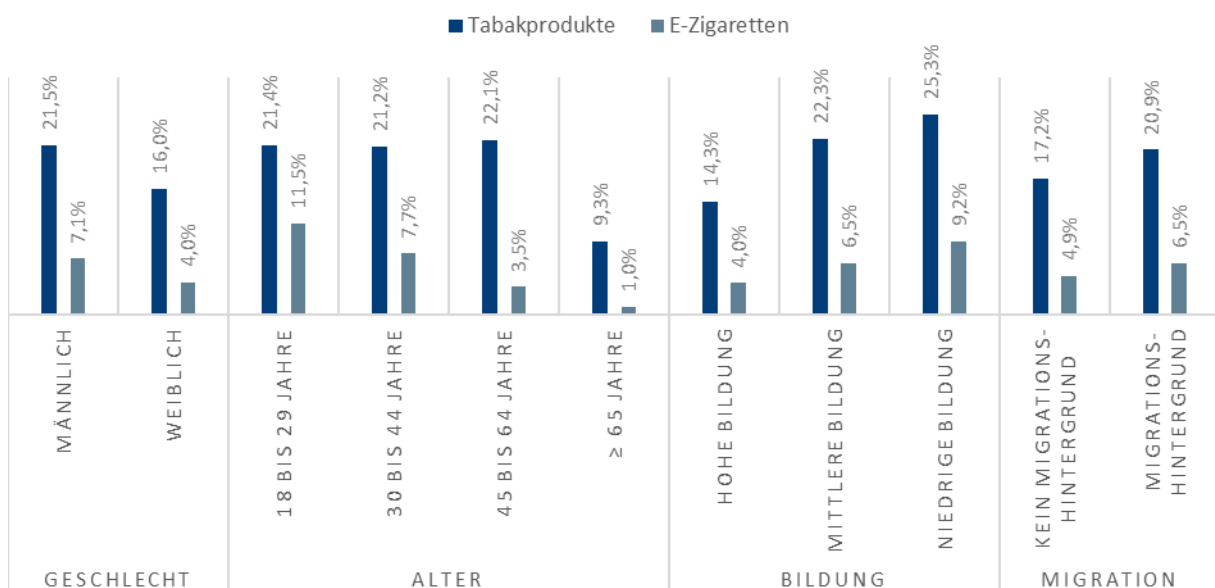


Abbildung 12: Tabak- und E-Zigarettenkonsum in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025 (eigene Darstellung)

²⁰ Zur Erhebung des Rauchstatus im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2025 wurden Items aus dem Fragebogen der Studie „Gesundheit in Deutschland

aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS) des Robert Koch-Institut genutzt (Robert Koch-Institut, 2017).

der Konsumenten mit steigendem Alter abnimmt.

Wie die vorangegangenen Aspekte ist auch der Konsum von Tabak und E-Zigaretten stark bildungsabhängig und sinkt mit steigendem Bildungsniveau.

Im Durchschnitt konsumieren Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund etwas häufiger Tabakprodukte und E-Zigaretten.

6.1.3 Cannabiskonsum

Cannabis weist eine lange Tradition als Nutz- und Heilpflanze auf und gehört zu den ältesten Rauschmitteln der Welt. Nach Alkohol und Nikotin ist es das am häufigsten konsumierte Suchtmittel in Deutschland (Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, o.J.). Besonders verbreitet ist der Konsum bei jungen Menschen, Männer konsumieren dabei häufiger als Frauen.

Auch wenn Cannabis seit März 2017 in Deutschland als Arzneimittel bei schwerwiegenden Erkrankungen eingesetzt werden darf²¹ und auch der Anbau und der Besitz von Cannabis seit April 2024 unter strengen Richtlinien²² legalisiert ist, birgt der Konsum außerhalb des medizinischen Kontexts erhebliche gesundheitliche, psychische und soziale Risiken (Hoch, E., Schneider, M. & Hamberger, B., 2018).

Ein regelmäßiger Cannabiskonsum erhöht das statistische Risiko für die Entwicklung von Störungen wie Psychosen, bipolaren Erkrankungen, Angststörungen und Depressionen. Dies gilt insbesondere bei frühem und intensivem Konsum. Zudem kann ein regelmäßiger Cannabiskonsum erhebliche Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit haben und abhängig vom Konsumverhalten sowohl die Lern- und Erinnerungsleistung als auch andere kognitive Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Problemlösen und Denkleistung beeinträchtigen. Ebenso sind organische Auswirkungen möglich. So steigt bei chronischem Cannabiskonsum das Risiko für die Entwicklung von Atemwegserkrankungen und

²¹ Cannabis wird u.a. bei chronischen Schmerzen, im Zusammenhang mit Multipler Sklerose (MS) und rheumatischen Erkrankungen, zur Bekämpfung von Übelkeit und Erbrechen in Folge von Chemotherapien und zur Verbesserung der Symptome von MS-

bedingter Spastizität eingesetzt (Hoch, E., Schneider, M. & Hamberger, B., 2018).

²² Siehe auch Gesetz zum Umgang mit Konsumcannabis (Konsumcannabisgesetz - KCanG).

Hodenkrebs²³ (Hoch, E., Schneider, M. & Hamberger, B., 2018)²⁴.

In welchem Umfang konsumieren die Bielefelder*innen und Bielefelder Cannabis?

Von den Befragten haben 24,9% angegeben, mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben. Dieser Anteil wurde nach der Konsumhäufigkeit weiter differenziert und auf die Gesamtstichprobe umgerechnet. Dabei ergibt sich folgende Verteilung bezogen auf alle Befragten:

- 1,10% machten keine Angabe.
- 18,50% haben zwar Cannabis konsumiert, gehören jedoch zur Gruppe der Nicht- bzw. ehemaligen Konsumierenden.
- 2,94% konsumieren Cannabis einmal pro Monat oder seltener.
- 0,85% konsumieren zwei bis viermal pro Monat.
- 0,47% konsumieren zwei- bis dreimal pro Woche.
- 1,05% konsumieren viermal pro Woche oder häufiger.

In diesem Zuge haben mehr Männer Cannabis probiert als Frauen (Männer 30,5% vs. Frauen 19,7%)^{25,26}.

6.1.4 Alkoholkonsum

Alkohol ist als psychoaktive Substanz einzuordnen, welche Abhängigkeiten erzeugen kann. Ein riskanter Alkoholkonsum²⁷ „zählt zu den fünf wesentlichen Risikofaktoren für Krankheiten, Beeinträchtigungen und Todesfälle weltweit“ und gilt als mitverursachend für mehr als 200 Krankheiten wie Herz-Kreislauferkrankungen, Lebererkrankungen und psychische Störungen (Robert Koch-Institut, 2025e, S. o.S.)²⁸.

Wie ausgeprägt ist der Alkoholkonsum in der Bielefelder Bevölkerung?

Bei Betrachtung des geschlechtsspezifischen Alkoholkonsums in Bielefeld zeigt sich, dass deutlich mehr Männer als Frauen Alkohol trinken und diese auch häufiger einen gesundheitsriskanten Konsum aufweisen. Im Vergleich zum NRW-Landesdurchschnitt (Stand 2024) ist der Anteil der Risikokonsumenten in Bielefeld bei den Männern leicht erhöht, während er bei den Frauen minimal unter dem Landeswert liegt (Männer: Bielefeld 23,3% vs. NRW 21,3%, Frauen: Bielefeld 19,6% vs. NRW 20,5%). Insgesamt gibt es in Bielefeld deutlich mehr Personen, die abstinent leben als im Landesdurchschnitt (Männer: Bielefeld 23,9% vs. NRW 16,3%, Frauen: Bielefeld 32,3% vs. NRW 24,3%) (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2025a).

²³ In diesem Rahmen zeigt sich insbesondere für Mischtumore des Hodens (Nicht-Seminome) ein signifikanter Zusammenhang (Hoch, E., Schneider, M. & Hamberger, B., 2018).

²⁴ Die Fragen nach dem Cannabis-Konsum im Rahmen der Bielefelder Gesundheitsbefragung 2025 wurden vom Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW bereitgestellt.

²⁵ Eine Aussage darüber, ob das Cannabis im medizinischen Kontext genutzt wurde, kann aufgrund der Ausrichtung der Fragen nicht getätigt werden.

²⁶ Zum aktuellen Zeitpunkt liegen keine verfügbaren Vergleichsdaten für die NRW-Landesebene vor.

Auch für den Zeitraum vor der Legalisierung gibt es keine Vergleichswerte für den Bielefelder Raum.

²⁷ Der Grenzwert für eine riskante Alkoholtrinkmenge liegt bei Frauen bei mehr als 10 g pro Tag und bei Männern bei 20 g pro Tag (Lange, C., Manz, K. & Kuntz, B., 2017).

²⁸ Der Alkoholkonsum in der Bielefelder Bevölkerung wurde im Rahmen der Bielefelder Gesundheitsbefragung 2025 anhand von Items aus dem Gesundheitsfragebogen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2009) (DEGS) des Robert Koch-Instituts erfasst (Robert Koch-Institut, 2009)

Mit dem Alter steigt auch der Anteil der Personen, die Alkohol trinken, wobei ab 70 Jahren wieder eine Abnahme zu verzeichnen ist. Die Altersgruppen 50 bis 69 weisen hierbei den höchsten Anteil an Personen mit einem gesundheitsriskanten Alkoholkonsum auf.

Der Alkoholkonsum in der Bielefelder Bevölkerung steigt mit dem formalen Bildungsstand, wobei auch der Anteil an Personen mit einem gesundheitsriskanten Konsum bei den Menschen mit hoher Bildung deutlich höher ist als bei den Vergleichsgruppen. Personen mit niedriger Bildung weisen in diesem Kontext die niedrigsten Werte auf.

Zudem konsumieren Menschen ohne Migrationshintergrund, im Vergleich, häufiger Alkohol als Menschen mit Migrationshintergrund und weisen auch höhere Anteile beim gesundheitsriskanten Konsum auf.

6.1.5 Körperliche Aktivität

Regelmäßige körperliche Aktivität hat einen nachgewiesenen positiven Effekt auf die Gesundheit. Durch regelmäßige Bewegung können das individuelle Wohlbefinden sowie die körperliche, psychische und soziale Gesundheit gesteigert werden. Zugleich wird das Herz-Kreislauf-System gestärkt und die Entwicklung des Muskel-Skelettsystems unterstützt. Ebenso kann regelmäßige körperliche Aktivität der Entstehung von Übergewicht und Rückenschmerzen vorbeugen sowie protektiv auf altersassoziierte Erkrankungen wie Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, metabolisches Syndrom, Diabetes Mellitus sowie degenerative Erkrankungen bis hin zu Tumoren wirken. Epidemiologische Studien belegen ein 30 Prozent niedrigeres Gesamtsterblichkeitsrisiko bei aktiven im Vergleich zu inaktiven Personen. Zudem unterstützt regelmäßige körperliche Fitness die Mobilität des Menschen und somit auch die Teilhabe

ALKOHOLKONSUM IN DER BIELEFELDER BEVÖLKERUNG NACH GESCHLECHT, ALTER, BILDUNG & MIGRATIONSHINTERGRUND

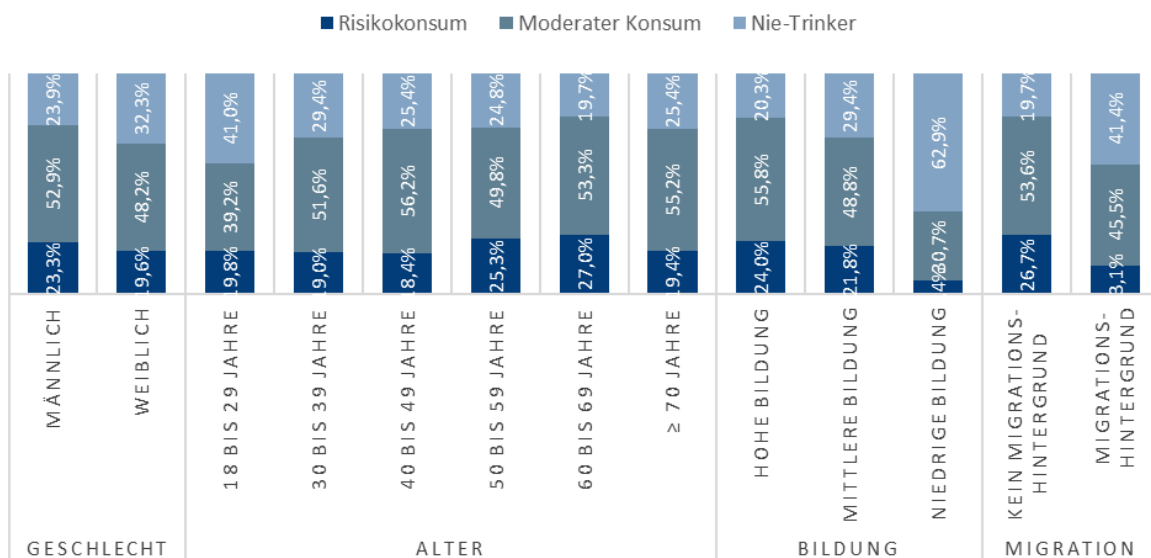


Abbildung 13: Alkoholkonsum in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025 (eigene Darstellung)

am gesellschaftlichen Leben (Robert Koch-Institut, 2025f; Pfeifer, K., Banzer, W., Ferrari, N., Füzéki, E., Geidl, W., Graf, C., Hartung, V., Klamroth, S., Völker, K. & Vogt, L., 2016)²⁹.

In welchem Rahmen bewegen sich Bielefelderinnen und Bielefelder im Rahmen arbeitsbezogener Tätigkeiten?

Betrachtet man den Anteil der Personen, die bei der Arbeit³⁰ vorwiegend sitzen oder stehen, also körperlich inaktiv sind, so zeigt sich, dass der Wert in Bielefeld höher ist als

in der Bundesbevölkerung. Diese Unterschiede zeigen sich sowohl bei den Männern (Bielefeld 48,4% vs. Deutschland 40%) als auch den Frauen (Bielefeld 44,2% vs. Deutschland 37%)³¹ (Robert Koch-Institut, 2022).

Die Daten zeigen, dass Männer in der Bielefelder Bevölkerung etwas häufiger überwiegend sitzende oder stehende Tätigkeiten ausüben als Frauen.

In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen geht etwa die Hälfte einer vorwiegend sitzenden oder stehenden beruflichen Tätigkeit nach. Dieser Anteil steigt bei den 30- bis 64-Jährigen an und nimmt bei Personen

ANTEIL DER PERSONEN IN DER BIELEFELDER BEVÖLKERUNG MIT VORWIEGEND SITZENDER BZW. STEHENDER ARBEITSBEZOGENER TÄTIGKEIT

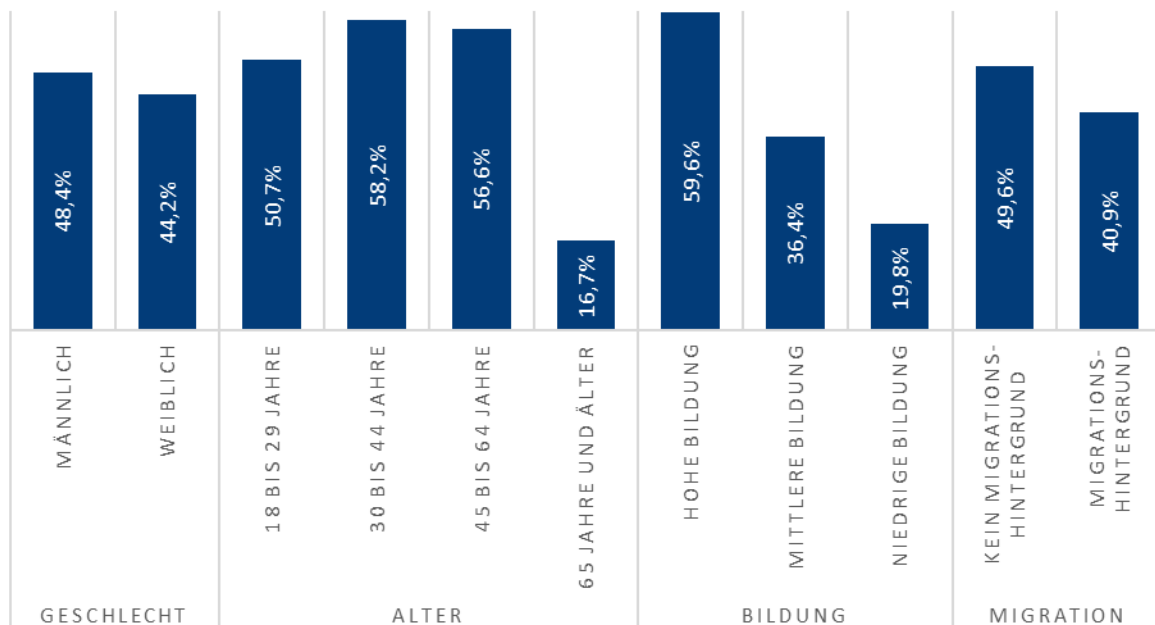


Abbildung 14: Sitzende bzw. stehende arbeitsbezogene Tätigkeit in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025 (eigene Darstellung)

²⁹ Die körperliche Aktivität in der Bielefelder Bevölkerung wurde im Rahmen der Bielefelder Gesundheitsbefragung 2025 anhand von Items aus dem Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS des Robert Koch-Instituts erfasst (Robert Koch-Institut, 2021)

³⁰ Hierbei beinhaltet der Begriff „Arbeit“ sowohl bezahlte als auch unbezahlte Tätigkeiten (z.B. Studium, Hausarbeit).

³¹ Einschränkung ist zu sagen, dass es sich um uneinheitliche Messzeitpunkte handelt (2019 vs. 2025). Dies gilt für alle Daten zur körperlichen Aktivität.

ab 65 Jahren deutlich ab, was unter anderem mit dem Eintritt in den Ruhestand zusammenhängen dürfte.

Hinsichtlich des formalen Bildungsstands zeigt sich, dass Personen mit höherer Bildung häufiger Tätigkeiten mit überwiegend sitzender oder stehender Arbeitsweise ausüben. Mit sinkendem formalem Bildungsniveau nimmt dieser Anteil entsprechend ab. Darüber hinaus ist erkennbar, dass Personen ohne Migrationshintergrund häufiger überwiegend sitzende oder stehende Tätigkeiten ausüben als Personen mit Migrationshintergrund.

In welchem Rahmen erfüllen die Bielefelderinnen und Bielefelder die Bewegungsempfehlungen der WHO zur Ausdauerbelastung?

Die WHO empfiehlt mindestens 150 Minuten moderate Ausdauerbelastung oder

mindestens 75 intensive körperliche Belastung pro Woche (Wackerhage, H., Sitzberger, C., Kreuzpointner, F. & Oberhoffer-Fritz, R., 2021). Im Folgenden wird die moderate Ausdauerbelastung dargestellt. Erhoben wurde der Indikator anhand von Selbstangaben der Befragten, wobei Angaben zur körperlichen Aktivität in der Freizeit und die Fortbewegung mit dem Fahrrad aufsummiert wurden.

In Bielefeld erfüllen die Bürgerinnen und Bürger anteilig weniger häufig die WHO-Bewegungsempfehlungen als im Landesdurchschnitt (Bielefeld 40,8% vs. Deutschland 48%). Äquivalent zur Bundesebene halten sich mehr Männer an die Empfehlungen als Frauen (Männer: Deutschland 51% vs. Bielefeld 43,7%; Frauen: Deutschland 45% vs. Bielefeld 38%) (Robert Koch-Institut, 2022).

ERFÜLLUNG DER WHO-EMPFEHLUNG ZUR WÖCHENTLICHEN AUSDAUERBELASTUNG (MIND. 150 MIN./WOCHE) IN DER BIELEFELDER BEVÖLKERUNG

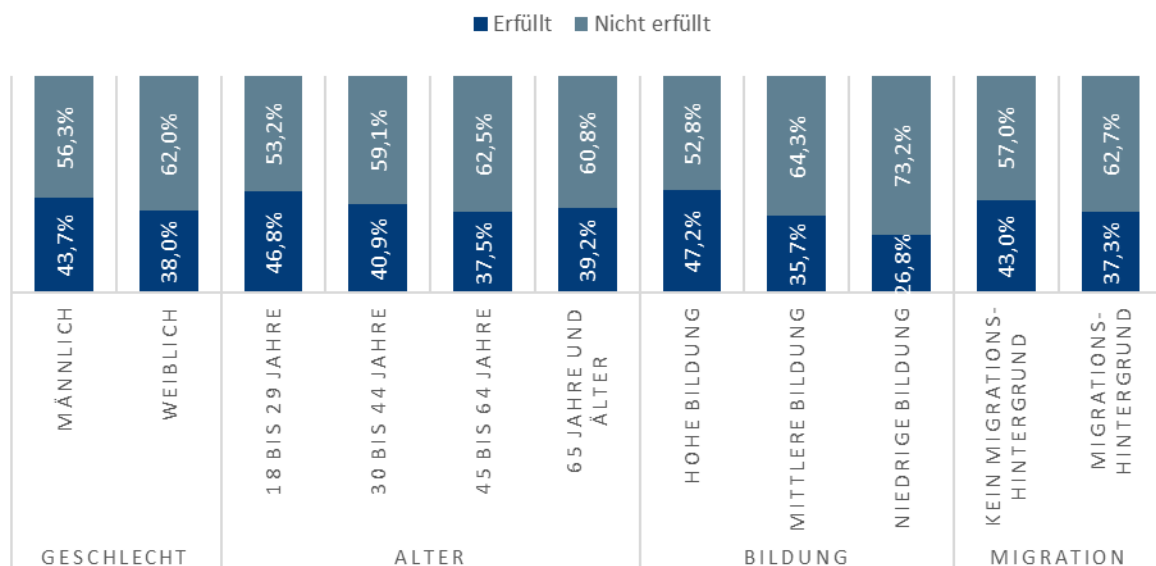


Abbildung 15: Wöchentliche Ausdauerbelastung in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025 (eigene Darstellung)

In Bezug auf das Alter gibt es keine klare Tendenz in Bielefeld, es zeigt sich jedoch, dass mit steigendem formalem Bildungsstand auch der Anteil der Personen zunimmt, die die WHO-Bewegungsempfehlungen erfüllen. Zudem zeigen Menschen ohne Migrationshintergrund einen höheren Erfüllungsgrad der WHO-Bewegungsempfehlungen als Personen mit Migrationshintergrund.

In welchem Rahmen erfüllen die Bielefelderinnen und Bielefelder die Bewegungsempfehlungen der WHO zum Krafttraining?

In Bezug auf die Muskelkräftigung empfiehlt die WHO für Erwachsene „an mindestens zwei Tagen pro Woche kräftigende Übungen für alle größeren Muskelgruppen“ (Wackerhage, H., Sitzberger, C.,

Kreuzpointner, F. & Oberhoffer-Fritz, R., 2021, S. 91).

Verglichen mit der Bundesebene zeigt Bielefeld etwas bessere Werte, das heißt, ein leicht höherer Anteil an Personen erfüllt die Bewegungsempfehlungen der WHO zur Muskelkräftigung (Bielefeld 41,4% vs. Deutschland 36%).

Sowohl auf Bundes- als auch auf kommunaler Ebene ist der Anteil der Männer (Bielefeld 43,6% vs. Deutschland 39%) hierbei höher als der der Frauen (Bielefeld 39,3% vs. Deutschland 34%) (Robert Koch-Institut, 2022).

Auf kommunaler Ebene zeigt sich, dass der Anteil der Personen, die die WHO-Bewegungsempfehlungen erfüllen, tendenziell mit zunehmendem Alter abnimmt. Ab einem Alter von 65 Jahren ist jedoch wieder ein Anstieg zu beobachten.

ERFÜLLUNG DER WHO-EMPFEHLUNGEN ZUM KRAFTTRAINING (MIND. 2 MAL/WOCHE) IN DER BIELEFELDER BEVÖLKERUNG

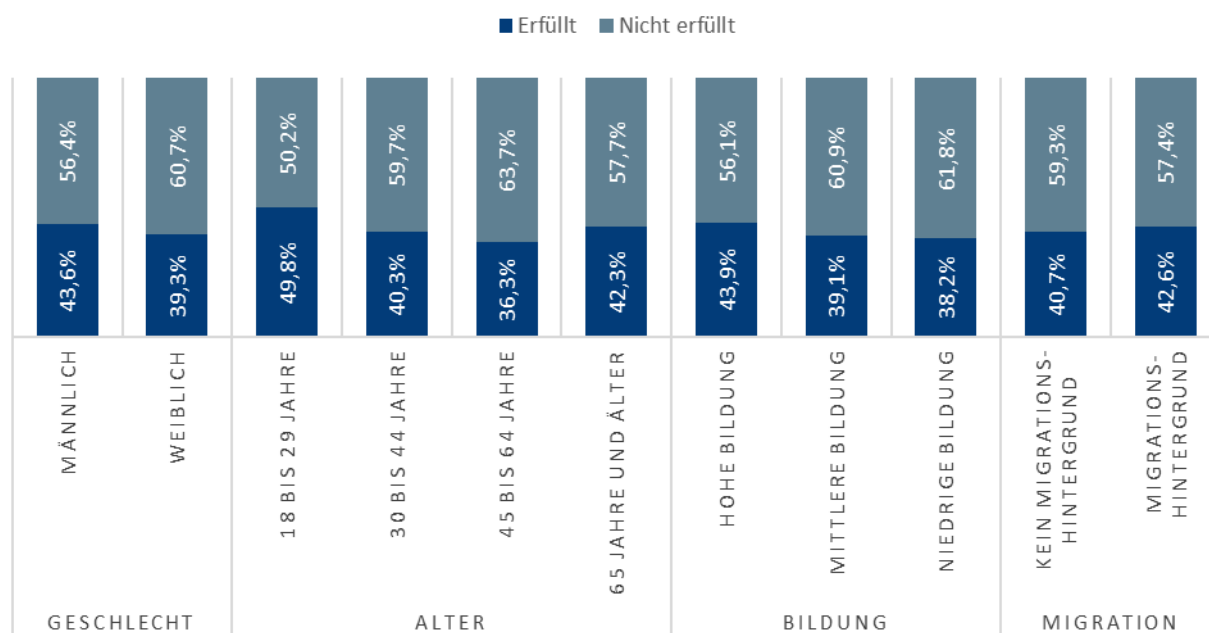


Abbildung 16: Krafttraining in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025 (eigene Darstellung)

Hinsichtlich des Bildungsniveaus zeigt sich ein leichtes Gefälle zugunsten von Personen mit höherer formaler Bildung, wobei die Unterschiede insgesamt gering ausfallen.

In Hinblick auf den Migrationshintergrund sind nur geringe Abweichungen erkennbar.

6.2. Gesundheitskompetenz

Moderne Gesellschaften sind von einer unüberschaubaren Menge an Gesundheitsinformationen geprägt, die im Bedarfsfall gefiltert, bewertet und als Grundlage für Handlungsentscheidungen herangezogen werden müssen. Dabei wird das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten sowie im Alltag anzuwenden, auch als Gesundheitskompetenz bezeichnet (Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. et al., 2012).

Eine gering ausgeprägte Gesundheitskompetenz ist mit zahlreichen negativen Folgen assoziiert, wie einem ungünstigeren Gesundheitsverhalten, Übergewicht, einer höheren Fehlquote am Arbeitsplatz sowie einer stärkeren Inanspruchnahme des Versorgungssystems. Dabei ist Gesundheitskompetenz als „relational“ zu verstehen: Sie hängt nicht nur von den individuellen Fähigkeiten ab, sondern auch vom sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhang sowie der lebensweltbezogenen Komplexität der Anforderungen, die an das Individuum gestellt werden. Demzufolge sollten Fördermaßnahmen zum einen individuelle Kompetenzen ausbauen aber auch systemische und organisatorische Rahmenbedingungen verbessern (z.B. durch Stärkung eines nutzerfreundlichen, gesundheitskompetenten Gesundheitssystems).

Dabei ist zu beachten, dass, wie Studien immer wieder zeigen, die Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft sozial ungleich verteilt ist: Menschen mit formal niedriger Bildung, niedrigem sozioökonomischen Status, mit chronischen Mehrfacherkrankungen oder ältere Menschen sind dabei

besonders häufig von einer niedrigen Gesundheitskompetenz betroffen (Schaeffer, et al., 2021)³².

Wie ist die Gesundheitskompetenz in Bielefeld verteilt?

Anhand der Daten der Bielefelder Gesundheitsbefragung lässt sich erkennen, dass die Gesundheitskompetenz der Bielefelderinnen und Bielefelder leicht unter derjenigen der Bundesbevölkerung angesiedelt ist. 2025 wiesen 40,8% der Einwohnenden

in Bielefeld eine hohe Gesundheitskompetenz³³ auf, während der Anteil im gesamten Bundesgebiet 2024/2025 bei 44,44% lag³⁴ (Schaeffer, Griese, Singh, Ewers, & Hurrelmann, 2025). Dabei verfügten die Bielefelder Männer im Schnitt etwas häufiger über eine hohe Gesundheitskompetenz als die Frauen.

Mit dem Alter war eine lineare Zunahme der Gesundheitskompetenz zu beobachten.

Zudem hatten Personen mit hoher Bildung häufiger eine hohe Gesundheitskompetenz als Personen mit mittlerer oder niedriger

GESUNDHEITSKOMPETENZ IN DER BIELEFELDER BEVÖLKERUNG NACH GESCHLECHT, ALTER, BILDUNG & MIGRATIONSHINTERGRUND

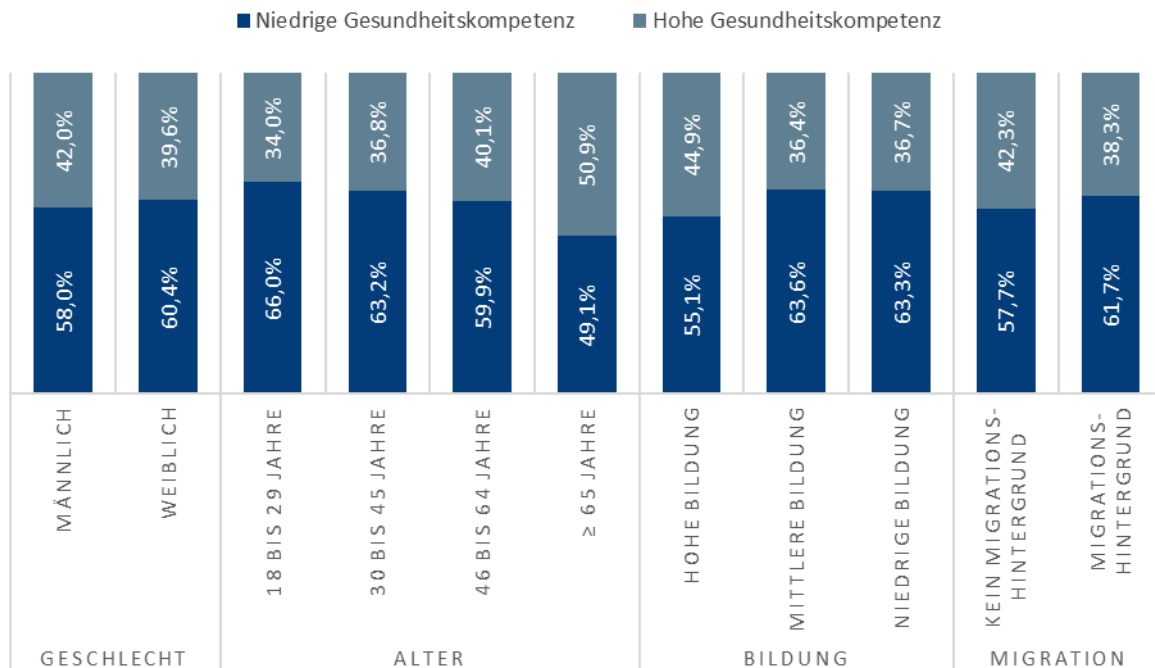


Abbildung 17: Gesundheitskompetenz in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025 (eigene Darstellung)

³² Die Erfassung der Gesundheitskompetenz in der Bielefelder Bevölkerung im Rahmen der Bielefelder Gesundheitsbefragung 2025 erfolgte anhand des Instruments HLS19-Q12-DE der Universität Bielefeld (Bielefeld University for HLS19, 2020).

³³ Als hohe Gesundheitskompetenz gilt die Einordnung in die Kategorien „ausreichend“ und „exzellent“,

die Kategorien „inadäquat“ und „problematisch“ werden als geringe Gesundheitskompetenz zusammengefasst.

³⁴ Einschränkung ist anzumerken, dass im Rahmen der Bielefelder Gesundheitsbefragung 2025 die Kurzversion des Fragebogens (HLS-Q12) zur Erfassung der Gesundheitskompetenz eingesetzt wurde, während in der HLS-GER 3-Studie der umfassendere HLS19-Q47 verwendet wurde.

Bildung, wobei diese in einem ähnlichen Wertebereich angesiedelt waren.

Im Durchschnitt wiesen Personen ohne Migrationshintergrund leicht höhere Werte auf als die betrachtete Vergleichsgruppe.

Digitale Gesundheitskompetenz

In den vergangenen Jahrzehnten hat die Digitalisierung in nahezu allen Lebensbereichen an Bedeutung gewonnen. Durch die Covid-19-Pandemie wurde diese Entwicklung zusätzlich beschleunigt, sodass digitale Technologien im Gesundheitswesen ebenso wie digitale Gesundheitsinformationen – sowohl auf fachlicher als auch individueller Ebene – eine zunehmend zentrale Rolle einnehmen (Schaeffer, et al., 2021).

Digitale Gesundheitskompetenz bezeichnet dabei die Fähigkeit, digitale Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, kritisch zu bewerten und sicher für gesundheitsbezogene Entscheidungen zu nutzen³⁵.

Wie ist die digitale Gesundheitskompetenz in der Bielefelder Bevölkerung ausgeprägt?

Die digitale Gesundheitskompetenz ist bei den Bielefelderinnen und Bielefeldern durchschnittlich besser ausgeprägt als in der Gesamtbevölkerung Deutschlands (Hohe digitale Gesundheitskompetenz: Bielefeld 47,2% vs. Deutschland 28,9%) (Schaeffer, Gries, Singh, Ewers, & Hurrelmann, 2025).

DIGITALE GESUNDHEITSKOMPETENZ IN DER BIELEFELDER BEVÖLKERUNG NACH GESCHLECHT, ALTER, BILDUNG & MIGRATIONSHINTERGRUND

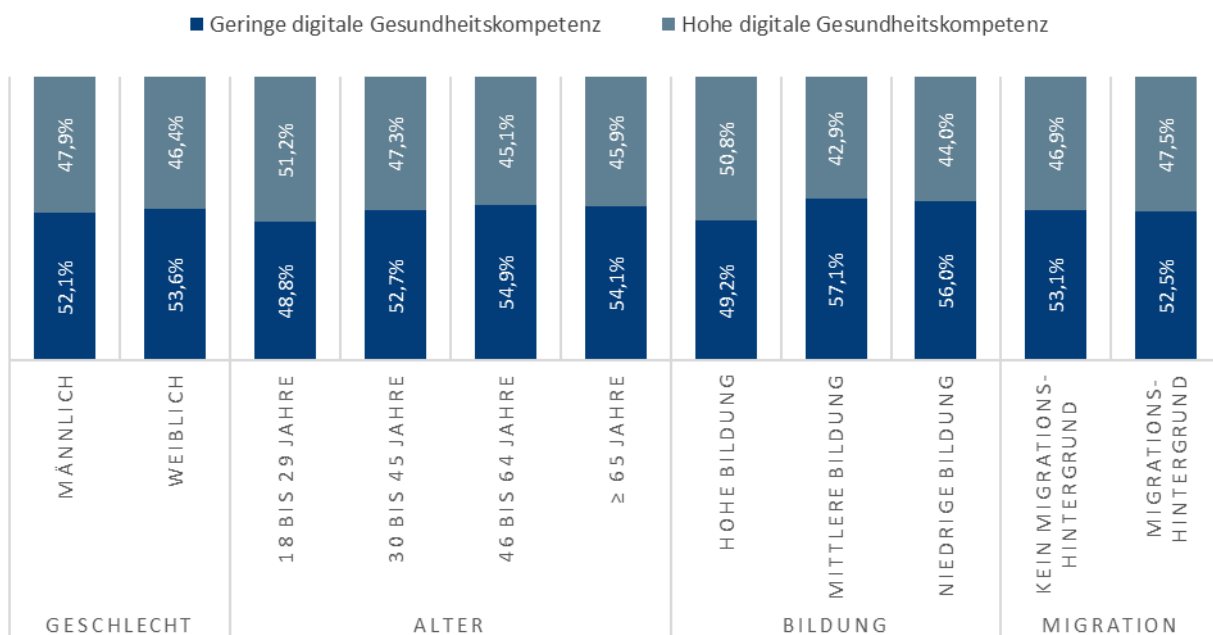


Abbildung 18: Digitale Gesundheitskompetenz in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025 (eigene Darstellung)

³⁵ In der Bielefelder Gesundheitsbefragung 2025 wurde die digitale Gesundheitskompetenz anhand des Instruments HLS19-DIGI-DE der Universität

Bielefeld erhoben (Bielefeld University for HLS19, 2020).



Beide Geschlechter bewegen sich in einem ähnlichen Wertebereich, wobei mehr als die Hälfte der Männer und Frauen in Bielefeld über eine geringe digitale Gesundheitskompetenz verfügt.

Bei Betrachtung nach Altersgruppe zeigt sich, dass Personen aus niedrigeren Altersklassen häufiger über eine hohe digitale Gesundheitskompetenz verfügen als Personen aus höheren Altersklassen. Am stärksten ausgeprägt ist die digitale Gesundheitskompetenz bei Personen zwischen 18 und 29 Jahren.

Auch in Bezug auf die digitale Gesundheitskompetenz ist ein Bildungsgefälle erkennbar. Personen mit hoher formaler Bildung weisen im Durchschnitt deutlich häufiger eine hohe digitale Gesundheitskompetenz auf als Personen mit mittlerer oder niedriger formaler Bildung.

7. Gesundheitliche Lage der Bevölkerung

Nachdem die relevantesten Einflussfaktoren auf Gesundheit dargestellt wurden, soll nun der Gesundheitszustand der Bielefelder Bevölkerung näher betrachtet werden. Dieser wird anhand verschiedener Indikatoren abgebildet, mit denen Veränderungen von Gesundheitsrisiken über die Zeit erfasst werden können.

7.1 Subjektive Gesundheit

Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustands wird weltweit in Bevölkerungsstudien genutzt, um die subjektive

Gesundheit zu erfassen. Sie spiegelt persönliche und soziale Dimensionen des individuellen Befindens wider und gilt als verlässlicher Indikator für die künftige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Sterblichkeit.

Zudem beeinflusst sie maßgeblich die aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie die Motivation, gesundheitsschädliche Verhaltensweisen wie Rauchen oder Bewegungsmangel zu ändern (Robert Koch-Institut, 2012)³⁶.

SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND IN DER BIELEFELDER BEVÖLKERUNG NACH GESCHLECHT, ALTER, BILDUNG & MIGRATIONSHINTERGRUND

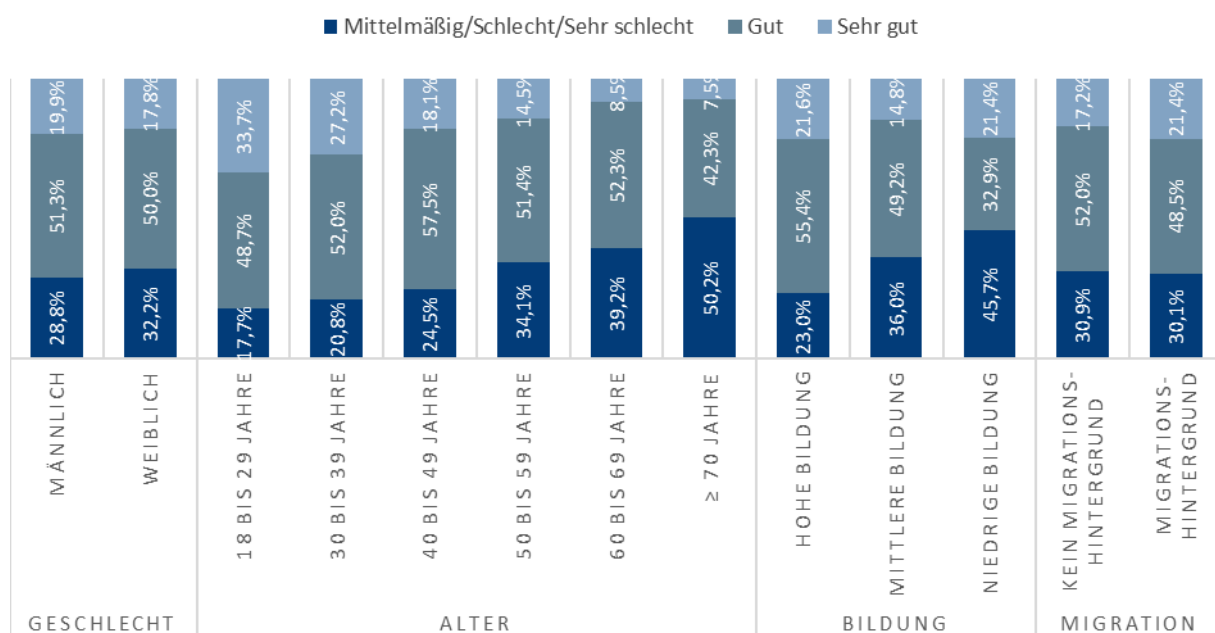


Abbildung 19: Subjektiver Gesundheitszustand in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025 (eigene Darstellung)

³⁶ Der subjektive Gesundheitszustand in der Bielefelder Bevölkerung wurde im Rahmen der Bielefelder Gesundheitsbefragung 2025 anhand von Items aus

dem Fragebogen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS) des Robert Koch-Instituts erfasst (Robert Koch-Institut, 2017).

Wie bewerten die Bielefelder Bürgerinnen und Bürger Ihre Gesundheit?

Verglichen mit dem NRW-Landesdurchschnitt (Stand 2024) bewerten die Bielefelderinnen und Bielefelder ihren subjektiven Gesundheitszustand etwas häufiger als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht³⁷. Dies gilt sowohl für die Männer (Bielefeld 28,8% vs. NRW 24,9%) als auch die Frauen (Bielefeld 32,2% vs. NRW 29,9%) (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2025b).

Tendenziell schätzen die Männer in Bielefeld ihren Gesundheitszustand etwas besser ein als die Frauen.

Dabei fällt auf, dass die Bielefelderinnen und Bielefelder ihren subjektiven Gesundheitszustand mit steigendem Alter durchschnittlich schlechter bewerten.

Auch ist ein Bildungsgefälle erkennbar. Der subjektive Gesundheitszustand verschlechtert sich im Schnitt mit sinkendem formalem Bildungsstand.

Zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund gibt es keine nennenswerten Abweichungen.

7.2 Wohlbefinden

Wohlbefinden bedeutet mehr als nur das Fehlen von Krankheit – es beschreibt einen Zustand, in dem sich Menschen körperlich, psychisch und sozial gesund und ausgeglichen fühlen. Es trägt entscheidend zur Lebensqualität, Produktivität und Stressresistenz bei und senkt das Risiko für körperliche sowie psychische Erkrankungen. Deshalb spielt Wohlbefinden eine zentrale Rolle in Gesundheitsförderung und Prävention (Robert Koch-Institut, 2025g)³⁸.

Wie bewerten die Bielefelder Bürgerinnen und Bürger ihr Wohlbefinden?

Bei Betrachtung des subjektiven psychischen Wohlbefindens zeigen sich Abweichungen zwischen der kommunalen Ebene in Bielefeld und der NRW-Landesebene (Stand 2019). Sowohl die Männer als auch die Frauen in Bielefeld zeigen häufiger ein niedriges psychisches Wohlbefinden als Personen auf NRW-Landesebene (Männer: Bielefeld 26,8% vs. NRW 19%, Frauen: Bielefeld 33,1% vs. NRW 23%)³⁹ (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2022). Ungeachtet dessen überwiegt bei beiden Geschlechtern in der Bielefelder Bevölkerung deutlich der Anteil mit gesundem psychischem Wohlbefinden. Männer weisen dabei jedoch häufiger ein gesundes psychisches Wohlbefinden auf als Frauen.

Während Personen zwischen 60 und 79 Jahren am häufigsten über ein gesundes

³⁷ Die Zusammenfassung der Ausprägungen „mittelmäßig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“ entspricht der Darstellungsweise auf Landesebene.

³⁸ Das subjektive psychische Wohlbefinden in der Bevölkerung wurde im Rahmen der Bielefelder Gesundheitsbefragung anhand des World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5) erfasst (Weltgesundheitsorganisation, 1998).

³⁹ Dabei sind die Daten mit Zurückhaltung zu interpretieren, da ihnen keine einheitlichen Messzeitpunkte zugrunde liegen. Zudem lag zwischen den Erhebungen ein Zeitraum von sechs Jahren, welcher durch eine Vielzahl gesellschaftlicher und struktureller Krisen geprägt war. Diese könnten potenziell Einfluss auf die erhobenen Variablen gehabt haben (u.a. Covid 19-Pandemie).

psychisches Wohlbefinden verfügen, zeigen Personen in der Altersklasse 18 bis 29 Jahre die schlechtesten Werte.

Äquivalent zu den vorhergehenden Ergebnissen zeigt sich auch beim psychischen Wohlbefinden ein Bildungsgefälle. Dabei steigt der Anteil der Personen mit gesundem psychischem Wohlbefinden mit dem formalen Bildungsstand.

Personen ohne Migrationshintergrund verfügen durchschnittlich häufiger über ein gesundes psychisches Wohlbefinden als die Vergleichsgruppe.

7.3 Morbidität

Die nachfolgend dargestellten Krankheiten zählen überwiegend zu den häufigen nicht-infektiösen Erkrankungen mit hoher Krankheitslast in Deutschland. Aufgrund ihres Präventionspotenzials haben sie eine

große Public-Health-Relevanz und dienen als wichtige Indikatoren für den Gesundheitszustand der Bevölkerung.

Beschrieben werden acht Diagnosen auf Basis von Daten gesetzlich Krankenversicherter aus der ambulanten Versorgung, ergänzt durch Informationen aus Krankenhäusern sowie der Erwerbsunfähigkeits- und Todesursachenstatistik.

7.3.1 Nichtübertragbare Krankheiten

Diabetes mellitus Typ 2

Der Diabetes mellitus Typ 2 ist eine weit verbreitete Stoffwechselerkrankung und macht rund 90% aller Diabeteserkrankungen aus.

Risikofaktoren sind insbesondere Übergewicht, eine geringe körperliche Aktivität, Rauchen, eine ballaststoffarme sowie fett-

PSYCHISCHES WOHLBEFINDEN IN DER BIELEFELDER BEVÖLKERUNG NACH GESCHLECHT, ALTER, BILDUNG & MIGRATIONSHINTERGRUND

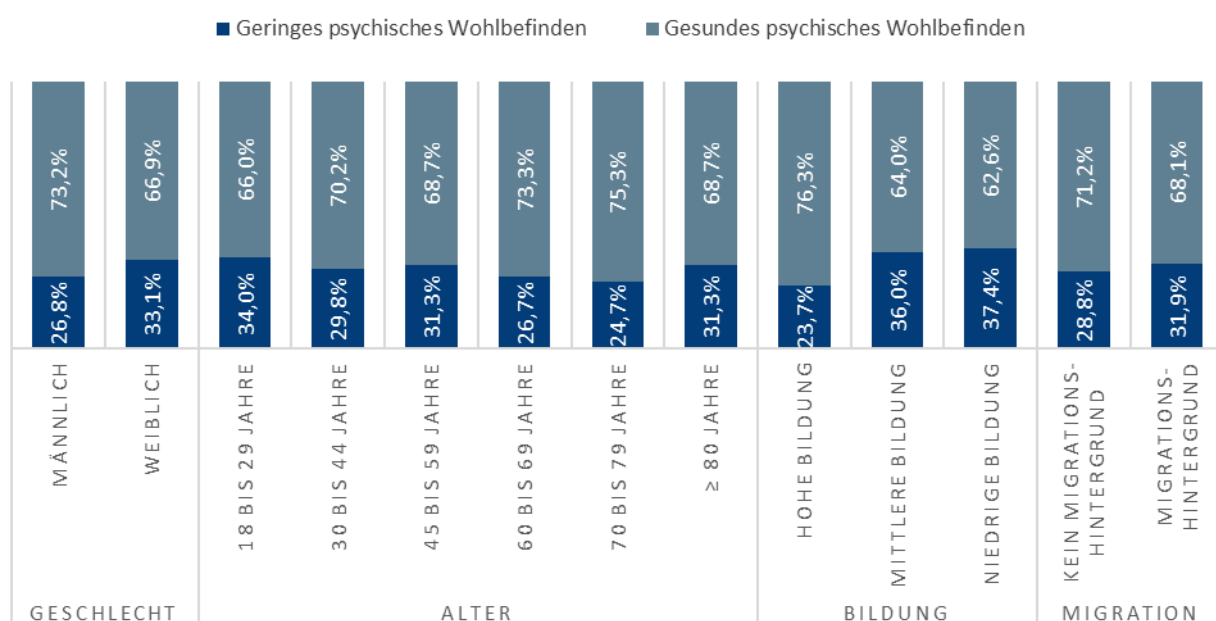


Abbildung 20: Psychisches Wohlbefinden in der Bielefelder Bevölkerung im Jahr 2025 (eigene Darstellung)

und zuckerreiche Ernährung, bestimmte Medikamente sowie eine genetische Veranlagung/Disposition.

Der Diabetes Mellitus Typ 2 besitzt eine hohe gesundheitliche Relevanz, da er langfristig zu Folgeerkrankungen führen kann und die Lebensqualität deutlich beeinträchtigt. Gleichzeitig gilt er als primärpräventiv vermeidbar, da sein Auftreten durch gesundheitsfördernde Maßnahmen wie eine ausgewogene Ernährung und regelmäßige Bewegung häufig verhindert oder zumindest hinausgezögert werden kann (Bundesministerium für Gesundheit, 2026).

In den letzten Jahren stieg die Zahl der ambulant behandelten Bielefelderinnen und Bielefelder mit Typ-2-Diabetes von 23.211 im Jahr 2015 auf 24.583 im Jahr 2024 an. Die altersstandardisierte Häufigkeitsrate erreichte in Bielefeld über alle Jahre den höchsten Wert in Ostwestfalen-Lippe. Besonders zuletzt war ein deutlicher Anstieg zu beobachten, vor allem in den jüngeren bzw. unteren Altersgruppen: 0 bis 44 Jahre (+9,3%) und 45 bis 64 Jahre (+4,1%, jeweils von 2023 nach 2024).

In der Gesamtschau waren die 65- bis 84-Jährigen am häufigsten betroffen (zuletzt 11.617 Fälle). Nach Geschlecht war die Erkrankung fast gleich verteilt (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025).

Im stationären Bereich sind die Behandlungsfälle von 557 im Jahr 2014 auf 351 im Jahr 2023 zurückgegangen, mit einem besonders deutlichen Rückgang zwischen 2018 und 2019. Im Gegensatz dazu ist die Zahl der Sterbefälle kontinuierlich gestiegen: von 17 Verstorbenen im Jahr 2015 auf 46 im Jahr 2024. Die entsprechende standardisierte Sterblichkeitsrate war zuletzt die höchste im regionalen Vergleich (+19%). (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.j).

7.3.2 Ausgewählte psychische Erkrankungen

Alzheimer-Demenz und vaskuläre Demenzen

Schätzungen zufolge ist die Alzheimer-Demenz mit einem Anteil von 60 bis 65% die

Altersstandardisierte Prävalenz von Typ-2-Diabetes je 100.000 Einwohnenden in der vertragsärztlichen Versorgung in Bielefeld und Ostwestfalen-Lippe

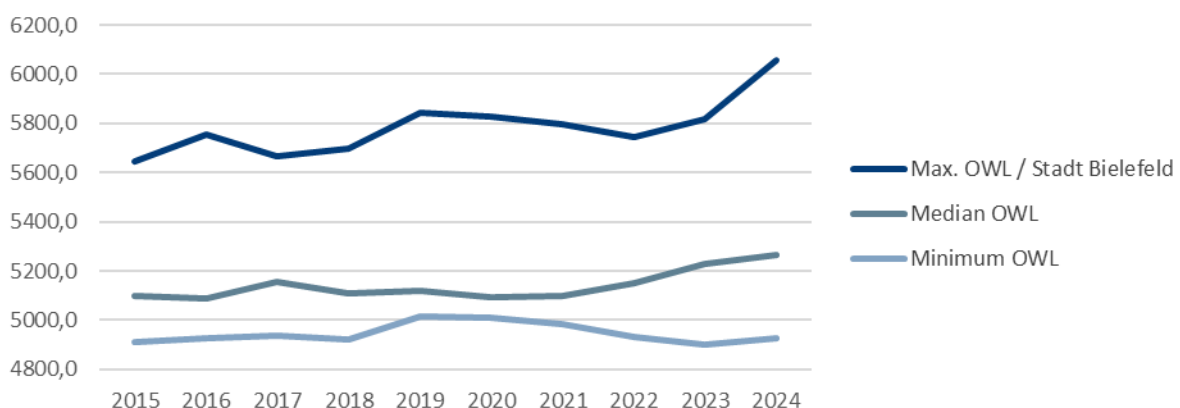


Abbildung 21: Altersstandardisierte Prävalenz Typ-2-Diabetes in Bielefeld und OWL 2015-2024 (eigene Darstellung nach Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz, o.J.)

häufigste irreversible Demenzform, gefolgt von der gefäßbedingten, sogenannten vaskulären Demenz mit 20 bis 30%. Etwa 15% der Betroffenen weisen eine Mischform beider Demenzformen auf. Bei 5 bis 15% zeigen sich abweichende Demenzformen, die im Folgenden nicht betrachtet werden. Das Risiko für beide Demenzformen, der Alzheimer- sowie der vaskulären Demenz, wird durch Lebensstil- und Umweltfaktoren beeinflusst, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß und über verschiedene Mechanismen. Die vaskuläre Demenz ist eng mit kardiovaskulären Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Rauchen und erhöhten Cholesterinwerten verknüpft, deren Einfluss als gut belegt gilt.

Auch für die Alzheimer-Demenz werden verschiedene modifizierbare Risikofaktoren diskutiert. Dazu zählen insbesondere körperliche Inaktivität, ungesunde Ernährung, soziale Isolation, Depression sowie Hör- und Sehbeeinträchtigungen. Deren Einfluss gilt als wahrscheinlich, erfolgt jedoch meist indirekt und ist insgesamt weniger

eindeutig als bei der vaskulären Demenz (Bundesministerium für Gesundheit, 2025).

In Bielefeld schrumpfte die Zahl der an einer vaskulären oder Alzheimer-Demenz erkrankten Patientinnen und Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung durchgängig von 5.660 im Jahr 2016 auf 4.309 im Jahr 2024. Die altersstandardisierte Rate war zu Beginn des Betrachtungszeitraums die höchste in Ostwestfalen-Lippe, näherte sich aber dann dem Median an.

Am stärksten war der Rückgang in der Altersgruppe der 0- bis 64-Jährigen (-48,6%). Sie waren auch am seltensten betroffen (zuletzt 165 Erkrankte). Am häufigsten trat eine der verschiedenen, primären Demenzen im sehr hohen Alter von 85 Jahren und älter auf, was sich auch mit den eingangs erläuterten Risikofaktoren deckt (zuletzt 2.255 Erkrankte, prozentualer Rückgang 7,2% im Betrachtungszeitraum) (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025).

Altersstandardisierte Prävalenz von Demenz je 100.000 Einwohnenden in der vertragsärztlichen Versorgung in Bielefeld und Ostwestfalen-Lippe

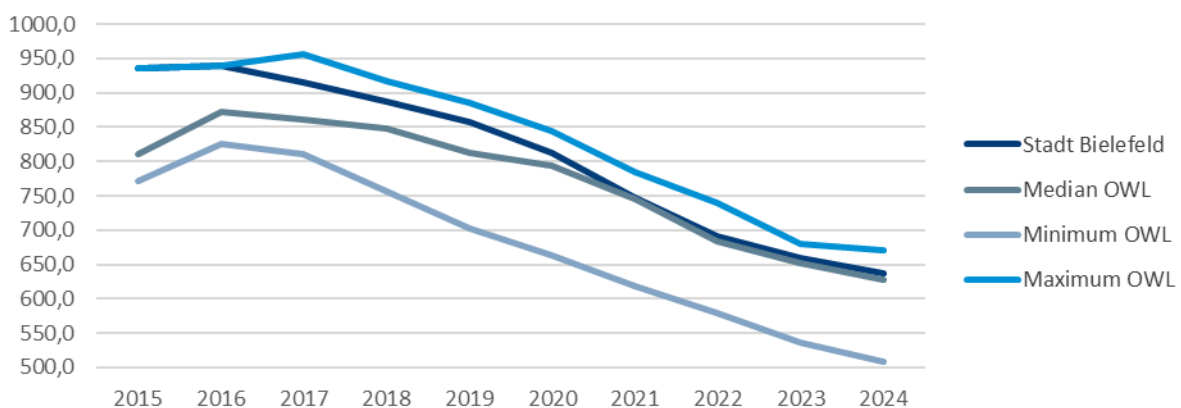


Abbildung 22: Altersstandardisierte Prävalenz Demenz in Bielefeld und OWL 2015-2024 (eigene Darstellung nach Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025)

Im Krankenhausbereich gibt es keinen eindeutigen Trend bei den Hauptdiagnosen einer Alzheimer-Demenz oder vaskulären Demenz (113,3 Fälle im Mittelwert 2014-2023). Die Anzahl der Sterbefälle mit vaskulären Demenzen nahm von 135 im Jahr 2015 auf 225 im Jahr 2024 diskontinuierlich zu. Zuletzt lag die standardisierte Mortalitätsrate 23% unter dem Landeswert (Standardisiertes Mortalitätsverhältnis (SMR) 0,87). (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.j). Die Sterbefälle aufgrund einer Alzheimer-Krankheit zeigen keinen eindeutigen Trend (seit 2018 zw. 27 und 39 Verstorbene). Auch diesbezüglich lag die standardisierte Sterberate zuletzt unter dem Landeswert (34%, SMR 0,66). (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, o.J.j)

Depressive Episoden und wiederkehrende Depressionen

Depressionen sind weit verbreitete psychische Erkrankungen, die nicht mit vorübergehender Traurigkeit oder Niedergeschla-

genheit gleichzusetzen sind, sondern anhaltend bestehen und Denken, Fühlen und Handeln deutlich beeinträchtigen. Depressionen können einmalig auftreten oder immer wieder kehren (rezidivierende Depressionen). Zu den Einflussfaktoren zählen unter anderem genetische Veranlagungen, belastende Lebensumstände und -ereignisse, biochemische Veränderungen sowie körperliche Erkrankungen oder psychische Beeinträchtigungen (z.B. Angststörungen, Suchterkrankungen).

Vorbeugend kann man trainieren, bestimmte negative Einflüsse zu vermeiden. Oder man erlernt einen anderen Umgang damit. Eine stabile soziale Umwelt bzw. stabile soziale Beziehungen verringern ebenfalls das Risiko für das Erkranken an einer Depression (IQWiG, 2026).

Im Weiteren werden zusammenfassend die Daten der depressiven Episoden und der wiederkehrenden Depressionen beschrieben.

In Bielefeld stieg die Zahl der ambulant behandelten Patientinnen und Patienten von 27.501 im Jahr 2015 auf 32.331 im Jahr

Altersstandardisierte Prävalenz von Depression je 100.000 Einwohnenden in der vertragsärztlichen Versorgung in Bielefeld und Ostwestfalen-Lippe

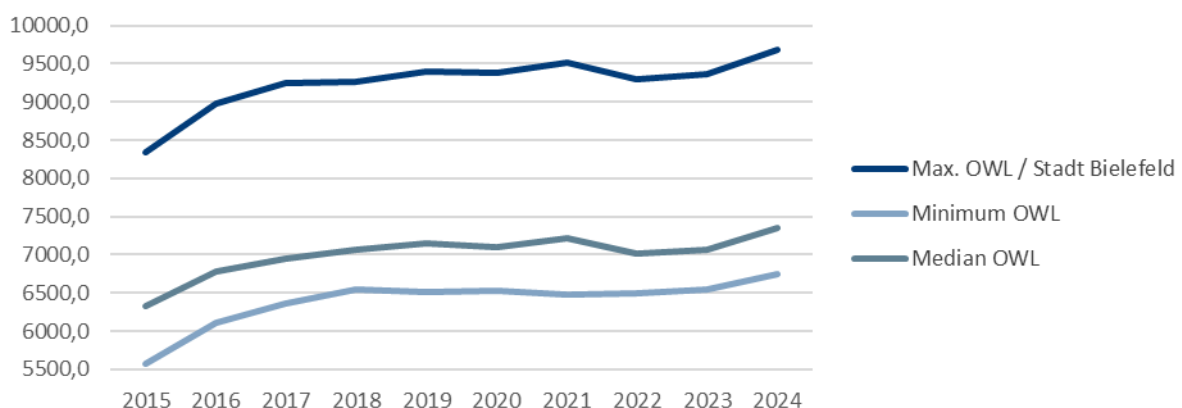


Abbildung 23: Altersstandardisierte Prävalenz Depressionen in Bielefeld und OWL (eigene Darstellung nach Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025)

2024. Entsprechend nahm auch die altersstandardisierte Häufigkeitsrate zu. Sie war im gesamten Zeitraum die höchste in Ostwestfalen-Lippe. Es erkrankten etwa doppelt so viele Frauen wie Männer.

In der Fachliteratur wird diskutiert, dass depressive Symptome bei Männern teilweise untererfasst sein könnten, da Männer seltener typische interne Symptome berichten und seltener Hilfe suchen, was die Diagnostik erschweren kann. Zudem zeigen einige Studien, dass traditionelle Diagnosekriterien männliche Ausdrucksformen von Depression weniger gut erfassen (Möller-Leimkühler, A. M., Jackl, A. & Weissbach, L., 2022).

Am häufigsten wird eine Depression in der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre diagnostiziert (zuletzt 13.088 Patientinnen und Patienten). Der größte Zuwachs zeigte sich in der jüngsten Altersgruppe 0 bis 24 Jahre (63,8%) (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025).

Im Krankenhausbereich sind die Fallzahlen geringfügig rückläufig und weichen vom

spezifischen Landeswert meist wenig ab. Zuletzt war die standardisierte Sterblichkeitsrate in Bielefeld 4% geringer. Man kann im stationären Bereich eine Zunahme der Diagnose bei Männern in den letzten Jahren erkennen, aber Frauen sind weiterhin auch hier häufiger betroffen (464 Fälle Männer vs. 670 Fälle Frauen in 2023).

7.3.3 ausgewählte Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Bluthochdruck (ICD-10: I10)

Ein dauerhaft erhöhter Blutdruck (Hypertonie) belastet die Blutgefäße und stellt ein erhebliches Risiko für Herzerkrankungen, Schlaganfälle und Nierenschädigungen dar. Je höher der Blutdruck über den empfohlenen Werten liegt, desto größer sind die Erkrankungsrisiken. Risikofaktoren für Bluthochdruck sind Übergewicht, eine unausgewogene, salzreiche Ernährung, zu viel Alkohol, Rauchen und Bewegungsmangel (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2023). Es gibt aber auch familiäre Veranlagungen. Zudem

Altersstandardisierte Prävalenz von Hypertonie je 100.000 Einwohnenden in der vertragsärztlichen Versorgung in Bielefeld und Ostwestfalen-Lippe

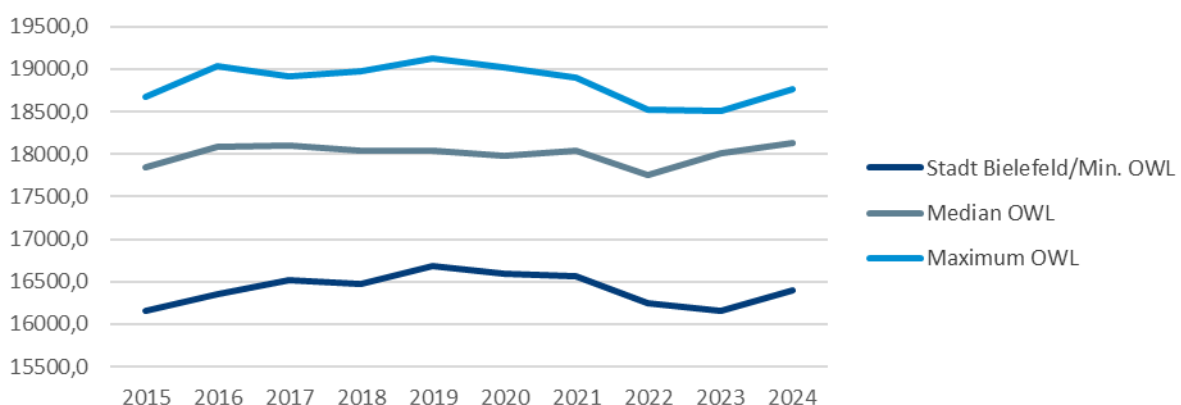


Abbildung 24: Altersstandardisierte Prävalenz Hypertonie in Bielefeld und OWL 2015-2024 (eigene Darstellung nach Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025)

kann auch Luftverschmutzung als Umweltfaktor zu einem dauerhaft erhöhten Blutdruck führen (IQWiG, 2026a).

Im ambulanten Sektor Bielefeld wurden von 2015 bis 2024 zwischen 65.144 und 67.597 Patientinnen und Patienten pro Jahr behandelt, darunter mehr Frauen als Männer (zuletzt 36.425 Frauen vs. 30.711 Männer 2024). Das Geschlechterverhältnis blieb praktisch auf dem gleichen Niveau. Zu beachten ist, dass etwa 15% der Erwachsenen mit Bluthochdruck nicht wissen, dass sie zu hohe Blutdruckwerte haben (IQWiG, 2026a).

Die altersstandardisierte Rate entsprach innerhalb von OWL dem Minimum und entwickelte sich einigermaßen konstant. Am häufigsten sind die 65- bis 84-Jährigen betroffen. Den größten Zuwachs gab es bei den 85 Jahre und älteren Bielefelderinnen und Bielefeldern, den größten Rückgang bei den 0- bis 24-Jährigen (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025).

Stationär ging die entsprechende Krankenhauszahl von 855 Fälle auf 419 Fälle zurück, die altersstandardisierte Rate ist auch in diesem Versorgungssegment in Bielefeld geringer als in NRW. Im Geschlechtervergleich zeigt sich durchgängig eine höhere Erkrankungszahl unter den Frauen. Die Anzahl der an primären Bluthochdruck Verstorbenen ist klein und bleibt konstant. An Hypertonie verstarben in Bielefeld von 2017-2024 deutlich mehr Frauen als Männer (170 zu 94). Im Median waren das 16 Frauen und neun Männer pro Jahr. Während im ambulanten Bereich die Altersgruppe 65 bis 84 Jahre am häufigsten betroffen ist, ist es im Akutkrankenhaus und unter den Verstorbenen jeweils die nächsthöhere Altersgruppe 85 und mehr Jahre.

Koronare Herzkrankheiten

„Zur Koronaren Herzkrankheit (auch Ischämische Herzkrankheiten) gehört eine Gruppe von chronischen Erkrankungen (ICD-10: I20-I25), bei denen es durch Verengung oder Verschluss eines oder mehrerer Blutgefäße, die das Herz mit Sauerstoff versorgen, zu einer Mangel durchblutung (Ischämie) des Herzens kommt. Die bekannteste Komplikation der Koronaren Herzkrankheit ist der Herzinfarkt.“ (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2026c). Das kann eine Angina pectoris, ein akuter Myokardinfarkt, ein wiederholter Myokardinfarkt, bestimmte Komplikationen nach einem akuten Myokardinfarkt, eine sonstige ischämische Herzkrankheit oder eine chronische ischämische Herzkrankheit sein.

Risikofaktoren, auf die man einwirken kann, um Koronare Herzkrankheiten zu vermeiden, sind eine ungesunde Ernährung, das Übergewicht inkl. der Adipositas, das Rauchen, mangelnde körperliche Aktivität, der Bluthochdruck, der erhöhte Cholesterinspiegel sowie der Diabetes mellitus Typ 2.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten im vertragsärztlichen Bereich ging diskontinuierlich von 15.167 im Jahr 2015 auf 14.123 im Jahr 2024 zurück. Die altersstandardisierte Häufigkeitsrate in Bielefeld war dabei über den gesamten Zeitraum zugleich der Median in Ostwestfalen-Lippe.

In der Altersgruppe von 65 bis 84 Jahren wurden am häufigsten Patientinnen und Patienten mit Koronarer Herzkrankheit ambulant versorgt (zuletzt 7.633 Patientinnen und Patienten). Das Geschlechterverhältnis verschob sich dabei im Laufe der Zeit kontinuierlich zuungunsten der Männer (anfangs 1,5, zuletzt 1,7 Männer auf eine erkrankte Frau) (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025).

Im Krankenhaus wurden aufgrund von Ischämischen Herzkrankheiten im Jahr 2023 1.988 Bielefelder Fälle behandelt. 70% waren davon männlichen Geschlechts. Im Trend sind die Zahlen rückgängig. Der Altersgipfel wurde bei beiden Geschlechtern im Alter von 85 und mehr Jahren erreicht.

Nur sehr wenige Menschen mussten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von Ischämischen Herzkrankheiten vorzeitig in Rente gehen; im Zeitverlauf zeigt sich an dieser Stelle ein rückläufiger Trend.

In der Summe der Jahre 2019-2023 starben 32 Bielefelderinnen und Bielefelder vor ihrem 65. Lebensjahr an Ischämischen Herzkrankheiten. Das sind Fälle, die beim Meiden der oben genannten Risikofaktoren möglicherweise primär und sekundär nicht hätten versterben müssen.

Die Ischämischen Herzkrankheiten haben in Bielefeld 2023 in allen Altersgruppen zu insgesamt 146 Sterbefällen bei Frauen und 186 Sterbefällen bei Männern geführt (203

vs. 246 Sterbefälle 2017). Die altersstandardisierte Sterberate Bielefelds liegt darin zuletzt unter dem NRW-Landesdurchschnitt (SMR=0,90).

Schlaganfälle

„Unter die Zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD-10: I60-I69) fallen Schlaganfälle und auch sonstige Erkrankungen der Blutgefäße des Gehirns.“ (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2026d). Meist entsteht diese durch ein Blutgerinnsel in einem Gefäß im Gehirn. Das Gerinnsel wird entweder aus anderen Körperbereichen über den Blutkreislauf eingeschwemmt oder entsteht durch eine entzündete Arterienwand im Gehirn selbst. Seltener ist es das Reißen z.B. eines Blutgefäßes im Gehirn, wodurch eine Hirnblutung ausgelöst wird, die von den Auswirkungen her einem Schlaganfall vergleichbar ist.

Dies sind also verschiedene Blutungen im Gehirn, Hirninfarkte, Schlaganfälle oder der Verschluss und die Verengung von Arterien, die vor dem eigentlichen Eintritt in das

Altersstandardisierte Prävalenz von ischämischen Herzkrankheiten je 100.000 Einwohnenden in der vertragsärztlichen Versorgung in Bielefeld und Ostwestfalen-Lippe

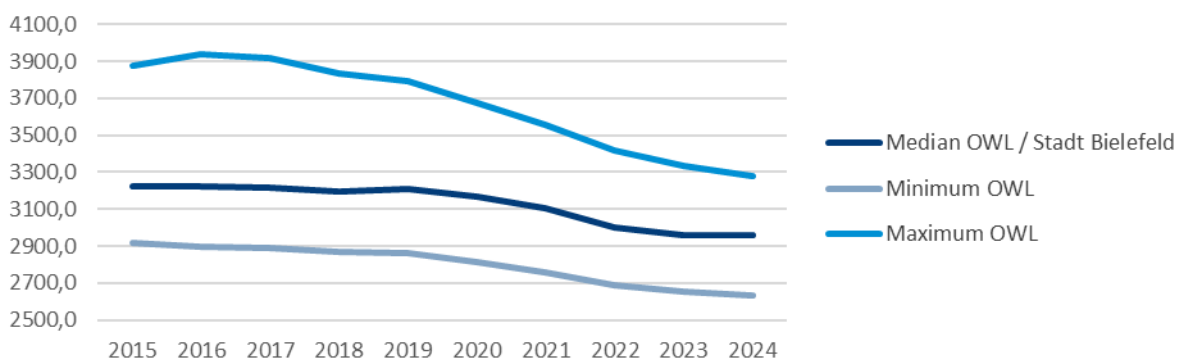


Abbildung 25: Altersstandardisierte Prävalenz ischämischer Herzkrankheiten in Bielefeld und OWL 2015-2024 (eigene Darstellung nach Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025)

Gehirn liegen. Das Rauchen, erbliche Veranlagungen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus und anhaltendes Vorhofflimmern sind wichtige Risikofaktoren für einen Schlaganfall.

Im ambulanten Bereich sank die Anzahl der behandelten Bielefelderinnen und Bielefelder von 20.851 im Jahr 2017 auf 19.959 im Jahr 2024. Zuletzt betraf etwas häufiger Frauen (10.304 Frauen). Die altersstandardisierte Versorgungsrate lag immer unter derjenigen des Landes NRW, besonders mit dem Abklingen der COVID-19 Pandemie wurde der Abstand zum Land etwas größer (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025).

Im Krankenhausbereich wurden 2024 1.378 Schlaganfall-Fälle mit Wohnort Bielefeld versorgt, darunter 668 Frauen. Der Altersgipfel lag bei Männern und Frauen bei 85 und mehr Jahren. Nach einem Rückgang der altersstandardisierten Versorgungsrate von 2015 bis 2020 in Bielefeld unter die NRW-Rate, stieg sie seitdem wieder an und liegt etwas über dem Vergleichswert des Landes.

Die verbesserten Therapiemöglichkeiten haben dazu geführt, dass die Sterbefälle aufgrund von Schlaganfällen weniger geworden sind, 2024 verstarben 192 Bielefelderinnen und Bielefelder (darunter 110 Frauen). Der Altersgipfel lag auch bei 85 und mehr Jahren. Die altersstandardisierte Rate schrumpfte von 2018 bis 2023, seitdem ist ein Anstieg zu erkennen.

7.3.4 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist eine Krankheit, bei der die Lunge dauerhaft geschädigt ist und die Atemwege (Bronchien) verengt sind. Im fortgeschrittenen Stadium von COPD bekommen Betroffene nur noch schwer Luft. Hauptrisikofaktor für COPD ist das Rauchen. Aber es können auch starke Belastungen mit bestimmten Staubarten über einen längeren Zeitraum am Arbeitsplatz dazugehören. Es gibt auch Hinweise auf angeborene Gegebenheiten, die zu COPD-Erkrankungen beitragen (IQWiG, 2026b).

Altersstandardisierte Inzidenz von Schlaganfällen in der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohnenden in Bielefeld und Nordrhein-Westfalen

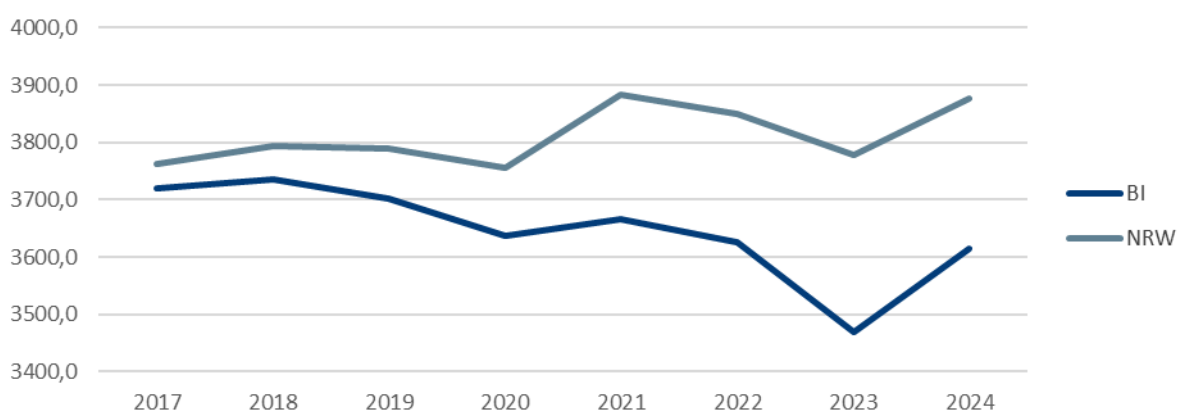


Abbildung 26: Altersstandardisierte Inzidenz Schlaganfälle in Bielefeld und NRW (eigene Darstellung nach Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025)

Im ambulanten Bereich wurden in Bielefeld im Zeitraum 2015 -2024 zwischen 8.849 und 8.199 Patientinnen und Patienten pro Jahr behandelt. Die altersstandardisierte Häufigkeitsrate ist in Bielefeld etwas geschrumpft, dies aber eher durch die bei vielen anderen Diagnosen zu beobachtende pandemiebedingte „Delle“, so dass man ohne Pandemie von einem konstanten Geschehen ausgehen könnte. Allerdings ist die Anzahl Erkrankter seit 2020 bis 2024 in den Altersgruppen 45 bis 64 Jahre und 65-84 Jahre weiter zurückgegangen, sodass ein echter Rückgang anzunehmen ist. In der jüngsten Altersgruppe 0-44 Jahre ist, entgegen dem Trend in den Jahren zuvor, seit 2020 ein Zuwachs an mit COPD-Diagnostizierten zu erkennen (+11,0%). Lediglich die Gruppe der 85 Jahre und Älteren mit COPD stieg um 2,7% seit 2015 an (zuletzt 974 Patientinnen und Patienten). Am häufigsten sind die 65- bis 84-Jährigen erkrankt (zuletzt 4.147 Patientinnen und Patienten). Beide Geschlechter waren im Betrachtungszeitraum gleich häufig betroffen. In der ostwestfälischen Zusammenschau ist die ambulante, altersstandardisierte Er-

krankungshäufigkeit in Bielefeld durchgängig die niedrigste (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025).

Das ist auch in der Fallstatistik der Akutkrankenhäuser zu beobachten, in der die altersstandardisierte Versorgungsprävalenz der Bielefelder Patientinnen und Patienten seit 2014 ausnahmslos im niedrigsten oder zweitniedrigsten Wertebereich in der NRW-weiten Zusammenschau zu verorten ist. Während der Versorgungsrückgang aufgrund der Pandemie von 2020 bis 2021 im ambulanten Bereich 83 Patientinnen und Patienten umfasste, bezifferte er sich in der Fallstatistik im stationären Bereich auf 380 Fälle. Dabei ist zu berücksichtigen, dass viel weniger Patientinnen und Patienten im stationären Bereich versorgt werden als ambulant (zuletzt 808 Fälle stationär und 8.199 Personen ambulant).

Die in der Todesursachenstatistik ausgewiesenen Sterbefälle aufgrund von COPD waren bis zum zweiten Pandemiejahr 2021 beinahe durchgängig rückgängig, nämlich von 144 auf 102 Sterbefälle. Im dritten Pandemiejahr gab es wieder eine Häufung (130

Altersstandardisierte Prävalenz COPD je 100.000 Einwohnenden in der vertragsärztlichen Versorgung in Bielefeld und Ostwestfalen-Lippe

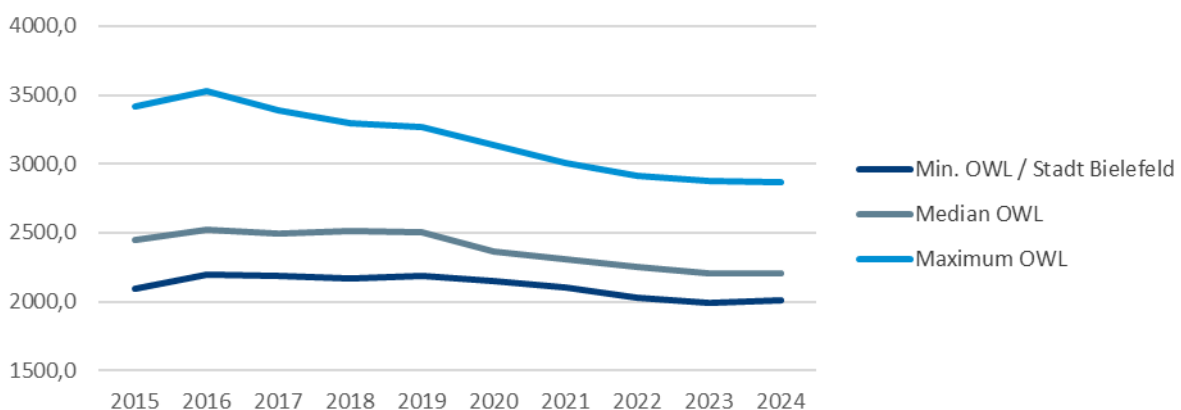


Abbildung 27: Altersstandardisierte Prävalenz von COPD in Bielefeld und OWL 2015-2024 (eigene Darstellung nach Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025)

Verstorbene) sowie zuletzt 2024 (114 Verstorbene).

7.3.5 Rückenschmerzen

Rücken- und Kreuzschmerzen sind sehr häufig und treten meist in kurzen Episoden von wenigen Tagen bis Wochen auf. Diese können aber auch wiederkehrend sein und in selteneren Fällen chronifizieren oder über Monate anhalten.

Wichtige Risikofaktoren sind vor allem Bewegungsmangel und eine schwache Rumpfmuskulatur. Auch Fehl- und Überbelastungen, etwa durch langes sitzendes Verhalten oder ungewohnte körperliche Arbeit, können Beschwerden auslösen. Darüber hinaus spielen Muskelverspannungen, psychische Faktoren wie Stress, Angst oder Depression sowie eine veränderte Schmerzverarbeitung im zentralen Nervensystem eine Rolle. Eine genetische Veranlagung kann ebenfalls das Risiko erhöhen (IQWiG, 2026c).

Das beste Heilmittel gegen Kreuz- und Rückenschmerzen ist die regelmäßige Bewegung, insbesondere das gezielte Training

der Rumpfmuskulatur durch Kräftigungs- und Stabilisierungsübungen. Ebenfalls empfohlen werden fünfmalige Spaziergänge von mindestens einer halben Stunde pro Woche (IQWiG, 2026c).

Im Weiteren werden Kreuz- und Rückenschmerzen ohne die psychogenen Fälle beschrieben.

Es werden rund 13% der in Bielefeld gesetzlich Krankenversicherten aufgrund von Kreuz- und Rückenschmerzen ambulant behandelt. Die Anzahl wuchs unter Auslassung des Jahres 2020 von 36.338 Patientinnen und Patienten im Jahr 2015 auf 39.167 Patientinnen und Patienten im Jahr 2021 an. Danach gehen die Diagnosezahlen wieder etwas zurück, so dass die altersstandardisierte Versorgungsrate in etwa wieder das Niveau von vor der Pandemie erreicht. Die altersstandardisierte Rate Bielefelds lag im ostwestfälischen Vergleich zu Beginn etwas unter dem Median, zuletzt etwas darüber. Am häufigsten suchten Bielefelderinnen und Bielefelder im mittleren Alter die Praxen auf (zuletzt 15.297 Patientinnen und Patienten 45-64 Jahre).

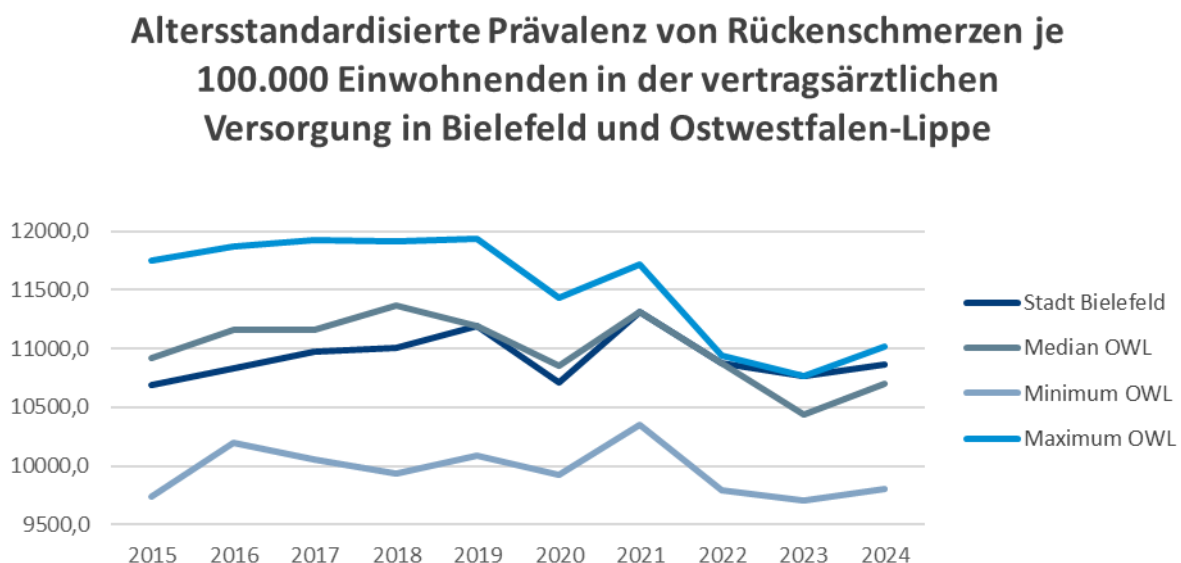


Abbildung 28: Altersstandardisierte Prävalenz Rückenschmerzen Bielefeld und OWL (eigene Darstellung nach Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025)

Über dem Gesamtbetrachtungszeitraum gab es den stärksten Zuwachs bei den Hochaltrigen (+30,1%), während ein geringfügiger Rückgang in der jüngsten Altersgruppe 0 bis 24 Jahre und eine etwas größerer Rückgang bei den 65- bis 84-Jährigen festgestellt werden konnte (-0,8% und -5,5%). Im Geschlechterverhältnis kommen auf eine erkrankte Frau 0,6 Männer (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2025).

Im stationären Bereich sind die Fallzahlen von 537 Fällen im Jahr 2015 auf 301 Fälle im Jahr 2024 zurückgegangen, die altersstandardisierte Rate lag immer unter dem NRW-Landesdurchschnitt und es wurde dabei immer der unterste Wertebereich erreicht (zuletzt 0,45 standardisierte Krankheitsrate 2024). Viele Menschen wurden in der vertragsärztlichen Versorgung versorgt, bevor es zu einer Hospitalisierung kam.

7.3.6 ausgewählte Krebserkrankungen

Im Folgenden werden häufige Krebserkrankungen dargestellt. Grundlage sind Daten des Krebsregisters Nordrhein-Westfalens. Dabei ist zu beachten, dass nicht die Gesamtzahl aller Erkrankungsfälle (Prävalenz), sondern die jährlich neu auftretenden Fälle (Inzidenz) beschrieben werden, also die Zahl der Personen, bei denen erstmals eine Krebserkrankung diagnostiziert wird.

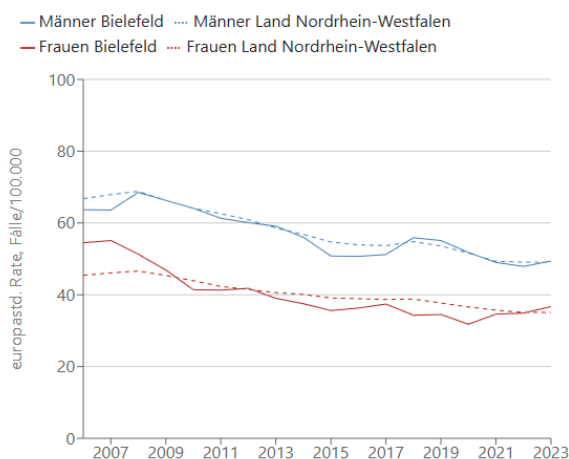
Darmkrebs

Darmkrebs umfasst bösartige Tumoren des Dick- und Enddarms. In etwa 90% der Fälle entstehen sie aus veränderten Schleimhautzellen des Darms. Neben erblichen und familiären Faktoren erhöhen auch Rauchen, Adipositas, Bewegungsmangel sowie eine ballaststoffarme und fleischreiche Ernährung das Risiko. Auch ein erhöhter Alkoholkonsum und chronisch-entzündliche Darmerkrankungen können die Entste-

Zeitreihen Bielefeld *

Darm (ICD-10 C18 - C21)

Krebsneuerkrankungsraten



Krebssterberaten

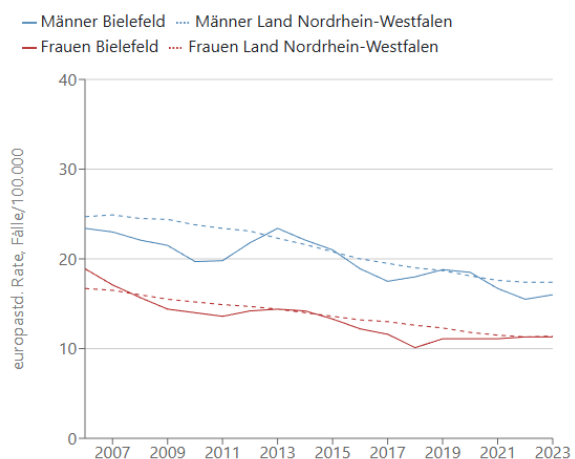


Abbildung 29: Krebsneuerkrankungs- und -sterberaten (Darm) in Bielefeld und NRW (Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen, 2025)

hung begünstigen. Darmkrebs ist bei beiden Geschlechtern zusammen die häufigste Krebsart. Durch das Vermeiden von Risikofaktoren kann das Erkrankungsrisiko jedoch deutlich gesenkt werden.

Es gibt ein spezifisches Früherkennungsprogramm für Frauen und Männer, welches seit dem Jahr 2000 um ein Früherkennungsprogramm mittels Dickdarmspiegelungen ergänzt wurde. Auch das geschlechtsspezifische Alter der ersten Erkrankungsfälle fand später Berücksichtigung. In neuerer Zeit gibt es verbesserte chemische Stuhltests.

Entsprechend gingen die Neuerkrankungsraten in Bielefeld zurück, allerdings langsam, da z.B. die Früherkennungs-Darmspiegelungen nur sehr zögerlich angenommen wurden. Auch heute noch nehmen viele Krankenversicherte diese Früherkennung nicht wahr (Prütz, F., Rommel, A., Thom, J., Du, Y, Sarganas, G. & Starker, A., 2021). Bei Männern schrumpfte die Neuerkrankungsrate auf altersstandardisiert 49,4/100.000, bei Frauen auf

35,1/100.000. Dabei lagen beide Raten in etwa gleich wie die entsprechenden NRW-Landesdurchschnitte (Anzahl zusammen 228 Neuerkrankte). Die Mortalität schrumpft entsprechend der Neuerkrankungsraten, zuletzt bei den Frauen auch unter den NRW-Landesdurchschnitt (Landeskrebsregister NRW, 2025).

Lungenkrebs

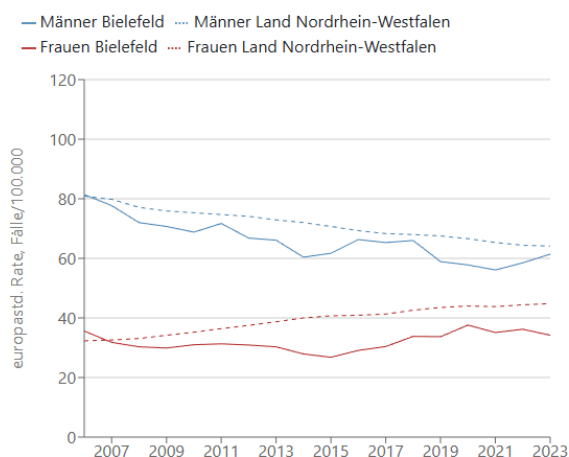
„Als Lungenkrebs, Lungenkarzinom oder Bronchialkarzinom bezeichnen Mediziner bösartige Tumoren, die aus Zellen des Lungengewebes entstehen.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2026a).

Seit rd. 75 Jahren weiß man, dass das Rauchen die Hauptursache für Lungenkrebs ist. Zudem können bestimmte Strahlungsarten und Schadstoffe am Arbeitsplatz oder im Alltag die Lunge schädigen, z.B. Feinstaub, den man nicht ohne Weiteres meiden kann. Darüber hinaus hilft ein gesunder Lebensstil gegen das Erkranken

Zeitreihen Bielefeld *

Lunge (ICD-10 C33 + C34)

Krebsneuerkrankungsraten



Krebssterberaten

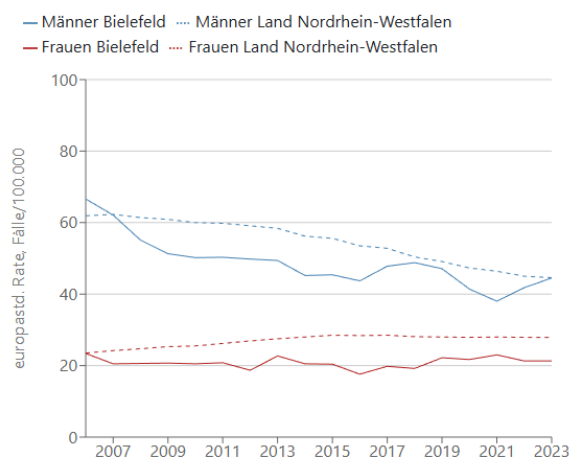


Abbildung 30: Krebsneuerkrankungs- und -sterberaten (Lunge) in Bielefeld und NRW (Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen, 2025a)

(Bundesministerium für Gesundheit, 2026a).

Während die Neuerkrankungsrate des Lungenkrebses über den längeren Zeitraum unter Männern in Bielefeld - trotz der kurzfristigeren Schwankungen - zurückging, lag sie dabei beinahe ausnahmslos unter derjenigen des Landes NRW (zuletzt erkrankten 145 Bielefelder Männer an einem Lungenkarzinom, altersstandardisiert 61,4 vs. 64,1/100.000 in NRW im Jahr 2023, vorläufig). Im Vergleich zum Landeswert ist die Neuerkrankungsrate unter den Bielefelder Frauen noch niedriger (34,2 vs. 44,8/100.000 NRW 2023, vorläufig). Im Unterschied zu den Männern gab es jedoch Phasen des Aufwuchses, seit 2020 wurde jedoch in Bielefeld eher ein Plateau erreicht, während in NRW die frauenspezifische Lungenkrebs-Neuerkrankungsrate weiter anstieg. Zuletzt erkrankten 100 Bielefelder Frauen, 2017 waren es noch 78 Frauen.

Im Krankenhausbereich wurden zuletzt 685 Fälle versorgt (403 Männer 2023).

Die Lungenkrebs-Sterberate der Bielefelder Männer ist hingegen - wie ihre Neuerkrankungsrate - rückgängig, jedoch im kurzen Betrachtungszeitraum seit 2021, einem Tiefstand mit 92 Verstorbenen, auf 108 Verstorbene 2023 (vorläufig) bzw. auf 44,5/100.000 (NRW 44,6) zuletzt angewachsen. Die Lungenkrebs-Sterberate der Bielefelder Frauen verlief auch mit etwas höheren Zahlen im letzten Drittel des 17 Jahre umfassenden Betrachtungszeitraumes im Vergleich zum ersten Drittel, blieb aber ebenfalls die ganze Zeit unter dem NRW-Landesdurchschnitt (21,3 vs. 27,9 pro 100.000 2023, vorläufig) (Landeskrebsregister NRW, 2025a).

Seit April 2026 gibt es ein Lungenkrebs-Früherkennungsprogramm für starke Rau-

cherinnen und Raucher mittels Computertomografie: „Anspruchsberechtigt sind gesetzlich krankenversicherte Personen zwischen 50 und 75 Jahren mit starkem Zigarettenkonsum über eine Dauer von mindestens 25 Jahren und von mindestens 15 „Packungsjahren“. Ein Packungsjahr entspricht dem Rauchen einer Packung Zigaretten (20 Stück) pro Tag über ein Jahr hinweg. Rauchpausen innerhalb dieser Zeit dürfen nicht länger als 10 Jahre gewesen sein.“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, o.J.).

Brustkrebs

Der Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Dabei handelt es meist um einen bösartigen Tumor, der vom Drüsengewebe der Brust ausgeht. Es werden verschiedene Unterformen unterteilt, z.B. Brustkrebsformen, die hormonabhängig oder hormonunabhängig wachsen. Meist kann nicht eindeutig bestimmt werden, weshalb es zu einer Brustkrebserkrankung gekommen ist. Risikofaktoren sind das zunehmende Alter, erbliche Veranlagung, hormonelle Faktoren und andere (Bundesministerium für Gesundheit, 2026b).

Vermeidung von Über- und Untergewicht, eine abwechslungs- und ballaststoffreiche Ernährung, geringer Alkoholkonsum, Rauchverzicht und viel Bewegung können dazu beitragen, Brustkrebserkrankungen zu vermeiden. (Bundesministerium für Gesundheit, 2026b) Ab dem Alter von 30 Jahren wird für Frauen ein Früherkennungsprogramm angeboten, jährlich in den gynäkologischen Praxen. Zwischen 50 bis 75 Jahren kann zusätzlich alle zwei Jahre an einem Mammographie-Screening teilgenommen werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2026).

Die Neuerkrankungsrate ist in Bielefeld bis 2017 zurückgegangen, seitdem wurde ein

Plateau erreicht bei einer etwas niedrigeren Betroffenheit der Bielefelder Frauen im Vergleich zum NRW-Landesdurchschnitt (zuletzt 297 erkrankte Frauen und drei erkrankte Männer in Bielefeld bzw. altersstandardisiert 123,3/100.000 und 1,5/100.000 in Bielefeld vs. 125,4/100.000 und 1,1/100.000 NRW) (Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen, 2025b).

Im Krankenhausbereich wurden über die Zeit weniger Frauen behandelt, zuletzt rund 400 Fälle in Bielefeld, im landesweiten Vergleich über die Jahre mit Versorgungsraten im mittleren oder niedrigeren Wertebereich. Die Zahl der Frauen, die wegen Brustkrebs frühverrentet wurden, ist zurückgegangen und allgemein niedrig und entspricht altersstandardisiert in etwa dem Landeswert (zuletzt 13 Bielefelder Frauen, 12,0/100.000 vs. dito in NRW 2013). Die Sterbefälle aufgrund von Brustkrebs gingen bis 2018 etwas zurück, seitdem ist ein auch besonders zu den Mortalitätsraten des Landes erkennbar stärkerer Rückgang zu verzeichnen

(zuletzt verstarben 68 Frauen und 1 Mann, 18,1 vs. 21,6/100.000 altersstandardisiert).

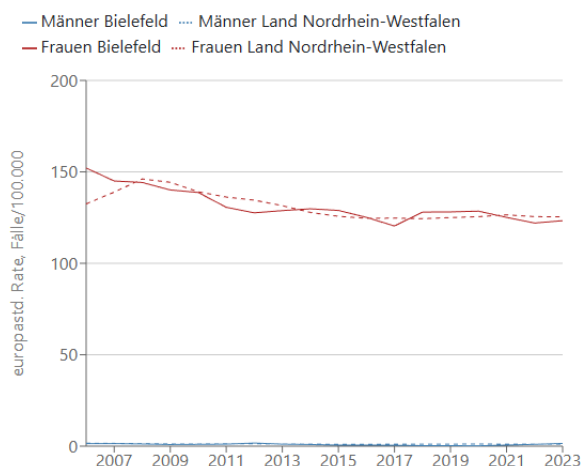
Prostatakrebs

Prostatakrebs bezeichnet verschiedene Tumore an der Vorsteherdrüse (Prostata) von Männern. 95% dieser Tumore sind vom Typ Adenokarzinome, eher selten werden neuroendokrine Tumoren (NET) entdeckt (5%). Ein Prostatakarzinom wächst im Vergleich zu anderen Tumorarten meist eher langsam und wird zum Teil auch gar nicht entdeckt, da im Frühstadium keine Symptome auftreten. Es kann aber auch schnelle Verläufe geben (Bundesministerium für Gesundheit, 2026c). Eine spezifische, primäre Vorbeugung ist nicht möglich, trotz bestimmter Risikofaktoren, da diese nicht auf den einzelnen, gesunden Menschen zurückgeführt werden können. Zu den Risikofaktoren gehört neben dem Alter (Diagnosestellung erfolgt meist zw. 70 und 80 Jahren) die Familiengeschichte, insofern Verwandte ersten Grades an Prostatakarzinom erkrankt sind. Diese Gruppe sollte sich

Zeitreihen Bielefeld *

Brust (ICD-10 C50)

Krebsneuerkrankungsraten



Krebssterberaten

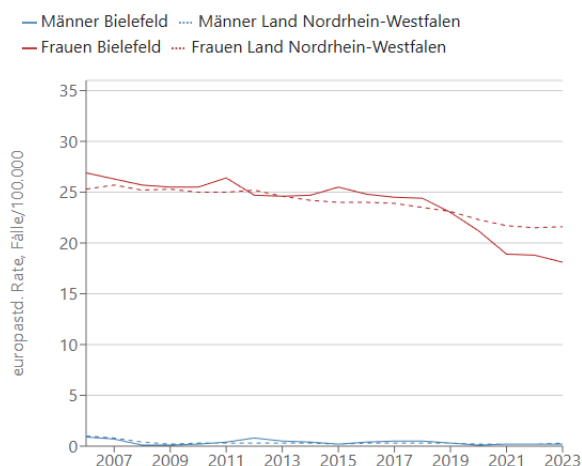


Abbildung 31: Krebsneuerkrankungs- und -sterberaten (Brust) in Bielefeld und NRW (Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen, 2025b)

daher schon vor dem Einsetzen des Früherkennungsprogramms bzw. vor einem Alter von 45 Jahren untersuchen lassen. Ein Früherkennungsprogramm steht sonst allgemein zur Verfügung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2026a).⁴⁰

In Bielefeld geht die Anzahl der Neuerkrankungen an Prostatakrebs zurück, jedoch nicht kontinuierlich (z.B. von 304 Neuerkrankungen 2017 auf 284 Neuerkrankungen 2023 (2023 noch vorläufig)). Die altersstandardisierte Inzidenz lag zunächst deutlich über dem Landeswert, konnte jedoch stärker gesenkt werden (zuletzt 120,7/100.000 zu 116,3/100.000 im Jahr 2023 vorläufig, vgl. Abbildung) (Krebsregister Nordrhein-Westfalen, 2025c).

Die Versorgungsprävalenz stationär entspricht hingegen in etwa dem Landeswert und verläuft relativ konstant (289-383 Fälle pro Jahr seit 2017). Zuletzt verstarben 51 Bielefelder Männer an Prostatakrebs. Ent-

gegen der Neuerkrankungsrate lag die altersstandardisierte Sterblichkeitsrate überwiegend unter dem Landeswert (zuletzt 15,5/100.000 vs. 17,9/100.000 im Jahr 2023, vorläufig, Abbildung) und ging in der langjährigen Betrachtung trotz Schwankungen zurück.

7.4 Mortalität

Die Sterblichkeitsdaten für Bielefeld geben Auskunft darüber, welche Erkrankungen und Ereignisse besonders häufig zum Tode führten (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2003).

7.4.1 Gesamtmortalität

Absolut gesehen starben im Jahr 2024 3.761 Personen in Bielefeld.

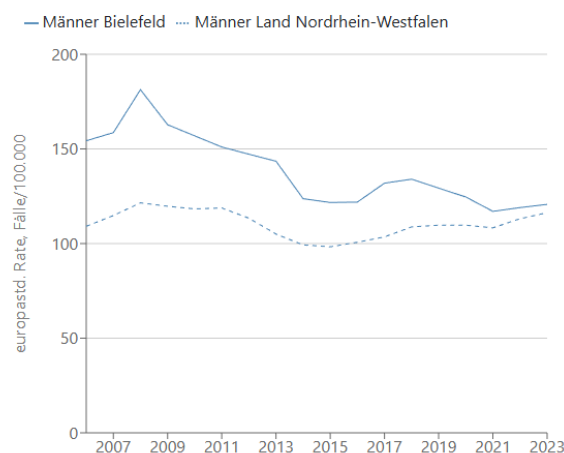
♂ **Männer: 48,9%** ♀ **Frauen: 51,1%**

Zwischen 2020 und 2024 zeigte sich ein schwankender Verlauf für Bielefeld, wobei die altersbereinigte Sterberate in allen Jahren unter dem NRW-

Zeitreihen Bielefeld *

Prostata (ICD-10 C61)

Krebsneuerkrankungsraten



Krebssterberaten

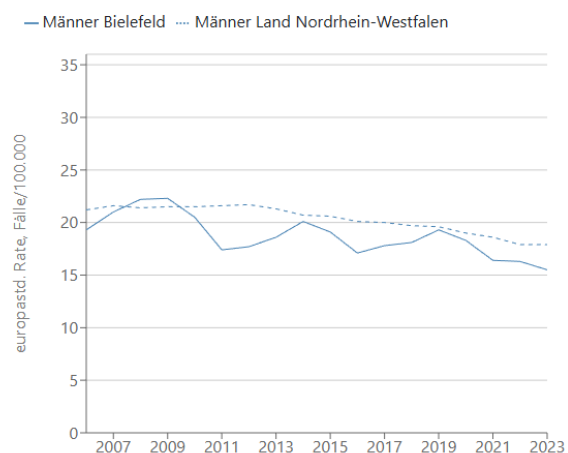


Abbildung 32: Krebsneuerkrankungs- und -sterberaten (Prostata) in Bielefeld und NRW (Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen, 2025c)

⁴⁰ Der G-BA erwartet im Oktober 2026 den Bericht des IQWiG zur Bewertung eines risikoadaptierten Screenings zur Früherkennung von Prostatakrebs

mittels Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA-Wert) und Magnetresonanztomographie (MRT).

Landesdurchschnitt lag (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2024).

7.4.2 Häufigste Sterberaten

Die Ermittlung der sechs häufigsten Todesursachen in Bielefeld im Jahr 2024 erfolgte anhand der altersstandardisierten Sterberaten je 100.000 Einwohnenden entlang der ICD-10 Hauptgruppen. Für die Ermittlung wurden nur klar definierte Krankheitsgruppen nach ICD-10 herangezogen. Unspezifische oder unklar definierte Todesursachen (Kapitel XVIII R00-R99) wurden nicht integriert.

Es zeigt sich eine ungefähre Übereinstimmung der Verteilung der Sterberaten in Bielefeld mit der NRW-Landesebene, wobei Bielefeld bei allen betrachteten Fachgebieten zahlenmäßig

etwas unter dem Landesdurchschnitt lag. Die häufigste Todesursache waren Neubildungen (Bielefeld 144,7 vs. NRW 148,7/100.000 Einwohnende), gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems (Bielefeld 128,3 vs. NRW 139,6/100.000 Einwohnende), Krankheiten des Atmungssystems (Bielefeld 42,3 vs. 44,7/100.000 Einwohnende), psychischen und Verhaltensstörungen (Bielefeld 32,4 vs. NRW 34,7/100.000 Einwohnende) sowie Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen (Bielefeld 26,1 vs. NRW 28,2/100.000 Einwohnende). Rang sechs entfiel auf äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (Bielefeld 25,7 vs. NRW 27,6/100.000 Einwohnende).

STANDARDISIERTE STERBLICHKEITSRATE VERMEIDBARER STERBEFÄLLE JE 100.000 EINWOHNENDEN – ABWEICHUNG DER STADT BIELEFELD VOM NORDRHEIN- WESTFÄLISCHEN LANDESDURCHSCHNITT

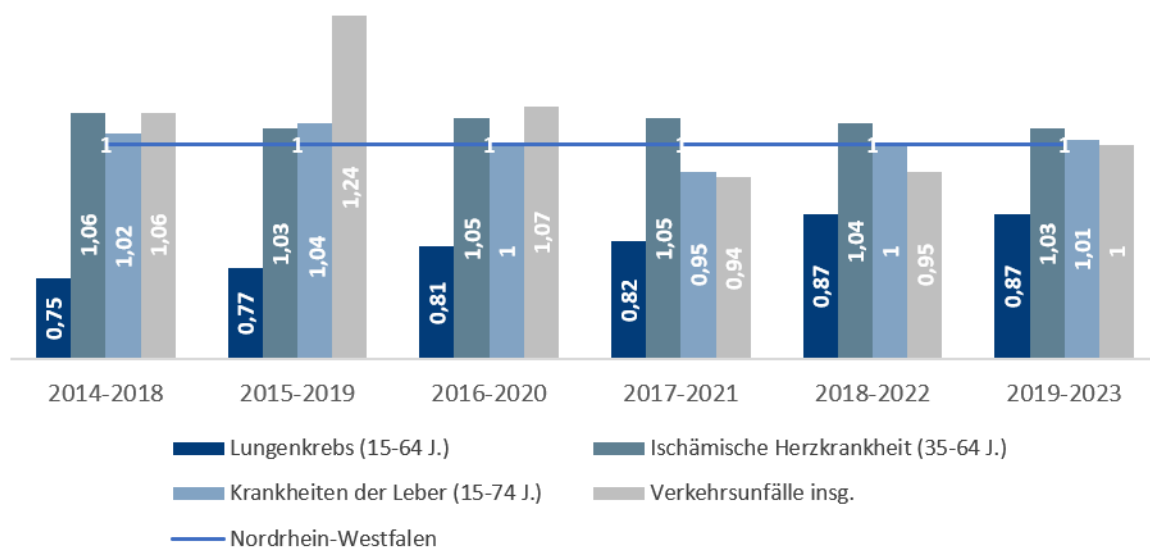


Abbildung 33: SMR vermeidbare Sterbefälle Bielefeld vs. NRW (eigene Darstellung nach Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2025c)

7.4.3 Vermeidbare Sterbefälle

Die vermeidbare Sterblichkeit ist ein Indikator der Gesundheitsberichterstattung anhand dessen die Inanspruchnahme sowie die Qualität der medizinischen Diagnostik und Therapie sowie die Effektivität von Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention reflektiert werden können.

Der Indikator kann somit als Maß für die Qualität und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung und Präventionspolitik herangezogen werden, wobei der Fokus darauf liegt, in welchem Umfang Sterbefälle auftreten, die bei adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen in ausgewählten Altersgruppen verhindert werden könnten.

Die Daten beschränken sich dabei auf häufige Todesursachen, bei denen es sich um Lungenkrebs, Ischämische Herzkrankheiten, Krankheiten der Leber und Verkehrsunfälle handelt (Weber, A., Reisig, V., Buschner, A. & Kuhn, J., 2021; Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2003).

Der Indikator stellt die Anzahl der vermeidbaren Sterbefälle in 5-Jahre-Mittelwerten dar sowie die SMR inkl. einer Prüfung auf statistische Bedeutsamkeit.

Wie ist die Lage in Bielefeld?

In der Summe gehen die hier ausgewählten vermeidbaren Sterbefälle von 126 im Mittelwert der Jahre 2014/2018 auf 119 im Mittelwert der Jahre 2019/2023 diskontinuierlich zurück. In längeren Zeitreihen wird dieser abnehmende Trend besser sichtbar. Dies gilt auch für die einzelnen Erkrankungen im Zeitraum, unter Ausnahme der vermeidbaren Sterbefälle der Leber im Alter von 15 bis 74 Jahre. Auch sie gingen im Mittelwert der Jahre seit 2014/2018 bis 2017/2021 zurück, stiegen seitdem jedoch wieder an.

Die standardisierte Sterblichkeitsrate des Lungenkrebses im Alter von 15 bis 64 Jahre erreichte in den ersten beiden Mittelwerten eine statistisch bedeutsame Abweichung vom Landeswert (-25% und -23%). Sie lag auch danach weiterhin unter der SMR des Landes NRW, was aber statistisch gesehen nicht mehr bedeutsam war.

Die SMR der ischämischen Herzkrankheiten erreichte hingegen in den einzelnen Mittelwerten keinen Wert unterhalb der Landesreferenz, wich aber auch nie so stark nach oben ab, dass es statistisch bedeutsam war. Dies war auch über alle Jahre bei den Erkrankungen der Leber und den Verkehrsunfällen insgesamt der Fall, aber in den einzelnen Mittelwerten gab es auch geringe Abweichungen vom Landeswert nach unten, wobei im Jahr 2019 ein deutlicher Ausreißer bei den vermeidbaren Verkehrsunfällen in Bielefeld erkennbar war (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2025c).

8. Gesundheitseinrichtungen

Eine wesentliche Determinante für Gesundheit ist das medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgungssystem, das der Bevölkerung zur Verfügung steht. Um dieses für Bielefeld abzubilden, wird nachfolgend ein Überblick zu Versorgungsangebot und -grad der verschiedenen Teilsysteme (ambulante und stationäre Versorgung) gegeben (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2003).

8.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Die ambulante Versorgung ist als ein Grundpfeiler der Gesundheitsversorgung in Deutschland einzustufen. Es handelt sich hierbei um Orte – wie ärztliche Praxen – an denen der überwiegende Teil der ersten medizinischen Versorgung stattfindet (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2003).

Der Versorgungsgrad mit Vertragsärztinnen und -ärzten in Bielefeld kann anhand von Verhältniszahlen der Bedarfsplanung der kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) abgelesen werden. Die Berechnung beruht auf den Bedarfsplanungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), welche die rechtlichen Vorgaben des SGB V (§§ 99-105 SGB V) konkretisieren und einen bundeseinheitlichen Rahmen für die Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung definieren.

Anhand folgender Schwellenwerte wird im Rahmen der Bedarfsplanung eine Über- bzw. Unterversorgung beurteilt:

- **Übersversorgung:** Ausgewiesener Bedarf ist um 10% überschritten; bedeutet: Region ist für weitere Niederlassungen gesperrt bzw. ist die vertragsärztliche Niederlassung nur unter besonderen Voraussetzungen möglich.
- **Unterversorgung:** Ausgewiesener Bedarf ist um 25% hausärztlich bzw. 50% fachärztlich unterschritten; bedeutet: Es greifen Fördermaßnahmen und erleichterte Niederlassungsbedingungen (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2025d).

Wie ist die Situation der vertragsärztlichen Versorgung im Planungsbereich Bielefeld?

Anfang 2026 ist der Planungsbereich Bielefeld für sämtliche betrachtete Facharztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gesperrt, mit Ausnahme der Kinder- und Jugendmedizin, in der noch 0,5 Niederlassungsmöglichkeiten bestehen. Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stehen zudem 3 Quotensitze (ärztliche Psychotherapeutinnen/-therapeuten) zur Verfügung⁴¹. Bei den Hausärztinnen und -ärzten zeigt sich ein abweichendes Bild: Hier liegt der Versorgungsgrad bei 99,4, sodass in der Kommune noch 26,5 Niederlassungsmöglichkeiten vakant sind (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2026).

⁴¹ Für Psychotherapeutinnen und -therapeuten gelten spezifische Quotenvorgaben für einzelne Unterarztgruppen, also ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Dadurch kann es vor-

kommen, dass trotz eines gesperrten Planungsbereiches noch einzelne Quotensitze verfügbar sind, wenn eine Unterarztgruppe ihren festgelegten Anteil noch nicht ausgeschöpft hat (Gemeinsamer Bundesausschuss, o.J.a).

VERSORGUNGS- GRADE IN DER HAUS- UND ALLGEMEINEN VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG IN BIELEFELD IM JAHR 2026

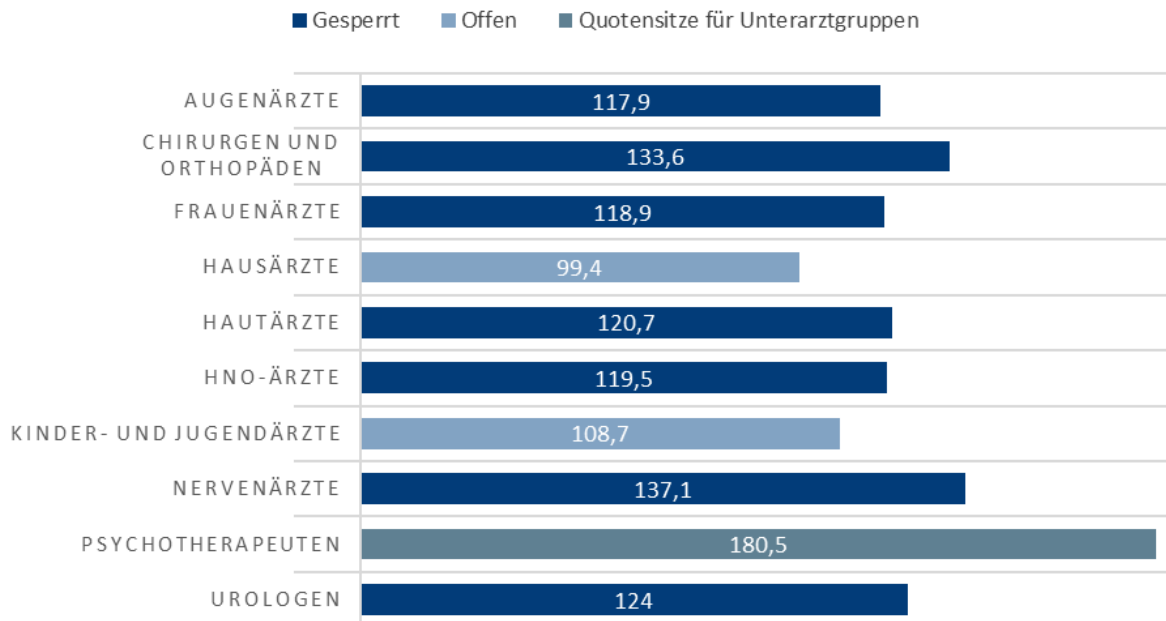


Abbildung 34: Versorgungsgrade in der haus- und allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung Bielefeld Anfang 2026 (eigene Darstellung nach Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2026)

Wie ist der Altersdurchschnitt in der haus- und der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in Bielefeld?

Um abzuschätzen, wie sich die Versorgungslage in Bielefeld entwickeln wird, ist es wichtig, auch die Altersstruktur der Ärzteschaft zu betrachten. Ein hohes Durchschnittsalter in den einzelnen Arztgruppen kann darauf hindeuten, dass in den kommenden Jahren viele Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gehen werden. Insofern nicht genügend jüngere Ärztinnen und Ärzte nachrücken, würde mit einer solchen Entwicklung die Gefahr eines Versorgungsengpasses steigen. In einem solchen Fall ist es wichtig, als Kommune frühzeitig Maßnahmen zu ergreifen, um Versorgungsengpässe abzuwenden.

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2025 im Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt der Stadt Bielefeld die Stelle der Gesundheitsmanagerin eingerichtet, welche für die Gewinnung und Begleitung von Ärztinnen und Ärzten im Niederlassungsprozess sowie für die Entwicklung alternativer Versorgungskonzepte zuständig ist. So wurde eine tragfähige Struktur geschaffen, die die Entwicklungen im kommunalen Gesundheitswesen begleitet und drohender Unterversorgung im Rahmen der kommunalen Möglichkeiten begegnet.

In allen Ärztegruppen in Bielefeld liegt der Altersdurchschnitt bei über 52 Jahren. Besonders hochaltrig sind die ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit

61,6 Jahren⁴², die Nervenärztinnen und -ärzte mit 56 Jahren und die Hausärzte mit 55,8 Jahren.

Der Anteil der ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten über 65 Jahren liegt hierbei bei 28,8%, der der Nervenärztinnen und -ärzte bei 15,2% und der der Hausärztinnen und -ärzte bei 15,6% (Kassenärztliche Bundesvereinigung, o.J.).

Wie wird sich die Inanspruchnahme der Arztgruppen bis 2035 verändern?

Der relative Beanspruchungsindex (rBIX) des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland prognostiziert die künftig zu erwartende Veränderung der

Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in den Fachgruppen der hausärztlichen, der allgemeinfachärztlichen und der spezialisierten fachärztlichen Versorgung und beschreibt dabei die prozentuale Mehr- bzw. Minderbeanspruchung von Vertragsärztinnen und -ärzten im Projektionsjahr 2035 gegenüber dem Basisjahr 2019. Die nachfolgend dargestellten Daten werden auf Kreisebene ausgewiesen. Mögliche regionale Ausgleichseffekte über Kreisgrenzen hinweg sind dabei nicht Bestandteil der Analyse. Der rBIX ist von Bedeutung, um frühzeitig einschätzen zu können, wie sich die regionale Versorgungslage entwickelt

DURCHSCHNITTSALTER DER ÄRZTE & PSYCHOTHERAPEUTEN IN BIELEFELD IM JAHR 2024 IN JAHREN

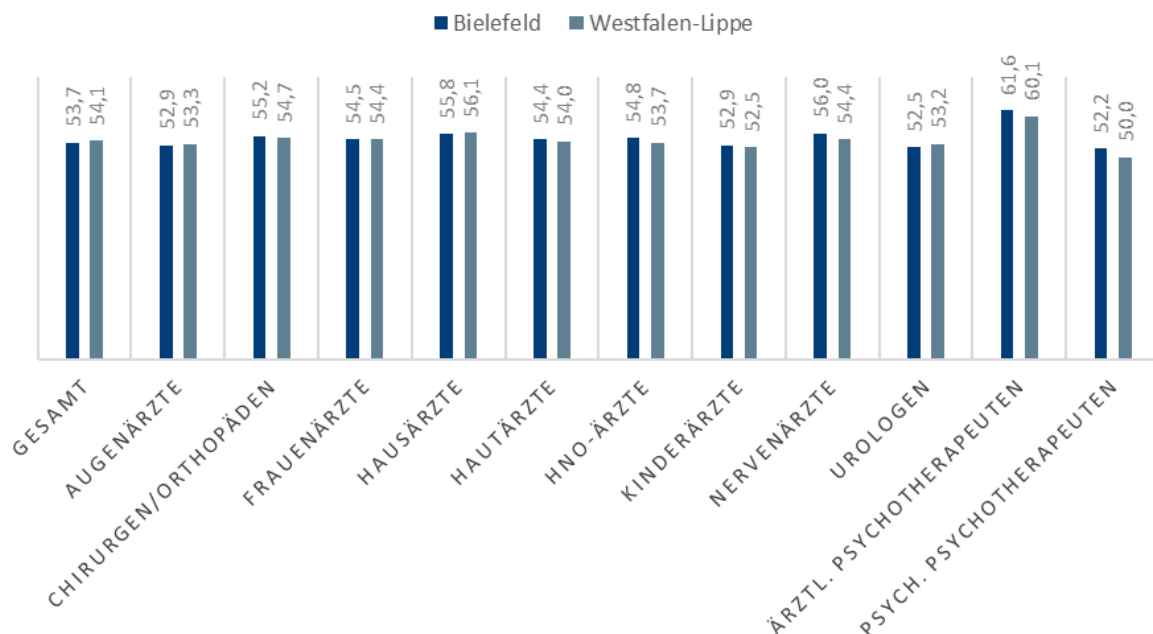


Abbildung 35: Durchschnittsalter der Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Bielefeld und OWL im Jahr 2024 (eigene Darstellung nach Kassenärztliche Bundesvereinigung, o.J.)

⁴² Bei den ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist zu beachten, dass ihre Versorgungsdichte pro 100.000 Einwohnenden deutlich geringer ist als bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten

(Ärztliche Psychotherapeuten 5,1 vs. Psychologische Psychotherapeuten 41,8/100.000 Einwohnende) (Kassenärztliche Bundesvereinigung, o.J.).

und in welchen Bereichen ggf. ein strukturelles Umsteuern in der Versorgung notwendig wird⁴³.

Wenn die zugrunde gelegten Trends anhalten, ergibt sich bis 2035 in allen Bereichen – außer bei den Hausärztinnen und -ärzten, Frauenärztinnen und -ärzten sowie Chirurgen/Chirurgen und Orthopädinnen/Orthopäden – eine moderate Erhöhung der relativen Beanspruchung der Vertragsärztinnen und -ärzte in Bielefeld. Einen Ausreißer gibt es bei den Psychotherapeutinnen und -therapeuten, bei denen eine Zunahme um 22% prognostiziert ist – dies entspricht in etwa dem Wert auf Bundesebene, welcher um 21% ansteigen wird. Bei den

Hausärztinnen und -ärzten sowie Chirurgen/Chirurgen und Orthopädinnen/Orthopäden ist eine Abnahme der relativen Beanspruchung um jeweils 2% und bei den Frauenärztinnen und -ärzten um 5% prognostiziert (Hering, R., Schulz, M. & Czihal, T., 2023; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2025).

8.2 Stationäre Krankenhausversorgung

Die stationäre Versorgung in Bielefeld wird durch fünf Krankenhäuser an sieben Standorten sichergestellt und weist eine heterogene Trägerstruktur auf.

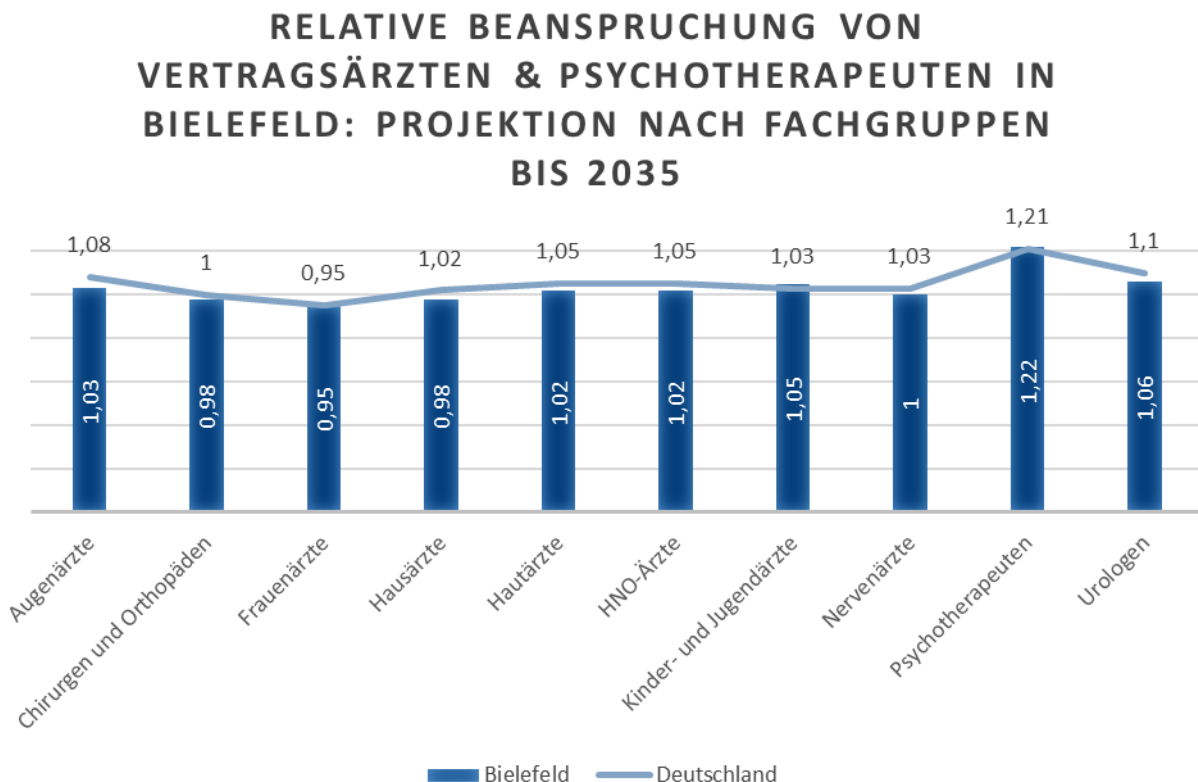


Abbildung 36: Prognose der relativen Beanspruchung von Vertragsärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Bielefeld und Deutschland bis 2035 (eigene Darstellung nach Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2025)

⁴³ Für die Darstellung des rBIX im Rahmen des vorliegenden Gesundheitsberichtes wurde die Berechnungsvariante K1K2 verwendet, die sowohl die Bevölkerungsprognose als auch die durchschnittliche

jährliche prozentuale Veränderungsrate der Inanspruchnahme im Zeitraum von 2011 bis 2019 berücksichtigt.

- Evangelisches Klinikum Bethel gGmbH (EvKB) mit den Standorten Bethel und Johannesstift (Trägerschaft: freigemeinnützig)
- Katholische Hospitalvereinigung Ostwestfalen gGmbH mit dem Bielefelder Franziskus Hospital (Trägerschaft: freigemeinnützig)
- Klinikum Bielefeld gem. GmbH mit den Standorten Mitte und Rosenhöhe (Trägerschaft: öffentlich)
- Krankenhaus Mara gGmbH (Trägerschaft: freigemeinnützig)
- Klinik Dr. Hartog (Trägerschaft: privat) (Bundesministerium für Gesundheit, 2026d)

noch nicht belastbar abgebildet werden können.

Im Zuge des Inkrafttretens des Krankenhausplans Nordrhein-Westfalen im April 2025 – mit Übergangsfristen für einzelne Leistungsgruppen bis Ende des Jahres – wurde die bisherige Orientierung an der Bettenzahl als zentrales Planungskriterium aufgegeben. Stattdessen erfolgt die Steuerung der Krankenhausversorgung nun auf Basis definierter Leistungsgruppen (LG), welche an konkrete Qualitätsvorgaben für die Krankenhäuser geknüpft sind (z.B. Fallzahlen, Personal, technische Ausstattung). Auch der landesweit festgelegte Versorgungsbedarf wird berücksichtigt (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, o.J.; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2022).

Für die kommunale Gesundheitsberichterstattung bedeutet dies, dass sich die Datengrundlage im Wandel befindet. Die neuen Leistungsgruppen sind zwar seit 2026 vollständig umgesetzt und den Krankenhäusern zugewiesen, jedoch liegen bislang vor allem Planungsdaten vor. Verlässliche Auswertungen zur tatsächlichen Qualität der Versorgung nach Leistungsgruppen sind aufgrund der kurzen Implementierungsphase bislang nur eingeschränkt verfügbar, weshalb entsprechende Indikatoren

8.3 Öffentliche Apotheken

Neben der ambulanten und stationären sowie der Notfallversorgung stellen öffentliche Apotheken einen unverzichtbaren Bestandteil für die Gesundheitsversorgung in Bielefeld dar.

Die Apotheken sichern die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten. Ferner bieten Apotheken Dienstleistungen an, die der Gesundheitsvorsorge dienen.

Wie ist die Lage in Bielefeld?

Im Jahr 2024 wurden 63 öffentliche Apotheken und eine Krankenhausapothek in Bielefeld im entsprechenden Gesundheitsindikator ausgewiesen. Es kamen 5.264 Einwohnerinnen und Einwohner auf eine öffentliche Apotheke (Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW, 2025e). Seit 2017 sieht man im Trend, dass die Einwohnendenzahl je Apotheke tendenziell zunimmt, d.h. dass die Apothekendichte in Bielefeld in den letzten Jahren rückläufig ist. In Bielefeld wird 2023 die

größte Einwohnendenzahl je Apotheke innerhalb von Ostwestfalen-Lippe erreicht. Auch in Nordrhein-Westfalen und Ostwestfalen-Lippe ist der beschriebene Trend zu beobachten, im Durchschnitt ist die Apothekendichte jedoch höher ausgeprägt als in Bielefeld, insbesondere seit 2022.

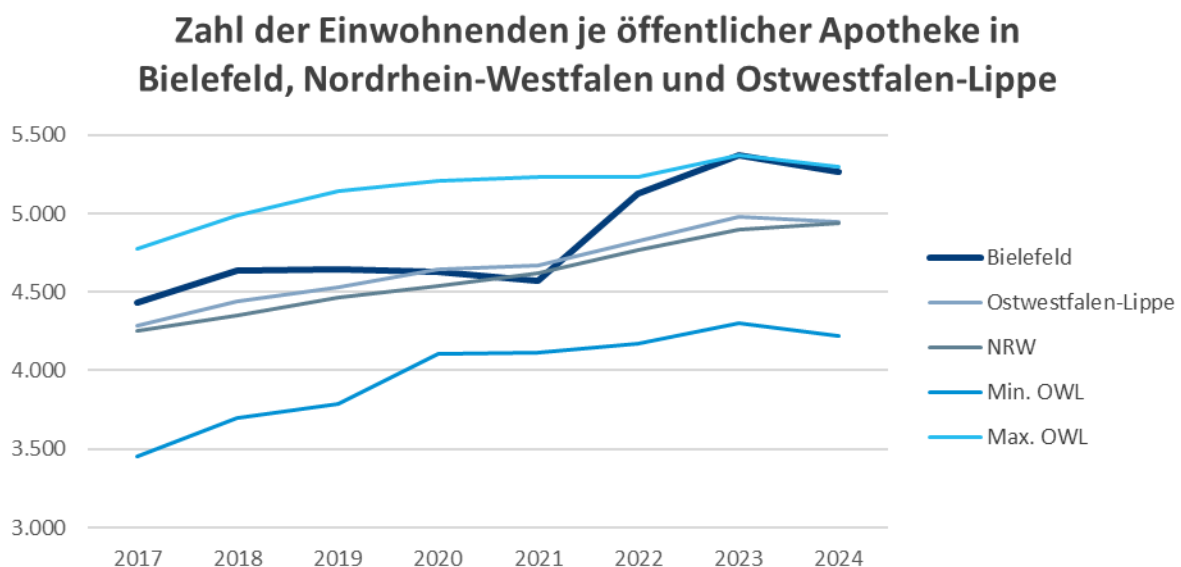


Abbildung 37: Einwohnende je öffentliche Apotheke in Bielefeld, NRW und OWL 2017-2024 (eigene Darstellung nach Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen, 2025e)

9. Gesundheitsrelevante Anliegen der Bürgerinnen und Bürger Bielefelds

Zur Erfassung konkreter Bedürfnisse und Wünsche in der Bielefelder Bevölkerung, wurde in der „Bielefelder Gesundheitsbefragung 2025“ neben den standardisierten geschlossenen Fragen auch eine offene Frage gestellt. Diese lautete:

„Welche kommunalen Angebote, wie etwa Kurse oder Informationsmöglichkeiten, würden Ihnen helfen, noch gesünder zu leben oder Ihr Wohlbefinden zu steigern?“

Die Erarbeitung des Kategoriensystems für die Auswertung der qualitativen Frage erfolgte auf Grundlage der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016). Hierbei wurden die thematischen Hauptkategorien theoriebasiert anhand des Mehrebenenmodells der Gesundheitsförderung nach Kaba-Schönstein (2018) entwickelt, welches in modifizierter Form⁴⁴ zugrunde gelegt wurde.

Die Unterkategorien entstanden induktiv am Material. Insgesamt lagen 1.645 offene Antworten vor. Nach Ausschluss von Rückmeldungen wie „weiß nicht“, „keine Ahnung“, „kein Bedarf“, „da fällt mir nichts ein“ oder „benötige ich nicht“ flossen 1.308 offene Antworten in die Auswertung mit ein. Bei inhaltlicher Mehrdeutigkeit erfolgte eine Doppelcodierung der betreffenden Textstelle, indem diese verschiedenen Kategorien zugewiesen wurde. Dies diente einer differenzierten Abbildung der inhaltlichen Komplexität des Materials.

Die Daten wurden entlang der Oberkategorien „Individuelle Ebene“, „Gruppenebene“ und „Lebenswelten/Institutionen“ differenziert.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den genannten Wünschen und Hinweisen um die Ergebnisse einer qualitativen Befragung handelt und die jeweiligen Aussagen jeweils nur von einer kleinen Teilgruppe der Befragten geäußert wurden. Sie sind daher statistisch nicht repräsentativ und lassen keine Verallgemeinerung auf die Gesamtstichprobe zu.

9.1 Individuelle Ebene

Gesundheitsinformationen und -kurse

Generell erachten es die Befragten als hilfreich, wenn Gesundheitsthemen niedrigschwellig an die Bevölkerung vermittelt werden, zum einen in Form von Vorträgen und Kursen und zum anderen durch themenspezifische Informationsmaterialien. Beides sollte zusätzlich zum analogen Raum auch im digitalen Kontext umgesetzt werden (n=26). Für die Vermittlung von Gesundheitsinformationen wurde unter anderem die Nutzung von Social-Media-Kanälen sowie der Einbezug von Influencern vorgeschlagen (n=11). Themen, die häufig genannt wurden und die für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Befragten eine große Rolle zu spielen scheinen, waren die Schwerpunkte Bewegung, mentale Gesundheit und Ernährung.

⁴⁴ Die Ebenen „Lebenswelten“ und „Institutionen“ wurden zu einer gemeinsamen Kategorie „Lebenswelten/Institutionen“ zusammengeführt.

Bewegungs- und Sportangebote

Im Hinblick auf Bewegungs- und Sportangebote äußerten die Befragten am häufigsten den Wunsch nach kommunal initiierten Yoga-Angeboten (n=60), gefolgt von Pilates- (n=23) und Rückenkursen (n=17). Auch Tanzkurse (n=12) sowie Walking-Angebote (n=7) wurden vergleichsweise häufig genannt.

Erährungsangebote und -beratung

Ebenso zeigte sich ein deutlicher Unterstützungsbedarf beim Thema Ernährung. Gewünscht wurden individuelle Ernährungsberatungen (n=96) sowie Gruppen- und Kursangebote wie Ernährungs- und Kochworkshops (n=90). Inhaltliche Schwerpunkte könnten die vegetarische und vegane Küche, interkulturelle Ernährungsformen sowie das Kochen für und mit Kindern sein. Ergänzend bestand Interesse an Informations- und Vortragsformaten zu unterschiedlichen Ernährungsweisen (n=44) sowie an digitalen Lösungen, etwa einer Ernährungs-App oder der Verankerung entsprechender Inhalte in der Bielefeld.JETZT-App (n=20).

Mentale Gesundheit/Stressmanagement

Auch die mentale Gesundheit (inkl. Stressmanagement, Entspannung und Achtsamkeit) erachteten viele Befragte als relevantes Themenfeld für Informationsveranstaltungen und Schulungen (n=76).

Digitalisierung

Angesichts der zunehmenden Digitalisierung regten die Teilnehmenden zudem das Angebot von niedrigschwelligen Kursen und Informationen zum Umgang mit digitalen Geräten (z.B. Computer, Handy) für ältere Zielgruppen an (n=21).

Rahmenbedingungen

Neben inhaltlichen Wünschen formulierten die Teilnehmenden konkrete Erwartungen an die Rahmenbedingungen gesundheitsorientierter Angebote. Besonders häufig wurde der Wunsch nach kostenfreien oder vergünstigten Bewegungs- und Sportkursen (n=88) sowie Ernährungsangeboten und -beratungen (n=25) geäußert.

Darüber hinaus erachteten die Befragten einen niedrigschwelligen Zugang als wichtig. Zu diesem zählten sie wohnortnahe Angebote in den Stadtteilen und Bezirken (n=20) ebenso wie Bewegungskurse im öffentlichen Raum (n=27).

Ein weiterer zentraler Aspekt betraf die zeitliche Gestaltung der Angebote. Viele Befragte wünschten sich Termine, die mit beruflichen Verpflichtungen vereinbar sind und somit auch Erwerbstätigen eine Teilnahme ermöglichen (Veranstaltungen im Nachmittags- und Abendbereich) (n=24).

Auch der Ausbau familienfreundlicher Strukturen wurde angeregt. Gewünscht wurden sowohl Angebote, die gemeinsam mit Kindern nutzbar sind (n=24), als auch parallele Kinderbetreuungsmöglichkeiten (n=11). Als weitere Voraussetzung für eine breite Zugänglichkeit wurden barrierefreie Zugänge zu Gesundheits-, Sport- und Freizeitangeboten hervorgehoben (n=6).

9.2 Gruppen

Im Hinblick auf gruppenbezogene Angebote äußerten die Befragten häufiger den Wunsch nach Selbsthilfe- bzw. Austauschgruppen (n=19). Die gewünschten thematischen Schwerpunkte variierten dabei stark und reichten von spezifischen gesundheitlichen Lebenslagen - etwa Menschen mit Amputationen oder Kindern psychisch kranker Eltern – bis hin zu ausgewählten Erkrankungen wie Endometriose, Rheuma oder Krebs.

Zudem ergab sich das Bedürfnis nach variabel nutzbaren, kostenlosen Bewegungsgruppen (n=29), die nicht ausschließlich auf den sportlichen Effekt ausgerichtet sind, sondern zugleich Möglichkeit zur Vernetzung und zum sozialen Austausch bieten. Hier wurde deutlich, dass neben der körperlichen Aktivität insbesondere der gemeinschaftliche Aspekt und die soziale Unterstützung eine Rolle spielen.

9.3 Kommunale Infrastruktur und Lebensumfeld

Bewegungs-/Erholungsräume

Ein Teil der Befragten regte einen weiteren Ausbau öffentlich zugänglicher Sport- und Bewegungsräume an. Genannt wurden insbesondere frei nutzbare Sportanlagen und Trainingsgeräte im öffentlichen Raum (n=46), etwa in Parks. Dazu zählen beispielsweise Basketball-, Fußball- und Volleyballplätze, Calisthenics-Anlagen, Tischtennisplatten, „Trimm-Dich-Pfade“ sowie Skateanlagen. Zudem wurde der Wunsch nach einer Verbesserung der kommunalen Fahrradinfrastruktur eingebracht (n=53), welches insbesondere den Ausbau sowie die Weiterentwicklung sicherer und zusammenhängender Radwegenetze umfasst. Eine Reduzierung des Lärmpegels durch eine Verringerung des Autoverkehrs in der Innenstadt (n=17), eine stärkere Begrünung des Stadtzentrums sowie der Ausbau von Grünflächen und zusätzlichen Joggingstrecken in der Innenstadt waren weitere Anliegen der Befragten (n=16).

Auch im Bereich der Schwimmbäder wurde ein Ausbau der Infrastruktur angeregt (n=15). Zudem wurden strukturelle Rahmenbedingungen thematisiert: Gewünscht wurde eine kostenfreie beziehungsweise kostengünstige Nutzbarkeit bestehender Angebote (n=15) sowie erweiterte Öff-

nungszeiten von Schwimmhallen und Freibädern (n=12). Letzteres wurde vor allem mit Blick auf berufstätige Personen genannt, um auch hier eine bessere Vereinbarkeit mit den Arbeitszeiten zu ermöglichen. Einige der genannten Bedürfnisse galten gleichermaßen für Fitnessstudios, bei denen insbesondere die Kosten als zu hoch wahrgenommen wurden, weshalb kostenfreie oder kostengünstige kommunale Angebote angeregt wurden (n=15).

Zugleich wurde die Notwendigkeit der Barrierefreiheit von Sport- und Freizeitmöglichkeiten betont (n=15). Gewünscht wurden die Bereitstellung von Liftern in Schwimmbädern, Kursangebote, welche die Bedarfe von Menschen mit Beeinträchtigung berücksichtigen sowie bauliche Voraussetzungen, die eine Teilnahme überhaupt ermöglichen. Auch die Relevanz eines kostengünstigen und gut funktionierenden öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) wurde hervorgehoben (n=15).

Soziale Infrastruktur

Bei der kommunalen sozialen Infrastruktur zeigte sich der Wunsch nach Begegnungsräumen/-orten (n=36) wie Gemeinschaftsgärten, Nachbarschaftscafes oder Jugendräumen zum Mitgestalten, die die soziale Einbindung vielfältiger Bevölkerungsgruppen stärken sollen.

Schulen/Kitas

Darüber hinaus hob ein Teil der Befragten hervor, dass bereits in Kita/Schule eine Sensibilisierung der Kinder (und auch Eltern) für gesundheitsrelevante Themen erfolgen muss (n=19), indem die Institutionen Angebote zur Gesundheitskompetenzstärkung umsetzen. In diesem Zuge ist die Stadt Bielefeld bereits sehr aktiv und hat verschiedene Projekte und Maßnahmen in den städtischen, aber auch freigemeinnützig getragenen Kindertagesstätten sowie Schulen in Bielefeld implementiert.

Ärztliche Versorgung

Auch die medizinische und psychotherapeutische Versorgung war den Befragten ein wichtiges Anliegen. So äußerten sie den Wunsch, überhaupt als Patientin oder Patient aufgenommen zu werden (n=56), was sich insbesondere auf den fachärztlichen- (n=21) und psychotherapeutischen Bereich (n=27) bezog. Auch eine schnellere Terminvergabe (n=28) - insbesondere im fachärztlichen Sektor (n=16) - wurde als grundlegend für eine adäquate Versorgung hervorgehoben. Ebenso wünschte sich ein Teil der Befragten eine Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung und Beratung, wobei diese als stark personenabhängig wahrgenommen wurde (n=18).

Informationsplattform

Um einen besseren Überblick über die kommunalen Angebote zu Gesundheitsförderung und Prävention zu erhalten, regte ein Teil der Befragten eine zentrale (digitale) Übersicht zu kommunalen Angeboten in den Bereichen Bewegung, Ernährung sowie mentale Gesundheit an. Ziel der Plattform wäre es, bestehende Angebote transparenter zu machen und niedrigschwellig zu kommunizieren. Diesem Wunsch hat die Stadt Bielefeld bereits mit der Implementierung des „BielefeldKompasses“ entsprochen, welcher im Mai 2026 veröffentlicht wurde und auf der Website der Stadt Bielefeld unter **www.bielefeld.de/bielefeldkompass** zu finden ist.

Ein weiteres Anliegen war die Schaffung einer Online-Plattform für Bielefeld, welche einen Überblick über die in der Kommune ansässigen Ärzte und Ärztinnen (inkl. Psychologinnen und Psychologen) bietet, transparent darstellt, welche Praxen für die Aufnahme neuer Patientinnen und Patienten geöffnet sind und zugleich die Möglichkeit bietet, Arzttermine online zu buchen (n=27).

10. Zusammenfassung und Fazit

Wie eingangs ausgeführt, ist die Gesundheit der Bielefelder Bevölkerung von vielfältigen Ebenen und Einflussfaktoren abhängig, die im Rahmen des Gesundheitsberichtes auszugsweise betrachtet wurden.

In der Gesamtschau zeigt sich, dass in der Stadt Bielefeld trotz herausfordernder sozioökonomischer Rahmenbedingungen – wie einer im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen erhöhten Arbeitslosenquote, einer höheren Mindestsicherungsquote und einem geringeren durchschnittlichen Einkommen – insgesamt positive gesundheitliche Outcomes erreicht werden. Dabei liegen die Gesamtsterblichkeit und die Zahl vermeidbarer Sterbefälle unter oder gleichauf mit den nordrhein-westfälischen Referenzwerten.

Zeitgleich steht die Stadt Bielefeld vor demografischen und sozialen Herausforderungen. Der demografische Wandel führt, analog zur gesamtdeutschen Entwicklung, zu einer älter werdenden Bevölkerung. Auch wenn diese Entwicklung durch Zuwanderung aus dem Ausland und Binnenmigration teils abgeschwächt wird, sodass die Dynamik im Vergleich zu anderen Kommunen moderater ausfällt, ist mittelfristig mit einem steigenden Anteil älterer Menschen zu rechnen. Zugleich ist Bielefeld durch eine ausgeprägte soziokulturelle Vielfalt geprägt, die im Vergleich zum nordrhein-westfälischen Landesdurchschnitt besonders hoch ist.

Betrachtet man Indikatoren der Morbidität, also der Krankheitslast und -häufigkeit in der Bielefelder Bevölkerung, zeigen sich hinsichtlich verschiedener Erkrankungen zentrale Präventionspotenziale: Hierbei handelt es sich unter anderem um Typ 2-Diabetes, Schlaganfälle sowie depressive,

demenzielle und onkologische Erkrankungen. Auch wenn hierfür keine spezifischen Maßnahmen der Primärprävention existieren, die das Auftreten einer Erkrankung vollständig verhindern, wird ihre Entstehung maßgeblich durch modifizierbare Einflussgrößen wie Bewegung, Ernährung, Körpergewicht und Suchtmittelkonsum begünstigt. Primärpräventive Ansätze setzen daher vor allem an diesen Lebensstilfaktoren an.

Um konkrete Anhaltspunkte zum Gesundheits- und Risikoverhalten - also ausgewählten Lebensstilfaktoren - in der Bielefelder Bevölkerung zu gewinnen, führte das Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt in Kooperation mit der Statistikstelle der Stadt Bielefeld im Jahr 2025 eine groß angelegte Gesundheitsbefragung bei der Bielefelder Bevölkerung durch (die „Bielefelder Gesundheitsbefragung 2025“). Die Ergebnisse veranschaulichen dabei ein relevantes Potenzial für Primärprävention entlang mehrerer zentraler Handlungsfelder: Zum einen zeigt sich im Bereich Ernährung, dass der Obst- und Gemüseverzehr in der kommunalen Gesamtbevölkerung niedrig ist. Zum anderen bestehen relevante Ansatzpunkte im Bereich Suchtmittelkonsum, insbesondere in Hinblick auf Tabak und Alkohol. Hinsichtlich des Alkoholkonsums fällt auf, dass der Anteil gesundheitsriskanten Konsums bei den Männern über dem Landesdurchschnitt von NRW liegt. Beim Tabakkonsum ist die Raucherprävalenz auf kommunaler Ebene zwar niedriger als im Landesvergleich, dennoch bleibt Tabakkonsum aufgrund seiner erheblichen gesundheitlichen Folgen ein zentrales Präventionsfeld – zumal weiterhin etwa ein Fünftel der Bevölkerung Tabakprodukte raucht. Zudem gewinnt die

Prävention im Bereich neuer Nikotinprodukte, wie beispielsweise E-Zigaretten, zunehmend an Bedeutung und sollte entsprechend stärker berücksichtigt werden. Auch die Steigerung der wöchentlichen Ausdauerbelastung in der Bevölkerung ist ein zentrales Thema. Alle Maßnahmen sollten dabei möglichst zielgruppenspezifisch, kultursensibel und auf Grundlage der „Feindaten“ der Gesundheitsbefragung ausgerichtet werden.

Neben dem Gesundheits- und Risikoverhalten fokussierte die Gesundheitsbefragung auch die soziale Einbindung, den subjektiven Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Bevölkerung. In allen Bereichen zeigen die Bielefelderinnen und Bielefelder geringere Werte als die nordrhein-westfälische Zusammenschau, was auf Handlungsbedarfe hinweist.

Zusätzlich wurden die allgemeine und die digitale Gesundheitskompetenz in der Bielefelder Bevölkerung erhoben, welche grundlegende Voraussetzungen für gesundheitsförderliches Verhalten und informierte Entscheidungsfindung darstellen. Die allgemeine Gesundheitskompetenz der Bielefelderinnen und Bielefelder liegt leicht unter dem NRW-Landesdurchschnitt, auch verfügt mehr als die Hälfte der Bürgerinnen und Bürger nur über eine niedrige digitale Gesundheitskompetenz. Vor diesem Hintergrund scheint die gezielte Stärkung der allgemeinen und digitalen Gesundheitskompetenz in der Bielefelder Bevölkerung von relevanter Bedeutung.

Die dargestellten Handlungsfelder werden unter anderem in die aktuell in Erstellung befindlichen Gesundheitsziele der Stadt Bielefeld einfließen. Diese dienen als strategischer Orientierungsrahmen für kommunale Aktivitäten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung und werden unter Einbezug weiterer Erkenntnisquellen sowie fachbereichsübergreifend innerhalb der

Stadtverwaltung konkretisiert. Durch die Beteiligung unterschiedlicher Akteure wird zugleich dem Ansatz *Health in All Policies (HiaP)* Rechnung getragen, der die Berücksichtigung von Gesundheit in allen Politikbereichen verfolgt.

Die Ergebnisse der qualitativen Fragestellungen der Gesundheitsbefragung haben darüber hinaus konkrete Bedarfe und Ansatzpunkte für zukünftige Maßnahmen aufgezeigt. So wurde unter anderem der Wunsch der Bevölkerung nach mehr Transparenz hinsichtlich gesundheitsfördernder Angebote deutlich. Diesem identifizierten Bedarf konnte bereits durch die Einführung des BielefeldKompasses im Mai 2026 entsprochen werden, der auf der Website der Stadt Bielefeld unter <https://www.bielefeld.de/bielefeldkompass> zu finden ist und Angebote verschiedener Akteure im kommunalen Raum bündelt.

Mit Blick auf die kommunale Versorgungslandschaft zeigt sich insgesamt eine stabile Versorgungssituation in Bielefeld, die jedoch weiterhin engmaschig begleitet werden muss. Neben dem Verhältnis von Versorgungsangebot und -bedarf – beispielsweise anhand von Kennzahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) – ist insbesondere die Altersstruktur der Ärzteschaft zu berücksichtigen. So weisen Hausärztinnen und Hausärzte sowie ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen vergleichsweise hohen Altersdurchschnitt auf.

Wie in Kapitel 8 aufgeführt, ist die beim Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt angesiedelte Stelle der Gesundheitsmanagerin in diesem Zuge eine tragfähige Struktur, die die Entwicklung im Bielefelder Gesundheitswesen kon-



Stadt Bielefeld
Gesundheits-, Veterinär- und
Lebensmittelüberwachungsamt

tinuierlich begleitet und drohender Unter-
versorgung im Rahmen der kommunalen
Möglichkeiten begegnet⁴⁵.

⁴⁵ Weitere Informationen zum Gesundheitsmanage-
ment der Stadt Bielefeld zur medizinischen Versor-
gung sind auf der Website der Stadt Bielefeld unter

[https://www.bielefeld.de/medizinische-versor-
gung](https://www.bielefeld.de/medizinische-versorgung) zu finden.

Literaturverzeichnis

- AOK. (2025). *Routinedaten*. Abgerufen am 01. August 2025 von <https://www.aok.de/pp/lexikon/routinedaten/>
- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden. (2003). *Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Dritte, neu bearbeitete Fassung*. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Gesundheit. Abgerufen am 02. Februar 2025 von https://www.gbe-bund.de/pdf/indikatorensatz_der_laender_2003.pdf
- Bielefeld University for HLS19. (2020). *HLS19-DIGI-DE – The German HLS19 instrument for measuring digital health literacy in the general population*. Bielefeld: M-POHL.
- Bielefeld University for HLS19. (2020). *HLS19-Q12-DE_German – The German instrument for measuring health literacy in the general population*. Bielefeld: M-POHL.
- Borde, T. & Blümel, S. (2020). Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. doi:<https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i047-2.0>
- Bujard, M. & Andersson, G. (2022). *BiB-Arbeitspapier 06/2022. Fertilitätsrückgänge gegen Ende der Corona-Pandemie: Beweise für den Geburtenrückgang in Deutschland und Schweden im Jahr 2022*. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Abgerufen am 07. August 2025 von <https://www.montagsspaziergang-essen.de/pdf/Fertility-declines-near-the-end-of-the-COVID-19-pandemic-Evidence-of-the-2022-birth-declines-in-Germany-and-Sweden-de1.pdf>
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (2024). *Altersaufbau der Bevölkerung nach demografischen Ereignissen*. Abgerufen am 02. August 2025 von https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/pdf/B07-Altersaufbau-Bevoelkerung-Ereignisse.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (2025). *Fakten. Altenquotient*. Abgerufen am 07. Juli 2025 von <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Glossar/A/Altenquotient.html>
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (2026). *Altersstruktur der Bevölkerung*. Abgerufen am 27. Februar 2026 von <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-altersstruktur.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2025). *Alzheimer-Demenz*. Abgerufen am 01. April 2026 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-demenz/was-ist-demenz/auspraegungen-ursachen-und-praevention>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2025a). *Gesundheitskompetenz*. Abgerufen am 01. August 2025 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2026). *Krankheiten. Diabetes Typ 2*. Abgerufen am 22. Januar 2026 von <https://gesund.bund.de/diabetes-typ-2>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2026a). *Krankheiten. Lungenkrebs*. Abgerufen am 01. April 2026 von <https://gesund.bund.de/lungenkrebs>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2026b). *Krankheiten. Brustkrebs*. Abgerufen am 05. Januar 2026 von <https://gesund.bund.de/brustkrebs>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2026c). *Krankheiten. Prostatakrebs*. Abgerufen am 21. März 2026 von <https://gesund.bund.de/prostatakrebs>



- Bundesministerium für Gesundheit. (2026d). *Bundes-Klinik-Atlas*. Abgerufen am 12. März 2026 von <https://bundes-klinik-atlas.de/>
- Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen. (o.J.). *Cannabiskonsum in Deutschland*. Abgerufen am 09. September 2025 von <https://datenportal.bundesdrogenbeauftragter.de/cannabis>
- Deutsche Krebshilfe. (2025). *Rauchen und Dampfen*. Abgerufen am 08. September 2025 von <https://www.krebshilfe.de/informieren/presse/pressemitteilungen/rauchen-und-dampfen/>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2026). *Brustkrebs-Früherkennung – Mammographie-Screening-Programm*. Abgerufen am 22. März 2026 von <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/erwachsene/krebsfrueherkennung/mammographie-screening/>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2026a). *Früherkennungsuntersuchungen im Überblick*. Abgerufen am 15. April 2026 von <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/frueherkennungsuntersuchungen/>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (o.J.). *Lungenkrebs-Früherkennung für Raucherinnen und Raucher*. Abgerufen am 15. März 2026 von <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/erwachsene/krebsfrueherkennung/lungenkrebs-screening/>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (o.J.a). *Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung*. Abgerufen am 03. Juni 2025 von <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/>
- Hering, R., Schulz, M. & Czihal, T. (2023). *Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten - Eine Projektion nach Fachgruppen bis 2035*. Berlin: Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung. Abgerufen am 08. Juli 2025 von <https://doi.org/10.20364/VA-23.07>
- Hoch, E., Schneider, M. & Hamberger, B. (2018). *Ergebnisse der CaPRis-Studie. Cannabis: Potential und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse*. Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Abgerufen am 11. August 2025 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Broschuere/BMG_CaPris_A5_Info_web.pdf
- Hoebel, J., Nowossadeck, E., Michalski, N. & Baumert, J. (2024). Sozioökonomische Deprivation und vorzeitige Sterblichkeit in Deutschland 1998-2021. Eine ökologische Studie mit What-if-Szenarien der Ungleichheitsreduktion. *Bundesgesundheitsblatt*, 67, S. 528-537. doi:<https://doi.org/10.1007/s00103-024-03862-0>
- Hoebel, J., Tetzlaff, F., Michalski, N. & Müters, S. (2024). Gesundheitliche Ungleichheit. (Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Hrsg.) *Sozialbericht 2024. Ein Datenreport für Deutschland*, S. 314-319. Abgerufen am 18. Juni 2025 von https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/8.2_.pdf
- Holleder, A. (2024). Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. doi:<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i149-3.0>
- Höven, C. & Fiack, S. (2023). Intersektional und komplex: Aktuelle Forschung und Praxis im Bereich Migration, Flucht und Gesundheit. Welche Aspekte sollten berücksichtigt werden? *Bundesgesundheitsblatt*, 66, S. 1069–1070. doi:<https://doi.org/10.1007/s00103-023-03766-5>
- Höven, C. & Wieler, L. H. (2023). Migration und Gesundheit: Auf dem Weg zu einem diversityorientierten Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. *Journal of Health Monitoring*, 8(1), S. 3-6. doi:[10.25646/11087](https://doi.org/10.25646/11087)

- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2022). Determinanten der Gesundheit. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. doi:<https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i008-2.0>
- IQWiQ. (2026). *Depression*. Abgerufen am 12. Februar 2026 von www.gesundheitsinformation.de/depression
- IQWiQ. (2026a). *Bluthochdruck (Hypertonie)*. Abgerufen am 11. März 2026 von <https://www.gesundheitsinformation.de/bluthochdruck-hypertonie.html>
- IQWiQ. (2026b). *Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)*. Abgerufen am 01. April 2026 von <https://www.gesundheitsinformation.de/chronisch-obstruktive-lungenerkrankung-copd.html>
- IQWiQ. (2026c). *Rücken- und Kreuzschmerzen*. Abgerufen am 01. April 2026 von <https://www.gesundheitsinformation.de/ruecken-und-kreuzschmerzen.html>
- Kaba-Schönstein, L. & Kilian, H. (2023). Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. doi:<https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i052-3.0>
- Kaba-Schönstein, L. (2018). Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Prävention und Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. doi:<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i033-1.0>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (o.J.). *Regionale Verteilung von Ärzten*. Abgerufen am 02. März 2025 von <https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/aerzte-regionale-verteilung>
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. (2025). *Abrechnungsdaten, Stand 26.11.2025*. Dortmund: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe.
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. (2026). *Offene und gesperrte Gebiete in Westfalen-Lippe. Niederlassungsmöglichkeiten nach Fachgruppen*. Abgerufen am 11. Februar 2026 von <https://www.kvwl.de/mitglieder/niederlassung/wegweiser-in-die-ambulante-versorgung/offene-und-gesperrte-gebiete-in-westfalen-lippe>
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2024). *Soziale Lage und Gesundheit: Ursachen*. Abgerufen am 17. Juni 2025 von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/hintergruende-daten-materialien/soziale-lage-und-gesundheit-ursachen/>
- Krebsregister Nordrhein-Westfalen. (2025c). *Zeitreihen Land Nordrhein-Westfalen. Krebsneuerkrankungs- und Sterberaten Prostata*. Abgerufen am 15. Januar 2026 von <https://www.landeskrebsregister.nrw/online-jahresbericht/#/regional/timeline>
- Kroll, L. E., Müters, S. & Lampert, T. (2015). Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. *Bundesgesundheitsblatt*, 59, S. 228-237. doi:10.1007/s00103-015-2282-7
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (2022). *Ergebnisse des NRW-Gesundheitssurveys 2019. Schwerpunkt: Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten*. Abgerufen am 01. August 2025 von https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/ges_bericht/survey/gesundheitsverhalten_2019.pdf



- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (2023). *Factsheets zur Gesundheit der Bevölkerung. Bluthochdruck*. Abgerufen am 02. März 2026 von https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets/chronische_erkrankungen/blutdruck/index.html
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (2024). *GBE-Stat 2.0. Todesursachen. Alle Diagnosen. Sterbefälle Abweichung vom Landesdurchschnitt (SMR)*. Abgerufen am 03. Januar 2026 von GBE-Stat 2.0 -LfGA NRW
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (2025). *NRW-Gesundheitssurvey. Ergebnisse des Standardfragen-Moduls: Rauchen*. Abgerufen am 10. Oktober 2025 von https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/survey/ergebnisse_standardfragen/index.html
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (2025a). *NRW-Gesundheitssurvey. Ergebnisse des Standardfragen-Moduls: Alkoholkonsum*. Abgerufen am 21. September 2025 von https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/survey/ergebnisse_standardfragen/index.html
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (2025b). *NRW-Gesundheitssurvey 2024. Ergebnisse des Standardfragen-Moduls: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands*. Abgerufen am 08. September 2025 von https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/survey/ergebnisse_standardfragen/index.html
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (2025c). *Gesundheitsatlas Nordrhein-Westfalen. Indikator 3.14: Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen*. Abgerufen am 15. Juli 2025 von https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/gesundheitsatlas_nrw/index.html
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (2025d). *Vertragsärztliche Versorgung in NRW: Bedarfsplanung*. Abgerufen am 18. Juni 2025 von <https://www.lzg.nrw.de/libs/dist/index.html#/kv-bedarfsplanung-layout/1#/kv-bedarfsplanung-layout/1>
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (2025e). *Indikatorensatz der Gesundheitsberichterstattung der Länder. Indikator (L) 6.21 Apotheken, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken*. Abgerufen am 01. September 2025 von <https://www.lzg.nrw.de/9111013>
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (2026). *Publikationen zu den Gesundheitsindikatoren, aktuelle Indikatoren-Übersicht*. Abgerufen am 25. März 2026 von <https://www.lzg.nrw.de/service/download/pub-indi/index.html>
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (2026a). *Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder, Indikator (L) 2.12 Bevölkerung am 01.01.2021 und Prognose am 01.01.2050 nach Lastenquotienten, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken*. Abgerufen am 12. März 2026 von https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_laender/index.html
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (2026b). *Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder. Indikator 2.6_01 (L), Bevölkerung nach Migrationsstatus 2024, Metadaten*. Abgerufen am 01. April 2026 von https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_laender/index.html
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (2026c). *Factsheets zur Gesundheit der Bevölkerung. Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt*. Abgerufen am 03. April 2026 von https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets/herz_kreislauf/herzinfarkt/index.html
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (2026d). *Factsheets zur Gesundheit der Bevölkerung. Zerebrovaskuläre Erkrankungen und Schlaganfall*. Abgerufen am 10. April 2026 von https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets/herz_kreislauf/schlaganfall/index.html



- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (o.J.). *Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder Nordrhein-Westfalen. Indikator (L) 2.5 Bevölkerung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken*. Abgerufen am 05. August 2025 von https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_laender/index.html
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (o.J.a). *Gesundheitsatlas. Indikator 2.7: Altersstruktur der Bevölkerung. Altenquotient*. Abgerufen am 09. Februar 2026 von <https://www.lzg.nrw.de/nocms/gesundheitberichterstattung/nrw-kreisprofile/SM/atlas.html?comparisonSelect=5000>
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (o.J.b). *GBE-Stat 2.0. Demographische Basisdaten. Altenquotient*. Abgerufen am 03. März 2026 von GBE-Stat 2.0 - LfGA NRW
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (o.J.c). *GBE-Stat 2.0. Demographische Basisdaten. Jugendquotient*. Abgerufen am 02. März 2026 von GBE-Stat 2.0 - LfGA NRW
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (o.J.d). *Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder. Indikator (L) 2.6 Ausländische Bevölkerung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken*. Abgerufen am 01. März 2026 von https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_laender/index.html
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (o.J.e). *Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder. Indikator (L) 3.10 Lebenserwartung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken*. Abgerufen am 10. März 2025 von https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_laender/index.html
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (o.J.f). *Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder. Indikator (L) 2.10_1 Lebendgeborene, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken*. Abgerufen am 03. April 2026 von https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data_map/0201001052024/atlas.html?comparisonSelect=5000
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (o.J.g). *Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder. Indikator (K) 2.13 Höchster allgemeiner Schulabschluss (Auswahl) der ab 15-jährigen Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit, Nordrhein-Westfalen*. Abgerufen am 10. Februar 2026 von https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/indikatoren_laender/index.html
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (o.J.h). *Gesundheitsatlas Nordrhein-Westfalen. Indikator 2.21: Arbeitslosenquote nach Personengruppen insgesamt*. Abgerufen am 10. Februar 2026 von https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/gesundheitsatlas_nrw/index.html
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (o.J.i). *Gesundheitsatlas Nordrhein-Westfalen. Indikator 2.16: Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte im Landes- und Bundesvergleich. Prozentuale Abweichung, NRW=100%*. Abgerufen am 10. August 2025 von <https://www.lzg.nrw.de/nocms/gesundheitberichterstattung/nrw-kreisprofile/SM/atlas.html?comparisonSelect=5000>
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (o.J.j). *GBE Stat, Todesursachenstatistik*. Abgerufen am 12. Januar 2026 von GBE Stat 2.0 - LfGA NRW
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW. (o.J.k). *Gesundheitsatlas Nordrhein-Westfalen. Indikator 6.15: Wichtige Krankenhausangebote (Fachabteilungen)*. Abgerufen am 09. Februar 2026 von https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/ges_indi/gesundheitsatlas_nrw/index.html
- Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen. (2025b). *Zeitreihen Land Nordrhein-Westfalen. Krebsneuerkrankungs- und Sterberaten Brust*. Abgerufen am 15. Januar 2026 von <https://www.landeskrebsregister.nrw/online-jahresbericht/#/regional/timeline>



- Landeskrebsregister NRW. (2025). *Zeitreihen Land Nordrhein-Westfalen. Krebsneuerkrankungs- und Sterberaten Darm*. Abgerufen am 15. Januar 2026 von <https://www.landeskrebsregister.nrw/online-jahresbericht/#/regional/timeline>
- Landeskrebsregister NRW. (2025a). *Zeitreihen Land Nordrhein-Westfalen. Krebsneuerkrankungs- und Sterberaten Lunge*. Abgerufen am 25. Januar 2026 von <https://www.landeskrebsregister.nrw/online-jahresbericht/#/regional/timeline>
- Lange, C., Manz, K. & Kuntz, B. (2017). Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), S. 66-73. doi:DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-031
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. (2022). *Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022. Die Strukturen müssen für die Menschen da sein, nicht die Menschen für die Strukturen*. Abgerufen am 01. August 2025 von https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/krankenhausplan_nrw_2022.pdf
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. (2024). *Sozialberichte NRW online. Indikator 7.5 Empfängerinnen und Empfänger von Mindestsicherungsleistungen in NRW zum Jahresende 2007-2023 nach kreisfreien Städten und Kreisen (Wohnortprinzip)*. Abgerufen am 11. Dezember 2025 von https://www.sozialberichte.nrw.de/sozialindikatoren_nrw/indikatoren/7_einkommensarmut/indikator7_5/index.php
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. (o.J.). *Zahlen, Daten, Fakten zur neuen Krankenhausplanung für Nordrhein-Westfalen*. Abgerufen am 06. April 2026 von https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/20241216_zahlen_daten_fakten_zur_krankenhausplanung_nrw_1.pdf
- Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen. (2024). *Integrationsmonitoring NRW. A Bevölkerung/Demografie*. Abgerufen am 10. März 2026 von https://www.integrationsmonitoring.nrw.de/bevoelkerung_demografie/
- Möller-Leimkühler, A. M., Jackl, A. & Weissbach, L. (2022). Gendersensitives Depressionsscreening (GSDS) – Befunde zur weiteren Validierung eines neuen Selbstbeurteilungsinstruments. *Psychiatrische Praxis*, 49(07), 367-374. doi:DOI: 10.1055/a-1615-8274
- Pfeifer, K., Banzer, W., Ferrari, N., Füzéki, E., Geidl, W., Graf, C., Hartung, V., Klamroth, S., Völker, K. & Vogt, L. (2016). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Sonderheft 03*. (BZgA, Hrsg.) Abgerufen am 11. September 2025 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Bewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf
- Prütz, F., Rommel, A., Thom, J., Du, Y, Sarganas, G. & Starker, A. (2021). Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*, 6(3), S. 49-71. doi:10.25646/8554
- Robert Koch-Institut. (2009). *Gesundheitsfragebogen 18 bis 64 Jahre. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut. (2012). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI. Abgerufen am 16. September 2025 von https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/GEDA/Geda2010/subjektive_gesundheit.pdf?__blob=publicationFile&v=1



- Robert Koch-Institut. (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin: RKI. Abgerufen am 07. Juli 2025 von https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitsberichterstattung/Berichte/Gesundheit-in-Deutschland/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf
- Robert Koch-Institut. (2017). Fragebogen zur Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of Health Monitoring*, 2(1), S. 105-135. doi:10.17886/RKI-GBE-2017-014
- Robert Koch-Institut. (2020). *Soziale Unterstützung*. Abgerufen am 20. April 2026 von <https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/S/Soziale-Unterstuetzung/soziale-unterstuetzung-node.html>
- Robert Koch-Institut. (2021). Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*, 6(3), S. 88-106. doi:10.25646/8560
- Robert Koch-Institut. (2022). *Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell - GEDA 2019/2020*. Abgerufen am 02. August 2025 von <https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/GEDA/GEDA-Dashboard.html>
- Robert Koch-Institut. (2024). *Gesundheitsberichterstattung. Soziale Unterstützung (ab 18 Jahren)*. Abgerufen am 13. Mai 2026 von https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/EinflussfaktorenAufDieGesundheit/SozialeEinflussfaktoren/SozialeEinbindung/SozialeUnterstuetzung/sozialeunterstuetzung_node.html?darstellung=0&enzzahl=1&zeit=2023&geschlecht=0&standardisierung=0
- Robert Koch-Institut. (2024). *Obst- und Gemüsekonsum (ab 18 Jahren)*. Abgerufen am 01. August 2025 von https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/EinflussfaktorenAufDieGesundheit/GesundheitsUndRisikoverhalten/Ernaehrungsverhalten/ObstUndGemuesekonsum/obstUndGemuesekonsum_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2019&geschlecht=0&standardisierung=0
- Robert Koch-Institut. (2025). *Soziale Einbindung*. Abgerufen am 03. August 2025 von https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/EinflussfaktorenAufDieGesundheit/SozialeEinflussfaktoren/SozialeEinbindung/sozialeeinbindung_node.html
- Robert Koch-Institut. (2025a). *Geschlecht und Gesundheit*. Abgerufen am 16. August 2025 von <https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/G/Geschlecht-Gesundheit/geschlecht-gesundheit-node.html>
- Robert Koch-Institut. (2025b). *Gesundheitsberichterstattung. Bildung*. Abgerufen am 05. August 2025 von https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/EinflussfaktorenAufDieGesundheit/SozialeEinflussfaktoren/Bildung/bildung_node.html
- Robert Koch-Institut. (2025c). *Einflussfaktoren auf die Gesundheit*. Abgerufen am 03. September 2025 von https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/EinflussfaktorenAufDieGesundheit/Einflussfaktoren-auf-die-Gesundheit_node.html
- Robert Koch-Institut. (2025d). *Tabakkonsum*. Abgerufen am 07. Juli 2025 von https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/EinflussfaktorenAufDieGesundheit/GesundheitsUndRisikoverhalten/Tabakkonsum/tabakkonsum_node.html
- Robert Koch-Institut. (2025e). *Alkoholkonsum*. Abgerufen am 01. August 2025 von https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Lebensweise-und-Gesundheit/Alkoholkonsum/Alkoholkonsum_inhalt.html



- Robert Koch-Institut. (2025f). *Körperliche Aktivität/Sport*. Abgerufen am 30. Juli 2025 von <https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Lebensweise-und-Gesundheit/Aktivitaet/aktivitaet-node.html>
- Robert Koch-Institut. (2025g). *Wohlbefinden*. Abgerufen am 16. August 2025 von https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/SubjektiveGesundheit/Wohlbefinden/wohlbefinden_node.htm
- Robert Koch-Institut. (2026). *Lebenserwartung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Abgerufen am 15. Juli 2025 von <https://www.gbe.rki.de>
- Saß, A.-C., Lampert, T., Prütz, F., Beermann, S. & Ziese, T. (2018). Gesundheitsberichterstattung. In C. Thielscher, *Handbuch Medizinökonomie I: System der medizinischen Versorgung* (S. 169-193). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-658-17975-5_5-1
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griesse, L., Klinger, J., de Sombre, S., . . . Hurrelmann, K. (2021). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona-Pandemie. Ergebnisse der HLS-GER 2*. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung, Universität Bielefeld. Abgerufen am 18. September 2025 von https://pub.uni-bielefeld.de/download/2950305/2950403/HLS-GER202_Ergebnisbericht.pdf
- Schaeffer, D., Griesse, L., Singh, H., Ewers, M., & Hurrelmann, K. (2025). *Gesundheitskompetenz in Zeiten gesellschaftlicher Unsicherheiten – Ergebnisse des HLS-GER 3. Zusammenfassung*. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung, Universität Bielefeld. Abgerufen am 02. April 2026 von <https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/erziehungswissenschaft/izgk/forschung/hls-ger-3-1/Zusammenfassung.pdf>
- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. et al. (2012). Health literacy and public health. a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), S. 80. doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stadt Bielefeld, Statistikstelle. (2025). *Bielefeld. Statistische Kurzinformation: Bevölkerung zum 31.12.2025*. Abgerufen am 20. April 2026 von https://www.bielefeld.de/sites/default/files/datei/2026/Bevoelkerung_31.12.2025.pdf
- Statistisches Bundesamt. (2024). *Qualitätsberichte, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes*. Abgerufen am 19. November 2025 von <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Bevoelkerung/einfuehrung.html>
- Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (2024). *Sozialbericht 2024. Ein Datenreport für Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. Abgerufen am 18. Juni 2025 von https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/Sozialbericht_2024_bf_k2.pdf
- Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.). (2021). *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für Deutschland. Reihe Zeitbilder*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. Abgerufen am 06. August 2025 von <https://www.bpb.de/shop/buecher/zeitbilder/328110/datenreport-2021/>
- Vonneilich, N. & Franzkowiak, P. (2022). Soziale Unterstützung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. doi:<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i110-3.0>



- Wackerhage, H., Sitzberger, C., Kreuzpointner, F. & Oberhoffer-Fritz, R. (2021). WHO-Leitlinien zu körperlicher Aktivität und sitzendem Verhalten. *Bayerisches Ärzteblatt*, 3, S. 91-93. Abgerufen am 12. August 2025 von https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2021/03/einzelpdf/BAB_3_2021_91_93.pdf
- Weber, A., Reisig, V., Buschner, A. & Kuhn, J. (2021). Avoidable mortality—a new indicator version for prevention reporting. *Bundesgesundheitsblatt*, 65(1), S. 116-125. doi: 10.1007/s00103-021-03458-y
- Weltgesundheitsorganisation. (1998). *The World Health Organization-Five Well-Being Index. German translation*. Abgerufen am 19. August 2025 von [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/five-well-being-index-\(who-5\)/who-5_german.pdf?sfvrsn=fce836c0_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/five-well-being-index-(who-5)/who-5_german.pdf?sfvrsn=fce836c0_3)
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. (2025). *Versorgungsatlas. Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten - Eine Projektion nach Fachgruppen bis 2035*. Abgerufen am 15. Juli 2025 von https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/144/tabellen/_?zeitwert=2051222400&sr_val=2&sw_val=NaN&skv_val=2&auspraegung=1®ion=Kreis16