



Landesgesundheitsbericht 2009.

Informationen zur Entwicklung von Gesundheit
und Krankheit in Nordrhein-Westfalen.

Landesgesundheitsbericht 2009.

Informationen zur Entwicklung von Gesundheit
und Krankheit in Nordrhein-Westfalen.

Landesgesundheitsbericht 2009

Der hier vorgelegte Landesgesundheitsbericht gibt einen Überblick über die gesundheitliche Situation in Nordrhein-Westfalen und richtet sich nicht nur an die Akteure im Gesundheitswesen, sondern an alle, die mit ihren Handlungen in anderen Politikfeldern die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen können. Die im Bericht dargelegten Informationen sollen die Ausgangsbasis für ein koordiniertes und kooperierendes Handeln für die Verbesserung der Gesundheit im Lande stärken. Durch die Vorstellung im Landtag kann der Bericht einen großen Adressatenkreis optimal erreichen.

Der Landesgesundheitsbericht gibt mit wenigen Kernindikatoren einen kurzen, aber möglichst umfassenden Überblick über die Gesundheit der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Die aktuelle Situation im Land wird beschrieben, in ihrer zeitlichen Entwicklung dargestellt und – wo möglich – mit Deutschland und den anderen Bundesländern verglichen. Außerdem wird bei den einschlägigen Indikatoren eine Verbindung zu den Gesundheitszielen Nordrhein-Westfalens geschaffen. Die damit erreichte Einordnung der derzeitigen gesundheitlichen Lage in Nordrhein-Westfalen in die zeitliche Entwicklung und die Situation in anderen Bundesländern kann Grundlage für eine Bewertung und für die Identifikation von Feldern mit Handlungsbedarf sein.

Die Darstellungen beruhen wesentlich auf dem regelmäßigen Gesundheitsmonitoring des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen, LIGA.NRW, dessen Ergebnisse auf der Webseite des Instituts ausführlicher und in unterschiedlichen Formen präsentiert werden. Mit den dort detailliert dargestellten Informationen und den Analysemöglichkeiten der interaktiven graphischen Darstellungen können Fragen intensiv bearbeitet werden, die der Landesgesundheitsbericht nur anreißen kann.

Der Bericht ist der gelungene Versuch, ein komplexes Feld wie die Gesundheit der Bevölkerung kompakt und übersichtlich darzustellen. Ich hoffe, er erreicht das damit verfolgte Ziel, einen großen Kreis von Lesern anzusprechen und die Gesundheit der Bevölkerung auch bei Akteuren in anderen Politikfeldern ins Blickfeld zu rücken.

Karl-Josef Laumann
Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Inhalt

Einleitung	6
Kernaussagen	8
Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen	13
Bevölkerungsentwicklung	14
Soziale Lage	15
Gesundheit und Krankheit	16
Lebenserwartung	16
Behinderungsfreie, gesunde Lebenserwartung	17
Selbsteinschätzung der Gesundheit	18
Kernaussagen	19
Die häufigsten Ursachen für Sterblichkeit und Krankheitslast in Nordrhein-Westfalen	20
Kernaussagen	25
Krankheiten des Kreislaufsystems	26
Kernaussagen	29
Krebserkrankungen	30
Kernaussagen	38
Diabetes mellitus	39
Kernaussagen	41
HIV/AIDS	42
Kernaussagen	44
Verletzungen und Vergiftungen	45
Kernaussagen	48
Seelische Gesundheit	49
Kernaussagen	52
Im Krankenhaus erworbene Infektionen	53
Rückenschmerzen	55
Kernaussagen	57

Krankheitskosten – Übersicht	58
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	61
Säuglingssterblichkeit	62
Frühgeburten und Geburtsgewicht	63
Befunde der Schuleingangsuntersuchungen	64
Impfpräventable Erkrankungen im Kindesalter	65
Kernaussagen	66
Gesundheitsverhalten	67
Rauchen	67
Alkohol	69
Körpergewicht, Ernährung und Bewegung	71
Arbeitsbedingte Belastungen	74
Kernaussagen	76
Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten	77
Früherkennungsuntersuchungen für Kinder	77
Schutzimpfungen	78
Check-up-Untersuchungen	80
Krebsvorsorge	82
Kernaussagen	84
Literatur	85
Glossar	87
Anhang	89
Datenquellen und Datenhalter	89
Abbildungsverzeichnis	90
Tabellenverzeichnis	93
Bisherige Gesundheitsberichte	93
Der wissenschaftliche Beirat – Gesundheitsberichterstattung NRW	95
Impressum	96

Einleitung

Die Gesundheit der Bevölkerung kann aus vielen unterschiedlichen Blickwinkeln beschrieben und bewertet werden. Gesundheitsberichte und Gesundheitsdaten werden von den unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen erarbeitet und verbreitet, wobei jeder Bericht jeweils einzelne Aspekte der Bevölkerungsgesundheit hervorhebt. Nordrhein-Westfalen schafft mit der Landesgesundheitsberichterstattung in seinen Gesundheitsberichten eine allgemeine Informationsbasis, auf die alle Interessierten zurückgreifen können und die als gemeinsame Basis für die Diskussion der Gesundheitspolitik im Land dienen kann.

Nordrhein-Westfalen hat eine lange Tradition der GBE (Gesundheitsberichterstattung) und die Inhalte und Berichtsformen sind so heterogen wie die Interessen der Nutzer. Es gibt konzeptionelle Beschreibungen neuer Projekte, Berichte zur Häufigkeit und zur Prävention bekannter Gesundheitsprobleme sowie interaktive Karten und Tabellen im Internet, die dem Nutzer eigene Analysen und Interpretationen erlauben. Eine Aufstellung der bisher vorliegenden Gesundheitsberichte findet sich am Ende dieses Berichts; sie sind auch auf der Internetseite von LIGA.NRW zu finden.

Bei dieser notwendigen und wichtigen Heterogenität des Informationsangebots ist ein zusammenfassender Überblick unverzichtbar, um einzelne Entwicklungen in den Gesamtzusammenhang einordnen zu können. Dies ist der Zweck des hier vorgelegten Landesgesundheitsberichts Nordrhein-Westfalen 2009. Mit einigen Kernindikatoren wird die Gesundheit der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen charakterisiert, sodass ein allgemeines Bild entsteht, in das andere Informationen zu speziellen Fragen der Gesundheit eingebettet werden können.

Nach allgemeinen Indikatoren zu Gesundheit – Lebenserwartung, subjektive Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und allgemeine Sterblichkeit – folgen eine Beschreibung der wichtigsten Krankheiten in Bezug auf Mortalität und Morbidität sowie Abschätzungen der jeweiligen Kostenlast. Weitere Abschnitte behandeln die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, das gesundheitsrelevante Verhalten der Bevölkerung sowie die Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten.

GBE gehört zum gesundheitspolitischen Regelkreis von Gesundheitszielen und Gesundheitskonferenzen und bildet dessen Informationsbasis. Auf Grundlage des Monitorings und der Berichterstattung werden Gesundheitsziele formuliert, politische Aktivitäten identifiziert, Aktivitäten angestoßen, durchgeführt und evaluiert. Die Evaluation geschieht im Rahmen des Monitorings und die Berichterstattung über die Ergebnisse kann den Prozess neu starten.

Allerdings werden die Grenzen der GBE innerhalb dieses Regelkreises unterschiedlich gezogen. Die Landes-GBE in Nordrhein-Westfalen ist im Vergleich zu anderen Ländern eng auf die Berichterstattung konzentriert. GBE in Nordrhein-Westfalen beschreibt die Situation und ihre Entwicklung und stellt sie der Lage in anderen Bundesländern gegenüber. Sie zeigt Handlungsbedarf auf; die Diskussion über konkrete Reaktionen wird an anderer Stelle geführt, z. B. in der Landesgesundheitskonferenz, die Ergebnisse aus der GBE diskutiert und als Entscheidungsgrundlage für gesundheitspolitische Aktivitäten nutzt.

Um den angestrebten Gesamtüberblick und einen Vergleich mit anderen Bundesländern zu ermöglichen, beschränkt sich der vorliegende Bericht auf wenige Kernindikatoren. Wo immer möglich wird in Form von Zeitreihen die Entwicklung in Nordrhein-Westfalen mit der in anderen Bundesländern verglichen. Aus Übersichtsgründen wird auf die Darstellung aller Bundesländer im Einzelnen verzichtet. Es werden Daten aus Nordrhein-Westfalen und aus Deutschland insgesamt grafisch in einen Bereich eingebettet, dessen Ränder die Minimal- bzw. Maximalkurven der Bundesländer darstellen. So ist auf einen Blick zu erkennen, ob der Trend eines Indikators in Nordrhein-Westfalen demjenigen in Deutschland entspricht. Unterschiede zwischen den Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen und in anderen Teilen Deutschlands bieten Ansatzpunkte für die Diskussion. Nicht immer sind Unterschiede im Gesundheitssystem die Ursache, sie können auch durch unterschiedliche Bevölkerungsstrukturen oder besondere Arbeitsbelastungen in früheren Zeiten verursacht werden.

Am Ende jedes thematischen Abschnitts werden Kernaussagen kurz zusammengefasst, um ein fokussiertes Lesen zu ermöglichen. Außerdem werden alle wesentlichen Ergebnisse des Berichts zu Beginn des Textes aufgelistet. Der Bericht beruht hauptsächlich auf Daten aus dem Gesundheitsmonitoring des Landes für 2006 und 2007. Ausführlichere Darstellungen mit Angaben zu weiteren Jahren, tiefere fachliche Darstellungen für einige Themen und insbesondere kleinräumige Daten für die Kreise und kreisfreien Städte sind auf der Internetseite von LIGA.NRW unter der Rubrik „Gesundheit, Berichte und Daten“ zu finden (www.liga.nrw.de). Verweise zu den einschlägigen Indikatoren werden gegeben, so weit es möglich ist.

Der Landesgesundheitsbericht NRW wird in zweijährigem Rhythmus erscheinen. Dabei soll die Struktur und die Auswahl der Indikatoren so weit wie möglich beibehalten werden, damit die Funktion als Überblick und als Einstieg zu weiteren themenspezifischen Berichten gewahrt bleibt.

Die Entwicklung des Konzepts für den Landesgesundheitsbericht und die Entstehung des Berichts wurde begleitet von den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats „Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen“, dafür herzlichen Dank!

Kernaussagen zur Gesundheit in Nordrhein-Westfalen

Lebenserwartung

- Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt 2005 – 2007 für Frauen 81,73 Jahre und für Männer 76,45 Jahre. Die mittlere Lebenserwartung rangiert in Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu den anderen Bundesländern (für Bayern liegen keine Raten vor) für die weibliche Bevölkerung auf Rang 8 und für die männliche Bevölkerung auf Rang 12.

Todesursachen – allgemein

- Bei Frauen dominieren 2007 Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall und Brustkrebs die Rangliste der häufigsten Todesursachen, Männer versterben 2007 am häufigsten an Lungenkrebs gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Auf eine Frau versterben 1,77 Männer vor dem 65. Lebensjahr, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Lungenkrebs bieten hohes Präventionspotential.
- Daten zum Krankheitsvorkommen und zur Sterblichkeit in Nordrhein-Westfalen sind häufig vergleichbar mit dem Bundesdurchschnitt, erreichen allerdings selten Spitzenplätze. Einzige „negative“ Ausnahme ist die Sterblichkeit an Lungenkrebs, die – insbesondere bei Männern – deutlich höher ist als im Bundesdurchschnitt. Als „positive“ Ausnahme verzeichnet Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu den anderen Bundesländern die wenigsten Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden.

Krankheitsursachen – allgemein

- Chronische Erkrankungen sowie Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden 2006 in Praxen der Allgemeinmedizin am häufigsten diagnostiziert.
- Unter BKK-Versicherten hat die Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen in den letzten Jahren deutlich zugenommen und lag 2006 bei 10,5 % aller AU-Tage. Frühverrentungen haben mit Abstand am häufigsten psychische und Verhaltensstörungen als Ursache.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- 2007 sind 78.947 Männer und Frauen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorben, die Hälfte davon an ischämischer Herzkrankheit (Durchblutungsstörung des Herzens, z. B. Herzinfarkt) oder zerebrovaskulären Erkrankungen (Durchblutungsstörungen von Hirnregionen, z. B. Schlaganfall).
- Insgesamt haben Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den letzten Jahren abgenommen, sie liegen bei Männern und Frauen in Nordrhein-Westfalen knapp über dem Bundesdurchschnitt.
- Vor dem 65. Lebensjahr versterben auf eine Frau drei Männer an ischämischer Herzkrankheit.

Krebserkrankungen

- Die Sterberate an Krebserkrankungen ist in den letzten Jahren zurückgegangen. Insgesamt sind 2007 47.902 Frauen und Männer an Krebserkrankungen verstorben. Die entsprechende Sterberate liegt in Nordrhein-Westfalen knapp über dem Bundesdurchschnitt. Für Lungenkrebs ist der Abstand zwischen Bundesdurchschnitt und der Rate in Nordrhein-Westfalen am größten.
- Bei Männern dominiert Lungenkrebs als häufigste Krebstodesursache, bei den Frauen ist dies Brustkrebs.
- 2004 werden im Regierungsbezirk Münster bei Männern am häufigsten Prostatakrebs, gefolgt von Lungen- und Dickdarmkrebs neu diagnostiziert. Bei den Frauen dominiert die Diagnose Brustkrebs vor Dickdarm- und Lungenkrebs.

Diabetes mellitus

- Schätzungsweise wurden 2006 knapp 2 Millionen gesetzlich versicherte Bürger an Diabetes mellitus ambulant behandelt.
- Die allgemeine Erkrankungshäufigkeit liegt zwischen 7 und 9 %, in der Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen erreicht sie fast 20 %.

HIV/AIDS

- Die Anzahl der HIV-Neudiagnosen steigt seit 2001 kontinuierlich an und liegt 2007 mit 704 Neudiagnosen (3,91/100.000 Einwohner) in Nordrhein-Westfalen über dem Bundesdurchschnitt.
- Die Raten sind innerhalb von Nordrhein-Westfalen in Köln und Düsseldorf am höchsten.

Verletzungen und Vergiftungen

- 2007 sind 5.417 Personen aufgrund von äußeren Ursachen verstorben. Einen erheblichen Anteil machen Transportmittelunfälle, insbesondere bei Männern, aus.
- Stationäre Einweisungen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen nehmen nach Ende des 1. Lebensjahrs ab und steigen bei Jugendlichen und im jungen Erwachsenenalter wieder an. In den höheren Altersgruppen ab einem Alter von 60 – 64 Jahren gibt es einen erneuten Anstieg.
- Arbeitsunfälle haben in den vergangenen Jahren abgenommen. 2006 gab es in Nordrhein-Westfalen 217.128 Arbeits- und Wegeunfälle, die meisten geschehen im Baugewerbe.

Seelische Gesundheit

- Männer werden 2006 in Nordrhein-Westfalen häufiger als Frauen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen in ein Krankenhaus eingewiesen. Alkoholkonsum und der Konsum anderer Drogen sind die Hauptursache für stationäre Einweisungen der Männer.
- Insgesamt waren 2006 etwa 1,5 Millionen gesetzlich Versicherte aufgrund von Depressionen in ambulanter Behandlung, Frauen darunter häufiger als Männer.
- Demenzerkrankungen, darunter auch Alzheimer, betreffen überwiegend die ältere Bevölkerung. Von den über 65-Jährigen waren 2006 etwa 291.000 gesetzlich Versicherte deshalb in ambulanter Behandlung.
- Aufgrund des demografischen Wandels wird sich die Anzahl der Neuerkrankungen an Demenz bis 2025 vermutlich nahezu verdoppeln (~ 60.000 Neuerkrankungen/Jahr).

Rückenschmerzen

- Unter den 30- bis 74-Jährigen litten 2006 etwa 30 % der Frauen und 23 % der Männer an Rückenschmerzen und waren deshalb in ambulanter Behandlung.

Krankheitskosten

- Den größten Teil der direkten Krankheitskosten (für medizinische Heilbehandlung, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen und Verwaltungskosten) machen 2006 mit etwa 7,7 Milliarden Euro Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus, gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen (5,8 Milliarden Euro), Muskel- und Skeletterkrankungen (5,8 Milliarden Euro), Krebserkrankungen (3,2 Milliarden Euro) sowie von Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (2,8 Milliarden Euro).
- Die indirekten Krankheitskosten werden unter anderem in verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren ausgedrückt. Hier dominieren 2006 Verletzungen und Vergiftungen (21,9 % aller verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre), gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen (16,2 %), Krebserkrankungen (11,4 %), Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems (11 %) und Krankheiten des Kreislaufsystems (9,4 %).

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

- In Kinderarztpraxen dominieren Behandlungen aufgrund von Atemwegs- und anderen Infektionserkrankungen. Als chronische Erkrankungen rangieren das atopische Ekzem (Neurodermitis) und Asthma auf den Rängen 14 und 15.
- Nach mehr oder weniger stagnierenden Zahlen steigt in Nordrhein-Westfalen die Säuglingssterblichkeit 2007 erstmals an und liegt mit 4,8 ‰ deutlich über dem Bundesdurchschnitt. In 2008 nahm die Säuglingssterblichkeit allerdings wieder ab und erreichte 4,3 ‰.

Gesundheitsverhalten

- Etwa 35 % der Männer und 30 % der Frauen in Nordrhein-Westfalen rauchen.
- Knapp ein Fünftel der Männer konsumiert eine tägliche Alkoholmenge, die als riskant einzustufen ist. Bei Frauen liegt der Anteil bei 10 %.
- Zum Binge-Trinken liegen nur Bundeszahlen vor; der Anteil an Jugendlichen, die in den vergangenen 30 Tagen fünf Gläser oder mehr Alkohol hintereinander bei einer Trinkgelegenheit zu sich genommen haben, liegt bei etwa 20 %. Die Anzahl an Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholvergiftungen hat sich in Nordrhein-Westfalen zwischen 2001 und 2007 verdoppelt, insgesamt wurden etwa 4.000 Jugendliche stationär behandelt.
- In Nordrhein-Westfalen sind gut die Hälfte der Männer und gut ein Drittel der Frauen über 18 Jahren übergewichtig oder adipös.
- Seit 2001 bzw. 2004 stagnieren die Anteile an Adipositas und Übergewicht bei Einschülern in Nordrhein-Westfalen.
- Knapp 40 % der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen treiben nicht regelmäßig Sport. Etwa die Hälfte der Bevölkerung glaubt, sich allgemein im Alltag zu wenig zu bewegen.

Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten

- In Nordrhein-Westfalen nahmen 2006 75 % der Eltern die U-Untersuchungen U5 bis U9 lückenlos für ihr Kind in Anspruch.
- Die Durchimpfungsraten für Masern, Mumps und Röteln sind in den vergangenen Jahren angestiegen, entsprechen aber im Fall von Masern noch nicht dem WHO-Ziel, eine 95-%-Durchimpfungsrate zu erreichen, um Masern auszurotten. In Nordrhein-Westfalen liegt die Durchimpfungsrate mit der 2. Masernimpfung bei 81,6 %.
- Weniger als die Hälfte der anspruchsberechtigten Personen ab 35 Jahren nehmen die zweijährliche Check-up-Untersuchung regelmäßig wahr.
- Frauen nehmen häufiger als Männer Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung wahr, was daran liegen mag, dass diese Untersuchungen häufig an den routinemäßigen Besuch beim Gynäkologen gekoppelt sind.

Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung sowie die sozialen Lebensbedingungen sind entscheidende Kriterien für die Gesundheitsplanung. Der 2007 für Nordrhein-Westfalen erschienene Bericht „Gesundheit und Alter“ verdeutlicht, wie aufgrund der demografischen Entwicklung, Krankheit und Pflegebedürftigkeit in den kommenden Jahren zunehmen werden. Verglichen mit 2004 sind 2025 beispielsweise 50 % mehr Herzinfarkte zu erwarten, Krebserkrankungen werden je nach Lokalisation des Krebses bis 2025 um 20 bis 40 % bei den Männern und 10 bis 30 % bei den Frauen ansteigen, und die für das Jahr 2004 geschätzten 38.000 neuen Demenzerkrankungen werden 2025 voraussichtlich auf eine Rate von jährlich 60.000 Neuerkrankungen ansteigen [MAGS 2007]. Auch die soziale Lage hat Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Es ist bekannt, dass der Bildungsstatus, Arbeitslosigkeit, die Einkommensverhältnisse sowie Migration die Gesundheit, aber auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beeinflussen.

Bevölkerungsentwicklung

Im Jahr 2007 leben in Nordrhein-Westfalen 18 Millionen Menschen, davon sind 51% weiblich und 49% männlich.

Nach einer Phase relativ konstanter Bevölkerungsentwicklung in den 1970er Jahren ist die Bevölkerung seit Mitte der 1980er Jahre bis zum Jahr 2003 kontinuierlich gewachsen. Seit 2004 ist eine Bevölkerungsabnahme zu beobachten. Diese Trendumkehr entsteht durch einen Sterbeüberschuss in den letzten zehn Jahren und einen abnehmenden Wanderungssaldo seit 2001. Dies trifft insbesondere auf die deutsche Bevölkerung zu, die ausländische Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen hingegen verzeichnet eine Bevölkerungszunahme. Abbildung 1 zeigt die Alterszusammensetzung der Bevölkerung. Besonders stark ist die Altersgruppe zwischen 40 und 50 Jahren besetzt. 2025 wird diese Gruppe zwischen 60 und 70 Jahren alt sein, während die jüngeren Jahrgänge alle schwächer besetzt sind. (vgl. Abbildung 1)

Die Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen am 31.12.2007 und Prognose für 2025

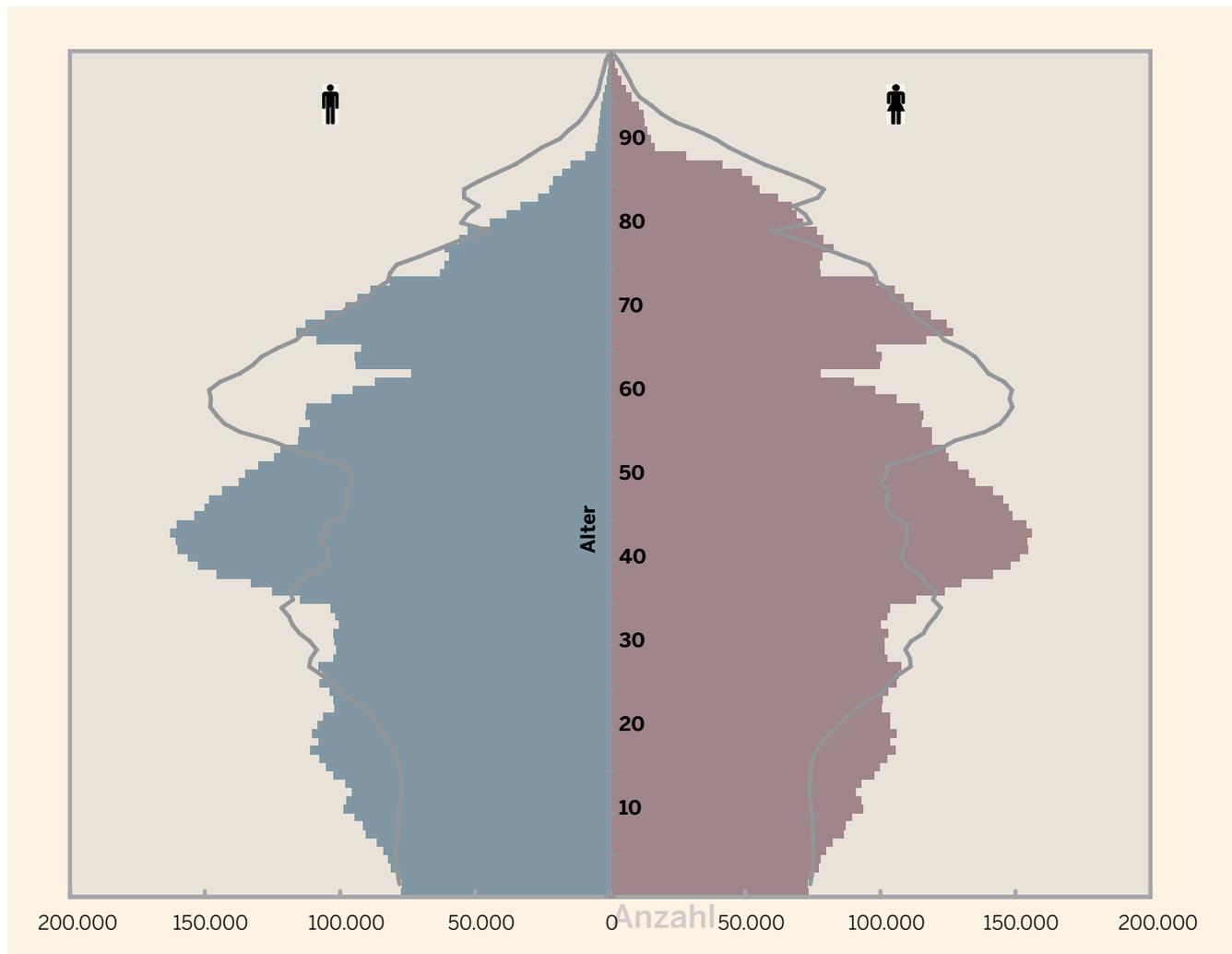


Abbildung 1 | Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen nach Geschlecht und Alter am 31.12.2007 und Prognose für 2025 (graue Linie), IT.NRW, Indikator 2.03, LIGA.NRW

Soziale Lage

Bildung

Fast die Hälfte der Frauen und Männer in Nordrhein-Westfalen über 15 Jahren verfügt 2006 über einen Volks- bzw. Hauptschulabschluss (44,6 %, 43,6 %) als höchsten Schulabschluss. Einen Realschul- oder gleichwertigen Abschluss haben 22,5 % der Frauen und 18,7 % der Männer und über eine Fachhochschul- oder Hochschulreife verfügen 23 % der weiblichen Bevölkerung sowie 27,6 % der männlichen Bevölkerung. Insgesamt ist in den vergangenen Jahren der Anteil der Bevölkerung mit Volks- oder Hauptschulabschluss gesunken und der Anteil der Bevölkerung mit höherem Abschluss gestiegen.

Als höchsten berufsbildenden Abschluss verfügen 41 % der Frauen und 43 % der Männer in Nordrhein-Westfalen über eine Lehrausbildung. 16 % bzw. 24 % verfügen über einen Meister- oder Technikerabschluss oder über einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss. Keinen Abschluss haben 43 % der Frauen und 33 % der Männer.

Beschäftigung

In den Jahren 2006/07 waren in Nordrhein-Westfalen rund 3,5 Mio. Frauen und 4,3 Mio. Männer erwerbstätig, d.h., sie waren in ihrer Haupttätigkeit entweder selbständig oder standen in einem abhängigen Arbeitsverhältnis. Hier-von waren 2,4 Mio. Frauen und 3,2 Mio. Männer sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Zur selben Zeit waren in Deutschland 16,9 Mio. Frauen und 20,5 Mio. Männer erwerbstätig, von denen 11,9 Mio. Frauen und 14,4 Mio. Männer als Sozialversicherungspflichtige arbeiteten.

Sowohl in Nordrhein-Westfalen wie auch in der Bundesrepublik war der überwiegende Teil der Beschäftigten mit 72,1 % bzw. 73,8 % in Vollzeit tätig. In Bezug auf die wöchentliche Arbeitsdauer bestanden jedoch deutliche Geschlechtsunterschiede. Ungefähr die Hälfte der Frauen arbeiteten in Teilzeit, Männer dagegen zu weniger als 10 %.

2007 hat sich die Arbeitslosenquote (der abhängig zivilen Erwerbspersonen) in Nordrhein-Westfalen verringert. Von zuvor 12,1 % ist sie auf 10 % gesunken, dies entspricht 811.409 Arbeitslosen insgesamt. Die Arbeitslosenquote der Männer ist mit 9,6 % etwas geringer als die der Frauen (10,4 %), unter den Einwohnern mit ausländischer Herkunft beträgt die Arbeitslosenquote 23,3 %.

Migration

Insgesamt leben Ende 2007 in Nordrhein-Westfalen 1.814.747 Menschen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit. Der überwiegende Teil der Migranten stammt aus der Türkei (n = 576.795) gefolgt von Asien (n = 187.455), Italien (n = 125.668) und Polen (n = 109.211).

Gesundheit und Krankheit

Lebenserwartung

Ein wesentliches Maß für eine gute Gesundheit ist ein langes Leben. Die Lebenserwartung ist daher die am häufigsten genutzte Maßzahl bei internationalen Vergleichen der allgemeinen gesundheitlichen Lage. Die Lebenserwartung fasst die Wirkungen der verschiedensten Gesundheitsdeterminanten zusammen. Persönliche Verhaltensweisen, das soziale Umfeld sowie Einflüsse aus Arbeit und Umwelt beeinflussen die Lebenserwartung ebenso wie die Qualität der gesundheitlichen Versorgung.

Die mittlere Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem definierten Alter bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Männliche Neugeborene der Jahre 2005 bis 2007 würden danach in Nordrhein-Westfalen durchschnittlich ein Alter von 76,45 Jahren erreichen, weibliche Neugeborene würden 5,28 Jahre älter werden und ein Alter von 81,73 Jahren erreichen. In den vergangenen Jahren ist die mittlere Lebenserwartung kontinuierlich gestiegen (vgl. Abbildung 2), wobei bei den männlichen Neugeborenen der Anstieg mit 3,9 Jahren stärker ist als bei den weiblichen Neugeborenen (2,5 Jahre).

Im Bundesdurchschnitt liegt die mittlere Lebenserwartung Neugeborener aus den Jahren 2005 bis 2007 etwas höher als in Nordrhein-Westfalen: Mädchen würden im Bundesdurchschnitt 82,25 Jahre alt werden und Jungen würden ein Alter von 76,89 Jahren erreichen. Im Vergleich mit den anderen Bundesländern¹ landet Nordrhein-Westfalen bei der weiblichen Lebenserwartung auf Rang 8 und bei der männlichen Lebenserwartung auf Rang 12. Spitzenreiter ist jeweils Baden-Württemberg mit einer weiblichen mittleren Lebenserwartung von 83,19 Jahren und einer mittleren Lebenserwartung von 78,33 Jahren bei der männlichen Bevölkerung.

¹ Für Bayern sind keine entsprechenden Raten verfügbar.

Lebenserwartung

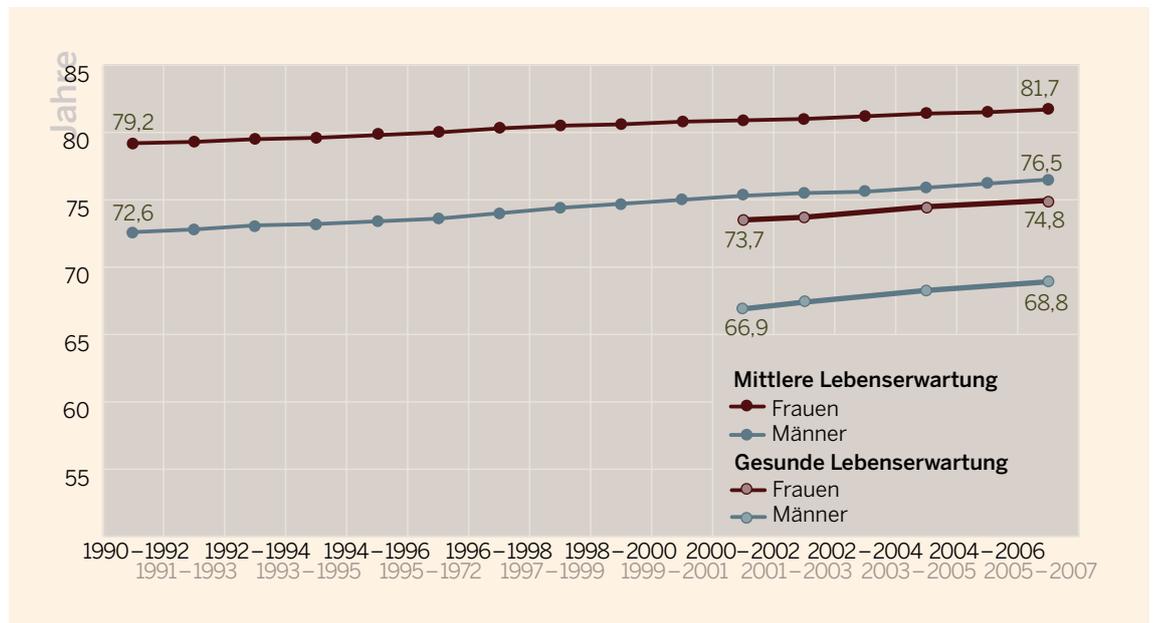


Abbildung 2 | Entwicklung der mittleren und gesunden Lebenserwartung bei Geburt in Nordrhein-Westfalen, 1990-1992 bis 2005-2007 (3-Jahres-Mittelwerte), IT.NRW, Indikator 3.09 und 3.11, LIGA.NRW

Behinderungsfreie, gesunde Lebenserwartung

Aufgrund einer immer älter werdenden Bevölkerung und der steigenden Bedeutung von chronischen Erkrankungen ist es von Interesse, ob die längere Lebenserwartung verstärkt von Krankheitsphasen geprägt ist oder ob sich primär das Leben in Gesundheit verlängert. Dieses wird durch die behinderungsfreie oder gesunde Lebenserwartung abgebildet. Aus dem Vergleich der mittleren Lebenserwartung mit der gesunden Lebenserwartung lässt sich ableiten, wie weit die gestiegene Lebenserwartung aus einem Zuwachs an gesunden oder kranken Lebensjahren resultiert. Grundlage der Berechnung ist die Schwerbehindertenstatistik. Die Zahl der Personen mit einem Behinderungsgrad von mehr als 50 Prozent fließt als krank in die Berechnungen ein. Aufgrund dieser Berechnung hätte die weibliche Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen bei Geburt in den Jahren 2005 bis 2007 eine gesunde Lebenserwartung von 74,78 Jahren, welche 6,02 Jahre über der gesunden Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung liegt (68,76 Jahre; vgl. Abbildung 2). Die Differenz zur allgemeinen Lebenserwartung beträgt 6,95 Jahre für Frauen und 7,69 Jahre für Männer. Die Differenz zwischen allgemeiner und gesunder Lebenserwartung hat in den letzten Jahren abgenommen, was bedeutet, dass die gesunde Lebenserwartung stärker steigt als die allgemeine Lebenserwartung. Krankheiten, die Behinderungen verursachen, verschieben sich demnach in höhere Altersgruppen.

Selbsteinschätzung der Gesundheit

Die subjektive Einschätzung des Gesundheitsstatus wird im Rahmen von Bevölkerungsbefragungen erhoben. Diese individuelle Selbsteinschätzung ist kein Ersatz für andere, objektivere Maßzahlen wie Krankenhausdiagnose- oder Todesursachenstatistik, vielmehr komplettiert sie diese um die subjektive Perspektive der Bevölkerung. Zusätzlich enthält die Einschätzung des eigenen Gesundheitsstatus auch Aspekte davon, wie eine Person mit einer (chronischen) Krankheit und der daraus eventuell entstehenden Behinderung umgehen kann. Je nach individueller Einstellung, aber auch nach Vorhandensein sozialer Netze kann ein und dieselbe Behinderung als leichter oder schwerwiegender erfahren werden.

Der individuelle Gesundheitszustand wird von Männern und Frauen in Nordrhein-Westfalen vergleichbar eingestuft. Bis zu einem Alter von 64 Jahren bewerten 88,3% bis 72,3% der Befragten der jeweiligen Altersgruppe ihren Gesundheitszustand als sehr gut bis gut (vgl. Abbildung 3). Erwartungsgemäß nimmt der Anteil an Personen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut bis gut bewerten, mit dem Alter ab. Ab einem Alter von über 65 Jahren sinkt dieser Anteil auf unter 60%. Dementsprechend steigt der Anteil an Personen, die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig oder schlecht/sehr schlecht einstufen an. Für die Bundesebene wurden im Gesundheitsbericht 2006 vergleichbare Werte dargestellt [RKI 2006].

Auf Grundlage von Studien zum Einfluss sozioökonomischer Faktoren ist bekannt, dass Menschen aus schlechterer sozialer Lage ein annähernd doppelt so hohes Risiko haben, schwere Erkrankungen zu erleiden oder vorzeitig zu versterben als Menschen aus höheren sozialen Schichten [WHO 2003]. Dies spiegelt sich auch in der subjektiven Gesundheitseinschätzung wider. Abbildung 4 zeigt die subjektive Gesundheitseinschätzung nach sozialer Lage². Im Gegensatz zu Befragten der Oberschicht bezeichnet nur knapp die Hälfte der Befragten aus unterer sozialer Lage ihre Gesundheit als sehr gut bis gut. Die Einschätzung sehr schlecht bis schlecht wird mehr als doppelt so häufig von Befragten aus unterer sozialer Lage gegeben als von Befragten aus der Oberschicht.

² altersstandardisiert an der Gesamtstichprobe

Subjektive Gesundheitseinschätzung nach Alter

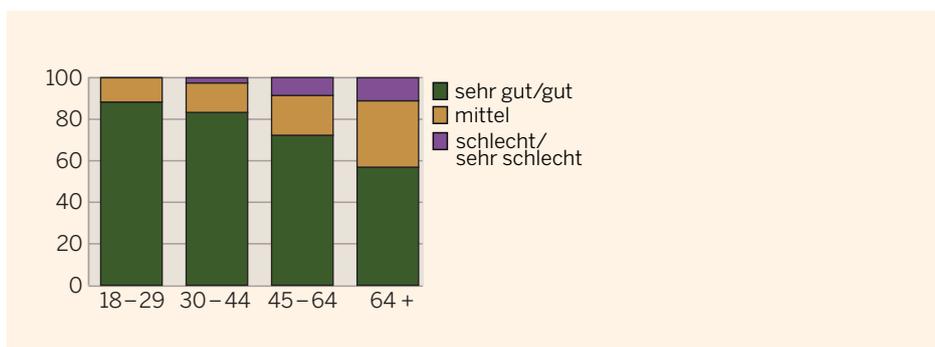


Abbildung 3 | Subjektive Gesundheitseinschätzung von Männern und Frauen nach Alter, Nordrhein-Westfalen 2007, Bevölkerungsbefragung NRW 2007, LIGA.NRW

Kernaussagen

Lebenserwartung – behinderungsfreie, gesunde Lebenserwartung – Selbsteinschätzung der Gesundheit

- Mädchen der Jahrgänge 2005 bis 2007 können in Nordrhein-Westfalen mit einer mittleren Lebenserwartung von 81,73 Jahren rechnen, Jungen werden im Mittel 76,45 Jahre alt. Die mittlere Lebenserwartung der weiblichen Bevölkerung ist 5,28 Jahre höher als die der männlichen.
- Nordrhein-Westfalen liegt bezüglich der weiblichen mittleren Lebenserwartung im Vergleich zu den anderen Bundesländern im Mittelfeld, die männliche mittlere Lebenserwartung rangiert auf Platz 12.
- Die gesunde Lebenserwartung steigt in Nordrhein-Westfalen stärker als die allgemeine Lebenserwartung. Krankheiten, die Behinderungen verursachen, verschieben sich somit in höhere Altersgruppen.
- Frauen und Männer schätzten bei Umfragen 2007 ihre Gesundheit vergleichbar ein. Erwartungsgemäß nimmt der Anteil, der die Gesundheit sehr gut bis gut einschätzt, mit dem Alter ab.
- Menschen aus unteren sozialen Schichten schätzen ihre Gesundheit schlechter ein als Menschen aus einer höheren Sozialschicht.

Subjektive Gesundheitseinschätzung nach Schicht

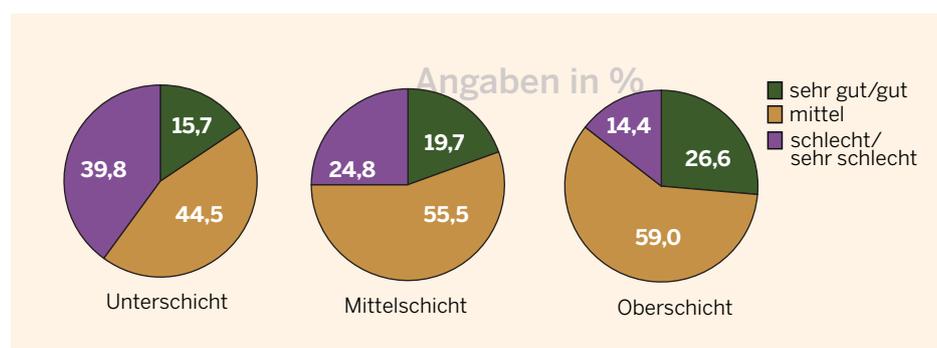


Abbildung 4 | Subjektive Gesundheitseinschätzung nach sozialer Lage (altersstandardisiert), Nordrhein-Westfalen 2007, Bevölkerungsbefragung NRW 2007, LIGA.NRW

Die häufigsten Ursachen für Sterblichkeit und Krankheitslast in Nordrhein-Westfalen

Um Maßnahmen zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit identifizieren und planen zu können, müssen bestimmte Krankheiten und ihre Ursachen und Konsequenzen untersucht werden. Am Anfang steht die Frage nach der Häufigkeit und Art der Sterbefälle insgesamt. Wesentlich für die Identifizierung des Präventionspotentials sind aber auch Häufigkeit und Ursachen vorzeitiger Sterbefälle sowie unter Umständen vermeidbarer Sterbefälle. Als vorzeitig werden derzeit alle Sterbefälle unter 65 Jahren gezählt. Als vermeidbar gelten vorzeitige Sterbefälle aufgrund einiger bestimmter Ursachen, die nach derzeitigem Kenntnisstand durch Verhaltensänderungen und/oder optimale Versorgung zu einem großen Teil vermieden werden könnten. Ein weiterer Aspekt des Monitorings der Bevölkerungsgesundheit ist die Krankheitslast in der Bevölkerung und ihre Konsequenzen für die Lebensqualität der Betroffenen.

Die häufigsten Todesursachen in Nordrhein-Westfalen

Insgesamt sind 2007 in NRW 96.920 Frauen und 88.034 Männer verstorben. Die allgemeine Sterblichkeitsrate (altersstandardisiert) liegt 2007 in Nordrhein-Westfalen für Frauen bei 485,1/100.000 Einwohner und für Männer bei 753,2 Todesfällen je 100.000 Einwohner. Damit ist die allgemeine Sterblichkeitsrate in Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu 1980 bei den Frauen um 38,1% und bei den Männern um 43,3% gesunken. Wie die allgemeine Sterblichkeitsrate ist auch die vorzeitige Sterblichkeit vor Vollendung des 65. Lebensjahrs in den vergangenen Jahren zurückgegangen. Allerdings versterben Männer häufiger als Frauen vor dem 65. Lebensjahr, generell versterben auf eine Frau 1,77 Männer in diesem frühen Alter (Frauen: 140,0/100.000 Einwohner; Männer: 249,2/100.000 Einwohner).

In Nordrhein-Westfalen ist knapp die Hälfte aller Sterbefälle auf die zehn häufigsten Todesursachen zurückzuführen (Frauen: 45,1%, Männer: 47,0%). Bei den Frauen dominieren Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlaganfall die Rangliste. Brust- und Lungenkrebs sind die häufigsten Todesursachen in der Gruppe der Krebserkrankungen. Die häufigste Todesursache bei den Männern in Nordrhein-Westfalen ist Lungenkrebs. Danach folgen Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei Männern ist der Anteil der drei häufigsten Todesursachen annähernd gleich verteilt, wodurch es in den vergangenen Jahren eine Abwechslung in der Rangfolge gab. Bei den Frauen ist die Anordnung der ersten drei Ränge seit 2004 gleichbleibend.

Häufigste Todesursachen

Frauen		
ICD-10, Erkrankungsgruppen	Rang	Anteil (%)
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	1	8,6
I50 Herzinsuffizienz	2	8,2
I21 Akuter Myokardinfarkt	3	6,6
I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	4	4,1
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	5	3,9
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	6	3,6
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	7	2,7
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	8	2,5
I70 Atherosklerose	9	2,4
C18 Bösartige Neubildung des Dickdarmes	10	2,4
Summe (%) der 10 häufigsten Todesursachen		45,1

Männer		
ICD-10, Erkrankungsgruppen	Rang	Anteil (%)
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	1	8,3
I21 Akuter Myokardinfarkt	2	8,2
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	3	8,0
I50 Herzinsuffizienz	4	5,0
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	5	4,0
R99 Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichneten Todesursachen	6	3,4
C61 Bösartige Neubildung der Prostata	7	2,9
I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	8	2,5
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	9	2,5
C18 Bösartige Neubildung des Dickdarmes	10	2,2
Summe (%) der 10 häufigsten Todesursachen		47,0

Tabelle 1 | Rangliste der häufigsten Todesursachen nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2007, gbe-bund, LIGA.NRW

Vermeidbare Sterblichkeit in Nordrhein-Westfalen

Einige Todesursachen (z. B. an Brust- und Lungenkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) gelten unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen als vollständig oder zum Teil vermeidbar für die jeweilige Altersgruppe [Nolte, E 2004]. Das Auftreten dieser Sterbefälle wird zur Beobachtung der Qualität und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung und der Präventionspolitik eingesetzt.

Abbildung 5 zeigt die Verteilung einer Auswahl von vermeidbaren Sterbefällen. Es ist auffällig, dass in allen dargestellten Erkrankungsgruppen, außer Brustkrebs, Männer weitaus häufiger betroffen sind als Frauen (ausführlichere Informationen in NRW – kurz und informativ „Vermeidbare Sterbefälle“, Juli 2008). Das größte Präventionspotential bieten Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Luftröhren-, Bronchial- und Lungenkrebs sowie Krankheiten der Leber; Letzteren kann durch verminderten Alkoholkonsum vorgebeugt werden. Bei den Frauen ist Brustkrebs die häufigste Ursache unter den als vermeidbar geltenden Sterbefällen.

Eine entsprechende Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen sowie eine geschlechtsspezifische Kommunikation von Risikofaktoren, Frühwarnzeichen und Symptomen könnten einem Teil der als vermeidbar geltenden Sterbefälle vorbeugen.

Vermeidbare Sterblichkeit



Abbildung 5 | Vermeidbare Sterblichkeit (altersstandardisiert) für ausgewählte Diagnosen und Altersgruppen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2006, IT.NRW, Indikator 3.13, LIGA.NRW

Die häufigsten Krankheitsursachen in Nordrhein-Westfalen

Die zehn häufigsten Diagnosen, die von nordrhein-westfälischen Allgemeinmedizinern gestellt werden, beziehen sich überwiegend auf Erkrankungen mit chronischem Verlauf oder auf Risikofaktoren für Herz-Kreislauf- und andere Erkrankungen. Insbesondere Bluthochdruck und Störungen im Fettstoffwechsel sind bekannte Risikofaktoren für Herzinfarkt und Schlaganfall (vgl. Abbildung 6). Unterschiede der Diagnosehäufigkeiten zwischen Männern und Frauen gibt es insbesondere bei Störungen des Fettstoffwechsels, der chronisch ischämischen Herzkrankheit – einer Durchblutungsstörung des Herzens, Typ-2-Diabetes sowie Krankheiten der Leber und Störungen im Purin- und Pyrimidinstoffwechsel, welche zu Gicht führen können. Diese Erkrankungen kommen bei Männern häufiger vor als bei Frauen. Bei den Frauen werden Veränderungen der Schilddrüse (Struma, Kropf) deutlich häufiger als bei Männern diagnostiziert.

Die häufigsten Diagnosen in allgemeinmedizinischen Praxen

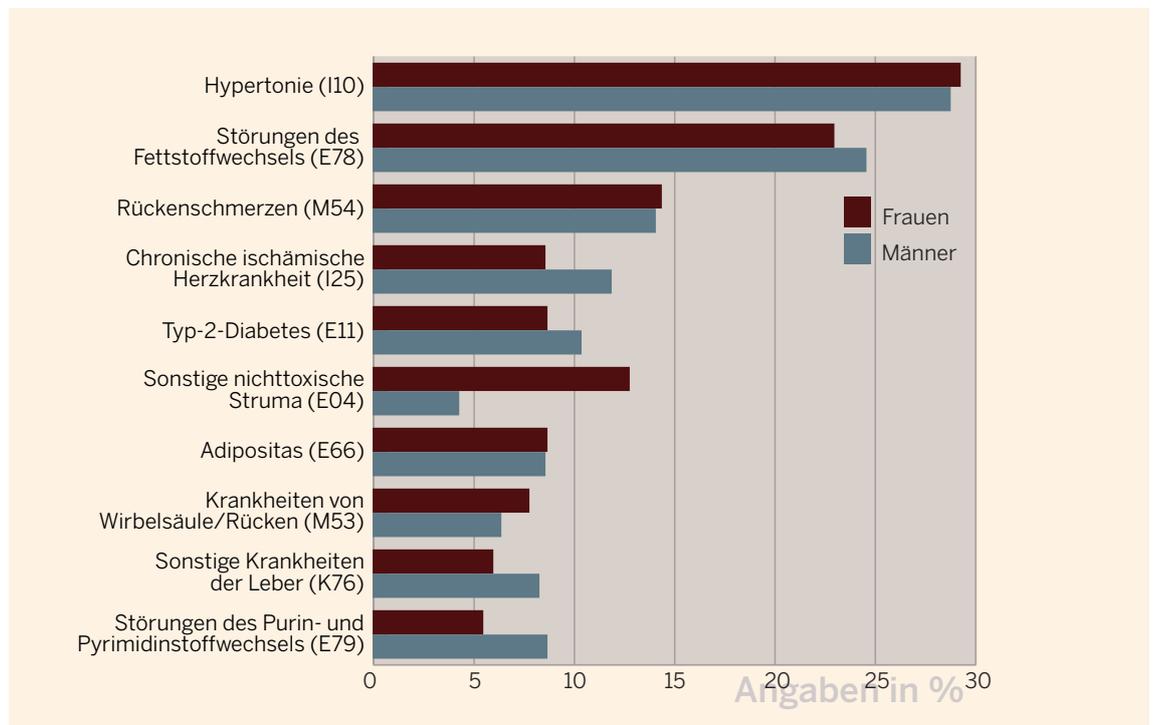


Abbildung 6 | Die häufigsten Diagnosen (ICD-10-Kodierungen) in Prozent in der allgemeinärztlichen Praxis nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2006, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Indikator 3.19, LIGA.NRW

Neben den Diagnosen in allgemeinmedizinischen Praxen gibt die Entwicklung der beruflichen Fehlzeiten und der Frühverrentungen einen Hinweis auf die Krankheitslast der berufstätigen, pflichtversicherten Bevölkerung. Der Indikatorenatz Nordrhein-Westfalens beinhaltet Daten der freiwillig versicherten und der pflichtversicherten BKK-Mitglieder. Der Anteil an BKK-Versicherten in Nordrhein-Westfalen macht etwa 25 % aller gesetzlichen Versicherten aus. Abweichungen zu den Daten aller gesetzlich Versicherten können auftreten, generell werden die Daten allerdings als valide eingeschätzt.

Im Jahr 2006 nehmen die Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) in Nordrhein-Westfalen wie auch im gesamten Bundesgebiet unter den gesetzlich versicherten Beschäftigten ab. Während 2002 in Nordrhein-Westfalen noch etwa 100.000 AU-Fälle je 100.000 BKK-Mitglieder verzeichnet wurden, sind es 2006 noch etwa 90.000. Dies sollte jedoch nicht allein als Indikator für eine gesünder werdende Bevölkerung interpretiert werden, vielmehr spielt bei der Abnahme der AU-Fälle auch die immer größer werdende Sorge um den Arbeitsplatz eine Rolle.

Den größten Anteil an AU-Tagen machen 2006 unter den BKK-Versicherten in Nordrhein-Westfalen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (28,4 %, ICD-10: M00-M99) aus, gefolgt von Verletzungen und Vergiftungen (14,1 %, ICD-10: S00-T98), Erkrankungen des Atmungssystems (13,6 %, ICD-10: J00-J99) und psychischen und Verhaltensstörungen (10,5 %, ICD-10: F00-F99). Dabei ist der Anteil an AU-Tagen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen im Zeitverlauf von 7,4 % (2001) auf 10,5 % (2006) in Nordrhein-Westfalen wie auch im gesamten Bundesgebiet (2001: 7,6 %; 2006: 9,8 %) deutlich angestiegen.

Wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wurden 2006 in Nordrhein-Westfalen insgesamt 31.290 Menschen vorzeitig verrentet; 34,2 % davon aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen. An zweiter Stelle folgen mit großem Abstand Verrentungen wegen Muskel- und Skeletterkrankungen (16,0 %). Auf den Plätzen 3 bis 5 folgen Krebserkrankungen (13,6 %), Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (10,4 %) und Krankheiten des Nervensystems (6,8 %). Eine detaillierte Berichterstattung zu Frühberentungen ist in dem Kurzbericht „NRW – kurz und informativ“ zu Veränderungen im Morbiditätsprofil bei Frühberentungen in NRW nachzulesen.

Kernaussagen

Häufigste Todesursachen – vermeidbare Sterblichkeit – häufigste Krankheitsursachen

- Die zehn häufigsten Todesursachen machen bei Männern wie Frauen in Nordrhein-Westfalen 2007 knapp die Hälfte aller Todesursachen aus.
- Bei den Frauen dominieren Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Brustkrebs die Rangliste der Todesursachen. Bei den Männern liegt an erster Stelle Lungenkrebs gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Auf eine Frau versterben 1,77 Männer vor dem 65. Lebensjahr.
- Mit Ausnahme des Brustkrebses versterben Männer in Nordrhein-Westfalen häufiger als Frauen an vermeidbaren Todesursachen. Großes Präventionspotential bieten Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Lungenkrebs.
- Chronische Erkrankungen sowie Risikofaktoren für Herz-Kreislauf- und andere Erkrankungen werden von nordrhein-westfälischen Allgemeinmediziner am häufigsten diagnostiziert.
- Arbeitsunfähigkeitstage fallen bei der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens überwiegend aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen an. Der Anteil an Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Frühverrentungen erfolgen mit Abstand am häufigsten wegen psychischer und Verhaltensstörungen.

Krankheiten des Kreislaufsystems

Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu reduzieren ist eins der krankheitsbezogenen Gesundheitsziele in Nordrhein-Westfalen. Um dies zu erreichen, soll die Prävention ausgebaut und die Früherkennung verbessert werden. Darüber hinaus soll die Logistik bei akuten Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie die Diagnostik und Therapie verbessert und Rehabilitationschancen verstärkt genutzt werden [MGSFF 2005].

Todesfälle aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems gehören mit Abstand zu den häufigsten Todesursachen in Nordrhein-Westfalen und bundesweit. In 2007 sind in Nordrhein-Westfalen 78.947 Personen an Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10: I00-I99) verstorben, davon 43% Männer. Der Anteil an Todesfällen aus diesem Erkrankungsbereich ist in Nordrhein-Westfalen, aber auch im Bundesdurchschnitt in den letzten zehn Jahren deutlich zurückgegangen (vgl. Abbildung 7). Der Anteil an Todesfällen liegt bei Männern wie Frauen mit 286,2 bzw. 196,1 Todesfällen je 100.000 Einwohnern in Nordrhein-Westfalen 2007 knapp über dem Bundesdurchschnitt (276,7 bzw. 191,5 Todesfälle je 100.000 Einwohner).

Sterblichkeit Kreislaufsystem: Frauen

Sterblichkeit Kreislaufsystem: Männer

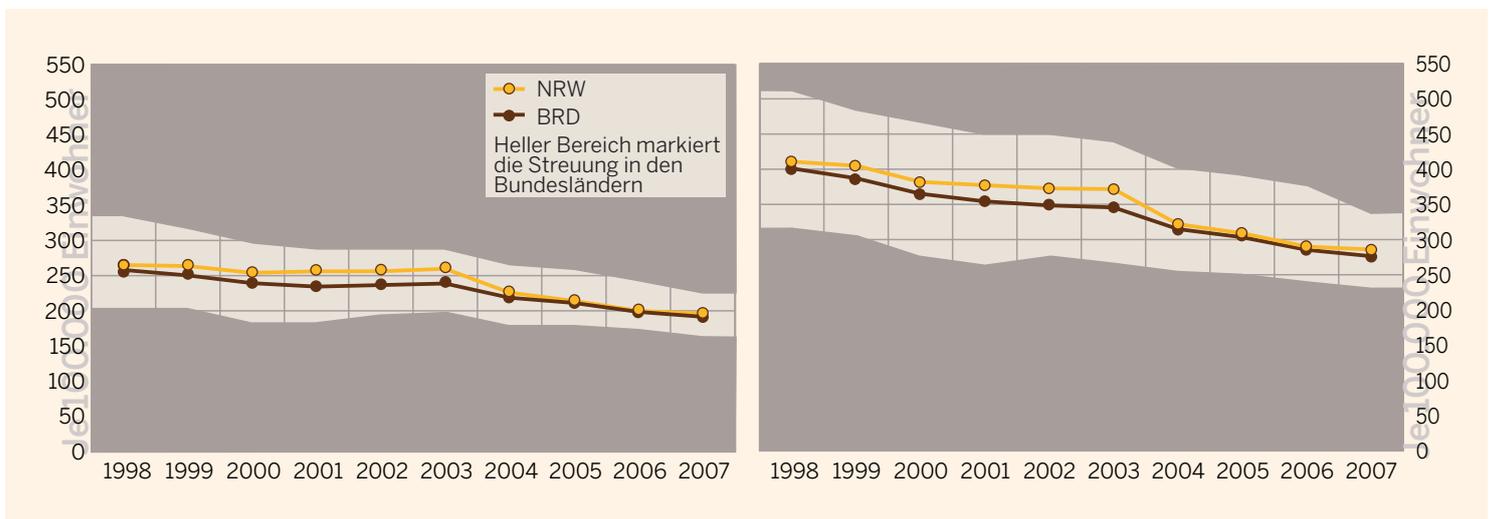


Abbildung 7 | Weibliche und männliche Sterblichkeitsraten (altersstandardisiert) an Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10: I00-I99) je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen und bundesweit , gbe-bund, LIGA.NRW

Gut die Hälfte der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind Durchblutungsstörungen des Herzens – der sogenannten ischämischen Herzkrankheit (u. a. Herzinfarkt (ICD-10: I20-I25)) oder Durchblutungsstörungen von Hirnregionen – sogenannten zerebrovaskulären Erkrankungen (u. a. Schlaganfall (ICD-10: I60-I69)) zuzuordnen. Wie Abbildung 8 zeigt hat die Sterblichkeit an diesen Erkrankungen im Laufe der Jahre ebenfalls abgenommen. Auch hier sind Männer, insbesondere bei Erkrankungen aus der Gruppe der ischämischen Herzkrankheit, weitaus häufiger betroffen als Frauen.

Eine entsprechende Verteilung zeigt sich auch bei den Todesfällen vor vollendetem 65. Lebensjahr. Die ischämische Herzkrankheit und darunter der akute Herzinfarkt sind Todesursachen, an denen Männer unter 65 Jahren etwa dreimal häufiger versterben als Frauen.

Ischämische Herzkrankheit Sterblichkeit

Zerebrovaskuläre Krankheiten Sterblichkeit

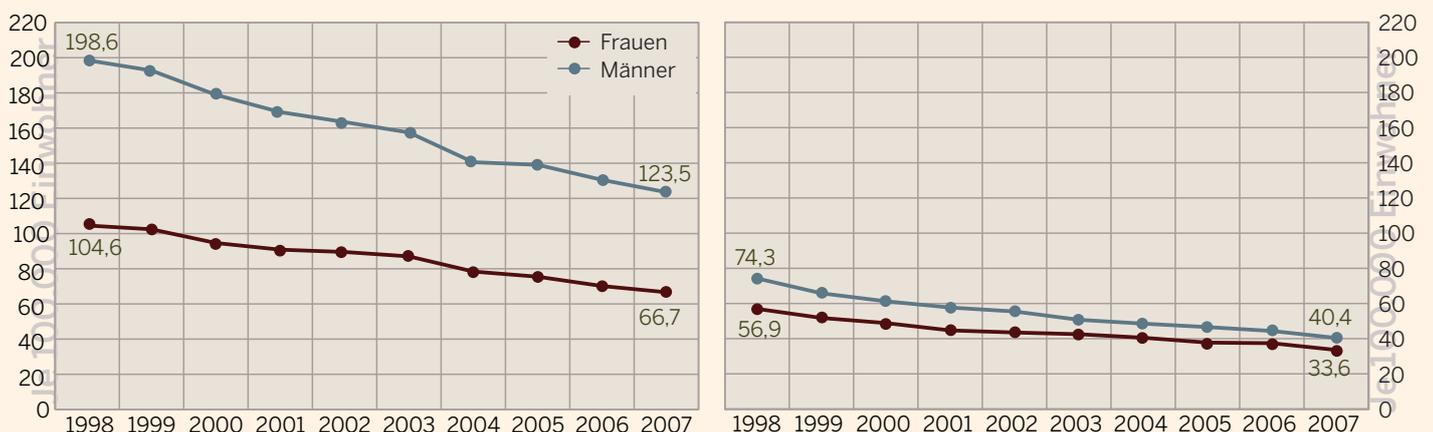


Abbildung 8 | Sterblichkeitsraten (altersstandardisiert) an ischämischer Herzkrankheit (ICD-10: I20-I25) und zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD-10: I60-I69) je 100.000 Einwohner nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, IT.NRW, GBE-Stat 2008, LIGA.NRW

Insgesamt wurden 2006 in Nordrhein-Westfalen 613.643 Menschen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen stationär ins Krankenhaus eingewiesen. Darunter befinden sich 184.822 Einweisungen aufgrund von Durchblutungsstörungen des Herzens (ischämische Herzkrankheit (ICD-10: I20-I25)) und 73.341 Einweisungen aufgrund von zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD-10: I60-I69).

Männer werden annähernd doppelt so häufig wie Frauen aufgrund ischämischer Herzkrankheit stationär eingewiesen (Männer: 1.065,69/100.000 Einwohner, Frauen: 427,02/100.000 Einwohner (alterstandardisiert)). Stationäre Einweisungen aufgrund zerebrovaskulärer Erkrankungen sind ebenfalls bei Männern etwas häufiger als bei Frauen (Männer: 308,61/100.000 Einwohner; Frauen: 216,18/100.000 Einwohner (alterstandardisiert)).

Menschen, die aufgrund zerebrovaskulärer Erkrankungen ins Krankenhaus eingewiesen werden, sind älter als solche, die aufgrund der ischämischen Herzkrankheit im Krankenhaus aufgenommen werden (vgl. Abbildung 9). Der Anteil der über 75-Jährigen mit der Krankenhausdiagnose ischämische Herzkrankheit liegt bei 13,6%, der Anteil an über 75-Jährigen mit der Diagnose zerebrovaskuläre Erkrankungen beträgt 34,1%. In beiden Erkrankungsgruppen zeigt sich, dass Männer früher betroffen sind als Frauen.

Ischämische Herzkrankheit
Krankenhauseinweisungen

Zerebrovaskuläre Erkrankungen
Krankenhauseinweisungen

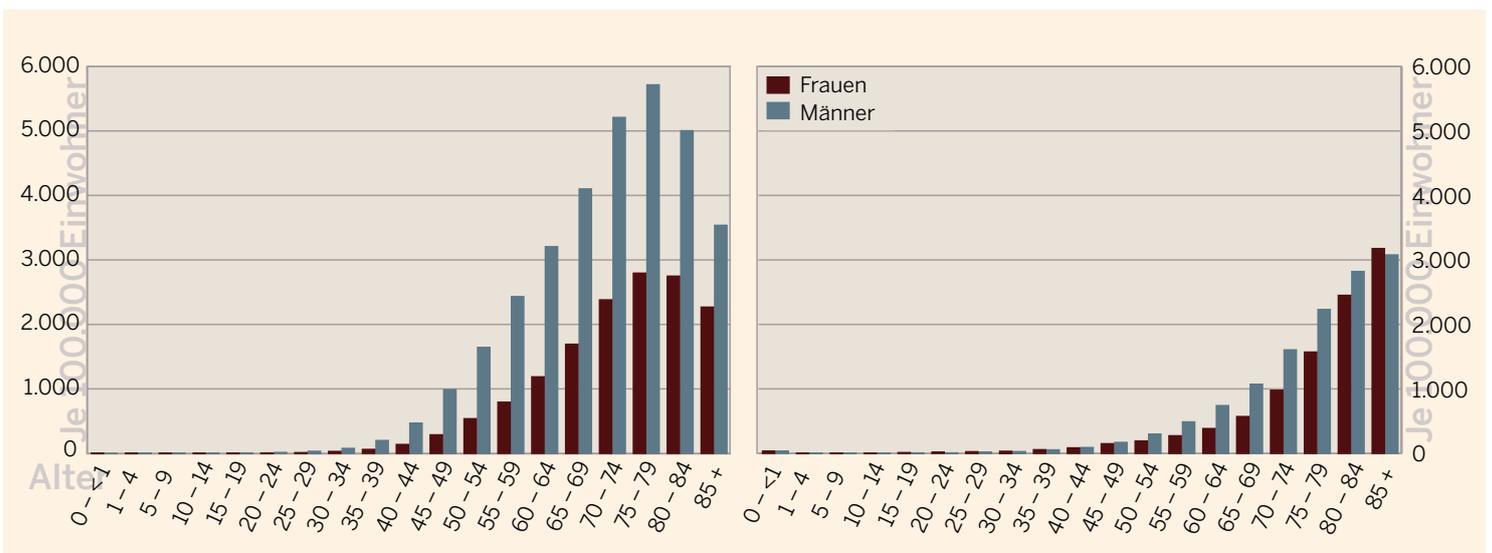


Abbildung 9 | Krankenhauseinweisungen aufgrund ischämischer Herzkrankheit (ICD-10: I20-I25) und zerebrovaskulärer Erkrankungen (ICD-10: I60-I69) je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2006, IT.NRW, GBE-Stat 2008, LIGA.NRW

Krankheitskosten – Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen machen mit etwa 14,9% den größten Anteil der gesamten direkten Krankheitskosten aus. Insgesamt wurden 2006 in Nordrhein-Westfalen etwa 7,7 Milliarden Euro für diese Erkrankungsgruppe an medizinischen Heilbehandlungen, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen aufgewendet. Darunter fielen für die ischämische Herzkrankheit (ICD-10: I20-I25) 1,4 Milliarden Euro an und für zerebrovaskuläre Erkrankungen 1,8 Milliarden Euro. Die Kosten für diese Erkrankungen steigen in der Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen stark an und verdoppeln sich nochmals in der Altersgruppe der 65- bis 85-Jährigen. Mit Ausnahme der zerebrovaskulären Erkrankungen ist der Anteil an Krankheitskosten bei Männern in dieser Erkrankungsgruppe höher als der bei Frauen.

Während Herz-Kreislauf-Erkrankungen den größten Anteil an direkten Krankheitskosten verursachen, liegen sie bei dem Vergleich der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre auf Rang 5 der Haupterkrankungsgruppen, da der Großteil der Erkrankungen ab einem Alter von 65 Jahren und somit nach der Erwerbstätigkeit auftritt. Schätzungsweise wurden 2006 in Nordrhein-Westfalen 81.701 Erwerbstätigkeitsjahre durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verloren. Diese kamen schwerpunktmäßig durch vorzeitige Sterblichkeit und Invalidität der Männer an diesen Erkrankungen, insbesondere der ischämischen Herzkrankheit, zustande.

Kernaussagen Krankheiten des Kreislaufsystems

- Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben in den letzten zehn Jahren abgenommen und liegen bei Männern wie Frauen in Nordrhein-Westfalen 2007 knapp über dem Bundesdurchschnitt.
- Etwa die Hälfte der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind der ischämischen Herzkrankheit oder zerebrovaskulären Erkrankungen zuzuschreiben.
- Vor dem 65. Lebensjahr versterben auf eine Frau etwa drei Männer aufgrund von ischämischer Herzkrankheit.
- Männer werden 2006 in Nordrhein-Westfalen doppelt so häufig aufgrund von ischämischer Herzkrankheit stationär eingewiesen wie Frauen.
- Stationäre Einweisungen aufgrund von zerebrovaskulären Erkrankungen sind seltener als Einweisungen aufgrund ischämischer Herzkrankheit, auch hier sind Männer etwas häufiger betroffen.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen machen den größten Teil der direkten Krankheitskosten aus, aufgrund des vermehrten Auftretens im höheren Lebensalter verursachen diese Erkrankungen allerdings nicht die meisten verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre. Hier rangieren Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf Rang 5.

Krebserkrankungen

Neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen dominieren Krebserkrankungen die Rangliste der Todesursachen. 2007 ist Lungenkrebs die häufigste Todesursache der Männer in Nordrhein-Westfalen. Die Bekämpfung von Krebserkrankungen gehört zu den krankheitsbezogenen Gesundheitszielen in Nordrhein-Westfalen. Als Teilziele soll die Krebsbekämpfung intensiviert werden, die Krebsepidemiologie im Rahmen des epidemiologischen Krebsregisters flächendeckend ausgebaut sowie Prävention, Früherkennung und psychosoziale Beratung intensiviert werden [MGSFF 2005].

In Nordrhein-Westfalen sind 2007 insgesamt 22.480 Frauen und 25.422 Männer an Krebs (ICD-10: C00-C97) verstorben. Die Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen liegt in Nordrhein-Westfalen mit 167,8 Todesfällen je 100.000 Einwohnern leicht über dem Bundesdurchschnitt (162,1 Todesfälle je 100.000 Einwohner; vgl. Abbildung 10). Wie die allgemeine Sterblichkeit in Deutschland ist auch die Sterberate aufgrund von Krebserkrankungen im gesamten Bundesgebiet in den Jahren 1998 bis 2007 zurückgegangen, was unter anderem auf bessere Früherkennungs- sowie Diagnose- und Therapiemöglichkeiten zurückzuführen ist. Im Jahr 1998 lag die Sterblichkeit aufgrund bösartiger Neubildungen im gesamten Bundesgebiet bei 189,0 Sterbefällen je 100.000 Einwohner. Im Zeitverlauf bis zum Jahr 2007 hat die Sterblichkeit abgenommen und lag bei 162,1 Sterbefällen je 100.000 Einwohner. Auch in Nordrhein-Westfalen konnte ein Rückgang der Sterberate aufgrund bösartiger Neubildungen in den Jahren 1998 bis 2007 festgestellt werden (vgl. Abbildung 10).

Insgesamt wurden 2006 337.618 Personen aufgrund von Krebserkrankungen (ICD-10: C00-C97) stationär eingewiesen. Männer werden häufiger als Frauen aufgrund von Krebserkrankungen stationär behandelt (Männer: 1.624,9/100.000 Einwohner, Frauen: 1.230,0/100.000 Einwohner (altersstandardisiert)).

Bösartige Neubildungen Sterblichkeit

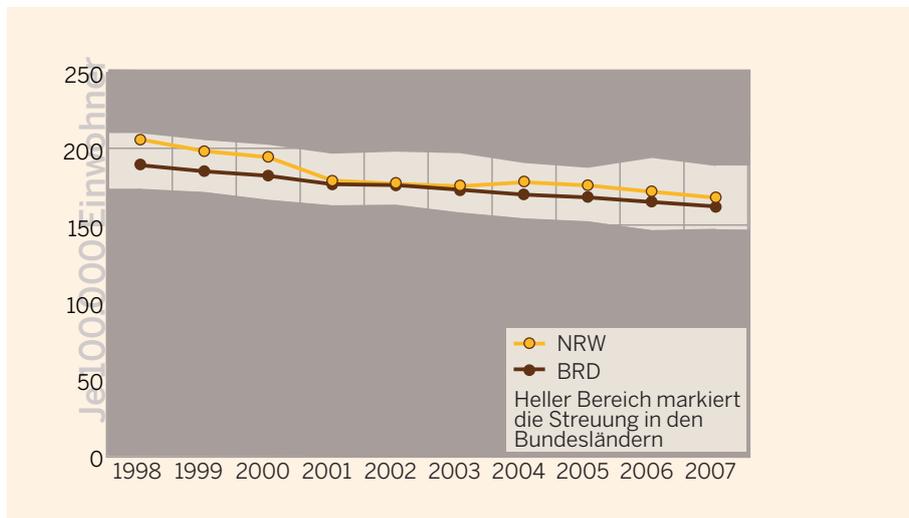


Abbildung 10 | Sterblichkeitsraten (altersstandardisiert) an bösartigen Neubildungen (ICD-10: C00-C97) je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen und bundesweit, gbe-bund, LIGA.NRW

Die stationäre Behandlungshäufigkeit bösartiger Neubildungen nimmt ebenso wie die Mortalität mit dem Alter zu (vgl. Abbildungen 11 und 12). Zwischen 35 und 54 Jahren sind Frauen häufiger aufgrund bösartiger Neubildungen im Krankenhaus als Männer. Die annähernd vergleichbar hohe Sterblichkeit der Frauen an bösartigen Neubildungen im mittleren Alter um 45 Jahre sowie der höhere Anteil an stationären Behandlungen in dieser Altersgruppe sind durch das frühe Auftreten von Brustkrebsfällen zu erklären. Ansonsten ist die Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit an Krebserkrankungen bei Männern durchgängig höher als bei den Frauen.

Bösartige Neubildungen Sterblichkeit

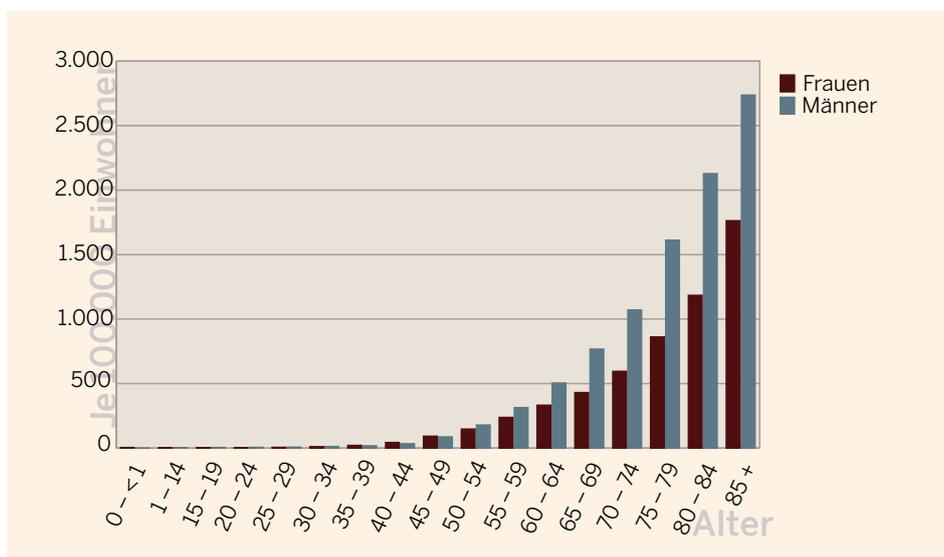


Abbildung 11 | Sterblichkeitsrate an bösartigen Neubildungen (ICD-10: C00-C97) je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2007, IT.NRW, GBE-Stat 2008, LIGA.NRW

Bösartige Neubildungen Krankenhausdiagnose

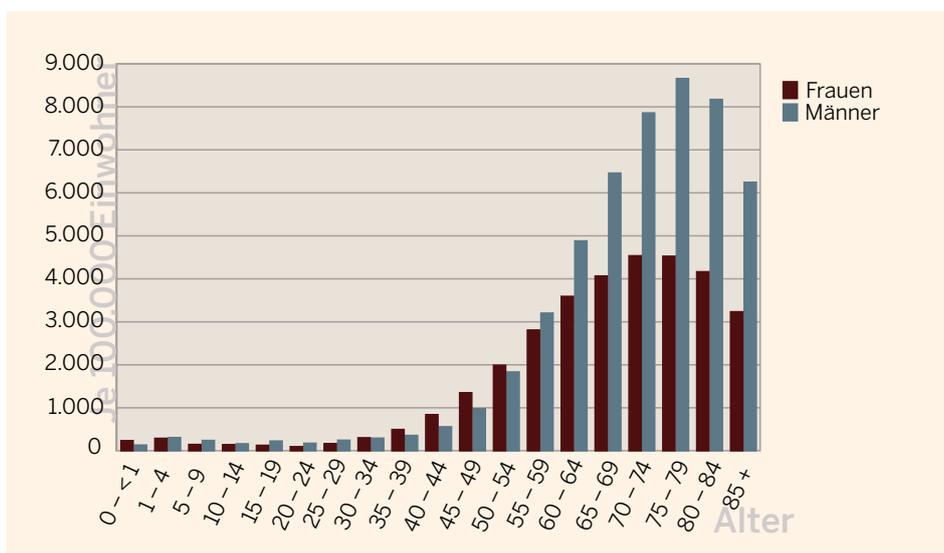


Abbildung 12 | Krankenhausdiagnosen bösartiger Neubildungen (ICD-10: C00-C97) je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2006, IT.NRW, GBE-Stat 2008, LIGA.NRW

Krankheitskosten – Krebserkrankungen

Die direkten Krankheitskosten durch Krebserkrankungen machten etwa 6,2 % der gesamten direkten Krankheitskosten aus und bilden den viertgrößten Posten der direkten Krankheitskosten. Insgesamt wurden 2006 in Nordrhein-Westfalen schätzungsweise 3,2 Milliarden Euro für diese Erkrankungsgruppe an medizinischen Heilbehandlungen, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen aufgewendet. Die Kosten für diese Erkrankungen sind in der zweiten Lebenshälfte ab einem Alter von 45 Jahren am höchsten. Der Anteil an Krankheitskosten bei Männern in dieser Erkrankungsgruppe ist etwas höher (7,9 %) als der der Frauen (6,8 %).

Schätzungsweise wurden 2006 in Nordrhein-Westfalen 99.443 Erwerbstätigkeitsjahre durch Krebserkrankungen verloren. Diese kamen schwerpunktmäßig durch vorzeitige Sterblichkeit und Invalidität zustande.

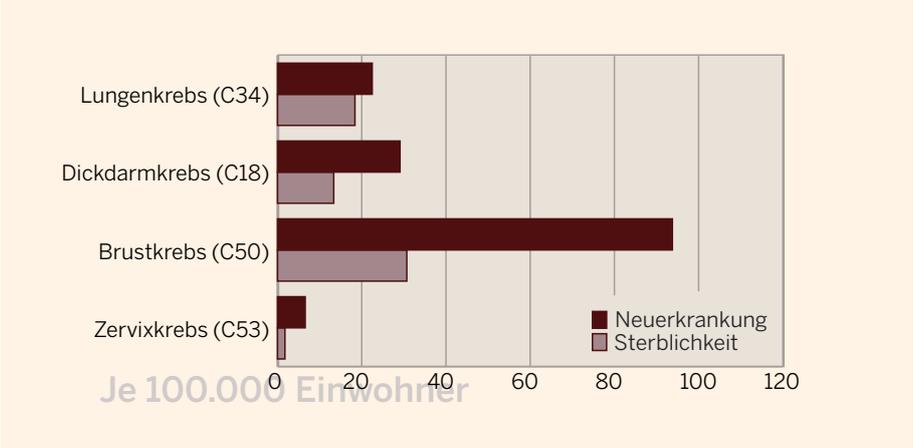
Verschiedene Krebsarten im Bundesvergleich

Lungenkrebs (ICD-10: C34) ist mit 10.822 Verstorbenen 2007 in Nordrhein-Westfalen (60,1/100.000 Einwohner) die häufigste Krebstodesursache. Dickdarmkrebs (ICD-10: C18) folgt mit 4.252 Todesfällen (23,6/100.000 Einwohner) an zweiter Stelle und auf Rang 3 rangiert Brustkrebs (ICD-10: C50) mit 3.843 Todesfällen (21,3/100.000 Einwohner). Todesfälle aufgrund von Prostatakrebs (ICD-10: C61) befinden sich an sechster Stelle der Krebstodesursachen in Nordrhein-Westfalen (2.546 Fälle, 14,1/100.000 Einwohner) und Gebärmutterhalskrebs (ICD-10: C53) rangiert auf Platz 28 (255 Verstorbene, 1,4/100.000 Einwohner).

Ein Vergleich der Sterblichkeit und der Neuerkrankungen ist zurzeit in Nordrhein-Westfalen nur für den Regierungsbezirk Münster, der Modellregion des Krebsregisters NRW, möglich. Wie Abbildung 13 zeigt, dominieren bei Frauen unter den ausgewählten Krebsarten Neuerkrankungen an Brustkrebs und bei den Männern Neuerkrankungen an Prostatakrebs. Der geringste Unterschied zwischen dem Anteil an Neuerkrankungen und der Sterblichkeit der jeweiligen Krebserkrankung ist bei Frauen und Männern für Lungenkrebs zu beobachten. Dies spiegelt die „Gefährlichkeit“ oder Letalität dieser Erkrankung wider.

Aufgrund der in den letzten Jahren verstärkt angebotenen Screening- und Früherkennungsuntersuchungen (Mammografie-Screening, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen) sowie der eingeführten und empfohlenen Präventionsmöglichkeiten (Nichtraucherschutzgesetz, HPV-Impfung) ist das Monitoring und die Entwicklung der Neuerkrankungen an diesen Krebsarten besonders interessant.

Bösartige Neubildungen: Frauen
Neuerkrankungen und Sterblichkeit



Bösartige Neubildungen: Männer
Neuerkrankungen und Sterblichkeit

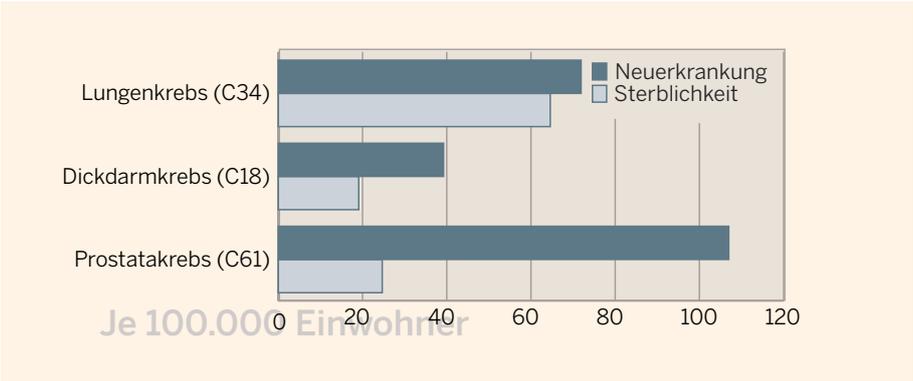


Abbildung 13 | Sterblichkeitsraten und Neuerkrankungen (altersstandardisiert) an ausgewählten Krebserkrankungen je 100.000 Einwohner im Regierungsbezirk Münster 2004, Krebsregister NRW, LIGA.NRW

Lungenkrebs (ICD-10: C33-C34)

Insgesamt versterben 2007 in Nordrhein-Westfalen etwa zweimal mehr Männer als Frauen an Lungenkrebs. Todesfälle aufgrund von Lungenkrebs kommen in Nordrhein-Westfalen häufiger vor als im Bundesdurchschnitt (vgl. Abbildung 14). Sowohl im Bundesdurchschnitt als auch in Nordrhein-Westfalen ist seit 1998 ein leichter Anstieg der Sterblichkeitsrate bei den Frauen zu beobachten, während sie bei den Männern sinkt (vgl. Abbildung 14). Diese Entwicklung kann unter anderem auf den vermehrten Zigarettenkonsum von Frauen, dem stärksten Risikofaktor für Lungenkrebs, zurückgeführt werden [RKI 2006].

Zur Beurteilung der Inzidenz oder dem Anteil an Neuerkrankungen an verschiedenen bösartigen Neubildungen liefert das epidemiologische Krebsregister NRW Daten für den Regierungsbezirk Münster, welche einen ungefähren Schätzwert für die Inzidenz in Nordrhein-Westfalen darstellen. Die altersstandardisierte Inzidenz an Lungenkrebs liegt bei den Männern des Regierungsbezirks Münster 2004 bei 71,9/100.000 Einwohner und bei den Frauen bei 22,5/100.000 Einwohner.

Lungenkrebs: Frauen Sterblichkeit

Lungenkrebs: Männer Sterblichkeit

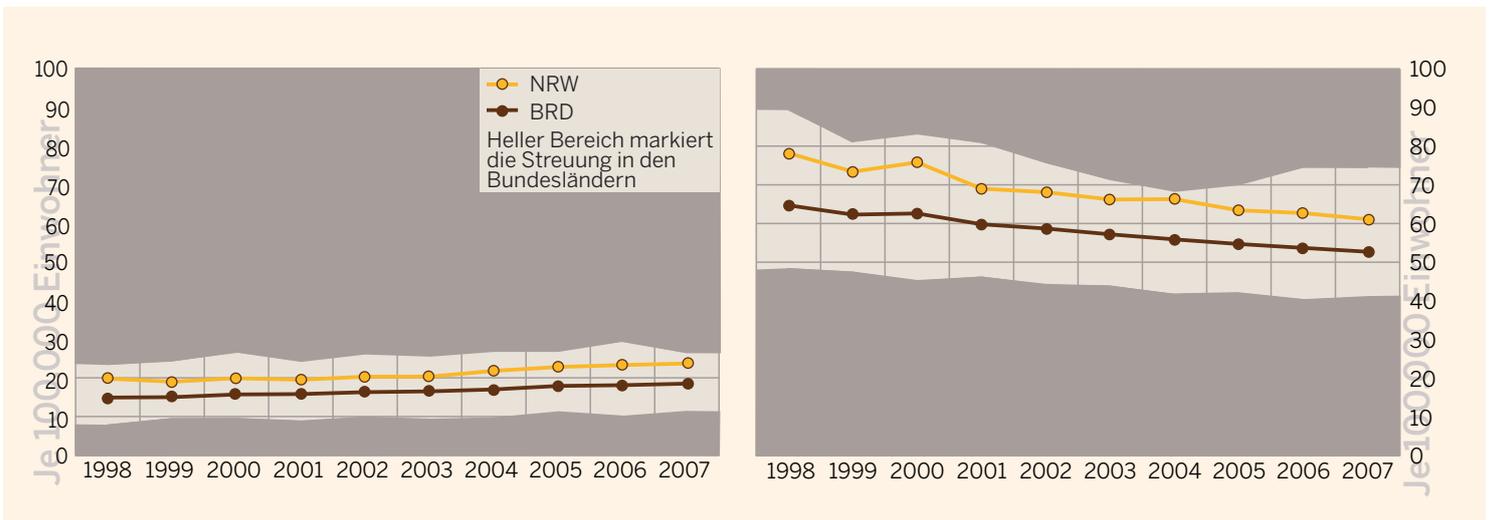


Abbildung 14 | Sterblichkeitsraten (altersstandardisiert) an Lungenkrebs (ICD-10: C33-C34) je 100.000 Einwohner nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen und bundesweit, gbe-bund, LIGA.NRW

Dickdarmkrebs (ICD-10: C18)

Todesfälle aufgrund von Dickdarmkrebs liegen bei Männern wie Frauen in Nordrhein-Westfalen leicht über dem Bundesdurchschnitt. Insgesamt ist die Sterblichkeit an Dickdarmkrebs in den vergangenen zehn Jahren gesunken, Männer sind 2007 mit 16,1/100.000 Einwohner häufiger an Dickdamkrebs verstorben als Frauen (11,8/100.000 Einwohner; vgl. Abbildung 15). Im Regierungsbezirk Münster gab es 2004 29,1 weibliche Neuerkrankungsfälle an Dickdarmkrebs je 100.000 Einwohner und 39,2 männliche Neuerkrankungsfälle je 100.000 Einwohner.

Dickdarmkrebs: Frauen Sterblichkeit

Dickdarmkrebs: Männer Sterblichkeit

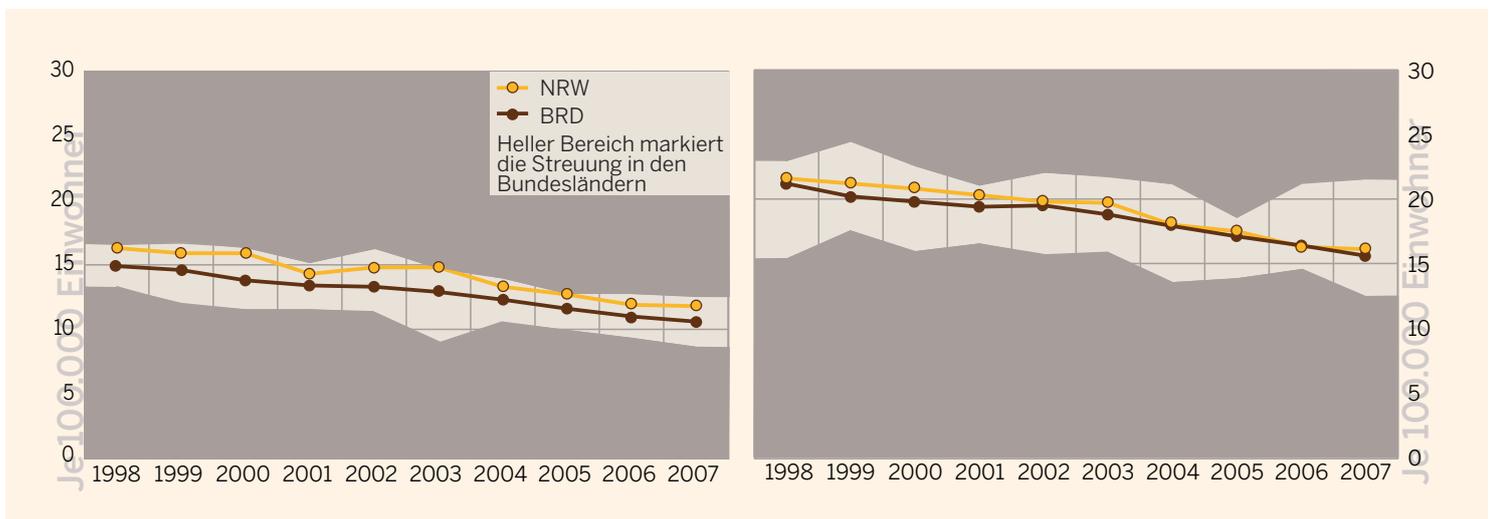


Abbildung 15 | Sterblichkeitsraten (altersstandardisiert) an Dickdarmkrebs (ICD-10: C18) je 100.000 Einwohner nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen und bundesweit, gbe-bund, LIGA.NRW

Brustkrebs (ICD-10: C50)

Die Sterberate aufgrund von Brustkrebs ist bundesweit zurückgegangen. Brustkrebs gehört bei den Frauen zu den häufigsten Krebstodesursachen in Nordrhein-Westfalen. In Deutschland lag die Mortalität von Brustkrebs 1998 bei 28,8 je 100.000 Einwohner und sank kontinuierlich im Verlauf der Jahre auf 24,3 je 100.000 Einwohner im Jahr 2007. In Nordrhein-Westfalen ist die Häufigkeit der Todesfälle aufgrund von Brustkrebs von 30,1 je 100.000 Einwohner auf 24,4 je 100.000 Einwohner im Jahr 2007 um ca. 20 % gesunken (vgl. Abbildung 16). Brustkrebs trifft Frauen bereits im mittleren Lebensalter gehäuft und tritt in der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen bereits mit einer Mortalitätsrate von über 20 je 100.000 Einwohner auf. Im Regierungsbezirk Münster gab es 2004 unter der weiblichen Bevölkerung 93,8 neue Erkrankungsfälle an Brustkrebs je 100.000 Einwohner.

Gebärmutterhalskrebs (ICD-10: C53)

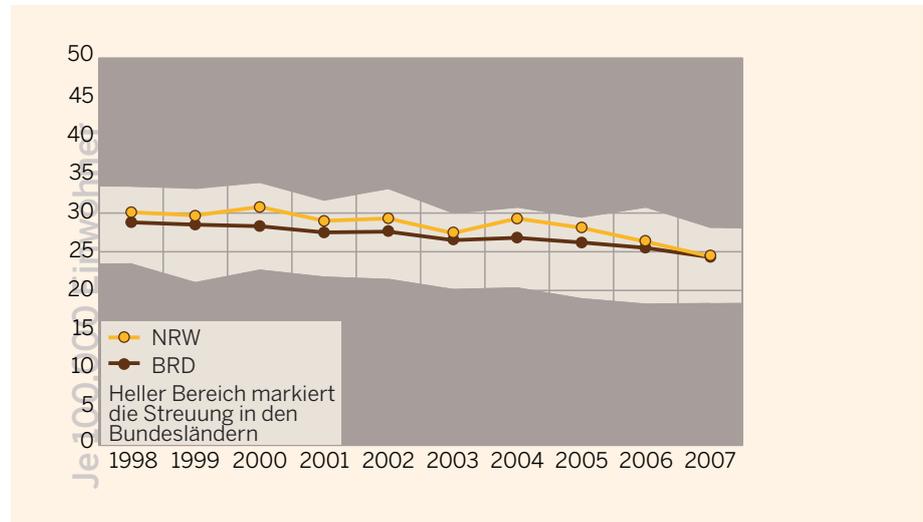
Die Sterbefälle von Frauen aufgrund von Gebärmutterhalskrebs sind in Deutschland und in Nordrhein-Westfalen leicht zurückgegangen. In Nordrhein-Westfalen lag die Anzahl der weiblichen Sterbefälle im Jahr 1998 bei 2,8 je 100.000 Einwohner und ging nach geringfügigen Anstiegen in den Jahren 1999 und 2000 auf 2,0 je 100.000 Einwohner im Jahr 2007 zurück. Damit liegt die weibliche Mortalitätsrate in Nordrhein-Westfalen unter dem Bundesdurchschnitt (vgl. Abbildung 17). Im Regierungsbezirk Münster gab es 2004 6,6 Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs je 100.000 Einwohner.

Prostatakrebs (ICD-10: C61)

Prostatakrebs nimmt in Nordrhein-Westfalen den sechsten Rang der häufigsten Krebstodesursachen bei Männern ein. Wie in Abbildung 18 zu sehen, ist die Sterblichkeit an Prostatakrebs in Nordrhein-Westfalen mit dem Bundesdurchschnitt vergleichbar (NRW 20,6/100.000 Einwohner, BRD 20,2/100.000 Einwohner). Von 1998 bis 2007 hat sich die Sterblichkeit in Nordrhein-Westfalen um etwa ein Drittel verringert. Im Regierungsbezirk Münster lag der Anteil an Neuerkrankungen an Prostatakrebs 2004 bei 107,0 je 100.000 Einwohner.

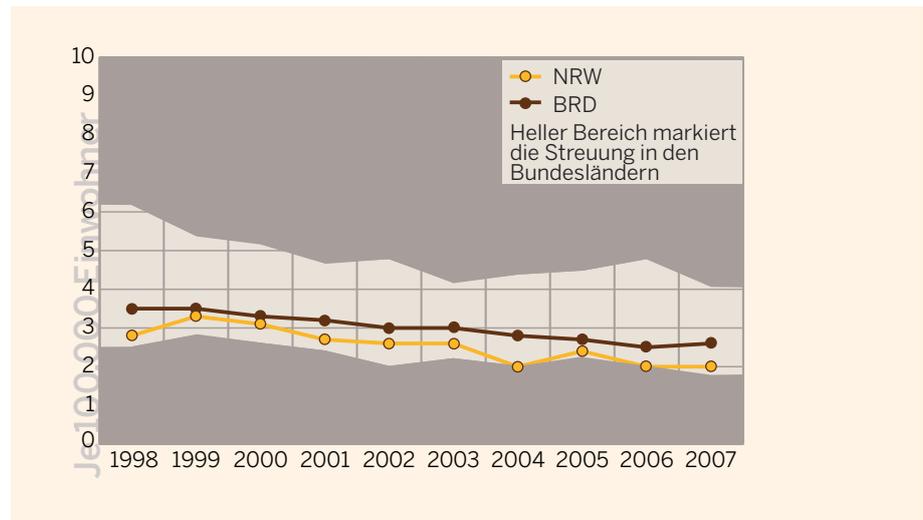
Brustkrebs Sterblichkeit

Abbildung 16 | Sterblichkeitsraten (altersstandardisiert) an Brustkrebs (ICD-10: C50) bei Frauen je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen und bundesweit, gbe-bund, LIGA.NRW



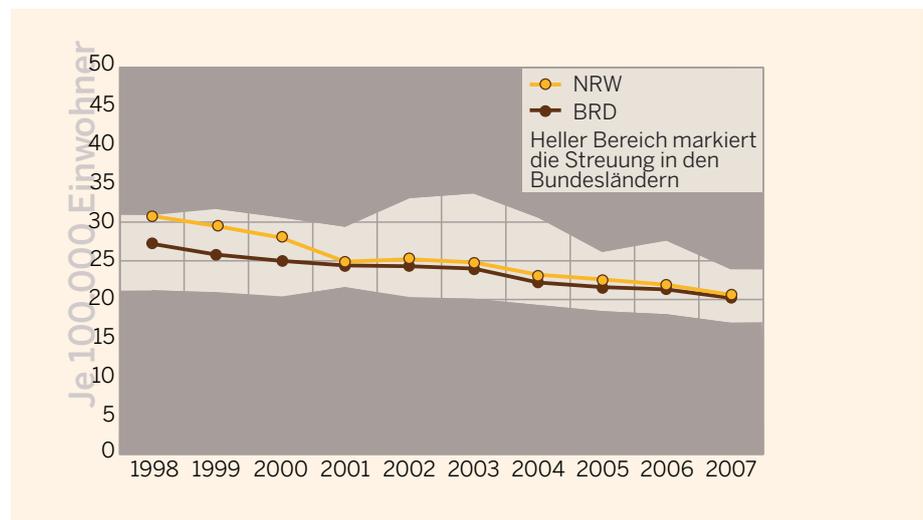
Gebärmutterhalskrebs Sterblichkeit

Abbildung 17 | Sterblichkeitsraten (altersstandardisiert) an Gebärmutterhalskrebs (ICD-10: C53) bei Frauen je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen und bundesweit, gbe-bund, LIGA.NRW



Prostatakrebs Sterblichkeit

Abbildung 18 | Sterblichkeitsraten (altersstandardisiert) an Prostatakrebs (ICD-10: C61) bei Männern je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen und bundesweit, gbe-bund, LIGA.NRW



Kernaussagen Krebserkrankungen

- Die Sterblichkeit an Krebserkrankungen ist in den vergangenen Jahren zurückgegangen. Die Sterberate an Krebserkrankungen liegt in Nordrhein-Westfalen 2007 leicht über dem Bundesdurchschnitt. Für Lungenkrebs ist der Abstand zwischen Bundesdurchschnitt und der Rate in Nordrhein-Westfalen am größten.
- Männer versterben häufiger als Frauen an Krebserkrankungen. Bei Männern dominiert Lungenkrebs als häufigste Krebstodesursache, bei den Frauen ist dies Brustkrebs.
- Bei Männern wird im Regierungsbezirk Münster 2004 am häufigsten Prostatakrebs neu diagnostiziert, gefolgt von Lungen- und Dickdarmkrebs. Bei den Frauen dominiert die Diagnose Brustkrebs vor Dickdarm- und Lungenkrebs.
- Bei den direkten Krankheitskosten belegen bösartige Neubildungen Rang 4, bezüglich der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren belegen sie den dritten Rang hinter Verletzungen und Vergiftungen und psychischen und Verhaltensstörungen.

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus, die sogenannte Zuckerkrankheit, ist eine der verbreitetsten Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen, die aufgrund des demografischen Wandels zukünftig an Bedeutung zunehmen wird. Durch nicht selten schwerwiegende Folgen wie Amputationen von Gliedmaßen, Herzinfarkt, Nierenversagen, Erblinden, Nervenleiden, Problemen während einer Schwangerschaft und vorzeitigen Tod sowie die Notwendigkeit einer jahrelangen Behandlung, verursacht Diabetes großes individuelles Leid und erhebliche gesellschaftliche Kosten. Es werden zwei Formen des Diabetes mellitus unterschieden. Beim Typ 1 des Diabetes (insulinabhängiger Diabetes) werden die Inselzellen in der Bauchspeicheldrüse durch einen immunologischen Prozess teilweise zerstört; dies hat einen Insulinmangel zur Folge. Typ-1-Diabetiker müssen lebenslang mit Insulin behandelt werden. Beim Diabetes vom Typ 2 (nicht insulinabhängiger Diabetes) sprechen die Körperzellen auf Insulin schlecht an, Aufnahme und Umsatz von Glukose (Zucker) sind verzögert. Der Typ 2 tritt vorwiegend im höheren Lebensalter auf und lässt sich durch Diät und Medikamente (Tabletten) behandeln. Die Erschöpfung der Inselzellen kann jedoch im weiteren Verlauf eine Insulinbehandlung erforderlich machen.

In allgemeinmedizinischen Praxen war Diabetes mellitus Typ 2 2007 die fünfthäufigste Behandlungsdiagnose, die 9,5% aller Behandlungsfälle ausmachte. Die Krankheitslast an Diabetes in einer Bevölkerung ist aufgrund des chronischen, eher ambulant zu behandelnden Verlaufs, anhand von Statistiken wie der Krankenhausdiagnosestatistik und Mortalitätsstatistik nur schwer einzuschätzen. Basierend auf verschiedenen Studien wurde in der Vergangenheit von einer Erkrankungshäufigkeit an Diabetes von etwa 5% in der deutschen Bevölkerung ausgegangen. Da diese Studien jedoch bereits 10 bis 15 Jahre alt sind, kann, aufgrund der Zunahme des Anteils älterer Menschen in Deutschland, von einer höheren Erkrankungshäufigkeit ausgegangen werden. Eine Studie, die über ein Jahr (1999–2000) die Behandlungshäufigkeit an Diabetes in Sachsen untersucht hat, geht von einer altersstandardisierten Diabetes-häufigkeit (Diabetesprävalenz) von 7,9 bis 9,2% in Deutschland aus. Während des Studienzeitraums wurde eine Neuerkrankungsrate von 0,3% festgestellt [Frese, T 2008]. Im Bericht der Deutschen Diabetes Union wird für das Jahr 2004 eine Erkrankungshäufigkeit von 7,6% beschrieben.

Datenquellen aus Nordrhein-Westfalen, wie die jährliche Bevölkerungsbefragung oder die ambulanten Behandlungsdiagnosen, lassen ebenfalls eine höhere Diabetesprävalenz in der Bevölkerung vermuten (vgl. Tabelle 2). Dabei zeigen insbesondere die Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen eine höhere ambulante Behandlungsprävalenz an Diabetes mellitus von 8,3% im Jahr 2006. Die Daten der Bevölkerungsbefragung NRW, in der die Frage gestellt wurde, ob jemals durch einen Arzt eine Zuckerkrankheit oder ein Diabetes festgestellt wurde, rangieren niedriger. Dies mag zum einen daran liegen, dass die Befragten sich ihres Diabetes nicht bewusst sind und zum anderen der Anteil älterer Befragter in der Stichprobe unterrepräsentiert ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass knapp 2 Millionen gesetzlich versicherte Bürger in Nordrhein-Westfalen aufgrund ihres Diabetes 2006 behandelt wurden.

Abbildung 19 zeigt die ambulante Behandlungshäufigkeit an Diabetes Typ 1 und Typ 2 der Männer und Frauen in Nordrhein-Westfalen nach Altersgruppen. Es wird deutlich, dass Diabetes Typ 1 in den jungen, aber auch in den alten Lebensjahren diagnostiziert wird. Insgesamt wird die starke Belastung durch Diabetes mellitus in den höheren Altersgruppen deutlich.

Krankheitskosten – Diabetes mellitus

Diabetes mellitus gehört zu der Gruppe der Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen. Diabetes mellitus macht schätzungsweise etwa 2,4% der gesamten direkten Krankheitskosten 2006 aus, was etwa 1,2 Milliarden Euro entspricht. Der größte Teil der Kosten fällt in dem Alter zwischen 45 und 85 Jahren an.

2006 wurden etwa 7.228 Erwerbstätigkeitsjahre durch Diabetes mellitus verloren, schwerpunktmäßig durch Invalidität und Mortalität. Männer verlieren aufgrund von Diabetes mellitus die meisten Erwerbstätigkeitsjahre.

Diabetes Typ 1 und Typ 2 ambulante Behandlungsprävalenz

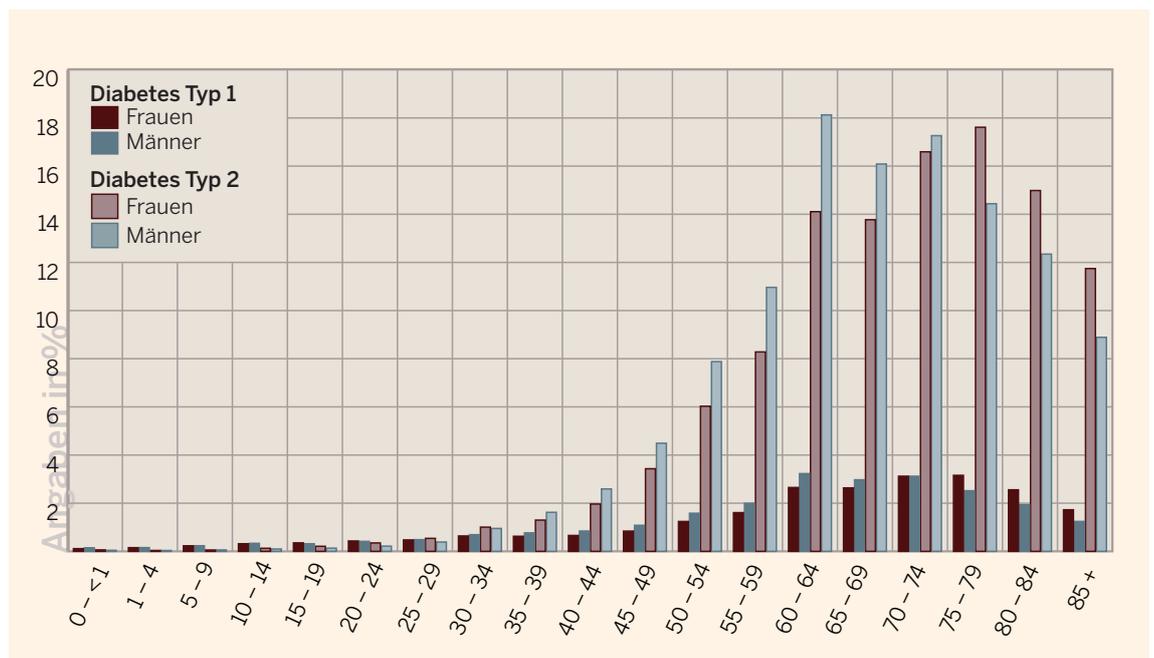


Abbildung 19 | Ambulante Behandlungsprävalenz Diabetes Typ 1 und Typ 2 (ICD-10: E10-11) je 100 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2006, KV-Daten Nordrhein und Westfalen-Lippe, LIGA.NRW

Prävalenz Diabetes mellitus

	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt (%)
Bevölkerungsbefragung 2003 BRD ¹	5,4	6,1	5,8
Bevölkerungsbefragung 2004 ²	5,9	5,0	5,4
Bevölkerungsbefragung 2007 ³	8,9	5,7	7,2
ambulante Behandlungsdiagnosen (ICD-10: E10-E14)			
2005, altersstandardisiert	8,6	7,6	8,2
ambulante Behandlungsdiagnosen (ICD-10: E10-E14)			
2006, altersstandardisiert	8,8	7,7	8,3
¹) RKI: Telefonischer Gesundheitssurvey 2002/2003 ²) RKI: Bevölkerungssurvey 2004 (NRW-Stichprobe: N=1767) ³) Bevölkerungsbefragung NRW 2007 (N=2006)			

Tabelle 2 | Prävalenz Diabetes mellitus in Prozent in Deutschland und Nordrhein-Westfalen, unterschiedliche Erhebungen, LIGA.NRW

Kernaussagen Diabetes mellitus

- Die Erkrankungshäufigkeit an Diabetes mellitus liegt in Nordrhein-Westfalen zwischen 7 und 9 %. Schätzungsweise wurden 2006 knapp 2 Millionen gesetzlich versicherte Bürger in Nordrhein-Westfalen an Diabetes mellitus behandelt.
- Die Häufigkeit der Erkrankung nimmt mit höherem Alter stetig zu und sorgt für eine Krankheitslast von fast 20 % in den Altersgruppen zwischen 60 und 80 Jahren.

HIV/AIDS

Obwohl der Kenntnisstand über HIV/AIDS laut einer jährlichen Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Deutschland auf einem sehr hohen Niveau liegt und auch die Nutzung von Kondomen in den letzten Jahren angestiegen ist [BZgA 2008], steigt der Anteil der HIV-Neudiagnosen seit 2001 wieder an (vgl. Abbildung 21).

Insgesamt sind 2007 in Nordrhein-Westfalen 704 neue HIV-Diagnosen gestellt worden. Mit 3,91 HIV-Neudiagnosen je 100.000 Einwohner liegt die Häufigkeit damit über dem Bundesdurchschnitt (3,37/100.000 Einwohner; vgl. Abbildung 20). Im Vergleich der Bundesländer liegt Nordrhein-Westfalen 2007 auf Rang 5 hinter Berlin, Hamburg, Bremen und Hessen. Die höchsten Werte wurden in Nordrhein-Westfalen 2007, wie bereits in den Vorjahren, in Köln und Düsseldorf festgestellt (Köln: 18,29/100.000; Düsseldorf 12,30/100.000).

HIV-Neudiagnosen Ländervergleich

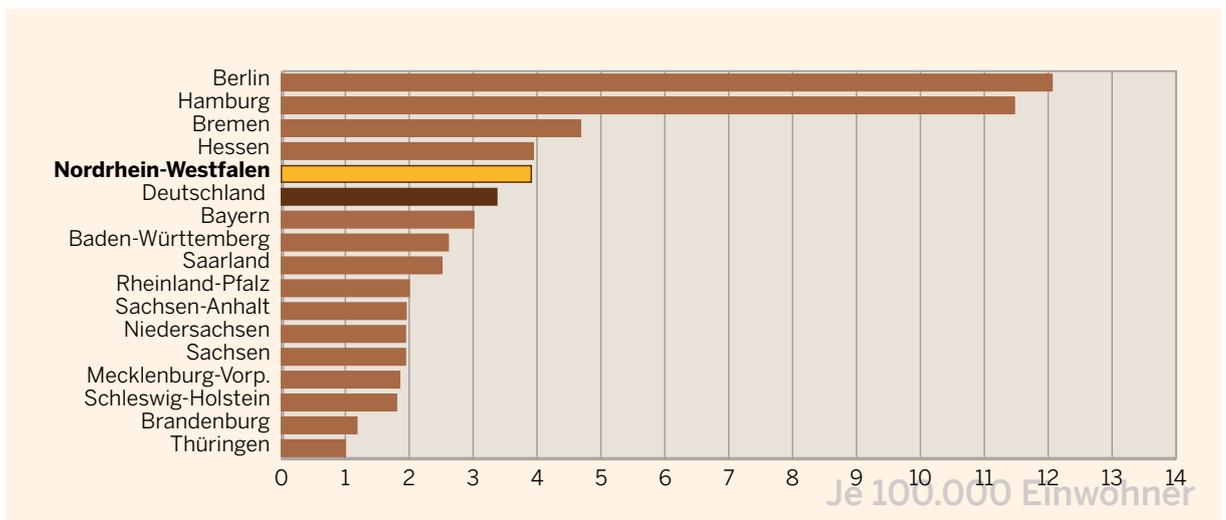


Abbildung 20 | Gemeldete HIV-Neudiagnosen je 100.000 Einwohner in Deutschland und den Bundesländern 2007, RKI [SurvStat, (<http://www3.rki.de/Survstat>), Datenstand 1.11.2008], LIGA.NRW

Wie auch in Gesamtdeutschland werden in Nordrhein-Westfalen HIV-Neudiagnosen häufiger bei Männern als bei Frauen gestellt. Insgesamt wurden 2007 570 HIV-Neudiagnosen bei Männern (6,5/100.000) und 130 Neudiagnosen bei Frauen (1,41/100.000) ermittelt (plus 4 Fälle, bei denen das Geschlecht unbekannt war). HIV wird überwiegend in den Altersgruppen zwischen 21 und 59 Jahren diagnostiziert und darunter insbesondere bei Männern und Frauen zwischen 30 und 39 Jahren (Männer n = 188; Frauen n = 45).

Seit 2001 ist die Zahl der HIV-Neudiagnosen in Nordrhein-Westfalen, aber auch im gesamten Bundesgebiet, deutlich angestiegen (vgl. Abbildung 21) und dies insbesondere in der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben. Leichtere Anstiege sind zwischen 2001 und 2006 ebenfalls in der Gruppe mit heterosexuellem Übertragungsrisiko sowie in der Gruppe der intravenösen (i. v.) Drogennutzer festzustellen, allerdings zeigen diese Gruppen seit 2007 wieder einen leichten Abwärtstrend.

Der Anstieg an HIV-Neudiagnosen wird zum Teil von einer erhöhten Testbereitschaft in der Bevölkerung mit einer dadurch vermehrten Entdeckung älterer Infektionen verursacht, der größere Anteil ist allerdings durch eine tatsächlichen Zunahme der Neuinfektionen und somit durch ein verändertes Risikoverhalten zu erklären [RKI 2008a].

HIV-Neudiagnosen Zeitreihe



Abbildung 21 | Anzahl gemeldeter HIV-Neudiagnosen, Nordrhein-Westfalen 1993–2007, RKI, Indikator 3.64, LIGA.NRW

Wie auch in Abbildung 21 zu erkennen, werden die meisten HIV-Neudiagnosen bei Männern gestellt. Der Anteil entspricht 2007 2,11 HIV-Neudiagnosen je 100.000 Einwohner, die Rate ist damit etwas höher als der Bundesdurchschnitt (1,88/100.000). Wie bereits in den Vorjahren ist die Rate der HIV-Neudiagnosen in der Gruppe der i. v. Drogennutzer und der Mutter-Kind-Übertragung in Nordrhein-Westfalen doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt (i. v. Drogennutzer NRW 2007: 0,38/100.000, BRD: 0,19/100.000; Mutter-Kind-Übertragung NRW: 0,06/100.000, BRD: 0,03/100.000). Ebenfalls etwas höher als im Bundesschnitt liegen die HIV-Neudiagnosen 2007 bei Menschen aus Hochprävalenzländern³ (NRW: 0,39/100.000; BRD: 0,31/100.000).

In den Jahren 2005 bis 2007 wurden in Nordrhein-Westfalen 393 neue AIDS Erkrankungen gemeldet, dies entspricht einer Neuerkrankungsrate von 2,18/100.000 Einwohner. Sie liegt damit über der Neuerkrankungsrate in Deutschland (1,85/100.000 Einwohner) [RKI 2008a].

Kernaussagen HIV/AIDS

- Die Anzahl der HIV-Neudiagnosen steigt seit 2001 kontinuierlich an.
- In Nordrhein-Westfalen werden 2007, gemessen an der Einwohnerzahl, mehr HIV-Neudiagnosen gestellt als auf Bundesebene.
- Die hohe Anzahl an HIV-Neudiagnosen resultiert wesentlich aus hohen Raten in Köln und Düsseldorf. Wie im gesamten Bundesgebiet sind Männer, die Sex mit Männern haben, am stärksten betroffen.
- Der Anteil an HIV-Neudiagnosen bei i. v. Drogennutzern sowie bei der Mutter-Kind-Übertragung ist in Nordrhein-Westfalen 2007 doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt.
- Auch die Neuerkrankungsrate an AIDS in Nordrhein-Westfalen liegt über dem Bundesdurchschnitt.

³ Hochprävalenzländer sind Länder mit einer HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung über 1%, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z. B.: Karibik, Subsahara-Afrika).

Verletzungen und Vergiftungen

Todesfälle oder Erkrankungen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen beinhalten ein hohes Präventionspotential. Neben jungen Erwachsenen sind vor allem ältere Menschen gefährdet.

2007 sind in Nordrhein-Westfalen 5.417 Personen aufgrund von äußeren Ursachen wie Unfällen, Suizid etc. (ICD-10:V01-Y98) verstorben. Zwischen 2000 und 2006 schwankt die Sterblichkeit aufgrund äußerer Ursachen in Nordrhein-Westfalen zwischen 11,0 und 15,3 je 100.000 Einwohner bei den Frauen und 29,2 und 36,7 je 100.000 bei den Männern (altersstandardisiert). Bei den Männern machen Transportmittelunfälle einen erheblichen Anteil aus (Männer: 6,3/100.000 Einwohner; Frauen: 1,8/1000.000 Einwohner (altersstandardisiert)). Diese treten gehäuft im jungen Erwachsenenalter und unter den älteren Einwohnern auf (siehe auch Abschnitt Verkehrsunfälle).

Wie bereits in den Vorjahren und auch bundesweit zu beobachten, versterben Männer drei- bis viermal häufiger aufgrund vorsätzlicher Selbstbeschädigung (ICD-10: X60-X84) als Frauen. Insgesamt traten 2007 349 Todesfälle infolge von Suizid bei Frauen und 1.067 Todesfälle bei Männern auf, welches einer altersstandardisierten Rate von 2,96 bzw. 10,56 je 100.000 Einwohner entspricht. Die entsprechende altersstandardisierte Sterblichkeit aufgrund Suizids ist auf Bundesebene mit 4,4 Todesfällen bzw. 14,9 Todesfällen je 100.000 Einwohner höher als in Nordrhein-Westfalen. Die Todesfälle aufgrund von Suizid ziehen sich durch das gesamte Jugend- und Erwachsenenalter, treten allerdings vermehrt in höheren Altersgruppen auf.

Krankenhauseinweisungen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10: S00-T98) sind insgesamt seit 2000 unter Männern und Frauen etwa gleich verteilt und treten im stabilen Umfang mit jährlich etwa 2000 Einweisungen pro 100.000 Männer bzw. Frauen in Nordrhein-Westfalen auf. Innerhalb verschiedener Altersgruppen gibt es allerdings Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die Einweisungen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen nehmen nach Ende des 1. Lebensjahrs ab und steigen bei Jugendlichen und im jungen Erwachsenenalter wieder an. Dieser Anstieg ist bei den Männern deutlicher als bei den Frauen. In den höheren Altersgruppen ab einem Alter von 60 – 64 Jahren gibt es einen erneuten Anstieg an Krankenhauseinweisungen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (vgl. Abbildung 22).

Von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen sind Männer etwa doppelt so häufig betroffen wie Frauen (Männer 11.348,9 je 100.000 BKK-Mitglieder; Frauen 6.330,1 je 100.000 BKK-Mitglieder (altersstandardisiert)). Auch die Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen ist bei Männern höher als bei Frauen (Männer: 33,9 je 100.000 Einwohner; Frauen 14,2 je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert)).

Verletzungen und Vergiftungen Krankenhausfälle

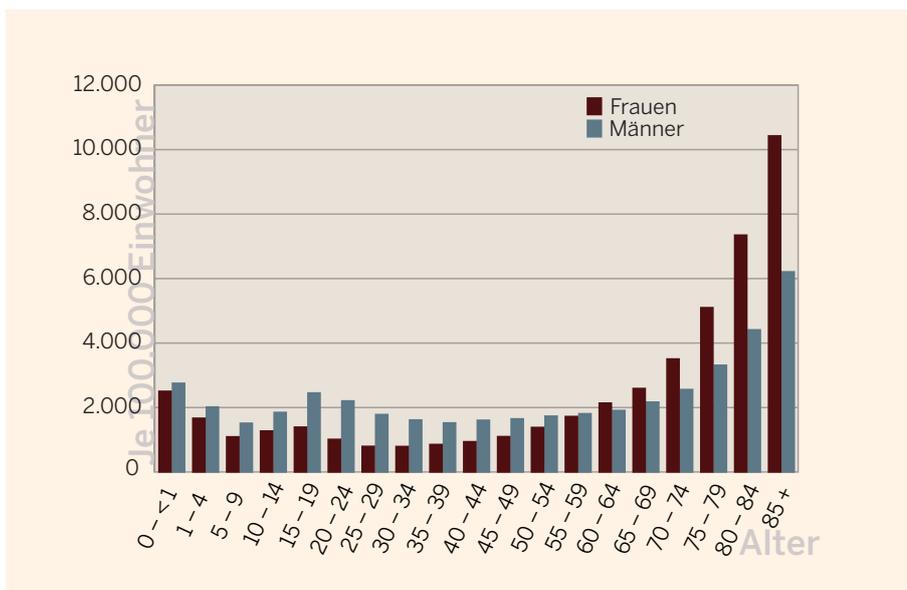


Abbildung 22 | Krankenhausfälle infolge von Verletzungen und Vergiftungen je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2006, IT.NRW, GBE-Stat 2008, LIGA.NRW

Arbeitsunfälle

Arbeitsunfälle einschließlich Dienstwegeunfälle haben im Zeitverlauf in Nordrhein-Westfalen abgenommen. Während 1998 noch etwa 5,5 % der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten einen Arbeitsunfall erlitten, waren es 2006 noch 3,9 %. Insgesamt gab es 2006 217.128 Arbeits- und Dienstwegeunfälle, 96.564 weniger als 1998. Die am häufigsten betroffenen Branchen sind 2006 in Nordrhein-Westfalen das Baugewerbe (12,2 %) und das wirtschaftliche Dienstleistungsgewerbe (9,7 %).

Verkehrsunfälle

In Nordrhein-Westfalen sind 2007 85.923 Personen im Straßenverkehr verunglückt, darunter 205 Frauen und 536 Männer tödlich. Männer verunglücken mit 558,3 je 100.000 männliche Einwohner häufiger als Frauen (399,3/100.000 weibliche Einwohner) im Straßenverkehr. Höchstwerte werden bei beiden Geschlechtern zwischen dem 15. und 29. Lebensjahr verzeichnet. Mit 84,3 % bei den Frauen und 80,0 % bei den Männern ist der überwiegende Teil der verunglückten Personen leicht verletzt.

Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden kommen in Nordrhein-Westfalen seltener vor als in allen anderen Bundesländern. Dies gilt auch für Straßenverkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss (vgl. Abbildung 23). Tödliche Verkehrsunfälle treten in ländlichen Gebieten häufiger auf als in städtischen Gebieten.

Verkehrsunfälle mit Personenschaden insgesamt

Verkehrsunfälle mit Personenschaden unter Alkoholeinfluss

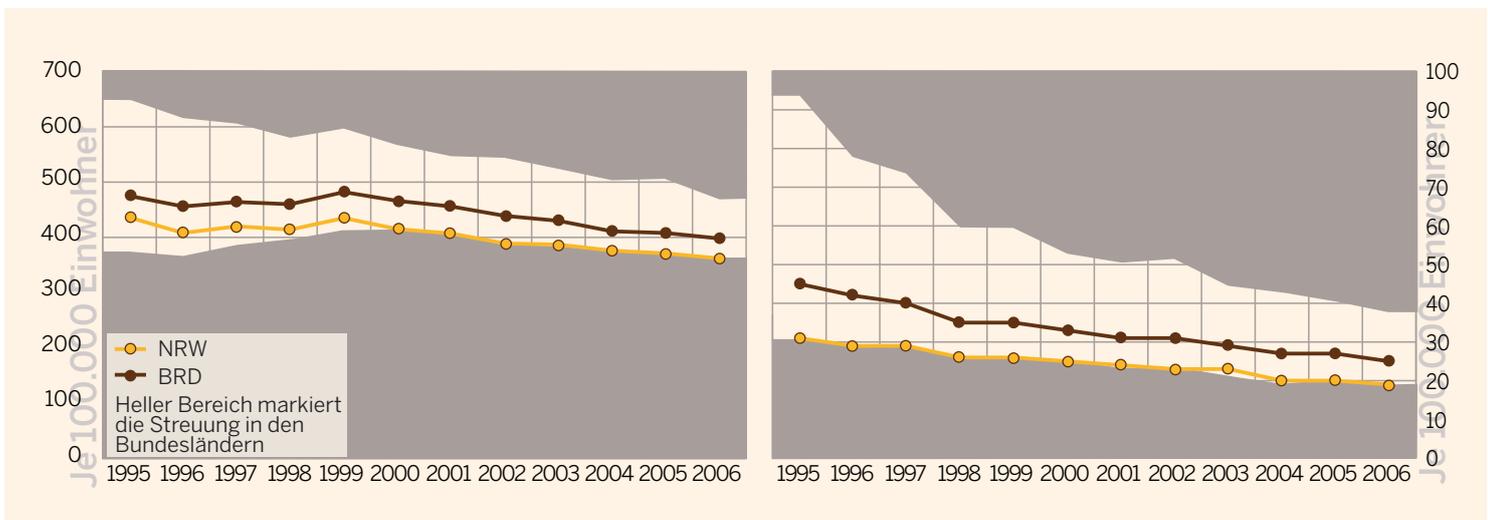


Abbildung 23 | Straßenverkehrsunfälle (altersstandardisiert) mit Personenschaden gesamt und unter Alkoholeinfluss je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen und bundesweit, gbe-bund, LIGA.NRW

Krankheitskosten Verletzungen und Vergiftungen

Erkrankungen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen machen etwa 4,9% der gesamten direkten Krankheitskosten 2006 aus, was etwa 2,5 Milliarden Euro entspricht. Die Höhe der Kosten steigt bis zur Altersgruppe der 65- bis 85-Jährigen stetig an und nimmt ab einem Alter von über 85 Jahren deutlich ab.

Erkrankungen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen verursachen 2006 unter allen Erkrankungsgruppen schätzungsweise die meisten verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre. 2006 wurden etwa 190.562 Erwerbstätigkeitsjahre verloren, schwerpunktmäßig durch Invalidität. Männer verlieren aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen deutlich mehr Erwerbstätigkeitsjahre als Frauen.

Kernaussagen Verletzungen und Vergiftungen

- Einen erheblichen Anteil an Todesfällen aufgrund äußerer Ursachen machen 2007 in Nordrhein-Westfalen Transportmittelunfälle, insbesondere bei Männern, aus.
- Wie bereits in den Vorjahren und auch bundesweit zu beobachten, versterben Männer drei- bis viermal häufiger aufgrund vorsätzlicher Selbstbeschädigung als Frauen.
- Stationäre Einweisungen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen nehmen nach Ende des 1. Lebensjahrs ab und steigen bei Jugendlichen und im jungen Erwachsenenalter wieder an. In den höheren Altersgruppen ab einem Alter von 60 – 64 Jahren gibt es einen erneuten Anstieg.
- Arbeitsunfälle haben in den vergangenen Jahren abgenommen. Die meisten Arbeitsunfälle in Nordrhein-Westfalen geschehen im Baugewerbe.
- Nordrhein-Westfalen hat im Bundesvergleich den niedrigsten Anteil an Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden und Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden unter Alkoholeinfluss.
- Erkrankungen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen machen 2006 schätzungsweise den größten Anteil an verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren unter allen Erkrankungen aus.

Seelische Gesundheit

Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen haben unter den gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen immer höheren Stellenwert. Zu dieser Erkrankungsgruppe gehören beispielsweise psychische und Verhaltensstörungen durch Drogenkonsum ebenso wie affektive Störungen (z. B. Depression), Schizophrenie und gerontopsychiatrische Erkrankungen wie Demenz. Depressionen sind mittlerweile zu den Volkskrankheiten in entwickelten Ländern zu zählen, weshalb die Aufgabe, Depressionen zu erkennen und zu behandeln, in Nordrhein-Westfalen als eines der krankheitsbezogenen Gesundheitsziele festgelegt wurde. Teilziele sind die Verbesserung der Erkennung und Behandlung von Depressionen, der Ausbau von Versorgungsstrukturen, die Entstigmatisierung der Erkrankung sowie die Reduktion von Suizidversuchen, die häufig auf Depressionen zurückzuführen sind [MGSFF 2005].

Insgesamt wurden 2006 in Nordrhein-Westfalen 252.673 Personen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen stationär in ein Krankenhaus eingewiesen. Männer werden mit 1.491,5 Fällen je 100.000 Einwohner häufiger eingewiesen als Frauen (Frauen 1.149,2/100.000 Einwohner). Den Hauptanteil der männlichen Einweisungen machen – im Gegensatz zu den Frauen – Suchterkrankungen, insbesondere Alkoholabhängigkeit aus (vgl. Abbildung 24). Demgegenüber ist bei Frauen der Anteil an Behandlungsfällen in Vorsorge- und Rehaeinrichtungen sowie der Anteil an Arbeitsunfähigkeitsfällen (BKK-Versicherte) aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen etwa 1,7- bis 1,8-mal höher als bei den Männern. In Abbildung 24 ist der Anteil verschiedener Diagnosen an den stationären Einweisungen dargestellt.

Psychische und Verhaltensstörungen Krankenhausdiagnosen

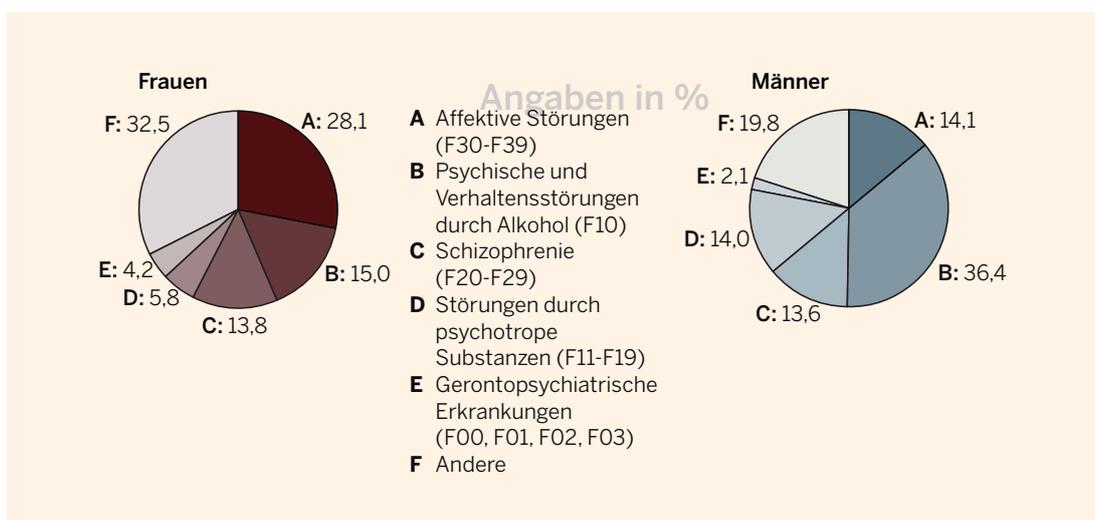


Abbildung 24 | Anteil verschiedener Diagnosen an Krankenhausfällen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-10:F00-F99), Nordrhein-Westfalen 2006, IT.NRW, LIGA.NRW

Suchterkrankungen zu bekämpfen ist eins der krankheitsbezogenen Gesundheitsziele in Nordrhein-Westfalen [MGSFF 2005]. Dies soll unter anderem erreicht werden durch Verhinderung des Konsums psychoaktiver Substanzen bei Kindern und Jugendlichen sowie durch Förderung eines verantwortungsbewussten Umgangs von Erwachsenen mit diesen Substanzen. Außerdem sollen Suchthilfeangebote integrativ und fachübergreifend ausgebaut werden, der Zugang zu Hilfeangeboten und die soziale und berufliche Reintegration sollen erleichtert werden.

Männer werden weitaus häufiger als Frauen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder andere Drogen (psychotrope Substanzen) stationär eingewiesen (vgl. Abbildung 24). Aufgrund von Alkoholmissbrauch werden am häufigsten die 15- bis 19-jährigen sowie die 30- bis 59-jährigen Männer stationär aufgenommen. Frauen sind eher im mittleren Alterssegment zwischen 40 bis 54 Jahren betroffen. Einweisungen aufgrund von Störungen durch psychotrope Substanzen finden in jüngeren Altersgruppen zwischen 15 und 44 Jahren gehäuft statt.

Depression

Insgesamt waren 2006 wie 2005 etwa 1,5 Millionen gesetzlich krankenversicherte Personen aufgrund von Depressionen (ICD-10: F32-F33) in ambulanter ärztlicher Behandlung, daraus resultiert eine ambulante Behandlungsprävalenz von 7,5%. Frauen sind mit 10,5% mehr als doppelt so häufig aufgrund von Depressionen in ambulanter Behandlung wie Männer (4,4%). In psychiatrischen und neurologischen Arztpraxen war die depressive Episode (ICD-10: F32) 2007 die häufigste Diagnose. Sie wurde bei 16,1% aller weiblichen und 12% aller männlichen Behandlungsfälle gestellt. Männer und Frauen in den beruflich aktiven Altersgruppen zwischen 30 und 64 Jahren sowie ältere Menschen sind besonders häufig betroffen.

Demenz, Alzheimer ambulante Behandlungsprävalenz

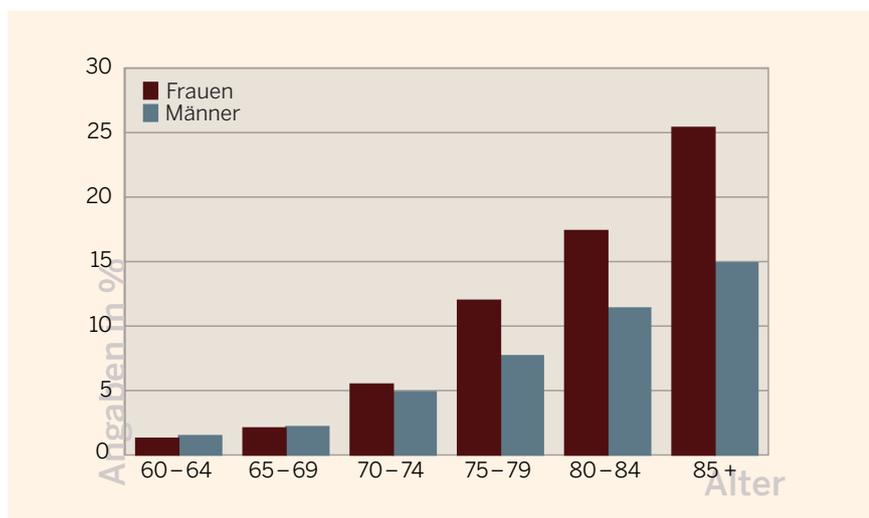


Abbildung 25 | Ambulante Behandlungsprävalenz an Demenz einschließlich Alzheimer (ICD-10:F00-F03) in Nordrhein-Westfalen 2006, KV-Daten Nordrhein und Westfalen-Lippe, LIGA.NRW

Demenz

2006 waren in Nordrhein-Westfalen 290.932 gesetzlich krankenversicherte Patienten über 65 Jahre aufgrund einer Demenz (ICD-10: F00-F03) in ambulanter Behandlung, dies entspricht einem Anteil von 7,6 % (alterstandardisiert). Diese Rate ist bei den Frauen mit 8,4 % höher als bei den Männern (5,9 %).

Die Demenz, unter die auch die Alzheimer-Erkrankung als bekannteste Form fällt, birgt eine hohe Erkrankungslast in den älteren Bevölkerungsgruppen. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist sie daher für die Gesundheitspolitik besonders interessant. Die Prävention der Erkrankung ist von besonderer Bedeutung, da Behandlungsoptionen bisher nur sehr eingeschränkt zur Verfügung stehen. Optionen zur Prävention sind beispielsweise die Reduktion von Bluthochdruck und Adipositas sowie die Förderung körperlicher und geistiger Mobilität. In dem Band „Gesundheit und Alter“ der Spezial-Gesundheitsberichte in Nordrhein-Westfalen wurde der Anteil an Neuerkrankungen für das Jahr 2025 prognostiziert. Während 2004 von geschätzten 38.000 Neuerkrankungen ausgegangen wird, liegt die Prognose für 2025 bei 60.000 Neuerkrankungen. Dabei wird sich der Anteil der über 80-Jährigen an den Neuerkrankungen erhöhen. Bei den Männern wird ein Anstieg von 5.800 Neuerkrankungen 2004 auf 16.000 neue Fälle 2025 prognostiziert, bei den Frauen wird ein Anstieg von 16.000 Neuerkrankungen der über 80-Jährigen auf 27.000 Erkrankungen 2025 erwartet [MAGS 2007].

Insgesamt ist die Studienlage zu Demenz in der deutschen Bevölkerung schlecht. Eine Studie, die regelmäßig als Referenz für die deutsche Bevölkerung herangezogen wird, ist die Studie von Bickel, die auf verschiedenen internationalen Studien basiert [Bickel, H 2000]. Verglichen mit den anhand von Felduntersuchungen und Metaanalysen erstellten Prävalenzdaten von Bickel (7,2 % Erkrankungshäufigkeit der Demenz bei über 65-Jährigen in Deutschland) ist die Behandlungsprävalenz der gesetzlich versicherten Patienten in Nordrhein-Westfalen mit 7,6 % vergleichbar. Nach Altersgruppen betrachtet liegen die Behandlungsprävalenzen in Nordrhein-Westfalen bis zur Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen über den von Bickel angenommenen Prävalenzen. Ab der Altersgruppe 85+ sind Bickels Annahmen höher als die Raten aus Nordrhein-Westfalen. Verglichen mit Daten aus einer aktuellen Studie, die auf einer 3%-Stichprobe aller gesetzlich versicherten Bundesbürger basiert, sind die Behandlungsprävalenzen in Nordrhein-Westfalen ebenfalls bis zur Altersgruppe der 85-Jährigen höher [Ziegler, U 2009]. Mehrfachdiagnosen unterschiedlicher Demenzformen könnten ein Erklärungsansatz für die höheren Behandlungsprävalenzen in der Altersgruppe der 60- bis 84-Jährigen in Nordrhein-Westfalen sein. Wie in der Abbildung 25 ersichtlich, steigt die Erkrankungshäufigkeit mit zunehmendem Alter an.

Krankheitskosten – Psychische und Verhaltensstörungen

Erkrankungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen machen etwa 11,3 % der gesamten direkten Krankheitskosten 2006 aus, welches etwa 5,8 Milliarden Euro entspricht. Durch psychische und Verhaltensstörungen werden nach Erkrankungen des Kreislaufsystems die zweithöchsten Krankheitskosten verursacht. Kosten für Demenz (etwa 1,9 Milliarden Euro) und Depressionen (etwa 1,0 Milliarden Euro) machen etwa die Hälfte dieser Krankheitskosten aus. Die Höhe der Kosten steigt bis zur Altersgruppe der 65- bis 85-Jährigen stetig an und nimmt ab einem Alter von über 85 Jahren deutlich ab. Die Kosten für Demenzerkrankungen sind hingegen in den Altersgruppen 65 – 85 Jahre sowie bei den über 85-Jährigen am höchsten.

Erkrankungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen verursachen 2006 unter allen Erkrankungsgruppen die zweitgrößte Anzahl an verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren. 2006 wurden etwa 139.745 Erwerbstätigkeitsjahre verloren, schwerpunktmäßig durch Invalidität. Männer verlieren aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen etwas mehr Erwerbstätigkeitsjahre als Frauen.

Kernaussagen Seelische Gesundheit

- Männer werden 2006 in Nordrhein-Westfalen häufiger als Frauen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen in ein Krankenhaus eingewiesen.
- Alkoholkonsum und der Konsum anderer Drogen sind die Hauptursachen für stationäre Einweisungen der Männer.
- Frauen sind häufiger als Männer aufgrund von Depressionen in ambulanter Behandlung.
- Demenzerkrankungen, darunter auch Alzheimer, betreffen überwiegend die ältere Bevölkerung. Aufgrund des demografischen Wandels wird sich die Anzahl an Neuerkrankungen in Nordrhein-Westfalen bis 2025 nahezu verdoppeln.
- Psychische und Verhaltensstörungen rangieren unter allen Erkrankungsgruppen auf Platz 2 der direkten und indirekten Krankheitskosten.

Im Krankenhaus erworbene Infektionen

Eine Krankenhausinfektion bzw. Hospitalinfektion (nosokomiale Infektion) ist laut Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 2 Nr.8 „... eine Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihrer Toxine, die in zeitlichem Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand, ...“ [RKI 2004].

Man unterscheidet endogene und exogene Krankenhausinfektionen. Endogene Infektionen werden durch Erreger der körpereigenen Patientenflora hervorgerufen. Endogene Infektionen sind die häufigste Ursache nosokomialer Infektionen [Kramer, A 2001]. Exogene Infektionen entstehen durch die Aufnahme von Infektionserregern aus der Krankenhausumgebung. Dies kann durch direkten Kontakt mit Personen (z. B. über die Hände des Personals), durch kontaminierte Gegenstände, Luft, Wasser, kontaminierte Nahrung oder Injektionen und Infusionen geschehen [Geffers, C 2002].

Nosokomiale Infektionen sind ein wichtiges Problem in Krankenhäusern und zunehmend auch in der häuslichen Pflege, belastbare Daten gibt es dazu jedoch derzeit nicht.

Ein Erreger, der im Rahmen von Krankenhausinfektionen eine besondere Beachtung findet, ist *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), ein typischer Wundinfektions- und Eitererreger. Er verursacht weltweit die meisten im Krankenhaus erworbenen Infektionen. Besonders kritisch sind dabei Infektionen durch methicillinresistente Staphylokokken (MRSA), eine Form des *S. aureus*, die aufgrund vieler Resistenzen gegenüber Antibiotika die medizinische Behandlung erschwert. Die prozentualen Angaben zu MRSA-Nachweisen in Deutschland variieren nach Aussage des Robert Koch-Instituts je nach Erhebung und zwischen verschiedenen Krankenhäusern sowie innerhalb eines Krankenhauses je nach Risikobereich von null bis ca. 35 % (in Einzelfällen bis zu 60 %). Deshalb können zu „grobe“ Extrapolationen bzw. Verallgemeinerungen in Bezug auf prozentuale Angaben rasch zu verzerrenden Darstellungen führen.

Aus Studien ist bekannt, dass das Auftreten von MRSA direkt mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität assoziiert ist. Für Infektionen mit multiresistenten Erregern gibt es nur noch ein schmales Spektrum an Therapieoptionen und damit eine deutlich schlechtere Prognose für den betroffenen Patienten. Neben verlängerten und schwereren Krankheitsverläufen bedeutet das Auftreten von MRSA äußerst arbeitsaufwendige und für die Krankenhäuser sehr teure Konsequenzen.

Die wichtigsten Maßnahmen zur Bekämpfung von MRSA sind das Screening von Risikopatienten bei Krankenhausaufnahme, die strikte Einhaltung von Hygienemaßnahmen im Krankenhaus und die Sanierung von MRSA-Trägern. Der MRSA-Patient muss auch nach Entlassung in den ambulanten Bereich oder in ein Pflegeheim weiter betreut und die Sanierung bzw. die Behandlung von sanierungshemmenden Faktoren, wie z. B. chronischen Wunden, konsequent fortgeführt werden. Damit Präventions- und Kontrollmaßnahmen zur Reduzierung von Antibiotika-Resistenzen langfristig erfolgreich sein können, müssen alle an der Gesundheitsversorgung Beteiligten zusammenarbeiten. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder empfiehlt dazu die Etablierung von regionalen, in der Summe flächendeckenden Netzwerken aller Beteiligten unter Koordination durch den ÖGD und nennt als beispielhaftes Modell das EUREGIO-Projekt MRSA-net Twente-Münsterland (www.mrsa-net.org). Im Rahmen des Projektes erfolgt die Etablierung eines Netzwerkes zur Prävention und Kontrolle von MRSA in der grenzüberschreitenden Region Münsterland/Twente (Niederlande). Diese Region nimmt daher für Nordrhein-Westfalen, aber auch für die gesamte Bundesrepublik Deutschland, eine Vorreiterrolle ein. Ziel auf deutscher Seite ist es, die MRSA-Raten zu erfassen und zu senken und einen grenzübergreifenden Qualitätsverbund zu bilden. Seit 2008 hat sich auch ein Kooperationsprojekt entlang der deutsch-niederländischen Grenze zwischen Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz sowie den Regionen Belgisch Limburg, Niederländisch Limburg und Lüttich etabliert (EurSafety-Health) mit vergleichbaren Zielen wie das „MRSA-net“.

2007 wurde vom MAGS eine landesweite Umfrage zum MRSA-Management in nordrhein-westfälischen Krankenhäusern initiiert. Die Umfrage ist als zusätzlicher wichtiger Schritt zur Verbesserung der Umsetzung von MRSA-Prävention und -Kontrolle in Nordrhein-Westfalen zu bezeichnen. Die erhobenen Daten geben erste Einblicke in das MRSA-Management von Krankenhäusern eines ganzen Bundeslandes. Dies ist bundesweit einmalig.

Das Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet zurzeit eine nationale Strategie zur Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen, an deren Umsetzung die Länder beteiligt sein werden.

Rückenschmerzen

Rückenleiden zu minimieren gehört zu den krankheitsbezogenen Gesundheitszielen in NRW. Die Teilziele sind: Reduktion von Rückenleiden durch Primärprävention – also Präventionsmaßnahmen, bevor Rückenschmerzen erstmalig auftreten, verbesserte Diagnostik und Behandlung sowie frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, um Frühverrentung zu vermindern. Rückenschmerzen sind in den meisten Fällen unspezifisch, es kann keine eindeutige physiologische Ursache für die Beschwerden gefunden werden. Daneben gibt es eine Reihe an spezifischen Erkrankungen, die mit Rückenschmerzen einhergehen, hierzu gehören beispielsweise Bandscheibenschäden (ICD-10: M50-M51).

Im Rahmen der Bevölkerungsbefragung NRW 2007 gaben 27,3% der Männer und 31,2% der befragten Frauen in Nordrhein-Westfalen an, schon einmal drei Monate oder länger fast täglich Rückenschmerzen gehabt zu haben. Bei mehr als der Hälfte dieser Personen war dies auch in den letzten zwölf Monaten der Fall.

Jeder fünfte Einwohner (23,6% der Frauen und 18,2% der Männer) in Nordrhein-Westfalen ist im Jahr 2006 einmal oder mehrfach mit der Diagnose „Rückenschmerzen“ in ambulanter ärztlicher Behandlung gewesen. Rückenschmerzen (ICD-10: M54) stellen mit 3,8 Millionen Behandlungsfällen die häufigste ärztliche Behandlungsdiagnose der ambulanten Versorgung in Nordrhein-Westfalen dar. Die nächsthäufigste Diagnose aus der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen „Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (ICD-10: M53) folgt an 13. Stelle der Häufigkeitsliste mit 1,4 Millionen ambulanten Behandlungsfällen. Beide Diagnosen zusammen genommen repräsentieren den weitaus überwiegenden Teil der Symptomatik, die gemeinhin als „Rückenbeschwerden“ bezeichnet wird, und machen ein Viertel aller Behandlungsdiagnosen der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen aus. Es kann allerdings nicht gesagt werden, wie viele Patienten beide Diagnosen kombiniert erhalten haben.

Rückenbeschwerden beginnen schon in jungen Altersgruppen. Bereits unter den 10- bis 14-Jährigen waren gut 5% wegen Rückenschmerzen in ambulanter Behandlung. Zwischen 30 und 74 Jahren bleiben die Bevölkerungsanteile der Betroffenen relativ konstant mit etwa 30% bei den Frauen und 23% bei den Männern. Eine Ausnahme bilden die 60- bis 64-Jährigen: In dieser Altersgruppe steigt der Anteil der Betroffenen sprunghaft auf 40% (Frauen) bzw. 30% (Männer) an (vgl. Abbildung 26). Eine mögliche Erklärung für dieses Phänomen könnte darin liegen, dass die deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch Rückenbeschwerden in dieser Altersgruppe besonders stark zum Tragen kommt und dazu führt, dass der Arzt vermehrt aufgesucht wird, u. a. auch zum Attestieren der Arbeitsunfähigkeit.

Krankheitskosten – Muskel- und Skeletterkrankungen

Erkrankungen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen machen etwa 11,3 % der gesamten direkten Krankheitskosten 2006 aus, welches etwa 5,8 Milliarden Euro entspricht. Muskel- und Skeletterkrankungen rangieren auf Platz 3 der direkten Krankheitskosten. Kosten für Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens (ICD-10: M45-M54) machen dabei in dieser Erkrankungsgruppe mit etwa 1,8 Milliarden Euro den größten Kostenfaktor gefolgt von Arthrosen aus. Die Höhe der Kosten für Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens steigen bis zur Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen stetig an und nehmen danach ab.

Erkrankungen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen verursachen 2006 schätzungsweise unter allen Erkrankungsgruppen die viertgrößte Anzahl an verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren. 2006 wurden etwa 96.157 Erwerbstätigkeitsjahre verloren, schwerpunktmäßig durch Arbeitsunfähigkeit. Männer verlieren aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen etwas mehr Erwerbstätigkeitsjahre als Frauen. Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens machen etwa die Hälfte der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre in dieser Erkrankungsgruppe aus.

Rückenschmerzen ambulante Behandlungsprävalenz

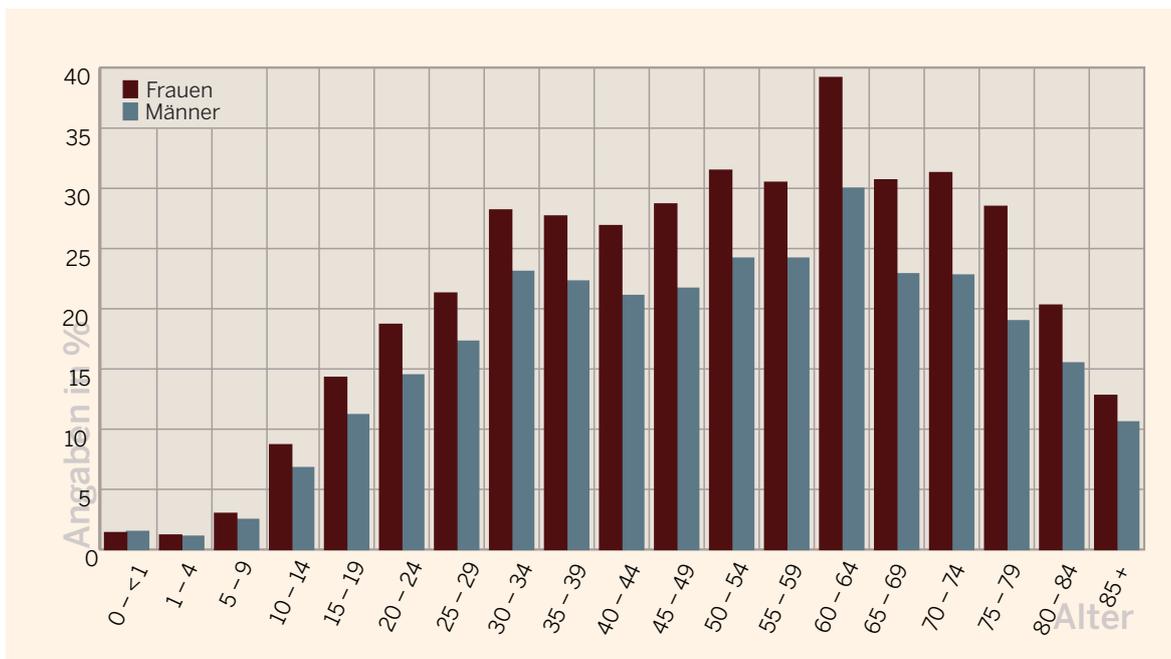


Abbildung 26 | Ambulante Behandlungsprävalenz „Rückenschmerzen“ (ICD-10: M54) in Prozent nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2006, KV-Daten Nordrhein und Westfalen-Lippe, LIGA.NRW

Kernaussagen Rückenschmerzen

- Rückenschmerzen sind eines der am weitesten verbreiteten Symptome.
- Der überwiegende Teil der Rückenschmerzen ist unspezifisch, nur einem Bruchteil liegen identifizierbare physiologische Ursachen zugrunde.
- Unter den 30- bis 74-Jährigen sind in Nordrhein-Westfalen 2006 etwa 30 % der Frauen und 23 % der Männer betroffen.
- In der Altersgruppe der 60 bis 64-Jährigen steigen die Zahlen sprunghaft an, etwa 40 % der Frauen und 30 % der Männer sind aufgrund von Rückenschmerzen in Behandlung.
- Muskel- und Skeletterkrankungen rangieren unter allen Erkrankungsgruppen auf Platz 3 der direkten und auf Platz 4 der indirekten Krankheitskosten.

Krankheitskosten – Übersicht

Die Angaben zu den Krankheitskosten basieren auf der Bundesstatistik zu Krankheitskosten [Statistisches Bundesamt 2008], die anhand der Bevölkerungsgröße Nordrhein-Westfalens umgerechnet wurde. Es handelt sich demnach nicht um die tatsächlich in Nordrhein-Westfalen angefallenen Kosten in 2006, sondern um eine Abschätzung, welche Kosten durch verschiedene Erkrankungen vermutlich auch in Nordrhein-Westfalen verursacht werden.

Unter den Krankheitskosten werden die direkten und indirekten Krankheitskosten aufgeführt. Unter den direkten Krankheitskosten wird der monetäre Ressourcenverbrauch erfasst, der direkt mit einer medizinischen Heilbehandlung, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbunden ist. Darunter fallen auch Verwaltungskosten der Leistungserbringer und sämtlicher öffentlicher und privater Einrichtungen, die in Deutschland Gesundheitsleistungen finanzieren. Nichtmedizinische Kosten, wie private Anfahrten oder unentgeltliche Pflege von Angehörigen, werden nicht einbezogen [Statistisches Bundesamt 2008]. Neben den direkten Krankheitskosten entsteht auch ein Ressourcenverlust, welcher durch die indirekten Kosten ausgedrückt wird. Der mit einer Erkrankung in Verbindung stehende Ressourcenverlust wird durch verlorene Erwerbstätigkeitsjahre, die anhand von Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitigem Tod berechnet werden, aufgeführt. Sie geben Anhaltspunkte für die volkswirtschaftlichen Verluste durch eine Erkrankung [Statistisches Bundesamt 2008].

Direkte Krankheitskosten

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass in Nordrhein-Westfalen 2006 etwa 51,7 Milliarden Euro für medizinische Heilbehandlung, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen inklusive Verwaltungskosten aufgewendet wurden. Erwartungsgemäß steigen die Kostenanteile mit dem Alter an, knapp die Hälfte der direkten Krankheitskosten (etwa 24 Milliarden Euro) fällt ab einem Alter von 65 Jahren an.

Der größte Anteil an direkten Kosten wird durch Krankheiten des Kreislaufsystems verursacht (etwa 15 %, 7,7 Milliarden Euro; vgl. Abbildung 27). Darunter fallen etwa 1,9 Milliarden Euro für Bluthochdruck, 1,8 Milliarden für zerebrovaskuläre Erkrankungen und 1,4 Milliarden Euro für die ischämische Herzkrankheit an.

Psychische und Verhaltensstörungen führen mit 5,8 Milliarden Euro zu dem zweitgrößten Anteil (11,3 %) direkter Krankheitskosten. Darunter machen Demenz mit etwa 1,9 Milliarden Euro und Depressionen mit etwa 1 Milliarde Euro einen großen Anteil der Kosten aus.

Muskel- und Skeletterkrankungen verursachen mit ebenfalls etwa 5,8 Milliarden Euro einen vergleichbaren Anteil an den gesamten direkten Krankheitskosten (11,3%). Hier fallen für Erkrankungen des Rückens und Arthrosen mehr als die Hälfte der Krankheitskosten an (59%).

Mit weitem Abstand folgen auf Rang 4 Krebserkrankungen mit etwa 3,2 Milliarden Euro oder 6,2% Anteil an den gesamten direkten Krankheitskosten. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen folgen auf Rang 5 mit 2,8 Milliarden Euro (5,3% der Gesamtkosten). Darunter verursacht Diabetes mellitus mit 1,2 Milliarden Euro fast die Hälfte der Kosten. Mit 4,9% der Gesamtkosten folgen auf Rang 6 Erkrankungen durch Verletzung und Vergiftung. Diese Erkrankungen verursachen 2006 etwa 2,5 Milliarden Euro.

Da auf Erkrankungen aus dem Bereich der zahnärztlichen Versorgung in diesem Bericht nicht eingegangen wird, sind Kosten aus diesem Bereich nicht in der zuvor dargestellten Rangfolge sowie in Abbildung 27 aufgenommen. Insgesamt fallen für Krankheiten des Verdauungssystems 13,8% der Gesamtkosten an; in dieser Erkrankungsgruppe machen zwei Drittel Erkrankungen aus, die überwiegend in den zahnärztlichen Zuständigkeitsbereich fallen.

Indirekte Krankheitskosten

Die indirekten Krankheitskosten werden in der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamts (DESTATIS) in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren aufgeführt, welche sich aus Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Mortalität der erwerbstätigen Bevölkerung zusammensetzen [Statistisches Bundesamt 2008]. Insgesamt sind 2006 vermutlich 870.233 Erwerbstätigkeitsjahre in Nordrhein-Westfalen durch Krankheit verloren. Männer tragen zu der Gesamtsumme der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre etwa zwei Drittel bei. Der überwiegende Anteil der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre fällt durch Invalidität an (40%), gefolgt von Arbeitsunfähigkeit (33,7%) und Mortalität (26,1%).

Krankheitskosten

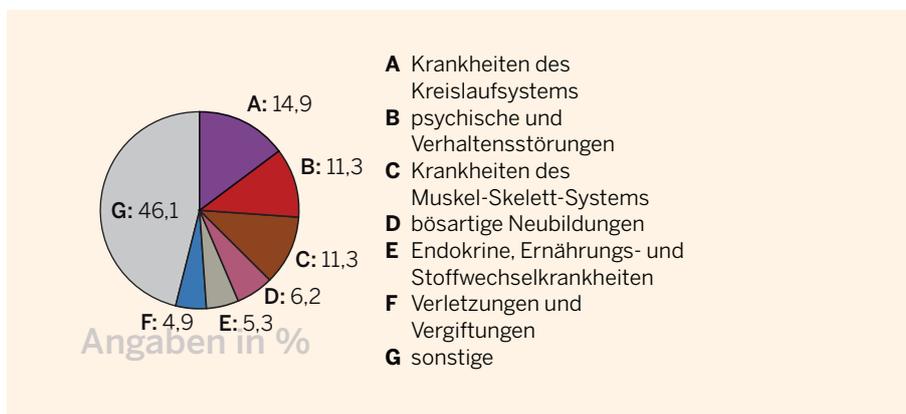


Abbildung 27 | Prozentuale Verteilung der direkten Krankheitskosten 2006 je ICD-10-Gruppe, Statistisches Bundesamt, LIGA.NRW

Wie in Abbildung 28 zu sehen, machen Verletzungen und Vergiftungen den mit Abstand größten Anteil der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre aus (21,9 %, 190.562 Jahre). Diese werden zur Hälfte durch Invalidität verursacht, Männer sind dreimal häufiger als Frauen betroffen.

Den zweitgrößten Anteil an verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren machen mit etwa 139.745 Jahren und einem Anteil von 16,1% psychische und Verhaltensstörungen aus. Männer und Frauen sind annähernd gleichermaßen betroffen, der überwiegende Anteil (70 %) der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre wird durch Invalidität verursacht. Aufgrund des meist fortgeschrittenen Alters Demenzerkrankter trägt diese Erkrankung kaum zu den verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren bei. Depressionen hingegen machen etwa ein Viertel der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre dieser Erkrankungsgruppe aus.

Auf Rang 3 rangieren Krebserkrankungen, die schwerpunktmäßig durch Mortalität und Invalidität 2006 zu etwa 99.443 (11,4 %) verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren geführt haben.

Danach folgen Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, die überwiegend durch Arbeitsunfähigkeit vermutlich zu 96.157 (11%) verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren geführt haben. In dieser Erkrankungsgruppe machen Rückenleiden einen erheblichen Anteil aus.

Krankheiten des Kreislaufsystems rangieren auf Rang 5 der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre (81.701 Jahre, 9,4%). Männer tragen mit 79 % zu dem größten Anteil bei, der überwiegend durch Mortalität und Invalidität verursacht wird.

Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre Ursachen

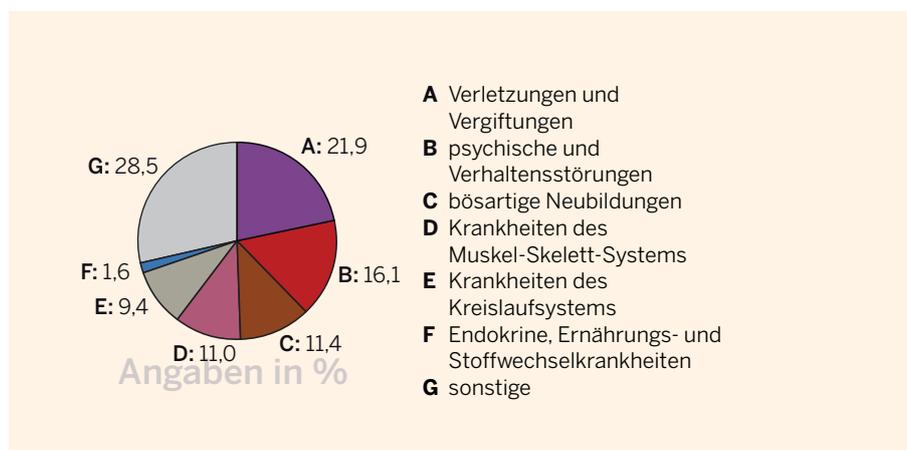


Abbildung 28 | Prozentuale Verteilung der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder Mortalität 2006 je ICD-10-Gruppe, Statistisches Bundesamt, LIGA.NRW

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist häufig aufgrund von anderen Erkrankungen als den zuvor dargestellten Erkrankungen beeinträchtigt. Eine Auflistung der häufigsten Behandlungsdiagnosen in ambulanten kinderärztlichen Praxen in Nordrhein-Westfalen 2007 zeigt, dass akute Infekte der Atemwege deutlich dominieren. Danach folgen auf den Plätzen 2 bis 5 Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen wie U-Untersuchungen und die Beratung und Durchführung von Schutzimpfungen. Fieber und verschiedene Infektionserkrankungen folgen auf den nächsten Rängen (vgl. Tabelle 3). Neben den in Tabelle 3 aufgelisteten Top 10 in Kinderarztpraxen ist auffällig, dass erste chronische Erkrankungen wie das atopische Ekzem (Neurodermitis) und Asthma auf Platz 14 und 15 mit 6,5% bzw. 6,0% der Behandlungsfälle rangieren.

Neben den allgemeinen Behandlungsdiagnosen ist das Monitoring im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit durch das Beobachten der Säuglingssterblichkeit, des Geburtsgewichts, der Befunde der Schuleingangsuntersuchungen sowie des Auftretens impfpräventabler Erkrankungen geprägt und wird im Folgenden dargestellt.

Die 10 häufigsten Diagnosen in der Kinderarztpraxis

Rang	ICD-10	Diagnosen (Behandlungsanlass) ¹ in der Kinderarztpraxis	% aller Behandlungsfälle		
			Mädchen	Jungen	insg. ²
1	J06	Akute Infektionen an mehr. od. n. n. bez. Lokal. d. oberen Atemw.	24,6	23,7	24,2
2	Z00	Allgemeinunters./Abklär. b. Person. ohne Beschwerd./Diagn.	15,2	14,3	14,7
3	Z23	Impfnotwendigkeit gegen einzelne bakterielle Krankheiten	12,2	11,7	11,9
4	Z26	Notwendigk. d. Impfung gegen andere einzelne Infekt.krankheiten	12,8	10,6	11,7
5	Z27	Notwendigkeit d. komb. Impfung geg. Infektionskrankheiten	11,9	10,8	11,3
6	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	10,7	10,3	10,5
7	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	9,9	9,1	9,5
8	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	9,1	8,8	8,9
9	J03	Akute Tonsillitis	8,6	8,1	8,3
10	J20	Akute Bronchitis	7,9	8,5	8,2

¹ Mehrfachzählungen von Patienten möglich

² einschließlich Fälle ohne Geschlecht

Tabelle 3 | Die 10 häufigsten Diagnosen in der Kinderarztpraxis in Prozent nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2007, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Indikator 3.21, LIGA.NRW

Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit ist ein wichtiger Indikator für die Qualität der Lebensverhältnisse eines Landes sowie für die medizinische bzw. geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind. Die Säuglingssterblichkeit ist definiert als die Zahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene und wird in Promille (‰) angegeben.

2008 kamen in Nordrhein-Westfalen 150.007 Säuglinge lebend zur Welt, davon verstarben 644 im ersten Lebensjahr. Dementsprechend liegt die Säuglingssterblichkeit 2008 bei 4,3 ‰ und ist in Nordrhein-Westfalen um 0,8 ‰ höher als im Bundesdurchschnitt. Während im Bundesdurchschnitt ein kontinuierlicher Rückgang der Säuglingssterblichkeit zu beobachten ist, stieg die Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen nach mehr oder weniger stagnierenden Zahlen 2007 zum ersten Mal seit 2003 wieder an (vgl. Abbildung 29). Zahlen für 2008 zeigen allerdings wieder einen Rückgang der Säuglingssterblichkeit auf 4,3 ‰ (vgl. Abbildung 29). Nordrhein-Westfalen rangiert jedoch trotz des deutlichen Rückgangs in 2008 nach wie vor mit der höchsten Säuglingssterblichkeit (nach Bremen) auf den letzten Plätzen. Die weitere Entwicklung der Säuglingssterblichkeit wird im Rahmen der Kurzberichtreihe „NRW-kurz und informativ“ regelmäßig aktualisiert.

Säuglingssterblichkeit

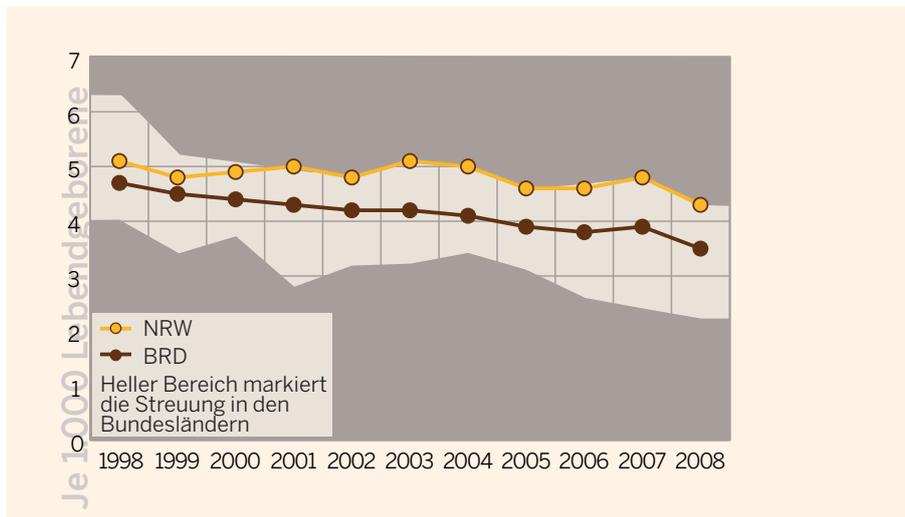


Abbildung 29 | Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene in Nordrhein-Westfalen und bundesweit. Minimal- und Maximalkurven ohne Einbeziehung der Stadtstaaten und des Saarlandes, gbe-bund, LIGA.NRW

Die Zuordnung der Säuglingssterblichkeit nach soziodemografischen Gebietstypen zeigt für den Zeitraum 2005 bis 2007, dass die Sterblichkeit, wie bereits in den Vorjahren, im sogenannten Armutspol und den heterogenen Städten am höchsten ist (vgl. Abbildung 30). Zum Armutspol gehören die kreisfreien Städte des Ruhrgebietes Duisburg, Oberhausen, Gelsenkirchen, Dortmund und Herne. Die Städte haben eine hohe Bevölkerungsdichte und benachteiligte soziale und demografische Lagen sind sehr ausgeprägt. In der Gruppe der heterogenen Städte – die ähnliche Charakteristika wie der Armutspol aufweisen – haben Mönchengladbach, Hagen, Leverkusen und Bochum im Mittel der Jahre 2005 bis 2007 die höchste Säuglingssterblichkeit zu verzeichnen.

Säuglingssterblichkeit nach Gebietstypen

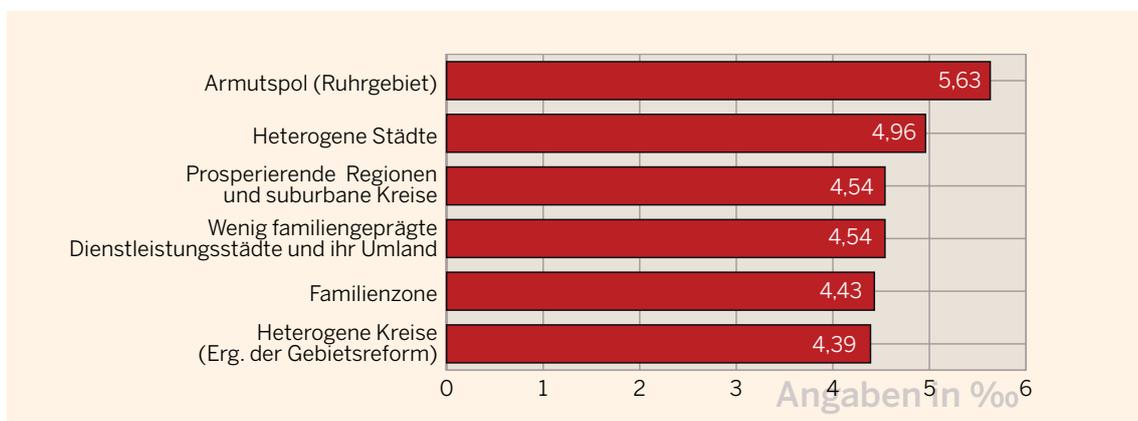


Abbildung 30 | Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene nach Gebietstypen, Nordrhein-Westfalen 2005 – 2007, LIGA.NRW

Frühgeburten und Geburtsgewicht

Der Anteil frühgeborener Säuglinge sowie das Geburtsgewicht der Lebendgeborenen sind wichtige Indikatoren für den Gesundheitszustand und Ausdruck der vorgeburtlichen gesundheitlichen Versorgung und der sozialen Bedingungen. Säuglinge, die vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren sind, gelten als Frühgeborene. Säuglinge mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 g haben definitionsgemäß ein niedriges Geburtsgewicht, liegt das Gewicht unter 1.500 g, spricht man von einem sehr niedrigen Geburtsgewicht.

Von den 2008 in Nordrhein-Westfalen geborenen 150.007 Kindern ist der überwiegende Teil der Kinder nach einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 37 Wochen und mit einem normalen Geburtsgewicht zur Welt gekommen. Frühzeitig und mit einem niedrigen Geburtsgewicht unter 2.500 g wurden 2008 in Nordrhein-Westfalen 7% der Kinder geboren, ein sehr niedriges Geburtsgewicht (< 1500 g) hatten 1,3 % der Lebendgeborenen. Der Anteil an Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht (< 2.500 g) ist über die Jahre in Nordrhein-Westfalen nahezu konstant, der Anteil an Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht nimmt bis 2007 Jahre leicht zu, sinkt 2008 aber wieder ab.

Befunde der Schuleingangsuntersuchungen

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden 5- bis 6-jährige Kinder vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Kommunen in Nordrhein-Westfalen vor Schuleintritt untersucht. Neben körperlichen Befunden (Sehschärfe, Übergewicht/Adipositas) werden durch das Screening auch kognitive, motorische und sprachliche Fertigkeiten der Kinder erhoben. Mit diesem Instrumentarium erhält man Hinweise auf entsprechende Auffälligkeiten, die zur Einleitung weitergehender Untersuchungen und entsprechender Therapien bzw. Fördermaßnahmen führen können [LIGA.NRW (Iögd) 2005]. Studien weisen darauf hin, dass zwischen den im Vorschulalter erhobenen Befunden zur Gedächtnisspanne und den späteren schulischen Lese-Rechtschreib-Leistungen eine signifikante Beziehung besteht. Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung (Koordination) beeinflussen zwar nicht direkt den kognitiv bedingten schulischen Lernerfolg, bedürfen aber einer Intervention, um zeitnahen, aber auch längerfristigen Folgen vorzubeugen.

Wie bereits in den Jahren 2004 und 2005 zeigen die Befunde der Schulanfänger in Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2006, dass 28,2% der Jungen und 20,5% der Mädchen unter Sprachstörungen leiden. Koordinationsstörungen werden bei 18% der Jungen und 9,2% der Mädchen festgestellt. Sprach- und Koordinationsstörungen treten demnach bei Jungen deutlich häufiger auf als bei Mädchen.

Eine herabgesetzte Sehschärfe liegt bei 17,6% der Kinder vor, davon ist gut die Hälfte der Kinder bereits wegen ihrer Sehschwäche in Behandlung, 46,9% werden zur weiteren Untersuchung zum Arzt überwiesen. Eine Hörstörung liegt bei 7% der Kinder vor, von denen 66,1% zur weiteren Abklärung zu einem Arzt überwiesen werden.

Verhaltensauffälligkeiten werden bei Jungen mit 9,7% bei den Schuleingangsuntersuchungen 2006 fast doppelt so häufig wie bei Mädchen (5,1%) diagnostiziert. Insgesamt handelt es sich jedoch bei 61,7% der diagnostizierten Kinder um einen nicht behandlungsbedürftigen Befund.

Impfpräventable Erkrankungen im Kindesalter

Zu den Erkrankungen, denen durch eine Impfung im Kindesalter vorzubeugen ist, gehören Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, Poliomyelitis, Infektionen mit *Hämophilus influenzae* Typ B, Diphtherie und Tetanus. Einige dieser Erkrankungen werden im Allgemeinen im Kindesalter erworben und werden deshalb häufig als „Kinderkrankheiten“ bezeichnet. Da es sich bei diesen Erkrankungen – mit Ausnahme der Masern – nicht um meldepflichtige Erkrankungen oder Erreger handelt, kann das Vorkommen nur abgeschätzt werden. Dazu führt das LIGA.NRW seit 2003 eine freiwillige, landesweite Erhebung zur Häufigkeit impfpräventabler Erkrankungsfälle in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder durch [LIGA.NRW 2008].

Die Neuerkrankungen an Masern nahmen zwischen 2001 bis 2005 bei den 0- bis 14-Jährigen drastisch ab. Während 2001 noch 1.235 Neuerkrankungen und 2002 1.435 Neuerkrankungen unter den 0- bis 14-Jährigen gemeldet wurden, verringerte sich die Anzahl in den folgenden Jahren stark und erreichte 2004 und 2005 einen Tiefstand von etwa 20 Neuerkrankungen. Im Jahr 2006 stieg die Anzahl der Neuerkrankungen jedoch aufgrund eines massiven Masernausbruchs im Duisburger Raum wieder enorm, es wurden 1.136 Neuerkrankungen unter 0- bis 14-Jährigen gemeldet. Insgesamt belief sich die Anzahl an Neuerkrankungen 2006 auf 1.749 Fällen in der gesamten Bevölkerung. Im Jahr 2007 konnte mit 160 Neuerkrankungen wieder eine rückläufige Anzahl verzeichnet werden.

Um das Ziel der Weltgesundheitsorganisation, Masern bis zum Jahr 2010 zu eliminieren, zu erreichen, sollte eine Durchimpfungsrate von 95 % (zweite Impfung) angestrebt werden. Dadurch wäre die sogenannte Herdimmunität erreicht. Meldungen von Neuerkrankungen unter Säuglingen in 2006 und 2007 verdeutlichen, dass die Herdimmunität noch nicht ausreichend ist, um all diejenigen zu schützen, die selbst noch nicht geimpft werden können, weil sie z. B. noch zu jung sind (< 11 Monate) [LIGA.NRW 2008a]. Aufgrund hoher Fallzahlen bei älteren Jugendlichen (15 – 19 Jahre) kann von Impflücken unter den älteren Jahrgängen ausgegangen werden. Deshalb fand 2007 und 2008 eine Landesimpfkampagne statt, die gezielt an weiterführenden Schulen durchgeführt wurde, um bestehende Impflücken zu schließen. Auf die Durchimpfungsraten in Nordrhein-Westfalen wird im Abschnitt „Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ eingegangen.

Bezüglich anderer nicht meldepflichtiger, impfpräventabler Erkrankungen wurden Windpocken in den Gemeinschaftseinrichtungen am häufigsten registriert. 2007 wurden in Nordrhein-Westfalen 6.437 Fälle gemeldet, allerdings fehlen Zahlen aus vier Gesundheitsämtern. Im zeitlichen Verlauf scheinen Windpockeninfektionen jedoch seit 2005 abzunehmen, welches durch die Impfempfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur Varizellenimpfung sowie die geregelte Kostenübernahme für diese Impfung seit Herbst 2005 erklärbar wäre [LIGA.NRW 2008a]. Wie im Vorjahr wurden Neuerkrankungen an Keuchhusten 2007 am zweithäufigsten registriert (318 Fälle), gefolgt von Mumps (76 Fälle) und Röteln (54 Fälle) [LIGA.NRW 2008a].

Kernaussagen

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

- In Kinderarztpraxen in Nordrhein-Westfalen dominieren Behandlungen aufgrund von Atemwegs- und anderen Infektionserkrankungen. Als erste chronische Erkrankungen rangieren das atopische Ekzem (Neurodermitis) und Asthma auf den Rängen 14 und 15.
- Nach mehr oder weniger stagnierenden Zahlen stieg in Nordrhein-Westfalen die Säuglingssterblichkeit 2007 erstmals an und lag mit 4,8‰ deutlich über dem Bundesdurchschnitt. In 2008 nahm die Säuglingssterblichkeit dagegen wieder ab und erreichte 4,3‰.
- Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen wurden bei Jungen häufiger als bei Mädchen Sprach- und Koordinationsstörungen sowie Verhaltensauffälligkeiten festgestellt.
- 46,9% der Kinder, bei denen bei der Schuleingangsuntersuchung eine Sehschwäche diagnostiziert wird sowie 66,1% der Kinder, bei denen eine Hörstörung festgestellt wird, werden aufgrund unzureichender Versorgung zum Facharzt überwiesen.
- Nachdem aufgrund eines massiven Masernausbruchs 2006 die Masern im Vergleich zu den Vorjahren deutlich zugenommen hatten, konnten 2007 wieder rückläufige Zahlen bei den 0- bis 14-Jährigen festgestellt werden.

Gesundheitsverhalten

Die Gesundheit des Einzelnen wird wesentlich durch individuelle Verhaltensweisen beeinflusst. Aspekte des Lebensstils wie Tabak- und Alkoholkonsum, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten gehören ebenso dazu wie arbeitsbedingte Belastungen und die Inanspruchnahme präventiver Angebote des Gesundheitssystems wie Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen gegen Infektionserkrankungen.

Rauchen

Tabakrauch ist eins der stärksten Gesundheitsrisiken, für Lungenkrebs und andere Atemwegserkrankungen ist Tabakrauch der bedeutendste Risikofaktor.

Das Risiko, Lungenkrebs zu bekommen, ist für Raucher im Gegensatz zu Nichtrauchern um das Achtfache erhöht [Gandini, S 2008]. Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden ebenfalls durch Rauchen begünstigt. Nach einer Studie des Rostocker Instituts zur Erforschung des Demografischen Wandels ist die weitere Lebenserwartung eines 50-jährigen starken Rauchers um 18,2 Jahre und die weitere Lebenserwartung einer 50-jährigen Frau um 22 Jahre geringer als die von gleich alten Nichtrauchern [Muth, E 2008].

Im Rahmen der nordrhein-westfälischen Bevölkerungsbefragung 2007 gaben 26 % der Männer und 23 % der Frauen an, täglich zu rauchen. Als Nichtraucher bezeichneten sich 65 % der Männer und 71 % der Frauen (vgl. Abbildung 31). Etwa die Hälfte der derzeitigen Nichtraucher hat zu einem früheren Zeitpunkt vor der Befragung geraucht. Die Raucheranteile in Nordrhein-Westfalen und der Bundesrepublik sind vergleichbar [RKI 2006; Gallup Organisation 2009]. Der Anteil an Rauchern ist im jungen Erwachsenenalter bis zu einem Alter von etwa 50 Jahren am höchsten und sinkt in den höheren Altersgruppen ab (Bevölkerungsbefragung NRW 2007).

Raucherstatus 2007

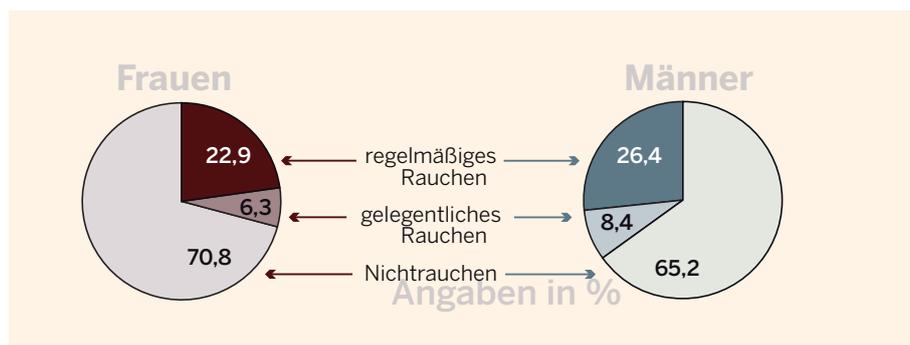


Abbildung 31 | Raucherstatus nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2007, Bevölkerungsbefragung NRW 2007, LIGA.NRW

Auf Bundesebene konnte im Rahmen der Drogenaffinitätsstudie festgestellt werden, dass der Anteil an 12- bis 17-jährigen Rauchern von 27,2 % im Jahr 2001 auf 14,7 % im Jahr 2008 gesunken ist [BZgA 2008a]. Jedoch ist das Einstiegsalter für das Rauchen ebenfalls in den vergangenen Jahrzehnten gesunken. Lag in der Bevölkerungsbefragung NRW 2007 der Rauchbeginn bei 65-Jährigen und älteren Befragten im Mittel bei 21 Jahren, gaben die jetzt 18- bis 29-jährigen Raucher an, bereits mit durchschnittlich 16 Jahren mit dem Rauchen begonnen zu haben. Diese Daten sind ungefähr vergleichbar mit den Angaben, die im Rahmen des RKI-Gesundheitssurveys 2003 in Nordrhein-Westfalen gemacht wurden. Die Zahlen bestätigen die Notwendigkeit von Präventionsansätzen, die schon in Schulen für das Nichtrauchen werben, um den Einstieg zu verhindern.

Da auch vom Passivrauch eine Gesundheitsgefahr ausgeht, wurden Bewohner aus Nordrhein-Westfalen 2007 befragt, wie oft und wo sie Passivrauch ausgesetzt sind. Etwa 36 % der Befragten hält sich demnach häufig in Räumen auf, in denen geraucht wird, wobei etwa zwei Drittel hauptsächlich Restaurants, Bars etc. nannten und gut ein Drittel den Arbeitsplatz und die eigene Wohnung. Es ist zu erwarten, dass durch das Nichtraucherschutzgesetz die Belastung durch Passivrauch in öffentlichen Räumen sich deutlich verringern wird. Untersuchungen in anderen Ländern wie Italien und Schottland zeigen, dass das Rauchverbot in öffentlichen Räumen sich positiv auf die Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Bevölkerung auswirkt [Cesaroni, G 2008; Pell, JP 2008].

Alkohol

Neben Tabakkonsum ist übermäßiger Alkoholgenuss ein Risikofaktor für die Gesundheit und birgt ein beträchtliches Abhängigkeitspotential. Nach einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Alkoholkonsum – nach Tabakkonsum und Bluthochdruck – in industrialisierten Ländern die dritthäufigste Ursache für durch Krankheit vorzeitig verlorene Lebensjahre [Ezzati, M 2002].

Auf der Grundlage verschiedener Studien sind Konsumklassen für Alkohol definiert worden, die zur Abschätzung der Gefährdung dienen können. Für Männer gilt ein täglicher Alkoholkonsum bis zu 24 Gramm reinen Alkohols als risikoarm (20 g Alkohol entsprechen 0,5l Bier oder 0,25l Wein), 24 g bis 60 g gelten als riskant und 60 bis 120 g als gefährlich. Für Frauen ist Alkohol bereits in geringeren Dosen gefährlich. Als risikoarm gilt für sie der Konsum bis 12 g reinen Alkohols pro Tag, Mengen zwischen 12 und 40 g gelten als riskant und ein Konsum von 40 bis 80 g gilt als gefährlich.

In der Bevölkerungsbefragung NRW im Jahr 2000 wurde der Alkoholkonsum erfragt. Danach konsumieren 18,7% der Männer täglich durchschnittlich zwischen 20 und 60 g reinen Alkohol, eine Menge, die als riskant eingeschätzt wird. Unter den Frauen konsumieren 10,1% Mengen an Alkohol, die als riskant eingeschätzt werden. Mehr als 60 g bzw. mehr als 40 g reinen Alkohol pro Tag konsumieren 3,2% der Männer und 1,2% der Frauen.

Über den Alkoholkonsum von Jugendlichen gibt es lediglich Daten für das gesamte Bundesgebiet, welche im Rahmen der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008 erhoben wurden [BZgA 2008a]. Der Anteil an Jugendlichen, die im vergangenen Jahr mindestens wöchentlich irgendein alkoholisches Getränk getrunken haben, sinkt von 21,2% im Jahr 2004 auf 17,4% im Jahr 2008. In der Befragung gab die Mehrheit der befragten 12- bis 17-Jährigen an, keinen Alkohol zu konsumieren. 6,2% konsumieren täglich Alkoholmengen, die für Erwachsene riskant wären und 2% gaben an, gefährliche Mengen an Alkohol zu konsumieren⁴. Von männlichen Jugendlichen werden riskante und gefährliche Alkoholmengen häufiger konsumiert als von Mädchen [BZgA 2008a].

⁴ Da es keine konsistenten Grenzwerte für Jugendliche gibt, werden die Grenzwerte für den Alkoholkonsum von Erwachsenen zugrunde gelegt.

Besonders riskant und problematisch ist das häufige Trinken größerer Mengen von Alkohol, das sogenannte Binge-Trinken. Als Binge-Trinken zählt der Konsum von fünf oder mehr Gläsern Alkohol hintereinander bei einer Trinkgelegenheit. Der Anteil an 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die Binge-Trinken vor der Befragung innerhalb der letzten 30 Tage praktiziert haben, schwankt in dem Zeitraum 2004 – 2008 zwischen 20 und 25 % [BZgA 2008a].

Fast 4.000 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 17 Jahren wurden 2007 in Nordrhein-Westfalen aufgrund einer Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus eingewiesen. Damit hat sich die Anzahl im Vergleich zu 2001 verdoppelt (1.933 Fälle). Bis zum Alter von 14 Jahren wurden Mädchen 2007 etwas häufiger stationär aufgenommen als Jungen, danach steigt die Anzahl an stationären Einweisungen bei männlichen Jugendlichen stark an und übersteigt die Anzahl an weiblichen Fällen (vgl. Abbildung 32).

Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen Krankenhauseinweisungen

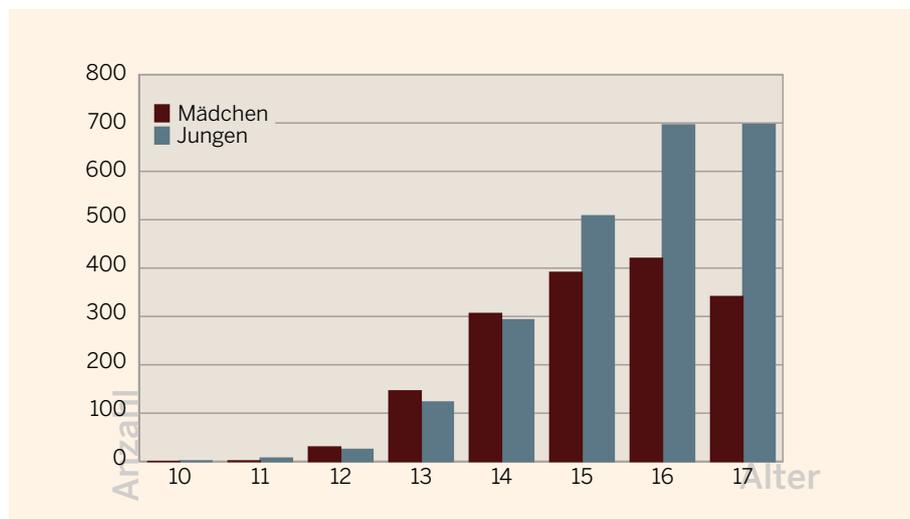


Abbildung 32 | Anzahl an Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholvergiftungen (ICD-10: F10) nach Alter und Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2007, IT.NRW, GBE-Stat 2008, LIGA.NRW

Körpergewicht, Ernährung und Bewegung

Körpergewicht

Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) sind Risikofaktoren für eine Vielzahl von Erkrankungen, zu denen z.B. Bluthochdruck, koronare Herzerkrankung, Typ-2-Diabetes und orthopädische Erkrankungen gehören. Die Ursache von Übergewicht ist in den meisten Fällen ein Ungleichgewicht zwischen Kalorienaufnahme und Kalorienverbrauch. Erkrankungen als Ursache einer Gewichtszunahme sind relativ selten und der Einfluss genetischer Veranlagungen ist bis heute noch nicht eindeutig geklärt. Gegenmaßnahmen zur Verringerung des Übergewichts sind daher primär Veränderungen der Ernährung und/oder des Bewegungsverhaltens. Das Gewicht wird mit dem Body-Mass-Index (BMI) kategorisiert. Ein BMI von 19 bis unter 25 gilt als Normalgewicht, Werte von 25 bis unter 30 werden als übergewichtig bezeichnet und Personen mit einem BMI ab 30 gelten als fettleibig oder adipös.

In Nordrhein-Westfalen sind – ebenso wie etwa in Deutschland allgemein – 57,5 % der Männer und 36,4 % der Frauen über 18 Jahren übergewichtig oder adipös⁵. Andere Befragungen und Studien in Nordrhein-Westfalen wie der Mikrozensus oder die Nationale Verzehrsstudie kommen zu vergleichbaren, teilweise etwas höheren Anteilen an Übergewicht und Adipositas.

Der Anteil der übergewichtigen und adipösen Personen steigt in den höheren Altersgruppen an. Bei der Bevölkerungsbefragung NRW 2007 sind von den 18- bis 29-Jährigen 31 % der Männer und 21 % der Frauen übergewichtig oder adipös, bei den 65-Jährigen und Älteren sind es 66 % der Männer und 47 % der Frauen (vgl. Abbildung 33).

⁵ Bevölkerungssurvey NRW 2007

Body-Mass-Index

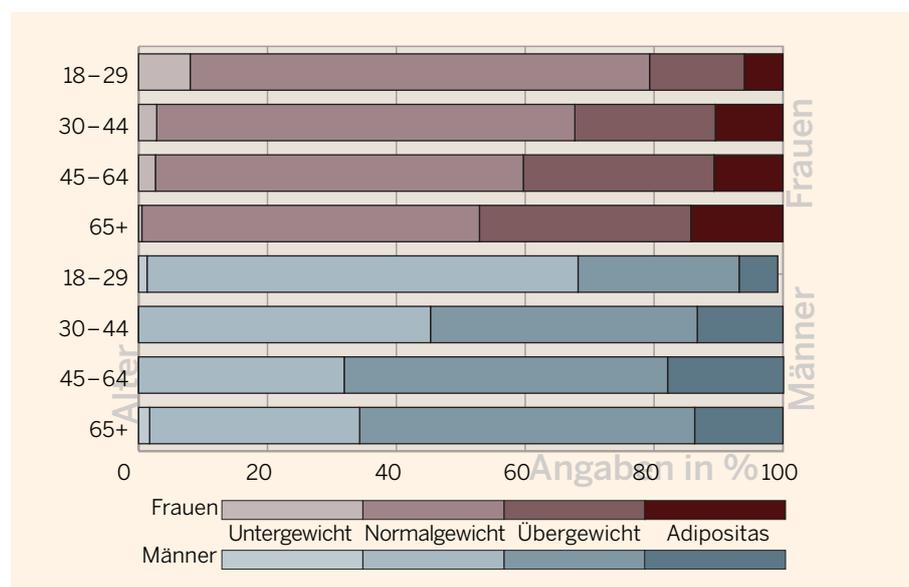


Abbildung 33 | Körpergewichtskategorien entsprechend des Body-Mass-Index (BMI) nach Alter und Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2007, Bevölkerungsbefragung NRW 2007, LIGA.NRW

Viele Determinanten des Körpergewichts werden durch Faktoren aus dem sozialen Umfeld sowie von der Arbeits- und Wohnsituation beeinflusst. Entsprechend ist insbesondere Adipositas in unteren sozialen Schichten besonders häufig. In unteren sozialen Lagen sind ein Fünftel der Männer und ein Viertel der Frauen adipös, in höheren Soziallagen sind es nur 12 % der Männer und 7 % der Frauen.

Die Voraussetzungen für die Entwicklung von Übergewicht werden oft schon im Kindesalter gelegt. Daher wird bei den Schuleingangsuntersuchungen auch das Gewicht der Kinder erfasst. Auf Grundlage der Daten zu den Einschulungsuntersuchungen NRW 2006 sind 6,4 % der Jungen übergewichtig und 4,8 % adipös. Bei den Mädchen gibt es 6,7 % Übergewichtige und 4,4 % Adipöse. Die Bewertung dieser Maßzahlen erfolgt durch den Vergleich mit einer Referenzpopulation, nach der ein Anteil von 3 % adipösen und 7 % übergewichtigen Kindern als normal gilt. Gemessen daran liegt bei den Einschülern in NRW der Anteil der Übergewichtigen im Rahmen, der Anteil der Adipösen ist jedoch zu hoch.

Das allgemein für Deutschland diskutierte Ansteigen von Übergewicht und Adipositas bei Einschülern ist, insbesondere in den letzten Jahren, in Nordrhein-Westfalen nicht zu sehen. Seit 2001 bzw. 2004 stagnieren die Anteile (vgl. Abbildung 34). Auch bei den Einschülern ist ein sozialer Gradient bei der Häufigkeit von Übergewicht zu sehen. Überdurchschnittlich betroffen sind auch Kinder mit Migrationshintergrund. Zudem gibt es Anzeichen, dass unter den Jugendlichen zum Zeitpunkt der Schulentlassung die Anteile Übergewichtiger und Adipöser stark gewachsen sind.

Übergewicht und Adipositas bei Einschülern

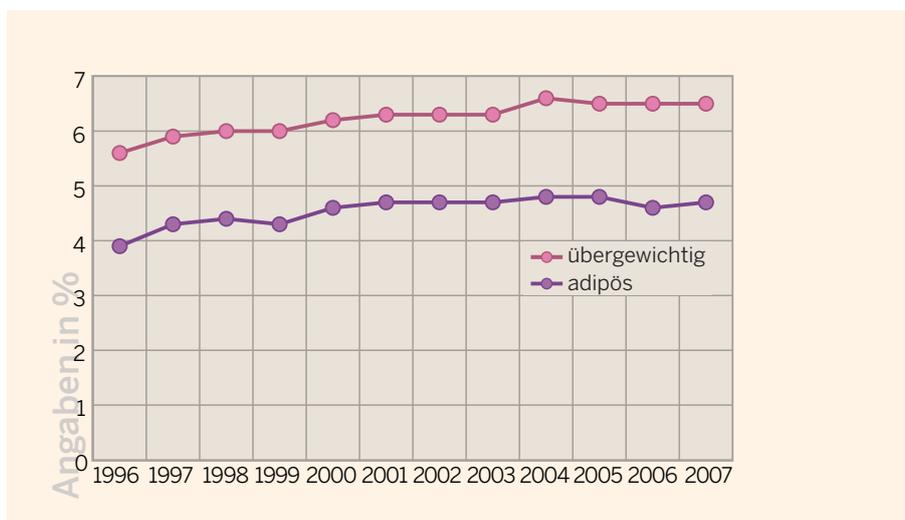


Abbildung 34 | Entwicklung des Body-Mass-Index bei Einschülern in Nordrhein-Westfalen, 1996 – 2007, Schuleingangsuntersuchungen NRW, Indikator 4.9, LIGA.NRW

Ernährung

Ausgewogene Ernährung ist eine wesentliche Determinante einer guten Gesundheit. Eine unausgewogene Ernährung kann zu Übergewicht und den dadurch drohenden Folgeerkrankungen führen, sie ist aber auch ein eigenständiger Risikofaktor für verschiedene Erkrankungen.

Neben den finanziellen Möglichkeiten spielen Wissen über gesunde Ernährung und Gewohnheiten eine große Rolle im Ernährungsverhalten. Als Anhaltspunkt wird mit der Kampagne „5 am Tag“ propagiert, fünf Portionen Obst und Gemüse, genau genommen zwei Portionen Obst und drei Portionen Gemüse, täglich zu sich zu nehmen. Das Wissen um diese Empfehlung wurde im Rahmen der Nationalen Verzehrsstudie (NVS) erfragt, die tatsächlichen Gewohnheiten wurden in der Bevölkerungsbefragung NRW 2007 ermittelt.

Etwa ein Drittel der Befragten der Nationalen Verzehrsstudie (NVS) hat den Slogan „5 am Tag“ erkannt und mit den richtigen Inhalten in Verbindung gebracht, die übrigen zwei Drittel kannten den Slogan gar nicht oder konnten ihn nicht richtig mit Inhalten verknüpfen [Max-Rubner Institut 2008]. In der Bevölkerungsbefragung NRW 2007 wurde die Portionsmenge an Gemüse, Salat oder Obst pro Tag erfragt. Drei oder mehr Portionen Obst essen 16 % der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen täglich, Frauen häufiger als Männer. Ein bis zwei Portionen Obst werden täglich von 61 % der Bevölkerung verzehrt, wobei hier kaum ein Unterschied zwischen Frauen und Männern besteht. Mehr als drei Portionen Gemüse oder Salat werden von 7,3 % der Befragten täglich verzehrt, wie bei dem Obstverzehr auch hier häufiger von Frauen. Der überwiegende Anteil der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen (54 %) gibt an, eine Portion Gemüse oder Salat täglich zu verzehren (vgl. Abbildung 35).

Obstverzehr Geschlecht

Gemüse- und Salatverzehr Geschlecht

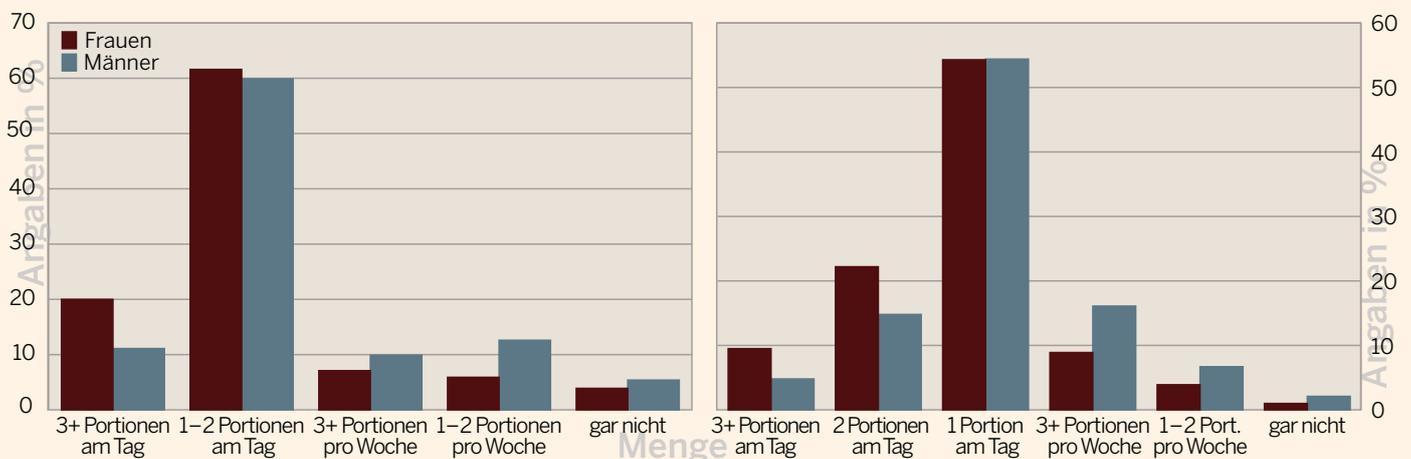


Abbildung 35 | Obst-, Gemüse- und Salatverzehr nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2007, Bevölkerungsbefragung NRW 2007, LIGA.NRW

Bewegung

Neben der Ernährung hat die körperliche Aktivität einen Einfluss auf das Körpergewicht. Darüber hinaus wirkt sich die körperliche Aktivität auf verschiedene Erkrankungen, wie beispielsweise Rückenschmerzen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, vorbeugend aus. Aufgrund der heutzutage überwiegend sitzenden beruflichen Tätigkeiten bekommt die körperliche Aktivität in der Freizeit einen immer höheren Stellenwert. Es wird empfohlen, dreimal wöchentlich für mindestens eine halbe Stunde körperlich aktiv zu sein.

In der Bevölkerungsbefragung NRW 2007 wurde erfragt, wie lange die Befragten pro Woche Sport treiben und ob sie sich sonst in ihrer Freizeit körperlich bewegen. Etwa 60 % der Befragten haben in den vergangenen drei Monaten Sport getrieben. Davon haben Männer mehrheitlich mehr als 4 Stunden pro Woche Sport getrieben (41 %), Frauen trieben überwiegend bis zu 4 Stunden in der Woche Sport (38 %). Drei Viertel der Befragten, die Sport treiben, bewegen sich auch zusätzlich außerhalb rein sportlicher Tätigkeiten (beispielsweise zu Fuß oder mit dem Fahrrad zur Arbeit oder den Einkauf erledigen). Unter allen Befragten treiben 39 % keinen Sport, darunter betätigt sich etwa ein Drittel auch sonst nicht körperlich aktiv. Dies gilt für Männer und Frauen. Generell glaubte nur etwa die Hälfte aller Befragten, sich im Alltag genügend zu bewegen (48 %).

Arbeitsbedingte Belastungen

Arbeitsbedingte Belastungen und Erkrankungen haben eine erhebliche Auswirkung auf die allgemeine Gesundheit und Erwerbsfähigkeit. Der Strukturwandel mit seiner Veränderungsdynamik von einer Industriegesellschaft hin zu einer Dienstleistungs- und Kommunikationsgesellschaft bedeutet für den Arbeitnehmer eine ständige Anpassung an neue Arbeitstechnologien. Darüber hinaus muss dem demografischen Wandel mit einer älter werdenden Belegschaft Rechnung getragen werden. Neben der Verhütung von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Risiken nimmt die Förderung von Gesundheit und ihrer Voraussetzungen im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements einen immer höheren Stellenwert bei der Vorbeugung des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben ein.

Im Rahmen einer repräsentativen Befragung von 2.000 Beschäftigten in Nordrhein-Westfalen wurde die subjektive Belastung durch die tägliche Arbeit erfragt [LAFa 2005]. Daraus resultierte nachfolgende Rangfolge (vgl. Tabelle 4), in der die erhebliche psychomenteale Arbeitsbelastung der Beschäftigten auffällt. Aufgrund der überwiegend psychomentalen, aber auch körperlichen Arbeitsbelastungen werden folgerichtig Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich (48,1%) sowie allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit oder Erschöpfung (45,4%), Schmerzen im unteren Rücken (42,7%) und Kopfschmerzen (31,1%) am häufigsten als arbeitsbedingte Gesundheitsbeschwerden genannt.

Anerkannte Berufserkrankungen treten bei Männern deutlich häufiger als bei Frauen auf. Im Jahr 2007 wurden in Nordrhein-Westfalen 3.664 Berufserkrankungen der Männer und 302 Berufserkrankungen der Frauen anerkannt. Unter den Berufskrankheiten dominieren bei den Männern Lärmschwerhörigkeit (35,3%), Asbestose (15,3%) und Silikose (9%). Bei den Frauen sind Infektionskrankheiten (37,4%), gefolgt von Hauterkrankungen (14,9%) und Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch Heben und Tragen (12,6%) die häufigsten anerkannten Berufskrankheiten 2007.

Subjektive Belastungseinschätzung in der Arbeitswelt

Psychomenteale Arbeitsbelastung durch ...	
1. hohe Verantwortung	39,3%
2. hohen Zeitdruck	38,0%
3. Überforderung durch die Arbeitsmenge	25,7%
4. Angst vor Arbeitsplatzverlust	18,9%
Körperliche Arbeitsbelastung durch ...	
5. körperliche Zwangshaltung	18,2%
Psychomenteale Arbeitsbelastung durch ...	
6. mangelnde Informationen	18,0%
Arbeitsumgebungsbelastung durch ...	
7. Lärm	16,9%
Psychomenteale Arbeitsbelastung durch ...	
8. Vorschriften, Kontrolle, mangelnde Handlungsspielräume	16,8%
Arbeitsumgebungsbelastung durch ...	
9. klimatische Bedingungen	16,4%
Psychosoziale Belastung durch ...	
10. Ärger und Konflikte mit Kunden/Patienten	16,2%

Tabelle 4 | Subjektive Belastungseinschätzung in der Arbeitswelt in Nordrhein-Westfalen 2004, EMNID-Studie, LIGA.NRW

Kernaussagen

Gesundheitsverhalten – Körpergewicht, Ernährung und Bewegung – Arbeitsbedingte Belastungen

- Etwa 35 % der Männer und 30 % der Frauen in Nordrhein-Westfalen rauchen.
- Das Einstiegsalter für das Rauchen scheint sich in den vergangenen Jahren vorverlegt zu haben. Die 18- bis 29-Jährigen haben durchschnittlich mit 16 Jahren mit dem Rauchen begonnen.
- Die Bevölkerung ist 2007 am häufigsten in Restaurants und Bars Passivrauch ausgesetzt. Dieser Anteil sollte sich im Rahmen der Maßnahmen zum Nichtraucherschutzgesetz verringern.
- Knapp ein Fünftel der Männer in Nordrhein-Westfalen konsumiert eine tägliche Alkoholmenge, die als gefährlich einzustufen ist. Bei Frauen liegt der Anteil bei 10 %.
- Zum Binge-Trinken liegen nur Bundeszahlen vor. Der Anteil an Jugendlichen, die in den vergangenen 30 Tagen fünf Gläser oder mehr Alkohol hintereinander zu sich genommen haben, liegt bei etwa 20 %. Die Anzahl an Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholvergiftungen hat sich in Nordrhein-Westfalen zwischen 2001 und 2007 verdoppelt, insgesamt wurden 2007 etwa 4.000 Jugendliche stationär behandelt.
- In Nordrhein-Westfalen sind gut die Hälfte der Männer und gut ein Drittel der Frauen über 18 Jahren übergewichtig oder adipös.
- Seit 2001 bzw. 2004 stagnieren die Anteile an Adipositas und Übergewicht bei Einschülern in Nordrhein-Westfalen.
- Die Kampagne „5 am Tag“ empfiehlt, täglich zwei Portionen Obst und drei Portionen Gemüse zu verzehren. Laut Bevölkerungsbefragung NRW 2007 konsumieren 61 % der Bevölkerung ein- bis zweimal täglich Obst. Gemüse wird überwiegend nur mit einer Portion täglich in Nordrhein-Westfalen verzehrt.
- Knapp 40 % der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen treiben nicht regelmäßig Sport. Etwa die Hälfte der Bevölkerung glaubt, sich allgemein im Alltag zu wenig zu bewegen.
- Beschäftigte in Nordrhein-Westfalen fühlen sich häufig psychosozialen Belastungen ausgesetzt.

Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten

Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen ist ein Indikator, der zum einen widerspiegelt, wie gut die Bevölkerung über das Vorsorgeangebot informiert ist, und zum anderen die Bereitschaft die Angebote anzunehmen darstellt.

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, die sogenannten U-Untersuchungen, umfassen die U1 bis U9 im Kleinkind- sowie Vorschulalter und die U10 und U11 sowie J1 und J2 im Schul- bzw. Jugendlichenalter. Die Teilnahme an den Untersuchungen wird in einem Untersuchungsheft, welches bei den Eltern verbleibt, dokumentiert. Die U1 bis U9 finden, in unterschiedlich engen Zeiträumen, direkt nach der Geburt bis zum 5. Lebensjahr statt und dienen dazu, Krankheiten und Entwicklungsstörungen des Kindes rechtzeitig erkennen und behandeln zu können.

Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zwischen Geburt und dem 5. Lebensjahr (U1 – U9) ist recht hoch, fällt jedoch ab dem Alter von vier Jahren (U8) unter die 90-%-Marke. Allgemein werden U-Untersuchungen im Säuglingsalter häufiger in Anspruch genommen (U3 – U6 91,1%) als U-Untersuchungen im Kleinkindalter (U9 85,8%).

Der Anteil an Kindern, die eine lückenlose Dokumentation der U-Untersuchungen U5 (6. – 7. Lebensmonat) bis U9 (60. – 64. Lebensmonat) während der Einschulungsuntersuchung vorweisen, ist von 73,4 % (2002) auf 75 % (2006) angestiegen. Dennoch nehmen ein Viertel der Eltern nicht alle Untersuchungen der U5 bis U9 vollständig für ihre Kinder in Anspruch.

Das Land Nordrhein-Westfalen hat eine „Zentrale Stelle Gesunde Kindheit“ eingerichtet, um Kinder zu identifizieren, die nicht an den Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen. Die Sorgeberechtigten werden bei Versäumnis erinnert, die Termine wahrzunehmen. Ein Ziel des Verfahrens ist es, die Teilnahmequote an diesen Untersuchungen zu erhöhen.

Schutzimpfungen

Impfungen dienen dazu, verschiedenen Infektionserkrankungen vorzubeugen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) wird vom Bundesministerium für Gesundheit berufen und empfiehlt im Rahmen eines Impfkaltenders vom Säuglings- bis zum Erwachsenenalter verschiedene Schutzimpfungen. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen werden Durchimpfungsraten im Kindesalter erfasst. Die Daten der Bevölkerungsbefragung NRW 2007 geben Aufschluss über das Wissen um Schutzimpfungen sowie die Inanspruchnahme der Influenzaimpfung.

Impfquote Schuleingangsuntersuchung

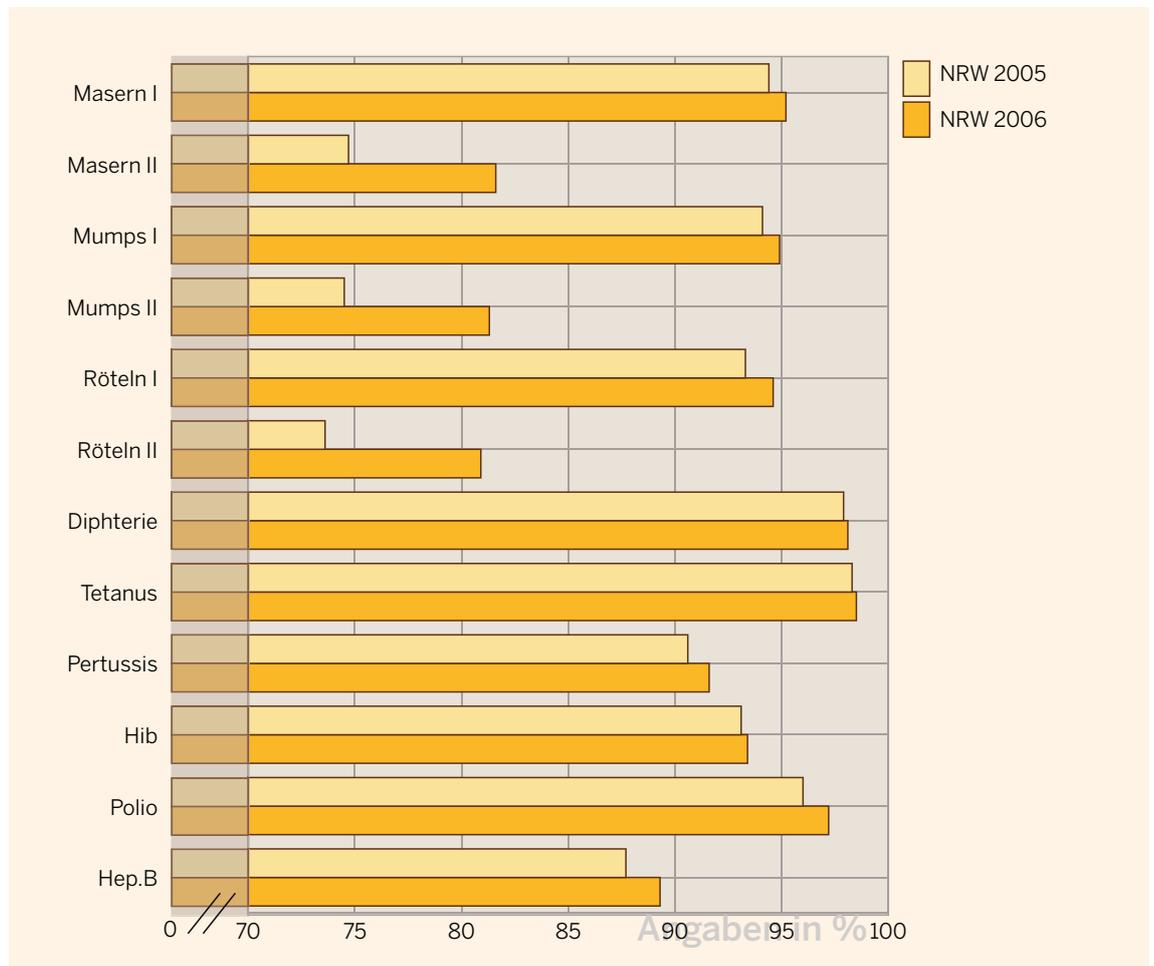


Abbildung 36 | Impfquote bei Einschülern in Nordrhein-Westfalen 2005 und 2006, Schuleingangsuntersuchungen NRW, LIGA.NRW

In den letzten Jahren sind die Impfquoten bei den Einschülern in Nordrhein-Westfalen insbesondere bei der 2. Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln stark gestiegen. Von einer Durchimpfungsrate von 95% der zweiten Masernimpfung, die von der WHO propagiert wird, um Masern zu eliminieren, ist Nordrhein-Westfalen jedoch mit einem Anteil von 81,6% noch weit entfernt (vgl. Abbildung 36). Im Bundesdurchschnitt liegt die Durchimpfungsrate der 2. Masernimpfung 2006 mit 83,2% etwas höher als in Nordrhein-Westfalen. Darüber hinaus sind die Durchimpfungsraten der zweiten Impfung gegen Mumps und Röteln bei den Einschülern ebenfalls zu verbessern, hier liegt Nordrhein-Westfalen jeweils leicht unter dem Bundesdurchschnitt.

Die Durchimpfungsraten gegen Tetanus, Diphtherie, *Hämophilus influenzae* Typ B und Polio sind bei den Einschülern 2006 zufriedenstellend. Bezüglich Pertussis und Hepatitis B hat sich die Durchimpfungsrate gegenüber dem Vorjahr leicht verbessert, ein zufriedenstellendes Niveau ist jedoch noch nicht erreicht (vgl. Abbildung 36).

Generell ist darauf hinzuweisen, dass es zu einer Überschätzung der Durchimpfungsrate im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen kommen kann, da die Impfquote auf Basis der vorgelegten Impfausweise berechnet wird, ohne die Kinder ohne Impfausweis zu berücksichtigen. Das Impfheft wurde bei den Schuleingangsuntersuchungen 2006 von 155.470 Kindern vorgelegt, welches einem Anteil von 88,5% entspricht. Es ist zu vermuten, dass der Impfstatus von Kindern, deren Impfausweis nicht vorlag, schlechter ist als bei Kindern mit vorgelegtem Impfheft [Wichmann, O 2007].

Die Impfung gegen Influenza wird von der Ständigen Impfkommission (STIKO) als Standardimpfung bei Personen über 60 Jahren empfohlen. Darüber hinaus ist die Impfung bei Personen mit chronischen Erkrankungen sowie bei Personen mit einem beruflichen Risiko indiziert [RKI 2008b]. Die Impfung muss jährlich im Herbst mit einem von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Impfstoff durchgeführt werden. Die Influenza ist von einem normalen grippalen Infekt zu unterscheiden. Es handelt sich bei der Influenza um eine schwerwiegende Erkrankung mit unter anderem hohem Fieber, Kopfschmerzen und Schüttelfrost, die auch zum Tode führen kann. Abbildung 37 zeigt die Altersverteilung der im Rahmen der Bevölkerungsbefragung 2007 in Nordrhein-Westfalen befragten Personen, die angegeben haben, jemals gegen Influenza geimpft worden zu sein. Erwartungsgemäß nimmt der Anteil an geimpften Personen mit dem Alter zu, jedoch ist – entsprechend der STIKO Empfehlung – der Anteil an geimpften Personen über 65 Jahren als nicht ausreichend anzusehen.

Neben der Inanspruchnahme von Impfungen wurde im Rahmen der Bevölkerungsbefragung NRW 2007 auch das Wissen über Impfungen erfragt. Insgesamt fühlen sich nur 63,7% der Befragten ausreichend über den Nutzen von Schutzimpfungen informiert. Ausreichend über Risiken von Schutzimpfungen informiert fühlt sich nur knapp die Hälfte der Befragten.

Influenzaimpfung

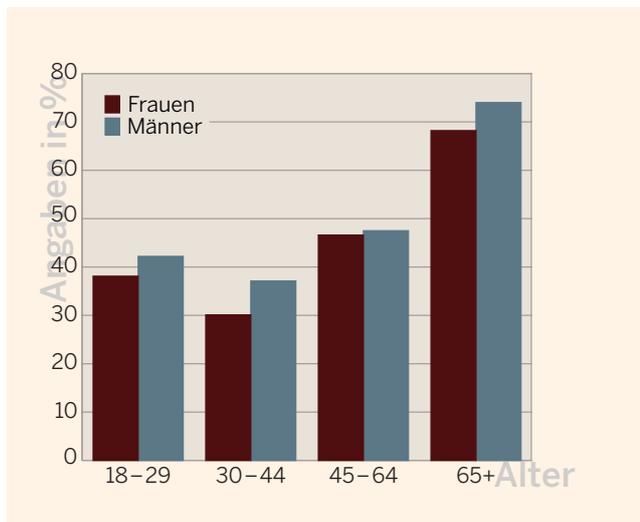


Abbildung 37 | Befragte, die jemals gegen Influenza geimpft worden sind, nach Alter und Geschlecht in Nordrhein-Westfalen, Bevölkerungsbefragung NRW 2007, LIGA.NRW

Check-up-Untersuchungen

Check-up-Untersuchungen haben ebenso wie Krebsfrüherkennungsuntersuchungen das Ziel, Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und entsprechende Therapien einleiten zu können, um die Prognose der jeweiligen Erkrankungen für den Einzelnen zu verbessern. Ab dem 36. Lebensjahr haben Männer wie Frauen im zweijährigen Abstand Anspruch auf einen Gesundheits-Check-up. Im Rahmen der Untersuchungen sollen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus frühzeitig erkannt werden. Außerdem sollen die für diese Krankheiten bedeutsamen Risikomerkmale erkannt und Betroffene frühzeitig auf gesundheitsschädigende Verhaltensweisen hingewiesen werden. Die Untersuchung besteht aus der Erfassung der Krankheitsvorgeschichte, einer körperlichen Untersuchung sowie aus Laboruntersuchungen (Gesamtcholesterin, Blutzucker, Harnsäure und Kreatinin). Im Rahmen der Bevölkerungsbefragung NRW 2007 wurde zum einen das Wissen über das Angebot der Check-up-Untersuchung wie auch die Inanspruchnahme erfragt.

Das Wissen, ab welchem Alter Check-Up-Untersuchungen von den Krankenkassen übernommen werden, ist in Nordrhein-Westfalen verbesserungsfähig. Im Rahmen der Bevölkerungsbefragung NRW 2007 konnten nur 13,2 % der Befragten das Alter benennen, ab welchem Check-up-Untersuchungen in Anspruch genommen werden können. Frauen wissen dies etwas häufiger als Männer. Personen mit niedrigem sozialem Status sowie mit Migrationshintergrund scheinen schlechter über das Angebot der Check-up-Untersuchungen informiert zu sein.

Daten zur Inanspruchnahme des sogenannten Gesundheits-Check-up liegen für Nordrhein-Westfalen nur in Form der Bevölkerungsbefragung NRW 2007 vor. Insgesamt haben 58 % der 35-jährigen und älteren Befragten jemals an einer Check-up-Untersuchung teilgenommen. Interessanter als die jemalige Teilnahme an einer Check-up-Untersuchung ist allerdings der Anteil der anspruchsberechtigten Personen, die in den letzten zwei Jahren an einer entsprechenden Untersuchung teilgenommen haben. Der Anteil der Personen, die in den letzten zwei Jahren an einer Check-up-Untersuchung teilgenommen haben, schwankt bei Männern je nach Altersgruppe zwischen 40 und 63 % und bei Frauen zwischen 42 und 60 % (vgl. Abbildung 38).

Insgesamt deckt sich die Angabe nicht mit den Angaben zur Inanspruchnahme der Check-up-Untersuchungen, die auf den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung 2006 basieren. Anhand dieser Datengrundlage wird von einer jährlichen Teilnehmerate von 17,9 % in Nordrhein-Westfalen ausgegangen. Auf Bundesebene wird von einer Teilnehmerate von 16,8 % ausgegangen [RKI 2006, S. 133]. Es bestehen jedoch Limitationen bezüglich der Vergleichbarkeit dieser Datenquellen, da sich die Befragungsdaten auf Angaben über die letzten zwei Jahre beziehen und die Abrechnungsdaten auf ein Jahr. Ein Erklärungsansatz für den höheren Teilnehmeranteil, der durch Bevölkerungsbefragung ermittelt wurde, könnte sein, dass die Befragten Untersuchungen ihres Arztes aufgrund von vorliegenden Erkrankungen oder zur Abklärung von Symptomen als Check-up-Untersuchung wahrnehmen. Eine detaillierte Auswertung ist im „NRW – kurz und informativ“ zur Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nachzulesen.

Check-up

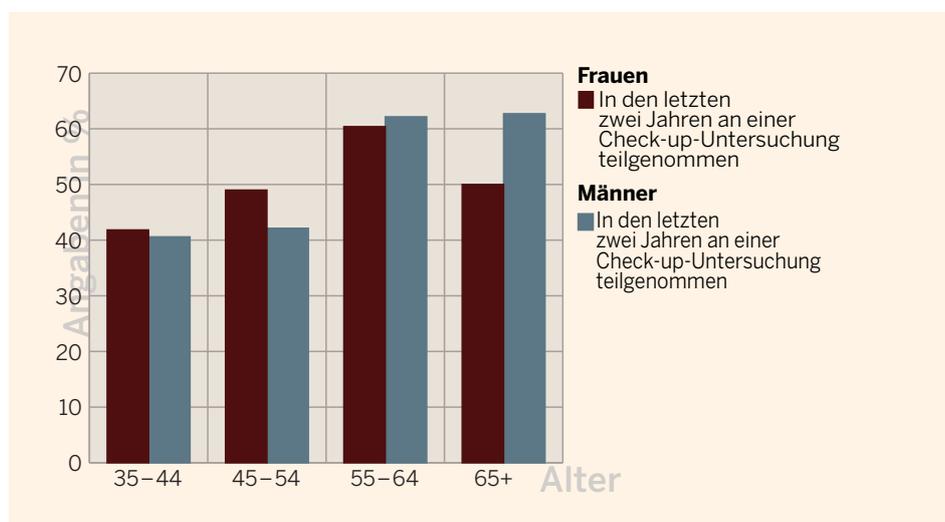


Abbildung 38 | Prozentualer Anteil der anspruchsberechtigten Befragten, die in den letzten zwei Jahren an einer Check-up-Untersuchung teilgenommen haben, nach Alter und Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2007, Bevölkerungsbefragung NRW 2007, LIGA.NRW

Krebsvorsorge

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen dienen der frühzeitigen Entdeckung von Krebserkrankungen, um durch eine frühe Therapieeinleitung die Prognose der Erkrankung zu verbessern. Entsprechend den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses haben Männer ab dem 46. Lebensjahr Anspruch auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Prostata und des äußeren Genitals. Früherkennungsuntersuchungen des Rektums und des Dickdarms sind für Männer und Frauen ab einem Alter von 50 Jahren möglich. Die Untersuchung zur Erkennung von Darmkrebs umfasst entweder eine jährliche Untersuchung auf occultes Blut im Stuhl oder ab dem 55. Lebensjahr eine Koloskopie mit einer wiederholten Untersuchung alle zehn Jahre bei Symptombefreiheit. Frauen haben ab dem 21. Lebensjahr einen jährlichen Anspruch auf Untersuchungen des Genitals sowie ab dem 31. Lebensjahr auf die zusätzliche Untersuchung der Brust. Die Altersgruppe der 50- bis 70-jährigen Frauen hat alle zwei Jahre im Rahmen des Mammografie-Screenings einen Anspruch auf eine Mammografie. Seit dem 1. Juli 2008 ist ein zweijährliches Hautkrebs-Screening für Männer und Frauen ab dem 36. Lebensjahr möglich [G-BA 2008].

Im Rahmen der Bevölkerungsbefragung NRW 2007 geben 57,9% der befragten Männer und 71,7% der befragten Frauen an, sich ausreichend über den Nutzen der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen informiert zu fühlen. Das Alter, ab dem Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wahrgenommen werden können, konnte nur von einer Minderheit richtig genannt werden (etwa 3 – 10 % je nach befragter Altersgruppe), hier scheint ein deutlicher Informationsbedarf zu bestehen. Ein sozialer Gradient bezüglich des Wissens über den Nutzen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist unter den Befragten 2007 nicht erkennbar. Allerdings fühlen sich verhältnismäßig weniger Menschen mit Migrationshintergrund (48,6%) ausreichend über den Nutzen der Krebsvorsorge informiert als die deutsche Bevölkerung (67,7%).

Insgesamt haben im Rahmen der Bevölkerungsbefragung NRW 2007 76% der Befragten jemals an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen. Der Anteil der Personen, die im letzten Jahr eine dementsprechende Untersuchung wahrgenommen haben, nimmt bei Männern bis zur Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen zu. Bei Frauen hingegen nimmt der Anteil bereits bei den 60- bis 69-Jährigen leicht ab, was daran liegen kann, dass mit Einsetzen der Menopause der routinemäßige Besuch beim Gynäkologen seltener wird (vgl. Abbildung 39).

Neben der Bevölkerungsbefragung geben die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Aufschluss über die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Wie bereits bei den Check-up-Untersuchungen weisen auch hier die Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen einen geringeren Anteil von Personen aus, die in dem letzten Jahr an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen haben.

Im Jahr 2006 haben, laut Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen, 618.900 der gesetzlich versicherten Männer Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen, was 19,7% der anspruchsberechtigten, gesetzlich versicherten Männer entspricht. Im Vergleich dazu nehmen knapp 50% der gesetzlich versicherten Frauen, die Anspruch auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen haben, diese Untersuchungen wahr. Insgesamt wurden 2006 bei 3,1 Millionen Frauen Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt.

In dem Beobachtungszeitraum 2002 bis 2006 hat sich der Anteil an Männern, die an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen, um 7,5% erhöht. Dieser Anstieg ist jedoch vermutlich durch Veränderungen der Abrechnungsziffern der Ärzte zu begründen⁶. Bei den Frauen hat sich der Anteil im Vergleich zu 2002 um 2,2% leicht reduziert.

⁶ Während es bis Ende 2004 eine gemeinsame Abrechnungsziffer für kombinierte Check-up- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gab, erfolgt die Abrechnung seit 2005 getrennt.

Krebsfrüherkennung

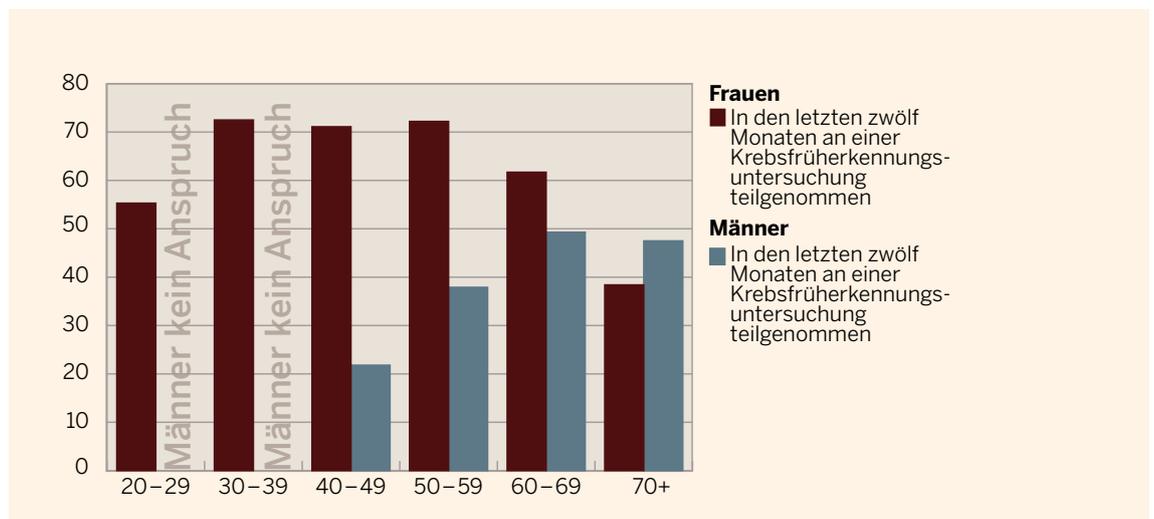


Abbildung 39 | Prozentualer Anteil der anspruchsberechtigten Befragten, die in den letzten 12 Monaten an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen haben, nach Alter und Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2007, Bevölkerungsbefragung NRW 2007, LIGA.NRW

Kernaussagen

Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten

- In Nordrhein-Westfalen nahmen 2006 75 % der Eltern die U-Untersuchungen U5 bis U9 lückenlos für ihr Kind in Anspruch. Die Einrichtung der „Zentralen Stelle Gesunde Kindheit“ am LIGA.NRW soll dazu dienen, diesen Anteil in Nordrhein-Westfalen zu erhöhen und die rechtzeitige Erkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen der Kinder zu verbessern.
- Die Durchimpfungsraten für Masern, Mumps und Röteln sind in den vergangenen Jahren angestiegen, entsprechen aber im Fall von Masern noch nicht dem WHO-Ziel, eine 95 % Durchimpfungsrate zu erreichen, um Masern auszurotten. In Nordrhein-Westfalen liegt die Durchimpfungsrate mit der 2. Masernimpfung bei 81,6 %.
- 63,7 % der Bevölkerung fühlen sich über den Nutzen von Impfungen ausreichend informiert.
- Zur Inanspruchnahme von Check-Up-Untersuchungen gibt es je nach Datenquelle unterschiedlich verlässliche Angaben. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass deutlich weniger als die Hälfte der anspruchsberechtigten Personen ab 35 Jahren in Nordrhein-Westfalen die zweijährliche Check-up-Untersuchung regelmäßig wahrnimmt.
- Auch zur Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gibt es, je nach Datenquelle, unterschiedliche Angaben. Generell nehmen mehr Frauen als Männer Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung wahr, was daran liegen mag, dass diese Untersuchungen häufig an den routinemäßigen Besuch beim Gynäkologen gekoppelt sind.
- Die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in den letzten zwölf Monaten schwankt bei Männern je nach Alter zwischen 20 und 49 % und bei Frauen zwischen 28 und 72 %. Die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung zeigen mit etwa 20 % für die Männer und 50 % für die Frauen eine niedrigere Teilnahmerate.

Literatur

- **Bickel H.** Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. Gesundheitswesen 2000; 62:211 – 218
- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).** Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2007. Kurzfassung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 2008
- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).** Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Alkohol-, Tabak-, und Cannabiskonsum. Erste Ergebnisse zu aktuellen Entwicklungen und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 2008a
- **Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA.** Effect of the Italian Smoking Ban on Population Rates of Acute Coronary Events. Circulation 2008; 117:1183 – 1188
- **Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Hoorn SV, Murray CJL, and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group.** Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet 2002; 360 (2):1347 – 1360
- **Frese T, Sandholzer H, Voigt S, Voigt R.** Epidemiology of diabetes mellitus in German general practitioners' consultation – results of the SESAM 2-study. Experimental and clinical endocrinology & diabetes 2008; 116(6):326 – 328
- **Gallup Organisation (Hungary).** Flash Eurobarometer 253: Survey on Tobacco. Analytical report. Directorate General Health and Consumers. European Commission, March 2009
- **Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, Boyle P.** Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis. Int J Cancer 2008; 122:155 – 164
- **Geffers C, Gastmeier P, Rüden H.** Gesundheitsberichterstattung des Bundes (8). Nosokomiale Infektionen. Berlin, 2002: Robert Koch-Institut
- **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen. http://www.g-ba.de/downloads/62-492-251/RL_KFU_2007-11-15.pdf (aufgerufen am 30.06.2008)
- **Kramer A, Heeg P, Botzenhart K.** Krankenhaus- und Praxishygiene. München 2001: Urban & Fischer
- **Landesanstalt für Arbeitsschutz des Landes NRW (LafA).** Arbeitswelt NRW 2004. Belastungsfaktoren – Bewältigungsformen – Arbeitszufriedenheit, 2., veränderte Auflage, Düsseldorf, 2005
- **Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd).** S-ENS, Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen. Theoretische und statistische Grundlagen. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Bielefeld, 2005

- **Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW (LIGA.NRW).** Meldepflichtige Infektionserkrankungen in Nordrhein-Westfalen. Jahresbericht 2007. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW, Düsseldorf, 2008
- **Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel.** Nationale Verzehrsstudie II Ergebnisbericht, Teil 1. Karlsruhe, 2008
- **Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS).** Gesundheitsbericht Spezial. Gesundheit und Alter – demografische Grundlagen und präventive Ansätze (Band 4). Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Düsseldorf, 2007
- **Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (MGSFF).** Gesundheitsziele NRW – 2005 bis 2010. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie, Düsseldorf, 2005
- **Muth E, Kruse A, Doblhammer G.** Was das Leben Jahre kostet. Demografische Forschung aus erster Hand 2008; 5(3):1 – 2
- **Nolte E, McKee M.** Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited. The Nuffield Trust, London, 2004
- **Pell JP, Sally Haw S, Cobbe S, Newby DE, Pell ACH, Fischbacher C, McConnachie A, Pringle S, Murdoch D, Dunn F, Oldroyd K, MacIntyre P, O'Rourke B, Borland W.** Smoke-free Legislation and Hospitalizations for Acute Coronary Syndrome. New England Journal of Medicine 2008; 359:482 – 491
- **Robert Koch-Institut (RKI), Hrsg.** Gesundheit in Deutschland. Robert Koch-Institut, Berlin, 2006
- **Robert Koch-Institut (RKI).** HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin 2008a; Sonderausgabe A
- **Robert Koch-Institut (RKI).** Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am RKI. Epidemiologisches Bulletin 2008b
- **Statistisches Bundesamt. Gesundheit.** Krankheitskosten 2002, 2004, 2006. Wiesbaden, 2008
- **Wichmann O, Hellenbrand W, Sagebiel D, Santibanez S, Ahlemeyer G, Vogt G, Siedler A, van Treeck U.** Large Measles Outbreak at a German Public School 2006. The Pediatric Infectious Disease Journal 2007; 26(9):782 – 786
- **World Health Organisation (WHO).** The solid facts. World Health Organisation, Copenhagen, 2003
- **Ziegler U, Doblhammer G.** Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. Gesundheitswesen 2009; 71(5):281 – 290

Glossar

- **Altersstandardisierung** Im Vergleich zu rohen Raten, die dem tatsächlichen Erkrankungs- oder Sterbeaufkommen in Nordrhein-Westfalen entsprechen, sind altersstandardisierte Raten für Vergleiche besser geeignet, da sie einen einheitlichen Altersaufbau in der untersuchten Bevölkerung unterstellen. In dem vorliegenden Bericht wurde in der Regel die alte europäische Standardbevölkerung zur Altersstandardisierung verwendet.
- **Arbeitsunfähigkeit (AU)** Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn ein Versicherter aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen. Es muss dabei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehen. Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle gibt an, wie häufig Arbeitnehmer im Berichtszeitraum arbeitsunfähig waren.
- **Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage)** „Arbeitsunfähigkeitstage“ bezeichnet die Anzahl der Arbeitstage von GKV-Pflichtmitgliedern, die aufgrund einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit nicht geleistet werden können. Angaben zur Arbeitsunfähigkeit und den AU-Tagen basieren auf Daten der freiwillig und pflichtversicherten BKK-Versicherten, deren Anteil in Nordrhein-Westfalen etwa 25 % aller gesetzlich Versicherten ausmacht. Abweichungen zu den Daten aller gesetzlich Versicherten können auftreten, generell werden die Daten allerdings als valide eingeschätzt.
- **Behandlungsprävalenz** Häufigkeit ambulanter Behandlungen pro Jahr, angegeben je 100 Personen (Prozent). Die Daten basieren auf den Abrechnungsdaten (ambulanten Behandlungsdiagnosen) der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe.
- **Bevölkerungsbefragung NRW** Jährliche, repräsentative Bevölkerungsbefragung, in der beispielsweise das Vorhandensein verschiedener Erkrankungen und Beschwerden, die gesundheitliche Zufriedenheit und Lebensqualität sowie das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Nordrhein-Westfalen erfragt werden. Datenhalter: LIGA.NRW.
- **Direkte Krankheitskosten** Unter den direkten Krankheitskosten wird der monetäre Ressourcenverbrauch erfasst, der direkt mit einer medizinischen Heilbehandlung, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbunden ist. Darunter fallen auch Verwaltungskosten der Leistungserbringer und sämtlicher öffentlicher und privater Einrichtungen, die in Deutschland Gesundheitsleistungen finanzieren.
- **GBE-Bund** Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de
- **GBE-Stat** Statistische Analysesoftware und Daten der Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen, Herausgeber: LIGA.NRW.
- **ICD-10** Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision. Unterteilung in 22 Kapitel, bspw. Neubildungen, psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Kreislaufsystems, äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität etc.

- **Indirekte Krankheitskosten** Die indirekten Kosten stellen den, mit einer Erkrankung in Verbindung stehenden, Ressourcenverlust durch verlorene Erwerbstätigkeitsjahre dar, die anhand von Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitigem Tod berechnet werden.
- **Inzidenz** Häufigkeit des Neuauftretens einer Erkrankung, gemessen beispielsweise als jährliche Anzahl der Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner
- **Invalidität** Dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit aufgrund von Krankheit oder Behinderung, die zur vollständigen oder teilweisen Berufsunfähigkeit führt. Der Schweregrad der Invalidität wird in Prozent ausgedrückt.
- **Ischämie** Durchblutungsmangel
- **Ischämische Herzkrankheit** Eine durch Verengung oder Verschluss auftretende Mangel durchblutung (Ischämie) und daraus resultierender Sauerstoff- und Nährstoffmangel des Herzmuskels. Dies kann zu Brustschmerzen (Angina pectoris), Herzschwäche (Herzinsuffizienz) sowie zum akuten Myokardinfarkt (Herzinfarkt) führen.
- **Koloskopie** Darmspiegelung
- **Mammografie** Röntgenuntersuchung der Brust
- **Morbidität** Krankheitshäufigkeit in einer Bevölkerung
- **Mortalität** Rate der Sterbefälle, angegeben beispielsweise als jährliche Anzahl der Sterbefälle je 100.000 Einwohner
- **Occultes Blut** Mit dem Auge nicht erkennbare Blutbeimengung, beispielsweise im Stuhl (Bestandteil der Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchung)
- **Prävalenz** Rate aller bereits an einer bestimmten Krankheit Erkrankten zu einem definierten Zeitpunkt (vgl. Inzidenz, Rate der Neuerkrankungen)
- **Säuglingssterblichkeit** Die Anzahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene. Die Säuglingssterblichkeit wird in Promille (‰) angegeben.
- **Screening** Reihenuntersuchung einer Bevölkerung (oder Bevölkerungsgruppe) zur möglichst frühzeitigen Entdeckung von Erkrankungen
- **Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre** Volkswirtschaftlich relevante Verluste durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität (vorzeitige Verrentung) oder vorzeitigen Tod innerhalb der erwerbstätigen Bevölkerung. Die Berechnung erfolgt in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren unter Berücksichtigung der jeweiligen Erwerbstätigkeitsquote.
- **Zerebrovaskuläre Erkrankung** Durchblutungsstörung einer Hirnregion, kann u. a. auch zum Hirninfarkt (Schlaganfall) führen

Anhang

Datenquellen und Datenhalter

Landesbetrieb „Information und Technik Nordrhein-Westfalen“ (IT.NRW)

- Todesursachenstatistik, Statistik der Sterbefälle
- Sterbetafeln
- Krankenhausstatistik
- Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung
- Statistik der Straßenverkehrsunfälle
- Statistik über schwerbehinderte Menschen
- Statistik der Geburten
- Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW)

- Bevölkerungsbefragungen NRW
- Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

Statistisches Bundesamt (DESTATIS)

- Krankheitskostenrechnung

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe-bund)

- Daten Bundesebene, verschiedene Quellen

AIDS-Zentrum in der Abt. für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts

- AIDS-Fallregister
- HIV-Meldungen nach § 7, Abs. 3 des IfSG

BKK Bundesverband

- AU-Leistungsdaten

Deutsche Rentenversicherung Bund

- Statistik über abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe
- Statistik über Rentenzugänge, Statistik über Rentenbestand

Epidemiologisches Krebsregister NRW gGmbH

- Epidemiologisches Krebsregister NRW

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften

- Dokumentation des Berufskrankheitengeschehens in der Bundesrepublik Deutschland

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

- ADT-Panel Nordrhein

Abbildungsverzeichnis

- 14 • **Abbildung 1** Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen nach Geschlecht und Alter am 31.12.2007 und Prognose für 2025 (graue Linie), IT.NRW, Indikator 2.03, LIGA.NRW
- 17 • **Abbildung 2** Entwicklung der mittleren und gesunden Lebenserwartung bei Geburt in Nordrhein-Westfalen, 1990 – 1992 bis 2005 – 2007 (3-Jahres-Mittelwerte), IT.NRW, Indikator 3.09 und 3.11, LIGA.NRW
- 18 • **Abbildung 3** Subjektive Gesundheitseinschätzung von Männern und Frauen nach Alter, Nordrhein-Westfalen 2007, Bevölkerungsbefragung NRW 2007, LIGA.NRW
- 19 • **Abbildung 4** Subjektive Gesundheitseinschätzung nach sozialer Lage (altersstandardisiert), Nordrhein-Westfalen 2007, Bevölkerungsbefragung NRW 2007, LIGA.NRW
- 22 • **Abbildung 5** Vermeidbare Sterblichkeit (altersstandardisiert) für ausgewählte Diagnosen und Altersgruppen nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2006, IT.NRW, Indikator 3.13, LIGA.NRW
- 23 • **Abbildung 6** Die häufigsten Diagnosen (ICD-10-Kodierungen) in Prozent in der allgemeinärztlichen Praxis nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2006, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Indikator 3.19, LIGA.NRW
- 26 • **Abbildung 7** Weibliche und männliche Sterblichkeitsraten (altersstandardisiert) an Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10: I00-I99) je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen und bundesweit, gbe-bund, LIGA.NRW
- 27 • **Abbildung 8** Sterblichkeitsraten (altersstandardisiert) an ischämischer Herzkrankheit (ICD-10: I20-I25) und zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD-10: I60-I69) je 100.000 Einwohner nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, IT.NRW, GBE-Stat 2008, LIGA.NRW
- 28 • **Abbildung 9** Krankenhauseinweisungen aufgrund ischämischer Herzkrankheit (ICD-10: I20-I25) und zerebrovaskulärer Erkrankungen (ICD-10: I60-I69) je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2006, IT.NRW, GBE-Stat 2008, LIGA.NRW
- 30 • **Abbildung 10** Sterblichkeitsraten (altersstandardisiert) an bösartigen Neubildungen (ICD-10: C00-C97) je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen und bundesweit, gbe-bund, LIGA.NRW
- 31 • **Abbildung 11** Sterblichkeitsrate an bösartigen Neubildungen (ICD-10: C00-C97) je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2007, IT.NRW, GBE-Stat 2008, LIGA.NRW
- 31 • **Abbildung 12** Krankenhausdiagnosen bösartiger Neubildungen (ICD-10: C00-C97) je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2006, IT.NRW, GBE-Stat 2008, LIGA.NRW

- 33 • **Abbildung 13** Sterblichkeitsraten und Neuerkrankungen (altersstandardisiert) an ausgewählten Krebserkrankungen je 100.000 Einwohner im Regierungsbezirk Münster 2004, Krebsregister NRW, LIGA.NRW
- 34 • **Abbildung 14** Sterblichkeitsraten (altersstandardisiert) an Lungenkrebs (ICD-10: C33-C34) je 100.000 Einwohner nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen und bundesweit, gbe-bund, LIGA.NRW
- 35 • **Abbildung 15** Sterblichkeitsraten (altersstandardisiert) an Dickdarmkrebs (ICD-10: C18) je 100.000 Einwohner nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen und bundesweit, gbe-bund, LIGA.NRW
- 37 • **Abbildung 16** Sterblichkeitsraten (altersstandardisiert) an Brustkrebs (ICD-10: C50) bei Frauen je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen und bundesweit, gbe-bund, LIGA.NRW
- 37 • **Abbildung 17** Sterblichkeitsraten (altersstandardisiert) an Gebärmutterhalskrebs (ICD-10: C53) bei Frauen je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen und bundesweit, gbe-bund, LIGA.NRW
- 37 • **Abbildung 18** Sterblichkeitsraten (altersstandardisiert) an Prostatakrebs (ICD-10: C61) bei Männern je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen und bundesweit, gbe-bund, LIGA.NRW
- 40 • **Abbildung 19** Ambulante Behandlungsprävalenz Diabetes Typ 1 und Typ 2 (ICD-10: E10-11) je 100 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2006, KV-Daten Nordrhein und Westfalen-Lippe, LIGA.NRW
- 42 • **Abbildung 20** Gemeldete HIV-Neudiagnosen je 100.000 Einwohner in Deutschland und den Bundesländern 2007, RKI, LIGA.NRW
- 43 • **Abbildung 21** Anzahl gemeldeter HIV-Neudiagnosen, Nordrhein-Westfalen 2001 – 2007, RKI, Indikator 3.64, LIGA.NRW
- 46 • **Abbildung 22** Krankenhausfälle infolge von Verletzungen und Vergiftungen je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2006, IT.NRW, GBE-Stat 2008, LIGA.NRW
- 47 • **Abbildung 23** Straßenverkehrsunfälle (altersstandardisiert) mit Personenschaden gesamt und unter Alkoholeinfluss je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen und bundesweit, gbe-bund, LIGA.NRW
- 49 • **Abbildung 24** Anteil verschiedener Diagnosen an Krankenhausfällen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-10:F00-F99), Nordrhein-Westfalen 2006, IT.NRW, LIGA.NRW
- 50 • **Abbildung 25** Ambulante Behandlungsprävalenz an Demenz einschließlich Alzheimer (ICD-10: F00-F03) in Nordrhein-Westfalen 2006, KV-Daten Nordrhein und Westfalen-Lippe, LIGA.NRW
- 56 • **Abbildung 26** Ambulante Behandlungsprävalenz „Rückenschmerzen“ (ICD-10: M54) in Prozent nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2006, KV-Daten Nordrhein und Westfalen-Lippe, LIGA.NRW
- 59 • **Abbildung 27** Prozentuale Verteilung der direkten Krankheitskosten 2006 je ICD-10-Gruppe, Statistisches Bundesamt, LIGA.NRW

- 60 • **Abbildung 28** Prozentuale Verteilung der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder Mortalität 2006 je ICD-10-Gruppe, Statistisches Bundesamt, LIGA.NRW
- 62 • **Abbildung 29** Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene in Nordrhein-Westfalen und bundesweit. Minimal- und Maximalkurven ohne Einbeziehung der Stadtstaaten und des Saarlandes, gbe-bund, LIGA.NRW
- 63 • **Abbildung 30** Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene nach Gebietstypen, Nordrhein-Westfalen 2005 – 2007, LIGA.NRW
- 67 • **Abbildung 31** Raucherstatus nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2007, Bevölkerungsbefragung NRW 2007, LIGA.NRW
- 70 • **Abbildung 32** Anzahl an Krankenhauseinweisungen aufgrund von Alkoholvergiftungen (ICD-10: F10) nach Alter und Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2007, IT.NRW, GBE-Stat 2008, LIGA.NRW
- 71 • **Abbildung 33** Körpergewichtskategorien entsprechend des Body-Mass-Index (BMI) nach Alter und Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2007, Bevölkerungsbefragung NRW 2007, LIGA.NRW
- 72 • **Abbildung 34** Entwicklung des Body-Mass-Index bei Einschülern in Nordrhein-Westfalen, 1996 – 2007, Schuleingangsuntersuchungen NRW, Indikator 4.9, LIGA.NRW
- 73 • **Abbildung 35** Obst-, Gemüse- und Salatverzehr nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2007, Bevölkerungsbefragung NRW 2007, LIGA.NRW
- 78 • **Abbildung 36** Impfquote bei Einschülern in Nordrhein-Westfalen 2005 und 2006, Schuleingangsuntersuchungen NRW, LIGA.NRW
- 80 • **Abbildung 37** Befragte, die jemals gegen Influenza geimpft worden sind, nach Alter und Geschlecht in Nordrhein-Westfalen, Bevölkerungsbefragung NRW 2007, LIGA.NRW
- 81 • **Abbildung 38** Prozentualer Anteil der anspruchsberechtigten Befragten, die in den letzten zwei Jahren an einer Check-up-Untersuchung teilgenommen haben, nach Alter und Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2007, Bevölkerungsbefragung NRW 2007, LIGA.NRW
- 83 • **Abbildung 39** Prozentualer Anteil der anspruchsberechtigten Befragten, die in den letzten 12 Monaten an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen haben, nach Alter und Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2007, Bevölkerungsbefragung NRW 2007, LIGA.NRW

Tabellenverzeichnis

- 21 • **Tabelle 1** Rangliste der häufigsten Todesursachen nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2007, gbe-bund, LIGA.NRW
- 41 • **Tabelle 2** Prävalenz Diabetes mellitus in Prozent in Deutschland und Nordrhein-Westfalen, unterschiedliche Erhebungen, LIGA.NRW
- 61 • **Tabelle 3** Die 10 häufigsten Diagnosen in der Kinderarztpraxis in Prozent nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2007, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Indikator 3.21, LIGA.NRW
- 75 • **Tabelle 4** Subjektive Belastungseinschätzung in der Arbeitswelt in Nordrhein-Westfalen 2004, EMNID-Studie, Indikator 3.21, LIGA.NRW

Bisherige Gesundheitsberichte

Gesundheitsberichte Nordrhein-Westfalen

- Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen – Gesundheitssurvey (2002)
- Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen (2002)
- Gesundheit von Zuwanderern in NRW (2000)
- Gesundheit von Frauen und Männern in NRW-Landesgesundheitsbericht (2000)

Gesundheitsberichte.spezial

- Band 5: Rückengesundheit fördern und verbessern (2009)
- Band 4: Gesundheit im Alter – demographische Grundlagen und präventive Ansätze (2007)
- Band 3: Rheuma im Kindesalter (2007)
- Band 2: Hospizarbeit und Palliativmedizin: Stand und Entwicklung (2007)
- Band 1: Innovative Modelle der Gesundheitsversorgung: Brustkrebs – Früherkennung und Behandlung (2006)

NRW – kurz und informativ

- Organspende und Organtransplantation in Nordrhein-Westfalen, 2008 (Juni 2009)
- Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (Mai 2009)
- Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen (Mai 2009)
- Der Bevölkerungssurvey 2008 (Mai 2009)
- Gesundheit von Jungen und Männern in Nordrhein-Westfalen – Erkrankungshäufigkeit, Risikoverhalten und präventive Potentiale (August 2008)
- Vermeidbare Sterbefälle in NRW 2006 (Juli 2008)
- Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Juni 2008)
- Säuglingssterblichkeit in NRW (Juni 2008)

NRW – kurz und informativ

- Säuglingssterblichkeit in NRW (September 2007)
- Rheumatische Erkrankungen (September 2007)
- Pflegebedürftige Menschen in NRW (Juni 2007)
- Versorgung pflegebedürftiger Menschen in NRW (Juni 2007)
- Zahnärztliche Versorgung in NRW (März 2007)
- Gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung im Ruhrgebiet (Oktober 2006)
- Unfälle im Kindesalter (Oktober 2006)
- Gesundheit von Kindern in OWL (August 2006)
- Veränderungen im Morbiditätsprofil bei Frühberentungen in NRW 2004 (Juni 2006)
- Lungentuberkulose-Erkrankungen (Juni 2006)
- Atemwegserkrankungen in NRW (März 2006)
- Adipositas in NRW (Februar 2006)
- Säuglingssterblichkeit in NRW (Februar 2006)
- Bösartige Neubildungen in Nordrhein-Westfalen 2003 (Januar 2006)
- Transplantationen in NRW 1997 – 2004 (Dezember 2005)
- Regionale Unterschiede ausgewählter Gesundheitsindikatoren (Dezember 2005)
- Psychische und Verhaltensstörungen in NRW (November 2005)
- Vermeidbare Sterbefälle in NRW (September 2005)
- Häufige Behandlungsanlässe in der allgemeinärztlichen, orthopädischen und nervenärztlichen Praxis in NRW, 2001 – 2004 (September 2005)
- Schwerbehinderte Menschen in NRW (September 2005)
- Gesundheit von Frauen in OWL (April 2005, aktualisiert August 2005)
- Regionale Cluster auf der Basis soziostruktureller Indikatoren für NRW, 2005
- Feinstaubbelastung in NRW (September 2005)
- Früherkennungsuntersuchungen, Wissen, Einstellungen, Beweggründe (Juni 2005)
- Kosten der Krankenhäuser in NRW, 1991 – 2003 (Juni 2005)
- Ärzte in NRW (Mai 2005)
- Psychotherapeuten in NRW (Mai 2005)
- Herzkrankheiten und Herzchirurgie in NRW (April 2005)
- Verkehrsunfälle in NRW (April 2005)
- Lebenserwartung in NRW (Februar 2005)
- Nierenersatztherapie (Dialyse) 1997 – 2003: NRW im Bundesvergleich (Januar 2005)
- Stationäre Reha-Einrichtungen in NRW (Januar 2005)
- Krankheitskosten in NRW 2002 (September 2004)
- Hitzetote im Sommer 2003? (Mai 2004)

Schulärztliche Untersuchungen – Jahresberichte

- Jahresbericht zur schulärztlichen Untersuchung NRW 2007 (CD-ROM)
- Jahresbericht zur schulärztlichen Untersuchung NRW 2006
- Jahresbericht zur schulärztlichen Untersuchung NRW 2005
- Jahresbericht zur schulärztlichen Untersuchung NRW 2004
- Jahresbericht zur schulärztlichen Untersuchung NRW 2003
- Jahresbericht zur schulärztlichen Untersuchung NRW 2002
- Jahresbericht zur schulärztlichen Untersuchung NRW 2001
- Jahresbericht zur schulärztlichen Untersuchung NRW 2000
- Jahresbericht zur schulärztlichen Untersuchung NRW 1999

Alle bisherigen Gesundheitsberichte sind auf den Internetseiten des LIGA.NRW abrufbar: <http://www.liga.nrw.de/service/downloads/pub-gesundheit>

Präventionsberichterstattung

Informationen zur Präventionsberichterstattung sind auf den Internetseiten des Informationsportals Prävention abrufbar:

<http://www.infoportal-praevention.nrw.de/index.php>

Der wissenschaftliche Beirat Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen

Anfang 2008 wurde ein wissenschaftlicher Beirat etabliert, der die Auswahl der Themen und die Inhalte der Landes-GBE in Nordrhein-Westfalen begleiten soll. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Berichterstattung aktuell und auf hohem Qualitätsniveau stattfindet. Der Beirat soll dazu beitragen, dass die GBE ihr Ziel erreicht, eine Basis für die Diskussion gesundheitspolitischer Fragen mit den im Gesundheitswesen Verantwortung tragenden Akteuren zu bilden.

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats

- **Dr. Karl-Heinz Feldhoff**
Leiter des Kreisgesundheitsamtes Heinsberg
- **Dr. Klaus Jacobs**
Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK
- **Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel**
Direktor des Instituts für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie an der Universität Duisburg-Essen
- **Dr. Michael Schwarzenau**
Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe
- **Dr. Thomas Ziese**
Leiter der Fachgruppe Gesundheitsberichterstattung im RKI

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf
Telefon 0211/855-5
info@mags.nrw.de
www.mags.nrw.de

Autoren

Nicole Rosenkötter, LIGA.NRW
Dr. Wolfgang Hellmeier, LIGA.NRW
Rolf Annuß, LIGA.NRW

Grafiken

Evi Buschlinger, LIGA.NRW

Gestaltung

Arndt + Seelig Kommunikationsdesign,
Bielefeld

© 2009

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern oder Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf
Telefon 0211/855-5
info@mags.nrw.de
www.mags.nrw.de