



Landesgesundheitsbericht 2011.

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

Landesgesundheitsbericht 2011.

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

Landesgesundheitsbericht 2011



Die seit Jahrzehnten in Nordrhein-Westfalen betriebene Gesundheitsberichterstattung ist eine wichtige Informationsgrundlage der Gesundheitspolitik. Denn eine umfassende Datenbasis und eine hierauf aufbauende indikatoren-gestützte Gesundheitsberichterstattung sind unverzichtbare Grundlagen einer fundierten Gesundheitspolitik. Gesundheitsberichte haben die Aufgabe, den Gesundheitszustand der Bevölkerung und den Zustand der Gesundheitsversorgung mit konkreten Zahlen zu beschreiben. Darüber hinaus sollen Entwicklungstendenzen aufgezeigt werden. Diese Informationen dienen nicht zuletzt der Kooperation mit den Verantwortung tragenden Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens, indem sie eine gemeinsame Verständigung über den gesundheitspolitischen Handlungsbedarf unterstützen. Aus diesen Gründen ist die Aufgabe einer regelmäßigen, öffentlich zugänglichen Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen auch gesetzlich festgelegt.

Der Landesgesundheitsbericht als Basispublikation der Gesundheitsberichterstattung ersetzt keine detaillierten Analysen zu den Entwicklungen der Bevölkerungsgesundheit, bietet aber wichtige Anhaltspunkte für prioritäre Handlungsfelder in allen gesundheitsrelevanten Politik- und Forschungsbereichen. Dementsprechend richtet sich der Bericht an einen großen Kreis von interessierten Leserinnen und Lesern.

Der Bericht orientiert sich an der Struktur des ersten Landesgesundheitsberichts aus dem Jahre 2009, um einerseits Vergleichbarkeit herzustellen, greift andererseits aber auch Veränderungen in der Gesundheitslandschaft ebenso wie sich wandelnde Krankheitspektren auf.

Ich erhoffe mir von diesem Bericht wichtige Impulse für die weiteren gesundheitspolitischen Diskussionen.

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Barbara Steffens'.

Barbara Steffens
Ministerin für Gesundheit, Emanzipation,
Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Inhalt

Einleitung	7
Kernaussagen	8
Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen	11
Bevölkerungsentwicklung	12
Regionale Aspekte sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit	13
Gesundheit und Krankheit	19
Allgemeine Morbidität und Mortalität	19
Lebenserwartung	19
Selbsteinschätzung der Gesundheit	21
Entwicklung der Sterblichkeit und häufigste Todesursachen	22
Vorzeitige und vermeidbare Sterblichkeit in Nordrhein-Westfalen	24
Die häufigsten Diagnosen in der ambulanten Versorgung	25
Personen mit mehreren Erkrankungen (Multimorbidität)	27
Krankheiten des Kreislaufsystems	31
Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems	31
Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt	32
Zerebrovaskuläre Erkrankungen, Schlaganfall	33
Krebserkrankungen	34
Entwicklung der Krebssterblichkeit	34
Stationäre Behandlung von Krebspatienten	35
Neuerkrankungen und Sterblichkeit ausgewählter Krebskrankheiten	36
Lungenkrebs	38
Dickdarmkrebs	40
Spezielle Krebslokalisationen bei Frauen: Brust und Gebärmutterhals	41
Spezielle Krebslokalisationen bei Männern: Prostata	42
Ausgewählte weitere Erkrankungen	44
Diabetes mellitus	44
HIV/AIDS	46
Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen	47
Suizid und Suizidgefährdung	49
Demenz	51
Rückenschmerzen	52
Unfälle, Verletzungen	54
Verletzungen und Vergiftungen	54
Verkehrsunfälle	55

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	57
Säuglingssterblichkeit	57
Frühgeburten und untergewichtige Neugeborene	58
Die häufigsten Behandlungsdiagnosen in der Kinderarztpraxis	59
Ausgewählte Befunde der Schuleingangsuntersuchungen	61
Impfpräventable Erkrankungen im Kindesalter	62
Gesundheitsverhalten und -risiken	65
Rauchen	65
Rauschtrinken unter Jugendlichen	67
Obst- und Gemüseverzehr	68
Bewegung	70
Übergewicht und Adipositas	71
Arbeitsbedingte Belastungen	73
Im Krankenhaus erworbene Infektionen	75
Gesundheitsvorsorge und -versorgung	79
Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche	79
Schutzimpfungen	80
Gesundheitsuntersuchung (Gesundheits-Check-up 35+)	82
Untersuchungen zur Früherkennung verschiedener Krebskrankheiten	83
Verordnung von Hormonpräparaten in und nach den Wechseljahren	84
Literatur	88
Glossar	90
Anhang	92
Datenquellen und Datenhalter	92
Ausgewählte Gesundheitsberichte der letzten Jahre	93
Der wissenschaftliche Beirat	
Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen	94

Einleitung

Die vorliegende Publikation soll einen komprimierten Überblick zur Gesundheit der Bevölkerung, zu Schwerpunkten des Krankheitsgeschehens und zu einigen Entwicklungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsversorgung geben. Sie stellt die erste Fortschreibung des Landesgesundheitsberichts von 2009 dar und erscheint mit zweijährigem Abstand zu dieser Erstfassung. Damit wird die erklärte Absicht einer kontinuierlichen Berichterstattung mit entsprechender Periodizität eingelöst.

Die beabsichtigte Kontinuität schlägt sich auch in einer weitgehenden Beibehaltung der Berichtsthemen und der statistischen Grundlagen für deren inhaltliche Ausführung nieder. Es sind nach wie vor hauptsächlich die Zahlen der Indikatoren-Datenbank des LZG.NRW, die hier benutzt werden und die es dem Leser erlauben, selbst eigene, weiterführende Recherchen in der Online-Version der Datenbank durchzuführen (Homepage des Landeszentrum Gesundheit, LZG.NRW / Gesundheit – Berichte und Daten). Wenn kein anderer Bezug angegeben wird, beziehen sich alle Angaben zu absoluten oder relativen Häufigkeiten auf das Land Nordrhein-Westfalen.

Viele grafische Darstellungen sind als fortgeschriebene Versionen der bereits 2009 publizierten Abbildungen wiedererkennbar. Ergänzend sind einige neue Karten zur Darstellung regionaler Verteilungsmuster sowie Grafiken mit der Visualisierung von Trends hinzugekommen. Beides verbessert die Grundlagen für eine differenzierte Analyse und Einordnung der aktuellen Situation.

Die kommentierenden Texte sind grundlegend überarbeitet worden. Ziel war es, das Interesse des Lesers durch Straffung und Präzisierung der Aussagen anzuregen. Eine weitgehende Wiederholung der bereits 2009 publizierten Aussagen hätte demgegenüber wohl eher einen gegenteiligen Effekt gehabt. Die Mehrzahl der Texte bezieht sich auf eine einzelne Abbildung und ergibt in Kombination mit ihr ein sogenanntes Faktenblatt. Es kann jeweils für sich allein rezipiert werden und erleichtert die Nutzung des Berichts als Nachschlagewerk. Zu diesem Zweck wurde auch das Glossar im Anhang überarbeitet, um die Texte noch konsequenter von Erläuterungen zu medizinisch-epidemiologischen und anderen Fachbegriffen zu befreien.

Nur in Ausnahmefällen geht die thematische Darstellung, sowohl im Text als auch hinsichtlich der Zahl der Abbildungen, über den Umfang eines Faktenblatts hinaus. Das gilt insbesondere für die neuen Themen des Berichts, die den vorhandenen Themenkanon dauerhaft erweitern sollen.

Abschließend bleibt darauf hinzuweisen, dass dieser Bericht nur eines der Produkte im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landes NRW darstellt. Weitere Berichte sind sowohl in gedruckter und darüber hinaus zunehmend in elektronischer Form verfügbar. Eine Übersicht dazu findet sich im Anhang dieses Berichts sowie auf der Internet-Seite des LZG.NRW.

Kernaussagen

Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse des Berichts hervorgehoben, welche einen aktuellen Beitrag zur öffentlichen Gesundheitsdiskussion leisten können. Das gilt für einige Trends sowie für geschlechtsspezifische und regionale Unterschiede auf den Gebieten der Gesundheit der Bevölkerung, der gesundheitlichen Risiken und der gesundheitlichen Versorgung.

Trends

Zu den hervorhebenswerten Trends zählen die Zunahme der gesunden Lebenserwartung, der Rückgang des Rauchens und die Abnahme der Sterblichkeit bei verschiedenen Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

- Nach den aktuellen Zahlen hat die Lebenserwartung auch in den letzten Jahren weiter zugenommen. Ein neugeborenes Mädchen kann inzwischen eine mittlere Lebensdauer von 82, ein Junge von 77 Jahren erwarten. Zugenommen hat auch die Zahl der gesunden Lebensjahre, d. h. die durchschnittliche Lebenszeit, die eine Person frei von Behinderungen höheren Grades verbringen kann.
- Die intensiven Bemühungen zur Reduktion des Rauchens haben zu einem Rückgang in der erwachsenen Bevölkerung geführt. Der größte Erfolg dieser Bemühungen ist aber in einer deutlichen Abnahme des Rauchens bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen zu sehen. Dort hat die Raucherquote inzwischen einen historischen Tiefstand erreicht.
- Auch die medizinische Versorgung trägt nachhaltig zum positiven Trend der Lebensverlängerung bei. Beispielsweise ist der deutliche Rückgang der Sterblichkeit durch Herzinfarkt und Schlaganfall vermutlich Folge einer verbesserten Diagnostik, Notfallversorgung und Therapie.

Unterschiede zwischen Männern und Frauen

Die Lebenserwartung von Frauen und Männern gleicht sich weiter aneinander an. Es existieren nach wie vor Unterschiede im Hinblick auf die Rangfolge der Haupttodesursachen, die Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen und das Gesundheitsverhalten.

- Bei den Frauen gehören neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Brust- und Lungenkrebs, die chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Demenz zu den zehn häufigsten Todesursachen. Bei den Männern dominieren ebenfalls Herz-Kreislauf-Erkrankungen und neben Lungen- und Prostatakrebs auch Darm- und Pankreaskrebs. Zusätzlich gehören bei ihnen Lungenentzündungen zu den Haupttodesursachen.
- Die höhere Lebenserwartung der Frauen hat zur Folge, dass es eine größere Zahl weiblicher als männlicher Personen über 65 Jahre und deshalb auch eine größere Zahl multimorbider Frauen gibt.
- Frauen nehmen häufiger Vorsorgeuntersuchungen wahr und begeben sich häufiger als Männer in Behandlung. Dies betrifft vor allem die ambulante Versorgung, aber auch Krankenhausaufenthalte.

- In Bezug auf Lebensstil-Faktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel und Fehlernährung schneiden Frauen tendenziell (noch) besser ab als Männer. Es gibt aber auch hier die Tendenz der Angleichung zwischen den Geschlechtern. Andere Einflussgrößen (wie z. B. der Bildungsstand) sind als bedeutsamer einzustufen als das Geschlecht.

Regionale Unterschiede

Regionale Unterschiede sind vor allem bei der Lebenserwartung, der Adipositas von Kindern und der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder hervorzuheben.

- Die Mittlere Lebenserwartung in den Kreisen und kreisfreien Städten des Landes weist Differenzen in einer Größenordnung von beinahe fünf Jahren bei Männern und dreieinhalb Jahren bei Frauen auf. Hierfür sind Unterschiede der Lebensräume, also der natürlichen, gebauten und sozialen Umwelten wie auch Faktoren der sozioökonomischen Lebenslage und der Lebensweise der Menschen verantwortlich.
- Während die Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas bei Kindern im Einschulungsalter seit einigen Jahren stabil bleiben, nehmen regionale Unterschiede mit der Tendenz zu mehr adipösen Kindern im Bereich des Ruhrgebiets und angrenzender Regionen zu.
- Die Teilnahme der Kinder an Früherkennungsuntersuchungen (U3 – U6) ist im Bereich des Ruhrgebiets und einiger angrenzender Städte deutlich niedriger als in anderen Landesteilen.

Die räumliche Konzentration von Menschen in sozial und gesundheitlich benachteiligenden Lebenslagen bedarf besonderer Anstrengungen in Bezug auf die Herstellung gesunder Lebensbedingungen. Das gilt auch im Hinblick auf die Förderung gesunder Lebensweisen. Faktisch wird es in Zukunft darum gehen, den unterschiedlichen Bedarfssituationen in den Regionen des Landes verstärkt Rechnung zu tragen.

Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen

Aktuell hat NRW 9,1 Mio. Einwohnerinnen und 8,7 Mio. Einwohner, darunter 10,5 % Ausländerinnen und Ausländer (31.12.2010). Die Bevölkerungsentwicklung des Landes ist seit dem Jahr 2003 rückläufig – zwischen 2003 und 2010 beträgt der Rückgang eine knappe Viertelmillion (234.532 Personen). Allerdings scheint sich die kontinuierlich zunehmende Schrumpfungstendenz der letzten Jahre seit 2009 wieder umzukehren. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass der Wanderungssaldo für 2010 erstmals wieder im positiven Bereich liegt und dass die rückläufigen Geburtenzahlen der letzten Jahre im Jahr 2010 gegenüber dem Vorjahreswert wieder um 2.304 Neugeborene auf 147.333 Geburten (davon 71.691 Mädchen und 75.642 Jungen) angestiegen sind. Zurzeit besteht wohl kein Anlass, die vielbeschwo-rene Schrumpfung der Bevölkerung zu dramatisieren.

Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen am 31.12.2010 und Prognose für 2030

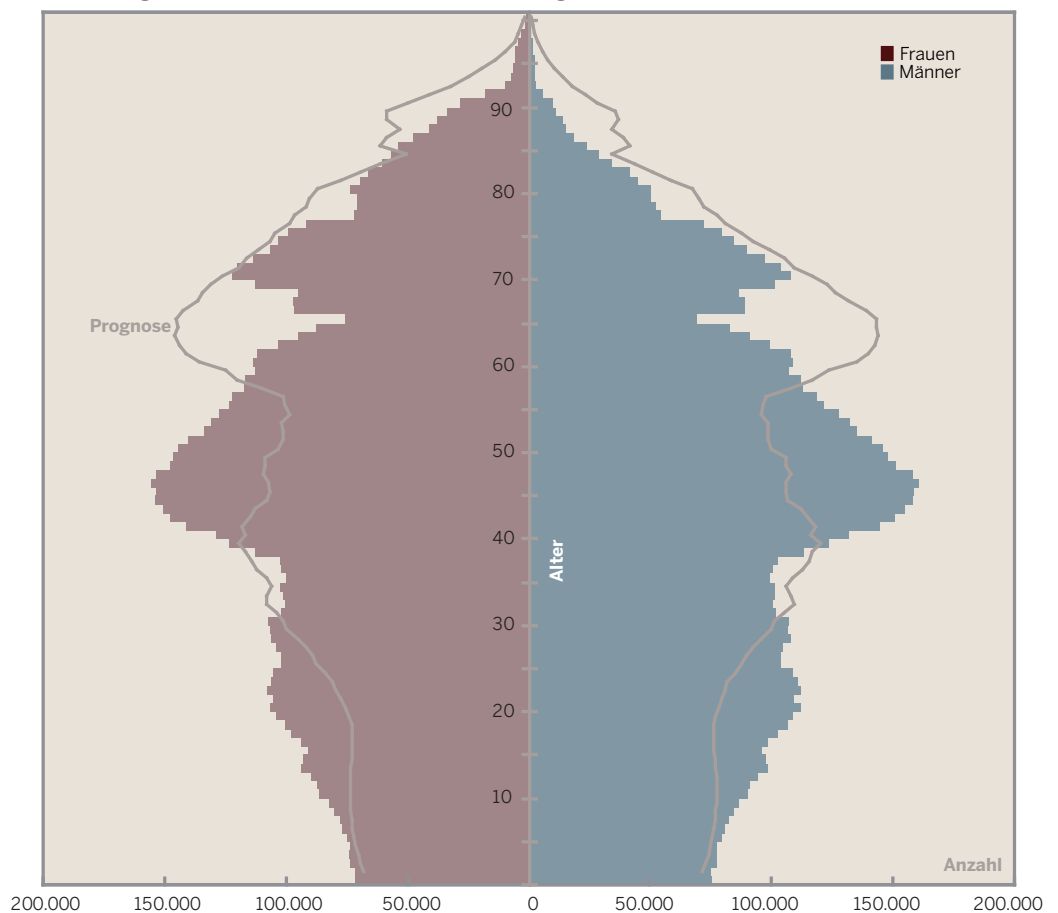
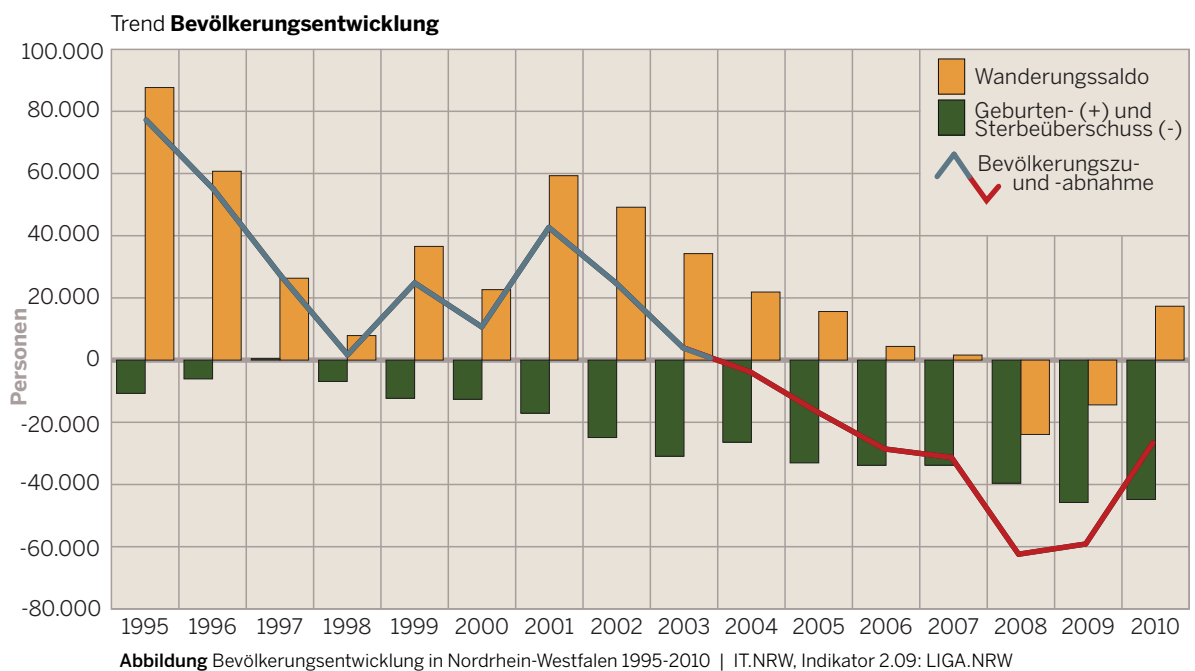


Abbildung Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen nach Geschlecht und Alter, 31.12.2010 und Prognose für 2030 (graue Linie) | IT.NRW, Indikator 2.03: LIGA.NRW

Bevölkerungsentwicklung

Die Überalterung der Bevölkerung ist zu einem feststehenden Begriff und zu einer häufig pauschal benutzten Legitimationsformel für zunehmende Leistungen und Kosten im Gesundheitswesen geworden. Wie in verschiedenen nachfolgenden Kapiteln ausgeführt wird, besteht hier aber kein Automatismus. In vielen Bereichen des Morbiditätsgeschehens ist mit der Verlängerung der Lebenserwartung eine Verlagerung des Auftretens von Krankheiten in ein höheres Lebensalter verbunden, ohne dass sich der Anteil der Lebenszeit mit schwerwiegenden Krankheitsbelastungen nennenswert verlängert hat.

Die nachhaltige Veränderung der Altersstruktur stellt zweifellos besondere Herausforderungen an die gesamte Gesellschaft und speziell an die Sozialsysteme. Eine Zuspitzung der Probleme auf ihre demografische Dimension ist aber unangemessen – nicht zuletzt, weil sie allein mit bevölkerungspolitischen Maßnahmen auch nicht zu lösen sind.



Regionale Aspekte sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit

Die Gesundheit der Menschen hängt eng mit ihrer Lebenslage zusammen. Sozial und wirtschaftlich benachteiligte Personen weisen eine durchschnittlich schlechtere gesundheitliche Verfassung auf als Bessergestellte. Das konnte durch unzählige Untersuchungen hinreichend belegt werden. Internationale Vergleiche zeigen darüber hinaus, dass sich soziale und wirtschaftliche Unterschiede auch räumlich in der Gesundheit von Bevölkerungen ganzer Länder niederschlagen.

Letzteres ist auch auf regionaler Ebene in den einzelnen Landesteilen Nordrhein-Westfalens zu beobachten. Vergleicht man zum Beispiel die Mittlere Lebenserwartung in den Kreisen und kreisfreien Städten des Landes, so liegen zwischen der Ruhrgebietsstadt Gelsenkirchen auf der einen und der Stadt Bonn oder dem Rheinisch-Bergischen Kreis auf der anderen Seite beinahe fünf Jahre bei den Männern und 3 ½ Jahre bei den Frauen.

Lebenserwartung der Männer in Nordrhein-Westfalen, 2008/2010 (3-Jahres-Mittelwerte)

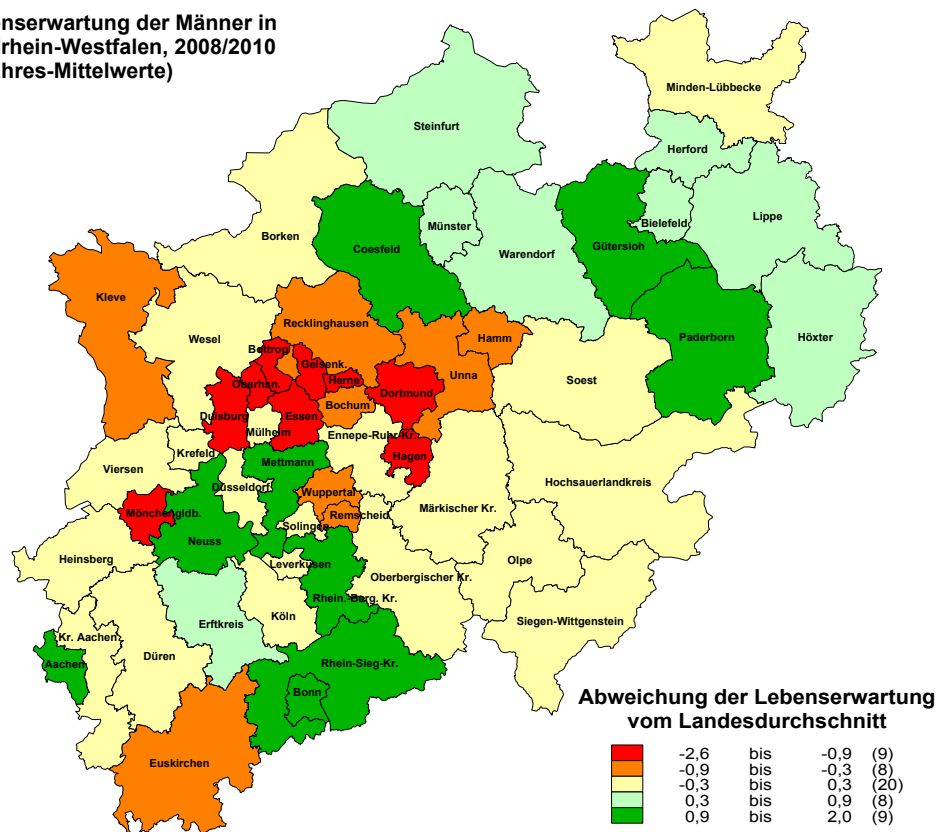


Abbildung | Abweichung der Mittleren Lebenserwartung von Männern vom Landesdurchschnitt, Nordrhein-Westfalen 2008/2010 (3-Jahres-Mittelwert) | IT.NRW, Indikator 3.10: LIGA.NRW (Eigene Berechnungen)

Eine Analyse der Ursachen muss die Unterschiede der Lebensräume, also der natürlichen, gebauten und sozialen Umwelten wie auch Faktoren der individuellen Lebenslage und der Lebensweise der Menschen berücksichtigen. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landes NRW werden seit über zehn Jahren in Kooperation mit Prof. Klaus Peter Strohmeier (Universität Bochum) Analysen zur Klassifizierung von soziodemografisch unterschiedlichen Gebietstypen durchgeführt, die dabei helfen, den Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage

besser zu beschreiben. Die aktuelle Analyse hat auf der Basis von Daten des Jahres 2008 bezüglich Faktoren wie Armut, Arbeitslosigkeit, Anteil der nicht-deutschen Bevölkerung, Bevölkerungsdichte und -schrumpfung sowie Anteil junger bzw. alter Menschen zur Bildung von sechs verschiedenen Gebietstypen (Cluster) geführt:

- Wenig familiengeprägte Universitätsstädte (Typ 1)
- Arme Städte und Kreise im strukturellen Wandel (Typ 2)
- Wohlhabende, schrumpfende und alternde Städte und suburbane Regionen (Typ 3)
- Wachsende Familienzone (Typ 4)
- Wachsende prosperierende Regionen (Typ 5)
- Familiengeprägte Kreise mit Tendenz zu Alterung und Schrumpfung (Typ 6)

Die meisten Menschen in Nordrhein-Westfalen leben entweder im Gebietstyp 2 „arme Städte und Kreise im strukturellen Wandel“ (29 %) oder im Gebietstyp 4 der „wachsenden Familienzonen“ (28 %). Bei den letztgenannten handelt es sich um die suburbanen Kreise im Umfeld der Zentren, die über Jahrzehnte von der Familienwanderung der Mittelschichten aus den Städten profitiert haben.

Regionstypen (Cluster) nach Strukturdaten, Nordrhein Westfalen, 2008

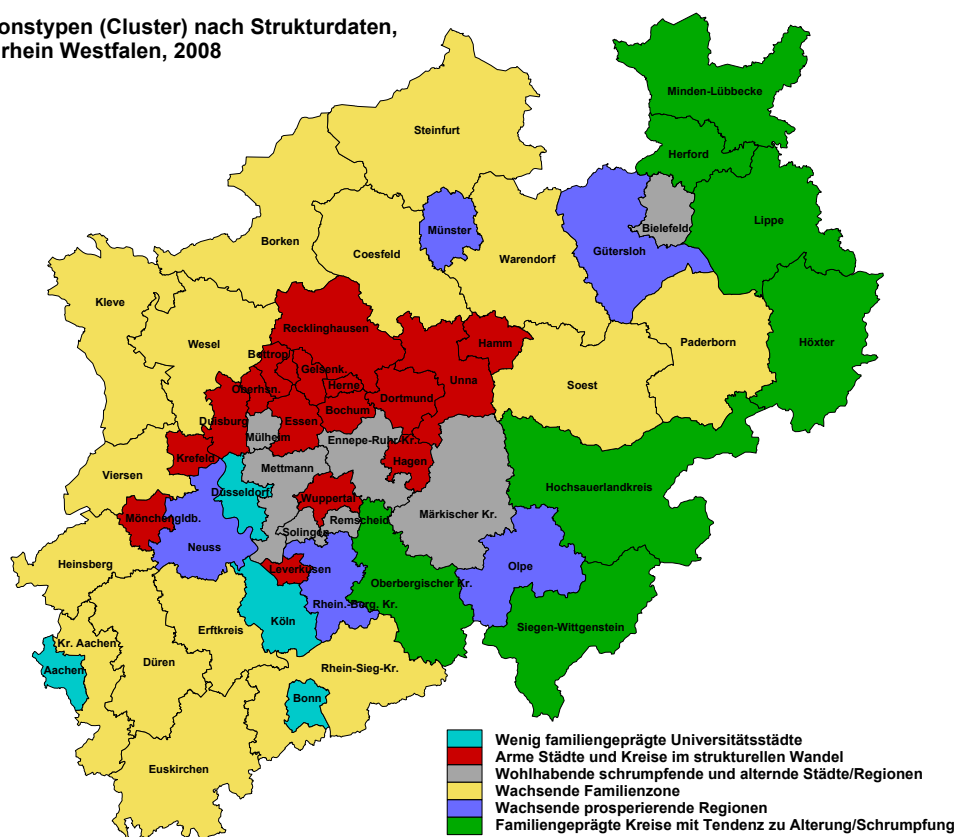


Abbildung | Typisierung der Verwaltungsbezirke in Nordrhein-Westfalen nach soziodemographischen Indikatoren, 2008 | Faktor Familie: LIGA.NRW

Menschen in armen, gesundheitlich benachteiligten Lebenslagen konzentrieren sich vor allem in städtischen Räumen. Die Durchschnittswerte für die Städte und Kreise können allerdings nicht die innerstädtischen Disparitäten abbilden, die in den Städten des Typs 1 und 3 besonders hoch sind, während wir im Typ 2 eine besonders große Verbreitung armer, gesundheitlich problematischer Lebenslagen finden.

Die regionalen Unterschiede in der Lebenserwartung sind zwischen den Gebietstypen beträchtlich und statistisch hoch signifikant. Die Lebenserwartung ist besonders niedrig in der Gruppe der armen Städte im Strukturwandel, die sich in erster Linie im Ruhrgebiet finden. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind überall in etwa gleich groß.

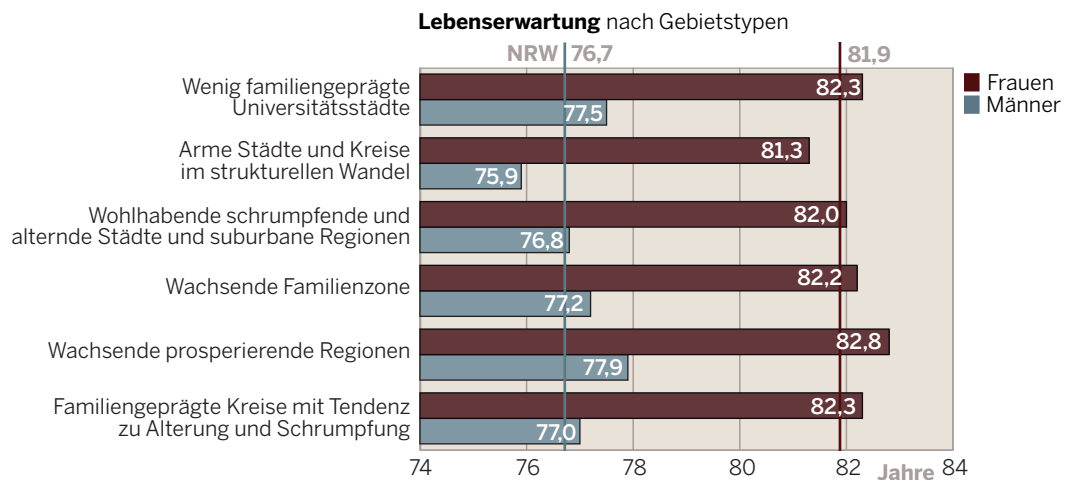


Abbildung Mittlere Lebenserwartung nach Gebietstypen und Geschlecht, 2006/2008 (3-Jahres-Mittelwert) | Faktor Familie, LIGA.NRW

Besonders ausgeprägt ist der Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und regionaler Verteilung von Arbeitslosigkeit. Praktisch alle Ruhrgebietsstädte zeichnen sich durch niedrige Werte bei der Lebenserwartung und Arbeitslosenquoten deutlich über dem Landesdurchschnitt aus.

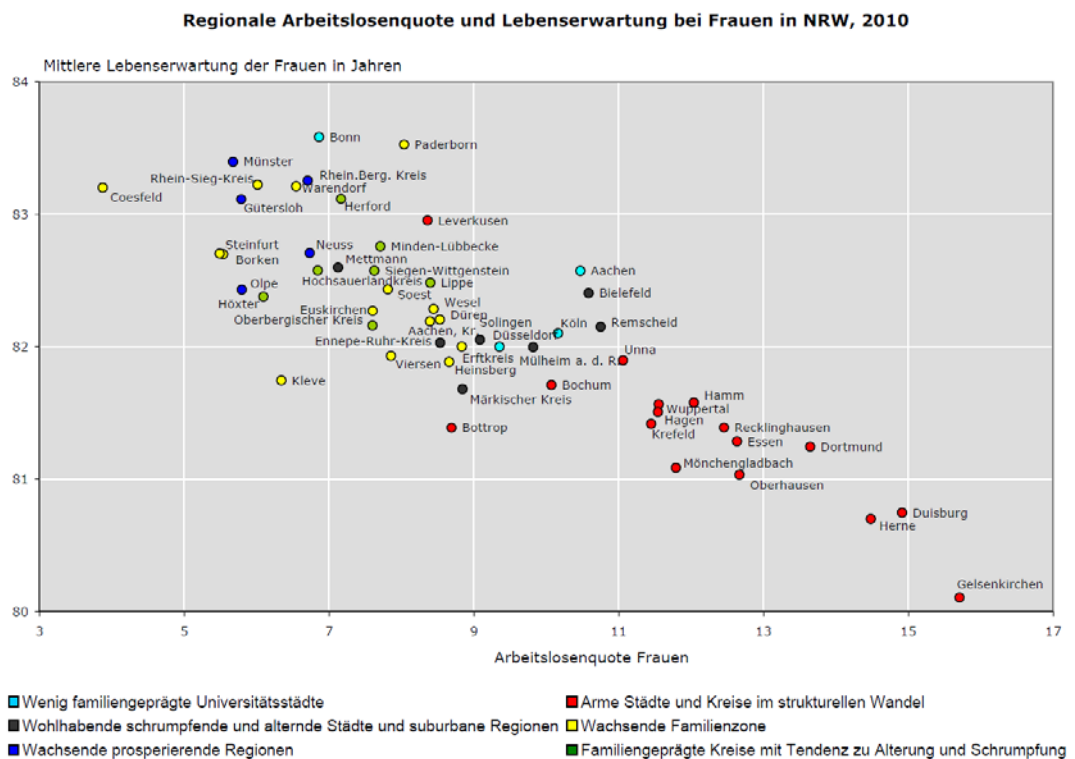


Abbildung | Regionale Arbeitslosenquoten und Lebenserwartung bei Frauen in Nordrhein-Westfalen, 2010 | LIGA.NRW

Entsprechende Unterschiede zeigen sich auch beim Anteil der untergewichtige Lebendgeborenen. Hier liegt das Maximum bei den armen Städten und Kreisen im Strukturwandel und das Minimum in den wachsenden und prosperierenden Regionen.

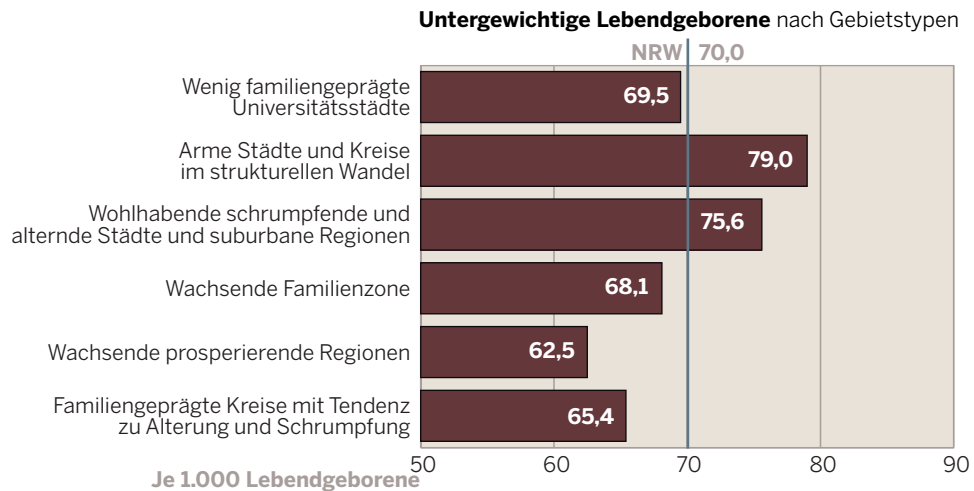


Abbildung Untergewichtige Lebendgeborene bis 2.499 g je 1.000 Lebendgeborene nach Gebietstypen, 2008 | Faktor Familie, LIGA.NRW

Im Ergebnis bleibt festzuhalten: Es gibt faktisch keine Gleichwertigkeit der Lebensbedingungen in den Regionen des Landes. Regionen, in denen eine räumliche Konzentration von Menschen in sozial und gesundheitlich benachteiligenden Lebenslagen zu beobachten ist, bedürfen besonderer Anstrengungen in Bezug auf die Herstellung gesunder Lebensbedingungen. Das gilt auch im Hinblick auf die Förderung gesunder Lebensweisen. Faktisch wird es in Zukunft darum gehen, den unterschiedlichen Bedarfen in den Regionen des Landes verstärkt Rechnung zu tragen.

Ähnliche Diskussionen gibt es derzeit in der Bildungs- und Schulpolitik des Landes. Hier sollen benachteiligte Schulstandorte identifiziert und besonders gefördert werden. Einzelne Kommunen, zum Beispiel Mülheim an der Ruhr, haben dazu bereits eigene Anstrengungen unternommen [Bonsen et al. 2010]. Eine neuere Studie des IT.NRW klassifiziert die besondere Förderungswürdigkeit von Kommunen und innerhalb der Kommunen von einzelnen Schulstandorten mit einem sehr einfachen „Sozialindex“, der aus lediglich zwei Merkmalen, Ausländeranteil und Anteil der Bezieher von Leistungen nach SGB II errechnet wird und die soziale Lage im Umfeld der Grundschulen recht präzise abbildet [Schräpler 2011].

Ein vergleichbares Vorgehen wäre auch auf gesundheitspolitischem Gebiet angemessen, zumal die Schrumpfung der Bevölkerung die vorhandenen regionalen und kleinräumigen Disparitäten in den Lebenslagen weiter steigern wird. Bei schrumpfender Gesamtbevölkerung und entspannten Wohnungsmärkten kommt es nämlich zu einer fortschreitenden Entmischung der Wohngebiete und einer wachsenden regionalen Polarisierung sozialer und gesundheitlicher Lagen. Der Abstand der Lebenslagen und der messbaren Gesundheit zwischen den wohlhabenden und den ärmeren Regionen hat in der Vergangenheit bereits zugenommen. Entsprechend ist zu befürchten, dass sich mit der wachsenden sozialen auch die gesundheitliche Ungleichheit in den Teilräumen des Landes erhöhen wird.

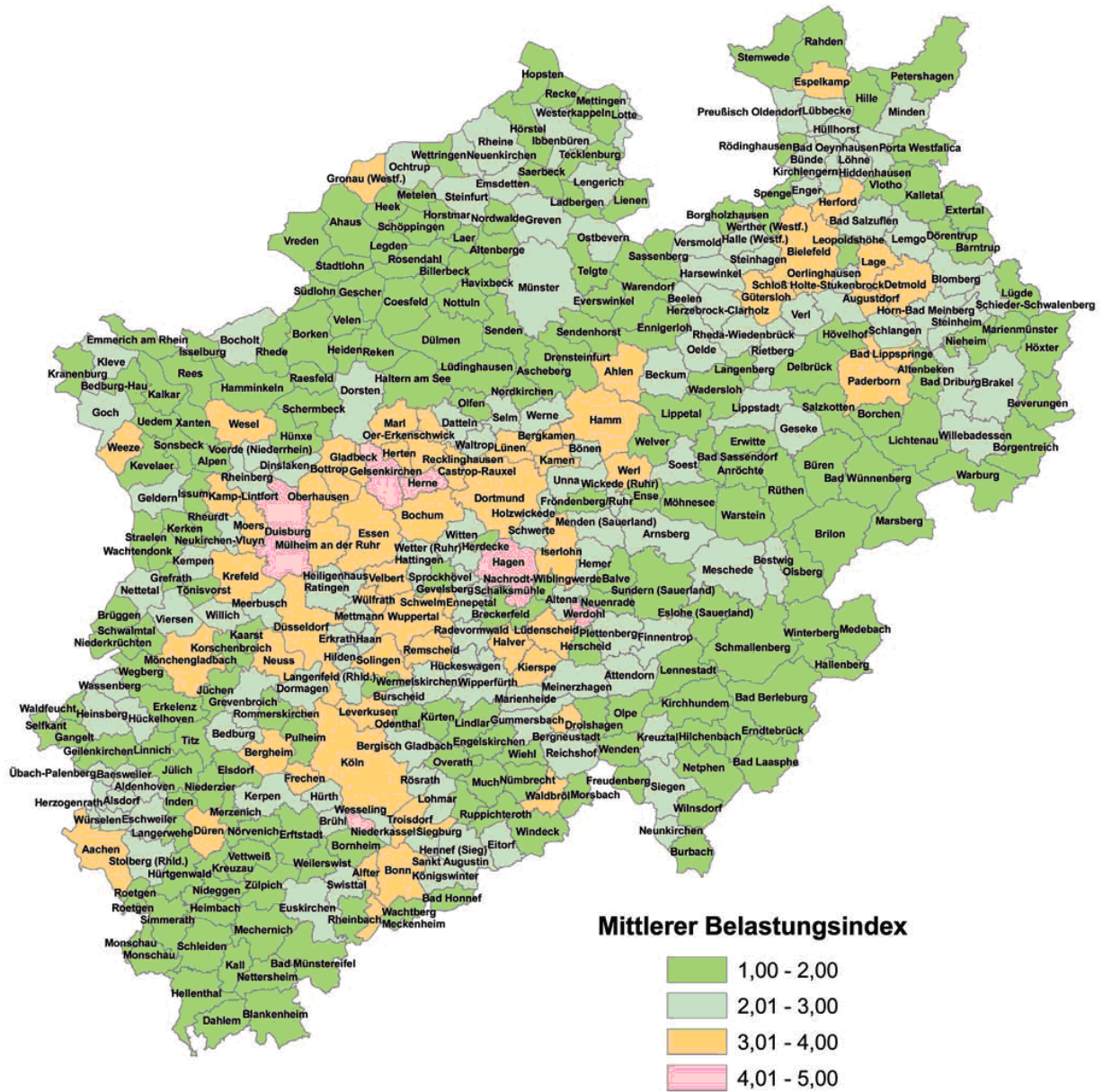


Abbildung | Index sozialer Belastungen in den Kommunen Nordrhein-Westfalens | IT.NRW, LIGA.NRW

Gesundheit und Krankheit

Allgemeine Morbidität und Mortalität

Lebenserwartung

Die Lebenserwartung ist nach wie vor ein zentraler Maßstab für die Beurteilung der Gesundheit der Bevölkerung. Bei internationalen Vergleichen dient sie als Indikator für eine Beurteilung der Lebensverhältnisse und der Qualität der gesundheitlichen Versorgung in den verschiedenen Ländern.

Nach den aktuellen Zahlen hat sie auch in den allerletzten Jahren weiter zugenommen. Ein neugeborenes Mädchen kann inzwischen eine mittlere Lebensdauer von 82, ein Junge von 77 Jahren erwarten. Der Abstand zwischen den beiden Geschlechtern ist dabei nochmals geringer geworden, beträgt aber immer noch etwas mehr als 5 Jahre.

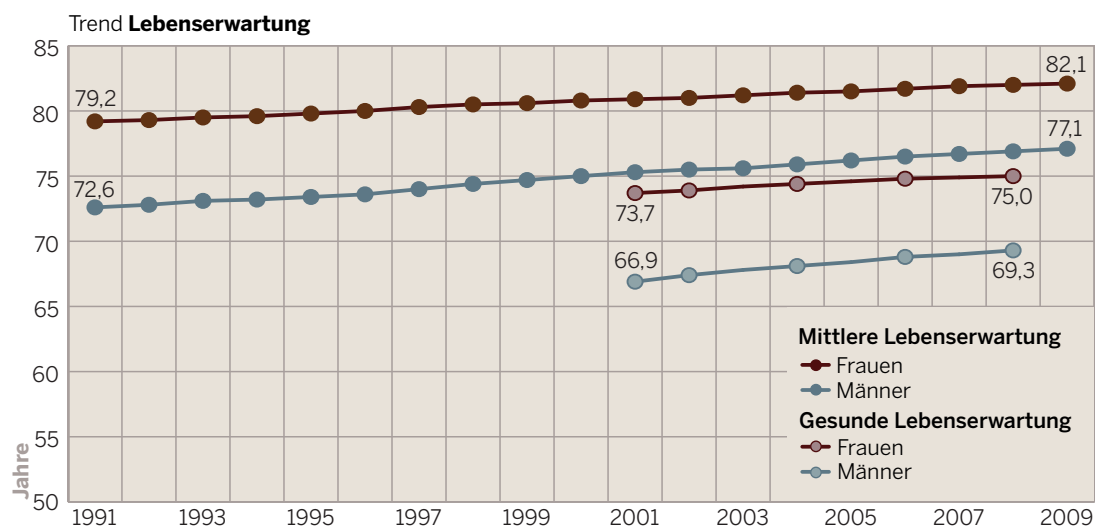


Abbildung Entwicklung der mittleren und gesunden Lebenserwartung in Nordrhein-Westfalen 1990-1992 bis 2008-2010 (3-Jahres-Mittelwerte) | IT.NRW, Indikatoren 3.09 und 3.11: LIGA.NRW (Eigene Berechnungen)

Zugenommen hat auch die Zahl der gesunden Lebensjahre, hier gemessen an der durchschnittlichen Lebenszeit, die eine Person frei von Behinderungen höheren Grades (> 50 %) verbringen kann. Diese aus der Schwerbehindertenstatistik abgeleitete Kennziffer lässt für das vergangene Jahrzehnt (2000 – 2009) sogar eine stärkere Zunahme als die der mittleren Lebenserwartung erkennen. Der Abstand zwischen der allgemeinen und der behinderungsfreien Lebenserwartung hat sich weiter verringert.

Der Gewinn an Lebensjahren geht also mit einem Gewinn an Gesundheit einher und relativiert so die immer wieder öffentlich formulierten Befürchtungen, dass mit dem Älterwerden der Bevölkerung pauschal eine mehr oder weniger zwangsläufige Zunahme von Krankheiten, Behandlungsbedarf und Kosten im Gesundheitswesen verbunden sei.

Die regionale Verteilung der Lebenserwartung zeigt erhebliche Unterschiede zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens. In den Ruhrgebietsstädten und angrenzenden Regionen liegt die Lebenserwartung bei Frauen wie bei Männern unter dem Landesdurchschnitt. Der Abstand zwischen der Lebenserwartung in Gelsenkirchen und in Bonn beträgt 3,5 Jahre für die Frauen und fast fünf Jahre für die Männer. Die Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage, die hier zum Tragen kommen, werden im Kapitel „Regionale Aspekte sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit“ näher betrachtet.

Lebenserwartung der Frauen in Nordrhein-Westfalen, 2008/2010 (3-Jahres-Mittelwerte)

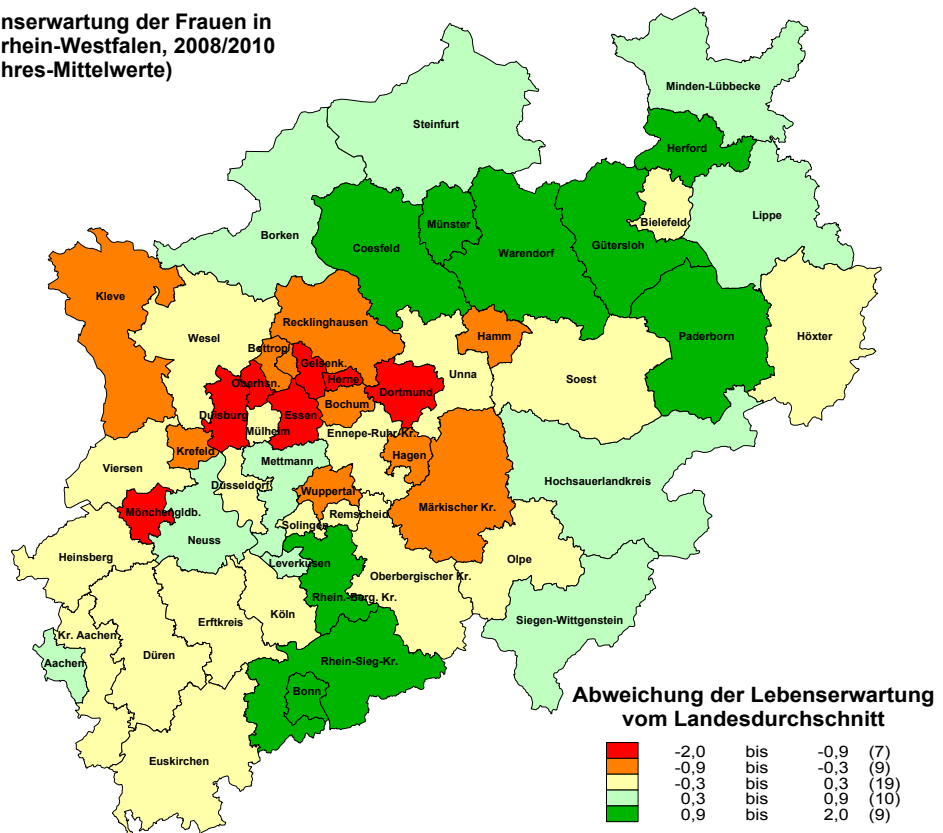


Abbildung | Abweichung der Mittleren Lebenserwartung von Frauen vom Landesdurchschnitt, Nordrhein-Westfalen 2008/2010 (3-Jahres-Mittelwert) | IT.NRW, Indikator 3.10: LIGA.NRW (Eigene Berechnungen)

Selbsteinschätzung der Gesundheit

Die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes ist gut geeignet, um einen Überblick über die gesundheitliche Lebensqualität der Bevölkerung zu geben. Das gilt insbesondere auch unter den Vorzeichen des demografischen Wandels und der Zunahme chronischer Krankheiten. Solche Krankheiten können nicht nur mit akuten oder auch anhaltenden Beschwerden, sondern darüber hinaus mit dauerhaften Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung verbunden sein und so das individuelle Befinden nachhaltig beeinflussen.

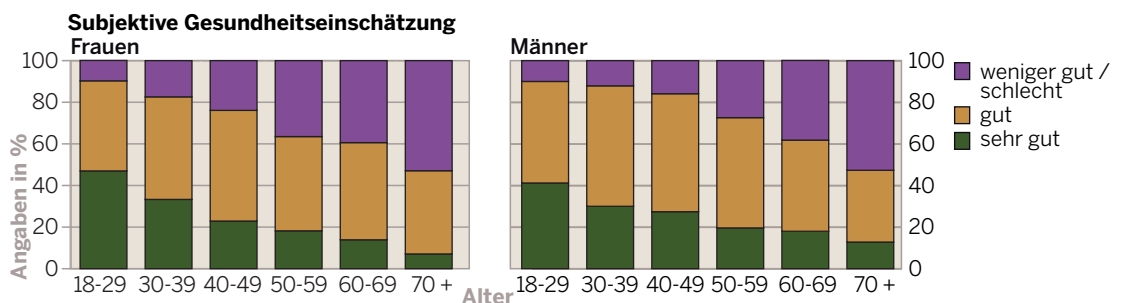


Abbildung Subjektive Gesundheitseinschätzung von Frauen und Männern nach Alter, Nordrhein-Westfalen 2011 | Bevölkerungsbefragung NRW 2011, Indikator 3.15: LIGA.NRW

Aktuelle Zahlen zum persönlichen gesundheitlichen Befinden entstammen dem Gesundheitssurvey NRW, bei dem im Frühjahr 2011 insgesamt 2.000 Personen ab 18 Jahren, davon 962 Männer und 1.038 Frauen telefonisch interviewt wurden. Rund 68 % der Frauen und 75 % der Männer antworteten auf die Frage nach ihrem „Gesundheitszustand im Allgemeinen“ mit „gut“ oder „sehr gut“, die übrigen beurteilten ihn als „weniger gut“, „schlecht“ oder gar „sehr schlecht“. Die letzten drei Antwortmöglichkeiten wurden in der grafischen Darstellung zum Zweck einer besseren Übersichtlichkeit zusammengefasst. Der geringere Anteil eines guten bis sehr guten Befindens bei Frauen könnte u. a. auf das höhere Durchschnittsalter der Frauen in der Stichprobe (51,2 Jahre gegenüber 48,6 bei den Männern) zurückzuführen sein.

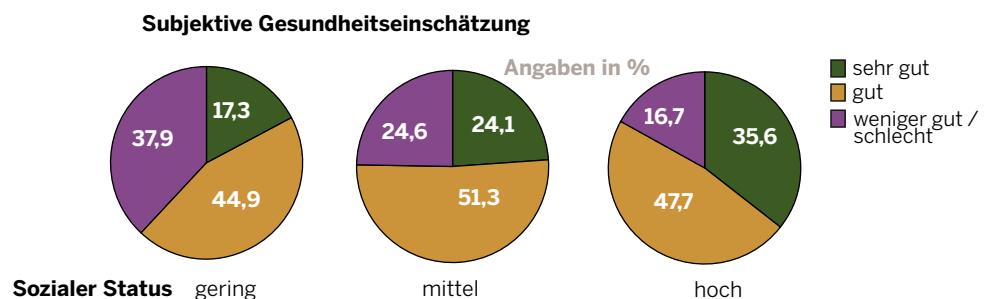


Abbildung Subjektive Gesundheitseinschätzung nach sozialem Status (altersstandardisiert), Nordrhein-Westfalen 2011 | Bevölkerungsbefragung NRW 2011, LIGA.NRW

Der Vergleich mit den Angaben aus Erhebungen vergangener Jahre zeigt eine gewisse Konsistenz der Ergebnisse und belegt so ihre Zuverlässigkeit. Die Veränderungen im Zeitverlauf sind ein Indikator für die Entwicklung der gesundheitlichen Großwetterlage („Gesundheitsbarometer“). Über den bisher auf acht Jahre begrenzten Beobachtungszeitraum ist bei Männern eine leichte Verbesserung des durchschnittlichen Befindens, bei den Frauen dagegen keine eindeutige Tendenz zu erkennen.

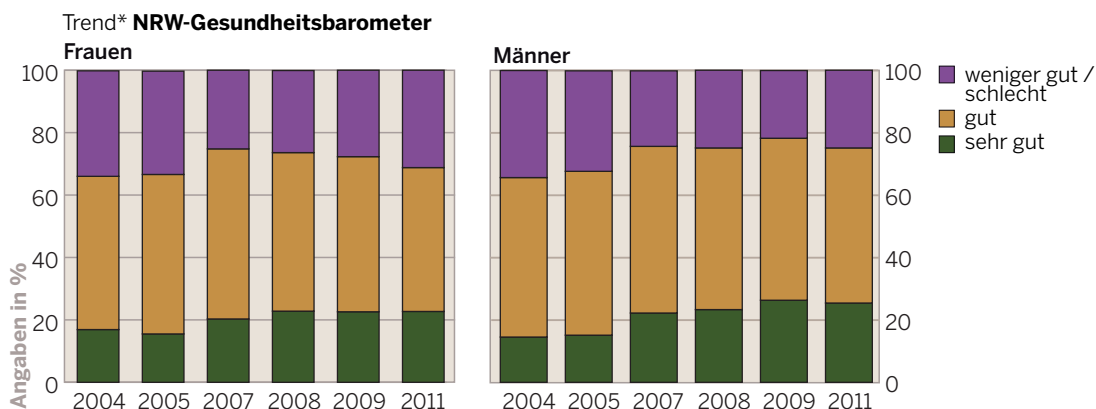


Abbildung Subjektive Gesundheitseinschätzung von Frauen und Männern, Nordrhein-Westfalen 2004-2011 | Bevölkerungsbefragung NRW 2004-2011, Indikator 3.15: LIGA.NRW

*2006 und 2010 fanden keine Befragungen statt.

Entwicklung der Sterblichkeit und häufigste Todesursachen

2010 sind in NRW 100.426 Frauen und 91.711 Männer verstorben. Das sind geringfügig mehr als in den vorherigen Jahren 2007 und 2008. Entscheidend ist jedoch, wie sich das Sterbegeschehen langfristig unter der Berücksichtigung von Veränderungen der Bevölkerungsgröße und ihrer Alterszusammensetzung entwickelt hat. Die so genannte „altersstandardisierte Sterblichkeit“ ist seit 1980 bei Frauen um 38 % bei den Männern sogar um 44 % gesunken. Die Gesamtheit aller Sterberisiken durch Unfälle, Krankheiten und Einwirkungen anderer Art zeigt, ungeachtet der teilweise differierenden Tendenzen, per Saldo einen positiven Verlauf.

Nach wie vor sind Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebs für die Mehrzahl der Todesfälle verantwortlich. Bei Frauen beträgt ihr Anteil 65 %, bei Männern 64 %, wobei erst ab der Altersgruppe 75 – 79 Jahre mehr Menschen pro Altersgruppe an Herz-Kreislauf-Krankheiten als an Krebs versterben.

Ein Blick auf die verschiedenen Einzeldiagnosen zeigt, dass etwa 40 % aller Todesfälle (bei Frauen 40,7 %, bei Männern 41,0 %) auf zehn Todesursachen zurückzuführen sind. Diese Todesursachen stammen aus den drei Bereichen der bösartigen Neubildungen, wie Lungen-, Brust-, Darm- oder Prostatakrebs, der Herz-Kreislauf-Krankheiten (ischämische Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, akuter Myokardinfarkt) sowie der Lungenerkrankungen. Bei den Frauen erscheint 2010 erstmals die Demenz in dieser Liste.

In der Vergangenheit hat es bemerkenswerte Verschiebungen bei den Einzeldiagnosen gegeben: Die deutliche Zunahme des Lungenkrebses bei Frauen – seit 1990 haben sich die Sterbefälle von 1.897 auf 3.828 verdoppelt – hat dazu geführt, dass diese Diagnose unter die ersten zehn aufgerückt ist. Der Anteil des Magenkrebses ist bei beiden Geschlechtern um durchschnittlich 37 % gesunken und als Todesursache nicht mehr unter den ersten zehn vertreten.

Häufigste Todesursachen

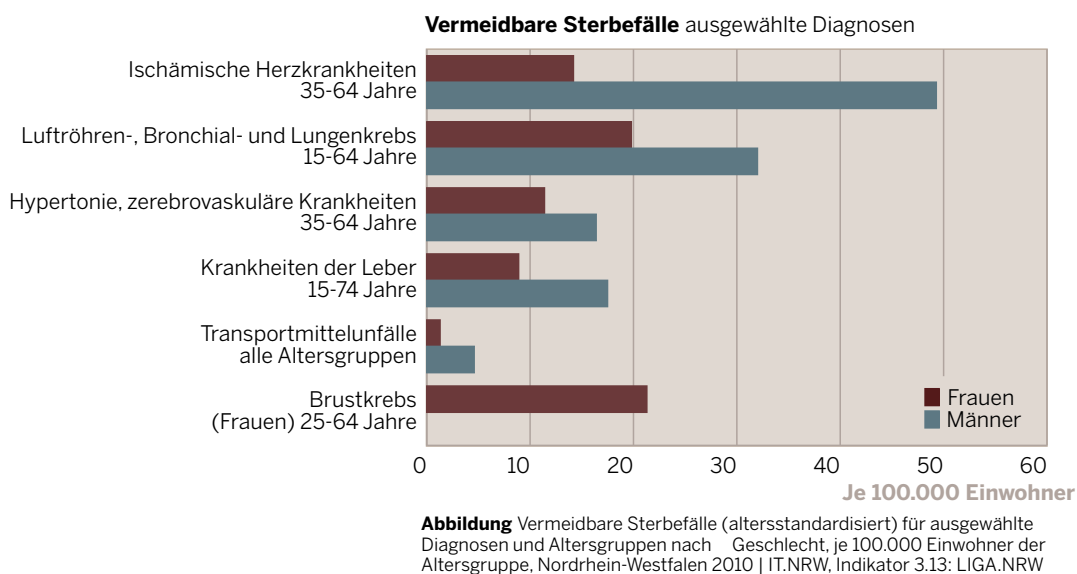
Frauen		
ICD-10, Krankheitsdiagnose	Rang	Anteil (%)
I50 Herzinsuffizienz	1	7,5
I25 Chronisch ischämische Herzkrankheit	2	6,8
I21 Akuter Myokardinfarkt	3	5,1
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	4	4,0
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	5	3,7
I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	6	3,3
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	7	3,2
I63 Hirninfarkt	8	2,5
I11 Hypertensive Herzkrankheit	9	2,3
F03 Nicht näher bezeichnete Demenz	10	2,3
Summe (%) der 10 häufigsten Todesursachen		40,7

Männer		
ICD-10, Krankheitsdiagnose	Rang	Anteil (%)
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	1	8,2
I25 Chronisch ischämische Herzkrankheit	2	6,7
I21 Akuter Myokardinfarkt	3	6,4
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	4	4,4
I50 Herzinsuffizienz	5	4,3
C61 Bösartige Neubildung der Prostata	6	3,1
C18 Bösartige Neubildung des Dickdarmes	7	2,2
J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	8	2,0
I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	9	1,9
C25 Bösartige Neubildung des Pankreas	10	1,8
Summe (%) der 10 häufigsten Todesursachen		41,0

Tabelle | Rangliste der zehn häufigsten Todesursachen nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2010 | IT.NRW, LIGA.NRW

Vorzeitige und vermeidbare Sterblichkeit in Nordrhein-Westfalen

Die positive Entwicklung der allgemeinen Lebenserwartung ist zu einem wesentlichen Teil auf den Rückgang der vorzeitigen Sterblichkeit zurückzuführen. Darunter werden im Allgemeinen diejenigen Todesfälle zusammengefasst, bei denen die Person vor dem Erreichen des 65. Lebensjahres verstirbt. 2010 traf dies auf 11.517 Frauen und 19.890 Männer zu. Damit erweist sich die vorzeitige Sterblichkeit nach wie vor als ein besonderes Problem der männlichen Bevölkerung. Seit 1980 hat sich die Zahl der vorzeitigen Sterbefälle deutlich verringert, der Rückgang beträgt bei Frauen wie Männern nahezu ein Drittel (32 %).



Ein Teil der vorzeitigen Todesfälle gilt als vermeidbar. Beispielsweise können Verkehrsunfälle oder Krankheiten wie Leberzirrhose und Lungenkrebs durch primärpräventive Maßnahmen verhindert, andere Krankheiten, wie verschiedene weitere Krebsarten oder Herz-Kreislauf-Krankheiten durch Früherkennung und Behandlung in ihrem Verlauf so beeinflusst werden, dass ein früher Tod vermieden wird.

Ein Blick auf ausgewählte vermeidbare Todesursachen lässt unterschiedliche Trends erkennen. Sterbefälle aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten bei 35- bis 64-Jährigen sind zwischen 1980 und 2010 um zwei Drittel zurückgegangen (Frauen 65 %, Männer 68 %). Bei Lungenkrebs haben Männer zwischen 15 und 64 Jahren einen leichten Rückgang der Sterblichkeit (um 6 %), Frauen gleichen Alters jedoch mehr als eine Verdreifachung ihrer Sterbefälle von 361 auf 1.307 zu verzeichnen. Detaillierte Analysen solcher Trends können dazu beitragen, präventive Anstrengungen gezielt einzusetzen, um ihren gesundheitlichen Nutzen für die Bevölkerung zu optimieren.

Die häufigsten Diagnosen in der ambulanten Versorgung

In der ambulanten medizinischen Versorgung stehen die weitverbreiteten Herz-Kreislauf-Risikofaktoren Bluthochdruck und erhöhte Blutfettwerte neben Krankheitsbildern mit häufig chronischem Charakter wie Rückenschmerzen oder Diabetes Typ 2 sowie akute Atemwegsinfekte an der Spitze der Behandlungsdiagnosen. Die Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe umfassen alle ambulanten Behandlungsdiagnosen eines Jahres, die angegebenen Prozentzahlen lassen daher direkte Rückschlüsse auf die Häufigkeit der jeweiligen Erkrankung in der Bevölkerung zu. Da Privatversicherte (ca. 9 bis 10 % der Bevölkerung) nicht erfasst werden und nicht jede Erkrankung oder Beschwerde zu einem Arztbesuch führt, wird die Verbreitung einzelner Erkrankungen hierbei tendenziell unterschätzt.

Rückenschmerzen und Bluthochdruck bilden mit jeweils rund 4 Millionen behandelten Patienten (22 % der Bevölkerung) die häufigsten Behandlungsdiagnosen. Die Behandlungsrate wegen Bluthochdruck steigt kontinuierlich an (+16 % zwischen 2005 und 2009). Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck finden sich vor allem in der älteren Bevölkerung, rund 50 % der behandelten Patientinnen und Patienten sind älter als 65 Jahre.

In der Rangliste liegen die Behandlungshäufigkeiten der Frauen höher als die der Männer; dies wird häufig dadurch erklärt, dass Frauen auftretende Symptome stärker beachten und bei Beschwerden eher den Arzt aufsuchen. Gynäkologische Beschwerdebilder haben einen nicht unerheblichen Anteil an den häufigsten Behandlungsdiagnosen der Frauen. Zudem fällt auf, dass zwei Diagnosen aus dem Bereich psychischer Erkrankungen bei Frauen zu den zehn häufigsten Behandlungsdiagnosen zählen: die Depressive Episode mit einem Anteil von 11 % und somatoforme Störungen (früher u. a. als psychogene Störungen oder vegetative Dystonie bezeichnet) mit einem Anteil von 10 % der weiblichen Bevölkerung. Dies dürfte im Zusammenhang mit dem im Kapitel „Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen“ beschriebenen deutlich ansteigenden Trend bei den psychischen Erkrankungen stehen.

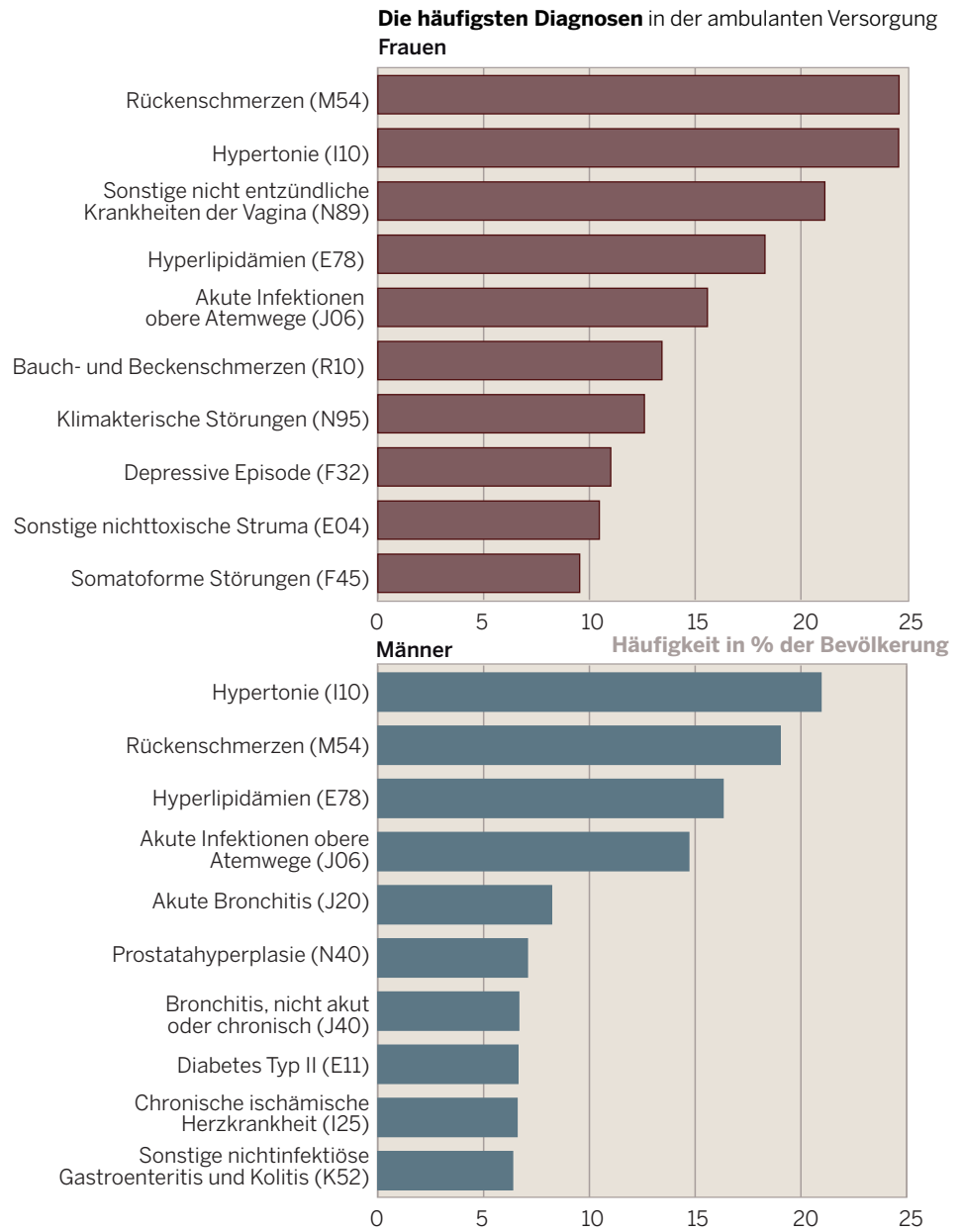


Abbildung Die häufigsten Diagnosen (ICD-10 Kodierungen) in der ambulanten Versorgung nach Geschlecht (Behandlungshäufigkeit in der Bevölkerung in Prozent), Nordrhein-Westfalen 2009 | Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LIGA.NRW

Personen mit mehreren Erkrankungen (Multimorbidität)

Die Beschreibung des Krankheitsgeschehens in der Bevölkerung kann sich nicht auf eine Abhandlung einzelner Diagnosen beschränken. Chronische Krankheiten treten mit zunehmendem Alter nur noch selten vereinzelt und stattdessen häufig in kombinierter Form auf. Damit bestimmt Multimorbidität die gesundheitliche Lage eines erheblichen Teils der Bevölkerung – vor allem derjenigen im höheren Alter.

Eine Analyse von Daten einer bundesweit agierenden Krankenkasse mit ca. 1,7 Mio. Versicherten bietet eine zuverlässige Basis, das Ausmaß der Multimorbidität – hier definiert durch das Vorhandensein von mindestens drei chronischen Funktionsstörungen oder Krankheiten – in der älteren Bevölkerung Nordrhein-Westfalens zu schätzen [van den Bussche et al. 2011]. Im Ergebnis muss für 2010 von etwa 2,24 Mio. multimorbiden Frauen und Männern im Alter von 65 oder mehr Jahren ausgegangen werden. Die genannte Mindestbedingung von drei Diagnosen wird in der Regel übertroffen: Im Mittel sind es 5 Diagnosen, teilweise sogar noch mehr.

Die Zahl der multimorbiden Frauen übersteigt mit geschätzten 1,34 Mio. die der Männer (0,9 Mio.) um die Hälfte. Das ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung in der älteren Bevölkerung insgesamt überrepräsentiert sind.

Geschätzte Zahl multimorbider Frauen und Männer ab 65 Jahren in NRW 2010			
	Personen 65 J. oder älter in der Bevölkerung	Anteil* Personen mit mind. 3 chronischen Krankheiten	Zahl* der Personen mit mind. 3 chronischen Krankheiten
	absolut (in Tsd.)	%	absolut (in Tsd.)
Frauen	2.077	64,6	1.342
Männer	1.541	58,5	901
Insgesamt	3.618	62,1	2.243

*s. Erläuterungen im Text

Tabelle | Geschätzte Zahl multimorbider Frauen und Männer ab 65 Jahren in NRW 2010 | van den Bussche et al. 2011; eigene Berechnungen

Die Darstellung der zehn häufigsten Krankheitskombinationen wird von relativ wenigen alterstypischen chronischen Funktionsstörungen und Beschwerden dominiert, die auch bei einer Betrachtung der Prävalenz von Einzeldiagnosen im Vordergrund stehen. Dazu gehören vor allem der Bluthochdruck, die Störung des Fettstoffwechsels und chronische Rückenschmerzen. Die Vielfalt und Komplexität des multimorbiden Krankheitsgeschehens bleibt bei dieser Betrachtung weitgehend unsichtbar.

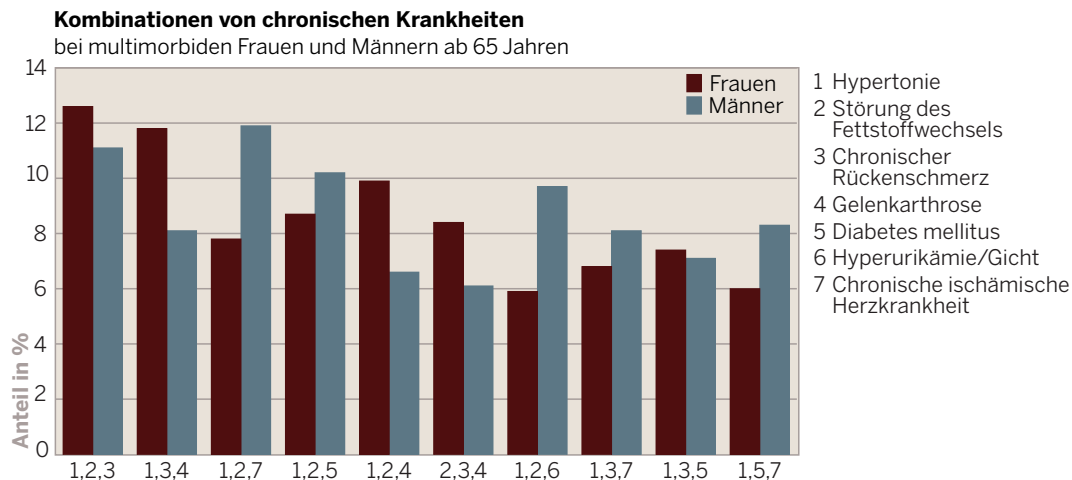


Abbildung Verbreitung der 10 häufigsten Dreier-Krankheitskombinationen bei multimorbiden Frauen und Männern ab 65 Jahren | van den Bussche 2011, LIGA.NRW

Dies gilt besonders im Hinblick auf eine Beurteilung der mit Multimorbidität verbundenen gesundheitlichen Einschränkungen. Raspe [2011] hat 11 Typen chronischer Krankheiten identifiziert, mit denen auf medizinischer Ebene in unterschiedlicher Weise umgegangen wird und die mit höchst unterschiedlichen psychischen und sozialen Belastungen verbunden sind. Eine Zusammenführung von solchen qualitativen Informationen mit quantitativen Daten steht noch aus.

Gruppen chronischer Krankheiten		
Nr.	Typus	Beispiel
1	Akutes Ereignis mit dauerhaftem, aber stabilem Schaden	Zustand nach traumatischer Amputation einer Gliedmaße
2	Akutes Ereignis mit dauerhaftem Schaden und Rezidivgefahr	Schlaganfall mit bleibender Lähmung
3	Zustand nach erfolgreicher Organtransplantation mit anhaltender Behandlungsbedürftigkeit	Posthepatitische Zirrhose, Lebertransplantation, Immunsuppression
4	Pathologischer Befund unter anhaltender Beobachtung	Erhöhte Werte des prostataspezifischen Antigens (PSA)
5	Asymptomatische Erkrankung mit dem Risiko akuter Ereignisse	Osteoporose, Frakturen
6	Lange a/oligosymptomatische chronische Erkrankung mit schlechter Prognose	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, chronische lymphatische Leukämie
7	Schubweise symptomatische chronische Erkrankung mit Progressionstendenz	Multiple Sklerose, M. Crohn
8	Chronisch aktive Erkrankung mit teilhabeeinträchtigenden Symptomen	Rheumatoide Arthritis (verschiedene Verlaufstypen)
9	Chronische Schmerzkrankheit ohne fassbaren somatischen Befund	Chronisch behindernde unspezifische Rückenschmerzen
10	Chronische Erkrankung mit tödlichem Verlauf	Pankreas-, Lungenkarzinom
11	„Geheilte“ bösartige Erkrankung	Hodenkarzinom, Brustkrebs (frühes Stadium), M. Hodgkin

Tabelle | Gruppen chronischer Krankheiten, Quelle: Raspe 2011

Das Interesse von Wissenschaft und Gesundheitspolitik an der Situation multimorbider Patientinnen und Patienten hat in den letzten Jahren zugenommen. Der Grund hierfür sind Versorgungsprobleme, die an dieser Stelle nur knapp umrissen werden können:

- Das Ideal einer an evidenzbasierten Leitlinien orientierten Versorgung stößt an Grenzen. Leitlinien richten sich bisher auf die Behandlung einer Erkrankung und können im Falle des Auftretens von mehreren Erkrankungen nicht einfach additiv eingesetzt werden. Weitere Erkrankungen stellen oft Kontraindikationen zu dem dar, was zur Behandlung einer bestimmten Erkrankung vorgegeben wird.
- Die Grenzen einer additiven Behandlung werden besonders auf dem Gebiet der Medikation offensichtlich. Mit der Zahl der verordneten Medikamente sinkt tendenziell die Möglichkeit der Kontrolle von Wechsel- und Nebenwirkungen. Zugleich ist mit dem Auftreten von Nebenwirkungen und der Einschränkung der individuellen Lebensqualität die sog. Therapietreue der Patientinnen und Patienten gefährdet.
- Die Behandlung verschiedener Erkrankungen schließt in der Regel die Beteiligung fachlicher Spezialisten ein. Je stärker sie unabhängig voneinander agieren, umso größer ist das Risiko einer Über- bzw. Fehlversorgung.
- Die Notwendigkeit einer Prioritätensetzung bei der Behandlung mehrerer Erkrankungen führt in der Regel zu ärztlichen Entscheidungen, bei denen medizinische Gesichtspunkte absoluten Vorrang haben. Dies geht aber teilweise an den Interessen eines Erhalts von Lebensqualität seitens der Patientinnen und Patienten vorbei.

Die genannten Probleme lassen u. a. erkennen, dass es einer koordinierenden Stelle, vorzugsweise in der Person der Hausärztin oder des Hausarztes, bedarf, welche die Patientin oder den Patienten begleitet.

Darüber hinaus werden in der Fachöffentlichkeit neue Versorgungsstrukturen diskutiert, die eine stärkere Einbeziehung von psychosozialen Gesundheitsberufen in die Betreuung und eine Systematisierung von Betreuungsfunktionen vorsehen. Letzteres beinhaltet regelmäßige Assessments, Gespräche über gemeinsam abgestimmte Therapieziele und eine Stärkung der Autonomie des Patienten bzw. der Patientin.

Krankheiten des Kreislaufsystems

Sterblichkeit aufgrund von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

Herz-Kreislauf-Krankheiten verursachen nach wie vor alljährlich die meisten Todesfälle. 2010 waren es insgesamt rund 73.000, darunter 58 % weibliche und 42 % männliche. In absoluten Zahlen sind Frauen also stärker betroffen, das altersspezifische Sterberisiko fällt aber für Männer aller Altersgruppen immer noch deutlich höher aus. Deshalb sind über die Hälfte der an Herz-Kreislauf-Krankheiten gestorbenen Frauen zum Zeitpunkt ihres Todes 85 Jahre oder älter gewesen, unter den gestorbenen Männern hat gerade einmal knapp ein Viertel dieses Alter erreicht.

Die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Krankheiten für das Sterbegeschehen ist in den zurückliegenden Jahrzehnten stetig gesunken, der Anteil an allen Sterbefällen ging zwischen 1980 und 2010 von 51 % auf 38 % zurück. Die altersstandardisierte Herz-Kreislauf-Mortalität hat 2010 einen neuen historischen Tiefstand erreicht. Der nordrhein-westfälische Trend verläuft weitgehend parallel zum Bundesdurchschnitt und liegt in den letzten drei Jahren bei Frauen wie bei Männern unter dem Bundeswert.

Wesentlichen Anteil an dieser Entwicklung hat die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten bei Herzinfarkt und Schlaganfall. So kann ein unmittelbar tödlicher Verlauf durch frühzeitige Erkennung von Symptomen eines entsprechenden Ereignisses und schnelle medizinische Hilfe häufiger erfolgreich vermieden werden.

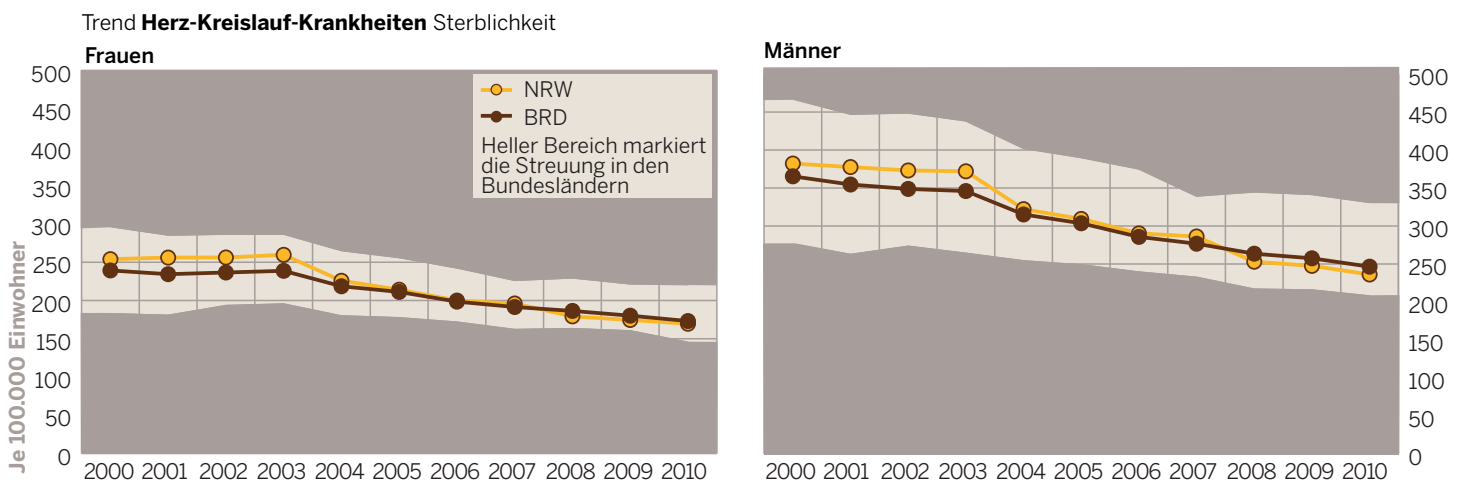


Abbildung Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10: I00-I99) je 100.000 Einwohner nach Geschlecht, in Nordrhein-Westfalen und bundesweit | gbe-bund, LIGA.NRW

Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt

Durchblutungsstörungen des Herzens, in erster Linie die chronische ischämische Herzkrankheit und Herzinfarkte, haben 2010 zu ca. 12.000 Todesfällen bei Frauen und 13.000 bei Männern geführt. Rund 57.000 Frauen und 111.000 Männer wurden 2009 aufgrund einer entsprechenden Diagnose (ICD 10: I20-I25) stationär behandelt.

Während die absolute Zahl der Sterbefälle zwischen 1980 und 2010 um 33 % zurückging, beträgt die Reduktion der altersbereinigten Mortalitätsrate für diesen Zeitraum sogar 62 %. Diese Zahlen geben einen Anhaltspunkt dafür, wie weit die Sterblichkeit infolge ischämischer Herzkrankheiten in den vergangenen Jahrzehnten gesenkt werden konnte.

Wesentlichen Anteil an dieser Entwicklung hat die medizinische (Notfall-) Versorgung von Herzinfarktpatientinnen und -patienten. Nach allgemeinem Erkenntnisstand bestehen in der ersten Stunde nach dem Auftreten eines Infarkts die besten Chancen, die Durchblutung des Herzmuskels wiederherzustellen [RKI 2006:23]. Daher sind eine möglichst frühzeitige Erkennung der Symptome und eine schnelle medizinische Intervention wichtig.

Eine insgesamt geringere Betroffenheit und teilweise andersartige Infarkt-Symptome haben in der Vergangenheit den Verdacht genährt, dass Herzinfarkte bei Frauen später erkannt und behandelt werden als bei Männern. Frauen geben signifikant häufiger Schmerzen im linken Arm, im Bereich Rücken/linkes Schulterblatt und im Kiefer-Halswinkel an. Zugleich berichten sie häufiger über Todesangst/Vernichtungsgefühl sowie Übelkeit mit Erbrechen [MONICA/KORA 2000/02 zit. nach RKI 2006: 23]. Daher ist es wichtig, in der Aufklärung der Bevölkerung auf diese geschlechtsspezifischen Besonderheiten der Herzinfarkt-Symptomatik hinzuweisen.

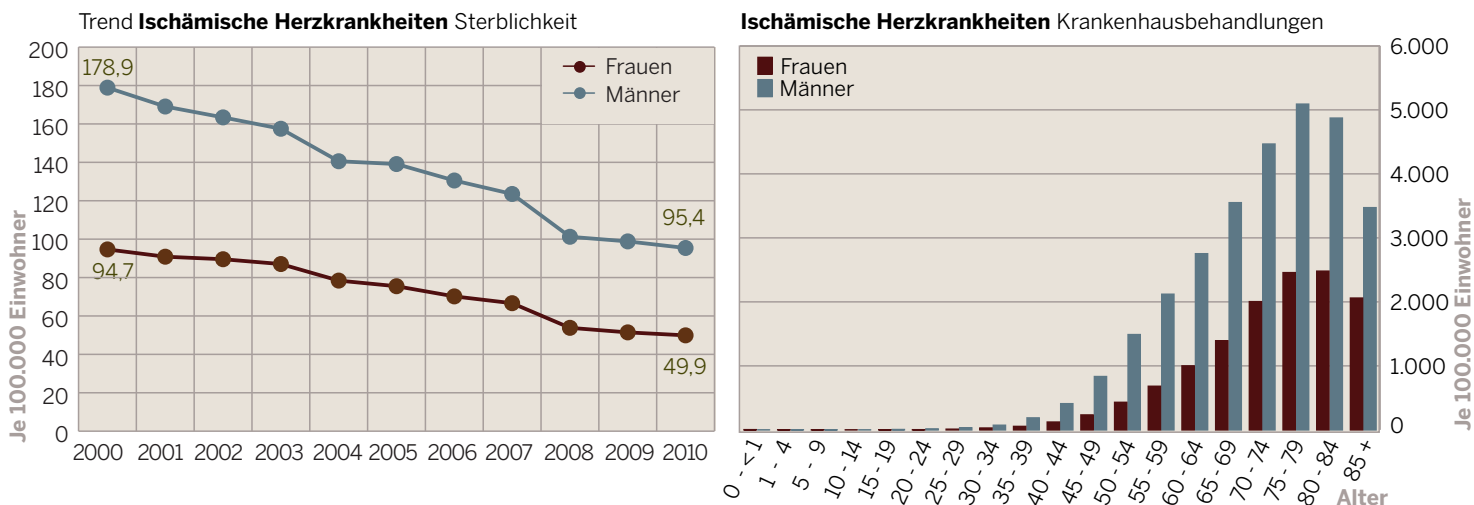


Abbildung Sterblichkeit (altersstandardisiert) an ischämischen Herzkrankheiten (ICD-10: I20-I25) 2000 bis 2010 und Krankenhausbehandlungen aufgrund ischämischer Herzkrankheiten (ICD-10: I20-I25) je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen | IT.NRW, GBE-Stat 2011: LIGA.NRW

Zerebrovaskuläre Erkrankungen, Schlaganfall

Zerebrovaskuläre Erkrankungen, häufig auch als Schlaganfälle bezeichnet, bilden in der Gruppe der Krankheiten des Kreislaufsystems nach den ischämischen Herzkrankheiten die zweithäufigste Todesursache. 2010 verstarben rund 8.300 Frauen und 4.900 Männer mit der entsprechenden Diagnose (ICD-10: I60-I69). Die Zahl der 2009 stationär Behandelten (76.000) liegt um ein Vielfaches höher und lässt erkennen, dass nur ein geringer Teil der auftretenden Schlaganfälle unmittelbar zum Tode führt. Nach vorliegenden Untersuchungsergebnissen versterben etwa ein Fünftel aller Patientinnen und Patienten mit einem ersten Schlaganfall innerhalb von vier Wochen, weitere zehn Prozent bis zum Ende des ersten Vierteljahres und insgesamt etwas mehr als ein Drittel (37,2 %) innerhalb des ersten Jahres [RKI 2006:27].

Frauen und Männer sind in annähernd gleicher Zahl stationär behandelt worden (51 zu 49 %). In Relation zu ihrem Bevölkerungsanteil sind Männer allerdings häufiger betroffen. Das gilt vor allem für die Altersgruppen von 50 bis 84 Jahren. Im höheren Alter ist der Anteil der stationär behandelten Schlaganfallpatientinnen und -patienten an allen Personen ihrer Altersgruppe bei Frauen und Männern annähernd gleich.

Die Sterblichkeit durch Schlaganfall ist deutlich zurückgegangen. Dabei hat es eine Angleichung zwischen den beiden Geschlechtern gegeben. Der allgemeine Rückgang ist vermutlich Folge einer verbesserten Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Die Kehrseite der verminderten Sterblichkeit ist ein hoher Anteil von Schlaganfallpatientinnen und -patienten unter den Pflegebedürftigen. „Schlaganfall ist einer der Hauptgründe für die Pflegebedürftigkeit im Erwachsenenalter.“ [RKI 2006:27]

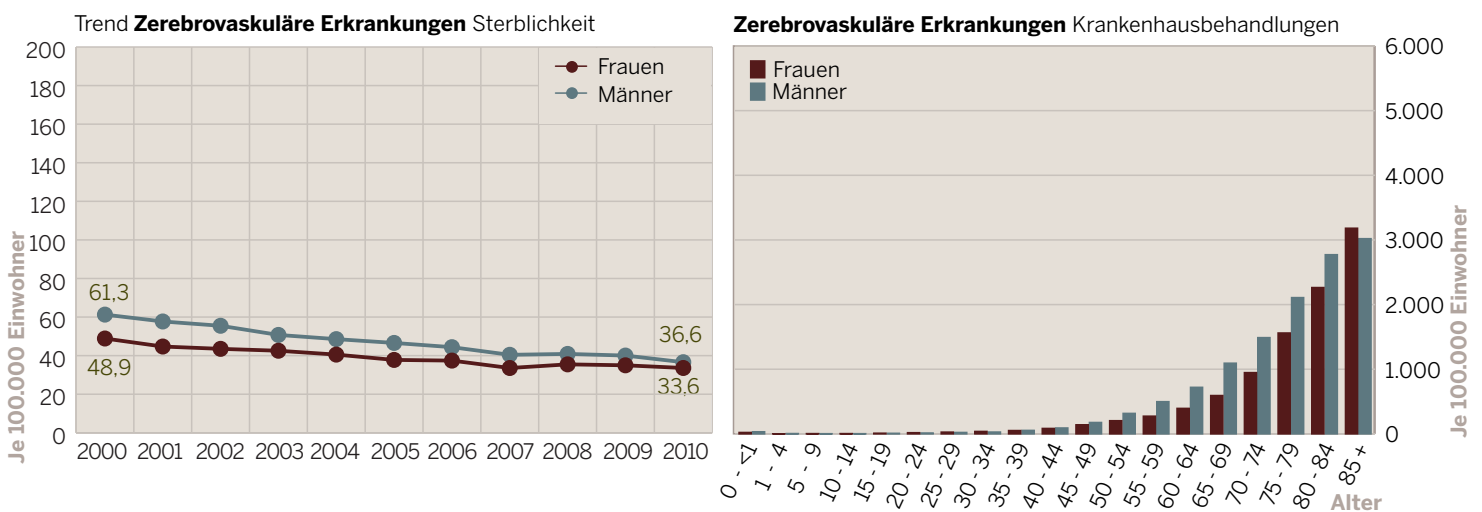


Abbildung Sterblichkeit (altersstandardisiert) aufgrund zerebrovaskulärer Krankheiten (ICD-10: I60-I69) 2000 bis 2010 und Krankenhausbehandlungen aufgrund zerebrovaskulärer Krankheiten (ICD-10: I60-I69) je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen | IT.NRW, GBE-Stat 2011: LIGA.NRW

Krebserkrankungen

Entwicklung der Krebssterblichkeit

2010 starben etwas mehr als 50.000 Personen an Krebs, darunter 23.300 Frauen und 27.200 Männer. Mit rund einem Viertel aller Todesfälle bleiben die bösartigen Neubildungen nach den Herz-Kreislauf-Krankheiten insgesamt die zweithäufigste Todesursache. Da viele Krebsarten erst im höheren Alter auftreten, ist mit dem Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung auch zukünftig eine anhaltend hohe bzw. eventuell sogar steigende Zahl von Krebstoten und ein hoher Anteil der Krebserkrankungen an allen Todesursachen verbunden.

Diese auf den ersten Blick alarmierende Prognose ist allerdings tendenziell irreführend, wenn es darum geht, das allgemeine Risiko einer vorzeitig zum Tode führenden Krebserkrankung zu beurteilen. Denn seit Jahrzehnten sinkt die altersstandardisierte Krebssterblichkeit kontinuierlich ab – allein in den vergangenen zehn Jahren für Frauen insgesamt um etwa 10 % und für Männer sogar um 16 %.

Die altersstandardisierte Mortalitätsrate der Männer liegt deutlich höher als die der Frauen, dies ist vor allem auf die große Zahl männlicher Lungenkrebsopfer zurückzuführen. Krebs als Todesursache betrifft zwar in erster Linie ältere Menschen, hat aber auch einen erheblichen Anteil an der vorzeitigen Sterblichkeit. Bis zum Alter von 65 Jahren sterben nahezu doppelt so viele Menschen an Krebs wie an Herz-Kreislauf-Krankheiten, bedingt vor allem durch Lungenkrebs und bei den Frauen durch Brustkrebs - zwei Krebsarten, die bereits relativ früh zu Sterbefällen führen.

Ein Vergleich der Entwicklung in NRW mit derjenigen auf Bundesebene lässt, wie bei einer solchen Betrachtung nicht anders zu erwarten, einen nahezu identischen Trend erkennen. Allerdings hat sich in den letzten drei Jahren der Abstand zum Bundeswert für beide Geschlechter zuungunsten Nordrhein-Westfalens verschoben. Die regionalen Unterschiede zwischen den Bundesländern sind bei den Männern deutlich größer als bei den Frauen.

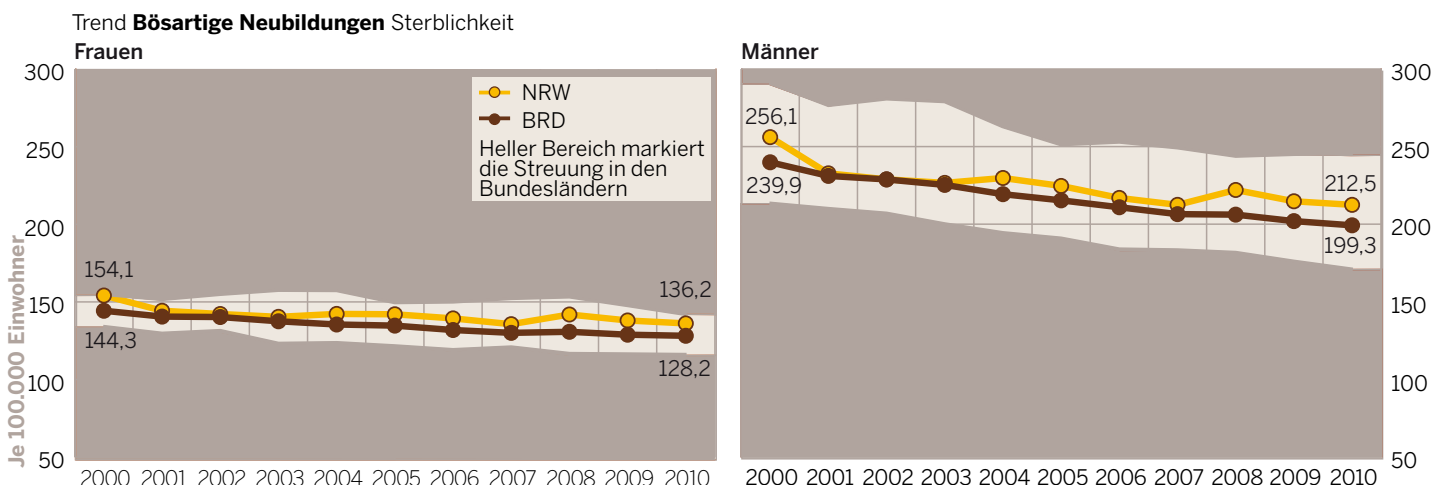
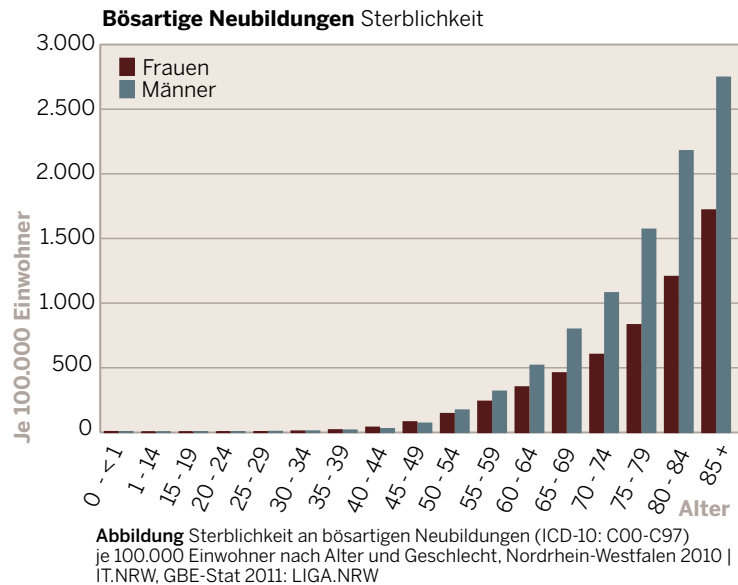


Abbildung Sterblichkeit (altersstandardisiert) an bösartigen Neubildungen (ICD-10: C00-C97) je 100.000 Einwohner nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen und bundesweit | gbe-bund, LIGA.NRW



Stationäre Behandlung von Krebspatienten

Im Jahr 2008 wurden schätzungsweise etwa 100.000 Neuerkrankungen an Krebs diagnostiziert, rund 47.000 bei Frauen und 53.000 bei Männern. Nach Berechnungen des Krebsregisters NRW muss etwa jede zweite Bürgerin und jeder zweite Bürger des Landes im Laufe seines Lebens mit einer Krebsdiagnose rechnen [Krebsregister NRW 2010: 30]. Natürlich kann ein erheblicher Teil dieser Erkrankungen, oft auch dauerhaft, geheilt werden. Allerdings beginnt mit einer solchen Diagnose in der Regel ein je nach Art der Krebserkrankung mehr oder weniger langwieriger Prozess der Behandlung und Nachsorge, an dem die spezialisierten Einrichtungen der stationären Versorgung maßgeblich beteiligt sind.

Einen groben Eindruck von der Größenordnung dieser Leistungen kann die Krankenhausstatistik geben. Sie weist allerdings nur die Zahl der Behandlungsepisoden pro Jahr aus. Da eine Person unter Umständen mehrmals in einem Jahr stationär behandelt worden sein kann, ist die Zahl der Behandlungsfälle - vor allem bei der oft durch mehrere Behandlungszyklen geprägten Krebstherapie - größer als die der behandelten Personen.

2009 wurden in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern insgesamt 155.300 Behandlungsfälle mit der Diagnose einer bösartigen Neubildung bei weiblichen und 183.300 bei männlichen Personen registriert. In Relation zur Zahl der Personen in der jeweiligen Altersgruppe sind Männer gegenüber Frauen noch deutlich häufiger betroffen als dies in den absoluten Zahlen sichtbar wird. Lediglich im mittleren Alter von 35 bis 54 Jahren überwiegt die Zahl der weiblichen Behandlungsfälle. Dies ist vor allem mit dem frühen Auftreten des Brustkrebses zu erklären. Für diese Erkrankung liegt das mittlere Erkrankungsalter bei 64, für Lungenkrebs und Prostatakrebs bei 69 Jahren. Die genannten Durchschnittswerte geben die unterschiedlich breite Altersspanne der Neuerkrankungen nur annäherungsweise wieder.

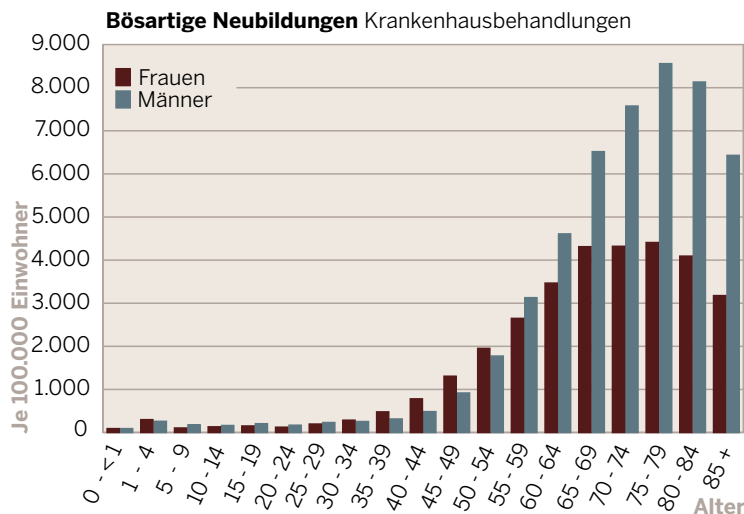


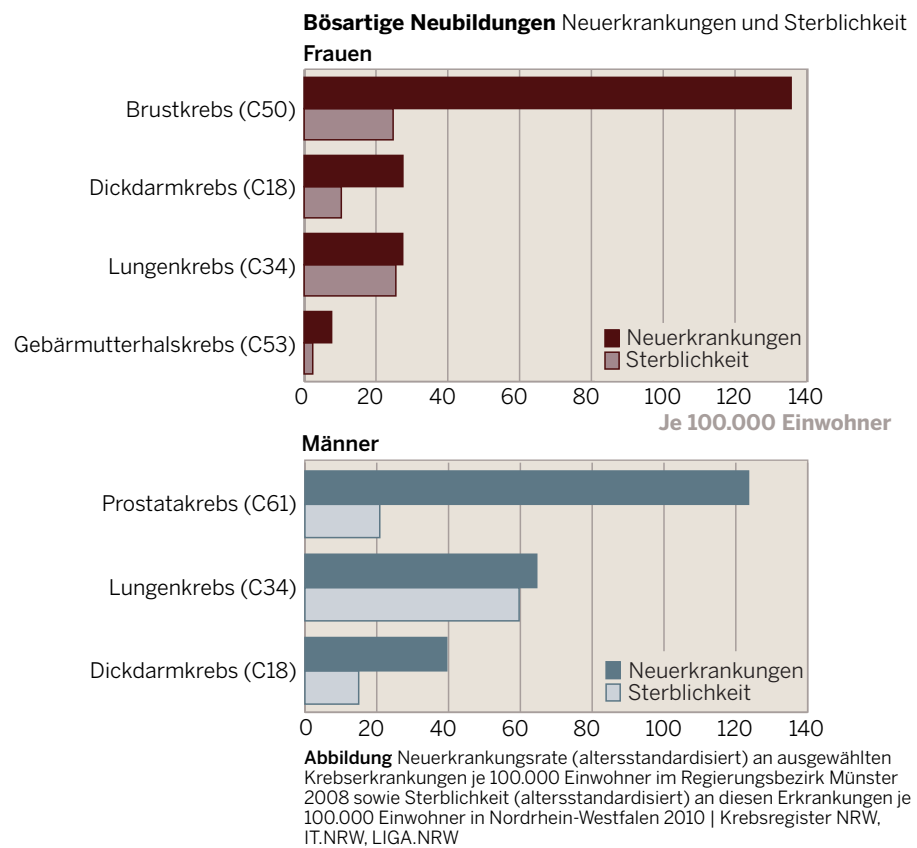
Abbildung Krankenhausbehandlungen wegen bösartiger Neubildungen (ICD-10: C00-C97) je 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2009 | IT.NRW, Indikator 3.73: LIGA.NRW

Neuerkrankungen und Sterblichkeit ausgewählter Krebskrankheiten

Diagnostik und Therapie bösartiger Neubildungen sind in den vergangenen Jahrzehnten ständig weiterentwickelt worden. Dieser Prozess hat zu dem vordergründig paradoxen Ergebnis geführt, dass die Zahl registrierter Neuerkrankungen durch neue Methoden der Früherkennung bzw. deren breite Anwendung tendenziell gestiegen ist, während die Sterblichkeit aufgrund der vermehrten Entdeckung von Karzinomen im Frühstadium sowie durch bessere Behandlungsmöglichkeiten bei bestimmten Krebsarten gesunken ist.

Besonders deutlich können die genannten Effekte beim Brustkrebs, der häufigsten Krebserkrankung bei Frauen, sowie beim Prostatakrebs, der häufigsten Krebsart bei Männern, beobachtet werden. Mit der Einführung des Mammographie-Screenings für Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren ist die Zahl der diagnostizierten Neuerkrankungen seit 2005 angestiegen. Dies wird u. a. auf die häufigere Entdeckung von Karzinomen im Frühstadium (In-Situ-Karzinome) zurückgeführt [Krebsregister NRW 2010: 55]. In ähnlicher Weise hat das sog. PSA-Screening zu einem Anstieg der Neuerkrankungszahlen beim Prostatakrebs geführt. Beide Krebsarten zeichnen sich neben der hohen Neuerkrankungsrate durch eine vergleichsweise niedrige Mortalitätsrate aus. Mit einer Letalität (Verhältnis der Todesfälle zur Anzahl Erkrankter) von rund 30 % beim Brustkrebs und unter 20 % beim Prostatakrebs haben beide Erkrankungen eine vergleichsweise gute Prognose.

Die im Verhältnis zu den Neuerkrankungen besonders hohe Sterblichkeit beim Lungenkrebs zeigt eine andere Seite des Krankheitsgeschehens, welche den Begriff der „bösartigen Neubildungen“ in besonderer Weise rechtfertigt. Noch immer ist der Lungenkrebs die mit Abstand häufigste Krebstodesursache bei Männern. Bei den Frauen rangiert sie bereits an dritter Stelle, mit weiter steigender Tendenz. Hier bildet sich zeitverzögert die während der vergangenen Jahrzehnte beobachtete Zunahme des Rauchens unter Frauen ab.



Lungenkrebs

Der Lungenkrebs stellt nach wie vor die größte Herausforderung auf dem Gebiet der Krebsbekämpfung dar, weil die Zahl der Todesfälle die höchste von allen Krebserkrankungen ist, die Möglichkeiten der Prävention in Bezug auf das zentrale Risiko des Rauchens klar auf der Hand liegen, dabei jedoch die Heilungschancen einer einmal festgestellten Erkrankung denkbar gering sind. In der Regel wird der Krebs in einem Stadium entdeckt, in dem die Therapiemöglichkeiten bereits deutlich eingeschränkt sind.

Für Nordrhein-Westfalen ist der Handlungsbedarf auf den ersten Blick besonders auffällig. Hier sterben immer noch deutlich mehr Männer an Lungenkrebs als im bundesdeutschen Durchschnitt. Gleiches gilt auf einem insgesamt niedrigeren Niveau auch für die Frauen. Bei geschätzten 10.000 Neuerkrankungsfällen pro Jahr verstarben im Jahr 2010 3.765 Frauen und 7.549 Männer am Lungenkrebs [Krebsregister NRW 2010: 49]. Bemerkenswert ist vor allem der gegenläufige Trend der Mortalitätsraten: während die Männer zwischen 2000 und 2010 einen kontinuierlichen Rückgang um 21 % zeigen, steigt die Rate der Frauen im gleichen Zeitraum um 28 % an. Dies hat dazu geführt, dass bei unter 50-Jährigen in NRW mittlerweile mehr Frauen als Männer an Lungenkrebs versterben. Gleiche Trends zeigen sich auch in anderen europäischen Ländern, die Hauptursache liegt wohl bei der in den vergangenen Jahrzehnten deutlich gestiegenen Zahl rauchender Frauen. Diese Entwicklung spricht für eine fortgesetzte und ggfs. noch stärker geschlechtsspezifisch ausgerichtete Prävention.

Da Lungenkrebserkrankungen in der Regel erst nach jahrzehntelangem Zigarettenkonsum manifest werden, muss allerdings von einer erheblichen Latenzzeit zwischen aktuellen Präventionsbemühungen und ihren Auswirkungen auf die Lungenkrebssterblichkeit ausgegangen werden. Ferner gilt, dass nicht jede Lungenkrebserkrankung auf Tabakrauch zurückgeführt werden kann, verschiedene andere Schadstoffe haben einen, wenn auch geringen, Anteil an der Krankheitsentstehung.

Im Regionalvergleich zeigt sich ein deutlicher Schwerpunkt der Lungenkrebssterblichkeit im Bereich der Ruhrgebietsstädte, zusätzlich fällt jedoch ein ausgeprägtes West-Ost-Gefälle auf.

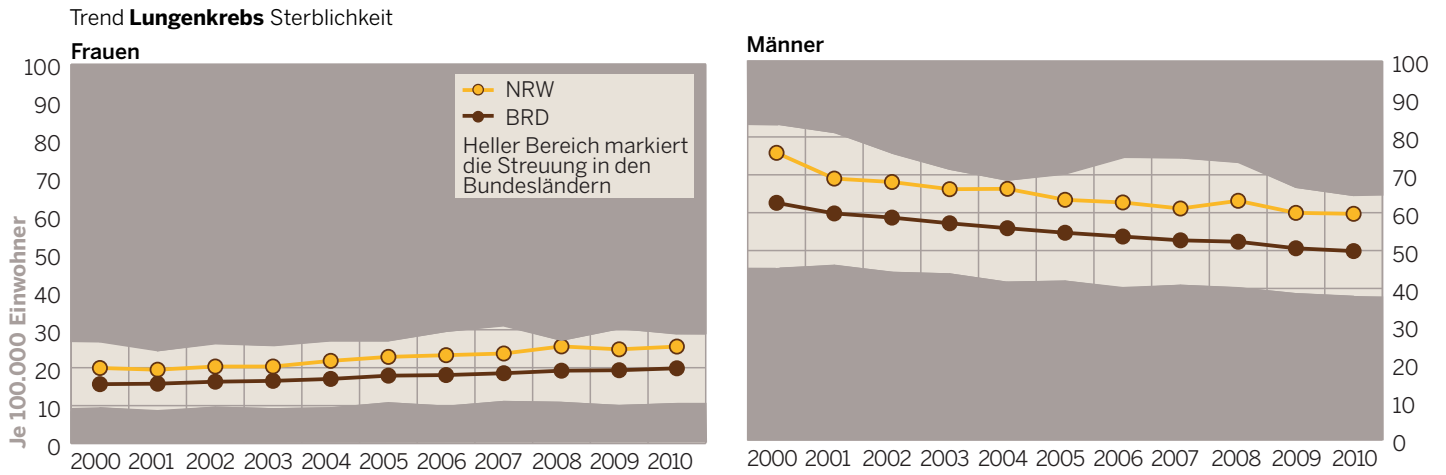


Abbildung Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Lungenkrebs (ICD-10: C33-C34) je 100.000 Einwohner nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen und bundesweit | gbe-bund, LIGA.NRW

Lungenkrebs-Sterblichkeit, Mittelwert 2008/2010

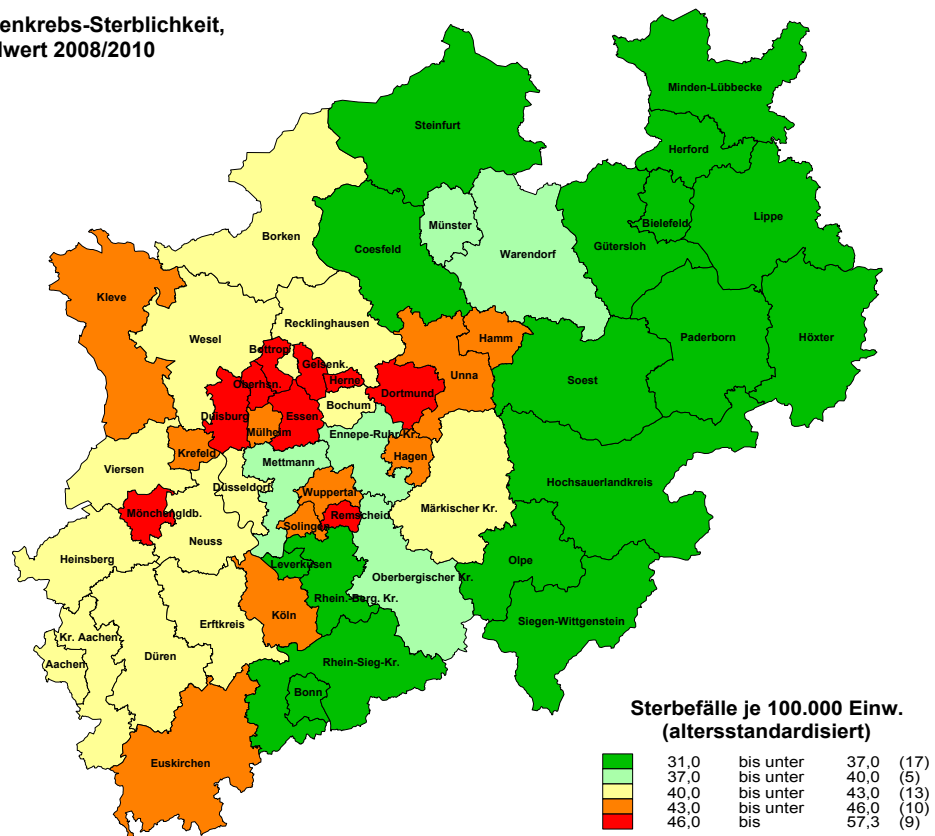


Abbildung | Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Lungenkrebs (ICD-10: C33-C34) je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen 2008/2010 (3-Jahres-Mittelwert) | IT.NRW, LIGA.NRW (eigene Berechnungen)

Dickdarmkrebs

Darmkrebs gehört zu den ausgewählten Krebsarten, für die ein Programm zur Früherkennung angeboten wird. Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung können ab 50 Jahren einen Test auf verstecktes Blut im Stuhl durchführen lassen, ab einem Alter von 55 Jahren besteht Anspruch auf Durchführung einer Darmspiegelung. In der jüngeren Vergangenheit ist massiv, u. a. mit Förderung durch private Stiftungen und Einsatz der Massenmedien, für die Teilnahme an diesen Untersuchungen geworben worden, denn etwa 70 % der Tumoren werden erst im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert, knapp die Hälfte ist zu diesem Zeitpunkt bereits metastasiert [Krebsregister NRW 2010: 43].

Die Zahl der diagnostizierten Neuerkrankungen ist, nicht zuletzt aufgrund dieser Kampagnen, deutlich gestiegen. Gleichzeitig ist die Sterblichkeit in den zurückliegenden Jahrzehnten, sowohl bei Frauen als auch bei Männern, gesunken. Der aktuelle Krebsbericht für Deutschland beziffert den Sterblichkeitsrückgang seit 1980 mit 38 % bei Frauen und 24 % bei Männern, die Zahl neu entdeckter Darmkrebserkrankungen habe sich im gleichen Zeitraum nahezu verdoppelt [Husmann et al. 2010: 36].

In Nordrhein-Westfalen bewegt sich die Neuerkrankungsrate nach den Daten des Krebsregisters im letzten Jahrzehnt auf relativ konstantem Niveau, seit 2006 ist ein leichter Rückgang zu erkennen. Bei geschätzten rund 9.000 Neuerkrankungen pro Jahr hat Dickdarmkrebs, der etwa zwei Drittel aller Darmkrebs-Todesfälle ausmacht, im Jahre 2010 zum Tod von insgesamt 4.055 Personen geführt (2.072 Frauen und 1.983 Männern). Die Entwicklung der Sterblichkeit weicht kaum vom gesamtdeutschen Trend ab.

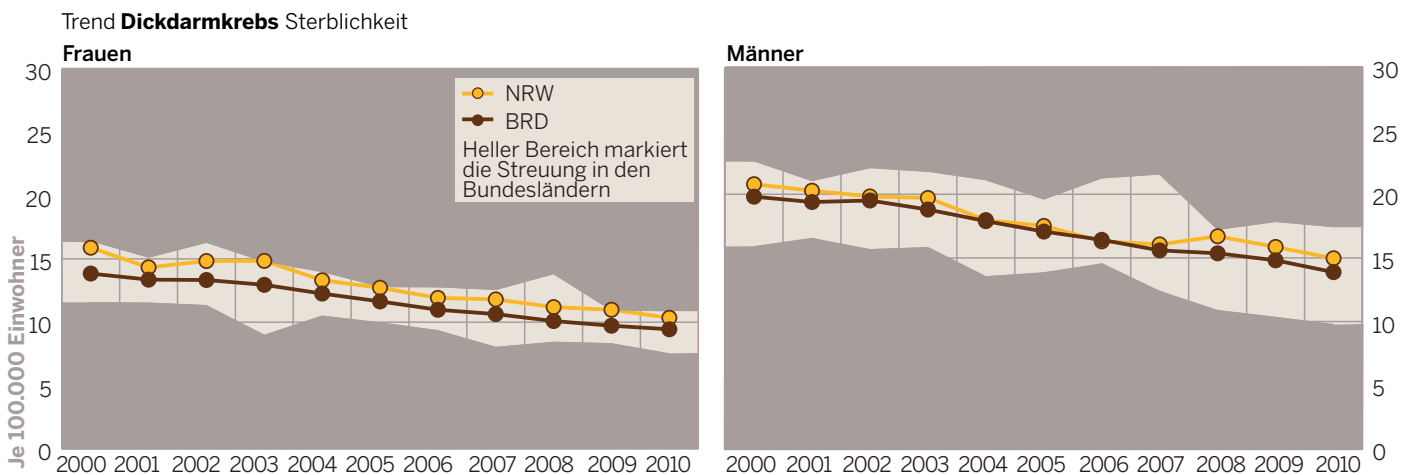


Abbildung Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Dickdarmkrebs (ICD-10: C18) je 100.000 Einwohner nach Geschlecht in Nordrhein-Westfalen und bundesweit | gbe-bund, LIGA.NRW

Spezielle Krebslokalisationen bei Frauen: Brust und Gebärmutterhals

Eine konzertierte Aktion zur Bekämpfung des Brustkrebses hat seit Mitte des letzten Jahrzehnts zum größten Krebs-Früherkennungsprogramm in Deutschland geführt. Teilnahmeberechtigt sind in Nordrhein-Westfalen ca. 2,2 Mio. Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren. Sie erhalten alle zwei Jahre eine individuell schriftlich an sie gerichtete Einladung, um eine Röntgenuntersuchung ihrer Brust durchführen zu lassen. Etwa die Hälfte der Eingeladenen sucht eine der 34 Screeningeinheiten (23 stationäre, 11 mobile Einheiten) auf. In den ersten beiden Jahren seit Programmstart (Oktober 2005 bis Dezember 2007) sind bereits über eine Million Mammographieaufnahmen gemacht worden (Schrader, Arning o. J.). Seither dürfte sich die Zahl mehr als verdoppelt haben.

Eine Senkung der Sterblichkeit durch dieses Programm kann frühestens nach zehnjähriger Laufzeit, d. h. ab 2015 nachgewiesen werden. Voraussetzung ist allerdings, dass die Teilnahmequote in den nächsten Jahren noch einmal deutlich auf mindestens 70 % gesteigert wird. Da die Brustkrebssterblichkeit in Deutschland seit Mitte der 1990er Jahre kontinuierlich abnimmt, wird dieser Nachweis in jedem Fall schwierig.

Als direkter Effekt des Screeningprogramms ist die Zahl der registrierten Neuerkrankungen in NRW seit Beginn des Programms im Jahr 2005 bis zum Jahr 2008 um 36 % angestiegen [Krebsregister NRW 2010: 55]. Im Jahr 2008 erkrankten rund 17.000 Frauen an Brustkrebs, die Zahl der Todesfälle lag 2010 bei 3.969. Damit ist Brustkrebs mit Abstand die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Die Neuerkrankungsraten steigen bis zur Altersgruppe „65 bis 69“ steil an, fallen dann aber mit zunehmendem Alter wieder deutlich ab. Mit einem Rückgang der altersstandardisierten Mortalitätsraten um 19 % seit dem Jahr 2000 folgt NRW dem bundesweiten Trend, die Raten liegen geringfügig über dem Bundeswert. Im Gegensatz zu einer ganzen Reihe anderer Krebserkrankungen sind regionale Unterschiede der Mortalität zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens beim Brustkrebs sehr gering.

Ein seit Jahrzehnten erfolgreiches Früherkennungsprogramm stellt die im Rahmen der gesetzlichen Krebsfrüherkennung angebotene Abstrichuntersuchung des Gebärmutterhalses (PAP-Abstrich für Frauen ab 20) dar. Der Test erlaubt die Erkennung vieler nicht-invasiver Frühformen, so dass seit Einführung der Screeninguntersuchung in den 70er Jahren bundesweit ein erheblicher Rückgang invasiver Gebärmutterhals-Karzinome zu beobachten ist [Husmann et al. 2010: 60]. Seit Anfang der 90er Jahre ist entsprechend auch die Mortalität deutlich gesunken. Zusätzlich zu diesem Programm besteht seit 2007 eine Empfehlung der Ständigen Impfkommission, Mädchen im Alter zwischen 12 und 17 gegen Infektionen mit humanen Papillomaviren (HPV) zu impfen. Diese Infektion wird als ursächlich für die Entwicklung des Gebärmutterhalskrebses angesehen.

Gebärmutterhalskrebs tritt vergleichsweise selten auf, im Jahr 2008 wurden etwa 950 invasive Erkrankungen in NRW gemeldet, 313 Frauen verstarben 2010 an der Krankheit. Allerdings sind vor allem jüngere Frauen betroffen, so dass diese Krebsart bei unter 50-jährigen zu den häufigen Tumorarten zu zählen ist [Krebsregister NRW 2010: 57].

Nordrhein-Westfalen lag bei der Sterblichkeit wegen Gebärmutterhalskrebs viele Jahre deutlich unter dem Bundesdurchschnitt, teilweise hatte NRW die niedrigste Rate aller Bundesländer aufzuweisen. In den letzten Jahren erfolgte jedoch eine deutliche Annäherung an den Bundeswert.

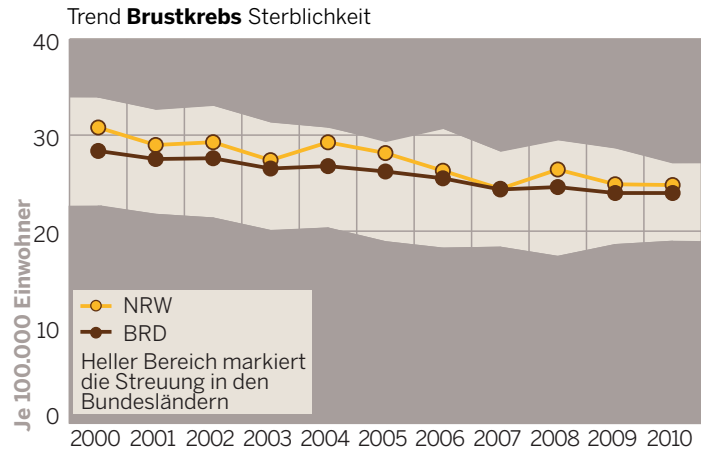


Abbildung Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Brustkrebs (ICD-10: C50) bei Frauen je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen und bundesweit | gbe-bund, LIGA.NRW

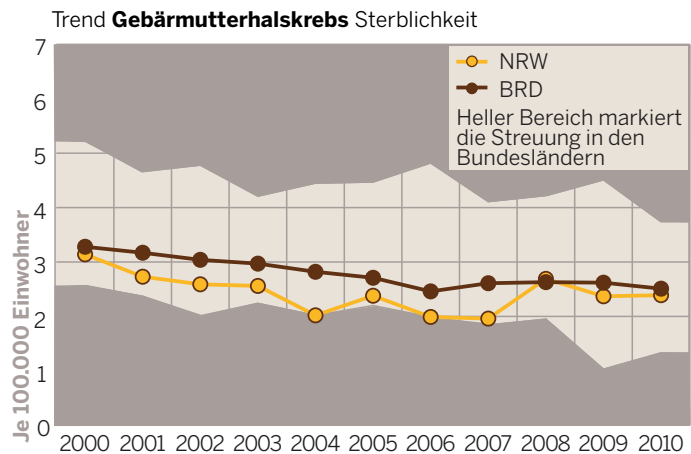


Abbildung Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Gebärmutterhalskrebs (ICD-10: C53) bei Frauen je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen und bundesweit | gbe-bund, LIGA.NRW

Spezielle Krebslokalisationen bei Männern: Prostata

Der Prostatakrebs hat sich mit einem Anteil von 26 % zur häufigsten Krebsdiagnose bei Männern entwickelt. Laut Krebsbericht für Deutschland hat sich die Zahl der jährlich registrierten Neuerkrankungen seit 1980 schätzungsweise verdreifacht. Bei Berücksichtigung der Altersverschiebungen in der männlichen Bevölkerung ist immer noch eine Verdoppelung der altersstandardisierten Rate zu verzeichnen.

Dieser Anstieg der Neuerkrankungsrate wird größtenteils auf die Einführung eines Früherkennungs-Tests mit dem prostataspezifischen Antigen (PSA-Test) zurückgeführt [Krebsregister NRW 2010: 63].

Gegenüber den steigenden Neuerkrankungsraten sind die Sterberaten seit Beginn der 90er Jahre kontinuierlich rückläufig; zwischen 2000 und 2010 betrug der Rückgang der altersstandardisierten Mortalität in NRW 25 %. Man geht davon aus, dass weniger als ein Fünftel der Erkrankten letztlich am Prostatakrebs versterben. Jährlich treten etwa 14.000 Neuerkrankungen in NRW auf, die Zahl der Sterbefälle lag 2010 bei 2.885, zwei Drittel der Verstorbenen waren 75 Jahre oder älter. Weitaus mehr Männer dieser Altersgruppe dürften trotz des Vorliegens einer Prostatakrebs-Diagnose eher an anderen Krankheiten gestorben sein [Abholz 2007: 48]. Der Bundesvergleich zeigt sowohl in der Höhe der Sterblichkeit wie im zeitlichen Trend keine nennenswerten Unterschiede zwischen NRW und Gesamtdeutschland.

Das gesetzliche Früherkennungsprogramm beinhaltet für Männer ab 45 Jahren eine jährliche Untersuchung auf Prostatakrebs. Der oben genannte PSA-Test ist nicht Bestandteil dieser Vorsorgeuntersuchung und gehört als Screeningtest ohne vorliegenden Verdacht auf eine Krebserkrankung nicht zu den Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Obwohl der Test meist selbst bezahlt werden muss, wird er häufig durchgeführt. In den letzten Jahren ist der Nutzen des PSA-Tests als Früherkennungsinstrument immer wieder in Zweifel gezogen worden. Hauptkritikpunkt ist die hohe Zahl falsch positiver Befunde. Darüber hinaus wird befürchtet, dass der Test zu einer risikobehafteten Überdiagnostik (Prostatabiopsie) und Übertherapie (Operation, Bestrahlung) bei Patienten führt, die weder Beschwerden haben noch in Zukunft bekommen werden.

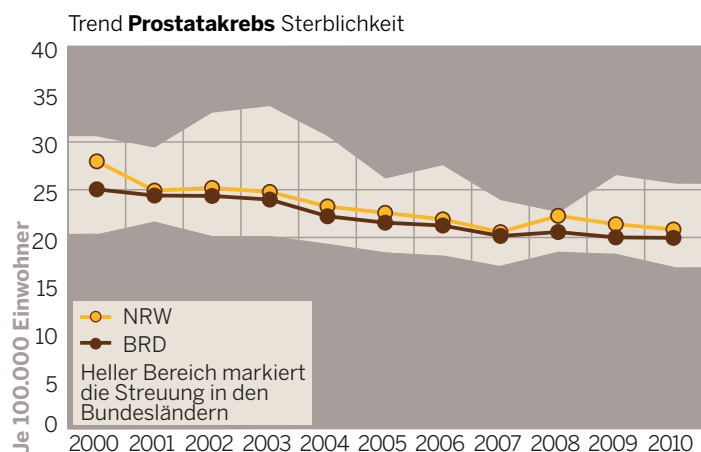


Abbildung Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Prostatakrebs (ICD-10: C61) bei Männern je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen und bundesweit | gbe-bund, LIGA.NRW

Ausgewählte weitere Erkrankungen

Diabetes mellitus

Der Diabetes mellitus Typ 2 gilt als Musterbeispiel einer modernen Volkskrankheit, weil diese Erkrankung mit einer von Bewegungsmangel, Fehlernährung und Übergewicht geprägten Lebensweise verbunden ist. Die relativ späte Manifestation – das Durchschnittsalter liegt bei etwa 53 Jahren – lässt erwarten, dass eine früh einsetzende, gesundheitsbewusste Lebensführung viele Erkrankungsfälle verhindern könnte.

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in NRW behandelten im Jahr 2009 insgesamt 1,18 Mio. Patientinnen und Patienten mit einem Typ-2-Diabetes, darunter ca. 600.500 Frauen und 578.300 Männer. Das entspricht einer Verbreitung von ca. 6,6 %. Es wird vermutet, dass ein gewisser Anteil der Erkrankungen immer noch unentdeckt bleibt. Ob die seit Anfang der 90er Jahre mit finanziellen Anreizen verbundene Einführung von Hausarztmodellen und leitliniengestützten Behandlungsprogrammen zu einer Annäherung der Behandlungsprävalenz an die reale Prävalenz geführt hat, ist bisher nicht untersucht worden.

Ein Vergleich der aktuellen Zahlen mit denen des Jahres 2005 lässt eine Zunahme der Behandlungsfälle, für Frauen um 18 % und Männer um 23 %, erkennen. Unter Berücksichtigung der Veränderungen in der Alterstruktur der Bevölkerung beträgt sie insgesamt immer noch 16 %. Diese starke Zunahme in nur vier Jahren muss zumindest teilweise auf Veränderungen in der ambulanten Versorgungspraxis zurückgeführt werden.

Etwa 5 % aller Zuckerkrankheiten entfallen auf den Typ-1-Diabetes. Hier liegt das Alter der Erstmanifestation zwischen zehn und fünfzehn Jahren. Mädchen und Jungen sind in gleichem Umfang betroffen. Die lebenslang notwendige Kontrolle und Regulierung des Insulinspiegels hat durch Schulungsprogramme und einfach zu handhabende Messgeräte und Injektionshilfen eine nachhaltige Verbesserung erfahren.

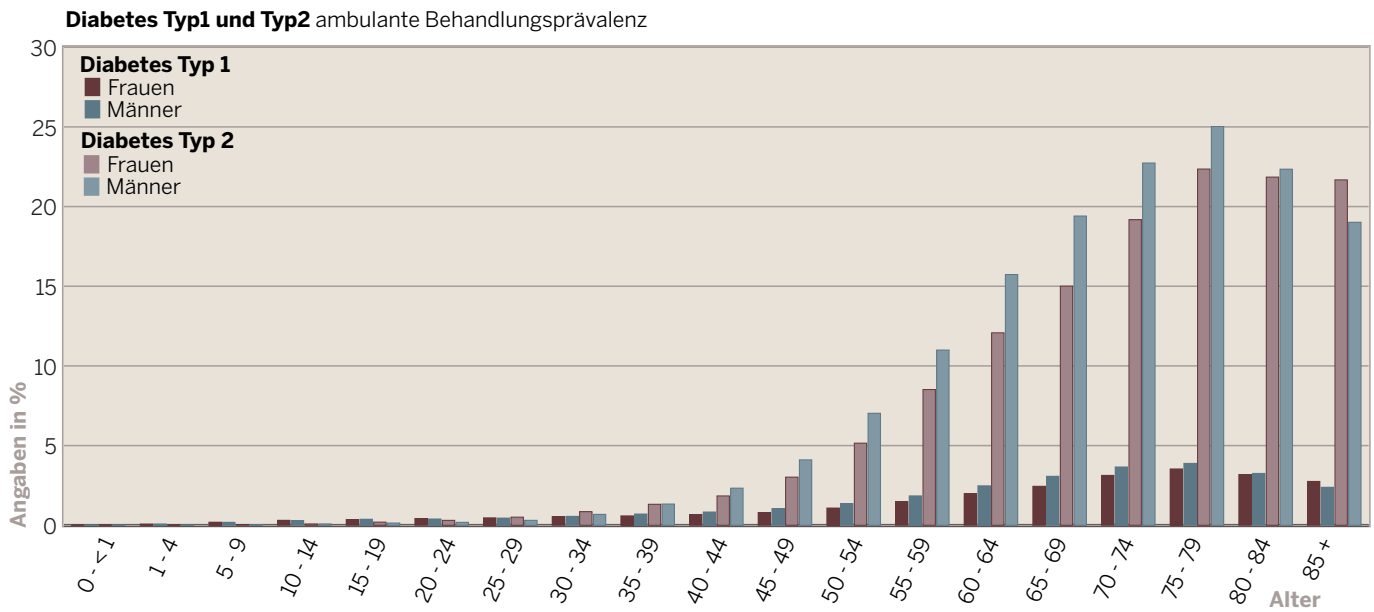


Abbildung Ambulante Behandlungsprävalenz Diabetes Typ 1 und Typ 2 (ICD-10: E10-11) je 100 Einwohner nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2009 | Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und Westfalen-Lippe, LIGA.NRW

HIV/AIDS

Die HIV-Neuinfektionen sind in den letzten Jahren zurückgegangen. Der von 2001 bis 2006 beobachtete Anstieg der Infektionen konnte damit gestoppt werden. Eine Trendwende ist daher erkennbar. Für das Jahr 2011 schätzt das Robert Koch-Institut (RKI) 650 HIV-Neuinfektionen in Nordrhein-Westfalen. Man kann hierbei von etwa 540 betroffenen Männern und 110 Frauen ausgehen [RKI 2011 a, b].

Die Trendwende darf jedoch nicht als Entwarnung gewertet werden. AIDS ist weiterhin nicht heilbar und erfordert eine lebenslange Behandlung, die in der Regel mit erheblichen Nebenwirkungen und zum Teil körperlichen und seelischen Folgeerkrankungen verbunden ist.

Seit 2009 ist in Nordrhein-Westfalen zudem ein erneuter Anstieg von Syphilis-Infektionen zu beobachten. Diese ebenfalls sexuell übertragbaren Infektionen begünstigen eine Ansteckung mit dem HI-Virus und könnten die sichtbaren Erfolge der HIV-Prävention gefährden.

Hinsichtlich der HIV-Neuinfektionen besonders gefährdeter Gruppen sind geringe Veränderungen zu erkennen. Die Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) ist mit ca. 72 % unverändert die am stärksten betroffene Gruppe. Beim Vergleich der Neuinfektionen bei Frauen und Männern ist festzustellen, dass sich der Anteil der Frauen leicht erhöht hat. Inwieweit es sich hierbei um einen stabilen Trend handelt, ist aufgrund neuer Berechnungsmodelle des RKI noch nicht abschätzbar [RKI 2011 a, b].

Die epidemiologische Entwicklung in Nordrhein-Westfalen ist im Großen und Ganzen mit der Entwicklung in Deutschland vergleichbar. Aufgrund der starken Konzentrationen von HIV-Übertragungen in großstädtischen Milieus liegt Nordrhein-Westfalen 2010 im Ländervergleich hinter den Stadtstaaten und Hessen an fünfter Stelle.

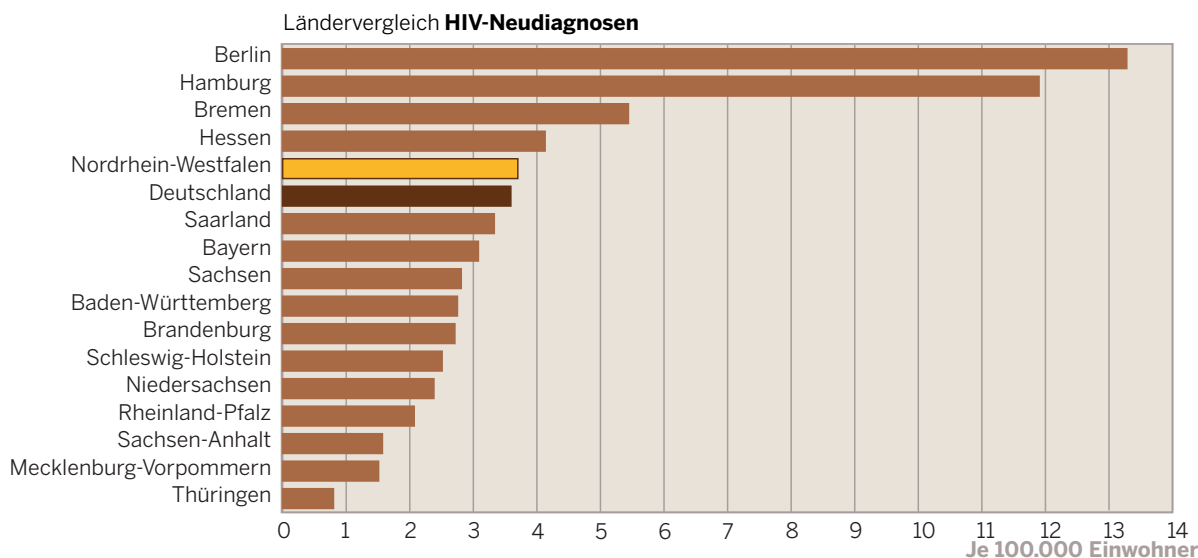


Abbildung Gemeldete HIV-Neudiagnosen je 100.000 Einwohner in Deutschland und den Bundesländern 2010 | RKI, LIGA.NRW

Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen

Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen stellen eine große Belastung für die Betroffenen und ihre Angehörigen, aber auch für das Gesundheitswesen dar. In den letzten Jahren ist sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich eine deutliche Zunahme dieser Erkrankungen zu beobachten. Mittlerweile stehen sie bei den Frühberentungen mit großem Abstand an erster, bei Rehabilitationsmaßnahmen nach den Muskel- und Skeletterkrankungen an zweiter Stelle aller Krankheitsgruppen.

Im Jahr 2009 wurden rund 124.000 Frauen und 148.000 Männer wegen psychischer Erkrankungen im Krankenhaus behandelt. Innerhalb der letzten zehn Jahre sind die Fälle um 22 % angestiegen, der Anstieg fällt bei Frauen wie Männern nahezu gleich aus. Gleichzeitig verringerte sich die stationäre Aufenthaltsdauer im betrachteten Zeitraum von durchschnittlich 23,9 Tagen auf 19,9 Tage. Die Behandlungsrate liegt bei den Männern rund $\frac{1}{4}$ über derjenigen der Frauen; allerdings entfallen bei ihnen 37 % aller Krankenhausbehandlungen wegen psychischer Störungen auf die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“, während dieser Anteil bei Frauen mit 17 % deutlich niedriger liegt. Sie leiden demgegenüber deutlich häufiger unter Depressionen. Mit einem Anteil von 29 % bilden Depressionen bei Frauen die häufigste stationäre Behandlungsdiagnose aus der Gruppe der psychischen Erkrankungen.

Im Vergleich mit den übrigen Bundesländern liegt Nordrhein-Westfalen 2009 über dem Bundesdurchschnitt. Allerdings fällt der Anstieg zwischen 2000 und 2009 in Nordrhein-Westfalen moderater aus als auf Bundesebene.

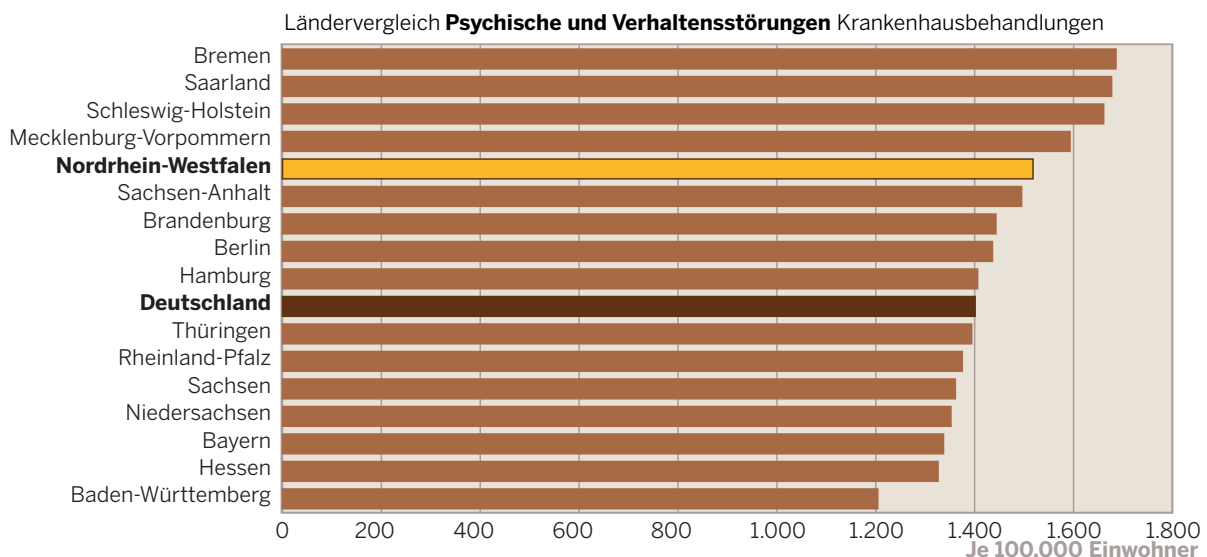


Abbildung Krankenhausbehandlungen infolge von Psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-10: F00-F99) je 100.000 Einwohner in Deutschland und den Bundesländern 2009 | gbe-bund, LIGA.NRW

Zahlen zur stationären Behandlung geben nur einen kleinen Teil des gesamten Ausmaßes der psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen wieder. Die überwiegende Zahl der Patientinnen und Patienten wird ausschließlich ambulant behandelt. Die vier häufigsten Diagnosen sind die Depressive Episode, Somatoforme Störungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen sowie die Angststörungen [Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, 2009]. Jede von ihnen betrifft Frauen doppelt so häufig wie Männer. Für Männer gilt allerdings, dass die Zuwachsraten seit 2005 bei ihnen durchgängig weit über denen der Frauen liegen.

Mit rund 1,4 Millionen behandelten Patienten war die Depressive Episode 2009 die häufigste Diagnose dieser Krankheitsgruppe im ambulanten Bereich. Daraus resultiert eine ambulante Behandlungshäufigkeit (Prävalenz) von ca. 8 % der Bevölkerung; Frauen waren mit 11 % mehr als doppelt so häufig in Behandlung wie Männer (5 %). Die Erkrankungshäufigkeit steigt mit dem Alter an: Die Behandlungsprävalenz liegt bei den über 50-jährigen Frauen zwischen 16 % (50 bis 54 Jahre) und 18 % (85 Jahre u. älter).

Bei den erwerbstätigen BKK-Versicherten in NRW liegt die Dauer psychischer Erkrankungen mit durchschnittlich 41,3 Arbeitsunfähigkeitstagen je Fall noch vor den Krebserkrankungen an erster Stelle und fällt dreimal so hoch aus wie die mittlere Krankheitsdauer aller AU-Fälle (13,7 Tage). Auch bei den AU-Fällen zeigt sich ein zunehmender Trend (+22 % zwischen 2004 und 2009). Frauen sind stärker betroffen als Männer, ihre Erkrankungsrate liegt um 29 % über der der Männer. Mit rund 13.000 AU-Fällen war die Depressive Episode 2009 unter den psychischen Erkrankungen der häufigste Grund für eine Arbeitsunfähigkeit (Anteil 27 %) und dauerte durchschnittlich 55,1 Tage bei Frauen und 57,2 Tage bei Männern.

In Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wurden 2009 rund 50.600 Behandlungen infolge von psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen durchgeführt. Während die Gesamtzahl aller Rehabilitationsbehandlungen zwischen 2004 und 2009 nahezu unverändert blieb, ist die Zahl der Behandlungen wegen psychischer Erkrankungen im gleichen Zeitraum um fast die Hälfte (48 %) angestiegen. Zwei Drittel aller Reha-Maßnahmen entfallen hierbei auf Frauen. In den letzten Jahren ist bei den Depressionen, die auch hier die häufigste Diagnose bilden, ein rapider Anstieg der Reha-Maßnahmen um mehr als 20 % pro Jahr (!) zu beobachten. Der Anteil der Rehabilitationsbehandlungen wegen psychischer Erkrankungen an allen Reha-Maßnahmen beträgt 30 %.

14.344 Versicherte gingen in Nordrhein-Westfalen 2009 wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen in Frührente. Damit waren sie der häufigste Grund für eine Frühberentung. Bei den Frauen erfolgte fast die Hälfte aller Frühverrentungen wegen dieser Krankheitsgruppe, bei den Männern waren es mehr als ein Drittel. Zwischen 2004 und 2009 lag die Zunahme der Fälle bei den Frauen mit 49% fast doppelt so hoch wie bei den Männern (+27 %). Auch hier entspricht die Entwicklung nicht dem allgemeinen Trend, da die Frühberentungszahlen insgesamt eher rückläufig sind.

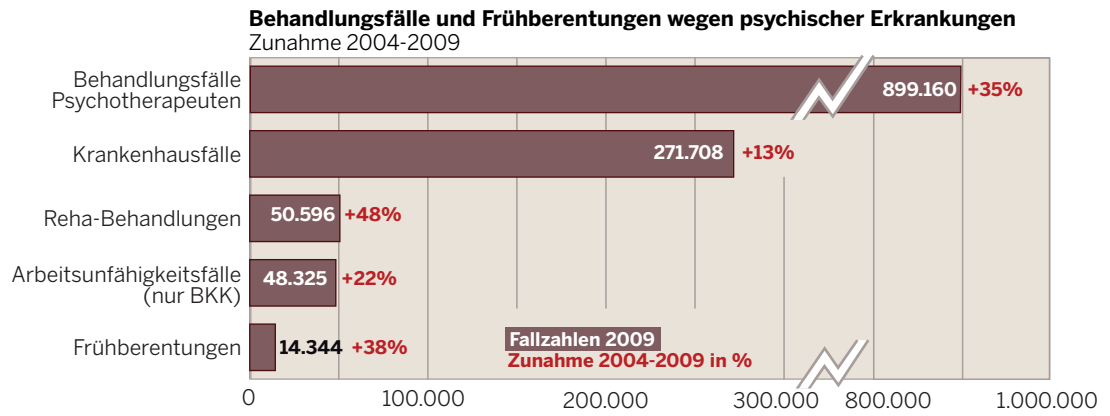


Abbildung Häufigkeit von Behandlungen und Frühberentungen wegen psychischer Krankheiten in Nordrhein-Westfalen 2009, sowie Zunahme der Fälle in Prozent zwischen 2004 und 2009 | LIGA.NRW (eigene Berechnungen)

Suizid und Suizidgefährdung

Im Jahr 2010 starben in Nordrhein-Westfalen 1.796 Menschen durch Suizid (456 Frauen und 1.340 Männer). Damit liegt die Zahl der Suizidfälle dreimal so hoch wie die der Verkehrstoten (612 Fälle). Männer sind besonders gefährdet, ihr Anteil an den Suiziden beträgt, auch bundesweit, 75 %. Die Zahl der Suizidversuche wird generell auf ungefähr zehnmal so hoch geschätzt wie die der vollendeten Suizide, der Frauenanteil liegt bei den Suizidversuchen über dem der Männer.

Im Bundesvergleich weist Nordrhein-Westfalen seit vielen Jahren nahezu durchgängig die niedrigste Suizidrate von allen Bundesländern auf. Auffällig ist die Trendentwicklung der letzten Jahre. Während sich die Zahl der Suizide in NRW seit einem historischen Höchstwert von 2.924 Fällen im Jahr 1980 bis zu einem Tiefststand von 1.416 Fällen im Jahr 2007 mehr als halbiert hatte, nimmt die Zahl (ebenso wie die Rate je 100.000 Einwohner) seitdem wieder kontinuierlich zu

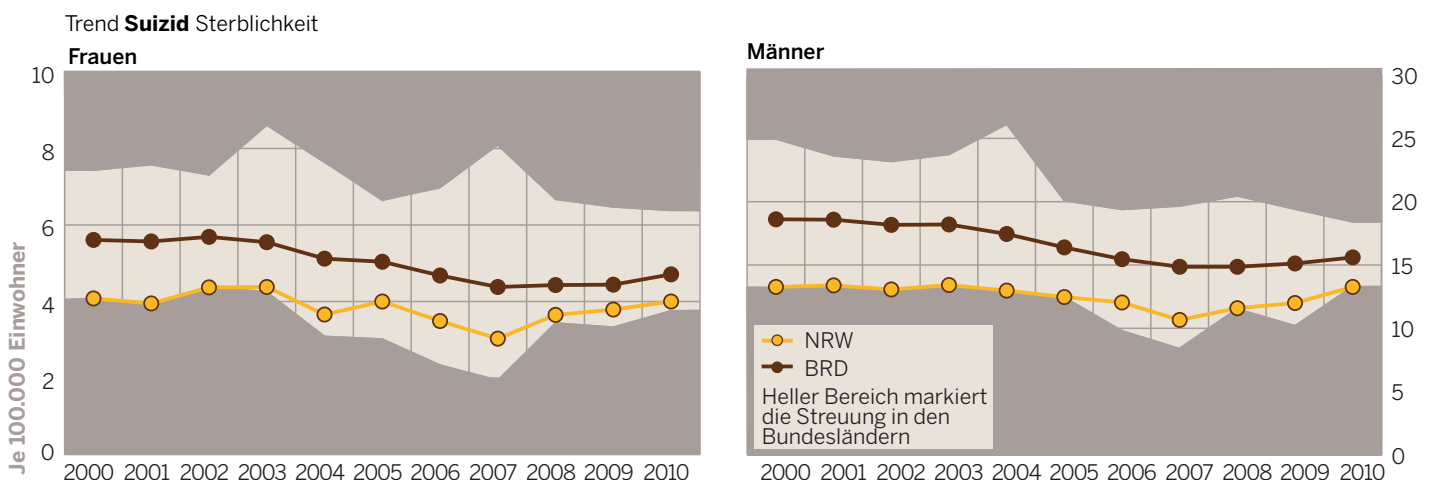


Abbildung Sterblichkeit (altersstandardisiert) durch Suizid (ICD-10: X60-X84) je 100.000 Einwohner nach Geschlecht, in Nordrhein-Westfalen und bundesweit | gbe-bund, LIGA.NRW

Der Anstieg ab 2007 fällt bei Frauen wie Männern in NRW deutlich höher aus als auf Bundesebene. Die deutschlandweite Trendwende betrifft in erster Linie die Bevölkerung unter 65 Jahren. Eine aktuelle Untersuchung stellt in 9 von 10 europäischen Ländern einen Zusammenhang zwischen dem Beginn der Finanzkrise 2008 und einem plötzlichen Wiederanstieg der Suizidraten bei unter 65jährigen her [Stuckler et al. 2011].

Die regionale Verteilung der Suizidmortalität in NRW zeigt keine erkennbaren Verteilungsmuster und variiert erheblich von Jahr zu Jahr.

Suizide sind in bestimmten Bevölkerungsgruppen besonders häufig. Bei unter 40-Jährigen bilden sie neben Unfällen die vorherrschende Todesursache, bei Männern dieser Altersgruppe liegen sie sogar an erster Stelle – noch vor den Unfällen, Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Natürlich ist dabei die insgesamt geringe Zahl der Sterbefälle unter 40 Jahren zu beachten.

Auch Suchtkranke (Alkohol, Medikamente, Drogen) haben ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko. Nach verschiedenen Studien leiden zwischen 19 und 63 % aller Suizidopfer an einer Abhängigkeitserkrankung. Viele weitere psychische Erkrankungen sind mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden, allen voran die Depression. Insgesamt gehen 40 bis 70 % aller Suizide auf eine Depression zurück [RKI 2006:30].

Den wichtigsten Risikofaktor bildet allerdings das Alter bzw. die mit dem Prozess des Älterwerdens verbundene Veränderung der gesundheitlichen und sozio-ökonomischen Lebensumstände. Mit zunehmendem Alter steigt die Suizidmortalität steil an. Im Jahr 2010 ist fast jede zweite Frau, die in NRW einen Suizid begeht, älter als 60 Jahre, während der Bevölkerungsanteil dieser Gruppe nur 28 % beträgt. Erfreulicherweise betrifft die Reduktion der Suizidmortalität innerhalb der letzten Jahrzehnte alle Altersgruppen, sie war jedoch bei den Jüngeren deutlich ausgeprägter als in den obersten Altersstufen.

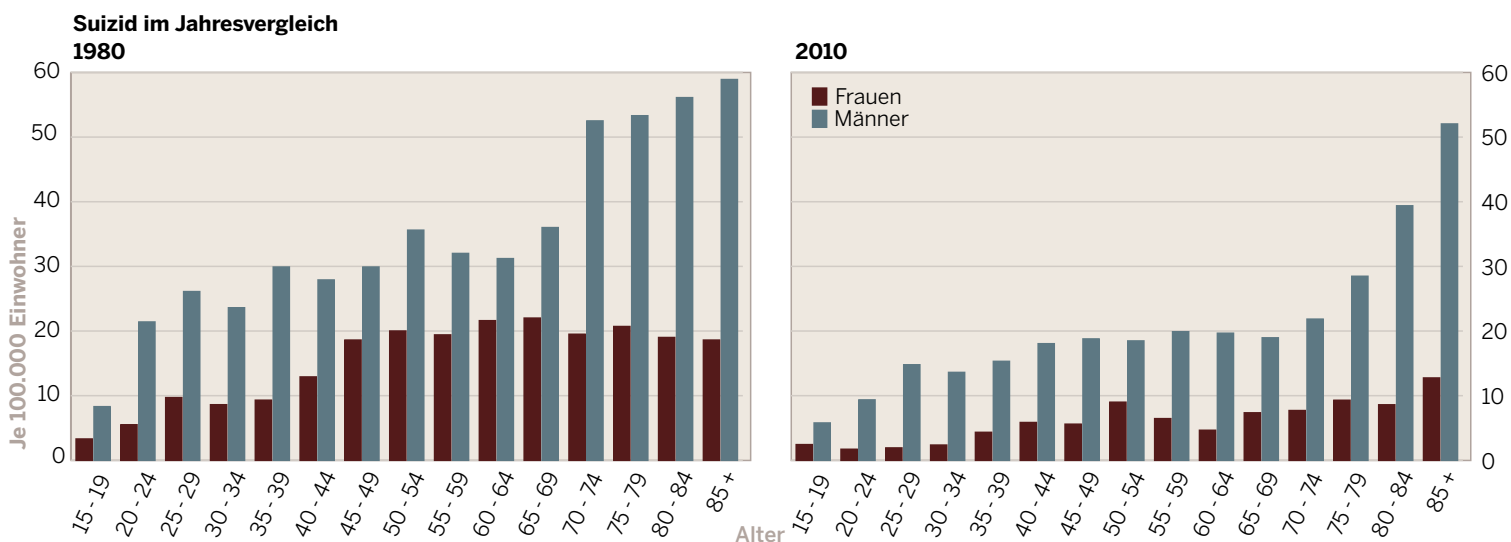


Abbildung Suizidrate nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 1980 und 2010 | IT.NRW, Indikator 3.88: LIGA.NRW

Besonders auffällig ist der sprunghafte Anstieg der Suizidraten der Männer ab 75 Jahren, für den es bei den Frauen keine Entsprechung gibt. Allerdings ist für die Frauen ebenfalls ein Anstieg in der obersten Altersgruppe zu erkennen, während vor 30 Jahren der Trend bei ihnen mit steigendem Alter eher rückläufig war. Bei diesen Zahlen muss berücksichtigt werden, dass die ohnehin hohe Suizid-Dunkelziffer mit dem Alter wahrscheinlich ebenfalls ansteigt.

Abgesehen von psychischen Erkrankungen wie Depressionen als auslösendem Moment unterscheiden sich die Motive suizidaler Handlungen bei älteren Menschen von denen jüngerer. Häufige Motive sind Verlust des Partners, des sozialen Netzwerkes und der Möglichkeiten zur Selbstbestimmung sowie die Konfrontation mit einer schwerwiegenden Erkrankung. Da das Suizidrisiko mit dem Alter deutlich ansteigt, ist eine Zunahme der Suizidfälle im Zuge des demographischen Wandels zu erwarten. Bisher lassen sich entsprechende Entwicklungen in den vorliegenden Zahlen jedoch nicht nachweisen.

Da ein großer Teil der Suizide auf psychische Erkrankungen zurückgeführt werden kann, liegt der erfolgversprechendste Ansatz zur Suizidprävention in der verbesserten Früherkennung und qualifizierten Behandlung von Patienten mit Depressionen sowie sonstigen psychischen Störungen mit erhöhtem Suizidrisiko. Hierbei kommt dem hausärztlichen Versorgungsbereich als erster Anlaufstelle eine besondere Bedeutung zu. Wichtig ist ebenfalls der weitere Ausbau eines jederzeit erreichbaren Netzes von Einrichtungen und Angeboten zur Krisenintervention bei akuten psychischen Notfallsituationen.

Demenz

„Demenzen gehören zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter. Insbesondere können Gedächtnis, Denken, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen beeinträchtigt sein. Die kognitiven Einbußen werden meist von einem Verlust der emotionalen Kontrolle und der Motivation sowie von Veränderungen des Sozialverhaltens begleitet.“ [RKI 2006: 33]

In zwei Dritteln aller Fälle wird die Demenz durch die Alzheimer-Krankheit verursacht. Weitere Ursachen können vaskuläre Erkrankungen (mit der Folge mehrfacher Hirninfarkte), stoffwechselbedingte Störungen (z. B. durch Alkohol), Infektionen (z. B. durch die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit) oder Schädel-Hirn-Verletzungen sein.

Unter den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherungen in NRW wurden 2009 insgesamt 339.000 Personen ambulant wegen einer Demenz behandelt. Ihre Zahl ist gegenüber 2006 – dem Jahr, zu dem erstmals Zahlen vorgelegt werden konnten – um 10 % gestiegen. Da diese Zahlen „behandelte Personen“ ausweisen, müssen bei der Interpretation auch Veränderungen in der Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden. Nach wie vor gilt, dass sowohl Hausärzte wie auch Psychiater Zurückhaltung bei der Diagnosestellung üben, weil sie mit sehr weitreichenden Konsequenzen verbunden ist, während der Therapie immer noch enge Grenzen gesetzt sind.

Wie der Abbildung zu entnehmen, verdoppelt sich der Anteil der Demenzzkranken von jeder Altersgruppe zur nächsten. Lediglich bei Männern der letzten beiden Altersgruppen fällt der Anstieg geringer aus, was mit der – gegenüber Frauen – geringeren Lebenserwartung zu erklären ist. Die deutliche Altersabhängigkeit der Erkrankung ist Grundlage verschiedener Prognosen, denen zufolge mit einer starken Zunahme der Demenzzkranken in den nächsten Jahrzehnten zu rechnen ist.

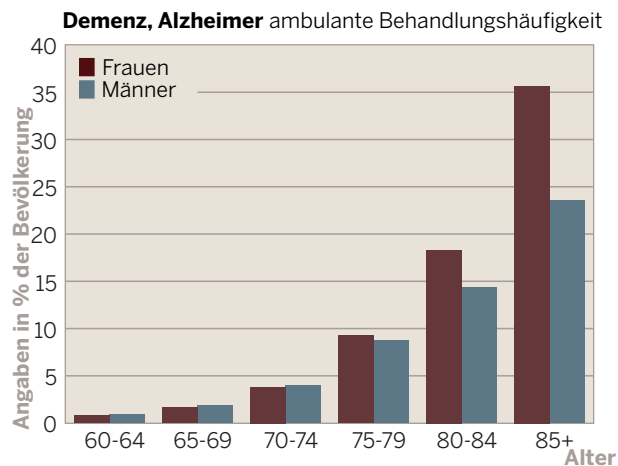


Abbildung Ambulante Behandlungsprävalenz von Demenz einschließlich Alzheimer Krankheit (ICD-10: F00-F03) in Prozent der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2009 | Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LIGA.NRW

Rückenschmerzen

Rückenschmerzen sind die häufigste Schmerzart im Erwachsenenalter. Sie werden im Falle ihres Auftretens zugleich als besonders stark empfunden [RKI 2006: 34]. Das erklärt, warum sie die häufigste Diagnose in der ambulanten Versorgung darstellen. 2009 wurden 3,9 Mio. Behandlungsfälle in NRW registriert, mehr als jeder fünfte Einwohner (25 % der Frauen, 19 % der Männer) war ein- oder mehrmals in ärztlicher Behandlung.

Akute Rückenschmerzen nehmen in der Regel einen günstigen Verlauf. In etwa 80 bis 90 % der Fälle klingen sie binnen 14 Tagen spontan wieder ab. Problematisch sind diejenigen Fälle, die mit einer relevanten Funktionseinschränkung einhergehen und über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben oder häufig wiederkehren. Die vorrangige Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte besteht darin, eine Chronifizierung zu verhindern. Hier hat es in den vergangenen Jahren einen Paradigmenwechsel gegeben, der sich in den Behandlungsleitlinien des Rückenschmerzes niedergeschlagen hat. Kurz gefasst geht es darum, eine Immobilisierung der Patientinnen und Patienten („Bettruhe“) sowie eine Überdiagnostik („Bandscheiben-Paradigma“) zu vermeiden.

Die Behandlungszahlen für 2009 lassen im Vergleich zu 2006 einen leichten Rückgang in den mittleren Altersgruppen zwischen 20 und 40 Jahren um 6 % und eine Zunahme in den Altersgruppen ab 65 Jahren um 10 % erkennen. Der Rückgang könnte mit der weiterhin rückläufigen Krankschreibungspraxis bei Erwerbstätigen in

Zusammenhang stehen, die Zunahme kann als indirekte Aufforderung zu fortgesetzten Bemühungen um ein seniorengerechtes Präventionsangebot (sportliche Bewegung, Reduktion von Übergewicht) interpretiert werden.

Rückenschmerzen ambulante Behandlungshäufigkeit

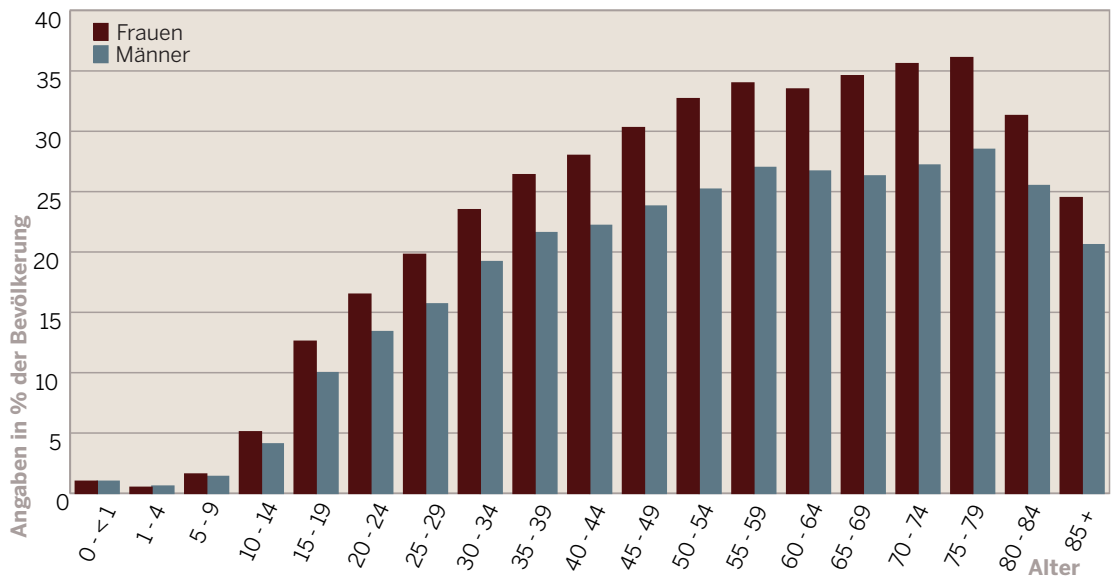


Abbildung Ambulante Behandlungsprävalenz von Rückenschmerzen (ICD-10: M54) in Prozent der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2009 | Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LIGA.NRW

Obwohl Rückenschmerzen gegenüber Bandscheibenschäden und anderen Krankheiten der Wirbelsäule eine eher unspezifische Behandlungsdiagnose darstellen, führen sie nicht selten zu Krankenhausbehandlungen. Im Jahr 2009 wurden rund 35.000 Personen (20.704 Frauen und 14.471 Männer) wegen dieser Diagnose stationär behandelt. In 5 % der Fälle war diese Krankenhausbehandlung mit einer Operation verbunden. Auffällig ist der deutliche Anstieg der Behandlungsraten in den letzten Jahren: Zwischen 2005 und 2009 betrug die Zunahme 26%. Es ist nicht auszuschließen, dass die Einführung der Abrechnung nach Fallpauschalen (DRG) im Jahr 2004 diesen Trend mit beeinflusst hat.

Trend **Rückenschmerzen** Krankenhausbehandlungen

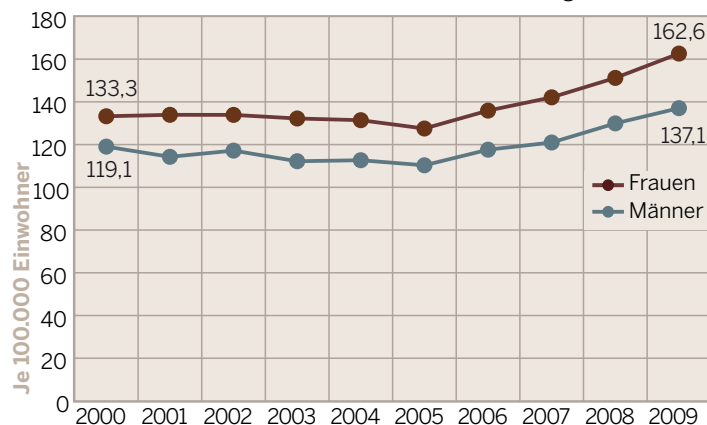
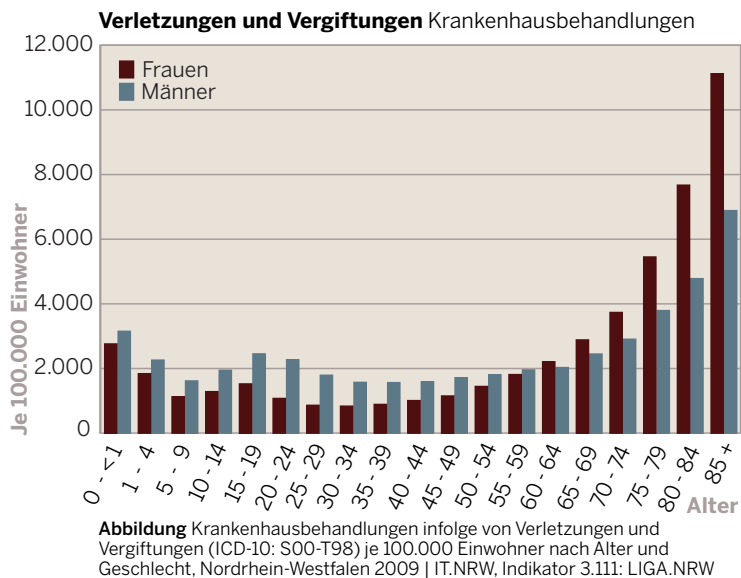


Abbildung Krankenhausbehandlungen (altersstandardisiert) wegen Rückenschmerzen (ICD-10: M54) je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen, 2000 - 2009 | IT.NRW, LIGA.NRW

Unfälle, Verletzungen

Verletzungen und Vergiftungen

Die Zahl der Personen, die wegen einer Verletzung oder Vergiftung in ein Krankenhaus eingeliefert werden mussten, hat 2009 mit rund 393.000 einen Höchststand (seit 2001) erreicht. Auch das Risiko einer stationär behandlungsbedürftigen Verletzung oder Vergiftung ist gegenüber 2001 relativ um 6 % gestiegen und beträgt nunmehr für Frauen 2,2 % und für Männer 2,1 %. Je nach Alter sind allerdings größere Risiko-Differenzen zu erkennen. Jungen und junge Männer sind durchgängig stärker gefährdet als Mädchen und junge Frauen. Erst ab einem Alter von 60 Jahren übersteigt das Gefährdungsniveau der Frauen das der Männer.

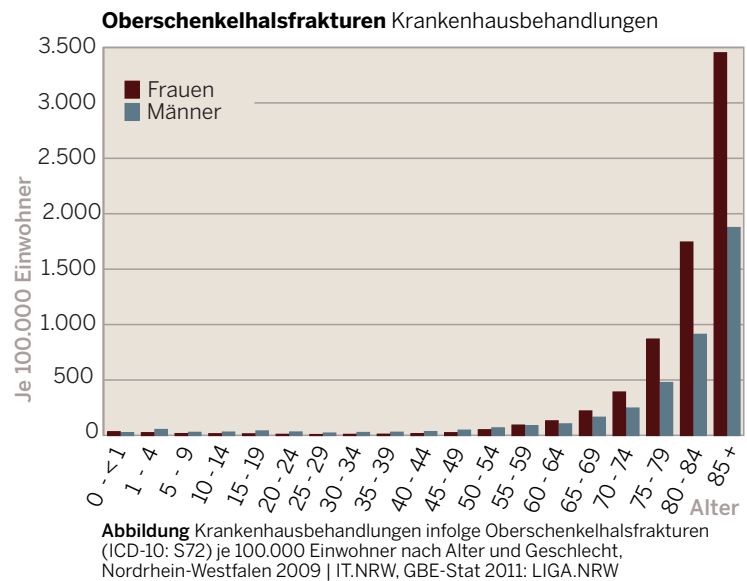


Die Ursachen insbesondere des Verletzungsgeschehens sind, soweit es bspw. die Teilnahme am Straßenverkehr angeht, bekannt. Es sind nach wie vor die jungen Führerschein-Inhaber, welche vorzugsweise am Unfallgeschehen beteiligt sind. Ebenso bekannt ist, dass sich doppelt so viele Verletzungen in der häuslichen Umgebung und in der Freizeit wie im Straßenverkehr ereignen [RKI 2006: 94]. Hier sind es vor allem (Klein-) Kinder und ältere Menschen, die aufgrund von Verletzungen ins Krankenhaus eingeliefert werden müssen.

Verletzungen können auch durch (häusliche) Gewalt bedingt sein, die Dunkelziffer ist trotz verbesserter Rahmenbedingungen („Gewaltschutzgesetz“) sehr wahrscheinlich immer noch hoch.

Ein besonderes Risiko stellen bei älteren Menschen Stürze dar, die relativ häufig zu Oberschenkelhalsfrakturen mit schwerwiegenden Folgen führen. Sie sind fast immer mit einer Krankenhausbehandlung verbunden; während und nach der operativen Behandlung besteht ein erhöhtes Mortalitätsrisiko zwischen 5 und 15 %. Bei 20 % der Betroffenen bedingt die Oberschenkelhalsfraktur den Beginn einer Pflegebedürftigkeit. Betroffen sind vor allem Frauen. 2009 sind in Nordrhein-Westfalen von 34.600

Patientinnen und Patienten mit Oberschenkelhalsfrakturen allein 45 % Frauen im Alter von über 80 Jahren. Zu den erfolversprechenden Präventionsmaßnahmen zählt die Verminderung des Sturzrisikos durch eine entsprechende Ausstattung der Wohnung und durch altersgemäße Bewegungsprogramme.



Verkehrsunfälle

Die Zahl der Verkehrstoten sinkt seit Jahrzehnten. Gleiches gilt auch für die weitaus größere Zahl der im Straßenverkehr verletzten Personen. Der insgesamt positiv zu bewertende Trend wird aber von einigen besonders negativen Aspekten des Unfallgeschehens überschattet. Dazu gehört, dass Kinder und junge Erwachsene, (hier wiederum zu drei Vierteln Männer) überproportional häufig unter den Unfallopfern zu finden sind [RKI 2006: 93ff.]. Auch ältere Personen sind als Fußgänger besonders gefährdet. Vergleiche mit europäischen Ländern wie den Niederlanden und England zeigen, dass die Zahl der Unfallopfer noch weiter reduziert werden könnte. In beiden Ländern gelten bspw. weitaus strengere Tempo-Limits.

In Nordrhein-Westfalen sind 2009 insgesamt 79.280 Personen im Straßenverkehr verunglückt, darunter 620 tödlich (27 % Frauen und 73 % Männer). Unter den übrigen Unfallopfern wurden 13.600 (17 %) aufgrund der Schwere ihrer Verletzungen für mindestens 24 Stunden in ein Krankenhaus eingeliefert. Unter diesen Schwerverletzten befanden sich 8 % Kinder unter 15 Jahren und 17 % Senioren ab 65 Jahren. Bei den Kindern war über die Hälfte (54 %), bei den Senioren rund ein Viertel (24 %) als Fußgänger schwer verletzt worden.

Wie schon im Landesgesundheitsbericht 2009 ausgeführt, kommen Straßenverkehrsunfälle mit Personenschäden in Nordrhein-Westfalen seltener vor als in allen anderen Bundesländern. Dies gilt auch für Straßenverkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss.

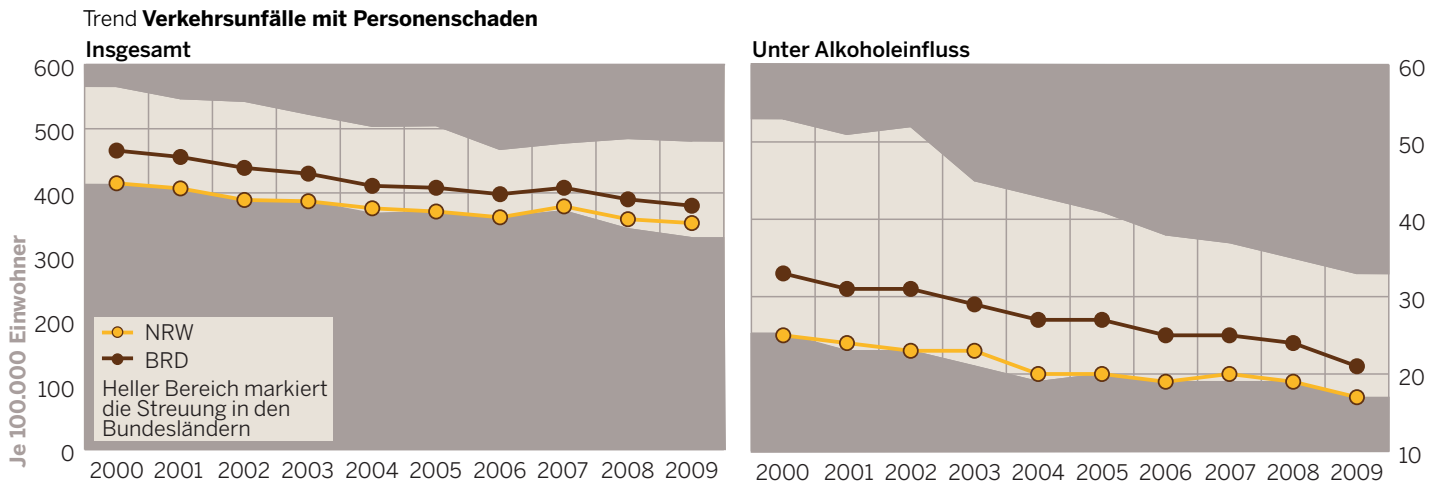


Abbildung Straßenverkehrsunfälle (altersstandardisiert) mit Personenschaden insgesamt und unter Alkoholeinfluss je 100.000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen und bundesweit | gbe-bund, LIGA.NRW

Die regionale Verteilung der tödlichen Verkehrsunfälle in NRW zeigt ein deutliches Muster: In den dicht besiedelten Städten und Kreisen liegt die Sterblichkeitsrate erheblich niedriger als in den meisten ländlich geprägten Kreisen. Dies ist wohl vor allem darauf zurückzuführen, dass die Geschwindigkeitsbegrenzungen im innerstädtischen Bereich häufig verhindern, dass Verkehrsunfälle tödlich enden.

Sterbefälle durch Verkehrsunfälle, Mittelwert 2008/2010

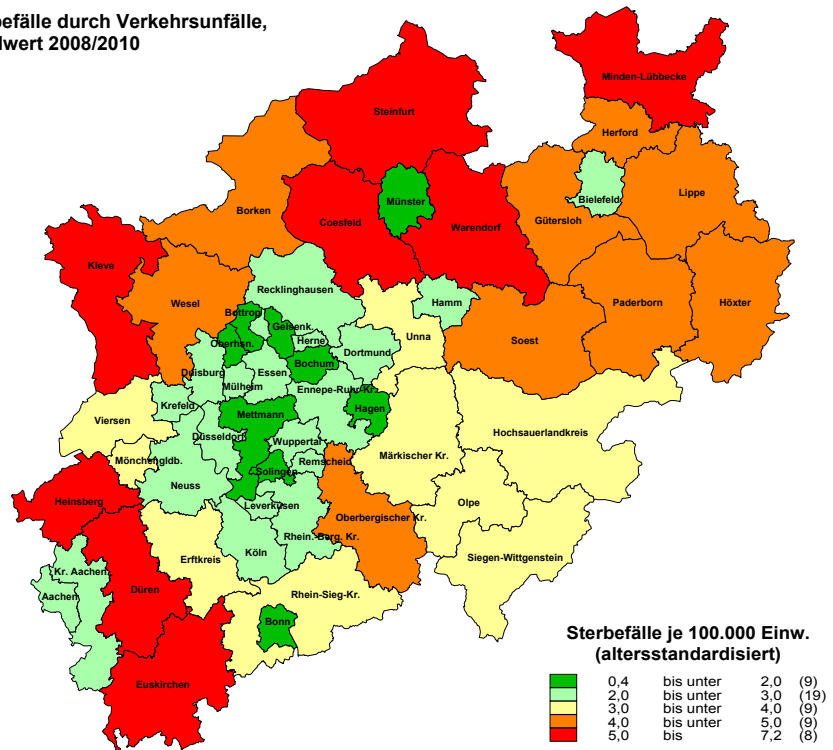


Abbildung | Sterblichkeit (altersstandardisiert) durch Verkehrsunfälle (ICD-10: V01-V99) je 100.000 Einwohner 2008/2010 (3-Jahres-Mittelwert) in Nordrhein-Westfalen | IT.NRW, Indikator 3.118: LIGA.NRW

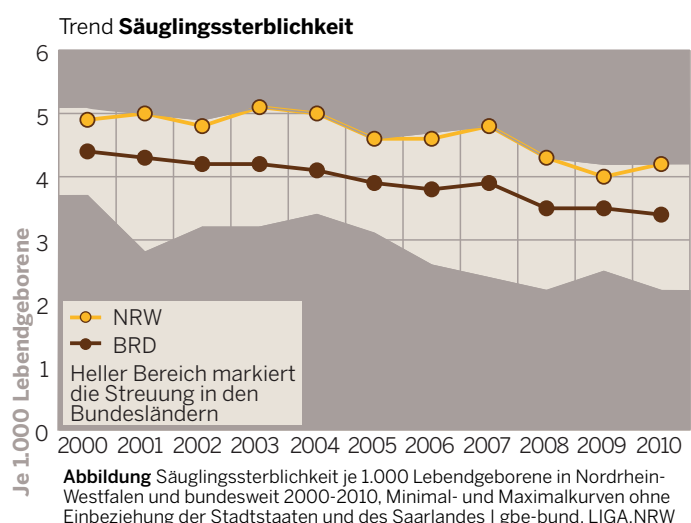
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Säuglingssterblichkeit

2010 kamen in NRW 147.333 Säuglinge lebend zur Welt. Davon verstarben 612 im ersten Lebensjahr (273 Mädchen und 339 Jungen). Mehr als die Hälfte der Säuglinge (323) verstarb innerhalb von sechs Tagen nach der Geburt, die übrigen im weiteren Verlauf des ersten Jahres. Darüber hinaus wurden 557 Kinder tot geboren, die Anzahl der perinatalen Sterbefälle – das sind Totgeborene sowie innerhalb der ersten sechs Lebenstage gestorbene Säuglinge – lag bei 880.

Nachdem die Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2009 erstmals die Vier-Promille-Grenze unterschritten hatte, ist sie im darauffolgenden Jahr wieder leicht, auf 4,2 ‰ gestiegen. Für die Summe der übrigen Bundesländer ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Nordrhein-Westfalen gehört nach wie vor zu den Bundesländern mit vergleichsweise hoher Säuglingssterblichkeit.

In vielen Städten und Kreisen ist der Tod eines Säuglings mittlerweile ein seltenes Ereignis geworden. In der Hälfte der Verwaltungsbezirke waren es 2010 jeweils weniger als 10 Sterbefälle. Deshalb müssen die Jahreswerte für eine Betrachtung kleinräumiger, regionaler Unterschiede zusammengefasst werden, um zufällige Schwankungen auszugleichen. Bei Betrachtung der Mittelwerte für die Jahre 2008-2010 fällt auf, dass die Städte Gelsenkirchen und Krefeld mit 6,8 bzw. 6,0 ‰ sowie der Kreis Kleve mit 6,1 ‰ die landesweit höchste Säuglingssterblichkeit aufweisen. Insgesamt ist die Säuglingssterblichkeit vor allem in Teilen des Ruhrgebiets und in den angrenzenden Kreisen erkennbar erhöht (s. auch die Ausführungen zu den regionalen Aspekten sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, S. 13).



Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen,
Mittelwert 2008 - 2010

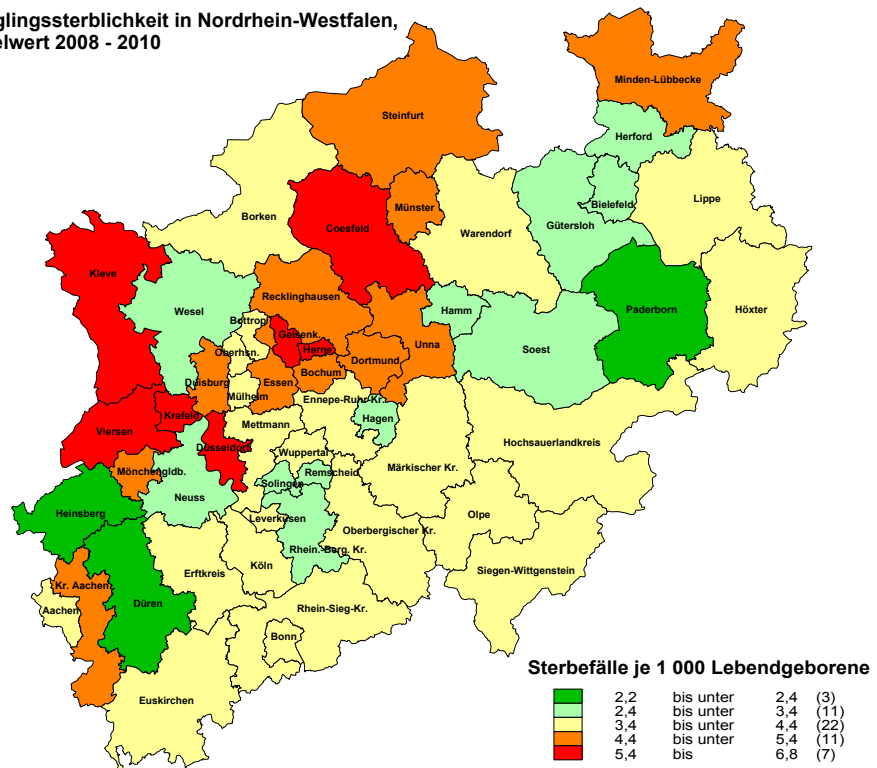


Abbildung | Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene 2008/2010 (3-Jahres-Mittelwert) in Nordrhein-Westfalen | IT.NRW, Indikator 3.54: LIGA.NRW

Frühgeburten und untergewichtige Neugeborene

Frühgeburlichkeit und Untergewicht bei der Geburt sind entscheidende Einflussfaktoren auf die perinatale Morbidität und Mortalität und können langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit im späteren Lebensalter haben. Komplikationen durch Frühgeburlichkeit und niedriges Geburtsgewicht bilden nach wie vor die häufigste Todesursache bei der Säuglingssterblichkeit. Ein zu geringes Geburtsgewicht stellt aber auch ein Risiko für die Entwicklung einer bauchfett-betonten Adipositas dar.

2010 sind 13.830 Kinder, das sind 9,6 % aller Neugeborenen in NRW zu früh, d. h. vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche, zur Welt gekommen. In den letzten 10 Jahren lag die Rate der Frühgeborenen in allen Bundesländern konstant auf hohem Niveau. Nicht alle Frühgeborenen haben ein niedriges Geburtsgewicht (definitionsgemäß unter 2500g). Daher ist die Rate an untergewichtigen Neugeborenen mit 7,5 % (2010) niedriger als die Frühgeborenenrate. Nicht alle Neugeborenen, die nach der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche geboren werden (also keine Frühgeburten sind), erreichen ein Geburtsgewicht über 2500g. Diese Small-for-Gestational-Age Babys (SGA-Babys) nehmen häufig auch schon im frühen Verlauf der Schwangerschaft zu langsam an Gewicht zu. Der Grund liegt meistens in einer Unterversorgung mit Nährstoffen, z. B. durch mütterliche Erkrankungen, Rauchen oder eine starke Stressbelastung der Mutter. Dies betrifft 3,8 % aller Neugeborenen [Geschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen, 2010].

Abgesehen von vereinzelt Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und frühzeitigen Behandlung von Infektionen in der Schwangerschaft, wird die Prävention der Frühgeburtlichkeit und der Unterversorgung im Mutterleib deutlich zu wenig beachtet. Da die höchsten Raten an untergewichtigen Neugeborenen in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit und hohem Anteil von Bezieherinnen und Beziehern von Leistungen nach SGB II zu finden sind, gibt es dort den dringendsten Bedarf an entsprechenden Maßnahmen.

Lebendgeborene mit niedrigem Geburtsgewicht, 2010

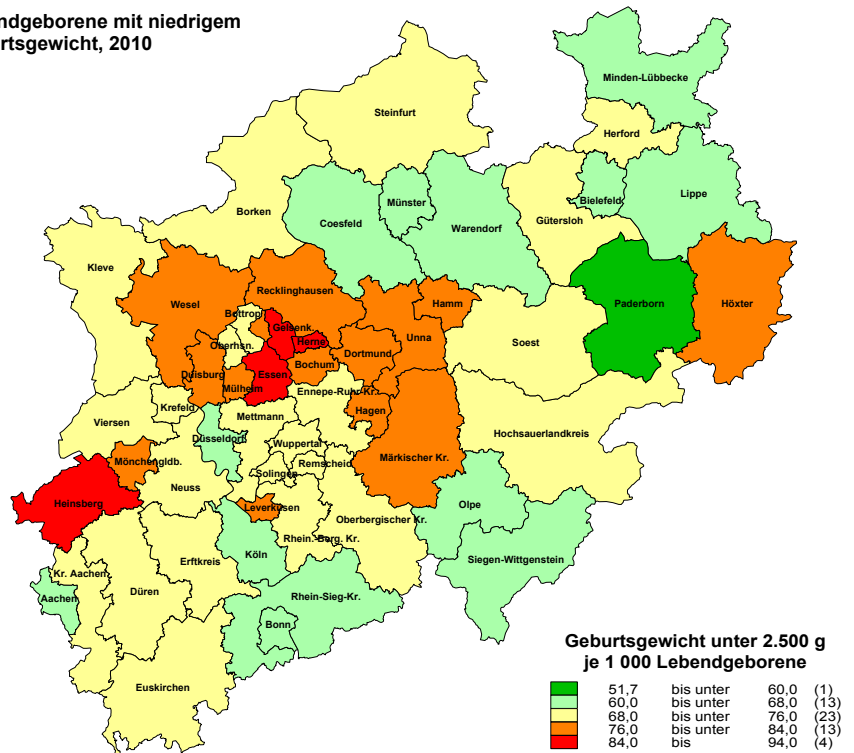


Abbildung | Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2.500g je 1.000 Lebendgeborene, Nordrhein-Westfalen 2010 | IT.NRW, Indikator 3.51: LIGA.NRW

Die häufigsten Behandlungsdiagnosen in der Kinderarztpraxis

Neben Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen fallen in Kinderarztpraxen in erster Linie Behandlungen aufgrund von verschiedenen Infektionskrankheiten an. Allein 22 % aller Behandlungsdiagnosen entfallen auf akute Infektionen der oberen Atemwege. Weitere Infekte wie akute Bronchitis, nicht näher lokalisierte Viruserkrankungen, Mittelohrentzündungen, Husten und Mandelentzündungen sowie andere, nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten machen zusammen genommen noch einmal rund 40 % aller Behandlungsfälle aus. Mädchen sind geringfügig stärker von den genannten Infektionskrankheiten betroffen als Jungen.

8,4 % der ambulanten pädiatrischen Diagnosen beziehen sich auf Störungen des Sprechens und der Sprache (9,4 % bei Jungen, 7,3 % bei Mädchen). Seltener, aber immer noch relativ oft, werden allgemeine Entwicklungsstörungen (4,9 %) und Störungen der motorischen Entwicklung diagnostiziert (4,2 %). Die Diagnose ADHS (hyperkinetische Störung) erhalten Jungen etwa dreimal häufiger als Mädchen (6,3 % vs. 1,9 %).

Die häufigsten Diagnosen in Bezug auf chronische Erkrankungen sind Asthma (7,6 %) und Neurodermitis (5,6 %). Asthma wird bei Jungen deutlich häufiger diagnostiziert als bei Mädchen (9,1 % vs. 6,0 % der Diagnosefälle), die Neurodermitisdiagnosen verteilen sich in etwa gleichmäßig [Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung, 2010].

Obwohl die Behandlungsmöglichkeiten von kindlichen Infektionen in Industrieländern sehr gut sind und die Sterblichkeit daher im Vergleich zu Entwicklungsländern sehr gering, erscheint die Infektionsprophylaxe aufgrund wachsender Antibiotika-Resistenzen als bedeutendes Zukunftsthema. Als ebenso bedeutsam sind die Prävention von Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten und die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer sowie schichtspezifischer Besonderheiten in der Ätiologie und Therapie dieser Gesundheitsstörungen einzustufen.

In Bezug auf die Entstehung allergischer Erkrankungen (Asthma, Neurodermitis, Heuschnupfen) gibt es ebenfalls weiteren Forschungsbedarf, z. B. im Hinblick auf Umweltfaktoren und die Ernährung in der Schwangerschaft und frühen Kindheit. Diese Erkrankungen gehören zu den wenigen Gesundheitsstörungen, von denen Kinder aus der mittleren und hohen Statusgruppe stärker betroffen sind als Kinder aus sozial benachteiligten Familien.

Rang	ICD-10	Diagnosen (Behandlungsanlass)* in der Kinderarztpraxis	in % aller Behandlungsfälle		
			Mädchen	Jungen	insg.**
1	J06	Akute Infekt. mehrerer o. n.n.bez. Lokalis. d. ob. Atemwege	22,0	21,4	21,7
2	F80	Umschriebene Entwicklungsstör. d. Sprechens u. d. Sprache	7,3	9,4	8,4
3	J45	Asthma bronchiale	6,0	9,1	7,6
4	B99	Sonst. und nicht näher bezeichn. Infektionskrankheiten	7,3	6,9	7,1
5	J20	Akute Bronchitis	6,5	7,2	6,9
6	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	7,1	6,5	6,8
7	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	6,8	6,4	6,6
8	R05	Husten	6,4	6,3	6,4
9	J03	Akute Tonsillitis	6,6	5,9	6,3
10	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	5,9	5,8	5,8

¹ ohne Behandlungsanlässe wie Impfen, Allgemeinuntersuchung etc.

Datenquelle/Copyright:
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung:
ADT-Panel Nordrhein

* Mehrfachzählungen von Patienten möglich

** einschließlich Fälle ohne Geschlecht

Tabelle | Die 10 häufigsten Diagnosen¹ in der Kinderarztpraxis nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2010

Ausgewählte Befunde der Schuleingangsuntersuchungen

Schulärztinnen und Schulärzte der kommunalen Gesundheitsämter untersuchen jedes Jahr alle 5- bis 6-jährigen Kinder, die eingeschult werden. Diese Routine gehört damit zu den umfangreichsten Reihenuntersuchungen in der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens. Schwerpunkte sind verschiedene Tests zum Sehen, Hören, Sprechen, zur kognitiven Entwicklung und Koordination sowie die Beobachtung von Verhaltensauffälligkeiten. Ziel ist es zu prüfen, ob im Hinblick auf den Schulbesuch gesundheitliche Einschränkungen bestehen.

Bei insgesamt 18 % der 163.000 untersuchten Einschülerinnen und Einschüler des Schuljahres 2009/2010 wurde eine (fach-) ärztliche Diagnostik oder Behandlung initiiert, Mädchen und Jungen waren etwa gleich häufig betroffen (17 % bzw. 19 %).

Weitere ausgewählte Befunde:

- Bei 19 % der Kinder wurde eine Herabsetzung der Sehschärfe festgestellt, ohne nennenswerte Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Etwa die Hälfte der Kinder war augenärztlich noch nicht ausreichend versorgt, weshalb eine Kontrolluntersuchung veranlasst wurde. Bei Kindern mit Migrationshintergrund, lag dieser Anteil sogar bei rund 60 %.
- Eine Hörstörung wurde bei 7 % der Kinder festgestellt. Auch hier wurden zwei Drittel zur weiteren Abklärung zu einem Facharzt überwiesen.
- Störungen der kindlichen Entwicklung werden besonders im Bereich der für die Schule relevanten Sprache beobachtet. Jungen waren mit rund 30 % deutlich häufiger betroffen als Mädchen (20 %). Ein Teil der sprachgestörten Kinder (14 %) war zum Untersuchungszeitpunkt bereits in ärztlicher Behandlung. Bei 4 % wurde eine ärztliche Abklärung des Befundes eingeleitet. Eine nicht ärztlich behandlungsbedürftige Störung der Sprachentwicklung wurde bei 7 % der Einschüler festgestellt. Bei diesen Kindern erfolgte eine schulärztliche Beratung im Hinblick auf Möglichkeiten der Sprachförderung.
- Koordinationsstörungen wurden bei 16 % der Jungen und 8 % der Mädchen festgestellt. Sie treten demnach bei Jungen doppelt so häufig auf wie bei Mädchen.
- 9 % der Einschüler wiesen Verhaltensauffälligkeiten auf. Auch hier waren Jungen mit 11 % fast doppelt so häufig betroffen wie Mädchen (6 %), Kinder mit Migrationshintergrund mit 9 % etwas weniger häufig als Einschüler ohne Migrationshintergrund (10 %).

Die Häufigkeit der genannten Befunde hat sich in den vergangenen sechs Jahren – mit Ausnahme der Sprachstörungen – nicht nennenswert verändert. Auffällig ist der Anstieg bei den Jungen. Durch weitere Analysen sollte geprüft werden, wodurch er zu erklären ist, um Jungen besser fördern zu können.

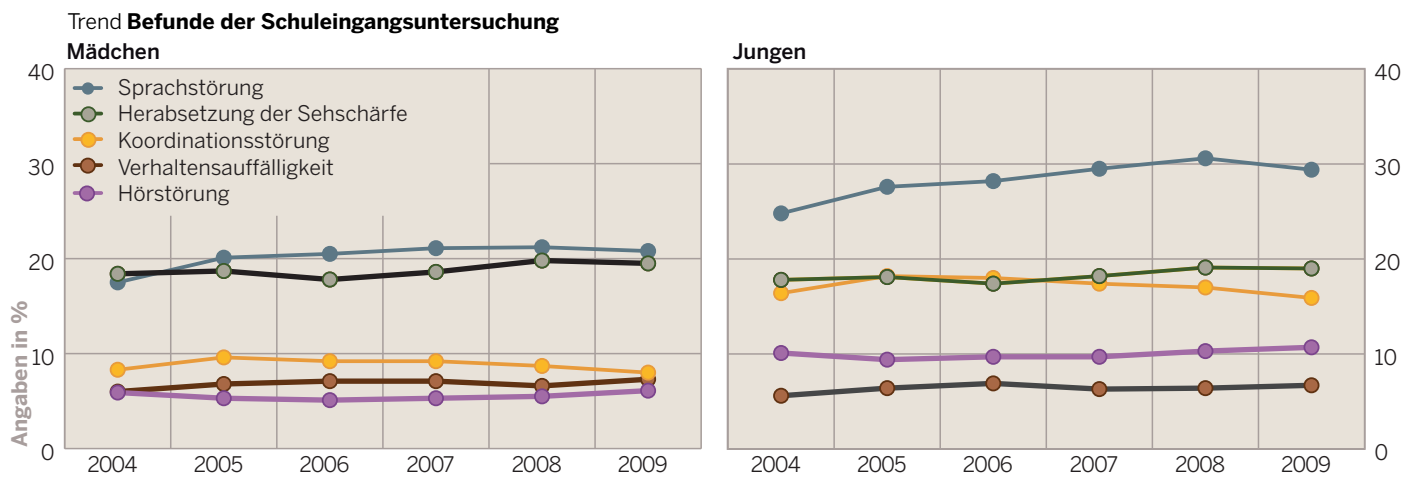


Abbildung Befunde bei Einschülern in Nordrhein-Westfalen 2004 - 2009 | Schuleingangsuntersuchungen NRW, Indikator 3.57: LIGA.NRW

Impfpräventable Erkrankungen im Kindesalter

Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, Poliomyelitis sowie Infektionen mit Haemophilus influenzae Typ B, Diphtherie und Tetanus sind Erkrankungen, denen durch eine Impfung im Kindesalter vorgebeugt werden kann. Ihr Vorkommen wird mit den verschiedenen Meldepflichten nach Paragraphen 6, 7 und 34 IfSG erfasst. Zusätzlich führt das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW) Erhebungen bei den Gesundheitsämtern zur Häufigkeit der im Rahmen der Vorschriften für Gemeinschaftseinrichtungen nach § 34 Abs. 6 IfSG mitgeteilten Erkrankungsfälle auf freiwilliger Basis durch. Die letzte Erhebung dieser Art fand 2008 statt.

Die Zahlen zu Masern zeigen zwei massive Ausbrüche in den Jahren 2001/2002 und 2006, bei denen jeweils weit über tausend Kinder (bis 14 Jahre) neu erkrankten. Mit der Steigerung der Durchimpfungsrate bzgl. der zweiten Masern-Impfung ist die Gefahr für weitere Ausbrüche dieser Größenordnung gesunken. Allerdings muss weiterhin von Impflücken unter den älteren Jahrgängen ausgegangen werden.

Für einige andere Erkrankungen wurden im Jahre 2008 folgende Fallzahlen in Kindergemeinschaftseinrichtungen registriert:

- Keuchhusten: 203
- Mumps: 69
- Röteln: 60
- Windpocken: 5.160

Windpocken bleiben damit die in den Gemeinschaftseinrichtungen mit Abstand am häufigsten registrierte impfpräventable Infektionskrankheit. Die seit 2005 beobachtete Tendenz zur Abnahme der Fallzahlen scheint sich aber fortzusetzen [MAGS

2009:65]. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass lediglich zwischen 65 % (Röteln) und 81 % (Windpocken) der Gesundheitsämter Erkrankungsfälle mitteilten. Hinzu kommt, dass vermutlich nicht alle Gemeinschaftseinrichtungen die Gesundheitsämter zuverlässig benachrichtigen und nicht alle gemeldeten Erkrankungen von allen Gesundheitsämtern systematisch erfasst werden. Aus diesen Gründen ist von einer erheblichen Untererfassung auszugehen.

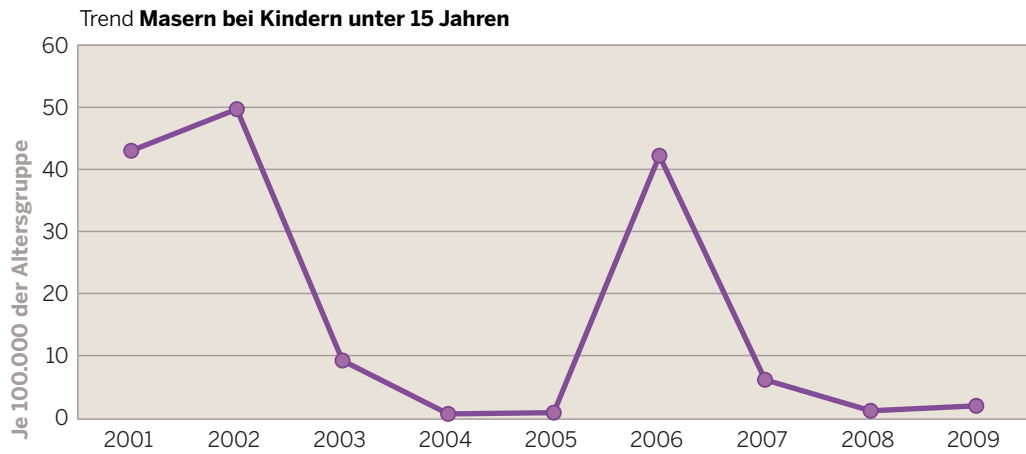


Abbildung Neuerkrankungen an Masern bei 0- bis 14-Jährigen in Nordrhein-Westfalen 2001 - 2009 | Statistik der meldepflichtigen Erkrankungen, Indikator 3.59_01: LIGA.NRW

Gesundheitsverhalten und -risiken

Rauchen

Das Rauchen ist als Verursacher von Lungenkrebs sowie Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den letzten Jahren so intensiv wie kein anderes Gesundheitsrisiko bekämpft worden. Aufklärungskampagnen, u. a. mit Warnhinweisen auf jeder Zigarettenpackung, regulative Maßnahmen wie Tabaksteuererhöhungen in 2002 und 2005, die Heraufsetzung der Altersgrenze für den Erwerb von Tabakprodukten und insbesondere das Nichtraucherschutzgesetz von 2008 haben maßgeblich zu einer sozialen Ächtung des Rauchens beigetragen. Der größte Erfolg dieser Bemühungen ist in einer deutlichen Abnahme des Rauchens bei Jugendlichen zu sehen. Mit einem Anteil von 14 % bei den 12- bis 17-jährigen Jungen und 12 % bei den gleichaltrigen Mädchen hat die Raucherquote in dieser Altersgruppe 2010 bundesweit einen historischen Tiefstand erreicht [BZgA 2011].

Auch in der erwachsenen Bevölkerung Nordrhein-Westfalens lässt sich ein Rückgang des Rauchens mit Zahlen belegen. In der Gesundheitsbefragung 2011 gaben 23 % der Männer und 18 % der Frauen an, täglich zu rauchen, 2003 waren es noch 31 bzw. 23 %. Je älter die Befragten sind, umso höher ist der Anteil derjenigen, die nach eigenen Angaben „nicht mehr rauchen“. Ab einem Alter von 50 Jahren übersteigt er den Anteil der täglich Rauchenden. Das kann auf die stärkere Verbreitung des Rauchens während der vergangenen Jahrzehnte bzw. in der älteren Generation zurückgeführt werden. Es zeigt aber auch, in welcher Größenordnung eine Aufgabe des Rauchens erfolgreich stattgefunden hat.

Fortgesetzte Bemühungen um die weitere Einschränkung des Rauchens können sich vorzugsweise der Frage zuwenden, wie die bekanntlich stärkere Verbreitung in Bevölkerungsgruppen mit einem geringen sozialen Status [Laue 2010] wirksam bekämpft werden kann. Dabei ist aber besonders darauf zu achten, dass die soziale Ächtung des Rauchens nicht in eine soziale Diskriminierung der Raucherinnen und Raucher umschlägt.

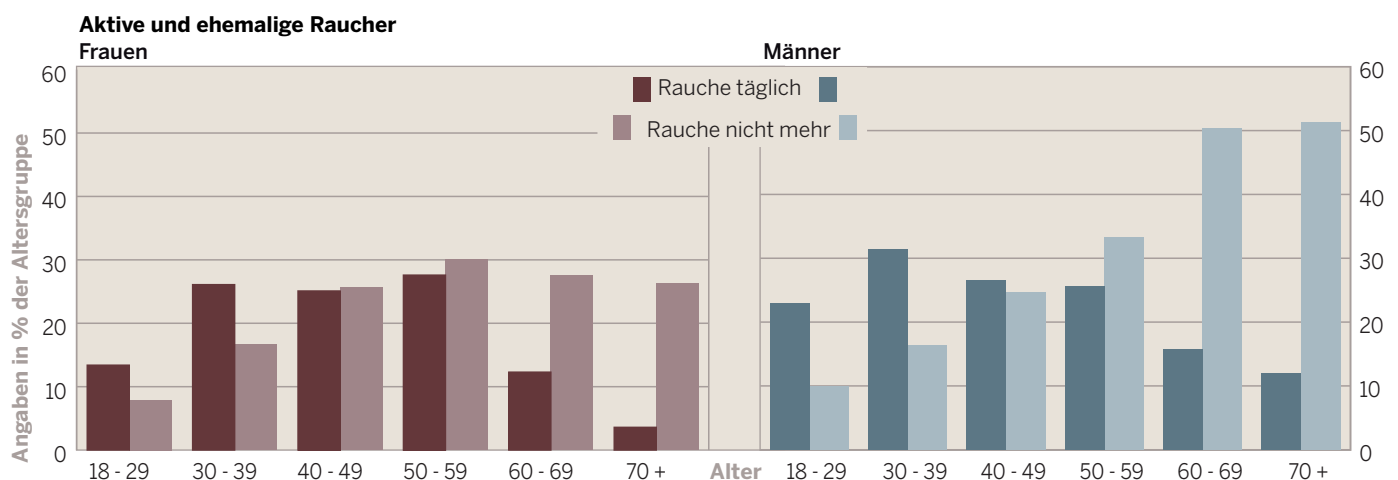


Abbildung Raucherstatus nach Alter und Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2011 | Bevölkerungsbefragung NRW 2011, LIGA.NRW

Ein Blick auf die regionale Verteilung des Rauchens anhand von Daten des Mikrozensus lässt eine erhebliche Spannweite des Raucheranteils in den Kreisen und Städten des Landes zwischen 21 % in Paderborn und 35 % in Herne erkennen. Hohe Raucheranteile finden sich entlang der westlichen Landesgrenze und im Ruhrgebiet.

**Raucheranteil in der Bevölkerung,
1 % Mikrozensus-Stichprobe, 2009**

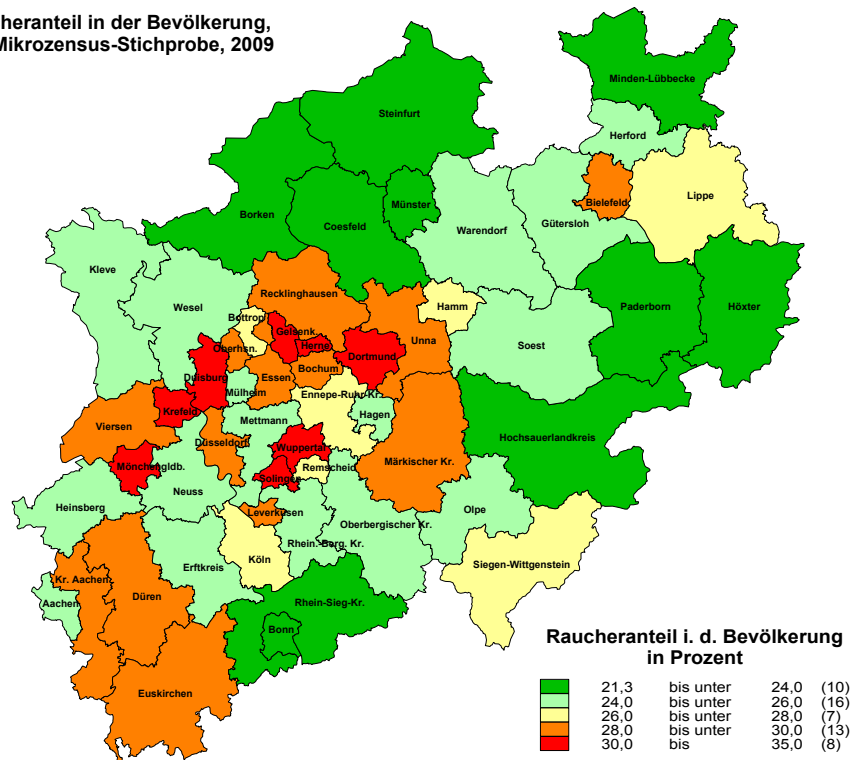
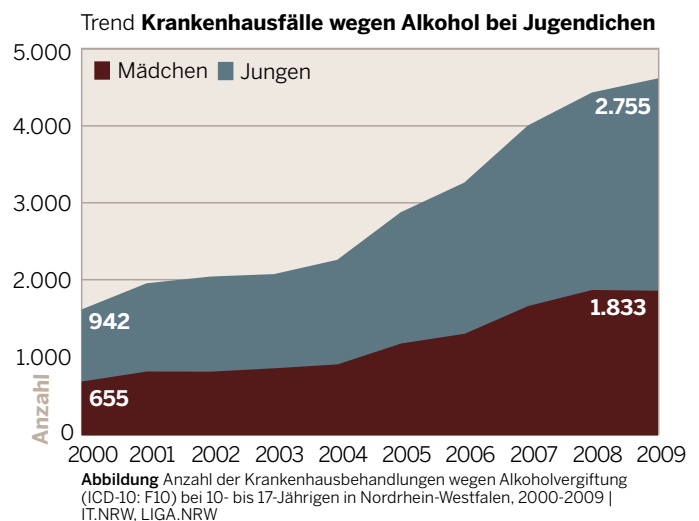


Abbildung | Anteil der Raucher in der Bevölkerung in Prozent, 1% Mikrozensus-Stichprobe 2009 | IT.NRW, Indikator 4.01_02: LIGA.NRW

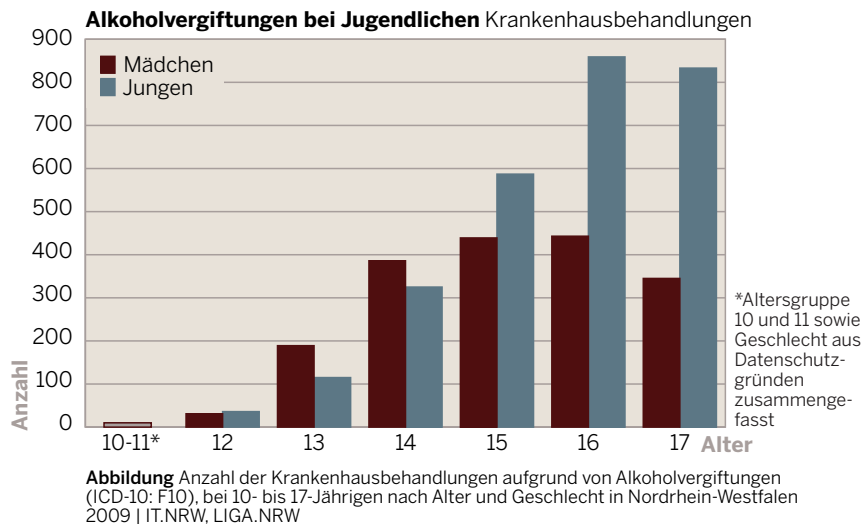
Rauschtrinken unter Jugendlichen

Das Rauschtrinken (Binge-Drinking) gilt als eine riskante Form des Alkoholkonsums, welche unmittelbar zu einer Alkoholvergiftung führen und mit weiteren akuten Gefährdungen (Unfälle, Gewalttaten, riskantes Sexualverhalten) verbunden sein kann [DHS 2010]. Auf Dauer kann es schwere gesundheitliche und auch soziale und wirtschaftliche Folgen infolge einer Alkoholabhängigkeit und der damit verbundenen vielfältigen chronischen Organschädigungen nach sich ziehen [RKI 2006, 2008].

Im Jahr 2009 wurden in Nordrhein-Westfalen 1.092 unter 15-Jährige bzw. 4.598 unter 18-Jährige wegen Alkoholvergiftung im Krankenhaus behandelt. Die Fallzahlen nehmen bundesweit und auch in Nordrhein-Westfalen in den letzten Jahren sprunghaft zu, sie haben sich zwischen 2000 und 2009 bei Mädchen wie bei Jungen verdreifacht. Auf Grund der zunehmenden Zahl von Alkoholvergiftungen in dieser Altersgruppe sollten die Maßnahmen zur alters- und zielgruppenspezifischen Prävention weitergeführt und intensiviert werden.



Der Anteil der Mädchen beträgt im Schnitt 40 % der Fälle. Allerdings kommt dieses Anteilsverhältnis durch altersspezifisch höchst unterschiedliche Behandlungszahlen zustande: Die Dominanz der Jungen ist erst ab einem Alter von 15 Jahren zu beobachten. Bei 13- und 14-Jährigen übersteigen die Behandlungszahlen der Mädchen die der Jungen sogar. Dieser letztgenannte Abstand zwischen beiden Geschlechtern ist seit 2003 zusehends größer geworden.



Obst- und Gemüseverzehr

Wesentliches Merkmal einer gesunden Ernährung ist ein ausreichend hoher Anteil an Obst und Gemüse. Die dahingehende Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) lautet, nach Möglichkeit zwei Portionen Obst und drei Portionen Gemüse pro Tag zu verzehren. Dadurch lässt sich eine optimale Versorgung mit Vitaminen, Mineralstoffen und Ballaststoffen bei gleichzeitig geringer Kaloriendichte erreichen.

In einer bundesweit durchgeführten telefonischen Gesundheitsbefragung [GEDA 2009] ist der Verzehr von Obst und Gemüse mit einer offenen Frageformulierung erhoben worden. Danach richtet sich in Nordrhein-Westfalen, wie im übrigen Bundesgebiet auch, nur ein geringer Teil der Bevölkerung nach der Empfehlung der DGE. Nur 55 % der Erwachsenen in NRW kommen auf zwei oder mehr Portionen Obst pro Tag. Drei oder mehr Portionen Gemüse schaffen nur 8 % und lediglich 7 % essen zwei oder mehr Portionen Obst plus drei oder mehr Portionen Gemüse. Diese Angaben stellen wahrscheinlich noch eine Überschätzung des tatsächlichen Obst- und Gemüsekonsums dar. In einer Kontrollfrage nach den Verzehrsmengen haben die Interviewteilerinnen und -teilnehmer nur von durchschnittlich 2,9 Portionen Obst- und 3,2 Gemüseportionen pro Woche (!) berichtet.

Der Obst- und Gemüseverzehr ist bei Frauen höher als bei Männern. Auf die Frage: „Wie oft essen Sie Obst?“ (vier Antwortmöglichkeiten, s. Grafik) geben 68 % der Frauen und 49 % der Männer an, mindestens einmal pro Tag Obst zu essen. Gemüse wird von 62 % der Frauen mindestens einmal täglich und von 43 % der Männer mindestens einmal täglich verzehrt.

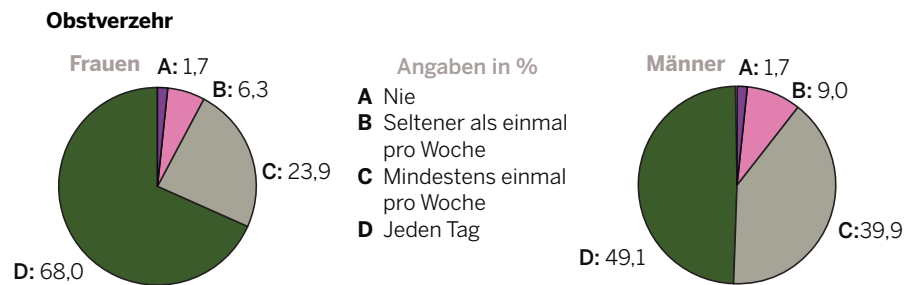


Abbildung Obstverzehr bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen | GEDA 2009 (n = 4.936), RKI, LIGA.NRW

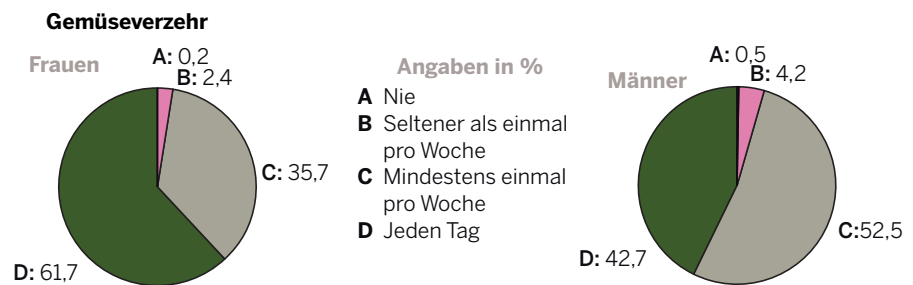


Abbildung Gemüseverzehr bei Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen | GEDA 2009 (n = 4.936), RKI, LIGA.NRW

Ein soziales Gefälle ist beim Obst- und Gemüsekonsum ebenfalls zu beobachten, wobei – gemessen an der „Fünf am Tag“-Faustregel – auch in Bevölkerungsgruppen mit mittlerem und hohem Sozialstatus deutlich zu wenig Obst und Gemüse auf den Tisch kommt. Der Obstkonsum liegt in NRW unter dem Bundesdurchschnitt und der Gemüsekonsum deckt sich mit dem durchschnittlichen Konsum im Bundesgebiet.

Die Vorlieben für bestimmte Speisen werden in der Schwangerschaft, Stillzeit und frühen Kindheit geprägt. Deshalb haben Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die sich an junge Familien und Kitas richten, im Hinblick auf das spätere Essverhalten eine besonders große Bedeutung. Da die Außer-Haus-Verpflegung in allen Altersgruppen zugenommen hat, muss auch eine flächendeckende Umsetzung einschlägiger Qualitätsstandards in der Gemeinschaftsverpflegung in Kitas, Schulen und Betrieben erreicht werden, wenn sich die Ernährungssituation insgesamt verbessern soll.

Bewegung

Bewegungsapparat und Stoffwechsel des Menschen sind nicht auf die – heute weit verbreitete – überwiegend sitzende Lebensweise ausgerichtet. Ein Mangel an körperlicher Aktivität kann das Schlafverhalten und die psychische Befindlichkeit beeinträchtigen. Darüber hinaus erhöht sich das Risiko für zahlreiche Erkrankungen wie z. B. Adipositas, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Darmkrebs, Rückenbeschwerden und Osteoporose.

Im Rahmen des Gesundheitssurvey NRW (2011) gaben 54 % der Befragten an, sich weniger als 2 Stunden pro Woche sportlich zu betätigen. Während nach den Ergebnissen früherer Untersuchungen in der Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren Frauen weniger sportlich aktiv waren als Männer, lässt sich nach den hier präsentierten Ergebnissen ein deutlicher Anstieg erkennen, auch wenn der Anteil an jungen Frauen mit mehr als 2 Stunden sportlicher Betätigung geringer ist als bei den Männern. In den mittleren Altersgruppen sind tendenziell etwas mehr Frauen als Männer sportlich aktiv, allerdings auch mit geringerer durchschnittlicher Stundenzahl pro Woche.

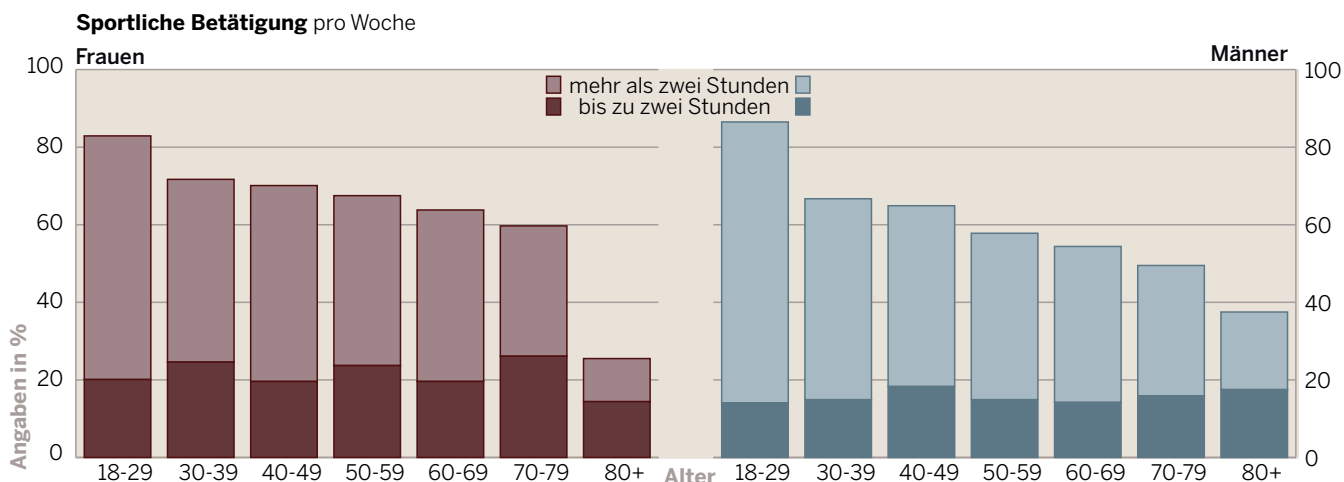


Abbildung Ausmaß sportlicher Betätigung im letzten Quartal nach Altersgruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2011 | Bevölkerungsbefragung 2011 (n = 1.998), Indikator 4.13: LIGA.NRW

Im Hinblick auf die sportliche Aktivität ist auch eine deutliche Schichtabhängigkeit zu beobachten. In der Bevölkerungsgruppe mit hohem Sozialstatus geben 56 % der befragten Personen an, mehr als 2 Stunden Sport pro Woche zu treiben, bei mittlerem Sozialstatus sind es 46 % und in der Bevölkerungsgruppe mit geringem Sozialstatus 30 %. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass vor allem bei Männern immer noch der Anteil an beruflichen Tätigkeiten mit höherer körperlicher Aktivität in Berufsgruppen mit geringerem Sozialstatus deutlich höher ist als in Berufsgruppen, die einem hohen Sozialstatus zugeordnet werden, und dass darüber zumindest teilweise ein Ausgleich stattfindet.

Bei genaueren Analysen des alltäglichen Bewegungsverhaltens müssen auch andere Aktivitäten jenseits des Sporttreibens mit erfasst werden. Die zunehmende Technisierung hat allerdings zu einem deutlichen Rückgang körperlicher Anstrengungen im Alltag geführt. Zur Förderung der Bewegung im Alltag ist deshalb eine Umgestaltung von Kommunen, Kitas, Schulen und Betrieben in Richtung bewegungsfördernder Settings von großer Bedeutung.

Übergewicht und Adipositas

Als übergewichtig gelten erwachsene Personen mit einem Body-Mass-Index (BMI) von 25 bis unter 30. Adipositas (Fettleibigkeit) liegt ab einem BMI-Wert von 30 vor, wobei der Anteil an Körperfettmasse bei gleichem BMI stark variieren kann. Insbesondere bei einem hohen Körperfettanteil und zunehmender Taillenweite erhöht sich das Risiko für eine Vielzahl an Erkrankungen wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und degenerativen Skeletterkrankungen. Je früher die Entwicklung zu einer ungesunden Gewichtszunahme eingesetzt hat, desto schlechter ist die Prognose im Hinblick auf eine Rückkehr zum Normalgewicht.

Auf Grundlage der Daten zu den Schuleingangsuntersuchungen 2009 waren insgesamt rund 7.000 Kinder in NRW (4,3 % der Mädchen und 4,6 % der Jungen) zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung als adipös einzustufen (Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild). Dementsprechend befindet sich im Durchschnitt in jeder ersten Grundschulklasse mindestens ein adipöses Kind, dazu kommen jeweils noch etwa zwei übergewichtige Kinder. Seit einigen Jahren bleiben die Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas im Einschulungsalter stabil. Auffällig sind allerdings regionale Unterschiede mit der Tendenz zu mehr adipösen Kindern im Bereich des Ruhrgebiets und angrenzender Regionen.

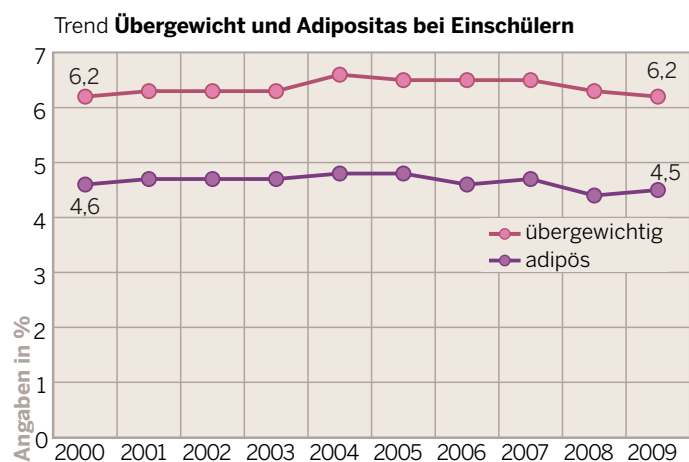


Abbildung Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder (Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild) an den Einschülern in Nordrhein-Westfalen, 2000-2009 | Schuleingangsuntersuchungen NRW, Indikator 4.9: LIGA.NRW

Anteil adipöser Kinder bei Schuleingangsuntersuchungen, Schuljahr 2009/2010

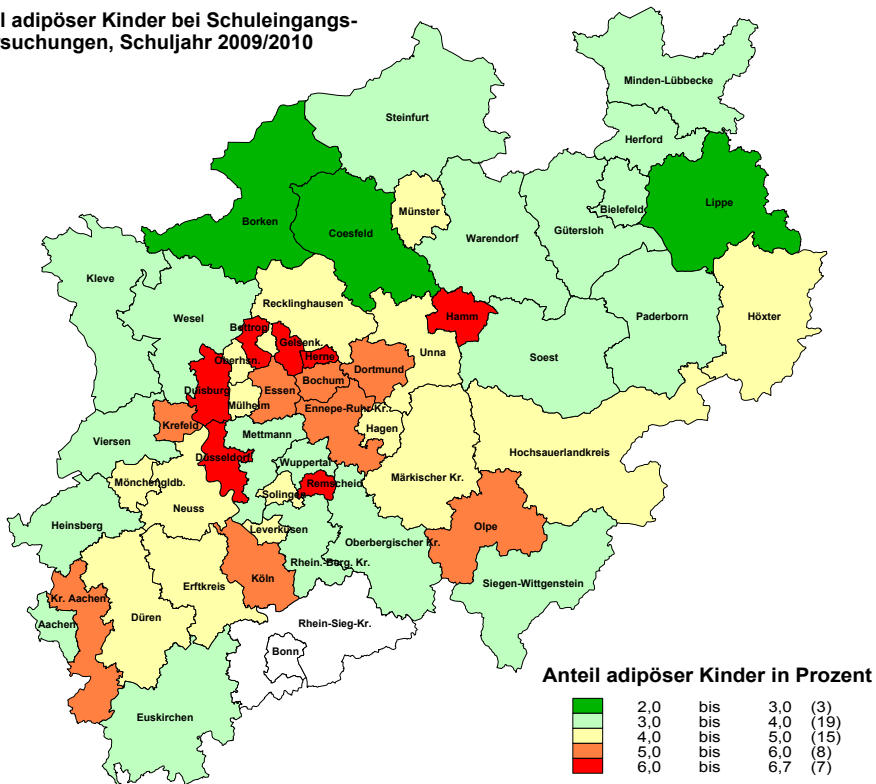


Abbildung | Anteil adipöser Kinder (Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild) an den Einschülern in Nordrhein-Westfalen, Schuljahrgang 2009/2010 | Schuleingangsuntersuchungen NRW, Indikator 3.57_02: LIGA.NRW

In der erwachsenen Bevölkerung Nordrhein-Westfalens hat der Anteil an Normalgewichtigen in den letzten Jahren weiter abgenommen und liegt bei knapp unter 50 % [Gesundheitssurvey NRW 2011]. Mit zunehmendem Alter nimmt die Adipositas- und Übergewichts-Prävalenz bei Männern und Frauen zu. Eine Ausnahme bilden nur Männer ab 70 Jahren, bei denen der Anteil an Adipösen im Vergleich zur Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen zurückgeht und parallel dazu der Anteil an Normalgewichtigen zunimmt.

Soziale Unterschiede sind geringer als häufig angenommen wird. Zwar gibt es in der Bevölkerungsgruppe mit einem geringen Sozialstatus mehr adipöse Personen (20 % vs. 14 %/11 % bei einem mittleren bzw. hohen Status), Übergewichtige sind aber in allen drei Gruppen mit ungefähr einem Drittel vertreten.

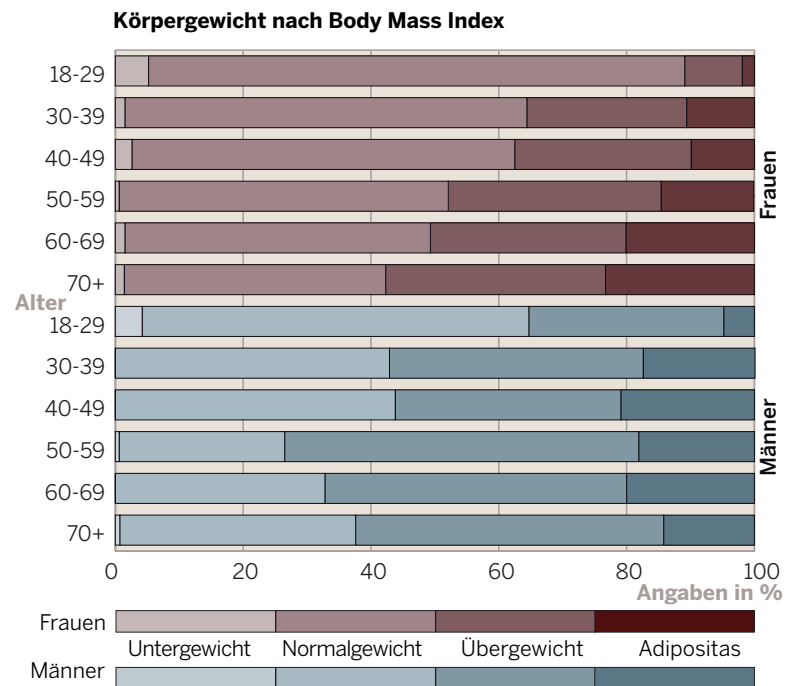


Abbildung Körpergewichtskategorien entsprechend dem Body-Mass-Index (BMI) nach Alter und Geschlecht in Nordrhein-Westfalen 2011 | Bevölkerungsbefragung NRW 2011, Indikator 4.8: LIGA.NRW

Arbeitsbedingte Belastungen

Die Struktur der Erwerbstätigkeit hat sich in den letzten zwanzig Jahren – wie schon in den Jahrzehnten zuvor – stark verändert. Im Produzierenden Gewerbe Nordrhein-Westfalens gingen von 1991 bis 2009 noch einmal rund eine Million Arbeitsplätze verloren (-34 %), im Dienstleistungssektor kamen ca. anderthalb Millionen hinzu (+33 %) [IT. NRW 2010: 236f.]. Inzwischen sind mit 5,8 Mio. dreimal so viele abhängig Beschäftigte im Dienstleistungssektor tätig wie im produzierenden Gewerbe.

Die seit 1994 durch LAFa/LIGA.NRW wiederholt durchgeführten, repräsentativen Befragungen von jeweils ca. 2.000 erwerbstätigen Personen zeigen, wie sich dieser Strukturwandel auf die Belastungen und Beanspruchungen der Beschäftigten ausgewirkt hat. Die Dominanz psychischer Belastungen, vor allem durch einen hohen Zeit-, Verantwortungs- und Leistungsdruck hat sich über den gesamten Beobachtungszeitraum erhalten. Der zwischen 1994 und 1999 erkennbare Belastungsanstieg hat sich in den folgenden Jahren zwar fortgesetzt – allerdings nicht in gleicher Größenordnung. Die Zahl der Befragten, die sich durch hohe Verantwortung, körperliche Zwangshaltungen und klimatische Bedingungen „ziemlich“ oder „stark belastet“ fühlten, war leicht rückläufig. Geringfügige Abnahmen sind auch bei der Nennung von Lärm, körperlich schwerer Arbeit und gesundheitsbelastenden Stoffen erkennbar.

Die mit dem demografischen Wandel und der Erhöhung des regulären Renteneintrittsalters zu erwartende Alterung betrieblicher Belegschaften hat ein Umdenken mit dem Ziel einer stärker altersgerechten Arbeitsgestaltung in Gang gesetzt. Besonders gefordert sind altersangepasste Leistungsanforderungen, Arbeitszeiten und Weiterbildungskonzepte. Die Beschäftigten müssen ihrerseits zu beständiger Anpassung ihrer beruflichen Kenntnisse an die technologische Entwicklung bereit und um den Erhalt ihrer individuellen Leistungsfähigkeit bemüht sein, um länger beschäftigt werden zu können.

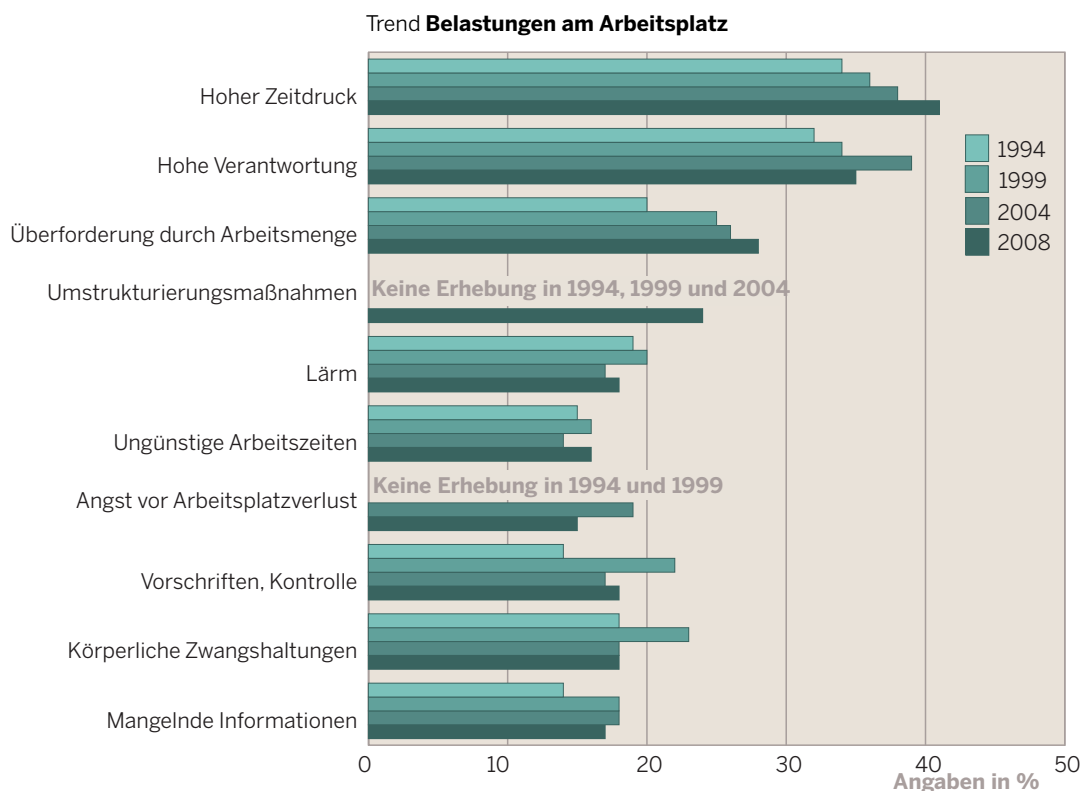


Abbildung Subjektive Belastungen („ziemlich“ oder „stark“) am Arbeitsplatz | Befragung von jeweils ca. 2.000 abhängig Beschäftigten ab 14 Jahren, NRW 1994-2008, LIGA.NRW

Vergleicht man die aktuellen Belastungsangaben der männlichen und weiblichen Befragten, so zeigen sich lediglich geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede. Männer fühlen sich eigenen Angaben zufolge etwas stärker von hohem Verantwortungsdruck und Lärm betroffen, Frauen von Leistungsdruck und der Unsicherheit ihres Arbeitsplatzes.

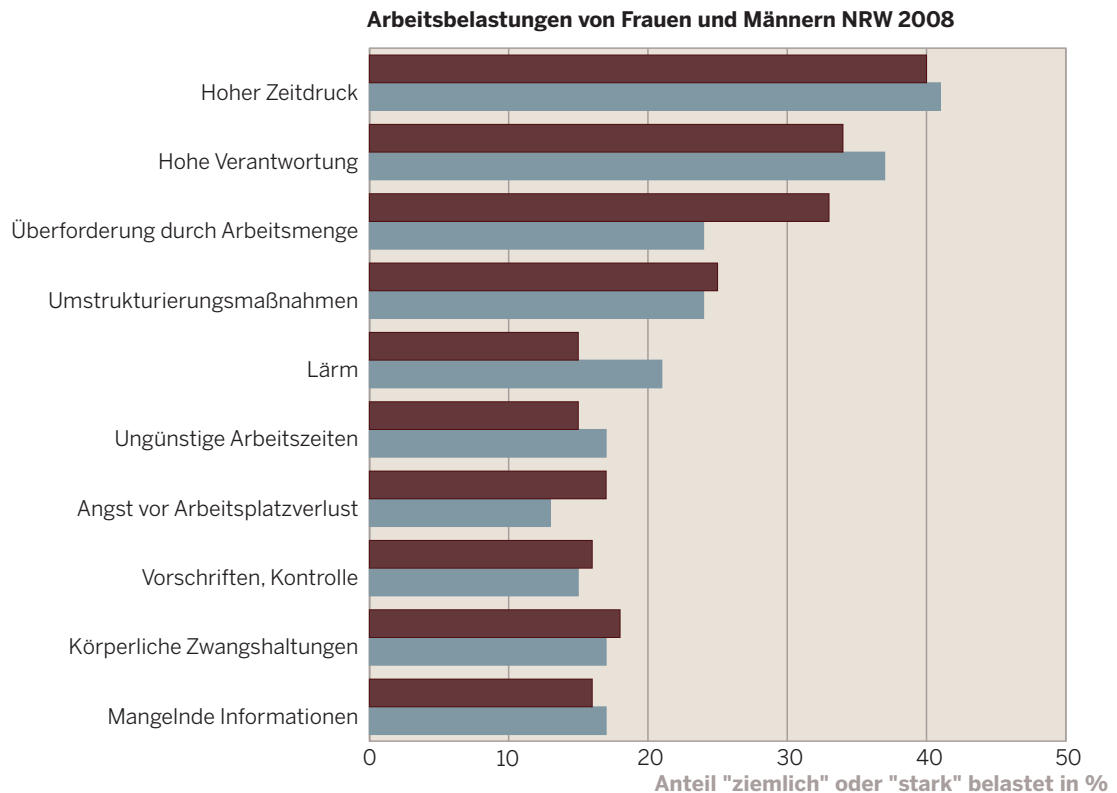


Abbildung Subjektive Belastungen („ziemlich“ oder „stark“) am Arbeitsplatz | Befragung von jeweils ca. 2.000 abhängig Beschäftigten ab 14 Jahren, Nordrhein-Westfalen 2008, LIGA.NRW

Im Krankenhaus erworbene Infektionen

Die Hygiene in Krankenhäusern ist seit einiger Zeit verstärkt in den Blick von Gesundheitspolitik und Öffentlichkeit gerückt. Nach Angaben des Nationalen Referenzzentrums für die Surveillance Nosokomialer Infektionen (NRZ NOSO) erwerben jährlich etwa 3 bis 5 % der Patientinnen und Patienten in deutschen Krankenhäusern eine solche Infektion. Für Nordrhein-Westfalen ist von einer Größenordnung von ca. 100.000 bis 150.000 Infektionen pro Jahr auszugehen.

Vor allem das vermehrte Auftreten sogenannter multiresistenter Erreger, darunter des am häufigsten nachgewiesenen, Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA), löst allgemeine Besorgnis aus. Infektionen mit diesem Erreger haben eine sehr schlechte Prognose – bis hin zur Sepsis mit Todesfolge.

Seit Juli 2009 ist der Nachweis von MRSA in sterilen Materialien (Blut, Liquor) meldepflichtig. Somit konnte ihre Zahl ganzjährig erstmals für das Jahr 2010 ausgewiesen werden. Insgesamt wurden 1.029 Nachweise in Nordrhein-Westfalen gemeldet, das sind 5,8 pro 100.000 Einwohner. In 628 Fällen waren Männer, in 401 Fällen Frauen betroffen. Das Alter der Infizierten liegt überwiegend bei 60 oder mehr Jahren. Es sind vorzugsweise Patientinnen und Patienten betroffen, die aufgrund ihres Alters und ihrer Grundkrankheiten eine verminderte Widerstandsfähigkeit aufweisen.

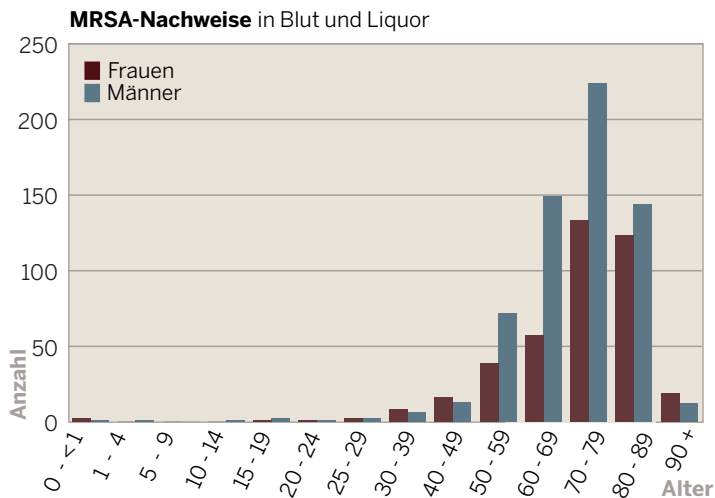


Abbildung Verteilung der gemeldeten MRSA-Nachweise in Blut und Liquor nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2010 | LIGA.NRW

Die 110 gemeldeten Todesfälle (67 Männer, 43 Frauen) unterschätzen die MRSA-Sterblichkeit, weil sie lediglich diejenigen Fälle ausweisen, bei denen der Tod eines Patienten bereits zum Zeitpunkt des Erregernachweises eingetreten war und mit der MRSA-Meldung dokumentiert werden konnte. Eine gesonderte Meldepflicht aller im Zusammenhang mit MRSA auftretenden Todesfälle besteht bisher nicht.

Im Vergleich der Bundesländer liegt Nordrhein-Westfalen bei den Infektionen pro 100.000 Einwohner über dem Bundesdurchschnitt. Dies ist allerdings – wie bei anderen Melderoutinen auch – u. a. das Ergebnis einer unterschiedlichen Erfassungsgenauigkeit. Bundesweit betrachtet muss von einer länderspezifisch variierenden Untererfassung ausgegangen werden. So ist kaum nachvollziehbar, dass in Hamburg und im Saarland keine MRSA-Infektionen nachgewiesen wurden. Dennoch scheint das Infektionsrisiko im Norden Deutschlands ein größeres Problem zu sein als im Süden.

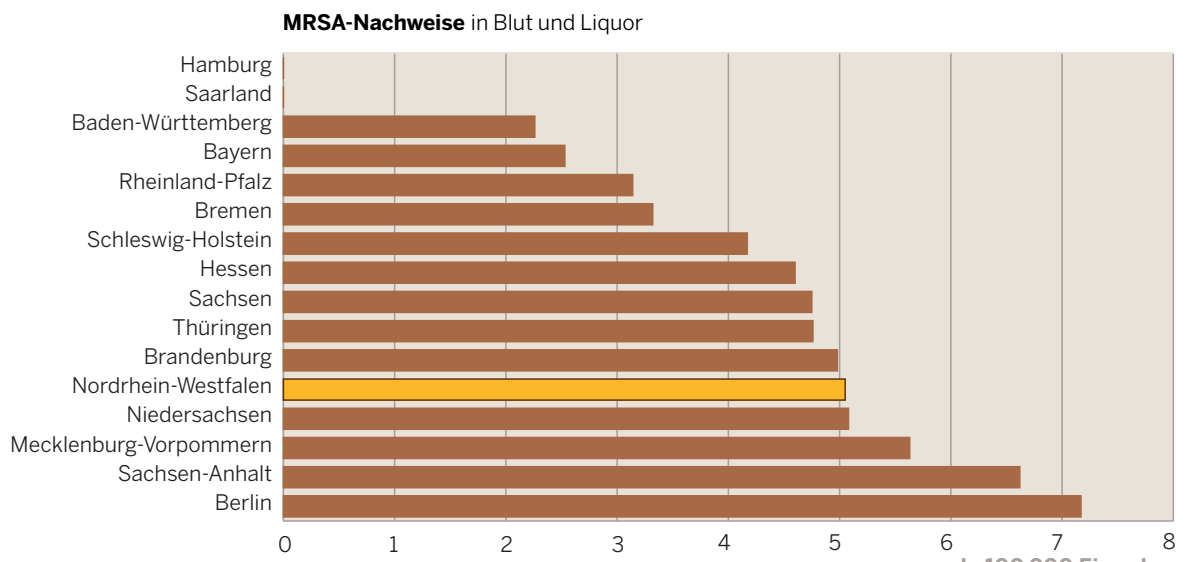


Abbildung Verteilung der gemeldeten MRSA-Nachweise in Blut und Liquor je 100.000 Einwohner nach Bundesland 2010 | RKI, LIGA.NRW

In NRW werden schon seit 2005 MRSA-Daten in Modell-Projekten und landesweiten Umfragen erfasst [MAGS 2009: 54]. Die Landesregierung hat im Januar 2011 einen „Aktionsplan Hygiene“ beschlossen, durch den der Schutz der Menschen vor nosokomialen Infektionen verbessert und die Bekämpfung von multi-resistenten Erregern gestärkt werden soll. Daran anknüpfend wurde im Rahmen der NRW-Landesgesundheitskonferenz im Dezember 2011 eine Entschließung zur Prävention nosokomialer Infektionen verabschiedet.

Gesundheitsvorsorge und -versorgung

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre (so genannte U-Untersuchungen / J-Untersuchungen) dienen dazu, den Entwicklungsstand zu überprüfen und etwaige Erkrankungen oder Auffälligkeiten zu entdecken. Bis zum Alter von 5 ½ Jahren sind insgesamt zehn Untersuchungen vorgesehen, U1 bis U6 fallen in die Neugeborenen-Zeit bzw. das Säuglingsalter, U7, U7a, U8 und U9 ins Kleinkindalter. Zusätzlich gibt es seit einigen Jahren die U10 (7.-8. Lebensjahr), U11 (9.-10. Lebensjahr), J1 (13.-15. Lebensjahr) und J2 (17.-18. Lebensjahr). Die Bedeutung der U-Untersuchungen für die Gesundheit von Kindern ist allgemein anerkannt. Es gibt dazu jedoch bisher keine systematischen Evidenz-Analysen.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird auch die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen erfasst. Für den Einschulungsjahrgang 2009 wurden folgende Werte ermittelt:

- Die beiden ersten U-Untersuchungen werden in der Regel noch in der Geburtsklinik durchgeführt, dementsprechend nehmen nahezu alle Kinder daran teil (U1: 98 %, U2: 97,7 %).
- Die Rate der Kinder, die an allen U-Untersuchungen im Säuglingsalter (U3-U6) teilnehmen, liegt nach aktueller Datenlage in NRW bei 91,6 %.
- Mit zunehmendem Alter gibt es einen leichten Teilnehmerückgang, an der U9 nehmen aber immerhin noch 87,2 % der Kinder teil.

Es gibt große Unterschiede in der Beteiligung von Kindern verschiedener Bevölkerungsschichten. Eltern, die nicht Deutsch, sondern eine andere Sprache als Erstsprache angeben, nehmen insbesondere die späteren U-Untersuchungen in deutlich geringerem Ausmaß wahr (U9: 79,9 % vs. 89,3 %). Ein ähnliches Bild ergibt sich bei einer Differenzierung nach Bildungsstand. Bei den Angehörigen mit dem geringsten Bildungsstand liegt die Teilnahmerate an der U9 bei 71,3 %, in der Gruppe mit dem höchsten Bildungsstand liegt sie bei 90,2 %. Die regionale Verteilung zeigt einen deutlichen Schwerpunkt niedriger Teilnahmequoten im Bereich des Ruhrgebiets und einiger angrenzender Städte.

Im Jahr 2009 wurde in Nordrhein-Westfalen im Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW) die „Zentrale Stelle Gesunde Kindheit“ eingerichtet, um Kinder zu identifizieren, die nicht an den Vorsorgeuntersuchungen U5 bis U9 teilnehmen und die Eltern dieser Kinder einladend zu erinnern. Wie erste, vorläufige Analysen zeigen, ist die Teilnahmerate im Jahr 2011 im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren angestiegen.

Inanspruchnahme der U3 - U6 Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Einschulungsjahrgangs 2009

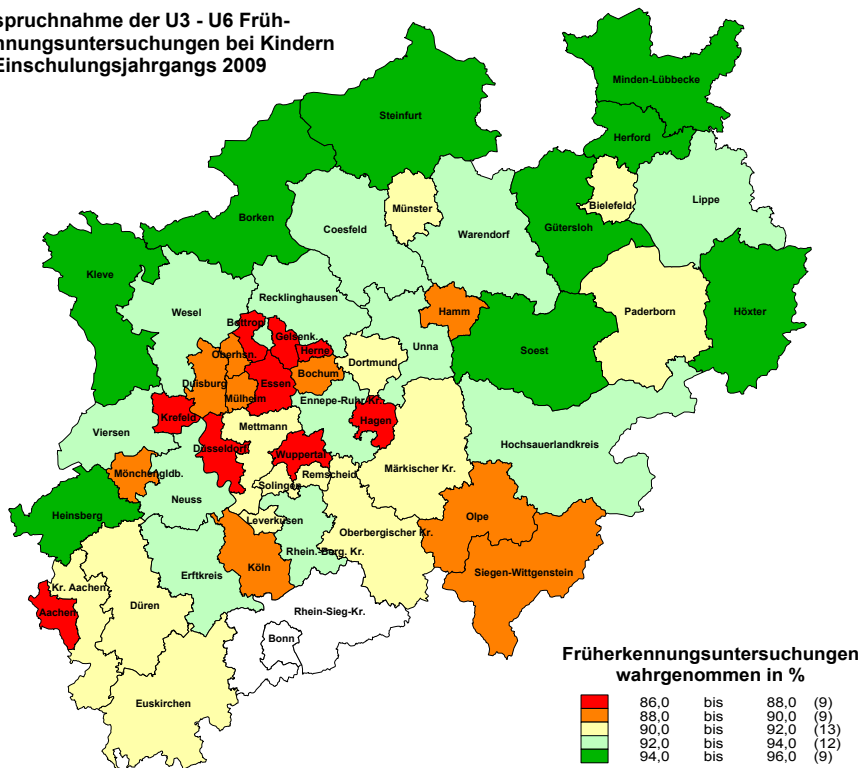


Abbildung | Anteil der Kinder des Einschulungsjahrgangs 2009/2010, die die U3-U6 Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen haben, Nordrhein-Westfalen | Indikator 7.6: LIGA.NRW

Schutzimpfungen

Das Angebot diverser Schutzimpfungen für Kinder soll ihrem individuellen Schutz dienen, darüber hinaus aber auch den Ausbruch von Epidemien verhindern. Dazu sind nach den Empfehlungen der WHO Durchimpfungsraten von mindestens 95 % aller Kinder anzustreben. Die Durchimpfungsraten werden in den Schuleingangsuntersuchungen auf der Basis der Impfausweise statistisch erfasst. 2009 haben 150.343 Kinder (92 % aller untersuchten Kinder) ein Impfheft vorgelegt.

In den letzten Jahren sind die Impfquoten insbesondere bei der zweiten Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln stark gestiegen. Damit ist Nordrhein-Westfalen nicht mehr weit von den empfohlenen Richtwerten entfernt. Die Durchimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Polio sind weitgehend stabil geblieben, bezüglich Pertussis und Hepatitis B und Haemophilus influenzae Typ B haben sie sich gegenüber 2005 leicht verbessert. Es muss allerdings angenommen werden, dass bei Kindern ohne vorliegendes Impfheft der Impfstatus tendenziell schlechter ist. Daher ist eine geringgradige Überschätzung der Durchimpfungsraten möglich.

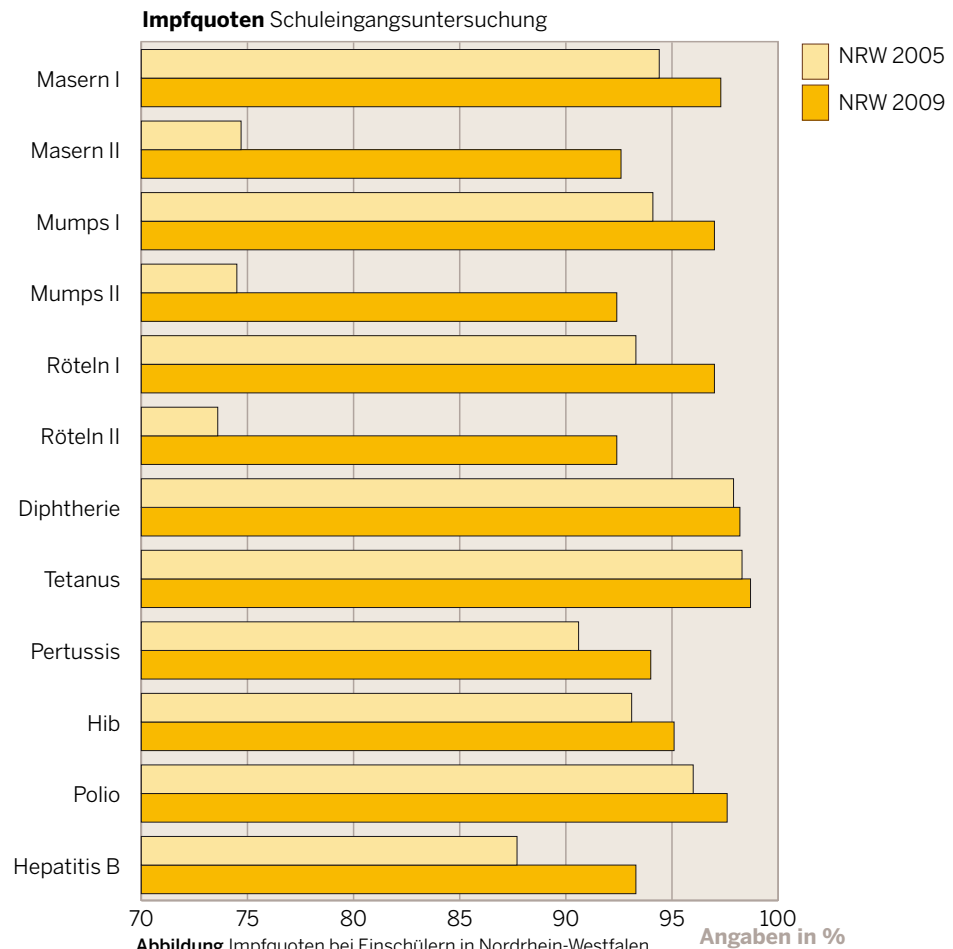
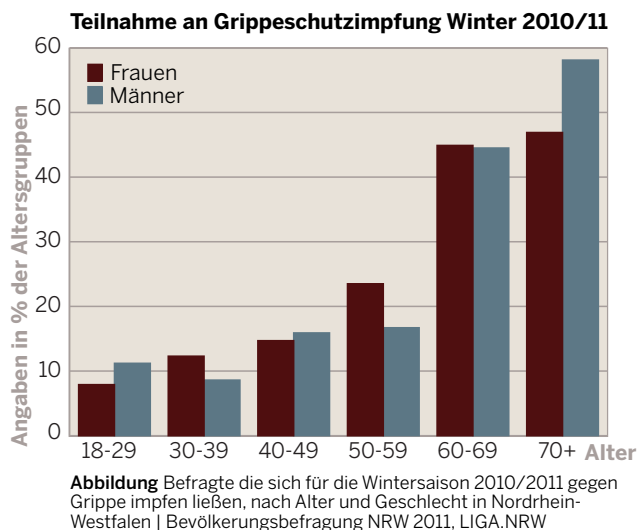


Abbildung Impfquoten bei Einschülern in Nordrhein-Westfalen 2005 und 2009 | Schuleingangsuntersuchungen NRW, Indikator 07.11 und 07.12: LIGA.NRW

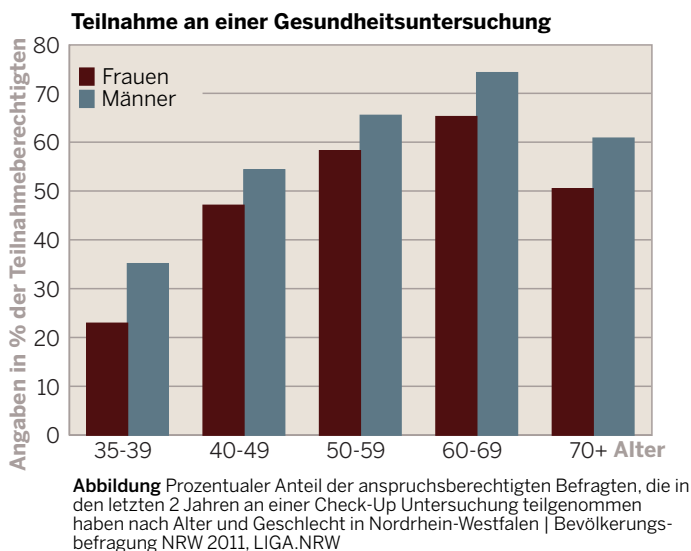
Bei den Impfangeboten für Erwachsene spielt der Gripeschutz eine herausragende Rolle, da die saisonale Influenza zu den Infektionskrankheiten mit der höchsten bevölkerungsbezogenen Sterblichkeit, vor allem unter Älteren und chronisch Kranken, zählt. Die Impfung wird jährlich im Herbst mit einer von der WHO empfohlenen Impfstoffzusammensetzung durchgeführt. Nach den Ergebnissen des Gesundheits-survey NRW hat sich ein Viertel aller Frauen und Männer für die Wintersaison 2010/2011 impfen lassen. Die Teilnahme ist gegenüber der letzten Befragung in 2009 weitgehend stabil geblieben. Damit haben sich Befürchtungen, die Impfmotivation könne infolge der öffentlichen Kritik an der Impfkampagne zur sogenannten Schweinegrippe gesunken sein, nicht bestätigt.

Unter den besonders gefährdeten Männern und Frauen ab 60 Jahren hat sich nahezu jede zweite Person impfen lassen. Das entspricht etwa dem, was in anderen Erhebungen ermittelt worden ist, bleibt aber weit hinter dem für 2010 formulierten Ziel einer Impfquote von 75 % zurück [Buchholz 2008].



Gesundheitsuntersuchung (Gesundheits-Check-up 35+)

Die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung chronischer Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen richtet sich an Personen ab dem 35. Lebensjahr und kann alle zwei Jahre wiederholt werden. Aktuelle Zahlen zur Teilnahme in Nordrhein-Westfalen entstammen dem Gesundheitssurvey NRW 2011. Nach eigenen Angaben haben 52 % der anspruchsberechtigten Frauen und 58 % der Männer eine Untersuchung „innerhalb der letzten zwei Jahre“ durchführen lassen. Die Teilnahme steigt mit dem Alter stetig an und fällt erst ab einem Alter von 70 Jahren wieder ab. Dieser Trend ist bereits in den Befragungen früherer Jahre beobachtet worden.



Schon im letzten Landesgesundheitsbericht wurde auf die deutliche Diskrepanz zwischen den präsentierten Befragungsergebnissen und den weitaus geringeren Teilnahmequoten nach den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen hingewiesen. Zur Erklärung wurde angeführt, dass die Befragten auch andere Untersuchungen ihres Arztes, beispielsweise aufgrund von vorliegenden Erkrankungen oder zur Abklärung von unspezifischen Beschwerden als Check-Up-Untersuchung wahrnehmen [MAGS 2009: 81]. Eine solche Interpretation hat durchaus ihre Berechtigung, denn es macht – auch im Hinblick auf den präventiven Nutzen der Untersuchung – wohl keinen Unterschied, ob eine Messung des Blutdrucks und weitere Diagnostik im Rahmen eines Check-ups oder irgendeines anderen Konsultationsanlasses erfolgt sind.

Untersuchungen zur Früherkennung verschiedener Krebskrankheiten

Das Programm zur Krebsfrüherkennung umfasst verschiedene Lokalisationen: den Darm, die Haut sowie bei Frauen die Brust bzw. den Gebärmutterhals (Zervix) und bei Männern die Prostata. Je nach Krebsart gelten unterschiedliche Mindestalter und Periodizitäten für die Erstteilnahme bzw. Wiederholung der Untersuchung. Frauen können bereits ab 20 Jahren an einer jährlichen Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms teilnehmen. Für Männer beginnt die Möglichkeit der Teilnahme am Früherkennungsprogramm mit dem Angebot einer Ganzkörperuntersuchung der Haut ab 35 Jahren.

¹Männer wurden allerdings erst ab einem Alter von 45 Jahren hinsichtlich ihrer Teilnahme am Früherkennungsprogramm befragt

Laut Gesundheitssurvey NRW 2011 gaben 55 % der anspruchsberechtigten Frauen und 43 % der Männer¹ eine Untersuchung „innerhalb des letzten Jahres“ an. Nach den Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen fallen die Beteiligungen mit 49 % bei Frauen und 25 % bei Männern, insbesondere für die letztgenannte Gruppe, niedriger aus.

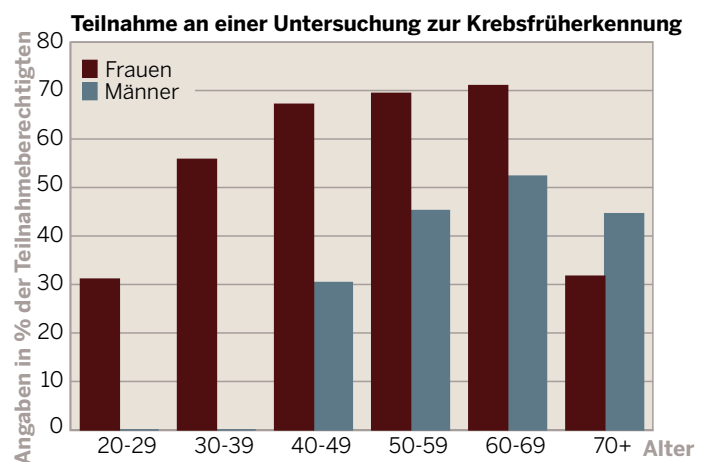


Abbildung Prozentualer Anteil der anspruchsberechtigten Befragten, die in den letzten 12 Monaten an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen haben nach Alter und Geschlecht in Nordrhein-Westfalen | Bevölkerungsbefragung NRW 2011, LIGA.NRW

Für das geschlechts- und altersspezifische Teilnahmeverhalten ist von besonderer Bedeutung, wie die Früherkennungsdiagnostik in ambulante Versorgungsroutinen eingebettet werden kann und welche Unannehmlichkeiten und Risiken mit ihrer Durchführung verbunden sind. Für den Abstrich (PAP-Test) bestehen vor diesem Hintergrund günstigere Voraussetzungen als für eine Mammographie oder Darmspiegelung. Schon im letzten Gesundheitsbericht wurde darauf hingewiesen, dass die Halbierung der Früherkennungsteilnahme bei Frauen ab 70 Jahren vermutlich darauf zurückgeführt werden kann, dass nach der Menopause Gynäkologinnen/Gynäkologen seltener aufgesucht werden.

In Zukunft ist eine Ausweitung der Früherkennungsdiagnostik und Untersuchungsteilnahme zu erwarten. So hat die Einführung des PSA-Tests zu einer Zunahme von Untersuchungen auf Prostatakrebs geführt, obwohl der Test nicht Bestandteil des gesetzlichen Früherkennungsprogramms ist. Mittlerweile gerät dieser Test allerdings aufgrund seiner nicht zufriedenstellenden Spezifität als reiner Früherkennungstest zunehmend in die fachliche Kritik.

Im Bereich der Früherkennung des Brustkrebses hat eine Konzentrierte Aktion von Landesregierung und Akteuren des Gesundheitswesens zu einer Zunahme des Mammographie-Screenings geführt. Diese Entwicklung wird von verstärkten Bemühungen um eine Aufklärung der Bevölkerung über Nutzen und Risiken der verschiedenen Untersuchungen begleitet. Neue Maßstäbe hinsichtlich der Verständlichkeit der Informationen sind beispielsweise mit dem Informationsfaltblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Mammographie-Screening gesetzt worden [GBA 2009].

Verordnung von Hormonpräparaten in und nach den Wechseljahren

Die Verordnung von Hormonen (Östrogen, Gestagen) ist nach wie vor eine weit verbreitete Form der medizinischen Behandlung von Beschwerden in den Wechseljahren. Von starken Beschwerden, z. B. von Hitzewallungen, Schlafstörungen, Inkontinenz und Trockenheit der Scheide, aber auch von Stimmungsschwankungen, Angst, Depressionen u. v. m. sind schätzungsweise ein Drittel aller Frauen im Klimakterium betroffen. Mit der Veröffentlichung von Ergebnissen groß angelegter, internationaler Studien, u. a. der „Million Women“ Studie, ist die Hormontherapie Anfang des letzten Jahrzehnts massiv in Frage gestellt worden. Ihnen zufolge erhöht die Therapie das Risiko u. a. für ein Auftreten von Brustkrebs und kardiovaskulären Erkrankungen.

Neuere wissenschaftliche Ergebnisse zeigen, dass das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen besonders in den ersten Anwendungsjahren erhöht ist. Das Brustkrebsrisiko steigt hingegen mit der Anwendungsdauer. Daher sollte die Hormontherapie keinesfalls länger als fünf Jahre angewendet werden. Sie ist nach dem derzeitigen Stand nicht zur Prävention von chronischen Erkrankungen, wie etwa der Osteoporose, geeignet.

Diese Ergebnisse haben das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Jahre 2003 zu Änderungen in der Zulassung von Hormonpräparaten veranlasst. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hält den Einsatz von Östrogen – beziehungsweise Östrogen-Gestagen-Präparaten – seitdem nur noch im Individualfall bei gesicherter Indikation für vertretbar. Voraussetzung ist aber auch, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte eine ausführliche Nutzen-Risiko-Abwägung mit den betroffenen Frauen durchführen. Schließlich gilt der Grundsatz, dass „...sowohl für den Beginn als auch für die Fortführung einer Behandlung postmenopausaler Symptome die niedrigste wirksame Dosis für die kürzeste mögliche Therapiedauer anzuwenden ist.“ [BfArM 2004]

Vor diesem Hintergrund ist die Verbreitung der Hormontherapie im Verlauf des letzten Jahrzehnts zurückgegangen. Daten einer gesetzlichen Krankenkasse mit bundesweit 1,77 Mio. Versicherten können dies für den Zeitraum 2001 – 2009 mit konkreten Zahlen belegen. Wurden zu Beginn des Beobachtungszeitraums noch knapp einem Viertel (24,3 %) aller Frauen ab 40 Jahren Hormonpräparate verschrieben, so waren es 2009 nur noch halb so viele (12 %). Die aktuelle Verordnungspraxis in NRW liegt mit 13 % (2009) etwas über dem bundesweiten Durchschnitt.

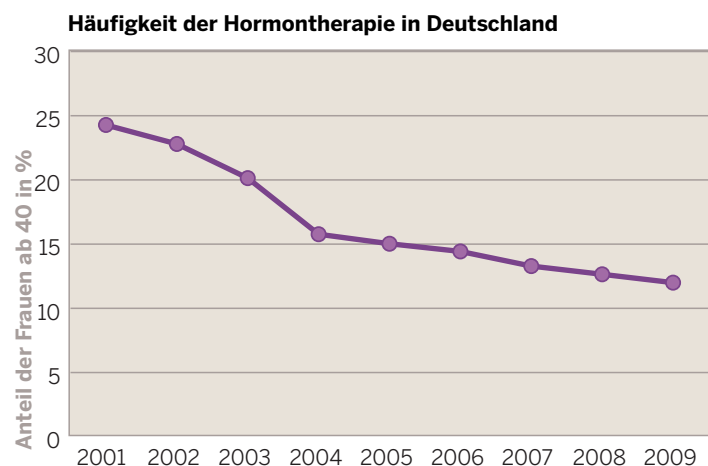


Abbildung Prävalenz der Hormontherapie bei Frauen ab 40 Jahren in Deutschland (2001-2009) | GEK, Berechnung durch ZeS, Bremen, LIGA.NRW

Der Schwerpunkt der Hormonverschreibungen ist erwartungsgemäß in den Altersgruppen zwischen 50 und 65 Jahren zu verorten – also dort, wo auch mit klimakterischen Beschwerden zu rechnen ist. Darüber hinaus konnten in den nachfolgenden Altersgruppen zwischen 65 und 80 Jahren Verordnungen in einer Größenordnung von 10 bis 15 % ermittelt werden. Dies deutet darauf hin, dass Hormone möglicherweise noch immer in einem relevanten Umfang aufgrund anderer Indikationen als Wechseljahresbeschwerden, z. B. zur Prävention von Osteoporose, eingesetzt werden, obwohl das den Empfehlungen ärztlicher Fachgesellschaften widerspricht.

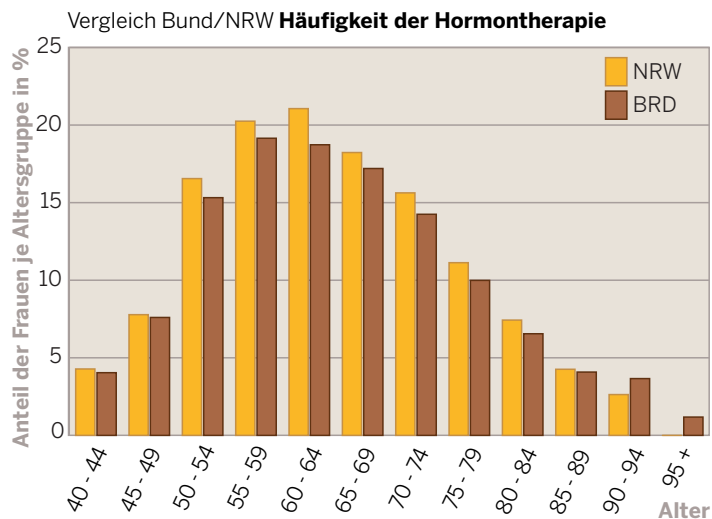


Abbildung Prävalenz der Hormontherapie bei Frauen in verschiedenen Altersgruppen, Vergleich BRD/NRW (2009) | GEK, Berechnungen durch ZeS, Bremen, LIGA.NRW

Die Abweichungen der Verordnungspraxis in NRW sind sowohl in den Altersgruppen mit erhöhtem Risiko klimakterischer Beschwerden auffällig wie auch in den Gruppen höheren Alters, wo der Verdacht einer nicht mehr als fachgerecht einzustufenden Langzeittherapie besteht.

Auch innerhalb von NRW lassen sich Unterschiede bei der Verschreibungshäufigkeit erkennen. Im Einzugsgebiet der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe ist sie mit 12,4 % insgesamt niedriger als im Gebiet der KV Nordrhein mit 13,6 %. Mit einer Spannbreite von 10,6 bis 14,5 % sind die regionalen Schwankungen zwischen den einzelnen Postleitbezirken noch deutlich größer.

Der eingangs dokumentierte Rückgang der Hormontherapie ist positiv zu werten. Die aktuelle Verordnungspraxis liegt aber immer noch über dem Niveau anderer europäischer Länder, wie etwa den Niederlanden. Hinzu kommt, dass über 60 % der Anwenderinnen die HT länger als 3 Jahre fortführen [Heitmann 2007]. Sie ist demnach als eine Über- bzw. Fehlversorgung zu bezeichnen, die weitere Bemühungen zu ihrem Abbau nahelegt. Die Ärzteschaft ist bemüht, die Umsetzung der Empfehlungen zur Hormontherapie voranzutreiben. Als Beispiel für diese Bemühungen ist besonders die Pharmakotherapie-Beratung der KV Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen zu nennen [AG AMV 2011].

Es hat sich gezeigt, dass die Anwendungsdauer der Hormontherapie bei der Mehrzahl der Frauen als viel zu lang eingestuft werden muss. Hierfür gibt es verschiedene Gründe: Zum einen verordnen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu lange, zum anderen erscheint die Risikoauflärung noch immer nicht ausreichend und schließlich fehlt eine wirksame Unterstützung beim Absetzen der Präparate. Hierzu bedarf es Anlaufstellen, die neutral und evidenzbasiert informieren bzw. beraten können und die die Frauen aktiv bei den Problemen der Wechseljahre begleiten und unterstützen. Dies scheint unerlässlich, wenn man bedenkt, dass es Frauen schwer zu fallen scheint, die einmal begonnene Einnahme von Hormonpräparaten wieder zu beenden. Für die Gesundheit der Frauen wie auch für das Gesundheitswesen insgesamt scheint es derzeit das Beste zu sein, wenn mit einer Hormontherapie erst gar nicht begonnen wird, da ein gewisses Abhängigkeitspotenzial offenbar nicht ausgeschlossen werden kann.

Häufigkeit der Hormontherapie bei Frauen ab 40 Jahren nach PLZ-Bezirken (2-stellig), 2009

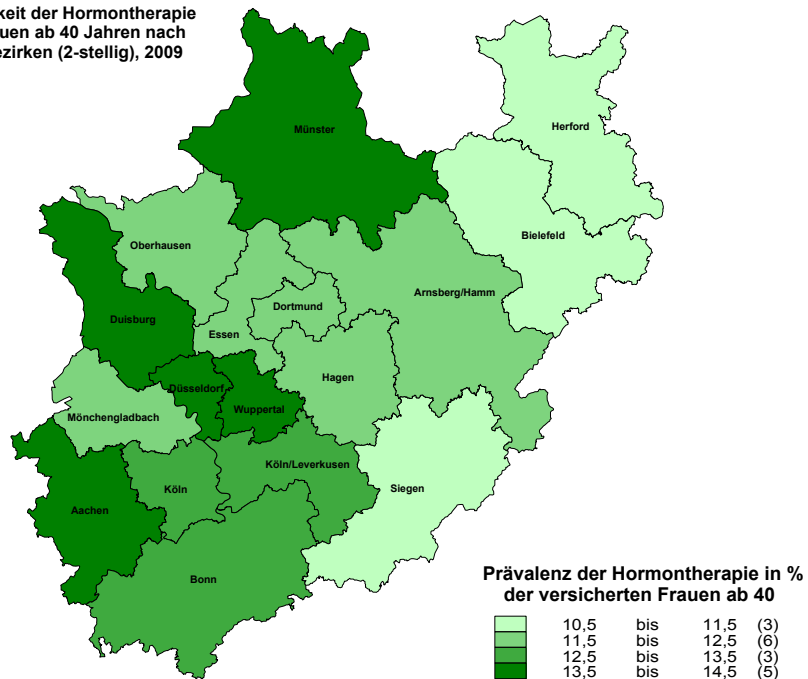


Abbildung | Häufigkeit der Hormontherapie bei den versicherten Frauen ab 40 Jahren in Prozent, Nordrhein-Westfalen nach zweistelligen PLZ-Bezirken, 2009 | GEK, Berechnungen durch ZeS, Bremen, LIGA.NRW

Literatur

- **Abholz, HH:** „Früherkennung von Karzinomen“, in: Dt. Hausärzterverband, Barmer Ersatzkasse (Hrsg.): Hausarzt Handbuch Prävention, München: Med.Komm. 2007, S. 44-49
- **Arbeitsgruppe Arzneimittelvereinbarung (AG AMV):** Hormonersatztherapie - Verordnung generell rückläufig, o. O. 2011 (Gemeinsame Information der KVWL und der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe)
- **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM):** Bescheid zur Abwehr von Gefahren durch Arzneimittel, Stufe II - Estrogen- und Estrogen-Gestagen-haltige Arzneimittel zur Hormonsubstitution , 6.5.2004 (7175-3822-A 9543-48736/04)
- **Bonsen M, Bos W, Gröhlich C et al.:** Zur Konstruktion von Sozialindizes - Ein Beitrag zur Analyse sozialräumlicher Benachteiligung von Schulen als Voraussetzung für qualitative Schulentwicklung, Berlin 2010 (Bildungsforschung Band 31, Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung)
- **Buchholz U (Robert Koch-Institut):** WHO Influenza-Impfziele 2010: Wo steht Deutschland und was ist noch zu tun? Berlin 2008 (Pressemitteilung der AG Influenza)
- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.):** Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends, Köln 2011
- **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS):** Factsheet Binge-Drinking und Alkoholvergiftungen, 2010 (<http://www.dhs.de>)
- **Epidemiologisches Krebsregister Nordrhein-Westfalen (EKR NRW):** Report 2010, Münster 2010
- **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):** Informationen zur Beratungspflicht (Krebsfrüherkennungsuntersuchungen), 13.2.2009 (<http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/krebsfrueherkennung/beratungspflicht/> letzter Zugriff: 2.11.11)
- **Geschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen (qs-nrw):** Jahresauswertung Geburtshilfe 2010 (<http://www.qs-nrw.de/fileadmin/qsnrw/doc/Statistiken2010/000000000-16n1-2010-13.pdf>)
- **Heitmann C:** „Hormontherapie in und nach den Wechseljahren“, in: Glaeske G, Janhsen K: GEK-Arzneimittel-Report 2007, St. Augustin: 2007
- **Husmann G, Kaatsch P, Katalinic A et al.:** Krebs in Deutschland 2005/2006 - Häufigkeiten und Trends, Berlin 2010 (Hrsg. RKI und GEKID)
- **Information und Technik NRW (IT.NRW) (Hrsg.):** Statistisches Jahrbuch NRW 2010, Düsseldorf 2010
- **Laue E:** Nichtraucher auf dem Vormarsch - Gesundheitsschutz hat Vorrang, Wiesbaden 2010 (Hrsg.: Statistisches Bundesamt, www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2010__06/PDF2010__06.property=file.pdf)
- **Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW) (Hrsg.):** Gesunde Arbeit NRW 2009. Belastung - Auswirkung - Gestaltung - Bewältigung, Düsseldorf 2009 (LIGA.Praxis 3)

- **Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) (Hrsg.):** Landesgesundheitsbericht 2009. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in NRW, Düsseldorf 2009
- **Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (Hrsg.):** Brustkrebs - Früherkennung und Behandlung, Düsseldorf (Veröffentlichung in Vorbereitung)
- **Raspe H:** Chronische Erkrankungen - Definition und Verständnis, in: Bundesgesundheitsblatt, 2011, Nr. 1, S. 4-8
- **Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.):** Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen, Berlin 2008 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 40)
- **Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.):** Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“, Berlin 2010
- **Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.):** Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes)
- **Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.):** Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland, Berlin 2010
- **Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.):** Schätzung Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin, 21. Nov. 2011/Nr. 46, Berlin 2011a
- **Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.):** HIV/AIDS in Nordrhein-Westfalen – Eckdaten der Schätzung, Stand: Ende 2011, Berlin 2011b
- **Schrader M, Arning A (Krebsgesellschaft NRW):** Brustkrebs – Verbreitung und Versorgungsstrukturen, Düsseldorf (unveröffentl. Man.)
- **Schräpler JP:** „Konstruktion von SGB II-Dichten als Raumindikator und ihre Verwendung als Indikator im Rahmen der Sozialberichterstattung am Beispiel der „sozialen Belastung“ von Schulstandorten in NRW - ein Kerndichte Ansatz“, in: AStA Wirtschafts- und Sozialstatistisches Archiv, 2011, Nr. 2
- **Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al.:** „Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data“, in: Lancet, 2011, Vol. 378, S. 124-125
- **van den Bussche H, Koller D, Kolonko T et al.:** Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany, in: BMC Public Health, 2011, 11: 1-9 (s. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/101>)

Glossar

- **Altersstandardisierung** Für den zeitlichen und räumlichen Vergleich von Mortalitätsraten werden in diesem Bericht sogenannte „altersstandardisierte“ Raten verwendet. Die Altersstandardisierung macht die Sterbeziffern unterschiedlicher Regionen oder Zeiträume vergleichbar, indem sie den Einfluss eines unterschiedlichen Altersaufbaus der jeweiligen Bezugsbevölkerung durch Gewichtung ausschaltet. Demzufolge zeigen altersstandardisierte Sterbeziffern an, wie die Sterblichkeit in der Bevölkerung wäre, wenn die Altersstruktur der Standardbevölkerung zu Grunde läge. Verwendet wird hierfür die sogenannte „Alte Europa-Standardbevölkerung“. So lässt sich zeigen, dass der Anstieg der nicht-altersstandardisierten Krebssterblichkeit in den letzten Jahren ein Ergebnis der zunehmenden Alterung der Bevölkerung ist, während die altersstandardisierte Rate kontinuierlich zurückgeht, da das Risiko, an Krebs zu versterben, in allen Altersgruppen abnimmt.
- **Ambulante Behandlungsprävalenz** Häufigkeit ambulanter Behandlungen pro Jahr, angegeben z. B. je 100 Personen (Prozent). Die für diesen Bericht genutzten Daten basieren auf den Abrechnungsdaten (Behandlungsd Diagnosen) der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe. Da es sich bei diesen Daten um eine jährliche Vollerhebung auf der Basis aller GKV-Versicherten Nordrhein-Westfalens handelt, werden die Daten auf die Gesamtbevölkerung bezogen. Hierdurch entsteht eine gewisse Unterschätzung der Behandlungsprävalenz, da die Privatversicherten (ca. 9 % der Bevölkerung) nicht erfasst werden.
- **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.
- **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
- **BMI (Body Mass Index)** Zur Definition von Gewichtskategorien wie Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) wird der sogenannte Body Mass Index benutzt. Der Body Mass Index wird aus dem Quotienten des Gewichtes in kg und dem Quadrat der Körpergröße in m² berechnet.
- **Epidemie** zeitliche und räumliche Häufung einer Krankheit (meistens einer Infektionskrankheit) innerhalb einer Population
- **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
- **Gesunde Lebenserwartung** Das Konzept der Lebenserwartung bei guter Gesundheit soll den Aspekt der Lebensqualität (Gesundheit) in die Betrachtung der Lebenserwartung

(s.u.) einbinden. Gemessen wird im Gegensatz zur Lebenserwartung, wie viele Lebensjahre bei guter Gesundheit zu erwarten sind. Die in der Gesundheitsberichterstattung der Länder verwendete Methode ist die Berechnung der Lebenserwartung ohne Behinderung (disability-free life expectancy) auf der Grundlage der Schwerbehindertenstatistik.

- **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.
- **Indikatoren der Ländergesundheitsberichterstattung** Die im vorliegenden Bericht vielfach als Datenquelle zitierten Indikatoren entstammen dem „Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder“ in der aktuellen 3. Fassung.
- **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** Verminderte oder aufgehobene Durchblutung eines Gewebes bzw. Organs
- **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
- **Lebenserwartung** Die Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem definierten Alter bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Die fernere Lebenserwartung der Nulljährigen wird hierbei auch als mittlere Lebenserwartung bezeichnet. Sie darf nicht als prognostischer Wert verstanden werden, sondern als eine Momentaufnahme, die die durchschnittliche aktuelle Lebenserwartung der untersuchten Bevölkerung wiedergibt.
- **Mammographie** Röntgenuntersuchung der Brust
- **Morbidität** Krankheitshäufigkeit in einer Bevölkerung.
- **Mortalität** Rate der Sterbefälle, angegeben beispielsweise als jährliche Anzahl der Sterbefälle je 100.000 Einwohner.
- **Okkultes Blut** Mit dem Auge nicht erkennbare Blutbeimengung, beispielsweise im Stuhl (Bestandteil der Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchung).
- **Prävalenz** Rate aller bereits an einer bestimmten Krankheit Erkrankten in einem definierten Zeitraum, ein Gradmesser für die Häufigkeit einer Erkrankung (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.
- **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 über schwerbehinderte Menschen
- Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung
- Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
- Statistik der Geburten
- Statistik der Straßenverkehrsunfälle

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

- Gesundheitssurvey NRW
- Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

Epidemiologisches Krebsregister NRW gGmbH

- Epidemiologisches Krebsregister NRW

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe-bund)

- Daten Bundesebene, verschiedene Quellen

Robert Koch-Institut (RKI)

- GEDA 2009, Public Use File, Berlin 2011

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe

- Statistik der ambulanten Behandlungsdiagnosen

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI)

- ADT Panel

BKK Bundesverband

- AU-Leistungsdaten

Deutsche Rentenversicherung Bund

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

Ausgewählte Gesundheitsberichte der letzten Jahre

Gesundheitsberichte Nordrhein-Westfalen

- Die Bevölkerungsbefragung zur Gesundheit 2009. Eine repräsentative Erhebung für NRW (2011)
- Landesgesundheitsbericht 2009. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen (2009)
- 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

In Fortführung der indikatorengestützten Gesundheitsberichterstattung werden zentrale Gesundheitsindikatoren visualisiert und kommentiert in kurzen Analysen vorgestellt. Datengrundlage sind hauptsächlich die GMK-Indikatoren für NRW.

2011

- Säuglingssterblichkeit in NRW (November 2011)
- Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen - Aktuelle Trends in Nordrhein-Westfalen (August 2011)
- Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Nordrhein-Westfalen (März 2011)
- Säuglingssterblichkeit in NRW (Februar 2011)
- Prognosen über Bevölkerungsentwicklung und Krankheitsgeschehen als Planungsbasis für Versorgungskonzepte am Beispiel Ostwestfalen-Lippe (Februar 2011)
- Telemedizin zu Hause - Bekanntheitsgrad und Einstellung in der Bevölkerung von Nordrhein-Westfalen (Januar 2011)

2010

- Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen (Juli 2010)
- Zahnärztliche Versorgung in NRW (März 2010)

2009

- Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen (Oktober 2009)
- 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)

Schulärztliche Untersuchungen – Jahresberichte

Seit 2007 als CD-ROM

Der wissenschaftliche Beirat Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen

Die Gesundheitsberichterstattung des Landesentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen wird seit 2008 von einem wissenschaftlichen Beirat begleitet. Ihm gehören die folgenden Personen an:

- **Dr. Karl-Heinz Feldhoff**
Leiter des Kreisgesundheitsamtes Heinsberg
- **Prof. 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

Der Beirat war beratend in die Planung und Ausführung des vorliegenden Berichts eingebunden. Dafür sei allen Mitgliedern an dieser Stelle herzlich gedankt.

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen
Referat Presse, Öffentlichkeitsarbeit
Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 8618-50
info@mgepa.nrw.de
www.mgepa.nrw.de

Autoren

Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf
Rolf Annuß, LZG.NRW
Dr. Brigitte Borrmann, LZG.NRW
Dr. Cornelia Gerdau-Heitmann, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen
Stefan Hildebrandt, Student der Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
Klaus Simon, LZG.NRW
Waldemar Streich, LZG.NRW
Prof. Dr. Klaus Peter Strohmeier, Abteilung Sozialwissenschaften, Ruhr-Universität Bochum

Gestaltung

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)

Quellennachweis

Titel © AOK-Mediendienst; Seite 3 © MGEPA - Torsten Stecher

Druck

jva druck+medien Geldern

© 2012/MGEPA 110

Die Druckfassung kann bestellt werden:

- im Internet: www.mgepa.nrw.de/publikationen
- telefonisch: **Nordrhein-Westfalen direkt**

01803 100 110*

*9 Cent/Min. aus dem dt. Festnetz – Mobilfunk, max. 0,42 €/Min.

Bitte die Veröffentlichungsnummer **110** angeben.

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 zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 8618-50
info@mgepa.nrw.de
www.mgepa.nrw.de

