



Landesgesundheitsbericht 2015.

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





Landesgesundheitsbericht 2015.

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



Vorwort der Ministerin

In einer älter werdenden Bevölkerung verändern sich die Bedarfe an Gesundheits- und Pflegeleistungen. Vermehrt treten chronische und Mehrfacherkrankungen auf und im höheren Lebensalter steigt die Möglichkeit, an einer Demenz zu erkranken. Die Bedarfe verändern sich aber auch, weil die neue Generation alter Menschen durch ein anderes Lebensgefühl geprägt wurde. Sie ist besser informiert, kritischer und hat eigene Vorstellungen von einem selbstbestimmten Leben. Dazu zählt, im Krankheits- und Pflegefall zu Hause versorgt zu werden und so lange wie möglich im gewohnten sozialen Umfeld bleiben zu können.

Für diese neuen Bedarfe müssen wir zum einen unsere Versorgungsstrukturen so weiterentwickeln, dass alle notwendigen Leistungen frühzeitig und nahtlos bei den Menschen ankommen. Und zum anderen müssen wir Versorgungsangebote viel stärker präventiv ausrichten, auch und gerade für Menschen in der nachberuflichen Lebensphase. Wir wissen auch, und das bestätigt der aktuelle Landesgesundheitsbericht, dass es immer noch eine große Gruppe von Menschen gibt, die von den Angeboten unserer Gesundheitsversorgung kaum oder zu spät erreicht werden. Bildung und soziale Lebenslagen spielen nach wie vor eine große Rolle bei der Frage, wie gesund Menschen sind und wie gesund sie leben.

Für eine zielgerichtete Weiterentwicklung unserer bestehenden Angebote müssen wir Erkenntnisse aus einer möglichst breiten Datenbasis heranziehen. Daher ist die kontinuierliche Beobachtung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen eine wesentliche Aufgabe unserer Landesgesundheitspolitik. Für das Gesundheits-Monitoring stehen Routinedaten aus unterschiedlichen Quellen, wie z. B. der Krankenhausdiagnosestatistik, der Todesursachenstatistik und den NRW-Gesundheits-surveys zur Verfügung. Diese geben einen allgemeinen Überblick anhand von Durchschnittswerten. Der Landesgesundheitsbericht beschreibt damit nicht die Gesundheit aller 17,6 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner von

Nordrhein-Westfalen im Detail, aber er verfolgt das Ziel, so weit wie möglich die speziellen Problemlagen einzelner Bevölkerungsgruppen zu berücksichtigen. Wie sieht die gesundheitliche Situation der Frauen im Vergleich zu der von Männern aus? Welchen Einfluss hat der sozioökonomische Status auf die Gesundheit? Welche gesundheitlichen Probleme und Ressourcen haben Menschen mit Migrationsgeschichte? Antworten auf diese Fragen ziehen sich durch den gesamten Bericht und können dazu beitragen, die Entwicklung bedeutsamer Gesundheitsindikatoren, wie z. B. der Lebenserwartung oder der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen, besser zu verstehen.

Anders als die beiden Vorgängerberichte enthält der aktuelle Bericht deutlich mehr Verweise auf nationale und internationale Studien und wissenschaftliche Erkenntnisse zur Bevölkerungsgesundheit und zu den wesentlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Auch diese stärkere Verknüpfung mit dem aktuellen Public Health Forschungsstand soll zu einem besseren Verständnis aktueller Trends des Krankheitsgeschehens und der Ursachen für gesundheitliche Unterschiede zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen beitragen.

Hier liegt der Schlüssel zur Stärkung einer sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung und einer breit angelegten Gesundheitsförderung und damit auch zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität jedes einzelnen Menschen.

Barbara Steffens

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

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	11
Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen	14
Gesundheit und Krankheit	20
■ Lebenserwartung	23
■ Selbsteinschätzung der Gesundheit	26
■ Entwicklung der Sterblichkeit und der häufigsten Todesursachen ..	27
■ Vorzeitige und vermeidbare Sterblichkeit in Nordrhein-Westfalen	29
■ Die häufigsten Diagnosen in der ambulanten Versorgung	31
■ Metabolisches Syndrom	32
▣ Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter	33
▣ Bluthochdruck im Erwachsenenalter	33
▣ Erhöhte Blutfettwerte im Erwachsenenalter	34
▣ Typ 2 Diabetes im Erwachsenenalter	34
■ Herz-Kreislauf-Krankheiten	35
▣ Entwicklung der Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems in Nordrhein-Westfalen	35
▣ Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt	36
▣ Zerebrovaskuläre Erkrankungen, Schlaganfall	36
■ Krebserkrankungen und Krebssterblichkeit	38
▣ Entwicklung der Krebserkrankungen in Nordrhein-Westfalen	38
▣ Lungenkrebs	40
▣ Darmkrebs	42
▣ Spezielle Krebslokalisationen bei Frauen: Brust und Gebärmutterhals	42
▣ Spezielle Krebslokalisationen bei Männern: Prostata	44
■ Rückenschmerzen	45
■ HIV/AIDS und Syphilis	46

■ Psychische Erkrankungen	47
▣ Suchterkrankungen	48
▣ Depressionen	51
▣ Suizid und Suizidgefährdung	52
▣ Demenz	54
Gesundheit einzelner Bevölkerungsgruppen	56
■ Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	59
▣ Säuglingssterblichkeit	59
▣ Frühgeburten und untergewichtige Neugeborene	60
▣ Die häufigsten (Behandlungs-)Diagnosen in der ambulanten und stationären pädiatrischen Versorgung	61
▣ Gesundheit, Entwicklungsstand und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern zum Zeitpunkt der Einschulung	62
▣ Übergewicht und Adipositas bei Kindern zum Zeitpunkt der Einschulung	64
▣ Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche	65
▣ Schutzimpfungen	66
▣ Allergien im Kindesalter	67
■ Gesundheit von Menschen mit Migrationsgeschichte	69
▣ Bevölkerung mit Migrationsgeschichte in Nordrhein-Westfalen	69
▣ Gesundheitliche Situation	71
▣ Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen	73
▣ Arbeit und Gesundheit	76
▣ Schwerbehinderungen	77
Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken	78
■ Rauchen	81
■ Alkoholkonsum	82
■ Obst- und Gemüseverzehr	83
■ Bewegung	84
■ Arbeitsbedingte Belastungen	85
■ Verletzungen und Vergiftungen	87
■ Verkehrsunfälle	89

Anhang	93
■ Literatur	95
■ Glossar	103
■ Datenquellen und Datenhalter	106
■ Gesundheitsberichte der letzten Jahre	107
■ Der wissenschaftliche Beirat Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen	107
■ Impressum	109

Einleitung

Der Landesgesundheitsbericht gibt einen Gesamtüberblick über die gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Im Fokus stehen dabei weit verbreitete Erkrankungen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. Dabei werden durchgängig das Geschlecht, das Alter und - wenn möglich - der sozioökonomische Status berücksichtigt. Der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und der Gesundheit von Menschen mit Migrationsgeschichte ist jeweils ein eigenes Kapitel gewidmet.

Eine wesentliche Datenquelle, die für den Bericht genutzt wurde, ist die Statistik der ambulanten Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe. Diese Daten bilden die ambulante Krankheitshäufigkeit aller gesetzlich Krankenversicherten in Nordrhein-Westfalen ab und stimmen häufig sehr gut mit Angaben zur Morbidität aus epidemiologischen Studien überein, die zum Vergleich herangezogen wurden. Sie eignen sich somit zur Trendbeobachtung des Krankheitsgeschehens und - da sie alters- und geschlechtsspezifisch vorliegen - auch für die Beobachtung von Geschlechterunterschieden und die Entwicklung der Krankheitshäufigkeit in unterschiedlichen Altersgruppen. Daten aus anderen Routinestatistiken des Gesundheitswesens, wie z. B. der Krankenhausstatistik, der Reha-Statistik der Deutschen Rentenversicherung und der Todesursachenstatistik ergänzen die Daten zur Morbidität und Mortalität in Nordrhein-Westfalen.

Für die Beschreibung der Gesundheit von Kindern wurden zusätzlich die Ergebnisse der landesweiten Schuleingangsuntersuchungen herangezogen. Diese bilden eine einzigartige und besonders wertvolle Datenquelle, da sie die Einschätzung des Gesundheitszustands eines kompletten Jahrgangs von 5- bis 6-jährigen Schulneulingen ermöglichen. Verzerrungen durch eine Selektion der Stichprobe, die bei epidemiologischen Studien nahezu unvermeidlich sind, entfallen bei diesen Untersuchungsergebnissen. Eine weitere wichtige Datenquelle für den Landesgesundheitsbericht ist der jährliche NRW-Gesundheitssurvey. Diese repräsentative telefonische Bevölkerungsbefragung dient unter anderem der Erfassung der subjektiven Selbsteinschätzung der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und ermöglicht - wie bei den Schuluntersuchungsdaten - eine Verknüpfung von Gesundheitsdaten und soziodemografischen Daten auf der Ebene des Individuums. Die Survey-Daten sind deshalb eine wesentliche Grundlage des Berichtskapitels zur Gesundheit von Menschen mit Migrationsgeschichte.

Anhand dieser Datengrundlage lässt sich zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen gegenwärtig insbesondere Folgendes festhalten:

Gesundheit von Frauen und Männern

Frauen können in Nordrhein-Westfalen im Durchschnitt mit einer knapp fünf Jahre höheren Lebenserwartung rechnen als Männer. Die Lebenserwartung von Frauen liegt aktuell bei 82,3 Jahren und bei Männern bei 77,5 Jahren.

Bei Frauen gehören neben Herz-Kreislauf-Krankheiten, Brust- und Lungenkrebs auch die chronisch obstruktive Lungenkrankheit und Demenzerkrankungen zu den zehn häufigsten Todesursachen. Bei Männern dominieren ebenfalls Herz-Kreislauf-Krankheiten sowie Lungen-, Prostata-, Darm- und Pankreaskrebs. Zusätzlich gehört bei Männern die Lungenentzündung zu den Haupttodesursachen.

Psychische Erkrankungen nehmen bei beiden Geschlechtern zu. Bei Frauen stehen Angststörungen, Depressionen und somatoforme Störungen im Vordergrund, bei Männern ist es die Alkoholabhängigkeit. Angststörungen und Depressionen werden aber auch bei Männern immer häufiger diagnostiziert. Ein weiteres, weit verbreitetes Gesundheitsproblem ist die Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, insbesondere bei älteren Frauen.

In Bezug auf Lebensstil-Faktoren wie Rauchen, Bewegung und Ernährung schneiden Frauen im Durchschnitt etwas besser ab als Männer. Es gibt aber auch hier die Tendenz der Angleichung zwischen den Geschlechtern. Nach wie vor begeben Frauen sich deutlich häufiger als Männer in ambulante Behandlung und nehmen auch häufiger Vorsorgeuntersuchungen wahr.

Gesundheit im Alter

Der Gewinn an Lebensjahren geht für viele Menschen auf die gesamte Lebensspanne bezogen mit einem Gewinn an Gesundheit einher. Die Alterung der Bevölkerung bedeutet somit nicht zwangsläufig, dass Krankheiten und Kosten im Gesundheitswesen wesentlich zunehmen müssen („Medikalisierungsthese“). Vor allem im Alter gibt es aber große individuelle Unterschiede im Bezug auf den Gesundheitsstatus. Von einem Zugewinn an gesunden Lebensjahren („Kompressionsthese“) ist in erster Linie in sozial besser gestellten Bevölkerungsgruppen auszugehen.

Nach eigenen Angaben leiden ca. 50 % der Älteren unter dauerhaften Einschränkungen im Alltag. Die Auswirkungen chronischer Krankheiten (wie Schmerzen, Bewegungs- und Koordinationsstörungen) sowie nachlassende

Fähigkeiten der Sinnesorgane können zu eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten führen und das psychische Wohlbefinden beeinträchtigen. Von Depressionen sind die 55- bis 59-Jährigen am häufigsten betroffen. Der Anteil an Frühberentungen aufgrund von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen ist in den letzten Jahren stark angestiegen.

Multimorbidität im Alter ist meistens durch das gleichzeitige Vorliegen von Adipositas, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes gekennzeichnet. Diese Erkrankungen gehen mit einem erhöhten Risiko für Demenzerkrankungen einher und sind potenziell vermeidbar. Die verschiedenen Formen der Demenz sind unter Hochaltrigen weit verbreitet - allerdings sind unter den über 85-Jährigen ca. 70 % bis 75 % nicht dement.

Soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Regionale Unterschiede in Nordrhein-Westfalen, z. B. bei der Lebenserwartung, verdeutlichen den Einfluss von sozialen und wirtschaftlichen Einflussgrößen wie Bildung, Arbeitslosigkeit und Wohlstand auf die Gesundheit. Zieht man die Arbeitslosenquote als Indikator der sozialen Lage heran, zeigt sich, dass in Kreisen und kreisfreien Städten mit einer niedrigen Arbeitslosenquote die Lebenserwartung deutlich höher ist als dort, wo die Arbeitslosenquote hoch ist. Das Streudiagramm zeigt diesen Zusammenhang für Frauen (s. Seite 13). Auch in der männlichen Bevölkerung ist die Lebenserwartung in Kreisen mit hoher Arbeitslosigkeit geringer.

Die Sterblichkeit an einigen Erkrankungen gilt für bestimmte Altersgruppen als vermeidbar, da ihr Ausmaß durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention verringert werden kann. Ein Beispiel sind Todesfälle an Lungenkrebs in der Altersgruppe 15 bis 64 Jahre. Bei diesen Erkrankungen zeigt sich das Zusammenspiel sozialer Einflussgrößen und riskanter gesundheitlicher Verhaltensweisen wie dem Rauchen besonders deutlich (s. Seite 13).

Soziale Einflussfaktoren beeinflussen auch die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Dies zeigt sich im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen beispielsweise beim Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder. Der Anteil an adipösen Kindern in Familien mit niedrigem Bildungsstand (8,0 %) ist gegenüber dem Anteil in Familien mit hohem Bildungsstand (2,2 %) fast um ein Vierfaches erhöht.

Auch eine Migrationsgeschichte kann sich auf die gesundheitliche Lage und die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen auswirken. Allerdings gibt es innerhalb der Gruppe von Menschen mit Migrationsgeschichte große

Unterschiede, häufig wirkt ein Geflecht aus sozialen Einflussfaktoren und der Migrationsgeschichte der Menschen.

Schlussfolgerungen im Hinblick auf Präventions- und Versorgungsbedarfe

Die noch immer steigende Lebenserwartung bei gleichzeitig wachsender Gesamt-Morbidität verdeutlicht die Grenzen eines immer noch überwiegend reparaturorientierten Gesundheitswesens. Ein Großteil der Bevölkerung geht davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte im Krankheitsfall nicht nur für Linderung, sondern für Heilung sorgen können. Bei den deutlich zunehmenden chronischen Erkrankungen (z.B. Arthritiden, Diabetes Typ II) ist zwar keine Heilung, allerdings durch verbesserte Behandlungsmöglichkeiten eine Steigerung der Lebensqualität und Lebensverlängerung möglich. Ein eher veraltetes Krankheitsverständnis und die Annahme, dass die meisten chronischen Erkrankungen schicksalhaft entstehen und in ihrer Entwicklung kaum beeinflussbar seien, führt dazu, dass große Potenziale von Eigeninitiative und gesundheitsförderlicher Lebensweise noch nicht ausreichend erkannt und umgesetzt werden. Nötig sind dafür Maßnahmen zur Steigerung der Motivation, sich individuell und aktiv um den Erhalt oder die Verbesserung der Gesundheit zu bemühen und Nachweise, dass diese Bemühungen lohnenswert sind.

Auch auf medizinischer Seite ist ein Umdenken notwendig. Die Möglichkeiten der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention innerhalb des Gesundheitssystems werden bei weitem nicht ausgeschöpft. Hilfreich wären in diesem Zusammenhang u.a. eine Stärkung der institutions- und professionsübergreifenden Zusammenarbeit und ganzheitliche Maßnahmen, die die Inhalte der Bereiche Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Selbstmanagement verbinden und vermitteln.

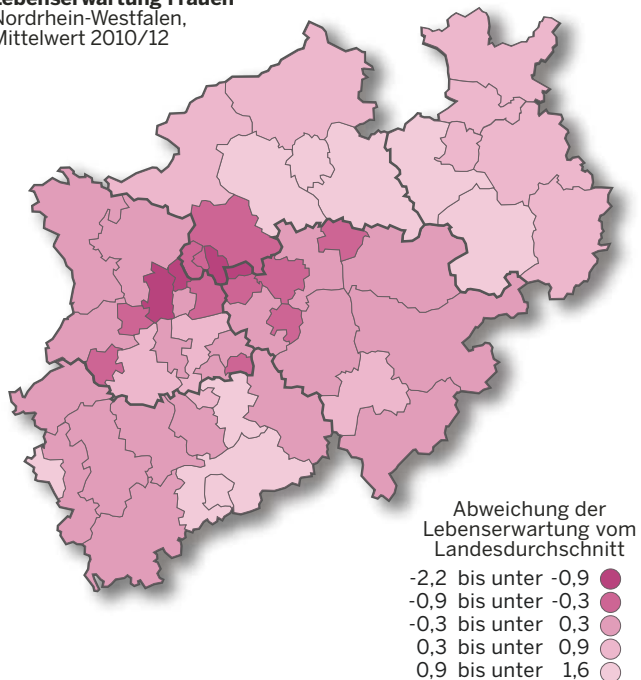
Darüber hinaus werden durch einen wachsenden Anteil älterer, multimorbider Patientinnen und Patienten der strukturelle Ausbau und die qualitative Optimierung einer integrierten Versorgung immer dringlicher. Notwendig wird eine grundlegende Umorientierung des Gesundheitswesens, um die wachsende Krankheitslast in der Bevölkerung einzudämmen.

Die Public Health Forschung der letzten Jahrzehnte konnte immer wieder zeigen, dass die Lebensbedingungen maßgeblichen Einfluss auf die Bevölkerungsgesundheit haben. Die salutogenen Wirkungen guter Bildungschancen und erleichterter Zugänge zum Arbeitsmarkt, der Eindämmung von Umweltrisiken (wie Verkehrslärm, Luftverunreinigung und Belastung von Trinkwasser und Lebensmitteln) und eines gesunden, barrierefreien (Wohn-)Umfelds mit stabilem sozialen Zusammenhalt können kaum hoch genug

eingeschätzt werden. Viele Kommunen in Nordrhein-Westfalen haben sich bereits auf den Weg gemacht, diese Faktoren auf der Quartiersebene zu stärken und setzen dabei auf Partizipation und Teilhabe aller Bevölkerungsgruppen. Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen und der Öffentliche

Gesundheitsdienst können im Rahmen dieser Prozesse auf der Basis kommunaler Gesundheitsberichterstattung wertvolle Beiträge leisten, wenn es darum geht Beispiele guter Praxis der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung in die Quartiersentwicklung zu integrieren.

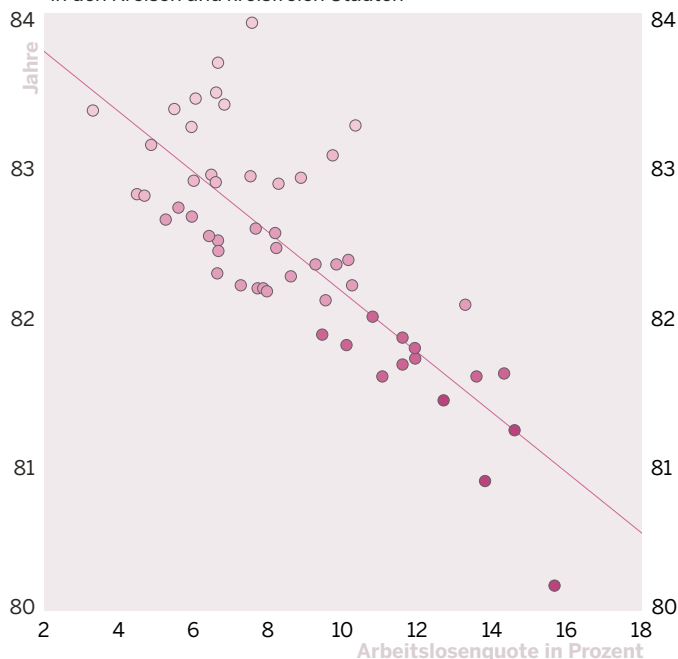
Lebenserwartung Frauen
Nordrhein-Westfalen,
Mittelwert 2010/12



Abbildung

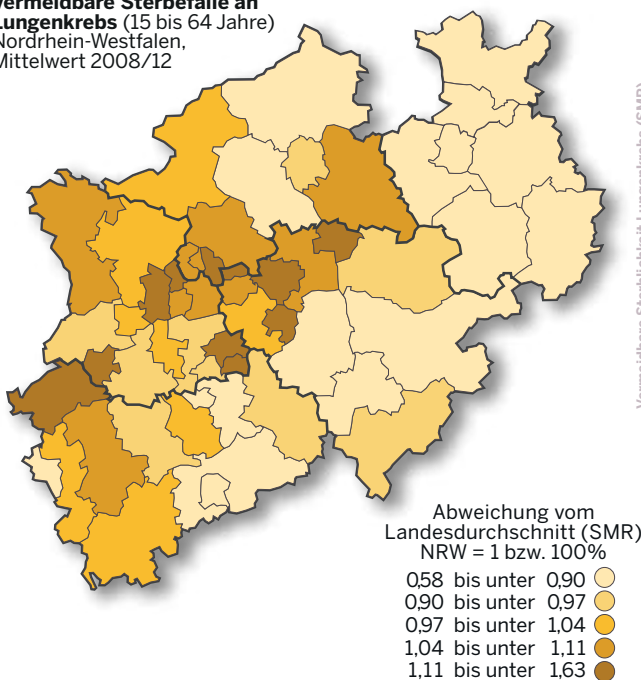
Karte: Abweichung der mittleren Lebenserwartung der Frauen vom Landesdurchschnitt, Nordrhein-Westfalen 2010/2012 (3-Jahres-Mittelwert) | IT.NRW, Indikator 3.10: LZG.NRW (eigene Berechnung)

Lebenserwartung Frauen und Arbeitslosenquote
in den Kreisen und kreisfreien Städten



Streudiagramm: Regionale Arbeitslosenquote (2012) und Lebenserwartung (Frauen, 2010/2012, (3-Jahre-Mittelwert)), die Einfärbung der Punkte entspricht der Klassifikation der Kreise/kreisfreien Städte in der Karte, Nordrhein-Westfalen | IT.NRW, Indikatoren 2.21 und 3.10: LZG.NRW (eigene Berechnung)

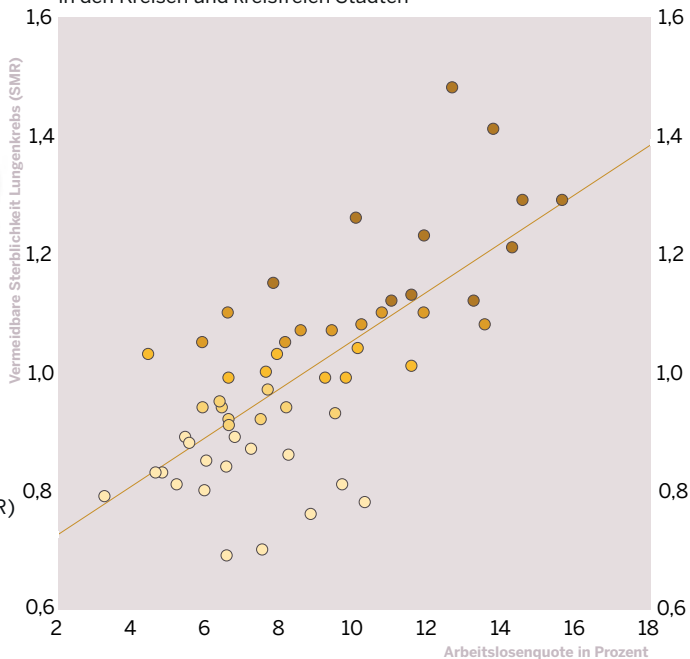
Vermeidbare Sterbefälle an Lungenkrebs (15 bis 64 Jahre)
Nordrhein-Westfalen,
Mittelwert 2008/12



Abbildung

Karte: Vermeidbare Sterbefälle (indirekte Altersstandardisierung (SMR)) an Lungenkrebs (ICD-10: C33–C34) bei 15- bis 64-Jährigen, Nordrhein-Westfalen 2008/2012 (5-Jahres-Mittelwert) | IT.NRW, Indikator 3.14: LZG.NRW (eigene Berechnung)

Vermeidbare Sterbefälle an Lungenkrebs und Arbeitslosigkeit
in den Kreisen und kreisfreien Städten



Streudiagramm: Regionale Arbeitslosenquote (2012) und Vermeidbare Sterbefälle (indirekte Altersstandardisierung (SMR)) an Lungenkrebs (ICD-10: C33–C34) bei 15- bis 64-Jährigen 2008/2012 (5-Jahres-Mittelwert), die Einfärbung der Punkte entspricht der Klassifikation der Kreise/kreisfreien Städte in der Karte, Nordrhein-Westfalen | IT.NRW, Indikatoren 2.21 und 3.14: LZG.NRW (eigene Berechnung)

155.102

Geburten in 2014.
8,4% Zuwachs gegenüber
dem historischen
Tiefstand 2011.

17.638.098

Menschen leben 2014 in Nordrhein-Westfalen

Darunter haben

4.351.000

Menschen eine
Migrationsgeschichte

Darunter
sind

1.844.455

Menschen mit
ausländischer
Staatsbürgerschaft

Bevölkerung

in Nordrhein-Westfalen

Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen

Bevölkerungswachstum in Nordrhein-Westfalen

Im Jahr 2014 liegt die Anzahl der Neugeborenen trotz eines Geburtenanstiegs erneut deutlich unter der Anzahl der Verstorbenen. Da jedoch mehr Menschen nach Nordrhein-Westfalen zugezogen als weggezogen sind, kommt es insgesamt zu einem Anstieg der Bevölkerungszahl um 3,8% im Vergleich zum Vorjahr.

5,7% der Menschen in Nordrhein-Westfalen sind 80 Jahre und älter (2014)

Im Jahr 2030 wird der Anteil Hochbetagter (Alter 80 plus) voraussichtlich bei 7,2 % und noch bis 2051 weiter ansteigen [IT.NRW 2015].

In Nordrhein-Westfalen ist die Bevölkerungszahl im Jahr 2014 gegenüber dem Vorjahr angestiegen. Sie lag am 31.12.2014 bei 17.638.098, davon waren ca. 9 Millionen

Frauen und 8,6 Millionen Männer (s. Abbildung 1). Diese Zahlen beruhen auf der Fortschreibung der Volkszählung im Jahr 2011.

Altersaufbau der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen am 31.12.2014 und die Prognose für 2030

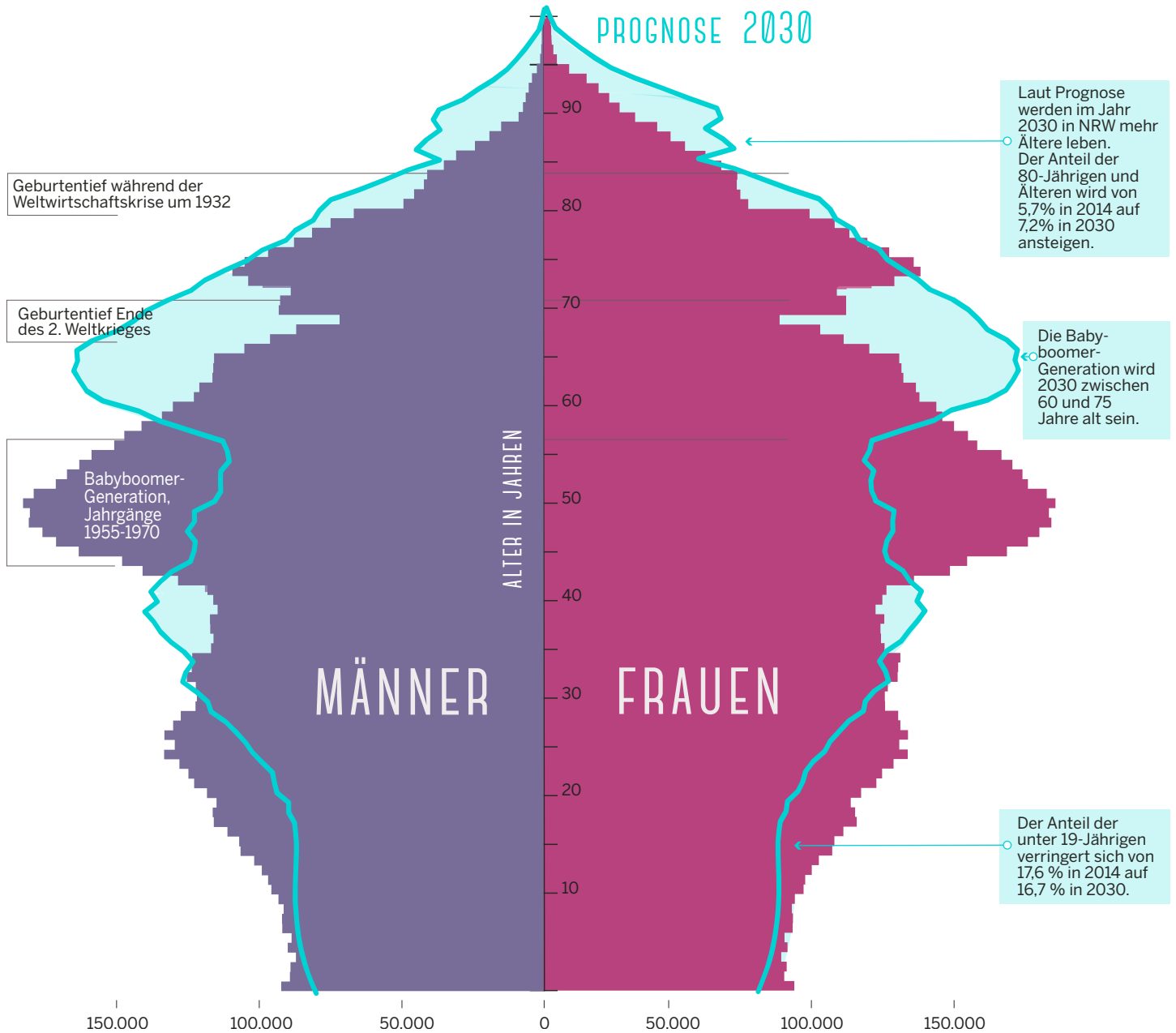


Abbildung 1 Bevölkerung nach Geschlecht und Alter, Nordrhein-Westfalen, Bevölkerung am 31.12.2014 und Prognose für 2030 | IT.NRW, Indikator 2.03: LZG.NRW

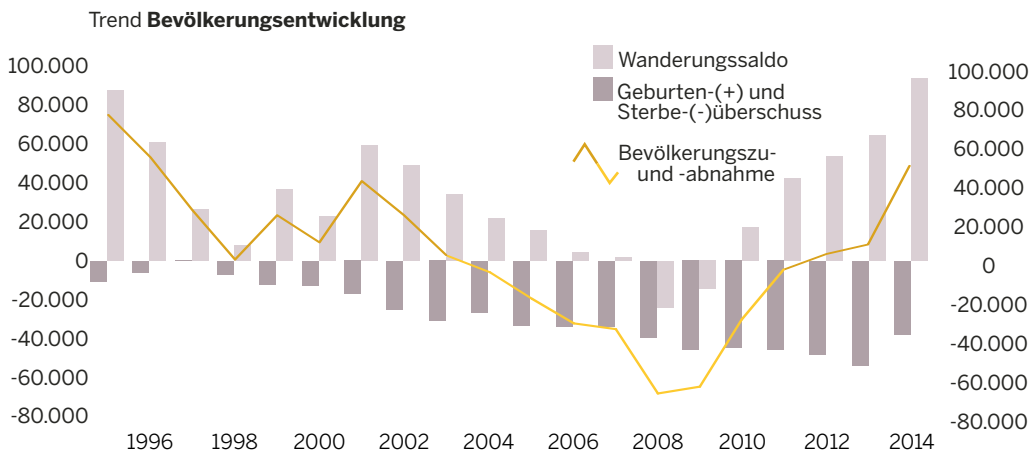


Abbildung 2 Bevölkerungsentwicklung, Nordrhein-Westfalen, 1995–2014 | IT.NRW, Indikator 2.09: LZG.NRW

Das Bevölkerungswachstum resultiert in erster Linie aus dem seit fünf Jahren zunehmenden positiven Wanderungssaldo (s. Abbildung 2): 2014 sind ca. 94.000 Menschen mehr nach Nordrhein-Westfalen zugezogen als fortgezogen. Bei der natürlichen Bevölkerungsbewegung ist die Bilanz weiterhin negativ, es versterben deutlich mehr Personen als Kinder geboren werden.

Allerdings ist auch die Zahl der Geburten im Jahr 2014 weiter angestiegen, sie liegt bei 155.102 Neugeborenen. Gegenüber dem historischen Tiefstand im Jahr 2011 bedeutet das einen Zuwachs von 8,4 %. Die höchste Zunahme bei den Geburtenzahlen verzeichnen Coesfeld (plus 17,1 %) und Gelsenkirchen (plus 16,8 %).

Anteil der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte
Nordrhein-Westfalen,
Zensus 2011

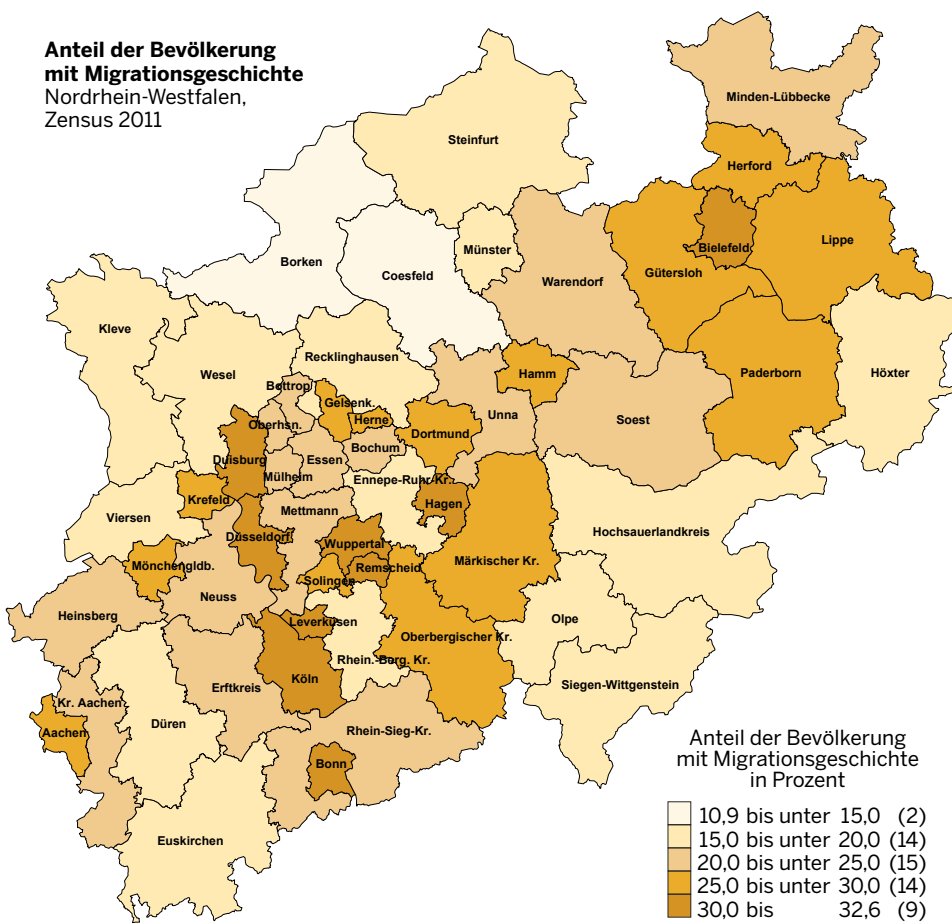


Abbildung 3 Anteil der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte in Prozent, Nordrhein-Westfalen 2011 | IT.NRW, Zensus 2011, Indikator 2.6_1: LZG.NRW

Anteil der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte in Prozent	
10,9 bis unter 15,0	(2)
15,0 bis unter 20,0	(14)
20,0 bis unter 25,0	(15)
25,0 bis unter 30,0	(14)
30,0 bis 32,6	(9)

Am Volkszählungstichtag (9. Mai 2011) lebten 1,7 Millionen Ausländerinnen und Ausländer in Nordrhein-Westfalen, der Anteil an der Gesamtbevölkerung betrug 9,5 %. Vor der aktuellen Volkszählung waren die Bevölkerungsstatistiker von einer Zahl von 1,9 Millionen ausgegangen. Die durch die Volkszählung korrigierte Überschätzung der Einwohnerzahl Nordrhein-Westfalens um ca. 300.000 Personen ist daher in erster Linie auf Fehler bei der Erfassung der ausländischen Bevölkerung zurückzuführen. Neben einem Wanderungsgewinn von rund 144.000 Zuzügen aus anderen Bundesländern wurden 2014 rund 290.000 Zuzüge aus dem Ausland verzeichnet. Die Anzahl an Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft stieg dadurch bis zum 31.12.2014 auf 1.844.455 Personen. Dies entspricht einem Anteil von 10,5 %.

Der Anteil an Frauen, Männern und Kindern mit Migrationsgeschichte ist deutlich höher. Denn hierzu zählen nach der im Rahmen der Volkszählung verwendeten Definition neben ausländischen Staatsangehörigen auch Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft, die entweder selbst oder deren Eltern nach 1955 in die Bundesrepublik Deutschland eingewandert sind. Am Volkszählungstichtag betrug der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe in Nordrhein-Westfalen 24,5 % und ist im Jahr 2014 auf 24,7 % gestiegen. In den Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen gibt es deutliche Unterschiede im Hinblick auf den Anteil an Menschen mit Migrationsgeschichte (s. Abbildung 3 (Karte)).

Frauen und Männer mit Migrationsgeschichte unterscheiden sich teilweise bezüglich ihrer gesundheitlichen Lage und ihres Zugangs zum Gesundheitswesen von der Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte. Hierbei sind allerdings bestimmte Determinanten wie Herkunftsland, Bildungsstand und Dauer des Aufenthalts im Zuwanderungsland ausschlaggebend. Den besonderen Aspekten der gesundheitlichen Lage und Versorgung von Migrantinnen und Migranten ist ein eigenes Kapitel in diesem Bericht gewidmet (s. Seite 69ff).

Der vielbeschworene „Demografische Wandel“, geprägt durch geringe Geburtenzahlen und die steigende Lebenserwartung mit der Folge einer Zunahme des Anteils älterer Menschen, stellt zweifellos besondere Herausforderungen an die gesamte Gesellschaft und speziell an die Sozialsysteme. Für Nordrhein-Westfalen zeigt die Entwicklung seit dem Jahr 2000 einen Anstieg des Anteils Hochbetagter (80 Jahre und älter) an der Bevölkerung von 3,7 % auf 5,7 % im Jahr 2014. Der Anteil älterer Menschen insgesamt (65 Jahre und älter) an der Bevölkerung liegt hingegen seit dem Jahr 2008, unter anderem aufgrund des Geburtentiefs am Ende des 2. Weltkriegs, bei ca. 20 % (s. Abbildung

4). Auch dieser Anteil wird wieder steigen, wenn die Babyboomer-Generation das Rentenalter erreicht.

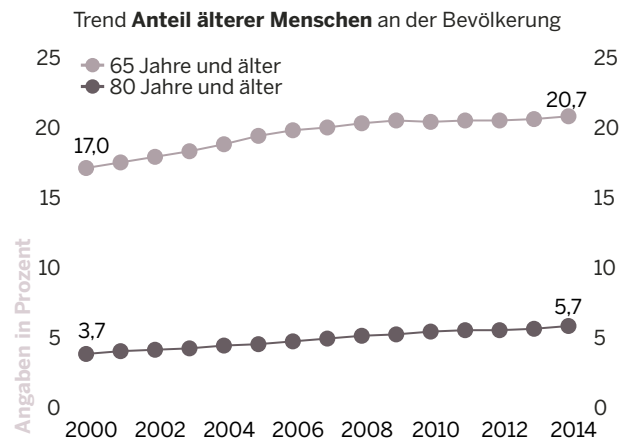
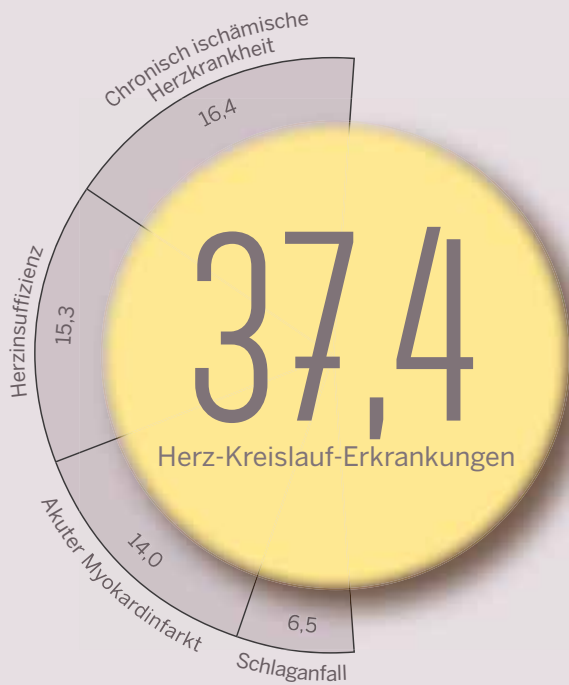


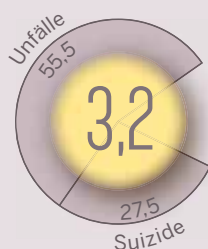
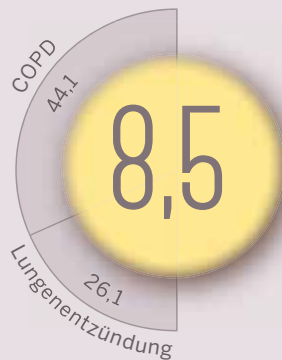
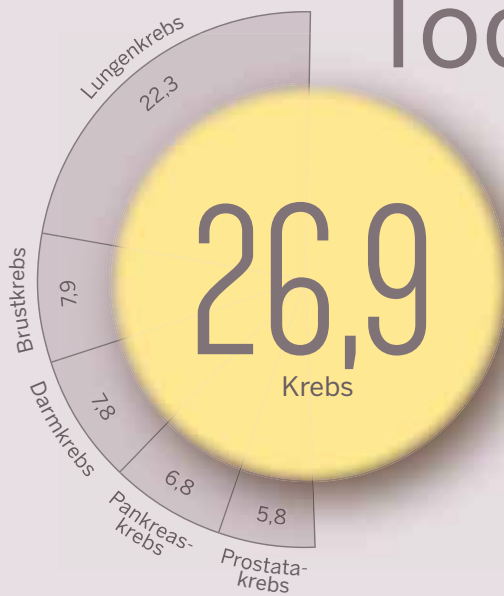
Abbildung 4 Anteil von Älteren (65 Jahre u. älter) und Hochbetagten (80 Jahre und älter) an der Gesamtbevölkerung, Nordrhein-Westfalen 2000–2014 | IT.NRW, Indikator 2.07: LZG.NRW



Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen gehören 2012 mit Abstand zu den häufigsten

Todesursachen

in Nordrhein-Westfalen. Zusammen machen sie 64,3% aller Todesfälle aus.



Gesundheit und Krankheit

Lebenserwartung	23
Selbsteinschätzung der Gesundheit	26
Entwicklung der Sterblichkeit und der häufigsten Todesursachen	27
Vorzeitige und vermeidbare Sterblichkeit in Nordrhein-Westfalen	29
Die häufigsten Diagnosen in der ambulanten Versorgung	31
Metabolisches Syndrom	32
Herz-Kreislauf-Krankheiten	35
Krebserkrankungen und Krebssterblichkeit	38
Rückenschmerzen	45
HIV/AIDS und Syphilis	46
Psychische Erkrankungen	47

Gesundheit und Krankheit

Längeres Leben in guter Gesundheit

Die mittlere Lebenserwartung, aber auch die gesunde Lebenserwartung bei Geburt sowie die gesunde Lebenserwartung mit 65 Jahren, sind weiter angestiegen. Die aktuelle mittlere Lebenserwartung bei Geburt liegt für Frauen bei 82,3 Jahren und für Männer bei 77,5 Jahren (Mittelwert 2010/2012).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen gehören zu den häufigsten Todesursachen

Bei den Frauen ist die Herzinsuffizienz mit 7,2 % die häufigste Todesursache. Bei den Männern führen Lungenkrebs-Todesfälle mit 8,2 % die Rangliste an.

Ungünstige Entwicklung des Metabolischen Syndroms

Das Metabolische Syndrom umfasst verschiedene Risikofaktoren und Erkrankungen (Adipositas, Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte und Diabetes mellitus Typ 2), die zu den wesentlichen Ursachen für die weit verbreitete Multimorbidität im Alter gehören. Die Häufigkeit dieser Risikofaktoren und Erkrankungen hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen.

Sehr starke Zunahme von Depressionen zwischen 2005 und 2012

Zunahmen bei Depressionen sind im Bereich der ambulanten Behandlungen, der Häufigkeit von Krankschreibungen sowie bei den Krankenhausbehandlungen zu verzeichnen. Mehr als verdoppelt haben sich im Zeitraum von 2005 bis 2012 RehaMaßnahmen und Frühverrentungen aufgrund von Depressionen. Der Anstieg dieser Indikatoren lässt darauf schließen, dass auch schwere Krankungsverläufe zugenommen haben.

Leichter Rückgang der Suizidrate in 2012

Der insgesamt rückläufige Trend ist durch eine verringerte Suizidrate bei den Männern bedingt. Trotzdem macht der Anteil der Männer an den Todesfällen durch Suizide immer noch etwa 75 % aus. Ab dem Eintritt ins Rentenalter nimmt die Suizidrate bei Frauen und Männern zu.

Die absolute Häufigkeit von Demenzerkrankungen nimmt zu

Im Jahr 2012 wurden 371.077 Personen ambulant wegen einer Demenz behandelt – 60.633 Personen mehr als im ersten Berichtsjahr 2005. Diese Entwicklung ist durch den ansteigenden Anteil Älterer in der Bevölkerung zu erklären und wird eine der großen Herausforderungen im demografischen Wandel bleiben.

■ Lebenserwartung

Die Lebenserwartung ist ein Standardindikator zur allgemeinen Beurteilung der Gesundheit der Bevölkerung. In Nordrhein-Westfalen liegt die mittlere Lebenserwartung von Frauen aktuell bei 82,3 Jahren, die von Männern bei 77,5 Jahren (Mittelwert 2010/2012). Die Lebenserwartung bewegt sich bei Frauen wie Männern nur knapp unter der durchschnittlichen Lebenserwartung auf Bundesebene (etwa 0,5 Jahre, Mittelwerte für 2009/2011). Die Lebenszeit, die eine Person voraussichtlich in Gesundheit verbringt, beträgt für den Zeitraum 2009 bis 2011 bei Frauen 75,1 Jahre und bei Männern 69,7 Jahre. Diese, üblicherweise als „gesunde Lebenserwartung“ bezeichnete, Kenngröße wird anhand der durchschnittlichen Lebenszeit angegeben, die frei von Behinderungen höheren Grades (Schwerbehinderungsgrad ≥ 50) verbracht wird (s. Abbildung 5).

In den vergangenen Jahrzehnten ist die Lebenserwartung fortwährend angestiegen. Größerer Wohlstand, eine

zunehmend bessere medizinische Versorgung und das Aufwachsen unter verbesserten Lebens- und Umweltbedingungen sowie Veränderungen im Risikoverhalten sind Erklärungsansätze, mit denen der Anstieg der Lebenserwartung begründet wird. Allerdings unterscheidet sich die Lebenserwartung der Frauen und Männer in Nordrhein-Westfalen deutlich. Als Erklärung für diese Unterschiede, die auch auf Bundesebene und in anderen Ländern zu beobachten sind, wird eine Kombination aus biologischen Faktoren (genetischen bzw. hormonellen Unterschieden) und Unterschieden im Risikoverhalten (vor allem Rauchen) sowie der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung beschrieben. Auch die zum Teil unterschiedlichen sozialen, ökonomischen und kulturellen Lebensumstände von Frauen und Männern wirken sich nachweislich auf die Lebenserwartung aus [Gaber & Wildner 2011, Doblhammer & Kreft 2011]. Dabei haben die Lebensumstände (Umwelt im weitesten Sinne) und das davon abhängige Gesundheitsverhalten den größten Einfluss auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebenserwartung. Biologische Unterschiede scheinen lediglich

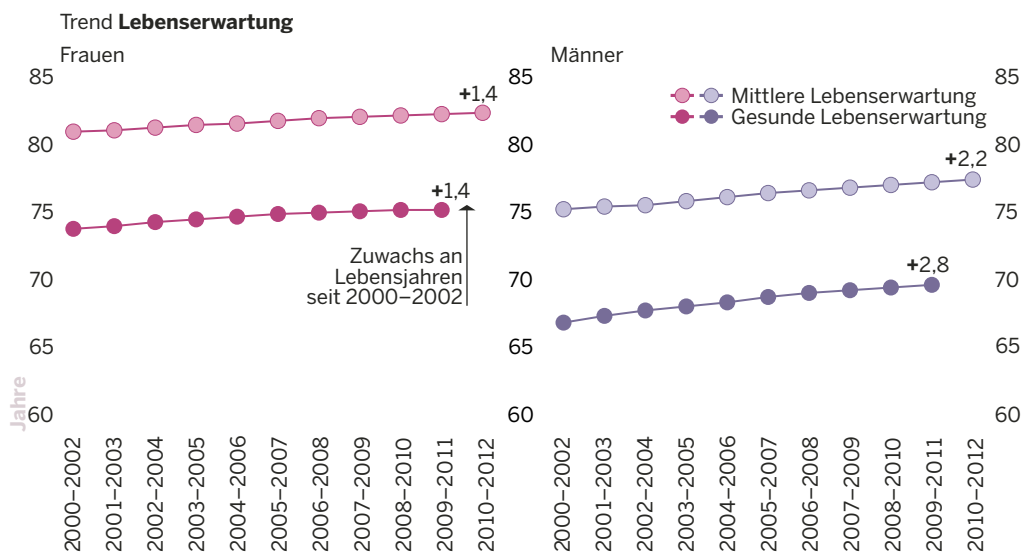


Abbildung 5 Mittlere und gesunde Lebenserwartung, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen (3-Jahres-Mittelwert) 2000-2012 | IT.NRW, Indikatoren 3.09 und 3.11: LZG.NRW (eigene Berechnung)

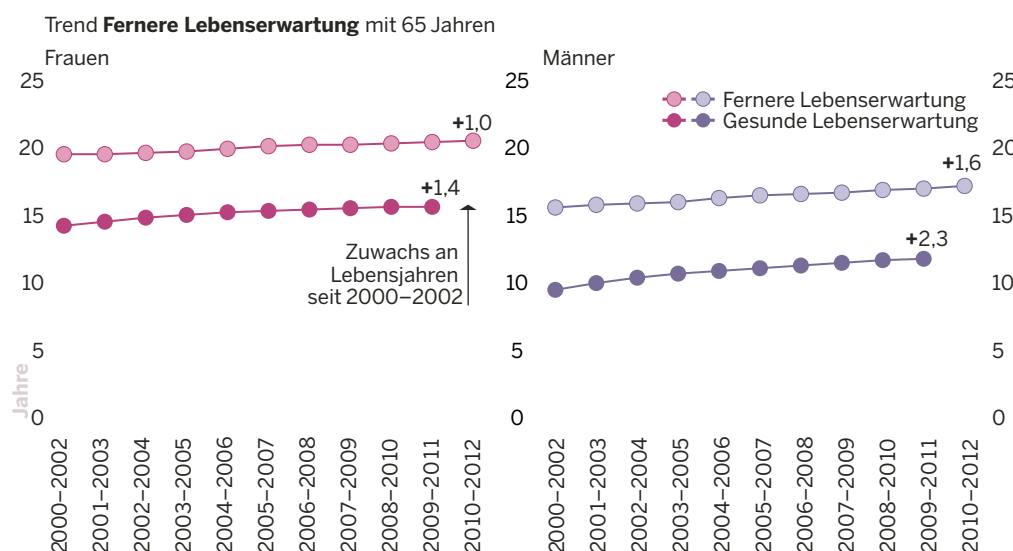


Abbildung 6 Fernere und gesunde Lebenserwartung 65-jähriger Frauen und Männer, Nordrhein-Westfalen (3-Jahres-Mittelwert) 2000-2012 | IT.NRW, Indikatoren 3.09 und 3.11: LZG.NRW (eigene Berechnung)

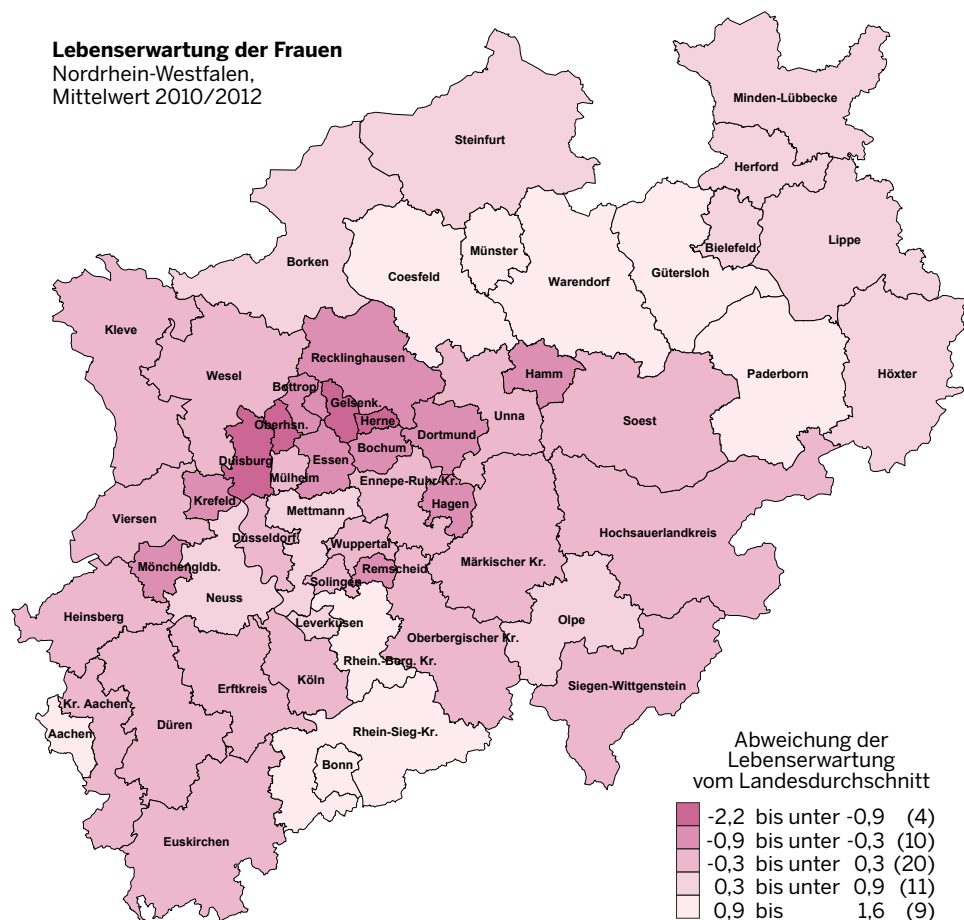
für einen Unterschied von ein bis zwei Jahren in der Lebenserwartung verantwortlich zu sein [Luy & Gast 2013].

Eine Angleichung der sozioökonomischen Lebensumstände und der Lebensstile von Frauen und Männern sowie eine verringerte vorzeitige Sterblichkeit der Männer führen deshalb langsam zu einer Annäherung der mittleren Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern [Gerland 2005]. In Nordrhein-Westfalen konnte bei den Frauen in den letzten zehn Jahren ein Anstieg der mittleren Lebenserwartung um gut ein Jahr verzeichnet werden. In dem gleichen Zeitraum stieg die Lebenserwartung der Männer um gut zwei Jahre (s. Abbildung 5). Aktuell beträgt der Geschlechterunterschied der mittleren Lebenserwartung 4,8 Jahre.

Die Entwicklung der Lebenserwartung der 65-Jährigen zeigt ein vergleichbares Muster. Die Lebenserwartung der Frauen dieser Altersgruppe steigt in den vergangenen zehn Jahren um ein Jahr an, der Anstieg in der gleichen Altersgruppe der Männer beträgt 1,6 Jahre (s. Abbildung 6). Allgemein nimmt der Geschlechterunterschied in der

Lebenserwartung mit steigendem Alter ab und beträgt für die 65-Jährigen nur noch 3,2 Jahre. Dieser im Vergleich zur mittleren Lebenserwartung geringere Geschlechterunterschied ist dadurch begründet, dass sich die Gesundheitsgefahren im Alter zwischen Frauen und Männern weniger stark unterscheiden als dies im jüngeren Lebensalter der Fall ist. Im höheren Lebensalter unterscheidet sich die Sterblichkeit zwischen den Geschlechtern weniger gravierend: Während die Sterblichkeitsrate der Männer unter 65 Jahren um 41% höher ist als die der Frauen, beträgt der Unterschied bei den über 65-Jährigen nur noch 8%.

Bei der gesunden Lebenserwartung ist der Anstieg sowohl insgesamt wie auch für die 65-jährigen Frauen und Männer während der vergangenen Jahre stärker ausgeprägt als der Anstieg der mittleren Lebenserwartung (s. Abbildungen 5 und 6). Der Gewinn an Lebensjahren geht also mit einem Gewinn an Gesundheit ohne Behinderungen höheren Grades einher, wobei allerdings die Behandlungshäufigkeit verschiedener Erkrankungen wie beispielsweise Bluthochdruck oder Diabetes mellitus Typ 2 zunimmt (siehe



Seite 32ff). Internationale Untersuchungen unterstützen diesen Befund und zeigen, dass die Zahl an Lebensjahren mit leichten Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens zunimmt, die Zahl an Lebensjahren mit schweren Behinderungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens jedoch abnimmt [Christensen et al. 2009, Doblhammer & Kreft 2011].

Bei einer insgesamt positiven Entwicklung der Lebenserwartung gibt es in Nordrhein-Westfalen deutliche regionale Unterschiede. Der Abstand zwischen der höchsten und der niedrigsten Lebenserwartung der Frauen und Männer in nordrhein-westfälischen Kreisen und kreisfreien Städten hat sich in den letzten beiden Jahren weiter vergrößert und beträgt bei Frauen knapp vier und bei den Männern knapp fünf Jahre (s. Abbildung 7 (Karten)). Die Kreise und kreisfreien Städte mit einer geringeren Lebenserwartung konzentrieren sich in Nordrhein-Westfalen insbesondere in der Ruhrgebietsregion (s. Abbildung 7 (Karten)). Schlechtere Umweltbedingungen sowie eine Akkumulation ungünstiger sozialer und individueller Gesundheitsdeterminanten

können grundsätzlich zur Erklärung der regionalen Unterschiede herangezogen werden. Vergleichbare Erklärungsansätze finden sich auch in der wissenschaftlichen Literatur zu regionalen Gesundheitsunterschieden wieder. Hier werden kompositionelle Effekte (soziale Zusammensetzung der Bevölkerung), kontextuelle Effekte (Einflüsse aus der regionalen Umwelt) und kollektive Effekte (geteilte Werte und Normen) diskutiert [Macintyre et al. 2002], die sich in der Praxis jedoch nicht immer eindeutig voneinander trennen lassen [Macintyre et al. 2002, Maier et al. 2012].

Die gegenseitige Abhängigkeit zwischen Gesundheit und Wohlstand in der Gesellschaft ist hinlänglich belegt [Suhrcke et al. 2005, Figueras & McKee 2012]. Gezielte gemeinpolitische und gesundheitspolitische Maßnahmen sowie verstärkte Gesundheitsförderungs- und Präventionsbemühungen, die auch die Lebensumwelt der Menschen in den Blick nehmen, können einen positiven Einfluss auf die weitere Entwicklung der Lebenserwartung in Nordrhein-Westfalen haben.

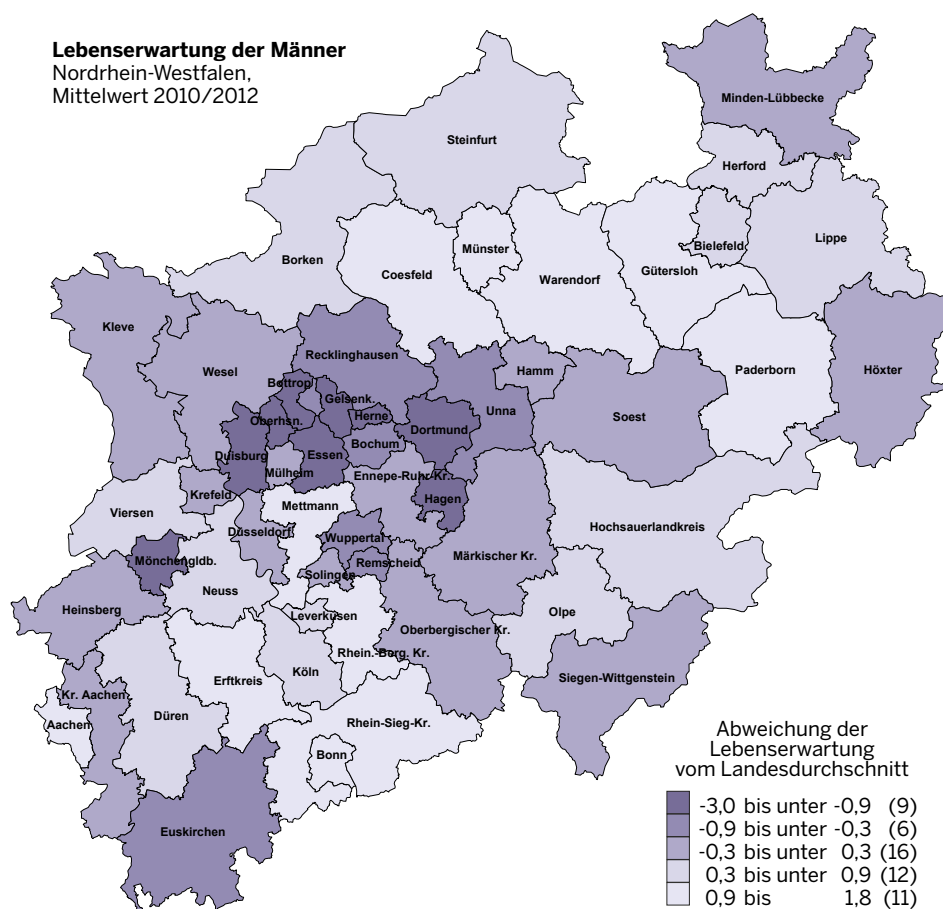


Abbildung 7 Abweichung der mittleren Lebenserwartung von Frauen und Männern vom Landesdurchschnitt, Nordrhein-Westfalen 2010/2012 (3-Jahres-Mittelwert) | IT.NRW, Indikator 3.10: LZG.NRW (eigene Berechnung)

Selbsteinschätzung der Gesundheit

Die subjektive Selbsteinschätzung der Gesundheit hat sich als ein zuverlässiges Maß für die Beurteilung der gesundheitlichen Lebensqualität der Bevölkerung erwiesen [RKI 2012]. Sie steht in engem Zusammenhang mit dem psychischen Wohlbefinden und dem individuellen Gesundheitsverhalten. Je stabiler die eigene psychische Gesundheit ist, desto positiver fällt die subjektive Gesundheits-einschätzung aus und desto weniger neigen Menschen zu ungesunden Verhaltensweisen [Busch et al. 2011, Fegert & Resch 2012].

Aktuelle Zahlen zum persönlichen gesundheitlichen Befinden entstammen dem NRW-Gesundheitssurvey, bei dem im Sommer 2013 insgesamt 1.651 Personen ab 18 Jahren – davon 865 Frauen und 786 Männer – telefonisch interviewt wurden (s. Abbildung 8). Rund 75% der Befragten nannten ihren allgemeinen Gesundheitszustand „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. Bis zum Alter von 50 Jahren geben dabei Frauen einen insgesamt etwas schlechteren Gesundheitszustand an als Männer, in den höheren Altersgruppen stellt sich das Verhältnis umgekehrt dar (s. Abbildung 8).

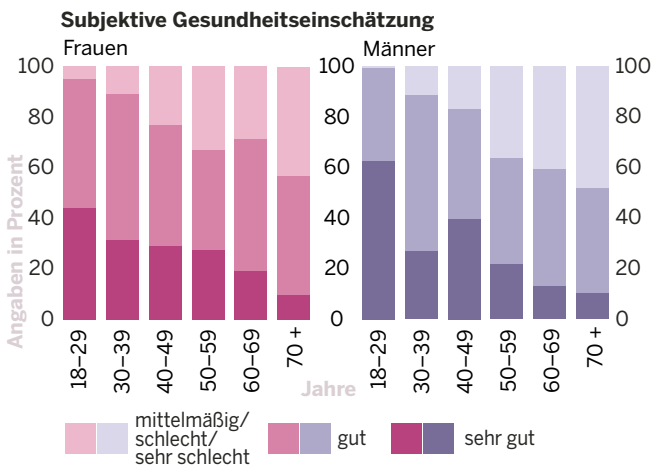


Abbildung 8 Subjektive Gesundheitseinschätzung, nach Geschlecht und Alter, Nordrhein-Westfalen, 2013 | NRW-Gesundheitssurvey 2013 (n = 1.651), Indikator 3.15: LZG.NRW (eigene Berechnung)

Neben dem Alter steht vor allem der sozioökonomische Status der Befragten (ermittelt durch den Scheuch-Winkler-Index) in engem Zusammenhang mit der subjektiv empfundenen Gesundheit. Befragte mit niedrigem sozioökonomischen Status geben mit 42,6% deutlich häufiger als Befragte anderer Statusgruppen an, eine nur mittelmäßige, schlechte oder sogar sehr schlechte Gesundheit zu

haben (s. Abbildung 9). Im Vergleich zum Berichtsjahr 2011 hat sich dieser Anteil erhöht, während Befragte mit mittlerem oder hohem sozioökonomischen Status zu einem geringeren Anteil mit ihrem Gesundheitszustand unzufrieden waren. Offenbar macht sich im Hinblick auf die subjektive Gesundheit eine sich ausweitende Kluft in der Gesellschaft bemerkbar.

Vor allem bei weiblichen Befragten spielt der sozioökonomische Status im Hinblick auf die subjektive Gesundheits-einschätzung eine wichtige Rolle. Der Einfluss ist hier (ähnlich wie bei der Adipositasrate, s. Seite 33) ausgeprägter als bei männlichen Teilnehmern [RKI 2012].

Subjektive Gesundheitseinschätzung nach sozioökonomischem Status

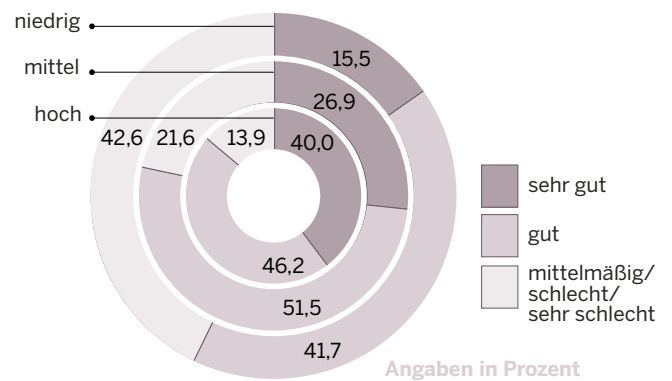


Abbildung 9 Subjektive Gesundheitseinschätzung nach sozioökonomischem Status, Nordrhein-Westfalen, 2013 | NRW-Gesundheitssurvey 2013 (n = 1.530 | 1.651), LZG.NRW (eigene Berechnung)

Die Veränderungen im Zeitverlauf sind ein Indikator für die Entwicklung der gesundheitlichen „Großwetterlage“ („Gesundheitsbarometer“). Im Verlauf des Beobachtungszeitraums von 2005 bis 2013 ist bei Frauen und Männern insgesamt eine leichte Verbesserung des subjektiven Befindens zu erkennen (s. Abbildung 10).

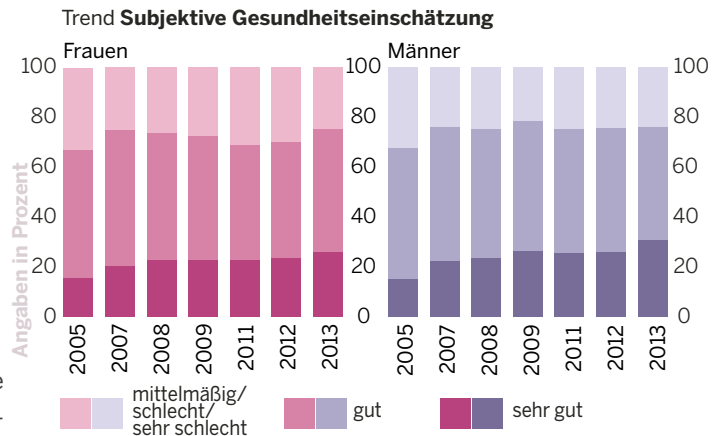


Abbildung 10 Subjektive Gesundheitseinschätzung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2005–2013 | NRW-Gesundheitssurvey 2005–2013 (n jeweils ≈ 2.000), Indikator 3.15: LZG.NRW (eigene Berechnung)

■ Entwicklung der Sterblichkeit und der häufigsten Todesursachen

Im Jahr 2012 sind in Nordrhein-Westfalen 193.707 Menschen verstorben, davon 101.059 Frauen und 92.648 Männer. Der seit einigen Jahren zu beobachtende Anstieg der Sterblichkeitszahlen ist auf die kontinuierliche Zunahme der Anzahl älterer Menschen in der Bevölkerung zurückzuführen. Bei unveränderter Altersstruktur wäre die Sterblichkeit gesunken (sog. altersbereinigte Sterblichkeit). Das durchschnittliche Alter, in dem die Menschen versterben, liegt in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2012 mit 77,7 Jahren um 2,3 Jahre höher als im Jahr 2000. Bei Frauen ist das durchschnittliche Sterbealter im Zeitraum von 2000 bis

2012 von 79,3 auf 80,9 Jahre angestiegen, bei Männern von 70,9 auf 74,5 Jahre.

Die häufigsten Todesursachen verschieben sich mit zunehmendem Alter deutlich: Während in jüngeren Jahren – vor allem bei den Männern – der prozentuale Anteil von Unfällen als Todesursache überwiegt, gewinnen im höheren Alter Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen an Gewicht. Krebserkrankungen haben im mittleren Alter bei den Frauen einen bedeutend höheren prozentualen Anteil an den Todesursachen als bei den Männern (s. Abbildung 11). Männer versterben auch schon im mittleren Lebensalter häufiger als Frauen an Herz-Kreislauf-Krankheiten. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich derzeit zwei Drittel aller Todesfälle in der Altersgruppe 75 Jahre und älter ereignen.

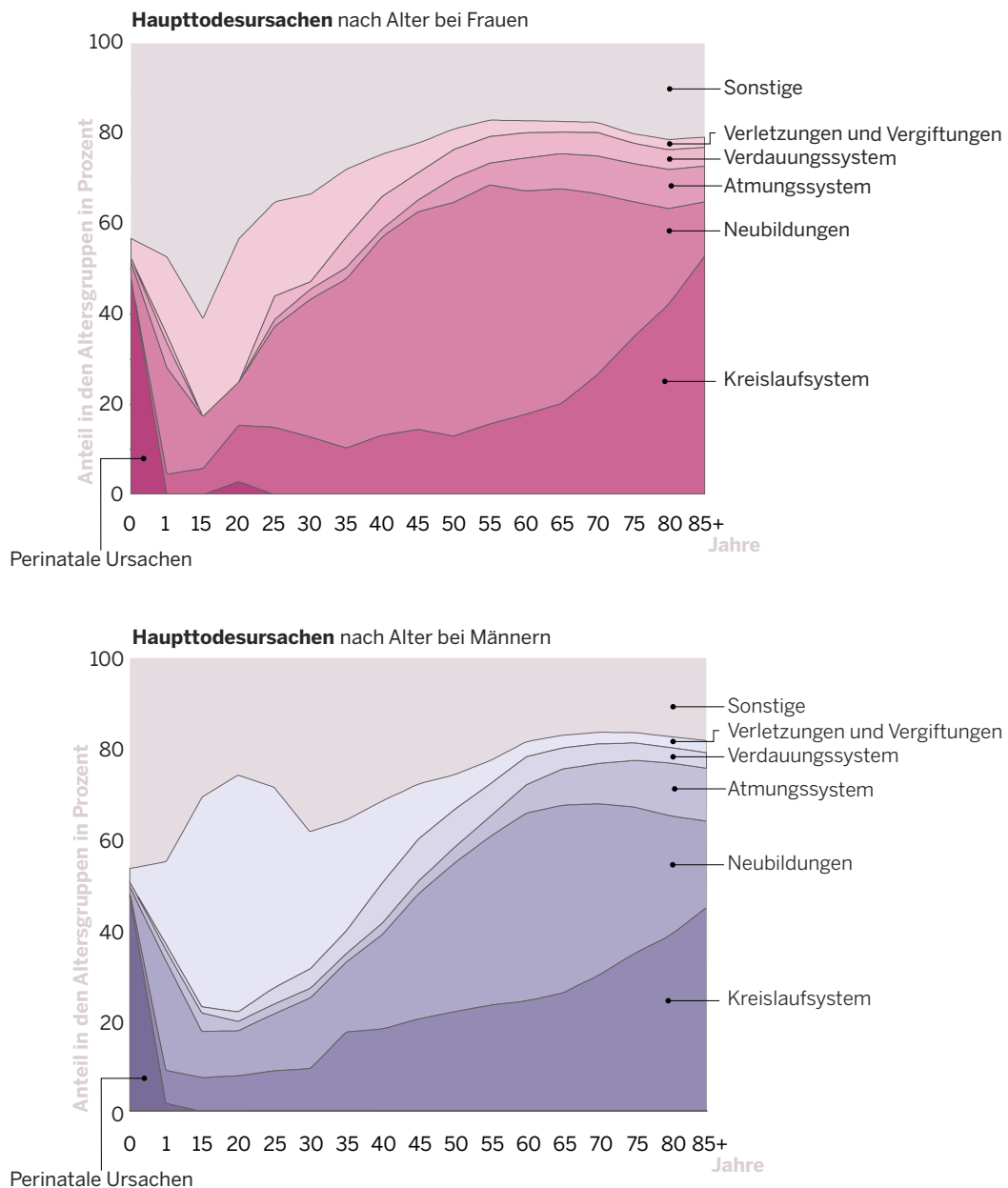


Abbildung 11 Anteil der häufigsten Todesursachen (ICD-10 Kodierung), nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2012 | IT.NRW, Indikator 3.08: LZG.NRW

Ein Blick auf die verschiedenen Einzeldiagnosen zeigt, dass 40 % aller Todesfälle auf zehn Todesursachen zurückzuführen sind (s. Tabelle 1). Diese Todesursachen stammen fast ausschließlich aus den zwei Bereichen Herz-Kreislauf-Krankheiten (ischämische Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Schlaganfälle) sowie Bösartige Neubildungen

(Lungen-, Brust-, Darm- oder Prostatakrebs). Bei den Frauen liegt die Demenz mittlerweile vor den Hirninfarkten auf Platz neun dieser Liste – bedingt vor allem durch ihre höhere Lebenserwartung, die aktuell fünf Jahre über der der Männer liegt.

Häufigste Todesursachen, ICD-10, Erkrankungsgruppen

	Frauen 2012	Rang	Anteil (%)	10-Jahres-Trend
I50	Herzinsuffizienz	1	7,2	↓
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2	6,0	↓
I21	Akuter Myokardinfarkt	3	4,7	↓
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	4	4,0	↓
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	5	4,0	↑
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheiten	6	3,2	↑
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	7	3,0	↓
I11	Hypertensive Herzkrankheit	8	2,7	⇒
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	9	2,6	↑
I63	Hirninfarkt	10	2,5	↑
	Summe (%) der 10 häufigsten Todesursachen		39,8	

	Männer 2012	Rang	Anteil (%)	10-Jahres-Trend
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	1	8,2	↓
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2	6,3	↓
I21	Akuter Myokardinfarkt	3	5,8	↓
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheiten	4	4,3	↓
I50	Herzinsuffizienz	5	4,1	↓
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	6	3,3	↓
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	7	2,2	↓
C18	Bösartige Neubildung des Dickdarmes	8	2,1	↓
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	9	1,8	⇒
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	10	1,8	↓
	Summe (%) der 10 häufigsten Todesursachen		40,0	

Tabelle 1 Rangliste der zehn häufigsten Todesursachen (ICD-10 Kodierung), nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2012 | IT.NRW, LZG.NRW (eigene Berechnung)

Bemerkenswert an dieser Liste sind die beiden Todesursachen, die in erster Linie auf das Rauchen zurückzuführen sind, nämlich Lungenkrebs und Chronische obstruktive Lungenkrankheit (COPD). Bei den Männern stehen diese Diagnosen an erster und vierter Stelle und erreichen zusammen einen Anteil von 12,5 % aller Todesfälle (11.581 Verstorbene). Allerdings folgen beide Todesursachen bei den Männern dem allgemeinen Trend: Die altersbereinigten Sterberaten der letzten zehn Jahre sind rückläufig.

Bei den Frauen stellt sich dies ganz anders dar. Entgegen dem allgemeinen Trend nehmen die Sterberaten der Frauen in Bezug auf Lungenkrebs und COPD in den letzten zehn Jahren deutlich zu. Wir sehen hier die Auswirkungen einer Entwicklung, die durch die kontinuierlich steigende Zahl von rauchenden Frauen seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts gekennzeichnet ist. Die Zahl der an Lungenkrebs und COPD verstorbenen Frauen ist seit 2002 um 38 % von 5.276 auf 7.267 angestiegen. Zusammen haben die beiden mit dem Rauchen assoziierten Todesursachen einen Anteil von 7,2 %, gleichauf mit der häufigsten Todesursache Herzinsuffizienz. Die Sterbefälle der Frauen wegen Lungenkrebs liegen 2012 mit 4.015 Fällen bereits fast auf gleicher Höhe mit Brustkrebs (4.081 Fälle). Es ist daher zu erwarten, dass in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2013 Lungenkrebs erstmals Brustkrebs als häufigste Krebsart der Frauen ablösen wird. In der Altersgruppe der 50- bis 74-jährigen Frauen steht Lungenkrebs bereits 2012 auf Platz eins aller Todesursachen.

Vorzeitige und vermeidbare Sterblichkeit in Nordrhein-Westfalen

Die positive Entwicklung der allgemeinen Lebenserwartung ist vor allem auf den Rückgang der vorzeitigen Sterblichkeit zurückzuführen. Unter der vorzeitigen Sterblichkeit werden im Allgemeinen diejenigen Todesfälle zusammengefasst, bei denen die Person vor dem Erreichen des 65. Lebensjahres verstirbt. 2012 trifft dies in Nordrhein-Westfalen auf 11.273 Frauen und 19.539 Männer zu (insgesamt rund 16 % aller Sterbefälle). 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 sowohl bei Frauen wie bei Männern genau ein Drittel (33 %).

Ein Teil der vorzeitigen Todesfälle gilt als vermeidbar (s. Abbildung 12). Beispielsweise können Verkehrsunfälle oder Krankheiten wie Leberzirrhose und Lungenkrebs durch primärpräventive Maßnahmen in ihrem Ausmaß verringert werden. Zudem können viele Krankheiten, wie zum Beispiel verschiedene weitere Krebsarten oder Herz-Kreislauf-Krankheiten, durch evidenzbasierte Früherkennung, adäquate medizinische Behandlung und den konsequenten Ausbau der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung (z. B. durch Schulung von Patientinnen und Patienten) in ihrem Verlauf so beeinflusst werden, dass ein früher Tod vermieden wird.

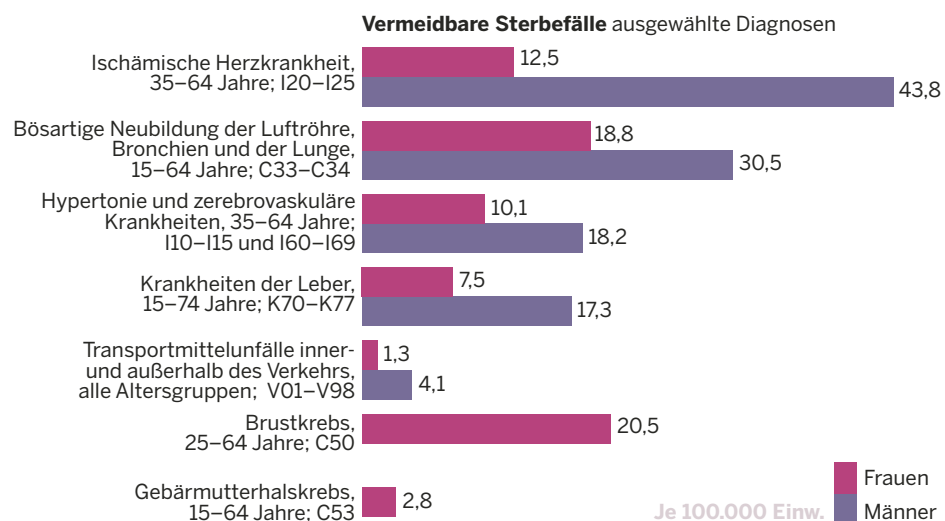
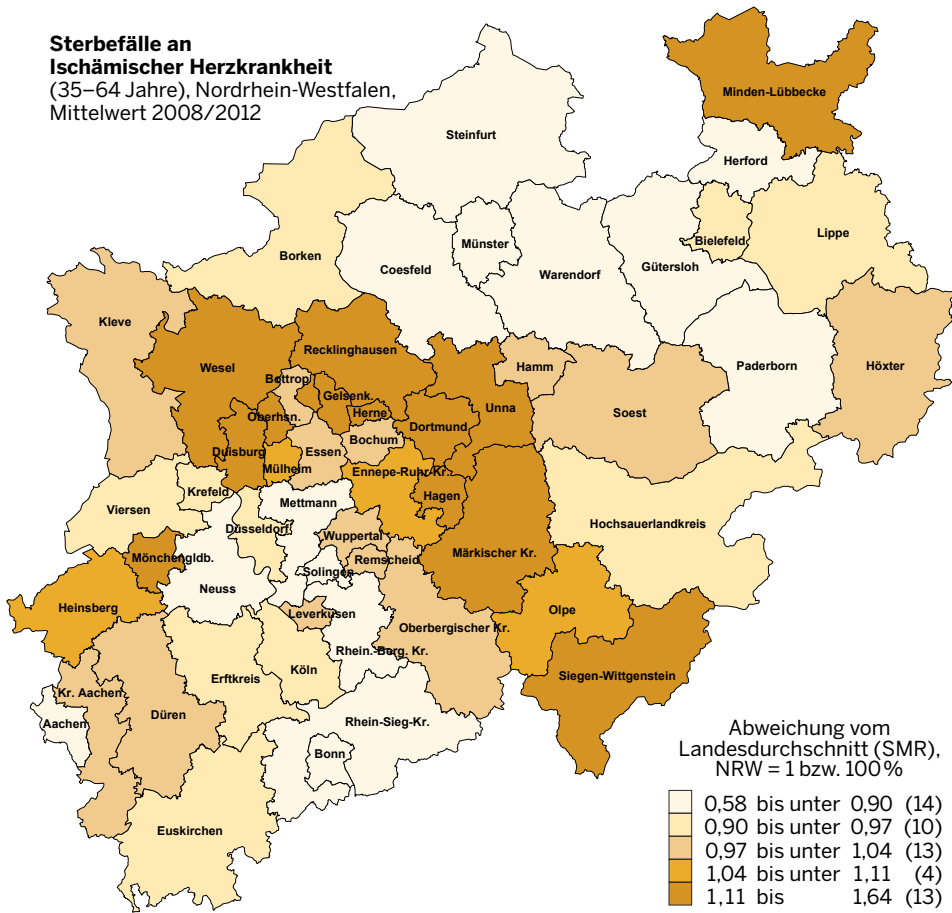


Abbildung 12 Vermeidbare Sterbefälle (altersstandardisiert) für ausgewählte Diagnosen (ICD-10 Kodierung) und Altersgruppen je 100.000 Einw., nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2012 | IT.NRW, Indikator 3.13: LZG.NRW (eigene Berechnung)

Sterbefälle an Ischämischer Herzkrankheit (35–64 Jahre), Nordrhein-Westfalen, Mittelwert 2008/2012



Ein Blick auf ausgewählte vermeidbare Todesursachen lässt unterschiedliche Trends erkennen. Sterbefälle aufgrund von Ischämischen Herzkrankheiten bei 35- bis 64-Jährigen sind zwischen 1980 und 2012 um zwei Drittel zurückgegangen (Frauen 67 %, Männer 69 %). Beim Lungenkrebs ist bei Männern zwischen 15 und 64 Jahren ein leichter Rückgang der Sterblichkeit (um 5 %), bei Frauen gleichen Alters jedoch mehr als eine Verdreifachung der Sterbefälle von 361 auf 1.308 zu verzeichnen.

Detaillierte Analysen solcher Trends können dazu beitragen, präventive Anstrengungen gezielt einzusetzen, um ihren gesundheitlichen Nutzen für die Bevölkerung zu optimieren. So fällt auf, dass viele der hier genannten führenden Todesursachen der „Vermeidbaren Sterblichkeit“ besonders häufig im Ruhrgebiet und seinen Nachbarkreisen auftreten; sehr deutliche Beispiele liefern die Sterbefälle an Durchblutungsstörungen des Herzens (Ischämische Herzkrankheit) und Lebererkrankungen, in erster Linie Leberzirrhose (s. Abbildung 13 (Karten)). Die strukturellen und soziodemografischen Besonderheiten sowie deren Auswirkungen auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung sind bereits im Landesgesundheitsbericht 2011 ausführlich beschrieben worden (Gebietstyp: „Arme Städte und Kreise im strukturellen Wandel“).

Sterbefälle an Krankheiten der Leber (15–74 Jahre), Nordrhein-Westfalen, Mittelwert 2008/2012

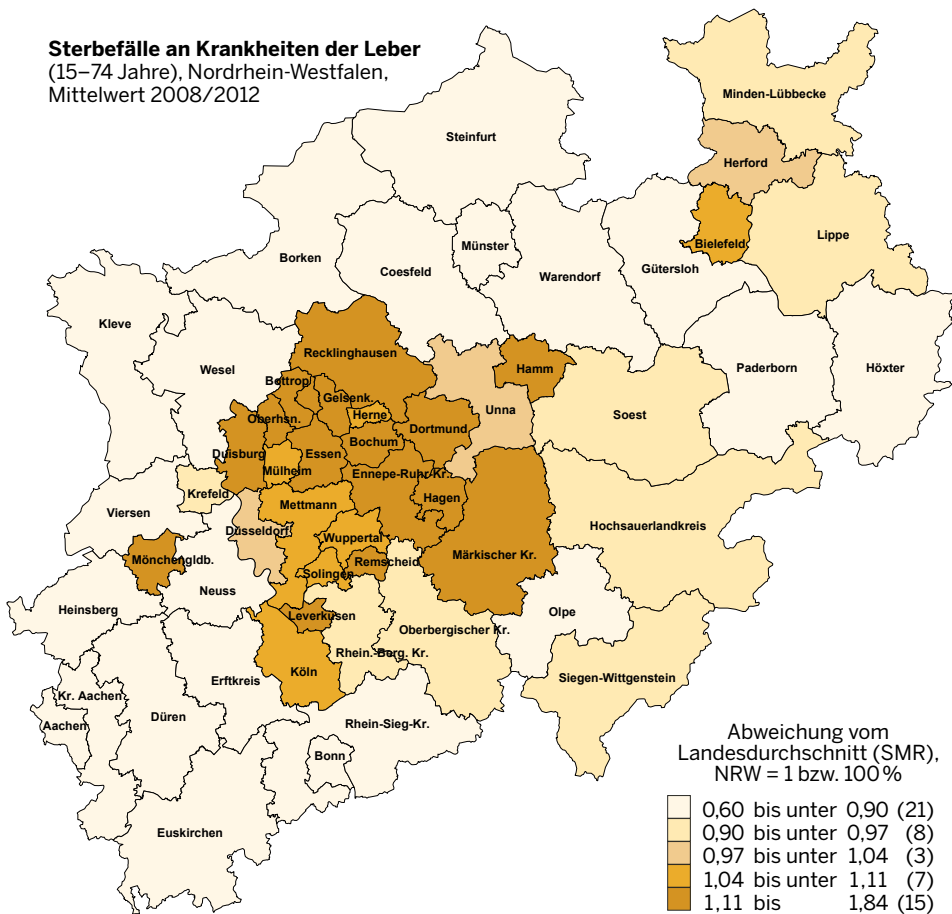


Abbildung 13 Sterblichkeit (indirekte Altersstandardisierung (SMR)) an Ischämischer Herzkrankheit (ICD-10: I20–I25) bei 35- bis 64-Jährigen und Krankheiten der Leber (ICD-10: K70–K77) bei 15- bis 74-Jährigen, Nordrhein-Westfalen, 2008/2012 (5-Jahres-Mittelwert) | IT.NRW, Indikator 3.14: LZG.NRW (eigene Berechnung)

■ 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 hier verwendeten Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe umfassen alle ambulanten Behandlungsdiagnosen aller Altersgruppen innerhalb eines Jahres. Die angegebenen Behandlungszahlen lassen daher Rückschlüsse auf die Erkrankungshäufigkeit in der Bevölkerung zu (Mehrfachbehandlungen zu einer Diagnose innerhalb der vier Quartale eines Jahres werden zu einem Behandlungsfall zusammengefasst). 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 möglicherweise zum Teil unterschätzt. Andererseits gibt es Hinweise, dass auch Überkodierungen vorkommen können [IGES 2012].

Bluthochdruck und Rückenschmerzen bilden mit jeweils rund vier Millionen Patientinnen und Patienten die häufigsten Behandlungsdiagnosen (22 % der Gesamtbevölkerung sind von Rückenschmerzen, 24 % von Bluthochdruck betroffen). Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und

Diabetes Typ 2 finden sich vor allem in der älteren Bevölkerung, zwischen 50 % und 60 % der mit diesen Diagnosen behandelten Patientinnen und Patienten sind älter als 64 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 die Ärztin oder den Arzt aufsuchen (s. Abbildung 14). 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 12 % und Somatoforme Störungen (früher u. a. als psychogene Störungen oder vegetative Dystonie bezeichnet) mit einem Anteil von 10 % der weiblichen Bevölkerung (s. Abbildung 14).

Drei der häufigsten ambulanten Behandlungsdiagnosen haben in den letzten Jahren (2005 bis 2012) weiter deutlich zugenommen: Bluthochdruck (plus 14 %), Depressive Episode (plus 29 %) und Diabetes Typ 2 (plus 25 %). Bei jeder der drei Diagnosen liegen die Steigerungsraten der Männer höher als die der Frauen; bei der Depressiven Episode fällt der Anstieg mit plus 46 % sogar doppelt so hoch aus wie bei den Frauen (plus 23 %). Allerdings ist die Zahl der betroffenen Frauen (1,1 Millionen) weiterhin deutlich größer als die der Männer (490.000).

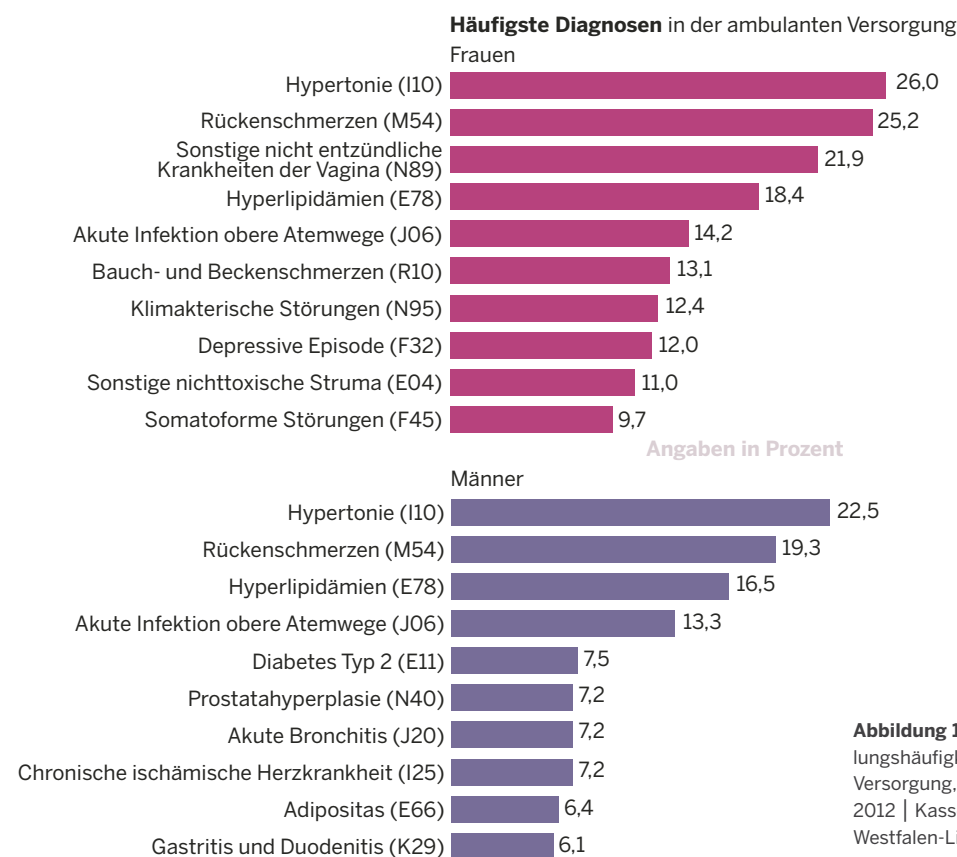


Abbildung 14 Die häufigsten Diagnosen (Behandlungshäufigkeit, ICD-10 Kodierung) in der ambulanten Versorgung, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2012 | Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LZG.NRW (eigene Berechnung)

■ Metabolisches Syndrom

Ein großer Teil der Krankheitslast in der Bevölkerung ist auf die vielfältigen Folgeerkrankungen des Metabolischen Syndroms zurückzuführen. Zum Metabolischen Syndrom gehören verschiedene Risikofaktoren bzw. Symptome, die im Wesentlichen auf einen ungünstigen Lebensstil zurückgeführt werden und sehr häufig in Kombination auftreten. Hierzu gehören Adipositas (krankhaftes Übergewicht), Bluthochdruck sowie erhöhte Blutzucker- und Blutfettwerte. Betroffene Personen haben ein erheblich erhöhtes Risiko für die Entwicklung verschiedener Zivilisationserkrankungen wie Typ 2 Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, degenerative Skeletterkrankungen und auch für verschiedene Krebserkrankungen (wie z. B. Darmkrebs und Brustkrebs). Vergleicht man die Häufigkeit des Metabolischen Syndroms zwischen den Bundesländern, dann liegt Nordrhein-Westfalen mit 19,5% (altersstandardisiert) im Mittelfeld. Bei Frauen ist das Metabolische Syndrom mit 17,9% seltener als bei den Männern (22,0%) [Moebus et al. 2008].

Nach heutigen Erkenntnissen wird der Grundstein für die Entwicklung des Metabolischen Syndroms bereits in der Schwangerschaft gelegt, wenn es in dieser sensiblen Lebensphase entweder zu einer deutlichen Überversorgung an Nährstoffen (z. B. durch einen Schwangerschaftsdiabetes) oder zu einer Mangelversorgung (z. B. durch Rauchen) kommt. Der kindliche Stoffwechsel erfährt dann eine Fehlprogrammierung, die unter anderem das Verlangen nach zucker- und fettreichen Nahrungsmitteln verstärken kann bzw. langfristig die Anlagerung von Depotfett in der Bauchregion (viszerales Fettgewebe) begünstigt [Ross & Desai 2013].

Im Säuglings- und Kleinkindalter beeinträchtigen Flaschennahrung, Fertigprodukte und zuckerhaltige Getränke das Erlernen gesunder Geschmacksvorlieben. Durch das Aufwachsen in einer Umgebung mit reduzierten Bewegungsmöglichkeiten und -anreizen kann zusätzlich bereits in früher Kindheit die Basis für einen inaktiven Lebensstil gelegt werden. Im Verlauf der Schulzeit spielen Stressbelastungen, nicht selten in Kombination mit Schlafstörungen bzw. Schlafdefiziten, ebenfalls eine wichtige Rolle für die Entwicklung des Metabolischen Syndroms. Dysstress entsteht, wenn die individuellen Stressbewältigungskompetenzen zur Kompensation äußerer Stressoren der familiären und schulischen Umwelt nicht ausreichen. Insbesondere kohlenhydrat- und fettreiche Speisen dienen dann oft einerseits zur Beruhigung und andererseits als Versuch, Phasen der Müdigkeit zu überwinden. Es entsteht ein Teufelskreis aus Überernährung, Übergewicht, Bewegungsunlust (häufig in Kombination mit ausgeprägtem

Medienkonsum) und schlechtem Schlaf, der im Zeitverlauf immer schwerer zu durchbrechen ist [Greer et al. 2013].

Zum Zeitpunkt der Einschulung sind in Nordrhein-Westfalen ca. 10% der Mädchen und Jungen übergewichtig oder adipös [LZG.NRW 2012, entsprechend der durch die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter empfohlenen alters- und geschlechtsspezifischen Referenzwerte]. Laut KiGGS [Kurth & Schaffrath Rosario 2007] erhöht sich der Anteil bei Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren auf 17%. Übergewichtige Kinder und Jugendliche weisen bereits zu einem bedenklichen Anteil weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren auf. In einer Beobachtungsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Flechtner-Mors et al. 2011] hatten unter den untersuchten übergewichtigen und zum Teil extrem adipösen 8- bis 17-Jährigen bereits 35% erhöhte Blutdruckwerte und 13% erhöhte LDL-Cholesterinwerte.

Ab der Pubertät steigt der Anteil an Übergewichtigen und Adipösen (BMI ≥ 25) weiter an [Mensink et al. 2013]. Als Begleiterscheinung kumulieren bei vielen Erwachsenen die Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen im weiteren Verlauf des Lebens. Auch hier spielen wieder ungünstige Rückkopplungsprozesse eine Rolle. Je länger zum Beispiel der Bewegungsapparat durch zu viel Gewicht und eine ungünstige Verteilung des Körperfetts belastet wird, desto höher ist das Risiko für Schmerzen und Bewegungseinschränkungen und desto geringer wird die Wahrscheinlichkeit für die Aufnahme sportlicher Aktivitäten, womit wiederum die Wahrscheinlichkeit für eine weitere Gewichtszunahme steigt [Becker 2011]. Hinzu kommt, dass medizinische Interventionen sehr häufig auf einzelne Symptome ausgerichtet sind, was die Notwendigkeit einer Inangriffnahme der zugrundeliegenden Gesamtsituation in den Hintergrund treten lässt.

Die primäre genetische Ausgangslage spielt dabei ursächlich nur eine untergeordnete Rolle. Zwar konnten mittlerweile zahlreiche Genvarianten identifiziert werden, die auf unterschiedliche Weise das Risiko einer Adipositasentwicklung beeinflussen können, aber ob und in welchem Umfang sie ihre Wirkung entfalten, hängt ganz erheblich von Umgebungsfaktoren ab. Die familiäre Häufung der Adipositas ist vor allem auf soziale und epigenetische Vererbung, d. h. auf die Übernahme elterlicher Verhaltensweisen und die Weitergabe erworbener Genveränderungen (epigenetischer Merkmale) über das Erbgut an die nachfolgenden Generationen zurückzuführen [Kelishadi & Poursafa 2014].

Die Ergebnisse der folgenden Kapitel zur Entwicklung der Prävalenzen von Adipositas, Bluthochdruck, erhöhten

Blutfettwerten und Diabetes Typ 2 lassen auf eine fortschreitende Zunahme der Erkrankungen und Folgeerkrankungen des Metabolischen Syndroms schließen. Diese Entwicklung wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auch auf die Zahl der Pflegebedürftigen auswirken. Zur Herbeiführung einer Trendwende in Bezug auf die ansteigende Gesamtmorbidität wäre es daher unter anderem notwendig, den Trend zu einem weiteren Anstieg des Metabolischen Syndroms (Adipositas und damit assoziierte Symptome und Erkrankungen) zu stoppen, ohne dass es dabei zu einer (weiteren) Stigmatisierung der Erkrankten kommt.

▣ Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter

Für Nordrhein-Westfalen stehen zur Abschätzung der Häufigkeit von Adipositas bei Erwachsenen Daten aus verschiedenen Bevölkerungsbefragungen zur Verfügung. Diese basieren auf Selbstangaben zur Körpergröße und zum Körpergewicht. Nach Datenlage des Mikrozensus 2009 hätten 28% der Frauen und 44% der Männer in Nordrhein-Westfalen einen Body-Mass-Index (BMI) von 25,0 bis 29,9 und wären daher als übergewichtig einzustufen. 14% der Frauen und 17% der Männer hätten einen BMI ≥ 30 und wären somit adipös [Hollederer 2013]. Im NRW-Gesundheitssurvey 2013 liegen die Anteile teilweise noch unter diesen Werten.

In der RKI-Studie zur Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland (DEGS) zeigen sich hingegen in Bezug auf Adipositas deutlich höhere Anteile [Mensink et al. 2013]:

- Übergewicht: 29% der Frauen, 44% der Männer
- Adipositas: 24% der Frauen, 23% der Männer.

Diese Daten wurden durch standardisierte Messungen der Körpergröße und des Körpergewichts gewonnen. Sie geben daher auch für Nordrhein-Westfalen ein realistischeres Bild zur Einschätzung der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas als befragungsbasierte Daten. Alle genannten Untersuchungen zeigen, dass bei den Frauen die Adipositasrate stärker schicht- und altersabhängig ist als bei den Männern.

Die Häufigkeit von Übergewicht (BMI 25,0 bis 29,9) bei Erwachsenen scheint in Deutschland zu stagnieren. Allerdings hat die Adipositashäufigkeit (BMI ≥ 30) seit dem Bundesgesundheitsurvey 1998 zugenommen – und zwar insbesondere in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen (mit einem stärkeren Anstieg bei den Männern als bei den Frauen).

Moderates Übergewicht stellt nach heutigen Erkenntnissen kein gesundheitliches Problem dar, wenn keine weiteren

Risikofaktoren vorliegen. Speziell eine bauchfettbetonte Adipositas (Bauchumfang ≥ 100 cm bei Frauen bzw. ≥ 115 cm bei Männern) führt jedoch langfristig zu Stoffwechselveränderungen, die für sich genommen zusätzliche Risiken darstellen. Außerdem begünstigen die Faktoren, die einer Adipositasentwicklung Vorschub leisten, auch die Entwicklung weiterer gesundheitlicher Risiken. Neben den bereits genannten körperlichen Erkrankungen ist Adipositas häufig auch mit psychischen Begleiterkrankungen (z. B. Depressionen) verbunden.

▣ Bluthochdruck im Erwachsenenalter

Die Behandlungshäufigkeit des Bluthochdrucks von Erwachsenen (ICD-10: I10; Alter: 20 plus) im Jahr 2012 liegt bei 29,8%. Sie ist zwischen Frauen und Männern in etwa gleich verteilt. Im Vergleich zum Jahr 2005, dem Jahr, in dem zum ersten Mal ambulante Behandlungshäufigkeiten für Nordrhein-Westfalen vorlagen, ist die altersbereinigte ambulante Behandlungshäufigkeit um knapp 14% angestiegen. Erwartungsgemäß nimmt die Häufigkeit des Bluthochdrucks über die 5-Jahres-Altersgruppen hinweg zu (s. Abbildung 15). Während in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen nur etwa 2% wegen Bluthochdruck behandelt wurden, liegt der Anteil bei den 65-Jährigen und Älteren bei über 50% und erreicht in den höheren Altersgruppen Werte von etwa 70%. Basierend auf individuellen Angaben im Rahmen der Bevölkerungsbefragung (NRW-Gesundheitssurvey 2013) unterliegt der Bluthochdruck einem sozialen Gradienten. Am höchsten ist der Anteil bei Frauen und Männern mit niedrigem sozioökonomischen Status.

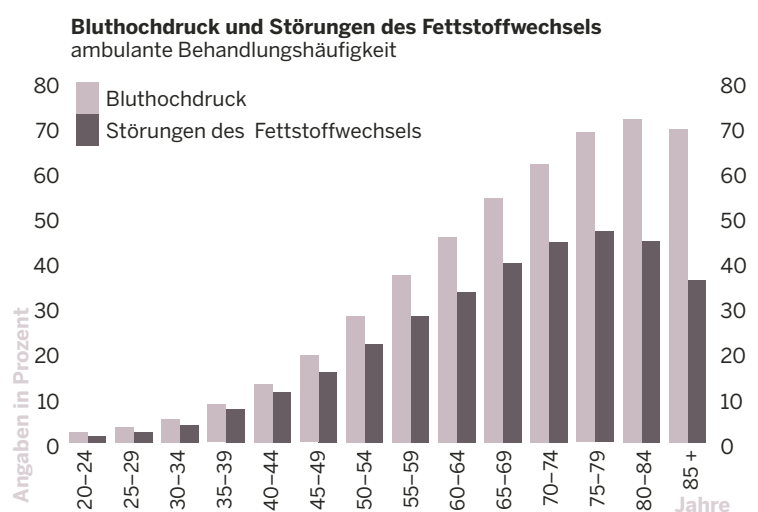


Abbildung 15 Ambulante Behandlungshäufigkeit aufgrund von Bluthochdruck (ICD-10: I10) und Störungen des Fettstoffwechsels (ICD-10: E78), nach Alter, Nordrhein-Westfalen, 2012 | Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LZG.NRW

▣ Erhöhte Blutfettwerte im Erwachsenenalter

Erhöhte Blutfettwerte (ICD-10: E78) wurden 2012 in Nordrhein-Westfalen bei 21,4% der gesetzlich krankenversicherten Erwachsenen behandelt. Sowohl die rohe als auch die altersstandardisierte Rate ist im Vergleich zu 2005 leicht angestiegen. Die ambulante Behandlungshäufigkeit unterscheidet sich nicht nach Geschlecht, Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind hingegen deutlich. Während von den 20- bis 24-Jährigen etwa 1% ambulant behandelt wird, liegt die ambulante Behandlungshäufigkeit bei den 75- bis 79-Jährigen bei fast 47%. Unter den Hochaltrigen (im Alter ab 80 Jahren) ist die Behandlungshäufigkeit leicht abnehmend (s. Abbildung 15). Daten aus der aktuellen nordrhein-westfälischen Bevölkerungsbefragung (NRW-Gesundheitssurvey 2013) zeigen, dass erhöhte Blutfettwerte bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger vorkommen als bei Menschen mit mittlerem oder hohem sozioökonomischen Status.

▣ Typ 2 Diabetes im Erwachsenenalter

Die Analyse der ambulanten Behandlungsdaten zeigt eine Behandlungshäufigkeit des Diabetes mellitus Typ 2 von 9,1% in der erwachsenen Bevölkerung (Alter 20 plus). Bei

Männern ist die Rate mit 9,3% höher als bei den Frauen (8,8%), der Geschlechterunterschied bleibt, ausgenommen in der Altersgruppe 85 plus, über alle Altersgruppen hinweg bestehen. Darüber hinaus steigt die ambulante Behandlungshäufigkeit des Diabetes mellitus Typ 2 von einer Altersgruppe zur nächsten an und erreicht bei den Männern Höchstwerte in der Altersgruppe 75 bis 79 Jahre (27,4%), bei den Frauen liegen die höchsten Anteile in der Altersgruppe 80 bis 84 Jahre (24,6%) (s. Abbildung 16). Die altersstandardisierte ambulante Behandlungshäufigkeit ist seit 2005 um 25% angestiegen.

Daten der Bevölkerungsbefragung (NRW-Gesundheitssurvey 2013) zeigen, dass die Jahresprävalenz des Diabetes mellitus einem sozialen Gradienten unterliegt, bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status ist die Erkrankungshäufigkeit an Diabetes deutlich höher als bei Menschen mit hohem sozioökonomischen Status. Die Befragten wurden auch nach den Behandlungsformen des Diabetes befragt (Mehrfachnennungen waren möglich). Bei den meisten Erkrankten wird eine medikamentöse Behandlung in Form von Tabletten durchgeführt (63,2%), 27,6% geben eine Insulintherapie als Behandlungsform an. Nicht medikamentöse Behandlungsformen wie eine angepasste Diät (13,3%) oder Bewegung (4,4%) scheinen seltener Anwendung zu finden.

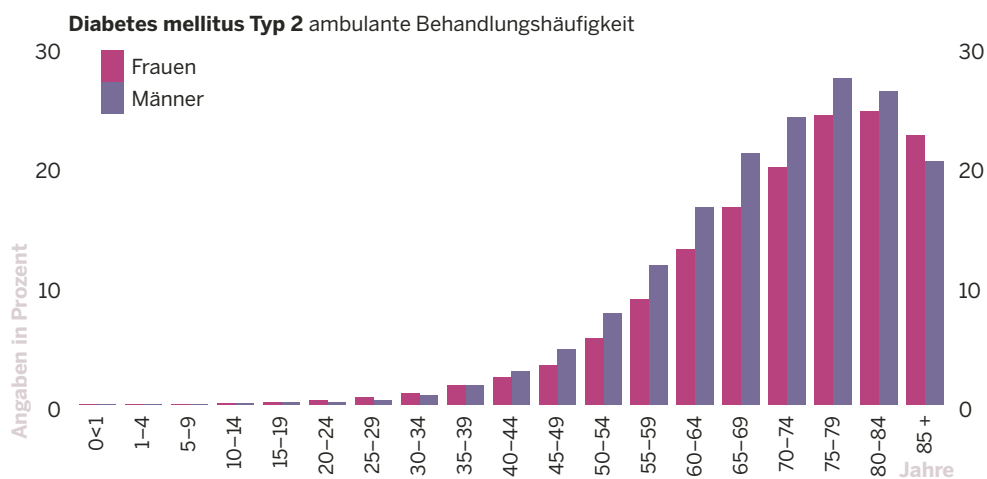


Abbildung 16 Ambulante Behandlungshäufigkeit aufgrund von Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10: E11), nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2012 | Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LZG.NRW

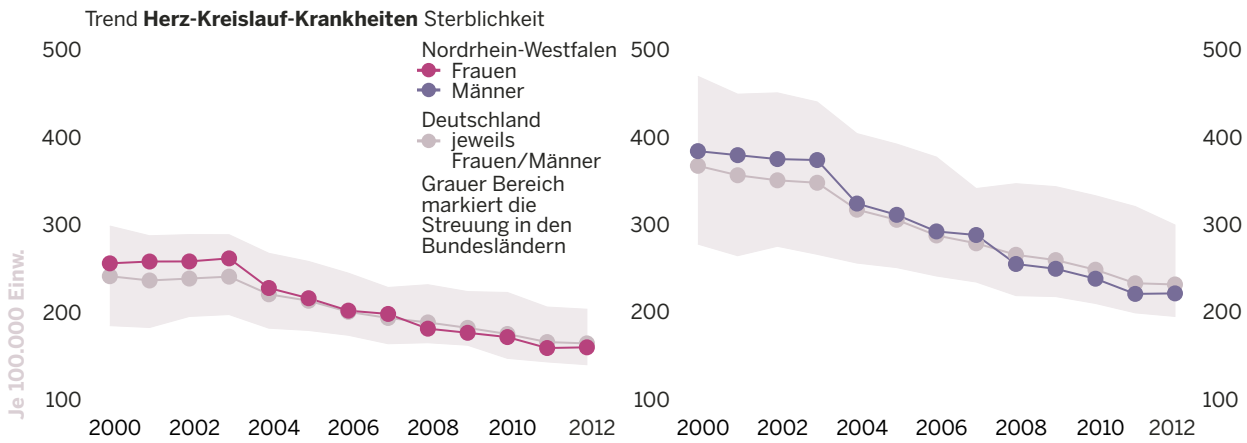


Abbildung 17 Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10: I00–I99) je 100.000 Einw., nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen und bundesweit, 2000–2012 | gbe-bund, LZG.NRW

■ Herz-Kreislauf-Krankheiten

▣ Entwicklung der Sterblichkeit an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems in Nordrhein-Westfalen

Herz-Kreislauf-Krankheiten verursachen nach wie vor die meisten Todesfälle in Nordrhein-Westfalen. Erkrankungen dieser Diagnosegruppe hatten in 2012 mit 37% den größten Anteil am gesamten Sterbegeschehen. Auch auf Bundesebene tragen Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit einem Anteil von 40% am häufigsten zum Sterbegeschehen bei.

Insgesamt verstarben in 2012 etwa 41.000 Frauen und 31.000 Männer an Herz-Kreislauf-Krankheiten. Die Sterberate der Männer liegt jedoch für diese Erkrankungsgruppe nach wie vor höher als die der Frauen. Dies zeigt sich, wenn man die Fallzahlen entsprechend der Bevölkerungszahlen als Rate je 100.000 Einw. darstellt und zusätzlich eine sogenannte Altersstandardisierung durchführt, um die unterschiedliche Altersstruktur der weiblichen und männlichen Bevölkerung zu berücksichtigen. Zweieinhalb mal so viele Frauen wie Männer erreichen ein Alter von über 84 Jahren, gleichzeitig ereignen sich aber fast die Hälfte aller Sterbefälle wegen Herz-Kreislauf-Krankheiten erst in dieser obersten Altersgruppe. Die altersstandardisierte Sterberate der Männer liegt 2012 bei 219,3 Fällen je 100.000 Einw. und bei den Frauen bei 157,8 Fällen je 100.000 Einw. (s. Abbildung 17). Sowohl bei Frauen als auch bei Männern ist die altersstandardisierte Sterberate bezogen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen seit Jahren rückläufig.

Gleichzeitig zeigen Zahlen auf Bundesebene einen Anstieg der Verordnungspraxis von blutdrucksenkenden Medikamenten (z.B. angenommene mittlere Tagesdosen (DDD) ACE-Hemmer je gesetzlich versicherter Person: 68,5 (2006) versus 112,7 (2012)).

Die Anzahl operativer Eingriffe am Herzen hat über die vergangenen Jahre ebenfalls zugenommen (in Nordrhein-Westfalen: 68.000 (2005) versus 84.000 (2012)).

Die Veränderungen in der medizinischen Versorgung, aber auch eine Abnahme gesundheitsschädigender Lebensweisen, wie beispielsweise des Rauchens oder Passivrauchens, können demnach zur Erklärung der Reduktion der Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Krankheiten herangezogen werden (s. Abbildung 18). Andere Risikofaktoren wie Adipositas und Diabetes nehmen in der Bevölkerung tendenziell jedoch immer noch zu (s. Abbildung 18). Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass eine Langzeitbelastung mit Feinstaub das Risiko für Schlaganfälle deutlich erhöht [Hoffmann et al. 2015]. Da Feinstäube in erster Linie durch Verkehrsabgase und Industrie verursacht werden, sind hier insbesondere die dicht besiedelten Gebiete in Nordrhein-Westfalen betroffen. Es ist deshalb weiteres Präventionspotenzial vorhanden, um auch in den kommenden Jahren die durch kardiovaskuläre Risiken bedingte Krankheitslast verringern zu können.

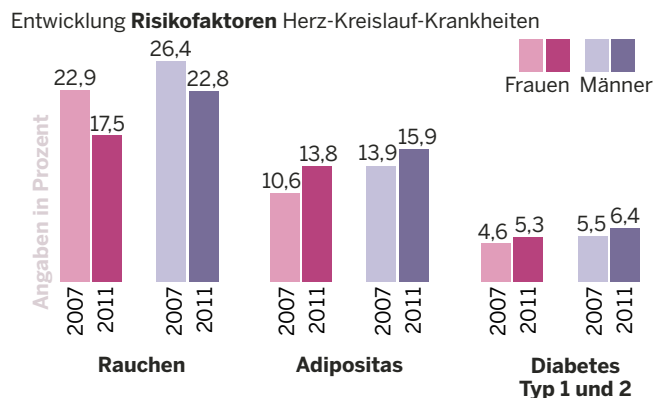


Abbildung 18 Prozentualer Anteil täglicher Raucher, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2007 und 2011 | NRW-Gesundheitssurvey, Indikator 4.01: LZG.NRW (eigene Berechnung); Adipositas in Prozent, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2007 und 2011 | NRW-Gesundheitssurvey, Indikator 4.8: LZG.NRW (eigene Berechnung); Prozentualer Anteil an ambulanten Behandlungsdiagnosen mit Diabetes mellitus (ICD-10: E10–E14), nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2007 und 2011 | Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Indikator 3.78: LZG.NRW

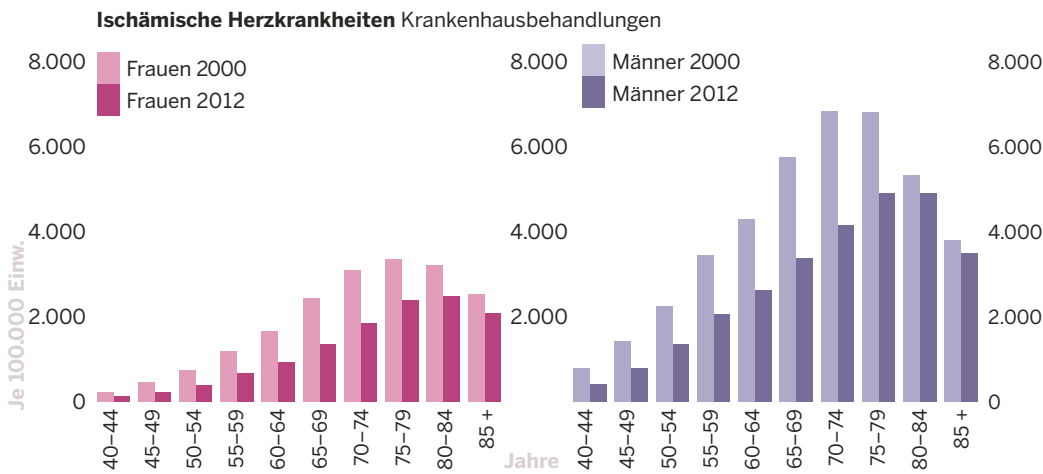


Abbildung 20 Krankenhausbehandlungen aufgrund von Ischämischen Herzkrankheiten (ICD-10: I20-I25) je 100.000 Einw., nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2000 und 2012 | IT.NRW, GBE-Stat 2013, LZG.NRW

▣ Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt

Durchblutungsstörungen des Herzens werden herbeigeführt durch eine Verengung der Blutgefäße (Koronargefäße), die das Herz mit Sauerstoff versorgen.

Durchblutungsstörungen des Herzens haben 2012 zu etwa 11.000 Sterbefällen bei Frauen und 12.000 Sterbefällen bei Männern geführt. In diese Diagnosegruppe fallen geschlechtsübergreifend zwei der häufigsten Todesursachen in Nordrhein-Westfalen: die chronische ischämische Herzkrankheit und der Myokardinfarkt (Herzinfarkt). Die chronische ischämische Herzkrankheit, eine über längere Zeit andauernde Durchblutungsstörung des Herzmuskels, ist 2012 die häufigste Todesursache mit fast 12.000 Todesfällen. Der akute Myokardinfarkt, hervorgerufen durch eine akute Unterversorgung des Herzmuskels mit Sauerstoff, stellt die vierthäufigste Todesursache mit gut 10.000 Todesfällen dar. Im Krankenhaus wurden 2012 etwa 56.000 Frauen und 111.000 Männer aufgrund von Durchblutungsstörungen des Herzens behandelt.

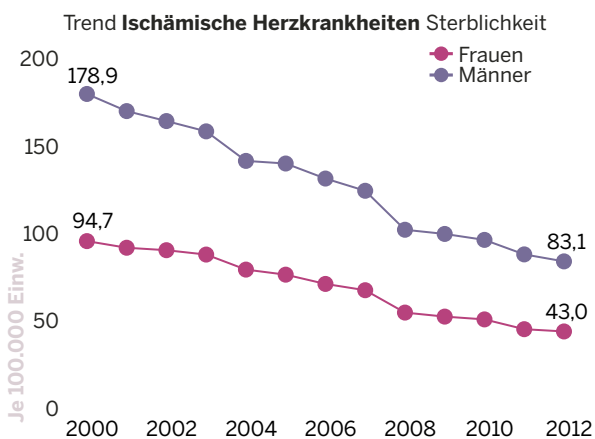


Abbildung 19 Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Ischämischen Herzkrankheiten (ICD-10: I20-I25) je 100.000 Einw., nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2000-2012 | IT.NRW, GBE-Stat 2013, LZG.NRW (eigene Berechnung)

In dem kurzen Zeitraum von 2000 bis 2012 konnte die altersbereinigte Sterberate an Durchblutungsstörungen des Herzens bei Frauen und Männern mehr als halbiert werden (s. Abbildung 19). Die Sterberate der Männer ist nach wie vor fast doppelt so hoch wie die der Frauen.

Im Jahr 2000 wurden die meisten Krankenhausbehandlungen bei Männern zwischen 70 und 79 Jahren und bei Frauen zwischen 70 und 84 Jahren durchgeführt. Inzwischen fallen die meisten Krankenhausbehandlungen sowohl bei Frauen als auch bei Männern bei den 75- bis 84-Jährigen an (s. Abbildung 20). Darüber hinaus werden 2012 bei Frauen und Männern über alle Altersgruppen hinweg weniger Krankenhausbehandlungen aufgrund von Erkrankungen aus dieser Diagnosegruppe durchgeführt als im Jahr 2000. Diese Entwicklung lässt darauf schließen, dass durch verbesserte präventive und therapeutische Maßnahmen die stationäre Behandlung von Durchblutungsstörungen des Herzens insgesamt verringert und eher in die späteren Lebensjahre verschoben werden konnte.

▣ Zerebrovaskuläre Erkrankungen, Schlaganfall

Unter die Zerebrovaskulären Erkrankungen fallen Schlaganfälle und auch sonstige Erkrankungen der Blutgefäße des Gehirns. In Deutschland verursacht der ischämische Schlaganfall (Minderdurchblutung des Gehirns) knapp 300 eingeschränkte oder verlorene Lebensjahre je 100.000 Einw. Der haemorrhagische Schlaganfall (Hirnblutung) verursacht etwa 200 eingeschränkte oder verlorene Lebensjahre je 100.000 Einw. [Krishnamurthi et. al. 2013].

Durch Präventionsmaßnahmen, sowie verbesserte Akut- und Rehabilitationsversorgung konnte die Krankheitslast dieser Erkrankungsgruppe in der deutschen Bevölkerung in den letzten zwanzig Jahren deutlich reduziert werden [Krishnamurthi et al. 2013].

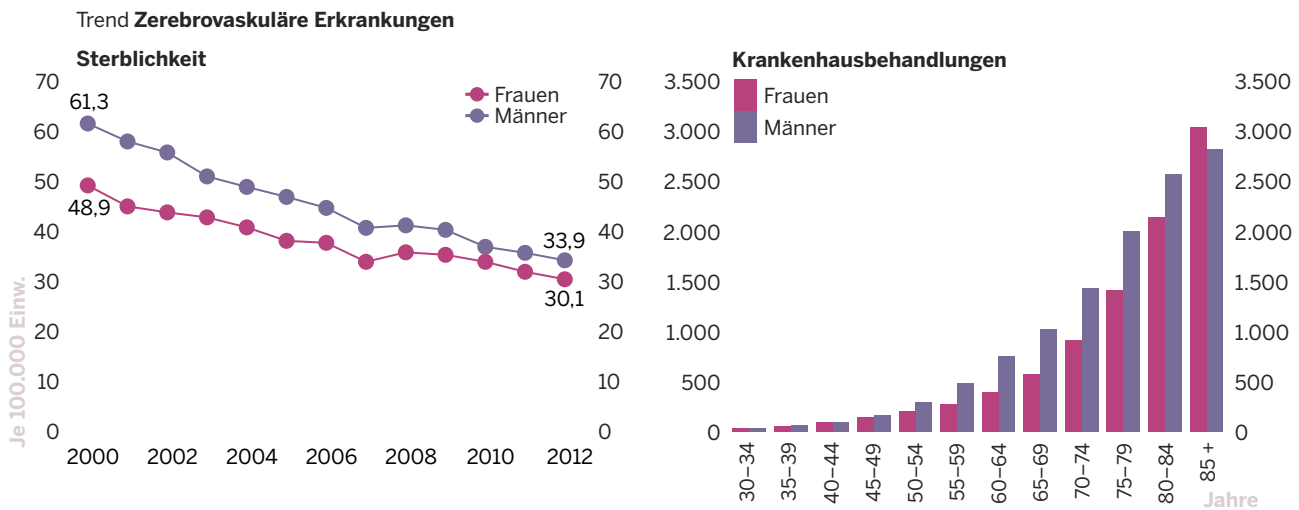


Abbildung 21 Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD-10: I60–I69) je 100.000 Einw., nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2000–2012 und Krankenhausbehandlungen aufgrund von Zerebrovaskulären Erkrankungen (ICD-10: I60–I69) je 100.000 Einw., nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2012 | IT.NRW, GBE-Stat 2013, LZG.NRW (z. T. eigene Berechnung)

In Nordrhein-Westfalen haben 2012 etwa 8.000 Frauen und knapp 5.000 Männer eine Zerebrovaskuläre Erkrankung erlitten und sind daran verstorben. Je 38.000 Frauen und Männer wurden aufgrund einer Erkrankung dieser Diagnosegruppe im Krankenhaus behandelt.

Die altersstandardisierte Sterblichkeit an Zerebrovaskulären Erkrankungen hat in den vergangenen Jahren zum einen deutlich abgenommen und zum anderen zeigt sich eine Angleichung zwischen den Geschlechtern (s. Abbildung 21).

Schlaganfälle ereignen sich überwiegend im höheren Lebensalter, dementsprechend treten auch die meisten Krankenhausbehandlungen aufgrund Zerebrovaskulärer Erkrankungen im höheren Alter auf (s. Abbildung 21). Eine Untersuchung aus Schweden hat allerdings gezeigt, dass der ischämische Schlaganfall auch zunehmend in der jüngeren Bevölkerung auftritt [Rosengren et al. 2013]. Die für Nordrhein-Westfalen verfügbaren Daten bilden diese Entwicklung bisher nicht ab.

Von den Patientinnen und Patienten, die 2012 in Nordrhein-Westfalen aufgrund eines Schlaganfalls (ICD-10: I63 und I64) in ein Krankenhaus eingeliefert worden sind, versterben innerhalb von 28 Tagen 3,7 % der Frauen und 3,1 % der Männer. Mit diesem Anteil liegt Nordrhein-Westfalen in etwa im Bundesdurchschnitt.

Der Bedarf an Pflegeleistungen nach einem überlebten Schlaganfall ist ein häufig diskutiertes Thema. Daten des Nordwestdeutschen Schlaganfallregisters aus den Standorten Münster und Dortmund zeigen, dass nach knapp vier Jahren etwa ein Fünftel der Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige Pflegeleistungen beantragt haben. Gut 70 % dieser Anträge wurden bewilligt [Diederichs et al. 2011].

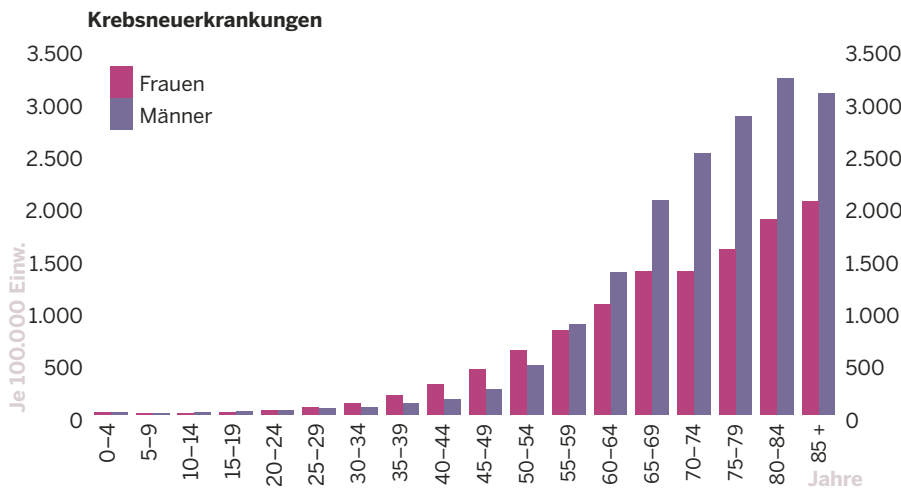


Abbildung 22 Krebsneuerkrankungen (ICD-10: C00–C96 ohne C44) je 100.000 Einw., nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2011 | Epidemiologisches Krebsregister NRW, LZG.NRW

■ Krebserkrankungen und Krebssterblichkeit

▣ Entwicklung der Krebserkrankungen in Nordrhein-Westfalen

Im Jahr 2011 wurde bei etwa 56.000 Frauen und 60.000 Männern eine Krebsdiagnose gestellt [EKR NRW 2013]. Statistisch gesehen erhalten damit zwei von fünf Frauen und jeder zweite Mann im Laufe des Lebens eine Krebsdiagnose [EKR NRW 2013].

Die Wahrscheinlichkeit eine Krebsdiagnose zu erhalten steigt mit zunehmendem Alter (s. Abbildung 22). Insbesondere ab dem 65. Lebensjahr ist die Neuerkrankungsrate der Männer deutlich höher als die der Frauen. In der Altersgruppe zwischen 25 und 54 Jahren sind jedoch Frauen häufiger betroffen. Dies ist vor allem durch das häufige Auftreten von Brustkrebs in einem vergleichsweise frühen Lebensalter zu erklären.

Unter den diagnostizierten Tumorlokalisationen dominieren Brustkrebs bei den Frauen und Prostatakrebs bei den Männern die Häufigkeitsverteilung (s. Abbildung 23). Auf Rang zwei und drei liegen bei Frauen und Männern Darmkrebs und Lungenkrebs, wobei die Diagnose Lungenkrebs bei Männern deutlich häufiger als bei den Frauen gestellt wird. Weitere häufige Tumorlokalisationen befinden sich bei den Frauen im Bereich der Gebärmutter. Schilddrüsenkarzinome werden häufiger bei Frauen und Harnblasen-, Magen-, Nieren-, Mund-/Rachen- sowie Speiseröhrenkrebs häufiger bei Männern diagnostiziert.

Viele der bei den Männern vermehrt vorkommenden Krebsarten werden durch Alkohol und/oder Tabakrauch (aktiv und passiv) begünstigt. Dazu zählen insbesondere Lungenkrebs, Harnblasenkrebs, Krebs im Mund-/Rachenraum, Nierenkrebs und Speiseröhrenkrebs. Weitere

wichtige Risikofaktoren sind bakterielle Infektionen durch *Helicobacter pylori* im Zusammenhang mit der Entstehung von Magenkrebs sowie eine fleischreiche und gemüsearme Ernährung (in Bezug auf Magenkrebs und Darmkrebs). Bluthochdruck und Übergewicht gelten als wichtige Risikofaktoren für Nierenkrebs.

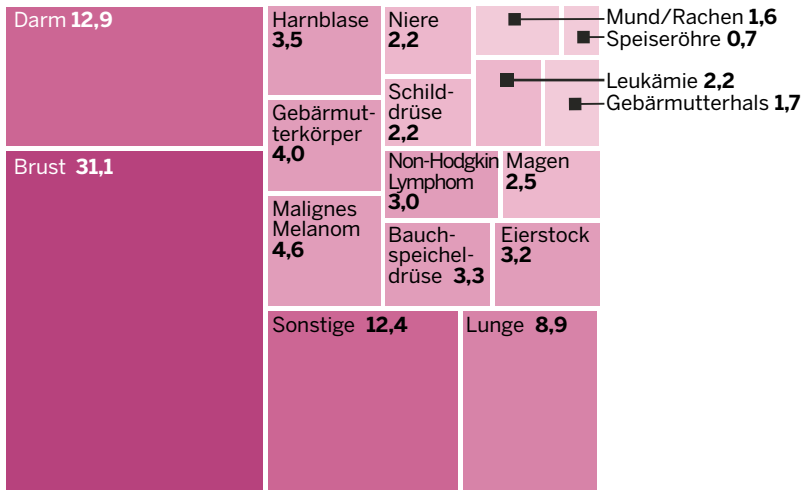
Während für Brustkrebs bei den Frauen verschiedene Risikofaktoren bekannt sind, ist das Wissen über Risikofaktoren für Prostatakrebs noch gering ausgeprägt. Als Risikofaktoren in Bezug auf die Brustkrebsentstehung, die zumindest teilweise beeinflussbar sind, gelten die Einnahme von Hormonersatzpräparaten, Strahlenbelastung durch CT-Untersuchungen bei Mädchen im Teenageralter, ein höheres Alter bei der ersten Geburt, Nicht-Stillen, Übergewicht, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und Rauchen [RKI & GEKID 2012, Barnes et al. 2011, Smith-Bindmann 2012, González-Jiménez et al. 2013]. Eine genetische Veranlagung spielt bei Brustkrebs ebenfalls eine Rolle, allerdings liegen entsprechende Risikogene nur bei ca. 5 bis 10 % der Frauen vor [RKI & GEKID 2012].

Das maligne Melanom wird exogen durch künstliche und natürliche UV-Strahlung insbesondere bei starker Exposition im Kindes- und Jugendalter begünstigt [RKI & GEKID 2012].

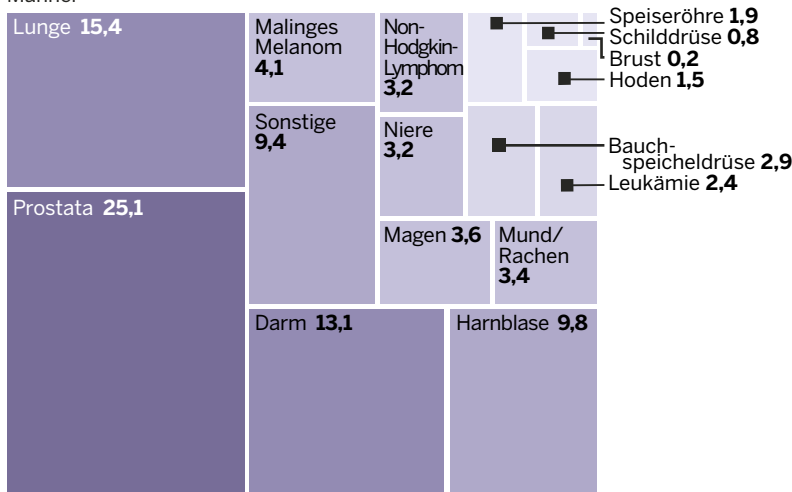
Das Alter, in dem eine Krebsdiagnose gestellt wird, variiert je nach Krebsart stark. Generell ist Krebs eine Diagnose, die eher die höheren Altersgruppen betrifft. Das mittlere Alter, in dem eine Krebsdiagnose gestellt wird, beträgt 69 Jahre für Frauen und 70 Jahre für Männer [EKR NRW 2013]. Krebserkrankungen, die im Mittel in einem früheren Lebensalter diagnostiziert werden, sind beispielsweise Hodenkrebs (Männer: 38 Jahre), Schilddrüsenkrebs (Frauen: 51 Jahre, Männer: 54 Jahre), Gebärmutterhalskrebs (Frauen: 54 Jahre), malignes Melanom (Frauen: 55 Jahre) und Brustkrebs (Frauen: 64 Jahre) [EKR NRW 2013].

Tumorlokalisationen Häufigkeit Krebsneuerkrankungen

Frauen



Männer



Angaben in Prozent

Abbildung 23 Prozentualer Anteil der wichtigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2011 | Epidemiologisches Krebsregister NRW, LZG.NRW (eigene Berechnung)

Um eine Krebserkrankung in einem möglichst frühen Stadium zu erkennen und somit eine gute Behandlungsprognose zu erzielen, wird je nach Lebensalter und Geschlecht die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen empfohlen. Für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten werden Früherkennungsuntersuchungen der Brust, der Gebärmutter, der Prostata, des Darms und der Haut angeboten und von den Krankenkassen finanziert.

Nach dem Erhalt einer Krebsdiagnose schließt sich in der Regel ein häufig langwieriger Prozess der Behandlung und Nachsorge an. Insgesamt wurden 2012 etwa 157.000 stationäre Krebsbehandlungen bei Frauen und 186.000 Behandlungen bei Männern durchgeführt. Bei diesen Zahlen ist zu beachten, dass sie Krankheitsbehandlungen und nicht im Krankenhaus behandelte Personen darstellen. Gerade bei der durch mehrere Behandlungszyklen geprägten Krebstherapie ist anzunehmen, dass die Statistik die Anzahl der tatsächlich behandelten Personen nicht realistisch abbildet. Durchschnittlich verbleiben Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen mit einer Krebsdiagnose

8,8 Tage im Krankenhaus (2012). Diese Verweildauer ist vergleichbar mit der Verweildauer im Bundesdurchschnitt (8,7 Tage) und etwa 1 Tag länger als die mittlere allgemeine stationäre Verweildauer in Nordrhein-Westfalen (7,8 Tage). Der Anteil stationärer Behandlungen aufgrund einer Krebsdiagnose ist insgesamt in dem Zeitraum 2000 bis 2012 leicht zurückgegangen und beläuft sich nun seit einigen Jahren auf etwa 1.300 Behandlungen je 100.000 Einw. (s. Abbildung 24).

Das Überleben mit Krebserkrankungen ist im Laufe der Jahre bei den Frauen konstant und hat sich bei den Männern leicht verbessert [EKR NRW 2013]. Laut aktuellen Berechnungen des Krebsregisters NRW liegt die relative Überlebensrate der Krebspatientinnen und -patienten fünf Jahre nach Diagnosestellung bei 65% bei den Frauen und 60% bei den Männern [EKR NRW 2013]. Die relative Überlebensrate setzt das Überleben von Personen mit Krebserkrankungen in Relation zum Überleben der allgemeinen Bevölkerung. Eine relative Überlebensrate von 60% deutet auf ein um 40% reduziertes Überleben im Vergleich zur allgemeinen Überlebensrate der Bevölkerung gleichen Alters hin.

Das relative Überleben nach Krebs ist jedoch eine sehr allgemeine Kennziffer, je nach Tumorlokalisation und Stadium der Erkrankung kann die Rate stark schwanken. Diesbezüglich haben Bauchspeicheldrüsenkrebs, Lungenkrebs, Speiseröhrenkrebs und Magenkrebs eine eher schlechtere Prognose, während die Prognose bei Hodenkrebs, Prostatakrebs, Schilddrüsenkrebs, malignem Melanom und Brustkrebs durchschnittlich besser ist.

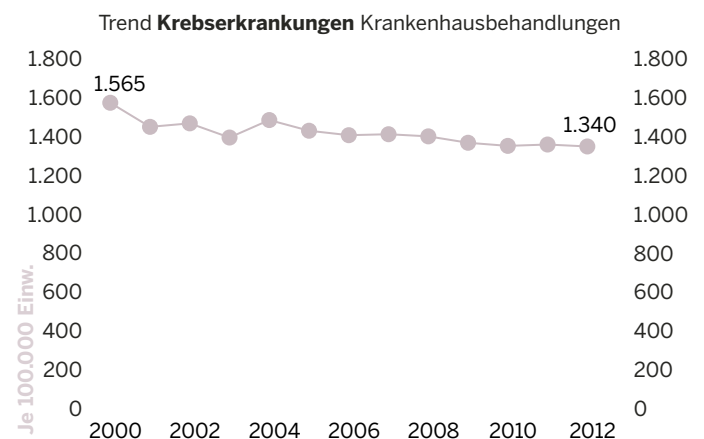


Abbildung 24 Krankenhausbehandlungen (altersstandardisiert) aufgrund einer Krebsdiagnose (ICD-10: C00–C97) je 100.000 Einw., Nordrhein-Westfalen, 2000–2012 | IT.NRW, GBE-Stat 2013, LZG.NRW (eigene Berechnung)

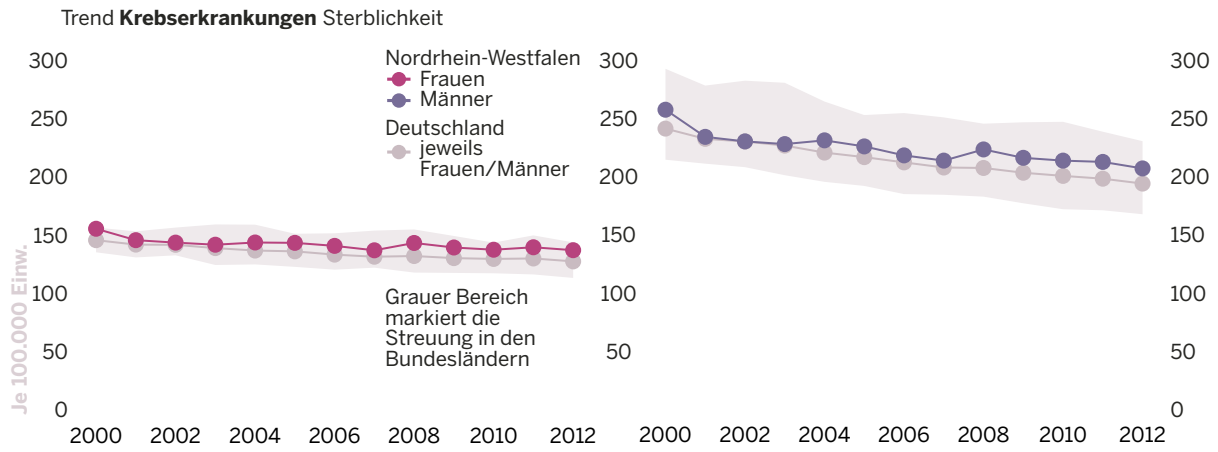


Abbildung 25 Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Bösartigen Neubildungen (ICD-10: C00–C97) je 100.000 Einw., nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen und bundesweit, 2000–2012 | gbe-bund, LZG.NRW

Trotz der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten stellen Krebserkrankungen auch 2012 die zweithäufigste Todesursache in Nordrhein-Westfalen dar. Verstorben sind 2012 etwa 24.000 Frauen und 28.000 Männer. Die Sterblichkeit an Krebserkrankungen nimmt jedoch im Zeitverlauf ab – ein Trend, der bei den Männern allerdings deutlich ausgeprägter ist als bei den Frauen. Nordrhein-Westfalen liegt bezüglich der Krebssterblichkeit leicht über dem Bundesdurchschnitt (s. Abbildung 25).

Die Sterblichkeit an Krebs verlagert sich im Vergleich zur Neuerkrankungsrate noch weiter in die höheren Altersgruppen. Laut Berechnungen auf Bundesebene versterben Frauen im Mittel mit 76 Jahren an einer Krebserkrankung und Männer mit 73 Jahren [RKI & GEKID 2012]. Die Sterberate der Männer ist in allen Altersgruppen, mit Ausnahme der Altersgruppe 30 bis 49 Jahre, höher als die der Frauen (s. Abbildung 26).

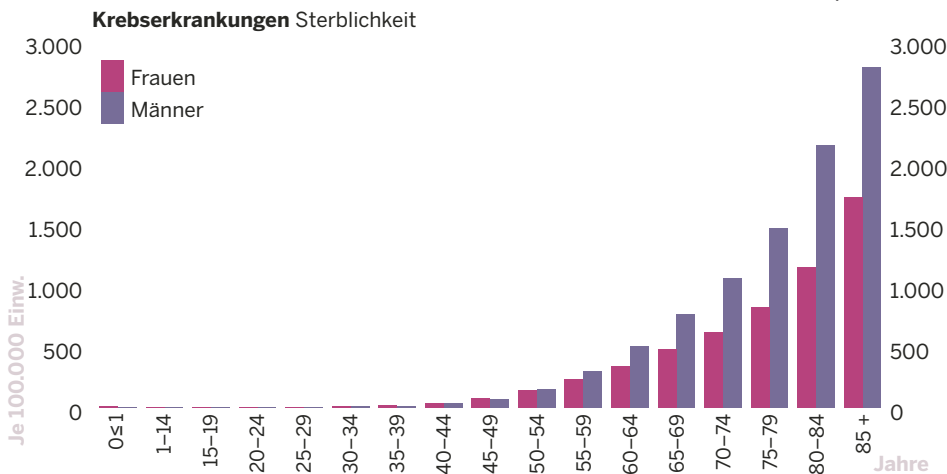


Abbildung 26 Sterblichkeit an Krebserkrankungen (ICD-10:C00–C97) je 100.000 Einw., nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2012 | IT.NRW, GBE-Stat 2013, LZG.NRW

☐ Lungenkrebs

Lungenkrebs ist die dritthäufigste Krebsneuerkrankung bei den Frauen und die zweithäufigste bei den Männern. Außerdem stellt Lungenkrebs in Nordrhein-Westfalen die zweithäufigste Todesursache infolge einer Krebserkrankung bei den Frauen und die häufigste Todesursache bei den Männern dar.

Gemessen an allen Sterbefällen in Nordrhein-Westfalen steht Lungenkrebs in 2012 mit 11.627 Fällen auf Rang zwei und folgt direkt hinter der chronischen ischämischen Herzkrankheit, welche 11.891 Todesfälle verursacht. Eine geschlechtsspezifische Darstellung zeigt allerdings deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Lungenkrebs dominiert die Todesursachenstatistik bei den Männern mit 7.607 Fällen und rangiert bei den Frauen mit 4.020 Fällen auf Rang fünf. Die hohe Sterblichkeit an Lungenkrebskrankungen spiegelt sich auch in Berechnungen des Epidemiologischen Krebsregisters NRW wieder: Fünf Jahre nach Diagnosestellung liegt das relative Überleben der Lungenkrebspatientinnen bei 20% und das der Lungenkrebspatienten bei 17% [EKR NRW 2013].

Somit stellt Lungenkrebs aufgrund der nach wie vor hohen Anzahl an Todesfällen eine der größten Herausforderungen auf dem Gebiet der Krebsbekämpfung dar. Für Nordrhein-Westfalen ist der Handlungsbedarf auf den ersten Blick besonders auffällig. Hier sterben immer noch mehr Männer an Lungenkrebs als im bundesdeutschen Durchschnitt (s. Abbildung 27). Gleiches gilt auf einem insgesamt niedrigeren Niveau auch für die Frauen. Bemerkenswert ist vor

allem der gegenläufige Trend der Mortalitätsraten bei den Geschlechtern: während die Rate bei Männern zwischen 2000 und 2012 einen kontinuierlichen Rückgang um

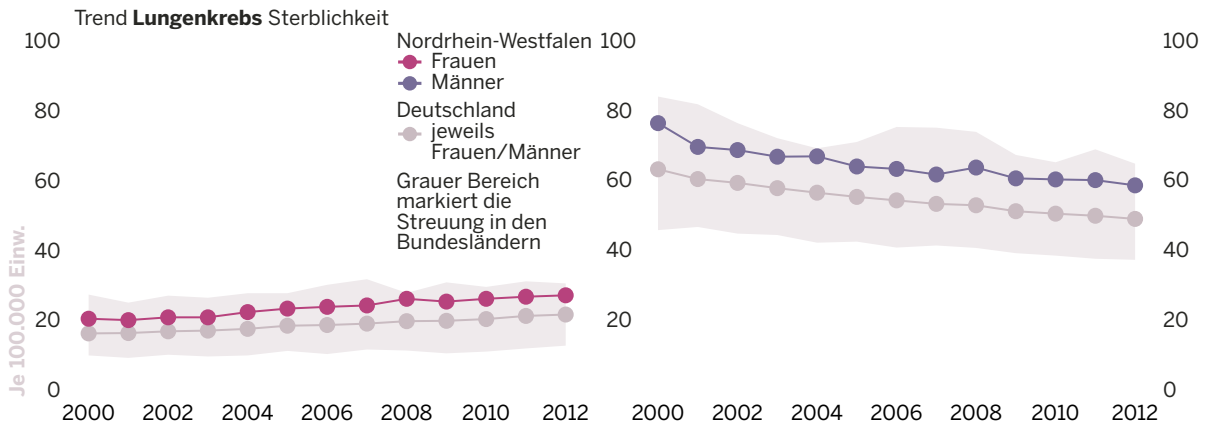


Abbildung 27 Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Lungenkrebs (ICD-10: C33–C34) je 100.000 Einw., nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen und bundesweit, 2000–2012 | gbe-bund, LZG.NRW

insgesamt 24 % zeigt, steigt die Sterblichkeit der Frauen im gleichen Zeitraum um 34 % an. Gleiche Trends zeigen sich auch in anderen europäischen Ländern, die Hauptursache liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit bei der in den vergangenen Jahrzehnten deutlich gestiegenen Zahl rauchender Frauen. Diese Entwicklung spricht für die Notwendigkeit einer fortgesetzten und noch stärker geschlechtsspezifisch ausgerichteten Prävention.

Das mittlere Erkrankungsalter an Lungenkrebs liegt bei 68 Jahren bei den Frauen und 70 Jahren bei den Männern [EKR NRW 2013]. Diese Zahlen verdeutlichen, dass Lungenkrebskrankungen häufig erst nach jahrzehntelangem

Zigarettenkonsum auftreten. Es muss also von einer erheblichen Latenzzeit zwischen aktuellen Präventionsbemühungen und ihren Auswirkungen auf die Lungenkrebssterblichkeit ausgegangen werden. Wenn auch etwa 90 % aller Todesfälle an Lungenkrebs auf Kanzerogene des Tabakrauchs zurückzuführen sind, so sollte dennoch festgehalten werden, dass auch andere krebserregende Stoffe wie beispielsweise Asbest, Quarzstäube, polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe und Nickelstäube einen Anteil an der Krankheitsentstehung haben [RKI & GEKID 2012].

Im Regionalvergleich zeigt sich ein Schwerpunkt der Lungenkrebssterblichkeit im Bereich der Ruhrgebietsstädte. Zusätzlich fällt ein ausgeprägtes West-Ost-Gefälle auf (s. Abbildung 28 (Karte)).

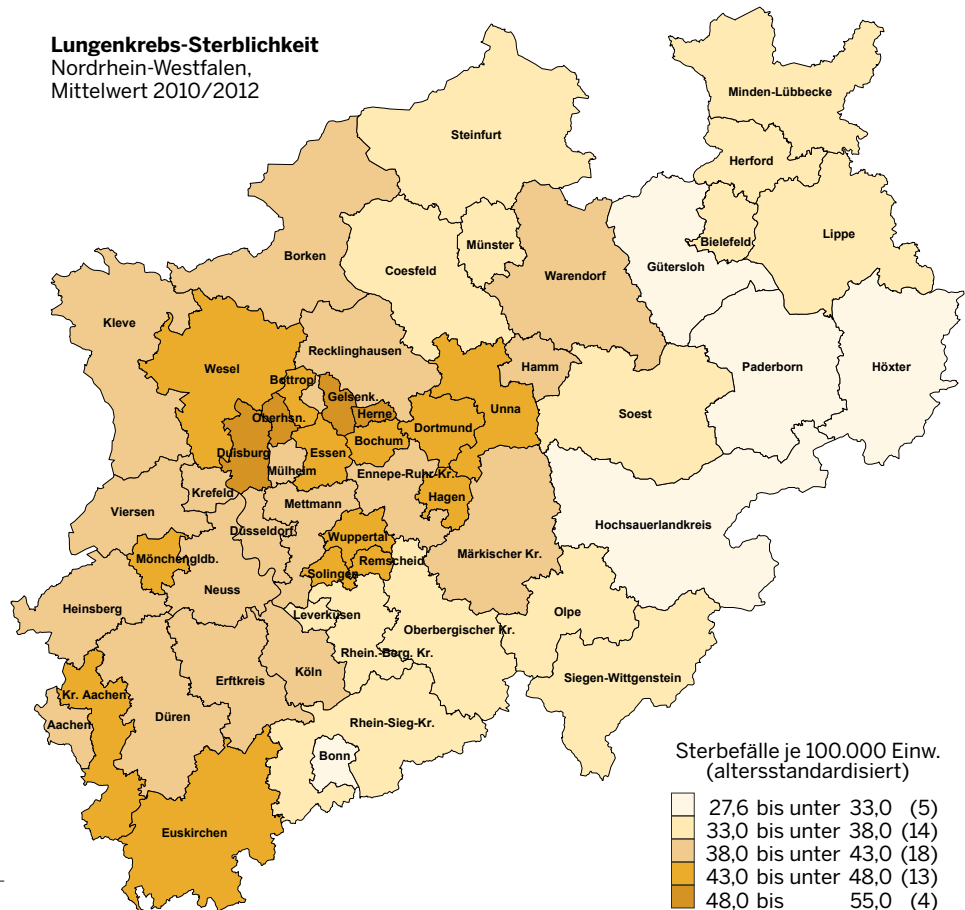
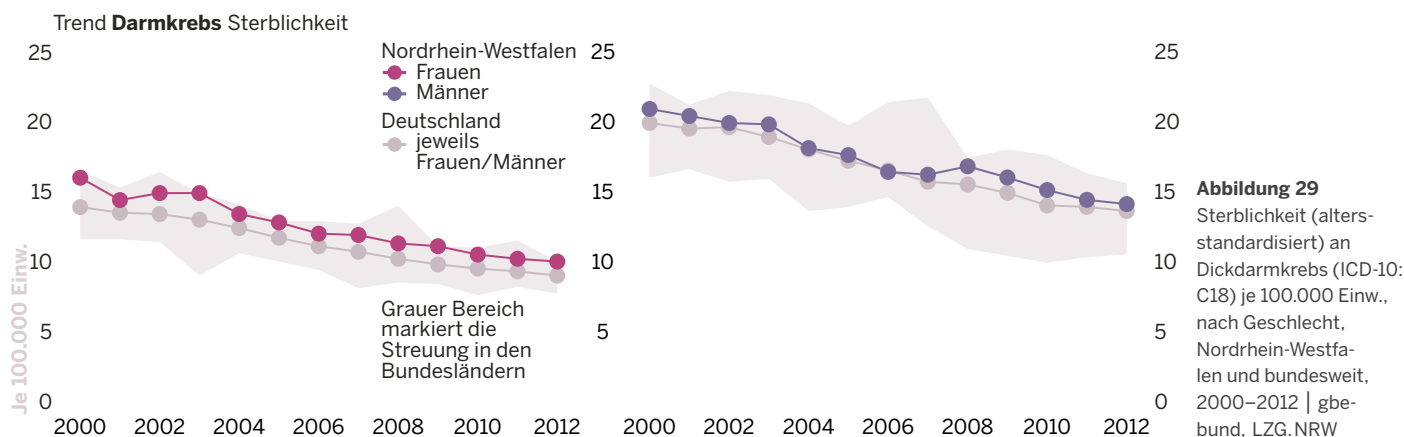


Abbildung 28 Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Lungenkrebs (ICD-10: C33–C34) je 100.000 Einw., Nordrhein-Westfalen, 2010–2012 (3-Jahres-Mittelwert) | IT.NRW, LZG.NRW (eigene Berechnung)

Sterbefälle je 100.000 Einw. (altersstandardisiert)	
27,6 bis unter 33,0	(5)
33,0 bis unter 38,0	(14)
38,0 bis unter 43,0	(18)
43,0 bis unter 48,0	(13)
48,0 bis 55,0	(4)



▣ Darmkrebs

Der Darmkrebs, zu dem in erster Linie Kolon- und Rektumkarzinome gehören (ICD-10: C18 bis C21), ist bei Frauen die zweithäufigste und bei Männern die dritthäufigste Krebserkrankung im Jahr 2011. Darmkrebs hat im Vergleich zu anderen Krebsarten eine mittlere Überlebensprognose. Fünf Jahre nach Diagnosestellung liegt das relative Überleben der Darmkrebspatientinnen bei 64 % und der Darmkrebspatienten bei 62 % [EKR NRW 2013]. Aufgrund der Häufigkeit von Krebserkrankungen dieser Tumorlokalisation liegt der Anteil der Todesfälle an Dickdarm- und Enddarmkarzinomen unter allen Todesursachen im Jahr 2012 auf Rang acht bei den Frauen und auf Rang sechs bei den Männern.

In Nordrhein-Westfalen bewegt sich die Neuerkrankungsrate bei den Männern in den letzten Jahren auf relativ konstantem Niveau, bei den Frauen zeigt sich in den letzten Jahren ein leicht abnehmender Trend. Im Jahr 2011 wurden bei den Frauen gut 7.000 neue Darmkrebsdiagnosen gestellt, bei den Männern waren es knapp 8.000 Diagnosen. Demgegenüber sind 2012 insgesamt etwa je 3.000 Frauen und Männer an Darmkrebs verstorben. Die Entwicklung der Sterblichkeit an Dickdarmkrebs ist bei Frauen und Männern rückläufig und folgt für beide Geschlechter dem gesamtdeutschen Trend (s. Abbildung 29).

Berechnungen des Epidemiologischen Krebsregisters NRW zeigen, dass etwa zwei Drittel der Darmkrebstumore erst im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert werden [EKR NRW 2013]. Darmkrebs gehört zu den Krebsarten, für die ein Programm zur Früherkennung zur Verfügung steht. Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung können im Alter von 50 bis 54 Jahren jährlich einen Test auf verstecktes Blut im Stuhl durchführen lassen. Ab einem Alter von 55 Jahren besteht Anspruch auf eine zweijährliche Untersuchung auf Blut im Stuhl oder alternativ die Durchführung einer Darmspiegelung, die bei unauffälligem Befund nach zehn Jahren wiederholt werden kann. Durch ein frühzeitiges Entdecken und Behandeln von

Krebsherden im Darm verbessert sich die Prognose im Hinblick auf den weiteren Krankheitsverlauf. Noch früher setzen primärpräventive Maßnahmen an. Sie können die Häufigkeit der Entstehung von Darmtumoren verringern. Eine diesbezügliche Risikoreduktion lässt sich unter anderem durch Bewegung, Nichtrauchen sowie Vermeidung eines übermäßigen Konsums von Alkohol und Fast Food erreichen (Kirkegaard et al. 2010, Siegel et al. 2009).

▣ Spezielle Krebslokalisationen bei Frauen: Brust und Gebärmutterhals

▪ Brustkrebs

Im Jahr 2011 erkrankten rund 17.000 Frauen an Brustkrebs und etwa 4.000 Frauen sind an Brustkrebs verstorben. Damit ist Brustkrebs mit Abstand die häufigste Krebsneuerkrankung bei Frauen und die dritthäufigste Todesursache in der weiblichen Bevölkerung. Mit einem Rückgang der altersstandardisierten Sterblichkeit um knapp 20 % seit dem Jahr 2000 folgt Nordrhein-Westfalen dem bundesweiten Trend, die Raten liegen geringfügig über dem Bundeswert (s. Abbildung 30). Im Gegensatz zum Lungenkrebs sind regionale Unterschiede bezüglich Neuerkrankungen und Sterblichkeit zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens beim Brustkrebs sehr gering [EKR NRW 2013].

Im Oktober 2005 haben die ersten Screeningeinheiten des deutschen Mammographie-Screening-Programms in Nordrhein-Westfalen die Arbeit aufgenommen. Die flächendeckende Implementierung ist seit Ende 2009 in Nordrhein-Westfalen wie auch bundesweit abgeschlossen [Heidinger et al. 2012, Kooperationsgemeinschaft Mammographie 2014]. Teilnahmeberechtigt sind in Nordrhein-Westfalen ca. 2,2 Millionen Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren (Stand 31.12.2008) [Heidinger et al. 2012]. Frauen dieser Altersgruppe erhalten alle zwei Jahre eine schriftlich an sie gerichtete Einladung, um eine Röntgenuntersuchung ihrer Brüste durchführen zu lassen. Im Zeitraum 2005 bis 2009 suchten 1,5 Millionen Frauen eine der

23 Screeningeinheiten in Nordrhein-Westfalen auf, damit lag die durchschnittliche Teilnehmerate bei 53,4% [Biesheuvel et al. 2011]. In dem Zeitraum von 2005 bis Ende 2008 erhielten 610 von 10.000 erstmalig gescreenten Frauen die Aufforderung zu einer weiteren Abklärung des Mammographieergebnisses. Bei ca. 13% dieser Frauen (82 von 10.000 erstmalig untersuchten Frauen) wurde nach einer weiteren diagnostischen Abklärung eine Brustkrebsdiagnose gestellt. Bundesweit beträgt der Anteil an Brustkrebsdiagnosen nach Erstuntersuchungen in einem Mammographie-Screening-Programm 76 von 10.000 Frauen [Kooperationsgemeinschaft Mammographie 2014].

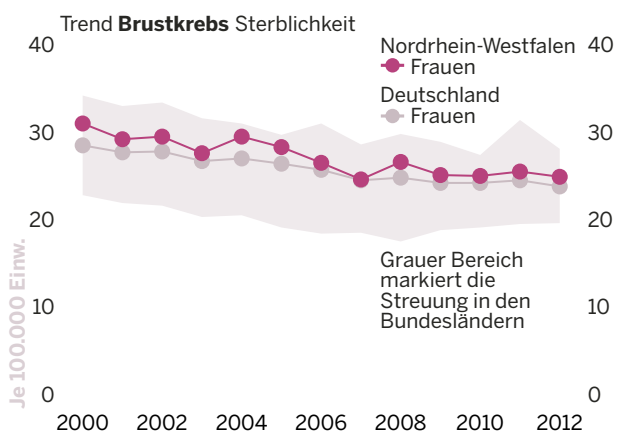


Abbildung 30 Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Brustkrebs (ICD-10: C50) bei Frauen je 100.000 Einw., Nordrhein-Westfalen und bundesweit, 2000–2012 | gbe-bund, LZG.NRW

Bei Frauen, die in Nordrhein-Westfalen im Zeitraum 2005 bis Ende 2008 an einem Folgescreening teilgenommen haben, lag die Rate positiver Befunde (Verdacht auf Brustkrebs) bei 360 von 10.000 Frauen, bei jeder sechsten Frau dieser Gruppe wurde nach weiterer diagnostischer Abklärung eine Brustkrebsdiagnose gestellt [Heidinger et al. 2012].

Wie diese Zahlen verdeutlichen, werden im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms Frauen untersucht, von denen der überwiegende Anteil gesund ist und nur zu einem kleineren Teil auffällige Befunde erhoben werden. Ziel ist es, die Erkrankung in einem möglichst frühen Stadium zu entdecken, um so die Aussicht auf eine erfolgreiche Therapie zu verbessern. Ein Qualitätsindikator für den Erfolg des Mammographie-Screening-Programms wäre die Reduktion der Sterblichkeit an Brustkrebs. Diese Überprüfung kann jedoch frühestens nach sieben bis zwölf Jahren Laufzeit durchgeführt werden [Hense et al. 2011]. Um bereits in der Zwischenzeit Abschätzungen bezüglich der Wirksamkeit des Screening-Programms zu erheben, steht als Ersatzindikator die Intervallkarzinomrate zur Verfügung. Diese Maßzahl beschreibt den Anteil an Brustkrebstumoren, die 24 Monate nach negativem Befund des

Screenings außerhalb des Screening-Programms gefunden werden. In Nordrhein-Westfalen wurde in dem Zeitraum 2005 bis 2008 bei 2.036 Frauen ein Intervallkarzinom entdeckt, dies entspricht einer Rate von 23,2 Fällen pro 10.000 negativ gescreenten Frauen. Bezogen auf alle Brustkrebsfälle im angegebenen Zeitraum wurden 78% der Fälle durch das Screening und 22% der Fälle in dem Intervall zwischen den Screening-Untersuchungen entdeckt. Damit liegt das nordrhein-westfälische Mammographie-Screening-Programm im Vergleich zu anderen europäischen Ländern und Regionen in einem günstigen Bereich [Heidinger et al. 2012].

Mit Einführung des Mammographie-Screening-Programms ist die Zahl der registrierten Neuerkrankungen in Nordrhein-Westfalen in dem Zeitraum 2005 bis 2008 wie erwartet deutlich angestiegen, wobei ein größerer Teil der Tumore in einem Frühstadium entdeckt wird [Weigel et al. 2009]. Mittlerweile scheint die Neuerkrankungsrate wieder leicht abzusinken, sie liegt aber nach wie vor noch auf einem etwas höheren Niveau als vor Einführung des Mammographie-Screening-Programms.

■ Gebärmutterhalskrebs

Gebärmutterhalskrebs tritt vergleichsweise selten auf, im Jahr 2010 wurden 966 Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen gemeldet, 313 Frauen verstarben 2011 an der Krankheit. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 54 Jahren. Damit gehört der Gebärmutterhalskrebs zu den Krebserkrankungen, die schon im früheren Lebensalter gehäuft auftreten [EKR NRW 2013].

Das relative Überleben der Patientinnen mit Gebärmutterhalskrebs liegt fünf Jahre nach Diagnosestellung bei 65% [EKR NRW 2013]. In den letzten Jahren bewegte sich die Sterblichkeitsrate in Nordrhein-Westfalen auf relativ konstantem Niveau und hat sich dem Bundeswert angenähert (s. Abbildung 31). Sie lag vorher viele Jahre deutlich unter dem Bundesdurchschnitt, teilweise hatte Nordrhein-Westfalen die niedrigste Rate aller Bundesländer aufzuweisen.

Ein seit Jahrzehnten etabliertes 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 (d.h. benachbartes Gewebe ist nicht befallen). Seit Einführung der Screeninguntersuchung in den 1970er Jahren ist bundesweit ein erheblicher Rückgang invasiver Gebärmutterhals-Karzinome zu beobachten [RKI & GEKID 2010]. Seit Anfang der 1990er 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 Jahren gegen Infektionen mit humanen Papillomaviren (HPV) zu impfen. Diese Infektionserkrankung wird als eine bedeutsame Ursache für die Entwicklung von Gebärmutterhalskrebs angesehen.

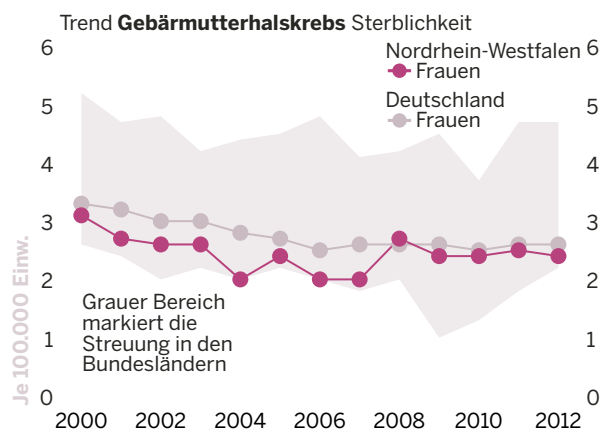


Abbildung 31 Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Gebärmutterhalskrebs (ICD-10: C53) bei Frauen je 100.000 Einw., Nordrhein-Westfalen und bundesweit, 2000–2012 | gbe-bund, LZG.NRW

Spezielle Krebslokalisationen bei Männern: Prostata

Die Zahl der jährlich registrierten Prostatakrebs-Neuerkrankungen hat sich seit Mitte der 1990er Jahre im Regierungsbezirk Münster etwa verdoppelt [EKR NRW 2013]. Inzwischen ist Prostatakrebs dadurch mit einem Anteil von 25,1% der Krebsneuerkrankungen die häufigste Krebsdiagnose bei Männern. Hierbei sind Altersverschiebungen in der männlichen Bevölkerung aufgrund des demographischen Wandels bereits berücksichtigt.

Die Anzahl an Neuerkrankungen in Nordrhein-Westfalen liegt 2011 bei etwa 15.000 Fällen. Die Patienten sind im Mittel bei Diagnosestellung 71 Jahre alt [EKR NRW 2013]. Anders als die Neuerkrankungsraten sind die Sterberaten kontinuierlich rückläufig; zwischen 2000 und 2012 beträgt der Rückgang der altersstandardisierten Sterblichkeit in Nordrhein-Westfalen 26%. Im Jahr 2012 sind 3.022 Patienten an Prostatakrebs verstorben, zwei Drittel der Verstorbenen waren 75 Jahre oder älter. Der Bundesvergleich zeigt nur geringfügige Unterschiede zwischen Nordrhein-Westfalen und Gesamtdeutschland (s. Abbildung 32).

Bei Prostatakrebs ist die Prognose im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen günstig. Fünf Jahre nach Diagnosestellung liegt das relative Überleben der Prostatakrebspatienten bei 92% [EKR NRW 2013].

Der Anstieg der Neuerkrankungsrate wird größtenteils auf die Zunahme der Inanspruchnahme von Blutuntersuchungen zum Nachweis des prostataspezifischen Antigens (PSA-Test) zurückgeführt [EKR NRW 2013]. Das von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattete Früherkennungsprogramm beinhaltet für Männer ab 45 Jahren eine jährliche Tastuntersuchung auf Prostatakrebs (digital-rektale Untersuchung). Der PSA-Test ist nicht Bestandteil dieser Früherkennungsuntersuchung und gehört als Screeningtest ohne vorliegenden Verdacht auf eine Krebserkrankung zu den individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die von den Patienten privat bezahlt werden müssen. Dennoch wird der PSA-Test neben der digital-rektalen Untersuchung häufig durchgeführt. Eine 2004 durchgeführte Befragung von knapp 12.000 Männern der Altersgruppe 45 bis 70 Jahre in Deutschland zeigte, dass etwa 46% der Männer die Tastuntersuchung sowie den PSA-Test schon einmal haben durchführen lassen. Darunter nehmen 44% die Tastuntersuchung und etwa 33% den PSA-Test regelmäßig (maximal alle 2-3 Jahre) in Anspruch [Sieverding et al. 2008]. 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 führen könnte, die weder Beschwerden haben noch in Zukunft bekommen werden.

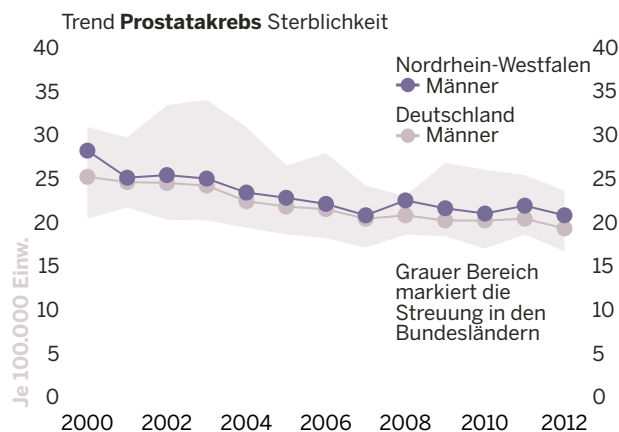


Abbildung 32 Sterblichkeit (altersstandardisiert) an Prostatakrebs (ICD-10: C61) bei Männern je 100.000 Einw., Nordrhein-Westfalen und bundesweit, 2000–2012 | gbe-bund, LZG.NRW

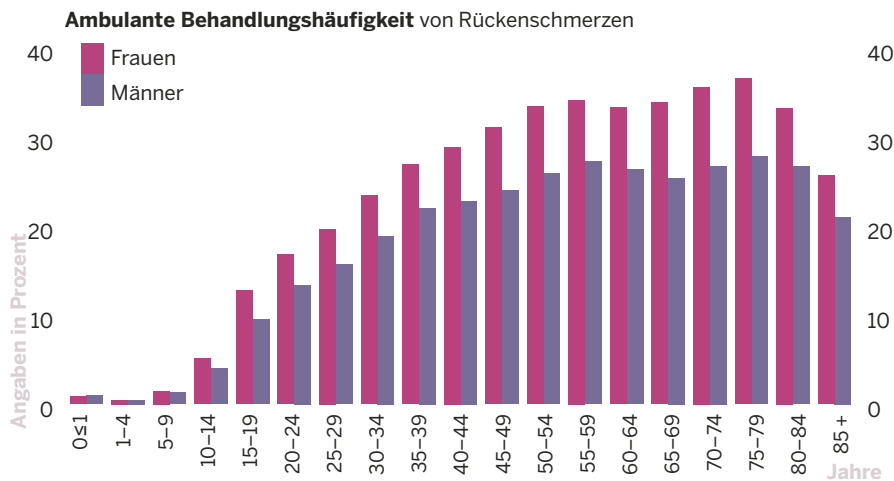


Abbildung 33 Ambulante Behandlungshäufigkeit von Rückenschmerzen (ICD-10: M54) in Prozent der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2012 | Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LZG.NRW

■ Rückenschmerzen

Beschwerden aufgrund von Rückenschmerzen stellen die häufigste Schmerzkrankung im Erwachsenenalter dar und belegen Rang zwei unter den häufigsten Diagnosen in der ambulanten Versorgung. Die ambulanten Behandlungszahlen sind zwischen 2005 und 2012 nahezu stabil, der Anstieg beträgt nur 4,5%.

In Nordrhein-Westfalen wurden 2012 knapp vier Millionen Behandlungsfälle aufgrund von Rückenschmerzen registriert, 25% der Frauen und 19% der Männer waren deshalb ein- oder mehrmals in ärztlicher Behandlung. Während die Behandlungshäufigkeit von Rückenschmerzen bei Frauen und Männern zunächst von einer Altersgruppe zur nächsten zunimmt, wird ab etwa 55 Jahren ein Plateau erreicht und in den höchsten Altersgruppen sinkt die Behandlungshäufigkeit sogar wieder (s. Abbildung 33). Über Gründe für die veränderte Entwicklung im Alter gibt es verschiedene Annahmen, neben biomechanischen Entlastungen oder stabilisierenden Selbstheilungsvorgängen wird eine veränderte Bewertung von Rückenschmerzen vor dem Hintergrund anderer ernster Gesundheitsprobleme als Erklärung herangezogen [Bressler et al. 1999, Raspe 2012].

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.

Obwohl Rückenschmerzen gegenüber Bandscheibenschäden und anderen Krankheiten der Wirbelsäule eine eher unspezifische Behandlungsdiagnose darstellen, führen sie nicht selten zu Krankenhausbehandlungen. Im Jahr 2012 wurden rund 46.000 Personen (27.117 Frauen und 18.511 Männer) wegen dieser Diagnose stationär behandelt. Auf Bundesebene wurden 5,9% der Frauen und 6,5% der Männer, die aufgrund von Rückenschmerzen stationär behandelt wurden, operiert [Raspe 2012]. Auffällig ist der deutliche Anstieg der stationären Behandlungen in den letzten Jahren (s. Abbildung 34), der in Nordrhein-Westfalen und auf Bundesebene zu sehen ist. Es kann angenommen werden, dass entsprechende Vergütungsanreize des 2004 eingeführten diagnosebezogenen Fallpauschalensystems ebenso wie die Kodierpraxis und die Weiterentwicklung therapeutischer Optionen den Anstieg stationärer Behandlungen beeinflussen [Marschall et al. 2012, Deutsches Ärzteblatt 2013].

Rückenschmerzen werden zudem in Nordrhein-Westfalen seit langem häufiger als im Bundesdurchschnitt stationär behandelt.

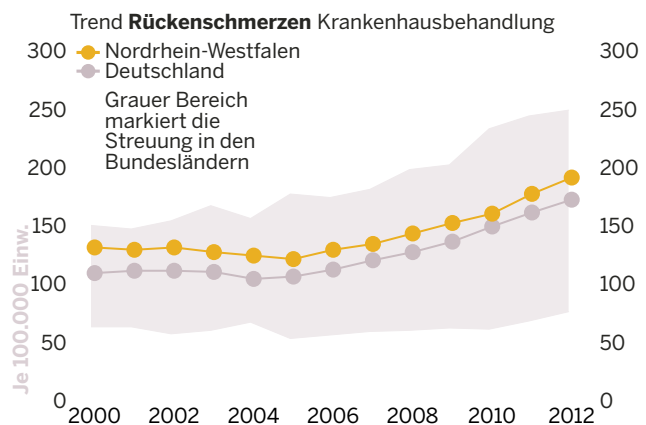


Abbildung 34 Krankenhausbehandlungen (altersstandardisiert) wegen Rückenschmerzen (ICD-10: M54), Nordrhein-Westfalen und bundesweit, 2000–2012 | gbe-bund, LZG.NRW

■ HIV/AIDS und Syphilis

In Nordrhein-Westfalen kann man – nach einem Rückgang der HIV-Neuinfektionen in den letzten Jahren – seit 2012 wieder einen Anstieg der HIV-Neuinfektionen beobachten. Die aktuellen Schätzungen des Robert Koch-Instituts (RKI, SurvStat (Datenstand 1.3.2014)) gehen für 2013 insgesamt von etwa 713 HIV-Neuinfektionen in Nordrhein-Westfalen aus (vgl. 2011: 663 Infektionen): Es haben sich ca. 145 Frauen und ca. 568 Männer neu mit dem HI-Virus infiziert.

Hinsichtlich der von HIV-Neuinfektionen besonders betroffenen Gruppen ergeben sich keine Veränderungen. Die Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), ist mit 368 Personen (52 %) unverändert die am stärksten betroffene Gruppe, gefolgt von 129 Personen (18 %), bei denen heterosexuelle Kontakte als Übertragungsweg angegeben wurden (97 Frauen, 32 Männer). Bei 36 Personen (12 Frauen, 24 Männern) wurde intravenöser Drogengebrauch als wahrscheinlicher Infektionsweg genannt.

Die aktuelle epidemiologische Entwicklung der HIV-Neudiagnosen in Nordrhein-Westfalen (Inzidenz: 4,0/100.000 Einw.) entspricht weitgehend der Entwicklung in Deutschland insgesamt (Inzidenz: 3,99/100.000 Einw.). Aufgrund der Häufung von HIV-Neudiagnosen in großstädtischen Ballungsräumen liegt Nordrhein-Westfalen 2012 im Ländervergleich hinter den Stadtstaaten und Hessen an fünfter Stelle (s. Abbildung 35).

pro 100.000 Einw. an vierter Stelle hinter den Stadtstaaten und über dem Bundesdurchschnitt. Die Syphilisinzidenz (entsprechend der Referenzdefinition des RKI (RKI, SurvStat (Datenstand 1.3.2014)) ist in Deutschland und Nordrhein-Westfalen von 2009 bis 2013 um rund 82 % bzw. 64 % angestiegen. Laut Robert Koch-Institut ist von einer Syphilisinfection vorrangig die Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, in Großstädten betroffen.

Aktuelle Präventionsbemühungen müssen deshalb in stärkerem Umfang als bisher Syphilis und die übrigen sexuell übertragbaren Infektionen mit in den Blick nehmen.

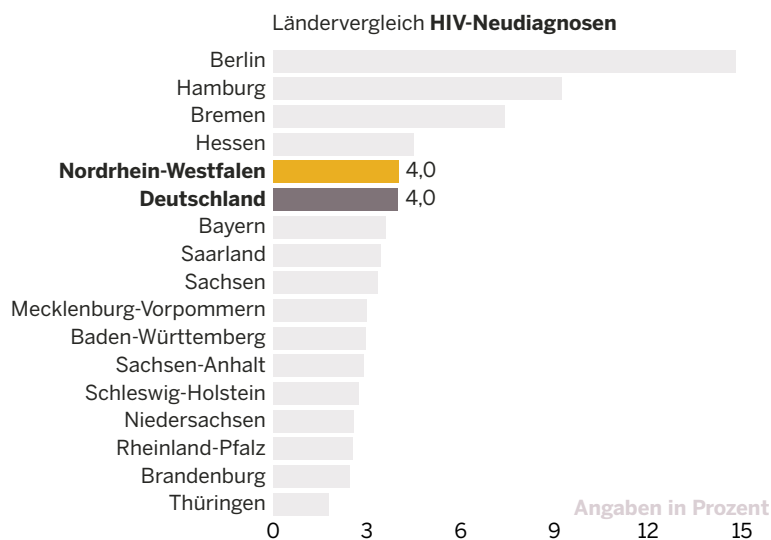


Abbildung 35 Gemeldete HIV-Neudiagnosen je 100.000 Einw., in Deutschland und den Bundesländern, 2012 | RKI, SurvStat (Datenstand 1.3.2014), LZG.NRW

Der erneute Anstieg bei den HIV-Neudiagnosen steht möglicherweise im Zusammenhang mit den seit 2009 steigenden Syphiliszahlen, da Syphilis eine Ansteckung mit HIV begünstigt. Im Ländervergleich liegt Nordrhein-Westfalen im Jahr 2013 mit einer Inzidenz von 6,8 Neudiagnosen

■ Psychische Erkrankungen

Die seelische Gesundheit ist in den vergangenen Jahren mehr und mehr in das Interesse der Öffentlichkeit gerückt. Ein Grund dafür ist, dass die Behandlungshäufigkeiten von psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen in den vergangenen 20 Jahren zugenommen haben und zunehmend zu verlorenen oder eingeschränkten Lebensjahren führen [Whiteford et al. 2013, IHME 2013]. Einer europaweiten Studie zufolge liegt bei etwa 38% der europäischen Bevölkerung eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit vor. Dabei dominieren Angststörungen, Depressionen, Schlafstörungen, somatoforme Störungen, Alkoholabhängigkeit, Demenz und kognitive Behinderungen sowie ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) im Kindes- und Jugendalter [Wittchen et al. 2011]. Zahlen für Deutschland zeigen vergleichbare Muster. Basierend auf der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (GEDA) litten 35,9% der untersuchten Frauen und 30,7% der untersuchten Männer in dem Zeitraum von zwölf Monaten vor der Untersuchung an einer oder mehreren psychischen Störungen. Bei den Frauen sind die häufigsten drei Störungen Angststörungen, unipolare Depression und somatoforme Störungen, bei den Männern führen Alkoholstörungen die Rangliste an, gefolgt von Angststörungen und unipolarer Depression [Wittchen & Jacobi 2012].

Auf gesellschaftlicher Ebene waren psychische Erkrankungen lange mit einem Tabu behaftet. In den letzten zwei Dekaden haben jedoch psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsangebote als therapeutische Maßnahmen an Akzeptanz gewonnen [Angermeyer et al. 2014]. Im persönlichen oder beruflichen Umfeld scheint jedoch nach wie vor eine große Unsicherheit im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen vorzuherrschen. Das Bedürfnis nach sozialer Distanz ist dabei gegenüber an Depression erkrankten Menschen am geringsten und am stärksten gegenüber alkoholabhängigen oder an Schizophrenie erkrankten Menschen ausgeprägt [Angermeyer et al. 2014].

Die Inanspruchnahme von Behandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen und die langfristigen Auswirkungen von psychischen Erkrankungen können anhand verschiedener Datenquellen abgeschätzt werden. Dazu gehören z.B. Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen zum ambulanten Behandlungsgeschehen und die Statistiken zur Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung oder zu Rehamaßnahmen aufgrund von psychischen Erkrankungen. Bezogen auf psychische Erkrankungen dominieren in Nordrhein-Westfalen im ambulanten Bereich Behandlungen von Depressionen, somatoformen Störungen sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen. Im stationären

Bereich werden Depressionen, Alkoholabhängigkeit und Schizophrenie am häufigsten behandelt.

Der Erhalt einer guten psychischen Gesundheit ist ein dringliches Gesundheitsziel, da eine stabile Psyche einen wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität der Menschen hat und es ihnen ermöglicht, die Aktivitäten und Anforderungen des Alltags zu bewältigen. In einer Befragung der Babyboomer-Generation (geboren zwischen 1955 und 1970) in Nordrhein-Westfalen (NRW-Gesundheitssurvey 2013) wurde das psychische Wohlbefinden anhand des Fragensets des Mental Health Inventory (MHI-5) erhoben. Das Instrument erfasst, wie häufig sich die Befragten in den letzten vier Wochen jeweils nervös, niedergeschlagen, ruhig und gelassen, entmutigt und traurig oder glücklich gefühlt haben. Als Referenz für die Einteilung der Ergebnismerte in die Kategorien „gut“, „eingeschränkt“ und „beeinträchtigt“ diente eine bundesweite Befragung (Gesundheit Erwachsener in Deutschland Aktuell, GEDA 2010) [RKI 2012]. Der NRW-Gesundheitssurvey 2013 konnte zeigen, dass 63% der Befragten über ein gutes psychisches Wohlbefinden verfügen. Bei den Männern ist der Anteil an Befragten mit einem guten psychischen Wohlbefinden mit 66,4% etwas größer als bei den Frauen (59,6%). Bei knapp 26,5% der Befragten kann ein eingeschränktes psychisches Wohlbefinden festgestellt werden, der Anteil ist für beide Geschlechter in etwa gleich. Deutlicher beeinträchtigt ist das psychische Wohlbefinden bei 10,5% der Befragten, dies ist bei den Frauen (13,7%) häufiger der Fall als bei den Männern (7,3%). Diese Verteilungen sind mit der bundesweiten Befragung vergleichbar [RKI 2012].

In den folgenden Kapiteln werden die Behandlungs- bzw. Krankheitshäufigkeiten von stoffgebundenen Suchterkrankungen, Depressionen, Suiziden und Demenzen für Nordrhein-Westfalen genauer dargestellt. Diese Erkrankungen sind zum einen weit verbreitet und ziehen zum anderen weitreichende individuelle und gesellschaftliche Folgen nach sich. So können diese Erkrankungen die Teilhabe am öffentlichen Leben und Berufsleben sowie die eigenständige Lebensführung ungünstig beeinflussen. Darüber hinaus sind spezifische, wechselseitige Zusammenhänge zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit bekannt. Es konnten beispielsweise Zusammenhänge zwischen Depressionen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Adipositas festgestellt werden [Busch et al. 2011]. Gesunde Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität sind dabei Faktoren, die positiv auf die körperliche wie psychische Gesundheit wirken können.

▣ Suchterkrankungen

In diesem Kapitel wird weniger das allgemeine Konsum- bzw. Risikoverhalten in Bezug auf psychotrope Substanzen als vielmehr die Behandlungshäufigkeit von Suchterkrankungen dargestellt. Informationen zum Rauchverhalten und zum Alkoholkonsum finden sich im Kapitel „Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken“. Grundlage für die Darstellung des Behandlungsgeschehens ist die ICD-10 Gruppe „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10 bis F19)“. Die im Folgenden dargestellten Störungen umfassen somit akute Intoxikationen, den zu körperlichen oder psychischen Gesundheitsschädigungen führenden Gebrauch sowie Abhängigkeits- und Entzugssyndrome bis hin zu psychotischen Störungen aufgrund von Drogenkonsum. Nicht-stoffgebundene Süchte wie Onlinesucht und Glücksspielsucht spielen im Suchtgeschehen ebenfalls eine bedeutsame Rolle, werden hier aber nicht thematisiert, da es zur Zeit keine belastbaren Daten zur Häufigkeit und Entwicklung dieser Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen gibt.

Die datengestützte Abbildung von Psychischen oder Verhaltensstörungen aufgrund des Konsums psychotroper Substanzen (legaler und illegaler Drogen im engeren Sinne) unterliegt einigen Beschränkungen. Bei der Betrachtung der ambulanten und stationären Behandlungsdaten ist eine schwer einschätzbare Dunkelziffer zu berücksichtigen. So werden Personen, die sich keiner medizinischen Behandlung unterziehen, anhand dieser Routinedaten nicht erfasst. Zwar können Befragungsdaten bei häufig vorkommenden, suchtbedingten Psychischen oder Verhaltensstörungen Anhaltspunkte liefern, Fehlerquellen liegen hier jedoch im Bereich der Erreichbarkeit oder Teilnahmebereitschaft von Personen mit einer Suchtproblematik sowie dem Antwortverhalten, welches insbesondere beim illegalen Drogenkonsum das Ausmaß an Abhängigkeitserkrankungen nur unzuverlässig widerspiegelt.

Einer ambulanten Behandlung von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen liegt mit Abstand am häufigsten ein problematischer Tabak- oder Alkoholkonsum zugrunde. Die Behandlungshäufigkeit eines problematischen Alkoholkonsums liegt unter den 18- bis 64-Jährigen bei 1,4% (bezogen auf das Berichtsjahr 2012). Surveybasierte Schätzungen für diese Altersgruppe lassen vermuten, dass bei 3% eine Alkoholabhängigkeit vorliegt [Pabst et al. 2013]. Der Anteil an Patientinnen und Patienten, die in der ambulanten Versorgung aufgrund stoffgebundener Suchterkrankungen behandelt werden, scheint in den letzten Jahren in Nordrhein-Westfalen zu stagnieren. Auffallend ist allerdings der Anstieg im Bereich der Störungen, die durch den Konsum von Cannabis oder

Stimulanzien bedingt sind. Die Behandlungshäufigkeit hat sich bei diesen Erkrankungen seit 2005 mehr als verdoppelt. Die ambulante Behandlungshäufigkeit aufgrund von Störungen durch den Konsum von Tabak (ICD 10: F17) ist seit 2005 um 68% angestiegen.

Trendanalysen des epidemiologischen Suchtsurveys geben bundesweit Informationen zur aktuellen Entwicklung [Kraus et al. 2013a]. Hier konnte gezeigt werden, dass der Konsum legaler Suchtmittel zwar allgemein rückläufig ist, Abhängigkeitsdiagnosen jedoch zuzunehmen scheinen. Unter anderem ist zu beobachten, dass der durchschnittliche Alkoholkonsum in der Bevölkerung sinkt, während gleichzeitig der problematische Alkoholkonsum zunimmt. Eine Zunahme von Abhängigkeitserkrankungen unter den 18- bis 59-Jährigen konnte für Alkohol, Cannabis (in der männlichen Bevölkerung), Schmerz- und Schlafmittel (in der weiblichen Bevölkerung) sowie Beruhigungsmittel festgestellt werden. Dabei sind Abhängigkeiten von Tabak, Alkohol und Schmerzmitteln am häufigsten [Kraus et al. 2013a].

▪ Tabakabhängigkeit

Anhand der Daten aus dem NRW-Gesundheitssurvey 2013 sind 25,3% der Erwachsenen (Gelegenheits-)Raucher, 17,1% der Frauen und 20,5% der Männer rauchen täglich.

Die Tabakabhängigkeit wird international mit dem Fagerström Test gemessen. Dieser psychometrische Test fragt Aspekte wie das frühmorgendliche Rauchen, die Anzahl der Zigaretten pro Tag und das Rauchen während einer akuten Erkrankung ab. Einer deutschen Studie zufolge können 35,6% der Raucher als abhängig eingestuft werden [John et al. 2003]. Eine internationale Studie zeigt, dass mit Abnahme der Rauchquote in der Bevölkerung der durchschnittliche Anteil der Tabakabhängigen unter den Rauchern zunimmt [Fagerström & Furberg 2008].

Die Ausstiegsquote, die den Anteil der Ex-Raucherinnen und Ex-Raucher an allen Personen angibt, die jemals geraucht haben, beträgt bei den Frauen 46% und bei den Männern 54% (NRW-Gesundheitssurvey 2013). In einer Untersuchung des Robert Koch-Instituts zeigte sich, dass Ex-Raucherinnen bei Beendigung des Rauchens im Mittel 37,2 Jahre und Ex-Raucher 38,4 Jahre alt waren (GEDA 2010).

Eine Vielzahl der Raucherinnen und Raucher beginnt eine Rauchentwöhnung aus eigenem Antrieb und ohne dafür eine medizinische Beratung oder Behandlung in Anspruch zu nehmen. Im Jahr 2012 wurden lediglich 3,4% der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen aufgrund eines problematischen Tabakkonsums ambulant behandelt. Der Anteil der

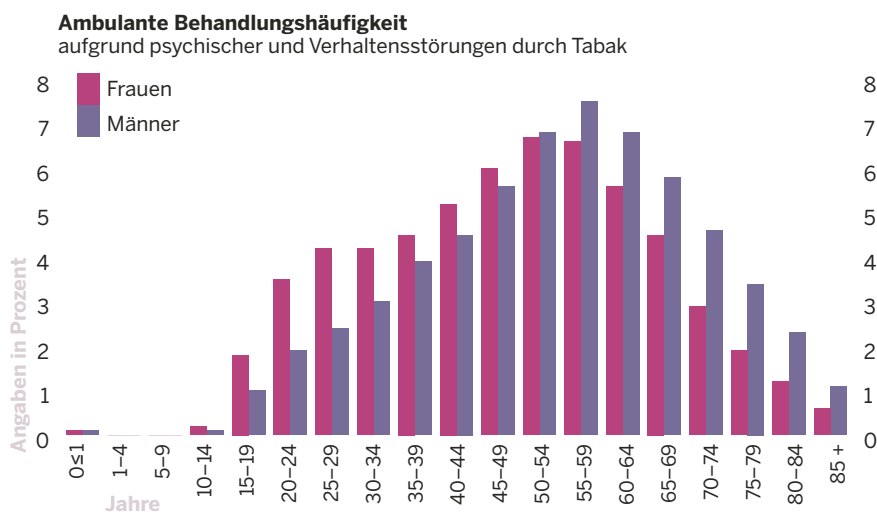


Abbildung 36 Ambulante Behandlungshäufigkeit aufgrund Psychischer und Verhaltensstörungen durch Tabak (ICD-10: F17) in Prozent, nach Geschlecht und Alter, Nordrhein-Westfalen, 2012 | Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen Lippe, LZG. NRW

behandelten Frauen (3,5%) und Männer (3,3%) ist dabei annähernd vergleichbar. Während im jungen Erwachsenenalter die Frauen häufiger behandelt werden, ist ab dem 50. Lebensjahr der Anteil unter den Männern größer (s. Abbildung 36).

Daten der ambulanten Suchthilfestatistik weisen Tabakabhängigkeit nicht als Hauptdiagnose aus, Tabakabhängigkeit stellt hier jedoch vielfach eine Begleiterkrankung dar. So liegt bei 40,0% der Personen, die aufgrund einer Opiatabhängigkeit in Behandlung waren, auch ein problematischer Tabakgebrauch vor. Bei Cannabiskonsumern liegt dieser Anteil bei 30,9% und bei Personen mit einer Alkoholabhängigkeit haben 22,8% ebenfalls einen problematischen Tabakgebrauch [Martens et al. 2013].

■ **Alkoholabhängigkeit**

Unter den ambulant behandelten Personen mit einer Psychischen oder Verhaltensstörung aufgrund von Alkohol sind Männer mit einem Bevölkerungsanteil von 1,4% mehr als doppelt so häufig betroffen wie Frauen (0,6%). Auf einem insgesamt niedrigeren Niveau kann dieser

Geschlechterunterschied auch bei den stationären Behandlungen beobachtet werden. Hier ist es 2012 zu einer stationären Behandlungshäufigkeit von 0,6% bei den Männern und 0,2% bei den Frauen gekommen. 3% aller Krankenhausbehandlungen von Männern in Nordrhein-Westfalen sind im Jahr 2012 auf die Diagnosen Alkoholabhängigkeit und Alkoholische Leberkrankheit zurückzuführen, insgesamt wurden rund 24.000 Frauen und 60.000 Männer mit diesen Diagnosen stationär behandelt.

Die behandelten Suchtkranken befinden sich ambulant wie stationär überwiegend im mittleren Lebensalter. Daten der ambulanten Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen zeigen, dass Patientinnen und Patienten, die wegen einer alkoholbedingten Suchterkrankung im ambulanten Suchthilfesystem betreut werden, im Mittel 45,3 Jahre alt sind, wobei die Frauen etwa zweieinhalb Jahre älter sind als die Männer. Etwa vier von zehn Personen dieser Patientengruppe sind arbeitslos (Männer 41%, Frauen 33%). Betreute Frauen leben seltener allein und häufiger mit Kindern zusammen als männliche Klienten [Martens et al. 2013].

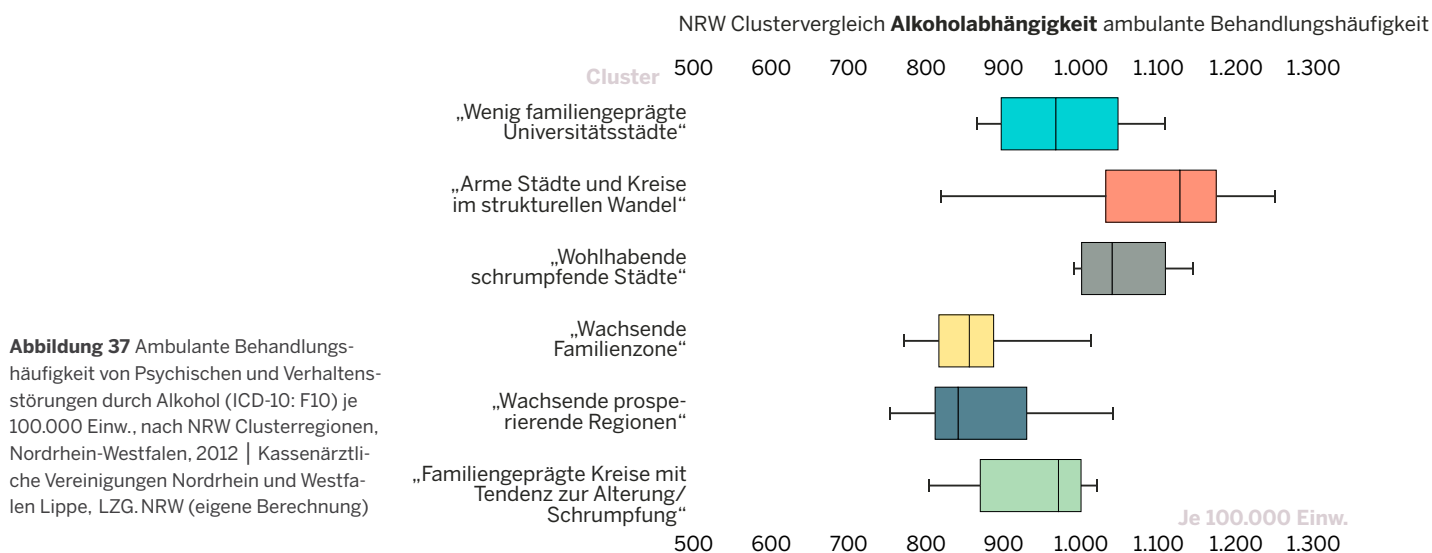


Abbildung 37 Ambulante Behandlungshäufigkeit von Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10: F10) je 100.000 Einw., nach NRW Clusterregionen, Nordrhein-Westfalen, 2012 | Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen Lippe, LZG. NRW (eigene Berechnung)

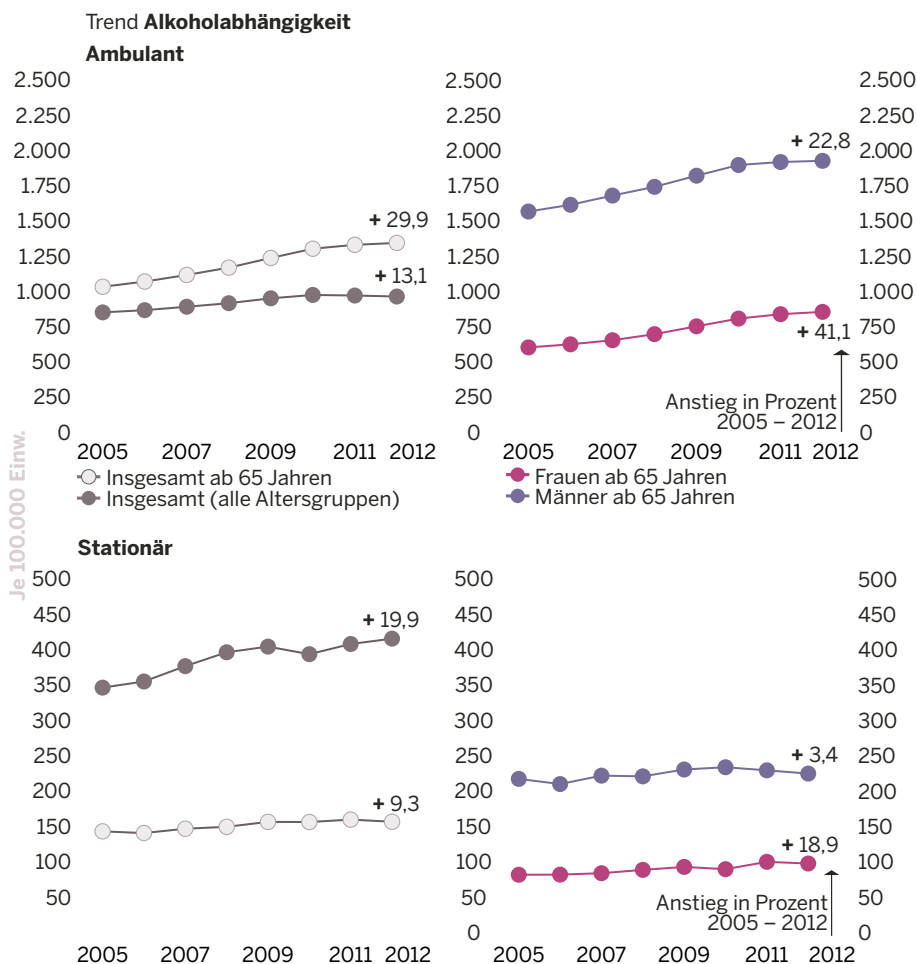


Abbildung 38 Ambulante Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einw. und Krankenhausfälle je 100.000 Einw. aufgrund Psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10: F10) (altersstandardisiert) sowie prozentualer Anstieg, nach Geschlecht und Alter, Nordrhein-Westfalen, 2005–2012 | Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen Lippe, IT.NRW, LZG.NRW (eigene Berechnung)

Die regionale Verteilung von alkoholbedingten Störungen variiert in Abhängigkeit von der Sozialstruktur unterschiedlicher regionaler Cluster in Nordrhein-Westfalen [Oslislo et al. 2013]. Die Unterschiede werden anhand einer Boxplot-Grafik dargestellt (s. Abbildung 37). Die farbigen Boxen für verschiedene Gebietscluster entsprechen jeweils dem Bereich, in dem die mittleren 50% der Werte für die jeweils einbezogenen Kreise und kreisfreien Städte liegen. Die oberen und unteren Linien markieren die Extremwerte für das jeweilige Cluster. Die Abbildung verdeutlicht, dass in Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens mit hoher Bevölkerungsdichte, geringem verfügbarem Einkommen und überdurchschnittlichem Arbeitslosenanteil („Arme Städte und Kreise im strukturellen Wandel“) die ambulante Behandlungshäufigkeit alkoholbedingter Störungen am höchsten ist. Zugleich gibt es aber auch eine breite Streuung zwischen den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten. Auch in den „Wohlhabenden schrumpfenden und alternden Städten und suburbanen Regionen“ zeigt sich eine verhältnismäßig hohe Behandlungshäufigkeit alkoholbedingter Störungen.

Ambulante Behandlungen aufgrund alkoholbedingter psychischer Störungen haben in den letzten Jahren in Nordrhein-Westfalen in der Altersgruppe ab 65 Jahren stärker zugenommen als für alle Altersgruppen insgesamt.

Während zwischen 2005 und 2012 im ambulanten Bereich der Anteil behandelter Patientinnen und Patienten um 13% angestiegen ist, stiegen Behandlungen der 65-Jährigen und Älteren um 30% an (s. Abbildung 38). Stationär lässt sich ein anderer Trend beobachten; hier nimmt der Anteil der Behandlungen von alkoholbedingten psychischen Störungen für alle Altersgruppen mit 20% stärker zu als für die Altersgruppe 65 plus (9,3%) (s. Abbildung 38). Der Anteil der behandelten Frauen in der Altersgruppe 65 Jahre und älter steigt ambulant wie stationär seit 2005 stärker an als der Anteil der gleichaltrigen behandelten Männern. Insgesamt werden jedoch auch in dieser Altersgruppe Frauen seltener aufgrund einer alkoholbedingten Störung behandelt als gleichaltrige Männer (s. Abbildung 38).

▪ **Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln**

Frauen werden ambulant häufiger als Männer aufgrund von Psychischen und Verhaltensstörungen durch die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln behandelt. Eine vergleichbare Geschlechterverteilung ist auch in den Statistiken der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe festzustellen [Steppan et al. 2012, Martens et al. 2013], wohingegen der epidemiologische Suchtsurvey, der auf Selbstausskunft der Befragten basiert, keinen Geschlechterunterschied

bei Abhängigkeitserkrankungen durch Schlaf- und Beruhigungsmittel zeigt [Pabst et al. 2013]. Im Gegensatz zu anderen Suchterkrankungen befinden sich die meisten Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Abhängigkeit von Schlaf- und/oder Beruhigungsmitteln behandelt werden, im Rentenalter, mit Höchstwerten unter den 85-Jährigen und Älteren.

■ Abhängigkeit von illegalen Drogen

Die Zahl der von illegalen „harten“ Drogen (z.B. Heroin) Abhängigen wird in Nordrhein-Westfalen auf etwa 30.000 geschätzt. Die Zahl der durch den Konsum von illegalen Drogen bedingten Todesfälle ist in Nordrhein-Westfalen leicht rückläufig und entspricht in den letzten Jahren in etwa dem Durchschnitt auf Bundesebene (s. Abbildung 39). Das mittlere Alter der verstorbenen Personen steigt seit einiger Zeit an und liegt 2012 auf Bundesebene bei 37 Jahren. Auf eine durch Drogenkonsum verstorbene Frau kommen etwa fünf männliche Drogentote.

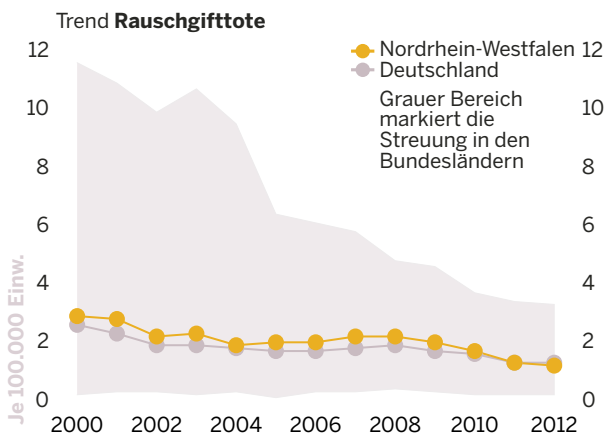


Abbildung 39 Rauschgifttote je 100.000 Einw., Nordrhein-Westfalen und bundesweit, 2000–2012 | gbe-bund, LZG.NRW

Daten der ambulanten Versorgung in Nordrhein-Westfalen zeigen ebenfalls, dass Männer häufiger als Frauen aufgrund von Suchterkrankungen durch den Gebrauch von Opioiden, Cannabis (jeweils ca. dreimal höhere ambulante Behandlungshäufigkeit bei Männern) oder aufgrund multiplen Substanzgebrauchs (ca. doppelt so hohe Behandlungshäufigkeit bei Männern) behandelt werden.

Durch den Konsum von Cannabis bedingte somatische und psychische Beeinträchtigungen werden überwiegend bei jungen Erwachsenen im Alter von 20 bis 29 Jahren behandelt, die Altersverteilung bei den gesundheitlichen Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Opioide ist breiter und zeigt Höchstwerte in der Altersgruppe 30 bis 39 Jahre. Auch diese Verteilung deckt sich mit den Daten der ambulanten Suchthilfe-Einrichtungen [Steppan et al. 2012, Martens et al. 2013].

□ Depressionen

Im Jahr 2012 lagen die Depressionen (ICD-10: F32) an siebter Stelle aller Behandlungsdiagnosen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Nordrhein-Westfalen. Lässt man vorübergehende Beschwerden (Atemwegsinfekte und unspezifische Bauchschmerzen) unberücksichtigt, nehmen sie bereits die fünfte Position ein. Betroffen waren rund 1,1 Millionen Frauen und 490.000 Männer. Die Behandlungshäufigkeit liegt damit bei ca. 12 % der weiblichen und 6 % der männlichen Bevölkerung. Ähnliche Anteile wurden in der RKI-Studie zur Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland (DEGS) ermittelt: Frauen 15,4 %, Männer 7,8 % [Busch et al. 2013]. Die Behandlungszahlen nehmen jährlich um rund 4 % zu.

Mit dem Alter steigt die Behandlungshäufigkeit von Depressionen kontinuierlich an, bei Frauen über 80 Jahren beträgt die ambulante Behandlungsrate 18 % (Männer 9 %). Eine aktuelle, repräsentative Befragung der Babyboomer-Generation in Nordrhein-Westfalen (Geburtsjahrgänge von 1955 bis 1970) ergab eine Lebenszeitprävalenz für Depressionen von 18 % bei den Frauen und knapp 12 % bei den Männern.

Rund 36.000 Patientinnen und Patienten befanden sich 2012 wegen Depressionen in stationärer Behandlung (ca. 21.000 Frauen und 15.000 Männer). Mit 207 Fällen je 100.000 Einw. wies Nordrhein-Westfalen 2012 die höchste stationäre Behandlungsrate aufgrund von Depressionen (F32) aller Bundesländer auf. Die Verweildauer liegt hier mit 29,3 Tagen unter dem Bundesdurchschnitt von 30,6 Tagen.

Während die Zuwachsraten von Depressionen sich bei ambulanten Behandlungen, Arbeitsunfähigkeits (BKK-Daten) und Krankenhausfällen zwischen 4 und 8 % pro Jahr bewegen, liegen sie bei den Reha-Maßnahmen und bei den Frühberentungen nochmals deutlich höher (s. Abbildung 40). Im Zeitraum zwischen 2005 und 2012 haben sich beide Kennziffern mehr als verdoppelt, die jährliche Zunahme beträgt 20 % bei den Reha-Maßnahmen und 25 % bei den vorzeitigen Berentungen.

2012 wurden in Nordrhein-Westfalen 4.740 Frauen und 2.787 Männer aufgrund von Depressionen vorzeitig verrentet. Bei beiden Geschlechtern ist die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen mit Abstand am häufigsten betroffen. Zwischen 2000 und 2012 ist der Anteil von Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen an allen Frühberentungen von 23 % auf 46 % angestiegen, bei den Frauen ist mittlerweile die Hälfte (51 %) aller Fälle auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen. Nach den Daten des

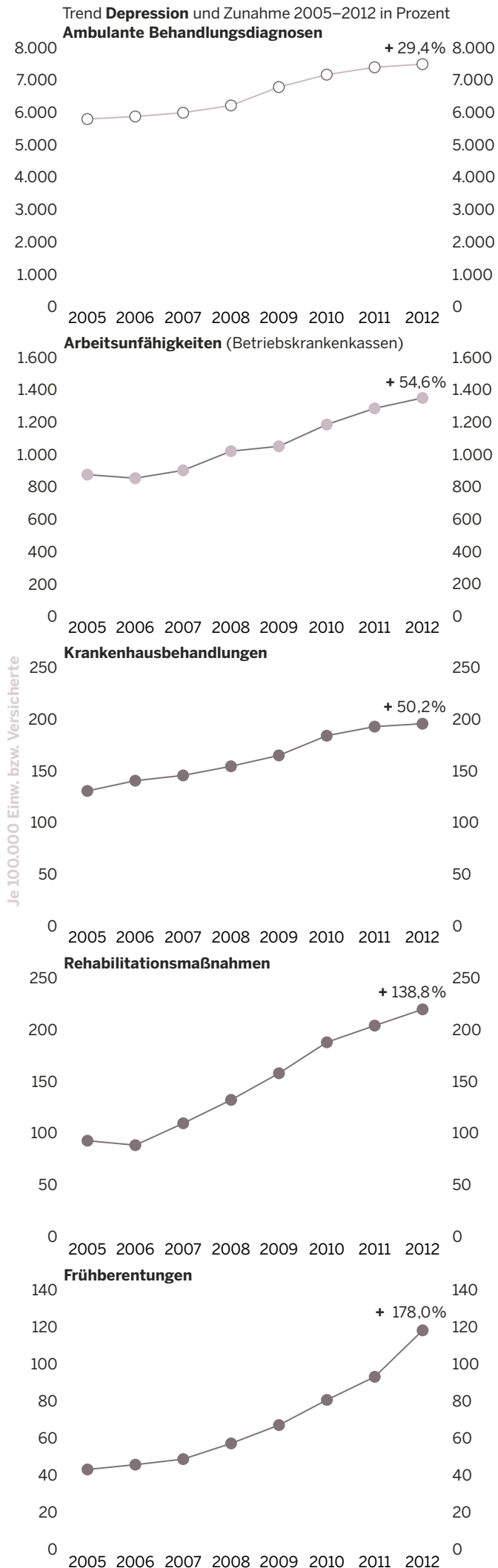


Abbildung 40 Zeitliche Entwicklung der Behandlungsdiagnose Depression (ICD-10: F32) in Nordrhein-Westfalen 2005–2012: Ambulante Behandlungsdiagnosen, Arbeitsunfähigkeiten (Betriebskrankenkassen), Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Frühberentungen (ICD-10: F32–F33), Fälle je 100.000 Einw. bzw. Versicherte | Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, BKK Bundesverband NRW, IT.NRW, DRV Bund, LZG.NRW (eigene Berechnungen)

Rentenversicherungsträgers (DRV-Bund) beträgt der Anteil der Depressionen an den Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen aktuell 48 % bei den Frauen und 35 % bei den Männern.

Die Grafiken zeigen eine ausgeprägte Steigerung der Zuwachsraten im Zeitraum 2005 bis 2012, angefangen bei ambulanten Behandlungen (plus 29 %) über den stationären Bereich (plus 50 %) bis hin zu Rehabilitationsmaßnahmen und Frühberentungen wegen Depressionen (plus 139 % bzw. plus 178 %).

Diese Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenhausstatistik und der DRV-Rentenstatistik zeigen, dass vor allem die schwereren Fälle von Depressionen zugenommen haben. Offenbar besteht ein ungedeckter Bedarf an Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention.

☐ Suizid und Suizidgefährdung

Die Suizidrate in Nordrhein-Westfalen ist in den Jahren 2011 und 2012 wieder rückläufig, nachdem zwischen 2007 und 2010 eine Zunahme von Suizidfällen und Suizidraten bezogen auf 100.000 Einw. zu beobachten war. Allerdings ist bei den Frauen, auch bundesweit, immer noch ein leichter Anstieg erkennbar. Im Jahr 2012 starben in Nordrhein-Westfalen 1.711 Menschen durch Suizid (465 Frauen und 1.246 Männer). Damit liegt die Zahl der Suizidfälle dreimal so hoch wie die der Verkehrstoten (588 Fälle). Männer sind besonders gefährdet, ihr Anteil an den Suiziden beträgt rund 75%. Im Bundesvergleich weist Nordrhein-Westfalen seit vielen Jahren eine der niedrigsten Suizidraten von allen Bundesländern auf (s. Abbildung 41).

Die Zahl der Suizidversuche ist schätzungsweise etwa zehnmal so hoch wie die der vollendeten Suizide, der Frauenanteil liegt hier über dem der Männer.

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

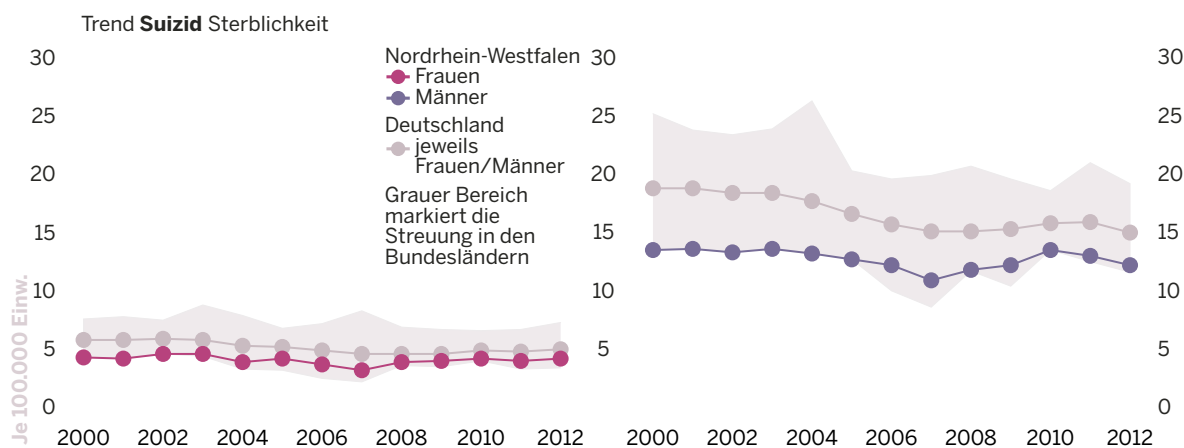


Abbildung 41 Sterblichkeit (altersstandardisiert) durch Suizid (ICD-10: X60–X84) je 100.000 Einw., Nordrhein-Westfalen und bundesweit, 2000–2012 | gbe-bund, LZG.NRW

Suizide sind in bestimmten Bevölkerungsgruppen besonders häufig. Bei unter 40-jährigen Männern stellen Selbsttötungen die häufigste Todesursache dar – noch vor Verkehrsunfällen, Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Suchtkranke haben ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko. Nach verschiedenen Studien leiden zwischen 19% und 63% aller Suizidopfer an einer Abhängigkeitserkrankung. Weitere psychische Erkrankungen, allen voran die Depression, können ebenfalls das Suizidrisiko erhöhen oder einen zusätzlichen Einflussfaktor neben Suchterkrankungen darstellen. Insgesamt gehen 40% bis 70% aller Suizide auf eine Depression zurück [RKI 2006].

Den wichtigsten Risikofaktor bildet allerdings das Alter bzw. die mit dem Prozess des Älterwerdens verbundene Veränderung der gesundheitlichen und sozioökonomischen Lebensumstände. Mit zunehmendem Alter steigt die Suizidmortalität an, vor allem bei Männern. Im Jahr 2012 waren 34% aller Männer und 43% aller Frauen, die in Nordrhein-Westfalen durch Suizid starben, 65 Jahre und älter, während der Bevölkerungsanteil dieser Gruppe nur bei 20% lag. Die Reduktion der Suizidmortalität innerhalb der letzten Jahrzehnte betrifft alle Altersgruppen (s. Abbildung 42).

Der aktuelle Rückgang der Gesamt-Suizidrate (2011 bis 2012) ist allerdings ausschließlich durch den Abwärtstrend bei Männern unter 65 Jahren bedingt, während die Raten der älteren Männer seit mehreren Jahren praktisch unverändert sind und bei Frauen insgesamt ein leicht ansteigender Trend zu beobachten ist (s. Abbildung 41).

Vor allem wenn bereits eine psychische Beeinträchtigung vorliegt, können typische Ereignisse im Leben älterer Menschen wie Verwitwung, Verlust der Selbstbestimmung durch Pflegebedürftigkeit oder die Diagnose einer schwerwiegenden Erkrankung das Suizidrisiko erhöhen.

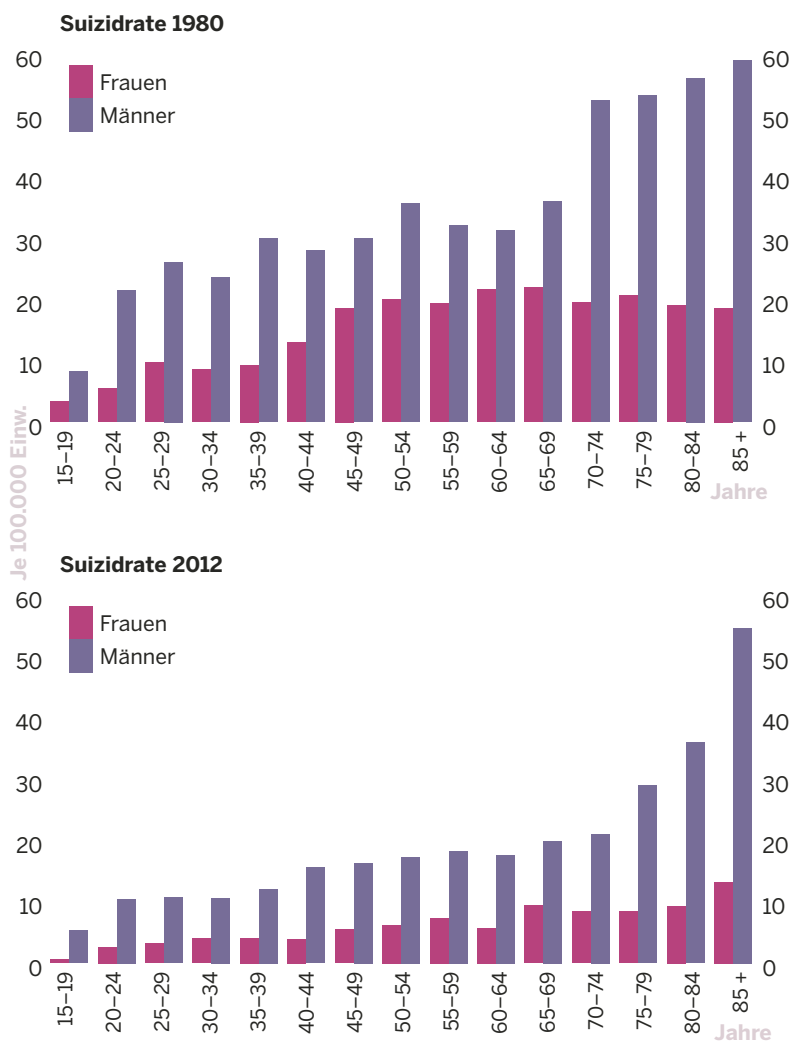


Abbildung 42 Suizidrate, nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1980 und 2012 | IT.NRW, Indikator 3.88: LZG.NRW

Da das Suizidrisiko mit dem Alter deutlich ansteigt, könnte es im Zuge des demografischen Wandels zu einem Anstieg der Anzahl an Suizidfällen kommen.

□ Demenz

„Die Demenz gehört 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].

Man unterscheidet zwischen einer primären und einer sekundären Demenz, wobei die primäre Demenz mit einem Anteil von 90% die häufigsten Demenzformen umfasst. In die Kategorie der primären Demenzen fallen die Alzheimer-Demenz, die mit 50 bis 75% am häufigsten vorkommt [Doblhammer et al. 2012a], aber auch die vaskuläre, also gefäßbedingte Demenz und Mischformen der Demenz. Primäre Demenzen sind in der Regel irreversibel. Die selteneren sekundären Demenzen werden beispielsweise durch stoffwechselbedingte Störungen, Infektionen, Mangelzustände oder Vergiftungen ausgelöst und sind häufig zumindest teilweise reversibel [Doblhammer et al. 2012a].

Entsprechend der Bandbreite an Demenzformen gibt es in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) verschiedene Diagnoseschlüssel für eine Demenz. Die nordrhein-westfälischen Daten in diesem Kapitel beziehen sich auf die entsprechenden Diagnoseschlüssel in dem ICD-10 Kapitel Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10: F00 bis F03). Es werden schwerpunktmäßig Daten aus dem ambulanten Behandlungsgeschehen dargestellt. Dabei handelt es sich um Sekundärdaten, die ursprünglich für Abrechnungszwecke der Behandlungen von GKV-Versicherten generiert wurden. Diese Daten ermöglichen eine Analyse der gesetzlich versicherten nordrhein-westfälischen Bevölkerung, geben aber keine Hinweise zur Diagnostik und Validität der gestellten Diagnosen. Dies ist insbesondere bei der Demenz relevant, da diese häufig schleichend beginnt und die Unterscheidung zwischen normalen kognitiven Alterungsprozessen und einer demenziellen Erkrankung erschwert. Außerdem stellt die Demenz eine schwerwiegende Diagnose dar, bei der Hausärztinnen und Hausärzte wie auch Psychiaterinnen und Psychiater gegebenenfalls Zurückhaltung üben. Eine Demenzdiagnose ist mit sehr weitreichenden Konsequenzen für die Betroffenen verbunden, wie z. B. der Gefahr einer Stigmatisierung im sozialen Umfeld oder auch möglicher juristischer Folgen, die berücksichtigt werden müssen

(Vorsorgevollmacht, erbrechtliche Besonderheiten, Fahrtauglichkeit usw.). Diese Einschätzung wird auch durch Ergebnisse einer bundesweiten Befragung zum Wissen und zur Einstellung der Bevölkerung zu Alzheimer und anderen Demenzerkrankungen unterstützt. Drei Viertel der Befragten gaben an, die Vorstellung an Demenz zu erkranken als bedrohlich zu empfinden [Kofahl et al. 2013]. Neben den weitreichenden Konsequenzen, die die Erkrankung mit sich bringen kann, wird die Erkrankung auch deshalb oft als bedrohlich empfunden, da eine Behandlung der Erkrankungsursache bis heute nicht möglich ist und auch die Symptome oder der Verlauf der Demenz nur eingeschränkt durch Medikamente oder andere Therapiemaßnahmen beeinflussbar sind.

Unter den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherungen in Nordrhein-Westfalen wurden 2012 insgesamt 371.077 Personen ambulant wegen einer Demenz behandelt. Davon waren 349.861 Frauen und Männer 65 Jahre und älter. In einem Vergleich der Erkrankungshäufigkeit zwischen den Bundesländern rangiert Nordrhein-Westfalen, basierend auf einer Analyse von AOK-Leistungsdaten aus dem Jahr 2007 für 65-jährige und ältere Frauen und Männer, eher auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau. Die Gesamtrate für Nordrhein-Westfalen liegt mit 6,9% unter dem Bundesdurchschnitt von 7,4% [Doblhammer et al. 2012b].

Die Häufigkeit von ambulant behandelten Demenzen bei Frauen und Männern verdoppelt sich bei älteren Menschen von einer Altersgruppe zur nächsten (s. Abbildung 43). Lediglich bei Männern der letzten beiden Altersgruppen ist der Anstieg geringer. Während unter den 65- bis 69-Jährigen etwa 1,7% aufgrund einer Demenz behandelt wurden, liegt der Anteil bei den 85-Jährigen und Älteren bei 31,2%. Diese Zahlen sind in etwa vergleichbar mit den Analysen zur Erkrankungshäufigkeit der Demenz in Deutschland und Europa, scheinen jedoch in der Altersgruppe 80 bis 84 Jahre wenige Prozentpunkte höher zu liegen als in den Vergleichsstudien [Doblhammer et al. 2012a, Alzheimer Europe 2009].

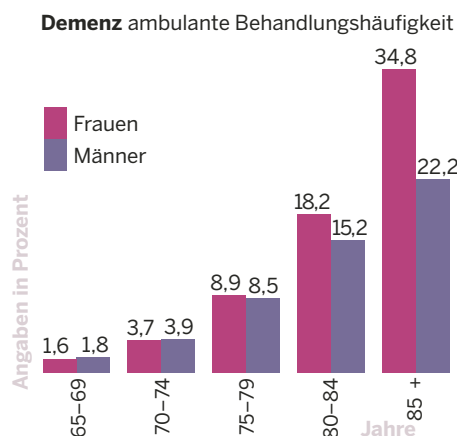
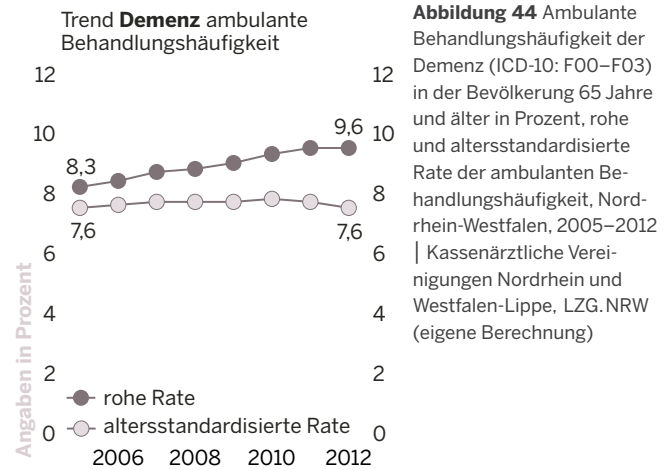


Abbildung 43
Ambulante Behandlungshäufigkeit von Demenz (ICD-10: F00-F03) in Prozent, nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2012 | Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen Lippe, LZG.NRW

Der Geschlechtervergleich fällt in den ersten beiden dargestellten Altersgruppen (bis 74 Jahre) für Männer etwas ungünstiger aus, ab 75 Jahren sind Frauen häufiger von Demenz betroffen (s. Abbildung 43). Dieser Geschlechterunterschied wurde auch in anderen Untersuchungen beobachtet [Doblhammer et al. 2012b]. Gründe für die höhere Erkrankungshäufigkeit der Frauen sind unbekannt, ein Aspekt dürfte die geringere Lebenserwartung der Männer sein. Durch die in jüngeren Altersgruppen höhere Sterblichkeit der Männer könnte es zu einer positiven Selektion gesunder Männer kommen, die aufgrund ihrer Konstitution auch seltener an einer Demenz erkranken [Doblhammer et al. 2012b].

Im zeitlichen Verlauf lässt sich ein Anstieg der absoluten Häufigkeit von ambulanten Demenzbehandlungen feststellen. Im Jahr 2012 wurden gegenüber 2005 – dem Jahr, zu dem erstmals Zahlen vorgelegt werden konnten – 22% mehr 65-Jährige und Ältere wegen einer Demenz ambulant behandelt, die rohe ambulante Behandlungshäufigkeit stieg von 8,3% in 2005 auf 9,6% in 2012 (s. Abbildung 44). Diese Zahlen verdeutlichen, dass der Versorgungsbedarf von Demenzpatientinnen und -patienten in Nordrhein-Westfalen zunimmt. Sie sind allerdings irreführend, wenn man beurteilen möchte, ob die ältere Bevölkerung auch häufiger als früher an Demenz erkrankt. Da die Demenz eine Erkrankung des höheren Alters ist, ist die dargestellte Zunahme durch den demografischen Wandel, das heißt der kontinuierlichen Zunahme der Zahl älterer Menschen, beeinflusst. Wenn man die ambulanten Behandlungsraten mit der Methode der Altersstandardisierung um diesen Alterseffekt bereinigt, zeigt sich, dass die standardisierte Rate in Nordrhein-Westfalen unter den 65-Jährigen und Älteren mit 7,6% im zeitlichen Verlauf in etwa konstant bleibt (s. Abbildung 44). Durch die steigende Lebenserwartung und die größere Anzahl an älteren Menschen der geburtenstarken Jahrgänge kommt es dennoch zu einer versorgungspolitisch bedeutsamen Zunahme der absoluten Fallzahl an Demenzerkrankten in Nordrhein-Westfalen. Diese Beobachtung findet sich auch in anderen Analysen wieder [Qiu et al. 2013].

Studien zu Demenz-Neuerkrankungen kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass der Anteil an Neuerkrankungen ab der Altersgruppe 65 plus mit zunehmendem Alter deutlich ansteigt. Die Spannweite der Neuerkrankungsrate, errechnet anhand verschiedener Daten der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland, liegt zwischen unter 1% bei den 65- bis 74-Jährigen und etwa 10% bei den 95-Jährigen und Älteren [Doblhammer et al. 2012b]. Aussagen zur zeitlichen Entwicklung der altersstandardisierten Neuerkrankungsrate sind jedoch uneinheitlich und schwanken zwischen einer über die Jahre gleichbleibend



stabilen Neuerkrankungsrate bis hin zu einer leichten Abnahme [Doblhammer et al. 2012b, Qiu et al. 2013, Schrijvers et al. 2012].

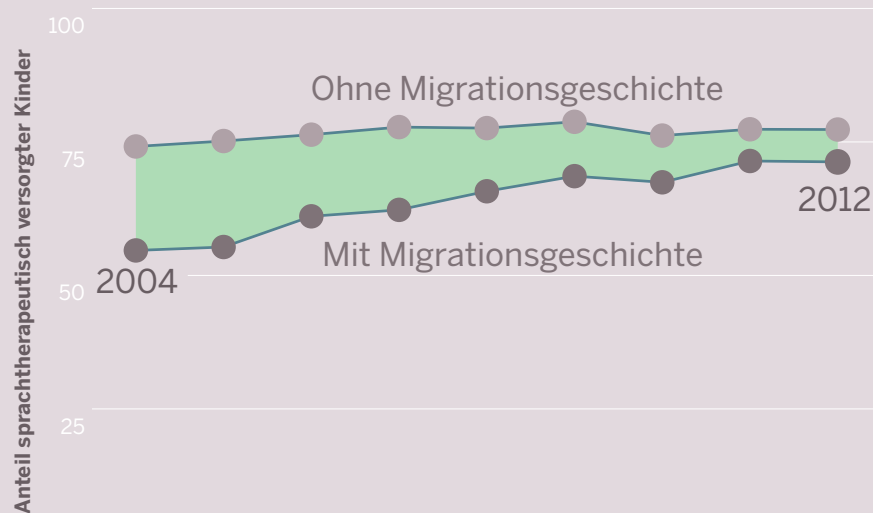
Die deutliche Altersabhängigkeit der Erkrankung führt zu verschiedenen Prognosen, denen zufolge mit einer starken Zunahme der Demenzkranken in den nächsten Jahrzehnten zu rechnen ist. Man geht aktuell in Deutschland für das Jahr 2050 von einem 40- bis 100-prozentigen Anstieg der Anzahl demenzkranker Personen aus [Doblhammer et al. 2012c]. Für die Prognosen werden die zukünftige Altersstruktur sowie unterschiedliche Szenarien der Entwicklung der Lebenserwartung und der altersspezifischen Erkrankungshäufigkeit an Demenz berücksichtigt. Dieser Anstieg der Erkrankungshäufigkeit ist insbesondere durch die geburtenstarken Jahrgänge Mitte der 1950er bis Ende der 1960er Jahre, der sogenannten Babyboomer-Generation, begründet, die in den nächsten Jahren nach und nach das Rentenalter erreichen wird. Außerdem beeinflusst eine voraussichtlich weiterhin steigende Lebenserwartung die absolute Zunahme von Demenz in der Bevölkerung.

Im Bezug auf die Sterblichkeit demenzkranker Personen zeigen deutschlandweite Daten der gesetzlichen Krankenkassenversicherungen, dass die altersspezifischen Sterberaten von Personen mit und ohne Demenz deutlich unterschiedlich sind. An Demenz erkrankte Personen haben eine höhere Sterblichkeit als Personen ohne Demenz in der gleichen Altersgruppe, ein Unterschied, der jedoch in den höheren Altersgruppen geringer wird. Drei Jahre nach Diagnosestellung versterben 30 bis 40% der an Demenz erkrankten Personen [Doblhammer et al. 2012b].

Deutschlandweit hatte entsprechend einer aktuellen Befragung knapp die Hälfte der Erwachsenen schon einmal Kontakt zu einer an Demenz erkrankten Person. Ein Viertel dieser Personen war direkt in die Pflege involviert [Kofahl et al. 2013].

Im Jahr 2012 hatten ca. drei Viertel der Kinder mit Sprachstörungen bereits vor Schulbeginn eine Sprachtherapie erhalten. Insbesondere bei Kindern mit Migrationsgeschichte hat sich der Versorgungsquotient seit 2004 deutlich verbessert.

Versorgungsquotient: Kinder mit Sprachstörungen



Gesundheit einzelner Bevölkerungs- gruppen

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	59
Gesundheit Menschen mit Migrationsgeschichte	69

Gesundheit einzelner Bevölkerungsgruppen

2012 konnte der in der nordrhein-westfälischen Geschichte bislang niedrigste Wert für die Säuglingssterblichkeit dokumentiert werden

Sie rangiert aktuell mit 3,8‰ jedoch noch über dem Bundesdurchschnitt (3,1‰) und liegt in Nordrhein-Westfalen je nach Region zwischen 2,4‰ bis 6,3‰.

Im Einschulungsjahrgang 2012 waren 6,4 % der Kinder übergewichtig und 4,7% adipös

Der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder variiert in Abhängigkeit von den sozialen Umständen, in denen die Kinder leben. Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstand sind viermal so häufig adipös wie Kinder aus Familien mit hohem Bildungsstand.

Durchimpfungsgrad für Masern bei Einschulungskindern beinahe erreicht

Mit einer Impfquote von 94,2 % für die 2. Masernimpfung hat Nordrhein-Westfalen den von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Durchimpfungsgrad von 95 % beinahe erreicht.

Subjektive Gesundheitseinschätzung fällt bei Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte vergleichbar aus

Unabhängig von der Migrationsgeschichte bewerten rund 75 % der befragten Frauen und Männer ihren Gesundheitsstatus als „sehr gut“ oder „gut“ (Befragung auf Deutsch).

Steigende Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen von Kindern mit Migrationsgeschichte

Die Rate an Kindern mit Migrationsgeschichte, die bis zur Einschulung an allen Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U7) teilgenommen haben, ist von 2004 bis 2012 um 10 % auf 75,8 % angestiegen. Der Bildungsstand der Eltern und der Besuch eines Kindergartens sind Einflussfaktoren, die sich stärker auf die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen auswirken als die Migrationsgeschichte.

Beschäftigte mit Migrationsgeschichte sind von bestimmten Berufskrankheiten häufiger betroffen

Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen sind überdurchschnittlich häufig im Bergbau, Verarbeitenden Gewerbe, Handel, Gastgewerbe und Baugewerbe beschäftigt. Lärmschwerhörigkeit, Silikose (Staublunge) und Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (durch das Heben und Tragen schwerer Lasten) kommen dementsprechend in dieser Bevölkerungsgruppe als Berufskrankheiten häufiger vor als bei deutschen Beschäftigten.

Geringe Unterschiede bei gesundheitsbedingten Frühberentungen zwischen deutschen und nicht deutschen gesetzlich Rentenversicherten

2011 kam es zu 5,1 Verrentungen aufgrund von verminderter Erwerbsfähigkeit je 1.000 deutsche Versicherte und 5,9 Verrentungen je 1.000 nicht deutsche Versicherte.

■ Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

▣ Säuglingssterblichkeit

Im Jahr 2012 starben in Nordrhein-Westfalen insgesamt 552 Kinder vor Vollendung des ersten Lebensjahres. Das entspricht einem Rückgang um knapp 10% gegenüber dem Vorjahr. Damit erreichte die Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen ihren bisher niedrigsten beobachteten Stand überhaupt (3,8 gestorbene Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene) (s. Abbildung 45). Bei den männlichen Säuglingen ist die Sterblichkeit mit 4,1‰ nach wie vor höher als bei den weiblichen (3,5‰). Rund 60% der Säuglinge (327) verstarben innerhalb von sechs Tagen nach der Geburt, die übrigen im weiteren Verlauf des ersten Jahres.

Rückläufige Trends zeigen sich auch für die Raten der übrigen Bundesländer und des Bundes, welche – nach zuletzt ansteigenden Werten – ebenfalls Rückgänge zu verzeichnen haben, die allerdings etwas geringer ausfallen als in Nordrhein-Westfalen. Trotzdem liegt die Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen nach wie vor über dem Bundesdurchschnitt (s. Abbildung 45).

In den Städten und Kreisen in Nordrhein-Westfalen ist der Tod eines Säuglings mittlerweile ein seltenes Ereignis

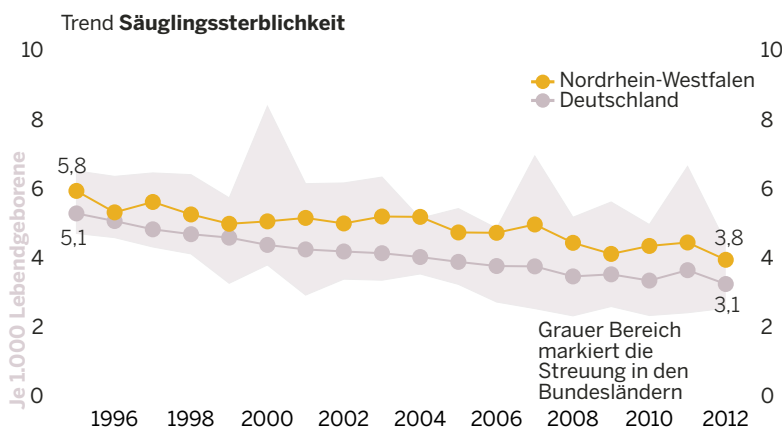
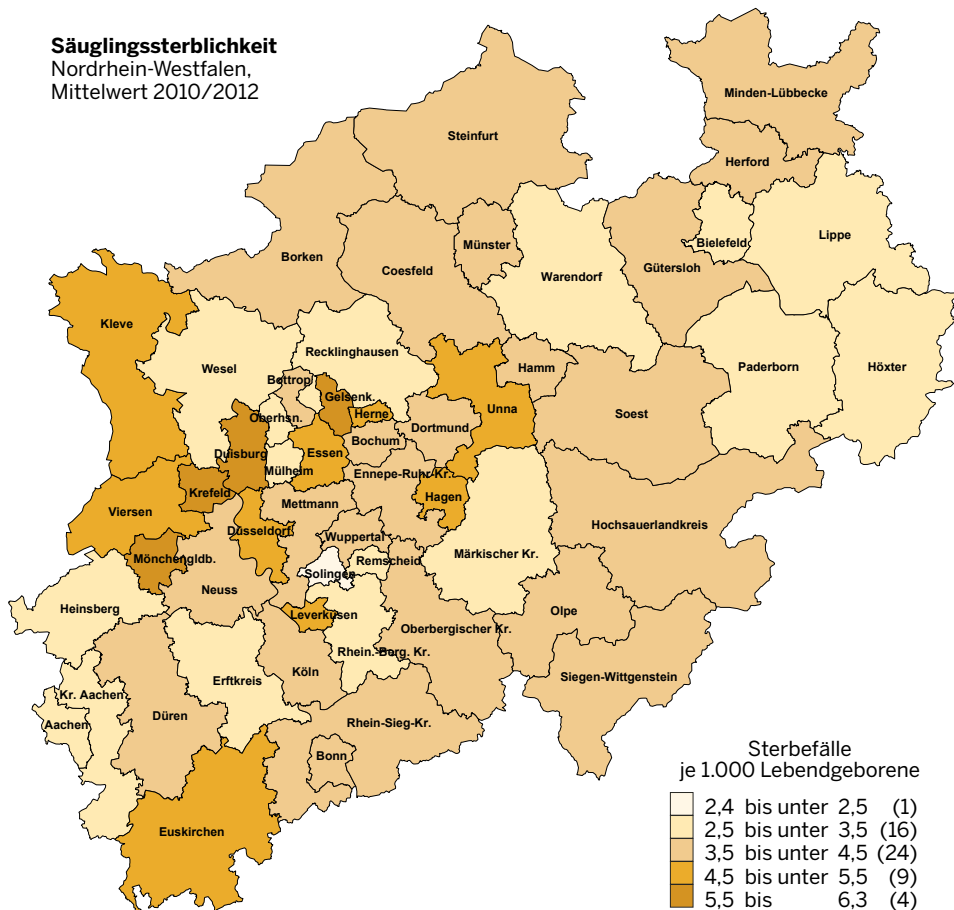


Abbildung 45 Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene, Nordrhein-Westfalen und bundesweit, 1996–2012, Minimal- und Maximalkurven ohne Einbeziehung der Stadtstaaten und des Saarlandes | gbe-bund, LZG.NRW

geworden. In der Hälfte der Verwaltungsbezirke waren es 2012 jeweils weniger als zehn Sterbefälle. Deshalb müssen die Jahreswerte für eine Betrachtung kleinräumiger, regionaler Unterschiede zusammengefasst werden, um zufällige Schwankungen auszugleichen. Die regionale Verteilung der Säuglingssterblichkeit zeigt erhebliche Unterschiede zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens. Aktuell (3-Jahres-Mittelwert 2010 bis 2012) liegt sie zwischen 2,4 ‰ in Solingen und 6,3 ‰ in Gelsenkirchen (s. Abbildung 46 (Karte)). Für Gelsenkirchen ist das die niedrigste Säuglingssterblichkeitsrate seit über zehn Jahren.

Säuglingssterblichkeit Nordrhein-Westfalen, Mittelwert 2010/2012



Deutliche Verbesserungen gibt es auch in Mülheim an der Ruhr. Seit dem höchsten beobachteten Mittelwert von 7,8 ‰ für die Jahre 2006 bis 2008 (damals auch landesweit die höchste durchschnittliche Säuglingssterblichkeitsrate) konnte die Rate um zwei Drittel gesenkt werden und liegt nun bei 2,6 Sterbefällen je 1.000 Lebendgeborene (2010/2012). Damit zählt die Stadt zu den drei Kommunen mit der niedrigsten durchschnittlichen Säuglingssterblichkeit (s. Abbildung 46 (Karte)).

Abbildung 46 Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene, Nordrhein-Westfalen, 2010/2012 (3-Jahres-Mittelwert) | IT.NRW, Indikator 3.54: LZG.NRW (eigene Berechnung)

In der Vergangenheit war die Säuglingssterblichkeit bei der ausländischen Bevölkerung deutlich erhöht. Mittlerweile kann man feststellen, dass sie in dieser Bevölkerungsgruppe in den letzten Jahren stark zurückgegangen ist, wenn auch nicht kontinuierlich. Starben in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2000 noch 12,6 von 1.000 Säuglingen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, so lag die Rate im Berichtsjahr nur noch bei 4,6‰. Bei der deutschen Bevölkerung ist im gleichen Zeitraum ein geringfügiger Rückgang von 4,3‰ auf 3,7‰ zu beobachten (s. Abbildung 47).

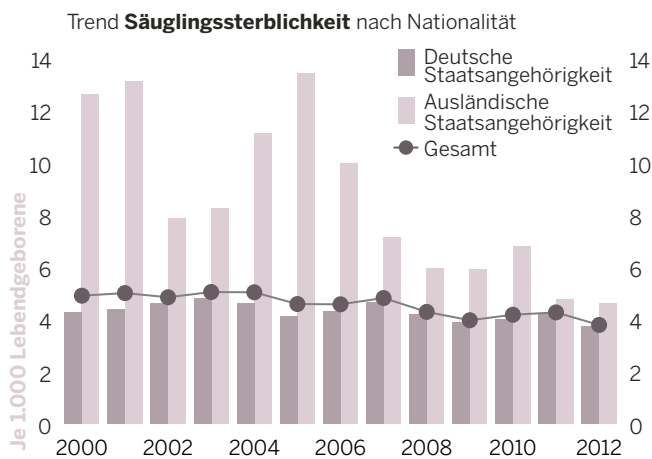


Abbildung 47 Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene nach Nationalität, Nordrhein-Westfalen, 2000–2012 | IT.NRW, LZG.NRW

Bei der Betrachtung dieser Angaben ist zu berücksichtigen, dass Daten zur Sterblichkeit von Säuglingen mit familiärer Migrationsgeschichte innerhalb der Gruppe der Verstorbenen mit deutscher Staatsangehörigkeit auf Basis der amtlichen Todesursachenstatistik nicht vorliegen. Gleiches gilt für die Rate an Totgeburten.

Totgeborene werden bei der Berechnung der Säuglingssterblichkeit nicht mitgezählt, da hierbei definitionsgemäß nur lebend entbundene Säuglinge berücksichtigt werden. Die Rate in der ausländischen Bevölkerung lag 2012 bei 7,5 Totgeborenen je 1.000 Geburten und damit doppelt so hoch wie in der deutschen Bevölkerung (3,5 je 1.000). Dies deutet unter anderem auf besondere Probleme im Bereich der Schwangerschaftsbetreuung bei in Deutschland lebenden Ausländerinnen hin. So ist der Zugang zum medizinischen Versorgungssystem für diese Bevölkerungsgruppe nicht selten durch sprachliche und weitere kulturelle Barrieren erschwert. Bei schwangeren Frauen, die erst kürzlich aus Krisenregionen nach Deutschland gekommen sind, kann der Schwangerschaftsverlauf zusätzlich durch somatische und psychische Risikofaktoren (Fehl- und Mangelernährung, körperliche und psychische Traumatisierung, Infektionskrankheiten) belastet sein.

▣ Frühgeburten und untergewichtige Neugeborene

Wenn Kinder zu früh, das heißt vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche, auf die Welt kommen, haben sie durch eine inzwischen hoch entwickelte medizinische Versorgung schon ab der 24. Schwangerschaftswoche gute Überlebenschancen. Dennoch treten u. a. bei fehlender Lungenreife häufig Anpassungsprobleme auf und das Risiko für gesundheitliche Schäden, Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten ist in Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer und weiteren Risikofaktoren erhöht. Zu den prognostisch ungünstigen Faktoren gehören z. B. Infektionen in der Schwangerschaft sowie Hirnblutungen und Langzeitbeatmung bei den Frühgeborenen. Günstige familiäre Verhältnisse können jedoch in vielen Fällen gesundheitliche Probleme der ersten Lebenswochen und anfängliche Entwicklungsverzögerungen im Verlauf der Kindheit ausgleichen [Esser et al. 2005]. Wenn ein Verdacht auf familiäre Risiken besteht, ist deshalb für diese Gruppe von Eltern der Hinweis auf Angebote der Frühen Hilfen besonders bedeutsam.

2012 kamen in den nordrhein-westfälischen Geburtskliniken 13.692 Kinder zu früh zur Welt. Bei 0,7% der Neugeborenen lag die Schwangerschaftsdauer unter 28 Wochen, bei 1,0% zwischen 28 und 32 Wochen und bei 7,7% zwischen 32 und 37 Wochen. Die Gesamtrate der Frühgeborenen lag somit bei 9,5% und damit auf dem Niveau der Vorjahre. Unter den Frühgeborenen sind Mehrlinge überproportional vertreten. Bei Einlingen lag die Frühgeburtenrate im Jahr 2012 bei 7,4%, Mehrlinge kamen zu 60,9% vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche zur Welt [qs-nrw 2012].

Die Schwangerschaftsdauer korreliert erwartungsgemäß stark mit dem Geburtsgewicht, aber auch Kinder, die termingerecht geboren werden, können bei der Geburt untergewichtig sein. Die definitorisch festgelegte Grenze liegt hier bei 2.500 g. Rund vier Fünftel (82,2%) der Neugeborenen hatten 2012 ein Geburtsgewicht zwischen 2.500 und 4.000 g. Der Anteil der untergewichtigen Neugeborenen lag bei 7,2% der Lebendgeborenen. Diese Quote hat sich von 2000 bis 2012 leicht erhöht. Vor allem bei den deutlich untergewichtigen Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g kann allgemein ein ansteigender Trend beobachtet werden. Nordrhein-Westfalen liegt dabei kontinuierlich über dem Bundesdurchschnitt (s. Abbildung 48).

Ergebnisse einer kürzlich veröffentlichten Studie zu gesundheitlichen Auswirkungen von Luftverschmutzung in städtischen Regionen Europas konnten zeigen, dass mit der Konzentration von Luftschadstoffen (insbesondere

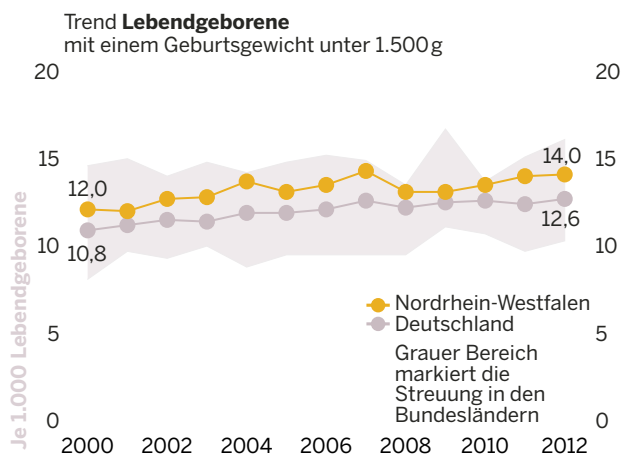
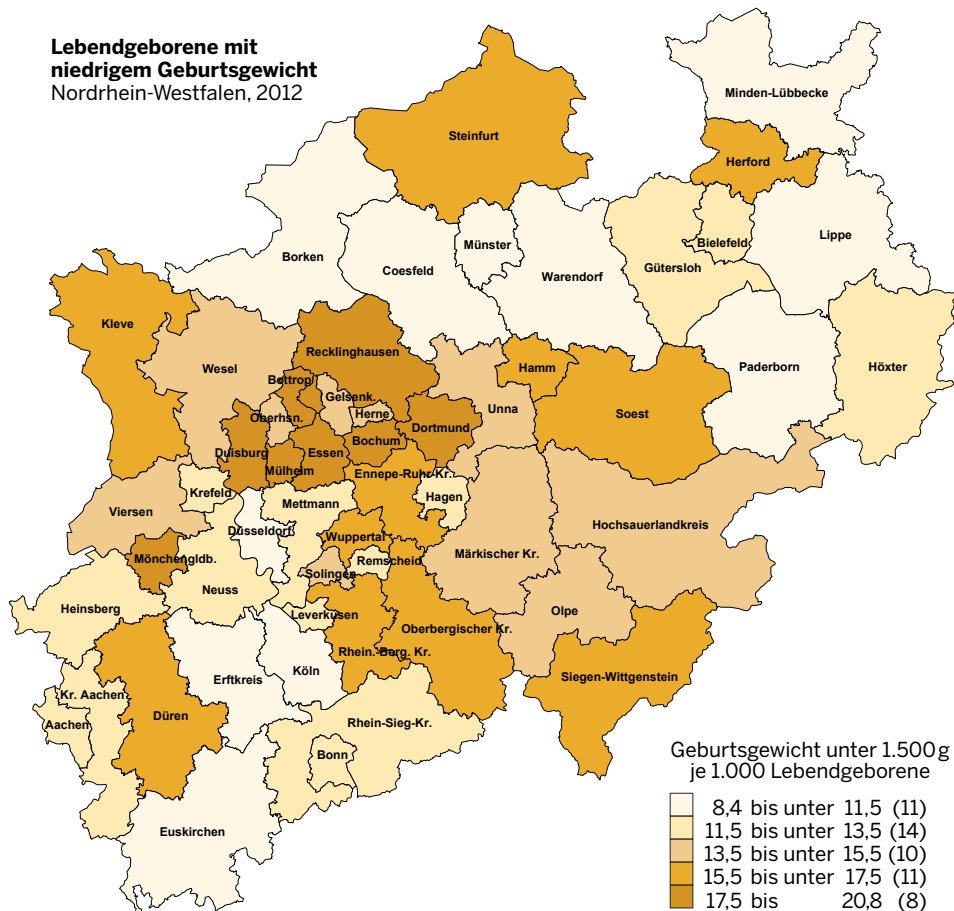


Abbildung 48 Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g je 1.000 Lebendgeborene, Nordrhein-Westfalen und bundesweit, 2000–2012 | gbe-bund, LZG.NRW

bezogen auf den Feinstaubgehalt) das Risiko für ein niedriges Geburtsgewicht ansteigt [Pedersen et al. 2013]. Interessanterweise zeigt sich auch in Nordrhein-Westfalen ein höherer Anteil an untergewichtigen Neugeborenen im Ruhrgebiet (s. Abbildung 49 (Karte)). Verbesserungen der Luftqualität können somit ebenso wie die Reduktion weiterer, beeinflussbarer Risikofaktoren (wie z. B. Infektionen, Rauchen, Fehlernährung und Stressbelastung in der Schwangerschaft) zu besseren Startchancen für Neugeborene führen.

Lebendgeborene mit niedrigem Geburtsgewicht
Nordrhein-Westfalen, 2012



Die Darstellung häufiger stationärer Versorgungsursachen erfolgt auf Basis der Krankenhausdiagnosestatistik. In dieser Statistik werden stationäre Behandlungen von Patientinnen und Patienten abgebildet, deren Häufigkeit auf die Allgemeinbevölkerung bezogen wird. Die dargestellten Häufigkeiten bilden das eher schwerere Erkrankungs- bzw. Behandlungsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen ab.

In Kinderarztpraxen fallen neben Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen in erster Linie Behandlungen aufgrund von verschiedenen Infektionskrankheiten an. Allein 24% aller Behandlungsdiagnosen entfallen auf akute Infektionen der oberen Atemwege (s. Abbildung 50). Weitere Infekte wie akute Bronchitis, nicht näher lokalisierte Viruserkrankungen und andere Infektionserkrankungen, Husten und Mittelohrentzündungen machen zusammen genommen noch einmal etwa 30% aller Behandlungsfälle aus. Auch im Rahmen der

Abbildung 49 Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g je 1.000 Lebendgeborene, Nordrhein-Westfalen, 2012 | IT.NRW, Indikator 3.51: LZG.NRW

Die häufigsten (Behandlungs-)Diagnosen in der ambulanten und stationären pädiatrischen Versorgung

Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter können in Nordrhein-Westfalen anhand von zwei Datenquellen dargestellt werden, deren Interpretationsmöglichkeiten jedoch im Folgenden genauer erläutert werden müssen.

Zur Darstellung des ambulanten Behandlungsgeschehens werden Daten des Patienten-/Arztpanels der Kassennäztlichen Vereinigung Nordrhein genutzt. Diese Daten zeigen das Diagnosespektrum und die Häufigkeit von Behandlungsanlässen für verschiedene medizinische Fachrichtungen, unter anderem auch für die pädiatrischen Praxen. Die Anzahl der jeweiligen Diagnosen wird auf alle gestellten Diagnosen in der jeweiligen Fachrichtung bezogen. Die Krankheitshäufigkeit im Kindes- und Jugendalter wird auf diese Weise nicht dargestellt, die Daten lassen jedoch – mit Einschränkungen – Rückschlüsse auf tendenziell häufige und ambulant behandlungsbedürftige Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zu.

Die Darstellung häufiger stationärer Versorgungsursachen erfolgt auf Basis der Krankenhausdiagnosestatistik. In dieser Statistik werden stationäre Behandlungen von Patientinnen und Patienten abgebildet, deren Häufigkeit auf die Allgemeinbevölkerung bezogen wird. Die dargestellten Häufigkeiten bilden das eher schwerere Erkrankungs- bzw.

bundesweiten Befragung zur Gesundheit von Kindern- und Jugendlichen (KiGSS) gehörten Infektionserkrankungen, insbesondere der oberen Atemwege, zu den häufigsten Erkrankungen [Kamtsiuris et al. 2007].

8,8% der ambulanten pädiatrischen Behandlungsanlässe beziehen sich auf Störungen des Sprechens und der Sprache (7,6% bei Mädchen, 10,0% bei Jungen) (s. Abbildung 50). Ebenfalls relativ oft werden allgemeine Entwicklungsstörungen (5,1%) und Störungen der motorischen Entwicklung festgestellt (3,7%). Jungen werden etwa dreimal häufiger als Mädchen aufgrund der Diagnose ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) behandelt (6,2% versus 2,0%). Die häufigsten Behandlungsanlässe aufgrund einer chronischen, somatischen Erkrankung fallen auf die Diagnosen Asthma bronchiale (9,1%) und Atopisches Ekzem (Neurodermitis) (5,5%) (s. Abbildung 50).

Stationär wurden 2012 etwa 277.000 Kinder unter 15 Jahren mindestens einen Tag und länger versorgt, dies entspricht einem Anteil von 11,6% in dieser Altersgruppe. Darunter befinden sich mehr Jungen (151.937) als Mädchen (124.638). Die häufigsten Behandlungen werden aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems durchgeführt (49.703), etwa 2% der Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren sind davon betroffen. Es dominieren in dieser Diagnosegruppe Krankheiten der oberen Atemwege sowie Lungenentzündungen und Grippe. Einen vergleichbar hohen Anteil machen mit 1,7% und etwa 41.000 Behandlungsfällen Erkrankungen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen aus. Etwa zur Hälfte handelt es sich hierbei um Verletzungen des Kopfes (20.179). Auf Rang drei der stationären Behandlungen liegen mit einem Anteil von 1,2% und 28.414 Fällen Behandlungen infektiöser Erkrankungen, worunter infektiöse Darmerkrankungen den Hauptanteil ausmachen. Der Geschlechterunterschied mit häufigeren stationären Aufenthalten von Jungen als von Mädchen findet sich in allen hier dargestellten Erkrankungsgruppen wieder.

▣ Gesundheit, Entwicklungsstand und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern zum Zeitpunkt der Einschulung

Damit sich alle Kinder in der Schule gesund und ihren Begabungen gemäß entwickeln können, werden in Nordrhein-Westfalen alle fünf- bis sechsjährigen Kinder vor Schulbeginn durch Schulärztinnen und Schulärzte der lokalen Gesundheitsämter untersucht. In den Schuleingangsuntersuchungen wird geprüft, ob im Hinblick auf den Schulbesuch gesundheitliche Einschränkungen bei dem jeweiligen Kind bestehen. Darüber hinaus geben die Daten aber auch einen Eindruck über den Stand der gesundheitlichen Versorgung der Kinder in Nordrhein-Westfalen und erlauben Rückschlüsse auf die Erkrankungshäufigkeit von Seh- und Hörstörungen oder die Häufigkeit von Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten. Dadurch können etwaige gesundheitliche Problemlagen auf Bevölkerungsebene identifiziert und gesundheitspolitische Maßnahmen eingeleitet werden.

Für den Einschulungsjahrgang 2012 liegen Daten zum Gesundheitszustand von rund 142.000 einzuschulenden Kindern vor. Die jugendärztlichen Definitionen für die schulärztlichen Untersuchungen umfassen gut dreißig potenzielle Beeinträchtigungen. Bei rund 69% der untersuchten Kinder stellte die Schulärztin oder der Schularzt eine schulrelevante gesundheitliche Beeinträchtigung fest. Häufig befinden sich die Kinder bereits in Behandlung oder es handelt sich bei dem Befund um eine leichte Beeinträchtigung, die keiner weiteren medizinischen Abklärung bedarf. In diesem Fall geben die Ärztinnen und Ärzte den Eltern entsprechende Empfehlungen zur weiteren Beobachtung oder für kompensatorische nicht-medizinische Maßnahmen. Bei 46% der Einschülerinnen und Einschüler wurde mindestens ein medizinisch relevanter Befund bei den schulärztlichen Untersuchungen festgestellt. Für 22% der Kinder wurde eine weitere (fach-)ärztliche Abklärung



Abbildung 50 Die häufigsten Behandlungsanlässe in der Kinderarztpraxis (Mehrfachzählungen von Patientinnen und Patienten möglich; ohne Behandlungsanlässe wie Impfen, Allgemeinuntersuchungen etc.), Nordrhein-Westfalen, 2012 | Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, ADT-Panel Nordrhein, Indikator 3.21: LZG.NRW

initiiert, um eine eventuell notwendige medizinische Behandlung noch vor Schulbeginn einzuleiten. Bei Jungen war dies mit etwa 23% etwas häufiger gegeben als bei Mädchen (20%). Der Anteil an Kindern, bei denen eine weitere medizinische Abklärung veranlasst wurde, lag in den vergangenen Jahren konstant bei etwa 20%.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen 2012 wurden, wie auch in den vergangenen Jahren, mit 33% am häufigsten Entwicklungsstörungen im Bereich der Sprache festgestellt. Jungen waren mit 37% häufiger betroffen als Mädchen (28%) (s. Abbildung 51). Die meisten Kinder befanden sich deshalb jedoch bereits in Behandlung (16%) oder erhielten einen Befund, der keiner Behandlung bedarf (12%). Bei 5% der Mädchen und 6% der Jungen lag eine nicht ausreichend therapierte Sprachentwicklungsstörung vor (s. Abbildung 51).

Eine schulrelevante Sehminderung wurde 2012 bei 20% der Kinder festgestellt, nennenswerte Geschlechterunterschiede liegen bei diesem Befund nicht vor (s. Abbildung 51). In dieser Befundkategorie kommt es mit 10% am häufigsten zur Einleitung einer weiteren medizinischen bzw. augenärztlichen Kontrolluntersuchung, entweder zur allgemeinen Abklärung der Fehlsichtigkeit oder weil die vorhandene Sehhilfe die Sehminderung nicht mehr ausreichend ausgleicht oder die letzte augenärztliche Kontrolle der Fehlsichtigkeit länger als ein Jahr zurückliegt. Die Häufigkeit der Weitervermittlung zur Augenärztin oder zum Augenarzt zeigt, dass die Sehfähigkeit der Kinder im Vorschulalter häufig unzureichend kontrolliert wird.

Auffälligkeiten der Körperkoordination gehörten ebenfalls zu den häufigeren Befunden (18%) im Rahmen der Einschulungsuntersuchung. Dieser Befund wurde bei Jungen mit 22% deutlich häufiger gestellt als bei Mädchen (13%). In der Regel ist die Störung jedoch leicht und nicht behandlungsbedürftig. In diesen Fällen erfolgt eine schulärztliche

Beratung, um dadurch Maßnahmen wie beispielweise kompensatorischen Sport einzuleiten. Wenn schwerwiegende gesundheitliche Störungen vorliegen, befinden sich die Kinder größtenteils bereits in Behandlung (s. Abbildung 51).

Ähnlich wie bei der Sehminderung gibt es bei der Identifizierung von schulrelevanten Hörstörungen keine Geschlechterunterschiede (jeweils 7%). Allerdings führt der Befund Hörstörung prozentual häufiger als der Befund Sehminderung zur Einleitung einer weiteren medizinischen Abklärung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt.

Verhaltensauffälligkeiten wurden bei Jungen mit 12% deutlich häufiger als bei Mädchen (8%) festgestellt (s. Abbildung 51).

Die Lebenszusammenhänge, in denen Kinder aufwachsen, haben Einfluss auf ihre Gesundheit und das Ausmaß der gesundheitlichen Versorgung. Bei den untersuchten Kindern des Einschulungsjahrgangs 2012, deren Eltern einen geringen Bildungsstand aufwiesen, wurde bei fast jedem dritten Kind eine nicht ausreichend ärztlich behandelte gesundheitliche Beeinträchtigung festgestellt. Kinder aus einem bildungsnahen Milieu waren hingegen nur halb so häufig betroffen [3-stufiger Bildungsindex nach Jöckel et al. 1997]. Auch Kinder mit familiärer Migrationsgeschichte wiesen häufiger eine nicht ausreichend ärztlich behandelte gesundheitliche Beeinträchtigung auf als Kinder ohne Migrationsgeschichte (27% versus 20%) (s. Seite 73f). Wenn Effekte von Bildung, Migrationsgeschichte und andere Einflussvariablen kontrolliert werden, zeigt sich, dass der Besuch einer Kindertagesstätte von mehr als einem Jahr die Wahrscheinlichkeit verringert, dass Kinder im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen einen Befund erhalten, der einer weiteren medizinischen Abklärung bedarf [Rosenkötter et al. 2012]. Der mehrjährige Kita-Besuch scheint demnach die gesundheitliche Entwicklung und/oder Versorgung der Kinder positiv zu beeinflussen.

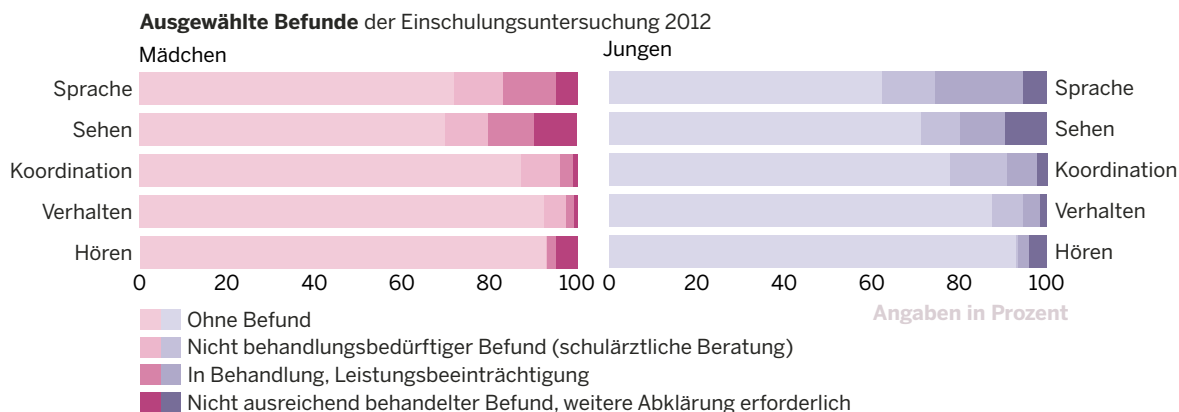


Abbildung 51 Ausgewählte Befunde, Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen zur Einschulung 2012, Nordrhein-Westfalen, Dokumentation der schulärztlichen Eingangsuntersuchungen | LZG.NRW (eigene Berechnung)

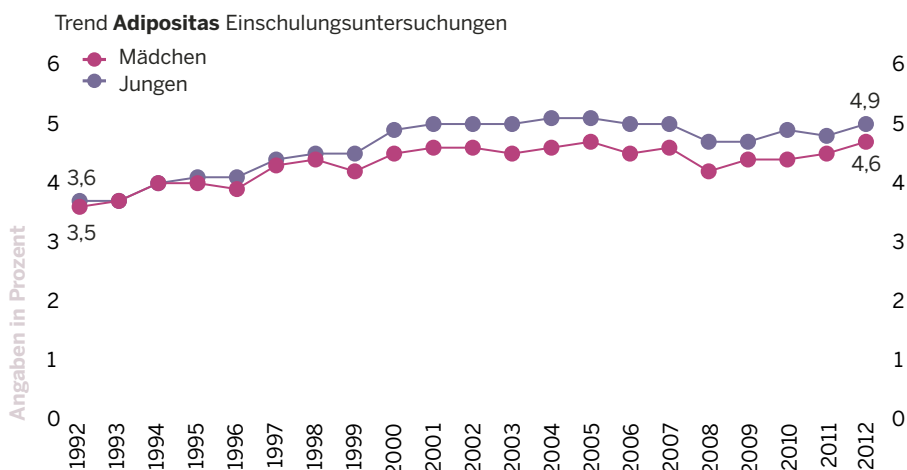


Abbildung 52 Adipositas zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen, Nordrhein-Westfalen, 1992–2012, Dokumentation der schulärztlichen Eingangsuntersuchungen | LZG.NRW (eigene Berechnung)

Übergewicht und Adipositas bei Kindern zum Zeitpunkt der Einschulung

Übergewicht und Adipositas gehören zu den meistdiskutierten gesundheitlichen Problemen im Kindes- und Jugendalter.

Die Daten der schulärztlichen Untersuchungen des Einschulungsjahrgangs 2012 zeigen für fünf- bis sechsjährige Kinder folgende Verteilung der Gewichtsklassen [Kromeyer-Hauschild et al. 2001]: 8,6% der Kinder waren deutlich untergewichtig oder untergewichtig. 80,2% der Kinder hatten das dem Alter entsprechende Normalgewicht. 6,4% der untersuchten Kinder waren übergewichtig und 4,7% adipös. Die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen sind in diesem Alter gering: 6,7% der Mädchen und 6,2% der Jungen waren von Übergewicht betroffen. 4,6% der Mädchen und 4,9% der Jungen waren adipös.

Abbildung 52 zeigt den Verlauf der Häufigkeit von Adipositas bei den schulärztlichen Untersuchungen zur Einschulung der letzten 21 Jahre in Nordrhein-Westfalen. Der Anteil an adipösen Kindern erreichte in den Jahren 2004 und 2005 einen Höhepunkt, danach stagniert die Adipositasrate bei Kindern im Einschulungsalter.

Die zeitliche Entwicklung des Anteils adipöser Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung muss jedoch mit Vorsicht interpretiert werden,

da sie unter anderem durch die sukzessive Vorverlegung des Einschulungsalters ab dem Jahr 2007 beeinflusst wird. Je jünger die Kinder bei der Einschulungsuntersuchung im Durchschnitt sind, desto geringer ist der Anteil adipöser Kinder. Die schrittweise Herabsetzung des Einschulungsalters bis zur Einschulung im Jahr 2011 führt daher zu einer leichten Verzerrung der tatsächlichen Entwicklung [Simon & Rosenkötter 2010].

Die Häufigkeit von Adipositas im Vorschulalter ist in Nordrhein-Westfalen regional sehr unterschiedlich (s. Abbildung 53 (Karte)). Kinder aus verdichteten Städtereigionen, wie dem Ruhrgebiet, sind häufiger von Adipositas betroffen als Kinder aus ländlichen Regionen. Bei kommunalen, kleinräumigen Auswertungen zeigt sich häufig ein

Anteil adipöser Kinder bei Schuleingangsuntersuchungen
Nordrhein-Westfalen, Einschulung 2013

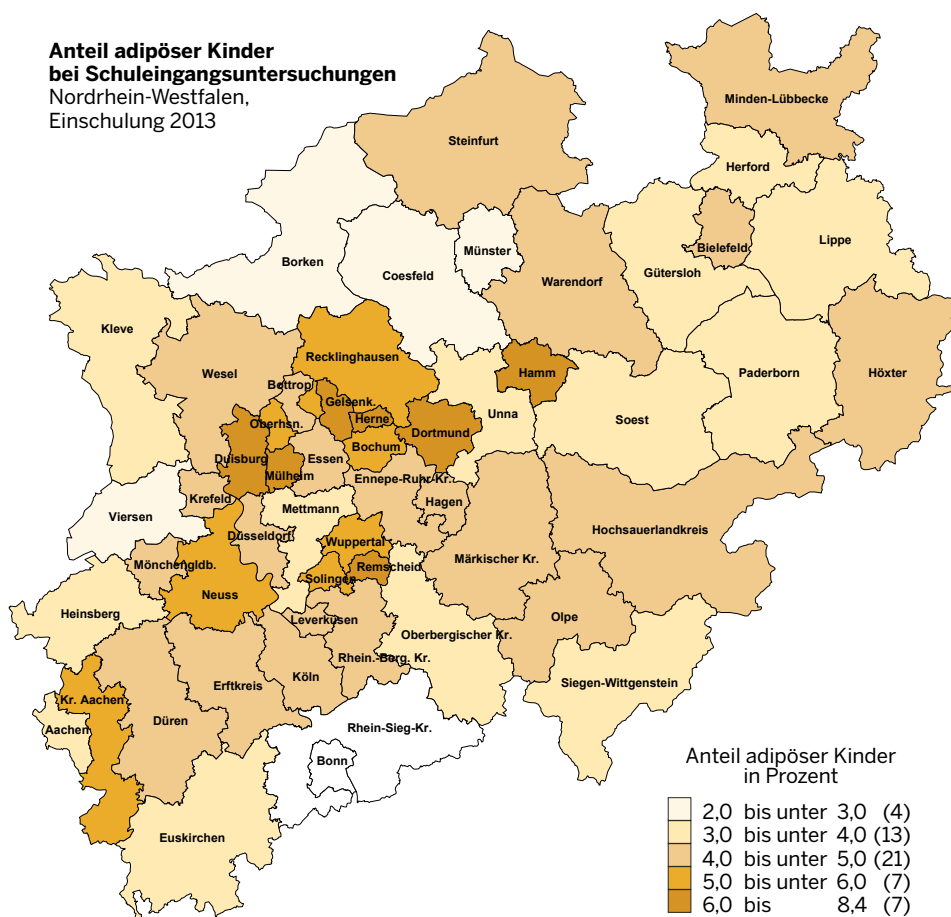


Abbildung 53 Adipositas zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen, Nordrhein-Westfalen, 2013, Dokumentation der schulärztlichen Eingangsuntersuchungen | LZG.NRW (eigene Berechnung)

ähnliches Bild. Auch hier weisen die verdichteten Quartiere und Stadtviertel zumeist eine erhöhte Rate von Adipositas und Übergewicht bei den Einschulungskindern auf.

Analysen der schulärztlichen Untersuchungen zeigen, dass Kinder aus Familien mit einer belastenden Lebenssituation häufiger von Adipositas oder Übergewicht betroffen sind als andere Kinder. Insbesondere bei Kindern, die stark adipös sind, entsteht dadurch für die betroffenen Kinder selbst und auch für die gesamte Familie eine weitere psychosoziale Belastung, die die Gesamtsituation der Familie beeinträchtigt [Hartmann & Hilbert 2013].

Anhand der Daten der schulärztlichen Untersuchungen kann gezeigt werden, dass mit steigendem Bildungsstand der Eltern der prozentuale Anteil adipöser und übergewichtiger Kinder sinkt, letztendlich aber Kinder aus allen Bildungsschichten [Bildungsindex nach Jöckel et al. 1997] betroffen sind (s. Abbildung 54).

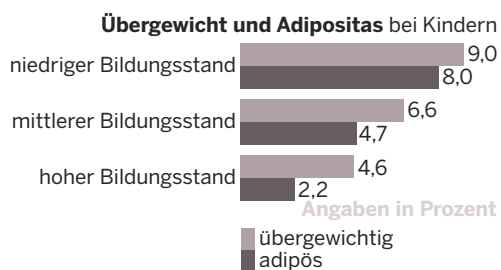


Abbildung 54 Übergewicht und Adipositas nach Bildung der Eltern zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen, Nordrhein-Westfalen, 2012. Dokumentation der schulärztlichen Eingangsuntersuchungen | LZG.NRW (eigene Berechnung)

Das Auftreten von Übergewicht bei Kindern aus Familien mit niedrigem Bildungsstand war im Jahr 2012 mit 9,0% fast doppelt so hoch wie bei Kindern aus Familien mit hohem Bildungsstand (4,6%). Dieser Unterschied ist in Bezug auf Adipositas noch deutlicher, Kinder aus einem bildungsfernen Milieu waren mit 8,0% etwa viermal so oft von Adipositas betroffen wie Kinder, die einem Umfeld mit einem hohen Bildungsstand entstammen (2,2% adipöse Kinder). Die Bildung der Eltern stellt auch für Kinder mit einer familiären Migrationsgeschichte einen Schutzfaktor dar. Insgesamt waren 7,5% der Kinder mit einer Migrationsgeschichte adipös. Kinder aus Familien mit Migrationsgeschichte und einem hohen Bildungsstand waren demgegenüber mit 5,3% deutlich seltener adipös.

□ Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Die Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter (sogenannte U- und J-Untersuchungen) dienen dazu, den Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen

zu überprüfen und etwaige Erkrankungen oder Auffälligkeiten frühzeitig zu entdecken. Bis zum Alter von 5 ½ Jahren sind insgesamt zehn Untersuchungen vorgesehen, U1 bis U6 fallen in die Neugeborenenzeit bzw. das Säuglingsalter, U7, U7a, U8 und U9 ins Kleinkindalter.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 erfasst. Für den Einschulungsjahrgang 2012 wurden folgende Teilnahmequoten ermittelt:

- Die beiden ersten U-Untersuchungen U1 und U2 werden in der Regel noch in der Geburtsklinik durchgeführt, dementsprechend nahmen nahezu alle Kinder daran teil (jeweils 97%).
- Die Rate der Kinder, die an allen U-Untersuchungen im Säuglingsalter (U3 bis U6) teilnahmen, lag 2012 in Nordrhein-Westfalen bei 91%.
- An der U7 nahmen 93% der Kinder teil und die U8 wurde von 95% der Kinder wahrgenommen. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Teilnahmequote bei der U8 um 5 Prozentpunkte.
- Die Teilnehmerate an der U9 lag in der Vergangenheit bei etwa 87% (2007 bis 2009) und ist seit Einführung des Erinnerungs- und Meldeverfahrens „Aktion Gesunde Kindheit“ im Jahr 2009 deutlich angestiegen. Bei den Schuleingangsuntersuchungen 2012 konnte eine Teilnahmequote von über 93% für die U9 festgestellt werden (s. Abbildung 55).

Ein ähnlicher Anstieg der Teilnahmequote wird in den kommenden Jahren vermehrt bei der U8 und nachfolgend bei der U7/U7a erwartet, wenn Kinder, die nach 2009 an diesen Untersuchungen teilgenommen haben, eingeschult werden.

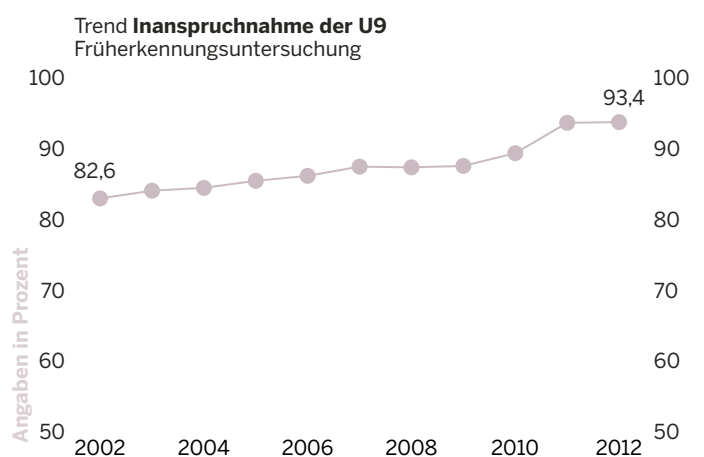


Abbildung 55 Inanspruchnahme der U9, Nordrhein-Westfalen, 2002–2012. Dokumentation der schulärztlichen Eingangsuntersuchungen | Indikator 07.05: LZG.NRW (eigene Berechnung)

Die Teilnehmeraten von Mädchen und Jungen unterscheiden sich bei den U-Untersuchungen nur wenig. Es gibt jedoch größere Unterschiede in der Beteiligung von Kindern

verschiedener Bevölkerungsgruppen. Für die U9 lag die Quote bei Kindern mit deutscher Muttersprache bei 95 %. Kinder mit einer anderen Muttersprache nahmen nur zu 90 % an der U9 teil. Bei Kindern aus Familien mit geringem Bildungsstand liegt die Teilnehmerquote an der U9 bei 91 %, wohingegen Kinder aus Familien mit hohem Bildungsstand zu 96 % teilnehmen [Bildungsindex nach Jöckel et al. 1997]. Die Differenz der Teilnahmequote in Abhängigkeit vom Bildungsstand hat sich jedoch im Vergleich zu den schulärztlichen Untersuchungen im Jahr 2009 verringert. Im Jahr 2009 lagen die Teilnahmequoten der unteren und der hohen Bildungsschicht noch 10 Prozentpunkte auseinander, 2012 waren es lediglich 5 Prozentpunkte. Auch hier kann die Einführung des Erinnerungs- und Meldeverfahrens als Begründung für die positive Entwicklung herangezogen werden.

▣ Schutzimpfungen

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten Maßnahmen der Prävention. Um einen Schutz vor impfpräventablen Infektionserkrankungen sicherzustellen, ist ein ausreichender Impfstatus des Einzelnen, aber auch eine hohe Impfquote in der Bevölkerung notwendig, um bei von Mensch-zu-Mensch übertragenen Erkrankungen die sogenannte Herdenimmunität zu erreichen. Durch die Herdenimmunität, die z. B. bei Masern bei einer

Durchimpfungsrate von 95 % erreicht ist, sind auch nicht geimpfte Personen vor einer Ansteckung geschützt, da eine Verbreitung der Erreger aufgrund des hohen Anteils an immunen Personen deutlich erschwert wird.

Vor der Einschulung wird bei den schulärztlichen Untersuchungen anhand der Impfausweise ermittelt, ob alle zukünftigen Schülerinnen und Schüler ausreichend geimpft sind. Bei den Schuleingangsuntersuchungen 2012 wurde der Impfstatus von etwa 145.000 Kindern gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz überprüft (für 7 % der Einschulungskinder konnte kein Impfheft vorgelegt werden).

Bei allen Impfungen konnten höhere Impfquoten als vor zwei Jahren verzeichnet werden (s. Abbildung 56). Insbesondere bei der Impfung gegen Varizellen ist die Impfquote stark angestiegen. Allerdings bestehen die universellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) für eine erste Varizellenimpfung erst seit 2004 und für eine zweite Varizellenimpfung seit 2009, sodass eine vollständige Abschätzung der Impfquote und somit der Akzeptanz der Impfung erst in den kommenden Jahren möglich sein wird.

Auch bei der Masernimpfung konnte in den vergangenen Jahren der Impfstatus der fünf- bis sechsjährigen Kinder verbessert werden, da die für einen vollständigen Impfschutz notwendige zweite Masernimpfung inzwischen häufiger durchgeführt wird (s. Abbildung 57). Im Bundesvergleich liegen die Impfquoten der Kinder in Nordrhein-Westfalen zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen für die erste und zweite Masernimpfung jeweils über dem Bundesdurchschnitt, die erwünschte Durchimpfung von 95 % wird bei der zweiten Masernimpfung nur knapp verfehlt (s. Abbildung 57). Mecklenburg-Vorpommern ist zurzeit das einzige Bundesland, in dem eine Impfquote von über 95 % für die zweite Masernimpfung bei den Einschulungsuntersuchungen erreicht wird.

Die tendenziell steigenden Impfquoten sollten nicht darüber hinwegtäuschen, dass auf Basis der Schuleingangsuntersuchungen zwar wertvolle und nahezu vollständige Informationen zur Impfquote gesammelt werden können, diese aber nur für Kinder der untersuchten Altersgruppe gelten. Ob im späteren Lebensalter Impfungen aufgrund eines unklaren Impfstatus nachgeholt oder notwendige Auffrischungen durchgeführt werden, kann auf Basis dieser Daten nicht abgeschätzt werden. Regelmäßige Impfeempfehlungen und -erinnerungen sind deshalb wichtig, um neben der Grundimmunisierung im Kindes- und Jugendalter auch die Aufrechterhaltung eines vollständigen Impfschutzes bei Erwachsenen zu erreichen.

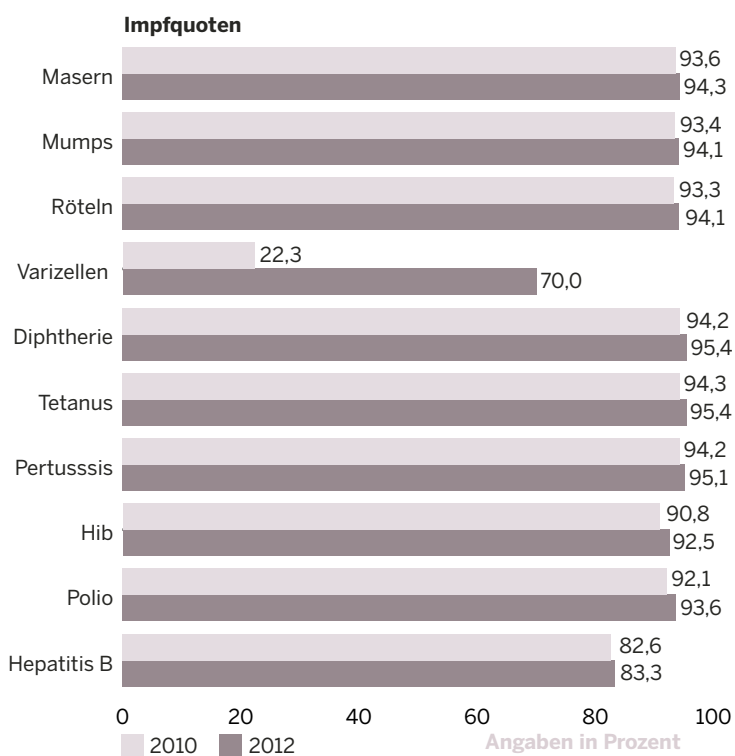


Abbildung 56 Impfquoten bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern, Nordrhein-Westfalen nach Einschulungsjahr (2010 und 2012), Dokumentation der schulärztlichen Eingangsuntersuchungen | Indikatoren 7.11 und 7.12: LZG.NRW (eigene Berechnung)

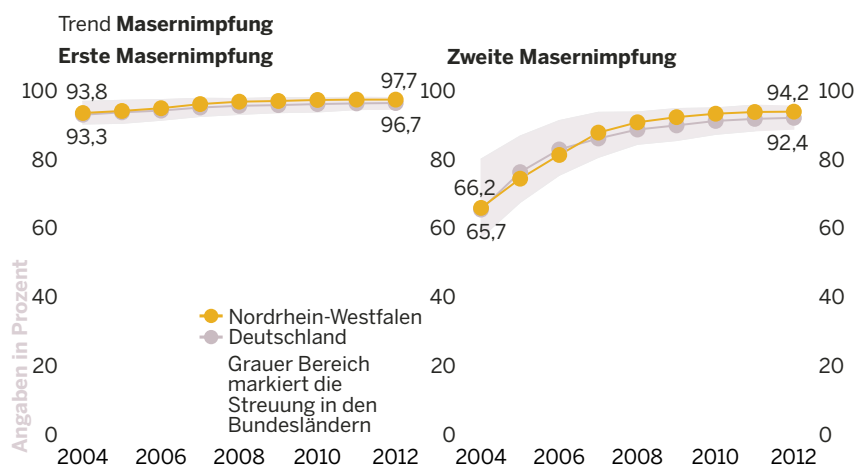


Abbildung 57 Impfquote der ersten und zweiten Masernimpfung für Kinder mit vorgelegtem Impfausweis bei der Einschulungsuntersuchung in Prozent, Nordrhein-Westfalen und bundesweit, 2004–2012 | gbe-bund, LZG.NRW

□ Allergien im Kindesalter

Unter den zehn häufigsten Behandlungsanlässen in der Kinderarztpraxis befinden sich 2012 zwei Erkrankungen, die zum atopischen Formenkreis gehören: Asthma bronchiale und das atopische Ekzem, auch als Neurodermitis bekannt. Darüber hinaus kann die allergische Rhinitis (Heuschnupfen) und das allergische Kontaktekzem dem atopischen Formenkreis zugeordnet werden. Bei diesen Erkrankungen liegt eine erhöhte Bereitschaft zur Produktion allergenspezifischer Antikörper vor. Es wird in Deutschland eine Lebenszeitprävalenz dieser Erkrankungen von knapp 23% unter den 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen angenommen [Schlaud et al. 2007].

Kinder und Jugendliche können sensibel auf verschiedene Allergene wie Hausstaubmilben, Tierepithelien, Pollen, Schimmelpilze oder Nahrungsmittel reagieren. Für diese spezifischen Allergien liegen jedoch keine Daten für Nordrhein-Westfalen vor. Ergebnisse einer bundesweiten Studie zur Kinder und Jugendgesundheit (KiGGS) zeigen, dass etwa 41% der hier untersuchten 3- bis 17-Jährigen sensibel auf ein oder mehrere Allergene der oben genannten Gruppen reagieren. Dabei ist nur ein Siebtel gegenüber einem Allergen sensibel, mehrheitlich liegt eine Polysensibilisierung vor. Polysensibilisierungen gehen mit einer erhöhten Häufigkeit von Erkrankungen aus dem atopischen Formenkreis einher [Langen 2012].

Zur Darstellung des Vorkommens atopischer Erkrankungen im Kindesalter in Nordrhein-Westfalen werden die ambulanten Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigungen genutzt. Da, außer bei der allergischen Kontaktdermatitis, die dargestellten Allergien zumeist eine regelmäßige Behandlung notwendig machen, können die Zahlen das Erkrankungsgeschehen im Kindesalter einigermaßen genau abbilden. Jedoch beinhaltet die Statistik

nur gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten, Behandlungen privat Versicherter werden nicht dargestellt (etwa 10% der Bevölkerung). Dies kann zu einer Unterschätzung der Erkrankungshäufigkeit führen, da als Bezugsbevölkerung die Gesamtbevölkerung Nordrhein-Westfalens genutzt wird.

Knapp 200.000 Kinder zwischen 0 und 14 Jahren wurden 2012 in Nordrhein-Westfalen aufgrund einer Neurodermitis ambulant behandelt, dies entspricht 8% der Kinder dieser Altersgruppe. Darauf folgen Behandlungen aufgrund von Asthma bronchiale mit knapp 190.000 behandelten Kindern (7,8% dieser Altersgruppe). Auch die allergische Rhinitis führte zu vergleichbaren Behandlungszahlen, gut 160.000 Kinder wurden behandelt (6,7% dieser Altersgruppe). Weniger häufig ist die allergische Kontaktdermatitis, welche 2012 zu 24.000 Behandlungen führte und etwa 1% der 0- bis 14-Jährigen betrifft.

Die dargestellten ambulanten Behandlungshäufigkeiten zu Neurodermitis und allergischer Rhinitis sind in etwa vergleichbar mit den jeweiligen 12-Monats-Erkrankungshäufigkeiten, die im Rahmen von KiGGS für die Altersgruppe 0 bis 17 Jahre festgestellt wurden (Neurodermitis: 7,2%, allergische Rhinitis: 8,7%) [Schlaud et al. 2007]. Nur für Asthma bronchiale liegt die 12-Monats-Erkrankungshäufigkeit basierend auf KiGSS-Daten mit 3,0% deutlich unter der ambulanten Behandlungshäufigkeit in Nordrhein-Westfalen [Schlaud et al. 2007]. Eine Ursache für diese deutliche Differenz kann in der methodischen Unterschiedlichkeit der Datenerhebung (Befragungsdaten versus Abrechnungsdaten) liegen.

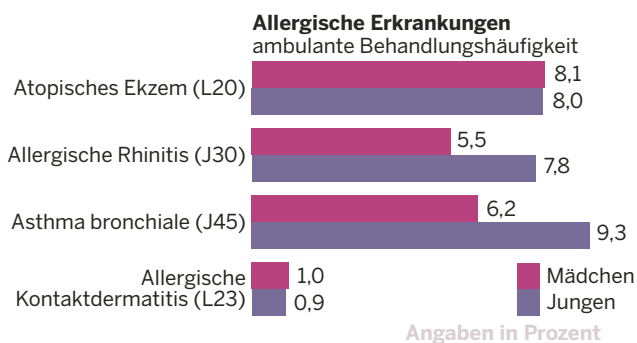


Abbildung 58 Ambulante Behandlungshäufigkeit verschiedener allergischer Erkrankungen (ICD-10: L20, J30, J45, L23) in Prozent, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2012 | Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LZG.NRW

Die Geschlechterverteilung ist bei dem atopischen Ekzem und der allergischen Kontaktdermatits annähernd gleich, während Behandlungen von Asthma bronchiale und der allergischen Rhinitis bei Jungen deutlich häufiger als bei Mädchen vorkommen (s. Abbildung 58). Dieser Geschlechterunterschied wird auch durch die KiGGS-Studie bestätigt [Laußmann et al. 2012, Schlaud et al. 2007].

Ein Vergleich der ambulanten Behandlungszahlen 2012 mit denen aus 2005 zeigt keine wesentlichen Veränderungen für die dargestellten Diagnosen.

Bei Betrachtung der einzelnen Altersgruppen wird deutlich, dass sich – außer bei der allergischen Kontaktdermatitis – die Behandlungshäufigkeit der anderen Erkrankungen mit dem Alter verändert (s. Abbildung 59). Vergleichbar mit den Ergebnissen, die in der KiGSS Studie beobachtet wurden [Schlaud et al. 2007], nimmt die ambulante Behandlungshäufigkeit der allergischen Rhinitis in den höheren Altersgruppen zu, während die Häufigkeit des atopischen Ekzems in der Altersgruppe 10 bis 14 Jahre geringer ist als in den jüngeren Altersgruppen. Die Behandlungshäufigkeit von Asthma bronchiale ist in der Altersgruppe der 1- bis 4-Jährigen deutlich höher als bei den Säuglingen und bleibt dann auf einem konstanten Niveau.

Allergische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter können einen erhöhten medizinischen Versorgungsbedarf sowie Fehlzeiten in der Schule mit sich bringen. Aus diesem Grund ist es wichtig, insbesondere Eltern, die selbst an Allergien leiden, über Präventionsmaßnahmen wie beispielsweise Stillen oder Vermeidung einer Passivrauchbelastung zu informieren. Erkrankte Kinder und Jugendliche sollten neben einer medikamentösen Behandlung auch im selbständigen Umgang mit der Erkrankung geschult werden [RKI & BZgA 2008].

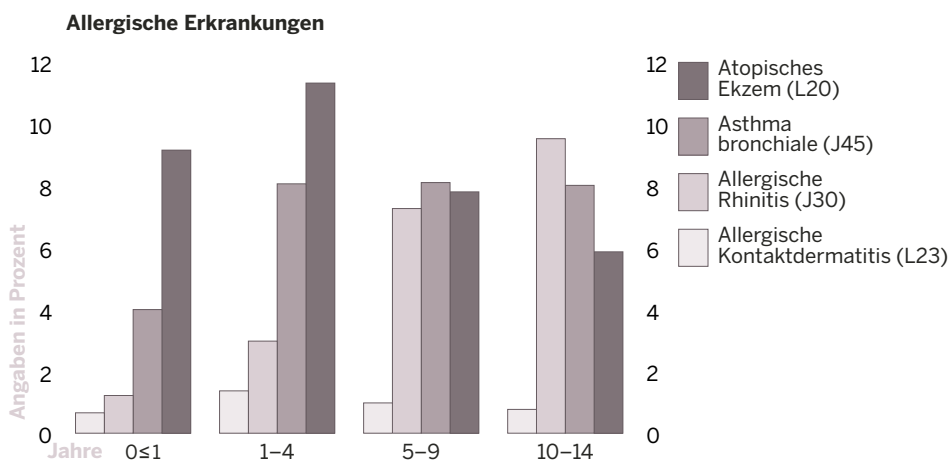


Abbildung 59 Ambulante Behandlungshäufigkeit verschiedener allergischer Erkrankungen (ICD-10: L20, J30, J45, L23) in Prozent, nach Alter, Nordrhein-Westfalen, 2012 | Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, LZG.NRW

■ Gesundheit von Menschen mit Migrationsgeschichte

Betrachtet man die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland, so ist zu bedenken, dass es sich dabei um eine sehr heterogene Gruppe handelt, die sich nicht nur nach ihrer Herkunft oder der ihrer Eltern und Großeltern unterscheidet. Eine Zuwanderung nach Deutschland kann unterschiedliche Gründe haben, Menschen migrieren beispielsweise aus anderen Ländern nach Deutschland, um einer Beschäftigung nachzugehen, in Deutschland zu studieren oder mit ihrem Lebenspartner oder ihrer Lebenspartnerin bzw. ihrer Familie zusammenzuleben. Andere suchen in Deutschland Zuflucht aufgrund kriegerischer Auseinandersetzungen, schlechter Lebensbedingungen in ihrem Heimatland oder aufgrund politischer Verfolgung. Bei neu zugewanderten Migrantinnen und Migranten ist die soziale und gesundheitliche Situation deshalb wesentlich durch die Lebensbedingungen im Heimatland und im Einwanderungsland bestimmt und vor diesem Hintergrund zu interpretieren.

Darüber hinaus muss bei der folgenden Darstellung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationsgeschichte beachtet werden, dass die Datenlage keine spezialisierte Darstellung verschiedener Subgruppen ermöglicht und die Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe deshalb nicht zum Tragen kommt. Dies soll keinesfalls zu einer Verallgemeinerung der Aussagen beitragen, sondern Hinweise auf die Gesamtproblematik geben und Ansatzpunkte zu einer Verbesserung der Versorgung liefern.

▣ Bevölkerung mit Migrationsgeschichte in Nordrhein-Westfalen

Statistische Erhebungen werden der unterschiedlichen Lage verschiedener Gruppen von Menschen mit Migrationsgeschichte nur wenig gerecht und es gibt darüber hinaus eine Reihe von Erfassungsunterschieden und -problemen je nach Form der Erhebung.

Nach Daten des Zensus 2011 besitzen von den 17,5 Millionen Menschen, die in Nordrhein-Westfalen leben, mehr als 1,7 Mio. Einwohnerinnen (833.400) und Einwohner (842.741) eine ausländische Staatsbürgerschaft. Dies entspricht einem Anteil von 9,5% an der Gesamtbevölkerung. Beim Vergleich des Anteils der Bevölkerung mit ausländischer Staatsbürgerschaft mit anderen Bundesländern liegt Nordrhein-Westfalen hinter Hamburg, Berlin, Hessen, Bremen und Baden-Württemberg auf dem sechsten Platz [MAIS 2013].

Den größten Anteil an der ausländischen Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen haben Bürgerinnen und Bürger, die aus der Türkei stammen (28,2%). Dem folgen zugewanderte Menschen aus Polen (8,0%), Italien (6,5%) und den Ländern des ehemaligen Jugoslawien (6,0%) (s. Abbildung 60).

Ausländische Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit

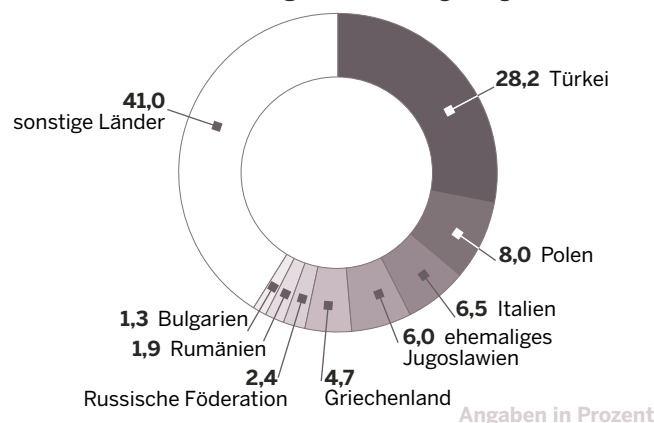


Abbildung 60 Ausländische Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit in Prozent, Nordrhein-Westfalen, 2012 | IT.NRW, LZG.NRW (eigene Berechnung)

Die Zahl der Menschen mit Migrationsgeschichte ist deutlich höher und liegt am Zensusstichtag bei 4,2 Millionen. Das entspricht einem Anteil von 24,5% an der Gesamtbevölkerung Nordrhein-Westfalens [IT.NRW].

Fast die Hälfte der Einwohnerinnen und Einwohner mit Migrationsgeschichte lebt bereits seit mehr als 20 Jahren in Nordrhein-Westfalen (s. Abbildung 61).

Aufenthaltsdauer von Menschen mit Migrationsgeschichte

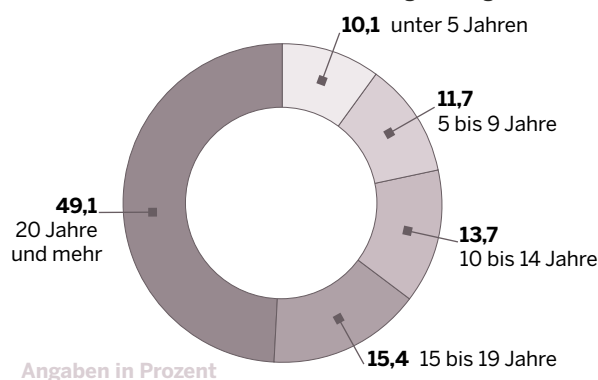


Abbildung 61 Prozentualer Anteil der Aufenthaltsdauer in Jahren von Menschen mit Migrationsgeschichte, Nordrhein-Westfalen, 2011 (Stand 7.9.2013) | Statistisches Bundesamt 2013, Mikrozensus 2011, LZG.NRW

Knapp 10% der Menschen mit Migrationsgeschichte, die in Nordrhein-Westfalen leben, sind 65 Jahre und älter, bei den Personen ohne Migrationsgeschichte sind es 24% [MAIS 2013]. Damit ist der Anteil der älteren Bevölkerung in der Gruppe der Menschen mit Migrationsgeschichte um mehr als die Hälfte niedriger als in der Gruppe der Menschen

ohne Migrationsgeschichte. Entsprechend höher ist bei Menschen mit Migrationsgeschichte der Anteil an Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen bis 25 Jahre (35,2% versus 21,3%) [MAIS 2013].

▪ **Drittstaatsangehörige Menschen mit begrenztem Leistungsanspruch (u. a. Asylbewerberinnen und Asylbewerber)**

Die Zahl der Erst- und Folgeanträge auf Asyl ist seit 2009 kontinuierlich gestiegen und erreichte 2014 deutschlandweit mit fast 202.834 Asylanträgen einen Höhepunkt. Eine aktuelle Ursache für diese Entwicklung ist unter anderem der Konflikt in Syrien [BAMF 2014].

Nordrhein-Westfalen nimmt als bevölkerungsreichstes Bundesland die meisten Antragstellerinnen und Antragsteller in Deutschland auf. Zum 31.12.2012 lebten 44.849 Asylbewerberinnen und Asylbewerber in Nordrhein-Westfalen. Viele Asylsuchende sind in einem jüngeren oder mittleren Alter, nur ca. 3% sind älter als 65 Jahre. Ähnlich wie auf Bundesebene sind auch in Nordrhein-Westfalen die häufigsten Herkunftsländer von Asylsuchenden Serbien, Afghanistan, Syrien, Irak und Mazedonien [BAMF 2013a]. Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) besteht Anspruch auf eine medizinische Grundversorgung, die sich auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung in der Schwangerschaft, amtlich empfohlene Impfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen erstreckt. Für Asylsuchende besteht aber das Problem, dass der Leistungsanspruch eingeschränkt ist und sich in der Regel auf die Behandlung von akuten Erkrankungen bezieht.

Menschen, die noch in Deutschland leben und deren Asylantrag abgelehnt wurde (sogenannte „Geduldete“) und Menschen mit einer Aufenthaltserlaubnis aus bestimmten humanitären Gründen sind ebenfalls von dieser defizitären Versorgungssituation betroffen.

▪ **Irreguläre Migration in Deutschland und Nordrhein-Westfalen**

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge geht laut Migrationsbericht 2011 des Bundesinnenministeriums von etwa 100.000 bis 400.000 Menschen aus, die sich „Sans Papiers“, d. h. ohne gültige Aufenthaltserlaubnis, in Deutschland aufhalten (BAMF 2013b). Viele dieser Menschen stammen aus osteuropäischen Nicht-EU-Ländern und aus Krisengebieten in Afrika, Asien und Südamerika. Sie kommen zur Arbeitssuche nach Deutschland oder fliehen vor Armut, Unterdrückung und Verfolgung. Besonders größere Städte mit entsprechendem Arbeits- und Wohnungsangebot sind die Ziele von einwandernden Menschen

ohne gültige Aufenthaltserlaubnis. Bei dieser Gruppe von Migrantinnen und Migranten ergeben sich besondere Herausforderungen hinsichtlich einer angemessenen medizinischen Versorgung und geeigneter Unterkünfte [Worbs et al. 2005]. Aus einem erschwerten Zugang zur medizinischen Versorgung bei oft beeinträchtigter körperlicher Gesundheit entstehen häufig große psychische Belastungen. Dies gilt auch für Eltern, wenn die eigenen Kinder davon betroffen sind. Zusätzlich ist diese Bevölkerungsgruppe in besonderem Ausmaß durch prekäre Arbeits- und Lebensbedingungen belastet [Razum et al. 2008].

▪ **(Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler**

Im Dezember 2012 lebten 62.757 (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler in Nordrhein-Westfalen. Die Entwicklung der Neuaufnahmen ist seit 2002 kontinuierlich rückläufig (s. Abbildung 62).

Das Geschlechterverhältnis ist weitgehend ausgeglichen. Mehr als 20% der zugewanderten Personen sind zwischen 45 und 65 Jahre alt – fast 10% sind über 65 Jahre alt. Die meisten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler kommen aus Russland und Kasachstan. Seit einigen Jahren gewinnt auch Rumänien als Herkunftsland an Bedeutung.

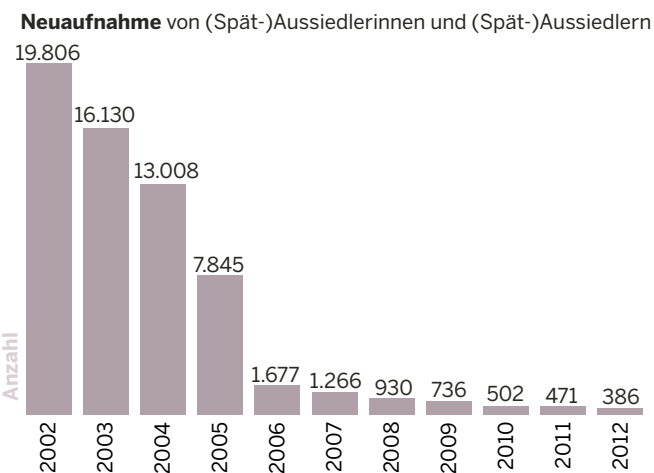


Abbildung 62 Entwicklung der Neuaufnahmen von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern, Nordrhein-Westfalen, 2002–2012 | Kompetenzzentrum für Integration NRW 2013, LZG.NRW

▪ **EU-Bürgerinnen und -Bürger mit fehlendem oder ungeklärtem Krankenversicherungsschutz**

Viele Zuwanderinnen und Zuwanderer, die im Rahmen der Freizügigkeit innerhalb der EU einreisen, sind gut qualifiziert und als Fachkräfte ein Gewinn für den Arbeitsmarkt. Wegen der schlechten wirtschaftlichen Lage in den Heimatländern kommen aber auch Menschen ohne schulische oder berufliche Qualifikation, die bereits in den Heimatländern in Armut lebten und zum Teil als Angehörige ethnischer Minderheiten unter sozialer und materieller

Diskriminierung litten. Diese Gruppe sucht vor allem in den größeren Städten des Ruhrgebiets und des Rheinlands neue Lebenschancen.

Die Inanspruchnahme von Angeboten der gesundheitlichen Versorgung ist zum Teil durch sprachliche und kulturelle Barrieren erschwert [SVR Migration 2013]. Eine angemessene gesundheitliche Versorgung scheitert zudem häufig aufgrund eines unzureichenden oder ungeklärten Krankenversicherungsschutzes. Zur Notversorgung von Nichtversicherten springen in den stark frequentierten Städten oftmals die Gesundheitsämter sowie humanitäre Einrichtungen ein [Wagner 2012].

Angesichts dieser Probleme stehen viele Städte vor der finanziellen und strukturellen Herausforderung, für Menschen mit ungeklärtem Krankenversicherungsschutz eine medizinische Grundversorgung anzubieten. Die 23. Landesgesundheitskonferenz des Landes Nordrhein-Westfalen fokussiert sich in ihrem Entschließungstext „Für ein solidarisches Gesundheitswesen in NRW – Gesundheitliche Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen verbessern“ [MGEPA 2014] explizit auch auf EU-Bürgerinnen und -Bürger mit fehlendem oder ungeklärtem Krankenversicherungsschutz und empfiehlt unter anderem die Entwicklung eines Konzepts zum Aufbau eines Informations- und Beratungsangebotes und lokaler Clearingstellen mit integriertem Hilfsfonds.

■ Gesundheitliche Situation

Das Krankheitsspektrum der Menschen mit Migrationsgeschichte entspricht in Deutschland weitgehend dem der nicht migrierten Bevölkerung [Razum & Spallek 2009], jedoch ergeben sich aus zum Teil unterschiedlichen Gesundheitsrisiken für einige Erkrankungen und Todesursachen verschiedene Häufigkeitsverteilungen.

In einigen Herkunftsländern prägen Infektionskrankheiten wie z. B. (multiresistente) Tuberkulose und HIV das Krankheitsgeschehen [Razum et al. 2008]. Im Jahr 2012 war die Tuberkulose-Inzidenz der in Nordrhein-Westfalen lebenden ausländischen Bevölkerung mit 22,6 pro 100.000 Einw. sechsmal so hoch wie die der deutschen Staatsangehörigen (3,8 pro 100.000 Einw.) Die meisten an Tuberkulose erkrankten ausländischen Staatsangehörigen kamen aus der Türkei, Südosteuropa, Süd- oder Südostasien und Nordafrika.

Bei der Registrierung von HIV-Neuinfektionen wird das Herkunftsland als migrationspezifisches Merkmal erfasst. Von den im Zeitraum von 2001 bis 2012 in

Nordrhein-Westfalen insgesamt 6.832 gemeldeten HIV-Infektionen lagen hierzu in 5.719 Fällen Angaben vor. Demnach waren 3.959 Personen deutscher Herkunft betroffen (10% Frauen, 90% Männer), während 1.760 Infizierte (41% Frauen, 57% Männer, 2% Geschlecht unbekannt) den größten Teil ihres bisherigen Lebens in einem anderen Land verbracht hatten (s. Abbildung 63). Der größere Frauenanteil unter den Betroffenen nicht deutscher Herkunft ist vor allem auf das höhere Infektionsrisiko von Frauen aus Hochprävalenzregionen wie Subsahara-Afrika zurückzuführen, wo HIV im Gegensatz zu Deutschland überwiegend heterosexuell übertragen wird.

HIV-Fälle nach Herkunftsregion

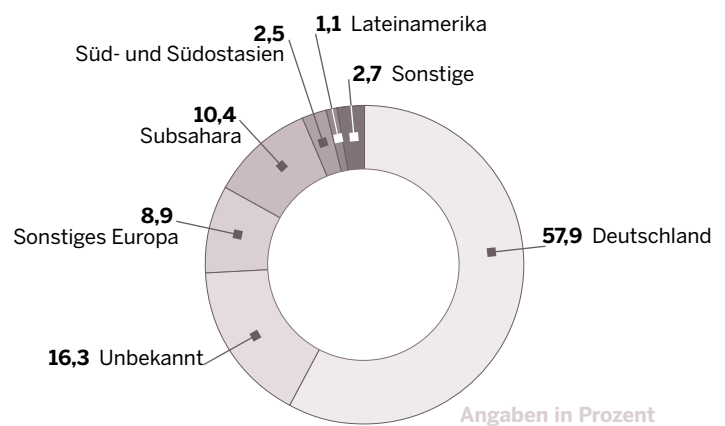


Abbildung 63 Prozentualer Anteil bestätigter HIV-Antikörpertests (Ersttestungen), nach Herkunftsregion, Nordrhein-Westfalen, 01.01.2001 bis 31.12.2012 | RKI, LZG.NRW

Ebenso wie in der deutschen Bevölkerung werden in der ausländischen Bevölkerung die meisten Todesfälle jedoch nicht durch Infektionskrankheiten, sondern durch Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursacht. Während bei den Frauen mit deutscher Staatsangehörigkeit die Herz-Kreislauf-Krankheiten die Liste der häufigsten Todesursachen anführen, ist bei den Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit Brustkrebs die führende Todesursache. Bei den Männern zeigt sich der deutlichste Unterschied zwischen den beiden Bevölkerungsgruppen im Hinblick auf Lungenkrebs, welcher in der ausländischen Bevölkerung 2011 für einen merklich größeren Anteil der Todesfälle verantwortlich ist (11,5% versus 8,4%).

■ Psychische Gesundheit

Die mit einer Migration verbundenen komplexen und oft langfristigen Anpassungsprozesse an neue gesellschaftliche und kulturelle Bedingungen können eine starke psychische Beanspruchung darstellen [WIAD 2000]. Zu den – vor allem in Bezug auf das psychische Wohlbefinden – bedeutendsten Problemen zählen dabei soziale Isolation und mangelnde soziale Unterstützung im Ankunftsland [Kirkcaldy et al. 2006]. Auch die Ergebnisse aus dem

NRW-Gesundheitssurvey 2013 weisen darauf hin, dass Personen mit Migrationsgeschichte deutlich häufiger als andere nur geringe soziale Unterstützung erfahren und sich außerdem zu einem größeren Anteil in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt empfinden. Im Hinblick auf manifeste psychische Störungen wie Depressionen, somatoforme Beschwerden und Angststörungen konnten im Rahmen einer deutschlandweiten Repräsentativbefragung jedoch keine Prävalenzunterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationsgeschichte festgestellt werden [Glaesmer et al. 2009]. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass bei entsprechenden Erhebungen eher gut integrierte, schon länger in Deutschland lebende Personen mit guten Sprachkenntnissen und gesichertem Aufenthaltsstatus erfasst werden, wohingegen besonders belastete und zum Teil traumatisierte Personengruppen wie Asylsuchende und Migrantinnen und Migranten ohne Aufenthaltsstatus weitestgehend unberücksichtigt bleiben.

▪ Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

Der subjektive Gesundheitszustand drückt aus, wie Menschen ihre gesundheitliche Lage empfinden. Hierin spiegelt sich auch wider, inwieweit bestimmte Erkrankungen Beschwerden verursachen, die Einfluss auf das alltägliche Leben haben. Auch ein unterschiedlicher Umgang mit Gesundheit in verschiedenen Kulturen bildet sich hier möglicherweise ab. Im NRW-Gesundheitssurvey 2013 zeigen sich bei der Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand sowohl im Vergleich der Geschlechter als auch im Vergleich mit den Befragten ohne Migrationsgeschichte eher geringe Unterschiede (s. Abbildung 64). Auffällig ist jedoch, dass unabhängig von der Nationalität oder Herkunft Männer ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu Frauen häufiger als „sehr gut“ einstufen. Andererseits gibt es unter den Männern mit Migrationsgeschichte eine vergleichsweise große Gruppe (27,1%), die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht empfindet.

Subjektive Gesundheitseinschätzung
nach Migrationsgeschichte

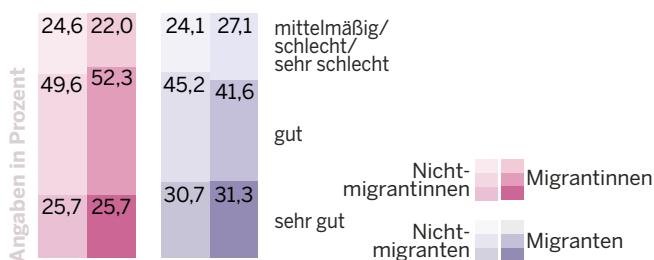


Abbildung 64 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes von Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2013 | NRW-Gesundheitssurvey 2013 (n = 1.651), LZG.NRW (eigene Berechnung)

Da der Survey nur in deutscher Sprache durchgeführt wird, kann eine Verzerrung der Ergebnisse vorliegen. Die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes könnte bei geringen Deutschkenntnissen schlechter ausfallen.

Knapp ein Drittel der Frauen und Männer mit Migrationsgeschichte fühlt sich durch Krankheit im Alltag „eingeschränkt“ oder sogar „erheblich eingeschränkt“. Diese Wahrnehmung unterscheidet sich nicht von den Personen ohne Migrationsgeschichte. Neben dem Migrationsstatus haben auch andere Faktoren einen wichtigen Einfluss auf das gesundheitliche Befinden. So sind vor allem das Alter und der Sozialstatus bei Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte wesentliche Einflussfaktoren auf das subjektive gesundheitliche Befinden.

▪ Gesundheitsverhalten und -risiken

Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte unterscheiden sich im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten: Während Frauen mit Migrationsgeschichte in Nordrhein-Westfalen mit 20,4% seltener rauchen als Frauen ohne Migrationsgeschichte (23,3%), verhält es sich bei den Männern umgekehrt. So liegt die Rauchquote mit 37,8% bei Männern mit Migrationsgeschichte deutlich höher als bei Männern ohne Migrationsgeschichte (27,6%) (NRW-Gesundheitssurvey 2011). Den Ergebnissen einer bundesweiten Erhebung aus 2005 zufolge weisen vor allem Männer aus Griechenland, Italien, der Türkei, Osteuropa und den arabischen Ländern erhöhte Rauchquoten auf, die vor allem mit der schlechteren sozialen Lage und den besonderen psychosozialen Belastungen von Personen mit Migrationsgeschichte in Zusammenhang stehen und weniger mit dem spezifischen kulturellen Hintergrund [Lampert 2010]. Damit einhergehend scheinen Kinder mit Migrationsgeschichte in Deutschland etwas häufiger dem häuslichen Passivrauchen ausgesetzt zu sein als Kinder ohne Migrationsgeschichte (18,1% versus 13,9%) [Schenk et al. 2008].

Neben dem Rauchen stellt Adipositas ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar. Allerdings geben die Ergebnisse aus verschiedenen Gesundheitsbefragungen für Nordrhein-Westfalen ein uneinheitliches Bild zu Unterschieden in der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas unter den Befragten mit und ohne Migrationsgeschichte. Auch Daten des Mikrozensus zeigen weder für Frauen noch für Männer relevante Unterschiede in der Häufigkeit von Adipositas zwischen Deutschen und Staatsangehörigen anderer europäischer Mitgliedsstaaten oder Staatsangehörigen aus Ländern außerhalb der Europäischen Union [Hollederer 2013].

Aus den Ergebnissen des NRW-Gesundheitssurveys 2011 geht jedoch hervor, dass Migrantinnen im Durchschnitt häufiger sportlich inaktiv sind als Frauen ohne Migrationsgeschichte (42,5 % versus 31,0 %). Bei Männern lassen sich diesbezüglich keine migrationspezifischen Unterschiede feststellen.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass es innerhalb der Bevölkerungsgruppe von Menschen mit Migrationsgeschichte große Unterschiede gibt, die auch das Gesundheitsverhalten betreffen. Darüber hinaus hängt ein riskantes Gesundheitsverhalten nachweislich mit der sozioökonomischen Lage und daraus resultierenden Stressfaktoren zusammen. Diesen Stressfaktoren sind Migrantinnen und Migranten häufig in stärkerem Maße ausgesetzt als Menschen deutscher Herkunft [RKI 2005; Moore & Cunningham 2012].

■ Gesundheitsvorsorge und -versorgung

Menschen mit Migrationsgeschichte unterscheiden sich hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in vielen Fällen von der einheimischen Bevölkerung [Razum et al. 2008]. Beispielsweise nutzen sie im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte statt hausärztlicher Praxen häufiger Notfallambulanzen als erste Anlaufstelle und nehmen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen seltener in Anspruch [Kohls 2011]. Auch Daten aus dem NRW-Gesundheitssurvey 2011 zeigen, dass anspruchsberechtigte Befragte mit Migrationsgeschichte deutlich seltener als andere Befragte an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung (66,8% versus 76,1%) sowie am Gesundheits-Check-Up 35 (53,4% versus 65,1%) teilgenommen haben. Diese Unterschiede im Vorsorgeverhalten zwischen Personen mit und ohne Migrationsgeschichte bleiben auch bei statistischer Kontrolle für Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Status bestehen. Sie sind möglicherweise auf unterschiedliche Krankheitskonzepte, im Zusammenhang mit der Migration gemachte Erfahrungen sowie auf Kommunikationsprobleme und Informationslücken zurückzuführen [Razum et al. 2004].

Ebenso wie Vorsorgeangebote werden zudem auch Angebote der stationären und ambulanten Pflege von Menschen mit Migrationsgeschichte unterdurchschnittlich in Anspruch genommen. Als Gründe führt Kohls [2012] neben Sprachproblemen und Informationsdefiziten auch Vorbehalte gegenüber Pflegeinstitutionen, die Perspektive einer möglichen Rückkehr in das Heimatland sowie die Erwartung, dass Familienangehörige die Pflege übernehmen an. Es deutet sich jedoch auch in der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte ein Rückgang der familialen Unterstützungspotenziale an, sodass mit einem weiteren

Anstieg des Bedarfs an professioneller, kultursensibler Pflege zu rechnen ist [Kohls 2012].

□ Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

■ Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit ist ein wichtiger Indikator für die gesundheitliche Versorgung von Mutter und Kind in einer Bevölkerungsgruppe. Im Jahr 2012 kamen in Nordrhein-Westfalen 8.039 ausländische Neugeborene lebend zur Welt. Davon verstarben 37 Kinder im ersten Lebensjahr, 19 von ihnen innerhalb der ersten sechs Tage nach der Geburt, weitere 61 Kinder wurden tot geboren. Die Unterschiede zwischen ausländischen und deutschen Kindern sind vor allem im Bereich der Totgeburten zu finden (s. Abbildung 65). Dementsprechend ist eine gute, vorsorgende Begleitung durch Hebammen sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen wichtig, um die Chancen einer gesunden Schwangerschaft zu verbessern. Dabei sollten auch sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede berücksichtigt werden. Die hier verwendeten Daten basieren auf Angaben der amtlichen Todesursachenstatistik. Hier wird nur die Staatsangehörigkeit und nicht das Herkunftsland dokumentiert, daher können keine Angaben zur gesamten Gruppe der Frauen mit Migrationsgeschichte (zu der auch die Ausländerinnen gehören) gemacht werden.

Die Unterschiede zwischen der Säuglingssterblichkeit von in Nordrhein-Westfalen geborenen deutschen Kindern und Kindern mit einer anderen Staatsangehörigkeit werden auch im Kapitel Säuglingssterblichkeit (s. Seite 59 ff) behandelt.

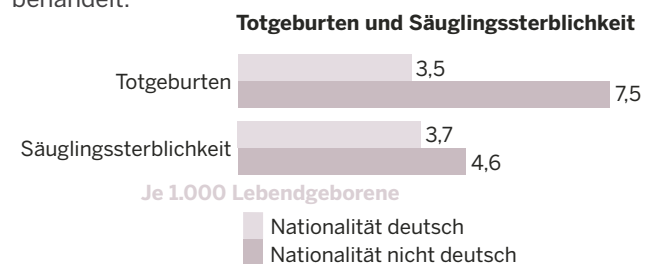


Abbildung 65 Säuglingssterblichkeit und der Anteil an Totgeburten nach Staatsangehörigkeit, Nordrhein-Westfalen, 2012 | LZG.NRW (eigene Berechnung)

■ Befunde der Schuleingangsuntersuchungen

In jedem Jahr werden alle 5- bis 6-jährigen Kinder, die im neuen Schuljahr eingeschult werden, von den Schulärztinnen und Schulärzten der kommunalen Gesundheitsämter untersucht. Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen Tests zum Hören, Sehen, zur Sprache, kognitiven Entwicklung und Koordination sowie zu Verhaltensauffälligkeiten. Mit

der Untersuchung soll überprüft werden, ob gesundheitliche Einschränkungen vorliegen, die einem Schulbesuch entgegenstehen oder diesen erschweren. In diesem Fall wird eine entsprechende Behandlung empfohlen bzw. initiiert. Im Rahmen der Untersuchung wird auch die Erstsprache der einzuschulenden Kinder erfasst, also die Sprache, die mit den Kindern in den ersten vier Lebensjahren überwiegend gesprochen wurde. Hieran lässt sich zum einen eine familiäre Migrationsgeschichte erkennen, zum anderen kann die Erstsprache einen Hinweis auf das Ausmaß der Integration der Kinder in Deutschland geben.

Die Befunde bei Kindern mit deutscher und nicht deutscher Erstsprache ähneln sich insgesamt in Rangfolge und Häufigkeit. Der häufigste Befund in beiden Gruppen ist die Sprachstörung, welche bei 35% der Mädchen und bei 45% der Jungen mit nicht deutscher Erstsprache des Einschulungsjahrgangs 2012 in Nordrhein-Westfalen festgestellt wurde. Auch bei Kindern mit deutscher Erstsprache kommen Sprachstörungen häufig vor (Mädchen 25%, Jungen 35%).

Wie gut der Zugang von Eltern und ihren Kindern zur gesundheitlichen Versorgung ist, lässt sich am sogenannten Versorgungsquotienten ablesen. Dieser gibt Auskunft, wie viele der Kinder mit einem auffälligen Befund zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits in ärztlicher Behandlung sind. Der Versorgungsquotient hat sich für die Behandlung von Sprachstörungen in den vergangenen Jahren unter den Kindern mit deutscher und nicht deutscher Erstsprache stark angenähert (s. Abbildung 66) – ein Zeichen dafür, dass auch Kinder mit nicht deutscher Erstsprache zunehmend Zugang zu einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung haben.

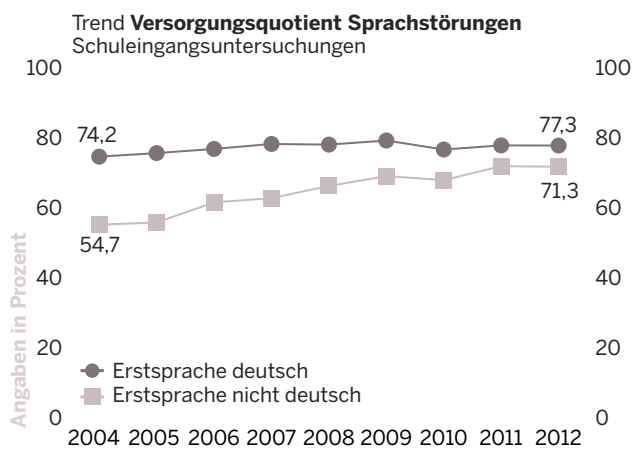


Abbildung 66 Entwicklung des Versorgungsquotienten zur Sprachstörung. Vergleich zwischen Kindern mit deutscher und nicht deutscher Erstsprache, Nordrhein-Westfalen, 2004–2012, Dokumentation der schulärztlichen Eingangsuntersuchungen | LZG.NRW (eigene Berechnung)

Bei Kindern mit als auch ohne Deutsch als Erstsprache kamen Störungen der Visuomotorik (Auge-Hand-Koordination) und der Körperkoordination ebenfalls häufig vor. Im Einschulungsjahrgang 2012 hatten 19% der Mädchen und 30% der Jungen mit nicht deutscher Erstsprache eine auffällige Visuomotorik (zum Vergleich: Mädchen mit deutscher Erstsprache 14%, Jungen mit deutscher Erstsprache 25%). Ein Viertel der auffälligen Jungen und 16% der Mädchen mit nicht deutscher Erstsprache waren aus diesem Grund zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits in Behandlung. In diesem Bereich konnte bisher keine Angleichung der Versorgungsquotienten von Kindern mit deutscher und nicht deutscher Erstsprache erreicht werden.

Mehr als ein Fünftel der Kinder mit nicht deutscher Erstsprache hatte bei Schulbeginn eine herabgesetzte Sehschärfe (Mädchen 21,0%, Jungen 20,3%). Bei beiden Geschlechtern waren 40% deswegen in ärztlicher Behandlung. Erst seit 2010 steigt der Versorgungsquotient für Fehlsichtigkeit bei Kindern mit nicht deutscher Erstsprache langsam an und nähert sich dem Wert von Kindern mit deutscher Erstsprache.

Betrachtet man das Körpergewicht der einzuschulenden Kinder, so wird deutlich, dass Kinder mit nicht deutscher Erstsprache häufiger übergewichtig oder adipös und seltener normalgewichtig sind als Kinder mit deutscher Erstsprache. Mädchen und Jungen sind dabei gleichermaßen von einem zu hohen Körpergewicht betroffen.

Bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sind die Untersuchungen U1 bis U7 bei 91,2% der Kinder mit Deutsch als Erstsprache und bei 75,8% der Kinder mit nicht deutscher Erstsprache vollständig durchgeführt worden. Die höchste Inanspruchnahme zeigten jeweils Kinder, deren Eltern einen hohen Bildungsstand haben. Darüber hinaus zeigt sich der Besuch eines Kindergartens als bedeutsam für die vollständige Wahrnehmung von U-Untersuchungen [Rosenkötter et al. 2012]. Diese Einflussfaktoren haben eine stärkere Auswirkung auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen als der Migrationsstatus.

▪ Unfälle und Verletzungen

Unfallbedingte Verletzungen sind bei Kindern und Jugendlichen bundesweit die häufigste Todesursache und ebenso die Ursache für ein vielfältiges Krankheitsgeschehen [Schenk et al. 2008]. Insgesamt haben in der Altersgruppe der Kinder unter 15 Jahren Säuglinge das höchste Risiko durch Unfälle oder Gewalteinwirkung zu versterben. Dabei ist das Ersticken durch Aspiration bundesweit die häufigste Unfalltodesursache. Im Zeitraum zwischen 2001 und 2010 waren in Deutschland bei den Verletzungen mit

Todesfolge, differenziert nach Alter und Nationalität, die höchsten Verletzungsraten bei Kindern mit ausländischer Staatsbürgerschaft im ersten Lebensjahr zu verzeichnen. Dementsprechend sollte diese Bezugsgruppe frühzeitig für potenzielle Gefahren sensibilisiert werden.

Ergebnisse einer bundesweiten Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit (KiGGS) zeigen, dass Mädchen ohne Migrationsgeschichte, insbesondere in dem Alter von 5 bis 17 Jahren, häufiger Verletzungen durch Unfälle erleiden als Mädchen mit Migrationsgeschichte (s. Abbildung 67). Bei den Jungen ist dieser Unterschied weniger deutlich ausgeprägt. Einzige Ausnahme ist die Altersgruppe 1 bis 4 Jahre, in welcher Jungen mit Migrationsgeschichte häufiger als Jungen ohne Migrationsgeschichte Verletzungen durch einen Unfall erleiden (s. Abbildung 67).

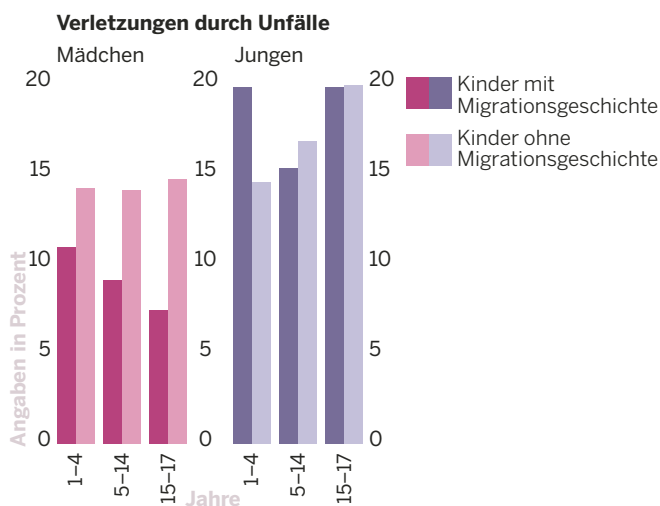


Abbildung 67 Verletzungen durch Unfälle, nach Alter, Geschlecht und Migrationsstatus in Deutschland (n gewichtet = 2.410 verletzte Kinder und Jugendliche im Alter von einem bis unter 18 Jahren) | Darstellung nach Kahl et al. 2007, S. 725, LZG.NRW

Generell verletzen sich Jungen öfter als Mädchen und nehmen häufiger ärztliche Versorgung in Anspruch [Ellsäßer 2006, Schenk et al. 2008]. Ein höheres Gefährdungspotenzial vor allem im Straßenverkehr ergibt sich durch das seltenere Tragen von Helmen oder anderen Protektoren bei Kindern mit Migrationsgeschichte in allen Altersgruppen [Kahl et al. 2007]. Dies gilt auch für Familien mit geringem Sozialstatus. Dementsprechend besteht ein Bedarf an Präventionskonzepten, die gezielt Familien mit einem niedrigen Sozialstatus und Familien mit Migrationsgeschichte ansprechen.

Ein Projekt, das sich speziell an Familien mit Migrationsgeschichte wendet, ist das von der Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V. (BAG) entwickelte Projekt „Achtung giftig!“ zur Prävention von Vergiftungsunfällen im Haushalt, von denen überdurchschnittlich häufig insbesondere Jungen mit Migrationshintergrund

betroffen sind [http://www.kindersicherheit.de/projekte/vergiftungsrisiken.html, Abruf Mai 2015]. Auch das vom MGEPA (2012 bis 2013) geförderte Fortbildungsprojekt der BAG „Qualifizierung von Schlüsselpersonen in NRW zur Verhütung von Kinderunfällen in Familien mit kleinen Kindern“ sah im Rahmen eines kultursensiblen Ansatzes ein Modul zur Unfallprävention in Familien mit Migrationsgeschichte vor.

■ Mundgesundheit

Eine Vorbeugung von Karies kann durch eine bereits ab dem frühesten Kindesalter konsequent eingeübte und beibehaltene Mundhygiene erreicht werden. Auch die individuelle Ernährung sowie regelmäßige Kontrollen und Fluoridierung durch den Zahnarzt wirken sich auf die Zahn- und Mundgesundheit aus [Schenk et al. 2008].

Bislang gibt es in Deutschland nur wenige Untersuchungen zur Mundgesundheit. Verschiedene Studien auf nationaler und internationaler Ebene belegen, dass neben sozialem Status, Alter und Geschlecht auch kulturelle Unterschiede Einfluss auf die Mundhygiene und den Zahnstatus haben. So reinigt bundesweit fast die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit Migrationsgeschichte (45%) ihre Zähne seltener als zweimal täglich. Bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationsgeschichte ist dies bei gut einem Viertel (26,1%) der Fall. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei zahnärztlichen Kontrollen. 16,4% der Kinder und Jugendlichen mit Migrationsgeschichte lassen ihre Zähne seltener als einmal jährlich durch eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt kontrollieren. Bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationsgeschichte beträgt der Anteil lediglich 6,1%. Diese Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationsgeschichte bleiben auch bestehen, wenn der soziale Status mitberücksichtigt wird [Schenk & Knopf 2007, Schenk et al. 2008]. Die Zahngesundheit unterscheidet sich auch nach Herkunftsländern. Ein höheres Risiko für Karies tragen beispielsweise Kinder und Jugendliche aus der Türkei, der ehemaligen Sowjetunion und aus arabisch-islamischen Ländern. Sie bleiben deutlich häufiger unter der empfohlenen Zahnputzfrequenz und nehmen seltener die zahnärztlichen Kontrollen in Anspruch als Kinder aus anderen Herkunftsländern. Zudem ist bei diesen Kindern und Jugendlichen der Konsum von Süßigkeiten und zuckerhaltigen Getränken stark verbreitet, was die Entstehung von Karies zusätzlich fördert. Es besteht also ein erhöhter Bedarf an kultursensiblen Angeboten zur Prävention von Karies bereits im frühen Kindesalter [Schenk et al. 2008] und an einer Ausweitung von Kariesprophylaxemaßnahmen an Kitas und Schulen mit hohem Anteil von Kindern mit Migrationsgeschichte [Pieper et al. 2011].

▣ Arbeit und Gesundheit

In Nordrhein-Westfalen sind ca. 8,27 Millionen Menschen erwerbstätig. 21% davon sind Menschen mit Migrationsgeschichte (1,74 Mio.) [Mertens 2012]. Damit waren im Jahr 2011 59,5% der Menschen mit Migrationsgeschichte im erwerbsfähigen Alter erwerbstätig. Im Vergleich dazu liegt die Quote bei Personen ohne Migrationsgeschichte bei 72,4%. Fast 90% der Beschäftigten mit Migrationsgeschichte sind als Arbeiterinnen und Arbeiter (45,7%) oder Angestellte (43,9%) tätig. Nur knapp 10% sind selbständig und ca. 1% hat einen Beamtenstatus. Beschäftigte mit Migrationsgeschichte sind dabei häufiger als Beschäftigte ohne Migrationsgeschichte geringfügig, befristet oder in Teilzeit beschäftigt. Insgesamt hat die Zahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse in dieser Bevölkerungsgruppe seit 2007 jedoch zugenommen [Mertens 2012]. Beschäftigte mit Migrationsgeschichte sind überdurchschnittlich häufig im Bergbau, Verarbeitenden Gewerbe, Handel, Gastgewerbe und Baugewerbe beschäftigt (s. Abbildung 68). Im Sozial- und Gesundheitswesen sind sie hingegen eher unterrepräsentiert [BKK 2007].

Die Zahl arbeitsloser Menschen mit Migrationsgeschichte ist in Nordrhein-Westfalen zwischen 2007 und 2011 um 11% gesunken. Dennoch ist die Arbeitslosenquote in dieser Bevölkerungsgruppe noch fast dreimal so hoch wie in der Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte [Mertens 2012].

Bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Arbeit und gesundheitlicher Situation von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern können verschiedene Indikatoren Anhaltspunkte zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation im Zusammenhang mit arbeitsbedingten Belastungen geben.

▪ Arbeitsunfähigkeit

Das Auftreten einer Arbeitsunfähigkeit (AU) ist eher durch das Tätigkeitsfeld und weniger durch die Migrationsgeschichte bestimmt. Daten der Arbeitsunfähigkeitsstatistik können Aufschluss über den allgemeinen Gesundheitszustand von Beschäftigten liefern [Brzoska et al. 2010], Informationen zur Situation von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit Migrationsgeschichte werden jedoch durch diese Daten eher unzureichend abgebildet. Generell sind Personengruppen mit hohen AU-Zeiten häufig in belastenden, gewerblichen Arbeitsbereichen beschäftigt. So arbeiten 40% der türkischen BKK-Mitglieder im Bereich der Metallerzeugung oder -verarbeitung. Asiatische BKK-Mitglieder sind vor allem im Handel, Gastgewerbe und im Dienstleistungsbereich beschäftigt [BKK 2007]. Die Diagnosen, die zur Arbeitsunfähigkeit führen, unterscheiden sich ebenfalls zwischen den Nationalitäten. Männliche Arbeitnehmer aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei und anderen südeuropäischen Ländern sind durch ihre spezifischen Arbeitsbelastungen beispielsweise häufig aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Atemwegserkrankungen arbeitsunfähig. Auch psychische Erkrankungen tragen zunehmend zu krankheitsbedingten Fehlzeiten bei. Bei weiblichen Versicherten aus diesen Ländern sind ebenfalls Muskel- und Skeletterkrankungen ebenso wie psychische Erkrankungen häufig die Ursache für Arbeitsunfähigkeit. Bei weiblichen Versicherten stellt sich zudem häufiger als bei männlichen Versicherten das Problem einer korrekten Diagnose, da vielfach nicht näher zuzuordnende Symptome (z. B. Kopfschmerzen, Übelkeit, Bauch- oder Unterleibsschmerzen) angegeben werden, die auf psychosomatische Zusammenhänge hinweisen und/oder auf diagnostische Probleme aufgrund von Sprachbarrieren [BKK 2007].

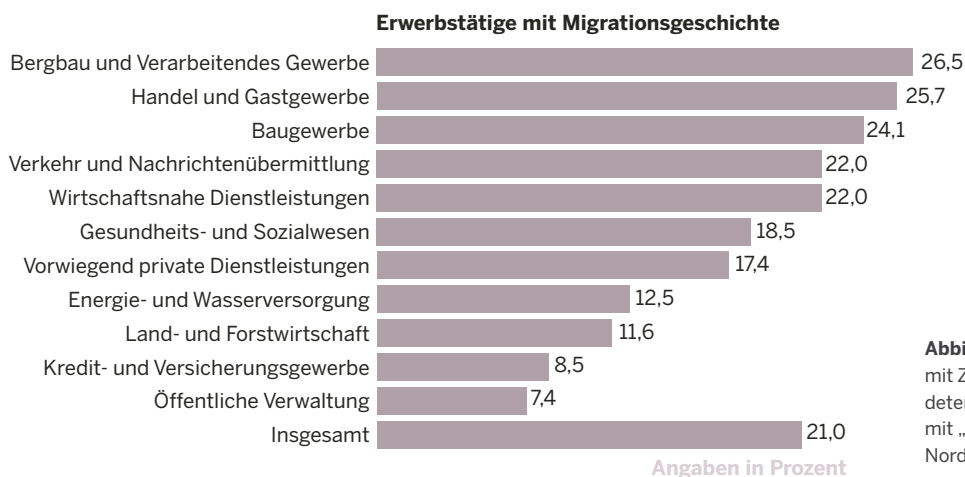


Abbildung 68 Prozentuale Anteile der Erwerbstätigen mit Zuwanderungsgeschichte (im Originaltext verwendeter Begriff, inhaltlich weitgehend deckungsgleich mit „Migrationsgeschichte“) nach Wirtschaftszweigen, Nordrhein-Westfalen, 2011 | Mertens 2012, LZG.NRW

▪ **Berufskrankheiten**

Die Statistik der Berufskrankheiten bildet vor allem die Belastungen verschiedener Berufs- und Bevölkerungsgruppen ab. Berufskrankheiten entstehen häufig über viele Jahre, in denen eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer einer arbeitsplatzbezogenen Gesundheitsbelastung ausgesetzt ist [Brzoska et al. 2010]. Insgesamt wurden 5,4% (203) der 3.726 im Jahr 2012 in Nordrhein-Westfalen festgestellten Berufskrankheiten bei ausländischen Versicherten aufgenommen. Lärmschwerhörigkeit war in dieser Versichertengruppe die am häufigsten vorkommende Berufskrankheit. Türkische Beschäftigte sind hiervon doppelt so häufig betroffen wie deutsche Beschäftigte [Brzoska et al. 2010]. Danach folgt Silikose, eine Lungenerkrankung, die durch das Einatmen von quarzhaltigen Stäuben verursacht wird. Diese tritt bei türkischen Beschäftigten sogar bis zu dreimal häufiger auf als bei deutschen Beschäftigten [Brzoska et al. 2010]. Auch Krankheiten der Lendenwirbelsäule durch Heben und Tragen sind relativ häufig. Sehr selten sind dagegen Infektionskrankheiten. Das weitere Berufskrankheitsgeschehen bei deutschen und nicht deutschen Beschäftigten unterscheidet sich nur geringfügig. Die absolute Zahl von anerkannten Berufskrankheiten in der gewerblichen Wirtschaft ist seit Ende der 1990er Jahre kontinuierlich rückläufig [Brzoska et al. 2010].

▪ **Gesundheitsbedingte Frühberentungen**

Eine gesundheitsbedingte Frühberentung liegt vor, wenn Personen aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr oder nur eingeschränkt erwerbstätig sind. In Nordrhein-Westfalen gingen im Jahr 2011 insgesamt 39.649 Personen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit in Rente. Die Quote an gesundheitsbedingten Frühberentungen, also Rentenzugängen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit je 1.000 aktiv Versicherte, unterscheidet sich zwischen deutschen und ausländischen Versicherten kaum. Sie beträgt 5,1 Verrentungen je 1.000 deutsche Versicherte und 5,9 Verrentungen je 1.000 ausländische Versicherte.

Auch das durchschnittliche Alter bei Renteneintritt unterscheidet sich nur wenig zwischen deutschen und ausländischen Rentenversicherten. Das mittlere Renteneintrittsalter liegt in beiden Gruppen für weibliche und männliche Versicherte bei etwa 50 Jahren. Ursächlich für eine gesundheitsbedingte Frühberentung sind bei deutschen und ausländischen Versicherten beider Geschlechter vor allem psychische Erkrankungen. Diesen folgen Erkrankungen des Muskel- und Skelett-Systems. Während bei deutschen und ausländischen Männern Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die dritthäufigste Ursache für eine gesundheitsbedingte Frühberentung sind, spielen bei Frauen

beider Gruppen Neubildungen – und hier insbesondere Brustkrebs – eine große Rolle.

▣ **Schwerbehinderungen**

Behinderung und Schwerbehinderung sind Indikatoren für bleibende körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen. Personen, denen von den zuständigen Behörden ein Grad der Behinderung von mindestens 50 zuerkannt worden ist, werden in der Schwerbehindertenstatistik erfasst. Zum Jahresende 2011 waren in Nordrhein-Westfalen 1,68 Millionen Personen als schwerbehindert registriert, darunter 89.951 Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Der Anteil der schwerbehinderten Menschen unter den in Nordrhein-Westfalen lebenden ausländischen Staatsangehörigen lag damit bei 4,7%, während der Anteil bei deutschen Staatsangehörigen mit 10% in etwa doppelt so hoch war. Im Bundesvergleich zeigt sich, dass nach den Daten der Schwerbehindertenstatistik auch in allen anderen Bundesländern ausländische Staatsangehörige tendenziell in geringerem Maße von Schwerbehinderung betroffen sind [Razum et al. 2008]. Die Migrationsgeschichte wird im Gegensatz zur Staatsbürgerschaft in der Schwerbehindertenstatistik nicht erfasst, sodass nicht bekannt ist, wie groß der Anteil an schwerbehinderten deutschen Staatsangehörigen ist, die eine Migrationsgeschichte haben.

Im Hinblick auf die Geschlechterverteilung fällt auf, dass der Männeranteil unter den Schwerbehinderten mit 60,6% in der ausländischen Bevölkerung Nordrhein-Westfalens größer ist als in der Bevölkerung mit deutscher Staatsangehörigkeit, wo Frauen und Männer mit annähernd gleichem Anteil von Schwerbehinderung betroffen sind (49,6% zu 50,4%).

Täglich rauchende Männer

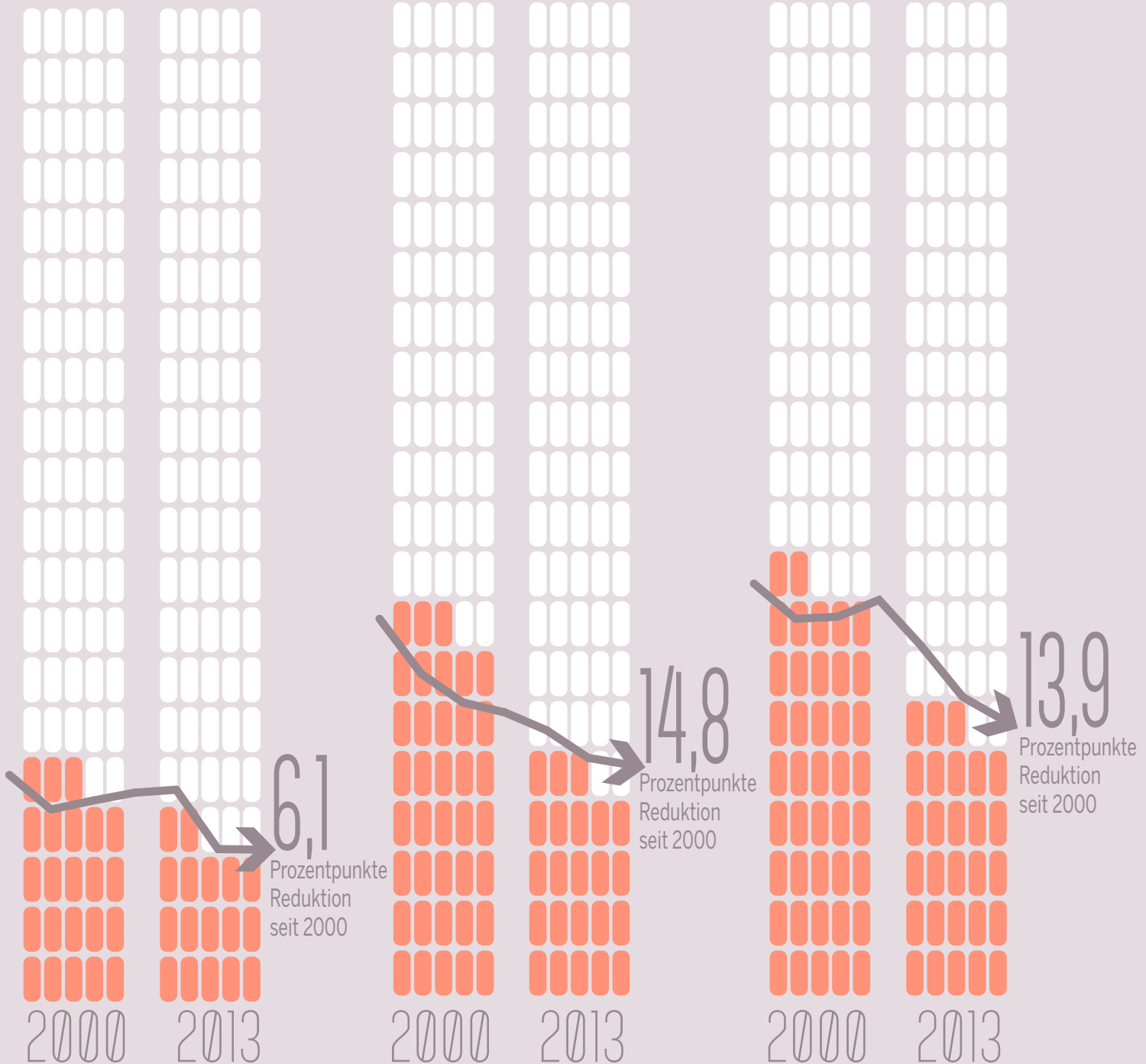
in Prozent

Sozioökonomischer Status:

hoch

mittel

niedrig



Der Anteil der Männer, die täglich rauchen, ist seit 2000 gesunken. Bei Männern mit mittlerem und niedrigem Sozialstatus ist die Rauchquote stärker gesunken als bei Rauchern mit hohem Sozialstatus.

Gesundheits- Verhalten und Gesundheits- Risiken

Rauchen	81
Alkoholkonsum	82
Obst- und Gemüseverzehr	83
Bewegung	84
Arbeitsbedingte Belastungen	85
Verletzungen und Vergiftungen	87
Verkehrsunfälle	89

Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken

Deutlicher Rückgang der Rauchquote in den letzten zehn Jahren

2013 rauchen 20,6 % der Männer und 17,2 % der Frauen täglich. 2000 waren es noch 34,7 % bzw. 25,3 %.

Knapp die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am NRW-Gesundheitssurvey erreicht ein wöchentliches Bewegungspensum, das internationalen Empfehlungen entspricht ($\geq 2,5$ Stunden pro Woche)

Männer sind mit 54,7 % häufiger ausreichend körperlich aktiv als Frauen (44,4 %).

Die häufigsten psychischen, arbeitsbedingten Belastungen ergeben sich durch Termin- und Leistungsdruck

Bei 36,1 % der Frauen und 33,9 % der erwerbstätigen Männer kommt es häufig zu starkem Termin- und Leistungsdruck, der als psychisch belastend empfunden wird.

■ Rauchen

In den letzten Jahren ist eine deutliche Absenkung der Rauchquote unter Jugendlichen zu verzeichnen. Sie liegt derzeit bundesweit bei 11,5% bei den 12- bis 17-jährigen Jungen und bei 12,6% bei den gleichaltrigen Mädchen [BZgA 2013].

Für Jugendliche von 11 bis 15 Jahren bietet die HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) repräsentative Zahlen zum Rauchverhalten in Nordrhein-Westfalen aus der Erhebung in den Jahren 2009/2010. Demnach rauchen 4,2% der befragten Schülerinnen und Schüler in dieser Altersgruppe täglich, weitere 2,2% mindestens einmal wöchentlich. Zwischen Mädchen und Jungen ist kein signifikanter Unterschied zu erkennen [WHO CC 2012a].

Auch in der erwachsenen Bevölkerung Nordrhein-Westfalens lässt sich der Rückgang des Rauchens mit Zahlen belegen. Im NRW-Gesundheitssurvey 2013 geben 17,2% der Frauen und 20,6% der Männer an täglich zu rauchen. Im Jahr 2000 waren es noch 25,3% bzw. 34,7%. Dieser Rückgang ist auch innerhalb der verschiedenen Sozialstatusgruppen sichtbar. Die Reduktion ist zwar bei Männern mit mittlerem und niedrigem sozioökonomischen Status stärker als bei Männern mit hohem Sozialstatus, ein sozialer Gradient bleibt allerdings nach wie vor deutlich erkennbar.

Die Daten des NRW-Gesundheitssurvey zeigen für das Jahr 2013 statusgruppenspezifische Unterschiede bei den täglichen und gelegentlichen Rauchern sowie bei den Männern die noch nie geraucht haben (s. Abbildung 69). Bei den Frauen sind die Unterschiede nach sozioökonomischem Status in der Gruppe der unter 60-jährigen Frauen deutlich erkennbar und verschwimmen, wenn 60-Jährige und Ältere in die Betrachtung aufgenommen werden (s. Abbildung 69).

Wie die Zahlen verdeutlichen, sind die Erfolge bei den Bemühungen, den Tabakkonsum in Deutschland als Verursacher zahlreicher schwerwiegender Erkrankungen zu reduzieren, beachtlich. Davon profitieren nicht zuletzt auch nichtrauchende Mitmenschen, deren Erkrankungsrisiken durch Passivrauchen ebenfalls abgenommen haben. Bausteine der Tabakkontrollpolitik und des Nichtraucher-schutzes sind unter anderem:

- Verschiedene Aufklärungskampagnen, u. a. die Warnhinweise auf Zigarettenpackungen,
- regelmäßige Erhöhungen der Tabaksteuer (in 2010 wurden weitere jährliche Erhöhungen der Tabaksteuer bis 2015 beschlossen),
- die Heraufsetzung und Kontrolle der Altersgrenze für den Erwerb von Tabakprodukten und
- das bundesweite Nichtraucherschutzgesetz.

Den Nichtraucherschutz gestalten die einzelnen Bundesländer darüber hinaus mit eigenen gesetzlichen Regelungen. Trotz uneinheitlicher Gesetzgebung und verschiedener Ausnahmeregelungen in den einzelnen Bundesländern konnte bereits nach Einführung des Nichtraucherschutzgesetzes in 2008 eine Reduktion der Krankenhauseinweisungen aufgrund von Herzinfarkt oder Angina Pectoris für Deutschland festgestellt werden [Sargent et al. 2012]. In Nordrhein-Westfalen trat am 1. Mai 2013 ein neues Nichtraucherschutzgesetz in Kraft. Durch dieses Gesetz ist das Rauchen u. a. in Gaststätten, Festzelten, geschlossenen Sportstadien und auf Spielplätzen verboten. Bisherige Ausnahmeregelungen für Schulgelände, Raucherräume und Raucherclubs wurden aufgehoben.

Rauchstatus

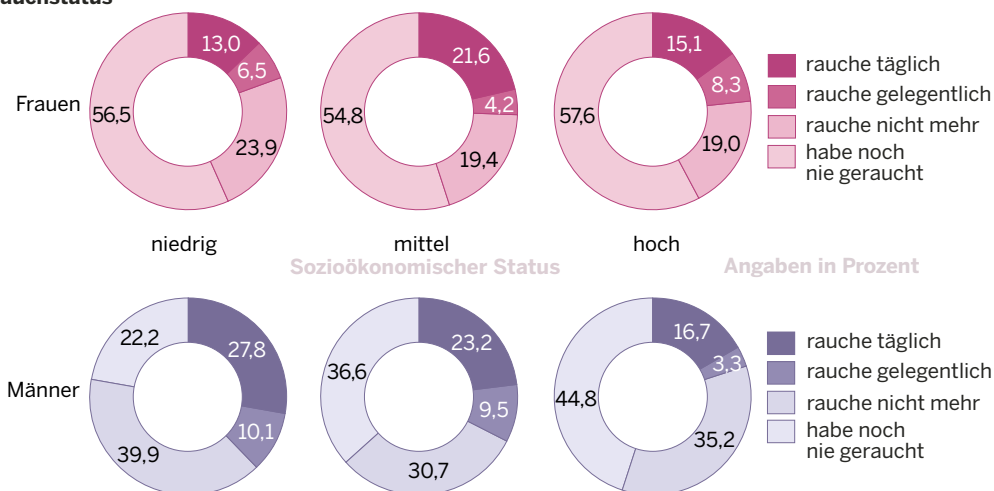


Abbildung 69 Rauchstatus, nach Geschlecht und sozioökonomischem Status, Nordrhein-Westfalen, 2013 | NRW-Gesundheitssurvey 2013 (n = 1.529 | 1.651), Indikator 4.01: LZG.NRW (eigene Berechnung)

Alkoholkonsum

Der Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke der über 14-Jährigen ist in den vergangenen Jahren in Deutschland stetig gesunken. Während 1991 pro Kopf noch 14,5 Liter reinen Alkohols konsumiert wurde, beträgt der Anteil 2012 11,5 Liter.

Ergebnisse einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung, aus der repräsentative Daten für Nordrhein-Westfalen vorliegen, zeigen, dass Männer häufiger als Frauen zu der Einschätzung kommen, mäßig oder viel bis sehr viel Alkohol zu konsumieren. Unter den männlichen Befragten geben 44,1% einen mäßigen Alkoholkonsum an, 5,5% konsumieren der eigenen Einschätzung nach viel bis sehr viel Alkohol. Bei den Frauen sind die Anteile mit 26,3% (moderater Alkoholkonsum) und 1,8% (viel bis sehr viel Alkohol) deutlich geringer (Gesundheit Erwachsener in Deutschland Aktuell, GEDA 2010).

Zusätzlich wurde in der Bevölkerungsbefragung ein Frequenz-Mengen Test (AUDIT-C) durchgeführt, anhand dessen Befragte den Gruppen Nie-Trinker, moderate Alkoholkonsumenten und Risikokonsumenten zugeordnet werden können. Der moderate Alkoholkonsum ist demnach bei Frauen (48,7%) und Männern (50,0%) nahezu vergleichbar. Der Anteil an Risikokonsumenten ist hingegen bei den Männern mit 34,2% deutlich höher als bei den Frauen (23,4%) (s. Abbildung 70).

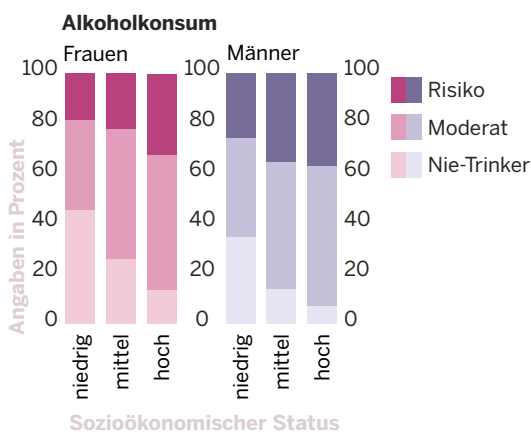


Abbildung 70 Alkoholkonsum von Frauen und Männern, nach Geschlecht und sozioökonomischem Status, Nordrhein-Westfalen, 2010 | GEDA 2010 (n = 4.767), RKI, LZG.NRW (eigene Berechnung)

Darüber hinaus ist der Alkoholkonsum bei Frauen und Männern mit hohem sozioökonomischen Status ausgeprägter als bei Personen mit niedrigem und mittlerem sozioökonomischen Status (s. Abbildung 70).

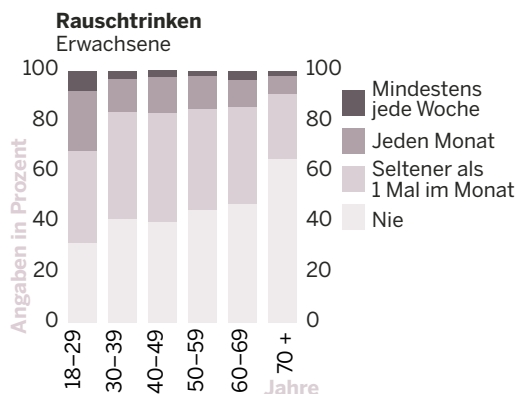


Abbildung 71 Rauschtrinken in der erwachsenen Bevölkerung, nach Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen, 2010 | GEDA 2010 (n = 4.767), RKI, LZG.NRW (eigene Berechnung)

Regelmäßiges Rauschtrinken, definiert als der Konsum von mindestens sechs alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit mindestens einmal pro Monat, nimmt mit dem Alter ab. Regelmäßiges Rauschtrinken ist unter den 18- bis 29-Jährigen mit 31,9% am stärksten ausgeprägt und liegt bei den 30- bis 69-Jährigen zwischen 14 und 16%. In der Altersgruppe der über 70-Jährigen liegt der Anteil bei 9,1% (s. Abbildung 71).

Unter deutschen Jugendlichen im Alter von 11 bis 13 Jahren ist regelmäßiges Rauschtrinken mit einer Rate von 0,6% noch selten. Bei den 14- bis 17-Jährigen liegt dieser Anteil allerdings bei 19,8% [Lampert et al. 2014].

In den letzten Jahren konnte ein deutlicher Anstieg von Krankenhausfällen durch Alkoholexzesse im Kindes- und Jugendalter beobachtet werden. Dieser Trend zeigt sich nicht nur in Nordrhein-Westfalen, sondern auch bundesweit.

Besonders stark ist diese Entwicklung bei den 15- bis 19-jährigen Jugendlichen ausgeprägt (s. Abbildung 72). In dieser Altersgruppe sind 2012 Jungen 1,6-mal häufiger betroffen als Mädchen. In der Altersgruppe 20 bis 24 Jahre sind stationäre Einweisungen seltener, betreffen aber auch hier junge Männer fast doppelt so häufig wie junge Frauen. In der Altersgruppe von 10 bis 14 Jahren ist ebenfalls ein steigender Trend von Krankenhauseinweisungen aufgrund alkoholbedingter Störungen zu beobachten. Das Geschlechterverhältnis ist in dieser Altersgruppe jedoch umgekehrt, 10- bis 14-jährige Mädchen sind 1,4-mal häufiger betroffen als Jungen.

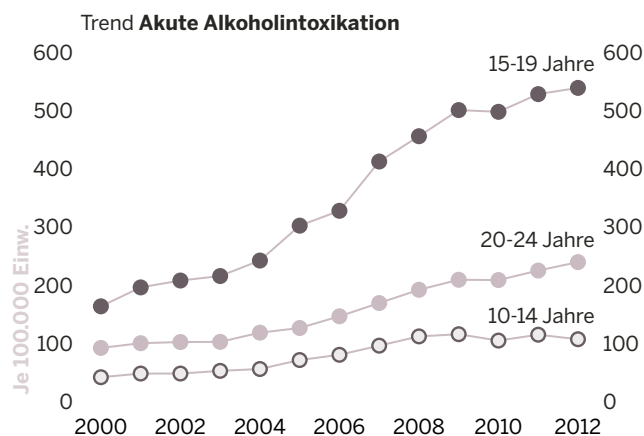


Abbildung 72 Krankenhausfälle aufgrund akuter Alkoholintoxikation (ICD-10: F10.0) je 100.000 Einw., Altersgruppen 10 bis 14, 15 bis 19 und 20 bis 24 Jahre, Nordrhein-Westfalen, 2000–2012 | gbe-bund, LZG.NRW

Im Rahmen eines bundesweiten Präventionsprojekts (HaLT) wurden in Bayern klinisch-stationär behandelte jugendliche Schülerinnen und Schüler mit Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung verglichen, um konsumrelevante Unterschiede zu identifizieren [Kraus et al. 2013b]. Dabei stellte sich heraus, dass ins Krankenhaus eingewiesene Jugendliche Alkohol hauptsächlich im öffentlichen Raum und gemeinsam im Freundeskreis konsumiert haben. Jungen hatten in der Regel eine höhere Schulbildung als Mädchen. Mädchen berichteten häufiger als Jungen, zum Alkoholkonsum gedrängt worden zu sein. Im Vergleich zur gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung konsumierten die ins Krankenhaus eingewiesenen Jugendlichen seltener Alkohol, tranken dann jedoch größere Mengen. Eine Befragung dieser Jugendlichen zeigte, dass die Mehrheit unauffällig ist und im Alltag einen eher unproblematischen Umgang mit Alkohol hat. Dennoch konnte unter ihnen auch eine kleinere Subpopulation mit erhöhtem Risikopotenzial für eine erneute stationäre Aufnahme identifiziert werden, für die spezielle Hilfeangebote notwendig erscheinen [Kraus et al. 2013b].

■ Obst- und Gemüseverzehr

Wesentliches Merkmal einer gesunden Ernährung ist ein ausreichend hoher Anteil an Obst und Gemüse. Deshalb wird das Ausmaß des Konsums von Obst und Gemüse häufig als Indikator für ein gesundes Ernährungsverhalten verwendet. Die dahingehende Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) lautet, nach Möglichkeit zwei Portionen Obst ($\geq 250\text{g}$) und drei Portionen Gemüse ($\geq 400\text{g}$) pro Tag zu verzehren. Schon ein einziger Apfel pro Tag kann eine positive Wirkung auf den Cholesterinspiegel haben, ohne dabei mit Nebenwirkungen verbunden zu sein [Briggs et al. 2013].

In einer bundesweit durchgeführten telefonischen Gesundheitsbefragung (GEDA 2010) geben Frauen aus Nordrhein-Westfalen häufiger als nordrhein-westfälische Männer an, täglich Obst oder Gemüse zu konsumieren (Abbildung 73). Etwa 68% der befragten Frauen und 47% der befragten Männer essen demnach täglich Obst und 57% der Frauen sowie 37% der Männer essen täglich Gemüse. Im Vergleich zur Bevölkerungsbefragung 2009 sind die Ergebnisse für den Obstkonsum annähernd konstant geblieben, wohingegen der tägliche Konsum von Gemüse weiter abzunehmen scheint.

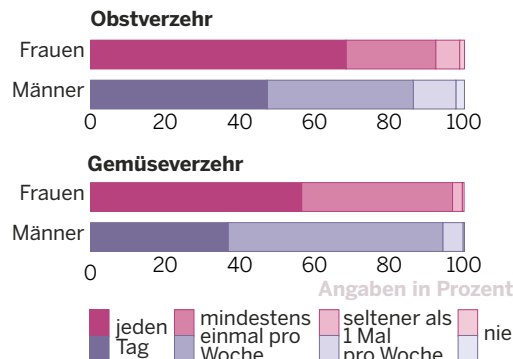


Abbildung 73 Obst- und Gemüseverzehr von Frauen und Männern, Nordrhein-Westfalen, 2010 | GEDA 2010 (n = 4.767), RKI, LZG.NRW (eigene Berechnung)

Auch bei genauerer Betrachtung der täglichen Obst- und Gemüseportionen zeigen sich Geschlechterunterschiede. Mindestens drei Portionen Obst und Gemüse, zu denen auch maximal ein Glas Obst- oder Gemüsesaft gezählt wird, verzehren 43,7% der Frauen und 23,4% der Männer. Drei bis fünf Portionen Obst und Gemüse werden von 37,5% der Frauen und 20,6% der Männer konsumiert. Von den Personen, die drei bis fünf Portionen Obst und Gemüse verzehren, wird im Mittel eine den Empfehlungen entsprechende Menge Obst verzehrt (zwei Portionen), aber der mittlere Gemüseverzehr entspricht nur der Hälfte der empfohlenen drei Portionen am Tag.

Darüber hinaus unterscheidet sich der Obst- und Gemüsekonsum nach Alter und sozioökonomischem Status der Befragten. In der Altersgruppe 65 Jahre und älter ist der tägliche Obstkonsum höher als in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen. Unter den Jüngeren verzehren täglich 46 % der Befragten Obst, in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren liegt der Anteil bei 75 %. Der tägliche Verzehr von Gemüse ist in den Altersgruppen bis unter 65 Jahre annähernd konstant bei etwa 43 %, erst in der Altersgruppe 65 plus findet ein Anstieg statt. In dieser Altersgruppe wird von 57 % der Befragten täglich Gemüse verzehrt.

Der Einfluss sozialer Determinanten zeigt sich vor allem beim Gemüseverzehr, hier ist der Anteil an Erwachsenen, die täglich Gemüse verzehren, unter den Befragten mit niedrigem Sozialstatus (40 %) gut zehn Prozentpunkte geringer als unter den Befragten mit hohem Sozialstatus (52 %).

Im Bundesvergleich ist in Nordrhein-Westfalen der Anteil an Befragten, die täglich Obst verzehren, geringer als im Bundesdurchschnitt [RKI 2012], während der Anteil an Befragten, die täglich Gemüse konsumieren, im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet überdurchschnittlich ist [RKI 2012].

Ein höherer Gemüse- und Obstkonsum könnte die Krankheitslast der Bevölkerung deutlich verringern; insbesondere in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist der protektive Effekt überzeugend belegt [Rabenberg & Mensink 2011]. Ernährungsbezogene Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen waren jedoch in der Vergangenheit häufig wenig effektiv. Nach heutigen Erkenntnissen können Erfolge auf diesem Gebiet nur durch komplexe und nachhaltig ausgerichtete Mehrebenen-Interventionen erreicht werden. Hierbei sollte auch auf eine gendersensible Ausrichtung geachtet werden, da Untersuchungen ernährungsbezogener Maßnahmen für Kinder und Jugendliche gezeigt haben, dass Mädchen in der Regel davon stärker profitiert haben als Jungen [Hofmann et al. 2014].

■ Bewegung

Regelmäßige Bewegung fördert nachweislich die körperliche und psychische Gesundheit [Titze et al. 2010]. Laut aktueller Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollten sich Erwachsene pro Woche mindestens 2,5 Stunden bei mittlerer Intensität oder 1,25 Stunden bei hoher Intensität (oder einer entsprechenden Kombination aus beidem) bewegen. Dabei sollte die Bewegung auf möglichst viele Tage der Woche verteilt werden. Die ideale Bewegungsdauer liegt bei 5 Stunden (mittlere Intensität) bzw. 2,5 Stunden (hohe Intensität) pro Woche. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um Bewegung beim Sport, Hobby, im Beruf oder Haushalt, auf dem Weg zur Schule oder zur Arbeit handelt. Zusätzlich werden mindestens zwei Mal wöchentlich muskelkräftigende Bewegungen sowie für Ältere Gleichgewichtsübungen zur Sturzprophylaxe empfohlen [WHO 2010].

Im NRW-Gesundheitssurvey 2013 wurde erhoben, in welchem Ausmaß die Bürgerinnen und Bürger körperlich aktiv sind. Die Ergebnisse zeigen, dass 17 % der Befragten völlig inaktiv sind. In der Subgruppe der über 70-Jährigen liegt dieser Anteil bei 36 %. Weitere 34 % der Befragten sind zwar körperlich aktiv, allerdings weniger als 2,5 Stunden wöchentlich. Damit ist insgesamt gut die Hälfte der Erwachsenen in Nordrhein-Westfalen nicht ausreichend körperlich aktiv. Männer sind in allen Altersgruppen, mit Ausnahme der 60- bis 69-Jährigen, etwas häufiger sportlich aktiv als Frauen (s. Abbildung 74). Gegenüber den Befragungsergebnissen des Robert Koch-Instituts für Nordrhein-Westfalen im Jahr 2010 [RKI 2012] hat sich aber der Anteil der ausreichend körperlich aktiven Frauen von 37 % auf 44 % erhöht, bei den Männern lässt sich ein Anstieg von 43 % auf 55 % beobachten.

Wie stark Menschen in Nordrhein-Westfalen körperlich aktiv sind, hängt – für Frauen und Männer in unterschiedlichem Ausmaß – auch mit dem sozioökonomischen Status zusammen. Während sich bei Frauen die Anteile nur geringfügig unterscheiden, heben sich Männer mit mittlerem Sozialstatus positiv ab (s. Abbildung 75).

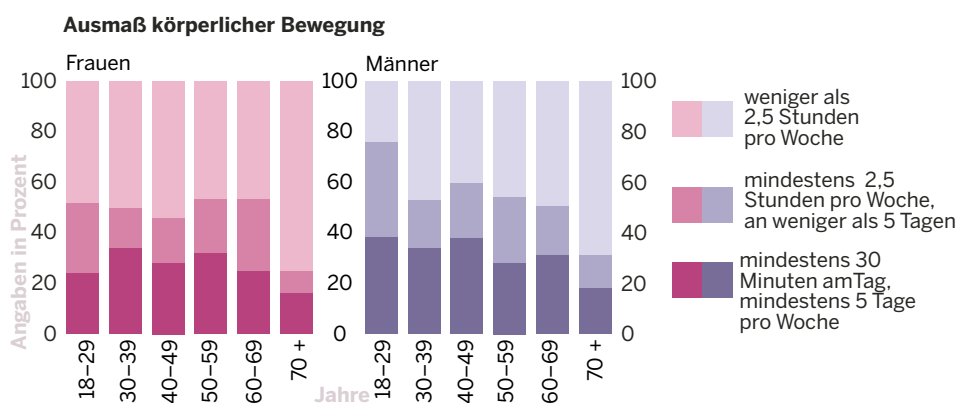


Abbildung 74 Ausmaß körperlicher Aktivität, nach Geschlecht und Altersgruppen | NRW-Gesundheitssurvey 2013, (n = 1.620 | 1.651), LZG.NRW (eigene Berechnung)

Ausmaß körperlicher Bewegung

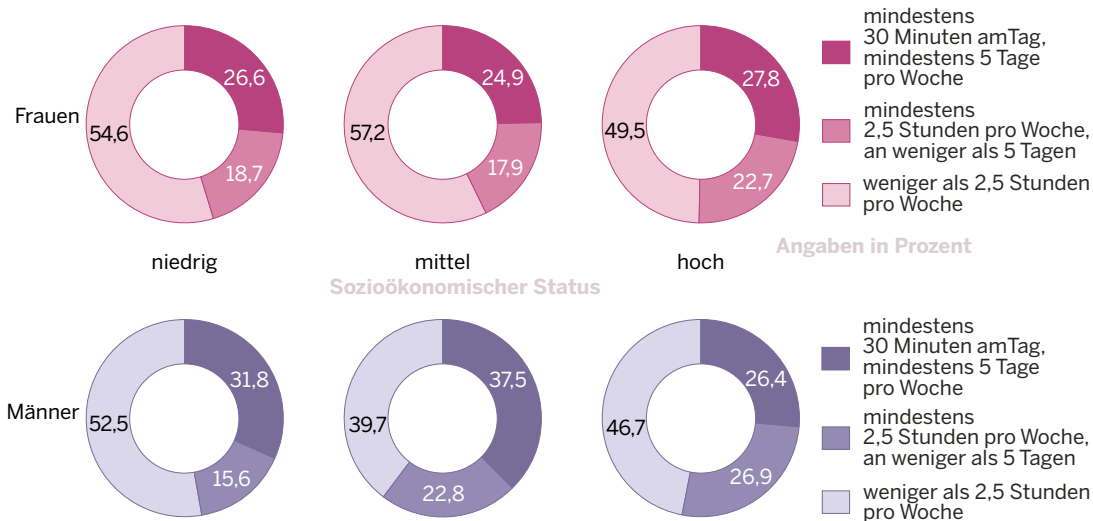


Abbildung 75 Ausmaß körperlicher Aktivität, nach Geschlecht und sozioökonomischem Status, Nordrhein-Westfalen, 2013 | NRW-Gesundheitssurvey 2013 (n = 1.529 | 1.651), LZG.NRW (eigene Berechnung)

Auch Kinder und Jugendliche sollten sich regelmäßig bewegen. Die WHO empfiehlt, dass diese Bevölkerungsgruppe jeden Tag mindestens für insgesamt 60 Minuten (idealerweise 90 Minuten) moderat bis intensiv körperlich aktiv sein sollte [LZG.NRW 2013, WHO 2006]. Körperlich aktive Kinder und Jugendliche profitieren nicht nur in der Adoleszenz von den positiven Effekten der Bewegung auf die physische und psychische Gesundheit. Auch im Erwachsenenalter bestehen diese Effekte oft fort, denn aus aktiven Jugendlichen werden langfristig aktive Erwachsene [Kolip et al. 2013]. Allerdings zeigen die Ergebnisse der HBSC-Studie (2009/10) für die 11- bis 15-Jährigen in Nordrhein-Westfalen, dass lediglich 14% der Mädchen und 20% der Jungen die Empfehlungen für eine gesundheitsfördernde körperliche Aktivität erreichen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Aktivität immer mehr ab. Insbesondere jugendliche Mädchen mit Migrationsgeschichte scheinen nur in einem geringen Ausmaß in ihrer Freizeit sportlich aktiv zu sein [RKI 2012].

Bewegungsbezogene Interventionen haben in der Vergangenheit häufig zu einer erhöhten Ungleichheit zwischen den Geschlechtern geführt, da Jungen in vielen Fällen deutlich stärker von entsprechenden Maßnahmen profitiert haben als Mädchen [Hofmann et al. 2014], daher sollte hier – ebenso wie bei ernährungsbezogenen Maßnahmen – auf eine gendersensible Ausrichtung geachtet werden.

■ Arbeitsbedingte Belastungen

Erwerbsarbeit dient nicht nur der Sicherstellung des eigenen Lebensunterhalts, sie ist auch mit sozialem Prestige und Ansehen verbunden, strukturiert den Tagesablauf und bietet soziale Beziehungsstrukturen. Ein hoher Anteil an Erwerbstätigen ist darüber hinaus auch für die Funktionsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme relevant. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und den damit verbundenen Herausforderungen an die Finanzierung des Sozialversicherungssystems sollte die Erwerbsfähigkeit möglichst lange aufrechterhalten werden. Es ist wichtig, gesundheitliche Risiken und Belastungen durch die Arbeit zu erkennen und möglichst abzubauen sowie vorhandene Ressourcen zu fördern und zu stärken.

Die Wirtschaftsstruktur in Nordrhein-Westfalen hat sich seit dem Basis-Bezugsjahr 1991 stark verändert. Im Produzierenden Gewerbe Nordrhein-Westfalens gingen von 1991 bis 2010 über eine Million Arbeitsplätze verloren (minus 34%), im Dienstleistungssektor kamen über 1,7 Millionen hinzu. Dies entspricht einem Zuwachs von 36% in diesem Sektor. Inzwischen sind mit 6,6 Millionen Menschen ca. dreimal so viele abhängig Beschäftigte im Dienstleistungssektor tätig wie im Produzierenden Gewerbe. Der dritte Wirtschaftszweig, die Land- und Forstwirtschaft, erfuhr im gleichen Zeitraum einen Rückgang um 13,3% [IT.NRW 2012].

Im Ländervergleich wird deutlich, dass die generelle Veränderung der wirtschaftlichen Strukturen in Nordrhein-Westfalen besonders stark ausfällt: Die Zahl der Erwerbstätigen im Produzierenden Gewerbe ging beinahe doppelt so stark zurück wie im übrigen früheren Bundesgebiet und auch der prozentuale Zuwachs im Dienstleistungssektor fällt für Nordrhein-Westfalen stärker aus als in den übrigen Bundesländern [IT.NRW 2012].

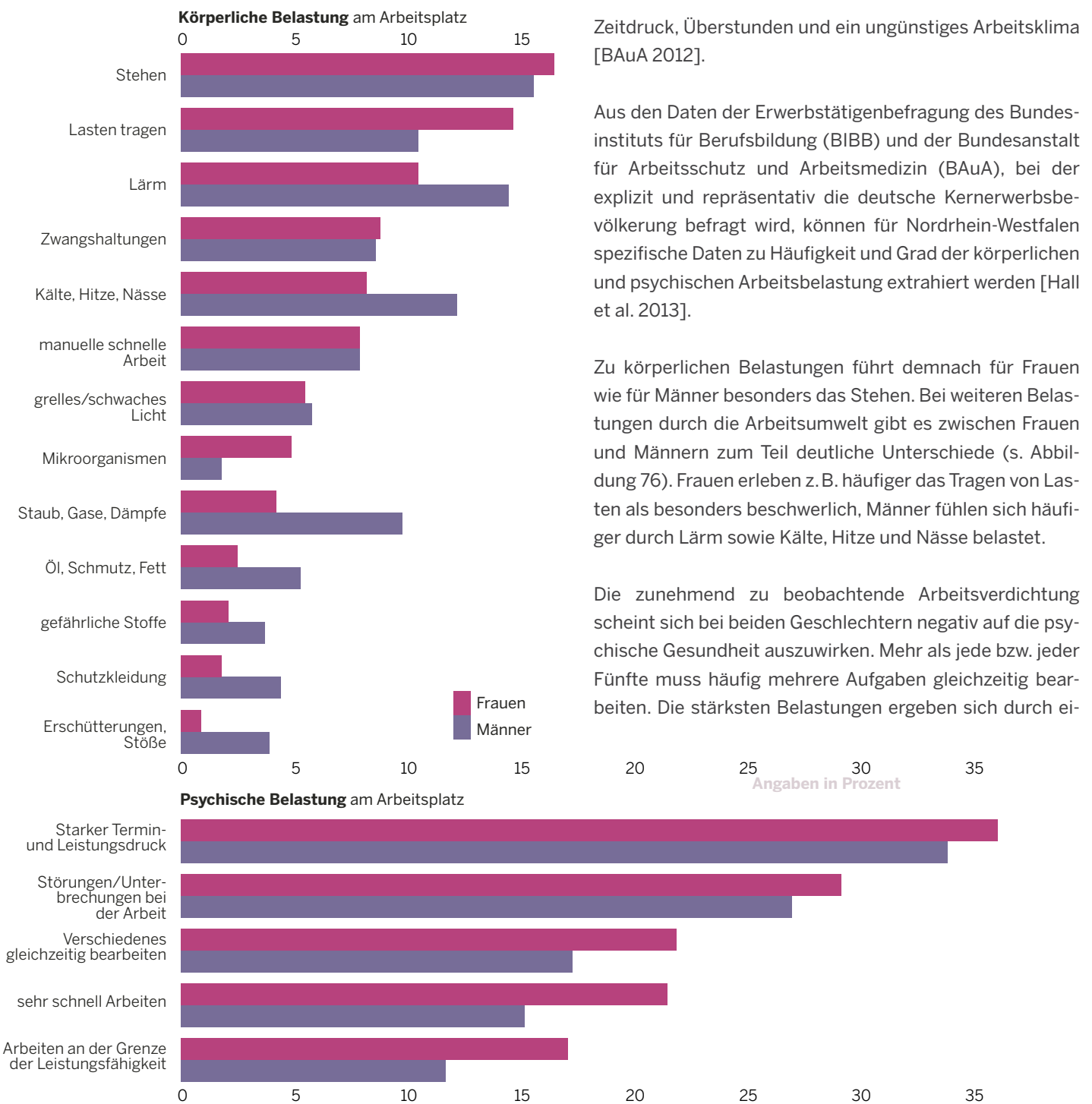


Abbildung 76 Körperliche Arbeitsbelastungen (Nennung: „häufiges Vorkommen“ + „Belastungsgefühl“) erwerbstätiger Frauen und Männer (15–64 Jahre), Nordrhein-Westfalen, 2012 | Erwerbstätigenbefragung 2012 (n = 4.144), BIBB/BAuA, LZG. N RW (eigene Berechnung)

Abbildung 77 Psychische Arbeitsbelastungen (Nennung: „häufiges Vorkommen“ + „Belastungsgefühl“) erwerbstätiger Frauen und Männer (15–64 Jahre), Nordrhein-Westfalen, 2012 | Erwerbstätigenbefragung 2012 (n = 4.144), BAuA, LZG. NRW (eigene Berechnung)

Das Spektrum der Belastungen in der Arbeitswelt hat sich ebenfalls verändert. Neben Umweltbelastungen und starken körperlichen Belastungen, wie sie vor allem für das Produzierende Gewerbe typisch sind, treten zunehmend auch psychische und soziale Beanspruchungen auf, wie z. B. Arbeitsplatz-Unsicherheit, Arbeit unter Leistungs-

Zeitdruck, Überstunden und ein ungünstiges Arbeitsklima [BAuA 2012].

Aus den Daten der Erwerbstätigenbefragung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), bei der explizit und repräsentativ die deutsche Kernerwerbsbevölkerung befragt wird, können für Nordrhein-Westfalen spezifische Daten zu Häufigkeit und Grad der körperlichen und psychischen Arbeitsbelastung extrahiert werden [Hall et al. 2013].

Zu körperlichen Belastungen führt demnach für Frauen wie für Männer besonders das Stehen. Bei weiteren Belastungen durch die Arbeitsumwelt gibt es zwischen Frauen und Männern zum Teil deutliche Unterschiede (s. Abbildung 76). Frauen erleben z. B. häufiger das Tragen von Lasten als besonders beschwerlich, Männer fühlen sich häufiger durch Lärm sowie Kälte, Hitze und Nässe belastet.

Die zunehmend zu beobachtende Arbeitsverdichtung scheint sich bei beiden Geschlechtern negativ auf die psychische Gesundheit auszuwirken. Mehr als jede bzw. jeder Fünfte muss häufig mehrere Aufgaben gleichzeitig bearbeiten. Die stärksten Belastungen ergeben sich durch ei-

nen hohen Termindruck und durch einen hohen Leistungsdruck (s. Abbildung 77). Unter den 45- bis 64-Jährigen gibt ein Fünftel der Befragten an, häufig an der Grenze der Leistungsfähigkeit zu arbeiten und 75% dieser Altersgruppe empfinden diesen Zustand als Belastung. Bei den übrigen Belastungsarten ist jeweils die Gruppe im mittleren Erwerbsalter (30 bis 44 Jahre) am stärksten betroffen.

In der GEDA Studie 2010 des Robert Koch-Instituts wurde unter anderem untersucht, inwieweit Erwerbstätige die eigene Gesundheit durch ihre Erwerbstätigkeit generell als stark oder sehr stark gefährdet ansehen (s. Abbildung 78). Dies trifft auf 14% der befragten Frauen und 22% der befragten Männer in Nordrhein-Westfalen zu, insbesondere

Männer im mittleren Erwerbsalter (30 bis 44 Jahre) sehen ihre Erwerbstätigkeit als gesundheitsgefährdend an (25%). Große geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich, wenn man den Grad der Erwerbstätigkeit berücksichtigt (s. Abbildung 78) [Kroll et al. 2011].

■ Verletzungen und Vergiftungen

Die Zahl der Personen, die in Nordrhein-Westfalen wegen einer Verletzung oder Vergiftung in ein Krankenhaus eingeliefert werden mussten, liegt im Jahr 2012 bei rund 411.000. Die Rate stationärer Behandlungen aufgrund von Verletzungen oder Vergiftungen ist demnach gegenüber 2001, nach Altersstandardisierung, um ca. 3,4% angestiegen und beträgt für Frauen 1,8% und für Männer 2,1%. Je nach Altersgruppe sind allerdings größere Differenzen zu erkennen. Jungen und junge Männer sind durchgängig häufiger betroffen als Mädchen und junge Frauen. Erst ab einem Alter von ca. 60 Jahren liegt die Rate der Frauen, die wegen einer Verletzung oder Vergiftung in einem Krankenhaus behandelt werden mussten, höher als die der Männer. Abbildung 79 zeigt die Krankenhausbehandlungen in 2012 für die ICD-10 Gruppe S00 bis T98: Diese umfasst körperliche Verletzungen und Vergiftungen, Erfrierungen, Verbrennungen und Verätzungen und sonstige Schädigungen durch die Umwelt.

Bundesweit haben die meisten Verletzungen Unfälle in der häuslichen Umgebung und der Freizeit als Ursache: Fast jeder dritte Unfall in Deutschland ereignet sich zu Hause und 25% der Unfälle geschehen in der Freizeit. Hier sind es vor allem (Klein-)Kinder und ältere Menschen, die aufgrund von unfallbedingten Verletzungen ins Krankenhaus eingeliefert werden müssen. Etwa 15% der Verletzungen ereignen sich durch Unfälle im Straßenverkehr.

Das Verletzungs- und Vergiftungsgeschehen in Deutschland wird anhand amtlicher Statistiken nur unzureichend abgebildet. Bei Unfällen ohne polizeiliche Aufnahme oder bei Freizeitunfällen, bei Verletzungen bzw. Vergiftungen ohne Krankenhausaufenthalt und gesetzliche Meldepflicht werden diese Fälle nicht erfasst. So wurde laut GEDA 2010 nur jeder zweite Unfall ambulant und jeder fünfte Unfall

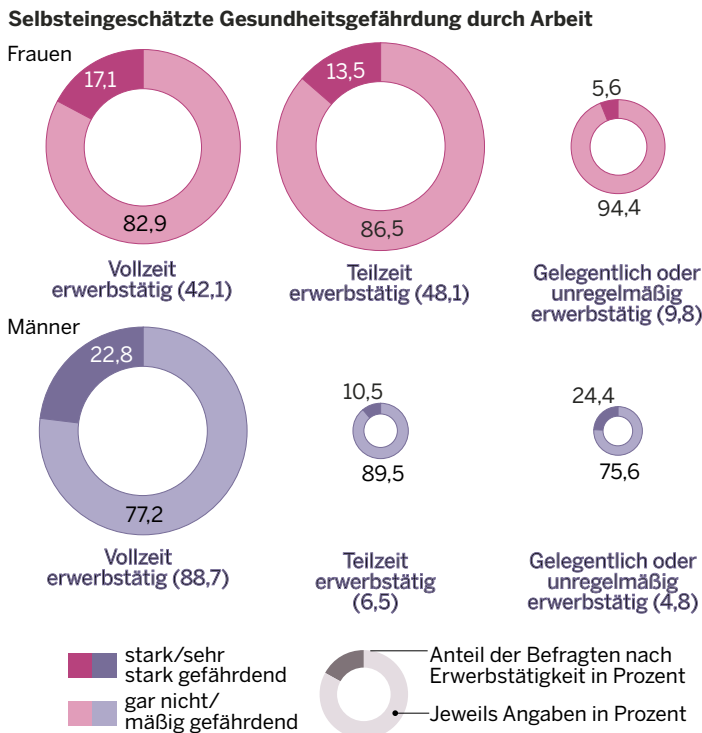


Abbildung 78 Selbsteingeschätzte Gesundheitsgefährdung durch die eigene Arbeit, nach Geschlecht und Anteil der Befragten nach Erwerbstätigkeit (18–64 Jahre), Nordrhein-Westfalen, 2009/2010 | GEDA 2009/2010 NRW (n = 2.682), RKI, LZG.NRW (eigene Berechnung)

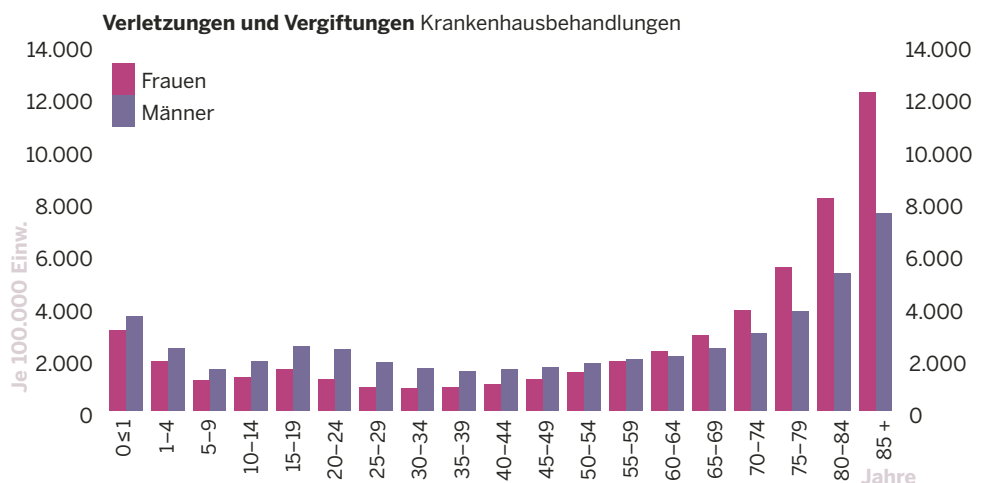


Abbildung 79 Krankenhausbehandlungen infolge von Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10: S00-T98) je 100.000 Einw., nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2012 | IT.NRW, Indikator 3.111: LZG.NRW

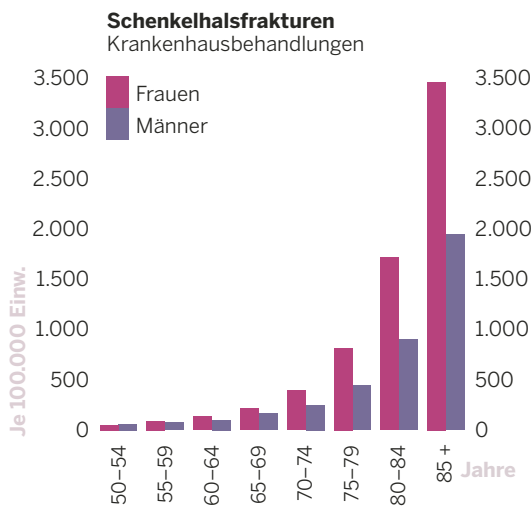


Abbildung 80 Krankenhausbehandlungen infolge Schenkelhalsfrakturen (ICD-10: S72) je 100.000 Einw., nach Alter und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2012 | IT.NRW, GBE-Stat 2014; LZG.NRW

stationär behandelt [Varnaccia et al. 2013]. Eine wichtige Ergänzung der Datengrundlage bei nichttödlichen Unfällen, Vergiftungen oder Verletzungen sind daher repräsentative Befragungen der Bevölkerung, um die Gesamtheit der Unfälle und Verletzungen abschätzen zu können. Im Rahmen der GEDA-Befragung des Robert Koch-Instituts wurden in Nordrhein-Westfalen 4.765 Erwachsene telefonisch befragt. 8,7% der Teilnehmenden berichteten von mindestens einer Verletzung oder Vergiftung in den letzten zwölf Monaten, die eine ärztliche Behandlung erforderte. Damit liegt Nordrhein-Westfalen leicht über dem Bundesdurchschnitt von 8%. Bei fast 90% der Verletzungen und Vergiftungen handelte es sich um Unfälle. Angriffe oder Selbstverletzungen spielten nur eine geringe Rolle.

Die meisten dieser Unfälle geschahen in der Freizeit (38,3%), zu Hause bzw. in unmittelbarer Umgebung der eigenen Wohnung (23,3%) und am Arbeitsplatz (19,6%). Unfälle in der Schule bzw. Ausbildungsstätte (3%) bzw. auf dem Weg zur Arbeit/Schule/Ausbildungsstätte (5,1%) spielten bei dieser Erwachsenenbefragung eine untergeordnete Rolle.

Zur Häufigkeit von Verletzungen (einschließlich Vergiftungen und Verbrennungen) unter Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren gibt die HBSC-Studie für Nordrhein-Westfalen Auskunft [WHO CC 2012b]. In 2009/2010 gaben 47% der Mädchen und 58% der Jungen an, mindestens eine Verletzung im letzten Jahr erlitten zu haben, die professionell versorgt werden musste.

Verletzungen können auch durch (häusliche) Gewalt bedingt sein. Eine europaweit angelegte Studie zeigt beispielsweise aktuell für Deutschland, dass 22% der befragten Frauen körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch derzeitige oder frühere Partnerinnen oder Partner erlebt

haben. Der Anteil an Frauen, die Gewalt erfahren haben, steigt auf 35% wenn auch Gewalt durch andere Personen hinzugerechnet wird [FRA 2014]. Auch Männer werden Opfer von Gewalt, allerdings erleben sie eher körperliche Gewalt durch fremde Personen, insbesondere im öffentlichen Raum, während bei Frauen Gewalt durch Partnerinnen oder Partner und sexuelle Gewalt überwiegen [Hornberg et al. 2008].

Für ältere Menschen stellen Stürze ein hohes Verletzungsrisiko dar. Es wird geschätzt, dass bundesweit etwa 30% der zu Hause lebenden Personen ab 65 Jahren und etwa 50% der über 80-Jährigen mindestens einmal pro Jahr stürzt [Ärzttekammer Nordrhein 2006]. Bei Älteren haben Stürze häufig Schenkelhalsfrakturen zur Folge, welche in der Regel stationär behandelt werden (s. Abbildung 80). Während und nach der operativen Behandlung ist das Mortalitätsrisiko um 5 bis 15% erhöht. 50% der Patientinnen und Patienten erhalten ihre ursprüngliche Beweglichkeit nicht mehr zurück. In 20% der Fälle bedingt die Schenkelhalsfraktur den Beginn einer Pflegebedürftigkeit. Hiervon sind vor allem Frauen betroffen [Balzer et al. 2012]. 2012 sind in Nordrhein-Westfalen von 36.290 Patientinnen und Patienten mit Schenkelhalsfrakturen allein 45% Frauen im Alter von über 80 Jahren. Zu den erfolgversprechenden Präventionsmaßnahmen zählt die Verminderung des Sturzrisikos durch eine entsprechende Ausstattung der Wohnung und durch altersgemäße Bewegungsprogramme. So hat beispielsweise die NRW Landesinitiative „Sturzprävention“ zum Ziel, durch die Förderung sturzpräventiver Maßnahmen die Zahl der Hüftfrakturen, besonders im Heimbereich, zu reduzieren.

Vergiftungsunfälle kommen mehrheitlich im Kindesalter vor und sind im Erwachsenenalter eher selten. Bei Kindern handelt es sich dabei häufig um Ingestionsunfälle, vorwiegend durch das Verschlucken von Haushaltschemikalien, wohingegen bei Erwachsenen am ehesten Vergiftungsunfälle durch die Aufnahme natürlicher Toxine durch giftige Pflanzen und Pilze sowie durch Schlangenbisse auftreten. Generell lassen sich Vergiftungen im Erwachsenenalter jedoch hauptsächlich auf Suizidversuche und Drogenmissbrauch zurückführen [Zilker 2014].

■ Verkehrsunfälle

Nachdem in Deutschland die Zahl der Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden viele Jahre lang kontinuierlich zurückging, stieg sie von 2010 bis 2011 um 6,2 % auf 306.266 Unfälle an. 2012 ging diese Zahl jedoch wieder um 2,2 % zurück und liegt aktuell bei 299.637 Verkehrsunfällen mit Personenschaden. Dabei verunglückten insgesamt 387.978 Personen. Die Zahl der Verkehrstoten bleibt mit 3.600 Personen gegenüber dem Jahr 2010 (3.648) relativ konstant.

In Nordrhein-Westfalen sind 2012 bei 59.658 Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden (minus 3,9 % im Vergleich zu 2011) insgesamt 75.541 Personen verunglückt (minus 4,0 % im Vergleich zu 2011). 528 Menschen sind bei diesen Unfällen verstorben, davon waren 26 % Frauen und 74 % Männer. Insgesamt gibt es 2012 16,7 % weniger Verkehrstote als im Vorjahr. Unter den übrigen Unfallopfern wurden 12.707 Personen aufgrund der Schwere ihrer Verletzungen für mindestens 24 Stunden in ein Krankenhaus eingeliefert, davon waren 8 % Kinder unter 15 Jahren und 16,9 % Senioren ab 65 Jahren.

Unter allen schwerverletzten verunfallten Fußgängerinnen und Fußgängern machen 2012 ältere Menschen ab 65 Jahren einen Anteil von über 27 % aus, bei Autounfällen liegt der Anteil bei 13 %. Diese Werte liegen deutlich über bzw. unter ihrem Anteil in der Bevölkerung von derzeit gut 20 %. Da sie häufiger als andere Altersgruppen zu Fuß am Verkehr teilnehmen, tragen sie ein erhöhtes Risiko für Unfälle und dabei entstehende schwerwiegende Verletzungen. Als Autofahrerin bzw. Autofahrer sind Ältere ab 65 Jahren in 67 % der Unfälle mit Personenschaden die Hauptverursacher, ab 75 Jahren sogar in 76 % der Unfälle [Statistisches Bundesamt 2013]. Allerdings sind bei motorisierten Unfällen insgesamt vor allem junge Fahrerinnen und Fahrer am Unfallgeschehen beteiligt [Varnaccia et al. 2013].

In Nordrhein-Westfalen kommen Straßenverkehrsunfälle mit Personenschäden seltener vor als in den meisten anderen Bundesländern. Bei Straßenverkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss zeigt sich im Bundesvergleich für Nordrhein-Westfalen erfreulicherweise seit Jahren der geringste Wert je 100.000 Einw. (s. Abbildung 81).

Die regionale Verteilung der tödlichen Verkehrsunfälle in Nordrhein-Westfalen zeigt ein deutliches Muster: In den dicht besiedelten Städten und Kreisen liegt die Sterblichkeit erheblich niedriger als in den meisten ländlich geprägten Kreisen (s. Abbildung 82 (Karte)). Dies kann u.a. darauf zurückgeführt werden, dass die

Geschwindigkeitsbegrenzungen im innerstädtischen Bereich häufig verhindern, dass Verkehrsunfälle tödlich enden.

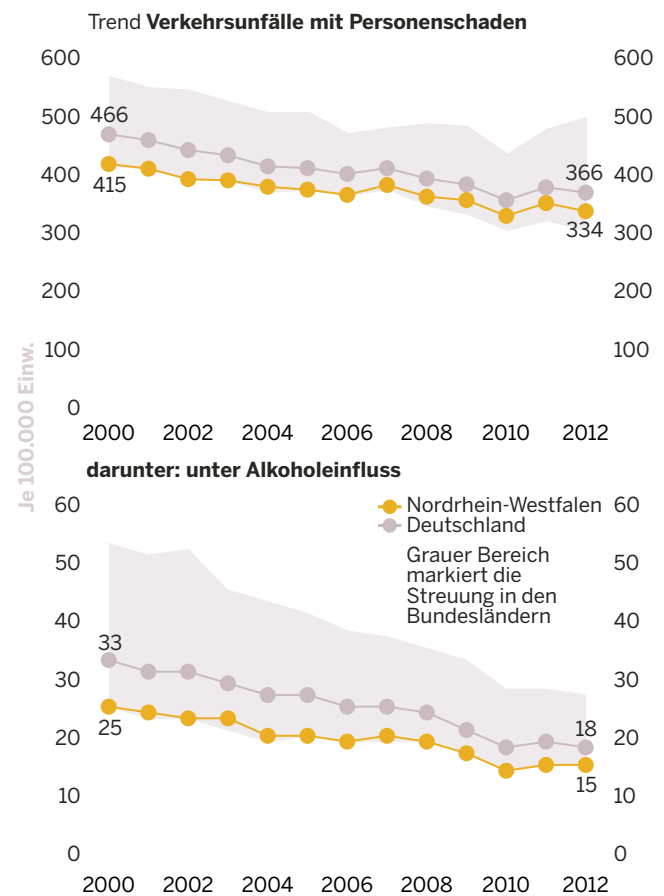
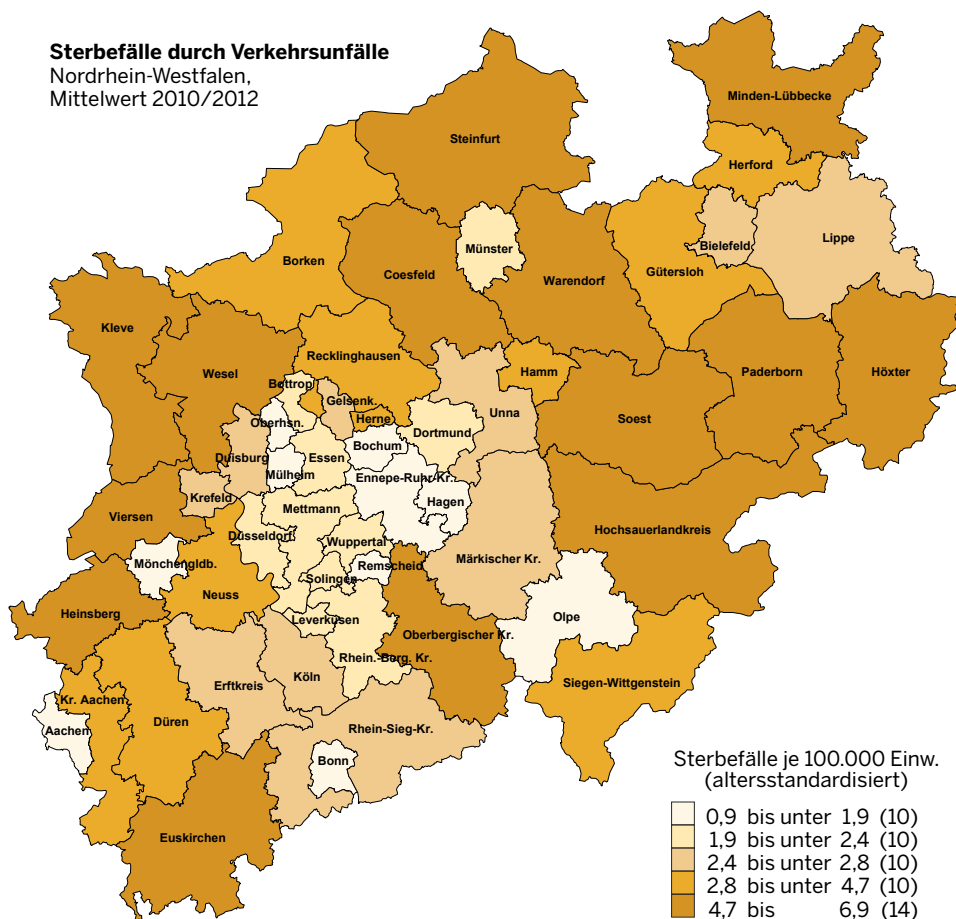


Abbildung 81 Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden insgesamt und unter Alkoholeinfluss je 100.000 Einw., Nordrhein-Westfalen und bundesweit, 2000–2012 | gbe-bund, LZG.NRW

Sterbefälle durch Verkehrsunfälle
 Nordrhein-Westfalen,
 Mittelwert 2010/2012



Sterbefälle je 100.000 Einw.
 (altersstandardisiert)

- 0,9 bis unter 1,9 (10)
- 1,9 bis unter 2,4 (10)
- 2,4 bis unter 2,8 (10)
- 2,8 bis unter 4,7 (10)
- 4,7 bis 6,9 (14)

Abbildung 82 Sterblichkeit (altersstandardisiert) durch Verkehrsunfälle (ICD-10: V01-V99) je 100.000 Einw. 2010/2012 (3-Jahres-Mittelwert), Nordrhein-Westfalen | IT.NRW, Indikator 3.118: LZG.NRW (eigene Berechnung)

Anhang

Literatur.....	95
Glossar	103
Datenquellen und Datenhalter	106
Gesundheitsberichte der letzten Jahre	107
Der wissenschaftliche Beirat	107
Impressum	109

■ Literatur

Alzheimer Europe (2009). Prevalence of dementia in Europe. Luxembourg: European Collaboration on Dementia (EuroCoDe).

Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G (2014). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *The British Journal of Psychiatry*, 203, 146–151.

Ärzttekammer Nordrhein (Hrsg.) (2006). Förderung von Sicherheit, Selbständigkeit und Mobilität – Prävention von Sturz und sturzbedingter Verletzung. 3. überarbeitete Auflage, Düsseldorf: Ärztekammer Nordrhein.

Balzer K, Bremer M, Schramm S, Lühmann D, Raspe H (2012). Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer natürlichen Wohnumgebung. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.).

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2013a). Minas. Atlas über Migration, Integration und Asyl. 5. Auflage. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2013b). Migrationsbericht des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2011. Berlin: Bundesministerium des Inneren (Hrsg.).

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2014). Asylgeschäftsstatistik für den Monat Dezember 2014. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Barnes BB, Steindorf K, Hein R, Flesch-Janys D, Chang-Claude J (2011). Population attributable risk of invasive postmenopausal breast cancer and breast cancer subtypes for modifiable and non-modifiable risk factors. *Cancer Epidemiology*, 35 (4), 345–352.

BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2012). Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 143 ff.

BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumbeobachtung (Hrsg.) (2010). BBSR-Berichte Kompakt. Fokus Innenstadt. Aspekte innerstädtischer Bevölkerungsentwicklung. Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumbeobachtung.

Becker S (2011). Der Einfluss der Gesundheitszufriedenheit auf die Sportaktivität. SOEP Papers, 400–2011. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (Hrsg.).

Biesheuvel C, Weigel S, Heindel W (2011). Mammography Screening: Evidence, History, and Current practice in Germany and other European Countries. *Breast Care*, 6, 104–109.

BKK – Betriebskrankenkassen Bundesverband (2007). BKK-Gesundheitsreport 2007. Gesundheit in Zeiten der Globalisierung. Essen: BKK Bundesverband.

Bressler HB, Keyes WJ, Rochon PA, Badley E (1999). The prevalence of low back pain in the elderly. A systematic review of the literature. *Spine (Phila Pa 1976)*, 24 (17), 1813–1819.

Briggs ADM, Mizdrak A, Scarborough P (2013). A statin a day keeps the doctor away: comparative proverb assessment modelling study. *BMJ*, 347, f7267.

Brzoska P, Reiss K, Razum O (2010). Arbeit, Migration und Gesundheit. In: Badura, B, Altgeld T (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Berlin: Springer, 129–139.

Busch M, Hapke U, Mensink GBM (2011). Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. GBE kompakt 2 (7). Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg.).

Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56, 733–739.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2013). Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet*, 374 (9696), 1196–1208.

Deutsches Ärzteblatt (13.11.2013). Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen hat sich rasant entwickelt.

Diederichs C, Mühlenbruch K, Lincke HO, Heuschmann PU, Ritter MA, Berger K (2011). Prädiktoren für eine spätere Pflegebedürftigkeit nach einem Schlaganfall. *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (36), 592–599.

Doblhammer G, Kreft D (2011). Länger leben, länger leiden? Trends in der Lebenserwartung und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54, 907–914.

Doblhammer G, Schulz A, Steinberg J, Ziegler U (2012a). Demenzen. In: Doblhammer G, Schulz A, Steinberg J, Ziegler U (Hrsg.): *Demografie der Demenz*. Bern: Verlag Hans Huber, 45–49.

Doblhammer G, Schulz A, Steinberg J, Ziegler U (2012b). Epidemiologie der Demenz. In: Doblhammer G, Schulz A, Steinberg J, Ziegler U (Hrsg.): *Demografie der Demenz*. Bern: Verlag Hans Huber, 53–64.

Doblhammer G, Schulz A, Steinberg J, Ziegler U (2012c). Prognosen der Demenz. In: Doblhammer G, Schulz A, Steinberg J, Ziegler U (Hrsg.): *Demografie der Demenz*. Bern: Verlag Hans Huber, 83–90.

EKR NRW – Epidemiologisches Krebsregister NRW (Hrsg.) (2013). Epidemiologisches Krebsregister NRW: Report 2013 mit Datenbericht 2011. Münster: Epidemiologisches Krebsregister NRW.

Ellsäßer G (2006). Epidemiologische Analyse von Unfällen bei Kindern unter 15 Jahren in Deutschland – Ausgangspunkt für die Unfallprävention. *Das Gesundheitswesen*, 68, 421–428.

Esser G, Ballaschk K, Laucht M, Schmidt MH (2005). Determinanten sozialer Fertigkeiten von Kindern. Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie. *Kinderärztliche Praxis*, 77 (Sonderheft Frühe Gesundheit und Prävention), 42–47.

Fagerström K, Furberg H (2008). A comparison of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction*, 103 (5), 841–845.

Fegert JM, Resch F (2012). Risiko, Vulnerabilität, Resilienz und Prävention. In: Fegert JM, Eggers C, Resch F (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Berlin/Heidelberg: Springer, 131–142.

Figueras J, McKee M (2012). Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policy. Berkshire: Open University Press.

Flechtner-Mors M, Thamm M, Schaffrath-Rosario A, Goldapp C, Hoffmeister U, Mann R, Bullinger M, van Egmond-Fröhlich A, Ravens-Sieberer U, Reinehr T, Westenhöfer J, Holl RW (2011). Hypertonie, Dyslipoproteinämie und BMI-Kategorie charakterisieren das kardiovaskuläre Risiko bei übergewichtigen oder adipösen Kindern und Jugendlichen: Daten der BZgA-Beobachtungsstudie (EvAKuJ-Projekt) und der KiGGS-Studie. *Klinische Pädiatrie*, 223 (7), 445–449.

FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (Hrsg.) (2014). Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick. Luxemburg: Agentur der Europäischen Union für Grundrechte.

Friedrich L (2008). Wohnen und innerstädtische Segregation von Migranten in Deutschland. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.).

Gaber E, Wildner M (2011). Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 52. Berlin: Robert Koch-Institut Berlin (Hrsg.).

Gerland P (2005). From divergence to convergence in sex differentials in adult mortality in developed countries. Abstract for the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP).

Glaesmer H, Wittig U, Brähler E, Martin A, Mewes R, Rief W (2009). Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 36, 16–22.

González-Jiménez E, García PA, Aguilar MJ, Padilla CA, Álvarez J (2013). Breastfeeding and the prevention of breast cancer: a retrospective review of clinical histories. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (17-18), 2397–2403.

- Greer SM, Goldstein AN, Walker MP (2013).** The impact of sleep deprivation on food desire in the human brain. *Nature Communications*, 4, 2259.
- Hall A, Siefer A, Tiemann M (2013).** BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 – Arbeit und Beruf im Wandel. Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Hartmann AS, Hilbert A (2013).** Psychosoziale Folgen von Adipositas im Kindes- und Jugendalter und Strategien zu deren Behandlung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56, 532–538.
- Heidinger O, Batzler WU, Krieg V, Weigel S, Biesheuvel C, Heindel W, Hense HW (2012).** Häufigkeit von Intervallkarzinomen im deutschen Mammografie-Screening-Programm. Auswertungen des Epidemiologischen Krebsregisters Nordrhein-Westfalen. *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (46), 781–787.
- Hense HW, Katalinic A, Lebeau A, Müller-Schimpfle M, Skaane P, Wallwiener D (2011).** Verfahren zur Bewertung der Wirksamkeit des Deutschen Mammographie-Screening-Programms auf die Senkung der Sterblichkeit durch Brustkrebs. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Gremiums des Beirats der Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Berlin: Kooperationsgemeinschaft Mammographie (Hrsg.).
- Hessisches Statistisches Landesamt (2013).** Bevölkerung nach Migrationsstatus regional. Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Wiesbaden: Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.).
- Hoffmann B, Weinmayr G, Hennig F, Fuks K, Moebus S, Weimar C, Dragano N, Hermann DM, Kälsch H, Mahabadi AA, Erbel R, Jöckel KH (2015).** Air Quality, Stroke, and Coronary Events. Results of the Heinz Nixdorf Study from the Ruhr Region. *Deutsches Ärzteblatt*, 112, 195-201.
- Hofmann F, Flaschberger E, Felder-Puig R (2014).** Wirkung schulischer Gesundheitsförderung auf soziale Ungleichheit. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 9, 16–21.
- Hollederer A (2013).** Adipositas in Nordrhein-Westfalen und dessen Kommunen im Mikrozensus 2009: Prävalenz, Krankenstand und Präventionspotenziale. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 138 (06), 253–259.
- Hornberg C, Schröttle M, Bohne S, Khelaifat N, Pauli A (2008).** Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42. Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg.).
- IGES – IGES Institut GmbH (Hrsg.) (2012).** Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der Barmer GEK. Berlin: IGES.
- IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation (Hrsg.) (2013)** The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy – European Union and European Free Trade Association Regional Edition. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation.
- ILS NRW – Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung und Bauwesen des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2005).** Wohnbedürfnisse von Migrantinnen und Migranten. Erfahrungen, Ansätze, Strategien. Dortmund: Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung und Bauwesen des Landes Nordrhein-Westfalen.
- IT.NRW - Information und Technik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) 2015.** Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 2014 bis 2040/2060. Statistische Analysen und Studien, Band 84. Düsseldorf: Information und Technik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.).
- IT.NRW – Information und Technik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2012).** Statistisches Jahrbuch Nordrhein-Westfalen 2012. Düsseldorf: Information und Technik Nordrhein-Westfalen, 237 ff.
- Jöckel KH, Babitsch B, Bellach BM, Bloomfield K, Hoffmeyer-Zlotnik J, Winkler J, Wolf C (1997).** Messung und Quantifizierung soziographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE), der Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft. Arbeitsgruppe „Epidemiologische Methoden“ in der DAE, der GMDS und der DGSMP.
- John U, Meyer C, Hapke U, Runpf HJ, Schumann A, Adam C, Alte D, Lüdemann J (2003).** The Fagerström test for nicotine dependence in two adult population samples – potential influence of lifetime amount of tobacco smoked on the degree of dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 1–6.

- Kahl H, Dortschy R, Ellsäßer G (2007).** Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1–17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (5-6), 718–727.
- Kamtsiuris P, Atzpodien U, Ellert U, Schlack R, Schlaud M (2007).** Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGSS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (5–6), 686–700.
- Kelishadi R, Poursafa P (2014).** A Review on the Genetic, Environmental, and Lifestyle Aspects of the Early-Life Origins of Cardiovascular Disease. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 44 (3), 54–72.
- Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A, Merbach M, Siefen RG (2006).** Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49 (9), 873–883.
- Kirkegaard H, Fons Johnsen N, Christensen J, Frederiksen K, Overvad K, Tjonneland A (2010).** Association of adherence to lifestyle recommendations and risk of colorectal cancer: a prospective Danish cohort study. British Medical Journal, 341, c5504.
- Kofahl C, Lüdecke D, Schalk B, Härter M, von dem Kneesebeck O (2013).** Was weiß und denkt die Bevölkerung über Alzheimer und andere Demenz-Erkrankungen. Gesundheitsmonitor, 3, 1–11.
- Kohls M (2011).** Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.).
- Kohls M (2012).** Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.).
- Kolip P, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U (2013).** Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits survey “Health Behaviour in School-aged Children“. Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Kooperationsgemeinschaft Mammographie (Hrsg.) (2014).** Evaluationsbericht 2011. Zusammenfassung der Ergebnisse des Mammographie-Screening Programms in Deutschland. Berlin: Kooperationsgemeinschaft Mammographie.
- Kraus L, Pabst A, Piontek D, Gomes de Matos E (2013a).** Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Trends in Deutschland 1980–2012. Sucht, 59 (6), 333–345.
- Kraus L, Hannemann TV, Pabst A, Müller S, Kronthaler F, Grübel A, Stürmer M, Wolstein J (2013b).** Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation: Die Spitze des Eisbergs? Das Gesundheitswesen, 75, 456–464.
- Krishnamurthi RV, Feigin VL, Forouzanfar MH, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, Moran AE, Sacco RL, Anderson LM, Truelsen T, O’Donnell M, Venketasubramanian N, Barker-Collo S, Lawes CMM, Wang W, Shino-hara Y, Witt E, Ezzati M, Naghavi M, Murray C, on behalf of the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factor Study (GBD 2010) and the GBD Stroke Expert Group (2013).** Global and regional burden of first-ever ischaemic and haemorrhagic stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet Global Health, 1 (5), e259–281.
- Kroll LE, Müters S, Dragano N (2011).** Arbeitsbelastungen und Gesundheit. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. GBE kompakt 2 (5). Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg.).
- Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V, von Hippel A, Jaeger U, Johnsen D, Korte W, Mener K, Müller G, Müller JM, Niemann-Pilatius A, Remer T, Schaefer F, Wittchen HU, Zabransky S, Zellner K, Ziegler A, Hebebrand J (2001).** Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde, 149, 807–818.
- Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2007).** Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (5–6), 736–743.
- Lampert T (2010).** Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland.

Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 53, 108–116.

Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2014). Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 57 (7), 830–839.

Langen U (2012). Sensibilisierungsstatus bei Kindern und Jugendlichen mit Heuschnupfen und anderen atopischen Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55, 318–321.

Laußmann D, Haftenberger M, Langen U, Eis D (2012). Einflussfaktoren für Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55, 308–317.

Luy M, Gast K (2013). Do women live longer or do men die earlier? Reflections on the causes of sex differences in life expectancy. *Gerontology*, 60 (2), 143–153.

LZG.NRW – Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2012). Report 2012. Verfügbar unter: https://www.LZG.NRW.de/themen/gesundheit_berichte_daten/schulgesund/Report_2012/index.html (Abruf Mai 2015).

LZG.NRW – Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2013). Bewegungsförderung. Verfügbar unter: https://www.LZG.NRW.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/zentrum_bewegungsfoerd/index.html (Abruf: Mai 2015).

Macintyre S, Ellaway A, Cummins S (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise, and measure them? *Social Science & Medicine*, 55, 125–139.

Maier W, Fairburn J, Mielck A (2012). Regionale Deprivation und Mortalität in Bayern. Entwicklung eines ‚Index Multipler Deprivation‘ auf Gemeindeebene. *Das Gesundheitswesen*, 74, 416–425.

MAIS – Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2013). 2. Kommentierte Zuwanderungs- und Integrationsstatistik

Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Marschall U, L'hoest H, Wolik A (2012). Vergleich der Kosteneffektivität von Operationen, multimodaler und interventioneller Schmerztherapie bei Rückenschmerzen: Eine Analyse mit Krankenkassendaten. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (2012). *Gesundheitswesen aktuell 2012. Beiträge und Analysen*. Barmer GEK (Hrsg.).

Martens MS, Neumann-Runde E, Oechsler H, Schütze C (2013). Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2006–2012. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (Hrsg.).

Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M, Lampert T, Ziese T, Scheidt-Nave C (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56, 786–794.

Mertens A (2012). Arbeitsmarktreport NRW 2012. Sonderbericht: Migrantinnen und Migranten auf dem Arbeitsmarkt. Bottrop: Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung mbH (Hrsg.).

MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2014). 23. Landesgesundheitskonferenz. Für ein solidarisches Gesundheitswesen in NRW – Gesundheitliche Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen verbessern. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.

Moebus S, Hanisch J, Bramlage P, Lösch C, Hauner H, Wasem J, Jöckel KH (2008). Regional unterschiedliche Prävalenz des metabolischen Syndroms. Daten zur primärärztlichen Versorgung in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt*, 105 (12), 207–213.

Moore CJ, Cunningham SA (2012). Social position, psychological stress, and obesity: a systematic review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112 (4), 518–26.

Oslislo S, Anuss R, Borrmann B (2013). Regionale Cluster auf der Basis von Sozialstrukturdaten für die Kreise und kreisfreien Städte in NRW. NRW – Kurz und Informativ. Bielefeld: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.).

Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E, Piontek D (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59 (6), 321–331.

Pedersen M, Giorgis-Allemand L, Bernard C, Aguilera I, Andersen AM, Ballester F, Beelen RM, Chatzi L, Cirach M, Danileviciute A, Dedele A, Eijdsden Mv, Estarlich M, Fernández-Somoano A, Fernández MF, Forastiere F, Gehring U, Grazuleviciene R, Gruziova O, Heude B, Hoek G, de Hoogh K, van den Hooven EH, Håberg SE, Jaddoe VW, Klümper C, Korek M, Krämer U, Lerchundi A, Lepeule J, Nafstad P, Nystad W, Patelarou E, Porta D, Postma D, Raaschou-Nielsen O, Rudnai P, Sunyer J, Stephanou E, Sørensen M, Thiering E, Tuffnell D, Varró MJ, Vrijkotte TG, Wijga A, Wilhelm M, Wright J, Nieuwenhuijsen MJ, Pershagen G, Brunekreef B, Kogevinas M, Slama R (2013). Ambient air pollution and low birthweight: a European cohort study (ESCAPE). *The Lancet*, 1(9), 695–704.

Pieper K, Weber K, Margraf-Stiksud J (2011). Evaluation of intensified preventive programme aimed at 12-year-olds with increased caries risk. *Journal of Public Health*, 20, 151–157.

Qiu C, von Strauss E, Bäckman L, Winblad B, Fratiglioni L (2013). Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden. *Neurology*, 80 (20), 1888–1894.

qs-nrw – Geschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2013). Jahresauswertung Geburtshilfe 2012. Münster, Düsseldorf: Geschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen.

Rabenberg M, Mensink GBM (2011). Obst- und Gemüsekonsum heute. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *GBE kompakt* 2 (6). Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg.).

Raspe H (2012). Rückenschmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 53. Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg.).

Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfitsch U (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt*, 43 (101), A2882–A2887.

Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß AC, Ulrich R (2008). Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg.).

Razum O, Spallek J (2009). Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. *Focus Migration*, 12. Hamburg: Hamburgisches Weltwirtschaftsinstitut (Hrsg.).

RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.

RKI – Robert Koch-Institut (2006). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg.).

RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012). Daten und Fakten: „Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.

RKI – Robert Koch-Institut. *SurvStat*, Verfügbar unter www3.rki.de/SurvStat, Datenstand: 1.3.2014 (HIV, Syphilis).

RKI – Robert Koch-Institut, BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008). Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin, Köln: Robert Koch-Institut und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.).

RKI – Robert Koch-Institut, GEKID – Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister Deutschland e.V. (2010). Krebs in Deutschland 2005 bis 2006 – Häufigkeiten und Trends. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister Deutschland e.V. (Hrsg.).

RKI – Robert Koch-Institut, GEKID – Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister Deutschland e.V. (2012). Krebs in Deutschland 2007/2008. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister Deutschland e.V. (Hrsg.).

Rosengren A, Giang KW, Lappas G, Jem C, Torén K, Björck L (2013). Twenty-four-year trends in incidence of

ischemic stroke in Sweden from 1987–2010. *Stroke*, 44 (9), 2388–2393.

Rosenkötter N, van Dongen MC, Hellmeier W, Simon K, Dagnelie PC. (2012). The influence of migratory background and parental education on health care utilisation of children. *European Journal of Pediatrics*, 171 (10), 1533–1540.

Ross MG, Desai M (2013). Developmental programming of offspring obesity, adipogenesis, and appetite. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 56 (3), 529–36.

Sargent JD, Demidenko E, Malenka DJ, Li Z, Gohlke H, Heannewinkel R (2012). Smoking restrictions and hospitalization for acute coronary events in Germany. *Clinical Research in Cardiology*, 101 (3), 227–35.

Schenk L, Knopf H (2007). Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 653–658.

Schenk L, Neuheuser H, Ellert U (2008). Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg.).

Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007). Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5–6), 701–710.

Schrijvers EM, Verhaaren BF, Koudstaal PJ, Hofman A, Ikram MA, Breteler MM (2012). Is dementia incidence declining?: Trends in dementia incidence since 1990 in the Rotterdam Study. *Neurology*, 78 (19), 1456–1463.

Siegel RL, Jemal A, Ward EM (2009). Increase in incidence of colorectal cancer among young men and women in the United States. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 18 (6), 1695–1698.

Sieverding M, Mattered U, Ciccarello L, Luboldt HJ (2008). Prostatakarzinomfrüherkennung in Deutschland. Untersuchung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Urologe*, 47, 1233–1238.

Simon K, Rosenkötter N (2010). Adipositas bei Einschülern in Nordrhein-Westfalen. Tatsächliche Stagnation des Anteils adipöser Kinder oder Fehlinterpretation? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53, 258–264.

Smith-Bindman R (2012). Environmental causes of breast cancer and radiation from medical imaging: findings from the Institute of Medicine report. *Archives of Internal Medicine*, 172 (13), 1023–1027.

Statistisches Bundesamt (2013). Verkehrsunfälle 2012. Fachserie 8, Reihe 7. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Hrsg.).

Steppan M, Künzel J, Pfeiffer-Gerschel T (2012). Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2011. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik. München: IFT Institut für Therapieforchung (Hrsg.).

Suhrcke M, McKee M, Sauto Arce R, Tsoлова S, Mortensen J (2005). The contribution of health to the economy in the European Union, Luxemburg: Europäische Kommission (Hrsg.).

SVR Migration – Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration GmbH (Hrsg.) (2013). Erfolgsfall Europa? Folgen und Herausforderungen der EU-Freizügigkeit für Deutschland. Jahresgutachten 2013 mit Migrationsbarometer. Berlin: Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration GmbH.

Titze S, Ring-Dimitriou S, Schober PH, Halbwachs C, Samitz G, Miko HC, Lercher P, Stein KV, Gäbler C, Bauer R, Gollner E, Windhaber J, Bachl N, Dorner TE, und die Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität / Bewegung / Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (2010). Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.).

Varnaccia G, Rommel A, Saß AC (2013). Das Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse des Unfallmoduls der Befragung „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg.).

Wagner A (2012). Zuwanderung aus Rumänien und Bulgarien. Hintergrund, Herausforderungen und

Handlungsansätze. Erfahrungen aus nordrhein-westfälischen Städten. Bonn: Montag Stiftung Urbane Räume gAG (Hrsg.).

Weigel S, Batzler WU, Decker T, Hense HW, Heindel W (2009). Erste epidemiologische Analyse der Brustkrebsinzidenz und der Tumorcharakteristika nach Implementierung des populationsbezogenen digitalen Mammografie-Screening-Programms. Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der bildgebenden Verfahren, 181 (12), 1144–1150.

Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJL, Vos T (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, 382 (9904), 1575–1586.

WHO – World Health Organization Regionalbüro Europa (Hrsg.) (2006.). Physical activity and health in Europe. Evidence for action. Kopenhagen: World Health Organization Regionalbüro Europa.

WHO – World Health Organization (Hrsg.) (2010). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Genf: World Health Organization.

WHO CC – WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion (Hrsg.) (2012a). Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in NRW. Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2009/10 in NRW. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

WHO CC – WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion (Hrsg.) (2012b). Verletzungen von Kindern und Jugendlichen in NRW. Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2009/10 in NRW. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

WIAD – Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V. (2000). Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (Hrsg.).

Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe

2010. European Neuropsychopharmacology, 21 (9), 655–679.

Wittchen HU, Jacobi F (2012). Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Berlin: DEGS-Symposium, 14.6.2012.

Worbs S, Wolf M, Schimany P (2005). Illegalität von Migranten in Deutschland. Zusammenfassung des Forschungsstandes. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.).

Zilker T. (2014). Akute Intoxikationen bei Erwachsenen – was Sie wissen sollten. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 139, 31–46.

■ Glossar

Altersstandardisierung Für den zeitlichen und räumlichen Vergleich von Raten (z. B. Mortalitätsrate, Häufigkeit von ambulanten Behandlungen oder Krankenhausbehandlungen, Neuerkrankungsrate) werden in diesem Bericht sogenannte „altersstandardisierte“ Raten verwendet. Die Altersstandardisierung macht die jeweiligen Raten im Zeitverlauf oder für verschiedene Regionen vergleichbar, indem sie den Einfluss eines unterschiedlichen Altersaufbaus der jeweiligen Bezugsbevölkerung durch Gewichtung ausschaltet. Demzufolge zeigen beispielsweise 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, die altersstandardisierte Rate nimmt hingegen leicht ab.

Ambulante Behandlungsprävalenz Häufigkeit ambulanter Behandlungen pro Jahr, angegeben z. B. je 100 Einw. (Prozent). Die für diesen Bericht genutzten Daten basieren auf den Abrechnungsdaten (Behandlungsdiagnosen) 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 Versicherte aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sind, ihrer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Es muss dabei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehen. Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle gibt an, wie häufig Arbeitnehmerinnen und 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.

Asylbewerberinnen und Asylbewerber Drittstaatsangehörige Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit, die um Aufnahme und Schutz vor politischer oder sonstiger Verfolgung suchen.

Ausländische Bevölkerung Personen, die eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen.

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 (m²) berechnet.

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

GBE-Bund Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de.

GBE-Stat Statistische Analysesoftware und Daten der Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen, Herausgeber: LZG.NRW.

GEDA Bei der GEDA-Studie (Gesundheit Erwachsener in Deutschland Aktuell) handelt es sich um eine regelmäßig vom Robert Koch-Institut durchgeführte telefonische Befragung der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Aspekten. Die GEDA-Studie beinhaltet eine für Nordrhein-Westfalen repräsentative Stichprobe.

Gesunde Lebenserwartung Das Konzept der Lebenserwartung bei guter Gesundheit soll den Aspekt der Lebensqualität (Gesundheit) in die Betrachtung der Lebenserwartung (s. unten) 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, DFLE) auf der Grundlage der Schwerbehindertenstatistik.

ICD-10 Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision. Unterteilung in 22 Kapitel, beispielsweise Neubildungen, Psychische und Verhaltensstörungen,

Krankheiten des Kreislaufsystems, Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität, etc.

Indikator Die im vorliegenden Bericht vielfach als Datenquelle zitierten Indikatoren entstammen dem „Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder“ in der aktuellen 3. Fassung.

Inzidenz (Neuerkrankungsrate) Häufigkeit des Neuauftretens einer Erkrankung, gemessen beispielsweise als jährliche Anzahl der Neuerkrankungen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Ischämie Verminderte oder aufgehobene Durchblutung eines Gewebes bzw. Organs.

Ischämische Herzkrankheit Eine durch Verengung oder Verschluss auftretende Mangeldurchblutung (Ischämie) und daraus resultierender Sauerstoff- und Nährstoffmangel des Herzmuskels. Dies kann zu Brustschmerzen (Angina pectoris), Herzschwäche (Herzinsuffizienz) sowie zum akuten Myokardinfarkt (Herzinfarkt) führen.

Irreguläre Migration (Sans Papier) Darunter fallen Personen, die ohne gültige Aufenthaltspapiere nach Deutschland einreisen oder in Deutschland verbleiben obwohl die Aufenthaltsgenehmigung abgelaufen ist.

KiGGS KiGGS ist die Abkürzung für die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Dabei handelt es sich um eine Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen. Die Daten werden durch Befragungen, medizinischen Untersuchungen, Tests und Laboranalysen erhoben.

Lebenserwartung Die Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem definierten Alter bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Die 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 (Zensusbevölkerung) für verschiedene Altersgruppen wiedergibt.

Mammographie Röntgenuntersuchung der Brust.

Menschen mit Migrationsgeschichte (Menschen mit Migrationshintergrund) Dieser Begriff umfasst eine größere Bevölkerungsgruppe als Begriffe wie Ausländerin/Ausländer (Personen mit nichtdeutscher

Staatsangehörigkeit) oder Zugewanderte (Menschen mit eigener Migrationserfahrung).

Basierend auf der Definition des Zensus 2011, die im Rahmen der Bevölkerungsstatistik verwendet wurde, sind Menschen mit Migrationsgeschichte alle zugewanderten und nicht zugewanderten Ausländerinnen und Ausländer sowie alle nach 1955 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugewanderten Deutschen und alle Deutschen mit zumindest einem nach 1955 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugewanderten Elternteil.

Daten aus den telefonischen Surveys zu Gesundheitsfragen umfassen unter dem Begriff Menschen mit Migrationsgeschichte Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit, Personen mit der deutschen und einer ausländischen Staatsangehörigkeit, Personen, die die deutsche Staatsangehörigkeit nicht seit Geburt besitzen, Personen die nicht in Deutschland geboren wurden, Personen von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurde sowie Personen mit einer nicht deutschen Muttersprache.

Basierend auf den Daten der Schuleingangsuntersuchungen haben Kinder eine Migrationsgeschichte, wenn die mit den Kindern gesprochene Erstsprache im Elternhaus eine andere als die deutsche Sprache ist.

Morbidität Krankheitshäufigkeit in einer Bevölkerung.

Mortalität (Sterblichkeit) Rate der Sterbefälle, angegeben beispielsweise als jährliche Anzahl der Sterbefälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

NRW-Gesundheitssurvey Das Landeszentrum Gesundheit NRW führt jährlich eine repräsentative telefonische Bevölkerungsbefragung (deutschsprachig) der Erwachsenen in Nordrhein-Westfalen durch. Im Rahmen der Befragung wird beispielsweise das Vorhandensein verschiedener Erkrankungen und Beschwerden, die gesundheitliche Zufriedenheit und Lebensqualität sowie das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Nordrhein-Westfalen erfragt. Durch die gleichzeitige Erhebung der Soziodemografie der Befragten kann die gesundheitliche Lage nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status und Migrationsgeschichte ausgewertet werden.

Prävalenz Rate aller bereits an einer bestimmten Krankheit Erkrankten in einem definierten Zeitraum. Die Prävalenz ist ein Gradmesser für die Häufigkeit einer Erkrankung.

Rauschgifttote Der Begriff Rauschgifttote umfasst Todesfälle, die in einem kausalen Zusammenhang mit dem missbräuchlichen Konsum von Betäubungs- oder Ausweichmitteln stehen. Darunter fallen insbesondere Todesfälle infolge von Überdosierung, Todesfälle infolge langzeitigen Missbrauchs, Selbsttötungen aus Verzweiflung über die Lebensumstände oder unter der Einwirkung von Entzugserscheinungen und tödliche Unfälle von unter Drogeneinfluss stehenden Personen.

Säuglingssterblichkeit Die Anzahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene. Die Säuglingssterblichkeit wird in Promille (‰) angegeben.

Schuleingangsuntersuchung (SEU) In Nordrhein-Westfalen werden alle fünf- bis sechsjährigen Kinder vor Schulbeginn durch Schulärztinnen und Schulärzte der lokalen Gesundheitsämter untersucht. Dabei hat die Untersuchung hauptsächlich zum Ziel, zu prüfen, ob im Hinblick auf den Schulbesuch gesundheitliche Einschränkungen bei dem jeweiligen Kind bestehen und ggf. Gegenmaßnahmen einzuleiten. Darüber hinaus geben die Daten einen Eindruck über den Stand der gesundheitlichen Versorgung der Kinder in Nordrhein-Westfalen und erlauben Rückschlüsse auf die Erkrankungshäufigkeit von Seh- und Hörstörungen oder die Häufigkeit von Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten.

Screening Reihenuntersuchung einer Bevölkerung (oder Bevölkerungsgruppe) zur möglichst frühzeitigen Entdeckung von Erkrankungen.

Sozioökonomischer Status (nach Winkler) Ungewichteter, mehrdimensionaler, additiver Index aus drei ordinalskalierten, vertikalen Einzeldimensionen (Schul- und Berufsabschluss, berufliche Stellung und Einkommen). Die erzielten Punktwerte ermöglichen die Kategorisierung des sozioökonomischen Status (niedrig, mittel, hoch) der betrachteten Person.

Sterbealter (durchschnittlich) Das durchschnittliche Sterbealter gibt das durchschnittliche Alter aller verstorbenen Personen eines Jahres an. Es handelt sich hier um einen real beobachteten Wert der jährlichen Sterbestatistik.

Überlebensrate Das relative Überleben ist ein Maß zur Abschätzung der Prognose einer Erkrankung. In diesem Bericht wird sie zur Darstellung der Prognose von Krebserkrankungen verwendet, es werden die Ergebnisse des Epidemiologischen Krebsregisters NRW zitiert. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate bildet die Prognose einer Krebserkrankung fünf Jahre nach der Erstdiagnose ab. Eine relative Überlebensrate von 80% deutet auf eine durch die Krebserkrankung verursachte und um 20% reduzierte

Überlebenswahrscheinlichkeit gegenüber der Allgemeinbevölkerung hin.

Versorgungsquotient Der Versorgungsquotient wird bei der Darstellung der Daten der Schuleingangsuntersuchungen verwendet. Er gibt Auskunft, wie viele der Kinder mit einem auffälligen Befund zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bereits in ärztlicher Behandlung sind.

Zensus Volkszählung

Zerebrovaskuläre Erkrankung Durchblutungsstörung einer Hirnregion, kann u. a. auch zum Hirninfarkt (Schlaganfall) führen.

■ 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

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)

- NRW-Gesundheitssurvey
- Dokumentation der schulischen Einganguntersuchungen (Regelschule)

Epidemiologisches Krebsregister NRW gGmbH

- Epidemiologisches Krebsregister NRW

Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe

- Statistik der ambulanten Behandlungsdiagnosen

Kompetenzzentrum für Integration NRW

- Statistik Spätaussiedler

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe-bund)

- Daten der Bundes- und Landesebene, verschiedene Quellen

Robert Koch-Institut (RKI)

- Gesundheit in Deutschland aktuell, GEDA 2010, Public Use File
- SurvStat@RKI 2.0, Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG)

BKK Bundesverband

- AU-Leistungsdaten

Deutsche Rentenversicherung Bund

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

Statistisches Bundesamt

- Ausländerstatistik
- Zensus 2011

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

- Statistik der anerkannten Berufskrankheiten

Bundesinstitut für Berufsbildung und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

- Erwerbstätigenbefragung 2012

■ Gesundheitsberichte der letzten Jahre

Landesgesundheitsberichte Nordrhein-Westfalen

- Landesgesundheitsbericht 2011
- Landesgesundheitsbericht 2009

Gesundheitsberichte Spezial

- Schwangerschaft und Geburt in Nordrhein-Westfalen (2013)
- Rückengesundheit fördern und verbessern (2008)
- Gesundheit im Alter – demographische Grundlagen und präventive Ansätze (2007)
- Rheuma im Kindesalter (2007)
- Hospizarbeit und Palliativmedizin: Stand und Entwicklung (2007)
- Innovative Modelle der Gesundheitsversorgung: Brustkrebs – Früherkennung und Behandlung (2006)

NRW kurz und Informativ

- Regionale Cluster auf der Basis von Sozialstrukturdaten für die Kreise und kreisfreien Städte in NRW (November 2013)
- Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen (November 2012)
- Krankenhauskeime in Nordrhein-Westfalen (März 2012)
- Pflegebedürftigkeit in NRW (Januar 2012)
- Säuglingssterblichkeit in NRW (November 2011)
- Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen - Aktuelle Trends in Nordrhein-Westfalen (August 2011)
- Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 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)
- Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen (Juli 2010)
- Zahnärztliche Versorgung in NRW (März 2010)

Jahresberichte der Schulärztlichen Untersuchung

Seit 2007 als CD-ROM und im Onlineangebot (z. B. Report 2012: https://www.LZG.NRW.de/themen/gesundheit_berichte_daten/schulgesundheits/Report_2012/index.html)

■ Der wissenschaftliche Beirat Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen

Die Gesundheitsberichterstattung des Landes 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 des Fachgebiets Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut

■ Impressum

Herausgeber

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen
Referat "Politische Planung, Reden"
Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211-8618-50
E-Mail: info@mgepa.nrw.de
Internet: www.mgepa.nrw.de

Kontakt

Jürgen Schiffer, Referatsleiter
Referat "Gesundheitsministerkonferenz, Landesgesund-
heitskonferenz, Organspende"
Telefon: 0211-8618-3474
E-Mail: juergen.schiffer@mgepa.nrw.de

Autorinnen und Autoren

Rolf Annuß, Dr. Brigitte Borrmann, Dr. Susanne
Kuttner-May, Monika Mensing, Nicole Rosenkötter und
Klaus Simon, Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Judith Born, Prof. Dr. Claudia Hornberg und Julia Kuhn,
Universität Bielefeld
Prof. Dr. Nico Dragano und Adrian Loerbroks, Universität
Düsseldorf

Redaktion

Dr. Brigitte Borrmann, LZG.NRW

Gestaltung

Evi Buschlinger, LZG.NRW

Quellennachweis

Bild Barbara Steffens: © MGEPA NRW / Foto: Franklin
Berger
Gebäude des Ministeriums: © MGEPA NRW / Foto: Ralph
Sondermann
Titelfoto: © Rawpixel.com - Fotolia

Druck

Industrie+werbedruck, Hermann Beyer GmbH + Co.KG
Diese Publikation wurde auf Papieren aus verantwor-
tungsvollen und nachhaltigen Quellen (FSC®-zertifi-
ziert) gedruckt.

© 2016 / MGEPA 207

Überarbeitete Fassung

Die Druckfassung kann bestellt werden:

- im Internet: www.mgepa.nrw.de/ministerium/service
- telefonisch: **Nordrhein-Westfalen** direkt
0211-837-1001*
*9 Cent/Minute aus dem deutschen Festnetz –
maximal 42 Cent/Minute aus dem Mobilfunknetz.

Bitte die Veröffentlichungsnummer **207** angeben.

Erratum

Auf S. 66, 1. Absatz, Zeile 12 musste eine Zahl korrigiert werden.

Der berichtigte Satz auf S. 66, 1. Absatz, Zeile 11 bis 13 lautet:

Im Jahr 2009 lagen die Teilnahmequoten der unteren und der hohen Bildungsschicht noch 10 Prozentpunkte auseinander, 2012 waren es lediglich 5 Prozentpunkte.

S. 66 wurde am 11.08.2016 ausgetauscht.

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.