



Gesundheitsmonitoring

Wie gesund ist die lippische Bevölkerung?



Impressum

Herausgeber
Kreis Lippe
Der Landrat
Fachbereich Gesundheit
Rintelner Straße 83
32657 Lemgo

Hauptautorin:

Vanessa Ohm, Master of Science in Public Health, Gesundheitsplanung und -berichterstattung, Fachbereich Gesundheit, Kreis Lippe

Co-Autorinnen:

Dr. rer. nat. Simone Bernardino Potthast, Master, Promotion und post doc of Science in Immunologie, Gesundheitsplanung und -berichterstattung, Fachbereich Gesundheit, Kreis Lippe

Dr. med. Kerstin Ahaus, Fachbereichsleitung Gesundheit Kreis Lippe

Marianne Petersmeier, Teamleitung Gesundheitsplanung und -berichterstattung, Fachbereich Gesundheit, Kreis Lippe

Tirza Peuker, Fachgebietsleitung Gesundheitsverwaltung, Fachbereich Gesundheit, Kreis Lippe

Dana Fortmann, Master of Science in Public Health, Quartiersentwicklung Kreis Lippe

Autorenerklärung

Die Autorinnen erklären, dass kein wirtschaftlicher oder persönlicher Interessenkonflikt vorliegt.



Vorwort des Landrats

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Lipperinnen und Lipper,

Gesundheit ist eine der zentralen Grundlagen für Lebensqualität, gesellschaftlicher Teilhabe und wirtschaftlicher Stabilität. Mit dem Bericht „Gesundheitsmonitoring. Wie gesund ist die lippische Bevölkerung?“ schaffen wir eine wichtige Basis, um den aktuellen Gesundheitszustand der Menschen in Lippe darzustellen und zukünftige Entscheidungen im Gesundheitswesen fundiert treffen zu können.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass wir vor großen Herausforderungen stehen. Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Störungen, Diabetes oder chronische Atemwegserkrankungen verursachen nach wie vor einen erheblichen Anteil der Krankschreibungen und belasten unsere Wirtschaft und das Gesundheitssystem in zunehmenden Maße. Gleichzeitig bleiben deren vermeidbare Risikofaktoren weit verbreitet: Noch immer raucht jede fünfte Person in Deutschland. Ebenso zeigt sich, dass die Häufigkeit von Adipositas weiter steigt und immer mehr Menschen von den damit verbundenen Folgeerkrankungen betroffen sind.

Diese Entwicklungen stellen nicht nur individuelle Schicksale dar, sondern sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Bedeutung der Vermeidung von Krankheit durch Gesundheitsförderung und zielgerichteter Prävention, wird daher zukünftig weiter zunehmen.

Den wachsenden Anforderungen an das Gesundheitssystem müssen wir insgesamt mit einer klugen, vorausschauenden Planung für eine sichere gesundheitliche Versorgung vor Ort begegnen. Der vorliegende Bericht liefert uns dafür eine wertvolle Entscheidungsgrundlage. Er zeigt Handlungsfelder auf, in denen wir gemeinsam mit Kommunen, Gesundheitsakteur*innen, Vereinen und Bildungseinrichtungen aktiv werden müssen. Unser Ziel ist es, Krankheiten zu verhindern, bevor sie entstehen, gesundheitliche Chancen für alle zu verbessern und die Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitssystems zu sichern.

Ich danke allen Beteiligten, die an der Erstellung dieses Berichts mitgewirkt haben, und werde mich dafür einsetzen, aus den gewonnenen Erkenntnissen konkrete Zielsetzungen und Maßnahmen für ein gesünderes Lippe abzuleiten und umzusetzen.

Meinolf Haase

Landrat Kreis Lippe



Vorwort der Fachbereichsleitung Fachbereich Gesundheit

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Leserinnen und Leser,

mit dem vorliegenden Gesundheitsbericht „Gesundheitsmonitoring. Wie gesund ist die lippische Bevölkerung?“ legen wir erstmals eine umfassende Analyse zentraler Gesundheitsindikatoren im Kreis Lippe vor. Der Bericht bietet einen strukturierten Überblick über die aktuelle gesundheitliche Situation der Bevölkerung und beleuchtet dabei sowohl nicht übertragbare als auch übertragbare Krankheiten, Krebserkrankungen sowie die Entwicklung der Todesfälle in der Region.

Die gewonnenen Erkenntnisse dienen als wichtige Grundlage, um bestehende Präventionsangebote weiterzuentwickeln und neue bedarfsgerechte Maßnahmen zu planen. Denn wenn Maßnahmen gezielter auf die tatsächlichen Bedarfe ausgerichtet werden, können Erkrankungen frühzeitig erkannt oder im besten Fall sogar verhindert werden. Eine verbesserte Gesundheitsplanung trägt dazu bei, Lebensqualität und Wohlbefinden zu steigern, Zugangsbarrieren im Gesundheitsbereich abzubauen und langfristig ein gesundes Aufwachsen und Älterwerden in Lippe zu unterstützen. Ein besonderer Fokus liegt auf den relevanten Risikofaktoren, die die Entstehung und den Verlauf der untersuchten Krankheiten maßgeblich beeinflussen.

Unser Ziel ist es, Entscheidungsträger*innen, Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen sowie alle Interessierten dabei zu unterstützen, die Gesundheit der lippischen Bevölkerung nachhaltig zu stärken. Wir hoffen, dass dieser Bericht dazu beiträgt, den Stellenwert präventiver Angebote weiter zu erhöhen und eine Grundlage für gemeinsames evidenzbasiertes Handeln zu schaffen.

Mein besonderer Dank gilt allen, die an der Erstellung dieses Gesundheitsberichtes mitgewirkt haben und damit eine qualitative Grundlage für eine zielorientierte Diskussion zur Gesundheitsförderung der lippischen Bevölkerung geschaffen haben.

Dr. med. Kerstin Ahaus

Leiterin des Gesundheitsamtes Kreis Lippe



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	6
1 Einleitung	8
2 Zusammenfassung	9
3 Soziodemografische und sozioökonomische Rahmenbedingungen im Kreis Lippe	11
3.1 Soziodemografische Faktoren	11
3.2 Sozioökonomische Faktoren	16
4 Gesundheitliche Lage von Erwachsenen	19
4.1 Nicht-übertragbare Krankheiten	21
4.1.1 Demenz	21
4.1.2 Typ-2-Diabetes.....	27
4.1.3 Hypertonie	32
4.1.4 Rückenschmerzen	38
4.1.5 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	44
4.1.6 Ischämische Herzerkrankungen.....	50
4.1.7 Depression.....	56
4.2 Krebserkrankungen.....	62
4.2.1 Krebsneuerkrankungen	63
4.2.2 Krebssterbefälle	65
4.2.3 Ausgewählte Krebserkrankungen.....	67
4.3 Übertragbare Krankheiten	75
4.3.1 Atemwegserkrankungen	75
4.3.2 Magen-Darm-Erkrankungen	86
4.3.3 Impfpräventable Erkrankungen.....	93
4.3.4 Virushepatitiden	96
4.3.5 Multiresistente Erreger	100
5 Sterbefälle und Todesursachen	100
Literaturverzeichnis	103
Abbildungsverzeichnis	111
Tabellenverzeichnis.....	116



Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
COVID-19	Coronavirus-Krankheit-2019
DALY	Disability adjusted life year
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
EHEC	enterohämorrhagische Escherichia coli
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBD	Global burden of disease
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell (Studie)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HDV	Hepatitis-D-Virus
HUS	Hämolytisch-urämisches-Syndrom
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IfSG	Infektionsschutzgesetz
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein-Westfalen
LfGA	Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz
LKR	Landeskrebsregister
LWL	Landesverband Westfalen-Lippe
MRGN	multiresistente gramnegative Bakterien
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
NRW	Nordrhein-Westfalen
PCR	Polymerase-Kettenreaktion
PSA	Prostata-spezifisches Antigen
RKI	Robert Koch-Institut
RSV	Respiratorische-Synzytial-Virus
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozioökonomisches Panel
STIKO	Ständige Impfkommission



WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
YDL	Years lived with disability
YLL	Years of life lost



1 Einleitung

Die Gesundheit hat in Deutschland einen hohen Stellenwert und insbesondere bei jüngeren Personen unter 30 Jahren stellt Prävention mittlerweile einen Lifestyle dar (Beck, 2024; Trendbüro, 2024). Denn viele Erkrankungen lassen sich maßgeblich durch den eigenen Lebensstil beeinflussen (Wirth, 2000; Starker et al., 2025, Effertz et al., 2015; Mons et al., 2018; Behrens et al., 2018). Dennoch raucht immer noch ca. jeder fünfte Erwachsene (Olderbak, 2024) und die Adipositasprävalenz stieg zwischen 2003 und 2023 von 12,2% auf 19,7% (Starker et al., 2025). Adipositas und Rauchen stellen die größten Risikofaktoren für nicht-übertragbare Krankheiten dar. Diese verursachen wiederum enorme Gesundheitskosten und stellen für den Public Health-Sektor eine große Herausforderung dar. Um sich langfristig gesundheitsförderlich verhalten zu können, sind oftmals strukturelle Veränderungen nötig, die außerhalb der eigenen Möglichkeiten liegen. Das Regenbogenmodell von Dahlgren und Whitehead aus dem Jahr 1991 verdeutlicht das Zusammenspiel von vielen verschiedenen Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen. Neben der genetischen Veranlagung und den eigenen Verhaltensweisen, spielen vor allem die Bildung, die sozialen Kontakte, die Art der beruflichen Tätigkeit, die finanzielle sowie die Wohnsituation eine Rolle. Diese ergeben sich wiederum aus äußeren Gegebenheiten wie z.B.

Gesetze, der wirtschaftlichen Situation und der aktuellen geopolitischen Lage. Das Modell wurde zu einer Zeit entwickelt, in der digitale Medien noch eine geringe Rolle spielten. Daher haben Janel et al. (2023) als auch Zeeb et al. (2025) das Modell um die Determinante „Digitalisierung“ erweitert, die sich durch alle Schichten des Modells zieht (vgl. Abbildung 1).

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit der Frage wie gesund die lippische Bevölkerung ist. Um die Gesundheitsdaten im Gesamtzusammenhang betrachten zu können, wird zu Beginn des Berichts die soziodemografische und - ökonomische Lage des Kreises Lippe vorgestellt. Im Anschluss wird die gesundheitliche Lage der lippischen Bevölkerung anhand von ausgewählten nicht-übertragbaren Krankheiten, übertragbaren Krankheiten und Todesursachen näher betrachtet. Dafür werden in dem Kapitel „nicht-übertragbare Krankheiten“ Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigungen Westfalen-Lippe und Nordrhein ausgewertet. Daraufhin werden die Krebsneuerkrankungen sowie Krebssterbefälle, mit einer detaillierten Betrachtung für die häufigsten Krebserkrankungen, anhand der Daten des Landeskrebsregisters NRW vorgestellt. Kapitel 4.3 widmet sich den übertragbaren Krankheiten und stellt die ausgewählten Daten aus dem Gesundheitsamt nach §§ 6,7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) vor.

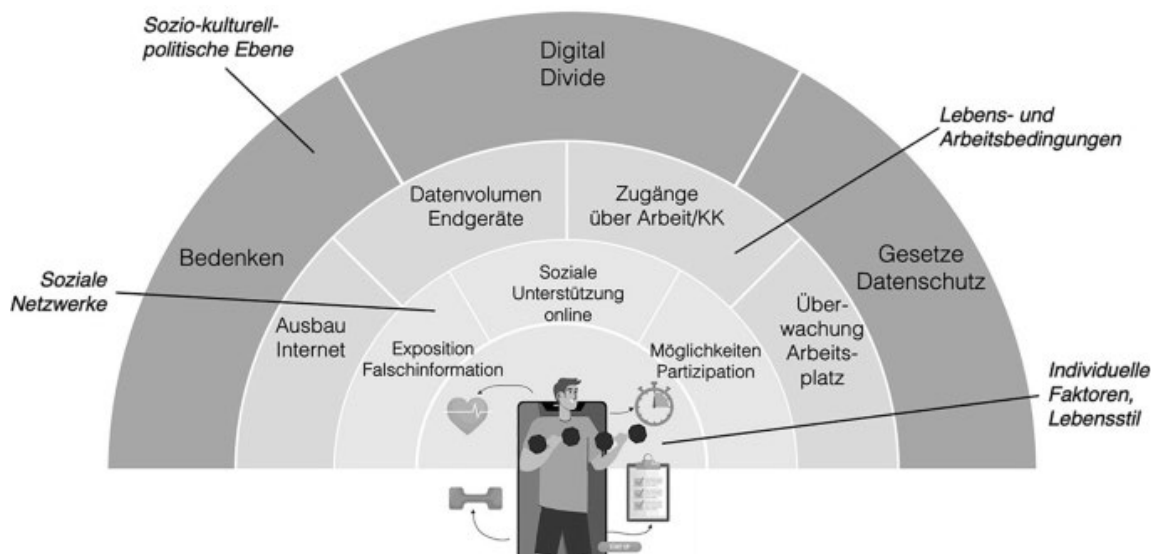


Abbildung 1 Regenbogenmodell nach Zeeb, Muellmann und Schüz, 2025 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-71115-6_3)



Zum Schluss werden anhand der Todesursachenstatistik die Sterbefälle und Todesursachen beschrieben. Dieser Bericht stellt lediglich eine beschreibende Auswertung einiger weniger Krankheiten dar und soll Trends sichtbar machen, damit frühzeitig Maßnahmen ergriffen werden können. Da es sich um den ersten Bericht des Gesundheitsmonitorings handelt, ist dieser Bericht sehr ausführlich. Zukünftig werden lediglich Auffälligkeiten in einem kleineren Format publiziert. Für die Auswertung wurden die aktuellsten Daten verwendet, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts vorlagen.

2 Zusammenfassung



Nicht-übertragbare Krankheiten

In dem vorliegenden Bericht werden sieben nicht übertragbare Krankheiten für den Kreis Lippe in einem Zeitraum von 10 Jahren (2015-2024) betrachtet. Dabei ist für manche Krankheiten eine unterschiedliche Geschlechterverteilung zu beobachten. So waren Frauen häufiger aufgrund von *Rückenschmerzen* in Behandlung als Männer. Neben geschlechtsspezifischen Präventionsangeboten, sollte die Home-Office-Tätigkeit zukünftig stärker in der Planung berücksichtigt werden, da sich laut einer Studie der Techniker Krankenkasse die Hälfte der Personen im Home-Office weniger bewegt.

Bei Männern sollte dagegen der Fokus auf der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), den ischämischen Herzerkrankungen und Depression gelegt werden. Seit Jahren ist die Prävalenz von COPD im Kreis Lippe auf

einem gleichbleibenden Niveau (2024: 2,5%). Dabei sind Männer in allen Altersgruppen häufiger betroffen als Frauen. Auch wenn Lemgo mit 3,5% die höchste COPD-Prävalenz aufwies, nahm in ländlich geprägten Regionen wie Kalletal, Schieder-Schwalenberg und Extertal die COPD-Prävalenz im Jahr 2024 zu.

Neben Tabak als Hauptrisikofaktor, sollte auch die Feinstaubbelastung sowie die Luftverschmutzung in den Präventionsmaßnahmen berücksichtigt werden. Bei den *ischämischen Herzerkrankungen* überwogen ebenfalls die Männer deutlich gegenüber den Frauen. Generell ist ein rückläufiger Trend der ischämischen Herzerkrankungen im Kreis Lippe zu beobachten.

Dennoch sollte für die Kommunen Oerlinghausen und Schieder-Schwalenberg über neue Präventionsansätze nachgedacht werden, da hier kein rückläufiger Trend zu beobachten war.

Die Fallzahlen von *Depression* steigen seit Jahren an. Es hat sich gezeigt, dass vermehrt auch jüngere sowie ältere Personen betroffen sind, die vor der COVID-19-Pandemie seltener behandelt wurden. Auch der Anteil der Männer hat von 2015 bis 2024 deutlich zugenommen. Für die einzelnen Zielgruppen sollten spezifische Präventionsangebote geschaffen werden.

Die Gemeinde Augustdorf weist mit durchschnittlich 6,1% in den letzten 10 Jahren kreisweit die höchste Prävalenz bei *Typ-2-Diabetes* auf. Im Kreis Lippe wurden im Jahr 2024 5,1% der Bevölkerung aufgrund von Typ-



2-Diabetes behandelt. Dabei ist seit Jahren ein steigender Trend zu beobachten. Auffällig ist vor allem der Anteil jüngerer Personen, da Typ-2-Diabetes eher im höheren Alter auftritt. Diesem Trend sollte mit zielgruppenspezifischen Präventionsangeboten entgegengewirkt werden.

Ähnlich ist der Verlauf der Hypertonie-Fallzahlen (Bluthochdruck). Auch hier ist ein gleichbleibend hohes Niveau zu beobachten. Die Prävalenz für den Kreis Lippe betrug im Jahr 2024 18,1%. Kommunen wie Schieder-Schwalenberg (20,9%), Augustdorf und Horn-Bad Meinberg (je 20,6%) lagen deutlich über dem Kreisdurchschnitt. Für Hypertonie und ischämische Herzerkrankungen sollten neue Präventionsstrategien entwickelt werden, damit das Präventionspotenzial dieser Erkrankungen ausgeschöpft werden kann.

Demenz ist eine Erkrankung, die in einem großen Umfang auch Angehörige betrifft. Daher sollte diese Personengruppe, neben den Betroffenen selbst, ebenfalls in den Präventionsangeboten berücksichtigt werden. Personen aus Bad Salzuflen waren im Jahr 2024 mit 0,9% häufiger betroffen als Personen aus dem übrigen Kreisgebiet.

Krebserkrankungen

Die Krebsdaten im Kreis Lippe decken sich mit den bundesweiten Krebserkrankungen. Bei den Frauen dominierten im Jahr 2023 Brustkrebserkrankungen mit 31,8% an allen Krebsneuerkrankungen, gefolgt von Darm- (10,9%) und Lungenkrebs (10,3%). Die häufigste Tumorklassifikation bei den Männern war im Jahr 2023 Prostata (28,1%), gefolgt von Lunge (12,7%) und Darm (11,8%). Während bei den Frauen Brustkrebs die häufigste Todesursache unter allen Krebserkrankungen war (21,3%), verstarben die Männer am häufigsten an Lungenkrebs (21,5%).

Das Deutsche Krebsforschungszentrum schätzt, dass sich mindestens 37% aller neuen Krebserkrankungen in Deutschland anhand von Risikofaktoren erklären lassen (DKFZ, 2018). Dabei sind lebensstilassoziierte Risikofaktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung, Übergewicht und Bewegungsmangel von großer Bedeutung (Mons et al., 2018; Behrens et al., 2018). Die natürliche UV-Strahlung ist aufgrund mangelnder Daten in dieser Risikoberechnung

noch unberücksichtigt geblieben. Obwohl für die meisten Neuerkrankungsraten im Kreis Lippe ein rückläufiger Trend zu beobachten ist, steigt die Neuerkrankungsrate für Lungenkrebs bei Frauen und für das maligne Melanom der Haut bei beiden Geschlechtern an. Hier sollten insbesondere die Risikofaktoren Tabakkonsum und UV-Strahlung in die Planung von Präventionsmaßnahmen mit aufgenommen werden. Demgegenüber stehen leicht steigende Sterberaten für Prostata- und Darmkrebs bei Männern sowie für Lungenkrebs bei Frauen. Überwiegend sind diese Auffälligkeiten ab 2021 zu sehen, was im Weiteren beobachtet werden sollte.

Übertragbare Krankheiten

Die Infektionsschutzmaßnahmen, die während der COVID-19-Pandemie getroffen wurden, führten zu einem Rückgang der anderen Atemwegserkrankungen. Nach Aufhebung der Kontaktbeschränkungen stiegen die Fallzahlen wieder an, erreichten im Jahr 2024 aber noch nicht das präpandemische Niveau. Die einzige Ausnahme ist Keuchhusten. Hier verzeichnete der Kreis Lippe die höchste Fallzahl im gesamten Beobachtungszeitraum. Maßgeblich dafür verantwortlich dürfte der hohe Anteil ungeschützter Personen sein (63,2% ungeimpft). Da insbesondere Kleinkinder unter 5 Jahren sowie ältere Personen ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe haben, sollten Maßnahmen zur Erhöhung der Impfquote ergriffen werden. Aufgrund der Legionellose-Erkrankungen in den letzten zwei Jahren (2023-2024 n=16), sollte die Bevölkerung für das Thema sensibilisiert werden.

Im Gegensatz zu den Atemwegserkrankungen, ist bei den Magen-Darm-Erkrankungen lediglich bei der Norovirus- sowie der Rotavirus-Gastroenteritis ein Einbruch der Fallzahlen während der COVID-19-Pandemie zu beobachten. Bei den übrigen Erkrankungen spielt die Übertragung von Mensch zu Mensch eine untergeordnete Rolle, sodass die Kontaktbeschränkungen keinen Einfluss auf das Infektionsgeschehen hatten. Lediglich die Fallzahlen von Salmonellose waren ebenfalls in den Jahren 2020 und 2021 rückläufig.

Die hohe Fallzahl an Windpocken-Erkrankungen im Jahr 2024 mit 219 ungeimpften Personen, weist auf eine Impflücke hin. Zum Thema Windpocken sollte



die Aufklärung intensiviert werden. Bei den übrigen impfpräventablen Erkrankungen kam es in den letzten Jahren zu Einzelfällen, sodass keine weiteren Handlungen notwendig sind.

Virushepatitiden traten bei Männern häufiger auf als bei Frauen. Daher sollten Präventionsmaßnahmen gezielt für Männer entwickelt werden. Um sich zu schützen, steht für Hepatitis A und B eine Impfung zur Verfügung. Gegen Hepatitis D kann man sich indirekt durch eine Hepatitis-B-Impfung schützen, da eine Hepatitis-D-Infektion nur als Ko-Infektion mit Hepatitis-B auftreten kann. Die am häufigsten angegebene Infektionsquelle bei Hepatitis C war intravenöser Drogenkonsum. Daher sollte geprüft werden, welche Informationsmaterialien in der Szene vorliegen und genutzt werden. Vor allem auch, ob die Materialien in verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen, da viele Betroffene aus Osteuropa stammen. Die steigenden Fallzahlen bei Hepatitis E sind auf eine erhöhte Aufmerksamkeit seitens der Ärzteschaft zurückzuführen. So werden Erkrankungen erst erkannt werden.

Im Kreis Lippe traten in gesamten Beobachtungszeitraum lediglich vereinzelte Fälle von *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli* und Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA) auf. Das spricht für ein gutes Hygienemanagement in den Kliniken.

Sterbefälle und Todesursachen

Im Kreis Lippe sind im Jahr 2024 insgesamt 4.492 Menschen verstorben (2.245 Frauen, 2.247 Männer). Das sind 97 Menschen weniger als 2023. Dabei lassen sich sowohl Geschlechts- als auch Altersunterschiede beobachten. Während bei Frauen die Tumorerkrankungen als Haupttodesursache insbesondere im Alter von 0-49 Jahren sowie 60-64 Jahren vorlagen verschob sich dies bei den Männern in die Altersgruppe 65-69 Jahre. Im Alter von 0-49 Jahren verstarben Männer häufiger an äußeren Ursachen sowie Erkrankungen des Kreislaufsystems als Frauen im Kreis Lippe. Ab einem Alter von 60 Jahren nahm sowohl für Männer als auch für Frauen der Anteil der Erkrankungen des Kreislaufsystems sowie der psychischen und Verhaltensstörungen (F00-09 organisch) zu. Zu der Gruppe der psychischen

und Verhaltensstörungen gehören auch die Demenzerkrankungen, die insbesondere bei den Frauen ab 80 Jahren ca. 10% ausmachen.

3 Soziodemografische und sozioökonomische Rahmenbedingungen im Kreis Lippe

Das Regenbogenmodell von Dahlgren und Whitehead sowie dessen Erweiterung veranschaulichen deutlich wie viele verschiedene Einflussfaktoren auf die Gesundheit eines jeden Menschen einwirken. Im folgenden Kapitel werden einige soziodemografische sowie sozioökonomische Daten aus dem Kreis Lippe vorgestellt, um eine integrierte Betrachtungsweise der Gesundheitsdaten aus Kapitel 4 zu ermöglichen. Zu den soziodemografischen Merkmalen gehören Alter und Geschlecht sowie Haushaltsstruktur und Migrationsanteil. Bildung, Erwerbstätigkeit und Einkommen zählen zu den sozioökonomischen Merkmalen. Einflussfaktoren, die sich auf das Verhalten, den generellen Gesundheitszustand oder die soziokulturelle sowie geopolitische Umwelt beziehen, hängen eng mit dem Empfinden einer Person zusammen und erfordern kleinräumige Analysen, die für diesen Bericht nicht möglich waren.

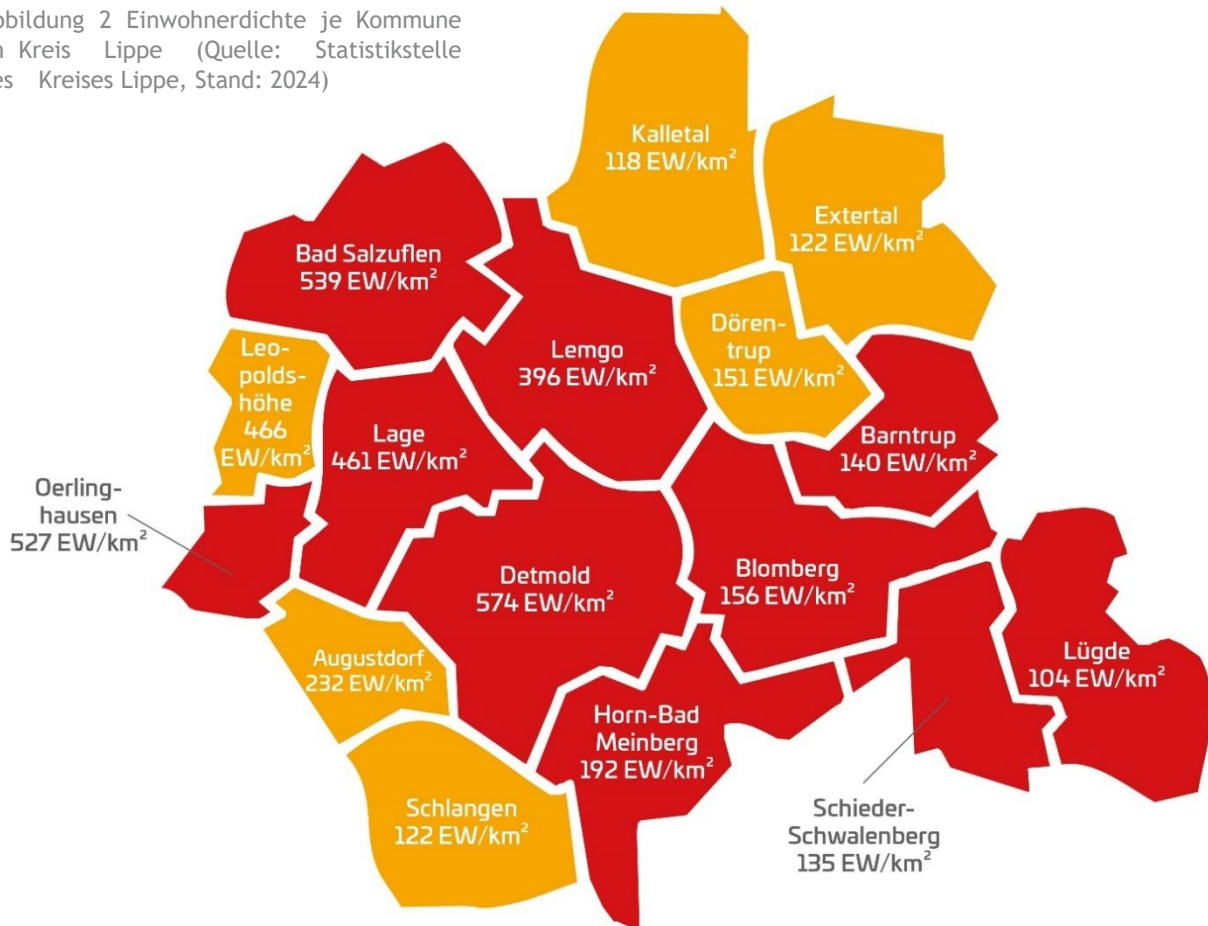
3.1 Soziodemografische Faktoren

Bevölkerungsstand

Der Kreis Lippe ist mit 279 Einwohner*innen pro km² nach dem Kreis Gütersloh (376 Einwohner*innen pro km²) der bevölkerungsstärkste Kreis in Ostwestfalen-Lippe (Stand: 31.12.2024) und besteht aus 10 kreisangehörigen Städten und 6 Gemeinden. Detmold als größte kreisangehörige Stadt und die mittleren kreisangehörigen Städte Lemgo, Lage und Bad Salzflen liegen zentral bzw. im westlichen Teil des Kreises. Diese und die Städte Oerlinghausen sowie Leopoldshöhe, sind mit mehr als 400 Einwohner*innen je km² die am dichtesten besiedelten. Detmold, Bad Salzflen, Lage und Lemgo stellen Siedlungsschwerpunkte dar, in denen sich mehr als die Hälfte der Bevölkerung (58,6%)



Abbildung 2 Einwohnerdichte je Kommune im Kreis Lippe (Quelle: Statistikstelle des Kreises Lippe, Stand: 2024)



konzentriert. Die westlichen Städte und Gemeinden sind zudem die zentralen Arbeitsplatzschwerpunkte der Region. Im Osten sind die kreisangehörigen Kommunen hingegen weniger stark besiedelt und eher ländlich geprägt. Nach außen ist die lippische Region vor allem durch die mittelständische, oft dynamische und innovative Industrie repräsentiert. Die Landschaft in Lippe zeichnet sich durch eine vielfältige und in großen Teilen intakte Kulturlandschaft aus. Die landschaftliche sowie touristische Attraktivität, verbunden mit den wirtschaftlichen Standortfaktoren, stellen besondere Reize des Kreises Lippe dar.

Alter und Geschlecht

Insgesamt umfasst der Kreis Lippe 358.377 Einwohner*innen (Frauen: 50,8%, Männer: 49,2%). Davon sind 18,2% minderjährig (<18 Jahre), 59,8% sind in der Altersgruppe 18-65 Jahre und 22% der Bevölkerung sind älter als 65 Jahre (s. Tabelle 1). Kleinschrittigere Altersgruppen sind in der Bevölkerungspyramide (s. Abbildung 3) zu finden. Um einschätzen zu können, ob der Anteil der älteren Menschen im Kreis Lippe hoch oder niedrig ist, betrachtet man den Altenquotienten. Dieser bezeichnet das

Verhältnis zwischen der Anzahl der nicht erwerbsfähigen Personen zu den erwerbsfähigen Personen in einer Gesellschaft. Die Statistik des Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) definiert erwerbsfähige Personen im Alter von 20-66 Jahre. Demnach sind Personen, die nicht mehr als erwerbsfähig gelten, ab 67 Jahre definiert. Der Kreis Lippe verzeichnet gemeinsam mit dem Kreis Höxter mit 36% den höchsten Altenquotienten (LWL, Stand: 31.12.2024) in Ostwestfalen-Lippe. Das bedeutet, dass im Kreis Lippe relativ viele ältere Menschen leben.



Personen- gruppe	Lebensphase	Alters- gruppe	Einwohner- zahl	Anteil an der Gesamtbevölkerung
Kinder und Jugendliche (U18)	Elternhaus / Tagespflegeperson / Kita	U3	9.574	2,7%
	Kita	3 bis U6	10.967	3,1%
	Grundschule	6 bis U10	15.203	4,2%
	Weiterführende Schule / Ausbildung	10 bis U18	29.381	8,2%
Erwachsene (Ü18)	Ausbildung / Studium / Berufsleben / Junge Erwachsene	18 bis U25	25.589	7,1%
	Berufsleben / Elterngeneration	25 bis U50	104.144	29,1%
	Berufsleben / Best Ager / Silver Ager*	50 bis 65	84.590	23,6%
	Seniorinnen und Senioren / Ruhestand	Ü65	78.929	22,0%
GESAMT			358.377	100,0%

Tabelle 1 Bevölkerungsstruktur nach Altersgruppen im Kreis Lippe (Quelle: IT.NRW, Stand: 31.12.2024)

*"Best Ager/Silver Ager" beschreibt allgemein Menschen im Alter zwischen 50 und 65 Jahren, die ihre Lebensphase aktiv, selbstbewusst und inspirierend gestalten.

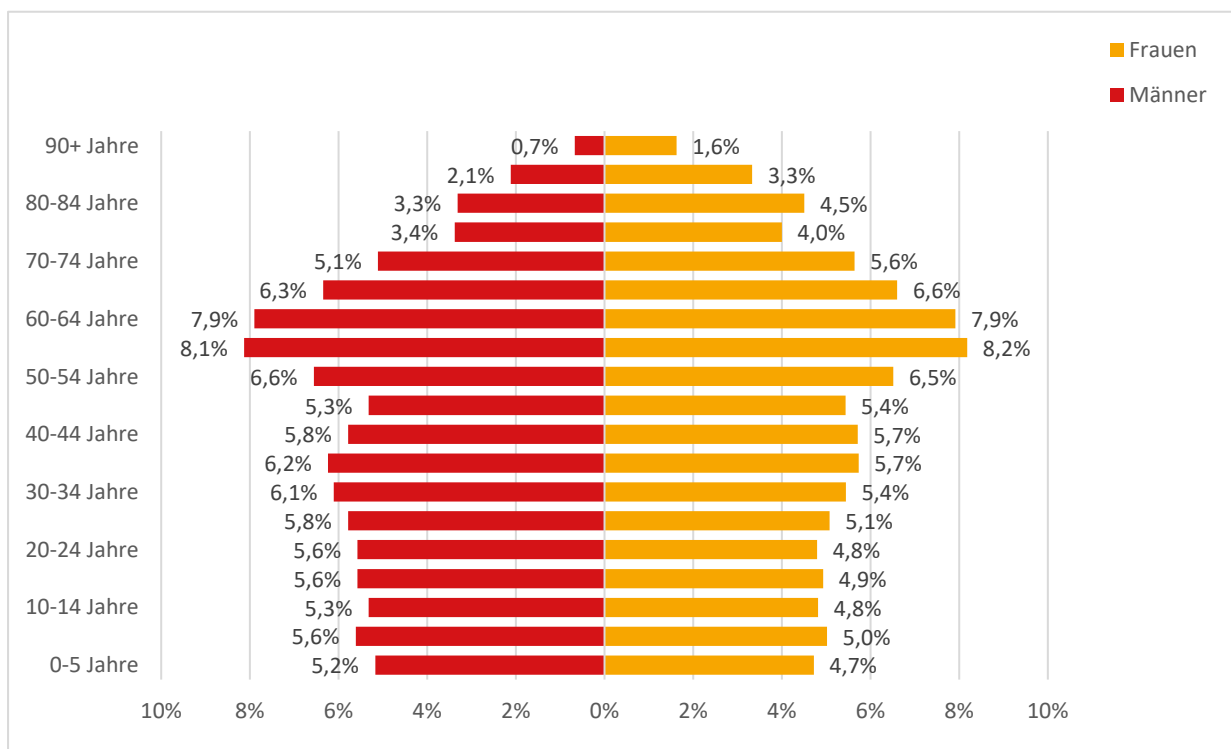


Abbildung 3 Altersverteilung in Prozent im Kreis Lippe nach Geschlecht (Quelle: IT.NRW, Stand: 31.12.2024 eigene Darstellung)



Migrationshintergrund

Ein Migrationshintergrund beeinflusst die Gesundheit des Betroffenen auf unterschiedliche Weise. Zum einen kann er das Erkrankungsrisiko erhöhen, zum anderen aber auch vorteilhaft für die Gesundheit sein. Beispielsweise können die Anpassung an eine fremde Kultur oder auch Stigmatisierungserfahrungen zu einer erhöhten gesundheitlichen Belastung führen. Sprachbarrieren können zudem erforderliche Therapien verhindern. Hinzu kommt, dass die sogenannte Gastarbeitergeneration oftmals gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt war. Andererseits liegt dem ein Paradoxon zugrunde, dass Migrant*innen trotz sozioökonomischer Benachteiligung eine geringere Sterblichkeit als Deutsche aufweisen. Man spricht hier vom „healthy migrant effect“, da vornehmlich gesunde Menschen migrieren. Als gesundheitsfördernd gelten außerdem soziale Netzwerke innerhalb der ethnischen Community (Razum et al., 2008).

In diesem Bericht wird zwischen drei Ausprägungen unterschieden: Nichtdeutsche, Deutsche mit und ohne Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 4). Zu den Personen mit Migrationshintergrund zählen Nichtdeutsche

und ihre Kinder, Eingebürgerte und ihre Kinder sowie (Spät-)Aussiedler und ihre Kinder. Abbildung 4 zeigt die prozentuale Verteilung anhand der beschriebenen Ausprägungen. Im Kreis Lippe beträgt der Anteil der Nichtdeutschen 11,4%. Deutsche mit Migrationshintergrund machen 19,5% der lippischen Bevölkerung aus. Folglich beträgt der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund im Kreis Lippe 30,9%. Bei einer kleinräumigen Betrachtung fällt auf, dass sich der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in den einzelnen Städten und Gemeinden deutlich vom Kreisdurchschnitt unterscheidet. Während in Dörentrup (20,7%), Lügde (18%) und Extertal (18,9%) deutlich weniger Bürger*innen mit Migrationshintergrund leben als im gesamten Kreisgebiet, ist der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund in Lage (34,5%), Detmold (35%) und Bad Salzuffen (34,7%) höher als im Kreis Lippe. Die Gemeinde Augustdorf hebt sich mit 48,8% Migrationsanteil deutlich von allen anderen Kommunen ab.

Haushaltsstruktur

Die Haushaltsstruktur lässt sich in verschiedene Haushaltstypen einteilen. Dabei wird vor allem zwischen Ein- und Mehrpersonenhaushalten unterschieden. Die

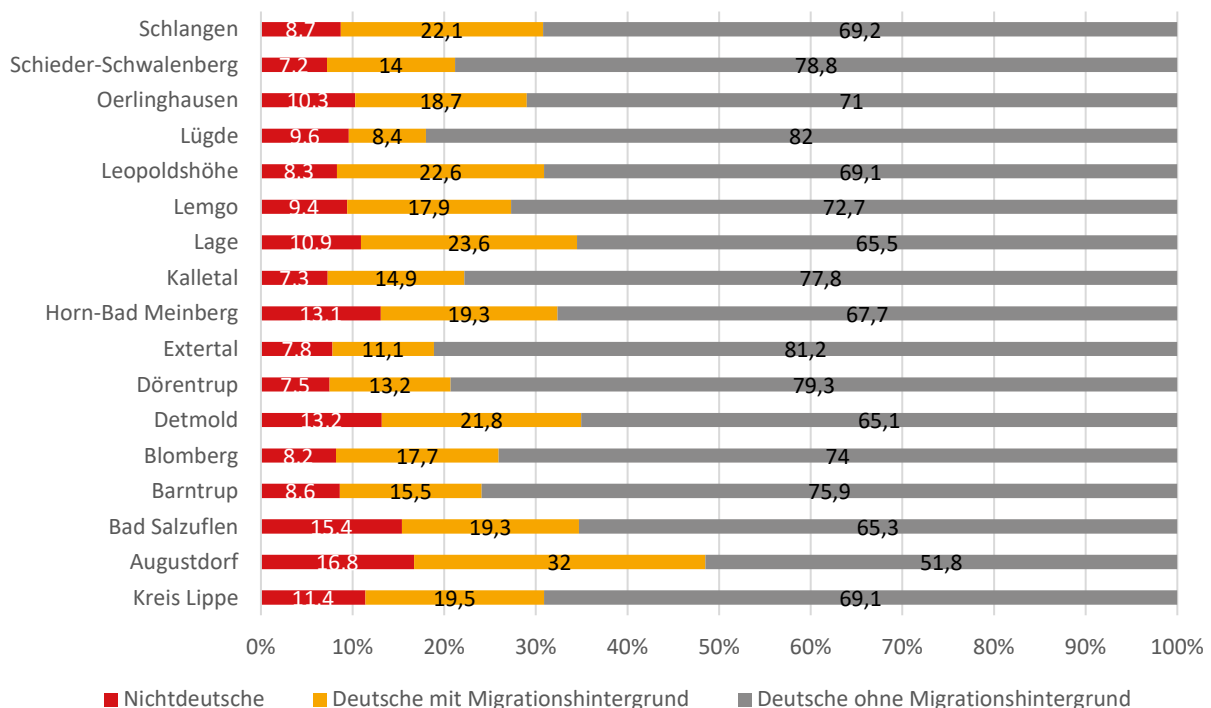


Abbildung 4 Bevölkerungsstruktur nach Migrationshintergrund im Kreis Lippe (Quelle: Einwohnermeldedaten, KOSIS-DST-Statistikdatensatz Bevölkerungsbestand, Stand: 31.12.2024)



Mehrpersonenhaushalte sind Paare mit und ohne Kinder sowie Wohngemeinschaften. In Deutschland nimmt die Zahl der Einpersonenhaushalte stetig zu. Im Jahr 2024 lebten 41,6% der Deutschen allein. (Umweltbundesamt, 2025). Auch im Kreis Lippe ist der Anteil der Einpersonenhaushalte ähnlich hoch (s. Abbildung 5). Im Jahr 2024 lebten 39,4% der Menschen allein, davon sind 46,1% 60 Jahre oder älter. Der Anteil an Einpersonenhaushalten kann als Indikator für Einsamkeit herangezogen werden. Mit zunehmenden Alter steigt das Risiko für Einsamkeit und soziale Isolation (Fakoya et al., 2020). Während soziale Isolation ein objektiv messbares Defizit an Kontakten darstellt, das wiederum auch ein Maß an fehlender Teilhabe bedeutet, ist Einsamkeit ein subjektiv wahrgenommenes Gefühl der betroffenen Person von fehlenden Sozialkontakten (Pantel, 2021). Personen, die sich über einen längeren Zeitraum einsam fühlen, sind häufiger von Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen (Hawkley et al., 2019). Ebenso steigt das Risiko für eine Alzheimer-Erkrankung. Forscher aus den USA begründen dies damit, dass sich einsam fühlende Menschen seltener angeregt unterhalten oder Aktivitäten nachgehen, die die Hirnaktivität fördern (Sutin et al., 2020).

Auch der Anteil der Alleinerziehenden ist eine wichtige Kenngröße, denn Alleinerziehende sind häufig in sozialer, wirtschaftlicher und gesundheitlicher Hinsicht besonders belastet. Häufig schätzen alleinerziehende Mütter ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter ein im Vergleich zu Müttern, die in einer Partnerschaft leben (Hoffmann und Swat, 2002; Keim-Klärner, 2020). Studien zu alleinerziehenden Vätern sind noch rar, aber auch sie berichten von einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand im Vergleich zu Vätern, die in Partnerschaften leben (RKI, 2017). Als Erklärungsansätze für die oftmals schlechtere psychische Gesundheit von Alleinerziehenden werden Faktoren wie soziale Unterstützung, finanzielle und zeitliche Ressourcen (z.B. Vereinbarung von Familie und Beruf) herangezogen (Hoffmann und Swat, 2002; Sperlich und Colatz, 2006; Keim-Klärner, 2020). Laut der Bertelsmann-Stiftung (2021) sind alleinerziehende Mütter häufiger erwerbstätig als Mütter in Partnerschaften und dabei öfter vollzeitbeschäftigt (Lenze et al., 2021). Zeitgleich liegt die Verantwortung für ihre

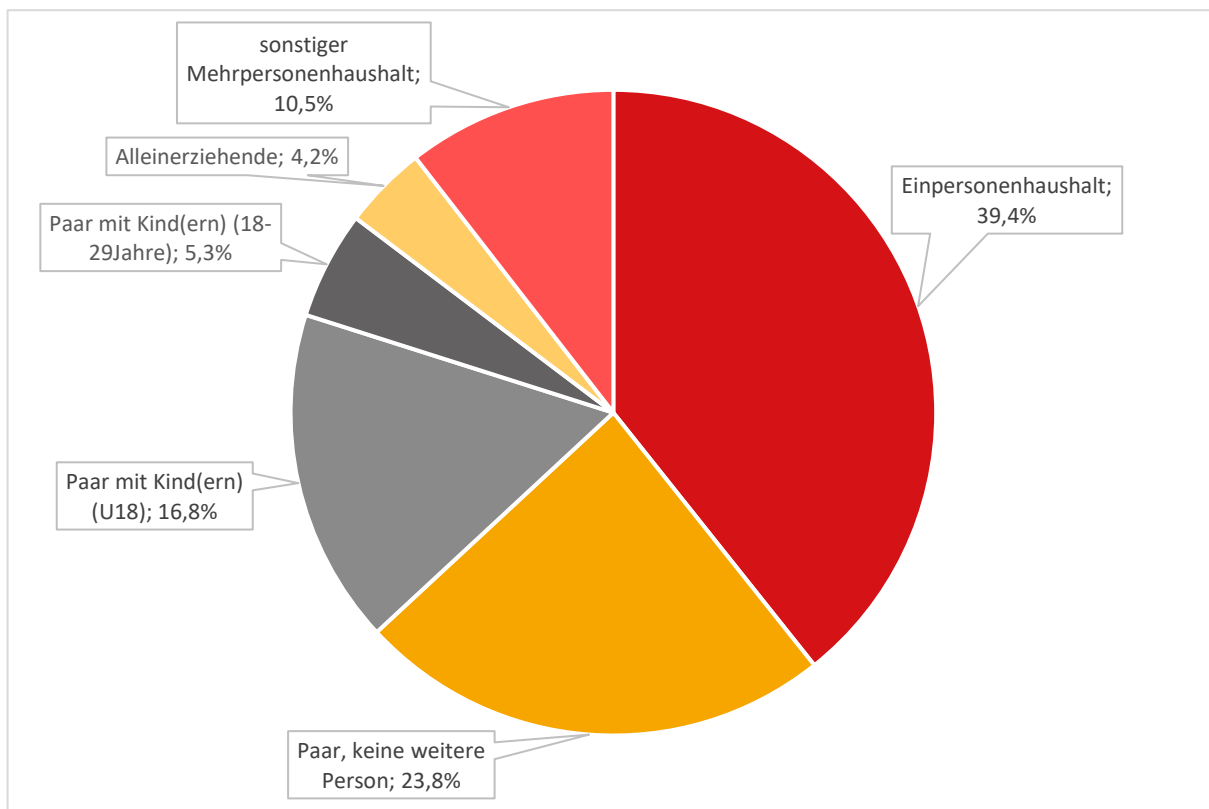


Abbildung 5 Verteilung der Haushaltstypen im Kreis Lippe 2024 (Quelle: Einwohnermeldedaten, KOSIS-DST-Statistikdatensatz Bevölkerungsbestand, Stand: 31.12.2024)



Haushaltstyp mit Kindern	
Paar mit Kind(ern) im Alter von 0-5 Jahre	13.394
Paar mit Kind(ern) im Alter von 6-17 Jahre	14.773
Paar mit Nachkomme(n) im Alter von 18 bis 29 Jahre	8.878
Alleinerziehende	7.083

Tabelle 2 Anzahl der Haushalte mit Kindern im Kreis Lippe (Quelle: Einwohnermeldedaten, KOSIS-DST-Statistikdatensatz Bevölkerungsbestand, Stand: 31.12.2024)

Kinder oftmals bei ihnen allein. Hinzu kommen noch der Haushalt und Terminplanungen (Arztbesuche, Freizeit). Anhaltender Stress gilt als wichtiger Risikofaktor für die meisten Krankheiten, die in Kapitel 4 vorgestellt werden. 2024 lebten im Kreis Lippe 7.083 alleinerziehende Familien. Im Vergleich dazu gab es im selben Zeitraum 28.167 Familien mit Kindern unter 18 Jahren. Damit ist ein Viertel der Haushalte mit Kindern im Kreis Lippe alleinerziehend (25,1%) (vgl. Tabelle 2).

3.2 Sozioökonomische Faktoren

Bildung

Zahlreiche Untersuchungen haben bereits bewiesen, dass der Bildungsstand einer Person einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit hat. Es wurde belegt, dass Menschen mit einem höheren Bildungsabschluss eine höhere Lebenserwartung haben, überwiegend seltener an chronischen Erkrankungen leiden und ihre eigene Gesundheit besser einschätzen (Mirowsky und Ross 2003, Lampert et al. 2005: 37ff, Abel et al. 2007: 28, Müllegger, 2015). Insbesondere bei lebensstilassoziierten Faktoren ist erkennbar wie der Bildungsstand die Gesundheit beeinflusst. Personen mit niedrigem Bildungsstand bewegen sich seltener, sind häufiger übergewichtig und rauchen häufiger und stärker als höher gebildete Personen. Dabei sind Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltung ausschlaggebend, die bereits früh durch Eltern und Bildungseinrichtungen geprägt werden (Deutsches Ärzteblatt, 2023; Kuntz und Lampert, 2011 und 2012).

Im Kreis Lippe haben im Jahr 2022 von 289.380 Personen, die ihren Hauptwohnsitz in Lippe haben und mindestens 15 Jahre alt sind, 92,8% einen Schulabschluss erreicht. Während die Anteile der Schulabschlüsse von Hauptschule (26,9%) und Realschule (27%) ähnlich verteilt sind, beträgt der Anteil von Fachhochschul-

oder Hochschulreife: 34,9%. Die Geschlechterverteilung in den jeweiligen Schulformen ist ebenfalls ausgeglichen (s. Abbildung 6). Betrachtet man jedoch die Schulabschlüsse der Realschule nach Geschlecht, fällt auf, dass mehr Mädchen (14,6%) als Jungen (12,4%) vertreten sind. Der Anteil der Schulabgänger*innen ohne Schulabschluss lag im Jahr 2022 bei 6,8% und damit ähnlich zu dem Durchschnitt von Nordrhein-Westfalen (Jahr 2022: 7,1%, Quelle: Zensus 2022).

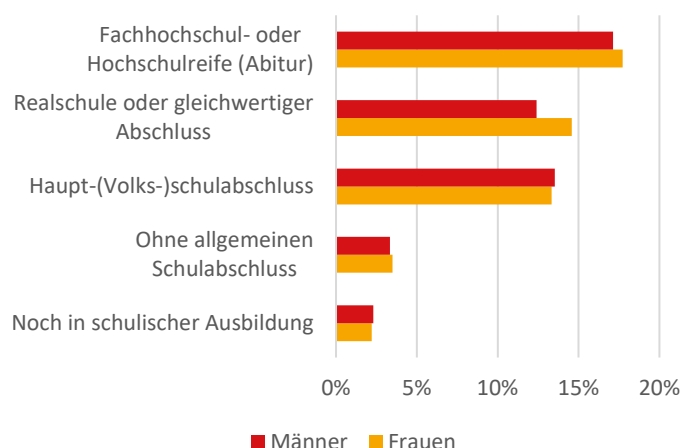


Abbildung 6 Schulabschluss nach Geschlecht im Kreis Lippe 2022, n= 289.380 (Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung (ab 15 Jahre) (Zensus 2022, Stand: 15.05.2022)

Finanzielle Situation

Neben Bildung und sozialer Unterstützung werden auch die finanzielle sowie berufliche Situation, die die finanzielle Situation wiederum maßgeblich bedingt, als Einflussfaktoren auf die Gesundheit herangezogen. Untersuchungen konnten zeigen, dass die mittlere Lebenserwartung bei Geburt bei Personen mit niedrigem Einkommen um fünf bis zehn Jahre verringert ist im Vergleich zu Personen mit hohem Einkommen.



Kommune	verfügbares Jahresnettoeinkommen je Einwohner*in (€)
Augustdorf	22.158
Bad Salzuflen	26.816
Barntrup	25.166
Blomberg	28.890
Detmold	27.375
Dörentrup	25.056
Extertal	25.822
Horn-Bad Meinberg	24.034
Kalletal	25.199
Lage	25.165
Lemgo	26.050
Leopoldshöhe	26.273
Lügde	24.364
Oerlinghausen	28.030
Schieder-Schwalenberg	25.034
Schlangen	26.120
Kreis Lippe	25.695
Nordrhein-Westfalen	25.784

Tabelle 3 Kaufkraft-Index im Kreis Lippe und Nordrhein-Westfalen 2023 (Quelle: Nexiga).

Wenn ausschließlich die gesunden Lebensjahre betrachtet werden, ist der Unterschied zwischen den Einkommensgruppen noch größer (Lampert et al., 2016; Hoell und Salize, 2019). Armut, eingeschränkte finanzielle Ressourcen sowie Erwerbslosigkeit führen zu sozialer Benachteiligung. Davon betroffene Personen haben ein 2-3fach erhöhtes Erkrankungsrisiko für Herzinfarkt und Schlaganfall als Personen, denen ein höherer sozialer Status zugeschrieben wird. Auch in Bezug auf Diabetes mellitus und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) konnten deutliche Unterschiede zwischen den Statusgruppen festgestellt werden (RKI, 2005; Lampert und Kroll, 2014; Lampert et al., 2016).

Das jährliche Jahresnettoeinkommen (Kaufkraft) gibt Auskunft darüber, wie viel Geld eine Person zur Verfügung hat um Güter und Dienstleistungen zu erwerben. Es ergibt sich aus dem Einkommen abzüglich aller regelmäßigen Verpflichtungen (Kreditzahlungen, Mieten, Sozialbeiträge). Im Kreis Lippe standen einer Person im Jahr 2023 jährlich durchschnittlich 25.695€ zur freien Verfügung. Das entspricht sowohl etwa dem Jahresdurchschnitt von Nordrhein-Westfalen (25.784€) als auch von Deutschland (25.877€). Betrachtet man die einzelnen Kommunen ergeben sich regionale Unterschiede. So

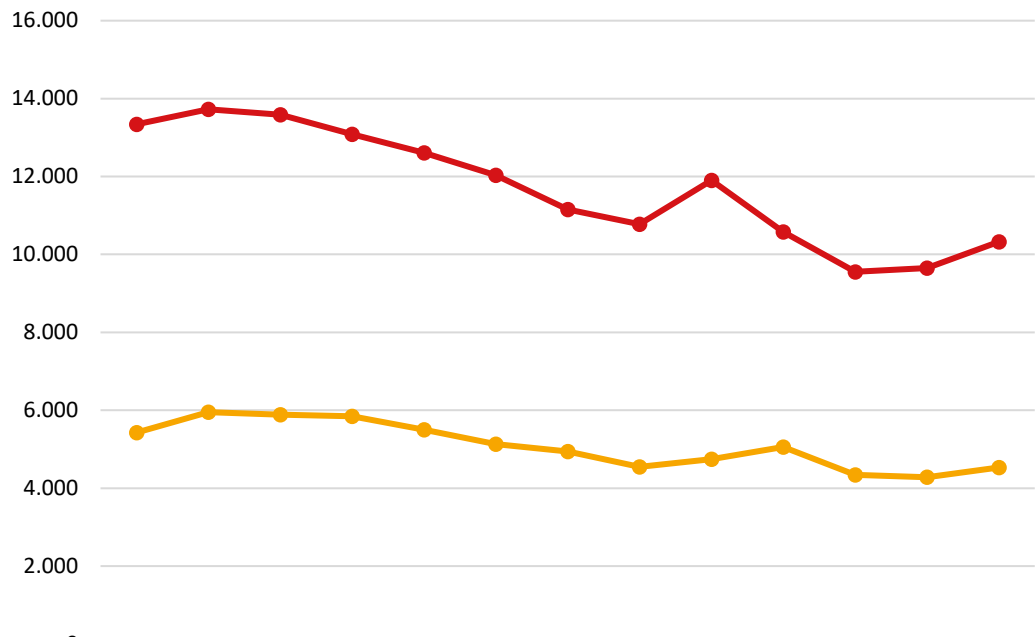
verfügten im Jahr 2023 Personen, die in Blomberg (28.890€) und in Oerlinghausen (28.030€) wohnen über ein Jahresnettoeinkommen, das in etwa 4.000-6.000€ höher war als Personen, die in Augustdorf (22.158€) Horn-Bad Meinberg (24.034€) oder Lügde (24.364€) leben (vgl. Tabelle 3).

Die Bundesagentur für Arbeit hat bis 2022 sinkende Arbeitslosenzahlen veröffentlicht (s. Abbildung 7). Jedoch fehlen einige Personen in dieser Statistik (vgl. §§16 und 138 Sozialgesetzbuch (SGB) III):

- Personen, die sich nicht arbeitssuchend melden
- Personen, die weniger als 15 Stunden/Woche arbeiten
- Personen, die krankgeschrieben sind
- Personen, die sich in einer Fort- oder Weiterbildung genauso wie Trainings- und Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen befinden
- Personen ab einem Alter von 58 Jahren, die mindestens seit zwölf Monaten Arbeitslosengeld II beziehen und in dieser Zeit keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung angeboten bekommen haben (eine Bereinigung wurde durch die Einführung des Bürgergeldes 2023 angestrebt; durch die Übergangsregelungen fehlen diese Personen aber dennoch bislang in der Statistik)
- Personen mit erschwelter Vermittlung, weil sie ihre Pflichten bei der Jobsuche nicht erfüllen

Daher kann von einer deutlich höheren realen Anzahl von Arbeitslosen ausgegangen werden. Seit 2023 steigen die Arbeitslosenzahlen im Kreis Lippe wieder, sodass im Jahr 2024 die 10.000 Marke überschritten wurde. Wer seinen Lebensunterhalt aufgrund von Arbeitslosigkeit nicht sichern kann, aber erwerbsfähig und leistungsberechtigt (siehe §7 SGB II) ist, erhält Unterstützung durch den Staat in Form von Bürgergeld (SGB II-Leistungen). Gleiches gilt für Personen, die mit erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in einer Bedarfsgemeinschaft leben (z.B. Personen <25 Jahre, sofern sie ihren Lebensunterhalt noch nicht selbst sichern können). „Die SGB II-Quote ist damit auch der stärkste Indikator für das





	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Arbeitslose (Gesamt)	13.338	13.725	13.588	13.085	12.607	12.037	11.151	10.779	11.899	10.579	9.555	9.653	10.323
Langzeitarbeitslose	5.427	5.952	5.888	5.847	5.500	5.136	4.942	4.547	4.743	5.054	4.340	4.282	4.536

Abbildung 7 Anzahl der Arbeitslosen im Kreis Lippe 2012-2024 (Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Stand: März 2025)

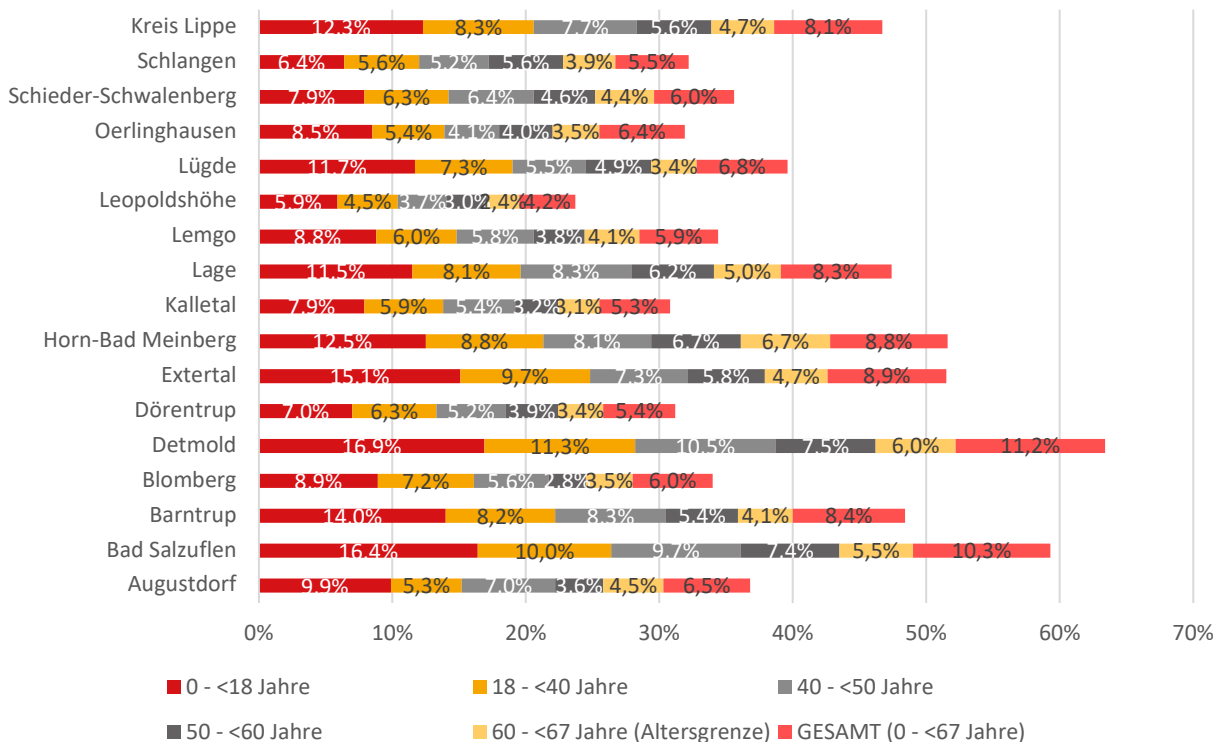


Abbildung 8 Anteil der SGB II-Quote (Grundsicherung für Arbeitssuchende) im Kreis Lippe nach Altersgruppe und Kommune 2023 (Quelle: Jobcenter Lippe, 31.12.2023)

Ausmaß an bestehender Einkommensarmut. Diese Quote bezeichnet den prozentualen Anteil der Menschen in einer Kommune oder dem Kreis, die einen Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem

SGB II haben, im Gegensatz zu denen, die durch Erwerbsarbeit oder andere Einkommen davon unabhängig sind.“ (Sozialbericht für die Stadt Horn-Bad Meinberg, 2021, S.30).



Im Kreis Lippe variieren die SGB II-Quoten der einzelnen Kommunen von 4,2% in Leopoldshöhe bis 11,2% in Detmold. Für den gesamten Kreis lag die SGB II-Quote bei 8,1% (Stand: 31.12.2023). In den einzelnen Altersgruppen ist der hohe Anteil an minderjährigen Leistungsbeziehenden auffällig. In allen Kommunen ist fast ein Drittel aller Leistungsbeziehenden unter 18 Jahren. Die höchsten SGB II-Quoten für diese Altersgruppe verzeichnen Detmold (16,9%), Bad Salzuflen (16,4%) und Extertal (15,1%) (s. Abbildung 8). Die Altersgruppen 18-<40 Jahre und 40-<50 Jahre unterscheiden sich mit einer Gesamtquote von 8,3% und 7,7% für den Kreis Lippe nicht erheblich voneinander. Ähnlich verhält es sich, wenn man die SGB II-Quoten der Altersgruppen 50-<60 Jahre (5,6%) und 60-<67 Jahre (4,7%) in ihrer Gesamtheit betrachtet. Auch in den einzelnen Kommunen weisen sie keine nennenswerten Unterschiede

auf. Leopoldshöhe, Kalletal, Dörentrup und Blomberg weisen durch alle Altersgruppen hinweg die niedrigsten SGB II-Quoten auf.

4 Gesundheitliche Lage von Erwachsenen

Die durchschnittliche Lebenserwartung für Männer lag 2024 bei 78,9 Jahren und für Frauen bei 83,5 Jahren. Heutzutage ist es aber nicht mehr allein ausschlaggebend wie lange man lebt, sondern vielmehr welche Qualität das eigene Leben hat. Dafür gibt es in der Berichterstattung das Maß der Krankheitslast „burden of disease“, das sich sowohl aus dem Verlust an gesunden Lebensjahren durch Krankheit (YLD - years lived with disability) als auch das frühzeitige Versterben (YLL - years of life lost) zusammensetzt. Aus YLL und YLD werden DALYS (disability-adjusted life year) errechnet, die die Bedeutung der Krankheit

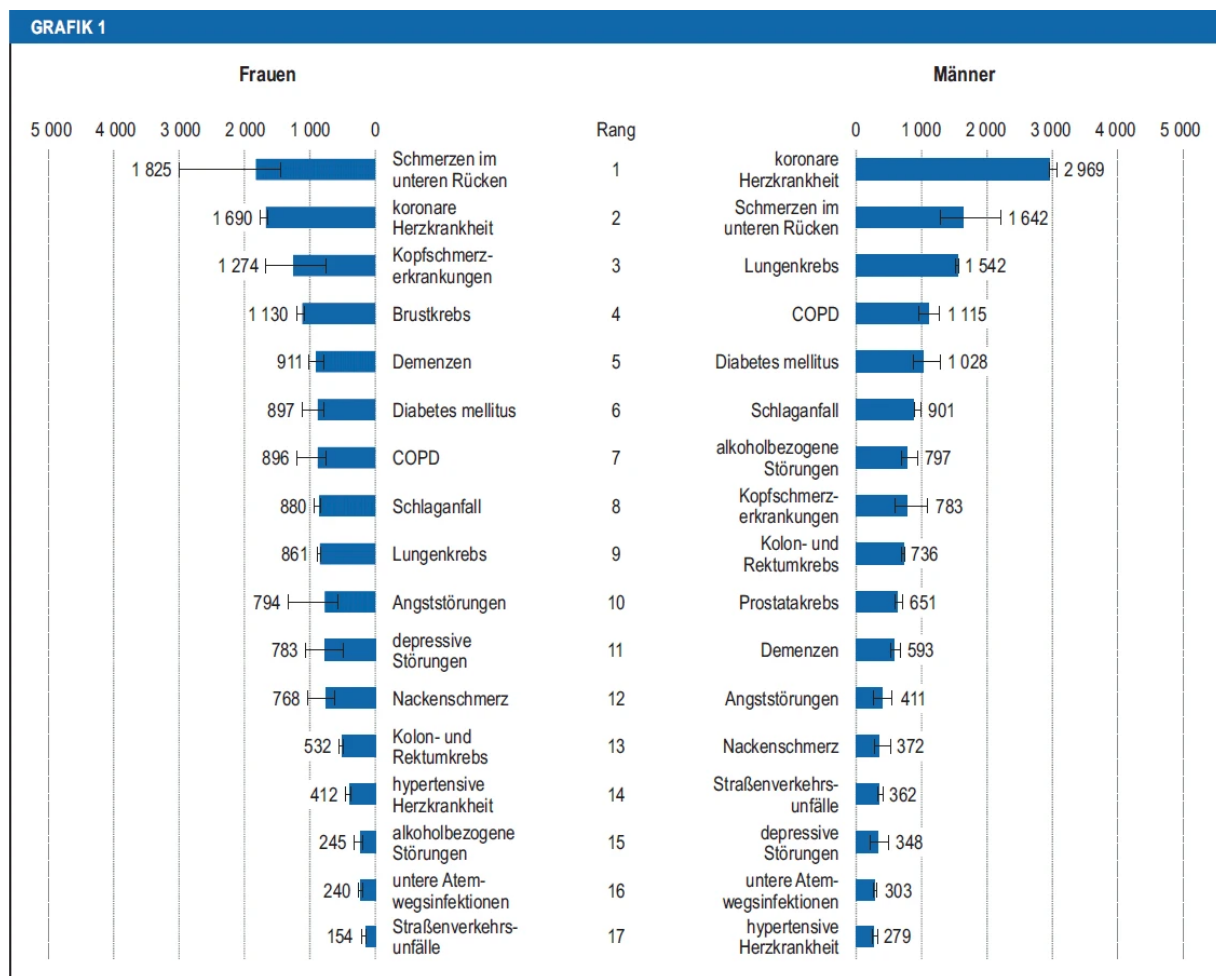


Abbildung 9 Krankheitslast insgesamt (DALY je 100.000 EW) für ausgewählte Krankheitslastursachen nach Geschlecht in Deutschland (Porst et al., 2022)



innerhalb einer Bevölkerung messbar machen. Ein DALY entspricht einem Jahr, das nicht in vollkommener Gesundheit gelebt wird (Porst et al., 2022).

In Abbildung 9 werden die Hauptursachen der Krankheitslast in der deutschen Bevölkerung gezeigt. Schmerzen im unteren Rücken nehmen bei Frauen den ersten Rang (1.825 DALY) ein, bei Männern mit 2.969 DALY sind es die koronaren Herzerkrankungen. Die DALYS wurden bei der Auswahl der in diesem Bericht vorgestellten Krankheiten berücksichtigt, aber aufgrund von Datenverfügbarkeit und -vergleichbarkeit nicht vollumfänglich aufgenommen. An einigen Stellen kann für weiterführende Informationen zu bestimmten Krankheiten auch auf andere Berichte aus der Gesundheitsberichterstattung des Kreises Lippe verwiesen werden (Bericht zur seelischen Gesundheit im Kreis Lippe, 2024; Bericht zum Krebsgeschehen im Kreis Lippe, 2026).



4.1 Nicht-übertragbare Krankheiten

4.1.1 Demenz

Was ist das?

Unter Demenz versteht man jede Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten, die so stark ist, dass sie die unabhängige, alltägliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Demenz lässt sich am besten als Syndrom und nicht als einzelne Krankheit charakterisieren.

Was bedeutet das für die Betroffenen?

- Einschränkung bzw. Verlust der Gedächtnisfähigkeit
- Verlust der Unabhängigkeit
- Veränderung der Persönlichkeit und des Verhaltens
- Kommunikationsschwierigkeiten
- Soziale Isolation/ Einsamkeit
- Besondere Herausforderung für das Pflegepersonal und die Angehörigen

Was begünstigt eine Erkrankung?

- geringe Bildung
- eingeschränkte Hörfähigkeit
- hoher Cholesterinspiegel
- Depressionen
- Kopfverletzungen
- Bewegungsmangel
- Diabetes Typ 2
- Rauchen
- Bluthochdruck
- starkes Übergewicht
- übermäßiger Alkoholkonsum
- soziale Isolation
- Luftverschmutzung
- Einschränkungen der Sehkraft
- Höheres Alter
- Familiäre Vorbelastung

Wie kann man sich schützen?

- Bewegung
- Geistige Fitness
- Ausgewogene Ernährung
- Ausreichend Schlaf
- Soziale Kontakte
- Verzicht auf Rauchen
- Verzicht auf Alkohol/ Alkoholkonsum beschränken
- Regelmäßige Kontrolle des Blutdrucks, des Blutzuckers, der Cholesterinwerte

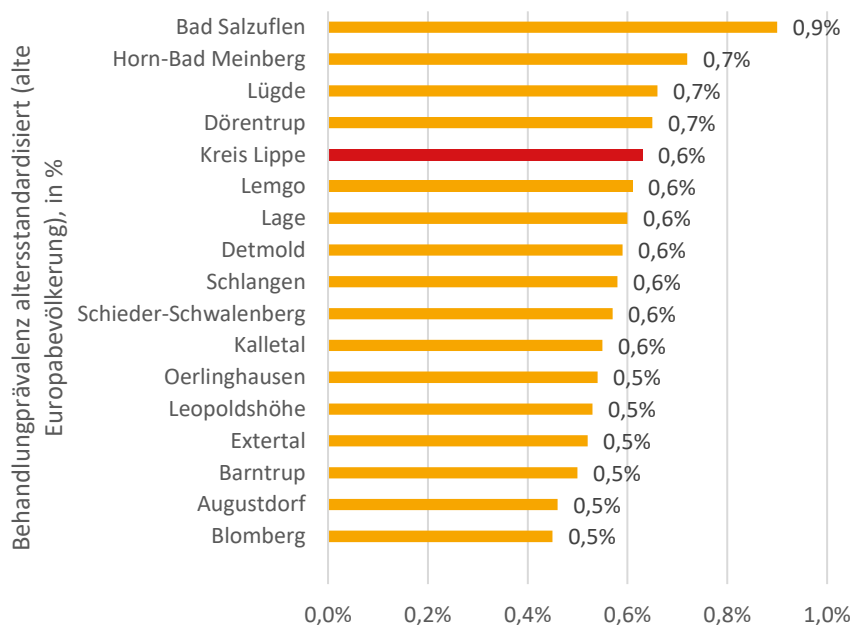


Zahlen und Fakten im Kreis Lippe

Die nachfolgenden Daten zu Demenz schließen die ICD-Kodierungen F00-F03 sowie G30 ein, da die Alzheimer-Krankheit als Kombination von F00 und G30 kodiert wird. Verschiedene Veränderungen wie Ungleichgewicht von Botenstoffen wie Acetylcholin, Eiweißablagerungen, Dopaminmangel und eine Mischung aus Umwelt- und genetischen Faktoren sowie das Lebensalter führen zu einem Absterben der Nervenzellen, z.B. bei der Alzheimer-Demenz und der Parkinson-Demenz. Bei der vaskulären Demenz führen Durchblutungsstörungen im Gehirn zu Sauerstoffmangel und nachfolgend dann zum Absterben von Nervenzellen. Sie ist nach der Alzheimer-Krankheit, die etwa 50-75% der Demenzerkrankten betrifft, mit etwa 15-25% die zweithäufigste Demenz-Form (Bir et al.,

die räumliche Nähe zu den benachbarten Kurorten Bad Pyrmont und Bad Meinberg eine Rolle spielen.

Bei Betrachtung von Krankheitsfällen nach Altersgruppen wird deutlich, dass Demenz eine stark altersassoziierte Krankheit ist. Das bedeutet, dass zwar auch junge Menschen an Demenz erkranken können, dies aber deutlich seltener vorkommt. Die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken nimmt mit steigendem Alter erheblich zu (vgl. Abbildung 11). Im Jahr 2024 waren 142 Frauen und 135 Männer unter 65 Jahren wegen einer Demenz in ärztlicher Behandlung, das entspricht einer Prävalenz von 99 bzw. 107 je 100.000 Personen dieser Altersgruppe, oder auch von 0,1% der Grundgesamtheit.



Demgegenüber lag die Prävalenz in der Altersgruppe der 65- bis 84-Jährigen bei 3,2% für die Frauen und betrug 3,0% für die Männer. In der Altersgruppe der Personen ab 85 Jahren lag die Behandlungsprävalenz von Demenz bei Frauen bei 19,4% und betrug für Männer 16,1%. Dies zeigt, dass Frauen in Lippe etwas häufiger von Demenz betroffen sind als Männer (weitere Informationen auch im Gesundheitsbericht zur seelischen Gesundheit im Kreis Lippe und im Pflege- und Sozialbericht der Quartiersentwicklung Kreis Lippe).

Abbildung 10 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Demenz im Kreis Lippe 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Im Kreis Lippe lag die altersstandardisierte Behandlungsprävalenz für Demenz im Jahr 2024 bei 0,6%, (vgl. Abbildung 10). Dabei zeigt sich, dass vor allem in Kurorten und kurortnahen Kommunen mehr Personen mit einer zu behandelnden Demenz leben als beispielsweise in dem sehr ländlich geprägten Norden. Auch unter Berücksichtigung der Altersstruktur, leben anteilig deutlich mehr Menschen mit einer Demenz in Bad Salzuflen als in anderen lippischen Kommunen. Auffällig ist auch die hohe Behandlungsprävalenz für Lügde und Dörentrup - mutmaßlich könnte hier



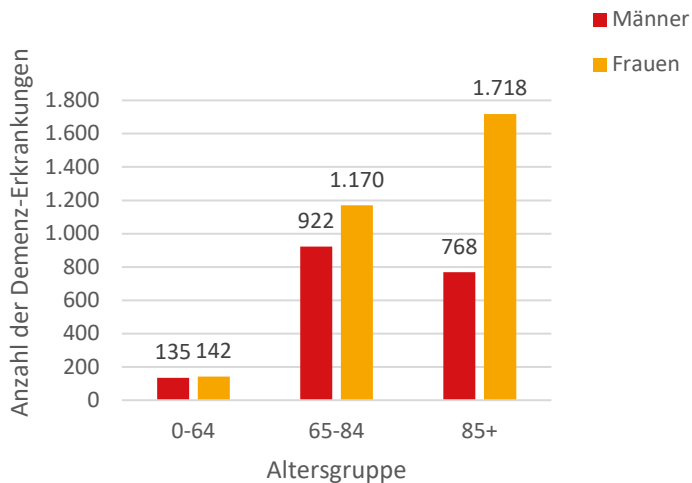


Abbildung 11 Anzahl der Demenz-Erkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

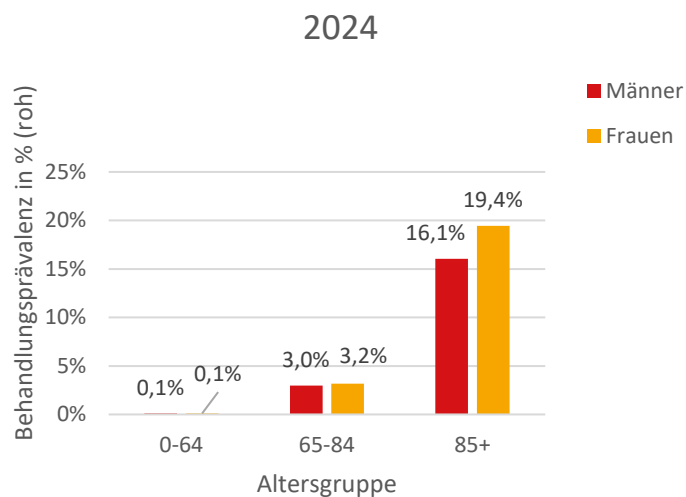


Abbildung 12 Altersspezifische Behandlungsrate von Demenz nach Geschlecht 2024 in Prozent (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

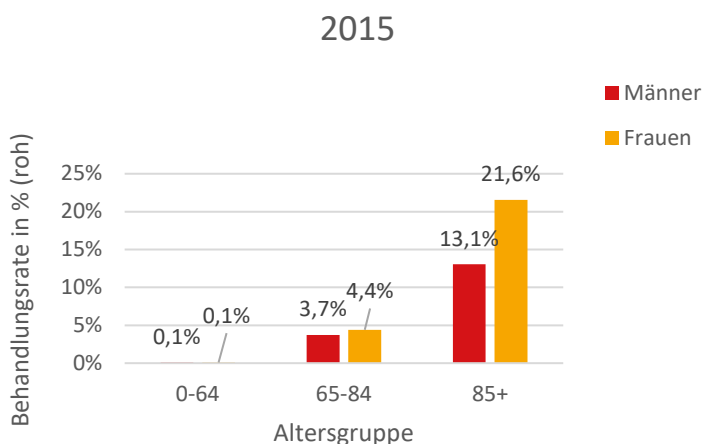


Abbildung 13 Altersspezifische Behandlungsrate von Demenz nach Geschlecht 2015 in Prozent (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Im Vergleich zum Jahr 2015 zeigt sich, dass die Behandlungsprävalenz sowohl für die Altersgruppe 65 bis 84 Jahre als auch für diejenigen, die 85 Jahre und älter sind, abgenommen haben. Dies gilt insbesondere für Frauen, die 85 Jahre oder älter sind. Im Jahr 2015 wurden noch 21,6% der hochbetagten Frauen aufgrund einer Demenz behandelt. Sieben Jahre später waren es noch 19,4%. Die einzige Ausnahme stellen hochbetagte Männer ab 85 Jahren dar. Hier stieg die Prävalenz von 13,1% auf 16,1% (s. Abbildung 13).

Diese Entwicklung zeigt sich auch, wenn man die Fallzahlen von Menschen mit Demenz im zeitlichen Verlauf betrachtet. Bis 2016 gab es eine Zunahme von Erkrankungsfällen, die seitdem jedoch rückläufig ist (vgl. Abbildung 14). Lediglich die rohe Prävalenz ist 2023 leicht angestiegen, was wahrscheinlich an der Altersstruktur liegt, denn die absoluten Zahlen sinken weiterhin. Während sich die Zunahme der Fallzahlen bis 2016 mit der demografischen Entwicklung der Bevölkerung erklären lässt, erscheint der rückläufige Trend der Erkrankungszahlen seit 2016 im Widerspruch zu dem steigenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung zu stehen. Der Anteil von Personen ab 80 Jahren hat im gesamten Kreis Lippe von 2016 bis 2024 um +11,1% zugenommen. Im selben Zeitfenster ist die rohe Behandlungsprävalenz von Demenz um -14,1% gesunken, die altersstandardisierte Prävalenz sogar um -20,6%. Mit diesem Trend ist Lippe kein Einzelfall, die rückläufigen Fallzahlen von Demenz zeichnen sich nicht nur deutschlandweit, sondern weltweit in den Industrieländern ab (Prince et al., 2016; Roehr et al., 2018). Dies wird besonders deutlich, wenn man die Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner*innen aus den Jahren 2015 und 2024 je Altersgruppe und Geschlecht betrachtet (s. Abbildung 12 und 13). In der Altersgruppe 0-64 Jahre ist der Unterschied zwischen den Jahren



noch nicht deutlich erkennbar. Bei den 65 bis 84-jährigen Männern beträgt die Differenz zum Jahr 2015 ca. 1.000 Personen je 100.000 Einwohner*innen. Demgegenüber stehen 1.500 Frauen je 100.000 Einwohner*innen. In der Altersgruppe ab 85 Jahren wird die Differenz noch größer. Im Jahr 2015 wurden ca. 2.000 Männer je 100.000 Einwohner*innen mehr behandelt als im Jahr 2024. Für die Frauen beträgt die Jahresdifferenz zwischen 2015 und 2024 sogar ca. 5.500 Personen je 100.000 Einwohner*innen. Die rohe Behandlungsprävalenz von NRW liegt in allen Jahren leicht unterhalb der Behandlungsprävalenz von Lippe. Dies wird vermutlich an dem hohen Altenquotienten im Kreis Lippe liegen. Um dies zu prüfen, müssten die altersstandardisierten Behandlungsprävalenzen verglichen werden, die für NRW nicht vorliegen.

Die Daten zur Krankheitshäufigkeit von Demenz im Gesundheitsatlas des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) bestätigen den aktuell rückläufigen Trend von Demenz (WIdO, 2023). Aufgrund der stark alternden Bevölkerungsentwicklung in Deutschland geht das RKI jedoch davon aus, dass auf lange Sicht mit einer enormen Zunahme von Demenzerkrankten zu rechnen ist, insbesondere aufgrund der geburtenstarken Baby-Boomer-Kohorten, die in den nächsten Jahren das Alter mit hoher Demenzprävalenz erreichen werden (Rommel et al. 2025).

Während die Abbildung 14 die Entwicklung der rohen und altersstandardisierten Prävalenzen in Lippe darstellt, zeigen die Abbildungen 15 bis 17 die zeitliche Entwicklung der altersstandardisierten Prävalenz der einzelnen Kommunen, gruppiert nach geografischer Lage. Dabei zeichnet sich insgesamt der rückläufige Trend der Behandlungsprävalenzen ab, es zeigen sich aber auch Unterschiede zwischen den Kommunen: Über den gesamten Zeitraum weisen Augustdorf, Barntrop und Extertal die niedrigsten Behandlungsprävalenzen auf. Während in den nördlichen Kommunen die Prävalenz bereits überwiegend ab dem Jahr 2015 rückläufig ist, verzeichnen Detmold, Schlangen, Blomberg, Horn-Bad Meinberg, Augustdorf und Oerlinghausen bis 2017 noch steigende Behandlungsraten. In Bad Salzuflen ist die Behandlungsprävalenz im Zeitraum 2015-2024 ähnlich hoch geblieben und lediglich um -7,5% gesunken. Die Behandlungsprävalenz sank am stärksten in der Stadt Oerlinghausen (2015-2024: -44,7%), gefolgt von der Gemeinde Kalletal mit einer Abnahme von -38,4%. Besonders auffällig ist der Anstieg im Jahr 2023 in der Gemeinde Dörentrup um +55,5% im Vergleich zum Vorjahr. Hierbei handelt es sich wahrscheinlich um einen statistischen Ausreißer, da auch in Dörentrup insgesamt ein rückläufiger Trend zu beobachten ist.

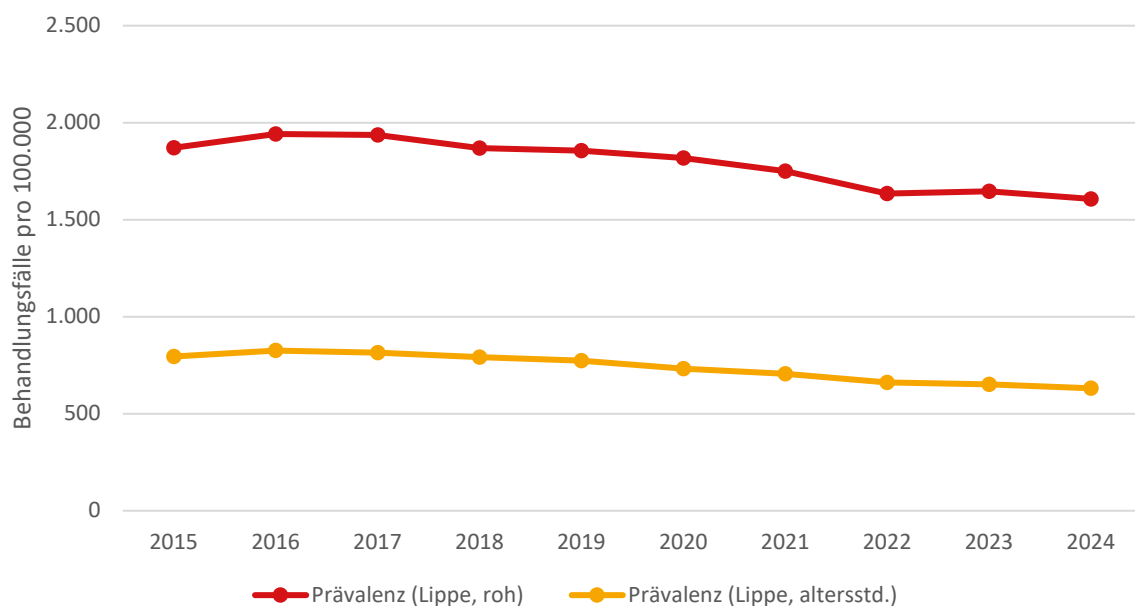


Abbildung 14 Rohe und altersstandardisierte Prävalenzen von Demenz im Zeitverlauf in Lippe (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



Lippe Nord

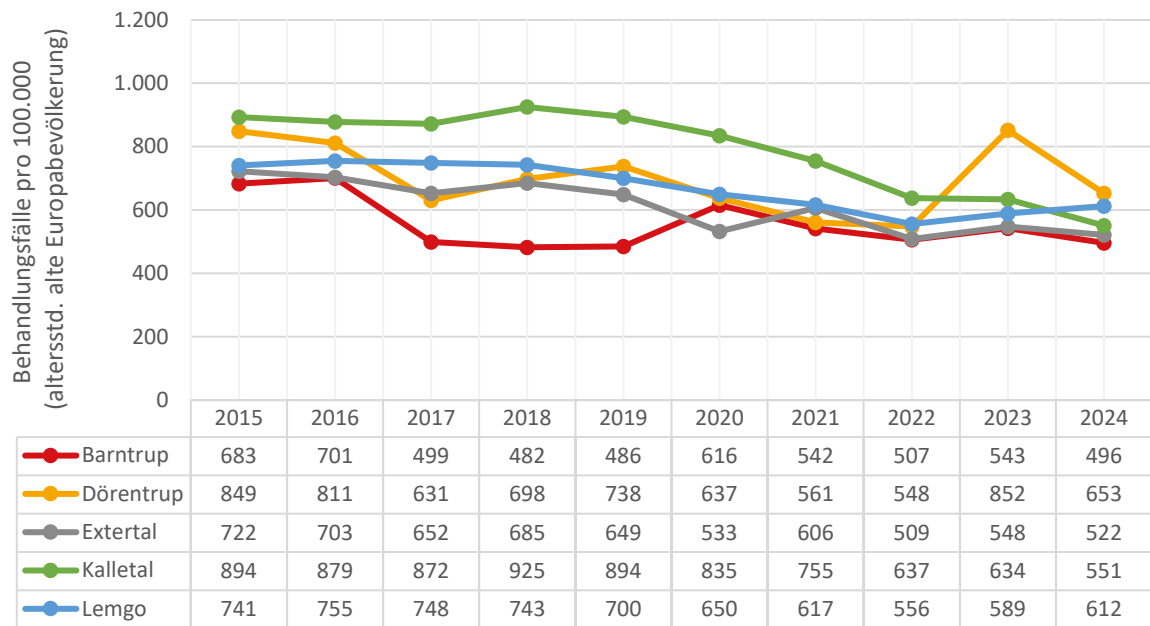


Abbildung 15 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Demenz im Zeitverlauf in Lippe Nord (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Lippe Süd

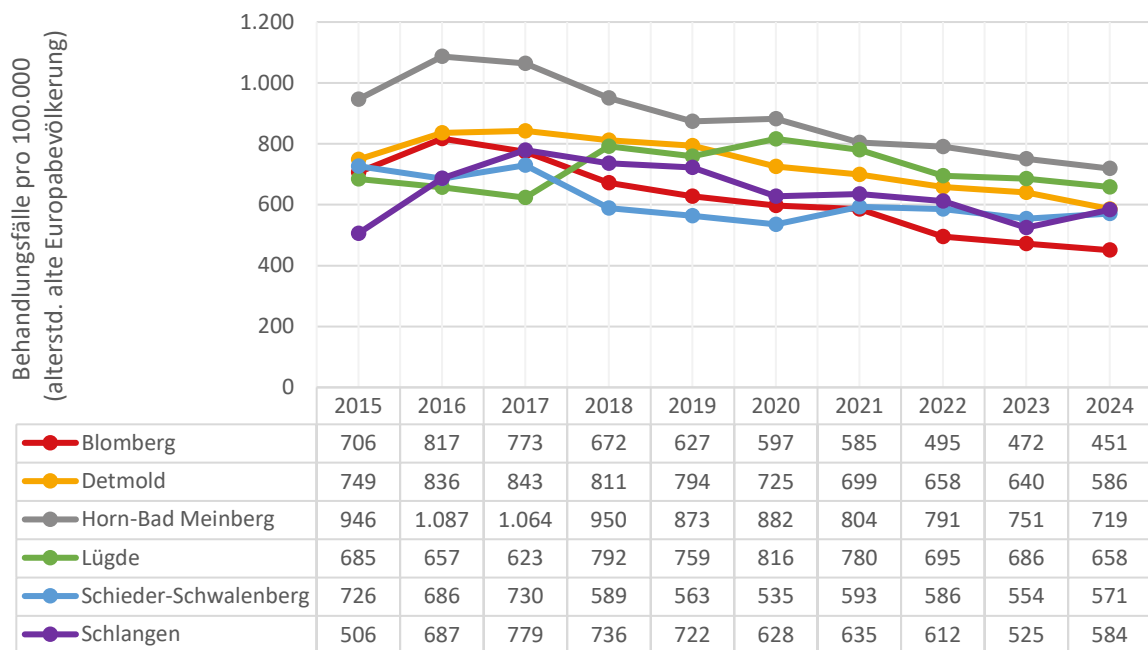


Abbildung 16 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Demenz im Zeitverlauf in Lippe Süd (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



Lippe West

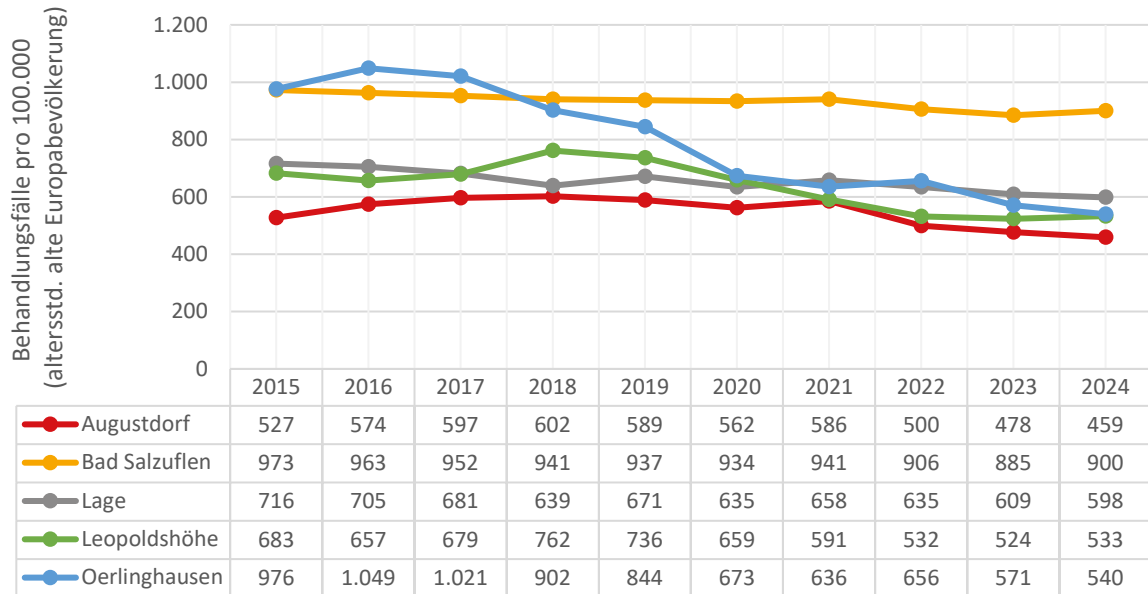


Abbildung 17 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Demenz im Zeitverlauf in Lippe West (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

- Personen aus Bad Salzuflen wurden im Jahr 2024 häufiger wegen einer Demenz behandelt als Personen aus dem übrigen Kreisgebiet und liegen somit deutlich über dem Kreisdurchschnitt.
- Für die Kommunen, bei denen die Behandlungsprävalenz über dem Kreisdurchschnitt liegt, empfiehlt es sich, sowohl präventive als auch unterstützende Angebote für Betroffene und Angehörige auszuweiten.
- Präventive Angebote sollten vor allem auf die Zielgruppe der älteren Menschen zugeschnitten werden. Parallel sollten die Bedarfe der Generation der Babyboomer frühzeitig erfasst werden.



4.1.2 Typ-2-Diabetes

Was ist das?

Diabetes ist eine Stoffwechselerkrankung, bei der der Blutzuckerspiegel ansteigt. Beim Typ-2-Diabetes wird das Insulin, das für die Regulierung des Blutzuckers verantwortlich ist, von den Körperzellen immer schlechter aufgenommen und verwertet.

Was bedeutet das für die Betroffenen?

- Erhöhtes Risiko für Herz- und Gefäßkrankheiten (Herzinfarkt, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen der großen Blutgefäße)
- Verminderte Sehkraft
- Schäden an Nerven und Nieren
- Diabetischer Fuß (erhöhtes Risiko von Amputationen)
- Müdigkeit und Abgeschlagenheit (Kulzer et al., 2022)

Was begünstigt eine Erkrankung?

- Übergewicht
- Bewegungsmangel
- Ballaststoffarme, fett- und zuckerreiche Ernährung
- Höheres Alter
- Bestimmte Medikamente, die den Zucker-Stoffwechsel verschlechtern
- Familiäre Vorbelastung

Wie kann man sich schützen?

- Bewegung
- Ausgewogene Ernährung
- Verzicht auf Rauchen
- Verzicht auf Alkohol/ Alkoholkonsum beschränken
- Stressmanagement
- Ausreichend Schlaf

Zahlen und Fakten im Kreis Lippe

Der überwiegende Teil der Diabeteserkrankungen wird in zwei Typen unterschieden, Typ 1 und Typ 2. Während beim Typ-1-Diabetes kein Insulin vom Körper produziert wird und dadurch eine Insulingabe zwingend erforderlich ist, kann der Körper beim Typ-2-Diabetes das produzierte Insulin nicht ausreichend nutzen. In Deutschland sind laut Robert Koch-Institut (RKI) über 90% der Diabetiker*innen von einem Typ-2-Diabetes betroffen, der überwiegend im mittleren oder höherem Erwachsenenalter auftritt (RKI GBE, 2025). Die folgenden Daten schließen die ICD-Kodierungen „E10.“ bis „E14.“ ein und beschränken sich auf den Typ-2-Diabetes.

Die altersstandardisierte Behandlungsprävalenz für Typ-2-Diabetes lag im Jahr 2024 im Kreis Lippe bei 5,1%

(s. Abbildung 18). Es fällt auf, dass insbesondere in den ländlichen Regionen, die nördlich gelegen sind, die Prävalenz höher war als im übrigen Kreisgebiet. Dies betrifft vor

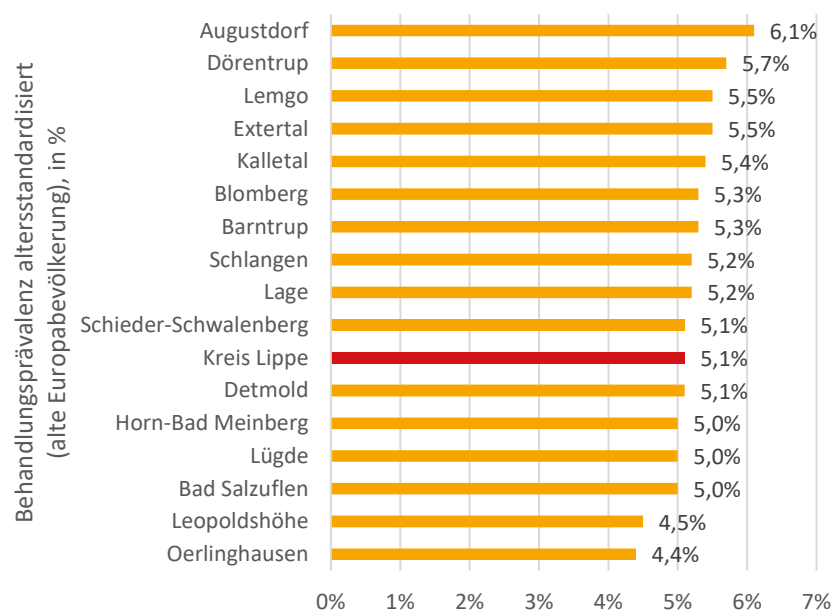


Abbildung 18 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Typ-2-Diabetes im Kreis Lippe 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



allem Dörentrup (5,7%), Extertal (5,5%) und Kalletal (5,4%). In Augustdorf, das südwestlich gelegen ist, wurden im Jahr 2024 sogar 6,1% aufgrund eines Typ-2-Diabetes behandelt. Von den bevölkerungsreichsten Städten des Kreises lagen Lemgo mit 5,5% und Blomberg mit 5,3% deutlich über dem Kreisdurchschnitt, die Stadt Lage (5,2%) nur knapp darüber. Die Prävalenzen in den Kurorten bzw. kurortnahen Kommunen sowie der Stadt Detmold lagen unterhalb des Kreisdurchschnitts. Dies könnte dafür sprechen, dass Menschen in diesen Ortschaften einen gesünderen Lebensstil haben. Die Betrachtung der Behandlungsfälle nach Alter bestätigt, dass Typ-2-Diabetes im mittleren und höheren Erwachsenenalter auftritt. Vereinzelt gab es in der Altersgruppe 0-44 Jahre (s. Abbildung 19). Ab einem Alter von 45 Jahren stiegen die Fallzahlen an (n=7.547) und erreichten den Höhepunkt in der Altersgruppe 65-84 Jahre mit 12.835 Erkrankungen. Ab einem Alter von 85 Jahren dominierten die Frauen (n=2.202) gegenüber den Männern (n=1.310), was auf die höhere Lebenserwartung der Frauen zurückzuführen ist. Wenn die Fallzahlen ins Verhältnis zu der Gesamtbevölkerung gesetzt werden, nahm die Häufigkeit mit steigendem Alter stetig zu und wies die höchste Prävalenz in der Altersgruppe ab 85 Jahre für beide Geschlechter (Männer: 27,4%, Frauen: 24,9%) auf (s. Abbildung 20). Da Typ-2-Diabetes maßgeblich durch den Lebensstil beeinflussbar ist, und es bekannt ist, dass Frauen gesundheitsbewusster leben als Männer, ist es nicht überraschend, dass Männer häufiger von Typ-2-Diabetes betroffen sind als Frauen (RKI GBE, 2023).

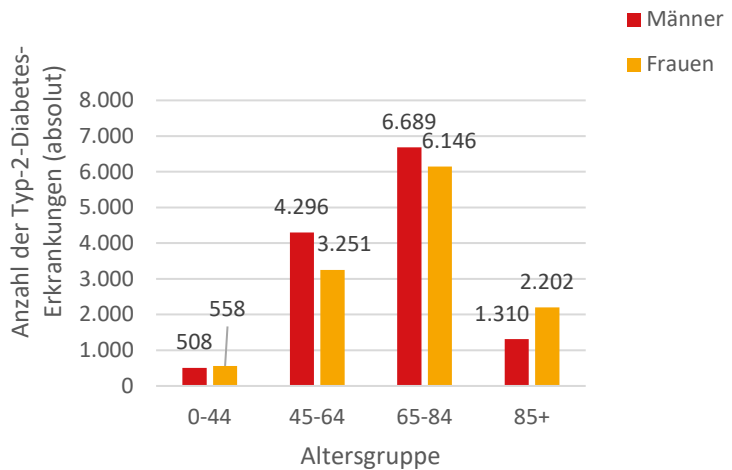


Abbildung 19 Anzahl der Typ-2-Diabetes-Erkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

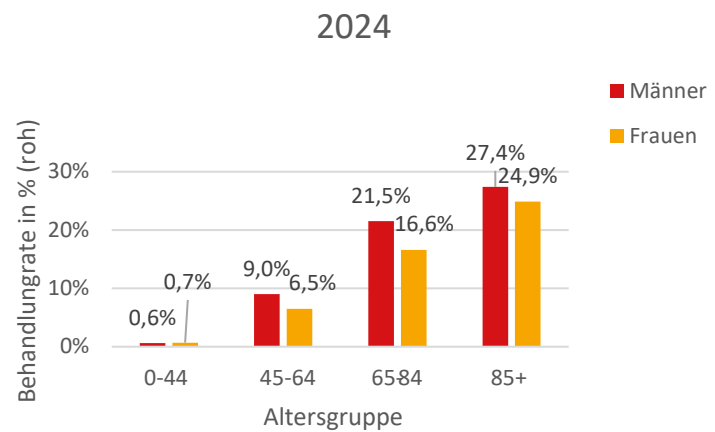


Abbildung 20 Altersspezifische Behandlungsrate von Typ-2-Diabetes nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 in Prozent (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

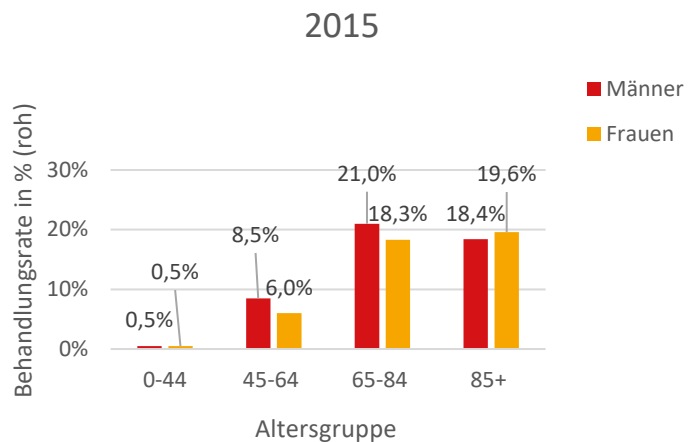


Abbildung 21 Altersspezifische Behandlungsrate von Typ-2-Diabetes nach Altersgruppen und Geschlecht 2015 in Prozent (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



Im zeitlichen Verlauf sind keine großen Auffälligkeiten erkennbar. Von 2015 bis 2024 stieg die rohe Behandlungsprävalenz um +3,2%, die altersstandardisierte um +4,2% (vgl. Abbildung 22). Die Zunahme lässt sich zum einen durch die Alterung der Gesellschaft zum anderen aber auch durch verbesserte Behandlungsmöglichkeiten von Typ-2-Diabetes begründen, wodurch es zu weniger vorzeitigen Sterbefällen kommt (RKI GBE, 2025). Dies zeigt sich ebenfalls, wenn man die altersspezifischen Behandlungsraten der Jahre 2015 und 2024 direkt miteinander vergleicht (s. Abbildung 20 und 21). In allen Altersgruppen gab es für beide Geschlechter leichte Zunahmen, insbesondere die Rate in der Altersgruppe ab 85 Jahre. Bei Männern stieg die Rate von 18,4% auf 27,4% bei Frauen von 19,6% auf 24,9%. Insbesondere bei den älteren Personen ist davon auszugehen, dass diese Patient*innen bereits bekannt waren und 2024 in einer anderen Altersgruppe erfasst wurden. Eine Zunahme war auch bei jüngeren Personen zu beobachten, sowohl in der Altersgruppe 0-44 Jahre als auch in der Altersgruppe 45-64 Jahre. Laut der AOK Hessen hat sich die Zahl der jungen Betroffenen von 2011 bis 2024 verdoppelt. Dies sei besorgniserregend, da Typ-2-Diabetes eine Erkrankung ist, die vor allem im höheren Lebensalter auftritt (AOK Hessen, 2024). Auch

die Nationale Diabetes-Surveillance am RKI (2025) bestätigt diesen Trend.

Die Abbildungen 23-25 zeigen die zeitliche Entwicklung der altersstandardisierten Prävalenz der einzelnen Kommunen, gruppiert nach geografischer Lage. Auch in den einzelnen Kommunen sind keine großen Auffälligkeiten zwischen 2015-2024 zu erkennen. In den meisten Kommunen ist ein leicht steigender Trend von Typ-2-Diabetes ersichtlich. Schlangen (+0,8 Prozentpunkte) und Extertal (+0,7 Prozentpunkte) wiesen den höchsten Zuwachs im Beobachtungszeitraum auf. Die Gemeinde Augustdorf stach jedoch mit einer konstant hohen Prävalenz (durchschnittliche Prävalenz: 6,1%) heraus. Einen leicht rückläufigen Trend wiesen lediglich Horn-Bad Meinberg (-0,4 Prozentpunkte) und Oerlinghausen (-0,1 Prozentpunkte) auf.

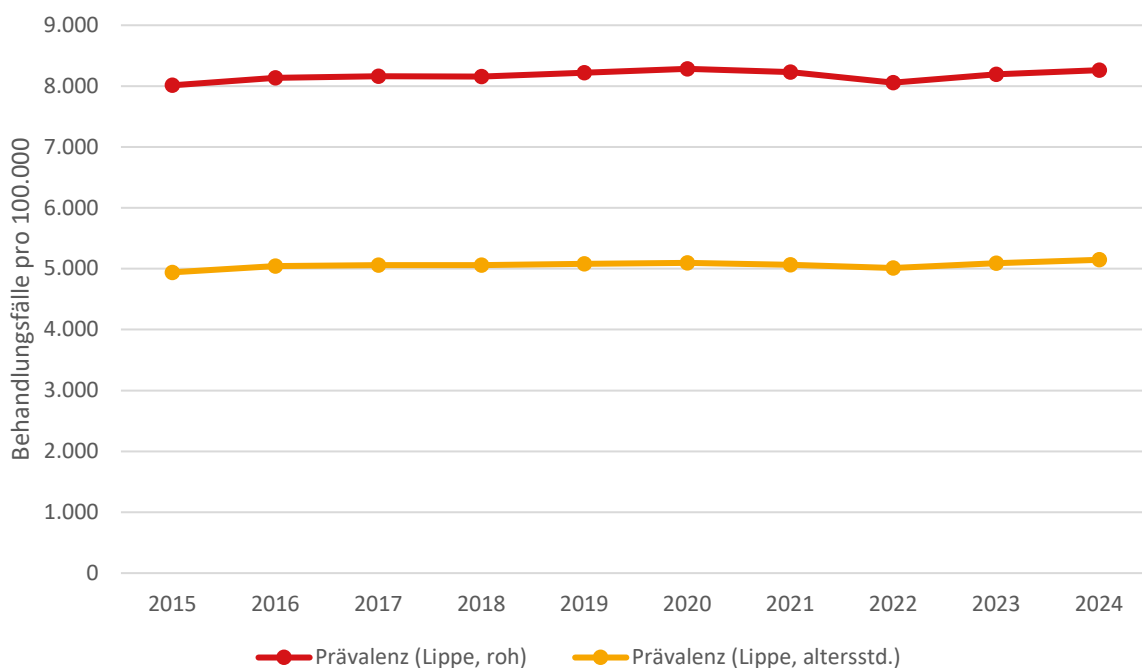


Abbildung 22 Rohe und altersstandardisierte Prävalenzen von Typ-2-Diabetes im Zeitverlauf in Lippe und Nordrhein-Westfalen (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



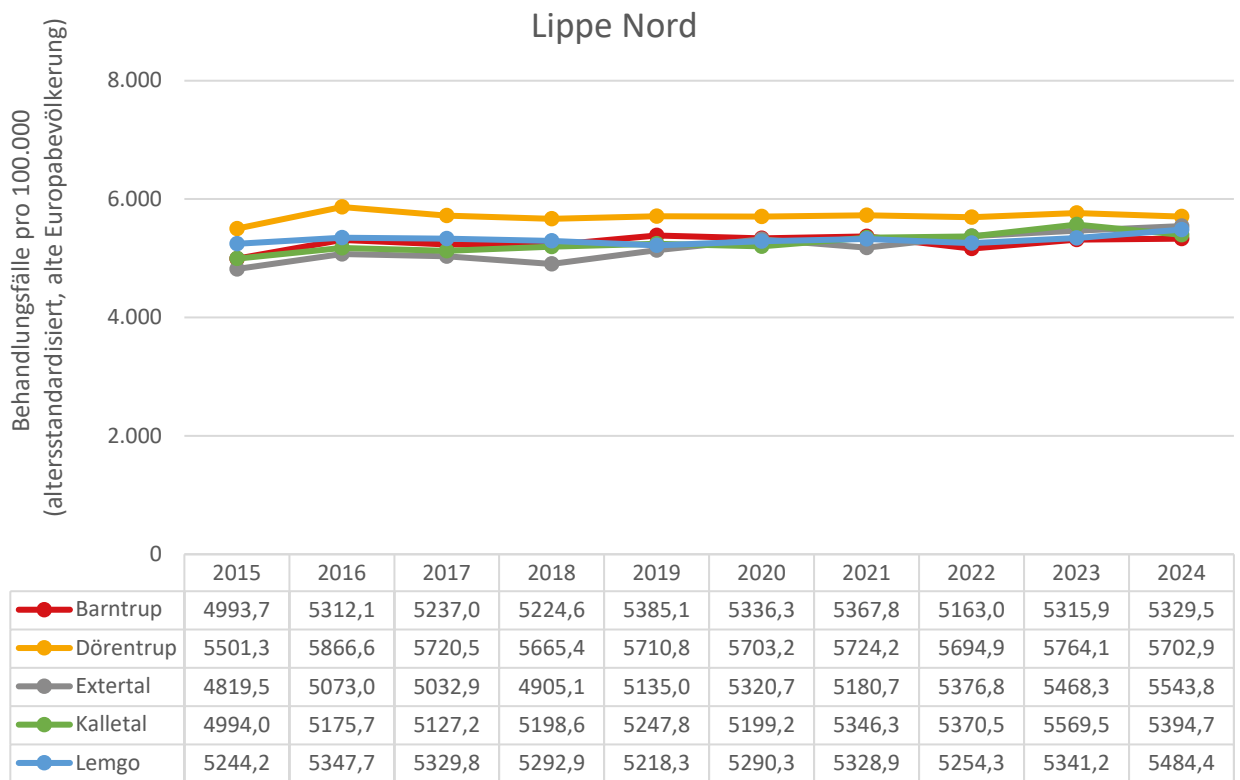


Abbildung 23 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Typ-2-Diabetes im Zeitverlauf in Lippe Nord (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

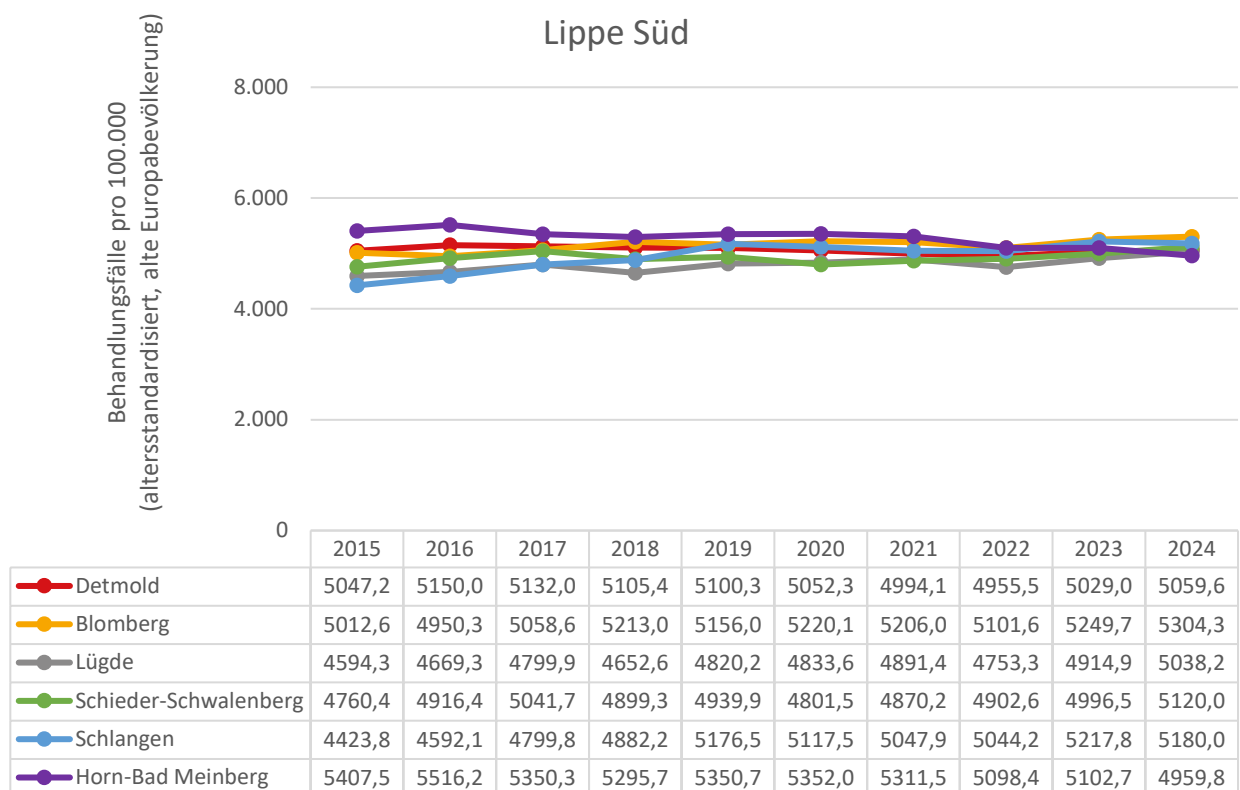


Abbildung 24 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Typ-2-Diabetes im Zeitverlauf in Lippe Süd (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



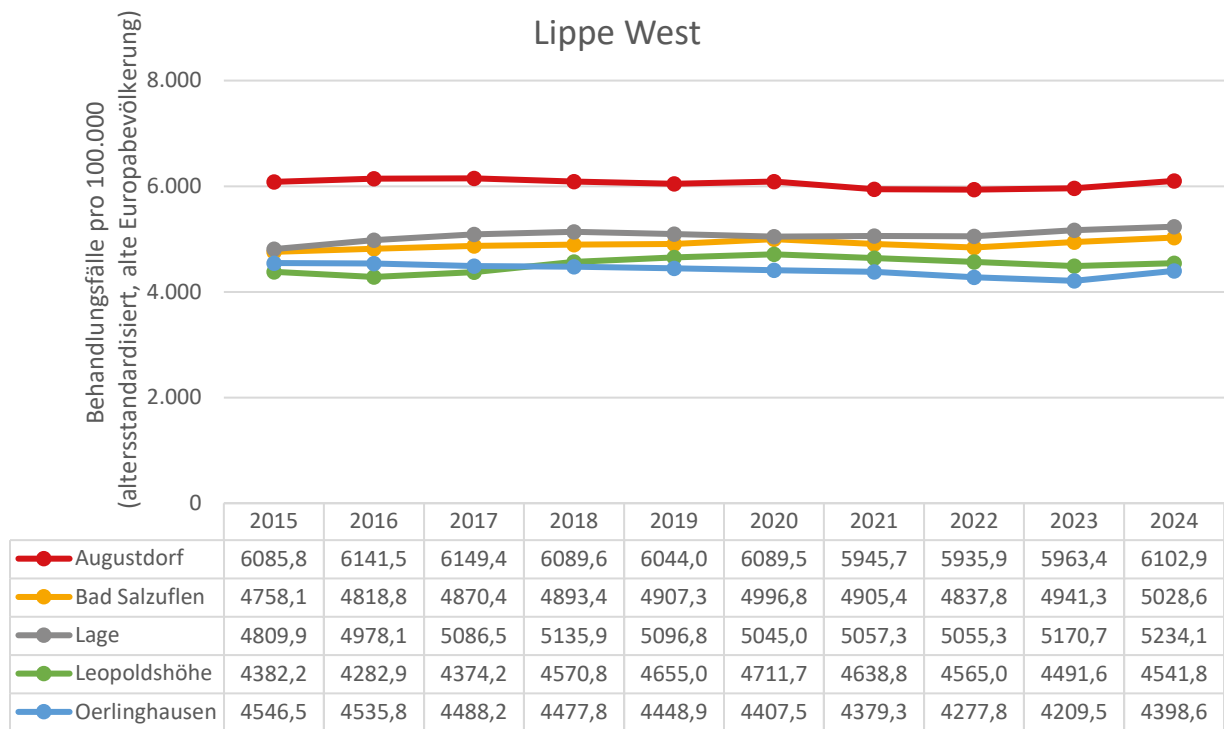


Abbildung 25 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Typ-2-Diabetes im Zeitverlauf in Lippe West (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

- Die Erkrankungszahlen von Typ-2-Diabetes nehmen weiterhin zu. Insbesondere der Anstieg unter den Jüngeren sollte beobachtet werden. Es sollte mit zielgruppenspezifischen Präventionsangeboten diesem Trend entgegengewirkt werden.
- Die Gemeinde Augustdorf weist über die Jahre hinweg die höchste Prävalenz von Typ-2-Diabetes auf. Hier sollte geprüft werden, ob die Präventionsmaßnahmen ausgebaut werden können. Aufgrund des hohen Anteils von Menschen mit Migrationshintergrund in der Gemeinde sollten kultursensible Maßnahmen entwickelt werden.
- Die Gemeinden Schlangen und Extertal sollten aufgrund des steigenden Trends der Behandlungsprävalenz von Typ-2-Diabetes weiterhin beobachtet werden. Gegebenenfalls sind hier ebenfalls Präventionsangebote auszubauen.



4.1.3 Hypertonie

Was ist das?

Von Hypertonie spricht man, wenn der Blutdruck in den arteriellen (vom Herzen wegführenden) Gefäßen dauerhaft erhöht ist. Dies ist der Fall, wenn der systolische Wert ≥ 140 mmHg und/oder der diastolische Wert ≥ 90 mmHg beträgt. Der systolische Wert entspricht dem Druck, wenn der Herzmuskel sich maximal anspannt und das Blut in den Körper pumpt. Der diastolische Wert dagegen gibt den Druck an, wenn der Herzmuskel entspannt ist.

Was bedeutet das für die Betroffenen?

- Erhöhtes Risiko für Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall und Herzinsuffizienz
- Schäden an der Netzhaut
- Nierenschäden
- Reduzierte Leistungsfähigkeit (Schwindel, Kopfschmerzen, Kurzatmigkeit, Müdigkeit)

Was begünstigt eine Erkrankung?

- Übergewicht
- Bewegungsmangel
- Hoher Alkoholkonsum
- Rauchen
- Erbliche Veranlagung
- Anhaltender Stress
- Unausgewogene Ernährung (hoher Salzkonsum)
- Höheres Alter
- Schlafstörungen
- Bestimmte Medikamente (Schmerz- und Rheumamittel)
- Migräne (Entonen et al., 2022)
- Depression (Mancia et al., 2023)
- Lärm (Mancia et al., 2023)

Wie kann man sich schützen?

- Ausreichend Bewegung (vor allem Ausdauersportarten wie Radfahren, Walking, Schwimmen)
- Normalgewicht
- Weniger Salz zu sich nehmen
- Erhöhte Kaliumzufuhr (Mancia et al., 2023)
- Alkoholkonsum reduzieren
- Stressmanagement
- Verzicht aufs Rauchen



Zahlen und Fakten im Kreis Lippe

Die im nachfolgenden betrachtete Hypertonie basiert auf dem ICD-10-Code „I10“. Laut der Global Burden of Disease (GBD) Studie von 2021 sind ca. 10,9 Millionen Menschen aufgrund von Bluthochdruck gestorben. Da Hypertonie ein Hauptrisikofaktor sowohl für kardiovaskuläre Erkrankungen, wie Schlaganfall, als auch Niereninsuffizienz ist, stellt sie eine der wichtigsten behandelbaren Risikofaktoren dar (He et al., 2025; RKI, 2023a). 75% der behandelten Personen in Deutschland erzielen durch eine Therapie normale Blutdruckwerte (Hochdruckliga, 2024).

Im Kreis Lippe lag die altersstandardisierte Behandlungsprävalenz für Hypertonie im Jahr 2024 bei 18,1% (s. Abbildung 26). Die meisten Kommunen lagen oberhalb des Kreisdurchschnitts. Dabei wiesen Schieder-Schwalenberg (20,9%), Augustdorf (20,6%), Horn-Bad Meinberg (20,6%) und Lügde (20,4%) die höchsten Prävalenzen auf. In Oerlinghausen wurden demgegenüber nur 15,3% mit Bluthochdruck behandelt. Betrachtet man die regionale Verteilung von stark betroffenen und weniger stark betroffenen Kommunen sind keine regionalen Auffälligkeiten festzustellen. Die Kommunen mit höheren als auch niedrigeren Prävalenzen verteilen sich über das gesamte Kreisgebiet.

Bei der Betrachtung der Alters- und Geschlechtsverteilung fällt auf, dass das Risiko an einem erhöhten Blutdruck zu leiden mit

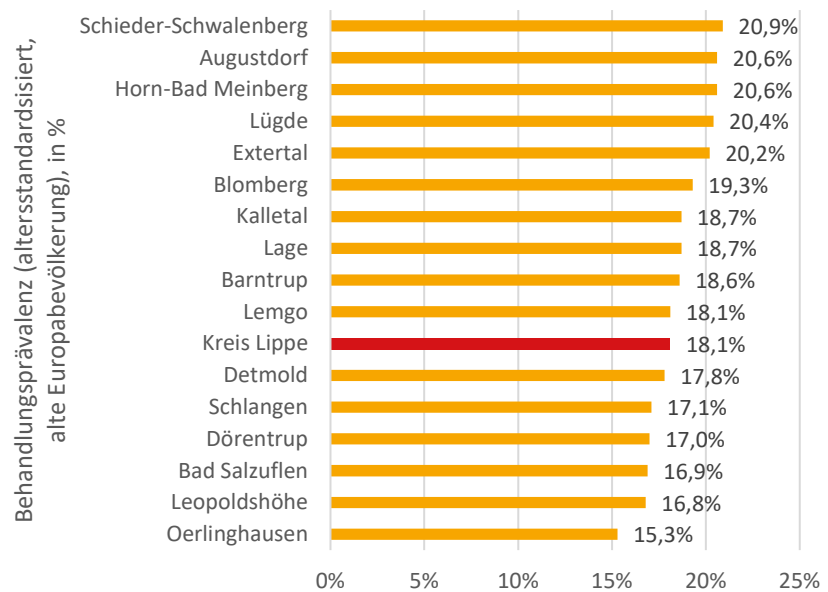


Abbildung 26 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Hypertonie im Kreis Lippe 2024 in Prozent (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

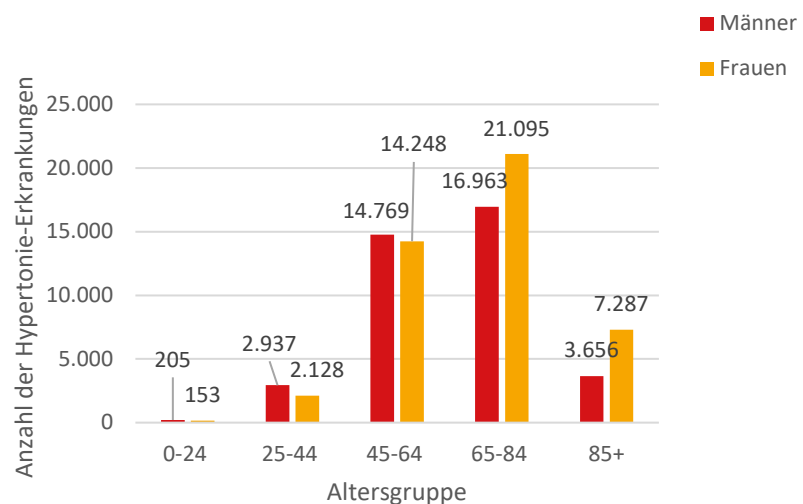


Abbildung 27 Anzahl der Hypertonie-Erkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

dem Alter zunimmt (vgl. Abbildung 27 und 28). Waren in der Altersgruppe 25-44 Jahre noch 7,2% (n=2.937) der Männer und 5,4% (n=2.128) der Frauen betroffen, waren es in der Altersgruppe 45-64 Jahre fast fünfmal so viele Männer und siebenmal so viele Frauen. Zu der nächsten Altersgruppe (65-84 Jahren) hat sich die Prävalenz noch einmal nahezu verdoppelt, sodass bei 54,5% (n=16.963) der Männer und 57,1% (n=21.095) der Frauen Bluthochdruck diagnostiziert wurde. Bei den Hochbetagten ab



2024

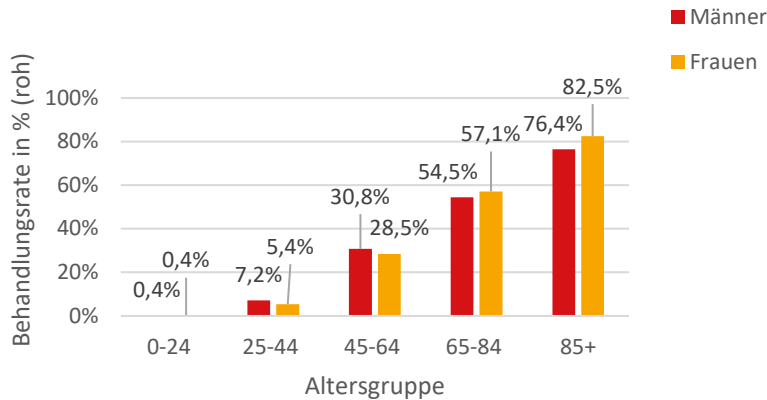


Abbildung 28 Altersspezifische Behandlungsrate von Hypertonie nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

2015

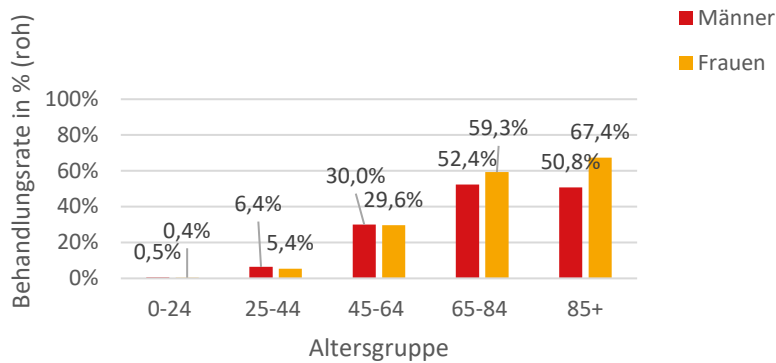


Abbildung 29 Altersspezifische Behandlungsrate von Hypertonie nach Altersgruppen und Geschlecht 2015 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

85 Jahre waren 7.287 Frauen und 3.656 Männer von Bluthochdruck betroffen. Ab 65 Jahren wurden mehr Frauen als Männer aufgrund von Bluthochdruck behandelt. Dies hängt mit der höheren Lebenserwartung der Frauen zusammen, da hier die rohe Behandlungsrate abgebildet ist. In den übrigen Altersgruppen litten aber Männer häufiger als Frauen an Hypertonie. Vermutlich liegt hier der gesündere Lebensstil von Frauen zugrunde und dabei maßgeblich das Rauchverhalten (rauchende Männer: 16,4%; rauchende Frauen: 12,7%; Olderbak et al., 2025) (RKI, 2023). Zudem hat das Hormon Östrogen einen protektiven Einfluss auf das kardiovaskuläre System (Sudano et al., 2023). Aufgrund des demografischen Wandels sowie der höheren die Prävalenzen im Betrachtungs-

Lebenserwartung ist es nicht überraschend, dass in der Altersgruppe ab 85 Jahren die Prävalenzen im Betrachtungszeitraum gestiegen sind (Männer: +50,5%, Frauen: +22,4%) (s. Abbildung 29).

Im zeitlichen Verlauf sind die Prävalenzen stabil geblieben und es gibt keine nennenswerten Veränderungen (s. Abbildung 30). Zwar konnte in den letzten Jahren in Ländern mit hohem Einkommen, zu denen Deutschland zählt, ein rückläufiger Trend der Hypertonie Prävalenz beobachtet werden (Mills et al., 2024). Dennoch ist fast jeder Dritte in Deutschland von Bluthochdruck betroffen (Epidemiologisches Bulletin, 2015; WIdO, 2023a).



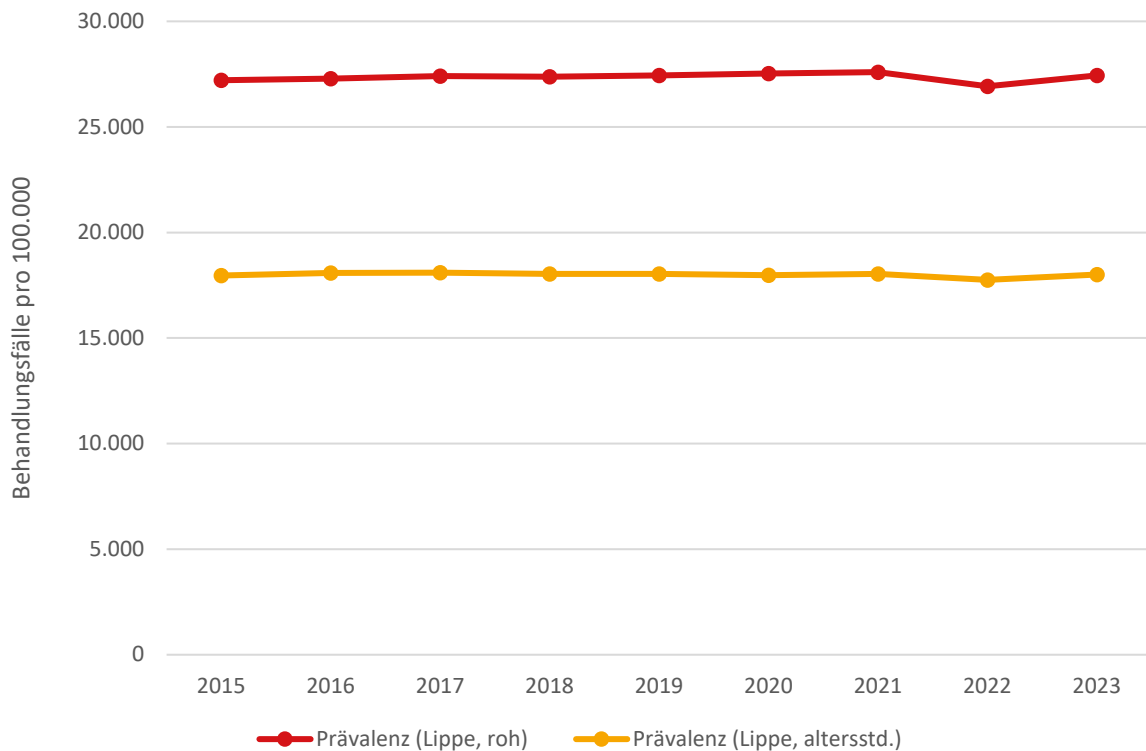


Abbildung 30 Rohe und altersstandardisierte Prävalenzen von Hypertonie im Zeitverlauf in Lippe (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Auch in den einzelnen Kommunen des Kreises Lippe sind im Zeitraum 2015-2024 die Behandlungsraten stabil geblieben (s. Abbildung 31-33). Der Anteil der Betroffenen beläuft sich im Jahr 2024 zwischen 15,3% in Oerlinghausen und 20,9% in Schieder-Schwalenberg. Lediglich in Dörentrup kam es zu einem erkennbaren rückläufigen Trend. 2015 wurde bei 20,4% der Menschen eine Hypertonie diagnostiziert. Bis 2021 nahm die Prävalenz um -20% ab, sodass der Anteil der Betroffenen 16,8% betrug. In den Folgejahren kam es wieder zu vermehrten Diagnosestellungen (2022: 17,7%; 2023: 17,6%; 2024: 17%). Damit weist Dörentrup aber immer noch eine der geringsten Prävalenzen im Kreisgebiet auf.



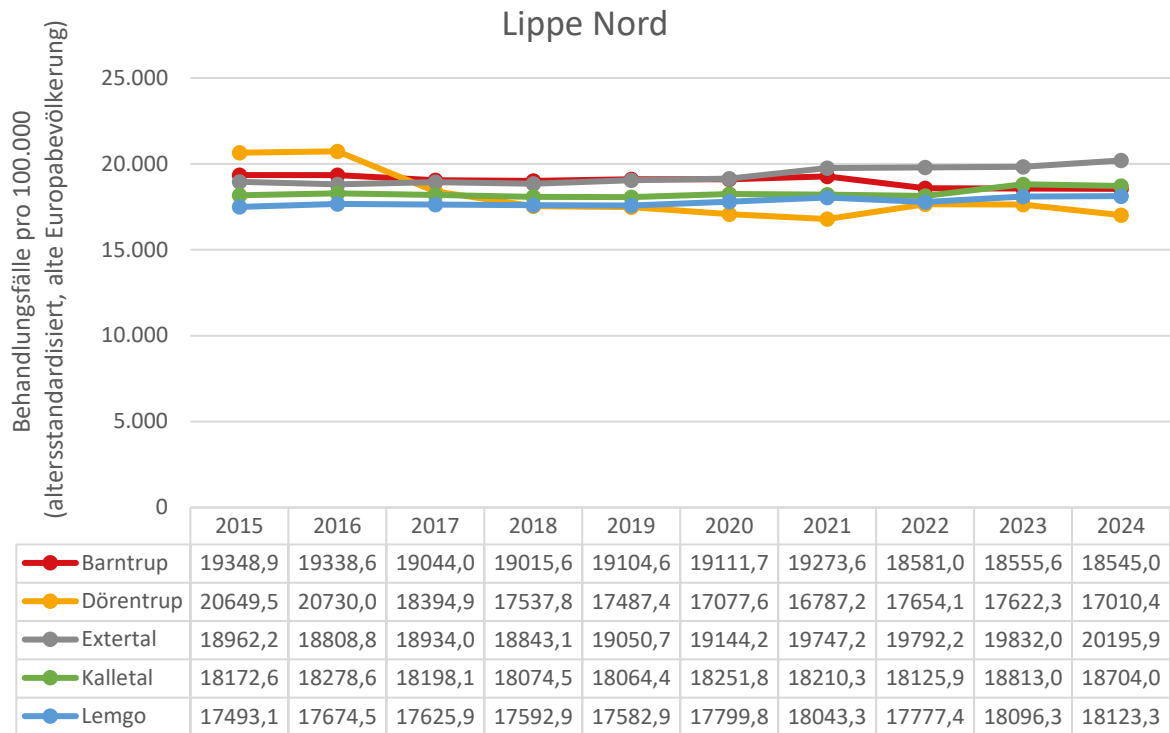


Abbildung 31 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Hypertonie im Zeitverlauf in Lippe Nord (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

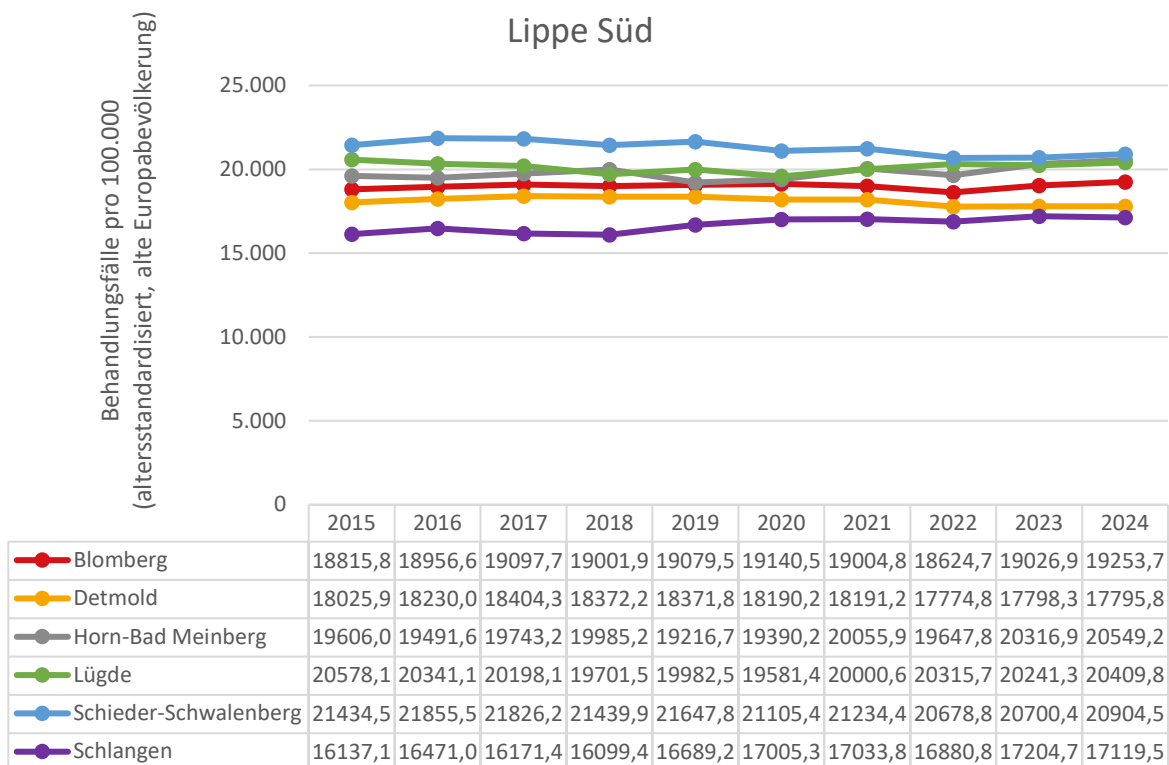


Abbildung 32 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Hypertonie im Zeitverlauf in Lippe Süd (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



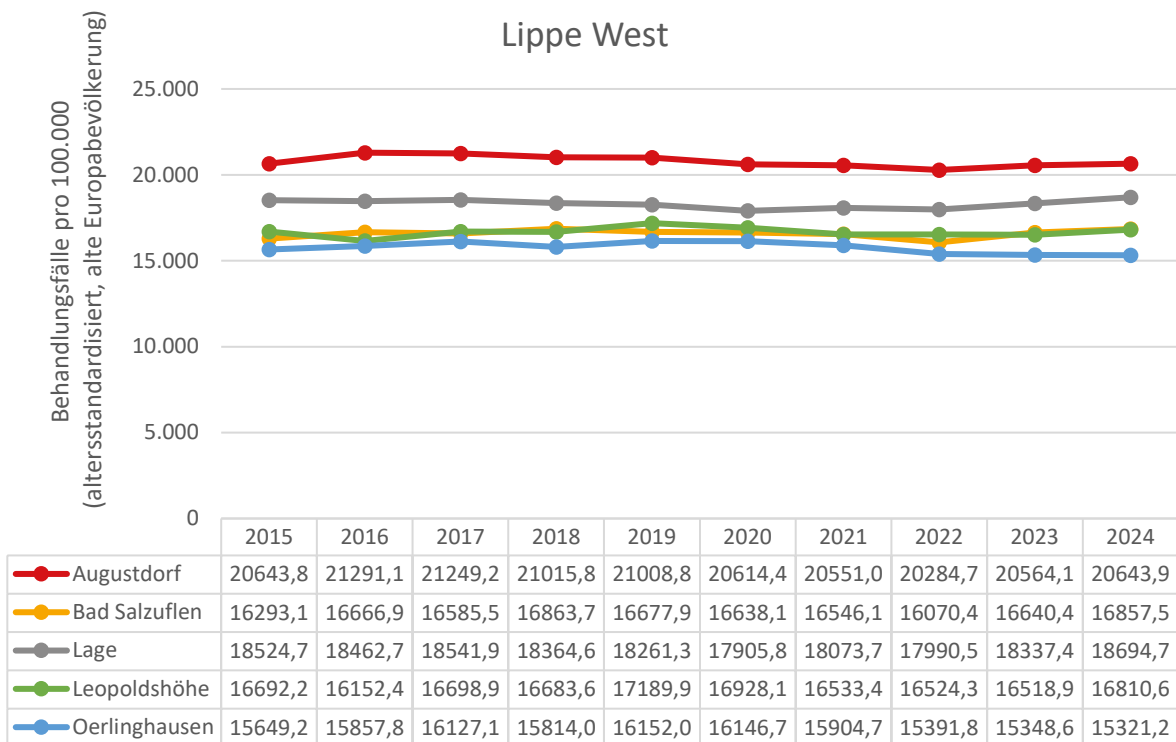


Abbildung 33 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Hypertonie im Zeitverlauf in Lippe West (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

- Hypertonie ist einer der größten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen und Niereninsuffizienz und bietet gleichzeitig ein enormes Präventionspotenzial, da die Maßnahmen auf eine Lebensstilveränderung abzielen.
- Der Anteil der Betroffenen mit Hypertonie ist im Zeitraum 2015-2024 stabil hoch geblieben, sodass über neue Präventionsstrategien nachgedacht werden muss.
- Insbesondere sollten bei den Präventionsmaßnahmen beide Geschlechter berücksichtigt werden.



4.1.4 Rückenschmerzen

Was ist das?

Rückenschmerzen treten im Bereich der Wirbelsäule auf und entstehen oft durch muskuläre Verspannungen, Fehlstellungen oder Erkrankungen der Wirbelsäule. Je nach Dauer der Beschwerden wird zwischen akuten und chronischen Rückenschmerzen unterschieden. Im Bereich der Lendenwirbelsäule spricht man häufig von Kreuz- statt Rückenschmerzen.

Was bedeutet das für die Betroffenen?

- Schmerzen und Verspannungen
- Einschränkung in der Bewegungsfreiheit
- Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit
- Beeinträchtigung in der sozialen Teilhabe
- Risiko der Chronifizierung bei unzureichender Behandlung

Was begünstigt eine Erkrankung?

- Bewegungsmangel und eine schwache Rumpfmuskulatur
- Übergewicht
- Fehlhaltung des Körpers
- Schwere körperliche Arbeit
- Langes unbewegliches Sitzen
- Anhaltender Stress
- Schwangerschaften
- Rauchen
- erbliche Veranlagung

Wie kann man sich schützen?

- Regelmäßige körperliche Bewegung
- Rückentraining
- Stressmanagement und Entspannungstechniken
- Ergonomischer Arbeitsplatz
- rückschonendes Heben und Tragen
- frühzeitige Behandlung bei Rückenschmerzen



Zahlen und Fakten im Kreis Lippe

Rückenschmerzen (ICD-Code: M54) belegen laut den Krankenkassen Platz 1 der häufigsten Diagnosen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland. Knapp ein Viertel (25%) lässt sich jährlich aufgrund dieser Schmerzerkrankung behandeln (Krankenkassen Deutschland, 2025). Im Kreis Lippe betrug die altersstandardisierte Behandlungsprävalenz im Jahr 2024 9,8% (s. Abbildung 35).

Am häufigsten haben sich die Menschen in Horn-Bad Meinberg (12,6%) aufgrund von Rückenschmerzen behandeln lassen. Gefolgt von Barntrup (12,3%) und Lügde (11,5%). Es fällt auf, dass Städte mit hohen Einwohnerzahlen über dem Kreisdurchschnitt liegen. Möglicherweise wird dies durch die Bürojob-Dichte in größeren Städten beeinflusst. Laut der Studie der Techniker Krankenkasse „Beweg dich, Deutschland!“ (2022) nimmt die Tätigkeit im Sitzen mit steigender Einwohner*innenzahl zu. Auch scheint das Home-Office zunehmend von Bedeutung zu sein. 46% aller Befragten gaben an, dass sie immerhin ab und zu von zuhause

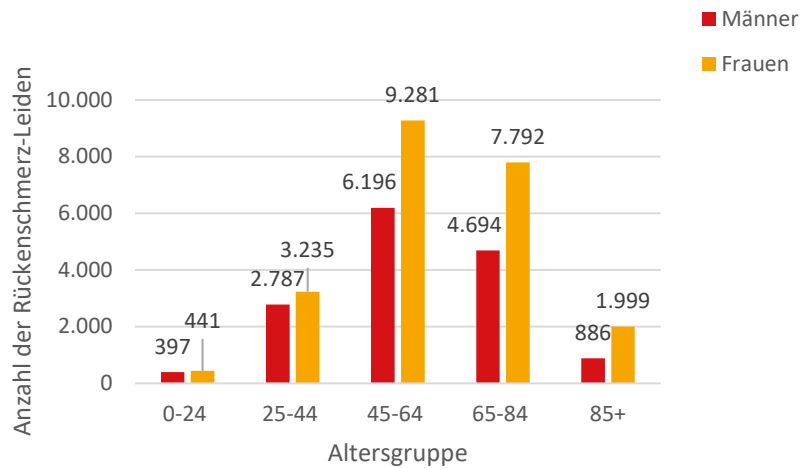


Abbildung 34 Anzahl der Rückenschmerz-Leiden nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

arbeiten. Etwa die Hälfte davon bewegt sich im Home-Office weniger als im Büro. Die Stadt Lage ist die viertgrößte Stadt im Kreis Lippe und lag mit 9,1% als einzige größere Stadt unterhalb des Kreisdurchschnitts.

Frauen waren in allen Altersgruppen häufiger von Rückenschmerzen betroffen als Männer (vgl. Abbildung 34). Bei den 0 bis 24-Jährigen waren Rückenschmerzen noch äußerst selten und der Geschlechtsunterschied gering (Männer n=397, Frauen n= 441). Auch in der Altersgruppe der 25 bis 44-Jährigen waren

Männer (n=2.787) und Frauen (n=3.235) noch gleichermaßen betroffen. Jedoch hat der Anteil der Betroffenen im Vergleich zu den jüngeren Personen stark zugenommen. Ab 45 Jahren ist ein deutlicher Geschlechtsunterschied erkennbar.

Die Behandlungsprävalenz der Frauen betrug nun 18,6% (n=9.281). Demgegenüber stehen Männer mit 12,9% (n=6.196). Auch in den Altersgruppen 65-84 Jahre und ab 85 Jahren spiegelt sich ein Geschlechtsunterschied wider und der Anteil der Betroffenen stieg weiter an. Zwischen 64 und 84

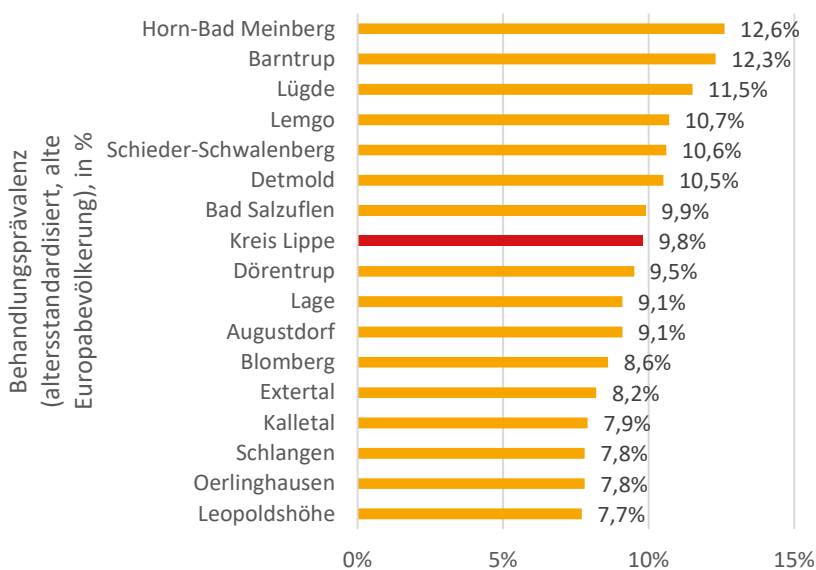


Abbildung 35 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Rückenschmerzen im Kreis Lippe 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



2024

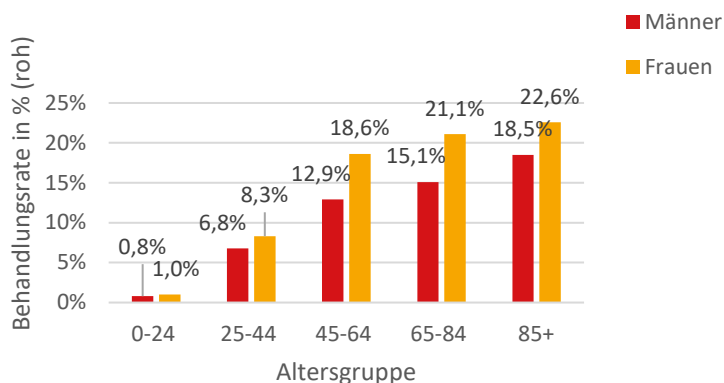


Abbildung 36 Altersspezifische Behandlungsrate von Rückenschmerzen nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Im zeitlichen Verlauf gab es seit 2015 keine großen Veränderungen (s. Abbildung 38). Lediglich das Jahr 2021 weist einen kleinen Peak auf. Mutmaßlich ist dafür die Corona-Pandemie verantwortlich. Laut der Studie der Techniker Krankenkasse „Beweg dich, Deutschland!“ (2022) hat sich mehr als ein Viertel der Deutschen während der Pandemie weniger bewegt als zuvor. Dies betraf vor allem die Altersgruppe 18-39 Jahre (30%) sowie Menschen ab 60 Jahren (29%). Von den Personen zwischen 40 und 59 Jahren bewegten sich während der Pandemie nur 19% weniger.

2015

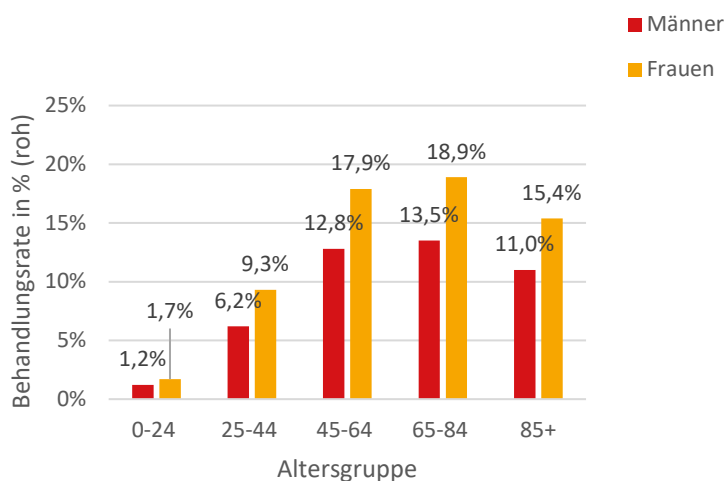


Abbildung 37 Altersspezifische Behandlungsrate von Rückenschmerzen nach Altersgruppen und Geschlecht 2015 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Jahren waren 15,1% der Männer (n=4.694) und 21,1% der Frauen (n=7.792) von Rückenschmerzen betroffen. Danach stieg die Prävalenz für die hochbetagten Männer auf 18,5% und für die hochbetagten Frauen auf 22,6% (s. Abbildung 36). Im Vergleich zum Jahr 2015 fällt auf, dass jüngere Personen im Jahr 2024 seltener aufgrund von Rückenschmerzen behandelt wurden. Insbesondere bei Frauen zwischen 25 und 44 Jahren sank die Prävalenz um -1 Prozentpunkt. In den höheren Altersgruppen haben die Diagnosen zugenommen (vgl. Abbildung 37).



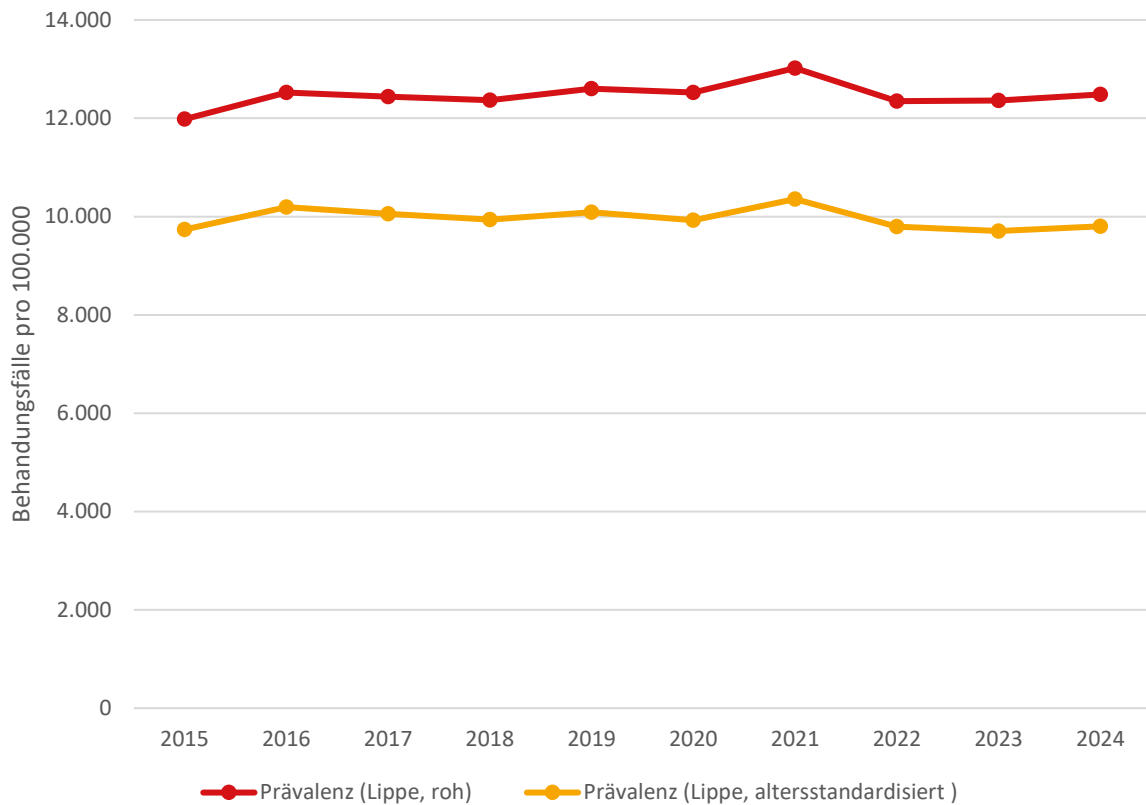


Abbildung 38 Rohe und altersstandardisierte Prävalenzen von Rückenschmerzen im Zeitverlauf in Lippe (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Die Abbildungen 39-41 zeigen die zeitlichen Verläufe der Behandlungshäufigkeiten von Rückenschmerzen in den einzelnen Kommunen, die nach geografischer Lage gruppiert sind. In den meisten Kommunen hat sich die Behandlungshäufigkeit von Rückenschmerzen in dem Zeitraum 2015 bis 2024 nicht wesentlich geändert. Dennoch gibt es einige Unterschiede, die im Folgenden näher betrachtet werden. In der Stadt Lügde kam es von 2015 bis 2024 zu einem Anstieg der Prävalenz von +27,8%. Auch die Stadt Lage verzeichnete im selben Zeitraum einen Zuwachs von +22,2%.

Dörentrup verzeichnete den deutlichsten rückläufigen Trend (-19,7%), gefolgt von Barntrup (-17,8%) und Kalletal (-9,5%). Besonders auffällig ist der Knick in der Barntruper Kurve von 2022 auf 2023. Innerhalb eines Jahres sank die Prävalenz um -26,3%. Dennoch werden in Barntrup weiterhin nach Horn-Bad Meinberg (12,6%) die meisten Personen aufgrund von Rückenschmerzen behandelt (12,3%). In den übrigen Kommunen stieg oder sank die Prävalenz im einstelligen Prozentbereich.



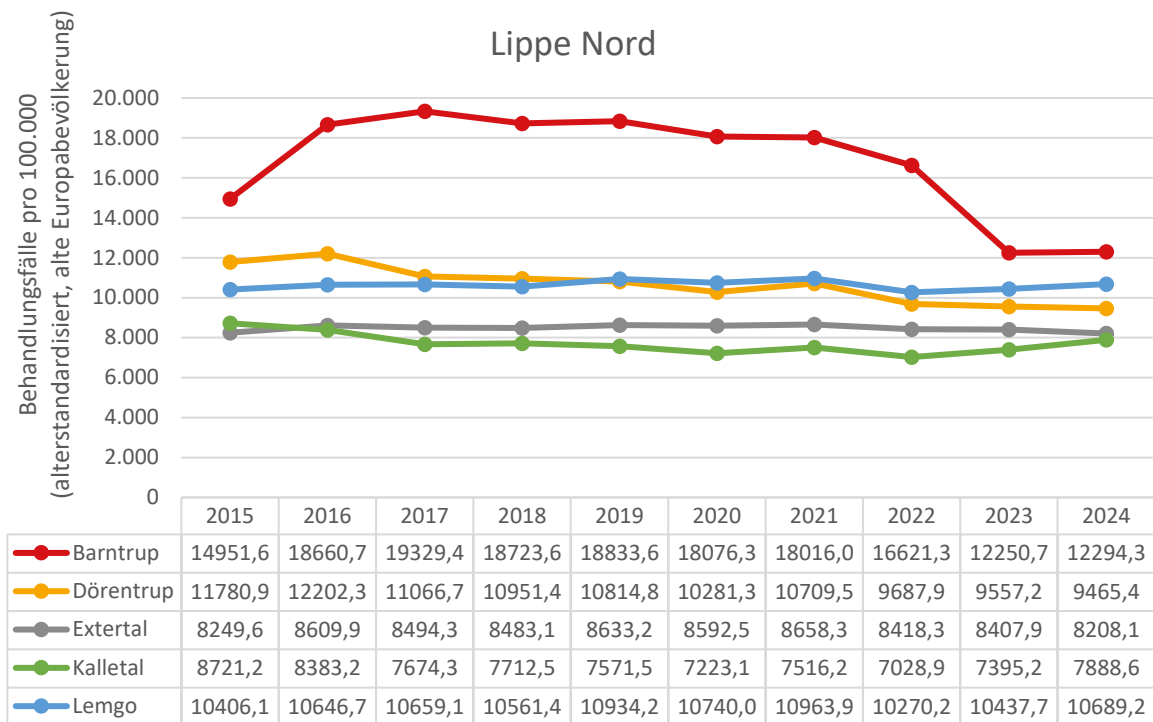


Abbildung 39 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Rückenschmerzen im Zeitverlauf in Lippe Nord (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

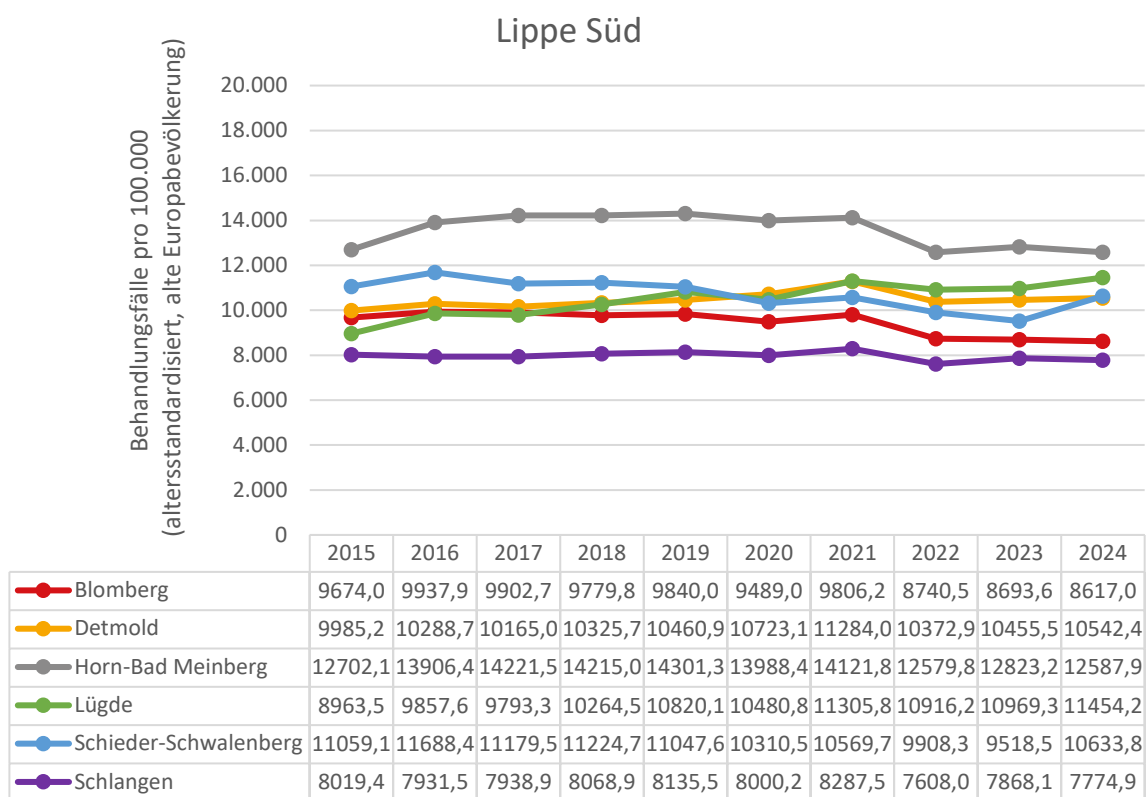


Abbildung 40 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Rückenschmerzen im Zeitverlauf in Lippe Süd (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



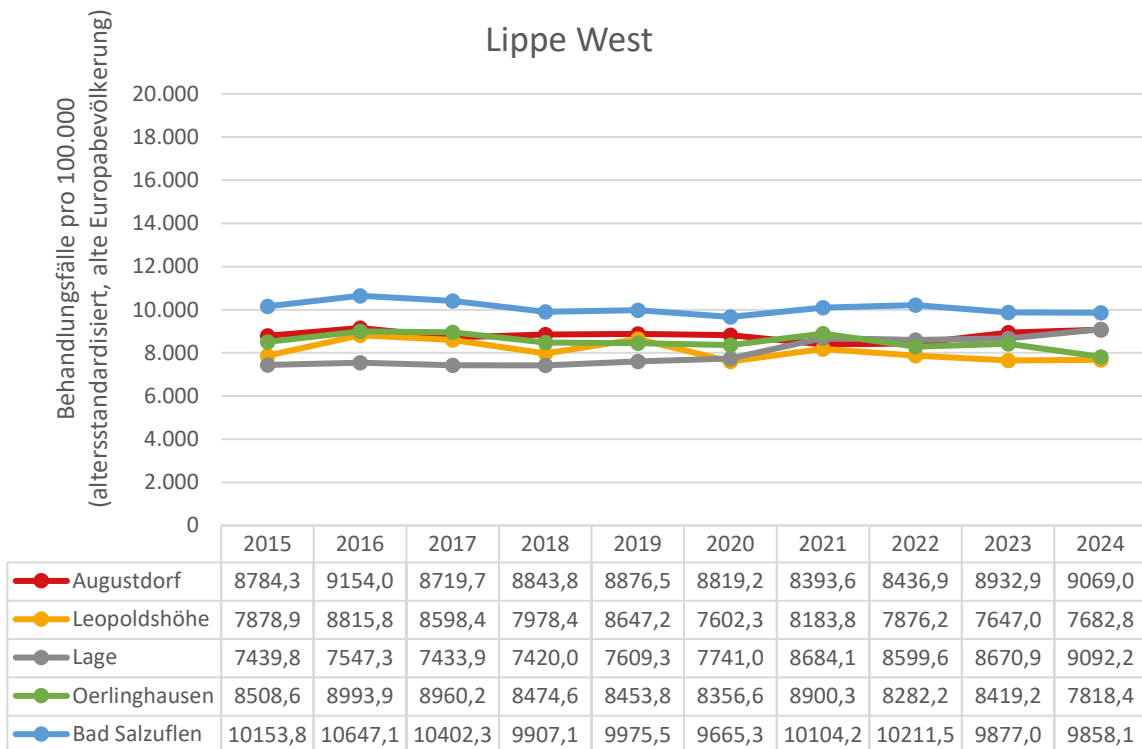


Abbildung 41 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Rückenschmerzen im Zeitverlauf in Lippe West (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

- Rückenschmerzen sind die häufigste Diagnose bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und bieten gleichzeitig ein enormes Präventionspotential. Frauen sind häufiger von Rückenschmerzen betroffen als Männer. Speziell an Frauen gerichtete Präventionsangebote sollten ausgebaut werden.
- Home-Office sollte zukünftig stärker in Präventionsmaßnahmen berücksichtigt werden, da sich laut einer Studie der Techniker Krankenkasse die Hälfte der Personen im Home-Office weniger bewegen.
- Die Städte Barntrup und Horn-Bad Meinberg sollten in den kommenden Jahre weiterhin beobachtet werden. Aufgrund der hohen Prävalenz ist zu überlegen, ob Präventionsangebote ausgebaut werden können.



4.1.5 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Was ist das?

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist durch eine dauerhafte Schädigung der Lunge gekennzeichnet, bei der die Atemwege verengt sind. Bereits alltägliche Dinge wie Treppensteigen oder ein Spaziergang können zu Atemnot führen. Weitere Symptome sind täglicher Husten über längere Zeit und Auswurf (Schleim).

Was bedeutet das für die Betroffenen?

- Zu Beginn der Erkrankung kommt es immer häufiger zu Atemproblemen. Husten und Auswurf nehmen ebenfalls zu.
- Im fortgeschrittenen Stadium sind die Atemwege so stark verengt, dass Alltagsaufgaben kaum zu bewältigen sind.
- Spätfolgen: Die Lunge kann den Körper nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgen, sodass es zu einer Überbelastung des Herzens kommt, auch Wassereinlagerungen im Körper sind möglich.
- Bewegungsmangel aufgrund der Beschwerden. Dies führt zum Abbau der Muskelmasse und verringert die körperliche Leistungsfähigkeit.

Was begünstigt eine Erkrankung?

- Rauchen inkl. Passivrauchen
- Dauerhafte Feinstaubbelastung (z.B. bei der Arbeit)
- Wiederholte Atemwegsinfekte in der frühen Kindheit
- Genetische Veranlagung

Wie kann man sich schützen?

- Verzicht auf Rauchen
- Schutzmaßnahmen bzgl. Feinstaub treffen
- Sport und regelmäßige Bewegung um die Lungenfunktion zu erhalten
- Bei bereits an COPD-Erkrankten: Schutzimpfungen in der Erkältungssaison sowie Meidung erkrankter Personen, da ein Atemwegsinfekt Atemnotanfälle auslösen kann.

Zahlen und Fakten im Kreis Lippe

Die nachfolgenden Daten umfassen die ICD-Kodierung „J44“, welche die COPD mit ihren Unterformen einschließt.

Die altersstandardisierte Behandlungsprävalenz im Kreis Lippe lag im Jahr 2024 bei 2,5% (vgl. Abbildung 42). Die meisten Kommunen lagen oberhalb des Kreisdurchschnitts oder nur sehr knapp darunter. In der Stadt Lemgo wurden mit einer Behandlungsprävalenz von 3,5% sogar deutlich mehr COPD-Erkrankungen diagnostiziert als im übrigen Kreisgebiet. Die westlichen Kommunen Leopoldshöhe (1,6%), Schlangen (1,6%) und Oerlinghausen (1,7%) wiesen Behandlungsprävalenzen deutlich unterhalb des Kreisdurchschnitts auf. Laut dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO) und der Gesundheitsberichterstattung des RKI leiden Menschen aus Nordrhein-Westfalen häufiger an COPD als im Bundesdurchschnitt (RKI GBE, 2024; WidO, 2021). Zieht man Ostwestfalen-Lippe als Vergleich heran, belegt

der Kreis Lippe Platz 3 der höchsten COPD-Prävalenz (KV Nordrhein und Westfalen-Lippe, 2024). Die Prognosen gehen davon aus, dass erst 2050 der Gipfel der COPD-Prävalenz in Deutschland erreicht ist (Verband pneumologischer Kliniken e.V., 2025).



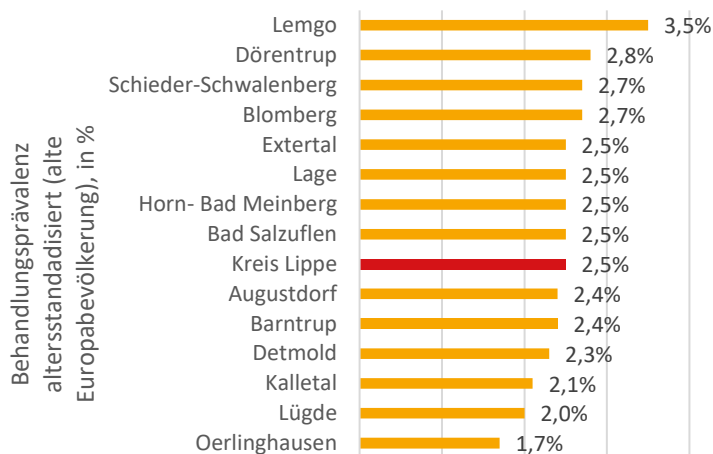


Abbildung 42 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von COPD im Kreis Lippe 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Insgesamt wurden im Jahr 2024 im Kreis Lippe 11.208 Personen aufgrund einer COPD-Erkrankung behandelt. Dabei ist das Geschlechtsverhältnis ausgeglichen (50,9% Männer, 49,1% Frauen). Die Anzahl der Erkrankungen nahm mit steigendem Alter zu. In der Altersgruppe 0-44 Jahre wurden 513 Männer und 420 Frauen mit COPD behandelt. In der Altersgruppe 45-64 Jahre waren es bereits 1.761 Männer und 1.607 Frauen gewesen. Die meisten Erkrankungen traten jedoch in der Altersgruppe 65-84 Jahre auf (2.883 Männer, 2.739 Frauen). Ab einem Alter von 85 Jahren verringerte sich die Anzahl der Behandlungen wieder (548 Männer, 737 Frauen) (s. Abbildung 43). Aufgrund der starken Schädigung der Lunge in diesem Alter, kann davon ausgegangen werden, dass viele

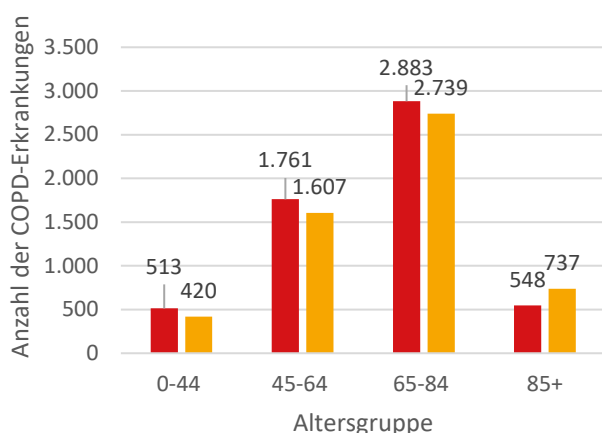


Abbildung 43 Anzahl der COPD-Erkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

COPD-Patient*innen vor dem 85. Lebensjahr versterben. In dieser Altersgruppe gab es mehr Frauen mit COPD als Männer. Dies lässt einen Zusammenhang mit der generell höheren Lebenserwartung von Frauen vermuten.

Um die Daten für eine Gesundheitsplanung nutzen zu können, werden die Behandlungsraten betrachtet (Abbildung 44 und 45). Während bis zum 44. Lebensjahr die Prävalenzen sowohl für Männer als auch für Frauen

<1% betragen, waren in der Altersgruppe 45-64 Jahre bereits 3,7% der Männer und 3,2% der Frauen an COPD erkrankt. Ab 65 Jahren verdoppelten sich die Erkrankungsraten für beide Geschlechter (Männer: 9,3%, Frauen: 7,4%). Die höchste Prävalenz wiesen Personen ab 85 Jahren auf (Männer: 11,5%, Frauen: 8,3%). Im Vergleich zum Jahr 2015 sind die Prävalenzen stabil geblieben. Lediglich in der Altersgruppe ab 85 Jahren nahmen die Prävalenzen der Männer leicht zu. Die deutlich höhere Prävalenz im höheren Alter lässt sich teilweise mit einer generellen Abnahme der Lungenfunktion erklären. Dass mehr Männer von einer COPD betroffen sind als Frauen hängt mit dem unterschiedlichen Rauchverhalten zusammen. In den vergangenen Jahren war der Anteil der rauchenden Männer (16,4%) stets

höher als der der Frauen (12,77%) (Olderbak et al., 2025). Grundsätzlich ist die Raucherquote seit den 1980er Jahren rückläufig und insbesondere bei den Jugendlichen konnte die Raucherquote erheblich reduziert werden. Im Jahr 2001 rauchten noch 27,5% der Jugendlichen, im Jahr 2023 nur noch 6,8% (Orth et al., 2025). Ein weiterer Erklärungsansatz für den Geschlechtsgradienten stellt die berufliche Exposition



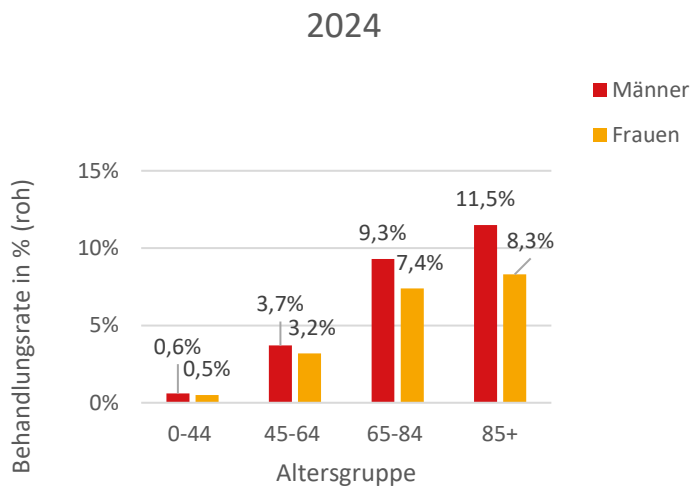


Abbildung 44 Altersspezifische Behandlungsrate von COPD nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

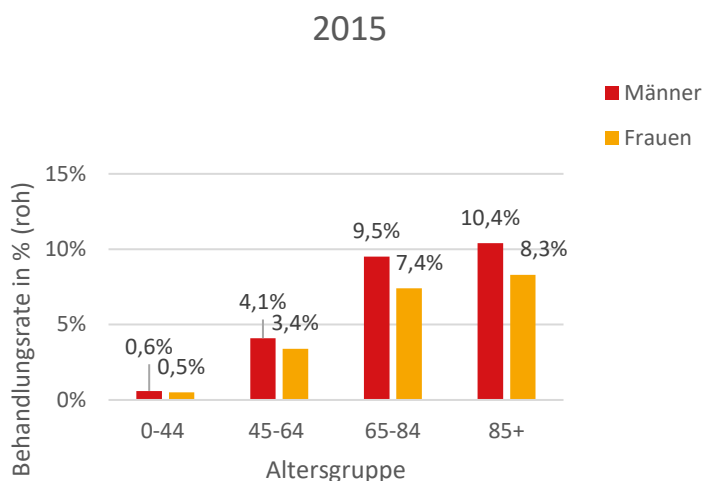


Abbildung 45 Altersspezifische Behandlungsrate von COPD nach Altersgruppen und Geschlecht 2015 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

gegenüber Luftschadstoffen dar, welche bei Männern ausgeprägter ist als bei Frauen (Akmatov et al., 2019).

Der positiv zu bewertende rückläufige Trend der Raucherquote spiegelt sich nicht im Zeitverlauf der Behandlungsprävalenz von COPD wider (s. Abbildung 46). Hier sind keine nennenswerten Veränderungen zu beobachten. Die sinkende Prävalenz in den Jahren 2020-2022 lässt sich vermutlich aufgrund der COVID-19-Pandemie erklären. Da COPD-Patient*innen ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe einer COVID-19-Infektion haben, sind Ängste vor einer Infektion und eine dadurch eingeschränkte Nutzung von

Gesundheitseinrichtungen bei der Interpretation zu berücksichtigen (Grätzel und Grätz, 2021; Ehrentreich et al., 2023; Bräunlich, 2022). Vom Ausgangsjahr 2015 zum Jahr 2024 nahm die rohe Behandlungsprävalenz lediglich um -4,1% ab. Geht man von einer bereinigten Alters- und Geschlechtsstruktur aus, sank die Behandlungsprävalenz um -3,8%.

In den einzelnen Kommunen gibt es überwiegend nur leichte Schwankungen zu beobachten (s. Abbildung 47-49). Die größte Abnahme der Prävalenz weist die Gemeinde Augustdorf auf, die im Jahr 2015 noch eine Prävalenz von 3,1% hatte und 2024 lediglich 2,4% verzeichnete (s. Abbildung 49). Damit sank die Prävalenz in Augustdorf um -24,1%. Gefolgt von Schlangen (-16,1%), Bad Salzuflen (-15%) und Lügde (-11,4%). In den übrigen Kommunen lag der rückläufige Trend im einstelligen Bereich. Zwar sank die Behandlungsprävalenz in Kalletal von 2022 zu 2024 um -34,9%, im gesamten Betrachtungszeitraum gab es allerdings eine Zunahme um +17,7%. Damit sticht Kalletal als einzige Kommune deutlich hervor. Leichte Zunahmen gab es ebenfalls in Oerlinghausen (+10,4%), Lage (+9,9%), Extertal (+7,3%), Lemgo (+3,3%) und Horn-Bad Meinberg (+1,5%). Diese sind in den Abbildungen 47-49 dargestellt, lassen jedoch keinen eindeutigen Trend erkennen. In den Gemeinden Schieder-Schwalenberg (2,7%) und Extertal (2,5%) sowie der Stadt Lage (2,5%) wurden 2024 mehr Menschen als in den Jahren zuvor aufgrund einer COPD behandelt. Hier gilt es in den kommenden Jahren zu prüfen, ob es sich um eine statistische Schwankung oder eine tatsächliche Zunahme der Erkrankungsfälle handelt. Die Stadt Lemgo ist die einzige Ortschaft, die seit Jahren eine Prävalenz um 3,5% verzeichnet. Es ist bekannt, dass deutschlandweit Großstadtbewohner*innen und Menschen aus dicht besiedelten Städten



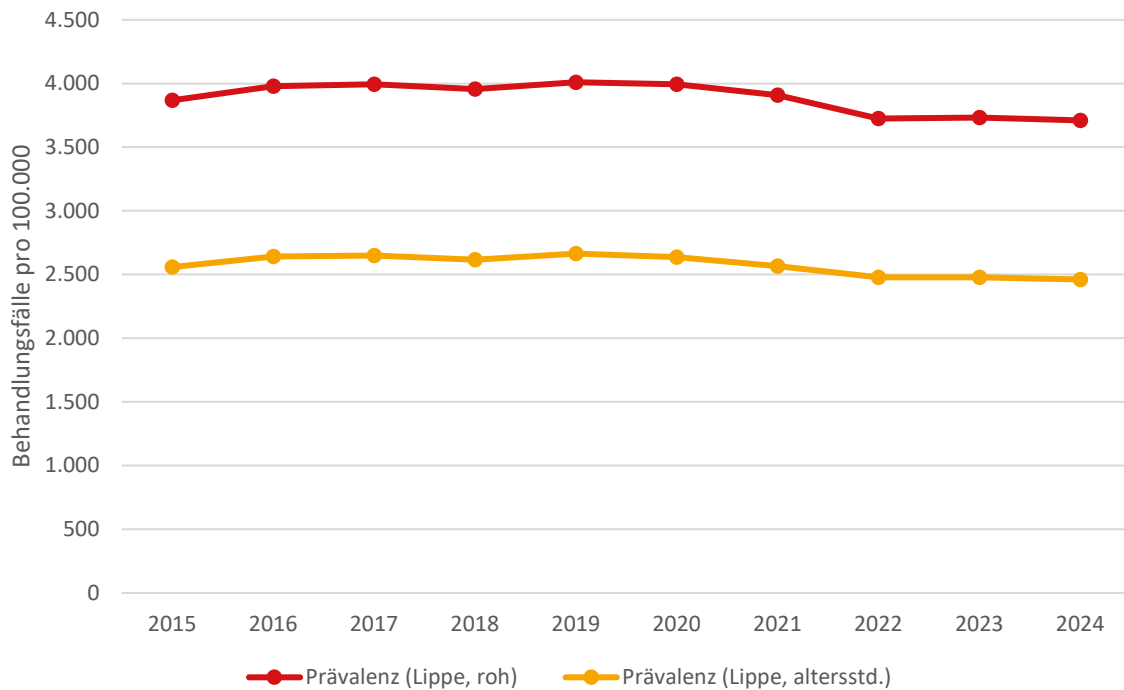


Abbildung 46 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von COPD im Zeitverlauf in Lippe (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

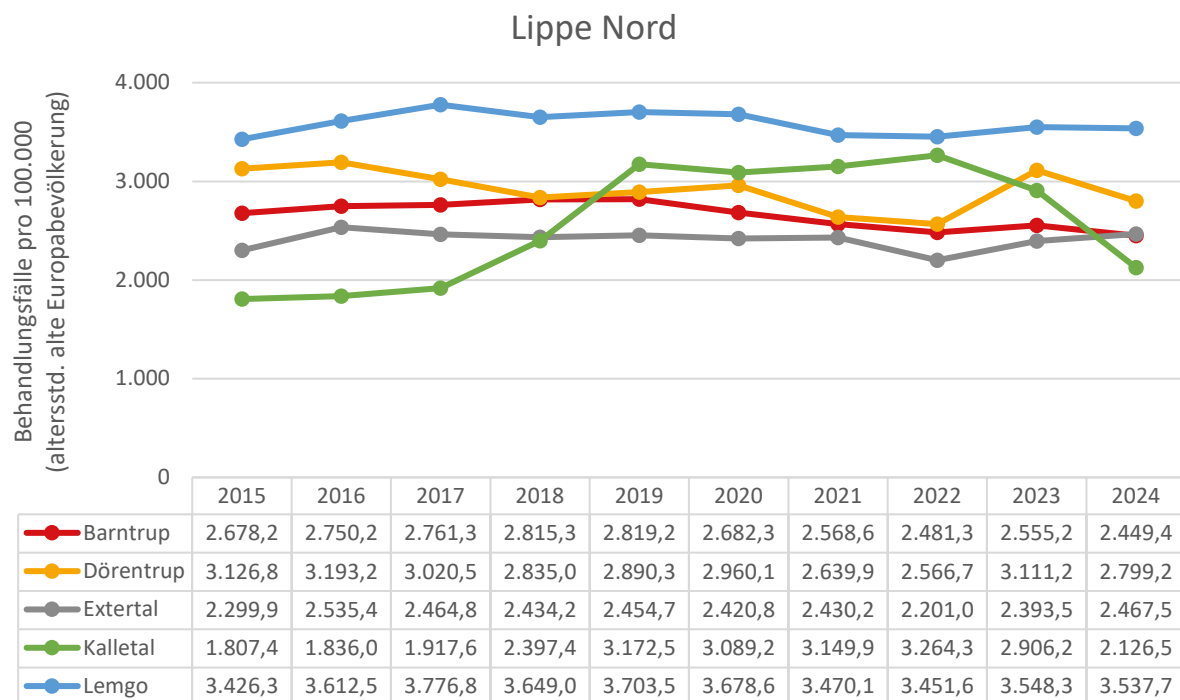


Abbildung 47 Rohe und altersstandardisierte Prävalenzen von COPD im Zeitverlauf in Lippe Nord (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

häufiger von COPD betroffen sind als Menschen aus ländlichen Regionen (WIdO, 2021). Hier wird vermutet, dass die Luftverschmutzung einen wesentlichen Einfluss hat. Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass in Lemgo die Luftqualität wesentlich schlechter ist als in den übrigen Kommunen. Gegen diese These

spricht ebenso die Datenlage aus Detmold. Hier erkranken im Durchschnitt 2,4% der Menschen und seit 2018 ist ein rückläufiger Trend zu beobachten (vgl. Abbildung 48).



Lippe Süd

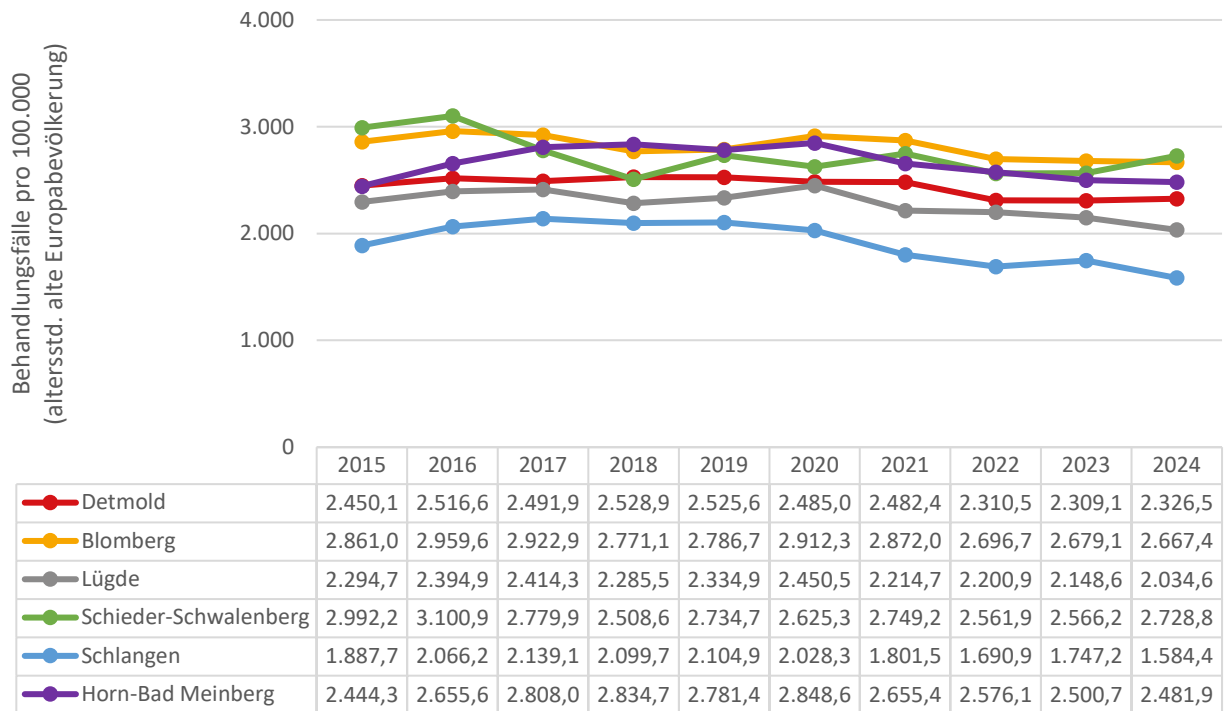


Abbildung 48 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von COPD im Zeitverlauf in Lippe Süd
(Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Lippe West

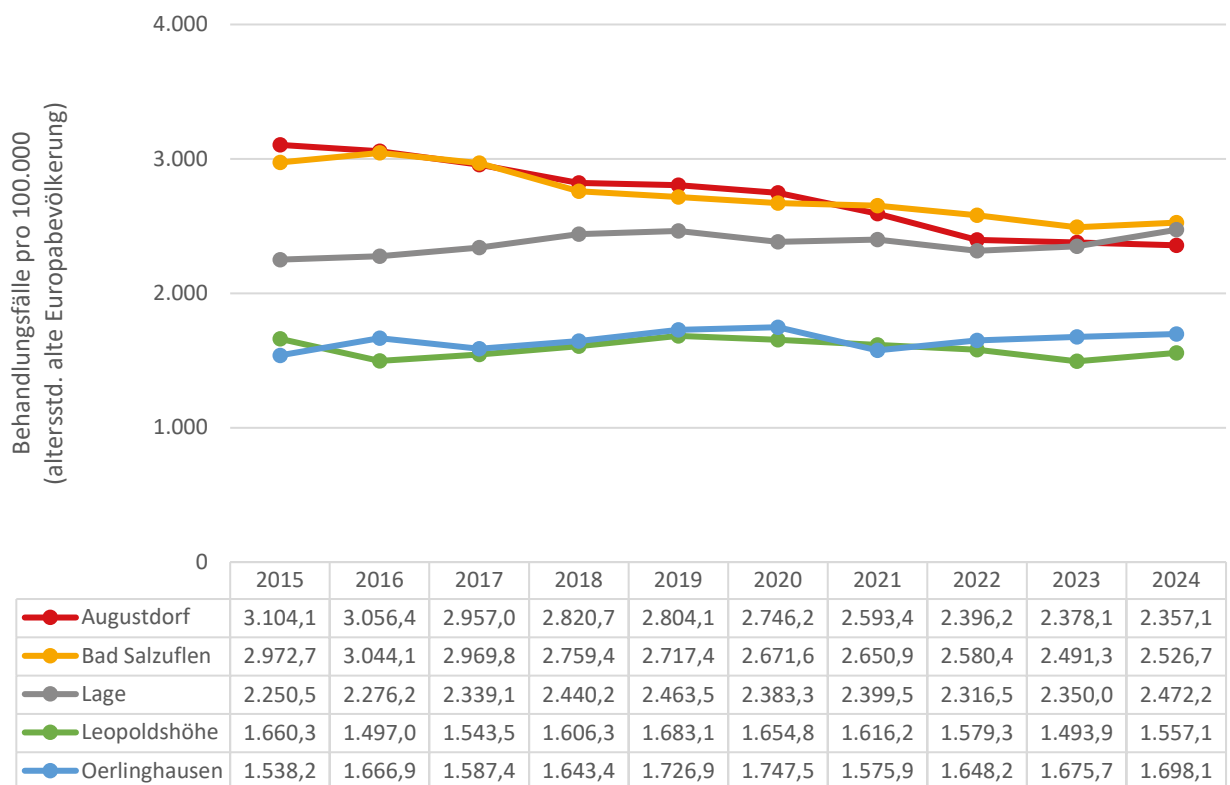


Abbildung 49 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von COPD im Zeitverlauf in Lippe West
(Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

- Die Prävalenz von COPD ist seit 2015 für das gesamte Kreisgebiet auf einem gleichbleibenden Niveau. Auffällig sind allerdings die Kommunen Kalletal mit einer Zunahme von +17,7% im Zeitraum 2015-2024 sowie Schieder-Schwalenberg, Extertal und Lage, in denen im Jahr 2024 wieder mehr Menschen aufgrund einer COPD behandelt wurden.
- Männer sind von COPD häufiger betroffen als Frauen, wodurch sie eine Hauptzielgruppe für Präventionsangebote darstellen.
- Tabakrauchen ist der größte Risikofaktor, um an einer COPD zu erkranken. Aber auch die Exposition zu Feinstaub ist von großer Bedeutung. Neben der Rauchprävention sollten auch Präventionsmaßnahmen in Bezug auf Feinstaub und Luftverschmutzung geprüft werden.



4.1.6 Ischämische Herzerkrankungen

Bei ischämischen Herzerkrankungen handelt es sich um eine Gruppe von chronischen Erkrankungen bei denen es durch Verengung (Angina pectoris) oder Verschluss (Herzinfarkt) der Blutgefäße zu einer Mangeldurchblutung (Ischämie) des Herzens kommt.

Was bedeutet das für die Betroffenen?

- Beschwerden bei körperlicher Belastung und damit verbundene Einschränkungen im Alltag
- Regelmäßige Medikamenteneinnahme
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen
- Ggf. Operation
- Bei einem Herzinfarkt zählt jede Minute, daher sofort den Notruf 112 absetzen.

Was begünstigt eine Erkrankung?

- Rauchen
- Bluthochdruck
- Bewegungsmangel
- Erbliche Veranlagung
- Stress
- Übergewicht
- Diabetes
- Erhöhter LDL-Cholesterinspiegel (>115mg/dl bei gesunden Menschen, >100mg/dl bei erhöhtem Risiko)
- Erhöhter Lipoprotein (a)-Wert (>30mg/dl)
- Feinstaubbelastung (Münzel et al., 2021)
- Depression (Frasure-Smith und Lespérance, 2006; Jiang et al., 2002)

Wie kann man sich schützen?

- Bewegung
- Ausgewogene Ernährung
- Verzicht auf Rauchen
- Stressmanagement
- Regelmäßige Kontrolle des Blutdrucks

Zahlen und Fakten im Kreis Lippe

Die nachfolgenden Daten zu ischämischen Herzerkrankungen schließen die ICD-Kodierungen „I20-I25“ ein. Diese beinhalten die Angina pectoris, den Herzinfarkt sowie chronische ischämische Herzerkrankungen. Neben genetisch bedingten Gefäßschäden, ist ein ungesunder Lebensstil für die Schädigung der Blutgefäße verantwortlich. Mittelfristig kommt es zu Ablagerungen an den Blutgefäßwänden, sodass diese verengen. Betrifft dies die Herzkranzgefäße, wird der Herzmuskel unzureichend mit Sauerstoff versorgt, was wiederum zu Schmerzen im Brustkorb führt. Man spricht dann von Angina pectoris. Verschließen sich ein oder mehrere Herzkranzgefäße vollständig spricht man vom Herzinfarkt.

Wenn im Folgenden von Herzkrankheiten gesprochen wird, sind damit ausschließlich die ischämischen Herzerkrankungen gemeint.

Im Kreis Lippe lag die altersstandardisierte Behandlungsprävalenz für ischämische

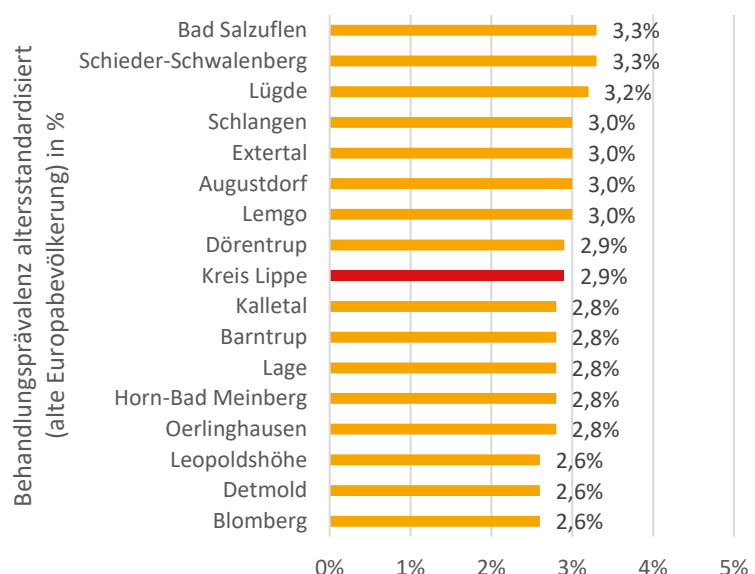


Abbildung 50 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von ischämischen Herzerkrankungen im Kreis Lippe 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



Herzerkrankungen im Jahr 2024 bei 2,9% (s. Abbildung 50) Die Anzahl der Kommunen, in denen sowohl mehr als auch weniger Herzerkrankungen behandelt wurden, ist gleich hoch. Dabei lassen sich keine regionalen Auffälligkeiten feststellen. Die Kommunen mit höheren als auch mit niedrigeren Prävalenzen verteilen sich über das gesamte Kreisgebiet.

Besonders häufig wurden Herzkrankheiten in Bad Salzuflen (3,3%), Schieder-Schwalenberg (3,3%) und Lügde (3,2%) behandelt. Die Kommunen Extertal, Schlangen, Augustdorf und Lemgo verzeichneten je 3%. Blomberg, Detmold und Leopoldshöhe wiesen mit je 2,6% eine niedrigere Prävalenz auf. Auch in Horn-Bad Meinberg und Oerlinghausen (je 2,8%) lag die Behandlungsprävalenz unterhalb des Kreisdurchschnitts.

Zwar verlieren die Blutgefäße über die Jahre an Elastizität, sodass mit höherem Alter das Risiko einer Herzerkrankung zunimmt. Dennoch handelt es sich bei ischämischen Herzerkrankungen um Krankheiten, die auch durch den Lebensstil beeinflusst werden. In der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) wurde erneut festgestellt, dass Frauen häufiger einen gesundheitsförderlichen Lebensstil aufweisen als Männer. Mit zunehmendem Alter ist insbesondere der Anteil derjenigen, die die Empfehlung der WHO zur Ausdaueraktivität (150 Minuten pro Woche) oder ein Körpergewicht im Normalbereich haben, geringer (Richter et al., 2021). Dies wird deutlich, wenn man die Alters- und Geschlechtsverteilung betrachtet. Mit vereinzelt Ausnahmen in der Altersgruppe 0-44 Jahre, traten ischämische Herzerkrankungen erst ab einem Alter von 45 Jahren auf und dies dreimal so häufig bei Männern (n= 2.564) als bei Frauen (n=888). Ab 65 Jahren nahmen die Herzerkrankungen auch bei den Frauen (n=3.060) zu (s. Abbildung 51). Die Prävalenz bei Männern in

den Altersgruppen 65-84 Jahren (19,4%) und ab 85 Jahren (37,4%) war aber immer noch doppelt so hoch im Vergleich zu den Frauen (65-84J: 8,3%, ab 85J: 18,8%) (s. Abbildung 52). Neben der Erkenntnis, dass Frauen im Vergleich zu Männern eine höhere Ejektionsfraktion (Wert, der angibt wie gut das Herz Blut in den Körper pumpt) aufweisen, wird angenommen, dass die geringere Prävalenz bei Frauen auf einen möglichen protektiven Effekt des weiblichen Hormons

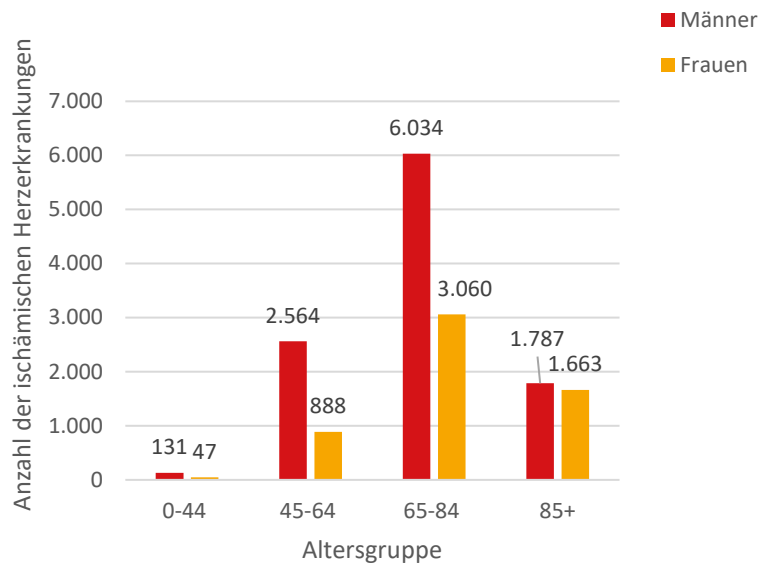


Abbildung 51 Anzahl der ischämischen Herzerkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

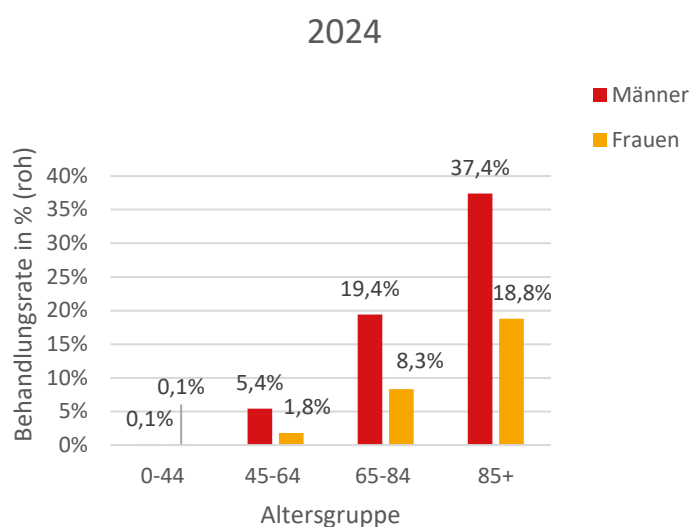


Abbildung 52 Altersspezifische Behandlungsrate von Ischämischen Herzkrankheiten nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



2015

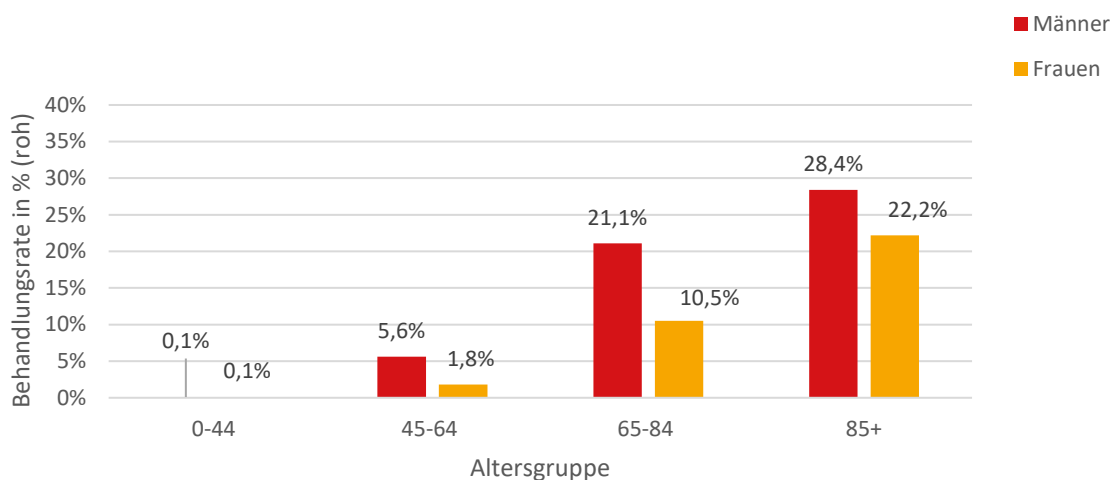


Abbildung 53 Altersspezifische Behandlungsrate von Ischämischen Herzkrankheiten nach Altersgruppen und Geschlecht 2015 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Östrogen zurückzuführen ist. Der Rückgang des körpereigenen Östrogenspiegels in der Lebensmitte scheint den altersbedingten Anstieg des kardiovaskulären Risikos bei postmenopausalen im Vergleich zu prämenopausalen Frauen zu verstärken (Merz und Cheng, 2016). Im Vergleich zum Jahr 2015 ist auffällig, dass ab einem Alter von 65 Jahren die Prävalenzen für Männer zugenommen (+1,7 Prozentpunkte) haben, während die der Frauen abgenommen haben (-2,2 Prozentpunkte). Bei den hochbetagten Personen ab 85 Jahren ist die Differenz der Prävalenzen zwischen 2015 und 2024 für beide Geschlechter noch deutlicher. Männer verzeichneten einen Anstieg um +9 Prozentpunkte, Frauen dagegen eine Abnahme um -3,4 Prozentpunkte (vgl. Abbildung 53).

Im zeitlichen Verlauf ist sowohl für die rohe als auch für die altersstandardisierte Behandlungsprävalenz ein rückläufiger Trend erkennbar (vgl. Abbildung 54). „Die Prävalenz einer Erkrankung kann sinken, wenn die Neuerkrankungen und/oder die Krankheitsdauer abnehmen. Die Krankheitsdauer kann sich beispielsweise verringern, wenn die Sterblichkeit der Erkrankung zunimmt oder eine bessere Therapie vorliegt.“ (Dreier et al., 2012). Aufgrund der zunehmenden Alterung der Gesellschaft im Kreis Lippe ist davon auszugehen, dass eher bessere Therapiemöglichkeiten als eine geringere Anzahl von Neuerkrankungen für den rückläufigen Trend verantwortlich sind. Ob

eine steigende Mortalität ebenfalls eine Rolle spielt, muss anhand der Todesursachenstatistik geprüft werden. In Deutschland zeigt sich zumindest seit zwei Jahrzehnten eine rückläufige Mortalitätsrate der ischämischen Herzkrankungen. Es wird davon ausgegangen, dass dem ein zunehmend gesundheitsförderliches Verhalten, vor allem die Reduktion der Raucherquote sowie eine leitliniengerechte Behandlung von Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen zugrunde liegen (Holstiege et al., 2020).

Der rückläufige Trend spiegelt sich auch in den einzelnen Kommunen wider, der in den Abbildungen 55-57 dargestellt ist. Besonders deutlich ist der Rückgang der Diagnosestellungen in Extertal (-22,8%), Schlangen (-17,5%), Horn-Bad Meinberg (-16,1%) und Bad Salzuflen (-15,7%) zu erkennen. Die Kommunen wiesen kaum Gemeinsamkeiten auf, die eine ähnliche Entwicklung des Trends erklären würden. Die Gemeinden Extertal und Schlangen sind ländlich geprägt und liegen im Norden und Süden des Kreises Lippe. Horn-Bad Meinberg und Bad Salzuflen dagegen sind Kurstädte und ebenfalls im Norden wie im Süden gelegen. In den übrigen Kommunen setzte sich der rückläufige Trend fort. Lediglich in der Stadt Oerlinghausen war die Prävalenz von 2015-2024 um +1,7% gestiegen, was auf kleine statistische Schwankungen zurückzuführen sein dürfte. Generell sind die Zahlen in Oerlinghausen stabil.



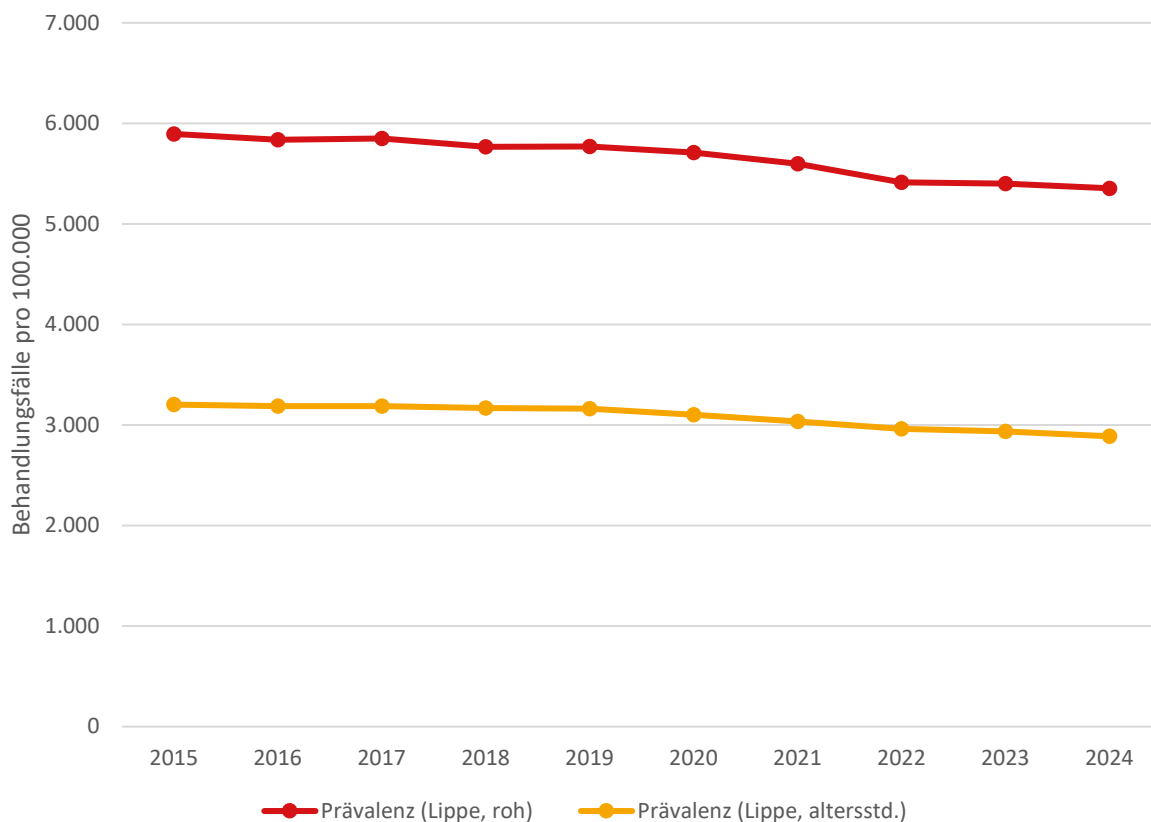


Abbildung 54 Rohe und altersstandardisierte Prävalenzen von Ischämischen Herzkrankheiten im Zeitverlauf in Lippe und Nordrhein-Westfalen (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

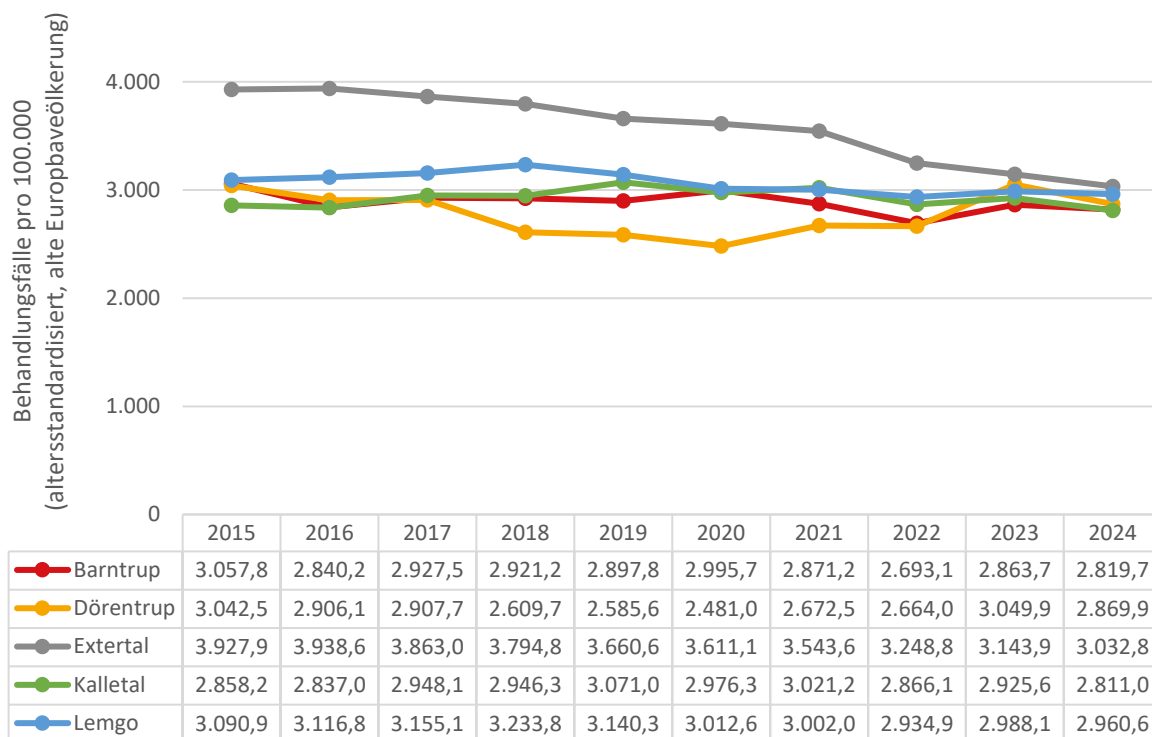


Abbildung 55 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Ischämischen Herzkrankheiten im Zeitverlauf in Lippe Nord (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



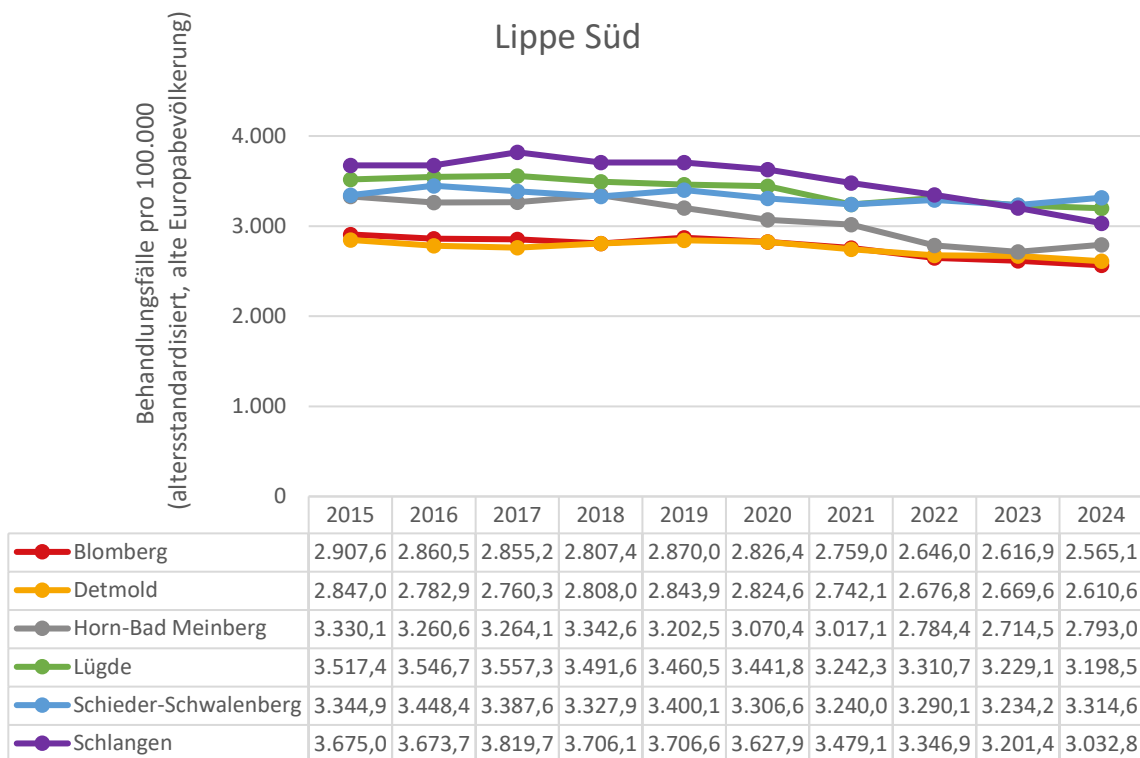


Abbildung 56 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Ischämischen Herzkrankheiten im Zeitverlauf in Lippe Süd (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

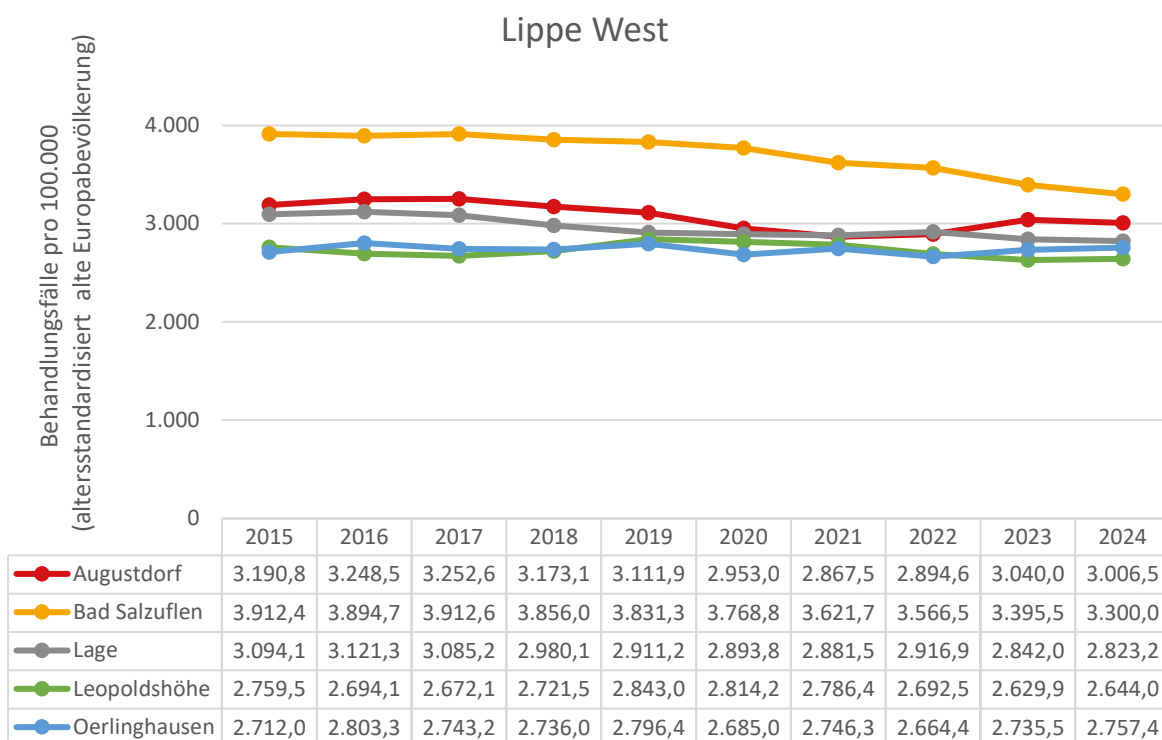


Abbildung 57 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Ischämische Herzkrankheiten im Zeitverlauf in Lippe West (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

- Generell ist ein rückläufiger Trend der Prävalenz von ischämischen Herzerkrankungen im Kreis Lippe zu beobachten.
- In Oerlinghausen und Schieder-Schwalenberg sind in den letzten Jahren keine rückläufigen Trends wie in den übrigen Kommunen zu verzeichnen. Hier sollten Präventionsangebote ausgebaut werden.
- Männer sind deutlich häufiger von ischämischen Herzerkrankungen betroffen als Frauen und sollten daher in den Fokus von Präventionsmaßnahmen rücken.



4.1.7 Depression

Was ist das?

Depression ist eine ernsthafte psychische Erkrankung, die durch anhaltende Niedergeschlagenheit bzw. Traurigkeit charakterisiert ist. Die Beeinträchtigung der Gefühlslage äußert sich häufig durch Interessensverlust und Antriebslosigkeit.

Was bedeutet das für die Betroffenen?

- Anhaltende Niedergeschlagenheit
- Antriebslosigkeit und verminderte Aktivität
- Hoffnungslosigkeit mit erhöhtem Suizidrisiko
- Selbstzweifel und Schuldgefühle für die Erkrankung
- Schlaf- und Konzentrationsstörungen
- Appetitverlust
- Erhebliche Einschränkungen im Alltag
- Besonderheit bei bipolarer Störung: neben der niedergeschlagenen Phase gibt es auch eine euphorische Phase, bei der der Bezug zur Realität verloren werden kann

Was begünstigt eine Erkrankung?

- Erhebliche Veranlagung
- Belastende Lebensereignisse
- Andere psychische Erkrankungen
- Anhaltender Stress und Überforderung
- Einsamkeit
- Hormonelle Veränderungen
- Körperliche Erkrankungen wie Schlaganfall, Herzinfarkt, Krebserkrankung, Schilddrüsenunterfunktion
- Lichtmangel

Wie kann man sich schützen? (Koschig et al., 2019)

- Stabile Bindungen im sozialen Umfeld
- Stressmanagement und Entspannungstechniken (Resilienzförderung)
- Bewegung
- Ausgewogene Ernährung
- Professionelle Hilfe aussuchen bei ersten Anzeichen
- Verzicht auf Alkohol/ Alkoholkonsum beschränken

Zahlen und Fakten im Kreis Lippe

Häufig verlaufen Depressionen in Phasen, was bedeutet, dass die Betroffenen Zeiten mit Depression gefolgt von symptomfreien Zeiten durchleben. Die episodischen Verläufe werden in eine Einzelepisode (ICD-10: F32.-) und eine wiederkehrende rezidivierende Depression (ICD-10: F33.-) unterschieden.

Im Kreis Lippe lag die altersstandardisierte Behandlungsprävalenz im Jahr 2024 bei 7,8% (s. Abbildung 58). Damit hat die Prävalenz im Kreis Lippe zwar einen neuen Höchststand erreicht, liegt aber dennoch unterhalb der Prävalenzen in Nordrhein-Westfalen (2022: 13,3%) und Deutschland (2022: 12,5%) (AOK, 2024; Deutsches Ärzteblatt, 2024). Die niedrigsten Prävalenzen verzeichnet der Westen des Kreises. Im Norden, Osten und Süden des Kreises wurde im Jahr 2024 häufiger eine Depression diagnostiziert als im Westen. Personen, die in Horn-Bad Meinberg leben,

waren im Jahr 2024 am häufigsten von einer Depression betroffen (8,7%), gefolgt von Schieder-Schwalenberg (8,6%) und Lemgo (8,4%).

Benötigen Sie Unterstützung?

Hilfsangebote für betroffene Personen oder Angehörige eines psychisch kranken und/oder suchtkranken Menschen finden Sie unter:

[Hilfsangebote im Kreis Lippe - Kreis Lippe](#)



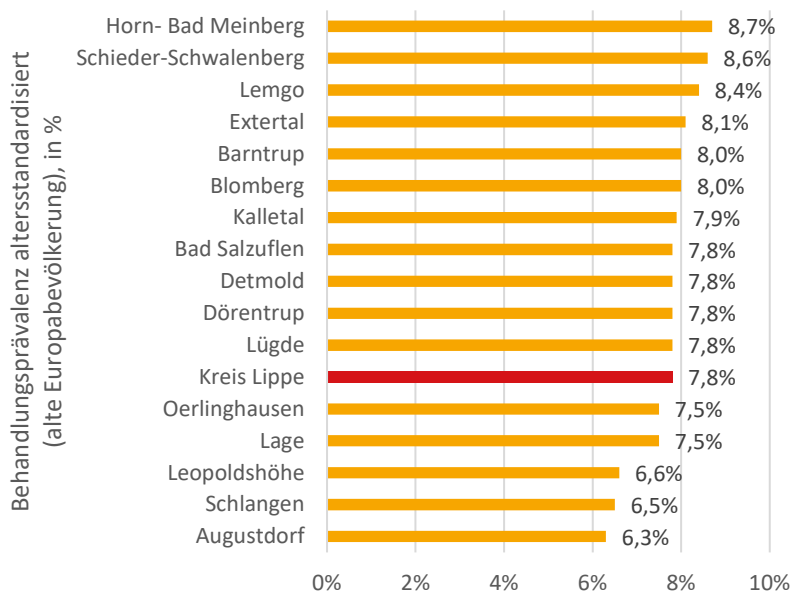


Abbildung 58 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Depression im Kreis Lippe 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Depression ist eine Erkrankung, die sich durch alle Lebensabschnitte zieht. Abbildung 59 verdeutlicht, dass auch bereits junge Menschen erkranken, insbesondere junge Frauen. Im Jahr 2024 betrug die Behandlungsprävalenz für die Altersgruppe 0-24 Jahre 0,9% (n=464) für Männer und 2,3% (n=994) für Frauen. Das Risiko an einer Depression zu erkranken erhöht sich mit zunehmendem Alter. Während die Behandlungsprävalenz in der Altersgruppe 25-44 Jahre noch 5% (n=2.053) bei Männern und 8,5% (n=3.327) bei Frauen betrug, verdoppelte sich die Prävalenz nahezu in der Altersgruppe 45-64 Jahre (Männer: 8,5%, n=4.093); Frauen: 14,8%, n=7.377). Auch ältere Menschen sind immer häufiger von Depression betroffen. So blieb die Behandlungsprävalenz auch im höheren Alter ähnlich hoch. In der Altersgruppe 65-84 Jahre lag sie bei Männern bei 7,8% (n=2.438) und bei Frauen bei 14,4% (n=5.326). Bei hochbetagten Männern ab 85 Jahre betrug die Behandlungsprävalenz 8,5% (n=408) und bei den Frauen ab 85 Jahren 18,7% (n=1.654). In allen Altersgruppen waren Frauen deutlich häufiger

betroffen als Männer (s. Abbildung 60). Vergleicht man die Daten mit denen aus dem Jahr 2015, wird deutlich, dass es insbesondere bei den Männern in den vergangenen Jahren zu einer Zunahme der Diagnosen gekommen ist (vgl. Abbildung 61 und 62). Die Altersgruppe 25-44 Jahre verzeichnete den höchsten Anstieg von +54,3%, gefolgt von den 0-24 Jährigen (+51,2%) und 65-84 Jährigen (+40%). Auch bei den hochbetagten Männern ab 85 Jahren stieg die Prävalenz von 2015-2024 um +30%. Den geringsten, aber dennoch hohen Zuwachs gab es in der Altersgruppe 45-64 Jahre

(+26,4%). Es ist davon auszugehen, dass Männer sensibilisierter für das Thema Depression sind und häufiger professionelle Hilfe in Anspruch nehmen als sie dies vor ein paar Jahren getan haben. Aber auch die Prävalenz im erwerbsfähigen Alter hat bei den Männern deutlich zugenommen. Laut einer forsa-Umfrage der Kaufmännischen Krankenkasse fühlten sich Anfang 2024 56% der Väter mit Kindern unter 18 Jahre häufig stark unter Druck. Im Vergleich dazu waren es 2019 noch 34%. Ein wesentlicher Unterschied hierbei

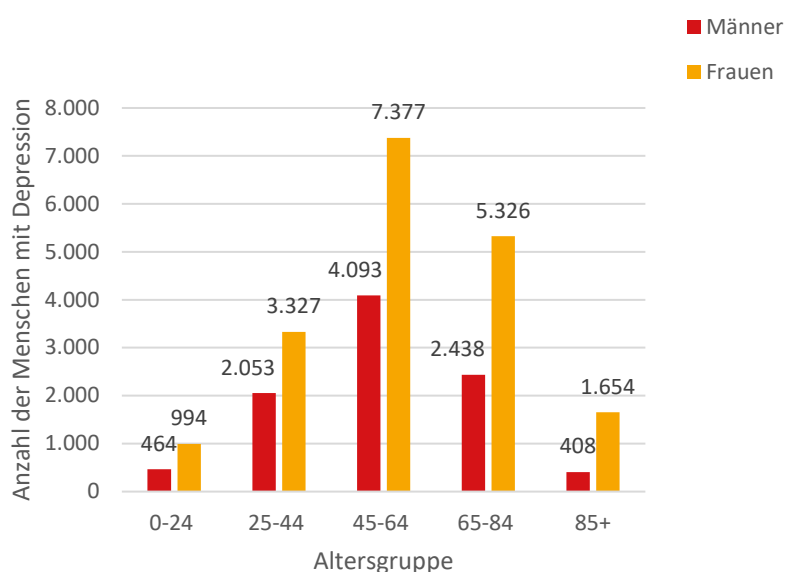


Abbildung 59 Anzahl der Menschen mit Depression nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



waren die Erziehung und Betreuung der Kinder (2024: 45%, 2019: 33%) sowie die Arbeitsbelastung im Haushalt (2024: 30%, 2019: 16%). Hinzu kommt oft ein Leistungsdruck, verbunden mit einer ständigen Erreichbarkeit, aufgrund derer das Berufs- und Privatleben nicht mehr voneinander getrennt werden können (KKH, 2024).

Betrachtet man die Prävalenzen im zeitlichen Verlauf, ist ein steigender Trend zu erkennen, der sowohl mit den Daten aus Nordrhein-Westfalen als auch mit den deutschlandweiten Daten übereinstimmt (vgl. Abbildung 62). Laut dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) stieg die Prävalenz der diagnostizierten Depressionen in den vergangenen fünf Jahren kontinuierlich an (vgl. auch

Gesundheitsbericht Seelische Gesundheit im Kreis Lippe, 2024). Dabei nahm der Anteil der jüngeren Menschen (10-14 Jahre) und der älteren Menschen ab 65 Jahre insbesondere in Zeiten der COVID-19-Pandemie zu. Einsamkeit ist ein Risikofaktor für Depression und während der Pandemie waren vor allem junge sowie ältere Menschen allein. Während schon lange bekannt ist, dass ältere Menschen häufig unter Einsamkeit leiden, rückten während der COVID-19-Pandemie zunehmend junge Menschen in den Fokus der Forschung (Thomas, 2022). Laut des Sozioökonomischen Panels (SOEP) war es die Gruppe der unter 30 Jährigen, die am stärksten unter Einsamkeit, Angst und Depressionen während der Pandemie litt (Entringer und Kröger, 2021).

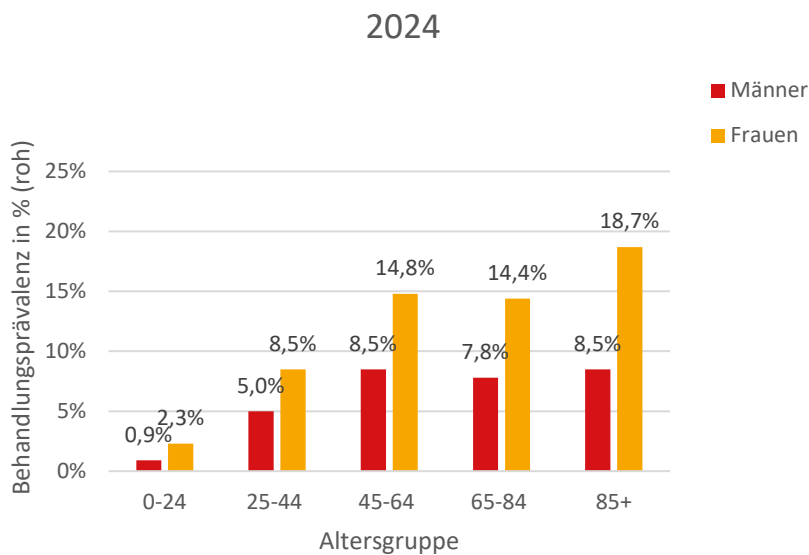


Abbildung 60 Rohe Behandlungsprävalenz von Depression nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

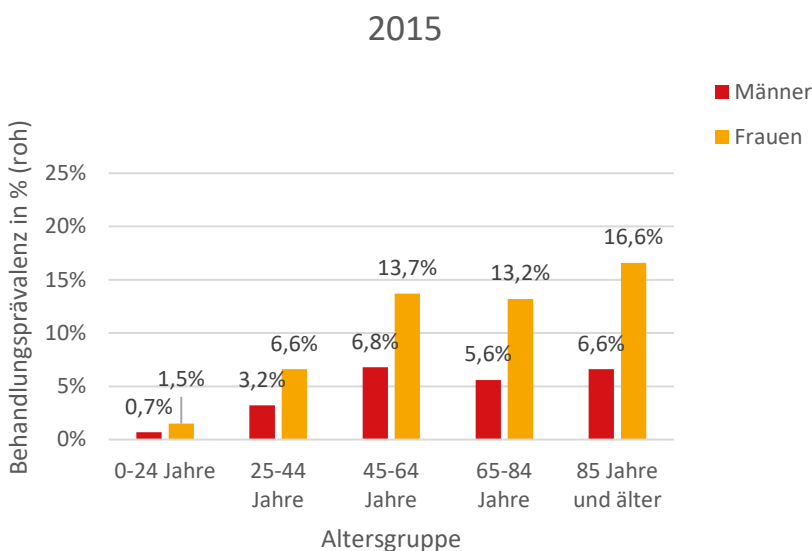


Abbildung 61 Rohe Behandlungsprävalenz von Depression nach Altersgruppen und Geschlecht 2015 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



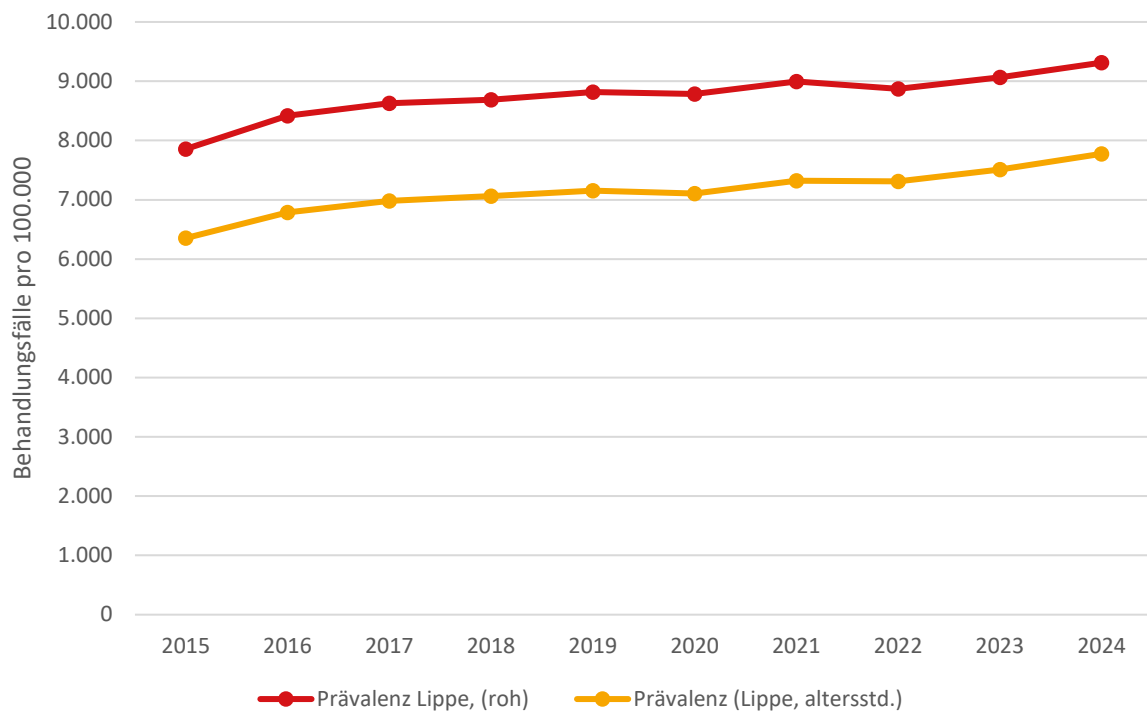


Abbildung 62 Rohe und altersstandardisierte Prävalenzen von Depression im Zeitverlauf in Lippe (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Die Abbildungen 63-65 zeigen die zeitliche Entwicklung der altersstandardisierten Prävalenz der einzelnen Kommunen, gruppiert nach geografischer Lage und in Anlehnung an die Pflegenetzwerke Lippe. Insgesamt ist auch hier ein steigender Trend erkennbar. In den Kommunen Lügde (+52,5%), Kalletal (+43%), Lemgo (+38,9%) und Blomberg (+30,5%) stieg die Behandlungsprävalenz im Beobachtungszeitraum am stärksten. Aber auch in Schieder-Schwalenberg (+28,3%), Lage (+26,1%), Schlangen (+23,1%) und Horn-Bad Meinberg (+22,6%) nahm die Prävalenz um über 20% zu. Lediglich die Stadt Barntrop (-12,5%) und die Gemeinde Dörentrup (-1,9%) verzeichneten über den gesamten Beobachtungszeitraum betrachtet sinkende Prävalenzen. Während in Dörentrup leichte Schwankungen vorlagen, fielen in Barntrop die niedrigen Prävalenzen der Jahre 2023 und 2024 ins Gewicht. Insgesamt wies Barntrop über die Jahre hinweg allerdings die höchste Prävalenz im Kreisvergleich auf (durchschnittliche Prävalenz 2015-2024: 9,4%).



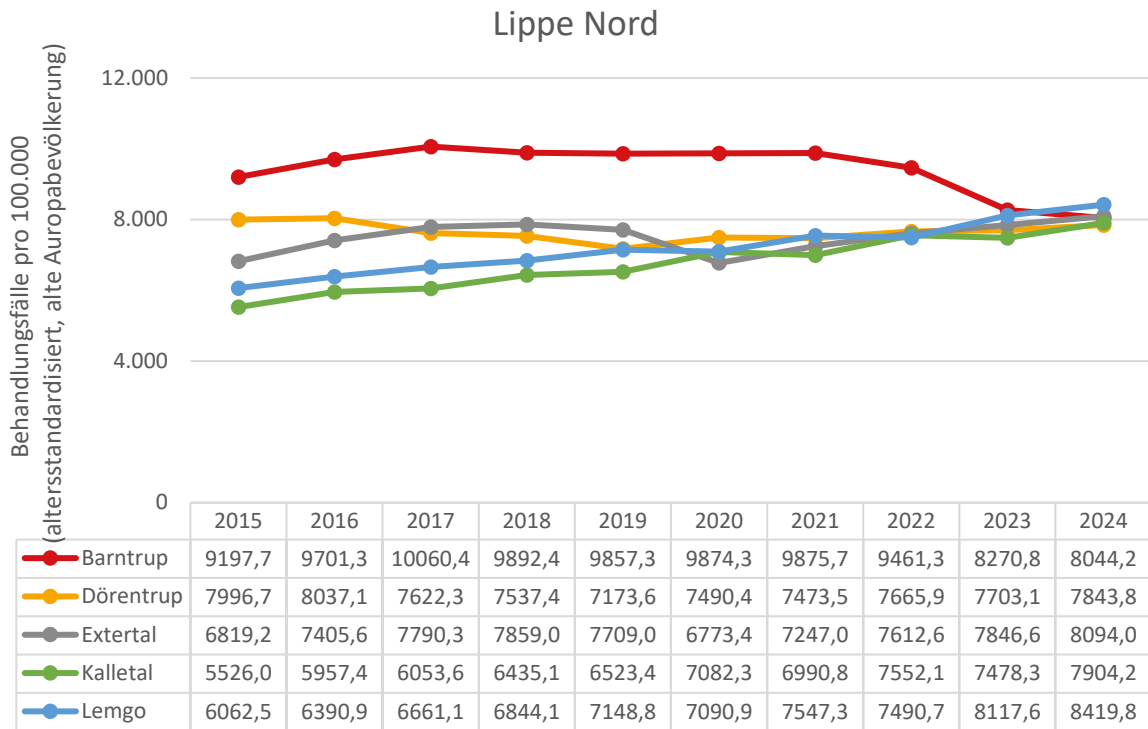


Abbildung 63 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Depression im Zeitverlauf in Lippe Nord (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

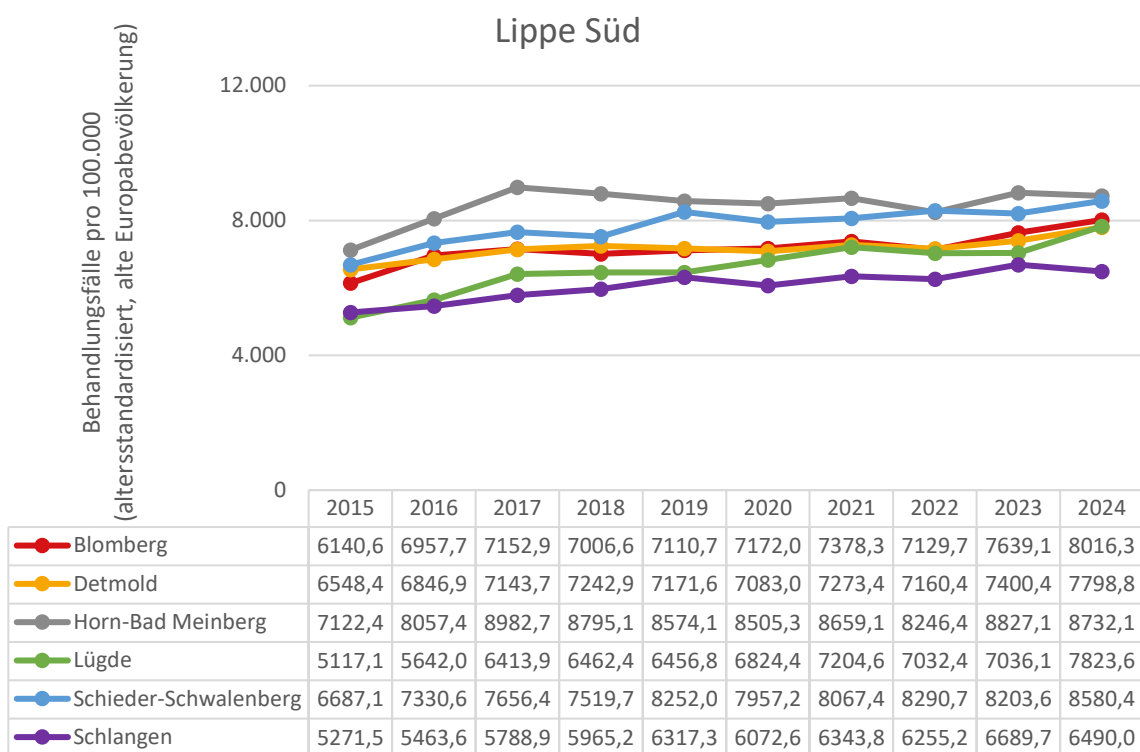


Abbildung 64 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Depression im Zeitverlauf in Lippe Süd (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)



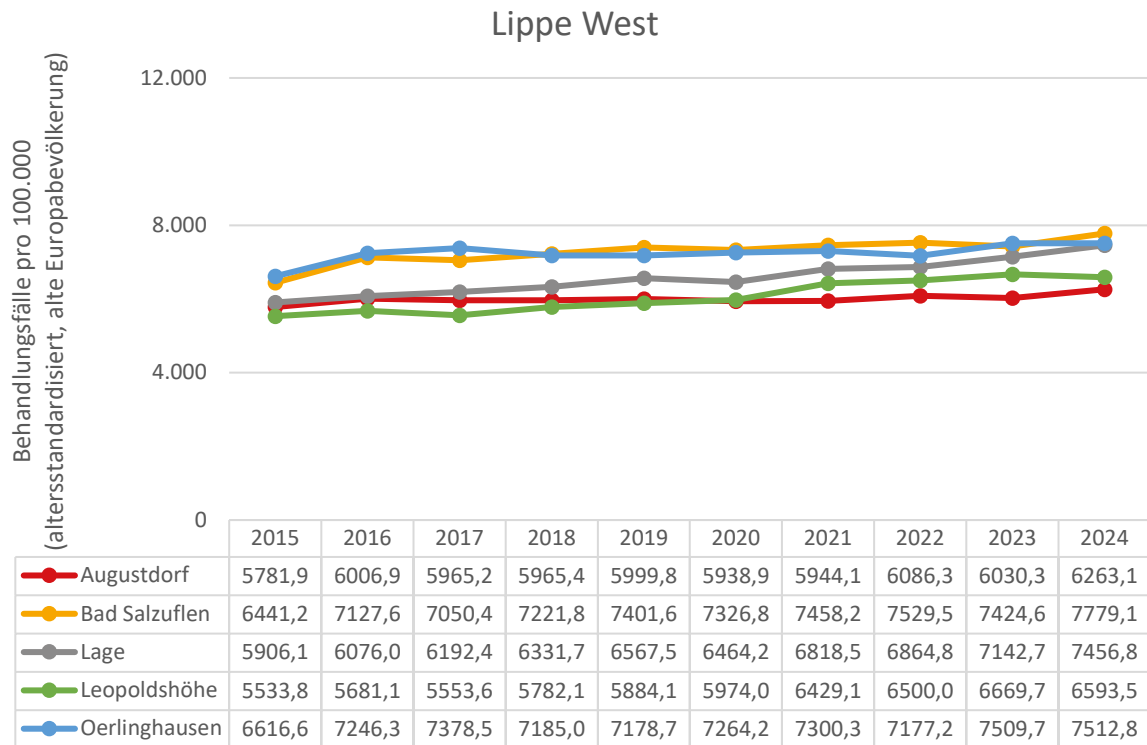


Abbildung 65 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Depression im Zeitverlauf in Lippe West (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

- Die Fallzahlen von Depression sind im Jahr 2024 wieder deutlich angestiegen. Es hat sich gezeigt, dass vermehrt auch jüngere sowie ältere Menschen betroffen sind, sodass Präventionsmaßnahmen für diese Altersgruppen angepasst werden sollten.
- Der Anteil der Männer mit einer Depressionsdiagnose nimmt zu. Auch hier sollten zugeschnittene Angebote ausgebaut werden.
- Die Fallzahlen in Barntrup sollten die nächsten Jahre aufgrund der im Vergleich zu den anderen Jahren niedrigen Prävalenz in den Jahren 2023 und 2024 beobachtet werden.



4.2 Krebserkrankungen

In Deutschland erkranken jedes Jahr über 500.000 Menschen neu an Krebs, mehr als 200.000 sterben daran (Statista, 2025). Krebs macht damit einen erheblichen Anteil an der Krankheitslast der Bevölkerung aus und hat mittlerweile sogar die Belastung durch Herz-Kreislaufkrankungen übertroffen (Hernandez et al., 2021). Die Therapie ist meist langwierig und stellt auch das Gesundheitssystem vor finanzielle Herausforderungen. Daher sind Maßnahmen zur Prävention und Therapie entscheidend, um die Krankheitslast zu reduzieren. Die WHO rechnet mit über 35 Millionen Krebserkrankungen im Jahr 2050, was einer Zunahme um 77%, ausgehend von geschätzten 20 Millionen Krebserkrankungen im Jahr 2022, entspricht (WHO, 2024).

Viele Risikofaktoren für eine Krebserkrankung sind bereits erforscht, sodass Präventionsmaßnahmen ergriffen und ausgebaut werden können.

Im folgenden Abschnitt werden die prozentuale Verteilung der Krebsneuerkrankungen sowie Krebssterbefälle im Kreis Lippe für die Jahre 2010, 2015, 2020 und 2023 vorgestellt, sowie einige wenige Krebserkrankungen im Detail. Ausführlichere Informationen zum Krebsgeschehen im Kreis Lippe sind im Gesundheitsbericht „Krebsgeschehen im Kreis Lippe“ des Gesundheitsamtes Kreis Lippe (2025) zu finden.



4.2.1 Krebsneuerkrankungen

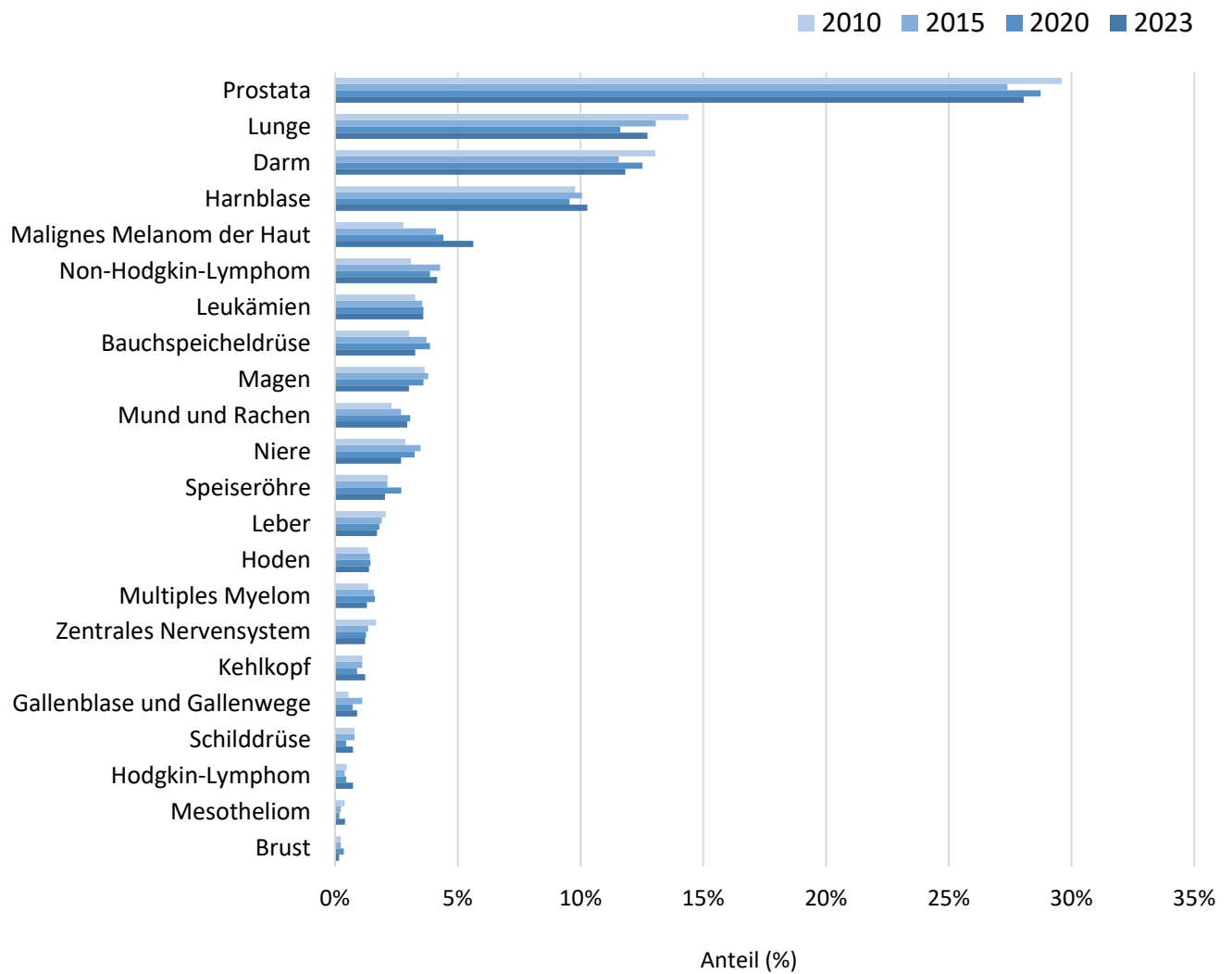


Abbildung 66 Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen bei Männern im Kreis Lippe (ohne nicht-melanotischen Hautkrebs ICD-10 C44) im Zeitvergleich (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025)



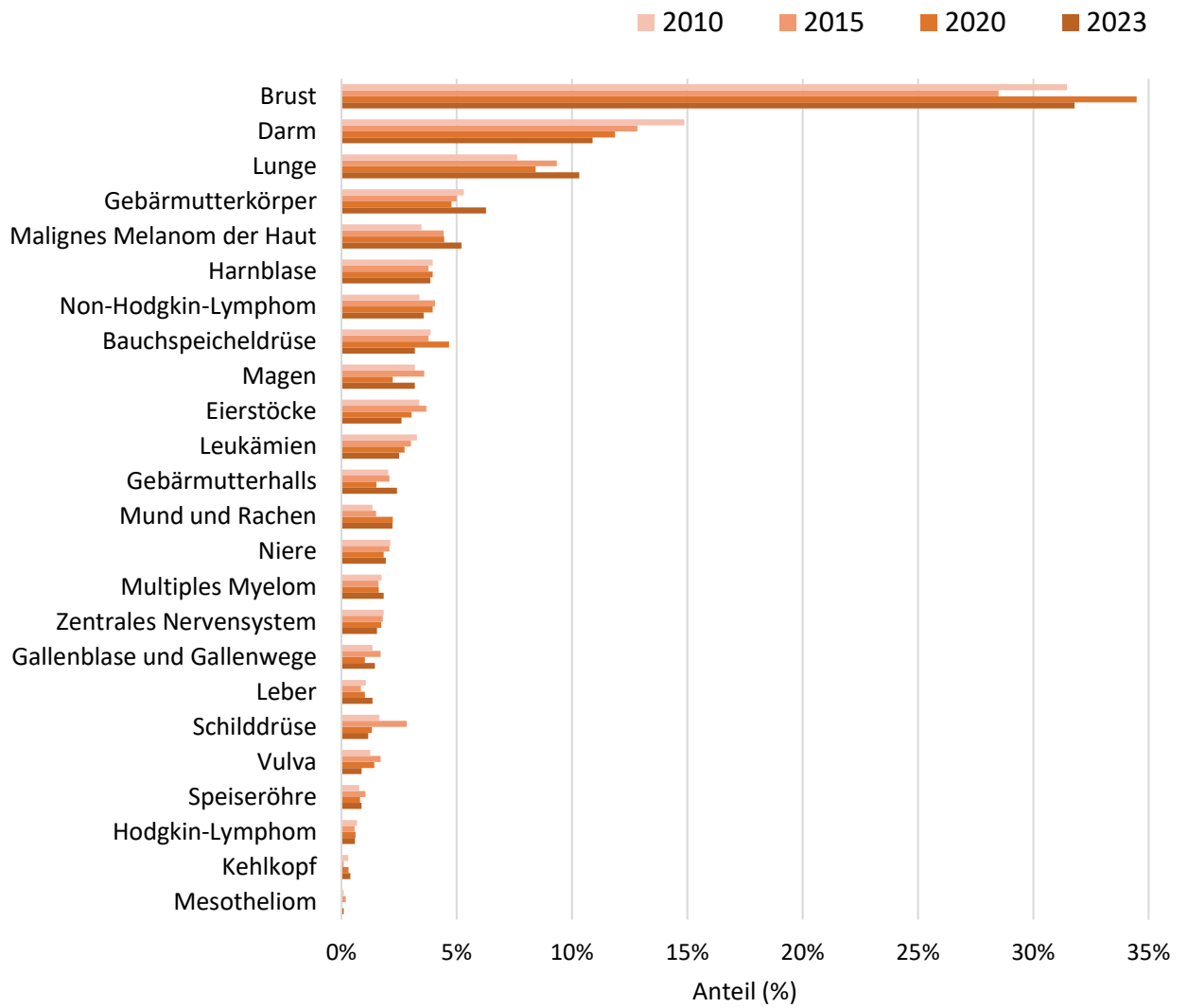


Abbildung 67 Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen bei Frauen im Kreis Lippe (ohne nicht-melanotischen Hautkrebs ICD-10 C44) im Zeitvergleich (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025)



4.2.2 Krebssterbefälle

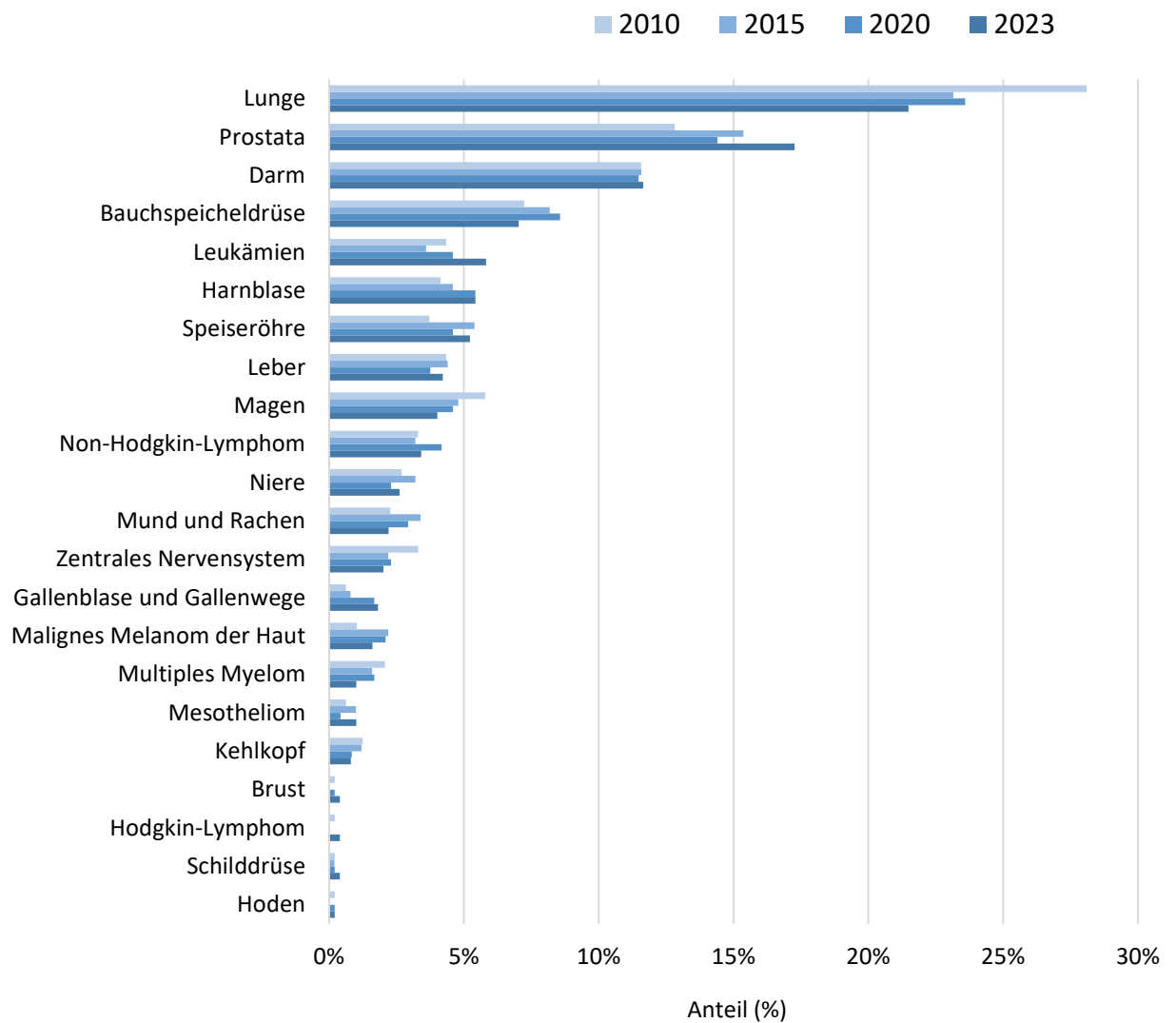


Abbildung 68 Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen bei Männern im Kreis Lippe (ohne nicht-melanotischen Hautkrebs ICD-10 C44) im Zeitvergleich (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025)



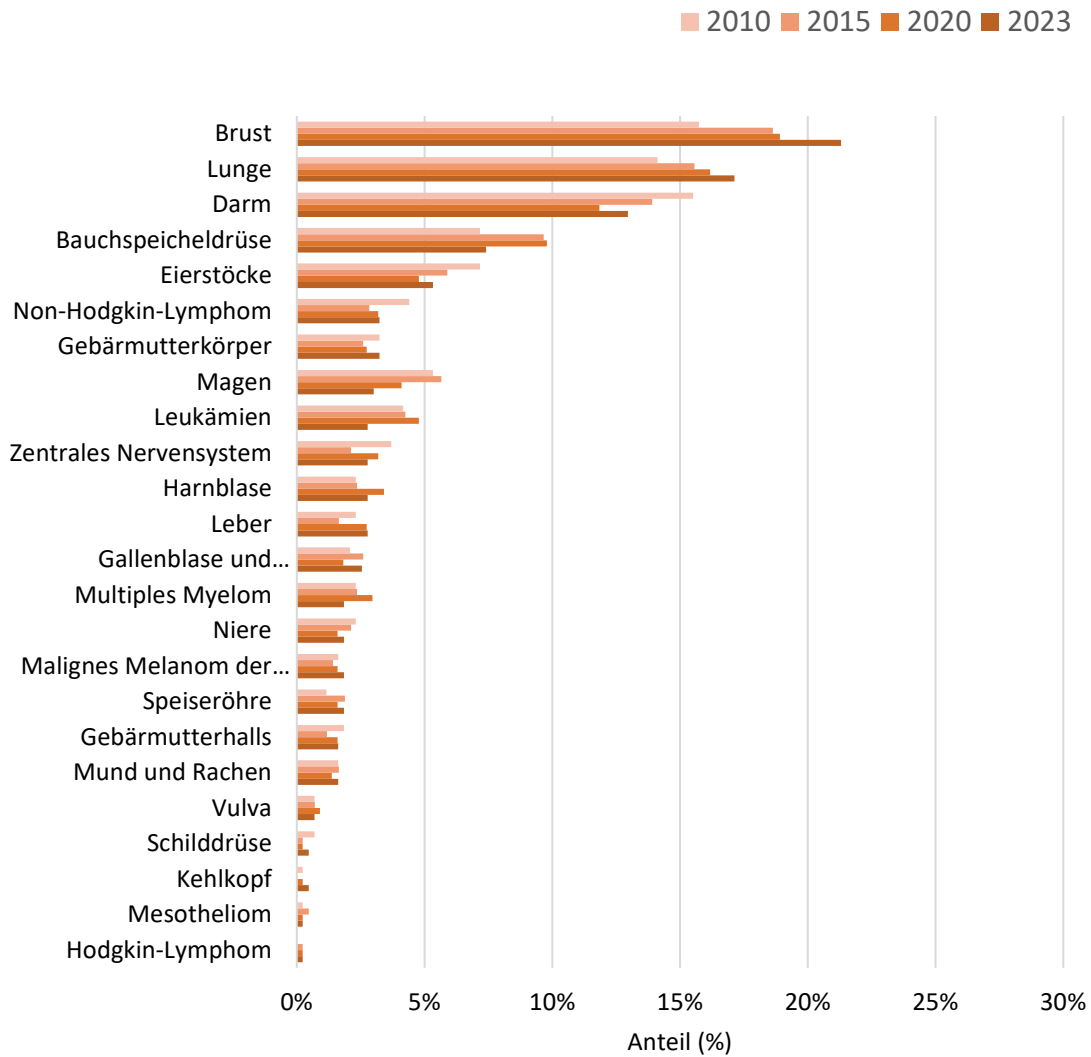


Abbildung 69 Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen bei Frauen im Kreis Lippe (ohne nicht-melanotischen Hautkrebs ICD-10 C44) im Zeitvergleich (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025)



4.2.3 Ausgewählte Krebserkrankungen

Im nachfolgenden werden einige Krebserkrankungen detaillierter vorgestellt. Die Erkrankungen wurden anhand der Kriterien Häufigkeit und auffällige Veränderungen im Beobachtungszeitraum ausgewählt.

Brust (ICD-10: C50)

	Anzahl der Neuerkrankungen ²		Neuerkrankungsrate ¹		Anzahl der Sterbefälle ²		Sterberate ¹	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
2006	4	321	1,8	124,1	-	79	0,8	24,6
2007	5	357	2,1	139,1	-	83	0,6	26,3
2008	5	363	2,1	143,5	-	76	0,5	23,9
2009	3	360	1,4	143,6	0	74	0,1	22,4
2010	3	326	1,0	129,3	-	68	0,3	19,9
2011	-	329	1,0	127,2	-	71	0,2	20,7
2012	3	329	1,2	124,9	-	74	0,2	22,2
2013	3	320	1,0	120,9	-	74	0,2	21,5
2014	3	311	1,0	118,9	-	79	0,2	23,5
2015	3	303	0,8	115,3	0	79	0,2	22,9
2016	3	299	1,0	114,0	-	84	0,2	23,9
2017	-	305	0,7	115,2	-	82	0,3	22,7
2018	3	316	1,0	120,4	-	89	0,5	25,0
2019	3	329	1,0	124,0	-	82	0,3	23,5
2020	4	340	1,5	127,4	-	83	0,2	23,8
2021	3	343	1,2	125,8	-	85	0,3	22,3
2022	3	339	1,0	124,2	-	88	0,3	23,0
2023	-	330	0,7	120,5	-	92	0,4	23,2

Tabelle 4 Übersicht über wichtige epidemiologische Maßzahlen zu Brustkrebs (C50) für den Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025)

1 altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung

2 Fallzahlen unter 3 werden nicht ausgewiesen und mit - gekennzeichnet

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung als auch die häufigste Todesursache unter allen Krebserkrankungen bei Frauen. Identifizierte Hauptrisikofaktoren sind Alkohol- und Tabakkonsum (Teich et al., 2017). Auch Bewegungsmangel und Übergewicht nehmen eine zunehmende Rolle ein, da bekannt ist, dass sie in der Menopause mit einem erhöhten Risiko für Brustkrebs korrelieren (Sondern, 2022). Nach der Einführung des Mammographie-Screenings ist ein zu erwartender Anstieg der Neuerkrankungsrate bis 2009 zu beobachten (RKI Krebsbericht, 2023). Anschließend verläuft die Neuerkrankungsrate bis 2016 rückläufig (vgl. Abbildung 70). Der erneute Anstieg der Neuerkrankungsrate bis 2020 um +11,8% könnte mit der Überarbeitung der Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinie“ G-BA, 2016) im Jahr 2016 im Zusammenhang stehen. Mit dieser Änderung gingen umfangreiche Überarbeitungen des Merkblatts und des Einladungsschreibens zum Mammographie-Screening einher, was

möglicherweise zu einer vermehrten Inanspruchnahme des Mammographie-Screenings führte. Seit 2020 verzeichnete der Kreis Lippe eine Abnahme um -5,4%. Hier muss beachtet werden, dass aufgrund der COVID-19-Pandemie möglicherweise das Mammographie-Screening nicht im vollen Umfang stattfinden konnte. Im Jahr 2023 betrug die Neuerkrankungsrate 120,5 pro 100.000 Einwohner*innen (EW). Demgegenüber blieb die Sterberate stabil und betrug im Jahr 2023 23,2 pro 100.000 EW. Bei Männern gab es vereinzelte Brustkrebserkrankungen (vgl. Tabelle 4).



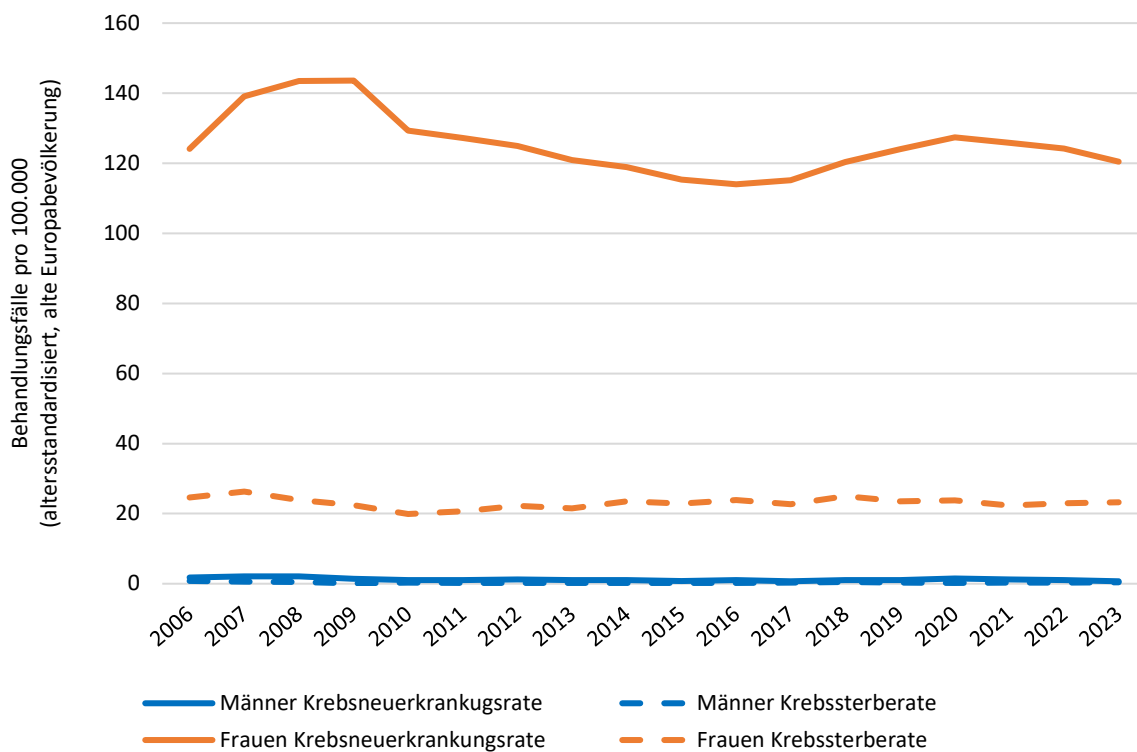


Abbildung 70 Altersstandardisierte Krebsneuerkrankungsrate und Krebssterberate für Brustkrebs (C50) nach Geschlecht im Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025)

Prostata (ICD-10: C61)

	Anzahl der Neuerkrankungen	Neuerkrankungsrate ¹	Anzahl der Sterbefälle	Sterberate ¹
2006	293	117,4	69	25,7
2007	310	123,2	66	23,8
2008	326	128,4	58	20,7
2009	343	133,4	56	19,4
2010	374	144,0	62	21,3
2011	389	147,5	64	20,9
2012	385	144,7	70	22,6
2013	356	129,9	70	21,6
2014	354	129,3	74	22,2
2015	347	126,0	77	22,9
2016	333	120,3	77	22,7
2017	325	114,5	79	22,4
2018	330	115,4	76	20,7
2019	331	116,0	73	19,6
2020	324	110,4	69	18,4
2021	322	107,8	71	18,8
2022	336	109,9	80	21,2
2023	344	112,9	86	23,0

Tabelle 5 Übersicht über wichtige epidemiologische Maßzahlen zu Prostatakrebs (C61) für den Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025)

¹ altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung



Im Jahr 2023 erkrankten 344 Männer an Prostatakrebs. Damit ist Prostatakrebs weiterhin die häufigste Krebsart bei Männern. Bislang sind bis auf das Alter keine wesentlichen Risikofaktoren bekannt (Kohl et al., 2021). Seit 2011 ist ein sinkender Trend der altersstandardisierten Neuerkrankungsrate zu beobachten (s. Abbildung 71), der 2021 durch einen leichten Anstieg unterbrochen wurde (2021-2023: +4,7%). Demgegenüber bleibt die Sterberate nach einem absinkenden Trend bis 2009 über die Jahre stabil. Seit 2021 ist auch hier eine Zunahme der Sterberate zu beobachten (+22,3%). Im Juli 2025 wurde die S3-Leitlinie von der Deutschen Gesellschaft für Urologie angepasst, laut der es keine Tastuntersuchung mehr in der Früherkennung

geben soll. Es wird vorgeschlagen, sich ausschließlich auf die PSA (Prostata-spezifisches Antigen)- Werte zu konzentrieren. Erst bei einem hohen Risiko (PSA-Wert >3ng/ml) werden weitere Untersuchungen vorgenommen. Sonst erfolgt eine Kontroll-Untersuchung erst nach fünf Jahren. Die Entscheidung vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) steht noch aus (DKG, 2025). Es ist abzuwarten, ob sich die Änderung in den Neuerkrankungszahlen widerspiegelt, wenn die Leitlinie so umgesetzt werden sollte.

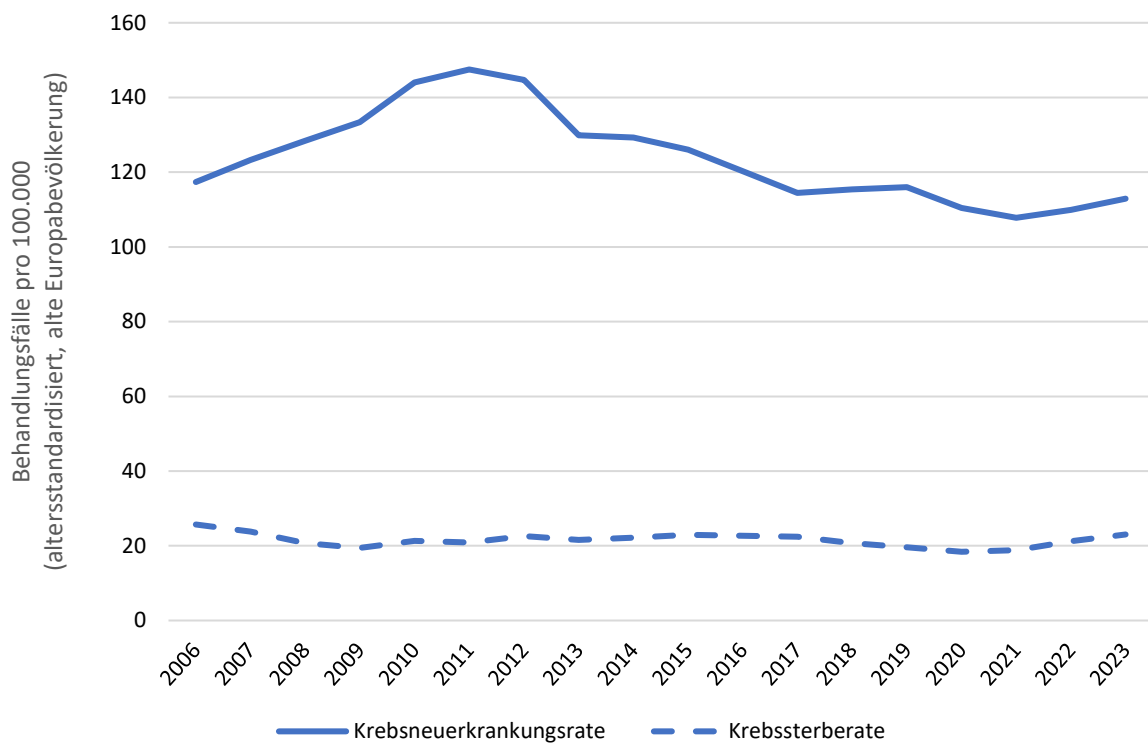


Abbildung 71 Altersstandardisierte Krebsneuerkrankungsrate und Krebssterberate für Prostatakrebs (C61) im Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025)



Darm (ICD-10: C18-C21)

	Anzahl der Neuerkrankungen		Neuerkrankungsrate ¹		Anzahl der Sterbefälle		Sterberate ¹	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
2006	178	148	71,9	43,4	66	68	27,4	15,4
2007	171	156	68,7	44,3	64	66	25,8	15,5
2008	169	166	67,8	45,3	61	66	23,5	15,8
2009	158	158	61,5	43,5	60	63	22,7	15,3
2010	164	154	63,7	41,5	56	67	21,3	15,2
2011	165	146	62,3	40,0	61	64	21,9	14,0
2012	168	143	63,2	38,3	60	62	20,9	13,3
2013	158	133	58,8	38,0	63	57	21,4	12,9
2014	158	135	59,7	38,3	61	56	20,6	12,5
2015	146	136	55,0	39,8	58	59	19,8	13,6
2016	147	134	55,3	39,9	55	56	18,2	13,0
2017	139	128	50,4	37,0	51	57	16,8	14,6
2018	147	122	52,5	33,7	52	51	16,7	12,4
2019	141	123	48,3	34,4	52	54	16,5	12,7
2020	140	119	48,2	34,4	55	52	17,4	12,0
2021	133	122	46,9	36,3	55	55	17,6	13,4
2022	142	111	49,9	31,8	58	53	19,3	13,3
2023	145	113	50,8	32,0	58	56	19,7	13,7

Tabelle 6 Übersicht über wichtige epidemiologische Maßzahlen zu Darmkrebs (C18-C21) für den Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025)

¹ altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung

Im Kreis Lippe erkrankten im Jahr 2023 145 Männer sowie 113 Frauen an Darmkrebs. Damit ist Darmkrebs für Männer die dritthäufigste und bei Frauen sogar die zweithäufigste Tumorklassifikation. Mit 58 männlichen und 56 weiblichen Verstorbenen im Jahr 2023, steht Darmkrebs bei den Sterbefällen für beide Geschlechter an dritter Stelle. Über den gesamten Beobachtungszeitraum ist ein sinkender Trend der alterststandardisierten Neuerkrankungsrate zu erkennen (s. Abbildung 72). Seit 2021 steigt die Sterberate für beide Geschlechter leicht an, was dringend weiter beobachtet werden sollte, da Darmkrebs in der

Regel gut heilbar ist. Eine Darmspiegelung ist eine effektive Früherkennung für Darmkrebs und seit April 2025 für Männer und Frauen ab 50 Jahren möglich. Bislang galt die Regelung ausschließlich für Männer. Alternativ zur Darmspiegelung kann alle 2 Jahre ein Stuhltest durchgeführt werden (G-BA, 2025). Die wichtigsten Erkrankungsrisiken für Darmkrebs sind Tabak, Übergewicht, gefolgt von ballaststoffarmer Ernährung und dem Konsum von viel rotem bzw. verarbeitetem Fleisch. Auch regelmäßiger Alkoholkonsum steigert das Darmkrebsrisiko (Zentrum für Krebsregisterdaten, 2022a).



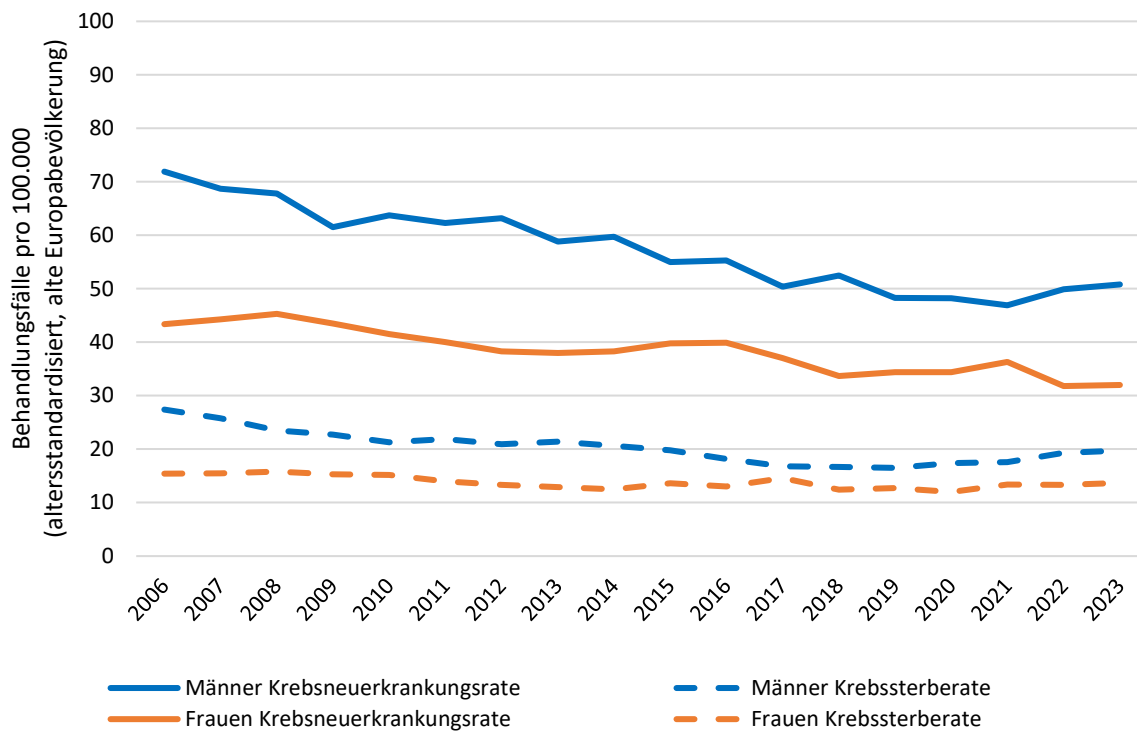


Abbildung 72 Altersstandardisierte Krebsneuerkrankungsrate und Krebssterberate für Darmkrebs (C18-C21) nach Geschlecht im Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025)

Lunge (ICD-10: C33+C34)

	Anzahl der Neuerkrankungen		Neuerkrankungsrate ¹		Anzahl der Sterbefälle		Sterberate ¹	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
2006	168	67	70,5	24,1	137	55	56,6	18,7
2007	161	62	67,3	22,4	133	57	54,9	19,8
2008	156	68	62,8	25,4	127	61	50,9	21,6
2009	164	66	65,4	24,5	129	60	50,0	20,5
2010	180	79	69,9	28,3	136	61	51,9	21,1
2011	183	88	70,4	30,5	137	68	51,8	22,5
2012	182	99	69,2	33,3	134	71	49,6	22,3
2013	174	96	65,5	32,3	130	70	46,9	21,7
2014	169	98	63,9	33,3	121	64	43,3	20,2
2015	165	99	61,9	34,2	116	66	41,3	22,3
2016	160	107	59,4	35,9	114	68	40,5	22,2
2017	158	97	56,8	32,0	116	67	40,5	21,5
2018	156	93	54,3	30,8	122	67	41,7	20,5
2019	149	87	51,9	28,8	113	66	37,3	19,0
2020	138	87	48,7	28,0	113	71	37,1	19,7
2021	135	89	47,7	27,8	105	67	34,9	18,1
2022	144	98	50,1	31,1	108	73	35,9	20,5
2023	156	107	53,3	34,4	107	74	35,3	21,3

Tabelle 7 Übersicht über wichtige epidemiologische Maßzahlen zu Lungenkrebs (C33+C34) für den Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025)

¹ altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung



Im Jahr 2023 erkrankten 107 Frauen und 156 Männer an Lungenkrebs. Insgesamt verstarben 74 Frauen und 107 Männer infolge einer Lungenkrebserkrankung. Damit ist Lungenkrebs die häufigste Todesursache unter allen Krebserkrankungen bei Männern. Während bei den Männern jahrelang ein sinkender Trend der altersstandardisierten Neuerkrankungsrate zu beobachten ist, steigt die Rate der Frauen weiterhin an. Mit Ausnahme des Jahres 2021, ab hier stieg die Neuerkrankungsrate der Männer auch wieder (2021-2023: +11,7%) an. Die gegenläufige Entwicklung spiegelt sich auch in den Sterberaten wieder und kann auf die bereits länger zurückliegende Veränderung der Rauchgewohnheiten zurückgeführt werden (s. Abbildung 73). In einem Artikel im Bundesgesundheitsblatt vom November 1998 hieß es bereits: „Wenn Frauen rauchen wie Männer, sterben sie wie Männer.“ (Junge, 1998). Es ist davon auszugehen, dass sich diese

Entwicklung noch weiter fortsetzen wird, sodass die Raten sich weiterhin annähern. Der Hauptrisikofaktor für Lungenkrebs ist weiterhin Tabakkonsum. Laut dem DKFZ (2020) sind 9 von 10 Fällen bei Männern und mindestens 6 von 10 Fällen bei Frauen auf aktives Rauchen zurückzuführen sei. Aber auch passives Rauchen und Luftschadstoffe steigern das Lungenkrebsrisiko. Lungenkrebs gehört zu den Krebserkrankungen mit einer eher niedrigen 5-Jahre-Überlebensrate (Frauen: ca. 25%, Männer: 19%), für die es auch keine Früherkennung in der Allgemeinbevölkerung gibt (Zentrum für Krebsregisterdaten, 2022b). Im Juni 2025 wurde vom G-BA lediglich für aktive und ehemalige Raucher*innen zwischen 50 und 75 Jahren die Möglichkeit eines jährlichen Screenings mittels Niedrigdosis-Computertomographie beschlossen. Das Screening-Angebot steht gesetzliche Versicherten voraussichtlich ab April 2026 zur Verfügung (G-BA, 2025a).

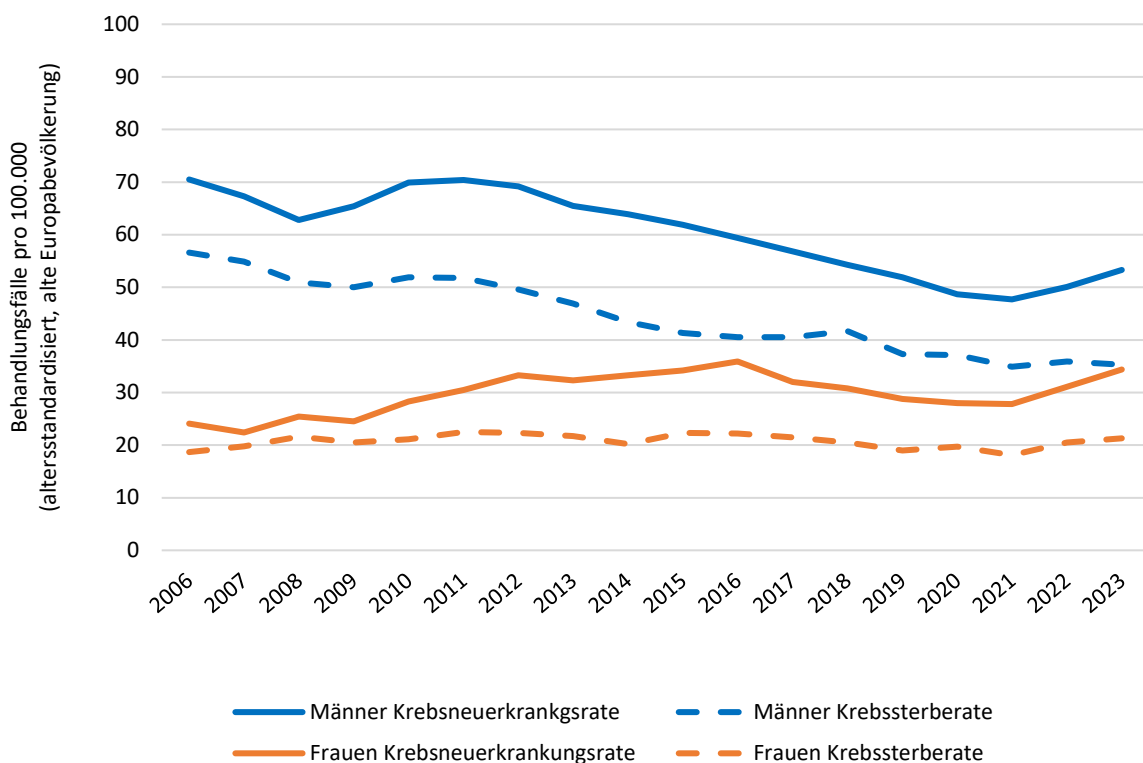


Abbildung 73 Altersstandardisierte Krebsneuerkrankungsrate und Krebssterberate für Lungenkrebs (C33+C34) nach Geschlecht im Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025)



Malignes Melanom der Haut (ICD-10: C43)

	Anzahl der Neuerkrankungen		Neuerkrankungsrate ¹		Anzahl der Sterbefälle		Sterberate ¹	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
2006	36	34	16,8	13,3	7	6	3,3	1,4
2007	37	34	17,1	14,6	7	5	3,3	1,5
2008	34	34	16,0	15,1	6	6	2,8	1,9
2009	31	33	14,5	15,0	5	7	2,2	2,3
2010	35	36	16,0	15,3	5	7	2,3	2,2
2011	37	42	16,2	17,5	6	6	2,8	1,9
2012	40	44	17,7	18,2	7	7	3,3	1,9
2013	37	48	15,9	19,9	9	7	3,6	1,6
2014	47	48	20,5	20,1	10	7	3,9	1,8
2015	52	47	21,8	19,8	11	6	4,3	1,5
2016	56	45	23,1	17,9	10	7	3,5	2,0
2017	50	40	20,6	15,3	7	6	2,4	1,7
2018	48	41	19,4	15,5	7	5	2,3	1,5
2019	45	40	17,5	15,5	8	6	2,7	1,4
2020	50	45	19,0	17,6	10	7	3,5	1,5
2021	60	49	23,3	18,7	9	7	3,1	1,6
2022	67	53	25,9	19,5	9	8	3,0	2,0
2023	69	54	26,6	19,4	8	8	2,6	2,3

Tabelle 8 Übersicht über wichtige epidemiologische Maßzahlen zum malignen Melanom (C43) für den Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025)

¹ altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung

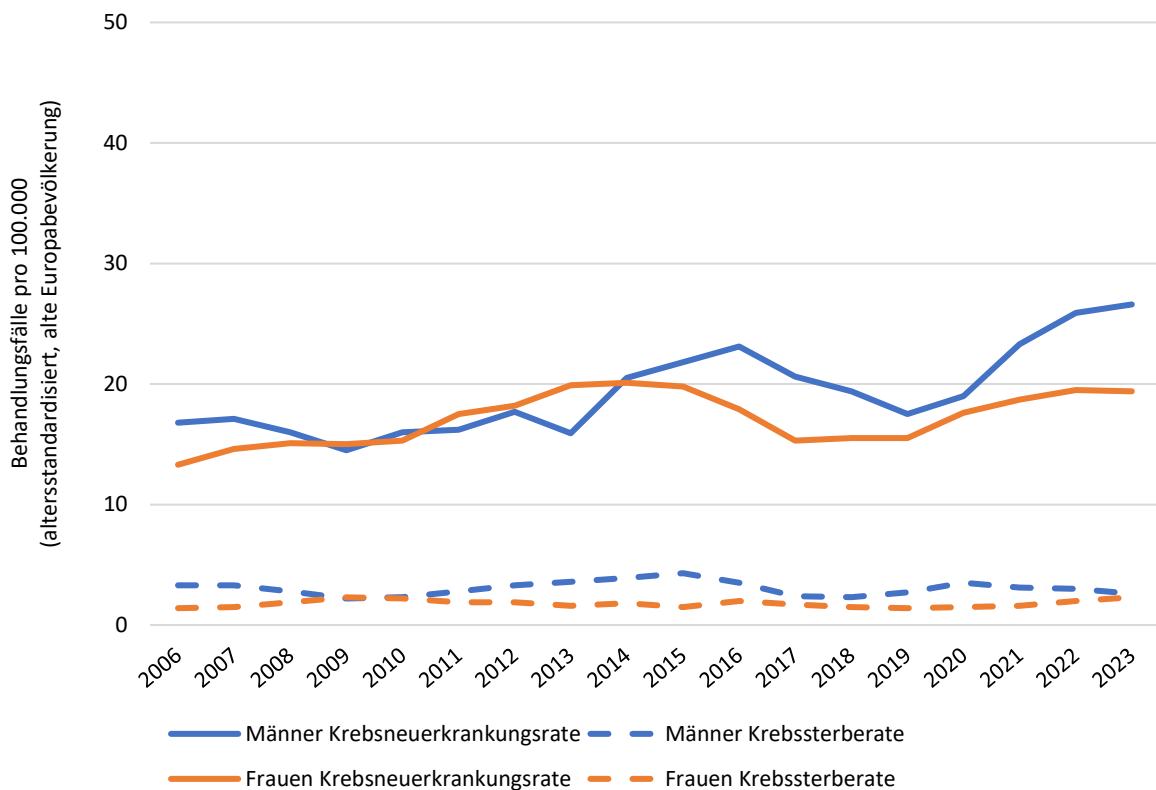


Abbildung 74 Altersstandardisierte Krebsneuerkrankungsrate und Krebssterberate für malignes Melanom der Haut (C43) nach Geschlecht im Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025)



Seit Jahren steigt die Neuerkrankungsrate des malignen Melanoms der Haut für beide Geschlechter an, was durchaus durch die Einführung des Hautkrebsscreenings 2008 beeinflusst wurde. Im Zeitraum von 2015 bis 2019 nahmen die Neuerkrankungen im Kreis Lippe allerdings leicht ab, bevor sie 2023 den Höchstpunkt erreichten (Männer: 26,6/100.000 EW, Frauen: 19,4/100.000 EW) (s. Abbildung 74). Männer und Frauen erkranken im Vergleich zu anderen Krebsarten deutlich früher. Im Kreis Lippe beträgt das mediane Erkrankungsalter für Männer 69 Jahre, für Frauen 64 Jahre (LKR NRW, 2025). Grundsätzlich gehört das maligne Melanom der Haut zu den prognostisch günstigeren Krebserkrankungen, was sich in der stabilen Sterberate über den gesamten Beobachtungszeitraum widerspiegelt. Das Krebsrisiko wird maßgeblich durch die UV-Strahlung beeinflusst, die wir unserer Haut aussetzen (DKFZ, 2025).

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Die Krebsdaten im Kreis Lippe decken sich mit den bundesweiten Krebserkrankungen. Bei den Frauen dominierten im Jahr 2023 Brustkrebserkrankungen mit 31,8% an allen Krebsneuerkrankungen, gefolgt von Darm- (10,9%) und Lungenkrebs (10,3%). Die häufigste Tumorlokalisation bei den Männern war im Jahr 2023 Prostata (28,1%), gefolgt von Lunge (12,7%) und Darm (11,8%). Während bei den Frauen Brustkrebs die häufigste Todesursache unter allen Krebserkrankungen war (21,3%), verstarben die Männer am häufigsten an Lungenkrebs (21,5%).

Das Deutsche Krebsforschungszentrum schätzt, dass sich mindestens 37% aller neuen Krebserkrankungen in Deutschland anhand von Risikofaktoren erklären lassen (DKFZ, 2018). Dabei sind lebensstilassozierte Risikofaktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung, Übergewicht und Bewegungsmangel von großer Bedeutung (Mons et al., 2018; Behrens et al., 2018). Die natürliche UV-Strahlung ist aufgrund mangelnder Daten in dieser Risikoberechnung noch unberücksichtigt geblieben. Obwohl für die meisten Neuerkrankungsraten im Kreis Lippe ein rückläufiger Trend zu beobachten ist, steigt sie für Lungenkrebs bei Frauen und für das maligne Melanom der Haut bei beiden Geschlechtern an. Hier sollten insbesondere die Risikofaktoren Tabakkonsum und UV-

Strahlung in die Planung von Präventionsmaßnahmen mit aufgenommen werden. Demgegenüber stehen leicht steigende Sterberaten für Prostata- und Darmkrebs bei Männern sowie für Lungenkrebs bei Frauen. Überwiegend sind diese Auffälligkeiten ab 2021 zu sehen, was im Weiteren beobachtet werden sollte.



4.3 Übertragbare Krankheiten

4.3.1 Atemwegserkrankungen

Es gibt zahlreiche Viren und Bakterien, die eine Atemwegsinfektion hervorrufen können. Diese treten vermehrt im Herbst und Winter auf, da sich die Menschen häufiger drinnen aufhalten und die Räume weniger gut belüftet sind. Dadurch können sich Viren leichter verbreiten. Weitere Faktoren wie die geringe Luftfeuchtigkeit, trockene Schleimhäute sowie die geringere Immunabwehr des Körpers im Winter, spielen ebenfalls eine Rolle. Während eine normale Erkältung sich durch Schnupfen, Husten und Halsschmerzen äußert, gibt es auch Erkrankungen, die durchaus ernster sind (RKI, 2025a). Bei schweren Verläufen von Legionellose und COVID-19 können Lungenentzündungen auftreten, die bis zum Organversagen führen können. Eine unbehandelte Tuberkulose ist durch einen langen und schweren Verlauf gekennzeichnet (Infektionsepidemiologisches Jahrbuch, 2023).

Nachfolgend werden die Fallzahlen zu Influenza, COVID-19, Tuberkulose, Keuchhusten, Legionellose sowie zu Infektionen mit dem Respiratorischen-Synzytial-Virus (RSV-Infektion) näher betrachtet. Für RSV wurde die Meldepflicht im Juli 2023 eingeführt, sodass die Daten erst ab 2023 vorliegen (Buzer, 2023). Die erste COVID-19-Erkrankung in Deutschland trat 2020 auf. Daraufhin wurde im Mai 2020 eine Meldepflicht gesetzlich im Infektionsschutzgesetz verankert (Bundesgesetzesblatt, 2020).

Infobox

Fallzahlen <3 werden nicht ausgewiesen und sind daher mit - gekennzeichnet.

Influenza

Influenzaviren werden vorwiegend beim Husten oder Niesen über ausgeschiedene Tröpfchen übertragen. Dabei ist das Infektionsgeschehen saisonal und verläuft in sogenannten Grippewellen beginnend ab Januar/Februar eines jeden Jahres. Die Länge und Schwere der Grippewelle variiert jedes Jahr. Etwa ein Drittel der Betroffenen beklagt ein plötzliches Krankheitsgefühl mit Fieber, Husten, Muskel- und Gliederschmerzen. Es kann auch zu allgemeiner Schwäche, Schweißausbrüchen und Schnupfen kommen. Übelkeit und Erbrechen treten selten auf. Bei einem normalen Verlauf klingen die Symptome nach 5-7 Tagen wieder ab. Sollte es zu Komplikationen kommen, ist eine Lungenentzündung sehr wahrscheinlich. Bei Kindern kann es auch zu einer Mittelohrentzündung kommen. Selten sind Entzündungen des Gehirns oder des Herzmuskels. Die saisonale Influenza ist nicht zu vergleichen mit einer Erkältung oder einem „grippalen Infekt“.

	Influenza	COVID-19	Tuberkulose	Keuchhusten	RSV	Legionellose
2015	137	keine Meldepflicht	23	15	keine Meldepflicht	-
2016	218		24	37		3
2017	150		14	72		0
2018	752		22	34		-
2019	348		8	56		4
2020	490	8.825	12	19	16	
2021	11	22.720	9	0	4	
2022	654	118.048	14	30	-	
2023	101	5.409	9	-	11	9
2024	312	852	9	87	27	7

Tabelle 9 Fallzahlen Atemwegserkrankungen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)



Im Kreis Lippe ist zu beobachten, dass insbesondere im Jahr 2018 eine starke Influenzasaison (n= 752) vorherrschte (s. Abbildung 75).

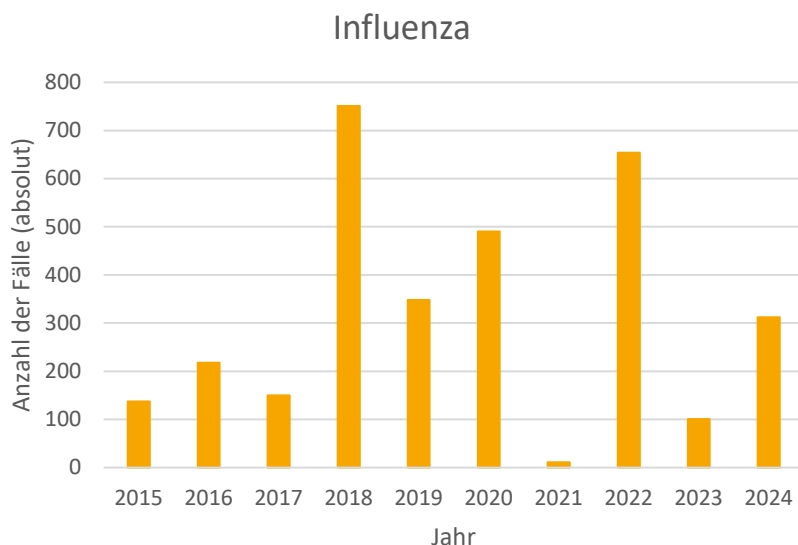


Abbildung 75 Anzahl der Influenza-Erkrankungen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

Die Pandemiejahre 2020-2022 müssen achtsam interpretiert werden. Zum einen wurde 2019 die Referenzdefinition vom Robert Koch-Institut geändert, wodurch auch Fälle in die

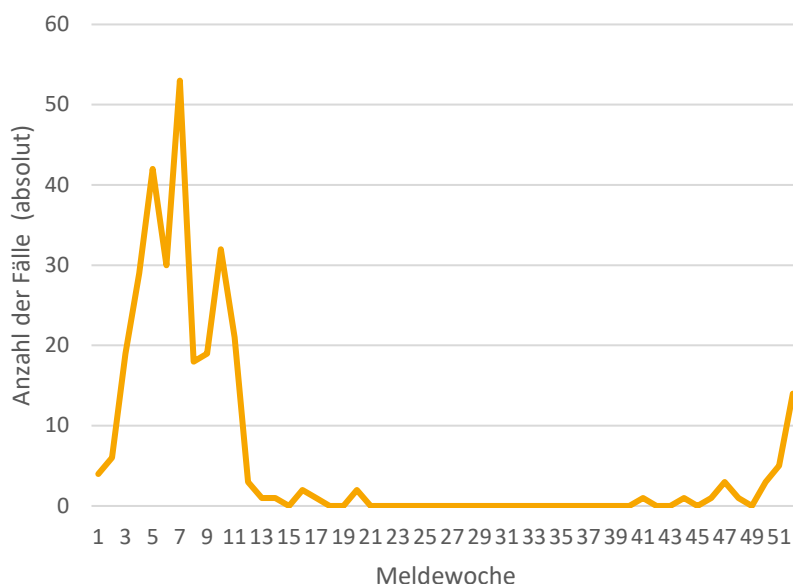


Abbildung 76 Anzahl der Influenza-Erkrankungen nach Meldewoche im Kreis Lippe, 2024 (n=312) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

Statistik einfließen, bei denen ausschließlich ein positiver Labornachweis vorlag (LZG NRW, 2019). Zum anderen wurde verstärkt getestet. Das Jahr 2021 mit 11 gemeldeten Fällen fällt

besonders auf und ist wahrscheinlich auf die Kontaktbeschränkungen während der COVID-19-Pandemie zurückzuführen. Bundesweit gab es eine ungewöhnlich niedrige Influenza-Aktivität in der Saison 2020/2021 (Buda et al., 2021). In der Influenza-Saison 2023/2024, die von der 50. KW 2023 bis zur 12. KW 2024 ging, wurden insgesamt 285 Influenza-Fälle gemeldet. In der 7. KW (n=53) erreichte sie ihren Höhepunkt und fiel danach zunächst stark ab bevor es in der 10. KW nochmal zu einem erhöhten Aufkommen (n=32) kam. Nach der 20. KW traten keine Influenza-Fälle mehr auf (s. Abbildung 76).

Zu den Risikogruppen von Influenza gehören Personen ab 60 Jahre, Personen mit chronischen Erkrankungen, Schwangere, Bewohner*innen von Alten- und Pflegeheimen, medizinisches Personal sowie Kleinkinder <5 Jahre. Abbildung 77 zeigt, dass insbesondere diese Altersgruppen häufiger an Influenza erkranken. Am häufigsten waren Kleinkinder <5 Jahre betroffen (Jungen: 10,3/100.000 EW), Mädchen: 8,1/ 100.000 EW). Die zweithöchste Prävalenz lag bei den 60-69-jährigen Frauen (5,9/100.000 EW) vor. Insgesamt wurden 38 der 312 Influenza-Fälle aufgrund der Erkrankung stationär aufgenommen, davon 14 Kleinkinder <5 Jahre und 10 Personen ab 60 Jahre. Lediglich 2 der 38 Personen waren geimpft. Jedes Jahr zirkulieren andere Influenza-Viren. Der Impfstoff wird für jede Saison anhand der zu erwartenden Virusvarianten angepasst. Sollte man sich dennoch infizieren, schützt die



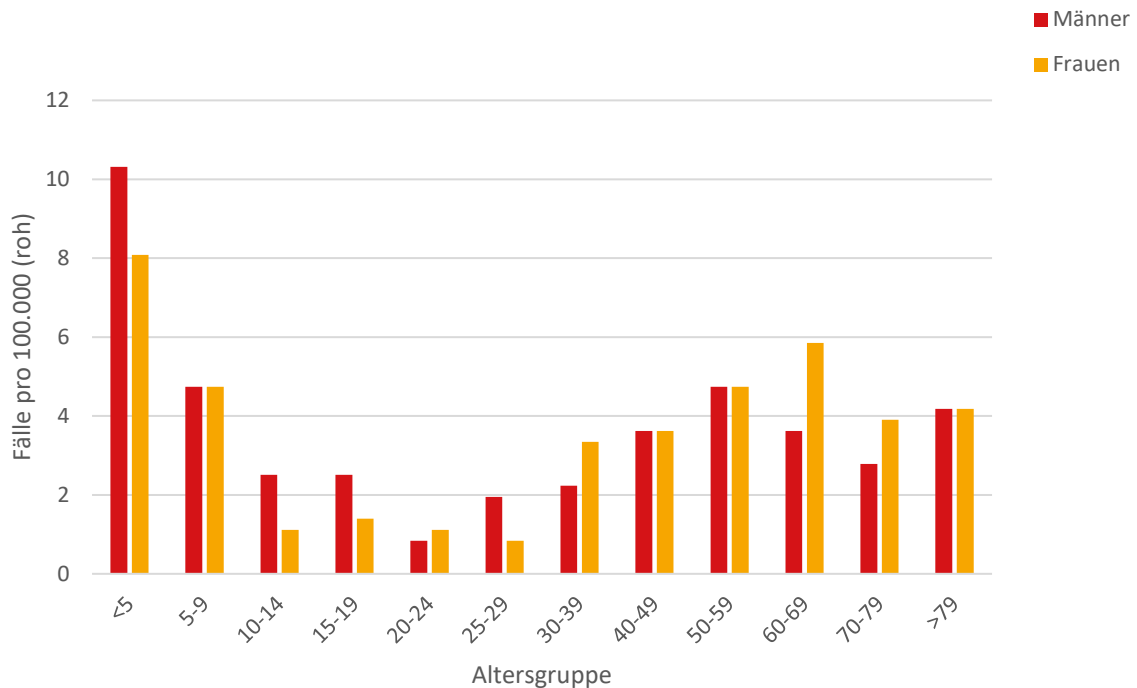


Abbildung 77 Influenza-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe, 2024 (n=312) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

Gripeschutzimpfung vor schweren Verläufen und Komplikationen (BMG, 2025).

Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

COVID-19 ist eine respiratorische Erkrankung, die durch das Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelöst wird. Ende 2019 traten die ersten Fälle in China auf. In kurzer Zeit verbreitete sich das Virus weltweit, sodass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) am 11.03.2020 das Infektionsgeschehen zu einer Pandemie erklärte. Der erste Fall im Kreis Lippe wurde am 04.03.2020 gemeldet. Die Übertragung erfolgt von Mensch zu Mensch über Tröpfchen und Aerosole, die von infizierten Personen beim Husten und Niesen sowie beim Atmen und Sprechen freigesetzt werden. In der Regel treten bei den Betroffenen milde Atemwegsinfektionen auf. Insbesondere zu Beginn der Pandemie, als der Mensch noch keine Immunabwehr gegen das Virus hatte, gab es vermehrt schwere Krankheitsverläufe und das nicht nur bei älteren Menschen. Nach einer akuten Infektion, kann es in manchen Fällen zum sogenannten Long-COVID-Syndrom oder Post-

COVID-Syndrom kommen, bei dem die Symptome noch jenseits der akuten Krankheitsphase für einen längeren Zeitraum weiter fortbestehen. Im Oktober 2021 veröffentlichte die WHO die erste Falldefinition von Post-COVID-19 für Erwachsene. Demnach „werden unter dem Begriff „Post-COVID-19-Syndrom“ gesundheitliche Beschwerden zusammengefasst, die in längerem Abstand (in der Regel drei Monate) im Anschluss an eine durchgemachte SARS-CoV-2-Infektion über längere Zeit fortbestehen oder neu auftreten und anderweitig nicht erklärbar sind.“ (RKI, 2025c). Dabei sind die Symptome sehr vielfältig. Im Jahr 2023 ging die Pandemie allmählich in ein endemisches Infektionsgeschehen über, da durch Impfung und überstandene Infektion eine Grundimmunität in der Bevölkerung bestand. Am 05.05.2023 hob die WHO die Gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite auf.

Der zeitliche Verlauf der Pandemie im Kreis Lippe (s. Abbildung 78) ist ähnlich zu dem Infektionsgeschehen in Deutschland und zeigt, dass insbesondere die erste Jahreshälfte 2022 durch hohe Fallzahlen gekennzeichnet war. In



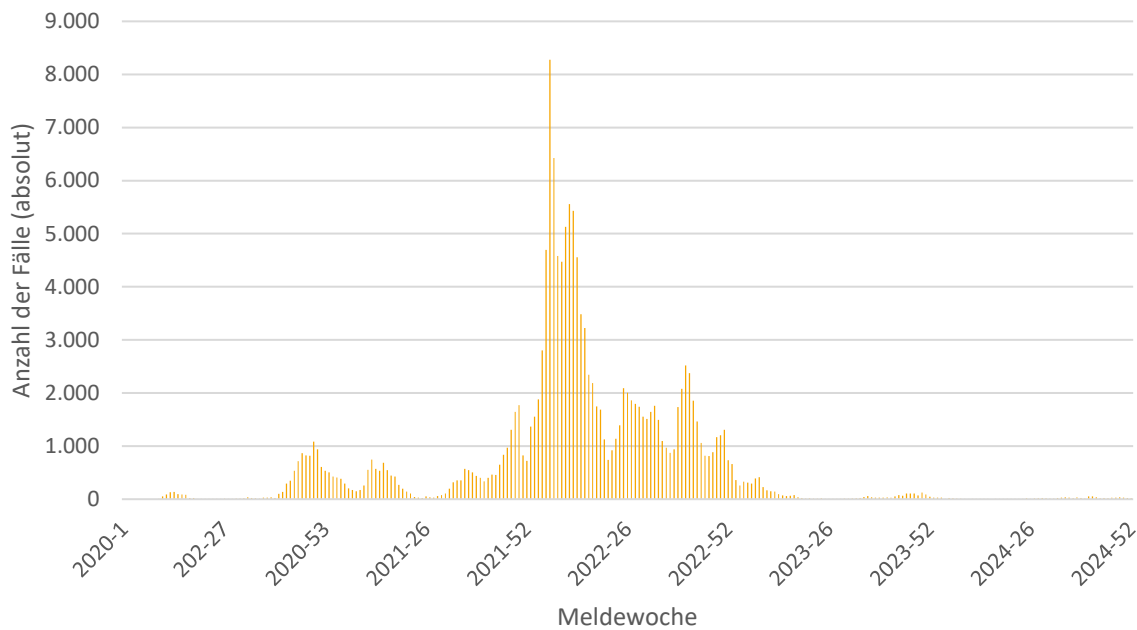


Abbildung 78 Anzahl der COVID-19-Erkrankungen nach Meldewoche im Kreis Lippe, 2020-2024 (n=155.854) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

der 6. KW wurde der Peak mit 8.274 Fällen erreicht. Dies ist durch die zu der Zeit dominierende Omikron-Variante zu begründen. Über den gesamten Zeitraum von 2020-2024 verstarben 628 Personen in Folge einer COVID-19-Erkrankung. Die höchste Mortalität wies das Jahr 2021 mit 245 Verstorbenen auf (s. Tabelle 10).

Zu Beginn des Jahres 2024 gab es durchschnittlich 377 COVID-19-Fälle pro Woche (s. Abbildung 79). Die Fallzahlen nahmen ab März deutlich ab und stiegen erst wieder Mitte Juni an. Der Peak wurde in der 42. KW mit 52 Fällen erreicht. Einen Geschlechterunterschied war in der Inzidenz aller COVID-19-Fälle nicht zu beobachten (Männer: 119,3/100.000 EW, Frauen: 118,2/100.000 EW). Die höchste altersspezifische Inzidenz lag bei Männern in der Altersgruppe 80-84 Jahre, für Frauen in der Altersgruppe 85-89 Jahre (je 78/100.000 EW) (s. Abbildung 80). Die generell höhere Inzidenz in den höheren Altersgruppen, kann mit der Empfehlung zum Testen in der Pflege/Betreuung zusammenhängen (RKI, 2024a). Auch die Inzidenz von Säuglingen war mit 18 Jungen pro 100.000 EW und 16 Mädchen pro 100.000 EW deutlich höher als für die übrigen Altersgruppen. Bei 7 von 852 Fällen war eine stationäre Behandlung aufgrund einer COVID-19-Erkrankung notwendig. 71,4% der hospitalisierten Fälle waren >80 Jahre alt.

Jahr	Todesfälle aufgrund von COVID-19	Medianes Alter	Geschlechterverteilung
2020	158	84 Jahre	Männer: 55,1% Frauen: 44,9%
2021	245	81 Jahre	Männer: 60,8% Frauen: 39,2%
2022	207	85 Jahre	Männer: 58,0% Frauen: 42,0%
2023	15	81 Jahre	Männer: 73,3% Frauen: 26,7%
2024	3	81 Jahre	-

Tabelle 10 Anzahl der Todesfälle aufgrund einer COVID-19-Erkrankung im Kreis Lippe von 2020-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)



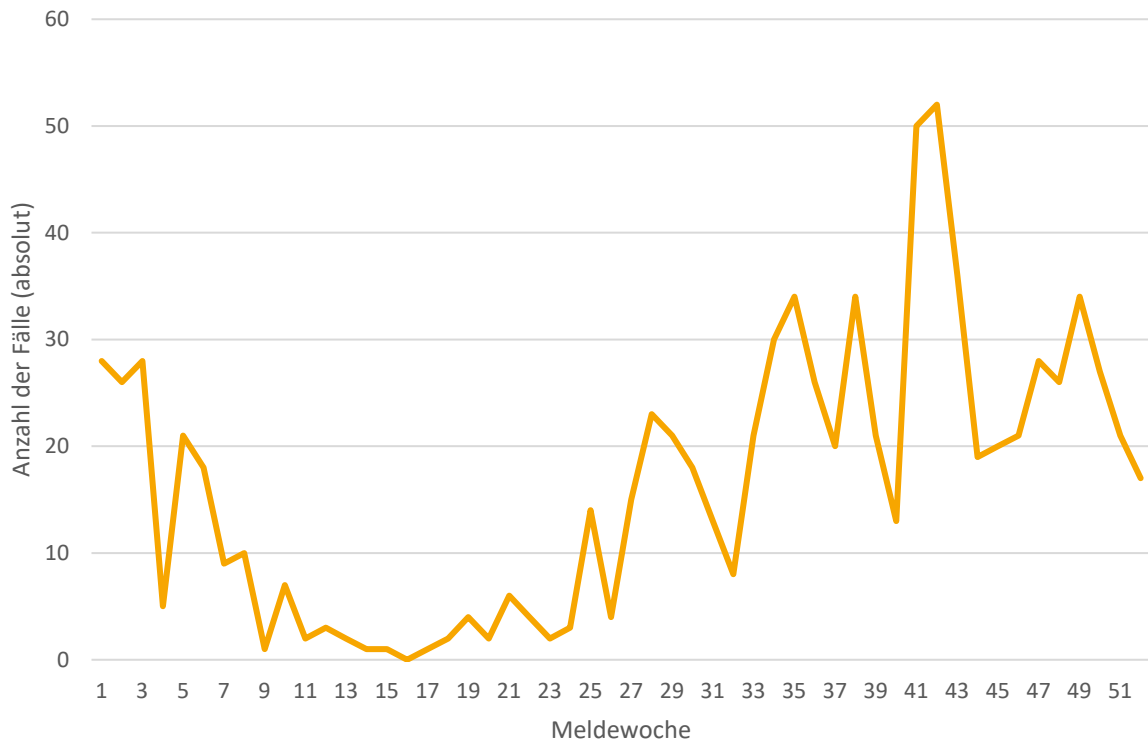


Abbildung 79 Anzahl der COVID-19-Erkrankungen nach Meldewoche im Kreis Lippe, 2024 (n=852) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

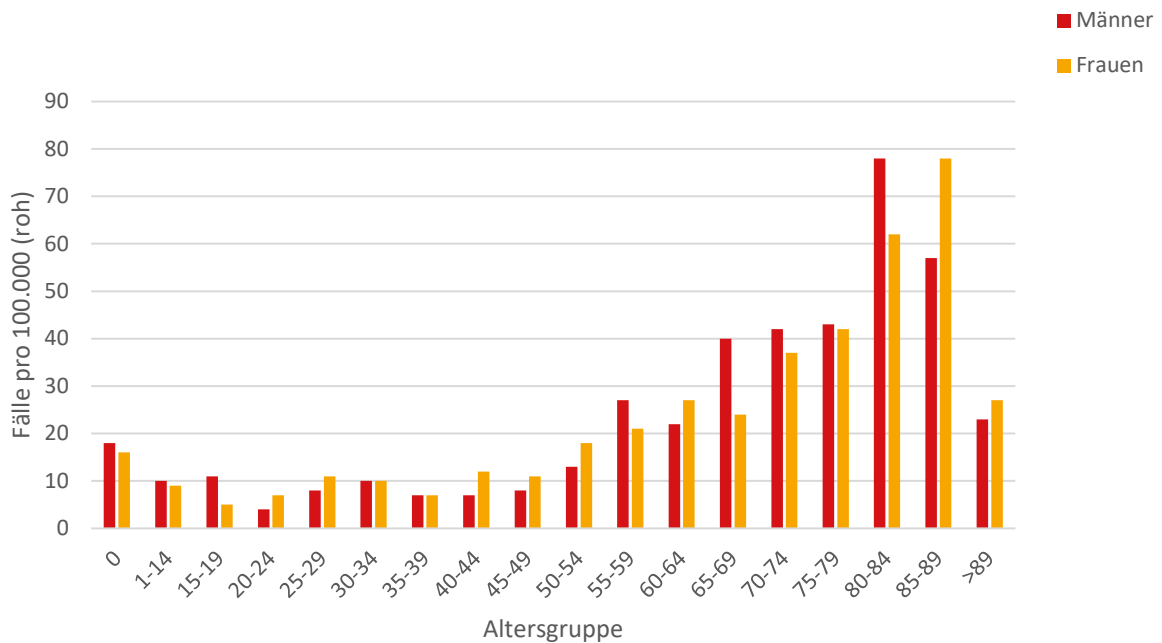


Abbildung 80 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe, 2024 (n=852) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)



Tuberkulose

Tuberkulose ist eine Erkrankung, die durch Erreger des *Mycobacterium-tuberculosis*-Komplexes hervorgerufen wird. Die Übertragung erfolgt meist über die Luft, daher ist eine frühzeitige Diagnose mit konsequenter Therapie über mindestens 6 Monate enorm wichtig. Ohne eingeleitete Therapie kann sich eine sogenannte offene Lungentuberkulose entwickeln, die ansteckend ist und es kommt zu einem langen und schweren Verlauf der Erkrankung. Zu Beginn der Erkrankung treten unspezifische Symptome, wie Appetitverlust und damit einhergehende Gewichtsabnahme, leicht erhöhte Temperatur, Nachtschweiß und Husten auf. Abhängig davon welches Organ betroffen ist, kann eine Vielzahl an Symptomen auftreten.

In den vergangenen sechs Jahren sind die Tuberkulose-Fallzahlen konstant geblieben (s. Abbildung 81). Für das Jahr 2024 lag die Inzidenz bei 2,5/100.000 EW. In den Jahren 2015 und 2016 lag die Inzidenz noch bei 6,4/100.000 EW bzw. 6,7/100.000 EW (vgl. Abbildung 82). Die im Vergleich hohe Inzidenz in den Vorjahren lässt sich mit den aufgrund der Zuwanderung beschlossenen Screeningmaßnahmen in den Jahren 2015 und 2016 erklären. So überrascht es nicht, dass der Anteil von Erkrankten mit Migrationshintergrund in diesem Zeitraum 32% beträgt. Im Vergleich dazu lag der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund 2023-2024 bei 22% (vgl. Abbildung 84). Lediglich der Anteil junger Männer ist deutlich zurückgegangen, wenn man die

Tuberkulose

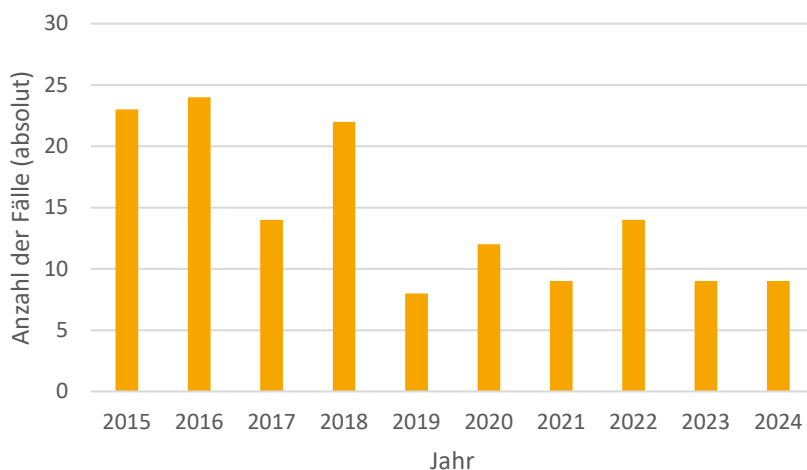


Abbildung 81 Anzahl der Tuberkulose-Erkrankungen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

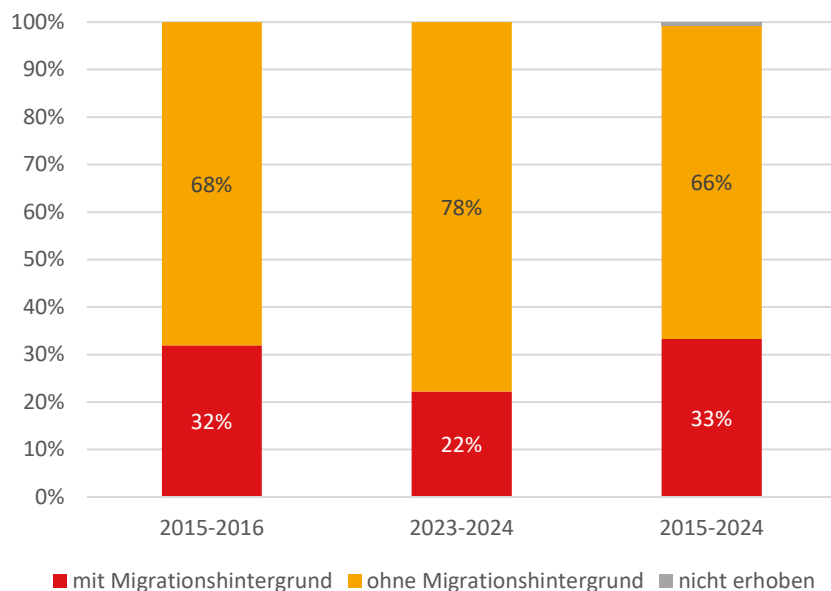


Abbildung 82 Anteil des Migrationshintergrunds an allen Tuberkulose-Erkrankungen im Kreis Lippe im Jahresvergleich (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

Zuwandererjahre 2015 und 2016 bei der Betrachtung ausschließt. Die Inzidenz der 15-24 Jährigen sank von 5,6/100.000 EW auf 2,8/100.000 EW. Bei den 25-34 Jährigen sank die Inzidenz von 5,9/100.000 EW auf 2,8/100.000 EW (vgl. Abbildung 82 und 83).

Im gesamten Betrachtungszeitraum handelte es sich bei 120 von 144 Erkrankten um eine Lungentuberkulose. Bei 75 von 144 Erkrankten verlief die Therapie erfolgreich. Gleichzeitig gab es 6 Todesfälle aufgrund von Tuberkulose.



2015-2024

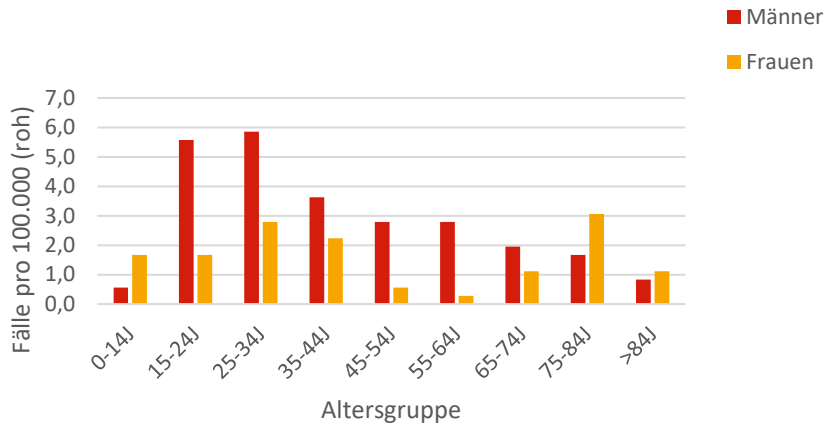


Abbildung 83 Tuberkulose-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe, 2015-2024 (n=144) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

2017-2024

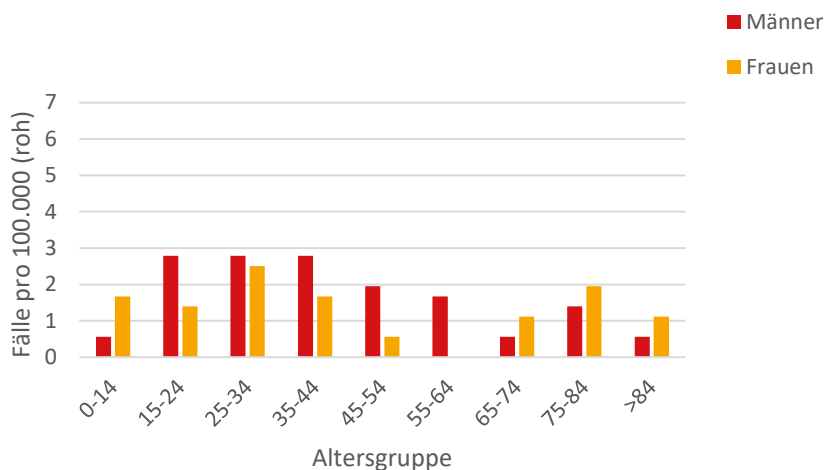


Abbildung 84 Tuberkulose-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe, 2017-2024 (n=97) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

Jugendliche betroffen, aber auch Erwachsene. Bei Erwachsenen und geimpften Kindern verlaufen die Infektionen meist mild. Besonders schwere Verläufe mit Komplikationen, wie Atemstillstand, Lungenentzündungen, Mittelohrentzündungen und zerebralen Krampfanfällen treten vor allem bei Säuglingen auf. Gegen *B. pertussis* kann man sich durch eine Impfung schützen. Für eine Grundimmunisierung empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) 3 Impfdosen innerhalb des ersten Lebensjahres. Die Impfung sollte regelmäßig aufgefrischt werden (STIKO Impfpfempfehlung, 2025). Darüber hinaus wird jeder Schwangeren eine Keuchhusten-Impfung empfohlen, um das Neugeborene in den ersten Wochen vor einer schweren Infektion zu schützen. Idealerweise sollte die Impfung ab der 28.

Schwangerschaftswoche erfolgen. Bei einem erhöhten Risiko einer Frühgeburt sollte die Impfung bereits im 2. Trimenon erfolgen (STIKO AG Pertussis, 2020).

Keuchhusten

Keuchhusten (Pertussis) wird durch Bakterien (*Bordetella pertussis*, seltener durch *Bordetella parapertussis*) übertragen und ist hochansteckend. Zu Beginn der Infektion treten unspezifische Erkältungssymptome auf, die bis zu 2 Wochen anhalten können. Anschließend entwickelt sich der charakteristische anfallartige Husten, der oft mit Atemnot und Erbrechen einhergeht. Bis zum Abklingen der Symptome kann es mehrere Monate dauern. Häufig sind Kinder und

Im Kreis Lippe schwankte die Anzahl der Keuchhusten-Erkrankungen in den letzten Jahren immer wieder. Besonders starke Jahre mit vielen Fällen waren das Jahr 2017 (n= 72), 2019 (n= 56) und 2024 (n= 87). Während der COVID-19-Pandemie wurden Atemwegserkrankung zunehmend mittels Multiplex-PCR-verfahren getestet. Diese Tests können mehrere virale und bakterielle Erreger gleichzeitig nachweisen, sodass möglicherweise Zufallsbefunde die hohen Fallzahlen erklären könnten. Gegen diese



Keuchhusten

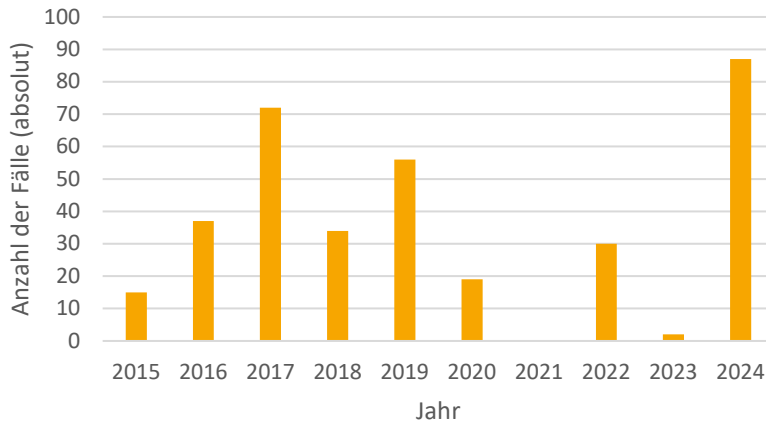


Abbildung 85 Anzahl der Keuchhusten-Erkrankungen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

These sprechen die klinischen Informationen, die bei 85 von 87 erkrankten Personen im Jahr 2023 vorlagen. Vielmehr scheint es, dass der Erreger auf eine anfällige Bevölkerung getroffen ist. Das Immunsystem von sehr jungen Kindern hat sich mit dem Erreger noch nicht auseinandergesetzt oder die Immunität von älteren Personen ist nicht mehr ausreichend, da möglicherweise Auffrischimpfungen nicht erfolgt sind (Schönfeld et al., 2023). In dem gesamten Beobachtungszeitraum gab es durchschnittlich 35,2 Fälle pro Jahr (s. Abbildung 85). Schließt man die Pandemie-Jahre 2020-2022 aus, sind es sogar durchschnittlich 43,3 Fälle. Im Jahr 2021 wurden im Kreis Lippe keine Keuchhusten-Erkrankung gemeldet. Dies wird vermutlich mit den Kontaktbeschränkungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie zusammenhängen (Schönfeld et al., 2023). Abbildung 86 verdeutlicht, dass Keuchhusten ganzjährig auftritt und es keine Saisonalität wie bei Influenza gibt.

Im Jahr 2024 sind im Kreis Lippe Kinder unter 5 Jahren am häufigsten an Keuchhusten erkrankt (s. Abbildung 87). Die Inzidenz der 1 bis 4-

Jährigen lag sowohl für Jungen als auch für Mädchen bei 2,5/100.000 EW. Bei den Säuglingen waren die Jungen mit 2/100.000 EW etwas häufiger als die Mädchen (1,1/100.000 EW) betroffen. Während in der Altersgruppe 5 bis 9 Jahre ebenfalls die Jungen (1,7/100.000 EW) dominierten, erkrankten in der Altersgruppe 10 bis 14 Jahre mehr Mädchen als Jungen (2,8/100.000 EW). Bis auf die 20 bis 29-jährigen Frauen (1,4/100.000 EW) lagen die Inzidenzen für Jugendliche und Erwachsene unterhalb derer von Kindern.

6 Personen sind so schwer erkrankt, dass sie aufgrund der Erkrankung im Krankenhaus behandelt werden mussten. Darunter 3 Säuglinge und 3 Erwachsene.

Von den insgesamt 87 erkrankten Personen im Jahr 2024 lag für 80 Personen eine Information zum Impfstaus vor; 55 davon waren nicht geimpft, 25 geimpft. Auffällig hoch ist der Anteil der ungeimpften Säuglinge (16,4%) und Kleinkinder unter 5 Jahre (29,1%).

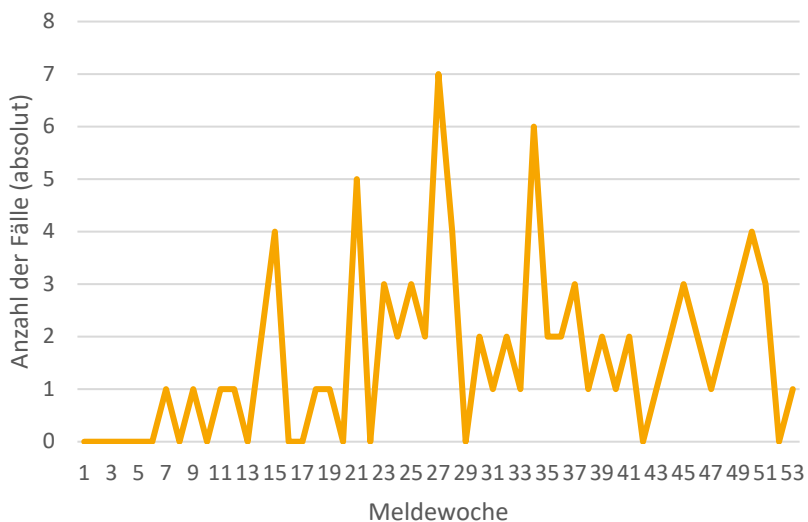


Abbildung 86 Anzahl der Keuchhusten-Erkrankungen nach Meldewoche im Kreis Lippe, 2024 (n=87) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)



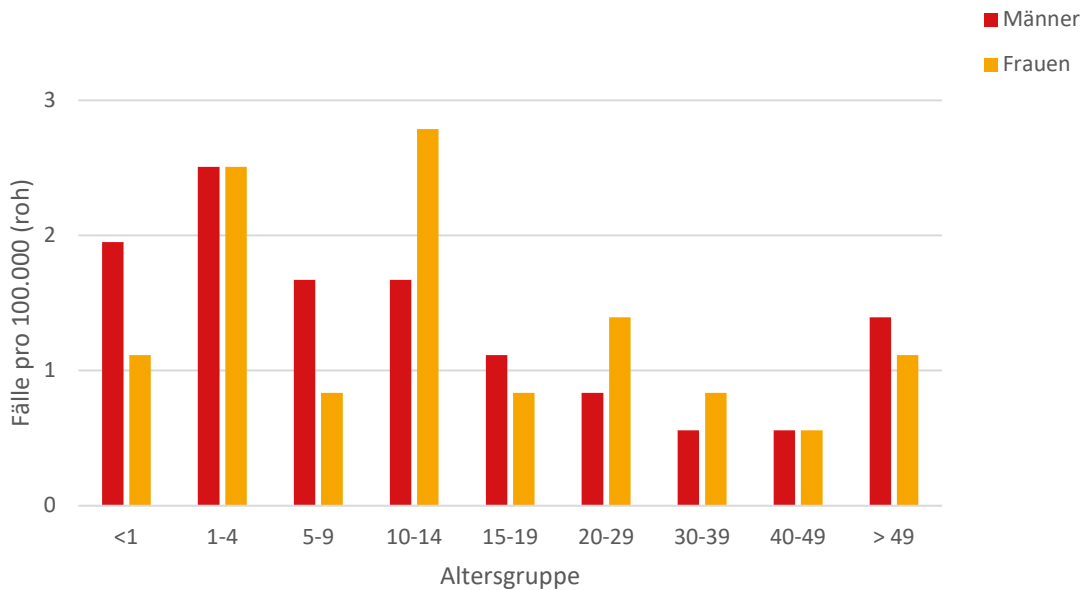


Abbildung 87 Keuchhusten-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe, 2024 (n=87) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

RSV-Infektion (Respiratorisches-Synzytial-Virus)

Das Respiratorische-Synzytial-Virus (RSV) ist ein Erreger von akuten Atemwegserkrankungen, die überwiegend im Herbst und Winter auftreten. Die Infektion erfolgt über Tröpfcheninfektion und verläuft häufig leicht mit allgemeinen Erkältungssymptomen (Schnupfen, Husten, Kurzatmigkeit und Fieber). Bei Erwachsenen mit erhöhtem Risiko und vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern kann die Erkrankung so schwer verlaufen, dass eine Beatmung notwendig wird (BMG, 2024). Um besonders gefährdete Personengruppen zu schützen, empfiehlt die STIKO seit dem 27.06.2024 eine Immunprophylaxe für Säuglinge (passive Immunisierung) sowie eine Impfung für Personen ab 60 Jahre (Koch et al., 2024).

Die Meldepflicht für RSV wurde im Juli 2023 eingeführt, sodass ein Vergleich verschiedener RSV-Wellen erst in dem nächsten Gesundheitsmonitoring möglich ist. Dennoch werden die Zahlen für die Saison 2023/2024 (Meldewochen 40/2023 bis 20/2024) vorgestellt (s. Abbildung 88). Insgesamt wurden 35 RSV-Infektionen an das Gesundheitsamt gemeldet. Die Altersverteilung macht deutlich, dass insbesondere Kleinkinder und ältere Menschen

betroffen waren (s. Abbildung 89). Bei den Kleinkindern dominierten die Säuglinge mit 1,4/100.000 EW für die Jungen und 1,1/100.000 EW für die Mädchen. Auch die 2 bis 4-jährigen Jungen waren mit 1,4/100.000 EW häufig betroffen. Vereinzelt traten auch in der Altersgruppe 15-24 Jahre auf (Männer und Frauen je 0,8/100.000 EW). Bei Frauen ab 70 Jahre betrug die Inzidenz 1,1/100.000 EW). Fünf Personen mussten aufgrund der Erkrankung stationär behandelt werden. Bei keiner der gemeldeten Personen lag eine Immunprophylaxe vor.



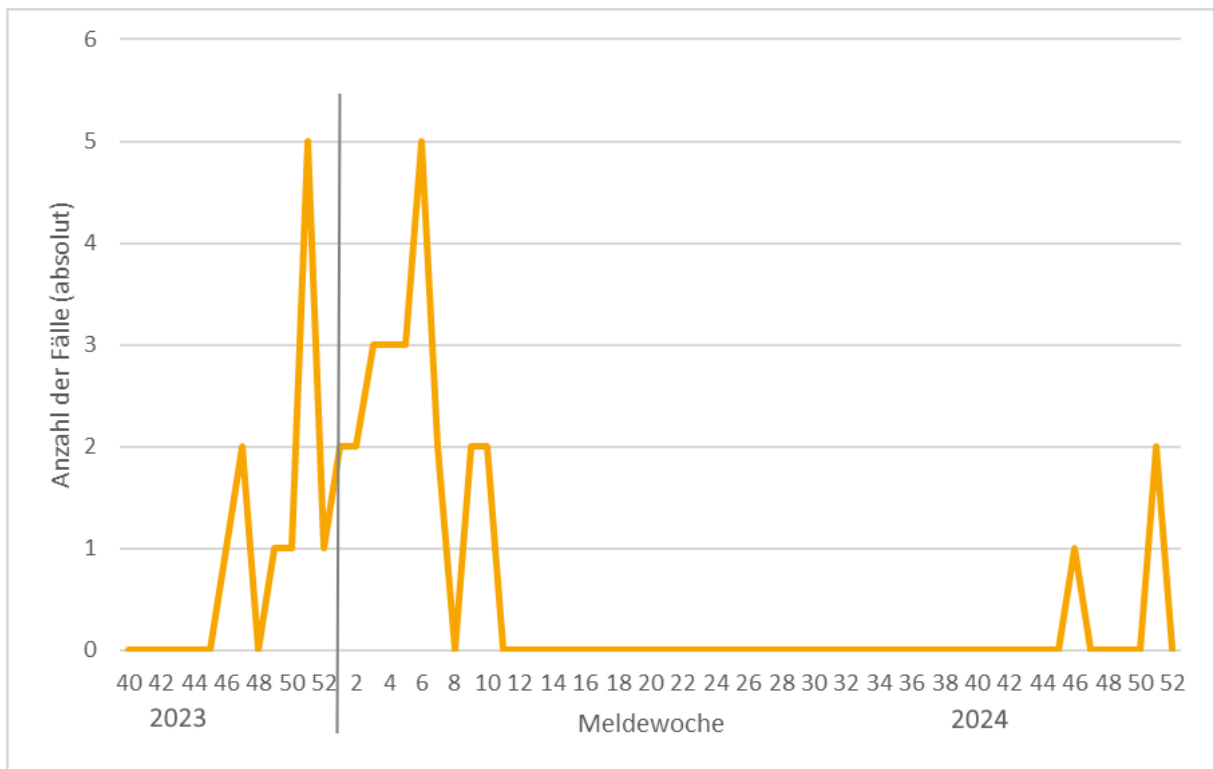


Abbildung 88 Anzahl der RSV-Infektionen (n=35) nach Meldewoche (MW), Kreis Lippe, MW 40/2023 bis MW 52/2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

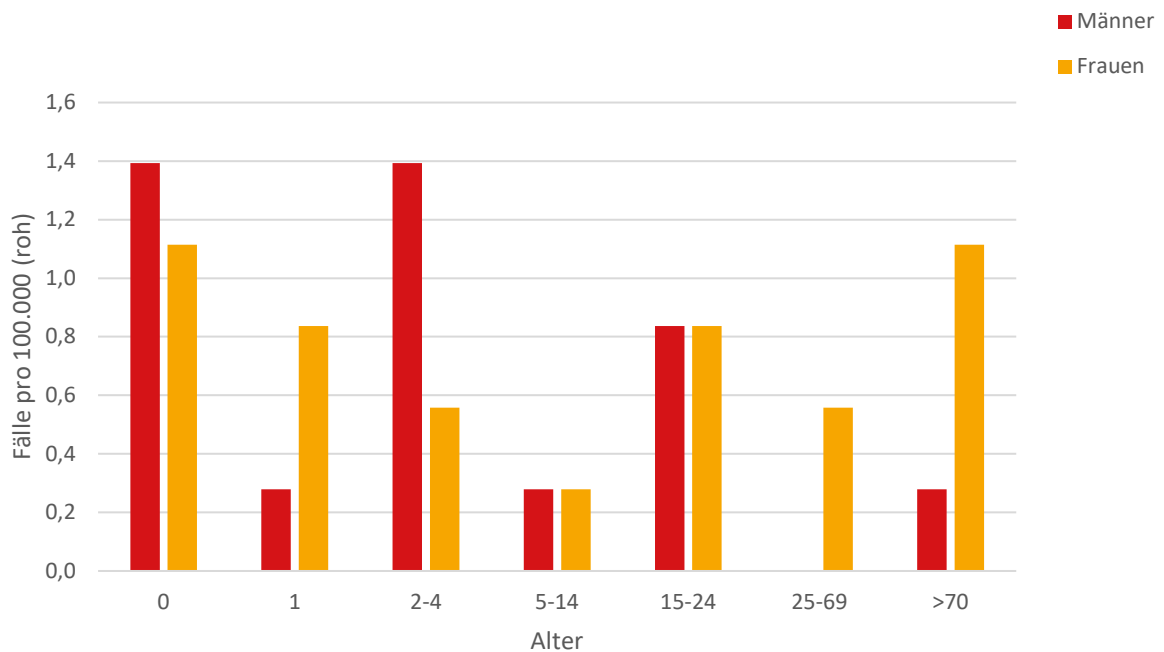


Abbildung 89 RSV-Infektionen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe, 2024 (n=35) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)



Legionellose

Für eine Legionellose sind Bakterien der Gattung *Legionella* verantwortlich. Es handelt sich um eine Atemwegserkrankung mit zwei verschiedenen Krankheitsbildern. Zum einen kann es zu grippeähnlichen Symptomen wie Fieber, Husten und Muskelschmerzen kommen (Pontiac-Fieber). Das andere klinische Bild ist die sogenannte Legionärskrankheit, die mit einer Lungenentzündung einhergeht. Die Übertragung erfolgt über erregershaltige Wassertröpfchen (Aerosole), die in Duschen, Saunen oder Klimaanlage erzeugt werden. Je nach dem wo die Übertragung stattgefunden hat wird zwischen privater und beruflicher Exposition unterschieden.

Im Kreis Lippe wurden im Beobachtungszeitraum (2015-2024) insgesamt 47 Fälle gemeldet (s. Abbildung 90), dabei dominierten die Männer mit 29 Fällen (61,7%) gegenüber den Frauen mit 18 Fällen (38,3%). Die Erkrankungen betrafen überwiegend Erwachsene, insbesondere im höheren Alter. Der Altersmedian lag bei 59 Jahren. 83% der Fälle (n=39) wurden aufgrund der Legionärskrankheit mit einer Lungenentzündung stationär behandelt, 19 von diesen intensivmedizinisch. Für 27 (57,4%) Fälle lagen Angaben zur Exposition vor. Der überwiegende Teil der Erkrankten hat sich offenbar im privaten Haushalt infiziert (n=16), gefolgt von reiseassoziierten Infektionen im In- (n=4) und Ausland (n=4). Pflegeheime kamen in 2 Fällen als möglicher Expositionsort in Frage. Eine Person infizierte sich in einem Krankenhaus.

Im Gegensatz zu den bundesweiten Daten, bei denen es zu einem Rückgang der Fallzahlen im Jahr 2020 kam, verzeichnete das Gesundheitsamt Kreis Lippe für dasselbe Jahr die höchste Fallzahl im Beobachtungszeitraum

Legionellose

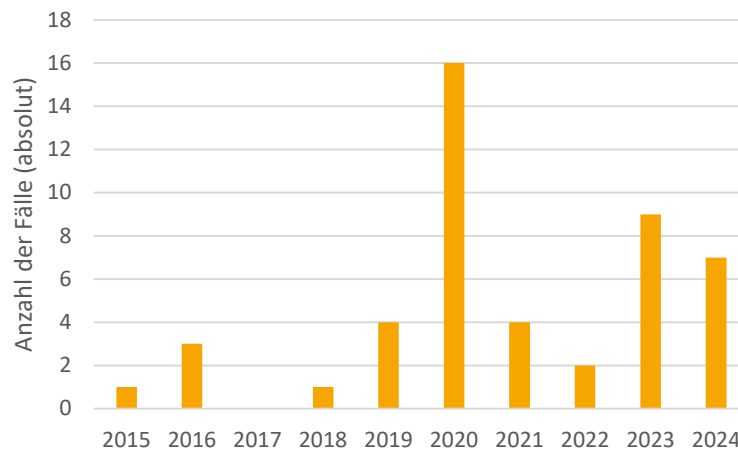


Abbildung 90 Anzahl der Legionellose-Erkrankungen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

(n=16) (Infektionsepidemiologisches Jahrbuch, 2025b). Die Fälle traten alle unabhängig voneinander auf, eine gemeinsame Exposition lag nicht vor. Auch für die Jahre 2023 und 2024 lagen die Fallzahlen oberhalb der präpandemischen Fallzahlen.

Zusammenfassung und Handlungsempfehlung

Die Infektionsschutzmaßnahmen, die während der COVID-19-Pandemie getroffen wurden, führten zu einem Rückgang der Atemwegserkrankungen. Nach Aufhebung der Kontaktbeschränkungen stiegen die Fallzahlen wieder an, erreichten im Jahr 2024 aber noch nicht das präpandemische Niveau. Die einzige Ausnahme ist Keuchhusten. Hier verzeichnete der Kreis Lippe die höchste Fallzahl im gesamten Beobachtungszeitraum. Maßgeblich dafür verantwortlich dürfte der hohe Anteil ungeschützter Personen sein (63,2% ungeimpft). Da insbesondere Kleinkinder unter 5 Jahren sowie ältere Personen ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe haben, sollten Maßnahmen zur Erhöhung der Impfquote ergriffen werden. Aufgrund der Legionellose-Erkrankungen in den letzten zwei Jahren (2023-2024 n=16), sollte die Bevölkerung für das Thema sensibilisiert werden.



4.3.2 Magen-Darm-Erkrankungen

	<i>Campylobacter</i> - Enteritis	Norovirus- Gastroenteritis	Rotavirus- Gastroenteritis	Salmonellose	Yersiniose	EHEC- Enteritis
2015	258	358	115	50	19	5
2016	286	347	101	40	9	7
2017	227	212	260	38	12	6
2018	219	406	77	47	16	-
2019	208	389	95	47	11	3
2020	173	122	45	23	12	3
2021	194	101	25	23	11	-
2022	160	229	127	30	12	3
2023	125	232	71	22	10	10
2024	133	283	55	34	9	13

Tabelle 11 Fallzahlen Magen-Darm-Erkrankungen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

Magen-Darm-Erkrankungen werden durch verschiedene Erreger wie Viren (z.B. Noro-, Rotaviren), Bakterien (Salmonellen, *Campylobacter*, Yersinien, *E.coli*) und seltener durch Parasiten verursacht. Die Übertragung erfolgt meist über kontaminiertes Wasser oder Lebensmittel. Es kann aber auch durch den Kontakt mit einer infizierten Person zu einer Schmierinfektion kommen. Kranke Personen leiden häufig an Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen und Fieber. Ein Risikofaktor ist der durch Erbrechen verursachte Flüssigkeitsverlust. Generell gilt, dass bei länger als zwei Tage anhaltendem Erbrechen und Durchfall ein Arzt/ eine Ärztin aufgesucht werden sollte. Ebenso bei hohem Fieber, starken Bauchschmerzen und Blut oder Schleim im Stuhl. Insbesondere bei älteren Menschen und Säuglingen bzw. Kleinkindern können Brechdurchfälle schwer verlaufen, sodass ein Krankenhausaufenthalt nötig wird (Fischbach et al., 2025).

Campylobacter-Enteritis

Eine *Campylobacter*-Enteritis geht typischerweise mit Bauchschmerzen und wässrigem (teilweise auch blutigem) Durchfall einher (Butzler, 2004). Die Übertragung erfolgt über kontaminierte Lebensmittel, wie nicht ausreichend gegartem Geflügel oder Rohmilch (Man, 2011; Dasti et al., 2010). In seltenen Fällen treten Gelenkentzündungen oder das Guillain-Barré-Syndrom (Muskelschwäche oder/und Lähmungserscheinungen infolge einer entzündlichen Nervenerkrankung) als Komplikationen auf (Poropatich et al., 2010).

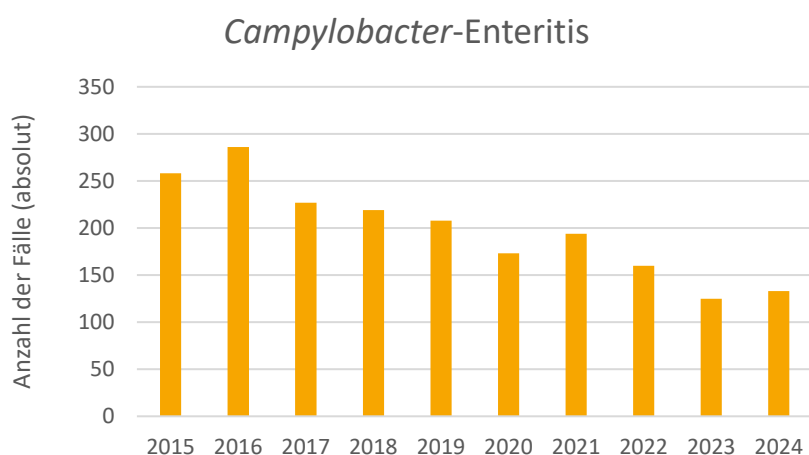


Abbildung 91 Anzahl der *Campylobacter*-Enteritiden im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)



Im Jahr 2024 wurden dem Gesundheitsamt Lippe insgesamt 133 Fälle einer *Campylobacter*-Enteritis gemeldet. Dies ist im Vergleich zu den vergangenen Jahren eine niedrige Fallzahl, deckt sich aber mit den deutschlandweiten Daten (s. Abbildung 91). Auch hier zeigt sich ein abnehmender Trend seit 2016 (Infektionsepidemiologisches Jahrbuch, 2025b). Von den 133 Personen im Jahr 2024 mussten 26 (19,5%) aufgrund der Krankheit stationär behandelt werden. Die Altersverteilung zeigt, dass insbesondere junge Menschen sowie ältere Personen im Jahr 2024 betroffen waren. Unter den 0-14 Jährigen

waren vier Kleinkinder. Die höchste Inzidenz von 5/100.000 EW wiesen die 60-69 Jährigen auf (s. Abbildung 92). In allen Altersgruppen waren Jungen bzw. Männer häufiger betroffen als Mädchen bzw. Frauen. Lediglich in der Altersgruppe 35-49 Jahre lagen beide Geschlechter gleich auf. Im zeitlichen Verlauf war eine Häufung mit den höchsten Fallzahlen in den Monaten Juni bis September zu erkennen (s. Abbildung 93).

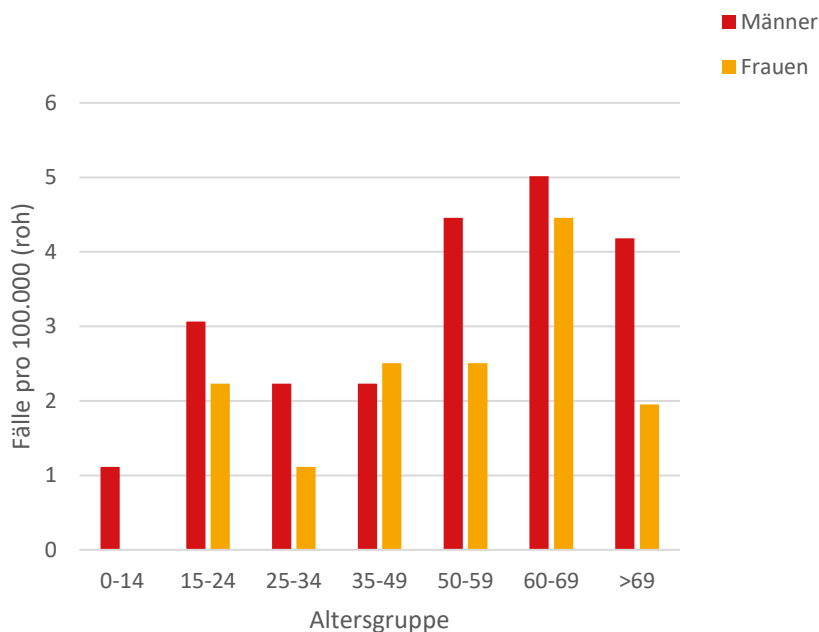


Abbildung 92 Campylobacter-Enteritiden pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe, 2024 (n=133) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

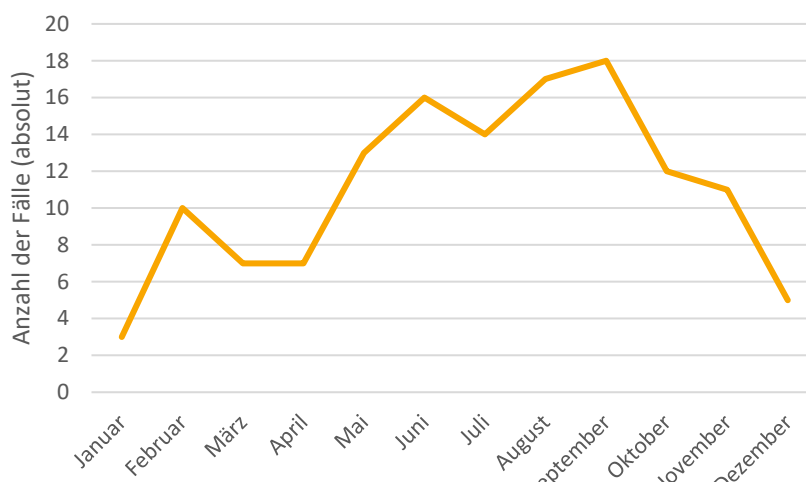


Abbildung 93 Anzahl der Campylobacter-Enteritiden (n=133) nach Monat im Kreis Lippe, 2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)



Norovirus-Gastroenteritis

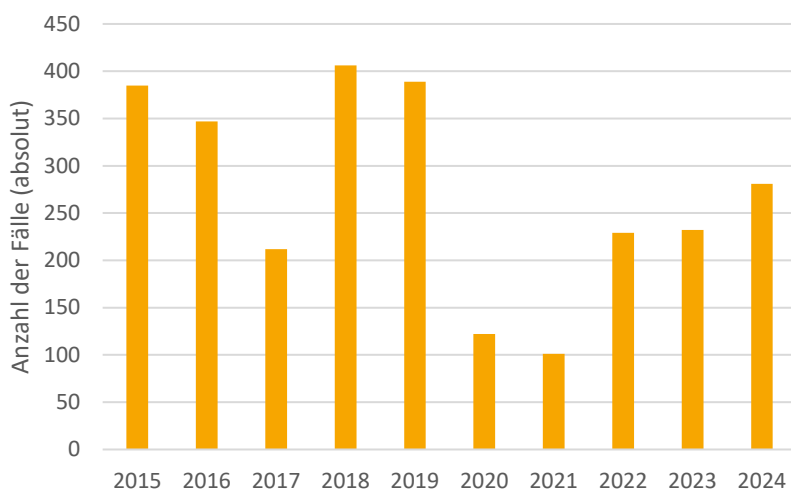


Abbildung 94 Anzahl der Norovirus-Gastroenteritiden im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

Norovirus-Gastroenteritis

Noroviren sind für einen Großteil der Magen-Darm-Infektionen bei Kindern und Erwachsenen verantwortlich. Charakteristisch für eine Infektion ist das plötzlich schwallartige Erbrechen, einhergehend mit Durchfall und Übelkeit. Die starken Brechdurchfälle können schnell zu einem Flüssigkeitsmangel führen, wodurch zusätzlich Schwindel und Schwächegefühl auftreten können. Gelegentlich kann es auch zu leichtem Fieber kommen. Die Symptome klingen für gewöhnlich nach 1 bis 2 Tagen wieder ab.

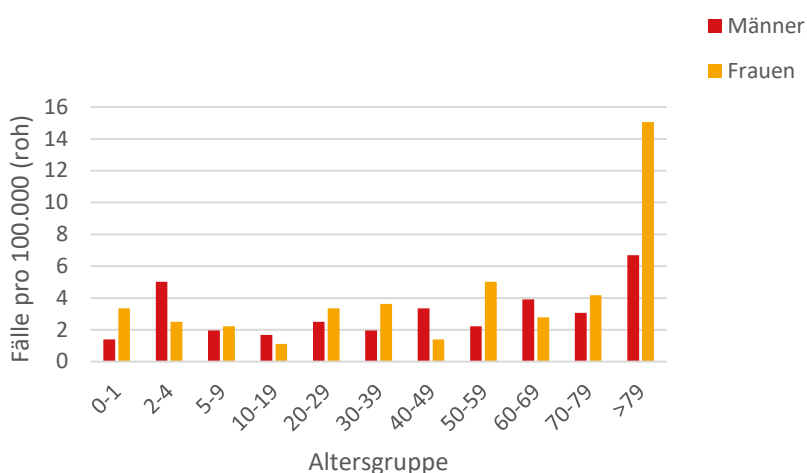


Abbildung 95 Norovirus-Gastroenteritiden pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe, 2024 (n=281) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

Noroviren werden in hoher Anzahl über Stuhl und Erbrochenes ausgeschieden und sind hoch ansteckend (Fischbach et al., 2025). Daher ist es ratsam nach Möglichkeit eine eigene Toilette im Haushalt zu benutzen und besonders auf Handhygiene zu achten. Ansteckungsquellen sind rohe Lebensmittel wie Salate und Obst, Krabben oder Muscheln und verunreinigtes Wasser (BZgA, 2018). Das

Infektionsgeschehen beschränkt sich bis auf einzelne Fälle auf die

Wintermonate (Bernard et al., 2014). Im Kreis Lippe traten im Jahr 2024 insgesamt 283 Fälle von Norovirus-Gastroenteritis auf (s. Abbildung 94). Darunter 121 Männer und 160 Frauen. Das entspricht einer Inzidenz von 78,3/100.000 EW. Damit stiegen die Fallzahlen nach der COVID-19-Pandemie wieder an, haben aber noch nicht das präpandemische Niveau erreicht. 2019 lag die Inzidenz für den Kreis Lippe bei 108,4/100.000 EW. Die höchste altersspezifische Inzidenz verzeichneten im Jahr 2024 Personen ab 80 Jahre (Frauen: 15/100.000 EW, Männer: 6,7/100.000 EW), gefolgt von Jungen im Alter von 2-4 Jahren sowie Frauen zwischen 50-59 Jahren mit je 5/100.000 EW (s. Abbildung 95). Grundsätzlich

kann hier von einer Unterfassung der Fälle ausgegangen werden, da überwiegend im stationären Sektor getestet wird (Hofmann et al., 2021). Insgesamt mussten 98 Personen (34,9%) aufgrund der Erkrankung stationär behandelt werden. Darunter befanden sich 3 Säuglinge, 16 Kleinkinder unter 5 Jahre



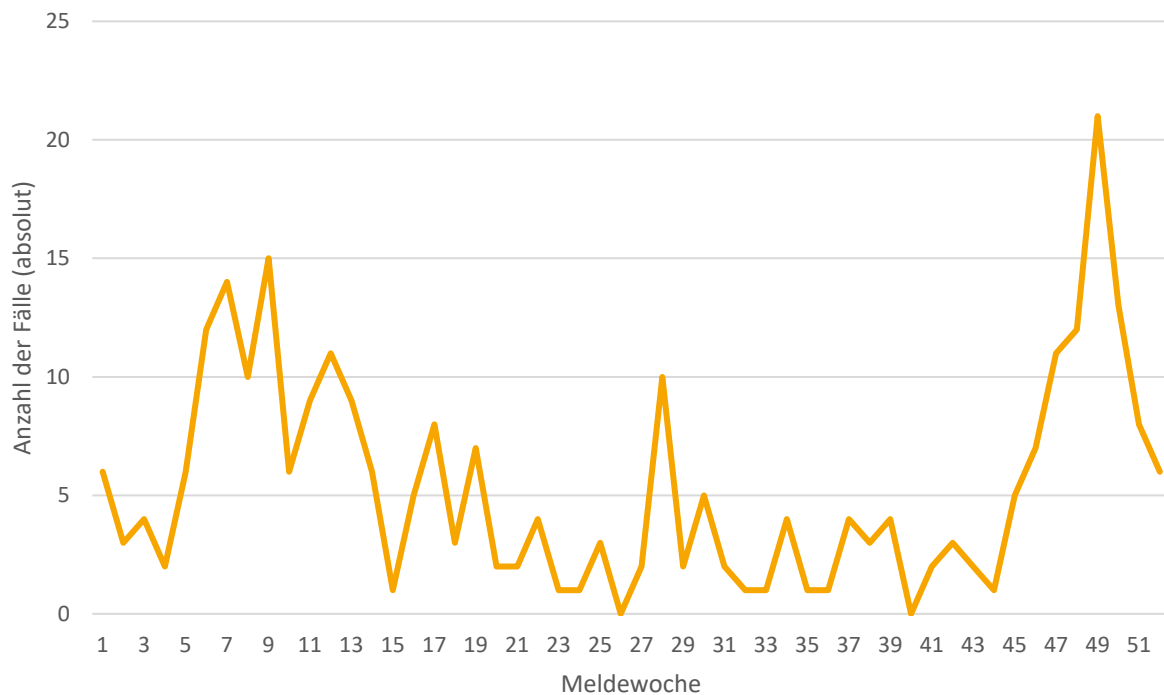


Abbildung 96 Anzahl der Norovirus-Gastroenteritiden nach Meldewoche im Kreis Lippe, 2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

sowie 19 ältere Personen ab 80 Jahre. Die üblicherweise gut erkennbare Saisonalität im 1. und 4. Quartal des Jahres ist für das Jahr 2024 nicht deutlich erkennbar (vgl. Abbildung 96). In der 28. Meldewoche wurden 10 Fälle gemeldet, was für diese Jahreszeit eher ungewöhnlich ist. Die Fallzahlen beruhen auf einem Ausbruch in einem Pflegeheim. Der Jahres-Peak trat in der 49. KW mit 21 Fällen auf.

zwischen der 6. und 12. Lebenswoche verabreicht werden sollte (STIKO, 2013).

Rotavirus-Gastroenteritis

Von einer Rotavirus-Erkrankung sind vor allem Säuglinge und Kleinkinder betroffen. Mit zunehmendem Alter treten Erkrankungen auch wieder im Seniorenalter auf. Die Übertragung erfolgt meist als Schmierinfektion, wodurch die Handhygiene eine wichtige Maßnahme zur Unterbrechung der Infektionskette darstellt. Betroffene klagen über plötzlich auftretenden wässrigen Durchfall, Erbrechen und Bauchschmerzen. Dabei können auch Schleim im Stuhl und zusätzlich leichtes Fieber, Husten und Schnupfen auftreten. Die Symptome klingen üblicherweise nach 2 bis 6 Tagen ab (Fischbach et al., 2025). Da eine Rotavirus-Gastroenteritis bei Säuglingen und Kleinkindern häufig schwerer verläuft, ist eine ärztliche Abklärung ratsam. Um diese Altersgruppe zu schützen, empfiehlt die STIKO eine Schluckimpfung, bei der die erste Dosis



Rotavirus-Gastroenteritis

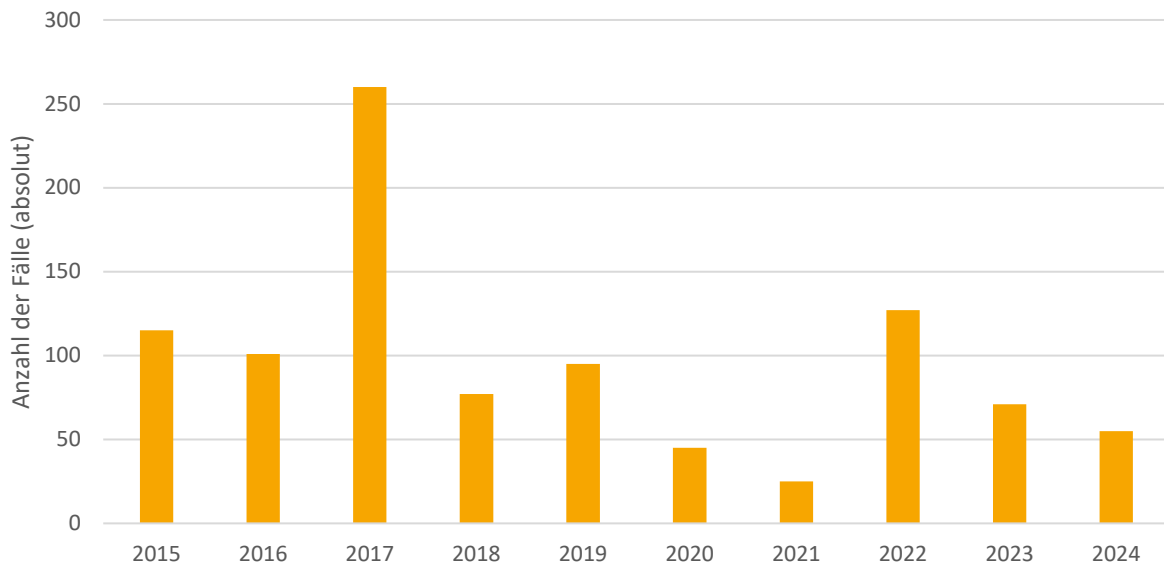


Abbildung 97 Anzahl der Rotavirus-Gastroenteritiden im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

Im Kreis Lippe wurden im Jahr 2024 insgesamt 55 Fälle von Rotavirus-Gastroenteritis gemeldet (s. Abbildung 97), darunter 9 Säuglinge und 11 Kleinkinder. Bei 9 Säuglingen und Kleinkindern verlief die Erkrankung so schwer, dass sie stationär behandelt werden mussten. Insgesamt wurden 23 Fälle aufgrund einer Rotavirus-Gastroenteritis hospitalisiert, 4 davon waren geimpft. Die Anzahl der geimpften Personen betrug insgesamt 9. Im Vergleich zu den vorherigen Jahren ist ein rückläufiger Trend zu erkennen, der sich mit den bundesweiten Daten deckt (Infektionsepidemiologisches Jahrbuch, 2025b). Das Jahr 2017 war mit 260 Fällen ein starkes Rotavirus-Jahr. Anhand der Datengrundlage sind 138 der 260 Fälle auf kleinere Ausbrüche in Pflegeeinrichtungen und Betreuungseinrichtungen für Kinder zurückzuführen.

Salmonellose

Salmonellosen äußern sich vor allem durch Durchfall. Wie auch bei anderen Magen-Darm-Erkrankungen sind

zusätzlich Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Fieber möglich. Verursacht wird die Erkrankung durch Bakterien der Gattung *Salmonella*, die meist über kontaminierte Lebensmittel aufgenommen werden (z.B. rohe Eier, rohes Fleisch). Betroffene erholen sich überwiegend nach ein paar Stunden oder Tagen. In manchen Fällen ist ein stationärer Aufenthalt nötig (Elmer, 2021).

Im Kreis Lippe erkrankten im Jahr 2024 insgesamt 34 Personen an Salmonellose (s. Abbildung 98). Das entspricht einer Inzidenz von 9,5 Erkrankungen pro 100.000 EW. Am häufigsten waren Kinder und ältere Menschen betroffen. Im Geschlechtervergleich gab es

Salmonellose

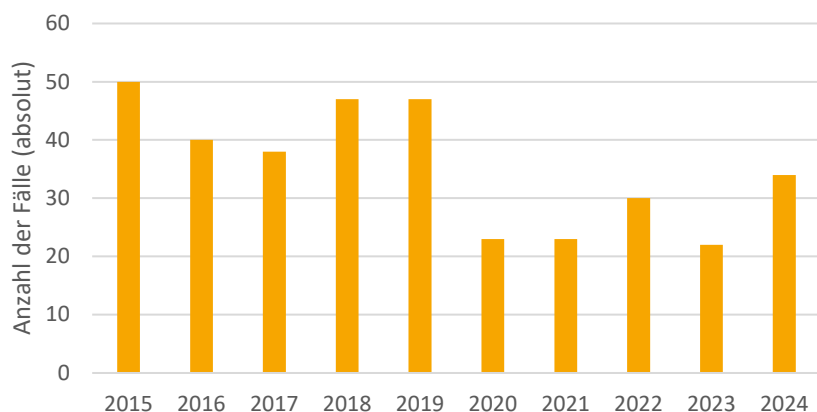


Abbildung 98 Anzahl der Salmonellosen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)



keine Unterschiede. 10 Personen mussten aufgrund der Schwere der Erkrankung stationär behandelt werden. Die Erkrankungen traten das gesamte Jahr über auf.

Yersiniose

Yersiniose wird durch Bakterien der Gattung *Yersinia* hervorgerufen. Die Übertragung erfolgt meist über kontaminierte tierische Produkte (unzureichend gegartes oder rohes Schweinefleisch, Milch und Milchprodukte), kontaminiertes Trinkwasser oder selten von Mensch zu Mensch. Die Erkrankung äußert sich durch Bauchschmerzen, Durchfall und Fieber. Insbesondere bei Kindern kann es zu geschwollenen Lymphknoten und Schmerzen im rechten Oberbauch kommen, wodurch diese Symptome schwer von einer akuten Blinddarmentzündung unterschieden werden kann. Zu den Folgeerkrankungen gehören Gelenkentzündungen oder Entzündungen des Unterhautfettgewebes. In der Regel klingen die Symptome nach einer Woche wieder ab (RKI, 2019).

In den letzten zehn Jahren gab es im Kreis Lippe durchschnittlich 12,1 Fälle pro Jahr (s. Abbildung 99). Dabei waren Männer häufiger betroffen (57,9%) als Frauen (42,1%). Im Jahr 2024 erkrankten 9 Personen, darunter überwiegend Männer (77,8%). Bei der Altersverteilung fällt auf, dass häufiger Kinder und Jugendliche betroffen waren (6 Kinder und Jugendliche, 3 Erwachsene). Bundesweit weisen die 1- und 2-Jährigen die höchste Inzidenz auf (Infektionsepidemiologisches Jahrbuch, 2025b).

EHEC-Enteritis

EHEC steht für enterohämorrhagisches *Escherichia coli*. Dieses Darmbakterium findet sich bei Wiederkäuern, wie Rindern, Schafen, Ziegen, Rehen oder Hirschen und können Giftstoffe, sogenannte Shigatoxine produzieren. Diese können zu schweren blutigen Durchfällen führen. Als lebensbedrohliche Komplikation, die vor allem Kinder betrifft, kann das hämolytisch-urämische Syndrom (HUS) auftreten. Hierbei kommt es zu Blutgerinnungsstörungen und der Zerstörung von roten Blutkörperchen. Hinzu kommt eine Nierenfunktionsstörung, die bis zum Nierenversagen führen kann. Die Übertragung der Bakterien erfolgt über den Tierkot. Da EHEC wochenlang in der Umgebung überlebt, stellt auch das Streicheln der Tiere oder das Spielen auf der Wiese ein Ansteckungsrisiko dar. Die häufigere Infektionsquelle sind mit EHEC-belastete Lebensmittel (Rohmilch, rohe und unzureichend gegarte Fleischerzeugnisse, verunreinigtes Gemüse und Obst), verunreinigtes Wasser oder von Mensch zu Mensch (Schmierinfektion) (BZgA, 2018a).

Im Kreis Lippe traten in den letzten 10 Jahren 53 EHEC-Enteritiden auf, davon 13 im Jahr 2024. Seit 2023 ist ein Anstieg der Fallzahlen zu beobachten (s. Abbildung 100). Dieser Trend setzt sich auf Bundesebene fort.

Yersiniose

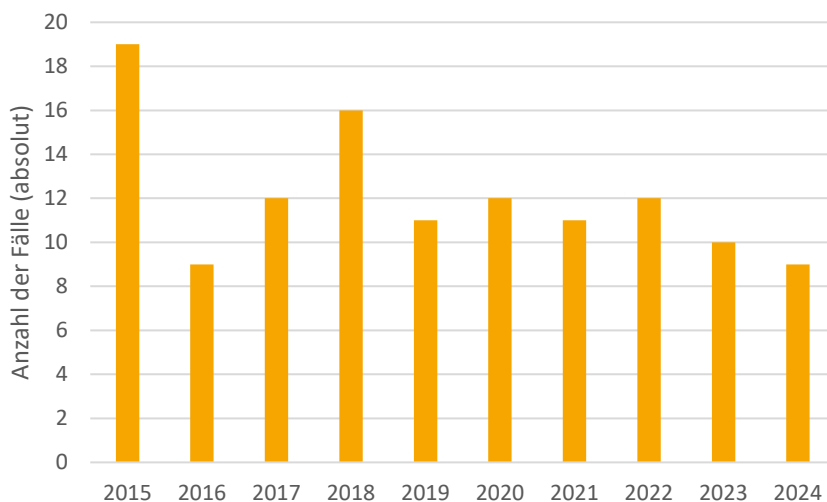


Abbildung 99 Anzahl der Yersiniosen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)



EHEC-Enteritis

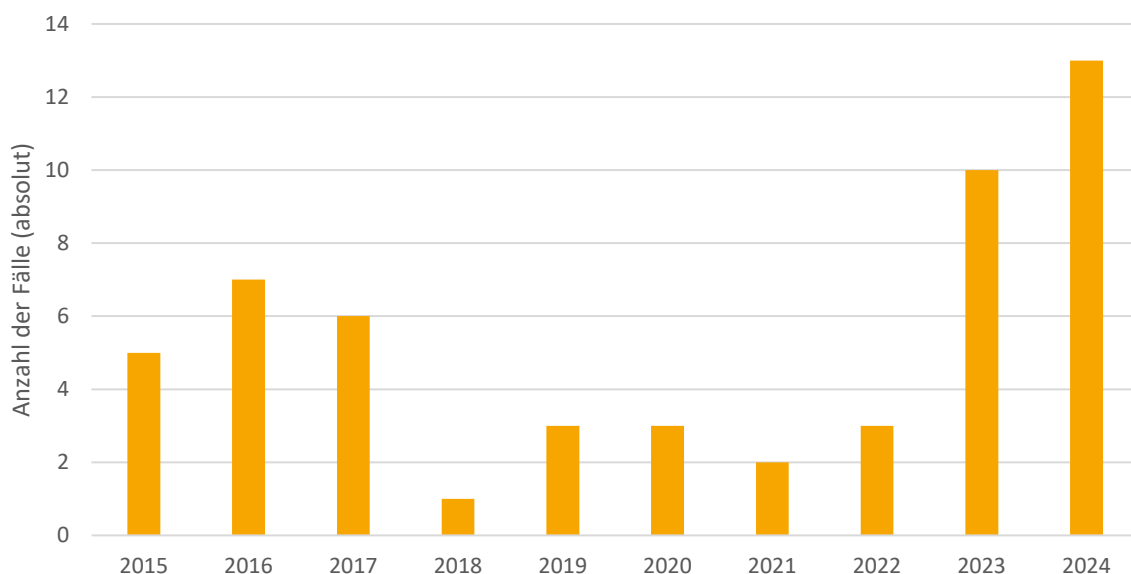


Abbildung 100 Anzahl der EHEC-Enteritiden im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

Hier wird vermutet, dass die häufigere Anwendung eines bestimmten Testverfahrens verantwortlich ist (Infektions-epidemiologisches Jahrbuch, 2025b).

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Im Gegensatz zu den Atemwegserkrankungen, ist bei den Magen-Darm-Erkrankungen lediglich bei der Norovirus- sowie der Rotavirus-Gastroenteritis ein Einbruch der Fallzahlen während der COVID-19-Pandemie zu beobachten. Bei den übrigen Erkrankungen spielen die Übertragungen von Mensch zu Mensch eine untergeordnete Rolle, sodass die Kontaktbeschränkungen keinen Einfluss auf das Infektionsgeschehen hatten. Lediglich die Fallzahlen von Salmonellose waren ebenfalls rückläufig in den Jahren 2020 und 2021. Mutmaßlich kann ein verändertes Essverhalten dafür verantwortlich sein. Da die *Campylobacter*-Enteritis die häufigste bakterielle Infektion in Deutschland ist, sollte die Bevölkerung für die Risikofaktoren sensibilisiert werden. Während bundesweit die höchste Inzidenz bei den unter 5-Jährigen liegt, sind im Kreis Lippe überwiegend Erwachsene betroffen gewesen (4 Kinder und Jugendliche, 9 Erwachsene). Beide Geschlechter waren ähnlich verteilt (Männer: 46,2%, Frauen: 53,8%)



4.3.3 Impfpräventable Erkrankungen

	Masern	Mumps	Röteln	Windpocken
2015	13	-	0	185
2016	0	-	0	150
2017	0	-	0	173
2018	0	-	0	93
2019	0	-	0	190
2020	0	-	0	115
2021	0	0	0	23
2022	0	0	0	60
2023	0	-	0	127
2024	-	0	0	267

Tabelle 12 Fallzahlen impfpräventabler Erkrankungen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

Ein vollständiger Impfschutz, der durch eine Grundimmunisierung im Kinder- und Jugendalter erreicht wird, schützt vor impfpräventablen Erkrankungen (STIKO, 2025). Damit zählen Impfungen zu den wirksamsten Präventionsmaßnahmen. Bei einer ausreichend hohen Impfquote in der Bevölkerung, kann eine Krankheit sogar eliminiert werden. Erfreulicherweise zeigen die Daten zu Masern und Mumps, dass lediglich vereinzelt Fälle in den letzten Jahren im Kreis Lippe gemeldet wurden (vgl. Tabelle 12). Die 13 Masern-Fälle im Jahr 2015 sind auf einen familiären Ausbruch zurückzuführen, die allesamt ungeimpft waren.

Masern

Masern sind eine hochansteckende Viruserkrankung, die sich schnell durch die Luft weiterverbreitet. Neben dem typischen Hautausschlag leiden betroffene Personen unter Fieber und Entzündung der oberen Atemwege. Es können auch Komplikationen wie Mittel-, Lungen- und Gehirnentzündungen auftreten. Letztere verlaufen in 10-20% der Fälle tödlich. In weiteren 20-30% der Fälle entstehen bleibende Schäden des zentralen Nervensystems (BMG, 2025a). Seit dem 01.03.2020 gilt in Deutschland das Masernschutzgesetz:

„Seit Ablauf der bis zum 31. Juli 2022 geltenden Übergangsfristen müssen alle nach 1970 geborenen Personen, die in einer vom

Gesetz umfassten Einrichtung arbeiten, untergebracht sind oder dort betreut werden den vollständigen Impfschutz bzw. eine Immunität gegen Masern nachweisen. Alternativ kann auch ein ärztliches Zeugnis darüber vorgelegt werden, dass eine medizinische Kontraindikation gegen die Impfung besteht. Zu den Einrichtungen gehören Kitas, Horte, bestimmte Formen der Kindertagespflege, Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen, in denen überwiegend minderjährige Personen

betreut werden (§ 33 Nummer 1 bis 3 IfSG). Den Nachweis erbringen müssen auch Personen, die bereits vier Wochen in einem Kinderheim (§ 33 Nummer 4 IfSG) betreut werden oder in einer Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber und Flüchtlinge (§ 36 Absatz 1 Nummer 4 IfSG) untergebracht sind. Außerdem werden von dem Gesetz Personen erfasst, die in den genannten Einrichtungen und in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern und Arztpraxen tätig sind.“ (BIÖG, 2024)

Die Impfung erfolgt durch einen Kombinationsimpfstoff (Masern, Mumps, Röteln) und erfordert 2 Impfdosen. Erst nach der 2. Impfdosis verfügt die Person über einen vollständigen Schutz (STIKO, 2025). Das internationale Ziel der Elimination der Masern hat Deutschland bislang noch nicht erreicht.

Im Kreis Lippe gab es im Beobachtungszeitraum einen Ausbruch mit 13 Personen in einem privaten Haushalt. Die Personen waren allesamt ungeimpft.

Mumps

Mumps ist eine hochansteckende Viruserkrankung, die ausschließlich beim Menschen vorkommt. Die Übertragung erfolgt über die Luft oder direkt über Speichelkontakt. Typische Symptome sind Fieber sowie eine einseitige oder beidseitige Entzündung der Ohrspeicheldrüse. Bei einer Mumps-Erkrankung können Komplikationen wie Entzündungen der



Hirnhaut und des Hirngewebes sowie ein Hörverlust auftreten (BIÖG, 2024a). Die Impfung erfolgt durch einen Kombinationsimpfstoff (Masern, Mumps, Röteln) und erfordert 2 Impfdosen. Erst nach der 2. Impfdosis verfügt die Person über einen vollständigen Schutz (STIKO, 2025).

Dem Gesundheitsamt Lippe wurden von 2015-2024 8 Mumps-Fälle gemeldet. Das mediane Alter beträgt 20,5 Jahre. 3 der 8 Fälle sind nach eigenen Angaben 2x geimpft gewesen.

Röteln

Röteln sind eine Viruserkrankung und wird über Tröpfchen übertragen. Zu Beginn der Infektion entsteht ein kleines Exanthem (Hautausschlag) im Gesicht, das sich schließlich über den Körper ausbreitet. Nach 1-3 Tagen klingt das Exanthem wieder ab. Des Weiteren können Kopfschmerzen, leicht erhöhte Temperatur und Lymphknotenschwellungen auftreten. Insbesondere bei Kleinkindern können Infektionen aber symptomfrei bleiben. Je älter man bei einer Infektion ist, desto höher ist auch das Risiko für Komplikationen, wie Gelenkschmerzen/-entzündungen und Hirnentzündungen. Um sich vor einer Infektion zu schützen, ist eine Grundimmunisierung durch 2 Impfdosen erforderlich (Kombinationsimpfstoff Masern, Mumps, Röteln). Das internationale Ziel der Elimination der Röteln wurde Deutschland seit 2020 als erreicht zugesprochen (RKI, 2023b). Dies spiegelt sich auch in den Zahlen des Kreises Lippe wieder. Im Beobachtungszeitraum wurde dem Gesundheitsamt kein Fall von Röteln gemeldet.

Windpocken

Windpocken (Varizellen) sind hochansteckend und werden überwiegend über die Luft übertragen. Tröpfchen- und Schmierinfektionen von Hautläsionen sind ebenfalls möglich. Bei einer Erkrankung klagen Betroffene über Fieber und einen juckenden Hautausschlag, der sich beginnend vom Gesicht und vom Rumpf bis über den gesamten Körper ausbreitet. Nach überstandener Krankheit verbleiben die Viren im Körper und können einige Jahre später reaktiviert werden. Man spricht dann von einer Gürtelrose. Für die Impfung stehen sowohl Kombinationsimpfstoffe (Masern, Mumps, Röteln und Varizellen) als auch monovalente Varizellen-Impfstoffe zur Verfügung (PEI, 2025).

Abbildung 101 zeigt den zeitlichen Verlauf der Windpocken-Erkrankungen im Kreis Lippe in den Jahren 2015 bis 2024. Bis auf das Jahr 2018 sind die Fallzahlen in den vorpandemischen Jahren ähnlich. Mit Beginn der COVID-19-Pandemie nahmen die Erkrankungen ab, was vorrangig an den Infektionsschutzmaßnahmen in Kitas und Schulen liegen dürfte. Seit 2022 steigen die Fallzahlen wieder an und erreichten 2024 mit 267 Erkrankungen den Höhepunkt im gesamten Beobachtungszeitraum.

Den größten Anteil machten Kinder unter 10 Jahre aus (n=193, 72,3%) (s. Abbildung 102). Dabei waren Mädchen mit 52,1% etwas häufiger als Jungen (47,9%) betroffen. Die höchste Inzidenz wiesen 5- und 8-Jährige auf (8,4 bzw. 7/100.000 EW). Die Inzidenz der Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren und der Erwachsenen zwischen 20 und 44 Jahren betrug 2,5/100.000 EW. Bezüglich des Impfstatus waren 219 der Erkrankten ungeimpft. Bei 10 Fällen war eine Ermittlung des Impfstatus nicht möglich und bei 15 Fällen wurde dieser nicht erhoben. Damit erkrankten 23 geimpfte Personen im Jahr 2024, wobei bei lediglich 8 von ihnen ein vollständiger Impfschutz durch zwei Impfungen vorlag.



Windpocken

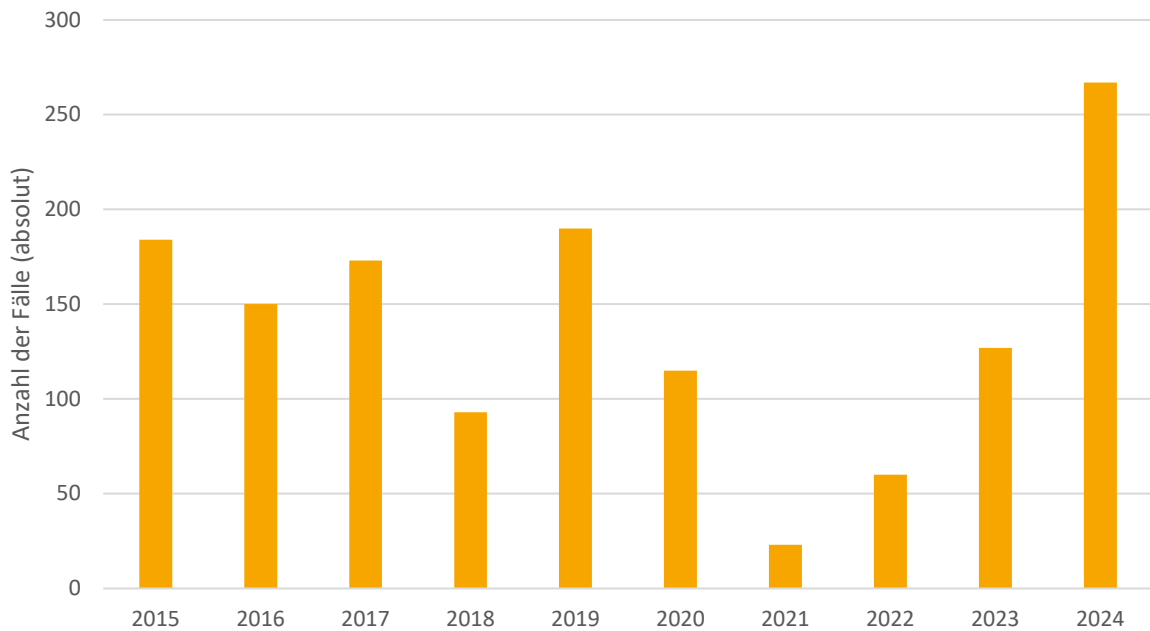


Abbildung 101 Anzahl der Windpocken-Erkrankungen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

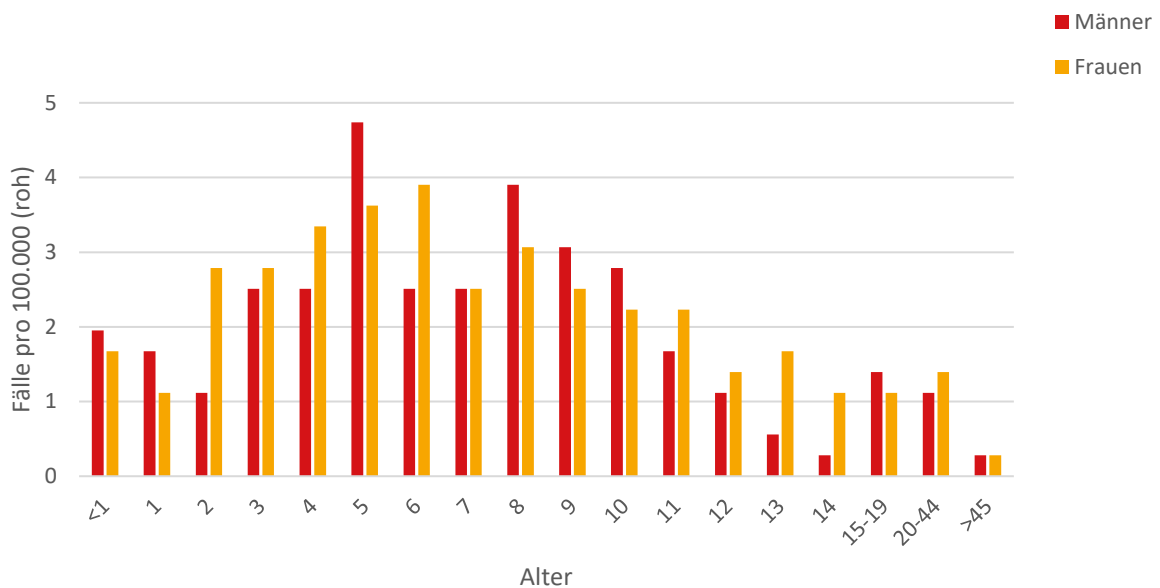


Abbildung 102 Windpocken-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht, Kreis Lippe, 2024 (n=267) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Die hohe Fallzahl an Windpocken-Erkrankungen im Jahr 2024 (n=267) mit 219 ungeimpften Personen, weist auf eine

Impflücke hin. Zum Thema Windpocken sollte die Aufklärung intensiviert werden. Bei den übrigen impfpräventablen Erkrankungen kam es in den letzten Jahren zu Einzelfällen, sodass keine weiteren Handlungen notwendig sind.



4.3.4 Virushepatitiden

	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C	Hepatitis D	Hepatitis E
2015	4	3	-	0	-
2016	0	0	-	0	9
2017	4	3	-	0	9
2018	4	7	10	0	7
2019	6	22	7	0	12
2020	-	27	5	0	18
2021	5	103	7	-	22
2022	-	105	22	-	23
2023	6	138	41	0	24
2024	3	105	56	-	20

Tabelle 13 Fallzahlen Virushepatitiden im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

Virushepatitiden sind Entzündungen der Leber, die durch verschiedene Hepatitisviren ausgelöst werden. Derzeit wird in 5 Hepatitisviren (A-E) unterschieden, die sich bzgl. der Übertragung, der Symptome und der Folgeschäden unterscheiden. Häufig treten zunächst keine Symptome auf. Betroffene können aber unter Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Schmerzen im rechten Oberbauch und Gelbsucht leiden.

Während Hepatitis A und C meist nur leichte Symptome hervorrufen, können Hepatitis B und E mit schweren Symptomen einhergehen. Hepatitis D tritt nur gemeinsam mit Hepatitis B auf und verstärkt die Symptomatik. Bei chronischen Verläufen kommt es häufig zu Leberzirrhosen oder auch Leberzellkarzinomen (Kumar, 2024).

Hepatitis A

Bei einer akuten Hepatitis A kommt es zu einer Leberentzündung. Das Virus wird über den Stuhl ausgeschieden und so von Mensch zu Mensch übertragen. Häufig kommt es auch durch den Verzehr verunreinigter Lebensmittel (z.B. tiefgefrorene Beeren, getrocknete Datteln und Tomaten) zur Übertragung (Bozkurt et al., 2020; Hu et al., 2020). Um sich zu schützen, steht eine wirksame Impfung zur Verfügung. Nach einer überstandenen Infektion besteht eine lebenslange Immunität (Langan und Goodbred, 2021). Im Vergleich zu anderen Ländern kommt Hepatitis A in

Deutschland selten vor. Somit gehört Deutschland zu den Niedriginzidenzländern.

Im Kreis Lippe wurden im gesamten Beobachtungszeitraum 35 Hepatitis-A-Fälle gemeldet. Dabei waren Männer häufiger betroffen (62,9%) als Frauen (37,1%). Wie es in Niedriginzidenzländern üblich ist, waren vermehrt Erwachsene betroffen (85,7%). Bei 29 von 35 Personen lagen für die Infektion typische Symptome vor. Eine Impfung lag bei 5 Personen vor.

Hepatitis B

Hepatitis B ist eine Leberentzündung, die vorwiegend sexuell und durch Kontakt mit kontaminiertem Blut oder anderen Körperflüssigkeiten übertragen wird. Meist heilt eine Infektion aus, kann aber in ca. 5-10% der Fälle chronisch verlaufen (Dekker et al., 2021). Gegen Hepatitis B kann man sich impfen lassen. Die Grundimmunisierung erfolgt im Säuglingsalter und umfasst in der Regel drei Impfdosen. Eine Auffrischung wird bei besonderem Risiko im Erwachsenenalter empfohlen (z.B. medizinisches Personal, Sexualverhalten mit hohem Infektionsrisiko, Drogenkonsumierende, Reisen in Hochinzidenzländer) (STIKO, 2025). In den letzten Jahren gab es sowohl Gesetzesänderungen zur Meldepflicht als auch Änderungen in der Falldefinition des RKI, was



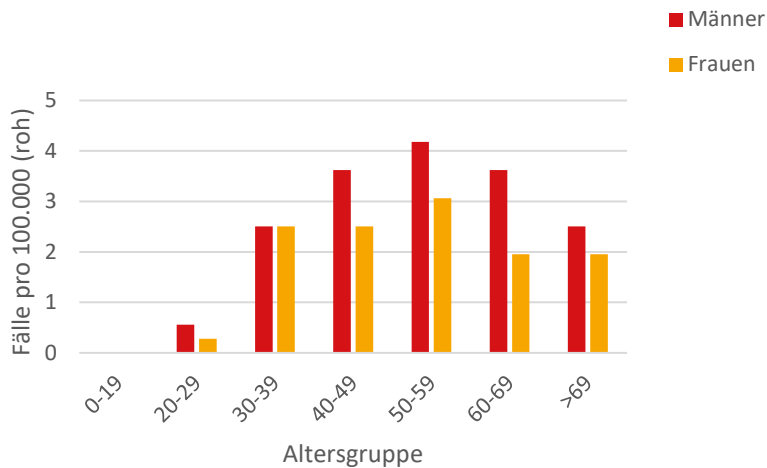


Abbildung 103 Hepatitis-B-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht, Kreis Lippe, 2024 (n=105) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

Geburtsland nach Regionen (HBV)

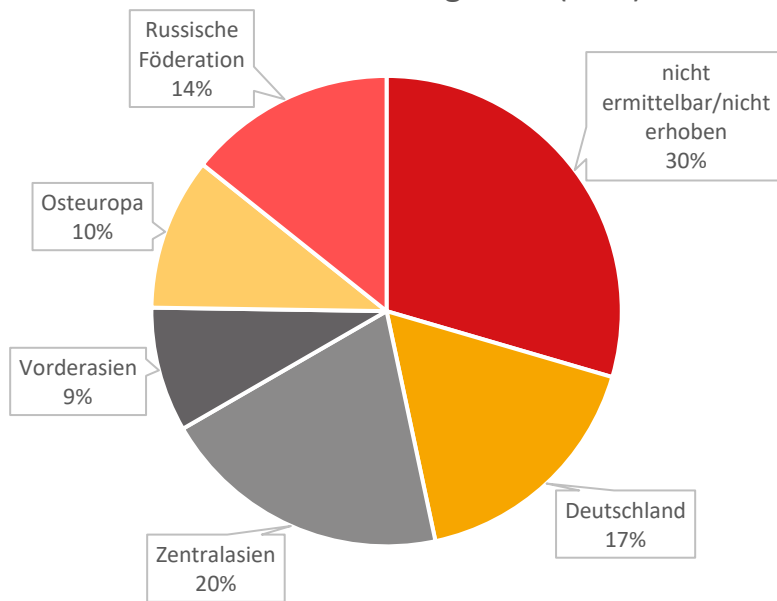


Abbildung 104 Geburtsland nach Regionen für Hepatitis-B-Fälle im Kreis Lippe in Prozent, 2024 (n=105) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

dazu führte, dass seit 2019 auch chronische Infektionen in der Statistik ausgewiesen werden (Behnke et al., 2022). Im Jahr 2024 traten im Kreis Lippe 105 Hepatitis-B-Fälle auf (s. Tabelle 13 und Abbildung 103). Dabei waren Männer häufiger betroffen (58,1%) als Frauen (41,9%), was sich auch in der Altersverteilung widerspiegelt. Die höchste Inzidenz wiesen Männer im Alter von 50-59 Jahren auf (4,2/100.000 EW) (vgl. Abbildung 103).

Insgesamt waren lediglich 2 Personen geimpft, 80 ungeimpft und bei den übrigen 23 Personen lagen keine Informationen zum Impfstatus vor. Da bei Hepatitis B auch das Geburtsland erfasst wird, kann eingeschätzt werden, ob eine Übertragung in Deutschland stattgefunden hat. Das Geburtsland konnte für 74 Personen ermittelt werden, davon sind 18 in Deutschland geboren. Die übrigen Personen stammten überwiegend aus Zentralasien (20%) und der Russischen Föderation (14%). Osteuropäische Länder (10%) sowie Vorderasien (9%) kamen etwas seltener vor (s. Abbildung 104).

Hepatitis C

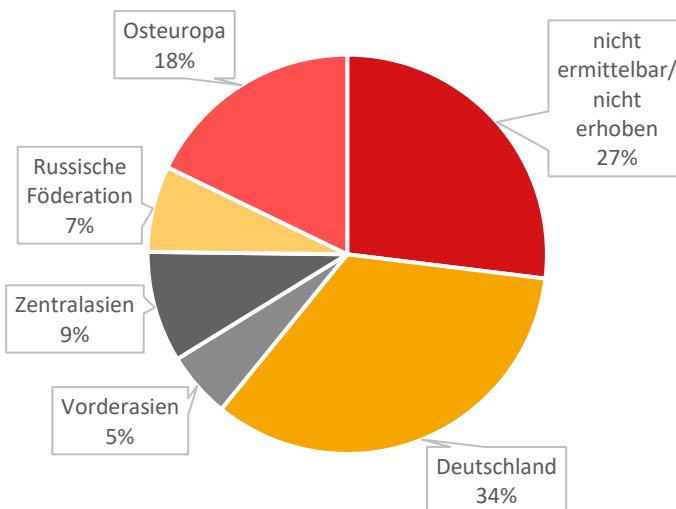
Im Gegensatz zu Hepatitis A und B steht für Hepatitis C keine wirksame Schutzimpfung zur Verfügung. Hepatitis-C-Viren werden über kontaminiertes Blut übertragen. In Deutschland stellt das gemeinsame Benutzen von Spritzbesteck unter Drogenkonsumierenden die häufigste Infektionsquelle dar. In seltenen Fällen kommt es auch zu einer Übertragung durch Nadelstichverletzungen bei medizinischen oder anderen invasiven (z.B. Tätowierungen, Piercings) Eingriffen (Degenhardt et al., 2023; Kumar, 2024). Unter der Geburt kann es in 5% der Fälle dazu kommen, dass die infizierte Mutter ihr Neugeborenes ansteckt. Durch die Einführung der diagnostischen Testung von Blutprodukten, kommt es in Deutschland seit 1992 nur sehr selten zu einer HCV-Infektion bedingt durch eine Bluttransfusion (Hermanns et al., 2025). Bei akuten HCV-Infektionen treten häufig keine oder unspezifische Symptome auf. Ca. 30% der Infizierten erholen sich innerhalb von sechs Monaten wieder, die meisten entwickeln jedoch eine chronische Hepatitis C. Neben der



Leberschädigung, die bis zu einer Leberzirrhose und einem Leberzellkarzinom führen kann, können weitere Beschwerden außerhalb der Leber auftreten. Für die Behandlung steht eine antivirale orale Therapie zur Verfügung, mit der mehr als 95% der Infektionen geheilt werden können. Spätfolgen und weitere Übertragungen können somit vermindert werden (Carrat et al., 2019).

Im Kreis Lippe wurden im Jahr 2024 insgesamt 56 Hepatitis-C-Fälle gemeldet. Davon wurden 32 als chronische und 2 als akute Infektion eingestuft. Bei den übrigen 22 Infektionen konnte das Stadium nicht ermittelt werden. Männer waren mit 70% deutlich häufiger betroffen als Frauen mit 30%. Die höchste Inzidenz wiesen Männer in der Altersgruppe 40-59 Jahre auf (4,5/100.000 EW), gefolgt von den 0-39-Jährigen (3,3/100.000 EW) und denjenigen die älter als 59 Jahre sind (3,1/100.000 EW). Bei den Frauen waren die älteren ab 59 Jahren am häufigsten betroffen (2,8/100.000 EW) (s. Abbildung 105). Eine mögliche Infektionsquelle konnte bei 14 Fällen ermittelt werden, davon gaben 10 Infizierte einen intravenösen Drogenkonsum an. Der Anteil der in Deutschland geborenen Infizierten betrug bei Hepatitis C 34% und ist damit wesentlich höher als bei Hepatitis B. Personen, die im Ausland geboren sind, stammen überwiegend aus osteuropäischen Ländern (18%) (s. Abbildung 106).

Geburtsland nach Regionen (HCV)



Hepatitis D

Abbildung 105 Geburtsland nach Regionen für Hepatitis-C-Fälle im Kreis Lippe in Prozent, 2024 (n=56) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

Hepatitis D tritt nur in Zusammenhang mit einer Hepatitis-B-Infektion auf, da das Hepatitis-D-Virus (HDV) die Hülle des Hepatitis-B-Virus (HBV) benötigt. In 70-90% der Fälle kommt es zu schweren chronischen Verläufen. Damit hat Hepatitis D den schwerwiegendsten Verlauf unter den Virushepatitis-Erkrankungen (Terrault, 2025). Seit 2023 ist ein Medikament zur Behandlung von Hepatitis D zugelassen worden, das verhindert, dass HBV und HDV in die Zellen eindringen (Zieschang und Rosien, 2024). Eine HBV-Impfung schützt indirekt auch vor einer Hepatitis-D-Infektion, da diese nur als Ko-Infektion mit Hepatitis B vorkommt.

- Männer
- Frauen

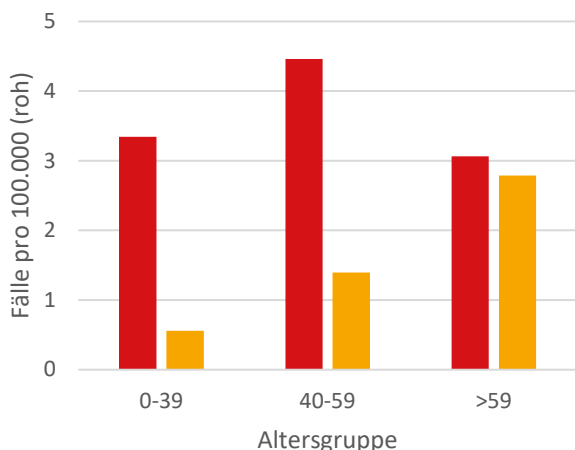


Abbildung 106 Hepatitis-C-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht, Kreis Lippe, 2024 (n=56) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

In den letzten zehn Jahren traten im Kreis Lippe 4 Hepatitis-D-Infektionen auf. Alle infizierten Personen waren männlich und die meisten in der Altersgruppe 40-49 Jahre. Die Infektionsquelle war bei niemandem ermittelbar.

Hepatitis E

Hepatitis E ist eine Leberentzündung, die in Deutschland eher seltener vorkommt. Wie Hepatitis A heilt eine Hepatitis-E-Infektion meist von allein aus. Für Schwangere ist eine Infektion allerdings gefährlich.



Bei ca. jeder fünften Schwangeren kommt es zu einem schweren Verlauf mit Leberversagen (Bender et al., 2022). Bislang gibt es keine wirksame Schutzimpfung. Daher sollten Schwangere besonders darauf achten, Infektionsquellen zu meiden. In Ländern mit guten Hygienestandards ist die Hauptinfektionsquelle nicht ausreichend gegartem Fleisch (insbesondere vom Schwein oder Wild). In Ländern mit unzureichend hygienischen Bedingungen erfolgt die Übertragung von Hepatitis-E-Viren auch über kontaminiertes Wasser oder menschliche Fäkalien.

Im gesamten Beobachtungszeitraum von 2015-2024 traten im Kreis Lippe 146 Hepatitis-E-Erkrankungen auf. Männer waren mit 59,6% häufiger betroffen als Frauen (40,4%) (s. Tabelle 12 und Abbildung 107). Die höchste altersspezifische Inzidenz wurde bei den 45 bis 64-jährigen Männern beobachtet (s. Abbildung 107). Ein ikterischer Verlauf (Gelbfärbung der Augen und der Haut, Gelbsucht) wurde bei 36 Fällen angegeben. Im zeitlichen Verlauf nahmen die Fallzahlen zu. Auch auf Bundesebene steigen die Hepatitis-E-Fallzahlen seit einigen Jahren an. Das RKI vermutet, dass dies weniger an einer tatsächlichen Zunahme der Erkrankungen liegt als vielmehr an einer gestiegenen

Aufmerksamkeit der Ärzteschaft für die Erkrankung und vermehrten Tests (Faber und John, 2016).

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Virushepatitiden traten bei Männern häufiger auf als bei Frauen. Daher sollten Präventionsmaßnahmen gezielt für Männer entwickelt werden. Um sich zu schützen, steht für Hepatitis A und B eine Impfung zur Verfügung. Gegen Hepatitis D kann man sich indirekt durch eine Hepatitis-B-Impfung schützen, da eine Hepatitis-D-Infektion nur als Ko-Infektion mit Hepatitis-B auftreten kann. Die am häufigsten angegebene Infektionsquelle bei Hepatitis C war intravenöser Drogenkonsum. Daher sollte geprüft werden, welche Informationsmaterialien in der Szene vorliegen und genutzt werden. Ebenfalls sollte überprüft werden, ob die Materialien in verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen, da viele Betroffene aus Osteuropa stammen. Die steigenden Fallzahlen bei Hepatitis E beruhen auf einer erhöhten Aufmerksamkeit seitens der Ärzteschaft und sind daher eher positiv zu bewerten, da Erkrankungen überhaupt erst entdeckt werden.

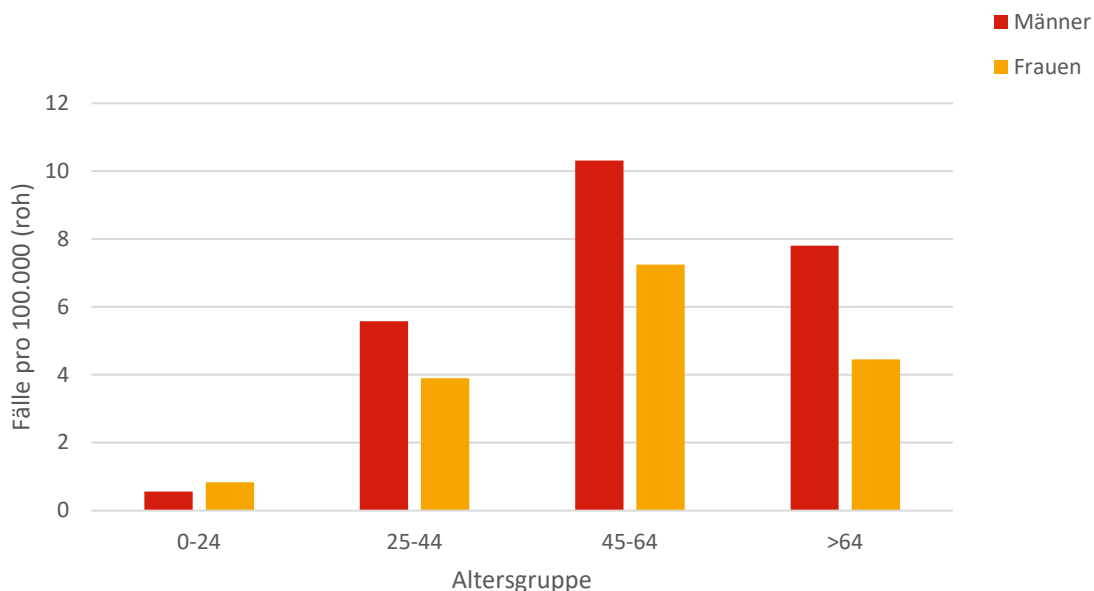


Abbildung 107 Hepatitis-E-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht, Kreis Lippe, 2015-2024 (n=146) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)



4.3.5 Multiresistente Erreger

	<i>Acinetobacter baumannii</i>	<i>Escherichia coli</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Klebsiella spp.</i>	MRSA
2015	0	0	0	0	22
2016	0	0	0	0	7
2017	0	0	0	0	16
2018	0	0	0	0	9
2019	0	0	0	0	5
2020	-	0	0	0	3
2021	0	0	0	0	11
2022	0	0	0	0	9
2023	0	-	0	0	4
2024	0	3	0	0	9

Tabelle 14 Fallzahlen multiresistente Erreger im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)

In den letzten Jahren haben multiresistente Erreger deutlich zugenommen. Die eingeschränkte Auswahl der verfügbaren Antibiotika erschwert die Behandlung von Infektionen. Im Jahr 2012 wurde die Klassifikation MRGN (multiresistente gramnegative Bakterien) eingeführt, um die Resistenz von gramnegativen Bakterien gegen mehrere Antibiotikagruppen zu beschreiben.

Dabei wird zwischen 3MRGN (resistent gegen drei von vier Antibiotikagruppen) und 4MRGN (resistent gegen alle vier Antibiotikagruppen) unterschieden. Aufgrund der Relevanz im stationären Sektor, werden die wichtigsten MRGN sowie MRSA (Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*) überwacht (KRINKO, 2012; 2014; 2019).

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Im Kreis Lippe traten im gesamten Beobachtungszeitraum lediglich vereinzelte Fälle von *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli* und MRSA auf. Das spricht für ein gutes Hygienemanagement in den Kliniken.

5 Sterbefälle und Todesursachen

„Die Todesursachenstatistik umfasst alle im Berichtsjahr Gestorbenen ohne die Totgeborenen und ohne die nachträglich beurkundeten Kriegssterbefälle und die gerichtlichen Todeserklärungen. Sie stützt sich auf den Leichenschauschein, der von der/dem den Tod feststellenden Ärztin/Arzt ausgefüllt wird, sowie auf die Sterbefallzählkarte. Die Verschlüsselung erfolgt nach den Regeln der geltenden internationalen Klassifikation der Todesursachen, unikausal nach dem Grundleiden im zuständigen Statistischen Landesamt (in NRW das IT.NRW). Im vorliegenden Datensatz wird der dreistellige ICD-10 Schlüssel verwendet, der seit 1998 gültig ist.“ (GBE Stat vom LfGA NRW, 2025).

Im Kreis Lippe sind im Jahr 2024 insgesamt 4.492 Menschen verstorben (2.245 Frauen, 2.247 Männer). In den Abbildungen 108 und 109 wird deutlich, dass es bei den Todesursachen sowohl Geschlechts- als auch Altersunterschiede gibt. Während bei Frauen die Tumorerkrankungen als Haupttodesursache insbesondere im Alter von 0-49 Jahren sowie 60-64 Jahren vorlagen (vgl. Abbildung 108), verschob sich dies bei den Männern in die Altersgruppe 65-69 Jahre (vgl. Abbildung 109). Im Alter von 0-49 Jahren verstarben Männer häufiger an äußeren Ursachen sowie Erkrankungen des Kreislaufsystems als Frauen



im Kreis Lippe. Ab einem Alter von 60 Jahren nahm sowohl für Männer als auch für Frauen der Anteil der Erkrankungen des Kreislaufsystems sowie der psychischen und Verhaltensstörungen (F00-09 organisch) zu. Zu der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen gehören auch die Demenzerkrankungen, die insbesondere bei den Frauen ab 80 Jahren ca. 10% ausmachen. Wenn man die Sterbefälle im Kreis Lippe mit denen in Nordrhein-Westfalen vergleicht, gibt es keine Auffälligkeiten (s. Abbildung 110).

Im Jahr 2024 ist die altersstandardisierte Sterberate im Kreis Lippe insgesamt etwas niedriger (522,2/100.000 EW) als in NRW (549,5/100.000 EW). Gleiches gilt auch, wenn man beide Geschlechter einzeln betrachtet. Die Sterberate der Frauen im Kreis Lippe betrug 413,9/100.000 EW (NRW: 451,7/100.000 EW). Die Sterberate der Männer ist grundsätzlich höher als die der Frauen und betrug im Jahr 2024 im Kreis Lippe 652,4/100.000 EW (NRW: 665,8/100.000 EW).

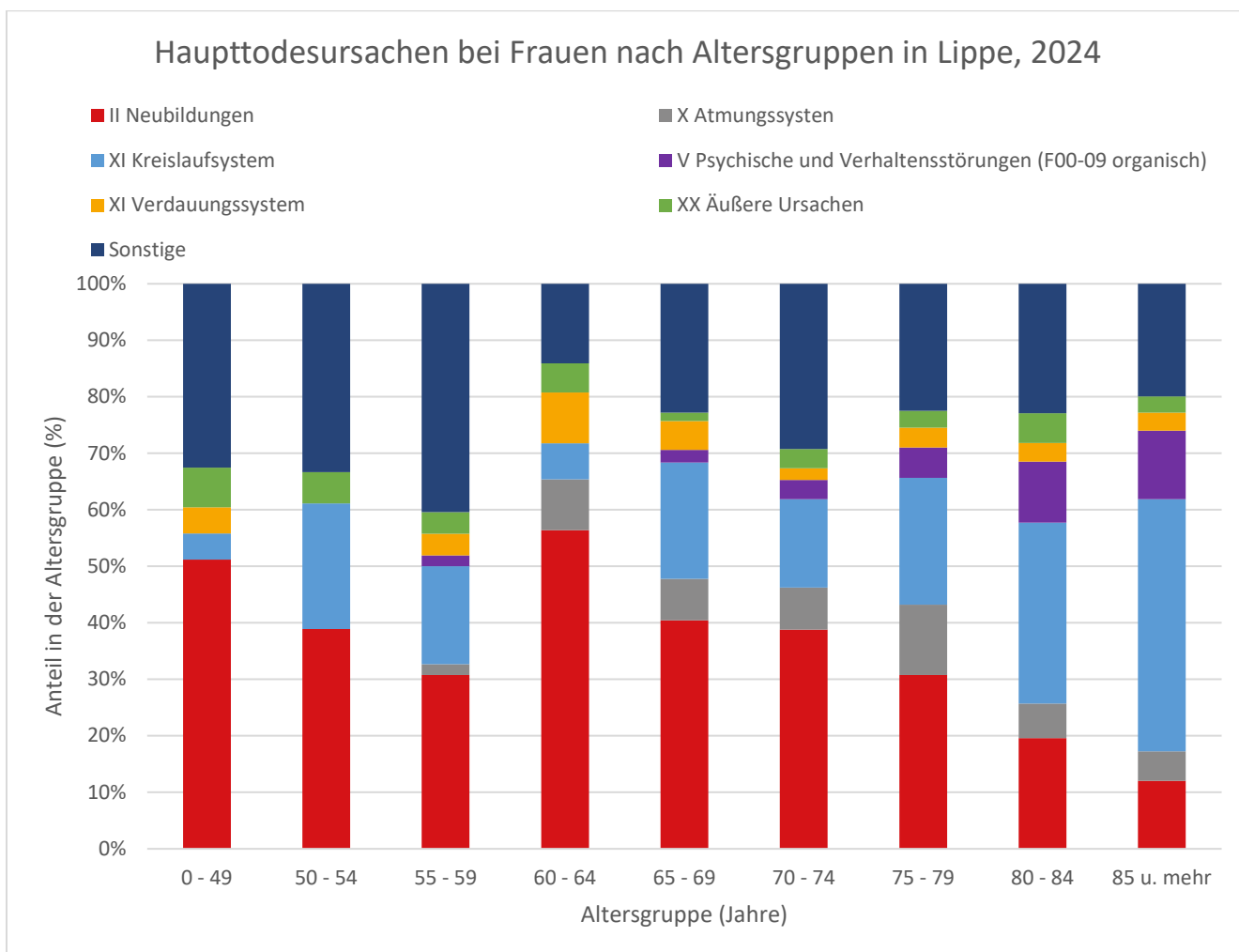


Abbildung 108 Haupttodesursachen bei Frauen nach Altersgruppen in Lippe in %, 2024
(Datenquelle: Todesursachenstatistik IT.NRW)



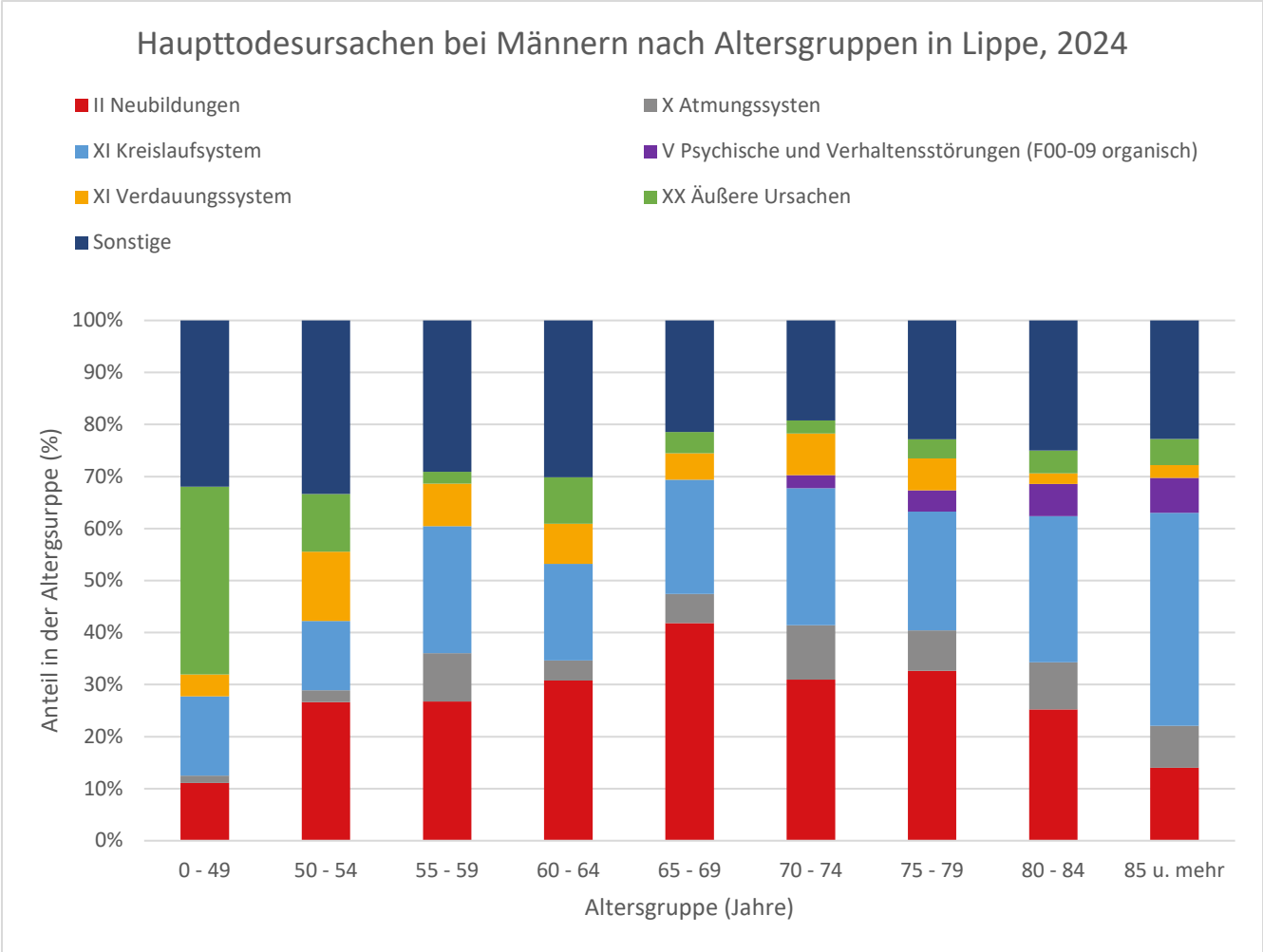


Abbildung 109 Haupttodesursachen bei Männern nach Altersgruppen in Lippe in %, 2024 (Datenquelle: Todesursachenstatistik IT.NRW)

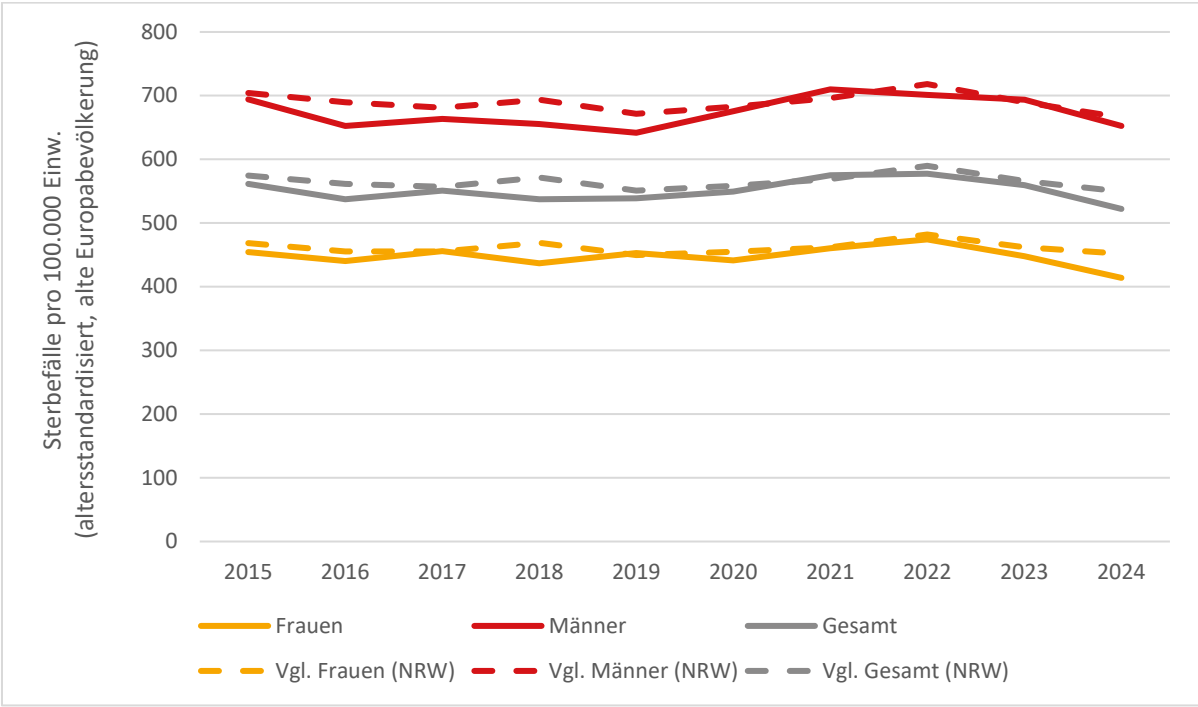


Abbildung 110 Altersstandardisierte Sterberate im Kreis Lippe und Nordrhein-Westfalen, 2024 (Datenquelle: Todesursachenstatistik, IT.NRW)



Literaturverzeichnis

Abel, T., Duetz Schmucki, M., Huwiler-Müntener, K. (2007): Sozialmedizin und Gesundheitssoziologie. In: Gutzwiller, F., Paccaud, F. (Hrsg.): Sozial- und Präventivmedizin. Public Health. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber: 23-34.

AG Pertussis der Ständigen Impfkommission (STIKO): Wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung der Pertussisimpfung mit einem Tdap- Kombinationsimpfstoff in der Schwangerschaft. Epid Bull 2020;14:3 - 34 | DOI 10.25646/6584

Akmatov, MK., Steffen, A., Holstiege, J., Bätzing, J. (2019). Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) in der ambulanten Versorgung in Deutschland - Zeitliche Trends und kleinräumige Unterschiede. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 19/06. Berlin 2019. URL: <https://doi.org/10.20364/VA-19.06>.

AOK (2024). Gesundheitsatlas Nordrhein-Westfalen. Depressionen ([Gesundheitsatlas Nordrhein-Westfalen Depressionen](#))

AOK Hessen (2024). „Altersdiabetes“ betrifft immer häufiger auch Jüngere ([„Altersdiabetes“ betrifft immer häufiger auch Jüngere | Presse | AOK Hessen](#))

Beck, S. (2024). Generation Z macht Prävention zum Lifestyle. In: Bergen, I., Gramm, F., Grütters, J., Kolbe, H. (eds) Wie die Generation Z das Gesundheitswesen verändert. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-69213-4_14

Behnke, AL., Brandl, M., Wohlleben, J. et al. (2022). Virushepatitis B und D im Jahr 2021. Epid Bull;30:3-21 | DOI 10.25646/10328

Behrens, G., Gredner, T., Stock, C., Leitzmann, M. F., Brenner, H., & Mons, U. (2018). Cancers Due to Excess Weight, Low Physical Activity, and Unhealthy Diet. Deutsches Ärzteblatt international, 115(35-36), 578-585. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0578>

Bender, D., Glitscher, M., Hildt, E. (2022). Die Virushepatitiden A bis E: Prävalenz, Erregermerkmale und Pathogenese. Bundesgesundheitsbl;65:139-148 <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03472-0>

Bernard, H., Höhne, M., Niendorf, S. et al. (2014). Epidemiology of norovirus gastroenteritis in Germany 2001-2009: eight seasons of routine surveillance. Epidemiology & Infection, 142(1), 63-74.

Bir, S.C., Khan M.W., Javalkar V., Toledo E.G., Kelley R.E. (2021) Emerging Concepts in Vascular Dementia: A Review. J Stroke Cerebrovasc Dis. Aug; 30(8):105864.

Bozkurt, H., Phan-Thien, K. Y., van Ogtrop, F. et al. (2021). Outbreaks, occurrence, and control of norovirus and hepatitis a virus contamination in berries: A review. Critical reviews in food science and nutrition, 61(1), 116-138. <https://doi.org/10.1080/10408398.2020.1719383>

Bräunlich, J. und Wirtz, H. (2022). Decreased COPD exacerbation rates during the COVID-19 pandemic. Dtsch Arztebl Int; 119 (online first). DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0376

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Buchholz U, Tolksdorf K, Schilling J, Goerlitz L, Streib V, Preuß U, Prahm K, Haas W und die AGI-Studiengruppe (2021). Influenza-Wochenbericht KW 20/2021; Arbeitsgemeinschaft Influenza - Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/8522

Bundesgesetzesblatt (2020). Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Teil I, Nr.23 ([Bundesgesetzblatt BGBl. Online-Archiv 1949 - 2022 | Bundesanzeiger Verlag](#))

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (2024). Masernschutzgesetz. Rechtliche Aspekte ([Rechtliche Aspekte](#))

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (2024a). Mumps ([Mumps](#))



Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024). Fragen und Antworten zu Infektionen mit dem Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV) ([Was ist RSV? | BMG](#))

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025). Influenza (Grippe) ([Influenza \(Grippe\) | BMG](#))

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025a). Masern ([Masern | BMG](#))

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2018). Noroviren. Informationen über Krankheitserreger beim Menschen - Hygiene schützt! ([NOROVIREN](#))

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2018a). EHEC. Informationen über Krankheitserreger beim Menschen - Hygiene schützt! ([EHEC](#))

Butzler, JP. (2004). Campylobacter, from obscurity to celebrity. Clin Microbiol Infect., 10: 868-876. 10.1111/j.1469-0691.2004.00983.x.

Buzer (2023). Änderung § 7 IfSG vom 21.07.2023 ([Fassung § 7 IfSG a.F. bis 21.07.2023 \(geändert durch Artikel 1a G. v. 17.07.2023 BGBl. 2023 I Nr. 190\)](#))

Carrat, F., Fontaine, H., Dorival, C. et al. - French ANRS CO22 Hepather cohort (2019). Clinical outcomes in patients with chronic hepatitis C after direct-acting antiviral treatment: a prospective cohort study. Lancet (London, England), 393(10179), 1453-1464. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32111-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32111-1)

Dasti, JI., Tareen, AM., Lugert, R. et al. (2010). Campylobacter jejuni: a brief overview on pathogenicity-associated factors and disease-mediating mechanisms. Int J Med Microbiol., 300 (4): 205-11. 10.1016/j.ijmm.2009.07.002.

Degenhardt, L., Webb, P., Colledge-Frisby, S. et al. (2023). Epidemiology of injecting drug use, prevalence of injecting-related harm, and exposure to behavioural and environmental risks among people who inject drugs: a systematic review. The Lancet. Global health, 11(5), e659-e672. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00057-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00057-8)

Dekker, S. E., Green, E. W., und Ahn, J. (2021). Treatment and Prevention of Acute Hepatitis B Virus. Clinics in liver disease, 25(4), 711-724. <https://doi.org/10.1016/j.cld.2021.06.002>

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2019). Demenz. Das Wichtigste. Ein kompakter Ratgeber ([neu Umschlag Broschuere Das Wichtigste 20181011.indd](#))

Deutsches Ärzteblatt (2023). Niedrige Bildung von Eltern beeinflusst Gesundheit der Kinder negativ ([Niedrige Bildung von Eltern beeinflusst Gesundheit der Kinder negativ - News - Deutsches Ärzteblatt](#))

Deutsches Ärzteblatt (2024). 9,5 Millionen Menschen von Depressionen betroffen ([9,5 Millionen Menschen von Depressionen betroffen - News - Deutsches Ärzteblatt](#))

Deutsche Krebsgesellschaft (2025). S3-Leitlinie zum Prostata-karzinom aktualisiert ([S3-Leitlinie Prostatakarzinom - Deutsche Krebsgesellschaft](#))

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2018). Erstmals für Deutschland ermittelt: Vermeidbare Risikofaktoren verursachen 37 Prozent aller Krebsfälle. ([Erstmals für Deutschland ermittelt: Vermeidbare Risikofaktoren verursachen 37 Prozent aller Krebsfälle - Deutsches Krebsforschungszentrum](#))

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2020). Tabakatlas Deutschland 2015: Neue Daten, neue Fakten. <https://www.dkfz.de/de/presse/pressemitteilungen/2015/dkfz-pm-15-49-Tabakatlas-Deutschland-2015-Neue-Daten-neue-Fakten.php>

Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2025). Vor UV-Strahlung schützen - Hautkrebs vorbeugen ([UV-Strahlen: erhöhtes Krebsrisiko | DKFZ - Krebsinformationsdienst](#))

Dreier, M., Kramer, S., & Stark, K. (2012). Epidemiologische Methoden zur Gewinnung verlässlicher Daten. Public Health, 409-449. <https://doi.org/10.1016/B978-3-437-22261-0.00017-4>



Effertz, T., Garlichs, D., Gerlach, S. et al. Wirkungsvolle Prävention chronischer Krankheiten. *Präv Gesundheitsf* 10, 95-100 (2015). <https://doi.org/10.1007/s11553-014-0483-9>

Ehrentreich, S., Miedaner, F., & Hasseler, M. (2023). Gesundheitsinformationen in der Pandemie - Wahrnehmungen von Menschen mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung [Health information in the pandemic-perceptions of people with chronic obstructive pulmonary disease]. *Pravention und Gesundheitsforderung*, 1-8. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11553-023-01029-4>

Elmer, U. A. T. D. (2021). Reservoir und Infektionsweg. *Z Gastroenterol*, 59.

Entonen, A. H., Suominen, S. B., Sillanmäki, L. H., Rautava, P. T., Kauniskangas, K., Mäntyselkä, P. T., Sumanen, M., & Koskenvuo, M. J. (2022). Prevalent migraine as a predictor of incident hypertension. *European journal of public health*, 32(2), 297-301. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab219>

Entringer, T., und Kröger, H. (2021). Weiterhin einsam und weniger zufrieden - Die Covid-19-Pandemie wirkt sich im zweiten Lockdown stärker auf das Wohlbefinden aus. *DIW aktuell* 67/2021.

Faber, M. und Johne, R. (2016). Hepatitis E in Deutschland - Aktuelle Situation, neue Erkenntnisse und Empfehlungen aus RKI und BfR ([Hepatitis E in Deutschland - Aktuelle Situation, neue Erkenntnisse und Empfehlungen aus RKI und BfR - Präsentation vom 7. April 2016](#))

Fakoya, O. A., McCorry, N. K. und Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC public health*, 20, 1-14. DOI: 10.1186/s12889-020-8251-6.

Fischbach, W., Gross, M., Lammert, F. et al. (2025). Gastrointestinale Infektionen. In: *Rationelle Diagnostik und Therapie in der Inneren Medizin-Infektiologie: Leitlinien-basierte Empfehlungen für die Praxis*

Frasure-Smith, N., & Lespérance, F. (2006). Depression and coronary artery disease. *Herz*, 31 Suppl 3, 64-68.

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2016). Krebsfrüherkennungs-Richtlinie: Überarbeitung Merkblatt und Einladungsschreiben Mammographie-Screening (Umsetzung § 630e BGB) ([Krebsfrüherkennungs-Richtlinie: Überarbeitung Merkblatt und Einladungsschreiben Mammographie-Screening \(Umsetzung § 630e BGB\) - Gemeinsamer Bundesausschuss](#))

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2025). Darmkrebsvorsorge wird einfacher: Gleiches Angebot für Frauen und Männer ab 50 Jahren ([Darmkrebsvorsorge wird einfacher: Gleiches Angebot für Frauen und Männer ab 50 Jahren - Gemeinsamer Bundesausschuss](#))

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2025a). Lungenkrebs-Früherkennung bei starken Raucherinnen und Rauchern wird voraussichtlich ab April 2026 Kassenleistung ([Lungenkrebs-Früherkennung bei starken Raucherinnen und Rauchern wird voraussichtlich ab April 2026 Kassenleistung - Gemeinsamer Bundesausschuss](#))

Grätzel von Grätz P. (2021). COVID-19-Risiken für Lungenkranke. *CME (Berlin, Germany)*, 18(1), 22. <https://doi.org/10.1007/s11298-020-1878-x>

Hawkey, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and aging*, 25(1), 132

He, C., Lu, S., Yu, H. et al. (2025). Global, regional, and national disease burdens attributable to high systolic blood pressure in youth and young adults: 2021 Global Burden of Disease Study analysis. *BMC Med* 23, 74. <https://doi.org/10.1186/s12916-025-03918-1>

Heidemann, C., Du, Y., Baumert, J. et al. (2019). Soziale Ungleichheit und Diabetes mellitus - Zeitliche Entwicklung bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 4(2). DOI: 10.25646/5980



Hermanns, S., Friedsam, A., Steffen, G. et al. (2025). Epidemiologie von Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektionen in Deutschland im Jahr 2024 - Eine Auswertung der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz *Epid Bull*;30:3-16 | 10.25646/13292.2

Hernandez, D., Hernandez-Villafuerte, K. und Schlander, M. (2021). Messung der Kosten von Krebserkrankungen in Deutschland. *Forum* 36, 406-410. <https://doi.org/10.1007/s12312-021-00988-z>

Hochdruckliga (2024). Bluthochdruck in Zahlen ([Bluthochdruck in Zahlen](#))

Hoell, A. und Salize, H. J. (2019). Soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit. *Nervenarzt*; 90 (11): 1187-200.

Hoffmann, B. und Swat, E. (2002). Selbstwahrnehmung der Gesundheit und ärztliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden - Ergebnisse des Bundesgesundheitsveys. *Gesundheitswesen* 64(04): 214-223.

Hofmann, F. M., Michaelis, M., Stöbel, U., & Hofmann, F. (2021). Zur statistischen Untererfassung von Norovirus-Infektionen: Erkenntnisse aus Daten von zwei Gesundheitsämtern. *Das Gesundheitswesen*, 83(05), 357-362.

Holstiege, J., Akmatov, MK., Steffen, A., Bätzing, J. (2020). Die ischämische Herzerkrankung in der vertragsärztlichen Versorgung Deutschlands - Zeitliche Trends und regionale Variationen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). *Versorgungsatlas-Bericht Nr. 20/04*. Berlin 2020. DOI: 10.20364/VA-20.04. URL: <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=109>

Hu, X., Collier, M. G., und Xu, F. (2020). Hepatitis A Outbreaks in Developed Countries: Detection, Control, and Prevention. *Foodborne pathogens and disease*, 17(3), 166-171. <https://doi.org/10.1089/fpd.2019.2648>

Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) (2012). *Bundesgesundheitsbl*; 55:1311-1354 DOI 10.1007/s00103-012-1549-5

Jiang, W., Krishnan, R. R., & O'Connor, C. M. (2002). Depression and heart disease: evidence of a link, and its therapeutic implications. *CNS drugs*, 16(2), 111-127. <https://doi.org/10.2165/00023210-200216020-00004>

Junge, B. (1998). Rauchen und Lungenkrebs bei Frauen: Werden die Männer überholt?. *Bundesgesundheitsbl* ;41, 474-477. <https://doi.org/10.1007/BF03042995>

Kaufmännische Krankenkasse (KKH) (2024). Depressionen: Anteil berufstätiger Männer so hoch wie nie ([Depressionen: Anteil berufstätiger Männer so hoch wie nie | KKH](#))

Keim-Klärner, S. (2020). Soziale Netzwerke und die Gesundheit von Alleinerziehenden. In: *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten*, Wiesbaden: Springer VS. DOI: 10.1007/978-3-65821659-7_14.

Koch, J., Berner, R., Flasche, S., et al. (2024). Beschluss und wissenschaftliche Begründung zur Empfehlung der STIKO zur spezifischen Prophylaxe von RSV-Erkrankungen mit Nirsevimab bei Neugeborenen und Säuglingen in ihrer 1. RSV-Saison. *Epid Bull* 2024;26:3-29 | DOI 10.25646/12198

Kohl, T., Grabbert, M., Heidenreich, A. (2021). Prostatakrebs - Prävalenz, Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann, M., Mohokum, M. (eds) *Prävention und Gesundheitsförderung*. Springer Reference Pflege - Therapie - Gesundheit . Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_48

Koschig, M., Conrad, I., Riedel-Heller, S. (2019). Prävention der Depression-Ansätze, Evidenz und Beispiele guter Praxis. *Psychotherapeut*, 64(1):4-8.



Krankenkassen Deutschland (2025). Zahl der Arztbesuche und häufigste Krankheiten in Deutschland ([Zahl der Arztbesuche und häufigste Krankheiten in Deutschland - Krankenkassen.de](#))

Krebs in Deutschland für 2019/2020. 14. Ausgabe. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg). Berlin, 2023

KRINKO (2012). Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl; 55:1311-1354 DOI 10.1007/s00103-012-1549-5

KRINKO (2014). Ergänzung zu den "Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen" (2012) im Rahmen der Anpassung an die epidemiologische Situation. Epid Bull; 21 ([Epidemiologisches Bulletin des Robert Koch-Instituts Ausgabe 21/2014](#))

KRINKO (2019). Ergänzung zur Empfehlung der KRINKO „Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen“ (2012) im Zusammenhang mit der von EUCAST neu definierten Kategorie „I“ bei der Antibiotika-Resistenzbestimmung: Konsequenzen für die Definition von MRGN. Epid Bull;9:82 - 83 | DOI 10.25646/5916

Kuntz, B., Lampert, T. (2011). Potenzielle Bildungsaufsteiger leben gesünder. Soziale Herkunft , Schulbildung und Gesundheitsverhalten von 14- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland. Präventive Gesundheitsf., 6, 11-18.

Kulzer B. (2022). Körperliche und psychische Folgeerkrankungen bei Diabetes mellitus [Physical and psychological long-term consequences of diabetes mellitus]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 65(4), 503-510. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03517-y>

Kumar, S. (2024). Übersicht über akute Virushepatitis. MSD Manual. Für Patienten ([Übersicht über akute Virushepatitis - Leber- und Gallenstörungen - MSD Manual Ausgabe für Patienten](#))

Kuntz, B., und Lampert, T. (2012). Bildung als Ressource für Gesundheit. *Impulse. Newsl Gesundheitsförd*, 74, 11-12.

Lampert, T., Saß, A.C., Häfelinger, M., Ziese, T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.

Lampert, T., Kroll, LE. (2014). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. GBE kompakt 5(2):1-13

Lampert T, Richter M, Schneider S et al. (2016) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bundesgesundheitsbl 59(2):153-165

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG NRW) (2019). Grundlagen des Meldesystems, Datenmanagement und Qualitätssicherung. Infektionsjahresbericht. ([Grundlagen Meldesystem](#))

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2024). Altenquotient ([LWL | Altenquotient - LWL-Statistik](#))

Langan, R. C., und Goodbred, A. J. (2021). Hepatitis A. American family physician, 104(4), 368-374.

Lenze, A., Funcke, A. und Menne, S. (2021). Alleinerziehende in Deutschland. Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.). <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/alleinerziehende-in-deutschland>

Man, SM. (2011). The clinical importance of emerging campylobacter species. Nat Rev Gastroenterol Hepatol., 8 (12): 669-85. 10.1038/nrgastro.2011.191.

Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M. et al. (2023) 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the



European Renal Association (ERA). Journal of Hypertension 41(12):p 1874-2071, December 2023. | DOI: 10.1097/HJH.0000000000003480

Merz, A. A., und Cheng, S. (2016). Sex differences in cardiovascular ageing. Heart (British Cardiac Society), 102(11), 825-831. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308769>

Mills, K. T., Stefanescu, A., und He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. Nature reviews. Nephrology, 16(4), 223-237. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>

Mirowsky, J. und Ross, C.E. (2003). Education, social status and health. New York, Aldine de Gruyter.

Mons, U., Gredner, T., Behrens, G., Stock, C., & Brenner, H. (2018). Cancers Due to Smoking and High Alcohol Consumption. Deutsches Arzteblatt international, 115(35-36), 571-577. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0571>

Müllegger, Julia (2015). Bildung als Faktor für Gesundheit im Alter. In: Magazin erwachsenenbildung.at 24, 9 S. - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-103666 - DOI: 10.25656/01:10366

Münzel, T., Hahad, O., Daiber, A. et al. (2021). Luftverschmutzung und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Herz 46, 120-128. <https://doi.org/10.1007/s00059-020-05016-9>

Nationale Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut (2025). Diabetes in Deutschland - Kinder und Jugendliche. Inzidenz Typ-2-Diabetes ([Diabetes surveillance - Kinder und Jugendliche - Inzidenz Typ-2-Diabetes](#))

Olderbak, S., Hollweck, R., Krowartz, EM. et, al. (2025). Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2024, Deutsches Ärzteblatt Int, 122, online first. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0157

Orth, B., Spille-Merkel, C. und Nitzsche, A. (2025). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2023. Substanzkonsum und Internetnutzung im Jahr 2023 und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. DOI: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q3-DAS23-DE-1.0>

Pantel, J. (2021). Gesundheitliche Risiken von Einsamkeit und sozialer Isolation im Alter. Geriatr Rep 16, 6-8. DOI: 10.1007/s42090-020-1225-0.

Paul-Ehrlich-Institut (PEI) (2025). Varizellen-Impfstoffe (Windpocken) ([Varizellen-Impfstoffe \(Windpocken\) - Paul-Ehrlich-Institut](#))

Poropatch, KO., Walker, CL., Black, RE. (2010). Quantifying the association between campylobacter infection and guillain-barré syndrome: a systematic review. J Health Popul Nutr., 28 (6): 545-52.

Porst, M., Lippe, E. V., Leddin, J. et al. (2022). The Burden of Disease in Germany at the National and Regional Level—Results in Terms of Disability-Adjusted Life Years (DALY) from the BURDEN 2020 Study. Deutsches Ärzteblatt international, 119(46), 785-792. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0314>

Prince, M., Ali, G. C., Guerchet, M., Prina, A. M., Albanese, E., & Wu, Y. T. (2016). Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimer's research & therapy*, 8(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s13195-016-0188-8>

Razum O, Zeeb H, Schenk L (2008) Migration und Gesundheit: Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken. *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 47

Richter, A., Schienkiewitz, A., Starker, A. et al. (2021). Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland - Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring; 6(3) DOI 10.25646/8460.2

Robert Koch-Institut (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. ([Gesundheitsberichterstattung des Bundes](#))



- Robert Koch-Institut (2015). Erhöhter Blutdruck in Deutschland: Trotz Erfolgen noch viel Präventionspotenzial, *Epid Bull* 2015;5
- Robert Koch-Institut (2017). Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-112.
- Robert Koch-Institut (2019). RKI-Ratgeber. Yersiniose ([RKI - RKI-Ratgeber - Yersiniose](#))
- Robert Koch-Institut (2023). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung ([RKI - Berichte - Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland](#))
- Robert Koch-Institut (2023a). Hypertonie (Bluthochdruck) ([RKI - Hypertonie](#))
- Robert Koch Institut (2023b). Elimination der Masern und Röteln in Deutschland ([RKI - Eliminationsprogramme - Elimination der Masern und Röteln in Deutschland](#))
- Robert Koch-Institut (2024). COPD: Prävalenz (ab 45 Jahre) ([GBE - COPD: Prävalenz \(ab 45 Jahre\)](#))
- Robert Koch-Institut (2024a). Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2 in der Pflege/Betreuung (außerhalb des Krankenhauses) ([RKI - COVID-19 \(Coronavirus SARS-CoV-2\) - Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2 in der Pflege/Betreuung \(außerhalb des Krankenhauses\)](#))
- Robert Koch-Institut (2025). Diabetes mellitus. Gesundheitsberichterstattung ([GBE - Diabetes mellitus: Prävalenz \(ab 18 Jahre\)](#))
- Robert Koch-Institut (2025a). Surveillance akuter Atemwegserkrankungen ([RKI - Themen - Surveillance akuter Atemwegserkrankungen](#))
- Robert Koch-Institut (2025b). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2023, Berlin 2025 DOI 10.25646/13043
- Robert Koch-Institut (2025c). Long COVID ([RKI - COVID-19 \(Coronavirus SARS-CoV-2\) - Long COVID](#))
- Roehr, S., Pabst, A., Luck, T., & Riedel-Heller, S. G. (2018). Is dementia incidence declining in high-income countries? A systematic review and meta-analysis. *Clinical epidemiology*, 10, 1233-1247. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S163649>
- Rommel, A., Gaertner, B., Neuhauser, H. et al. (2015). Demenzerkrankungen - Prävalenz, Trends und regionale Verteilung in Deutschland. Eine Auswertung auf Basis von GKV-Routinedaten. *J Health Monit.*; 10(1):e13078. doi: 10.25646/13078
- Schönfeld, V., Heininger, U., Littmann M. et al. (2023). Aktuelle Epidemiologie von Bordetella-parapertussis-Infektionen in Deutschland. *Epid Bull*;33:3-14 | DOI 10.25646/11681
- Sondern, KM. (2022). Brustkrebs und Adipositas. *Senologie - Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie*; 18(02): 131-136 DOI: 10.1055/a-1825-4484
- Sperlich, S. und Collatz, J. (2006). Ein-Elternschaft - eine gesundheitsriskante Lebensform? Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 72(2): 127-137.
- Ständige Impfkommision (STIKO) am RKI (2013). Empfehlung und wissenschaftliche Begründung der Empfehlung zur Rotavirus-Standardimpfung von Säuglingen. *Epid Bull*; 35 ([Epidemiologisches Bulletin 35/2013](#))
- Ständige Impfkommision (2025). Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2025. *Epid Bull*;4:1- 75 | DOI 10.25646/12971.5
- Starker, A., Schienkiewitz, A., Damerow, S. et al. (2025). Verbreitung von Adipositas und Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland - Entwicklung von 2003 bis 2023. *J Health Monit.*;10(1):e12990. doi: 10.25646/12990
- Sudano, I., Thevan, J. & Osto, E. (2023). Kardiologischer Check-up bei Frauen in den Wechseljahren. *J. Gynäkol. Endokrinol. CH* 26, 59-66. <https://doi.org/10.1007/s41975-023-00299-7>



Sutin, A. R., Stephan, Y., Luchetti, M. et al. (2020). Loneliness and risk of dementia. The Journals of Gerontology: Series B, 75(7), 1414-1422.

Techniker Krankenkasse (2022). Beweg dich, Deutschland! ([beweg-dich-deutschland-data.pdf](#))

Teich, J., Grübling, N., Meisel, C. et al. (2017). Nicht genetische Risikofaktoren bei erblichem Brustkrebs. Senologie - Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie; 14(02): A1-A53 DOI: 10.1055/s-0037-1602564

Terrault N. (2024). Treatment of Hepatitis D - A Future Role for Combination Therapy. The New England journal of medicine, 391(2), 181-183. <https://doi.org/10.1056/NEJMe2406180>

Thomas, S. (2022). Einsamkeitserfahrungen junger Menschen - nicht nur in Zeiten der Pandemie. Soz Passagen 14, 97-112. <https://doi.org/10.1007/s12592-022-00415-7>

Umweltbundesamt (2025). Bevölkerungsentwicklung und Struktur privater Haushalte ([Bevölkerungsentwicklung und Struktur privater Haushalte | Umweltbundesamt](#))

Verband pneumologischer Kliniken e.V. (2025). COPD. Häufigkeit ([Häufigkeit » COPD » Krankheiten » Startseite » Lungenaerzte-im-Netz](#))

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2024). Global cancer burden growing, amidst mounting need for services ([Global cancer burden growing, amidst mounting need for services](#))

Wirth, A. (2000). Assoziierte Krankheiten. In: Adipositas. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-05603-5_7

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2021). Gesundheitsatlas Deutschland. COPD ([Gesundheitsatlas Deutschland COPD](#))

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2023). Gesundheitsatlas Deutschland. Demenz ([Daten zur Erkrankung Demenz in Deutschland. - AOK Gesundheitsatlas Deutschland](#))

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2023a). Gesundheitsatlas Deutschland. Bluthochdruck ([Daten zur Erkrankung Bluthochdruck in Deutschland. - AOK Gesundheitsatlas Deutschland](#))

Zentrum für Krebsregisterdaten (2022). Krebs gesamt ([Krebs - Krebs gesamt](#))

Zentrum für Krebsregisterdaten (2022a). Darmkrebs ([Krebs - Darmkrebs](#))

Zentrum für Krebsregisterdaten (2022b). Lungenkrebs ([Krebs - Lungenkrebs](#))

Zieschang, M. und Rosien, U. (2024). Therapie der chronischen Hepatitis D. Arzneiverordnung in der Praxis; Band 51, Heft 2 ([Therapie der chronischen Hepatitis D - Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft](#))



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Regenbogenmodell nach Zeeb, Muellmann und Schüz, 2025 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-71115-6_3)	8
Abbildung 2 Einwohnerdichte je Kommune im Kreis Lippe (Quelle: Statistikstelle des Kreises Lippe, Stand: 2024)	12
Abbildung 3 Altersverteilung in Prozent im Kreis Lippe nach Geschlecht (Quelle: IT.NRW, Stand: 31.12.2024 eigene Darstellung)	13
Abbildung 4 Bevölkerungsstruktur nach Migrationshintergrund im Kreis Lippe (Quelle: Einwohnermeldedaten, KOSIS-DST-Statistikdatensatz Bevölkerungsbestand, Stand: 31.12.2024)	14
Abbildung 5 Verteilung der Haushaltstypen im Kreis Lippe 2024 (Quelle: Einwohnermeldedaten, KOSIS-DST-Statistikdatensatz Bevölkerungsbestand, Stand: 31.12.2024)	15
Abbildung 6 Schulabschluss nach Geschlecht im Kreis Lippe 2022, n= 289.380 (Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung (ab 15 Jahre) (Zensus 2022, Stand: 15.05.2022)	16
Abbildung 7 Anteil der SGB II-Quote (Grundsicherung für Arbeitssuchende) im Kreis Lippe nach Altersgruppe und Kommune 2023 (Quelle: Jobcenter Lippe, 31.12.2023)	18
Abbildung 8 Anzahl der Arbeitslosen im Kreis Lippe 2012-2024 (Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Stand: März 2025)	18
Abbildung 9 Krankheitslast insgesamt (DALY je 100.000 EW) für ausgewählte Krankheitslastursachen nach Geschlecht in Deutschland (Porst et al., 2022).....	19
Abbildung 10 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Demenz im Kreis Lippe 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	22
Abbildung 11 Anzahl der Demenz-Erkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	23
Abbildung 12 Altersspezifische Behandlungsrate von Demenz nach Geschlecht 2024 in Prozent (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	23
Abbildung 13 Altersspezifische Behandlungsrate von Demenz nach Geschlecht 2015 in Prozent (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	23
Abbildung 14 Rohe und altersstandardisierte Prävalenzen von Demenz im Zeitverlauf in Lippe und Nordrhein-Westfalen (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	24
Abbildung 15 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Demenz im Zeitverlauf in Lippe Nord (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung))	25
Abbildung 16 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Demenz im Zeitverlauf in Lippe Süd (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	25
Abbildung 17 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Demenz im Zeitverlauf in Lippe West (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	26
Abbildung 18 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Typ-2-Diabetes im Kreis Lippe 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	27
Abbildung 19 Anzahl der Typ-2-Diabetes-Erkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	28
Abbildung 20 Altersspezifische Behandlungsrate von Typ-2-Diabetes nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 in Prozent (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	28
Abbildung 21 Altersspezifische Behandlungsrate von Typ-2-Diabetes nach Altersgruppen und Geschlecht 2015 in Prozent (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	28
Abbildung 22 Rohe und altersstandardisierte Prävalenzen von Typ-2-Diabetes im Zeitverlauf in Lippe und Nordrhein-Westfalen (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	29
Abbildung 23 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Typ-2-Diabetes im Zeitverlauf in Lippe Nord (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	30
Abbildung 24 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Typ-2-Diabetes im Zeitverlauf in Lippe Süd (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	30
Abbildung 25 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Typ-2-Diabetes im Zeitverlauf in Lippe West (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung).....	31



Abbildung 26 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Hypertonie im Kreis Lippe 2024 in Prozent (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	33
Abbildung 27 Anzahl der Hypertonie-Erkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	33
Abbildung 28 Altersspezifische Behandlungsrate von Hypertonie nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	34
Abbildung 29 Altersspezifische Behandlungsrate von Hypertonie nach Altersgruppen und Geschlecht 2015 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	34
Abbildung 30 Rohe und altersstandardisierte Prävalenzen von Hypertonie im Zeitverlauf in Lippe (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	35
Abbildung 31 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Hypertonie im Zeitverlauf in Lippe Nord (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	36
Abbildung 32 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Hypertonie im Zeitverlauf in Lippe Süd (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	36
Abbildung 33 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Hypertonie im Zeitverlauf in Lippe West (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	37
Abbildung 34 Anzahl der Rückenschmerz-Leiden nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	39
Abbildung 35 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Rückenschmerzen im Kreis Lippe 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	39
Abbildung 36 Altersspezifische Behandlungsrate von Rückenschmerzen nach Altersgruppen und Geschlecht 2015 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	40
Abbildung 37 Altersspezifische Behandlungsrate von Rückenschmerzen nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	40
Abbildung 38 Rohe und altersstandardisierte Prävalenzen von Rückenschmerzen im Zeitverlauf in Lippe (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	41
Abbildung 39 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Rückenschmerzen im Zeitverlauf in Lippe Nord (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	42
Abbildung 40 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Rückenschmerzen im Zeitverlauf in Lippe Süd (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	42
Abbildung 41 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Rückenschmerzen im Zeitverlauf in Lippe West (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	43
Abbildung 42 Anzahl der COPD-Erkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	45
Abbildung 43 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von COPD im Kreis Lippe 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	45
Abbildung 44 Altersspezifische Behandlungsrate von COPD nach Altersgruppen und Geschlecht 2015 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	46
Abbildung 45 Altersspezifische Behandlungsrate von COPD nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	46
Abbildung 46 Rohe und altersstandardisierte Prävalenzen von COPD im Zeitverlauf in Lippe (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	47
Abbildung 47 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von COPD im Zeitverlauf in Lippe Nord (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	47
Abbildung 48 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von COPD im Zeitverlauf in Lippe Süd (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	48
Abbildung 49 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von COPD im Zeitverlauf in Lippe West (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	48
Abbildung 50 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von ischämischen Herzerkrankungen im Kreis Lippe 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	50
Abbildung 51 Altersspezifische Behandlungsrate von Ischämischen Herzkrankheiten nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	51
Abbildung 52 Anzahl der ischämischen Herzerkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	51



Abbildung 53 Altersspezifische Behandlungsrate von Ischämischen Herzkrankheiten nach Altersgruppen und Geschlecht 2015 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	52
Abbildung 54 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Ischämischen Herzkrankheiten im Zeitverlauf in Lippe Nord (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	53
Abbildung 55 Rohe und altersstandardisierte Prävalenzen von Ischämischen Herzkrankheiten im Zeitverlauf in Lippe und Nordrhein-Westfalen (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	53
Abbildung 56 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Ischämische Herzkrankheiten im Zeitverlauf in Lippe West (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	54
Abbildung 57 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Ischämischen Herzkrankheiten im Zeitverlauf in Lippe Süd (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	54
Abbildung 58 Anzahl der Menschen mit Depression nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	57
Abbildung 59 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Depression im Kreis Lippe 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	57
Abbildung 60 Rohe Behandlungsprävalenz von Depression nach Altersgruppen und Geschlecht 2015 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	58
Abbildung 61 Rohe Behandlungsprävalenz von Depression nach Altersgruppen und Geschlecht 2024 (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	58
Abbildung 62 Rohe und altersstandardisierte Prävalenzen von Depression im Zeitverlauf in Lippe (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	59
Abbildung 63 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Depression im Zeitverlauf in Lippe Nord (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	60
Abbildung 64 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Depression im Zeitverlauf in Lippe Süd (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	60
Abbildung 65 Altersstandardisierte Behandlungsprävalenz von Depression im Zeitverlauf in Lippe West (Datenquelle: KVWL, Berechnungen durch LfGA NRW, eigene Darstellung)	61
Abbildung 66 Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen bei Männern im Kreis Lippe (ohne C44) im Zeitvergleich (Quelle: LKR, Stand: August 2025)	63
Abbildung 67 Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen bei Frauen im Kreis Lippe (ohne C44) im Zeitvergleich (Quelle: LKR, Stand: August 2025)	64
Abbildung 68 Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen bei Männern im Kreis Lippe (ohne C44) im Zeitvergleich (Quelle: LKR, Stand: August 2025)	65
Abbildung 69 Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebssterbefällen bei Frauen im Kreis Lippe (ohne C44) im Zeitvergleich (Quelle: LKR, Stand: August 2025)	66
Abbildung 70 Altersstandardisierte Krebsneuerkrankungsrate und Krebssterberate für Brustkrebs (C50) nach Geschlecht im Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR, Stand: August 2025)	68
Abbildung 71 Altersstandardisierte Krebsneuerkrankungsrate und Krebssterberate für Prostatakrebs (C61) im Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR, Stand: August 2025)	69
Abbildung 72 Altersstandardisierte Krebsneuerkrankungsrate und Krebssterberate für Darmkrebs (C18-C21) nach Geschlecht im Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR, Stand: August 2025)	71
Abbildung 73 Altersstandardisierte Krebsneuerkrankungsrate und Krebssterberate für Lungenkrebs (C33+C34) nach Geschlecht im Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR, Stand: August 2025)	72
Abbildung 74 Altersstandardisierte Krebsneuerkrankungsrate und Krebssterberate für malignes Melanom der Haut (C43) nach Geschlecht im Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR, Stand: August 2025)	73
Abbildung 75 Anzahl der Influenza-Erkrankungen nach Meldewoche im Kreis Lippe, 2024 (n=312) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	76
Abbildung 76 Anzahl der Influenza-Erkrankungen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	76



Abbildung 77 Influenza-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe, 2024 (n=312) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	77
Abbildung 78 Anzahl der COVID-19-Erkrankungen nach Meldewoche im Kreis Lippe, 2020-2024 (n=155.854) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe).....	78
Abbildung 79 Anzahl der COVID-19-Erkrankungen nach Meldewoche im Kreis Lippe, 2024 (n=852) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe).....	79
Abbildung 80 COVID-19-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe, 2024 (n=852) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	79
Abbildung 81 Anzahl der Tuberkulose-Erkrankungen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	80
Abbildung 82 Anteil des Migrationshintergrunds an allen Tuberkulose-Erkrankungen im Kreis Lippe im Jahresvergleich (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	80
Abbildung 83 Tuberkulose-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe, 2017-2024 (n=97) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	81
Abbildung 84 Tuberkulose-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe, 2015-2024 (n=144) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe).....	81
Abbildung 85 Anzahl der Keuchhusten-Erkrankungen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	82
Abbildung 86 Anzahl der Keuchhusten-Erkrankungen nach Meldewoche im Kreis Lippe, 2024 (n=87) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe).....	82
Abbildung 87 Keuchhusten-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe, 2024 (n=87) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	83
Abbildung 88 RSV-Infektionen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe, 2024 (n=35) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	84
Abbildung 89 Anzahl der RSV-Infektionen (n=35) nach Meldewoche (MW), Kreis Lippe, MW 40/2023 bis MW 52/2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	84
Abbildung 90 Anzahl der Legionellose-Erkrankungen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	85
Abbildung 91 Anzahl der Campylobacter-Enteritiden im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	86
Abbildung 92 Campylobacter-Enteritiden pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe, 2024 (n=133) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	87
Abbildung 93 Anzahl der Campylobacter-Enteritiden (n=133) nach Monat im Kreis Lippe, 2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe).....	87
Abbildung 94 Norovirus-Gastroenteritiden pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht im Kreis Lippe, 2024 (n=281) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	88
Abbildung 95 Anzahl der Norovirus-Gastroenteritiden im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	88
Abbildung 96 Anzahl der Norovirus-Gastroenteritiden nach Meldewoche im Kreis Lippe, 2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe).....	89
Abbildung 97 Anzahl der Rotavirus-Gastroenteritiden im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	90
Abbildung 98 Anzahl der Salmonellosen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	90
Abbildung 99 Anzahl der Yersiniosen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	91
Abbildung 100 Anzahl der EHEC-Enteritiden im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	92
Abbildung 101 Windpocken-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht, Kreis Lippe, 2024 (n=267) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	95
Abbildung 102 Anzahl der Windpocken-Erkrankungen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	95
Abbildung 103 Hepatitis-B-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht, Kreis Lippe, 2024 (n=105) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	97
Abbildung 104 Geburtsland nach Regionen für Hepatitis-B-Fälle im Kreis Lippe in Prozent, 2024 (n=105) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe).....	97



Abbildung 105 Geburtsland nach Regionen für Hepatitis-C-Fälle im Kreis Lippe in Prozent, 2024 (n=56) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe)	98
Abbildung 106 Hepatitis-C-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht, Kreis Lippe, 2024 (n=56) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe).....	98
Abbildung 107 Hepatitis-E-Erkrankungen pro 100.000 Einwohner*innen nach Alter und Geschlecht, Kreis Lippe, 2015-2024 (n=146) (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe).....	99
Abbildung 108 Haupttodesursachen bei Frauen nach Altersgruppen in Lippe in %, 2023 (Datenquelle: Todesursachenstatistik IT.NRW)	101
Abbildung 109 Haupttodesursachen bei Männern nach Altersgruppen in Lippe in %, 2023 (Datenquelle: Todesursachenstatistik IT.NRW)	102
Abbildung 110 Altersstandardisierte Sterberate im Kreis Lippe und Nordrhein-Westfalen, 2023 (Datenquelle: Todesursachenstatistik, IT.NRW)	102



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Bevölkerungsstruktur nach Altersgruppen im Kreis Lippe (Quelle: IT.NRW, Stand: 31.12.2024)	13
Tabelle 2 Anzahl der Haushalte mit Kindern im Kreis Lippe (Quelle: Einwohnermeldedaten, KOSIS-DST-Statistikdatensatz Bevölkerungsbestand, Stand: 31.12.2024).....	16
Tabelle 3 Kaufkraft-Index im Kreis Lippe und Nordrhein-Westfalen 2023 (Quelle: Nexiga).	17
Tabelle 4 Übersicht über wichtige epidemiologische Maßzahlen zu Brustkrebs (C50) für den Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025).....	67
Tabelle 5 Übersicht über wichtige epidemiologische Maßzahlen zu Prostatakrebs (C61) für den Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025).....	68
Tabelle 6 Übersicht über wichtige epidemiologische Maßzahlen zu Darmkrebs (C18-C21) für den Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025)	70
Tabelle 7 Übersicht über wichtige epidemiologische Maßzahlen zu Lungenkrebs (C33+C34) für den Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025)	71
Tabelle 8 Übersicht über wichtige epidemiologische Maßzahlen zum malignen Melanom (C43) für den Kreis Lippe von 2006-2023 (Quelle: LKR NRW, Stand: August 2025).....	73
Tabelle 9 Fallzahlen Atemwegserkrankungen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)	75
Tabelle 10 Anzahl der Todesfälle aufgrund einer COVID-19-Erkrankung im Kreis Lippe von 2020-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025).....	78
Tabelle 11 Fallzahlen Magen-Darm-Erkrankungen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)	86
Tabelle 12 Fallzahlen impfpräventabler Erkrankungen im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)	93
Tabelle 13 Fallzahlen Virushepatitiden im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)	96
Tabelle 14 Fallzahlen multiresistente Erreger im Kreis Lippe 2015-2024 (Datenquelle: Gesundheitsamt Kreis Lippe, Stand: August 2025)	100

