GESUNDHEITSBERICHT 2026

NICHTÜBERTRAGBARE ERKRANKUNGEN



STADT WUPPERTAL / GESUNDHEITSAMT

IMPRESSUM

HERAUSGEBER
Stadt Wuppertal
Die Oberbürgermeisterin

REDAKTION
Gesundheitsamt
Willy-Brandt-Platz 19
42105 Wuppertal

Julius Spiecker
E-Mail julius.spiecker@stadt.wuppertal.de

DECKBLATT
KI generiert

VORWORT



Liebe Leserin, lieber Leser,

Gesundheit ist viel mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit. Sie ist die Grundvoraussetzung für Lebensqualität, Teilhabe und das Wohlbefinden in unserer Stadt. Doch wir wissen alle: Im Alltag ist ein gesunder Lebensstil oft gar nicht so leicht umzusetzen. Wir sitzen zu viel und achten nicht immer auf eine gesunde Ernährung. Genau hier setzt der neue Gesundheitsbericht zu nichtübertragbaren Erkrankungen an. Diese sogenannten Volkskrankheiten, wie Herzkreislauferkrankungen oder Diabetes-Typ-2, machen einen Großteil der Erkrankungen in Wuppertal aus. Die gute Nachricht ist: Sie sind kein vorgegebenes Schicksal. Vielmehr sind diese Erkrankungen durch gezielte Aufklärung und präventive Maßnahmen maßgeblich beeinflussbar.

Besonders unsere Kinder und Jugendlichen stehen dabei im Fokus. Wer schon in jungen Jahren Freude an der Bewegung und das Wissen um eine gute Ernährung erlangt, profitiert ein Leben lang davon. Es ist daher unsere Aufgabe, ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen und somit den Grundstein für ein gesundes Leben zu legen. Gleichzeitig nehmen wir auch strukturelle Herausforderungen in den Blick. Die Wuppertaler Bevölkerung wird aufgrund des demografischen Wandels älter. Dies erfordert vorausschauende Versorgungs- und Präventionskonzepte. Gleichzeitig wissen wir, dass Gesundheit immer noch von der sozioökonomischen Situation und dem Wohnumfeld der Menschen abhängt. Daher bleibt die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ein wichtiger Leitgedanke unseres gesundheitspolitischen Handelns.

Um die gesundheitliche Lage in unserer Stadt nachhaltig zu verbessern, braucht es eine enge Zusammenarbeit zwischen Verwaltung, Gesundheitswesen, Vereinen, der Bürgerschaft und vielen weiteren Akteurinnen und Akteuren. Ich lade Sie ein, diesen Bericht als Anstoß zu nehmen. Lassen Sie uns gemeinsam daran arbeiten, Wuppertal gesünder zu gestalten.

Herzliche Grüße



Dr. Katrin Linthorst
Dezernentin für Klima- und Umweltschutz, Nachhaltigkeit, Grünflächen und Recht

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung **5**

Zusammenfassung **7**

1. Rahmenbedingungen von Gesundheit **11**

1.1. Einflussfaktoren auf Gesundheit 11
1.2. Relevanz von nichtübertragbaren Erkrankungen 13
1.3. Bevölkerungsstruktur und -entwicklung 14
1.4. Sozioökonomischer Status 18

2. Sterblichkeit **20**

2.1. Sterbefälle 20
2.2. Lebenserwartung 22
2.3. Vermeidbare Sterbefälle 23

3. Krankheitsgeschehen von nichtübertragbaren Erkrankungen **24**

3.1. Bluthochdruck 25
3.2. Ischämische Herzkrankheiten 28
3.3. Diabetes-Typ-2 32
3.4. Atemwegserkrankung (COPD) 37
3.5. Krebserkrankungen 41
3.6. Vermeidbare Krankheitsfälle 47

4. Handlungsempfehlungen **48**

4.1. Bewegung und gesunde Ernährung fördern 49
4.2. Gesundheitskompetenz stärken 50
4.3. Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen erhöhen 51
4.4. Tabak- und Alkoholkonsum reduzieren 51

5. Abbildungs-, Tabellen-, Abkürzungsverzeichnis **53**

6. Literaturverzeichnis **56**

7. Methodik **61**

7.1. Glossar 61
7.2. Datenbeschreibung 62

8. Anhang **64**

EINLEITUNG

Der vorliegende Gesundheitsbericht gibt einen Überblick über die gesundheitliche Situation der Wuppertaler Bevölkerung. Schwerpunkt des Berichts ist die Beschreibung der Krankheitslast von nichtübertragbaren Erkrankungen. Dazu zählen Herzkreislauferkrankungen, Diabetes-Typ-2, chronische Atemwegserkrankungen und Krebs. Sie machen weltweit über 70 % aller Todesfälle aus. Ein Großteil dieser Erkrankungen könnte durch Prävention und Gesundheitsförderung vermieden werden.

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Wuppertal beschreibt den Gesundheitszustand und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Dabei legt die GBE Handlungsbedarfe offen und formuliert Vorschläge, wie diesen Bedarfen begegnet werden kann. Die GBE liefert somit die Grundlage für die Planung und Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Oder anders ausgedrückt: Sie liefert „Daten für Taten“. Darüber hinaus kann die GBE gesundheitspolitisches Handeln transparent und nachvollziehbar machen und erfüllt somit auch eine Kommunikationsfunktion.

Dieser Gesundheitsbericht richtet sich daher an alle Akteurinnen und Akteure der Stadtverwaltung, des Gesundheitswesens und der Politik in Wuppertal. Er kann dabei als Entscheidungshilfe für politisches und gesundheitliches Handeln genutzt werden. Zugleich richtet sich der Gesundheitsbericht auch an die interessierte Öffentlichkeit sowie Bürgerinnen und Bürger. Falls Sie Rückfragen oder eigene Ideen zur Gesundheitsförderung und Prävention haben, melden Sie sich gerne bei der Abteilung Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsamtes.

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation wurden primär Daten des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen (LfGA NRW), des Fachbereichs Statistik und Wahlen der Stadt Wuppertal, der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie des Landeskrebsregisters NRW herangezogen. Dabei wurden immer die aktuellsten verfügbaren Daten genutzt. Die Auswertung und Darstellung der gesundheitlichen Daten erfolgten durch epidemiologische Maßzahlen. Eine Übersicht der genutzten Maßzahlen befindet sich im Glossar in dem Kapitel Methodik. Die Betrachtung der zeitlichen Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Wuppertaler Bevölkerung schließt auch die Jahre der COVID-19-Pandemie ein. Hier muss berücksichtigt werden, dass Krankenhäuser bewusst Bettenkapazitäten freigehalten haben, planbare Eingriffe verschoben wurden und auch Patientinnen und Patienten ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten von Untersuchungen und Arztbesuchen zeigten. Dies muss in der Beurteilung der Daten berücksichtigt werden.

Das Gesundheitsamt wird zukünftig in regelmäßigen Abständen zu ausgewählten gesundheitlichen Schwerpunktthemen berichten. Hierbei ist das Ziel, dass die Berichte einen fachlichen und politischen Diskurs anregen und zu Entscheidungen führen, die die Gesundheit der Menschen in Wuppertal stärken.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen.

ZUSAMMENFASSUNG

1. RAHMENBEDINGUNGEN VON GESUNDHEIT

1.1. EINFLUSSFAKTOREN AUF GESUNDHEIT: Gesundheit entsteht dort, wo Menschen aufwachsen, leben und arbeiten. Dabei wird Gesundheit von einer Vielzahl an Faktoren beeinflusst, wie z. B. der sozialen Umwelt, den Wohnverhältnissen oder Lebens- und Arbeitsbedingungen. Aber auch der sozioökonomische Status einer Person bestimmt, wie gut die Chancen auf eine gute Gesundheit sind.

1.2. RELEVANZ VON NICHTÜBERTRAGBAREN ERKRANKUNGEN: Nichtübertragbare Erkrankungen (Non-Communicable Diseases; NCDs) umfassen chronische Erkrankungen, die keine Folge einer Infektion sind. Sie verursachen weltweit mehr als 70 % aller Todesfälle und belasten das Gesundheits- und Sozialsystem. Die häufigsten NCDs sind Herzkreislauferkrankungen, Krebs, Diabetes-Typ-2 und Atemwegserkrankungen. Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen eine ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht sowie Tabak- und Alkoholkonsum. Gesundheitsförderung und Prävention spielen in der Vermeidung dieser Erkrankungen eine große Rolle.

1.3. BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR UND -ENTWICKLUNG: Zum Stichtag 31.12.2024 waren 365.655 Personen in Wuppertal gemeldet. Davon waren 184.395 weiblich und 181.260 männlich. Das Durchschnittsalter lag bei 43,5 Jahren. Der Anteil an Einpersonenhaushalten lag bei 49 %. 45,5 % der Wuppertalerinnen und Wuppertaler hatten einen Migrationshintergrund. Die Bevölkerungsvorausberechnung zum Stichtag 31.12.2050 geht von einem Bevölkerungsrückgang in Wuppertal aus. Der Anteil von Menschen im erwerbsfähigen Alter wird zurückgehen, während gleichzeitig die Zahl der über 80-Jährigen deutlich ansteigen wird.

1.4. SOZIOÖKONOMISCHE SITUATION: Wuppertal zählt in NRW zu den Städten mit der höchsten Deprivation. Wuppertal weist eine niedrige Erwerbsquote (69,4 %), eine hohe SGB II-Betroffenheitsquote (16,2 %), eine hohe Arbeitslosenquote (10 %), ein geringes Pro-Kopf-Einkommen (22.829 Euro) und eine niedrige Bildungsstruktur auf.

2. STERBLICHKEIT

2.1. STERBEFÄLLE: Über 60 % der Sterbefälle in Wuppertal im Jahr 2024 waren auf nichtübertragbare Erkrankungen zurückzuführen. Herzkreislauferkrankungen machten 26,7 % und Krebserkrankungen 23,4 % aller Todesfälle aus. Seit 2022 sind die jährlichen Sterberaten in Wuppertal rückläufig und liegen dabei etwas über dem NRW-Niveau.

2.2. LEBENSERWARTUNG: Die Lebenserwartung ist in Wuppertal, wie auch in ganz Deutschland, seit dem letzten Jahrhundert stetig angestiegen. Frauen, die 2024 in Wuppertal geboren wurden, leben durchschnittlich 81,9 Jahre und somit knapp ein Jahr länger, als wenn sie 2002 geboren wären. Für Männer lag die mittlere Lebenserwartung 2024 bei 77,5 Jahren und 2002 bei 75,1 Jahren.

2.3. VERMEIDBARE STERBEFÄLLE: Durch adäquate Behandlungs- und Vorsorgebedingungen hätten 129 Sterbefälle im Berichtsjahr 2024, die mit nichtübertragbaren Erkrankungen assoziiert sind, verhindert werden können. Davon entfielen 73 verhinderbare Sterbefälle auf Krebserkrankungen und 56 Sterbefälle auf Herzkreislauferkrankungen.

3. KRANKHEITSGESCHEHEN NICHTÜBERTRAGBARE ERKRANKUNGEN

3.1. BLUTHOCHDRUCK: Jede zweite Wuppertalerin und jeder zweite Wuppertaler ab 45 Jahren hat Bluthochdruck. Männer werden häufiger ambulant und Frauen häufiger stationär behandelt. Nachdem sowohl die ambulanten als auch die stationären altersstandardisierten Behandlungsfälle bis 2022 sowohl bei Frauen als auch bei Männern zurückgingen bzw. stagnierten, steigen sie seit 2022 wieder an.

3.2. ISCHÄMISCHE HERZKRANKHEITEN: Die Erkrankungshäufigkeit steigt ab dem 45. Lebensjahr deutlich an. Männer sind fast doppelt so häufig betroffen wie Frauen. Die Sterbefälle, sowie die ambulanten und stationären Behandlungsraten sind von 2016 bis 2022 insgesamt zurückgegangen. Trotzdem sind ischämische Herzkrankheiten weiterhin eine der Haupttodesursachen in Wuppertal. Seit 2022 lässt sich eine Stagnation bzw. leichte Zunahme von ambulanten und stationären Behandlungen feststellen.

3.3. DIABETES-TYP-2: Jede fünfte Person über 45 Jahren wird in Wuppertal aufgrund eines Diabetes-Typ-2 ambulant ärztlich behandelt. Seit 2016 zeigt sich ein Anstieg in den ambulanten Behandlungsfällen bei Frauen und Männern. Hierbei haben insbesondere die jüngeren Altersklassen die höchsten relativen Anstiege verzeichnet.

3.4. ATEMWEGSERKRANKUNG (COPD): Die ambulanten Behandlungsfälle sind in Wuppertal rückläufig. Die stationären Behandlungsfälle steigen nach einem deutlichen Abfall im Jahr 2020 wieder an. Die COPD ist in Wuppertal immer noch eine der führenden Todesursachen. Es zeigt sich, dass wieder mehr Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland rauchen.

3.5. KREBSERKRANKUNGEN: Sowohl die altersstandardisierte Neuerkrankungs- als auch Sterberaten sind für Frauen und Männer in Wuppertal rückläufig. Männer erkranken und sterben weiterhin häufiger an Krebs als Frauen. Die Krebsarten unterscheiden sich zwischen Männern und Frauen. Lungenkrebs ist die führende Todesursache unter allen Krebsarten.

3.6. VERMEIDBARE KRANKHEITSFÄLLE: Es wird geschätzt, dass 50 % der Krebs- und 70 % der Herzkreislauferkrankungen durch Prävention verhindert werden könnten. Das entspricht einem Präventionspotenzial von insgesamt 67.863 Herzkreislauferkrankungen und 1.115 Krebsneuerkrankungen pro Jahr in Wuppertal.

4. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

4.1. BEWEGUNG UND GESUNDE ERNÄHRUNG FÖRDERN: Maßnahmen zur Förderung von Bewegung sollten schon früh ansetzen. Beispielsweise in der Kita oder Schule. Aber auch die Mitgliedschaft in einem Sportverein und eine bewegungsfreundliche Stadtinfrastruktur fördern das Bewegungsverhalten. Ernährungsgewohnheiten werden schon früh im Leben geprägt. Daher sollten Maßnahmen zur Förderung von gesunder Ernährung bereits in Kita oder Schule angestrebt werden. Möglichkeiten sind die Bereitstellung einer gesunden Kantinenverpflegung. Es wird empfohlen, Kinder und auch die Familien an der Gestaltung von Maßnahmen zu beteiligen, da dies den langfristigen Erfolg erhöht.

4.2. GESUNDHEITSKOMPETENZ STÄRKEN: Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeiten und Fertigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und für gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden. In Deutschland haben ca. 80 % der Menschen eine geringe Gesundheitskompetenz. Eine niedrige Gesundheitskompetenz führt zu schlechteren gesundheitlichen Entscheidungen. Aus diesem Grund wird empfohlen, die Gesundheitskompetenz von Menschen gezielt zu fördern.

4.3. INANSPRUCHNAHME VON FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN ERHÖHEN: Früherkennungsuntersuchungen sind eine wichtige Präventionsmaßnahme. Sie ermöglichen das frühzeitige Erkennen von Risikofaktoren, Vorstufen von Erkrankungen und bestehenden Erkrankungen. In Wuppertal zeigen insbesondere Männer eine geringe Inanspruchnahme. Daher wird empfohlen, gezielte Ansprachen für Frauen und auch Männer zu entwickeln, um auf Früherkennungsuntersuchungen hinzuweisen und das Inanspruchnahmeverhalten zu erhöhen.

4.4. TABAK- UND ALKOHOLKONSUM REDUZIEREN: Bestrebungen zur Reduzierung von Tabak- und Alkoholkonsum, insbesondere bei Jugendlichen, sollten weiter forciert werden. Dabei sollten auch zunehmend Frauen in den Blick genommen werden.

1. RAHMENBEDINGUNGEN VON GESUNDHEIT

1.1. EINFLUSSFAKTOREN AUF GESUNDHEIT

GESUNDHEIT ENTSTEHT IM ALLTAG

Um die Entstehung der Gesundheit von Menschen zu verstehen, reicht ein Blick auf das Gesundheitswesen nicht aus. Gesundheit wird maßgeblich durch die Bedingungen bestimmt, unter denen Menschen aufwachsen, leben und arbeiten. Also dort, wo der Alltag der Menschen stattfindet (WHO, 1986). Gesundheit wird dabei von einer Vielzahl an Faktoren beeinflusst, die in dem Regenbogenmodell von Dahlgren und Whitehead (1991) veranschaulicht sind (s. Abbildung 1).

Im Mittelpunkt des Modells stehen individuelle Merkmale wie das Geschlecht oder Alter. Diese Merkmale haben zwar einen Einfluss auf die Gesundheit, sind aber unveränderbar und können daher durch kommunale Maßnahmen kaum beeinflusst werden. Demgegenüber stehen Bereiche, die die Gesundheit beeinflussen, aber veränderbar sind, wie beispielsweise der individuelle Lebensstil, das Ernährungs- oder Bewegungsverhalten. Aber auch die soziale Umwelt und die Integration in die Familie oder in soziale Netzwerke prägen den Gesundheitszustand. Über diese individuellen Determinanten hinaus beeinflussen insbesondere Lebens- und Arbeitsbedingungen direkt oder indirekt die Gesundheit. Hier liegt das größte Potenzial für die kommunale Gestaltung von Gesundheit durch gezielte Maßnahmen in Kitas, Schulen oder Quartieren. Weitere Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Menschen sind Arbeitslosigkeit, der Zugang zu Gesundheitsdiensten oder die Wohnverhältnisse. Alle Einflussfaktoren stehen im Kontext wirtschaftlicher und kultureller Rahmenbedingungen sowie entsprechender Umwelteinflüsse (Claßen, 2020).

Die Gesamtheit der Determinanten bestimmt das Ausmaß der Möglichkeiten für Gesundheit sowie die Wahrscheinlichkeit für Krankheit und einen vorzeitigen Tod. Das Regenbogenmodell macht deutlich, dass Gesundheit eine Querschnittsaufgabe ist. Aufgabe des Gesundheitsamtes ist es daher, gemeinschaftlich mit weiteren Akteurinnen und Akteuren bessere Voraussetzungen für ein gesundes Leben zu schaffen. Dabei ist es unerlässlich, sowohl das individuelle Verhalten als auch die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen zu adressieren.

ARMUT MACHT KRANK

Gesundheitsförderung und Prävention haben zum Ziel, bessere Chancen für ein gesundes Leben zu schaffen. Dabei liegt ein besonderer Schwerpunkt auf der Reduzierung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten. Aus dem Wissenschaftsdiskurs ist bekannt, dass die gesundheitliche Situation und Chancengleichheit von Menschen einem sozialen Gradienten folgen. Dieser beschreibt den Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation und dem Gesundheitszustand einer Person: Je niedriger der sozioökonomische Status einer Person ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für einen schlechteren Gesundheitszustand (Geyer, 2025). Vereinfacht ausgedrückt: Armut macht krank. Dies bezieht sich sowohl auf die Häufigkeit von Erkrankungen, als auch auf das Gesundheitsverhalten. Der sozioökonomische Status nimmt dabei Faktoren wie Einkommen, Bildung und Beschäftigungsstatus in den Blick.

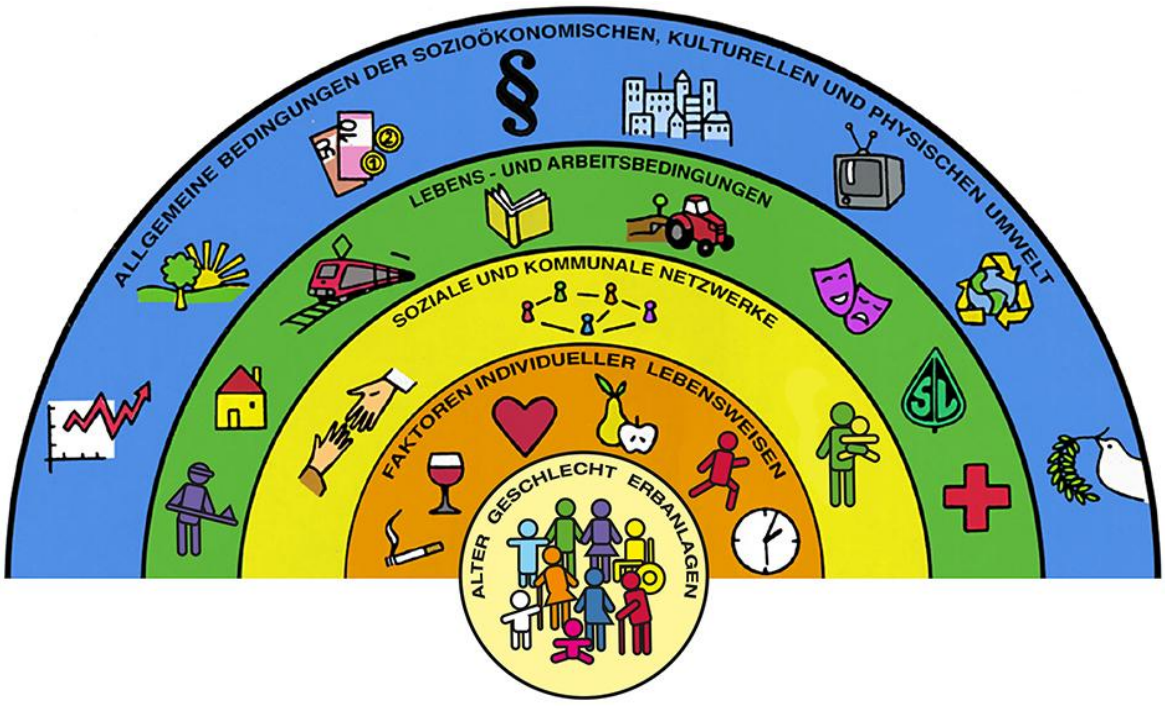


Abbildung 1: *Regenbogenmodell der Gesundheit. Quelle: Fonds Gesundes Österreich nach Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991)*

1.2. RELEVANZ VON NICHTÜBERTRAGBAREN ERKRANKUNGEN

DIE HÄUFIGSTEN NICHTÜBERTRAGBAREN ERKRANKUNGEN

Die Gruppe der nichtübertragbaren Krankheiten umfasst chronische Erkrankungen, die keine Folge einer Infektion (z. B. mit Viren oder Bakterien) sind und somit nicht von Mensch zu Mensch übertragen werden. Zu den häufigsten NCDs zählen Herzkreislauferkrankungen, Krebs, Diabetes-Typ-2 und chronische Atemwegserkrankungen (WHO, 2025a). Sie zeichnen sich in der Regel durch eine lange Krankheitsdauer, einen langsamen Krankheitsverlauf und eine komplexe Ursachenstruktur aus.

NICHTÜBERTRAGBARE ERKRANKUNGEN SIND WELTWEIT FÜHRENDE TODESURSACHE

NCDs verursachen weltweit mehr als 70 % aller Todesfälle (RKI, 2025). Außerdem führen sie häufig zu langwierigen Behandlungen, einer beeinträchtigten Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit sowie hohen Behandlungskosten. Somit belasten NCDs nicht nur die Gesundheit des Einzelnen, sondern auch das Gesundheits- und Sozialsystem sowie die gesamte Wirtschaft. Zudem verschärfen sie die gesundheitliche Ungleichheit, da Menschen mit geringerem sozioökonomischem Status besonders häufig betroffen sind.

WICHTIGE RISIKOFAKTOREN

Ursächlich für diese Erkrankungen ist ein komplexes Zusammenspiel von individuellem Verhalten, Lebensbedingungen und Umweltfaktoren. Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen eine ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht sowie Tabak- und Alkoholkonsum (WHO, 2025b). Vermehrt werden auch Umweltfaktoren wie Hitze oder Lärm in den Blick genommen. Mit den Auswirkungen von Hitze befasst sich der Wuppertaler Hitzeaktionsplan. Die Folgen von Lärm werden im Wuppertaler Lärmaktionsplan berücksichtigt. Beide Dokumente können online auf der Homepage der Stadt Wuppertal abgerufen werden.

RELEVANZ VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Gesundheitsförderung und Prävention spielen eine zentrale Rolle bei der Bekämpfung von nichtübertragbaren Erkrankungen. Schätzungsweise 50 % der Krebserkrankungen und 70 % der Herzkreislauferkrankungen könnten durch Prävention verhindert werden (Kurz &

Osterloh, 2023). Prävention bietet somit die Chance, Krankheiten zu verhindern oder frühzeitig zu erkennen und somit die Ausgaben im Gesundheits- und Sozialsystem zu senken. Maßnahmen der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention verfolgen das Ziel, vorhandene Risikofaktoren (s. vorheriger Abschnitt) innerhalb einer Bevölkerung zu reduzieren.

NICHTÜBERTRAGBARE ERKRANKUNGEN IN DIESEM GESUNDHEITSBERICHT

Für diesen Gesundheitsbericht werden die folgenden häufigsten nichtübertragbaren Erkrankungen näher betrachtet:

- Herzkreislauferkrankungen (Bluthochdruck, ischämische Herzkrankheiten)
- Diabetes-Typ-2
- Atemwegserkrankung (chronisch obstruktive Lungenerkrankung - COPD)
- Krebserkrankungen

1.3. BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR UND -ENTWICKLUNG

BEVÖLKERUNG

Da das Risiko für nichtübertragbare Erkrankungen mit dem Alter ansteigt, können die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung einer Kommune herangezogen werden, um aktuelle und zukünftige gesundheitliche Herausforderungen zu bewerten. Durch eine kleinräumige Betrachtung können außerdem Aussagen über einzelne Quartiere getroffen werden. Zum Stichtag 31.12.2024 waren 365.655 Personen in Wuppertal gemeldet. Davon waren 184.395 weiblich und 181.260 männlich (Fachbereich Statistik und Wahlen Stadt Wuppertal). Das Durchschnittsalter aller in Wuppertal gemeldeten Personen lag zum Stichtag 31.12.2024 bei 43,5 Jahren. Quartiere entlang der Talachse wiesen eine durchschnittlich jüngere Bevölkerung auf als Quartiere im Süden und Norden Wuppertals (s. Abbildung 2). Der Anteil an Jugendlichen (0 bis unter 15 Jahre) in der Bevölkerung lag bei 11,1 % und der Anteil an Älteren (65 Jahre und älter) bei 17,7 %. Die Anzahl an Einpersonenhaushalten ist in Deutschland stetig angestiegen. Im Jahr 2024 machten sie in Deutschland 42 % aller Haushalte aus (Destatis, 2026a). In Wuppertal lag der Anteil an Einpersonenhaushalten zum Stichtag 31.12.2024 bei 49 %.

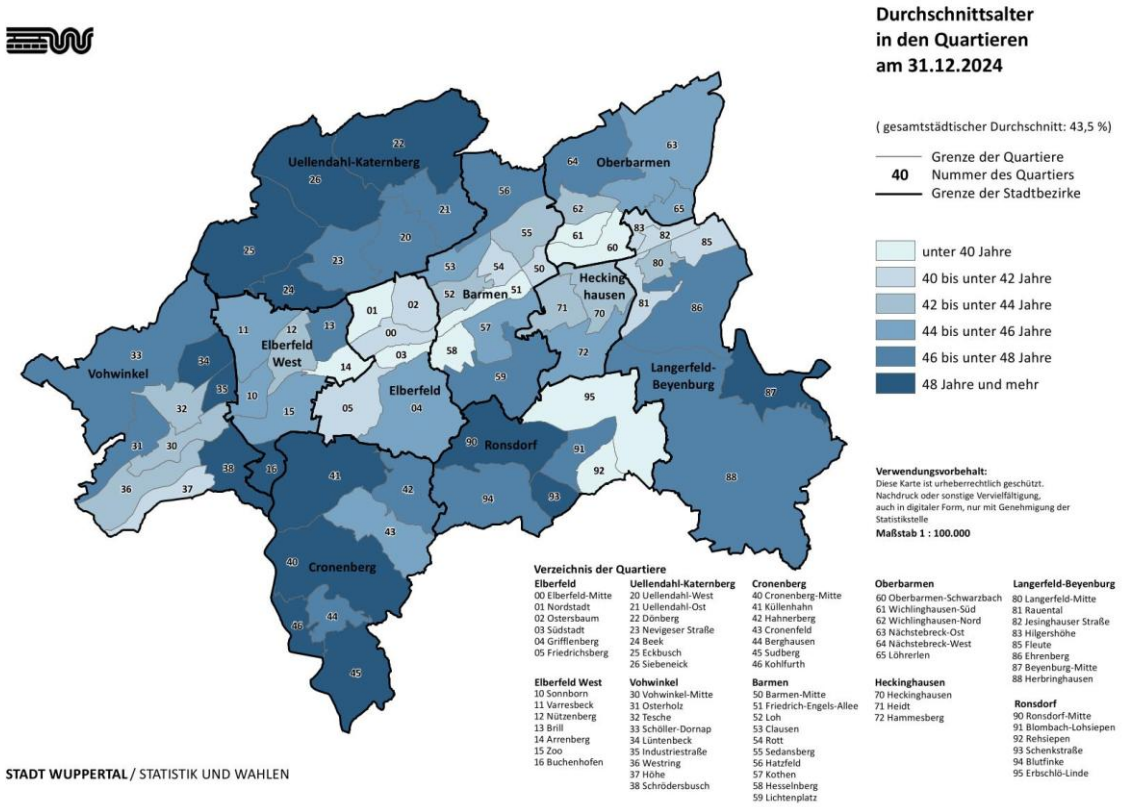


Abbildung 2: *Durchschnittsalter in Wuppertaler Quartieren. Quelle: Fachbereich Statistik und Wahlen Stadt Wuppertal (2026)*

MIGRATION

45,5 % der Wuppertalerinnen und Wuppertaler hatten zum Stichtag 31.12.2024 einen Migrationshintergrund (Fachbereich Statistik und Wahlen Stadt Wuppertal). Zum Kreis der Personen mit Migrationshintergrund werden die Einwohnerinnen und Einwohner gezählt, die eine nicht deutsche erste Staatsangehörigkeit besitzen, neben der deutschen noch eine zweite Staatsangehörigkeit besitzen, die deutsche Staatsangehörigkeit nachträglich erworben haben (Aussiedler, Eingebürgerte), im Ausland geboren sind oder unter 18 Jahre alt sind und im Haushalt mit mindestens einem Elternteil mit Migrationshintergrund wohnen. In der raumbezogenen Betrachtung zeigt sich, dass ein hoher Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in den Quartieren entlang der Talachse lebt. Ausführlichere Informationen rund um das Thema Migration und Integration finden Sie in dem Bericht zum Integrationsmonitoring des Ressorts Zuwanderung und Integration.

BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG

In der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes NRW wird zum Stichtag 31.12.2050 von einer Einwohnerzahl von 354.082 Personen in Wuppertal ausgegangen (IT.NRW, 2025a). Davon werden schätzungsweise 178.349 weiblich und 175.733 männlich sein. Im Vergleich zum Jahr 2024 reduziert sich bis zum Jahr 2050 die Einwohnerzahl Wuppertals somit um 4.693 Personen. Grund für den Einwohnerrückgang ist die ab den 2040er-Jahren prognostizierte höhere Sterbe- als Geburtenrate. Ab diesem Zeitraum kommen die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer-Generation in das potenzielle Sterbealter. Die Verschiebung der Altersstruktur wird auch in Abbildung 3 deutlich. Derzeit wird die Bevölkerungsstruktur noch maßgeblich von der sogenannten Babyboomer-Generation geprägt, die im Jahr 2024 etwa zwischen 50 und 65 Jahre alt war und im Laufe dieses sowie des nächsten Jahrzehnts in das Rentenalter eintreten wird. Da die nachfolgenden Jahrgänge deutlich geburtenschwächer sind, ist künftig mit einem schrittweisen Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zu rechnen. Gleichzeitig wird die Zahl der über 80-Jährigen infolge des Alterns der Babyboomer-Generation bis zum Jahr 2050 deutlich steigen.

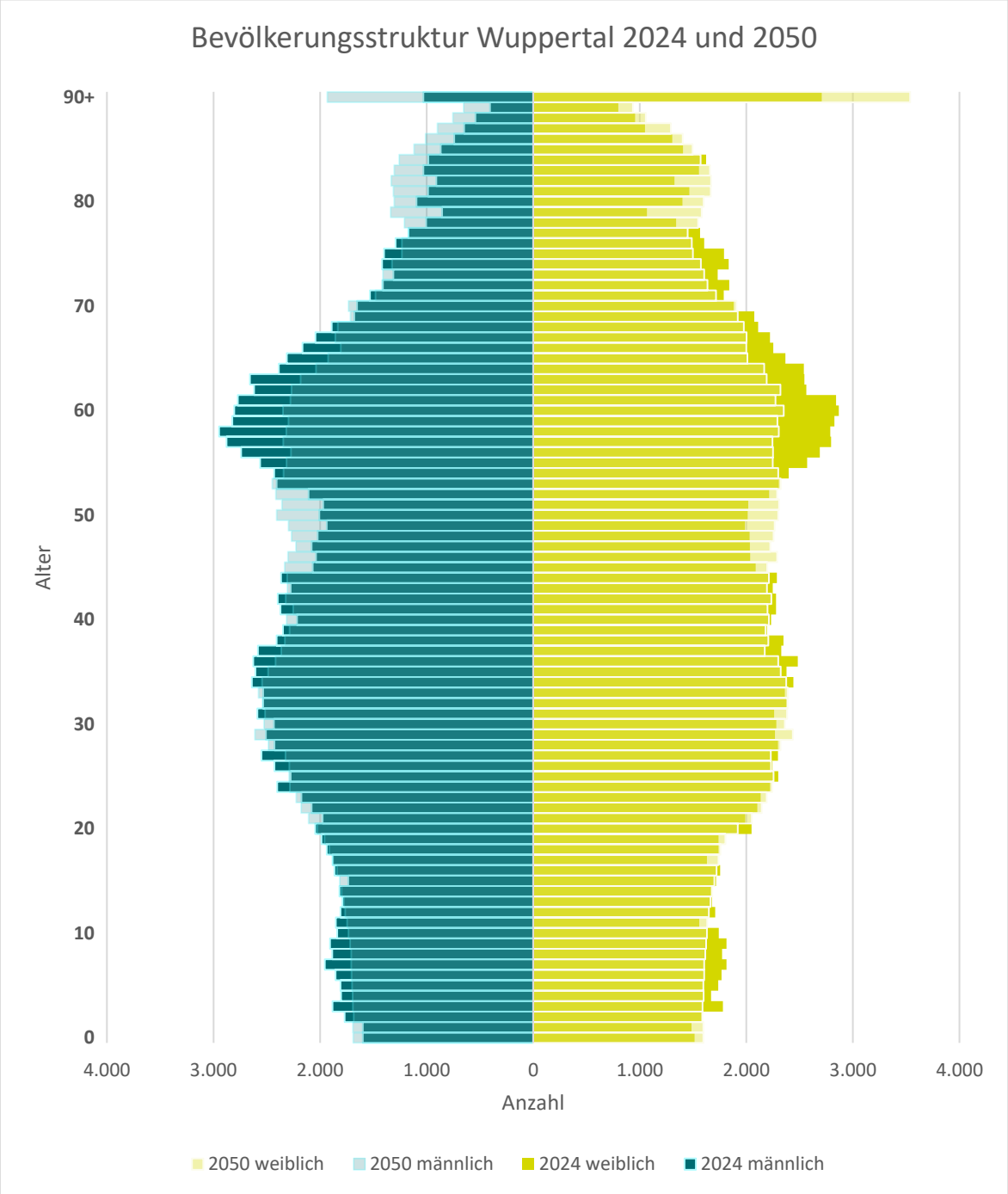


Abbildung 3: *Bevölkerungsvorausberechnung 2024 und 2050.* Quelle: IT.NRW (2025), eigene Darstellung

1.4. SOZIOÖKONOMISCHER STATUS

ZUSAMMENHANG VON SOZIOÖKONOMISCHEM STATUS UND GESUNDHEIT

Wie bereits in Kapitel 1.1. aufgeführt, haben Menschen mit einem geringen sozioökonomischen Status aufgrund vielfältiger Einflussfaktoren schlechtere Chancen auf eine gute Gesundheit. Aus diesem Grund wird in diesem Kapitel die allgemeine Deprivation Wuppertals dargestellt und die sozioökonomische Situation anhand der ausgewählten Indikatoren Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit, Einkommen und Bildung der Wuppertaler Bevölkerung beschrieben.

ALLGEMEINE DEPRIVATION

Das Robert Koch-Institut berechnet auf Grundlage der Indikatoren Bildung, Beschäftigung und Einkommen einen Index, um Kommunen in Deutschland vergleichen zu können. Dieser „German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD)“ liegt in der aktuellsten Berechnung für das Bundesland NRW für das Jahr 2023 vor (Michalski et al., 2026). Wuppertal liegt auf dem achtletzten Rang von insgesamt 53 NRW-Kommunen. Die sieben sozioökonomisch schlechter gestellten Kommunen in NRW verteilen sich vor allem auf das Ruhrgebiet.

ERWERBSQUOTE

Die Erwerbsquote gibt den Anteil der tatsächlich Erwerbstätigen an allen erwerbsfähigen Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren an. Im Jahr 2024 waren in Wuppertal knapp 160.000 Personen erwerbstätig. Dies entspricht einer Erwerbsquote von 69,4 %. Damit hatte Wuppertal nach den Städten Gelsenkirchen und Duisburg die drittniedrigste Erwerbsquote in NRW. Der NRW-Durchschnitt lag im Jahr 2024 bei 75,3 % (LfGA NRW, 2026a).

SGB II-BETROFFENHEITSQUOTE

Die SGB II-Betroffenheitsquote ist der Anteil der Leistungsberechtigten nach dem SGB II an der Bevölkerung von 0 Jahren bis zur individuellen Altersgrenze. Als Leistungsberechtigte werden Personen in Bedarfsgemeinschaften verstanden, die einen Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II haben. Zu den Leistungsberechtigten zählen sowohl Regelleistungsberechtigte als auch sonstige Leistungsberechtigte. Zum Stichtag 31.12.2024 haben in Wuppertal 46.613 Personen in

Wuppertal Leistungen nach SGB II erhalten. Dies entspricht einer SGB II-Betroffenheitsquote von 16,2 % (Fachbereich Statistik und Wahlen Stadt Wuppertal). Quartiere entlang der Talachse weisen durchschnittlich höhere Quoten auf (s. Abbildung 4). Die höchsten Quoten weisen die Quartiere Rehsiepen mit 38,4 % und Oberbarmen-Schwarzbach mit 30,1 % auf.

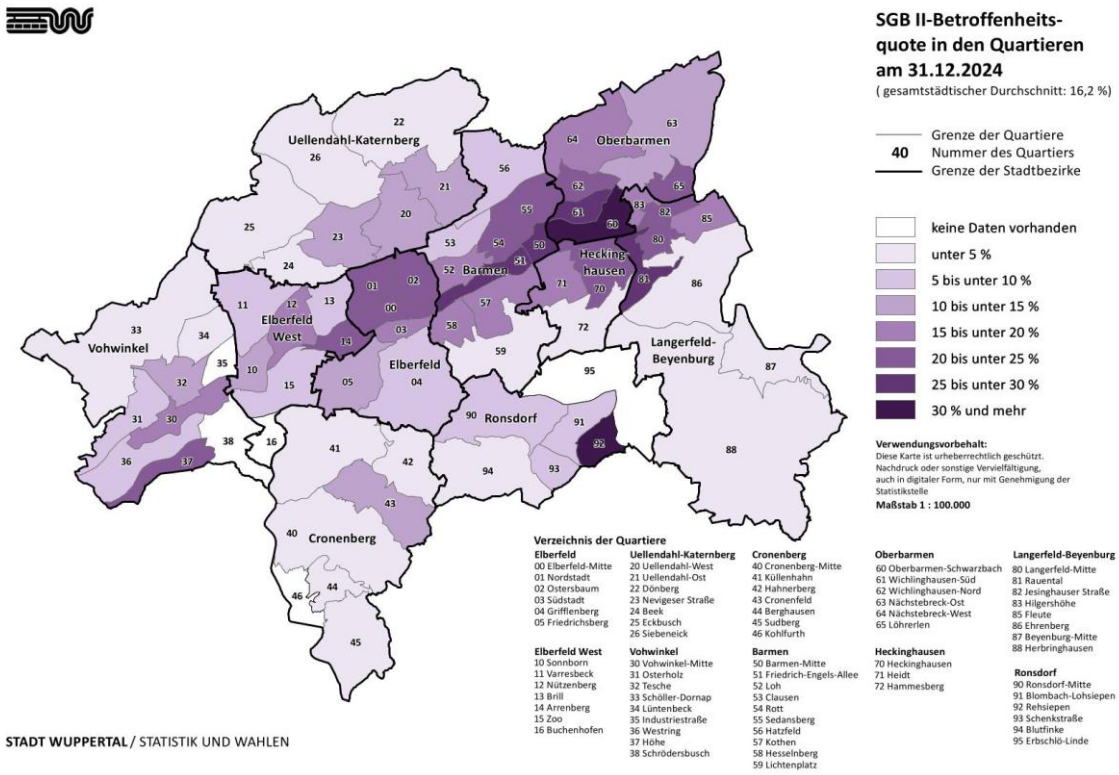


Abbildung 4: *SGB II-Betroffenheitsquote in Wuppertaler Quartieren. Quelle: Fachbereich Statistik und Wahlen Stadt Wuppertal (2026)*

ARBEITSLOSENQUOTE

Zur Arbeitslosenquote zählen Personen, die ohne Arbeitsverhältnis sind und sich als Arbeitssuchende bei den Agenturen für Arbeit gemeldet haben. Die Arbeitslosenquote liefert grundlegende Aussagen zur sozioökonomischen Lebenssituation einer Bevölkerung. Für das Berichtsjahr 2024 lag die durchschnittliche Arbeitslosenquote in Wuppertal bei 10 % (LfGA NRW, 2026b). Damit liegt Wuppertal 1,9 Prozentpunkte über dem NRW-Durchschnitt von 8,1 % und im Vergleich mit den anderen NRW-Kommunen auf Platz 10.

VERFÜGBARES EINKOMMEN

Das verfügbare Einkommen lag für das Berichtsjahr 2022 in Wuppertal bei 22.829 Euro je Einwohner (LfGA NRW, 2026c). Damit weicht Wuppertal um 9 % nach unten vom durchschnittlichen Landeswert ab. Wuppertal liegt auf Platz 9 der Kommunen mit dem niedrigsten Pro-Kopf-Einkommen in NRW.

BILDUNGSABSCHLÜSSE

Im Jahr 2024 hatten 13,4 % der mindestens 15-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner in Wuppertal keinen Schulabschluss (LfGA NRW, 2026d). Damit liegt Wuppertal deutlich über dem NRW-Durchschnitt von 8,4 %. 27,6 % der Wuppertalerinnen und Wuppertaler wiesen einen Haupt- oder Volksschulabschluss auf (NRW 25,9 %). Die mittlere Reife bzw. einen gleichwertigen Abschluss hatten 19,6 % und die Hochschul-/Fachhochschulreife 36,2 % der Wuppertalerinnen und Wuppertaler (NRW 21,6 % und 40,4 %). 3,2 % der Einwohnerinnen und Einwohner Wuppertals befanden sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch in schulischer Ausbildung ohne eine Angabe zum angestrebten Abschluss (NRW 3,8 %).

2. STERBLICHKEIT

RELEVANZ

Die Sterblichkeit (Mortalität) ist ein guter Indikator, um eine Aussage über den Gesundheitszustand einer Bevölkerung zu erhalten. Im Folgenden wird sie nach unterschiedlichen Faktoren analysiert. Neben der allgemeinen Sterblichkeit werden auch die Lebenserwartung und vermeidbare Sterbefälle berücksichtigt. Alle Faktoren zusammengenommen ermöglichen Aussagen über die Gesundheit, Risikofaktoren und Präventionspotenziale.

2.1. STERBEFÄLLE

ÜBER 60 % ALLER STERBEFÄLLE IN WUPPERTAL DURCH NICHTÜBERTRAGBARE ERKRANKUNGEN

Über 60 % der Sterbefälle in Wuppertal im Jahr 2024 sind auf nichtübertragbare Erkrankungen zurückzuführen (LfGA NRW, 2026e). Herzkreislauferkrankungen machten

mit 26,7 % den größten Anteil aller Todesfälle aus. Krebserkrankungen lagen auf dem zweiten Platz und verursachten 23,4 % aller Todesfälle. Weitere relevante Krankheitsgruppen waren Erkrankungen des Atmungssystems mit 8,1 % sowie Diabetes-Typ-2 mit 1 % aller Todesfälle.

STERBERATEN SEIT 2022 RÜCKLÄUFIG

Im Jahr 2024 starben insgesamt 4.323 Personen in Wuppertal. Davon waren 2.245 weiblich und 2.078 männlich. Die höhere Anzahl an verstorbenen Frauen ist hauptsächlich durch die höhere Anzahl älterer Frauen in der Bevölkerung und die damit verbundene höhere Wahrscheinlichkeit zu versterben zu erklären. Vergleicht man daher die altersstandardisierten Sterberaten, zeigt sich, dass die Sterberate in Wuppertal und NRW bei Männern höher liegt. Im direkten Vergleich mit NRW liegen die Wuppertaler Sterberaten sowohl bei Frauen als auch bei Männern seit 2016 etwas höher (s. Abbildung 5). Im Jahr 2022 verzeichneten die Sterbefälle in Wuppertal und NRW für beide Geschlechter den Höchststand. Hierfür liegen mehrere Gründe vor. Zum einen gab es eine überproportional starke Zunahme an Atemwegserkrankungen, die zu vermehrten Todesfällen geführt hat (Destatis, 2026b). Zum anderen führten starke Hitzeepisoden im Sommer 2022 zu einer hitzeassoziierten Übersterblichkeit in Deutschland (Huber et al., 2024). Im Vergleich des Jahres 2024 zum Jahr 2022 sind die Sterberaten in Wuppertal für Frauen und Männer jeweils um 13 % gesunken und befinden sich jetzt auf einem ähnlichen Niveau wie in NRW.

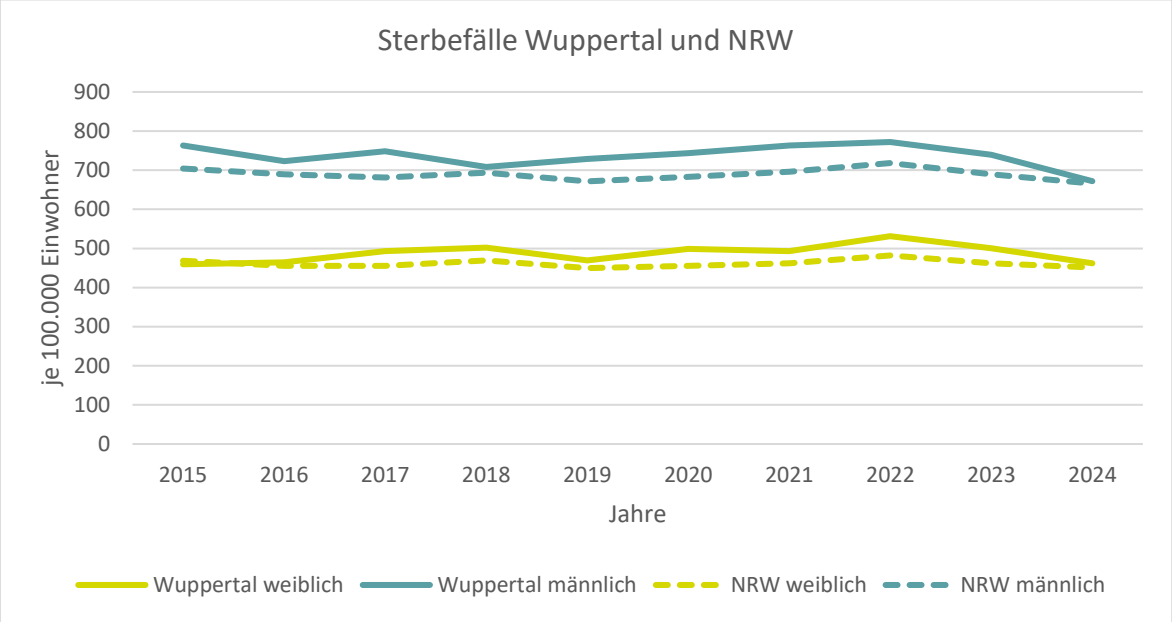


Abbildung 5: *Sterbefälle nach Geschlecht je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2015-2024. Quelle: LfGA NRW (2026e), eigene Darstellung*

2.2. LEBENSERWARTUNG

WUPPERTALERINNEN UND WUPPERTALER LEBEN IMMER LÄNGER

Die mittlere Lebenserwartung erlaubt allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung und kann zur vergleichenden Analyse regionaler Unterschiede genutzt werden. Unterschiede in der regionalen Lebenserwartung sind stark mit sozialen Verhältnissen korreliert. Die mittlere Lebenserwartung wird in Jahren ausgedrückt und gibt an, wie viele Jahre ein Neugeborenes bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde.

Die Lebenserwartung ist in Deutschland im letzten Jahrhundert um etwa 30 Jahre angestiegen und zeigt auch in den letzten beiden Jahrzehnten einen positiven, wenn auch weniger starken Anstieg. Dieser Trend zeigt sich auch für Wuppertal (s. Abbildung 6). Frauen, die 2024 in Wuppertal geboren wurden, leben durchschnittlich 81,9 Jahre und somit knapp ein Jahr länger, als wenn sie 2002 geboren wären. Deutlicher ist der Anstieg bei Männern. Im Berichtsjahr 2024 betrug die mittlere Lebenserwartung in Wuppertal 77,5 Jahre und somit 2,4 Jahre mehr als noch 2002. Dabei fällt auf, dass es deutliche Unterschiede zwischen der Lebenserwartung von Frauen und Männern gibt. Diese höhere Lebenserwartung von Frauen ist in der zeitlichen Betrachtung beständig. Allerdings nähern sich diese geschlechtsabhängigen Lebenserwartungen immer mehr an. Im Vergleich mit

dem NRW-Durchschnitt liegt Wuppertal in der mittleren Lebenserwartung etwas zurück. Im NRW-Mittel leben Frauen und Männer jeweils knapp 0,7 Jahre länger als in Wuppertal. Da die Lebenserwartung stark mit den sozioökonomischen Verhältnissen korreliert, sind diese Ergebnisse nicht überraschend. Wuppertal zählt in NRW zu den Städten mit der höchsten Deprivation (vgl. Kapitel 1.4.).

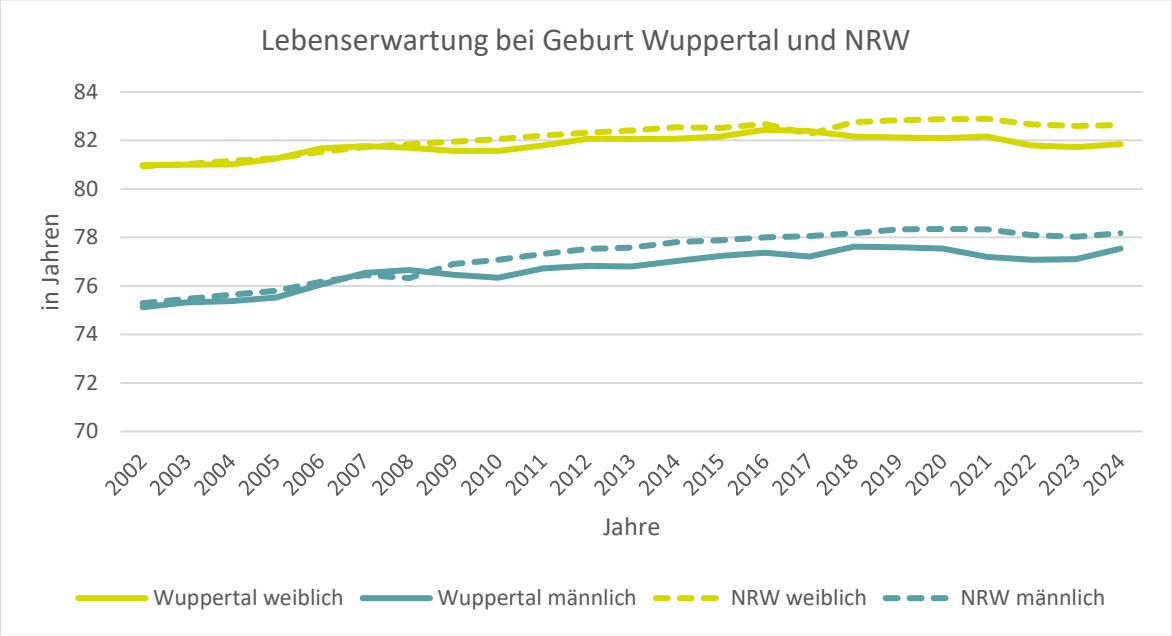


Abbildung 6: *Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht, Wuppertal und NRW, 2002-2024. Quelle: LfGA NRW (2026f), eigene Darstellung*

2.3. VERMEIDBARE STERBEFÄLLE

STERBEFÄLLE IN WUPPERTAL VERMEIDBAR

Vermeidbare Sterbefälle beziehen sich auf ausgewählte Todesursachen, die unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen für bestimmte Altersgruppen als vermeidbar gelten. Die vom LfGA NRW zur Verfügung gestellten Analysen beziehen sich ausschließlich auf eine Auswahl der häufigsten vermeidbaren Todesursachen. Die Fallzahlen werden in Fünf-Jahres-Mittelwerten angegeben. Vermeidbare Sterbefälle spiegeln indirekt die Qualität und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung im Hinblick auf adäquate Inanspruchnahme, Diagnostik und Therapie wider. Für das Berichtsjahr 2024 hätten im Fünf-Jahres-Mittelwert 129 Sterbefälle aufgrund nichtübertragbarer Erkrankungen in Wuppertal durch eine adäquate Behandlung und Vorsorge verhindert

werden können (s. Tabelle 1). Davon entfielen 73 verhinderbare Sterbefälle auf Krebserkrankungen der Luftröhre, Bronchien, Lunge und der Brust. 56 Sterbefälle hätten bei den Herzkreislauferkrankungen koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Bluthochdruck (Hypertonie) und Folgen einer verminderten Durchblutung des Gehirns (zerebrovaskuläre Krankheiten) verhindert werden können.

Diagnose	**Vermeidbare Sterbefälle**
Bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien, Lunge	55
Brustkrebs	18
Koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt	34
Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten	22

Tabelle 1: *Vermeidbare Sterbefälle in Fünf-Jahres-Mittelwerten nach ausgewählten Diagnosen in der Altersgruppe 0-64 Jahren, Wuppertal, 2024. Quelle: LfGA NRW (2026g), eigene Darstellung*

3. KRANKHEITSGESCHEHEN VON NICHTÜBERTRAGBAREN ERKRANKUNGEN

DATENGRUNDLAGE

Im Folgenden wird das Krankheitsgeschehen nichtübertragbarer Erkrankungen in Wuppertal dargelegt. Die Behandlungshäufigkeit ist ein guter Indikator, um den Gesundheitszustand einer Bevölkerung zu beschreiben und Handlungsbedarfe abzuleiten. Zur Beschreibung der Krankheiten wurden unterschiedliche Datenquellen herangezogen. Die ambulanten Behandlungshäufigkeiten der jeweiligen Diagnosen stammen von den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein (KVNO) und Westfalen-Lippe (KVWL) und beziehen sich auf den Berichtszeitraum 2016 bis 2024. Ergänzend dazu werden stationäre Behandlungshäufigkeiten der Krankenhausdiagnosestatistik aus dem Berichtszeitraum 2014 bis 2024 angeführt. Daten der Todesursachenstatistik wurden herangezogen, um die krankheitsbedingten Sterbefälle in Wuppertal zu beschreiben. Der Berichtszeitraum bezieht sich auf die Jahre 2015 bis 2024. Daten zur Beschreibung der Krebserkrankungen beziehen sich auf die Statistik des Landeskrebsregisters NRW im Berichtszeitraum 2006 bis 2023. Ausführlichere Informationen zu den Datenquellen können dem Kapitel Methodik entnommen werden.

3.1. BLUTHOCHDRUCK

WAS IST BLUTHOCHDRUCK?

Der Bluthochdruck (Hypertonie) ist durch einen dauerhaft erhöhten Druck in den Blutgefäßen gekennzeichnet. Ein Bluthochdruck liegt vor, wenn bei einer Blutdruckmessung durch die Ärztin bzw. den Arzt der systolische Blutdruckwert 140 mmHg oder mehr und/oder der diastolische Blutdruck 90 mmHg oder mehr betragen. Folgen eines nicht behandelten Bluthochdrucks können weitere Herzkreislauferkrankungen sein, wie z. B. die ischämische Herzkrankheit oder der Schlaganfall. Wie bereits in Kapitel 1.2. beschrieben, erhöht sich das Risiko zur Entstehung eines Bluthochdrucks durch Bewegungsmangel, Adipositas, hohen Alkoholkonsum sowie eine fett- und salzreiche Ernährung. Aber auch Stress stellt einen Risikofaktor dar, der aufgrund einer zunehmend steigenden Zahl an psychischen Erkrankungen an Bedeutung gewinnt. Zusätzlich werden Einflussfaktoren wie Hitze, Lärm und Feinstaub diskutiert.

JEDE ZWEITE WUPPERTALERIN UND JEDER ZWEITE WUPPERTALER AB 45 JAHREN HAT BLUTHOCHDRUCK

Im Jahr 2024 wurden 79.029 Wuppertalerinnen und Wuppertaler aufgrund eines Bluthochdrucks ambulant ärztlich behandelt. Das entspricht einer Behandlungshäufigkeit von 25 % in der gesamten Bevölkerung. Die Behandlungshäufigkeit liegt bei Frauen mit 25,5 % (42.705 Personen) höher als die der Männer mit 24,5 % (36.324 Personen). Während Bluthochdruck in der jungen Bevölkerung (0-24 Jahre) eine untergeordnete Rolle spielt, steigt die Behandlungshäufigkeit mit dem Alter deutlich an (s. Abbildung 7). Besonders stark ist der Sprung zwischen den Altersklassen 25-44 Jahre und 45-64 Jahre. Hier steigt die Behandlungshäufigkeit auf 37,9 % bei Männern und 31,7 % bei Frauen. Der zweite starke Anstieg erfolgt zwischen der Altersklasse 45-64 und 65-84 Jahre: hier sind knapp 2 von 3 Personen aufgrund eines Bluthochdrucks in ärztlicher Behandlung. Die höchsten Behandlungsquoten sind in der Altersklasse 85 Jahre und älter zu verzeichnen. In dieser Altersgruppe sind auch, gemessen an der Bevölkerungszahl in dieser Altersklasse, mehr Frauen als Männer betroffen. Betrachtet man ausschließlich Einwohnerinnen und Einwohner ab 45 Jahren, zeigt sich eine Behandlungshäufigkeit von ca. 50 % in der Wuppertaler Bevölkerung.

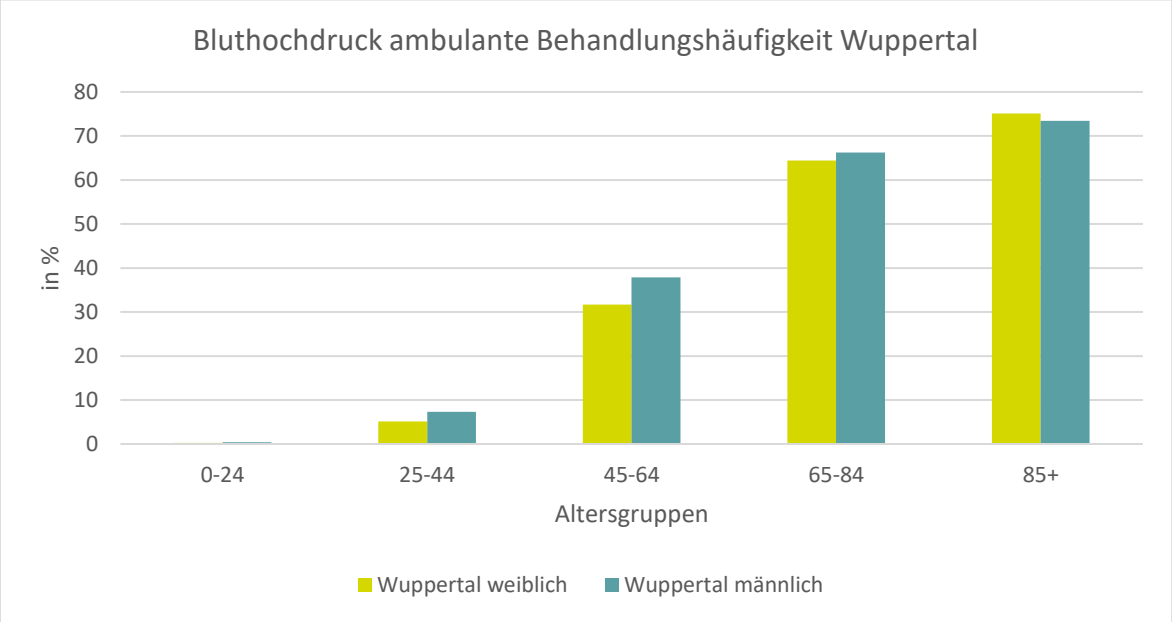


Abbildung 7: *Bluthochdruck ambulante Behandlungshäufigkeit nach Altersgruppen in %, Wuppertal, 2024. Quelle: KVNO und KVWL (2026), eigene Darstellung*

AMBULANTE UND STATIONÄRE BEHANDLUNGSHÄUFIGKEITEN STEIGEN SEIT 2022

Männer sind sowohl in Wuppertal als auch in NRW häufiger aufgrund eines Bluthochdrucks in ambulanter ärztlicher Behandlung als Frauen. Die altersstandardisierte Behandlungshäufigkeit von Männern in Wuppertal und im NRW-Durchschnitt ist dabei ähnlich hoch. Die altersstandardisierte Behandlungshäufigkeit bei Frauen in Wuppertal liegt hingegen im gesamten Betrachtungszeitraum von 2016 bis 2024 höher als der NRW-Wert (s. Abbildung 8). Nach einem moderaten Rückgang der Behandlungsfälle bei Frauen und einer Stagnation der Behandlungsfälle bei Männern bis zum Jahr 2022 ist seitdem eine Zunahme bei beiden Geschlechtern zu verzeichnen. Ein ähnlicher Trend zeigt sich auch bei den Krankenhausbehandlungen (s. Abbildung 9). Während im Jahr 2022 481 Wuppertalerinnen und Wuppertaler stationär behandelt wurden, stieg die Zahl im Jahr 2024 auf 697. Im Gegensatz zu den ambulanten altersstandardisierten Behandlungsfällen sind die Krankenhausfälle bei Frauen höher als bei Männern. Dies kann mit der höheren Lebenserwartung von Frauen und dem damit verbundenen höheren Risiko einer Hospitalisierung durch Komplikationen eines Bluthochdrucks erklärt werden. Wuppertalerinnen und Wuppertaler werden aber seltener stationär behandelt als der NRW-Durchschnitt. Der Rückgang der stationären und ambulanten Behandlungen von 2019 bis 2022 ist möglicherweise auf eine pandemiebedingte Unterversorgung oder verminderte Inanspruchnahme von Diagnostik zurückzuführen. Aus diesem Grund muss

beobachtet werden, ob die Zunahme der ambulanten und stationären Behandlungen seit 2022 eine Rückkehr zum ursprünglichen Niveau darstellt.

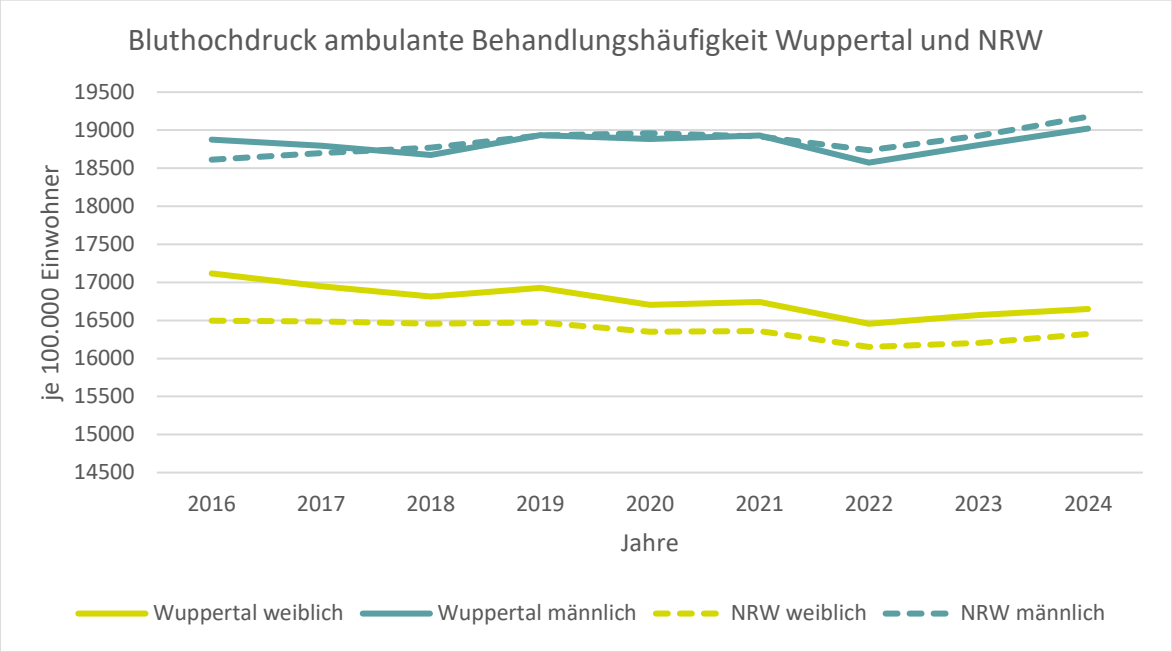


Abbildung 8: *Bluthochdruck ambulante Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2016-2024. Quelle: KVNO und KVWL (2026), eigene Darstellung*

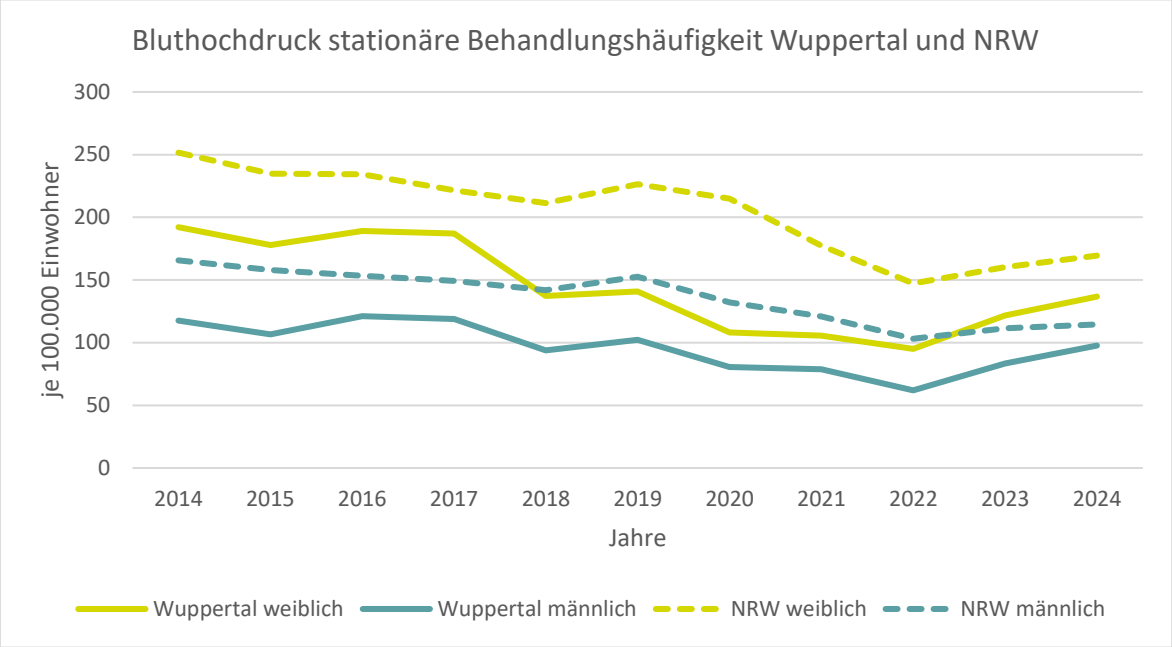


Abbildung 9: *Bluthochdruck stationäre Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2014-2024. Quelle: LfGA NRW (2026h), eigene Darstellung*

ZUSAMMENFASSUNG

Nachdem sowohl die ambulanten als auch die stationären altersstandardisierten Behandlungsfälle bis 2022 sowohl bei Frauen als auch bei Männern zurückgegangen bzw. stagniert sind, zeigt sich seit 2022 ein Anstieg. Die hohe Behandlungshäufigkeit ab 45 Jahren unterstreicht die Notwendigkeit gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen sowie einer verstärkten Inanspruchnahme frühzeitiger Screening-Angebote.

3.2. ISCHÄMISCHE HERZKRANKHEITEN

WAS IST EINE ISCHÄMISCHE HERZKRANKHEIT?

Bei der ischämischen Herzkrankheit handelt es sich um eine Gruppe von Herzerkrankungen, bei denen die Blutgefäße verengt sind, die das Herz mit Sauerstoff versorgen. Dies führt zu einer Mangeldurchblutung des Herzmuskels. Bei einer starken Verengung der Blutgefäße kann es bei körperlicher Belastung zu einer gefühlten Brustenge (Angina pectoris) kommen. Bei einem vollständigen Verschluss der Blutgefäße kann der Herzmuskel nicht mehr mit sauerstoffreichem Blut versorgt werden und es kommt zum Herzinfarkt. Dieser stellt die schwerwiegendste Komplikation einer ischämischen

Herzkrankheit dar. Ursächlich für eine ischämische Herzkrankheit ist häufig eine Arteriosklerose, bei der es zu Ablagerungen an den Wänden der Blutgefäße kommt. Bei vermehrten Ablagerungen werden die Blutgefäße sukzessive enger und es kommt zu einer verminderten Sauerstoffversorgung des Herzens. Neben den bereits in Kapitel 1.2. erwähnten Risikofaktoren erhöhen auch eine Diabeteserkrankung und ein Bluthochdruck das Risiko zu erkranken.

MÄNNER SIND FAST DOPPELT SO HÄUFIG VON ISCHÄMISCHEN HERZKRANKHEITEN BETROFFEN WIE FRAUEN

Im Jahr 2024 wurden 17.918 Wuppertalerinnen und Wuppertaler aufgrund einer ischämischen Herzkrankheit ambulant ärztlich behandelt. Davon waren 6.802 Frauen und 11.116 Männer. Betroffen waren hauptsächlich Personen ab 45 Jahren. Während die Behandlungshäufigkeit 2024 in der Altersgruppe 0-44 Jahre für Frauen 0,1 % und für Männer 0,2 % betrug, lag sie in der Altersgruppe 65-84 Jahre bei 12,2 % bei Frauen und 26,4 % bei Männern (s. Abbildung 10). Die höchsten Behandlungshäufigkeiten sind in der Altersgruppe 85 Jahre und älter zu verzeichnen. Hier sind 37,7 % der Männer und 20,4 % der Frauen betroffen. Über alle Altersgruppen hinweg sind Männer somit fast doppelt so häufig betroffen wie Frauen.

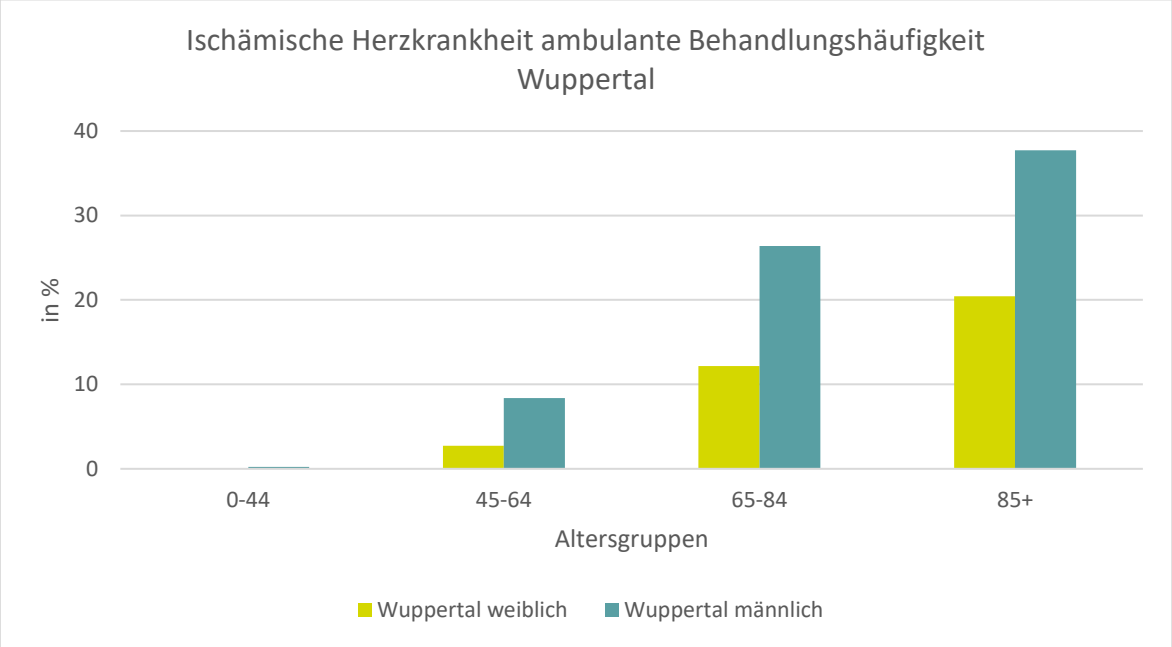


Abbildung 10: *Ischämische Herzkrankheit ambulante Behandlungshäufigkeit nach Altersgruppen in %, Wuppertal, 2024. Quelle: KVNO und KVWL (2026), eigene Darstellung*

RÜCKLÄUFIGER TREND DER BEHANDLUNGSFÄLLE STAGNIERT SEIT 2022

Betrachtet man die ambulanten Behandlungshäufigkeiten im Zeitverlauf von 2016 bis 2024, zeigt sich grundsätzlich eine Reduzierung der altersstandardisierten Behandlungsraten um 12 % bei Frauen und 3 % bei Männern (s. Abbildung 11). Es zeigt sich allerdings seit 2022 eine Stagnation der Behandlungsfälle bei Frauen und eine leichte Zunahme bei Männern. Im Jahr 2024 wurden 713 Wuppertalerinnen und 1.436 Wuppertaler aufgrund einer ischämischen Herzkrankheit stationär behandelt. Auch für die altersstandardisierten Krankenhausbehandlungen zeigt sich in Wuppertal seit 2014 ein leichter Rückgang (s. Abbildung 12). Die Behandlungshäufigkeiten liegen dabei im betrachteten Zeitraum unter dem NRW-Niveau. In Wuppertal zeigt sich bei Männern eine Reduzierung um 4,6 % und bei Frauen um 2 % im Vergleich der Jahre 2014 zu 2024. Für NRW ist diese Reduzierung deutlich stärker ausgefallen, sodass sich die altersstandardisierten Krankenhausraten von Wuppertal und NRW im Betrachtungszeitraum angeglichen haben. Gleichzeitig zeigt sich seit 2022 eine leichte Zunahme der Krankenhausbehandlungen.

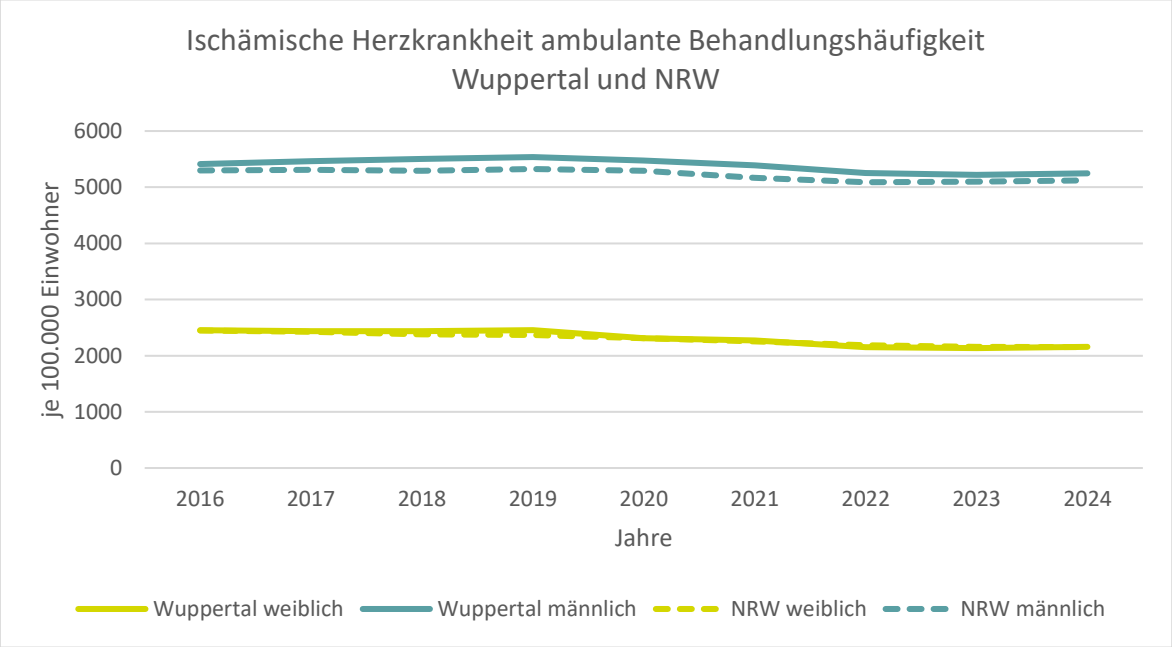


Abbildung 11: *Ischämische Herzkrankheit ambulante Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2016-2024. Quelle: KVNO und KVWL (2026), eigene Darstellung*

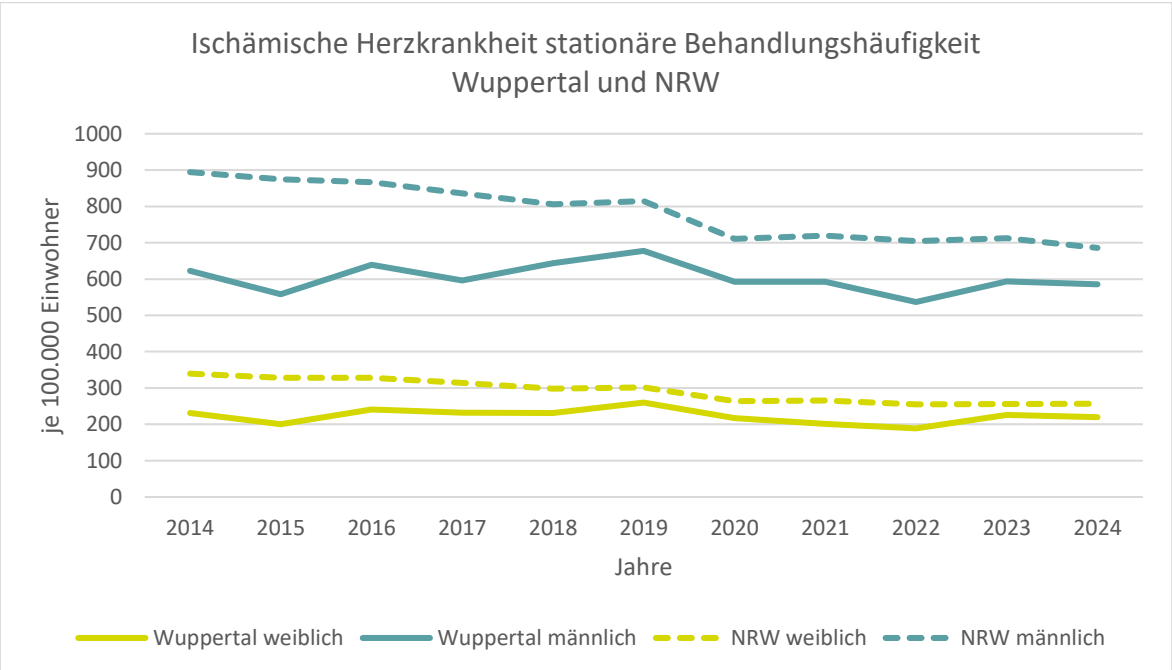


Abbildung 12: *Ischämische Herzkrankheit stationäre Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2014-2024. Quelle: LfGA NRW (2026h), eigene Darstellung*

ISCHÄMISCHE HERZKRANKHEITEN BLEIBEN EINE HAUPTTODESURSACHE

Im Jahr 2024 sind 121 Wuppertalerinnen und 169 Wuppertaler an einer ischämischen Herzkrankheit verstorben. Damit sind ischämische Herzkrankheiten eine der häufigsten Todesursachen in Wuppertal. Im Betrachtungszeitraum 2015 bis 2024 ist die altersstandardisierte Sterberate der ischämischen Herzkrankheit in Wuppertal allerdings deutlich zurückgegangen, bei Frauen um 43 % und bei Männern um 40 %. Sie lag dabei seit 2020 auch unter dem NRW-Niveau. Trotz dieser positiven Entwicklungen ist die Sterberate der Männer nach wie vor doppelt so hoch wie die der Frauen. Der Rückgang der Sterberate wird mit einer besseren Akutversorgung und einer positiven Veränderung in der Entwicklung bestimmter Risikofaktoren begründet (Steppuhn et al., 2025). So sind beispielsweise Patientinnen und Patienten mit Bluthochdruck mittlerweile medikamentös besser eingestellt, sodass das Risiko einer ischämischen Herzkrankheit reduziert werden kann.

ZUSAMMENFASSUNG

Die ischämische Herzkrankheit tritt insbesondere bei Menschen höheren Alters auf. Es zeigt sich, dass die Erkrankungshäufigkeit ab dem 45. Lebensjahr ansteigt. Männer sind deutlich häufiger betroffen als Frauen. Die Sterbefälle sowie die ambulanten und stationären Behandlungsraten sind bis 2022 insgesamt zurückgegangen und befinden sich unter dem NRW-Niveau. Seit 2022 lässt sich allerdings eine Stagnation bzw. leichte Zunahme von ambulanten und stationären Behandlungen feststellen. Die weitere Entwicklung sollte, insbesondere vor dem Hintergrund einer Zunahme von Risikofaktoren wie Adipositas und Diabetes-Typ-2, weiter beobachtet werden (Steppuhn et al., 2025). Aufgrund der Häufigkeit der Erkrankung und der damit verbundenen hohen individuellen und gesellschaftlichen Belastungen sollten außerdem verstärkt Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ergriffen werden.

3.3. DIABETES-TYP-2

WAS IST DIABETES-TYP-2?

Bei dem Krankheitsbild Diabetes wird zwischen Typ-1 und Typ-2 unterschieden. Beide haben einen erhöhten Blutzuckerspiegel zur Folge. Diabetes-Typ-1 ist eine Autoimmunerkrankung, bei der die Bauchspeicheldrüse zu wenig oder gar kein Insulin produziert. Die Entstehung der Erkrankung findet häufig in der Kindheit, der Jugend oder

im jungen Erwachsenenalter statt und ist nicht von Einflussfaktoren des Lebensstils abhängig. Diabetes-Typ-2 ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die durch eine verminderte Wirkung von Insulin (Insulinresistenz) und eine nachlassende Insulinproduktion der Bauchspeicheldrüse gekennzeichnet ist. Insulin ist notwendig, damit Zucker aus dem Blut in die Körperzellen aufgenommen und dort als Energie genutzt werden kann. Die Erkrankung entwickelt sich meist schleichend über Jahre. Risikofaktoren sind unter anderem Übergewicht, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung und familiäre Vorbelastung. Auch Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen treten oft gemeinsam mit Diabetes-Typ-2 auf. Zu Beginn bestehen oft keine oder nur unspezifische Beschwerden. Mögliche Symptome sind vermehrter Durst, häufiges Wasserlassen, Müdigkeit, Leistungsminderung und Infektanfälligkeit. Bei länger bestehendem, unbehandeltem Diabetes können Komplikationen auftreten. Ein dauerhaft erhöhter Blutzucker kann Blutgefäße und Nerven schädigen. Mögliche Folgen sind Herzkreislauferkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall), Nierenschäden, Sehstörungen, Nervenschäden sowie Durchblutungsstörungen der Füße.

JEDE FÜNFTE PERSON ÜBER 45 JAHREN IST AUFGRUND EINES DIABETES-TYP-2 IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG

Im Jahr 2024 sind 30.788 Personen in Wuppertal aufgrund eines Diabetes-Typ-2 ambulant behandelt worden. Davon waren 14.944 Frauen und 15.844 Männer. Dies entspricht einer ambulanten Behandlungshäufigkeit von 9,8 % in der Wuppertaler Bevölkerung, wobei bei Männern eine Behandlungshäufigkeit von 10,7 % und bei Frauen von 8,9 % zu verzeichnen ist. Differenziert man die Behandlungshäufigkeit nach Altersgruppen, zeigt sich, dass vor allem ältere Personen betroffen sind. Während nur ca. 1 % der Frauen und Männer unter 44 Jahren erkrankt sind, sind es in der Altersklasse 45-64 Jahre bei Frauen bereits 10 % und bei Männern 15,8 % (s. Abbildung 13). In der Altersklasse 65-84 Jahre sind bereits jede vierte Frau und jeder dritte Mann betroffen. Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Altersgruppe 85 Jahre und älter. Somit wird jede fünfte Person über 45 Jahren in Wuppertal aufgrund eines Diabetes-Typ-2 ambulant ärztlich behandelt.

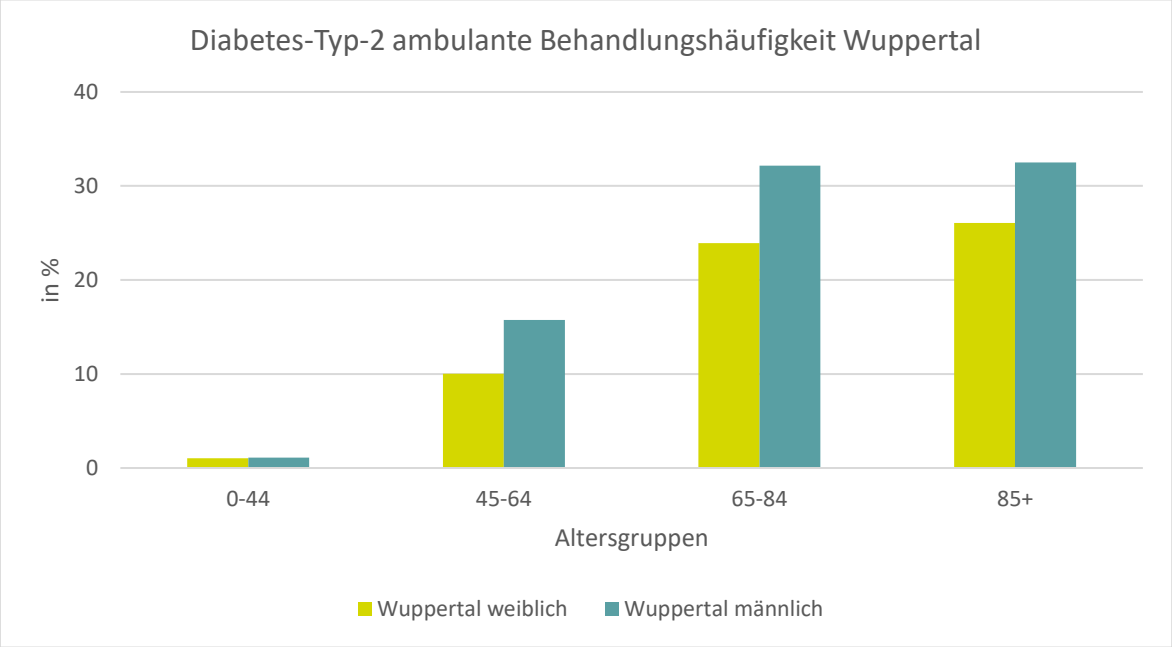


Abbildung 13: *Diabetes-Typ-2 ambulante Behandlungshäufigkeit nach Altersgruppen in %, Wuppertal, 2024. Quelle: KVNO und KVWL (2026), eigene Darstellung*

ANSTIEG DER BEHANDLUNGSHÄUFIGKEIT BEI DEN UNTER 45-JÄHRIGEN UM 28 % SEIT 2016

Die ambulanten Behandlungsfälle von Diabetes-Typ-2 sind in den vergangenen Jahren in Wuppertal stetig angestiegen (s. Abbildung 14). Teilweise lässt sich das mit dem demografischen Wandel und folglich einer höheren Anzahl an älteren Menschen in der Bevölkerung erklären. Dennoch stiegen auch die altersstandardisierten Behandlungshäufigkeiten im Jahr 2024 gegenüber 2016 bei Frauen um 7 % und bei Männern um 10,8 % an. Am stärksten zeigen sich die Veränderungen in den beiden jüngsten Altersklassen. In der Altersklasse 0-44 Jahre betrug der Anstieg zwischen 2016 und 2024 28,2 %. In der Altersklasse 45-64 Jahre betrug die Steigerung im gleichen Zeitraum 16,7 %. Diese Entwicklung zeigt sich auch in Trendanalysen für Deutschland. Gründe hierfür sind hauptsächlich ein zunehmend bewegungsärmerer Alltag und eine ungesunde Ernährung, die zu einer Gewichtszunahme und zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko auch in jüngeren Jahren führen (Baumert et al., 2025).

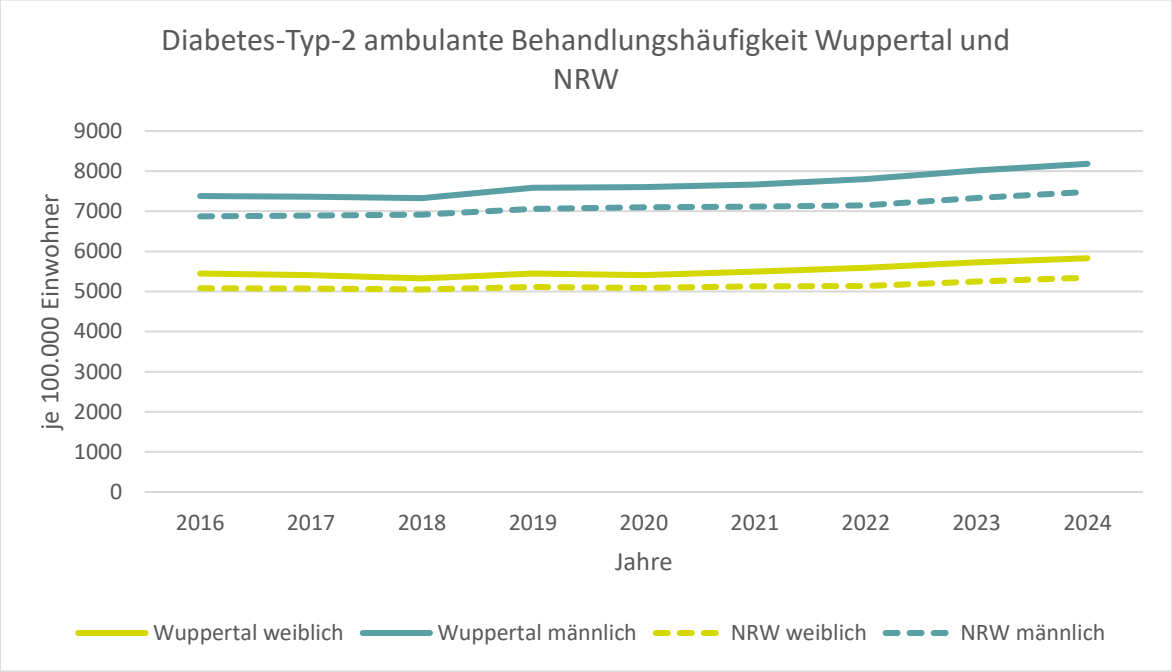


Abbildung 14: *Diabetes-Typ-2 ambulante Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2016-2024. Quelle: KVNO und KVWL (2026), eigene Darstellung*

ANZAHL DER KRANKENHAUSBEHANDLUNGEN IN DER COVID-19-PANDEMIE EINGEBROCHEN

Insgesamt wurden 522 Wuppertalerinnen und Wuppertaler im Jahr 2024 mit der Hauptdiagnose Diabetes-Typ-2 im Krankenhaus behandelt. Davon entfielen 311 Behandlungsfälle auf Männer und 211 auf Frauen. Da Diabetes-Typ-2 vor allem im höheren Alter auftritt, steigen die Krankenhausbehandlungen, ähnlich wie die ambulanten Behandlungsfälle, ab 45 Jahren deutlich an und erreichen in der Altersklasse über 85 Jahre die höchsten Raten. Die Anzahl der Krankenhausbehandlungen aufgrund Diabetes-Typ-2 sind von 2016 bis 2019 sowohl für Männer als auch für Frauen angestiegen (s. Abbildung 15). Während der COVID-19-Pandemie sind die Behandlungsfälle deutlich zurückgegangen: die altersstandardisierten Behandlungsraten haben sich bei den Männern von 2019 zu 2024 um 12,2 % und bei Frauen um 14,1 % reduziert. Der deutliche Rückgang an Krankenhausbehandlungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie kann auch für NRW beobachtet werden. Seit 2022 bzw. 2023 steigen die Krankenhausbehandlungen wieder an. Hier muss beobachtet werden, ob die Behandlungsfälle in den kommenden Jahren wieder auf das Niveau von 2019 ansteigen oder sich auf einem niedrigeren Niveau einpendeln werden.

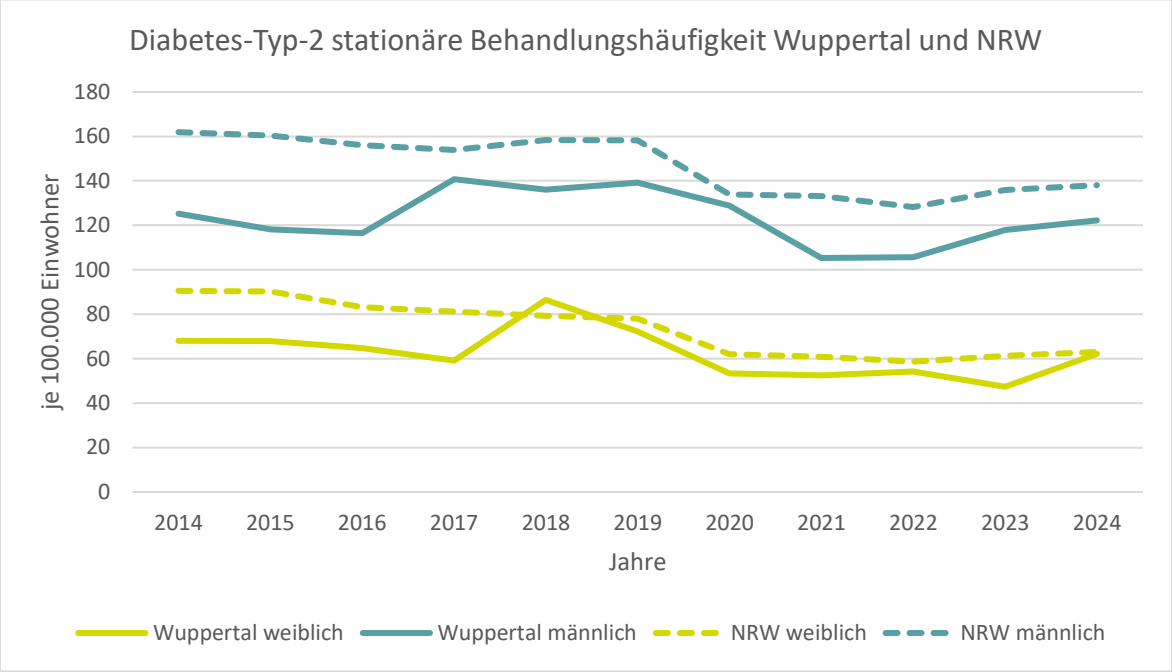


Abbildung 15: *Diabetes-Typ-2 stationäre Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2014-2024. Quelle: LfGA NRW (2026h), eigene Darstellung*

ZUSAMMENFASSUNG

Für Wuppertal lässt sich ein Anstieg der ambulanten Behandlungsfälle von 2016 bis 2024 sowohl für Männer als auch Frauen feststellen. Hierbei haben insbesondere die jüngeren Altersklassen (0-44 Jahre und 45-64 Jahre) die höchsten Anstiege verzeichnet. Diese Entwicklung deckt sich mit den Einschätzungen von Experten, dass die relative Zunahme von Diabetes-Typ-2 in der Bevölkerung von 2015 bis zum Jahr 2040 zwischen 54 % und 77 % betragen wird (Tönnies et al., 2019). Dies wird zukünftig zu einer erhöhten Belastung von Praxen und Kliniken führen. Gründe für die prognostizierten steigenden Fallzahlen sind zum einen der demografische Wandel der Bevölkerung und zum anderen ein vermehrt ungesunder Lebensstil, der das Risiko zu erkranken auch im jüngeren Alter erhöht. Um diesem Trend entgegenzuwirken, ist es wichtig, dass gezielte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention geschaffen werden.

3.4. ATEMWEGSERKRANKUNG (COPD)

WAS IST EINE CHRONISCHE OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNG (COPD)?

Die COPD ist eine langfristige, fortschreitende Erkrankung der Lunge. Sie führt dazu, dass die Atemwege dauerhaft verengt sind und das Ausatmen erschwert ist. Die Erkrankung ist nicht vollständig heilbar, kann aber durch geeignete Maßnahmen in ihrem Verlauf verlangsamt werden. Die häufigste Ursache einer COPD ist langjähriges Rauchen. Daher gilt die Erkrankung in vielen Fällen als vermeidbar. Auch das Einatmen von Schadstoffen wie Staub, Abgasen oder Rauch (z. B. bei bestimmten Berufen oder durch starke Luftverschmutzung) sowie Passivrauchen können zur Entstehung beitragen. Seltener liegen genetische Faktoren vor. Typische Beschwerden sind anhaltender Husten, Auswurf und Atemnot. Die Atemnot tritt zunächst bei Belastung, später auch in Ruhe auf. Im Verlauf der Erkrankung können die Symptome zunehmen, und es kann zu akuten Verschlechterungen kommen, oft ausgelöst durch Infektionen. Durch die eingeschränkte Lungenfunktion ist die Sauerstoffaufnahme vermindert. Dies kann zu verminderter Belastbarkeit, schneller Ermüdung und Einschränkungen im Alltag führen. Die Diagnose erfolgt in der Regel durch eine Lungenfunktionsprüfung (Spirometrie), ergänzt durch eine ärztliche Untersuchung und die Erfassung der Krankengeschichte. Ziel der Behandlung ist es, Beschwerden zu lindern, die Lebensqualität zu verbessern und das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen. Dazu gehören ein Rauchstopp, Medikamente zur Erweiterung der Atemwege, Atemtherapie und körperliches Training sowie Impfungen zum Schutz vor Infektionen.

ÄLTERE MENSCHEN UND MÄNNER SIND HÄUFIGER VON COPD BETROFFEN

Insgesamt waren im Jahr 2024 13.413 Wuppertalerinnen und Wuppertaler aufgrund einer COPD in ambulanter ärztlicher Behandlung. Dies entspricht einer Behandlungsprävalenz in der Gesamtbevölkerung von 4,3 %. Von den Betroffenen waren 6.677 Frauen und 6.736 Männer. Somit lag die Behandlungsprävalenz von Männern mit 4,5 % etwas höher als die von Frauen mit 4 %. Betrachtet man die ambulanten Behandlungsprävalenzen differenziert nach Altersgruppen, sind vor allem ältere Menschen von einer COPD betroffen (s. Abbildung 16). Ab einem Alter von 45 Jahren beträgt die Behandlungsprävalenz im Jahr 2024 in der Wuppertaler Bevölkerung 8,2 %, wobei Männer mit 9,1 % deutlich häufiger betroffen sind als Frauen mit 7,4 %. Der Trend setzt sich auch in der Altersgruppe 65-84 Jahre fort. Hier zeigt sich die höchste Behandlungshäufigkeit sowohl bei Frauen mit 10,8 % als auch bei Männern mit 13,8 %. Die deutlichen Geschlechterunterschiede zeigen sich auch in anderen epidemiologischen Untersuchungen. Begründet werden diese Unterschiede insbesondere dadurch, dass Männer häufiger rauchen. Außerdem werden

Unterschiede in der beruflichen Exposition gegenüber Luftschadstoffen zwischen Männern und Frauen diskutiert (Akmatov et al., 2019).

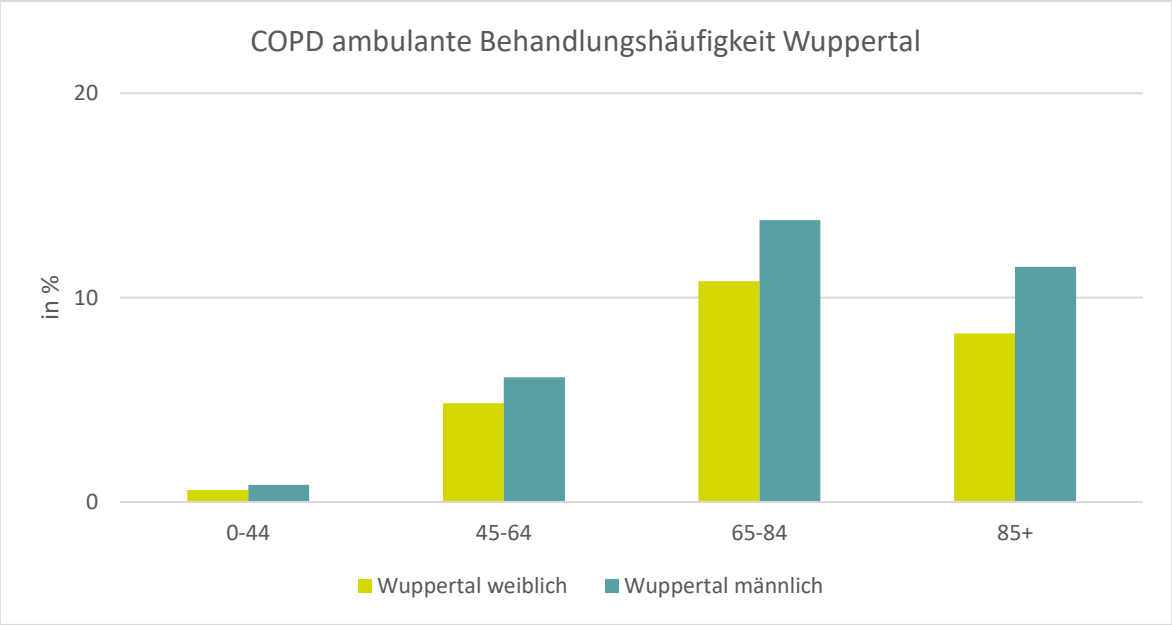


Abbildung 16: *COPD ambulante Behandlungshäufigkeit nach Altersgruppen in %, Wuppertal, 2024. Quelle: KVNO und KVWL (2026), eigene Darstellung*

RÜCKGANG DER AMBULANTEN BEHANDLUNGSFÄLLE

Von 2016 zu 2024 zeigt sich eine Reduzierung der altersstandardisierten Behandlungsfälle bei Frauen um 12,1 % und bei Männern um 9,4 % (s. Abbildung 17). Dabei liegen die Behandlungshäufigkeiten über dem NRW-Niveau. Männer sind sowohl in Wuppertal als auch NRW über den gesamten Betrachtungszeitraum häufiger aufgrund einer COPD in Behandlung als Frauen. Differenziert nach Altersgruppen zeigt sich, dass im Zeitraum 2016 bis 2024 die Behandlungsfälle im Trend für alle Altersgruppen gesunken sind. Eine Abnahme der Behandlungsfälle von COPD wird auch deutschlandweit beobachtet (WIdO, 2025). Begründet wird dieser Rückgang mit einem zunehmenden Rauchverzicht in der Gesellschaft und strengeren Gesetzgebungen, die das Rauchen betreffen.

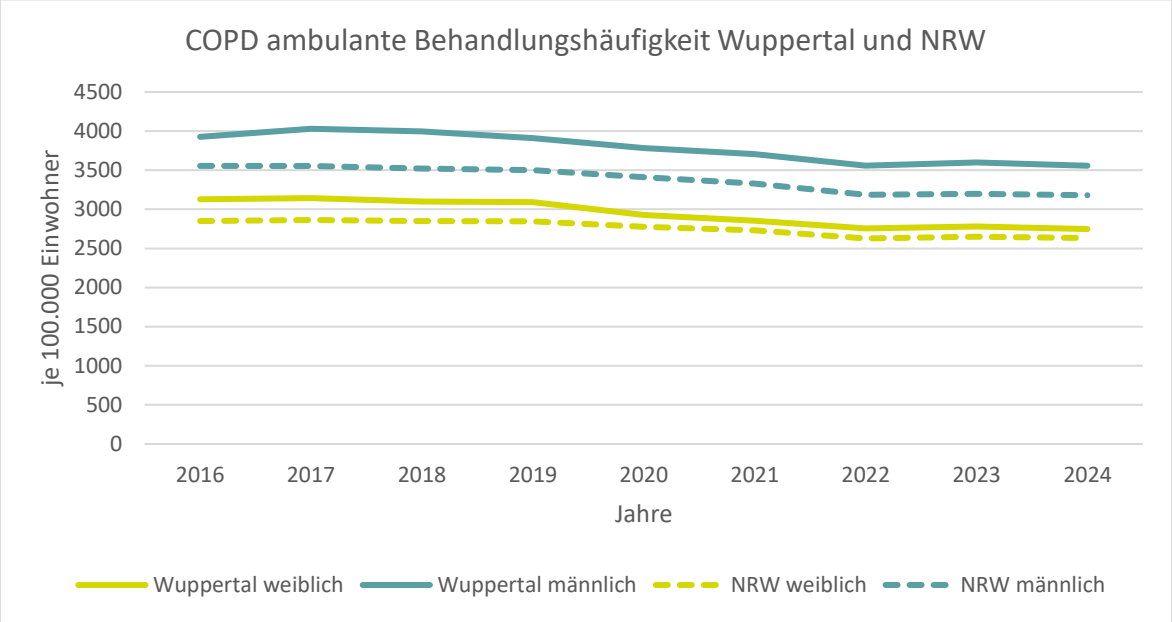


Abbildung 17: *COPD ambulante Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2016-2024. Quelle: KVNO und KVWL (2026), eigene Darstellung*

KRANKENHAUSFÄLLE IN DER COVID-19 PANDEMIE GESUNKEN UND SEITDEM WIEDER ANSTEIGEND

Im Jahr 2024 sind insgesamt 1.185 Wuppertalerinnen und Wuppertaler mit COPD im Krankenhaus behandelt worden. Davon waren 601 Frauen und 584 Männer. Die Behandlungshäufigkeiten waren von 2014 bis 2020 rückläufig mit einem sprunghaften Abfall im Jahr 2020 (s. Abbildung 18). Dieser Rückgang kann durch die COVID-19-Pandemie und einer damit verbundenen häufigeren Hospitalisierung aufgrund von COVID-19 erklärt werden. Insgesamt sind die altersstandardisierten Behandlungsfälle im Vergleich von 2014 zu 2024 in Wuppertal bei Frauen um 23 % und bei Männern um 30 % zurückgegangen. Während im Jahr 2014 der Unterschied zwischen Frauen und Männern in Wuppertal noch deutlich ausfiel, haben sich bis zum Jahr 2024 die altersstandardisierten Behandlungsfälle angeglichen. Seit 2021 zeigt sich ein steigender Trend der Behandlungsfälle bei Frauen und Männern. Dieser Trend zeigt sich auch für NRW und muss in den kommenden Jahren weiter beobachtet werden.

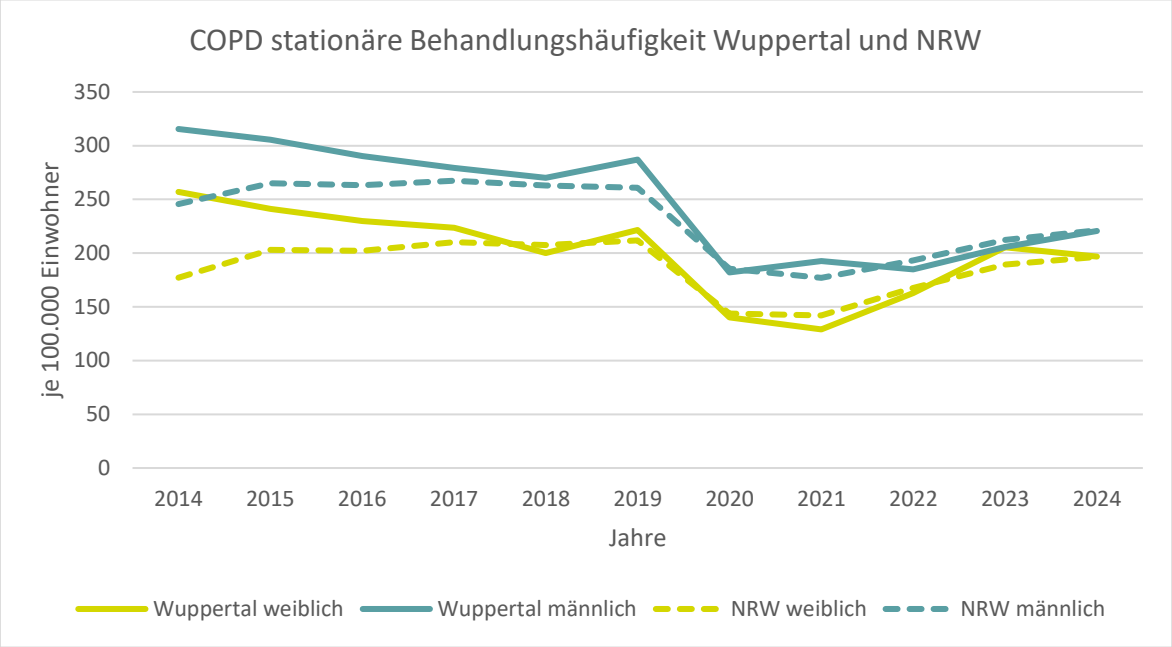


Abbildung 18: *COPD stationäre Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2014-2024. Quelle: LfGA NRW (2026h), eigene Darstellung*

COPD IST EINE DER FÜHRENDEN TODESURSACHEN IN WUPPERTAL

Die COPD zählt in Wuppertal und Deutschland zu den Haupttodesursachen. 2024 sind 90 Wuppertalerinnen und 71 Wuppertaler an der Hauptdiagnose COPD verstorben. Die Entwicklung der altersstandardisierten Sterberaten für Männer ist in Wuppertal und NRW leicht rückläufig, während bei Frauen ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist. Dies wird mit den Folgen des zunehmenden Tabakkonsums von Frauen seit den 1950er-Jahren und einem erhöhten Erkrankungsrisiko durch anatomische Unterschiede der weiblichen Lunge erklärt (Steppuhn et al., 2017; Steinberg et al., 2025).

JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE IN DEUTSCHLAND RAUCHEN WIEDER VERMEHRT

Ein Rauchbeginn in jungen Jahren erhöht das Risiko für das Entstehen von gesundheitlichen Folgeerkrankungen wie einer COPD oder Lungenkrebs und führt zu einem starken Suchtverhalten. Nachdem bis 2021 der Konsum von Tabak insgesamt zurückgegangen ist, zeigt sich seit 2022 ein zunehmender Konsum von Tabak und E-Zigaretten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland (Kotz, Acar und Klosterhalfen, 2022). Im Jahr 2022 betrug der Anteil aktueller Raucherinnen und Raucher bei den 14- bis 17-Jährigen 15,9 %

und bei den 18- bis 24-Jährigen 40,8 %. E-Zigaretten konsumierten 2,5 % in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen und 4,0 % der 18- bis 24-Jährigen.

ZUSAMMENFASSUNG

Auch wenn die ambulanten Behandlungsfälle der COPD in Wuppertal rückläufig sind, ist die COPD immer noch eine der führenden Todesursachen. Der leichte Anstieg der Sterbefälle bei Frauen zeigt sich auch in Prognosen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach die stärksten Zunahmen von COPD-Diagnosen bis zum Jahr 2050 bei Frauen zu erwarten sind (WHO, 2025c). Aus diesem Grund sollten die Bemühungen zur Reduzierung der Erkrankung bestehen bleiben und auch Frauen stärker in den Blick genommen werden. Primärer Treiber sollte hierbei eine Reduzierung des Rauchverhaltens in der Bevölkerung darstellen. Besorgniserregend ist in diesem Kontext der zunehmende Konsum von Tabak und E-Zigaretten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Dem sollte frühzeitig durch gezielte Aufklärung und Unterstützung bei der Rauchentwöhnung begegnet werden.

3.5. KREBSERKRANKUNGEN

WAS SIND KREBSERKRANKUNGEN?

Unter Krebs wird eine Gruppe von Erkrankungen zusammengefasst, die durch bösartige (maligne) Gewebeneubildung charakterisiert sind. Diese Tumore können sich unkontrolliert vermehren, wachsen in Nachbargewebe ein, zerstören gesundes Gewebe und bilden Tochtergeschwülste, sogenannte Metastasen. In diesem Gesundheitsbericht werden ausschließlich bösartige Neubildungen einschließlich der Lymphome und Leukämien berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden die nicht-melanotischen Hautkrebsformen (heller Hautkrebs), weil sie trotz ihrer Häufigkeit nur sehr geringfügig zur Krebssterblichkeit beitragen. Die Entstehung von bösartigen Krebserkrankungen ist multifaktoriell bedingt und wird unter anderem durch genetische Disposition, Lebensstilfaktoren (z. B. Rauchen, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel), Umwelt- und Arbeitsstoffexpositionen sowie das Lebensalter beeinflusst.

KREBSNEUERKRANKUNGEN SEIT 2009 IM TREND RÜCKLÄUFIG

Im Jahr 2023 sind insgesamt 2.102 Menschen in Wuppertal neu an Krebs erkrankt. Davon waren 1.025 weiblich und 1.077 männlich. Betrachtet man die Entwicklung der altersstandardisierten Neuerkrankungen seit 2006, zeigt sich für Wuppertal und NRW ein

vergleichbares Bild (s. Abbildung 19): In den Jahren 2006 bis 2009 stieg die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate stark an. Gründe für diese Anstiege werden insbesondere in der Einführung von flächendeckenden Krebsscreenings gesehen (Kaatsch et al., 2012). So wurde beispielsweise das Brustkrebs-Screening im Jahr 2005 und das Hautkrebs-Screening 2008 in Deutschland umgesetzt. Die Zunahme der diagnostizierten Neuerkrankungen ist somit auch Ausdruck einer besseren Diagnostik und Datengrundlage. Nach dem Höchststand der Neuerkrankungsraten im Jahr 2009 zeigte sich seitdem im Trend ein Rückgang der altersstandardisierten Neuerkrankungsraten in Wuppertal und NRW, wobei die Neuerkrankungsraten in Wuppertal unter der in NRW liegen.

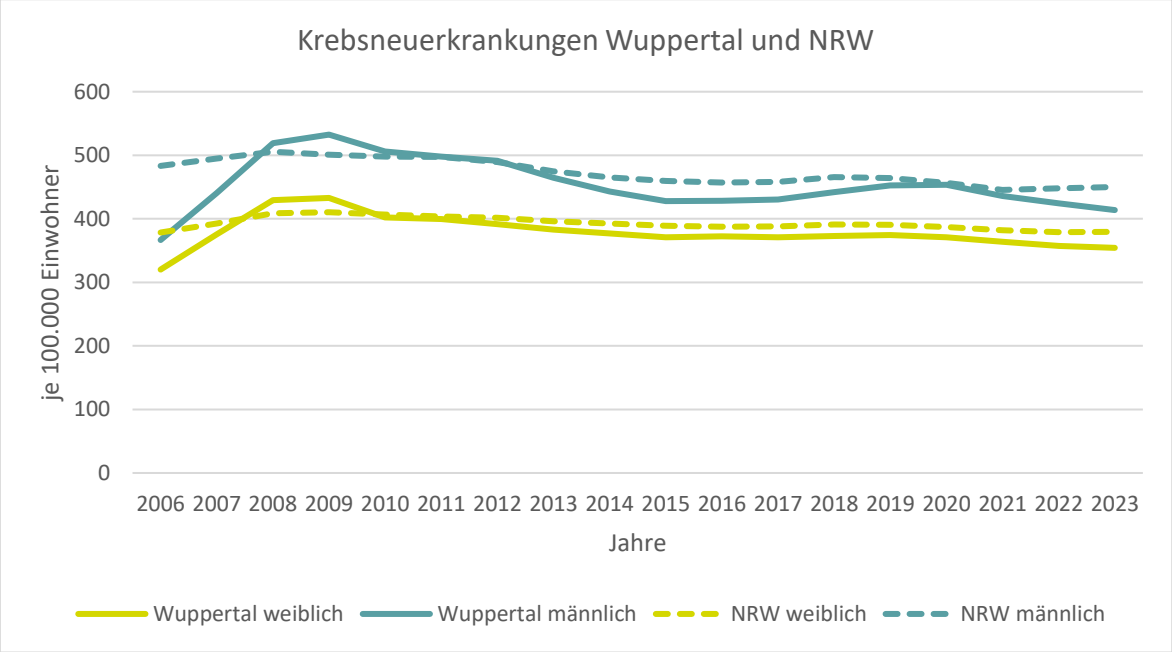


Abbildung 19: *Krebsneuerkrankungen je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2006-2023. Quelle: Landeskrebsregister NRW (2026), eigene Darstellung*

KREBSARTEN UNTERSCHEIDEN SICH ZWISCHEN MÄNNERN UND FRAUEN

In der Betrachtung der häufigsten Krebserkrankungen bei Männern und Frauen zeigen sich Unterschiede. Die häufigste Krebsneuerkrankung bei Frauen in Wuppertal im Jahr 2023 war Brustkrebs mit einem Anteil von rund 30 % an allen Neuerkrankungen (s. Abbildung 20). Bei den Männern entfielen die meisten Krebsneuerkrankungen mit 23,1 % auf die Prostata (s. Abbildung 21). Für beide Geschlechter sind Neubildungen der Lunge und des Darms die zweit- und dritthäufigste Neuerkrankungsart. Über 50 % aller Krebsneuerkrankungen

belaufen sich somit bei Frauen auf Neubildungen der Brust, der Lunge und des Darms und bei Männern auf die Prostata, die Lunge und den Darm.

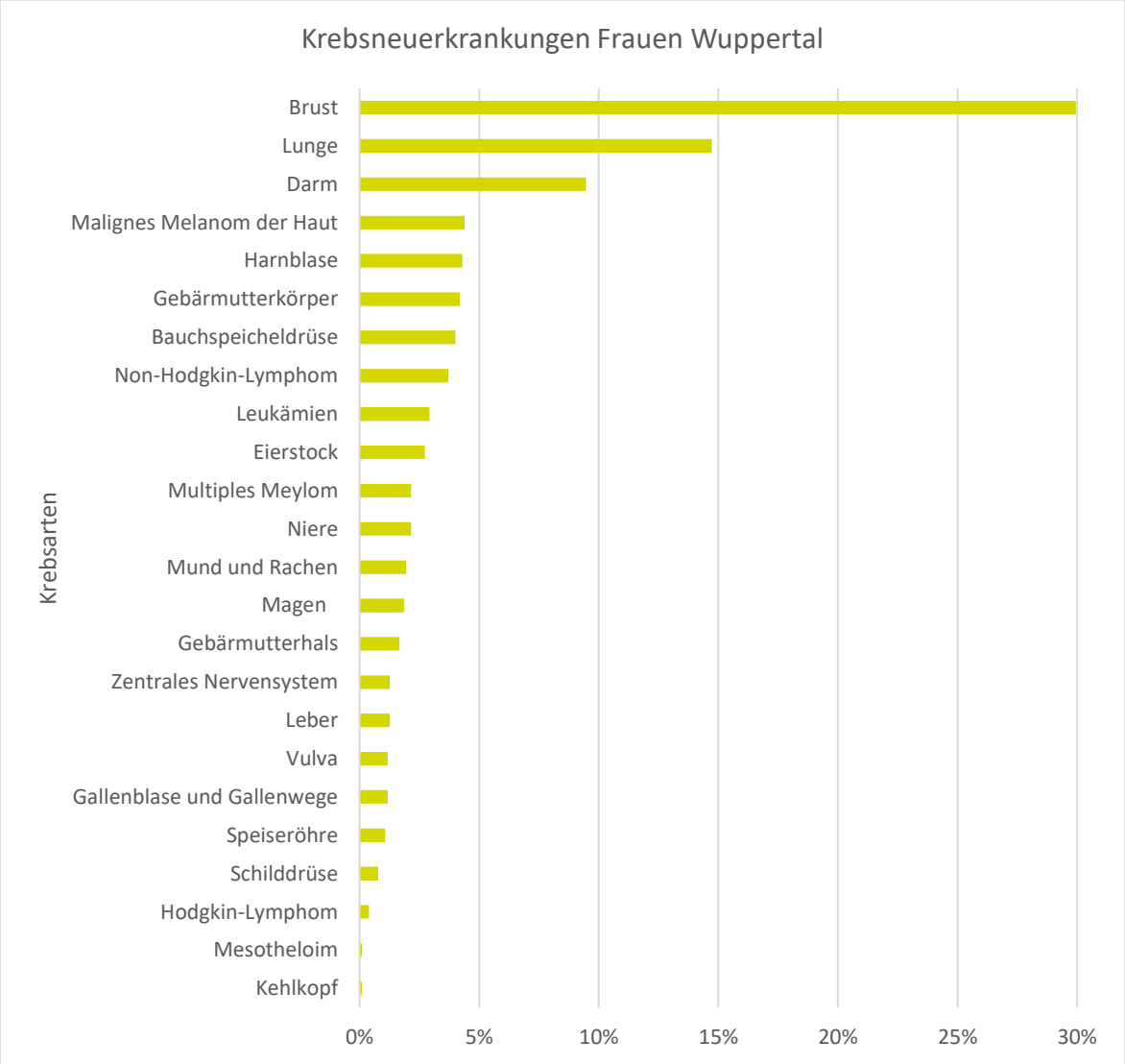


Abbildung 20: *Krebsneuerkrankungen nach Krebsarten in %, Frauen, 2023. Quelle: Landeskrebsregister NRW (2026), eigene Darstellung*

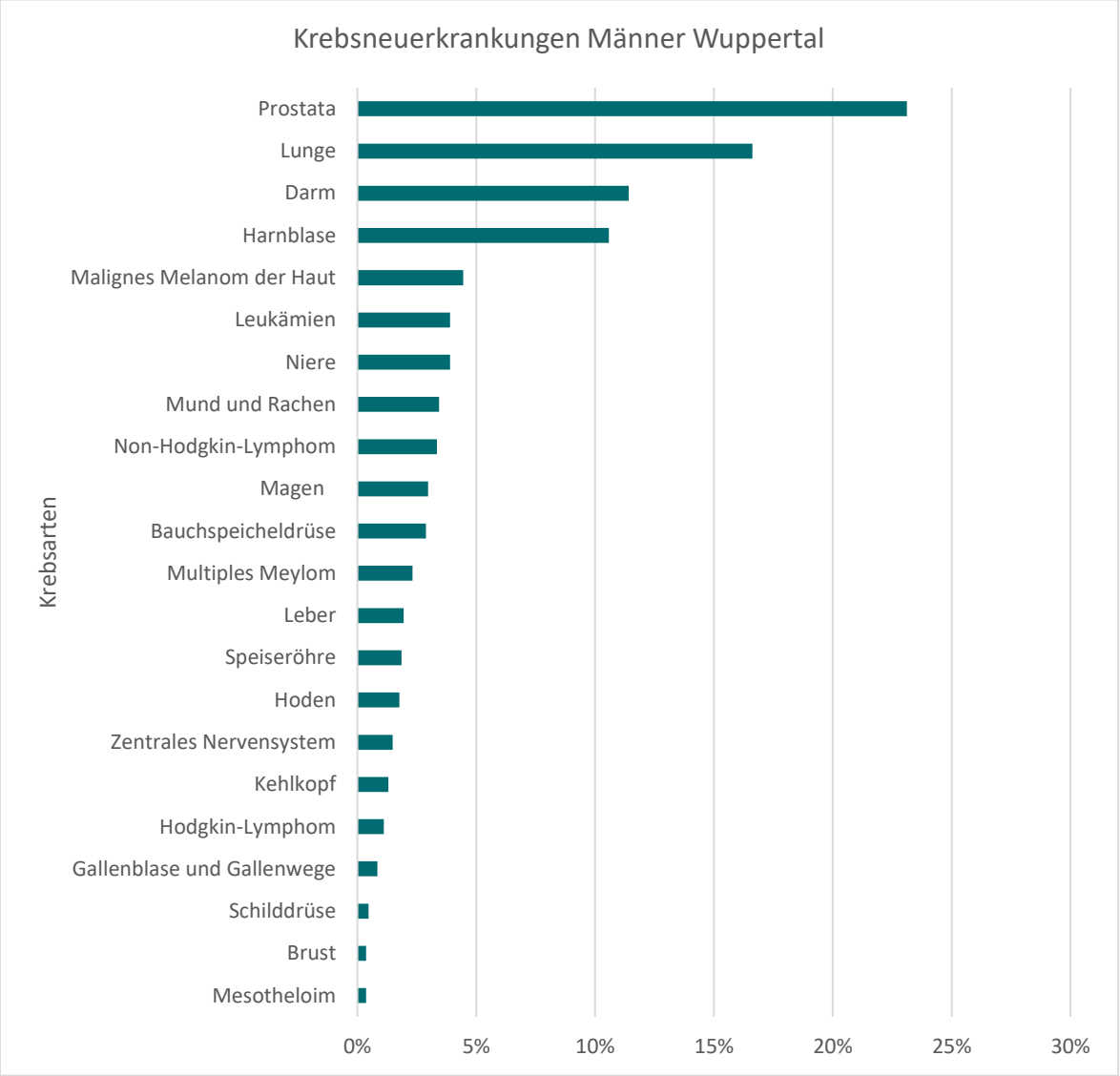


Abbildung 21: *Krebsneuerkrankungen nach Krebsarten in %, Männer, 2023. Quelle: Landeskrebsregister NRW (2026), eigene Darstellung*

ALTERSSTANDARDISIERTE KREBSSTERBERATE IST IN WUPPERTAL RÜCKLÄUFIG

Im Jahr 2023 sind insgesamt 1.001 Personen an einer Krebserkrankung in Wuppertal verstorben. Davon waren 475 Personen weiblich und 526 männlich. Seit 2009 ist sowohl für Frauen als auch für Männer die Krebssterberate rückläufig und liegt dabei etwas über dem NRW-Niveau (s. Abbildung 22). Der Rückgang ist bei den Männern stärker ausgeprägt als bei den Frauen. Trotzdem versterben weiterhin mehr Männer an Krebs als Frauen. Gründe für den Rückgang der altersstandardisierten Krebssterblichkeit sind vor allem verbesserte therapeutische Verfahren und zum Teil auch eine verbesserte Früherkennung.

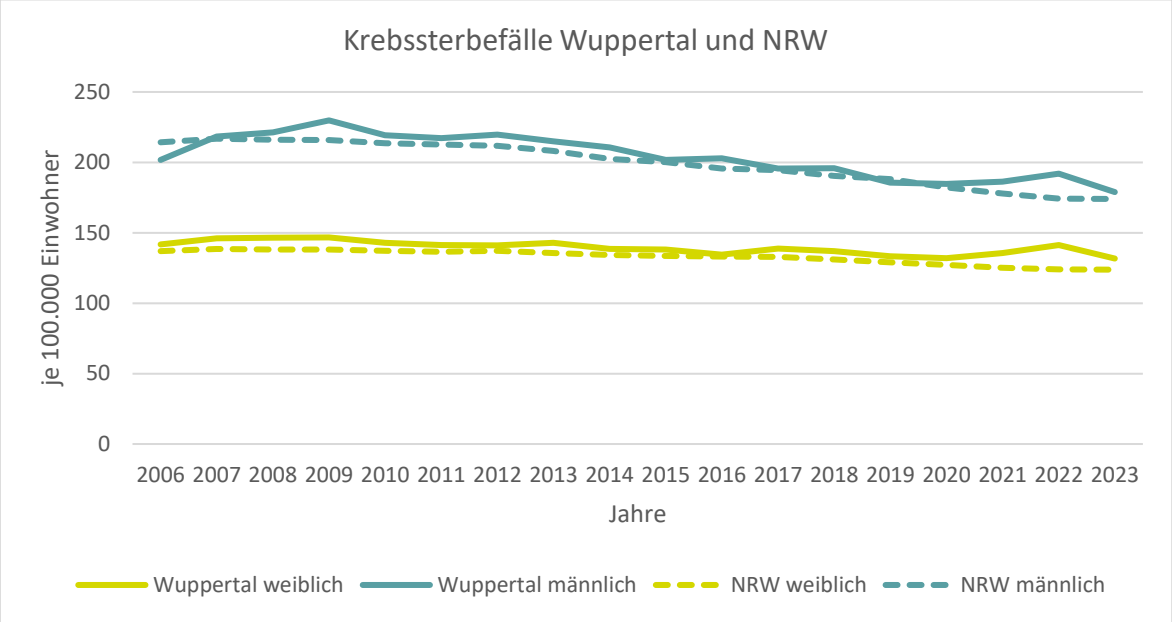


Abbildung 22: *Krebssterbefälle je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2006-2023. Quelle: Landeskrebsregister NRW (2026), eigene Darstellung*

MÄNNER VERSTERBEN HÄUFIGER AN KREBSERKRANKUNGEN ALS FRAUEN

In Wuppertal, aber auch in NRW und Deutschland, sterben mehr Männer als Frauen an Krebserkrankungen. Die Ursachen hierfür liegen in einem Zusammenspiel aus genetischen Faktoren, dem Lebensstil und der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Männer konsumieren historisch und auch aktuell mehr Tabak und Alkohol als Frauen. Dieses Verhalten führt insbesondere zu einer höheren Sterblichkeit bei Männern an Krebserkrankungen der Lunge, Speiseröhre und Leber. Außerdem essen Männer durchschnittlich mehr Fleisch und weniger Obst und Gemüse, was das Risiko für Darmkrebs erhöht. Ein weiterer Lebensstilfaktor, der die Sterblichkeit und das Entstehen von Krebs begünstigt, ist die berufliche Belastung. Männer arbeiten häufiger in Berufen, in denen sie krebserregenden Stoffen (z. B. Asbest) ausgesetzt sind. Männer nehmen zudem seltener Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen in Anspruch. Der Gesundheitsreport der AOK aus dem Jahr 2025 zeigt, dass 32,9 % der weiblichen und nur 19,1 % der männlichen AOK-Versicherten in Wuppertal die von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen Früherkennungsuntersuchungen für Krebs wahrnehmen. Dies führt dazu, dass Krebserkrankungen bei Männern später diagnostiziert werden, was die Behandlung und den Behandlungserfolg erschweren.

LUNGENKREBS IST FÜHRENDE TODESURSACHE UNTER ALLEN KREBSARTEN IN WUPPERTAL

Krebserkrankungen der Lunge verursachten bei Frauen 23,2 % und bei Männern 27,6 % aller Krebssterbefälle im Jahr 2023. Damit ist Lungenkrebs mit großem Abstand die führende Todesursache unter allen Krebsarten. Bei Frauen stehen an zweiter Stelle Brustkrebs (14,7 %) und an dritter Stelle Darmkrebs (10,1 %). Bei Männern ist dies Prostatakrebs (11,6 %) und Darmkrebs (10,8 %).

KRANKENHAUSBEHANDLUNGEN AUFGRUND VON KREBSERKRANKUNGEN IN WUPPERTAL RÜCKLÄUFIG

Seit 2015 sind die altersstandardisierten Krankenhausbehandlungen aufgrund von Neubildungen in Wuppertal im Trend rückläufig, mit einem deutlichen Rückgang im Jahr 2020 (s. Abbildung 23). Der beobachtete Rückgang der stationären Fallzahlen im Jahr 2020 ist maßgeblich auf die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zurückzuführen. Neben der bewussten Freihaltung von Bettenkapazitäten für Infektionsfälle und der Verschiebung planbarer Eingriffe trug auch ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung zu dieser Entwicklung bei. Viele Patientinnen und Patienten verzichteten aus Sorge vor Infektionen oder zur Entlastung des Systems auf medizinisch nicht unmittelbar notwendige Krankenhausaufenthalte. Zudem wurden Krebsbehandlungen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt.

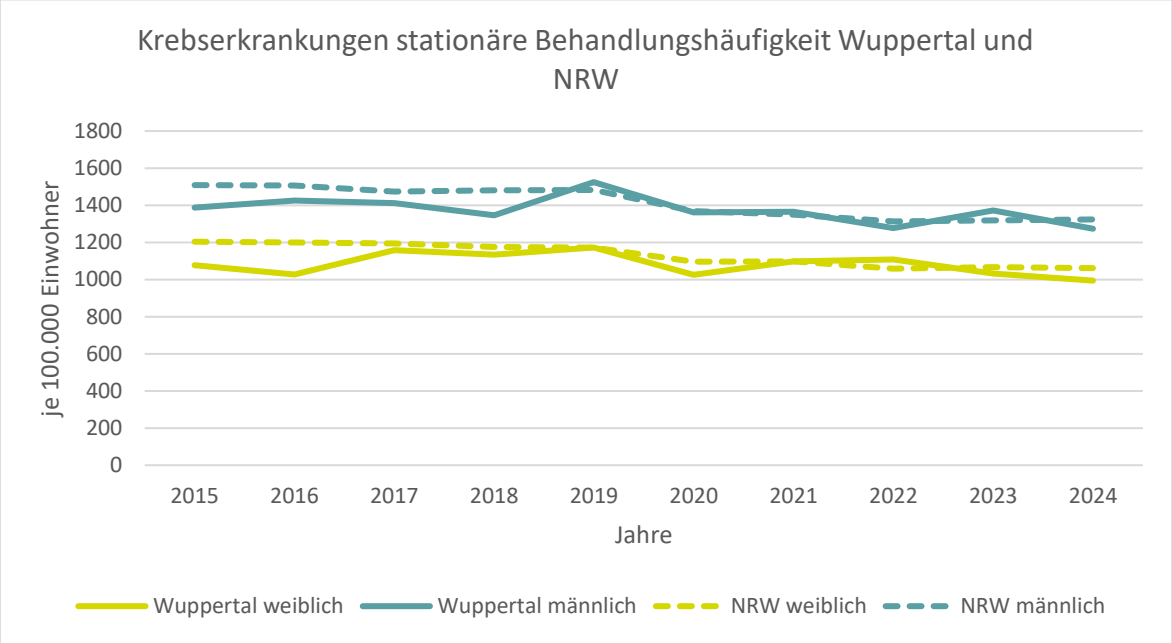


Abbildung 23: *Krebserkrankungen stationäre Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2014-2024. Quelle: LfGA NRW (2026h), eigene Darstellung*

ZUSAMMENFASSUNG

Sowohl die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate als auch die Sterberate sind für Frauen und Männer in Wuppertal und auch in NRW rückläufig. Diese positive Entwicklung ist insbesondere in einer besseren Früherkennung und Versorgung begründet. Männer erkranken und sterben weiterhin häufiger an Krebs als Frauen. Gründe sind eine geringere Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, ein ungesünderer Lebensstil (z. B. vermehrter Alkohol- und Tabakkonsum) und berufliche Belastungen. Es bietet sich daher an, Männer mit gezielten Angeboten auf die Prävention von Krebserkrankungen hinzuweisen. Lungenkrebs ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen die führende Todesursache unter allen Krebserkrankungen. Hauptrisikofaktor für Lungenkrebs ist das Rauchen. Es wird daher empfohlen, Maßnahmen zum Rauchverzicht zu unterstützen.

3.6. VERMEIDBARE KRANKHEITSFÄLLE

KRANKHEITSFÄLLE IN WUPPERTAL VERMEIDBAR

Wie in Kapitel 1.2. dargestellt, wird davon ausgegangen, dass 50 % der Krebserkrankungen und 70 % der Herzkreislauferkrankungen durch Prävention verhindert werden können

(Kurz & Osterloh, 2023). Im Folgenden wird exemplarisch das Präventionspotenzial für Wuppertal an ausgewählten Erkrankungen dargestellt. Im Jahr 2024 waren 79.029 Personen in Wuppertal an der Diagnose Hypertonie und 17.918 Personen an der Diagnose ischämische Herzkrankheit erkrankt (vgl. Kapitel 3.1. und 3.2.). Bei einem Präventionspotenzial von 70 % könnten somit insgesamt 67.863 Diagnosen im Bereich dieser Herzkreislauferkrankungen verhindert werden. Für Krebserkrankungen liegen ausschließlich Daten zu Neuerkrankungen (Inzidenz) pro Jahr, nicht zur Prävalenz in Wuppertal vor. In den Jahren 2006 bis 2022 wurden jährlich durchschnittlich 2.229 Krebsneuerkrankungen verzeichnet. Bei einem Präventionspotenzial von 50 % könnten somit jährlich durchschnittlich 1.115 Krebsneuerkrankungen in Wuppertal verhindert werden.

4. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

GESUNDHEITSBERICHT ZEIGT HANDLUNGSBEDARF AUF

Die dargestellten ambulanten und stationären Behandlungshäufigkeiten sowie die Sterbefälle aufgrund nichtübertragbarer Erkrankungen in Wuppertal zeigen einen deutlichen Handlungsbedarf auf. Während zwar erfreulicherweise für die COPD und Krebserkrankungen ein leichter Rückgang der altersstandardisierten ambulanten Behandlungshäufigkeiten zu verzeichnen ist, stagnieren bzw. steigen die Behandlungshäufigkeiten bei Bluthochdruck, ischämischen Herzkrankheiten und Diabetes-Typ-2. Grundsätzlich befinden sich die Behandlungshäufigkeiten aller genannten Erkrankungen trotz teilweisen Rückgangs weiterhin auf einem hohen Niveau. Da das Risiko für nichtübertragbare Erkrankungen mit höherem Alter deutlich ansteigt und eine steigende Lebenserwartung sowie eine steigende Anzahl an älteren Menschen zu erwarten ist, wird das Gesundheitssystem zukünftig deutlich stärker belastet. Hinzu kommt eine Zunahme von Risikofaktoren wie Adipositas und geringe körperliche Aktivität in der deutschen Bevölkerung, die sich auch bereits bei Kindern und Jugendlichen zeigt (Manz & Krug, 2022; Starker et al., 2025).

VIER HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Die in diesem Bericht dargestellten nichtübertragbaren Erkrankungen teilen sich ähnliche Risikofaktoren (v. a. ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht sowie Tabak- und Alkoholkonsum, vgl. Kapitel 1.2.). Die folgenden Handlungsempfehlungen beziehen

sich daher insbesondere auf gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen, die ein hohes Potenzial bieten und einen positiven Effekt auf möglichst viele der genannten Erkrankungen haben. Aus diesem Grund werden vier zentrale Handlungsempfehlungen formuliert:

1. Bewegung und gesunde Ernährung fördern
2. Gesundheitskompetenz stärken
3. Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen erhöhen
4. Tabak- und Alkoholkonsum reduzieren

GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION SIND EINE QUERSCHNITTSAUFGABE

Die Umsetzung dieser Handlungsempfehlungen sollte im Alltag der Menschen integriert werden. Also dort, wo Menschen aufwachsen, leben und arbeiten (vgl. Kapitel 1.1.). Besonders erfolgsversprechend sind Maßnahmen, wenn sie früh im Leben ansetzen und viele Menschen erreichen, wie z. B. in Kitas oder Schulen. Der Bericht zeigt aber auch auf, dass sich nichtübertragbare Erkrankungen vor allem im höheren Lebensalter manifestieren und Männer häufiger betroffen sind als Frauen. Daher sollten auch gezielt ältere Menschen und Männer in den Blick genommen werden. Dies kann z. B. durch Maßnahmen in Unternehmen und Betrieben erfolgen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, möglichst viele Akteurinnen und Akteure an der Entwicklung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen zu beteiligen: Gesundheitsförderung und Prävention sind also eine Querschnittsaufgabe.

4.1. BEWEGUNG UND GESUNDE ERNÄHRUNG FÖRDERN

FRÜHE BEWEGUNGSFÖRDERUNG UND AKTIVE MOBILITÄT

Nur 15 % der 11- bis 17-Jährigen und 52 % der Erwachsenen (18-64 Jahre) in Deutschland erfüllen die WHO-Empfehlungen für Bewegung (Bundesministerium für Gesundheit, 2022 und 2024). Da das Bewegungsverhalten in jungen Jahren das Verhalten im Erwachsenenalter prägt, sollten Maßnahmen zur Bewegungsförderung früh ansetzen. Neben Angeboten in Kitas und Schulen, spielen auch die Mitgliedschaft in einem Sportverein und die vorhandenen städtischen Angebote zur aktiven Freizeitgestaltung im Freien eine wichtige Rolle. Ein weiterer zentraler Baustein für die Förderung von Bewegung ist die Gestaltung von bewegungsfreundlicher Stadtinfrastruktur. Diese ist die Voraussetzung für mehr Bewegung im öffentlichen Raum und aktive Mobilität. Aktive Mobilität meint die Fortbewegung im öffentlichen Raum durch eigene Muskelkraft, z. B. zu

Fuß oder mit dem Fahrrad. Dabei fördert aktive Mobilität nicht nur die Gesundheit, sondern zeitgleich auch den Klima- und Umweltschutz, wenn weniger emissionsintensive Mobilitätsformen genutzt werden (WHO, 2022). Bürgerinnen und Bürger sollten daher darin unterstützt werden, möglichst viele Wege im Alltag ohne Auto zurückzulegen – etwa den Weg zum Supermarkt, zur Kita, zur Schule oder zur Arbeit.

GESUNDE ERNÄHRUNG IM ALLTAG DER MENSCHEN FÖRDERN

Befragungen zeigen, dass sich viele Menschen gesund ernähren möchten, aber häufig im Alltag an der Umsetzung scheitern (Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat, 2024). Eine gesunde Verpflegung in Kitas, Schulen und Kantinen stellt hier einen wichtigen Baustein dar. Weitere mögliche Maßnahmen umfassen Angebote zur Ernährungsbildung, wie Kochkurse im Quartier. Aber auch das angeleitete Anpflanzen von Lebensmitteln in Schulgärten oder in Kooperation mit regionalen Bauernhöfen stellen wirkungsvolle Maßnahmen dar. Wichtig bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene ist eine aktive Beteiligung der adressierten Personengruppen. Dies erhöht den langfristigen Erfolg für eine Umsetzung im individuellen Alltag.

4.2. GESUNDHEITSKOMPETENZ STÄRKEN

GESUNDHEITSKOMPETENZ FÜHRT ZU GESUNDHEITSFÖRDERLICHEN ENTSCHEIDUNGEN

Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeiten und Fertigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und für gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden. Menschen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz nehmen u. a. seltener an Früherkennungsuntersuchungen oder gesundheitsförderlichen Aktivitäten teil, treffen risikoreichere gesundheitsbezogene Entscheidungen (z. B. Rauchen) und haben eine höhere Krankheitshäufigkeit (Kickbusch et al., 2016). In Deutschland haben ca. 80 % der Menschen eine geringe Gesundheitskompetenz (Jordan & Löbl, 2026). Aus diesem Grund wird empfohlen, die Gesundheitskompetenz von Menschen gezielt zu fördern. Dies sollte bereits in Schulen unter gezieltem Einsatz digitaler Medien erfolgen. Beispielhaft gibt es Schulprogramme, die Lehrkräften digitale sowie analoge Materialien und Übungen zur Gesundheitsbildung und zur Gesundheitskompetenz bereitstellen. Eine weitere Möglichkeit ist die Aus- und Fortbildung von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen, die in ihrem Betrieb oder

ihrer Community über Gesundheitsthemen informieren und beraten. Durch den Einsatz von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen können auch schwer erreichbare Personengruppen angesprochen und über Fragen wie „Wann gehe ich zum Hausarzt und wann in die Notaufnahme?“ oder „Wie funktioniert das deutsche Gesundheitssystem?“ informiert werden.

4.3. INANSPRUCHNAHME VON FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN ERHÖHEN

FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN ERHÖHEN BEHANDLUNGSERFOLG

Früherkennungsuntersuchungen sind eine wichtige Präventionsmaßnahme. Sie ermöglichen das frühzeitige Erkennen von Risikofaktoren, Vorstufen von Erkrankungen sowie bestehenden Erkrankungen. Eine frühzeitige Diagnostik kann die Behandlungsaussichten verbessern. Gesetzlich Krankenversicherte haben einen Anspruch auf eine Vielzahl an Früherkennungsuntersuchungen. Diese sind abhängig vom Geschlecht und Alter und werden jeweils in unterschiedlichen Abständen gewährt. Der AOK-Gesundheitsreport zeigt, dass vor allem Männer die Untersuchungen seltener in Anspruch nehmen (AOK, 2025). Daher wird empfohlen, gezielte Ansprachen für Männer und Frauen zu entwickeln, um auf Früherkennungsuntersuchungen hinzuweisen. Zur Prävention von nichtübertragbaren Erkrankungen sind insbesondere die unterschiedlichen Krebsfrüherkennungen und der Gesundheits-Check-Up als zentrale Früherkennungsuntersuchungen zu nennen. Bei Letzterem können z. B. Herzkreislauferkrankungen und Diabetes-Typ-2 frühzeitig erkannt werden. Im Anhang sind alle Früherkennungsuntersuchungen nach Geschlecht und Alter aufgelistet, die gesetzlich Krankenversicherte in Anspruch nehmen können (s. Anhang 1).

4.4. TABAK- UND ALKOHOLKONSUM REDUZIEREN

INFORMATION UND UNTERSTÜTZUNG FÜR ALLE ALTERSGRUPPEN

Wirksame Maßnahmen zur Reduzierung von Tabak- und Alkoholkonsum in der Bevölkerung werden in der Erhöhung von Steuern, dem Verbot von Werbung und einer Begrenzung von Verkaufszeiten gesehen (AOK & DKFZ, 2025). Viele dieser Regelungen entziehen sich der kommunalen Entscheidungsebene und müssen politisch auf Bundesebene umgesetzt werden. Nichtsdestotrotz können auch Kommunen auf die Risiken

und Gefahren von Tabak und Alkohol hinweisen, beispielsweise durch gezielte Kampagnen. Vor dem Hintergrund der steigenden Raucherzahlen unter Jugendlichen, sollten schon frühzeitig Maßnahmen ergriffen werden. Einige Akteurinnen und Akteure, wie z. B. die Drogenberatung Wuppertal, sind hier schon sehr aktiv und bieten individuelle Beratung sowie Präventionsarbeit in Schulen an. Zukünftige Aktivitäten sollten auch verstärkt Mädchen und Frauen in den Blick nehmen, da hier die größten Zunahmen von COPD-Diagnosen bis zum Jahr 2050 zu erwarten sind.

5. ABBILDUNGS-, TABELLEN-, ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Regenbogenmodell der Gesundheit. Quelle: Fonds Gesundes Österreich nach Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991) 12

Abbildung 2: Durchschnittsalter in Wuppertaler Quartieren. Quelle: Fachbereich Statistik und Wahlen Stadt Wuppertal (2026) 15

Abbildung 3: Bevölkerungsvorausberechnung 2024 und 2050. Quelle: IT.NRW (2025), eigene Darstellung 17

Abbildung 4: SGB II-Betroffenheitsquote in Wuppertaler Quartieren. Quelle: Fachbereich Statistik und Wahlen Stadt Wuppertal (2026) 19

Abbildung 5: Sterbefälle nach Geschlecht je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2015-2024. Quelle: LfGA NRW (2026e), eigene Darstellung 22

Abbildung 6: Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht, Wuppertal und NRW, 2002-2024. Quelle: LfGA NRW (2026f), eigene Darstellung 23

Abbildung 7: Bluthochdruck ambulante Behandlungshäufigkeit nach Altersgruppen in %, Wuppertal, 2024. Quelle: KVNO und KVWL (2026), eigene Darstellung 26

Abbildung 8: Bluthochdruck ambulante Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2016-2024. Quelle: KVNO und KVWL (2026), eigene Darstellung 27

Abbildung 9: Bluthochdruck stationäre Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2014-2024. Quelle: LfGA NRW (2026h), eigene Darstellung 28

Abbildung 10: Ischämische Herzkrankheit ambulante Behandlungshäufigkeit nach Altersgruppen in %, Wuppertal, 2024. Quelle: KVNO und KVWL (2026), eigene Darstellung 30

Abbildung 11: Ischämische Herzkrankheit ambulante Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2016-2024. Quelle: KVNO und KVWL (2026), eigene Darstellung 31

Abbildung 12: Ischämische Herzkrankheit stationäre Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2014-2024. Quelle: LfGA NRW (2026h), eigene Darstellung 31

Abbildung 13: Diabetes-Typ-2 ambulante Behandlungshäufigkeit nach Altersgruppen in %, Wuppertal, 2024. Quelle: KVNO und KVWL (2026), eigene Darstellung..... 34

Abbildung 14: Diabetes-Typ-2 ambulante Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2016-2024. Quelle: KVNO und KVWL (2026), eigene Darstellung 35

Abbildung 15: Diabetes-Typ-2 stationäre Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2014-2024. Quelle: LfGA NRW (2026h), eigene Darstellung 36

Abbildung 16: COPD ambulante Behandlungshäufigkeit nach Altersgruppen in %, Wuppertal, 2024. Quelle: KVNO und KVWL (2026), eigene Darstellung 38

Abbildung 17: COPD ambulante Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2016-2024. Quelle: KVNO und KVWL (2026), eigene Darstellung..... 39

Abbildung 18: COPD stationäre Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2014-2024. Quelle: LfGA NRW (2026h), eigene Darstellung..... 40

Abbildung 19: Krebsneuerkrankungen je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2006-2023. Quelle: Landeskrebsregister NRW (2026), eigene Darstellung..... 42

Abbildung 20: Krebsneuerkrankungen nach Krebsarten in %, Frauen, 2023. Quelle: Landeskrebsregister NRW (2026), eigene Darstellung..... 43

Abbildung 21: Krebsneuerkrankungen nach Krebsarten in %, Männer, 2023. Quelle: Landeskrebsregister NRW (2026), eigene Darstellung..... 44

Abbildung 22: Krebssterbefälle je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2006-2023. Quelle: Landeskrebsregister NRW (2026), eigene Darstellung..... 45

Abbildung 23: Krebserkrankungen stationäre Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung, Wuppertal und NRW, 2014-2024. Quelle: LfGA NRW (2026h), eigene Darstellung 47

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Vermeidbare Sterbefälle in Fünf-Jahres-Mittelwerten nach ausgewählten Diagnosen in der Altersgruppe 0-64 Jahren, Wuppertal, 2024. Quelle: LfGA NRW (2026g), eigene Darstellung 24

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GISD	German Index of Socioeconomic Deprivation
IT.NRW	Landesbetrieb Information und Technik NRW
KVNO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen
LfGA NRW	Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW
NCDs	Nichtübertragbare Erkrankungen (Non-Communicable Diseases)
RKI	Robert Koch-Institut
WHO	Weltgesundheitsorganisation

6. LITERATURVERZEICHNIS

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

AOK Rheinland/Hamburg (2025). Gesundheitsreport 2025. https://www.aok.de/pk/magazin/cms/fileadmin/pk/rheinland-hamburg/pdf/aok-rh-gesundheitsreport-2025.pdf

AOK-Bundesverband, Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2025). Public Health Index. https://www.aok.de/pp/fileadmin/bereiche/unternehmenskommunikation/Agenda/Public_Health/PHI_2025_GESAMT_RZ_bf_online.pdf

Baumert, J., Reitzle, L., Brinks, R., Kuhnert, R. & Heidemann, C. (2025). Entwicklung von Prävalenz und Fallzahl des diagnostizierten Typ-2-Diabetes in Deutschland: Prognosen bis 2050. Journal of Health Monitoring, 10(3), e13352. https://doi.org/10.25646/13352

Bundesministerium für Gesundheit (2022). Bestandsaufnahme zur Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Langversion). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/bestandsaufnahme-zur-bewegungsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen-in-deutschland-langversion.html

Bundesministerium für Gesundheit (2024). Bestandsaufnahme der Bewegungsförderung bei Erwachsenen (18–64 Jahre) in Deutschland (Langversion). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/bestandsaufnahme-der-bewegungsfoerderung-bei-erwachsenen-18-64-jahre-in-deutschland.html

Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat (2024). Deutschland, wie es isst – der BMEL-Ernährungsreport 2024. https://www.bmleh.de/DE/themen/ernaehrung/ernaehrungsreport2024.html

Claßen, T. (2020). Gesundheitsförderliche Stadtentwicklung. Informationen zur Raumentwicklung, 47(1), 4–17. https://elibrary.steiner-verlag.de/article/99.105010/izr202001000401

Destatis – Statistisches Bundesamt (2026a). Haushalte und Haushaltsmitglieder. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/1-1-privathaushalte-haushaltsmitglieder.html

Destatis - Statistisches Bundesamt (2026b). Sterbefälle und Lebenserwartung – Entwicklung im Jahr 2022 https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefaelle-2022.html

Fachbereich Statistik und Wahlen Stadt Wuppertal (2026). Raumbezogene Daten.

Geyer, S. (2025). Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-i109-1.0

Huber, V., Breitner-Busch, S., He, C., Matthies-Wiesler, F., Peters, A. & Schneider, A. (2024). Heat-Related Mortality in the Extreme Summer of 2022—an Analysis Based on Daily Data. Deutsches Arzteblatt International, 121(3), 79–85. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0254

IT.NRW – Landesbetrieb Information und Technik NRW (2025a). Bevölkerungsvorausberechnung für NRW. https://statistik.nrw/service/veroeffentlichungen/statistik-kompakt/bevoelkerungsvorausberechnung-fuer-nrw#pts_4604

Jordan, S., Löbl, S. (2026). Die allgemeine Gesundheitskompetenz Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Panels „Gesundheit in Deutschland“ 2024. J Health Monit. 2026;11:04. https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloadsJ/FactSheets/JHealthMonit_2026_11_04_Gesundheitskompetenz.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und Westfalen-Lippe (2026). Ambulante Behandlungsprävalenzen

Kaatsch, P., Spix, C., Katalinic, A. & Hentschel, S. (2012). Krebs in Deutschland 2007/2008. Robert Koch-Institut. http://dx.doi.org/10.25646/3161

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Haslbeck, J., Apfel, F. & Tsouros, A. (Hrsg.). (2016). Gesundheitskompetenz. Die Fakten. WHO Regionalbüro für Europa. https://www.careum.ch/documents/20181/113461/KPB_WHO_Gesundheitskompetenz_Fakten/1b5693c2-cfa7-4c8c-82a1-e6edf4dab1db

Kotz, D., Acar, Z. & Klosterhalfen, S. (2022). Konsum von Tabak und E-Zigaretten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen über den Zeitraum Juni 2016 bis November 2022. Institut für Allgemeinmedizin (ifam). https://www.debra-study.info/wp-content/uploads/2022/12/Factsheet-09-v3.pdf

Kurz, C. & Osterloh, F. (2023). Prävention: Vorbeugen statt heilen. Deutsches Ärzteblatt, 287–294. https://www.aerzteblatt.de/archiv/titel/dae/2023/7/praevention-vorbeugen-statt-heilen-bab610c3-79b9-45ea-808c-5c3facc41f4e

Landeskrebsregister NRW (2026). Krebs in Nordrhein-Westfalen 2023.

LfGA NRW – Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz (2026a). Indikator 2.18 Erwerbstätige nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Regionen, 2024. https://www.lzg.nrw.de/00indi/00neu/dist/index.html#/indicators/020180005

LfGA NRW – Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz (2026b). Indikator 2.21 Arbeitslose nach Personengruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2024. https://www.lzg.nrw.de/00indi/00neu/dist/index.html#/keywords/indicators/020210005

LfGA NRW – Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz (2026c). Indikator 2.16 Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2022. https://www.lzg.nrw.de/00indi/00neu/dist/index.html#/keywords/indicators/020160005

LfGA NRW – Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz (2026d). Indikator 2.13_01 Bevölkerung nach dem Schulabschluss, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2024. https://www.lzg.nrw.de/00indi/00neu/dist/index.html#/keywords/indicators/020130105

LfGA NRW – Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz (2026e). Todesursachenstatistik.

LfGA NRW – Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz (2026f). Indikator 3.10 Lebenserwartung nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2022/2024. https://www.lzg.nrw.de/00indi/00neu/dist/index.html#/keywords/indicators/030100005

LfGA NRW – Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz (2026g). Indikator 3.14 Vermeidbare Sterbefälle nach ausgewählten Diagnosen, Nordrhein-Westfalen nach

Verwaltungsbezirken, Mittelwert 2020 – 2024. https://www.lzg.nrw.de/00indi/00neu/dist/index.html#/keywords/indicators/030140005

LfGA NRW – Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz (2026h). Krankenhausdiagnosestatistik.

Manz, K., Krug, S. (2022). Veränderung des Sporttreibens und der aktiven Wegstrecken seit der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der Studie GEDA 2021. J Health Monit 7(4): 24–38. DOI 10.25646/10665

Michalski, N., Soliman, L. O., Reis, M., Tetzlaff, F., Nowossadeck, E. & Hoebel, J. (2026). German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD). Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.18983808

RKI – Robert Koch-Institut (2025). Surveillance nichtübertragbarer Krankheiten. https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/NCD-Surveillance_inhalt.html

Starker, A., Schienkiewitz, A., Damerow, S., Kuhnert, R. (2025). Verbreitung von Adipositas und Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland – Entwicklung von 2003 bis 2023. J Health Monit. 2025;10(1):e 12990. doi: 10.25646/12990

Steinberg, A. W., Ozga, J. E., Tang, Z., Stanton, C. A., Sargent, J. D. & Paulin, L. M. (2025). Gender, tobacco and chronic obstructive pulmonary disease: analysis of the 2020 National Health Interview Survey. BMJ Open Respiratory Research, 12, e002462. https://doi.org/10.1136/bmjresp-2024-002462

Steppuhn, H., Buda, S., Wienecke, A., Kraywinkel, K., Tolksdorf, K., Haberland, J., Laußmann, D. & Scheidt-Nave, C. (2017). Zeitliche Trends in der Inzidenz und Sterblichkeit respiratorischer Krankheiten von hoher Public-Health-Relevanz in Deutschland. Journal of Health Monitoring, 2(3). DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-049

Steppuhn, H., Baumert, J., Rücker, V., Günther, K., Wengler, A., Tetzlaff, F., et al (2025). Zeitliche Entwicklung der Mortalität der koronaren Herzkrankheit in Deutschland von 1998 bis 2023. J Health Monit. 2025;10(2):e 13127. doi: 10.25646/13127

Tönnies, T., Röckl, S., Hoyer, A., Heidemann, C., Baumert, J., Du, Y., Scheidt-Nave, C. & Brinks, R. (2019). Projected number of people with diagnosed Type 2 diabetes in Germany in 2040. Diabetic Medicine, 36(10), 1217–1225. https://doi.org/10.1111/dme.13902

WHO – World Health Organization (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. https://iris.who.int/handle/10665/349654

WHO – World Health Organization (2022). Radfahren und Zufußgehen können dazu beitragen, Bewegungsmangel und Luftverschmutzung zu verringern, Menschenleben zu retten und das Klima zu schützen. https://www.who.int/europe/de/news/item/07-06-2022-cycling-and-walking-can-help-reduce-physical-inactivity-and-air-pollution--save-lives-and-mitigate-climate-change

WHO – World Health Organization (2025a). WHO-Regionalbüro für Europa setzt fachlichen Beirat für nichtübertragbare Krankheiten ein, um die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten zu reformieren und ihr neue Impulse zu verleihen. https://www.who.int/europe/de/news/item/14-12-2020-who-europe-forms-ncd-advisory-council-to-inspire-and-reform-prevention-and-management-of-ncds

WHO – World Health Organization (2025b). WHO Mortality Database. https://www.who.int/data/data-collection-tools/who-mortality-database

WHO – World Health Organization (2025c). Chronic respiratory diseases in the WHO European Region. https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12340-52112-79990

WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK. Gesundheitsatlas Deutschland COPD. https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/erkrankung/copd?activeValueType=praevalenceStd&activeLayerType=state

7. METHODIK

7.1. GLOSSAR

Epidemiologische Maßzahl	**Erläuterung**
Absolute Fälle	Tatsächliche, gezählte Anzahl von Personen, die an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind oder ein spezifisches Gesundheitsereignis innerhalb einer definierten Bevölkerung und eines bestimmten Zeitraums erlebt haben.
Raten je 100.000 Einwohner	Normierung (Standardisierung) von Raten, um die Häufigkeit von Krankheiten oder anderen gesundheitsbezogenen Ereignissen in Populationen unterschiedlicher Größe vergleichbar zu machen.
Altersstandardisierung	Altersstandardisierung in der Epidemiologie ist ein statistisches Verfahren, um die Altersstruktur verschiedener Populationen auszugleichen, damit Krankheits- oder Sterberaten vergleichbar werden, da ältere Menschen oft höhere Raten haben. Es wird eine "künstliche" Rate berechnet, die angibt, wie hoch die Rate wäre, wenn alle verglichenen Gruppen die gleiche Altersverteilung wie eine definierte Standardbevölkerung hätten
Ambulante Behandlungshäufigkeit (Behandlungsprävalenz)	Die ambulante Behandlungsprävalenz bezeichnet den Anteil der Bevölkerung, der innerhalb eines bestimmten Zeitraums eine ambulante medizinische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nimmt. Im Gegensatz zur allgemeinen Prävalenz erfasst die Behandlungsprävalenz nur die Personen, die tatsächlich Kontakt mit dem Versorgungssystem hatten.
Inzidenz	Die Inzidenz zählt die Neuerkrankungen innerhalb eines vorgegebenen Zeitraumes und setzt sie in Bezug zur nicht-kranken Bevölkerung.

Prävalenz	Häufigkeit einer Erkrankung in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.

7.2. DATENBESCHREIBUNG

AMBULANTE BEHANDLUNGSHÄUFIGKEIT DER KVNO UND KVWL

Gezählt werden lediglich gesicherte Diagnosen nach dem M2Q Kriterium (Diagnose wurde mindestens in zwei Quartalen dokumentiert). Die Grundgesamtheit für die Berechnungen der Prävalenzen bilden alle in dem Kreis/in der Gemeinde wohnhaften, gesetzlich Versicherten, die im jeweiligen Jahr mindestens einmal vertragsärztlich behandelt worden sind. Die Daten decken damit rund 85 Prozent der Grundgesamtheit ab. Die Datenqualität ist sehr hoch, die Prävalenzen stehen weitestgehend im Einklang mit Schätzungen aus epidemiologischen Studien.

KRANKENHAUSDIAGNOSESTATISTIK

Die Krankenhausstatistik erstreckt sich auf alle Krankenhäuser. Die Meldungen zur Diagnosestatistik beziehen sich auf alle im Laufe des Berichtsjahres entlassenen vollstationären Patientinnen und Patienten. Die Angaben betreffen auch die im Krankenhaus verstorbenen Patientinnen und Patienten, nicht jedoch teilstationär oder ambulant behandelte Patientinnen und Patienten sowie gesunde Neugeborene. Patientinnen und Patienten, die mehrfach innerhalb eines Jahres vollstationär behandelt wurden, werden auch mehrfach erfasst. Dies ist bei der Auswertung zu beachten, vor allem bei Diagnosen, die häufig mit wiederholten Krankenhausaufnahmen einhergehen, wie z. B. bestimmte Krebserkrankungen. In diesen Fällen kann aus der Zahl der Krankenhausfälle nur bedingt auf die Behandlungshäufigkeit in der Bevölkerung geschlossen werden. Als Hauptdiagnose ist diejenige zum Zeitpunkt der Entlassung bekannte Diagnose angegeben, die hauptsächlich die Behandlungsdauer bzw. den Umfang der medizinischen Leistungen bestimmt hat. Sie ist entsprechend der dreistelligen ICD-10 Klassifikation verschlüsselt.

LANDESKREBSREGISTER

Die Daten geben die regionalen Häufigkeiten von Krebsneuerkrankungen und von Krebssterbefällen in NRW für das Jahr 2023 und vorangegangene Jahre, bezogen jeweils auf den Wohnort zum Zeitpunkt der erstmaligen Diagnosestellung (Inzidenz) bzw. zum

Todeseintritt (Mortalität), an. Sofern eine Person im Laufe ihres Lebens von verschiedenen Tumoren betroffen ist, kann sie über die Darstellung der einzelnen Tumorinzidenzen mehrfach in die Berichtsauswertungen eingehen.

TODESURSACHENSTATISTIK

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).

8. ANHANG

Anhang 1: Früherkennungsuntersuchungen von gesetzlichen Krankenkassen

Alter	Frauen	Männer
18 – 25 Jahre	• Gesundheits-Check-up: Einmalig (18–35 J.) • Chlamydien: Jährlich (bis 25 J.) • Krebsvorsorge: Jährlich Genitaluntersuchung (Pap-Abstrich) (ab 20 J.)	• Gesundheits-Check-up: Einmalig (18–35 J.)
ab 30 Jahren	• Brust/Haut: Jährliche Untersuchung + Anleitung zur Selbstuntersuchung	• Keine neuen Leistungen
ab 35 Jahren	• Check-up: Alle 3 Jahre (Niere, Herz, Diabetes) • Hepatitis B/C: Einmalig (im Check-up) • Hautkrebs: Alle 2 Jahre Screening • Gebärmutterhals: Alle 3 Jahre Kombi-Test (Pap + HPV)	• Check-up: Alle 3 Jahre (Niere, Herz, Diabetes) • Hepatitis B/C: Einmalig (im Check-up) • Hautkrebs: Alle 2 Jahre Screening
ab 45 Jahren	• Keine neuen Leistungen	• Krebsvorsorge: Jährlich Genitalien & Prostata
ab 50 Jahren	• Darmkrebs: Wahlweise alle 2 Jahre Stuhltest oder zwei Darmspiegelungen im Abstand von 10 Jahren • Lungenkrebs: Jährliches CT für ehemalige oder aktuelle Raucherinnen und Raucher • Brustkrebs: Alle 2 Jahre Mammographie	• Darmkrebs: Jährlicher Stuhltest oder zwei Darmspiegelungen im Abstand von 10 Jahren • Lungenkrebs: Jährliches CT für ehemalige oder aktuelle Raucherinnen und Raucher
ab 65 Jahren	• Keine neuen Leistungen	• Aneurysma: Einmaliger Ultraschall der Bauchschlagader