



Gesundheitsatlas Herzinsuffizienz

Fokus: Mecklenburg-Vorpommern
Regionale Kennzahlen zur Krankheitshäufigkeit

Impressum

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des
Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO).

Gesundheitsatlas Herzinsuffizienz Fokus: Mecklenburg-Vorpommern

Berlin, September 2026

Dr. Katrin Schüssel, Sarah Ashrafian, Henriette Weirauch,
Dr. Andreas Schlotmann, Gabriela Brückner, Helmut Schröder

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)
im AOK-Bundesverband eGbR
Arbeitsgemeinschaft von Körperschaften
des öffentlichen Rechts
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin

Geschäftsführender Vorstand:
Dr. Carola Reimann (Vorsitzende)
Jens Martin Hoyer (stellv. Vorsitzender)
<https://www.aok.de/pp/impressum/>

Aufsichtsbehörde:
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung –SenGPG–
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Titelfoto: [istockphoto.com/](https://www.istockphoto.com/) eyewave
Ort: Schloss Schwerin

Redaktioneller Hinweis in eigener Sache: Um verschiedenen Geschlechtsidentitäten
Rechnung zu tragen, wird vorrangig eine geschlechterneutrale Formulierung genutzt.

Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung
(gleich welcher Art), auch von Teilen des Werkes,
bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung.

E-Mail: wido@wido.bv.aok.de
Internet: <https://www.wido.de>
Weitere Informationen unter: www.gesundheitsatlas-deutschland.de

Inhalt

Vorwort.....	5
1 Zusammenfassung – die wichtigsten Ergebnisse auf einen Blick	6
Zum Hintergrund.....	9
2 Herzinsuffizienz – Krankheitshäufigkeit in Deutschland und in Mecklenburg-Vorpommern	10
3 Faktoren, die im Zusammenhang mit Herzinsuffizienz stehen	21
Herzinsuffizienz und Siedlungsstruktur.....	22
Herzinsuffizienz und Deprivation	23
Herzinsuffizienz und Rauchen	24
Herzinsuffizienz und Bluthochdruck	25
Herzinsuffizienz und Typ-2-Diabetes	26
Herzinsuffizienz und Osteoporose	27
Abbildungsverzeichnis.....	28
Kartenverzeichnis.....	29
Tabellenverzeichnis.....	30
Anhang.....	31

Vorwort

Herzinsuffizienz ist ein Gesundheitsproblem, das mehrere Millionen Menschen in Deutschland betrifft und in der Regel als Folge kardiovaskulärer Erkrankungen auftritt. Da die Herzinsuffizienz mit zunehmendem Lebensalter häufiger vorliegt, nimmt dieser Gesundheitsatlas die erwachsenen Einwohnerinnen und Einwohner ab 30 Jahre in den Blick. Die Herzinsuffizienz ist in vielerlei Hinsicht eine bedeutsame Erkrankung, da sie chronisch fortschreitend verläuft, mit einer hohen Sterblichkeit einhergeht und hohe Folgekosten im Gesundheitswesen verursacht. Zugleich gibt es aber auch Möglichkeiten zur gezielten Prävention.

Der Gesundheitsatlas stellt Ergebnisse auf der Bundesebene, in den Bundesländern, in einzelnen Kreisen und in den deutschen Großstädten dar. Darüber hinaus werden Zusammenhänge mit regionalen Faktoren ermittelt. Der Gesundheitsatlas bietet Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern in den Regionen sowie interessierten Bürgerinnen und Bürgern Hintergrundinformationen zum Thema Herzinsuffizienz und detaillierte Auswertungen zur Verbreitung der Erkrankung in Deutschland.

Die Ergebnisse des Gesundheitsatlas betonen, wie wichtig das Thema Herzinsuffizienz in Deutschland ist. Das wirksamste Mittel zur Verhinderung von Herzinsuffizienzfällen liegt in der Prävention, und zwar mit einem gesunden Lebensstil, lebenslanger körperlicher Aktivität und Rauchprävention. Das beugt der Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen und in deren Folge einer Herzinsuffizienz vor. Alle Maßnahmen dazu auf regionaler Ebene und in allen Gesellschaftsschichten sind zu begrüßen, um ein gesundes Leben für alle Menschen in Deutschland zu ermöglichen.

Seit 2019 erscheint jährlich eine Ausgabe des Gesundheitsatlas des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO), der die Gesundheitssituation aller Einwohnerinnen und Einwohner in den 400 Landkreisen und Städten Deutschlands transparent macht. Mit der aktuellen achten Ausgabe des Gesundheitsatlas sollen Diskussionen über Ursachen, Verbreitung und Folgen von Herzinsuffizienz angeregt werden. Da die Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben insbesondere in den Kommunen geschaffen werden, können die regionalen Informationen des Gesundheitsatlas die Verantwortlichen vor Ort unterstützen.

Wir bedanken uns sehr herzlich bei allen, die zum Gelingen dieser Ausgabe des Gesundheitsatlas beigetragen haben. Das Hochrechnungsverfahren, das regionale Aussagen über die Gesundheitssituation aller Einwohnerinnen und Einwohner in Deutschland ermöglicht, hat das WiDO gemeinsam mit Prof. Dr. Ralf Münnich und seinem Team am Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialstatistik an der Universität Trier entwickelt. Renée Madelaine Kuhr und Valentin Schenkel haben als studentische Mitarbeitende bei der Literaturrecherche, bei der Erstellung von Textabschnitten in den Regionalberichten und beim Korrekturlesen beziehungsweise bei der statistischen Verarbeitung der Daten großartige Unterstützung geleistet. Das Team des GKV-Arzneimittelindex im WiDO stellte die Zeitreihe zu den Arzneimittelverordnungsmengen für gesetzlich Krankenversicherte zur Verfügung. Weiterhin danken wir Dr. Eike Eymers vom Stabsbereich Medizin im AOK-Bundesverband für die wertvollen Anregungen und Kommentierungen. Unser Dank gilt darüber hinaus Peter Willenborg von der Pressestelle des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO), der uns mit seiner Kommunikationsexpertise dabei unterstützt, die Zahlen und Fakten des Gesundheitsatlas verständlich zu präsentieren und für die Öffentlichkeit nutzbringend aufzubereiten. Ein weiterer Dank geht an die Kolleginnen und Kollegen der AOK Medien GmbH, mit denen das Grafikkonzept des Gesundheitsatlas erstellt wurde und die uns helfen, den Gesundheitsatlas auch auf Papier optimal aussehen zu lassen.

Berlin, im September 2026

1 Zusammenfassung – die wichtigsten Ergebnisse auf einen Blick

Eine Herzinsuffizienz, umgangssprachlich auch als Herzschwäche bezeichnet, ist eines der häufigsten Gesundheitsprobleme des Herz-Kreislauf-Systems. Sie tritt als Folge anderer Krankheiten auf, zu denen insbesondere die koronare Herzkrankheit und Bluthochdruck zählen. Der Gesundheitsatlas stellt umfassende Hintergrundinformationen zur Entstehung und zu Risikofaktoren für Herzinsuffizienz zur Verfügung. Er beleuchtet das Thema aus der Perspektive der betroffenen Patientinnen und Patienten, beschreibt Folgen für das Gesundheitswesen und skizziert das Präventionspotenzial.

Im Gesundheitsatlas werden Zahlen und Fakten rund um das Thema Herzinsuffizienz dargestellt. Diese Ergebnisse basieren auf Krankenkassen-Routinedaten, also ärztlich dokumentierten Diagnosen aus dem Versorgungsalltag. Alle Patienten mit Herzinsuffizienz, die ärztliche Hilfe aufgrund der Erkrankung in Anspruch genommen haben, werden erfasst. Die Alters- und Geschlechtsunterschiede und regionale Unterschiede der Herzinsuffizienzhäufigkeit bei den Einwohnerinnen und Einwohnern in den Regionen Deutschlands werden beschrieben. Grundlage der Ergebnisse ist ein vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) in Zusammenarbeit mit der Universität Trier entwickeltes statistisches Verfahren, das ausgehend von den AOK-Routinedaten eine alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierende Hochrechnung auf die gesamte Bevölkerung ermöglicht. So sind Aussagen zur Krankheitshäufigkeit für alle Einwohner Deutschlands möglich, regional gegliedert nach den 400 Kreisen und kreisfreien Städten.

Mehr als 3 Millionen Menschen in Deutschland betroffen

In Deutschland sind insgesamt 3,2 Millionen Menschen von einer Herzinsuffizienz betroffen. Dies entspricht einer Prävalenz von 5,5 Prozent unter allen Einwohnerinnen und Einwohnern ab einem Alter von 30 Jahren. Während der Jahre der Corona-Pandemie (2020 und 2021) haben sich die Fallzahlen rückläufig entwickelt, möglicherweise infolge einer Übersterblichkeit von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz in diesem Zeitraum.

Knapp 80 Tausend Betroffene in Mecklenburg-Vorpommern

Im Jahr 2024 waren in Mecklenburg-Vorpommern 74,9 Tausend Menschen ab dem 30. Lebensjahr von Herzinsuffizienz betroffen. Die Prävalenz liegt damit bei 6,7 Prozent. Der niedrigste Anteil innerhalb des Bundeslandes findet sich mit 5,2 Prozent in Rostock. Den höchsten Wert verzeichnet der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte: Dort sind 8,1 Prozent der Bevölkerung betroffen. In der Landeshauptstadt Schwerin liegt die Prävalenz bei 6,4 Prozent.

Als größte Stadt Mecklenburg-Vorpommerns bietet sich für Rostock ein Vergleich mit anderen deutschen Großstädten ähnlicher Größe (unter 500.000 Einwohnerinnen und Einwohner) an. Mit einer Prävalenz von 5,2 Prozent liegt Rostock auf ähnlichem Niveau wie der Bundesdurchschnitt von 5,5 Prozent und befindet sich damit im Mittelfeld aller deutschen Großstädte. Im „fairen“ Vergleich (nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung auf die Bundesbevölkerung) sinkt der Wert für Rostock leicht auf 4,7 Prozent und bleibt damit weiterhin im mittleren Bereich des bundesweiten Städterankings verortet.

Herzinsuffizienzhäufigkeit steigt mit dem Alter und Männer sind etwas häufiger betroffen

Die Herzinsuffizienz tritt vor allem bei älteren Menschen auf: Während die Krankheitshäufigkeit bis zu einem Alter von 49 Jahren unter 2 Prozent liegt, steigt diese mit dem Alter stark an und erreicht den Häufigkeitsgipfel in der Altersgruppe ab 90 Jahre. In dieser Gruppe sind in Mecklenburg-Vorpommern 35,5 Prozent der Männer und 28,2 Prozent der Frauen von Herzinsuffizienz betroffen.

Der Geschlechtsunterschied ist erwartbar, weil Männer häufiger von einer koronaren Herzkrankheit bzw. von Herzinfarkten betroffen sind und diese eine der wichtigsten Ursachen für die Entstehung einer Herzinsuffizienz sind. Als Erklärungsansatz für die Geschlechtsunterschiede kommen biologische Faktoren sowie unterschiedliche Häufigkeiten von Risikofaktoren wie das Rauchverhalten oder Bluthochdruck (Hypertonie) bei Männern und Frauen in Frage. Das Rauchen stellt einen wichtigen Risikofaktor für kardiovaskuläre Krankheiten dar und in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten war der Raucheranteil unter den Männern stets deutlich höher als unter den Frauen. Die Herzinsuffizienzhäufigkeit in Mecklenburg-Vorpommern ist hinsichtlich des Altersverlaufs vergleichbar mit den bundesweiten Ergebnissen. Allerdings liegen die Prävalenzen vor allem bei Männern in den mittleren Altersgruppen über dem Bundesdurchschnitt.

Östliche Bundesländer stärker betroffen

Die Herzinsuffizienzhäufigkeit unterscheidet sich in den einzelnen Bundesländern deutlich. Besonders niedrige Krankheitshäufigkeiten weisen Hamburg (3,8 Prozent), Bremen (4,5 Prozent) und Berlin (4,6 Prozent) auf. Den höchsten Herzinsuffizienzanteil hat Sachsen-Anhalt (8,9 Prozent), gefolgt von Thüringen (8,5 Prozent) und Sachsen (7,9 Prozent). Im „fairen“ Vergleich – nach Korrektur der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtszusammensetzung der Bevölkerungen in den Bundesländern – bleibt Hamburg das Bundesland mit der niedrigsten Herzinsuffizienzhäufigkeit, nun gefolgt von Schleswig-Holstein und Bremen. Die Bundesländer mit den anteilig meisten Herzinsuffizienz-Patientinnen und -Patienten bleiben auch im „fairen“ Vergleich Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen.

Spanne der regionalen Unterschiede auf Kreisebene beträgt fast das Fünffache

Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz in den 400 Landkreisen und kreisfreien Städten in Deutschland unterscheidet sich sehr deutlich. Die Region mit dem geringsten Anteil an Herzinsuffizienz-Patienten ist Frankfurt am Main mit 2,8 Prozent, am stärksten betroffen ist der Landkreis Mansfeld-Südharz in Sachsen-Anhalt mit 13,9 Prozent. Sehr niedrige Herzinsuffizienzprävalenzen finden sich in vielen Kreisen um Hamburg, um München, im Rhein-Main-Gebiet und im südlichen Baden-Württemberg. Überdurchschnittlich hohe Prävalenzen gibt es dagegen in vielen Kreisen in Ostdeutschland sowie in Nord- und Ostbayern. Die Zahl der Betroffenen in diesen Regionen ist auch unter Berücksichtigung der spezifischen Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung vergleichsweise groß.

Dünn besiedelte ländliche Regionen stärker betroffen – teils wegen älterer Bevölkerung

Deutschlandweit kommt die Herzinsuffizienz in dünn besiedelten ländlichen Regionen mit 6,8 Prozent überdurchschnittlich häufig vor, in Metropolen ab 500.000 Einwohnerinnen und Einwohnern liegt der Wert dagegen nur bei 4,4 Prozent. Diese Differenz kann jedoch zu einem gewissen Teil durch Unterschiede in der regionalen Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht erklärt werden. Denn im „fairen“ Vergleich (alters- und geschlechtsstandardisiert) reicht die Spanne zwischen den Siedlungsstrukturtypen nur noch von 4,9 Prozent in Metropolen bis zu 6,4 Prozent in dünn besiedelten ländlichen Regionen.

Herzinsuffizienz häufiger in Regionen mit mehr materieller und sozialer Benachteiligung

Materiell und sozial benachteiligte Menschen sind häufiger von einer Herzinsuffizienz betroffen als Menschen mit einem hohen sozialen Status. Dieser Zusammenhang, der durch zahlreiche Untersuchungen bekannt ist, zeigt sich auch im Vergleich der 400 Kreise und kreisfreien Städte in Deutschland. In Regionen, die nach dem Deprivationsindex „German Index of Socioeconomic Deprivation“ (GISD) des Robert Koch-Instituts einen Mangel an materiellen und sozialen Ressourcen unter Berücksichtigung von Faktoren wie Einkommen, Beschäftigung oder Bildung aufweisen, gibt es überdurchschnittlich viele Herzinsuffizienz-Patientinnen und -Patienten. In den

ökonomisch und sozial besonders benachteiligten Regionen liegt der Herzinsuffizienzanteil bei 6,8 Prozent. In Regionen, die die beste materielle und soziale Ausgangssituation haben, sind nur 4,4 Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner von Herzinsuffizienz betroffen. Nur ein kleiner Teil dieses Unterschieds kann über regional unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstrukturen erklärt werden. Es sind weitere Forschungsarbeiten nötig, um zu ermitteln, welche Rolle psychosoziale Faktoren und Umgebungsfaktoren wie Arbeits- und Lebensbedingungen der Herzinsuffizienz-Patienten für den beobachteten Zusammenhang mit der Deprivation spielen.

Zusammenhang mit dem Risikofaktor Rauchen

Rauchen ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen, in deren Folge wiederum eine Herzinsuffizienz auftreten kann. Ein Vergleich auf regionaler Ebene bestätigt die aus der wissenschaftlichen Literatur bekannten Zusammenhänge: In Regionen mit besonders vielen Raucherinnen und Rauchern liegt der Anteil der Herzinsuffizienz-Patientinnen und -Patienten bei 6,6 Prozent, in Regionen mit wenigen Rauchenden dagegen nur bei 4,7 Prozent. Werden die regional unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstrukturen berücksichtigt, verringert sich dieser Unterschied nur leicht.

Bluthochdruck und Typ-2-Diabetes stehen mit der Häufigkeit von Herzinsuffizienz in Zusammenhang

Verschiedene Einzelfaktoren des metabolischen Syndroms – nämlich Bluthochdruck (Hypertonie), Fettstoffwechselstörungen (Dyslipidämie), starkes Übergewicht (Adipositas) und Blutzuckererkrankungen (Diabetes mellitus) – sind jeweils Risikofaktoren für die Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen und in deren Folge einer Herzinsuffizienz. Für den vorliegenden Gesundheitsatlas Herzinsuffizienz wurde der Zusammenhang mit Bluthochdruck sowie Typ-2-Diabetes auf regionaler Ebene untersucht. Die Ergebnisse bestätigen die aus der wissenschaftlichen Literatur bekannten Zusammenhänge: In Regionen mit wenigen Hypertoniepatientinnen und -patienten liegt der Herzinsuffizienz-Patientenanteil bei 4,2 Prozent, in Regionen mit besonders vielen Hypertoniepatienten dagegen bei 8,4 Prozent. Der Zusammenhang mit Typ-2-Diabetes ist ähnlich ausgeprägt. Hier reicht die Spanne von 4,3 Prozent bis zu 8,1 Prozent. Werden die regional unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstrukturen berücksichtigt, verringern sich die Unterschiede nur leicht. Die deutlichen Zusammenhänge zwischen der Herzinsuffizienzprävalenz und der Häufigkeit von Bluthochdruck beziehungsweise Typ-2-Diabetes bleiben im Wesentlichen bestehen.

Mehr Herzinsuffizienz in Regionen mit hohem Osteoporoseanteil – wegen gemeinsamer Risikofaktoren?

Osteoporose und Herzinsuffizienz sind beides Erkrankungen, die in höherem Alter gehäuft auftreten. Außerdem haben sie gemeinsame, überlappende Risikofaktoren, nämlich Rauchen und Bewegungsmangel. Die Analyse der regionalen Häufigkeiten von Herzinsuffizienz und Osteoporose zeigt einen statistischen Zusammenhang: In Regionen mit einem hohen Anteil von Osteoporose Betroffener tritt auch häufiger Herzinsuffizienz auf (8,1 Prozent) als in Regionen, in denen weniger Osteoporosepatienten leben (4,3 Prozent). Diese Abweichungen können zu einem bestimmten Anteil durch die Alters- und Geschlechtsunterschiede der verschiedenen Regionen in Deutschland erklärt werden. Aber auch nach der Alters- und Geschlechtsstandardisierung ist der Unterschied im „fairen Vergleich“ noch deutlich. Die Spanne der Herzinsuffizienzhäufigkeit reicht dann von 4,5 bis 7,3 Prozent im Vergleich der Regionen mit dem niedrigsten bzw. höchsten Osteoporoseanteil. Es kann daher vermutet werden, dass das gehäufte Vorhandensein überlappender Risikofaktoren in diesen Regionen wirksam wird und den statistisch gefundenen Zusammenhang erklären kann.

Zum Hintergrund

Herzinsuffizienz: Was ist das?

Eine Herzinsuffizienz, umgangssprachlich auch als Herzschwäche bezeichnet, ist genaugenommen keine eigenständige Erkrankung, sondern ein Symptomkomplex, der infolge anderer Krankheiten auftritt. Diese betreffen in aller Regel das Herz und das Herz-Kreislauf-System. Durch eine Schädigung des Herzens ist dieses nicht mehr in der Lage, den Körper mit ausreichend Blut und Sauerstoff zu versorgen. Patientinnen und Patienten merken dies an den Symptomen Atemnot, geringer körperlicher Belastbarkeit, schneller Erschöpfung, Müdigkeit und Einlagerung von Flüssigkeit aufgrund der verringerten Pumpleistung des Herzens. Die Symptome beeinträchtigen also die Lebensqualität der Betroffenen deutlich.

Hohe Sterblichkeit und hohe Kosten

Die Herzinsuffizienz geht mit einer hohen Sterblichkeit einher und war im Jahr 2024 bei fast 4 Prozent aller Todesfälle in Deutschland dokumentiert. Zudem ist die Herzinsuffizienz mit Krankheitskosten von 9,2 Milliarden Euro für knapp 2 Prozent der Gesundheitsausgaben in Deutschland verantwortlich. Die Kosten entstehen vor allem durch Krankenhausaufenthalte und sind bei steigendem Schweregrad höher.

Prävention muss sich auf Rauchen, körperliche Aktivität und Bluthochdruck fokussieren

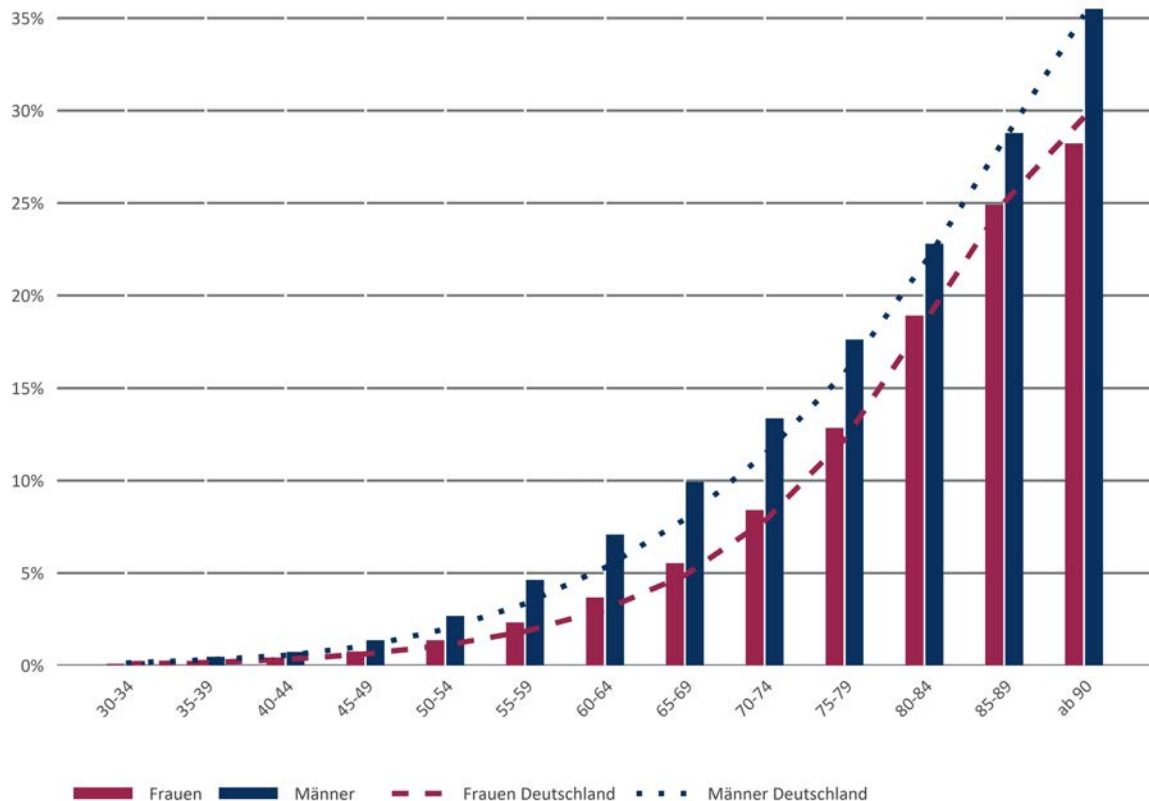
Es gibt eine Vielzahl an verschiedenen Risikofaktoren, die die Entwicklung kardiovaskulärer Krankheiten und in deren Folge einer Herzinsuffizienz begünstigen. Dazu zählen Rauchen, Bluthochdruck (Hypertonie), Blutzuckerkrankheit (Diabetes mellitus), starkes Übergewicht (Adipositas), Fettstoffwechselstörungen (Dyslipidämien) und Lebensstilfaktoren (Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung). Die Prävention des Tabakrauchens kann daher zur Vermeidung zukünftiger Erkrankungen beitragen. Außerdem kann mit einer gesunden Ernährung und ausreichend körperlicher Aktivität sowie einer guten Behandlung von Bluthochdruck das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen deutlich gesenkt werden.

2 Herzinsuffizienz – Krankheitshäufigkeit in Deutschland und in Mecklenburg-Vorpommern

Im folgenden Teil des Gesundheitsatlas werden Erkrankungshäufigkeiten nach Alter und Geschlecht sowie die regionale Verteilung der Herzinsuffizienzprävalenzen dargestellt. Für eine umfassendere Einordnung der Ergebnisse in die Fachliteratur, Hinweise zu Ursachen, Folgen und Präventionsmöglichkeiten sowie methodische Hintergründe verweisen die Autorinnen und Autoren auf den Gesundheitsatlas Deutschland Herzinsuffizienz¹.

Abbildung 1: Herzinsuffizienz in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre: Anteil betroffener Männer und Frauen nach Altersgruppen

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) nach Altersgruppen und Geschlecht in der Wohnbevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern (Balken) und Deutschland.



Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Mecklenburg-Vorpommerns und Deutschlands unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und des WiDO-Indikationsprofils Herzinsuffizienz

© WiDO 2026

¹ https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/data/Atlanten/ATLAS_HERZINSUFFIZIENZ_Deutschland.pdf

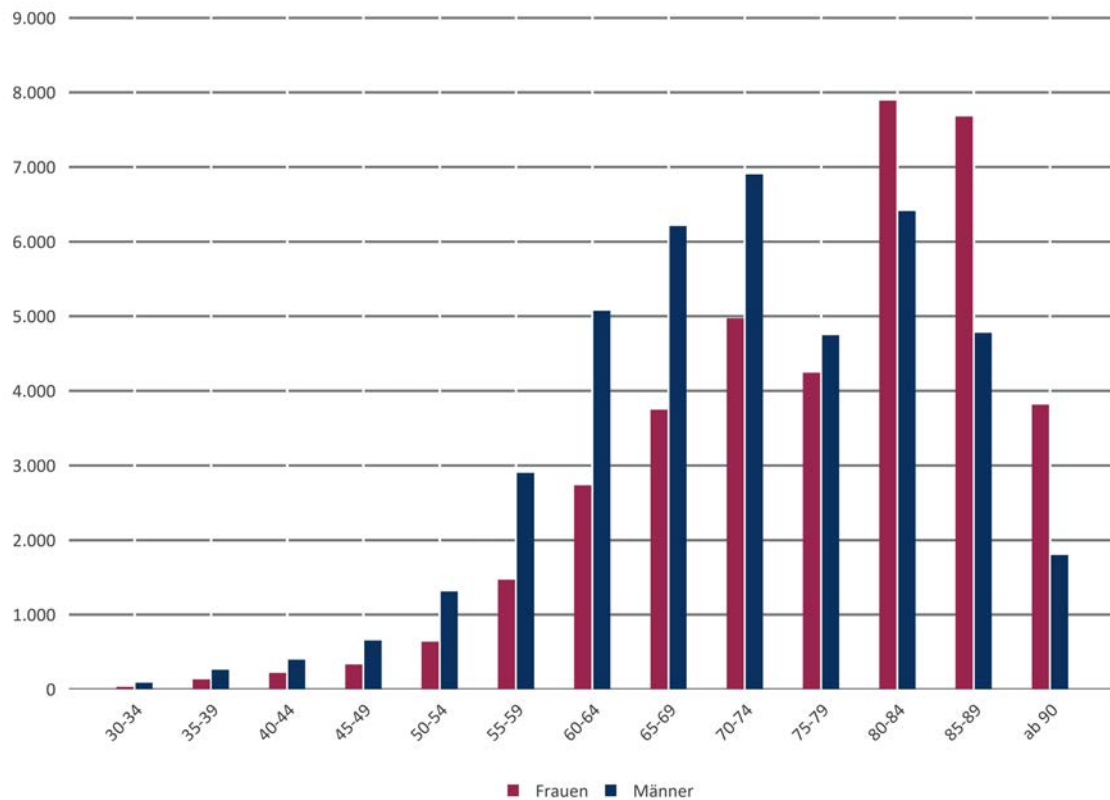
Im Jahr 2024 waren in Mecklenburg-Vorpommern 79,4 Tausend Menschen ab 30 Jahre an Herzinsuffizienz erkrankt. Die Prävalenz liegt damit bei 6,7 Prozent. Die Krankheitshäufigkeit der Herzinsuffizienz steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Männer sind insbesondere in den höheren Altersgruppen anteilig etwas häufiger von Herzinsuffizienz betroffen als Frauen. Die Prävalenzgipfel liegen in Mecklenburg-Vorpommern bei Frauen mit 28,2 Prozent und bei Männern mit 35,5 Prozent jeweils in der Altersgruppe ab 90 Jahre.

Die Herzinsuffizienzhäufigkeit in Mecklenburg-Vorpommern ist hinsichtlich des Altersverlaufs vergleichbar mit den bundesweiten Ergebnissen. Allerdings liegen die Prävalenzen vor allem bei Männern in den mittleren Altersgruppen über dem Bundesdurchschnitt.

Die 79,4 Tausend Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz in Mecklenburg-Vorpommern verteilen sich aufgrund der demographischen Struktur der Bevölkerung so auf die Altersgruppen, dass die größte Patientenzahl sowohl bei Frauen als auch bei Männern in der Altersgruppe von 80 bis 84 Jahren vorliegt.

Abbildung 2: Herzinsuffizienz in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre: Anzahl betroffener Männer und Frauen nach Altersgruppen

Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz nach Altersgruppen und Geschlecht in Mecklenburg-Vorpommern.

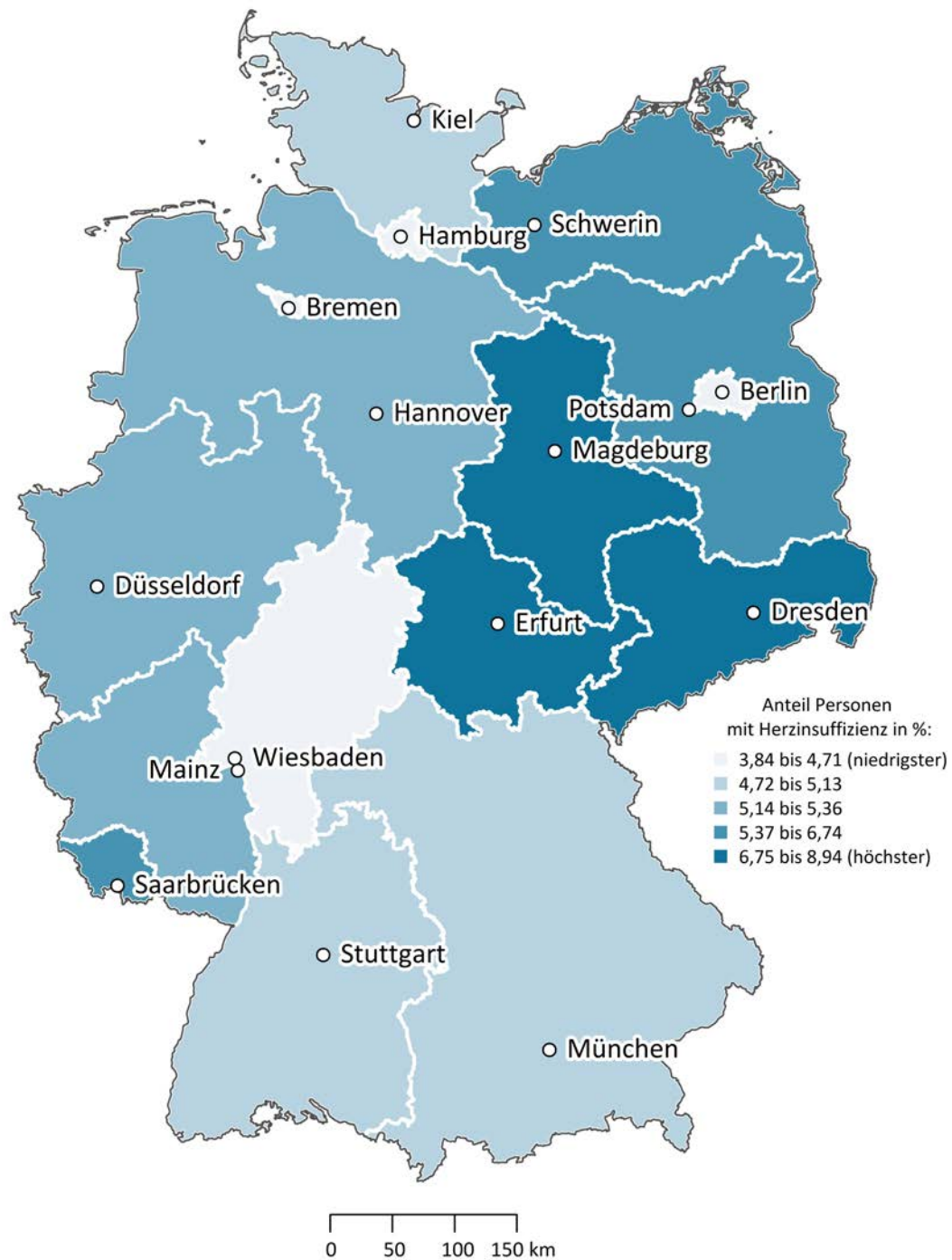


Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Mecklenburg-Vorpommerns unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und des WIdO-Indikationsprofils Herzinsuffizienz © WIdO 2026

In Mecklenburg-Vorpommern liegt der Anteil an Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz mit 6,7 Prozent über dem bundesweiten Durchschnitt von 5,5 Prozent.

Karte 1: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: Vergleich der Bundesländer

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) an allen Einwohnerinnen und Einwohnern ab 30 Jahre nach Bundesländern.

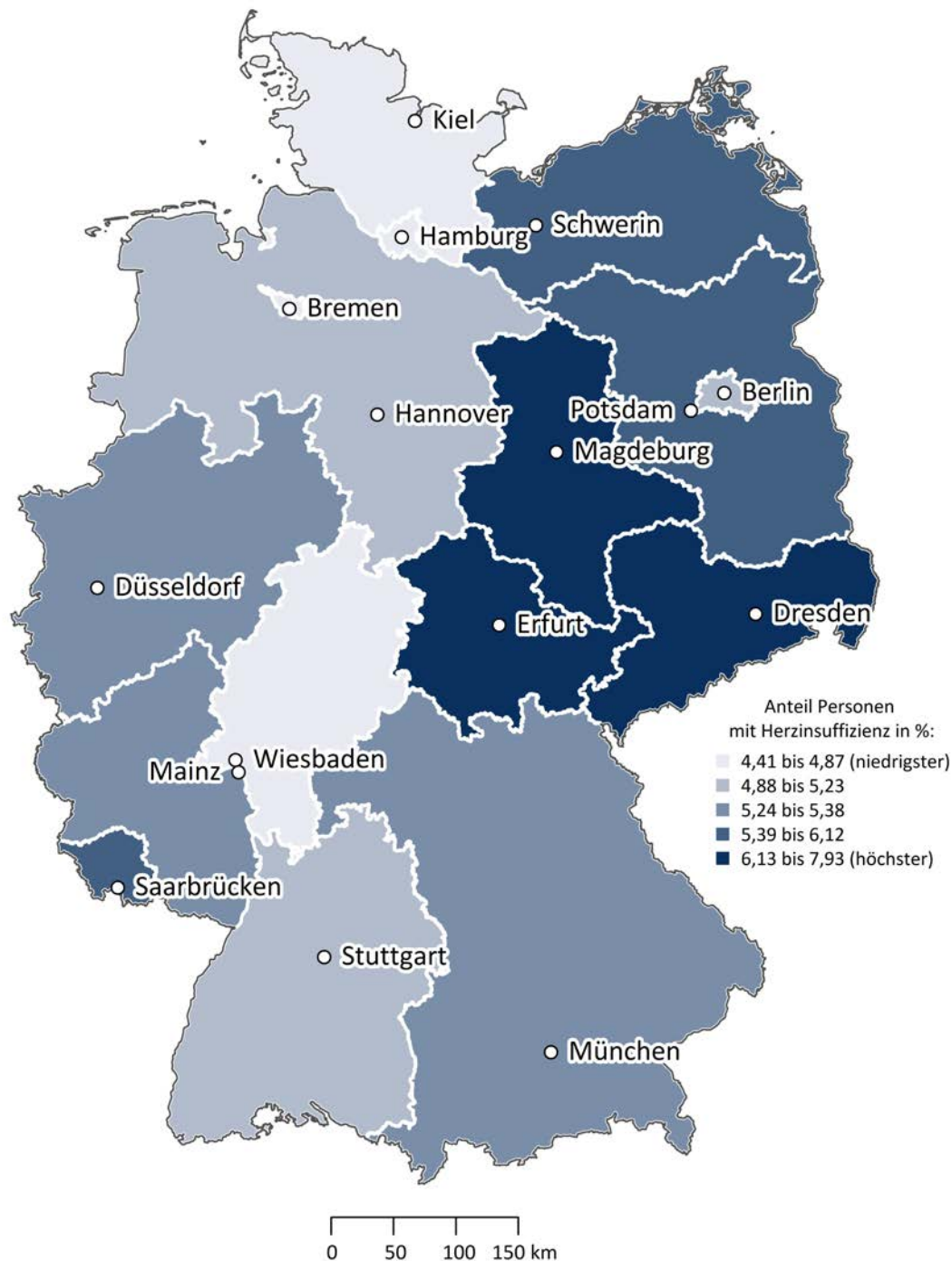


Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und des WIdO-Indikationsprofils Herzinsuffizienz © WIdO 2026

Im „fairen“ Vergleich (nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung) sinkt der Anteil in Mecklenburg-Vorpommern auf 6,1 Prozent, liegt damit aber weiterhin leicht über dem Bundesdurchschnitt von 5,5 Prozent.

Karte 2: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: „Fairer“ Vergleich der Bundesländer

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) an allen Einwohnerinnen und Einwohnern ab 30 Jahre nach Bundesländern im „fairen“ Vergleich*.

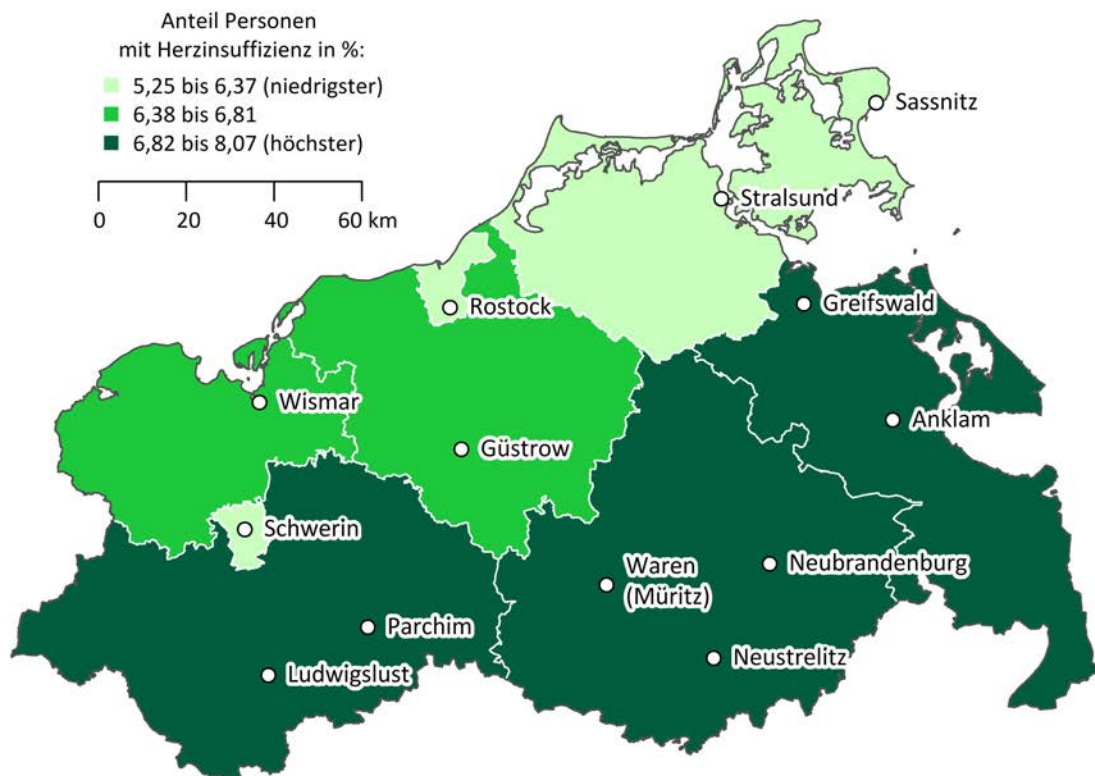


*Verzerrungen, die aufgrund der unterschiedlichen Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht in den Regionen zustande kommen, sind dabei korrigiert. Referenzpopulation für die Standardisierung ist die gesamte Bevölkerung Deutschlands ab 30 Jahre. Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und des WIdO-Indikationsprofils Herzinsuffizienz © WIdO 2026

Innerhalb von Mecklenburg-Vorpommern zeigen sich beim Anteil der Personen mit Herzinsuffizienz deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen. Der niedrigste Anteil findet sich mit 5,2 Prozent in Rostock, wohingegen die größte Herzinsuffizienzhäufigkeit mit 8,1 Prozent im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte vorzufinden ist.

Karte 3: Herzinsuffizienz in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre: Vergleich der Regionen

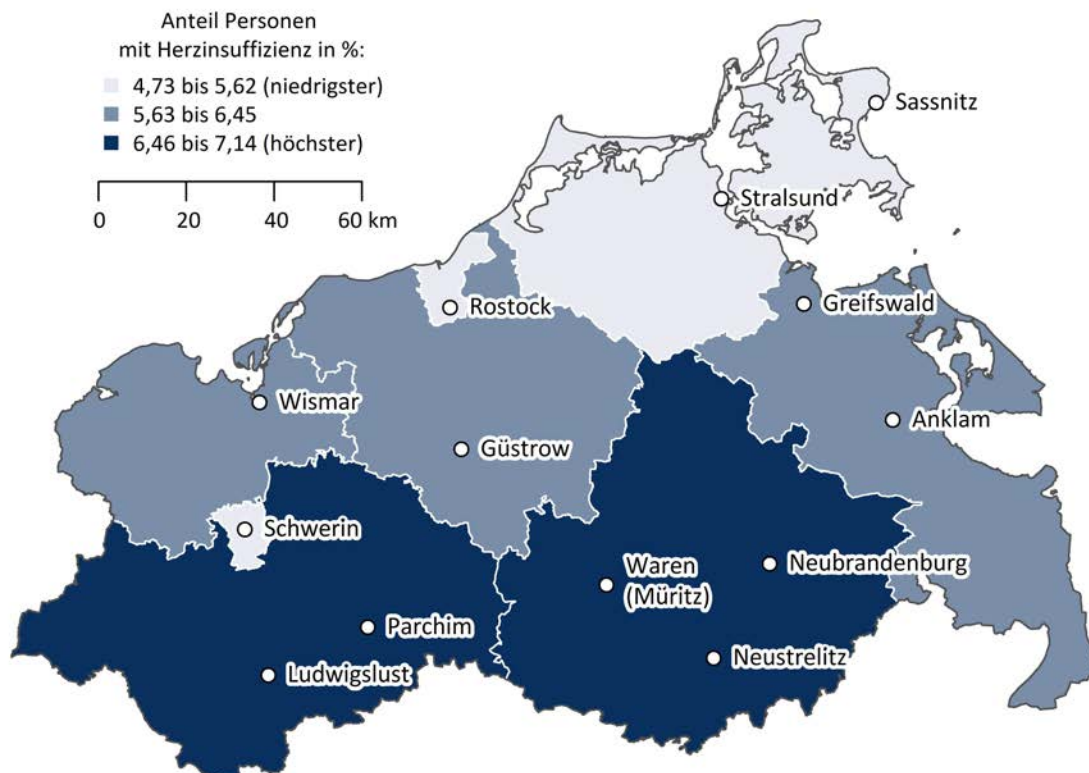
Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) an allen Einwohnerinnen und Einwohnern in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre in den Kreisen bzw. kreisfreien Städten.



Im „fairen“ Vergleich nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung auf die bundesweite Bevölkerung verringert sich die Spanne minimal auf 4,7 bis 7,1 Prozent. Rostock und der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte bleiben auch nach der Standardisierung die Regionen mit der niedrigsten bzw. größten Herzinsuffizienzhäufigkeit in Mecklenburg-Vorpommern.

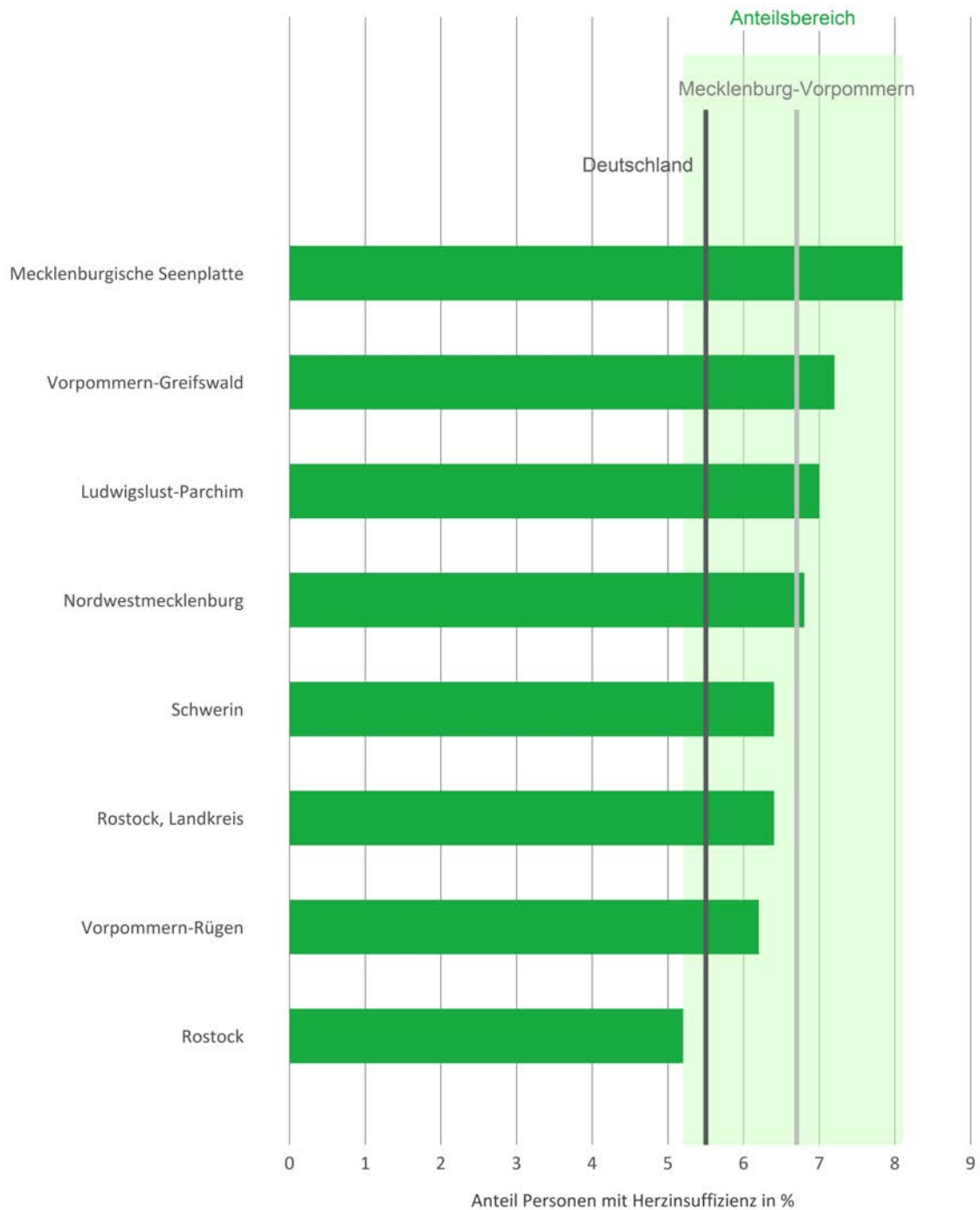
Karte 4: Herzinsuffizienz in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre: „Fairer“ Vergleich der Regionen

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) an allen Einwohnerinnen und Einwohnern in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre in den Kreisen bzw. kreisfreien Städten im „fairen“ Vergleich*.



*Verzerrungen, die aufgrund der unterschiedlichen Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht in den Regionen zustande kommen, sind dabei korrigiert. Referenzpopulation für die Standardisierung ist die gesamte Bevölkerung Deutschlands ab 30 Jahre. Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Mecklenburg-Vorpommerns unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und des WIdO-Indikationsprofils Herzinsuffizienz © WIdO 2026

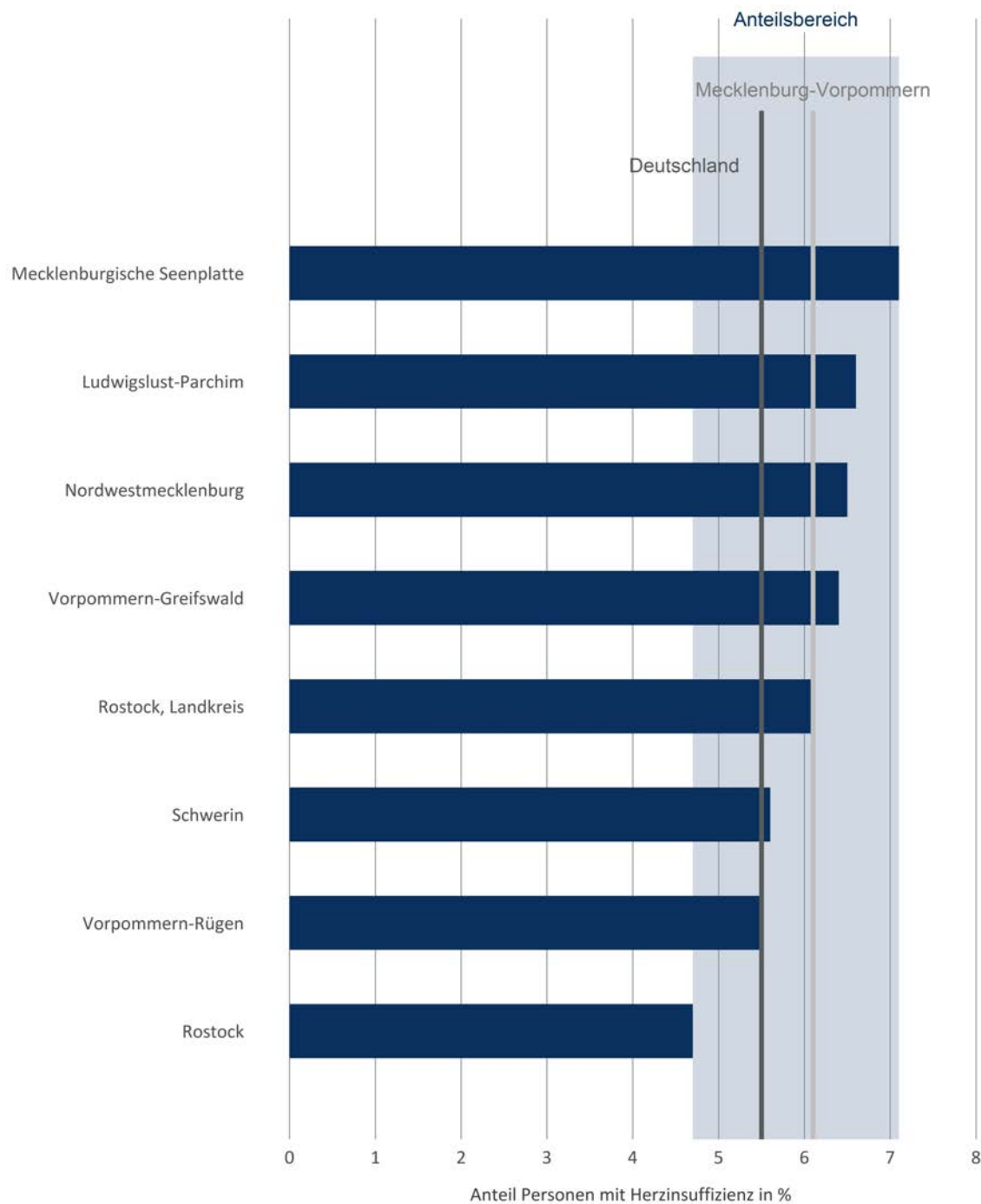
Abbildung 3: Herzinsuffizienz in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre: Vergleich der Regionen
 Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) an allen Einwohnerinnen und Einwohnern ab 30 Jahre in Mecklenburg-Vorpommern in den Kreisen bzw. kreisfreien Städten.



Anteilsbereich: Wertebereich, in dem die Patientenanteile in den einzelnen Kreisen/kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns liegen.

Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Mecklenburg-Vorpommerns unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und des WIdO-Indikationsprofils Herzinsuffizienz © WIdO 2026

Abbildung 4: Herzinsuffizienz in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre: „Fairer“ Vergleich der Regionen
 Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) an allen Einwohnerinnen und Einwohnern in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre in den Kreisen bzw. kreisfreien Städten im „fairer“ Vergleich*.

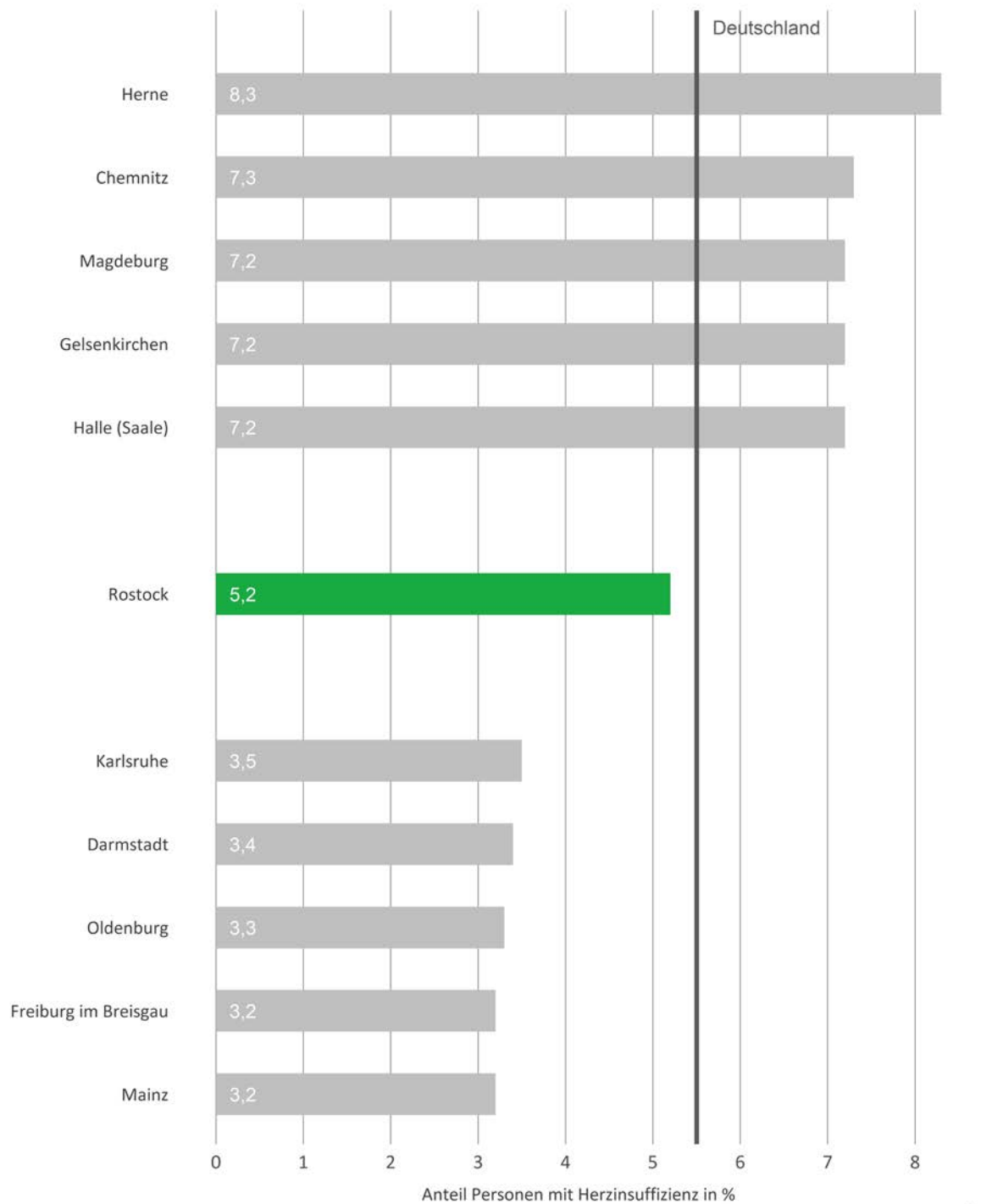


*Verzerrungen, die aufgrund der unterschiedlichen Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht in den Regionen zustande kommen, sind dabei korrigiert. Referenzpopulation für die Standardisierung ist die gesamte Bevölkerung Deutschlands ab 30 Jahre. Anteilsbereich: Wertebereich, in dem die Patientenanteile in den einzelnen Kreisen/kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns liegen.

Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Mecklenburg-Vorpommerns unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und des WIdO-Indikationsprofils Herzinsuffizienz © WIdO 2026

Abbildung 5: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: Vergleich der kreisfreien Großstädte mit weniger als 500.000 Einwohnerinnen und Einwohner

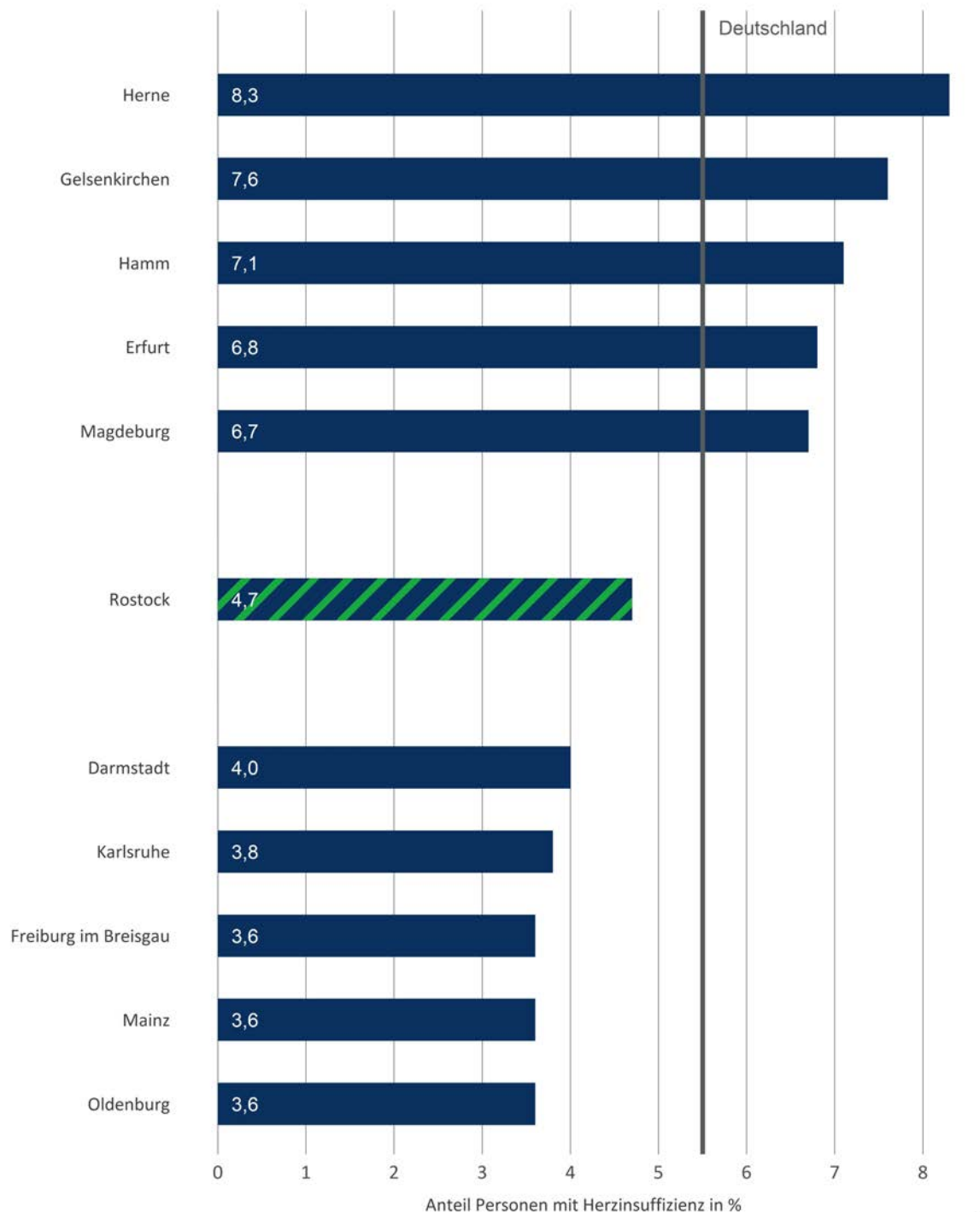
Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) an allen Einwohnerinnen und Einwohnern ab 30 Jahre in Rostock (grüner Balken) sowie den am stärksten und schwächsten betroffenen kreisfreien Großstädten in Deutschland (graue Balken).



Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und des WIdO-Indikationsprofils Herzinsuffizienz © WIdO 2026

Abbildung 6: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: „Fairer“ Vergleich der kreisfreien Großstädte mit weniger als 500.000 Einwohnerinnen und Einwohner

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) im „fairen“ Vergleich in Rostock (blau-grün schraffierter Balken) und den am stärksten und schwächsten betroffenen kreisfreien Großstädten in Deutschland (blaue Balken).



Im „fairen“ Vergleich sind Verzerrungen, die aufgrund der unterschiedlichen Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht in den Regionen zustande kommen, korrigiert. Referenzpopulation für die Standardisierung ist dabei die gesamte Bevölkerung Deutschlands ab 30 Jahre.

Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und des WIdO-Indikationsprofils Herzinsuffizienz © WIdO 2026

Tabelle 1: Herzinsuffizienz in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz in den Regionen Mecklenburg-Vorpommerns

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) faktisch und „fair“ (nach Bereinigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden) für alle Kreise und kreisfreien Städte Mecklenburg-Vorpommerns mit Angabe der jeweiligen Ränge (aufsteigend sortiert nach den jeweiligen Anteilen) und Regionalmerkmale (Siedlungsstrukturtyp, Kategorien (Quintile) der Deprivation, der Raucheranteile und der Anteile mit Hypertonie, Typ-2-Diabetes und Osteoporose). Tabellensortierung nach Kreisnamen.

Kreis	Siedlungs- struktur	Deprivation	Rauchen	Hypertonie	Typ-2-Diabetes	Osteoporose	Herzinsuffizienz- häufigkeit (faktisch)		Herzinsuffizienz- häufigkeit („fair“)	
	Typ*	Quintil	Quintil	Quintil	Quintil	Quintil	Anteil	Rang	Anteil	Rang
Ludwigslust-Parchim	LKD	5	5	4	5	4	7,0	6	6,6	7
Mecklenburgische Seenplatte	LKD	5	5	5	5	5	8,1	8	7,1	8
Nordwestmecklenburg	LKV	5	5	5	5	4	6,8	5	6,5	6
Rostock	GRO	4	5	2	3	4	5,2	1	4,7	1
Rostock, LK	LKD	4	5	3	4	4	6,4	4	6,1	4
Schwerin	LKV	5	5	2	3	4	6,4	3	5,6	3
Vorpommern-Greifswald	LKD	5	5	5	5	5	7,2	7	6,4	5
Vorpommern-Rügen	LKD	5	5	4	5	4	6,2	2	5,5	2

*Abkürzungen Siedlungsstrukturtyp: LKD ländliche Kreise, dünn besiedelt / LKV ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen / STK städtische Kreise / GRO kreisfreie Großstädte unter 500.000 Einwohnerinnen und Einwohner / MET Metropolen: kreisfreie Großstädte ab 500.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Referenzpopulation für die Standardisierung ist die gesamte Bevölkerung Deutschlands ab 30 Jahre.

Die dargestellten Ränge basieren auf den ungerundeten Prävalenzen.

Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Mecklenburg-Vorpommerns unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und der WIdO-Indikationsprofile Herzinsuffizienz, Hypertonie, Typ-2-Diabetes und Osteoporose

Siedlungsstrukturtyp: eigene Berechnungen auf Basis der Bevölkerungszahlen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2026b) und der siedlungsstrukturellen Kreistypen (BBSR 2020–2026)

Deprivationsquintile: Einteilung der Regionen auf Basis des German Index of Socioeconomic Deprivation (Michalski et al. 2025) in der Version 2025 v1.0 für das Jahr 2021 in Kategorien von eins (niedrigster Deprivationsgrad) bis fünf (höchster Deprivationsgrad)

Raucheranteile: eigene Berechnungen auf Basis der Angaben zum Rauchverhalten im Rahmen des Mikrozensus 2021 (Statistisches Bundesamt 2024)

© WIdO 2026

3 Faktoren, die im Zusammenhang mit Herzinsuffizienz stehen

Im Folgenden werden raumbezogene Analysen zur Häufigkeit von Herzinsuffizienz differenziert nach verschiedenen Regionalmerkmalen vorgenommen. Im ersten Abschnitt wird untersucht, ob Herzinsuffizienz häufiger in städtischen Gebieten als in ländlich geprägten Regionen vorkommt. Außerdem wird der Frage nachgegangen, ob es einen Zusammenhang zwischen materieller und sozialer Benachteiligung (Deprivation) und Herzinsuffizienz gibt. Wie im Gesundheitsatlas Deutschland Herzinsuffizienz näher erläutert wird, zählen Rauchen, Bluthochdruck und Diabetes zu den Risikofaktoren für Herzinsuffizienz. Daher wird die Herzinsuffizienzprävalenz in Abhängigkeit von der regionalen Häufigkeit dieser Risikofaktoren betrachtet. Zudem zeigen die raumbezogenen Analysen einen Zusammenhang mit der regionalen Osteoporosehäufigkeit (wie im Gesundheitsatlas Deutschland Herzinsuffizienz dargestellt). Osteoporose ist eine Erkrankung, die wie Herzinsuffizienz in höherem Alter vermehrt auftritt, und für beide Erkrankungen gibt es überlappende Risikofaktoren.

Die Analysen von Zusammenhängen mit regionalen Faktoren in diesem Kapitel beziehen sich jeweils auf alle 400 Kreise und kreisfreien Städte Deutschlands, da die Zahl der Kreise/kreisfreien Städte in den einzelnen Bundesländern oder Regionen für einen aussagekräftigen Vergleich nicht ausreicht.

In den folgenden Auswertungen werden Analysen auf Ebene regionaler Einheiten vorgenommen, nicht auf der Ebene einzelner Patientinnen und Patienten. Solche Analysen werden als „ökologische“ Untersuchungen bezeichnet. Die Zusammenhänge werden mit nur jeweils einem betrachteten Faktor abgebildet. Tatsächlich wirken bei der Entstehung einer Krankheit verschiedene Faktoren zusammen. Bei den Menschen, die in den verschiedenen Regionen leben, werden also mehrere Risikofaktoren gleichzeitig vorliegen, die insgesamt zu einer niedrigeren oder höheren Erkrankungshäufigkeit in der Region führen können. Die Ergebnisse solcher „ökologischen“ Untersuchungen sind grundsätzlich zurückhaltend zu interpretieren. Direkte kausale Rückschlüsse sind nicht zulässig.

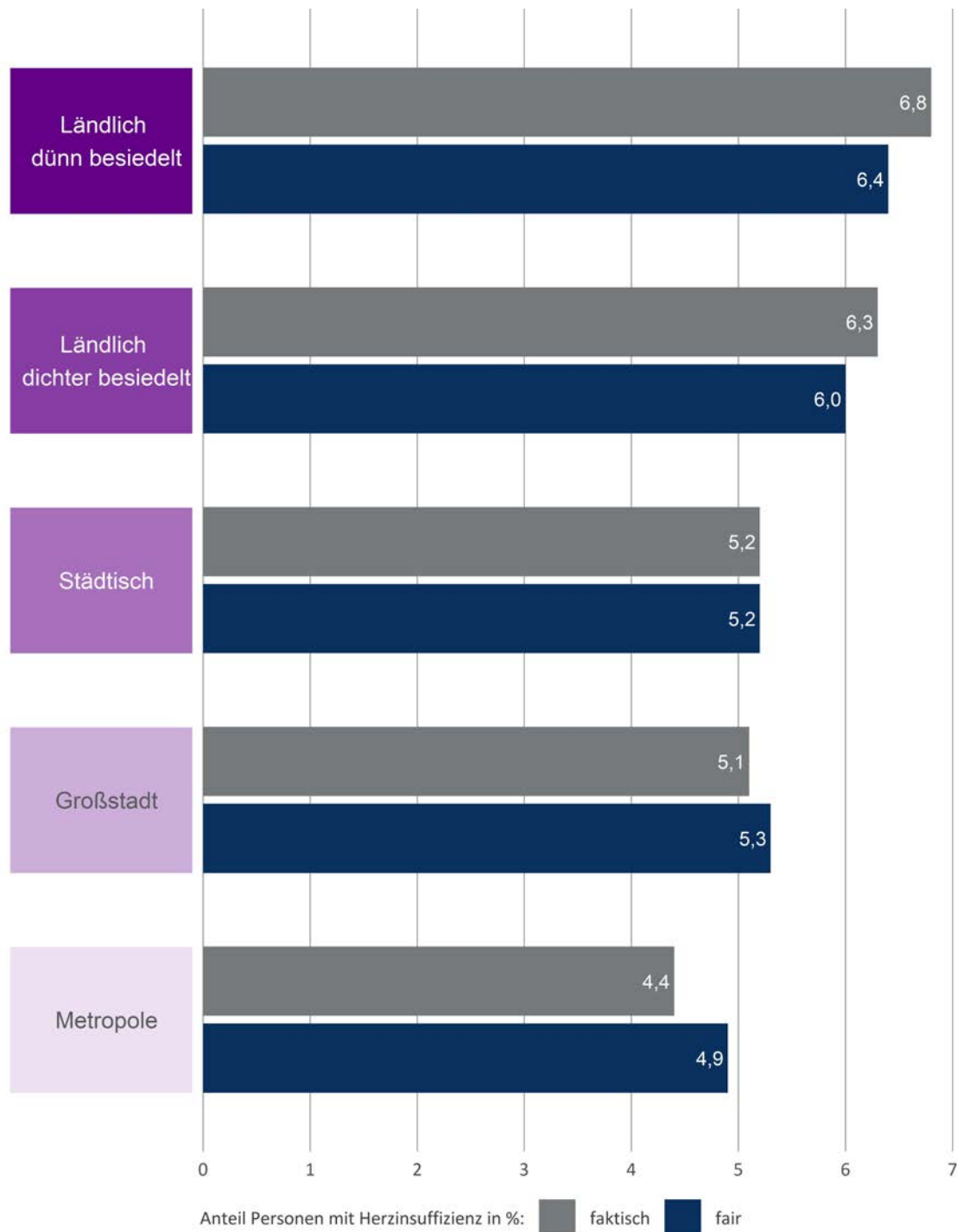
Für eine umfassendere Einordnung der Ergebnisse in die Fachliteratur, Hinweise zu Ursachen, Folgen und Präventionsmöglichkeiten sowie methodische Hintergründe verweisen die Autorinnen und Autoren auf den Gesundheitsatlas Deutschland Herzinsuffizienz¹.

¹ https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/data/Atlanten/ATLAS_HERZINSUFFIZIENZ_Deutschland.pdf

Herzinsuffizienz und Siedlungsstruktur

Abbildung 7: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: Vergleich der städtischen und ländlichen Regionen

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) an allen Einwohnerinnen und Einwohnern ab 30 Jahre nach Einteilung der Regionen in die fünf Siedlungsstrukturkategorien. Ergänzt um die Patientenanteile mit Herzinsuffizienz nach Bereinigung unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstrukturen in den Regionen („fairer“ Vergleich).



Referenzpopulation für die Standardisierung ist die gesamte Bevölkerung Deutschlands ab 30 Jahre.

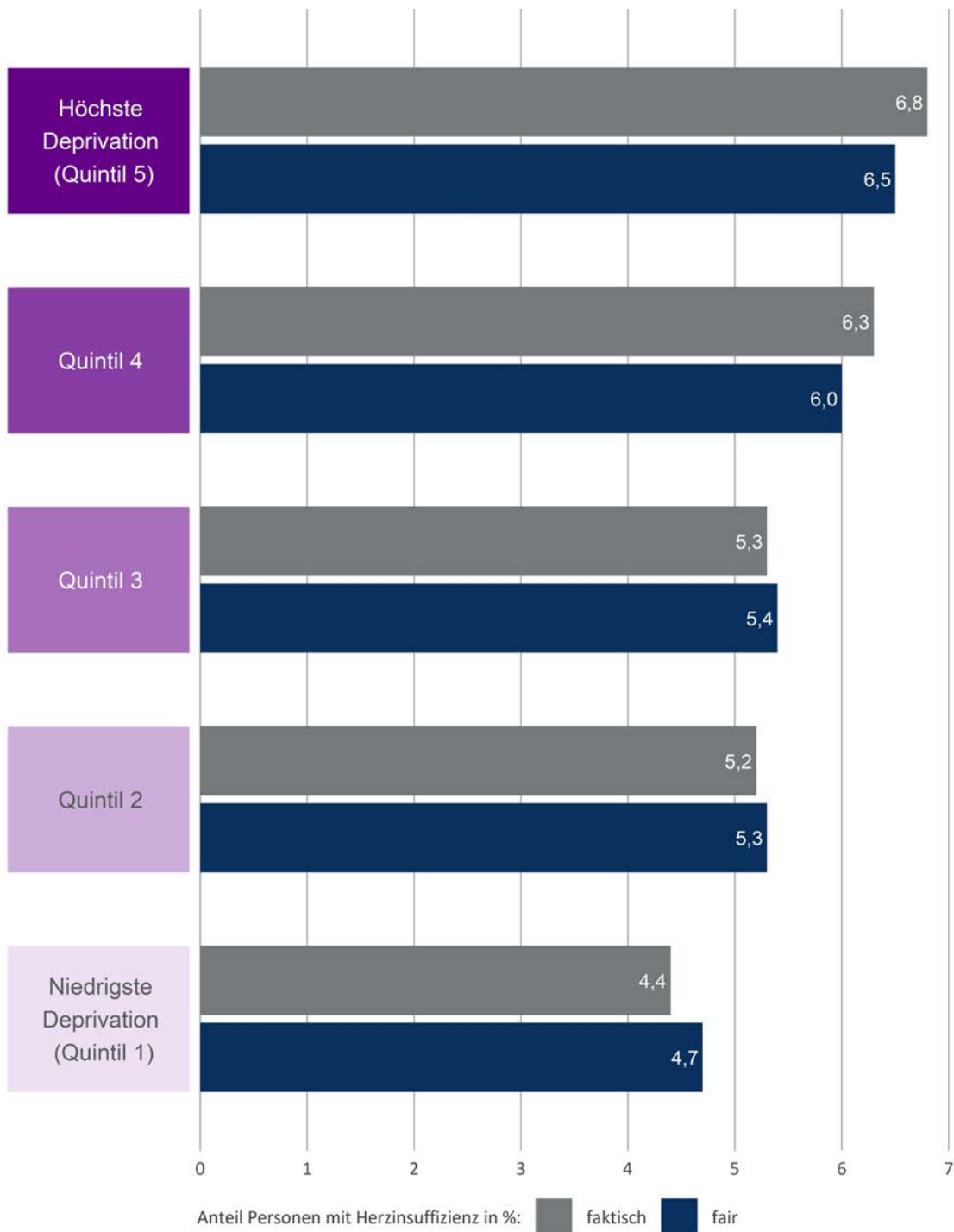
Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und des WIdO-Indikationsprofils Herzinsuffizienz sowie eigene Berechnungen auf Basis der Bevölkerungszahlen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2026b) und der siedlungsstrukturellen Kreistypen (BBSR 2020–2026)

© WIdO 2026

Herzinsuffizienz und Deprivation

Abbildung 8: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: Vergleich der Regionen mit hoher bis niedriger Deprivation im faktischen und „fairer“ Vergleich

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) an allen Einwohnerinnen und Einwohnern ab 30 Jahre in den Regionen mit hoher bis niedriger Deprivation. Graue Balken: Faktische Werte, blaue Balken: Werte nach Bereinigung unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstrukturen in den Regionen („fairer“ Vergleich).



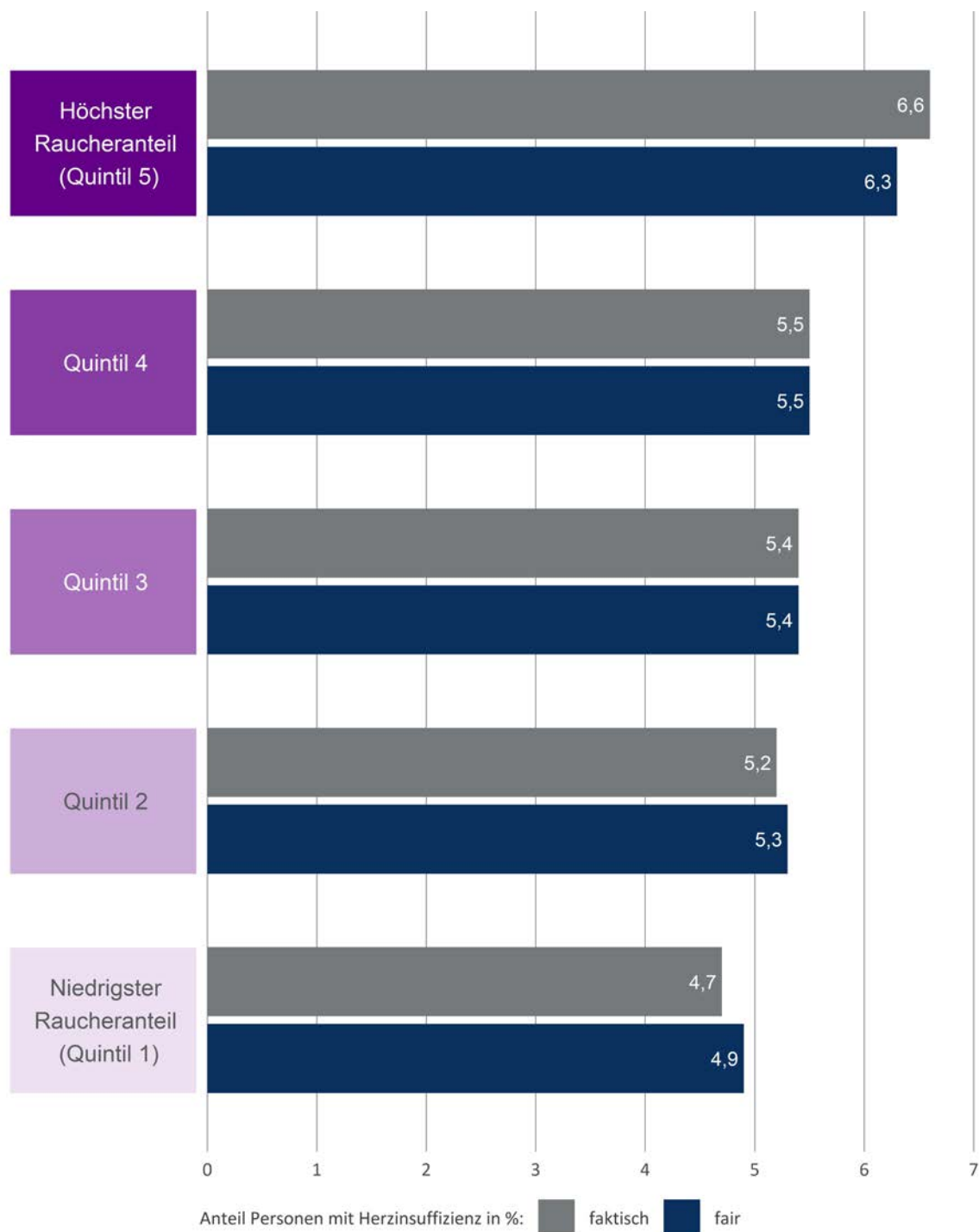
Referenzpopulation für die Standardisierung ist die gesamte Bevölkerung Deutschlands ab 30 Jahre.

Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und des WIdO-Indikationsprofils Herzinsuffizienz sowie eigene Berechnungen auf Basis des German Index of Socioeconomic Deprivation (Michalski et al. 2025) in der Version 2025 v1.0 für das Jahr 2021 © WIdO 2026

Herzinsuffizienz und Rauchen

Abbildung 9: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: Vergleich der Regionen mit hohem bis niedrigem Raucheranteil im faktischen und „fairen“ Vergleich

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) an allen Einwohnerinnen und Einwohnern ab 30 Jahre in den Regionen mit niedrigem bis hohem Raucheranteil. Graue Balken: Faktische Werte, blaue Balken: Werte nach Bereinigung unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstrukturen in den Regionen („fairer“ Vergleich).



Referenzpopulation für die Standardisierung ist die gesamte Bevölkerung Deutschlands ab 30 Jahre.

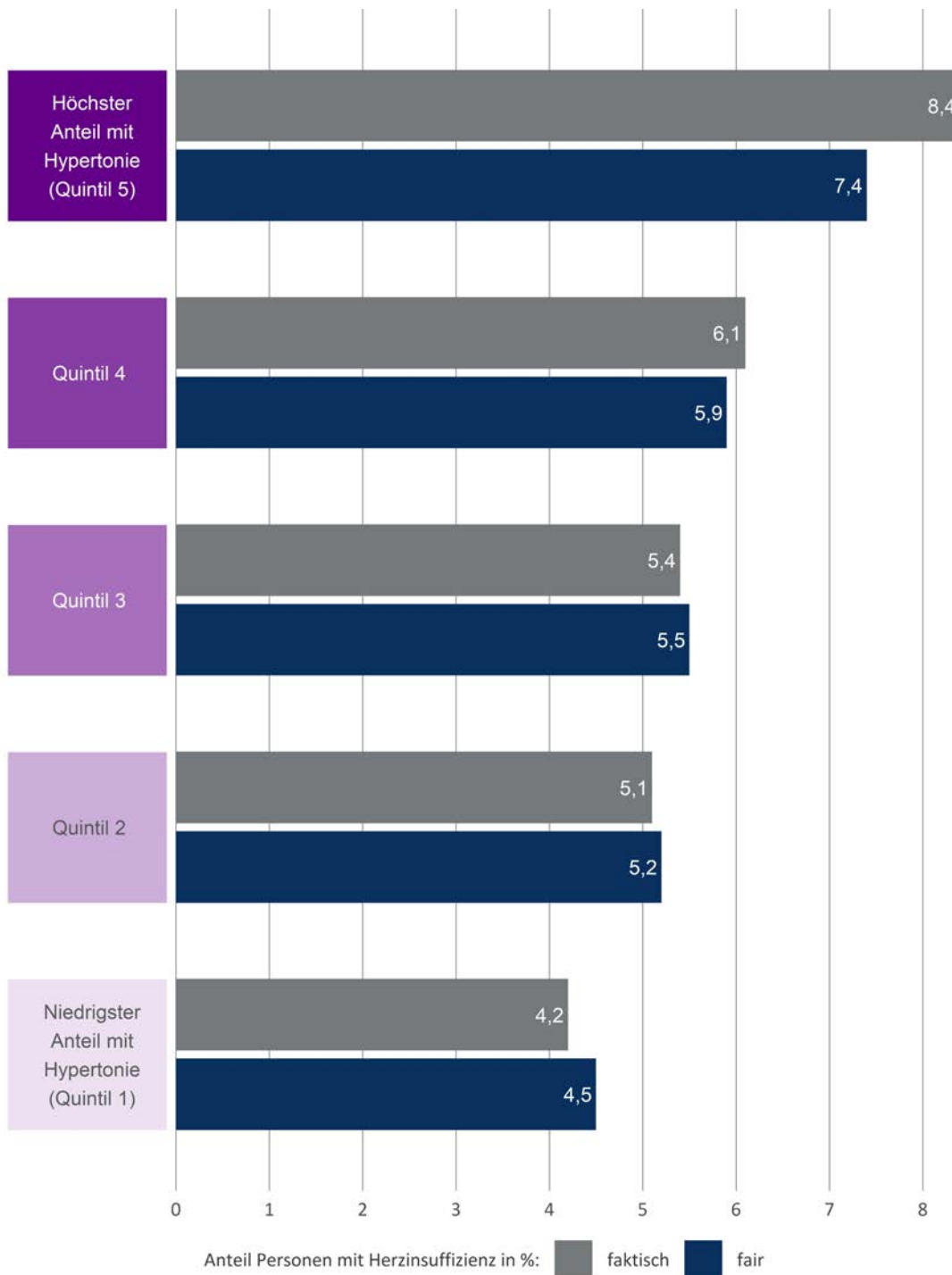
Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und der WIdO-Indikationsprofile Herzinsuffizienz sowie eigene Berechnungen auf Basis der Angaben zum Rauchverhalten im Rahmen des Mikrozensus 2021 (Statistisches Bundesamt 2024)

© WIdO 2026

Herzinsuffizienz und Bluthochdruck

Abbildung 10: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: Vergleich der Regionen mit hohem bis niedrigem Hypertonieanteil im faktischen und „fairen“ Vergleich

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) an allen Einwohnerinnen und Einwohnern ab 30 Jahre in Regionen mit niedrigem bis hohem Hypertonieanteil. Graue Balken: Faktische Werte, blaue Balken: Werte nach Bereinigung unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstrukturen in den Regionen („fairer“ Vergleich).



Referenzpopulation für die Standardisierung ist die gesamte Bevölkerung Deutschlands ab 30 Jahre.

Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und der WIdO-Indikationsprofile Herzinsuffizienz und Hypertonie © WIdO 2026

Herzinsuffizienz und Typ-2-Diabetes

Abbildung 11: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: Vergleich der Regionen mit hohem bis niedrigem Diabetesanteil im faktischen und „fairen“ Vergleich

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) an allen Einwohnerinnen und Einwohnern ab 30 Jahre in Regionen mit niedrigem bis hohem Diabetesanteil. Graue Balken: Faktische Werte, blaue Balken: Werte nach Bereinigung unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstrukturen in den Regionen („fairer“ Vergleich).



Referenzpopulation für die Standardisierung ist die gesamte Bevölkerung Deutschlands ab 30 Jahre.

Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und der WIdO-Indikationsprofile Herzinsuffizienz und Typ-2-Diabetes © WIdO 2026

Herzinsuffizienz und Osteoporose

Abbildung 12: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: Vergleich der Regionen mit hohem bis niedrigem Osteoporoseanteil im faktischen und „fairen“ Vergleich

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) an allen Einwohnerinnen und Einwohnern ab 30 Jahre in Regionen mit niedrigem bis hohem Osteoporoseanteil. Graue Balken: Faktische Werte, blaue Balken: Werte nach Bereinigung unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstrukturen in den Regionen („fairer“ Vergleich).



Referenzpopulation für die Standardisierung ist die gesamte Bevölkerung Deutschlands ab 30 Jahre.

Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und der WIdO-Indikationsprofile Herzinsuffizienz und Osteoporose © WIdO 2026

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Herzinsuffizienz in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre: Anteil betroffener Männer und Frauen nach Altersgruppen	10
Abbildung 2: Herzinsuffizienz in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre: Anzahl betroffener Männer und Frauen nach Altersgruppen	11
Abbildung 3: Herzinsuffizienz in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre: Vergleich der Regionen	16
Abbildung 4: Herzinsuffizienz in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre: „Fairer“ Vergleich der Regionen	17
Abbildung 5: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: Vergleich der kreisfreien Großstädte mit weniger als 500.000 Einwohnerinnen und Einwohner	18
Abbildung 6: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: „Fairer“ Vergleich der kreisfreien Großstädte mit weniger als 500.000 Einwohnerinnen und Einwohner	19
Abbildung 7: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: Vergleich der städtischen und ländlichen Regionen	22
Abbildung 8: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: Vergleich der Regionen mit hoher bis niedriger Deprivation im faktischen und „fairen“ Vergleich	23
Abbildung 9: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: Vergleich der Regionen mit hohem bis niedrigem Raucheranteil im faktischen und „fairen“ Vergleich	24
Abbildung 10: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: Vergleich der Regionen mit hohem bis niedrigem Hypertonieanteil im faktischen und „fairen“ Vergleich	25
Abbildung 11: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: Vergleich der Regionen mit hohem bis niedrigem Diabetesanteil im faktischen und „fairen“ Vergleich	26
Abbildung 12: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: Vergleich der Regionen mit hohem bis niedrigem Osteoporoseanteil im faktischen und „fairen“ Vergleich	27

Kartenverzeichnis

Karte 1: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: Vergleich der Bundesländer	12
Karte 2: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung ab 30 Jahre: „Fairer“ Vergleich der Bundesländer	13
Karte 3: Herzinsuffizienz in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre: Vergleich der Regionen	14
Karte 4: Herzinsuffizienz in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre: „Fairer“ Vergleich der Regionen	15

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Herzinsuffizienz in Mecklenburg-Vorpommern ab 30 Jahre: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz in den Regionen Mecklenburg-Vorpommerns	20
Tabelle 2: Herzinsuffizienz in der Wohnbevölkerung ab 30 Jahre in Mecklenburg-Vorpommern: Anteil betroffener Männer und Frauen nach Altersgruppen	31
Tabelle 3: Herzinsuffizienz in der Wohnbevölkerung ab 30 Jahre in Mecklenburg-Vorpommern: Anzahl betroffener Männer und Frauen nach Altersgruppen	32
Tabelle 4: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz in den Bundesländern	33
Tabelle 5: Herzinsuffizienz in ausgewählten Großstädten unter 500.000 Einwohnerinnen und Einwohnern: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz	34
Tabelle 6: Herzinsuffizienz in ausgewählten Großstädten unter 500.000 Einwohnerinnen und Einwohnern im „fairen“ Vergleich: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz	35

Anhang

Tabelle 2: Herzinsuffizienz in der Wohnbevölkerung ab 30 Jahre in Mecklenburg-Vorpommern: Anteil betroffener Männer und Frauen nach Altersgruppen

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) nach Altersgruppen und Geschlecht in der Wohnbevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern und Deutschland.

Altersgruppe	Anteil Männer Mecklenburg- Vorpommern	Anteil Frauen Mecklenburg- Vorpommern	Anteil Männer Deutschland	Anteil Frauen Deutschland
30-34	0,24	0,09	0,14	0,10
35-39	0,47	0,25	0,30	0,16
40-44	0,73	0,43	0,55	0,33
45-49	1,37	0,76	1,06	0,63
50-54	2,68	1,37	1,97	1,10
55-59	4,62	2,33	3,34	1,84
60-64	7,07	3,67	5,30	3,04
65-69	9,93	5,53	7,91	4,88
70-74	13,36	8,40	11,42	7,81
75-79	17,62	12,84	15,80	12,23
80-84	22,79	18,91	21,75	18,56
85-89	28,78	24,92	28,44	25,06
ab 90	35,49	28,23	35,16	29,65

Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Mecklenburg-Vorpommerns und Deutschlands unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und des WIdO-Indikationsprofils Herzinsuffizienz

© WIdO 2026

Tabelle 3: Herzinsuffizienz in der Wohnbevölkerung ab 30 Jahre in Mecklenburg-Vorpommern: Anzahl betroffener Männer und Frauen nach Altersgruppen

Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz nach Altersgruppen und Geschlecht in der Wohnbevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern.

Altersgruppe	Anzahl Männer	Anzahl Frauen
30-34	85	30
35-39	260	130
40-44	390	220
45-49	650	330
50-54	1,31 Tsd.	640
55-59	2,90 Tsd.	1,47 Tsd.
60-64	5,07 Tsd.	2,73 Tsd.
65-69	6,21 Tsd.	3,75 Tsd.
70-74	6,90 Tsd.	4,97 Tsd.
75-79	4,74 Tsd.	4,24 Tsd.
80-84	6,41 Tsd.	7,89 Tsd.
85-89	4,78 Tsd.	7,68 Tsd.
ab 90	1,80 Tsd.	3,81 Tsd.

Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Mecklenburg-Vorpommerns unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und des WIdO-Indikationsprofils Herzinsuffizienz © WIdO 2026

Tabelle 4: Herzinsuffizienz in der deutschen Wohnbevölkerung: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz in den Bundesländern

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) faktisch und „fair“ (nach Bereinigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden) für alle Bundesländer mit Angabe der jeweiligen Ränge (aufsteigend sortiert nach den jeweiligen Anteilen). Tabellensortierung nach den Namen der Bundesländer.

Bundesland	Anteil mit Herzinsuffizienz (faktisch)		Anteil mit Herzinsuffizienz („fair“)	
	Anteil	Rang	Anteil	Rang
Baden-Württemberg	5,0	6	5,1	5
Bayern	5,1	7	5,3	8
Berlin	4,6	3	5,2	6
Brandenburg	6,5	12	6,0	12
Bremen	4,5	2	4,7	3
Hamburg	3,8	1	4,4	1
Hessen	4,7	4	4,9	4
Mecklenburg-Vorpommern	6,7	13	6,1	13
Niedersachsen	5,3	9	5,2	7
Nordrhein-Westfalen	5,3	8	5,4	10
Rheinland-Pfalz	5,4	10	5,4	9
Saarland	6,0	11	5,7	11
Sachsen	7,9	14	7,0	14
Sachsen-Anhalt	8,9	16	7,9	16
Schleswig-Holstein	4,8	5	4,6	2
Thüringen	8,5	15	7,6	15

Referenzpopulation für die Standardisierung ist die gesamte Bevölkerung Deutschlands ab 30 Jahre.

Die dargestellten Ränge basieren auf den ungerundeten Prävalenzen.

Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und des WIdO-Indikationsprofils Herzinsuffizienz

© WIdO 2026

Tabelle 5: Herzinsuffizienz in ausgewählten Großstädten unter 500.000 Einwohnerinnen und Einwohnern: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) für ausgewählte Großstädte unter 500.000 Einwohnerinnen und Einwohnern in Deutschland und in Mecklenburg-Vorpommern mit Angabe der jeweiligen Ränge. Tabellensortierung nach dem Rang (absteigend).

Kreisfreie Großstadt	Im Bundesland	Anteil Personen mit Herzinsuffizienz (faktisch)	Rang
Herne		8,3	53
Chemnitz		7,3	52
Magdeburg		7,2	51
Gelsenkirchen		7,2	50
Halle (Saale)		7,2	49
Rostock	Mecklenburg-Vorpommern	5,2	31
Karlsruhe		3,5	5
Darmstadt		3,4	4
Oldenburg		3,3	3
Freiburg im Breisgau		3,2	2
Mainz		3,2	1

Die dargestellten Ränge basieren auf den ungerundeten Prävalenzen.

Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und des WIdO-Indikationsprofils Herzinsuffizienz

© WIdO 2026

Tabelle 6: Herzinsuffizienz in ausgewählten Großstädten unter 500.000 Einwohnerinnen und Einwohnern im „fairen“ Vergleich: Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (in Prozent) für ausgewählte Großstädte unter 500.000 Einwohnerinnen und Einwohnern in Deutschland und in Mecklenburg-Vorpommern mit Angabe der jeweiligen Ränge im „fairen“ Vergleich (nach Bereinigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden). Tabellensortierung nach dem Rang (absteigend).

Kreisfreie Großstadt	Im Bundesland	Anteil Personen mit Herzinsuffizienz („fair“)	Rang
Herne		8,3	53
Gelsenkirchen		7,6	52
Hamm		7,1	51
Erfurt		6,8	50
Magdeburg		6,7	49
Rostock	Mecklenburg-Vorpommern	4,7	20
Darmstadt		4,0	5
Karlsruhe		3,8	4
Freiburg im Breisgau		3,6	3
Mainz		3,6	2
Oldenburg		3,6	1

Referenzpopulation für die Standardisierung ist die gesamte Bevölkerung Deutschlands ab 30 Jahre.

Die dargestellten Ränge basieren auf den ungerundeten Prävalenzen.

Datenbasis: Alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte Hochrechnung auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands unter Nutzung der AOK-Leistungsdaten des Jahres 2024 und des WIdO-Indikationsprofils Herzinsuffizienz © WIdO 2026

