

Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

**Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie
»Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«**

Kapitel 2: Gesundheitstrends bei Erwachsenen in
Deutschland zwischen 2003 und 2012

2 Gesundheitstrends bei Erwachsenen in Deutschland zwischen 2003 und 2012

Hintergrund

Die Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) wird regelmäßig als Komponente des bundesweiten Gesundheitsmonitoringsystems vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt (Kurth et al. 2009). Ziel der GEDA-Studie ist es, kontinuierlich repräsentative Daten zum Gesundheitszustand der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland sowie dessen Einflussfaktoren bereitzustellen. Damit soll GEDA als Monitoringkomponente dazu beitragen, der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitspolitik aktuelle Informationen zu liefern, um Entwicklungen und Trends im Krankheitsgeschehen, im Gesundheitszustand sowie im Gesundheits- und Risikoverhalten der Bevölkerung zeitnah zu identifizieren.

Die GEDA-Erhebungen sind eine Fortführung der telefonischen Gesundheitssurveys des RKI, die zwischen den Jahren 2003 und 2006 deutschlandweit durchgeführt wurden. Die Teilnehmerinnen und -teilnehmer der GEDA-Studie 2012 werden wie zuvor in den telefonischen Gesundheitssurveys computergestützt per Telefon (CATI = Computer-Assisted Telephone Interviewing) zu ihrem Gesundheitszustand und weiteren gesundheitsbezogenen Themen befragt. Um Zeitreihen im Sinne eines Gesundheitsmonitorings erstellen zu können, wurden soweit wie möglich bewährte Fragestellungen aus den vorangegangenen telefonischen Gesundheitssurveys beibehalten. Teilweise war es aber auch nötig, Operationalisierungen zu verändern, z. B. um internationalen Standards zu entsprechen oder um die Vergleichbarkeit zu den Monitoringkomponenten DEGS (»Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland«) und KiGGS (»Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland«) zu gewährleisten.

Bereits in den Ergebnisberichten der ersten beiden GEDA-Wellen 2009 und 2010 wurden Daten des »telefonischen Gesundheitssurveys 2003« (GSTelo3) mit den Daten der GEDA-Erhebungen verglichen, um zeitliche Entwicklungen in der gesundheitlichen Lage von Erwachsenen zu untersuchen (Mütters, Gößwald 2011, 2012). Die Auswahl der betrachteten Gesundheitsindikatoren erfolgte sowohl nach inhaltlichen Kriterien als auch unter dem Aspekt der vollständigen Vergleichbarkeit der GEDA-Daten mit denjenigen des GSTelo3 (RKI 2005). Die ausgewählten Indikatoren wurden zu allen Erhebungszeitpunkten identisch erhoben. Inhaltlich umfasst die Auswahl sowohl Indikatoren des Gesundheitszustands und

Krankheitsgeschehens (subjektive Gesundheit, chronische Erkrankungen) als auch Einflussfaktoren der Gesundheit (Adipositas, Hypertonie, erhöhte Blutfette) sowie gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (sportliche Aktivität, Tabakkonsum). Für die Vergleichbarkeit der Daten wurde die Anpassungsgewichtung des GSTelo3 mit dem gleichen Gewichtungungsverfahren wie in den GEDA-Studien neu berechnet, um die Ergebnisse der einzelnen Erhebungswellen als Zeitreihe nebeneinander betrachten zu können.

Die Ergebnisse der bisherigen Trendanalysen ließen einerseits keine wesentlichen Veränderungen zwischen den Jahren 2003 und 2010 darin erkennen, wie Frauen und Männer in Deutschland ihren eigenen Gesundheitszustand einschätzen und bewerten (Mütters, Gößwald 2011, 2012). So erfreute sich konstant die Mehrheit der Erwachsenenbevölkerung einer guten oder sehr guten Gesundheit. Gleichzeitig zeigten die Ergebnisse allerdings auch, dass die Prävalenzen des diagnostizierten Diabetes mellitus, des Asthma bronchiale und der Adipositas bei Frauen und Männern seit dem Jahr 2003 deutlich gestiegen sind. Bei Frauen war darüber hinaus eine Zunahme der Arthroseprävalenz zu beobachten, während sich bei Männern jeweils eine steigende Prävalenz von koronarer Herzkrankheit und bekanntem Bluthochdruck abzeichnete. Aus Public Health-Sicht erfreuliche Entwicklungen waren im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten zu verzeichnen. So zeigte sich bei beiden Geschlechtern eine Zunahme der sportlichen Betätigung, während der Anteil aktueller Raucherinnen und Raucher rückläufig war.

Mit den im Folgenden dargestellten Trendanalysen werden die bestehenden Zeitreihen mit Daten der GEDA-Studie 2012 fortgeführt. Im Vordergrund steht dabei die Frage, inwieweit sich die beschriebenen Entwicklungen in der gesundheitlichen Lage der Erwachsenenbevölkerung, die sich in den vorigen Trendanalysen beobachten ließen, weiter abzeichnen und ob neue Entwicklungen zu erkennen sind, die bislang nicht zu verzeichnen waren. Darüber hinaus wird untersucht, ob die zunehmende Verbreitung chronisch-degenerativer Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder koronare Herzkrankheit allein durch die demografische Alterung bedingt ist oder ob auch Veränderungen festzustellen sind, die über die demografische Alterung hinausgehen. Dafür werden die entsprechenden Prävalenzberechnungen für die einzelnen Jahre altersstandardisiert, womit

Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung in den betrachteten Jahren statistisch ausgeglichen werden (siehe Textkasten). Des Weiteren ermöglicht dieses Vorgehen, Veränderungen in der gesundheitlichen Lage der Erwachsenenbevölkerung zu erkennen, die sich in bevölkerungsrepräsentativen Prävalenzberechnungen nicht abzeichnen, da sie ggf. durch die demografische Alterung verdeckt und erst nach Standardisierung der Altersstruktur sichtbar werden. Die Ergebnisse der Trendanalysen sind in Tabelle 2.1 und 2.2 sowie den Abbildungen auf den nachfolgenden Seiten dargestellt.

Altersstandardisierung

Durch Altersstandardisierung werden Unterschiede in der Altersstruktur verschiedener Bevölkerungen statistisch ausgeglichen. Nach Altersstandardisierung sind Unterschiede in der Prävalenz von Erkrankungen oder anderen Gesundheitsindikatoren zwischen den Bevölkerungen nicht mehr durch eine unterschiedliche Altersstruktur zu erklären. In den hier dargestellten Trendanalysen wird die Alterszusammensetzung der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands in den Jahren 2003, 2009, 2010 und 2012 jeweils statistisch an die »alte Europastandardbevölkerung« angepasst. Auf diese Weise werden Prävalenzen unter der Annahme einer gleichen (Standard-) Altersstruktur der Bevölkerung in den verschiedenen Jahren miteinander verglichen. Altersstandardisierungen werden vor allem bei der Berechnung von Krankheitsprävalenzen und Gesundheitsindikatoren vorgenommen, da sich diese in der Regel zwischen verschiedenen Altersgruppen deutlich unterscheiden. Bei der Interpretation altersstandardisierter Ergebnisse ist zu beachten, dass die altersstandardisierten Werte keine realen – im Sinne von empirisch beobachtbaren – Anteilswerte bzw. Prävalenzen darstellen. Sie beschreiben vielmehr, wie die entsprechende Prävalenz in der betrachteten Bevölkerung wäre, wenn deren Altersstruktur der Standardbevölkerung entspräche.

Tabelle 2.1
Ausgewählte Gesundheitsindikatoren 2003, 2009, 2010 und 2012, Frauen

Frauen	2003		2009		2010		2012	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Subjektive Gesundheit (»sehr gut« oder »gut«)								
Bevölkerungsrepräsentativ	67,0	(65,2–68,7)	68,0	(66,8–69,2)	68,8	(67,6–69,9)	68,7	(67,3–69,9)
Altersstandardisiert	70,8	(69,1–72,5)	72,4	(71,4–73,5)	73,0	(72,0–74,1)	73,6	(72,4–74,8)
Chronische Erkrankung								
Bevölkerungsrepräsentativ	42,9	(41,1–44,7)	42,3	(41,1–43,4)	42,1	(41,0–43,3)	43,0	(41,7–44,4)
Altersstandardisiert	40,4	(38,6–42,2)	38,3	(37,2–39,4)	38,2	(37,2–39,3)	38,7	(37,4–40,1)
Diabetes (Lebenszeitprävalenz)								
Bevölkerungsrepräsentativ	6,8	(5,9–7,8)	9,3	(8,5–10,2)	8,8	(8,1–9,6)	9,0	(8,3–9,9)
Altersstandardisiert	5,3	(4,6–6,2)	7,3	(6,7–7,9)	7,0	(6,5–7,7)	6,9	(6,3–7,6)
Koronare Herzerkrankung (Lebenszeitprävalenz)								
Bevölkerungsrepräsentativ	6,9	(5,9–8,0)	6,5	(5,8–7,3)	6,7	(6,0–7,4)	6,8	(6,1–7,6)
Altersstandardisiert	4,8	(4,1–5,6)	4,3	(3,9–4,8)	4,6	(4,1–5,1)	4,3	(3,8–4,9)
Arthrose (Lebenszeitprävalenz)								
Bevölkerungsrepräsentativ	23,2	(21,6–24,8)	26,6	(25,5–27,7)	27,1	(26,0–28,3)	27,8	(26,5–29,0)
Altersstandardisiert	19,4	(18,1–20,9)	21,4	(20,5–22,4)	21,8	(20,9–22,7)	21,7	(20,6–22,8)
Asthma (Lebenszeitprävalenz)								
Bevölkerungsrepräsentativ	6,0	(5,2–6,8)	10,1	(9,4–10,9)	9,6	(9,0–10,3)	11,5	(10,6–12,5)
Altersstandardisiert	6,2	(5,4–7,2)	10,0	(9,3–10,7)	9,6	(9,0–10,3)	11,2	(10,3–12,1)
Bronchitis (Lebenszeitprävalenz)								
Bevölkerungsrepräsentativ	10,1	(9,0–11,2)	10,3	(9,6–11,0)	10,4	(9,7–11,2)	9,9	(9,1–10,7)
Altersstandardisiert	9,9	(8,8–11,0)	9,7	(9,1–10,4)	10,0	(9,3–10,7)	9,2	(8,4–10,1)
Adipositas (BMI $\geq 30,0$)								
Bevölkerungsrepräsentativ	12,5	(11,3–13,8)	15,7	(14,8–16,7)	15,6	(14,7–16,6)	16,2	(15,2–17,4)
Altersstandardisiert	11,7	(10,6–13,0)	14,2	(13,4–15,1)	14,3	(13,5–15,2)	14,6	(13,5–15,7)
Bluthochdruck (Lebenszeitprävalenz)								
Bevölkerungsrepräsentativ	28,4	(26,7–30,1)	30,1	(29,0–31,1)	31,0	(29,8–32,1)	31,2	(30,0–32,5)
Altersstandardisiert	24,4	(22,9–26,0)	24,5	(23,6–25,5)	25,1	(24,2–26,1)	24,1	(23,0–25,3)
Erhöhte Blutfette (Lebenszeitprävalenz)								
Bevölkerungsrepräsentativ	28,3	(26,6–29,9)	29,0	(27,9–30,1)	27,7	(26,6–28,8)	27,0	(25,8–28,3)
Altersstandardisiert	24,8	(23,3–26,4)	24,5	(23,5–25,4)	23,1	(22,1–24,0)	22,1	(21,0–23,3)
Sportlich aktiv								
Bevölkerungsrepräsentativ	58,9	(57,1–60,7)	64,1	(62,9–65,3)	63,7	(62,5–64,8)	65,7	(64,4–67,0)
Altersstandardisiert	60,7	(58,9–62,5)	66,5	(65,4–67,6)	65,9	(64,8–67,0)	69,3	(67,9–70,6)
Rauchquote								
Bevölkerungsrepräsentativ	28,9	(27,3–30,5)	26,1	(25,1–27,1)	26,2	(25,3–27,2)	23,9	(22,8–25,1)
Altersstandardisiert	33,0	(31,2–34,7)	29,4	(28,4–30,5)	29,6	(28,5–30,6)	26,9	(25,7–28,2)

Referenzbevölkerung für Altersstandardisierung: alte Europastandardbevölkerung

Fett gedruckt = statistisch signifikanter Unterschied zu 2003

Tabelle 2.2
Ausgewählte Gesundheitsindikatoren 2003, 2009, 2010 und 2012, Männer

Männer	2003		2009		2010		2012	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Subjektive Gesundheit (»sehr gut« oder »gut«)								
Bevölkerungsrepräsentativ	73,8	(72,1–75,5)	72,9	(71,6–74,1)	74,6	(73,4–75,8)	72,2	(70,9–73,5)
Altersstandardisiert	74,2	(72,4–75,9)	75,1	(73,9–76,3)	76,6	(75,5–77,7)	74,9	(73,6–76,2)
Chronische Erkrankung								
Bevölkerungsrepräsentativ	34,7	(33,0–36,5)	35,8	(34,5–37,1)	35,2	(34,0–36,5)	38,4	(37,0–39,8)
Altersstandardisiert	34,1	(32,3–36,0)	33,7	(32,5–34,9)	33,1	(31,9–34,4)	35,6	(34,2–36,9)
Diabetes (Lebenszeitprävalenz)								
Bevölkerungsrepräsentativ	5,4	(4,6–6,2)	8,2	(7,5–9,0)	8,5	(7,7–9,3)	8,7	(8,0–9,5)
Altersstandardisiert	4,8	(4,1–5,7)	7,0	(6,4–7,8)	7,4	(6,7–8,1)	7,2	(6,6–7,9)
Koronare Herzerkrankung (Lebenszeitprävalenz)								
Bevölkerungsrepräsentativ	7,7	(6,7–8,8)	9,2	(8,4–10,0)	9,9	(9,0–10,8)	9,8	(9,0–10,7)
Altersstandardisiert	7,1	(6,1–8,2)	7,7	(7,0–8,4)	8,3	(7,6–9,1)	7,8	(7,1–8,6)
Arthrose (Lebenszeitprävalenz)								
Bevölkerungsrepräsentativ	15,9	(14,6–17,3)	17,3	(16,3–18,4)	17,9	(16,9–19,0)	19,7	(18,6–20,9)
Altersstandardisiert	15,3	(14,0–16,7)	15,6	(14,7–16,6)	16,0	(15,1–16,9)	17,2	(16,2–18,2)
Asthma (Lebenszeitprävalenz)								
Bevölkerungsrepräsentativ	5,2	(4,4–6,1)	8,3	(7,6–9,0)	7,9	(7,3–8,7)	8,3	(7,5–9,1)
Altersstandardisiert	5,5	(4,6–6,5)	8,1	(7,4–8,8)	8,0	(7,3–8,7)	8,5	(7,7–9,3)
Bronchitis (Lebenszeitprävalenz)								
Bevölkerungsrepräsentativ	6,9	(6,0–7,9)	7,5	(6,8–8,2)	7,5	(6,8–8,2)	7,3	(6,6–8,2)
Altersstandardisiert	6,6	(5,7–7,6)	7,0	(6,4–7,7)	7,1	(6,5–7,8)	7,0	(6,3–7,8)
Adipositas (BMI $\geq 30,0$)								
Bevölkerungsrepräsentativ	12,8	(11,6–14,2)	16,3	(15,3–17,4)	16,1	(15,1–17,1)	16,7	(15,6–17,8)
Altersstandardisiert	12,6	(11,4–13,9)	15,4	(14,5–16,4)	15,5	(14,6–16,5)	15,9	(14,9–17,0)
Bluthochdruck (Lebenszeitprävalenz)								
Bevölkerungsrepräsentativ	26,6	(25,0–28,3)	31,1	(29,9–32,4)	31,6	(30,3–32,8)	33,2	(31,9–34,5)
Altersstandardisiert	25,4	(23,8–27,1)	28,4	(27,2–29,6)	28,9	(27,8–30,1)	29,4	(28,2–30,7)
Erhöhte Blutfette (Lebenszeitprävalenz)								
Bevölkerungsrepräsentativ	31,7	(30,0–33,5)	31,1	(29,8–32,3)	31,3	(30,1–32,5)	29,5	(28,2–30,8)
Altersstandardisiert	30,3	(28,5–32,1)	28,6	(27,4–29,8)	28,8	(27,7–30,0)	26,4	(25,2–27,7)
Sportlich aktiv								
Bevölkerungsrepräsentativ	60,9	(59,1–62,7)	63,8	(62,5–65,1)	63,7	(62,4–65,0)	65,8	(64,4–67,2)
Altersstandardisiert	61,1	(59,2–63,0)	65,5	(64,2–66,8)	65,3	(64,0–66,5)	67,7	(66,4–69,1)
Rauchquote								
Bevölkerungsrepräsentativ	38,3	(36,5–40,1)	33,9	(32,6–35,2)	33,9	(32,7–35,2)	31,4	(30,1–32,8)
Altersstandardisiert	40,0	(38,0–41,9)	35,7	(34,5–37,0)	35,6	(34,4–36,9)	33,4	(32,1–34,8)

Referenzbevölkerung für Altersstandardisierung: alte Europastandardbevölkerung
 Fett gedruckt = statistisch signifikanter Unterschied zu 2003

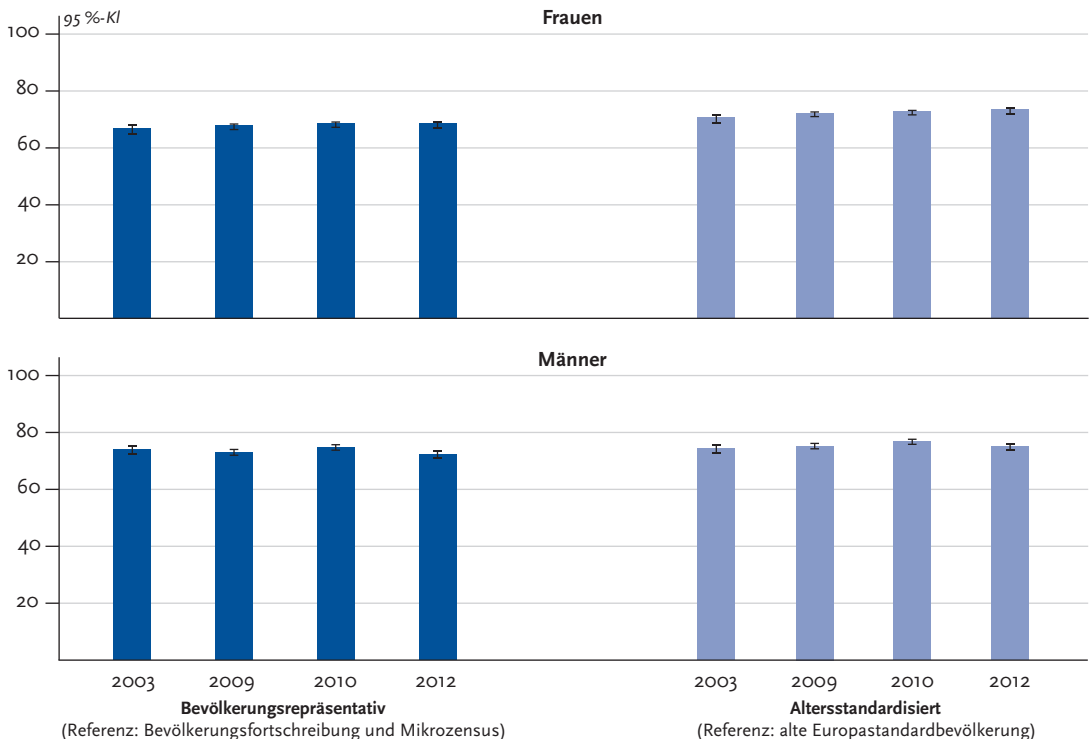
Subjektive Gesundheit

Der subjektive Gesundheitszustand hat sich als aussagekräftiger Prädiktor für das Auftreten chronischer Erkrankungen und die Sterblichkeit von Erwachsenen erwiesen (DeSalvo et al. 2003; Müters et al. 2005; Latham, Peek 2013). Zur Erfassung des subjektiven Gesundheitszustands wird in GEDA folgende Frage gestellt: »Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht?«. Diese Fragestellung wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgeschlagen und vergleichbar im internationalen Kontext verwendet (z. B. bei der Erhebung »Leben in Europa« EU-SILC oder in der europäischen Gesundheitsumfrage EHIS [Eurostat 2013]). Für den Indikator »selbst eingeschätzte sehr gute oder gute Gesundheit« wird der Anteil der Personen zusammengefasst, die ihre eigene Gesundheit als »sehr gut« oder »gut« einschätzen.

Kernaussagen

- ▶ Der Anteil von Männern und Frauen, die den eigenen Gesundheitszustand als »sehr gut« oder »gut« einschätzen, hat sich zwischen den Jahren 2003 und 2012 insgesamt nicht wesentlich verändert.
- ▶ Wird die Alterung der Gesellschaft zwischen 2003 und 2012 statistisch ausgeglichen, zeichnen sich ebenfalls keine bedeutsamen Veränderungen in der Prävalenz einer »sehr guten« oder »guten« selbsteingeschätzten Gesundheit im Zeitverlauf ab. Bei Frauen deutet sich jedoch eine leichte Tendenz zu einer besseren Gesundheitseinschätzung über die Jahre an.

Abbildung 2.1
Prävalenz eines »sehr guten« oder »guten« selbsteingeschätzten Gesundheitszustands bei Frauen und Männern in den Jahren 2003, 2009, 2010 und 2012



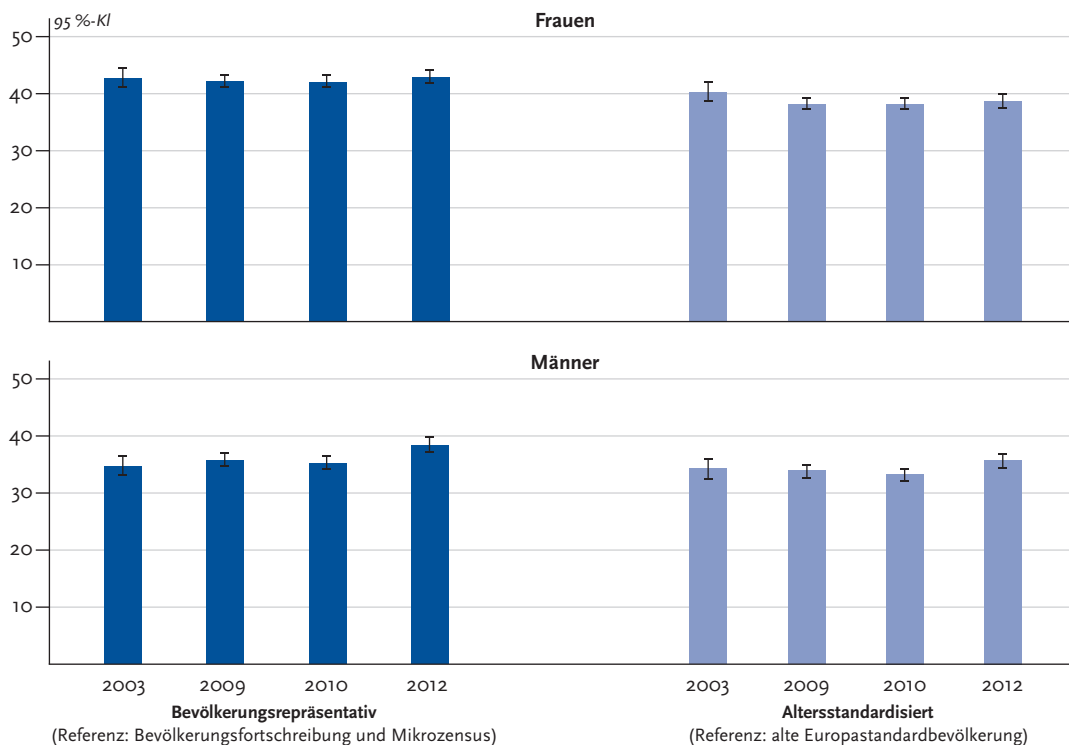
Chronisches Kranksein

Zur Erfassung der Prävalenz von chronischer Erkrankung in der Erwachsenenbevölkerung wird in GEDA eine einzelne Frage eingesetzt: »Haben Sie eine oder mehrere lang andauernde, chronische Erkrankungen? Hinweis: Chronische Krankheiten sind lang andauernde Erkrankungen, die ständiger Behandlung und Kontrolle bedürfen, z. B. Diabetes oder Herzerkrankungen«. Die Antwortkategorien sind dabei »Ja« oder »Nein«. Die Befragten müssen bei Beantwortung dieser Frage selbst bewerten, ob sie eine chronische Krankheit haben, die unter die Fragestellung fällt. Die Frage ist Bestandteil des »Minimum European Health Modules« und wird vergleichbar in der Erhebung »Leben in Europa« (EU-SILC) und in der europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS) eingesetzt.

Kernaussagen

- ▶ Während der Anteil von Frauen mit mindestens einer selbstwahrgenommenen chronischen Krankheit zwischen den Jahren 2003 und 2012 konstant bei 42 % bis 43 % lag, liegt dieser Anteil bei Männern im Jahr 2012 mit gut 38 % höher als noch im Jahr 2003 mit knapp 35 %.
- ▶ Die altersstandardisierte Prävalenz selbstwahrgenommener chronischer Erkrankung lässt bei Frauen ebenfalls keine wesentlichen Veränderungen im Beobachtungszeitraum erkennen. Auch bei Männern zeigen sich nach Altersstandardisierung keine Unterschiede zwischen 2003 und 2012 mehr, so dass sich der Anstieg der bevölkerungsrepräsentativen Prävalenz aus der demografischen Alterung während dieser Zeitspanne ergibt.

Abbildung 2.2
Prävalenz chronischer Erkrankung bei Frauen und Männern in den Jahren 2003, 2009, 2010 und 2012



Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ist eine häufig vorkommende Stoffwechselerkrankung. Es werden verschiedene Formen unterschieden. Der Typ-1-Diabetes tritt vorwiegend bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf. Unter Erwachsenen dominiert der Typ-2-Diabetes, auch Altersdiabetes genannt. Der Typ-2-Diabetes manifestiert sich in der Regel erst jenseits des 40. Lebensjahres, kann aber auch schon bei jüngeren Menschen vorkommen. Als Ursache wird ein Zusammenspiel von genetischen und erworbenen Risikofaktoren vermutet. Bewegungsmangel, Fehlernährung und damit in Zusammenhang stehende Adipositas zählen zu den wichtigen modifizierbaren Risikofaktoren.

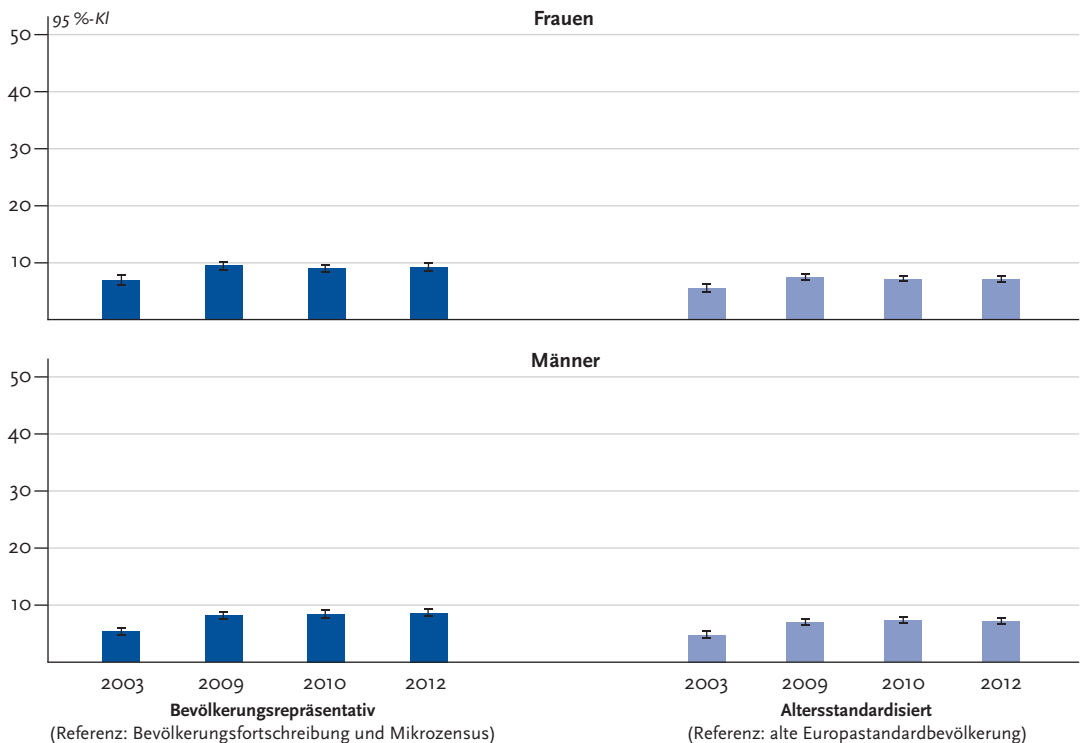
Die Lebenszeitprävalenz von Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) wird in GEDA mit der Frage erhoben: »Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Zuckerkrankheit oder Diabetes festgestellt?«. Die Selbstangaben zum Vorliegen der Erkrankung werden nicht durch zusätzliche Informationen (z. B. zu Medikamenten oder Insulinabhängigkeit) validiert. Eine Unterscheidung zwischen Typ-1- und Typ-2-Diabetes kann anhand dieser Fragestellung nicht vorgenommen werden.

Kernaussagen

- ▶ Die Lebenszeitprävalenz des diagnostizierten Diabetes mellitus ist zwischen den Jahren 2003 und 2009 sowohl bei Männern als auch bei Frauen gestiegen; von 7 % bei Frauen und 5 % bei Männern im Jahr 2003 auf 9 % bzw. 8 % im Jahr 2009. Ab 2009 ist anhand der GEDA-Daten allerdings kein wesentlicher Anstieg der Diabetesprävalenz mehr festzustellen.
- ▶ Die im Vergleich zum Jahr 2003 gestiegene Prävalenz des diagnostizierten Diabetes mellitus erklärt sich nicht allein durch die voranschreitende Alterung der Bevölkerung. Das zeigen die altersstandardisierten Lebenszeitprävalenzen, die für die Jahre 2009, 2010 und 2012 bei Frauen und Männern signifikant höher liegen als für das Jahr 2003.

Abbildung 2.3

Lebenszeitprävalenz des diagnostizierten Diabetes mellitus bei Frauen und Männern in den Jahren 2003, 2009, 2010 und 2012



Koronare Herzerkrankung

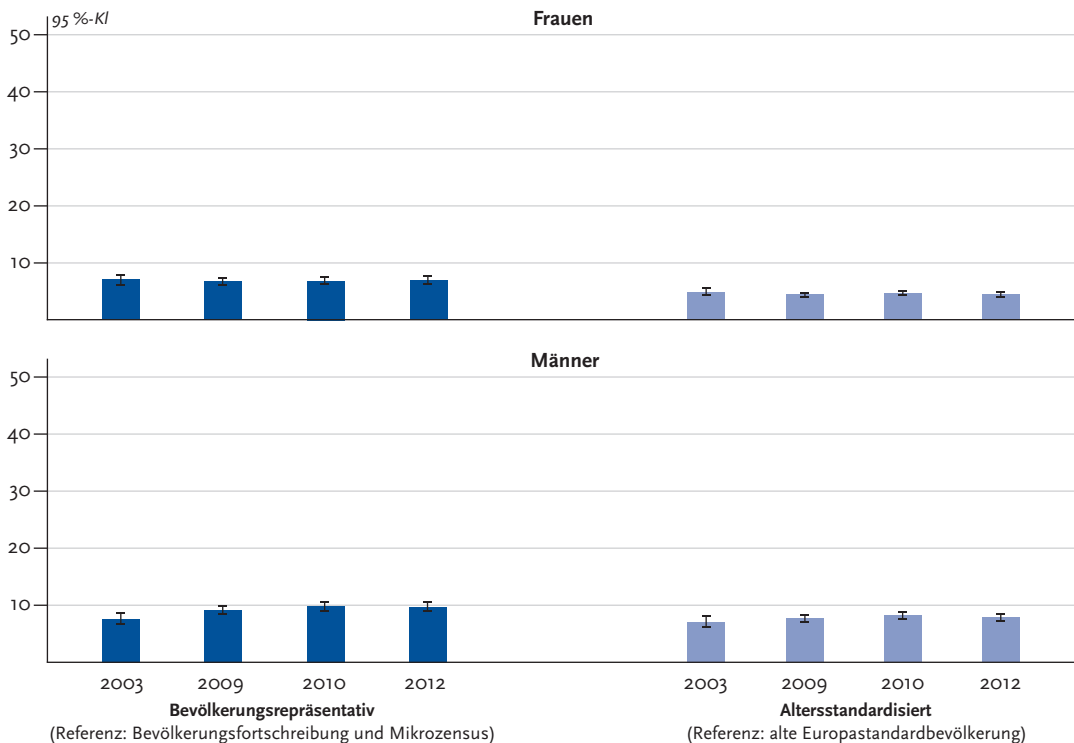
In den Industrienationen sind Herz-Kreislauf-Krankheiten die häufigsten Todesursachen im Erwachsenenalter, hierbei vor allem die koronare Herzkrankheit (KHK). Bei dieser Erkrankung kommt es infolge verengter Herzkranzgefäße zu einer Mangeldurchblutung des Herzens. Als akute Komplikation einer koronaren Herzkrankheit spielt der akute Myokardinfarkt (Herzinfarkt) eine vorrangige Rolle.

Für die hier berechnete Lebenszeitprävalenz wurde definiert, dass eine koronare Herzkrankheit vorliegt, wenn die befragte Person angibt, dass jemals ein Arzt eine Durchblutungsstörung am Herzen oder einen Herzinfarkt festgestellt hat. Es können somit nur die Fälle erfasst werden, bei denen die Erkrankung bereits diagnostiziert wurde und die gegebenenfalls einen Herzinfarkt überlebt haben.

Kernaussagen

- ▶ Während die Lebenszeitprävalenz der koronaren Herzkrankheit bei Frauen zwischen den Jahren 2003 und 2012 unverändert bei etwa 7% lag, ist bei Männern ein Anstieg der Prävalenz von knapp 8% im Jahr 2003 auf 10% in den Jahren 2010 und 2012 festzustellen.
- ▶ Wird die demografische Alterung zwischen den betrachteten Jahren statistisch ausgeglichen, zeichnen sich keine wesentlichen Veränderungen in der Lebenszeitprävalenz der koronaren Herzkrankheit mehr ab. Der Anstieg der bevölkerungsrepräsentativen KHK-Lebenszeitprävalenz bei Männern dürfte somit die zunehmende Alterung der Bevölkerung reflektieren.

Abbildung 2.4
Lebenszeitprävalenz der koronaren Herzerkrankung bei Frauen und Männern in den Jahren 2003, 2009, 2010 und 2012



Arthrose

Arthrose ist die weltweit häufigste Gelenkerkrankung (Woolf, Pfleger 2003). Die Kennzeichen der Erkrankung sind degenerative Veränderungen an den Gelenken, beginnend mit den Gelenkknorpeln, Zerstörung des Knorpels, Gewebeverlust und Freilegung der Knochenoberfläche. International werden vielfach Anstrengungen unternommen, muskuloskelettalen Erkrankungen und der damit verbundenen Krankheitslast gerecht zu werden. So rief die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die »Bone and Joint Decade 2000–2010« aus, um die Forschungs- und Versorgungssituation zu verbessern, da sich angesichts der demografischen Entwicklung die Zahl der Erkrankten an Knochen- und Gelenkerkrankungen im Alter in den kommenden 20 Jahren nach ihren Schätzungen verdoppeln wird (WHO 2003).

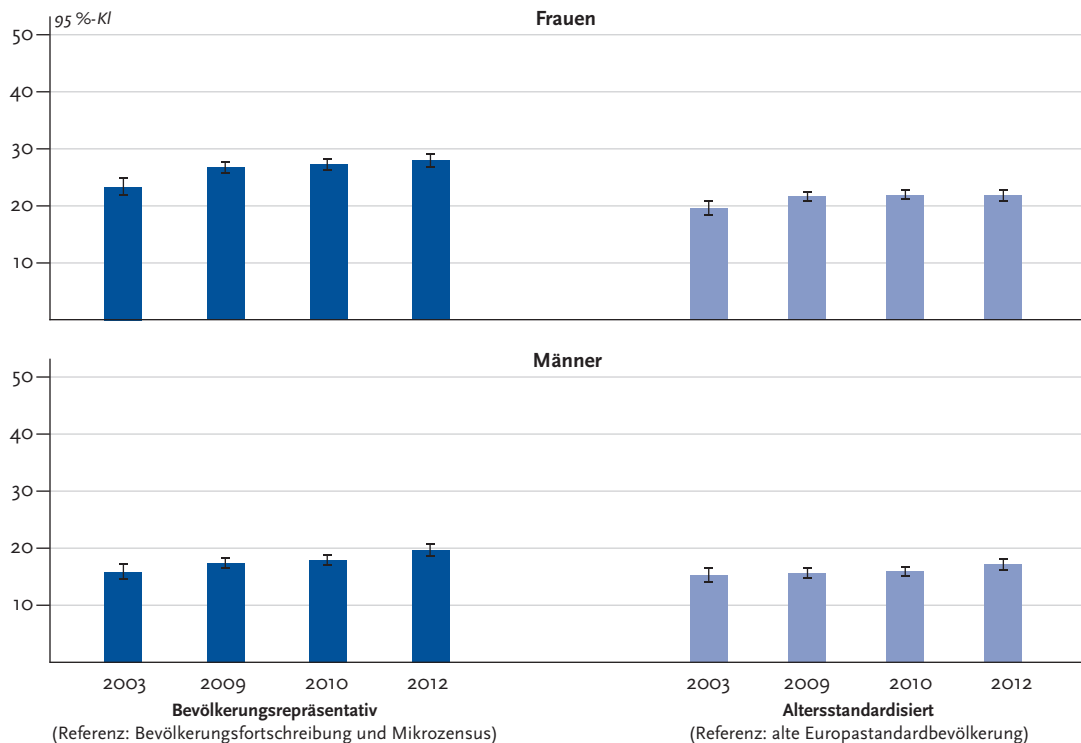
Die in GEDA berechnete Lebenszeitprävalenz der Arthrose beruht auf den Angaben der Befragten, ob bei ihnen jemals die ärztliche Diagnose einer Arthrose gestellt wurde.

Kernaussagen

- ▶ Die Lebenszeitprävalenz der Arthrose ist zwischen den Jahren 2003 und 2012 sowohl bei Frauen als auch bei Männern deutlich gestiegen; von 23 % bei Frauen und 16 % bei Männern im Jahr 2003 auf 28 % bei Frauen und 20 % bei Männern im Jahr 2012.
- ▶ Nach Altersstandardisierung sind keine bedeutsamen Unterschiede in der Arthroseprävalenz zwischen den Jahren mehr festzustellen, so dass die zunehmende Verbreitung von Arthrose in der Bevölkerung im Wesentlichen eine Folge der demografischen Alterung darstellen dürfte.

Abbildung 2.5

Lebenszeitprävalenz der Arthrose bei Frauen und Männern in den Jahren 2003, 2009, 2010 und 2012



Asthma

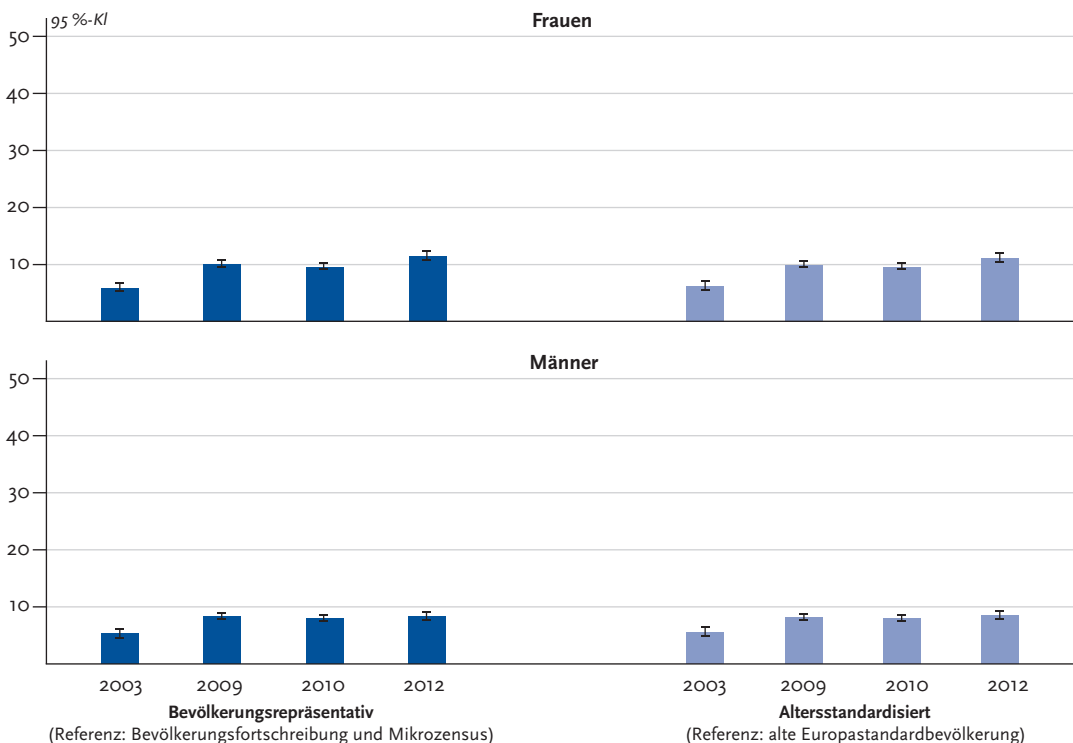
Asthma bronchiale ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung der unteren Atemwege, die zu einer reversiblen Verengung der Bronchien mit entzündlich geschwollener Bronchialschleimhaut und einer vermehrten Produktion zähen Sekrets führt. Das Leitsymptom ist anfallsweise Atemnot mit pfeifender Ausatmung. Asthma bronchiale kann in jedem Lebensalter auftreten. Besteht die Erkrankung schon im Kindesalter, können sich Krankheitserscheinungen – häufig während der Pubertät und des jungen Erwachsenenalters – auch wieder zurückbilden (Upham, James 2011). Die Asthmaerkrankung kann in eine allergische (extrinsische) und nicht-allergische (intrinsische) Form eingeteilt werden, wobei auch Mischformen bestehen können (BÄK et al. 2009; Buhl et al. 2006). Eine Unterscheidung dieser Formen ist jedoch innerhalb eines Gesundheitssurveys ohne klinische Daten kaum möglich.

Die Lebenszeitprävalenz von Asthma wird in GEDA mit der Frage ermittelt: »Wurde bei Ihnen jemals Asthma bronchiale von einem Arzt festgestellt?«.

Kernaussagen

- ▶ Sowohl bei Frauen als auch bei Männern ist die Lebenszeitprävalenz des Asthma bronchiale zwischen den Jahren 2003 und 2012 deutlich gestiegen; bei Frauen fällt der Anstieg allerdings stärker aus als bei Männern. Während die Prävalenz bei Frauen im Jahr 2003 etwa 6 % betrug, lag sie im Jahr 2012 mit knapp 12 % nahezu doppelt so hoch. Bei Männern stieg die Prävalenz im gleichen Zeitraum von 5 % auf 8 %.
- ▶ Auch nach Altersstandardisierung liegt die Lebenszeitprävalenz des Asthma bronchiale seit 2009 bei Frauen und Männern höher als 2003. Der Anstieg in den bevölkerungsrepräsentativen Asthmaprävalenzen kann somit nicht auf Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung zurückgeführt werden.

Abbildung 2.6
Lebenszeitprävalenz des Asthma bronchiale bei Frauen und Männern in den Jahren 2003, 2009, 2010 und 2012



Chronische Bronchitis

Die chronische Bronchitis ist eine häufige Erkrankung und wird als »Husten und Auswurf über wenigstens drei Monate in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Jahren« definiert (Konietzko, Fabel 2005; BÄK et al. 2006; Vogelmeier et al. 2007; Kim, Criner 2013). Eine chronische Bronchitis, die mit einer dauerhaften Atemwegsverengung einhergeht, stellt ein klinisch bedeutsames Krankheitsbild, die chronisch obstruktive Bronchitis dar. Der Teil der Patienten mit chronischem Husten und Auswurf, bei dem sich keine obstruktive Lungenerkrankung entwickelt, ist von einer nicht obstruktiven chronischen Bronchitis betroffen (BÄK et al. 2006; Vogelmeier et al. 2007). Eine Unterscheidung dieser Form ist jedoch innerhalb eines Gesundheitssurveys ohne klinische Daten kaum möglich.

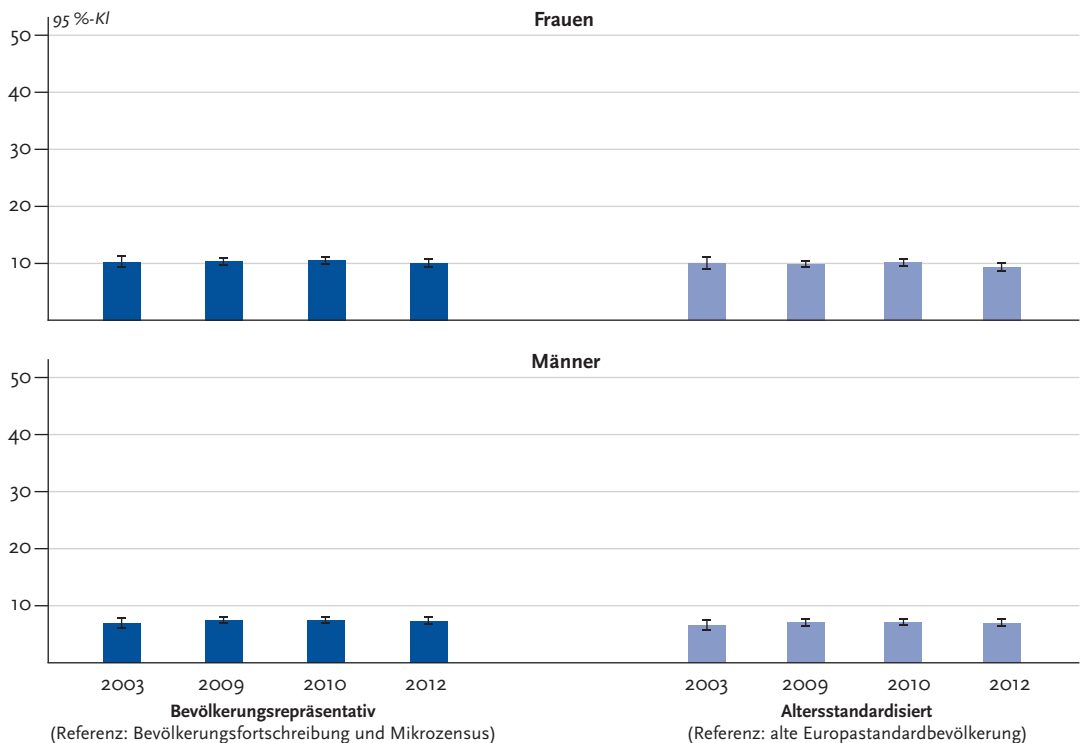
Die Lebenszeitprävalenz von chronischer Bronchitis wird in GEDA mit der Frage erhoben: »Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine chronische Bronchitis festgestellt?«, gegebenenfalls mit dem Hinweis, dass mit »chronischer Bronchitis« Husten und Auswurf mindestens drei Monate lang pro Jahr gemeint ist.

Kernaussagen

- ▶ Die Lebenszeitprävalenz der chronischen Bronchitis betrug zwischen den Jahren 2003 und 2012 konstant rund 10 % bei Frauen und etwa 7 % bis 8 % bei Männern. Wesentliche Veränderungen in der Prävalenz von chronischer Bronchitis in der Erwachsenenbevölkerung sind demnach nicht festzustellen.
- ▶ Auch nach Standardisierung der Altersstruktur der einzelnen Erhebungsjahre sind hinsichtlich der Prävalenz von chronischer Bronchitis keine Unterschiede zwischen den betrachteten Jahren zu beobachten.

Abbildung 2.7

Lebenszeitprävalenz der chronischen Bronchitis bei Frauen und Männern in den Jahren 2003, 2009, 2010 und 2012



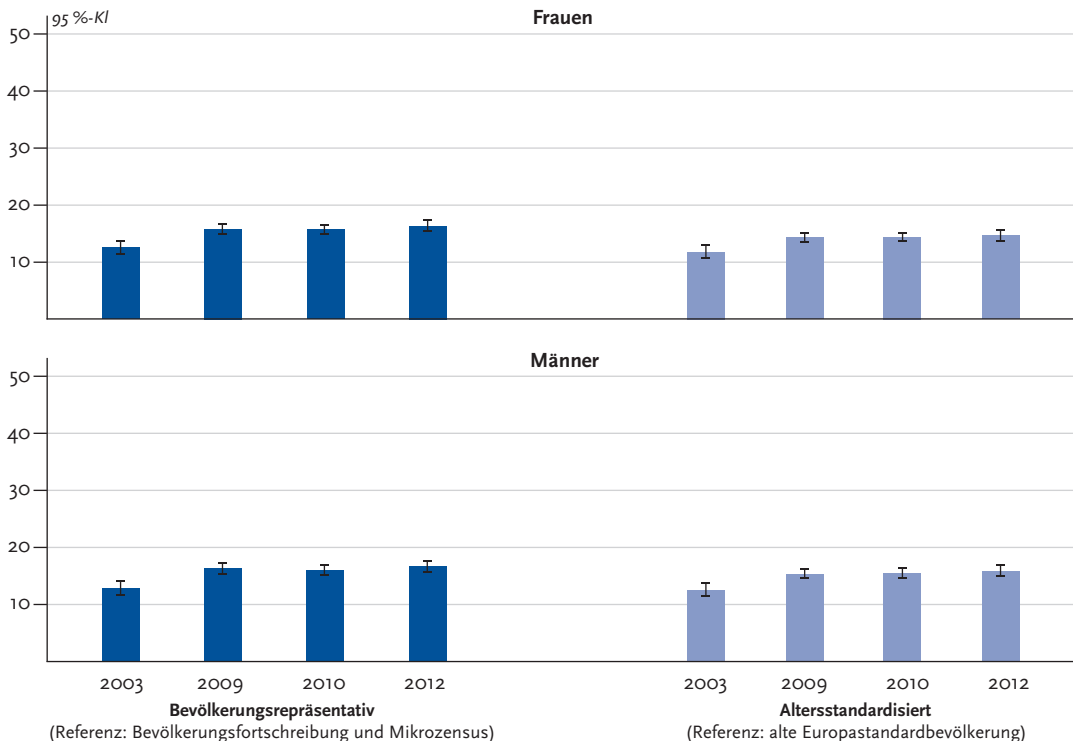
Adipositas

Starkes Übergewicht (Adipositas) gilt als Risikofaktor für verschiedene Erkrankungen und geht bei Männern und Frauen mit einem erhöhten Risiko frühzeitiger Sterblichkeit einher (McGee 2005; Adams et al. 2006; Flegal et al. 2013). Zur Bestimmung von Adipositas wird in der GEDA-Studie der Body-Mass-Index (BMI) verwendet, definiert als Verhältnis des Körpergewichts in Kilogramm zum Quadrat der Körpergröße in Metern: $BMI = \text{Gewicht}(\text{kg}) / \text{Größe}(\text{m}^2)$. Gemäß einer international verwendeten Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird von Adipositas ausgegangen, wenn der BMI ≥ 30 beträgt. Zu berücksichtigen ist, dass bei Selbstangaben das Körpergewicht häufig unterschätzt, die Körpergröße dagegen eher überschätzt wird. Dadurch kann der BMI im Vergleich zu gemessenen Werten geringer ausfallen; dies ist beim Vergleich verschiedener Datenquellen zu berücksichtigen. Die hier präsentierten Daten basieren ausschließlich auf Selbstangaben der Befragten zu ihrem Körpergewicht sowie zu ihrer Körpergröße.

Kernaussagen

- ▶ Die Prävalenz der Adipositas ist in den vergangenen Jahren sowohl bei Frauen als auch bei Männern deutlich gestiegen. Während die Adipositasprävalenz im Jahr 2003 bei Frauen und Männern noch bei rund 13 % lag, betrug sie im Jahr 2009 bereits 16 % bei beiden Geschlechtern. Zwischen den Jahren 2009 und 2012 lässt sich lediglich ein tendenzieller, aber kein statistisch bedeutsamer Anstieg der Adipositasprävalenz bei Frauen und Männern erkennen.
- ▶ Auch die altersstandardisierten Adipositasprävalenzen lagen in den Jahren 2009 bis 2012 bei Frauen und Männern höher als im Jahr 2003. Demnach lässt sich die Zunahme der Verbreitung von Adipositas in der Erwachsenenbevölkerung seit 2003 nicht allein auf die demografische Alterung zurückführen.

Abbildung 2.8
Prävalenz der Adipositas bei Frauen und Männern in den Jahren 2003, 2009, 2010 und 2012



Bluthochdruck

Erhöhter Blutdruck (Hypertonie) gehört zu den wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ist damit eine wesentliche Determinante der häufigsten Todesursachen im Erwachsenenalter. Meistens entsteht eine Hypertonie durch das Zusammenwirken von Erbanlagen, Alter, Geschlecht und verschiedenen ungünstigen Ernährungs- und Lebensbedingungen. Dazu zählt vor allem Übergewicht, aber auch hoher Kochsalz- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und Stress. Selten ist der Bluthochdruck eine Folge anderer Erkrankungen.

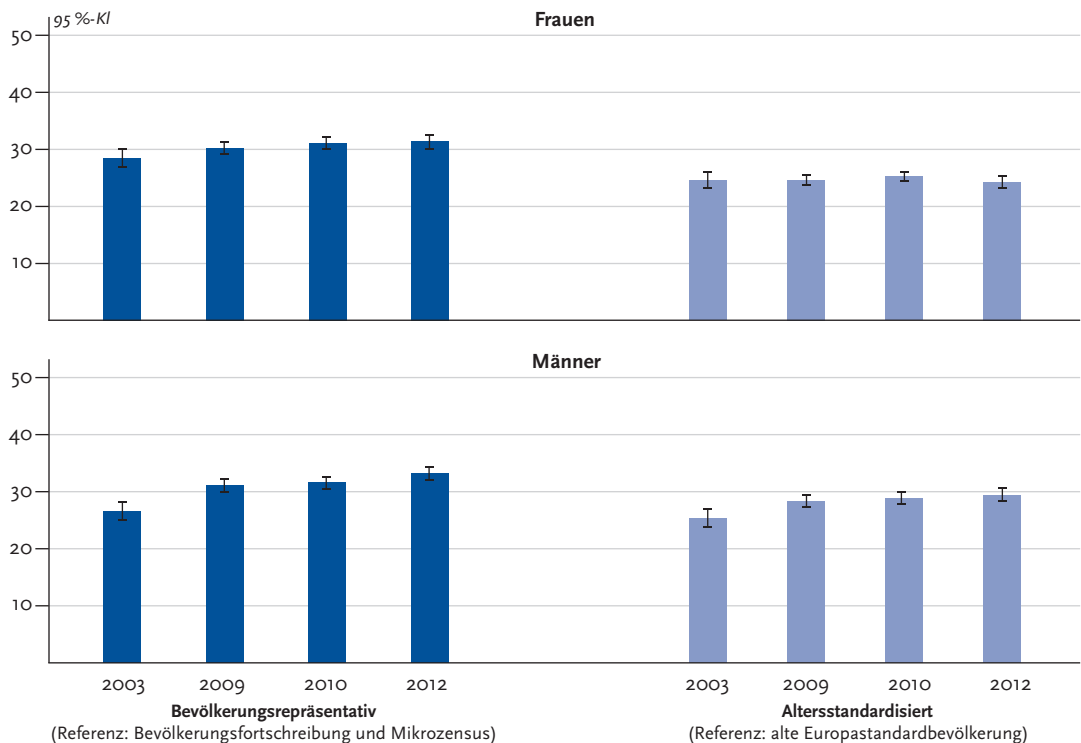
Die Lebenszeitprävalenz des diagnostizierten Bluthochdrucks wurde hier mithilfe der Frage ermittelt, ob jemals durch einen Arzt Bluthochdruck oder Hypertonie diagnostiziert wurde. Mit dieser Frage können nur bereits diagnostizierte Bluthochdruckfälle erfasst werden. Es ist bekannt, dass erhebliche Unterschiede zwischen dem Bekanntheitsgrad und dem tatsächlichen Vorliegen eines Bluthochdrucks bestehen (Wolf-Maier et al. 2003), dennoch sind die selbst berichteten Prävalenzen der bekannten Hypertonie ein wichtiger Indikator, um zeitliche Trends zu untersuchen.

Kernaussagen

- ▶ Bei Männern ist die Lebenszeitprävalenz des diagnostizierten Bluthochdrucks zwischen den Jahren 2003 und 2012 von 27 % auf 33 % deutlich gestiegen. Bei Frauen lässt sich in diesem Zeitraum lediglich ein tendenzieller Prävalenzanstieg von 28 % auf 31 % erkennen, der statistisch nicht signifikant ist.
- ▶ Auch nach Altersstandardisierung ist bei Männern ein deutlicher Anstieg der Lebenszeitprävalenz des diagnostizierten Bluthochdrucks zwischen 2003 und 2012 zu verzeichnen. Der Anstieg der Prävalenz des diagnostizierten Bluthochdrucks bei Männern lässt sich somit nicht allein durch die demografische Alterung erklären. Bei Frauen zeigen sich in den altersstandardisierten Prävalenzen keine wesentlichen Veränderungen zwischen den Jahren 2003 und 2012.

Abbildung 2.9

Lebenszeitprävalenz des diagnostizierten Bluthochdrucks bei Frauen und Männern in den Jahren 2003, 2009, 2010 und 2012



Erhöhte Blutfette

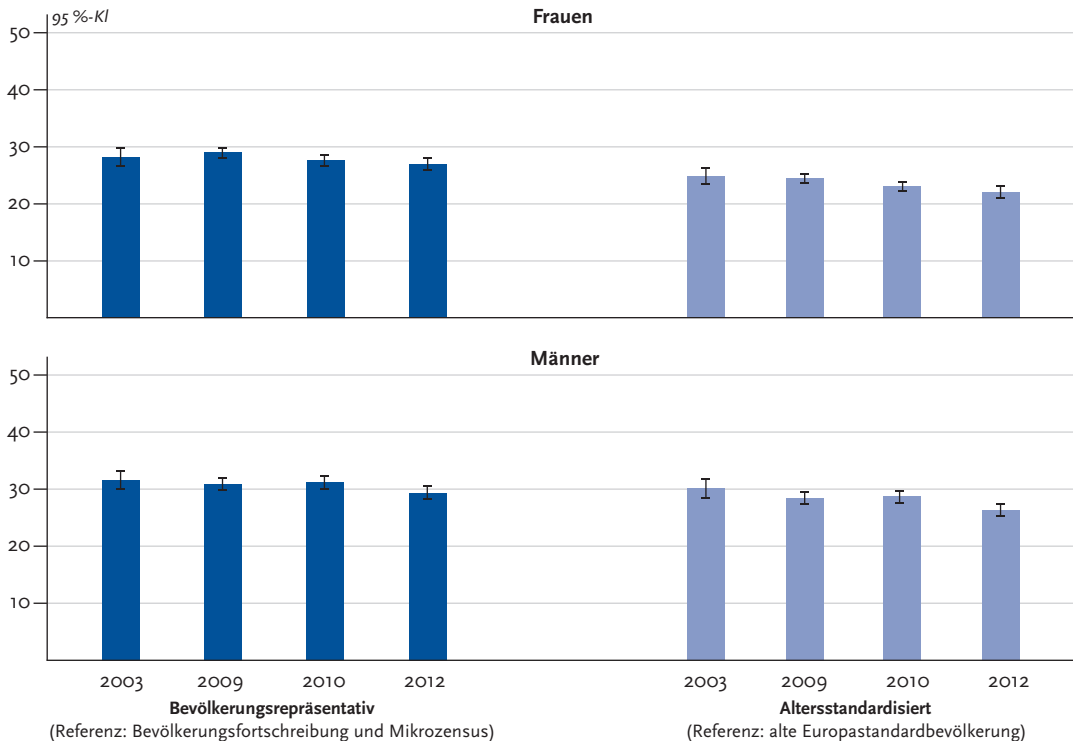
Der Fettstoffwechsel kann in vielfältiger Weise gestört sein. Von besonderer Bedeutung sind dabei erhöhte Werte des Gesamtcholesterins und einer Unterfraktion, der sogenannten Low-Density-Lipoproteine (LDL-Cholesterin) sowie ein niedriger Spiegel an sogenannten High-Density Lipoproteinen (HDL-Cholesterin). Erhöhte Cholesterinspiegel im Blut haben einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung der Atherosklerose sowie ihrer Folgeerkrankungen und sie sind therapeutisch behandelbar (Yusuf et al. 2004). Daher sind gerade diese häufig auftretenden Fettstoffwechselstörungen von besonderer Public Health-Relevanz.

In GEDA wird das Vorliegen einer bekannten Fettstoffwechselstörung mit der Frage erfasst: »Hat jemals ein Arzt bei Ihnen erhöhte Blutfette oder erhöhte Cholesterinwerte festgestellt?«. Mit dieser Frage wird erfasst, ob jemals die Diagnose erhöhter Blutfette gestellt wurde. Personen, die von einer Fettstoffwechselstörung betroffen sind, aber keine Diagnose erhalten haben oder denen ihre Erkrankung nicht bekannt ist, können anhand dieser Frage nicht identifiziert werden.

Kernaussagen

- ▶ Der Anteil von Personen, bei denen jemals erhöhte Blutfette festgestellt wurden, blieb in der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands zwischen den Jahren 2003 und 2012 im Wesentlichen stabil. Dies ist sowohl für Frauen als auch für Männer der Fall.
- ▶ Wird die Altersstruktur der Erwachsenenbevölkerung für die einzelnen Jahre durch Altersstandardisierung konstant gehalten, zeigt sich bei Frauen und Männern eine Verringerung in der Verbreitung jemals festgestellter erhöhter Blutfette. Dies deutet auf einen Rückgang von bekannten Fettstoffwechselstörungen seit 2003 hin. Anhand der vorliegenden Daten ist aber keine Aussage dazu möglich, ob Fettstoffwechselstörungen als solche zurückgegangen sind oder sich möglicherweise der Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung verändert hat.

Abbildung 2.10
Lebenszeitprävalenz erhöhter Blutfette bei Frauen und Männern in den Jahren 2003, 2009, 2010 und 2012



Sportliche Aktivität

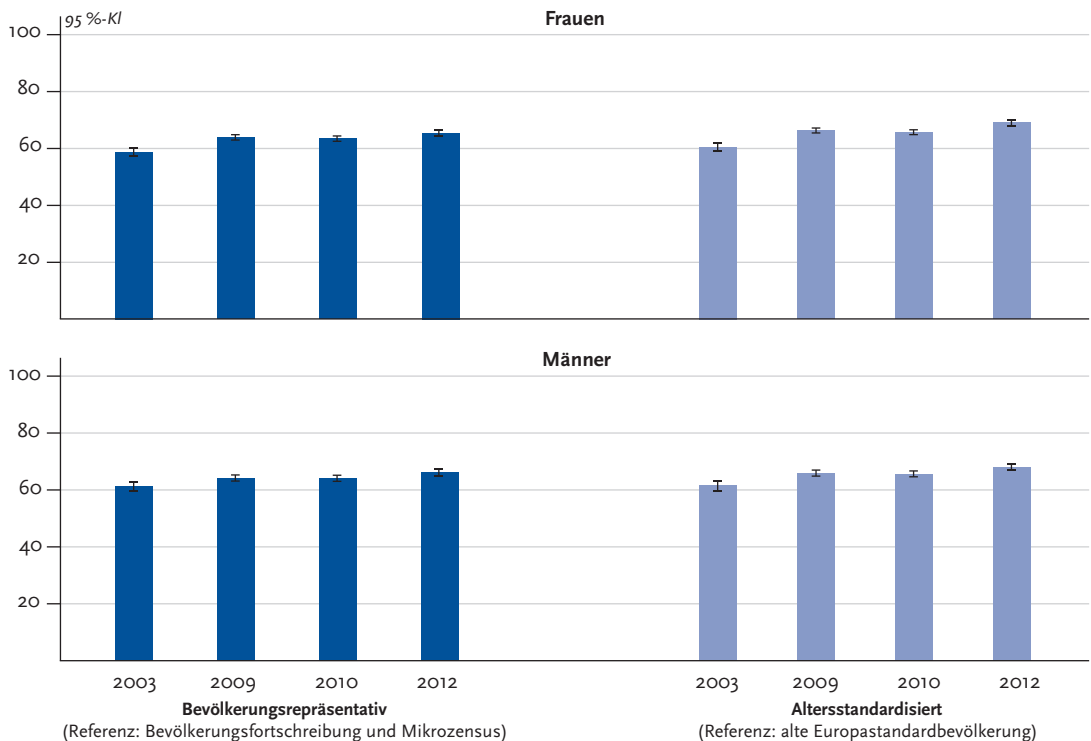
Sport, als eine spezifische Form körperlicher Bewegung, ist mit gesundheitsförderlichen Potenzialen verbunden, die sich nicht nur über physiologische Prozesse, sondern ebenso im Zusammenhang mit der Stressregulation, der Ausformung personaler und sozialer Kompetenzen sowie der Entwicklung einer insgesamt gesünderen Lebensweise entfalten können (RKI 2008). Vor diesem Hintergrund wird angenommen, dass durch sportfördernde Maßnahmen und Programme, insbesondere wenn diese auf die Mobilisierung der Bevölkerungsgruppen zielen, die sich nur wenig körperlich und sportlich betätigen, die Morbidität und vorzeitige Sterblichkeit in der Bevölkerung erheblich vermindert werden können (USDHHS 1996; RKI 2005).

Die Sportbeteiligung der in GEDA befragten Personen wird mithilfe der Frage erhoben: »Denken Sie mal an die letzten drei Monate. Haben Sie da Sport gemacht?«.

Kernaussagen

- ▶ Seit dem Jahr 2003 ist die Sportbeteiligung von Frauen und Männern in Deutschland deutlich gestiegen. Während im Jahr 2003 noch 59% der Frauen und 61% der Männer sportlich aktiv waren, betrug dieser Anteil im Jahr 2012 bei beiden Geschlechtern 66%.
- ▶ Wird die Alterung der Bevölkerung zwischen den Jahren 2003 und 2012 statistisch bereinigt, ist der Anstieg der Sportbeteiligung von Frauen und Männern noch deutlicher zu beobachten. Dies ergibt sich dadurch, dass der Anteil jüngerer Personen in der Bevölkerung seit 2003 gesunken ist, Jüngere aber häufiger sportlich aktiv sind als Ältere. Zudem lassen die altersstandardisierten Prävalenzen für das Jahr 2012 insbesondere bei Frauen erkennen, dass sich der zeitliche Trend zu einer höheren Sportbeteiligung weiter fortsetzt.

Abbildung 2.11
Anteil sportlich aktiver Frauen und Männern in den Jahren 2003, 2009, 2010 und 2012



Rauchen

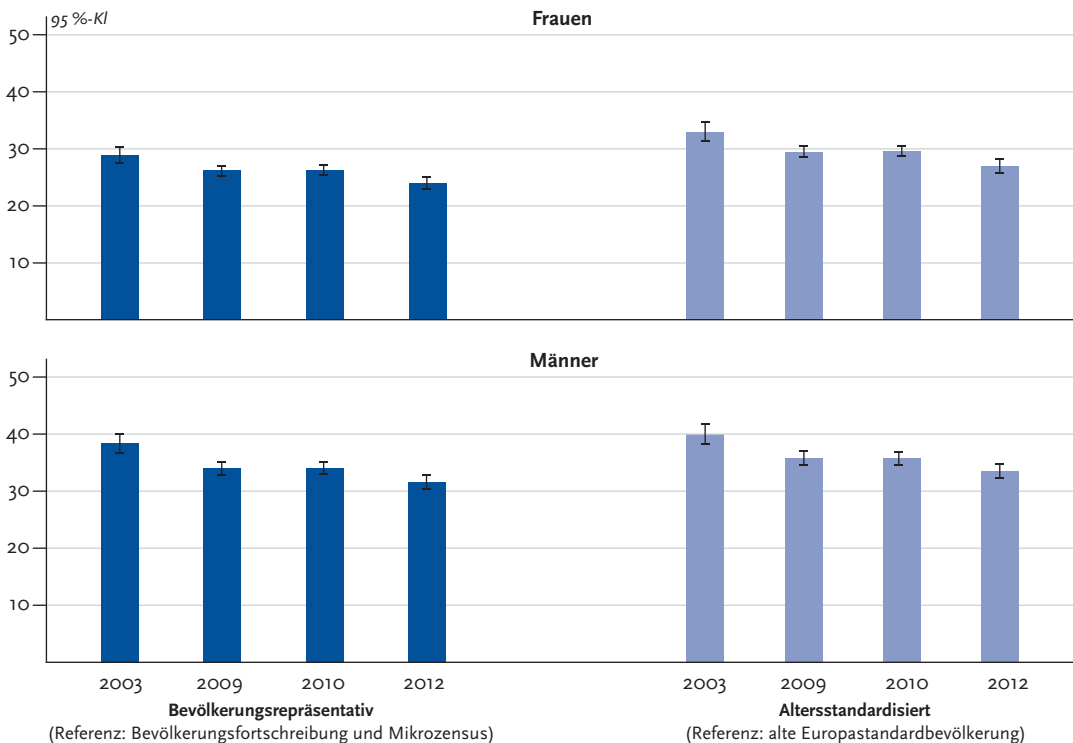
Rauchen ist ein bedeutender Risikofaktor für zahlreiche schwerwiegende und potenziell tödlich verlaufende Krankheiten wie Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen. An den Folgen des Rauchens sterben allein in Deutschland jedes Jahr zwischen 100.000 und 120.000 Menschen (DKFZ 2009; Mons 2011). Die nach wie vor starke Verbreitung des Rauchens in der Bevölkerung weist somit auf erhebliche Präventionspotenziale hin.

Der Rauchstatus der in GEDA befragten Personen wird mit der Frage erhoben: »Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich?« (Antwortkategorien: »ja, täglich«, »ja, gelegentlich«, »nein, nicht mehr«, »habe noch nie geraucht«). Auf Basis der Angaben der Befragten wird zwischen aktuellen Rauchern (täglich oder gelegentlich), Exrauchern und Nierauchern unterschieden. Der Anteil der aktuell rauchenden Personen wird als Rauchquote bezeichnet.

Kernaussagen

- ▶ Die Rauchquote ist zwischen den Jahren 2003 und 2012 bei Frauen von 29 % auf 24 % gesunken. Im Jahr 2012 lag die Rauchquote von Frauen noch mal niedriger als im Jahr 2010. Bei Männern fiel der Rückgang der Rauchquote im Vergleich zu Frauen etwas stärker aus: Während 2003 noch 39 % der Männer in Deutschland rauchten, waren es im Jahr 2012 noch rund 31 %.
- ▶ Die rückläufigen Rauchquoten von Frauen und Männern seit 2003 sind auch nach Altersstandardisierung zu beobachten. Demnach liegt der Rückgang der Rauchquoten nicht allein darin begründet, dass der Anteil älterer Menschen, die anteilig seltener rauchen, in der Bevölkerung seit 2003 stetig zugenommen hat.

Abbildung 2.12
Rauchquote von Frauen und Männern in den Jahren 2003, 2009, 2010 und 2012



Ergebnisbewertung

Die mit den Daten der aktuellen GEDA-Welle 2012 fortgeführten Zeitreihen bestätigt weitestgehend die Befunde der vorangegangenen Trendanalysen. Für bestimmte Gesundheitsindikatoren zeigen sich im Jahr 2012 allerdings auch Unterschiede im Vergleich zum Jahr 2003, die in den vorherigen GEDA-Wellen noch nicht zu erkennen waren. Insgesamt ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen, dass die zugrundeliegenden Daten auf Selbstangaben der Befragten basieren. Insbesondere bei den Selbstangaben zu einer jemals ärztlich diagnostizierten Erkrankung dürfte das Erinnerungsvermögen der Befragten und die allgemeine Aufmerksamkeit gegenüber der jeweiligen Erkrankung oder gegenüber dem jeweiligen Risikofaktor eine wichtige Rolle spielen.

Die aktuelle Auswertung zeigt übereinstimmend mit den vorangegangenen Trendanalysen, dass sich kontinuierlich die Mehrheit der Erwachsenenbevölkerung einer guten bis sehr guten Gesundheit erfreut. So lassen sich zwischen den Jahren 2003 und 2012 keine wesentlichen Veränderungen darin erkennen, wie Frauen und Männer ihren Gesundheitszustand selbst einschätzen und bewerten. Gleichzeitig ist allerdings zu beobachten, dass die Verbreitung chronisch-degenerativer Erkrankungen in der Bevölkerung seit dem Jahr 2003 zugenommen hat. Zum Teil lässt sich dieser Anstieg in der Häufigkeit chronischer Erkrankungen auf die demografische Alterung zurückführen, da chronische Krankheiten in der Regel in älteren Bevölkerungsgruppen stärker verbreitet sind als in jüngeren und der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung im Zuge des demografischen Wandels zugenommen hat. Die Lebenszeitprävalenzen von koronarer Herzkrankheit und Arthrose bei Männern sind somit seit 2003 real gestiegen. Wird allerdings die demografische Alterung in diesem Zeitraum durch Altersstandardisierung bereinigt, sind diese Prävalenzanstiege nicht mehr zu beobachten. Gleiches trifft auch auf die Lebenszeitprävalenz der Arthrose bei Frauen zu. Bei Männern war der Anstieg der bevölkerungsrepräsentativen Arthroseprävalenz in den vorangegangenen Trendanalysen noch nicht zu erkennen. Demnach lässt sich anhand der Daten aus GEDA 2012 erstmals im Rahmen der GEDA-Zeitreihe auch bei Männern eine bevölkerungsweite Zunahme von Arthrosefällen seit 2003 belegen. Dabei weisen die altersstandardisierten Ergebnisse auch hier darauf hin, dass diese Zunahme maßgeblich durch die demografische Alterung bedingt sein dürfte.

Die vorliegende Trendanalyse weist allerdings bei bestimmten Krankheiten auch auf Prävalenz-

anstiege in der Erwachsenenbevölkerung hin, die sich nicht allein durch die voranschreitende Alterung der Bevölkerung erklären lassen. Seit dem Jahr 2009 liegen sowohl die bevölkerungsrepräsentativen als auch die altersstandardisierten Prävalenzen des bekannten Diabetes mellitus, des Asthma bronchiale und der Adipositas bei Frauen und Männern stets höher als noch im Jahr 2003. Bei Männern zeigt sich zudem eine höhere Lebenszeitprävalenz des diagnostizierten Bluthochdrucks seit 2009 gegenüber 2003, auch nach Berücksichtigung der demografischen Alterung. Zwischen 2009 und 2012 sind zwar keine statistisch signifikanten Veränderungen der Prävalenzen von diagnostiziertem Diabetes, Asthma, Adipositas und bekanntem Bluthochdruck festzustellen. Dies ist allerdings nicht zwangsläufig so zu bewerten, dass sich der jeweilige Trend seit 2009 nicht weiter fortsetzt, sondern kann auch dadurch bedingt sein, dass geringe Prävalenzveränderungen in kürzeren Zeiträumen in Hochrechnungen auf Basis von Bevölkerungssurveys nicht direkt abzulesen sind.

Der Anstieg der Diabetesprävalenz seit 2003 bei beiden Geschlechtern steht im Einklang mit weltweit zu beobachtenden Entwicklungen. Auch für Deutschland konnte im Rahmen der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1) bereits ein Prävalenzanstieg zwischen den Jahren 1998 und 2008 bis 2011 im Hinblick auf den bekannten Diabetes festgestellt werden, der sich nur teilweise auf die demografische Alterung zurückführen ließ (Heidemann et al. 2013). Die zunehmende Verbreitung von Risikofaktoren des Typ-2-Diabetes wie Fehlernährung und Adipositas sowie die Zunahme der Lebenserwartung werden als wesentliche Ursachen für den weltweit beobachteten Anstieg von Diabetesinzidenz und -prävalenz angesehen (Kolb, Mandrup-Poulsen 2010; van Dieren et al. 2010). Auch in der hier vorgelegten Zeitreihe lässt sich ein paralleler Anstieg der Häufigkeit von Adipositas und Diabetes nachweisen. Die steigende Prävalenz des diagnostizierten Diabetes wird aber auch im Zusammenhang mit einer verbesserten Früherkennung und höheren Sensibilisierung gegenüber der Erkrankung, z. B. durch die Einführung der Disease-Management-Programme, diskutiert (Gregg et al. 2004; National Institut for Public Health and the Environment 2010; Heidemann et al. 2013). Angesichts der schwerwiegenden langfristigen Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus zielen Aufklärungskampagnen und Disease-Management-Programme auf eine größere Aufmerksamkeit gegenüber dieser Erkrankungen in der Bevölkerung und Versorgung, so dass die Zunahme der Prävalenz auch durch eine inten-

sivere Symptomwahrnehmung und Diagnostik bedingt sein könnte.

Auch hinsichtlich des hier beobachteten Anstiegs der Prävalenz des diagnostizierten Bluthochdrucks bei Männern muss berücksichtigt werden, dass der Bluthochdruck zunehmend zum Gegenstand von Gesundheitsinformationen für die Bevölkerung wird und vermutlich deshalb auch eher diagnostiziert und von Befragten in Gesundheitssurveys berichtet wird. Gerade beim Bluthochdruck wird national und international eine große Diskrepanz zwischen dem Vorliegen der Erkrankung und dem Bekanntheitsgrad (Anteil der Betroffenen, denen ihr Bluthochdruck bekannt ist) beobachtet (Chobanian et al. 2003; Meisinger et al. 2006; Neuhauser et al. 2013). Ob es sich bei dem hier beobachteten Anstieg der Prävalenz des selbstberichteten diagnostizierten Bluthochdrucks bei Männern um eine tatsächliche Zunahme der Erkrankungshäufigkeit in der Bevölkerung oder um eine bei Männern stärkere Zunahme im Bekanntheitsgrad handelt, kann nur anhand von Daten aus kombinierten Untersuchungs- und Befragungssurveys beurteilt werden, bei denen die Probandinnen und Probanden nach einer Hypertoniediagnose gefragt, der Blutdruck gemessen und die Arzneimittelaufnahme differenziert erhoben werden. Entsprechende Analysen werden derzeit auf Basis von Daten der DEGS1-Studie des RKI durchgeführt.

Im Hinblick auf die Verbreitung erhöhter Blutfette (Fettstoffwechselstörung) deuten die altersstandardisierten Prävalenzen auf einen Rückgang bekannter Fettstoffwechselstörungen seit 2003 hin. Dieser spiegelt sich allerdings nicht in den bevölkerungsweltweit real zu beobachtenden Erkrankungshäufigkeiten bzw. diagnostizierten Fällen mit Fettstoffwechselstörung wider, da die Erkrankung mit einem höheren Lebensalter assoziiert ist und der Anteil Älterer in der Bevölkerung im Beobachtungszeitraum zugenommen hat. Die genauen Ursachen für die beobachtete Abnahme bekannter Fettstoffwechselstörungen können anhand der GEDA-Daten allerdings nicht bestimmt werden. Möglicherweise spielt hier eine verbesserte Prävention im Bereich Ernährung und Bewegung eine Rolle. Aber auch der Bekanntheitsgrad (Anteil der Betroffenen, denen ihre Fettstoffwechselstörung bekannt ist) könnte sich im Zeitverlauf verändert haben. Die Ergebnisse der DEGS1-Studie aus den Jahren 2008 bis 2011 haben im Hinblick auf den Bekanntheitsgrad der Erkrankung gezeigt, dass deutlich mehr als die Hälfte aller Fettstoffwechselstörungen in der Erwachsenenbevölkerung unerkannt ist (Scheidt-Nave et al. 2013).

Ein Anstieg der Asthmaprävalenz in der Erwachsenenbevölkerung, auf den die Ergebnisse der vorliegenden Zeitreihe hinweisen, ließ sich auch beim Vergleich der Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) und der Nachfolgestudie DEGS1 aus den Jahren 2008 bis 2011 beobachten. Im 10-Jahrestrend war dabei ein Anstieg der Asthmaprävalenz um ca. 3 Prozentpunkte (von 6 % auf 9 %) zu verzeichnen (Langen et al. 2013). Auch international liegen aktuelle Berichte zu steigenden Asthmaprävalenzen unter Erwachsenen vor (De Marco et al. 2012; Kainu et al. 2013; Moorman et al. 2012; Simpson, Sheikh 2010). Inwieweit der Anstieg in Deutschland auf eine veränderte Aufmerksamkeit gegenüber der Erkrankung – auch im Zuge der Einführung von Disease-Management-Programmen – zurückzuführen ist, muss weitergehend untersucht werden.

Die zunehmende Verbreitung von Adipositas bei Frauen und Männern in Deutschland, die sich in den dargestellten Analysen seit 2003 abzeichnet, lässt sich anhand anderer Datenquellen bereits seit Mitte der 1980er-Jahre nachweisen (Helmert, Strube 2004; Mensink et al. 2005). Während die hier dargestellten Daten auf Selbstangaben zu Körpergewicht und Körpergröße beruhen, lässt sich die zunehmende Verbreitung von Adipositas auch auf Basis von Messdaten zu Körpermaßen belegen. So zeigt ein Vergleich von Daten der Nationalen Untersuchungssurveys 1990/92, des BGS98 und aus DEGS1 eine Zunahme der Adipositasprävalenz zwischen Anfang der 1990er-Jahre und den Jahren 2008 bis 2011 bei Erwachsenen in Deutschland, die sich besonders deutlich in jüngeren Altersgruppen abzeichnet (Mensink et al. 2013). Dies passt zur hohen Prävalenz von Adipositas in der heranwachsenden Generation, die sich im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des RKI zeigt (Kurth, Schaffrath-Rosario 2007). Die verschiedenen Datenquellen lassen übereinstimmend erkennen, dass Adipositas in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen deutlich stärker verbreitet ist als in sozial bessergestellten Gruppen (Kurth, Schaffrath-Rosario 2007; Kuntz, Lampert 2010; Mensink et al. 2013). Dies weist darauf hin, dass den sozialen Lebensumständen eine herausragende Bedeutung für die Entwicklung von Adipositas zukommt. Für Präventionsprogramme, die auf eine Verminderung der Adipositas in der Bevölkerung abzielen, unterstreicht dieser Befund, wie wichtig es ist, an den Lebensbedingungen der Menschen anzusetzen und in den sozialen Verursachungsprozess bei der Entstehung von starkem Übergewicht einzugreifen (Helmert, Strube 2004).

Ein erfreulicher Trend zeigt sich bei der Entwicklung von Indikatoren zum Gesundheitsver-

halten. Bereits an anderer Stelle konnte unter Einbeziehung von Daten früherer Gesundheits-surveys des RKI gezeigt werden, dass die Rauchquote in der Erwachsenenbevölkerung seit dem Jahr 2003 deutlich zurückgegangen ist (Lampert 2011; Lampert et al. 2013). Dies ist insofern beachtlich, weil während der 1990er-Jahre bei Männern kein bedeutsamer Rückgang und bei Frauen sogar ein Anstieg der Rauchquote zu beobachten war. Hervorzuheben ist aber insbesondere, dass immer weniger Jugendliche mit dem Rauchen beginnen. Nach Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat der Anteil der 12- bis 17-jährigen Mädchen, die zumindest gelegentlich rauchen, im Zeitraum von 2004 bis 2012 von 23 % auf 13 % abgenommen, bei gleichaltrigen Jungen von 24 % auf 12 % (BZgA 2013). Allerdings gilt für das Rauchen nach wie vor, dass dieses gesundheitlich riskante Verhalten in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen wesentlich stärker verbreitet ist als in sozial bessergestellten Gruppen (Lampert et al. 2013; Kuntz et al. 2014). Dies unterstreicht die Bedeutung einer zielgruppengerechten Gestaltung von Maßnahmen, die auf eine weitere Verminderung des Tabakkonsums in der Bevölkerung abzielen.

Aus Public-Health-Sicht als positiv zu bewerten ist auch der Anstieg der Sportbeteiligung von Frauen und Männern, welcher bereits seit den 1990er-Jahren für die Erwachsenenbevölkerung in Deutschland aufgezeigt werden kann (RKI 2009; Krug et al. 2013). In der mit den Daten aus GEDA 2012 aktualisierten Zeitreihe zum Anteil sportlich Aktiver deutet sich insbesondere bei Frauen an, dass sich der Trend zu einer höheren Sportbeteiligung weiter fortsetzt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Programme zur Bewegungsförderung und bevölkerungsweite Initiativen, wie z. B. der Nationale Aktionsplan IN FORM (www.in-form.de), nach und nach ihre Wirksamkeit entfalten. Bei der Interpretation der Ergebnisse zur Sportbeteiligung ist allerdings zu berücksichtigen, dass der betrachtete Indikator zwar anzeigt, wie sich der Anteil sportlich aktiver Personen in der Erwachsenenbevölkerung über die Zeit verändert. Aussagen über die Art und das Ausmaß der sportlichen Betätigung sind anhand dieses Indikators jedoch nicht möglich. Hinsichtlich der Frage, wie sich die Sportbeteiligung und das Ausmaß sportlicher Aktivität in verschiedenen Gruppen der Erwachsenenbevölkerung verändern, sind weitere Analysen erforderlich.

Literatur

- Adams KF, Schatzkin A, Harris TB et al. (2006) Overweight, Obesity, and Mortality in a large prospective Cohort of Persons 50 to 71 Years old. *N Engl J Med* 355(8): 763–778
- BÄK, KBV, AWMF (2006) Nationale VersorgungsLeitlinie COPD, Langfassung, Version 1.9.
- BÄK, KBV, AWMF (2009) Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma, Langfassung 2. Auflage, Version 5.
- Buhl R, Berdel D, Criece CP et al. (2006) Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit Asthma. *Pneumologie* 60(3): 139–177
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2013) Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln
- Chobanian AV, Bakris GL et al. (2003) The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 289(19): 2560–2572
- De Marco R, Cappa V, Accordini S et al. (2012) Trends in the prevalence of asthma and allergic rhinitis in Italy between 1991 and 2010. *Eur Respir J* 39(4): 883–892
- DeSalvo KB, Blosner N, Reynolds K et al. (2006) Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. A Meta-Analysis. *J Gen Intern Med* 21(3): 267–275
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (2009) Tabakatlas Deutschland 2009. DKFZ, Heidelberg
- Eurostat (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2) — Methodological manual. Eurostat, Luxembourg
- Flegal KM, Kit BK, Orpana H et al. (2013) Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 309(1): 71–82
- Gregg EW, Cadwell BL, Cheng YJ et al. (2004) Trends in the prevalence and ratio of diagnosed to undiagnosed diabetes according to obesity levels in the US. *Diabetes Care* 27(12): 2806–2812
- Heidemann C, Du Y, Knopf H et al. (2013) Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 56(5/6): 668–677
- Helmert U, Strube H (2004) Die Entwicklung der Adipositas in Deutschland im Zeitraum von 1985 bis 2002. *Gesundheitswesen* 66(7): 409–415
- Kainu A, Pallasaho P, Piirila P et al. (2013) Increase in prevalence of physician-diagnosed asthma in Helsinki during the Finnish Asthma Programme: improved recognition of asthma in primary care? A cross-sectional cohort study. *Prim Care Respir J* 22(1): 64–71
- Kim V, Criner GJ (2013) Chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 187(3): 228–237
- Kolb H, Mandrup-Poulsen T (2010) The global diabetes epidemic as a consequence of lifestyle-induced low-grade inflammation. *Diabetologia* 53(1): 10–20
- Konietzko N, Fabel H (2005) Weißbuch Lunge 2005. Georg Thieme Verlag, Stuttgart

- Krug S, Jordan S, Mensink GBM et al. (2013) Körperliche Aktivität- Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5/6): 765–771
- Kuntz B, Lampert T (2010) Socioeconomic Factors and Obesity. Dtsch Arztebl Int 107(30): 517–522
- Kuntz B, Hoebel J, Lampert T (2014) Bildungsunterschiede im Tabakkonsum und Rauchsstieg junger Erwachsener. Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) 2009 und 2010. Gesundheitswesen
- Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsbl 52: 557–570
- Kurth BM, Schaffrath-Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl 50(5/6): 736–743
- Lampert T (2011) Rauchen – Aktuelle Entwicklungen bei Erwachsenen. Robert Koch-Institut (Hrsg.) GBE kompakt 2(4)
www.gbe-kompakt.de (Stand: 07.03.2012)
- Lampert T, von der Lippe E, Müters S (2013) Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5/6): 802–808
- Langen U, Schmitz R, Steppuhn H (2013) Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5/6): 698–706
- Latham K, Peek CW (2013) Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 68(1): 107–116
- McGee DL (2005) Body mass index and mortality: a meta-analysis based on person-level data from twenty-six observational studies. Ann Epidemiol 15(2): 87–97
- Meisinger C, Heier M et al. (2006) Regional disparities of hypertension prevalence and management within Germany. J Hypertens 24(2): 293–299
- Mensink GBM, Lampert T, Bergmann E (2005) Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984 – 2003. Bundesgesundheitsbl 48(12): 1348–1356
- Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M et al. (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5/6): 786–794
- Mons U (2011) Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern – Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik. Gesundheitswesen 73(4): 238–246
- Moorman JE, Akinbami LJ, Bailey CM et al. (2012) National surveillance of asthma: United States, 2001–2010. Vital Health Stat 3(35): 1–67
- Müters S, Lampert T, Maschewsky-Schneider U (2005) Subjektive Gesundheit als Prädiktor für Mortalität. Gesundheitswesen 67(2): 129–136
- Müters S, Gößwald A (2011) Vergleich ausgewählter Gesundheitsindikatoren zwischen dem telefonischen Gesundheitssurvey 2003 und GEDA 2009. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. RKI, Berlin, S 13–22
- Müters S, Gößwald A (2012): Vergleich ausgewählter Gesundheitsindikatoren zwischen dem telefonischen Gesundheitssurvey 2003, GEDA 2009 und GEDA 2010. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. RKI, Berlin, S 13–26
- National Institute for Public Health and the Environment (2010) Towards better health. Main report on the Public Health Status and Forecast 2010. National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven
- Neuhauser H, Thamm M, Ellert U (2013) Blutdruck in Deutschland 2008–2011 – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5/6): 795–801
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Erster telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts – Methodische Beiträge. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Lebensführung und Sport. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Scheidt-Nave C, Du Y, Knopf H et al. (2013) Verbreitung von Fettstoffwechselstörungen bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5/6): 661–667
- Simpson CR, Sheikh A (2010) Trends in the epidemiology of asthma in England: a national study of 333,294 patients. J R Soc Med 103(3): 98–106
- Upham JW, James AL (2011) Remission of asthma: The next therapeutic frontier? Pharmacol Ther 130(1): 38–45
- US Department of Health and Human Services (USDHHS) (1996) Physical activity and health: A report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta
- Van Dieren S, Beulens JW, van der Schouw YT et al. (2010) The global burden of diabetes and its complications: an emerging pandemic. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil May 17(Suppl 1): S3–S8
- Vogelmeier C, Buhl R, Criée CP et al. (2007) Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). Pneumologie 61: e1–e40
- WHO (2003) The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium. Report of a WHO Sci-

- entific Group Geneva, World Health Organization. Technical Report Series 919
- Wolf-Maier K, Cooper RS et al. (2003) Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA* 289 (18): 2363–2369
- Wolf AD, Pfleger B (2003) Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 81(9): 646–656
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. (2004) Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 364(9438): 937–952

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsmonitoring
Dr. Cornelia Lange, Dr. Thomas Ziese
General-Pape-Straße 62–66
12101 Berlin

Bezugsquelle

Die »Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung
des Bundes« können kostenlos bezogen werden.
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gbe
Tel.: 030-18754-3400
Fax: 030-18754-3513

Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten:
Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«.
Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Grafik/Satz

Gisela Dugnus, Kerstin Möllerke
Robert Koch-Institut

Druck

Ruksaldruck, Berlin

ISBN

978-3-89606-222-2