

1/1



11

Was sind die  
**wichtigsten Ergebnisse?**

Der Bericht »Gesundheit in Deutschland« gibt in elf Kapiteln einen fundierten Überblick über den Stand und die Entwicklung der Gesundheit der Menschen in unserem Land. Eine breite Datenbasis wurde einbezogen, aktuelle Daten und Trendanalysen wurden zusammengestellt. In der Zusammenschau lassen sich übergreifende Entwicklungen erkennen, die für alle betrachteten Bereiche von Bedeutung sind: vom Erkrankungsspektrum über die Verteilung von Risikofaktoren bis hin zur Prävention und Versorgung. Es zeigt sich, dass es vor allem zwei große Entwicklungen sind, die das Gesundheits- und Versorgungsgeschehen in Deutschland derzeit ganz wesentlich mitbestimmen: die demografischen Veränderungen und der starke Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit.

Die demografische Entwicklung ist eng verwoben mit dem Gesundheitsstatus und Krankheitsspektrum in der Bevölkerung sowie mit der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung in der Zukunft. Auf der einen Seite stehen die positiven Auswirkungen einer längeren Lebenserwartung und die Tatsache, dass ein immer größerer Anteil an Personen heute trotz chronischer Erkrankungen bei guter Gesundheit alt werden kann. Die Sterblichkeit an Erkrankungen, die früher oft zum Tode führten, nimmt ab. Auf der anderen Seite stehen große Herausforderungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens: Die Zahl der (chronisch) Erkrankten und damit auch die Krankheitslast in der Bevölkerung wird größer, woraus sich ein steigender Versorgungsbedarf ergibt. Demgegenüber nimmt die Zahl der Menschen im erwerbstätigen Alter ab. Angesichts einer sich ändernden Bevölkerungsstruktur bedarf es in diesem Prozess verlässlicher Daten als Entscheidungsgrundlage für Politik, Verbände und Gesundheitsberufe. Ein regelmäßiges Monitoring des Gesundheitszustands und -verhaltens vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklungen ist daher unerlässlich.

In Anbetracht des demografischen Wandels ist es ein wichtiges Ziel, "Healthy Ageing", ein weitgehend gesundes Älterwerden, zu ermöglichen. Auf nationaler Ebene leistet hierzu das im Jahr 2012 veröffentlichte Gesundheitsziel »Gesund älter werden« einen wichtigen Beitrag. Im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de vereinbarten Akteure aus vielen Bereichen 13 konkrete Teilziele, die ein gesundes und aktives Älterwerden ermöglichen. Teilziele sind zum Beispiel »Körperliche Aktivität und Mobilität älterer Menschen sind gestärkt bzw. erhalten.« und »Pflegebedürftigkeit ist vorgesorgt und Pflegebedürftige sind gut versorgt.« Die Ziele wurden mit konkreten Maßnahmen hinterlegt. Das Gesundheitsziel »Gesund älter werden« wurde auf nationaler wie auch regionaler Ebene sehr gut aufgenommen. Mit dem Präventionsgesetz wurde das Ziel im Juli 2015 ins Fünfte Sozialgesetzbuch aufgenommen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist damit verpflichtet, das Ziel bei Aktivitäten in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung zu berücksichtigen. Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird der übergreifende Begriff "Active Ageing" gebraucht. Aktives Altern wird von der WHO als Prozess der Optimierung

der Chancen für Gesundheit, Teilhabe und Sicherheit definiert. Es geht darum, die Lebensqualität mit zunehmendem Alter zu verbessern. Active Ageing ermöglicht älteren Menschen, an der Gesellschaft teilzuhaben und Pflege und Hilfe zu bekommen, wenn sie sie benötigen. Ermöglicht wird dies unter anderem durch die Stärkung der generationsübergreifenden Solidarität, Anpassungen in der Familienpolitik und innovative Lösungen für den Arbeitsmarkt. Die Europäische Kommission hat das Jahr 2012 zum »Europäischen Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen« erklärt.

Die gesundheitliche Situation der Bevölkerung wird von vielen Faktoren beeinflusst. Sie basiert auf sozialen Unterschieden; es zeigen sich aber auch geschlechterbezogene, regionale und weitere Gesundheitsunterschiede, wie zum Beispiel nach Migrationsstatus. Die Verwirklichung gesundheitlicher Chancengleichheit ist eine wichtige Aufgabe. Viele Determinanten von Gesundheit liegen allerdings außerhalb des Gesundheitssektors, beispielsweise im Bereich der Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik oder der Stadtplanung. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen muss folglich in allen Politikbereichen berücksichtigt werden und ist eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe. Davon ausgehend zielt die Strategie der Weltgesundheitsorganisation "Health in All Policies" auf eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, bei der gesundheitliche Aspekte auf allen Ebenen und in allen Bereichen von Politik und Gesellschaft berücksichtigt werden. Die Strategie erweitert somit den Blick von den individuellen auf die gesellschaftlichen und sozialen Faktoren von Gesundheit. Die Umsetzung des "Health in all Policies"-Ansatzes trägt auch dazu bei, die Rahmenbedingungen von Prävention und Gesundheitsförderung zu verbessern: Lebenswelten (Settings) können gesundheitsförderlicher gestaltet werden. Damit wird ein Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet.

Die übergreifenden Themen und Entwicklungen, die sich im vorliegenden Bericht abzeichnen, stellen auch Herausforderungen für die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung und des Gesundheitsmonitorings am RKI dar. Daten zu Verbreitung, Risikofaktoren und Folgen von Erkrankungen sowie Indikatoren der Versorgungsqualität sind notwendig für die Beurteilung der gesundheitlichen Lage und Versorgung der Bevölkerung. Das gilt auch für Daten zur sozialen und ökonomischen Lage, die verknüpfbar mit Angaben zur Gesundheit sein müssen. Das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts leistet hierzu einen wichtigen Beitrag durch eine kontinuierliche Beobachtung von Entwicklungen im Krankheitsgeschehen sowie im Gesundheits- und Risikoverhalten in Deutschland. Die Gesundheitsberichterstattung führt die Erkenntnisse aus den bevölkerungsbezogenen Surveys und aus zahlreichen weiteren Datenquellen in GBE-Publikationen zusammen. Sie identifiziert Trends und Veränderungen der gesundheitlichen Lage und analysiert sie im Verhältnis zu Präventionsmaßnahmen. Die GBE zeigt auch Datenlücken auf.

Im Bereich der Krebserkrankungen sind nun auch auf Bundesebene verlässliche Daten verfügbar. Nach dem Aufbau der epidemiologischen Krebsregister auf

Landesebene erfolgt die Zusammenführung und Auswertung dieser Daten im Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut. In anderen Bereichen, beispielsweise bei Diabetes mellitus, wird der Datenbedarf durch die aktuellen Datenerhebungswege bislang nicht umfassend gedeckt. Hier ist der Ausbau der Monitoring- und Surveillancekapazitäten in Deutschland erforderlich. Wichtige Schritte für die Planung und Umsetzung sind mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit bereits erfolgt. Am Robert Koch-Institut, das im Rahmen des bestehenden Gesundheitsmonitorings bereits Daten zu Diabetes erhebt, soll ein nationales Diabetes-Surveillance-System mit regelmäßiger Indikatoren-basierter Berichterstattung aufgebaut werden.

Neben dem Monitoring einzelner weit verbreiteter chronischer Erkrankungen geht es auch darum, die gesundheitliche Lage älterer Menschen als Bevölkerungsgruppe kontinuierlich zu beobachten. Zeitliche Trends zur Krankheitslast und dem Versorgungsbedarf älterer Menschen lassen sich nur mit regelmäßig wiederkehrenden Primärdatenerhebungen in repräsentativen Stichprobenuntersuchungen nachzeichnen. Datenbedarfe bestehen vor allem hinsichtlich der gesundheitlichen Lage hochaltriger, gesundheitlich bereits stark eingeschränkter oder pflegebedürftiger Menschen. Um repräsentative Aussagen für diese Zielgruppen treffen zu können und relevante gesundheitlichen Probleme (wie die Linderung von Schmerzen und Schlafstörungen, Sturzprophylaxe, Vermeidung von ungeeigneter Medikation) in adäquater Weise zu erfassen, sind spezielle Zugänge gefragt, zum Beispiel über die Pflegeheime. Eine solche, kontinuierlich durchgeführte Datensammlung könnte auch wesentlich zur Begleit- und Evaluationsforschung der Ziele und Maßnahmen beitragen, die im Nationalen Gesundheitsziel »Gesund älter werden« beschrieben sind.

Das Monitoring der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist hingegen eine Aufgabe, der sich das Robert Koch-Institut bereits seit vielen Jahren intensiv widmet. Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) wird aktuell zum dritten Mal durchgeführt (2014–2016). In allen Erhebungswellen wurden neben Gesundheitsvariablen auch die Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen erfasst. Durch die wiederholte Einladung von Kindern und Jugendlichen, die an der KiGGS-Basiserhebung teilgenommen haben (Kohortenansatz) sind individuelle Entwicklungsverläufe darstellbar. Ursachen und Bedingungen von gesundheitlichen Veränderungen im Lebensverlauf können analysiert werden. Zahlreiche Auswertungen zur Kinder- und Jugendgesundheit auf Basis der KiGGS-Studien sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen.

Es folgt eine kurze Zusammenfassung der Berichtsinhalte. Analog zum Bericht werden zunächst die wichtigsten Erkrankungen und Risikofaktoren/Determinanten des Gesundheitszustandes beschrieben. Der folgende Abschnitt widmet sich der Prävention und Gesundheitsförderung, danach sind Informationen zu Strukturen der Gesundheitsversorgung und deren Inanspruchnahme zusammengestellt sowie den Gesundheitskosten. Neben diesen fünf umfassenden Kapiteln, in denen wichtige Themen aus dem Vorgän-

gerbericht »Gesundheit in Deutschland 2006« wieder aufgegriffen und fortgeschrieben wurden, enthält der vorliegende Bericht noch vier Schwerpunktkapitel. Hier werden aktuelle, derzeit diskutierte Themen behandelt: Gesundheitsziele für Deutschland und ihre Bedeutung für die Gesundheitspolitik, die Gesundheit älterer Menschen, die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Gesundheit und ein Ländervergleich: Wo steht Deutschland in Europa.

## WIE STEHT ES UM UNSERE GESUNDHEIT?

Im Laufe der letzten einhundertfünfzig Jahre hat sich in Deutschland, wie auch in vielen anderen hochentwickelten Ländern ein Wandel des Krankheitsspektrums vollzogen. Infektionskrankheiten haben als Todesursachen an Bedeutung verloren. Die Sterblichkeit wird heute überwiegend durch chronische Erkrankungen und ihre Folgen wie Herzinfarkt und Schlaganfall bestimmt. Die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen. Dazu hat der medizinische Fortschritt einen entscheidenden Beitrag geleistet. In unserer (alternden) Bevölkerung bestimmen chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, muskuloskeletale Erkrankungen und Diabetes zunehmend das Krankheitsgeschehen. Auch psychische Störungen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Viele Krankheiten stehen dabei in engem Zusammenhang mit den Lebensgewohnheiten.

Wie schätzen die Menschen in Deutschland heute ihre eigene Gesundheit ein? Etwa drei Viertel der Frauen und Männer bewerten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Tendenziell zeigt sich sogar eine Verbesserung der subjektiven Gesundheit über die letzten zwei Jahrzehnte, insbesondere in den höheren Altersgruppen. Dieses Ergebnis ist besonders erfreulich mit Blick auf die Entwicklung der Lebenserwartung, denn die Bevölkerung in Deutschland wird immer älter. Heute geborene Mädchen können im Mittel mit 82,7 und Jungen mit 77,7 Lebensjahren rechnen. Gleichwohl bestehen nach wie vor erhebliche regionale und soziale Unterschiede in der Lebenserwartung. Als Todesursache stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiterhin an erster Stelle (39,7%), obwohl ihr Anteil an der Gesamtsterblichkeit langfristig zurückgegangen ist. Krebserkrankungen stehen an zweiter Stelle in der Todesursachenstatistik (25,0%).

Positive Entwicklungen zeigen sich in den letzten zwei Jahrzehnten bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Sowohl bei Herzinfarkt als auch bei Schlaganfall sind sinkende Neuerkrankungsraten zu verzeichnen. Wie die Neuerkrankungsraten ist auch die Sterblichkeit an Koronarer Herzkrankheit, Herzinfarkt und Schlaganfall deutlich zurückgegangen. Als Erklärung hierfür werden kombinierte Effekte von Erfolgen in der Primär- und Sekundärprävention, Fortschritte in der Therapie und eine verbesserte, leitliniengerechtere Versorgung angeführt. Auch bei vielen Krebsarten sind Erfolge zu verzeichnen. Zwischen 2001 und 2011 kam es zwar zu einem Anstieg der Neuerkrankungen um etwa 16%, verantwortlich hierfür ist aber maßgeblich der demografische Wandel. Während die altersstandardisierte Sterblichkeit an Lungenkrebs bei Frauen angestiegen ist, sind die Sterblichkeitsraten für die meisten Krebs-

lokalisationen in den letzten Jahren zurückgegangen. Dies wird im Wesentlichen auf Fortschritte in der Therapie, für einige Krebsarten auch auf eine frühzeitigere Entdeckung von Erkrankungen zurückgeführt.

Sorge bereitet die weite Verbreitung von Diabetes mellitus. In den letzten Jahren wurde ein Anstieg beobachtet, der nur zum Teil durch die demografische Alterung der Bevölkerung erklärt werden kann. Da gleichzeitig die Häufigkeit des unerkannten Diabetes zurückgegangen ist, könnte der Prävalenzanstieg zumindest teilweise auf eine verbesserte Früherkennung zurückzuführen sein. Als weitere Ursache wird die Zunahme lebensstilbedingter Risikofaktoren, insbesondere der Adipositas diskutiert. Für Folgeerkrankungen des Diabetes, wie Erblindungen und Amputationen, zeichnet sich ein Rückgang ab. Einen Beitrag hierzu dürften die Einführung der Disease-Management-Programme Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 und die Umsetzung der Nationalen Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes geleistet haben.

Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems gehören weiterhin zu den häufigsten und kostenträchtigsten Erkrankungen in Deutschland. Während Arthrose, Osteoporose und Rheumatoide Arthritis mit zunehmendem Alter häufiger auftreten, betreffen Rückenschmerzen oft schon jüngere Menschen und können zu langfristigen Arbeitsausfällen und vorzeitiger Berentung führen. Muskuloskeletale Erkrankungen verursachen die meisten Arbeitsunfähigkeitstage und sind nach psychischen Störungen der zweithäufigste Grund für gesundheitlich bedingte Frühberentungen.

Chronische Erkrankungen und ihre Folgeschäden können durch körperliche Funktionseinschränkungen und Schmerzen die Mobilität und die Teilhabe am Alltagsleben einschränken und die Lebensqualität mindern. Im Lebensverlauf erworbene Krankheiten sind die Ursache der meisten amtlich anerkannten schweren Behinderungen. Bei Menschen in höherem Lebensalter kommen sie entsprechend häufiger vor. In Deutschland lebt heute jeder achte Mensch mit einer amtlich anerkannten Behinderung.

Allergische Erkrankungen sind nach wie vor weit verbreitet und haben große Bedeutung in Hinblick auf körperliche Beeinträchtigungen und verminderte Lebensqualität. Die Prävalenzen für Heuschnupfen und Neurodermitis haben sich in den letzten Jahren auf hohem Niveau stabilisiert. Die Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale hat hingegen weiter zugenommen.

Infektionen verursachen auch heute noch eine hohe Krankheitslast, wenn auch mit der Lungenentzündung 2013 nur eine Infektionskrankheit unter den zehn häufigsten Todesursachen in Deutschland rangiert. Positiv ist zu vermerken, dass die Inzidenz der Tuberkulose in Deutschland seit Jahren kontinuierlich zurückgeht, wenn auch in den letzten Jahren nur noch geringfügig. Die Anzahl der Erstdiagnosen an Hepatitis C ist 2013 im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen. Die Zahl der HIV-Neuinfektionen steigt bereits seit der Jahrtausendwende wieder. Kritisch hervorzuheben ist eine zunehmende Resistenz gegen Antibiotika bei Tuberkulose, aber auch bei anderen Infektionskrankheiten. Problematisch sind ebenfalls ungenügende Impfquoten, die wie bei Masern in einigen Regionen Deutschlands nicht für die Ausbildung eines Schutzes auch für die

Minderheit Ungeimpfter ausreichen (»Herdenschutz«). Ein wichtiges Thema sind zudem Infektionen, die sich Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen zuziehen (nosokomiale Infektionen). Pro Jahr infizieren sich schätzungsweise 400.000 bis 600.000 Patientinnen und Patienten im Krankenhaus mit einem Erreger, andere Schätzungen liegen sogar noch höher. Besonders gefährlich sind Infektionen mit sogenannten multiresistenten Keimen, gegen die gängige Antibiotika wirkungslos geworden sind (u. a. Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, MRSA).

Trotz großer Fortschritte in der Unfallbekämpfung in den vergangenen Jahrzehnten, insbesondere in den Bereichen Verkehr und Arbeit, haben Unfälle in Deutschland nach wie vor eine große Bedeutung. Als Todesursache spielen sie insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsene eine große Rolle: Im Alter von 15 bis 24 Jahren wird fast jeder dritte Todesfall durch einen Unfall verursacht. Tödliche und auch nicht-tödliche Unfallverletzungen ereignen sich am häufigsten zu Hause oder in der Freizeit. Dabei wird ein Großteil der Unfälle als vermeidbar eingeschätzt und zielgruppenspezifische Prävention verspricht wichtige Erfolge.

Eine Entwicklung, die besondere Aufmerksamkeit erfordert, ist die steigende Relevanz der psychischen Störungen. Guter psychischer Gesundheit wird ein hoher gesamtgesellschaftlicher Stellenwert zuerkannt und psychische Störungen werden in der Öffentlichkeit zunehmend wahrgenommen. Auf Bevölkerungsebene lässt sich kein Anstieg der Prävalenz von häufigen Diagnosen wie Angststörungen und Depression beobachten. Allerdings hat die Zahl der Fehltag und Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen in den letzten 20 Jahren deutlich zugenommen. Als Gründe für diese Verschiebung bei den Diagnosen, die eine Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit begründen, werden Veränderungen in der Arbeitswelt und vor allem die Enttabuisierung psychischer Krankheitsbilder und die damit verbundene verbesserte Diagnostik diskutiert.

Im Jahr 2013 wurden in Deutschland 682.069 Kinder geboren. 61,9% der Geburten erfolgten auf »normalem« Wege (spontan vaginal), 6,3% mit einer Geburtszange oder Saugglocke (vaginal operativ), knapp ein Drittel der Geburten waren Kaiserschnitte. Dieser Anteil hat sich seit 1994 fast verdoppelt, stagniert aber mittlerweile. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wird von den Eltern insgesamt überaus positiv bewertet: 93,7% schätzen die Gesundheit ihrer Kinder als gut oder sehr gut ein. Zu den häufigsten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zählen Allergien. Bei einem Viertel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wurde im Lebensverlauf schon einmal eine allergische Erkrankung ärztlich diagnostiziert. Von Unfällen, die ärztlich behandelt werden müssen, sind jährlich 15,5% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland betroffen. Etwa 0,2% der Kinder und Jugendlichen (7- bis 17-Jährige) leiden an Diabetes mellitus, überwiegend an Typ 1. Besorgniserregend ist in Hinblick auf die psychische Gesundheit, dass epidemiologische Studien auf ein hohes Niveau psychischer Auffälligkeiten hinweisen: Ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen zeigt psychische Auffälligkeiten.

Bei vielen Erkrankungen kann ein deutlicher Einfluss der sozialen Lage beobachtet werden, besonders ausgeprägt bei Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Diabetes. Bereits im Kindes- und Jugendalter fallen deutliche Unterschiede im Zusammenhang mit dem Sozialstatus auf. Sie zeigen sich insbesondere beim Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Risikofaktoren wie Übergewicht und Passivrauchbelastung sowie bei psychischen Auffälligkeiten. So ist beispielsweise der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Risiko für eine psychische Auffälligkeit bei Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status im Vergleich zu Familien mit hohem Sozialstatus deutlich erhöht (33,5% vs. 9,8%). Nur selten ist ein mittlerer oder hoher Sozialstatus mit einer höheren Erkrankungshäufigkeit assoziiert. Dies trifft z.B. lediglich auf die Allergieprävalenz im Erwachsenenalter, auf Neurodermitis im Kindesalter und auf das Burn-out-Syndrom zu.

Die im Kapitel 2 des Berichts zusammengestellten Daten und Fakten zu Gesundheit und Erkrankungen der Bevölkerung in Deutschland weisen für das letzte Jahrzehnt gesundheitliche Verbesserungen in vielen Bereichen aus. Erfolge in der Prävention und Früherkennung von Krankheiten, Fortschritte in der Therapie, medizinische Innovationen und verbesserte Versorgungsstrukturen (z. B. im Rahmen von Disease-Management-Programmen) haben je nach Erkrankung in unterschiedlichem Umfang zu dieser Entwicklung beigetragen. Gleichzeitig wird deutlich, dass die chronischen Erkrankungen, die heute das Krankheitsgeschehen in Deutschland dominieren, die Gesellschaft vor große Herausforderungen stellen. Neben den individuellen Belastungen für die Betroffenen und deren Familien ergeben sich erhebliche Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und die Sozialsysteme.

#### **WELCHE FAKTOREN BEEINFLUSSEN DIE GESUNDHEIT?**

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung wird ganz wesentlich durch die Lebensbedingungen und das Gesundheitsverhalten beeinflusst. Als Ursachen von chronischen Erkrankungen besitzen in Deutschland das Krankheitsgeschehen dominieren, unterscheidet die WHO verschiedene Arten von Faktoren: intermediäre Risikofaktoren wie Übergewicht, Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen besitzen einen eigenen Krankheitswert. Ihr Auftreten wird durch Gesundheitsrisiken gefördert, die eng mit dem Lebensstil verbunden sind, wie ungesunde Ernährung, mangelnde körperliche Aktivität oder den Alkohol- und Tabakkonsum. Soziale Determinanten der Gesundheit sind übergreifend wirksam und beeinflussen das Auftreten dieser Risikofaktoren.

Zunächst zu den sozialen Determinanten der Gesundheit: Zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung besteht ein enger Zusammenhang. Viele Studien belegen auch für Deutschland, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger von Krankheiten, Beschwerden, Behinderungen und einigen Unfallarten betroffen sind, die eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter einschätzen und zu einem größeren Anteil vorzeitig sterben (vor dem 65. Lebensjahr). Der Zusammenhang zeigt sich bei Frauen und Männern

häufig sogar als sozialer Gradient, hier eine graduelle Abnahme von Krankheitsrisiken und Gesundheitsproblemen bei zunehmendem Sozialstatus. In Deutschland werden sozioökonomische Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt von 8,4 Jahren bei Frauen und 10,8 Jahren bei Männern berichtet, auch für die Lebenserwartung ab dem Renteneintritt (65 Jahre) bestehen erhebliche soziale Differenzen.

Bereits die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen wird durch den sozioökonomischen Status ihrer Herkunftsfamilie geprägt. Bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status lassen sich soziale Unterschiede in der Gesundheit allerdings weniger an der Verbreitung akuter oder chronischer Erkrankungen als an Risikofaktoren festmachen, zum Beispiel einem problematischen Bewegungs- und Ernährungsverhalten oder Übergewicht und Adipositas.

Die Arbeitswelt ist der Ort in der Gesellschaft, an dem sich soziale Unterschiede besonders stark manifestieren: in Form von besseren oder schlechteren Arbeitsbedingungen, Beschäftigungschancen und Verdiensten. Die Arbeit ist auch das Setting, in dem der größte Teil der Bevölkerung für Präventionsmaßnahmen zu erreichen ist. Langfristig betrachtet zeigt sich insgesamt eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Erwerbstätigen. So sind in den letzten Jahrzehnten nicht nur die unfall- und krankheitsbedingten Fehlzeiten bei der Arbeit, sondern auch die tödlichen Unfälle zurückgegangen. Dies ist unter anderem ein Erfolg des gut ausgebauten Arbeitsschutzes in Deutschland. In den letzten Jahren gab es allerdings auch einen gegenläufigen Trend: die erhebliche Zunahme von Fehlzeiten infolge psychischer Erkrankungen. Die Daten zeigen darüber hinaus nach wie vor große soziale Unterschiede in der Gesundheit der Beschäftigten, zum Beispiel hinsichtlich der Zahl der Krankheitstage pro Jahr. Sie sind bei Beschäftigten mit niedrigem beruflichem Status deutlich erhöht. Dies wird auf Unterschiede in den körperlichen und psychosozialen Arbeitsbelastungen zurückgeführt. Arbeitslose und Personen mit prekärer Arbeitsmarktbindung, wie zum Beispiel geringfügig Beschäftigte, sind besonders häufig von Krankheiten und Gesundheitsproblemen betroffen. Laut Gesundheitsreport der Betriebskrankenkassen sind Arbeitslose beinahe doppelt so häufig krank gemeldet wie Erwerbstätige. Hier weisen die Daten auf eine Häufung von Problemen hin, denn in Studien geben Frauen und Männer mit Arbeitslosigkeits Erfahrungen seltener an, dass sie an Präventionsmaßnahmen teilgenommen haben, und sie haben häufiger verhaltensbezogene Gesundheitsrisiken.

Die vielfältigen Formen des Zusammen- oder Alleinlebens zeigen mit Blick auf Gesundheitschancen und -risiken ein vielfältiges Bild. Die Unterschiede scheinen dabei relativ gering und sind von der Lebensphase abhängig, oftmals werden sie auch von weiteren Faktoren, zum Beispiel der sozio-ökonomischen Lage, mitbestimmt. Kinder und Jugendliche, die in Einelternfamilien oder Stieffamilien aufwachsen, haben dabei tendenziell ein erhöhtes Risiko für psychische Beeinträchtigungen gegenüber Gleichaltrigen, die bei beiden leiblichen Elternteilen leben. Alleinerziehende Eltern weisen in Studien ein erhöhtes Risiko für körperliche und psychi-

sche Beschwerden auf. Im höheren Lebensalter bietet eine Partnerschaft oftmals Unterstützung und die Möglichkeit, im eigenen Haushalt zu bleiben, wenn es zu einer Pflegebedürftigkeit kommt. Die Pluralisierung der Lebensformen ist ein laufender Prozess. Die Forschung zu diesem Thema entwickelt sich parallel, so dass in Zukunft Verbesserungen bei der Studien- und Datenlage zu erwarten sind.

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine heterogene Gruppe, sowohl was ihre Lebensumstände, Einstellungen und Verhaltensgewohnheiten als auch ihre gesundheitliche Lage betrifft. Die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund wird dabei primär von den gleichen (sozialen) Determinanten beeinflusst wie die der Mehrheitsbevölkerung. Hinzu kommen migrationspezifische Besonderheiten, wie zum Beispiel das Herkunftsland, der Grund der Migration, der Aufenthaltsstatus, der Grad der Integration und der kulturelle Hintergrund. Personen mit Migrationshintergrund leiden häufiger an Diabetes, aber seltener an Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Migrantinnen und Migranten trinken im Durchschnitt weniger Alkohol, treiben weniger Sport und ernähren sich weniger gesund als Menschen ohne Migrationshintergrund. Zudem treten spezifische Risiken bei den Infektionserkrankungen Tuberkulose, HIV und Hepatitis B auf, die mit der Infektionslage in ihren Herkunftsländern zusammenhängen. Im Alter tritt Pflegebedürftigkeit bei Migrantinnen und Migranten im Durchschnitt früher ein als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Leistungen der gesundheitlichen Versorgung nehmen Menschen mit Migrationshintergrund insgesamt seltener in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund. Zur gesundheitlichen Lage von Asylsuchenden gibt es derzeit nur wenige Informationen. Aufgrund der zunehmenden Zahl von Menschen, die in Deutschland Asyl suchen, ist es von hoher Priorität, diese Bevölkerungsgruppe in Zukunft besser in ein Monitoring der Gesundheit einzubeziehen.

Die Wohnsituation in Deutschland stellt sich im Hinblick auf die Geräumigkeit und Ausstattung der Wohnungen im europäischen Vergleich sehr gut dar. Messwerte des Umweltbundesamtes (UBA) machen deutlich, dass sich die Luftqualität in Deutschland in den letzten 20 Jahren verbessert hat. Dies gilt ebenso für die Wahrnehmung von Umgebungslärm, die deutlich gesunken ist. Problematisch sind weiterhin der hohe Anteil von Wohnungen mit Schimmelpilzbefall und die Passivrauchbelastung, die allerdings rückläufig ist. Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus leben in Deutschland zudem oftmals unter schlechteren Wohn- und Umweltbedingungen als die Vergleichsgruppe mit höherem Sozialstatus.

Nun zum Gesundheitsverhalten und den assoziierten Risikofaktoren: Eine ausgewogene Ernährung und ausreichend körperliche Bewegung sind wichtige Aspekte eines gesundheitsförderlichen Lebensstils. Sie können dazu beitragen, das Auftreten von Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck zu verhindern. Damit kann auch das Risiko für Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und andere chronische Krankheiten reduziert werden. Die Ergebnisse des Ernährungsmonitorings zeigen, dass Erwachsene in

Deutschland zu wenig Gemüse, Obst und Fisch verzehren. Männer essen zudem weiterhin zu viel Fleisch. Die Versorgung mit den meisten Vitaminen und Mineralstoffen ist für Kinder, Jugendliche und Erwachsene im Durchschnitt ausreichend.

Sportlich aktiv sind zwei Drittel der Erwachsenen und drei Viertel der Kinder. Das empfohlene Aktivitätsniveau von 2,5 Stunden pro Woche erreicht allerdings nur jeder fünfte Erwachsene. Kinder erreichen nur zu einem Viertel das empfohlene Niveau von einer Stunde täglicher körperlicher Aktivität. Im Vergleich zum Ende der 1990er-Jahre hat die sportliche Aktivität der Bevölkerung vor allem bei älteren Erwachsenen deutlich zugenommen. Allerdings treiben Erwachsene mit niedrigem sozioökonomischen Status weiterhin weniger Sport als Erwachsene aus der hohen Statusgruppe. Dies könnte aber auch damit zusammenhängen, dass Personen mit niedrigem Sozialstatus im Rahmen der Berufstätigkeit häufiger körperlich aktiv sind. Ein ungünstiges Verhältnis zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch kann langfristig zu Übergewicht führen. Insbesondere starkes Übergewicht (Adipositas) geht mit einem erhöhten Risiko für eine Vielzahl chronischer Krankheiten einher. Bei Erwachsenen hat sich der Anteil Übergewichtiger in den letzten Jahren auf hohem Niveau stabilisiert, der Anteil Adipöser ist dagegen, insbesondere bei jungen Männern, deutlich angestiegen. Auch bei Kindern und Jugendlichen hat sich der Anteil Übergewichtiger seit den 1990er-Jahren erhöht, um etwa 50 %. Die Adipositasprävalenz hat sich sogar verdoppelt. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass dieser Anstieg in den letzten Jahren zum Stillstand gekommen ist. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas folgt bei beiden Geschlechtern in nahezu allen Lebensphasen einem sozialen Gradienten: Je niedriger der soziale Status, desto häufiger treten Übergewicht und Adipositas auf.

Erhöhter Blutdruck ist einer der Hauptrisikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland, insbesondere wenn er zusammen mit anderen Risikofaktoren auftritt, wie Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Adipositas, Rauchen und Bewegungsmangel. Anhand von Studiendaten kann geschätzt werden, dass etwa ein Drittel aller Erwachsenen in Deutschland, das sind ungefähr 20 Millionen Menschen, von Bluthochdruck betroffen sind (Frauen: 29,9 %, Männer: 33,2 %). Den meisten Betroffenen ist der Bluthochdruck bekannt. 4,0 % der Frauen zwischen 18 und 79 Jahren und 7,3 % der Männer haben hypertone Blutdruckwerte, ohne dass eine Hypertonie bekannt ist. Dies könnte ein Hinweis auf einen unerkannten Bluthochdruck sein. Mit zunehmendem Lebensalter steigt das Risiko für Bluthochdruck bei Frauen und Männern stark an. Die meisten Menschen mit Hypertonie werden ärztlich behandelt, und der Blutdruck kann mit Medikamenten auf ein normales Niveau abgesenkt werden.

Das Rauchen ist in den Industrienationen das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. In Deutschland rauchten im Jahr 2013 etwa 29,0 % der 15-jährigen und älteren Männer und 20,3 % der gleichaltrigen Frauen. Seit Anfang der 2000er-Jahre sinken die Rauchquoten bei Frauen und Männern in Deutschland. Allerdings stagniert der Rückgang bei Frauen etwa seit dem Jahr

2009, während er sich bei Männern auch weiterhin fortsetzt. Bei Jugendlichen sinken die Rauchquoten seit dem Jahr 2004 kontinuierlich. Häufiger und übermäßiger Alkoholkonsum zählt ebenfalls zu den vermeidbaren Gesundheitsrisiken. In der Rangfolge der wichtigsten Risikofaktoren für Krankheit und Tod liegt Alkohol laut WHO nach Tabak und Bluthochdruck in Europa an dritter Stelle. Deutschland gehört mit einem auf die Gesamtbevölkerung bezogenen Pro-Kopf-Konsum von 9,7 Litern Reinalkohol im Jahr 2013 im weltweiten Vergleich zu den Ländern mit überdurchschnittlich hohem Alkoholkonsum. In den letzten 20 Jahre ist insgesamt eine positive Tendenz zu beobachten: Bezogen auf das Trinkverhalten in den letzten 30 Tagen hat der Anteil von Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum und mit Rauschtrinken abgenommen. Auch im Jugendalter ist der Alkoholkonsum in den letzten Jahren rückläufig. Allerdings hat sich die Zahl der stationären Behandlungsfälle von Kindern und Jugendlichen wegen einer akuten Alkoholvergiftung zwischen 2000 und 2012 beinahe verdreifacht, im Jahr 2013 ging sie erstmals zurück.

Die vorliegenden Erkenntnisse über Einflussfaktoren auf die Gesundheit zeigen einmal mehr den zentralen Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit der Bevölkerung. So strukturieren sich Risikofaktoren mit eigenem Krankheitswert wie Adipositas oder Verhaltensrisiken wie Bewegungsmangel und Tabakkonsum maßgeblich über den Sozialstatus in der Bevölkerung. Nachhaltige Maßnahmen müssen früh im Leben ansetzen: Die epidemiologische Lebenslaufforschung hat zahlreiche Belege dafür erbracht, dass bereits in der Kindheit und Jugend wichtige Weichenstellungen für die Gesundheit im späteren Leben erfolgen und dass gesundheitliche Ungleichheiten im späteren Leben in diesen frühen Lebensphasen mit bedingt werden.

## **WIE STEHT ES UM PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG?**

Gesundheitsförderung und Prävention sind zentrale Themenbereiche des vorliegenden Berichts. Mit dem im Juli 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) werden diese wichtigen Aspekte stärker ins Blickfeld gerückt. Das Gesetz gibt neue Impulse für die Weiterentwicklung der Strukturen und Inhalte von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Unter Gesundheitsförderung werden alle Maßnahmen zusammengefasst, die die personalen, sozialen und materiellen Ressourcen und Schutzfaktoren für die Gesunderhaltung stärken. Prävention ist konkret auf die Verringerung von Risikofaktoren und Belastungen ausgerichtet. Damit sollen Erkrankungen vermieden, verzögert oder weniger wahrscheinlich gemacht werden. Maßnahmen zu Gesundheitsförderung und Prävention zielen auf Einzelpersonen und auf die Lebensverhältnisse der Menschen ab, weshalb viele Politikfelder und Gesellschaftsbereiche einbezogen werden müssen (Querschnittsaufgabe). Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention ergeben sich unter anderem aus der großen Häufigkeit chronischer Krankheiten, aus der weiten Verbreitung verhaltensassoziierter Risikofaktoren, aus dem sich wandelnden Altersspektrum der Bevölkerung, aus Veränderungen in den Arbeitsbedin-

gungen und -anforderungen sowie aus sozial bedingten Unterschieden in den Gesundheitschancen.

Gesundheitsförderung und Prävention werden durch eine Vielzahl von Akteuren getragen, auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Laut Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes fließen aktuell etwa 4 % aller Ausgaben im Gesundheitswesen in Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, wobei die gesetzliche Krankenversicherung derzeit der wichtigste Ausgabenträger ist. Die jährlichen Ausgaben der Krankenkassen für Primärprävention werden von derzeit rund 289 Mio. Euro auf 500 Mio. Euro steigen, so sieht es das Präventionsgesetz vor. Die vom Statistischen Bundesamt beschriebenen Ausgaben beziehen sich nur auf Ausgaben im Gesundheitswesen und spiegeln somit nur einen Teil der finanziellen Aufwendungen für Prävention und Gesundheitsförderung wider. Zu den Ausgaben, die außerhalb des Gesundheitswesens liegen, gibt es keine umfassende Berichterstattung.

Eine Abstimmung der Maßnahmen der verschiedenen Akteure im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention geschieht aktuell noch nicht umfassend. Auch hier wird das jetzt beschlossene Präventionsgesetz eine Weiterentwicklung unterstützen, indem es unter anderem darauf abzielt, dass Akteure, wie die Krankenkassen, die Rentenversicherung sowie Länder und Kommunen sich zukünftig auf gemeinsame Ziele und Vorgehensweisen bei der Umsetzung verständigen. Vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Mittel ist es wichtig, solche Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung durchzuführen, welche die Bevölkerungsgesundheit auch tatsächlich verbessern können. Deshalb ist eine verstärkte Evidenzbasierung eine wichtige Forderung für die Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention. Hierzu gibt es bereits Ansätze, sowohl in der begleitenden Forschung als auch in der Praxis. Für eine bevölkerungsweite Wirkung sollten die verschiedenen präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen so weit wie möglich aufeinander abgestimmt sein. Mehrebenen-Interventionen, bei denen politisch-strukturelle Maßnahmen mit Beratungs- und Informationsangeboten, Öffentlichkeitsarbeit sowie der Koordination von Maßnahmen vor Ort kombiniert werden, gelten dabei als besonders erfolgversprechend, um den komplexen Anforderungen an Prävention und Gesundheitsförderung gerecht zu werden.

Für Erwachsene gibt es in Deutschland zahlreiche Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, die von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden. Einige davon werden sehr gut angenommen, wie beispielsweise die Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft: 89,5 % der Schwangeren nehmen gemäß den Empfehlungen eine Vorsorgeuntersuchung pro Monat wahr. Zu zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen gehen etwa drei Viertel der Erwachsenen in Deutschland regelmäßig. Die Durchimpfungsraten für Influenza, Tetanus und Masern zeigen im Zeitverlauf eine deutlich ansteigende Tendenz. 71,4 % der Erwachsenen sind ausreichend gegen Tetanus geimpft. Bei Influenza liegen die jährlichen Impfraten in Deutschland bei den 65-Jährigen und Älteren bei etwa 60 %. Damit erreichen sie allerdings nicht die WHO-Empfehlung von 75 % geimpften Personen ab 65 Jahren. Das Angebot

eines Gesundheits-Check-up nimmt derzeit knapp die Hälfte der Anspruchsberechtigten wahr. Mit dem Präventionsgesetz wird der Check-up zukünftig stärker als bisher auf die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken, eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung und ärztliche Empfehlung geeigneter primärpräventiver Maßnahmen ausgerichtet. Die Krebsfrüherkennungsangebote der gesetzlichen Krankenversicherung richten sich an spezifische Zielgruppen. Die Inanspruchnahme variiert nach Art der Untersuchung, Geschlecht und Altersgruppen. Mit der Einführung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes wurde die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung geregelt. Dadurch sollen mehr Menschen von den Angeboten der Krebsfrüherkennung erreicht und die informierte Inanspruchnahme erhöht werden. Für verhaltenspräventive Maßnahmen haben sich die Teilnahmeraten in den letzten zehn Jahren deutlich erhöht, sie liegen heute fast doppelt so hoch. 20,1 % der Frauen und 10,9 % der Männer nehmen pro Jahr daran teil, am häufigsten an Angeboten aus dem Bereich »Bewegung«.

Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter werden, wie auch die Untersuchungen während der Schwangerschaft, sehr gut angenommen: Über 90 % der Kinder nehmen an den Früherkennungsuntersuchungen (U<sub>3</sub>–U<sub>9</sub>) teil. Die Vorsorge im Jugendalter (J<sub>1</sub>) wird allerdings nur von einer Minderheit wahrgenommen. In Deutschland besteht keine Impfpflicht. Nur eine hohe Impfquote in der Bevölkerung bedeutet jedoch auch Schutz für diejenigen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht geimpft werden können. Im Jahr 2013 waren 92,6 % der Schulanfänger ausreichend gegen Masern geimpft. Kleine Kinder sind oftmals weniger gut geschützt: Bei den Kindern im zweiten Lebensjahr besteht noch bei fast 40 % kein ausreichender Impfschutz gegen Masern. Mit dem Präventionsgesetz sollen die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche künftig bis zum 18. Lebensjahr angeboten werden. Zudem soll ein stärkeres Augenmerk auf die Erfassung und Bewertung individueller Belastungen und gesundheitlicher Risikofaktoren gelegt werden. Die darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung soll neben dem Impfschutz bei Bedarf auch ärztliche Empfehlungen zu geeigneten primärpräventiven Maßnahmen umfassen. Nach dem Präventionsgesetz muss bei der Aufnahme eines Kindes in eine Kindertageseinrichtung ein Nachweis über eine ärztliche Impfberatung vorgelegt werden. Im Bereich der Mundgesundheit zeichnet sich bei Kindern eine positive Entwicklung ab: Die Zahnkaries geht bei Kindern (und auch bei Erwachsenen) zurück. Damit im Zusammenhang steht, dass drei Viertel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland ein gutes Mundpflegeverhalten haben und regelmäßig zur zahnärztlichen Kontrolle gehen. Demgegenüber steht allerdings, dass die Zahnkaries im Vorschulalter eine bleibende Herausforderung für die Zahnprophylaxe darstellt.

Für nahezu alle genannten Bereiche von Prävention und Gesundheitsförderung werden Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten entlang von Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status und Wohnregion berichtet. Im Bereich Mundgesundheit haben beispielsweise Personen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status, aber auch Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung

ein erhöhtes Risiko für Defizite in der Mundgesundheit und zahnärztlichen Versorgung. Die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen variiert deutlich in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status und Region. Bei den meisten Impfungen liegen die Durchimpfungsraten in den neuen Ländern über denen der alten Länder. Frauen und Männer mit niedrigem sozioökonomischem Status nehmen seltener an verhaltenspräventiven Maßnahmen teil.

Wenn gesundheitsfördernde Maßnahmen in Settings wie der Schule oder am Arbeitsplatz angeboten werden, kann damit eine breite Mehrheit der Menschen erreicht werden. Der Zugang zu diesen Maßnahmen ist beispielsweise von Bildung oder Einkommen weitgehend unabhängig. Fast die Hälfte aller Betriebe hat in den letzten Jahren mindestens eine Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt, das Spektrum reicht von verhaltensorientierten Maßnahmen bis hin zur Beteiligung der Beschäftigten an der Planung von Gesundheitsangeboten am Arbeitsplatz. Ob Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderung anbieten, hängt derzeit noch stark von der Branche und der Größe des Betriebes ab: Industrie, öffentlich-sozialer Sektor und Unternehmen mit vielen Beschäftigten sind stärker engagiert als andere Betriebe. Hier gibt es quantitativ und qualitativ weiterhin Entwicklungspotenzial. Im Präventionsgesetz wird dieser Handlungsbedarf aufgegriffen. Zukünftig sollen gesundheitsfördernde Strukturen in den Betrieben verstärkt unterstützt werden, auch kleinen und mittleren Unternehmen soll es erleichtert werden, Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung aufzubauen. Die Kompetenz von Betriebsärztinnen und -ärzten für Prävention am Arbeitsplatz soll erweitert werden. Kinder und Jugendliche werden von Prävention und Gesundheitsförderung besonders gut erreicht, wenn die Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen und Schulen angeboten werden. Hier gibt es derzeit vor allem Angebote zu Ernährung, Bewegung, Stressreduktion, Zahngesundheit und Suchtprävention. Vom Gesundheitsziel »Gesund aufwachsen« gehen wichtige Impulse zur Verbreitung der Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen aus.

Wohnquartiere mit einem hohen Anteil sozial Benachteiligter sind häufig von schlechteren Lebensbedingungen und geringeren Gesundheitschancen geprägt. Hier kann kommunale Gesundheitsförderung wirksam werden. Sie erfordert kontinuierliche und nachhaltige Maßnahmen und die Integration von Gesundheit als Querschnittsaufgabe. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche – Gesundheit, Bildung, Sport, Verkehr, Stadtentwicklung – ist dabei besonders wichtig. Eine Stärkung der Zusammenarbeit von Akteuren in der Prävention ist auch zentrales Anliegen des Präventionsgesetzes. Darin ist vorgesehen, dass die Sozialversicherungsträger unter Beteiligung der Akteure von Bund, Ländern und Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialpartner in einer nationalen Präventionskonferenz gemeinsame Ziele festlegen und sich auf ein gemeinsames Vorgehen bei der Umsetzung verständigen. Zudem ist vorgesehen, dass zur Umsetzung dieser nationalen Präventionsstrategie auf Landesebene alle relevanten Akteure gemeinsame Rahmenvereinbarungen abschließen.

## WIE HABEN SICH ANGEBOT UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG VERÄNDERT?

Deutschland verfügt über ein leistungsfähiges Gesundheitssystem, das seit den 1990er-Jahren erhebliche strukturelle Veränderungen durchläuft. Seit dem letzten Bericht »Gesundheit in Deutschland«, der im Jahr 2006 veröffentlicht wurde, haben Angebot und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in vielen Bereichen zugenommen. Neun von zehn Erwachsenen nehmen innerhalb eines Jahres die Leistungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Anspruch. Insbesondere das Vorliegen chronischer Erkrankungen und die Versorgung am Lebensende sind mit einer hohen Inanspruchnahme verbunden. In der stationären Versorgung ist die Zahl der Behandlungsfälle weiter angestiegen. Dies ist zum Teil auf die Zunahme chronischer Erkrankungen und die demografische Entwicklung, aber auch auf den medizinischen Fortschritt und neue Behandlungsmöglichkeiten zurückzuführen. In der ambulanten Versorgung setzt sich die Verschiebung vom hausärztlichen zum fachärztlichen Versorgungsangebot weiter fort, und es zeichnet sich eine geringere Versorgungsdichte in ländlichen Gebieten ab. In der stationären Versorgung geht die Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten weiter zurück, wobei die durchschnittliche Liegedauer immer kürzer wird. Mit rund 2.000 Krankenhäusern und rund 500.000 Betten sind die Krankenhauskapazitäten im internationalen Vergleich allerdings nach wie vor sehr hoch. Die Zahl der Beschäftigten in der ambulanten Versorgung liegt aktuell bei rund 2,2 Millionen mit steigender Tendenz. In Krankenhäusern arbeiten mehr als eine Million Beschäftigte. Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen hat sich demgegenüber in den letzten etwa 10 Jahren nur wenig verändert, der Ausgabenanstieg ist sogar geringer ausgefallen als bei den Gesundheitsausgaben insgesamt. Die Rehabilitation unterliegt derzeit einem Wandlungsprozess: Zu den Zukunftsaufgaben gehören der Ausbau ambulanter und geriatrischer Angebote sowie die Verzahnung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation.

Weiter zugenommen hat – aufgrund der demografischen Entwicklung – die Zahl der Pflegebedürftigen; von diesen werden etwa zwei Drittel zu Hause gepflegt. Mit steigender Tendenz erhalten heute rund 3 % der Bevölkerung, das sind etwa 2,6 Millionen Menschen, Leistungen aus der Pflegeversicherung. Da Frauen im höheren Alter häufiger allein leben, sind sie in stärkerem Maße auf Leistungen der Pflegeversicherung angewiesen als Männer.

Etwa 15 % der Gesundheitsausgaben werden in Deutschland pro Jahr für Arzneimittel aufgewendet. Zwar ist der Umsatz in den letzten Jahren gestiegen, die Zahl der Verordnungen ging jedoch zurück. Der überwiegende Teil der Bevölkerung nimmt Arzneimittel: Rund drei Viertel der Erwachsenen, Frauen häufiger als Männer, gebrauchen innerhalb einer Woche Arzneimittel. Diese werden überwiegend ärztlich verordnet, die Selbstmedikation hat aber seit Jahren einen relevanten Anteil am Arzneimittelgebrauch der Bevölkerung.

Neue Versorgungsformen wie die hausarztzentrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren und Disease Management Programme sollen die Koordination und Qualität der gesundheitlichen Versorgung

in Deutschland verbessern. In den letzten Jahren sind Angebot und Inanspruchnahme einiger neuer Versorgungsformen deutlich gewachsen. Rund drei Millionen Versicherte beteiligen sich derzeit an der hausarztzentrierten Versorgung, rund 18.000 Medizinische Versorgungszentren stehen zur Verfügung. Disease Management Programme werden derzeit für sechs chronische Erkrankungen angeboten. Mehr als 6,5 Millionen Patientinnen und Patienten sind eingeschrieben.

Ein Anstieg der Angebote ist auch für den Bereich der Palliativversorgung – die Behandlung, Betreuung und Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen – zu beobachten. Derzeit gibt es in Deutschland mehr als 200 stationäre Hospize, mehr als 250 Palliativstationen in Krankenhäusern und etwa 1.500 ambulante Hospizdienste; zunehmend erfolgt die Versorgung auch durch multiprofessionelle Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Jedoch besteht trotz der Zunahme der Versorgungsangebote noch immer eine Unterversorgung, besonders im ländlichen Raum. Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen und wurde gesetzlich gestärkt. Gesetzliche Grundlage ist vor allem das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss als zentralem Akteur. Wichtige Grundlagen der Qualitätssicherung sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Bundesärztekammer sowie Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Qualitätsmessung mit Qualitätsindikatoren, Fehlerberichtssysteme, kollegiale Beratung und Supervision sowie Veröffentlichung von Qualitätsberichten stellen wichtige Instrumente der Qualitätssicherung dar. Zukünftige Herausforderungen bestehen in der Weiterentwicklung der Methodik, der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und der Einbeziehung der Patientinnen und Patienten.

Patientenorientierung – die Ausrichtung der Versorgung an den Interessen, Bedürfnissen und Wünschen der Patientinnen und Patienten – wird seit Beginn der 1990er-Jahre zunehmend als wichtig angesehen. Patientenaktivierung und Patientenengagement haben positive Auswirkungen auf Gesundheitsverhalten und Behandlungsergebnisse und tragen damit zur Erhaltung und Wiedergewinnung der Gesundheit bei. Darüber hinaus leistet die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems. Das Patientenrechtegesetz hat das Arzt-Patienten-Verhältnis im Bürgerlichen Gesetzbuch gesetzlich verankert und damit wesentliche Rechte der Patientinnen und Patienten festgeschrieben. Seit 2000 ist die Unabhängige Patientenberatung Deutschland gesetzlich verankert. Sie berät rund 80.000 Menschen im Jahr. Auch die Selbsthilfe leistet einen wichtigen Beitrag für eine patientenorientierte Versorgung. In Deutschland gibt es bis zu 100.000 Selbsthilfegruppen zu über 1.100 gesundheitsbezogenen, psychosozialen und sozialen Themen. Ihre Arbeitsweise ist geprägt durch Selbstverantwortung, Gleichberechtigung, Partizipation und Solidarität. Die gesetzlichen Krankenkassen fördern die Selbsthilfe mit jährlich mehr als 40 Millionen Euro.

Im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) ist formuliert, dass die Leistungen der Gesundheitsversorgung ausrei-

chend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und müssen in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Diesen Anforderungen unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen des demografischen Wandels, des medizinisch-technischen Fortschritts und der Zunahme chronischer Erkrankungen zu entsprechen und dabei gleichzeitig die Finanzierung des Systems zu gewährleisten, gehört zu den wesentlichen Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland.

#### WIE VIEL GEBEN WIR FÜR UNSERE GESUNDHEIT AUS?

Das Gesundheitswesen und die mit ihm verbundenen Industrien und Dienstleistungssektoren sind in Deutschland ein bedeutender Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor. Mit Gesundheitsausgaben von 11,2 % des Bruttoinlandsproduktes war das Gesundheitswesen 2013 einer der umsatzstärksten Wirtschaftsbereiche. 14,5 % aller Beschäftigten in Deutschland arbeiteten im Jahr 2012 in der Gesundheitswirtschaft. Auch für die Zukunft werden deutliche Zuwächse prognostiziert.

Auf der anderen Seite sind die Ausgaben für das Gesundheitswesen ein wichtiger Kostenfaktor zu Lasten der Sozialsysteme und nicht zuletzt der Menschen in Deutschland. Im Jahr 2013 betrug das gesamte Finanzvolumen des Gesundheitswesens 422,5 Milliarden Euro. Dieser Betrag enthält unter anderem auch Einkommensleistungen wie Lohnersatzleistungen oder vorzeitige Rentenzahlungen. Die Gesundheitsausgaben im engeren Sinn, die ausschließlich die laufenden Gesundheitsausgaben umfassen, beliefen sich im Jahr 2013 auf 314,9 Milliarden Euro. Der größte Posten unter den Gesundheitsausgaben sind ärztliche gefolgt von pflegerischen Leistungen. Den größten Finanzbedarf unter den Einrichtungen haben die Krankenhäuser. Mit Blick auf einzelne Krankheitsgruppen bilden Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems den wichtigsten Kostenfaktor. Weitere kostenträchtige Krankheitsgruppen sind Krankheiten des Verdauungssystems, des Muskel-Skelett-Systems, psychische und Verhaltensstörungen sowie Krebserkrankungen.

Die Gesundheitsausgaben weisen eine steigende Dynamik auf: In Relation zur Wirtschaftsleistung sind die Gesundheitsausgaben zwischen 1992 und 2013 um rund 1,8 Prozentpunkte angestiegen und lagen im Jahr 2013 bei 11,2 % des Bruttoinlandsprodukts. Bezogen auf das verfügbare Einkommen der Haushalte stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben von 14,8 % auf 19,1 %. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland bei den Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit im oberen Mittelfeld der westlichen Industrienationen. Der Gesetzgeber versucht, diese Ausgabendynamik durch verschiedene Maßnahmen zu dämpfen. Gesetze wie das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes bremsen die Ausgabendynamik kurzfristig spürbar ab und begrenzen langfristig die Zuwachsraten. Schon aufgrund der demografischen Entwicklung ist das Gesundheitswesen aber auch als Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor anzusehen, dem weiterhin wachsende Bedeutung zukommt. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass sich wachsende Ausgaben zu Lasten der sozialen Sicherungssysteme auf medizinisch notwendige Leistungen und Innovationen mit nachgewiesenem Nutzen

für Patientinnen und Patienten beschränken. Bei allen Regelungen und Maßnahmen sollten daher vor allem die Interessen und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen.

#### WELCHE BEDEUTUNG KOMMT GESUNDHEITZIELEN IM GESUNDHEITSWESEN ZU?

Mit der 1977 eingeleiteten Strategie »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« (»Health for All«) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Ottawa-Charta von 1986 wurde der Gesundheitszieleprozess in vielen europäischen Staaten und auch in Deutschland eingeleitet. Aktuell liegen acht nationale Gesundheitsziele vor, außerdem wurden zahlreiche regionale und kommunale Ziele formuliert und umgesetzt. Gesundheitsziele werden in Deutschland zunehmend als ein gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument akzeptiert und verwendet. Ein Grund für ihre Verbreitung ist das Interesse der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen, sich zu wichtigen Themen auf gemeinsame Ziele zu verständigen, hierzu Ressourcen zu bündeln und auch Akteure außerhalb des Gesundheitswesens einzubeziehen.

Nach der Auswahl eines Gesundheitsziels formulieren die beteiligten Akteure für definierte Handlungsfelder Ziele und Teilziele und erstellen Empfehlungen für Maßnahmen für deren Umsetzung. Die Umsetzung der Gesundheitsziele erfolgt im Rahmen der Selbstverpflichtung von den Akteuren des Kooperationsverbunds [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) in ihren Verantwortungsbereichen. Die Akzeptanz von Gesundheitszielen wird durch die Einbindung von Expertinnen und Experten bei der Zieleentwicklung, durch die Evidenzbasierung und den Konsens bei der Beschlussfassung gefördert. Über 120 Akteure des Gesundheitswesens aus Politik in Bund, Ländern und Kommunen, Selbstverwaltungsorganisationen, Fachverbänden, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sowie der Wissenschaft sind im Kooperationsverbund [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) vertreten. Seit dem Jahr 2000 wurden folgende nationale Gesundheitsziele entwickelt, einige davon sind bereits aktualisiert und evaluiert:

- / Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003)
- / Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003; Teilaktualisierung 2011 und 2014)
- / Tabakkonsum reduzieren (2003; Aktualisierung 2015)
- / Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (2003; Aktualisierung 2010)
- / Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken (2003; Aktualisierung 2011)
- / Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006)
- / Gesund älter werden (2012)
- / Alkoholkonsum reduzieren (2015).

Eine große Herausforderung des nationalen Gesundheitszieleprozesses ist die verbindliche Umsetzung der Gesundheitsziele. Es gab bisher keine legislative Grundlage, und es fehlte an Verbindlichkeit - über die Selbstverpflichtung der Akteure hinaus - bei der Umsetzung

von Gesundheitszielen. Nationale Gesundheitsziele konkurrieren mit dem Interesse aller Beteiligten und auch der Notwendigkeit, eigene Schwerpunkte zu setzen. Sie stoßen an Grenzen, die durch Föderalismus und Selbstverwaltung gesetzt sind. Es gibt aber zunehmend Verschränkungen zwischen den Gesundheitszielen auf nationaler, Länder- und kommunaler Ebene, die dazu beitragen, die Zieleprozesse auf allen Ebenen auf gemeinsame Fragen auszurichten und zu harmonisieren. Dennoch bleibt auch für die kommenden Jahre die Umsetzung der Gesundheitsziele in der Fläche eine große Aufgabe. Wichtige Impulse sind diesbezüglich durch die Nennung der nationalen Gesundheitsziele im »Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention« (Präventionsgesetz) zu erwarten. Die Gesundheitsziele sind darin eine der Referenzgrößen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Festlegung von Handlungsfeldern und Kriterien für die Leistungen in primärer Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigen soll. Zukünftig stellt sich die Aufgabe, den Prozess auf allen Ebenen an sich ändernde gesundheitspolitische Rahmenbedingungen anzupassen. Die inhaltliche Unterstützung der Umsetzung der Gesundheitsziele wird auch weiterhin eine wesentliche Aufgabe sein. Außerdem ist es notwendig, die Zusammenarbeit zwischen allen gesellschaftlichen Kräften zu fördern, die Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung haben.

#### **WIE GESUND SIND DIE ÄLTEREN MENSCHEN?**

Die Zunahme der Lebenserwartung bietet heute vielen Menschen die Chance, noch viele Jahre nach Beendigung der Berufs- und Familienphase aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Diesen Chancen stehen aber auch Risiken gegenüber. Mit zunehmendem Lebensalter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen und für eine Abnahme der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit. Daraus folgen oftmals Einschränkungen bei der Bewältigung des Alltags. Mit fortschreitendem Alter kann Hilfs- und Pflegebedürftigkeit entstehen. Dies geht mit hohen Belastungen für die betroffenen Personen, ihre Familien und die Gesellschaft einher.

Im Jahr 2013 waren 20,8% der Gesamtbevölkerung mindestens 65 Jahre alt, 2,6% waren 85 Jahre alt oder älter. Durch die demografischen Veränderungen wird sich der Anteil von Seniorinnen und Senioren an der Bevölkerung in den folgenden Jahren weiter erhöhen. Fragt man ältere Menschen nach ihrer Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands, fällt die Bewertung insgesamt positiv aus: Über die Hälfte der Menschen in der zweiten Lebenshälfte schätzt ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Trotz dieser positiven Gesamteinschätzung sind chronische Krankheiten in dieser Bevölkerungsgruppe weit verbreitet, allen voran Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Krebserkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und Diabetes mellitus. Führende Todesursachen in der Bevölkerung ab 65 Jahren sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen sowie chronische Lungenerkrankungen. Die Suizidraten steigen im höheren Lebensalter stark an, insbesondere bei Männern. Eine depressive Symptomatik wird bei älteren Menschen vermutlich häufig übersehen. Die

altersbedingte Zunahme von chronischen Erkrankungen, von körperlichen und kognitiven Einschränkungen, von Stürzen sowie von Multimorbidität bestimmt den speziellen Versorgungsbedarf älterer Menschen. Im Bereich der Arzneimitteltherapie ist die gleichzeitige Anwendung von fünf und mehr Arzneimitteln (Polypharmazie) bei älteren Menschen häufig, etwa ein Drittel der 65-Jährigen und Älteren ist betroffen. Polypharmazie geht mit einem erhöhten Risiko von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Wechselwirkungen einher.

Die Frage, ob die verlängerte Lebenserwartung zu einer Verkürzung oder einer Verlängerung der Lebensphase mit starken gesundheitlichen Einschränkungen führt (Kompression oder Extension), ist weiterhin offen. Jüngste Untersuchungsergebnisse legen nahe, dass Funktionsfähigkeiten, insbesondere kognitive Kapazitäten bei älteren Menschen zunehmen. Durch eine höhere Bildung, Verbesserungen im Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährung) und durch den Rückgang kardiovaskulärer Erkrankungen bleiben vermutlich auch die derzeit beobachteten Prävalenzen der Demenz hinter jenen zurück, die auf der Grundlage der Alterung der Bevölkerung geschätzt wurden. Insgesamt zeichnet sich ab, dass schwerwiegende Einschränkungen der Alltagsaktivitäten zurückgehen. Leichtere Einschränkungen im Alltag nehmen hingegen zu. Nicht zuletzt nehmen auch die Krankheitsprävalenzen aufgrund verbesserter Diagnostik und Behandlung zu. Wichtige Ressourcen im höheren Lebensalter sind zielgruppengerechte Angebote zu Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlicher Versorgung sowie eine Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe. Für die Bevölkerung ab 65 Jahren hat der Kooperationsverbund Gesundheitsziele im Gesundheitsziel »Gesund älter werden« wesentliche Einzelziele und mögliche Maßnahmen formuliert. Diese beziehen sich sowohl auf die Stärkung körperlicher, psychischer und sozialer Ressourcen älterer Menschen als auch auf die Bewältigung altersassoziierter gesundheitlicher Probleme wie Multimorbidität und Demenz sowie auf die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung.

#### **WELCHE AUSWIRKUNGEN HAT DER DEMOGRAFISCHE WANDEL AUF GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSVERSORGUNG?**

Die demografische Alterung ist eine komplexe gesellschaftliche Entwicklung, die viele Herausforderungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens mit sich bringt. Einer der wichtigsten Aspekte ist das veränderte Verhältnis zwischen dem schwindenden Anteil von Menschen im Erwerbsalter und der größer werdenden Zahl älterer Menschen, die mit dem Alter zunehmend auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind. Verursacht wird die demografische Alterung durch ein nach wie vor niedriges Geburtenniveau und eine zunehmend längere Lebenserwartung. Zuwanderung aus dem Ausland kann entlastende Effekte haben. Die Zuwanderung nach Deutschland ist seit 2011 deutlich angestiegen, unter anderem durch eine steigende Zahl von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Auch wenn die genauen Auswirkungen dieser Entwicklung auf die demografische Alterung in Deutschland noch nicht absehbar sind, ergeben sich daraus voraussichtlich positive Tendenzen.

Mit der demografischen Alterung geht eine Verschiebung im Krankheitsspektrum einher: Den altersassoziierten, nicht übertragbaren Erkrankungen, die häufig einen chronischen Verlauf zeigen, kommt wachsende Bedeutung zu. Besonders Herz-Kreislauf-Erkrankungen aber auch einige Krebserkrankungen sind heute allerdings besser behandelbar als früher und führen seltener zum Tod. Auch die steigende Zahl von Demenzerkrankungen stellt die Gesellschaft vor neue Aufgaben. Solange in der Prävention und Behandlung von Demenzerkrankungen kein Durchbruch erzielt wird, muss insbesondere die Pflege demenzkranker Personen weiterentwickelt und verbessert werden.

Durch die wachsende Zahl älterer und alter Menschen werden Gesundheitsleistungen im Pflegebereich, aber auch ambulante und stationäre Angebote verstärkt in Anspruch genommen. Dies hat Folgen für die sozialen Sicherungssysteme und die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung. Im Bereich der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung kann es zu problematischen Versorgungslagen kommen, zum Beispiel bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in strukturschwachen Regionen. Der Ärztemangel trifft in diesen Gebieten besonders viele ältere und hochaltrige Menschen, für die der weite Weg zu den verbleibenden Arztpraxen und Krankenhäusern eine besondere Belastung darstellt. Im Bereich Pflege geht mit der demografischen Alterung zum einen ein sinkender Anteil an potenziell pflegenden Angehörigen einher und zum anderen ein abnehmendes Fachkräftepotenzial. Die Zuwanderung von Pflegekräften kann eine gewisse Entlastung schaffen. Entscheidende Bedeutung kommt der Aufgabe zu, das Interesse junger Menschen an Pflegeberufen zu wecken. Neue Anreizstrukturen, welche die Attraktivität der Pflegeberufe weiter erhöhen, sind hier von großer Bedeutung. Der Pflegebereich wird dabei allerdings mit anderen Sektoren der Volkswirtschaft konkurrieren, die ebenfalls Strategien zur Bewältigung des Fachkräftemangels entwickeln.

Die insgesamt positive Entwicklung, dass immer mehr Menschen ein hohes Lebensalter erreichen und zudem mit guter Gesundheit alt werden, hat zahlreiche Implikationen für die Gesellschaft und damit auch für das Gesundheitswesen. Dieser Aspekt und weitere Entwicklungen, die mit dem Begriff demografischer Wandel zusammengefasst werden, spielen in vielen Kapiteln des vorliegenden Berichtes eine wichtige Rolle. Das Thema stellt dementsprechend eine inhaltliche Klammer und einen Schwerpunkt dar.

#### **WO STEHT DEUTSCHLAND IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH?**

In Ergänzung zur nationalen Gesundheitsberichterstattung sind internationale Vergleiche anhand ausgewählter Indikatoren wertvoll. Zahlen und Trends aus Deutschland können vor dem Hintergrund der Entwicklungen in anderen Ländern diskutiert und bewertet werden. Für diese Vergleiche innerhalb der Europäischen Union und mit anderen europäischen Staaten steht mit den ECHI-Indikatoren (European Core Health Indicators) eine gute Grundlage zur Verfügung. Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden der nationalen und internationalen Daten können sich jedoch geringfügige

Unterschiede, beispielsweise bei den Prävalenzen ergeben, die im Kapitel 10 berichtet werden im Vergleich zu anderen Kapiteln des Berichtes. Darüber hinaus beeinflussen unterschiedliche Versorgungsstrukturen und die kulturelle Vielfalt der europäischen Bevölkerung die internationale Vergleichbarkeit von Daten, z.B. hinsichtlich einer unterschiedlichen Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes, aber auch beim Vergleich von Statistiken zu Krankheiten und Todesursachen.

Über zwei Drittel der Erwachsenen in der Europäischen Union (EU) schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein. Die Werte für Deutschland liegen mit 65% nur geringfügig darunter. Die Zunahme der durchschnittlichen statistischen Lebenserwartung bei Geburt hat sich in der EU in den vergangenen zehn Jahren fortgesetzt. In Deutschland liegt sie im Jahr 2012 mit 83,3 Jahren für Frauen und 78,6 Jahren für Männer nahe dem europäischen Durchschnitt (EU: 83,2 bzw. 77,4 Jahre).

In der EU wie auch in Deutschland sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache. Dabei spielen ischämische Herzkrankheiten (Erkrankung der Herzkranzgefäße) und zerebrovaskuläre Erkrankungen wie Schlaganfälle die Hauptrolle. Die Sterberaten in Deutschland liegen für ischämische Herzkrankheiten leicht über dem europäischen Durchschnitt und für zerebrovaskuläre Erkrankungen darunter. Seit Mitte der 1990er-Jahre haben die Sterblichkeitsraten für diese Erkrankungen in Deutschland und in fast allen Staaten der EU abgenommen. Krebserkrankungen sind in der EU die zweithäufigste Todesursache. Die Krebssterblichkeitsraten in Deutschland liegen mit 206 pro 100.000 Frauen und 330 pro 100.000 Männer im unteren Drittel des europäischen Vergleichs und bestätigen die international beobachteten höheren Raten bei Männern im Vergleich zu Frauen. Die Zahl der Krebsneuerkrankungen in der EU wurde für das Jahr 2012 auf rund 2,6 Millionen Fälle geschätzt. Die häufigsten Krebsarten sind dabei national wie auch international Darmkrebs und Lungenkrebs sowie geschlechtsspezifisch Prostatakrebs bei Männern und Brustkrebs bei Frauen.

Diabetes ist sowohl in Deutschland als auch in Europa eine der häufigsten Stoffwechselerkrankungen. Daten unter anderem aus der europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS) zeigen eine Diabetesprävalenz von 3% für Erwachsene bis zum Alter von 64 Jahren. Für die 65-Jährigen und Älteren wird eine Prävalenz von 14,3% berichtet. Für beide Altersgruppen verzeichnete Deutschland laut der GEDA-Studie (GEDA 2010) des RKI höhere 1-Jahres-Prävalenzen (4,1% und 17,4%). Deutliche Unterschiede zwischen Bildungsgruppen zeigen sich sowohl in Europa als auch in Deutschland.

Der Anteil regelmäßiger Raucherinnen und Raucher in den EU-Staaten variiert unter den Erwachsenen beträchtlich. Der Anteil liegt in Deutschland mit 17,6% bei Frauen bzw. 26,4% bei Männern nahe am EU-Durchschnitt (Frauen: 17,7%, Männer: 28,5%). Nur in neun der 28 EU-Staaten liegt die Raucherquote unter 20%. Generell ist jedoch in den meisten Ländern ein Rückgang des Tabakkonsums zu beobachten. Der Anteil von Jugendlichen in Deutschland, die mindestens einmal pro Woche rauchen (15%), liegt laut der Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) unter dem europäischen Durchschnitt von 17%. Der durchschnittliche

liche Pro-Kopf-Alkoholkonsum eines Erwachsenen in der EU beträgt nach international vergleichbaren Daten 10,1 Liter pro Jahr. Deutschland befindet sich mit 11,0 Litern über diesem Durchschnitt. Bei den Jugendlichen liegt Deutschland sowohl hinsichtlich des regelmäßigen Alkoholkonsums als auch der Prävalenz von Rauscherfahrungen im europäischen Durchschnitt. In beiden Altersgruppen zeigen sich hier international wie national rückläufige Tendenzen. Mehr als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung in der EU ist übergewichtig. Als stark übergewichtig (adipös) gelten im EU-Durchschnitt wie auch in Deutschland ca. 23 % der Erwachsenen. Mit einem Anteil von 14 % übergewichtigen oder adipösen Jugendlichen liegt Deutschland im europäischen Mittel.

Deutschland gehört mit ca. 11 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) EU-weit zu den Ländern mit dem höchsten BIP-Anteil für Gesundheitsausgaben (EU: ca. 9 %). Bezüglich der Ärztedichte und der Anzahl der Arztkontakte liegt Deutschland im oberen Drittel. Einen Spitzenplatz nimmt Deutschland auch bei den verfügbaren Ressourcen für stationäre Versorgung (Anzahl der Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner) ein.

Die in den letzten zehn Jahren in Europa erzielten Verbesserungen konnten nicht für alle Gesundheitsindikatoren für alle Länder und für alle Bevölkerungsgruppen erreicht werden. Nationale und internationale Daten weisen weiterhin auf soziale Ungleichheiten in Gesundheitszustand, -verhalten und -versorgung hin. Effizienzsteigerung der Gesundheitssysteme und soziale Ungleichheit stehen daher im Fokus der Gesundheitsstrategien internationaler Organisationen.

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

**Gesundheit in Deutschland – Einzelkapitel:  
Was sind die wichtigsten Ergebnisse?**

**IMPRESSUM**

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.  
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis

**Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

**Redaktion**

Dr. Anke-Christine Saß (verantw.)  
PD Dr. Thomas Lampert  
Dr. Franziska Prütz  
Stefanie Seeling  
Anne Starker  
Dr. Lars E. Kroll  
Alexander Rommel  
Dr. Livia Ryl  
Dr. Thomas Ziese

**Redaktionsassistentz**

Gisela Dugnus  
Kerstin Möllerke

**Bezugsquelle**

E-Mail: [gbe@rki.de](mailto:gbe@rki.de)  
[www.rki.de/gesundheitsbericht](http://www.rki.de/gesundheitsbericht)  
Tel.: 030-18754-3400  
Fax: 030-18754-3513

**Gestaltung**

SHORT CUTS GmbH, Berlin

**Umschlaggestaltung**

WEBERSUPIRAN.berlin

**Druck**

H. Heenemann GmbH & Co.KG, Berlin

ISBN 978-3-89606-225-3

DOI 10.17886/rkipubl-2015-003-11

**Zitierweise**

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut  
im Geschäftsbereich des Bundesministeriums  
für Gesundheit