



GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen



- 4** **GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND**
Fokus Gesundheitslage
- 6** **LEBENSBEDINGUNGEN**
Sozialstatus und Gesundheit
- 12** **VERHALTEN UND GESUNDHEIT**
Lebensstil: Risiken und Nebenwirkungen
- 20** **KINDER UND JUGENDLICHE**
Gesund von Anfang an
- 30** **KÖRPERLICHE GESUNDHEIT**
Veränderungen im Krankheitsspektrum
- 42** **PSYCHISCHE GESUNDHEIT**
Zunehmende Relevanz
- 46** **EPIDEMIOLOGIE UND GESUNDHEITSMONITORING
AM ROBERT KOCH-INSTITUT**
Monitoring für mehr Gesundheit

Fokus Gesundheitslage

Wie gesund sind die Menschen in Deutschland? Dies ist die zentrale Frage, die der im Dezember 2015 erschienene dritte Gesundheitsbericht „Gesundheit in Deutschland“ (www.rki.de/gesundheitsbericht) umfassend beantwortet: für Kinder und Jugendliche, für Frauen und Männer, für Erwerbstätige und Arbeitslose, für Rentnerinnen und Rentner. In welchem Verhältnis stehen körperliche und psychische Gesundheit zu Gesundheitsrisiken und Gesundheitschancen, zu regionalen und sozialen Faktoren? Damit ist eine Aufgabe der am Robert Koch-Institut angesiedelten Gesundheitsberichterstattung des Bundes umrissen: aus den vielfältigen Daten zur Gesundheit ein umfassendes und verlässliches Bild der Gesundheitslage zu erstellen, gesundheitliche Trends und Entwicklungen zu erkennen und zu analysieren.

4 Eine wesentliche Grundlage der Gesundheitsberichterstattung ist das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts. Die „Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring“ erhebt kontinuierlich Daten zum Krankheitsgeschehen, dem Gesundheits- und Risikoverhalten, der Versorgung und den Lebensbedingungen der Bevölkerung in Deutschland. Kern des Monitorings bilden drei groß angelegte Studien zur Gesundheit in Deutschland: die kombinierten Untersuchungs- und Befragungssurveys KiGGS („Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“) und DEGS („Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“) sowie der Befragungssurvey „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Weitere epidemiologische Studien, amtliche Statistiken, epidemiologische Register und Daten der Sozialversicherungsträger werden ebenfalls für die Analysen der Gesundheitsberichterstattung hinzugezogen. Die breite Datenbasis aus statistischen, demografischen, psychosozialen und medizinischen Daten ermöglicht, die Gesundheit der Bevölkerung und ihre Entwicklung umfassend einzuschätzen. Daraus ergeben sich verlässliche und qualitativ abgesicherte Informationen. Diese wiederum sind Arbeitsgrundlage für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Politikerinnen und Politiker sowie für verschiedene Akteure im Gesundheitswesen.

Gesundheitsberichterstattung fokussiert auf Entwicklungen, die Herausforderungen für das Gesundheitssystem darstellen: die in den kommenden Jahrzehnten weiter zunehmende Alterung der Gesellschaft sowohl in absoluten Zahlen als auch im Anteil der Älteren und Hochaltrigen an der Bevölkerung sowie die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit. Die demografischen und sozialen Faktoren prägen alle von der Gesundheitsberichterstattung betrachteten Bereiche – vom Erkrankungsspektrum über die Verteilung von Risikofaktoren bis hin zur Prävention und Versorgung – entscheidend mit. Daneben



Lebensverlaufskonzept: Präventions- und Versorgungsschwerpunkte im Lebensverlauf

zeichnet sich eine Verschiebung des Krankheitsspektrums ab. Nicht-übertragbare, chronische Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus, Lungenerkrankungen und Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems nehmen an Bedeutung zu. Sie tragen maßgeblich zum Verlust von Lebensqualität und Lebensjahren bei und stellen Prävention und Gesundheitsförderung vor große Herausforderungen, weil ihre Ursachen eng mit den Lebensbedingungen, dem Gesundheitsverhalten und dem Sozialstatus verwoben sind. Das Erreichen gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen in allen Lebenswelten, von Kinderbetreuungseinrichtungen über das Wohnumfeld und die Arbeitsstätte bis hin zum altersgerechten Wohnen, ist somit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur im Zusammenwirken aller relevanten Politikbereiche bewältigt werden kann.

Die vorliegende Broschüre enthält eine Auswahl der Ergebnisse des Gesundheitsberichts „Gesundheit in Deutschland“ (2015). Zunächst wird dargestellt, wie die soziale Lage – zum Beispiel der Arbeitsplatz oder Arbeitslosigkeit – die Gesundheit grundlegend beeinflusst. Danach folgt ein Kapitel mit Informationen zum Gesundheitsverhalten der Menschen in Deutschland. Das anschließende Kapitel zeigt, wie sehr die Kindheit die Gesundheitsbiografie prägen kann. Die Veränderungen im Krankheitsspektrum mit Blick auf die alternde Gesellschaft schildert Kapitel vier, die psychische Gesundheit ist Thema des fünften Kapitels. Das Schlusskapitel bietet einen Ausblick auf die Herausforderungen, die sich für das Gesundheitsmonitoring und die Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut ergeben.

Sozialstatus und Gesundheit



Vor allem zwei große Entwicklungen bestimmen das Gesundheits- und Versorgungsgeschehen in Deutschland derzeit wesentlich mit: die demografischen Veränderungen und der starke Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit.

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung wird ganz wesentlich durch die Lebensbedingungen und das Gesundheitsverhalten beeinflusst. Dabei sind Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken sozial ungleich verteilt. Menschen mit niedrigem Sozialstatus sind häufiger von chronischen Krankheiten, Beschwerden oder Behinderungen betroffen und schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein. Dieser Zusammenhang stellt sich vielfach als sozialer Gradient dar, der in allen Altersstufen sichtbar ist: je niedriger der soziale Status, desto mehr Gesundheitsprobleme und Krankheitsrisiken.

Frauen und Männer mit geringem Einkommen, niedriger Bildung oder Berufen, in denen schlechte Arbeitsbedingungen herrschen, haben letztendlich auch eine geringere Lebenserwartung als sozial bessergestellte Teile der Bevölkerung. Zwischen der niedrigsten und der höchsten Einkommensgruppe in Deutschland werden heute Unterschiede in der Lebenserwartung (bei Geburt) von 8,4 Jahren bei Frauen und 10,8 Jahren bei Männern berichtet. Auch für die Lebenserwartung ab dem Renteneintritt mit 65 Jahren bestehen erhebliche soziale Differenzen. Schon die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird durch den Sozialstatus ihrer Familie geprägt. Bereits während der Schwangerschaft und in den ersten Monaten nach der Geburt zeichnen sich soziale Unterschiede ab: Der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft rauchen, sinkt mit zunehmendem Sozial-



IM FOKUS

> Arbeit und Arbeitslosigkeit: Seite 10

7



75 %

der Erwachsenen schätzen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein

Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (mittelmäßig bis sehr schlecht)



	Sozialstatus		Alter	Sozialstatus	
	Niedrig	Hoch		Niedrig	Hoch
18–29	19%	7%		12%	5%
30–44	31%	11%		31%	7%
45–64	51%	19%		51%	18%
65+	63%	30%		56%	34%



Mit geringerem Sozialstatus wird auch die eigene Gesundheit schlechter eingestuft

status, während der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft Alkohol trinken, mit zunehmendem Sozialstatus ansteigt.

Zu den weiteren Faktoren, die sich in Gesundheitsrisiken niederschlagen können, zählen etwa Unterschiede bezogen auf die Wohn- und Umweltbedingungen und der Migrationsstatus.

Menschen mit niedrigem Sozialstatus nehmen Präventionsangebote seltener in Anspruch als Personen mit höherem Status.

Angebote wie der Gesundheits-Check-up der gesetzlichen Krankenversicherung, verhaltenspräventive Maßnahmen oder Krebsfrüherkennung werden von Menschen mit niedrigem Sozialstatus immer noch seltener in Anspruch genommen als von Personen mit höherem Status. Soziale Unterschiede beeinflussen auch das Wissen über spezifische Krankheitssymptome, zum Beispiel von Herzinfarkt oder Schlaganfall sowie die Fähigkeit, eine Krankheit aktiv zu bewältigen. Beispielsweise nehmen Diabetikerinnen und Diabetiker mit niedriger Bildung seltener an Diabetikerschulungen teil und berichten über größere Schwierigkeiten, die Behandlung ihrer Erkrankung im Alltag umzusetzen. Die erfolgversprechendsten Angebote für Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung berücksichtigen daher auch die sozioökonomischen und kulturellen Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen und helfen dadurch, wie im folgenden Kapitel geschildert, Ungleichheiten zu verringern.

Gesundheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsbewältigung



Hoher Sozialstatus



24%



19%

Niedriger Sozialstatus



51%



39%

Durchschnittlich verringerte Lebenserwartung nach einem Herzinfarkt



Hohe Einkommensgruppe



3,8 Jahre



3,7 Jahre

Niedrige Einkommensgruppe



11 Jahre



5,1 Jahre

Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund steigt. Eine gute Gesundheitsversorgung für diese heterogene Bevölkerungsgruppe sicherzustellen, ist eine aktuelle Herausforderung.

Die Gruppe der Migrantinnen und Migranten in Deutschland ist sowohl soziokulturell aber auch mit Blick auf ihre Gesundheit sehr unterschiedlich. Häufig wandern zunächst jüngere und gesündere Menschen aus. Die Gesundheit der Zuwanderer ist besser und die Sterblichkeit in jüngeren und mittleren Altersgruppen ist geringer als bei Personen ohne Migrationshintergrund, man spricht sogar von einem „healthy migrant effect“. Unterschiede zeigen sich im Risikoverhalten: Menschen mit Migrationshintergrund trinken im Durchschnitt weniger Alkohol und konsumieren weniger Tabak, treiben aber auch weniger Sport und ernähren sich weniger gesund. Aufgrund der höheren Infektionslast in vielen Herkunftsländern tragen Menschen mit Migrationshintergrund bei einigen ansteckenden Krankheiten ein höheres Erkrankungsrisiko.

Einschränkend ist zu sagen, dass die Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund lückenhaft ist. Diese Gruppe ist sehr heterogen: Die Herkunftsländer, die Gründe der Migration, die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland unterscheiden sich. Es ist deshalb von hoher Priorität, Menschen mit Migrationshintergrund besser in das Gesundheitsmonitoring einzubeziehen.



9



15,9 Millionen

Menschen mit **Migrationshintergrund** lebten 2013 in Deutschland. Die Zahl ist aufgrund der in Deutschland Asylsuchenden (allein 476.000 Asylanträge im Jahr 2015) gestiegen.



Arbeit und Arbeitslosigkeit

Die Arbeit ist für einen Großteil der Bevölkerung die primäre Einkommensquelle zur Sicherung des Lebensunterhaltes. Daneben ermöglicht die Erwerbsarbeit soziale Kontakte, Ansehen und gibt dem Tag eine Zeitstruktur. Die Arbeitswelt ist ein Ort in der Gesellschaft, an dem sich soziale Unterschiede besonders stark zeigen: in Form von besseren oder schlechteren Arbeitsbedingungen, Beschäftigungschancen und Verdiensten.

Die Unfall- und Verletzungsrisiken am Arbeitsplatz sind kleiner geworden. So sind in den letzten Jahrzehnten sowohl die tödlichen Arbeitsunfälle als auch die unfall- und krankheitsbedingten Fehlzeiten zurückgegangen. Da die Anzahl der Krankmeldungen auch Konjunkturzyklen widerspiegelt und die Erwerbstätigen im Durchschnitt älter, und damit anfälliger für Krankheiten werden, ist eine Fortsetzung dieses positiven Trends offen.

Schlechtere Arbeitsbedingungen, geringere Beschäftigungschancen und Verdienstmöglichkeiten wirken sich negativ auf den Gesundheitszustand aus: Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit niedriger beruflicher Stellung unterliegen höheren gesundheitlichen Belastungen und Risiken als jene mit höherer Stellung.

Für die Gesundheitsprävention hat die Erwerbsarbeit eine hohe Bedeutung, da am Arbeitsplatz mehr Menschen erreicht werden können als in anderen Kontexten. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung weiter auszubauen, ist ein vielversprechender Ansatz, um auch Menschen mit niedrigem Sozialstatus zu erreichen. Fast die Hälfte aller Betriebe in Deutschland hat in den letzten Jahren mindestens eine gesundheitsfördernde Maß-



nahme durchgeführt. Industrie, öffentlich-sozialer Sektor und Unternehmen mit vielen Beschäftigten sind in der Gesundheitsförderung besonders aktiv. Kleinere Betriebe haben zum Teil noch deutlichen Nachholbedarf.

Ein Mangel an Arbeit kann sich aber auch auf die Gesundheit auswirken: Arbeitslosigkeit ist eine Lebenslage, in der die Betroffenen in großem Maße psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Bereits ein drohender Arbeitsplatzverlust kann belasten und gesundheits-schädigende Wirkungen entfalten. Insgesamt haben Arbeitslose oder in unsicheren Arbeitsverhältnissen beschäftigte Frauen und Männer besonders häufig Gesundheitsprobleme. Sie haben ein höheres Risiko, psychische und körperliche Erkrankungen zu entwickeln und eine geringere Lebenserwartung gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt. Entsprechend ihrer schlechteren gesundheitlichen Lage melden sich arbeitslose Frauen und Männer häufiger arbeitsunfähig und nehmen das medizinische Versorgungssystem stärker in Anspruch.

Arbeitslosigkeit kann sowohl die Ursache als auch die Folge von Gesundheitsproblemen sein. So haben Arbeitslose mit chronischen Erkrankungen geringere Chancen, eine bezahlte Tätigkeit zu finden, und Beschäftigte mit Erkrankungen werden häufiger arbeitslos als Gesunde.



Lebensstil: Risiken und Nebenwirkungen



Ein gesunder Lebensstil bedeutet, sich ausgewogen zu ernähren, nicht zu rauchen, nur mäßig Alkohol zu trinken und sich zu bewegen. Dies kann das Auftreten von Übergewicht und Bluthochdruck verhindern und damit das Risiko für Erkrankungen reduzieren.

Der Gesundheitszustand hängt von zahlreichen Einflüssen ab: von den Lebensbedingungen, wie im vorangegangenen Abschnitt gezeigt, von biologischen Faktoren sowie dem individuellen Verhalten. So helfen eine ausgewogene Ernährung, ausreichend körperliche Aktivität, ein geringer Alkoholkonsum, Nicht-Rauchen und ein gesunder Umgang mit Stress dabei, zahlreichen Krankheiten vorzubeugen. Dazu gehören etwa Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen oder psychische Belastungen und Störungen. Umgekehrt erhöht ein entsprechendes ungesundes Verhalten das Risiko zu erkranken. Das positive Gesundheitsverhalten zu stärken und Gesundheitsrisiken abzubauen, sind daher sowohl gesamtgesellschaftliche Aufgaben als auch Handlungsfelder der Gesundheitspolitik.

Die Ernährung ist ein zentraler Faktor für das Wohlbefinden. Denn wie man sich ernährt, beeinflusst die körperliche Leistungsfähigkeit und die Gesundheit grundlegend. Entsprechend dem reichhaltigen und relativ preiswerten Lebensmittelangebot haben Mangelkrankheiten ihre einstige Bedeutung verloren: Im Durchschnitt ist die Versorgung mit den meisten Vitaminen und Mineralstoffen für alle Altersgruppen ausreichend. Generell werden zu wenig Fisch, Milch und Milchprodukte, Brot, Getreide, Obst und Gemüse konsumiert. Der Speiseplan von Kindern und Erwachsenen enthält oft zu viel Fleisch.



IM FOKUS

> **Gesundheit gestalten:** Seite 16



Über 100.000 Lebensmittel sind im deutschen Lebensmittelhandel erhältlich



Rauchen, zu viel Alkohol, niedriger Obst- und Gemüsekonsum, zu wenig Bewegung, Übergewicht, hohe Cholesterinwerte im Blut und Bluthochdruck sind die sieben führenden Gesundheitsrisikofaktoren

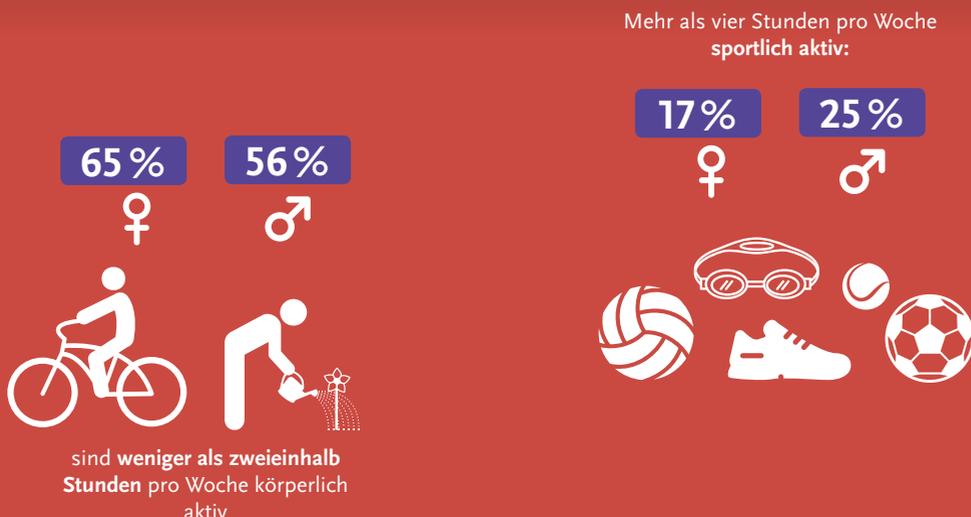
Von den positiven Effekten körperlicher Aktivität auf die physische und psychische Gesundheit können Menschen aller Altersgruppen profitieren.

Vielfältige Bewegungserfahrungen im Kindesalter leisten einen wichtigen Beitrag zur Persönlichkeitsentwicklung, körperliche Aktivität im höheren Alter trägt zum möglichst langen Erhalt der funktionellen Selbstständigkeit und zur Prävention von Stürzen bei. Die Förderung von körperlicher Aktivität und Bewegung ist daher eine der zentralen Aufgaben von Public Health.

Körperliche Aktivität im Alltag und Sport können vor einer Vielzahl von nichtübertragbaren Erkrankungen schützen und das Sterberisiko senken. Zum Beispiel kann das Risiko an Diabetes mellitus zu erkranken, durch ein angemessenes Maß an körperlicher Aktivität verringert werden. Neben diesen positiven vorbeugenden Effekten wird körperliche Aktivität auch zur Behandlung von bestehenden Erkrankungen eingesetzt, beispielsweise bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Depressionen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt für Erwachsene wöchentlich 75 Minuten sehr anstrengende körperliche Aktivitäten oder alternativ 2,5 Stunden mäßig körperliche Anstrengung, zum Beispiel mit dem Fahrrad zur Arbeit zu fahren oder zügiges Spaziergehen.

Jeder vierte Erwachsene ist als adipös einzustufen, ist also stark übergewichtig.

Bereits Übergewicht kann mit einer Gesundheitsgefährdung verbunden sein. Ist das Übergewicht besonders stark ausgeprägt, wird dies als Adipositas bezeichnet. In Deutschland sind 53% der Frauen und 67% der Männer übergewichtig, als adipös gelten 24% der



Frauen und 23 % der Männer. Die Verbreitung von Übergewicht in der erwachsenen Bevölkerung ist in den letzten zehn Jahren auf hohem Niveau stabil geblieben, die Häufigkeit von Adipositas hat sich jedoch im gleichen Zeitraum vor allem bei jungen Männern erhöht. Je höher der Körperfettanteil ist, desto gravierender sind die zu erwartenden gesundheitlichen Konsequenzen. So führt die Adipositas zu einer erhöhten Beanspruchung des Muskel- und Skelettsystems. Sie begünstigt das Entstehen von Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck, welche das Risiko für Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen ansteigen lassen. Auch einige Krebsarten kommen unter adipösen Erwachsenen häufiger vor.

Erhöhter Blutdruck ist der häufigste und wichtigste Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Niereninsuffizienz. Schätzungen zufolge haben in Deutschland etwa ein Drittel aller Erwachsenen Bluthochdruck.

Wie in anderen industrialisierten Ländern sind auch in Deutschland Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache. Ihr Hauptrisikofaktor ist erhöhter Blutdruck, der als Volkskrankheit bezeichnet werden kann. Bluthochdruck ist für mehr als die Hälfte aller Schlaganfälle sowie für knapp die Hälfte aller Fälle von Erkrankungen der Herzkranzgefäße verantwortlich.

Bluthochdruck (Hypertonie) entsteht durch das Zusammenwirken verschiedener Faktoren: Erbanlagen, Alter, Geschlecht und ungünstige Ernährungs- und Lebensbedingungen spielen eine Rolle. Etwa jeder Dritte im Alter von 18 bis 79 Jahren in Deutschland hat eine Hypertonie – dies entspricht etwa 20 Millionen Erwachsenen.





Gesundheit gestalten: Prävention und Gesundheitsförderung

Das Krankheits- und das Sterbe geschehen in Deutschland wird überwiegend von nicht-übertragbaren Krankheiten geprägt, deren Entstehen und Verlauf von vielen Faktoren beeinflusst wird. Dazu gehören Alter, Geschlecht und genetische Disposition, die Verhaltens- und Lebensweisen, das soziale Umfeld, die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie der Zugang zu Einrichtungen und Dienstleistungen, aber auch ökonomische, kulturelle und physische Umweltbedingungen.

Die Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit wirken somit in allen gesellschaftlichen Bereichen. Sie können fast alle verändert werden, sich aber auch wechselseitig beeinflussen. Dementsprechend werden Prävention und Gesundheitsförderung heute als Querschnittsaufgaben angesehen, zu denen Akteure in allen Bereichen der Gesellschaft einen Beitrag leisten sollten.

Ziel von Prävention ist es, Erkrankungen zu vermeiden, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen. Gesundheitsförderung will personale, soziale und materielle Ressourcen für die Gesunderhaltung stärken und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gesundheitsförderlich gestalten. Präventionsmaßnahmen können sich sowohl auf die positive Veränderung des Verhaltens von Individuen und Gruppen beziehen (Verhaltensprävention) als auch auf Veränderungen in den Lebenswelten wie Schule, Arbeitsplatz oder Wohnviertel (Verhältnisprävention). Durch verhaltenspräventive Maßnahmen werden gesundheitsförderliche Verhaltensweisen so eingeübt, dass diese als selbstverständliche Routine in den Alltag übernommen werden und sich damit langfristig positiv auf die Gesundheit auswirken. Typische verhaltenspräventive Maßnahmen sind Informationsvermittlung, Beratung und Training, die von den gesetzlichen Krankenkassen, Volkshochschulen, Sportvereinen, Betrieben aber auch von kommerziellen Anbietern angeboten werden.

Bei der Verbreitung gesundheitlicher Risikofaktoren fällt eine sozial bedingte ungleiche Verteilung auf: Fehlernährung, Bewegungsmangel und Tabakkonsum sind bei Personen mit niedrigem Sozialstatus weiter verbreitet als in höheren sozialen Statusgruppen. Die Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit ist deshalb ein zentrales Anliegen von Prävention und Gesundheitsförderung, deren Maßnahmen daher sowohl auf die individuelle Verantwortung zielen als auch darüber hinaus als gesamtgesellschaftliche Aufgaben zu verstehen sind.

Die aktive Einbindung von Menschen vor Ort macht es möglich, auch diejenigen anzusprechen, die sich bislang wenig für Gesundheit interessiert haben. Gesundheitsfördernde Aktivitäten in Settings, wie zum Beispiel dem Wohnquartier oder dem Betrieb, gelten als besonders geeignet, gesundheitliche Ungleichheit zu verringern und die Gesundheitschancen der gesamten Bevölkerung zu erhöhen. Die Politik hat auf den sich daraus ergebenden Bedarf an Maßnahmen und Angeboten für die zentralen Settings – Kita, Schule, Kommune, Betrieb und Pflegeeinrichtung – reagiert und im Juni 2015 das Präventionsgesetz verabschiedet. Darin ist eine Erhöhung der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen vorgesehen. Bei der Planung der Maßnahmen sollen nationale Gesundheitsziele, z. B. „Gesund aufwachsen“, „Gesund älter werden“, „Tabakkonsum reduzieren“ und „Alkoholkonsum reduzieren“ berücksichtigt werden. Prävention und Gesundheitsförderung werden im Gesetz als eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe gesehen. Für die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ist dabei insbesondere das in § 20 SGB V formulierte Ziel aussichtsreich, die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern, den geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen und den Lebenswelt-Ansatz von der Kita bis zur stationären Pflege auszubauen.



Die Gefahr, dass bei erhöhtem Blutdruck Herz-Kreislauf-Erkrankungen entstehen, hängt ab von der Höhe des Blutdrucks, ob weitere Risikofaktoren vorliegen und von möglichen Begleit- oder Folgeerkrankungen. Das Präventionspotenzial bei erhöhtem Blutdruck ist sehr hoch: Mit dem Lebensstil verbundene Faktoren, die das Risiko einer Hypertonie reduzieren, sind schon länger bekannt. Dazu zählen körperliche Aktivität, gesunde Ernährung (niedriger Kochsalzkonsum, viel Obst und Gemüse) sowie Vermeidung von Übergewicht und Stress. Ein bereits erhöhter Blutdruck kann durch Lebensstilveränderungen und medikamentöse Behandlung erfolgreich gesenkt werden.

Das Rauchen ist in den Industrienationen das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit.

In Deutschland rauchten im Jahr 2013 etwa 20% der Frauen und 29% der Männer. Seit Anfang der 2000er-Jahre sinken die Rauchquoten in Deutschland. Allerdings stagniert der Rückgang bei Frauen etwa seit dem Jahr 2009. Bei Jugendlichen sinken die Rauchquoten seit dem Jahr 2004 kontinuierlich. Am stärksten verbreitet ist das Rauchen im jungen und mittleren Erwachsenenalter. Erst ab einem Alter von 60 Jahren lässt sich ein deutlicher Rückgang beobachten, der auch vor dem Hintergrund steigender tabakbedingter Erkrankungen und Todesfälle in dieser Altersgruppe zu sehen ist. An den Folgen des Rauchens sterben in Deutschland jedes Jahr zwischen 100.000 und 120.000 Menschen.

Übermäßiger und häufiger Alkoholkonsum sind vermeidbare Gesundheitsrisiken. Obwohl die Verbrauchszahlen seit 1980 kontinuierlich fallen, nimmt Deutschland mit einem Pro-Kopf-Konsum von 9,7 Litern Reinalkohol einen negativen internationalen Spitzenwert ein.



Optimaler Blutdruck

< 120 mmHg
systolisch

< 80 mmHg
diastolisch



Normaler bis hochnormaler Blutdruck

120 - 139 mmHg
systolisch

80 - 89 mmHg
diastolisch



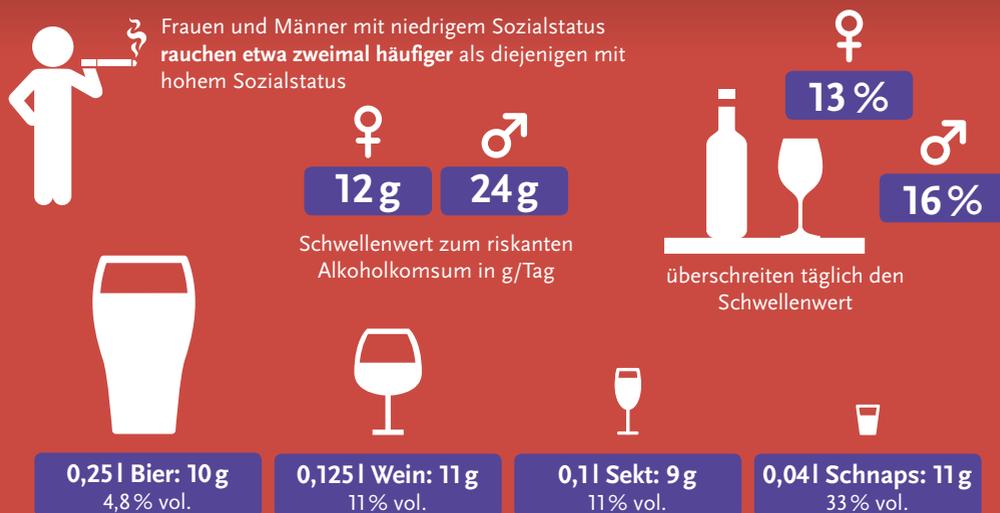
Bluthochdruck (Hypertonie)

> 140 mmHg
systolisch

> 90 mmHg
diastolisch

Positiv ist demgegenüber, dass der Anteil von Personen mit riskantem Alkoholkonsum und Rauschtrinken in den letzten 20 Jahren abgenommen hat.

Zu den Erkrankungen, die mit einem übermäßigen Alkoholkonsum zusammenhängen, gehören u. a. Leberzirrhose, Tumoren im Mund- und Rachenraum, Darm- und Brustkrebs. Alkohol kann zur Abhängigkeit führen. Unter Alkoholeinfluss steigt das Risiko, Unfälle, Verletzungen und gewalttätige Auseinandersetzungen zu erleben. Schätzungen zufolge sterben in Deutschland pro Jahr zwischen 42.000 und 74.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholkonsums. Etwa ein Viertel dieser Todesfälle ist allein auf den Alkoholkonsum, die übrigen drei Viertel auf den kombinierten Konsum von Alkohol und Tabak zurückzuführen. Das durchschnittliche Sterbealter liegt bei alkoholbedingten Krankheiten mit rund 61 Jahren knapp 17 Jahre unter dem durchschnittlichen Sterbealter.



Die Menge an reinem Alkohol, die man zu sich nimmt, wird oft unterschätzt

Gesund von Anfang an



Die Kindheit prägt die gesamte Gesundheitsbiografie. Wichtig ist das Erlernen eines positiven Gesundheitsverhaltens.

Das individuelle Gesundheitsverhalten wird in Familie, Kindergarten, Schule und Freundeskreis gelernt. Die vermittelten Kompetenzen sind eine gute Voraussetzung für ein gesundes Leben. Gesundheitsprobleme im Kindesalter sind vor allem infektiöse Krankheiten, psychische Auffälligkeiten, Allergien, Unfälle, Bewegungsarmut und Fehlernährung.

Die Psyche stärken

Im Verlauf der kindlichen Entwicklung können individuelle, familiäre und soziale Ressourcen und Risikofaktoren die Gesundheit beeinflussen. Mithilfe dieser Ressourcen können Kinder psychosoziale Kompetenzen erlernen, die, wenn sie in der Schule gestärkt werden, die Gesundheit positiv bis ins hohe Alter beeinflussen.

Ein für die Gesundheit wichtiger Schutzfaktor ist die psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz), die als dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess verstanden wird. Die psychische Resilienz ist somit der Gegenpol zu Vulnerabilität (Verletzbarkeit, Anfälligkeit). Resiliente Kinder und Jugendliche können Risikofaktoren in ihrem Lebenslauf besser bewältigen. Das wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit, trotz ungünstiger Lebensbedingungen altersgemäße Entwicklungsergebnisse zu erreichen. Dazu gehören zum Beispiel ein gutes (schulisches) Leistungsvermögen, angepasste Verhaltensweisen sowie die Abwesenheit psychischer Auffälligkeiten. Im Rahmen der Prävention und Gesundheits-



IM FOKUS

- > Rund um die Geburt: Seite 23
- > Allergien: Seite 25
- > Unfälle: Seite 28

94 %

der Eltern in Deutschland schätzen den allgemeinen **Gesundheitszustand** ihrer Kinder als gut bis sehr gut ein



13 Millionen

Kinder und Jugendliche wuchsen 2013 in Deutschland auf, davon

82 %

bei ihren beiden leiblichen Eltern

18 %

in einer Einelternfamilie

1 %

in Gemeinschaftsunterkünften

förderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen gewinnen Programme zur Stärkung der Resilienz bei Kindern und Jugendlichen daher zunehmend an Bedeutung.

Dabei können die Kompetenzen eines Kindes durch Erfolgserlebnisse im sozialen Umfeld – zum Beispiel in der Schule – gestärkt werden. Im Fokus steht die altersgerechte Förderung von Kompetenzen, um die in der jeweiligen Altersstufe anstehenden Entwicklungsschritte wie Einschulung oder Pubertät zu bewältigen. Zusätzlich werden erwachsene Bezugspersonen, also insbesondere Eltern, Lehrkräfte sowie Erzieherinnen und Erzieher eingebunden.

Wie wichtig die Stärkung von Schutzfaktoren ist, zeigt die vom Robert Koch-Institut durchgeführte „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS): Ein Fünftel der gesamten Altersgruppe zeigt demnach ein Risiko für eine psychische Störung. Jungen sind davon mit 23 % häufiger betroffen als Mädchen (17%) und Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus mit 33 % mehr als drei Mal so oft wie solche aus Familien mit hohem Sozialstatus (10%).

Eine der häufigsten diagnostizierten Verhaltensstörungen im Kindesalter ist die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Sie wird zumeist erstmalig bei Kindern im Grundschulalter festgestellt und ist mit erheblichen psychosozialen Problemen für die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Angehörigen verbunden. Die Daten der KiGGS-Studie zeigen, dass laut Auskunft ihrer Eltern 5 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland im Alter von 3 bis 17 Jahren schon einmal die Diagnose ADHS erhalten haben. Dabei waren Jungen mit 8 % häufiger betroffen als Mädchen mit 2 %. ADHS wurde bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus mit 8% mehr als doppelt so oft diagnostiziert wie bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus (3%).

Kinder und Jugendliche in Deutschland





Rund um die Geburt

Bereits vor und während der Schwangerschaft werden die ersten Weichen für die gesundheitliche Entwicklung des Kindes gestellt. Das Gesundheitsverhalten der Mutter beeinflusst die Gesundheit des ungeborenen Kindes ganz wesentlich.

- 21% der Schwangeren sind zu Beginn ihrer Schwangerschaft übergewichtig, 14% adipös, 4% entwickeln ein Schwangerschaftsdiabetes.
- 682.069 Kinder wurden im Jahr 2013 in Deutschland lebend geboren. Die durchschnittliche Kinderzahl liegt bei 1,4 Kindern pro Frau.
- Etwa 62% der Geburten sind Spontangeburt. Der Anteil der Kaiserschnittgeburten (32%) hat sich seit 1994 fast verdoppelt, stagniert aber mittlerweile und ist regional sehr unterschiedlich.
- Ungefähr 82% der Säuglinge in Deutschland werden gestillt, die Tendenz ist leicht steigend.

Die Entscheidung, Kinder zu bekommen, wird in Deutschland in hohem Maße von gesellschaftlichen Faktoren und Entwicklungen wie langen Ausbildungszeiten und erhöhter Mobilität und Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt beeinflusst. Das durchschnittliche Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes ist im Verlauf der vergangenen Jahre auf 29,5 Jahre angestiegen.

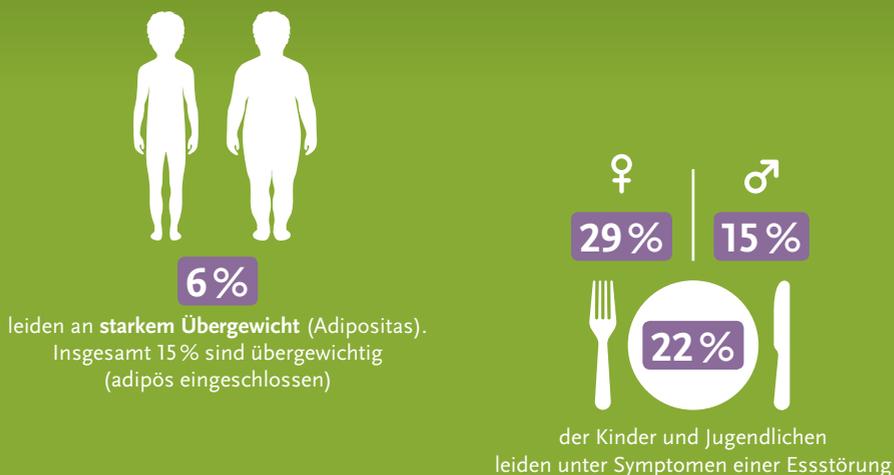


Gesunde Rahmenbedingungen

Die Familie hat großen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Als wichtigste, die Gesundheit von Kindern fördernde Faktoren werden eine dauerhaft gute Beziehung zu primären Bezugspersonen und ein sicheres Bindungsverhalten eingestuft. Darüber hinaus haben unter anderem auch das Familienklima, der elterliche Erziehungsstil sowie schwere Erkrankungen eines Elternteils Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern. Rund 82 % der Kinder und Jugendlichen lebten im Jahr 2013 mit zwei Elternteilen und knapp 18 % mit einem Elternteil zusammen im Haushalt. Die meisten Kinder und Jugendlichen wachsen unabhängig von der Lebensform bei guter Gesundheit auf.

Eine gesunde Ernährung ist für Kinder und Jugendliche doppelt wichtig. Zum einen, weil sich Körper und Körperfunktionen noch entwickeln müssen und daher der Energie- und Nährstoffbedarf bezogen auf das Körpergewicht sehr hoch ist. Zum anderen, weil die einmal erlernten positiven oder negativen Ernährungsgewohnheiten bis ins Erwachsenenalter weiterwirken. Es ist zunächst wenig überraschend, dass Süßigkeiten und Limonaden sehr beliebt sind. Aber die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen verzehrt deutlich mehr als die maximal empfohlene Menge an Süßigkeiten, süßen Brotaufstrichen, Süßgebäck, Knabbergebäck, Limonaden oder (gesüßten) Frühstückscerealien. Hinzu kommt, dass lediglich Kinder unter zwei Jahren die empfohlenen Mengen an Obst essen. Auch stehen für die meisten Kinder und Jugendlichen zu wenig Fisch und zu wenig pflanzliche Lebensmittel wie Obst, Gemüse, Brot, Getreide und Kartoffeln auf dem Speiseplan.

Die empfohlenen Getränkemengen werden in den meisten Altersgruppen erreicht. Bei den jüngeren Kindern wird mit etwa 50 % am häufigsten Wasser getrunken, gefolgt von





Allergien

Bei Kindern und Jugendlichen zählen allergische Erkrankungen zu den häufigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Nach Ergebnissen der KiGGS-Studie wurde bei 26 % der Kinder und Jugendlichen Asthma bronchiale, Heuschnupfen oder Neurodermitis festgestellt.

- Bei 14 % der Kinder und Jugendlichen wurde schon einmal Neurodermitis festgestellt.
- Jungen sind im Vergleich zu Mädchen häufiger von Asthma bronchiale und Heuschnupfen betroffen.

Am häufigsten treten Allergien in der Pubertät auf. Typisch ist aber auch, dass sich diese Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter häufig noch entwickeln und sich bis ins Erwachsenenalter verstärken oder zurückbilden können. Letzteres gilt besonders für Neurodermitis, die überwiegend im Kleinkindalter auftritt, sich jedoch vielfach mit zunehmendem Lebensalter wieder verliert. Im Gegensatz dazu entwickeln viele Kinder mit Heuschnupfen im Schulalter eine zusätzliche Belastung durch Asthma bronchiale.

Allergische Reaktionen können durch Umwelteinflüsse, aber auch erblich bedingt ausgelöst werden. Liegt eine erbliche Anlage vor, ist das Risiko zu erkranken bei Kindern mindestens doppelt so hoch. Kinder, deren Eltern in der Landwirtschaft arbeiten, die ältere Geschwister haben oder die schon früh eine Kindertageseinrichtung besuchen, haben ein geringeres Heuschnupfenrisiko als andere. Risikofaktoren für Asthma bronchiale sind ein städtisches Lebensumfeld sowie Rauchen im familiären Umfeld.



Obstsäften. Mit zunehmendem Alter nimmt allerdings der Anteil von zuckerhaltigen Limonaden deutlich zu. Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist ein besonders gravierendes Gesundheitsproblem, da neben den unmittelbaren körperlichen und psychosozialen Auswirkungen für sie ein erhöhtes Risiko besteht, auch im Erwachsenenalter übergewichtig oder adipös zu sein. In Deutschland sind insgesamt 15 % der Kinder und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren übergewichtig (Adipositas eingeschlossen). Der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder steigt vom Kindesalter bis zur Adoleszenz an.

Sozialstatus

Bereits im Kindes- und Jugendalter ist ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage festzustellen. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozialen Status sind z.B. häufiger verhaltensauffällig und adipös, sie treiben weniger Sport und ernähren sich ungesünder. In verschiedenen Studien finden sich Hinweise, dass sich Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ungünstiger ernähren als Heranwachsende aus Familien mit höherem Sozialstatus. So verzehren Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weniger Obst, Gemüse, Vollkornprodukte und Rohkost, dafür mehr Limonaden, Süßwaren, Wurst, Fleisch und Fast Food als Mädchen und Jungen aus Familien anderer Sozialstatusgruppen.

Die ungleich verteilten Gesundheitschancen stellen in vieler Weise besondere Herausforderungen an die Gesundheitsförderung und Prävention sowie für Kindertageseinrichtungen und Schulen dar. Auch im Erwachsenenalter spielt der Sozialstatus eine wesentliche Rolle beim Gesundheitsverhalten. Die sozialen Unterschiede im Bewegungs- und Ernährungsverhalten beispielsweise lassen sich bis ins hohe Alter beobachten.

Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen

> 98 %

U1 und U2
Neugeborene



43 %

J1
13 – 14 Jahre

90 %

U3 – U9

4. Lebenswoche bis 64. Lebensmonat

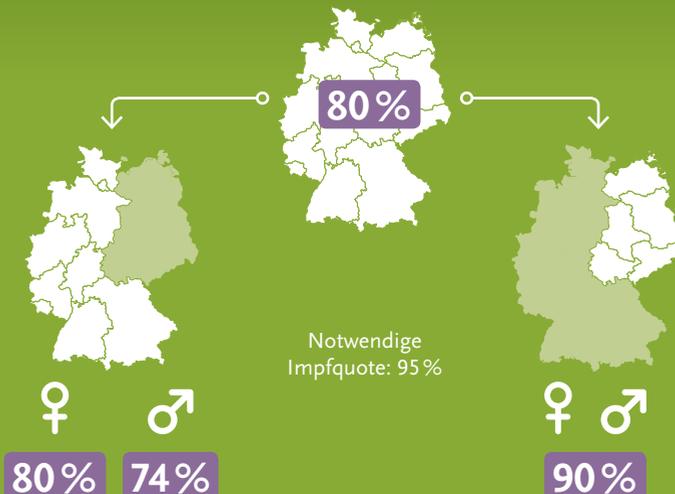
Gesundheitsschutz: Impfungen

Es ist eine der großen Erfolgsgeschichten der Medizin und der Gesundheitsvorsorge: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) konnte 2002 Kinderlähmung (Polio) in Europa für ausgerottet erklären. Basis dafür war eine anhaltend hohe Impfbereitschaft in der Bevölkerung. Das Ziel der WHO, bis 2015 auch die Masern in Europa durch eine ausreichend hohe Impfquote von 95 % auszurotten, wurde in Deutschland hingegen deutlich verfehlt. Tatsächlich war in Deutschland die Anzahl der gemeldeten Masernfälle im Jahr 2013 eine der höchsten seit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes, das Masern zusammen mit Mumps und Windpocken, aber auch mit Cholera und Diphtherie, als meldepflichtige Krankheit nennt. Masern sind keine harmlose „Kinderkrankheit“, sondern eine hochansteckende Viruserkrankung, die zu schweren Komplikationen führen kann.

Wirksamster individueller Schutz gegen Masern ist eine vollständige – das heißt in diesem Fall zweimalige – Impfung in den ersten beiden Lebensjahren. Etwa 40 % der Kinder sind nach den jüngsten Daten der KiGGS-Studie zum Ende des zweiten Lebensjahres noch nicht mit zwei Impfungen ausreichend gegen Masern geschützt. Erfreulich ist der Anstieg der Impfquoten bei den Schulanfängern in den letzten Jahren. Im Jahr 2013 waren 92 % dieser Gruppe durch eine vollständige Impfung geschützt. Im Vergleich dazu waren 2002 nur 33 % der Schulanfänger ausreichend gegen Masern geimpft.

Bei Masern zeigen sich in den KiGGS-Daten zwei Besonderheiten: Eltern sprechen sich häufiger gezielt gegen eine Masern- als zum Beispiel gegen eine Tetanusimpfung aus, und die Akzeptanz für eine Masernimpfung sinkt mit steigendem Sozialstatus. Geringe Masern-Impfquoten lassen sich auch bei Kindern feststellen, die nach der Geburt nach Deutschland zugewandert sind sowie bei Kindern mit vielen Geschwistern.

Anteil der 18- bis 29-Jährigen, die wenigstens einmal gegen Masern geimpft sind

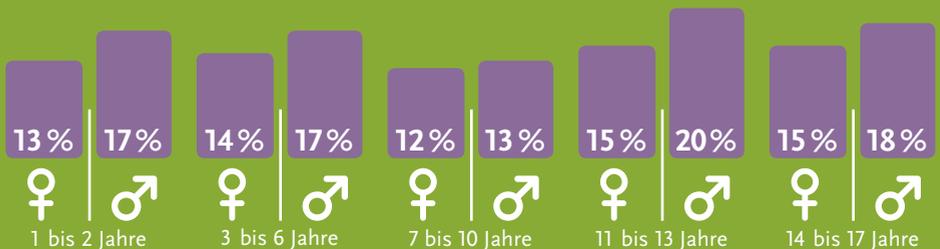




Unfälle: Jungen besonders gefährdet

14% der Mädchen und 17% der Jungen erleiden pro Jahr mindestens eine Unfallverletzung, die eine ärztliche Behandlung zur Folge hat. Unfälle führen auch oft zu einem Krankenhausaufenthalt. Bei den 1- bis 4-jährigen Kindern sind Verletzungen der zweithäufigste Grund für eine Krankenhausaufnahme, bei den 5- bis 19-Jährigen sogar der häufigste Grund. Ein deutlicher Rückgang ergab sich in den letzten Jahren bei den tödlichen Unfällen, insbesondere sind weniger tödliche Unfälle auf dem Schulweg zu verzeichnen. Nach wie vor sind Unfälle die häufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen.

- 85% der Unfälle bei den 1- bis 2-jährigen passieren zu Hause.
- 61% der Unfälle bei Kindern und Jugendlichen ereignen sich zu Hause oder in der Freizeit.
- 24% der Unfälle passieren in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen und 8% auf dem Weg zur Schule.
- 2013 verunglückten auf dem Schulweg 112.225 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, davon 37 tödlich.



Kinder und Jugendliche mit **mindestens einer Unfallverletzung** im letzten Jahr

Seit 2010 empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) jungen Erwachsenen eine einmalige Impfung gegen Masern, wenn sie bisher nicht gegen Masern geimpft sind, nur einmal in der Kindheit geimpft wurden oder der Impfstatus gegen Masern unklar ist. Die Impfquoten von 18- bis 29-Jährigen zeigen, dass hier noch viel zu tun ist. Die Ursachen für unzureichende Impfakzeptanz und bestehende Impfücken sind vielfältig. In diesem Zusammenhang kommt den Kinderärztinnen und Kinderärzten eine herausragende Rolle zu, weil sie über Nutzen und Notwendigkeit von Impfungen sowie über mögliche Nebenwirkungen und deren Häufigkeit aufklären können.

Allgemein zählen Schutzimpfungen zu den wirkungsvollsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen in der Medizin. Impfungen bieten Schutz vor schweren Infektionskrankheiten, vermeiden Krankheitskomplikationen und schwere Krankheitsverläufe. Über die individuellen gesundheitlichen Vorteile hinaus beruht der Nutzen von Impfungen für die gesamte Bevölkerung jedoch allein auf hohen Impfquoten. Nur so können durch die schützende Wirkung der sogenannten Herdenimmunität alle Individuen wirkungsvoll vor Krankheiten geschützt werden, also auch diejenigen, die zu jung oder zu krank für eine Impfung sind. Sowohl der gesundheitliche als auch der ökonomische Nutzen von Impfungen kann daher erst bei hohen Impfquoten ausgeschöpft werden.

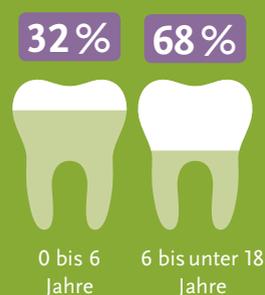
Gesundheitsschutz: Kariesprophylaxe

Für Kinder vom dritten bis zum sechsten Lebensjahr besteht der gesetzlich verankerte Anspruch auf zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis unter 18 Jahren haben zweimal jährlich Anspruch auf eine individuelle Kariesprophylaxe in einer Zahnarztpraxis und nahmen diesen im Jahr 2012 doppelt so oft wahr wie die Altersgruppe der unter Sechsjährigen. Bei Kindern und Jugendlichen ist generell ein Rückgang bei der Häufigkeit von Karies zu verzeichnen.

Reichweite von Maßnahmen der **Gruppenprophylaxe** in den Kindertagesstätten und Schulen 2012/2013



Reichweite der **individuellen Prophylaxe** im Jahr 2012



Veränderungen im Krankheits- spektrum



Mit dem Rückgang der Infektionskrankheiten und durch verbesserte Therapien hat die Lebenserwartung deutlich zugenommen. Dadurch gewinnen chronische Krankheiten an Bedeutung.

Die überwiegende Mehrheit der Menschen in Deutschland fühlt sich gesund: Etwa drei Viertel der Erwachsenen bewerten ihren Gesundheitszustand als gut oder sogar sehr gut, weniger als 3% bewerten ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht. Nimmt man die letzten beiden Jahrzehnte als Vergleichszeitraum, hat sich insbesondere in den höheren Altersgruppen die subjektiv wahrgenommene Gesundheit verbessert.

Positive Entwicklungen zeigen sich bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Die Zahl der Neuerkrankungen ist sowohl bei Herzinfarkt als auch bei Schlaganfall gesunken. Auch die Sterblichkeit an koronarer Herzkrankheit, Herzinfarkt und Schlaganfall ist deutlich zurückgegangen. Neben positiven Änderungen im Gesundheitsverhalten – zum Beispiel dem sinkenden Anteil von Personen, die rauchen – sind vermutlich Erfolge in der Prävention, Fortschritte in der Therapie und eine verbesserte Versorgung von Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen Ursachen der positiven Entwicklung. Dennoch wurden 2013 insgesamt über 950.000 Frauen und Männer wegen einer koronaren Herzkrankheit stationär behandelt, darunter über 220.000 wegen eines Herzinfarktes. Im Gesamtbild sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach wie vor die häufigste Todesursache von Frauen und Männern in Deutschland. Wegen ihrer Häufigkeit stellen diese Krankheiten weiter hohe Anforderungen an Prävention und Gesundheitsversorgung. Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen zudem im Vergleich zu allen anderen Krankheitsgruppen die höchsten Kosten.



IM FOKUS

> Pflege: Seite 32

31

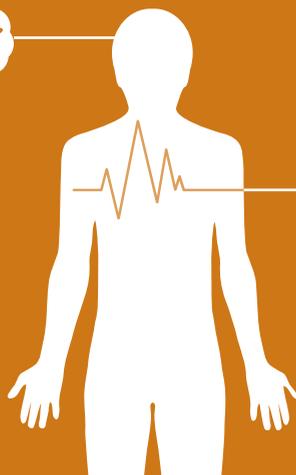


2,4%



2,6%

hatten im Laufe ihres Lebens einen Schlaganfall



7%



10%

leiden an einer koronaren Herzkrankheit



Pflege

Die Pflege und Betreuung hilfebedürftiger und gesundheitlich beeinträchtigter Personen wird aufgrund der demografischen Alterung zu einem immer wichtigeren Teil der gesundheitlichen Versorgung. Auch wenn ein großer Teil der mit zunehmender Lebenserwartung gewonnenen Lebenszeit in guter Gesundheit verbracht wird, lebt eine steigende Zahl älterer Menschen mit alters- und krankheitsbedingten Einschränkungen. Aus ihnen setzt sich der wachsende Personenkreis zusammen, der vorübergehend oder dauerhaft hilfe- oder pflegebedürftig ist.

- Die Zahl der dauerhaft hilfebedürftigen Personen in Deutschland wird insgesamt auf 4,5 Millionen Personen geschätzt. Als pflegebedürftig anerkannt waren 2013 etwa 2,6 Millionen Menschen. Angehörige erbringen den größten Teil aller Pflegeleistungen, gegebenenfalls unterstützt durch ambulante Pflegedienste oder stationäre Einrichtungen.
- Unter den Pflegebedürftigen haben 56% die Pflegestufe 1, 32% Pflegestufe 2 und 12% Pflegestufe 3.
- Tritt in höherem Alter die Pflegebedürftigkeit ein, sind Frauen in stärkerem Maße auf Leistungen der Pflegeversicherung angewiesen als Männer, da sie häufiger allein leben.
- Der Anteil pflegebedürftiger Personen in der Bevölkerung ist regional nicht gleich verteilt; besonders hohe Pflegequoten finden sich in strukturschwachen Regionen.



Privatpersonen
4 – 5 Millionen



Beschäftigte ambulanter und
stationärer Einrichtungen
ca. 1 Million

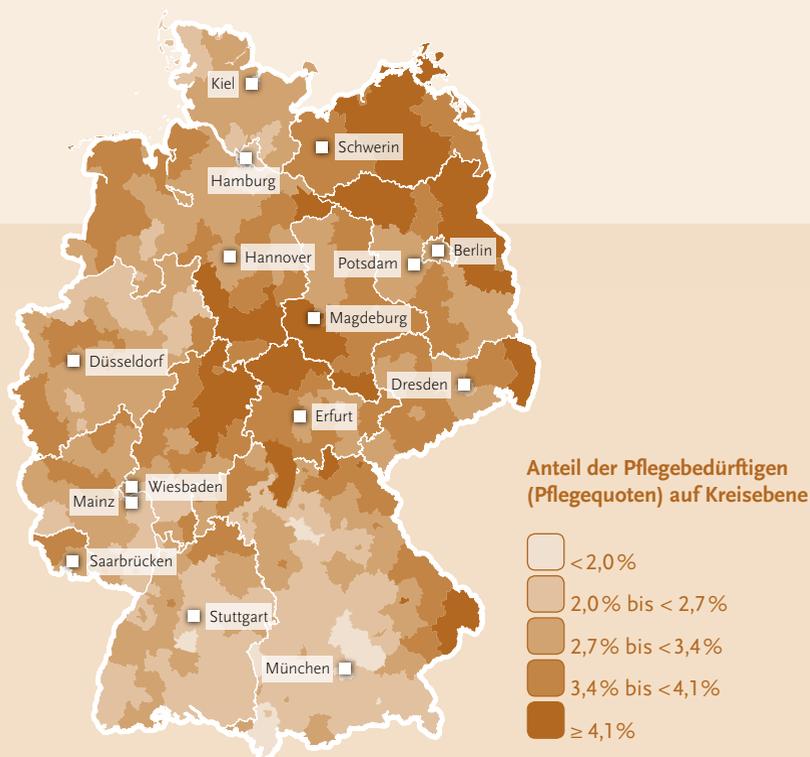
Wer pflegt?

Die Art der Versorgung zeigt einen klaren Altersverlauf: Jüngere Pflegebedürftige werden fast immer von Angehörigen versorgt und beziehen Pflegegeld.

Mit fortschreitendem Alter steigt der Anteil jener, die mithilfe eines ambulanten Dienstes oder stationär versorgt werden. Allerdings werden auch die 90-Jährigen und Älteren immer noch mehrheitlich (55 %) in ihrer häuslichen Umgebung betreut.

Durch die wachsende Zahl älterer und alter Menschen werden pflegerische Leistungen verstärkt in Anspruch genommen. Dies hat Folgen für die sozialen Sicherungssysteme und die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung. Strukturschwache Regionen stehen vor besonders großen Aufgaben, da sich dort mit der Abwanderung junger Menschen die demografische Alterung stärker auswirkt.

Für die Aufgabe der Pflege bedeutet die demografische Alterung einerseits eine sinkende Anzahl potenziell pflegender Angehöriger und andererseits ein abnehmendes Fachkräftepotenzial. Die Zuwanderung von Pflegekräften aus dem Ausland kann eine gewisse Entlastung schaffen. Entscheidende Bedeutung kommt aber der Aufgabe zu, das Interesse junger Menschen an Pflegeberufen zu wecken. Neue Anreizstrukturen, die die Attraktivität der Pflegeberufe weiter erhöhen, sind dabei von großer Bedeutung.

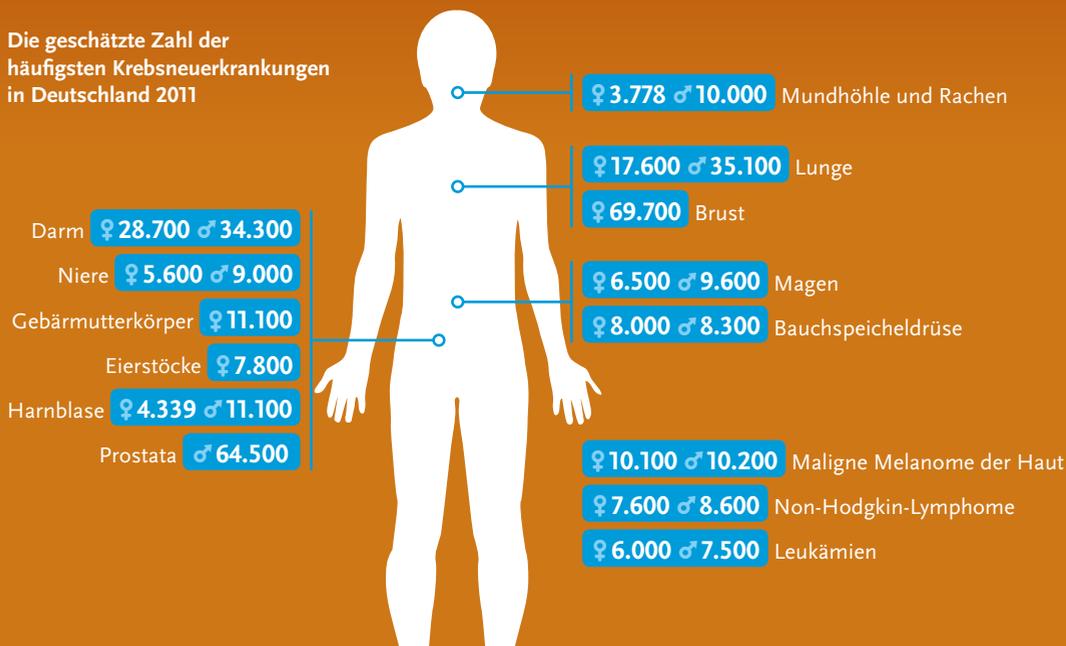


Als Folge der demografischen Entwicklung wird die Zahl jährlich neu auftretender Krebserkrankungen weiter zunehmen. Es muss mit einem weiteren Anstieg der absoluten Behandlungskosten und des Versorgungsbedarfs gerechnet werden.

Im Jahr 2011 erkrankten nach Schätzungen des Zentrums für Krebsregisterdaten etwa 228.000 Frauen und 255.000 Männer an Krebs. Damit waren 2011 etwa 65.000 Menschen mehr betroffen als noch zehn Jahre zuvor. Die demografische Alterung in Deutschland ist hier der entscheidende Einflussfaktor, weil das Erkrankungsrisiko für fast alle Krebsarten mit zunehmendem Alter deutlich ansteigt. Rechnet man diesen Faktor mithilfe der Altersstandardisierung heraus, ergibt sich bei den Männern für die letzten zehn Jahre eine weitgehend konstante Erkrankungsrate. Der leichte Anstieg bei den Frauen spiegelt in erster Linie die Veränderungen beim Brustkrebs wider. Durch die Einführung des Mammographie-Screenings (Röntgenreihenuntersuchung der Brust) konnten vermehrt Tumoren im Frühstadium entdeckt werden, sodass die Erkrankungsrate zunächst angestiegen ist.

Im Jahr 2013 verstarben rund 102.000 Frauen und 122.000 Männer an einer Krebserkrankung. Krebserkrankungen sind damit nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Werden die Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung berücksichtigt, zeigt sich, dass die Krebssterblichkeit bei beiden Geschlechtern etwa seit Mitte der 1990er-Jahre für die meisten Krebsarten deutlich rückläufig ist. Eine der wenigen Ausnahmen ist Lungenkrebs bei Frauen. Bei dieser Erkrankung steigen die Zahlen bereits seit 1980 kontinuierlich an, was wiederum ein Ergebnis der kontinuierlichen Zunahme des Anteils rauchender Frauen bis etwa zum Jahr 2000 ist.

Die geschätzte Zahl der häufigsten Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2011



Die positiven Entwicklungen werden im Wesentlichen auf Fortschritte in der Therapie, für einige Krebsarten auch auf eine frühzeitigere Entdeckung von Erkrankungen zurückgeführt. Angesichts der demografischen Veränderungen in Deutschland ist aber mit einer weiteren Zunahme von Krebserkrankungen zu rechnen. Dadurch besteht insbesondere Handlungsbedarf im Hinblick auf Maßnahmen und Strukturen zur Früherkennung von Krebs und für die Versorgung krebserkrankter Menschen. Im Jahr 2008 wurde der Nationale Krebsplan initiiert. Seine Handlungsempfehlungen sind in das im April 2013 verabschiedete Krebsfrüherkennungs- und -registriergesetz geflossen. Damit wurden die Weichen dafür gestellt, die Versorgung krebserkrankter Menschen in Deutschland zu verbessern und die bestehenden Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen weiter zu entwickeln. Geplant sind unter anderem die Überführung der Früherkennung von Gebärmutterhals- und Darmkrebs in systematisch organisierte und qualitätsgesicherte Screeningprogramme sowie der bundesweite Ausbau klinischer Krebsregister zur flächendeckenden Qualitätssicherung der Behandlung Krebskranker.

Weite Verbreitung von Diabetes mellitus ist Anlass zur Besorgnis.

Sorge bereitet die weite Verbreitung der chronischen Stoffwechselkrankheit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), die beinahe jeden zehnten Erwachsenen betrifft. Bei 7% der 18- bis 79-Jährigen ist gegenwärtig ein Diabetes mellitus diagnostiziert. Bei weiteren 2% der Menschen dieser Altersspanne liegt ein unentdeckter Diabetes mellitus vor. Seit Ende der 1990er-Jahre ist ein Anstieg der diagnostizierten Fallzahlen festzustellen. Etwa ein Drittel dieses Anstiegs kann auf die allgemeine Altersentwicklung zurückgeführt werden. Eine verbesserte Früherkennung erklärt vermutlich einen weiteren Teil, da Diabetes mittlerweile häufiger erkannt wird und die Häufigkeit unerkannter Fälle entsprechend abnimmt.



Regional gesehen zeigt sich eine größere Häufigkeit von Diabetes mellitus im Nordosten, während eine geringere Rate im Südwesten der Bundesrepublik zu verzeichnen ist. Die Verteilung ähnelt damit dem regionalen Muster gesundheitlicher Risikofaktoren, wie Übergewicht. Für Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus, 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 Bewegungsapparates sind die führende Ursache von chronischen Schmerzen, körperlichen Funktionseinschränkungen und Verlust an Lebensqualität.

Muskel-Skelett-Erkrankungen gehören in Deutschland zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Sie belasten die Betroffenen und ihre Angehörigen erheblich, da sie die körperliche Funktionsfähigkeit und damit die Teilhabe an Aktivitäten des täglichen Lebens stark beeinträchtigen können. Zu den häufigsten und kostenträchtigsten Erkrankungen zählen Arthrose, Osteoporose und Rheumatoide Arthritis. Sie treten mit zunehmendem Alter deutlich häufiger auf: Ein Großteil der älteren und alten Bevölkerung leidet unter einer oder mehreren Muskel-Skelett-Erkrankungen. Chronische Rückenschmerzen, an denen etwa ein Viertel der Frauen und 17% der Männer in Deutschland leiden, betreffen aber oft schon jüngere Menschen im Erwerbsalter. Muskel- und Skelett-Erkrankungen verursachen die meisten Arbeitsunfähigkeitstage, in Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen sind sie die häufigste Diagnose und der zweithäufigste Grund für gesundheitlich bedingte Frühberentungen.



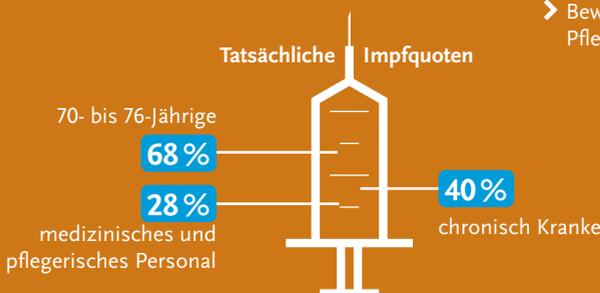
Zusätzliche **Arztbesuche** während der jährlichen **Grippewellen**



Empfehlung der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut für die jährliche Grippe-Impfung

- Jeder ab dem 60. Lebensjahr
- Schwangere
- Chronisch kranke Kinder, Jugendliche und Erwachsene
- Beschäftigte im Gesundheitswesen
- Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen

Tatsächliche Impfquoten



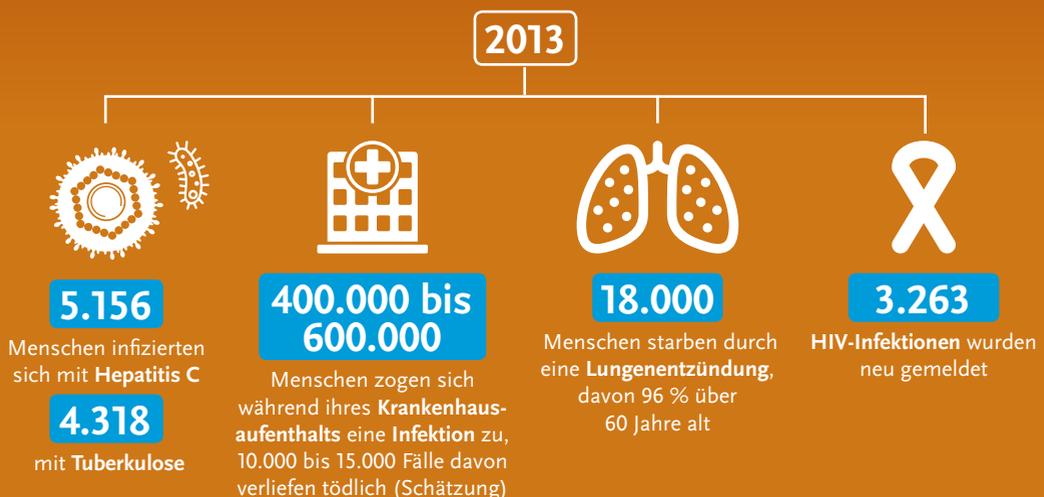
18.000

Grippetote 2008/2009 (Schätzung)

Verbesserte Lebensbedingungen, Hygiene und Impfungen haben die Infektionserkrankungen zurückgedrängt.

So findet sich unter den zehn häufigsten Todesursachen in Deutschland im Jahr 2013 als einzige Infektionskrankheit die Lungenentzündung. Infektionskrankheiten werden durch Mikroorganismen ausgelöst, die in einen menschlichen oder tierischen Organismus eindringen und sich vermehren. Diese Erreger können über Ausscheidungen oder den direkten Kontakt auf andere Menschen oder Tiere übertragen werden. Die häufigsten Auslöser von Infektionskrankheiten sind Bakterien und Viren, aber auch einzellige Lebewesen, Pilze und Würmer. Besonders Kinder und ältere Menschen sowie Personen mit geschwächtem Immunsystem sind durch Infektionen gefährdet.

Vor 50 Jahren glaubten Fachleute noch, Infektionskrankheiten endgültig besiegen zu können. Doch seit Ende der 1970er-Jahre treten immer wieder neue Erreger wie das Humane Immundefizienz-Virus (HIV) auf. Auch bekannte Erreger kehren in veränderter Form zurück. Die Schnelligkeit der Verbreitung durch den internationalen Reiseverkehr, Migration sowie global gehandelte Lebensmittel hat zugenommen. Der Beginn der Grippepandemie im Frühjahr 2009 hat eindrucksvoll gezeigt, dass sich Infektionskrankheiten in wenigen Wochen weltweit verbreiten können. Sorge bereitet außerdem die wachsende Antibiotikaresistenz vieler Erreger, da die Unempfindlichkeit gegen Antibiotika die Therapie stark erschwert. Dieser Trend lässt sich beispielsweise bei der Tuberkulose oder auch bei nosokomialen – im Krankenhaus oder durch medizinische Maßnahmen verursachten – Infektionen beobachten.



5.156

Menschen infizierten sich mit **Hepatitis C**

4.318

mit **Tuberkulose**

400.000 bis
600.000

Menschen zogen sich während ihres **Krankenhausaufenthalts** eine **Infektion** zu, 10.000 bis 15.000 Fälle davon verliefen tödlich (Schätzung)

18.000

Menschen starben durch eine **Lungenentzündung**, davon 96 % über 60 Jahre alt

3.263

HIV-Infektionen wurden neu gemeldet

Die alternde Gesellschaft

Deutschland steht vor der großen Herausforderung des demografischen Wandels: Durch die zunehmende Lebenserwartung steigt die Zahl der älteren Menschen. Insgesamt gibt es aber einen Bevölkerungsrückgang, denn die Zahl jüngerer Menschen nimmt ab.

- 2030 wird mehr als ein Drittel der Bevölkerung 60 Jahre und älter sein.
- Darunter werden 6,5 Millionen Menschen sein, die 80 Jahre oder älter sind.
- Der Anteil der 0- bis 20-Jährigen an der Bevölkerung betrug 1970 30%; 2030 wird der Anteil auf ca. 16% zurückgegangen sein.

Das wachsende Ungleichgewicht zwischen der abnehmenden Anzahl der Menschen im Erwerbsalter und der größer werdenden Gruppe älterer Menschen, die auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind, hat Folgen für die Sozial- und Gesundheitssysteme. Das Spektrum der auftretenden Krankheiten verschiebt sich: In der Gesundheitsversorgung werden altersassoziierte, nicht übertragbare Erkrankungen, die häufig einen chronischen Verlauf zeigen, in Zukunft bedeutsamer sein.

Insgesamt zeichnet sich ab, dass schwerwiegende Einschränkungen des Alltags bei älteren Menschen zurückgehen. Leichtere Einschränkungen nehmen hingegen zu.

Mehr als die Hälfte der über 60-Jährigen in Deutschland bewertet ihre Gesundheit als gut oder sehr gut. Gemessen an der weiten Verbreitung von chronischen Erkrankungen in diesen Altersgruppen gibt die positive Selbsteinschätzung nicht das reale Gesundheitsbild



wieder, mit zunehmendem Alter entsprechen sich subjektive Gesundheit und objektiver Gesundheitszustand zum Teil immer weniger. Differenzierte Informationen zu verschiedenen Aspekten der subjektiven Gesundheit bietet die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Hier werden körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des eigenen Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit im Alltag aus subjektiver Sicht erfragt. Im Altersverlauf verschlechtert sich bei Frauen und Männern die gesundheitsbezogene Lebensqualität im körperlichen Bereich, im psychischen Bereich jedoch zeigt sich nahezu keine Veränderung, eher sogar eine leicht steigende Tendenz.

Die positive oder negative Selbsteinschätzung der Gesundheit hat sich aber als prognostisch bedeutsamer Faktor erwiesen, der Rückschlüsse auf zukünftige Funktionseinschränkungen, chronische Erkrankungen, die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und die Lebenserwartung erlaubt. Ob die verlängerte Lebenserwartung dazu führt, dass sich die Lebensphase starker gesundheitlicher Einschränkungen verkürzt oder eher verlängert (Kompression oder Expansion), ist ebenso wenig absehbar, wie deren Folgen für das Gesundheitssystem. Denkbar ist aber, dass beide Szenarien differenziert nach Sozialstatus, regionaler Benachteiligung (Deprivation) oder Migrationshintergrund auftreten.

Mit zunehmendem Lebensalter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass gleichzeitig zwei oder mehr chronische Krankheiten vorliegen (Multimorbidität). In Deutschland sind 76 % der Frauen und 68 % der Männer in der Altersgruppe der 65- bis 74-jährigen von Multimorbidität betroffen, in der Gruppe der 75- bis 79-jährigen steigt der Anteil auf 82 % bei Frauen und 74 % bei Männern.



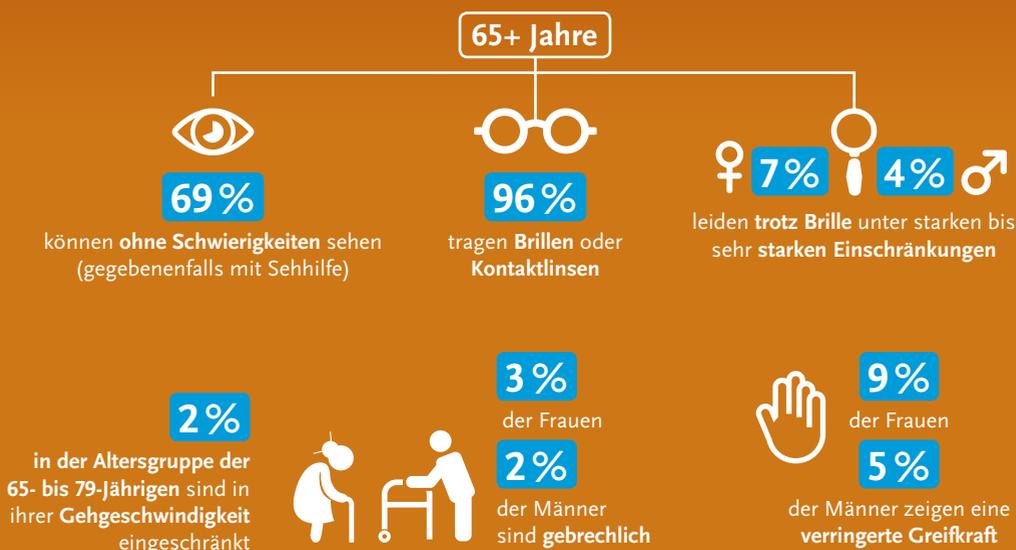
In der Folge nimmt ein Drittel der über 65-Jährigen fünf und mehr Arzneimittel regelmäßig ein (Polypharmazie), was mit einem erhöhten Risiko unerwünschter Neben- und Wechselwirkungen einhergeht.

Das Leiden an mehreren chronischen Krankheiten bedeutet eine einschneidende Verschlechterung des Gesundheits- und Funktionszustandes der Betroffenen, die für sie den Verlust an Lebensqualität und Selbstbestimmtheit nach sich zieht. Sie nehmen häufiger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch und sind eher pflegebedürftig.

Im höheren Lebensalter treten allmählich Funktionseinbußen auf, die vor allem die Sinnesorgane, die Muskulatur und die Gelenke betreffen. So nehmen beispielsweise Hör- und Sehvermögen langsam ab, die Muskelmasse wird weniger und die Kraft lässt nach, Ausdauer und Leistungsfähigkeit gehen zurück. Von den Betroffenen werden Einschränkungen der Funktionsfähigkeit oftmals belastender empfunden als Erkrankungen. Denn viele Menschen haben sich an das Leben mit ihren (chronischen) Erkrankungen gewöhnt, insbesondere wenn es gute Möglichkeiten der Behandlung gibt. Dem Erhalt der körperlichen und kognitiven Funktionsfähigkeit kommt deshalb mit zunehmendem Alter große Bedeutung zu. Sie ermöglichen Selbstbestimmtheit und Teilhabe am Alltagsleben.

Während Demenz bei Menschen unter 65 Jahren nur sehr selten auftritt, kommt es ab dem 75. Lebensjahr zu einer starken Zunahme.

Demenzerkrankungen führen ebenfalls zu erheblichen Belastungen für die Betroffenen, ihre Angehörigen und die Gesellschaft. Die Zahl demenziell Erkrankter wird in Deutsch-



land auf 1,4 Millionen geschätzt (2012). Bei Frauen liegen die Häufigkeit und die Neuerkrankungsrate deutlich höher als bei Männern, da sie in den hauptsächlich betroffenen hohen Altersgruppen häufiger vertreten sind. Die Zahl der Demenzkranke wird in den kommenden Jahrzehnten aufgrund der Alterung der Bevölkerung voraussichtlich weiter steigen. Wie stark der Anstieg in Deutschland ausfällt, wird davon abhängen, wie sich das Erkrankungsrisiko entwickelt. Aus anderen Ländern gibt es bereits Hinweise auf eine Abnahme der Neuerkrankungsraten für Demenz. Diese Entwicklung wird vor allem durch zunehmende Bildung, Verbesserungen im Gesundheitsverhalten, zum Beispiel bei Ernährung und Bewegung, und durch den Rückgang kardiovaskulärer Erkrankungen erklärt. Je nach Erfolg der Prävention und der Entwicklung der Neuerkrankungsraten wird in Deutschland mit einem Anstieg auf 2 bis 3 Millionen Personen mit Demenz bis 2050 gerechnet.

Über alle Altersgruppen hinweg prägen wenige Krankheiten und vermeidbare Risikofaktoren das Krankheitsgeschehen.

Im Gesamtbild zeigt sich, dass vier Gruppen nicht-übertragbarer Erkrankungen die Krankheitslast maßgeblich bestimmen: Herz-Kreislauf- und Muskel-Skelett-Erkrankungen, Diabetes mellitus sowie Krebserkrankungen. Mit dem „Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten (2012–2016)“ hat die Weltgesundheitsorganisation diese in gewissem Umfang vermeidbaren chronischen Krankheiten als ein zentrales Handlungsfeld definiert. Die Erkrankungen stehen in engem Zusammenhang mit den Lebensgewohnheiten, zum Beispiel Tabak- und Alkoholkonsum sowie Bewegungsmangel und gesundheitsschädliche Ernährungsgewohnheiten. Ein mit der Ernährung und dem Bewegungsmangel verbundener und die Krankheitslast erhöhender Faktor ist auch die Zunahme des starken Übergewichts (Adipositas).

Krankheitslast in Deutschland – die vier wichtigsten Erkrankungen (gemessen in: durch Erkrankung und Tod verlorene gesunde Lebensjahre*)



* Disability-Adjusted Life Years (DALYs)

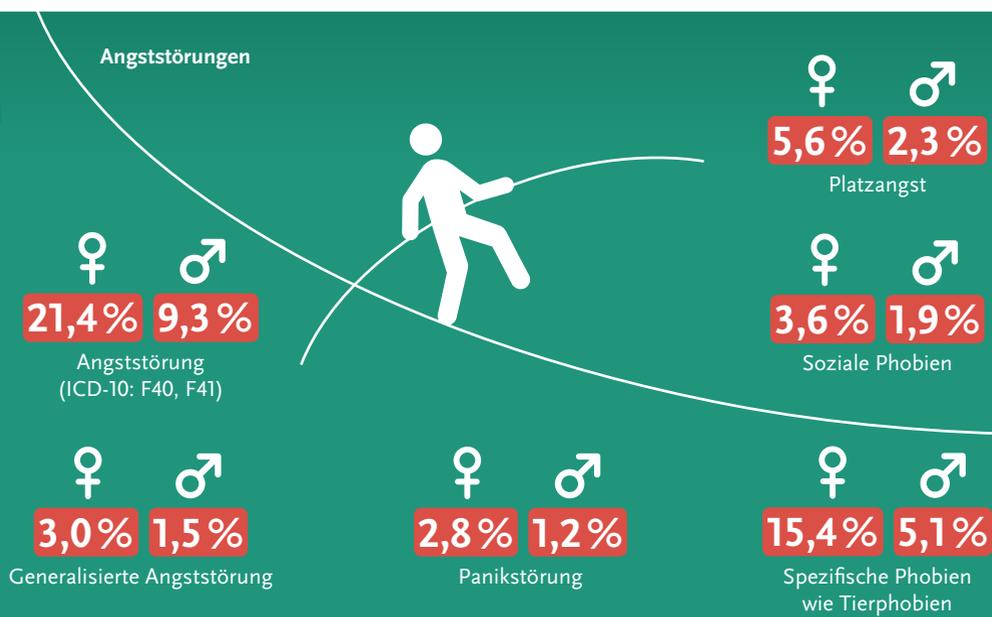
Zunehmende Relevanz



Psychische und körperliche Gesundheit sind wichtig für das Wohlbefinden und Voraussetzung für hohe Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Fast jeder muss heute hohe Anpassungsleistungen an sich immer wieder ändernde Arbeits- und Sozialbeziehungen erbringen. Soziale und kommunikative Kompetenzen gewinnen an Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund wächst auch die Bedeutung psychischer Belastungen und Störungen. Immer häufiger scheinen sie einen Krankheitswert zu haben und die Arbeitsfähigkeit zu beeinflussen. Die zunehmende Aufmerksamkeit gegenüber psychischen Belastungen und Störungen wird als Grund dafür diskutiert, dass diese häufiger erkannt, diagnostiziert und therapiert werden. Mit Blick auf die Datenlage ist für psychische Störungen in Deutschland eine widersprüchliche Entwicklung zu beobachten: Obwohl Bevölkerungsstudien keine Hinweise für eine Zunahme ergeben, werden sie zunehmend relevanter für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem. So zählen psychische Belastungen und Störungen seit 20 Jahren mit steigender Tendenz zu den häufigsten Ursachen krankheitsbedingter Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Personen mit der Diagnose einer psychischen Störung haben deutlich mehr Ausfalltage als Personen mit anderen Diagnosen. Obwohl die Zahl der Frühberentungen insgesamt zurück geht, steigt die Zahl der Frührenten aufgrund von psychischen Störungen.

Zu den häufigsten psychischen Störungen gehören Angststörungen, Depressionen, Schlafstörungen und Alkoholabhängigkeit. Angststörungen sind weit verbreitet: 15 % der Bevölkerung sind davon innerhalb eines Jahres betroffen, Frauen deutlich häufiger als Männer. Sie können in schweren Fällen das alltägliche Leben der Betroffenen beeinträchtigen und



zu Arbeitsunfähigkeit führen: Zum Beispiel leiden 2% der Bevölkerung unter einer Panikstörung und bei 3% liegt eine soziale Phobie vor. Häufig treten solche Störungen gleichzeitig mit Depressionen oder Alkohol- beziehungsweise Drogenabhängigkeit auf.

Depressive Symptome und Depressionen haben eine besondere Bedeutung, weil sie häufig in Folge oder zusammen mit anderen psychischen Störungen, körperlichen Erkrankungen oder auch chronischem Stress und lebensverändernden Ereignissen auftreten.

Als Ursache für Krankschreibungen nehmen Depressionen in Ländern mit mittlerem oder hohem Einkommen weltweit die erste Stelle ein. Menschen mit depressiven Störungen haben doppelt so viele Arbeitsunfähigkeitstage wie Personen ohne diese Diagnose. Die Frühverrentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund dieser Störungen haben sich in Deutschland im Zeitraum von 2000 bis 2013 mehr als verdoppelt. Von Depressionen waren 13% der Frauen und 6% der Männer im Alter von 18 bis 64 Jahren im vergangenen Jahr betroffen. Dabei hat der Sozialstatus einen entscheidenden Einfluss auf die Häufigkeit depressiver Symptome: 16% der Frauen mit einem niedrigen Sozialstatus zeigen eine depressive Symptomatik, während die Frauen der mittleren und hohen Statusgruppe mit 10% bzw. 5% seltener Symptome einer Depression aufweisen. Von den Männern mit niedrigem Sozialstatus sind 11% betroffen im Vergleich zu 5% mit mittlerem und 4% mit hohem Status. Diese Unterschiede werden insbesondere in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen deutlich. Depressive Störungen treten zudem häufig zusammen mit anderen Störungen auf, etwa Angststörungen oder Suchterkrankungen.



Weit mehr Frauen als Männer in Deutschland berichten über starke Belastung durch chronischen Stress



der Erwachsenen in Deutschland waren in den letzten 12 Monaten von **Depressionen** betroffen. Dass Depressionen bei Frauen doppelt so häufig diagnostiziert werden wie bei Männern, ist ein international stabiler Befund



Burn-out-Syndrom
(innerhalb des vergangenen Jahres festgestellt)

Chronische Stressbelastung, Burn-out-Syndrom und Schlafstörungen können zum Entstehen von psychischen Störungen beitragen.

Chronischer Stress tritt auf, wenn die Häufigkeit und Intensität von Stressbelastungen die individuellen Fähigkeiten, diese zu bewältigen, übersteigen. Knapp 14 % der Frauen und 8 % der Männer zwischen 18 und 64 Jahren berichten eine starke Belastung durch chronischen Stress. Eine chronische Stressbelastung geht häufig mit weiteren Beeinträchtigungen einher, zum Beispiel mit einer depressiven Symptomatik oder – meist bei Personen im mittleren Lebensalter und mit mittlerem bis hohem Sozialstatus – mit einem Burn-out-Syndrom. Burn-out kann ein Risiko für weitere, im Verlauf später auftretende psychische Störungen oder körperliche Erkrankungen sein, beispielsweise Angststörungen oder Bluthochdruck.

Psychische Störungen sind ein individuelles Schicksal, das heute mehr und mehr zum gesamtgesellschaftlichen Thema geworden ist und eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsprävention in Arbeitswelt, Erziehung und Bildungswesen darstellt (siehe „Die Psyche stärken“ Seite 21). Im Jahr 2010 wurde in der „Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie“ die psychische Gesundheit mit dem Thema „Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung“ aufgegriffen. Seit 2013 sind psychische Belastungen als Thema im Arbeitsschutz gesetzlich verankert, im gleichen Jahr hat die WHO einen Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit beschlossen. Kinder und Jugendliche sind eine wichtige Zielgruppe für die Prävention psychischer Störungen. Fehlentwicklungen rechtzeitig zu erkennen, trägt dazu bei, dass psychische Probleme weniger oft chronisch verlaufen oder abgemildert werden.



Monitoring für mehr Gesundheit

Die Daten und Informationen auf den vorangegangenen Seiten sind eine Kurzfassung des Berichts „Gesundheit in Deutschland“ (www.rki.de/gesundheitsbericht). Er wurde in der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) erstellt und ist im Dezember 2015 erschienen. Zahlreiche Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus dem RKI und aus anderen Institutionen haben am Bericht mitgearbeitet. Ganz übergreifend lassen sich aus den vorliegenden Daten wichtige Entwicklungen erkennen, die für alle betrachteten Bereiche von Bedeutung sind, beispielsweise für die Verteilung von Risikofaktoren, wie Rauchen oder Lärmbelastung, aber auch für das Erkrankungsspektrum, wie Herzinfarkt oder Depressionen, und für die Gesundheitsversorgung. Vor allem zwei große Themen haben in diesem Bericht besondere Aufmerksamkeit: die demografischen Veränderungen und die soziale Lage.

In unserer (alternden) Bevölkerung bestimmen chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, muskuloskelettale Erkrankungen und Diabetes das Krankheitsgeschehen. Auch psychische Störungen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Das Krankheits-



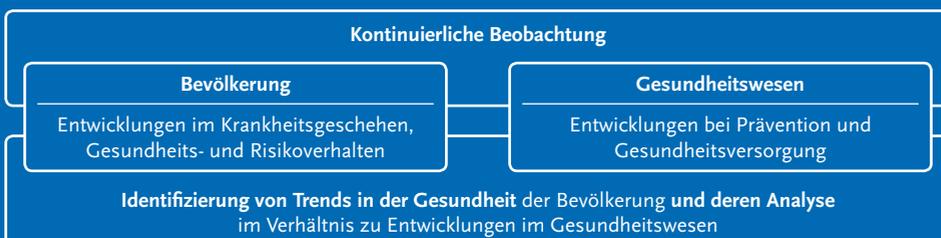
spektrum steht in engem Zusammenhang mit dem demografischen Wandel. Dieser ist gekennzeichnet durch eine steigende Lebenserwartung. Die Sterblichkeit an Erkrankungen, die früher oft zum Tode führten, nimmt ab, dadurch steigt der Anteil von Menschen mit chronischen Krankheiten. Trotz dieser steigenden Zahl von chronischen Krankheiten wird heute ein immer größerer Anteil an Personen bei relativ guter Gesundheit alt. Die Zahl der älteren Menschen steigt zudem, weil stark besetzte Jahrgänge (unter anderem die sogenannten Babyboomer) ins Alter kommen. Dadurch entstehen große Herausforderungen für das Gesundheitswesen: Die Krankheitslast in der Bevölkerung wird größer, und es ergibt sich ein steigender Versorgungsbedarf. Demgegenüber nimmt die Zahl der Menschen im erwerbstätigen Alter, also derjenigen, die Versorgungs- und Pflegeleistungen erbringen, zukünftig ab.

Aus den Gesundheitsdaten, die in der vorliegenden Broschüre präsentiert und diskutiert werden, wird an vielen Stellen deutlich, dass erhebliche gesundheitliche Ungleichheiten in Deutschland bestehen: nach sozialer Lage, Geschlecht, Migrationsstatus und Region. Ein deutlicher Einfluss des Sozialstatus wird bei vielen Risikofaktoren und Erkrankungen beobachtet, besonders ausgeprägt ist er bei Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und bei Diabetes, die deutlich häufiger bei Frauen und Männern mit niedrigem sozialem Status auftreten. Auch bei der Lebenserwartung, dem „härtesten“ Kriterium für Gesundheit, bestehen nach wie vor erhebliche regionale und soziale Unterschiede. Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt liegt für Frauen mit einem geringen Einkommen um mehr als acht Jahre unter der von Frauen aus der höchsten Einkommensgruppe; bei Männern beträgt die Differenz gut zehn Jahre.

Quer- und Längsschnittstudien als Komponenten des Gesundheitsmonitorings



Brückenfunktion des Gesundheitsmonitorings



Unsere Studien

Daten zu Verbreitung, Risikofaktoren und Folgen von Erkrankungen sowie Indikatoren der Versorgungsqualität sind notwendig, um die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung zu beurteilen. Das gilt auch für Daten zur sozialen und ökonomischen Lage, die verknüpfbar mit Angaben zur Gesundheit sein müssen. Das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts beobachtet kontinuierlich die Entwicklungen im Krankheitsgeschehen sowie im Gesundheits- und Risikoverhalten in Deutschland.

Seit über 20 Jahren werden im Robert Koch-Institut bevölkerungsrepräsentative Studien zur Gesundheit Erwachsener durchgeführt. Seit dem Jahr 2008 finden sie unter dem Dach des Gesundheitsmonitorings statt. Die regelmäßig wiederholten Befragungs- und Untersuchungssurveys decken ein breites Themenspektrum ab, Kernkomponenten werden durch Zusatzmodule an Unterstichproben ergänzt, beispielsweise das DEGS1-Modul zur psychischen Gesundheit bei Erwachsenen. Wertvolle Daten liefert auch das umfangreiche Untersuchungsprogramm, das in einigen Surveys durchgeführt wird. Hier werden u. a. Messwerte für die Berechnung des Body-Mass-Indexes erhoben und Laborwerte aus den Blutproben ermittelt. Zum Gesundheitsmonitoring gehören auch repräsentative Querschnittsstudien der 0- bis 17-jährigen Bevölkerung (KiGGS). Die KiGGS-Kohorte, das heißt die Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die zwischen 2003 und 2006 erstmalig befragt und untersucht wurden, wird kontinuierlich weiter beobachtet. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Analyse gesundheitlicher Übergangsphasen (zum Beispiel Kindheit – Jugendalter; Jugendalter – junges Erwachsenenalter). Die so gewonnenen Längsschnittdaten sind von besonderem Wert für die epidemiologische Forschung. Die zeitliche

Die Studien des Gesundheitsmonitorings – ein Überblick



Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

- ① Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
- ② Quer- und Längsschnittstudie
- ③ Befragungen und medizinische Untersuchungen



Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland

- ① Erwachsene
- ② Quer- und Längsschnittstudie
- ③ Befragungen und medizinische Untersuchungen



Gesundheit in Deutschland aktuell

- ① Erwachsene
- ② Wiederholte Querschnittstudien
- ③ Befragungen

Taktung und Abfolge der Studien werden ebenso wie die Erhebungsmethoden und -inhalte des Monitorings kontinuierlich neuen Anforderungen angepasst.

Ein besonderer Fokus soll in Zukunft auf das Gesamtbild der gesundheitlichen Lage älterer Menschen gelegt werden, das über die Erfassung einzelner chronischer Krankheiten allein nicht aussagekräftig beschrieben werden kann. Hier werden neue Zugangswege erprobt, zum Beispiel die Befragung von Personen, die in Pflegeheimen leben. Aktuell rückt eine weitere Bevölkerungsgruppe ins Blickfeld: Menschen mit Migrationshintergrund. Zur gesundheitlichen Lage dieser Frauen, Männer und Kinder gibt es derzeit nur wenige Daten und Erkenntnisse. Hier ist eine Weiterentwicklung geplant. Die Studien des RKI-Gesundheitsmonitorings bieten jetzt und in Zukunft vielfältige Erhebungsmöglichkeiten – für die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt wie auch für spezielle Gruppen.

Gesundheitsdaten aus Befragungsstudien sind zunehmend auch auf europäischer Ebene gefragt, und die Erhebungen werden in den europäischen Ländern verpflichtend durchgeführt. Vor dem Hintergrund einer verstärkten Zusammenarbeit im europäischen Kontext wurde in die aktuelle Erhebungswelle von GEDA der europaweit durchgeführte European Health Interview Survey integriert (GEDA 2014/2015-EHIS).

Neben dem Monitoring der nicht-übertragbaren Erkrankungen wird auch das Infektionsgeschehen in Deutschland vom RKI kontinuierlich überwacht. Im Vordergrund stehen dabei meldepflichtige Infektionskrankheiten, wie zum Beispiel Masern, HIV, Tuberkulose und Influenza. Die Surveillancedaten dienen auch der Früherkennung von Ausbrüchen.

Studie	Zeitraum	Teilnehmende	Alter
GEDA 2014/2015-EHIS	2014 – 2015	ca. 25.000	15 – 79+
GEDA 2012	2012 – 2013	19.294	18 – 79+
GEDA 2010	2009 – 2010	22.050	18 – 79+
GEDA 2009	2008 – 2009	21.262	18 – 79+
KiGGS Welle 2	2014 – 2017	ca. 23.000	0 – 29
KiGGS Welle 1	2009 – 2012	12.368	0 – 24
KiGGS-Basiserhebung	2003 – 2006	17.460	0 – 17
DEGS1	2009 – 2011	7.987	18 – 79
Bundes-Gesundheitssurvey (BGS98)	1998 – 1999	7.124	18 – 79

Unser Output

Die Daten aus dem Gesundheitsmonitoring werden der Wissenschaft und Öffentlichkeit auf verschiedenen Wegen zur Verfügung gestellt. An Forschende richten sich die Publikationen in deutschsprachigen und internationalen wissenschaftlichen Zeitschriften, die auf dieser Datengrundlage erstellt werden. Darüber hinaus sind die Datensätze als „Public Use Files“ für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler verfügbar, und für Auswertungsvorhaben gibt es zahlreiche Kooperationsprojekte. Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) am RKI führt die Erkenntnisse aus dem Gesundheitsmonitoring und aus zahlreichen weiteren Datenquellen in GBE-Publikationen zusammen. Die Publikationen der GBE sprechen sowohl ein Fachpublikum aus Wissenschaft, Medizin und Politik als auch die interessierte Öffentlichkeit an.

Die GBE nimmt damit eine wichtige Rolle als Vermittler zwischen der akademischen Public Health-Forschung, den politischen Entscheidungsträgern und den Akteuren im Gesundheitswesen ein. Sie identifiziert Trends und Veränderungen der gesundheitlichen Lage und zeigt auch Datenlücken auf. Darüber hinaus berücksichtigt die GBE ausgewählte aktuelle Public Health-Informationsbedarfe, beispielsweise für gesundheitspolitische Maßnahmen oder Prozesse.

Die Beteiligung des Gesundheitsmonitorings und der GBE an der Weiterentwicklung des internationalen Public Health-Monitorings (WHO und europäische Ebene) wird derzeit ausgebaut. Ziel ist die Verbesserung und Verstärkung des Monitorings nicht-übertragbarer Krankheiten und ihrer Determinanten auf internationaler Ebene.



Unser Team

Die Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts hat – beginnend mit der Integration des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie (SozEp) im Jahr 1994 und der Übertragung der Gesundheitsberichterstattung ab 1999 an das RKI – die vorhandenen Fachkompetenzen für Gesundheitssurveys, Krebsregisterdaten und epidemiologische Daten konsequent ausgebaut und erweitert. Über 200 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus unterschiedlichen Disziplinen, Verwaltungsangestellte, Studierende, Doktorandinnen und Doktoranden bilden unser Team. Die Abteilung ist für zahlreiche Akteure in Wissenschaft, Politik und Gesundheitsversorgung ein verlässlicher Partner und stellt qualitätsgesicherte Informationen, Analysen und Trendaussagen zu Public Health in Deutschland zur Verfügung.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Gemeinsam getragen von RKI und Destatis

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Internet: www.rki.de/gbe

Twitter: [@rki_de](https://twitter.com/rki_de)

Redaktion

Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Dr. Thomas Ziese
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

Gestaltung

webersupiran.berlin

Text: loewenholz.de

Titel- und Kapitelillustrationen: floriansaenger.com

Bildquellen

© iStock George Clerk (S. 9), Yuri_Arcurs (S. 11), vgajic (S. 23), David Winters (S. 25), RobHainer (S. 28), simonkr (S. 35), Silviajansen (S. 39), boggy22 (S. 45), Michael Luhnberg (S. 50); © Fotolia drubig-photo (S. 17); © RKI (S. 46)

Druck

RKI-Hausdruckerei

Bezugsquelle

E-Mail: gbe@rki.de

Telefon: 030 18754-3400

Die Broschüre ist online abrufbar: www.rki.de/gesundheitsbericht.

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2016) Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin

DOI 10.17886/RKI-GBE-2016-021.2

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.



Wie gesund sind die Menschen in Deutschland? Die vorliegende Broschüre beschreibt allgemein verständlich die wichtigsten Entwicklungen in Deutschland auf Basis der Daten und Ergebnisse des dritten Gesundheitsberichts „Gesundheit in Deutschland“ (2015). Schwerpunkte sind die Themen mit hoher Relevanz für Public Health: Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, körperliche und psychische Gesundheit.